

不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会

報告書

(案)

平成25年〇月〇日

目次

<u>1. はじめに</u>	1
<u>2. 特定不妊治療をめぐる現状</u>	
(1) 結婚・出産の年齢の上昇等に伴う治療ニーズの増大と高年齢層の増加	2
(2) 医療機関における特定不妊治療の実施状況等	3
<u>3. 不妊治療に関する支援のあり方</u>	
(1) 検討の基本的な考え方	3
(2) 妊娠や不妊に関する知識の普及啓発、相談支援	4
1) 妊娠や不妊に関する知識の普及啓発	
2) 不妊専門相談センター	
(3) 特定治療支援事業のあり方の見直し	6
1) 医療機関の指定要件	
2) 特定治療支援事業の対象範囲	
3) 医療機関に関する情報公開	
<u>4. おわりに</u>	14

[関係資料]

- (1) 設置要綱・委員名簿
- (2) 開催経過
- (3) 参考資料

1. はじめに

- 近年、我が国においては、結婚年齢や妊娠・出産年齢が上昇しており、平成 24 年には、平均初婚年齢が男性 30.8 歳、女性 29.2 歳となり、第 1 子出産時の女性の平均年齢が 30.3 歳となっている。
- このような変化と医療技術の進歩に伴い、体外受精をはじめとする不妊治療は年々増加してきており¹、体外受精・顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）により出生した子の数は、全体の出生数の約 3%（平成 22 年）を占めている。
- こうした状況の中、平成 8 年度には不妊に悩む方に対し専門的知識を有する医師等が相談支援を行う「不妊専門相談センター事業」が開始され、平成 16 年度には、不妊に悩む方の経済的負担の軽減を図ることを目的として、高額な特定不妊治療の治療費の一部を助成する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（以下「特定治療支援事業」という。）が創設された。特に、この特定治療支援事業については、助成件数が急増しており、事業創設当時（平成 16 年度）に約 1 万 8 千件であったものが、平成 24 年度には約 13 万 5 千件になっている。
- また、近年の結婚年齢の上昇等に伴い、特定不妊治療を受ける方の年齢も上昇している。一方で、一般的に、高年齢での妊娠・出産は、様々なリスクが高まるとともに、出産に至る確率も低くなることが医学的に明らかになっている。そのため、こうした最新の医学的知見も踏まえ、本人の身体的・心理的負担の軽減や、より安心・安全な妊娠・出産に資するという観点から、支援のあり方を検討することが必要である。
- こうした状況を踏まえ、年齢と出産率・出産リスクの関係についての普及啓発を推進するとともに、より安心・安全な妊娠・出産に資する観点から、より適切な特定治療支援事業のあり方等を検討するため、本年 5 月に本検討会が設けられた。
- 検討に当たっては、まず、妊娠・出産に係る意思決定は、当事者が自らの意思で行うものであるという認識に立った上で、より安心・安全な妊娠・出産に資するために適切な支援のあり方を検討するものであることを確認した。
- また、
 - ① 希望する妊娠・出産を実現するためには、正確な情報が的確に提供されることが必要であり、国が医学的な情報を整理し、正確に国民に提供することが重要である。

¹ 参考資料 1

②不妊治療は治療を受ける方にとって身体的・精神的な負担が大きく、妊娠・出産を経験するかどうかにかかわらず、悩みに応じた相談・支援を受けられるようにすることが重要である。

③支援のあり方の見直しについては、その内容と考え方を国民に丁寧に説明していくことが重要である。

といった認識に立って、検討を進めた。

- 以上のような考え方の下、検討会内に設置したワーキング・グループにおける検討結果も踏まえつつ、計●回にわたり議論を重ね、今般、検討の結果をとりまとめた。

2. 特定不妊治療をめぐる現状

(1) 結婚・出産の年齢の上昇等に伴う治療ニーズの増大と高年齢層の増加

○ 我が国の平均初婚年齢は上昇傾向が続いており、平成 19 年には男性が 30.0 歳、助成が 28.2 歳であったが、平成 24 年には、男性が 30.8 歳、女性が 29.2 歳となっている。また、出産時の女性の年齢についても上昇しており、平成 24 年には、第 1 子出産時の平均年齢が 30.3 歳となっている。

○ こうした近年の結婚年齢、妊娠・出産年齢の上昇や、医療技術の進歩に伴い、特定不妊治療を受ける方の数が増加している。その年齢構成も年々変化しており、全体に占める 40 歳以上の方の割合は、平成 20 年の約 32.1%から平成 22 年には約 35.7%に増加している¹。

○ また、治療ニーズの増大を背景に、特定治療支援事業の助成件数も急増している。事業創設当時（平成 16 年度）には約 1 万 8 千件であったが、平成 24 年度には約 13 万 5 千件となり、直近の平成 23 年度と比べても、約 20%増えている。また、40 歳以上の方の占める割合は、平成 23 年度の 30.1%から平成 24 年度には 32.7%と増えている²。なお、平成 23・24 年度の助成実績を助成年数別に見ると、それぞれ 1 年目の方が 49.9%と 51.4%、2 年目の方が 28.6%と 26.7%と、ともに 2 年目までの方が約 8 割を占めている。

○ 一方で、年齢が高くなるほど、流産、死産のほか、妊娠に伴う産科合併症として、妊娠高血圧症候群、前置胎盤等の女性や子どもの健康を害するリスクが高くなる傾向があるとともに、不妊治療を行ったとしても出産に至る確率が下がることが明ら

¹ 参考資料 1

² 参考資料 2～4

かになっている。しかしながら、不妊治療を受けた方の中には、こうした事実を知らなかったことなどから、妊娠・出産の時期を遅らせた結果、不妊治療を受けることになった方や、治療の開始が遅れてその効果が出にくくなった方もいると見られる。

(2) 医療機関における特定不妊治療の実施状況等

○ 特定不妊治療を実施している医療機関は、平成 23 年末現在で 552 施設¹である。また、特定治療支援事業の対象施設として都道府県知事等の指定を受けている医療機関は、平成 25 年 2 月現在で 570 施設となっている。

○ 特定不妊治療の実施状況等を見ると、医療機関ごとの差が大きい。

例えば、実施件数については、552 施設中、年間 1,000 件を超えるものが 52 施設ある一方で、0～10 件の施設が 61 施設、11～50 件の施設が 88 施設ある¹。人員についても、医師、看護師等の配置状況に差があり、特定治療支援事業の医療機関の指定要件（「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」（平成 17 年 8 月 23 日雇児発第 0823001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）別添 3）において「配置すべき」とされている医師、看護師の人数に大きな差があるほか、「配置が望ましい」とされている職種のうち、治療を受ける方のケアに携わる、いわゆるコーディネーターやいわゆるカウンセラーの配置がなされていない施設が、約半数を占める²。医療安全管理体制については、ほとんどの医療機関が医療安全管理のためのマニュアルの整備やインシデント事例等の報告制度を設けているが、ごく一部、不十分な施設も見られる²。また、特定不妊治療は自由診療であるため、一部の医療機関では妊娠に至った場合の成功報酬を設定しているなど、医療機関ごとにその報酬体系が異なる。

○ こうした医療機関に関する情報については、特定不妊治療を希望する方の医療機関の選択に資するものであり、多くの医療機関や地方自治体は、自主的にホームページ等において公表しているが、統一的なルールはなく、記載情報の種類等に差がある。

3. 不妊治療に関する支援のあり方

(1) 検討の基本的な考え方

○ 妊娠・出産に係る意思決定、すなわち、子どもを産むのか産まないのか、いつ産

¹ 参考資料 5

² 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ。第 2 回検討会資料 4。

むのか、といった判断については、当事者である男女が自らの意思で行う事柄である。

- より安心・安全な妊娠・出産に資するため、不妊に悩む方々に対する公的支援についても、こうした認識に立って、適切な支援のあり方を検討することが重要であり、また、その基本的な考え方を整理し、これを国民に丁寧に説明し、共有することが重要である。
- このため、まず第一に、当事者である男女が希望する妊娠・出産を実現するために正確な情報が的確に提供され、それを前提とした判断がなされるように、国が医学的な情報を整理し、正確に国民に提供することが何より重要である。
- 特に、不妊治療に関し、妊婦が高年齢になるほど母体と胎児に与えるリスクは増大する一方、出産に至る確率は低下することや、不妊の原因が男性側にある場合も少なくないといった医学的知見などについて、国が国民に対して正確に幅広く提供していくことが必要である。
- また、不妊に悩む方々が、妊娠・出産を経験するかどうかにかかわらず、その悩みに応じた相談・支援を受けられるようにすることも重要である。妊娠や不妊治療に関する専門的な知識を有する医師等による専門的な相談を受けられるようにすることはもちろん、不妊治療は治療を受ける方にとって身体的・精神的な負担が大きいことなども踏まえ、心理的な側面も含めた適切な支援も必要である。
- 不妊治療に関する公的な助成のあり方を考えるに当たっては、関連する医学的知見を踏まえ、より安心・安全な妊娠・出産に資する実施医療機関の指定要件や助成対象範囲のあり方について、具体的な形を示し、その考え方とともに、国民に丁寧に説明していくことが重要である。また、その対象範囲は、あくまでも助成の対象とするかどうかであって、治療を受けるかどうか自体は個々人の選択によるものであり、こうした点についても丁寧に説明していく必要がある。
- これらの点を踏まえ、下記(2)～(4)に、支援の見直しの方向性を示した。

(2) 妊娠や不妊に関する知識の普及啓発、相談支援

1) 妊娠や不妊に関する知識の普及啓発

- 希望する妊娠・出産を実現するためには、まず妊娠等に関する正確な知識を持つことが第一歩である。一方で、不妊治療を受けている方であっても、年齢と妊娠・

出産のリスクの関係等について十分な知識を持っていない場合がある。そのため、男性も含め、こうした知識を広く普及し、啓発していくことが必要である。なお、特定不妊治療制度の助成範囲については後に述べるが、それとは別の問題として、妊娠等に関する知識のひとつとして、医学的には35歳くらいまでが妊娠等の適齢期であるという事実を周知することが必要である。また、40歳半ば前後、又は50歳近くでも不妊治療により妊娠・出産した事例についての報道を通じて、誰もが年齢に関係なく不妊治療を行えば、妊娠・出産が可能であるといった誤った認識が広まっている面もあり、マスメディア等を通じた正確な情報の提供、普及啓発にも留意が必要である。

- 妊娠等に関する知識の普及啓発に当たって、具体的には、厚生労働科学研究¹の取組等を参考に、関係学会や地方自治体、関係府省庁等と連携し、様々な方策により国民が分かりやすい形で普及啓発を図っていくことが適当である。こうした普及啓発は、現に妊娠・出産を考えている方に対して行うだけでなく、結婚前の段階から行うことも重要である。一方で、学校卒業後は、そうした情報が広く行き届きにくいと考えられるため、不妊専門相談センター等において講演会や学習会の開催などの取組を強化することが必要である。また、実際の不妊治療においては仕事との両立が課題になることがあることから、職場における適切な知識の普及や理解を促すことも重要である。
- さらに、学校教育（特に高校まで）を充実させることも重要である。現在も、妊娠可能性や不妊については、高等学校学習指導要領に基づき、受精、妊娠、出産とそれに伴う健康課題について理解できるようにするとともに、家族計画の意義や人工妊娠中絶の心身への影響などについても理解できるようにすることとしており、引き続き、厚生労働省と文部科学省が連携して取組を進めていくことが必要である。

2) 不妊専門相談センター

- 不妊治療を受ける方の増加に伴い、こうした方々に対する相談支援の重要性が高まっている。現在、全国の都道府県・指定都市・中核市（平成25年4月1日現在109か所）のうち61か所（平成24年度）で、不妊専門相談センターにおいて、専門的知識を有する医師等が医学的な相談や心の悩みの相談に応じるとともに、不妊治療に関する情報提供が行われているが、地方自治体によって、その取組内容に差が生じている。

¹ 「母子保健事業の効果的実施のための妊婦健診、乳幼児健診データの利活用に関する研究」（研究代表者：山縣然太郎（山梨大学保健管理センター））

- 事業創設当時（平成8年度）は、現在ほど不妊治療が一般的でなかったこと、インターネットが普及していなかったこと、他の支援機関が不足していたこと等から、不妊治療の種類や医療機関等に関する基本的な情報提供や相談に対するニーズが一定程度あったものと考えられる。しかしながら、その後のインターネット環境の変化や民間の支援団体の増加等により、基本的な情報については、不妊治療を希望する方・受けている方自らが容易に得られるようになり、不妊専門相談センターで対応する必要性は低くなっていると考えられる。
- 一方で、治療件数の増加に伴い、治療がうまくいかない場合の心の相談や、男性不妊への対応など、より専門的な相談支援へのニーズは高まっていると考えられる。また、働いている方は平日の日中は利用しづらいなど、より利用しやすい体制が求められている。そのため、こうした支援ニーズの変化を踏まえた改善が必要であり、また、一層の周知を図り、不妊に悩む方が相談しやすい環境づくりを進めていくことが必要である。併せて、専門的な相談への対応のためには、医療機関等との連携が不可欠であることから、その強化を図ることも必要である。

(3) 特定治療支援事業のあり方の見直し

1) 医療機関の指定要件

- 治療を希望する方の視点に立ち、特定不妊治療の質を高める観点から、指定要件の厳格化が必要であるが、一方で、治療を受ける方の利便性を損なうことのないよう配慮する必要がある。
- 具体的には、以下のとおりとすることが適当である。なお、専門資格を有する者の配置については「望ましい」としているが、今後の育成・確保の状況等を踏まえて、将来的には配置を義務とすることも検討すべきである。

[医師]

- ・ 治療件数の多い施設は、特定不妊治療の質の向上を牽引すべき立場にあるとも言えることから、こうした施設における要件を厳格化することが適当である。
- ・ そのため、年間採卵件数が100件以上の施設については、「日本生殖医学会認定生殖医療専門医がいることが望ましい」を要件に加える。ただし、今後の配置状況等を見ながら、義務化について改めて検討することが適当である。

[看護師]

- ・ 看護師は、治療を受ける方と接する機会の多い職種であり、特定不妊治療においては専門的見地からのサポートが欠かせないことから、より高い専門性を持つ看

看護師の配置を求めていくことが適当である。一方で、専門資格を有する者の現在の配置状況を踏まえると、全ての施設に配置を求めることは現実的ではない。

- ・そのため、現行の「1名配置」に、「不妊治療に専任¹している者がいることが望ましい」を加えるとともに、年間治療件数が500周期以上の施設については、「日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましい」を加える。

[泌尿器科医師]

- ・男性不妊への対応のためには、泌尿器科医師との連携が必要であるが、実際に泌尿器科が配置されている施設は、病院で約半数、診療所は15%にとどまっている²。また、特定不妊治療を実施している診療所で、泌尿器科が併設されている場合は少ないと考えられる。
- ・そのため、現行どおり「配置が望ましい」という要件を維持しながら、[「日本生殖医学会認定生殖医療専門医が望ましい」ことを加える](#)。なお、引き続き、精巣内精子生検採取法、精巣上体内精子吸引採取法等を実施する施設では、泌尿器科医師との緊密な連携を取れるようにしておくことが重要である。

[胚を取り扱える技術者]

- ・胚培養は生命の萌芽を取り扱う業務であり、重要な位置を占めることを考慮すると、その技術者の配置を義務づけることが適当である。
- ・そのため、現行の「配置が望ましい」を「配置」とするとともに、医師でもよいことを明確化する。また、一定の専門性を確保するとともに、実施施設における業務の明確化を図り、より安全な実施体制を確保する観点から、年間採卵件数が100件以上の施設については、「実施責任者・実施医師と同一人でないことが望ましい」という要件を加える。

[いわゆるコーディネーター]

- ・いわゆるコーディネーターは、看護の側面から治療を受ける方を支援する重要な業務を担う存在であり、特に治療件数が多い医療機関においては、より高い専門性を確保していく必要がある。また、医療機関内において、医師等の複数の職種からなる生殖医療チーム内の調整も必要である。
- ・そのため、コーディネーターの役割として、「不妊治療を受ける患者への継続的な看護とともに生殖医療チーム内の調整を行う」ことを明確化する。

¹ 当該看護師の全業務のうち半分程度以上が不妊治療に従事していることを目安とする。

² 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ。第2回検討会資料4。

※年間治療件数が500周期以上の施設については、看護師の要件にあるとおり、日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましいこととする。

[いわゆるカウンセラー]

- ・ 特定不妊治療においては、治療を受ける方の心理的負担が大きいこと、治療後の支援も大きな意味を持つことから、専門家の見地から、心理カウンセリングと遺伝カウンセリングの両面において治療を受ける方を支援できることが望ましい。
一方で、心理カウンセリングと遺伝カウンセリングは、それぞれ異なる専門性が求められるものである。
- ・ そのため、「患者（夫婦）の状態等に応じて、必要な心理カウンセリング及び遺伝カウンセリングが可能となるよう、配置した者の専門でない分野の経験を持つ者との連携体制を確保しておくことが望ましい。」を加える。

[その他]

- ・ 特定不妊治療は、生命の萌芽であるヒト精子・卵子・受精卵を取り扱う倫理的に重要な医療を行うものであることから、倫理委員会については、引き続き、設置することが望ましいこととする。
- ・ 医療安全管理体制の整備は極めて重要であることから、日本産科婦人科学会の基準と同様に、「体外における配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から、必ずダブルチェックを行う体制を構築すること」「ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚を取り扱える技術者（いわゆる胚培養士・エンブリオロジスト）のいずれかの職種の職員が2名以上で行うこと（医師については実施責任者と同一人でも可）」等を加える。

2) 特定治療支援事業の対象範囲

①見直しの視点

- 3(1)でも述べたとおり、子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのか、といった判断については、当事者である男女が自らの意思で行う事柄である。不妊治療に取り組むかどうかについても同様であり、より安心・安全な妊娠・出産に資するため、不妊に悩む方々に対する公的支援についても、こうした認識に立ち、適切な支援のあり方を検討することが重要である。
- 加えて、特定治療支援事業は公費による助成事業であることから、公平性・透明性を確保するとともに、国民の理解を得られる仕組みとすることが必要である。

- こうした前提を踏まえると、特定治療支援事業の対象範囲については、
 - ア) 妊娠・出産に伴うリスクが相対的に少ない年齢、また、治療を行った場合に、出産に至る確率のより高い年齢に、必要な治療を受け、妊娠・出産の希望を叶えることが出来るようにすることが重要である
 - イ) 特定不妊治療は、長期間にわたり不妊治療を繰り返すことによる身体面・精神面への負担に配慮することも重要である
 という視点から、見直しを行うことが必要である。

- なお、特定治療支援事業の対象範囲は、あくまでも国等が公費によって助成を行う範囲であって、治療を受けること自体は個々人が選択によるものである。

- 本検討会では、これらの視点に基づき、以下の4項目について検討を行った。
 - ア) 助成対象年齢（現在は条件なし）
 - イ) 年間助成回数（現在は年2回まで（初年度は3回まで））
 - ウ) 通算助成回数（現在は10回まで）
 - エ) 通算助成期間（現在は5年間）

②助成対象年齢

- 本検討会では、年齢別の妊娠・出産に伴う様々なリスク等について、分析・評価を行った。その結果、加齢とともに、妊娠・出産に至る可能性は低下し、かつ、特に30歳代後半以降では、女性や子どもへの健康影響等のリスクは上昇する傾向があることが確認された。

（女性の年齢と不妊治療の実績）¹

- ・ 特定不妊治療を行った場合の流産率は、40歳では3回に1回以上、43歳では2回に1回以上が流産となる。
- ・ 生産分娩率（1回の治療で出産に至る確率）については、32歳くらいまでは概ね5回に1回の割合で推移しているが、30歳代半ば以降徐々に低下し、39歳には10回に1回、43歳には50回に1回、45歳以上では100回に1回に満たない。

（女性の年齢と妊娠・出産に伴うリスク）²

- ※発症頻度の高い8つの産科合併症（早産、前期破水、絨毛膜羊膜炎、切迫早産、子宮頸管無力症、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群）を対象。

¹ 参考資料 15～16

² 参考資料 11～13

- ・ 前期破水、絨毛膜羊膜炎、切迫早産の3つの疾患については、10代が最も高く、その後、加齢とともにその発症頻度が低下する傾向が認められた。その主な理由としては、子宮の機能の未熟性や、性生活の活動性や適切な感染予防策を講じないことによる感染症の増加といったことが原因と考えられる。
- ・ 一方、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群の3つの疾患については、加齢とともにその発症頻度が直線的に上昇し、加齢そのものが影響する疾患と考えられる。
- ・ 5歳ごとの相対リスクを評価したところ、妊娠高血圧症候群と前置胎盤は、40歳以上で20～34歳の女性の2倍以上のリスクとなる。
- ・ 特に、妊娠高血圧症候群について1歳ごとの相対リスクを評価したところ、40歳以上では、急峻に発症が増加し、43歳以上では30歳の2倍以上のリスクとなる。

(女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度)¹

- ・ 海外の研究報告によれば、女性の年齢とともに、何らかの染色体異常をもつ子が生まれる頻度は上昇する。39歳以上では何らかの染色体異常を持つ子が生まれる頻度が100人に1人との知見が得られている。

○ こうした女性や子どもへの影響を考慮すると、妊娠・出産を希望する方の安心・安全な妊娠・出産に資するという観点から、リスクが相対的に少ない年齢で治療を開始することが望ましく、特定治療支援事業の助成対象を一定の年齢以下にすることが適当であると考えられる。ただし、特定不妊治療を受ける方の年齢構成の変化に留意するとともに、現に特定治療支援事業を利用している方に配慮することが必要である。

○ 具体的には、以下の医学的知見や特定治療支援事業のこれまでの利用状況等を踏まえ、43歳未満とすることが適当であると考えられる。

(医学的知見)

- ・ 特定不妊治療を行った場合の妊娠率は年齢とともに低下し、流産率は年齢とともに上昇する²。

(40歳以上では流産率が30%、43歳以上では50%を超え、分娩に至る割合は50回に1回となる)

- ・ 周産期死亡率は30代後半から上昇し、40歳以上では出産千件当たり7.0件、43

¹ 参考資料 14

² 参考資料 15・16

歳以上では出産千件あたり 10 件を上回る¹。

- ・ 妊産婦死亡率は、30 代半ばでは出産十万件あたり約 6 件で推移しているが、37 歳以降 10 件を超え、さらに、42 歳で 27.1 件、43 歳で 38.0 件と大幅に増加する²。
- ・ 妊娠高血圧症候群等の産科合併症のリスクは 40 歳を超えると、急峻に上昇し、妊娠高血圧症候群については、30 歳を基準とすると 40 歳以上で相対リスクが 1.7 倍超、43 歳以上で 2 倍超となる³。

(特定治療支援事業のこれまでの利用状況等)

- ・ 特定不妊治療を受ける方のうち、40 歳以上の方の割合も増加している⁴。
- ・ 特定治療支援事業の助成対象者の 3 割以上が 40 歳以上である⁵。
- ・ 40 歳以上で治療を開始した場合の生産分娩率は相対的に低いものの、妊娠・出産に至る方もいる。

- なお、近年、男性の年齢が妊娠・出産に与える影響についても、複数の研究報告が見られるが、今回の見直しにおいては、男性について助成対象年齢を設けることは時期尚早であると考えられる。そのため、将来的に、改めて医学的知見等を検証し、見直しについて検討する必要がある。

③年間助成回数

- 年間助成回数（現在は年 2 回まで（初年度は 3 回まで））については、事業開始（平成 16 年度）以降、治療技術の進歩や不妊治療を受ける方の増加に伴う治療パターンの多様化を踏まえ、回数の増加を図ってきた。
- 今回の見直しに当たっては、特定不妊治療を受ける方の身体への負担の少ない治療法等が選択できるようになってきたことを踏まえ、相対的にリスクが少なく、出産に至る確率の高い、より早い段階での治療の機会を確保する観点から、年間の助成回数については、制限を設けないこととすることが適当である。

④通算助成回数

- 特定不妊治療を受けた方の累積分娩割合は、6 回までは回数を重ねるごとに明らかに増加する傾向にあるが、6 回を超えるとその増加傾向は緩慢となり、分娩に至

¹ 参考資料 9

² 参考資料 10

³ 参考資料 11～13

⁴ 参考資料 3

った方のうち約 90%は、6 回までの治療で妊娠・出産に至っているという研究報告¹がなされている²。

- また、累積分娩割合を年齢 5 歳階級ごとに比較した場合、30～34 歳及び 35～39 歳においては、治療回数を重ねるにつれて累積分娩割合は増加しているが、40 歳以上では、治療回数を重ねても累積分娩割合はほとんど増加しない²。
- これらの医学的知見を踏まえると、通算助成回数（現在は 10 回まで）については、年齢による差を設け、40 歳未満で助成を開始した場合には通算 6 回とし、40 歳以上で助成を開始した場合については、採卵から受精、そして胚移植に至るまでには、一定の治療回数を要することを考慮するとともに、諸外国における助成回数等を参考にして、通算 3 回とすることが適当である。

⑤通算助成期間

- 通算助成期間（現在は 5 年間）については、
 - ・ 治療パターンや夫婦のライフスタイルの多様化、仕事との兼ね合い等、不妊治療に取り組む方には、様々なケースがあること
 - ・ 現行の通算助成期間の 5 年が事実上治療期間の目安となり、治療の継続・中止の判断を行うに当たり、身体的・精神的な負担よりも通算助成期間が大きな要素となってしまう例もあるとの指摘もあること
 - ・ 年間助成回数の制限を設けない場合には、比較的早期に集中的に治療が行われ、通算助成期間の制限を設けないこととしても徒に治療期間が長期化することは考えにくいことから、制限を設けないこととすることが適当である。

※②～⑤を踏まえた見直し案

- ・ 助成対象年齢は 43 歳未満
- ・ 通算助成回数は 6 回（40 歳以降で治療を開始した場合は 3 回）
- ・ 年間助成回数及び通算助成期間については制限を設けない

⑥見直しの実施時期

- 助成対象範囲の見直しにあたっては、特定治療支援事業を利用する方や不妊治療の実施医療機関等に無用な混乱を招かないよう、適切な移行措置を講ずることが必

¹ 「生殖補助医療により生まれた児の長期予後の検証と生殖補助医療技術の標準化に関する研究」（研究代表者：吉村泰典（慶應義塾大学医学部））

² 参考資料 17・18

要である。また、現在、特定治療支援事業を利用している方への配慮も必要である。

- そのため、助成対象範囲の見直しの実施時期については、
 - ①現在、特定治療支援事業を利用している方等に配慮することが必要である。
 - ②今回の見直しは、医学的知見等を踏まえて、より安心・安全な妊娠・出産に資するものであることにかんがみ、その早期移行を図ることが望ましい。
 - ③見直しによって特定の時期に治療を集中させてしまう等の混乱がないよう、助成を受ける方が計画的に治療を受けることができ、支給事務を行う自治体においても混乱が生じないように配慮することが必要である。
 - ④助成を受ける方にとって、助成回数、助成期間等が分かりやすいものであることが重要である。
- という視点を踏まえ、助成対象年齢、年間助成回数、通算助成回数及び通算助成期間それぞれについて、適切な時期に見直しを行うことが適当である。

- また、医療機関の指定要件の見直しについては、治療を希望する方の視点に立ち、その利便性の確保に配慮しつつ、治療の質を高める観点から厳格化を図るものであることにかんがみ、可能な限り早期に実施することが望ましい。ただし、その際には、現在、指定を受けている医療機関への配慮が必要である。

3) 医療機関に関する情報公開

- 不妊治療を希望する方の医療機関の選択に資する観点から、医療機関に関する情報の透明性を確保することは非常に重要である。
- 医療機関のホームページ上の情報公開のあり方については、「医療機関ホームページガイドライン」に沿って、自主的な取組が行われることが望ましい。
- 一方で、治療成績等、医学的知識や統計学的知識がなければ正確な理解が難しい情報もあることから、そうしたものについては、積極的に公表することも必要であるが、まずは関係学会等での取組を注視し慎重に検討すべきと考えられる。
- また、治療成績等の情報については、情報の提供側のみならず、情報の受け手である治療を受ける方自らが、基礎的な知識を身につけることも重要である。そのためには、国においては、関係学会や不妊に悩む方を支援する団体等の協力を得ながら、正確な理解を促すための取組を進めることが必要である。
- こうした医療機関に関する情報については、現在、インターネット等において多

量の情報が氾濫していることから、不妊治療を希望する方等が、必要とする情報を容易に把握できる方策について、引き続き、厚生労働省において検討すべきである。

4. おわりに

○ 今後も、不妊治療へのニーズは高まっていくことが予想されるが、本報告書の内容を踏まえ、厚生労働省において必要な対応が講じられることを求めたい。

○ その際には、特に、3 (1)に述べた基本的な考え方を国民に丁寧に説明していくべきである。

○ また、不妊治療については、妊娠・出産を取り巻く社会環境の変化など、その背景の変化がめまぐるしい。そのため、今後も、こうした実情を踏まえて、必要な検討と見直しが行われていく必要がある。

○ なお、本報告書は、不妊に悩む方への支援のあり方についての検討結果をとりまとめたものであるが、そもそも、家族形成には、里親、養子縁組等も含めた多様な形態があり、不妊治療を受けるかどうか、結婚や妊娠・出産を経験するかどうかにかかわらず、広く子育て支援が行われることが重要である。併せて、子どもの健やかな育成を図るため、妊娠期から子育て期にかけて、切れ目ない支援が行われていくことも重要である。支援にあたっては、行政や企業など関係者が連携・協力し、子どもを産み育てやすい社会環境づくりを進めることが不可欠であり、厚生労働省にはそうした取組の先頭に立つことを求めたい。