

# 不妊治療の保険適用 拡大をめぐって

早稲田大学教授

野口 晴子



## 1. 日本の不妊治療の現状

日本産科婦人科学会のホームページによれば、「不妊とは、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（一般的には1年間）妊娠しない状態」を指す。現在、日本で保険が適用されている治療法は、基礎体温の計測、超音波や尿の検査により排卵日を予想することで医師が夫婦生活を指示するタイミング法、及び、薬物によって排卵を促す排卵誘発法の2種類の一般不妊治療と呼ばれている手法であり、治療費は1回当たり平均で数千円〜2万円である。

他方、今後、保険適用拡大の対象として検討されるであろう治療法は、人工授精、体外受精、顕微鏡下精巣内精子採取術等の生殖補助医療と呼ばれている治療法で、1回当たり数十万円にものぼる高額治療も含まれている。このうち、体外受精と顕微鏡下精巣内精子採取術については、都道府県・指定都市・中核市等が事業実施主体となっており、特定不妊治療費助成制度が設置されており、費用の一部が助成されているが、当該助成の利用には、年齢・所得・助成回数・助成額等に制限が設けられている。

## 2. 不妊治療をめぐる不都合な真実

特定不妊治療費助成制度に年齢制限(女性の年齢が43歳未満)

日本産科婦人科学会・登録・調査小委員会報告で公表している2018年のデータによれば、不妊治療による出生数は5万6979人で、同年における全出生数91万8400人の6.2%にあたる。

現在、各種メディアにおいて、こうした不妊治療に対し、菅政権が打ち出した保険適用拡大に対する議論が活発化している。不妊治療が保険適用となれば、患者負担は3割になる。さらに、前段で触れたように、今後、保険収載される不妊治療は、いわゆる高額療養費制度の対象となる可能性もあることから、経済的な事由により不妊治療を諦めていた子どもを望む夫婦による需要が喚起されるかもしれない。しかし、不妊治療の保険適用拡大をめぐっては、様々な課題も指摘されている。

がある根拠の一つは、加齢による不妊治療効果の減少である。図は、2018年のデータを基に、年齢別(25〜48歳)の不妊治療による妊娠率・生産率・流産率の違いを示したものである。左軸の妊娠率は総治療周期数(総治療)に対する妊娠周期数の比率、子どもが生きて誕生する生産率は同じく総治療周期数に対する生産周期数の割合、それぞれ示している。

この図から、30歳でそれぞれ28%と22%であった妊娠率と生産率が、40歳では15%と10%まで低下し、45歳では約3%と1%にまで減少することがわかる。他方、妊娠後の流産率は、30歳の17%から、40歳ではその2倍の32%、45歳時点では61%まで増加し、加齢とともに流産のリスクが著しく高まる傾向が見てとれる。

私自身、不妊治療という、極めてパーソナルでデリケートな 이슈に費用対効果の概念を

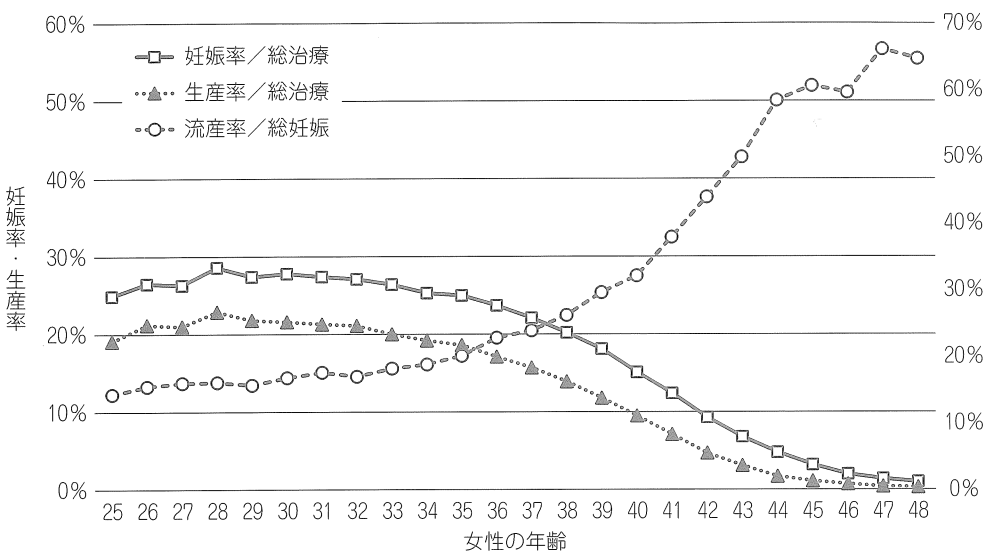
持ち出すのは、倫理的・道義的な観点からいかなるものかとは思っている。しかしながら、効率性の

観点だけではなく、患者の身体的・精神的負担に鑑み、少なくとも革新的な不妊治療技術が開

言われている。保険収載により、診療報酬点数を付与するという

定量的に見極める必要がある。最後に、少子化対策としての不妊治療の有効性について述べ

図 年齢別・不妊治療による妊娠率・生産率・流産率 (2018)



出所：公益社団法人日本産科婦人科学会 登録・調査小委員会(2018)「機関誌掲載治療成績(登録・調査小委員会報告)」2018年 PPTX 版、<https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/>(アクセス日：2020年10月5日)を基に筆者作成

発されるまでは、治療効果が低いことが自明である年齢層への保険適用については慎重な検討が必要であろう。

第二に、不妊の原因は多様で、原因が特定できないことも多い。したがって、その治療法はオーダーメイド的な色彩が強く、治療の質にも大きなばらつきがある。

第三に、「標準化」によって、現状ばらつきが大きいとされる治療の質が一定水準に統一される可能性がある一方で、診療報酬点数の設定の仕方によっては、診療側のインセンティブが失われ、質が低下したり、供給自体が減少したりするリスクも否めない。そうすると、不妊治療を望む夫婦のチョイスセット(選択肢)を狭めてしまい、経済的な負担軽減から得られる以上の不利益を被る危険性すらある。保険点数の設定にあたっては、収載に対する需給の反応を必要であろう。