

分担研究報告書

不妊治療需要推計のモデル化と効果的な公費助成への提言

国立保健医療科学院 岡本悦司

研究成果の要約

不妊治療の需要推計と、治療が最大限の効果をあげたらどの程度の出生数増加があるか、をモデル化して推計した。また医療機関より不妊治療の価格ならびに請求法を調査して、出生一人増加のための費用を推計し、効果的な公費助成制度のあり方と期待される出生増を試算した。そして 2004 年度から始まった不妊治療助成事業に対して、年齢制限、最初の一回に全額助成という給付重点化そして医療機関に対する成功報酬、という具体的政策提言を行った。そのための事業費は約 246 億円と 2005 年度予算の 2.46 倍に拡大するが、最大 3 万 2000 人の出生増の効果が期待でき、一人出生増のための経費は約 77 万円ときわめて有効な少子化対策になることをエビデンスをもって示した。現在、生殖補助医療による出生児は 1.32%であるが不妊治療の需要が完全に満たされ治療が最大の効果をあげた場合、出生児の 4.1%が生殖補助医療で誕生する。

1.はじめに

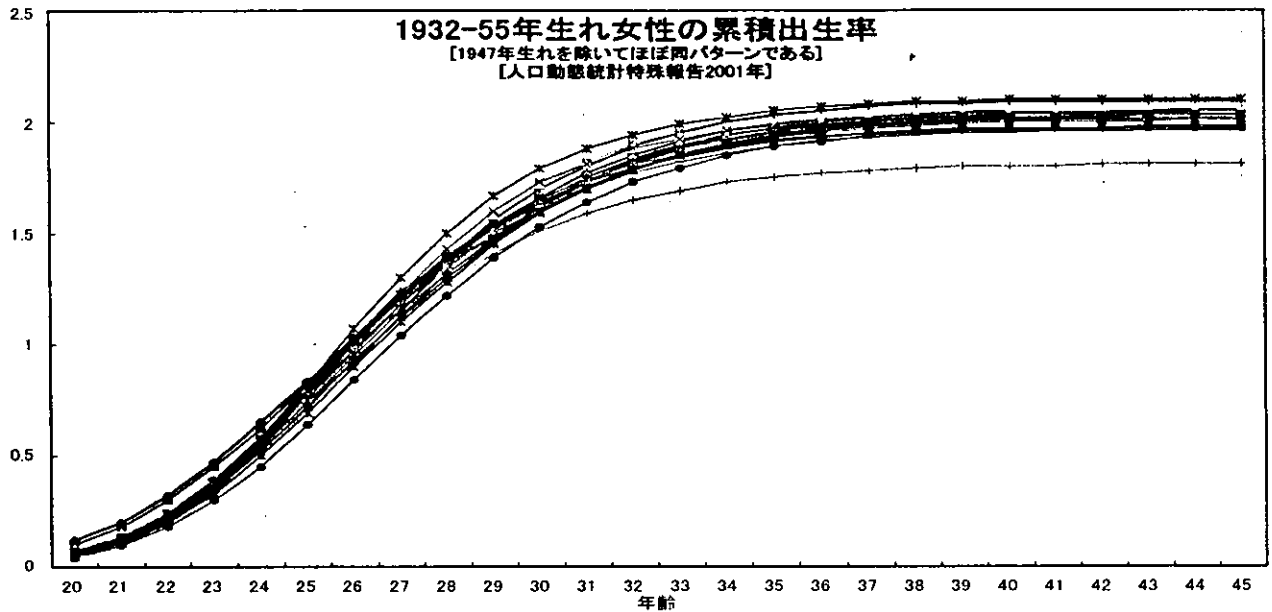
不妊は「子が欲しいにもかかわらず妊娠出産できない状態」と定義される。2004 年度より不妊治療に対する公的助成が開始したが、出生率の低下が深刻なわが国では、わずかな出生数であっても増加にむすびつく不妊治療に対する助成は政策優先度が高い。しかしながら、どれだけの女性が不妊治療を必要としているか、いいかえれば「子が欲しいにもかかわらず妊娠できない」かの推計は容易ではない。欲しい数の子を確保した女性にとって不妊は決して問題にならないからである。

不妊の原因は女性側だけでなく男性側因子もあるが、ここでは主に女性側のみに焦点をあてて需要の推計を試み、出生増という政策目標達成のための効果的な公費助成のあり方を提言する。

2.歴史的な出生動向

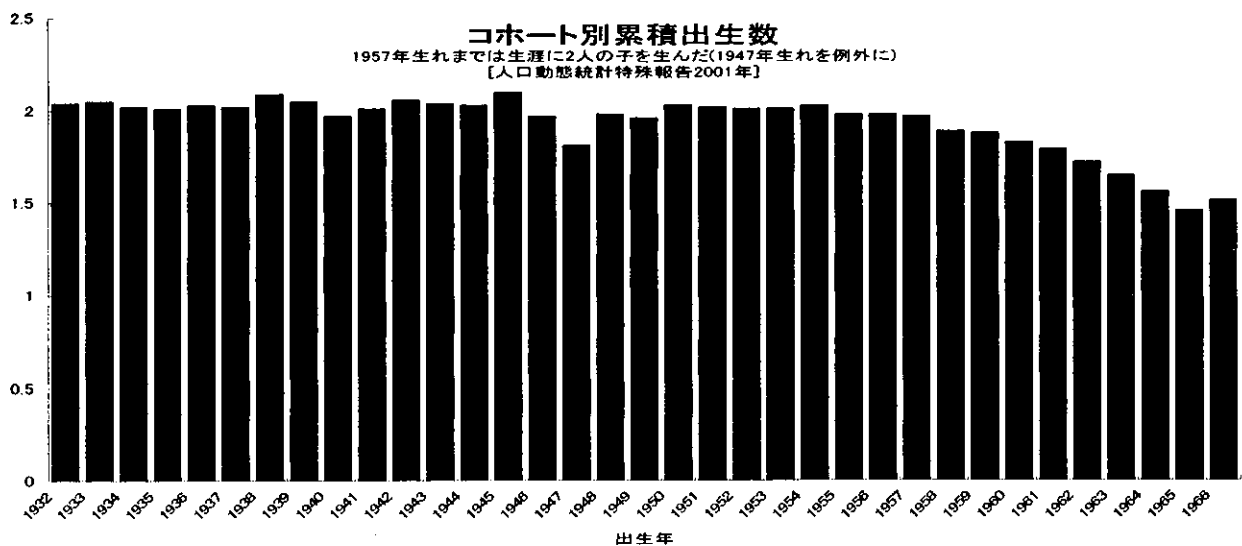
合計特殊出生率[粗出生率]は「一人の女性が生涯に生む子の数」といわれるがある年の年齢別出生率から算出した理論的な値である。実際に、たとえば 1950 年生れの女性が平均何人子を生んだかかは、その年に生れた女性が生殖年齢である 45 歳くらいまでの出生数を合計して得られる。これをコホート出生率と呼ぶ。2001 年に厚生労働省統計情報部は「人

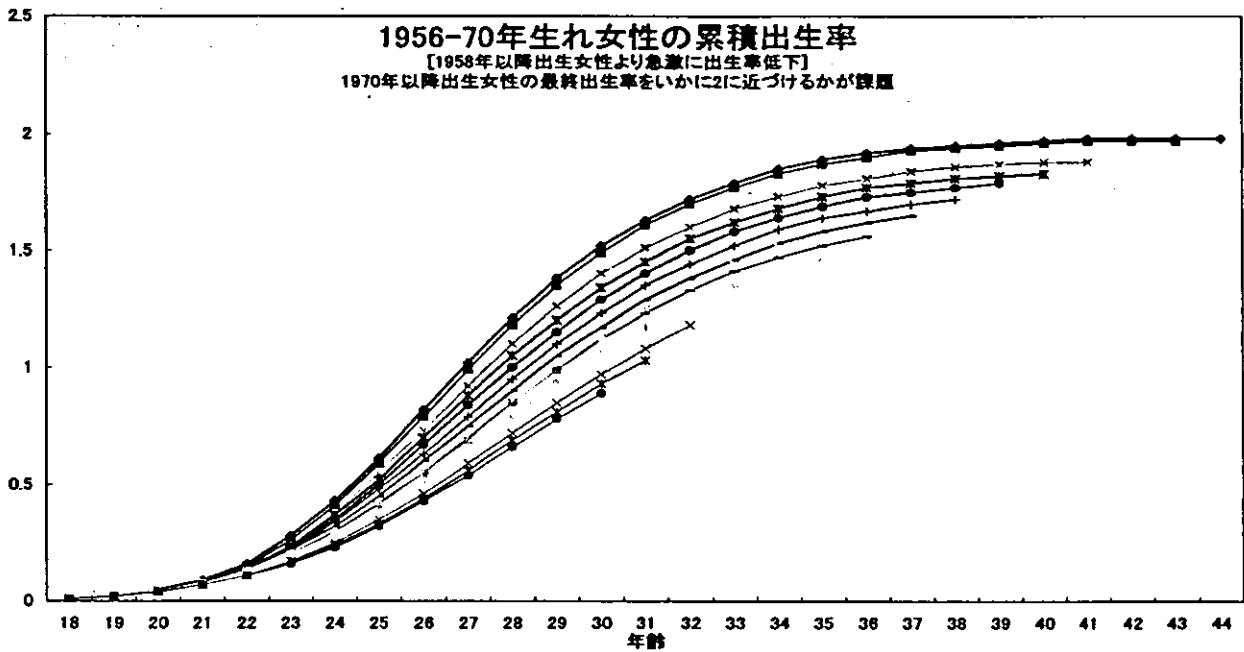
「人口動態統計特殊報告」として 1932～70 年生れの女性についてコホート出生率と累積出生率を算出している。



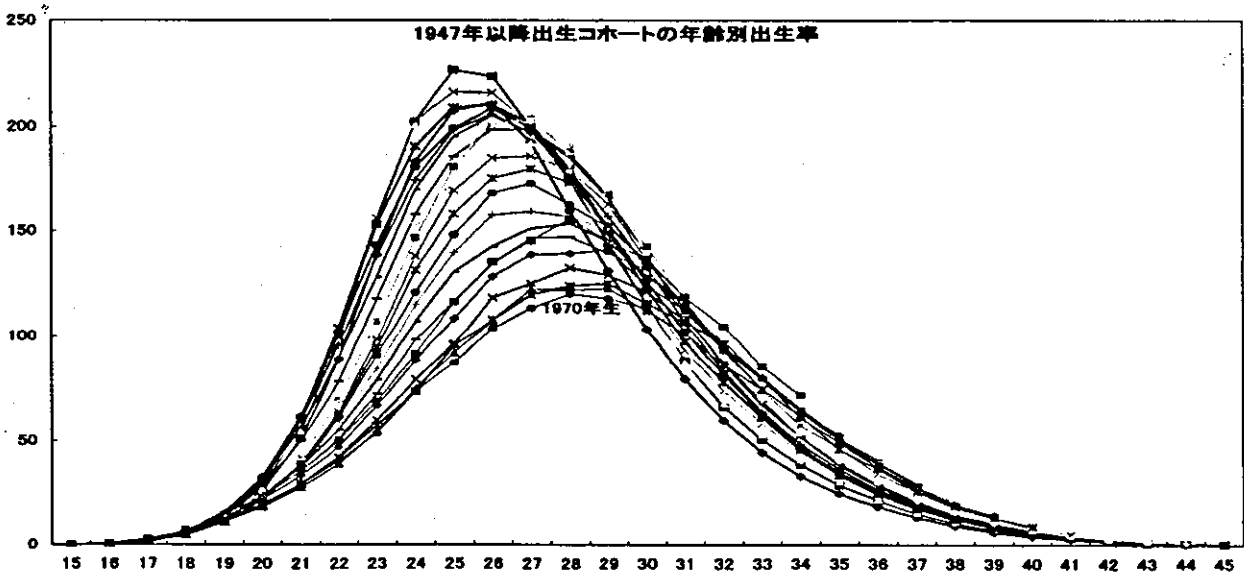
1955 年生れまでの女性の累積出生率は図のように 1947 年生れを除いてほぼ一定している。すなわちこの時代でも女性は平均して 2 人強の子を生んできた。

その状況に変化がみられるのは 1958 年生れの女性からである。下図にみられるように、1958 年出生女性より生涯に生む子の数が低下し始めた。





これらの世代の女性が生涯に生む子をどの年齢で出産したか、下グラフに示す。最終的に生む子の数は同じでも、高齢出産により出産年齢が上がっていることがわかる。



同じグラフを累積ではなく年齢別出生率で示したのが下グラフである。30歳未満の出生率が若い世代になるごとに急激に低下し、反面30歳以上の高い年齢での出生率が増加している。

3, 出生率低下の原因と不妊

不妊はそれ自体病気ではなく、女性は一定の年齢になれば生理的に不妊になる。かつては、不妊となる年齢までに欲しい数の子は生み終えていたため、問題にならなかった。しかしながら、晩婚化とそれに伴う妊娠出産の遅延が1958年生れ以降顕著になり、30歳以上での出生率は逆に上昇している。

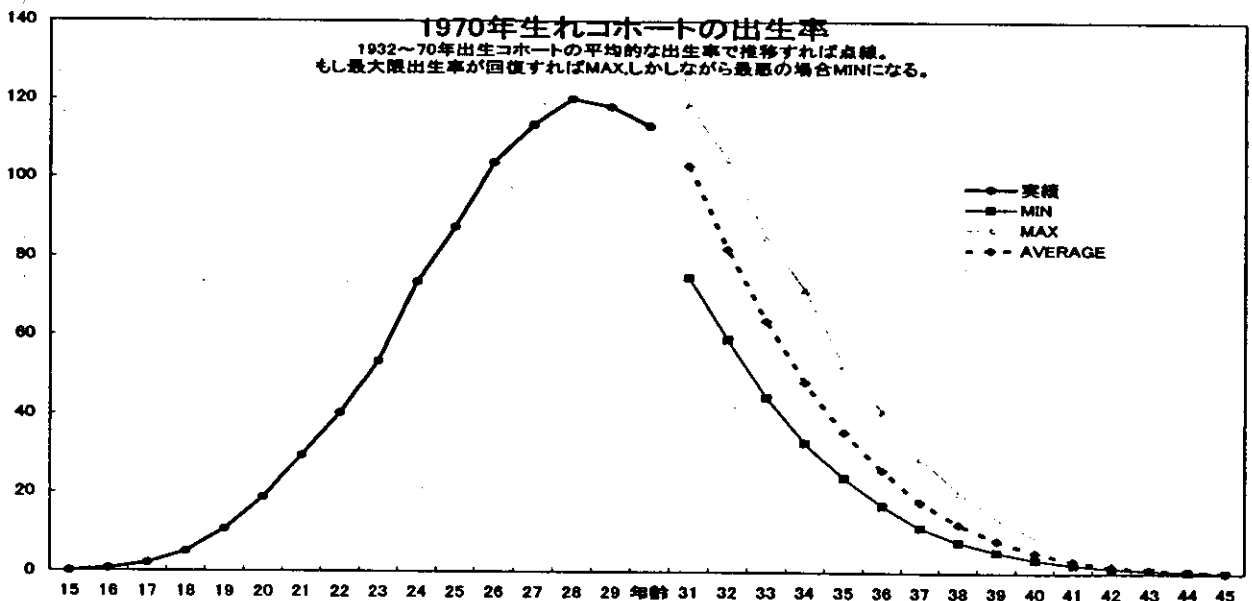
重要な点は20代における出生率の急減は、女性が生涯に欲しいと思う子の数の急減とイ

コールではない,という点である。つまり結婚や妊娠,出産を先送りしただけである。国立社会保障人口問題研究所が 2002 年に実施した第 12 回出生動向基本調査でも,調査対象となった夫婦の平均予定子供数は約 2.13 人と 1977 年の調査時の 2.17 人と比べても決して実際の出生率のように激減したわけではない。

しかしながら,女性は年齢とともに妊娠しにくくなるため,30 歳以上で子がほしくなっても希望通り妊娠できないことになり,ここで不妊が問題となる。厚生科学研究の報告によると不妊治療(排卵誘発剤,人工受精,体外受精,顕微受精その他含む)を受けている者は 28 万 4000 人というが,潜在的には「欲しいと思う子の数」と実際に生涯に生んだ子の数の差分が潜在的な不妊治療の対象になりうる。すなわち不妊治療を受けたいと思いつつ経済的理由その他で受けていない夫婦は相当数いると考えられる。

具体的に 1970 年生れのコホートで検討する。このコホートは 2000 年に 30 歳に達したが,この年までに平均 0.89 人しか生んでいない。もしこれらの世代の女性が生涯に 2 人の子を持ちたいという願望があるとすれば,半分にも満たない。しかしこの年齢以上では妊孕力は既に低下しつつある。

不妊治療によってどれだけ出生率が回復できるかは予測困難である。少なくとも 1932 年から 70 年生れまでの 39 世代の年齢別出生率があることから,その最大値を限界と考えることは可能であろう。たとえば 31 歳の出生率は 1966 年生れの女性の千人当たり 118.6 人が最大であった。したがって生物学的には 1970 年生れの女性もこの出生率を達成することは可能である(後述のように生物学的な妊孕力はもっと高い)。しかし 31 歳の 39 世代の平均出生率は 103 人なので,このままではこの数値におちつく可能性が高い。



結論として 1970 年生れの女性が 31 歳以降,最大の出生率を達成すれば生涯出生率は 1.45 人となるが,平均的なところでは 1.3 人,もし最低の出生率になると 1.17 人しか達成できないことになる。むろん出生率低下が不妊治療のみで解決できるわけではないが,少子化対策は最大限効果をあげれば 1970 年生れの世代だけで 0.15 人の効果をもたらす余地がある。

4. モデルによる需要推計

不妊治療の需要と効果を、人口統計等の表面に表れたエビデンスのみで正確に推計するのは容易でないため、数学的モデルで推計を試みる。不妊治療によって増加が期待される出生数は以下のファクターで規定される。

(A)年齢別女性人口

(B)年齢別妊孕力（避妊や制約なしに最大限に子を生む生物的能力）

(C)不妊夫婦の割合(子を持ちたい願望と生物的能力との間のギャップ。妊孕力ギャップと呼ぶ)

(D)経済負担(価格－公費助成)

(E)治療成績(医療機関ごとの技術と技能)

不妊治療の効果は A,B,C そしてE の積であらわされ、D の経済負担については、自己負担がゼロの時に最大となり、全額負担の時に最小となる。また価格が高いと小さく、逆に安いと大きくなる。経済負担は夫婦の経済状況に大きく依存するが、本分析では夫婦の所得等は考慮しないこととした。

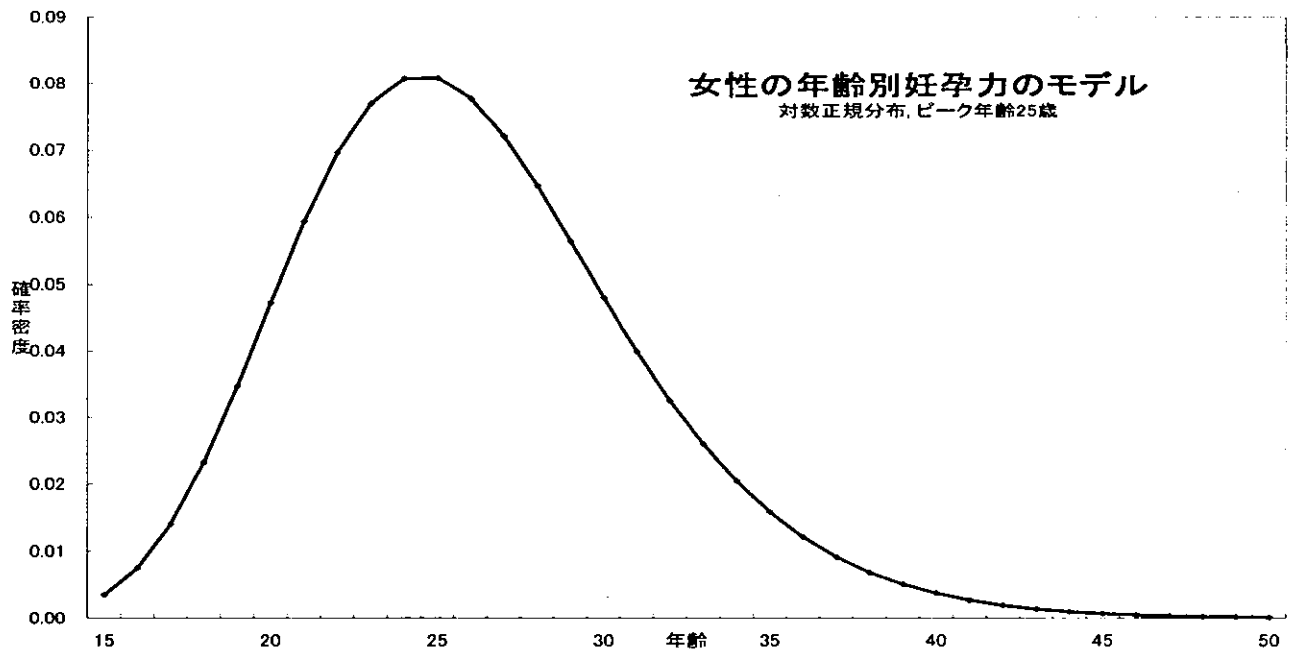
少子化対策としての不妊治療公費助成は、限られた予算(2005年度は地方負担含め100億円規模)でこれらの指標の積を最大化することを目標とする。すなわちその費用対効果は出生1人当たりの経費、すなわち $100 \text{ 億円} \div \text{出生数(不妊治療成功数)}$ を最小化することで測定できる。

以上のうちAは容易に把握できるので、B以下を推定しなければならない。

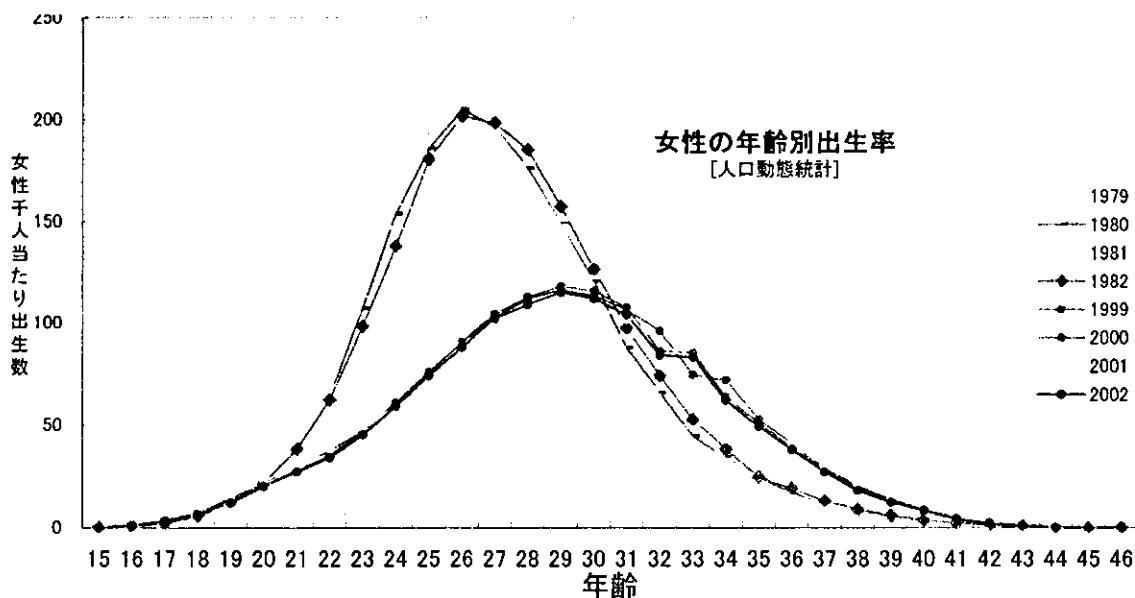
(B)年齢別妊孕力

女性の妊娠する能力、すなわち妊孕力は15歳くらいからめばえ、20代半ばでピークに達してその後減少し、40代で急激に減少し50歳までにほぼゼロになる。それを以下のような対数正規分布とみなすことが可能であろう。このモデルによれば、ピークの25歳の確率密度は0.08となり、一人の女性が生むことのできる限界の子供数の8%が25歳で出生する、という意味である。もし1000人の女性がいて、生物学的な一人当たりの出生数の限界が10人としたら1万人の子が出生し、800人は25歳の母から出生する、ことになる。

むしろ実際には女性が生物学的な限界まで子を生むことはない。すなわち婚姻前は避妊することによって出生を調節するし、結婚しない女性、結婚しても子を望まない女性もあり、表現される出生率はこれよりずっと低い。しかしながら、不妊治療はその女性の年齢相応の妊孕力をギリギリまで活用することを目標としているのでこの生物学的な年齢別妊孕力は不妊治療の効果を決定する重要要因である。

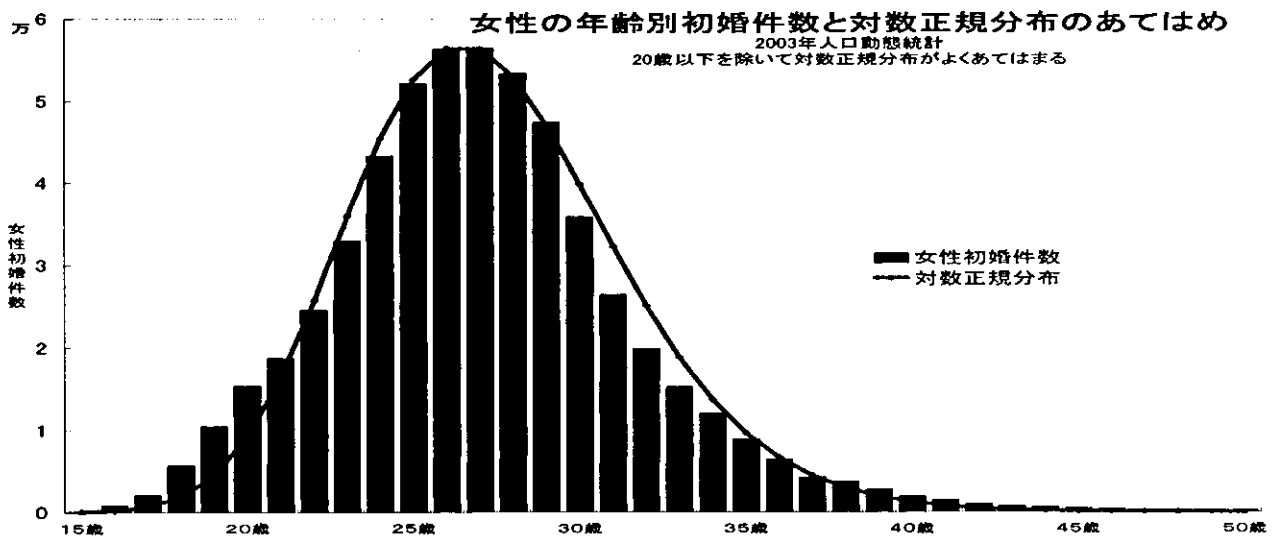


女性の晩婚化はこの 20 年で急激にすすみ,それは年齢別出生率にも表れている。以下に示すように 1979~82 年頃は年齢別出生率はおおむね自然の摂理にかなった妊孕力のカーブに一致していたが 1999~2002 年には山は大きく右へずれている。



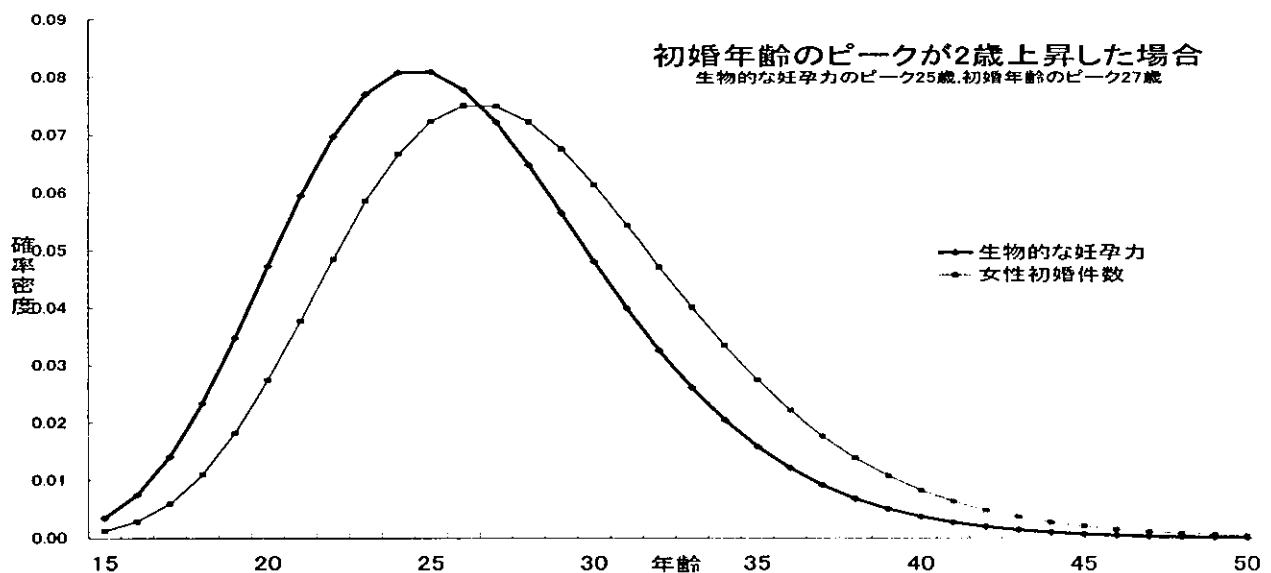
(C)不妊夫婦の割合(妊孕力ギャップ)

不妊に悩む夫婦の割合を推計するための前提として女性の年齢別婚姻件数をみると最新の 2003 年人口動態統計によると以下の通りである。現在では女性の初婚年齢のピークは生物的な妊孕力のピークをすぎた 27 歳となっている。ここでもまた対数正規分布がよくあてはまる(ただ 20 歳以下の初婚についてはあてはまりはよくない)。



初婚年齢が上がって、生物学的な妊孕力のカーブを少しでもはずれると「子を持ちたい」という夫婦の願望と女性の生物学的な限界との間にギャップが生じる。

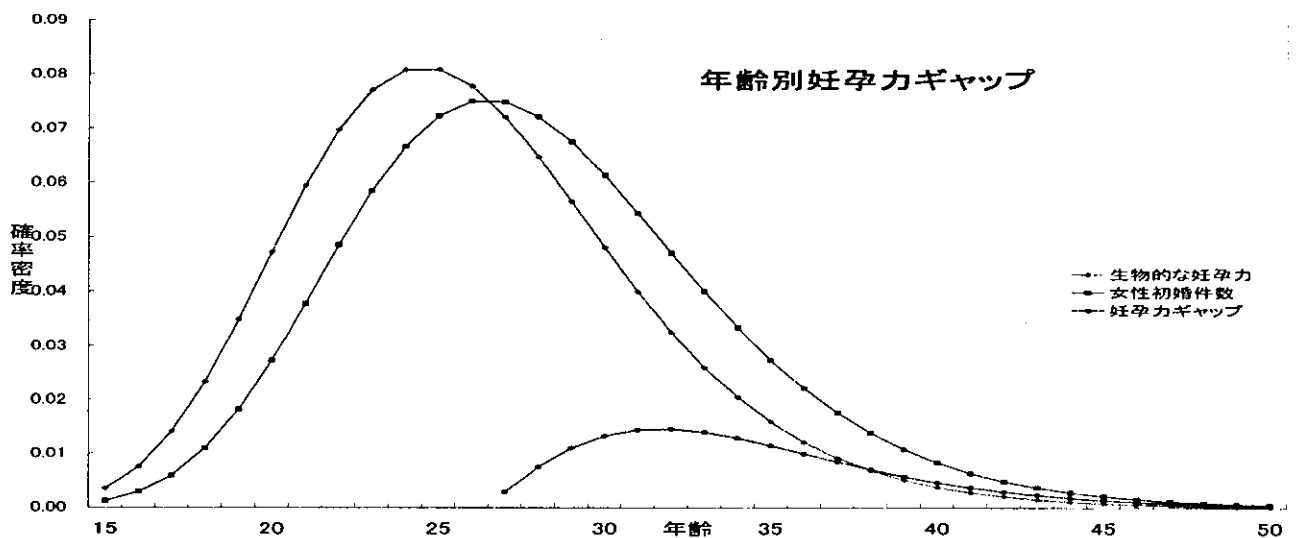
そのギャップを直接測定することは困難だが、妊孕力という生物学的因子も婚姻という社会的因子も統計的には対数正規分布という同じ分布を有することが明らかであるから、数理的にシミュレーションを行うことができる。以下に女性の初婚年齢のピークが生物学的妊孕力のピークより2歳上昇した場合(現在のわが国の状況)を考える。全ての婚姻した女性が直ちに子を持ちたいと願ったとすると、妊孕力が低下し始める27歳以降にギャップが生じることが分かる。これは「子を持ちたいと願って婚姻したが、妻の生物学的妊孕力が釣り合わないため子を持ってない」というギャップで「妊孕力ギャップ」と呼ぼう。つまりこの年齢以降に婚姻した夫婦の相当数が子を持ってないという悩みをかかえる。そのギャップの大きさは27歳以降の2つの曲線が囲まれる面積であらわされ、晩婚化が進行すればその大きさは拡大する。



ギャップの大きさと全体に対する割合は対数正規分布すると仮定したので算出できる。下の図の赤線の山の面積こそ不妊治療の潜在需要であり、それは山全体の面積の15.2%を

占める。ちなみに 2003 年の女性の初婚件数は 56 万 2825 件だったので 8 万 5549 人の潜在患者(女性)がいると推計される。問題なのは、この赤線で囲まれた潜在需要の一部しか、実際に不妊治療を受けておらず、少子化が深刻なわが国において、一方では子を欲しいにもかかわらず不妊治療を受けられない夫婦が多数いることである。

このほど公表された日本産婦人科学会の 2002 年の調査によると、不妊治療を受けている患者(女性)数は、IVF(体外受精)等 24788 人、顕微受精(新鮮卵)が 22900 人、凍結融解胚(受精卵)を用いたもの 11991 人、計約 6 万人弱となる²⁾。しかしこの数字は相当数の重複があること(こうした業界団体による調査はえてして過大申告されがち)、また今回のモデルは初婚のみで再婚を含んでいないことを考えれば、不妊治療を受けたくても受けていない女性の数は相当と考えられる。2004 年になって不妊治療の公費助成が開始されたが、それが治療の受けやすさをどれだけ改善したか今後の観察が待たれる。

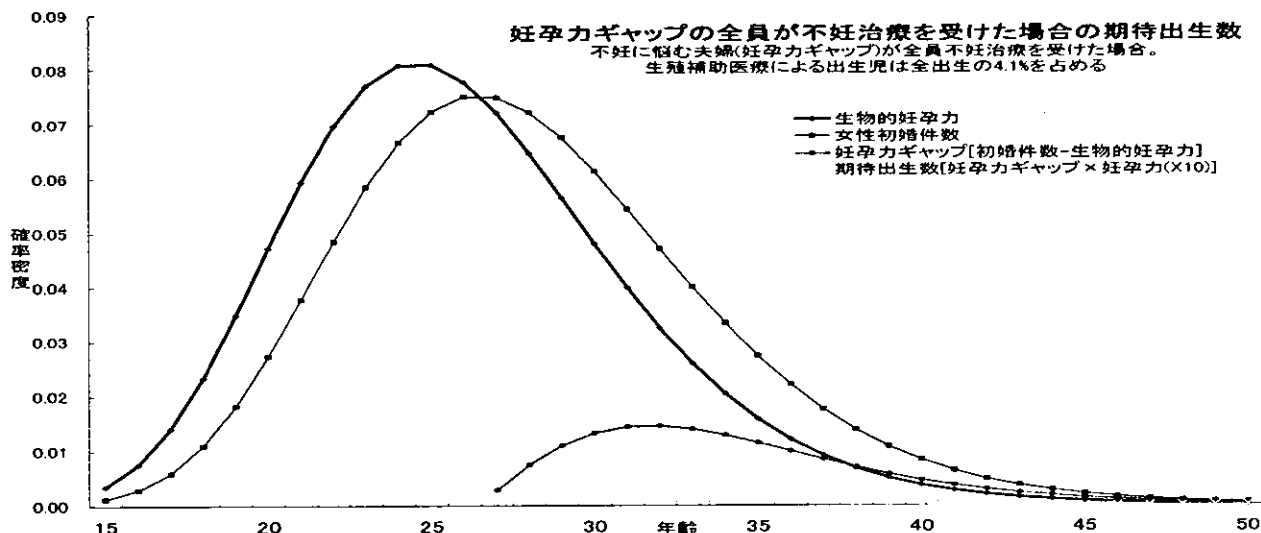


次にこれら潜在需要がかなえられ全ての夫婦が不妊治療を受けた場合を考える。むしろ不妊治療を受けた全ての夫婦が子に恵まれるわけではないが、不妊治療を必要とする女性が全員受け、最大限成功した状況を想定する。

不妊治療とは、その女性の生物学的な妊孕力、すなわち図中の黒い山で示された「生物学的な妊孕力」を最大限に引き出す治療であって、患者の年齢が高くなるほど当然ながら成功率は低下する。上の図は黒い山の面積が 1、すなわち女性が生涯に生める子の最大数を 1 人として表現したものだが、むしろ生物学的には女性はずっと多くの子を生む妊孕力がある。そこでかりに生物学的な妊孕力の限界を 10 人とし、そうした女性が 27 歳以降に不妊治療を受けだしたシナリオを考える。

潜在的な患者数は上図の赤い山で示されているので、それぞれの年齢に数に妊孕力($\times 10$)を乗じたものが下図の青い山で示されたものである。これが全ての不妊夫婦が不妊治療を受けた結果、体外受精等で生れてくる子供の数である。明らかに不妊治療を受ける女性の年齢は 40 歳以上にも及んでいるが、40 歳以上で成功して子供が生れる見込みはほとんどない。

この計算によると全体の 15.2%の女性(夫婦)が不妊治療をうけると、子供の 4.1%が生殖補助医療によって出生してくることになる。単純に成功率を出すと 27%で、これは多くの不妊治療医療機関の公表する体外受精や顕微受精の初回の成功率(約 30%)と概ね一致する。



日本産婦人科学会の調査によると 2002 年の不妊治療(生殖補助医療)による出生数は 15223 人であった。これは同年の出生数 115 万 3855 人の 1.32%にあたる。しかしながら、今回の試算によればもし不妊治療を必要とする全ての女性が治療を受け、かつ最大限に成功した場合、出生児の 4.1%が生殖補助医療による出生児になる、という結果になった。これを 2002 年の出生数にあてはめると 32060 人の出生増を意味する。

(D)経済負担

体外受精や顕微受精といった生殖補助医療は保険がきかず、全額自費であり、また一回で成功する確率は女性の年齢にもよるが 30%くらいであり、回数をかさねるとその経済負担は巨額になる。また自由診療であるがゆえに価格も請求方法も医療機関ごとに様々である。

すでにみたように、わが国の不妊治療を必要とする女性の全員が不妊治療を受け、最大限の効果が得られた場合、出生児の 4.1%が生殖補助医療による出生児になる、と試算された。しかしながら、実際の出生児の割合は 1.32%(2002 年)にとどまっている。その理由は治療成績もさることながら、不妊治療を必要としている女性の相当数が不妊治療を受けておらず、子を欲しながら子をもてない状況にあることが最大の理由である。

今回の試算では不妊治療を潜在的に必要とする女性の数を 8 万 5549 人と推計し、産婦人科学会の発表する不妊治療患者数は約 6 万人であった(これをもとに 2004 年度より始められた厚生労働省の「不妊治療費助成事業」の予算も申請見込み者数を 5 万 7492 人としている)。単純計算では 70%の患者が治療を受けていることになるが、今回の試算は再婚女性を対象としておらず、また産婦人科学会の数値も重複や過大申告の可能性のあることを考えれば 70%という数字はそれ自体相当過大である。大胆に言って不妊治療の対象となる女性の約半数しか実際に治療をうけていないと考えられる。

その理由として、本人の選択もさることながら、高額な経済負担が無視できない。

●価格調査

体外受精や顕微受精は保険の効かない自由診療であるため、価格も請求方法も医療機関ごとにまちまちである。幸い 578 の実施医療機関(2004 年末の日本産婦人科学会登録施設数)のうち 1 割強にあたる 65 医療機関がインターネット上で価格を公表していたため、それを集計して不妊治療の価格調査を行った。

その結果は【別表】の通りで、体外受精(顕微受精無)は、平均値および中央値が 26 万 3000 円であった。顕微受精はさらに 5~6 万円程度が追加される。これはあくまで手技のみの価格で、実施までの診察料、薬剤費および入院費は含んでいない。その他、胚盤胞(blastocyst)までの培養(受精卵が細胞分裂して腔ができるくらいまで 5 日程度培養して子宮に戻す)を行ったり、受精卵の凍結保存を行った場合にはそれぞれ別料金として請求されるのがふつうであった。

合計すると最低でも 30 万円、高額な医療機関において多数の追加手技を実施すると 50 万円をゆうに超える、というのが相場である。また一回で成功する確率は 30 歳の若い年齢でも 50%くらいで、2 回以上くり返す場合がとくに高齢女性の場合には稀ではない。そのため、一定回数以降の価格を割り引いたり、成功しなかった場合には一旦徴収した料金の 8 割を返却する、といった請求方法をとっている医療機関も少なくない。

少なくとも、最も安価な医療機関であっても、次に述べる 10 万円限度の公費助成ではどうい費用の全てをまかなうことができず、十分な経済力のない夫婦にとって不妊治療は最初の一回を受けることが困難な状況にある。

●公費助成

2004 年度より不妊治療患者の経済負担を緩和するため「不妊治療費助成事業」が開始され 25 億円が予算計上された。保険がきかない体外受精や顕微受精を対象に年間 10 万円まで 2 年間まで助成する、というものであるが、その後の厚生労働省の調査で「札幌市、青森県、横浜市、川崎市、島根県、北九州市、福岡市等 2 県 5 市が本年度実施せず」と明らかになった³⁾。財源の半分が自治体負担である点も障害になったようだ。自治体負担をいれると事業規模は 50 億円で、見込み申請者数を 5 万 7492 人とし、10 万円を限度に実費を負担する、ということでこの見込み額になったと考えられるが上にみたように、ほぼ全ての医療機関においてこれら生殖補助医療の費用は 10 万円以内におさまるとは考えられない。

すなわち助成は経済負担を軽減するのは間違いないが、それでも全費用のせいぜい 2~3 割程度しか補填されず、残額を負担する経済力の無い夫婦は不妊治療そのものが受けられないから、助成も受けることができない、という問題がある。また 2 年間で 10 万円を限度に、「小出し」している点も、結果として一回のみで成功した患者は 10 万円だけだが、2 年間にわたって 2 回実施した患者は 20 万円まで助成される、という矛盾もある。

(E)治療成績(医療機関ごとの技術と技能)

不妊治療の成功率は患者の年齢が最大の影響因子であるが、実施する術者の技能によっても左右される。体外受精、とりわけ顕微授精は術者の手技による影響が大きいといわれる。

効果的な公費助成としては受給者がより治療成績の高い医療機関で受けるよう誘導することが望ましい。

日本産婦人科学会は毎年、登録施設より実施状況と治療成績をアンケート調査しており、98.3%という良好な回答率を得ているが、個別の医療機関の成績は公表しておらず、またアンケート調査であるため信頼性や妥当性に疑問なしとしない。多数の医療機関がインターネット上で治療成績も公表していたが、共通のフォーマットによっておらず、また自主的に公表する「広告」であるため、同様に信頼性妥当性の面の懸念は払拭できない。

そこで、公費助成の給付に成功報酬の要素を導入し、優れた治療成績をあげる機関を育成するとともに支払者である自治体は成功報酬の支給対象となった医療機関名と数を公表することにより、受給者がより優秀な治療成績をあげる医療機関に集中するよう誘導することが効果的である。受給者も給付が一回だけ、という制約下においては、必然的に最も治療成績のいい医療機関を選択するようになりさらに効果を倍加させる。不妊治療は通常の傷病の治療と異なり、成功不成功が短期間に明確に判断できるので判断をめぐる紛争も生じにくいと考えられる。

5,政策提言

不妊治療の経済負担を緩和するため保険適用を求める声が患者と医療機関の両方からある。しかしながら、不妊治療を通常の保険診療に組み込むことには否定的にならざるをえない。

第一に、不妊治療は傷病の治癒を目的とした医療保険とは性質が異なる。無制限に給付対象とすると費用が際限なく膨張するおそれが高い。少子化対策として不妊治療を推進する以上、つねに費用対効果を念頭においた給付設計を行う必要がある。

第二に、保険診療とすると後述の成功報酬のような工夫ある給付方法がとれず、保険診療でややもすればみられるような乱診乱療に走ったり、生殖補助医療技術の発展を阻害しかねない。

結論としては 2004 年度からスタートした不妊治療費助成事業を給付内容を重点的に見直し、拡大してゆくことを提言する。しかしながら財源として、医療保険や年金の保険料を充当することは妥当であるし、むしろ若い年齢層の保険料納付意欲を促進する上で望ましいと考えられる。

●給付設計

現在の年 10 万円、2 年間限度という「小出し」をやめ、30～39 歳で人工受精等で効果なしと診断された女性は誰でも 1 回だけ公費助成により全額公費負担で不妊治療(体外受精や顕微受精)を受けられるようにする。

不妊治療の成功率は常に一回目が最も高く、回を重ねるごとに低下する。また全額助成でないと経済力のない夫婦は最初の治療をうけることさえできない。不妊治療を必要とする夫婦のうちで実際に治療を受けているのは半数ぐらい、というのは前述の通りである。最初

の一回だけ、30代の不妊と診断された女性全てに無料で不妊治療を受けられる機会を保障することにより、理想的には子を求める不妊症夫婦全員が一度は不妊治療を受けるようにする。

40歳未満という年齢制限についても一種のエイジズム(年齢による差別)という批判も予想されるが、40歳を超えると成功率はきわめて悪く、投入される公費が無駄になる危険が高いのみならず、高齢出産が母子双方に及ぼすリスクを考えれば、政策としてはむしろ年齢制限を設けることによって妊孕力の残っている若い年代のうちに不妊治療を受けさせるインセンティブを与える方が妥当である。また40歳を超える世帯の多くは若い世帯より所得や貯蓄も高く、自己負担能力も高いと考えられる。

30歳未満の対象外とすることについては、20代のうちはまだ自然妊娠の可能性があり、保険適用される通常の治療による妊娠も期待できることより、医学的にも正当化されよう。しかしながら、年齢の下限については、男性側原因による不妊の場合等では27歳や28歳程度まで引き下げることが検討に値しよう。

●成功報酬の導入

1回目の価格は公定価格として現在の相場より安く設定する(25万円程度)が、それを補うため成功報酬を導入する。すなわち妊娠出産にいたらしめた医療機関に対しては妊娠出産一回につき(出生一人当たりではなく)10万円のボーナスを支払う(出生一人当たりにはないのはもしそのような成功報酬を導入すると移植胚を増やして多胎妊娠を増やすインセンティブをはたらかせるおそれがあるため)。初回治療時の平均的な成功率は30%といわれるので、平均すると3万円程度となり、不妊治療一回ごとの医療機関に支払われる平均額は28万円程度となる。むしろこの額は医療機関の治療成績によって異なる。

不妊治療が通常の治療と異なるのは、成功失敗が短期間に明瞭に出ることであり、かつ機械や薬が進歩した現在においても、医師の技能に左右される面が大きい。したがって成功報酬を導入することによって医療機関の技術の向上を促進し、公費の効果的給付にむすびつくことが期待される。

●費用対効果

一回目の治療費が無料となれば最大8万5549人が治療を受ける可能性があることは既に述べた(これは2004年度の事業開始時の見込みの約1.5倍)。

総事業費は一回の価格を25万円とすると25万円×8万5549人=213億8725万円、最大の治療効果が得られて3万2000人の出生があつたら成功報酬として32億円、計約246億円と試算される。2005年度の厚生労働省の本事業の予算は50億円、自治体負担を加えても100億円の規模だから2.46倍に拡大するが、それにより3万2000人の出生増につながれば一人出生増のための経費は約77万円となる。

医療保険の出産育児一時金が30万円であることを考えれば、一回平均28万円の助成、一人出生あたり77万円の費用は有効な少子化対策として国民の理解を十分に得られる額といえる。

●財源と受給手続き

財源としては現在の公費助成のままでいいが、医療保険の出産育児一時金のような現金給付として位置づけることも可能である。ただしその場合も、医療機関に対する成功報酬も含まれることから、保険者から医療機関に対する現物給付化することが必要であろう。現物給付化することによって、現在の助成金請求手続きのような煩雑な患者のペーパーワーク負担を軽減することができる。

6, 結語

わが国において 2002 年末、生殖補助医療による出生児は 10 万人を突破し(日本産婦人科学会)、出生児の 1.32%を占めるにいたった。これら 10 万人は生殖補助医療が無ければ出生できなかった人口であり、深刻な少子化に悩むわが国にとって、生殖補助医療は出生率回復の切り札的効果が期待される。

デンマークでは出生児の 3.7%が生殖補助医療による出生といわれているのと比較するとわが国の率はまだ低い、それは不妊治療を必要とする女性の大半が経済的理由等で治療を受けていないためであって、もし必要とする女性の全員が治療を受けたならば、わが国の生殖補助医療出生児の割合もデンマーク並みに高くなることが予想される。

2004 年度に開始された不妊治療医療費助成事業は、適切に給付設計すれば少ない費用で相当な出生増をもたらすと試算され、きわめて効果的な少子化対策になる。本報告で提言した具体策が早急に国策に反映され実行されることを期待する。

1 矢内原巧.生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究.平成 10 年度厚生科学研究費補助金特別研究報告書.

2 久保春海.平成 15 年度倫理委員会・登録・調査小委員会報告(平成 14 年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績).日本産婦人科雑誌;57(1):118-128[2005 年 1 月].

3 共同通信の報道.不妊助成 7 自治体が不実施――支援体制や財政難理由に.共同通信 2004 年 9 月 30 日.