

不妊治療の医療保険適用にむけた課題

Issues of infertility treatment Medical insurance

乙 部 由 子

Yuko OTOBE

1 はじめに

2020年9月、菅政権が誕生した。いくつかの特筆すべき政策として、デジタル庁の創設、携帯電話料金の値下げ、不妊治療の医療保険適用等が掲げられた。なかでも不妊治療の医療保険適用については、何らかの理由で子どもを持つことができず、不妊治療を受けていたが、高額な治療費のために、治療の継続を諦めた人たちにとっては、朗報である。

だが、現代女性のライフスタイルを考えると、雇用形態を問わず、仕事をしている人が多いこと、不妊治療といっても、成功率は決して高いわけではないこと（3割程度）、さらにいえば、妊娠には適齢期（20歳代半ばから30歳代半ば）があるという、生物としての普遍の事実がある¹⁾。

これらのことを踏まえて、本稿では、女性の不妊治療の医療保険適用の影響について検討していく。

2 不妊について

「不妊（症）infertility」とは、どのように定義づけられているのか。

日本産科婦人科学会は、「不妊とは、生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間とは、1年

が一般的である」と定義している。

不妊治療についての議論をする際に、まず、確認しておかねばならないことがある。それは、子どもを授かることを希望する場合、①不妊治療を受けず、自然に妊娠することを希望するか、②様々な要因により、不妊治療を行い、子どもを授かることを希望するかということである。

①についてであるが、夫婦が避妊をせず、性行為を続けると、半年で70%、1年以内に80%、2年以内に90%が妊娠するという（浅田・河合 2016）。ほとんどの夫婦は、不妊治療を受けずに、自然に妊娠しており、不妊治療が必要になるのは、残り10%から20%の人たちである²⁾。

②についてであるが、不妊治療を始める理由は、様々であり、以下、2つに分けて考える必要がある。それは、医学的な理由と社会的な理由である（小泉・平山 2016）。

医学的な理由としては、治療が必要となる重要な疾患があること（多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）、高プロラクチン血症、クラジミア感染症、子宮筋腫、黄体機能不全、早発卵巣不全、子宮内膜症等：（成田 2010））である。

社会的な理由としては、自身のキャリア構築を優先し、その見通しが立った頃に妊娠を希望したり（30歳代後半から40歳代）、結婚当初は、子どもを授かることを希望していな

かったが、後に、気持ちが変わったり等である。

このように、不妊治療を始める理由は、多々あるが、本稿では、社会的な理由による不妊治療を問題にする。

2-1 不妊治療に至る社会的背景

不妊治療が必要になる社会的な理由、つまり社会的背景について言及する。

社会的背景としては、晩婚化、晩産化、自身のキャリア構築を優先する等である。つまり、妊娠を希望する時期が、様々な理由で遅くなると、必然的に、妊娠適齢期を過ぎてしまい、高年齢出産（35歳以上）になってしまう。実際、不妊治療のなかでも生殖補助医療（体外受精・顕微授精）（注3で解説）をはじめめるものは、30歳代の半ばから、40歳代前半が中心である。当たり前ではあるが、自然に妊娠するのが、難しくなったため、最後の砦として、不妊治療、つまり生殖補助医療（体外受精・顕微授精）に頼るのである。

では、不妊治療、つまり生殖補助医療はいつ頃から始まったのか。

世界初の生殖補助医療（体外受精）は、1978年にエドワーズ（Robert Geoffrey Edwards）とパトリック・ステプトー（Patrick Christopher Steptoe）がルイズ・ブラウンを誕生させたのが始まりである（石原 2016）。

日本では、1983年に、東北大学医学部産婦人科で初の体外受精よる子どもが誕生し、当時は、「試験管ベビー」と揶揄された。

不妊治療は、生殖補助医療ともよばれており、医療保険適用の有無をも含めて以下のものがある。主に、2つに大別されており、「一般不妊治療」と「特定不妊治療」（生殖補助医療）に分けられる。

「一般不妊治療」とは、タイミング法（保険適用）と人工授精（保険適用外）であり、「特定不妊治療」（生殖補助医療）とは、体外受

精（保険適用外）と顕微授精（保険適用外）である。

「一般不妊治療」には、排卵誘発剤などの薬物療法、卵管疎通障害に対する卵管通気法、精管機能障害に対する精管形成術の3種類がある。

対して、「特定不妊治療（生殖補助医療）」には、人工授精、体外受精、代理懐胎の3種類がある³⁾。このなかには、保険診療でまかなえるものとそうでないものがあり、当然、保険診療でまかなえないものは、高額な治療費を支払わなければならない。それも1回で終わればよいが、そうでないことの方が多く、治療費の支払いが増えれば増えるほど、家計費を圧迫する。そこで、登場したのが不妊治療費を国費で助成する制度である。

2-2 不妊治療の治療費助成制度

厚生労働省では、夫婦が不妊治療を受ける際の経済的負担を軽減するため、費用の一部を助成するという「不妊に悩む方への特定治療支援事業」を実施している（図表1）。2004年度から開始しており、現在に至る。対象となるのは、特定不妊治療としての体外受精、顕微授精である。

当初は、1回あたりの助成金額、年間の実施回数、夫婦の所得に制限があったが、年齢制限はなかった。ところが、2013年に「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」が開かれ、その際、この事業は、税金で賄っていることが大前提とされ、財源の有効活用を考えると、年齢制限、回数制限を課す方がよいという結論に至った。具体的には、

- ・対象年齢は、制限なしから43歳未満へ
- ・通算回数は、10回から6回へ（ただし、40歳以降で開始した場合は3回）
- ・年間回数は、制限なしから2回（初年度

図表1 特定不妊治療支援事業の概要

1. 事業の概要	
○ 要旨	不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
○ 対象治療法	体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
○ 対象者	特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦）
○ 給付の内容	① 1回30万円 ※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回10万円 通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回まで、40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成（1子ごと） ② 男性不妊治療を行った場合は30万円 ※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
○ 所得制限	なし
○ 指定医療機関	事業実施主体において医療機関を指定
○ 実施主体	都道府県、指定都市、中核市
○ 補助率等	1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）、安心こども基金を活用
○ 予算額	令和2年度第三次補正予算 370億円

2. 沿革	
平成16年度創設	1年度あたり給付額10万円、通算助成期間2年間として制度開始
平成18年度	通算助成期間を2年間～5年間に延長
平成19年度	給付額を1年度あたり1回10万円・2回に拡充、所得制限を650万円→730万円に引き上げ
平成21年度補正	給付額1回10万円→15万円に拡充
平成23年度	1年度目を2回→3回に拡充、通算10回まで助成
平成25年度	凍結胚移植（採卵を伴わないもの）等の給付額を見直し（15万円→7.5万円）
平成25年度補正	安心こども基金により実施
平成26年度	妻の年齢が40歳未満の新規助成対象者の場合は、通算6回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）※平成25年度の有識者検討会の報告書における医学的知見等を踏まえた見直し（完全施行は平成28年度）
平成27年度	安心こども基金による実施を廃止し、当初予算に計上
平成27年度補正	初回治療の助成額を15万→30万円に拡充 男性不妊治療を行った場合、15万円を助成
平成28年度	妻の年齢が43歳以上の場合は、助成対象外。妻の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、40歳以上43歳未満の場合は通算3回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）
令和元年度	男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万→30万円に拡充
令和2年度補正	所得制限の撤廃、妻の年齢が40歳未満の場合は1子あたり6回まで、40歳以上43歳未満の場合は1子あたり3回まで助成（通算助成上限回数の制限廃止）、男女とも2回目以降の治療の助成額を15万→30万円に拡充、一部の事実婚も助成対象へ。

3. 支給実績	
平成16年度	17,657件
平成17年度	25,987件
平成18年度	31,048件
平成19年度	60,536件
平成20年度	72,029件
平成21年度	84,395件
平成22年度	96,458件
平成23年度	112,642件
平成24年度	134,943件
平成25年度	148,659件
平成26年度	152,320件
平成27年度	160,733件
平成28年度	141,890件
平成29年度	139,752件
平成30年度	137,928件
令和元年度	135,529件

出典：厚生労働省（2021） 社会保障審議会（医療保険部会）第131回社会保障審議会医療保険部会資料

図表2 特定不妊治療支援事業の沿革

	助成件数(伸び率)	助成額	所得制限額	対象年齢	通算助成回数	年間助成回数	通算助成期間
平成16年度(創設)	17,657(-)	1年度あたり10万円を限度	650万円	-	-	-	2年
平成17年度	25,987(1.47)	"	"	-	-	-	"
平成18年度	31,048(1.19)	"	"	-	-	-	5年
平成19年度	60,536(1.95)	1年度あたり1回10万円まで	730万円	-	-	2回	"
平成20年度	72,029(1.19)	"	"	-	-	-	"
平成21年度	84,395(1.17)	1年度あたり1回15万円まで	"	-	-	"	"
平成22年度	96,458(1.14)	"	"	-	-	-	"
平成23年度	112,642(1.17)	"	"	-	10回	1年度を3回 2年度以降2回	"
平成24年度	134,943(1.20)	"	"	-	"	"	"
平成25年度	148,659(1.10)	1年度あたり1回15万円まで 採卵を伴わない場合1回7.5万円まで	"	-	"	"	"
平成26年度(*1)	152,320(1.02)	"	"	-	"	"	"
平成27年度	160,733(1.05)	初回助成額:30万円まで 男性不妊治療実施:15万円上限撤	"	-	"	"	"
平成28年度(*2)	141,890(0.88)	"	"	43歳未満	6回	なし	なし
平成29年度	139,752(0.98)	"	"	"	"	"	"
平成30年度	-	"	"	"	"	"	"
令和元年度	-	男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万→30万円に拡充	"	"	"	"	"
令和2年度(*3)	-	男女とも2回目以降の治療の助成額を15万→30万円に拡充	撤廃	"	6回(1子ごと)	"	"

(*1) 平成26年度からは、40歳未満の新規助成対象者に限り、通算助成回数6回、年間助成回数・通算助成期間の制限なし。
(*2) 平成28年度からは、助成開始年齢が40歳以降の場合の通算助成回数は3回。
(*3) 令和2年度からは、助成開始年齢が40歳以降の場合の通算助成回数は3回(1子ごと)。

出典：厚生労働省（2021） 社会保障審議会（医療保険部会）第131回社会保障審議会医療保険部会資料

3回)へ

・通算期間は、5年から制限なしへということになった。つまり、年齢の若い人への助成が中心となり、年齢が若いからこそ、通算する期間の制限はないが、多くの対象者が利用できるよというこで、年間の利用回数が制限された。そうなると、これまで治療を受けていた43歳以上のものはどうなのかといえは、公的な助成がないだけであり、本人が希望すれば、治療を継続することに問題はない（年齢的には妊娠できる確率は、決して高くない）。

このように、検討委員会での議論の結果、高年齢の女性は、不妊治療をすること自体に問題はないが、国費による支援事業の対象外になることが決定した。特に、図表2からも明らかだが、2016年（平成28年）に年齢制限、回数制限が始まると、支給実績件数も減少した。

そして、2020年9月には、菅政権の目玉政策として、不妊治療の医療保険診療の適用が決定した。不妊治療の医療保険適用は、これまで経済的理由で治療をあきらめたものたちに、治療により希望する子どもを授かれる可能性が高くなると考える。

実際問題として、高額な費用を理由に治療を諦めていた人たちは多い。

野村総合研究所の調査によれば、治療における問題として「経済的な理由で治療のステップを断念したことがある」が19.6%、「経済的な理由で、満足のいく回数の治療が行えなかったことがある」が18.2%と経済的な理由が多い。回数を重ねて、成功する確率の高い治療ならまだしも、成功率は決して高くなく、そして、治療費は実費のため、1カ月、10万円単位の支払いが生じることも多い。

これらのことから考えても、所得制限がなくなったことで、保険適用の対象年齢であるならば、決められた回数を、チャレンジする

ことが可能となる。

また、医療保険が適用される2022年4月までに、空白期間があるため、経済的負担を軽減する措置として、助成金の拡充が決定した。具体的には、治療開始の初日における妻の年齢が42歳以下である夫婦を対象としており、助成の内容は、

- ・所得制限の撤廃（夫婦合算で730万円未満を撤廃）
- ・助成額の増額（1回15万円から1回30万円）
- ・助成回数の変更（生涯で通算6回（40歳から42歳は3回）から、子ども1人につき6回まで）
- ・男性不妊治療には、30万円
- ・婚姻関係にある夫婦だけでなく、事実婚の夫婦も対象

とした。

治療費が保険適用される際、現時点では（2022年1月）年齢制限を適用する案で進められている。いいかえれば、出産適齢期プラス若干の年齢層の女性を対象に保険診療として、対応するということだ。

これらの世代の人たちにとって、不妊治療のなかでも生殖補助医療は高額な治療費であるため、治療費を理由に治療を諦めた人たちにとっては、朗報である。

このように、不妊治療を始めた際も、大きな足かせとなっていた治療費の問題に対して、明るい兆しがみえてきたといえる。同様に、国費ではないが、不妊治療費を生命保険から支払うという金融商品も発売されたのである。

2-3 不妊治療初の生命保険

不妊治療の治療費を国費で補助する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（特定不妊治療を対象）があるが、特定不妊治療の経済

的な支援ができる保険商品が発売された。なぜならば、不妊治療の補助を受けるには、年齢制限、回数制限、所得制限があり、それを外れると補助対象にはならないからである。

そこで、登場したのが、2016年10月2日に日本初の不妊治療保険といわれた「ニッセイ 出産サポート 給付金付3大疾病保険」³⁾「“ChouChou!”」である。この保険は、3大疾病（がん（悪性新生物）・急性心筋梗塞・脳卒中）や死亡保障だけでなく、出産時の給付や特定不妊保険の保障、満期まで継続した場合の一時金を組込んだ商品構成である。背景には、2016年に保険業法が改正され、不妊治療に関する保険の引受けが解禁されたことにある。

特徴としては、特定不妊治療の保障だけでなく、出産時の給付をもサポートすることだ。ただし、制限もあり、

①対象者は、16歳から40歳の女性であること

②特定不妊治療の給付金は、最大12回までであることとした⁴⁾。

もちろん、不妊治療の保険適用が決まった今となっては、大きな利点を感じづらいかもかもしれないが、対象年齢であるならば、給付金が最大12回までであることと、さらに、出産した子どもに対する手当等、国費の補助にはない利点もある。

2-4 不妊治療による加齢要因を補完するものとしての卵子の凍結

先に確認したように、不妊因子のうち、社会的な要因として女性自身のキャリア構築、晩婚等を理由にする女性の加齢による不妊問題がある。

これは、久慈直昭らによれば「常に、加齢とともに進行する女性の妊孕能の下降、加齢

にともなう自然の経過である。女性の妊孕能は寿命に合わせて伸びるわけではない。肉体の寿命と生殖能力との時間的ギャップが大きくなっているのである。加齢にともない妊孕能の下降した状態は、妊娠し難い状態であるから『不妊』と呼ぶことはできるが、『不妊症』という病的状態ではない。」と述べている（久慈・京野編 2019：167-168）。

いいかえれば、加齢による要因、つまり、卵子の老化が不妊の原因であるならば、それは翻って避けることができたかも知れない要因であることだ。来院した患者がその年齢よりも10歳若ければ、自然に妊娠できたかもしれない。

このように、生物の生殖機能として「卵子」の質に問題があるならば、事前策を打つことは可能である。そこで脚光を浴びたのは、加齢による不妊を補うものとして、卵子の凍結保存である。

日本生殖医学会は、2013年に11月に「未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存に関するガイドライン」を提示した。その際、卵子を凍結保存する背景に応じて、悪性腫瘍の治療等、医学的介入による性腺機能の低下をきたす可能性を懸念する場合は「医学的適応」、加齢などの要因により性腺機能の低下をきたす可能性を懸念する場合は「社会的適応」として区別した。

社会的適応による卵子の凍結保存のガイドラインとして

- ・加齢等の要因により性腺機能の低下をきたす可能性を懸念する場合には、未受精卵子あるいは卵巣組織（以下「未受精卵子等」という）を凍結保存することができる。
- ・成人女性を対象としており、未受精卵子等の採取時の年齢は、40歳以上は推奨できない。また凍結保存した未受精卵子等

の使用時の年齢は、45歳以上は推奨できない。

とした。

2018年にガイドラインが更新され、「未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存に関する指針」が出された。このガイドラインからは、「社会的適応」といわずに、「医学的適応のない未受精卵子あるいは卵巣組織の凍結・保存について」としている。大きな変更点は、

- ・凍結・保存の対象者は成人した女性で、未受精卵子等の採取時の年齢は、36歳未満（35歳）が望ましい。
- ・未受精卵子等の保存施設と、それらを用いて生殖補助医療を実施する施設は、同一であることを原則とする。
- ・医学的適応のない未受精卵子等の凍結・保存を行う医療機関は、日本産科婦人科学会への登録申請（施設および症例）を要する。

とした。

つまり、大きな着目点としては、対象者の年齢が若くなったことである。

その社会的支援として、2015年に千葉県浦安市の順天堂大学浦安病院は、少子化対策の一環として日本で初めて公費、つまり、税金で治療費の一部を補助する、卵子の凍結保存を実施した。当時は、税金を投じて、出産率も2割程度という「高くて不確実な買い物」（苛原稔編 2003：90）を実施するということでかなり注目された。

対象者は「市内在住の20歳から34歳までの女性」とし、結果として、29名の卵子を凍結保存した⁵⁾。対象者の保存理由は、

- ①仕事の都合（14名）「社会的な問題」⁶⁾。
- ②生殖機能低下の恐れがある病気等（9名）「がんではない卵巣機能低下の危険・健康不安」⁷⁾。
- ③配偶者や交際相手の海外出張（6名）。

「パートナーの問題」⁸⁾。

であった。

では、卵子凍結保存という手段は、卵子の老化という生物として避けて通ることができない、防ぐことができない身体的事実に対して、福音となるのか。

注意しなければならないのは、いわゆる未受精の卵子を凍結保存後、解凍後使用して、妊娠にいたる成功率は、医療機関により異なるが、かなり低く、成功率は2割程度（18%くらい）である。女性の年齢が若い方が、成功率は高いが、2割にも満たない成功率のものに、あらかじめ身体の調整をして、凍結保存し続けるための保存費用を払い続ける。未知なるモノに払い続けることはできるのか。

順天堂大学浦安病院の事例において、現時点では（2022年1月）、凍結した未受精の卵子を使用して、妊娠し、出産したという報告は1名されている。

卵子の凍結保存は、あまり歓迎すべきことではないのか。

そうではない。医学的な理由以外で、卵子の凍結保存という選択肢を新たに提示したことに大きな意味があり、かつ、そういったことが可能な不妊治療を行える施設が増えてきたことは、卵子の凍結保存が、何かの選択の1つの手段になることを示唆している。

だが、凍結保存してまで、自身の仕事上のキャリアを優先してキャリア形成し、その後、キャリア展望がはっきりしてきたところで、出産を選択する方がよいのだろうか。

不妊治療に関連する著作や論文、シンポジウムでは、治療して子どもを産むことが、最後の選択としてはありうるという報告は少ない。出産適齢期に医学的不妊以外は、自然に妊娠して出産することを推奨する事例が多いのではないか。

そうであるならば、女性がキャリアを優先

することと妊娠適齢期に子どもを産み、育てることは難しいことなのか。現在のところ、それに対する明確な答えや政策があるわけではないが、筆者は、女性がキャリアを構築しつつ、適齢期に妊娠・出産可能なように、早期に企業内のキャリア研修等を行うべきだと考える。そうすることで、職業人としての人生だけでなく、個人としてのライフプランの計画が立てやすくなるだろう。

3 社会的不妊にいたる背景を考える

～なぜ、キャリアを優先するのか～

3-1 キャリアとは

「キャリア」という言葉は、広く、一般的に使われている。もともとは、ラテン語の轍(わだち)、車輪の跡に由来している。多様な意味が存在し、論者によっては、キャリアの定義が多少異なることも事実である。ここでは、辞書的な意味と研究者等の学術的な意味づけを紹介する。

まず、広く一般化された辞書的な意味ということで、『広辞苑(第7版)』では、①(職業・生涯の)経歴、②専門的技能を要する職業についていること、③国家公務員試験I種の合格者で、本庁に採用されている者の俗称、と定義されている。一般的には、①の「経歴」、それも職業上の経歴、経歴等という意味で使われることが多い。では、研究者等の学術的な意味では、どうなのか。研究者の定義も多種多様であるが、主には、仕事に関連することが主要な意味として使われている。

まず、キャリアカウンセリングの第一人者である渡辺三枝子(2001)によれば、「職業」、つまり「仕事」は、個人から独立して存在しており、自身でどのような仕事をするか、こういった職種で働くのかを選択することができる。だが、「キャリア」はそうではなく、

個人が自ら積み上げ、構成するものであり、個人から独立して存在するものではない。個人にとって、多様な選択肢があるなか、何を選び、何を選ばないかによって、後年の人生設計が作り出されていくため、ダイナミックであり、生涯にわたって展開されていくものとしている。

八幡成美(2009)によれば、キャリアとは、ある個人が時の経過とともに体験する一連の仕事経験、働くことの経験の連鎖をさす言葉であるとして、時代とともに広がりを持ってきたという。また、梅澤正(2001)は、キャリアには、多様な意味があり、生き方や経歴のなかでの仕事のあり方や職業の有りにポイントがおかれた用語法となっている。キャリアは、業務や仕事であり、地位やポストであり、組織内の職種や職務の経歴であるという。

八幡や梅澤が指摘するように⁹⁾、キャリアには、多様な意味があり、その多様な意味を、宮城まり子(2002)は、「広義のキャリア」として、「生涯・個人の人生とその生き方そのものとその表現のしかた」と定義した¹⁰⁾。

このように「キャリア」には、多様な意味があることを踏まえ、先にみた渡辺三枝子は(渡辺 2018)、キャリアのもつ多様な意味は、その「多面性」をも意味しており、多様な意味のなかでも、共通項として不可欠な要素は、「人と環境との相互作用の結果、時間的流れ、空間的広がり、個性的の意味が共通して内包されていること」であり、職業や職務への個人の働きかけに焦点を当てた。

最近では、キャリアの概念を「個人の人生・生き方とその表現法」とであると定義し、職業・職務内容・進路だけに留まらず、全体的・統合的にライフ・キャリアとして捉えるようになってきた。つまり、人生と深くかかわる「人の生き方そのもの」に拡大定義され、包括的、統合的な概念に発展してきた。キャリアは

様々な要因と相互に関連し合い、個人の人生のなかで、生涯発達し続けるものとして、考えられるようになったのである¹¹⁾。

だが、本稿におけるキャリアは、狭義の意味でのキャリア、つまり、職業上のキャリアという視点で考える。

3-2 日本の雇用システム

職業上のキャリアを考える上で、日本の雇用システムについても確認しておく必要がある。日本企業の特徴として、戦後の経済成長を支えたものに、終身雇用、年功序列賃金、企業別組合という三種の神器といわれるものがある。これは、(当時)マサチューセッツ工科大学のジェームズ・アベグレン (James Christian Abegglen) が『日本の経営』で指摘したことである (Abegglen 1968)。彼は、著書のなかで、日本の工場における給与は、教育、年齢、勤続年数に重要性が与えられ、永年の勤続に対して高い報酬が与えられるシステムであり、また、労働組合も歴史が浅いこともあり、ストライキ以外はあまり機能していないことを指摘した。現在、これらのことは、あらゆる企業において、強固に機能しているわけではないが、ある程度深く根付いている。日本の企業は、戦後の荒れ野原から、GDP (経済成長率) が1968 (昭和43) 年に世界第2位というポジションにまで復興した。このことは、三種の神器といわれる日本企業の家族主義的な企業姿勢にあるといわれている。従業員を家族のように扱い、そして当時 (現在も続く) の家庭内性別役割分担規範をそのまま、企業のなかにも、持ち込んだのである。

第二次世界大戦後、主要な産業基盤が農業から製造業へとシフトすると、それに伴い、主に、高校を卒業した女性がオフィスで事務員として、働くようになった。当時、BG、

OLといわれていた。働くといっても、男性社員の補助的な仕事である。それを象徴するかのよう、先にみたアベグレンも指摘しているが、女性のみ30歳定年であったりした。そして、お決まりのように、結婚を理由に「寿退社」し、その後、「男は仕事、女は家事、育児」という性別役割分担規範を踏襲するかのごとく、職業婦人から専業主婦として、家庭生活を支える役割へとチェンジしたのであった。

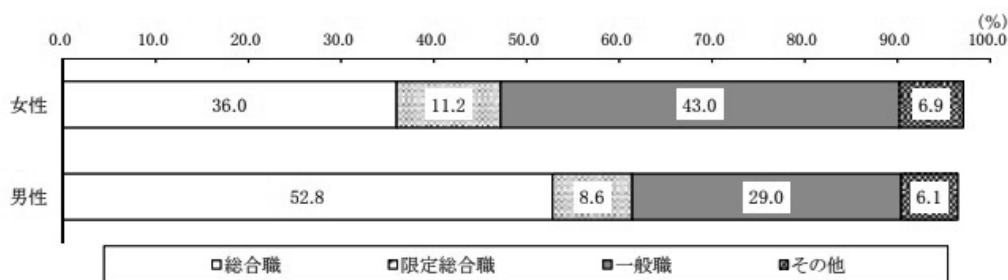
3-3 女性のキャリア形成と日本社会における雇用システム

東洋経済新報社の『就職四季報女子版』(2020) は、女性の採用状況とその変化に特化した情報を扱っている。特に、「女性活躍推進法」が施行されて以降、女性を採用しようという社会的機運と企業として会社の戦力になりうる大卒女性の増加も相まって、女性の新卒者の採用数は、企業間において差はあるが、ある一定数採用されている。

たとえば、QRコード開発で有名なA社の大卒男女の総合職採用の実績をみると、2019年は新卒採用431名のうち男性351名、女性80名 (18.6%)、2020年は新卒採用364名のうち男性299名、女性65名 (17.9%)、2021年は新卒採用280名のうち男性240名、女性40名 (14.3%) であった。また、大手化粧品会社Bの大卒男女の総合職採用の実績をみると、2019年は新卒採用61名のうち男性31名、女性30名 (49.2%)、2020年は新卒採用53名のうち男性22名、女性31名 (58.5%)、2021年は新卒採用39名のうち男性11名、女性28名 (71.83%) であった。

企業の顧客として女性が比較的多いところでは、女性社員比率が高く、採用人数も多いが、その他の企業の場合、女性は、一定数は採用するものの、男性の採用が多い。

図表3 男女別職種別正社員・正職員割合



注) 職種については、コース別雇用管理制度の有無に関わらず、実質的に近い職種を調査した。

出典：厚生労働省（2021）『雇用均等基本調査』厚生労働省。

企業のなかで中心となるのは、事務で働く一般職のものではなく、総合職として働くものである。総合職は、厚生労働省の『雇用均等基本調査』（2021）によれば、男女別職種別で正社員・正職員割合をみると、総合職は、女性が36.0%、男性が52.8%と男性が多い。

男性は、日本社会において、メンバーシップ型雇用のなかで採用され、キャリアを積み上げていく。近年は、女性の採用数も一定数あるが、男性と同等ではない。

では、メンバーシップ型・ジョブ型とは、どのようなものなのか。

まず、メンバーシップ型とは、官民を問わず日本企業の特徴として指摘されており、人を採用、つまり、その人の個性、人となりで採用するというものである。つまり、どのような仕事ができるかではなく、その人自身の経歴（学歴）、仕事への意欲等を総合的に判断して採用し、仕事における技量は、入社後、教育訓練、研修等で身につける。

西尾隆（2020）によれば、「人に軸を置く日本の雇用慣行では、職員は組織の一員として安定した地位を与えられる反面、異動や転勤、業務の内容や量については受け身の姿勢を強いられる職員の立場からいえば、定年までの身分保障と安定した地位と引き換えに、

あらゆる職務を断らず、転勤を含むいかなる業務命令にも従うという契約」であるという。

ジョブ型とは、人というよりもどのような仕事ができるかという職務能力で採用する。また、職務内容は、事前に示されており、その仕事を不備なく行うことが求められる。日本では、主に専門職として採用される場合が、それに該当する。専門能力を求められるため、新卒での採用もあるが、それ以上に、中途での採用が多い。

さらに、追加的な項目として、鶴光太郎（2016）は、日本の正規雇用者には、「職務、勤務地、労働時間（残業の有無）が事前に定められていない」という「無限定」という視点が必要だという。さらに将来、職種、勤務地の変更、残業などの命令があれば基本的に受け入れなければならないという「暗黙の契約」が上乘せされているという。

3-4 これらの制度の問題点

日本の企業は、メンバーシップ型をベースとしながら、長期間、継続雇用を前提に採用する総合職を中心とした人材採用、育成を行っている。

日本社会は、戦後の焼け野原から、その景色を一掃するように、大復興を成し遂げた。

これは、別名、企業中心社会、経営家族主義、日本的経営等、日本社会におけるイエ社会、ムラ社会等と表現される社会意識、社会構造をベースにした企業のあり方である。

古来からのイエのあり方を考えれば、相違ないが、そのシステムのなかで、労働者として考えられていたのは、あくまで男性であり、一家を養うために働く男性であった。女性はといえば、労働者として考えられていたのは、あくまで、一部の職種だけであった。

戦後の日本社会に限定して考えれば、戦後は、自営業、職住近接が可能な農業を生業としている家庭が多かったが、その後、主流となる産業は、製造業になり、やがて、経済のサービス化が進み、そして情報化社会へと変化していく。

戦後、急速に復興したのは、この男性中心に企業社会を回していったからである。つまり、そのシステムが今の企業社会に根付いているということある。

象徴的なこととしては、企業の新卒採用にそのことが現われており、たとえば、コース別雇用管理制度とあって、総合職、一般職という採用区分がある。あくまで、コースにわけた採用としているが、実情は、企業のなかで、主軸として働くのは、総合職であり、ここに男性が多く採用されている。こういったしくみは、男性を基本として組まれたものであるため、それから外れるような行動は、企業社会から外されてしまう。

従業員のキャリア形成は、大学卒の場合、入社から数年は、本人の得手不得手はともかくとして、まずは会社になれることが求められ、あらゆることを学ぶ。しばらく経つと、平社員から何らかの名称（主事、係員、アシスタント等）を与えられ、会社での自身の価値を自覚させ、仕事へのやる気にさらに弾みをつけさせる。仕事がおもしろくなりはじめ

るのが、30歳前後くらいであろう（企業、職種により異なる）。

そうであるならば、現状の女性のライフサイクルでいえば、初婚は29歳前後がもっとも多く、その後、結婚したカップルの8割程度は、1年後に妊娠、出産、つまり、30歳頃に第一子出産というのが日本の平均値である。

ということは、これからバリバリ働ける、少し責任を伴う仕事をし、また、大きなプロジェクトの主要メンバーに抜擢されたり等、企業のなかで、それなりの人材、ポジションであることを具体的に示すことができる時期に、女性の結婚、妊娠、出産が重なりやすいということだ。いいかえれば、妊娠、出産によって、一時的であれ、仕事から離れる必要がある女性を労働者として視野に入れた企業システムではなく（女性でも、妊娠、出産しないものもある）、それらのことが生物学的にみて、必要ない男性を中心としたシステムのままで、戦後の復興、経済成長を成し遂げたわけである。そのようなシステムは、あくまで、妊娠適齢期に妊娠、出産、子育てをすするという女性のライフサイクルとは、合致しない。そのため、女性がそのような時期に働く人たちが増え出すと、仕事と育児の両立問題が露呈し、社会問題化されたのである。

仕事と育児の両立問題は、女性が結婚を理由に仕事を退職し（寿退社）、専業主婦となる「サラリーマン、専業主婦カップル」が主流だった1970年代から80年代あたりは、それほど、社会問題化されたわけではない。その後、結婚、出産後も働き続ける女性が増え出すと、1992年に育児休業法（現：育児・介護休業法）が施行され、育児を理由に一時的に仕事を離れることが、法的な制度を利用することで可能になったわけである。

だが、女性が働くことばかりに脚光があたっていると、生物学的な機能としての女性の

身体については、忘れられてしまう。その象徴的な出来事は、2012年にNHKのクローズアップ現代が「卵子の老化」についての番組を放映した後、「卵子の老化」が社会問題化され、女性の妊娠、出産には適齢期があり、たとえ、30歳代後半以降に生理があったとしても、自然に妊娠できる可能性はかなり低く、また、不妊治療を始めたとしても、妊娠できる可能性は相当低いということだった。このテレビ放映をきっかけに、雑誌、書籍、マスコミが卵子の老化を取り上げ、さらに高等学校の保健の教科書にも、卵子の老化問題が掲載されるようになった。

4 女性のキャリア構築と不妊治療

女性がキャリアを構築していく過程において、様々な障壁にぶつかることは、考えられよう。もちろん、その壁を乗り越えることで、キャリアアップが成し遂げられると考えられる。だが、女性の場合、すべてではないが、自身の私的な理由、つまり、育児、介護等を理由に、キャリア構築が阻まれることは、かつてより存在した。近年は、法律の施行等、就業環境が少しずつ、整備されていることもあり、スピードがおちるが、キャリア構築を継続できる。だが、不妊治療の場合は、どうなのか。

4-1 不妊治療の必要性

なぜ、一部の女性は不妊治療を行う必要がでてくるのか。

先にみたように、日本における企業社会は、メンバーシップ型、ジョブ型、という枠組みで捉えるならば、基本的には、メンバーシップ型で人材採用、人材教育を行い、それに基づいたしくみで動いている。

このような人材育成システムであるため、女性の結婚、妊娠・出産の時期（30歳代初め）

に、仕事を一時的に休んだり、さらにその後、育児休業を取得後、時短勤務や残業の免除制度を利用しながら、就業を続けると、キャリア構築が遅くなると考える。女性のキャリア形成過程において、妊娠、出産は、仕事に関わる空白期間をつくることでもある。だが、それが何年、何十年も続くわけではなく、子どもの人数、育児休業期間、時短勤務による勤務短縮時間の長さによる。そのため、近年では、女性のなかでも育児をしながら、キャリア構築を目指すものには、育児休業期間を短くして、すぐに職場復帰することが求められている。また、短時間勤務や残業の免除を申請したとしても、その期間はあらかじめ、決められているし、状況によっては変更も可能である。

ところが、不妊治療の場合、そうはいかない。そもそも、不妊治療に特化した法的な休業制度は、現状では存在しない。治療のために通院等で仕事を休むならば、有給休暇等に対応し、通院自体も短期間の間に集中して通うことが多く、仕事との調整はなかなか難しい。究極的にいえば、不妊治療は女性がキャリアを構築するにあたり、一時的な休止状態を生み出すものだといえる。

つまり、現在の日本企業のシステムの場合、女性の妊娠適齢期を考慮したものではないため、自身の妊娠、出産を希望するならば、その適齢期を視野にいれた、職種選択、企業選択をあらかじめ考えておかねばならないことになる。

筆者がかつて行った不妊治療と仕事を両立するための調査では、仕事と両立するために、上司、同僚への治療の報告、仕事を先に進めておく、すなわち、治療のために通院等を理由に仕事ができない時間が生じることを報告すること、職務を滞りなく進めるようにしていたことだ。

したがって、仕事をもつ女性が仕事をしながら、不妊治療を継続するには、職場における不妊治療に特化した制度や職場内での上司、同僚の理解、支援、援助がないとなかなか継続しづらいことが明らかになった（乙部2015）。

そういう点でいえば、キャリアの妨げになるのかということである。確かに、治療において、あくまで先導者は患者自身ではなく、医師であり、その医師は、医師の考えに基づく治療方法と患者自身の身体状態（血中ホルモン値、卵胞の数、大きさ等）によって、診察の日時を決める。

反対に患者の都合で診察ができる病院もあるが、それは本人の年齢と身体の状態等を総合して決めることであり、専門家ではない患者が独自に判断してよいものでもない。

4-2 企業による不妊治療に対する支援制度の進行

歯止めのかからない少子化の進行に一石を投じる策として、不妊治療の医療保険適用が2022年4月から開始される予定である。高額な治療費が保険適用されることで、経済的な理由で治療を諦めたものたちに、新たに治療へのチャレンジの機会を与えることとなる。

だが、治療費が保険診療の対象とされても、仕事をしていると、さらに重大な問題がある。それは、不妊治療を行う際の「時間の確保」であり、何らかの方法で仕事を休んで対応しなければならない。治療費の補助という経済的支援が受けられるようになることは、際立った政策であるが、根本的な問題は解決されていない。それは、不妊治療で仕事を休む（遅刻、早退を含む）際に、職場で手を振って休むことができる休暇制度がないことだ。

不妊治療に対する治療環境整備という点でいえば、2つのことを整える必要がある。1

つめは、医療保険適用であり、2つめは、育児・介護休業法のような治療のために、休むことができる法的な制度である。1つめについては、すでに述べたように、2022年4月から適用が始まる。だが、2つめの法的な制度は未だ、整備されていないが、企業の福利厚生の一つとして、不妊治療に関する支援を始める企業が少しずつ出始めた。支援の内容は、多岐にわたる。

厚生労働省の『不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル』（2020）によれば、仕事と不妊治療を両立するために、利用した制度は、「利用していないがもっとも多く」53.3%、ついで「年次有給休暇」が39.9%と続く。

また、企業が不妊治療に対する支援制度が整備されているかについては、「制度がない」が81.1%と大部分を占めた。このようななか、企業が実施している制度として、

①不妊治療に特化した休暇制度

→月に1日から2日間付与し、有給か無給かは企業により異なる

②不妊治療に特化しないが、不妊治療も対象となる休暇制度

→理由を問わなかったり、添付書類が必要ない

例：エル休暇制度（大和証券）、ノーリーズン休暇制度（オタフクソース）、ファミリーサポート制度

③積み立て休暇制度

→2年で失効する有給を定められた日数まで積み立て可能（最大50日から60日）

④休職制度

→一定期間、仕事を離れることを可能とし、期間は1ヵ月から1年、2年

その他、企業により導入の有無があるが、フレックスタイム制度、テレワーク制度等で

ある。ある程度、出退勤時間の融通がきくため、あえて、休業、休暇制度を使用しなくても、不妊治療のための時間を確保しやすい。

ここで紹介した制度は、あくまで、企業独自のものであり、自身が勤務する職場にそのような制度がなければ、有給休暇を利用するしかなく、そうなれば、取得可能日数を使い果たす可能性は高い。

そこで、考えられるのは、育児・介護休業のような申請した期間、仕事を休むことができる制度の成立である。育児休業や介護休業は、自身のためではなく、他者であるが親族のケアのために仕事を休むものである。

不妊治療を「治療」という観点で見れば、癌等の病気の治療と仕事の両立について、厚生労働省は、『事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン』（2021）を公開しており、これは、自身のための通院になる。

不妊治療は病気かといえば、特に加齢を理由に治療を受けるものは、生物としての自然の摂理であるため、病気とするには、様々な意見がある。

さらに、議論されることの1つに、不妊治療は、非常に個人的なことであり、かつ、そのことを他者に知られたくないという人も一定数いることである。背景には、結婚したら子どもがいるのが当たり前という考えがあり、それができてないことに対する自身の卑下、悲観がある。社会のなかに古くからはびこる結婚した夫婦は自然に子どもが授かるもの、子どもをもって一人前という規範意識があることも事実である。

2022年4月からは、治療費の医療保険への適用が始まることを踏まえれば、病、疾病という点とは異なるが、何らかの医学的介入を施すことによって、自然に妊娠したのと同じように、子どもを授かることができるならば、

そのために休暇を取得したり、一定期間、休業が必要となるならば、男女ともに付与できるという観点からも法制化が進むことを期待する。

5 おわりに

不妊治療の医療保険適用が進むと、少しずつではあるが、高額な治療費を理由に治療を諦めた人たちの再チャレンジを促すことになると考える。

では、保険適用することで、少子化の大幅な改善につながるのか。

答えは、否である。そもそも、夫婦が避妊せず、性行為を続けると、2年以内に90%が妊娠するという（浅田・河合 2016）。つまり、不妊治療が必要になるのは、その10%の人たちを対象としているわけである。

また、そのなかから、妊娠できる確率でいうと3割強であるならば、大幅に改善ということには至らない。

一般的に言えば、世帯所得という点で考えても、年齢の若い人たちが方が低い。だが、若い人たちが方が妊娠しやすいわけであり、そういう意味では、医療保険が適用されることで、若い人たちがチャレンジしやすくなり、かつ、病院、クリニックの治療成績もあがることが考えられる。病院、クリニック側も治療成績があがることは、今後の経営継続という点から考えても、歓迎すべきことである。

子どもをもちたいと希望する夫婦がなんらかの理由で子どもができず、不妊治療、それも特定不妊治療を受けるとならば、高額な治療費が必要である。治療費を医療保険でまかなえるという国の取組があることこそが、重要なのである。それがこの事業の最大の効果だといえる。

少しずつではあるが、子どもを持ちたいと

希望しつつも、経済的理由で不妊治療を諦める、特に若い世代の人たちが、経済的な心配をせずに、治療を行い、希望する子どもを授けられる社会になることを願ってやまない。

<注>

¹⁾ 本稿では、妊娠適齢期を20歳代半ばから、30歳代半ばまでとする。

²⁾ 不妊の理由は、WHOの報告によれば、男女半々である。

³⁾ 利用頻度の高い人工授精と体外受精の治療方法を説明する。

人工授精は、精液を直接子宮腔に注入し、妊娠を図る治療法である。精子提供者が夫か、別の精子提供者かにより、配偶者間人工授精（AIH）と非配偶者間人工授精（AID）に区別される。1回当たりの治療費は1～3万円程度である。体外受精は、採卵手術により、排卵前に体内から取り出した卵子と精子の受精を体外で行う治療法である。治療方法には体外受精・胚移植（IVF-ET）、凍結胚・融解移植、顕微授精などが挙げられ、もっともよく知られているのが体外受精・胚移植（IVF-ET）である。これは採卵により未受精卵を体外に取り出し、精子と共存させる（媒精）ことにより得られた受精卵を数日培養後、子宮に移植する（胚移植）治療方法である。また、体外受精を行った際、得られた胚を凍らせてとっておき、その胚をとかして移植する治療方法として、凍結胚・融解移植が存在する。凍結胚・融解移植を行うことで、身体に負担のかかる採卵を避けながら、効率的に妊娠の機会を増やすことが可能である。

さらに、体外受精では男性不妊の治療のため、顕微授精（ICSI）という卵子の中に細い針を用いて、精子を1匹だけ人工的に入れる治療方法も存在する。治療費は平均的に30万円から40万円程度である。

(https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/sentakus3_1_10.html)（「選択する未来」内閣府）

⁴⁾ 特定不妊治療給付金は、被保険者が保険期間中に所定の特定不妊治療（体外受精・顕微授精の治療過程で受けた採卵または胚移植）を受けたときに、1回目から6回目までは、1回に

つき5万円、7回目から12回目までは、1回につき10万円が支払われる。ただし、「第三者への卵子の提供を目的とした採卵」と「体外受精または顕微授精の予定がなく、卵子を凍結保存することのみを目的とした採卵」は除外されている。すべて、日本国内の病院または診療所における施術であることである。

⁵⁾ <https://www.buzzfeed.com/jp/iwahokikuchi/ranshi-touketsu-urayasu>

（世界初 市役所と組んだ「卵子凍結」プロジェクトはどうなったか？（buzzfeed.com））

⁶⁾ 自身のキャリア形成の問題、今は、パートナーがいないが将来のため、体外受精経験者からのすすめ等である。

⁷⁾ 先天的な卵巣機能不全（ターナー症候群等）、後天的な卵巣機能低下（子宮内膜症等）が含まれる。

⁸⁾ 夫やパートナーの長期間にわたる海外赴任、病气等、女性自身ではなく、相手のために行う。

⁹⁾ 吉川雅也も広義のキャリアは人生全体であると述べている。

¹⁰⁾ 狭義のキャリアとは、「職業、職務、職位、履歴、進路」を指し、職業、職務内容、職歴、経歴、またこれから進むべき進路・方向性として捉えられている。そこに職業とそれに付随するさまざまな要素、経験、地位、取得した（または今後の方向性としての）資格、業績、学歴・学位、能力、技能・知識なども総合的に含めて、キャリアを表しているのである。

¹¹⁾ 八幡成美も、近年では生涯にわたる生き方全体をライフキャリアとして捉える考え方が主流となりつつあるという。

<参考文献>

浅田義正・河合蘭（2016）『不妊治療を考えたら読む本～科学でわかる「妊娠への近道」～』講談社。

石原理（2016）『生殖医療の衝撃』講談社。

苛原稔編（2003）『インフォームドコンセントのための図解シリーズ 不妊症・不育症 改訂3版』。

梅澤正（2001）『職業とキャリア』学文社。

大久保幸夫（2010）『日本型キャリアデザインの方法』日本経団連出版。

乙部由子（2015）『不妊治療とキャリア継続』到

- 草書房。
- 勝村友紀・神谷摂子・恵比寿文枝 (2020) 「第一子出産後から第二子妊娠へ向けて再度不妊治療を受ける女性の体験」『母性衛生・第61巻1号』167～176。
- 香川則子 (2015) 『私、いつまで産めますか？卵子のプロと考えるウミドキと凍結保存』WAVE出版。
- 久具宏司 (2021) 『近未来の<子づくり>を考える—不妊治療のゆくえ』春秋社。
- 草薙厚子著・黒田優佳子監修 (2017) 『本当は怖い不妊治療』SBクリエイティブ株式会社。
- 久慈直昭・京野廣一編 (2019) 『今すぐ知りたい！不妊治療Q&A～基礎理論からDecision Makingに必要なエビデンスまで』医学書院。
- ケン・ダニエルズ・訳仙波由加里 (2010) 『家族をつくる～提供精子を使った人工授精で子どもを持った人たち～』人間と歴史社。
- 小泉智恵・平山史朗 (2016) 「生殖補助医療・不妊治療のいま～心とテクノロジー～」柏木恵子・高橋恵子編 (2016) 『人口の心理学へ～少子高齢社会の命と心』ちとせプレス：37-53。
- 厚生労働省 (2019) 『不妊治療と仕事の両立サポートハンドブック』。
- 厚生労働省 (2020) 『不妊治療を続けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル』。
- 厚生労働省 (2021) 社会保障審議会 (医療保険部会) 第131回社会保障審議会医療保険部会資料 資料2 「子ども・子育て支援について (不妊治療関係)」。
- 厚生労働省 (2021) 『事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン』。
- 厚生労働省 (2021) 『雇用均等基本調査』。
- 河野美香 (2018) 『まだ産める？もう産めない？「卵子の老化」と「高齢妊娠」の真実』講談社。
- 齋藤秀和・杉森裕樹 (2018) 『男性も知っておきたい妊娠・出産リテラシー～「精子・卵子の老化」を超えて』大修館書店。
- ジェームス・C・アバグレン (1958) 『日本の経営』ダイヤモンド社。
- 杉本公平・鴨下桂子 (2014) 『誰も教えてくれなかった卵子の話』集英社。
- 仙波由加里 (2003) 「少子化対策と不妊治療への保険適用～バイオエシックスの視座から～」『生命倫理』vol.13 No.1：190～197。
- 高橋敬一 (2017) 『専門医が答える不妊治療Q & A』幻冬舎メディアコンサルティング。
- 竹田恵子 (2018) 『不妊、当事者の経験～日本におけるその変化20年～』洛北出版。
- 竹家一美 (2021) 『日本の男性不妊～当事者夫婦の語りから～』晃洋書房。
- 田口早桐 (2016) 『ポジティブ妊活7つのルール』主婦の友社。
- 東京海上日動リスクコンサルティング株式会社 (2017) 『平成29年度厚生労働省 不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業』。
- 東洋経済新報社 (2020) 『就職四季報女子版2022年版』東洋経済新報社。
- 鶴光太郎 (2016) 『人材覚醒経済』日本経済新聞社。
- 内閣府 (2015) 「選択する未来」。
- 成田収 (2010) 『不妊治療・体外受精のすすめ』南山堂。
- 西尾隆2020 「閉鎖的公務員制度と公募制の可能性」『行動科学ジャーナル』87：49-65。
- ニッセイ基礎研究所 (2017) 『みんなに知ってほしい不妊治療と医療保障』保険毎日新聞社。
- 野村総合研究所 (2021) 『不妊治療の実態に関する調査研究 最終報告書』。
- 平山史朗 (2017) 『妊活に疲れたら、開く本』主婦の友社。
- 放生勲 (2016) 『不妊治療の不都合な真実』幻冬舎。
- 松本亜樹子 (2016) 『不妊治療のやめどき』WAVE出版。
- 宮城まり子 (2002) 『キャリアカウンセリング』駿河台出版社。
- 宮島淳 (2017) 『生殖医療と脱「出自」社会』ヘルス・システム研究所。
- 村岡潔・岩崎皓・西村理恵・白井千晶・田中俊之 (2004) 『不妊と男性』青弓社。
- 村松容子 (2021) 「不妊治療の保険適用拡大に向けた動き」『ニッセイ基礎研レポート』ニッセイ基礎研究所。
- 八幡成美 (2009) 『職業とキャリア』法政大学出版局。
- 吉川雅也「メンバーシップ型社会におけるキャリア権」『人権を考える』第22号：85関西外国語大学。
- 吉川雄司著・月花瑠子監修 (2019) 『やさしく正しい妊活大辞典』プレジデント社。

不妊治療の医療保険適用にむけた課題（乙部 由子）

渡辺三枝子 E. L. Herr（2001）『セカンドカウンセリング入門～人と仕事の橋渡し～』ナカニシヤ出版。

渡辺三枝子（2018）『新版 キャリアの心理学「第2版」』ナカニシヤ出版。