

でも示した。また、非配偶者間体外受精に関する個人情報の保存と保護、子どもの出自を知る権利、知らない権利などこれらの医療についての在り方を提示した。

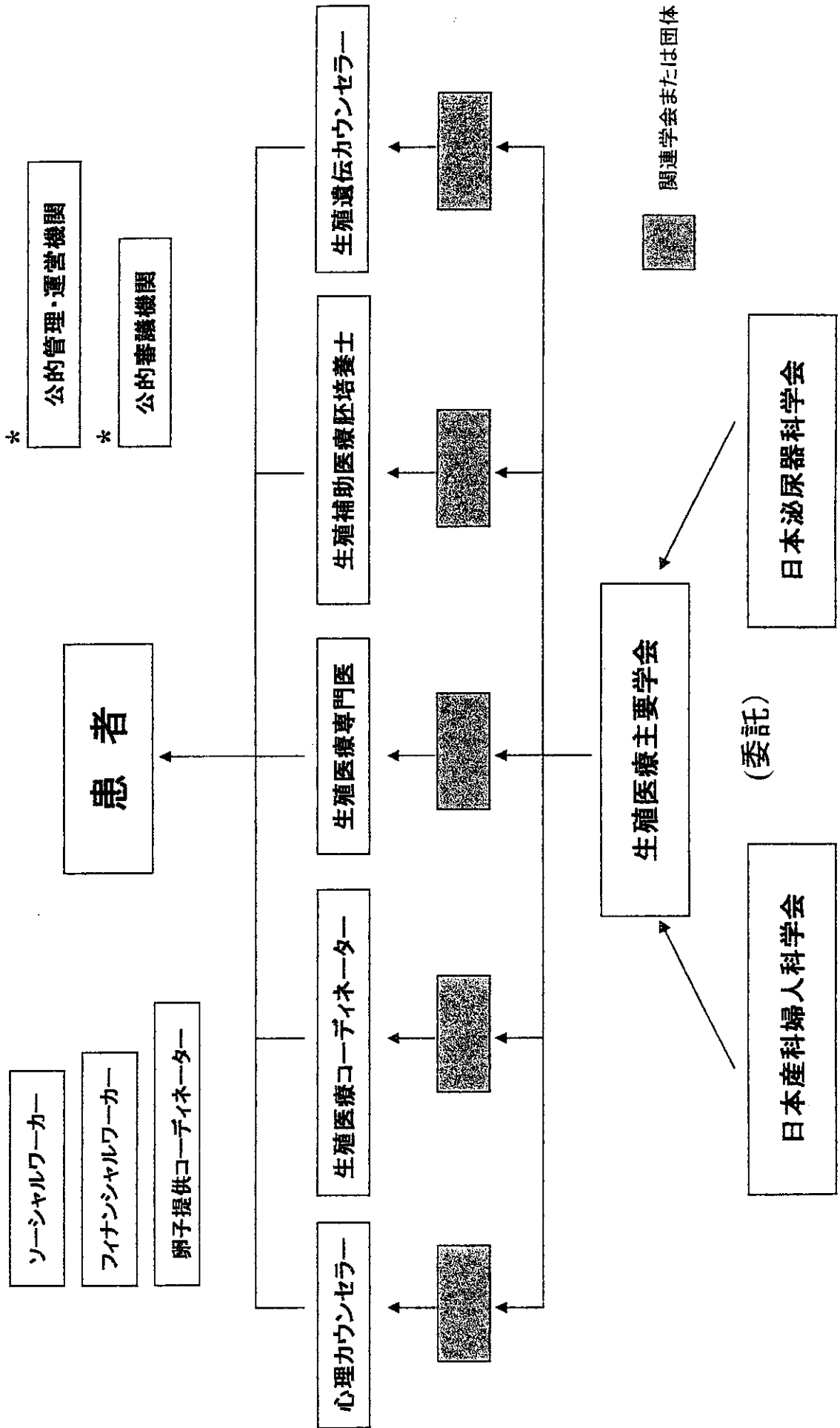
E. 結論

本研究では生殖補助医療についてまずその実態を明らかにし、それにともなって、施設の要員とその資格制度についてその方法案を検討し具体案を示し

た。また非配偶者間の生殖補助医療の実施施設の基準を示した。生殖補助医療技術の医学的適用について検討した。また、生殖補助医療に際しては患者カップルに対するカウンセリングの重要性とその具体的内容、方法につき示した。また最後にこれら各分担研究の検討を踏まえ、これからのわが国における生殖補助医療の在り方の機構図(案)を示した(図1)。

これからの生殖補助医療におけるシステム(案)

図1



* 提供配偶子・胚に関しては公的管理・運営機関、公的審議機関が関与する。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（分担）総合研究報告書

生殖補助医療の適応及びそのあり方に関する研究
—生殖補助医療の実態及びその在り方に関する研究—

分担研究者 矢内原 巧 昭和大学名誉教授

（研究要旨）本邦における生殖補助医療の実態をアンケートにより調査し、実施登録施設において医師を含む専門職（生殖補助医療胚培養士、生殖医療コーディネーター、心理カウンセラーなど）の有無、及びそれら専門職の資格認定制度とその在り方について検討した。また、非配偶者間体外受精が行われる場合の施設基準を示した。生殖補助医療胚培養士を有している施設は60%あり、またその資格認定が強く望まれていることが示された。また、他の職種の必要性も望まれたが、それらの要員を有している施設は少なかった。しかし、医師を含めそれらの専門職の資格認定に関しては50%以上が必要であるとし、チーム医療の重要性が認められた。それら、専門職の資格認定制度とその具体案を示した。提供された胚や配偶子を用いる体外受精実施施設の具備すべき施設基準を具体的に示した。

A. 研究目的

現在わが国において急速に普及しつつある生殖補助医療について、実態調査に基づき、本医療を施行する施設における医師を含めた要員、及びその資格制度、また非配偶者間体外受精が行われるようになった場合の施設基準につき検討した。また、これらの検討を踏まえ、わが国における生殖補助医療の機構図（案）を作成し提示した。

B. 研究方法

本邦における生殖医療の実態を検討するために日本産科婦人科学会の生殖補助医療実施登録施設516施設に対しアンケート方式による調査を行

った。平成12年度には施設の規模、管理可能な範囲、技術者やカウンセラーの有無、不妊患者の希望する技術、各施設における1年間の妊娠例の内訳、さらに体外受精・胚移植の適用に関する実態についても設問も加えた。平成13年度には前年度の調査成績をもとに施設に必要な医師を含めた要員、すなわち生殖補助医療胚培養士、生殖医療コーディネーター、心理カウンセラーの資格認定制度とその在り方について検討した。また、第三者の配偶子、胚の提供による体外受精が行われるようになった場合の施設の具備すべき施設基準を提案した。これらの検討

結果から、これからのわが国における生殖補助医療の機構（案）をシェーマで示した。

C. 結果およびD. 考察

平成12年度における日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植実施登録施設を対象とした調査ではその適応や母児のフォローアップ、治療の具体的内様などを中心としたが、その中で施設内に医師以外の不妊治療に従事するスタッフやカウンセリングシステムを含め必要と思われる専門職には、約半数またはそれ以上の施設が施設内に不妊カウンセラー、生殖医療コーディネーター、遺伝カウンセラーが必要であると回答した。そこで平成13年度には、これらのスタッフの資格制度について調査を行った。生殖医療専門医については58.1%が資格制度を必要と回答した。生殖補助医療胚培養士の資格制度は70.5%がその必要性を認め、さらに学会等の団体が認定すべきであり、半数の施設が有資格者を積極的に採用する意向があることがわかった。生殖医療コーディネーター（IVFコーディネーター）は約半数（50.6%）が必要と考えているが、それらのスタッフを積極的に採用しようとする施設は37%に過ぎなかった。心理カウンセラー（不妊カウンセラー）は半数（51.1%）が資格制度を必要と考

えているが、積極的にこれらのスタッフを採用するかに関しては、すると答えた施設は37.4%にすぎなかった。有資格者によるチーム医療は62%が必要と回答しているが、生殖補助医療胚培養士は60%がいるのに対し、カウンセラーの充足率は25%に満たなかった。なお自由記載では75名の方から極めて建設的な意見を頂いたのでそのすべてを提示した。また将来第三者の配偶子や胚提供による実施施設の具備すべき要件につき詳細な施設基準を提示した。これらの検討をもとに、将来非配偶者間の生殖補助医療が行われた場合、実施施設における医師-患者を中心とし、施設内における要員とその資格認定、認定制度の母体となる生殖医療、技術、医学を専門とする学会または団体の位置づけを示す機構図の案を提示した。また本案には、今後必要となるであろう国家における記録保存のための管理運営機関、また倫理的問題を協議する審議会との関連も含めた。

E. 結論

本研究では生殖補助医療についてまずその実態を明らかにし、それに伴って、施設の要員とその資格制度についてその方法案を検討し具体案を示した。また非配偶者間の生殖補助医療の実施施設の基準を示した。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（分担）総合研究報告書

生殖補助医療の適応及びそのあり方に関する研究
－生殖補助医療の実態及びその在り方の関する研究－

生殖補助医療実施施設の医師に対するアンケート調査
－診療実態・施設背景、意識調査－

分担研究者 矢内原 巧 昭和大学名誉教授

（研究要旨）体外受精・胚移植を中心とする生殖補助医療技術(ART)は、現在我が国において急速に普及しつつある。現在、日本産科婦人科学会への体外受精・胚移植(IVF-ET)施行の登録施設は500施設を超え年々増加傾向にあり、それに伴い本法による出生児数は年間11,000名を超えている。ARTの実施報告とその成績については毎年、日本産科婦人科学会が集計し報告しているが、本法の適応や対象者、施設の規模、母児のフォローアップ、施設の望ましい在り方についての医師や対象者の意識などについては明らかでない。また施設内における妊娠症例の詳細な内訳とARTの占める割合についての報告は無い。そこで登録施設516を対象とし上記項目につきアンケート調査を行った。(1)298施設より回答を得た（平成13年3月8日現在；回答率57.8%）。(2)回答した施設のうち139施設は300床以上の病院であり、不妊専門クリニックは35施設であった。(3)これらのうち不妊専門クリニックでは20%が、他の施設は80～100%が分娩管理を行っていた。(4)妊娠成立後生後1年まで母児のフォローアップを80%以上行っていた施設は50施設（17%）であった。(5)配偶子（卵）・胚の提供や代理出産などを将来認めるべきと考えている医師は各々、64%、47%、43%であった。またこれらを希望した患者は1年間に192名、33名、59名であった。(6)約半数以上の施設がIVFコーディネーター、不妊カウンセラーの必要性を認めているが、前者は30%、後者は心理療法士として6%の施設で従事しているのにとどまっていた。(7)妊娠症例の内訳では、IVF-ETによるものは38.7%で自然周期による妊娠例は20%にすぎなかった。

研究協力者

山縣然太郎	山梨医科大学 保健学Ⅱ講座教授
田原隆三	昭和大学医学部 産婦人科助教授
藤間芳郎	藤間産婦人科医院院長
岩崎信爾	昭和大学医学部 産婦人科講師

A. 研究目的

体外受精・胚移植など生殖補助医療技術(ART)は急速に普及し、日本産科婦人科学会の報告によれば、平成10年度では本法による出生児は11,119名となり、その施行周期数は61,718を数えるまでになった(図1)。しかしこれらの技術がどのような患者を対象としたか、また本法による出生児のフォローアップがどの程度なされているかの実態に関しては不明である。日本産科婦人科学会へのART実施登録施設は500施設を超えている現在、これらの実施施設における実態を知ることは今後の本邦における生殖医療の方向性を定める上できわめて重要と考えられる。またARTの進歩は社会的にも倫理的にも未だ議論されている提供配偶子の臨床応用について、実施医師がどのように考えているかも今後の課題の参考となる。本研究ではこれらART実施施設の実態を知る目的でアンケート調査を行った。

B. 研究方法

日本産科婦人科学会に登録している生殖補助医療実施登録施設516施設(平成12年10月現在)対象に14設問88項目についてアンケートを送付し、実地臨床現場におけるART実施の実態、施設の背景、担当医師の意識などについて調査した。調査は平成11年度の成績をもとに平成12年12月に送付した。これらの成績は将来ARTの適応やガイドラインの作成の参考として重要であると考えた。

C. 研究結果

回答は298施設(回答率57.8%)であった。要点は以下のごとくである。

(1)施設の規模

回答された施設の内訳は図2に示すごとく、大学付属病院、300床以上の病院が46.8%を占め、不妊専門クリニックは35(11.8%)であった。これらの施設では平成11年度に25,884例の妊娠例があり、そのうち10,021例が体外受精によるものと考えると本邦の体外受精の80%を行った施設が調査に協力して頂いたものと考えられ実態を反映していると考えられる。

(2)不妊専門クリニックではその性格上20%しか分娩管理を行っておらず(表1)、さらに80%以上、妊娠後母児のフォローアップを行っている施設は分娩までが70%、生後1年までが17%、生後3年までが4%であり、生

後3年以上追跡しているのは2%にすぎなかった(表2)。

(3)生殖補助医療技術が将来、どこまで認められるべき範囲であるかについての実施医師に対する意識調査では非配偶者間の体外受精は2/3の施設が精子及び卵子の提供を認めるべきと考えていた。胚提供については1/2の施設が認めると回答し、代理出産に関しては代理母のみが4%、借り腹が13.8%認めるべきと考えている。提供者の匿名性、兄弟姉妹などについては半数以上が第三者による匿名とすると回答しているが、精子では35%、卵子では38%が兄弟姉妹よりの提供も認めるべきとしていた。過去1年間でこれらの施設に訪れた患者の中で精子(502名)、卵子(192名)、胚(33名)がそれぞれの提供を希望していた。また代理出産を希望する患者は59名であった。

(4)カウンセリングシステムとして約半数の施設が施設内に不妊カウンセラー、生殖遺伝カウンセラー、IVFコーディネーターが必要であると回答したが、実際に心理療法士やIVFコーディネーターとして従事している人数は少なかった(表3)。

(5)体外受精・胚移植を積極的に考慮する疾患としては卵管性不妊以外、男性不妊、機能性不妊、子宮内膜症などであった。尚、施行回数や年齢制限をし

ている施設は少なかった。

(6)臨床的妊娠を認めた症例数は1年間で25,884例でありそのうち体外受精・胚移植では10,021例(38.7%)であったのに対し、自然周期自然妊娠例は4,943例(19.1%)にすぎなかった(図3)。

D. 考察

生殖補助医療実施登録施設(516施設)へのアンケート調査を行ったが、回答した施設から体外受精によって10,021例の妊娠例が報告されており、日本産科婦人科学会の報告(平成10年度体外受精による出生児数11,119名、流産率約20%)から勘案すると本邦における実態を本調査はほぼ反映しているものと考えられる。体外受精の61.2%が一般診療所や不妊専門クリニックによって行われていると概算される。不妊治療の最終目的は健全な児を得て、その正常な発育や人権が保護されることであるが、体外受精による多胎率が17%であることから、各施設にNICUとの連携システムが必要であると考えられる。また多くの施設がカウンセラーやコーディネーターの必要性を認めているが、その専門家は少なく、特にその傾向は大病院ほど強い。エンブリオロジストについても同様の傾向にあり、今後生殖補助医療実施施設の在るべき条件を考えると

きの参考となる。

提供配偶子、胚などを含む生殖補助医療技術の応用についての医師に対する意識調査結果はその拡大を望むものが多く、社会的、倫理的、また法的にも今後大きな問題となろう。

医学的には体外受精の適応は広がっており、施行前の検査や臨床成績から今後のガイドラインの設定が必要と思われた。妊娠成立症例の内訳については体外受精が40%を占めていたが、アンケート対象施設が生殖補助医療実施登録施設であることから、比較的に多かったものと考えられる。しかし挙児希望者や一般国民に不妊治療に対する誤解を招く恐れがあり、さらに詳細な解析が必要と考えられる。

本研究の目的が生殖補助医療の実態を把握することであり、これらの成績をもとに適正な不妊治療の指標、ガイドライン作成に寄与できるものであることを希望する。

E. 結論

生殖補助医療実施施設における施設規模、妊娠成立後の母児のフォローアップ、体外受精・胚移植の対象疾患、不妊カウンセリングの実施状態、医師の生殖補助医療技術に対する意識調査などが本アンケート調査によって明らかとなった。本研究は不妊治療、特に生殖補助医療技術の施行に際し、

医学的にはその適応や施行前に行うべき検査、また施行に際し必要なカウンセリング制度など、今後本邦における生殖補助医療についてのガイドライン作成に際し参考となるべき調査であり、その在り方の方向性に示唆を与えるものとする。

最後に本アンケート調査にご協力いただいた各位に感謝する。

F. 研究発表

無し

G. 知的所有権の取得状況

無し

H. 参考文献

1. 不妊治療の実態及び不妊治療技術の適応に関する研究

矢内原巧、田原隆三、藤間芳郎

厚生省心身障害研究「不妊治療の在り方に関する研究」平成8年度研究報告書 pp3-12, 1997

2. 不妊治療の実態及び不妊治療技術の適応に関する研究

矢内原巧、田原隆三、藤間芳郎、岩崎信爾

厚生省心身障害研究「不妊治療の在り方に関する研究」平成9年度研究報告書 pp. 132-138, 1998

3. わが国における生殖補助医療の実態とその在り方に関する研究

矢内原巧、田辺國士、田原隆三、藤間芳郎、岩崎信爾、丸山浩之

平成 10 年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第 2/6）

pp. 366-379, 1999

4. 生殖補助医療技術についての意識調査(集計結果)

矢内原巧、山縣然太郎

平成 10 年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究「生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究」研究報告書 pp. 1-99, 1999

5. わが国における生殖補助医療の実態とその在り方に関する研究

矢内原巧

平成 11 年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第 2/6）

pp. 575-576 : 704, 2000

6. 生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究：全国調査の結果から

矢内原巧、山縣然太郎、田原隆三、藤間芳郎、岩崎信爾

平成 11 年度厚生科学研究費助成金（子ども家庭総合研究授業）研究報告書 pp. 750-766, 2000

7. 平成 11 年度倫理委員会・登録・調査小委員会報告(平成 10 年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成 12 年 3 月における登録施設名)

委員長 荒木 勤

日本産科婦人科学会雑誌 52(7), 962-987, 2000

図 1

ARTによる出生児数及び体外受精登録実施施設数

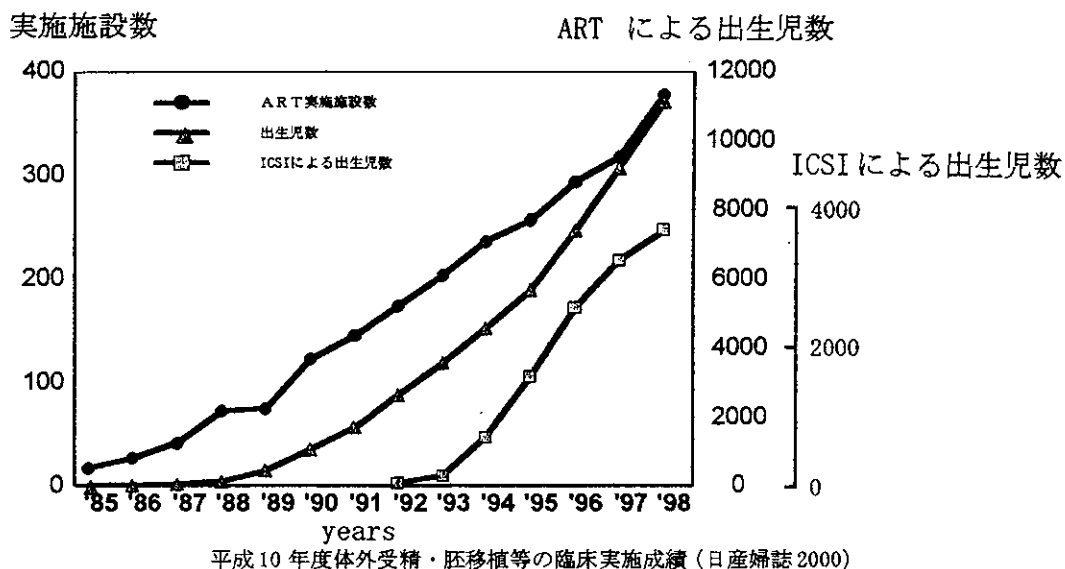


図 2

Q1. あなたの勤務はどちらですか

アンケート回答施設

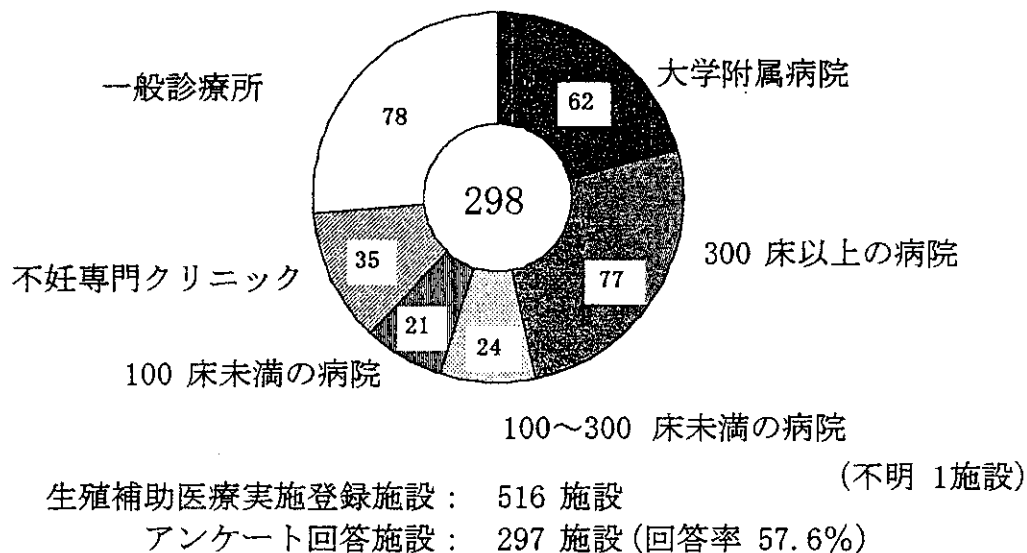


表 1

Q2. 貴院で可能な管理はどれですか

可能な管理

施 設	施 設 数	分娩まで	%
一般診療所	78	62	80
不妊専門クリニック	35	7	20
100床未満の病院	21	21	100
100～300床未満の病院	24	21	88
300床以上の病院	77	77	100
大学附属病院	62	61	98
不 明	1	1	100

表 2

Q12. 体外受精・胚移植 (ICSI を含む) の妊娠例に対する母児の follow up

80%以上 follow up している施設

施 設	施 設 数	分娩まで	生後1年	生後3年	生後5年以上
一般診療所	78	52(67)	10(13)	2(3)	1(1)
不妊専門クリニック	35	24(67)	8(23)	2(6)	2(6)
100床未満の病院	21	16(76)	2(10)	1(5)	0(0)
100～300床未満の病院	24	17(71)	9(38)	0(0)	0(0)
300床以上の病院	77	52(68)	10(13)	4(5)	2(3)
大学附属病院	62	47(76)	11(18)	4(6)	2(3)
合計	297	208(70)	50(17)	13(4)	7(2)

(%)

表3

Q7. 施設内に医師以外として必要と思われるスタッフと実働人数

医師以外で必要と思われるスタッフ

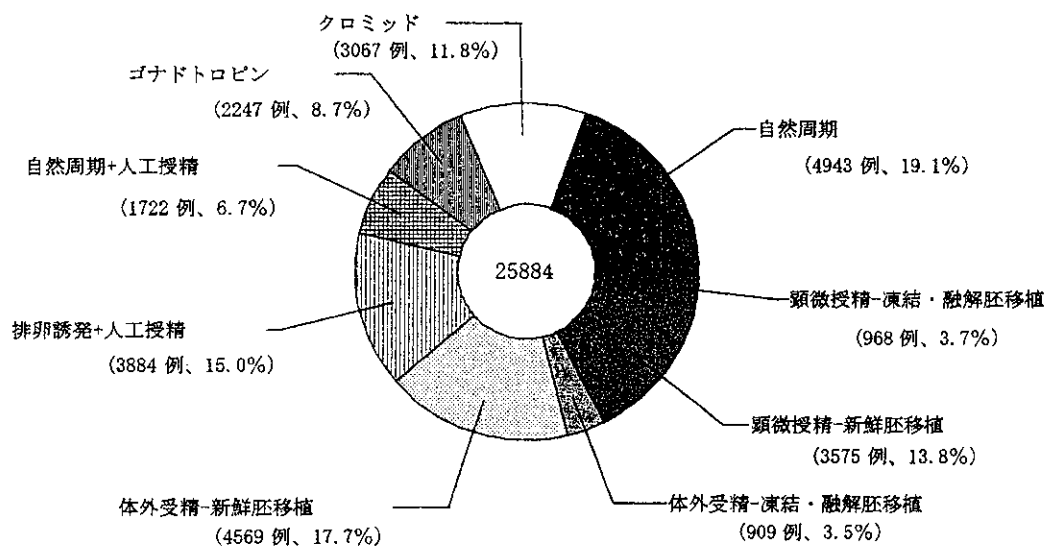
施設	不妊カウンセラー	IVFコーディネーター
一般診療所	46 (6)	33 (30)
不妊専門クリニック	27 (6)	23 (23)
100床未満の病院	17 (0)	12 (11)
100～300床未満の病院	15 (3)	9 (5)
300床以上の病院	54 (2)	37 (16)
大学附属病院	48 (1)	29 (6)
合計	207 (18)	143 (91)
実施している割合	9%	64%

希望している施設数(実働している人数)

図3

Q14. 臨床的妊娠を認めた症例数

妊娠症例における治療内容



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（分担）総合研究報告書

生殖補助医療の適応及びそのあり方に関する研究
－生殖補助医療の実態及びその在り方に関する研究－

生殖補助医療において実施施設が具備すべき
スタッフの資格制度に関するアンケート調査

分担研究者 矢内原 巧 昭和大学名誉教授

（研究要旨） 本研究では現在わが国において生殖補助医療を実施するのに際して、その施設において必要な、あるいは望ましい医療従事者とその資格認定の在り方を検討するため、現在本邦の産婦人科領域における主要学会に登録されている生殖補助医療実施登録施設に対してアンケート調査を行った。平成12年度におけるこれらの施設を対象とした調査では、その医学的適応や母児のフォローアップ、治療の具体的内容などを中心としたが、その中で施設内に医師以外の不妊治療に従事するスタッフやカウンセリングシステムを含め、必要と思われる専門職には、約半数またはそれ以上の施設が施設内に生殖（不妊）カウンセラー、生殖医療(IVF)コーディネーター、遺伝カウンセラーが必要であると回答した。また医師数の40%のエンブリオロジストが不妊診療に従事していることがわかった。そこで平成13年度において、これらのスタッフの資格制度について調査をおこなった。対象は昨年度と同じ516施設とした。回収総数は289施設（回答率は56.0%）であった。(1)生殖医療専門医資格制度：58.1%が必要と回答した。(2)生殖補助医療胚培養士資格制度：70.5%がその必要性を認め、さらに学会等の団体が認定すべきであり、半数の施設が有資格者を積極的に採用する意向があることがわかった。(3)生殖医療コーディネーター（IVFコーディネーター）：約半数(50.6%)が必要と考えているが、それらのスタッフを積極的に採用しようとする施設は37%に過ぎなかった。(4)心理カウンセラー（不妊カウンセラー）：半数(51.1%)が資格制度を必要と考えているが、積極的にこれらのスタッフを採用するかに関しては、すると答えた施設は37.4%にすぎなかった。(5)有資格者によるチーム医療は62%が必要と回答しているが、生殖補助医療胚培養士は60%の施設で従事しているのに対して、カウンセラーの充足率は25%に満たなかった。(6)なお自由記載では75名の方から極めて建設的な意見を頂いたのでそのすべてを提示した。

研究協力者

山懸然太郎	山梨医科大学 保健学 II 講座教授
田原隆三	昭和大学医学部 産婦人科助教授
藤間芳郎	藤間産婦人科医院院長
岩崎信爾	昭和大学医学部 産婦人科講師

A.研究目的

体外受精・胚移植を中心とする生殖補助医療技術は現在わが国において急速に普及している。それに伴って実施施設も年々増加し平成2年末の155施設より平成13年には471施設まで、10年間で約3倍に増加している。日本産科婦人科学会生殖・内分泌委員会報告によれば平成2年度では治療周期総数6,757周期、出生児数854児に対し10年後の平成11年度ではそれぞれ69,019周期、11,929児となっており周期数では10倍、出生児数では14倍である。すなわち現在、本邦における出生児の100名に1名は体外受精児によるということになり、さらにその1/3が顕微授精によると報告されている。しかしこれら実施した施設における医療従事者の実態に関する調査はなく、昨年度のアンケート調査により各施設における実態が示された。本法の実施には医師のみならず各専門分野のスタッフの協力が必要であり、さらにその施行には十分な患者の理解と正しい医学的適応のもとに行われるべきであることは論をまたない。また拳児希望者の精神的苦痛の理解の

もと、十分なコンサルテーション、ケアシステムの確立及びこれらカウンセラーやコーディネーターの育成制度や、それら専門職の認定制度などその必要性も含め検討せねばならない課題は多い。

本研究の目的は不妊治療として定着した生殖補助医療のシステムを確立するために必要な実施施設におけるスタッフの専門性をどのような形で社会が認知し、さらに認定制度を考えているかを知るため、まず実施施設に対しアンケート方式による調査を行った。

B.研究方法

本邦の産婦人科領域における主要学会に登録されている生殖補助医療実施登録施設516施設(平成12年12月現在)を対象に無記名によるアンケート調査を行った。調査は平成14年1月現在の状態をもとに、昨年度の調査結果から得た施設における医師、生殖補助医療胚培養士、生殖医療(IVF)コーディネーター、カウンセラーの有無とともに、それら専門職の資格認定制度の是非について質問をおこなった。さらにこれからの生殖医療に関して自由な意見の記載を依頼した。

C.研究結果

289施設より回答を得、回収率は56.0%であった。質問及び回答を以下に示す。

アンケート内容と回答集計
アンケート配布総数 516通

回収総数 289 通(回収率 56.0%)

質問 1：生殖医療専門医についてお尋ねします。

1-1：資格制度は必要と思われませんか。

回答数	284 件
(1)いる	165 件(58.1%)
(2)いない	46 件(16.2%)
(3)どちらともいえない	73 件(25.7%)

質問 2：胚培養士（エンブリオロジスト）についてお尋ねします。

2-1：資格制度は必要と思われませんか。

回答数	285 件
(1)いる	201 件(70.5%)
(2)いない	37 件(13.0%)
(3)どちらともいえない	47 件(16.5%)

2-2：資格制度はどの程度のものがよいと思われませんか。

回答数	263 件
(1)国家資格	63 件(24.0%)
(2)学会等の団体による認定資格	203 件(77.2%)
	(複数回答あり)

2-3：貴院において積極的に有資格者を採用しますか。

回答数	283 件
(1)する	148 件(52.3%)
(2)しない	26 件(9.2%)
(3)どちらともいえない	109 件(38.5%)

2-4：有資格者に対して給与や待遇面で優遇をされますか。

回答数	281 件
(1)する	123 件(43.8%)
(2)しない	36 件(12.8%)
(3)どちらともいえない	122 件(43.4%)

質問 3：生殖医療コーディネーター（IVF コーディネーター）についてお尋ねします。

3-1：資格制度は必要と思われませんか。

回答数	265 件
(1)いる	134 件(50.6%)
(2)いない	56 件(21.1%)
(3)どちらともいえない	75 件(28.3%)

3-2：資格制度はどの程度のものがよいと思われませんか。

回答数	218 件
(1)国家資格	33 件(15.1%)
(2)学会等の団体による認定資格	186 件(85.3%)
	(複数回答あり)

3-3：貴院において積極的に有資格者を採用しますか。

回答数	254 件
(1)する	95 件(37.4%)
(2)しない	43 件(16.9%)
(3)どちらともいえない	116 件(45.7%)

3-4：有資格者に対して給与や待遇面で優遇をされますか。

回答数	252 件
(1)する	87 件(76.3%)
(2)しない	51 件(20.2%)
(3)どちらともいえない	114 件(45.3%)

質問 4：心理カウンセラー（不妊カウンセラー）についてお尋ねします。

4-1：資格制度は必要と思われませんか。

回答数	264 件
(1)いる	135 件(51.1%)
(2)いない	62 件(23.5%)
(3)どちらともいえない	68 件(25.8%)

(重複回答あり)

4-2：資格制度はどの程度のものがよいと思われますか。

回答数 216 件
(1)国家資格 42 件(19.4%)
(2)学会等の団体による認定資格 174 件(80.6%)

4-3：貴院において積極的に有資格者を採用しますか。

回答数 257 件
(1)する 98 件(38.1%)
(2)しない 42 件(16.3%)
(3)どちらともいえない 117 件(45.5%)

4-4：有資格者に対して給与や待遇面で優遇をされますか。

回答数 270 件
(1)する 101 件(37.4%)
(2)しない 47 件(17.4%)
(3)どちらともいえない 122 件(45.2%)

質問 5：有資格者によるチーム医療が必要と思われますか。

回答数 284 件
(1)思う 176 件(62.0%)
(2)思わない 31 件(10.9%)
(3)どちらともいえない 77 件(27.1%)

質問 6：貴院についてお尋ねします。

6-1：医師数は何名ですか。(名)

回答数 287 件
平均 7.0±15.4(SD)名
最高 190 名、最低 1 名

※この質問に関しては各々の施設で解釈が異なり、施設全体の医師数を回答したり、産婦人科医師数や生殖医療医師数を回答しており参考とはならない(不適切な設問)。

6-2：昨年の体外受精・胚移植施行周期数はおおよそいくつですか。

(周期)
回答数 281 件
平均 171.1±624.2(SD)周期
最高 8000 周期、最低 0 周期

6-3：胚培養士(エンブリオロジスト)はいますか。(名)

回答数 284 件
(1)いない 115 件(40.5%)
(2)いる(名) 169 件(59.5%)
人数回答施設(167 件)

平均 2.4±3.3(SD)名
最高 35 名、最低 1 名

6-4：カウンセラーはいますか。

回答数 281 件
(1)いない 211 件(75.1%)
(2)いる(名) 70 件(24.9%)
人数回答施設(67 件)

平均 1.7±0.9(SD)名
最高 5 名、最低 1 名

質問 7：今後の生殖医療についてのご意見がありましたらご自由にお書きください。

1.コーディネーターやカウンセラー、エンブリオロジストを指導・監督する医師のモラルが大切。

2.一定の quality を提供できるよう有資格者によるチーム医療が増えて欲しい。

3.embryologist は細胞培養技術があるもの(マウス胚の培養の出来るもの)、カウンセラーは臨床心理士であるもの。

4.コーディネーターやカウンセラー

の育成は難しいと思う。資格化することがかえって悪い面が出そう。資格試験に合格しなくても適格者はいる。

5.法整備を十分行った上で欧米と同様の oocyte donation 等まで行って欲しい。

6.産婦人科医として十分研修をしていないまま純粋に生殖医療のみにかかわる医師が出てくる。産科医としての倫理観とかけ離れたものになってくるのを感じる。

7.専門医、不妊専属看護師、胚培養士、カウンセラー等のチーム医療が出来る施設を学会、国として支援、創立していくことが必要と考える。治療成績などの情報公開が不可欠。

8.安全性が検証されていない技術が容易に臨床導入されている。ルールを厳然と守られるようなシステムが必要。

9.成績の開示が必要。十分な説明が必要。530施設は多すぎ。チーム医療が可能な施設を認定すべき。

10.症例を選ぶべき。何でも IVF を行う施設が多い。

11.診療行為の自由裁量は守るべき。過剰な法的または学会規定は不要。画一的な治療は医療の進歩を妨げる可能性がある。

12.有資格者による良心的な技術の優秀な医療であるべき。倫理的な問題も併せ教育、法も先進的なものが必要。

13.体外受精の保険適応に反対。

14.日本哺乳動物卵子学会認定のエンブリオロジストに対し、日本産婦人科学会および、不妊学会はどう対処する

のか？

15.医療全体に必要なものと生殖医療に特有に必要なものを考慮すべき。

16.厚生労働省主導ではなく、学会(日本産科婦人科学会・不妊学会)が主導権をもって資格認定を行わないとよいシステムにならない。

17.embryologist の養成施設をたくさん作って欲しい。学生を募集するのに社会にわかるようにし、高校等にも見学会や講師を派遣し、教えたりして応募学生を集いやすくし、どこに行ったら学べるかを教えて欲しい。

18 資格制度については最低限度のレベルの基準として必要だとおもう。資格があったとしても、それに付随する能力などにはばらつきが出てしまうので個々の資質、能力に応じて給与や待遇に違いが出てしまう。

19 施設、設備面での規制は困る。

20.第三者の配偶子や子宮を用いる生殖医療は適応からみて不妊治療とは少しニュアンスが異なる。不妊治療としての生殖補助技術と生殖行為の代理を行う生殖代理技術とを区別すべきと思います。

21.チーム医療が大切。モチベーションを高くする為にも資格は必要。給与や待遇面も個人的にはそれに見合っ

て優遇したい。

22.私設団体がエンブリオロジストの認可証を発行しており、きちんとした団体による認定が必要。

23.胚培養士、コーディネーター、カウンセラーについては看護婦と同等の資格が必要。当院では自分で上記業

務を充分こなすことが可能であり必要とせず。

24. 現在親のみに注意が行っているように思われ、生まれてくる子に対し、もっと配慮が必要。

25. 不妊専門病院では各有資格者を雇うことは可能かも知れないが、産婦人科としてのグループ間で不妊のみの専門スタッフを特別に雇うのは難しい。育成講義として高額な講習会が存在しており、一般病院の感覚からすると大変高額である。

26. 十分な知識と愛情を持って事にあたればよいと思う。すべての人が妊娠しないこと、これ以上やってもお金が無駄かもしれないこと、違う生き方を充分説明、納得させられることも大切。アメリカの動きを見ていると何れ日本もサロゲイト、細胞質と核の分離等、結局なんでもやれるようになるのではないか。結局倫理委員会自体が成り立っていかなくなると感じる。

27. 妊娠すれば何でも許されるような生殖医療の風潮はどこかで規制が必要。

28. なるべく医師個人の裁量で対応できるように、手かせ足かせは少ないほうがよい。資格は医師免許でも充分。有資格者とすれば当然更新も必要となり、更新を受けるための時間を作ることが非常に困難になると思われる。いろんなケースを考え施行して欲しい。

29. 本邦で言われている IVF・ET コーディネーターやカウンセラーは自医院に所属し、同医院での治療成績や方

針を説明するのみで本来の目的や趣旨から離れている。保健所などの公的機関で IVF コーディネーターやカウンセラーを配置、多くの患者から公平に意見を聞き、コーディネートあるいはカウンセリングすべき。各医療機関でのコーディネートやカウンセリングはやはり医師の仕事と考える。

30. 一部のセミナーでエンブリオロジストの認定のようなことを行っているのが一番いけない。年間 100-150 周期程度であれば医師のみで施行可能である。(当院では外来 100/日、分娩 1000/年、手術 300/年である。)

31. 生殖医療の資格制度は必要ないと思う。現状において資格制度がなくても日本の IVF・ET の成功率も先進国並みの水準に達している。

32. もっとコストダウンをどの施設も考えるべきである。個人の診療所では院長がカウンセラーを行うべきものと心得ております。

33. ART の技術の向上も必要であるが、患者夫婦及び生まれてくる子供の福祉と QOL を優先するような温かみのある ART を目指すべきである。

34. 生殖医療コーディネーターは不要、営利主義に走る恐れ有り。忙しいことを理由に IVF などの説明をカウンセラーやコーディネーターに任せる施設が見られるが医師自身がきちんと夫婦へ説明すべきである。

35. 制度面での厚生省の委員会の見解が大きく報道されマスコミに取り上げられ、今後の検討課題と現行に決まっている制度との相違により患者さ

んの混乱が広がっているように考えられる。

36. 昨年10月総合病院を退職し、現在クリニックを開院した。この時の立ち上げについて前職の資格実績の関与はいかがなものなのかと感じました。

37. エンブリオロジストは検査技師、農学部等出身がまちまちで充分検討した上で進めないと現在働いている人に不利になる可能性もある。学会や国が認定する場合、一度もIVF・ETをやったこともない(多くはそうだが)教授が中心になって決定するようであれば意味がない。実務者の組織が中心になって決定しなければ信頼に足る資格にはならない。

38. 過疎の地域なので患者も少なくなかなかチーム作りが出来ないが患者要望がある限りこれに応える態勢は取りたい。

39. 医療の分野は医師の裁量も大事。患者さんに不利益にならない範囲内で自由な診療が出来るようにしていただきたい。

40. 胚培養士認定試験のようにコーディネーター、カウンセラーも早く認定するようにして欲しい(身分、待遇を向上させたい)。ARTの保険適応を早急にして欲しい。例えばスプレキュアやhMGだけでもよいから出来るところから早くして欲しい。データ報告、管理(日産婦ART報告)をきちんとして欲しい(提出していない所もある)。減胎手術に関するスタンダードを早く決めてほしい。特に日産婦(減胎は10年間も議論しているのか?)

41. 少子化の時代より生殖医療はさらに質を問われるようになると思う。これには技術レベルもさることながら十分なインフォームドコンセントを含めたソフト面が入ります。現在のART施設は人口比から見れば欧米に比べはるかに多くある。施設認定、生殖医療コーディネーター・カウンセラー等きちんとした形をとり、今後日本の生殖医療が良い方向に発展していくことを期待する。

42. 経済状況の悪化から希望者の減少が予想される。患者のためにも厳格な適応基準を個々に考えるべき。ARTが最後の手段であり、今後不妊症にならない予防的な啓発も必要となると思われます。

43. 資格を取得している人ならばその資格に伴う仕事出来るような資格制度にするべきである。

44. 基礎研究部門と臨床実施部門を個別に人を対象とする研究に関する学会ガイドライン(もしくは国の見解)をオープンとすることが不妊治療に対する一般国民の理解を得られる上で非常に大切と思われる。

45. 何でもかんでもIVF・ETに患者を誘導する施設が多くなってきた。

46. プライベートなレベルでのカウンセラーは有害である。現在のカウンセラーは病院の宣伝をしているだけ。学会で正式に認めたカウンセラーができることなら病院に所属しないでカウンセリングをすべき(たとえば学会地方会でカウンセラーを雇う等)。

47. 資格あるいは知識の必要性はある

と思うが、ある団体、組織により決められたスケジュールにのっとり費用がかさむような制度であれば有用ではないと思う。資格そのものよりも、技術、知識の習得は必要。

48. 医師の専門医制度は昨今の流れから必要かもしれないがパラメディカルに資格制度は必要ないと思う。(専門医の指導下で行えばよいと思う。)

49. 施設数はもう充分とおもう。少数件数の施設は妊娠率も悪いので辞めていくのが良いと思う。

50. 倫理を中心にして人権を重んじて、研究は別。

51. 各施設が今後いつそのレベルの向上をはかる必要がある。今回のアンケート内容も含めレベル向上のためのブラッシュアップ講座等をプランニングして欲しい。患者の立場からは治療費が高いことへの不満も多いため、保険適応を含め公的補助についての働きかけをもっと行って欲しい。

52. 諸外国で出来る技術を早く認可して欲しい(エッグドネーション、サロゲートマザーなど)。

53. 倫理面で生殖医療専門医が必要だが、培養技術は変化するし、コーディネーターは独立して倫理より外れる危険有り。不妊カウンセラーは心理士でよい。

54. 不妊患者の total care を目指すが本来の生殖医療のあり方と思う。当然医原性疾患(OHSS、多胎)を最小限に抑え、外部の倫理委員会をしっかりと機能させておくことがこれからはきわめて大切。昨今、倫理委員会という

言葉すら忘れ去られて久しい感を覚えている。そろそろもう一度しつかり原点を見つめなおしてみる時期だと痛感している。

55. 体外受精における成功率(ET)に対し正確な(不正報告には罰則付)報告義務を何らかの形で作り上げる必要があると考える。仮に年間 10%以下の施設には中止命令が出せる形が必要と思う。

56. 患者の求めがあれば何でもかんでもよいという考えにはどうも賛成できない。

57. 心理カウンセラーの必要性を強く感じる。しかし経営面のことを考えると不妊症専門のカウンセラーは難しいと思う(当院ほどの規模では)。

58. 一般医家の不妊治療の延長として従来の新鮮胚移植のみを対象として行っている。ICSI は行っていない。専門性を高めたり、資格制度の導入にはある程度理解できるが昨年のように IVF・ET か ICSI を対象とされている方のみで新鮮胚移植の対象者がいなかった場合には制度で決められる(予定の)一定基準を満たせなくなる可能性もあり専門病院以外での不妊治療(IVF)の門を閉ざすことが懸念される。

59. 一般産婦人科診療の中では専門医がいないと運営できません。当院では専門医が退職しました。

60. 診療内容の quality を正しく評価するシステムを積極的に検討して頂きたい。それを公表していただきたい。単に妊娠率だけではなく。