

したものである(国立社会保障・人口問題研究所 2007: 203-207)。「死産」と「流産」は区別なく調査されており、表 3 では「死流産」というカテゴリーに計上されているが、前述のとおり、死産の比率は低いので、このカテゴリーの大部分は流産と考えられる。表 3 から、妊娠時の年齢があがるにしたがって死流産の確率が上昇することがわかる。出生数に対する死流産数の比は、30 歳頃までの妊娠ではおよそ 10:1 程度であるのに対して、33~34 歳での妊娠ではおよそ 5:1、30 代後半以降では 4:1 以上に増大している。ただし、35 歳以降の妊娠についての回答は総計でも 474 件しかなく、年齢階級別では数がかなり少なくなってしまうため、誤差の大きいことが懸念される。また、個人を対象として配票自計で回顧的に妊娠・出産歴を回答させる出生動向基本調査の方法では、過去のネガティブな経験は回答されにくいなどのバイアスを生じている可能性もある。

以下では、Andersen, Wohlfahrt, Christens et al. (2000) によるデンマークのデータを利用する。これは、デンマークの civil registration system を利用したものであり、病院からの報告が義務付けられている死産・流産・人工妊娠中絶などのデータと、女性の出生の履歴データとを、個人 ID を使ってマッチングさせることにより、1978 年から 1992 年までの間の全ての妊娠結果を収集したものである。死産・流産のデータ源としては、病院での診断に基づいて構築された national discharge registry が用いられている。流産等に関わるファクターに社会的・文化的な部分が少なければ、各年齢における流産の確率は日本でもそれほど変わらないものと考えられる。ただしデンマークでは、妊娠 12 週目までは理由の如何を問わず、公立病院で無料で中絶することができる (Knudsen 1999) ので、その点は日本と状況が異なる。また、「流産」(spontaneous abortion) は 29 週未満の妊娠の中断という定義でカウントされており、日本の産科学における流産の基準 (22 週未満) と異なる。

このデンマークのデータについて、出生に至らない妊娠の数を計算した (表 4)。ここで出生に至らない妊娠とは、死産・流産と子宮外妊娠をあわせたものである。出生に対する比率を表 4 最右列に示す。20 代前半では出生数と流産数の比は 10:1 程度だが、この比は年齢とともに上昇し、30 代後半では 3:1、40 代前半では 10:9 に達していることがわかる。Andersen, Wohlfahrt, Christens et al. (2000) によれば、流産のリスクは女性の出生コーホートや妊娠の暦年、経産婦かどうかといった要因にも影響を受けているものの、それによる差異は数%以内であり、したがって、年齢による流産の比率のパターンはどのような要因の影響を検討しても共通との結論を導いている。

日本 (表 3) とデンマーク (表 4) における死流産に関するこれらのデータを比較したのが図 3 である。両者とも、年齢によるパターンは似ている。全体的に日本のデータのほうが死流産の率が数%ほど低いが、上述のように「出生動向基本調査」の調査方法では多少の過少申告があると考えれば、デンマークにおいても日本においても年齢別の死流産の傾向は同様のものと考えてよさそうである。

そこで、表 1 と表 4 から、日本における各年次の流産数を推定したのが図 4 である。出産年齢の高まりとともに、2009 年では 30 代後半での流産が 6 万件以上おきていると見ら

れる。全年齢の合計では、2009年の流産数は22万件程度と推定され、出生数との比では約5:1である。

4.5. 出生にいたる確率

妊娠企図があるにもかかわらず出生にいたらないケースとして、死産・中絶・流産を除くと、残るファクターは不妊である。医学的には、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく性生活を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」または「不妊症」という（日本産科婦人科学会編 2008: 276）。不妊は全夫婦の約10%といわれる（星 2004）が、これは根拠のある数字ではなく（仙波 2003: 76）、信頼できる統計はない。病院で不妊症の治療を受けている患者数は不完全にしか把握されておらず、さらにその背後に病院に行かない人がどの程度存在するかもあきらかでない（大石 2007）。

しかし、高齢になるにつれて不妊の確率はあがると考えられる。また、本研究の目的からいえば、不妊の発生率を知ること自体が目的ではなく、他の要因を総合して、妊娠企図があるにもかかわらず出生にいたらないケースが全体としてどの程度あるかを推定できればよい。人工妊娠中絶を考えなければ、その主たる要因は、不妊と流産である。また、卵が受精したにもかかわらず出生にいたらないケースのうち、「流産」として認知されるのは、妊娠が確認されたものに限られる（小澤ほか 2010）。「不妊」の中には、臨床的に妊娠が確認されていないだけで、実は受精まではしているケースも含まれているかも知れず、このように考えていくと、「不妊」と「流産」をことさら区別する意味は薄いともいえる。

ここでは Louis Henry (1961) による自然出生力についての研究データを応用した Menken, Trussel, and Larsen (1986) の研究成果を利用する。これは、子ども数の意図的な調節が行われていない集団について、男女の年齢が出生力に与える効果を推定したものである（Menken and Larsen 1986）。この研究結果では、出生力の全体的な水準は集団によってかなり違うが、女性の年齢の効果は共通であり、20代前半をベースラインとして、20代後半では6%、30代前半では14%、30代後半では31%低下すると報告されている。なお、男性の年齢も出生力を規定する要因である（La Rochebrochard and Thonneau 2002）が、以下では女性の年齢だけを考える。

これらの数値を利用して、戦後日本のいくつかの時点においてどの程度の妊娠企図が存在したかを、出生数を基に計算しよう。以下の推計では、ベースライン（20代前半）においては不妊はない（流産リスクのみ）と仮定した。10代についてはベースラインと同じ、40代以上は30代後半と同じと仮定した。

推計の結果を図5に示す。妊娠企図件数と出生数との差は、1990年代にはおよそ30万件まで低下していたが、その後上昇し、2009年ではおよそ35万件が、出生にいたらなかった妊娠企図と推定される。また、出生数との比という観点から見ると、従来は妊娠企図の80%強が出生にいたっていたのに対して、この割合は2000年以降減少を始めており、2009年では75%まで低下している。

以上は出生数をベースにした推計であるが、同様の方法で、年齢階級別出生率をベースにした推計も試みた(表5)。もし、推定された全ての妊娠企図が出生にいたっていたとしたら、合計出生率(TFR)は0.3~0.7程度押し上げられていたことになる。この効果は、1955年で最も高く、その後、年齢階級別出生率の全体的な低下に伴い、1980年代までに0.37程度に低下したが、近年になって再び上昇する傾向を見せており、2009年には0.423となっている。

5. ケーススタディに見る当事者の意思決定プロセス

このように、出生の遅れにしたがって、近年、出生に至らない妊娠企図が増大している可能性が示された。それでは、なぜ出生は遅れているのだろうか。近年になっていわゆる「高齢妊娠」「高齢出産」(女性の年齢が35歳以上であることを基準とすることが多い)に注目が集まり、研究者・ジャーナリストによるものをふくめて、具体的なケースについて聞き取りを行った文献が出版されている。以下では、35歳以降に妊娠・出産を経験した女性のケーススタディをもとに、当事者の意思決定について考察しよう。

5.1. 消極的選択

高齢での出産の利点に関する言説としては、年齢を経てさまざまな経験をしているため、余裕を持って落ち着いて子育てにあたることができる(石川 1998: 181)といった点が語られることがある。しかし、今回参照した文献では、20代のころからそのような利点を意識して計画的に妊娠を遅らせたと語る当事者は見当たらない(事後的な自己評価として、高齢での出産の利点を語っていたケースは存在する)。大出(2000)が紹介しているbabycom(妊娠・出産・育児情報ポータルサイト: <http://www.babycom.gr.jp>)による調査でも、高齢で出産した理由としては「結果として」が多数(38名中29名)であり、残るほとんども、職業上のキャリアを優先したためという。

また、当初は子供を持たないつもりであったにもかかわらず、途中で気がかわって高齢で出産することになったケースもある。吉水(2006: 141)は、「なぜか31歳のときに“すぐ子どもがほしいと思った”」という当事者の声を紹介している。

今回、参照した文献から読み取れる出産延期の理由のほとんどは、(1) 出産モラトリアムによる決定遅延のケース、(2) 職業キャリアのために出産が遅れたケース、(3) 結婚が遅かったケース(離婚・再婚を経験したケースを含む)の3種類に分類できる。以下では、それぞれの理由について考察する。

5.2. 出産モラトリアムと決定遅延

「モラトリアム」(moratorium)とは、元来は債務の支払猶予期間のことをいうが、転じて、大人としての社会的責任を猶予されている青年期を指して使われることが多い。これを更に転用して、子どもを持つ覚悟がなく、なんとなく出産を先延ばしにしている状態を

「出産モラトリアム」(吉水 2006: 146) というようである。これにあたると思われるケースをいくつか紹介しよう。

- 30代半ばになって、「子どもを持つことを真剣にイメージ」(吉水 2006: 165)
- 「子どもは持たないと思っていたわけではないですが」「ターニングポイントを過ぎ」「気づいたらあきらめざるを得ない年齢に」(吉水 2006: 181)
- 「結婚が遅く、ずっと仕事中心の生活をしてきたので、子どもに対してはあまり真剣に考えていなかった」(新井 2006:2)
- 子どもは「今はいい」「もう少し大人になってから考えよう」「それっきり仕事ができなくなるんじゃないか」(新井 2006: 120)
- 先輩に言われて「子どもを産むのも、いいかなあ」(新井 2006: 283)

原 (2009) は、同様のことを「リスク回避による決定遅延」としている。子どもを産むか産まないかが純粋に個人の意思決定の問題となった結果、意識的に親になることの責任を担うかどうかが問題になってくる。「一度、結婚し、親となってしまうと、その決定を取り消すことは殆ど不可能に近く、致命的なリスクを回避しようとするならば決定は可能な限り遅延せざる[を]えない」(原 2009)。

柏木 (2001:201-202) は、女性が妊娠企図を持つかは「体験欲」と、子どもの存在や育児と自分の生活とにどう折り合いをつけられるかを、あらかじめ検討した上で子どもを産むことを決める、「条件依存」傾向にあるとしている。そうした折り合いがつかない場合、子どもを持ちたいという「体験欲」はあるにもかかわらず、それは先延ばしにされているのではないだろうか。

同様の問題は男性側にもあるはずである。出産に関しては妻の意思を尊重する (仙田 2003) というケースもあるし、夫が子どもを熱望したので妻が出産に踏み切ったというケースもある (吉水 2006: 146)。

5.3. 職業キャリアと時間差型ワークライフバランス

職業キャリアを追求することが、結果として出産の遅延につながったという事例は多い。

- 保険会社総合職女性のケース。仕事が面白く、「子どもをもつことへのふんぎりはつかなかった」。出産年齢のリミットがせまっていると 30 歳で実感した (萩原 2006)

- 会社勤めを辞めてから不妊治療を経て 39 歳で妊娠したケース。「ある程度のキャリアを積んでから出産したい」「30 代前半まで仕事を優先」(吉水 2006: 170)
- 38 歳で出産した研究者のケース。「それでもまだ今はキャリア形成の半ばなので、出産は早すぎた感」(加藤 2008)

新井 (2006: 145) は、20 代から 30 代にかけては、少しでも仕事から離れることが怖いという女性が多いことを指摘している。

女性が仕事を持つことが出産の遅延を招くことは先行研究でも指摘されている (永瀬 2003: 154)。ただし、これらのケースでもかならずしも仕事との両立が目指されているわけではない。むしろ、妊娠あるいは出産の段階で仕事をやめているケースが多い。

- 看護師をつづけて「婦長の下地位」まで昇進していたが、「ずっと働いていましたし、妊娠に専念したいという思いがあったので」妊娠 8 ヶ月くらいで退職。「仕事は代わりの人はいます」。子どもの「かわいい時期」を満喫したい。仕事は「ある程度一区切りを付けるところまでやったので、そのときほんと全く未練がありませんでしたし」(加藤 2008)

永瀬・守泉 (2007) は、学卒後の一定期間は、生活の要素の中で仕事を最優先として、密度高く働く経験をしたあと、仕事生活に対する一定の達成感と一定の収入を得た上で、次のライフステージとして、生活の要素の中で家庭を最優先として、「子育て」(離職しての母親業専念) という人生の局面を選ぶ、というシナリオを描く女性の存在を指摘した。これと同様のケースといえよう。以下では、このようなケースを、人生の同じ時期に仕事と育児を両立させるという通常の (=同時型の) ワークライフバランスと対比させて、「時間差型ワークライフバランス」と呼ぶことにする。

また、女性本人だけでなく、その配偶者にも、子どもを持ち、子育てに関与することを先送りにしたい仕事上の事情がある。後述するが、日本の多くの企業では、学卒後の新入社員を採用してから 10 年以上の間、人事評価を当人に知らせることなく、また処遇に差をつけずに競争させる。このような企業では、従業員は 30 代後半まで「同期入社仲間とどんぐりの背くらべ」(萩原 2006: 54) の状態におかれることになる。しかし、この時期の人事評価の累積がその後の昇進につながるため、まずは仕事に専念して高い評価を得ることを優先し、次の段階まで育児を遅らせる戦略が、仕事生活という点から見た場合には合理的と考えられる。

5.4. 結婚・離婚・再婚

高齢出産のケースでは、初婚が 30 歳以降であったり、離婚を経て再婚したり、といったケースが多い。片桐ほか (2010) も、晩婚化と再婚の増加が、30 代後半以降における挙児

希望の増加の要因であると指摘している。釜野 (1999: 608) は、独身女性 (27 歳) へのインタビューから、子どもが産める年齢までには結婚したいが、「ぎりぎりまで粘る」という回答を引き出している。女性の大半は積極的に結婚を「回避」しているわけではないが、それを先送りしている。こうした選択の結果として結婚が遅くなれば、そこからスタートする出生のプロセスも、より遅い年齢層にずれ込むと考えられる。つまり、晩婚化は出生タイミングの遅れに直結するのである。

また、本研究では女性の要因だけを見ているが、結婚すれば、夫の生活スタイルも妊娠企図に影響することになることも見過ごせない。妻が出産を望んでいても夫がそれを望まない場合、あるいは子どものために経済的な資源を割いてライフスタイルを変えることに夫が難色を示す場合がある (新井 2006: 216)。

5.5. 高齢での妊娠・出産に関する知識

高齢出産に関する医学的な問題に関しては、まったく意識していなかったケースも多い。

- 35 歳で出産したが、「妊娠してはじめて自分が高齢出産だと認識」(吉水 2006: 132)
- 「いつでも産めると思っていました」37 歳で不妊治療開始、40 歳で出産 (吉水 2006: 158)
- 35 歳で結婚。「まだ 35 歳という意識」(吉水 2006: 177)
- 離婚・再婚の後 3 年間の不妊治療を受けて 40 歳で妊娠したケース。「高齢になると妊娠しづらくなる、卵巣機能が衰えるといった認識は全く抜けていましたね」(新井 2006: 130)

妊娠・出産に関連して年齢が意識される場合には、35 歳あるいは 40 歳という 5 歳刻みの区切りのよい年齢がタイムリミットとして設定されていることが多い。

- 「35 歳になって、自分の体のことを考えるとそろそろ決めなきゃ」。(加藤 2008)
- 36 歳で出産。「仕事に夢中で 20 代はあっという間に過ぎてしまい、そして 30 を過ぎて、子どもを持つことにタイムリミットがあることを少しずつ意識」(吉水 2006: 136)
- 「産むなら 40 歳くらいまで。それ以降の妊娠は体力的に厳しい」(新井 2006: 12)

ここで注目すべきなのは、これらのケースでは、高齢出産の問題が認識されてはいるが、それは一般的な知識としてである点である。実際、これらのケースのうち、自分自身の妊娠可能性やリスクについて若年期に検査したり相談したりしたケースはない。むしろ反対に、30代後半での結婚後に、妊娠しないことがわかってはじめて産婦人科で相談して不妊治療を受けるケースや、妊娠まで10年以上かかるケースなどがみられる。

なお、「35歳」というのは、おそらく母子手帳に記載されるいわゆる「マル高」が理由であろう。「40歳」にはそのような一応の根拠となる基準はなく、単にキリのいい数字ということと思われる。われわれが人生計画を立てるときには5の倍数の年齢を目安にしがちであるため、35歳の次は40歳という基準になってしまうのであろう。ヨーロッパ25カ国での調査を分析した Billari et al. (2011) も、女性が子供を持つことができなくなる年齢についての回答は35, 40, 45, 50歳に集中する傾向がある(なかでも「40歳」とする回答が圧倒的に多く、40%を占める)ことを指摘している。このことは、出産の年齢に関する社会規範(social deadline)の形成という問題に関して重要であろう。

1992年、日本産科婦人科学会が「高年初産婦」の年齢を30歳から35歳に引き上げた(日本産科婦人科学会編 2008: 336)。この時期に20代後半となっていた1960年代中頃の出生コーホートの女性にとって、目の前にあったdeadlineが、突然5年先送りされたことになる。新井はこれを「逃げ水現象」と呼び、「働き続けること、あるいは結婚、出産しないことへの恰好の言い訳となった」(新井 2006: 352-353)としている。その後も、上の世代が「逃げ水現象」に遭遇したことを見たそれ以降の世代においては、結婚の時期がさらに遅くなっていくと同時に、35歳以降の妊娠・出産が、より普通のライフスタイルとなってきた。また補助生殖医療技術やそれを利用した不妊治療が普及するのに伴い、出産に関して人々が意識するdeadlineは、さらに先送りされる傾向にある。

6. 議論

6.1. 出産延期の内在的效果

出産を延期することは、それ自体が、将来における妊娠企図を持つ集団の年齢を引き上げることにより、出生力を引き下げる内在的效果を持つ。もし妊娠企図を持つ時期が20代中頃であれば、妊孕力が大きく落ちる上に流産の確率が上がる30代半ばまで10年近くの時間があり、この時間のうちに2~3人の子どもを持つことは、かなり高い確率で可能であろう。1980年代までの日本では、強固な皆婚・適齢期規範ゆえに、このようなライフコースが標準的なものとして維持されていた。しかし、この社会的時間割が後ろのほうに10年分ずれたとすると、妊娠企図を持ち始める30代中頃にはすでに子どもを出産できる確率の低下が進行中であり、たとえば子どもが3人ほしいといった希望があったとしても、それは実現できない可能性が高い。

妊娠・出産の可能性は、生物学的な再生産活動期間に規定されているのであり、医学が発達した現在でも、その期間はあまり伸びてはいない。今後の出生力変動を考えるには、社会的条件によって狭められた再生産期間(河野 2007: 180-182)がさらに狭まっていくのか、それとも拡大の方向に転じるのかという点が重要であるが、現在の社会的条件は、

実質的な再生産期間をますます狭める方向に動いている。具体的に指摘すると、現在では、女性の平均初婚年齢（SMAM）は30歳近くまで上昇し、また人々にとっても妊娠・出産の social deadline は35歳あるいはそれ以降として認識されるようになってきている。4.5節で論じたように、妊娠企図と出生数との乖離が女性年齢35歳以降で大きくなることを併せて考えると、今後、この乖離傾向は加速度的に大きくなる可能性がある。本稿では扱わなかったが、女性ほど明確な deadline はないものの、男性の年齢の上昇も、出産可能性を低下させるという点では同様であり、妊娠企図と出生数との乖離をもたらす要因といえる。

現在の少子化対策は、「出生意図の増大＝出生の増大」という前提に立って立案されている。しかし、出生は生物学的な再生産活動期間の影響を強く受ける現象であることに鑑みると、この前提はそもそも妥当なのかどうか問題である。社会的時間割の人生後方へのずれにより、妊娠企図を持つタイミングの遅れが進展し、妊娠企図と出生数との乖離が大きくなり続けるなら、出生を望む人々が増加しているにもかかわらず出生数は減り続けることがありうるのである。

6.2. 出産モラトリアムの今後

「出産モラトリアム」の傾向は、今後ますます強まる可能性が高いのではないだろうか。理由としては、以下のようなことが考えられる。

まず、年齢規範の弱体化が現時点で相当進行している。これは、基本的にはライフコースに関する自由化・多様化の流れによるものであり、当面、逆に強化されることはないと予測される。たとえば「女性は25歳までに結婚するのが当たり前だ」といった年齢規範に近い将来に復活することは、考えにくいであろう。

また、平均的な余命の伸びにしたがって、人々が思い描くライフコースにおける年齢スケジュールは全体的に伸びていくのが自然である。加えて、進学率の上昇によって学校卒業年齢が上がってきており、また学校卒業後ただちに常勤職につくという安定的なコースが失われていることも、結婚や出産に関するスケジュールを後に伸ばす効果を持つであろう。そして、父母の死亡時期も後にずれているわけであるから、「親が元気なうちに孫の顔を見せたい」といった動機での妊娠企図も後にずれていくはずである。この点では、3世代同居が減少（守泉 2010b）しているために、父母との関係で「孫」を持たなければならないという社会的圧力自体も減少している可能性がある。

6.3. 女性キャリアの変化

日本企業においては、入社後5年以上の間、処遇に差をつけずに昇進させていき、その期間内に蓄積された情報によってより上位の管理職まで昇進できるかの第1次スクリーニングを行う人事管理法（今田・平田 1995；八代 1995：42）が広く採用されてきた。このような従来型日本的人事管理下においては、従業員は、スクリーニング期間中には「ライフ」よりも「ワーク」に圧倒的重点を置くことで、同期社員に遅れない、もしくはよりよい人事評課を得ようとする。

かつては女性はこのような昇進ルートからはほとんど排除されていた。しかし雇用における性差別が禁じられるようになった現在では、同様の管理を女性従業員についても適用する企業が多いと思われる。

キャリア形成期に妊娠から育児期を切り抜けるには、柔軟で裁量のある仕事か、上司の理解が重要である (仙田 2004)。そうでなければ、第 1 次スクリーニングをパスして会社から人材性としての必要を認められた後、その後の第 2 次スクリーニングまでの間という、相対的に仕事と育児が両立しやすくなる時期を狙って、出生を遅らせる。また、妻と夫の双方が育児休業を取得することが標準になれば、夫婦両方にとって仕事と家庭の両立が可能になるタイミングを模索するために、出生を遅らせる可能性が出てくる (萩原 2006: 74)。つまり、女性あるいは夫婦が仕事と育児を両立するには、職業キャリア上のタイミングを考慮した出生行動の戦略を練る必要がある。結婚したから、あるいは子どもを持ちたくなかったからといって、女性あるいは夫婦に、すぐに妊娠企図が起きるわけではない。いや、むしろ、結婚したから、あるいは子どもを持ちたくなかったからといって、女性あるいは夫婦が、すぐに妊娠企図を持てるとは限らないと言ったほうが正確かもしれない。たとえば仕事と育児の両立を志向する女性が、子どもを持ちたくなかったからという理由のみですぐに妊娠企図を持てるのは、すでに会社で高い地位についていたり、会社内でその人しか遂行できない職務を担当したりしているなど、会社に対して自分の都合を強く主張できる場合、公務員などで休職の権利が確立している場合、本人が「パイオニア」となって職場内に仕事と子育てを両立しやすい環境を確立するという意志を明確に持っている場合などに限られる (仙田 2003)。大部分の女性あるいは夫婦は、仕事の都合を大きく考慮に入れて、出生タイミングを計るのである。

この点では、育児休業や保育所や給付金などの子育て支援策は、出産の延期を食い止める効果はない可能性がある。これらの制度は子どもの年齢を基準としており、親については全年齢層をターゲットとしているからである。30 歳で出産しても 35 歳で出産しても同様の支援を得られるのであるから、どちらを選ぶかはそのほかの条件で決まるであろう。

ただし、職業キャリアを優先させて出生を遅らせる志向性は、必ずしも「両立」志向でないことには注意を要する。上記で参照した高齢出産の事例でも、30 代後半から 40 代での妊娠・出産をきっかけに、女性が退職していたケースは多い。また、日本における女性の職業経歴の代表性のあるデータの計量分析でも、晩婚化・晩産化が女性の就業継続に結びついているという報告はない。

歴史的に見れば、日本においては、戦後、男性は学卒後就職してからは定年まで就業継続するのが一般的なライフコースとなった。そして、高度経済成長期以降、学卒後就労することが女性にとっても当然の前提となった。当時は、女性は 20 代で結婚退職して専業主婦になる (あるいはその後子どもの手が離ればパートタイムで再就職する) ことが一般的であった。その後、男女雇用機会均等法や育児休業法の施行などの社会的な変化があったが、それらは、女性が結婚・出産期に仕事を続けるという「同時型」ワークライフバランスには結びつかず、むしろ、人々が結婚・出産を遅らせる「時間差型」ワークライフバランスが普及したといえる。

「時間差型」ワークライフバランスにおいては、人生の前半を職業キャリア、後半を子育てにあて、それぞれ時期を区切って全力を投入することで、人生全体を充実させようと

する。前半の職業キャリアを充実させようとするれば、その時期が長引くことは避けられず、それは妊娠企図の先延ばし、あるいは「産みそびれ」に結びつく。その個人レベルでの傾向を日本社会全体でアグリゲートして見た場合、意図せざる結果としての出生力低下が起きていることになる。

6.4. 合理的決定のための情報へのアクセス

女性の職業的キャリア形成には、均等法施行から15年以上経ったこともあり、一定量の情報が蓄積しており、当人たちが情報を集めて合理的に意思決定するスキーマが形成されてきた(青島 2001; 竹信 1999)。学校教育にもキャリア教育は導入されており、男女を問わず、雇用状況や入社後の職業キャリア形成のあり方など、仕事に関する状況を客観的に把握した上で自分の選好に基づいてキャリアを設計するという思想が浸透している。

これに対して、妊娠企図から出生にいたるまでの医学的なプロセスについては、若年のうちに情報を収集したり将来設計を立てることを支援する社会的な仕組みが整っていない。従って、個人レベルでも、妊娠時期の決定に関する情報収集にはさほどの資源が投入されていないのが現状であると考えられる。

7. 政策提言

まず、不妊、流産などについての正確な統計を整備する必要がある。現在の日本の統計制度では、中絶・不妊・流産についてのデータ収集が不備である。このため、不正確な推測しか行えない。本稿においては入手できる限りのデータを利用してラフな推定を行ったが、合理的な根拠に基づいて政策を決定するには、正確なデータが必要である。

そのうえで、高齢での妊娠・出産を支援する医学技術の発展・普及はもちろん重要なことであろう。それ自体は医学領域の課題であるが、一方で、社会科学の観点からは、そのような技術の使用に関してどのように倫理的問題を解決するか、また社会的なコンセンサスをどのように形成するかといった点が重要な課題といえる。

個人レベルでみた場合、自分自身のライフコースのなかでの出生行動について、医学的な根拠に基づいた意思決定が行える環境が整えられることとともに、専門的な知識に基づいた保護とケアを受けられる体制が整備されることが望ましい。仕事に関する制度でいえば、現状では、労働法の領域で「母性保護」と呼ばれる部分が貧弱である(中村 2000)。また現行の両立支援施策では出生後の育児支援に重点が置かれていて、出生前の段階への支援が手薄である。このため、たとえば仕事と育児の両立志向を持って妊娠した場合でも、妊娠の状態によっては、出生か離職かという二者択一を強いられるケースも少なくない。今後はこれらの部分を充実させる必要がある。たとえば、つぎのようなことが課題としてあげられる。

- 本人または夫婦のライフコース設計について、好孕力に関する定期的な検診と組み合わせた相談を受けられる体制づくり
- 出生を阻害するリスクの高い妊娠について、医師と職場が連携して対応する母性保護の仕組み

- 学校教育の標準的なカリキュラムにおける妊娠・出産に関する学習内容や学習目標の設定の見直し

個人が自分の選好にしたがった仕事と家庭のバランスを迫及する場合、現行の働きかたのもとでは、若年期の同時型ワークライフバランスは実現が難しい。そのために時間差型ワークライフバランスの方向をとって出生を遅らせる傾向があると考えられる。そこで、政策による支援のひとつの可能性として、働きかたの変革を起こしやすくする条件整備を行うことによって、個人が同時型ワークライフバランスを実現できるように支援を強化するという方向性がある。具体的には、常用の安定的雇用の減少を食い止めて増大させることがまず求められる。その上で、さらに、安定的雇用者に対して職場において標準的に要求される時間・成果圧力の緩和を政策として推進することがあげられる。この場合、特に若年労働者が、こうした働き方の変革により、同時型ワークライフバランスを実現しやすくすることが重要である。

もうひとつの可能性は、人々が現在の日本型雇用下で仕事と出生を両立するために自ら工夫して編み出した2段階型の時間差型ワークライフバランスを更に進化させた、3段階シフトの時間差型ワークライフバランス推進のための政策の導入である。現在の2段階型の時間差型ワークライフバランスでは、人生を2つに分けて、前半を仕事、後半を育児に割り当てている。これに対して、人生を3つに分けて、それぞれの段階に、仕事ー育児ー仕事というように重点的な活動を割り当てる考え方がありうる。これは、いわゆる「中断ー再就職型」の働き方と同様の発想であるが、その際、第1段階の「仕事」で築いた人的資本・社会関係資本が第3段階に移行できるかどうかの問題である。第1段階では常勤で働いて将来的な昇進が約束されていたにもかかわらず、就業を中断してしばらく育児に専念すると、再就職したときには昇進の見込みも雇用の保障もない非正規での雇用機会しかない、といった現行の再就職時の働き方は、第1段階で昇進競争に加わるような濃い仕事経験のある人には魅力的には映らないであろう。そうではなく、第1段階での職業キャリアがそのまま保存されて第3段階で再開できることが理想的である。そのような3段階シフトの働き方が確立することで、早めに第1段階を終わらせて第2段階(=出生と育児)に入るというライフコースが普及すれば、女性や夫婦が妊娠企図を持つ時期を早める効果が期待できる。そして、女性や夫婦が妊娠企図を持つ時期が逆転して今より早くなれば、生物学的な再生産活動期間と重なる時期が長くなる。すると妊娠企図が出生に結びつかないという女性や夫婦にとっての不本意な意図せざる結果が減少し、日本全体で見た場合には、出生力の回復が見られるようになるだろう。

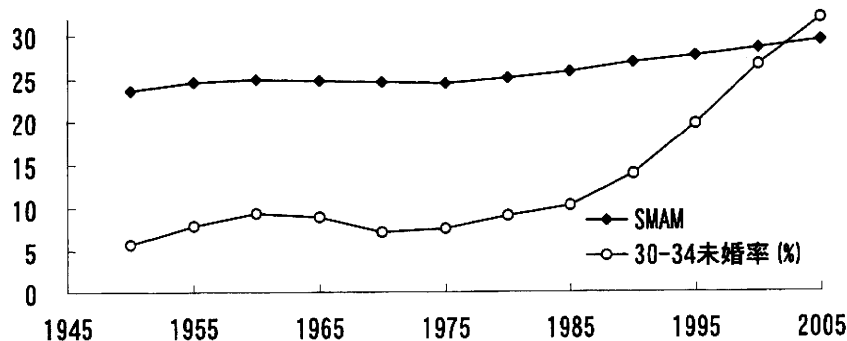
日本においては、第2次ベビーブーマーたちが今まさに生物学的な再生産活動期間の最中にいる。この世代における「意図せざる結果としての出生力低下」をいかに抑えるかは、日本の人口政策における緊要な課題である。このどちらの方向に進むことが人口政策としてより効率的であるのか、また人々のワークライフバランスへの希望によりよく対応できるのかという点から、今後の就業行動と出生行動の関係についての厚生労働政策のあり方

を考えるとという視点が、今、まさに求められているといえる。

文献

- Andersen, A. N., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., and Melbye, M. (2000) "Maternal age and fetal loss: Population based register linkage study." *British Medical Journal* 320: 1708-1712.
- 青島祐子 (2001) 『女性のキャリアデザイン』学文社。
- 新井容子 (2006) 『40代初産をはじめた女性たち』情報センター出版局。
- 阿藤誠 (1999) 「「少子化」に関するわが国の研究動向と総合的研究課題」阿藤誠 (編) 『家族政策および労働政策が出生率および人口に及ぼす影響に関する研究』厚生省科学研究費補助金 (H10-政策-032) 総合報告書, 11-26.
- Billari, F. C., Goisis, A., Liefbroer, A. C., Settersten, R. A., Aassve, A., Hagestad, G., and Spéder, Z. (2011) "Social age deadlines for the childbearing of women and men." *Human Reproduction* 26(3): 616-622.
- 萩原久美子 (2006) 『迷走する両立支援: いま、子どもをもって働くということ』太郎次郎社エディタス。
- 原俊彦 (2009) 「無子の増加: ドイツと日本の比較」『札幌市立大学研究論文集』3(1): 5-18.
- Henry, L. (1961) "Some data on natural fertility." *Eugenics Quarterly* 8(2): 81-91.
- 星和彦 (2004) 「不妊」丸尾猛・岡井崇 (編) 『標準産科婦人科学 第3版』医学書院, 63-83.
- 今田幸子・平田周一 (1995) 『ホワイトカラーの昇進構造』日本労働研究機構。
- 石川恵美子 (1998) 『わたしが選んだ高齢出産: 産むと決めるまで、産むと決めてから』現代書林。
- Iwasawa, M. (2002) "Estimation of unintended fertility in Japan." 高橋重郷 (編) 『少子化に関する家族・労働政策の影響と少子化の見通しに関する研究』厚生科学研究費補助金 (平成 11~13 年度) 総合報告書, 953-974.
- 岩澤美帆・三田房美 (2007) 「晩産化と挙児希望女性人口の高齢化」『人口問題研究』63(3): 24-41.
- 鎌田健司 (2010) 「地方自治体における少子化対策の政策過程: 「時勢代育成支援対策に関する自治体調査」を用いた政策出力タイミングの計量分析」高橋重郷 (編) 『家族・労働政策等の少子化対策が結婚・出生行動に及ぼす効果に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金 (H20-政策-一般-008) 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 285-311.
- 釜野さおり (1999) 「結婚コスト感、価値観・意識と結婚回避の関連性: 独身男女のインタビュー調査にもとづいて」阿藤誠 (編) 『家族政策および労働政策が出生率および人口に及ぼす影響に関する研究』厚生省科学研究費補助金 (H10-政策-032) 総合報告書, 606-628.
- 柏木恵子 (2001) 『子どもという価値』中央公論新社。
- 片桐由起子・青木千津・宗晶子・三枝美智子・前村俊満・田中政信・森田峰人 (2010) 「高齢妊娠・分娩の現状: 挙児希望の背景と妊娠の成立, 分娩の現状」『産婦人科の実際』59(2): 161-165.
- 加藤朋江 (2008) 「高年初産の社会学: 2つの事例から」『城西国際大学紀要』16(3): 53-68.
- 木原真一 (1998) 「少子化抑止に向けた政策対応の方向性」*Japan Research Review* 8(4): 6-44.
- 小島宏 (2002) 「女子の就業と妊娠結果」高橋重郷 (編) 『少子化に関する家族・労働政策の影響と少子化の見通しに関する研究』厚生科学研究費補助金 (平成 11~13 年度) 総合報告書, 250-260.
- 河野綱果 (2007) 『人口学への招待』中央公論新社。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2007) 『平成 17 年 我が国夫婦の結婚過程と出生力』厚生統計協会。
- Knudsen, L. B. (1999) 「デンマークにおける最近の出生率の動向: 出生率上昇期の家族政策の影」(釜野さおり 訳) 『人口問題研究』55(3): 3-26.
- La Rochebrochard, E. de, and Thonneau, P. (2002) "Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage: results of a multicentre European study." *Human Reproduction* 17(6): 1649-1656.
- Menken, J. and Larsen, U. (1986) "Fertility rates and aging." Pp. 147-166 in *Aging, reproduction, and the climacteric*, edited by J. Mastroianni, J. and C. A. Paulsen. New York: Plenum Press.
- Menken, J., Trussell, J. and Larsen, U. (1986) "Age and infertility." *Science* 233: 1389-1394.
- 宮田久枝 (2005) 「不妊治療における女性クライアントの子どもをもつ意味についての研究課題」『滋賀医科大学看護学ジャーナル』3(1): 7-12.
- 守泉理恵 (2007) 「先進諸国の出生率をめぐる国際的動向」『海外社会保障研究』160: 4-21.
- 守泉理恵 (2010a) 「日本における少子化対策の展開: 1990~2010 年」高橋重郷 (編) 『家族・労働政策等の少子化対策が結婚・出生行動に及ぼす効果に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金 (H20-政策-一般-008) 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 45-53.
- 守泉理恵 (2010b) 「日本における出産先送り行動の要因分析」高橋重郷 (編) 『家族・労働政策等の少子化対策が結婚・出生行動に及ぼす効果に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金 (H20-政策-一般-008) 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 103-119.
- 永瀬伸子 (2003) 「女性と出産タイミング」高橋重郷 (編) 『少子化の新局面と家族・労働政策の対応に関する

- る研究』厚生労働科学研究費補助金 (H14-政策-029) 平成 14 年度報告書, 144-154.
- 永瀬伸子・守泉理恵 (2007)「労働市場の変化が少子化および出産タイミングに与える影響」高橋重郷 (編)『少子化関連施策の効果と出生率の見通しに関する研究』厚生労働科学研究費補助金 (H17-政策-017) 平成 18 年度報告書, 109-121.
- 中村和夫 (2000)「母性保護」日本労働法学会(編)『講座 21 世紀の労働法 7: 健康・安全と家庭生活』有斐閣, 224-240.
- 日本産科婦人科学会編 (2008)『産科婦人科用語集・用語解説集 改訂第 2 版』金原出版.
- 大淵寛・高橋重郷・金子隆一・加藤久和・和田光平・岩澤美帆・原田理恵 (1998)「出生力変動モデル構築のための基礎研究」『人口問題研究』54(1): 88-119.
- 大出春江 (2000)「高齢出産は「問題」なのか」『ペリネイタルケア』19: 1114-1119
- 大石亜希子 (2007)「不妊治療支援についての一考察: 家族属性の視点から」高橋重郷 (編)『少子化関連施策の効果と出生率の見通しに関する研究』厚生労働科学研究費補助金 (H17-政策-017) 平成 18 年度報告書, 86-98.
- 小澤伸晃・三井真理・花岡正智・佐々木愛子・渡邊典芳 (2010)「高齢妊娠と流産リスク」『産婦人科の実際』59(2): 167-172.
- 佐藤龍三郎・岩澤美帆 (1998)「わが国の夫婦における妊娠・出生の調節: 妊娠歴の分析」『人口問題研究』54(4), 19-45.
- 仙波由加里 (2003)『少子化対策における不妊治療支援についての研究』早稲田大学博士学位論文.
- 仙田幸子 (2003)「デュアル・キャリア家族における work-family inter-face の様相: 育児休業中のカップルを対象として」高橋重郷 (編)『少子化の新局面と家族・労働政策の対応に関する研究』厚生労働科学研究費補助金 (H14-政策-029) 平成 14 年度報告書, 232-271.
- 仙田幸子 (2004)「共働き夫婦における work-family inter-face の様相・2: 育児休業からの復職による変化」高橋重郷 (編)『少子化の新局面と家族・労働政策の対応に関する研究』厚生労働科学研究費補助金 (H14-政策-029) 平成 15 年度報告書, 261-303.
- 仙田幸子 (2007)「Birth control と妻の結婚・出産後の就業行動の関連」高橋重郷 (編)『少子化関連施策の効果と出生率の見通しに関する研究』厚生労働科学研究費補助金 (H17-政策-017) 平成 18 年度報告書, 71-85.
- 少子化と女性の健康研究会 (2005)『政策提言: 少子化と女性の健康』(政策提言シリーズ 医療政策 No. 1) 日本医療政策機構 <http://www.healthpolicy-institute.org/handout/2010-04-16_33_998301.pdf>.
- 高橋重郷 (2010)「OECD 諸国における出生率回復傾向と家族・労働政策の意義」高橋重郷 (編)『家族・労働政策等の少子化対策が結婚・出生行動に及ぼす効果に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金 (H20-政策-一般-008) 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 33-44.
- 高山憲之・小川浩・吉田浩・有田富美子・金子能宏・小島克久 (2000)「結婚・育児の経済コストと出生力: 少子化の経済的要因に関する一考察」『人口問題研究』56(4): 1-18.
- 竹信三恵子 (1999)『女の人生選び』はまの出版.
- 山口一男 (2004)「少子化の決定要因と対策について: 夫の役割、職場の役割、政府の役割、社会の役割」RIETI Discussion Paper Series 04-J-045.
- 山口一男 (2009)『ワークライフバランス』日本経済新聞出版社.
- 八代充史 (1995)『大企業ホワイトカラーのキャリア』日本労働研究機構.
- 吉水ゆかり (2006)『「35 歳からの出産」を選ぶあなたに: 自分で決める出産適齢期』垂紀書房.



データ：「国勢調査」

(国立社会保障人口問題研究所『人口統計資料集』および政府統計の総合窓口 e-stat による)

図1 女性の平均初婚年齢 (SMAM) と 30-34歳の未婚率

表1 各年の女性年齢別出生数

	1955	1970	1985	1990	1995	2000	2005	2009
～14歳	8	12	23	18	37	43	42	67
15～19	25211	20165	17854	17478	16075	19729	16531	14620
20～24	469027	513172	247341	191859	193514	161361	128135	116808
25～29	691349	951246	682885	550994	492714	470833	339328	307765
30～34	372175	358375	381466	356026	371773	396901	404700	389793
35～39	138158	80581	93501	92377	100053	126409	153440	209706
40～44	33055	9860	8224	12587	12472	14848	19750	30566
45～49	1572	523	244	224	414	396	564	684
50～	134	25	1	-	-	6	34	20
年齢不詳	3	280	38	22	12	21	6	6
合計	1730692	1934239	1431577	1221585	1187064	1190547	1062530	1070035

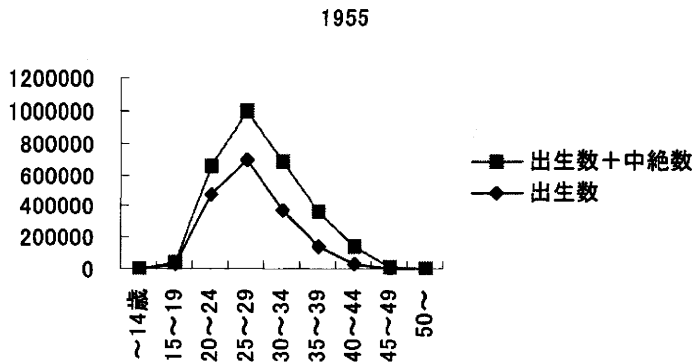
データ：「人口動態統計」(政府統計の総合窓口 e-stat による)

表2 自然死産 (2009年)

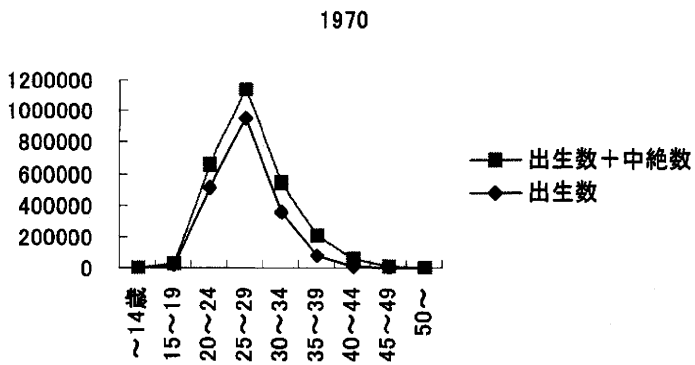
女性年齢	出生数 (B)	自然死産数 (S)	S/B
～14歳	67	5	0.075
15～19	14620	267	0.018
20～24	116808	1174	0.010
25～29	307765	2911	0.009
30～34	389793	4052	0.010
35～39	209706	3034	0.014
40～44	30566	738	0.024
45～49	684	29	0.042
50～	20	1	0.050
全体	1070029	12211	0.011

データ：「人口動態統計」(政府統計の総合窓口 e-stat による)

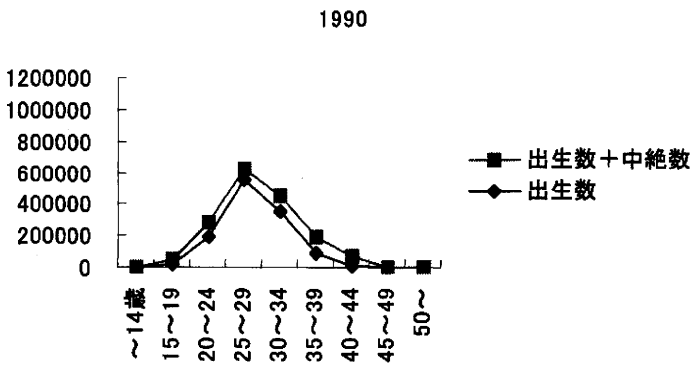
出生数 (B) は表1と同じ。自然死産数 (S) は妊娠12週以降の死児の出産で人工的処置によらないもの。



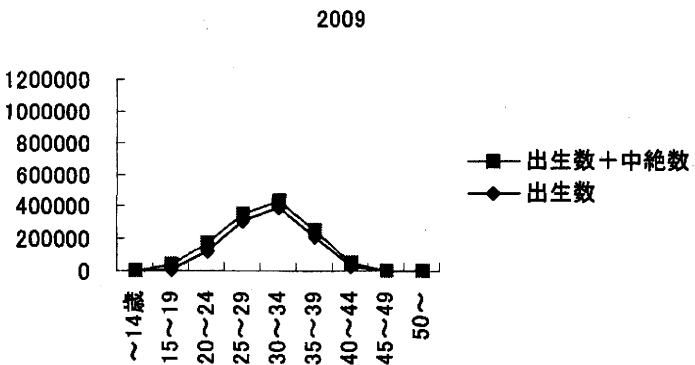
中絶 / 出生 = 1,169,079 / 1,730,689 = 0.675



中絶 / 出生 = 731,060 / 1,933,959 = 0.378



中絶 / 出生 = 456,675 / 1,221,563 = 0.374



中絶 / 出生 = 223,388 / 1,070,029 = 0.209

データ: 「人口動態統計」「優生保護統計」「母体保護統計」
(政府統計の総合窓口 e-stat による)
年齢不詳を除く

図2 女性の年齢別にみた人工妊娠中絶

表3 女性の妊娠・出産歴にみる流産等の発生率

妊娠時年齢	出生数 (B)	死産・流産数 (A)	A/B
14歳以下	0	0	-
15～18歳	58	1	0.017
19～20歳	249	22	0.088
21～22歳	666	56	0.084
23～24歳	1328	136	0.102
25～26歳	1901	170	0.089
27～28歳	1949	192	0.099
29～30歳	1577	183	0.116
31～32歳	1042	150	0.144
33～34歳	570	124	0.218
35～36歳	299	87	0.291
37～38歳	123	35	0.285
39～40歳	42	17	0.405
41～42歳	8	7	0.875
43～44歳	2	2	1.000
不詳	196	69	0.352

データ：2005年「第13回出生動向調査」夫婦票(国立社会保障・人口問題研究所 2007: 203-207) 妊娠経験の項目(問16)より、第1～第5妊娠の合計。「妊娠の結果」について「出生」「流産(死産を含む)」の回答を集計。

表4 Denmark (1978-1992) のデータによる流産の確率と女性年齢

年齢	出生数 (b)	流産数 (a)*	子宮外妊娠 (c)	死産	(a+c)/b
12-19	44674	5427	808	223	0.140
20-24	246038	24465	4163	1046	0.116
25-29	312904	33728	7233	1270	0.131
30-34	157457	22391	5861	699	0.179
35-39	43471	11369	2679	226	0.323
40-44	5101	3962	614	34	0.897
45-	117	509	54	1	4.812
件数合計	809762	101851	21412	3499	0.152
人数合計	509867	85838	18968	3457	0.206

データ：Civil registration system; National discharge registry (Andersen et al. 2000: 1709)。胎状危胎および死児の娩出のうち29週未満のものが「流産」、それ以降のものが「死産」。

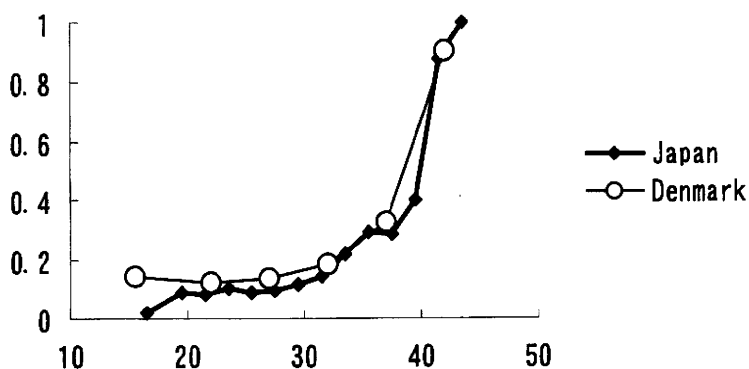
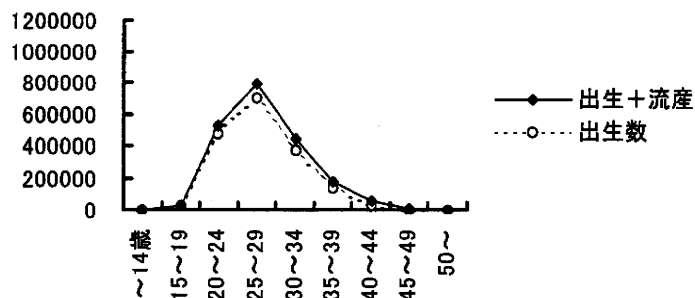


表3、表4による。デンマークの数値は(流産+子宮外妊娠+死産)/出生。横軸は、年齢階級の中央値。ただし45歳以上をのぞく。

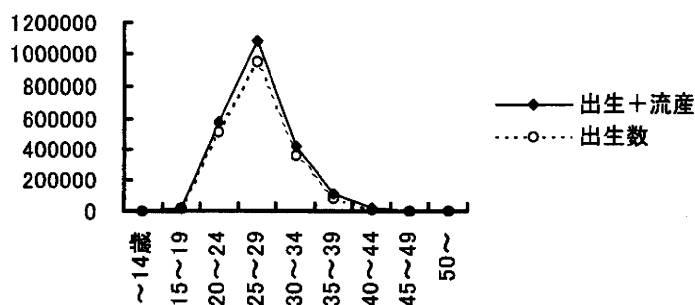
図3 女性の年齢別にみた死流産の発生率

1955



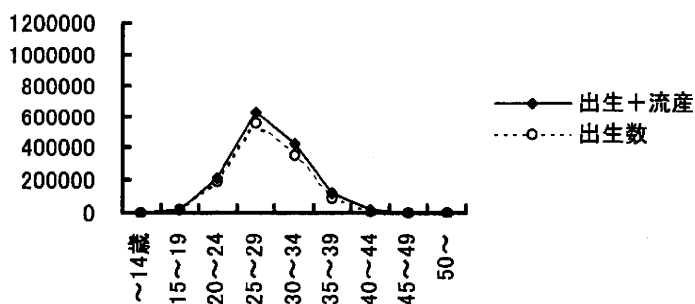
流産 / 出生 = 297,883 / 1,730,689 = 0.172

1970



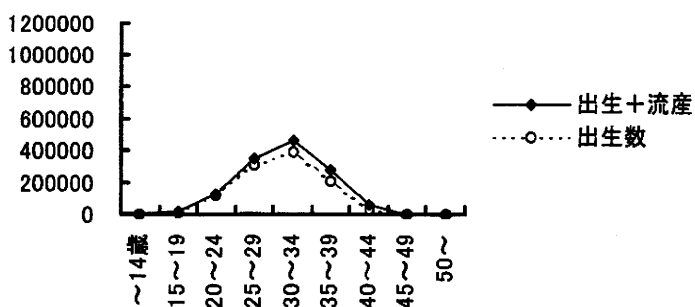
流産 / 出生 = 288,875 / 1,933,959 = 0.149

1990



流産 / 出生 = 202,997 / 1,221,563 = 0.166

2009

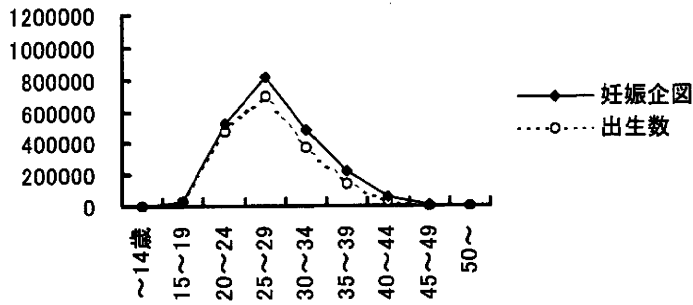


流産 / 出生 = 224,445 / 1,070,029 = 0.210

データ：表1, 表4を
基に算出

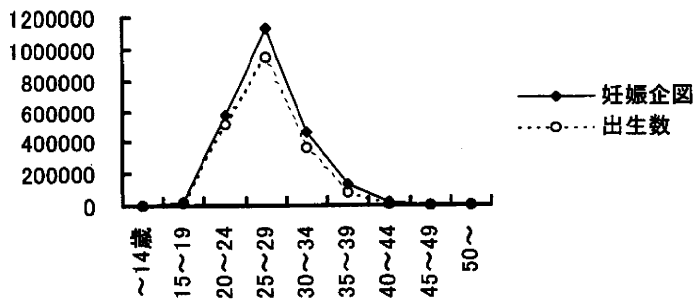
図4 日本社会における流産数(推定)

1955



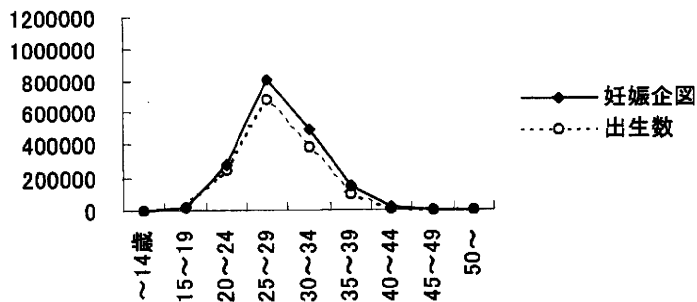
妊娠企図-出生 = 422,543

1970



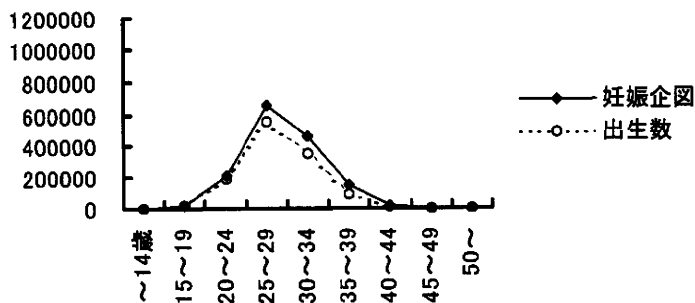
妊娠企図-出生 = 409,550

1985



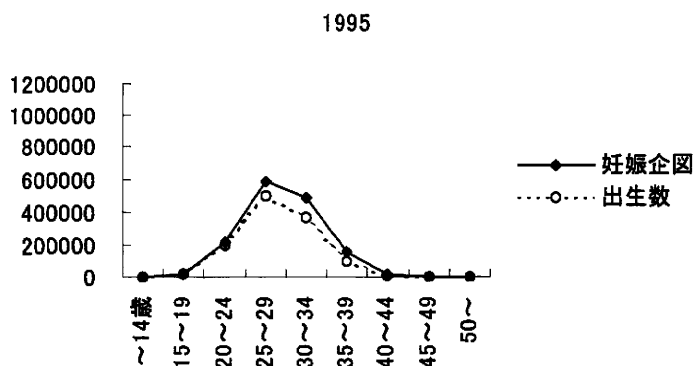
妊娠企図-出生 = 339,836

1990

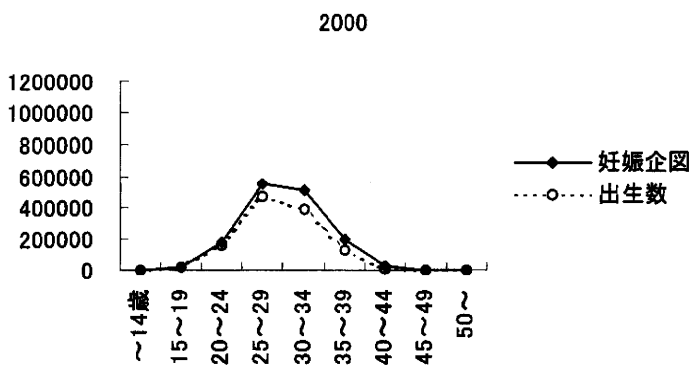


妊娠企図-出生 = 304,112

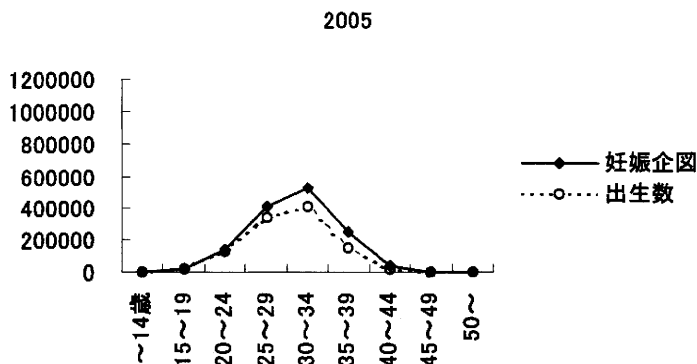
図5 日本社会における妊娠企図（推定）



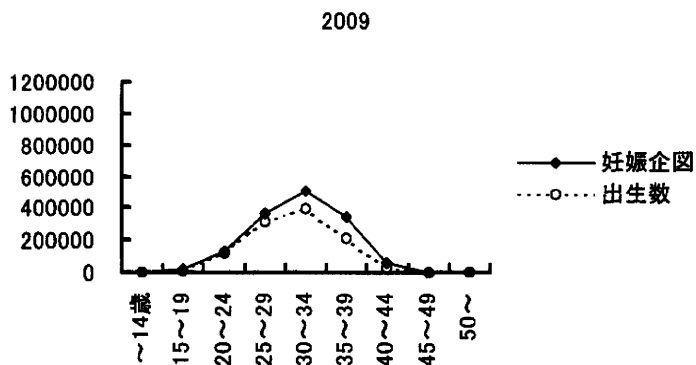
妊娠企図-出生 = 303,389



妊娠企図-出生 = 321,985



妊娠企図-出生 = 317,296



妊娠企図-出生 = 350,292

図5 日本社会における妊娠企図(推定)[つづき]

表 5 妊娠企図が全て実現した場合の TFR (推定)

	1955	1970	1985	1990	1995	2000	2005	2009
実際の TFR*	2.376	2.094	1.744	1.523	1.419	1.373	1.270	1.371
推定 TFR**	3.012	2.556	2.142	1.897	1.791	1.752	1.642	1.794
差	0.636	0.462	0.398	0.374	0.372	0.379	0.372	0.423

*: 国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集』掲載の女性 5 歳階級の年齢別出生率から計算した合計出生率

** : 妊娠企図が全て実現したと仮定した場合の合計出生率