

## 不妊治療の保険適用—その影響と課題

前田 恵理\*

## 抄 録

日本は世界でも不妊治療の利用率が高い国の一つである。2021年の生殖補助医療の総治療数は49万8千件、出生児数は6万9千人にのぼった。不妊治療は約40年間にわたって、主に自由診療として行われてきたが、体外受精や顕微授精等の生殖補助医療に対しては一部公費負担（特定不妊治療費助成事業）が実施され、生殖補助医療の普及や質の向上に一定の役割を果たしてきた。2022年度からは、標準的な不妊治療全体が広く保険適用されるようになったが、患者の経済的負担をさらに軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められたという大きな節目としての意義がある。保険適用に伴い、難治性の不妊患者に対する治療の選択肢に制限が生じる等、いくつかの課題も明らかになっているが、不妊に悩む方々の負担を少しでも緩和し、より質の高い医療につなげられるよう、今後も時代に合わせた制度へ整備を続けていく必要がある。

キーワード：不妊症，保険適用，生殖補助医療

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.464-478.

## I はじめに

## 1 不妊症とは

妊娠を望む健康な男女が、避妊をしないで性交をしているにもかかわらず、一定期間妊娠しないものを不妊症といい、日本産科婦人科学会では、この「一定期間」について「1年というのが一般的である」と定義している。男女とも加齢により妊娠が起こりにくくなることは知られており、結婚年齢の上昇に伴って不妊のカップルが増えている。第16回出生動向基本調査〔国立社会保障・人口問題研究所（2021）〕によれば、不妊について心

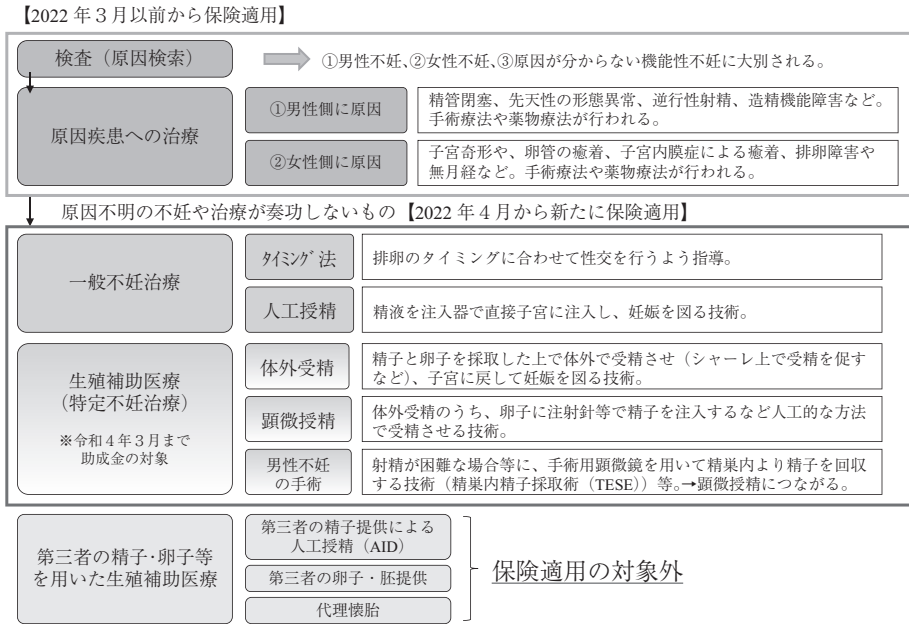
配したことがある夫婦の割合は、夫婦全体の39.2%（3組に1組以上）であり、実際に不妊の検査または治療経験がある夫婦の割合は22.7%（4.4組に1組）にのぼっている。

## 2 不妊治療とは

不妊治療の全体像は図1のとおりである〔厚生労働省（2023）〕。検査で不妊の原因が見つければ、原因を取り除くため、手術や薬剤による治療が行われる。特に原因が見つからない場合には、妊娠の可能性を高めるための治療が行われる。性交のタイミングを排卵に合わせる方法（タイミング法）や、人工授精<sup>1)</sup>、生殖補助医療<sup>2)</sup>などのさま

\* 北海道大学大学院医学研究院公衆衛生学教室 准教授

<sup>1)</sup> 注入器を用いて、精液を直接子宮腔に注入する治療。



出所：厚生労働省（2023）。

図1 不妊治療の全体像

ざまな治療方法がある。

わが国では従来から、不妊の原因検索のための検査と、その原因に対して有効性・安全性等が確立した手術療法および薬物療法については公的医療保険の対象としてきたが、明らかな不妊原因を認めない、いわゆる原因不明不妊に対しても行われる人工授精や生殖補助医療は保険適用の対象とされてこなかった。実際には、これらの治療法は、原因不明不妊を含む不妊症全般に対して、世界的にも既に有効性・安全性が確立しており [The Nobel Assembly at Karolinska Institutet (2010)], 広く実施されてきた。2022年度の不妊治療の保険適用では、人工授精や生殖補助医療を含む標準的な不妊治療について、保険適用されるようになったところである。

### 3 不妊治療の現状

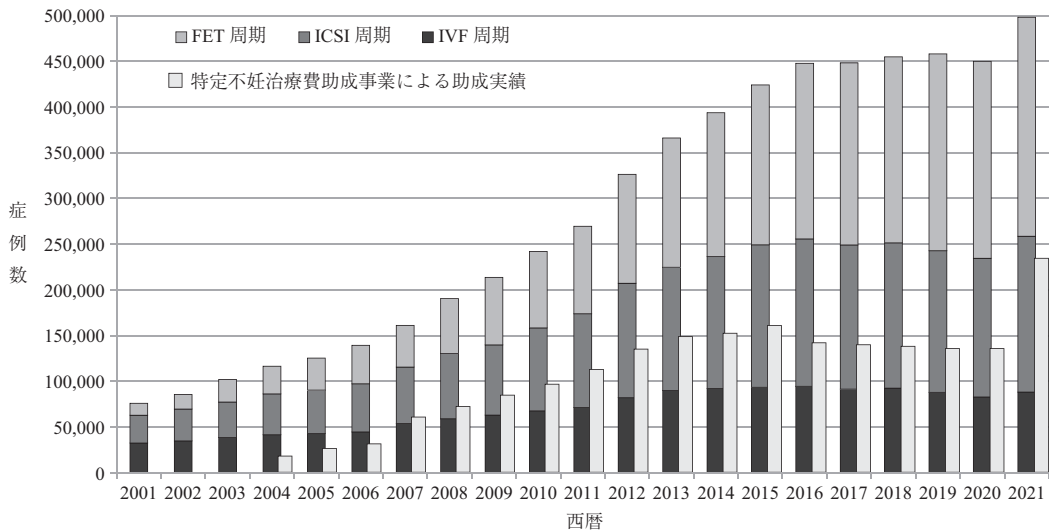
生殖補助医療は1978年に世界で初めて英国で成

功した技術であるが、わが国でも1983年10月に日本で最初の体外受精児が誕生して以降、新しい技術の安全性を検証し、治療成績を出生児の状態を含めて登録・報告していくため、1989年から日本産科婦人科学会は施術の記録を収集し、報告を行ってきた [齊藤 (2010), pp.739-745]。2007年以降は、国内のすべての生殖補助医療実施医療機関<sup>3)</sup>がインターネットを用いて、症例ごとに治療成績を登録している。後述のとおり、生殖補助医療の利用は特定不妊治療費助成事業の拡大とともに増加し、2021年の総治療周期数は49万8,140件、出生児数は6万9,797人にのぼった [日本産科婦人科学会 (2022)] (図2)。

不妊の検査や人工授精等の一般不妊治療については、広く一般の産婦人科や泌尿器科の医療機関でも行われ、登録制度が存在しないため、わが国の不妊治療の全体像は長らく不明であった。2022年度の保険適用によって初めて、レセプトデータ

<sup>2)</sup> 体外受精や顕微授精等のいわゆる高度不妊治療。本来生体内で行われる精子と卵子の受精を体外で行い受精卵(胚)を子宮内に移植する治療。

<sup>3)</sup> 日本産科婦人科学会による体外受精・胚移植に関する登録施設。



注：FET：凍結融解胚移植；ICSI：顕微授精；IVF：体外受精。  
出所：日本産科婦人科学会（2022）。

図2 わが国の生殖補助医療実施件数の推移

で不妊治療全体の実患者数が把握できるようになり、2022年度の実患者数は37万3,575人（一般不妊治療 10万3,129人、生殖補助医療 26万9,933人）であると報告された〔厚生労働省（2023）〕。2020年の国勢調査によれば、妻の年齢が25～44歳の夫婦数は783万組であり、2022年度1年間におよそ5%弱の夫婦が不妊治療を受けたことになる。

## II 特定不妊治療費助成事業

2022年度からの不妊治療の保険適用以前は、不妊治療の大部分が自由診療で行われてきたが、そのうち生殖補助医療については、2004年度に創設された特定不妊治療費助成事業により一部公費負担が行われてきた。はじめに、本助成事業の概要とその効果について述べる。

### 1 特定不妊治療費助成事業の創設

わが国の不妊治療支援は、少子化対策を推進力として進められてきた点が特徴的である。1983年以降、わが国の生殖補助医療の実施件数が年々増加していく中で、不妊治療を受ける患者の経済的負担の大きさが指摘されるようになったが、時を

同じくして2000年代に入ると合計特殊出生率は一層低下していった。2002年に厚生労働大臣が少子化対策の観点から不妊治療に対する経済的支援を行う可能性について言及するようになり〔仙波（2005），pp.85-92〕，厚生労働省による少子化社会に対する意見募集（パブリックコメント）では「少子化対策に必要と思われる施策の例」として、「保育所の整備」や「職場の環境改善」に続いて、「不妊治療に対する支援」が第3位に挙げられた〔厚生労働省（2002）〕。こうした背景のもと、2003年の少子化対策基本法（第13条2）にて「国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする」と不妊治療への支援が明記された。2004年度からは、治療費が高額な生殖補助医療を特定不妊治療と定めて費用の一部を助成することで、不妊に悩む人々の経済的負担の軽減を図るため、特定不妊治療費助成事業が創設された。

このように、当時は不妊を疾病として公的医療保険の対象に含めることは早々に断念され、少子化対策の文脈で生殖補助医療に対する助成事業が

表1 諸外国における生殖補助医療に対する経済的支援の状況

	ドイツ	フランス	イギリス	スペイン	スウェーデン	韓国
生殖補助医療 実施施設数	140	107	75	300	20	148
生殖補助医療 実施件数	約13万件	約9万件	約7万6千件	約15万件	約2万件	約10万件
公費負担割合	50～100% ※ 保険の種類や 州による	100%	100%	100% ※ 薬剤費は 保険適用外	100% 治療費は200SK, 薬剤費の年間上限 1800SKまでの 自己負担あり	45歳未満70% 45歳以上50% 一定所得以下の場合 は助成金により実質9割が 公費負担される
公費負担回数 の上限	3～4回※	4回まで 出生ごと回数 リセット	0～3回 ※	3回 ※	3回	新鮮胚移植9回 凍結融解胚移植7回 人工授精5回
公費負担治療 の年齢制限	女性:25～39 男性:25～49	女性: 43歳未満	女性: 42歳まで※	女性:18～40 男性:18～55	女性:18～39 男性:18～55	なし
独身女性 女性カップル	対象外※	対象	対象 ※	対象	対象	対象外
女性のBMI	—	—	※	35まで	35未満	—
子に関する 制限	—	—	※	現在の子ども数 1人まで	子どもなし 公費負担は 1子分のみ	—

※地域差あり

出所：前田（2023）より改変。

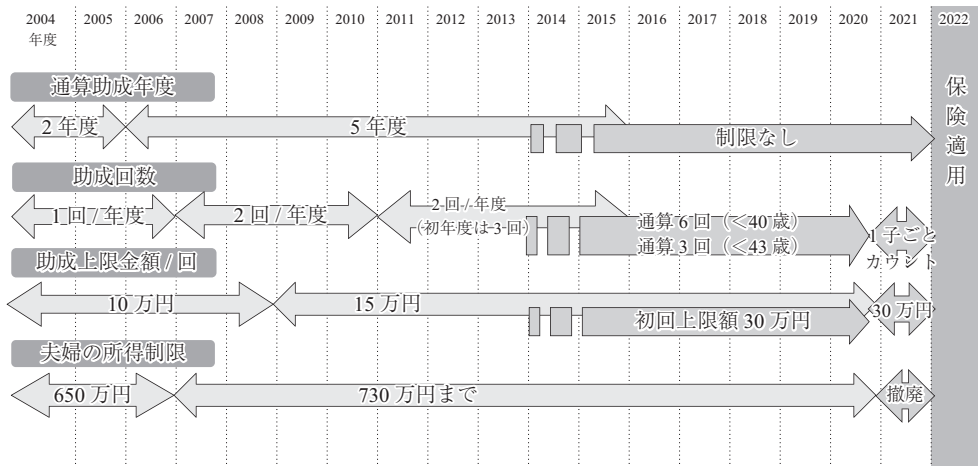
開始されたのだが、保険財政上の財源確保の困難さ、不妊症が患者の生命を脅かす疾患でないことに加えて、まだ不妊症に対する社会的認知が不十分であったこと〔石原（1998）〕も背景にあると考えられる。なお、現在、多くの国が生殖補助医療を公費負担しているが、公費負担の目的に「少子化対策」を掲げている国は少なく、イスラエルとアジア諸国（韓国、台湾、シンガポール）のみである〔前田（2023）、pp.392-399〕。多くの国の公費負担の目的は、不妊治療への公平なアクセスであり、既に子供のいる人は生殖補助医療を公費で受けることができない等（スウェーデンやデンマーク等）、限られた財源の中で「公平さ」を目指して優先順位が検討されている（表1）。

## 2 特定不妊治療費助成事業の変遷

特定不妊治療費助成事業は、都道府県・政令指定都市・中核市を実施主体として補助率 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）で実施されることとなった。2004年度の創設当初は1年度あたり給付額 10万円、通算助成期間2年

間の小規模なものであり、支給実績も17,657件にとどまっていたが（図2）、比較的短期間の間に、助成年度、助成回数、1回あたりの助成上限金額の増加と所得制限の緩和が行われた（図3）。

2013年度までは、助成条件の拡大のみが行われてきたが、女性の年齢と生殖補助医療の成績には明確な関連があり、特に30代後半以降、生児出生率は低下する一方で、流産率が増加する。2013年に行われた「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」では、年齢と妊娠・出産のリスクについての普及啓発の推進と、特定不妊治療費支援事業のより安心・安全かつ適切な運営に向けて議論が行われ、海外では多くの国で生殖補助医療の公費負担に年齢制限（表1）が設けられていることも示された〔厚生労働省（2013）〕。治療成績のみならず、女性や子どもへの健康リスクも年齢とともに高まることも踏まえて、助成対象年齢は43歳未満とすることが提案されたほか、より早い段階で治療の機会を確保するため、そして分娩に至った女性の約90%が6回までの治療で出産に至っていること等を踏まえて、年間助成回



出所：厚生労働省（2023）より筆者作成。

図3 特定不妊治療費助成事業の変遷

数や通算助成期間については制限を設けずに、通算6回までの助成（40歳～42歳で治療を開始した場合は3回）とすることが提案された。同検討会報告書に基づく制度改正は、2014年度から段階的に導入され、2016年度に完全施行された。

その後、初回治療の助成上限金額の引き上げ、男性不妊治療への助成も開始され、2020年度補正予算からは不妊治療の保険適用化を見据えて、助成回数の数え方は1子あたりに変更、2回目以降の治療助成額も30万円へ引き上げられ、所得制限が撤廃された。その結果、2021年度の支給実績は前年度の13万5,480件から23万4,416件へと大幅に増加した（図2）。

### 3 特定不妊治療費助成事業の効果

特定不妊治療費助成事業は、生殖補助医療の普及および安全性や質の向上に貢献したと考えられている [呉他（2020），pp.49-104]。当該事業が日本の生殖補助医療にどのような影響を与えたか、いくつかの点から検討してみたい。

#### (1) 生殖補助医療の利用拡大

国別の生殖補助医療の利用率はその国の法規制、社会文化的要因やジェンダー平等とも関連するとされているが [Chambers & Fauser（2021），

pp.687-690]，国民が生殖補助医療費を支払えるか？に最も強く影響される [Chambers et al.（2014），pp.191-198]。さまざまな国で生殖補助医療の公費負担制度と利用率が連動することはよく知られており、カナダ・ケベック州では、2010年に生殖補助医療の公費負担を開始したところ治療件数は4～6倍に増加したが、2015年に公費負担制度が打ち切られるとともに治療件数は半減した [Bissonnette et al.（2019），pp.32-37]。わが国は、生殖補助医療の人口あたり治療回数が最も多い国の一つであるが、国際的に見れば安価な生殖補助医療費と特定不妊治療費助成事業によるさらなる自己負担の軽減が、生殖補助医療の普及に貢献してきたといえよう。

ただし、普及といえども、公平に利用が拡大するとは限らず、手厚い公費負担のあるデンマークでも、高学歴・高所得の女性ほど生殖補助医療を受ける確率が高く [Brautsch et al.（2023），pp.503-510]，ノルウェーでも過去30年間一貫して生殖補助医療による出生は社会経済的に恵まれた階層で多い [Goisis et al.（2020），pp.1441-1450]。筆者らは第15回出生動向基本調査（2015）の二次利用分析を行い、日本でも世帯年収が低い夫婦ほど、不妊に悩んでも検査や治療を受けた経験を持つ者が少ないことを明らかにした [Iba et al.（2021），

p.165]。公的医療保険と特定不妊治療費助成事業適用後に残る自己負担費用や受診に伴う機会費用、その他、さまざまな社会的要因が背景にあったと考えられる。後述の通り、保険適用によって標準的な不妊治療の経済的負担は一層軽減されたが、不妊に悩む人々の受診行動が、社会全体ではどのように変化したか評価していく必要がある。

## (2) 単一胚移植率の上昇

わが国でも、かつて、生殖補助医療の実施が本格化するにつれて、複数個の胚を移植することに伴う多胎妊娠が増加した。精子と卵子を受精させてできる胚を、多数移植すれば妊娠する確率は高まるが、多胎妊娠となる可能性も高まる。多胎妊娠では早産による未熟児の分娩の可能性が高まるほか、母児ともに周産期の合併症が増加する。日本産科婦人科学会は「生殖補助医療における多胎妊娠防止」に関する見解（2008年）を公表し、胚移植において「移植する胚の数を原則として単一とする」とした〔日本産科婦人科学会（2023）〕。その後、単一胚移植は速やかに国内で標準的な治療として定着し、2010年ころには世界トップレベルの単一胚移植率を達成したが、単一胚移植の普及にも特定不妊治療費助成事業が貢献したようである。特定不妊治療費助成事業の実施主体である都道府県等は、実施医療機関の指定基準として、「特定不妊治療の実施につき、高い技術の下に十分な理解と倫理観をもって対処できる医療機関であること。例えば、公益社団法人日本産科婦人科学会が定めた以下の会告等が参考となる。」と定めており、日本産科婦人科学会の見解を医療機関が遵守することを後押しした。これに加えて、治療費負担を軽減したこと自体も単一胚移植の推進につながったと考えられる。治療費が低ければ最少周期で妊娠率を最大化するインセンティブは弱まることから、自己負担額の少ない国・地域ほど単一胚移植率が高いことが知られる〔Chambers et al. (2014), pp.191-198〕。特定不妊治療費助成事業は、治療周期全体からみれば1/3~1/2を対象としたに過ぎないが、これを仕掛けとして生殖医療の質の向上を図り、世界に先駆けて単一胚移植率

を高めることができたことは興味深い。

## (3) 日本産科婦人科学会による生殖データベースの質の向上

生殖補助医療のモニタリングには、治療情報をもれなく正確に収集していくことが重要であるが、日本産科婦人科学会が管理する生殖データベースは、ほぼ100%の登録率、かつ妊娠後経過不明例の割合も3%未満と高質なデータベースとなっている。このデータベースの構築にも特定不妊治療費助成事業が活用された。都道府県等が定める特定不妊治療実施医療機関の指定基準には、「自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、妊娠から出産に至る全ての経過の把握および公益社団法人日本産科婦人科学会に対する報告を行っていること。」とあり、分娩施設を持たない不妊治療専門クリニックも分娩までの経過に関する情報を収集して登録することが求められている。患者が特定不妊治療費助成事業を申請する際に必要な「受診等証明書」にも、当該データベース登録番号の記入欄が設けられた。このように特定不妊治療費助成事業と連携することで、質の高いデータベースの構築が後押しされ、自由診療下においても生殖補助医療の実施状況が正確に把握されてきた。

保険適用化後もこの方針は引き継がれ、生殖補助医療管理料の施設基準には、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること、日本産科婦人科学会のデータベースへの入力を適切に実施することが定められている。自由診療から保険診療へと大きな制度変更のなかでも継続して症例登録が行われたため、保険適用の効果についても今後正しく評価が行えることが期待できる。しかしながら、長期的な制度の安定性を考慮すると、将来的には生殖医療の公的管理運営機関を設立して施設認定や症例登録体制の整備を担うべきと要望されている〔日本産科婦人科学会（2021）〕。

## (4) 少子化対策

少子化対策の文脈で開始された特定不妊治療費

助成事業であるが、不妊治療への支援が少子化対策になるのかは、倫理的にも社会経済的にも議論のあるところである。かつてRAND研究所は、英国の合計特殊出生率1.64は生殖補助医療がなければ1.62に下がり、デンマーク並みの手厚い支援をすれば1.68へ上がると試算していたが [Grant et al. (2006)], 日本でも2019年の生殖補助医療による6万598出生を差し引けば、2020年の合計特殊出生率は1.33から1.24まで減少していたと見ることもできる(筆者試算)。同様に、少子化対策として不妊治療支援を協力に進めている韓国でも、実数として不妊治療から子供が生まれていることが支援拡大の根拠となっているという [前田他 (2022), pp.84-90]。1出生あたり数百万円の公費を投入しても、将来生まれた子が2~3年納税すれば回収できるため、将来への投資として価値があるとされるが [Connolly et al. (2009), pp.626-632]、筆者らが2010年に全国で実施された生殖補助医療件数と出生数から算出した1出生あたり生殖医療費では、女性の年齢が30代まででなら100~200万円、40代前半で500万円、40代後半となると5,000万円と算出されており [Maeda et al. (2014), pp.1338-1344]、一定の年齢以下での治療には十分な投資価値があるのかもしれない。一方で、不妊治療があることで、子どもを持つ時期が一層遅くなる可能性や、公費負担で「親になること」が強制される危険性、そして不妊治療にお金をかけるより、家族支援政策に予算を回すほうが、社会全体にとって有益との意見も大きい [前田 (2023), pp.392-399]。

#### 4 特定不妊治療費助成事業の制度改正の影響

特定不妊治療費助成事業は、厚生労働省の母子保健対策関係予算の中で実施される事業であり、制度改正は柔軟に行われてきた。保険適用条件にもなっている年齢制限を中心に制度改正の影響を考察する。

##### (1) 年齢制限

わが国の公的医療保険制度には、患者の背景要因による保険適用制限は存在しなかったが、前述2の通り、特定不妊治療費助成事業では2014年度

以降に段階的に、2016年度からは全面的に「初回治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」の助成条件が導入された。治療効果の高い若年での重点的な治療推進を目指した当改正が、受療行動にどのような影響を与えたか、2012年~2018年の日本産科婦人科学会生殖データの件数推移について検討した [Yanagisawa-Sugita et al. (2022)]。全国の生殖補助医療の治療周期数は、年齢制限が完全実施された2016年も増加傾向だったが、2016年に年齢制限を完全実施しなかった2県(県単独事業として43歳以上の女性への助成事業を継続)と完全実施した45県を比較すると、45都道府県では30代の治療が増加し、40代の治療は増加が緩やかになる傾向があったのに対し、2県ではそのような傾向が見られなかった。年次別・年齢別・都道府県別の治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限の完全実施により、36歳以下の若い年齢層の治療周期は有意に増加し、40~45歳の治療周期数は有意に減少していた。特定不妊治療費助成事業の年齢制限は、若年での治療の推進に一定の効果があった可能性がある。

なお、日本では40代での治療が約4割(英国では約2割)と生殖補助医療を受ける女性の年齢が高い。背景としては、第一に若い年齢での子育てを選択しづらい日本社会全体の課題が挙げられるが、不妊患者の中には、年齢と妊孕性(生物学的な妊娠力)の関係について実は知らなかった、もっと早くに知っていれば、という声があることも指摘されていた [厚生労働省 (2013)]。2013年の「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」では、妊娠や不妊に関する知識の普及啓発や相談支援についても検討され、2015年3月の少子化社会対策大綱で「妊娠や出産に関する医学的・科学的に正しい知識の教育」が掲げられた。2018年告示の高等学校学習指導要領に基づき、現行の高等学校保健体育の教科書では、プレコンセプションケア(妊娠前からの健康管理)として、妊娠を望んだ場合には「喫煙や飲酒をやめること」や「葉酸を摂取するなど生活習慣に気を配ること」や「予防接種を受けること」、

また、「男女とも高齢になると妊娠の可能性が低下すること」等について掲載されている〔大修館書店（2022）、p.92〕。学校教育等を通じて、生殖に関するヘルスリテラシーが向上し、子どもを持つか持たないか、持つとすればいつ持つのか、自らが選んで決定する「リプロダクティブヘルス&ライツ」の意識が若者に定着し、向上していくことを期待したい。

また、別の視点から、わが国の不妊治療年齢が高い理由として、第三者の配偶子<sup>4)</sup>を用いた生殖補助医療に関する法整備が進まず、治療が普及していないことも挙げられる（後述Ⅲ5（5））。英国では40代後半の女性では6割弱が、第三者から提供された卵子を用いた治療を選択している〔Human Fertilisation and Embryology Authority（2022）〕。自身の卵子を使用した生殖補助医療では43歳～50歳の女性における生児出生率は5%（移植胚あたり）と極めて低いが、提供卵子を用いれば30%（移植胚あたり）と、35歳未満の女性と同等の成績が得られるため、高齢で治療を繰り返す症例は減る可能性がある。国内で提供配偶子を用いた生殖補助医療を受けられる体制を整備していくことも、不妊に悩む方の選択肢を増やし負担を軽減するために重要である。

## （2）所得制限の撤廃

2021年1月からは、不妊治療の保険適用化を見据えて、所得制限の撤廃、助成回数の数え方が1子あたりに変更、助成額は2回目以降も1回30万円へと拡充されたが、それに伴い2021年の助成件数は13万5,480件から23万4,416件へと約10万件増加し、生殖補助医療全体の実施件数全体も44万9,900件から49万8,140件へと約5万件増加した。日本産科婦人科学会の生殖データベースには所得データがないため、助成事業における所得制限の撤廃が与えた影響について定量的に評価することは難しいが、筆者らが2020年に実施したコンジョ

イント分析<sup>5)</sup>では、世帯年収が1,000万円以上の不妊患者では自己負担額が増加しても一貫して受療意思は高かったものの、助成金に所得制限があることで受療確率は25%減少した可能性が示唆されている〔Maeda et al.（2022）、p.1093〕。助成金の所得制限により全額自己負担で生殖補助医療を受けざるを得なかった患者にとって、所得制限の撤廃は治療選択の大きな動機付けになったと思われる。

## Ⅲ 不妊治療の保険適用

### 1 保険適用前の全国の治療費

2018年に都道府県等を対象に受診等証明書に記載された領収金額の調査によれば〔小林・前田（2018）、pp.9-17〕、医療機関の平均領収金額は、新鮮胚移植（体外受精）は約38万円、凍結胚移植（体外受精）は約51万円、融解胚移植<sup>6)</sup>は約16万円であった。一方で、各都道府県等に提出された領収金額は幅広く分布し、最大値の中央値は、新鮮胚移植（体外受精）は約60万円、凍結胚移植（体外受精）は約83万円、融解胚移植は約31万円であった。助成金（30万円）の範囲内で治療費の大半がカバーできる都道府県もある一方で、治療費のごく一部しか助成されない地域もある状況が明らかになった。生殖補助医療が広く一般的な治療として普及する中、自由診療として、治療単価には相当の幅がある状況が続いていたといえる。

### 2 保険適用の経緯

2020年5月29日に閣議決定された少子化社会対策大綱では、「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不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊

<sup>4)</sup> 精子または卵子。

<sup>5)</sup> 属性を少しずつ変えた仮想的な複数の財を被験者に提示して、その財を消費するか選択させ、選択データから消費者がどの属性を重視しているか分析する手法。

<sup>6)</sup> 凍結保存してある胚（受精卵）をとくして子宮内に移植する治療。



治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。」とされ、政府方針として不妊治療の保険適用が定められた。これは、2020年5月上旬に少子化社会対策大綱（案）に対する意見募集が行われた結果、約3,800件の意見のうち約1,700件もの不妊治療に関連した意見が寄せられ、原案にはなかった医療保険の適用拡大を検討する方針が追加されたことによる〔川田（2020）〕。

続いて、菅内閣の基本方針（2020年9月16日閣議決定）において、不妊治療への保険適用を実現することが明記され、全世代型社会保障改革の方針（2020年12月15日閣議決定）では「子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。」とし、2021年度中に詳細を決定し、2022年度当初から保険適用を実施するため、工程表に基づき、保険適用までの作業を進めることや、保険適用までの間に不妊治療の助成制度について所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図ることが示された。そして、2021年1月からの特定不妊治療費助成事業の大幅な拡充と2022年度当初からの保険適用が実施されるに至った。

このように急遽、政府から保険適用の方針と短期間での工程が示されたことから、厚生労働省は2020年度内に生殖補助医療実施施設<sup>3)</sup>や男性不妊治療を実施する泌尿器科、不妊治療当事者および一般人を対象とした実態調査を実施し（不妊治療の実態に関する調査研究）、日本生殖医学会は異例のスピードで不妊治療に関する医学的エビデンスの整理を行い、生殖医療ガイドラインを完成させた〔大須賀（2023）、pp.386-391〕。中央社会保険医療協議会（中医協）では、「不妊治療の実態に関する調査研究」、「生殖医療ガイドライン」および関係学会や患者の意見を踏まえて5回に渡る議論が行われ、2022年2月9日の中医協答申により、2022年4月から保険診療として行うことが決定さ

れた〔中田（2023）、pp.379-385〕。

### 3 保険適用された治療内容

今回の保険適用では原因不明の不妊や治療が奏功しない不妊も対象として、人工授精や生殖補助医療が対象とされた（図1）。第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療（第三者の精子提供による人工授精、第三者の卵子・胚提供、代理懐胎）については、「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、中医協での議論は時期尚早とされ、保険適用の対象外となっている〔中田（2023）、pp.379-385〕。

保険適用される医療技術の範囲としては、中医協において「医学的なエビデンスに基づいて有効性・安全性が確認できたものを速やかに保険適用し」、「エビデンスが十分でないものは先進医療等の枠組みを活用」する方針となったことから、前述の生殖医療ガイドラインにおいて推奨度A（実施を強く推奨）、B（実施を推奨）が原則保険適用される一方、自由診療下で既に普及しているものの推奨度C（実施を考慮）となった治療法は、保険適用外となった〔中田（2023）、pp.379-385〕。混合診療禁止の原則から、通常の生殖補助医療に推奨度Cの検査・治療を組み合わせた場合には通常治療も自費となってしまいが、このことにより患者に不利益が生じないように、先進医療の仕組みを用いた負担軽減が図られた。先進医療は安全性・有効性等を確保するための施設基準等を設定し、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入に向けた評価を行う制度である。ただし、先進医療とするには先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要である。こうした手続きを踏んで、令和5年11月時点では、不妊治療に係る技術については、13技術が認められている〔厚生労働省（2023）〕。年齢制限、回数制限、施設基準等については、特定不妊

治療費助成事業における取扱や生殖医療ガイドラインの記載事項を踏まえて検討され、特定不妊治療費助成事業の条件や基準が引き継がれている。

#### 4 保険適用の効果

菅内閣の基本方針からわずか1年半の間に保険適用が行われたが、さまざまな調査、寄稿、雑談等を通じて感じられるのは、医療者・患者双方の満足度は高く、保険適用の実施に向けて奔走した関係者に対して大きな感謝と称賛が送られていることである。今回の保険適用は、患者の経済的負担を軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められたという大きな節目としての意義がある [大須賀 (2023), pp.386-391]。

日本産科婦人科学会が収集している生殖補助医療に関する治療成績は、2022年実施分については2024年8月に公表される予定であるため、生殖データベースに基づいて保険適用の効果を検討することはまだできないが、日本産科婦人科学会が学会理事や委員を対象に実施した意見聴取では、「保険診療への制度変更により不妊治療全体が良い方向に向かっているか」に関して、「強く思う」～「ある程度そう思う」と回答した施設が7割を超えたと報告されている [厚生労働省 (2023)]。その理由として大きく分けると、経済的負担の軽減（若い患者の受診の増加、生殖補助医療へ治療を進めやすくなった）に加えて、保険適用による患者の心理的抵抗感の減少、社会の理解促進（職場の理解が得られやすくなった、パートナーの意識の向上）等が挙げられた。当事者団体であるNPO法人Fineによるアンケート調査 [NPO法人Fine (2022)] でも同様に、保険適用になって「よかった」とする回答が全体の65%で、経済的負担の軽減、心理的負担の軽減、社会の理解の広がり等の結果が示された。採卵個数、受精卵・胚個数に応じた加算や投薬方法によって治療金額の総額は変動するが、採卵から凍結融解胚移植までの1周期の患者負担額は12～17万円程度、凍結融解胚移植周期では6～8万円程度であると報告されている [金谷・藤原 (2023), pp.597-601]。高額療養費制度を活用すれば、数万円程度で1周期の治療を受

けられることもある。

#### 5 保険適用後に残るさまざまな課題

もちろん、実際に保険診療が始まってみると明らかになる細かな不都合もある。具体的には、患者の状況によって、既定の診察回数や超音波検査が算定回数を超えてしまう、安全な検査・治療にあたって不可欠なクラミジア抗体測定検査が未収載である、精子の凍結保存が認められていない等、さまざまな疑問や問題点も見られ [竹島他 (2023), pp.581-584; 森本・森本 (2023), pp.585-588; 両角他 (2023), pp.589-595]。混合診療を回避するため、一部の検査・治療について医療機関がやむを得ず無償で提供するようなケースまであるという。令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見では、不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うこととされており、令和6年度改定ではこうした不都合の解消がなされることを期待したい。

これらの個別の治療における具体的な課題とは別に、不妊治療が長年自由診療で行われてきた領域であることに伴う課題や、不妊治療が他疾病と同様の標準的な治療となる中で対応していくべき課題等について、下記に取り上げる。

##### (1) 難治性患者に対する選択肢の制限と経済的負担の増加

NPO法人Fineによる患者アンケートでは [NPO法人Fine (2022)]、全額保険診療を受けられていた患者は47%、保険診療と先進医療の組み合わせが28%、全額自由診療が25%であった。2021年の生殖データベースでの登録周期数は採卵25万5,560周期、新鮮胚移植3万2,959周期、凍結・融解胚移植23万6,211周期であったが、2022年度の保険算定回数では、採卵術が20万2,577回、胚移植術（新鮮胚移植）が2万3,719回、胚移植術（凍結・融解胚移植）が18万7,486回であった。したがって、2021年と2022年の治療件数が同程度とすれば、治療の2～3割は自由診療で行われていると考えられる。自由診療で治療を受ける主な理由は、年齢制限のほか、保険適用外の治療を受けるためであり

[NPO法人Fine (2022)], 特に難治性の不妊患者からの追加的検査・治療の希望は強い。特に、推奨度Bではあったが、保険対象外となった着床前胚異数性検査 (PGT-A) については先進医療Bとして認められたが、先進医療として実施できる施設が限定されているため、PGT-Aを受けることを希望する反復流産の患者においては、一連の治療全体が全額自費となってしまふ。保険適用前からの治療法を変えずに、患者に合わせたオプション検査・治療を追加して自由診療のみを実施するクリニックもあり、こうした治療も難治性の不妊患者を中心に一定のニーズがあると考えられる [熊澤 (2023), pp.495-500]。

不妊治療の保険適用後は、従来の特定不妊治療費助成事業は2022年度をもって終了したが、さまざまな自治体で先進医療部分、保険適用後の自己負担分、あるいは自由診療に対する助成事業が開始されている。保険適用がなされた後での各自治体でのさまざまな助成制度は、患者の経済的負担を軽減することにつながる一方、その妥当性については議論のあるところといえるだろう。

## (2) 年齢制限と回数制限

保険診療においても、特定不妊治療費助成事業における基準を踏襲する形で、年齢制限と回数制限が定められ、「胚移植術」について「患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。」とされ、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合は再び同様に算定されることとなった。生殖医療ガイドラインで示された医学的なエビデンスおよび生殖データベースから得られた最新統計を踏まえると妥当な基準と考えられるが、他疾患との整合性という面での議論は尽くされていない。年齢制限は治療終結の判断基準となるという評価もある一方で、一律に年齢上限を設けることへの反対意見も強く、令和6年度改定に向けた中医協での論点にもなっている [厚生労働省 (2023)]。

## (3) 治療の受けやすさに関する課題 (仕事との両立、地域偏在等)

NPO法人Fineによる患者アンケートでは [NPO法人Fine (2022)], 保険適用になって悪くなったと感じることとして、医療機関が混雑して待ち時間が増えた、待ち時間が増えて仕事との両立が難しくなった、といった意見が挙げられている。不妊治療と仕事との両立については、不妊治療を受けたことのある労働者のうち16%が退職、8%が雇用形態を変更したとされ [東京海上日動リスクコンサルティング株式会社 (2017)], 政府でも「不妊治療と仕事との両立」に取り組む企業を認定する「くるみんプラス」等制度の新設、中小企業事業主への助成金として「両立支援等助成金 (不妊治療両立支援コース)」の創設等、集中的に改善を図ってきたところである。不妊治療の保険適用で、社会の認知度・理解度も高まっているところであり、通院しやすい環境づくりを一層進めていく必要がある。

また、かねてより不妊治療施設や生殖医療専門医は大都市に集中しており、地方には少ない課題があったが、地域によっては一般不妊治療管理料の施設基準を満たす医療機関がなく、プライマリケアともいえる一般不妊治療を保険診療で実施できない問題も生じている [厚生労働省 (2023)]。生殖補助医療施設はさらに偏在しており、都道府県内の主要都市以外に居住する患者では片道だけで数時間を要する場合や、前泊が必要となる等、負担は極めて大きい [熊澤 (2023), pp.495-500]。通院負担をオンライン診療で軽減する取組も徐々に広がりを見せているが、地域差を少しでも緩和できるような環境整備が望まれる。

## (4) 医療機関に関する情報提供のあり方

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見では、不妊治療の情報提供のあり方に関する早急な検討の必要性も示された。医療機関の情報開示は、2021年度から特定治療支援事業における実施医療機関の指定要件として進められ、指定医療機関の人員配置、治療内容や件数、安全管理体制等については都道府県等を通じて公開されてきたが、患

者の関心の高い治療成績（妊娠率や生児出生率）については任意項目であった。医療機関の治療成績の開示は、医療の質の向上や、患者の医療機関選択に有用であることに加え、医療機関に対する信頼や患者のエンパワメントにつながる可能性があるが、治療成績には治療技術だけでなく、患者の年齢や合併症等の個別的要因が大きく反映される。したがって、各施設の患者背景が異なる中で、治療成績を単純な数値で開示することは、医療機関側が予後不良な患者の診療を好まなくなる、治療登録が不正確になる、見かけの成績が高い施設に患者が集中する等の混乱等を招く可能性もある。

望ましい情報開示のあり方について検討するため、厚生労働科学研究「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」（研究代表者：前田恵理）では国内外の調査を踏まえて、医療者・患者・生命倫理・自治体・公衆衛生とさまざまな立場からの議論と検討を行った〔前田（2022）〕。既に医療機関別の治療成績開示を行っている米国、英国、スウェーデン等の関係者へのインタビュー調査から、いずれの国でも開示当初は大きな反対やメディアの過熱報道などが見られたが長い時間をかけて医療機関、患者、社会とも理解が進み、今やすべての関係者が治療成績開示を必要なこととして認識していることが明らかになった。成績開示に用いる治療情報は信頼性の高い方法（前向き登録<sup>7)</sup>・電子カルテとの自動連携・登録内容の監査制度等）で収集され、透明性が医療の質の向上につながっていた。日本国内の調査として、不妊治療患者と生殖補助医療実施施設へのアンケート調査も実施したが、8割以上の患者が治療成績の開示を必要と考えており、半数以上の生殖補助医療実施施設も開示に前向きであった。

したがって、わが国でも医療機関別の治療成績を開示する方向性で検討していくことが望ましく、そのためには、より質の高い症例登録制を構築することや、公的機関が助言・指導を行うこと、総合的見地から患者が医療機関選択を行えるよう

な情報提供の仕組みを整備することが必要である。令和6年度からは、現状の枠組みの中で、可能な限り有用な情報提供を行っていくため、全国の生殖補助医療実施医療機関<sup>9)</sup>の年齢階級別の治療実施回数等について、こども家庭庁のウェブサイトから、検索できるようになる予定である。不妊治療の合併症である卵巣過剰刺激症候群や多胎妊娠等の発生数についても、医療機関別に開示され、安全性に関するデータの充実が図られることになっている〔厚生労働省（2023）〕。

#### （5） 第三者の配偶子を用いた生殖補助医療

第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療については、前述の通り、中医協での議論は時期尚早とされ、保険適用の対象外となっている。2025年2月以降の通常国会で、超党派の議員連盟により「特定生殖補助医療に関する法律案（仮称）」が提出される予定であることから、今後、第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療の保険適用についても議論されていくことと考える。しかし、2023年11月時点の法案のたたき台を巡っては、生まれた子の出自を知る権利が十分に守られておらず、また、治療を受けられるのは法律婚の夫婦のみに限定されており、現在、当事者団体による署名活動や学会による要望書の提出等が行われているところである〔共同通信（2023）〕。

日本産科婦人科学会では、2001年1月の厚生労働省母子保健課長の通達「第三者が関わる生殖医療については、制度が整えられるまでは、AID（精子提供による人工授精）を除いて、実施を控えるように」を尊重し、国による法整備や制度整備を待機してきたことから、国内では第三者の配偶子を用いた生殖補助医療はほとんど実施されておらず、治療を必要とする夫婦やシングル女性、同性カップルは海外で治療を受けている。また、海外の精子バンクの利用や精子の個人間取引も水面下で行われている。子どもの権利を守り、国内で適切な生殖補助医療を提供できる体制を早期に整える必要がある。

<sup>7)</sup> 治療開始時点から症例を登録する方法。後向き登録（治療が終了してから登録する方法）と比較して、治療中止となった症例や不成功であった症例についても、もれなく登録される可能性が高まる。

なお、既に欧米諸国では、生殖補助医療はセクシュアリティや婚姻状態を問わず、必要とするすべての人のための治療として認められるようになっており、異性カップルと同様の基準を満たせば公費治療を受けられる国も増加している〔前田(2023), pp.392-399〕。2019年に東アジアで初めて同性婚を認めた台湾でも、法律婚の同性カップルやシングル女性も第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療が利用できるよう法改正に向けて動き始めていると聞く。多様な価値観が認められ、生殖補助医療の適用範囲も広がる時代を迎える中、何よりも治療を受ける者と将来の子どもの利益につながるような法整備がなされることに期待したい。

### Ⅲ 結語

およそ40年もの間、主に自由診療として行われてきた不妊治療は、菅内閣の基本方針から1年半の間に保険適用が実現した。患者の経済的負担を軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められた節目として、大きな意義がある。保険適用に伴って、難治性の不妊患者に対する治療の選択肢に制限が生じる等の課題も明らかになっているが、不妊に悩む方々の負担を少しでも緩和し、より質の高い医療につなげられるよう、今後も時代に合わせた制度へと作り育てていく必要がある。

#### 倫理的配慮

本稿で使用したデータについては、引用元文献に示す通り、研究倫理上必要な手続きを経て解析が行われた。

#### 利益相反

本稿について申告すべき利益相反はない。本研究は、令和5年度子ども家庭科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」(研究代表者:前田恵理)の支援を受けて実施した。

#### 参考文献

- 石原理(1998)「生殖革命」ちくま新書。  
 NPO法人Fine, 「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」[https://j-fine.jp/prs/fineprs\\_hokentekiyougo\\_anketo-2022\\_release.pdf](https://j-fine.jp/prs/fineprs_hokentekiyougo_anketo-2022_release.pdf) (2023年12月25日最終確認)。  
 大須賀稔(2023)「不妊治療の保険適用への困難な道のりを乗り越えて」、『日本産科婦人科学会誌』, Vol.75, pp.386-391。  
 共同通信(2023)ドナー情報開示範囲拡大を 生殖医療法案巡り署名活動 <https://www.47news.jp/10138045.html> (2023年12月25日最終確認)。  
 厚生労働省(2002)「少子化社会に対する御意見の募集」の結果について、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0913-4b.html> (2023年12月25日最終確認)。  
 ———(2013)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 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo\\_129053.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_129053.html) (2023年12月25日最終確認)。  
 ———(2023)「中央社会保険医療協議会 総会(第565回)」総-1 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001171707.pdf> (2023年12月25日最終確認)。  
 国立社会保障・人口問題研究所(2021)「第16回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」[https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/doukou16\\_gaiyo.asp](https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/doukou16_gaiyo.asp) (2023年12月25日最終確認)。  
 金谷真由子・藤原敏博(2023)「助成金時代との違いと是非」、『産婦人科の実際』, Vol.72, pp.597-601。  
 川田篤志(2020)「不妊治療費の支援を拡充 パブコメが後押し、少子化対策大綱に追加」、『東京新聞』, 2020年5月30日。  
 熊澤由紀代(2023)「地方における生殖医療の保険適用状況と今後の課題」、『産婦人科の実際』, Vol.72(5), pp.495-500。  
 小林廉毅・前田恵理(2018)「全国115実施主体における「不妊に悩む方への特定治療支援事業」実施状況の調査」、『平成30年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)分担研究報告書「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究』, pp.9-17。  
 齊藤英和(2010)「ART登録システムとその登録データからわかるARTの現状」、『日本産科婦人科学会雑誌』, Vol.62, pp.739-745。  
 仙波由加里(2005)「特定不妊治療費助成事業の現状と課題」、『F-GENS』, Vol.1, pp.85-92。  
 大修館書店(2022)新高等保健体育, p.92。  
 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 報告書。  
 中田勝己(2023)「令和4年度診療報酬改定における不妊治療への新たな保険適用について」、『日本産科婦

- 人科学会誌』, Vol.75, pp.379-385。
- 竹島和美, 山崎裕行, 加藤恵一 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題 1」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.581-584。
- 日本産科婦人科学会 (2021) 「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案」 [https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/20211213\\_rinri\\_teian.pdf](https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/20211213_rinri_teian.pdf) (2023年12月25日最終確認)。
- (2022) 「2021年体外受精・胚移植等の臨床実施成績」 [https://www.jsog.or.jp/activity/art/2021\\_JSOGART.pdf](https://www.jsog.or.jp/activity/art/2021_JSOGART.pdf) (2024年2月6日最終確認)
- (2023) 「倫理に関する見解一覧」 [https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content\\_id=3](https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=3) (2023年12月25日最終確認)。
- 前田恵理, 石原理, 左勝則, 李廷秀, 小林廉毅 (2022) 「韓国における人工授精および生殖補助医療の公費負担状況—保険適用の背景と影響に関する訪問調査」, 『公衆衛生』, Vol.86, pp.84-90。
- 前田恵理 (2022) 『令和4年度厚生労働科学研究「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」(研究代表者: 前田恵理) 研究報告書』 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161836> (2023年12月25日最終確認)。
- (2023) 「諸外国における不妊治療の公費負担状況」, 『日本産科婦人科学会誌』, Vol.75, pp.392-399。
- 森本真晴・森本義晴 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題 2」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.585-588。
- 両角和人, 熊耳敦子, 矢口愛弓, 丹羽ことみ, 昇千穂美 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題: 生殖医療の健康保険化に際して経験した困惑を感じた事例」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.589-595。
- 呉嘉荅, 黄于玲, 河政玉, 陳韋宏, 黃昱翔 (2020) 「公平近用, 預防風險或增長人口? 助孕科技公費補助の日韓台比較」, 『台灣民主季刊』, Vol.17, pp.49-104。
- Bissonnette F, Phillips S, Sampalis J, Dahdouch EM, St-Michel P, Buckett W, Kadoch IJ, Mahutte N (2019). “Impact of government health coverage for ART: The results of a 5-year experience in Quebec.” *Reprod Biomed Soc Online*, 8, pp.32-37.
- Brautsch LAS, Voss I, Schmidt L, Vassard D (2023). “Social disparities in the use of ART treatment: a national register-based cross-sectional study among women in Denmark.” *Hum Reprod*, 38 (3), pp.503-510.
- Chambers GM, Fauser BCJM (2021). “Access to ART treatment and gender equality.” *Reprod Biomed Online*, 42, pp.687-690.
- Chambers GM, Hoang VP, Sullivan EA, Chapman MG, Ishihara O, Zegers-Hochschild F, Nygren KG, Adamson GD (2014). “The impact of consumer affordability on access to assisted reproductive technologies and embryo transfer practices: an international analysis.” *Fertil Steril*, 101, pp.191-198.
- Connolly M, Gallo F, Hoorens S, Ledger W (2009). “Assessing long-run economic benefits attributed to an IVF-conceived singleton based on projected lifetime net tax contributions in the UK.” *Hum Reprod*, 24 (3), pp.626-632.
- Gois A, Häberg SE, Hanevik HI, Magnus MC, Kravdal Ø (2020). “The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country.” *Hum Reprod*, 35 (6), pp.1441-1450.
- Grant J, Hoorens S, Gallo F, Cave J (2006). “Should ART be part of a population policy mix? A preliminary assessment of the demographic and economic impact of assisted reproductive technologies.” *Europe: RAND. Human Fertilisation and Embryology Authority* (2022) Trends in egg, sperm and embryo donation 2020 <https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/trends-in-egg-sperm-and-embryo-donation-2020/> (2023年12月25日最終確認)。
- Iba A, Maeda E, Jwa SC, Yanagisawa-Sugita A, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y (2021). “Household income and medical help-seeking for fertility problems among a representative population in Japan.” *Reprod Health*, 18 (1), p.165.
- Maeda E, Ishihara O, Saito H, Kuwahara A, Toyokawa S, Kobayashi Y (2014). “Age-specific cost and public funding of a live birth following assisted reproductive treatment in Japan.” *J Obstet Gynaecol Res*, 40 (5), pp.1338-1344.
- Maeda E, Jwa SC, Kumazawa Y, Saito K, Iba A, Yanagisawa-Sugita A, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Fukuda T, Ishihara O, Kobayashi Y (2022). “Out-of-pocket payment and patients’ treatment choice for assisted reproductive technology by household income: a conjoint analysis using an online social research panel in Japan.” *BMC Health Serv Res*, 22 (1), p.1093.
- The Nobel Assembly at Karolinska Institutet. Press Release 2010-10-04. The Nobel Assembly at Karolinska Institutet has today decided to award The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2010 to Robert G. Edwards for the development of in vitro fertilization. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2010/press-release/> (2023年12月25日最終確認)。
- Yanagisawa-Sugita A, Iba A, Maeda E, Jwa SC, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y (2022). “Impact of age-limit policy change for assisted reproductive technology (ART) subsidy in Japan.” *Hum Reprod*, 37, Issue Supplement\_1, deac104.094.

(まえだ・えり)

## **Health Insurance Coverage of Infertility Treatment - Its Impact and Challenges**

MAEDA Eri\*

### Abstract

In 2021, the total number of assisted reproductive treatment (ART) cycles in Japan was approximately 498,000, resulting in 69,000 live births. Japan stands out as one of the countries with the highest use of ART. For about 40 years, infertility treatment was provided mainly as a private medical service. However, partial public funding was introduced for in vitro fertilisation (IVF) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI) through the Specific Infertility Treatment Expense Subsidy Programme. This initiative made a significant contribution to improving the accessibility and quality of ART. In 2022, the government introduced health insurance coverage for standard fertility treatments. The inclusion of health insurance coverage is important not only to reduce the financial burden on patients, but also because society recognises infertility as a medical condition. Despite the positive aspects of insurance coverage, certain problems have arisen, such as limited treatment options for patients with intractable infertility. It is important to continue to refine the system to minimise the burden on infertility patients and improve the overall quality of fertility care.

Keywords : Infertility, Health Insurance Coverage, Assisted Reproductive Technology

---

\* Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Medicine, Hokkaido University