

**諸外国における不妊治療に対する経済的支援等
に関する調査研究
報告書**

株式会社 野村総合研究所

令和 3(2021)年 3 月

目次

第1章 調査概要	4
1. 事業概要	5
第2章 ドイツ.....	15
1. 基本情報	16
2. 不妊治療の実施実態.....	21
3. 不妊治療に対する経済的支援	25
4. 不妊治療に関わる課題.....	28
第3章 フランス.....	29
1. 基本情報	30
2. 不妊治療の実施実態.....	34
3. 不妊治療に対する経済的支援.....	37
4. 不妊治療に関わる課題.....	38
第4章 イギリス.....	39
1. 基本情報	40
2. 不妊治療の実施実態.....	44
3. 不妊治療に対する経済的支援	48
4. 不妊治療に関わる課題.....	51
第5章 スペイン.....	52
1. 基本情報	53
2. 不妊治療の実施実態.....	57
3. 不妊治療に対する経済的支援.....	59
4. 不妊治療に関わる課題.....	61
第6章 スウェーデン	62
1. 基本情報	63
2. 不妊治療の実施実態.....	67
3. 不妊治療に対する経済的支援.....	70
4. 不妊治療に関わる課題.....	71
第7章 アメリカ（ニューヨーク州・カリフォルニア州）.....	72
1. 国家概要	73
2. ニューヨーク州における不妊治療及び経済的支援の実態	77
3. カリフォルニア州における不妊治療及び経済的支援の実態.....	79
第8章 カナダ.....	82
1. 基本情報	83
2. 不妊治療の実施実態.....	86
3. 不妊治療に対する経済的支援	88
4. 不妊治療に関わる課題.....	90
第9章 オーストラリア	91

1. 基本情報	92
2. 不妊治療の実施実態	96
3. 不妊治療に対する経済的支援	99
4. 不妊治療に関わる課題	100
第 10 章 韓国	101
1. 基本情報	102
2. 不妊治療の実施実態	106
3. 不妊治療に対する経済的支援	108
4. 不妊治療に関わる課題	111
第 11 章 まとめ	112

第1章

調査概要

1. 事業概要

1-1 背景・目的

我が国において、近年、女性の社会進出やライフスタイルの多様化等を背景に、晩婚化が進行している。2015年の人口動態統計では、平均初婚年齢は、男性が31.1歳、女性が29.4歳となっており、20年前と比べて男性で2.6歳、女性で3.1歳上昇している。また、同調査において、女性の第一子出産時の平均年齢は30.7歳であり、統計が取られ始めてから一貫して上がり続けている。一般的に女性は、年齢と共に妊娠のしやすさである妊孕性が低下するとされており、晩婚化は少子化の原因の一つとなっている。

このような背景もあり、近年、日本では不妊治療の件数が増加しており、2017年には、全国で約56,000人の新生児が体外受精によって誕生している。これは、同年の全新生児の約6%を占めている。

直近では、2020年5月29日に、2025年までの子育て支援の指針となる少子化社会対策大綱が閣議決定された。この中で、「希望出生率1.8」の実現に向けて、希望するタイミングで希望する数の子どもを持てる社会を目指すことが謳われている。さらに、具体的な政策については、「不妊治療に係る経済的負担の軽減等」として、費用助成を行うことに加えて、適応症と効果が明らかな治療に対しては広く医療保険の適用の在り方を含めて、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ということが明記された。

そこで、本調査研究では、不妊治療に対する経済的支援を行っている10の国を対象に、各国がどのような経済的支援を実施しているのかを把握すると共に、その前提となる各国の不妊治療に対する法制度、指針、ガイドライン等の整理を試みた。我が国の実態と比較することで、我が国における将来的な経済的支援の在り方に関する示唆を抽出し、政策推進に資する報告書を作成することを目的とする。

1-2 実施内容

本調査研究では、主に英文の公開情報の収集・整理を中心に、不妊治療に係る制度及び経済的支援について調査を行った。

(1) 調査範囲

本調査研究が対象とする治療の範囲の考え方について述べる。本調査研究の主目的は、諸外国における不妊治療への経済的支援策を整理することによって、政策推進に資する分析を行うことである。したがって、本調査研究が対象とするのは、不妊治療の一連のプロセスの中でも、人工授精・特定不妊治療（特定不妊治療費助成の対象）といった、現在国内において自由診療として行われる領域を中心とする（ただし、日本において保険適用されている治療領域についても完全に調査の対象外とすることはせず、必要に応じて、情報の収集・整理に取り組む）。

また、いわゆるオプション治療又はオプション検査と呼ばれるような治療や検査については、本調査研究の調査の対象とはしていない。

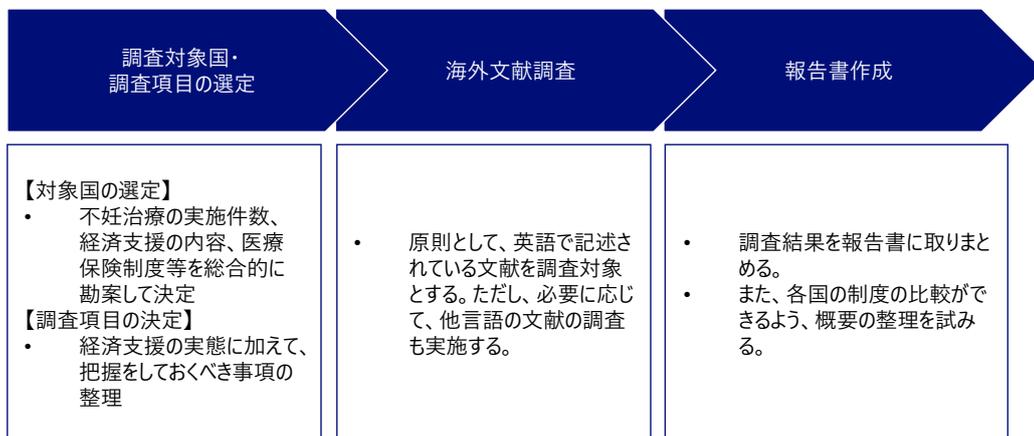
図表 1 本調査研究の主要スコープ



(2) 実施プロセス

本調査研究は、以下のプロセスで実施した。

図表 2 本調査研究のプロセス



1) 対象国の選定

本調査の最終成果物は、保険適用に向けた検討等の際の参考にされることを鑑みると、対象国の選定に当たっては、以下の観点が必要と考える。

①不妊治療実施件数

不妊治療の実施件数・普及割合が、日本と同程度以上又はそれに準ずる水準である国が望ましい。

②不妊治療への経済助成

主に行政が主導した形で、生殖補助医療に対して保険適用されている又はその他の公的な助成がある国が望ましい。

③医療保険制度

医療保険制度が、日本の制度とある程度近い国と異なる国をバランス良く調査することが望ましい。

まず、①の条件を満たす、不妊治療がある程度の件数が実施されている国を選定するため、諸外国における体外受精実施件数を比較した。以下に、人口当たりの体外受精実施件数の上位30カ国を記載する。

図表 3 調査対象候補国での体外受精実施件数

対象国候補	体外受精実施件数 (※) (周期・2011年)	人口100万人あたり体外受精実施件数 (周期・2011年)
イスラエル	31,570	4,065
デンマーク	10,984	1,972
ベルギー	17,985	1,629
スロベニア	3,232	1,574
オーストラリア	33,424	1,496
アイスランド	435	1,364
日本	169,169	1,323
エストニア	1,710	1,288
キプロス	1,414	1,257
ノルウェー	6,036	1,219
スウェーデン	11,304	1,196
チェコ	11,791	1,123
オランダ	15,294	916
フランス	60,894	932
フィンランド	4,689	870
イタリア	50,286	847
スペイン	33,056	707
イギリス	44,012	696
モンテネグロ	418	674
ドイツ	49,081	611
台湾	12,009	505
ポルトガル	5,195	492
韓国	23,061	462
アイルランド	2,038	445
カナダ	14,900	434
ハンガリー	4,171	418
ギリシャ	4,380	394
ロシア	43,047	301
アメリカ	81,378	261
ポーランド	9,892	260

出典) ICMART Reportを基に作成

※イスラエル、スウェーデン、チェコ、イギリス、韓国及びアイルランドは、体外受精 (IVF)・顕微授精 (ICSI) の合計実施件数、その他の国は体外受精 (IVF)・顕微授精 (ICSI)・配偶子卵管内移植 (GIFT) の合計実施件数。

上記30カ国から、②③の条件についても検討を行い、以下の通り、候補となる国を選定した。

図表 4 調査対象有望国及び理由

地域	国名	理由
欧州	フランス	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療が保険適用されている。また、合計特殊出生率が2000年以降1.8以上の高水準で推移している。
	ドイツ	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療が保険適用されている。また、合計特殊出生率が2000年には日本と同水準であった(1.4)が、同年から2018年(1.6)にかけて回復傾向にある。
	イギリス	税方式の医療制度を採用しているが、生殖補助医療に対して、国民保健サービス(NHS)を主体とした公的な経済的支援が行われている。
	スペイン	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療が保険適用されている。多くの国で禁止されている卵子提供が認められているなど、生殖補助医療の法制度に特徴がみられる。また、合計特殊出生率が低迷しており、日本と同様、少子化が深刻である。
	イタリア	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療が保険適用されている。合計特殊出生率が低迷しており、日本と同様、少子化が深刻である。
	スウェーデン	人口100万人あたりの生殖補助医療の年間実施件数が1,000周期を超えており、欧州において生殖補助医療が盛んな国の一つである。税方式の医療制度を採用しており、自治体が主体となって公的な経済的支援を行っている。なお、経済的支援の受給対象は公的医療施設を利用した場合が主となり、私立医療施設を利用した場合は支援対象が投薬のみに限られる。
北米	アメリカ	国民皆保険制度の採用はされておらず、医療制度は、主に、65歳以上の高齢者・障害者を対象としたメディケア及び貧困者を対象としたメディケイドの公的医療保険並びに任意加入の民間医療保険からなる点が特徴的である。州ごとに制度が異なり、ニューヨーク州では不妊治療に対する経済的支援が行われている。近年、少子化が急速に進んでいる(合計特殊出生率:2000年2.06、2018年1.73)。
	カナダ	メディケアと呼ばれる税方式の健康保険制度を採用しており、原則として患者の自己負担が一切ない。州が主体となって経済的支援を行っている。

前頁から続く

地域	国名	理由
アジア	韓国	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療は保険適用されていなかったが、近年制度が変更され、不妊治療が保険適用された。また、少子化の加速が深刻である（合計特殊出生率：2000年 1.48、2018年 0.98）。
	台湾	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、日本と同様、生殖補助医療は保険適用されていない。また、少子化の加速が深刻である（合計特殊出生率：2000年 1.68、2018年 1.06）。
豪州	オーストラリア	税方式の医療制度を採用しているが、連邦政府が主体となり公的な経済的支援を実施している。ただし、支援条件などは州ごとに異なる。
中東	イスラエル	日本と同様、社会保険方式の医療制度を採用しており、生殖補助医療は保険適用されている。人口100万人あたりの生殖補助医療実施件数が非常に多く、4,000周期を超えていることや、合計特殊出生率が3.0を超えていることなどが、特徴的である。条件はあるものの、体外受精の費用の全額国の保険で賄われている。

厚生労働省子ども家庭局母子保健課及び有識者との協議によって、上記の最終的な候補地域から以下の10の国を調査対象として選定した。

欧州

1. ドイツ
2. フランス
3. イギリス
4. スペイン
5. スウェーデン

北米

6. アメリカ（ニューヨーク州）
7. アメリカ（カリフォルニア州）
8. カナダ

豪州

9. オーストラリア

アジア

10. 韓国

アメリカについては、州によって制度が大きく異なっていると想定されるため、代表的な2つの州を調査対象とした。

2) 調査項目の選定

本調査の実施にあたり、各国が不妊治療に対しての経済的な支援に取り組む背景情報として、国家の基本情報や不妊治療に係る制度・指針、不妊治療の実施件数・実施状況、不妊治療に関連する社会的課題等の情報も合わせて収集・整理を行うことで、日本の政策検討に資する調査となるよう配慮した。なお、調査項目については、厚生労働省子ども家庭局母子保健課の担当者及び不妊治療に関する有識者との協議により決定した。具体的な調査項目は以下の通りである。

2.1) 基本情報

対象国の不妊治療に関する各種情報を整理するにあたって、まず、各国の基本情報を整理する。

図表 5

分類	調査項目	概要及び調査の視点
国家概要	人口動態 (少子化率・出生率)	少子化の進展や出生率の推移等によって、不妊治療に対する社会的な要請がどの程度あるのかが変わりうる。
	宗教	生殖補助医療の実施に当たっては、宗教に基づく倫理感が制度設計や技術ガイドラインに影響を与えることがある。
医療制度	方式	財源として、社会保険方式を採用する場合と税方式を採用する場合に大きく分けられ、不妊治療の経済的支援のあり方にも関わる。
	加入先	年収や職業等によって加入する社会保険が異なる等により、同じ国内でも受けられる医療サービスに差が生じることがある。
	医療費自己負担率	特に不妊治療に係る医療費に対して、どの程度の自己負担が発生しているのか把握する。その際に、不妊治療の保険適用の範囲についても整理をする。
	医療費上限	
	対象サービス	
民間の医療保険の分担率	民間の医療保険によって、医療費のうちどの程度がカバーされているのか、また、不妊治療に係る民間の医療保険としてどのようなものが利用されているのかを把握する。	

2.2) 不妊治療に係る制度

経済的な支援の状況についての調査を行う前提として、不妊治療に係る各国の法制度・行政指針・学会ガイドライン等の状況について整理する。

図表 6

調査項目	概要・調査の視点
関連する主な法律	法律や指針において、認められている内容、禁止されている内容等があれば整理を行う。
関連する主な行政指針	
関連する主な学会・業界団体	各国の学会や業界団体等として、存在している組織について把握する。さらに、特に影響力のある組織についても把握する。
関連する主なガイドライン	関連する主な学会や業界団体等が示しているガイドラインとその記載内容について整理する。
不妊治療（生殖補助医療）の実施要件	<p>関連する主な法律・指針・ガイドライン等において記載されている内容の中でも、特に、不妊治療の実施要件について重点的に調査を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・婚姻条件 ・精子/卵子の提供可否 ・胚提供の可否 ・代理懐胎の可否 <p>等を整理する。</p> <p>各国で認められている治療内容や治療を受けるための条件等を整理することで、横断的に各国の比較を適切に実施できるものとする。</p>
制度・指針・ガイド等への課題意識	<p>現在の制度・指針・ガイド等に関して、将来的な制限緩和/強化の方針や今後整備が求められている視点について整理をすることで、不妊治療における各国の関心事や問題意識を把握する。例えば、以下の様な項目が考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不妊治療外来受診の条件の緩和/強化 ・子供が出自/ドナーを知る権利

2.3) 不妊治療の実態

各国で実際にどの程度の不妊治療、特に生殖補助医療が実施されているのか、あるいは、どの程度の数の医療機関で実施されているのかといった情報を把握する。

図表 7

調査項目	概要・調査の視点
不妊治療（生殖補助医療） 実施施設数	生殖補助医療を実施する施設数を把握する。なお、施設が満たすべき要件（技術資格、業界団体等の認証等）についても明らかにし、施設数に加えて、どの程度のレベルの医療機関で生殖補助医療が行われているのかを整理する。 <ul style="list-style-type: none"> ・不妊治療を実施するための条件 ・不妊治療を実施する施設数/施設数の推移
生殖補助医療実施件数	各国内で実施されている生殖補助医療の件数について、不妊治療のステップ別（人工授精、体外受精、顕微授精等）に整理をする。なお、実施件数に留まらず、妊娠率や出生数等のデータも収集をし、定量的に比較ができるようにする。

2.4) 不妊治療に対する経済的支援の実態

2.1)～2.3)で収集をした情報を前提として、各国で不妊治療（特に生殖補助医療）に対してどのような経済的支援が行われているのかについて収集・整理する。

図表 8

調査項目	概要・調査の視点
実施主体	経済的支援の実施主体について、中央政府・地方政府・その他公的機関などのタイプ別に、財源と共に整理する。 例えば、日本においては自治体（都道府県・政令市等）が実施しているが、アメリカでは州政府、イギリスではNHS（国民健康保険サービス）が主体となって支援を実施している。
支援金額	経済的支援による不妊治療1周期あたりの支援金額について整理する。 <ul style="list-style-type: none"> ・支援金額 ・自己負担率 ・支援額上限
受給条件	支援条件について、以下のような要件のデータを収集する。 <ul style="list-style-type: none"> ・法律婚の必要性 ・回数制限 ・所得制限 ・年齢制限 ・医学的所見の要件

	・施設要件
利用実績	不妊治療タイプ別（人工授精・体外受精・顕微授精）に経済的支援の年間利用件数及び利用金額を整理する。なお、これらの推移も整理することで各国における不妊治療および経済的支援の実施状況の変化を探る。
経済的支援の課題	経済的支援に関する各国の現状及び課題を整理する。課題整理の視点として、支援制度そのものの課題や、支援制度が整備されている一方で利用実績が少ない/増えないことの課題に関して重点的に調査する。

2.5) 各国の不妊治療に係る課題

不妊治療をより一般的なものとし、希望する誰しものが不妊治療を受けられる社会を作り上げていくためには、当事者に対する経済的な支援は、程度の差こそあれ、各国共通の課題と考えられる一方で、各国独自の課題や問題意識が存在する可能性があるため、社会的・精神的な課題に対する取組についても、対象国ごとに概観を整理する。

なお、上記の2.1)～2.5)の項目を調査の全体像とするが、本調査研究は公開情報の収集により実態を整理することとしているため、国によって得られる情報量の差や、情報の更新時期の差が存在する。

以下第2章からは各国の調査結果について記載する。

第2章

ドイツ

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 9 ドイツの基本情報

正式名称	ドイツ連邦共和国
面積	35万7,386平方キロメートル
総人口	8,315万人(2019年9月、独連邦統計庁)
合計特殊出生率	1.59
名目GDP	3兆8,456億ドル
宗教	カトリック(29.9%)、プロテスタント(28.9%)、イスラム教(2.60%)、ユダヤ教(0.10%)

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 人口構造

日本の外務省の公開情報及び世界各国の人口情報について取り纏めている World Population Review によれば、ドイツ連邦共和国(以下、「ドイツ」という。)は、人口8,315万人(2019年9月時点¹)で、欧州連合における最大の人口を擁しているが、2021年の人口増加率は0.41%程で、2025年までに人口減少し始めることが予測されている。また、2018年時点の合計特殊出生率は1.57となっている²。

OECD加盟国の中では、日本の次に少子高齢化が進んでおり、年齢の中央値は47.4歳、2050年までには人口の37.6%が60歳以上になることが予測されている³。

図表 10 ドイツの人口ピラミッド(2021年)



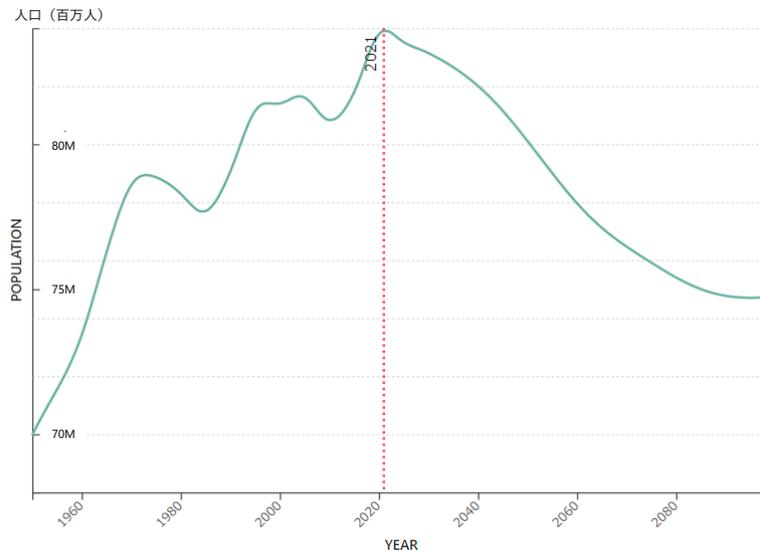
出典) World Population Review

¹ 外務省 ドイツ連邦共和国基礎データ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/data.html>

² The World Bank <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=DE>

³ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/germany-population>

図表 11 ドイツの人口推移(2021 年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

ドイツにおける国家（連邦）と州との関係については、ドイツ総領事館によれば、以下の通りとされている。

連邦制を採用するドイツにおいては、連邦（Bund）は 16 の州（Land）により構成されており、州は、ドイツ連邦共和国基本法（本項において「基本法」という。）に基づき、立法権や行政権、司法権などの国家的権限の行使が可能である。また、州の所管するこれらの権限については、基本法に例外の定めのない限り、州政府としての権限の行使及び州政府としての任務の遂行は、州の所管（基本法第 30 条）と定められている。そのため、連邦の所管事項は、基本法に列挙されたものに限られており、具体的には、外交や通貨制度、郵便制度等、連邦が所管することが明らかに合理的であると考えられるものに限られている⁴。

⁴ ドイツ連邦共和国大使館 総領事館 web サイトより
<https://japan.diplo.de/ja-ja/themen/willkommen/bundesrepublik/972330>

1-2 医療保険制度

図表 12 ドイツの医療保険制度概要

方式	社会保険方式	
適用対象	全国民を強制加入の対象とはしていない (ただし、国民は公的又は民間医療保険のいずれかに加入する義務がある)	
公的医療保険の種類 (加入者)	一般疾病保険 年収 60,750 ユーロ以下の被用者、年金受給者、学生等 (上限年収を超える被用者は任意加入) 農業者疾病保険 自営農業従事者	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	外来診療：0.00% 入院：10 ユーロ/日 (28 日限度) 薬剤、補助具 (車椅子、補聴器等)：10% (最低 5 ユーロ、最高 10 ユーロ) 交通費：10.0%	
患者負担上限	一般患者：年間所得の 2.00% 慢性疾患患者：年間所得の 1.00%	
費用負担	被用者	基本賃金の 7.30% + 各疾病金庫が定める追加保険料の半分
	使用者	基本賃金の 7.30% + 各疾病金庫が定める追加保険料の半分
	国庫	保険になじまない給付 (母性保護給付、出産手当金、こどもが病気の際の傷病手当金) に対して投入

出典) 図表で見る医療保障令和元年度版⁵及び各種公開情報より NRI 作成

ドイツの医療保険法は世界最古⁶となっており、1880 年代から医療保険制度を保持している。

この医療保険制度の中心は公的医療保険制度 (SHI : Statutory Health Insurance) であり、公的医療保険制度は社会法典第 5 編 (公的医療保険) に定めがある。

ドイツの医療保険制度を所管する保険局の web サイトを基に、現在のドイツの医療保障制度について、概要を以下に記載する⁷。

公的医療保険制度は、各州の税収や、被用者及び使用者が支払う保険料により基金が組まれている⁸。また、疾病金庫の運営は、労使同数代表により構成される管理委員会を中心に運営されており、基本的に連邦政府の介入を受けない仕組みとなっている。公的医療保険では、予防サービス、入院・外来病院ケア、医師サービス、メンタルヘルスケア、歯科医療、オプトメトリー、理学療法、処方薬の提供、医療補助薬

⁵ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

⁶ ドイツの医療保険者機能について <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrreview/pdf/10431.pdf>

⁷ ドイツ連邦保険局 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en.html>

⁸ 独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa29_01-de_kaigai.pdf

の提供、リハビリテーション、ホスピス・緩和ケア、病休補償等のサービスが実施されている。

ドイツでは、基本的に公的医療保険に入ることが義務づけられており、所得が年収 60,750 ユーロ（2019 年時点）を超えた場合に限り、民間医療保険（PHI:Private Health Insurance）に入る選択肢を持つことができる。保険会社によっては、公的医療保険よりも低価格で広範囲なサービスを持つ保険商品を提供しているものもある。

公的医療保険では、民間の被雇用者、年金受給者、農業経営者、芸術家などに加入義務があるが、公務員、裁判官、軍人、年間労働報酬が高額な者等は加入義務が免除されている。このような公的医療保険の加入義務のない者においては、公的医療保険や様々な民間医療保険のうちから加入先を選択することができる。2018 年の統計では約 88%の人が公的医療保険、約 11%が民間医療保険に入っている⁹。

公的医療保険の保険者は、連邦政府、州政府及び地方自治体から、財政的、組織的に独立した公法人の「疾病金庫（Krankenkassen）¹⁰」である。疾病金庫は、地域疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、農業疾病金庫、鉱業・鉄道・船員疾病金庫、代替疾病金庫の 6 種類に分類される¹¹。疾病金庫の数は 2020 年 1 月で 105 となっている¹²。

医療に従事する者は、公立若しくは民間の医療施設で勤務するか、又は自営業として診療所を営む。

ドイツには一般家庭医（General Practitioner）（以下「GP」という。）制度があり、基本的に、患者が居住地区の近くに所在する医師を選び、事前に GP として保険者へ登録する。外来診療はまず GP が行い、必要があれば開業もしくは病院の専門医を紹介する。入院を伴う診療については、病院の医師が行うこととなっており、患者は緊急時を除き、加入している疾病金庫の指示・誘導に従う形で、適切かつ自宅に近い病院への入院することが必要である¹³。

紹介状を持たずに受診した場合は追加で 10 ユーロを負担することとされており、国民の約 90.0%が GP を登録している。国内の医師数は、約 27 万人であり、そのうち、GP として登録されている者は 8.5 万人となっている。2017 年の統計では、国内の医療関連費用は GDP の 11.2%を占めており、そのうち約 84.4%は SHI や PHI による支出、約 12.5%が国民の自己負担による支出と発表されている¹⁴。

⁹ International Commonwealth fund <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>

¹⁰ 疾病金庫とは、日本における健康保険組合に相当するもの

¹¹ ドイツの医療保険者機能について <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/10431.pdf>

¹² Daten des Gesundheitswesens 2020 p110

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>

¹³ 財務総合政策研究所、「医療制度の国際比較」報告書

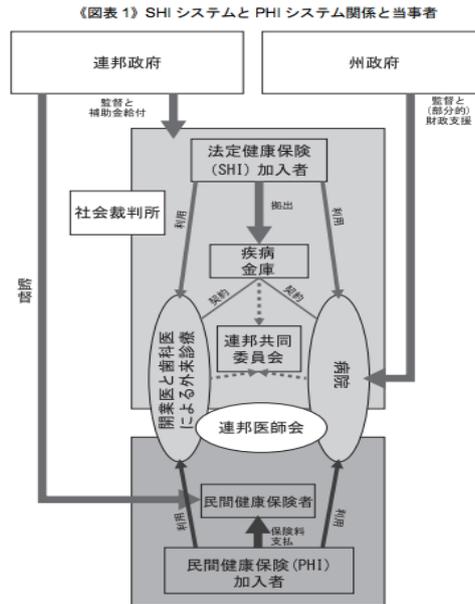
<https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087.html>

¹⁴ State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2019

[https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/36e21650-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/36e21650-en.pdf?expires=1619098717&id=id&accname=guest&checksum=1358719728F8983F7A0813A548DFD944)

[en.pdf?expires=1619098717&id=id&accname=guest&checksum=1358719728F8983F7A0813A548DFD944](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/36e21650-en.pdf?expires=1619098717&id=id&accname=guest&checksum=1358719728F8983F7A0813A548DFD944)

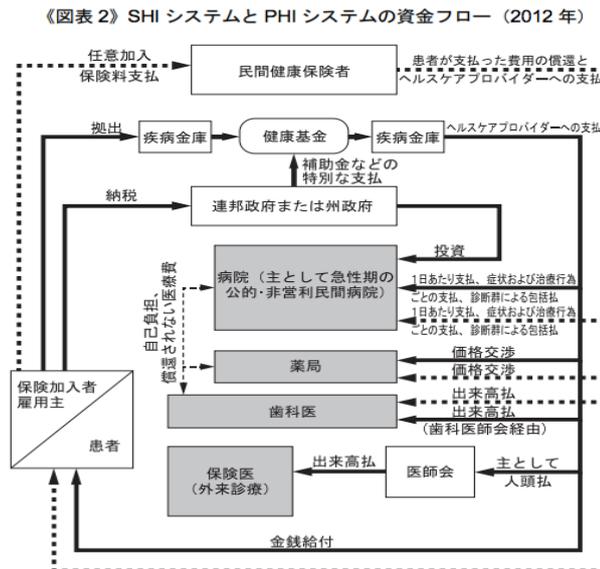
図表 13 公的医療保険 (SHI¹⁵) システムと民間医療保険 (PHI¹⁶) システム



(出典) Reinhard Busse et al, "Germany: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014.

出典) 損保ジャパン日本興亜総研レポート
「民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴」より NRI 作成

図表 14 公的医療保険 (SHI) システムと民間医療保険 (PHI) システムの資金フロー



(出典) Reinhard Busse et al, "Germany: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p.120.を参照して損保ジャパン日本興亜総研作成

出典) 損保ジャパン日本興亜総研レポート
「民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴」

15 Statutory Health Insurance の略
16 Private Health Insurance の略

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポートによると、2011 年の実施件数は新鮮胚による体外受精が 10,795 周期、顕微受精が 38,286 周期となっており、計 49,081 周期となっている。

直近の不妊治療実施件数に関するデータは D. I. R-Annual 2019¹⁷から公表されており、2018 年に 105,102 周期、2019 年で 107,373 周期と毎年数%ずつ増加している。

また、2019 年には合計 62,990 人の女性が治療を受けており、女性一人あたりに換算すると年に 1.8 周期治療を受けていることとなる。

図表 15 ドイツにおける治療内容別実施周期数

治療内容	2015	2016	2017	2018	2019
IVF	15,164	15,879	15,606	17,285	17,690
ICSI	48,674	48,690	47,471	46,604	45,381
IVF/ICSI	1,223	1,203	1,170	1,439	1,330
全卵子凍結 (M2 期)	—	—	1,347	1,307	1,856
全胚凍結	—	—	517	436	933
凍結胚移植	23,571	25,008	27,234	28,698	30,666
新鮮胚及び凍結 胚併用	—	—	235	286	254
None (卵細胞処理 /解凍前の中止)	7,492	9,974	8,907	9,047	9,263
合計	96,124	100,754	102,487	105,102	107,373

出典) D. I. R-Annual 2019

治療の成果である 2019 年の移植回数あたりの妊娠率についても同レポート内に記載されており、新鮮胚で 31.6%、凍結胚で 29.6%となっている。この数値は、ドイツにおいて、25 歳の女性が不妊治療なく自然に妊娠する確率が平均 23.0%、35 歳女性で平均 16.0%であることから考えると、高水準であることがわかる。2018 年の移植胚での出生率は、新鮮胚で 23.5%、凍結胚で 20.0%となっており、妊娠した件数のうち、71.8%が出産に至っており、移植胚あたりの出生率は 22.3%でとなっている。

また、同レポートによれば不妊治療において、妊娠の確率を上げるために複数個の胚を移植し、多胎妊娠で早産となることが問題となっていたが、2018 年の双子の出生率は 29.2%、三つ子の出生率は 1.00%と、1997 年以降最も低い水準となっている。もっとも、双子の出生率は他国に比べると高い水準となっている。これは胚保護法 (Emryonenschutzgesetz: EschG) によって選択的単一胚移植 (eSET¹⁸) が禁止されており、ヒト胚が複数個作られた場合は全て移植しなくてはならないためである。なお、一度に作成できるヒト胚の数は胚保護法により最大 3 個¹⁹となっている。

¹⁷ D.I.R-Annual 2019 <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-annual-2019-en-kup.pdf>

¹⁸ eSET(Elective Single Embryo Transfer) : 優良胚を一つだけ選択し移植する技術のこと

¹⁹ 2014 The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/307160/>

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

1991年に施行された胚保護法において、ドイツの生殖補助医療に係る基本的な法的枠組みが規定されている。胚保護法は、生殖補助医療の提供者側を対象に、胚の保存を確実にを行うことを目的として、罰則（最大3年の懲役若しくは罰金）を規定している。

また、胚保護法は、ARTが不妊治療のためだけに行われるべきであると規定しており、ARTによる他の目的（研究など）での胚の活用を禁じている。

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

ドイツで不妊治療を実施するためには、まず、医師免許を所持している必要がある。もともと、2012年に施行した国外職業資格認定改正法（Anerkennungsgesetz）により、海外で取得した医師免許を含む専門資格について、ドイツ国内で有効なものと認定する仕組みがある。そのため、ドイツで医師として働くためには、必ずしもドイツの医師免許を取得する必要はなく、認定機関から「ドイツで医師免許を取得した場合と同等の専門性を有する」と認定された場合には、海外で取得した医師免許であっても、ドイツ国内で医師として働くことができる²⁰。

ドイツの不妊治療機関は徐々に増加しており、2010年に登録された不妊治療機関は124箇所²¹だったが、2019年には136箇所となっている²²。

2-4 実施可能な不妊治療

不妊検査及び精液採取、人工授精、体外受精、顕微授精といった不妊治療については、すべて国内で実施可能である。

■ 精子提供

DOE（Donor Offspring Europe）のWebサイト²³等によれば、精子提供については、胚保護法による規制がなく、一般的に行われているものである。ドイツでは国内に複数の精子バンクがあり、一部の精子バンクではウェブサイトを通じて希望する特性（髪や瞳の色、身長、体重、血液型等）を有する精子ドナーを選択することもできる（例 Freyja IVF Hagen <https://kinderwunsch-hagen.de/en/>）。

また、2018年に精子提供登録法²⁴が施行され、法律に基づき、ドイツ医療文書情報研究所（DIMDI）に、精子提供者レジストリが作成されている。精子提供者レジストリには全国の精子提供者と精子受領者の個人データが登録され、精子提供を受けて妊娠した者及び精子提供を受けて生まれた子どもは、16歳以上であれば精子提供者の情報を入手することができるようになっている（16歳未満の子どもは親が法定代理人として当該情報を入手することが可能である）。

²⁰ Federal Recognition Act : <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/en/pro/recognition-act.php>

²¹ Reproduktionsmedizin und Endokrinologie p29
https://www.researchgate.net/publication/289147397_The_German_IVF-Registry_-_DIR

²² DIR <https://www.deutsches-ivf-register.de/ivf-international.php>

²³ DOE (Donor Offspring Europe) <http://donoroffspring.eu/germany-new-donor-registry-starts-on-1-july/>

²⁴ Gesetz zur Errichtung eines Samenspenderegisters und zur Regelung der Auskunftserteilung über den Spender nach heterologer Verwendung von Samen (Samenspenderegistergesetz - SaRegG)
<https://www.gesetze-im-internet.de/saregg/BJNR251310017.html>

精子提供者には、名前、生年月日、出生地、国籍、住所などの登録が義務付けられている他、外見や教育レベル、寄付の理由等を登録が任意で登録可能となっている。また、提供された情報は110年間保存されることとなる。

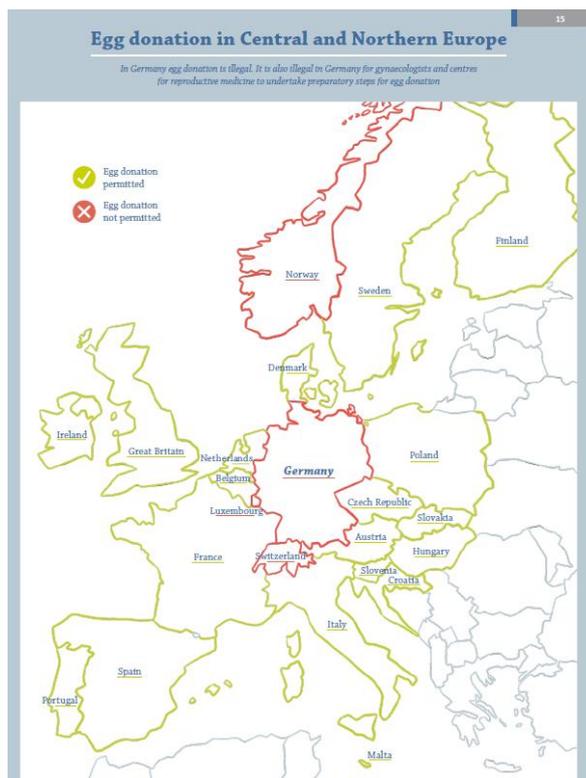
■ 卵子提供

胚保護法第1条第1項第1号では「生成された未受精卵細胞を別の女性に移植した場合は、最高3年の懲役又は罰金刑に処する」と規定されており、ドイツにおける卵子提供は禁じられていると言える。また、産婦人科医療機関や生殖補助医療センターで卵子提供のための準備措置を講じることも禁じられている。

なお、胚保護法によって罰則が科されるのは医師のみであり、卵子提供者や卵子提供を受けたカップルは罰則の対象とはならない²⁵。

また、ドイツの国立科学アカデミーであるLeopoldinaによれば²⁶、2019年時点のヨーロッパにおいて卵子提供を禁止している国は少なく、ノルウェー、ドイツ、スイス、リヒテンシュタインの4カ国のみであり、ドイツは卵子提供に対して慎重な姿勢を見せていると言える。

図表 16 ヨーロッパ諸国における卵子提供に対するスタンス



出典) Leopoldina 「Reproductive medicine in Germany -towards an updated legal framework」

²⁵ <https://biopolicywiki.org/index.php?title=Germany>

²⁶ Reproductive medicine in Germany -towards an updated legal framework
https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_19_en_kurz_w eb_02.pdf

■代理出産

胚保護法第1条第1項第7号は、「出産後、その子供を永続的に第三者に譲渡する用意がある女性（代理母）の場合に、その女性に対して人工授精を行おうと企てる者、若しくはその女性にヒト胚を移植する者²⁷は、3年以下の自由刑（懲役・禁錮・拘留）又は罰金刑に処する」と規定している。また「養子縁組の斡旋と代理母の斡旋禁止に関する法律」（以下「養子縁組法」という。）においても、第13条a～d²⁸にて代理母の斡旋及びその広告を禁止しており、代理出産は胚保護法と養子縁組法の双方において禁止されているといえる。

2010年にはドイツ人のカップルの依頼によりインドで代理出産により出生した子どものドイツ入国が拒否されるという事例が発生している。

■死後生殖

胚保護法第4条第1項第3号は、「死亡後の男性の精子を用いた意図的な人工授精は最大3年の懲役又は罰金刑に処する」と規定しており、ドイツでは死後生殖は禁止されていると言える²⁹。

²⁷ 長島隆、盛永審一郎編『生殖医学と生命倫理』（太陽出版）

²⁸ 第13条a…代理母とは合意に基づき、一、人工授精若しくは自然授精を受け、又は、二、自己に由来しない胚を自らに移植させ、若しくは懐胎する用意があり、当該の子供を出産後、養子その他として受け入れる第三者に永続的に引き渡す助成をいう。

第13条b…代理母の斡旋とは、代理母から出生した子どもを受け入れ又はその他の方法によって永続的に引き取ることを望む者（注文者）を、代理母となる用意のある女性と引き合わせることをいう。第一三条aに規定する合意の機会を仲介することも代理母の斡旋となる。

第13条c…代理母の斡旋はこれを禁止する。

第13条d…代理母又は注文者を公に対する意思表示、なかんずく新聞広告又は新聞記事によって募集し又は提供することは、これを禁止する。

²⁹ <https://biopolicywiki.org/index.php?title=Germany>

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

保険適用の対象の治療であれば基本的に自己負担は生じないが、保険適用の対象とならない治療については、患者の自己負担となる。例えば、卵子やヒト受精胚を保存するための費用は保険対象外となっており、自己負担で行う必要がある。また、精子提供を受けて行う不妊治療については、公的医療保険及び民間医療保険のいずれにおいても、保険の対象外とされている。また、保険適用の対象の治療について、その財源は徴収した社会保険料であり、還付の仕組み等は他の保険適用されている疾病と同様の仕組みである^{30, 31, 32}。

3-2 経済的支援の要件

ドイツにおける経済的支援は全州共通の社会保険による給付と、州ごとに定められた助成金の2種類があり、人工授精については社会保険による給付のみだが、体外受精及び顕微授精については、社会保険による給付に加えて州ごとの助成金を受けることができる等、治療内容によって助成内容が異なっている。

図表 17 ドイツの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査 投薬/外科治療	精子採取 人工授精	体外受精 ³³ 、顕微授精	
			1～3回目	4回目
社会保険適用	100%	50%	50%	—
州による助成	—	—	0～25%	0～25%

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 社会保険による給付

社会保険による給付は、Social Code V (Sozialgesetzbuch V – SGB V) の第 27a 条³⁴及び、Richtlinien über künstliche Befruchtung (生殖補助医療に関する連邦医師及び健康保険業者の委員会が発令した指令)³⁵によって受給要件が定められており、要件を全て満たした場合は、生殖補助医療にかかる費用の 50% が補償される (ただし、州により異なっている場合がある)。

社会保険による給付を受けるための主な要件は以下の通り。

³⁰ <https://www.kinderwunschzentrum-ludwigsburg.de/en/your-way-to-your-desired-child/treatment-costs.html>

³¹ <https://www.kinderwunschzentrum.org/en/dortmund/family-planning/billing-and-insurance/>

³² <https://www.howtogermaany.com/pages/health-insurance-claims.html>

³³ <https://www.kinderwunschzentrum.org/en/dortmund/family-planning/billing-and-insurance/>

³⁴ <https://www.howtogermaany.com/pages/health-insurance-claims.html>

³⁵ künstliche Befruchtung

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1402/KB-RL_2017-03-16_iK-2017-06-02.pdf

図表 18 社会保険による給付を受けるための条件

医学的な診断	生殖補助医療が必要であること
回数制限	体外受精実施回数：3回まで (ホルモン剤を使用していない場合は、8回まで)
婚姻	異性間での法律婚
年齢	女性：25～40歳 男性：25～50歳
精子/卵子提供の可否	不可 (結婚相手の卵子及び精子のみが使用される必要がある)
カウンセリング	医師（自分自身で治療を担当しない医師）が、治療開始前に治療について説明し、生殖補助医療を行うことが認められている医師又は施設へカップルを紹介していること
その他	・カップルのいずれもが避妊処置を受けていないこと (ただし、健康保険会社の裁量で例外を認めることが可能) ・治療を開始する前に、治療計画を健康保険会社に提出すること

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■州ごとの助成

州ごとの助成については、「生殖補助医療の活動を促進するための援助の供与」に関する指令(MAR(Medically assisted reproduction)資金調達指令)によって規定されている。「A POICY AUDIT ON FERTILITY」のドイツの項³⁶によれば、社会保険による給付よりも多少条件が緩和されており、婚姻条件については不要となっているため、婚姻に代わる安定した関係性を有していれば、未婚であっても助成を受けることが可能である。ただし、その場合はカップルがドイツに居住し、ドイツで体外受精又は顕微授精を受けることが必要となっており、助成額も法律婚カップルより低く、12.5%が上限となっている(法律婚カップルの助成額上限は25%)。もっとも、州ごとの助成については、各州に裁量を与えられるため、全ての州が助成を行っているわけではなく、助成を行っている州についても、要件や助成対象となる治療の回数、助成額などは州ごとに異なっている。(ただし、回数は4回、助成額は25%が上限)

ドイツの国立科学アカデミーである Leopoldina のまとめでは、現在助成を行っている州は16連邦州のうち半数にあたる8州であり、ザクセン州、ザクセン＝アンハルト州、ニーダーザクセン州、メクレンブルク＝フォアポンメルン州、テューリンゲン州、ヘッセン州、ブランデンブルク州及びベルリン州となっている³⁷。

³⁶ A POICY AUDIT ON FERTILITY

<https://www.grantforfertilityinnovation.com/content/dam/web/health-care/biopharma/web/fertility/hcp-website/de/v2/paywall/downloads/Policy.Audit.on.Fertility-Analysis.9.EU.Countries.FINAL.pdf>

³⁷ Reproductive medicine in Germany -towards an updated legal framework

https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_19_en_kurz_w eb_02.pdf

図表 19 州の助成を受けるための条件

医学的な診断	生殖補助医療が必要であること
回数制限	体外受精実施回数：4回まで
婚姻	不要 ただし、事実婚カップルへの助成額は法律婚カップルよりも低い
年齢	女性：25～40歳 男性：25～50歳
精子/卵子提供の可否	不可 結婚相手の卵子及び精子のみが使用される必要がある
カウンセリング	医師（自分自身で治療を担当しない医師）が、治療開始前に治療について説明し、生殖補助医療を行うことが認められている医師又は施設へカップルを紹介していること
その他	・カップルのいずれもが避妊処置を受けていないこと （ただし、健康保険会社の裁量で例外を認めることが可能） ・治療を開始する前に、治療計画を健康保険会社に提出すること

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■同性カップル及び独身女性への経済助成³⁸

まず、前提としてドイツにおける同性カップルの扱いについて、ドイツでは2017年6月30日、ドイツ連邦議会で「婚姻は異性あるいは同性の2人によって成立する」とする法案が可決され、以後同性カップルも異性カップルと同様に結婚や養子縁組が認められている。

もともと、現在のドイツにおいて、同性カップルの不妊治療への保険適用は行われておらず、独身女性の不妊治療についても対象外となっている。

ガイドラインでは同性カップルの女性や独身女性の不妊治療を明確に禁止しておらず、精子ドナーの制度もあるため、同性カップルの助成や独身女性も不妊治療を受けること自体は可能だが、国内での実施は多くない。

³⁸ Handelsblatt Same-sex German couples forced abroad for fertility treatments
<https://www.handelsblatt.com/english/politics/difficult-births-same-sex-german-couples-forced-abroad-for-fertility-treatments/23583054.html?ticket=ST-10223870-xhTpXHR3NOMYg9vL9Lee-ap3>

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

不妊治療にかかる費用の高さが問題視されている文献も見られた。ドイツでは不妊治療に対して社会保険による給付が行われているが、適用基準は比較的厳しく、回数制限も厳しい。ドイツ国内では薬剤を含む体外受精のコストは約 3,000 ユーロであり、顕微受精は、約 3,600 ユーロとなる。成功率は、女性の年齢やその他の要因によって異なるが、一人の生児を得るまでの費用の推定値は、約 15,000 ユーロと試算されている³⁹。

4-2 社会的な課題

前述の Leopoldina では、ART を受ける患者のための制度変更について主張されている。その中では、不妊治療を受ける患者の心理的な負担を軽減することが主張されており、生殖補助医療に関する法的枠組みの改善に向けた提言の中で、心理的・社会的カウンセリングは、保険あるいは法的規制などの下で扱われるべきであると述べられている⁴⁰。

³⁹ Assisted Reproductive Technologies in Germany: A Review of the Current Situation
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44667-7_13

⁴⁰ Reproductive medicine in Germany -towards an updated legal framework
https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_19_en_kurz_web_02.pdf

第3章

フランス

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 20 フランスの基本情報

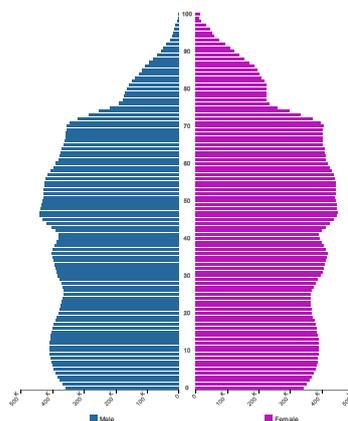
正式名称	フランス共和国
面積	54万4,000平方キロメートル
総人口	6,706万人(2020年1月、仏国立統計経済研究所)
合計特殊出生率	1.85
名目GDP	2兆7,070億ドル
宗教	キリスト教(51.1%%)、イスラム教(5.60%%)、ユダヤ教(0.80%%)、無宗教(39.6%%)

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■人口構造

日本の外務省の公開情報及び世界各国の人口情報について取り纏められている World Population Review⁴¹によれば、フランス共和国(以下「フランス」という。)は、6,706万人(2020年1月、仏国立統計経済研究所⁴²)で、欧州連合ではドイツに次いで2番目に人口の多い国である。人口増加率は0.23%で、2045年に6,768万人でピークに達し、その後21世紀末にまでに6,555万人へと徐々に減少していくことが予想されている。かつてフランスは欧州連合内で最も人口増加率の高い国であったが、過去十年間で人口増加率は大幅に減少し、2021年時点の人口増加率は0.23%で、2045年にはマイナスに転じると予測されている。また、2018年の、合計特殊出生率は1.88⁴³である。

図表 21 フランスの人口ピラミッド(2021年)



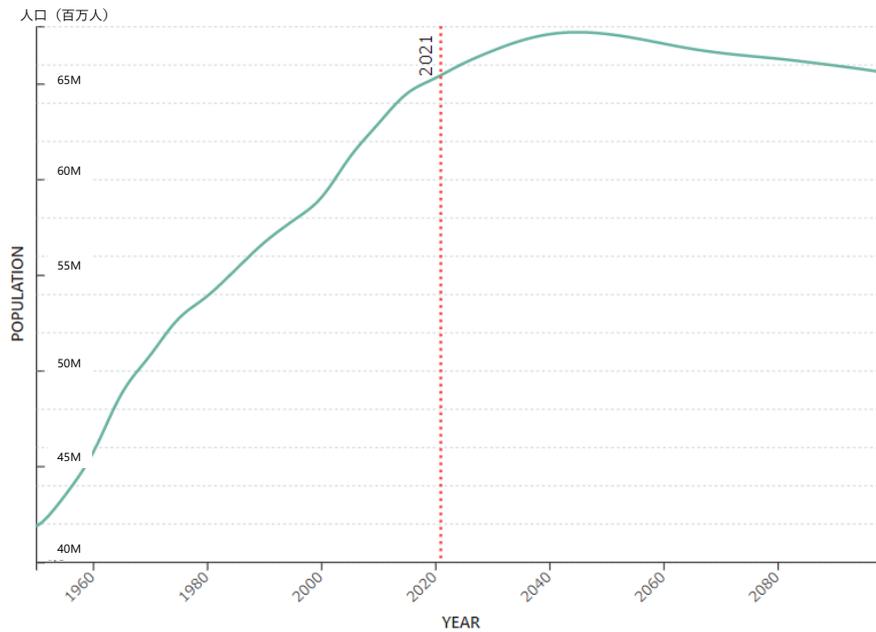
出典) World Population Review

⁴¹ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/france-population>

⁴² 外務省 フランス共和国基礎データ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/france/data.html>

⁴³ The World Bank <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=FR>

図表 22 フランスの人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と地方共同体の関係性

海外社会保障研究にてまとめられている「フランスの社会保障制度における国と地方の関係（特集 海外の社会保障制度における国と地方の関係）」⁴⁴によると、フランス憲法第1条により「地方分権的に組織される」ことが規定されており、地域の多様性が承認されている。憲法72条は、地方共同体として、州（région）や県（département）、市町村（commune）、特別の地位を有する地域共同体等について規定しているが、その中核は州、県、市町村である。地方行政の基本原理は「自由な行政（libre administration）の原則」にあり、国による地方への過剰介入を禁止している。もっとも、議会の権能として留保された一部（国籍や民事・刑事制度、労働法や社会保障の基本原則等）は国の権能として残す必要がある一方、そうでない残りの権能については国の裁量で地方共同体に付与することができる。このことから、上記の「自由な行政の原則」を歪めない限り、国には国・地方共同体の関係について、広範な裁量があるといえる⁴⁵。

⁴⁴ フランスの社会保障制度における国と地方の関係

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19723803.pdf>

⁴⁵ 財務総合政策研究所「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書

第7章 フランスにおける国と地方の役割分担

https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_07.pdf

1-2 医療保険制度

図表 23 フランスの医療保障制度概要

方式	社会保険方式	
適用対象	全国民を対象（加入率約 99%）	
公的医療保険の種類 （加入者）	一般制度 民間商工業の被用者、自営業者等 特別制度 工業労働者、船員、国鉄職員等特定業種の被用者 農業制度	
医療給付	外来：償還払方式 入院：第三者支払方式	
患者負担	外来：診療費の 30%及び定額負担（年間上限 50 ユーロ） 診療：1 ユーロ/1 回 薬剤及び医療補助者の行為：0.5 ユーロ/1 回（1 日上限 2 ユーロ） 移送費：2 ユーロ/1 回（1 日上限 4 ユーロ） 入院：入院費の 20%（30 日目まで。31 日目以降はなし）及び 1 日 20 ユーロの定額負担 薬剤：100%、85%、70%、35%、0%	
患者負担上限	—	
費用負担	被用者等	年金・医療・介護・家族手当を目的とした一般社会拠出金（CSG）として、労働所得に 9.2%賦課（うち医療分は 7.75%）
	使用者等	一般制度 賃金の 13%又は 7% （前者は最低賃金（SMIC）の 2.5 倍を超える被用者分、校舎は 2.5 倍以下の被用者分）
	国庫	—

出典）図表で見る医療保障令和元年度版⁴⁶及び各種公開情報より NRI 作成

フランスの医療保険制度は社会保険方式であり、国民の 99%をカバーしている。本制度は商工業部門の被雇用者や自営業者を対象とする一般制度、フランス国鉄や鉱山労働者等の特定の企業や業種ごとに組織された特別制度、農業従事者を対象とする農業制度に大別される。いずれも全国で統一された制度であり、地域ごとに異なるような保険はない。

患者の費用負担は実施する治療によって異なるものの、外来診療の場合については、70%が社会保険によって補償される。薬剤についても、インスリンなどの一部の薬を除いて、15%～100%の補償が行われる。もっとも、市民の 95%は自己負担費や歯科、聴覚、視覚に関する治療のために、追加的に他の保険に加入している場合がある。

⁴⁶ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

また、病院における支払いについては、一般的には、一旦、患者が全額支払う仕組みになっており、後々、初級疾病保険金庫（OPAM）から補償分が返金されることとなる。例外的に、慢性疾患の場合は、治療費が全額補償されるため、病院における患者の立て替えは生じないものとされている。

医療給付に係る財源は、保険料（事業主が負担。報酬の13%もしくは7%。）と租税収入で賄われる。租税のうち、一般化社会拠出金と呼ばれる所得に係る目的税（報酬の9.2%。そのうち、7.75ポイントが医療保険分。）と、その他の各種目的税の一部が、医療保険に充当されている。なお、一般制度と特別制度との間で、財政力の格差を是正する財政調整が行われている。

医療へのアクセスについては、かかりつけ医制度が導入されている。かかりつけ医の受診は義務ではないが、かかりつけ医以外を受診した場合は償還率が下がる。

開業医への支払いは、全国医療保険金庫と医師組合の合意による全国統一の協約料金に基づく出来高払となっている。一方、公立・民間病院については、フランス版 DRG⁴⁷である GHS（Groupe Homogène des Séjours）に基づく包括払方式が導入されている⁴⁸。

⁴⁷ Diagnosis Related Group の略。国際疾病分類で 10,000 以上ある診断名をマンパワー、医薬品、医療材料等の医療資源の必要度から、統計上意味のある 500 程度の診断名グループに整理し、分類する方法のこと

⁴⁸ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポート⁴⁹によると、2011 年の不妊治療の実施件数は、新鮮胚による体外受精が 21,726 周期、新鮮胚による顕微受精が 39,168 周期となっており、計 60,894 周期となっている。

ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) のレポートによると、2016 年に実施された体外受精は 105,000 周期となっている⁵⁰。

また、体外受精及び顕微受精の成功率（100 周期あたりの出生数）は約 25.5%と報告されている⁵¹。生殖補助医療を通じて生まれた子どもの数は 25,208 人と推定されており、これは 2014 年の新生児の 3.10%に相当する。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

フランスにおいて、生殖補助医療を受けるための要件 1994 年の生命倫理法に基づいて規定されている。この法律には 2004 年と 2011 年に改訂された「生殖と出生前診断」と、「人体の尊重と医学研究のための個人データの使用に関する 2 つの支持法」の計 3 つの法律が含まれている。

また、フランスにおける生殖補助医療に関する法令としては、公衆衛生法典 (Code de la Sante Publique) の L2141-1 条から L2141-12 条が存在し、女性が生殖補助医療を受けるための要件が規定されている⁵²。

図表 24 生殖補助医療を受けるための要件

婚姻	結婚、民事連帯契約 (PACS)、同居かに関わらず、異性 (すなわち男性) とカップルであり、離婚・離別をしていないこと
年齢	カップルの双方が出産適齢期にあること 男性の場合は、出産適齢期とは判例により 59 歳までを言うものとされている。 女性の場合は、出産適齢期については、法律上の厳密な年齢の上限は定められていない。(ただし、社会保障により生殖補助医療にかかる費用の償還を受けられるのは、43 歳未満の女性のみ。この年齢は、生物医学を扱う機関である Agence de la Biomedecine が提唱する年齢制限。)
その他	カップルの双方が生存していること カップルの双方が生殖補助医療を受けることに同意していること

出典) 公衆衛生法典 (Code de la Sante Publique) L2141-1 条から L2141-12 条より NRI 作成

⁴⁹ World Report: ART 2011

<https://securerusercontent.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/2011.pdf>

⁵⁰ ESHRE <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Press-room/ART-fact-sheet-2020-data-2016.pdf>

⁵¹ ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」

http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF_FINAL.pdf

⁵² Code de la santé publique Chapitre 1er : Dispositions générales. (Articles L2141-1 à L2141-12)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024325489/

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

フランスにおける医療施設は、2004年8月の生命倫理法の改正によって設立された生物医学庁が管轄している⁵³。生物医学庁は、規制の確立、及び医療行為と患者管理の質と安全性の向上を管轄すると共に、生殖補助医療とその結果に関するデータを作成・配布し、広く一般に情報を提供することによって、ARTの分野における透明性を促進する責任を負っている。

上記のほか、生物医学庁では、医学的補助生殖、出産前診断及び遺伝学の分野で働く医療従事者の免許を管轄し、査察なども行っている。

フランスでは、1996年以降、全ての医療施設について、独立機関（HAS）による認定を受けることが法的に義務付けられており、認定は4年ごとに更新することが義務付けられている。そのため、不妊治療施設もその他の医療施設と同様に、HASの認定を受ける必要がある。なお、不妊治療施設にのみ適用される認定は存在しない。もっとも、多くの不妊治療施設は、HASによる認定に加え、自主的にISO認証を受けている¹²。

なお、フランスにおける生殖補助医療施設は100箇所ある⁵⁴。（うち50箇所が民間の施設、その他の50箇所が公共の施設。）

2-4 実施可能な不妊治療

フランスにおける不妊治療の選択肢としては、不妊検査及び精液採取、人工授精、体外受精などがある。また、フランスでは胚の寄付も許容されている。

一方、代理出産や死後受精、配偶子の輸出については禁じられている。

■代理出産

フランスでは、代理出産は生命倫理法によって禁じられている。その根拠としては2つが挙げられており、1つは人体を神聖で不可侵とする原則があること、もう1つは胎児の取扱いについて、生物学上の両親と代理母のどちらが意思決定権を持つのが明確にできないことがある⁵⁵。

もっとも、代理出産については、がん手術や先天性の疾患等により不妊となった人々から需要がある他、ライフプランの選択肢の一つとしての需要も高まりつつあり、過去数年間に度々論点となっている⁵⁶。

なお、生命倫理法は、国外で代理出産を行うことまでを禁じていないため、事実上、米国やウクライナ等の外国人向けの不妊治療施設が運営されている国において、代理出産を実施することは可能である。しかし、フランス国内において、海外で実施された代理出産によって生まれた子どもとの親子関係を認めるためには、フランス国内の法律に基づく親子関係の立証が必要であるため、依然として、代理出産は困難な選択肢であると言える。

⁵³ 「The French Biomedicine Agency and medically assisted reproduction」 Carine Camby
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18663978/>

⁵⁴ ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」
http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF_FINAL.pdf

⁵⁵ 「Surrogacy Under French Law: Ethical, Medical, and Legal Issues」 Allane Madanamoothoo

⁵⁶ <https://blog.oup.com/2015/02/france-surrogate-motherhood-ban/>

■死後生殖

生命倫理法は、子どもの幸福を理由⁵⁷に死後生殖を禁じている⁵⁸。

■同性カップル及び独身女性の不妊治療

フランスでは生殖補助医療を受けるための要件として「異性とカップルであること」⁵⁹があげられているため、レズビアンカップル及び独身女性に対して生殖補助医療の実施は許されていない。しかし、マクロン大統領が、選挙キャンペーン中に、レズビアン及び独身女性にも生殖補助医療を利用可能にすることを誓約したため、レズビアン及び独身女性にも生殖補助医療とする条項を織り込んだ生命倫理法の草案が2019年に提出されている⁶⁰。

もともと、上記草案は未だ上院では承認されていない。

⁵⁷ The prohibition of post-mortem-fertilization, legal situation in Germany and European Convention on human rights
<https://www.cairn.info/revue-internationale-de-droit-penal-2011-1-page-41.htm.co.jp>

⁵⁸ https://www.bionews.org.uk/page_95561

⁵⁹ Code de la santé publique Chapitre 1er : Dispositions générales. (Articles L2141-1 à L2141-12)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024325489/

⁶⁰ France drafts law to extend IVF to lesbians, single women
<https://apnews.com/article/48ff2014b3fe4f17b1c41d947cd5a0ec>

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

フランスにおける生殖補助医療の経済的支援は社会保険によって行われている。また、フランスでは、海外で受けた生殖補助医療についても、フランス国内で受けるよりも成功率が高く、また、患者の症状を考えた際に適切であると判断される場合には、フランスの社会保険によって補償がなされる⁶¹。

3-2 経済的支援の要件

フランスにおける生殖補助医療に対する支援は社会保険によって行われているが、その中でも特に人工授精、体外受精、及び顕微授精については、他の治療（70%補助）と異なり、100%の補償がなされる。

社会保険の適用を受けるための要件としては、フランス国内における不妊治療を受けるための要件に加えて、年齢条件などが追加となる。

なお、フランスでは、がん患者に対する放射線治療等を実施する際、妊孕性温存のため、患者に対し、生殖補助医療に関する説明を行い、患者本人の希望に基づき、適切な妊孕性温存のための治療を提供することが義務付けられており、当該治療も保険適用の範囲となっている。その際の補償範囲には、卵巣組織の回収費用や体外受精費用などが含まれるが、使用するまで卵子等を保存しておくための凍結費用は補償の範囲外となっている⁶²。

図表 25 フランスの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査、精液採取 薬学/外科治療	人工授精 (1~6回)	体外受精、顕微授精 (1~4回目)
社会保険適用	70%	100%	100%

出典) ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」等
各種公開情報より NRI 作成

図表 26 社会保険の適用を受けるための条件

年齢	女性 43 歳未満
回数	人工授精：最大 6 回 体外受精、顕微授精：最大 4 回
その他	健康保険基金の事前承認

出典) ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」等
各種公開情報より NRI 作成

⁶¹ ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」
http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF_FINAL.pdf

⁶² Impact of legislation and public funding on oncofertility: a survey of Canadian, French and Moroccan pediatric hematologists/oncologists
<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00466-6>

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

フランスでは、卵子提供を受けるまでに、通常、2年から5年ほどの時間がかかることが課題となっている。そのため、フランスにおいてこのような長い期間を待つことが出来ず、卵子提供を受けるために海外で治療を行う患者が一定数存在している⁶³。

その他、フランスでは不妊治療に関して、卵子及び精子の双方をドナーから提供を受けて行う二重寄付による体外受精等を含む利用可能な治療内容を増やすとともに、患者団体からは、独身女性や同性カップルに対しても治療を提供するよう、政府に対する要求が行われている。

⁶³ ESHRE 「Policy audit on fertility analysis: 9 EU countries report」
http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF_FINAL.pdf

第4章

イギリス

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 27 イギリスの基本情報

正式名称	グレートブリテン及び北アイルランド連合王国
面積	24.3 万平方キロメートル
総人口	6,680 万人 (2019 年)
合計特殊出生率	1.79
名目 GDP	2 兆 8,290 億ドル
宗教	無宗教 (49%)、英国国教会 (17%)、カトリック (8%)、 その他キリスト教 (17%)、イスラム教 (5%)

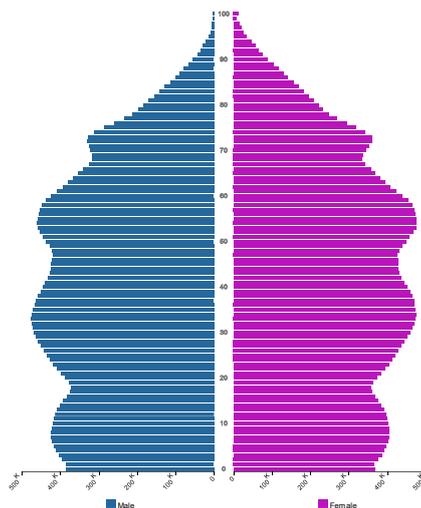
出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 人口構造

World Population Review⁶⁴によると、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国（以下「イギリス」という。）は、6,680 万人（2019 年⁶⁵）となっており、人口増加率は 0.56%、年齢の中央値は 40.5 歳となっている。イギリスの人口は 21 世紀を通じて継続的に成長すると予想されており、2060 年には 7,500 万人程度、2080 年頃にはドイツの人口を超え、2099 年には 7,797 万人に達すると予想されている。

もっとも、イギリスの合計特殊出生率は 1.79 と、人口置換水準である 2.1 を下回っており、移民の増加による人口増加という側面も大きい（2019 年の移民は 62.6 万人）。

図表 28 イギリスの人口ピラミッド(2021 年)

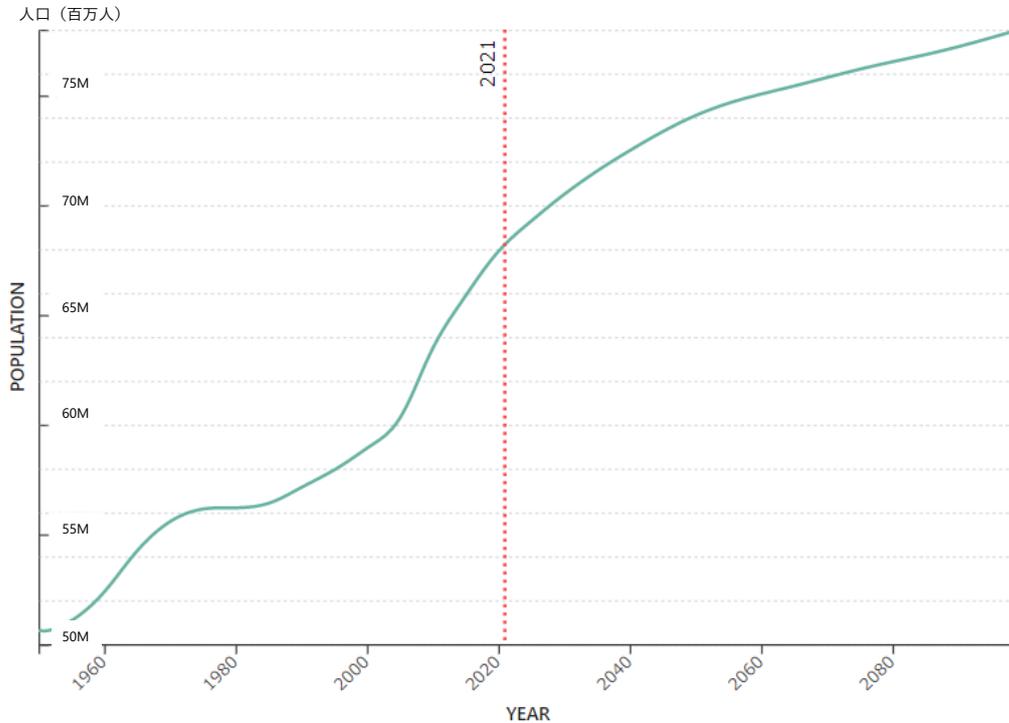


出典) World Population Review

⁶⁴ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/united-kingdom-population>

⁶⁵ 外務省 英国（グレートブリテン及び北アイルランド連合王国）基礎データ
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/uk/data.html#section1>

図表 29 イギリスの人口推移(2021 年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性⁶⁶

イギリスはイングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランドの4つの地域から成り立っている。

各地方政府は、存立根拠、権限、内部構成等が全て成文法によって定められており、このことは、行政府に属する各地方政府について、国会の意思に依拠させるものであると考えられる。そのため、地方政府は、成文法に具体的に規定される事務及びそれに付随する事務のみを適法に遂行することとされている。このように、国会が非常に強い権限を持ち、地方政府は国会の定めた法律の範囲内でしか権限を行使できないとする関係は「権限踰越の法理 Ultra Vires」と称され、イギリスの単一国家としての特徴を表しているものであるといえる。

⁶⁶ 財務総合政策研究所 「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」 報告書
第6章「イギリスにおける国と地方の役割分担」 <https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079.htm>

1-2 医療保障制度

図表 30 イギリスの医療保障制度概要

方式	税方式	
適用対象	全国民を対象（加入率 100%）	
公的医療保険の種類 （加入者）	NHS（国民保険サービス） 全国民	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	外来・入院：負担なし 薬剤：処方 1 件につき 9.00 ポンド 前払い処方証書：29.1 ポンド（3 ヶ月有効）/104 ポンド（1 年有効） 歯科治療：3 段階の定額制	
患者負担上限	—	
費用負担	被用者等	—
	使用者等	—
	国庫	租税が主な財源 （2012 年度財源構成：租税約 80%、国民保険料約 18%）

出典）図表で見る医療保障令和元年度⁶⁷及び各種公開情報より NRI 作成

健康保険組合連合会がとりまとめている「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」⁶⁸を参考に、以下の通りイギリスの医療保障制度について記載する。

イギリスでは、疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービス（National Health Service；NHS）が全国民に提供されている。NHS の財源は、大半を租税収入により賄っているが、追加的に国民保険料等により補填している。

NHS の管轄は保健省であり、国の予算で運営される制度となっているが、その実際の運営は、NHS イングランドや CCG（Clinical Commissioning Groups）など、保健省から独立した組織が行っている。NHS イングランドと CCG はそれぞれ担当する業務が異なっており、NHS イングランドは、プライマリケアを提供する診療所や CCG への予算配分、プライマリケアや専門的治療等のコミッションング（サービス立案、調達、管理）などを行っている。一方、CCG は、セカンダリケアなどプライマリケア以外の地域医療のほぼ全般のコミッションングを行っており、所管する地域のすべての一般家庭医（General Practitioner；GP）が加わることでされている。

医療提供については、診療所に所属する GP がプライマリケアを、病院がセカンダリケアを行っている。また、大半の病院が Foundation Trust と呼ばれる NHS から独立した公益法人により運営されている。

NHS では、医療アクセスに制約が設けられており、患者は、住所地で登録したプライマリケア担当医である GP の診察を受ける事になっている。NHS からの診療所に対する支払いは、①登録者数に応じた包

⁶⁷ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

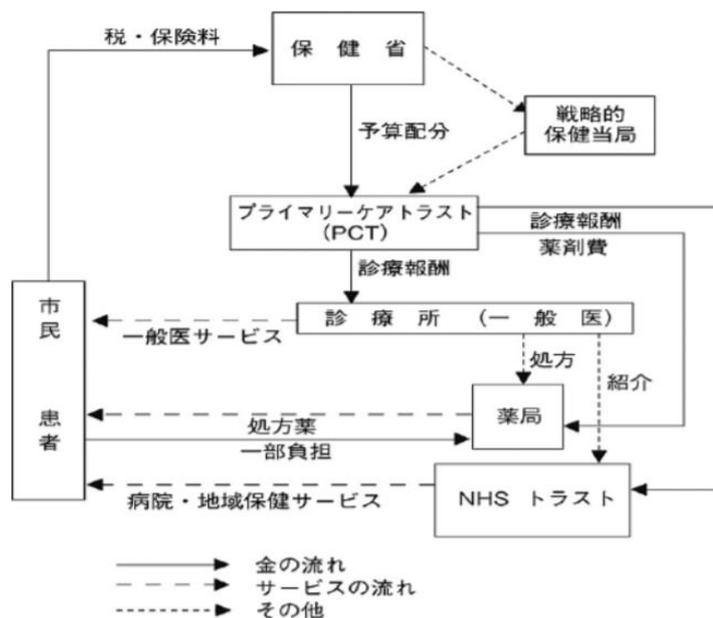
⁶⁸ 2014（2012 では？）健康保険組合連合会 NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa23_02_kaigai.pdf

括報酬、②追加的報酬、③達成された成果に基づく報酬の3段階で構成される。

一方、病院でセカンダリケア担当医の診察を受けるためには、診療所のGPの紹介状が必要となる。病院に対する支払いは、診断群分類（Healthcare Resource Groups ; HRG）にもとづき行われている（Payments by Results ; PbR）。具体的には、前年度実績（診療群ごとの個別公定価格×診療件数×調整係数）をもとに算定された年間必要予算額を12分割した額が毎月病院に支払われ、予算を上回る保健医療サービスの提供がなされた場合には3ヶ月後に超過分が支払われるという運用となっている。

患者の費用負担に関しては、原則としてGPや病院での診療に対する一部負担は無いが、外来処方薬や歯科治療等に対しては一部負担が設けられている。また、欧州経済領域圏外の国籍の中期滞在者にはNHS使用料が課される⁶⁹。

図表 31 国民保険サービスの制度概要



出典) イギリスにおける社会保障と税制 ⁷⁰ より引用

⁶⁹ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

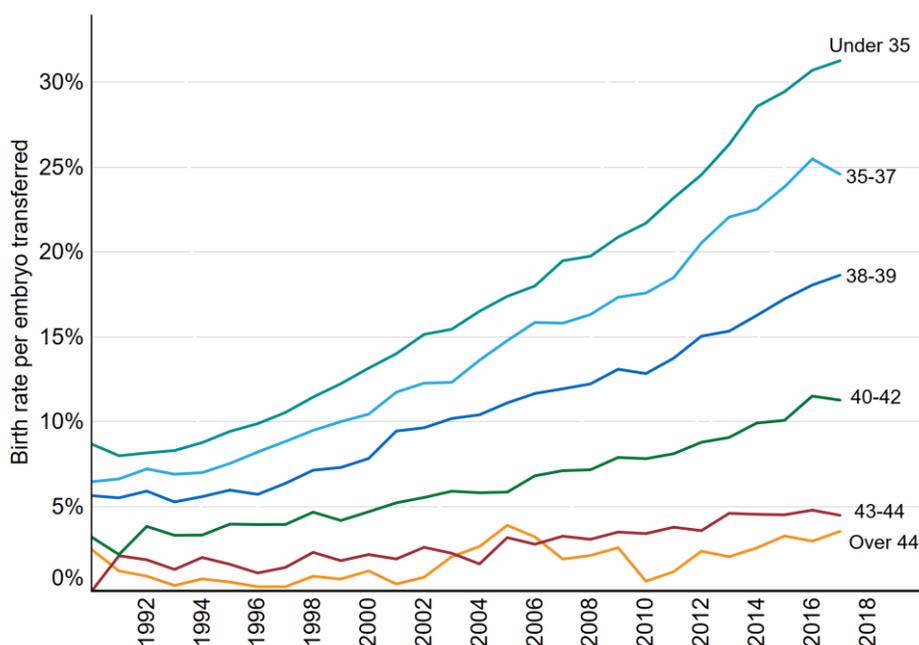
⁷⁰ 2011 一圓 健保連海外医療保障 イギリスにおける社会保障と税制 (特集 社会保障と税制)

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

Fertility treatment 2018⁷¹によると、イギリスでは、2018年には、約54,000人の患者がHFEA⁷²認可不妊治療クリニックで治療を受けており、68,724周期の体外受精（新鮮胚、凍結胚の双方を含む）及び5,651周期の人工授精が行われた。なお、2018年の体外受精を受けた患者の平均生産率⁷³は23%であり、1991年以降徐々に上昇している。

図表 32 年齢層別の移植胚あたりの生産率(1991年～2008年)



出典) Fertility treatment 2018: trends and figures

同じく Fertility treatment 2018 によると、卵子の凍結技術の向上に伴って、凍結胚を用いた不妊治療も増加している。2013年から2018年にかけて新鮮胚の移植数が11%減少する一方で、凍結胚の移植数はほぼ2倍に増加している。現在では、不妊治療を行う時は最初の1周期のみ新鮮胚を移植し、その際に作成されたその他の胚は凍結処理を行い、その後の治療の際には初回に作成された凍結胚を用いて治療を行うことが一般的な治療となっている。

また、胚の凍結処理を行う理由についても、現在の不妊治療のためだけでなく、将来不妊治療を行うことを見越して事前に凍結処理を行う場合や、ドナーとして卵子の提供を行うため場合等が挙げられる。

⁷¹ Fertility treatment 2018: trends and figures UK statistics for IVF and DI treatment, storage, and donation

<https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2018-trends-and-figures/>

⁷² Human Fertilisation and Embryology Authority (受精・胚研究認可庁。保健省が後援する政府外公共機関であり、不妊治療及びヒト胚を用いた研究を行う施設にライセンスを付与する権限を持つ)

⁷³ 平均生産率；生産周期数/移植周期数

図表 33 新鮮胚・凍結胚別の体外受精周期数及び卵子及び胚の保存・提供数

Number of cycles by intended activity, UK, 2013 and 2018

	2013	2018	% change
Fresh embryo transfer	48,391	42,835	-11%
Frozen embryo transfer	13,421	25,889	+93%
Donor insemination	4,642	5,651	+22%
Treatment total	66,454	74,375	+12%
Embryo storage	871	7,031	+707%
Egg storage	569	1,933	+240%
Storage total	1,440	8,964	+523%
Donation	1,393	1,916	+38%
Egg share	765	381	-50%
Donation total	2,158	2,297	+6%

出典) Fertility treatment 2018: trends and figures

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

イギリスでは、1990年に、生殖補助医療の規制法である「ヒト受精と胎生学に関する法律 (HFEA1990 ; Human Fertilisation and Embryology Act 1990)」が成立し、その運用を担う認可機関である HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) が設置された⁷⁴。

HFEA1990は、2001年、2008年に改正され、現在のイギリスにおける生殖補助医療は、HFEA2008によって規制されている。

HFEA2008は、以下の活動等に対し、HFEAが認定するライセンスの取得を義務付けており、ライセンスを取得せずに当該活動を行った場合、又は取得したライセンス外のことを行った場合は、罰金若しくは禁固の刑罰の対象となる⁷⁵。

- ① (体外での) 研究目的でのヒト胚の作成及び使用
- ② 配偶子及び胚の保管
- ③ 寄贈された配偶子や胚の保管及び使用
- ④ ヒト混合胚の作成、保管および使用
- ⑤ 14日以内までのヒト胚の研究利用

なお、細胞核置換によって作られた胚は、HFEA1990における胚の定義に含まれないとの判決⁷⁶がくだされており、また、ヒト体細胞核置換により作られた人クローン胚の利用については、2001年に成立した「ヒト生殖クローン法 (Human Reproductive Cloning Act 2001)」で禁止されている。

⁷⁴ 甲斐克則「イギリスにおけるヒト胚研究の規制の動向」

<https://www.waseda.jp/folaw/icl/assets/uploads/2014/05/A04408055-00-038020001.pdf>

⁷⁵ 平成24年度科学技術戦略推進委託「諸外国における生命倫理に係る法制度の現状と最新の動向に関する調査」

https://www8.cao.go.jp/cstp/tyousakai/life/hokoku/1_1.pdf

⁷⁶ 細胞核置換によって作られた胚に関してプロライフ同盟 (Pro-Life Alliance) によって提起された確認訴訟 (2001年11月28日)。甲斐克則「イギリスにおけるヒト胚研究の規制の動向」

<https://www.waseda.jp/folaw/icl/assets/uploads/2014/05/A04408055-00-038020001.pdf>

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

イギリスで不妊治療を行うためには、HFEA の認可が必要とされており、2018 年時点で HFEA の認可を取得した施設は 133 箇所である（そのうち、15 箇所は治療の提供を行わない研究所）⁷⁷。

2-4 実施可能な不妊治療

イギリスで実施可能な不妊治療としては、不妊検査及び精液採取、人工授精、体外受精などに加えて精子や卵子の提供、代理出産、死後生殖なども実施可能である。

■精子提供⁷⁸

イギリスにおいて、精子提供は認められているが、どこのクリニックを通じて精子提供を行うかによって、法的な取扱いが異なる。HFEA の認可を受けたクリニックを通じて精子を提供した場合、精子提供者は子どもの法的な父親となることはなく、生まれた子どもに対する親権者が有すべき法的な義務は負わず、出生証明書に名前が記載されることもない。一方、認可を受けていないクリニックを通じて精子を提供した場合、精子提供者は子どもの法的な父親とみなされるため、生まれた子どもへの法的な義務が生じ、出生証明書にも名前が記載され、子どもに対する経済的援助を行う義務が生じる可能性もある。

■卵子提供⁷⁹

卵子提供も、精子提供と同じく認められている。もともと、認可を受けたクリニックを通じて卵子提供を行った場合、精子提供の場合と異なり、常に出産した女性が法律上の母親となる。

■代理出産⁸⁰

イギリスにおいて代理出産は禁止されておらず、代理母と依頼主との間で代理出産契約を締結することができる。代理母から生まれた子どもは、法律上は代理母の子どもとなるが、その後、養子縁組によって法的親権を譲渡することで、依頼主の子どもとなる。

また、代理出産契約の履行を強制することはできないが、法律上、子どもの親が誰であるかについて意見の相違がある場合は、裁判所が子どもの最善の利益に基づいて決定を行うこととされている。

なお、代理出産の対価として支払うことのできる金額は、妊娠出産に関わる妥当な費用のみとなっている。

⁷⁷ The state of the fertility sector 2017-2018

<https://www.hfea.gov.uk/media/2716/the-state-of-the-fertility-sector-2017-2018-final-accessibility-checked.pdf>

⁷⁸ Legal rights for egg and sperm donors

<https://www.gov.uk/legal-rights-for-egg-and-sperm-donors>

⁷⁹ Legal rights for egg and sperm donors

<https://www.gov.uk/legal-rights-for-egg-and-sperm-donors>

⁸⁰ Surrogacy: legal rights of parents and surrogates

<https://www.gov.uk/legal-rights-when-using-surrogates-and-donors>

■死後生殖⁸¹

イギリスにおいて、死後生殖は禁止されておらず、卵子及び精子の死亡後の保管・使用について、書面で同意があれば、実施が可能である。また、すでに冷凍保存されている胚について、死亡後も、保管・使用することについての書面による同意があれば、パートナー死亡後も継続して使用することが可能である。

■独身女性及び同性愛者の不妊治療

イギリスにおいて、独身女性及び同性愛者の不妊治療は禁止されておらず、2018年に体外受精を受けた患者の内、3.1%が同性愛者、2.0%が独身女性となっている⁸²。

もともと、国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence；NICE）のガイドラインでは、女性同士のカップルがNHSの保険適用対象となるためには、自費での人工授精を最低6回試みたことを条件とするとされている。後述の通り、このガイドラインを基に各CCGで保険適用の要件が定められているため、同性同士のカップルの経済負担が通常よりも重くなっているケースもある⁸³。

⁸¹ Regulating posthumous reproduction in the Netherlands and the UK
<http://www.familyandlaw.eu/tijdschrift/fenr/2020/04/FENR-D-19-00008>

⁸² Fertility treatment 2018: trends and figures
<https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2018-trends-and-figures/#multiplebirths>

⁸³ Donor insemination and fertility treatment
<https://www.stonewall.org.uk/help-advice/parenting-rights/donor-insemination-and-fertility-treatment-0>

3. 不妊治療に対する経済的支援

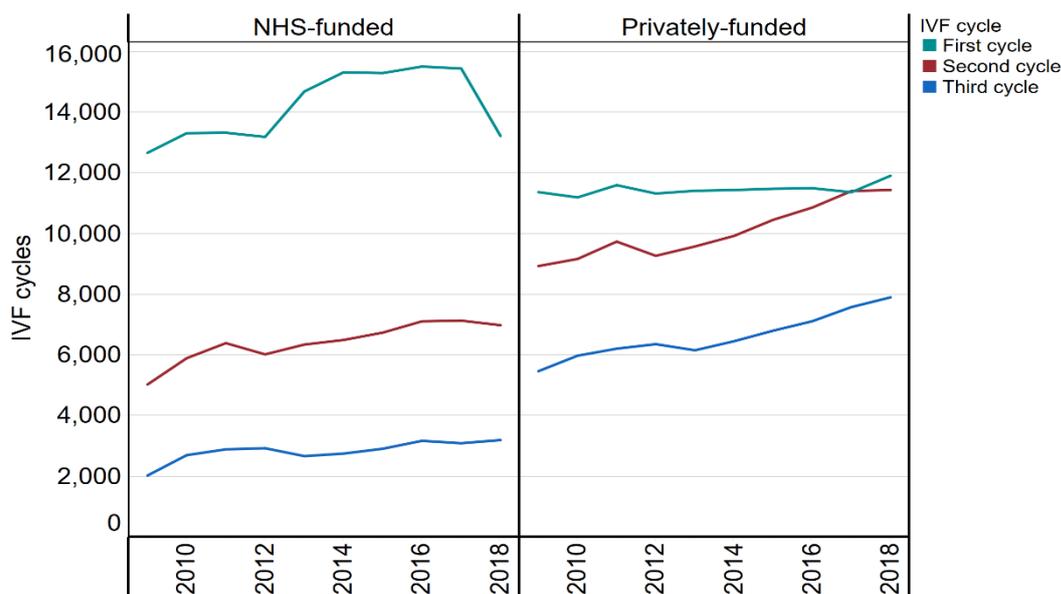
3-1 経済的支援額

イギリスにおける生殖補助医療の経済的支援はNHSによって行われている。もっとも、イギリスにおいては、保険適用が行われる条件がCCGごとに異なるため、地域によって、NHSが経済的支援を行う治療周期数及びその割合が大きく異なる。Fertility treatment 2018: trends and figures⁸⁴によると、例えば、2018年のスコットランドでは、治療周期数の60%（5,060周期）がNHSの経済的支援を受けているが、北アイルランドでは45%（1,853周期）、ウェールズでは41%（2,689周期）、イングランドでは35%（59,153件）となっている。

さらに、イギリス全体でみた場合、NHSが経済的支援を行った体外受精周期数について、2008年は31%であったのに対し、2018年は37%と増加している。しかし、近年、NHSが経済的支援を行う周期数は減少しており、特に1周期目の体外受精に対する経済的支援数は、2017年から2018年にかけて約16,000周期から13,000周期へと大幅に減少している。

また、体外受精に対する経済的支援額全体としては、2013年時点で人口10万人あたり107,000ポンドと推定されている⁸⁵。

図表 34 資金調達の種類別の周期数



出典) Fertility treatment 2018: trends and figures

⁸⁴ Fertility treatment 2018: trends and figures

<https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2018-trends-and-figures/#:~:text=In%202018%2C%20the%20average%20birth,when%20using%20their%20own%20eggs.>

⁸⁵ Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems Costing report

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/resources/costing-report-pdf-188496685>

3-2 経済的支援の要件

生殖補助医療に対する経済的支援は NHS によって行われているため、一定の認定基準を満たした治療に関しては、一般の外来診療などと同じく保険適用が行われ、100%の費用援助を受けうることができる。

保険適用を受けるための認定基準については、NICE が推奨する基準⁸⁶が存在するが、最終的には、地域ごとに CCG が決定する。したがって、認定基準は患者の居住地によって異なることとなり、保険適用の受けられない地域も存在する。

図表 35 イギリスの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査、精液採取 投薬/外科治療	人工授精	体外受精、顕微授精
社会保険適用	100%	100%	100%

出典) 各種公開情報より NRI 作成

図表 36 NICE が推奨する体外受精の認定基準(40歳未満の場合)

年齢	40歳未満(女性)
条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避妊具を使わない性交渉を2年間行って妊娠出来なかった又は ・ 12周期の人工授精で妊娠出来なかった (ただし、最初の検査において、妊娠するための治療法が体外受精しか無いと判断された場合は、直ちに体外受精の推奨が行われるべき)

出典) NICE web サイトより NRI 作成

図表 37 NICE が推奨する認定基準(40歳~42歳の場合)

年齢	40歳~42歳(女性)
条件 (すべて満たすことが必要)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避妊具を使わない性交渉を2年間行って妊娠出来なかった又は12周期の人工授精で妊娠出来なかった ・ 過去に体外受精を行ったことがない ・ 卵巣予備能の低下が指摘されない ・ この年齢での体外受精及び妊娠の影響について説明を受けている (ただし、最初の検査において、妊娠するための治療法が体外受精しか無いと判断された場合は、直ちに体外受精の推奨が行われるべき)

出典) NICE web サイトより NRI 作成

⁸⁶ NICE recommendations <https://www.nhs.uk/conditions/ivf/availability/>

■ CCG ごとの認定基準

CCG は NICE が設定した対象年齢を変更することができ、また BMI 要件や既存の子どもに基づく要件、治療開始前に喫煙を中止することなどを追加の認定基準とすることができる。

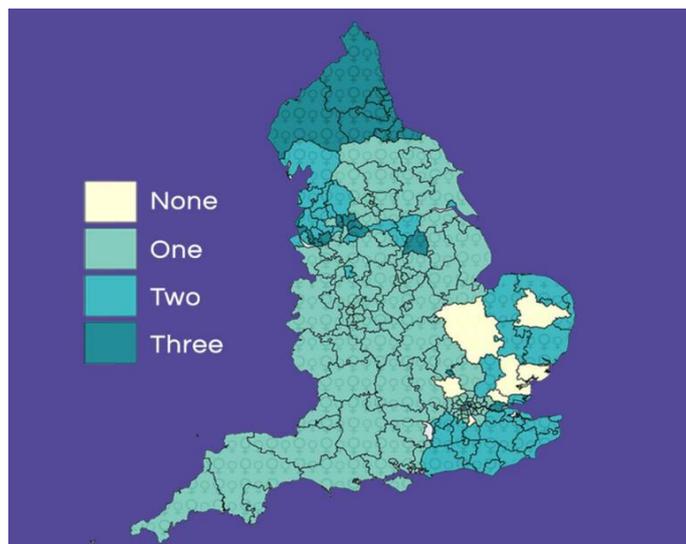
例えば、ロンドンには 32 の CCG が存在し、全く保険適用を行わない CCG (NHS Croydon CCG) や、最大数である 3 回までの保険適用を行う CCG (NHS Camden CCG) 等、様々なものが存在する⁸⁷。

図表 38 CCG の認定基準の例

組織	NHS Barking and Dagenham CCG	NHS Morecambe Bay CCG
所在地域	ロンドン	ランカシャー
適用周期数	1 回	2 回
1 周期の定義	最大 3 回の胚移植 新鮮胚、凍結胚共に可	1 回の新鮮胚移植 (凍結胚は制限なし)
年齢 (女性)	42 歳未満	42 歳未満
年齢 (男性)	— (制限なし)	— (制限なし)
期間	36 歳未満 : 2 年 36 歳~42 歳 : 1 年	2 年
子どもの有無	パートナーの両方に子どもが いる場合は適用外	現在のカップルで子ども (生 存) がないこと

出典) fertility fairness より NRI 作成

図表 39 保険適用回数の地域格差



出典) abc IVF⁸⁸

⁸⁷ fertility fairness

<http://www.fertilityfairness.co.uk/wp-content/uploads/2017/10/FF-spreadsheet-2017-Website-Final.xlsx>

⁸⁸ abc IVF <https://www.abcivf.co.uk/blog/can-you-get-ivf-on-the-nhs-if-you-already-have-a-child>

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

CCG ごとに不妊治療に対するサービス格差が大きく、居住地域によって不妊治療の経済的負担が大きいことが大きな課題となっている。

また、体外受精の費用についても、地域によって、1回3,000ポンドから11,000ポンドまで大きく格差があり、国で基準料金を設定すべきとの議論がある⁸⁹。

⁸⁹ Place a cap on IVF costs and the NHS could double the number of treatments
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/aug/10/cap-ivf-costs-nhs-double-treatments>

第5章

スペイン

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 40 スペインの基本情報

正式名称	スペイン王国
面積	50.6 万平方キロメートル
総人口	4,675 万人 (2020 年)
合計特殊出生率	1.35
名目 GDP	1 兆 3,979 億ドル
宗教	カトリック (68.9%)

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■人口構造

World Population Review のデータ⁹⁰によれば、スペイン王国 (以下「スペイン」という。) の人口は、2020 年時点で 4,675 万人となっている。スペインの人口は 2011 年の 4,708 万人でピークに達しており、2016 年から 2020 年までの間にわずかに増加しているものの (2020 年の人口増加率は 0.05%)、2021 年以降は再び減少に転じ、21 世紀末時点では 3,333 万人まで減少すると予測されている。また、スペインの合計特殊出生率は 1.35 となっており、人口置換水準の 2.1 を大きく下回っている。

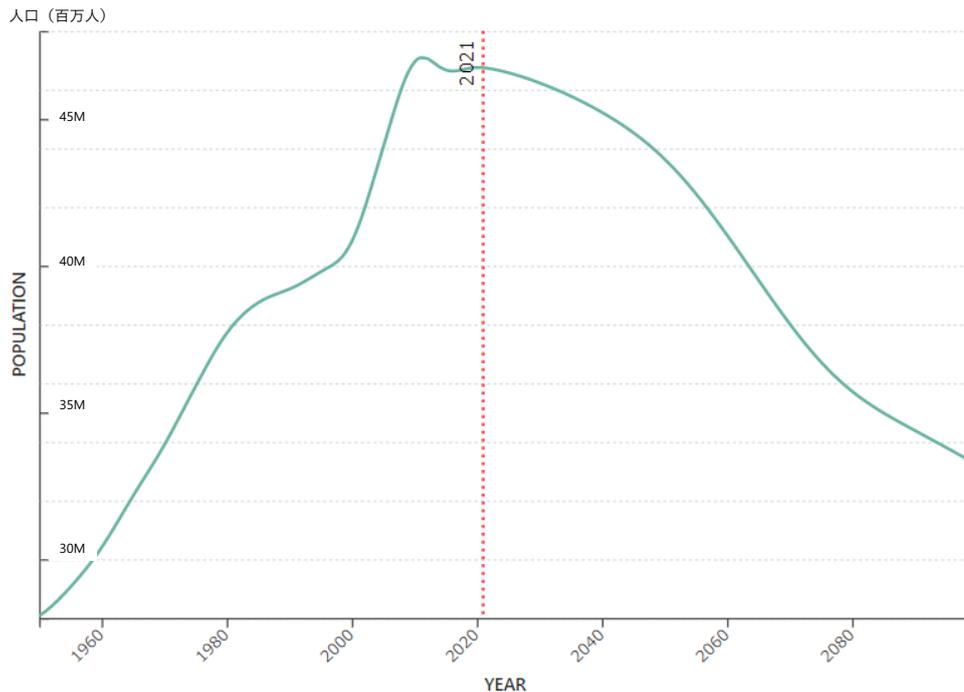
図表 41 スペインの人口ピラミッド(2021 年)



出典) World Population Review

⁹⁰ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/spain-population>

図表 42 スペインの人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

スペインにおける国家と州の関係性については、国立国会図書館調査及び立法考査局が取りまとめた「スペインの地方自治制度」⁹¹を参照すると以下の通りである。

スペインの地方自治行政の単位としては、自治州と地方団体 (Entidades Locales) が存在する。自治州は、国 (Comunidad Autónoma) と県 (Provincia) の間に位置する地方自治団体である。また、地方団体は、広域単位である県及び島嶼 (Islas) と、基礎単位であるムニシピオ (Municipio) の2層制となっており、スペイン全体としての自治単位数は17自治州、50県と11島嶼、8125ムニシピオとなっている。

自治州は、スペイン1978年憲法 (以下この章において、「憲法」という。) 第143条第1項⁹²に規定されており、スペイン国民の永続的統一性 (la indisoluble unidad de la Nación española) という原則の下、歴史的、文化的及び経済的同一性を有する隣接諸県が自発的に集まって創設した自治単位であるため、その面積、人口、経済力等も様々である。スペインの自治州は、中央政府に従属する存在であるため、連邦制国家における州よりも弱い地位にあるが、一般的な単一国家の諸地域よりも強い地位を有する特殊な地位を築いている。

各自治州は、憲法第147条に基づき自治憲章を制定しており、自治憲章には自治州の名称、領域、統治機関、自治州の有する権限等が規定されている (同条第2項)。自治憲章は各自治州によって原案が構成され、国との協議を経て、最終的には国の組織法として国会で議決される。憲法第149条第1項に

⁹¹ 松田 2016.3 「行政における政策実現手法の新展開」 スペインの地方自治制度
https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9914641_po_078208.pdf?contentNo=1

⁹² 憲法第143条第1項「憲法第2条で認められた自治権の行使について、歴史的、文化的及び経済的に共通の特徴を有する隣接する県、島嶼地域並びに歴史的・地域的同一性を有する県は、自治を受容し、本章及び各自治憲章が定めるところにより、自治州を形成することができる。」

列挙されている国の権限のほか、自治憲章が自治州の権限であると規定しておらず、かつ、憲法第 148 条第 1 項も自治州の権限として列挙していない権限についても、国の権限となる。なお、自治憲章は、国と各自治州の間の個別の交渉を経て制定されるため、自治州間の権限の非対称性の要因ともなっており、自治州間の権限の差異を縮小するため、権限が少ない自治州の自治憲章改正を通じて自治権が徐々に拡大されている。

1-2 医療保険制度

図表 43 スペインの医療保障制度概要

方式	税方式	
適用対象	全国民を対象	
公的医療保険の種類 (加入者)	スペイン国民医療保険 全国民	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	外来・入院：負担なし ただし、公立病院の受診が前提となる 薬剤：収入によって異なる（患者負担は 40%～60%程度）	
患者負担上限	—	
費用負担	被用者等	—
	使用者等	—
	国庫	租税が主な財源

出典) 図表で見る医療保障令和元年度版⁹³より NRI 作成

スペインの医療保障制度について、European Observatory on Health System and Policies⁹⁴及び、HealthManagement.org⁹⁵がそれぞれまとめている内容をもとに、以下に記載する。

スペインの医療保険制度としては、1986 年の一般医療法に基づいて設計されたスペイン国民医療制度 (Instituto Nacional de la Salud) が存在する。スペイン国民医療制度は、税方式の国民皆保険制度となっており、経済状況に関係なく、スペイン国民であれば加入できる制度となっている。また、移民についても、就労ビザを所有し、社会保障税を支払っている等一定の条件を満たしていれば、スペイン国民医療制度に加入することができる。

スペインにおいては、SNS (公的医療機関 ; Sistema Nacional de salud de España) によって医療サービスが提供されるが、基本的な医療サービスは全て無料となっており、TSI カード (個人健康カード ; tarjeta sanitaria individual) を提示することで、病院での支払いが不要となる。ただし、手術や入院、薬剤 (年収に応じて費用の 40%～60%の負担が必要となる)、歯科治療については自己負担が生じるため、民間保険への加入も可能だが、民間保険への加入率は 10%とあまり普及していない。

TSI カードの取得のためには居住する自治体に住民登録を行った上で、住民が申請を行い社会保障番

⁹³ 2019.11 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障令和元年度版

⁹⁴ Spain Health system review https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf

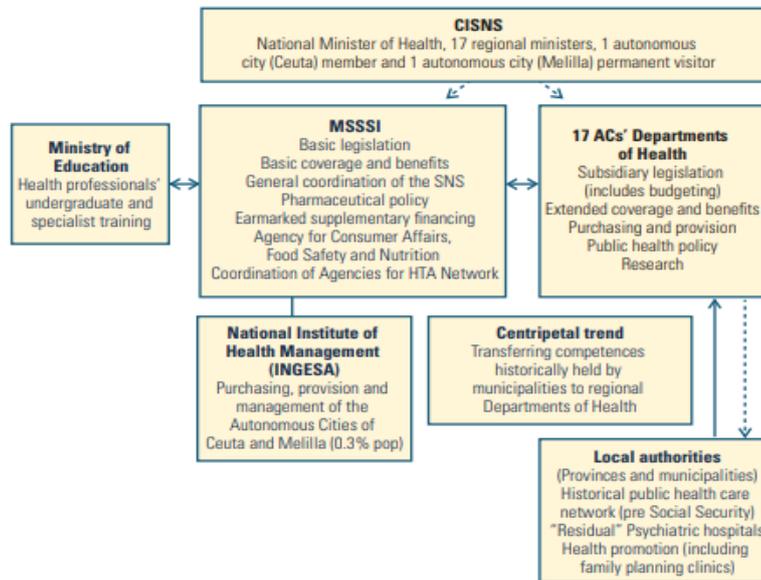
⁹⁵ HealthManagement.org Overview of the Spanish Healthcare System
<https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-spanish-healthcare-system>

号を取得する。その後、自身が利用する医療センター及びかかりつけ医を登録することで、TSI カードを取得できる。基本的には登録されている医療センター及び主治医へ通院することとなっているが、重篤な病気等、医療センターで対応出来ない場合については、大学病院等の高度医療機関の専門医を紹介されることになる。

保険システムの運用に関しては、2002 年から分散化されており、17 の自治州に保険能力が移管され、地方の医療当局にインフラの計画、変更、アップグレード等に関する自律性を与えている。

図表 44 スペインにおける医療システム

FIG. 2.1 Overview of the general statutory health system



Source: Authors' own elaboration.

出典) Spain Health system review

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポート⁹⁶によると、2011 年の不妊治療の実施周期は新鮮胚による体外受精が 3,436 周期、新鮮胚による顕微受精が 29,620 周期となっており、合計 33,056 周期となっている。

また、2017 年に発行された ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) のレポート「A POLICY AUDIT ON FERTILITY」⁹⁷によると、2012 年に実施された不妊治療の実施周期は、新鮮胚による治療が 31,203 周期、凍結胚による治療が 11,736 周期となっている。また、内訳は明らかにされていないが、2014 年の不妊治療の治療周期数は 116,688 周期となっている。なお、体外受精及び顕微受精の成功率（1 周期あたりの妊娠率）は 24.4%と報告されている。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

前述の「A POLICY AUDIT ON FERTILITY」によれば、スペインにおいて不妊治療に関する法律は 1988 年に初めて制定された。その後何度かの改正を経て、現在では国内法 14/2006 (National Law 14/2006)⁹⁸ (以下「国内法 14/2006」という。) が不妊治療に関する基本的な法的枠組みを規定している。

国内法 14/2006 は、不妊治療に関する権限を生殖支援委員会 (the National Commission for Assisted Human Reproduction) に与えており、同委員会で承認された治療のみが、国内で実施可能となっている。

また、法令 9/2014 (Royal Decree Law 9/2014) (以下「法令 9/2014」という。) では、精子・卵子提供及び提供を受けた精子や卵子の処理、保存等について基準を定めており、精子・卵子の品質及び安全性を担保している⁹⁹。

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

A POLICY AUDIT ON FERTILITY によれば、スペインには、2015 年時点で公立の不妊治療施設が 41 箇所、民間の不妊治療施設が 197 箇所存在している。

2-4 実施可能な不妊治療

スペインで実施可能な不妊治療は国内法 14/2006 にて記されており、人工授精や体外受精、精子・卵子提供等、多岐にわたっているが、代理出産については実施できない。

■精子・卵子提供

スペインにおいて、精子・卵子の提供は国内法 14/2006 によって規定されており、いずれも提供が許

⁹⁶ World Report: ART 2011

<https://secureservercdn.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/2011.pdf>

⁹⁷ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

⁹⁸ National Law 14/2006 <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>

⁹⁹ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

されている。同法は、精子・卵子提供に関する情報登録を義務付けており、提供を行った場合は、寄付者の情報や寄付の種類が生殖補助医療に関する公的レジストリに登録されることとなっている。

また、精子・卵子の処理や保存等については、法令 9/2014 において基準が定められている。

■代理出産

スペインでは、は国内法 14/2006¹⁰⁰の第 10 条によって、代理出産は違法とされている。同条は、対価の有無に関わらず、母親とならない者による妊娠を合意する契約は無効であると定めている。なお、代理出産を合法とする国の国籍を持つ者が、スペイン国内で代理出産を行うことまでは禁じていない。

■死後生殖

スペインでは、国内法 14/2006 の第 9 条に規定があり、死後生殖は死後 12 ヶ月間に限り死後生殖を実施することが可能となっている。

¹⁰⁰ National Law 14/2006 <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

スペインにおいて、不妊治療は保険適用の対象とされているが、具体的に不妊治療に対してどの程度の額の支援が行われているのかについては、明らかにされていない。

ただし、スペインにおける体外受精の費用は5,400ドル程度、卵子の提供を受けた場合は8,000ドル程度¹⁰¹であり、スペインの医療保険制度においては患者負担が生じないため、経済的支援の対象となったケースについては、上記費用が全て医療保険で賄われていると考えられる。

3-2 経済的支援の要件

スペインにおける不妊治療は、不妊症と診断された場合や、遺伝性疾患が妊娠や子どもに影響を与えると疑われる場合等、治療目的のものに限り、社会保険の適用が行われている。そのため、人工授精や生殖補助医療等の不妊治療を実施する前には、医学的に不妊であることを確認するために、血液検査や子宮鏡検査等のスクリーニングが行われている¹⁰²。

治療回数の上限については、自治州によって異なるが、体外受精は3周期、精子提供を受けずに行う人工授精は4周期、精子提供を受けて行う人工授精は6周期とする自治州が多くなっている¹⁰³。

なお、治療に関しては社会保険の適用により完全無料となるが、薬剤に関しては保険適用外となり、地域によって償還額が異なる（カタルーニャ地方の場合は25.0%が償還される）¹⁰⁵。

図表 45 スペインの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査、精液採取 投薬/外科治療	人工授精	体外受精、顕微授精
社会保険適用	100% (薬剤は州により異なる)	100%	100%

¹⁰¹ Spain Fertility Destination <https://www.fertilityclinicsabroad.com/ivf-abroad/ivf-spain/>

¹⁰² EL PAIS The 7 Social Security requirements to cover assisted reproduction treatment https://elpais.com/elpais/2018/09/12/mamas_papas/1536745645_637760.html

¹⁰³ EL PAIS The 7 Social Security requirements to cover assisted reproduction treatment https://elpais.com/elpais/2018/09/12/mamas_papas/1536745645_637760.html

¹⁰⁵ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

図表 46 スペインにおける保険適用条件

医学的条件	医学的に不妊であること
年齢	スクリーニング開始時に以下の年齢であること 女性：18～40歳 男性：18～55歳
子どもの有無	子どもがいないこと 例外 ・カップルの片方にのみ子どもがいる場合 ・子どもが深刻な慢性疾患を有している場合 (なお、養子がいる場合については保険対象外となる)

■独身女性及び同性愛者の不妊治療に対する経済助成

スペインでは、性的指向や婚姻状況による不妊治療へのアクセスへの制限はしていない。すなわち、同性カップルであっても、異性カップルと同様の条件を満たせば、不妊治療に対する経済助成を受けることが可能である。ただし代理出産は禁止となっているため、男性同士のカップルが不妊治療を行うことは、実際には不可能となっている。女性同士のカップルの場合では、妊娠を希望する女性が医学的に不妊であり、年齢・子どもの有無の条件を満たせば、治療に対して保険適用を受けることが可能となる。

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

「A POLICY AUDIT ON FERTILITY¹⁰⁶」によれば、スペインの公立医療機関における不妊治療は、治療を受けるための待機時間が長く、公開情報も限られているという課題が生じているため、民間保険や民間医療機関で治療を受けるケースが少なくないとされている。また、経済助成を受けるためには「医学的に不妊である」ことが必要となっているが、「医学的に不妊である」ことを証明するためのプロセスが非効率であるという課題も抱えている。すなわち、不妊の専門医の診察を受けるためには、不妊であることを証明することが必要となるため、まず主治医（GP）から不妊症の要因（遺伝子要因や環境的な要因）等について診断を受け、「医学的に不妊である」旨の診断書及び紹介状を取得する必要がある。このプロセスに時間がかかってしまい、不妊治療を受けたいタイミングで受けられないという事態が発生してしまっている。

¹⁰⁶ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

第6章

スウェーデン

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 47 スウェーデンの基本情報

正式名称	スウェーデン王国
面積	45 万平方キロメートル
総人口	1,022 万人 (2018 年 11 月)
合計特殊出生率	1.8
名目 GDP	5,511 億ドル
宗教	ルーテル教会 87%、その他 13%

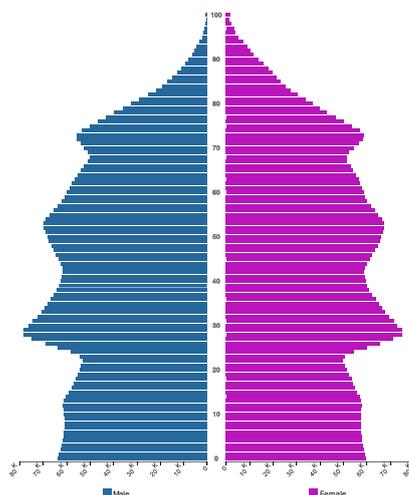
出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 人口構造

外務省が公開しているデータによれば、スウェーデン王国（以下、スウェーデンという。）の総人口は、1,022 万人（2018 年 11 月）となっている¹⁰⁷。

World Population Review がまとめているスウェーデンの人口動向によれば、人口増加率は 0.59%、年齢の中央値は 41.2 歳となっている。スウェーデンの人口は 21 世紀を通じて継続的に成長すると予想されており、2050 年には 1,139 万人、2099 年には 1,295 万人に達するとされている。もっとも、スウェーデンの合計特殊出生率は 1.85 と他のヨーロッパ諸国に比べると高いが、人口置換水準である 2.1 は下回っている。実際の人口増加の要因としては、移民の増加という面が大きく、スウェーデンの人口の約 5 分の 1 は移民出身となっている¹⁰⁸。

図表 48 スウェーデンの人口ピラミッド(2021年)

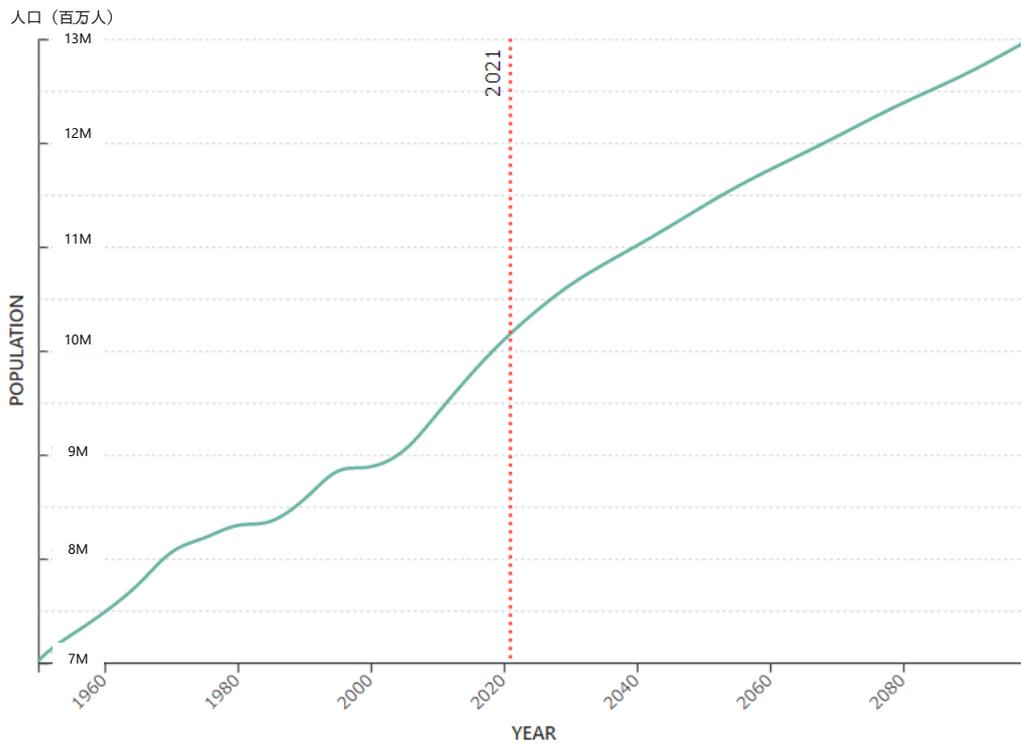


出典) World Population Review

¹⁰⁷ 外務省 web サイト <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/sweden/data.html#section1>

¹⁰⁸ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/sweden-population>

図表 49 スウェーデンの人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

スウェーデンの地方自治システムは、国、広域行政であるランスティング、基礎自治体であるコミューンの三層構造が基本となっている。社会保障制度においては、基礎自治体であるコミューンが介護と福祉、広域自治体であるランスティングが保健医療、国が年金を担当しており、それぞれの運営責任の分担が明確になっている。また、介護、福祉は社会サービス法 (Socialtjänstlagen)、保健医療は保健医療法 (Hälso-och sjukvårdslagen ; The Swedish Health and Medical Service Act : HSL) に基づくが、これらの法律は「枠組み法」と呼ばれ、サービスに関する詳細な規定はなく、どのようなサービスを、いくらで提供するか等の具体的な内容についてはコミューンに任されている¹⁰⁹。

¹⁰⁹ 2012 海外社会保障研究 スウェーデンの社会保障制度における国と地方の関係
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19723806.pdf>

1-2 医療保険制度

図表 50 スウェーデンの医療保障制度概要

方式	税方式	
適用対象	全国民を対象（加入率 100%）	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	上限額の範囲内でランスティングごとに決定 外来：100～150 クローナ/回 入院：40～80 クローナ/日	
患者負担上限	外来：900 クローナ/年 入院：80 クローナ/日 薬剤費：1,800 クローナ/年	
現金給付	—	
費用負担	被用者等	—
	使用者等	—
	国庫	租税が主な財源

出典) 各種公開情報より NRI 作成

スウェーデンの医療保障制度について、The Commonwealth Fund¹¹⁰及び HealthManagement.org¹¹¹がまとめている内容をもとに以下に記載する。

スウェーデンにおける医療保障制度は、税方式による公営サービスが中心となっており、スウェーデン居住者を対象とした皆保険制度となっている。基本的には、全国に 20 あるランスティングが医療保険サービスを担っており、ランスティングが医療施設を設置・運営するほか、費用もランスティングの租税（主として住民所得税）及び一部患者負担によってまかなわれる仕組みとなっている。

患者負担の水準は、「保健医療法」において設定された全国的な上限額の範囲内で、各ランスティングが設定するのが原則である。

具体的には、外来の場合は、通院 1 回あたりの金額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先等に応じて決められている。入院の場合は、1 日あたりの金額が設定されている。2006 年においては、プライマリケア（家庭医等による初期診断）の外来の場合、1 回当たり 100～150 クローナとなっている。法律による患者の自己負担額の上限は、全国一律 1 年間 900 クローナであり、各ランスティングはこれより低い額を定めることもできる。多くのランスティングでは 20 歳未満の子どもについては無料としている。患者負担分については、基本的に診療・治療前に支払いを行う前払い形式となっているが、患者の希望がある場合は、診療・治療後の支払いも可能となっている。保険適用分の費用については、各ランスティングから医療機関へ直接返還される形式となっている。

薬剤については、社会保険制度による給付として全国一律の自己負担額が設定されており、1 年間で

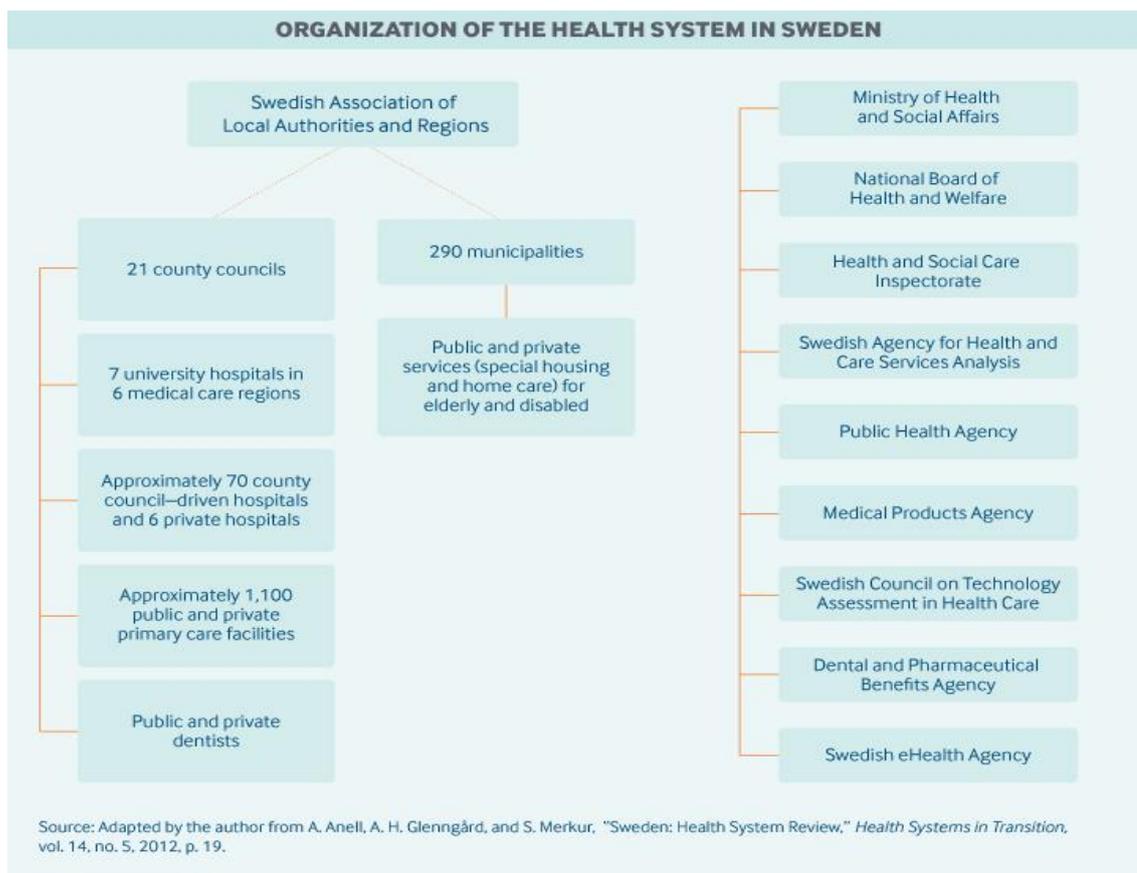
¹¹⁰ The Commonwealth Fund International Health Care System Profiles SWEDEN
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>

¹¹¹ HealthManagement.org Swedish Healthcare: Overview of the Health System
<https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/swedish-healthcare-overview-of-the-health-system>

1,800 クローナが上限となっている。

スウェーデンの医療提供は、公営サービスが中心であり、医療機関ごとに役割分担が明確になっている。特に高度先進的な医療を提供する圏域病院が全国6つの保健医療圏に計9つある。またランスタングごとに当該地域全体をカバーする病院と、ランスタング内を複数に分けた地区をそれぞれカバーする地区病院がある。さらにプライマリケアを担当する保健医療センターがある。

図表 51 スウェーデンにおけるヘルスケアシステムの構造



出典) The Commonwealth Fund International Health Care System Profiles SWEDEN

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) が発行するレポート「A POLICY AUDIT ON FERTILITY」¹¹²によると、スウェーデンにおける 2012 年の治療周期数は、新鮮胚による治療が 11,132 周期、凍結胚による治療が 5,809 周期となっている。また、Q-IVF (National Quality Registry for Assisted Reproduction) の 2020 年版年次報告書¹¹³によると、2018 年に行われた治療周期数は、新鮮胚による周期数と凍結胚による周期数をあわせた 18,102 周期と報告されている。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

前述の「A POLICY AUDIT ON FERTILITY」によれば、スウェーデンでは、ジェネリックインテグリティ法 (Generic Integrity Act (2006:351)) が、医療目的で使用されるバイオテクノロジーに関する法的枠組みとなっており、不妊治療も同法によって規定されている。同法の具体的な適用対象には、出生前の遺伝子検査や卵子を使用した研究、体外受精などが含まれている。

また、スウェーデンでは、Q-IVF (National Quality Registry for Assisted Reproduction) と称される不妊治療に関する情報開示システムが整備されている。Q-IVF は、スウェーデンの全ての体外受精提供施設によって共同運営される情報登録システムであり、2007 年から運営が開始されている。Q-IVF は個人が運営する診療所も含め、スウェーデン国内において体外受精を提供する全ての医療施設が登録しているという点が特徴的である。データの登録は従来、年に一度、体外受精施設から Q-IVF へ報告することで行っていたが、2020 年からオンライン上で治療施設のデータが定期的に Q-IVF へ転送されるようになってきている¹¹⁴。

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

前述の ESHRE が公開するレポート「Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies」¹¹⁵によれば、スウェーデンでは、国家全体としての不妊治療施設に関する認定制度は存在せず、スウェーデンで不妊治療施設を営業するために特別な認定等は不要となっている。しかしながら、品質の担保という点においては、スウェーデンの不妊治療施設の大半は欧州連合法における、2004/03/EC¹¹⁶の第 6 条に規定される認証¹¹⁷ (certification) を受けている。そのうち 2

¹¹² A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

¹¹³ Q-IVF Fertility Treatments in Sweden National report 2020

<https://www.medscinet.com/QIVF/uploads/hemsida/Fertility%20treatments%20in%20Sweden.%20National%20report%202020.pdf>

¹¹⁴ Q-IVF Fertility Treatments in Sweden National report 2020

<https://www.medscinet.com/QIVF/uploads/hemsida/Fertility%20treatments%20in%20Sweden.%20National%20report%202020.pdf>

¹¹⁵ Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies

<https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/Guidelines/MAR-report.pdf?la=en>

¹¹⁶ Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex:32004L0023>

¹¹⁷ 製品、プロセス、またはサービスが、特定の要件に適合することを、第三者が保証することを指す。

箇所の不妊治療施設については認定¹¹⁸ (accreditation) も受けており、他の EU 諸国と同程度の品質については担保されていると言える¹¹⁹。

なお、「A POLICY AUDIT ON FERTILITY」によれば、2015年時点で、スウェーデンにおいて不妊治療施設として、6箇所の公的医療機関と10箇所の民間医療機関が存在している¹²⁰。

2-4 実施可能な不妊治療

スウェーデンで実施可能な不妊治療としては、不妊検査や精液採取、人工授精、体外受精などが存在する。

■精子・卵子提供

LGBTQのための非営利団体であるRFSLがまとめたレポート¹²¹によると、スウェーデンでは、2003年から精子及び卵子の提供が許されているとされている。さらに、スウェーデンでは、精子提供を受けて生まれた子どもは、自らの遺伝的な起源について知る権利があるとされているほか、卵子提供を受けて生まれた子どもも同様に、同様の権利を与えられている。そのため、卵子提供者には、将来的に提供した卵子を用いた不妊治療により子どもが生まれた場合に、その子どもから連絡が来る可能性があるということが事前に通知される。

一方、「A POLICY AUDIT ON FERTILITY¹²²」の記載によれば、卵子提供を受けた夫婦は卵子提供者が誰であるか知る権利はなく、提供者も自身の卵子が誰に提供されたかを知る権利を持たないとされている。提供した精子及び卵子については、提供者の写真や生い立ち等のデータが70年間保存されることになっており、匿名による提供は許されていない。

■代理出産

スウェーデンにおいて、代理出産の取り決めがある場合に、医療関係者が不妊治療を提供することはジェネリックインテグリティ法 (Generic Integrity Act (2006:351))¹²³で違法とされている。

もっとも、違法とされているのは代理出産に係る不妊治療の提供行為のみであり、代理出産そのものは禁止されていないため、スウェーデンに居住するカップルがアメリカやインド等の商業的代理出産が許されている国で代理出産を実施することは禁じられていない。実際に、2014年までに少なくとも200人のスウェーデン人の子どもが、海外での代理出産で生まれたと推定されている¹²⁴。

¹¹⁸ 当該施設の活動が、特定の基準を満たすことを、権威ある機関が正式に承認することを指す。

¹¹⁹ 2009年時点。 <https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/Guidelines/MAR-report.pdf?la=en> P51

¹²⁰ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

¹²¹ RFSL Assisted reproduction at a clinic

<https://www.rfsl.se/en/organisation/familj/att-bli-och-vara-foralder/assisted-reproduction-clinic/>

¹²² A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

¹²³ Generic Integrity Act (2006:351)

<https://www.icj.org/wp-content/uploads/2013/05/Sweden-Genetic-Integrity-Act-2006-eng.pdf>

¹²⁴ Being questioned as parents: An interview study with Swedish commissioning parents using transnational surrogacy <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661818300170>

■死後生殖

ASRM がまとめる、「各国での死後生殖の実施有無」¹²⁵によれば、スウェーデンにおいて、死後生殖は、子どもの利益を損なうとして許されていない。

■独身女性及び同性愛者の不妊治療

スウェーデンでは、2005年からレズビアンカップルの不妊治療が許されている。さらにその後、2016年には、独身女性に対して不妊治療を受ける権利を与える法律を制定している。そのため、スウェーデンでは、異性愛者と同じく、レズビアンカップルや独身女性も精子提供を受けた上で不妊治療を受けることが可能となっている¹²⁶。

¹²⁵ <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2807%2900257-9>

¹²⁶ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

スウェーデンにおいては生殖補助医療にかかる経済的支援額のデータは公表されていない。

3-2 経済的支援の要件

スウェーデンにおいて、不妊治療は保険適用されており、その適用範囲はランスタイングの裁量に任されている。もっとも、全てのランスタイングがSALAR (the Swedish Association of Local Authorities and Regions¹²⁷) の勧告に従っているため、結果的にスウェーデン国内の保険適用範囲は統一される結果となっている¹²⁸。「A POLICY AUDIT ON FERTILITY¹²⁹」の記載によれば、SALARの勧告が保険適用とする範囲は、不妊治療を開始してから3ヶ月間の不妊検査、人工授精6周期、体外受精3周期及び胚等の凍結保存費用となっている。

特に、スウェーデンでは、凍結保存費用に関する保険適用が手厚く、受精卵、卵子及び卵巣/精巣組織の凍結保存が、がん治療前等の妊孕性温存を目的とした医学的な理由だけではなく、社会的な理由も保険適用となる。社会的理由としては、医学的な理由以外の理由で生殖能力を維持することが挙げられ、例えば、20代のうちに卵子を凍結しておくといったことも含まれる。また、保険適用で凍結保存した受精卵の保管期間は5年となっている¹³⁰。

なお、不妊治療が保険適用可能となるのは公的医療機関においてのみであり、民間の医療機関の治療費用は基本的に患者の自己負担となる。地域によって異なっているが、民間の医療機関での治療の場合は、医薬品代のみが償還されることが一般的となっている。

図表 52 スウェーデンの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査、	人工授精	体外受精、
社会保険適用	100%	100%	100%

出典) 各種公開情報より NRI 作成

図表 53 スウェーデンにおける保険適用条件

年齢	女性：40歳未満 男性：56歳未満
回数	人工授精：6周期 体外受精：3周期
その他条件	女性のBMIが35kg/m ² 未満

出典) 各種公開情報より NRI 作成

¹²⁷ スウェーデン地方自治協会。雇用者団体であり、スウェーデンの地方自治体を代表し、養護する組織。スウェーデンの全ての自治体と地域はSALARのメンバーとなっている。

¹²⁸ Hope(European Hospital and Healthcare Federation)

https://hope.be/essential_grid/sweden/

¹²⁹ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

¹³⁰ IFFS Surveillance 2013 https://cdn.ymaws.com/iffs.site-ym.com/resource/resmgr/iffs_surveillance_09-19-13.pdf

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

「A POLICY AUDIT ON FERTILITY¹³¹」によれば、スウェーデンにおける不妊治療に関する課題としては、不妊治療へのアクセスの地域差や不妊治療を受けるための待機期間が長いこと、年齢制限が厳しいこと、治療にあたってのカウンセリングが無いこと、などがあげられている。特に、スウェーデンの不妊患者団体によると、スウェーデンの不妊治療は、質は高いものの心理カウンセリングによるサポートが欠けているとされている。

また、匿名で精子の寄付ができないことにより、精子提供数の不足という問題も生じている¹³²。スウェーデンの法律では、精子提供を受けて生まれた子どもは18歳になった後、生物学上の父親の身元を探ることが可能になっており、そのことが精子提供者不足の理由の一つとなっている。

¹³¹ A POLICY AUDIT ON FERTILITY <http://www.fertilityeurope.eu/our-projects/policy-audit/>

¹³² <https://www.thelocal.se/20090723/20872/>

第7章

アメリカ

(ニューヨーク州・カリフォルニア州)

1. 国家概要

アメリカについては国家的に統一された医療制度となっておらず、各州政府によって不妊治療に対する経済的支援のあり方が大きく異なっている。本調査では、アメリカ内の主要な都市である、ニューヨーク州とカリフォルニア州に着目をして情報収集を実施した。まずアメリカ国内で共通の情報を記載し、その後各州ごとの実態について記載をする。

1-1 国家概要

図表 54 アメリカの基本情報

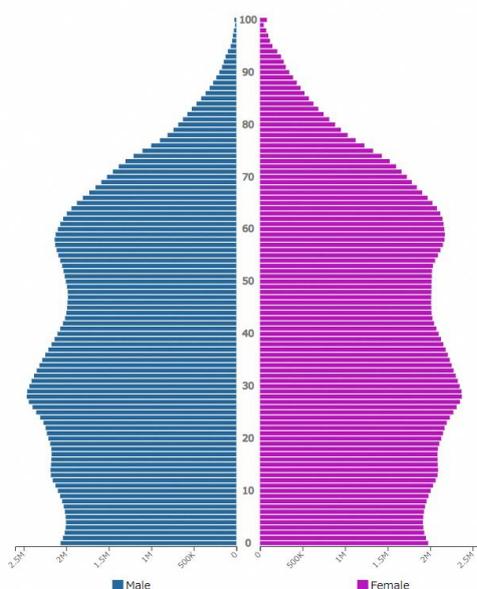
正式名称	アメリカ合衆国
面積	962.8万6平方キロメートル
総人口	3億3,006万人(2021年1月、米国国勢調査局)
合計特殊出生率	1.77(2018年)
名目GDP	21.4兆億ドル
宗教	主にキリスト教

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 人口構造

World Population Review¹³³によればアメリカ合衆国(以下「アメリカ」という。)は、人口3億3千万人であり、中国、インドに次いで世界第3位の人口となっている。しかしながら近年人口の増加率は徐々に低下をしてきており、合計特殊出生率の低下が課題となっている。2007年には2.12であったが、2018年には1.77と大きく減少している。

図表 55 アメリカの人口ピラミッド(2021年)

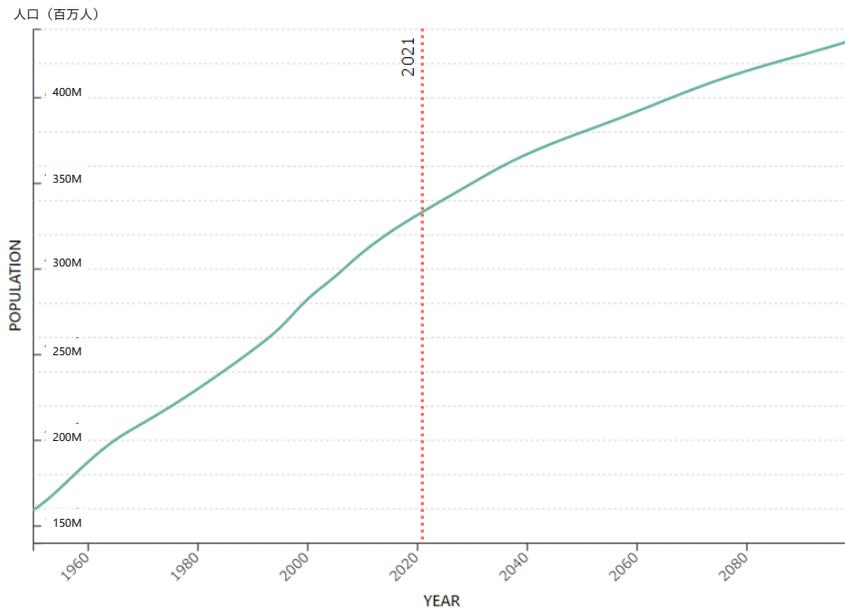


出典) World Population Review

¹³³ World Population Review

<https://worldpopulationreview.com/countries/united-states-population>

図表 56 アメリカの人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

アメリカの政府は、合衆国憲法に根拠規定をおき、それぞれ主権を持つ連邦政府と州政府によって成り立っている。現在は 50 の州が存在している。各州は独自の憲法、公選職員、政府組織をもっている。従って医療制度も州によって大きく異なっている。

1-2 医療保険制度^{134,135}

米国においては、日本とは異なり、国民皆保険制度は採用されておらず、主に、65 歳以上の高齢者、障害者を対象としたメディケア (Medicare) 及び貧困者を対象としたメディケイド (Medicaid) の公的医療保険と、任意加入の民間医療保険からなる。そのため、民間の医療保険会社の存在感が日本と比べ大きい。米国は保険未加入者が多いため、オバマ政権時代の 2010 年に、全国民に医療保険加入を義務付ける医療保険制度改革法 Affordable Care Act (通称オバマケア)¹³⁶が制定された。その結果、米国の無保険者は減少したが、新たな保険加入者の増加が影響し、医療費とそれに伴う保険料が増加傾向となった。2014 年の医療費は前年比 5.3% 増の 3 兆ドル超と、4 年ぶりに増加ペースとなった。また 2010 年から 2015 年までの 5 年間で物価全体が 10% 上昇、賃金が 9% 上昇に留まる中、医療保険料は 27% も上昇している¹³⁷。トランプ大統領は見直しを公約していたが、現状では代替案への合意が進んでいない状況である。

¹³⁴ 2013 加藤・西田 世界の医療保障 (法律文化社)

¹³⁵ 2019 健康保険組合連合会 図表で見る医療保障 (ぎょうせい)

¹³⁶ <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>

¹³⁷ 財政依存度が高まる米国医療保険制度

https://www.dir.co.jp/report/research/economics/usa/20161101_011369.pdf

米国では医療制度改革は継続して行われており、2015年にはMedicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015(MACRA)が成立し、メディケアに関する償還方式の改定(Quality Payment Program(QPP)という、メディケアを対象に、提供されたケアの質に応じて保険償還するプログラムを導入した)及び無保険となっている低所得層の児童を対象とするChildren's Health Insurance Program (CHIP)の延長・改定が実施されている。

以上を含め、米国の医療制度概要については以下の通りである。

図表 57 アメリカの医療保障制度

制度の種類	主に、65歳以上高齢者、障害者を対象としたmedicare、貧困者を対象としたMedicaidの公的医療保険と民間医療保険からなる
保険の種類 及び 適用対象	公的医療保険制度 <ul style="list-style-type: none"> ・ Medicare (社会保険方式) : 65歳以上高齢者、障害者 ・ Medicare (税方式) : 貧困層 民間医療保険 : 上記を含む全ての人 (但し、保険未加入者は2018年時点で2,750万人と見積もられている)
給付方法 及び 給付率	給付方法 <ul style="list-style-type: none"> ・ Medicare : 医療現物給付 (一部償還制) 傷病手当金等現金給付 (一部の州) ・ Medicaid : 現物給付 給付率 <ul style="list-style-type: none"> ・ Medicare、Medicaidのそれぞれで詳細に設定されている ・ Medicaidにおいて、連邦政府負担額が総報酬に占める割合は、各州の平均で59.8%である (2014年度)
サービス提供主体	病院 AHA (The American Hospital Association) によると、全米で6,146病院 (2018年度調査)、うち連邦立が209病院である。
診療報酬体系	病院 : DRG/PPS方式 (疾患別定額払い制) 診療所 : 出来高払い制 (診療報酬点数表に基づいて支払う)

出典) 各種公開情報より NRI 作成

1-3 不妊治療の実施実態

アメリカでは Fertility Clinic Success Rate and Certification Act¹³⁸に基づき、国内の不妊治療クリニックで行われたすべての ART 実施件数が CDC (Centers for Disease Control and Prevention) に報告されている。また、National ART Surveillance System (NASS)¹³⁹という、国内で治療が開始されたすべての ART 実施件数に関する情報を収集するウェブベースの報告システムがあり CDC の生殖医療部門が運用をしている。

ヨーロッパの多くの国とは異なり、アメリカの法律では、医療機関が体外受精を行うために政府あるいは業界団体等が発行するライセンスを取得することや、ケアの基準を統一することは義務付けられていない。また、特定不妊治療に関して発生する問題や倫理的なジレンマなどについて責任を負う明確な機関も存在していない¹⁴⁰。

しかし、国内のいくつかの団体が医療機関に対してガイドラインを提供しており、最もよく知られているのは American Society of Reproductive Medicine (ASRM) である。ASRM は不妊治療クリニックを対象とした自主的な認定プログラムを提供しており、将来的な規制の仕組みを構築する際の基盤となっている。生殖補助医療学会 (SART) は、ASRM と共同で、移植胚数についてのガイドラインを発表している¹⁴¹。

¹³⁸ CDC Fertility Clinic Success Rate and Certification Act <https://www.cdc.gov/art/nass/policy.html>

¹³⁹ CDC National ART Surveillance <https://www.cdc.gov/art/nass/index.html>

¹⁴⁰ EggDonationFriends IVF Egg donation law and legislation in USA
<https://www.eggdonationfriends.com/country-month-usa/rules-regulations-usa/>

¹⁴¹ ASRM Minimum standards for practices offering assisted reproductive
https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/practice-guidelines/for-non-members/revised_minimum_standards_for_practices_offering_art.pdf

2. ニューヨーク州における不妊治療及び経済的支援の実態

2-1 ニューヨーク州の概要

ニューヨーク州は人口約1,900万人（うち、州都であるニューヨーク市で840万人）、ニューヨーク州に住む人口の年齢の中央値は38.2歳であり、女性と男性の比率は、女性51.5%、男性48.5%となっている¹⁴²。

経済面では、2019年のニューヨークの一人当たりの個人所得は71,717米ドルで、2018年の68,657米ドルから増加をしており、経済も成長していると言える¹⁴³。

また、ニューヨーク州では多くの宗教が信仰されている。住民の70%はキリスト教徒で、主な信者はローマ・カトリックが39%、バプティストが7%、メソジストが6%、ペンテコステが2%である。その他の主な宗教としては、ユダヤ教（9%）、イスラム教（6%）、仏教（1%）などがあるが、17%は無宗教となっている¹⁴⁴。

2-2 ニューヨーク州の医療制度

前述の通り、米国においては被用者が勤務先の団体医療保険に加入することが一般的であるが、ニューヨーク州においても、統一された医療制度がなく、国民皆保険制度もない。ニューヨークにおける医療制度は公営と民間、営利と非営利の保険会社と医療提供者が混在しているため、ハイブリッドシステムと表現するのが最も適切である¹⁴⁵。

2-3 ニューヨーク州における不妊治療の経済的支援

ニューヨークにおける不妊治療に対する経済的支援は、メディケイド（連邦政府及び州政府が運営する医療費補助プログラム）、民間保険（ほとんどが雇用者ベース）、又は州の不妊治療助成プログラムによってカバーされている。

メディケイド¹⁴⁶

メディケイドでの不妊治療に対する支援の受給資格を得るためには、FPL（Federal Poverty Levels：連邦貧困基準）の138%以下の収入若しくは138%以上223%以下の収入で妊娠中や子どもがいる等の収入制限を満たすことが必要である。メディケイドの定める不妊の条件とは、21歳から34歳までの人は12ヶ月間、35歳から44歳までの人は6ヶ月間、定期的に性交渉を行っても、臨床的な妊娠が成立しないこと、とされている¹⁴⁷。メディケイドでは、不妊症の診察、診断（HSG、骨盤内超音波検査、ラボテスト）、

¹⁴² World Population Review <https://worldpopulationreview.com/states/new-york-population>

¹⁴³ <https://www.statista.com/statistics/304883/new-york-real-gdp-by-industry/>

¹⁴⁴ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/states/new-york-population>

¹⁴⁵ <https://www.dpeafclio.org/factsheets/the-us-health-care-system-an-international-perspective>

¹⁴⁶ Coverage and Use of Fertility Services in the U.S.

<https://www.kff.org/report-section/coverage-and-use-of-fertility-services-in-the-u-s-appendix-2-medicaid/>

¹⁴⁷ New York 州 web サイト

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/update/2019/2019-06.htm#ovulation

排卵誘発剤（プロモクリプチン、クエン酸クロミフェン、レトロゾール、タモキシフェン等）がカバーされている。また、受給は生涯で3周期までとなっている。現在、人工授精、体外受精、凍結保存などをカバーしているメディケイドプログラムは米国では存在していない状態である。

ニューヨーク州政府による助成プログラム¹⁴⁸

上記のような現状から、ニューヨーク州政府は、不妊治療サービス、治療、処置へのアクセスを改善するための助成プログラムを実施している（NYS Infertility Demonstration Program）。

助成を受ける条件は、申請者が21歳から44歳までのニューヨーク州在住者で、2019年の総世帯収入が20万ドル以下、かつ商業保険会社の保険に加入していることが条件となっている（メディケアやメディケイドは対象外）。卵管疾患や重度の男性因子不妊が認められない限り、人工授精の有無にかかわらず4周期の排卵誘発まで経済援助がされる。体外受精が3周期以上失敗している場合は、助成金を受けることができず、また、卵胞刺激ホルモン（FSH）が高い方や、妊娠を禁忌とする医学的疾患がある方も対象外となる。この助成金プログラムは、薬剤、顕微受精など、体外受精に関連する一般的な治療のほとんどをカバーしており、精巣内精子採取術（TESE）に対する補助金も含まれている。

一方で助成の対象とならないのが、ドナー卵子提供、卵子凍結、精子保存、排卵誘発、人工授精、一般婦人科診療、着床前遺伝子診断、手術、顕微授精による精巣上体精子吸引術（MESA）、経皮的精巣上体精子吸引術（PESA）などとなっている。

助成される費用は、世帯収入によって変動しており、治療費の2.5%～97.5%と幅広く設定をされている。また、助成を受けるための申請は、この助成プログラムに参加をしているクリニックを通じて行う必要がある。従って、州内でこの助成プログラムに参加をしているクリニックでしか助成は受けられないこととなっている。

民間保険会社による経済的支援

2020年1月1日より、ニューヨーク州では、すべての大規模保険会社に対し、不妊症と医学的に診断された患者の体外受精を最大3周期まで保険でカバーすることを義務付けている¹⁴⁹。また、義務化を行うに当たっては、がんを罹患した場合や、子宮内膜症の手術が必要となる場合など、医療上必要な目的での卵子・精子の凍結について保険会社がカバーすることも必要となっている。不妊症の定義としては「12ヶ月間避妊を行わずに定期的な性交渉を行っても、妊娠に至らなかった場合」となっているため、同性カップルは対象外となっている。なお、保険での償還率は各民間保険会社がプロバイダーや病院と独自に交渉をして設定されている¹⁵⁰。

¹⁴⁸ New York State Infertility Grant Program

<https://nyulangone.org/locations/fertility-center/fertility-center-financial-information-patient-forms/new-york-state-infertility-grant-program>

¹⁴⁹ Coverage and Use of Fertility Services in the U.S.

<https://www.kff.org/report-section/coverage-and-use-of-fertility-services-in-the-u-s-appendix-1-private-insurance/>

¹⁵⁰ Justworks What You Need to Know About New York State's New IVF Mandate

<https://justworks.com/blog/what-to-know-about-New-Yorks-IVF-Mandate#section-2>

3. カリフォルニア州における不妊治療及び経済的支援の実態

3-1 カリフォルニア州の概要

カリフォルニア州は人口約 3,951 万人。州都はサクラメントであるが、最も大きな都市はロサンゼルスであり、人口は約 380 万人である。ロサンゼルス以外にもサンディエゴ（人口約 130 万人）、サンノゼ（人口約 95 万人）、サンフランシスコ（人口約 80 万人）といった大都市が存在している。カリフォルニア州の年齢の中央値は 36 歳であり、女性と男性の比率は女性 50.3%、男性 49.6%となっている¹⁵¹。

経済面では、カリフォルニア州の実質 GDP は、米国の全州の中で最も高い水準であり。カリフォルニア 2018 年から 2019 年にかけて 2.6%増加をしている。2019 年の実質 GDP は 12.4 兆ドルであり、これはアメリカ全体の GDP の約 15%を占めている¹⁵²。

宗教としては、カリフォルニア人の 63%がキリスト教であり、9%が非キリスト教の信仰となっている。27%が無宗教である¹⁵³。

3-2 カリフォルニア州の医療制度

カリフォルニア州においてもニューヨーク州と同様に、統一された医療制度は存在していない。

3-3 カリフォルニア州における不妊治療の経済的支援

カリフォルニア州においては、不妊症の診断及び治療についてはメディケイドではカバーされていない¹⁵⁴。また不妊治療・診断に対する州の助成金・補助金制度もない。したがって、不妊治療を受ける際の経済的支援として存在しているのは、民間の保険会社によるサービスと、慈善団体からの支援となっている¹⁵⁵。カリフォルニア州政府は、民間の医療保険会社に対して、不妊治療をカバーする保険商品を少なくとも 1つ提供することを義務付けているが、雇用主がそのプランを選択する義務はないため、全く経済的支援が受けられないというケースも存在している¹⁵⁶。

¹⁵¹ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/states/california-population>

¹⁵² Bureau of Economic Analysis <https://www.bea.gov/system/files/2020-04/qgdpstate0420.pdf>

¹⁵³ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/states/california-population>

¹⁵⁴ Coverage and Use of Fertility Services in the U.S.

<https://www.kff.org/report-section/coverage-and-use-of-fertility-services-in-the-u-s-appendix-2-medicaid/>

¹⁵⁵ <https://cofertility.com/research/find-a-grant/fertility-grants-california/>

¹⁵⁶ Coverage and Use of Fertility Services in the U.S.

<https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/coverage-and-use-of-fertility-services-in-the-u-s/>

カリフォルニア州については公的な経済的支援制度が存在していないため、代表的な民間保険事業者が提供しているサービスについて紹介をする。

【企業1：United Healthcare（ユナイテッドヘルスケア社）】

◆サービス名1：FAMILY PLANNING: INFERTILITY SERVICES¹⁵⁷

● 提供されている地域

カリフォルニア州

● カバーしている治療範囲

以下を除く生殖補助医療がカバーされている。

受精卵の凍結保存、ドナー卵子、ドナー精子、代理出産、卵子保存又は卵子バンクの料金、精子保存又は精子バンクの料金。

● 保険償還のための条件

- ・ 契約者の雇用主が加入する保険への補足給付として設定をした場合にのみ利用可能となる。（いわゆるオプション商品）
- ・ 44歳未満の女性
- ・ 35歳未満の場合は1年間、35歳以上の場合は半年間避妊をせずに性交渉を定期的に行なったものの妊娠に至らなかった者。あるいは、人工授精を行ったが妊娠に至らなかった者。
- ・ 過去に実施をした不妊手術によって不妊症となっている場合には認められない。
- ・ ユナイテッドヘルスケアの会員ではない代理母が受けた医療又は病院サービスは不適。

¹⁵⁷ <https://www.uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/policies/signaturevalue-bip/family-planning-infertility-ca.pdf>

【企業2 : Blue cross blue shield (ブルークロスシールド社)】

◆サービス名 : Additional infertility treatment benefits¹⁵⁸

- 提供されている地域
カリフォルニア州
- カバーしている治療範囲
自然人工受精 : 6回まで
刺激型人工授精 : 3回まで
配偶子卵管内移植 : 1回まで
精子、卵子、胚の凍結保存 (提供された配偶子や胚を含む。また、妊孕性温存のために実施された場合も含む。)
が含まれるが、体外受精・顕微授精などについては保険の対象外である。
- 保険償還のための条件
 - ・ この商品は同社の既存商品にオプション項目として追加をする事で利用ができることになっている。(詳細な給付条件は不明)

【企業3 : Cigna (シグナ社)】

◆サービス名 : Infertility Services (Medical Coverage Policy)¹⁵⁹

- 提供されている地域
アメリカ全土
- カバーしている治療範囲
主に以下のカテゴリが対象範囲となっている
 - ・ 不妊症の原因を確立するための検査
 - ・ 選択的単一胚移植 (eSET)、体外受精-胚移植 (IVF-ET) 及び関連サービス、
 - ・ 男性不妊治療サービス (顕微精巣上体精子吸引術 (MESA)、経皮的精巣上体精子吸引術 (PESA)、精巣微細針吸引 (TEFNA)、精巣内精子摘出術 (TESE)、など)
 - ・ 各種凍結保存のサービス
- 保険償還のための条件
以下の条件を満たした場合に、不妊症であると定義され、保険償還の対象となる。
 - ・ 異性のパートナーと1年間、避妊をせずに性交渉を行っても妊娠に至らない場合。(女性が35歳以上の場合には、半年)
 - ・ 1年間で6周期の人工授精を実施したものの妊娠に至らない場合。(女性が35歳以上の場合には、1年間で3周期)

¹⁵⁸

https://www.blueshieldca.com/bzca/bsc/public/broker/PortalComponents/StreamDocumentServlet?fileName=A17276_1-18.pdf

¹⁵⁹

https://static.cigna.com/assets/chcp/pdf/coveragePolicies/medical/mm_0089_coveragepositioncriteria_infertility_diagnostic_and_treatment_services.pdf

第8章

カナダ

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 58 カナダの基本情報(2020年2月8時点)

正式名称	カナダ
面積	998.5万平方キロメートル
総人口	3,789万人(2020年1月)
合計特殊出生率	1.53
名目GDP	2兆8,290億米ドル
宗教	キリスト教(67.3%)、無宗教(23.9%)

出典) 各種公開情報より NRI 作成

■人口構造

カナダ統計局の推計では、カナダの人口は3,789万人(2020年1月)となっており、World Population Review¹⁶⁰によると人口増加率は0.9%、年齢の中央値は42.2歳となっている。カナダはG7諸国の中で最も人口成長率が高く、2070年までには5,000万人を超えると予測されている。

もともと、カナダの合計特殊出生率は1.53と、人口置換水準である2.1を下回っている。その一方、純移動率が6.375と世界で8番目に高く、人口増加にしめる移民の役割が大きいと言える。

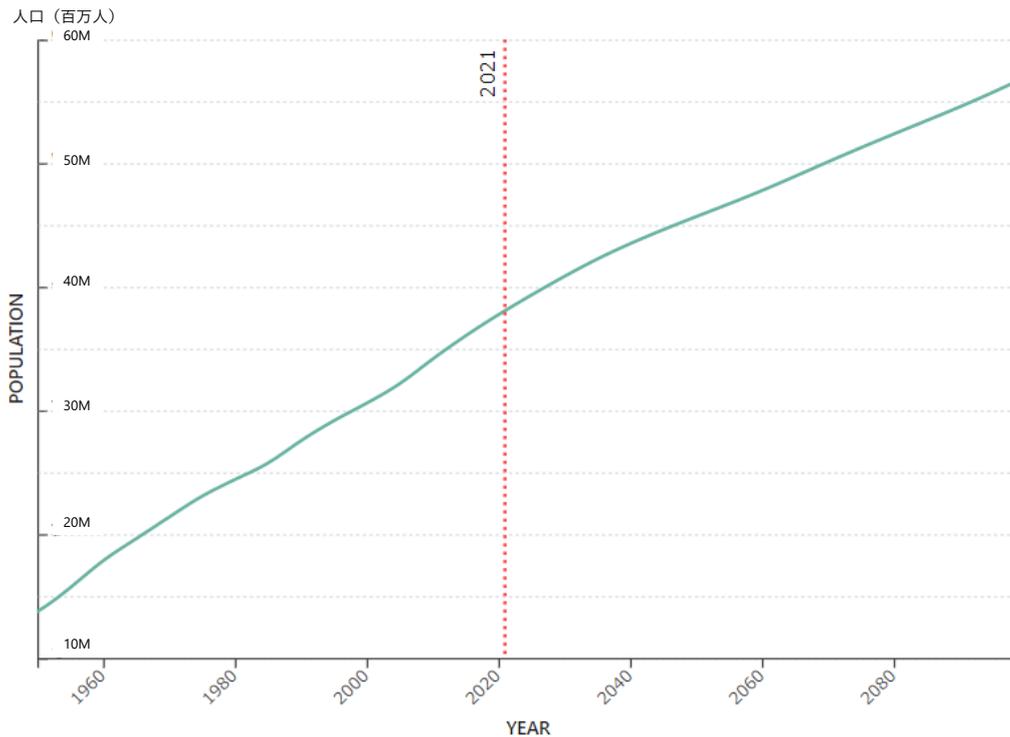
図表 59 カナダの人口ピラミッド(2020年)



出典) World Population Review

¹⁶⁰ <https://worldpopulationreview.com/countries/united-kingdom-population>

図表 60 カナダの人口推移(2021 年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

海外社会保障研究「カナダの連邦制度と社会保障」¹⁶¹及び厚生労働省「2018年海外情勢報告」¹⁶²に記載された内容からカナダの国家概要を記載する。

カナダは連邦国家となっており、政府の権力と責任が連邦政府と10の州政府の間で分担されている。連邦政府と州政府の権限配分は、1867年憲法（以下、この章において「憲法」という。）「第6章 立法権の配分」によって定められている。

連邦政府の機能は憲法91条に規定されており、具体的には、失業保険や郵便、国家防衛、外交、市民権などについて責任を負っている。

一方、州政府の権限は憲法92条に規定されており、直接税の賦課、病院・救護院・養育院・慈善施設、市町村制度、地方的な工事、財産権・私権、民刑事裁判、そして専ら地方的・私的性質を有する事項などが列挙されている。

¹⁶¹ 海外社会保障研究「カナダの連邦制度と社会保障」

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19723805.pdf>

¹⁶² 厚生労働省「2018年海外情勢報告」 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/>

1-2 医療保険制度

図表 61 カナダの医療保障制度概要

方式	税方式	
適用対象	全国民が対象（運営は州ごとに実施）	
公的医療保険の種類 （加入者）	メディケア 全国民（ただし、移民の場合は取得までに3ヶ月間を要する）	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	外来・入院：負担なし （歯科診療・処方薬剤（入院中は無料）・リハビリ治療などは全額個人負担）	
患者負担上限	自己負担額が年収の3%もしくは2,288カナダドルを超えた場合、 超過費用に対して15%の税額控除が行われる	
費用負担	被用者等	—
	使用者等	—
	国庫	租税

出典) 各種公開情報より NRI 作成

カナダの医療制度については、The Commonwealth Fund がまとめている内容によると、以下の通りである。

カナダでは、公的健康保険はメディケアと呼ばれている。メディケアは、カナダ全体を対象とする単一のシステムではなく、州・準州がそれぞれ独自に健康保険制度（Health Insurance Plan）を運用するシステムとなっている。メディケアの運営は全て租税で行われており、原則として、患者は保険料及び受診料の負担がなく、一切患者負担のない制度となっている。メディケアは国民皆保険制度となっており、国民であれば皆保険を取得できるが、移民の場合は、保険取得までに3ヶ月を要する等、一部保険を取得できない者もあり、その場合は医療費は有料となる。

また、外来や入院にかかる医療費については保険適用の対象となるが、歯科治療や薬剤の処方（入院中の薬剤処方は無料）、リハビリ治療等については保険適用外となり、全額自己負担となる。そのため、国民の約3分の2が民間保険に加入している。

医療サービスの提供体制は、英国のNHS(National Health Service、第4章参照)と類似した体制となっている。すなわち、GP(General Practitioner)による基本的な医療・保険サービスである一次医療(primary care)及びGPによる紹介を受けて受診する専門医や病院による医療・保険サービスの、分業体制となっている。

カナダの医療事情については、医療機関へのアクセスの悪さ及び待ち時間の長さが問題となっている。まず、GPの数が少なく、患者数を制限することも許されているため、GPの受診に1~2週間かかる場合がある。さらに、専門医については、GPの紹介がなければ受診できないシステムとなっており、医師数の少ない診療科（整形外科、皮膚科、産婦人科など）は、数ヶ月から1年の待機期間が生じている。

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポート¹⁶³によると、2011 年の不妊治療の実施件数は、新鮮胚による体外受精が 4,403 周期、新鮮胚による顕微受精が 10,497 周期となっており、新鮮胚による治療件数は計 14,900 周期となっている。

また、2001 年には 22 のクリニックで 7,884 周期の体外受精が行われていたが、2017 年には 36 のクリニックで 33,092 周期の体外受精が行われており、過去 5 年間だけで見ても 30%以上増加をしているなど、近年急速に不妊治療が普及している¹⁶⁴。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

カナダにおける不妊治療に関する法的枠組みは、2004 年に成立した AHR 法 (Assisted Human Reproduction Act)¹⁶⁵によって規定されている。AHR 法では、ヒトクローンの作成及び移殖禁止やヒトの胚¹⁶⁶を使用した研究の規制を行っている。また、体外受精などの不妊治療技術の利用や代理出産、配偶子の寄付等の不妊治療に関連するサービスそのものについては規制されていないが、一部の行為 (上記サービスに伴う金銭授受等) については、罰則を伴った規制が行われている。規制されている行為の例としては、精子提供、卵子提供及び代理出産に対する金銭の支払いや、18 歳未満の者からの精子・卵子提供などがあげられる。そして、AHR 法の実効性を担保するための監視機関として、バンクーバーに AHRC (Assisted Human Reproduction Canada) が設立されている¹⁶⁷。

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

カナダにおいて、不妊治療を行うための医療施設の全国的な認定基準は存在しない。なお、州ごとに不妊治療の提供を行う医療施設に対する基準を定めることも可能だが、多くの州は基準を設けていない。

基準を設けている州の例としては、ケベック州やアルバータ州などがあり、例えばケベック州では、生殖補助医療に関連する全ての医療行為及び研究活動に対して州法が適用されるため、不妊治療を提供するためには、州による認可及び検査が必要となる。

また、非営利団体である Accreditation Canada が不妊治療を行うための基準を設けており、準拠は完全任意だが、多くの民間不妊治療クリニックが同基準に準拠している¹⁶⁸。

¹⁶³ World Report: ART 2011

<https://secureservercdn.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/2011.pdf>

¹⁶⁴ How public funding has changed IVF in Ontario <https://healthydebate.ca/2019/02/topic/funded-ivf-ontario/>

¹⁶⁵ カナダ政府 web サイト

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/biologics-radiopharmaceuticals-genetic-therapies/legislation-guidelines/assisted-human-reproduction.html>

¹⁶⁶ AHR 法では受精から受精後 56 日目までの胚をヒト胚 (human embryo) として定義している。なお、57 日以降は胎児 (fetus) として定義される。

¹⁶⁷ CBC Assisted human reproduction and the law

<https://www.cbc.ca/news/health/assisted-human-reproduction-and-the-law-1.1144733>

¹⁶⁸ GlobalNews Oversight of fertility clinics still lacking across Canada

<https://globalnews.ca/news/3070555/oversight-of-fertility-clinics-still-lacking-across-canada/>

2-4 実施可能な不妊治療

カナダでは、AHR 法¹⁶⁹によって、人工受精や体外受精等の不妊治療に加えて、精子提供や卵子提供、代理出産、死後生殖なども実施することが可能となっている。また、独身女性や独身男性、女性同士、男性同士の同性カップルであっても、不妊治療が実施可能となっている。

■精子提供・卵子提供・代理出産

カナダにおいて、精子提供、卵子提供及び代理出産は実施可能となっているが、これらに対する金銭の支払いや 18 歳未満の者からの精子・卵子提供など、一部の行為については、AHR 法によって罰則を伴って禁じられている。

■死後生殖

AHR 法では、死後生殖のうち、死亡後に配偶子を使用することについては、提供者の書面による同意があれば可能となっている。また、胚をつくるために提供者が死亡した後に提供者の体内から配偶子を摘出することについても、書面による同意がされていた場合は可能となっている。

¹⁶⁹ カナダ政府 web サイト

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/biologics-radiopharmaceuticals-genetic-therapies/legislation-guidelines/assisted-human-reproduction.html>

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

カナダには10の州と3つの準州があるが、そのうち不妊治療に対する経済的支援を行っている州はオンタリオ州、マニトバ州、ケベック州、ニューブランズウィック州の4州のみである¹⁷⁰。

助成額についても、州ごとに予算が設定されている。例えば、オンタリオ州ではOFP (Ontario Fertility Program) によって経済的支援が行われているが、2015年度の予算は年間7,000万カナダドルとなっていた。OFPの資金は、患者数に応じて各不妊治療施設に割り当てられるが、患者に経済的支援を受ける資格があるかについては、不妊治療施設が判断を行うことになる。ただし、経済的支援を受けられる治療周期数は1つの医療機関で年間5,000周期までに限定されているため、年間5,000人以上の人が助成の申請を行った場合は、たとえ全ての人が助成条件を満たしていたとしても、一部の人しか助成を受けられないこととなる。なお、1周期あたりの治療費は10,000から20,000カナダドル程度となっている¹⁷¹。

3-2 経済的支援の要件

不妊治療に対する経済的支援の要件についても、州ごとに決めることができる。そのため、現在経済的支援を行っている4州の中でも、条件や助成額などは異なっている。

例えば、ニューブランズウィック州では、不妊治療特別支援基金によって、1周期回の治療のみ、治療費の50% (最大5,000カナダドル) の助成金が援助される¹⁷²。

ケベック州の居住者の場合は、RAMQ (Regie de l'assurance maladie du Quebec ; ケベック州健康保険) に加入することになるが、RAMQでは9周期目までの人工授精及びがん治療前に行う妊孕性温存のための治療 (排卵刺激、精子・卵子の採取及び最大5年間の凍結保存) について、保険適用を行っている¹⁷³。

また、オンタリオ州では、2015年までは不妊治療に対してOHIP (The Ontario Health Insurance Plan ; オンタリオ州健康保険) の適用を行っていたが、2015年度からは別の助成プログラムであるOFPの適用対象となっている¹⁷⁴。OFPは、人工授精については、Ontario Health Card (以下「カード」という。) を所持していれば、無条件で適用を認めている。一方、体外受精については、対象者に制限を設けており、対象者はカードを所持する43歳未満の女性及びカードを所持する独身若しくは同性とパートナー関係にある男性となっている¹⁷⁵。

¹⁷⁰ CBC No national plan for fertility treatment remains challenge for Canadians hoping to conceive
<https://www.cbc.ca/radio/outintheopen/inside-infertility-1.5411669/no-national-plan-for-fertility-treatment-remains-challenge-for-canadians-hoping-to-conceive-1.5411676>

¹⁷¹ How public funding has changed IVF in Ontario <https://healthydebate.ca/2019/02/topic/funded-ivf-ontario>

¹⁷² ニューブランズウィック州 web サイト

https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/services/services_renderer.201428.Infertility_Treatment_-_Special_Assistance_Fund.html#serviceDescription

¹⁷³ <https://www.fertilys.org/en/fees/government-assistance/ramq-coverage/>

¹⁷⁴ <https://www.ontario.ca/page/get-fertility-treatments>

¹⁷⁵ <https://www.olympiabenefits.com/blog/5-things-you-need-to-know-about-ivf-costs-in-canada>

図表 62 カナダの経済的支援の全体像

治療内容	不妊検査、精液採取 投薬/外科治療	人工授精 体外受精	体外受精
ケベック (社会保険適用)	0%	100%	0%
オンタリオ (助成)	0%	100%	100%

図表 63 ケベック州(RAMQ)の認定基準

治療内容	人工授精 がん治療の前に行う妊孕性温存のための治療
回数	9回(人工授精の場合)

図表 64 オンタリオ州(OFP)における IVF 助成要件

年齢	43歳未満(女性のみ)
回数	1回
その他	カードを所持していること

■独身女性及び同性愛者の不妊治療への経済助成

カナダでは、独身女性及び同性愛者への不妊治療は制限されていない。また、経済助成については州ごとの裁量とはなるものの、多くの州で制限されていない。

例えば、ケベック州では、男性の同性カップルが代理母を用いて体外受精を行った場合にも、RAMQによる保険適用を認めている¹⁷⁶。

¹⁷⁶ Montreal Fertility Center <https://www.montrealfertility.com/quebec-program-of-assisted-reproduction/>

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

都心部に不妊治療医療機関が集中しているため、郊外に住む人々は不妊治療のために都心部まで出向く必要があり、金銭的及び時間的な負担が大きくなる。その結果、少しでも成功率を高めるために不必要に高価な体外受精を選択する等の歪みが生じているという指摘もある¹⁷⁷。

¹⁷⁷ Paying to treat infertility: Coverage varies widely across Canada
<https://globalnews.ca/news/3059988/paying-to-treat-infertility-coverage-varies-widely-across-canada/>

第9章

オーストラリア

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 65 オーストラリアの基本情報(2021年2月8日時点)

正式名称	オーストラリア連邦
面積	769 万平方キロメートル
総人口	2,565 万人 (2020 年)
合計特殊出生率	1.8 人
名目 GDP	2 兆 8,290 億ドル
宗教	キリスト教 52%、無宗教 30%

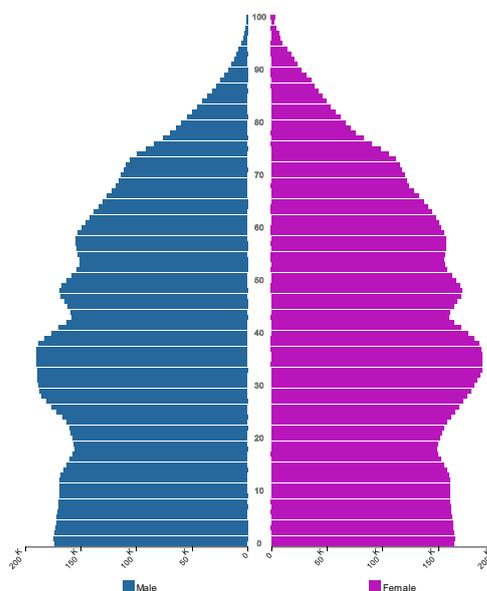
出典) 各種公開情報より NRI 作成

■ 人口構造

World Population Review が公開しているデータ¹⁷⁸によればオーストラリア連邦（以下「オーストラリア」という。）は、約 2,550 万人（2020 年）となっており、人口増加率は 1.18%、年齢の中央値は 38.7 歳となっているオーストラリアの人口は 21 世紀を通じて継続的に成長すると予想されており、2099 年には 4,268 万人に達すると予想されている。

もっとも、オーストラリアの合計特殊出生率は 1.8 人と、人口置換水準である 2.1 人を下回っているが、人口増加数は OECD 諸国の中で 5 番目に位置しており、人口増加の理由は移民の増加という面が大きい（2011 年時点で、人口の 30%以上がオーストラリア以外の国で出生）。

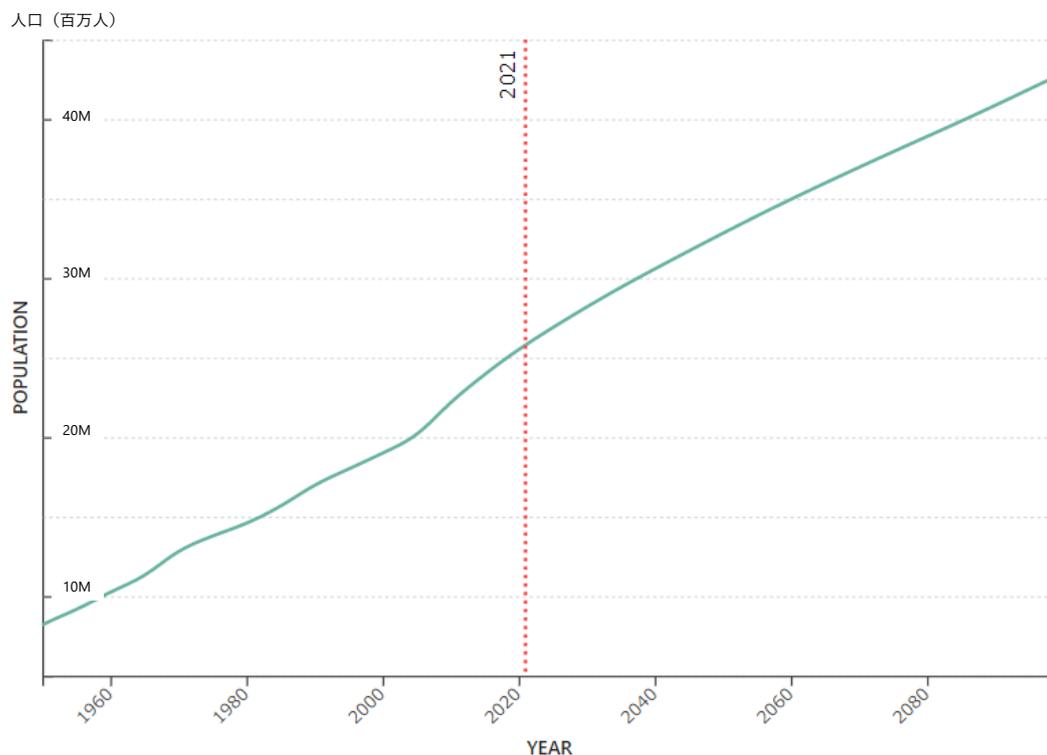
図表 66 オーストラリアの人口ピラミッド(2020 年)



出典) World Population Review

¹⁷⁸ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/australia-population>

図表 67 オーストラリアの人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

■ 国家と州の関係性

財務総合政策研究所が公開しているレポート¹⁷⁹から、以下にオーストラリアの地方自治の仕組みについて整理する。

オーストラリアの政府構造は、連邦、州（特別地域）及び地方自治体からなる三層構造である。そして、第一層の連邦政府は、植民地の自治権の一部を委譲されて成立したという背景から、連邦政府の権限は関税・消費税の課税や通貨の製造等、連邦憲法に記載されたものに限定されている。一方、第二層の州政府の権限は連邦憲法上「連邦政府の権限を除き、連邦成立前から有していた植民地政府の権限の全ては州政府が受け継ぐ」¹⁸⁰と規定されており、日本の都道府県に比べると強い権限を持っている。

なお、第三層の地方自治体は、各州の地方自治法により存立するが、その権限は日本の市町村と比べると非常に限られており、地方道路や上下水道など日常生活関連のインフラ整備と、ゴミ収集など生活環境関連のサービスが中心となっている。

¹⁷⁹ 財務総合政策研究所 オーストラリアにおける連邦・州・地方の役割分担

https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_04.pdf

¹⁸⁰ オーストラリア連邦憲法第 107 条

1-2 医療保険制度

図表 68 オーストラリアの医療保障制度概要

方式	税方式	
適用対象	全国民（全ての永住者及びオーストラリア市民権を有する者）を対象	
公的医療保険の種類 （加入者）	メディケア 全国民	
医療給付	償還払方式 （ただし、医療機関がみとめた場合は現物支給方式を選択）	
患者負担	外来・入院 GP：無料 公立病院（医師を指名しない場合）：無料 公立病院（医師を指名した場合）：外来 15%、入院 25% 私立病院、専門医：外来 15%、入院 25% ベッドや看護料等の病院費用：100% 薬剤：薬剤によって異なる（最大負担額は 39.5ASD（28USD））	
患者負担上限	—	
費用負担	被用者等	—
	使用者等	—
	国庫	租税が主な財源 （2005 年度財源構成：租税約 68.0%、患者負担：17.4%、民間保険 7.20%）

出典）各種情報より NRI 作成

The Commonwealth Fund¹⁸¹がまとめているオーストラリアの医療保障制度について以下に記載する。

オーストラリアの医療保障制度は税方式による国民皆保険制度を基本としており、プライマリケアシステムと GP が確立されているなど、第 4 章で述べたイギリスの制度と共通する枠組みを有している。医療保障制度の中核をなすメディケア制度は、国費による医療費の一定割合支給（メディケア給付）と公立病院にかかわる費用の全額公費負担が 2 本の柱となっている。

また、診療報酬表に上乗せした価格設定やサービス選択も認められており、いわゆる「混合診療」が行われ、民間保険が相応のプレゼンスを有している¹⁸²。

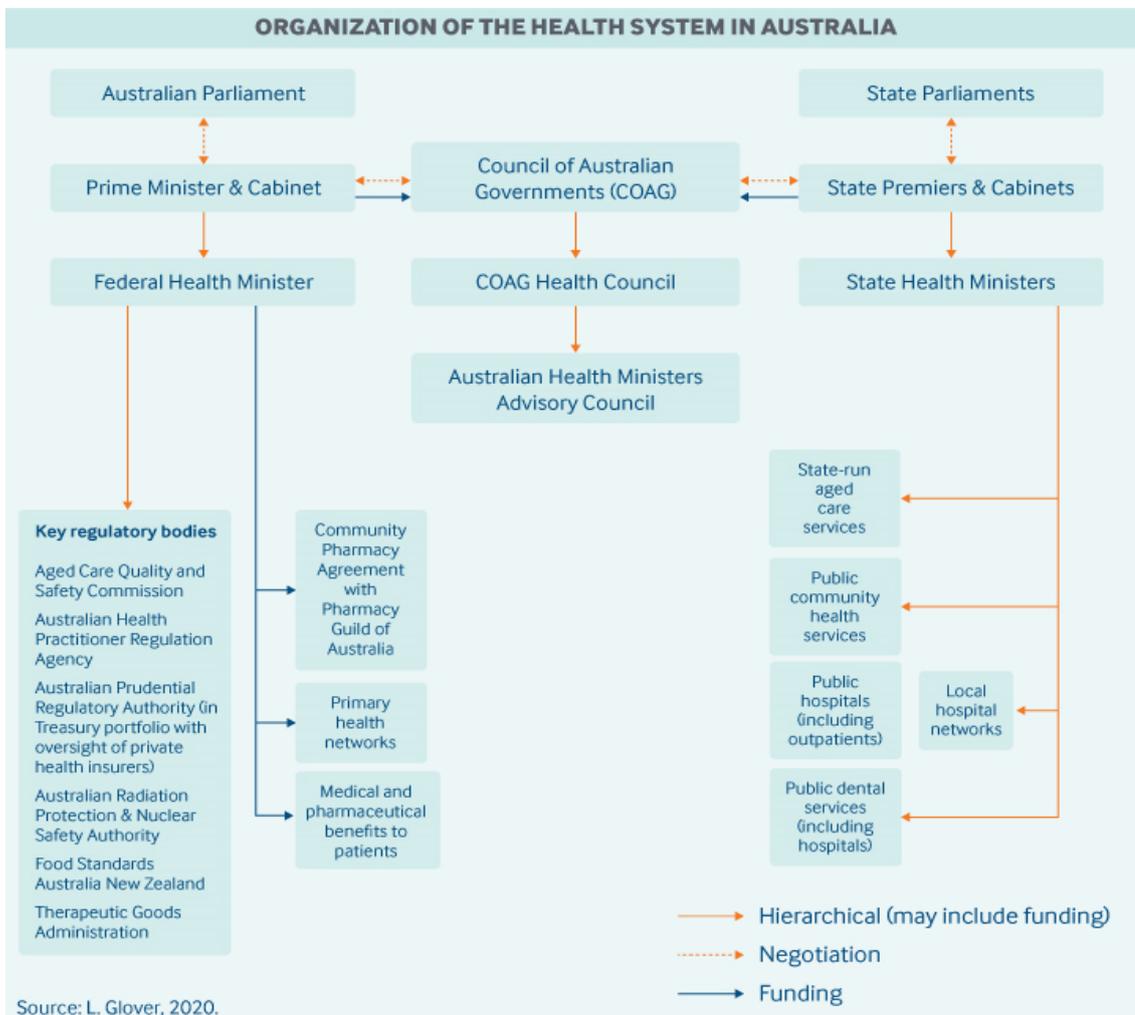
メディケアに加入できるのは、オーストラリア国民とオーストラリアに居住する永住権所有者のみに限定されており、ビジネス・留学・退職者ビザで長期在豪している人は対象ではない。また、メディケア制度運営に関わる費用は、メディケア税（Medicare Levy）と一般財源によって賄われており、運営主体は連邦政府となっている。

¹⁸¹ The Commonwealth Fund International Health Care System Profiles Australia
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia>

¹⁸² ニッセイ基礎研究所 オーストラリアの医療保障制度について
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/38393_ext_18_0.pdf?site=nli

医療施設としては、GP がいる診療所のほかに、救急対応をメインとする病院、慢性期の患者のケアを行うナーシングホームなどが存在する。医師はGP と専門医に大別され、患者はGP を自由に選択できる。GP と専門医とで診療行為の制限はないが、診療報酬の上で住み分けができるような工夫が行われている¹⁸³。

図表 69 オーストラリアの医療保障制度の仕組み



出典) The Commonwealth Fund International Health Care System Profiles Australia

¹⁸³ JASIC オーストラリアの医療ガイド
<http://jasic.org.au/site/wp-content/uploads/JASIC-GUIDE-2017.pdf>

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポート¹⁸⁴によると、2011 年の新鮮胚による治療件数は 33,424 周期となっている。

ビクトリア州で 2008 年生殖補助医療法 (Assisted Reproductive Treatment Act 2008) によって設立された VARTA (生殖補助医療機関; Victorian Assisted Reproductive Treatment Authority) という機関があり、ART 治療を提供する施設の認定や精子・卵子提供の管理などを行っているが、治療成績に関する情報公開も行っている。VARTA のレポート¹⁸⁵によると、ビクトリア州では 2008 年度には 17,687 周期だった治療周期が 2016 年度には 22,963 周期となっており、9 年間で治療周期数が約 30%増加している。また、治療を受けた患者数も 2008 年度には 9,262 人、2016 年度には 12,495 人と約 35%増加している。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

オーストラリアでは、国全体の ART 治療を規制する国内法は存在しないが、1975 年家族法 (the Family Law Act 1975: ドナーの手続きや代理出産で生まれた子どもの親子関係について規定) や 1984 年性差別法 (The Sex Discrimination Act 1984: サービス提供における性差別などについて規定) 等、生殖補助医療に関連する法律は一部存在している。

ART 治療に関する法律は州又は準州ごとに個別で立法することが可能となっており、ART 治療に関する立法を行っている州はビクトリア州 (1995 年不妊治療法)、南オーストラリア州 (1988 年生殖技術法)、西オーストラリア州 (1991 年人間の生殖技術法) の 3 州のみである¹⁸⁶。もっとも、国として ART 治療そのものを規制する法律は存在しないが、ガイドラインを通じて ART 治療を提供する施設について間接的な規制をしているため、ART 治療提供に関する法的な規制が州及び準州に完全に委ねられているわけではない。

オーストラリアにおいて ART 治療を提供するためには、FSA (the Fertility Society of Australia) の RTAC (Reproductive Technology Accreditation Committee) による認定が必要となっている。そして、RTAC の認定基準は、NHMRC (National Health and Medical Research Council) によって作成された生殖補助医療に関する倫理ガイドライン 2004 と一致している。NHMRC は 5 年ごとにガイドラインをレビューする権限を与えられており (NHMRC にはガイドラインの遵守について監督する権限は与えられていない)、この権限は国の NHMRC 法に基づいている。つまり、間接的ではあるものの、国は生殖補助医療に関するガイドラインのレビュー権限の付与を通じて、ART 治療について規制していると言える¹⁸⁷。

¹⁸⁴ World Report: ART 2011

<https://securerusercontent.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/2011.pdf>

¹⁸⁵ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁸⁶ Health Law Central <https://www.healthlawcentral.com/assistedreproduction/access/>

¹⁸⁷ Review of assisted reproductive treatment

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

前述したようにオーストラリアでART治療を提供するためには、FSAのRTACによる認定が必要であり、オーストラリアにおいてRTAC認定施設となっている施設は毎年公表されている¹⁸⁸。直近のデータでは、2018年の7月から2019年6月までの1年間における認定を取得していた施設は、国内で83施設であった。

また、個別で2008年生殖補助医療法を立法しているビクトリア州では、RTAC認定とは別で、VARTAへの登録が必要とされている。2008年生殖補助医療法は、VARTAに対して医療施設がRTAC認定を取得したとき、VARTAに登録する義務を課している。そのため、医療機関として不妊治療を提供するための条件そのものは、オーストラリア全域とビクトリア州で異なることなく、VARTAに登録する際にRTAC認定を満たしているかの監査がもう一度行われるのみとなっている¹⁸⁹。

2-4 実施可能な不妊治療

ビクトリア州では主に2008年生殖補助医療法が提供可能な生殖補助医療を規定しており、精子や卵子の提供、代理出産などについても規定している。

■精子提供・卵子提供¹⁹⁰

オーストラリアにおいて、精子及び卵子の提供は共に認められている。ただし、NHMRCのガイドラインによって1人のドナーから提供できる精子・卵子の数には制限が設けられており、西オーストラリア州では単一ドナーから提供された精子・卵子の使用は5家族までと定められている。

ドナー情報へのアクセス環境も整備されており、ビクトリア州では2016年の生殖補助医療法の改正によって、精子・卵子の寄付が行われた時期に関係なく、提供を受けた者に対してドナーに関する情報にアクセスする権利が与えられた。

■代理出産¹⁹¹

オーストラリアにおいて、代理出産は認められている。代理出産を行うにあたっては、妊娠前に代理母が依頼主に対して出産した子どもを永遠に引き渡すことについて同意する必要がある。また、商業代理出産は禁止されており、金銭的な利益を得るための代理出産は違法となっている。

ビクトリア州でも同様に2008年生殖補助医療法によって代理出産は認められているが、商業代理出産は禁止されているが、法律上で合理的な費用の支払いについては認めている。

¹⁸⁸ RTAC The Fertility Society of Australia

https://www.fertilitysociety.com.au/wp-content/uploads/20191126-RTAC-Annual-Report-2018-2019_FINAL-1.pdf

¹⁸⁹ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁹⁰ National Health and Medical Research Council 2017, section 5.3.2

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁹¹ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

■死後生殖¹⁹²

ビクトリア州では2008年生殖補助医療法のセクション46にて、死後生殖を認めている。ただし、死後生殖の対象者には制限をかけており、故人のパートナー及び女性パートナーを亡くした男性に限定している。この対象制限があることにより、独身女性及び同性カップルによる死後生殖が制限されている。

■独身女性及び同性愛者の不妊治療

ビクトリア州では従来、生殖補助医療を利用するための条件として、女性が結婚若しくは男性と事実上の婚姻関係にあるという条件を設けており、独身女性及び同性パートナーは生殖補助医療を利用することができなかった¹⁹³。しかし、2008年生殖補助医療法では上記の条件を削除しており、現在では独身女性及び同性カップルも生殖補助医療を利用することが可能となっている¹⁹⁴。

また、オーストラリアは独身女性及び同性カップルの不妊治療に対する保険適用を明文で禁止していないが、後述するように保険適用を受けるためには、「医学的に不妊であること」という条件が課されているため、不妊であることを証明するために自費で人工授精などの治療を行わなければならない可能性がある。

¹⁹² State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁹³ Infertility Treatment Act 1995 http://www.austlii.edu.au/au/legis/vic/hist_act/ita1995264.pdf

¹⁹⁴ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額

2018年度において、285,558周期のART治療が保険適用されている。また、2014年度から2018年度までの5年間で、ART治療に対する支出は約6%増加している¹⁹⁵。

なお、オーストラリアにおけるIVF治療の治療費は1周期8,000米ドル程度である¹⁹⁶。

3-2 経済的支援の要件

オーストラリアでは、医学的に不妊と診断されたことを条件に保険適用がされており、その他の年齢や婚姻、収入などによる制限は設けられておらず、回数も無制限となっている¹⁹⁷。

もともと、保険適用が行われるのは治療そのものに限られ、採卵や胚移植のための麻酔(約2,000米ドル)や精子・卵子凍結等の周辺治療は保険適用外になるものも多い¹⁹⁸。

図表 70 オーストラリアの経済的支援の全体像

治療内容	排卵誘発	精子・卵子凍結	人工授精	体外受精 顕微授精
社会保険適用	100%	0%	約20%	約50%

出典) IVFAustralia より NRI 作成¹⁹⁹

図表 71 オーストラリアの認定基準

条件	医学的に不妊であること
----	-------------

¹⁹⁵ Australian Institute of Health and Welfare Amendment

<https://www.aph.gov.au/DocumentStore.ashx?id=c98ee8ef-02ca-4dd5-aa12-2c1263c1d037&subId=671570>

¹⁹⁶ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁹⁷ State of Victoria, Department of Health and Human Services

https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

¹⁹⁸ Canstar How much do fertility treatments including IVF cost in Australia?

<https://www.canstar.com.au/health-insurance/ivf-cost/>

¹⁹⁹ IVFAustralia <https://www.ivf.com.au/ivf-cost/ivf-costs>

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 制度的な課題

前述したとおりオーストラリアでは、不妊治療の提供及び保険適用共に年齢条件が設けられていない。特に40歳以上の女性の場合、不妊治療の成功率が低いため、そもそも40歳以上の女性に対して不妊治療を提供すべきかが疑問視され始めている²⁰⁰。

²⁰⁰ State of Victoria, Department of Health and Human Services
https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-engage.files/1315/3491/9979/ART_Review_consultation_paper_-_PDF.pdf

第10章

韓国

1. 基本情報

1-1 国家概要

図表 72 韓国基本情報(2021年2月5時点)

正式名称	大韓民国
面積	19.8万平方キロメートル
総人口	5,129万人(2021年)
合計特殊出生率	0.92人
名目GDP	1兆6,470億ドル(2019年)
宗教	仏教(約762万人)、プロテスタント(約968万人)、カトリック(約389万人)等

出典) 各種公開情報より NRI 作成

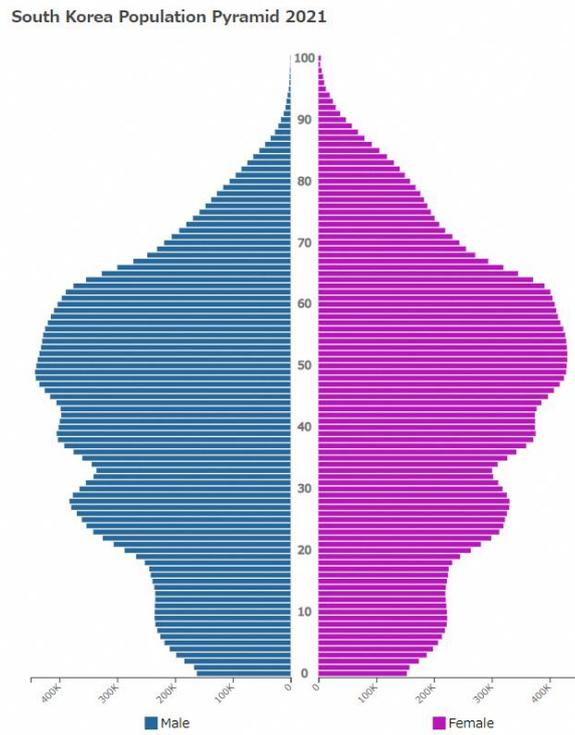
■ 人口構造

World Population Review²⁰¹によれば、大韓民国(以下、「韓国」という。)の人口は5,129万人であり、2024年に5,135万人のピークを迎えた後は減少局面に突入すると見られている。韓国の人口増加率は大幅に減速しており、2020年の人口増加率は0.09%であった。また、韓国の合計特殊出生率は0.92と世界で最も低く、2018年に初めて1を下回り、世界最低水準となったものに歯止めがかかっていない現状である。文在寅(ムン・ジェイン)政権は少子高齢化対策に力を入れているが、成果があがっていないのが実情である²⁰²。

²⁰¹ World Population Review <https://worldpopulationreview.com/countries/spain-population>

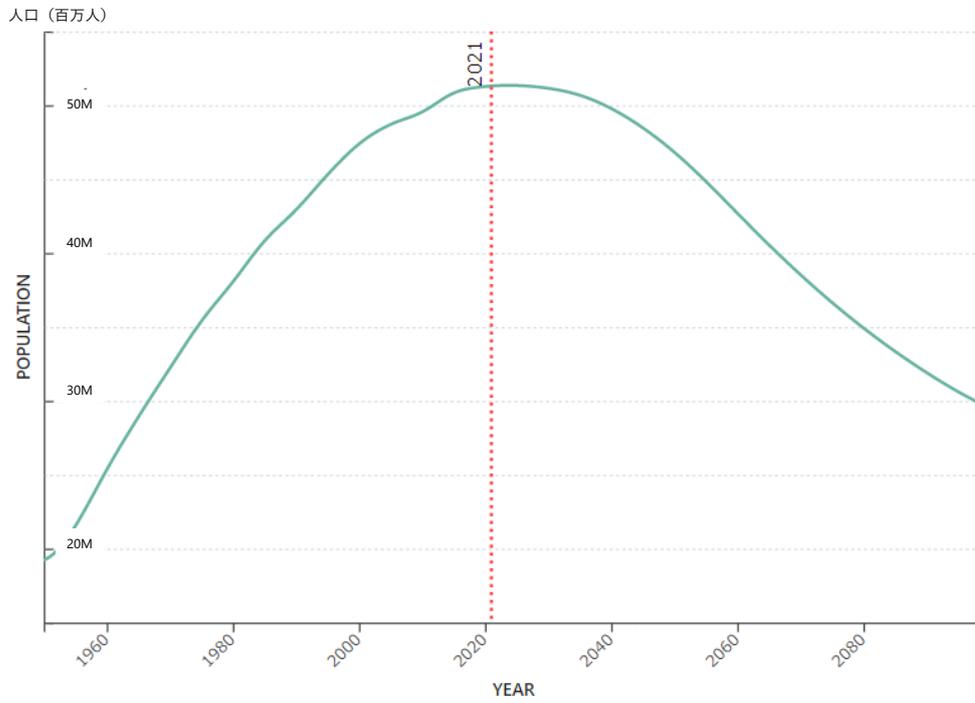
²⁰² 2020年2月26日 日本経済新聞 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO56059040W0A220C2FF2000>

図表 73 韓国の人口ピラミッド



出典) World Population Review

図表 74 韓国の人口推移(2021年以降は予測値)



出典) World Population Review

1-2 医療保険制度

図表 75 韓国の医療保険制度

方式	社会保険方式	
適用対象	全国民が強制加入	
公的医療保険の種類 (加入者)	国民健康保険 職場加入者と地域加入者とに分けられる	
医療給付	現物給付方式	
患者負担	外来診療： 一般的な医院では 30% その他医療機関のグレードによって 35～60% 入院：20% 薬剤（薬局）：30%	
患者負担上限	年収によって上限額が 7 段階に設定されており、最も所得の低いグループでは自己負担額の上限が 80 万韓国ウォン、最も所得の高いグループでは、上限が 514 万韓国ウォンとなっている。	
費用負担	被用者等	50%
	使用者等	50%
	国庫	—

出典) 健康保険組合連合会「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究」等をもとに作成

健康保険組合連合会の「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究」²⁰³及び国立社会保障・人口問題研究所が取り纏めている韓国の社会保障に関するレポート²⁰⁴によれば、韓国における「国民健康保険」の対象者（被保険者）は、原則として韓国に居住する者（外国人を含む。）である。被保険者は、「職場加入者」（企業等で雇用されている者で、公務員を含む。）と「地域加入者」（自営業者等の雇用者でない者）に分別され、両者とも国民健康保険への加入が義務付けられている。この2つの区分は、保険料の算定等の基礎となっている。

なお、医療扶助（医療費補助に特化した公的扶助制度）の対象となる低所得者については、「国民健康保険」に加入しないこととなっているため、韓国では「国民健康保険」と「医療扶助」とを併せ、すべての国民への医療補償を行っているのが実態である。保険者は「国民健康保険公団」であり、中央省庁である保健福祉部から独立した公的な団体である。また、この「国民健康保険公団」は、介護保険の保険者も兼ねている。

一般的な「医院」における治療の場合の自己負担割合は3割であり、日本における現役世代の割合と同じである。ただし日本と異なる部分として、入院の場合は一律2割であることや、医療機関の規模や種類、所在地によって負担割合が異なることが挙げられる。韓国においては、混合診療が認め

²⁰³ 健康保険組合連合会「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究」
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf

²⁰⁴ 国立社会保障・人口問題研究所 「韓国の社会保障」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20212217.pdf>

られているということも日本との違いといえる。また、日本における高額療養費制度と同様に、韓国でも一定の金額以上の負担が生じないような自己負担額の上限が設けられている。

2. 不妊治療の実施実態

2-1 不妊治療の実施件数

ICMART のレポート²⁰⁵によると、2011 年の不妊治療の実施件数は、新鮮胚による体外受精が 7,340 周期、顕微授精が 15,721 周期となっており、合計で、23,061 件となっている。また、2017 年においては韓国の総出生数の約 6% が体外受精により生まれた子であるとの試算もされている²⁰⁶。

2-2 不妊治療に関する法的枠組み

韓国における不妊治療に関する規定が設けられているのは①母子保健法と②生命倫理及び安全に関する法律（生命倫理法）²⁰⁷であり、近年、特に生殖補助医療の普及に向けた活動が本格化している。韓国政府は 2005 年に「高齢化社会における少子化対策枠組法」を制定し、その後 10 年間で 1,000 億ドル以上を出産促進政策に投じてきた。ここには不妊治療に関する施策に加えて、女性の仕事と家庭を両立するための施策や育児休暇の拡大など、様々な施策が含まれている²⁰⁸。

■ 代理出産について

韓国では、代理出産は過去の裁判事例によって禁止されており、また、卵子提供は生命倫理法により禁止されている。「現行法上、いかなる場合も代理母の契約は許されない」とする判例が出ているため、代理出産を行う事はできず、韓国の現行法で代理母を通じて子どもを産む場合には、養子縁組などの法的手続きを通じて、親子の関係を形成する必要がある²⁰⁹。

²⁰⁵ World Report: ART 2011

<https://secureservercdn.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/2011.pdf>

²⁰⁶ 2019 Kim

「Reproductive technologies as population control: how pronatalist policies harm reproductive health in South Korea」

²⁰⁷ 2019 石原・小林・前田・李 「諸外国における生殖補助医療公費負担制度の検討：韓国の不妊治療支援」

²⁰⁸ 2019 Kim

「Reproductive technologies as population control: how pronatalist policies harm reproductive health in South Korea」

²⁰⁹ MONDOMEDICAL <https://mondomedi.com/news/2055.html>

■ 精子・卵子提供について

生命倫理法では、不妊治療法の開発のための胚研究は認められているが、精子・卵子の商業的な流通が禁止されている。これにより、韓国では、金銭授受を伴う精子・卵子提供による不妊治療はできないこととなっている。具体的には、生命倫理法により以下のことが禁止されている。

——以下抜粋——²¹⁰

生命倫理法 第23条（胚の生成に関する遵守事項）

- 1 何人も、妊娠外の目的で胎芽を生成してはならない。
- 2 何人も、胎芽を生成するとき、次の各号のいずれかに該当する行為をしてはならない。
 - (1) 特定の性を選択する目的で卵子と精子を選別して受精させる行為
 - (2) 死亡した人の卵子又は精子に受精する行為
 - (3) 未成年者の卵子又は精子に受精する行為。
ただし、婚姻した未成年者がその子を得るために受精する場合を除く。
- 3 何人も、金銭、財産上の利益又はその他の反対給付を条件に胎芽若しくは卵子若しくは精子を提供し、利用し、又はこれを誘引し、若しくは斡旋してはならない。

——抜粋終わり——

2-3 不妊治療を実施可能な医療施設

韓国において、不妊治療を実施することが可能な医療機関は、韓国の母子保健法に基づき、難妊施術医療機関の指定を受けた施設である。この指定を受けるためには、健康保険審査評価院（通称：HIRA）が規定する「人材、施設、装置、施術指針等」に関する指定水準を満たす必要があり、2019年時点で377施設が指定を受けている²¹¹。

²¹⁰ MONDOMEDICAL <https://mondomedi.com/news/2055.html>

²¹¹ 2019 石原・小林・前田・李 「諸外国における生殖補助医療公費負担制度の検討：韓国の不妊治療支援」

3. 不妊治療に対する経済的支援

3-1 経済的支援額及び要件

不妊治療に対する経済的支援についての過去の変遷はおおよそ以下の通りである²¹²。

2006年：体外受精の助成金制度開始

2010年：IUI（人工授精）に関する助成金制度開始

2016年：所得基準の廃止

2017年：国民健康保険サービス改定により IVF と IUI を含む不妊治療を保険適用

上記の通り、韓国では、2006年より体外受精に係る経済的支援が開始された。この背景には、2001年以来、合計出生率が1.3人未満である超低出生状況が続いていたことが挙げられる。このような状況を受け、韓国政府は、2006年から、不妊治療への経済助成制度である、「難妊施術支援事業」を導入した。（なお、韓国においては不妊を難妊と表記している。）

事業開始時である2006年には150万韓国ウォン（現在の為替レートで約14.8万円）の支援が2回までとされていたが、2009年には支援回数が2回から3回に増え、2011年にはさらに4回に増えると共に支援金額も180万韓国ウォン（約17.8万円）へと引き上げられた。2015年にはさらに190万韓国ウォン（約18.7万円）へと引き上げられた。

このように定期的な支援の拡大を継続しつつ、2017年には不妊治療が保険適用化された。現在の韓国における経済的支援については、従来から実施されていた「難妊施術支援事業」と、2017年より加わった健康保険との2種類が存在している。基本的には、まず保険により医療費の一部が償還され、残りの自己負担部分について、条件を満たせばさらに経済的な助成が受けられる仕組みとなっている。

以下の通り、それぞれの支援額及び受給の条件について記載をする^{213, 214}。

健康保険

自己負担率は年齢によって異なっており、45歳未満の場合と45歳以上の場合とで分かれている。

45歳未満の場合

自己負担率30%（新鮮胚移植周期4回、凍結胚移植周期3回、人工授精3回）

+ 自己負担率50%（新鮮胚移植周期3回、凍結胚移植周期2回、人工授精2回）

（なお、上限金額あり）

即ち、最初の数回については自己負担30%で受診することができ、その後所定の回数まで自己負担50%で受けることができる。

45歳以上の場合

自己負担率50%で新鮮胚移植周期7回、凍結胚移植周期5回、人工授精5回となっており、最初から

²¹² 2019 石原・小林・前田・李 「諸外国における生殖補助医療公費負担制度の検討：韓国の不妊治療支援」

²¹³ 韓国福祉保健部

https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351091

²¹⁴ 韓国福祉保健部

https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=348915

自己負担 50%での受診となる。なおこちらも上限金額がある。

以下に韓国福祉保健部の web ページ記載の不妊治療における保険金額の概要を抜粋している。

図表 76 不妊治療に対する保険金額

<Infertility treatment health insurance contribution rate, the maximum amount of government support>						
Applicable age (for women)			Under 44		45 years old or older	
			Health insurance copay rate	Government support upper limit	Health insurance copay rate	Government support upper limit
In vitro fertilization	Fresh embryo	1~4 times	30%	500,000 won	50%	400,000 won
		5~7 times	50%	400,000 won		
	Frozen embryo	1~3 times	30%	500,000 won		
		4~5 times	50%	400,000 won		
Artificial insemination		1~3 times	30%	500,000 won		
		4~5 times	50%	400,000 won		

出典) 韓国 福祉保健部

なお、韓国においては、保険適用化の当初は法律婚であることが要件となっていたが、2019 年に母子保健法が改訂され、内縁の夫婦（事実婚）であっても法律婚である場合と同様に保険が適用されるようになっている。但し、事実婚の場合は 1 年以上の婚姻関係にある事を証明するための書類の提出が求められる²¹⁵。また、母子保健法の中で明記はされていないものの、同性カップルに対しては、生殖補助医療の保険適用がされていない。

²¹⁵ 韓国 福祉保健部

https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351091

難妊施術支援事業

所得基準を満たした世帯（韓国内のおよそ8～9割の世帯が該当）に対しては、治療費の自己負担分の90%まで自己負担分を支援することとなっており、実質10%の自己負担で治療が受けられる。なお、1回あたりの支援額には上限が設けられており、以下の通りとなっている²¹⁶。

図表 77 難妊施術支援事業の支援金額

治療内容	45歳未満	45歳以上
新鮮周期 1~4回目	1,100,000 KW (950 \$)	900,000 KW (780 \$)
新鮮周期 5~7回目	900,000 KW (780 \$)	
凍結周期 1~3回目	500,000 KW (430 \$)	400,000 KW (345 \$)
凍結周期 4~5回目	400,000 KW (345 \$)	
人工授精 1~3回目	300,000 KW (260 \$)	200,000 KW (170 \$)
人工授精 4~5回目	200,000 KW (170 \$)	

出典) 諸外国における生殖補助医療公費負担制度の検討：韓国の不妊治療支援

²¹⁶ 2019 石原・小林・前田・李 「諸外国における生殖補助医療公費負担制度の検討：韓国の不妊治療支援」

4. 不妊治療に関わる課題

4-1 社会的な課題

韓国においては、これまで不妊治療の保険適用化を含む様々な施策の実施により、不妊治療の普及が図られてきたものの、未だ家族や周囲の知人に対し、不妊治療の実施を隠しているケースが多く存在していると言われている。韓国内で行われた調査によれば、不妊治療を行っているカップルのうち約6割が、友人・知人に対し、治療の実施を隠しているというデータもある²¹⁷。不妊治療を受けていることをよりオープンにできるための環境整備・風土の醸成が課題である。

²¹⁷ YonHapNews Infertile couples face uphill battle in S. Korea
<https://en.yna.co.kr/view/AEN20171207010500320>

第11章

まとめ

(1) 調査結果のまとめ

本調査研究では、選定した10の調査対象国・地域について、不妊治療の経済的支援の実態及び、関連する各種法制度や不妊治療の実施実態について、公開情報の収集・翻訳を実施し、情報の整理を行った。本章では各国・地域の経済的支援の実態を横断的に比較しながら、わが国における課題の整理を行った。

図表 78 人工授精・体外受精・顕微受精における各国制度の比較

	ドイツ	フランス	イギリス	スペイン	スウェーデン	アメリカ		カナダ (オンタリオ)	オーストラリア	韓国
						ニューヨーク	カリフォルニア			
医療保険制度	社会保険	社会保険	税方式	税方式	税方式	-	-	税方式	税方式	社会保険
経済的支援の形態	保険適用+助成	保険適用	保険適用	保険適用	保険適用+助成	助成	-	助成	保険適用	保険適用+助成
助成主体	疾病保険金庫	疾病保険金庫	CCG	各自治州	ランスティング(広域自治体)	NY州政府	-(民間保険)	州/準州	メディケア事務所	国民健康保険公団
助成額	IUI:50% IVF/ICSI:~75%	100% (上限なし)	100% (上限なし)	100% (上限なし)	100%※ (上限なし)	2.5~97.5% (年収による)	-	100% (上限なし)	IUI:約20% IVF/ICSI:約50%	保険:50~70%※ (上限あり)
回数制限	IVF:3~4回	IUI:6回 IVF/ICSI:4回	0~3回※	IUI:4~6回、 IVF/ICSI:3回※ ¹	IUI:6回 IVF:3回	3回	-	IUI:制限なし IVF:1回	制限なし	IVF新鮮胚:7回 IVF凍結胚:5回 IUI:5回
年齢制限	女性:25~40 男性:25~50	43歳未満 (女性のみ)	~42歳※	女性:18~40 男性:18~55	女性:~40 男性:~56	21~44歳	-	43歳未満	制限なし	制限なし
所得制限	制限なし	制限なし	制限なし	制限なし	制限なし	年収20万ドル以下	-	制限なし	制限なし	制限なし
独身女性同性カップル	助成対象外	助成対象外	助成対象※	助成対象	助成対象	助成対象外※	-	助成対象	(医学的に不妊であれば)対象内	助成対象外
その他要件	-	事実婚程度の婚姻関係	多くの自治体では、子どもがいないこと※	子どもがいないこと※ ²	女性のBMI値	NY居住	-	オンタリオ州在住	医学的に不妊	事実婚程度の婚姻関係
新鮮胚での体外受精実施件数*1 (百万人あたり)	49,081人 (611人)	60,894人 (932人)	44,012人 (696人)	33,056人 (707人)	11,304人 (1,196人)	81,378人 (261人)		14,900人 (434人)	33,424人 (1,496人)	23,061人 (462人)
備考	※連邦によって異なる 未婚カップルの場合は、助成額が低い	海外での治療も保険の適用対象となる	※CCGにより異なる	※ ¹ 自治体により異なる ※ ² 養子も子どもに含む	※公的施設による治療の場合。 民間施設は薬物療法のみ	※民間保険の場合は異なる	州が提供する保険はない 各要件は民間保険会社によって異なる	※オンタリオ州の場合 州ごとに助成額や条件は異なる	-	※助成事業分を加えると、最大97%まで経済的支援を受けることが可能

*1 ICMART Report (2011年時点)

※各国の情報は、2021年3月までに公開情報として収集できたものであり、直近の変化や動向を反映できてない可能性がある点には留意が必要。

1) 医療保険制度

今回調査対象とした10の国・地域の医療制度について概要を述べる。税を財源として医療制度を運営している国が、イギリス、スペイン、スウェーデン、カナダ、オーストラリアである。一方で税以外の方式として社会保険方式を採用しているのが、フランス、ドイツ、韓国であった。米国は国家として整備をしているメディケア、メディケイドと、民間の保険の組み合わせで医療費がまかなわれている。

2) 経済的支援の形態

不妊治療に対する経済的支援の実態について比較を行う。まず、支援の形態についての比較であるが、各国の制度を比較すると、ドイツ、フランス、イギリス、スペイン、スウェーデン、韓国、オーストラリアの各国は、特定不妊治療が保険適用されており、原則として通常の医療保険の中で

経済的支援がされている。ドイツ、スウェーデンの2カ国については、上記の保険での償還に加えて、州・自治体が独自に設定をする助成金が追加された2階建ての経済的支援が行われている。また韓国でも、医療保険に加えて、所得の基準を満たした患者に対する別途の経済的支援が実施されている。

アメリカにおいては、国家として統一された不妊治療に対する経済的支援の制度はなく、州によって異なる経済的支援が行われている。ニューヨーク州では不妊治療へのアクセスを改善するための助成プログラムを設けている。一方で、カリフォルニア州は、ニューヨーク州のような、州による助成は実施しておらず、国民が各自で加入をする民間保険の範囲内で経済的支援を受けることとなっている。

参考)

わが国では2021年3月現在、特定治療支援事業として自治体が主体となり、特定不妊治療を受けた方への経済的支援を実施している。

3) 経済的支援の金額

今回の調査対象国の中で、一定の条件下ではあるが、特定不妊治療に係る費用の全額が助成される国は、フランス、イギリス、スペイン、スウェーデンである。カナダでは州により異なっているが、オンタリオ州等の一部の州では自己負担なしでの治療が可能である。

その他の国においては、治療費用の一部が助成されることとなっている。ドイツにおいては、保険償還される50%を下限として、各州政府が独自に設定をする助成を併せることで最大で75%の助成を受けることができる。韓国においては、特定不妊治療に保険適用がなされているため、通常の医療行為と同様に70%が保険償還され、自己負担は30%となる。さらに「難妊施術支援事業」での助成が加わると、自己負担は10%となる。オーストラリアにおいては、人工授精であれば費用の約20%、体外受精であれば費用の約50%が助成されている。米国ニューヨーク州における州の助成では、患者の世帯年収によって助成の割合が2.5%から97.5%まで変動する。

参考)

わが国における特定治療支援事業では、これまで初回30万円、2回目以降は15万円の助成がなされていたが、2021年1月1日以降に終了した治療に対しては、一律に1回30万円が助成されることとなった。

4) 経済的支援を受けられる回数

経済的支援の回数についても、各国で異なっている。概ね、人工授精では6回、体外受精では3回程度となっている国が多い。また、ドイツのように国全体で実施されている保険償還の利用回数と各州政府によって設定されている助成に違いがあることで、3回目まではおおよそ75%の助成を受けられるが、4回目では25%の助成、5回目以降は0%（自己負担100%）となるような制度を設けている国も見られる。

一方、特定不妊治療が保険適用されている国のうち、カナダ（オンタリオ州）、オーストラリアのように回数制限が設けられていない国も見られた。

参考)

わが国における特定治療支援事業では、これまで生涯で通算6回まで（但し、40歳以上43歳未満は3回）の助成がなされていたが、2021年1月1日以降に終了した治療に対して助成が拡大され、1子につき6回までの助成を受けることができることとなった。（但し、40歳以上43歳未満の場合は3回まで）

5) 助成を受ける要件(年齢)

韓国、オーストラリア以外の8の国では、多くの民間保険も含め、助成に対して年齢制限が設けられていた。年齢制限を設けている国では、女性の年齢の上限は40歳から44歳の間に設定されていた。パートナーの男性の年齢にも制限が設けられていたのが、ドイツ（50歳）、スペイン（55歳）、スウェーデン（56歳）であった。

参考)

わが国における特定治療支援事業では、特定不妊治療開始時の妻の年齢が43歳未満である夫婦（事実婚含む）を対象としている。

6) 助成を受ける要件(所得)

所得についての制限は、調査対象国の中では米国ニューヨーク州でしか設けられておらず、対象者を世帯年収が20万ドル（約2,140万円 ※2021年2月末日の為替相場を参照）以下と定めている。また、ニューヨーク州においては、治療費に対する助成割合が世帯年収によって変動するため、高所得世帯であるほど、助成される金額が少なくなる仕組みとなっている。

また、韓国では健康保険による経済的支援には所得制限は設けられていないが、追加で受けることができる「難妊施術支援事業」には所得制限が設けられている。参考)

わが国における特定治療支援事業では、従来は夫婦合算での世帯年収が730万円未満という所得制限があったが、2021年1月1日以降に終了した治療に対しては、助成対象者の所得制限の撤廃を行った。

7) 助成を受ける要件(婚姻要件/法律婚)

今回の調査対象国において、法律婚のカップルのみを助成対象とする国は、ドイツ、フランス、韓国であった。

一方、その他のイギリス、スペイン、スウェーデン、カナダ、オーストラリアにおいては法律的な夫婦関係が認められない場合でも、特定不妊治療に対する経済的支援を受けることが可能となっている。

参考)

わが国における特定治療支援事業では、これまで法律婚のみを助成対象としていたが、2021年1月1日以降に終了した治療に対しては、生まれてくる子の福利を優先した上で、事実婚も助成対象となった。

8) 助成を受ける要件(その他の要件)

上記に記載をした、年齢、年収、婚姻関係などの条件以外に、特定不妊治療に対する経済的支援

を受ける条件が設定されているものとして、子どもがいないこと、即ち第一子に対する不妊治療についてのみ経済的支援を受けることができるのが、イギリスとスペインとなっている。また、スウェーデンにおいては、女性のBMI値などといった健康状態が条件に設定され、公的な医療機関でのみ助成を受けることができる一方で、民間医療機関の場合には特定不妊治療に対しては助成がなされない。フランスにおいては、医療保険の加入者がフランス国外で不妊治療を受けた場合であっても、自己負担なく治療を受けることができる。

(2) 今後の検討課題

わが国においては、現在特定不妊治療の保険適用に向けた議論が進められている。各国における経済的支援の実態についての調査結果を受け、今後日本における不妊治療の経済的支援を進めていくにあたっての検討課題について記載する。

1) 不妊治療に対する経済的支援の制度設計

各国を見てみると、わが国と同様に自治体が主体となり特定不妊治療への助成金を出している国もあれば、医療保険の仕組みの中で保険適用をしている国も存在した。これらは各国の医療制度や医療提供体制、医療に係る財源、不妊治療にかかる費用などを総合的に勘案して、各国それぞれについて適した仕組みが検討されてきた結果であると推察される。

2) 経済的支援における支援金額の検討

現在のわが国の特定治療支援事業では、1回の治療に対して30万円が助成されている。経済的支援の金額は国により差が見られており、100%を助成している国も複数見受けられた一方で、ドイツでは連邦政府による助成は50%となっていた。わが国において保険適用された際には、基本的には7割が医療保険でまかなわれ、3割の自己負担となることが想定される。その場合、多くの患者にとって特定不妊治療における経済的負担が軽減されることが期待される。

3) 経済的支援を受ける要件の検討

わが国における特定治療支援事業では、2021年1月1日以降に終了した治療を対象に、助成対象者の所得制限が撤廃されたため、現在は年齢制限と回数制限のみが設定をされている。また、今回調査を行った各国においても、所得水準での制限を設けているのは米国ニューヨーク州のみで、残りの国では所得制限は存在しない。一方、特に体外受精の治療に関しては、年齢・回数に制限を設けている国がほとんどであった。今後わが国において特定不妊治療が保険適用されていく中で、科学的なエビデンスに基づいた慎重な議論が必要であろう。

諸外国での最新動向も参照しつつ、科学的エビデンスや治療を受ける当事者の実情、想定される医療費、わが国における夫婦や家族のあり方の議論など、総合的に勘案しつつ検討が進められるべきであると考えられる。

4) 経済的支援制度の継続的なアップデート

今回の調査では、10の対象国・地域における経済的支援の実態を中心に整理を行った。それぞ

れの国・地域においてもここ数年で制度の変更や、経済的支援の対象や要件の変更が行われており、各国の状況にあわせて常に制度の改正が行われてきたことが確認できた。特に近年では、独身女性やLGBTQの方への支援のあり方等が各国で議論されており、社会的な要請に合わせて制度を柔軟に変更している国が多い。これまで我が国の特定治療支援事業の助成対象者要件や助成内容、金額が適宜改正されてきたように、社会情勢に応じて制度を柔軟に対応していくことが、不妊治療をより受けやすい身近な治療としていくために重要であると考えます。

令和2年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業費補助金
(子ども・子育て支援推進調査研究事業分)

諸外国における不妊治療に対する経済的支援等
に関する調査研究

最終報告書

2021年 3月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)