我が国における
ARTの現状と保険収載にむけての課題

関連学会紹介
我が国のARTの現状（日本産科婦人科学会の統計から）
covid-19 pandemicの影響（日本受精着床学会のアンケートから）
保険収載上の問題点（jinekoのアンケート調査もふまえて）
保険収載にあたって望むこと

日本産婦人科医会医業推進委員会　委員
日本産婦人科医会　副議長
東京産婦人科医会　副会長
JISART　理事
日本受精着床学会　評議員
東京産科婦人科学会　評議員
東京都医師会　母体保護法指定医師審査委員会　委員
東京都医師会　公衆衛生委員会　委員
医療法人社団愛慈会　理事長
松本レディースクリニック　院長
松本和紀

関連学会

日本産科婦人科学会	**会員はほぼ産婦人科医のみ** 臨床成績の報告を義務付けている。産婦人科専門医の認定を行っている。 生殖医療に関して医療機関の登録を行ない、また様々な会告を発出し、生殖医療をコントロールしている
日本生殖医学会	**会員は産婦人科医が中心・泌尿器科医・一部農学系、畜産系の研究者・胚培養士** 生殖医療専門医の認定を行っている。
日本受精着床学会	**会員は産婦人科医が中心で、構成は生殖医学会に似ているが、基礎より臨床演題が多い。胚培養士の演題も多い。**
日本卵子学会	**会員は産婦人科医・農学、畜産系の研究者・胚培養士が多く、基礎的演題も多い。** 臨床胚培養士の認定を行っている
日本IVF学会	**会員は産婦人科医が多く、臨床的演題がほとんどでARTクリニックの演題が多い。**

日本産科婦人科学会の登録見解

生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解

更新日時：2018年6月15日

会　告

学会会員殿

本会倫理委員会は、「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」（平成27年4月9日改定）について、平成26年12月22日に公布された「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）に適合させるため、平成27年度より綿密な協議を重ねてまいりました。各界の意見を十分に聴取しました結果、改定案をとりまとめ、機関誌６８巻４号に掲載し、会員の意見を聴取した上で、理事会に答申致しました。理事会（第１回理事会・平成28年6月4日）ならびに総会（平成28年6月25日）はこれを承認しましたので、会告の改定としてここに会員にお知らせ致します。

平成28年6月

公益社団法人　日本産科婦人科学会
理事長　藤井　知行
倫理委員会委員長　苛原　稔

生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解

はじめに

生殖補助医療(ART)は不妊診療の重要な選択肢のひとつであり、難治性不妊症に対する治療法として位置付けられている。ARTの実施にあたっては、受ける患者の医学的、社会的、経済的かつ心理的側面に十分に配慮するとともに、施設、設備、要員などについて一定の基準を満たすことが必要である。また、登録施設においては効果的で安全な医療を行うために、必要な義務を負う。

本見解は、現在におけるART実施施設が満たすべき義務、施設、設備、要員の基準、および登録および安全管理に関する留意点について、最少必要要件を示すものである。

なお、本見解に基づく本学会へのART実施施設登録の有効期間は5年間であり、登録継続にあたっては毎回、厳正な更新審査が行われます。また有効期間終了6ヶ月前から、登録更新の審査を受け付けます。

1．生殖補助医療の実施登録施設の義務

1） ARTを実施しようとする全ての医療施設は、日本産科婦人科学会に対して登録する義務を負う。なお、ここでいうARTとは、日本産科婦人科学会へ登録義務のある生殖補助医療であり、ARTの過程で行われる下記の各手技は、登録施設においてのみ実施することができる。

①採卵および採卵に必要な麻酔
②媒精
③卵細胞質内精子注入、および類似の顕微授精手技
④卵子および受精卵の培養
⑤卵子および受精卵・胚の凍結と、凍結物の保管
⑥凍結されている卵子および受精卵・胚の解凍
⑦胚移植

2）ARTを実施しようとする医療施設は、日本産科婦人科学会が示す施設、設備、要員に関する基準を満たすことが必要である。

3）実際の診療においては、有効かつ安全な治療を実施するとともに、実施した症例の経過、妊娠・出産を含む転帰を把握し、報告する義務を負う。

4）治療の安全を確保するために、マニュアル等を整備し、各症例の診療に関連する記録・情報などを保存・管理する義務を負う。

5）安全に支障を来した際には、患者および取り扱う配偶子、胚に対して最善の対策をとるとともに、情報を共有し今後の再発を防ぐために、問題を正確に学会に報告する義務を負う。

2．実施登録施設が備えるべき施設・設備の基準

1）必ず設置するべき施設・設備

①採卵室・胚移植室（酸素吸入器、吸引器、生体監視モニター、救急蘇生セットを備えていること）。

②培養室・凍結保存設備（施錠できること）。

2）その他の設置することが望ましい施設・設備

①採精室

②カウンセリングルーム

③検査室

3．実施登録施設が配置すべき人員の基準

1）必要不可欠な基準要員

①実施責任者（1名）。

②実施医師（1名以上、ただし実施責任者と同一人でも可）。

③看護師(1名以上)：不妊治療、および不妊患者の看護に関する知識、技術を十分に修得した看護師であること。

④胚を取り扱える技術者

配偶子、受精卵、胚の操作、取り扱い、および培養室、採精室、移植室などの施設、器具の準備、保守の一切を実際に行うART に精通した高い倫理観をもつ技術者（医師あるいは、いわゆる胚培養士）。

2）生殖補助医療の実施登録施設における実施責任者の要件

本会に登録の必要のあるARTを申請する施設の実施責任者は、以下の各項の条件を満たす者であることを要する。

①日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医であり、専門医取得後不妊治療に2年以上従事した者。

②日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設（生殖補助医療に関する登録施設）において1年以上勤務、または1年以上研修を受け、体外受精・胚移植の技術を習得した者。

③常勤であること。

④日本生殖医学会認定生殖医療専門医であることが望ましい。

3）実施責任者の責務は次の通りとする。

①診療に関する医療安全管理体制および各種書類の策定と管理。

②診療の実施に伴う安全管理。

③診療に関係する記録・情報等の保存と管理。

④日本産科婦人科学会への定期的な報告。

4) その他の要員 連携が望ましい要員

①泌尿器科医

精巣内精子生検採取法(TESE)，精巣上体内精子吸引採取法(MESA)等を実施する施設では、緊密な連携をとることができる泌尿器科医師。

②コーディネーター

患者(夫婦)が納得して不妊治療を受けることができるように、不妊治療の説明補助、不妊の悩みや不妊治療後の妊娠・出産のケア等、患者(夫婦)を看護の側面から支援する者(いわゆるコーディネーター)。

③カウンセラー

生殖医学・遺伝学の基礎的知識、ARTの基礎的知識および心理学・社会学に深い造詣を有し、臨床におけるカウンセリング経験をもち、不妊患者夫婦を側面からサポートできる者(いわゆるカウンセラー)。

４．実施施設が設置すべき委員会

１）倫理委員会

①「ヒト精子・卵子・受精卵を取り扱う研究」、「提供精子を用いた人工授精」、ならびに「医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存」を実施する施設は、自医療機関内に倫理委員会を設置し承認を得る。

②倫理委員会は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年12月22日　文部科学省、厚生労働省）」に定める「倫理審査委員会」が満たすべき各条件に合致することを必要とする。

③施設申請に際しては、倫理委員会の審査記録を添付すること。但し、審査記録には審議議題と結果ならびに審査者氏名を含むこと。

④自医療機関で十分な人員が確保できない場合には、他の医療機関・大学等に設置されている、上記会告に準じた倫理委員会に審査を委託してもよいこととする。

２）安全管理委員会

医療機関内に生殖医療に関する安全管理のための委員会を設置すること。医療機関内で発生する生殖医療に関する事故等の安全確保を目的とした改善のための方策を講ずること。なお、当該医療機関において、医療法に基づくリスクマネジメント委員会等の同種の委員会がすでに設置されている場合には、それを充てても良い。

５．その他の要件

実施登録施設は、次の項目を満たすことが必要である。

１）自医療機関で妊娠経過を観察し分娩する妊婦に関しては、妊娠から出産に至る経過を把握すること。

２）自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をもち、妊娠から出産に至る経過について報告を受け把握すること。

３）日本産科婦人科学会が実施する「生殖医学の臨床実施に関する調査」に対し、自医療機関のART実施の結果を報告すること。ART登録施設が「生殖医学の臨床実施に関する調査の報告」の義務を果たさない場合は、その理由を問わず、登録を抹消されることがある。

４）ART登録施設の本学会へのART実施結果の報告において、連続する3年間、体外受精・胚移植，顕微授精，凍結受精卵移植のいずれも行われなかった場合は、その施設における凍結受精卵の保管のないことを照会の後、当該施設の登録を抹消する。当該施設がART実施を再開する場合は、再度登録申請を要する。

５）妊娠し生児を得た症例の不妊治療に関する記録については、保存期間を20年以上とするのが望ましい。

6．ART実施施設登録の申請および審査の留意点

1）施設登録審査は日本産科婦人科学会倫理委員会で行う。

2）生殖補助医療に関する登録申請にあたり留意すべき事項は以下のとおりである。

（1）実施場所

①採卵室、培養室、移植室を分娩室と兼ねてはいけない。

②実施場所の設備配置に関する詳細な見取り図を提出すること。見取り図は実施場所の安全性(施錠)の評価が可能なものとすること。

（2）実施責任者および実施医師

①登録申請時に、その勤務・研修を行った施設の実施責任者による勤務・研修証明書を添付する。

②ART研修歴のうち、国外でART技術を習得したものはその詳しい内容を示す証明書の原文と邦訳を提出すること(国外でのART研修歴について実施責任者要件に見合うものであるか否かは個別に審査する)。

③実施責任者に異動が生じた場合には、遅滞なく報告する。実施責任者の条件を満たす医師が欠ける場合には、その欠員が充足されるまで実施を停止する。

3）日本産科婦人科学会に報告された実施症例のデータは学会に帰属し、その管理、公開、その他の使用に関する責任は日本産科婦人科学会が負う。

7．安全管理に関する留意事項

ART登録施設は、生殖医療の安全を確保するため、下記の事項に留意すること。

①生殖医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げること。

②生殖医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握するとともに、医療機関内における事故報告等の生殖医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

③生殖医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に実施すること。

④体外での配偶子・受精卵の操作にあたっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築すること。なお、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・いわゆる胚培養士のいずれかの職種の職員2名以上で行う必要がある。

⑤各ART登録施設は安全管理体制の状況を、「ARTの臨床実施における安全管理に関する調査票（別表）」を用いて、毎年、日本産科婦人科学会倫理委員会に報告すること。報告のない場合、および報告内容に問題のある場合は、登録を抹消されることがある。

表1　オンライン個別調査票「治療から妊娠まで」

患者識別No.（必須）	[　　]
特定不妊治療費助成制度の利用（必須）	1利用　制度を利用した自治体　[　　] 2利用せず　3保留
治療周期開始時の妻の満年齢　（必須）	[　　]　歳
治療周期開始時の夫の満年齢	[　　]　歳
治療周期開始時の妻の身長、体重	身長 [　　] cm　体重 [　　] kg
治療周期開始時の妻の妊娠・分娩歴	妊娠 [　　] 回　分娩 [　　] 回
適応　（必須）	1卵管因子　2子宮内膜症　3抗精子抗体陽性　4男性因子　5原因不明 6その他　[　　]　7未受精卵子凍結（医学的適応）
卵巣刺激法または周期管理法（融解周期の管理方法）	1自然　2 CC　3 CC＋hMG or FSH　4 hMG or FSH　5 GnRHagonist＋hMG or FSH 6 GnRHantagonist＋hMG or FSH　7その他　[　　] 8人工周期（ホルモン補充周期、E＋P周期）
採卵法　（必須）	1採卵（融解）に至らず　2経腟超音波　3腹腔鏡　4凍結保存E・卵の融解 5その他　[　　]
治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類（必須）	1新鮮卵・胚　2凍結胚　3凍結卵 ※［2 凍結胚］を選択したときは「採卵時の症例登録番号」を入力してください。 採卵時の症例登録番号　[　　]
行った、あるいは行おうとした治療方法（必須）	1 IVF-ET　2 GIFT　3顕微授精　4 IVF-ET＋顕微授精　5融解胚 6その他　[　　]　7未受精卵子凍結（医学的適応）
精子回収法	1射出精子　2 Testicular sperm extraction (TESE)　3その他　[　　]
精液所見	※【精子回収法】で［1 射出精子］を選択した場合のみ入力してください。 精子濃度　[　　]　×10⁶/mL　（小数点以下第2位まで） 運動精子率　[　　]　%　（整数）
― 以下の2項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で［1新鮮卵・胚］を選択した場合に入力が必要です ―	
採卵数	[　　]　（整数）
受精卵数	[　　]　（整数）
― 以下の1項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で［2凍結胚］を選択した場合に入力が必要です ―	
融解胚数	[　　]　（整数）
― 以下の2項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で［3 凍結卵］を選択した場合に入力が必要です ―	
融解卵数	[　　]　（整数）
受精卵数	[　　]　（整数）
― 以下の7項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で［1新鮮卵・胚］［2凍結胚］［3凍結卵］を選択した場合に入力が必要です ―	
胚移植時の発育段階	1卵（未受精）　2初期胚　3胚胚　4 ETキャンセル 5その他　[　　]
移植胚・卵数	[　　]　（整数）
凍結胚・卵数	[　　]　（整数）
Assisted hatching	1施行　2非施行
黄体期管理	1なし　2プロゲステロン(P)　3 hCG　4 hCG＋P　5エストロゲン＋P 6その他　[　　]
副作用の有無	1なし　2出血　3感染　4 OHSS（2度以上）　5その他　[　　]
妊娠の有無	1なし 2臨床妊娠（GS(+)以上）（移植日 ：西暦[　　]/[　　]/[　　]） ※［2 臨床妊娠］を選択した場合は、登録完了画面から個別調査票『妊娠から出産後まで』の入力画面に進んでください。 3妊娠保留 ※ まだ妊娠の判定が未確認の場合に選択してください。妊娠の有無が判定後「1なし」or「2臨床妊娠」を選択し直してください。

表2　オンライン個別調査票「妊娠から出産後まで」

GSの数　（必須）	1［　　］　（整数）　2不明
確認された胎児数（必須）	1［　　］　（整数）　2不明
妊娠の転帰　（必須）	1流産（22週未満）　2異所性妊娠 3異正所同時妊娠（子宮内外同時妊娠）　4人工妊娠中絶　（理由［　　］） 5生産　6 死産 7減胎手術　（［　　］個から［　　］個に減数）　（整数）　8不明
出産児数	※【妊娠の転帰】で［5 生産］［6 死産］を選択した場合に入力が必要です。 1［　　］人（整数）（出産日 ：西暦［　　］/［　　］/［　　］） 2不明
分娩様式	1経腟　2帝切　3経腟および帝切　4不明
産科合併症	1なし　2あり　3不明　[　　]

児の所見									
	性別	出生児の在胎週数	出生時の体重	児の状況			生後、児の予後		
				生産死産	一卵性多胎	先天異常名	7日未満	28日未満	死亡月日（西暦）
1	1男 2女 3不明	1［　］週 2不明	1［　］g 2不明	1生産 2死産 3不明	1Yes 2No 3不明	[　　]	1生存 2死亡 3不明	1生存 2死亡 3不明	[　　]
2	1男 2女 3不明	1［　］週 2不明	1［　］g 2不明	1生産 2死産 3不明	1Yes 2No 3不明	[　　]	1生存 2死亡 3不明	1生存 2死亡 3不明	[　　]
3	1男 2女 3不明	1［　］週 2不明	1［　］g 2不明	1生産 2死産 3不明	1Yes 2No 3不明	[　　]	1生存 2死亡 3不明	1生存 2死亡 3不明	[　　]
4	1男 2女 3不明	1［　］週 2不明	1［　］g 2不明	1生産 2死産 3不明	1Yes 2No 3不明	[　　]	1生存 2死亡 3不明	1生存 2死亡 3不明	[　　]

我が国のＡＲＴの現状

不妊治療について

① 不妊治療の現状

・ 日本では、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある（または現在受けている）夫婦は、全体で 18.2%、子どものいない夫婦では 28.2%です。これは、夫婦全体の 5.5 組に 1 組に当たります。
（国立社会保障・人口問題研究所「2015 年社会保障・人口問題基本調査」による）

・ 2015 年に日本では 51,001 人が生殖補助医療（体外受精、顕微授精、凍結胚（卵）を用いた治療）により誕生しており、全出生児（1,008,000 人）の 5.1%で、これは、約 20 人に 1 人に当たります。
（生殖補助医療による出生児数: 日本産科婦人科学会「ART データブック（2015 年）」、
全出生児数: 厚生労働省「平成 27 年（2015）人口動態統計の年間推計」による）

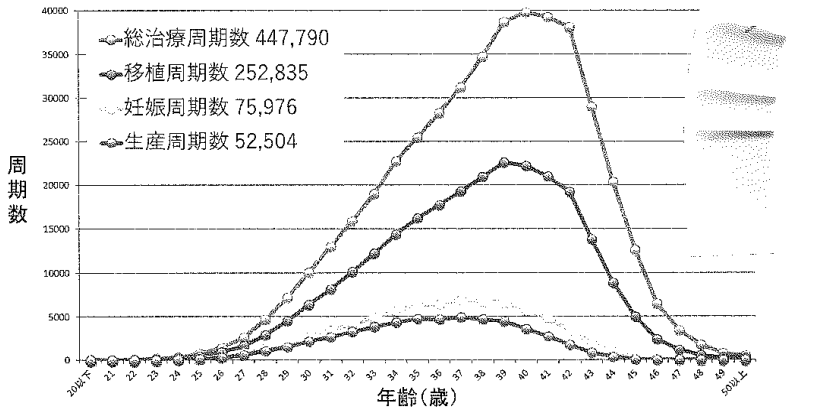
表４　体外受精・胚移植等の登録施設数と回答率〔2018 年〕

登録施設数	622
回答施設数	621
回答率	99.8%
実施施設数	592
実施しなかった施設数	29

表６　体外受精・胚移植等治療周期数からみた施設数の分布〔2018 年〕

治療周期	IVF-ET	Split	ICSI（射出精子）	ICSI（TESE精子）	GIFT*	凍結融解胚（受精卵）	凍結融解未受精卵	その他	医学的適応による妊孕性温存	合計
1～10	77	183	51	189	0	45	81	164	99	32
11～50	161	151	129	45	1	67	2	24	13	43
51～100	100	64	97	3	0	84	0	6	0	37
101～150	80	22	62	1	0	66	0	6	0	48
151～200	40	12	46	0	0	55	0	2	0	32
201～300	48	12	46	1	0	67	0	0	0	72
301～400	18	11	25	1	0	45	0	1	0	47
401～500	10	5	17	0	0	34	0	1	0	46
501～600	7	4	8	0	0	27	0	1	0	33
601～700	11	1	12	0	0	15	0	0	0	29
701～800	5	1	0	0	0	14	0	0	0	20
801～900	4	0	1	0	0	10	0	0	0	17
901～1000	2	0	4	0	0	9	0	0	0	15
1001～2000	7	1	25	0	0	33	0	0	0	75
2001～3000	1	0	2	0	0	5	0	0	0	18
3001以上	1	0	2	0	0	3	0	0	0	30
合計	572	467	527	240	1	579	83	205	112	594

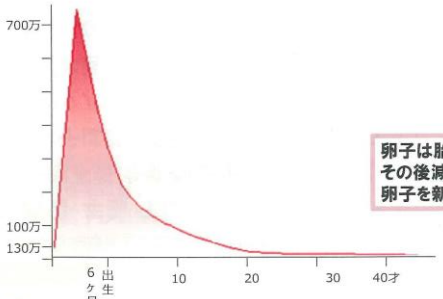
*GIFT:未受精卵の移植が実施されている場合のみを集計した

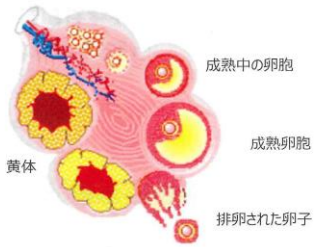


【図１】 2016年の日本国内の体外受精施行件数
日本産科婦人科学会登録・調査小委員会　2016年より.

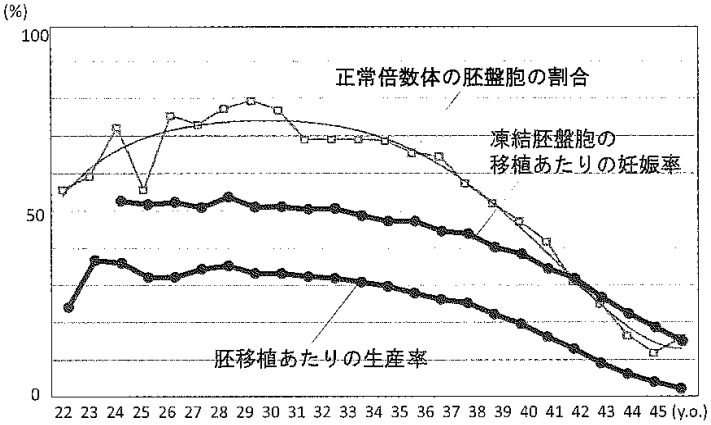
卵子数の年齢による変化

胎児期6ヵ月が最多700万個
出生児には200万個
思春期には5-10万個になる
月一回一個排卵するがほとんどの卵子は閉鎖卵胞にて消滅します





卵子は胎児の頃が最も多く
その後減少する。
卵子を新たに作り出すことはできない



【図 2】 胚の正常倍数体の割合と妊娠率・生産率
文献 1, 日本産科婦人科学会登録・調査小委員会　2016 年より.

表 7　新鮮胚(卵)を用いた治療成績[2018 年]

	IVF-ET	Split	ICSI		GIFT	卵子凍結	その他	合計
			射出精子	TESE精子				
治療周期総数	88,072	28,546	127,974	2,339	25	644	3,811	251,411
採卵総回数(0以上)	86,021	28,267	126,422	2,337	25	638	3,692	247,402
移植総回数(1以上)	20,403	5,058	23,981	530	25	0	466	50,463
全胚凍結周期数（全胚凍結周期数）	37,116	19,728	58,454	1,314	0	538	1,228	118,378
妊娠数	4,648	1,310	4,487	89	4	0	103	10,641
移植あたりの妊娠率	22.8%	25.9%	18.7%	16.8%	16.0%		22.1%	21.1%
採卵あたりの妊娠率	5.4%	4.6%	3.6%	3.8%	16.0%		2.8%	4.3%
採卵あたりの妊娠率（全胚凍結周期をのぞく）	9.5%	15.3%	6.6%	8.7%	16.0%		4.2%	8.3%
単一胚移植数	17,014	4,449	19,292	340	2		402	41,499
単一胚移植での妊娠	3,933	1,176	3,624	58	0		92	8,883
単一胚移植率	83.4%	88.0%	80.5%	64.2%	8.0%		86.3%	82.2%
単一胚移植での妊娠率	23.1%	26.4%	18.8%	17.1%	0.0%		22.9%	21.4%
流産数	1,161	273	1,229	28	0		20	2,711
妊娠あたり流産率	25.0%	20.8%	27.4%	31.5%	0%		19.4%	25.5%
単胎数（胎嚢）	4,408	1,256	4,247	85	3		98	10,097
多胎妊娠総数	113	29	143	1	0		3	289
双胎	109	29	142	1	0		3	284
三胎	4	0	1	0	0		0	5
四胎	0	0	0	0	0		0	0
胎嚢数多胎率	2.5%	2.3%	3.6%	1.2%	0.0%		3.0%	2.8%
生産分娩数	3,246	965	3,045	60	3		78	7,397
移植あたり生産率	15.9%	19.1%	12.7%	11.3%	12.0%		16.7%	14.7%
出生児数	3,319	983	3,150	61	3		80	7,596
単胎生産	3,164	947	2,926	59	3		76	7,175
双胎生産	76	18	112	1	0		2	209
三胎生産	1	0	0	0	0		0	1
四胎生産	0	0	0	0	0		0	0
異所性妊娠数	59	20	56	0	1		1	137
異正所同時妊娠	0	0	0	0	0		0	0
人工妊娠中絶	25	5	25	1	0		1	57
死産分娩数	18	4	5	0	0		0	27
減数手術	1	0	0	0	0		0	1
転帰不明（明記）	104	32	121	0	0		3	260

表 8　凍結胚を用いた治療成績〔2018 年〕

	融解胚子宮内移植	その他	合計
治療周期総数	202,229	1,017	203,246
移植総回数(1以上)	199,022	892	199,914
妊娠数	69,072	285	69,357
移植あたりの妊娠率	34.7%	32.0%	34.7%
単一胚移植数	167,898	743	168,641
単一胚移植での妊娠	59,899	242	60,141
単一胚移植率	84.4%	83.3%	83.4%
単一胚移植での妊娠率	35.7%	32.6%	35.7%
流産数	17,601	69	17,670
妊娠あたり流産率	25.5%	24.2%	25.5%
単胎数（胎嚢）	65,556	266	65,822
多胎妊娠総数	2,015	9	2,024
双胎	1,980	8	1,988
三胎	31	1	32
四胎	3	0	3
胎嚢数多胎率	3.0%	3.3%	3.0%
生産分娩数	47,873	208	48,081
移植あたり生産率	24.1%	23.3%	24.1%
出生児数	49,148	212	49,360
単胎生産	46,432	200	46,632
双胎生産	1,335	6	1,341
三胎生産	14	0	14
四胎生産	1	0	1
異所性妊娠数	350	1	351
異正所同時妊娠	9	0	9
人工妊娠中絶	272	0	272
死産分娩数	236	1	237
減数手術	16	0	16
転帰不明（明記）	1,999	3	2,002

我が国のARTの特徴

小規模施設が多い
高齢者が多い
凍結融解胚移植が多い
単一胚移植が勧められている
提供配偶子による生殖はほぼない

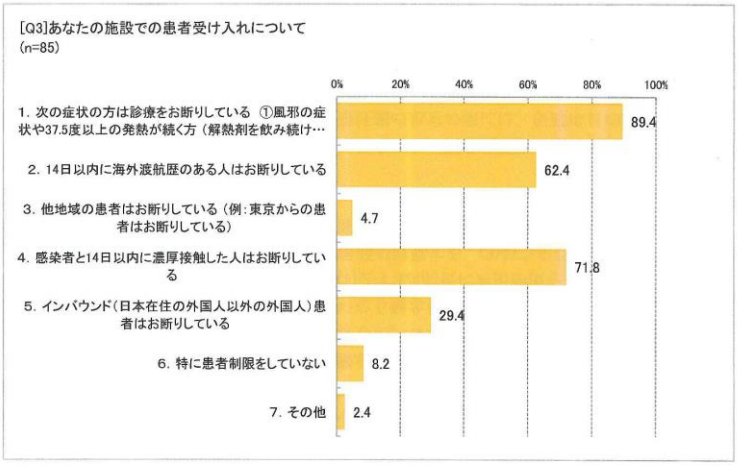
日本受精着床学会 2020年12月17日

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関する Webアンケート調査報告(速報)

不妊治療施設アンケートⅡ 回答

「不妊治療施設における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策と現状について」

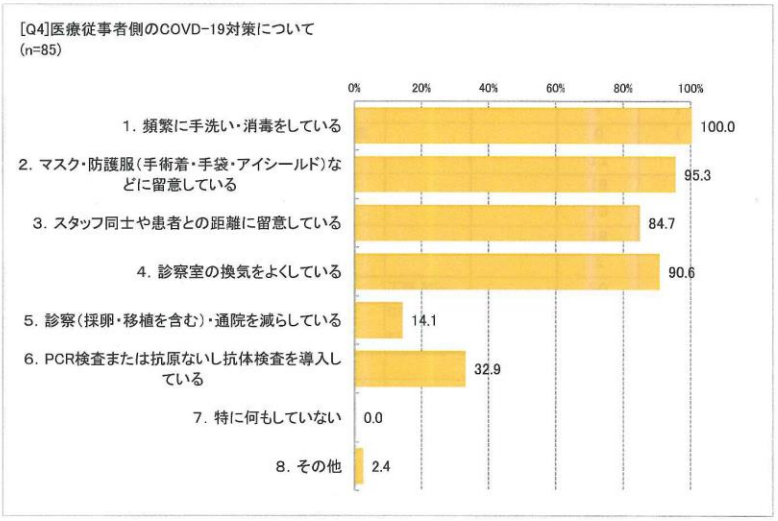
回答数: 85



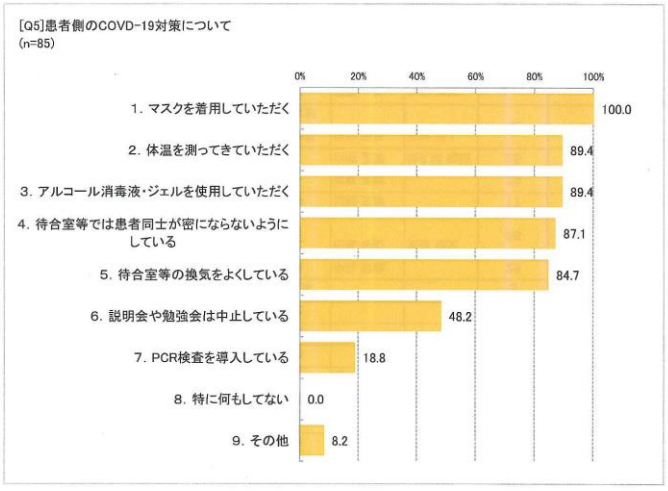
Q3_7 7. その他【 】

・症状がある方や濃厚接触後の結果未判定の方は自宅待機をお願いしている。

・14日以内に他県への移動のある場合には受診を控えていただいています。

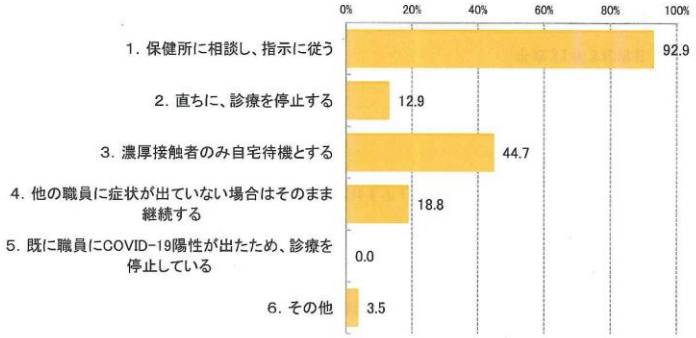


Q4_8 8.その他【　】
・トイレの仕様を全てタッチレスにしている
・診察室、内診台など患者ごとに消毒



Q5_9 9.その他【　】
・説明会を個別に行っている　・来院毎の問診
・説明会はオンラインで行っている　・説明会などはオンラインで実施
・説明会はWEBに変更　・説明会やカウンセリングをオンラインで行っている。
・6.についてはWeb開催としている

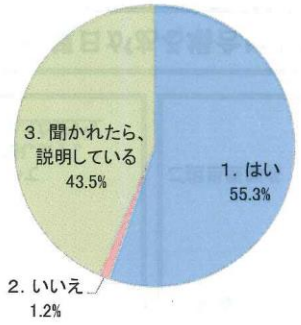
[Q7]職員にCOVID-19陽性が出た場合の対策は
(n=85)



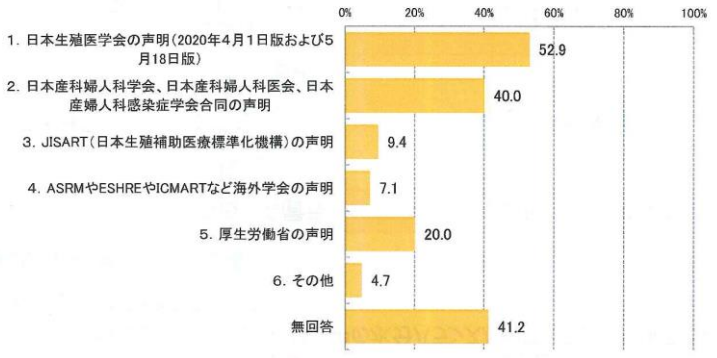
Q7_6 6.その他【　　】
・院内 ICT の指示に従う
・2 チーム制とする
・院内感染制御部の指示に従う

[Q8]不妊治療施設への通院は不要不急で、今は控えた方がよい、とお考えになりますか。
(n=85)

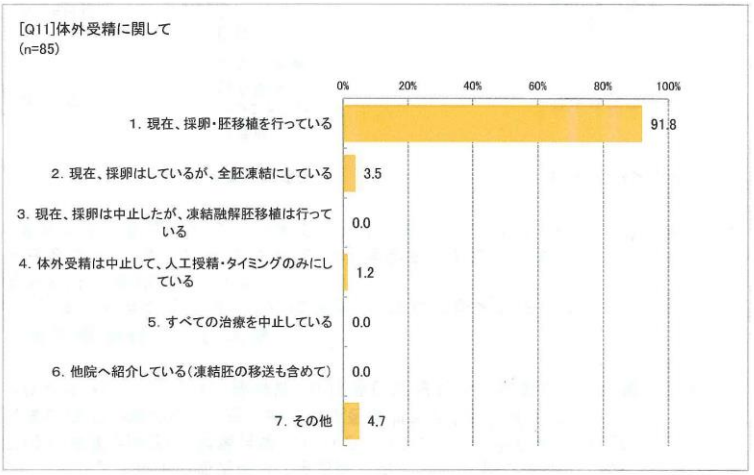
[Q9]施設としてCOVID-19に関して、不妊治療中の患者には必ず説明されていますか。
(n=85)



[Q10]Q9で「1. はい(施設としてCOVID-19に関して、不妊治療中の患者には必ず説明している)」と回答された方にお尋ねします。
患者説明の際に参考にする資料は
(n=85)



Q10_6 6. その他【　】
・COVID19 に関する治療方針について IC を行い、同意書をいただいている
・学会の声明は適宜施設HPへ掲載した。
・口頭ではないが書面ではわかるようにしている



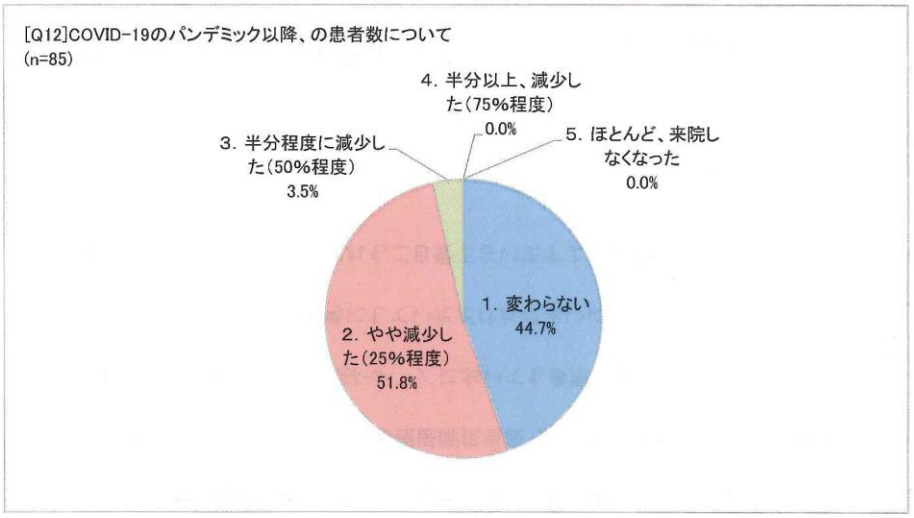
Q11_7 7. その他【　　】

・体外受精はサテライトクリニックで行っており、当院では一般不妊治療まで行っている

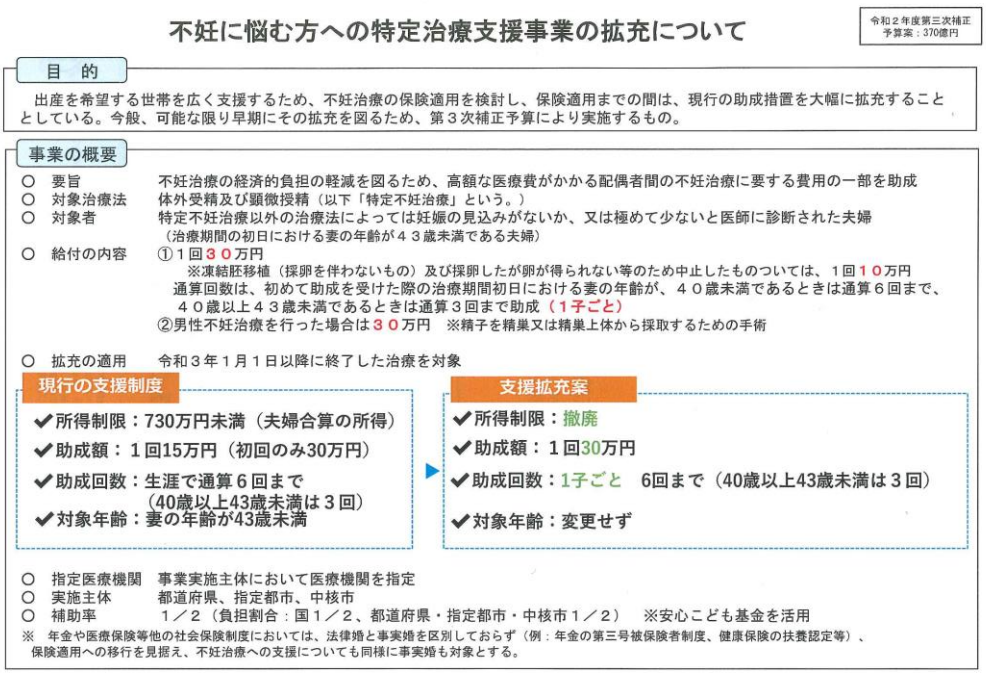
・様々

・既に体外受精は施行していない

・行っていない



厚生労働省、政府の考え



不妊に悩む方への特定治療支援事業の拡充について

令和２年度第三次補正
予算案：370億円

目　的

出産を希望する世帯を広く支援するため、不妊治療の保険適用を検討し、保険適用までの間は、現行の助成措置を大幅に拡充することとしている。今般、可能な限り早期にその拡充を図るため、第３次補正予算により実施するもの。

事業の概要

○　要旨　　不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
○　対象治療法　　体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
○　対象者　　特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦
（治療期間の初日における妻の年齢が４３歳未満である夫婦）
○　給付の内容　　①１回３０万円
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものついては、１回１０万円
通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、４０歳未満であるときは通算６回まで、４０歳以上４３歳未満であるときは通算３回まで助成（１子ごと）
②男性不妊治療を行った場合は３０万円　※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

○　拡充の適用　　令和３年１月１日以降に終了した治療を対象

現行の支援制度

✔所得制限：730万円未満（夫婦合算の所得）
✔助成額：１回15万円（初回のみ30万円）
✔助成回数：生涯で通算６回まで
（40歳以上43歳未満は３回）
✔対象年齢：妻の年齢が43歳未満

▶

支援拡充案

✔所得制限：撤廃
✔助成額：１回30万円
✔助成回数：1子ごと　6回まで（40歳以上43歳未満は３回）
✔対象年齢：変更せず

○　指定医療機関　　事業実施主体において医療機関を指定
○　実施主体　　都道府県、指定都市、中核市
○　補助率　　１／２（負担割合：国１／２、都道府県・指定都市・中核市１／２）　※安心こども基金を活用

※　年金や医療保険等他の社会保険制度においては、法律婚と事実婚を区別しておらず（例：年金の第三号被保険者制度、健康保険の扶養認定等）、保険適用への移行を見据え、不妊治療への支援についても同様に事実婚も対象とする。

不妊治療の保険適用

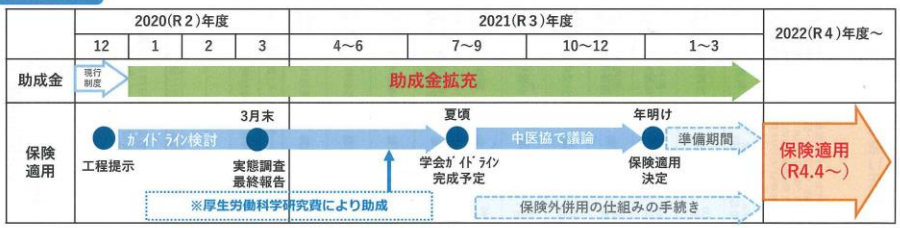
① 保険適用について

○ 子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和３年度中に詳細を決定し、令和４年度当初から保険適用を実施することとし、以下の工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。

② 保険外併用の仕組みの活用

○ オプション的な処置などで直ちに保険適用に至らないものについては、例えば、エビデンスを集積しながら保険適用を目指す「先進医療」などの保険外併用を活用することにより、できるだけ広く実施を可能とする。

工程表



0

不妊治療への支援拡充

<支援拡充の在り方について>

○ 厚生労働省で本年10月以降行ってきた不妊治療に係る実態調査等を踏まえて、不妊治療への支援については、**保険適用への移行も見据えつつ**、以下のとおり拡充を行う。

現行の支援制度

- ✔所得制限：730万円未満（夫婦合算の所得）
- ✔助成額：１回15万円（初回のみ30万円）
- ✔助成回数：生涯で通算６回まで（40歳以上43歳未満は３回）
- ✔対象年齢：妻の年齢が43歳未満

支援拡充案

- ✔所得制限：撤廃
- ✔助成額：１回30万円（考え方については次頁）
- ✔助成回数：6回（現行と同じ）、ただし、回数のカウントを以下のように見直す
  生涯6回→子ども1人あたり6回
- ✔対象年齢：変更せず

※ 助成回数と対象年齢について、有識者検討会（平成25年）における結論を踏襲するが、保険適用に向けたガイドライン作成の際に改めて検証予定

<拡充実施時期について>

○ 令和３年１月１日以降に終了した治療

<保険適用への移行を見据えて>

○ 年金や医療保険等**他の社会保険制度**においては、**法律婚と事実婚を区別しておらず**（例：年金の第三号被保険者制度、健康保険の扶養認定等）、保険適用への移行を見据え、不妊治療への支援についても同様に**事実婚も対象**とする。

1

体外受精等に係る価格について

〈医療機関調査の概要〉

【期間】令和2年10月30日（金）～11月19日（木）（21日間）
【対象】日本産科婦人科学会に不妊治療実施機関として登録されている医療機関622施設
【回答数】307/622施設（回収率：49%）

〈調査結果〉

	治療ステージ	中央値	最小～最大値	現行の助成額
A	新鮮胚移植	37～51万※	16～89万	15万（初回30万）
B	凍結胚移植	43～**58万**※	21～98万	15万（初回30万）

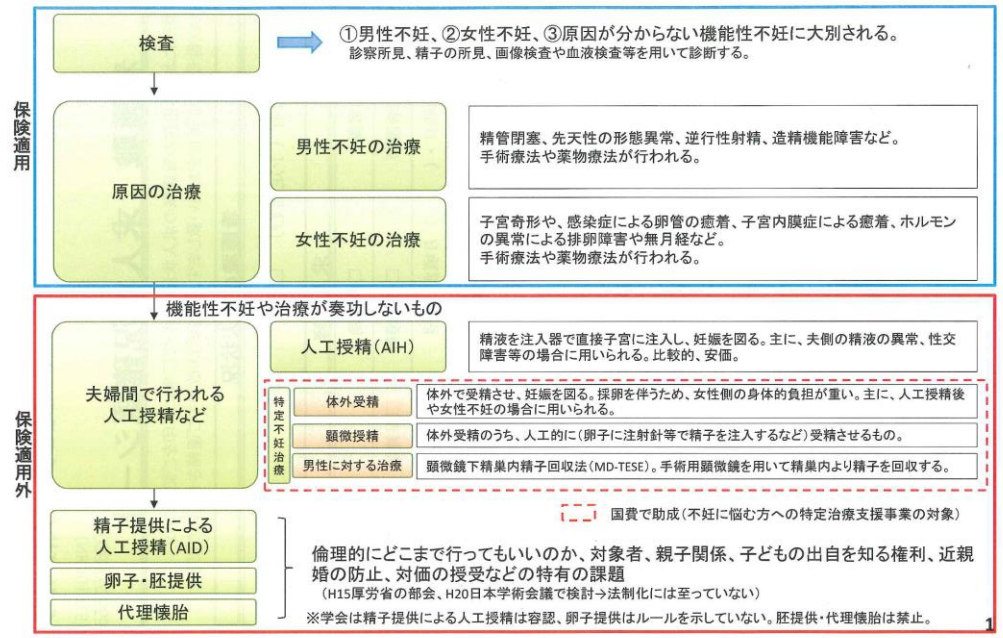
※数値の幅は、排卵誘発剤の使用の多寡、体外受精か顕微授精など、個々に選択する治療法の違いによる。

（単位は全て円）

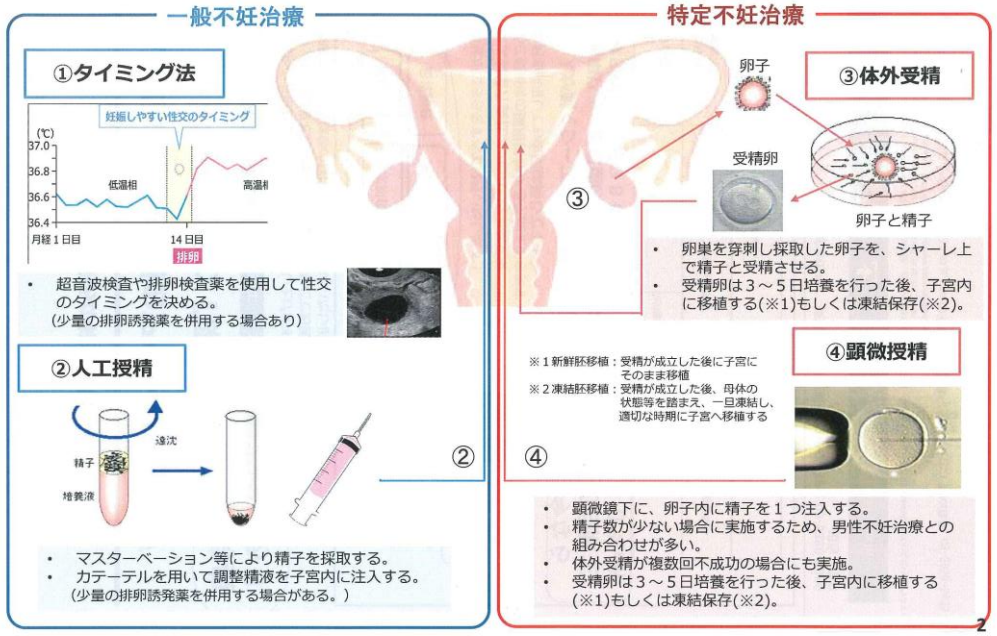
- 回答の得られた307施設のうち、価格の算出に必要な項目について有効回答の得られた86施設のデータを元に算出。
- 日本における体外受精等の約80%は凍結胚移植治療。

2

不妊治療の流れ（概略図）



不妊治療の概要



不妊治療の実態

- 国は不妊治療全体の実施件数等は把握していないが、日本産婦人科学会では、学会に登録されている全ての生殖補助医療機関に対して毎年実態調査を実施している。
- この日本産科婦人科学会による実態調査の結果によると、登録施設数及び特定不妊治療による出生者数は年々増加傾向にある。

年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
特定不妊治療による出生数（人）	28,945	32,426	37,953	42,554	47,322	51,001	54,110	56,617	56,979
産婦人科学会登録施設数	591	586	589	587	598	607	604	607	622
（参考）全出生数（人）	1,071,305	1,050,807	1,037,232	1,029,817	1,003,609	1,005,721	977,242	946,146	918,400

日本産科婦人科学会　ART（生殖補助医療）データブック、倫理委員会　登録・調査小委員会報告、人口動態調査より

- 特定不妊治療にかかる一回あたりの費用は体外受精38万円、顕微授精43万円。

■ 特定不妊治療支援事業における指定医療機関が受診等証明書に記載した領収金額等について、研究班が調査※を行い、全115 実施主体から回答を得た（平成29年度）。
■ 治療ステージ別の平均領収金額は
  - 体外受精は約38 万円（最小-最大：13,030円-1,102,697円）
  - 顕微授精は約43 万円（最小-最大：58,925円-1,145,470円）

※平成30年度厚生労働科学研究「「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究」
研究代表者：前田恵理（秋田大学）

令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「不妊治療の実態に関する調査研究」概要

１．不妊治療の実態に関する医療機関アンケート調査

【対象】日本産科婦人科学会に登録されている全生殖補助医療（ART）実施施設（約600施設）
【内容】・医療機関の基本情報
・実施している治療の内容
・治療別の標準費用（治療費設定の現状）
・男性不妊に係る治療の実態
・人工授精の実施件数・費用・妊娠率

２．不妊治療の実態に関する当事者アンケート調査

【対象】過去/現時点で不妊治療を受けた者及び不妊に悩む者（約1000人）
【内容】・不妊治療を開始した理由、治療を休んだ/やめた理由
・不妊治療に対する当初の認識
・通院した医療機関数と当該医療機関について
・治療について（内容、経過、期間）
・費用について（検査、治療）
※あわせて、日本産科婦人科学会が公開する既存のARTデータ等から不妊治療の実施件数や治療法別の治療成績調査する。

３．一般女性及び一般男性における不妊治療に対する意識調査

【対象】20歳～40歳前後の男女(約1000人)
【内容】・不妊症や不妊治療への認識
・不妊症や不妊治療に関する正しい知識と情報収集の方法
・不妊治療に係る制度などへの認識
・不妊治療の希望や期待すること

4

少子化社会対策大綱における不妊治療等への支援についての記載

Ⅱ－３（１）妊娠前からの支援
（不妊治療等への支援）

○不妊専門相談センターの整備
- 男女を問わず、不妊治療や不育症治療に関する情報提供や相談体制を強化するため、不妊や不育症に関する医学的な相談や心の悩みの相談等を行う不妊専門相談センターの整備を図る。

○不妊治療に係る経済的負担の軽減等
- 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、**高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。**あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。
- 不妊治療の治療水準の向上につなげるため、不妊症の治療方法等に関する研究開発に取り組む。また、年齢が高くなると妊娠・出産に至る可能性が低くなること、不妊の原因は男女どちらにもあり得ること、不妊治療を行っても子供を授かることができない場合があること等を適切に情報提供する。

○不妊治療と仕事の両立のための職場環境の整備
- 不妊治療について職場での理解を深めるとともに、仕事と不妊治療の両立に資する制度等の導入に取り組む事業主を支援し、仕事と不妊治療が両立できる職場環境整備を推進する。
- 国家公務員についても、人事院とも連携し、引き続き民間の状況を注視しつつ、不妊治療を受けやすい職場環境の醸成等を図っていく。

5

全世代型社会保障検討会議（第12回）

議事録

（開催要領）

１．開催日時：令和２年12月14日（月）10:40～11:00
２．場　所：官邸２階大ホール
３．出席者：

議　長	菅　　義偉	内閣総理大臣
議長代理	西村　康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生　太郎	副総理 兼 財務大臣
	加藤　勝信	内閣官房長官
	武田　良太	総務大臣
	田村　憲久	厚生労働大臣
	梶山　弘志	経済産業大臣
	遠藤　久夫	学習院大学経済学部教授
	翁　　百合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌田　耕一	東洋大学名誉教授
	櫻田　謙悟	SOMPOホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清家　篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	新浪　剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増田　寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳川　範之	東京大学大学院経済学研究科教授
	坂本　哲志	内閣府特命担当大臣（少子化対策担当）

（議事次第）

１．開会
２．全世代型社会保障改革の方針（案）について
３．閉会

（配布資料）

資料１　　全世代型社会保障改革の方針（案）
資料２　　中西議員提出資料

資料１

全世代型社会保障改革の方針（案）

令和２年１２月１４日

第１章　はじめに

１．これまでの検討経緯

政府は、昨年９月に全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」という。）を設置し、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護、少子化対策など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

検討会議は昨年12月に第１回目の中間報告（以下「第１次中間報告」という。）を行った。当該中間報告に基づき、第201回国会では労働や年金分野等で所要の改革が実現した。本年６月には第２回目の中間報告を行い、医療について、第１次中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめることとした。

本年９月の菅内閣の発足後、検討会議の検討を再開し、10月15日に少子化対策、11月24日に医療改革について議論を行った。

これまでの検討会議の検討や与党の意見を踏まえ、全世代型社会保障改革の方針を定める。

２．全世代型社会保障改革の基本的考え方

菅内閣が目指す社会像は、「自助・共助・公助」そして「絆」である。まずは自分でやってみる。そうした国民の創意工夫を大事にしながら、家族や地域で互いに支え合う。そして、最後は国が守ってくれる、セーフティネットがしっかりとある、そのような社会を目指している。

社会保障制度についても、まずは、国民１人１人が、仕事でも、地域でも、その個性を発揮して活躍できる社会を創っていく。その上で、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、社会保障各制度の見直しを行うことを通じて、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいく。

まず、我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、本方針において、不妊治療への保険適用の早急な実現、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、男性の育児休業の取得促進といった少子化対策をトータルな形で示す。

一方、令和４年（2022年）には、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり始める中で、現役世代の負担上昇を抑えることは待ったなしの課題である。そのためにも、少しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき、能力に応じた負担をいただくことが必要である。このため、本方針において高齢者医療の見直しの方針を示す。

このような改革に取り組むことで、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を更に前に進めていく。

第２章　少子化対策

少子化の問題は、結婚や出産、さらには子育ての希望の実現を阻む、様々な要因が絡み合って生じている。これまで、政府としては、待機児童の解消と併せて、幼稚園、保育所等、大学、専門学校等の無償化のほか、仕事と育児の両立支援、結

婚・妊娠・出産支援などの総合的な取組を進めてきた。

我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、以下の取組を進める。

その上で、安心して子供を産み育てられる環境をつくるとともに、女性が健康で活躍できる社会を実現していく。

１．不妊治療への保険適用等

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和３年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和４年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（１回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

同時に、不妊治療のみならず、里親制度や特別養子縁組等の諸制度について周知啓発を進める。また、児童虐待の予防の観点から、地域で子供を見守る体制の強化や児童福祉施設による子育て家庭への支援の強化を着実に推進する。さらに、不妊治療と仕事の両立に関し、社会的機運の醸成を推進するとともに、中小企業の取組に対する支援措置を含む、事業主による職場環境整備の推進のための必要な措置を講ずる。

＜工程表＞

２．待機児童の解消

政権交代以来、72万人の保育の受け皿を整備し、今年の待機児童は、調査開始以来、最少の１万２千人となった。待機児童の解消を目指し、女性の就業率の上昇を踏まえた保育の受け皿整備、幼稚園やベビーシッターを含めた地域の子育て資源の活用を進めるため、年末までに「新子育て安心プラン」を取りまとめる。

具体的には、安定的な財源を確保しながら、令和３年度（2021年度）から令和６年度（2024年度）末までの４年間で約14万人分の保育の受け皿を整備する。その際、保育ニーズが増加している地域、マッチングの強化が必要な地域など、地域の特性に応じた支援に取り組み、地域のあらゆる子育て資源の活用を図る。

新プランの財源については、社会全体で子育てを支援していくとの大きな方向性

の中で、公費に加えて、経済界に協力を求めることにより安定的な財源を確保する。

その際、児童手当については、少子化社会対策大綱（令和２年５月29日閣議決定）等に基づき、高所得の主たる生計維持者（年収1,200万円[1]以上の者）を特例給付の対象外とする。

児童手当の見直しの施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和４年（2022年）10月支給分から適用する。

これらのために、令和３年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。

また、少子化社会対策大綱等に基づき、安定的な財源を確保しつつ、ライフステージに応じた総合的な少子化対策に向けた取組を進める。その際、児童手当について、多子世帯等への給付の拡充や世帯間の公平性の観点での世帯合算導入が必要との指摘も含め、財源確保の具体的方策と併せて、引き続き検討する。

３．男性の育児休業の取得促進

男性の育児参加を進めるため、今年度から男性国家公務員には１か月以上の育児休業の取得を求めているが、民間企業でも男性の育児休業の取得を促進する。

具体的には、出生直後の休業の取得を促進する新たな枠組みを導入するとともに、本人又は配偶者の妊娠・出産の申出をした個別の労働者に対する休業制度の周知の措置や、研修・相談窓口の設置等の職場環境の整備等について、事業主に義務付けること、男性の育児休業取得率の公表を促進することを検討し、労働政策審議会において結論を取りまとめ、令和３年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。

第３章　医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

１．医療提供体制の改革

第１次中間報告では医療提供体制の改革の方向性が示されたところであるが、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、有事に必要な対策が機動的に講じられるよう、都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけるとともに、地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みは維持し、その財政支援等を行う。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

あわせて、安全性・信頼性の担保を前提としたオンライン診療を推進するとともに、医師の健康を確保し医療の質・安全の向上を図るための医師の働き方改革、医

[1] 子供２人の専業主婦世帯の場合

事前調査

日本人の妊孕性知識尺度

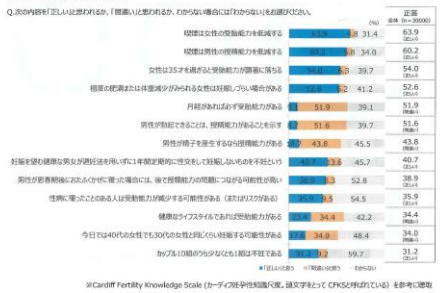
■ 妊孕性（にんようせい）知識の平均点は100点満点中45.6点

妊娠のしやすさ、妊娠する力のことを「妊孕性（にんようせい）」と言い、この妊孕性を図る指標として、妊娠・出産に関する知識の正答率（妊孕性知識尺度）があります。これは、妊娠・出産に関する13項目について、「正しいと思う」「間違いと思う」「わからない」のいずれかで回答するものです。

今回の調査で妊孕性知識尺度を行った結果を正答率の高い順に並べたのが［図5-1］です。正答率が60%を越えるのは「喫煙は女性の受胎能力を低減する」（63.9%）と「喫煙は男性の授精能力を低減する」（60.2%）の2項目だけで、正答率が30%台と低いのが、「カップル10組のうち少なくとも1組は不妊である」（31.2%）、「今日では40代の女性でも30代の女性と同じくらい妊娠する可能性がある」（34.0%）、「健康なライフスタイルであれば受胎能力がある」（34.4%）、「性病に罹患（りかん）したことのある人は受胎能力が減少する可能性がある」（35.9%）、「男性が思春期後におたふくかぜに罹った場合には、後で授精能力の問題につながる可能性が高い」（38.9%）など5項目ありました。

この結果を100点満点で算出すると、全13問（100点満点）の平均点は45.6点、男性39.2点、女性52.3点でした。年代別に見ると、30代女性が55.6点と最も高く、40代男性37.6点が最も低い結果となりました［図5-2］。

［図5-1］妊孕性知識尺度※



※Cardiff Fertility Knowledge Scale（カーディフ妊孕性知識尺度。頭文字をとってCFKSと呼ばれている）を参考に調査

［図5-2］妊孕性知識尺度（正答平均点）

不妊治療にかかる経済的負担

■ 不妊治療に関する治療費総額約130万円。さらに、二次的出費総額約237万円や交通費・ガソリン費が月々約2.2万円がかかる人も

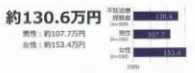
■ 6割強が経済的な理由で、治療を諦めたり、一時やめたり遅らせたり迷ったりした経験がある

不妊治療の経済的負担が最も大きい治療費について、医療機関に支払った金額を聞くと、平均で総額約130.6万円となりました［図7-1］。前述［図6-2］で不妊治療のためのサプリメントや漢方、気晴らしのための趣味や旅行、家事負担を減らすための出費（＝二次的出費）について負担を感じると答えた105人に、その費用の総額を聞くと平均で総額約236.5万円となりました［図7-2］。また、通院のための交通費・ガソリン費を負担と感じていると答えた87人に、その1回あたりの金額を聞いたところ平均3,587.8円でした。1カ月あたりの通院回数平均6.2回と掛け合わせると、1カ月の交通費・ガソリン費は平均で22,244円に上ります［図7-3］。

不妊治療に関する費用は、医療機関への支払いが総額約130.6万円ですが、二次的出費について負担と感じている人（n＝105）はさらに総額約236.5万円の支出があり、交通費・ガソリン費を負担と感じている人（n＝87）は月々の交通費・ガソリン費で2.2万円の支出があります。不妊治療にかけてもいいと思う予算は平均で約150.4万円でしたが［図7-4］、予算内で収まらない人もいるようです。

また、経済的な理由で不妊治療を諦めたり一時やめたり遅らせたり迷ったりしたことがあるかと聞くと、「あてはまるものはない」と答えたのは37.0%で、全体の63.0%は経済的な負担が原因で不妊治療を諦めたり一時やめたり遅らせたり迷ったりした経験があります。17.0%が「治療を諦めた」、21.7%は「治療を一時やめた」経験があり、26.3%は「治療を続けるかどうか迷った」と答えています［図8］。

［図7-1］医療機関に支払った不妊治療費（総額）



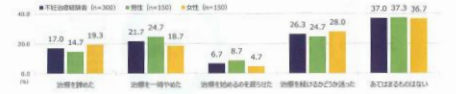
［図7-2］不妊治療のための二次的出費※（総額）

※サプリメントや漢方、気晴らしのための趣味や旅行、家事負担を減らすための出費

［図7-3］不妊治療通院のための交通費・ガソリン費（月額）

［図7-4］不妊治療にかけてもいい費用の総額

［図8］経済的な理由で不妊治療を諦めたり一時やめたり遅らせたり迷ったりした経験（複数回答）



不妊治療と仕事

■ 不妊治療経験者の約3人に1人は、「仕事と不妊治療との両立」を負担に感じている

不妊治療に関して経済的なもの以外の負担について聞くと、「病院での待ち時間が長い」（42.7%）、「通院回数が多い」（42.3%）、「体調や体力など身体的な負担」（35.3%）と並んで、約3人に1人は「仕事との両立」（35.0%）に悩んでいます。性別で見ても、男性（32.7%）も女性（37.3%）も負担に感じています［図9］。

［図9］不妊治療に関して経済的なもの以外で負担に感じること（複数回答）

■ 不妊治療経験者の約4人に1人は、週1日以上、有給休暇を使って不妊治療をしている

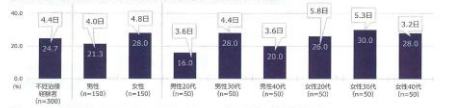
不妊治療と仕事の関係について詳しく見ていきます。

不妊治療の通院のために「有給休暇」を取得した人は24.7%で、30代女性では30.0%と多くなっています。有給休暇を取得した人の1カ月の平均取得日数は4.4日となり、20代女性は5.8日、30代女性は5.3日となりました［図10-1］。不妊治療をする人の約4人に1人は、不妊治療のために週1回以上、有給休暇を取って通院している計算になります。

また、勤務先は不妊治療で休みを取りやすいかと聞くと、「取りやすい」は39.8%、「取りやすくない」は30.9%でした［図10-2］。また不妊治療期間は、半数近くが「1年以上」と回答しています。［図11］。

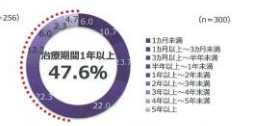
※本調査に記載の数値は、小数点第2位以下を四捨五入しているため、内訳の合計が一致しない場合があります。

［図10-1］不妊治療のための有給休暇取得率と1カ月の平均日数



［図10-2］不妊治療のための休みの取りやすさ

［図11］不妊治療期間



仕事と不妊治療の両立支援のために

～働きながら不妊治療を受ける従業員へのご理解をお願いします～

近年の晩婚化等を背景に不妊治療を受ける夫婦が増加しており、働きながら不妊治療を受ける方は増加傾向にあると考えられます。また、厚生労働省が行った調査によると、仕事と不妊治療との両立ができず、16%の方が離職しています。

このように、人材を失うことは、企業にとって大きな損失です。仕事と不妊治療の両立について職場での理解を深め、従業員が働きやすい環境を整えることは、有能な人材の確保という点で企業にもメリットがあるはずです。

このリーフレットは、職場内で不妊治療への理解を深めていただくために、不妊治療の内容や職場での配慮のポイント、仕事と治療の両立に役立つ制度などを紹介するものです。

約20人に1人

2015年に日本では51,001人が生殖補助医療（体外受精、顕微授精、凍結胚（卵）を用いた治療）により誕生しており、全出生児（1,008,000人）の5.1%に当たります。

（生殖補助医療による出生児数（日本産科婦人科学会「ARTデータブック（2015年）」、
あらたな児童・家庭施策（平成27年（2015）人口動態統計の特殊分析による）

5.5組に1組

日本では、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある（または現在受けている）夫婦は、全体で18.2%、子どものいない夫婦では28.2%です。

（国立社会保障・人口問題研究所「2015年社会保障・人口問題基本調査」による）

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

知っていますか？ 不妊治療

不妊治療について

- 不妊の原因は、女性だけにあるわけではありません。男性に原因があることもありますし、検査をしても原因がわからないこともあります。また、女性に原因がなくても、女性の体には、治療に伴う検査や投薬などにより大きな負担がかかります。
- 男性も女性も、検査によって不妊の原因となる疾患があると分かった場合は、原因に応じて薬による治療や手術を行います。
- 排卵日を診断して性交のタイミングを合わせるタイミング法、内服薬や注射で卵巣を刺激して排卵をおこさせる排卵誘発法、精液を注入器で直接子宮に注入する人工授精などの一般不妊治療では妊娠しない場合に、卵子と精子を取り出して体の外で受精させてから子宮内に戻す「体外受精」や「顕微授精」などの生殖補助医療を行います。
- 不妊治療は、妊娠・出産まで、あるいは、治療をやめる決断をするまで続きます。年齢が若いうちに治療を開始したほうが、1回あたりの妊娠・出産に至る確率は高い傾向がありますが、「いつ終わるのか」を明らかにすることは困難です。治療を始めてすぐに妊娠する場合もあれば、何年も治療を続けている場合もあります。

不妊治療の流れ（概略図）

保険適用	検査		①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。（診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。）
	原因の治療	男性不妊の治療	精細管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。手術療法や薬物療法が行われる。（一部を除き保険適用）
		女性不妊の治療	子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。※一部、原因が分からない機能性不妊に行われる場合あり
特定不妊治療の助成の対象	夫婦間で行われる人工授精、体外受精など	人工授精（AIH）	精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的、安価。
		生殖補助医療 体外受精	体外で受精させ、妊娠を図る。採卵を伴うため、女性側の身体的負担が重い。主に、人工授精後や女性不妊の場合に用いられる。
		生殖補助医療 顕微授精	体外受精のうち、人工的に（卵子に注射針等で精子を注入するなど）受精させるもの。
		男性に対する治療	顕微鏡下精巣内精子回収法（MD-TESE）。手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する。

国費で助成（不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象）

特定不妊治療への助成

対象治療法：体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）

対　象　者：特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された法律上の婚姻をしている夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦）

給付の内容：①1回15万円（初回の治療に限り30万円まで助成）

※初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回、40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成

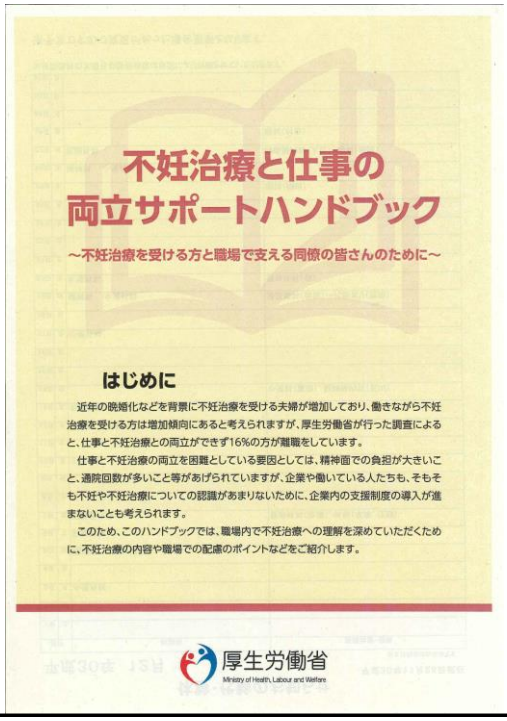
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回7.5万円）

②男性不妊治療を行った場合は15万円（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）

所 得 制 限：730万円（夫婦合算の所得ベース）

※制度は平成29年度のもので、変更になる場合があります。また、地方自治体独自の制度がある場合があります。

2



不妊治療と仕事の両立サポートハンドブック

～不妊治療を受ける方と職場で支える同僚の皆さんのために～

はじめに

近年の晩婚化などを背景に不妊治療を受ける夫婦が増加しており、働きながら不妊治療を受ける方は増加傾向にあると考えられますが、厚生労働省が行った調査によると、仕事と不妊治療との両立ができず16%の方が離職をしています。

仕事と不妊治療の両立を困難としている要因としては、精神面での負担が大きいこと、通院回数が多いこと等があげられていますが、企業や働いている人たちも、そもそも不妊や不妊治療についての認識があまりないために、企業内の支援制度の導入が進まないことも考えられます。

このため、このハンドブックでは、職場内で不妊治療への理解を深めていただくために、不妊治療の内容や職場での配慮のポイントなどをご紹介します。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

事業主の皆様へ

従業員が希望する妊娠・出産を実現するために

働きながら不妊治療を受ける従業員へのご理解をお願いします

我が国の平均初婚年齢は上昇傾向が続いており、平成27年には、男性が31.1歳、女性が29.4歳となっています。また、出産時の女性の年齢についても上昇しており、平成27年の第1子出産時の平均年齢は30.7歳となっています。

職場での役割が充実する時期には「いつでも子どもは持てる」と思い、妊娠・出産を無意識に考えてしまいがちですが、男性、女性ともに妊娠・出産には適した年齢があります。一般的に、高年齢での妊娠・出産は、様々なリスクが高まるとともに、出産に至る確率も低くなることが医学的に明らかになっています。

一方で、従業員が子どもを持ちたいと考えても、「妊娠・出産すると上司や同僚に迷惑がかかるのではないか」と職場に気兼ねしたり、職場に仕事と育児の両立を支援する雰囲気がないために「出産したら仕事を辞めざるを得ないのではないか」と考えて妊娠・出産を先送りにした結果、妊娠しづらい年齢になってしまうことも考えられます。

子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのかという判断は、当事者である従業員が自らの意思で行うものですが、希望する妊娠・出産を実現するためには、当事者はもちろんのこと、職場においても妊娠について正しく理解するとともに、従業員が働きながら安心して妊娠・出産・子育てができる職場環境作りを進めることが重要です。

このリーフレットについて

近年の晩婚化等を背景に不妊治療を受ける夫婦が増加しており、働きながら不妊治療を受ける方は増加傾向にあると考えられます。また、仕事と不妊治療との両立に悩み、やむを得ず退職する場合も多いと言われています。

不妊治療を受ける方は、一定の職務経験を積んだ年齢層の従業員であることも多く、企業の貴重な戦力であると考えられます。こうした人材を失うことは、企業にとって大きな損失です。仕事と不妊治療の両立について職場での理解を深め、従業員が働きやすい環境を整えることは、有能な人材の確保という点で企業にもメリットがあるはずです。

このリーフレットは、職場内で不妊治療への理解を深めていただくために、不妊治療の内容や職場での配慮のポイント、仕事と治療の両立に役立つ制度などを紹介するものです。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

不妊治療連絡カード

事 業 主 殿

令和　　年　　月　　日

所属……

氏名……印

医師の連絡事項

（該当するものに○を付けてください。）

上の者は、☐ 現在、不妊治療を実施 または ☐ 不妊治療の実施を予定 しています。

【連絡事項】

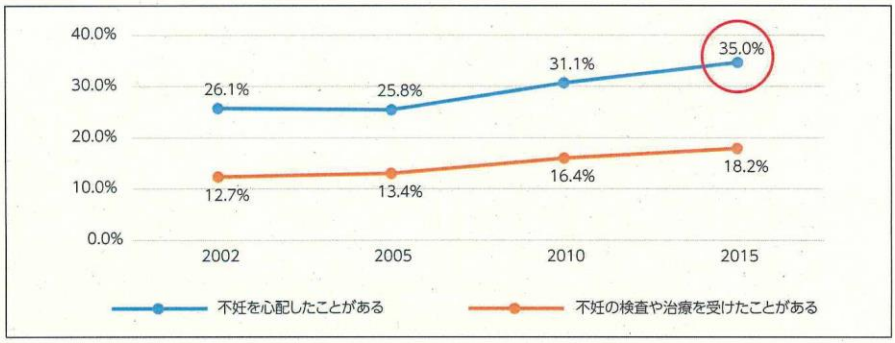
不妊治療の実施（予定）時期	
特に配慮が必要な事項	
その他	

令和　　年　　月　　日

医療機関名……

医師氏名……印

図2　不妊の検査や治療を受けたことがある夫婦の割合

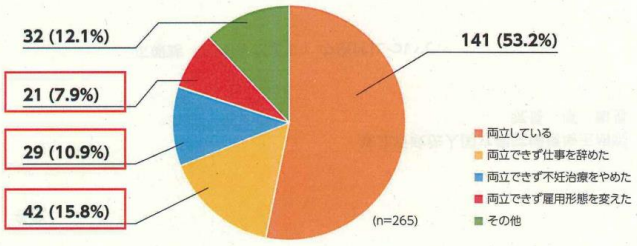


(出典:国立社会保障・人口問題研究所「2002年社会保障・人口問題基本調査」、「2005年社会保障・人口問題基本調査」、「2010年社会保障・人口問題基本調査」、「2015年社会保障・人口問題基本調査」)

しかしながら…
仕事と両立できない人が34.7%

不妊治療をしたことがある(または、予定している)労働者のなかで、「仕事と両立している(または、両立を考えている)」とした人の割合は53.2%になっていますが、「仕事との両立ができなかった(または、両立できない)」とした人[1]の割合は34.7%となっています。

図3　仕事と不妊治療の両立状況



(出典:厚生労働省「平成29年度『不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査』」)

[1]「両立できず仕事を辞めた」「両立できず不妊治療をやめた」「両立できず雇用形態を変えた」の合計

データで見る不妊治療と仕事の両立

約17人に1人

2017年に日本では56,617人が生殖補助医療により誕生しており、これは全出生児(946,065人)の6.0%に当たり、約16.7人に1人の割合になります。

図1　全出生児に占める生殖補助医療による出生児の割合

(出典:生殖補助医療による出生児数:公益社団法人日本産科婦人科学会(ART データブック(2017年)」、全出生児数:厚生労働省「平成29年(2017)人口動態統計(確定数)」)

約5.5組に1組

日本では、不妊を心配したことがある夫婦は35.0%となり、これは夫婦全体の約2.9組に1組の割合になります。また、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある(または現在受けている)夫婦は18.2%となり、これは夫婦全体の約5.5組に1組の割合になります。

2

両立できない理由とは!

では、「仕事との両立ができなかった(または、両立できない)」と回答した労働者が、どのような理由で両立できなかったのでしょうか。「精神面で負担が大きいため」、「通院回数が多いため」、「体調、体力面で負担が大きいため」が、上位3つの理由として挙げられています。

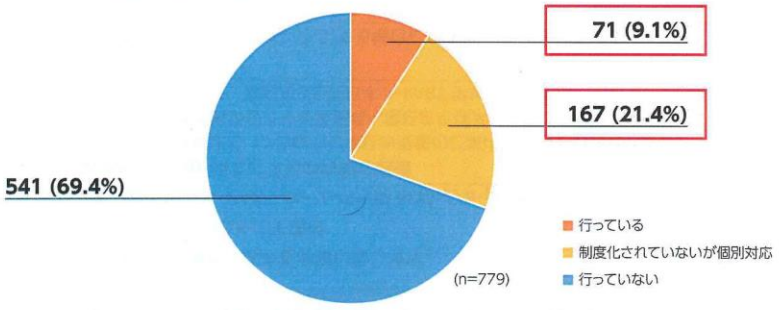
図4　仕事と治療の両立ができなかった理由(複数回答)

(出典:厚生労働省「平成29年度『不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査』」)

支援を行っている企業は3割

こうした中で、不妊治療を行っている従業員が受けられる支援制度等の実施状況を見ると、3割の企業が支援を「行っている」と回答しています。

図5　不妊治療を行っている従業員が受けられる支援制度等の実施状況

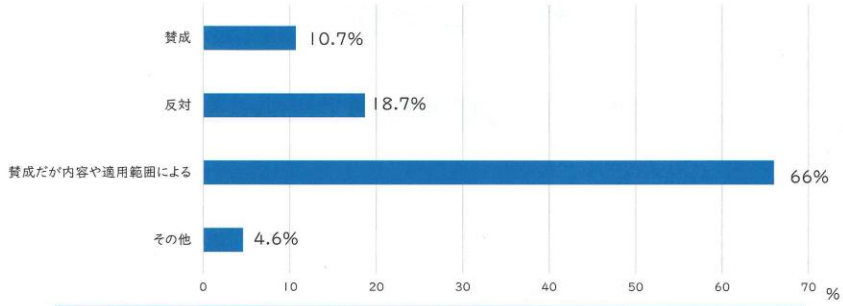


(出典:厚生労働省「平成29年度『不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査』」)

ＡＲＴの保険収載の働きに対する生殖医療者の考え

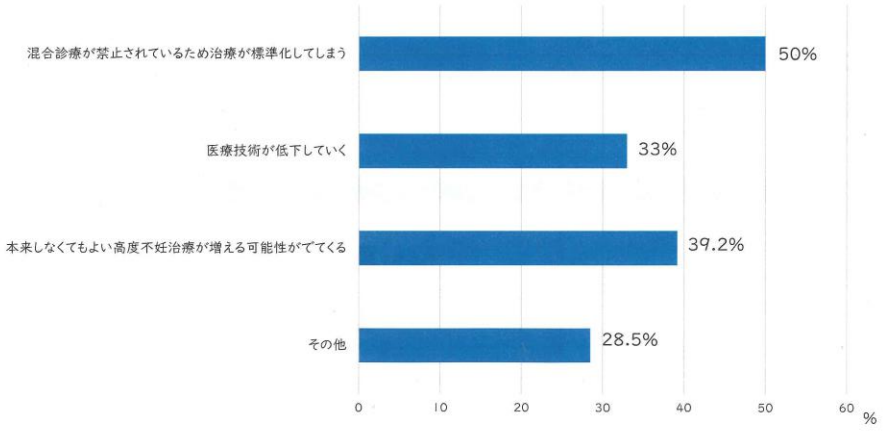
（jinekoのアンケートから）

① 不妊治療の保険適用拡大について、先生方はどう思われますか？
もっともあてはまるものを1つお選びください。（必須設問）



その他：●助成金の充填が望ましい。
●適用拡大ではなく、適用を見直す。
●助成金の増額や適用拡大が望ましい
●反対はしないが、混合診療になってしまい今締め付けが厳しい厚生局の考えと相容れないと思われるから。保険の審査員でもある立場からあり得ないと思われる。

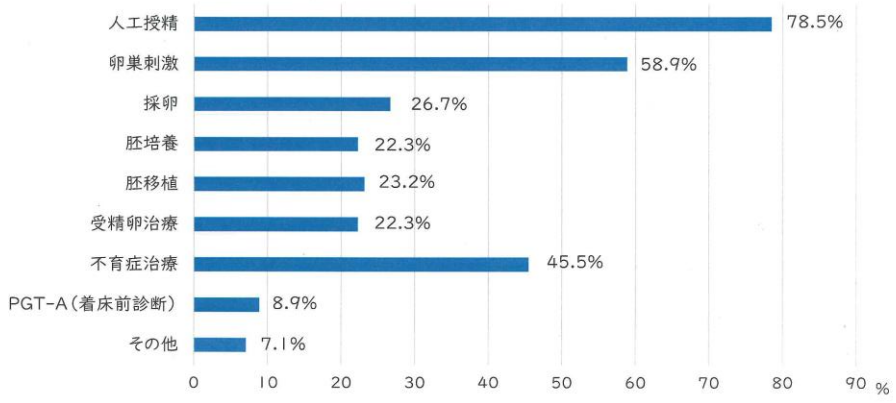
② 不妊治療の保険適用にはどのような課題・問題点があると思われますか？
（複数回答が可）（必須設問）



② 不妊治療の保険適用にはどのような課題・問題点があると思われますか？
その他回答のご意見。（フリーコメント）

・新しい技術が簡単には組み込めなくなる
・原因に関係なくどの患者様にも画一的にならざるを得ない
・妊娠率がある程度高い症例に限るべき。
・技術や経験の少ない医師が闇雲に実施してしまうのではないかと不安。
・不要な投薬が増える。
・訪問診療のように、診療報酬の上下に振り回されるようになると医療の質の低下につながりかねない。
・同日混合診療の規制があるため、保険適用になっても事実上使用できない
・保険にどの部分をすることが出来るかが、全く不明。人工授精治療ですら保険適応になっていない状態で政府があえて混合診療になるようなことは認めがたい
・十分な保険点数が得られない
・自己負担がかかり特定不妊治療の方が使いやすい
・安全性と質を担保する必要がある、追加のadd-onをどうするか
・査定された際の負担が甚大、検査や治療の制限
・オプションや新しいものの導入時に混合医療は採用できない。
・コロナでもう財源がない

③ もし保険適用される場合、どこまでの治療を適用するのがよいと思われますか？
（複数回答が可）（必須設問）



③ もし保険適用される場合、どこまでの治療を適用するのがよいと思われますか？
その他回答のご意見。（フリーコメント）

・若年者（35歳まで）に限りART全般保険
・一般不妊治療の卵胞計測とホルモン検査を混合診療として認める。
・不妊スクリーニング検査、卵胞発育を観察するためのエコー、ホルモン検査
・TESE、精子凍結、顕微授精、アシステッドハッチング、子宮内フローラ、ERA、サプリメント
・保険適用は反対
・薬剤技術が統一すれば分かりやすい

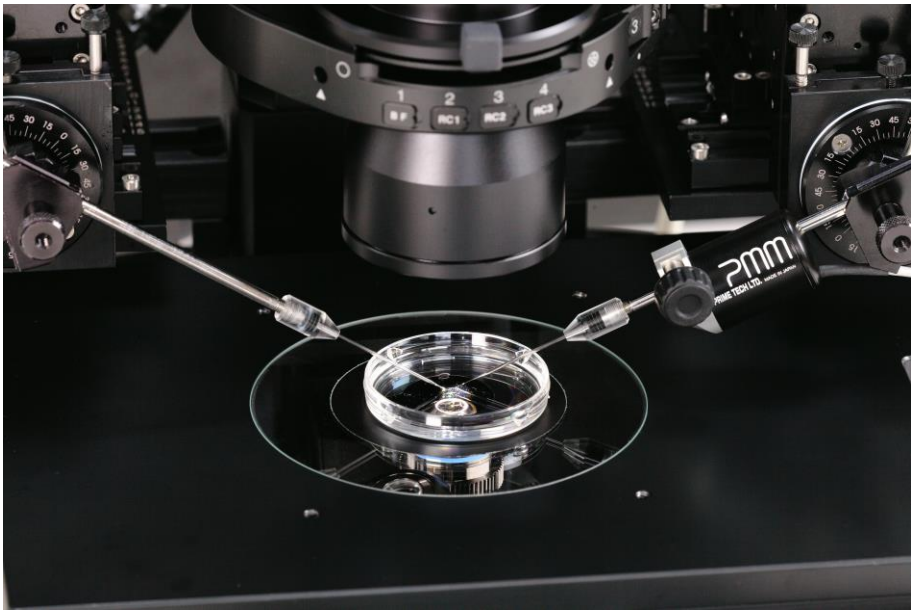
④ その他、保険適用についてのご意見をお聞かせください。　（フリーコメント）

・基本的に混合診療を認めることで保険の適応範囲を広めるならばいいと考える。
・保険適用拡大よりも助成金の限度額や対象者を増やして、体外受精などの高度治療の選択肢を増やす方針が妥当と考える。
・保険適用により、ラボにコストをかけない低レベルなARTが横行する。治療の多様性が失われる。助成金の底上げで対応すべきだと思う。
・高齢者や卵巣機能不全患者に対しての治療はあるいも、患者が納得する（諦める）ために必要な儀式的な治療になっていたりする。そのような対象に保険でコストをカバーすべきではない。ART妊娠率が急激に低下する前の35歳以下に限って保険適応にすることで、早めの治療開始により1～2回で妊娠出産が可能であり、全体の医療費も抑えられつつ、出産数は増えると思う。
・高度生殖医療には保険診療はそぐわないと思います。
・医療保険は税金での治療のため、無制限ではなく適応になる回数などある程度の一定のルールは必要だと思う。
・混合診療なしではなかなか難しい面もあると思う
・保険料を支払っている人に平等に受ける権利が発生するのが保健医療であり、45歳、それ以上、といった、生殖医療の限界を超えた年齢の患者さんに対する高度生殖医療が保険適応になることは、保険料を支払っているその他大勢の市民の理解を得ることができるのか甚だ疑問と思っています。従来の助成金を拡充する、手続きを簡便化する、といった方法のほうが現実的だと思います。
・混合診療が認められれば、保険適用の拡大は不要。
・混合診療が禁止だから、不妊治療以外の保険適応の治療が自費になって、患者さんの負担が増えて、申し訳ないという気持ちがあります。再度別の日に受診させるのも大変です。もともと不妊治療の通院もみんないっぱいいっぱいです。治療内容は多岐になるので、保険適応にするとしても、すべて網羅するわけではないと思います。混合診療をまず許可するのが前提だと思われます。
・混合診療完全に不可なら人工授精まで
・自費の妊婦健診と保健薬の同日処方が可能なのと同様に、排卵誘発と超音波検査、ホルモン検査は保険、採卵、授精、移植、凍結などは自費として助成金の対象としてほしい。
・早期導入、最大限の拡大
・財源ないため不可能です

保険収載の問題点

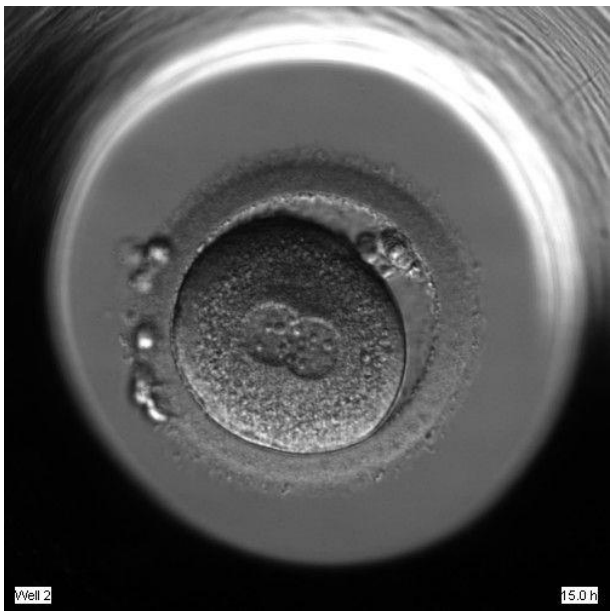
我が国の健康保険制度は、疾患を持つあるいは疾患を持っていると疑われる生きた人間に対して検査・治療にかかわる費用の7割から9割を支弁するものである。

1）卵子や精子に対する培養、培精、顕微授精、ふ化補助、タイムラプスなど培養系の費用をどうするのか
2）不妊症はcoupleの疾患であって個人の疾患ではない
3）治療成績は年齢により大きく影響されるが保険適用年齢をどうするのか
4）生殖医療は進歩・変化が早く、最新の方法に保険収載が追いついて行けるのか
5）慢性赤字健保で支弁できるのか、cost cutは必然であろう
6）特定不妊治療登録施設からの患者様の申請に対し、都道府県は助成しており、更に一部の自治体や会社、保健組合も上乗せして助成している。
この登録施設は日本産科婦人科学会の登録施設であり、既に述べた施設基準や会告を遵守している施設である。
更に、5年毎に都道府県から査察が入り、施設や運用に問題がないか実施調査し、指導を行い水準を担保している。
東京都の場合、福祉保健局少子社会対策本部家庭支援課がこれを行っている。
保険収載によってもし助成がなくなったら、このしくみはなくなるのか？

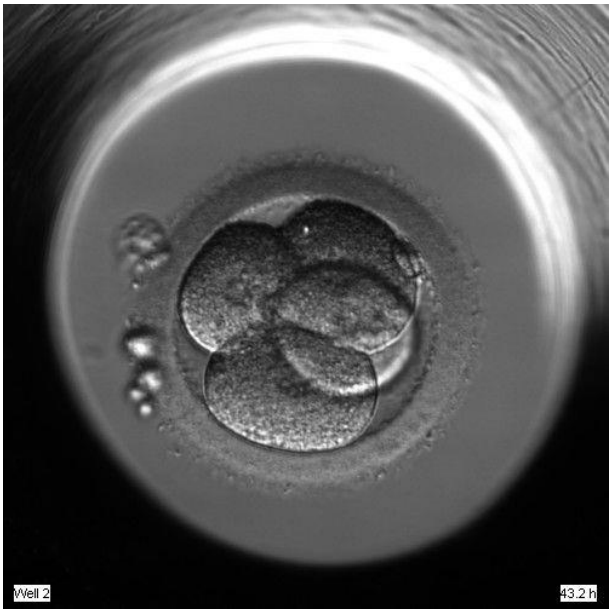

PMM
PRIME TECH LTD.

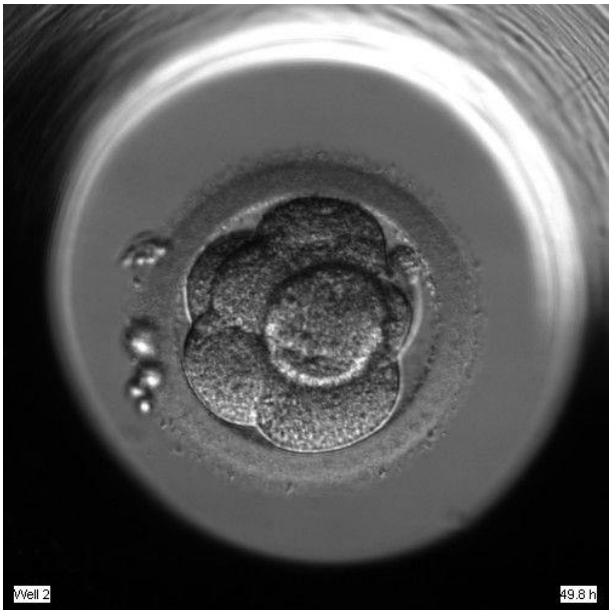
22711_20210122_1.jpg
30690_20210122_1.jpg
23623_20210122_1.jpg
27924_20210122_1.jpg

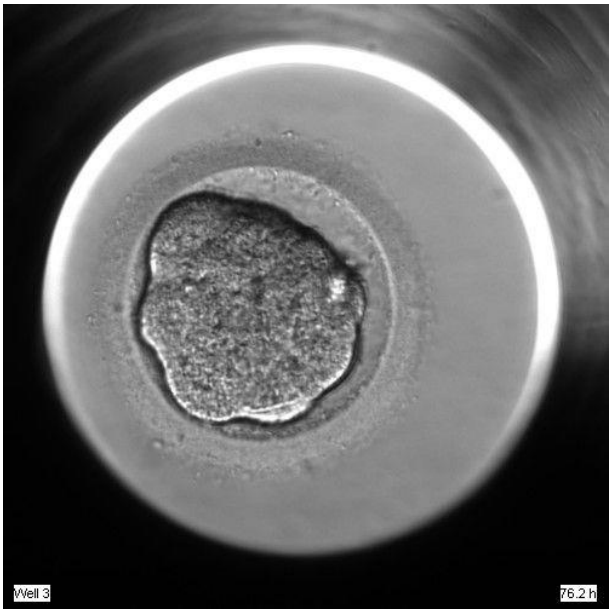
37.0 °C
5.0
5.0

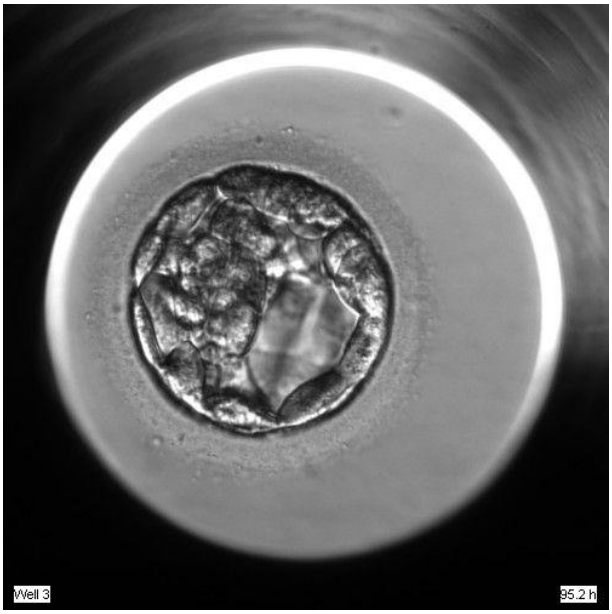

Well 2
15.0 h

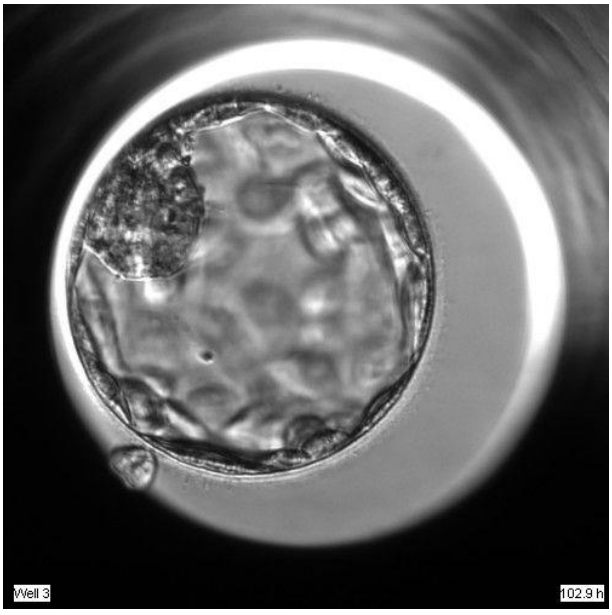
Well 2
30.2 h

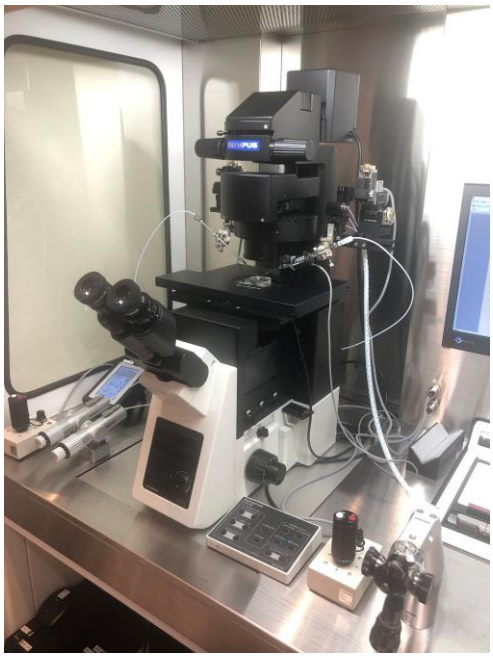

Well 2
43.2 h

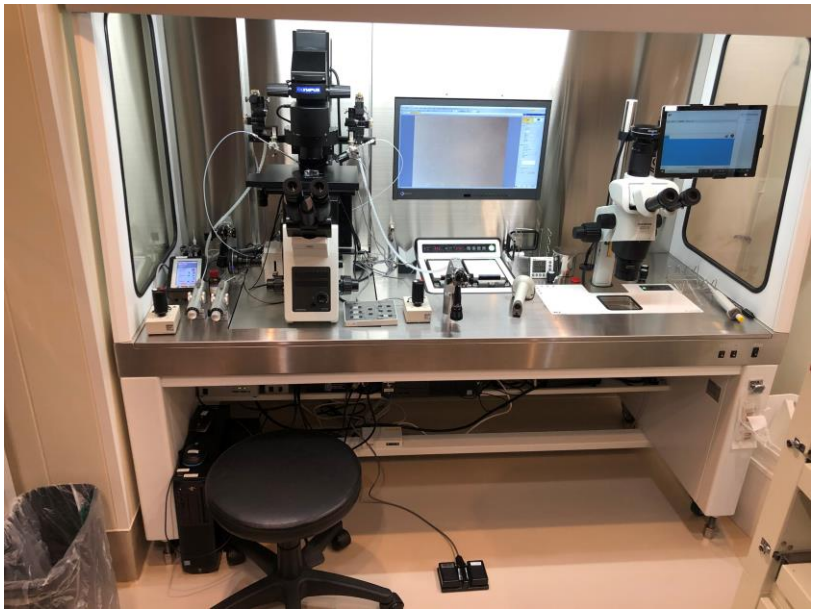

Well 2
49.8 h

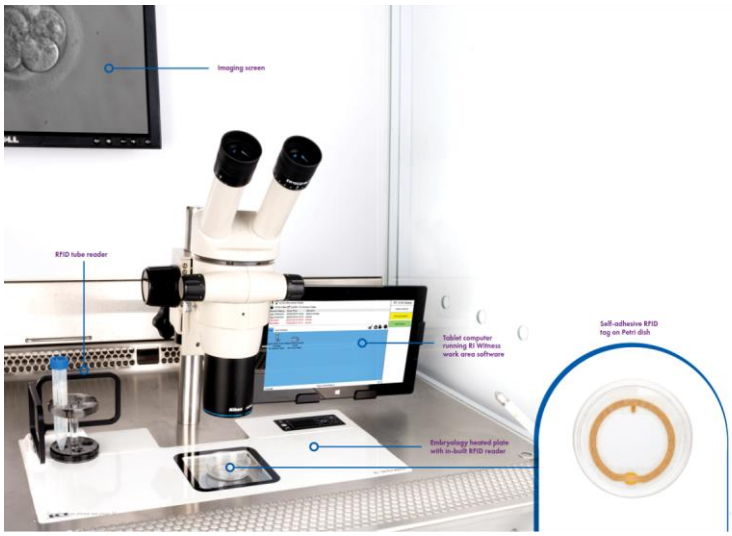

Well 3
76.2 h


Well 3
95.2 h


Well 3
102.9 h






Imaging screen
RFID tube reader
Tablet computer
running RI Witness
work area software
Self-adhesive RFID
tag on Petri dish
Embryology heated plate
with in-built RFID reader

保険収載にむけての要望　三方良し

１．赤ちゃんが欲しいがなかなか妊娠できない方がいらしたら、安い自己負担で、仕事と両立しながら生殖医療専門施設に受診できる

２．医療者は保険収載の枠に縛られずに患者さんに合わせたテーラーメイド、オーダーメイドの治療が実施できる

３．生殖医療の発展進捗に寄与できる自由度の高い制度

登録制度により施設基準等、生殖医療の水準が担保されることが必要