

厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
(健やか次世代育成総合研究事業)

「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
(H30-健やか-一般-002)

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 恵理

令和4年5月

目次

I 総括研究報告

「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

前田 恵理・・・・・・・・・・ 2

II 分担研究報告

1. 特定不妊治療費助成事業における年齢制限導入と生殖補助医療件数の推移に関する検討

寺田 幸弘・・・・・・・・・・ 14

2. 不妊に悩む方への特定治療支援事業に関連する年齢制限の有無が及ぼす影響

桑原 章・・・・・・・・・・ 26

3. 不妊に悩む方への特定治療支援事業における、助成回数ごとの年齢別累積生産率の検討

左 勝則・・・・・・・・・・ 35

4. 不妊症の早期検査・治療に関する啓発動画の作成

前田 恵理・・・・・・・・・・ 53

5. コンジョイント分析による生殖補助医療の費用と受療意思の関連の検討

小林 廉毅・・・・・・・・・・ 58

6. 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（第2報）

2019年 難妊施術医療機関評価結果及び難妊施術現況（資料）

石原 理・・・・・・・・・・ 68

7. 子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する検討

齊藤 和毅・・・・・・・・・・ 111

8. 里親・特別養子縁組制度の情報提供に関する生殖医療の患者、医療者、福祉専門家の意識調査

杉本 公平・・・・・・・・・・ 116

9. 不妊治療機関における里親・特別養子縁組の情報提供に関する不妊治療経験者、医療専門職（医師・カウンセラー）、里親・特別養子縁組関係機関職員の意識

林 浩康・・・・・・・・・・ 130

III 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 189

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

総括研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

(H30-健やか-一般-002)

研究代表者 前田恵理 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座 准教授

研究要旨：今年度は「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（以下、特定不妊治療費助成事業）について年齢制限（寺田、桑原、左、前田）や所得制限（小林）の観点からの検討を行った。既に生殖補助医療を保険適用化した韓国の調査（石原）や、周産期医療への影響に関する検討（齊藤）も行い、保険適用化の議論に資する研究を目指した。さらに、里親・特別養子縁組制度の情報提供に関する量的・質的調査（杉本、林）を実施し、治療後までの支援も含めた検討を行った。

2012年～2016年の日本産科婦人科学会生殖データによると、年齢制限完全実施で36歳以下の若い年齢層の治療周期は有意に増加し、40～45歳の治療は有意に減少していた。県単独事業により年齢制限を設けない高知県の医療機関と全国の2018年までの公表データの解析からも同様の結果が得られ、特定不妊治療費助成事業の年齢制限には、若年での治療の推進に一定の効果があったと考えられる。埼玉県のパブリックデータを用いた助成回数ごと年齢別累積生産率の検討では、6回の申請あたりの累積生産率は35歳未満で58.4%、35-39歳で49.3%、3回まで助成金が認められている40-42歳では17.2%であった。多変量解析においては年齢のみが唯一生産と関連する患者背景要因で、年齢と累積生産率の関係は明らかであった。以上より、挙児希望のある夫婦の早い年齢での治療を後押しする制度づくりが重要である。2022年4月から予定される生殖補助医療の保険適用化においても、年齢による治療効果の違いを考慮した制度設計が求められる。

コンジョイント分析では、世帯年収の高い者は、どの自己負担額でも一貫して受療意思が高かった一方で、所得制限付きの助成金額によっては高収入者と低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。2021年1月から助成額が30万円/回に拡大され、所得制限も撤廃されたが、今後の治療周期数の推移や財政への影響について注視していく必要がある。

2017年から生殖補助医療を保険適用化している韓国で2018年に実施された生殖補助医療件数は101,655件であったが、治療成績については非公表で、政策評価に関わる情報は開示されていなかった。本邦でも自律的な質向上につながるような医療機関の認定審査体制や、政策の効果検証が可能な仕組みを維持するためのモニタリングについて、継続的な改善や維持が必要である。また、子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する研究から、ホルモン補充周期における凍結融解胚移植では自然排卵周期での移植と比較して分娩の進行が滞るリスクが高いことが明らかとなった。生殖補助医療を推進した場合の周産期医療全体への影響について継続的な評価が今後とも必要である。

里親・特別養子縁組制度の情報提供については、医療機関での生殖補助医療説明会でのアンケートから、医療者が情報提供を一定程度行えるような研修、パンフレット等の資料や福祉専

門家等との連携といった準備、情報提供に否定的な患者に対する心理社会的支援体制が両制度の普及を促進していくと考えられた。情報提供経験者への半構造化面接からは、①不妊治療機関は治療開始前あるいは治療初期段階で里親・養子縁組に関する情報を提供すること、②患者によって情報を必要とするタイミングは異なるため、情報の濃度を変えて複数回提供することが望ましい、③具体的な情報提供や説明会のあり方については、児童相談所やその主管課、民間養子縁組あっせん機関などと検討し、連携・協働する必要がある、④不妊治療を経て子どもを授かった養親当事者の方の話を聴く機会、家族と交流する機会を提供すること、⑤カウンセリングの提供により夫婦の意識共有を促すことについて提言できる。

研究組織

研究代表者

前田恵理（秋田大学大学院医学系研究科
衛生学・公衆衛生学講座准教授）

研究分担者

石原 理（埼玉医科大学産科婦人科教授）
小林廉毅（東京大学大学院医学系研究科
公衆衛生学教授）
寺田 幸弘（秋田大学大学院医学系研究科
産婦人科学講座教授）
桑原 章（徳島大学産科婦人科専門研究
員）
左 勝則（埼玉医科大学産科婦人科講師）
齊藤和毅（東京医科歯科大学大学院 茨城
県小児周産期地域医療学講座助教）
林 浩康（日本女子大学人間社会学部社会
福祉学科教授）
杉本公平（獨協医科大学医学部教授）

研究協力者

齊藤 英和（梅ヶ丘産婦人科 ART センタ
ー長）
福田 敬（国立保健医療科学院保健医療経
済評価研究センター センター長）
柳澤 綾子（東京大学大学院医学系研究科
公衆衛生学特任研究員）

射場 有紗（東京大学大学院医学系研究科
公衆衛生学特任研究員）

小泉智恵（獨協医科大学・医学部）

川嶋正成（五の橋レディースクリニック）

小川多鶴（アクロスジャパン代表）

後藤絵里（朝日新聞社）

由井秀樹（山梨大学大学院総合研究部医学
域特任助教）

A.研究目的

わが国では、結婚・出産年齢の上昇ととも
に不妊治療へのニーズは増大している。
本研究では、疫学研究や諸外国の公費負担
制度の調査等の医療政策的研究を通じて、
より効果的かつ効率的な「不妊に悩む方へ
の特定治療支援事業」（以下、特定不妊治
療費助成事業）のあり方を検討する。

今年度は、特定不妊治療費助成事業につ
いて年齢制限や所得制限に関する検討を行
った。既に生殖補助医療の保険適用を行っ
ている韓国の調査や、周産期医療への影響
に関する検討も行き、保険適用化の議論に
資する研究を目指した。今年度は里親・特
別養子縁組制度の情報提供に関する量的・
質的調査も追加することで治療後までの支
援も含めた検討を行った。

(1) 特定不妊治療費助成事業における年齢制限導入と生殖補助医療件数の推移に関する検討

特定不妊治療費助成事業では2014年度以降に段階的な制度改正が行われ、2016年度からは「初回治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」治療費の一部助成が行われている。今年度は治療効果の高い若年での重点的な治療の推進を目指した当改正が、実際に受療行動にもたらした変化について明らかにするため、日本産科婦人科学会に登録された生殖データについて2012年から2016年までの全国件数の推移について検討した。

(2) 不妊に悩む方への特定治療支援事業に関連する年齢制限の有無が及ぼす影響

2004年に開始された特定不妊治療費助成制度は2014年からは年齢制限と年齢毎の回数制限が加えられたが、全国の各自治体では全国一律の制度に加えて、独自に追加助成制度が検討されている。高知県（高知市を含む）は全国で少ない「年齢制限を行わない」エリアであるため、今回、高知県における生殖補助医療の実態と助成制度利用の実態を解析し、その影響と今後の課題を検討した。

(3) 不妊に悩む方への特定治療支援事業における、助成回数ごとの年齢別累積生産率の検討

前年度は埼玉県および越谷市から特定不妊治療費助成事業の個票情報の提供を受けて、夫婦の所得が低い群において累積妊娠率が低いことを明らかにし、さらに所得が低い群において継続的な治療を受けられていない可能性があることを報告したが、申

請時の個票情報には、妊娠の有無についての情報はあるものの、実際に出産にいたったかどうかの情報までは含まれていない。助成金申請回数あたりの生児獲得率(累積生産率)を求めるため、今年度は、申請情報内にある日本産科婦人科学会生殖データベースの治療周期番号の情報をを用いて、個票情報と詳細な治療情報および出産情報を含む生殖データベースをリンケージすることで、埼玉県に助成金の初回申請を行った。

(4) 不妊症の早期検査・治療に関する啓発動画の作成

諸外国では、治療に対するネガティブなイメージ、病識の欠如、恐怖感、どうしたらいいかわからない、治療費への不安感などが不妊症の受診にあたっての心理的障壁になることが知られている。心理的障壁を減らし、速やかな受診を促すことを目的に、不妊症の早期検査・治療を促す啓発動画を作成した。

(5) コンジョイント分析による生殖補助医療の費用と受療意思の関連の検討

体外受精（新鮮胚移植周期）の全国平均費用は378,507円、体外受精（凍結胚移植周期）は509,307円と高額である。令和2年12月までは730万円の所得制限が設けられてきたが、助成対象外となる高所得者においても高額な生殖補助医療費の負担は大きかった。そこで、生殖補助医療のどのような特徴（属性）が患者の受療意思に影響するか、特に費用と受療意思の関係について世帯年収別にコンジョイント分析を用いた定量的分析を行った。

(6) 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（第2

報)

令和元年度は、不妊治療への公費負担制度を助成制度（難妊施術支援事業）から保険適用へ転換した韓国について政策討論会の傍聴と関係機関へのインタビュー調査を実施したが、調査時点で治療件数等の統計情報は全て非公開であった。今年度は韓国保健福祉部および健康保険審査評価院が難妊施術医療機関の評価結果と難妊施術の現況に関する報告書を発行したため報告した。

(7) 子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する検討

生殖補助医療は妊娠の初期に大きく介入するため、その影響は周産期医療に密接に関わるが、生殖医療が周産期予後に与える影響は未だ十分に解明されていない。昨年度までに凍結融解胚を移植した際に、着床環境をホルモン補充により調整した場合には、自然排卵で調整した場合と比較して癒着胎盤や妊娠高血圧症、過期産のリスクが増加することを報告してきたことを踏まえ、今年度はホルモン補充周期移植後の妊娠において過期産のリスクが上昇することに着目し、子宮内膜調整法と分娩の進行の関連につき解析を行った。

(8) (9) 里親・特別養子縁組制度の情報提供に関する生殖医療の患者、医療者、福祉専門家の意識調査（質的・量的調査）

生殖医療の患者、医療者、特別養子縁組制度・里親制度の福祉専門家を対象として、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に対する意識を明らかにするために、生殖補助医療説明会で患者、医療者、福祉専門家を対象にアンケート調査を行った。ま

た、不妊治療患者に情報提供提供した医療専門職（医師・カウンセラー）、情報提供を受けた不妊治療経験者、里親・特別養子縁組関係機関（児童相談所・自治体の主管課・民間養子縁組あっせん機関）の運営者や職員に半構造化面接（面前あるいはオンライン）による聴取調査を行った。

B. 研究方法 および C. 研究結果

（倫理面への配慮）

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守し、対象となる研究については所属研究機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した（分担研究報告書のとおり）。

(1) 特定不妊治療費助成事業における年齢制限導入と生殖補助医療件数の推移に関する検討

日本産科婦人科学会から2012年～2016年の生殖データの提供を受け、件数推移について検討した。年齢制限が完全実施された2016年も、全国の生殖補助医療の治療周期数は増加傾向にあったが、2016年に年齢制限を完全実施しなかった2県と完全実施した45県を比較すると、45都道府県では30代の治療が増加し、40代の治療の増加は緩やかになる傾向があったのに対し、2県ではそうした傾向が見られなかった。年次別 年齢別 都道府県別の治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限完全実施で36歳以下の若い年齢層の治療周期（新鮮・凍結）は有意に増加し、40～45歳の治療（凍結周期は40～42歳のみ）は有意に減少していた。

(2) 不妊に悩む方への特定治療支援事業に関連する年齢制限の有無が及ぼす影響

2013年から2018年（最新）までの日本産科婦人科学会生殖データ（公開済）を用いて毎年の生殖補助医療登録件数、助成申請件数を年齢別に解析した。同時に高知県にある生殖補助医療登録施設3施設のうち実施件数が大半を占める1施設から施設別生殖補助医療登録データの提供を受け、同様の解析を行い、全国データと対比した。全国データでは、毎年利用申請が増加していた助成申請件数が、2014年には前年とほぼ同数（2013年は148659件、2014年は152320件）となっている。全体の生殖補助医療登録数が増加しているにも関わらず、その後も申請件数は微減している。年齢別に生殖補助医療実施件数をみても、特に40歳以上で通算3回までに回数制限を加えた2016年以降、39歳までの群では認められる生殖補助医療実施数の増加が認められず、当然ながら、助成申請件数が減少し、43歳以上の申請はほぼ認められなくなっている。一方、高知県内の施設での状況を解析すると、若干のばらつきはあるものの、各年齢に関わらず登録件数、申請件数も増加傾向にあった。各年齢での生殖補助医療登録数に対する助成申請数の比は、41歳以上で上昇する傾向を示した。

(3) 不妊に悩む方への特定治療支援事業における、助成回数ごとの年齢別累積生産率の検討

埼玉県の個票情報を用いて、2016年に埼玉県に対して助成金申請を初めて行った1072人を対象に、2017年末までの個票情報を利用して年齢別累積生産率を算出した。アウトカムである累積生産率は、申請書に記載された日本産科婦人科学会生殖データベースの治療周期番号を用いてリンク

ージを行い算出した。6回の申請あたりの累積生産率は、35歳未満で58.4%、35-39歳で49.3%、3回まで助成金が認められている40-42歳では17.2%であった。多変量解析の結果、年齢のみが有意に累積生産に対して関連していることがわかった。

(4) 不妊症の早期検査・治療に関する啓発動画の作成

最後まで見てもらえるストーリー展開と親しみやすいキャラクター設定を行い、「妊活入門アニメ・プレニンカツ」を作成した。動画投稿サイトYouTubeにて公開した。

掲載先：https://youtu.be/MNOrkIC6B_0

動画分数：2分5秒

掲載開始期日：2021年4月1日

(5) コンジョイント分析による生殖補助医療の費用と受療意思の関連の検討

インターネット調査会社が保有する一般国民パネルから25歳から44歳までの不妊に悩む既婚女性824人に対して、6つの属性（自己負担額、妊娠率、副作用の可能性、通院日数、診療時間、スタッフの対応）で表現した生殖補助医療のシナリオを提示し、受療意思について尋ねたところ、生殖補助医療の受療意思には6つの属性全てが有意に関連しており、自己負担額が低く、妊娠率が高く、副作用の可能性がなく、通院日数が少なく、土日・夜間診療があり、スタッフの対応が親切である治療では有意に受療意思が上昇した。世帯年収の高い者は、どの自己負担額においても一貫して受療意思が高かったものの、助成金額によっては助成対象外の高収入者と、助成対象となる低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。

(6) 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（第2報）

韓国では母子保健法に基づき、難妊施術指定医療機関（人工授精、生殖補助医療）の評価が行われ、2018年1月～12月の全難妊施術（保険対象・対象外全て）の記録が提出されていた。人工授精のみの指定機関は132機関、生殖補助医療の指定機関は148機関あり92%が指定基準を充足していた。健康保険審査評価院は、国民の医療機関選択の資料として、機関別の評価指標の等級（機器・人材、医療の質、実績に関する指標）、人材・施設・機器の現況等を公開していた。また、各医療機関には自律的な質向上を促すため、自施設の等級と評価結果、全国単位及び種別平均と比較した情報を提供していた。2018年に実施された難妊施術総数は人工授精が36,042件、生殖補助医療は101,655件で、人工授精は30～34歳（41%）、生殖補助医療は35歳～39歳（41%）の年齢層に多く分布しており、40代の多い本邦よりも若い年齢層での治療が多かった。治療成績については非公表で、難妊施術支援に関する政策評価に関わる情報は開示されていなかった。

(7) 子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する検討

子宮内膜調整法と分娩の進行の関連につき解析を行った。その結果、2012年から2015年までの凍結融解胚移植後妊娠において、軟産道強靱、微弱陣痛、分娩遷延などの分娩進行に関わる異常のリスクがホルモン補充周期で高いことが示された。

(8) 里親・特別養子縁組制度の情報提供に関する生殖医療の患者、医療者、福祉専

門家の意識調査

医療者、福祉専門家を対象としたアンケートの結果、情報提供のあり方としては、福祉施設だけでなく医療施設でも情報提供を行うべきだ、体外受精の説明会で実施した方がよい、医療者によるカウンセリングが必要となる、患者全員に情報提供が必要ではない、と考える人が過半数以上と多かった。生殖医療施設が情報提供する際の障壁と考えられたのは、患者が不快に思えるか、傷つくのではないかと懸念が95.9%と最も多く、スタッフの特別養子縁組制度・里親制度に対する情報・知識の不足93.1%、医療施設における患者の心理支援体制の不足89.7%と続いた。生殖医療施設が情報提供する際の必要要件としては、ポスター・パンフレット等資料、児童相談所・あっせん団体との連携や出前講義、が9割以上必要と回答し、医療者が自分で説明できるようになるための講習会や心理支援担当者の設置の必要性は86%であったが、福祉専門家の回答では医療者の知識獲得が100%必要と考えていた。体外受精の説明会で特別養子縁組制度・里親制度の簡単な情報提供をすることは、約8割の患者においては好意的に受け取られるが、約2割の患者においては嫌悪的な感情を引き出し、施設に対する印象が悪くなる可能性が示された。医療者が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をすること自体は両群ともに肯定していた。

(9) 不妊治療機関における里親・特別養子縁組の情報提供に関する不妊治療経験者、医療専門職（医師・カウンセラー）、里親・特別養子縁組関係機関職員の意識 不妊治療開始前に里親や養子縁組に関する

情報を患者に提供する必要のあることが不妊治療当事者の聴き取りから明らかになった。基本的に医師ではないカウンセラーなど別の専門職が患者個々に情報提供を行ったり、児童相談所や民間養子縁組あっせん機関などと連携し複数の方々を対象に説明会を行ったり、待合室で説明動画を流したり、パンフレットなどを配置・掲示することなど多様な方法が考えられる。個々の状況に応じて継続的・段階的に伝える必要もある。情報提供だけではなく、併せてカウンセリング機能の重要性が指摘された。夫婦が共に暮らしているからお互いの気持ちを共有しているわけではない。不妊治療過程において夫婦の認識の齟齬が生じ、関係が悪化することもある。カウンセラーが仲介役となり、家庭とは異なった場で相互に気持ちを伝え合ったり、場合によっては夫婦が個別にカウンセリングを受け、カウンセラーを通して互いの気持ちを伝えてもらい、夫婦で意識を共有したりすることが重要である。不妊治療経験のある養親の語りや、子どもを含め交流する機会を持つことは、何よりも大きなインパクトを夫婦に与え、里親や養子縁組に関する深い理解につながる事が明らかとなった。

D. 考察 および E. 結論

本研究から、生殖補助医療の保険適用化の議論に資する研究結果が多く示された。特別養子縁組制度・里親制度に関する患者への情報提供体制の整備に向けた具体的な提案も示された。

・年齢要件について

2012年から2016年までの日本産科婦人

科学会生殖データによると、年齢制限完全実施で36歳以下の若い年齢層の治療周期（新鮮・凍結）は有意に増加し、40～45歳の治療（凍結周期は40～42歳のみ）は有意に減少していた。特定不妊治療費助成事業の年齢制限には、若年での治療の推進に一定の効果があったと考えられる。

高知県の医療機関と全国の2018年までの生殖データ（公表データ）の解析からも生殖補助医療助成制度における年齢制限は、一定の効果を示しており、より若い年齢での治療開始、治療のステップアップの動機付けにもなっていると推測された。一方、43歳以上の生殖補助医療実施件数が減少したとは言えず、患者の自由な意思決定により、治療継続を希望している症例は一定数いると考えられた。

埼玉県のデータを用いた助成回数ごと年齢別累積生産率の検討では、本邦で初めて特定治療支援事業の助成回数ごとの年齢別累積生産率を算出した。6回の申請あたりの累積生産率は35歳未満で58.4%、35-39歳で49.3%、3回まで助成金が認められている40-42歳では17.2%であった本研究においても、年齢と累積生産率の関係は明らかであり、多変量解析においても年齢のみが唯一生産と関連する患者背景要因であった。

以上より、挙児希望のある夫婦が早い年齢で生殖補助医療にすすむことを後押しするような制度づくりが重要であり、2022年4月から生殖補助医療の保険適用化が予定されているが、保険適用においても年齢による治療効果の違いを考慮した制度設計が求められる。

なお、不妊症の早期検査・治療を促すアニメーション動画「妊活入門アニメ・プレニン

カツ」は YouTube にて公開中であり、妊活開始前～不妊検査の受診前の若い夫婦が視聴する機会を増やすため、関係者への周知を行っている。本動画が実際に、心理的障壁を軽減し、受診の増加に寄与しうるか、今後は介入研究を通じて検証する予定である。

・所得制限について

コンジョイント分析で調査に用いた生殖補助医療の 6 つの属性（自己負担額、妊娠率、副作用の可能性、通院日数、診療時間、スタッフの対応）はいずれも受療意思と有意な関連を認めたが、特に自己負担額の影響は大きかった。世帯年収の高い者は、どの自己負担額においても一貫して受療意思が高く、特に 50 万円を超える自己負担額では、世帯年収が高い者で自己負担額増加に伴う受療意思低下が緩和されていた。一方で助成金額によっては、対象外の高収入者と、低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。2021 年 1 月から助成額が 1 回あたり 30 万円に拡大され、所得制限も撤廃されているが、助成制度によって生じた不公平感の解消や治療を増やす目的であれば、所得制限の撤廃は妥当であったと考えられる。今後の治療周期数の推移や財政への影響について注視していく必要がある。

・保険適用化に向けて

2017 年から生殖補助医療を保険適用化している韓国で 2018 年に実施された生殖補助医療件数は 101,655 件であった。本邦の 2018 年の総治療周期数 454,893 周期と比較すると人口規模を考慮しても少なかったことから、韓国では今後も生殖補助医療の利用が拡大していく余地があると考えら

れたが、治療成績は公表されていなかった。韓国では母子保健法に基づき、難妊施術医療機関が指定されており、指定要件や評価基準が定められていた。評価後は医療機関向けにフィードバックを提供し、自律的な質の向上を促す取組が行われていた。本邦で都道府県等が実施している特定不妊治療実施医療機関の認定審査についても、自律的な質の向上につながる仕組へ必要な改善を行ったうえで、保険適用化後も別制度の中で引き継がれていくことが望まれる。また、韓国では保険適用化前には全治療の詳細を把握する調査は行われておらず、保険適用等の政策評価が将来的に可能であるか否かは不明であった。本邦でも 2022 年度から不妊治療の保険適用範囲が大きく拡充されるため、自律的な質の向上につながるような医療機関の認定審査制度や政策効果の検証を可能とするモニタリング制度について整備を続ける必要がある。

また、子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する研究ではホルモン補充周期における凍結融解胚移植では自然排卵周期での移植と比較して分娩の進行が滞りリスクが高いことが明らかとなった。生殖医療が分娩の進行に影響を及ぼすことを示しており、生殖医療の内容に応じた厳重な周産期管理が必要であることを裏付けた。生殖医療と周産期医療は不分離であるため、生殖補助医療を推進した場合に周産期医療全体にどのような影響を及ぼしうるのか、継続的な評価が今後とも必要である。

・里親・特別養子縁組に関する医療機関での情報提供のあり方

生殖補助医療の説明会で患者、医療者、福

祉専門家を対象に行ったアンケート調査からは、生殖医療施設が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をおこなうことに賛同は得られそうだが、適用と心理支援を明確にする必要があると考えられた。医療者は患者の心理面に及ぼす影響を心配し、その心理面、情報知識面からの支援体制の不足を障壁と考えていた。医療者が両制度の情報提供をある程度行えるように研修を積み、パンフレットなどの資料や福祉専門家などの連携も準備することが両制度の普及のために必要であると考えられた。また、関係者への半構造化面接からは、①不妊治療機関は治療開始前あるいは治療初期段階で里親・養子縁組に関する情報を提供すること、②患者によって情報を必要とするタイミングは異なるため、情報の濃度を変えて複数回提供することが望ましい、③具体的な情報提供や説明会のあり方については、児童相談所やその主管課、民間養子縁組あっせん機関などと検討し、連携・協働する必要がある、④不妊治療を経て子どもを授かった養親当事者の方の話を聴く機会や、そうした家族と交流する機会を提供すること、⑤カウンセリングの提供により、夫婦の意識共有を促す事が提言できる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Saito K, et al. Endometrial preparation methods for frozen-thawed embryo transfer are associated with altered risks of hypertensive disorders of pregnancy,

placenta accreta, and gestational diabetes mellitus. *Human reproduction* 2019; 34:1567–1575.

Saito K, Kuwahara A, Ishikawa T, Morisaki N, Miyado M, Miyado K, Fukami M, Miyasaka N, Ishihara O, Irahara M, Saito H. Reply: Artificial cycle 'per se' or the specific protocol of endometrial preparation as responsible for obstetric complications of frozen cycle? *Human reproduction* 2019; 34:2554-2555.

Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada T, Ichikawa T. Assisted reproductive technology in Japan: a summary report for 2018 by the Ethics committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. *Reprod Med Biol*, 2020 Nov 20;20(1):3-12. doi: 10.1002/rmb2.12358..

Ishihara O, Klein BM, Arce JC: Randomized, assessor-blind, antimullerian hormone-stratified, dose-response trial in Japanese in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection patients undergoing controlled ovarian stimulation with follitropin delta. *Fertil Steril* 2020 Nov 30:S0015-0282(20) 32631-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.10.059.

Jwa SC, Seto S, Takamura M, Kuwahara A, Kajihara T, Ishihara O. Ovarian stimulation increases the risk of ectopic pregnancy for fresh embryo transfers: an analysis of 68,851 clinical pregnancies from the Japanese Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil Steril*. 2020;114(6):1198-1206.

- Seto S, Jwa SC, Namba A, Indo A, Kajihara, T, Ishihara O. Klebsiella pneumoniae-induced pyogenic liver abscess secondary to oocyte pick-up. Taiwan J Obstet Gynecol. 2021 (in press).
- Tamura S, Jwa SC*, Tarumoto N, Ishihara O. Septic Shock Caused by Fusobacterium Necrophorum after Sexual Intercourse during Recovery from Infectious Mononucleosis in an Adolescent: A Case Report. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2020;33(5):566-569.
- Ichikawa D, Jwa SC, Seto T, Tarumoto N, Haga Y, Kohno K, Okagaki R, Ishihara O, Kamei Y. Successful treatment of severe acute respiratory distress syndrome due to Group A streptococcus induced toxic shock syndrome in the third trimester of pregnancy-effectiveness of venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: A case report. J Obstet Gynaecol Res. 2020;46(1):167-172.
- Iba A, Maeda E, Jwa SC, Yanagisawa-Sugita A, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y. Household income and medical help-seeking for fertility problems among a representative population in Japan. Reprod Health 18:165, 2021.
- Jwa SC, Ishihara O, Kuwahara A, Saito K, Saito H, Terada Y, Kobayashi Y, Maeda E. Cumulative live birth rate according to the number of receiving governmental subsidies for assisted reproductive technology in Saitama Prefecture, Japan: A retrospective study using individual data for governmental subsidies. Reprod Med Biol 20:451-459, 2021.
- Jwa SC, Ishihara O, Kuwahara A, Saito K, Saito H, Terada Y, Kobayashi Y, Maeda E. Social capital and use of assisted reproductive technology in young couples: Ecological study using application information for government subsidies in Japan. SSM - Population Health. 16:100995, 2021.
- 梶原 健, 左 勝則, 高村 将司. 子宮内膜症をもつ患者に産婦人科処置を行う際には骨盤内感染・卵巣膿瘍に要注意! ART 手技を含めて. 臨床婦人科産科 74 卷 6 号 Page579-583, 2020.
- 左勝則, 石原理 世界のガイドライン 生殖医が知っておくべきこと、産科医ができること 生殖と周産期のリエゾン (池田 智明ら編)(分担執筆)診断と治療社. P179-184.2020
- 石原理 海外における生殖医療とわが国の法的状況 日本医師会雑誌 148(120):24232426, 2020
- 前田恵理. 不妊症と QOL. 産科と婦人科 88: 325-329, 2021.
- 前田恵理, 石原理, 左勝則, 李廷秀, 小林廉毅. 韓国における人工授精および生殖補助医療の公費負担状況—保険適用の背景と影響に関する訪問調査. 公衆衛生 86:84-90, 2022
2. 学会発表
- Jwa SC, Takamura M, Kuwahara A, Kajihara T, Ishihara O. Superiority of cumulative live birth rates after GnRH antagonist cycles relates to ovarian respons. A cycle-specific

- analysis of data from a Japanese national registry. ESHRE 36th annual meeting. (Copenhagen (oral presentation). 2020.7.5-7)
- Ishihara O, Zegers-Hochschild F, De Mouzon J, Dyer S, Mansour R, Banker M, Chambers G, Kupka M, Adamson GD: Single embryo transfer (SET) in a global perspective: Regional similarities and differences? ESHRE 36th Annual Meeting. Copenhagen (Virtual) 2020.7.7
- Ishihara O, Nyboe-Andersen A, Nelson SM, Arce J-C: Similar ovarian response with individualized follitropin delta dosing regimen in Japanese and non-Japanese IVF/ICSI patients. 76th ASRM Scientific Congress & Expo. Orland (Virtual) 2020.10.19
- Maeda E, Jwa SC, Kumazawa Y, Saito K, Iba A, Yanagisawa A, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Fukuda T, Ishihara O, Kobayashi Y. Probability of receiving assisted reproductive technology treatment through out-of-pocket payment and household income: A discrete choice experiment in Japan. Poster presentation. The 37th Annual Meeting of ESHRE that will be held from 27 to 30 June 2021.
- Yanagisawa-Sugita A, Iba A, Maeda E, Jwa SC, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y. Oral Presentation. Impact of age-limit policy change for assisted reproductive technology (ART) subsidy in Japan. The 38th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology. 2022, July 4; Milano, Italy.
- 左 勝則、難波 聡、田丸 俊輔、桑原章、石原 理、亀井 良政. 生殖補助医療後の妊娠における染色体異常例の妊娠転帰および年次推移についての検討. 第6回日本産科婦人科遺伝診療学会学術講演会 (金沢 (オンライン)、2020.12.9-15)
- 左 勝則、石原 理、桑原 章、齊藤 和毅、齊藤 英和、寺田 幸弘、前田 恵理. 生殖補助医療を利用する患者の所得と特定不妊治療支援事業利用状況および治療内容との関連. 第65回日本生殖医学会学術講演会・総会 (東京 (オンライン)、2020. 12.3-23)
- 左 勝則、石原 理、桑原 章、齊藤 英和、齊藤 和毅、寺田 幸弘、小林 廉毅、前田 恵理. 35歳未満女性におけるART助成金利用率に影響を及ぼす要因の探索. 第30回日本疫学会学術総会 (京都、2020. 2. 20-22)
- 左 勝則、小林 廉毅、前田 恵理. 生殖補助医療を利用する患者の所得と特定不妊治療支援事業利用状況の関連. 第79回日本公衆衛生学会総会 (京都(オンライン)、2020. 10.20-22)
- 前田恵理、石原理、桑原章、左勝則、齊藤和毅、齊藤英和、寺田幸弘. 韓国・台湾の生殖補助医療公費負担制度. 第65回日本生殖医学会学術講演会・総会 (東京 (オンライン)、2020. 12.3-23)
- 前田恵理、左勝則、小林廉毅. 都道府県等における特定不妊治療実施医療機関の認定審査状況. 第79回日本公衆衛生学会総会 (京都(オンライン)、2020. 10.20-22)

前田恵理. シンポジウム. 不妊治療の保険適用は少子化対策となるか. 韓国・台湾における不妊治療への経済的支援の拡大. 第 66 回日本生殖医学会学術講演会・総会, 2021, 米子

左勝則, 後藤励. シンポジウム. 不妊治療の保険適用は少子化対策となるか. 生殖補助医療の保険適用による患者自己負担額および医療費への影響の検討. 第 66 回日本生殖医学会学術講演会・総会, 2021, 米子

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

特定不妊治療費助成事業における年齢制限導入と生殖補助医療件数の推移に関する検討

研究分担者	寺田幸弘	秋田大学大学院医学系研究科	産婦人科学講座	教授
研究分担者	小林廉毅	東京大学大学院医学系研究科	公衆衛生学	教授
研究分担者	前田恵理	秋田大学大学院医学系研究科	衛生学・公衆衛生学講座	准教授
研究協力者	射場有紗	東京大学大学院医学系研究科	公衆衛生学	特任研究員
研究協力者	柳澤綾子	東京大学大学院医学系研究科	公衆衛生学	特任研究員

研究要旨：わが国の「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（特定不妊治療費助成事業）では、2014年度以降に段階的な制度改正が行われ、2016年度からは「初回治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」治療費の一部助成が行われている。治療効果の高い若年での重点的な治療の推進を目指した当改正が、実際に受療行動にもたらした変化について明らかにするため、2012年～2016年の日本産科婦人科学会生殖データの件数推移について検討した。年齢制限が完全実施された2016年も、全国の生殖補助医療の治療周期数は増加傾向にあったが、2016年に年齢制限を完全実施しなかった2県と完全実施した45県を比較すると、45都道府県では30代の治療が増加し、40代の治療は増加が緩やかになる傾向があったのに対し、2県ではそのような傾向が見られなかった。年次別・年齢別・都道府県別の治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限完全実施で36歳以下の若い年齢層の治療周期（新鮮・凍結）は有意に増加し、40～45歳の治療（凍結周期は40～42歳のみ）は有意に減少していた。わが国全体の人口構造の変化の影響を考慮する必要があるものの、特定不妊治療費助成事業の年齢制限には、若年での治療の推進に一定の効果があったと考えられる。2022年4月から生殖補助医療の保険適用化が予定されているが、保険適用においても年齢による治療効果の違いを考慮した制度設計が求められる。

A.研究目的

女性の年齢は妊娠成立に関わる最大の要因（O'Connor et al., 1998）であり、女性の年齢を生殖補助医療の公費負担の条件とする国は多い。従来、年齢要件を設けてこなかったわが国の「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（特定不妊治療費助成事業）においても、2014年度以降に段階的な制度改正が行われ、2016年度からは「初回

治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」治療費の一部助成が行われている。妊娠・出産に伴うリスクが相対的に少ない年齢、治療により出産に至る確率がより高い年齢に、必要な治療を受けられるようにするための制度改正であったが、特定不妊治療費助成事業の年齢制限導入が本邦の生殖補助医療にどのような影響を与えた

かは明らかでない。

そこで、本研究では治療効果の高い若年での重点的な治療の推進を目指した当改正が、実際に受療行動にもたらした変化について明らかにするため、日本産科婦人科学会に登録された生殖データについて2012年から2016年までの全国件数の推移について検討した。さらに、2016年に年齢制限が完全実施されなかった2県（高知県・鳥取県）と完全実施された45県の件数推移の比較を行った。高知県では現在も年齢制限は設けずに6回の助成を実施しており、40～42歳の3回分と43歳以上の6回分については県単独事業として追加している。鳥取県は現在初回申請を行う者に対しては年齢制限を設けているが、2015年度までに国の助成を受けたことがある場合は年齢を問わず旧制度を適用可能としている。また、2016年度に限り、妻の年齢が43歳以上でも初回申請の受付を行っていた。

B. 研究方法

2012年～2016年の5年間にわが国で実施された生殖補助医療について、日本産科婦人科学会からオンライン登録データの提供を受けた。

体外受精-胚移植（IVF-ET）または顕微授精（体外受精と顕微授精の併用 Split も含む ICSI）による新鮮治療周期数と融解胚子宮内移植（FET）による凍結治療周期数についてそれぞれ、36歳以下、37-39歳、40-42歳、43-45歳、46歳以上の5年齢階級に分けて集計し、年次別に全国件数の推移を記述した。生殖補助医療を実施した医療機関の所在地について、2016年時点で年齢制限を完

全実施していなかった2県（高知県、鳥取県）とそれ以外の45都道府県の2群に分類したうえで、年次別、5年齢階級別に1都道府県あたり治療周期数の推移を記述した。

次に、年次別、年齢別（29歳以下、30歳から45歳までの各歳、46歳以上の18群）、47都道府県別の治療周期数について回帰分析を行った。被説明変数を治療周期数としたとき、説明変数を年齢制限完全実施、5年齢階級（ $\leq 36, 37-39, 40-42, 43-45, \geq 46$ ）、年齢制限完全実施と5年齢階級の交互作用項、年次、都道府県ダミー、ラグ（前年の当該年齢かつ当該都道府県の治療周期数）とした。年齢制限完全実施は2値変数とし、高知・鳥取を除く都道府県の2016年データを1とし、2015年までの全データと2016年の高知・鳥取データを0とした。前年の影響を考慮してラグを変数として投入したため、解析した周期数データの数は2013年から2016年までの4年分 \times 18年齢群 \times 47都道府県=3,384とした。

（倫理面への配慮）

本研究は秋田大学大学院医学系研究科・医学研究審査委員会（審査番号1981；平成30年6月28日）の承認を得て実施された。

C. 研究結果

（1）IVF-ET と ICSI による治療周期

2012年から2016年までの全国のIVF-ETとICSIによる治療周期数は、全ての年齢階級で毎年増加しており、助成年齢制限が導入された2016年においても治療周期数が前年より減少した年齢階級はなかった（図1）。一方で、40-42歳と43-45歳の年齢階級では2015年にそれぞれ前年比8.1%

増、8.2%増であったのに対し、2016年は前年比1.5%増、0.2%増にとどまっていた。

高知県・鳥取県とその他の都道府県に分けた年齢階級別 都道府県あたり平均治療周期数の年次推移を図2に示す。2016年の治療周期数は、36歳以下では、その他の都道府県で前年比4%増に対し、高知・鳥取では前年比3.1%減であった。37-39歳ではその他で1.8%増に対し、高知・鳥取では2.3%減であった。一方で、40-42歳ではその他で1.5%増に対し、高知・鳥取で9.6%増であり、43-45歳ではその他で0.1%減に対し、高知・鳥取では65%増であった。46歳以上はその他で3.3%増、高知・鳥取で28%減であった。

年次別 年齢別 都道府県別治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限完全実施で36歳以下では有意に治療周期数は増加し、40-42歳と43-45歳では有意に治療周期数が減少していた(表1)。

(2) FETによる治療周期

2012年から2016年までの全国のFETによる治療周期数も、全ての年齢階級で毎年増加していた(図3)。一方で、30代では2016年も2015年までと同様の増加率(36歳以下は前年比11.4%増、37-39歳は9.9%増)であったのに対し、40-42歳と43-45歳、46歳以上の年齢階級では2015年にそれぞれ前年比14.8%増、19.6%増、22.6%増であったのに対し、2016年は前年比8.2%増、11.4%増、6.7%増と増加ペースは緩やかになっていた。

高知県・鳥取県とその他の都道府県に分けた年齢階級別 都道府県あたり平均治療周期数の年次推移を図4に示す。2016年

の治療周期数は、37-39歳ではその他の都道府県で9.9%増に対し、高知・鳥取では1.9%増であった。一方で、40-42歳ではその他で8.0%増に対し、高知・鳥取で29.1%増、43-45歳ではその他で11.3%増に対し、高知・鳥取では24.2%増であった。

年次別 年齢別 都道府県別治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限完全実施で36歳以下では有意に治療周期数は増加し、40-42歳では有意に治療周期数が減少していた(表2)。

D. 考察

2016年度に45都道府県で全面的に導入された特定不妊治療費助成事業の年齢制限「初回治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」がわが国の生殖補助医療に与えた影響について検討するため、2012年～2016年の5年間の治療周期数の推移について分析を行った。特定不妊治療費助成事業の年齢制限導入後も生殖補助医療の治療周期数全体では増加傾向が続いていた。年齢制限の全面導入を行った45都道府県では30代の治療が増加し40代の治療の増加は緩やかになる傾向にあったのに対し、導入しなかった2県ではそのような傾向は見られなかった。年次別 年齢別 都道府県別の治療周期数に関する回帰分析でも、2016年の年齢制限完全実施は36歳以下の若い年齢層で治療周期を増加し、40～45歳(FETは40～42歳)の治療を減少した可能性が示唆された。

わが国では特定不妊治療費助成事業の支給実績は総治療周期数の3分の1程度であり、従前より助成事業の対象外で多くの治

療が行われてきた。また平成 25 年の有識者検討会で年齢制限に関する提案がなされて以降、平成 26 年度に部分的に年齢制限が導入され、平成 28 年度の全面実施まで十分な移行期間が設けられたこともあり、諸外国で報告されたような、政策変更に伴う大きな治療周期数の増減は見られなかった (Chambers et al., 2012, 2013; Bissonette et al., 2019)。一方で、分担報告書「助成金制度に与える年齢制限の影響—高知県の実情調査—」でも確認されるとおり、年齢制限を設けなかった場合には若い年齢での治療は現状よりも抑制され、40 代での治療を増加させていた可能性が示唆される。緩やかな新制度導入に伴い、大きな変化は見られなかったものの、助成事業の年齢制限には若年での治療推進に一定の貢献があった可能性が示唆される。2022 年 4 月からは生殖補助医療の保険適用化が予定されているが、保険適用においても年齢による治療効果の違いを考慮した制度設計が求められる。

特定不妊治療費助成事業の実施主体は都道府県、指定都市、中核市であり、国 1/2、都道府県・指定都市・中核市 1/2 の負担割合で実施されている。平成 29 年時点の全国都道府県・指定都市・中核市調査によれば、年齢制限の緩和の他、助成回数追加、助成額の増加、所得制限撤廃、不妊検査・一般不妊治療の助成など、様々な県・市単独事業が行われていた (平成 30 年度分担研究報告書「全国 115 実施主体における『不妊に悩む方への特定治療支援事業』実施状況の調査」参照)。今回の分析では年齢制限のみに注目した解析を行い、その他の県・市単独事業については考慮していない。また、日本産婦人科学会生

殖データベースでは治療月は判別できないため、2016 年 1 月～3 月 (2015 年度のため年齢制限全面導入前) に実施された治療も 2016 年分の治療周期として集計されている。このため、政策の影響が小さく見積もられた可能性がある。また、年次別年齢別都道府県別の件数推移を解析したが、各件数のもとになる集団は毎年変化している。年齢によって生殖補助医療に対する親和性や子どもに対する願望などはほとんど変わらない、転入・転出は全体から見て少数であることを仮定した解析であることに注意が必要である。最後に、2012 年から 2016 年までの女性人口は、30 代までは一貫して年 3% 程度の減少が続いていたが、40 代前半は 2015 年まで年 0.5～2% 程度の増加傾向、2016 年には前年比 1.4% の減少に転じており、本解析結果のうち 40～45 歳の治療の減少は年齢層人口の推移を反映した可能性は否定できない。

E. 結論

2016 年度に完全実施された特定不妊治療費助成事業の年齢制限により、36 歳以下の若い年齢層での治療が増加し、40～45 歳の治療が減少した可能性が示唆された。2022 年 4 月から生殖補助医療の保険適用化が予定されているが、保険適用においても年齢による治療効果の違いを考慮した制度設計が求められる。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

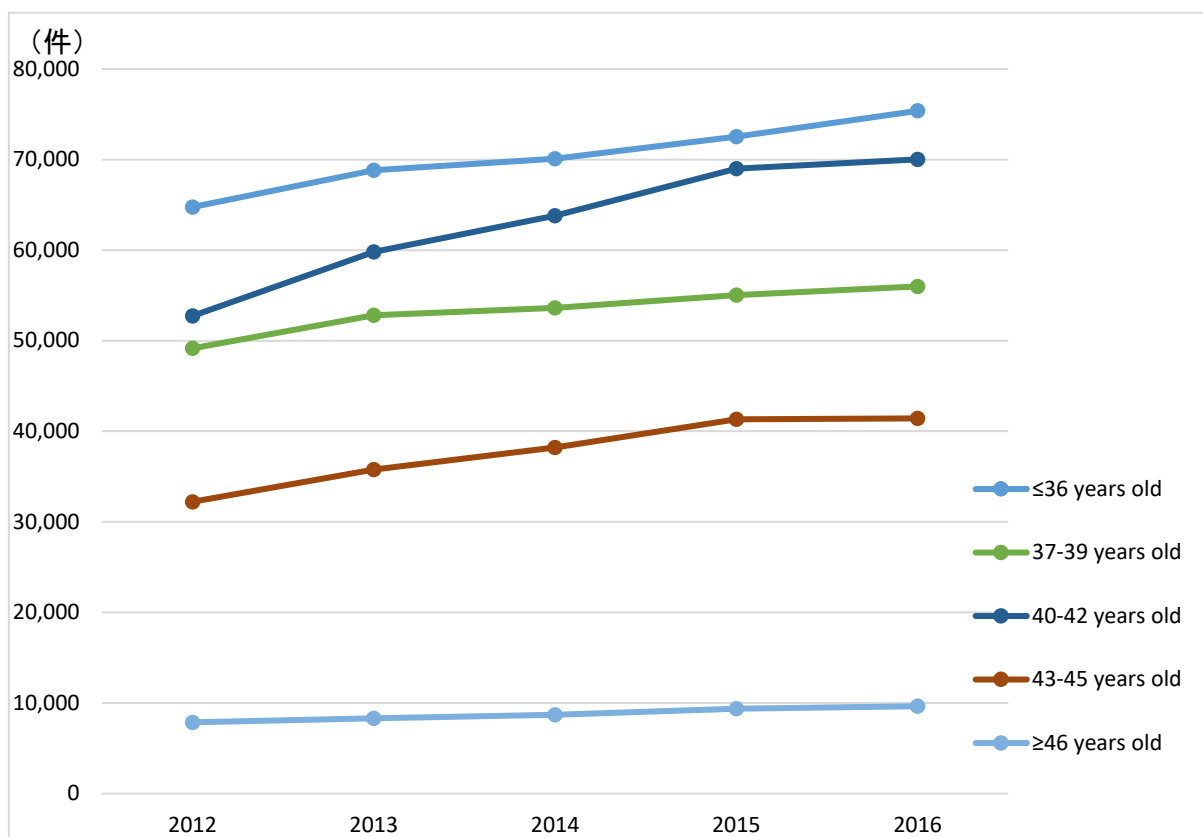
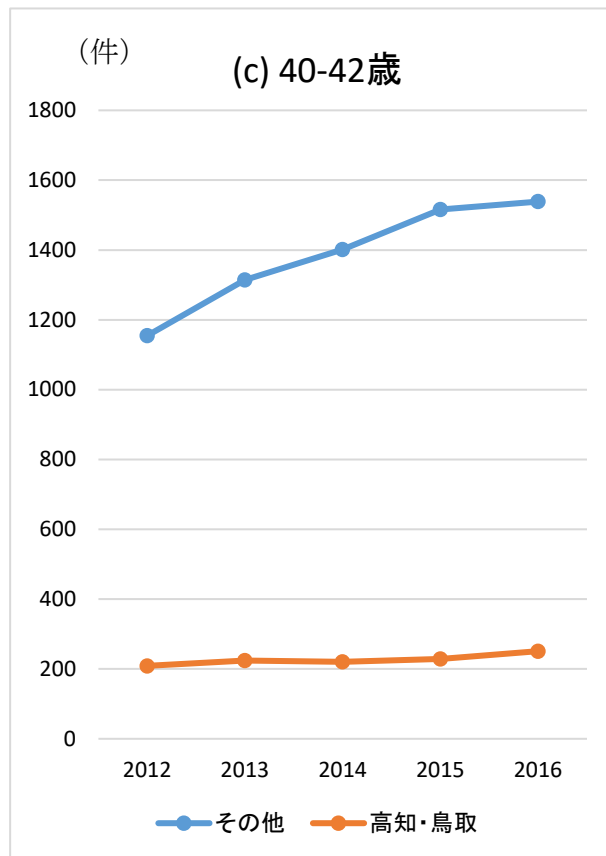
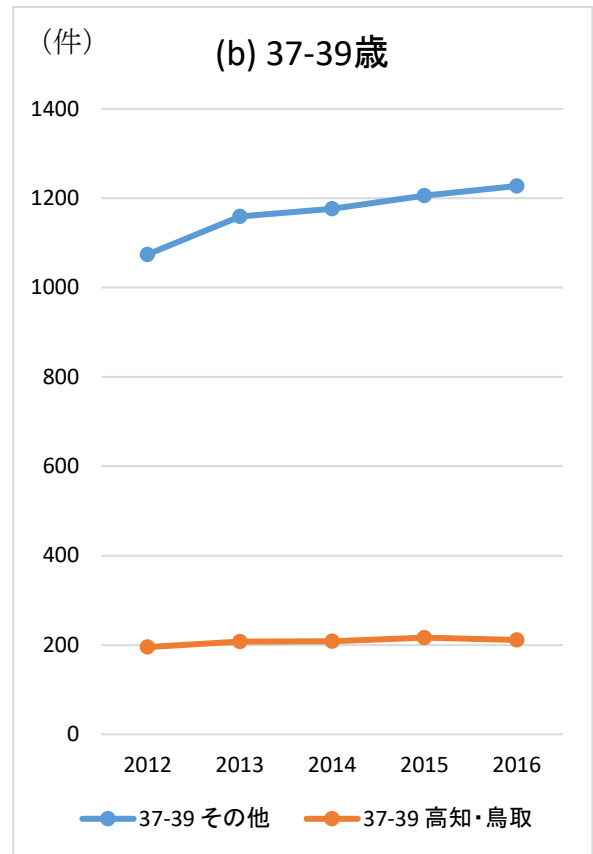
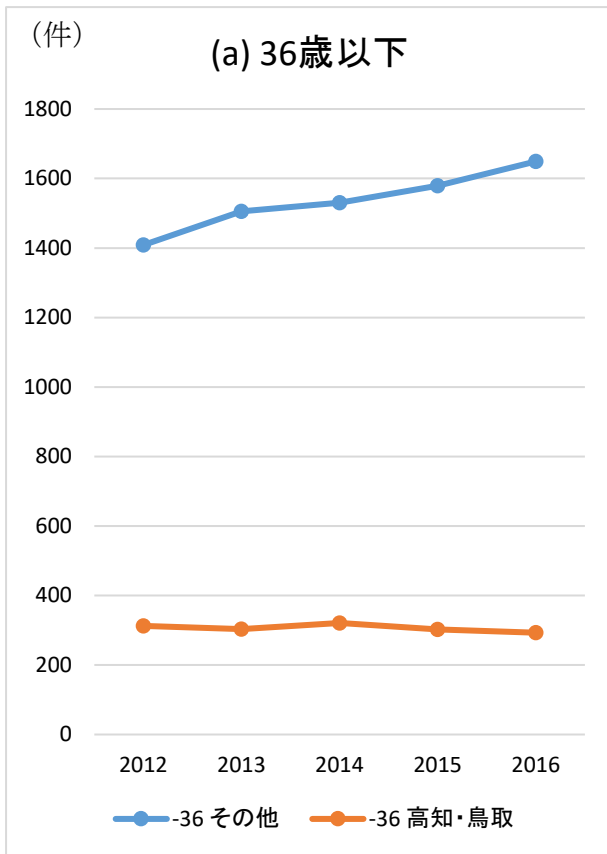


図1 全国の年次別 年齢層別 IVF-ET, ICSI, Splitによる治療周期数



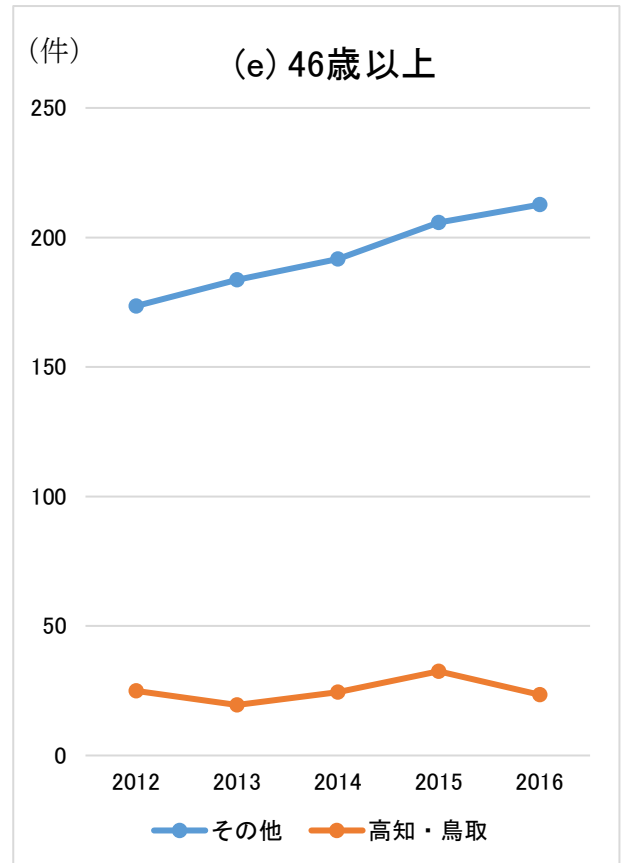
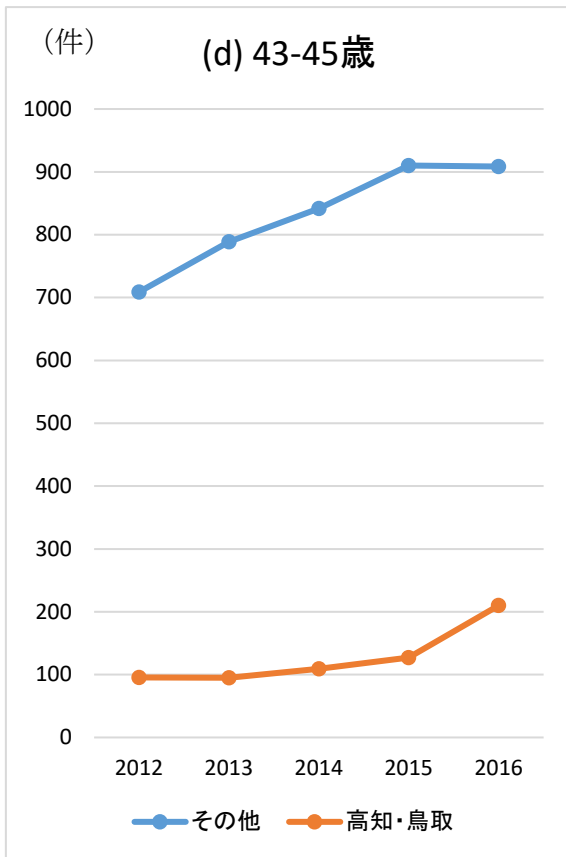


図2 高知県・鳥取県とその他の都道府県における年次別 年齢層別IVF-ETとICSI (Splitを含む) の治療周期数

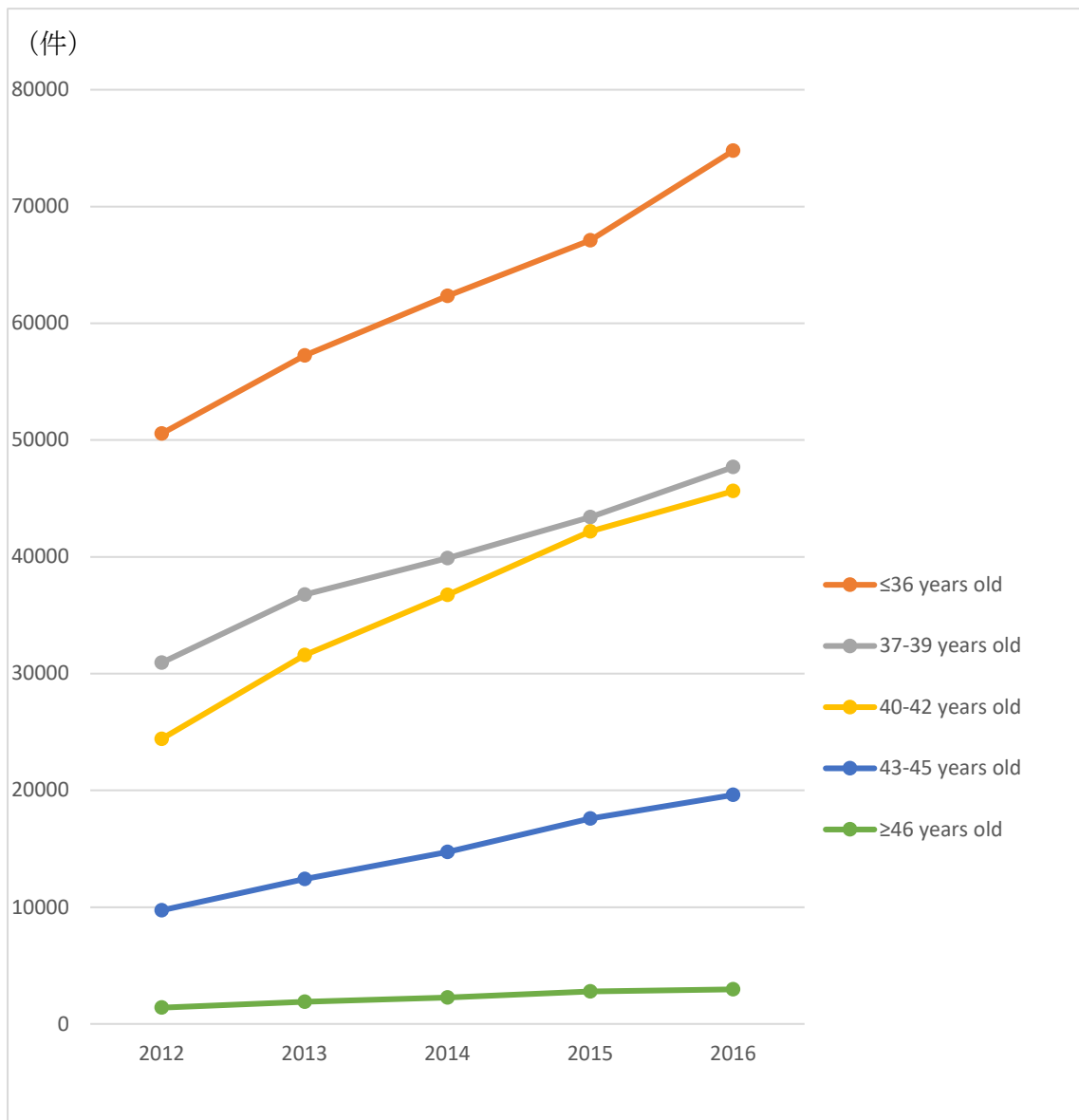
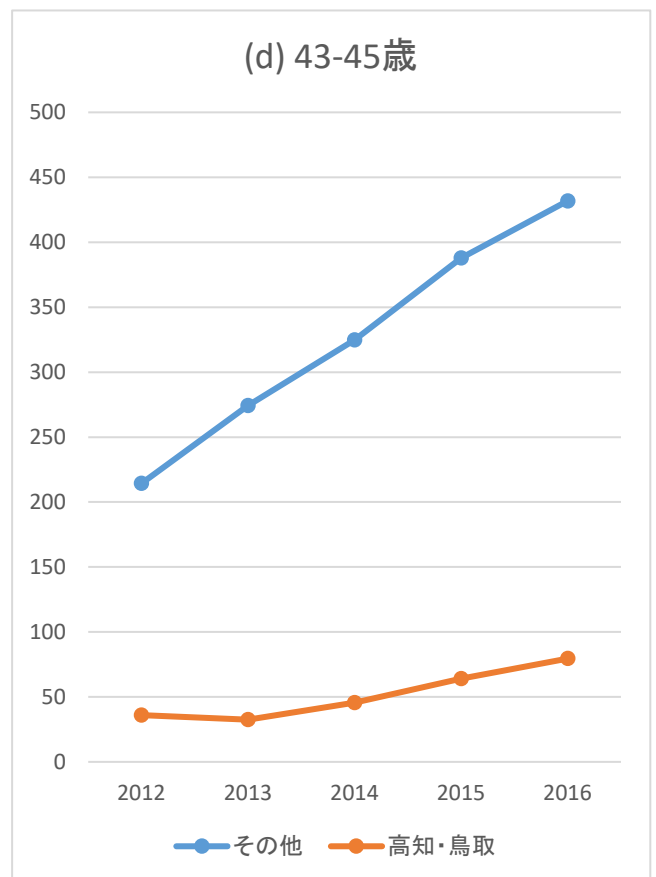
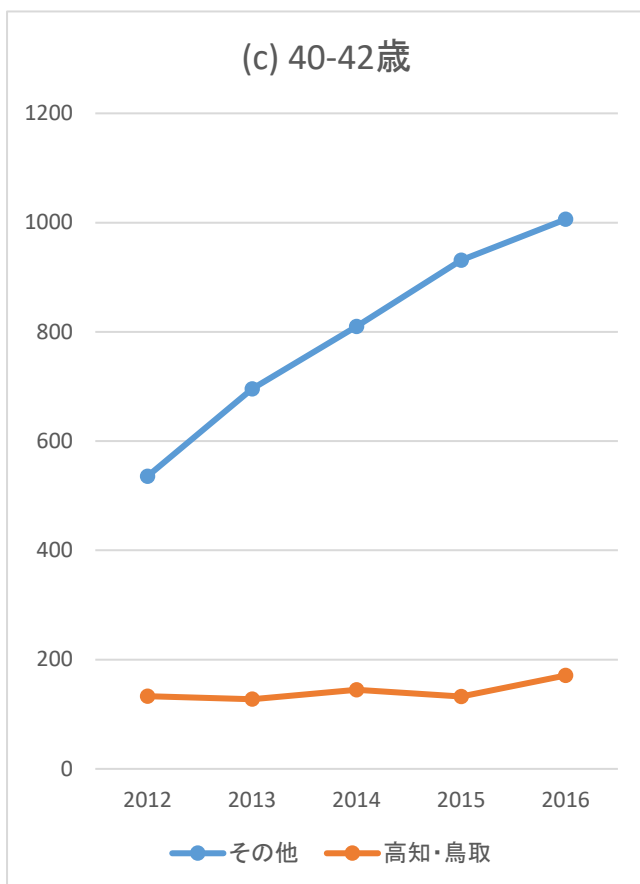
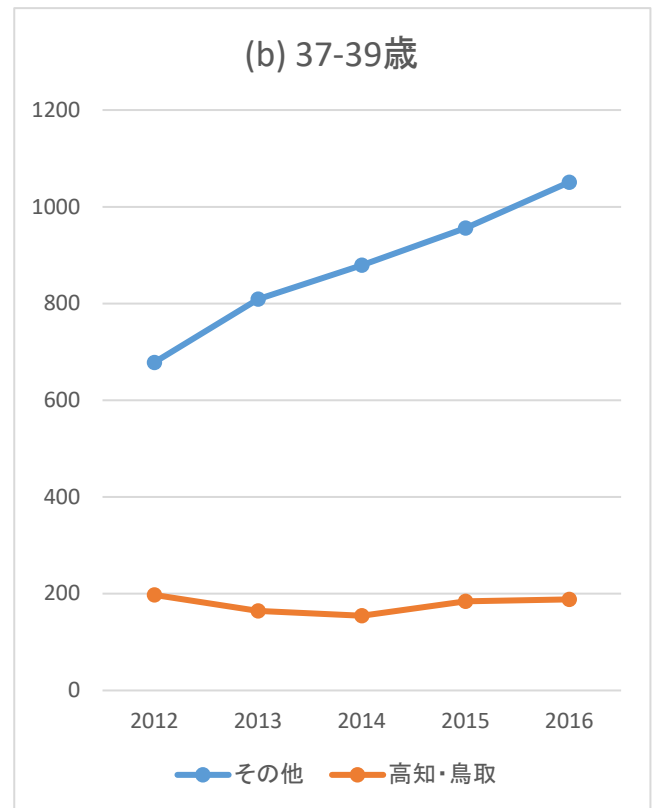
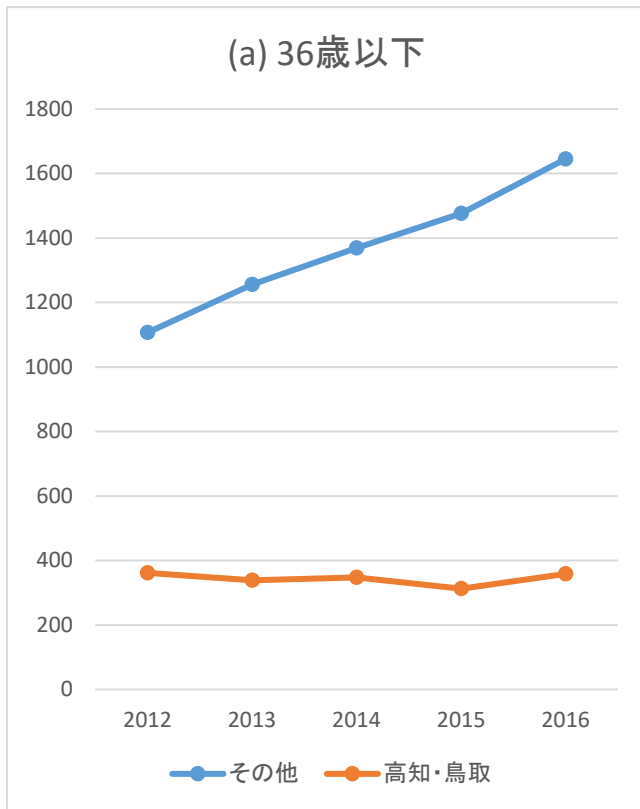


図3 全国の年次別 年齢層別 FETによる治療周期数



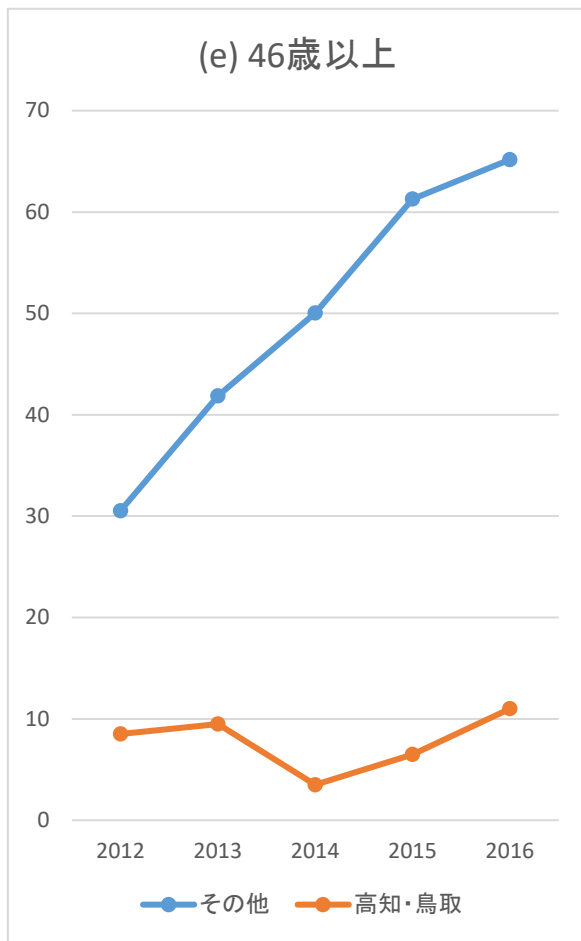


図4 高知県・鳥取県とその他の都道府県における年次別 年齢層別 FET 治療周期数

表1 年次別 年齢別 都道府県別 IVF-ET と ICSI (Split を含む) の治療周期数推移に関する回帰分析の結果 (n = 3,384, adjusted R²=0.995)

	Coefficient <i>B</i>	95% confidence interval			<i>P</i>
Age restriction in 2016					
No restriction	Reference				
Restriction					
≤36 years old	9.59	2.76	to	16.42	0.01
37-39 years old	0.15	-9.58	to	9.88	0.98
40-42 years old	-25.50	-35.23	to	-15.76	<0.001
43-45 years old	-15.81	-25.54	to	-6.08	<0.001
≥46 years old	3.97	-11.79	to	19.73	0.62
Time trend (year)	-4.34	-6.44	to	-2.25	<0.001
Age categories					
≤36 years old	Reference				
37-39 years old	0.53	-4.60	to	5.65	0.84
40-42 years old	22.94	17.76	to	28.13	<0.001
43-45 years old	12.40	7.36	to	17.45	<0.001
≥46 years old	3.54	-4.35	to	11.42	0.38
Lag of dependent variable	1.04	1.03	to	1.04	<0.001

The ordinary least square regression model included 47 prefectural dummies.

We analyzed the age-specific prefectural number of cycles for in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection of each year (i.e., n = 3,384, derived from 18 age categories, 47 prefectures, and four years between 2013 and 2016).

表2 年次別 年齢別 都道府県別 FETの治療周期数推移に関する回帰分析の結果 (n = 3,384, adjusted R²=0.992)

	Coefficient <i>B</i>	95% confidence interval			<i>P</i>
Age restriction in 2016					
No restriction	Reference				
Restriction					
≤36 years old	12.46	7.03	to	17.9	<0.001
37-39 years old	6.04	-1.71	to	13.78	0.127
40-42 years old	-15.29	-23.05	to	-7.54	<0.001
43-45 years old	1.59	-6.16	to	9.33	0.688
≥46 years old	1.16	-11.39	to	13.71	0.856
Time trend (year)	-4.69	-6.36	to	-3.01	<0.001
Age categories					
≤36 years old	Reference				
37-39 years old	6.57	2.49	to	10.64	0.002
40-42 years old	21.85	17.81	to	25.88	<0.001
43-45 years old	8.77	4.74	to	12.8	<0.001
≥46 years old	3.74	-2.58	to	10.07	0.25
Lag of dependent variable	1.08	1.07	to	1.09	<0.001

The ordinary least square regression model included 47 prefectural dummies.

We analyzed the age-specific prefectural number of cycles for in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection of each year (i.e., n = 3,384, derived from 18 age categories, 47 prefectures, and four years between 2013 and 2016)

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

不妊に悩む方への特定治療支援事業に関連する年齢制限の有無が及ぼす影響

研究分担者 桑原 章 徳島大学産科婦人科専門研究員

（レディスクリニックコスモス 院長）

(研究要旨)

2004年に開始されたART助成制度は2014年と2016年に年齢制限と回数制限が加えられた。一方、各自治体では独自に追加助成を設計しているため、今回、年齢制限を行っていない高知県内のART登録施設3施設のうち実施件数が多い1施設におけるARTの実情と助成制度利用状況を解析し、年齢による影響と今後の課題を検討した。

2013年から2018年までの日産婦ART登録データと高知県内のART登録施設1施設のART登録データを用いて解析を行った。

全国的には38歳以上の年齢群でのART登録数が減少し、回数制限が加わった年齢群での申請数が減少していた。一方、年齢制限の無い施設では高年齢群での申請数減少を認めず、42歳以上で年齢とともに申請率が増加する傾向を認めた。

ART助成制度における年齢制限は全国的に一定の効果を示し、より若年齢での治療開始の動機付けになっていることが推測される一方、年齢制限を行わない場合は、助成が受けられる範囲でARTを継続することが示唆された。

今後も制度変更の影響を考慮した継続的かつ詳細な検討が必要と考えられた。

A. 研究目的

2004年に開始されたART助成制度は、年収制限の緩和、回数制限の緩和、助成額の増額により、その対象を拡張してきた。しかし、助成総額・助成対象者の無制限な増加に対する懸念と費用対効果の観点から、2014年に対

象者を43歳までとし、通算6回までの制限が加えられた。2016年には、さらに40歳以上43歳までの対象は通算3回までの回数制限が加わった（なお、2020年から暫定的にCovid-19対応として年齢制限が44歳までに緩和されている）（図1）。

一方、各自治体では全国一律の本制

度に加えて独自に追加助成が設計されている。その多くは本制度の補助対象者に対する補助額上乘せであり、43歳以上に対する助成制度を追加(継続)実施している自治体は少ない。「年齢制限を行わない」地域である高知県でのARTの実情と助成制度利用の実態を把握することは、翻って現在行われているART助成における年齢制限の影響を検証するモデルとして興味深い。今回、該当するエリアである高知県の過半数のARTを行っている施設におけるARTと助成制度利用の状況を詳細に解析し、現制度の効果と今後の課題を検討した。

B. 研究方法

2013年(年齢制限が始まる直前)から2018年(最新)までの日産婦ART登録データ(政府公開済)を用いて毎年の年齢別ART登録件数、助成申請件数を解析した。同時に高知県にあるART登録施設3施設のうち実施件数の過半数を占める1施設(レディースクリニックコスモス)のART登録データを用いて同様の解析を行い、全国データと対比した。

なお、全国における助成制度の傾向を把握するため、2004年から2017年までの助成制度利用者数の総数とART登録件数の総数も参考データとして用いた。

C. D. 結果と考察

全国ART登録件数とART助成制度利用件数の推移を図2に示す。2013年まではART登録周期の約40%で助成申請が行われており、さまざまな要因で全国のART登録件数は一定の増加傾向にあった。助成制度が変わった2014年・2015年のART登録件数はこれまで同様に増加しているが、助成件数はそれほど増加していない。さらに2016年・2017年はART登録総数に増加傾向を認めず、助成件数が減少している。結果的にART登録周期に占める助成申請率は約31%に減少している。

さらに、全国における各年齢群別のART登録件数を図3のAに示す。ART助成制度に制限が加わった2016年以降も、37歳以下の登録件数は増加しているのに比し、38歳を超える年齢群のART登録数が減少する傾向にある。結果として、全国ART登録件数は2016年以降も微増しているが、これまでのような増加傾向は認められていない。回数制限が加わった年齢群での助成申請数は減少し、結果として申請者が比較的若年にシフトしている(図3のB,C)。一方、年齢制限のない施設の状況を解析したところ(図4)、全国では顕著であった比較的高年齢群での申請数減少を認めなかった。ART全体に占める助成申請者の比

率を年齢別に、2013年から2018年まで年別に解析した（図5、高知県は全国と比較して年収が少なく、助成申請率が高いことが前提となる。また、高知県データは絶対数が少ないため若干のばらつきを認めている）。

一般に、年齢とともに申請率は減少する傾向にあり、その理由として回数制限に達する症例が増えることと、世帯年収が増加することが挙げられる。全国では特に2016年以降、比較的高年齢で制度変更の影響を認める一方、高知県では42歳以上で年齢とともに申請率が増加する傾向を認めた。43歳以上では助成を受けられる範囲でART実施・継続が判断されていることが示唆された。

E. 結論

全国的にはART助成制度における年齢制限は、一定の効果を示しており、より若い年齢での治療開始、治療のステップアップの動機付けにもなっていると推測された。一方、43歳以上のART実施件数が減少したとは言えず、患者の自由な意思決定により、治療継続を希望している症例は一定数いると考えられた。年齢制限を行わない地域では、40歳あるいは43歳を超えてから始めてART治療を選択する症例が一定数存在し、特に43歳以上では助成を受けられる範囲でARTを

実施する傾向があることが示唆された。

今後はCovid-19対策として行われている一時的年齢緩和措置などの影響や、2021年から開始された年収制限撤廃の影響も含めた、継続的かつ詳細な検討が必要と考えられた。

<参考文献>

1) Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada M, Osuga Y. Assisted reproductive technology in Japan: A summary report for 2018 by the Ethics Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. *Reprod Med Biol.* 2020 Nov 20;20(1):3-12. doi: 10.1002/rmb2.12358. PMID: 33488278; PMCID: PMC7812461.

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada M, Osuga Y. Assisted reproductive technology in Japan: A summary report for 2018 by the Ethics Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. *Reprod Med Biol.* 2020 Nov 20;20(1):3-12. doi:

10.1002/rmb2.12358. PMID: 33488278;
PMCID: PMC7812461.

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

図 1. ART に対する助成制度の変遷

(図 1)

ART に対する助成制度の変遷

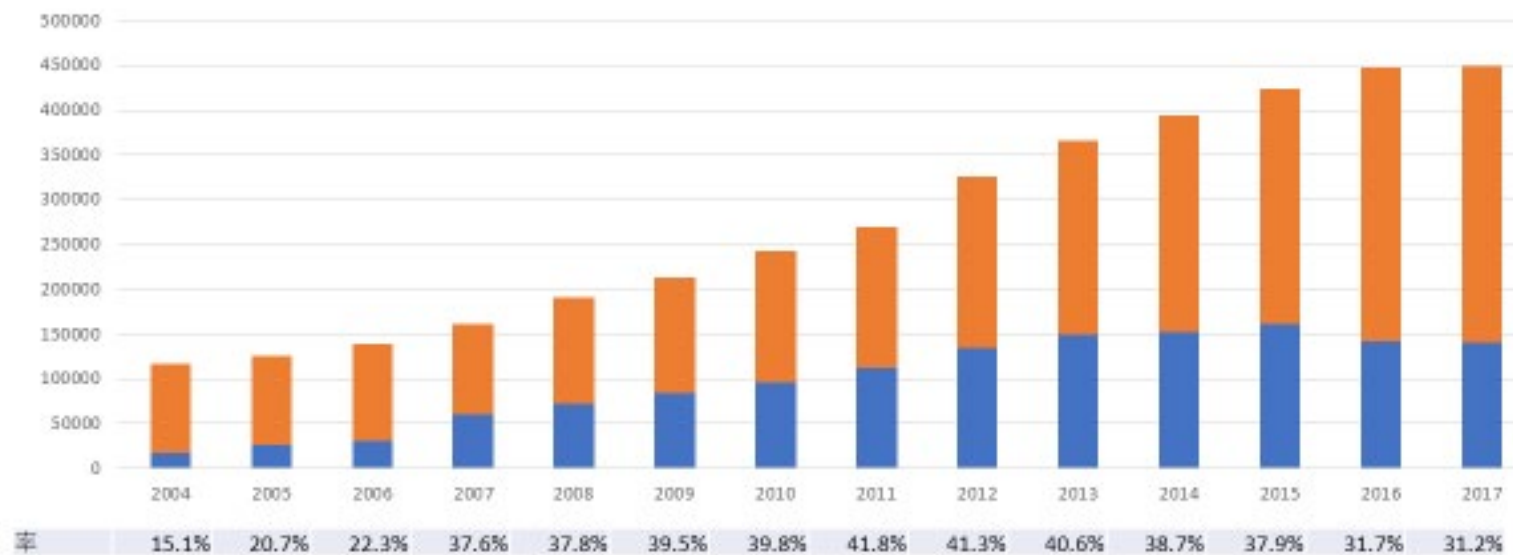
西暦	補助額/回	回数	年齢制限	年収制限 その他
2004	¥100,000	X5	no	¥6,500,000
2007		X10		¥7,300,000
2009	¥150,000			
2014		X6	43 y.o.	
2016	¥300,000(1st) ¥150,000(later)	x6 (x3)	<40 (40-42)	
2020			43歳まで (暫定)	
2021	¥300,000 または¥150,000			年収制限なし 事実婚も対象

図2. 全国のART登録件数と助成対象件数

(図2)

全国のART登録件数と助成対象件数

(参考データ)



年	2004	2007	2009	2014	2016
金額	¥100,000		¥150,000		¥300,000(1 st) ¥150,000(2 nd -)
回数	X5	X10		X6	x6 (x3)
年齢	no			43 y.o.	<40(<43)
年収	¥6,500,000	¥7,300,000			

図3. 全国における年齢別 ART 登録および助成申請件数の推移

(図3) 全国における年齢別ART登録および助成申請件数の推移

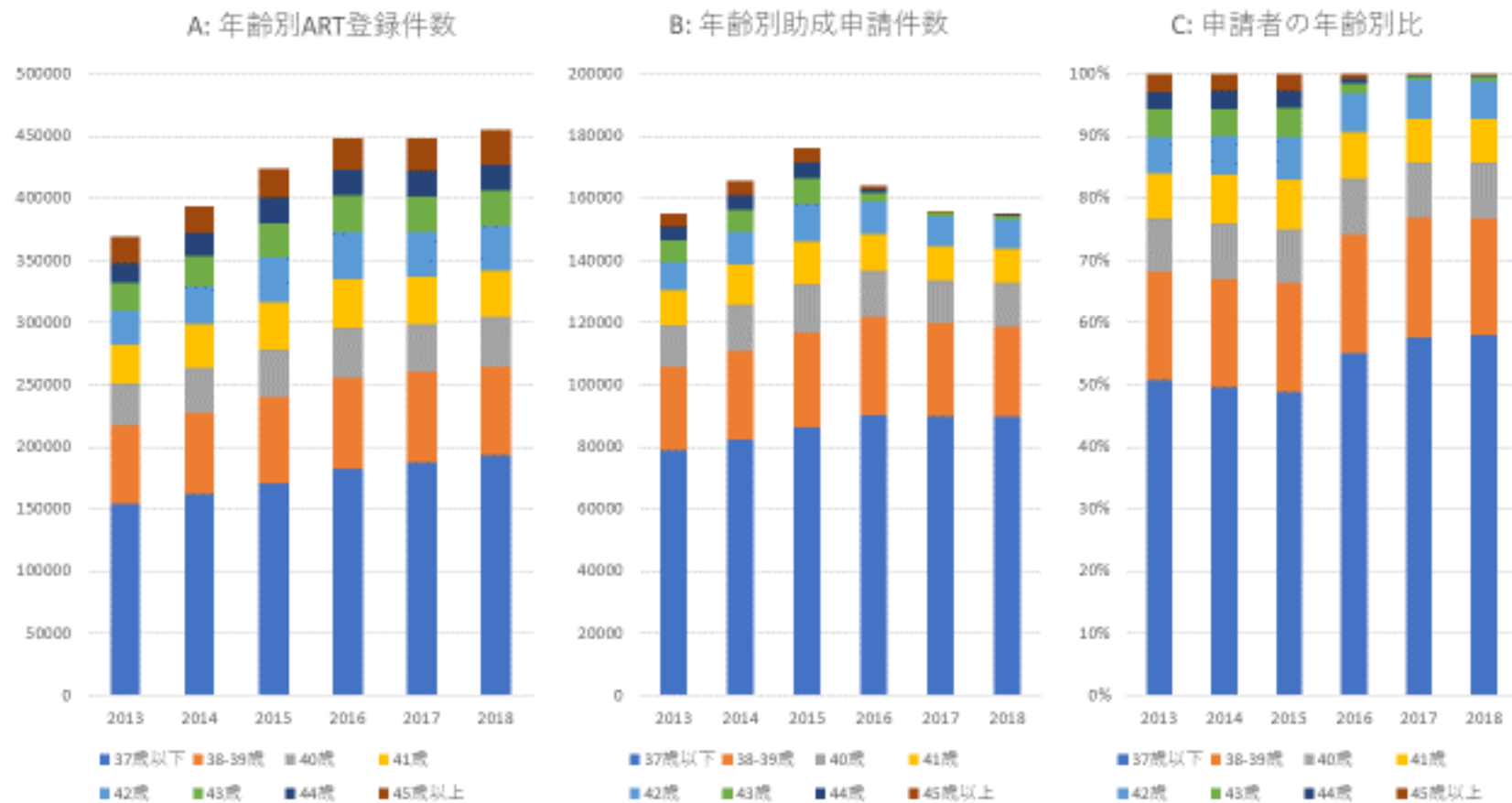


図4. 高知県内施設での年齢別 ART 登録および助成申請件数の推移

(図4)

高知県内施設での年齢別ART登録および助成申請件数の推移

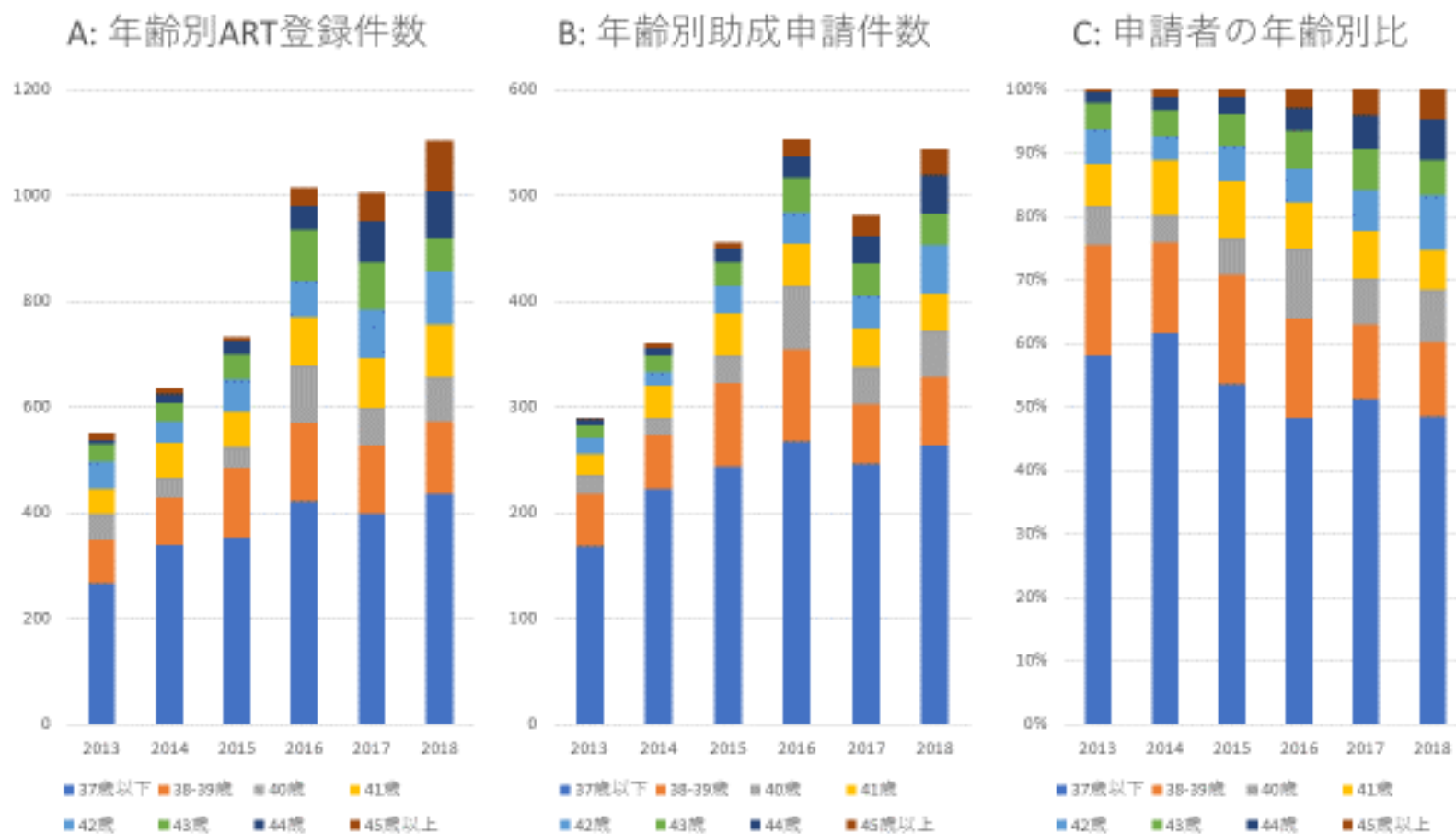
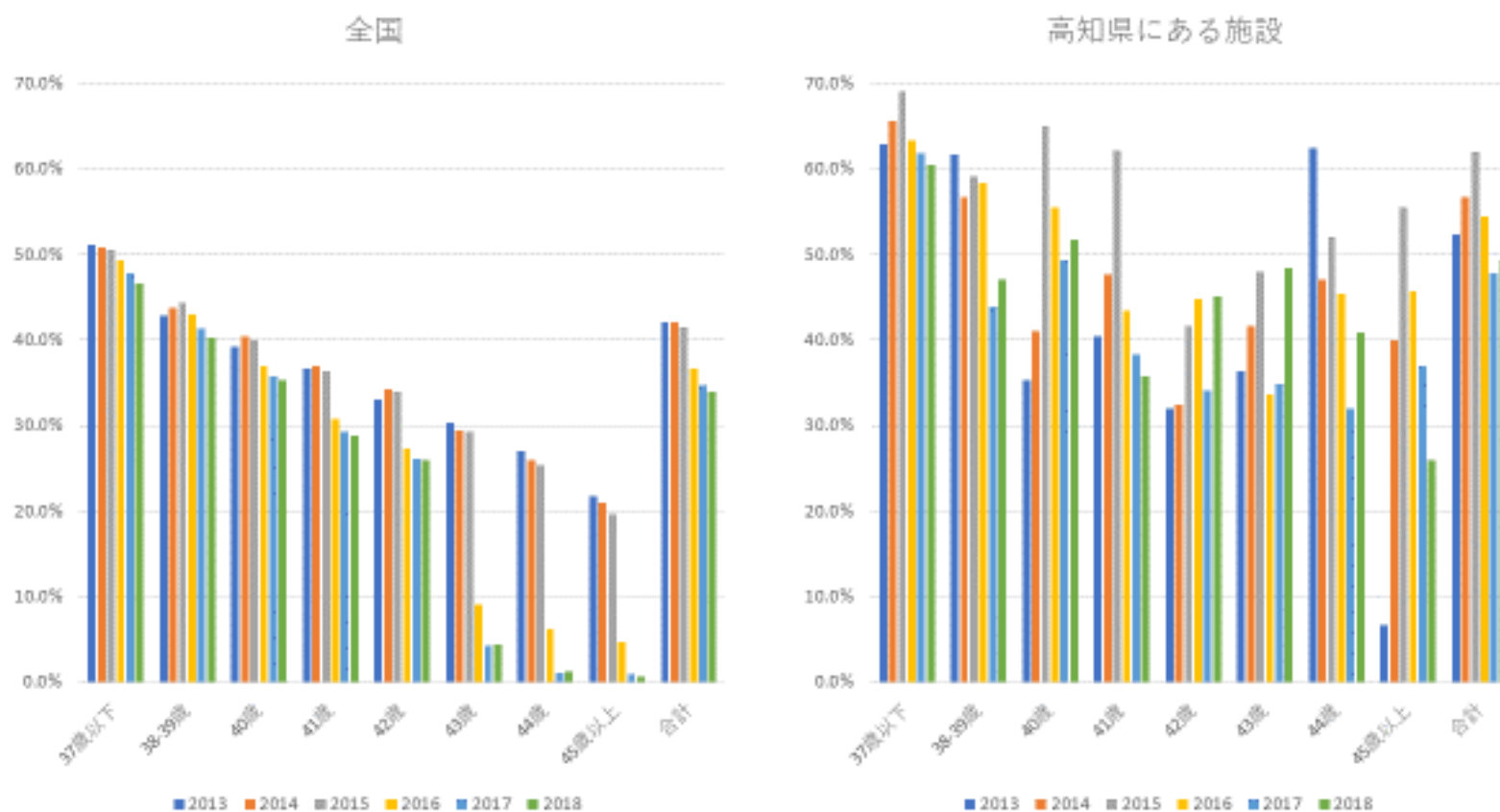


図5. 全国および高知県内施設における年齢別、年別にみたART助成申請率の推移

(図5) 全国および高知県内施設における年齢別、年別にみたART助成申請率の推移



令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

不妊に悩む方への特定治療支援事業における、助成回数ごとの年齢別累積生産率の検討

研究分担者 左 勝則 埼玉医科大学 産科婦人科講師

研究分担者 石原 理 埼玉医科大学 産科婦人科教授

(研究要旨)

生殖補助医療(ART)における特定治療支援事業の生児獲得に対する有効性を検討するために、埼玉県の個票情報を用いた検討を行った。2016年に埼玉県に対して助成金申請を初めて行った方(1072人)を対象に、2017年末までの個票情報を利用して年齢別累積生産率を算出した。アウトカムである累積生産率は、申請書に記載された日本産科婦人科学会ART登録データベースの治療周期番号を用いてリンケージを行い算出した。6回の申請あたりの累積生産率は、35歳未満で58.4%、35-39歳で49.3%、3回まで助成金が認められている40-42歳では17.2%であった。多変量解析の結果、年齢のみが有意に累積生産に対して関連していることがわかった。本研究により、本事業の年齢別累積生産率が明らかになった。挙児希望のある夫婦が、早期に体外受精にすすめる体制づくりが重要であると考えられる。

A. 研究目的

1978年に英国で最初の体外受精-胚移植によりルイズ・ブラウン氏が出生して以降、この40年間で生殖補助医療(Assisted Reproductive Technology; 以下ART)は様々な技術革新を伴いながら、不妊に悩むカップルに対し広く行われる治療となった。日本で行われている生殖補助医療の治療件数をまとめている日本産科婦人科学会(以下、日産婦)倫理委員会登録調査小委員会の最新の報告によれば、2018年には45万周期の体外受精、顕微授精および凍結

融解胚移植を含む治療が行われ、その結果5万6千人にのぼる新生児が出生したとされる(1)。日本における治療周期数の増加には、晩婚・晩産化がすすむことによる不妊症カップルの増加が主要な要因の一つと考えられており、近年の日本での出生児数の減少がすすむ中、こうした生殖補助医療の出生数におよぼす影響は年を追うごとに大きくなりつつある。

現在、日本において生殖補助医療は保険適応外の治療と位置付けられており、患者は生殖補助医療にかかる医療費の全額を

一旦負担しなければならない。国が主導する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」による助成により、不妊カップルの合算の所得が730万円以下の方に対し、40歳未満で通算6回、40-42歳で3回まで治療費の助成を行っている。昨今の少子化に伴い、助成金は段階的に拡充され、2021年からは所得制限が撤廃され、現在は2022年から不妊治療の保険適応化にむけ議論がすすめられている所である。助成金の拡充に伴い、生殖補助医療による治療周期数は増加することが見込まれるが、実際に本助成事業がどの程度生児獲得に寄与しているかはあまり検討がなされてこなかった。その理由の一つとして、助成事業の個票情報が一元化されていないことなどが挙げられる。特定治療助成事業の個票情報は、助成事業の窓口である中核市、政令市および各都道府県が管理しており、今までこれらの個票情報を用いて本事業の生児獲得に対する効果を評価されたことはなかった。

我々は前年度、埼玉県の助成事業の窓口である埼玉県および越谷市に申請を行い、個票情報を用いた解析を初めて行った。申請時の夫婦の所得情報を用いて、所得が低い群において累積妊娠率が低いことを明らかにし、さらに所得が低い群において継続的な治療を受けられていない可能性があることを報告した。申請時の個票情報には、妊娠の有無についての情報はあるものの、実際に出産にいたったかどうかの情報までは含まれていない。妊娠が成立したとしても10-20%は流産になり、年齢がすすむ

ほど流産率が上昇することが知られているため、助成金申請回数あたりの生児獲得率(累積生産率)をもとめることが、少子化対策としての助成金事業の有効性を検証する上で必要不可欠である。

そこで、最終年度である今年度は、申請情報内にある日産婦ART登録データベースの治療周期番号の情報を用いて、個票情報と詳細な治療情報および出産情報を含むART登録データベースをリンケージすることで、埼玉県に助成金の初回申請を行った人を対象に、年齢別累積生産率を算出し、さらに生産に影響を及ぼす申請者の背景因子を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

埼玉県内における特定不妊治療助成金受給者情報を用いた後ろ向き観察研究である。

2) 研究方法

埼玉県内で「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の窓口である、埼玉県に対し、個票情報の提供の依頼を行い、2016年1月1日から2017年12月31日までの2年間における助成金事業の個票情報を提供いただいた。

提供情報には、申請者の年齢、居住自治体、治療区分(A:新鮮胚移植、B:採卵および全胚凍結後の凍結融解胚移植、C:以前に凍結した胚を用いた凍結融解胚移植、D:移植のめどがたたず治療終了、E:受精でき

ずまたは胚の分割停止、変性等による治療中止、F：採卵したが卵がえられず中止)、不妊カップルそれぞれの所得額、通算の助成金受給回数、治療情報(体外受精、顕微授精)、妊娠の有無、男性因子に対する治療の有無、助成金額、領収金額および日産婦 ART 登録データベースの治療周期番号が含まれている。

申請情報には、生産の有無についての情報は含まれていない。そのため、申請情報内にある日産婦 ART 登録データベースに登録されている治療周期番号を用いて、申請情報と ART 登録データベースをリンケージすることで、排卵誘発方法や移植時点での胚の発育段階等の治療情報と妊娠および生産の情報を取得した。

共変量については、不妊カップル合算の所得は 4 分位に分けて解析した。今回の解析では、女性の所得が「なし」と報告されている場合、主婦と定義した。日産婦 ART 登録データベースからは、不妊原因(卵管因子、子宮内膜症、抗精子抗体の有無、男性因子、原因不明、その他)、卵巣刺激方法、採卵回数、受精方法(IVF/ICSI, split-ICSI)、新鮮胚移植の有無、移植胚数、凍結胚数の情報を解析に用いた。アウトカムとして、生産の有無および多胎妊娠について情報を抽出した。

3) 統計解析

初回の助成金申請者の 39%に、日産婦 ART 登録データベースの治療周期番号に欠損を認め、解析の対象から除外せざるをえな

かった(図 1 参照)。これらの除外されたサンプルと解析対象となった群を比較し、研究に含まれた群と除外された群で申請情報に差異があるかを評価した。次に、年齢別の申請情報および不妊原因について検討を行い、初回申請情報において新鮮周期が登録されていた 980 人を対象に、新鮮周期の治療情報を年齢別に検討した。申請回数ごとの年齢別累積生産率の算出については、すでに報告されている Conservative approach を用いて、分母を申請者数、分子を申請回数ごとの累積生産として算出した(2)。さらに、生産に対する患者背景要因のリスク比を、log-binomial regression にて推定した。解析は Stata MP 16(College Station, Texas, USA) を用いて行い、 $p < 0.05$ を統計学的有意差ありとした。

(倫理面への配慮)

本研究で埼玉医科大学倫理審査委員会および日本産科婦人科学会倫理委員会において研究計画の審査を受け、研究実施の許可をえた上で、研究を行った。

C. 研究結果

研究解析者の選定方法を図 1 に示す。埼玉県から提供いただいた 2016 年における初回体外受精治療者は 1892 人おり、2017 年末までに計 4544 件の申請情報が存在した。これらの中から、非射出精子を用いた顕微授精による治療(42 人)、医学的適応による卵子凍結(1 人)、夫婦の所得情報の欠損例(42 人)を除外した 1807 人(4386 申請)

が解析すべき対象と想定された。このうち 705 人 (39%) に申請情報内に日産婦 ART 登録データベースの登録周期番号の何らかの欠損を認めた。さらに 30 人は登録番号を用いてもリンケージできなかったため、最終的に 1072 人 (2513 申請) が解析対象となった。

研究に含まれた群 (1072 人) と除外された群 (735 人) の初回申請時の申請情報を比較した (表 1 参照)。除外された群では有意に 2017 年末までの申請回数が多く、カップル合算の所得が高い傾向にあった。また、除外された群では新鮮胚移植をおこなった群 (治療区分 A) の割合が少なく、全胚凍結周期 (治療区分 B) が多かった。

次に、初回申請情報において新鮮周期が登録されていた 980 例を対象に、新鮮周期の治療情報を年齢別に検討した (表 2 参照)。年齢別の申請者の分布は 35 歳未満では 413 人、35-39 歳は 438 人、40-42 歳は 221 人であった。全胚凍結周期 (治療区分 B) は年齢が若いほど割合が多い傾向にあった (35 歳未満; 45.3% vs. 40-42 歳 30.8%)。主婦の割合は、年齢が高いほど有意に増えた。一方不妊カップル合算の所得は年齢区分で変わらなかった。不妊原因は、年齢が若い群で卵管因子や男性因子の割合が高く、原因不明不妊の割合は年齢が高いほど高かった。

初回申請情報において新鮮周期が登録されていた 980 例を対象に、初回申請時の新鮮周期の治療情報を年齢別に検討した (表 3 参照)。年齢区分にかかわらず自然周

期での採卵が 14% をしめていた。クエン酸クロミフェン (CC) を用いたマイルド刺激は年齢が上昇するほど多かった。一方、年齢区分が若い程、GnRH アゴニストや GnRH アンタゴニストを用いた卵巣刺激が選択されており、35 歳未満では約半数がこれらの刺激方法を選択されていた。採卵個数は年齢が若いほど多く (35 歳未満; 8.0 個 (standard deviation [SD] = 7.2) vs. 40-42 歳; 4.2 個 (SD = 5.2))、全胚凍結の割合が高かった。新鮮胚移植が行われた症例において、単一胚移植の割合は若いほど多く、35 歳未満では 98.8% であったのに対し、40 歳以上では 80% であった ($p < 0.001$)。平均の凍結された胚の個数は年齢区分が若いほど多かった (35 歳未満; 2.5 個 (standard deviation [SD] = 3.1) vs. 40-42 歳; 1.0 個 (SD = 1.7))。

年齢別申請回数ごとの累積生産率を図 2 に示す。1072 例の解析対象の内、495 人 (46.2%) が生産に至っていることがわかった。6 回の申請あたりの累積生産率は、35 歳未満でもっとも高く 58.4% であり、35-39 歳では 49.3% であった。3 回まで申請が認められている 40-42 歳では 17.2% であった。累積生産率は 35 歳未満および 35-39 歳ともに 4 回目の申請にかけて上昇し、5-6 回でプラトーとなる傾向をしめした。多胎妊娠は 8 例 (1.6%) 認められた。年齢別の申請回数ごとの申請者数および生産数を表 5 に示す。

生産の有無に対する患者背景要因のリスク比を表 4 に示す。単変量解析では、年

年齢、男性因子、所得が生産に有意に関連していたが、多変量解析では、年齢のみが有意に生産に関連しており、35歳未満と比較して、35-39歳 (RR = 0.84, 95%信頼区間 [95% CI], 0.74-0.96)、40-42歳では0.30 (95% CI, 0.22-0.40)と有意に低かった。

D. 考察

今回、埼玉県内の特定不妊治療支援事業の個票情報を用いた解析をすすめ、年齢別の申請回数毎の累積生産率を算出した。6回の申請あたりの累積生産率は35歳未満で58.4%、35-39歳で49.3%、3回まで助成金が認められている40-42歳では17.2%であった。多変量解析の結果、年齢のみが有意に累積生産に対して関連していることがわかった。本研究により、不妊に悩む方への特定治療支援事業の累積生産に対する影響が明らかになった。

年齢別の治療回数ごとの累積生産率については、過去にいくつか報告がなされている。2009年に米国から報告された6164人(14,248治療周期)のnon-donor IVF cycleを対象とした解析で、6回の採卵周期あたりの年齢別累積生産率は35歳未満で、65%、35-37歳で57%、38-39歳で46%、40歳以上で23%であった(3)。今回の解析では、助成回数あたりの累積生産率であるため、この報告と比較すると累積生産率が低くなると考えられるが、それでも本研究結果と大きくはことならない結果であった。また、2013年に日本から報告された、国立成育医療研究センターにおける初回

体外受精治療者を対象とした報告では、初回採卵後5年間の累積生産率は35歳未満で、68.9%、35-39歳で45.3%、40歳以上で12.5%であった(4)。本研究結果と比較して40歳以上での累積生産率が低い要因として、対象となる施設が、ハイリスク症例の集まる国立成育医療研究センター施設でのサンプルであることや、40歳以上の群では43歳以上の年齢層も含まれていることなどが考えられる。今回の研究は助成回数あたりの累積生産率であるため、特定治療支援事業という制度の枠組みにおける累積生産率を評価した解析であり、解釈に注意が必要である。

生殖補助医療にかかる医療費に対する助成は2004年に導入され、段階的に拡充されてきた。2004年導入当初は、夫婦合算で年収630万円未満の方を対象に1年度あたり10万円の助成金が通算2年間支給されるという内容であったが、その後2007年からは、治療周期あたり10万円を年度あたり2回まで、5年間まで拡充され、所得制限も730万円まで引き上げられた。助成額も2009年には15万円、2015年からは初回治療時は30万円まで引き上げられ、2021年からは所得制限も撤廃された。これらの助成制度の拡充により、生殖補助医療件数は増加をつづけており、世界的にみても日本の治療周期数は多く、International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART)の暫定的な報告によれば2016年の生殖補助医療による治療件数は中国に次いで2位であっ

た (5)。生殖補助医療の利用率 (utilization rate) の指標として算出されている人口 100 万人あたりの治療周期数は世界で最も高く、人口 100 万人あたり、3212 周期であったと報告されている。これは、最も低い国(セネガル)の人口 100 万人あたり 6 周期の実に 500 倍である (6)。

治療周期の増加の要因として、治療を受ける女性の高年齢化があげられる。前述の日産婦の登録調査小委員会の 2018 年の報告によれば、2018 年の治療周期に占める 40 歳以上の女性の割合は 41.8% であり、ICMART の報告でだされている諸外国のデータに比べても格段に高い(オーストラリア; 28.3%, ドイツ; 22.1%, 米国; 23.9%)。諸外国と比べ、日本は第三者の配偶子や胚を用いた生殖補助医療が認められておらず、こうした高齢女性に対する治療の制限が、高齢女性が生児獲得を目指して治療を繰り返し受け、結果として治療周期数の増加に影響を及ぼしているものと推測される。

加齢にともなう妊娠・出産率低下から、助成制度には年齢制限が 2016 年に導入され、さらに 40-42 歳に対しては通算助成回数が 3 回までしか認められなくなった。本研究においても、年齢と累積生産率の関係は明らかであり、多変量解析においても年齢のみが唯一生産と関連する患者背景要因であった。このことから、より早い年齢で生殖補助医療にすすむことを後押しするような制度づくりが重要であると考えられる。

今回、おそらく日本で初めて特定治療支援事業の助成回数ごとの年齢別累積生産率を算出した。日本におけるほぼすべての治療周期の登録がなされている日産婦 ART 登録データベースは、周期毎の登録であるため、治療を受けた患者ベースでの解析はできない。妊娠できない人が治療を繰り返すことにより治療周期の増加があり、総治療あたりの生産率は低くみつめられる傾向があると考えられる。今回、埼玉県が管理する個票情報にはない生産の情報を補うために日産婦データベースを活用し、今まで個票情報のみでは解析できなかった助成回数あたりの年齢別累積生産率を算出できた意義は大きい。しかし一方で、留意しなければならない点もいくつか挙げられる。第一に、助成金受給のための申請書には、助成対象となる治療周期を同定するために、ART 登録データベースの治療周期番号の記載が求められているが、実際には治療周期番号の欠損のある症例が全体の 39% を占めた。助成金は助成対象となる周期に対して支払われるべきものであり、治療周期と助成対象期間が一致しない場合は、重複受給などの問題に発展しかねない。申請書には領収金額の記載とともに、対象となる期間の記載が求められているが、より確実に助成対象である治療周期と対応させるためにも治療周期番号の欠損はできる限り少なくすべきと考えられる。また、今回の解析では、これらの症例が除外されることにより、選択バイアスが生じている可能性は否定できない。次に、

今回の解析は 2016 年に初回の申請を行った方を対象に 2017 年末までのデータを用いて解析している。フォローアップ期間は最短で 1 年であるため、妊娠できなかった人が 6 回の申請をすべて行うにはフォローアップ期間が短かった可能性がある。さらに、助成金の申請は年度末に集中することが知られており、2017 年に行われた治療が、2018 年 3 月末に申請されていた場合、今回の解析には含まれていない。今後、フォローアップ期間を長くした場合に、結果がどのようにかわるのか、6 回の申請および治療を行うのにどの程度の時間が必要なのか、検証する必要があると考えられる。

不妊治療の保険適応化が 2022 年に予定されており、2021 年より本事業の暫定的な拡充がなされ、所得制限が撤廃された。こうした取り組みは生殖補助医療の治療周期数の増加をもたらすことが予想されるが、同時に医療費の増大という問題をはらんでいる。保険適用化による持続可能な制度づくりとともに、保険適用でカバーされた治療がどの程度出産に結びついているのか検証できるような仕組み作りが重要であり、現在治療周期が登録されている日産婦 ART 登録データベースは、膨大な治療情報を含んではいるものの、今回行ったような解析には適さないため、適切な monitoring 体制の構築が重要であると考えられる。

E. 結論

今回、埼玉県内の特定不妊治療支援事業

の個票情報を用いた解析をすすめ、年齢別の申請回数ごとの累積生産率を算出した。6 回の申請あたりの累積生産率は 35 歳未満で 58.4%、35-39 歳で 49.3%、3 回まで助成金が認められている 40-42 歳では 17.2%であった。多変量解析の結果、年齢のみが有意に累積生産に対して関連していることがわかった。本研究により、特定治療支援事業の累積生産に対する影響が明らかになった。挙児希望のある夫婦が、早期に体外受精にすすめる体制づくりが重要であると考えられる。

〈参考文献〉

- 1) Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada M, Osuga Y. Assisted reproductive technology in Japan: A summary report for 2018 by the Ethics Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. *Reprod Med Biol.* 2020 Nov 20;20(1):3-12. doi: 10.1002/rmb2.12358. PMID: 33488278; PMCID: PMC7812461.
- 2) Maheshwari A, McLernon D, Bhattacharya S. Cumulative live birth rate: time for a consensus? *Hum Reprod.* 2015 Dec;30(12):2703-7. doi: 10.1093/humrep/dev263. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26466912.

- 3) Malizia BA, Hacker MR, Penzias AS. Cumulative live-birth rates after in vitro fertilization. *N Engl J Med*. 2009 Jan 15;360(3):236-43. doi: 10.1056/NEJMoa0803072. PMID: 19144939.
- 4) 石田 恵理, 巽 国子, 松井 大輔, 竹島 和美, 中筋 貴史, 浦野 晃義, 萩原 美幸, 岸 靖典, 齊藤 隆和, 齊藤 英和. 当院における患者毎の生殖補助医療5年間の治療の解析 特定不妊治療費助成事業をふまえて. *日本受精着床学会雑誌* 30, 268-272 (2013).
- 5) Adamson GD, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world 290 report on assisted reproductive technology, 2016. 2020. [Available from: <https://secureservercdn.net/198.71.233.47/3nz.654.myftpupload.com/wp-content/uploads/ICMART-ESHRE-292 WR2016-FINAL-20200901.pdf> Accessed: 13/Sep/2020.
- 6) Dyer S, Chambers GM, Adamson GD, Banker M, De Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Mansour R, Zegers-Hochschild F. ART utilization: an indicator of access to infertility care. *Reprod Biomed Online*. 2020 Jul;41(1):6-9. doi: 10.1016/j.rbmo.2020.03.007. Epub 2020 Mar 14. PMID: 32448672.
- G. 研究発表
1. 論文発表
- Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada T, Ichikawa T. Assisted reproductive technology in Japan: a summary report for 2018 by the Ethics committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. *Reprod Med Biol*, 2020 Nov 20;20(1):3-12. doi: 10.1002/rmb2.12358..
- Ishihara O, Klein BM, Arce JC: Randomized, assessor-blind, antimullerian hormone-stratified, dose-response trial in Japanese in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection patients undergoing controlled ovarian stimulation with follitropin delta. *Fertil Steril* 2020 Nov 30:S0015-0282(20) 32631-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.10.059.
- Jwa SC, Seto S, Takamura M, Kuwahara A, Kajihara T, Ishihara O. Ovarian stimulation increases the risk of ectopic pregnancy for fresh embryo transfers: an analysis of 68,851 clinical pregnancies from the Japanese Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil Steril*.

2020;114(6):1198-1206.

Seto S, Jwa SC, Namba A, Indo A, Kajihara, T, Ishihara O. Klebsiella pneumoniae-induced pyogenic liver abscess secondary to oocyte pick-up. Taiwan J Obstet Gynecol. 2021 (in press).

Tamura S, Jwa SC*, Tarumoto N, Ishihara O. Septic Shock Caused by Fusobacterium Necrophorum after Sexual Intercourse during Recovery from Infectious Mononucleosis in an Adolescent: A Case Report. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2020;33(5):566-569.

Ichikawa D, Jwa SC, Seto T, Tarumoto N, Haga Y, Kohno K, Okagaki R, Ishihara O, Kamei Y. Successful treatment of severe acute respiratory distress syndrome due to Group A streptococcus induced toxic shock syndrome in the third trimester of pregnancy-effectiveness of venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: A case report. J Obstet Gynaecol Res. 2020;46(1):167-172.

梶原 健, 左 勝則, 高村 将司. 子宮内膜症をもつ患者に産婦人科処置を行う際には骨盤内感染・卵巣膿瘍に要注意! ART 手技を含めて. 臨床婦人科産科 74 卷

6 号 Page579-583, 2020.

左勝則、石原理 世界のガイドライン 生殖医が知っておくべきこと、産科医ができること 生殖と周産期のリエゾン (池田 智明ら編)(分担執筆)診断と治療社. P179-184. 2020

石原理 海外における生殖医療とわが国の法的状況 日本医師会雑誌

148(120):24232426, 2020

2. 学会発表

Jwa SC, Takamura M, Kuwahara A, Kajihara T, Ishihara O. Superiority of cumulative live birth rates after GnRH antagonist cycles relates to ovarian respons. A cycle-specific analysis of data from a Japanese national registry. ESHRE 36th annual meeting. (Copenhagen (oral presentation). 2020.7. 5-7)

左 勝則、難波 聡、田丸 俊輔、桑原章、石原 理、亀井 良政. 生殖補助医療後の妊娠における染色体異常例の妊娠転帰および年次推移についての検討. 第6回日本産科婦人科遺伝診療学会学術講演会 (金沢 (オンライン)、2020.12.9-15)

左 勝則、石原 理、桑原 章、齊藤和毅、齊藤 英和、寺田 幸弘、前田恵理. 生殖補助医療を利用する患者の所

得と特定不妊治療支援事業利用状況および治療内容との関連. 第 65 回日本生殖医学会学術講演会・総会 (東京 (オンライン)、2020. 12. 3-23)

左 勝則、石原 理、桑原 章、齊藤 英和、齊藤 和毅、寺田 幸弘、小林 廉毅、前田 恵理. 35 歳未満女性における ART 助成金利用率に影響を及ぼす要因の探索. 第 30 回日本疫学会学術総会 (京都、2020. 2. 20-22)

左 勝則、小林 廉毅、前田 恵理. 生殖補助医療を利用する患者の所得と特定不妊治療支援事業利用状況の関連. 第 79 回日本公衆衛生学会総会 (京都(オンライン)、2020. 10. 20-22)

Ishihara O, Zegers-Hochschild F, De Mouzon J, Dyer S, Mansour R, Banker M, Chambers G, Kupka M, Adamson GD: Single embryo transfer (SET) in a global perspective: Regional similarities and differences? ESHRE 36th Annual Meeting. Copenhagen (Virtual) 2020. 7. 7

Ishihara O, Nyboe-Andersen A, Nelson SM, Arce J-C: Similar ovarian response with individualized follitropin delta dosing regimen in Japanese and non-Japanese IVF/ICSI patients. 76th ASRM Scientific Congress & Expo. Orland (Virtual)

2020. 10. 19

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

図1. 解析対象者の選定方法

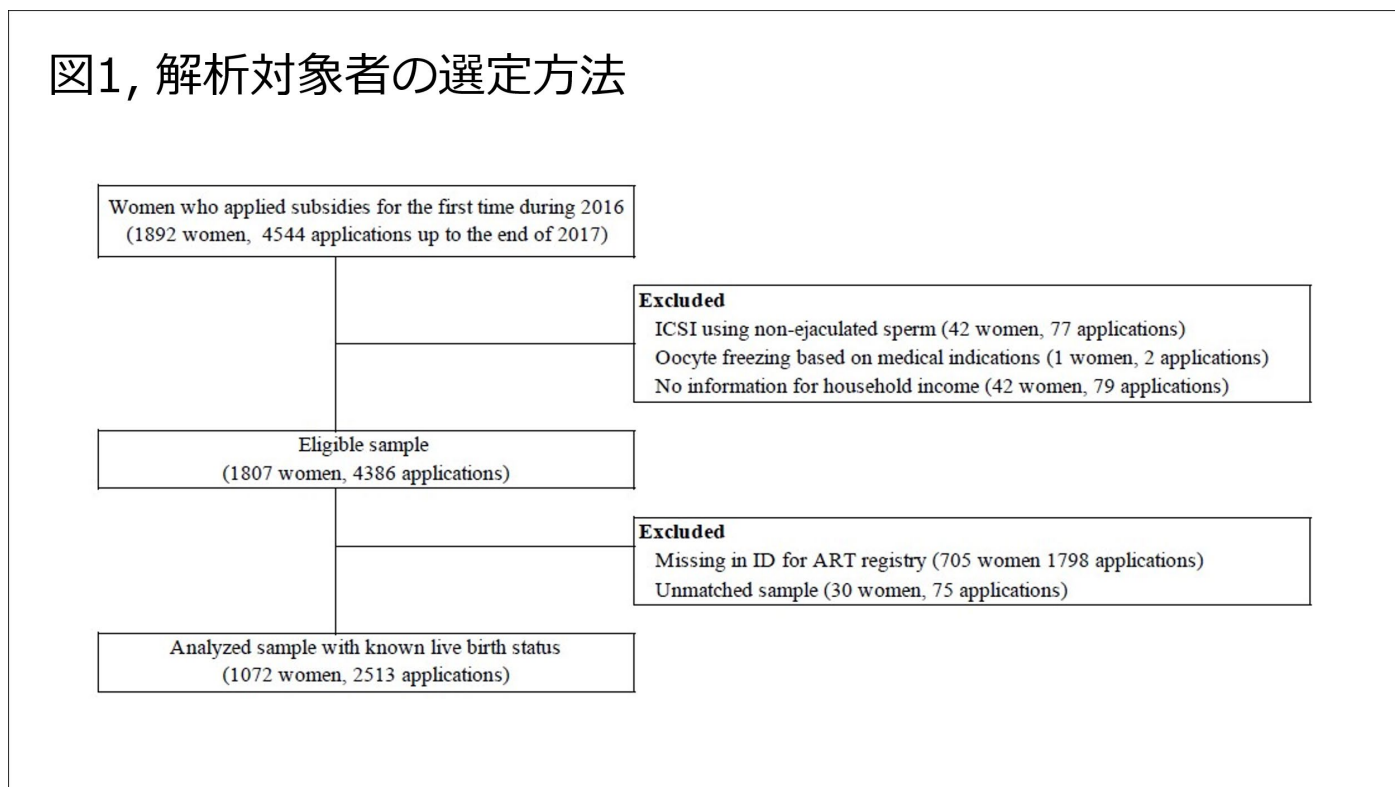


図2. 年齢別申請回数ごとの累積生産率 (n = 1072)

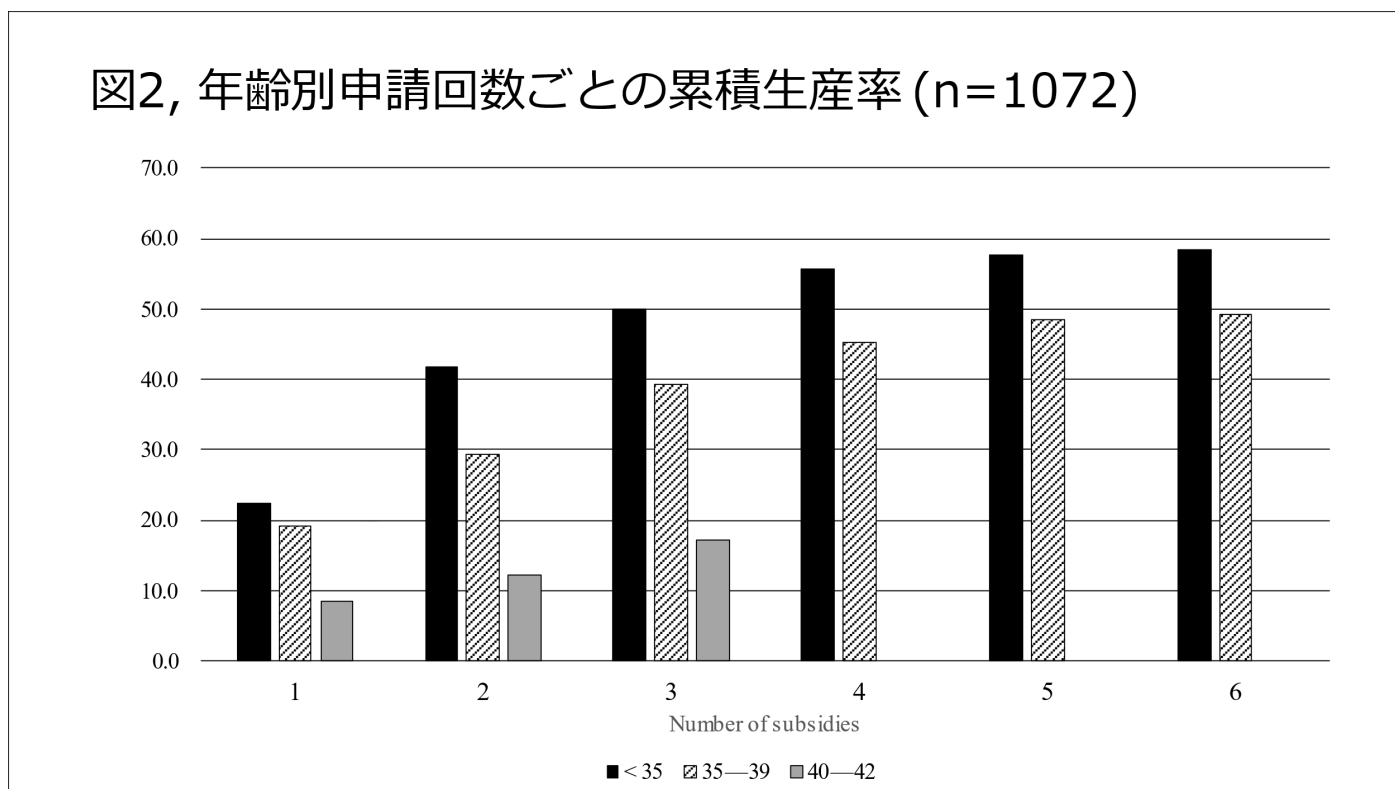


表 1. 解析対象群と除外群における申請時情報の分布 (n = 1807)

Table 1 ART cycle characteristics based on application information for eligible samples stratified by included and excluded status (*n* = 1807).^a

	Analyzed sample (<i>n</i> = 1072)	Excluded sample (<i>n</i> = 735)	<i>p</i> value ^b
Age (year)	35.6 (4.4)	36.0 (4.1)	0.09
Treatment type ^c			
A (Cycle with fresh ET)	440 (41.0)	171 (23.3)	
B (Cycle with freeze-all)	445 (41.5)	383 (52.1)	
C (Frozen ET cycles)	20 (1.9)	24 (3.3)	<0.001
D (Cancellation due to patients' health problem)	33 (3.1)	56 (7.6)	
E (Cancellation due to unfertilized egg/ embryo development)	116 (10.8)	94 (12.8)	
F (Cancellation due to non-oocyte collected)	18 (1.7)	7 (0.95)	
Fertilization method			
IVF+ICSI	92 (8.6)	53 (7.2)	
IVF only	413 (38.5)	260 (35.4)	0.59
ICSI only	416 (38.8)	284 (38.6)	
missing	151 (14.1)	138 (19.8)	
Housewife	419 (39.1)	273 (37.1)	0.40
Total no of subsidies	2.34 (1.28)	2.55 (1.44)	0.002
Annual household income (JPY)	4,321,475 (1,539,174)	4,509,354 (1,478,917)	0.01

^a Data are presented as the mean (\pm SD) for continuous variables and *n* (%) for dichotomous variables.

^b Assessed using χ^2 or Student's *t* test.

^c Treatment type for first application.

Key: ET, embryo transfer; ICSI, intracytoplasmic sperm injection; IVF, in vitro fertilization; JPY, Japanese Yen.

表 2. 解析対象群における年齢別背景情報 (n = 1807)

Table 2 Baseline characteristics for the analyzed sample stratified by age (n = 1072).^a

	< 35 (n = 413)	35-39 (n = 438)	40-42 (n = 221)	p value
Age (year)	31.0 (2.6)	37.1 (1.4)	41.2 (1.3)	<0.001^b
Treatment type ^c				
A (Cycle with fresh ET)	167 (40.4)	177 (40.4)	96 (43.4)	
B (Cycle with freeze-all)	187 (45.3)	190 (43.4)	68 (30.8)	
C (Frozen ET cycles)	5 (1.2)	8 (1.8)	7 (3.2)	<0.001^c
D (Cancellation due to patients' health problem)	20 (4.8)	8 (1.8)	5 (2.3)	
E (Cancellation due to unfertilized egg/ embryo development)	31 (7.5)	47 (10.7)	38 (17.2)	
F (Cancellation due to non-oocyte collected)	3 (0.73)	8 (1.8)	7 (3.2)	
Housewife	151 (36.6)	173 (39.5)	95 (43.0)	<0.001^d
Annual household income (JPY)	4,258,525 (1506548)	4,370,113 (1535059)	4,342,615 (1609110)	0.80 ^b
Quartile of annual household income				
Q1 (3,232,000 JPY)	105 (25.4)	107 (24.4)	56 (25.3)	
Q2 (3,246,714–4,389,754 JPY)	108 (26.2)	107 (24.4)	53 (24.0)	0.95 ^d
Q3 (4,396,909–5,466,400 JPY)	105 (25.4)	108 (24.7)	55 (24.9)	
Q4 (5,473,600–7,292,085 JPY)	95 (23.0)	116 (26.5)	57 (25.8)	
Mean total no of subsidies	2.2 (1.2)	2.5 (1.5)	2.2 (0.79)	<0.001^b
Infertility diagnosis				
Tubal factor	74 (17.9)	52 (11.9)	21 (9.5)	0.005^d
Endometriosis	21 (5.1)	22 (5.0)	9 (4.1)	0.83 ^d
Anti-sperm antibody	2 (0.48)	0 (0)	0 (0)	0.19 ^c

Male factor	79 (19.1)	93 (21.2)	29 (13.1)	0.04 ^d
Unexplained	238 (57.6)	260 (59.4)	147 (66.5)	0.08 ^d
Others	48 (11.6)	56 (12.8)	46 (20.8)	0.004 ^d

^a Data are presented as mean (\pm SD) for continuous variables and n (%) for dichotomous variables.

^b Assessed using one-way analysis of variance.

^c Assessed using Fisher's exact test.

^d Assessed using χ^2 test.

^e Treatment type for first application.

ET, embryo transfer; ICSI, intracytoplasmic sperm injection; IVF, in vitro fertilization.

表 3. 初回申請における年齢別新鮮周期情報 (n = 980)

Table 3. Treatment information for fresh cycles at first application stratified by age at the first application for ART subsidy (n = 980).^a

	< 35 (n=379)	35–39 (n=398)	40–42 (n=203)	p value
Ovarian stimulation protocols				
Natural	53 (14.0)	57 (14.3)	29 (14.3)	
CC	31 (8.2)	67 (16.8)	44 (21.7)	
CC + Gn	63 (16.6)	61 (15.3)	34 (16.8)	
Gn only	9 (2.4)	4 (1.0)	4 (2.0)	0.01 ^d
GnRH agonist	79 (20.8)	82 (20.6)	34 (16.8)	
GnRH antagonist	110 (29.0)	98 (24.6)	39 (19.2)	
Others	27 (7.1)	22 (5.5)	15 (7.4)	
Missing	7 (1.9)	7 (1.8)	4 (2.0)	
Cancellation cycles	0 (0)	0 (0)	2 (0.99)	0.04 ^c
Number of oocytes collected	8.0 (7.2)	6.1 (5.5)	4.2 (5.2)	<0.001 ^b
Women with no oocyte collected	3 (0.79)	6 (1.5)	6 (3.0)	0.13 ^c
	n=376	n=392	n=195	
Fertilization methods ^c				
IVF	162 (43.1)	153 (39.0)	78 (40.0)	
ICSI	133 (35.4)	163 (41.6)	82 (42.1)	
IVF+ICSI	79 (21.0)	75 (19.1)	35 (18.0)	0.55 ^c
Others	2 (0.53)	1 (0.26)	0 (0)	
Cycles with fresh ET ^c	166 (44.1)	176 (44.9)	94 (48.2)	0.64 ^d
Single ET rate ^d	164 (98.8)	159 (90.3)	75 (80.0)	<0.001 ^d
Cycle with freeze-all ^c	176 (46.8)	164 (41.8)	61 (31.3)	0.002 ^d

Number of frozen embryo ^c	2.5 (3.1)	1.8 (2.5)	1.0 (1.7)	<0.001 ^b
--------------------------------------	-----------	-----------	-----------	-------------------------------

^a Data are presented as mean (SD) for continuous variables and n (%) for dichotomous variables.

^b Assessed using one-way analysis of variance.

^c Assessed using Fisher's exact test.

^d Assessed using χ^2 test.

^e Women with cancelled cycles and no oocytes collected were excluded.

^d The denominator was cycles with fresh ET.

CC, clomiphene citrate; ET, embryo transfer; Gn, gonadotropin; ICSI, intracytoplasmic sperm injection; IVF, in vitro fertilization.

表 4. 生産に対する患者背景要因のリスク比 (n = 1072)

Table 4. Relative risks (RRs) and 95% confidence intervals (CIs) for having a live birth (n = 1072).

	Crude RR (95% CI)	Adjusted RR (95% CI) ^a
Age		
<35	Reference	Reference
35–39	0.85 (0.75 to 0.96)	0.84 (0.74 to 0.96)
40–42	0.29 (0.22 to 0.40)	0.30 (0.22 to 0.40)
Infertility diagnosis		
Tubal factor	0.97 (0.80 to 1.17)	0.87 (0.69 to 1.10)
Endometriosis	1.04 (0.78 to 1.39)	0.99 (0.72 to 1.34)
Anti-sperm antibody	1.08 (0.27 to 4.34)	0.82 (0.20 to 3.36)
Male factor	1.17 (1.003 to 1.36)	1.03 (0.83 to 1.27)
Unexplained	0.93 (0.82 to 1.06)	0.91 (0.73 to 1.14)
Others	0.86 (0.70 to 1.06)	0.94 (0.76 to 1.16)
Quartile of annual household income		
Q1	Reference	Reference
Q2	1.12 (0.92 to 1.36)	1.11 (0.92 to 1.33)
Q3	1.22 (1.01 to 1.47)	1.16 (0.97 to 1.39)
Q4	1.16 (0.96 to 1.41)	1.15 (0.96 to 1.38)
Housewife	0.88 (0.77 to 1.01)	0.95 (0.83 to 1.08)

^a Adjusted for all variables listed.

Significantly increased or reduced relative risks are indicated by boldface.

RR, relative risk.

表 5. 年齢別の申請回数ごとの申請者数および生産数 (n= 1072)

Table S1. Number of applicants and live births according to the number of governmental subsidies stratified by age.

Number of governmental subsidies	Number of applicants	Number of live births	Cumulative number of live births	CLBR (%)
Age <35				
1	413	92	92	22.3
2	264	80	172	41.6
3	139	34	206	49.9
4	69	24	230	55.7
5	25	8	238	57.6
6	6	3	241	58.4
Age 35–39				
1	438	84	84	19.2
2	287	45	129	29.5
3	198	43	172	39.3
4	109	26	198	45.2
5	51	14	212	48.4
6	18	4	216	49.3
Age 40–42				
1	221	19	19	8.6
2	168	8	27	12.2
3	88	11	38	17.2

CLBR, cumulative live birth rate.

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

不妊症の早期検査・治療に関する啓発動画の作成

研究分担者 前田恵理 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座 准教授

研究分担者 寺田幸弘 秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 教授

研究協力者 齊藤英和 梅ヶ丘産婦人科 ARTセンター長

研究要旨：第15回出生動向基本調査によれば、不妊を心配した経験があると回答した夫婦は3組に1組であるが、そのうち検査・治療を受けたことがある者は半数にとどまる。諸外国の先行研究によれば、未受診は治療に対するネガティブなイメージ、病識の欠如、恐怖感、どうしたらいいかわからない、治療費への不安感などと関連しており、こうした心理的障壁を減らし、速やかな受診を促すことができれば、子供を持ちたい夫婦の希望をかなえることにつながる。そこで今年度は、不妊症の早期検査・治療を促す啓発動画「妊活入門アニメ プレニンカツ」を作成し、動画投稿サイトYouTubeにて公開を行った（掲載先：https://youtu.be/MN0rkIC6B_0）。今後は、妊活開始前～不妊検査受診前にある夫婦の動画視聴機会を増やすため、周知を行うとともに、本動画が実際に心理的障壁を軽減し、受診の増加に寄与するか否か検証していく予定である。

A.研究目的

第15回出生動向基本調査（夫婦調査）によれば、不妊を心配した経験があると回答した夫婦は3組に1組であるが、そのうち検査・治療を受けたことがある者は半数にとどまる（令和元年度分担研究報告書「社会経済的要因と不妊治療の関連-出生動向基本調査個票情報を用いた解析」参照）。不妊に悩む者の受診割合は、欧州50%程度、豪70%、中国55%、イラン70%とさまざまであるが、受療行動に関する先行研究によれば、若年、低学歴、低収入、有職者、子供あり、婦人科系既往なし等の要因が未受診と関連している。また、子供を持つ重要性の低さ、自然妊娠への希望、治療に対するネガティブなイメージ、不妊であることの病識がない、不妊だとわ

かるのが怖い、どうしたらいいかわからない、治療費への不安感といった心理的要因との関連も指摘されている（Bunting et al., 2007; Moreau et al., 2010; Datta et al., 2016）。

出生動向基本調査では、主観的な不妊の心配のみを尋ねており、不妊症の有病率調査としては不正確であるが、わが国においても不妊に悩む夫婦の一部は受診していない、もしくは受診に遅れが生じている可能性がある。諸外国の先行研究で示唆される受診要因のうち、治療に対するネガティブなイメージ、病識の欠如、恐怖感、どうしたらいいかわからない、治療費への不安感といった要因については、啓発を通じて低減することが可能であり、行動変容を通じて夫婦の希望を実現できる可能性もある。

特に治療費への不安感については、初期の検査の多くが既に保険適用されており、平成29年度時点でも37の都道府県・政令市・中核市が不妊検査や一般不妊治療の自己負担分の一部助成を行っているため（平成30年度分担研究報告書「全国115実施主体における「不妊に悩む方への特定治療支援事業」実施状況の調査」参照）、自己負担額を低く抑えられる地域も増えている。

不妊治療では治療年齢が若いほど妊娠率・生産率が高いため、心理的障壁を減らし、速やかな受診を促すことは、子供を持ちたい夫婦の希望をかなえることにつながる。今年度は、昨年度までの研究結果を踏まえて、不妊症の早期検査・治療を促す啓発動画を作成した。

B. 研究方法

2020年11月～2021年3月に香取徹氏（THE DIRECTORS FARM）に委託してアニメーション動画の作成を行った。妊娠についてまだ積極的に考えていない若者も対象とすることから、最後まで見てもらえるストーリー展開と親しみやすいキャラクター設定を行った。

治療に対するネガティブなイメージ、病識の欠如、恐怖感、どうしたらいいかわからない、治療費への不安感を払拭するため、不妊に関する基礎知識（有病率、定義）、早期受診の利点（年齢と妊娠率の関係）、初期検査の内容（超音波検査、血液検査、精液検査等）、治療費（健康保険の適用、検査助成のある自治体）、受診先について内容に含めた。

不妊に関する基礎知識、早期受診の利

点、初期検査の内容、受診先の情報については日本生殖医学会ウェブサイトを参照し作成した。

治療費については、都内にある診療所で治療費について聴取調査を行った。初診時の自己負担額は血液検査、感染症検査、超音波検査、精液検査により、妻は6000円～10000円、夫は1000円～2000円程度であった。AMH検査の実施日は5000円～10000円程度、フーナー検査実施日や排卵モニター実施日は2500円程度、子宮卵管造影の日は10000円程度であったため、動画においては「3～5回の通院が必要であり、1回あたり数千円～1万円程度である」とした。

セリフやアニメーションについては、制作の各段階で、本研究班の研究分担者・研究協力者および数名の一般の関係者（不妊治療経験者を含む）から意見を募り、確認・修正作業を行った。動画制作スタッフは以下の通りである。

赤ちゃんの声：荻沼栄音
ママの声：石塚みづき
パパの声：谷内龍平
キャスティング協力：橋本昭博 (Moratorium Pants)
アニメーション：吉次峻平(peachstudio)
音楽：若狭真司(羊音製作所)
効果・MA：内田雅巳
監督・イラスト・P：香取徹(THE DIRECTORS FARM)
企画・CD：籠島康治

(倫理面への配慮)

倫理面で特記すべき事項はない。

C. 研究結果

2021年3月17日に「妊活入門アニメ プレニンカツ」(図1)が完成し、動画投稿サイトYouTubeにて公開している。特定不妊治療費助成事業を担当する都道府県・政令市・中核市の担当者へメールで周知す

るとともに4月14日に秋田大学よりプレスリリース(資料)を行った。

掲載先：https://youtu.be/MN0rkIC6B_0

動画分数：2分5秒

掲載開始期日：2021年4月1日



図1 妊活入門アニメ プレニンカツ (一部抜粋)

D. 考察

今年度は不妊症の早期検査・治療を促すアニメーション動画「妊活入門アニメ プレニンカツ」を作成した。動画はYouTubeにて公開中であり、妊活開始前～不妊検査の受診前の若い夫婦が視聴する機会を増やすため、関係者への周知を行っている。本動画が実際に、心理的障壁を軽減し、受診の増加に寄与しうるか、今後は介入研究を通じて検証する予定である。

2003年の厚生労働科学研究による全国調査(山縣班)によれば、わが国の不妊治療患者は466,900人と推計されているが、当時の生殖補助医療実施件数は10万件程度と現在の1/4であった。その後、晩産化は一層進行し、特定不妊治療費助成事業が導入される等状況は大きく変化した。2003年以降は全国的な疫学調査は行われていない。生殖補助医療については日本産科婦人科学会の生殖データベースを通じて、概ね正確な情報が常時収集されているが、潜在的な不妊患者(未受診者)、不妊検査・一般不妊治療の患者を含めた不妊症全体については全体像が知られていないのが現状である。不妊に悩む夫婦へ適切な支援を行うには、全体像を把握したうえで、受診の障壁

について経済的・社会的・心理的観点から詳細に調査していくことも必要である。

E. 結論

不妊症の早期検査・治療を促す啓発動画「妊活入門アニメ プレニンカツ」を作成し、動画投稿サイト YouTube にて公開を行った。今後は、妊活開始前～不妊検査受診前にある夫婦の動画視聴機会を増やすため、周知を行っていく。

謝辞

本動画の制作や広報にあたって様々なご助言・ご協力をいただきました、佐藤高輝様(NPO 法人フォレシア)、明石陽子様(秋田県産業労働部地域産業振興課)、有明順様・武藤貴臣様(あきた企業活性化センター)、秋田県産業労働部地域産業振興課の皆様にご心より御礼申し上げます。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

プレス発表資料



令和 3 年 4 月 14 日
秋 田 大 学

最適なタイミングでの受診を促す 妊活入門アニメ「プレニンカツ」を公開しました



秋田大学大学院医学系研究科 寺田幸弘教授（産婦人科学講座）と前田恵理准教授（衛生学・公衆衛生学講座）は、不妊症の早期検査・治療を呼びかける動画「妊活入門アニメ プレニンカツ」を作成いたしました。

【背景と課題】近年の第一子出生時の父母の平均年齢は30歳を越えています。医学的には20代後半以降に女性の妊娠率は低下していき、妊娠した場合の合併症率も上昇していきます。また、不妊治療でお子さんを授かることができる確率も、男女の年齢に大きく左右されます。一方で、20代は仕事や生活に追われがちであり、妊活について考える余裕がないまま、生物学的に最適な妊活時期を逃してしまうケースも少なくありません。

【課題解決に向けて】そうした現状を踏まえ、若いご夫婦に早い段階で妊活に関心を持って頂けるよう、親しみやすいアニメーション動画を作成しました。少しでも「妊娠しにくいな」と感じたら、ためらわずに医療機関を受診していただくことをお勧めしたいと思います。不妊に関する初期検査は保険適用されている項目も多く、一部の自治体では自己負担分について助成を受けることもできます。

この動画をご覧いただくことで、少しでも早い段階で将来の家族について考え、話し合い、希望を叶えるご夫婦が増えることを願っております。

【動画詳細】

掲載先：https://youtu.be/MNOrkIC6B_0

動画分数：2分5秒

掲載開始期日：2021年4月1日

動画制作：香取 徹 氏 (THE DIRECTORS FARM)

動画監修：令和2年度厚生労働科学研究費補助金「『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」研究班（研究代表者：前田恵理）



【問い合わせ先】

秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座
准教授 前田 恵理

電話：018-884-6087 / FAX：018-836-2609

Email：erimaeda@med.akita-u.ac.jp

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

コンジョイント分析による生殖補助医療の費用と受療意思の関連の検討

研究分担者 小林廉毅 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 教授
研究分担者 前田恵理 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座 准教授
研究分担者 寺田幸弘 秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 教授
研究協力者 福田 敬 国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター センター長

研究要旨：本研究では生殖補助医療のどのような特徴（属性）が受療意思に影響を与えるかコンジョイント分析を用いた定量的分析を行った。インターネット調査会社が保有する一般国民パネルから25歳から44歳までの不妊に悩む既婚女性824人に対して、6つの属性（自己負担額、妊娠率、副作用の可能性、通院日数、診療時間、スタッフの対応）で表現した生殖補助医療のシナリオを提示し、受療意思について尋ねた。824名の回答者から得た16のシナリオに対する回答13,184個についてmixed effects logistic regressionで解析を行った。生殖補助医療の受療意思には6つの属性全てが有意に関連しており、自己負担額が低く、妊娠率が高く、副作用の可能性がなく、通院日数が少なく、土日・夜間診療があり、スタッフの対応が親切である治療では有意に受療意思が上昇した。回答者の背景因子では、世帯年収1000万円以上、平均労働時間週40時間以上、治療ステージが排卵誘発～人工授精・生殖補助医療である者において有意に受療意思が高かった。世帯年収と「自己負担額」の交互作用を検討すると、世帯年収800-1000万円未満で自己負担額50万円の時、世帯年収1000万円以上で自己負担額50万円および80万円の時に、世帯年収400万円未満の場合と比較して有意に受療意思が高かった。世帯年収の高い者は、どの自己負担額においても一貫して受療意思が高かったものの、助成金額によっては助成対象外の高収入者と、助成対象となる低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。2021年1月から助成額が1回あたり30万円に拡大され、所得制限も撤廃された。本研究結果からは概ね妥当と考えられるが、今後の治療周期数の推移や財政への影響について注視していく必要がある。

A.研究目的

生殖補助医療は2022年度から保険適用化される予定であるが、現在は自由診療として行われている。「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の受診等証明書に記載された領収金額を見ると、体外受精（新鮮胚移植周期）の全国平均費用は378,507円、

体外受精（凍結胚移植周期）は509,307円と高額であった（平成30年度分担研究報告書「全国115実施主体における『不妊に悩む方への特定治療支援事業』実施状況の調査」参照）。「不妊に悩む方への特定治療支援事業」においては、平成16年度の制度創設時から平成18年度までは夫

婦合算で 650 万円、平成 19 年度から令和 2 年 12 月までは 730 万円の所得制限が設けられてきたが、助成対象外となる高所得者においても高額な生殖補助医療費の負担は大きかった。なお、特定不妊治療費助成事業における所得の範囲および計算方法は児童手当法施行令第 2 条及び第 3 条を準用しており、専業主婦家庭で該当する諸控除がない場合には年収 953 万円に相当する（令和元年まで）。

そこで本研究では、生殖補助医療のどのような特徴（属性）が患者の受療意思に影響するか、特に費用と受療意思の関係について世帯年収別にコンジョイント分析を用いた定量的分析を行った。コンジョイント分析は医療経済学分野で利用される手法で、属性を少しずつ変えた仮想的な複数の財を被験者に提示して、その財を消費するか選択させる。その選択データから消費者がどの属性を重視しているか分析する手法である。

B. 研究方法

調査は株式会社マクロミルの持つ全国の一般国民パネルを使用して 2020 年 1 月 20 日～21 日に実施した。株式会社マクロミルは 100 万人を超えるインターネットモニターを保持しているインターネット調査会社である。

対象者の条件は

- ① 25 歳から 44 歳までの女性
- ② 現在結婚している（事実婚を含む）
- ③ 現在不妊に悩んでいる
- ④ 不妊に関する検査・治療の経験があり、スクリーニング調査を通じて①から④に合致した 1247 名のうち 824 名(66%)

が調査に参加した。

コンジョイント分析のために提示した 1 周期の生殖補助医療（1 階の採卵から胚移植まで）の属性と水準は表 1 の通りである。先行研究（Palumbo et al., 2011）や生殖医療専門医である本研究班の班員、外部の不妊治療経験者から聴取を行い、選択に関連する属性と現実的な水準の範囲から決定した。6 つの属性と 2～4 の水準について、直行計画法により 16 個のシナリオを作成した。提示カードの 1 例を図 1 に示す。

その他の質問項目は年齢（25-29 歳、30-34 歳、35-39 歳、40-44 歳にカテゴリー化）、学歴（大学卒業以上、未満）、世帯年収（400 万円未満、400-600 万円、600-800 万円、800-1000 万円、1000 万円以上）、子供の有無、平均労働時間（無職、週 40 時間未満、週 40 時間以上）、治療ステージ（不妊検査～タイミング療法、排卵誘発～人工授精、生殖補助医療）、不妊原因（女性、男性、男女両方、原因不明、検査中）とした。

824 名の回答者から得た 16 の各シナリオに対する回答 13,184 個についてパネルデータとみなして **mixed effects logistic regression** で解析を行った。被説明変数は各シナリオに対する回答、説明変数は生殖補助医療の属性とした（モデル 1）。モデル 1 に年齢、学歴、世帯年収、子供の有無、平均労働時間、治療ステージ、不妊原因を加えた検討（モデル 2）、モデル 2 に世帯収入と「自己負担額」の交互作用項、平均労働時間と「診療時間」の交互作用項を加えた検討（モデル 3）を行った。また、モデル 1 において、回答者の世帯年収別に「自己負担額」を連続変数として変化させたときの受療に関する平均周辺確率を算出した。解析は Stata MP 14.0 (College

Station, Texas, USA)と R version 3.6.2 を用いて行い、 $p < 0.05$ を統計学的有意差ありとした。

(倫理面への配慮)

本研究は秋田大学大学院医学系研究科・医学研究審査委員会(審査番号 2343; 令和元年 12 月 20 日)の承認を得て実施された。

C. 研究結果

824 名の回答者うち、大学卒業以上は 46%、世帯収入 800 万円以上は 20%、子供のいる者が 36%、有職者が 60%であった(表 2)。治療ステージは不妊検査～タイミング療法が 4 割と多く、生殖補助医療を受けていた者は 3 割であった。

生殖補助医療の受療意思には提示した 6 つの属性全てが有意に関連していた(表 3)。自己負担額が低く、妊娠率が高く、副作用の可能性がなく、通院日数が少なく、土日・夜間診療があり、スタッフの対応が親切であると有意に受療意思が上昇した。回答者の背景因子では、世帯年収 1000 万円以上、平均労働時間週 40 時間以上、治療ステージが排卵誘発～人工授精・生殖補助医療である者において有意に受療意思が高かった(表 3、モデル 2)。世帯年収と「自己負担額」の交互作用を検討すると、世帯年収 800-1000 万円未満で自己負担額 50 万円の時、世帯年収 1000 万円以上で自己負担額 50 万円および 80 万円の時、世帯年収 400 万円未満の場合と比較して有意に受療意思が高かった(図 2)。平均労働時間と「診療時間」の交互作用については、平均労働時間が週 40 時間の場合に土日・夜間診療ありの生殖補助医療で無職者に比べて有

意に受療意思が高かった(図 3)。

世帯収入別に自己負担額を連続変数として変化させたときの受療に関する平均周辺確率を図 4 に示す。一般的な例として 40 万円の体外受精(新鮮胚移植周期)を受ける場合について検討すると、世帯年収 1000 万円の回答者は通常、助成事業の対象外となるため、自己負担額 40 万円の治療を受ける確率は 47%であった。これに対し、30 万円の特定不妊治療費助成を受けられる場合(初回助成の場合)は自己負担額が 10 万円に減額され、世帯年収 400 万円未満から 1000 万円未満までの回答者における受療選択の確率は 56%から 61%までに分布していた。15 万円の特定不妊治療費助成を受けられる場合(2回目～6回目助成の場合)の自己負担額は 25 万円であり、世帯年収 400 万円未満から 1000 万円未満までの回答者における受療選択の確率は 43%から 50%までに分布していた。

D. 考察

本研究では、わが国で初めて生殖補助医療のどのような特徴(属性)が受療意思に影響を与えるかコンジョイント分析を用いた定量的な分析を行った。調査に用いた生殖補助医療の 6 つの属性(自己負担額、妊娠率、副作用の可能性、通院日数、診療時間、スタッフの対応)はいずれも受療意思と有意な関連を認めたと、特に自己負担額の影響は大きかった。

世帯年収の高い者は、どの自己負担額においても一貫して受療意思が高く、特に 50 万円を超える自己負担額では、世帯年収が高い者で自己負担額増加に伴う受療意思低下が緩和されていた。一方で、助成金額によ

っては助成対象外の高収入者と、助成対象となる低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。2004年に特定不妊治療費助成事業が創設されて以降、所得制限と助成額について妥当性の検討は行われてきていないが、本研究に基づく想定では、40万円の体外受精において年収1000万円以上の者と同等の受療機会(47%)を確保するには、年収400万円未満で20万円、年収400～600万円未満で18万円、年収600～800万円未満で14万円、年収800万円～1000万円未満で12万円の助成が必要であった。すなわち2回目～6回目までの治療に対して行われている15万円の特定不妊治療費助成は概ね妥当であったと確認できた。一方で、初回治療に対する30万円助成が所得制限付きで実施されると、高所得者で低所得者よりも受療意思が低下し、不公平感が生じる可能性が示唆された。

既に2021年1月からは助成額が1回あたり30万円に拡大され、所得制限も撤廃された。助成制度によって生じた不公平感の解消や治療を増やす目的であれば、所得制限の撤廃は妥当であったと考えられる。一方で、40万円の治療の場合、高所得者の受療選択確率は47%から64%まで上昇すると推測されるため、今後の治療周期数の推移や財政への影響を注視していく必要がある。また、2022年4月から不妊治療の保険適用化の拡大が予定されているが、保険適用化後も各自治体で地域の実情に合わせて自己負担分に対する助成事業が継続される可能性がある。財政負担の軽減のため所得制限を検討する際は、本研究結果が制度設計の一助となるかもしれない。

生殖領域のコンジョイント分析(離散選

択実験)はこれまで、長時間作用型FSHリコンビナント製品のメリットとデメリット(Wijngaard et al., 2015)や患者中心主義の価値(Van Emptel et al., 2011)など個別の治療法の価値を評価する目的で実施されてきた。世界的にも生殖補助医療の自己負担額は受療行動に与える影響が大きく(Chambers et al., 2013)、諸外国でも生殖補助医療の公費負担による利用可能性の改善と財政負担のバランスに苦慮しているが(Bissonette et al., 2019)価格別・所得別の受療行動を分析した先行研究はなかった。本研究は、生殖補助医療の公費負担に関する政策議論にコンジョイント分析が有用である可能性を示唆するものである。

また、女性の就労が増加する中、不妊治療と仕事の両立も重要な社会的課題である。本研究結果でも週40時間以上就労している女性で特に、土日・夜間診療ありの場合に受療意思が高まっていた。就労女性には土日・夜間診療を標榜する医療機関が選択されやすいと考えられる。一方で、生殖補助医療を行う女性は排卵周期に合わせた頻繁な通院が必要で、通院の予測を立てることも困難であることから、従業員の不妊治療をサポートする企業や不妊治療に限らず休暇の取りやすい職場環境の普及が強く求められる。

本研究にはいくつかの課題がある。先行研究や不妊治療に携わる医療関係者、不妊治療経験者への聞き取りをもとに、代表的と考えられる6つの属性を選んでシナリオを作成したが、今回調査に含めていない属性(例えば医療機関までの距離等)が受療意思に影響を与える可能性は残る。また、仮想的なシナリオに対する回答を元に受療意思

の推定を行っているため、現実世界での受療行動とは一致しない可能性がある。

E. 結論

本研究では生殖補助医療のどのような特徴（属性）が受療意思に影響を与えるか定量的な分析を行った。調査に用いた生殖補助医療の6つの属性（自己負担額、妊娠率、副作用の可能性、通院日数、診療時間、スタッフの対応）はいずれも受療意思と有意な関連を認めたが、特に自己負担額の影響は大きかった。世帯年収の高い者は、どの自己負担額においても一貫して受療意思が高かったが、助成金額によっては助成対象外の高収入者と、助成対象となる低～中収入者の受療選択確率が逆転する可能性も示された。

G. 研究発表

学会発表(予定)

Maeda E, Jwa SC, Kumazawa Y, Saito K, Iba A, Yanagisawa A, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Fukuda T, Ishihara O, Kobayashi Y.

Probability of receiving assisted reproductive technology treatment through out-of-pocket payment and household income: A discrete choice experiment in Japan. Poster presentation. The 37th Annual Meeting of ESHRE that will be held from 27 to 30 June 2021.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 1周期の生殖補助医療の属性と水準

属性	水準
自己負担額	無料・20万円・50万円・80万円
妊娠率	5%・15%・30%
痛みや一時的な副作用の可能性	なし・あり
検査・投薬・処置の通院日数	4回・8回・12回
診療時間	平日日中のみ ・ 土日/夜間診察あり
医師・スタッフの対応	親切ではない ・ 親切である

あなたは次のような条件で、1周期の生殖補助医療（1回の採卵から胚移植まで）を受けることができると仮定します。あなたは生殖補助医療を受けてみようと思いますか？

Q1 下の条件の場合、あなたは生殖補助医療を受けてみようと思いますか？

あなたが自己負担する金額	なし（無料）
妊娠率	15%
痛みや一時的な副作用の可能性	あり
検査・投薬・処置に必要な通院日数	8回（1か月あたり）
基本の診療時間	平日日中のみ診察
医師らスタッフの対応	親切である

1. 治療を受けてみようと思う 2. 治療を受けてみようと思わない

図1 提示したカードの例

表2 回答者824名の背景因子

	N	(%)
Socioeconomic variables		
Age group		
25-29	100	(12.1)
30-34	294	(35.7)
35-39	261	(31.7)
40-44	169	(20.5)
University education	379	(46.0)
Household income		
<4 million JPY	139	(16.9)
4-6 million JPY	266	(32.3)
6-8 million JPY	251	(30.5)
8-10 million JPY	89	(10.8)
≥10 million JPY	79	(9.6)
Having a child	298	(36.2)
Working hours per week		
None	329	(39.9)
<40 hours per week	307	(37.3)
≥40 hours per week	188	(22.8)
Fertility		
Treatment stage ^a		
Fertility tests / timing methods	346	(42.0)
Medication or intrauterine insemination	215	(26.1)
Assisted reproductive technology treatments	259	(31.4)
Etiology		
Female	228	(27.7)
Male	65	(7.9)
Male & female	100	(12.1)
Unknown	374	(45.4)
Under investigation	57	(6.9)

^a n = 820.

表3 生殖補助医療の受療意思に関連する要因：生殖補助医療の属性と回答者の背景因子

	Model 1			Model 2		
	Odds ratio	95% confidence intervals		Odds ratio	95% confidence intervals	
Attributes of treatment						
Price	Reference			Reference		
Free						
200,000 JPY	0.15	0.13	— 0.18	0.15	0.13	— 0.18
500,000 JPY	0.04	0.03	— 0.05	0.04	0.03	— 0.05
800,000 JPY	0.01	0.01	— 0.01	0.01	0.01	— 0.01
Pregnancy rate	Reference			Reference		
5%						
15%	3.19	2.79	— 3.65	3.19	2.79	— 3.65
30%	7.68	6.66	— 8.85	7.66	6.64	— 8.83
Possibility of adverse event	Reference			Reference		
No						
Yes	0.86	0.78	— 0.96	0.87	0.78	— 0.96
The number of visits	Reference			Reference		
4 times						
8 times	0.90	0.78	— 1.03	0.90	0.78	— 1.03
12 times	0.80	0.69	— 0.92	0.80	0.69	— 0.92
Days and hours of practice	Reference			Reference		
Weekday daytime only						
Weekends and nights	1.34	1.21	— 1.49	1.35	1.21	— 1.50
Kindness of staff	Reference			Reference		
Not kind						
Kind	4.62	4.12	— 5.18	4.60	4.10	— 5.16
Socioeconomic variables						
Age group				Reference		
25-29						
30-34				1.14	0.70	— 1.86
35-39				0.65	0.40	— 1.08
40-44				1.25	0.72	— 2.17
University education				1.15	0.85	— 1.56
Household income				Reference		
< 4 million JPY						
4-6 million JPY				1.24	0.80	— 1.92
6-8 million JPY				1.16	0.74	— 1.82
8-10 million JPY				1.59	0.89	— 2.84
≥10 million JPY				2.43	1.30	— 4.53
Having a child				1.24	0.91	— 1.69
Working hours per week				Reference		
None						
<40 hours per week				0.88	0.63	— 1.24
≥40 hours per week				1.66	1.09	— 2.53
Fertility						
Treatment stage				Reference		
Fertility tests / timing methods						
Medication or IUI				1.45	1.00	— 2.10
IVF/ICSI				4.54	3.16	— 6.52
Etiology				Reference		
Female						
Male				1.44	0.80	— 2.59
Male & female				1.01	0.62	— 1.65
Unknown				0.83	0.58	— 1.17
Under investigation				1.38	0.73	— 2.62

P<0.05は太字表記.

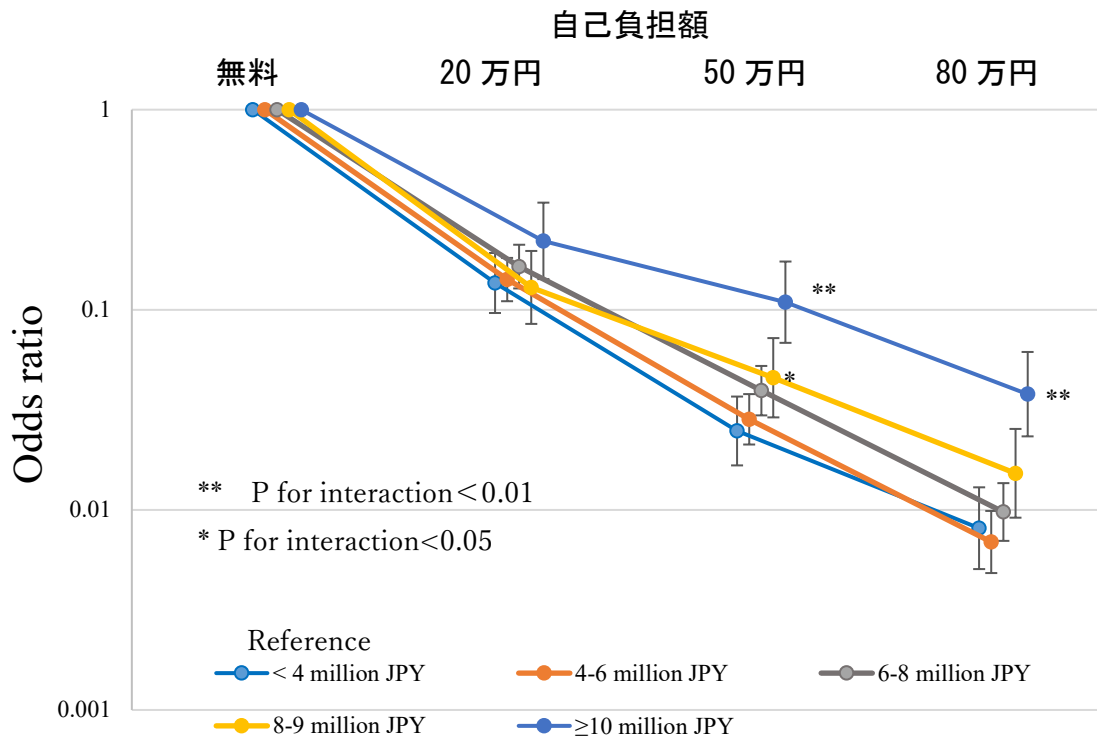


図2 世帯収入別 自己負担額別の受療オッズ比

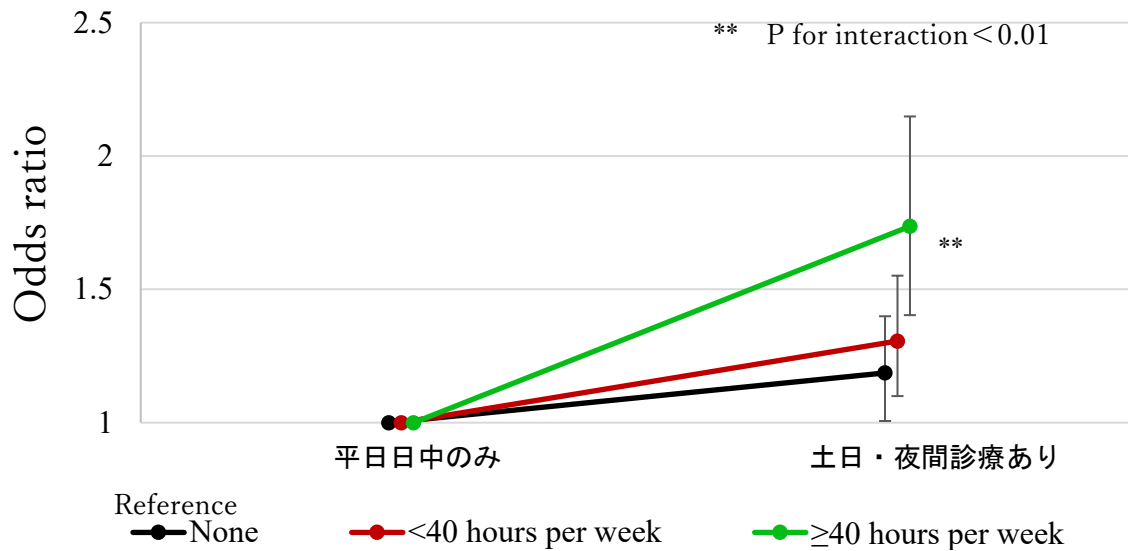


図3 平均週労働時間別 診療時間別の受療オッズ比

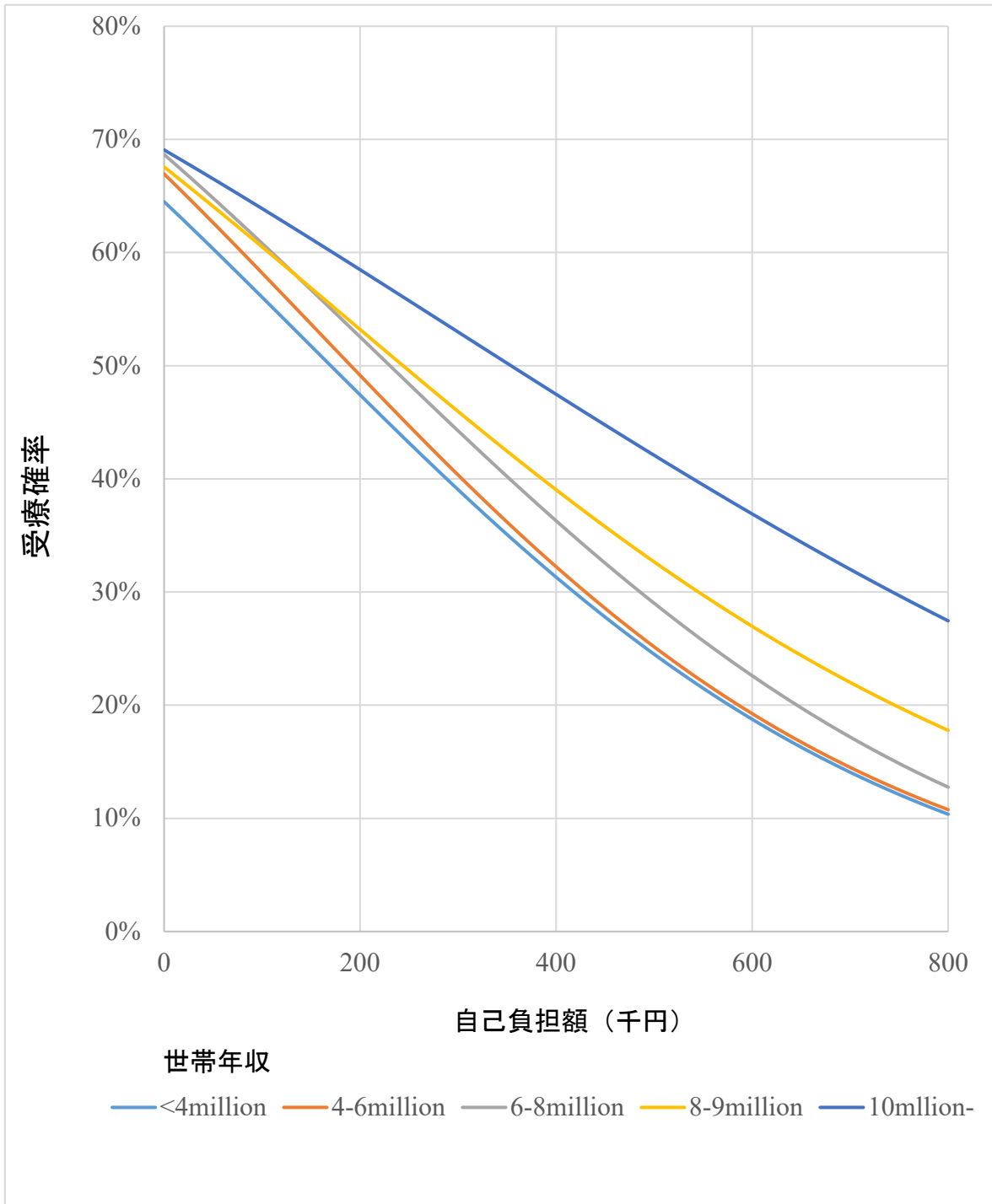


図4 世帯収入別 自己負担額と受療確率

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

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（第2報）

研究分担者 石原 理 埼玉医科大学産科婦人科 教授

研究分担者 小林廉毅 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 教授

研究分担者 前田恵理 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座 准教授

研究要旨：令和元年度は、不妊治療への公費負担制度を助成制度（難妊施術支援事業）から保険適用へ転換した韓国について政策討論会の傍聴と関係機関へのインタビュー調査を実施したが、調査時点で治療件数等の統計情報は全て非公開であった。今年度は韓国保健福祉部および健康保険審査評価院が難妊施術医療機関の評価結果と難妊施術の現況に関する報告書を発行したため報告する。

韓国では母子保健法に基づき、難妊施術指定医療機関（人工授精、生殖補助医療）の評価が行われ、2018年1月～12月の全難妊施術（保険対象・対象外全て）の記録が提出されていた。人工授精のみの指定機関は132機関、生殖補助医療の指定機関は148機関あり92%が指定基準を充足していた。健康保険審査評価院は、国民の医療機関選択の資料として、機関別の評価指標の等級（機器・人材、医療の質、実績に関する指標）、人材・施設・機器の現況等を公開していた。また、各医療機関には自律的な質向上を促すため、自施設の等級と評価結果、全国単位及び種別平均と比較した情報を提供していた。

2018年に実施された難妊施術総数は人工授精が36,042件、生殖補助医療は101,655件で、人工授精は30～34歳（41%）、生殖補助医療は35歳～39歳（41%）の年齢層に多く分布しており、40代の多い本邦よりも若い年齢層での治療が多かった。治療成績については非公表で、難妊施術支援に関する政策評価に関わる情報は開示されていなかった。

本邦でも2022年度から不妊治療の保険適用範囲が拡大される。自律的な質向上につながるような医療機関の認定審査体制や、政策の効果検証が可能な仕組みを維持するためのモニタリングについて、継続的な改善や維持が必要である。

A.研究目的

諸外国の生殖補助医療に対する経済的支援方法は多様であり、公的医療保険による完全公費負担、30%～70%の一部公費負担、税還付、民間保険の不妊治療への適用義務づけ、一部から全額までの助成制度等が様々な制度が報告されている。支援の目

的も、幸福追求権、出生率向上を通じた未来への投資、疾病として治療機会の提供、単一胚移植普及の動機付け等、多岐にわたるが、諸外国がこれまで試行錯誤しながら実施してきた公費負担制度について、詳細な調査を行い、各制度の長所および短所を明らかにすることは、わが国における不妊

治療への経済的支援のあり方の議論に役立つと期待される。

平成30年度はわが国と同様の助成制度を持つ台湾の生殖補助医療および助成事業の実施状況について調査を行ったが、令和元年度は2017年10月に不妊治療への公費負担制度を助成制度（難妊施術支援事業）から保険適用へ転換した韓国について保険適用化の経緯と現状および課題について、政策討論会の傍聴と関係機関へのインタビュー調査を実施した。韓国では少子化対策の一環として、2006年に難妊施術支援事業が開始して以降、次々に支援内容を拡充し、2017年10月に人工授精と生殖補助医療について保険適用化を実現した。現在は健康保険制度と難妊施術支援事業の二本立ての支援を実施しており、44歳までは自己負担率30%で新鮮胚移植周期4回、凍結胚移植周期3回、人工授精3回に加え、自己負担率50%で新鮮胚移植周期3回、凍結胚移植周期2回、人工授精2回を受けることができ、一定所得以下であれば難妊施術支援事業による追加支援により実質自己負担率を10%以下まで下げることができる。45歳以上でも同内容の治療を自己負担率50%で受けることができ、難妊施術支援事業も適用されることから、国民は少ない自己負担で十分回数の治療が保証されていた。保険適用化により診療や処方への自由度は一部制限されたものの、大幅な単価引き下げもなく治療件数が増加したことから医療関係者からは概ね好意的に受け止められていた。さらに、保険適用化に伴って診療行為と薬剤に関する個人別情報はレセプトデータとして自動的に蓄積されるようになっていた。

令和元年度調査の時点では治療件数等の統計情報は全て非公開であったが、2020年7月に難妊施術医療機関の評価結果と難妊施術の現況に関する韓国政府の報告書が公表されたため、これについて報告する。

B. 研究方法

2020年7月に韓国保健福祉部および健康保険審査評価院が発行した「2019年難妊施術医療機関評価結果及び難妊施術現況」を令和元年度の訪問調査先（ソウル国立大学医学部 産婦人科 チェヨンミン教授）からご提供いただいた。2018年1年間の難妊施術医療機関の現況として、2019年に保健福祉部および健康保険審査評価院が行った調査の結果である（令和元年度研究報告書41ページ（3）参照）。

（倫理面への配慮）

文献的調査のみであり、倫理面で特記すべき事項はない。

C. 研究結果

1. 難妊手術医療機関評価

難妊施術医療機関評価の法的根拠は

- 母子保健法 第11条の3（難妊施術医療機関の指定等）保健福祉部長官は、指定された難妊施術医療機関に対し3年ごとに第2項の基準および施術等の評価を実施し、評価結果に基づいてその指定を取り消すことができる。
- 母子保健法 第11条の6（統計管理等）保健福祉部長官は、難妊克服支援を効果率的にするため、生殖医療等の難妊施術の現状およびそれに伴う妊娠・出産等の統計および情報等の資料を収集・

分析し管理しなければならない。

- 母子保健法施行規則第12条の2(難妊正術医療機関評価結果の公開) 保健福祉部長官はインターネットホームページに難妊施術医療機関評価結果を公開する必要がある。
- 保健福祉部告示 第2019-84号(難妊施術医療機関評価等に関する基準)
第1条(目的) 難妊施術医療機関の評価方法および手続き、評価結果の公開等に関する詳細を規定することを目的とする。
第7条(資料の提出等) 難妊施術医療機関が難妊施術を実施した場合には、機関調査票および施術明細書を作成し提出しなければならない。

であり、これらに基づいて難妊施術指定医療機関(人工授精、生殖補助医療)から2018年1月～12月の全難妊施術(保険対象・対象外全てを含む)の記録が提出されている。難妊施術指定医療機関からの提出資料は、機関調査票(1機関当たり1件)と難妊手術記録紙(保険対象外施術を含む一施術ごと)である。

2. 難妊手術医療機関施設・機器及び専門人材に関する基準

人工授精手術指定機関、生殖補助医療手術指定機関の指定基準は表1および表2の通りである。

表1 人工授精機関の指定基準

区分	人工授精機関の指定基準
関連根拠	「母子保健法施行規則」第8条第2項関連[別表2]
施設	ア. 診察室 イ. 独立した空間の精液採取室
機器	ア. 超音波機器

	イ. 顕微鏡 ウ. 精液検査機器 エ. 遠心分離機等の精子分離器
専門人材	ア. 産婦人科専門医1人以上 イ. 手術を補助できる看護師又は准看護師1人以上

表2 生殖補助医療機関の指定基準

区分	生殖補助医療機関の指定基準
関連根拠	「生命倫理及び安全に関する法律施行規則」第17条第1項関連[別表1]
施設	ア. 防塵施設(塵除去及び空気調節装置) イ. 換気装置 ウ. 卵子採取室 エ. 精子採取室 オ. 診療室
機器	ア. 超音波機器 イ. 無菌箱(Clean Bench) ウ. 二酸化炭素培養器 エ. 顕微鏡 オ. 冷蔵庫及び冷凍庫 カ. 卵子吸入器 キ. 遠心分離機 ク. 恒温器 ケ. 細胞計数機 コ. ロック装置が付いている胚保管用液体窒素タンク(LN2 tank)
専門人材	ア. 産婦人科専門医又は次の要件を全て備えた専門医や一般医を一人以上配属する必要がある。 1) 3年以上胚作成関連手術を続けた経験があること 2) 保健福祉部長官が定める内容に応じて胚作成教育を修了すること イ. 胚作成関連手術を補助する看護師又は経歴2年以上の准看護師を配置すること ウ. ア目の医師を補助し精子及び卵子を生殖補助医療した胚の培養、保管及び管理等の業務を担当する人材として、次の要件を備えた人を1人以上配置すること。 この場合、保健福祉部長官の定めにより医療機関同士の胚作成担当人材を共有できる。 1) 胚作成関連分野の経歴が2年以上であること 2) 3年制以上の大学で医学・生物学・獣医学・発生工学・畜産学・遺伝工学・分子生物学又は臨床病理学等の胚作成関連学科を履修した者であること

調査票（機関調査票及び難妊施術記録紙）を提出した機関は 280 機関あり、うち人工授精施術指定機関は 132 機関（47.1%）、人工及び生殖補助医療施術指定機関は 148 機関（52.9%）であった。280 機関のうち、医院が 151 機関と過半数を占め、病院 74 機関、総合病院 31 機関、上級総合病院（病床数 500 以上で 20 以上の診療科目がある総合病院）24 機関であった。評価対象機関 280 機関中、指定基準を全て満たす機関の割合は 92.1%であった。なお、指定基準未充足機関については指定取消前に「警告」があり、6ヶ月以内に基準を満たしているか再確認（是正の機会を提供）の上、未充足の場合「指定取消」となる。

280 機関のうち 2018 年の年間人工授精件数 10 件以上、生殖補助医療件数 30 件以上の 152 機関について表 3 の項目について評価を行ったところ、標準化した総合得点平均は、人工授精手術評価指標では 85.5±13.0 点、生殖補助医療手術評価指標は 86.9±8.1 点であった。

評価結果は、国民が医療機関選択する際の情報として、また、医療機関には自律的な質の向上を誘導する目的で公開してい

る。国民向けには健康保険審査評価院ホームページに、機関別の等級と人材・施設・機器の現況等、全国単位（医療機関種別・地域別）で評価結果と難妊施術現況等の評価報告書を提供している。医療機関向けには自施設の等級と評価結果、全国単位及び種別平均と比較した情報を提供した。

3. 難妊施術の現況

2018 年に難妊施術記録紙を提出したのは 236 機関あり、137,697 件が報告された（人工授精：36,042 件、生殖補助医療：101,655 件）。地域別には、57,863 件（42%）がソウル地域の医療機関で実施されていた。年齢別には、人工授精は 30～34 歳、生殖補助医療は 35 歳～39 歳の年齢層に多く分布していた（表 4）。

原因別には人工授精では原因不明（44.9%）、男性要因（19.1%）、排卵機能障害（13.1%）の順であり、生殖補助医療では卵巣機能低下（23.5%）、原因不明（19.7%）、男性要因（18.6%）の順であった。年齢別には「原因不明」は全年齢で高い割合を占めており、年齢が増加するほど「卵巣機能低下」の割合が高まっていた（表 5）。

表 3 医療機関評価指標項目

指標領域(3)	人工授精手術の評価指標(6)	生殖補助医療手術の評価指標(11)
機器及び専門人材の質	1.不妊手術医の補習教育履修率	1.不妊手術医一人当たりの手術件数を満たしているか 2.不妊手術医の補習教育履修率 3.胚作成専門人材一人当たりの手術件数 4.胚作成専門人材の補習教育履修率 5.卵子採取室の応急機器を保有しているか
質管理の現況	2.手術関連の指針が定まっているか 3.手術関連の相談及び教育施行率 4.不妊原因診断のための検査施行率	6.手術関連の指針が定まっているか 7.手術関連相談及び教育施行率 8.不妊原因診断のための検査施行率 9.多胚移植ガイドラインの順守率
実績分析	5.品胎以上の妊娠率 6.平均妊娠率(モニタリング指標)	10.品胎以上の妊娠率 11.標準化妊娠率/全体妊娠率

表4 年齢別施術件数

(単位:件、%)

年齢別	全体	人工授精	生殖補助医療
合計	137,697 (100.0)	36,042 (100.0)	101,655 (100.0)
25歳未満	391 (0.3)	163 (0.5)	228 (0.2)
25～29歳	5,800 (4.2)	2,529 (7.0)	3,271 (3.2)
30～34歳	39,450 (28.6)	14,673 (40.7)	24,777 (24.4)
35～39歳	55,914 (40.6)	14,380 (39.9)	41,534 (40.9)
40～44歳	29,076 (21.1)	3,677 (10.2)	25,399 (25.0)
45歳以上	7,066 (5.1)	620 (1.7)	6,446 (6.3)

表5 年齢別 難妊の要因

(単位:件、%)

年齢別	合計	男性要因	女性要因					原因不明	その他
			排卵機能障害	卵巣機能低下	卵管要因	子宮要因	子宮内膜症		
25歳未満	447 (100.0)	134 (30.0)	101 (22.6)	12 (2.7)	53 (11.9)	1 (0.2)	-	127 (28.4)	19 (4.3)
25～29歳	6,976 (100.0)	1,605 (23.0)	1,400 (20.1)	352 (5.0)	922 (13.2)	218 (3.1)	236 (3.4)	2,066 (29.6)	177 (2.5)
30～34歳	48,076 (100.0)	10,205 (21.2)	7,275 (15.1)	4,080 (8.5)	5,642 (11.7)	2,519 (5.2)	2,148 (4.5)	15,129 (31.5)	1,078 (2.2)
35～39歳	70,053 (100.0)	13,560 (19.4)	5,989 (8.5)	10,846 (15.5)	8,216 (11.7)	5,834 (8.3)	2,920 (4.2)	20,593 (29.4)	2,095 (3.0)
40～44歳	41,718 (100.0)	6,516 (15.6)	1,232 (3.0)	14,820 (35.5)	4,059 (9.7)	4,525 (10.8)	1,275 (3.1)	6,542 (15.7)	2,749 (6.6)
45歳以上	10,662 (100.0)	1,263 (11.8)	122 (1.1)	5,411 (50.8)	849 (8.0)	1,239 (11.6)	227 (2.1)	827 (7.8)	724 (6.8)

※重複を含む(1件が2つ以上の原因を選択した場合、重複として件数累計)

D. 考察

韓国で2018年に実施された生殖補助医療件数は101,655件であった。当該調査では保険対象・対象外とも報告対象であり、報告対象外であるのは卵子凍結、卵子提供を目的とした治療周期、医療観光のみであるため、韓国で行われた全生殖補助医療が網羅されていると見なされる。本邦の2018年の総治療周期数454,893周期と比較すると人口規模を考慮しても依然少ない。韓国においては、保険適用による経済的負担の軽減等を通じて、今後も生殖補助医療の利用が拡大していく余地があるのではないかと考えられる。

生殖補助医療の年齢分布は、40代以上の女性が31%であった。わが国の42%より低いものの、20%台である欧米諸国よりは高い割合であった。韓国では難妊施術支援事業開始時から設けられていた年齢制限（44歳まで）が2019年7月に廃止されている。提供配偶子の利用が難しいこと、晩産化が進行していること、近く若い女性の人口減少が開始するであろうことから、今後は40代の治療の割合が増加する可能性がある。

本調査項目には「胎嚢の個数」「妊娠の有無」が含まれていたが、治療成績は公表されていなかった。評価指標にも品胎以上の妊娠率や全体の妊娠率が含まれていたが、総合得点平均のみの公表で、各指標の全体集計結果も示されていなかった。なお、昨年（2018年）の訪問時の資料によれば、保健所が把握している2018年の難妊施術支援事業による出生数は20,854人であった（難妊施術支援事業対象外の治療からの出生は含まれない）。わが国をはじめ、世界各国の生殖補助医療データはInternational Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART)

に報告されている。今後、韓国からも生殖補助医療にかかわる基本的データがICMARTに報告され、国際的に情報共有されることを期待したい。

韓国では母子保健法に基づき、難妊施術医療機関が指定されており、指定要件や評価基準が定められていた。指定要件は日本産科婦人科学会が生殖補助医療実施登録施設に求める基準と概ね共通していたが、機器についての要件等、相違点も一部見られた。評価後は医療機関向けにフィードバックを提供し、自律的な質の向上を促す取組が行われていた。本邦で都道府県等が実施している特定不妊治療実施医療機関の認定審査についても、自律的な質の向上につながる仕組へ必要な改善を行ったうえで、保険適用化後も別制度の中で引き継がれていくことが望まれる。

最後に、韓国では保険適用化前に同様の調査は行われておらず（もしくは非公表であり）、難妊施術に関わる政策評価が将来的に可能であるか否か不明であった。本邦では、2022年度から不妊治療の保険適用範囲が大きく拡大される予定である。患者のアクセシビリティや医療の質などについて、政策の効果検証が可能な仕組みを維持することは極めて重要であることから、少なくとも、現在100%の登録率とされる日本産科婦人科学会による生殖データベースへの登録が滞ることがないように制度設計を行う必要がある。

E. 結論

2019年に保健福祉部および健康保険審査評価院が難妊施術医療機関を対象に行った調査によれば、韓国で2018年に実施され

た生殖補助医療件数は101,655件で、30代後半の女性の治療が全体の4割を占めていた。妊娠数等、治療成績に関するデータは今回の調査報告書においても非公表であり、難妊施術に関わる政策評価が将来的に可能であるか否かも不明であった。本邦でも2022年度から不妊治療の保険適用範囲が大きく拡充されるため、自律的な質の向上につながるような医療機関の認定審査制度や政策効果の検証を可能とするモニタリング制度について整備を続ける必要がある。

G. 研究発表

前田恵理、石原理、桑原章、左勝則、齊藤和毅、齊藤英和、寺田幸弘. 韓国・台湾の生殖補助医療公費負担制度. 第65回日本生殖医学会学術講演会・総会 (東京 (オンライン)、2020. 12.3-23)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

2019 年

難妊施術医療機関評価結果及び難妊施術現況

2020. 07.



保健福祉部
Ministry of Health and Welfare



健康保険審査評価院
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

目 次

I . 評価概要	1
II . 2019 年難妊施術医療機関評価結果	4
III . 難妊施術現況	10
[別添]	
1. 評価指標別詳細基準	16
2. 関連法令・告示	25

I. 評価概要

1 背景及び目的

背景

・長期間続く超少子化現象

＞韓国は2019年の合計出生率0.92人という最低値を更新(2018年0.98人)し、OECD国家の中で唯一出生率1人未満の国家という深刻な超少子化現象が続いている。

・難妊人口及び難妊施術の増加


＞初婚年齢の増加による夫婦の生殖能力減少、及び遅い妊娠計画等で2010年以降の難妊人口が増加し続けている(2010年184千人→2017年209千人)

＞2017年10月から難妊施術に健康保険が適用され、2019年7月に年齢制限の廃止及び事実婚者への給与適用など持続的に給与を拡大し難妊施術件数が増加している。

◇難妊施術医療機関の安全な手術環境作り及び質向上のための評価システムを設ける

◇少子化及び難妊関連の政策管理のための難妊施術統計管理が必要

目的

	・指定基準維持を維持しているか確認 ・難妊施術別の医療機関の質評価
---	--------------------------------------

国民	医療機関	政府
安全な医療環境 医療選択権の強化	自律的な質向上 誘導及び支援	少子化等の難妊関連 政策基礎資料の活用

法的根拠

・母子保健法第 11 条の 3(難妊施術医療機関の指定等)

＞保健福祉部長官は指定された難妊施術医療機関に対し、3 年ごとに第 2 項の基準(施設・機器及び専門人材の質)及び実績等に対する評価を実施し、評価結果に応じてその指定を取消できる。

・母子保健法第 11 条の 6(統計管理等)

＞保健福祉部長官は難妊克服支援の効率化のため、補助生殖術等の難妊施術現況及びそれに応じた妊娠・出産等に対する統計及び情報等の資料を収集・分析し、管理する必要がある。

・母子保健法施行規則第 12 条の 2(難妊施術医療機関評価結果の公開)

＞保健福祉部長官はインターネットホームページに難妊施術医療機関評価結果を公開する必要がある。

・保健福祉部告示第 2019-84 号、『難妊施術医療機関評価等に関する基準』

＞委託機関(健康保険審査評価院)

＞難妊施術医療機関評価方法及び手続き、評価結果の公開等に関する詳細事項の規定

＞評価方法:施設・機器及び専門人材の質、難妊施術の実績及び質の管理現況等

＞評価結果公開:専門人材・施設・機器現況及び手術件数(手術別・年齢別)現況等

2 評価対象

評価対象	
対象機関	母子保健法第 11 条の 3 第 1 項に基づく難妊施術指定医療機関
対象期間	2018.1.1.～2018.12.31(12 ヶ月)
評価内容	[評価 1] 指定基準を満足しているかを評価 [評価 2] 評価指標に基づいた評価
収集資料	機関調査票(1機関当たり 1 件) 難妊施術記録紙(非給与を含む手術件別)

評価内容	
[評価 1]	『難妊施術医療機関指定基準を満たしているか』を評価 母子健康法施行規則第8条第2項[別表2]に基づく「施設・機器及び専門人材に関する基準」
[評価 2]	『評価指標』に基づく評価 機器及び専門人材の質、質管理現況、実績分析領域で構成

■ 難妊施術医療機関指定基準(母子保健法施行規則第8条第2項[別表2])

区分	子宮内精子注入手術の医療機関	体外受精手術の医療機関
施設	ア. 診察室 イ. 独立した空間の精液採取室	『生命倫理及び安全に関する法律施行規則』 第17条第1項及び[別表1]に基づく胚作成 医療機関の施設・機器及び専門人材
機器	ア. 超音波機器 イ. 顕微鏡 ウ. 精液検査機器 エ. 遠心分離器等の精子分離機器	
専門人材	ア. 産婦人科専門医が一人以上 イ. 手術を補助できる看護師 又は准看護師一人以上)	

■ 評価指標要約

指標領域(3)	人工授精手術の評価指標(6)	体外受精手術の評価指標(11)
機器及び専門人材の質	1. 難妊施術医の補習教育履修率	1. 難妊施術医一人当たりの手術件数を満たしているか 2. 難妊施術医の補習教育履修率 3. 胚作成専門人材一人当たりの手術件数 4. 胚作成専門人材の補習教育履修率 5. 卵子採取室の応急機器を保有しているか
質管理の現況	2. 手術関連の指針が定まっているか 3. 手術関連の相談及び教育施行率 4. 難妊原因診断のための検査施行率	6. 手術関連の指針が定まっているか 7. 手術関連相談及び教育施行率 8. 難妊原因診断のための検査施行率 9. 多胚移植ガイドラインの順守率
実績分析	5. 品胎以上の妊娠率 6. 平均妊娠率(モニタリング指標)	10. 品胎以上の妊娠率 11. 標準化妊娠率/全体妊娠率

Ⅱ. 2019年難妊施術医療機関評価結果

1 評価対象機関現況

○評価対象医療機関は難妊施術指定医療機関中、**調査票(機関調査票及び難妊施術記録紙)**を提出した280の機関を対象とする。

・(指定種別) 人工授精手術指定機関:132機関(47.1%)

人工及び体外受精手術指定機関:148機関(52.9%)

・(調査票種別) 機関調査票:53機関、機関調査票+難妊施術記録紙:227機関

○評価内容に応じた評価対象機関

-(評価1. 難妊施術医療機関指定基準を満たしているか) 機関調査票を提出した280機関

-(評価2. 評価指標に基づいた評価) 機関調査票と難妊施術記録紙を全て提出した227機関

2 評価結果

□[評価1]『難妊施術医療機関指定基準を満たしているか』を評価

評価対象機関

○(評価対象機関) 難妊施術指定医療機関中、**機関調査票**を提出した280機関

◆種別現況

(単位:個、%)

区分	種別				
	合計	上級総合 (註)	総合病院	病院	医院
機関数	280 (100.0)	24 (8.6)	31 (11.1)	74 (26.4)	151 (53.9)

◆地域別現況

(単位:個、%)

区分	地域別							
	合計	ソウル	京畿	江原	忠清	全羅	慶尚	済州
機関数	280 (100.0)	60 (21.4)	74 (26.4)	7 (2.5)	38 (13.6)	23 (8.2)	73 (26.1)	5 (1.8)

(訳者註) 病床数500以上 : 20以上の診療科目がある総合病院

評価結果

○(指定基準充足現況) 評価対象機関280機関中、指定基準を全て満たす機関の割合は92.1%である

◆指定基準項目別充足現況

(単位:%)

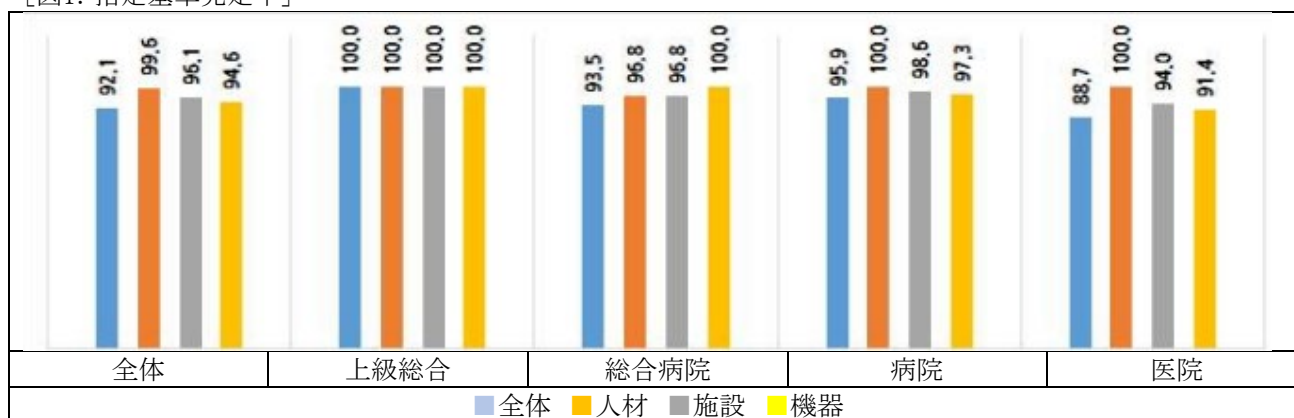
区分	指定基準項目			
	全体	人材	施設	機器
充足率	92.1	99.6	96.1	94.6

◆種類別充足現況

(単位:%)

種別	指定基準項目別充足率			
	全体	人材	施設	機器
全体	92.1	99.6	96.1	94.6
上級総合	100.0	100.0	100.0	100.0
総合病院	93.5	96.8	96.8	100.0
病院	95.9	100.0	98.6	97.3
医院	88.7	100.0	94.0	91.4

[図1. 指定基準充足率]



(単位:%)

□ [評価2] 評価指標に基づいた評価

評価対象機関

○(評価対象機関) 機関調査票と難妊施術記録紙を全て提出した227機関のうち、下の総合点数算出対象機関基準を満たした152機関を対象とする。

◆総合点数算出対象機関基準

1. 2018年の年間人工授精手術件数10件以上、体外受精手術件数30件以上の機関
2. 難妊施術実績が1年以上の機関

○評価指標別評価対象機関

-(人工授精手術評価指標) 年間人工手術件数が10件以上の機関を対象にし、合計149機関

・(指定種別) 人工授精手術指定機関30機関(20.1%)

人工及び体外受精手術指定期間^{注1)} 119機関(79.9%)

-(体外受精手術評価指標) 年間体外受精手術件数が30件以上の機関を対象にし、合計107機関

◆種別現況

(単位:個、%)

種別	人工授精手術評価指標	体外受精手術評価指標
合計	149 (100.0)	107 (100.0)
上級総合	11 (7.4)	12 (11.2)
総合病院	18 (12.1)	13 (12.1)
病院	47 (31.5)	31 (29.0)
医院	73 (49.0)	51 (47.7)

◆地域別現況

(単位:個、%)

地域別	人工授精手術評価指標	体外受精手術評価指標
合計	149 (100.0)	107 (100.0)
ソウル	35 (23.5)	23 (21.5)
京畿・仁川	38 (25.5)	32 (29.9)
江原	6 (4.0)	5 (4.7)
忠清	16 (10.7)	13 (12.1)
全羅	13 (8.7)	7 (6.5)
慶尚	38 (25.5)	25 (23.4)
済州	3 (2.0)	2 (1.9)

注1) 人工及び体外受精手術指定機関は手術別に人工授精評価指標と体外受精評価指標をそれぞれ評価する。

評価結果

○総合点数算出方法

-(指標標準化) 指標の単位を同一に‘率’で標準化する

- ・指標名が‘率’の場合:指標別の算出式
- ・指標名が‘可否’の場合:評価指標別詳細基準‘充足率’に換算

-(総合点数の算出式)

$$\text{総合点数} = \frac{\sum(\text{指標別標準化の値} \times \text{指標別加重値})}{\text{加重値の合計}} \times 100$$

○総合点数の算出結果

-(総合点数現況) 総合点数算出対象機関の総合点数平均は、人工授精手術評価指標は85.5±13.0点、体外受精手術評価指標は86.9±8.1点で表す。

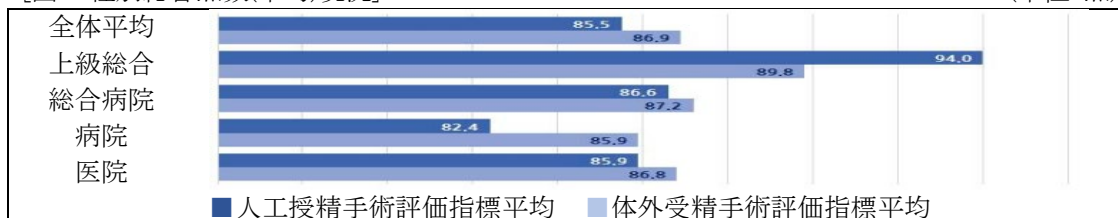
-(種別) 種別総合点数の平均は、人工授精手術評価指標は85.5±4.9点、体外受精手術評価指標は86.9±1.7点の分布を見せるため、種別偏差は大きくない。

(単位:個、点、%)

種別	人工授精手術評価指標		体外受精手術評価指標	
	機関数	平均	機関数	平均
全体	149 (100.0)	85.5	107 (100.0)	86.9
上級総合	11 (7.4)	94.0	12 (11.2)	89.8
総合病院	18 (12.1)	86.6	13 (12.1)	87.2
病院	47 (31.5)	82.4	31 (29.0)	85.9
医院	73 (49.0)	85.9	51 (47.7)	86.8

[図2. 種別総合点数(平均)現況]

(単位:点)



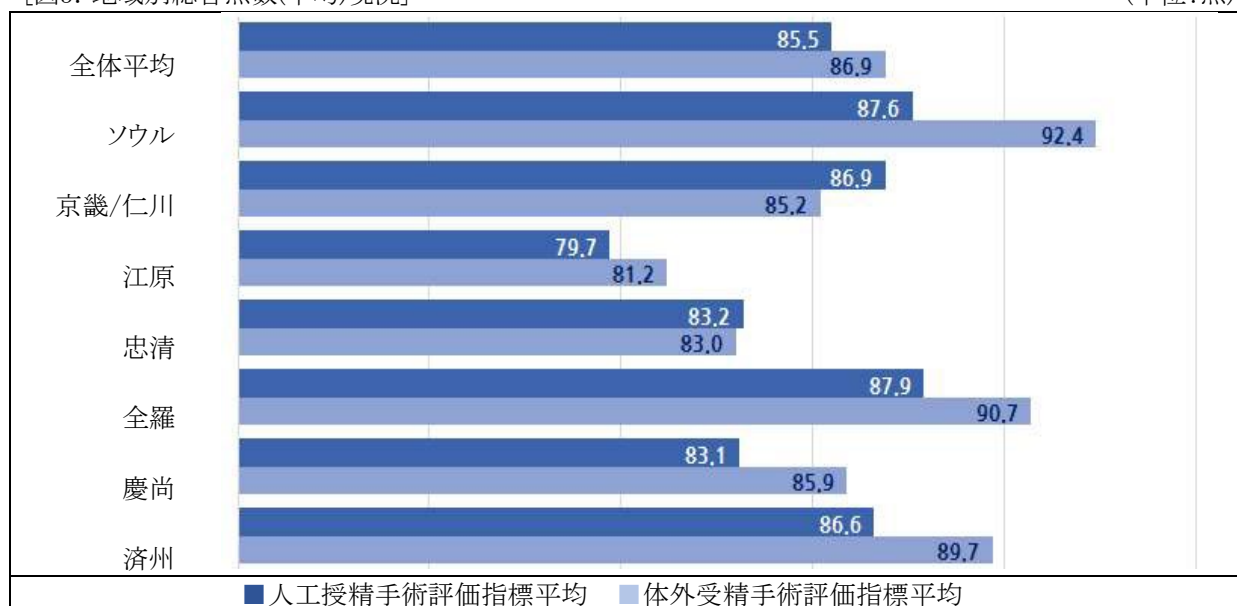
-(地域別) 地域別総合点数の平均は、人工授精手術評価指標は85.5±3.1点、体外受精手術評価指標は86.9±4.2点の分布を見せるため、地域別偏差は大きくない。

(単位:個、点、%)

地域別	人工授精手術評価指標		体外受精手術評価指標	
	機関数	平均	機関数	平均
全体	149 (100.0)	85.5	107 (100.0)	86.9
ソウル	35 (23.5)	87.6	23 (21.5)	92.4
京畿・仁川	38 (25.5)	86.9	32 (29.9)	85.2
江原	6 (4.0)	79.7	5 (4.7)	81.2
忠清	16 (10.7)	83.2	13 (12.1)	83.0
全羅	13 (8.7)	87.9	7 (6.5)	80.7
慶尚	38 (25.5)	83.1	25 (23.4)	85.9
済州	3 (2.0)	86.6	2 (1.9)	89.7

[図3. 地域別総合点数(平均)現況]

(単位:点)



3 評価結果公開

評価結果公開

○(基本方向) 国民が病院を選択する際の情報を提供し、医療機関には評価結果を提供し、自律的な質の向上を誘導する。

○公開範囲及び内容

- (国民対象)** 機関別等級及び人材・施設・機器現況等を審評院ホームページに公開
全国単位(種別・地域別)評価結果及び難妊施術現況等の評価結果報告書を提供
- (医療機関対象)** 該当機関等級等、評価結果の書面案内文を発送
該当機関の評価結果と全国単位及び種別平均との比較情報を提供

公開方法

区分	公開方法	説明	備考
総合点数算出対象機関	等級	年間最最少手術件数の充足及び難妊施術実績が1年以上の機関	
難妊施術実績1年未満機関	等級を除く	2018年新規指定等で難妊施術実績が1年未満の機関	*医療機関の質管理のため、該当医療機関には評価結果を提供
評価除外機関	手術件00件未満	統計的に極端に悪い結果を招いていない最小限の件数基準*未満で評価から除外された機関	

*年間人工授精手術10件未満、体外受精手術30件未満の機関

Ⅲ. 難妊施術現況

1 一般現況

医療機関現況

○2018年に難妊施術件が発生し、**難妊施術記録紙を提出した236機関、137,697件を対象**に分析

-(指定種類別) 人工授精手術指定機関:86機関(36.4%)/ 955件(0.7%)

人工及び体外受精手術指定機関:150機関(63.6%)/ 136,732件(99.3%)

(単位:個、件、%)

指定種類	機関数	件数
合計	236 (100.0)	137,697 (100.0)
人工授精	86 (36.4)	965 (0.7)
人工及び体外受精	150 (63.6)	136,732 (99.3)

-(種別) 機関数と件数全て病・医院の比率が70%以上を占める。

(単位:個、件、%)

種別	機関数(A)	件数(B)	機関当たりの件数(B/A)
合計	236 (100.0)	137,697 (100.0)	583.5
上級総合	22 (9.3)	2,718 (2.0)	123.5
総合病院	26 (11.0)	15,812 (11.5)	608.2
病院	71 (30.1)	36,389 (26.4)	512.5
医院	117 (49.6)	82,778 (60.1)	707.5

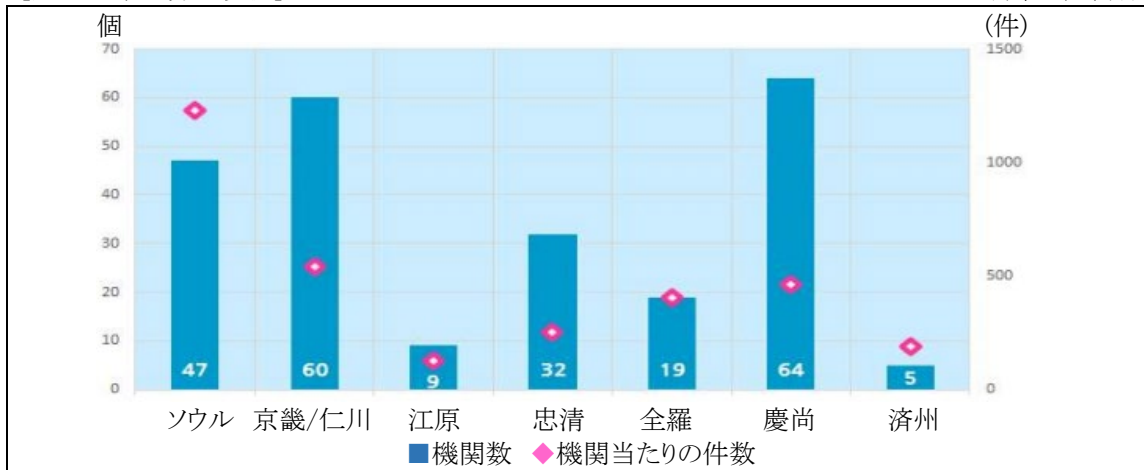
-(地域別) 機関数は慶尚、京畿、ソウルの順に分布が多く、件数はソウル、京畿、慶尚の順だった。

(単位:個、件、%)

種別	機関数(A)	件数(B)	機関当たりの件数(B/A)
合計	236 (100.0)	137,697 (100.0)	583.5
ソウル	47 (19.9)	57,863 (42.0)	1,231.1
京畿・仁川	60 (25.4)	32,361 (23.5)	539.4
江原	9 (3.8)	1,128 (0.8)	125.3
忠清	32 (13.6)	8,050 (5.8)	251.6
全羅	19 (8.1)	7,657 (5.6)	403.0
慶尚	64 (27.1)	29,680 (21.6)	463.8
済州	5 (2.1)	958 (0.7)	191.6

[図4. 地域別分布現況]

(単位:個、件)



2 難妊施術現況

年齢別現況

○(総括)年齢を5歳単位の合計6区間に区分した結果、35～39歳が40.6%と一番多くの比率を占めた。

・35～39歳(40.6%) > 30～34歳(28.6%) > 40～44歳(21.1%) > 45歳以上(5.1%) > 25～29歳(4.2%) > 25歳未満(0.3%)

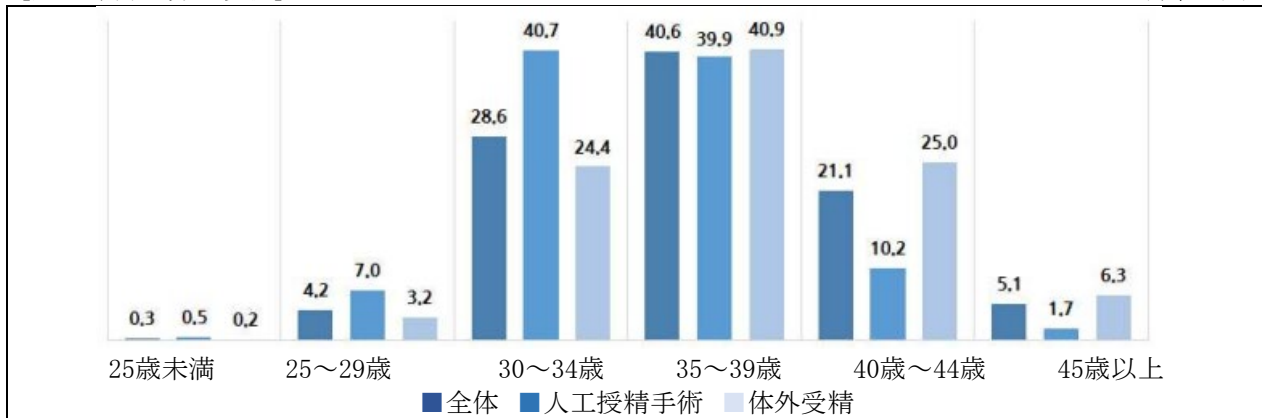
○(手術種別)人工授精手術は30～34歳、体外受精手術は35歳～39歳の年齢に多く分布する。

(単位:件、%)

年齢別	全体	人工授精手術	体外受精手術
合計	137,697 (100.0)	36,042 (100.0)	101,655 (100.0)
25歳未満	391 (0.3)	163 (0.5)	228 (0.2)
25～29歳	5,800 (4.2)	2,529 (7.0)	3,271 (3.2)
30～34歳	39,450 (28.6)	14,673 (40.7)	24,777 (24.4)
35～39歳	55,914 (40.6)	14,380 (39.9)	41,534 (40.9)
40～44歳	29,076 (21.1)	3,677 (10.2)	25,399 (25.0)
45歳以上	7,066 (5.1)	620 (1.7)	6,446 (6.3)

[図5. 年齢別分布現況]

(単位:%)



原因別現況

○難妊の原因は合計8種類に区分され、原因不明を除く原因は重複選択し、その他の原因は詳細を追加記載した。

-**(総括)**原因不明が32.9%で一番多く、その次に複合要因(23.9%)、卵巣機能低下(12.8%)の順である。

・(人工授精手術) 原因不明(50.6%) > 男性要因(13.7%) > 複合要因(11.3%)の順である。

・(体外受精手術) 複合要因(28.3%) > 原因不明(26/6%) > 卵巣機能低下(15.3%)の順である。

-**(難妊原因個数別)**難妊の原因を、単一原因と二つ以上の原因を持つ複合原因に区分した結果、

単一要因は76.1%、複合要因は23.9%を占めている。

(単位:件、%)

区分	全体	人工授精手術	体外受精手術
合計	137,697 (100.0)	36,042 (100.0)	101,655 (100.0)
単一要因	男性要因	15,101 (11.0)	4,933 (13.7)
	排卵機能障害	9,397 (6.8)	3,768 (10.5)
	卵巣機能低下	17,672 (12.8)	2,091 (5.8)
	卵管要因	8,979 (6.5)	1,071 (3.0)
	子宮要因	3,741 (2.7)	972 (2.7)
	子宮内膜症	2,298 (1.7)	557 (1.5)
	原因不明	45,284 (32.9)	18,244 (50.6)
	その他の原因	2,351 (1.7)	330 (0.9)
複合要因	32,874 (23.9)	4,076 (11.3)	28,798 (28.3)

❖ 複合要因現況

・**(男性要因+女性要因)** 男性要因と1個以上の女性要因が複合した件は**63.9%**であり、**卵巣機能低下**と複合した場合が**35.5%**で一番多かった。

・**(女性要因複合)** 女性要因が2個以上複合された件は**34.7%**であり、**卵巣機能低下**と**子宮要因**が複合した場合が**25.5%**で一番多かった。

[男性要因+女性要因]					[女性要因複合]				
卵巣機能低下 35.5%	卵管要因 22.1%	排卵機能障害 19.1%	子宮要因 16.9%	子宮内膜症 6.4%	卵巣機能低下+ 子宮要因 25.5%	卵巣機能低下+ 卵管要因 19.1%	卵巣機能低下+ 子宮内膜症 10.5%	排卵機能障害+ 卵管要因 8.6%	卵管要因+ 子宮要因 7.6%
男性要因+女性要因					女性要因+女性要因				

○(原因別)複合要因を重複累計した結果、‘原因不明’が25.5%と一番高い比率を占め、その次に‘卵巣機能低下’20.0%、‘男性要因’18.7%の順を示した。

- ・(人工授精手術)原因不明(44.9%) > 男性要因(19.1%) > 排卵機能障害(13.1%)の順である。
- ・(体外受精手術)卵巣機能低下(23.5%) > 原因不明(19.7%) > 男性要因(18.6%)の順である。

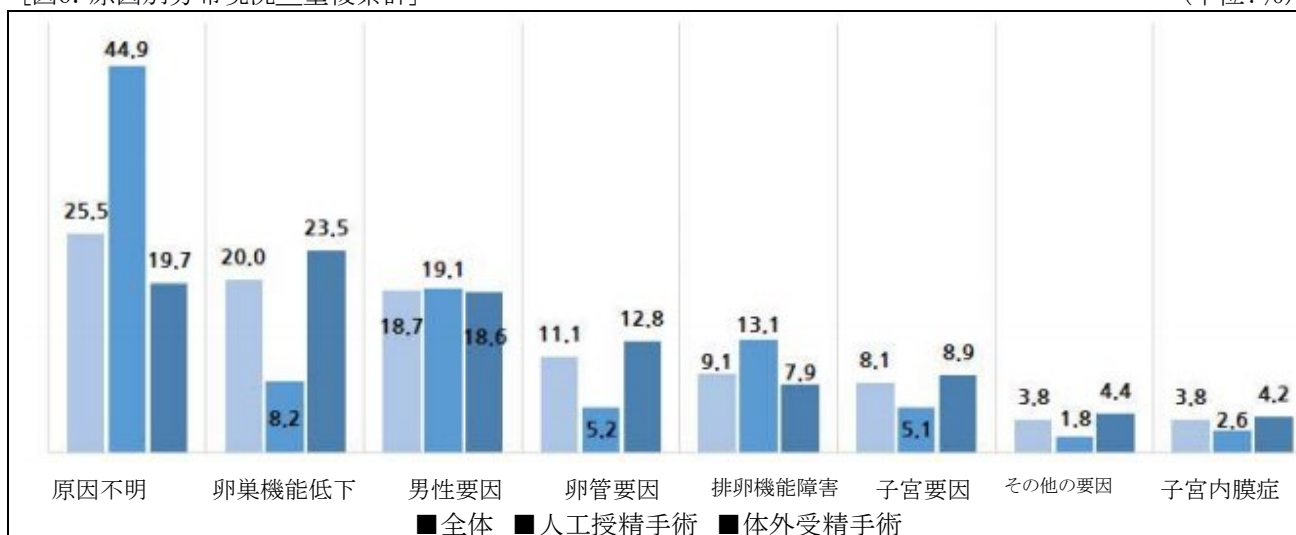
(単位:件、%)

区分	全体	人工授精手術	体外受精手術
合計	177,932 (100.0)	40,646 (100.0)	137,286 (100.0)
男性要因	33,283 (18.7)	7,751 (19.1)	25,532 (18.6)
女性要因	排卵機能障害	5,314 (13.1)	10,805 (7.9)
	卵巣機能低下	3,325 (8.2)	32,196 (23.5)
	卵管要因	2,133 (5.2)	17,608 (12.8)
	子宮要因	2,079 (5.1)	12,257 (8.9)
	子宮内膜症	1,049 (2.6)	5,757 (4.2)
原因不明	45,284 (25.5)	18,244 (44.9)	27,040 (19.7)
その他の要因	6,842 (3.8)	751 (1.8)	6,091 (4.4)

※重複を含む(1件が2つ以上の原因を選択した場合は重複として件数累計)

[図6. 原因別分布現況__重複累計]

(単位:%)



○(年齢別現況)難妊の原因を年齢別に確認した結果、‘原因不明’は全年齢で高い比率を占めており、年齢が増加するほど‘卵巣機能低下’の比率が高まる。

- ・(20代)原因不明(29.5%) > 男性要因(23.4%) > 排卵機能障害(20.2%) > 卵管要因(13.1%)の順である。
- ・(30代)原因不明(30.2%) > 男性要因(20.1%) > 卵巣機能低下(12.6%) > 卵管要因(11.7%)の順である。
- ・(40代以上)卵巣機能低下(38.6%) > 男性要因(14.9%) > 原因不明(14.1%) > 子宮要因(11.0%)の順である。

(単位:件、%)

年齢別	合計	男性要因	女性要因					原因不明	その他
			排卵機能障害	卵巣機能低下	卵管要因	子宮要因	子宮内膜症		
25歳未満	447 (100.0)	134 (30.0)	101 (22.6)	12 (2.7)	53 (11.9)	1 (0.2)	-	127 (28.4)	19 (4.3)
25～29歳	6,976 (100.0)	1,605 (23.0)	1,400 (20.1)	352 (5.0)	922 (13.2)	218 (3.1)	236 (3.4)	2,066 (29.6)	177 (2.5)
30～34歳	48,076 (100.0)	10,205 (21.2)	7,275 (15.1)	4,080 (8.5)	5,642 (11.7)	2,519 (5.2)	2,148 (4.5)	15,129 (31.5)	1,078 (2.2)
35～39歳	70,053 (100.0)	13,560 (19.4)	5,989 (8.5)	10,846 (15.5)	8,216 (11.7)	5,834 (8.3)	2,920 (4.2)	20,593 (29.4)	2,095 (3.0)
40～44歳	41,718 (100.0)	6,516 (15.6)	1,232 (3.0)	14,820 (35.5)	4,059 (9.7)	4,525 (10.8)	1,275 (3.1)	6,542 (15.7)	2,749 (6.6)
45歳以上	10,662 (100.0)	1,263 (11.8)	122 (1.1)	5,411 (50.8)	849 (8.0)	1,239 (11.6)	227 (2.1)	827 (7.8)	724 (6.8)

※重複を含む(1件が2つ以上の原因を選択した場合、重複として件数累計)

○(その他の要因) 難妊の原因を‘その他の要因’に記載した6,842件の中で、その他の内訳を記載した6,674件を分析した結果、35歳以上の高齢が40.9%で一番多かった。

(単位:件、%)

連番	その他の要因	手術件数
	合計	6,674 (100.0)
1	35歳以上の高齢	2,731 (40.9)
2	染色体異常等の免疫及び遺伝学的要因(PGS/PGD異常等)	1,871 (28.0)
3	1年以上繰り返される手術の失敗、及び繰り返される着床失敗(習慣性流産等)	1,048 (15.7)
4	卵巣嚢腫、卵管水腫等の卵巣/卵管異常及び卵子の質低下等	335 (5.0)
5	配偶者要因(射精障害、精液及び精子の異常)	234 (3.5)
6	筋腫、腺腫、癌等の腫瘍性疾患(良性及び悪性)	158 (2.4)
7	骨盤及び腹腔要因(骨盤炎、腹膜炎、骨盤癒着等)	111 (1.7)
8	先天性子宮奇形、子宮頸管及び子宮内膜の異常	84 (1.3)
9	内分泌系(甲状腺、脳下垂体等)及びホルモンの異常	74 (1.1)
10	本人及び配偶者の基礎疾患(糖尿、HIV等)	28 (0.4)

別添1	評価指標別詳細基準
------------	------------------

■人工授精手術評価指標

指標1	難妊施術医の補習教育履修率
定義	■人工授精手術を行った医師の補習教育履修率
評価対象	■評価対象機関で人工授精手術を行った医師 ・週4日以上勤務し、週32時間以上該当医療機関に専属し勤務する者 ・勤務時間等の勤務条件が専属勤務者と同じで、3ヵ月以上の雇用契約を締結した契約職
算出式	$\frac{\text{評価基準充足医師数}}{\text{評価対象医師数}} \times 100$
選定根拠	■難妊診療のための専門人材の保有及び維持
評価基準	■(難妊関連補習教育)大韓生殖医学会、大韓補助生殖学会、大韓可妊力保存学会、大韓嶺南生殖内分泌研究会、その他の大韓産婦人科学会補助生殖術小委員会が認める難妊関連学術大会又は研修教育 ■(勤務期間別適用基準) ・(3年以上の医師)3年間研修合計点12点以上履修 ・(1年以上～3年未満の医師)補習教育1回以上履修 ＊勤務期間:難妊施術遂行医師個人の難妊施術医療機関(他の機関を含む)勤務期間の合計 ＊3年:2016.1.1.～2018.12.31.
評価除外	勤務期間1年未満の医師

指標2	手術関連指針があるか
定義	■人工授精手術の手術過程及び衛生管理等の手術関連指針が樹立しているか
算出式	■詳細基準を満たしているか
選定根拠	■体系的な難妊治療及びサービス提供のための指針樹立及び管理必要
評価基準	■詳細基準 ・人工授精手術関連相談及び説明内容 ・手術過程及び手術に伴う衛生管理 ＊2018.12.31.まで指針樹立機関に限る。

指標3	手術関連相談及び教育施行率
定義	■人工授精手術前・後に医師による相談及び教育施行率(診察記録等)
評価対象	■一次人工授精手術件
算出式	$\frac{\text{相談及び教育実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$
選定根拠	■患者に手術に関する正しい情報を提供し、ストレス及び不安を緩和
評価基準	<p>■下記の内容を含む相談及び教育実施に対する診察記録等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工授精手術に関する説明 ・人工授精手術のための難妊関連検査及び手術経験に対する確認 ・薬物投与及び手術の副作用に関する説明 ・手術後の注意事項に関する説明及び教育

指標4	難妊原因診断のための検査施行率		
定義	■難妊原因診断のための必須検査施行率		
評価対象	■一次人工授精手術件		
算出式	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>■精液検査施行率</p> $\frac{\text{精液検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>■子宮及び卵管開通のための検査施行率</p> $\frac{\text{子宮及び卵管開通検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$ </td> </tr> </table>	<p>■精液検査施行率</p> $\frac{\text{精液検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$	<p>■子宮及び卵管開通のための検査施行率</p> $\frac{\text{子宮及び卵管開通検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$
<p>■精液検査施行率</p> $\frac{\text{精液検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$	<p>■子宮及び卵管開通のための検査施行率</p> $\frac{\text{子宮及び卵管開通検査実施件数}}{\text{一次人工授精手術合計件数}} \times 100$		
選定根拠	■難妊原因診断のための必須検査項目として、正確な診断による適切な難妊治療を図る		
評価基準	<p>■人工授精手術遂行前の必須検査を行ったか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(精液検査)精液検査を実施したか ・(子宮及び卵管開通のための検査)子宮卵管造影術、子宮卵管造影超音波、腹腔鏡を使った卵管検査等 <p>*他院で施行した結果を確認した場合も認める(診察記録に他病院の検査結果の記載がある)</p>		
評価除外	<p>■(子宮及び卵管開通のための検査)子宮卵管結紮術の既往歴がある場合等</p> <p>*他院で子宮卵管結紮術を行った場合、診察記録等に記載されている場合も含む</p>		

指標5	品胎以上の妊娠率
定義	■人工授精手術(子宮腔内精子注入術)後、胎嚢が確認された件の中で胎嚢が三つ以上確認された件の比率
算出式	$\frac{\text{三つ以上の胎嚢確認件数}}{\text{胎嚢確認合計件数}} \times 100$
選定根拠	■多胎妊娠は妊娠中や出産、及び出産後の産婦と新生児に合併症及び副作用を引き起こす可能性が高い高危険妊娠に分類される。 ■その中で品胎以上の妊娠は、その危険性が更に高いため管理が必要である。
評価基準	■人工授精手術後、超音波で胎嚢が三つ以上確認された件 *ただし、胎嚢が二つの品胎は除く。

指標6	平均妊娠率(モニタリング指標)
定義	人工授精手術(子宮腔内精子注入術)後、胎嚢が確認された件の比率
算出式	$\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{子宮腔内精子注入術合計件数}} \times 100$
選定根拠	■人工授精手術の妊娠率現況を確認
評価基準	■人工授精手術後、超音波で胎嚢が確認された件

体外受精手術評価指標

指標1	難妊施術医師1人当たりの手術件数を満たしているか
定義	■ 体外受精手術医師1人当たりの最小手術件数(20件)を満たしているか
評価対象	■ 評価対象期間中に体外受精手術を行った医師 ・週4日以上勤務し、週32時間以上該当医療機関に専属して勤務する者 ・勤務時間等の勤務条件が専属勤務者と同じで、3ヵ月以上雇用契約を締結した契約職
算出式	$\frac{\text{年間最小手術件数(20件)を満たす医師数}}{\text{評価対象医師数}} \times 100$
選定根拠	■ 適切な医療の質管理のための最小限の手術件数維持が必要
評価基準	■ 年間最小手術件数を満たしているか ・(含まれる手術)卵子採取、解凍胚移植 * 年間:2018.1.1.~12.31.
評価除外	■ 勤務期間1年未満の医師

指標2	難妊施術医師の補習教育履修率
定義	■ 体外受精手術を行った医師の補習教育履修率
評価対象	■ 評価対象期間中に体外受精手術を行った医師 <ul style="list-style-type: none"> ・週4日以上勤務し、週32時間以上を該当医療機関に専属し勤務する者 ・勤務時間等の勤務条件が専属勤務者と同じで、3ヵ月以上雇用契約を締結した契約職
算出式	$\frac{\text{評価基準充足医師数}}{\text{評価対象医師数}} \times 100$
選定根拠	■ 補習教育による難妊施術の質維持及び新しい知識の習得
評価基準	■ (難妊関連補習教育) 大韓生殖医学会、大韓補助生殖学会、大韓可妊力保存学会、大韓嶺南生殖内分泌研究会、その他の大韓産婦人科学会補助生殖術小委員会が認める難妊関連学術大会又は研修教育 ■ (勤務期間別適用基準) <ul style="list-style-type: none"> ・(3年以上の医師)3年間研修合計点12点以上履修 ・(1年以上～3年未満の医師)補習教育1回以上履修 * 勤務期間: 難妊施術遂行医師個人の難妊施術医療機関(他の機関を含む)勤務期間の合計 * 3年: 2016.1.1.～2018.12.31.
評価除外	■ 勤務期間1年未満の医師

指標3	胚作成担当人材1人当たりの手術件数
定義	■ 胚作成担当人材1人当たりの平均手術件数が適正か * 胚作成担当人材: 受精した胚の培養、保管及び管理等の胚作成業務を担当する人材
評価対象	■ 評価対象期間中に胚作成を専門に行った人材 <ul style="list-style-type: none"> ・週4日以上勤務し、週32時間以上該当医療機関に専属して勤務する者 ・勤務時間等の勤務条件が専属勤務者と同じで、3ヵ月以上雇用契約を締結した契約職
算出式	$\frac{\text{年間手術(卵子採取+解凍胚移植)件数}}{\text{胚作成担当人材数}}$
選定根拠	■ 適切な胚研究室の質管理のためには一人当たりの手術件数を一定件数以下に維持することが医療の質向上に必要である。
評価基準	■ 年間最小手術件数を満たしているか (含まれる手術) 卵子採取、解凍胚移植 * 年間: 2018.1.1.～12.31.

指標4	胚作成担当人材の補習教育履修率
定義	<ul style="list-style-type: none"> ■ 胚作成担当人材1人当たりの平均手術件数が適正か * 胚作成専門人材;受精した胚の培養、保管及び管理等の胚作成業務を担当する人材
評価対象	<ul style="list-style-type: none"> ■ 評価対象期間中に胚作成を専門に行った人材 ・ 週4日以上勤務し、週32時間以上該当医療機関に専属して勤務する者 ・ 勤務時間等の勤務条件が専属勤務者と同じで、3ヵ月以上雇用契約を締結した契約職
算出式	$\frac{\text{評価基準充足人材数}}{\text{胚作成担当人材数}} \times 100$
選定根拠	<ul style="list-style-type: none"> ■ 教育による胚作成及び管理の質維持及び新しい知識の習得
評価基準	<ul style="list-style-type: none"> ■ (難妊関連補習教育)大韓胚専門家協議会主管の教育、又は大韓生殖医学会、大韓補助生殖学会、その他大韓生殖医学会臨床胚研究委員会が認める難妊及び基礎生殖医学関連学術大会又は研修教育 ■ (勤務期間別適用基準) <ul style="list-style-type: none"> ・ (3年以上)補習教育2回以上履修(大韓胚専門家協議会主管教育1回必須) ・ (1年以上～3年未満)補習教育1回以上履修 * 勤務期間:胚作成専門に遂行した個人の他機関を含む勤務期間の合計 * 3年:2016.1.1.～2018.12.31.
評価除外	<ul style="list-style-type: none"> ■ 勤務期間1年未満の対象者

指標5	卵子採取室の応急機器があるか
定義	<ul style="list-style-type: none"> ■ 卵子採取室内に応急装備を備えているか
算出式	<ul style="list-style-type: none"> ■ 評価基準を満たしているか
選定根拠	<ul style="list-style-type: none"> ■ 卵子採取時に発生する恐れのある緊急時に備えた必須機器が必要
評価基準	<ul style="list-style-type: none"> ■ 応急機器(5機)全てを満たす <ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素供給装置、吸引器、気管内挿管器、心電図、心室除細動器 * [卵子採取室内]は包括的な意味で解釈し、卵子採取室がある同じ階の手術室、分娩室にある場合も認める。

指標6	手術関連指針が樹立されているか
定義	■ 体外受精手術の手術過程及び衛生管理等の手術関連の指針が樹立されているか
算出式	■ 詳細基準を満たしているか
選定根拠	■ 体系的な難妊治療及びサービス提供のための指針の樹立及び管理が必要
評価基準	<p>■ 詳細基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体外受精手術関連相談及び説明内容 ・ 手術過程及び手術に伴う衛生管理 <p>* 2013.12.31までに指針を樹立した機関に限る。</p>

指標7	手術関連相談及び教育施行率	
定義	■ 体外受精手術前・後に医師との相談及び教育施行率(診察記録等)	
評価対象	■ 一次体外受精手術件	
算出式	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"> $\frac{\text{相談及び教育実施件数}}{\text{一次体外受精手術合計件数}} \times 100$ </td> </tr> </table>	$\frac{\text{相談及び教育実施件数}}{\text{一次体外受精手術合計件数}} \times 100$
$\frac{\text{相談及び教育実施件数}}{\text{一次体外受精手術合計件数}} \times 100$		
選定根拠	■ 患者に手術に関する正しい情報を提供し、ストレス及び不安を緩和させる	
評価基準	<p>■ 下記の内容を含む相談及び教育実施に関する診察記録等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体外受精手術に対する説明 ・ 体外受精手術のための難妊関連検査及び手術経験に対する確認 ・ 薬物投与及び手術副作用に対する説明 ・ 手術後の注意事項に対する説明及び教育 	

指標8	難妊原因診断のための検査施行率	
定義	■ 難妊原因診断のための必須検査施行率	
評価対象	■ 一次体外受精手術件	
算出式	■ 精液検査施行率 $\frac{\text{精液検査実施件数}}{\text{一次体外受精手術合計件数}} \times 100$	■ 子宮及び卵管開通のための検査施行率 $\frac{\text{子宮及び卵管開通検査実施件数}}{\text{一次体外受精手術合計件数}} \times 100$
選定根拠	■ 難妊原因診断のための必須検査項目として、正確な診断による適切な難妊治療を図る	
評価基準	■ 体外受精手術前の必須検査を行ったか ・(精液検査)精液検査を実施したか ・(子宮及び卵管開通のための検査)子宮卵管造影術、子宮卵管造影超音波、腹腔鏡を使った卵管検査等 ＊他院で施行した結果を確認した場合も認める(診察記録に他病院の検査結果記載がある)	
評価除外	■ (子宮及び卵管開通のための検査)子宮卵管結紮術の既往歴がある場合等 ＊他院で子宮卵管結紮術を行った場合、診察記録等に記載されている場合も含む	

指標9	多胚移植ガイドライン順守率											
定義	■ 多胚式ガイドラインの年齢別移植胚数順守率											
算出式	$\frac{\text{ガイドライン順守件数}}{\text{胚移植合計件数}} \times 100$											
選定根拠	■ 多胎妊娠を予防し、産婦と子供の健康な出産のため、移植胚数ガイドラインを順守する ■ 体外受精手術の医学的基準ガイドライン											
評価基準	■ 多胚移植ガイドライン <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>年齢区分</th> <th>胞胚期 (Blastocyst)</th> <th>卵割期 (Cleavage-stage embryos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35歳未満</td> <td>1個</td> <td>2個</td> </tr> <tr> <td>35歳以上</td> <td>2個</td> <td>3個</td> </tr> </tbody> </table>			年齢区分	胞胚期 (Blastocyst)	卵割期 (Cleavage-stage embryos)	35歳未満	1個	2個	35歳以上	2個	3個
年齢区分	胞胚期 (Blastocyst)	卵割期 (Cleavage-stage embryos)										
35歳未満	1個	2個										
35歳以上	2個	3個										

指標10	品胎以上の妊娠率
定義	■ 体外受精手術(胚移植)後、胎嚢が確認された件のうち、胎嚢が三つ以上確認された件の比率
算出式	$\frac{\text{三つ以上の胎嚢確認件数}}{\text{胎嚢確認合計件数}} \times 100$
選定根拠	■ 多胎妊娠は妊娠中、出産及び出産後の産婦と新生児に合併症及び副作用を引き起こす可能性が高い高危険妊娠に分類される。 ■ その中でも品胎以上の妊娠は、その危険性が更に高く、管理が必要である。
評価基準	■ 体外受精手術後、超音波で胎嚢が三つ以上確認された件 *ただし、胎嚢が二つの品胎は除く。

指標11	標準化妊娠率(全体妊娠率)		
定義	■ (標準化妊娠率)算出条件を全て満たす体外受精手術(胚移植)の妊娠率 ■ (全体妊娠率)体外受精手術(胚移植)の妊娠率		
算出条件	■ 算出条件(新鮮、凍結胚移植を含む、三つの条件を全て満たす) ・37歳以下 ・難妊の原因:原因不明又は卵管要因(複合要因を除く) ・手術回数:新鮮、凍結胚移植を合わせ合計3回以内		
算出式	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ■ 標準化妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{算出条件に基づく胚移植合計件数}} \times 100$ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ■ 全体妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{胚移植合計件数}} \times 100$ </td> </tr> </table>	■ 標準化妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{算出条件に基づく胚移植合計件数}} \times 100$	■ 全体妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{胚移植合計件数}} \times 100$
■ 標準化妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{算出条件に基づく胚移植合計件数}} \times 100$	■ 全体妊娠率 $\frac{\text{胎嚢確認件数}}{\text{胚移植合計件数}} \times 100$		
選定根拠	■ 妊娠率を決める患者の年齢、難妊の原因及び手術回数等に対する考慮が必要		
評価基準	■ 算出条件を満たす胚移植件数に応じた適用基準 ・(標準化妊娠率)算出条件適用時、胚移植件数が年間20件以上の機関 ・(全体妊娠率)算出条件適用時、胚移植件数が年間20件未満の機関		

別添2 関連法令・告示

□母子保健法

第11条の3(難妊施術医療機関の指定等) ① 保健福祉部長官は「医療法」第3条第2項第1号ア目・ウ目及び同項ア目・ウ目・オ目に基づく医療機関中、補助生殖術等の難妊施術が可能な医療機関を難妊施術医療機関に指定できる。

- ② 第1項に基づく難妊施術医療機関は保健福祉部令で定める施設・機器及び専門人材等を備える必要がある。
- ③ 保健福祉部長官は第1項に基づき指定された難妊施術医療機関(以下「指定医療機関」とする)に対し、3年ごとに第2項の基準及び実績等に対する評価を実施し、評価結果に基づいた結果に応じて指定を取り消しできる。
- ④ 保健福祉部長官は第3項に基づく評価業務を関係専門機関又は団体に委託できる。
- ⑤ 保健福祉部長官は第3項に基づく評価結果を公開する必要がある。
- ⑥ 第1項及び第3項に基づく難妊施術医療機関指定及び指定取消の基準・手続き、第4項に基づく委託、第5項に基づく評価結果の公開方法等に必要な事項は保健福祉部令で定める。

第11条の6(統計管理等) ① 保健福祉部長官は難妊克服支援の効率化のため、補助生殖術等の難妊施術現況及びそれに基づく妊娠・出産等に対する統計及び情報等の資料を収集・分析し管理(以下“統計管理”とする)する必要がある。

- ② 第1項に基づく資料は次の各号の内容を含む必要がある。
 - 1. 人工統計学的特性
 - 2. 産科及び医学的過去歴
 - 3. 難妊の原因
 - 4. 難妊施術の過程及び妊娠・出産等の難妊施術結果
 - 5. 難妊施術で生まれた新生児の健康情報
 - 6. 難妊施術医療機関の情報
 - 7. その他、難妊施術統計管理に必要な資料として保健福祉部令で定める事項
- ③ 保健福祉部長官は統計管理を保健福祉部令で定める機関に委託・運営できる。
- ④ 保健福祉部長官は統計管理に必要な場合、難妊患者を診断・治療する医療人又は医療機関、「国民健康保険法」に基づく国民健康保険公団及び健康保険審査評価院、その他、難妊克服関連の事業を営む法人・機関・団体等に資料を要請できる。この場合、資料を要請された者は特別な理由がない限り、要求に従う必要がある。
- ⑤ 第3項に基づく委託等に必要な事項は保健福祉部令で定める。

□ 母子保健法施行規則

第10条(難妊施術医療機関の評価) ① 法第11条の3第3項に基づく難妊施術医療機関に対する評価は次の各号の基準に従い行う。

1. 施設・機器及び専門人材の質
2. 難妊施術の実績
3. 難妊施術の質管理現況
4. その他の難妊施術医療機関の業務遂行に必要なと保健福祉部長官が認める事項

② 第1項に基づく難妊施術医療機関の評価方法及び手続き等に関する詳細内容は保健福祉部長官が定め告示する。

第11条(難妊施術医療機関の指定取消) ① 保健福祉部長官は第10条に基づく評価結果が次の各号のいずれかに該当する場合、法第11条の3第3項に基づき難妊施術医療機関の指定を取消できる。

1. 法第11条の3第2項に基づく施設・機器及び専門人材基準を満たせなくなった場合
2. 難妊施術の実績があまりにも劣る場合
3. 難妊施術の質が低いと判断される場合
4. その他の評価結果を考慮し、難妊施術医療機関の指定目的の達成が難しいと判断される場合

② 難妊施術医療機関は法第11条の3第3項に基づきその指定が取消された場合は、難妊施術医療機関指定書を保健福祉部長官に返納する必要がある。

第12条(難妊施術医療機関評価業務の委託) 保健福祉部長官は法第11条の3第4項に基づき、難妊施術医療機関の評価に関する業務を次の各号の機関又は団体に委託できる。

1. 「国民健康保険法」第62条に基づく健康保険審査評価院
2. 政府が設立又は運営費用の全部又は一部を支援する法人の中で、医療機関の評価に関する業務を担当する非営利法人
3. その他の医療機関評価業務を遂行できる人的・物的資源を備えていると保健福祉部長官が認めた非営利法人

第12条の2(難妊施術医療機関評価結果の公開) ① 保健福祉部長官は法第11条の3第5項に基づき、関係中央行政機関、地方自治体(保健所を含む)及び第12条に基づき、評価業務を委託された専門機関又は団体のインターネットホームページで難妊施術医療機関の評価結果を公開する必要がある。

② 公開内容及び手続き等に関する詳細内容は保健福祉部長官が定め、告示する。

□ 難妊施術医療機関評価等に関する基準(保健福祉部告示第2019-84号、19.4.29.)

第1条(目的) この告示は「母子保健法施行規則」(以下“施行規則”とする)第10条第2項及び第12条の2第2項に基づき、難妊施術医療機関の評価方法及び手続き、評価結果の公開等に関する詳細内容の規定を目的とする。

第2条(評価計画の樹立) ①保健福祉部長官は施行規則第10条第1項に基づき、難妊施術医療機関を評価する場合、評価対象期間、評価基準、評価方法等を含む評価計画を樹立し、評価実施2ヵ月前に公告する必要がある。

②第1項の評価計画は別表の評価基準等を考慮する必要がある、難妊施術医療機関評価委員会(以下“委員会”とする)の審議を経て保健福祉部長官が定める。

第3条(評価方法) 難妊施術医療機関を評価する際には施行規則第10条第1項各号の基準を満たしているかを検討するが、各基準の詳細内容は各号の通りである。

1. 施設・機器及び専門人材の質:「母子保健法」第8条第2項に基づく難妊施設医療機関の施設・機器及び専門人材を満たしているか
2. 難妊施術の実績:人工授精及び体外受精手術の年齢別手術件数、胚作成・移植件、手術中断件数等
3. 難妊施術の質管理現況:難妊関連診断・手術過程・胚管理等の医学的基準及びガイドラインを順守しているか等
4. その他、難妊施術医療機関の業務遂行に必要なと保健福祉部長官が認める事項

第4条(評価結果の公開) ①保健福祉部長官は「母子保健法」第11条の3第5項及び施行規則第12条の2第2項に基づき、難妊施術医療機関の専門人材・施設・機器現況、手術別・患者年齢別手術件数等を公開できる。この場合、具体的な評価結果の公開範囲は委員会の審議を経て保健福祉部長官が定める。

②第1項に基づく評価の公開方法(ホームページアドレス等)、公開手続き及び評価対象医療機関の案内方法等は委員会が定める。

③評価結果に対して異議がある評価対象医療機関は保健福祉部長官に異議申し立てができる。異議申し立ては評価結果を通報された日から14日以内に行うこと、

第5条(難妊施術医療機関評価委員会の構成) ①難妊施術医療機関評価等に関する次の各号の事項を審議するために、保健福祉部長官所属の委員会をおく。

1. 難妊施術医療機関評価等に関する事項
2. 難妊施術医療機関指定及び指定取消に関する事項
3. その他、難妊施術医療機関管理のために保健福祉部長官が必要だと認める事項

②委員会は委員長を含め、11人以内の委員で構成する。

③委員会の委員長は難妊施術医療機関関連業務を担当する保健福祉部高位公務員の中から保健福祉部長官を任命し、委員は次の各号に該当する者を保健福祉部長官が任命又は委嘱する。

1. 保健医療需要者を代表する三人
2. 医療法第28条及び第52条に基づく医療人団体又は医療機関団体が推薦する三人
3. 保健福祉部所属3級又は4級に相当する公務員一人
4. 国民健康保険法第62条に基づく健康保険審査評価院の職員一人
5. 難妊施術評価及び統計管理に関する学識と経験が豊富な専門家二人

④委員の任期は3年とし、再任できる。ただし公務員の委員の任期はその職に在職する期間とし、補欠委員の任期は前委員の残り期間とする。

⑤委員は職務上で知り得た秘密を他人に話してはならず、また職務外の目的で使ってはいけない。保健福祉部長官はこれを違反した委員に対し、任期が残っていたとしても委員資格を解任できる。

第6条(委員会の運営) ①委員長は委員会を招集し、その議長になる。

②委員長がやむを得ない理由で職務を行えない場合、委員長が予め指名した委員がその職務を代行する。

③委員会の会議は在籍委員の過半数の出席で開議し、出席委員過半数の賛成で議決する。

④委員会の事務を処理するために幹事を一人おく。この場合、幹事は施行規則第12条に従い難妊施術医療機関評価業務を委託された機関の職員の中から保健福祉部長官が指名する。

⑤委員会に出席した委員に対しては予算の範囲内で手当てを支給できる。ただし、公務員がその所管業務と直接関連し出席する場合には該当しない。

⑥その他の委員会運営に必要な事項は委員会の議決を経て委員長が定める。

第7条(資料の提出等) ① 難妊施術医療機関の評価及び統計管理のために難妊施術医療機関が難妊施術を行う場合、機関調査票及び手術内訳書(以下“資料”とする)を作成し提出する必要がある。この場合、資料の提出先、時期及び方法等は施行規則第12条及び第12条の6に基づき、難妊施術医療機関評価及び統計管理業務を委託された機関が定める内容に従う。

②第1項に基づき評価及び統計管理業務を委託された機関は施行規則第10条第1項の評価内容と母子保健法第11条の6の統計管理内容を含む資料を難妊施術医療機関に要請する必要があり、資料の詳細事項は難妊施術専門家の諮問を受け、委員会の審議を経て定める。

③保健福祉部長官は難妊施術医療機関が資料提出にかかる費用の一部を支援できる。費用の算定方法及び規模等に対する詳細事項は、委員会の審議を経て評価及び統計管理業務を委託された機関で別途に決める内容に従う。

第8条(業務の委託) 保健福祉部長官は施行規則第12条第1号及び第12条の6第1号に基づき、難妊施術医療機関評価業務及び統計管理業務を「国民健康保険法」第62条に基づく健康保険審査評価院に委託する。

第9条(再検討期限) 保健福祉部長官は「訓令・例規等の発令及び管理に関する規定」に基づき、この告示に対して施行日から3年目になる時点(3年目の12月31日までを意味する)ごとに、その妥当性を検討し、改善等の措置をとる必要がある。

付則

この告示は発令した日から施行される。

[別表] 難妊施術医療機関評価基準(第2条第2項関連)

評価基準	評価基準の詳細内容
施設・機器及び専門人材の質	・「母子保健法」第8条第2項に基づく難妊施術医療機関の施設・機器及び専門人材を満たしているか等
難妊施術の実績及び質管理	・人工授精及び体外受精手術の年齢別手術件数、胚作成・移植件、手術中断件数等 ・難妊関連診断・手術過程・胚管理等の医学的基準及びガイドラインを順守しているか等
その他	・その他の保健福祉部長官が公告する難妊施術医療機関評価基準

□ 難妊施術医療機関施設・機器及び専門人材に関する基準

区分	(人工授精)指定基準	(体外受精)指定基準
関連根拠	「母子保健法施行規則」第8条第2項関連[別表2]	「生命倫理及び安全に関する法律施行規則」第17条第1項関連[別表1]
施設	ア. 診察室 イ. 独立した空間の精液採取室	ア. 防塵施設(塵除去及び空気調節装置) イ. 換気装置 ウ. 卵子採取室 エ. 精子採取室 オ. 診療室
機器	ア. 超音波機器 イ. 顕微鏡 ウ. 精液検査機器 エ. 遠心分離機等の精子分離器	ア. 超音波機器 イ. 無菌箱(Clean Bench) ウ. 二酸化炭素培養器 エ. 顕微鏡 オ. 冷蔵庫及び冷凍庫 カ. 卵子吸入器 キ. 遠心分離機 ク. 恒温器 ケ. 細胞計数機 コ. ロック装置が付いている胚保管用液体窒素タンク(LN ₂ tank)
専門人材	ア. 産婦人科専門医1人以上 イ. 手術を補助できる看護師又は准看護師1人以上	ア. 産婦人科専門医又は次の要件を全て備えた専門医や一般医を一人以上配属する必要がある。 1) 3年以上胚作成関連手術を続けた経験があること 2) 保健福祉部長官が定める内容に応じて胚作成教育を修了すること イ. 胚作成関連手術を補助する看護師又は経歴2年以上の准看護師を配置すること ウ. ア目の医師を補助し精子及び卵子を体外受精した胚の培養、保管及び管理等の業務を担当する人材として、次の要件を備えた人を1人以上配置すること。 この場合、保健福祉部長官の定めにより医療機関同士の胚作成担当人材を共有できる。 1) 胚作成関連分野の経歴が2年以上であること 2) 3年制以上の大学で医学・生物学・獣医学・発生工学・畜産学・遺伝工学・分子生物学又は臨床病理学等の胚作成関連学科を履修した者であること

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究

子宮内膜調整法が周産期予後に及ぼす影響に関する検討

研究分担者 齊藤和毅 東京医科歯科大学大学院 茨城県小児周産期地域医療学講座 助教

研究要旨： 近年、生殖補助医療は広く普及し、結果として治療の実施数や治療による出産数は著しく増加している。生殖補助医療は妊娠の初期に大きく介入するため、その影響は周産期医療に密接に関わる。しかし、生殖医療が周産期予後に与える影響は未だ十分に解明されていない。研究分担者はこれまで凍結融解胚を移植した際に、着床環境をホルモン補充により調整した場合には、自然排卵で調整した場合と比較して癒着胎盤や妊娠高血圧症、過期産のリスクが増加することを報告してきた。今年度はホルモン補充周期移植後の妊娠において過期産のリスクが上昇することに着目し、子宮内膜調整法と分娩の進行の関連につき解析を行った。その結果、2012年から2015年までの凍結融解胚移植後妊娠において、軟産道強靱、微弱陣痛、分娩遷延などの分娩進行に関わる異常のリスクがホルモン補充周期で高いことが示された。本研究で得られた知見は、生殖医療が分娩の進行に影響を及ぼすことを明示し、生殖医療の内容に応じた厳重な周産期管理が必要であることを裏付けるものである。本研究で示されるように、生殖医療と周産期医療は不分離である。生殖補助医療を推進した場合に周産期医療全体にどのような影響を及ぼしうのか、継続的な評価が今後とも必要である。

A.研究目的

生殖補助医療は広く認知されるようになり、近年では高齢のカップルのみならず若年カップルにおいても多数実施されている。一方で、生殖補助医療の安全性に関しては未だ十分な知見が得られていない。生殖医療の安全性を考える場合には、児への影響と母体への影響の双方について考える必要がある。生殖補助医療が出生時に与える影響に関しては数多くの調査がなされ、薬剤や受精方法、体外培養など様々な見地から多くの知見が得られている。一方で母体の周産期合併症への影響に関しては未解

明な部分が多い。過去に生殖補助医療に伴う多胎が周産期医療を圧迫した事例があったように、生殖補助医療と周産期医療は不可分である。また、わが国の周産期医療は未だ十分に提供されているとは言い難く、全国的な産婦人科医の不足は解消されていない。そのため生殖医療が周産期医療全体にどのような影響を及ぼすかを明らかにすることは、生殖医療の普及を考える上で避けられない課題である。

生殖医療による妊娠の予後を検討する場合には、生殖医療そのものと生殖医療を受けた背景にある患者の不妊因子の双方が影

響を及ぼす。生殖補助医療が始まって初期の頃は現在と比べてより重度の不妊症の患者が対象となっていたために、その予後にも背景の不妊因子が大きく影響していたことが想像される。しかし前述の通り、近年多くの若年患者がより早期に生殖補助医療を行うようになったことにより、全体としての予後に占める背景の不妊因子の影響は薄まり”dilution effect”、生殖医療そのものの影響が相対的に明確となる可能性がある。そのため、生殖補助医療が普及した今こそ改めてその周産期医療への影響を評価する必要がある。

この点に関しては、本課題の他の分担研究者でもある石原らが凍結融解胚移植後の妊娠では新鮮胚移植後の妊娠と比較して、妊娠高血圧症や癒着胎盤のリスクが上昇することを報告している。しかしそのリスクの差を生む背景にある病態は不明であった。そのため、本研究分担者は凍結融解胚移植の際の子宮内膜の調整法に着目してさらに詳細に解析を行い、凍結融解胚移植を行う際に自然の卵胞発育および排卵に伴うホルモン環境により着床環境を調整した群では、ホルモン剤を使用して調整した群と比較して妊娠高血圧症や癒着胎盤のリスクが低く、妊娠糖尿病のリスクが高くなることを明らかとした。またさらに、ホルモン剤を用いて着床環境を調整した群では分娩時期が遅くなり、過期産のリスクが高まることも報告した。過期産では母児ともに周産期予後が悪化するため、この結果は生殖補助医療の内容に応じた厳重な周産期管理が必要なことを明示するものである。

本年度は過期産の原因を解明するため、分娩の進行に関わる異常に関して発症

リスクに関わる因子を検討した。

B. 研究方法

日本産科婦人科学会の倫理委員会の承認を得て、日本産科婦人科学会のARTオンライン登録データを入手した。

2012年から2015年までの入手した治療データのうち、凍結融解胚移植を行った症例を抽出し、さらに出産まで至った症例に限定した。これらのうち、分娩進行に関する異常として微弱陣痛、分娩遷延、分娩停止が起きた症例を分娩時合併症の自由記載欄の記載をもとに抽出した。

抽出した分娩進行の異常症例に関しては、その発症要因に関して検討するために女性年齢、分娩時期、分娩方法、子宮内膜調整法を含めた生殖補助医療の治療方法などを検討し、発症に影響を及ぼす特定の因子の有無を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、成育医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施されている。

C. 研究結果

2012年から2015年までに日本で実施された生殖補助医療は1,512,417周期(2012年326,297周期、2013年368,642周期、2014年393,558周期、2015年423,920周期)であった。このうち新鮮胚を用いた治療は920,693周期、凍結胚を用いた治療は591,724周期で実施されており、生産分娩に至った治療周期は新鮮胚の移植で40,459周期、凍結融解胚の移植で132,804周期であった。

生産分娩に至った173,263症例のうち、

微弱陣痛症例は137例（2012年29周期、2013年27周期、2014年49周期、2015年32周期）、分娩遷延症例は36例（2012年5周期、2013年9周期、2014年9周期、2015年13周期）、分娩停止症例は238例（2012年27周期、2013年58周期、2014年93周期、2015年60周期）確認された（表1）。このうち、新鮮胚移植による妊娠は微弱陣痛26例、分娩遷延4例、分娩停止69例であり、凍結融解胚移植は微弱陣痛111例、分娩遷延32例、分娩停止169例であった。カイ二乗検定では微弱陣痛（ $p < 0.001$ ）と分娩遷延（ $p = 0.002$ ）において2群間に有意な差を認めたものの、分娩停止に関しては有意な差を認めなかった（表1）。

これら分娩の進行に関わる異常につき、子宮内膜調整法が及ぼす影響に関して一般化推定方程式を用いて解析した。交絡因子として母体年齢、移植時の胚の発育段階、移植胚数、ARTの適応、Assisted hatchingの有無を用いて調整した結果、微弱陣痛はrate ratio 2.40（95%信頼区間1.51-3.79）、分娩遷延はrate ratio 2.69（95%信頼区間1.05-6.87）であり子宮内膜調整法は独立したリスク因子であることが示唆された（表2）。一方で分娩停止に関してはrate ratio 1.35（95%信頼区間1.00-1.81）であった。ただし、ホルモン補充周期移植後の妊娠では自然周期での移植後妊娠と比較して分娩時期が遅くなることから出生時の体重は重くなる傾向があり、胎児因子が分娩の進行に影響を及ぼす可能性もある。

D. 考察

2012年から2015年の間にわが国で生殖

補助医療後に出生した児のうち、微弱陣痛、分娩遷延、分娩停止の記録を認めたものは全体の0.48%（411/86,073例）であった。これらは全体的にホルモン補充周期で生じる傾向にあり、多変量解析の結果ホルモン補充周期による子宮内膜調整は微弱陣痛と分娩遷延の発症における独立したリスク因子であることが示された。

先行研究ではホルモン補充周期での胚移植後に妊娠した患者は自然排卵周期で移植し妊娠した患者と比較して分娩の時期が遅くなり、過期産のリスクが上昇することが明らかになっていた。本研究では分娩時期が遅れる原因を追究するために、分娩の深奥にかかわる異常につき検討した。分娩が進行するためには、十分な強さの陣痛すなわち子宮収縮が起きること、およびその結果子宮頸管が開大することが必須である。本研究ではホルモン補充周期で移植した群において微弱陣痛と分娩遷延が有意に多いことが示され、妊娠初期の着床環境が陣痛にまで影響を及ぼすことを示唆する点で大変興味深い。このことはまた、未だ十分に解明されていない陣痛発来メカニズムを考察する上でも有用な知見ともいえる。

本解析で確認された微弱陣痛、分娩遷延および分娩停止の症例数は少なく、一般的な発生頻度と比較しても少ない。このことは、本解析で用いたデータベースにおいてこれらの事象が自己申告で記載されるものであるゆえに、多くが記載されずに漏れているものと推測される。生命にかかわるような重篤な合併症であればデータベースに登録される可能性が高まる一方で、微弱陣痛（陣痛が弱い）や分娩遷延（分娩に時間を要する）といった事象は即生命に影響を

及ぼす類の異常ではないため、場合によっては患者本人にも正確な病名が告げられていないことすら考えられる。そのような点を加味すると、これら分娩の進行に関わる異常の発生頻度に関しては注意して理解する必要がある。一方で、ホルモン補充周期での妊娠であれ自然排卵周期での妊娠であれ、これら分娩の進行に関わる異常が記載される可能性は2群間で同等であるものと推測される。すなわちこの2群間で認められた頻度の差は、その多くが記載から漏れていることが予想されるとはいえ、実際の2群間における発生頻度の差を反映しているものと考えられる。

これまでに得られたホルモン補充周期での移植後妊娠では周産期合併症のリスクが上昇する知見も併せて考えると、本治療法で分娩の進行にも胎盤が何等かの形で寄与することが示唆される。未だその詳細なメカニズムは解明されていないものの、分娩が遷延した場合には母児の周産期予後が悪化するため、そのことが予測される場合にはあらかじめ適切な管理を行う必要がある。その点で、今後合併症発症症例を詳細に検討することで、発症に関わる因子をより明確にし、妊娠後の周産期医療をも見据えた適切な生殖医療の在り方を模索することが重要である。

E. 結論

本研究により、ホルモン補充周期における凍結融解胚移植では自然排卵周期での移植と比較して分娩の進行が滞るリスクが高いことが明らかとなった。生殖補助医療と周産期医療は切り離せない関係であるため、生殖補助医療の普及が周産期医療に与

える影響は継続して注視する必要がある。

F. 研究発表

Saito K, et al. Endometrial preparation methods for frozen-thawed embryo transfer are associated with altered risks of hypertensive disorders of pregnancy, placenta accreta, and gestational diabetes mellitus. *Human reproduction* 2019; 34:1567–1575.

Saito K, Kuwahara A, Ishikawa T, Morisaki N, Miyado M, Miyado K, Fukami M, Miyasaka N, Ishihara O, Irahara M, Saito H. Reply: Artificial cycle 'per se' or the specific protocol of endometrial preparation as responsible for obstetric complications of frozen cycle? *Human reproduction* 2019; 34:2554-2555.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 分娩進行に関わる異常の経時変化

	2012		2013		2014		2015		合計		P
	HRT	NC	HRT	NC	HRT	NC	HRT	NC	HRT	NC	
生死産数	8723	5510	11882	6940	16327	7765	20197	8729	57129	28944	
微弱陣痛	25 0.29%	4 0.07%	18 0.15%	9 0.13%	40 0.24%	9 0.12%	28 0.14%	4 0.05%	111 0.19%	26 0.09%	<0.001
分娩遷延	5 0.06%	0 0.00%	8 0.07%	1 0.01%	8 0.05%	1 0.01%	11 0.05%	2 0.02%	32 0.06%	4 0.01%	0.002
分娩停止	23 0.26%	4 0.07%	38 0.32%	20 0.29%	62 0.38%	31 0.40%	46 0.23%	14 0.16%	169 0.30%	69 0.24%	n.s.

表2 分娩進行に関わる異常 rate ratios

	adjusted rate ratio (95% CI)
微弱陣痛	2.40 (1.51–3.79)
分娩遷延	2.69 (1.05–6.87)
分娩停止	1.35 (1.00–1.81)

交絡因子: 母体年齢、移植時胚発育段階、移植胚数、ARTの適応、Assisted hatchingの有無。

里親・特別養子縁組制度の情報提供に関する
生殖医療の患者、医療者、福祉専門家の意識調査

研究分担者 杉本公平 獨協医科大学・医学部 教授

研究要旨

生殖医療の患者、医療者、特別養子縁組制度・里親制度の福祉専門家を対象として、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に対する意識を明らかにするために、ART説明会で患者、医療者、福祉専門家を対象にアンケート調査を行った。

医療者、福祉専門家を対象としたアンケートの結果、情報提供のあり方としては、●福祉施設だけでなく医療施設でも情報提供を行うべきだ、●体外受精の説明会で実施した方がよい、●医療者によるカウンセリングが必要となる、●患者全員に情報提供が必要ではない、と考える人が過半数以上と多かった。生殖医療施設が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をおこなうことに賛同は得られそうだが、適用と心理支援を明確にする必要があると考えられた。生殖医療施設が情報提供する際の障壁と考えられたのは、●患者が不快に思うか、傷つくのではないかという懸念が95.9%と最も多く、●スタッフの特別養子縁組制度・里親制度に対する情報・知識の不足93.1%、●医療施設における患者の心理支援体制の不足89.7%と続いた。医療者は患者の心理面に及ぼす影響を心配し、その心理面、情報知識面からの支援体制の不足を障壁と考えていた。生殖医療施設が情報提供する際の必要要件としては、ポスター・パンフレット等資料、児童相談所・あっせん団体との連携や出前講義、が9割以上必要と回答し、医療者が自分で説明できるようになるための講習会や心理支援担当者の設置の必要性は86%であった。福祉専門家の回答では医療者の知識獲得が100%必要と考えており、医療者は福祉専門家を頼り過ぎず、医療者自身も知識獲得と支援体制づくりを積極的に行う必要があると自覚するべきだと考えられる。体外受精の説明会で特別養子縁組制度・里親制度の簡単な情報提供をすることは、約8割の患者においては好意的に受け取られるが、約2割の患者においては嫌悪的な感情を引き出し、施設に対する印象が悪くなる可能性が示された。医療者が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をすること自体は両群ともに肯定していた。

医療者が両制度の情報提供をある程度行えるように研修を積み、パンフレットなどの資料や福祉専門家などとの連携も準備することが両制度の普及のために必要であると考えられた。情報提供に対して一定数の患者は否定的に捉えていることが明らかになったことからそのような患者に対して心理社会的支援の体制を整えていくことが両制度の普及を促進していくと考えられ、そのための体制整備の具体案について議論していくことが今後の課題であると考えられた。

研究分担者：
杉本公平（獨協医科大学・医学部）

研究協力者：
小泉智恵（獨協医科大学・医学部）

川嶋正成（五の橋レディースクリニック）

A. 研究目的

生殖医療の患者、医療者、特別養子縁組制度・里親制度の福祉専門家を対象として、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に対する意識を明らかにする。具体的には、生殖医療受診中の患者、生殖医療の医師・コメディカルスタッフ、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供担当者を対象に、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供とアンケート調査を行い、特別養子縁組制度・里親制度の事前知識、情報提供に対する印象、情報提供のあり方に対するニーズ、ライフコース選択の可能性を調べて、適切な情報提供のあり方について明らかにする。

B. 研究方法

研究デザイン：匿名式アンケートを用いた横断的研究。

調査対象：日本産科婦人科学会に生殖補助医療施設として登録されている研究実施協力機関に受診中かつ挙児を希望する男女患者であることに加え、体外受精説明会で特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に参加した患者とその施設の医療者（医師・コメディカル）、情報を提供した福祉専門家。

調査期間：2021年1月21日、2月13日、2月26日、4月10日の4回の説明会で行った。

研究1のアウトライン（図1研究プロトコル）：

①リクルートとして、スタッフが体外受精の説明会の参加患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供とアンケート調査をすることを紹介し、患者は口頭で参加意思を表明する。

②参加意思がある者は体外受精の説明会

で特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に参加する。

③情報提供後に匿名式のアンケートが配布されるので、「同意してアンケートに回答する」にチェックすることで同意とみなす。アンケートに回答し、回答し終えたらスタッフに提出する。

調査項目（表1アンケートの調査項目）：

患者アンケート：生殖医療の治療経験と今後希望する治療、情報提供前の特別養子縁組・里親に対する知識と検討、情報提供に対する印象、特別養子縁組・里親に対する好感度、情報提供のあり方に対するニーズ、自分の選択肢としての可能性と障壁、生殖医療受診者向けリーフレットに対するニーズ。

医師・コメディカルスタッフアンケート：情報提供前の特別養子縁組・里親に対する知識、患者への情報提供経験、情報提供に対する印象、情報提供のあり方に対するニーズ、情報提供に対する障壁。

福祉専門家アンケート：患者への情報提供経験、情報提供に対する印象、情報提供のあり方に対するニーズ、情報提供に対する障壁。

情報提供の内容：

「行政からの特別養子縁組制度・里親制度の情報提供（約15分）」

情報提供者 特別養子縁組制度・里親制度の知識と経験を有する、東京都・埼玉県に勤務する専門職員（行政職）

「民間特別養子縁組あっせん団体からの特別養子縁組制度・里親制度の情報提供（約15分）」

情報提供者 一般社団法人アクロスジャパン 代表理事 小川多鶴

C. 研究結果

1. 参加者数

体外受精の説明会は2施設で4回実施し、下記数を回収した。

患者アンケート：74人が参加し全員から回答を得た。

医療者アンケート：医師7人（産婦人科医5人、研修医2人）、コメディカルスタッフ17人（看護師11人、胚培養士4人、事務職6人、心理職1人）が参加し全員から回答を得た。

福祉専門家アンケート：福祉専門家5人（行政職2人、社会福祉団体職員3人）が参加し全員から回答を得た。

医師、コメディカルスタッフ、福祉専門家合計29人からの回答を合わせて分析した。

2. 医療者、福祉専門家の結果

今回の情報提供以前の知識や経験

社会福祉専門家を除き特別養子縁組制度・里親制度を知っているか尋ねたところ、身近にありよく知っている16.7%、両制度の違いを説明できる位知っている45.8%、あまりよくわからない33.3%、全くわからない0%、無回答4.2%であった。また、これまで患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をおこなってきたか尋ねたところ、積極的におこなってきた12.5%、絶対不妊の診断時に詳しく伝えた4.2%、あまりおこなっていなかった16.7%、全くおこなっていなかった66.7%であった。行っていない理由を多重選択でたずね職種別に整理したところ（表2）、医師は専門知識がないから80%、その他（患者から相談されなかった、研修医のため）40%、患者が不快に思うことが予想されるから20%であったが、コメディカルスタッフは患者と特別養子縁組制度・里親制度の話をする機会がないから

66.7%、専門知識がないから53.3%、医師から指示されていないから33.3%、患者が不快に思うことが予想されるから13.3%、その他（患者とそれを話す職種でない）13.3%、福祉領域のことだから6.7%であった。情報提供して患者数が減ると経営的に困るから、自分の医療が敗北したとを感じるからを選択した者はいなかった。

福祉専門家に対して体外受精の説明会で特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をおこなった後の感想を尋ねた。5人全員が生殖医療施設は協力的だと感じた。多くの患者が関心を持ったかについては、4人がそう思うと答え、1人はわからないと答えた。

特別養子縁組制度・里親制度の情報提供のあり方

特別養子縁組制度・里親制度の情報提供のあり方について、とてもそう思うとそう思うを合計して賛成、あまりそう思わない、全くそう思わないを合計して反対として、多い方を中心に整理した（図2）。その結果、「特別養子縁組制度・里親制度の情報提供は体外受精の説明会で実施しない方がいい」に対して賛成33.3%、反対58.3%で、説明会で実施した方がいいと考える人が多かった。「別の会で希望者を集めて行うべきだ」に対して賛成45.8%、反対45.8%と同数で、意見が拮抗した。「すべての患者に生殖医療開始前に実施するべきだ」に対して賛成33.4%、反対58.3%で、すべての患者に実施するべきではないと考える傾向が見られた。「医療施設でなく福祉施設で行うべきだ」に対して賛成33.4%、反対58.4%で医療施設で行うべきだと考える人が多かった。「医療者によるカウンセリングが必要となる」に対して賛成58.3%、反対25%であった。「情報提供を積極的に行っていきたい」か

どうかは、賛成 54.1%、反対 33.3%であった。

生殖医療施設が情報提供する際の障壁

一般的に、生殖医療施設が患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をとした場合次の6項目はどの程度障壁になるか尋ねた。障壁でないという割合、少し障壁だ、大きな障壁だ、を合計した障壁である割合を算出した(図3)。「患者が不快に思うか、傷つくのではないかと懸念」は障壁でない割合は0%、障壁である割合は95.9%であった。「患者が治療に消極的になってしまうのではないかと懸念」は障壁でない41.7%、障壁だ45.8%であった。「医療施設における患者の心理支援体制の不足」は障壁でない6.9%、障壁だ89.7%であった。「スタッフの特別養子縁組制度・里親制度に対する情報・知識の不足」は障壁でない3.4%、障壁だ93.1%であった。「患者数が減って経営的に困るのではないかと懸念」は障壁でない41.7%、障壁だ29.2%であった。「血のつながらない親子に対する社会的な偏見」は障壁でない17.2%、障壁だ72.4%であった。

生殖医療施設が情報提供する際の必要要件

一般的に生殖医療のスタッフ・施設が患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供を普及させていくとしたら、次の項目がどの程度必要か尋ねた。大いに必要、少し必要の回答を合計して必要とする割合を算出した。「特別養子縁組制度・里親制度のポスター、パンフレットなどの資料」を必要とする割合は91.7%であった。「地域の児童相談所、あっせん団体との連携」を必要とする割合は93.1%、「福祉専門家による特別養子縁組制度・里親制度の出前講義」を必要とする割合は95.8%であった。「生殖医療施設の医師、医療者が自分で説明できるよ

うになるための講習会」、「施設内の心理支援担当者の設置」を必要とする割合はそれぞれ86.2%であった。「特別養子縁組制度・里親制度の推進施設であることの認定」を必要とする割合は79.3%、「特別養子縁組制度・里親制度の推進施設であることの保険点数加算」を必要とする割合は55.1%であった。福祉専門家のみ質問した「医療者が特別養子縁組制度・里親制度に関する知識を持つこと」は100%が必要と回答し、「地域の児童相談所、あっせん団体が、特別養子縁組制度・里親制度の講義や相談窓口を生殖医療施設内に持つこと」は80%が必要と回答した。

3. 患者アンケートの結果

患者全回答数(n=74)の分析したところ、平均年齢34.8±5.6(最小値25、最大値49)、現在実施施設に通院中91.9%、他施設に通院中2.7%、通院していない5.4%であった。

今回の情報提供以前の知識や経験

特別養子縁組制度・里親制度を知っているか尋ねたところ、身近にありよく知っている2.7%、両制度の違いを説明できる位知っている13.5%、あまりよくわからない68.9%、全くわからない14.9%であった。

これまで特別養子縁組制度・里親制度の情報をどこかで提供されたことはあるかと尋ねると、提供されたことはない75.7%、提供された23.0%、無回答1.4%であった。

これまで患者自身が里親・養親になることを考えたことはあるか尋ねたところ、具体的に考えたことがある1.4%、少し考えたことがある23.0%、全く考えたことはない48.6%、わからない16.2%、治療中は考えないようにしている10.8%であった。

これまで患者自身が配偶者と里親・養親になることについて話し合ったことはある

か尋ねたところ、具体的に話し合ったことがある 1.4%、話題に上がったことがある 29.7%、全くない 63.5%、わからない 2.7%、治療中は話題にしないようにしている 2.7%であった。

今回の情報提供に対する拒否感がある人とない人の違い

「体外受精の説明会で養子や里親の話は聞きたくなかった」の質問に対して、わからない (n=5) を除外し、とてもそう思う (2人)、そう思う (7人) と回答した者を『聞きたくない群』(n=9)、あまりそう思わない (26人)、全くそう思わない (34人) と回答した者を『聞いてもよい群』(60人) とした。

群別の治療状況については、聞きたくない群の経験した治療はタイミング指導と人工授精に集中し、見込みの治療は採卵胚移植のみに集中していたが、聞いてもよい群は治療経験や治療予定が多様化していた。(表3、表4)。

聞きたくない群と聞いてもよい群で違いがあるか t 検定をおこなった。その結果(表5)、聞きたくない群は、聞いてもよい群に比べて、情報提供前の状態として、年齢が若く、特別養子縁組制度・里親制度についてあまり知らず、自分が里親・養親になることを考えたことがない傾向がみられた。また、情報提供後の反応として、聞きたくない群は、聞いてもよい群に比べて、体外受精の説明会なのになぜ養子や里親の話をするのか理解ができず、体外受精の説明会だが養子や里親の話を聞いてよかったとは思えなかった。施設に対する印象として、聞きたくない群は子どもを持ちたい夫婦を支援してくれる施設とあまり思えず、患者が納得するまで生殖医療を実施してくれないのではないかと思います、体外受精で妊娠で

きなかった時養子縁組や里親を進められるのではないかと思います、この施設で治療を受けたいとあまり思わない傾向が見られた。また、情報提供を聞いて養子・里親に対する印象で温かいと考えにくい周囲に受け入れられていると考えやすかった。他方、もし体外受精で妊娠しなかった場合養子・里親を選択肢の1つとして考えるかという問いに対しては聞きたくない群も聞いてもよい群も有意差はなかった。「わからない」27人、「少しは検討する」25人、「全く検討しない」10人の順で多かった。

医療者は、里親制度・養子縁組の情報を提供したほうがよいかとのカイ二乗検定をおこなったところ、有意差がみとめられなかった ($\chi^2(1)=4.649, p=.065, \phi=.261$)。説明会で聞きたくない群も聞いてもよい群もいずれも、医療者が提供した方がよいと思う割合が多かった(表6)。

医師が情報提供する時の希望は、聞きたくない群は体外受精で妊娠できなかった時や治療を止めようか検討する時、患者が希望した時に集中していたが、聞いてもよい群は体外受精開始時以外の時期ならどの選択肢も望ましいと考える傾向が見られた(表7)。

D. 考察

本研究は生殖医療受診中の患者、生殖医療の医師・コメディカルスタッフ、特別養子縁組制度・里親制度の福祉専門家を対象に、特別養子縁組制度・里親制度の情報提供とアンケート調査をおこなった。医療者、福祉専門家を対象としたアンケートの結果、情報提供のあり方としては、●福祉施設だけでなく医療施設でも情報提供を行うべきだ、●体外受精の説明会で実施した方がよ

い、●医療者によるカウンセリングが必要となる、●患者全員に情報提供が必要ではない、と考える人が過半数以上と多かった。

体外受精の説明会でなく、別の会で希望者を集めて行うべきだという考えは賛成と反対がそれぞれ 45.8%と拮抗していた。また、情報提供を積極的に行っていきたい人が過半数を占めた。以上から、生殖医療施設が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をおこなうことに賛同は得られそうだが、適用と心理支援を明確にする必要があると考えられる。

一般に生殖医療施設が情報提供する際の障壁と考えられたのは、●患者が不快に思うか、傷つくのではないかという懸念が 95.9%と最も多く、●スタッフの特別養子縁組制度・里親制度に対する情報・知識の不足 93.1%、●医療施設における患者の心理支援体制の不足 89.7%と続いた。医療者は患者の心理面に及ぼす影響を心配し、その心理面、情報知識面からの支援体制の不足を障壁と考えていた。

一般に生殖医療施設が情報提供する際の必要要件としては、ポスター・パンフレット等資料、児童相談所・あっせん団体との連携や出前講義、が9割以上必要と回答し、医療者が自分で説明できるようになるための講習会や心理支援担当者の設置の必要性は86%であった。これに対して福祉専門家の回答では医療者の知識獲得が100%必要と考えられた。医療者は福祉専門家を頼り過ぎず、医療者自身も知識獲得と支援体制づくりを積極的に行う必要があると自覚すべきだと考えられる。

本研究の患者アンケートの結果、患者の81%は体外受精の説明会で特別養子縁組制度・里親制度の簡単な情報提供を聞いてもよいと回答し、12%は聞きたくないと回答し、

6%はわからないと回答した。この聞きたくないと回答した人々は聞いてもよいと回答した人々に比べて、情報提供前の事前知識や自身が養親・里親になることの検討は乏しい傾向があった。情報提供後に施設に対して患者が納得するまで治療してくれないのではないかと、もし体外受精で妊娠しなかった場合養子縁組や里親を勧められるのではないかと思う傾向があり、この施設で治療を受けたいとあまり思わなくなる傾向が見られた。こうした結果から、体外受精の説明会で特別養子縁組制度・里親制度の簡単な情報提供をすることは、約8割の患者においては好意的に受け取られるが、約2割の患者においては嫌悪的な感情を引き出し、施設に対する印象が悪くなる可能性が示された。今回の情報提供後にもし体外受精で妊娠しなかった場合の選択肢の1つとして考えるかは両群で差がなく「わからない」「少しは検討する」「全く検討しない」の順で多かった。他方、一般論としては医療者が特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をすること自体は両群ともに肯定していた。

本邦における生殖医療と里親制度・特別養子縁組制度の関連に言及した報告は近年になって散見され始めたが、議論が十分に尽くされているとは言えない状況である。埼玉県里親会での調査では、里母の68%、里父の56%が不妊治療を経験しており、里母の66%、里父の75%が体外受精を経験していると報告されている一方で、里母・里父とも約9割は生殖医療施設から両制度の情報提供を受けていないと回答している(杉本ら、日本生殖心理学会誌 2020)。医療者から両制度の情報提供を行う事を妨げている要因を明らかにすることが生殖医療患者への両制度の普及を促進し、要保護児

童が家庭的養護を受けれる機会を増やすことに寄与すると期待されると考えられる。

医療者から両制度の情報提供が行われていない原因は、第一に欧米諸国と比較して本邦においては両制度が十分に普及してなく、医療者、患者ともに家族形成の手段として認識されていないことが挙げられる。今回の調査で説明会参加者の8割以上が両制度について「あまりよくわからない」、「全くわからない」と回答していることがその現状を反映しているものと考えられる。また、医療者が情報提供できない原因として、医療者自身がその知識を十分に有していないことも考えられるが、本調査の結果が示しているように両制度の情報提供を受けることに拒否感を示す患者が一定数存在し、情報提供を行う事が患者の反発を招く、あるいは傷つけることになってしまうことを憂慮していることは想像に難くない。情報提供に伴い生じる患者の心理社会的側面の問題に対応できる体制が十分に整えられていないことがもう一つの原因であると考えられる。

これらの問題を解決する方法として第一に考えられるのは、医療者が両制度についての知識を習得することである。そのための研修システムなどを構築していく必要があると考えられる。しかしながらその知識を習得しても繁忙な生殖医療の診療業務の間では十分な説明時間がとれないと考えられる。それを補うためのパンフレット・ポスターなどの資料の作成、さらには本調査で行ったような説明会での情報提供の体制を整えることが必要であると考えられる。心理社会的支援の体制整備については、それを担う中心となるべき心理職が十分に確保できていないのが現状である。生殖医療に精通した生殖医療専門のカウンセラー

は日本生殖心理学会が生殖心理カウンセラーを養成しているが、2021年4月現在で77名のみである。日本産科婦人科学会に登録されている600を越えるとされる生殖医療施設に比して極端に少なく、全ての施設で生殖心理カウンセラーの配備は困難であることは自明である。この問題を解決するために、地域性などを考慮しながら生殖医療の心理社会的支援の基幹となる高次施設とそれに連携した一次的施設との連携体制をつくることが一つの案として考えられる。がん治療や周産期医療をはじめとした多くの医療領域では一次施設と高次施設の連携は一般的である。生殖医療における心理社会的支援でも同様な連携体制を構築することが必要であると考えられ、さらには一次施設と高次施設が連携の中で心理社会的な問題のある症例への対応を共有することによって一次施設のスキルアップにも繋がり、心理社会的支援の底上げが期待できると考えられる。

今後の課題としては、生殖医療従事者への研修システムをどのように構築するのかということ、一次施設と高次施設の連携をどのように構築するのか、ということにまとめられる。両制度の研修についてはどの職種がどの程度の知識を持つべきなのか、そのためにどのような講習などが必要になるのかといった具体的な方法を今後検討していくべきと考えられる。施設連携については高次施設としての条件、具体的に言えば、生殖医療専門医や生殖医療専門カウンセラーが在籍すること必要であるのかどうか、連携の具体的な方法、すなわち、症例の紹介だけでいいのか、一次施設からの相談窓口を高次施設に設けるのか、一次施設に生殖医療専門カウンセラーが定期的に患者支援のための機会（心理支援セミナーな

ど) を設けるのか、現在普及が進みつつある web を用いた遠隔医療なども含めて検討していく必要があると考えられる。

2. 実用新案
なし
3. その他
なし

E. 結論

本調査で生殖医療における特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に対する患者の認識、その普及のための問題点について考察した。医療者が両制度の情報提供をある程度行えるように研修を積み、パンフレットなどの資料や福祉専門家などとの連携も準備することが両制度の普及のために必要であると考えられた。情報提供に対して患者の8割がたは肯定的に捉えたが、一定数の患者は否定的に捉えていることが明らかになった。そのような患者に対して心理社会的支援の体制を整えていくことが両制度の普及を促進していくと考えられ、そのための体制整備の具体案について議論していくことが今後の課題であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

第66回日本生殖医学会学術集会
第18回日本生殖心理学会学術集会

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得
なし

図1 研究プロトコル

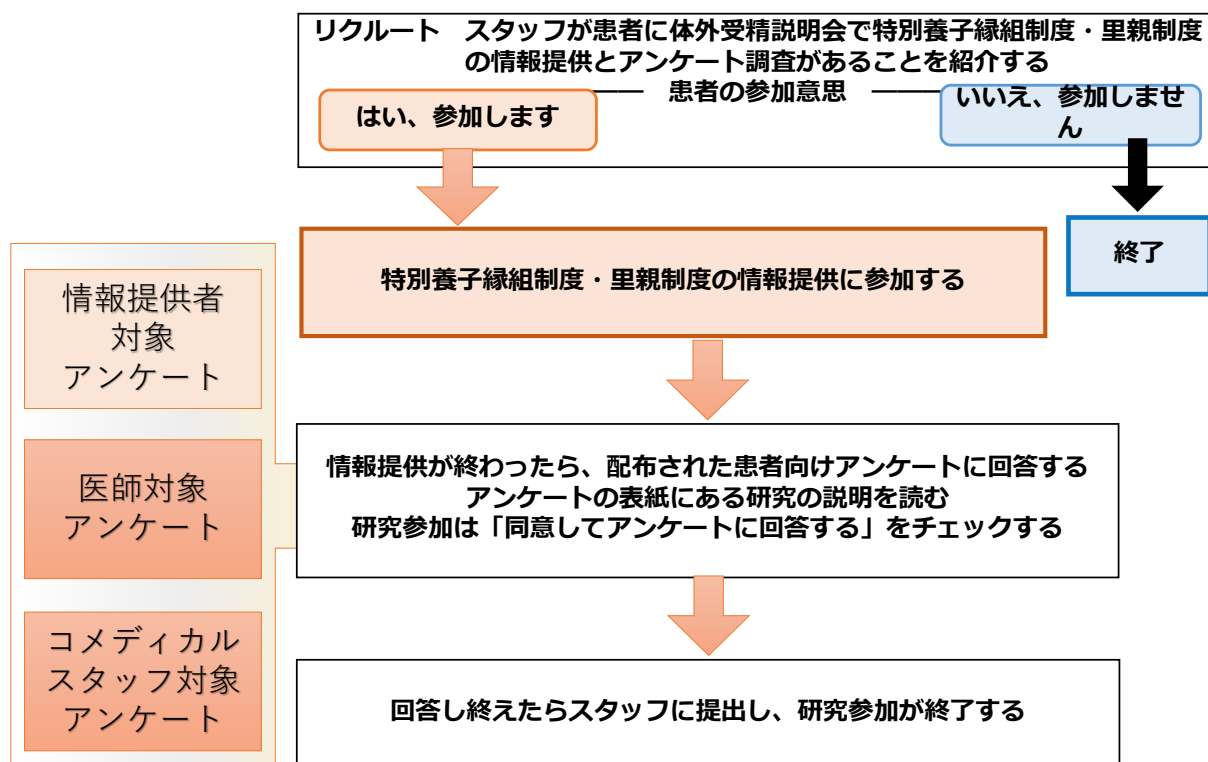


表1 アンケートの調査項目

調査項目	患者	医師	コメディカル	提供者
生殖医療の経験と希望	●			
情報提供前の特別養子縁組・里親に対する知識と検討	●	●	●	
患者への情報提供経験		●	●	●
情報提供に対する印象	●	●	●	●
特別養子縁組・里親に対する好感度	●			
情報提供のあり方に対するニーズ	●	●	●	●
自分の選択肢としての可能性と障壁	●			
生殖医療受診者向けリーフレットに対するニーズ	●			
情報提供に対する障壁		●	●	●

表2 医療者が患者に特別養子縁組制度・里親制度を伝えていない理由

回答職種	伝えていない理由（多重選択回答）									合計
	患者が不快に思うことが予想されるから	患者と特別養子縁組制度・里親制度の話をする機会がないから	医師から指示されていないから	福祉領域のことだから	専門知識がないから	患者数が減ると経営的に困るから	自分の医療が敗北したと感じるから	その他		
医師	度数 1	0	0	0	4	0	0	2	5	
	調査票の %	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	80.0%	0.0%	0.0%	40.0%	
コメディカルスタッフ	度数 2	10	5	1	8	0	0	2	15	
	調査票の %	13.3%	66.7%	33.3%	6.7%	53.3%	0.0%	0.0%	13.3%	
合計	度数 3	10	5	1	12	0	0	4	20	

図2 特別養子縁組制度・里親制度の情報提供のあり方

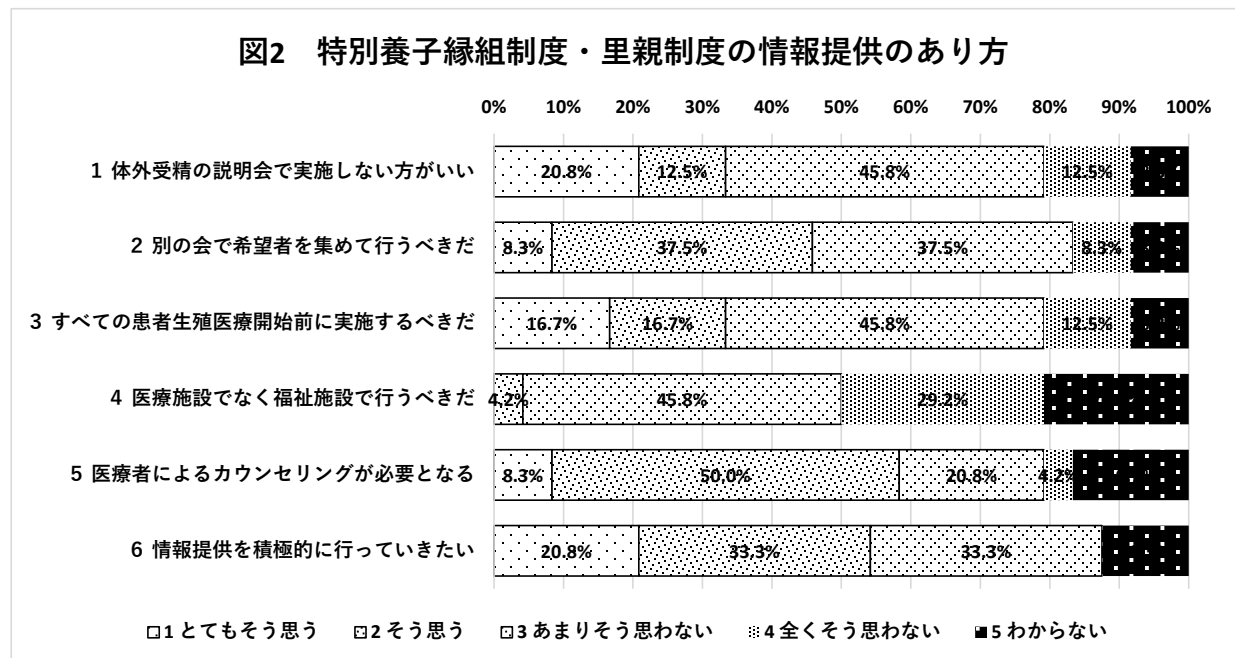


図3 医療者が患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供をする場合予想される障壁

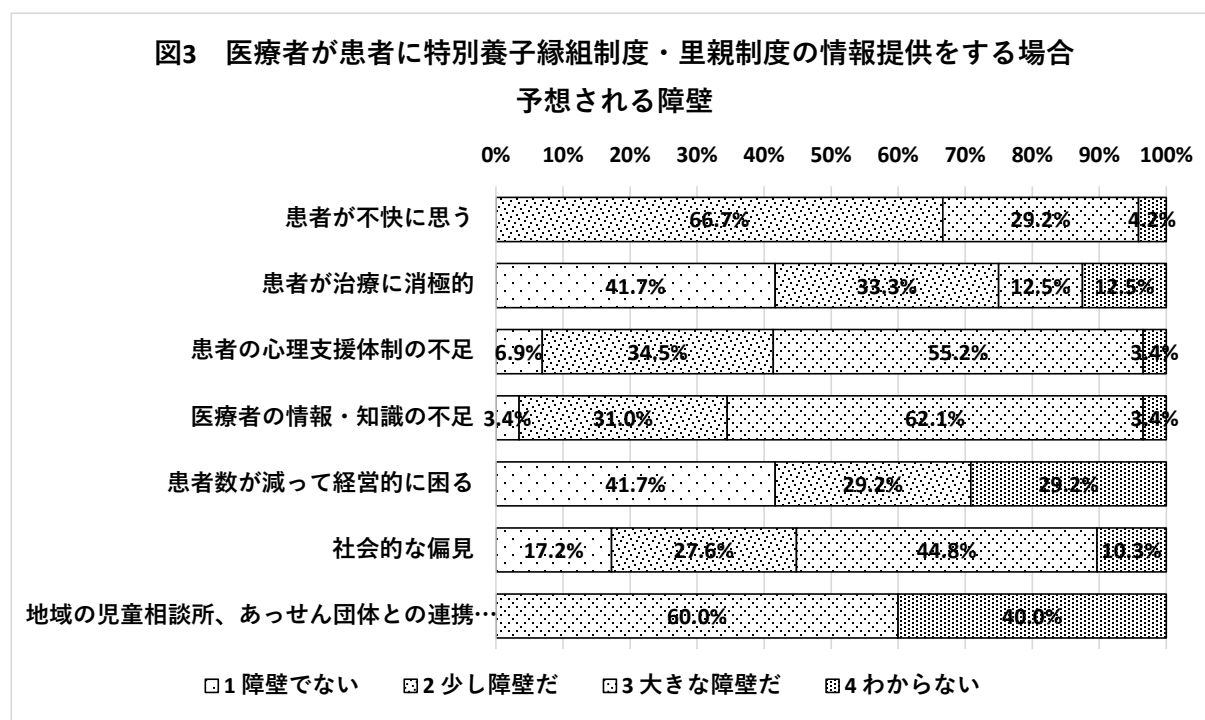


図4 医療者が患者に特別養子縁組制度・里親制度の情報提供することを普及させるための要件

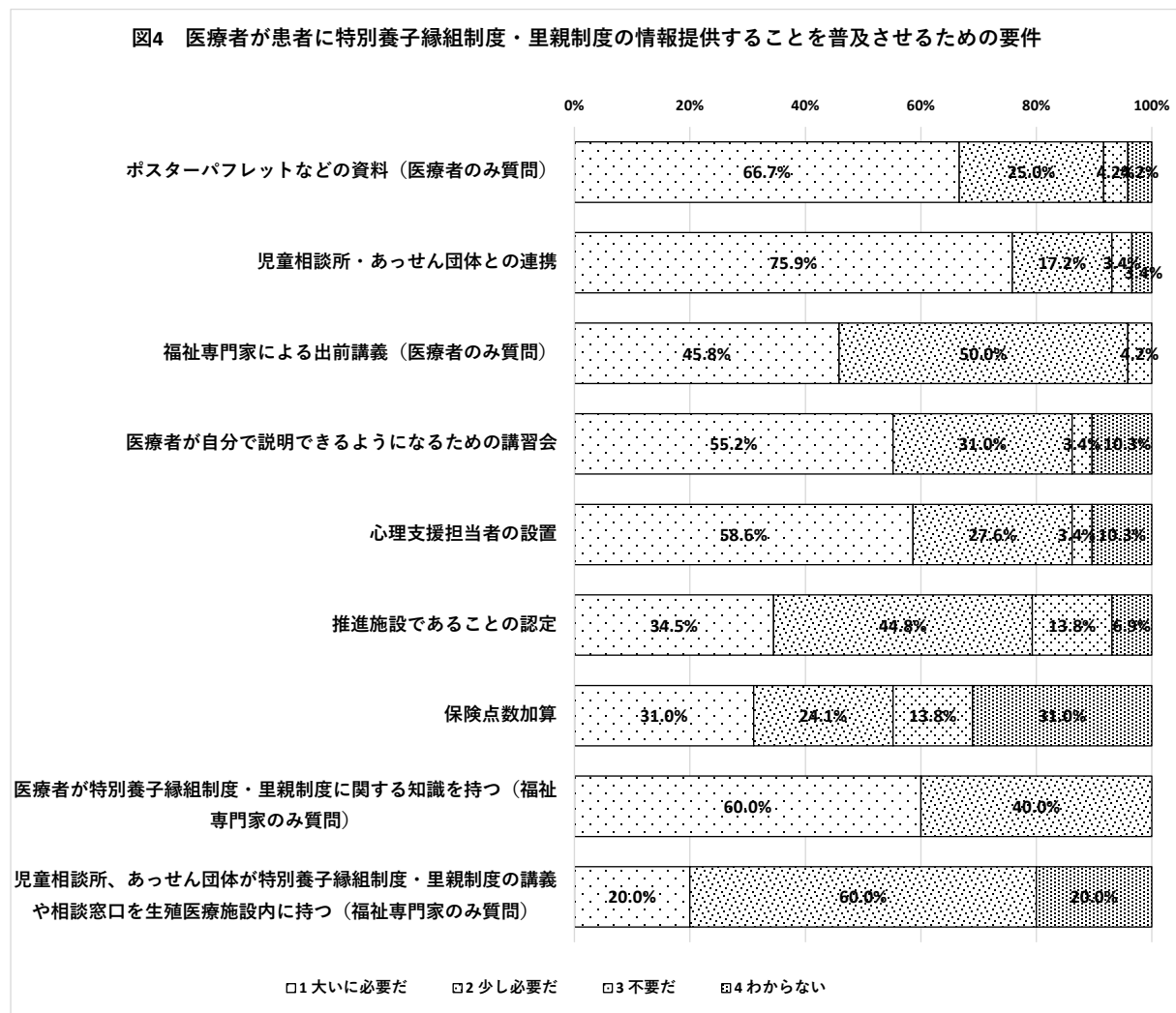


表3 これまでに経験した治療

		経験した治療 (多重回答)						合計	
		不育症治療	タイミング	人工授精	採卵胚移植	TESE	その他有無		
体外受精の説明会	1 聞きたくない	度数	0	6	5	0	0	0	6
	なので養子や里親の話は聞きたくない	%	0.0%	100.0%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	
子や里親の話は聞きたくない	2 聞いてもよい	度数	7	39	32	3	2	1	48
	きたくない	%	14.6%	81.3%	66.7%	6.3%	4.2%	2.1%	
合計		度数	7	45	37	3	2	1	54

表4 これから実施見込みの治療

		見込みの治療 (多重回答)						合計	
		不育症治療	タイミング	人工授精	採卵胚移植	TESE	その他有無		
体外受精の説明会	1 聞きたくない	度数	0	0	0	9	0	0	9
	なので養子や里親の話は聞きたくない	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	
子や里親の話は聞きたくない	2 聞いてもよい	度数	3	6	11	57	3	0	60
	きたくない	%	5.0%	10.0%	18.3%	95.0%	5.0%	0.0%	
合計		度数	3	6	11	66	3	0	69

表5 体外受精の説明会で養子・里親の情報を聞きたくない群と聞いてもよい群の違い (t検定)

	聞きたくない群 (n=9)	聞いてもよい群 (n=60)	p	95%CL	
	M	M			
<情報提供前の状態>					
年齢	31.2	35.2	.037	-7.771	-0.252
特別養子縁組制度里親制度を知っていたか	3.3	2.9	.048	0.004	0.896
自分が里親・養親になることを考えたことはあるか	2.0	1.7	.000	0.166	0.401
配偶者と里親・養親になることについて話し合ったことはあるか	1.7	1.7	.922	-0.354	0.321
<情報提供後の反応>					
体外受精の説明会なのに、なぜ養子や里親の話をするのか、理解できなかった	2.2	3.4	.000	-1.671	-0.685
体外受精の説明会だが養子や里親の話を聞いてよかった	2.8	1.8	.000	0.474	1.412
子どもを持ちたい夫婦を支援してくれる施設だと感じた	2.3	1.7	.007	0.165	1.019
この施設は、患者が納得するまで生殖医療を実施してくれないのではないかと思った	2.6	3.5	.002	-1.375	-0.321
この施設では、体外受精で妊娠できなかった時、養子や里親を勧められるのではないかと思った	2.2	3.1	.002	-1.352	-0.313
この施設で治療を受けたいと思った	2.0	1.8	.012	0.058	0.451
温かい (情報提供後の養子・里親に対する印象評定)	2.0	1.8	.004	0.070	0.338
周囲に受け入れられた (情報提供後の養子・里親に対する印象評定)	2.0	2.4	.000	-0.550	-0.177
もし体外受精で妊娠しなかった場合、養子・里親を選択肢の1つとして考えるか	3.9	3.2	.215	-0.387	1.691

表6 体外受精の説明会で養子・里親の情報を聞きたくないかどうかと、医療者は里親制度・養子縁組の情報を提供した方がよいか、とのクロス集計

		医療者は、里親制度・ 養子縁組の情報を		合計
		1 提供しな くてよい	2 提供した 方がよい	
体外受精の 説明会なの で養子や里 親の話は聞 きたくな かった	1 聞きたく ない	度数 3	6	9
		% 33.3%	66.7%	100.0%
		調整済み残差 2.2	-2.2	
	2 聞いても よい	度数 5	54	59
		% 8.5%	91.5%	100.0%
		調整済み残差 -2.2	2.2	
合計		度数 8	60	68
		% 11.8%	88.2%	100.0%

表7 体外受精の説明会で養子・里親の情報を聞きたくないかどうかと、医療者は里親制度・養子縁組の情報をいつ提供した方がよいか、とのクロス集計

		医療者が提供する時							合計
		不妊治療 を開始す る時	体外受精 の説明会 で	ART開始	体外受精 で妊娠で きなかつ た時	生殖医療 を止めよ うか検討 する時	患者が希 望した時	その他	
体外受精の説明会なの で養子や里親の話は聞 きたくなかった	1 聞きた くない	度数 0	0	0	2	2	3	0	7
		% 0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	28.6%	42.9%	0.0%	
	2 聞いて もよい	度数 18	9	0	7	14	23	0	54
		% 33.3%	16.7%	0.0%	13.0%	25.9%	42.6%	0.0%	
合計		度数 18	9	0	9	16	26	0	61

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究
不妊治療機関における里親・特別養子縁組の情報提供に関する不妊治療経験者、
医療専門職（医師・カウンセラー）、里親・特別養子縁組関係機関職員の意識

研究分担者 林浩康 日本女子大学社会福祉学科教授

研究協力者 小川多鶴 アクロスジャパン代表

研究協力者 後藤絵里 朝日新聞社

研究協力者 由井秀樹 山梨大学大学院総合研究部医学域特任助教

研究要旨： 本研究では、里親・特別養子縁組に関する情報を不妊治療患者に提供した医療機関における医療専門職（医師・カウンセラー）、情報提供を受けた不妊治療経験者、里親・特別養子縁組関係機関（児童相談所・自治体の主管課・民間養子縁組あっせん機関）の運営者や職員の意識等に関するそれらへの半構造化面接（面前あるいはオンライン）による聴き取り調査を行った。

調査結果からまず不妊治療開始前に里親や養子縁組に関する情報を患者に提供する必要のあることが不妊治療当事者の聴き取りから明らかになった。基本的に医師ではないカウンセラーなど別の専門職が患者個々に情報提供を行ったり、児童相談所や民間養子縁組あっせん機関などと連携し複数の方々を対象に説明会を行ったり、待合室で説明動画を流したり、パンフレットなどを配置・掲示することなど多様な方法が考えられる。個々の状況に応じて継続的・段階的に伝える必要もある。情報提供だけではなく、併せてカウンセリング機能の重要性が指摘された。夫婦が共に暮らしているからお互いの気持ちを共有しているわけではない。不妊治療過程において夫婦の認識の齟齬が生じ、関係が悪化することもある。カウンセラーが仲介役となり、家庭とは異なった場で相互に気持ちを伝え合ったり、場合によっては夫婦が個別にカウンセリングを受け、カウンセラーを通して互いの気持ちを伝えてもらい、夫婦で意識を共有したりすることが重要である。不妊治療経験のある養親の語りや聴くことや、子どもを含め交流する機会を持つことは、何よりも大きなインパクトを夫婦に与え、里親や養子縁組に関する深い理解につながる事が明らかとなった。調査結果を踏まえると、①不妊治療機関は治療開始前あるいは治療初期段階で里親・養子縁組に関する情報を提供すること、②患者によって情報を必要とするタイミングは異なるため、情報の濃度を変えて複数回提供することが望ましい、③具体的な情報提供や説明会のあり方については、児童相談所やその主管課、民間養子縁組あっせん機関などと検討し、連携・協働する必要がある、④不妊治療を経て子どもを授かった養親当事者の方の話を聴く機会や、そうした家族と交流する機会を提供すること、⑤カウンセリングの提供により、夫婦の意識共有を促す事が提言できる。

A.研究目的

本研究の目的は、里親・特別養子縁組の情報提供に関する不妊治療経験者、医療専門職（医師・カウンセラー）、里親・特別養子縁組関係機関（児童相談所・自治体の主管課・民間養子縁組あっせん機関）の運営者や職員の意識を明確化することである。

B.研究方法

本研究では、里親・特別養子縁組に関する情報を不妊治療患者に提供した医療機関における医療専門職（医師・カウンセラー）、情報提供を受けた不妊治療経験者、里親・特別養子縁組関係機関（児童相談所・自治体の主管課・民間養子縁組あっせん機関）の運営者や職員の意識等に関するそれらへの半構造化面接（面前あるいはオンライン）による聴き取り調査を行った。

なお、研究倫理審査については獨協医科大学埼玉医療センターリプロダクションセンターにおいて受審した。

C.聴き取り調査結果

2020年12月14日～2021年2月10日にかけて、研究分担・協力者が行った。

不妊治療経験者

(1) Aさん(43歳・女性) 不妊治療経験者・子どもの受託はまだしていない

○婚姻年齢・西暦

夫34歳、妻26歳・2004年

○いつから子どもを持つと思ったか

結婚当初から

○治療期間

体調を崩したこともあり、32歳のときに、

初めて病院に相談して治療を始める。40歳までの8年間。

○何の治療をしたか

人工授精を10回ぐらい。その後、体外受精を3回。他には顕微授精も2回

○どこで治療をしたか

最初、近くの産婦人科で。そこは人工授精までしかできなかったんで、その後、体外受精のできるクリニックに移ったが、なかなか結果が出なくて、知人の紹介でより評判のあるクリニックに。

○治療費にかかった総額はいくらか

最後のクリニックで250万円ぐらいで、その他の病院で、100万円ぐらい

○里親・特別養子縁組制度についていつどのように知ったか

障害を持った方の福祉施設で働いてる関係で、ご両親のいない、障害を持った子どもさんも施設の中にいたりして、何となく制度とかそういう話は聞いたことがあったんですけど、直接説明を受けたのはクリニックのカウンセラーから。またテレビドラマでも見て、夫といろいろ話をするようになって。

○児童相談所や民間機関が制度の説明にクリニックに来ることについてどう思うか

特に嫌だという気持ちもないし、良いとも思わなくて、どちらでもないっていう感じ。

○医師が説明することについてどう思うか

お医者さん以外の方からが良いと思います。夢中で治療していたりするので、その話をそのときに、入ってくるかどうかというのもあって。違う職種の方が説明してくださるほうが、私は良いと思います。

○医療機関がそういう情報を提供するって

いうことには抵抗ないですか。

私はこういう制度があるって知ったのが遅かったの。もう少し早くそういう医療機関とかで、話が聞けていたら、良かったと思います。

あと、病院にそういうパンフレットが置いてあったりとか、機関誌が置いてあれば、ちょっと待ち合いの時間に見たりもあったんですけど、私が通ってた病院には、そういうものも一切なくて。治療のステップアップの情報はたくさんあったんですけど、そういうものがなかったの。もう、自分も、そういう情報求めてなかったせいか、まったく目に入らなくて。

最後に通ったクリニックには、パンフレットが置かれてて。会報とかを待ち時間に見たりとか。あと、やっぱり待ってるときに、他の方と時々話したりすることがあって、でも人ごとで聞いてたんですけど、そういう話もあるのかっていう感じで。

○意識は徐々に変化しましたか

治療中に、養子縁組された方々との交流会に出させていただいたことがあり、そのとき、養子縁組に気持ちが動きました。それまで、自分の子を産むことばかりを考えてましたが、そうではなく2人で育てるっていう選択肢もあるんだって気付いたんですけど、そのときは、治療に一生懸命だったので、40歳までは、何が何でも続けると、自分にちょっと縛りを掛けちゃってて。もう治療を辞めることが、なかなかできなかったです。

○治療を辞めることは難しいことなのですね。

次、やればできるんじゃないかって思ったりとか。里親を考えた時期に、一回子宮外妊娠をしたことがあって。その後、人から、

「一回そうやってできたんだから、次は大丈夫だ」っていう話を聞いて、そこから、余計あきらめがつかなくなってしまっ

て。
○現在は里親や養子縁組に向けて、前向きに考えておられてるのでしょうか。

そうです。2年前に、民間養子縁組あっせん機関で研修を受講し、そのときに、私たち40過ぎの夫婦だったので、年齢のことを、ちょっと厳しく言われて。やっぱり新生児の場合に、「20年後も、30年後も元気でいられるか」っていう話をされて。そのときに、年齢のことが重く、私たちにのしかかってきて。その後、県の里親の説明会に参加し、養育里親についても紹介をされて。どっちにしようかって話し合ってるうちに、1年とか過ぎてしまって、今に至っています。

○里親や養子縁組について、夫婦どちらが積極的だったですか

私です。不妊治療も、どちらかと言うと、私のほうが望んで、どうしてもって感じでやって。養子縁組の件も、反対じゃないんですけど、ずっと2人で来ちゃったんで、今さらっていう気持ちも、多分、主人の中にもあったようです

○不妊治療中の自分に助言するとしたらどんな言葉をかけるか

子どもを産まなきゃっていうことに、すごく焦りすぎちゃって。特に35歳より前のときは。もしかしたら、他の選択肢もあるっていうのを、もう少し誰かに言ってもらっていたら、またちょっと違う角度で見られたんじゃないかって思います。だから色々な選択肢があるって言葉をかけてあげたいって思います。

クリニックに通って、カウンセラーのスタッフが、午前中いつでも、扉をたたいて入ってき

ていいですっていうスタンスで、いつも迎えてくれて。前の病院とかは、なかなか治療に失敗したりしても、もう、吐き出す場所がなくて。ほんとにつらくなっちゃって。

わかってくれる友達にも言いづらいときもあって、もう、ほんとに、この気持ちをどうしようっていうときに、吐き出せる場所があったっていうのは、すごく自分にとって、良かったので。

○情報提供だけではなく、その気持ちを聞いてもらえる場っていうのが重要ですね

そうです。やっぱり相談室に行くようになって、旦那は、絶対行かないと思ったんですけど、旦那も旦那の気持ちがあって、カウンセラーの方に話をするときがあって。そういう存在の人がいるっていうのは、すごく私にとっては、大きかった。

○普段2人でいても、相互の気持ちを聞き合うっていうことは難しいですよ

そうです、時々言い合いになり、私が言いたいことがあっても、引いちゃったりして、もやもやしたりするときがあったんですけど、誰かが中に入ってくれることで、ちょっとうまくいくときもあって。そういう面では、ほんとに、治療はうまくいかなかったんですけど、夫婦としての助けをもらったっていうか、すごく大きな支えでした。

○カウンセリングは夫婦別々っていうときもあったのでしょうか

夫が1人で行ったことが、一回だけあるのかな。全然関係ない話とかもしたみたいなんですけど、ちょっと私は、そのとき何を話したかは、しっかりは聞いてないんですけど、そういう場が旦那にも持ってたっていうことは、すごく良かったんじゃないかと思うんです

○こうしたことを話せる場はないですよ。特に男性が話せる場が

私たちの場合は、お互いに不妊要因があつて。私は責めてないつもりだったんですけど、あんまり彼の苦しい気持ちを、わかってあげられてなくて。多分、ほんとに辛かったと思うんです。吐き出す場がなかったんだろう。そういう面では病院でそういうことをやってくれて、ほんとに良かったっていうか。私たちにとっては最後の3年間の治療は人生の中で忘れられない3年間だったって思います。

○クリニックは里親や特別養子縁組については、治療を始めた初期の段階から情報を提供すべきだと思いますか

はい。初期の段階から、医師ではない別の方が、病院で伝えた方がいいとは思っています。

考察

不妊治療のルールに乗ると別の選択肢を考えることが困難となること、すなわち治療のステップアップ情報は頭に入ってきて、里親や養子縁組の情報に関しては難しいことが理解できる。確かに過去の治療中の自分には、色々な選択肢があるという言葉をかけてあげたいと思っても、その時に実際にそう思えるかは別の事である。

治療の初期段階で医師ではない別の専門職が情報提供を行ったり、待合室にさりげなくパンフレットなどを配置したりする必要性も再認識させられた。また、情報提供だけではなく、併せてカウンセリング機能の重要性が強調されている。夫婦が共に暮らしているからお互いの気持ちを共有しているわけでもない。お互いに治療が辛く感じるからこそ、寛容に受容的に気持ちを聴き合

うことが難しい面もあり、その事を語ること自体タブーとなることもあるのではないだろうか。カウンセラーが仲介役となり、家庭とは異なった場で相互に気持ちを伝えあったり、個別にカウンセリングを受け、カウンセラーを通して互いの気持ちを伝えてもらったりすることで、夫婦で意識を共有した形で、別の選択肢である里親や養子縁組に前向きに歩むことができるのではないだろうか。

(2) Bさん (51歳・女性) 不妊治療経験者・子どもの受託はしていない

○婚姻年齢・西暦

妻 31歳、夫 28歳・2000年

○子どもを持つと思ったのは、結婚当初からでしょうか

結婚当初から子どもは2人欲しいと思っていた。

○治療期間

33歳から41歳まで。途中休みながら。高度生殖医療(体外受精)は37歳から。

凍結胚(凍結受精卵)を破棄したのは44歳

○治療機関

総合病院の婦人科、専門クリニック、大学病院に通いました。

○何の治療を受けられましたか

タイミング療法、人工授精、体外受精(顕微授精含む)

○治療費にかかった総額はいくらぐらいでしたか

約1千万円

○里親・特別養子縁組制度についていつ知られましたか

以前から何となく知っていたが、体外受精

を始めてから現実的なものとして捉えるようになった。それ以前からテレビとかで見ている、知ったっていうか、言葉として知っているぐらいで

○上記制度についてより詳細にどのようにお知りになりましたか

埼玉県主催の不妊相談会の講演や体験者の発表。覚えている限りでは、医師の講演と、不妊治療を体験した方2名の体験談の発表という形で、たまたまそこで体験談を発表された方の2名のうちの一人が、特別養子縁組をされた方だったということです。

○参加されたのは治療を始めてどれぐらいたってからですか

当初、検査をして特に問題がなかったので、じゃあ取りあえずタイミングを合わせようっていった感じで治療という認識はなかったです。排卵しているかどうかとか、そういうことを見ながらという形だったので、私の中では治療を積極的にしているという感じではなかったんです。いつですかということになると、それでもやっぱり妊娠しなかったので、体外受精を始めようと思っていた時期になるでしょうか。とすると検査を始めて5~6年後っていう感じです。

○それを聞かれてどう思われましたか

養子縁組ということもあるんだろうけれども、私たちはこれから体外受精をやるので、そのときはまさか治療がうまくいかないとは思っていなかったもので、自分のこととは思えなかった。世の中にはそういう人がいるんだなという思いだったと記憶しています。

○児童相談所や民間機関が制度の説明に医療機関にやってくることにどう思

われますか

治療を始める前というか、本当の入り口の時点でそういう説明があれば違和感はないと思うんですけども、途中でというのは、多分私の経験からすると頭に入ってこないんじゃないのかなど。でも例えばその治療に専念していても、なかなか授からなかったりとか、期間が長くなりそうだったりする場合は、その途中というのもありなのかなど。でもそれは、そのカップルによって考え方が違うので、それがいつだったら正しいというのは、多分正解はないような気がするんです。知る機会がいっぱいあれば、そこで自分で知りたと思ったときにアクセスしやすいけれども、決められていて、例えば治療をこれぐらいの期間やったらこういう説明がありますとかってあらかじめ決まっているのだと、そこにちょうどマッチする人はあまりいないんじゃないのかなって。
○医師が説明することについてどう思いますか

正しく伝えることができるか疑問。医師は私の固定観念かもしれないんですけども、やっぱり目の前にいる患者さんを妊娠させたいという思いが強いと思うので、結局これって余計なことじゃないですか。だからあまり医師には期待は持てないかなど。

もちろん医療ってチームワークでやっているはずなので、そこでちゃんと、医師だけじゃなくて、そこの周りにいる人たちでその患者さんをちゃんと見ているというところであれば、医師でない人がやるべきかなど。

○養子縁組を知った時点で不妊治療をやめることができましたか

いいえ、体外受精を始めたばかりで、まだまだ他人事のように思えた。これから先の

ことで、不妊治療を頑張ろうと思っていました。なんとなくそういう制度もあるんだなって。私の場合は治療期間が長過ぎたのと、お金も結構使っていたので。考え過ぎだったのかもしれないんですけども、その子を自分が産んでいないからこそ、育てるとしたらすごく責任があると思ったんです。私にとってはハードルが高かったかなと思っています。

○里親や特別養子縁組については、夫婦で考えることはありましたか

具体的にどうしようというふうな話をしたことはなかったんですけども、折に触れてどう？っていうことをお互い、私から聞くこともあったし、夫から話されたこともあったけれども、ちょっと難しいねっていうことでいつも話が終わってしまいました。

○親族に里親や養子縁組について、お話しされることはあったんですか

私からは話したことはないんですけども、向こうからそういうことは考えないのかと。私が治療をしていることを知っている人からも言われたことがありますし。だから、遠い話ではなく、身近なことだったにもかかわらず、それに向けて動けなかったです。夫と具体的に話を私が 45 歳ぐらいのときにしたとき、子どもが成人したときに、自分たちは何歳かということも考えたほうがいいよねっていうこととか、あとは特別養子縁組だと、その当時はまだ今より年齢がもっと幅が低かったので、特別養子縁組は難しいよねっていうことと、だから、育てるんだったら里親かねえとか、中学生ぐらいだと反抗期かとか、そういうふうな話までしています。

○より早く治療に見切りを付け、里親や養

子縁組という別の選択肢について考えるには、どういったことが必要だと思われますか

実際に養子縁組や里親を経験された方とかと直接普通に話しをする機会、民間機関で働いている方とお話することなど。話をすると、私が思っているより特別なことじゃないんだなって、身近なことにごく感じた。私がすごく思ったのが、実際にそういうふうな踏み切った人に、なんでそういうふうな考えになれたのって聞くと、学生のようにホームステイ先に養子を育てる家庭があつて、だからそれは特別じゃなかったとか。日本ででも仕事上、助産師さんとかそういう関係の仕事をしていると、そういうことがとても身近に感じられたとか。私はすごくハードルが高く思えたけれども、そうでないと思っている人の方が養子縁組とかされる方が多いのかなってというのは私の印象です

○不妊治療中の自分に助言するとしたらどんな言葉を投げるか

子どもを産みたいのか育てたいのか？と尋ねたい。

結局長くやっていたけれども、本当はやめるきっかけが欲しかったんですよね。今振り返ると。やってるけれども、別にずっとやりたいわけではなく、でもやめてしまうのも怖くて、縁組にもいけない、里親にもいけない。宙ぶらりんの状態でした。

○現在治療中の人にひとこと言うとしたら何と言うか

もう一つの選択肢として、里親や特別養子縁組という方法があるよ。不妊治療と同じで、希望する人全ての願いが叶うことは難しいけど、今が一番若いからチャンスは

多いよ。

考察

本インタビュー内容からも不妊治療を辞める難しさを認識させられる。ご本人が辞めたくてもそれが困難な状況は、本当に辛かったであろうと感じられる。治療が始まる前に里親や養子縁組に関する情報提供が必要だと認識されている。しかしながら、個々の状況によってその情報への感度は異なり、情報提供を一律化する課題や難しさがあるように思われる。

より広い観点からは、制度が身近に感じられる社会のあり方や、里親や縁組家庭とのかかわりが情報提供以前に必要なことだが、日本ではまだまだといった感じであり、それが里親や特別養子縁組の推進を阻むという悪循環が存在する。そうした中でも、実際に縁組や里親をされている方々との交流は、専門職の話と共に、非常に大きなインパクトを与えることも再確認できた。

(3) Cさん(45歳・女性) 民間の養子縁組あっせん団体に登録待機中、自治体の里親登録申請中。

○結婚した年齢(及び西暦)

2005年、30歳のとき

○いつから子どもを持つと思ったか

結婚して3年ほど経ったころ。主人と一緒に生活をしている中すごく楽しかったので、ここにもう1人いたらもっと楽しいだろうなという感情がすごく芽生えてきた流れだった。

○治療を始めるきっかけ、いつから始めたか、治療期間

始めは不妊治療なんて考えなかった。3年

くらいしておかしいなと思ったが、「できれば自然に(妊娠したい)」という強い思いがありすぎて、周りが見えなかった。そこからさらに3年が過ぎ、いよいよ治療にいかうとなったときに父の具合が悪くなり、父親の介護もあって(治療に)動き出せずに時間が進んでしまった。思い返してみると、それでも自然にできたらいいなと考えていて、クリニックには行かず、自分たちでなんとかがんばり続けた。主人が子どもをほしそうだったので。父が他界して、今度こそちゃんと病院に行こうと思ったが、父が亡くなったことで、私自身が思った以上にダメージを受けていて、精神的な理由からメニエール病になってしまった。結局、病院に行けたのは42歳のときだった。

○何の治療をしたか

年齢が年齢なので、すぐにステップアップしたいなという気持ちがあった。すぐに体外受精をと考えていたが、卵の質とかも考えた上でタイミングから試してみませんかとかカウンセリングで言われ、最初の半年以上はタイミング法やお薬で治療した。人工授精も1回試し、その後に体外受精をしたが、結局1回しか治療はできなかった。

○治療体験をどう振り返るか

年齢も年齢だったが、友人の友だちが40歳こえて不妊治療をして授かったという話を聞いていたので、(自分にもできると)思い込んでしまった。体外受精をすればできるという希望が強すぎて、1回目の体外受精がダメで、「次に進むのは難しい」と聞いたときはすごく気持ちが落ち込んだ。言い方としては、「年齢が年齢なので難しいが頑張りましょう」という表現だった。ふりかえると、治療中は何かにとりつかれたような気

持ちだった。年齢のこともそうだし、養子縁組のことについても、その時点で考えられる余裕がなかったのかなと思う。使命感というか、「どうしても、がんばって成果を出さなくちゃ」と思ってしまった。焦りもあったのと、もどかしさもあった。

○治療費にかかった総額はいくらか

200万円にいかないぐらい。

○里親・特別養子縁組制度をいつ、どのように知ったか

体外受精から顕微授精に進むという段階になった時に、卵も育たないし、主人と今後どうしようかという話をした。その時、主人から「養子縁組という方法もある」と聞いて、自分でも調べようと思ったのと、次にクリニックに行くときに聞いてみたらと言われ、次の診療の際に医師に「ちょっと考えてみたい」と話をした。初老の男性だが、いつも冷静な医師がすごく驚いていた。おそらく次に進むという話をすると思われていたのだろう。「お！そう…そうなの？」「話を聞かなくても大丈夫なの？」と動揺していた。

○治療機関で上記制度について聞いたことがあるか

(上記の)担当医との話の中で相談できるカウンセラーがいないかと聞くと、「そこまで考えているなら話だけでも聞いてみたら」となり、次の診察の時に市の里親研修を受けたことがあるという看護師(助産師)から話を聞いた。それほど詳しい内容でもなく、「ハッピーゆりかごプロジェクト」という専門サイトの動画を見てみたら？と勧められた。

○説明を聞いてどう思ったか

それですごく冷静になれた。とりつかれたような状態から冷静になれて、「あ、そうか」

と。この時点で初めて、年齢制限というものに気がついた。その看護師の方が教えてくれた。あのとき自分から発信していなかったら、養子縁組の話を切り出していなかったら、医師に言われるままに動いていた。このまま頑張らなくてはと、そうしてダメだったら治療を諦めるしかない。そんな気持ちで突き進んでいたような気がする。

○なぜ病院の側からの情報提供はなかったと思うか

いま思えば、病院から「治療をやめよう」と言っただけいけないなどのルールがあるのかもと思う。クリニックでは治療に入る前に必ずカウンセリングを受けるのだが、その時も養子縁組については一切話がなかった。(里親等の)研修を受けた人がいるなら、その話もしてくれれば、(治療に向かう)気持ちも違ったのかなと思う。年齢のことも私から話をしているし、もう少し早く教えてくれれば、早い段階で見切りをつけられたと思う。

○児童相談所や民間機関が制度の説明に来ることについてどう思うか

その時から、縁組を経験された方や詳しい方、民間の方の話を聴けるなら、説明会は受けてみようという気持ちになっていた。だれでもいい、知識のある方に養子縁組や里親制度について説明してもらえれば可能性が広がり心に余裕が生まれたと思う。

○医師が説明することについてどう思うか
いま振り返れば、お医者さんにも話してもらいたかったとは思っている。ただこのクリニックでもそうかもしれないが、医師1人に対する患者の数がとにかく多いので無理だと思う。待合室に行くたび、本当にたくさんの患者が1時間、2時間と待っていた。

○養子縁組を知った時点で不妊治療をやめることができたか

その段階ではまだ(治療への)気持ちが完全に吹っ切れている状態ではなかった。でも主人のほうは、もうすぐにでも(前に)進まなくちゃいけないと言っていた。推測するに、もちろん複雑な気持ちであったとは思いますが、私に「ちょっと考えてみようか」などと優しい言葉を与えてしまうと、私がよりつらい思いをすることになってくれたのかと思う。主人は切り替えが早いというか、頭が柔軟なので、本当に(養子に)頭を切り替えられたのかもしれない。

○周囲の反対はあったか

周りはちょっと心配していた。主人の両親は反対よりむしろ最初から応援してくれた。私の母親が初めは反対していた。実は自分の母親には不妊治療のことも話してなかったので、養子縁組のことをフライングぎみに先走って言ってしまったので、「もうちょっと考えたら？」と言われた。そこで、自分は不妊で、こんな治療をしていて、状況はこうで、実は子どもが欲しくて...という話を、熱く、熱く、何日かかけて語ったら、やっとわかってくれた。

○子どもを迎えることについて、現在の心境を聞かせてください

治療をしていたときは、本当に未来が見えなかった。期待や希望もあったが、抜け出せないトンネルの中にいるような気持ちで、周りが見えなくなり、心にゆとりがなかった。今は本当に不思議なぐらい全部吹っ切れて、気持ちが穏やかで、未来と希望にあふれているという感じ。気持ちが全然違う。

○不妊治療中の自分に助言するとしたらどんな言葉を投げるか

何かにとりつかれていたようなカチカチ頭だった自分には、一度立ち止まって、もうちょっと頭を柔らかくして、視野を広げてみたらいいよと言ってあげたい。

○現在治療中の人にひとこと言うとしたら何と言うか

くれぐれも頑張りすぎず、たまには力を抜いて息抜きをしてねと。自分を責めず、心身ともにすり減らさないように。待合室で待っている患者がみな張り詰めたような顔をしていた。自分も含め、心の余裕もなかったので、追い詰められた感を取り除いてあげられたらちょっと楽になるだろう。リラックスするといろいろなことを考える余裕が生まれ、可能性も開けてくると思う。

考察

・Cさんの語りには「何かにとりつかれたような」という表現が繰り返し出てくる。治療中の患者の心境を表す言葉として印象的であり、その渦中にあるのは自身の年齢が、治療の成否も含めてその後の人生選択に大きく影響していることに気付いていない。いったん治療を始めると、当初のゴール設定とそれに向けたマインドセットを自ら変えるのは難しいことが推察される。しかしながら、患者の年齢が高い場合、他の選択肢の存在に気付くのが遅れることは、選択肢自体を失うことを意味する。

・Cさんの語りは不妊治療に臨む患者の心理として一般的であり、年齢が高いほど焦りも大きくなる。年齢などで不利な条件の患者は実績ある治療施設に集まり、顧客が多い施設ほど医師は多忙である。カウンセラーが常駐する施設は少なく、患者が自ら求めない限り、医療側からの治療以外の情

報提供はおこなわれにくい。Cさんの場合も自ら情報を求めなければ、養子縁組という別の選択肢について知らされることはなかった。

・患者は子どもを持つために不妊治療を受けるのであるから、里親や養子縁組等の情報提供は家族形成の選択肢を増やすことになり、患者にとっての利益につながる。治療を開始する段階で、すべての患者に対して里親や養子縁組等の情報提供をすることは患者の知る権利の保障にもつながると考えられる。

(4) Dさん (52歳・男性) 里親・養子縁組については考えてこなかった

○ご結婚はいつされたでしょうか

私が29歳、妻が27歳。1997年です。

○いつ頃から子どもを持つと思われたでしょうか

結婚当初というわけではなくて、だいたい4~5年ぐらいたってからぐらいでしょうか。

○治療期間についてはいかがでしょうか

実際に病院に通い出したのが2004年ぐらいからです。

○どれぐらいまでどのような治療を受けられましたか

2年ぐらい治療して、2006年の10月ぐらいでいったん中断しました。妊娠が確認されたんですけど、8週で流産しちゃったということもあって、いったんそれで積極的な不妊治療というのは中断しました。妻の負担も結構大きかったので、しばらくは自然の成り行きに任せましようというようなことでしばらく間をおいて、その後2008年から2年弱ぐらい、人工授精を行いました。

あまり体に負担にならないような形でやってみて駄目だったということで、不妊治療については積極的にはやらずに、現在に至るという感じですね。

治療については、2004年に始まった頃にまずはタイミング治療を始めましたけれども、なかなか結果が出ないということもありましたので、妻私とも検査を行いました。フーナーテストとか通水検査ということをやりました。私については精子検査も実施したんですけども、特に大きな問題はなかったという状況だったんです。その後体外受精ということでIVFをやってみましょうということで、いわゆる体外受精での不妊治療を始めました。

○要因が明確ではなかったのですね

そうですね。妻の卵子や私の精子の検査でも特に何か不妊に至るような明確な理由というのは見つからなかったという状況ですね。

○治療費の総額ってどれぐらいだったでしょう

だいたい200万円ぐらいかと

○里親とか特別養子縁組制度についてお知りになったのはいつぐらいからでしょうか
メディアからはこういう言葉は見聞きはしてましたが、具体的に自分事として捉えて、この制度がどうかということについて調べたのは不妊治療を始めた段階からです。

○積極的に情報を収集しようと思われたときはありましたか

積極的にということでは、不妊治療始めて、なかなか結果が出ないというようなこともあったときに、子どもを授かる方法としてはそういう制度というものもあるよという話を妻から聞いて、先ほどお伝えしたように、

詳しいことってあんまりよく分かってないもんですから、自分で調べたということは過去ございました。

○それは流産され中断されて以降の2008年以降ぐらいからでしょうか

流産する前だったかもしれないですけどね。積極的治療を始めた当初、すぐというわけではなくて、何回か卵子を取り出して体外受精して戻してというのを何回かやって失敗してますので、その中で出てきた話などで、どっちにしてもいったん中断しようというふうに判断した時期に近いことは確かだと思います。

○情報を集められた手段にはどういったものがありましたか

そんなのがつつり調べたというわけじゃないですけど、インターネットが主ですね。そもそもどういう制度なのかというところも含めてです。

○自身で調べられてどんな印象をもたれたのでしょうか

中身を見てみると、「あ、なるほど」と理解できて、じゃあ、それを自分事に当てはめたとき、その当時だと、自分と血のつながってないお子さんを引き取って育てるということの責任を自分ちゃんと全うできるんだろうかと思いました。そこが一番ネックになってました。親子けんかとかもあるでしょうし、そうなったときに、血のつながってる子の対応と、血のつながらない子の対応というのが果たして等しくできるだろうかと思いました。その当時だと自信がなかったです。それでまずは治療を積極的に頑張ってみようかと思いました。ただ現在に至ると、50も過ぎてしまったので、年齢的なことが一番大きいですね。だから、今のよう

現時点の考えを治療中の 30 代とかで持っていれば選択肢にもなったかもしれないんですけど、今からということになると、ちょっと自分の老い先考えても、お子さんの人生に責任持てるのかってなると、年齢的にもだんだん厳しくなってきたところが大きいですね。

○児童相談所や民間あっせん機関にアクセスされたことはなかったのですね

そうですね、そこまでには至ってないですね。

○治療機関からそうした情報提供ありましたでしょうか

都心のクリニックだったのですが、そこからお聞きすることはなかったですね。

○治療が始まる前にそういう制度説明があったとしたら、どのように思われたでしょうか

治療開始時点ということであれば、情報の聞こえ方としては好意的に受け止められるのかなと思います。途中とか失敗して、ということで選択肢として出されるよりは最初にこんなこともありますけれども、まずは積極的に治療頑張りましたよね、というほうが受け止めとしてはいい感じがしますね。

○カウンセラーの方とお話しするような機会はあったんでしょうか

カウンセラーの方とは何回か、夫婦別々にいうのもありましたが、だいたい夫婦で。○ご夫婦で主体的にカウンセリングを受けられたのでしょうか

そうですね。元々はその通っていたクリニックにカウンセラーがいらっしゃり、治療してうまくいかなかったということが続いていく中でだんだん心的負担も増してくるということもあったので、そういうケアも

含めて。また私の思いと妻の思いというのがやっぱり治療を進めていくにしたがってちょっとこう、意見がかみ合わないというんですかね、すれ違いもあって、けんかになったりとかいうようなことも実際ちょこちょこあったので、よかったらどうですか？みたいなお話もあって、じゃあ、受けてみようかということで何度か、受けました。

私自身はもっと積極的に治療をガンガンやりたいと思っていました。一方妻は仕事もフルタイムで持ってましたから、その間病院に行かないといけないとかで、心的負担も大きいというところもあるので、その過程で治療が失敗していくということも重なる中で、だんだん体的にも、精神的にもつらいということがあったと思うんですけど、そのあたりのことがなかなかうまくみ取れないというか。あと、言葉とか態度でうまくフィードバックできないみたいなところがあるので、当事者同士のコミュニケーションで解決できれば一番いいと思うんですけど、今から思えば、カウンセラーの方にご相談して、間に入ってもらって、キャッチボールを中継してもらおうということですかね。そういうふうにしてもらって、結果として夫婦が直接やり取りするよりも関係性とかよくなって理解も深まったかなと思うので、なんでもかんでも当事者同士で解決しようとせず、第三者の力も借りてというところがいいんじゃないかなと思いますね。

○医師にはご相談しづらかったですか

お医者さんはやっぱり治療に関しての専門的な相談とかお話ということになると思うので、しにくいというよりはちょっと相談する相手が違うのかなという気もしましたね。

○今振り返って、そういうカウンセリングのプロセスで里親とか養子縁組の情報が欲しかったという思いはありますか。そうですね、そういう話があったらお聞きしていたかなと思います。ただ、積極的にということになると、元々そのカウンセリングを受けた目的というのが、夫婦で良好なコミュニケーションを図って生活を送るためとか、不妊治療にお互いどういう気持ちで向き合っていくかということのすり合わせとか理解というところが中心だったように思うので。いきなりポツとこの里親ですとか養子縁組という制度の話が出てくるとは、イメージしづらいかなという気がします。

○そのクリニックで児童相談所や民間のあっせん機関が制度の説明にやってくるということについてどのように思いますか
現時点では、あってもいいんじゃないかなという気はしましたね。

○そういう情報を医師が提供したり説明することについてはどのように思われますか
それはちょっと難しいところだと思うんですけど。先生から説明されると、治療している当事者という立場からすると、ちょっと積極的に不妊治療やっても結果がこの先も出づらと思うので、こういう制度もありますが、どうですか？みたいな感じで、ちょっと暗に成功する確率が低くなっているということを感じ、悲観的に思うかもしれないですね。

○もしそうした情報提供を受けてたとしたら、不妊治療をやめていたと思いますか
積極的に不妊治療をやめたかというのと、たぶん当時のことを思い出すと、やめてなかったんじゃないかなという気がしますね。

○中断以降でも治療をやめようとは思わなかったですか

そうですね。当時としては、多少うがった見方かもしれないんですけど、自分の血のつながった子どもが欲しいと非常に強く思っていたので、そういう制度があるという情報提供があったとしても、やはり妊娠の可能性が0でない限りは、不妊治療を続けて授かりたいという思いのほうが強かったのかなという気はしますね。

○不妊治療中の自分を振り返って考えたときに、助言するとしたら、どんな言葉を投げかけますか。

あまり気の利いたことは言えないんですけど、たくさんの情報をフラットな気持ちで見つめて、実現可能な選択肢というのを考えてみませんか？みたいなところでしょうか。振り返ってみると、不妊治療中のときは結果がなかなか出ないということもあって、「なんとか」という気持ちばかりがで、焦ってしまっていて、あんまり他の選択肢ですとか情報収集というところが十分できていなかったのかなと今からだと思うので。今だとたくさん、いろいろな情報が提供されていたりとか、自分から取りに行くということもできる世の中になってきているので、そういう意味では情報がありすぎると迷っちゃうということもあるかもしれないんですけど、いろんな選択肢、こういうやり方もあるよというなことについて情報を得た上で、そのときの状況にあわせてどの選択がベターなのかなというのを考えるということができたら将来的にも悔い残らないんじゃないかなって思いましたね。

○過去を振り返って情報提供されたからといって、不妊治療をやめるわけではなかつ

たとお話しになられたことと、でも、やっぱり情報をその当時欲しかったという思い、双方あるというふうな理解でよろしいでしょうか。

そうですね。当時は治療を最優先で、それがまずありきと考えていました。今振り返ってみると、里親や特別養子縁組がどういう制度で、具体的に制度を活用すると、どうなるんだろうと、そこまで踏み込んだイメージをもつまでいってなかったです。入り口のところで、どちらかという、そういう制度っていうのは多少関心はありましたが、リジェクトしちゃったという言い方がいいのかどうか分かんないんですけど、内容に深く踏み込まずに、それは置いておいてという判断をしてしまったんじゃないかなというふうに思ってます。

○里親や特別養子縁組に関する説明会とか、こういうふうな情報提供のあり方だとリジェクトせずに積極的に聞けたとかって何かありますでしょうか。

制度とかの説明というより、まず、入り口というんですかね、人によって違うのかもしれないんですけど、入り口ということできくと、同じような経験を持つ方の例えば体験談とかです。同じような境遇の方でそういう里親や養子縁組を実際にやっている方の何か体験的なものがあれば自分事としてリアルにイメージしやすかったのかなという気はしますね。

○例えばポスターとかに不妊治療者で養親となった人の声を聞けますよ、みたいなキャッチがあれば聞いてたかもしれないということですか。

そうですね……。その情報が入ってくるタイミングにもよると思うんですけど。

○初期段階ではなくて、中断した後以降ぐらいですかね。

そうですね、うーん。ちょっとほかの選択肢も何かあるかなと思うようなタイミングで何かあればという都合のいい話ですけどね。

○継続的に情報提供があったほうがいいという感じですか。

そうですね。初期段階でもそういう制度があるというインプットがあれば、何かの引っかけりになるとは思いますので。全く治療中にそういう制度自体のインプットがないということになると、そもそも知らないまま過ぎていっちゃうと思うので、何らかのインプットはあったほうがいいのかなと思いますね。

○男性患者が受けやすい説明会のイメージというのはありますでしょうか

私はどちらかという、声掛けられたら明るく「じゃあ、行きましょうか」みたいな感じなので、あんまりなんかそういうセミナーとか説明会とかっていうのがあったとしても、敷居は個人的にはそんなに高くないですね。だけど、治療経験者の当事者会のセミナーに参加したりとかっていうときは、男性はなかなかそういう場に出たがらないというお話を聞きます。例えば、「男性だけの集まり」とか(笑)。と言ってもなかなか来ないかもしれないんですけど、なんか魅力あるネタで。うん、なんか、女性とかがいと逆にちょっと言いたいことも言えないとかっていうのもあるかもしれないので、テーマとかやり方というところを工夫して男性オンリーの何かイベントにするのですか。あとはもう、強制的に夫婦同伴で、というような感じで奥さま方のほうに頑張っていて、パートナーを引っ張ってきて

もらうというような感じにするとか。積極的になかなか男性って足向かない人が多いかもしれないので、興味関心を引くというよりはパートナーに引っ張ってきてもらう口実とか、何か魅力あるアピールポイントを提示できればと思いますけれどもね。

○現在治療中の人に一言言うとしたら、何とおっしゃいますでしょうか。

なかなかうまくいえないんですけど、さまざまな可能性を考えて後悔のないように粘り強く取り組んでみましょうという感じでしょうかね。あとは、当事者ということで、ご夫婦の関係もあると思うので、ささいなことでも当事者の夫婦同士で共有しましょうねというぐらいでしょうかね。

考察

・今回も里親や特別養子縁組に関する説明会においては、不妊治療者から里親や養親となった当事者の声を希望されていた。またこれらの情報への感度も不妊治療段階や状況によって変化することも考えられ、治療開始前から継続的に伝える必要性を再確認できた。

・不妊（治療）は夫婦にとっては、危機であり、ターニングポイントでもある。対応次第では、危機を脱し、よりよい関係に発展することもある。そのためには夫婦の認識や感情の共有が要となる。それをカウンセラーなどの専門職の力を活用して行うことも重要な事である。里親や特別養子縁組に関する情報提供後に理想的には全ての夫婦にカウンセリングを提供することが望ましいと言えるが、体制上困難が予測される。

・治療に対する姿勢や意識に関するジェン

ダー格差は大きい。相対的に男性の消極的姿勢や感情や思いをアサーティブに主張することを苦手とする傾向にある。そうしたジェンダー差を考慮した対応も重要であろう。

（5）不妊治療経験者 E さん夫妻（妻 28 歳、夫 37 歳）…不妊治療歴 3 年。民間養子縁組団体より特別養子縁組で迎えた子を育てている。

○結婚した年齢（及び西暦）

2014 年、夫 31 歳、妻 22 歳のとき

○いつから子どもを持つと思ったか

結婚当初から

○どのくらい治療したか

3 年程度

○何の治療をしたか

最初はタイミング法、その過程で夫の無精子症がわかり、MD-TESE を受けた。

○治療の経緯を教えてください

妻：18 歳ぐらいから月経不順などで産婦人科に通い、排卵していないと言われた。結婚してすぐ産婦人科に通い始め、まずタイミングをとろうということになり、その過程で精子がないことがわかり夫の検査をした。夫：泌尿器科で 2 回くらい検査を受けたが精子が見つからず、TESE という方法があると聞いて手術を受けたがうまくいかなかった。付き合っている頃から、妻が婦人科へ通っているのを知っていたので、自分に不妊の原因があるとは思わなかった。

○治療費にかかった総額はいくらか

70~100 万円

○里親・特別養子縁組制度について知ったきっかけは。

妻：若い頃から、漠然と自分は子どもができないかもしれないと思っていたので、養子縁組や里親というものに興味があり、本を読んで知ってはいた。ただ、まさか自分が養子縁組をするとは思っていなかった。

○手術の結果を受け、すぐに里親・養子縁組制度につながったのか。

妻：手術を受ける前から養子縁組について調べていたが、病院の院長に「若いから AID をしたほうがいい」と勧められ、手術後に AID の説明会に参加した。説明を聞いても何か腑に落ちず、やっぱり養子縁組がいいなと思い、そのまま養子縁組に進んだ。

夫：AID の説明会に養子縁組団体の代表も話をしにきていた。その話を聞き、養子縁組がいいということになり自分が住む自治体の団体を探した。その団体の説明会に行ったが納得できず、2019 年 3 月にあった厚労省のシンポジウムに参加して、そこに登壇していた東京の団体に申し込んだ。この間もインスタグラムや twitter、個人のブログなどで情報収集し、コメントや DM を使って養子縁組した人に直接聞いたりもした。そこでつながり、今も会っている人もいる。

○治療機関で上記制度について聞いたことがあるか

ある

○児童相談所や民間機関が制度の説明に来ることについてどう思うか

妻：してほしい。

夫：ただ、ここ（住んでいる自治体）の児童相談所では養子縁組をあまりやっていない。県の里親認定をとりに行ったとき、養子縁組は年間 1 件もないので民間へ行ってくださいと言われた。「忙しくて手が回らない」という感じだった。ここでは児童相談所で

養子を迎える選択肢はゼロに近い。ただ、見相のほうがお金がかからない。若い人にとってお金の問題は大きい。

○医師が説明することについてどう思うか

妻：お医者さんに説明してもらいたい。不妊治療が進んでいくなかで、そういう話が病院からあれば、（養子縁組や里親を検討する人は）増えていくと思う。もし自分が病院から言われていたら、もっと入りやすかったと思う。

具体的には TESE を受ける前に、AID もある、養子縁組もある、という説明がほしかった。そうしたら体外受精に進まなかった。進む前に選択肢がほしかった。

夫：医療の側で患者 1 人 1 人に対するメンタルケアをする余裕はないのだろうし、事務的な作業になってしまうのはわかる。だが各々の家族はそこでみな傷ついていて、家族会議も開かれているはず。選択肢があると言ってくれるだけで違うと思う。

○どのタイミングで知れたかったか

妻：治療の最初の段階で聞きたかった。

夫：泌尿器科の段階でも、（妻が通っていた）産婦人科でも、特別養子縁組という選択肢の話は一切なかった。AID や体外受精の選択肢と同じように説明があってもよかった。

妻：みんな出産する時にいろんな説明を受けるが、そういう時に普通に養子縁組の説明があれば、世間の人への浸透度も変わると思う。

○どんな情報提供が望ましいと思うか

妻：お医者さんも忙しい。待ち時間も長いのでパンフレットでもあると違うのではないかな。文字だけでも、いつのまにか頭に入ってくる。

○養子縁組を知った時点で不妊治療をやめようと思ったか。

妻：いいえ。知ったときはまだ、自分に子どもができないとは思っていなかった。できないとわかってすぐに切り替えた。

夫：自分たちが思う「きりがいいところ」まではやっていたと思う。精子があることは大前提として、そこから先にいくかどうかは、可能性があれば続けていただろう。

○養子縁組をしようと夫婦どちらが言い出したか

妻から。

○周囲の反対はあったか

夫：家族や親族内の反対はなかった。家族で集まってお酒を飲んだりするときに、不妊治療をしていること、養子縁組を考えていることも話していた。

妻：友だちは最初、養子縁組の話をするとう驚き、「えー」とか、「2人だけでも楽しいんじゃない？」という反応もあった。どんな子が来るかわからないので、「ほんとにいいの？」みたいな反応はあったが、「あなたが決めたのなら、とても喜ばしいことだよ」と応援してくれた。ただ、友だちの中には「おめでとうと言えない」という人もいた。

夫：ただ、自分もまわりにほとんど相談していなかったなので、いきなり「息子です」という感じで紹介したんで、余計にびっくりしたのかも。

○子どもを迎えて現在の心境を聞かせてください

妻：笑顔、泣き顔、すべて愛おしい。大変なこともあるが、私たち夫婦の宝物です。

○不妊治療中の自分に助言するとしたらどんな言葉を投げるか

妻：とっっても幸せな日々が待っているよと伝えたい。

○いま治療中の人たちにはどんなことを伝

えたいか。

妻：選択肢がいっぱいあるってことを知ってほしい。ただ、これは夫婦で選ぶことなので。

夫：自分たちが思うところまで治療をやりきればいいと思う。でも、それ以外の選択肢もあることを知っておいてほしい。

考察

・夫妻はMD-TESEの結果、特殊な治療でなければ妊娠に至る可能性はないという結果を示されて養子縁組に切り替えているが、「TESE治療に進む前に情報が欲しかった」という点で夫婦の意見は一致している。妻は若い頃から自身の不妊傾向を意識して自分で情報を探していたが、こうした事情がなければ「産まない」という選択肢の存在に気づかず、いったん治療を始めると、医療側の提案に任せる形で治療が継続、特殊化していく傾向があると推察される。

・治療の初期段階で医療機関からの情報提供が必要であることがわかる。待合室にパンフレットを置くなどの潜在的な刷り込みでも一定の意義があると思われる。今回の妻のケースのように、必要になった時点で昔知った情報が役に立つ可能性は高い。

・一方で、夫妻は「養子縁組を知った時点で治療をやめることはなかった」とも答えている。治療を受ける夫婦それぞれに個別の事情があり、「治療のやめどき」がある。医療の側から、養子縁組・里親の第一次情報を伝えることが、必ずしも治療機関の経営リスクになるわけではないと推察できる。

・夫婦の年齢が若いほど、不妊治療以外の選択肢を並行して考える等の柔軟性を持ち合わせている。またSNSなどを利用した情

報収集に長けていることがうかがえる。

・不妊治療は女性が当事者になる割合が圧倒的に高く、男性の当事者に対しては、治療はもとより養子縁組・里親に関する情報の絶対量が不足している。「友だちには相談しなかった」という夫の発言からも、夫婦二人への情報提供の大切さ、男性不妊当事者に向けたカウンセリングの重要性を感じさせる。

(6)不妊治療経験者Fさん夫妻(夫38歳、妻44歳)、民間養子縁組あっせん機関に登録。まだ子どもの受託は行っていない。

○ご結婚された年齢および西暦

夫29歳・妻35歳。西暦2010年。

○お子さんを持つと思われたのはどれぐらいのときからでしょう

夫：2～3年後ぐらいです。結婚のときも子ども作らないとな、ていうのは分かっていたんですけど、結婚したとき、嫁が35歳だったので。ただ、すぐというよりも、2～3年たつぐらいから本格的に始めた感じですよ。

○不妊治療期間はどれぐらいでしたか

夫：私が無精子症というのが分かってからだと6年ぐらいですね。

○どういった治療を受けられましたか

妻：まず私が最初に風疹の抗体を持つてるか心配だったので、会社の近くの病院に風疹の抗体検査を受けに行ったのが始まりでした。年齢も35歳以上だったので、そのクリニックの先生から、タイミング療法か

ら始めたら？というアドバイスを頂き、その過程で主人の精液検査をしたほうがいいんじゃないかということで精液検査をして、で、ショックなことに「0だよ」と言われました。そこで大学病院を紹介してもらいました。それで2人で行って、検査をいくつか重ね、やっぱり精子がなくて「無精子症ですよ」という診断をいただいて、マイクロテセ(micro-TESE)の手術を夫が受けたのが始まりだったということです。

夫：なかなか妊娠しない段階で、嫁が自分の問題なんだろうなと思い病院に通い始めて、毎回チェックしに行きました。最初は私は問題ないと思ってましたが、私の要因もあるんじゃないのかって言われて、精子のチェックを病院でしたのが始まりです。そこで、最初精子がないというような話で、そんなわけないだろうと。大学病院で何回かチェックしました。まずは私の睾丸の中から少しでも取り出せるのか、取り出せないのかという治療から始めたって感じですね。1年間くらいの中で、左右を切って、中を見る手術を2回ですね。

妻：1回目の手術をしたんですけど、そこで精子が見つからなかったんで、じゃあ、もう1回チャンスありますよと。1回手術をして、見つからなかった後に半年ぐらいだったかと記憶してるんですけど、主人がホルモンの注射を打って、2回目の手術に臨んだんです。2回目の手術をして、それでも見つからなかったっていったところで、大学病院の先生から、クリニックでは、主人の父親の精子提供を受けての治療が可能だから、それをやってみることと、そして養子縁組という選択もあるよというお話もいただきました。大学病院では1年間ぐらいの治療だ

ったんです。

クリニックでは治療に入る前に面談や、治療に関する書籍を読んで、自分たちで勉強してから治療に入ってくださいというふうな期間が半年間ぐらいありまして、それから治療を始めたのが2016年の3月からです。約4年ぐらい治療を受けました。

○不妊治療にどれぐらい費やされましたか

夫：ざっくりと、1,000万円ぐらいかな。

○児童相談所や民間の養子縁組のあっせん機関がクリニックにやって来られて、そういう制度の説明をされるということについてどのように思われますか

夫：あったほうがいいんじゃないですかね。やっぱり私もあ那时候、どういうふうにすればいいのかが全く分からなくて。具体的に「こうしたほうがいいよ」とかっていうのは全然分からないというか、先生もあまりそこは(里親や養子縁組について)知らないんだらうなという印象でした。先のことを相談できる人がほしかったですかね。いろいろ自分で調べてというような状況でした。

○里親や養子縁組の情報を医師が提供したり説明したりすることについては、どのように思われるでしょうか

夫：いいんじゃないですかというか、何でしょうね、状況と説明のタイミングもあると思うので。自分の状況を理解するのに時間もかかりましたし。やっぱりその医師からがいいのか、それとも別のそういう機関があって、そこに後から相談するのかは分からないですけど、とにかく何か相談できる場所があって、そういったところがある

んだというところの認識は大事なのかなと思いました。

○そのような情報提供について、お医者さんであろうと、心理カウンセラーであろうと、病院側から提供されることに対しては抵抗がないという感じでしょうか

夫：とにかく一番怖いのは、希望というか次があるのかどうか。「え？ 次どうすりゃいいの？」っていう、「もう終わるの？」という、そこが一番怖いので。その先どういふうなことがあるのかどうか情報はどのタイミングだろうが、頂きたいです。情報が無いのが一番怖いというところですよ。

○里親や養子縁組の情報は大学病院では提供されたわけですけど、その時点で、不妊治療をやめるという思いは持てなかったんですね。

夫：当時は思わなかったですね。とにかく、自分の精子がない。で、クリニックに行くと私の父親の精子を使って、ということができると。で、そこに対してももちろん心のどこかで抵抗はありましたけど、でも、どんな形であれ、子どもができればいいっていうところで突き進んでいたんで、やめようと思わなかったです。

きっと自分の子どもがいいでしょうし、みんなはそれを普通に、思っていますでしょうし。だけど、そうじゃないという自分になったときに、やっぱりじゃあ養子ということを通じて受け入れられるものじゃないんじゃないかなとは思っています。で、私ももちろんそれを受け入れず、治療にすがったみたいなどころがあるんだと思います。それはなぜかと言われると、それは自分に少し

でも近いものであったほうがいいんじゃないのかと思ったから。今はだいぶ違うんですけど。

○それでいろんなことがあって、結果的になかなか出産にまで至らなくて、養子縁組を今考え中ということですね。

夫婦：その通りです

○それは夫婦のどちらから言い出したことでしょうか

妻：それは私です。

○それに対して周囲の理解というか、特にご両親とか、何か反応はございましたでしょうか

夫：養子をもらうということについて、お互いの両親に話をしました。私の両親はとても賛成をしてくれている。自分の親とはいえ、養子のお話をするとき、親はどう思うのかなとすごい心配でなかなか相談できなくて、でも相談したときに、「あー、いいんじゃない」と。「むしろ2人ぐらい受けなさいよ」みたいな感じだったので、少し気が楽になりました。私たちがよければいいんじゃない、というふうな考え方の親だったのでよかったです。それは嫁のほうの親御さんも同じでした。

○不妊治療中の自分に助言するとしたら、どんな言葉掛けをしますか

夫：「あんまり深く考えなくていいよ」と。この6年間ぐらい、3カ月に1回ぐらいは長野(クリニック)に行っ、結果を聞きに行っ。それも毎回、毎回、ドキドキして。で、駄目で。その駄目の流れで仕事へ行くと

いうのを繰り返し、いろいろ大変だったなという感じなんですよ。なので、その中でやっぱりけんかすることもあるし、すごい不安定になることもあるし。ようここまできたなとは思ってます。なので、ちょっと楽に行けよ、ぐらいですかね。助言するとしたら。

乗り越えてんのかまだ分からないんですけど。やっぱり何かしら目的がある、お互い共通の。それだと思うんです。なので、それがなくなるのが一番怖かったというのがあります。例えば選択肢がなくなるというのがやっぱり怖い。なので、その目的があったから、どんなに苦しくてもやってこれたかなというところですね。

妻：治療してきて、一番最初のクリニックからスタートして、大学病院に行ったときも、私たちは最初は、うーん、大学病院に行っ手術すれば(精子が)見つかって妊娠できるだろうっていうふうにとちょっと気楽に構えていたところがあるんですけど、だんだん検査をしていくにつれて、「ない」というふうに、2回目もなかったというふうになると、さっきから主人が言ってるとお、希望がだんだんこう、なくなっていったという感覚だったんですよ。なので、私たちは幸いなことに大学病院の先生もすごいいい方だったので、次の道というのを、養子縁組だったり、クリニックがあるよっていうふうに教えてくれたりして、だんだんこう、首の皮がつながって、それでクリニックでも相談室の方が養子縁組のこととかすごい詳しく教えてくれたりして。なので、だんだんそういう気持ちに傾いていったところもあるんですけど、そういう希望があったから私たち、すごい助けられて

今があると思っています。

過去には考え方の違いから、けんかすることもありましたし、お互い、ほんとつらかったんで、ストレスがたまって、2人で爆発気味に、ささいなけんかもあったりしたんですけど、でもやっぱり振り返ると、「私たち、家族欲しいよね」というのはずっと目標としてあったので、それに対してはブレずに。すごく話し合ったんですよね、うん、腹を割って。で、それがあったから、という感じかな？

夫：不妊治療者は多いというのが最近の印象です。やっぱりみんな悩んでるということ、男性側のそういうのもあるんだなということも全然知らなかったです。ただ、治療でうまくいく人もいるので、すごく大事な治療だと思うんですけど、私たちみたいにうまくいかなかった者にとって、里親や縁組の認知はもってあってもいいんじゃないのかなと思っています。今、私がそういう状況になったからかもしれないんですけど、治療中っていろんな選択肢のことを考えられないです。でも、今思うと、やっぱり選択肢もいろんなものがあって、いろいろ進めることもできたらろうし、きっとそこは里親に対しての考え方がまだ未熟で、あのときの私は。そこで考えたくないとも思っていたし。もうちょっといろんな柔軟さをもって考えていくことも大事なんじゃないのかな。例えば、両方同時に進めてみるとか、そういうのもありなのかなとは思いました。

妻：私たち、本当に辛かったし、色んな経験したと思っています。周り見えなくなるぐらい暗くなっちゃうんですよね。自分だけがどうしてっていうふうに思っちゃうし。続けていくと「あー、次も駄目なのかな」って

いうふうに思っちゃったりしがちなので、暗くなってしまうと、苦しくなってしまうし、人生も楽しくなくなっちゃうので、なるべく明るくいってほしいというのは、なかなかできないけどやってほしいかなっていうふうな感じですね、助言としては。そういうふうな気持ちを持てば、きっといろんな道も考えられる余裕も出てくると思いますし、選択肢、例えば養子縁組もあるんだよ、だとか、あと、そういう2人の道もあるんだよとか、いろんな道を検討できる余裕も出てくると思うので、のめり込みすぎず、暗くならずになるべくいいってほしいかな。難しいですけど。

○意思疎通は誰かの介在があってそうなれたのか、夫婦のコミュニケーションというところでそういう状態にたどり着けたのでしょうか

妻：私たち2人の話し合いについては、誰かが介在したりとかっていうことはなく、2人でよく話し合ったというほうが近いと思います。で、話し合った結果は全て、主人の両親もそうですし、私の両親にもちゃんと2人で話して、というふうにしてきたので、その理解は両親たちは、すんなり理解してくれて、反対に応援してくれるという感じのところまでたどり着けたので、過程としては2人で話し合うことのほうが大きいです。

○ご両親の理解というのも大きいんですね。あるいは聞いてもらうというか。

妻：大きかったですね。たぶん養子は嫌って言う人もいるんでしょう。

夫：反対は言わない人なんだというのはも

ちろん分かってたんですけど。でも、相談するのはちょっと緊張しました。

妻：特に主人の場合は自分の、ことがあって、なんか、言いつらかったりすることもあったんじゃないかなというふうに思ってるんですけど、私は反対に主人の両親に話したときにちょっと驚いたことが2つあって、1つがクリニックの治療か、特別養子縁組かというふうな感じになったときに、私たち相談する前に彼の両親が先行して調べてくれてたんですよ、自分の息子がこういう状態になったときに、どういう選択肢があるかっていうのをちょっと調べてくれたみたいで、私たちが話したときにはもう心構えはしてあって。どちらもいいと。私たちが決めたことだったら、これでもう応援するからというふうに言ってくれてたのが驚いたことがまず1つ目で、もう1つがクリニックの治療をやめて養子縁組を進めたいと思ってるというふうに話したときに、さっき主人が言ったとおりの2人ぐらい受託できるのであれば、それぐらいしたほうがいいんじゃないか、きょうだい作った方がいいだろうし、ていうふうに言ってくれたのに驚いたんです。それ、たぶん養子縁組したいですっていうふうに話したときに、「あー、そうなんだ、じゃ、2人ぐらい」っていうふうに最初の段階で結構言われたんですよ。だから、あ、そんなふうに思ってくれてたんだというのと、何て言えばいいんですかね、たぶん両親ぐらいの年だと血縁関係とか、そういったところをこだわる方もたぶん多いと思うんですけど、どちらかというと、血縁じゃなくて人として見てると言いますか、そんな印象を受けたのが驚いたことの2つ目でした。

○クリニックの相談室の存在というのはどうでしたか

夫：治療を受ける上で相談室に行かないと治療自体が受けられないという感じを受けました。

妻：もちろんその治療で全員がうまくいくわけでもないということもクリニックでは理解されていましたが、私たちももちろん治療して行って、必ず妊娠するというわけではないというのは十分理解していたので、その中で治療だけの説明としての相談室ではなくて、私たちの日々の苦しさをすごく聞いていただきましたし。そういう過程が分かっているからこそ、そういう養子縁組という道も1つ考えてみてはいいんじゃないかというふうに言ってくださったのも相談室の方だったので、そういった意味ではいろんな面でほんと助けられたと思ってます。

○常にご夫婦でカウンセリングを受けられてたんですか。

妻：治療は定期的に行かなければいけなかったんで、日々の治療は私1人で行くことが多かったんです。やはり遠かったですし、休日に必ず行けるというわけではなくて、平日になったりすることが多かったんで、やっぱり主人も仕事もありましたので、ほとんど私が1人だったんですけど、必ず判定日のときだけは2人そろって聞くことにしました。なので、そのときには2人でそろってカウンセリングというか、相談室に顔を出してお話聞いてたという感じです。

○ご夫婦でそれを受けられてたとき、普段

のコミュニケーションと違った理解はありましたか。

妻：夫婦でそれほど齟齬はなかった感じはします。なぜかという、私たち夫婦は普段からよくしゃべるので。なので、カウンセラーが入って初めて聞いただけとか驚いたということはあまりなかったような気がします。ただ、カウンセラーの方から言われたことが気づきだったということはたくさんあったので、新しいことを2人ともインプットされて、そのときに「あ、そう思ったんだ」という感覚はありました。

○だから治療の過程で苦しかった思いも普段からお互いに共有していたということでしょうか。

夫：いろいろなんか、大変なんですよ、で、やっぱり、うまくいけばそらいいけど、うまくいってないときってとても大変で。だけど、できる限り明るくいきたいという思いは2人にあったから、そこだけをなんとか、暗いながらもちょっと明るくいこうぜ的な思いで一緒に乗り越えてきました。

妻：そういうことでもよくけんかになったりしてたので、隠すことはなかったですね、反対に言えば。隠さなかったからこそ大変だったので、落ち込みがちなときももちろんあったんですけど、そこはお互いになんかこう、私が落ち込み気味だったり考えすぎたりとかするときには結構そういうところを叱ってくれるじゃないですけど、明るく方向を変えてくれるような感じで話し掛けてくれたという感じでした。

○養子縁組や里親に対しての何か難しさを感じますか。

夫：養子縁組の難しさ……。やっぱりよく知らないことだと思います。印象としては養子ってテレビで見たことあるというぐらいしかわからなかったです。ただ、クリニックでのさくらんぼ狩り(養親の親睦会)に参加して理解が深まりました。そのときにクリニックで結構ヘビーなことを一緒に考えてきた夫婦3組と話できて、皆さん子どもを受けておられて。あの場に行っても、私は気が進まなかったんですよ。治療中だし、里親や縁組については考えたくなかったし。でも、その場に行ったときの、みんなの家族の感じがとてもよかった。子どもがみんな笑って明るかったというのはとてもハードルを下げたというか、あのへんからたぶん、俺らは子どもが欲しいというよりも、なんか一緒に暮らしていくメンバーが欲しいと思えました。ので、それに対して血縁はもちろんあったほうがいいけど、そうじゃなくても全然いいんじゃないと思えました。受ける側もより理解できれば、ハードルが下がってくるし。

○もし治療が始まる前に病院から治療の事だけでなく、里親や養子縁組制度についても提案されてたらよかったなとか思いませんか

夫：あー、難しいよな。

妻：最初の段階ではちょっと嫌だったと思います。なぜかと言うとやっぱり希望を…一番最初の初診って、例えば大学病院だとしたら、主人の精子がないのは分かっているんだけど、切ればあるかもしれないじゃないですか、といったところで、そういう望みで初診を受けているわけだから、その段階でクリニックの話と養子縁組の話とをされ

たら、ちょっとその先生自体に希望を持っているのに、そこに促されてるのかなって
いうふうになんか感じてしまうかもしれ
なかつたです。なので、タイミングとして
は、大学病院の先生にはやり切っていた
いて、私たちも治療にかけてやって、で、両
者がやっぱり、もうここではやることはで
きないんです。なので、次としてはこれとこ
れが道があるよって言ってくれたあのタイ
ミングだったから理解ができたような気が
します。なので、なんか道がないよって言
ったときなのか、やや前なのか分からない
ですけども、そういった段階のほうがよか
つたような気はします。

夫：うーん、そこはちょっと難しい……。あ
ってるんです。心情的にも一番初めのと
ころでそういういろんな選択肢があるね、と
思うけど、なんかそこ……も、でも逆に早く
の方が、何て言うんでしょう、もうちょっと
浸透するのか、何だろうな……うーん、難
しいですね。難しいですね。

○希望を継続して持ち続けたいとおっしゃ
って、その中で制度があるから、特殊治療
にしろ、養子縁組にしろ、里親にしろ、あ
つたからここまでこれたというお話をされて
いらつしやつたので、制度としては知りた
いけれども、そんなに詳しく説明はしてほ
しくないということなのかなって今奥さま
の話聞いて思ったんですけど、そうです
か。

夫：選択肢としてまだそこを提案されたく
ないってことだね。

妻：そうですね。でも、うっすらとは頭の中
では私自身も思っただけなんですけど先生
(医師)にその段階では言っただけでな

つたというか、もうちょっと比重を治療の
方にというふうな意味で。

夫：私は違う意見でやっぱり、何だろう、実
際のところ、じゃあ、そのマイクロテセ、2
回やるってヘビーなんですよ。で、不妊治療
に入って、クリニックの治療、これもすごく
大事で、ほんとありがたい治療ですけど、大
変なんです。だから、これを乗り越えれ
る、乗り越えれないのもあるし、であれば、
最初の時点で違う道を聞いていた方がいい
と思うんです。治療とは違う選択肢に早く
そっちにいったほうがいいとかも思うから
こそ、もっと最初にこういうことがあるん
だよ。で、そっちを選択してこんなハッピー
になるんだよ、の方がトータルでよかつた
かもしれないし、とかも思うんですよ。

妻：そうですね。そのタイミングって人それ
ぞれだと思えますし、状況も違うだろうから、
ほんととても難しいですね。

夫：難しいですよ。クリニックの治療だつて
ありがたいですけど、やっていくときに、ほ
んとに考えるんですよ。ほんとにこれ、あ
ってるんだっけって。

妻：うん・・・そうですね。

夫：でも先生も、ほんとにね、一緒にやって
くれて、ほんとに尊敬してますけど、もしか
したら、本当に正しいのか？とかっていう疑
問をみんな持つてると思うんですよ。

妻：そうですね。

夫：目の前の人を助けなきゃいけないとい
うときのことと、ほんとに助けるって何だ
っけ？とかもあるし。そんなことばっか考
えてました。だから暗くなるんですけど。で
も、養子制度の情報って助けられる余地が
すごくあるんだろうなみたいなふうに私は
今思ってます。

○たぶん奥さまは治療して、検査とかもした上であえて医師から言われると自分を否定されたようなので、それは嫌だとおっしゃったんですね。

妻：はい。

○そうですね。それで、もっとその前、私たちが考えているのは、治療も全くしない、検査もまだ何もしてない。ほんとに一番初めの段階でいろんな選択肢があるよということ伝えていただくということです。全く何も知らない最初の6年半前のときに、誰かがこういう制度もありますよ。例えば病院でもいいですけど。無精子症の場合はこういうのがあります、排卵が起きない場合はこういうのがありますとかいう中の1つに養子縁組とか里親があったとしたらどうでしょうか。

妻：それはいいと思います。どちらかというところ、さっき彼が答えてくれたイメージにちょっと近いんですけど、人生の道の1つとして考えられるから、そういう制度があるというふうなことを知るといいと思います。

極端なことを言えば、養子縁組のいいところとか、そういう制度のことをもっと世の中の的に広く認知されていけば、もしかして治療うんぬんとか関わらなくても、1つの選択として産むのもいいかもしれないけど、そういった家族の作り方、単純に妊娠して家族を増やすということだけではないよというくらいまでの認知がされていたら、例えば仕事の兼ね合いを考えて、私は養子縁組も考えるという人生のスタートがそこから始まる可能性だってあるわけだし。そ

ういった意味で……うん、広く認知されていくと、すごくいいかなという気がします。

○説明会で不妊治療から養子縁組された人の話をもっと早く聞いてたら、縁組にもと早く傾いていたという思いはありますか

夫：そうですね、やっぱり実際の家族の姿を見るのが一番手っ取り早いんじゃないでしょうかね、とは思いました。で、私もそれまでは頭では分かってるんですよ。そういうものがあるとか、こういう声があると。でもやっぱり実際見てみることにしないと、私は変わらなかったと思います。ほんと運よかったのか悪かったのか分かんないですけど、あの場（サクランボ狩り）に行った。自分の中で気が進まず行ってたのも事実なんですけど、結局行ってよかったです。

妻：でも、それは私たち、たまたま相談室の方に、常日頃そういう悩みを聞いていたり、私たちの経緯を知ってくださっていたから、案内される感じで「来てごらんさい」みたいな感じの誘われ方だったので、参加はしやすかったですね。やっぱり顔を知っている方がいらっしゃる、その会にお邪魔するという感じの感覚で、参加するのに抵抗が少なかったと思います。主人の場合はもう少し頭で考えていて、ちょっと行きにくかったとは言ってたんですけど、私の中ではそうだったので。やはり踏み込むのにすごい勇気がいるのかなって今聞いてて思いました。

○ご主人はサクランボ狩りに参加すること自体にためらいがあったんですね。それはどういったためらいでしたか

妻：たぶん、治療してたからかな。

夫：はい、治療しているから、やっぱり考えたくないんですね。同時に考えられなかったと、それは私のよくないところだと思うんですけど。

○相談室の養子縁組とか里親に関する資料のファイルはどうでしたか

夫：どうなんでしょうね。それはあった方がいいとは思んですけど、私はやっぱりあまり見られなかったです。

妻：もちろんあったことには越したことがないですけど、私たちの感触では、そういう資料や書籍を読むこと以上に、実際の養子縁組の家族が楽しそうにしていたこととか、子どもたちがみんな笑っていて、言われなかったら普通の家族というふうにも見えるぐらいの、ほんとにいい家族たちがたくさんいて、それを見られたことがもう何倍以上によかったという感じです。

○それをもっと早い段階で体験してたら、治療に対する思いも変わってかもしれないと思いますか

妻：変わってるかもしれないし、そのときのその会があるよって初期段階で言われても、行かなかったかもしれないし、ちょっと難しいことではありますね。

夫：それはそう、その養子縁組というものがどれだけ認知されてきてるかの度合いによってやっぱり違うのかなって思います。

妻：私の感覚でしかちょっとお話できないところはあるんですけど、大学病院のときに、養子縁組の会があるからっていうふうに言われて行ってたかっていうと、あのときはクリニックで頑張りたいという気持ちのほうが大きかったからそっちの選択をやはりしてたと思います。

夫：社会において特別養子縁組がもっと普通になってきたらどのタイミングでもいいと思いますし。今の日本でいうと、その認知を促すことが先決なんだろうなって思っていて。そのため当たり前情報が得られるような状況じゃないといけない。やっぱりそこは隠されてる……隠されてるというか、言いにくいとか、どのタイミングとか、そういうことを考えなきゃいけないからこそまだ浸透していないんだなとすごく思いますし。

隠されてる人たちがいるというのがもう、それはもう分かっていることなので。もっと……。

妻：難しいですね、やっぱり私たち今の時点では、養子縁組で家族を作ること、もちろん大変なところもあるけれども、いいところというか、そういう家族のあり方というものもほんとに理解できているので、素晴らしさを皆さんに伝えたいという気持ちもありますが、なかなか世の中がそういう状況になってない。なので、タイミングもあつたり、会があるけども、参加しにくいという気持ちになっちゃうと思うんですね。なので、ほんと早く、人生の1つの選択で気軽に、「私はもう結婚しないから」と一緒ぐらい、「私はもう養子縁組で子どもを授かりたいんだよ」ということを言えるぐらい、選択肢として普通にチョイスできる世の中になってほしいという感じがしますね。

考察

・本インタビューに応じてくださったご夫婦は、現在養子を迎え入れる準備をされている段階である。治療中は夫婦ともに相当に悩まれてきた。特に夫の苦悩の深さが理

解できるインタビュー内容であった。これまでマスコミでは男性は自らが何かを語る存在とはみなされてこなかった（和泉2009）。不妊は女性の問題として捉えられる傾向が強く、男性の苦悩が語られることは少なかった。そうした意味で、本インタビューは非常に貴重な内容である。

・不妊治療経験者が養親として子どもたちと過ごしている姿が何よりも大きなインパクトをご夫婦に与えたが、治療初期にそうした情報を入手しても実際に参加していた可能性は低いことが語られている。しかし治療の過程でもしそうした家族の姿がイメージとして存在していたなら、その苦悩はもう少し緩和されたのではないだろうか。

・ここでは特に社会の里親や養子縁組に関する理解の重要性について指摘されている。社会の理解が促されることで、こうした情報提供は当たり前となり、より早期段階での取り組みを促す可能性について指摘されている。社会の理解との相関で考えていく重要性を認識させられる。

・これまでも特別養子縁組や里親制度は子どものための制度であり、不妊治療夫婦のための制度ではないことは強調されてきた。養親希望者の大きな喪失感への対応と同時に里親や養子縁組に関する意識啓発の困難さや重要性も再認識させられる。

文献

和泉広恵(2009)「子どもがいないということ」神原・杉井・竹田編『よくわかる現代家族』ミネルヴァ書房。

不妊治療機関

カウンセラー

(1) 平山史朗氏 東京 HART クリニック 生殖心理カウンセラー

○治療やカウンセリングの中で、どのように養子縁組や里親に関する情報提供を行っているか。

カウンセリングの場で全員に情報を提供しているわけではない。話題に出ない限り、基本的には、こちらから養子縁組、里親委託に関する話題をお話することはない。

患者さんから聞かれたら、もしくは不妊治療の終結、あるいは不妊治療以外の選択肢に関する話題が出た場合には、養子縁組の話はこちらから聞くこともある。例えば、卵子提供を希望される患者さんなどの場合に、養子縁組や里親委託についてお考えになったことはありますか、等は聞く。

情報提供の前に、どのような認知を持っているかを確認する。情報よりは、まずは養子縁組等について知っているか、あるいはどのような知識や認識を持っておられるか確認した上で、情報が必要だと判断した人に対しては、情報を提供するという形が正確な言い方だと思われる。誰に彼にも、そういう話、話題、そういうテーマだからといって情報提供するのは、ある意味乱暴な話なので、そのようにはしていない。

個人的には、養子縁組や里親委託を不妊治療後の選択肢としては考えたくない。本来的に子どもを持つ選択肢としては、並列に考えるべきものだと思っている。しかし、不妊治療施設内のカウンセリング室に来談する方の多くは、まず子どもを望み、その手段として不妊治療を希望されているため、子どもを持つ／持たない、もしくは持つ選択肢としての不妊治療／養子縁組／里親委託

等が並列的な選択肢として想定されていない。

基本的には、まず今やっておられる不妊治療についての話をしっかり聞いていく。「治療をやめたいと思っています」と言われたときに、直ちに養子縁組の情報提供をするわけではない。ただし、例えば単純に知識不足であったり、あるいは誤解によって里親委託や養子縁組が切り捨てられていたりするような場合には、こちらから言うこともある。しかし、多くの場合は、「血のつながった子が欲しい」、「私たちの子ども」、「自分たちの子ども」などの言葉が出てくる。そのような場合に、「あなたたちにとって子どもを持つというのはどういうことですか」と尋ねるのが、カウンセリングの中では重要なテーマになってくる。そこで、養子縁組や里親のことについてどう考えているのか、少し聞いてみることはある。

ただし、個人的な思いとしてはフェアな選択はしてもらいたいとは思っている。養子縁組等に対して、明らかに誤解が多い。早々に正確な情報を持たずに切り捨てられる場合には、「もしかすると養子縁組や里親委託についての正確な知識を持つことが、あなたたちの選択に、もしかすると少し何か役に立つかもしれない」ということで、お伝えすることはある。

年間のカウンセリングの延べ件数としては200件程度。その中で、さらに養子縁組の話をするのは、10件もないと思う。少し話題に出る程度のこと、あるといえばある。カウンセリングのテーマは、不妊治療以外の選択肢に関する話題でないこともたくさん

ある。治療中の心理的な問題、夫婦関係の問題も多く、治療の終結ばかり扱っているわけではない。

○情報提供にあたって感じている課題はあるか。

不妊治療中の方が社会的養護に関わろうとする場合に、ほとんど、40歳を超えている。そうすると、選択肢自体がそもそも限られてしまう。例えば45歳で養子のお話が出たときに、楽観的な展望は描けないことまで言わなければならない。その責任は情報提供する側にあるかと思う。不妊治療と、並列的な選択肢に全くなっていないことが問題。なり得ないといえ、なり得ないのだが、もう少し早く知っていれば、もっと良い選択はできたというケースは多数ある。

不妊治療を続けることに負担が大きいのも確かであるが、自分たちの子どもを持つ可能性をいつまでも持ち続けられ、子どものいない人生を考えなくてもよい、ある意味では治療を続ける方が精神的に楽と感じられる面もあるため、養子縁組や里親委託は、とても大変なことだと思っておられる。実際に親の研修などで、不公平感につながる。患者さんたちは、ただ子どもが欲しいだけであるのに、それこそ打ちのめされながら治療もしているのに、さらに養子縁組あっせん団体や里親での研修で、「あなたたちのために子どもをあげるんじゃないですからね」のように言われると、「ああ、じゃあ、いいです」と感じる人も多い。

私自身は100パーセント、今の社会的養護のやり方に納得しているわけではない。もちろん、社会的養護の場合は、既にお子さんを守っていることを第一に考

えなければならぬが、相対的に育てる親側の権利が低く見られ、彼らの「親になりたい」という気持ちを肯定的に認められていない部分が大いのように感じている。それがあって、配偶子提供に流れているケースが多い。配偶子提供の話のときに、必ず養子縁組の話はするが、「どういうふうにお考えになったんですか」と尋ねると、「だって、難しいでしょ」と言われる。卵子提供の方が楽。血も半分つながる。そして、簡単にできる。別に制限もない。50歳でも受け入れてもらえるとなると、そちらへ行くのは当然。敷居を低くしろというのは、また違う議論ではあるが、今のやり方で、ずっと養子縁組や里親委託が行われる限りにおいては、配偶子提供に流れるのは自明だと思われる。これまで不妊治療をやってきた人は、医療者から「あなたたちは不妊でかわいそうです。かわいそうなあなたたちに、子どもを授けてあげます」と言われ続ける。主語は自分でずっといけたのに、社会的養護の話になったときに、突然「あなたたちのためじゃありませんよ」と言われる。主語を自分たちから子どもに変換できる人が、養子縁組等にいける人で、その主語を変換できない人の方が圧倒的に多い。

情報提供に関して注意が必要なのは、見捨てられ不安。不妊治療以外の選択肢を医療者から提示されるということは、もう治療による妊娠の可能性が（ほとんど）なく、「私はもう、先生から見捨てられるってことなんです」と患者さんが受け取るということ。その傷つきがケアされないと、患者の不安が高まり、養子縁組を選択することに抵抗を覚えたり、不妊治療の継続に固執することも起こりうる。もちろん情報提供

をしないほうがよいという意味ではなく、見捨てられ不安が生じることも含め、医療者が患者にその選択の意義を丁寧に説明することが不可欠であると考えている。

このような患者の多くは自身の配偶子による子どもを得ることが困難であることにはうすうす気づいていることが多いが、それを認めることは、これまで頑張ってきた「不妊患者としての私」というアイデンティティを失うという喪失体験にもなりうるため、治療終結を考えることにはとても勇気が要る。治療終結をネガティブな体験としてではなく、「治療をやめるってことはとても勇気のいることかもしれないけれども、それはあなたにとって決して悪い選択肢ではなく、未来を開いていく前向きな選択肢にもなりうると思う」ということを伝えようとする。その場合に、子どもを持たない選択に対して、ネガティブに考えていることが多く、「寂しい老後を送るはずだ」という悲観的な未来予想が語られる。それを、間違いだと正しても仕方がないので、そこを聞きながら、「どんなイメージなんだろう」、「本当にそうなるんだろうか」と言いながら、少しずつ、妥当な認知にしていきながら、違う選択肢の話になっていく。

その中で、「もしかすると、私、今までずっと治療を頑張ってきたけど、治療にこだわらずに、子どもを持つということも、あってもいいのかもしれない」、「やっぱり私、育てたい」、といった点に気付けば、そこで「社会的養護の選択肢っていうのは、あなたたちにとってはすごく意味のあることなんだよね」という相互理解ができ、「そっちに進んでいくときに、じゃあ、こういうことありますよ」、「選ぶんだったら、自治体や、ちゃ

んとした斡旋団体があるから」と伝える。

○治療中にドクターが情報提供することについて。

あると思うが、ドクターによっても対応は違い、統一方針はない。また、治療のことに集中したい患者さんからクレームがくることもあるため、当院の方針として、例えば、待合室に養子縁組のパンフレットやリーフレットなどを置くということはしておらず、当院の患者さんであれば誰しもが手に取れるというレベルでの情報提供は実施していない。

患者さんとはとにかく妊娠を第一にお考えで、当然、ドクターのもそのように考えている。それ以外のことは、患者さんに提供することではない。ただし、個別対応では、例えば「養子を迎えたい」と、患者さんがおっしゃった場合には、それを尊重する。そこからの情報提供の内容はおそらく、ドクターによってかなり異なる。

○養子縁組等の情報提供に関する行政と医療の連携の将来像について。

極端に楽観視をすれば、若い世代は、血縁を必ずしも重視しない、あるいは家族の多様性には開かれている気はする。そういう意味では様々な選択肢を選びやすくなる。

現在の不妊治療施設は、妊娠をさせるための医療を提供する人という、サービス業であり、養子縁組や里親委託が並列はするのが良いといっても、行政と連携するかといわれると難しい。連携することは顧客が減ることなので、社会経済的なことを考える必要がある。それよりは卵子提供エージェントと手を組む感じはする。

ただし、もう少し話は複雑で、うまくいかない患者さん、高齢の患者さんを長く引き留めておきたいかという、ほとんどのドクターは、そうは思っていない。「早くやめてくれ」と、思っている。

患者さんご自身が、「本当にこのままでいいんだろうか」とか、「もう疲れちゃった。私こんなに治療頑張ってきたけど、どうしよう」と、カウンセリングに来てくだされば、養子縁組を含めて、あるいは子どもを持たない選択もお伝えできる。子どもを持たない選択も全く並列になっておらず、大きな問題だと感じている。

心理士からの視点からは、養子縁組の選択をする際、今のシステムでは結局、自分の不妊の受け止めが足りない。そこをケアする人は誰もいないため、傷ついたままの状態ですら養子縁組を考えることになる。養子を迎えたからといって、ご自身の不妊体験がやらになるわけでは決してない。そこに、心理士の業界が関わってこなかったのも、問題だと思っている。

考察

長年、不妊治療現場でカウンセリングを行ってこられた平山氏への聞き取りから、不妊治療施設における養子縁組等の情報提供について示唆されるのは、以下の点である。

第一に、不妊治療施設に通う患者の第一の目的は、当然のことではあるが、不妊治療を通じた妊娠・出産だ、ということである。したがって、相当の覚悟をもって不妊治療に通っている患者にとっては、養子縁組等の情報提供そのものが拒絶対象になり得る。

第二に、情報提供によって、患者が不妊治

療を早々に切り上げ、結果、不妊治療施設の減収にも繋がりをため、必ずしも施設が積極的に情報提供するとは限らない。これは一点目とも関連する問題で、情報提供が患者を不快にすることもあるのであれば、施設側は情報提供を躊躇することにもなる。

第三に、不妊患者は様々なレベルで喪失を体験している。その喪失が整理されないままに、斡旋機関等にアクセスしたとしても、必ずしも子どもを迎えられるわけではないので、さらに喪失体験が追加されることになり得る。そうであるならば、不妊治療施設での情報提供も、必ずしも子どもを迎えられるわけではない点を含め、慎重に行う必要がある。

第四に、上記三点を考慮すれば、不妊治療施設側には患者から求められない限り、養子縁組等の情報を積極的に伝えるインセンティブは働きにくい。しかし、このことは同時に、求められた場合に、相談先や子どもを迎えられるとは限らない点も含め、十分な情報提供をできるようにする体制を整備することが求められることも意味している。

第五に、以上を考慮すれば、不妊治療施設で行政等による説明会の開催はあまり効率的な活動とはいえず、むしろ、不妊治療施設以外で、不妊治療経験者を想定した内容の説明会を定期的に開催し、その情報を記したパンフレットを、患者から求められた場合に手渡す体制を不妊治療施設で整える、というのが現実的な対応だと思われる。

(2) 渡辺みはる氏 諏訪マタニティークリニック 心理カウンセラー

○治療やカウンセリングの中で養子縁組や

里親に関する情報提供をされていますか？
行っています

○その対象者を選んでいますか

ご本人から希望があった場合のみなので、こちらから対象者の選択はしていません。

○どのようなタイミング、場所で、情報を提示されていますか？

患者さんが知りたいと相談室においてになるタイミングです。場所は外来に併設されている相談室です（下の画像）。

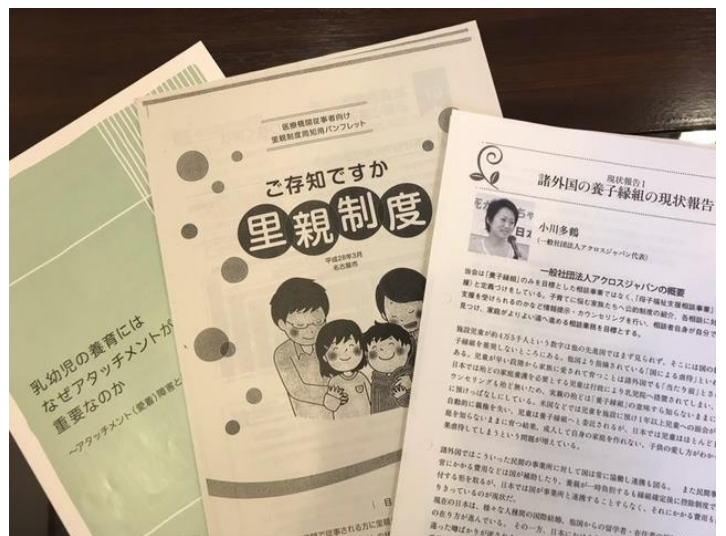


○患者さんに対してどのような情報提供をされていますか？

外来には養子縁組について書かれている院内機関紙が常時置いてあります。（下の画像）それを読んだと言って来られる方がほとんどで、しっかりお話しを聞きたいと言われる場合は、別日に予約をとってご夫婦でおいでいただくよう案内をします。そこでは以下のような過程で進めていきます。



ので「まずは里親とはどういうものなのかを知るところから始めましょう」と集積してある養子縁組に関する情報ファイル一式(下の画像)をお渡しします。その際には必ず「養子は母子福祉支援事業であり、不妊治療をしても授からない患者さんたちのためにあるものではなく“子どもの幸せのためにあるもの”ということが大前提です」と言っています。



〈別日/情報提供 1 回目〉

- 1、ご夫婦それぞれに養子を希望する理由をお尋ねします
(不妊治療についての気持ちの話になりますので、そのままカウンセリングにもなります)
- 2、養子縁組に関してどれだけの情報を得ているのかをお尋ねします
- 3、大抵の方々は「まだ何も調べてもない」という答えで里親の種類も知らない状態な

〈情報提供 2 回目〉

- 1.資料を読んでどうだったか、ご夫婦それぞれから感想をお聞きします

2.養子縁組を前向きに考えたいということ
で夫婦の意見が一致している場合は、具体的
な話として養育里親か養子縁組里親か、
民間か児相か意向を伺います。迷っている
場合には質問を受けます。

3.出された方向性に沿った情報提供をし、
質問を受けます（民間ならば HP やパンフ
レットなどを見てどこが気になるか、児相
ならば今後の流れについてなど）

4.縁組完了家族との繋がりが欲しい場合は
ご夫婦の近隣の先輩を紹介します

5.民間ないし児相、ご本人の気持ちが決ま
って動き出す際にはそれぞれの機関に私か
らも電話を入れます

6.その後は進捗状況に応じて都度相談にの
っていきます

[縁組の詳細]

生後1週齢以下での出会いが73%（待機期間平均1.8年）

縁組例	縁組時の夫婦の年齢（歳）		子どもを手にした時の 子どもの生後齢	縁組仲介機関
	夫	妻		
1	46	43	0日	公的
2	46	44	2日	公的
3	35	35	7日	公的
4	47	33	1カ月	公的
	51	37	2カ月	
5	60	46	2カ月	公的
6	36	39	3カ月	公的
7	38	41	1歳	公的
	40	43	2日	
8	51	48	1歳11カ月	公的
9	48	43	0日	民間
10	46	43	0日	民間
11	39	31	2日	民間
12	40	40	2日	民間
13	49	42	2日	民間
14	43	45	5日	民間
15	41	44	6日	民間
16	49	45	6日	民間
17	54	49	6日	民間
18	51	48	7日	民間
19	35	36	7日	民間
20	47	39	8日	民間
平均±SE	44.8±1.4	41.4±1.0	2.1±1.1月	公的:8 民間:12

Suwa Maternity Clinic

○どなたが情報提供をされていますか？

カウンセラーです。

○情報提供をされていて課題を感じることはありますか？

やはり一番は養子を迎えたいと思って相談
に来られる年齢です。当事者の方からし
たら当たり前なのですが、なかなか治療成
果が出ない事でよぎる「養子」なので、あ
る程度治療をやってきている方々のご相談
が多いです。これまで18年間で相談室でお
手伝いをした縁組事例20例で、夫と妻の縁
組時の平均年齢は夫44.8歳、妻が41.4歳
となっています（下の表）。

子育てをしていく事を考えればもう少し両
親の年齢は若くありたいので、治療の終焉
が見え隠れする時からの養子縁組活動でな
くするためには、治療を始める段階で知っ
ていて欲しい事柄だという事は痛感してき
ました。

あともう一つは、ご夫婦の意見が一致しな
い時、大抵はご主人が二の足を踏むパタ
ーンですが、それを整えてほしいと頼まれ
ることがあります。こういうご夫婦の場合
は、不妊治療自体に対しても例えばいつま
で続けるかとか、意見が食い違っているこ
とが多いです。夫婦の意見の食い違いはこ
の件に限ってでないので関わりの難しさを感じます。

○長く不妊治療に携わり、この制度の情報

提供をなさってこられた医療者として、不妊治療の領域と、社会的養護との溝をどうご覧になられますか？

ご自身が不妊治療に携わり治療成果が上がらない事で初めて知る“養子システム”なので、一社会人の段階で、いかに知る機会がなかったかという事が伺われます。よって、社会的養護などという言葉はさらに知る由もありません。家庭で育つ事の難しい赤ちゃんや子どもたち、育てたいけど育てられない妊婦さん、産めなかったけれども子どもと出会いたい育てたいご夫婦、産科施設、乳児院、養護施設、児相、行政など“養子縁組” に関係するすべての機関の連携がなされていない事は大きな課題だと感じますし、 そういう福祉事業について社会全体が認知する必要も感じます。

○医療の立場からみて、どうすればこの溝は埋まると思いますか

地道な啓発と、関係諸機関の繋がりシステムを構築する、ここに尽きます。

○情報提供をされた時の患者さんの反応はどのようなものですか？

知らない事がほとんどなので社会的養護下にある子どもたちの状況の実情に涙ながらに聞かれる方も多いです。

○情報提供に関して児童相談所や民間機関と連携されていますか？

しています。

○現在クリニックと児童相談所との連携をどのように行っているか

児童相談所の主任児童福祉専門員の森さん

とのやり取りが中心になっています。今までの関わりを踏まえて、テンポ感よく、それぞれ得ていることを互いに認めながら都度話合い、協力しあっています。大変よい関係です。こうなれたのは2カ月前からです。

○そこに至る背景はどういったことがあったのでしょうか

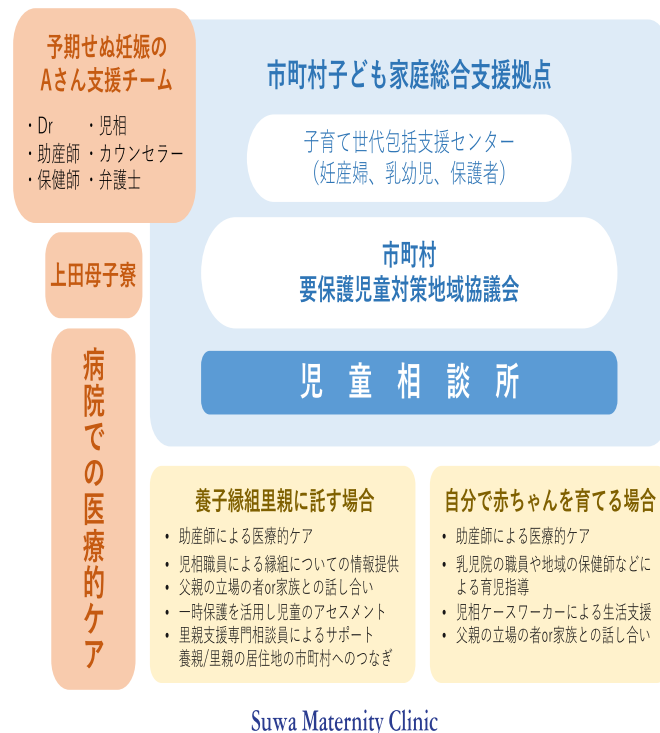
県内5箇所の各児相ごとに里親委託等推進委員会（以下、推進委員会）を作り、独自のアイデアで競い合って良きものにしていくとの県の提案により推進委員会が発足。2020年の12月に、諏訪児相管内の医療機関、ファミリーホーム、NPO法人CAPSすわ、養護施設と乳児院、そして10市町村の行政職員1名ずつ、児相4名の計24名の委員で構成された1回目の推進委員会が開催されました。

次に私が長を務める推進委員会内の養育里親部会のお話をします。メンバーは日赤のMSWさんと乳児院の4Sさん、不妊治療施設の医師と弁護士、私と森さんの6名です。まずは作成した資料を叩きにして、それぞれの思うところを聞かせてもらいました。そうしたところ、当部会としては①新生児委託をどう進めるか②民間団体さんのごとく、児相がいかに新生児をキャッチできるか、という2点が焦点になりました。それはやはり③不妊症治療現場からの養親ルートと、④予期せぬ妊娠妊婦への早期の関わりが必要であり、この2つの共通項はやはり“医療現場である”ということになりました。

そこで地域の保健師と病院の助産師を巻き込んでいく必要を感じ、2回目の会議では管内の2人の保健師さんと1人の助産師さ

んに加わっていただきお話を聞きました。お3方は20年近く現場にいらっしゃるようでしたが、1度も予期せぬ妊娠から養子縁組に至るケースに出くわしたことがない、とのこと。養育が心配になるタイプの親御さんでも、保健師さんとすれば妊娠届けを持ってくるところからの出会いなので、当然産む気があって来ているわけです。そこでその方に向かって「あなた本当に育児大丈夫?」とは言いにくい、それは助産師さんも同様だということでした。養子のことを口に出したいケースはいくつもあったようですが、その情報提供をできる能力が自分たちにはないので「まずはそこから勉強させて欲しい」とおっしゃり、その声を受けて3月4日にオンラインセミナーを開催し、私たち養子縁組部会のメンバーそれぞれの話を共有する予定です。来年度は地域全体で繋がって予期せぬ妊娠から養子縁組への繋ぎをしていくシステムづくりをしていきます。(下図)

[予期せぬ妊娠から養子縁組への繋ぎ] 諏訪モデル



○連携を行う上での課題

官と民とでは、そもそもの立ち位置と感覚が絶対的に違うので、お互いの価値観や慣習などを否定せず、認め合っていくことが最低限のルールだと思ってきました。が、6年行政と一緒にやってみて個々の力量の違いもさることながら、事に寄せる“思い”は本当にそれぞれで、それが結果の差につながっていくことを痛感しました。とにかく腹を割った話し合いができる関係になれるか否か、そこが大変重要であると思いました。会根津院長の口癖でもありますが、「誰のために何を為すのか」の意識がみなさんで統一されたら連携はスムーズにいくのではと思います。

○さりげない間接的（通信における掲載や
掲示板の活用、パンフレットの配置など）
情報提供の必要性について

大々的な不妊症治療施設内での「養子啓発」は患者さん心理として、また懸命に携わっている医師の気持ちを鑑みた時、難しく思います。なのでしれっと、こそっと（周りの目を気にする人も多い）手にして持ち帰れる情報媒体を常設して置くのは大切だと思います。

○直接的に情報を患者の意思によらず初期
段階に伝えることの意義や課題

母子福祉事業の概念にある養子縁組と思っている人はほとんどいません。「産めないから」「妊娠できないから」が絶対数を占めると思います。そこから興味を持つことを否定せず、入りはそこでも良いと思います。いずれにせよ、こちらの事情（患者さん）ではなくあちらの事情（子ども）で成されるということ、まずはきちんと知ることが必要です。「産めないから」「妊娠できないから」の段階で知るよりも、不妊治療を始める最初の段階の方が、一つの学びとして素直に入っていくと思います。時期を経てからだと「産めないから」「妊娠できないから」の実感を体得してしまうので、こちらの事情（患者さん）が前に来がちになると思います。頭の片隅に入れておいてもらう、そんな程度でも何も知らないで時期を失するよりはいいです。

○初期段階での情報提供は誰がどのように
行うのがいいか

初診などで施設の説明や、治療の話に関わるのは大抵は看護師だと思います。相談窓

口を置いている施設の場合はその担当者でいいと思います。そのような説明者がいる場合もない場合も、情報提供の際は、パンフレットがあるのが望ましいと思います。

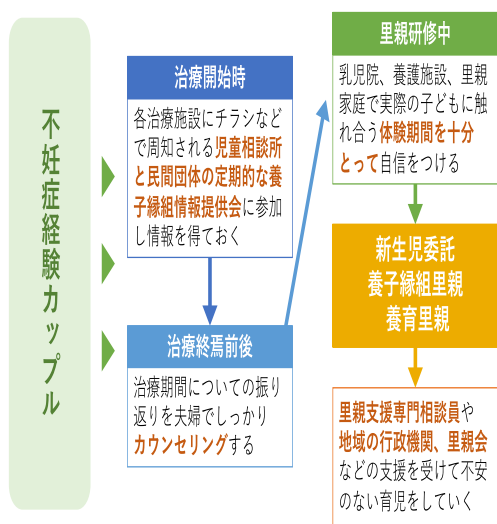
○情報提供の後希望者に説明会を開催する
となると、誰がどのような形で行うのが
いいか

クリニックで行う治療説明会の時に、児童相談所や民間機関が説明をするというのには無理があります。それは治療で子どもができることを信じて病院に来ている人たちですから。とくに治療をステップアップして体外受精進む説明会のときに、養子や里親の説明をこれから児童相談所にしてもらいます、ということは、病院としてはちょっとあり得ないというか、一生懸命治療にあたる医師たちにまず一番は申し訳ないことにもなってしまうし、患者さんの的にも体外受精したら、今度こそできるんだって期待をかけてステップアップする人たちなんで、その場で「頭の片隅に入れてください」という言葉遣いをしたとしても、やっぱり体外受精の説明会で養子縁組の情報提供をするということは難しいです。（積極的に養子縁組の啓発に賛同してくれる医師がいる施設ならば別です）

なので一つの考えとして、児相で児相が主催の説明会を定期的に開くこと。（民間団体もコラボするのが望ましい）そしてそのポスターやチラシでの開催情報を各クリニックに掲示して参加する、たとえ参加者が2人とか3人でもとにかく粛々と説明会は開きます。そこで繋がった希望者を、大切に丁寧に養親候補者として関わりを始めていけ

たらと思います。(下図)

〔養子縁組までの理想的流れ〕



Suwa Maternity Clinic

考察

・不妊治療や里親・養子縁組に関する夫婦の認識や思いを相互に確認し、共有する場として、相談室の存在は重要である。カウンセラーの存在は、里親や養子縁組情報の提供においても要となる。カウンセラーとして医師、患者双方の立場を考慮して、それら情報提供の必要性は認識しながらも、慎重にならざるを得ない状況があることが理解できた。

・これまでの県との関係においては、多様な思いを抱えておられ、里親委託等推進委員会の設置により、相互に思いや意識の共有が徐々に図られてきたことが理解できる。こうした委員会に不妊治療に取り組むクリニックが参加することは画期的なことと思

われる。今後県と連携した何らかの取り組みが具体化することが期待できる。

医師

(1) 小柳由利子医師 (産婦人科専門医)

2006年 福島県立医科大学医学部卒。2015年より東京 HART クリニック勤務。日本産婦人科学会専門医。医学博士。

○治療やカウンセリングで、どのように養子縁組に関する情報提供を行っていますか？

もうこれ以上、治療しても難しそうだという段階になると、「これからどうしますか？」みたいな感じになっていく。その中で、自分の卵子じゃなければ結構簡単に妊娠できるので、海外では卵子提供とかもあるよとか、血縁にこだわらないようなら養子縁組とかもあるよ、という感じでさらっと話をする。あまりこちらからお勧めしている感じは出さない。あとは患者さんのほうから「(妊娠が)もう難しいと思っていて、養子とかも並行して考えている」などと言われることもあるので、そういう場合は結構、深い話までする。どんな団体にあたっているのかを聞き、必要なら個別の団体を紹介することもある。

○どのような基準で対象者を選んでいきますか？

医師 2 人で診療しているので、シビアな話をする場面でどちらの医師にあたるかわからない。ただ、院長はあまり(養子縁組のことは)言わない。経営上の理由は、多少あると思う。また、院長は優しいのであまり厳しく言わない。長く続いている患者さんは院

長のほうが多い。おそらく養子縁組のことなど話すことなく治療が続き、(気持ちを)切り替えるタイミングで、ここで終わりにしたほうがいい、という感じになっている。私が長く診てきた患者さんに対しては、治療のやめどきのタイミングで養子のお話をするケースが多い。そういう患者さんは全体の2割ぐらい。その中で、明らかにそういうことには興味がないとか、過去10年以上、他のクリニックでも治療していて、体外受精に対する執着みたいなものが強い人にはあまり言わない。また、年齢的に45歳を超えている人も結構いるので、養子縁組を希望してもちょっと厳しいかなという人には言わない。ちゃんと育ててくれる人でないと委託する側も困ると思うので。なので、その全体の2割程度の患者さんのうち、話をするのはその2~3割か。半分ぐらいは「養子」という単語を出しているかもしれないが、スルーされることのほうが多いので、会話が続けるのが2~3割という感じだ。(不妊治療医としては)養子のお話をかなり出している方だと思う。ただ、その加減がこちらでもよく分からない。そういう単語を嫌う人もいる。SNSをやっていると、「養子とか押しつけないでほしい」といった意見も結構目にする。

話をする相手を選ぶ基準としては年齢がやはり大きい。あとは、おおらかそうな人。患者さんの中には、妊娠しても、この先の子育ては大丈夫かな?という人もいる。どんな人かといえば、(思考の)癖がある人とか、妊娠にとらわれてしまっている雰囲気がある人。どれだけ(妊娠が難しいかの)状況を説明しても、そこから目をそらして治療を

続けている人も結構いる。治療が人生になっていて、やめたいけれど、やめたら不安になってしまうので続けている、「可能性がゼロでない限り続けたい」という人たち。年齢はだいたい40歳くらい。年齢の割に卵の質が悪いか、個数が育たないとか、そういう人に(養子縁組は)向いているとか、対象にはなると思うのだが。

治療を長く続けている人ほど(妊娠に対する)執着が強い。話をしてもスルーされてしまうことが多い。夫婦の合意の有無も条件になる。ほかのクリニックもそうだと思うが、夫婦でどういう議論をしているかはよくわからない。ふだんから女性が1人で来ることが多い。コロナもあり、夫婦で来院することはめったにない。夫側は、「お金は出すからあとは任せる」という人が多い。ごくたまに夫が治療をやめさせてくれないという人もいる。若い頃から何度も流産していて、自分はもう子どもは要らないかなと思っているが、夫がすごく欲しがっていて、「お願いだから治療を頑張ってくれ」と言われている。そういう夫婦は、やはり妻の遺伝子を残したいという思いが強いのだろうと思うので、養子縁組の話はしない。

情報に対して受け入れ体制ができている人と、できていない人とは最初から決まっている気がする。体制ができている人には、治療に深入りする前に、情報提供することで救えるのかなとは思っている。たとえば、子どもが好きで保育士をしていたとか、養護施設で働いていたとか、家族や親せきに関係者(養子や里子等)がいるとか、治療を始める前からそうした素地がある人。具体的な知識は

ないかもしれないけれど、血縁がなくても愛情があれば子は育つというのを実感として持っている人。実際にはそんな素地はなくても、子どもが好きでなくても、毎日一緒にいれば愛着ってわいてくるとは思う。養親の開拓という意味では、学生のうちに子育て体験をさせるとか、近所の子と遊ぶ機会をつくるとか、地域のコミュニケーションができる場があれば刺激される人もいるかとは思う。

○どのようなタイミングで情報提供をおこないますか？

患者さんの側でも、ちょっと難しいかなと思う結果が2~3回続いて、やめどきかなという時期になった時点で。移植したが陰性だったとかではなく、卵をとって育てても胚盤胞にならず、卵の保存もできないという状態になったりするときです。着床しないだけなら改善の余地はある。卵が育たないほうが難しい。それが3回ぐらい続くと厳しいという感じになる。その要因は年齢が一番大きいですが、30代でそういう状況の人もいる。30代だと体外受精が合わない人もいるので、人工授精にステップダウンしてみることもある。あとは、そうなると自分で転院してしまう人もいる。逆に、治療が何年にも及ぶ人は、養子縁組にちょっとでも興味があれば、人に言われなくても、その間に情報を自分で仕入れているかなと思う。

切り出し方は、さらっと始めて、相手が興味を示したら、さらに詳しく話す。団体の説明会に参加してみたらどうですか？とか。チラシなどを準備するのもいいかもしれない。以前、院内に貼ってはどうかという話が出

た時に、「院長は誰でも見られるところに情報を掲示することに反対なので個別に渡すのがいいのでは」という意見があったので、掲示するより個別に渡すほうがよいかもしれない。患者の中には自分に鞭打って治療している人も結構いて、院内に掲示されることで治療の意欲をそがれるというか…。理想的には、治療が行き詰まってから言うのではなく、治療を始める時点で、こういう道もあるし、ああいう道もあるということの説明する場を持つとか、カウンセラーでも医師でもない、情報提供者のようなコーディネーターが常駐してくれればよいかなと思う。

○だれが情報提供していますか？

(医師である)自分がしているが、拒否されることのほうが多い。患者さんに勧めても、「いや、私は自分の子が欲しいので」「遺伝子を残したいので」と言う人は結構いる。本来は医師ではなく、カウンセラーのほうがよいのだろうが、カウンセラーのところに行くのは、むしろ治療を終えて夫婦としての生き方を選ぶにあたり、まだ心に何か傷が覆っているという人が多いのかなと感じる。治療中の人にカウンセリングの受診を勧めてもあまり行かない。私は妊娠したいからきているので、妊娠以外に答えはない、という人が多い。患者さんから、「どうすれば終わりを決められるだろうか」と質問されて、「カウンセラーなら同じ悩みを抱えた方をたくさん見ていると思いますよ」と受診を勧めても、「カウンセリングだけは嫌」という人が結構いる。そこに向き合うのが嫌なのか、気が強い人ほど、自分が弱い人みたいになりたくないという心理なのか。本

当は、そういう人が一番カウンセリングを受けるべきだと、カウンセラーは言っている。そこにこだわっていること自体が、普通の状態ではないから、と。だから、難しいなと思う。治療室でも言いにくいし、カウンセラーも言いにくいとなると、中立的なコーディネーターのような人がいると一番いいのでは、と思う。私としては、少し記憶の片隅に残ればいいかな、程度の感じで話をしている。興味があれば自分で調べたりするだろうから。

○医師が情報提供することについてどう考えていますか？

医者から言われることじゃない、というのも事実だろう。治療するのが医者の仕事なので。

○情報提供する上での課題はありますか？

自分から養子について尋ねてくる患者さん（積極的に考えている人）は、質問も具体的で、児童相談所と民間団体とどちらがいいかなどと聞いてくる。そういう人は何月までにやめようとか、誕生日まででやめようなどと自分で決めている。私には制度の詳しいことはわからないので、養子の試験養育期間中の人たち10人ほどでつくるLINEグループを紹介した。自分もそこに参加している。そこでは治療と並行して養子縁組を検討中の人もいる。そこは妊娠したら抜けないといけないルールがあり、そうした匿名のグループは荒れがちでもある。

患者さんにしてみれば、養子縁組のことを突然言われても、まったく想像できないだろうし、周りにもいないとなれば「自分ご

と」として向き合えないだろう。病院でそうした話題が出る前に、もっと身近に養子縁組を感じられる情報提供の場があるとよいのではないか。養子縁組の制度は結構、わかりにくい。民間と行政(児相)と両方あるところも。40代の患者さんになると、こっちが水を向けても、「年齢的に、もう難しいんですよ」と最初から諦めている人もいる。40代でも養子を迎えた例があることももっと知らせてほしい。

クリニック側も、自分たちにはあまりメリットにならないことはしないと思う。中立的なコーディネーターがいたらいいとも思うが、そういう人がいるからこのクリニックに行こうと思う患者はあまりいないと思う。すべてのクリニックにコーディネーターを配置するには何らかのルールが必要だろう。常駐とはいかないまでも、要請すれば来るデリバリー的な感じでもいい。クリニックがカウンセラーを雇うのは大変だと思う。既往症があったり、何らかの自覚があったりしなければ、お金を払ってでもカウンセリングを受けようという患者さんはそう多くない。ふつうクリニックとしては限界まで治療を続けてほしいので、あまり最初から(養子について)話をしてほしいかもしれない。養子縁組についての情報提供や相談窓口を国が負担してくれれば広がるのではないか。

○情報提供に関する行政と医療の連携の将来像について聞かせてください。

情報提供する際に気を付けるべきことは、たとえば、児相に相談に行きたいが、夫がうつ病だったり、既往歴があったりすると、医

療情報を行政に知られたら子どもを迎えるのに不利になるのではないかと、というのを気にする人がいる。だから、行政による説明会はクリニック内ではないほうが良いと思う。ほかの施設でおこなったり、オンラインでおこなったりするのがいい。行政に足を運ぶのが結構ハードルなのだと思う。またはこの機関にアクセスすればオンラインで説明が見られる、詳しい話を聞きたい人は、個別の相談がオンラインでできる、といった方式など。先日あった厚労省主催のセミナーは、大学の先生の講演は結構難しい部分もあったが、タレントさんがお話した部分はとってもよかった。体験談はいい。心に訴えるのが重要だと思う。「あるときふと、もうやめようと思った」といった部分など、治療中の人はずい共感できたと思う。ああいうのをダウンロードして視聴できるようにしてはどうか。

内容は難しくないほうがいい。あと、何度も言うが、治療を始めるとき、いちばん最初に情報提示するのがいいだろう。時期がたつてからでは、患者さんの側は、妊娠が難しそうだから言われているのではないかと思ってしまうと思う。説明は全員に渡しているという形で、オンラインの説明はここにアクセスしてみてくださいと。パンフだと、そのままゴミ箱に捨ててしまう人がいそうだ。

(診察券の裏に QR コードを付ける案はどうか) 病院側が難色を示しそうだが、養子縁組についての動画を見ないといけないと義務付けするぐらいのほうが良いとは思っている。

(不妊治療助成を申請する際に役所で視聴を義務付ける案はどうか) それはいいので

はないか。クリニックが悪く言われなくて済む。行政がいうのだから仕方がない、となるだろう。

考察

小柳氏はクリニックで患者と向き合う一方、SNS 上で治療経験者のコミュニティをつくって相談に応じたり、web マガジンへの寄稿を通じて生殖適齢期にある女性たちに向けた啓発をおこなったりしてきた。家族形成の手段として養子縁組を含む複数の選択肢に関心が高い小柳医師への聞き取りから、不妊治療施設における養子縁組等の情報提供について以下の点が示唆される。

1) 不妊治療クリニックに通う患者の最大の目的は妊娠(と出産)である。患者の多くは覚悟と決意とともに治療にあたっており、カウンセリングの受診でさえ、「治療意欲をそぐ」などの理由で躊躇するという。こうした状況での養子縁組等の情報提供は、患者に治療の限界を示唆することになりかねず、情報を伝えること自体が嫌悪され、医師への不信感に繋がる可能性がある。

2) より消極的な情報提供であるクリニック内のポスター掲示やチラシ配布についても、抵抗を感じる患者がいるために見送った経緯があるという。こうした経営上の理由からクリニックの側で情報提供のインセンティブは働きにくい。

3) 一方で、患者が自ら情報を求めてくる場合の相談内容はより具体的であり、医師としては、必要十分な情報を与えられないというジレンマも抱えている。

4) 行政等による説明会の開催については、患者の側に行政等に医療情報が伝わることへの不安がある。

5)以上を考慮すると、情報提供のタイミングは、全員に等しく情報を提供できる「治療の開始時」が最適である。漏れや途中離脱を防ぐためにも、治療を始めるのに必要な手続きのプロセスに組み込むのがよい。情報提供者は医師でもクリニック関係者でもない第三者的な立場の者で、養子縁組等の情報に精通している者がよい。情報提供の場としてはクリニック外(オンラインを含む)が望ましい。

(2) 鴨下桂子医師(産婦人科医、生殖医療専門医)

東京医科大学卒。2012～2019年まで東京慈恵医科大学付属病院で不妊治療を担当。専門は不妊症、不妊予防、がん・生殖医療。現在は東京・銀座の不妊治療クリニックと国立がん研究センター東病院に勤務。

○治療やカウンセリングの中で養子縁組や里親に関する情報提供をされていますか？

している。アクロスジャパンの小川さんと知り合い養子縁組の話聞いてから、慈恵医大で2017年から情報提供を始めた(担当したのは2019年まで)。現在、非常勤で勤務しているがんセンターで、がん・生殖カウンセリングをする際は必ず話すようにしている。がん治療で不妊になる場合は完全に不妊になってしまうケースが多いので、すでにお子さんがある人でもさらに子どもが欲しい方には卵子提供と特別養子縁組の話は必ずする。

○どなたが情報提供をされていますか？

基本的には看護師と医師。看護師は直接、養子のお話をすることはないので、医療職がや

っている。より詳細な情報を求められたら民間機関(アクロスジャパン等)に繋げることもある。

○されている場合、どのようなタイミングでどのようにされていますか？

慈恵医大では最初の間診に入れている。今後、どのような検査・治療を希望しているかを尋ね、丸を付けてもらう。不妊検査、タイミング、人工授精、体外受精に加え、特別養子縁組も。「興味ある」「ない」「どちらでもない」に○をつけてもらう。体外受精の治療を開始する前にセミナーを開き、今後どういう治療をするかの説明をする。その際にどれぐらい通院が必要で、どれくらいお金がかかるか、なぜこういう治療をするかななどを説明する。そのセミナーの最後に「不妊治療の向こう側」というタイトルでスライドを2枚ほど入れて特別養子縁組について説明する。興味を示した患者さんには、本(*)を紹介していた。実際に読んでくれる人もいるし、外来に置いて貸し出しもした。さらに興味を持ってくれたら、個別の勉強会もできると伝えている。

○そこではどのような情報提供をされていますか？

(より高度な)不妊治療に進む前に、どうしても授からない人は必ずいるということを知っておいてほしいと言う。治療でどうしても授からない場合、特別養子縁組という方法で家族を作る方法があることを知っておいてほしいと。ただ、体外受精を控えている方々が、特別養子縁組という方法に違和感を抱く人がいて当然だとも思う。そもそも自分の子どもが欲しくてこれから体外受

精しようとしているのだから。治療の途中で、本当に治療では妊娠できないと自分で思ったときに、家族を作りたいのか、子どもを産みたいのか、もし夫婦で考え方が変えられるのであれば、こういう方法で家族になる方が日本では大体年間 500 組いることを知ってほしい、と言うようにしている。日本人って、みんながやっていたら「普通のことなんだ」と受け入れられる人が結構いると思うので、実際の数値を示す。この制度でこれだけ実際に家族になる方がいるが、実は不妊治療を終えた後の方がすごく多くて、そのプロセスは決して突飛なものではないということを治療前に話している。

このように、慈恵医大に治療に来ると少なくとも 2 回、特別養子縁組という言葉が耳に入るようにはなっている。最後、治療に行き詰まり、治療をやめるのか、もう 1 回頑張るのかという、今後の進路の相談という局面になったとき、もう本当に(これ以上続けるのは)無理そうだとお互いに思った時には、「特別養子縁組という方法で家族になる人もいますよね」みたいな感じで切り出す(※3 回目)。いま決めなくてもいいけれど、そうした情報を知った上で、治療を続けるのかやめるのかを決めるということがとても大事だと思う。今は抵抗が強くても、とりあえず本を読んで、話を聞いて、こういう方法で家族をつくるのもあるかもしれないと思えるかもしれないし、やっぱりないよね、と思うかもしれない。知ってから選んでもいいよね、という話をしている。いまお手伝いしている銀座のクリニックでは自分の色はあまり出していないが、治療の最後の段階、これからどうするかを話し合う時には、

なるべく傷つけない形で、「特別にあなたに言ってるんじゃないくて、一応こういう制度があることを知ってほしくてみんなに言っている話なんだけど」と前置きをして、(特別養子縁組について)話をしている。

(*この時に貸し出していた書籍は『産まなくても、育てられます』講談社)

○詳しい情報提供をする対象者はどのような基準で選んでいますか？

(例：治療年数、患者の年齢、夫婦の合意の有無など)

この夫婦は意見が分かれそうだとかは思わずに、一応(全員に)言っている。決して突き放したり悪意があったりするわけじゃないということ、医師として一つの選択肢だと思っていると伝えている。治療に夫婦がそろって来るケースはほとんどないので妻だけに話すことが多いが、体外受精の説明会は夫婦での参加を原則としているので、そこで養子縁組というワードを入れておきたい。体外受精の説明と同じぐらい、体外受精の「向こう側」の話は大事だと思っている。

○情報提供をされた時の患者さんの反応はどのようなものですか？

最初の間診票では、だいたいの人が「どちらでもない」か「興味ない」と答える。それがほとんど。自分の子どもが欲しくて不妊治療の病院に通っているので当然かとも思うし、日本の社会では普通の受け止めかとも思う。だからこそ私は高校生への性教育などを通じて、養子縁組や里親に違和感を抱

かない世代を育てたいと思っている。

個別に情報提供する際、返ってくる反応としていちばん多いのは「そこまでして…」というもの。「自分の血を越えてまで(子どもを持つとは思わない)」という意味だと思う。大変な治療をしてきた人でも、養子縁組については「そこまでして」となる。「自分の子」という部分にすごくこだわるのだと思う。当事者の気持ちとしてはそうなのか、自分だったらどうするかと思いつつ、その言葉の意味を解釈しようとしている。お金も体力も使って、大変な治療をここまで頑張ってきたのに、と個人的には思う。不妊治療の「そこまでして」と、養子縁組の「そこまでして」はやはり違うのだ、と。それは日本人だから？私にもわからない。ただ、ここまで頑張った患者さんには、その先に進むキャパシティーはあると思うので、「治療を頑張ってこられた〇〇さんだからこそ、子どもを持つってということに対しての心の準備がすごくできていると思う。なので悪い意味で言っているわけでもないで聞いてください」という感じで話をしている。

○患者にとって何が意識のハードルになっていると思いますか？医師から提示されている点でしょうか。

いや、日本人だからでしょう。社会が受け入れていないということが大きい。社会で一般的でないことはできるだけ選択したくないという、マイノリティーになることを怖がる人種だからなのかな、と。自分自身も日本人なのでよくわかる。実際はマイノリティーじゃないのに、そういう気質があるからかえってマイノリティーに見えてしまう。

LGBT もそうだと思う。ほんとはマイノリティーじゃないのに、隠すからマイノリティーになる。そこは全部つながってくる気がする。出自の告知 (telling) をどのようにすべきかの本に書いてあつてが、卵子提供や精子提供や養子もそうだが、出自の告知をしないほうがいい3つの条件があつて、その1つが、「その方法で家族になったことをその社会が受け入れていない場合」とある。まさに日本の話だと思った。だから開示が遅れてしまい、マイノリティーがさらにマイノリティーになる悪循環が起きるのだと感じる。

○情報提供をされていて課題を感じることはありますか？

身近な課題としては、養子縁組の話をする際、患者さんが突き放されたように思つたらいけない。ただ「特別養子縁組」という言葉を知っているだけで、その選択肢を提示することは、患者さんを傷つける(治療の終わりを意味し、突き放す)ことになりかねないのではないかと思う。そのため、こうして本を読んだり、今日も(患者の付き添いで)小川さんの話を聞きにきたり、もっと勉強してより深く知りたいと思っている。実際に自分の患者が縁組をしたら自分の理解もより深まり、もっと自信を持って紹介できるようになる。決して突き放すのではなく、温かみのある選択肢として提示できるようになるのではないかと。この人はこの方法では妊娠しないから、じゃあ別の方法でやってみようかと、治療方針を提案すると時と同じ熱量で、一つの家族を作る方法として養子縁組を提示したいという気持ちがあ

る。

結局、初診のときに特別養子縁組について説明しても、成人になって、ある程度社会の固定観念が染みついている人からすれば、「ふーん」という程度の反応。「NO」ではなくても、「どちらでもない」。人はみな、自分が生まれてきた背景、自分が見えている世界がメジャーだと思ってしまいがちだが、たまたま自分がそうただけで、そうじゃない世界もあると知ることは大事だと思う。海外に目を向ければそうなっている、日本は「右へならえ」が非常に強い。

最近民放の元アナウンサーが養子縁組したが、いわゆる「普通」と思われていた人、社会のマジョリティー代表のような人が公表してくれると、「あの人もやってるんだから」ではないけれど、公表しやすくなり、マイノリティーがマイノリティーを生む悪循環は途切れるかなとは思う。養子で迎えた子たちが、その方法で家族になったことに自信を持てる社会になることが最終目標であってほしい。そうすれば養親希望者も増えるし、養子縁組はポジティブな方法ととらえられるのではないか。

だからこそ、教育が大切。精子提供でも卵子提供でもそうだが、多様性について子どもや若い世代に知ってもらふことだ。小学4年生の頃に「成長のアルバム」といって生い立ちを書かせる授業があるが、「お父さんがいてお母さんがいて、お父さんとお母さんから自分が生まれて」が普通じゃなくて、こういうやり方で家族になる人もいることを伝えれば、そういうものかと思えるように

なるのではないかと思う。

○医療と社会的養護の世界の断絶を感じることはありますか？

私は恵まれていて、産休後に難治性の不妊治療という壁にぶち当たった時期に、小川さんと知り合い、養子縁組について深く知ることができたので、断絶を感じたことはない。いまがんセンターで「がん・生殖」、つまりがんになり子どもを産めないかもしれない人、がん治療の前に卵子や卵巣を保存する人に関わっていて、中には医療ではどうしても妊娠・出産にトライすることすらできない人たちもいる。そのときに養子縁組という提案ができることがうれしい。

○医師が情報提供することについてどう思いますか。

確かに医者の仕事ではないのかもしれない、医者じゃなくてもできることかもしれない。でもがんセンターという大きな病院でこの話ができるのは自分しかいないし、それは医者だから話すのではなく、そのことを少しでも知っている人間が仲介している。ほかにできる人がいるなら、医者は医者しかできない仕事をやればいい。でもほかにやる人がいないのであれば、私も興味があることなので、私がやればいい。医学として不妊治療をやるだけでなく、子どもをつくりたいと思う人たちの家族計画に対しての悩みに寄り添うことに興味がある。私にとって体外受精を提示するのと養子縁組を提示するのは、もちろん中身は大きく違うが、どこか同じことであるというか。

○情報提供に関して児童相談所や民間機関

と連携されていますか？

行政とは連携の経験はないが、民間では小川さんから話を聞いたり、患者さんと一緒に説明を開いたりする機会をもらっている（後者の実施は1回のみ）。

○児相や民間機関との将来の連携についてのお考えをお聞かせください。

患者さんに「特別養子縁組があるから調べてみたら？」と言うのと、「一緒に勉強会に参加してみない？」と言うのは何か温かみが違うような気がするので、連携はありがたい。医者としていろいろな治療法を提示していくわけだが、養子縁組を知っておくことは、最後のカードではないが、もしかしたら患者さんを別の意味で救えるカードになるかもしれないと思う。

○不妊治療クリニック等で里親・養子縁組の説明会をしにくいのはなぜだと思いますか？

医師の側に時間がないのではないか。治療の話一つとっても、患者さんの話を聞けない病院はたくさんある。「不妊治療の向こう側」なんて話をしている時間はないと思っている医師が多いかもしれない。

体外受精の説明会の後に、(医師ではなく)行政や民間機関の詳しい人が「向こう側」について説明するのは良いと思う。そこで1回聞くのはすごく良い導入だと思う。やはり個人クリニックのほうがやりやすいだろう。

やはり、選択肢が多いうちに情報を知っておくのが一番素直に聞けるだろう。「これし

かない」と思うと拒絶したくなることもある。実子を授かれるかもしれないという希望のある段階で、特別養子縁組の話も聞いておくのがよい。ただ、そのときは「自分には関係ない」と思ってしまうのかもしれない。

考察

・社会的養護への理解があり、積極的に学びを深めてきた鴨下医師は、多くの患者が養子縁組の提案に躊躇を示す理由について「社会が受け入れていないこと」を挙げ、情報を提供する際は、不妊治療経験者が養子縁組という選択をすることは「決して突飛なことではない」ということを強調している。

・長く厳しい治療に耐えてきた患者でも、養子縁組になると「ハードルが高い」と尻込みする現実の背後に、鴨下医師が指摘する社会通念や固定観念があることが見てとれる。情報提供のあり方を考える上で示唆的である。

・鴨下医師は、医療の側が養子縁組という選択肢を「最後のカード」として持つておくことは医師・患者双方にとって有意義であると考えている。一方で鴨下医師自身、医師からの情報提供は「治療の終わりを意味し、(患者を)突き放すことになりかねない」とも指摘する。数は少ないが、養子縁組の検討を希望する患者に対しては民間あっせん機関に説明役を委ねるという。

・以上から次の点が示唆される。①選択肢が多いうちに、つまり治療の初期段階で情報を提示する②患者によって情報を必要とするタイミングは異なるため、情報の濃度を変えて複数回提示するのが望ましい③具

体的な検討については児童相談所や斡旋当事者からの詳細な情報提供が必要とされる。

民間養子縁組あっせん機関

小川多鶴 氏（一般社団法人アクロスジャパン代表、ソーシャルワーカー）

国際結婚により 1999 年から米国カリフォルニア州在住。2005 年に養子を迎える。2009 年に帰国しアクロスジャパンを設立。日本ソーシャルワーカー協会理事。NASW(米国ソーシャルワーカー協会)会員。

○養子縁組制度の説明会について、これまでの体制と理想的なありかたについて聞かせてください。

小川:体制としては、まず医療の先生方からお声がけいただくことが多い。アクロス(ジャパン、以下アクロス)が医療施設と協働しているからだと思うが、不妊治療のやめどきで行き詰まっている患者さんを紹介されたり、私が病院に出向いたときにお声がかり、個々の患者に対して個別の説明会を依頼されたりする。複数組のご夫婦を対象にした説明会も開いたことはあるが、多くて5組くらい。家族づくりについてはプライバシーにかかわる問題なので、グループトークでは個々の悩みを打ち明けにくいということもある。

○場所や時間、人数などについて理想的な形はありますか。

小川:今までいろいろな場所で開いてきた。病院に呼ばれるときは先方が会議室や相談室を用意してくれる。5組のときは20人程度収容の小さなホールのような場所だった。

また、外来が閉まっているときに受付の待合スペースで開催したこともある。個別のご紹介のときはアクロスに患者さんが来られるケースが多かった。

医師はどちらかといえば説明の場に同席することを避ける。こちらに依頼してくる医師は制度を理解されている方が多い。そういう方は「医師はあくまで医師としての仕事をおこなう」という、医療以外のところに関与しないというお考えだったりする。今回ヒアリングされた医師の方たちはアメリカにいらっしやった経験もあり、「医師は医師としての仕事をまっとうする」という倫理についてもご存じだったからかもしれない。

○チーム体制や業務分担が非常に明確だということでしょうか。

小川:はい。(説明に介入すると)その後、治療しにくくなると考える先生もいらして、それもそうだろうと思う。

○医療機関内でやるものもあればそうでないものもあるのですね。集団でも個別でも、いろいろな形があっという間、ということでしょうか。

小川:はい。あとは、やはり治療に行き詰まり、医師と患者との関係が悪くなっている方もいる。医師は(治療を)やめたほうがいいと思っけていてもなかなか言い出せず、患者はもうダメなんじゃないかと思っけていても、それを医師に聞けない。そんなときに説明役をふられるという側面もある。

○カウンセラー的な役割を任せられている

ようにみえます。

小川：本当にそうだと思う。心理的な対応も含めて任されるかたちがほとんど。結局、医師はこういう制度があるという程度の認識で、患者さんも「ちょっと聞いてみようかな」という程度でやってくる。一方でがん患者などは、妊娠するための選択肢がなくなり、子を持つ最後の選択肢というかたちでこちらに来られるので、その段階で踏まなければならないグリーフワークのプロセスがたくさんある。養子縁組の制度説明に行き着くまでに、数回ほどグリーフカウンセリングに来られる方もいる。

○情報提供はどういう段階で行うのがいいのでしょうか。

小川：治療前にほかの選択肢があるという説明をするのがいいと思っている。先生は沢山いるものの、実際は制度を知っていても患者に伝えない方が多く、治療に行き詰まったときや、治療のやめどきを医師から伝えづらい時などに紹介されたり、声がかかったりするケースがほとんどというのが現状だ。

○理想的には治療前に、医療機関で、集団で説明する場を設けるのがいいのでしょうか。

小川：そう思う。

○説明会に医療従事者は同席していますか。

小川：同席する方もいる。(こうした選択肢の説明に)前向きで、この制度をもっとよく知りたいと思っている医師が、当方から患者さんへの説明の際に同席を求め、患者さんも「いいですよ」ということで同席されたことがある。ただ患者さんはやっぱり、ちょ

っと緊張していらっしやって、医師の手前、「こういうことを聞いてもいいのかな」とかいう躊躇があるようであった。それはすごくよく理解できる。

私の経験だと、アメリカやほかの国では医師の役割と、治療以外の専門的な制度説明を行う人物の役割は完全に分業されていて、医者が治療以外の場面に同席することはない。そこに(説明者と患者以外の)ほかの人がいるということはなかった。だから皆さん本当に聞きたいことをわーっと聞いて、実際はどうなのか、もう治療もダメだと思っている、みたいな葛藤も結構打ち明けてくれた。医師が同席すると、そうはならないと思う。

○クライアントの反応はどうでしたか。

小川：本当にさまざまだが、基本的には養子縁組についてよく理解していない人がほとんど。初めて聞いたという人から、ドラマで見たことがあるという程度で、本を読み込むなどもなく、「産む」「妊娠する」を自分の人生の主軸にしている人がいきなり養子縁組という制度と向き合う感じ。湧いてくる質問に答えていくと「えー！知らなかった！」みたいになる。

○これまでのインタビューを踏まえると当事者の声を説明会に入れるのはとても効果的であることが明らかです。当事者であり事業者でもある立場から、養親当事者を初期説明に入れるべきだと思いますか。

小川：もちろんそう思う。アクロスでは養親向け研修で治療から養子を迎えた体験者に話してもらってコーナーを設けるようにしているが、皆さんから一番人気がある。アメリ

カでは治療機関が不妊治療から養子を迎えた体験者が話すビデオなどを縁組機関から借りて流したりする。そのアクセスが一番多いという話を聞いたことがある。

○ビデオの作成は効果的かもしれない。実際に複数人を対象にするのは難しいでしょうか。

小川：話したいが顔出しはしたくないという人もいますので、そういう人は個人情報に留意しつつ、声だけでご出演いただくとか。厚労省の啓発ビデオもいいと思う。私たちが話すより、体験者の声が一番効果的だと思う。

○交流の機会があるともっとよい？

小川：そう思う。

○医療従事者の反応はどうでしたか。

小川：日本の場合、治療があまりうまくいっていないから（養子縁組の）話が出るケースがほとんどなので、医師はほっとしているのが本音だと思う。医師から率先して「治療が頭打ちなのではないか」「ほかの選択肢も視野に入れて治療に向き合ってはどうか」とは言い出しにくく、患者の権利や利益を考えて紹介するというよりも、治療に対する方向転換のきっかけとして私を紹介されることが非常に多い。

○初期の局面で話をすることになると状況は大きく変わりますね。

小川：はい。医師のほうも、患者の「子を授かりたい」という強い想いを叶えたいと思っているからこそ、養子縁組や里親制度の情報提供をしたいと思い、私に紹介される。

説明を受けた後に患者さんの反応を見て、医師から「これで治療をあと何回する、という方向性が見えた」と電話やメールで報告を受けることも多い。

○逆に言ってもこないし、説明もしないという機関が相対的には多いのでしょうか。

小川：日本の不妊治療機関のほとんどがそうだと思う。担当する医師が情報提供したいと思っても、院長がそんなことを言ってはダメだというケースもある。制度を知るとは患者の権利だとわかっていても、カウンセラーが担当医に遠慮して患者に言い出せない、医師が一生懸命治療しているのに水を差すようなことは言えない、という話も聞いた。

○患者への里親や縁組に関する情報提供について、医療機関はどのように捉えるべきでしょうか。

小川：どのような形で子を迎えるかの決意をするのは患者の権利だ。患者は自分が利用できるすべての制度を知る権利がある。医者から「どんなタイミングで患者にこの制度について伝えるべきか」と聞かれるが、タイミングを決めるのは医師ではない。自分がいつ、どうするかを決めるのは患者自身だと思う。だからこそ、医師は治療を始める段階で、患者の持つ権利や制度について全員に平等に伝えていただきたい。

○治療のコンセンサスを得るために第 2、第 3 の選択肢も含めてインフォームドされることは患者の権利であるという捉え方でいいですね。

小川：やはり、それがあつての初期段階での

説明だと思う。アメリカでは、成就しない不妊治療を延々としていて別の選択肢を提示されなかった、カウンセラーもいたのになぜかということでクリニックが訴えられたことがあると聞いた。カリフォルニアなど先進州では不妊治療の初回オリエンテーションで必ず家族づくりのすべての選択肢を提示している。治療機関に養子縁組支援団体のソーシャルワーカーが呼ばれ、患者向けに制度説明なども行う。日本もそうになっていくべきだと思う。イギリスでもそうではないか？保険でカバーするならなおのこと。お金を制限なく使わないよう、必要な周知はしておこうということで始まったと聞いたことがある。

○説明会ではクライアントからどんな質問が出ましたか。

小川：これは興味深いのだが、医師の紹介ではなく、自分で探してこちらに来られる方と比べると、医師の紹介で来る人は、不妊治療の現場でお客様として扱われている延長なのか、「お客」という立場でくる方が非常に多い。養子縁組制度は子どもが家庭で育つための制度なのだが、そうした趣旨は頭になく、「どれぐらいで赤ちゃん来ますか？」「赤ちゃん選びに見学に行けますか？」というような質問も多い。そのような希望は言えないと知るとびっくりする。将来、子どもに障害がある可能性とか、子どもを「育てる」という考えに至っていない。なぜ子どもを迎えたいのか、迎えた後のライフプランやビジョンもない。子どもが将来、病気になる可能性も当然あるわけだが(そういう考えはなく)、「自分で産んでも同じでしょう」と言われて、初めて、「あ、そうか」となる。

それでも、「自分で産むなら中絶できる」などと平気で言われることもあり、支援する側としては非常に辛い。

○社会的養護への認識は希薄なんですね。

小川：「妊娠する」ことを目標にしている患者なので、その場面から「育てる」への方向転換までのギャップが非常に大きい。そこを私たち民間団体が補填(ほてん)していくのだが、やはり治療開始前に制度周知をしていないからそうになってしまう。治療開始時から頭の隅にこの制度のことがあれば、色々な選択肢を並行して考えていって、ちょっと待てよ、血が繋がらない子を迎え入れる選択肢があったな、でも子どもが病気だったらどうするか、ちょっと待てよ、自分たちで産んでもそれはあるな、というふうに、「産む」から「育てる」に変わっていくのではないかと思う。

○養親希望者は多様であると思うが、研修効果がある人とない人があるのでしょうか。

小川：ある。世代の差もある。性差も当然ある。あと不妊治療の主な原因の違いもある。男性不妊か、女性不妊かでも大きく違う。

○夫婦の擦り合わせはとても重要な部分でしょうか。

小川：はい。あと不妊治療の難易度の違いも大きい。AIDの方は、第三者の精子提供というところでカウンセリングを受けているので、夫婦以外の他者を受容する準備がある分、養子縁組への移行は楽というか、理解が早い。

○養親として子を育てるということ自体が

困難な作業になる場合もあるのでしょうか。

小川：アクロスの養親希望者はほぼ 100% 不妊治療を経験している。これまでの経緯を聞き取り、夫婦の生育歴や背景を聞きとった上で、その人に合ったかたちで情報を提供していき、養子縁組に進むかどうか、自己決定による意思確認を何度もおこない、それから研修に入ると、丁寧に進めている。特に医療からの紹介の場合、まだ妊娠すると思っている治療継続中の人があるので、自分で産まないという選択肢への方向転換もすぐにはできない人が多い。例えば「治療と並行して待てますか？」というような人はほとんどが産むことをゴールにしている。その意識のギャップをならしていくところから始めるので大変。

○民間機関の差も当然ありますね。

小川：安易に養子を託している機関ほど利用者に人気があるのはそういうことではないか。要するに、「産むこと」がゴールとなっている人は、その先にある、困難な子育てや、子どもが順風満帆に育つわけではないということも考えていないので、私たちのように何度も説明するのはうっとうしく思うのだろう。「私たちは赤ちゃんが欲しいのだ」となり、自分の欲求をかなえてくれる、「赤ちゃんはすぐ来ます、登録してください」というところに行きたがる。

○説明会であまりネガティブなことを伝えるわけにもいかないし、養親当事者もポジティブなメッセージしか出していないだろうし、でも現実を伝える必要もある…。

小川：ただ、一方で子どもが欲しいという一途な思いはストレングスだとも思っている。

色々怖がって臆病になるよりは、子どもを迎えたい！という強い思いも大事なことだ。先日の不妊治療クリニックでの説明会でも、患者さんに「今日の話は頭の片隅に置いておいてくれればいい」と伝えた。今から治療する人だったので、いつか思い出してね、くらいでいい。それが一番効果的だと思う。一方でがん治療をするために、精子や卵子を医療初期に凍結した、というような人には同じ伝え方はしない。そういう人にはグリーフを超えていく段階も見ながら丁寧に説明していく。そういう人は初回面接から 8 カ月～1 年ほど何度も面接を重ねてグリーフを終えて、それから養子縁組を考える。不妊治療の先生たちは一生懸命やっつけらっしゃると思う。そこは分業というか、医師には医師の仕事があると思う。でも最初に患者が利用できる制度周知はするべきだと私は思う。それがどのように有効かを分けてくれる方はとても少ない。

○養子縁組のソーシャルワークにはカウンセリング的対応も必要不可欠。グリーフワークは重要である。不妊治療と社会的養護の橋渡しをするなら、そうした指針も必要ではないでしょうか？

小川：そうですね。何度かピアサポートのようなグループセラピーもやった。治療体験者で今から養子縁組を考えようとする人たちに 4 組ぐらい、事務所に来てもらってフリーで話をしてもらった。わっと泣き出す人もいた。医師と向き合うストレスや、治療がうまくいかないストレスがあり、自分で自分の心の持ち方に気付いてない人がほとんどだった。

○ピアカウンセリング的機能のファシリテーターを民間機関がやるわけで、ファシリテーターやグループワーカーの役割が求められるが、日本では個別対応で終わっていてそれができるソーシャルワーカーが少ないと言えます。ケースワーク偏重の教育的側面が強すぎるのかもしれませんが。

小川：カウンセリング機能を担っている方々や場、例えば、病院のソーシャルワーカー、カウンセラー、里親や養子縁組の当事者会など結構あると思う。養親希望者の方たちは皆、他の人の話を聞きたいと思っている。特に日本人はそういう傾向がある。みんなはどう考えているんだろうと気になるし、多数の意見にならえば安心する。

○当事者の力を活用するソーシャルワーク的役割を担うファシリテーターは大事だと思う。

小川：私自身は治療に関係ない人なので、患者さんは何でも話せるのではないか。そこに医師が同席すれば、治療に関したことはあまり話せなくなってしまう。

○ちなみに医療職からはどんな質問が出ることが多いですか？

小川：養親希望者の数と養子になる子どもの数は見合っているのかということをよく聞かれる。「“需要”に対する“供給”のバランス」という表現をされた方もいる。福祉の領域で考える「家族のつくり方」とはだいぶ異なる捉え方をされるのだな、と感じる。それが良い、悪いというよりは、向き合う患者は同じ患者なののだが…。まったく違うフィールドにいるという印象を受ける。

○医師や養親といった人たちを啓発していくことはたいへんな事だと思う。

小川：一方的にこちらのやり方で話をしても伝わらないので、皆さんに自分に置き換えて考えてもらうには、どのような表現を使えばよいかを考えながら話をするようにしている。ただ一方で、医師は共感力がありすぎると医師という仕事ができなくなってしまうとも思う。限られた5分、10分の外来の中で、生死にかかわる説明をしなければならぬわけだし、不妊治療の現場でいえば、治療がうまくいく人、いかない人の心をいちいち酌んでいたら治療に向き合っていけないだろう。あえてそこに介入しない医師も多いはずで、そのために患者の気持ちに酌めず、なぜ最初に情報提供が必要なの？となってしまう。ただ、研修医になる段階でおそらくそうした線引きをしていらっしゃるのだと思うし、そこは医師を尊敬している。そうでなければ生死をかけるような手術はできないと思うし、うまくいかどうかわからない高額治療などにも挑めないのでは。だからこそアメリカではあえて医師は、ソーシャルワークや家族問題に介入しないという倫理綱領をつくっている(*)のだと思う。

○次の質問になりますが、制度説明では何を伝えていきますか。

小川：初回に細かく詳しい制度説明はできない。してはいけないと思う。最初は、こういう制度は不妊治療とはまったく別ものである、子どもを迎える、育てるところは一緒だけれど、今まではあなたたちは産むことがゴールだった。これからは育てることがゴールになる。それがこの養子縁組だとい

う程度にとどめる。そこを超えられない人は、養子縁組は無理だと言ってやめるだろうし、それでいいと思う。

○説明をする上で困難を感じている点がありますか。

小川：結局、養親希望者の個々の背景や価値観にもよるし、どんな医師がどのような治療をしてきたのかによっても(理解度は)変わる。そこを患者自身が自分で整理する必要がある。自分で整理してもらうには、こちらが傾聴して伝え返してまとめてっていうのを何回も重ねて初めて、自分で「私はこれだけやったけれど、やっぱり無理なのかな」と思い至ったり、「これだけやったから次の段階にいいよね」と自己決定に至ったりする。そこがまず課題で、それができていないと制度周知もできず、先へ進むこともできない。

○転勤で児相に来たという人ができる作業ではない。

小川：児相の方は、民間のように個々に合わせた面談や個別の説明の時間などを持つことは難しいとおっしゃる。そこはもう「百聞は一見にしかず」で、養子縁組当事者に会わせる。みんな最初の第一声は「あ、普通ですね」と。(特別養子縁組家族が特別なものだと思っている人は多い)行政の説明は難しい用語がいっぱい出てきて、ますますわからない、という養親候補は非常に多い。

○主管課や児相には、最初の説明会の目的は制度説明ではないことをわかってほしいと。

小川：周知にフォーカスするのであれば、そ

うだ。ただ相反して考えなければならないのは、養子縁組は基本的に「子どものため」の制度なので、希望する全員が親になっていいわけではないこと。それは制度周知の一つの課題だ。医師たちが他の制度を知ったほうがいいと思う時はたいてい自分たちの治療がうまくいかないと思っているときであり、患者は治療がうまくいかないことに対する医療への怒りがある。本人たちが乗り越えないとグリーフも終わらず終結できない。そこを結局、私たちが担っている形になる。「患者のため」というところは、医師も考えないといけないと思う。必要のない「治療」を続けることはおかしい。

○「治療」という言い方が誤解を招くところもある。

小川：妊娠することだけをゴールとして治療に尽力するのはいいと思う。治療するなら思い切りするべき。でもいちばん最初の段階で、ほかの制度もあると知った上で治療をするのとしなないとでは大きく違う。ただ、医療の側から、不妊治療でダメだったら養子縁組といった代替的存在として制度を伝えることだけはやめてほしい。そうなるのであれば、むしろ何も伝えないほうがまし。「ダメなら養子縁組があると聞いて来ました」みたいに始まってしまうと、夫婦は「仕方なく養子縁組制度を利用する私たち」となってしまう。

また、全員が親になれるわけでもないの、そこも早い段階でわかってほしい。55歳になって養子のお話を聞きに来る人は、なぜもっと治療の早い段階でこの制度について言ってくれなかったのか、と言う。聞いていて

大変気の毒に思う。10年若かったら体力もあり、考え方も柔軟で子育てに適していただろうに、長い年月を治療に費やしてきた人は、問い合わせの時点で親の介護が始まるとか、自身の定年のことを考えているとかいう状況になっている。その意味でも制度周知は早くすべきだと思う。

○医療機関と民間機関、児相と民間機関など、連携する上での課題はありますか。

小川：私どもと児相とは必要な場面で協働できている。医療(不妊治療クリニック)と行政(里親制度啓発)の関係では、難しいのではないかと。まだ民間事業者(養子縁組制度)のほうが入りやすいのでは。

また、医師が治療を始める段階で、治療方針やそれらの治療における妊娠率や分娩率を示すときに、同時に養子縁組も含めた全ての選択肢を提示するとよい。患者はそれらに優劣をつけることなく情報として聞きとることができ、患者自身の自己決定により治療の方向転換や終結を迎えることができる。患者のために初期段階で制度周知することは結局、先生たちにとってもプラスに働くはずだ。

古い体質の医師だと養子縁組自体に差別的な考えを持っていて、民間団体ごときに何の話ができるのかという方もいる。一方で患者と長い時間向き合う助産師や看護師は、多くの方が私たちの重要性に気付いている。その人たちに本制度を周知するのも有効な手法だと思っている。患者と向き合う人たちは患者たちの気持ちをよりよく理解しやすい。

○そういう方とのつながりは大きいですか。

小川：かつて専門職向けの研修会を何度かしたことがあるが、多くの人たちがこの制度について知りたいと思っていて、不妊治療にたずさわる看護師の方もたくさん参加された。不妊治療の場で、養子縁組という選択肢をこっそり伝えているという看護師やカウンセラーも多い。ただ、こうした制度の利用促進には国の力も必要だ。たとえば制度利用で保険点数が付くようにするとか。そのうえで、医師は医師としての業務を遂行していただき、ソーシャルワークに関しては専門分野と連携して、任せただければと思

考察

米国で養子縁組支援に関わり、不妊治療の当事者でもある小川氏への聞きとりから、本研究の主題である「不妊治療施設における養子縁組等の情報提供」について示唆されるのは主に以下の点である。

第一に、不妊治療当事者に対する養子縁組・里親制度の情報提供は必要である。患者は子どもを持つことを希望して治療に臨んでおり、最終的に自己決定により人生の選択をする当事者であるから、そのためのすべての選択肢を知ることは患者の権利である。

第二に、その情報提供は不妊治療を始める段階でおこなうべきである。

いつ治療をやめるか、どの手段を選ぶかを患者が自己決定できるような情報提供のあり方を考えるべきである。治療に行きづまってからの情報提供は患者の心理的抵抗が大きく、意識の転換を難しくするためである。

第三に、医師は養子縁組や里親の制度があ

るといふ情報提供にとどめるべきであり、詳しい制度説明や説得に介入すべきではない。医師が日々向き合っている治療行為と、養子縁組・里親という子どものための福祉制度とは、本来的にその趣旨や性質が異なる。それぞれの専門領域を互いに理解し、連携に努めるといふあり方が望ましいと考える。

(*参考)

米国産婦人科医会・倫理部会の養子縁組に関する倫理綱領：Committee on Ethics, The American College of Obstetricians and Gynecologists, “Committee Opinion” Number 528, June 2007(reposted 2018)

主管課・児童相談所

長野県県民文化部 こども・家庭課児童相談・養育支援室 井口 真一 氏
諏訪児童相談所 森 美奈子 氏

○これまで里親・養子縁組に関する情報提供という点では、諏訪マタニティークリニックとどのように連携されてきたでしょうか。

里親委託等推進委員会にはクリニックのカウンセラーの方も参加されており、推進の協議を重ねている中で相互に取組の情報を共有してきました。実践において具体化することはこれからのことになると思います。現在それについて検討している段階です。

○連携についての意義と課題について何か認識されていることはありますか。

諏訪マタニティークリニックはご存じのとおり、不妊治療をされ、なかなか結果が出なかった方について別の方法(里親・特別養

子縁組)も紹介しているという意味では、不妊治療の機関としては非常に画期的、珍しいところかなと思っています。不妊治療の現場では、里親や特別養子縁組をなかなか提示できない状況があるかと思います。里親制度を提示した段階で不妊治療を諦めるというふうに捉えられてしまう傾向があるかと思います。そこを乗り越えて里親制度、特別養子縁組について紹介されています。

反面、いたずらに勧めるのではなくて、やはり不妊治療で求めるものと特別養子縁組制度として求められているものというものが別のものというか、違うものであるということを明確に初期段階でしっかり説明して頂いているというところが一番強みかなと思っています。このことについて、正直こうやって推進委員会の中で話し合いをするまで、児童相談所の職員も諏訪マタニティークリニックのそういった仕事の、業務の姿勢というものを存じ上げなかった部分もあるんですけども、話し合いをする中で、特にカウンセラーの渡辺さんはそういったお考えをお持ちで実施をされているということがよく分かり、そこは行政と連携していく上で大事なことと認識しています。

予期せぬ妊娠がわかって、じゃあ、どうしようかとなったときに、行政ですと、関係機関で一定の情報を共有しながら、進めていくとなりますが、諏訪マタニティークリニックさんにお聞きすると、匿名性が重要だということをおっしゃっていて。その妊娠された方がそのことを周囲に知られない形で養子縁組を進めていきたいと。そこは行政のほうと合わない部分かなと思っています。

○里親委託等推進委員会で諏訪マタニティークリニック

ークリニックの渡辺さんと情報を現段階では共有しているというふうな捉え方で間違いないでしょうか。

お互いの業務の立場を共有して、よりよい連携をしていくにはどうしたらいいかということを協議している段階であります。

○従って児相側からクリニックに出掛けて行って説明するとか、そういう段階にはなっていないということでもよろしいでしょうか。特別養子縁組や里親の説明は実際には渡辺さんが行っておられます。その取組の情報（状況）を里親委託等推進委員会で共有しているということです。

○不妊治療と養子縁組というのは別物であるという表現をされたと思うんですけど、それは子どもの福祉を目的とした制度であるということと、わが子が欲しいという養親さんの思いとが矛盾するというふうな捉え方でよろしいですか。

はい、そうです、そのとおりです。

○今後諏訪マタニティークリニック以外のクリニックとの連携を考えられているか。あるいは里親委託等推進委員会にその他のクリニックの参加ということも考えておられますか。

推進委員会の中に特別養子縁組部会があります。そこに諏訪マタニティ以外の地元の2カ所の病院に参加頂いております。さらに広げていけるかということは検討中です。

○連携上のクリニックとの役割分担ということなんですけど、ここはまだ具体的に何か決まってるわけではないですよ。

正式に決まってはいいませんが、今後例えば諏訪マタニティークリニックで行う里親制度の説明会に児童相談所が出向いて、制度の説明をするなど協働でできることはあるかと思っております。

○クリニックの職員が直接行うのではなくて、児童相談所が出掛けていって行うということの必要性を感じられているという理解でよろしいでしょうか。

行政の立場でお話をするので、相手側の受け止め方が同じ内容でも違うのかなという印象はもっています。

○説明会を不妊治療のどういう段階に、あるいは個別になのか、集団でなのかとか、具体的なそのあり方について何かございますでしょうか。

集団でと思っております。個別にできることが一番相手方の知りたいこともお伝えできるのでいいんですけども、やはり具体的な里親制度ってこういうものかということ、社会的養護ってこういうものなんだということをお伝えするように考えています。

○集団に説明をした後、個別に渡辺さんか、あるいは児童相談所で相談に応じるというふうな段階を踏むという理解でよろしいでしょうか。

はい、そうですね。もうちょっと知りたい方には個別にということですよ。

○患者さんはどういうふうな人たちを対象にするかということなんですけど。初期段階の人もおれば、治療自体をやめるという時期の人もおられますが。

どの段階でということまでは、こちらと

してはまだ検討しておりません。

○説明会のあり方なんですけど。養親当事者の方との連携とか、あるいはその説明会にそういう方を招くとか、当事者の方々の連携について何かお考えございますでしょうか。

経験した方のお話というものは、非常に分かりやすくして可能であれば連携していくのはいいかなと思っております。説明会を計画していく中で連携を始めていくところかと思っております。

○主管課としてのお考えもぜひ聞かせていただきたいです。

(井口氏)

長野県はやはり広いですから、地域ごとにいろんな資源があり、当然地域ごとにまちまちな状況がありまして。そういう意味で今児童相談所の管轄地域単位でそういう支援を作っていこうということで設置をされているのが先ほど申し上げた児童相談所ごとの里親委託等推進委員会というふうになります。

それが昨年度から社会的養育推進計画の推進の1つの方策として立ち上がってきているという経過がありまして。その中で諏訪マタニティークリニックさんがこれまで力を入れてやられてきたという経過があった中で、諏訪児童相談所の推進委員会に諏訪マタニティークリニックさんに入って頂き、さらに、他の不妊治療クリニックも参加頂いております。そこには養子縁組部会というものが設けられて、その中で不妊治療をされている方たちがこれからの特別養子縁組の里親さんですとか、場合によっては

養育里親さんということも含めて、一緒にやっていただけるようなアプローチをさせていただくことを考えています。やっぱり母集団としては可能性がやっぱりあるだろうというところで取り組みが始まっているというところですね。

諏訪のこれからの具体的な取り組みをまずは進めていただく中で、参考になったり、同じように取り組めるものが中期的にどうか、今後ほかのところでも参考にしながら取り組んでいくような、そういう段階的な取り組みができると一番いいのではないかなというふうに考えているところです。

○他の2カ所のクリニックが推進委員会に出席させるようになってきた経緯についてはいかがでしょうか。

どういう推進委員会にしていくかということ管内のいろんな関係者で話をしていく中で、医療機関を入れていこうというような話があり。大きな病院だったりですね、あとは、諏訪マタさんからのご紹介で不妊治療を行っている実績のある医師が1名ご参加となっております。

○積極的に治療以外の選択肢も提示していこうという態度の表れが推進委員会の出席に結びついているという理解でよろしいですか。

そうですね。勉強会なども一緒にしていこうと話し合っています。

考察

・里親委託等推進委員会にクリニックのカウンセラーが参加し、児童相談所と意識を共有し、連携・協働を図っていることは、他

の自治体にも参考になると考えられる。

・諏訪児童相談所における里親委託等推進委員会には、他のクリニックも参加している。諏訪マタニティークリニックの心理カウンセラーの渡辺さんの聞き取り調査では、クリニックで児童相談所や民間あっせん機関が説明会を行うことは、治療に懸命に取り組む医師たちの思いを斟酌すると、困難とのことである。むしろ、児童相談所で行い、そこに治療経験者が赴く形をご提案されている。

D.総合的考察

・不妊治療を開始すると、里親・養子縁組という別の選択肢を考えることが困難となる傾向について理解できた。治療のステップアップ情報は頭に入ってきてても、里親や養子縁組の情報に関しては難しいこと、治療やその成果に固執すること、医療機関の提案に任せる形で治療が継続、特殊化していく傾向のあることが明らかとなった。

・年齢が高いほど患者は焦りも大きくなる。年齢などで不利な条件の患者は実績ある治療機関に集まり、顧客が多い施設ほど医師は多忙である。カウンセラーが対応できる患者は限られており、患者が自ら求めない限り、医療側からの治療以外の情報提供は行われにくい実態もある。

・こうした状況を踏まえると、まず不妊治療開始前に里親や養子縁組に関する情報を患者に提供する必要がある。基本的に医師ではないカウンセラーなど別の専門職が患者個々に情報提供を行ったり、児童相談所や民間養子縁組あっせん機関などと連携し複数の方々を対象に説明会を行ったり、待

合室で説明動画を流したり、パンフレットなどを配置・掲示することなど多様な方法が考えられる。治療開始前における里親・養子縁組情報の提供を患者の権利保障の一環として位置付ける必要がある。

・個々の状況によってその情報への感度は異なり、情報提供を一律化する課題や難しさがある。個々の状況に応じて継続的・段階的に伝える必要もある。

・説明会については、不妊治療機関に児童相談所や民間の養子縁組あっせん機関の職員がやってきて行う場合や、児童相談所や民間養子縁組あっせん機関を会場に行う場合が考えられる。

・不妊治療機関の医師やカウンセラーは児童相談所や民間の養子縁組あっせん機関の職員が治療機関にやってきて説明会を開催することに対しては消極的であり、児童相談所や民間養子縁組あっせん機関を会場に行うことを提言された。不妊治療機関でのそうした制度に関する情報提供には慎重にならざるを得ない状況が理解できる。

・情報提供だけではなく、併せてカウンセリング機能の重要性が指摘された。夫婦が共に暮らしているからお互いの気持ちを共有しているわけではない。不妊治療過程において夫婦の認識の齟齬が生じ、関係が悪化することもある。カウンセラーが仲介役となり、家庭とは異なった場で相互に気持ちを伝え合ったり、場合によっては夫婦が個別にカウンセリングを受け、カウンセラーを通して互いの気持ちを伝えてもらい、夫婦で意識を共有したりすることが重要である。

・夫の苦悩の深さも理解できた。特に夫に不妊要因がある場合はなおさらである。不

妊は女性の問題として捉えられる傾向があり、夫は感情表出を抑制する傾向もある。ジェンダー差を考慮した対応も必要であろう。

- ・不妊治療経験のある養親の語りを聴くことや、子どもを含め交流する機会を持つことは、何よりも大きなインパクトを夫婦に与え、里親や養子縁組に関する深い理解につながる事が明らかとなった。説明会の内容によって夫婦の印象は大きく異なり、行政説明的内容で終始することが懸念される。

- ・特別養子縁組や里親制度は子どものための制度であり、不妊治療夫婦のための制度ではないことは強調されてきた。一方、養親や里親希望者は不妊、流産、死産など大きな喪失感を抱えている傾向にある。こうした喪失感への対応と同時に、里親や養子縁組に関する理解や意識啓発も必要であり、その具体化の困難も認識させられる。治療経験者がこれまでの苦悩やそれに伴う感情の言語化による自己理解を、個別カウンセリングや集団でのピアカウンセリングなどを通して促すことも必要であろう。そうした専門職の養成も課題である。

- ・より広い観点から、制度が身近に感じられる社会のあり方や、里親や縁組家庭とのかかわりが情報提供以前に必要なことが指摘された。日本における現在の里親や養子縁組に対する社会意識がその推進を阻むという悪循環について理解できる。

E. 結論

以上の内容を踏まえると、①不妊治療機関は治療開始前あるいは治療初期段階で里親・養子縁組に関する情報を提供すること、②患者によって情報を必要とするタイミン

グは異なるため、情報の濃度を変えて複数回提供することが望ましい、③具体的な情報提供や説明会のあり方については、児童相談所やその主管課、民間養子縁組あっせん機関などと検討し、連携・協働する必要がある、④不妊治療を経て子どもを授かった養親当事者の方の話を聴く機会や、そうした家族と交流する機会を提供すること、⑤カウンセリングの提供により、夫婦の意識共有を促す事が提言できる。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
左勝則、石原理	世界のガイドライン	池田 智明ら	生殖医が知っておくべきこと、産科医ができること 生殖と周産期のリエゾン	診断と治療社		2020	P179-184

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Saito K, Kuwahara A, Ishikawa T, Morisaki N, Miyado M, Miyado K, Fukami M, Miyasaka N, Ishihara O, Irahara M, Saito H.	Endometrial preparation methods for frozen-thawed embryo transfer are associated with altered risks of hypertensive disorders of pregnancy, placenta accreta, and gestational diabetes mellitus.	Human Reproduction	34	1567-1575	2019
Saito K, Kuwahara A, Ishikawa T, Morisaki N, Miyado M, Miyado K, Fukami M, Miyasaka N, Ishihara O, Irahara M, Saito H.	Reply: Artificial cycle 'per se' or the specific protocol of endometrial preparation as responsible for obstetric complications of frozen cycle?	Human Reproduction	34	2554-2555	2019
Ishihara O, Jwa SC, Kuwahara A, Katagiri Y, Kuwabara Y, Hamatani T, Harada T, Ichikawa T.	Assisted reproductive technology in Japan: a summary report for 2018 by the Ethics committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology.	Reprod Med Biol	20(1)	3-12	2020

Ishihara O, Klein BM, Arce JC	Randomized, assessor-blind, antimullerian hormone-stratified, dose-response trial in Japanese in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection patients undergoing controlled ovarian stimulation with follitropin delta.	Fertil Steril	S0015-0282 (20)	32631-5	2020
Jwa SC, Seto S, Takamura M, Kuwahara A, Kajihara T, Ishihara O.	Ovarian stimulation increases the risk of ectopic pregnancy for fresh embryo transfers: an analysis of 68,851 clinical pregnancies from the Japanese Assisted Reproductive Technology registry.	Fertil Steril	114(6)	1198-1206	2020
Seto S, Jwa SC, Namba A, Indo A, Kajihara, T, Ishihara O.	Klebsiella pneumoniae-induced pyogenic liver abscess secondary to oocyte pick-up.	Taiwan J Obstet Gynecol	(in press)		2021
Tamura S, Jwa SC*, Tarumoto N, Ishihara O.	Septic Shock Caused by Fusobacterium Necrophorum after Sexual Intercourse during Recovery from Infectious Mononucleosis in an Adolescent: A Case Report.	J Pediatr Adolesc Gynecol	33(5)	566-569.	2020
Ichikawa D, Jwa SC, Seto T, Tarumoto N, Haga Y, Kohno K, Okagaki R, Ishihara O, Kamei Y.	Successful treatment of severe acute respiratory distress syndrome due to Group A streptococcus induced toxic shock syndrome in the third trimester of pregnancy-effectiveness of venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: A case report.	J Obstet Gynaecol Res	46(1)	167-172	2020
Iba A, Maeda E, Jwa SC, Yanagisawa-Sugita A, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y	Household income and medical help-seeking for fertility problems among a representative population in Japan.	Reprod Health	18	165	2021

Jwa SC, Ishihara O, Kuwahara A, Saito K, Saito H, Terada Y, Kobayashi Y, Maeda E.	Cumulative live birth rate according to the number of receiving governmental subsidies for assisted reproductive technology in Saitama Prefecture, Japan: A retrospective study using individual data for governmental subsidies.	Reprod Med Biol	20	451-459	2021
Jwa SC, Ishihara O, Kuwahara A, Saito K, Saito H, Terada Y, Kobayashi Y, Maeda E.	Social capital and use of assisted reproductive technology in young couples: Ecological study using application information for government subsidies in Japan.	SSM - Population Health.	16	100995	2021
梶原 健, 左勝則, 高村 将司	子宮内膜症をもつ患者に産婦人科処置を行う際には骨盤内感染・卵巣膿瘍に要注意! ART手技を含めて.	臨床婦人科産科	74巻6号	579-583	2020
石原理	海外における生殖医療とわが国の法的状況	日本医師会雑誌	148(120)	24232426	2020
前田恵理	不妊症とQOL	産科と婦人科	88	325-329	2021
前田恵理, 石原理, 左勝則, 李廷秀, 小林廉毅.	韓国における人工授精および生殖補助医療の公費負担状況—保険適用の背景と影響に関する訪問調査	公衆衛生	86	84-90	2022

令和3年3月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人秋田大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 山本 文雄 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
- 研究課題名 「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
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 前田 恵理 (マエダ エリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	秋田大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人秋田大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 山本 文雄



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 「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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 寺田 幸弘 (テラダ ユキヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	秋田大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 埼玉医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 別所 正美



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
- 研究課題名 「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
- 研究者名（所属部局・職名） 医学部・教授
（氏名・フリガナ） 石原 理・イシハラ オサム

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 3月 30日

厚生労働大臣 殿

機関名 埼玉医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 別所 正美



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

2. 研究課題名 「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

3. 研究者名（所属部局・職名） 医学部・講師

（氏名・フリガナ） 左 勝則・チャア スンチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月9日

厚生労働大臣 殿

機関名 徳島大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 野地 澄 晴 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 「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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院・専門研究員
(氏名・フリガナ) 桑原 章・クワハラ アキラ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年2月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職名 総長
氏名 五神 真 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 「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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 小林 廉毅 (コバヤシ ヤスキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 1 月 1 3 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 田中 雄二郎 印



次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「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
3. 研究者名（所属部局・職名） 大学院医歯学総合研究科 寄附講座助教
(氏名・フリガナ) 齊藤 和毅 (サイトウ カズキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立成育医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） _____

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項）
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 学校法人 日本女子大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 今市 涼子



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

2. 研究課題名 「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

3. 研究者名 (所属部局・職名) 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科教授

(氏名・フリガナ) 林 浩康 (ハヤシ・ヒロヤス)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	獨協医科大学埼玉医療センター ーリプロダクションセンター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉田 謙一郎



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
- 研究課題名 「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
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 杉本 公平 (スギモト コウヘイ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	獨協医科大学埼玉医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。