

第 1～3 回検討会の主な意見

1. 基本的な考え方

- 不妊治療は、子育ての長いスパンの一部であり、出産はゴールではなく出発点である。
- なぜ助成しているのかという趣旨が分からない。少子化対策なのであればもっと助成額を増やして欲しいという声もあるが、そうではなく、パブリック・ヘルスという観点もあるのか。例えば、適正な運営を促していくという効果もあると思う。
- 例えば、父母、祖父母等が揃っていることが望ましいといったようなファミリー・イデオロギーではなく、多様な生き方の一つとして、生み育てることが望ましいということだろう。
- 妊娠・出産は、社会・国がとやかく言うことではない。そもそもは、白紙の上に自分の絵を描いていくという社会像がベースにあるのではないか。違った意味で受け止められないようにするためにも、言葉のイメージはとても重要であり、「妊よう力」等の言葉がどのように伝わるかなど、ワーディングについてイメージし、丁寧な配慮が必要である。

2. 妊娠や不妊等に関する知識の普及啓発、相談・支援の充実

◎妊娠や不妊等に関する普及啓発の内容、手段等

- 患者は、卵子の減少、劣化等の知識を十分に持っていない。若い方に対し、こうした知識について周知することが必要。特に、学校教育に、生命誕生のすばらしさ等とともに取り入れられないか。
- 職場における適切な知識の普及、妊娠等に対する理解とサポートなどが必要ではないか。
- 男女ともに知識を持つべき。
- 文部科学省にも協力していただき、男性も平等に学べる場として、学校教育（特に高校まで）を充実させることが必要ではないか。
- データを示しながら、国民がわかりやすい形で情報提供することが必要ではないか。
- 高年齢での出産のリスクを含め正しい情報を提示し、その上で各々が選択するのが基本。

◎不妊専門相談センター

- 地域内で行政（市町村等）と民間（クリニック等）との連携が不足している。
- 相談窓口を見つけにくい場合や、ホームページ等が最新の情報に更新されていない場合がある。また、相談時間が平日の日中のみである場合、働いている方は利用しにくい。
- インターネット環境の整備に伴い、他のウェブサイトでの相談が可能になっている。今の時代に合った相談のあり方に変えていく必要がある。
- 何をやっていいのかわからない自治体もあり、取組内容に格差がある点が問題。

- 実際に不妊治療を行っている方は医療機関等の相談先があるので、そうでない方に対する支援も必要ではないか。
- 医療に関する相談と、心理面や社会支援に関する相談の両方を担えるようにする必要があるのでではないか。
- 国の事業であるにもかかわらず、地域によって内容に差がある。自治体が集まり、情報交換できる場があるだけで違ってくる。
- 医療機関が自助努力で相談をやっているので、センターが形骸化しているのではないか。
- 事業同士の連携を考えた上で、周知を進めて欲しい。例えば、センター職員が助成事業を知らなかったり、その逆があったりする。
- 平成8年の事業創設以降の時代の変化を踏まえ、活用できるものに変えていくべきである。
- 創設当初はすごく良かった。しかし、その後、IT化、不妊クリニックの変化等があり、当初の使命を終えたのではないか。新たな意味づけが必要である
- センターの事業概要中、「医師などが・・心の悩むについて指導を行う」は変である。
- 各委員からの意見を踏まえ、新たな方向性で見直すことが必要。

3. 実施医療機関の人員要件や安全管理体制、実施医療機関の情報の取扱い

- 連携のあり方や人員要件については、患者が受診しにくくならないよう、実態を踏まえた議論が必要。
- 医療機関の質は、恐らく治療周期数に比例しているなので、助成対象となる施設のハードルを少し上げる必要があるのではないか。
- 生殖医療専門医は既に400名を超えているため、要件に加えるべき。
- 生殖医療専門医がない県もあるので、要件はきめ細かに決める必要がある。
- 母性看護専門看護師や不妊看護認定看護師については、その数がまだ十分でないが、ある程度経験と知識を持った看護師を専任で置いた方がいい。
- 看護師の質の向上が非常に重要であるため、施設要件に、年間採卵件数500件以上の施設は認定看護師を置くことが望ましい旨を追加してはどうか。
- 心理的ケアの中心は看護であり、重要であるため、看護師の要件見直しについては、ぜひやって欲しい。
- 胚培養士の要件に「医師又は」とあるが、結局は医療機関に医師が1名いればいいということか。
- コーディネーターは2つの学会資格があり、質が大きく異なる。そのため、一律に「配置」とするのは難しいのではないか。
- 全施設にカウンセラーを配置するのは現実的でないが、カウンセリングを受けられるような状況になるよう、どのように現実と折り合いをつけるか考える必要がある。
- 心理カウンセラーと遺伝カウンセラーは全くの別物であるが、国の指針でも一緒に扱われてしまっている。両方の支援が受けられる体制が望ましいのではないか。

- カウンセラーのところに、臨床遺伝専門医や認定カウンセラーなど、具体的な専門資格を書けないか。
- ダブルチェックについて、現在はデジタル・デバイスが増えてきているし、休日・夜間に2人体制は厳しいので、「2名以上」は別の表現にした方がいい。
- ダブルチェックの「実施責任者の下に」「2名以上」とは、「合計3名以上」という意味にとれないか。
- ダブルチェックには看護も関わって欲しい。専任というより、精通しているという意味でも専従がいいのではないか。コーディネーターは自己決定の支援を行う点で重要であり、「配置が望ましい」ではなく「配置」として欲しい。特に年間100件以上採卵する施設には配置して欲しい。
- 事故の再発防止のためには、情報共有が必要であり、生殖医療に特化した、ヒヤリ・ハット、インシデント報告を義務化し共有する仕組みが作れないか。
- 人員の配置状況も公表対象とすべき。

4. 特定治療支援事業の助成対象範囲や給付水準

◎助成期間、助成回数等

- 最近では、身体的負担の少ない方法もあるため、助成期間を短縮するのであれば、1年間当たりの回数については、必ずしも制限を設ける必要はないのではないか。
- 妊娠できる方のほとんどは、最初の2年間位で妊娠すると考えられるため、その辺りに手厚く助成を行うことが望ましいのではないか。
- 現在の助成期間である5年間も不妊治療を行う場合、身体的・心理的・経済的な負担が大きいため、助成期間は2年間程度がいいのではないか。
- 不妊の原因や背景によっては2年以上かかる方もいるので、そのような方々を拾い上げる仕組みも必要ではないか。

◎助成対象年齢等

- 妊よう率の社会への啓発になるほか、若い方は経済的な基盤がないことが多いため、34歳以下などの妊娠後のリスクが低い方に手厚く助成を行い、年齢によって助成額を変えろという方法もあり得るのではないか。
- 特に妊よう率が下がるのは42～43歳であるし、現在、42～43歳で、助成期間が終わるため治療を止めるという方が多いので、そこを一つの区切りとしていいのではないか。
- 公的助成として、ある程度の年齢制限を設けることは必要だと思うが、それが高齢の場合は絶対治療してはいけないという空気になってしまうことは問題である。
- 年齢制限を設けることはやむを得ないだろう。印象の問題だが、40歳未満は少し厳しく、42歳位かなと思う。
- 年齢制限はやむを得ないが、改正について周知が必要であり、また、支給総額があまりに減ってしまったのは問題である。例えば、若い方への助成を手厚くしたり、回数の制限

をなくすといった対応があればいいのではないか。患者のことを考えると、42～43 歳位がいいのではないか。

○税金で賄われる事業であるため、効果という観点から一定の基準が設けられることはやむを得ない。ただし、妊娠・出産という極めて私的な領域に対して、国家が強いメッセージを与えすぎることにならないよう、慎重な配慮がなされるべきであり、丁寧な説明が必要。