

わが国の少子化と 女性ヘルスケアの諸問題

小西 郁生[†]

IRYO Vol. 71 No. 6 (247-252) 2017

要旨

わが国では少子高齢化が急速に進行しているが、わが国の将来を見据えると、高齢化よりも少子化問題を解決していく方策をもっと広く真剣に議論すべきである。少子化の最大要因は経済のグローバルゼーション、女性の社会進出による未婚化、晩婚・晩産化である。政府の主導により、女性がキャリア形成のなかで、安心して妊娠・出産・育児ができることを保証する環境整備と男女共同参画社会の実現が必須である。一方、晩婚・晩産化が進行するなかで、若い女性の健康が重大な危機にあり、子宮内膜症、子宮筋腫、子宮頸がん、そしてやせ等の問題に直面している。女性ヘルスケア向上について、国立病院機構をはじめとする医療機関の医療者は共同してその対処と啓発にあたらなければならない。

キーワード 少子化, 晩婚・晩産化, 女性ヘルスケア, 子宮内膜症, 子宮頸がん

はじめに

わが国において少子高齢化は喫緊の課題であるが、超高齢化社会を迎えるための政策提言が多くなされる一方で、少子化に対する抜本的対策を前面に押し出して論ずることが少ないように思える。わが国では、高齢者に対する保健医療政策が優先され、多くの国費が投入されてきたが、日本の将来を担う若い女性のヘルスケアには重きがおかれてこなかった。これは日本の歴史と風土、文化的状況を大いに反映しており、今、これを克服できるか否かが、わが国が少子化問題を乗り越えることができるかを決定する重要なポイントである。本稿では、わが国が直面

する少子化の現実とその要因、その克服方法、そして私たち医療者の果たすべき役割について考える。

わが国の少子化の現状と近未来予測

地球環境全体を考えると、地球上の爆発的な人口増加は重大な問題であるが、局所的にかつ近未来をみると、一国の人口増減はその国のアクティビティ総体を反映しており、その国の将来を決定する重大な要素である。わが国の少子化は国全体の死亡数が出生数を上回った2005年から始まっている。出生数は第二次大戦後の第一次ベビーブーム期に約270万人、第二次ブーム期に約200万人であったが、1975

国立病院機構京都医療センター †医師

著者連絡先：小西郁生 国立病院機構京都医療センター 院長 〒612-8555 京都市伏見区深草向畑町1-1

e-mail : konishi@kyotolan.hosp.go.jp

(平成29年2月6日受付, 平成29年3月10日受理)

Declining Birth Rates in Japan and Issues on Women's Healthcare

Ikuo Konishi, NHO, Kyoto Medical Center

(Received Feb. 6, 2017, Accepted Mar. 10, 2017)

Key Words : declining birth rates, late marriage and birth, women's healthcare, endometriosis, cervical cancer

年から200万人を割り、ついに昨年は100万人を割ることとなった。2016年の人口動態推計(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/>)によると、出生数98万1,000人、死亡数129万6,000人、自然減31万5,000人である。わが国の総人口は2017年1月現在1億2686万人であるが、このままで進行すると、2048年に1億人を割り、2060年に9,000万人を割って8,674万人になると予測されている。一人の女性が一生の間に生む子どもの数に相当するとされる合計特殊出生率は、1975年から2.0を下回り、1990年には1966年丙午の1.58を下回る1.57となり(1.57ショック)、その後、1998年-2011年まで1.26-1.39まで低下した後、やや持ち直して2012年から現在まで1.41-1.45の間を推移している。人口分布では、15歳未満の子ども人口と15-64歳の生産年齢人口が減少し、65歳以上の高齢者が増加して、極端な逆ピラミッド構造を呈している。とくに、“団塊の世代”が75歳以上となる2025年には65歳以上が3,657万人に達する。わが国に住む人々が健全な生活、労働、生産、消費を行い、医療や福祉の恩恵を受ける上で、大きな支障をきたすことになるであろう。

政府の少子化対策とその効果

政府は1970年代前半までは人口増加の抑制を目指していたが、1990年の1.57ショックを契機に出生率低下を問題視するようになり、1994年にエンゼルプラン、1999年に「少子化対策推進基本方針(新エンゼルプラン)」を策定して、保育、雇用、母子保健、相談、教育などの5か年計画を定めた。2003年には議員立法「少子化対策基本法」が成立し、これに基づく「少子化社会対策大綱」が閣議決定されたが、実際の少子化対策にはほとんど結びつかなかった。2006年、少子化社会対策会議で「新しい少子化対策について」が決定され、2007年、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略でワークライフ・バランス推進が提唱され、2008年「新待機児童ゼロ作戦」が発表された。2010年には「子ども・子育てビジョン」も取りまとめられ、保育所数、男性の育児参加、企業取り組みの数値目標も示された。

さまざまな取り組みにもかかわらず、少子化に歯止めがかからない現状を踏まえて、2013年、政府は内閣府特命担当大臣(少子化対策)を置き、「少子化危機突破タスクフォース」を発足させるとともに、

安倍首相を会長とする少子化対策会議が「少子化危機突破のための緊急対策」を決定し、「子育て支援」と「働き方改革」の強化、「結婚・妊娠・出産支援」を加え、3本の矢として総合的な政策を行うこととなった(<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/index.html>)。2015年、新たな少子化対策大綱を閣議決定し、子育て支援の一層の充実、若い年齢での結婚・出産の希望の実現、多子世帯への一層の配慮、男女の働き方改革、地域の実状に即した取り組み強化の5重点課題を設けた。その後、「子ども・子育て新支援制度」の本格施行に向けて、消費税の10%引き上げによる財源を予定していたが、これが先送りとなったことであいまいな状況となった。現在も、全国で待機児童問題や保育士不足は解消されないままで推移しており、少子化問題が改善される見込みはいまだ立っていないといえる。

少子化問題を解決するための王道

わが国で急速に進行する少子化の最大要因は、1980年代から顕著となった女性の社会進出である。その結果、女性の未婚化、晩婚・晩産化が急速に進行し、1980年と比較して2014年には、生涯未婚率が4.45%から10.61%に増加し、平均初婚年齢は25.2歳から29.4歳、第一子出生年齢は26.4歳から30.6歳と急速に上昇した。女性が社会においてキャリア形成し、そのもてる能力を最大限に発揮して生き生きと活動することは、安倍首相がいうまでもなく、今後の日本の基本的発展方向であることは間違いない(<https://www.jimin.jp/activity/colum/124831.html>)。したがって、少子化傾向に歯止めをかけ、出生率を回復させるための大前提は、「女性が社会でのキャリアを維持発展させながら、同時に、安心して結婚・妊娠・出産・育児ができる環境をきちんと整備する」ことである。政府は公約どおり、女性が安心して働ける環境整備を急速に進めるべきである。若者の結婚と子育てを支援する施策、24時間保育、病児保育を含む保育所の充実やベビーシッター制度の整備は直ちに行うべき課題である。日本産婦人科医会は2014年に少子化対策の提言を行っており、その骨子は、家族給付を子どもが多いほど増やす家族政策、児童手当、子育て女性の勤労税額控除等からなっている(www.jaog.or.jp/all/document/78_140709.pdf)。

さらに、わが国における真の男女共同参画社会の

実現が必須である (http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h28/zentai/index.html). 欧米では女性のキャリア形成と出産・子育てが社会に根づいており比較的スムーズに運営されている。一方、日本古来の風土や文化には根が深いものがあり、現在も、家事は女性の役割という考え方が残っている。多くの企業において、男性は遅くまで残業していき過ぎが指摘される一方、女性は妊娠したとたんマタニティ・ハラスメントに曝されている実態が残っている。しかし、現実には、女性の多くが妊娠・出産・子育てのなかで働き続けなければならない経済的状況が存在する。また、わが国の産婦人科医療も女性医師の問題に直面している。近年、産婦人科を専攻する若手医師の60%以上は女性であるため、彼女たちが子育てをしながらも第一線で分娩取り扱いができる環境がなければ、日本の周産期医療が立ちゆかない状況がせまっており、そのためにも分娩施設の重点化・集約化が必須である (http://shusanki.org/theme_page.html?id=305). 国立病院機構の病院においても多くの女性医師が勤務しており、各診療科の独自性を考慮しつつ、勤務と育児の両立をいかに進めていくことができるか、その真骨頂が問われているといえる。

女性の晩婚化・晩産化時代に 医療者が行うべきこと

わが国の若い女性がなかなか結婚せず、妊娠・出産にいたらない現状のなかで、医療者の果たすべき役割は何か？ 一つは小学校、中学校における健康教育の推進である。有名な女優が高齢で出産したニュースがメディアで報道される結果、多くの女性が年齢にかかわらず妊娠できると思い込んでいる現実がある。一方、「卵子の老化」が話題になると、「そんなことは誰も教えてくれなかった！」という声も多く耳にした。一方、政府が少子化対策として「女性の健康手帳」の発行を計画すると、「今の時代にお上が「産めよ増やせよ」と強制するのか！」という批判が巻き起こり頓挫した経緯もある。しかしながら、生物学的に妊娠・出産に適した年齢は厳然として存在しており、30歳を超えると女性が自然に妊娠する可能性は少しずつ低下し、35歳くらいから急速に低下することが知られている。医療者は“産めよ増やせよ”と強制する立場でないが、少なくとも、女子が義務教育のなかで「女性の生涯における体の

変化やリズムを知り、妊娠・出産に適した年齢を知る」ことは必要であり、またその知識は女性のみならず男性にも必要である。そこで、日本産科婦人科学会が健康手帳「HUMAN+女と男のディクショナリー」を発刊し (www.jsog.or.jp/public/human_plus_dictionary/index.html), これが全国の自治体や教育委員会で好評を得ており、さまざまなイベントで配布されることが多くなっている。私たち自身が、女性の生理、生涯にわたる女性のヘルスケアについて啓発・教育に積極的に関与していくことが求められる。

安心して妊娠・出産が できる環境の確保

女性の晩婚・晩産化が進行するなかで、それでも「子どもを産みたい」と思ったときのために必要なものは何か？ これには3つの柱があり、第一に「安心して妊娠・出産できる環境を確保すること」、第二に「妊娠しにくい場合にリカバリーが可能である」こと、第三に「女性が妊娠・出産を迎えるまで、健康で妊孕性を維持しておく」こと、すなわち、若い女性のヘルスケアの重要性である。

まずは第一の点についてみると、そもそも世界の歴史と現在の情勢を見渡した場合「女と子どもの医療は常に後回しにされる」傾向が顕著である。紛争当事国において最初に死んでいくのは子どもと女性である。さらに、古来「女性が一生のうち死亡リスクが最も高まるのは妊娠・出産時である」ことが知られており、医学生が最初に「女性を診たら妊娠と思え！」と教えられる根拠がここにある。したがって、女性の妊産婦死亡率と子どもの周産期死亡率は、その国の安定度と医療レベルを最もよく表すパラメータといえる。世界の妊産婦死亡率を2016年のWHO報告でみると (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/), 日本は10万人出産あたり5と世界で最も低いグループに属する。これに対して、フランス8、英国9、韓国11、米国14、ロシア25、中国27、マレーシア40、ベトナム54、インド174、アフリカ各国300~800という状況である。わが国でも1950年代はまだ150という妊産婦死亡率であったことを考えると、施設分娩の普及と医療者の努力により、世界で最も安全に出産できる国になったといえる。これが日本の安全神話を生んでもいるが、引き続きゼロに近づける努

力が必要である。晩婚・晩産化による高齢妊産婦の増加は重症合併症をもつ妊婦の増加につながっている。死亡率の高い妊娠合併症、すなわち、脳出血、肺血栓塞栓症、羊水塞栓症を発症した妊産婦の救命には、単体としての周産期母子センターよりも、救命救急センターを擁する高度総合病院がふさわしい。国立病院機構の総合病院がその実力を示すべきであり、救急医と産婦人科医が密に連携した「重症合併症妊産婦救命医療チーム」を形成していることが大切である。また、最近、産後うつとこれによる産婦の自殺が注目されている。2005年から2014年の10年間で、東京23区では63人の産婦が自殺で亡くなっており、この数は10万人出産あたり8.5に相当することが報道された (<http://mainichi.jp/articles/20160424/k00/00m/040/088000c>)。その多くが産後うつが原因と考えられ、また、児童虐待と関連する可能性も否定できない。すなわち、現在、産後のメンタルヘルスケアが非常に重要な課題となっており、行政も医療者もきめこまやかな対応が求められている。

女性が妊娠しにくい場合に リカバリーできること

女性は35歳を過ぎると妊孕性が低下し、妊娠しても流産となる頻度が増加する。不妊 (infertility) とは「男女のカップルが避妊をせずに1年経過しても妊娠しない状態」と定義されており、わが国の不妊カップルは8組に1組といわれる。不妊の原因は男性側40%、女性側40%とほぼ同じ頻度であることに留意いただきたい。一方、わが国は世界の中でも体外受精や顕微授精など高度の生殖医療が発達した国であり、現在、新生児の27人に1人が体外受精によって生まれている。すなわち、不妊治療はわが国の少子化対策の一環であるといつて過言ではない。この高度生殖医療は健康保険でカバーされていないが、厚生労働省の特定治療支援事業により、所得制限と年齢制限があるものの、1回15万円の助成が、妻の年齢が40歳未満であるときは通算6回、40歳以上であるときは通算3回まで支給されており、不妊のカップルにとって大きな福音となっている (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000047270.html>)。近未来も晩婚化・晩産化傾向は基本的に持続すると考えられることから、わが国の不妊治療システムの充実は必須であるといえる。

がん治療と妊孕性温存を両立させるための「がん・生殖医療 (oncofertility)」の取り組みが、わが国においても広がりつつある。近年、がん治療の進歩により、子どものがん、および思春期と若い成人AYA (adolescence and young adults) 世代のがん治療率が非常に上昇した。さらに晩婚・晩産化により、結婚・妊娠・出産前のがんを発症する男女も増加している。しかし、これまではまずがんの治療が優先され、がん治療後に不妊となるケースが多かったのである。そこで、がんと診断された際に、がん治療医とともに、生殖専門医に相談して妊孕能温存の可能性を探る試みがなされるようになってきた。男性の場合は、精子凍結保存が比較的容易に行うことが可能であるが、女性の場合の卵子あるいは卵巣組織凍結については難しい問題を含む。受精胚の凍結保存はすでに確立された技術となっているが、未受精卵については凍結保存解凍後の妊娠率はいまだ低いのが現状である。また卵巣組織については成功例が報告されているがいまだ発展途上といえる。現在、大学病院を中心として、がん・生殖医療のネットワークが発展してきており (<http://j-sfp.org/about/index.html>)、これをサポートする地方自治体も出てきている。がん治療医がAYA世代の若いがん患者に出会ったときは、少し立ち止まり、妊孕性温存の可能性についても考える習慣を身につけていただくことが肝要である。

若い女性の心身の健康が 危機に陥っている

1. 子宮内膜症と子宮筋腫

晩婚・晩産化によって、今、若い女性の心身の健康はかつてないほどの危機にあり、現代の状況は1980年代までの多くの女性が20歳代前半で妊娠・出産していた時代とはまったく異なることを認識する必要がある。すなわち、妊娠せずに毎周期順調に月経が発来していることそのものが若い女性の疾患リスクを上昇させる。その代表的疾患が子宮内膜症(エンドメトリオーシス)であり、近年、その頻度が急速に増加している。子宮内膜は通常では子宮内面を覆う粘膜であり妊卵が着床する重要な組織であるが、子宮内膜症とは子宮内膜に類似した組織が子宮以外の卵巣や腹膜などに異所性に存在する病態であり、若い女性において、著しい月経痛、腹痛、性交痛、さらには不妊をもたらす天敵のような疾患であ

る。30歳代女性の10人に1人の頻度で発症していると推測され、月経痛を訴える女性の25%、不妊女性の50%に存在する。また、子宮筋腫は30歳代の女性の3人に1人に存在するきわめて頻度の高い良性腫瘍であるが、月経周期の繰り返しのなかで増大し、過多月経・貧血や月経痛、ときに不妊をもたらす。これらの疾患は、早く見つけてきちんと管理しておくことが肝要である。とくに、子宮内膜症に対しては低用量エストロゲン・プロゲステン薬（low-dose estrogen progestin [LEP]）や黄体ホルモン薬を利用して病態を増悪させないことが妊孕性の維持という観点から大切である。したがって、月経痛や過多月経を訴える女性は産婦人科を受診し自分の体をチェックしておくことが奨められる。

2. 子宮頸がん

若い女性のもう一つの天敵は子宮頸がんである。現在、わが国で約1万人が発症し、約3,000人が死亡しており、2000年以降は罹患率・死亡率ともに上昇傾向にある。注目すべきことに、世界のなかで増加しているのは日本だけである。さらに重大なことは子宮頸がんの発症年齢が急速に若年化していることであり、2011年には25-34歳の女性87人、35-44歳の女性330人が死亡している。子宮頸がんの予防には、検診の普及とワクチン接種推進の二本柱の対策が重要であるが、現在、検診受診率は約30%にとどまり、相変わらず多くの女性が子宮摘出術を受け、妊孕性を喪失している。さらに、検診で前がん病変が早期発見されても、子宮頸部円錐切除術を受ける必要があり、この手術により流産リスクが2倍高まることが知られている。わが国では年間約10,000人の若い女性がこの円錐切除を受けており、わが国の少子化問題を考えると由々しき事態といえる。

その意味で、子宮頸がんの発症そのものを予防するヒトパピローマウイルス（human papillomavirus [HPV]）ワクチンの接種を推進する必要がある。1983年 Harald zur Hausen 博士らにより子宮頸がん組織から HPV16型・18型が同定されて以降、基礎的・臨床的研究によって、高リスク HPV が子宮頸がんの原因であることが明らかにされた。そして21世紀に入り、ついに HPV ワクチンが開発されたのである。このワクチンの抗原はウイルス DNA を含まない殻のみであることから感染性がなく、基本的に安全であることが実証され、思春期女子に対する政府の公費接種プログラムが世界で進行中であ

る。現在、英国やオーストラリア等ではワクチン接種世代の女子がすでに20歳以上を迎え、前がん病変の激減が報告されている。一方、わが国では接種後に生じた慢性疼痛・運動神経症状などの有害事象が注目され、ワクチン接種の積極的勧奨を一時中止する状況に陥っている。しかし、この病態は HPV ワクチンそのものの副反応ではなく、接種または何らかのきっかけで発症する機能的身体症状であることが明らかにされてきており、系統的な対策も講じられている。医療者は HPV ワクチン接種の意義をよく理解し、わが国だけがワクチンを接種せず子宮頸がんが増加する状況を防止しなければならない。

3. 思春期女子のヘルスケア

さまざまの疫学調査によって、HPV ワクチン接種後に生じた思春期女子の機能的身体症状はワクチンの副作用や後遺症ではなく、思春期女子に固有の問題であることが明らかになってきた。名古屋市の大規模調査においても、身体症状はワクチン接種者と非接種者との間に有意差が認められなかった。また厚労省研究班である祖父江班の検討結果においても、原因不明の痛みなどの症状を有する女子が、非接種者においても10万人当たり20.4人の頻度で認められることが示された (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-kouseikagakuka/0000147016.pdf>)。接種者では10万人当たり27.8人という結果であったが、年齢構成が異なることから単純な比較はできないと説明されている。思春期に機能的身体症状が高頻度で認められる事実については、従来から、慢性疼痛や緩和医療の専門家の間ではよく知られ不登校との関連も指摘されていたが、一般内科医や小児科医にはあまり知られていなかったことが、今回の問題を複雑にした要因である。今後、ワクチン接種にかかわらず、思春期の機能的身体症状に関する啓発を進めていく必要がある。

若い女性のヘルスケアで重視すべき他の観点として、喫煙による健康被害、極端なダイエット等による骨粗鬆症も触れておく必要がある。女性のキャリア形成のなかで生ずるストレスにより、月経不順、無月経、月経前症候群などを訴える女性が増加していると思われる。これらは不妊や子宮体がん発症にもつながる病態であり、カウンセリングを含めた丁寧な対応が求められる。またわが国の喫煙率の推移をみると、男性において急速な低下がみられるのと

対照的に、女性の喫煙率はずっと横ばいであり、現在も、20-30歳代女性の10.4%が喫煙を続けている。喫煙は肺がんだけでなく、性機能にも大きな悪影響があり、妊娠経過や胎児発育にも障害をもたらす。さらに、ダイエットやスポーツによる極端な体重減少は無月経、ひいては低エストロゲン状態をもたらす。その結果、骨粗鬆症や高脂血症の原因となる。最近、トップアスリートに多くみられる疲労骨折も、激しいトレーニング、体重減少、無月経、骨粗鬆症の結果である可能性が指摘されており、その対策が急務である。

おわりに

わが国の将来に重大な影響を及ぼす少子化問題について、国民全体がよく考えて真剣に対処すべき状況にある。同時に、私たち医療者は、少子化問題に潜む女性ヘルスケアの諸問題について理解し、真正面から取り組んで行く必要がある。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

Declining Birth Rates in Japan and Issues on Women's Healthcare

Ikuo Konishi

Abstract

Population is rapidly decreasing and aging in Japan. Although various measures have been taken for care of aging people, there have been few discussion about decreasing number of children. Major cause for declining birth rates is later marriage due to women's empowerment and career development under economic globalization. To overcome the population problem, government should create the social environment where women will be able to be easily married, become pregnant, deliver and grow children safely, maintaining their social carrier. True gender equality is highly needed. Here should be noticed is that, with advancement of later marriage and birth, young women are facing the health crisis such as endometriosis, uterine fibroids, cervical cancer, and malnutrition. Medical staffs especially in National Hospital Organization should be involved in public information and education about better women's healthcare. .