

第26回 東北ART研究会（2024/7/28、江陽グランドホテル）

不妊治療への「保険適用拡大」から「初回保険改定」 ～その中身を紐解く～



医療法人 絹谷産婦人科
理事長/院長 絹谷 正之

第26回 東北ART研究会

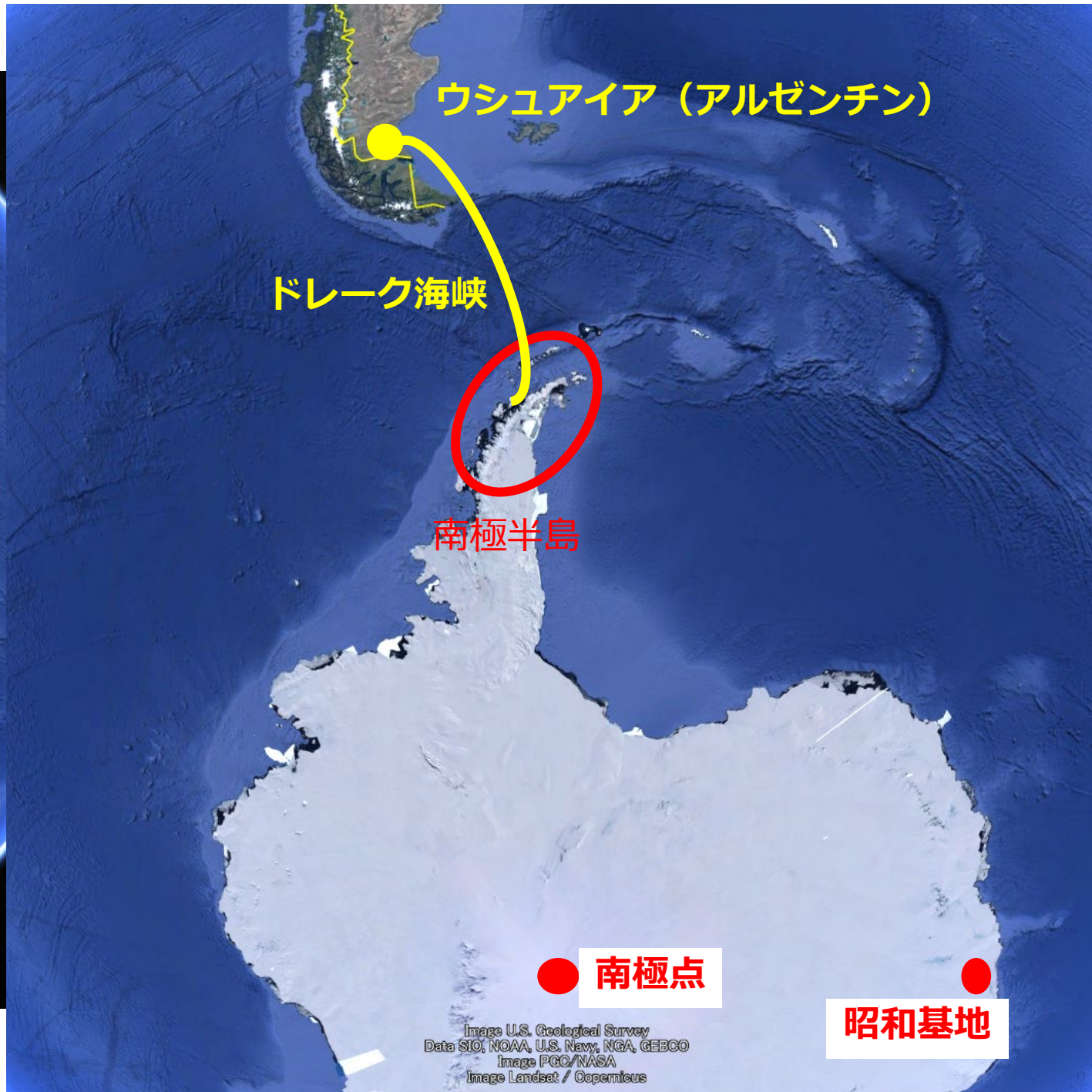
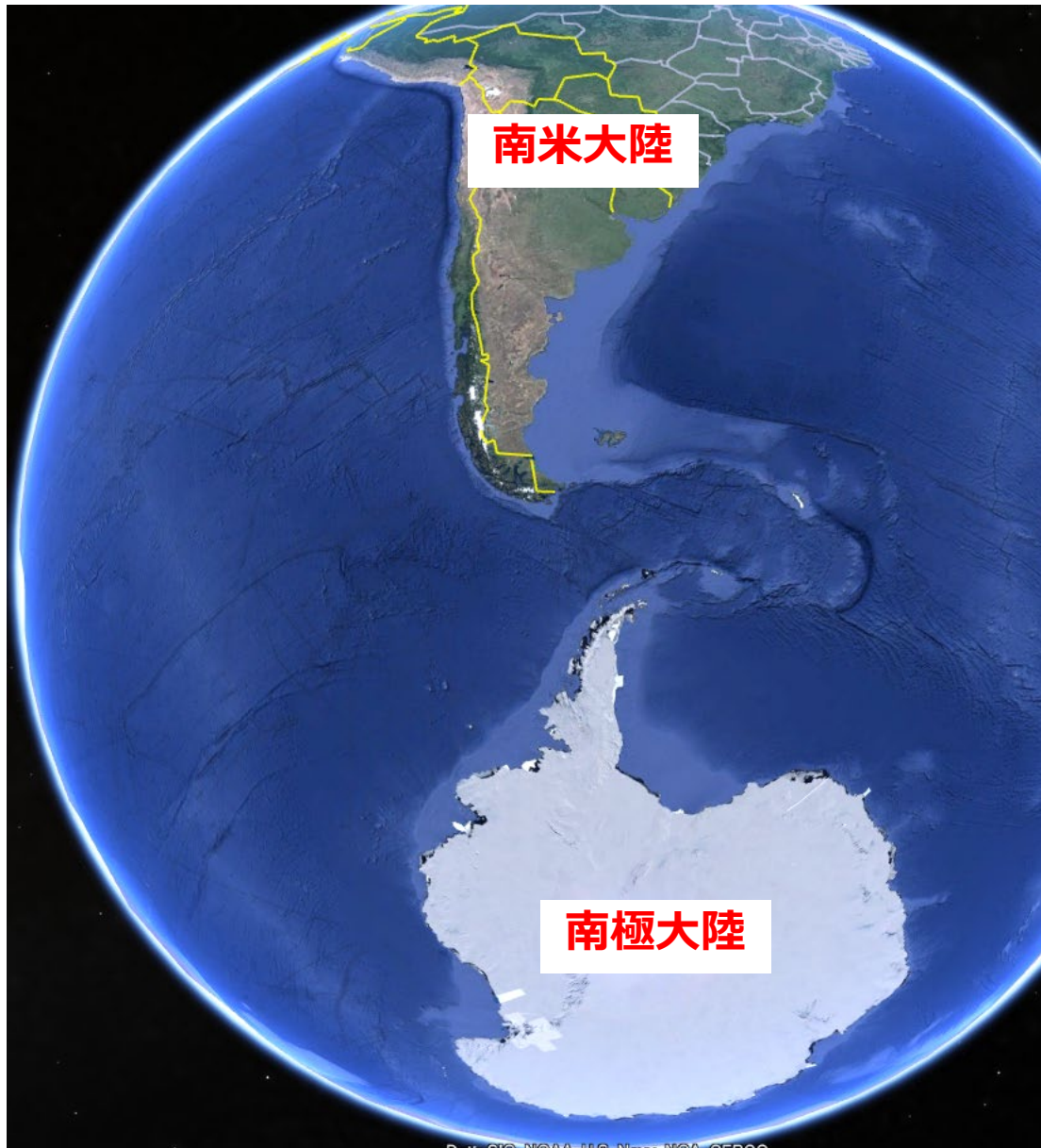
利益相反状態の開示

絹谷産婦人科

絹谷 正之

私の今回の発表に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。





1. 自己&当院の紹介
2. 「不妊治療保険適用拡大」のプロセス（+私との関わり）
3. 「不妊治療保険適用拡大」の中身
4. 「保険診療」・「混合診療」とは？
5. 「保険外」の道 = 保険外併用療養費制度（評価療養、患者申出療養、選定療養）
6. 「保険収載」への道（新規保険収載、適応外使用）
7. 「令和6年度診療報酬改定」の要点 + 「疑義解釈」解説
8. まとめ

略 歴

絹谷 正之 (キヌタニ マサユキ、1963年生まれ)

- 1978年** 世界初の体外受精児誕生
- 1982/3 修道高校卒業
- 学歴 **1983年** 日本初の体外受精児成功
- 1989/3 愛媛大学医学部医学科卒業
- 1989/4 広島大学医学部附属病院産婦人科研修医
- 職歴 **1982年** 世界初のICSIによる児が誕生
- 1995/6 県立広島病院産婦人科
- 1996年頃** 胚盤胞培養が広まる
- 1997/2 山王病院リプロダクションセンター
- 1997/6 広島大学医学部産科婦人科学教室助手
- 1999/8 McGill大学医学部産婦人科 (カナダ、モントリオール)
- 2000/4 絹谷産婦人科副院長
- 2002/5 絹谷産婦人科院長
- 2004年頃** 胚の超急速ガラス化保存が広まる
- 2017/12 絹谷産婦人科理事長
- 2019年** PGT-A臨床研究開始
- 2021/6 JISART副理事長
- 2022/4** ART保険化開始
- 2023/6 JISART理事長
- 資格 2000/6 医学博士 (広島大学)



社会保険診療報酬支払基金審査員



JISART保険担当

日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医、日本生殖医学会認定生殖医療専門医、日本受精着床学会会員、日本IVF学会会員、日本卵子学会評議員、アメリカ生殖医学会会員、ヨーロッパ生殖医学会会員

沿革（絹谷産婦人科）

- 1981/1** 広島市中区大手町に絹谷一雄（現顧問）が不妊診療専門クリニックとして「絹谷産婦人科」を開設
- 2000/4** 絹谷正之（現院長/理事長）が副院長に就任し、**ARTを開始**
- 2002/3** 医療法人化
- 2007/9** 広島市中区本通へ**移転**
- 2010/10** **ISO9001認証取得**
- 2011/2** **JISART認証取得**
- 2011/4** **日本生殖医学会生殖医療専門医制度研修施設認定**
- 2016/5** 院内倫理委員会設置
- 2017/10** 医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）の凍結・保存実施施設認定
- 2019/3** **着床前診断実施施設認定**



2007年9月～



(2024/7現在：医師 4名、看護部 17名、事務部 9名、培養部 6名、心理カウンセラー1名、その他 4名)

(件)

採卵/移植件数

ART保険適用開始

1200

1000

800

600

400

200

0

当院ART開始

移転・拡張

コロナ

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

採卵 胚移植

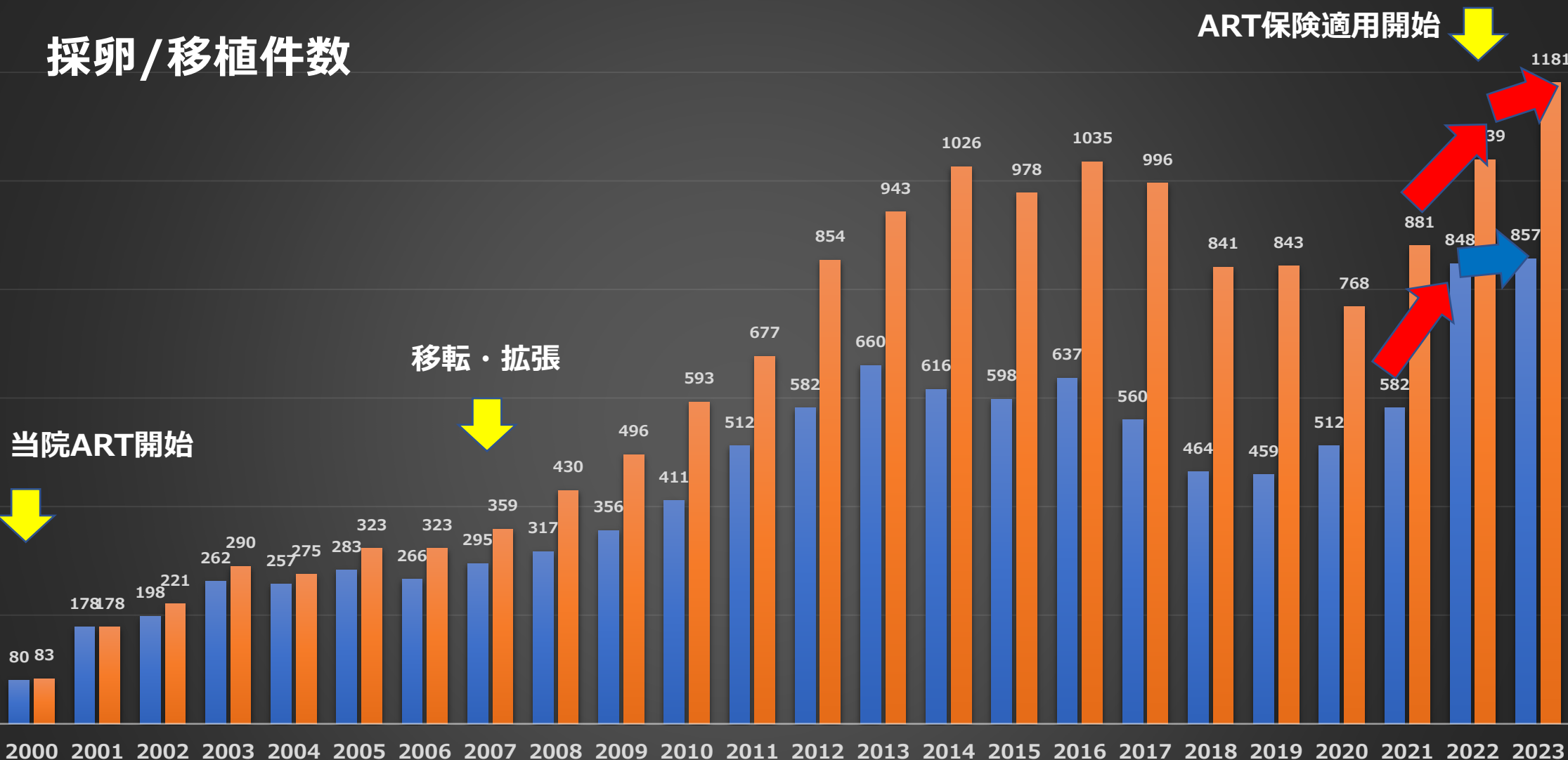
医師1名

医師2名

医師3名

医師2名

医師4名





「不妊治療保険適用拡大」のプロセス （+私との関わり）

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行

	2020(R2)年度				2021(R3)年度				2022(R4)年度～
	12	1	2	3	4～6	7～9	10～12	1～3	
助成	<div style="background-color: yellow; padding: 10px;"> <p>全ての始まり： 2020年5月に「少子化社会対策大綱」 として閣議決定</p> </div>								
保険適用									

提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

通常は5年程度かかる作業を2年未満で実施



不妊治療の実態に関する調査研究

最終報告書

株式会社 野村総合研究所

2021年 3月

(3) 研究会の設置

研究会については、本調査研究をより有意義なものとするために、計3回開催した。

研究会委員の決定にあたっては、不妊治療の実態を適切に把握することを目的として、厚生労働省母子保健課と協議の上、以下の通りとした。

【不妊治療の実態に関する研究会 研究委員】

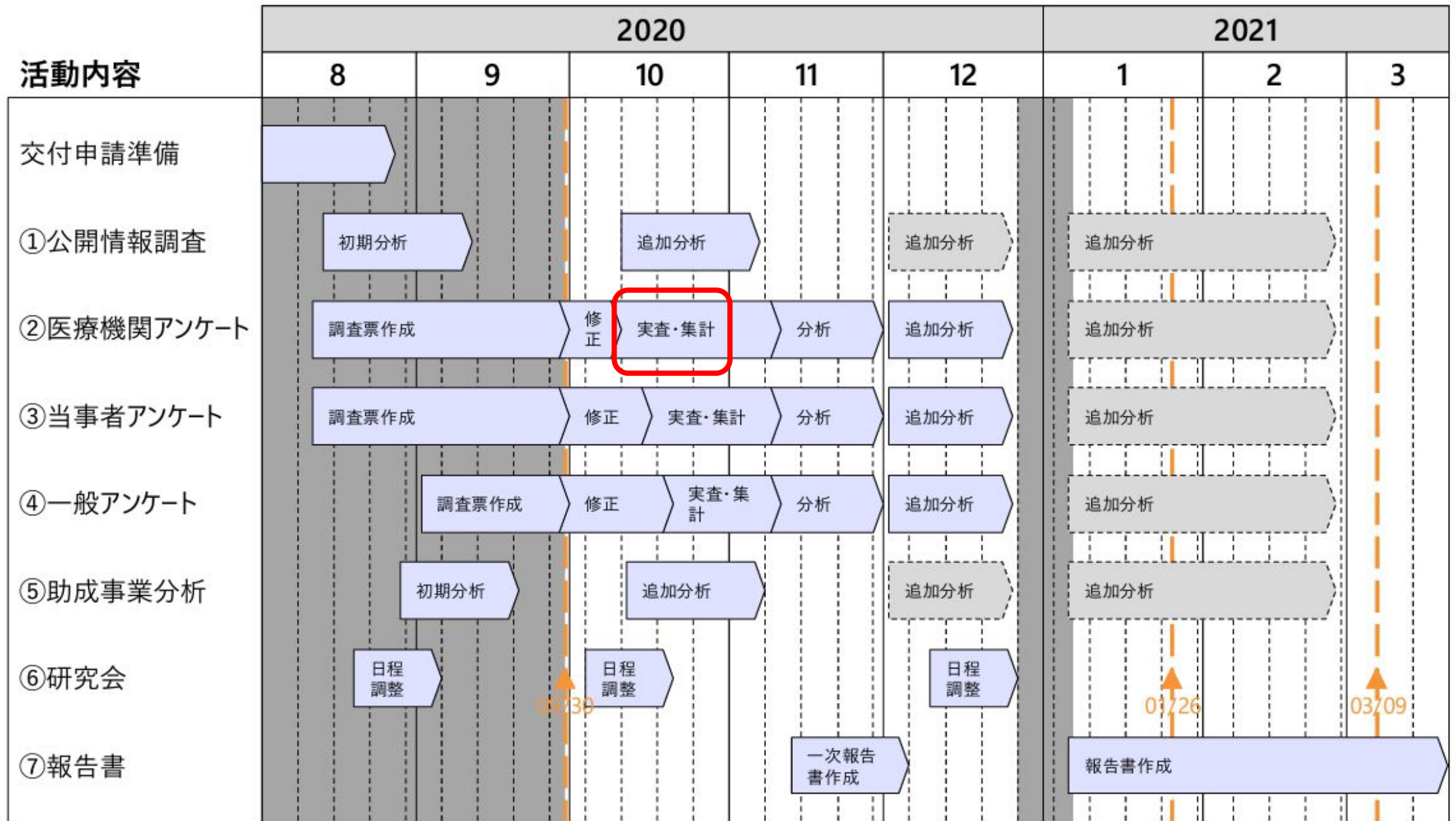
○ 座長

氏名 (敬称略)	役職
○石原 理	埼玉医科大学産科・婦人科学教授
吉村 泰典	一般社団法人 吉村やすのり生命の環境研究所 代表理事 慶応義塾大学名誉教授
苛原 稔	徳島大学大学院医歯薬学研究部長
岩佐 武	徳島大学産婦人科教授
大須賀 穰	東京大学大学院医学系研究科教授
前田 志理	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
永尾 光一	東邦大学医学部泌尿器科講座教授 東邦大学医療センター大森病院リプロダクションセンター長
増田 健太郎	九州大学人間環境学研究院人間科学部門臨床心理学教授
森 明子	湘南鎌倉医療大学 看護学部学部長・教授 聖路加国際大学名誉教授 日本生殖看護学会理事

【研究会の各回の議事】

	第一回	第二回	第三回
開催日時	2020. 9. 30 13:00-15:00	2021. 1. 26 14:00-16:00	2021. 3. 9 13:00-15:00
議事内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実施概要の共有 ・ 不妊治療に係るデータ分析結果の共有・議論 ・ 医療機関向けアンケートに関する議論 ・ 不妊治療当事者向けアンケートに関する議論 ・ 一般向けアンケートに関する議論 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査研究事業の進捗及び今後のスケジュールの確認 ・ 不妊治療に係るデータ分析結果の追加共有 ・ 産科・婦人科向けアンケートに関する意見交換 ・ 泌尿器科向けアンケートに関する意見交換 ・ 当事者向けアンケートに関する意見交換 ・ 一般向けアンケートに関する意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最終報告書案に関する意見交換

【不妊治療の実態に関する調査研究事業 スケジュール】

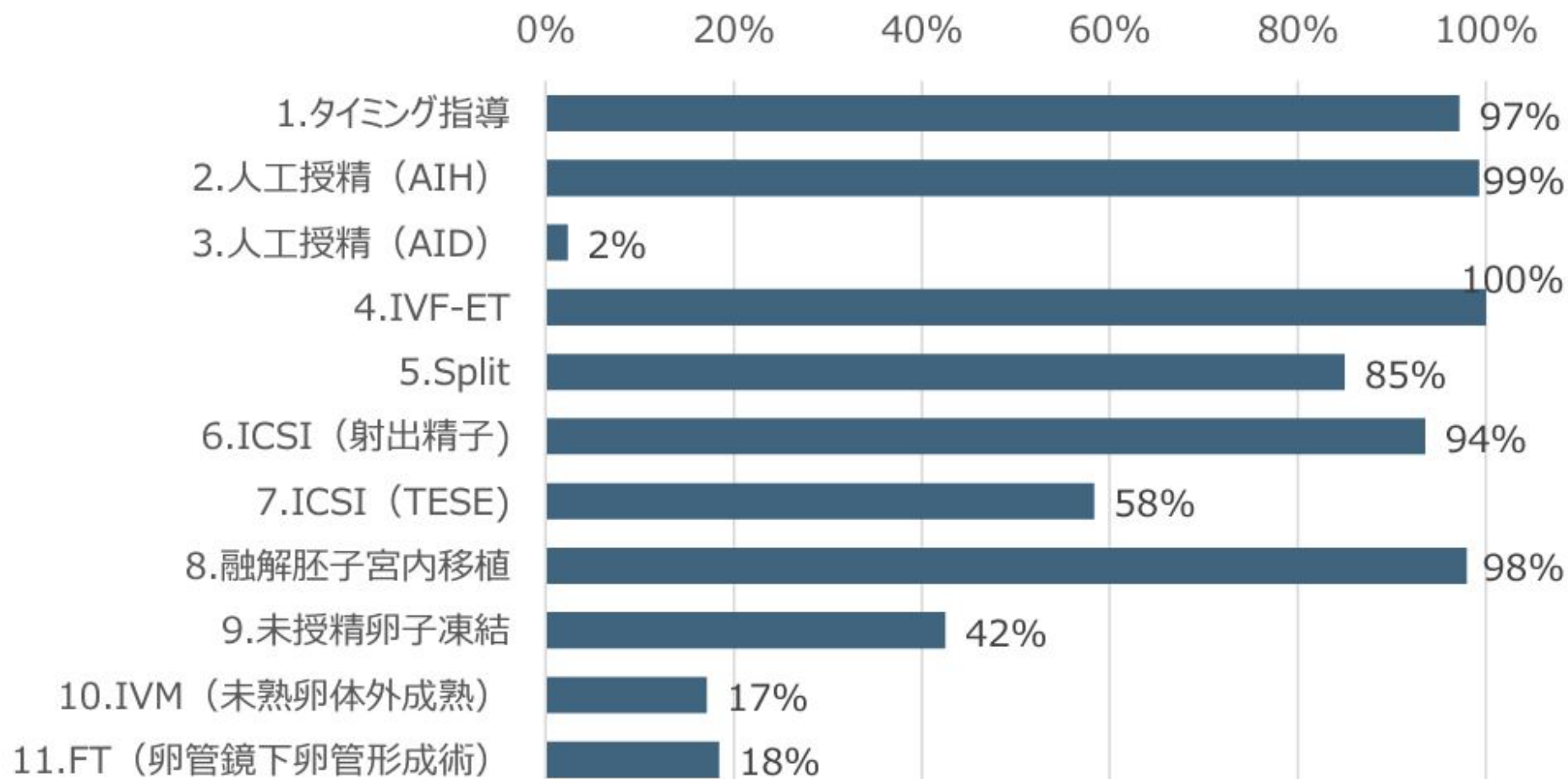


2) 各治療法の実施状況

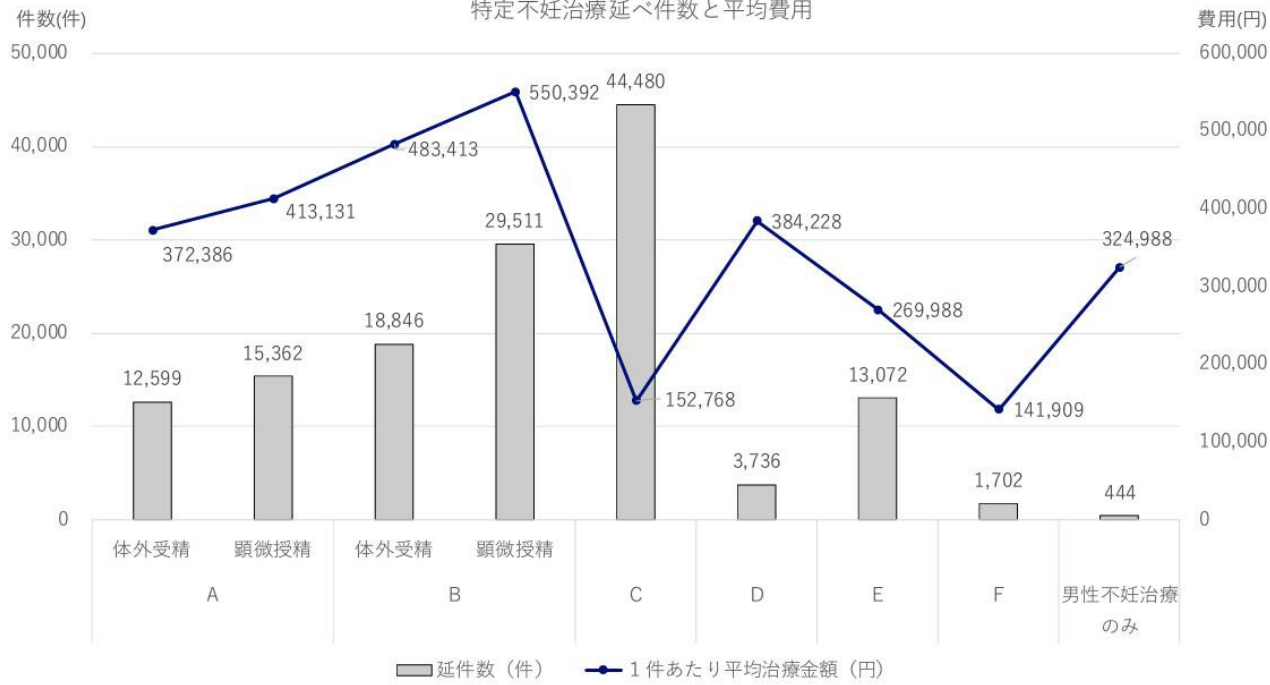
設問

「貴機関で実施しているものに○をつけてください。」 N=386

90%以上で実施されているものが、「1. タイミング指導」「2. 人工授精 (AIH)」「4. IVF-ET」「6. ICSI (射出精子)」「8. 融解胚子宮内移植」となっている。



特定不妊治療延べ件数と平均費用

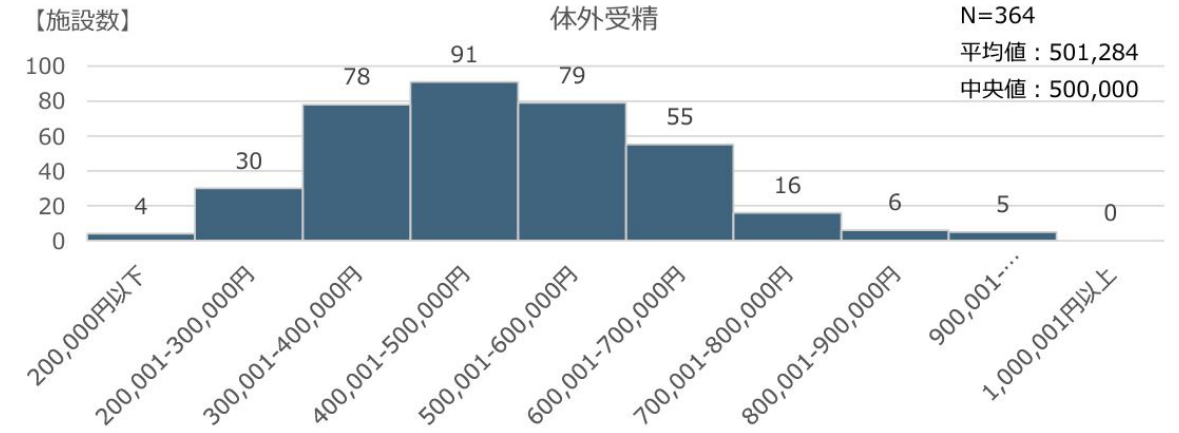


3) 体外受精に係る費用

集計結果

設問
 「治療費の設定：体外受精＋凍結融解胚移植にかかる一式の標準的な費用（採卵周期開始～妊娠判定まで）について費用を記入してください。（幅をもってお答えいただいて構いません。）」 N=386

体外受精一式の1周期当たりの請求費用は、「400,001～500,000 円」が最もボリュームゾーンとなっている。



2021年11月
生殖医療ガイドライン刊行

生殖医療 ガイドライン



一般社団法人 日本生殖医学会
Japan Society for Reproductive Medicine

一般社団法人 日本生殖医学会 編
後援 公益社団法人 日本産科婦人科学会
一般社団法人 日本泌尿器科学会

CQ			
1	採卵室・培養室の備えるべき条件は？	★	
2	責任医師の資格等は？ 医師以外の人員は？	★	
3	体外受精・顕微授精の至適試行回数と適格条件は？ 体外受精・顕微授精は妊娠成立に有効か？	★	
4	直接体外受精・顕微授精に進んでよい場合は？ 卵管両側閉鎖や重度男性不妊症例（精子濃度 100 万/ml 以下など）に対する一般不妊治療は無効か？ 体外受精・顕微授精が有効か？	★	
5	testicular sperm extraction (TESE) の適応は？ TESE は生殖補助医療に有効か？	★	
6	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（刺激前検査・前処置） 卵巣予備能の評価は卵巣刺激方法におけるゴナドトロピン製剤の量の選択に有効か？	★	
7	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（刺激前検査・前処置） 治療前期の性ホルモン製剤は生殖補助医療に有効か？	★	
8			
9			
10	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（卵巣刺激法・LH サージ抑制法・検査） FSH は hMG と比較して卵巣刺激に有効か？	★	
11	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（卵巣刺激法・LH サージ抑制法・検査） 自然周期・mild ovarian stimulation は有効か？	★	
12	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（卵巣刺激法・LH サージ抑制法・検査） レトロゾール (LTZ) は多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) の卵巣刺激に有効か？ メトホルミン (Met) は PCOS の卵巣刺激に有効か？ LTZ は原因不明不妊の卵巣刺激に有効か？ LTZ 併用ゴナドトロピン療法はクロミフェン (CC) 併用ゴナドトロピン療法と比較して、卵巣刺激として有効か？	★	
13	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（卵巣刺激法・LH サージ抑制法・検査） progesterin-primed ovarian stimulation (PPOS) は原因不明不妊患者における卵巣刺激に有効か？	★	
14	体外受精法の卵巣刺激における注意点は？（トリガー） IVF/ICSI cycle における卵子成熟と卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) 回避には GnRH アゴニストは hCG 製剤と比較して有効か？	★	
15	生殖補助医療に伴う OHSS の発症や重症化の予防は？ 介入治療は OHSS の予防に有効か？	★	
16	胚培養は妊娠成立に有効か？	★	
29	反復着床不全に子宮内膜胚受容能検査は推奨されるか？ 子宮内膜胚受容能検査は不妊治療に有効か？	★	
30	子宮内細菌叢検査 子宮内細菌叢検査は生殖補助医療の成績向上に有効か？	★	
31	反復着床不全に SEET 法は？ SEET 法は不妊治療に有効か？（反復着床不全に限らない場合）	★	
32	反復着床不全に Th1/Th2 測定は推奨されるか？	★	
33	反復着床不全に高濃度ヒアルロン酸含有培養液は？ 高濃度ヒアルロン酸を含む胚移植用培地は不妊治療に有効か？	★	
34	子宮内膜スクラッチ 子宮内膜スクラッチは生殖補助医療の成績向上に有効か？	★	
35	反復着床不全にタクロリムス・LDA 等の免疫治療は有効か？ 危険性は？ タクロリムス・LDA 等は不妊治療に有効か？	★	
36	不妊治療を受ける患者に必要な情報提供と精神的支援は？ 心理学的・教育的介入は不妊治療を経験する患者夫婦の心理、社会的アセスメント・サポート（支援）に有効か？	★	

CQ : 1~40、総ページ数 : 150

20	適切な移植胚数は？ 単一胚移植 (single embryo transfer, SET) は多胎妊娠抑制に有用か？	★	
21	assisted hatching は有効か？ assisted hatching は生殖補助医療に有効か？	★	
22	精子の強拡大による選別 (IMSI, PICSI) は有効か？ 高度な精子選択技術は生殖補助医療に有効か？	★	
23	人為的卵活性化処理の安全性は？ 人為的卵活性化処理は生殖補助医療に有効か？	★	
24	黄体補充は？（新鮮胚移植） 新鮮胚移植における黄体補充は生殖補助医療の成績向上に有効か？	★	
25	新鮮胚移植の有効性 新鮮胚移植の有効性は？	★	
26	凍結胚移植の効果・安全性は？ 凍結融解胚移植は新鮮胚移植と比較して有効か？	★	
27	凍結胚移植におけるホルモン調整周期は自然周期に比べ優れているか？ 凍結融解胚移植におけるホルモン調整周期は、自然周期と比較して有効か？	★	
28	配偶子・胚・卵巣の凍結保存を実施する施設の要件と注意点は？	★	

安倍内閣 菅内閣 岸田内閣	政府	厚生労働省	日本生殖医学会	JISART
	<p>2020.5.29閣議決定 少子化社会対策大綱 保険適用検討開始</p>	<p>2020.6.16 自民党 野田議員ら 「不妊治療の支援拡充を目指す議員連盟」発足</p>		<p>2021.3 「要望書」 自民党議員連盟へ手渡し 日本生殖医学会 大須賀理事長に提出 厚生労働省へ手渡し</p>
	<p>2020.9.16閣議決定 菅内閣の基本方針 保険適用の実現</p>	<p>2020.8~2021.3 野村総合研究所 「不妊治療の実態に関する調査研究」</p>		<p>2021.5.12 IVF学会/A-PART/JISART合同要望書 菅内閣総理大臣らへ手渡し</p>
	<p>2020.10.26所信表明 不妊治療への保険適用 助成措置拡大</p>	<p>2020.10.14 社会保障審議会医療保険部会 不妊治療と保険適用について</p>		<p>2021.6-7 厚生労働大臣らへ「要望書」提出</p>
	<p>2020.12.15閣議決定 2022年度保険適用開始 助成制度拡充</p>	<p>2021.1.13 中医協総会 医療保険部会「議論の整理」の報告</p>		<p>2021.7.13 「先進医療希望項目」調査結果 厚生労働省に提出</p>
	<p>2021.1.18施政方針 保険適用4月開始 助成措置拡大</p>	<p>2021.3 厚生労働科学研究費補助金に係る研究班 不妊治療のガイドライン原案を作成（苛原先生）</p>	<p>2021.4~ 生殖医療ガイドライン作成</p>	<p>2021.10 厚生労働省保険局とのWeb会議（蔵本理事長） JISART保険適用に関する検討会</p>
	<p>2021.4.14 中医協総会 「不妊治療の実態に関する調査研究」の報告</p>	<p>2021.7.21 中医協総会 不妊治療の保険適用に向けた検討の方向性 「生殖医療ガイドライン」の報告</p>	<p>2021.6 総会 生殖医療ガイドライン承認</p>	<p>2021.11.5 厚生労働省保険局とのWeb会議 2021.11.15 厚生労働省保険局とのWeb会議</p>
	<p>2021.11.17 中医協総会 関係学会等からのヒアリング 保険適用の対象となる医療技術等の範囲 保険適用の運用に係る課題</p>	<p>2021.11.17 生殖医療ガイドライン 刊行</p>		<p>2021.11.17 中医協総会出席（蔵本理事長） 要望:保険適用について懸念されること</p>
	<p>2021.12.15 中医協総会 保険適用の対象となる医療技術等の範囲 保険適用の運用に係る課題等に関する</p>			<p>2022.2.1 厚生労働省保険局とのWeb会議 JISART先進医療に関する会議</p>
	<p>2022.1-2 中医協総会 個別改訂項目整理</p>			<p>2022.2.3 先進医療会議出席 2022.2.10 厚生労働省保険局 「不妊治療の保険適用について説明会」</p>
	<p>2022.3.23 中医協総会 先進医療会議進捗報告</p>			<p>2022.2.25 厚生労働省保険局とのWeb会議</p>

2020.5.29閣議決定

**保険適用開始
(2022年4月～)**

**2021.11
生殖医療ガイドライン
刊行**

2021.7.13 「先進医療希望項目」調査結果
厚生労働省に提出

2021.11.5
厚生労働省保険局とのWeb会議
2021.11.15
厚生労働省保険局とのWeb会議

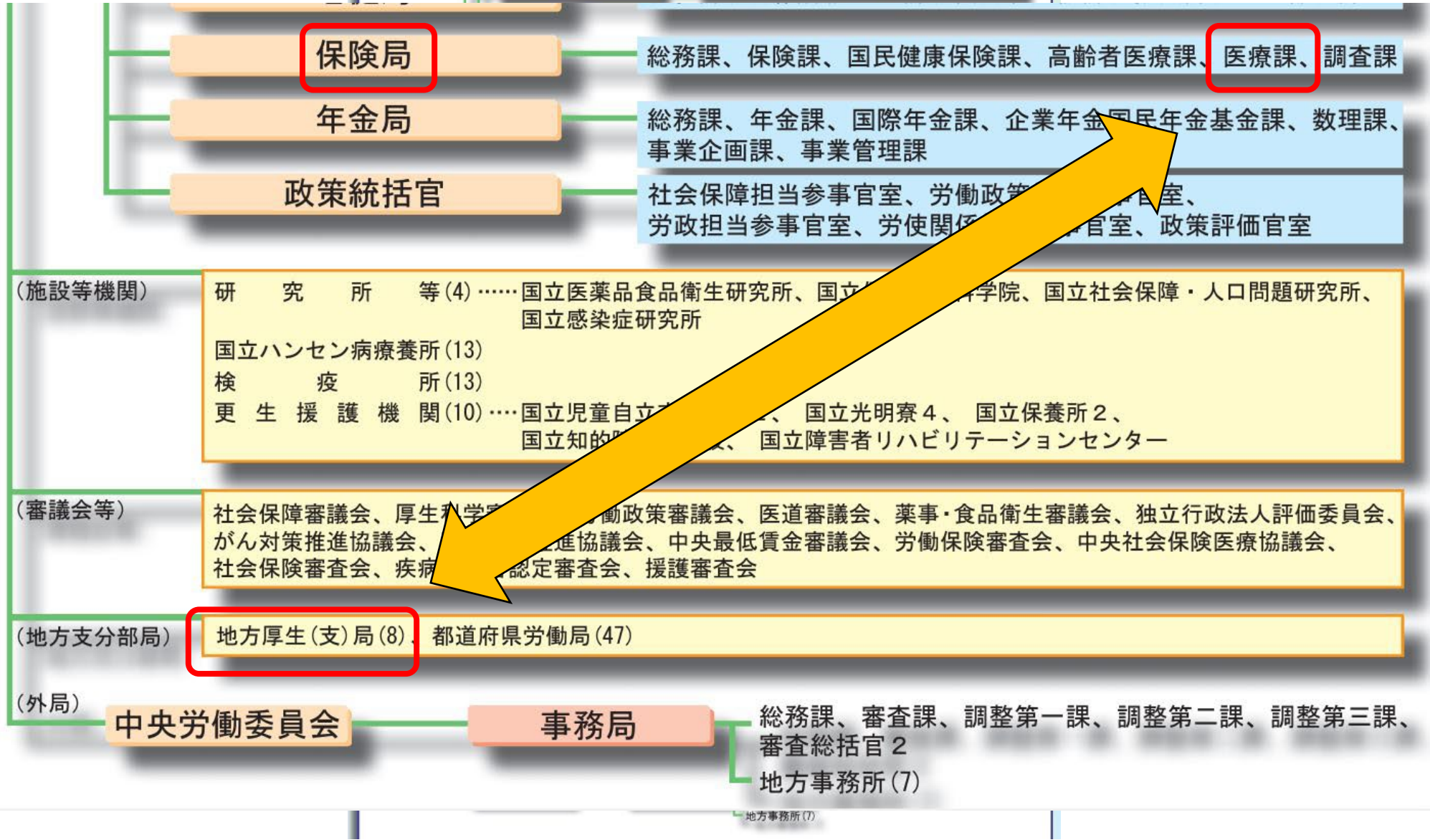
2022.2.1
厚生労働省保険局とのWeb会議
JISART先進医療に関する会議

2022.2.3 先進医療会議出席
2022.2.10 厚生労働省保険局
「不妊治療の保険適用について説明会」

2022.2.25 厚生労働省保険局とのWeb会議

厚生労働省「組織図」

厚生労働省組織図







「不妊治療保険適用拡大」の中身

令和4年8月1日
時点版
(概要版)

不妊治療に関する支援について

1. 不妊治療の保険適用
2. 不妊治療に関する支援（保険適用以外）

※ 本資料（診療報酬に関する部分）は現時点での診療報酬改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。

不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用

検査(原因検索)

①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因疾患への治療

①男性側に原因

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

②女性側に原因

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

原因不明の不妊や治療が奏功しないもの **【令和4年4月から新たに保険適用】** ※令和4年3月までは保険適用外

一般不妊治療

タイミング法

排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。

人工授精

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。

生殖補助医療

※令和4年3月までは助成金の対象。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用

体外受精

精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。

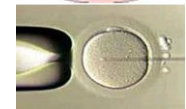
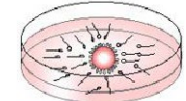
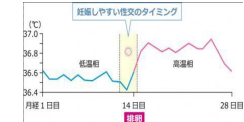
顕微授精

体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。

男性不妊の手術

射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる

胚移植の段階で、以下に分かれる
・新鮮胚移植
・凍結胚移植



第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療

第三者の精子提供による人工授精（AID）

第三者の卵子・胚提供

代理懐胎

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、**保険適用の対象外。**

2023年11月7日

第25回生殖補助医療の在り方を考える議員連盟総会

「特定生殖補助医療に関する法律案（仮称）（新規立法）（たたき台）」

今秋の国会に提出予定

「出自を知る権利」（身長、血液型、年齢等）、無償、罰則規定等が盛り込まれる予定

第1 規律の対象

子を懐胎する女性の夫以外の男性の精子又はその女性以外の女性の卵子を用いて行われる生殖補助医療を「特定生殖補助医療（仮称）」として規律の対象とすること。

※ 代理懐胎も特定生殖補助医療に含まれ、規律の対象となる。

第2 特定生殖補助医療の実施

1 特定生殖補助医療の制限

医師は、特定生殖補助医療のうち、医学的に夫の精子又は妻の卵子により妻

※ 認定の要件としては、構造設備及び人員に関する基準に適合していること、特定生殖補助医療を適切に実施するために必要な体制が整備されていること等を規定する。

3 特定生殖補助医療に関する説明・同意等

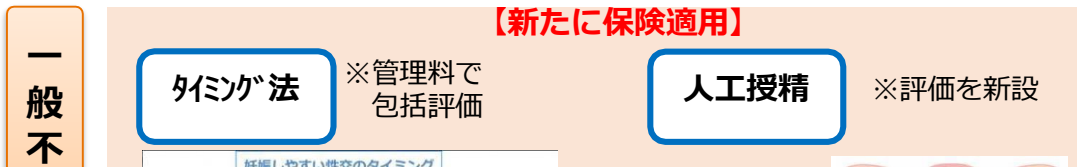
医師は、2の認定を受けた医療機関（認定実施医療機関）において1による特定生殖補助医療を行うとともに、1による特定生殖補助医療を行う度ごとに、その提供を受ける夫婦に対して、特定生殖補助医療について、適切な説明を行い、書面による同意を得なければならないこと。

※ 説明の内容としては、医学的事項のほか、第8の配慮に関する事項を含めた特定生殖補助医療に関する事項全般にわたることを想定。

4 あっせん機関を通じた認定供給医療機関からの精子・卵子の供給

認定実施医療機関は、1による特定生殖補助医療を実施するに当たっては、

不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)



<「生殖補助医療」の補足>

○下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。

推奨度A, B : 保険

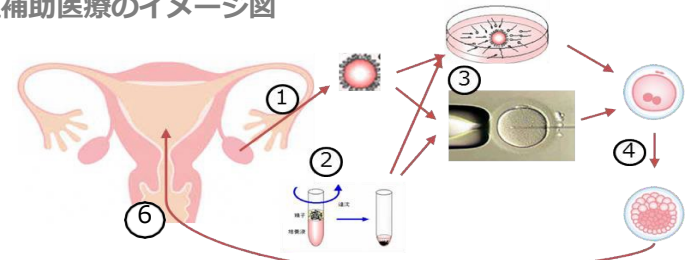
推奨度C : 先進医療A

例外 : PGT (推奨度B、先進医療B)

タクロリムス (推奨度C、先進医療B)

- 補助医療**
- 男性不妊の手術
 - ・ 精巣内精子採取術 (TESE) 推奨度 A~B
 - 顕微授精
 - Split insemination
 - ※ 複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法 推奨度 A~B

生殖補助医療のイメージ図



- 追加的に実施される場合があるもの
- 下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針
※ 先進医療は随時申請が可能

<p>【③とセット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 卵子活性化 推奨度 B ○ IMSI 推奨度 C ○ PICSI 推奨度 C <p>【④とセット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ タイムラプス 推奨度 C 	<p>【⑥とセット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ アシステッドハッチング 推奨度 B ○ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 推奨度 B ○ 子宮内膜受容能検査 推奨度 C ○ 子宮内細菌叢検査 推奨度 C ○ SEET法 推奨度 C ○ 子宮内膜スクラッチ 推奨度 C ○ PGT 推奨度 B ○ 反復着床不全に対する投薬 推奨度 C
---	--

▶ 先進B

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

管理料

手術

一般不妊治療

タイミング法

一般不妊治療管理料

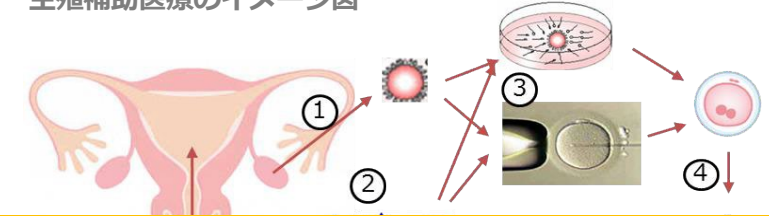
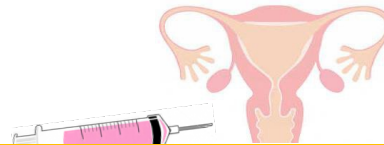
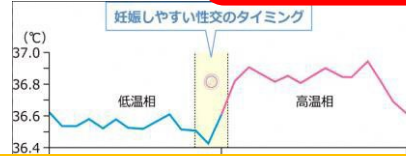
○ 250点 (3月に1回)

人工授精

人工授精

○ 1,820点

生殖補助医療のイメージ図



「管理料」：医療的な処置や投薬などの医療技術の提供とは別に、医師による患者指導や医学的管理を行った際に算定される診療報酬項目



「顕微授精」・「胚培養」・「胚凍結」は「医療技術」ではなく「医師による医学的管理」と位置付けられた

Y染色体微小欠失検査

○ 3,770点 (患者につき1回)

精巢内精子採取術

1: 単純なもの 12,400点 2

: 顕微鏡を用いたもの 24,600点

体外受精・顕微授精管理料

1: 体外受精 4,200点 2

: 顕微授精 4,800~12,800点

(個数に応じ評価)

+ 採取精子調整加算 5,000点

+ 卵子調整加算 1,000点

胚移植術

1: 新鮮胚移植 7,500点

2: 凍結・融解胚移植 12,000点

+ アシテッドルッチング 1,000点

+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ①（生殖補助医療管理料（その1））

➤ 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新） 生殖補助医療管理料（月に1回）

1 生殖補助医療管理料 1	300点
2 生殖補助医療管理料 2	250点

不妊治療実施時の妊娠判定は「保険」

- （1）入院中の患者以外の不妊症の患者であって、**生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）**に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。
- （2）**治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。**なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を念頭に

「必要ないと医師が判断すれば、6月以上経過しても治療計画は見直さなくてもOK」

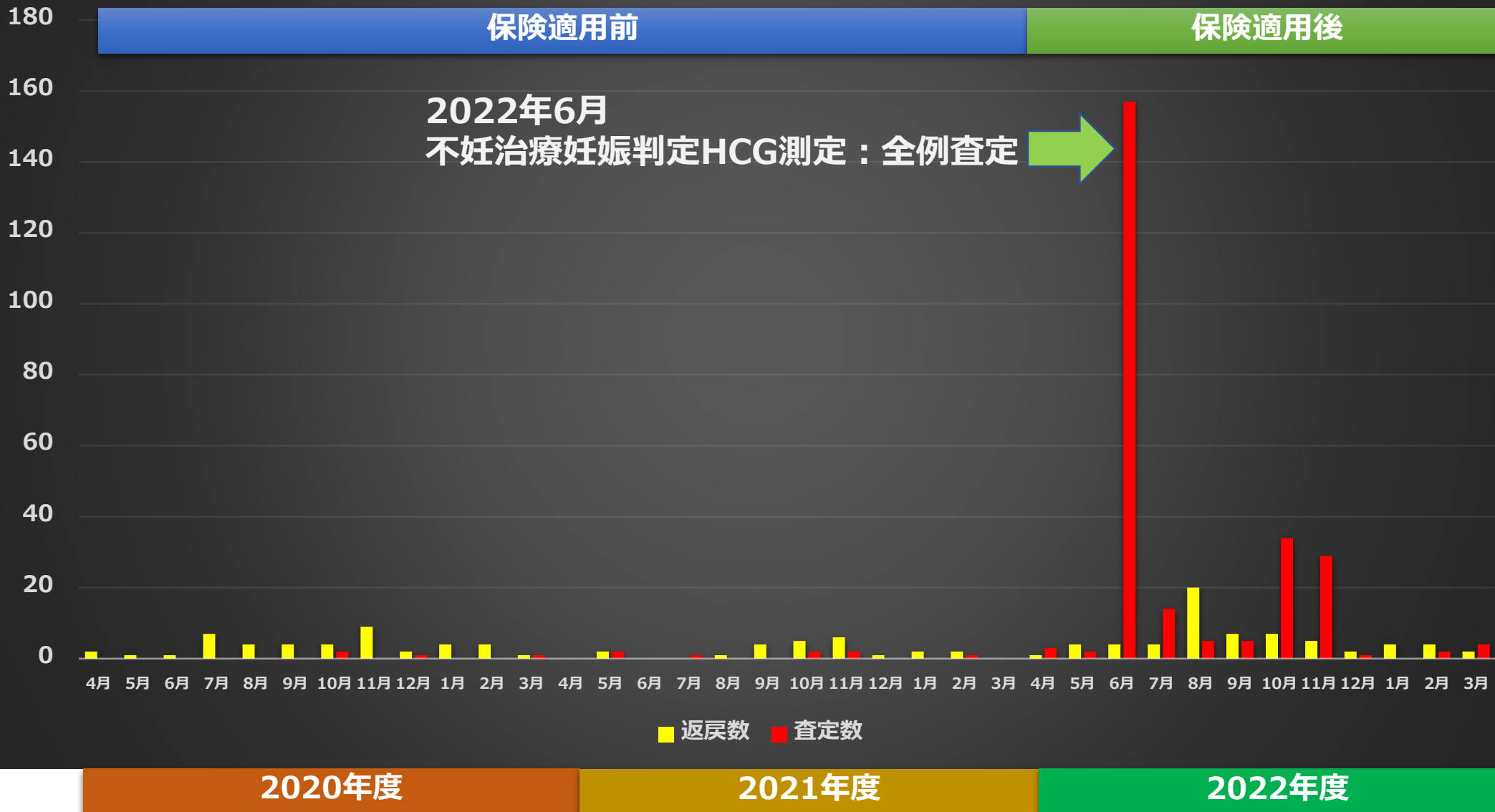
書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に心して、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

- （5）少なくとも**6月に1回以上**、当該患者及びそのパートナーに対して**治療内容等に係る同意について確認**するとともに、**必要に応じて治療計画の見直しを行うこと**。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。
- （6）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- （7）治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、**2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合**には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

(枚)

(件)

月別返戻数/査定数の推移



疑義解釈 (2022/8/24)

医科診療報酬点数表関係 (不妊治療)

【不妊治療に係る検査】

問1 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、不妊治療に係る妊娠判定のため、**妊娠反応検査（尿中・血中 HCG 検査）**を実施した場合、当該検査に係る費用は、保険診療として請求可能か。

(答) 一般不妊治療又は生殖補助医療を実施している患者に対して、医師の医学的判断により、通常の妊娠経過を確認するために、当該検査を実施した場合、**一連の診療過程につき、1回に限り算定可能。**

(2022/5)

第44回
全国医療保険

出席者名簿

次 第

1 … 不妊治療に関する同意書の

2 … 医療保険委員会検討項目（
患における免疫染色）【当

3 … 令和4年診療報酬改定につ

4 … 令和3年度ブロック医療保

4・2 … 令和3年度ブロック医療保

5 … 提出議題

検査の回数について

・ホルモン検査

- ・ 1周期あたり3回程度
- ・ それ以上の時は詳記対応
- ・ 傾向的な請求は返戻もしくは査定

・HCG

- ・ 妊娠4週のHCGは私費
- ・ 妊娠5週以降でホルモン補充中
 - ・ 切迫流産の病名で週1回のエコーとHCG検査

・エコー

- ・ 産婦人科の請求が極端に増えると次回の改定で点数
が下がるリスクがあり注意

算定回数の上限は「初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢」により決定

1 新鮮胚移植の場合	7,500点
2 凍結・融解胚移植の場合	12,000点

注1 患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。

[算定要件（その1）]

- (1) 不妊症の患者に対して、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合は「1」により算定し、凍結胚を融解したものをを用いた場合は「2」により算定する。
- (2) 「注1」における治療開始日の年齢とは、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定めるものとする。
- (3) 「注1」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につきさらに6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につきさらに3回に限り算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (7) 当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数の合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。

疑義解釈（2023/1/12）

【生殖補助医療管理料】

問2 当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限るとされているが、42歳の時点で治療を開始し、治療中に43歳となった場合については、保険診療で実施可能か。

（答）治療中に43歳に達した場合であっても、43歳に達した日を含む1回の治療（胚移植を目的とした治療計画に基づく一連の治療をいう。）については保険診療で実施可能。

しかし、43歳を超えると全て残りあと1回

4 助成回数について

厚生労働省の発出している文書の必ずどこかに「正解」は書かれている

- 40歳未満の場合、43歳になるまで1子ごとに6回
- 40歳以上の場合、43歳になるまで1子ごとに3回

我々は、厚生労働省発出の文書をじっくりよく読み、正しく理解するよう努める！

(新) 生殖補助医療管理料 (月に1回)

1 生殖補助医療管理料 1 300点

厚生労働省は保険の中身を我々に詳しく解説、説明をすべき！

(2) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

質問：「43歳を超えた方の生殖補助医療管理料算定」について（2024/6/25）

日本産婦人科医会の「医療保険協議会」の議事録からの抜粋：

近畿ブロック 2024.1.14 26京都

質問：生殖補助医療の算定回数は胚移植の回数によるとされています。42歳11カ月時点で生殖補助医療の治療計画（採卵から移植）を策定、採卵をするも移植可能な胚が得られず胚移植ができず43歳になった場合、移植可能な胚が得られて移植ができるまで採卵術を保険で行うことは可と考えて良いでしょうか。

回答：一連の治療は43歳をまたいでもよいが、半年以内です。（半年以後は全て自費に切り替わります）

この医会の回答は正しいのでしょうか？



厚労省保険局医療課からの回答：

- 日本産婦人科医会において示されている「算定は半年まで（半年以降は自由診療）」という考え方については、通知等において明示しているわけではありません。
- 一方で、この考え方は、先生ご指摘のとおり、「少なくとも6月に1回以上、（中略）治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行う」という規定に由来すると思われませんが、43歳の患者さんで、6ヶ月経過しても胚移植の実施に至らないような患者さんについては、治療計画の見直しを行うのが通常であるという考え方に基づけば、必ずしも外れているわけではないとも考えております。
- ただし、繰り返しになりますが、一般的なルールとして「半年まで」という規定を置いているわけではありませんので、治療計画の見直しを行う必要がないという医師の判断が妥当なケースがあれば、元々の治療計画に基づき6ヶ月を超えて算定することはありうるという認識でございます。

「ART保険適用」の中身からの我々へのメッセージ

- 「**治療計画**作成」、「**カップルの同意**」、6か月毎に**必要に応じて**「**計画の見直し**」
- 年齢制限、回数制限が「**移植回数**」で設けられた
- 全ての手技（採卵、顕微授精、培養、凍結）が**回数毎で保険点数が定められた**
- 先進医療が、保険と併用可能な**先進医療A**（タイムラプス、PICSI, SEET, 2-step, 内膜スクラッチ、IMSI、ERA, EMMA/ALICE等）と併用不可の**先進医療B**（PGT-A, タクロリムス*）に分けられた
- 適応が「生殖補助医療」に拡大された薬剤がいくつかあるものの、**用法・用量はこれまでの添付文書通りしか原則認められず、**
CCは5日間しか処方が認められない→**10日間認められる予定？**
GnRHアンタゴニスト（経口）*は排卵抑制やOHSS予防目的で使用できない*本邦適応外
PPOS法でCMA製剤*、一部のMPA製剤*が使用できない
- * 「**精子凍結**」はその後の「体外受精」「顕微授精」に「**包括**」（**厚労省のミス？**）→今回の改定で「**分離**」
- * 「**貯胚**」は**原則禁止**
- * 「**管理料**」が設定された（心理士、社会福祉士等「医療」以外のケアも重要視）



「保険診療」 ・ 「混合診療」 とは？

「保險診療」

保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「**公法上の契約**」に基づいている。
- 保険医療機関は、健康保険法等で規定されている**保険診療のルール（契約の内容）に従って、療養の給付及び費用の請求を行う必要がある。**
- 保険医は、**保険診療のルールに従って、療養の給付を実施する必要がある。**

保険診療として診療報酬が支払われるには次の条件を満たさなければならない

1. **保険医が**
2. **保険医療機関において**
3. 「療健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法の**各種関係法令の規定を遵守し**
4. 「**養担当規則**」の規定を**遵守し**
5. **医学的に妥当適切な診療**を行い
6. **診療報酬点数表に定められたとおりに請求**を行っていること

「保険医」と「保険医療機関」の責務

➤ 「保険医」の責務

保険医療機関において診療に従事する保険医は、**厚生労働省令**（*注）で定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない。（**健康保険法**第 72 条）

➤ 「保険医療機関」の責務

保険医療機関は、従事する保険医に**厚生労働省令**（*注）で定めるところにより、診療に

保険診療は「健康保険法」等の法令に基づいて行われる医療

健康保険法第 76 条第 2 項)

保険医療機関は、療養の給付に要する費用の額から被保険者が支払う一部負担金を除いた額を保険者に請求

医学的に妥当適切な診療

（*注）ここでいう**厚生労働省令**が「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（**療養担当規則**）であり、保険診療を行うに当たって、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を定めたものである。

健康保険法

(目的)

第一条 この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労働者災害補償保険法

国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することが目的

(基本的理念)

第二条 健康保険制度については、これが医療保険制度の基本をなすものであること

とにかんがみ、高齢化の進展、疾病構造の变化、社会経済情勢の变化等に対応し、
その旨を踏まえ、**国民が受ける医療の質の向上を図る** 制度

と併せて、その任り方に関し、常に検討が加えられ、その結果に基づき、医療保険の
運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の
向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない。

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る **経済的負担の軽減等**

- 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保

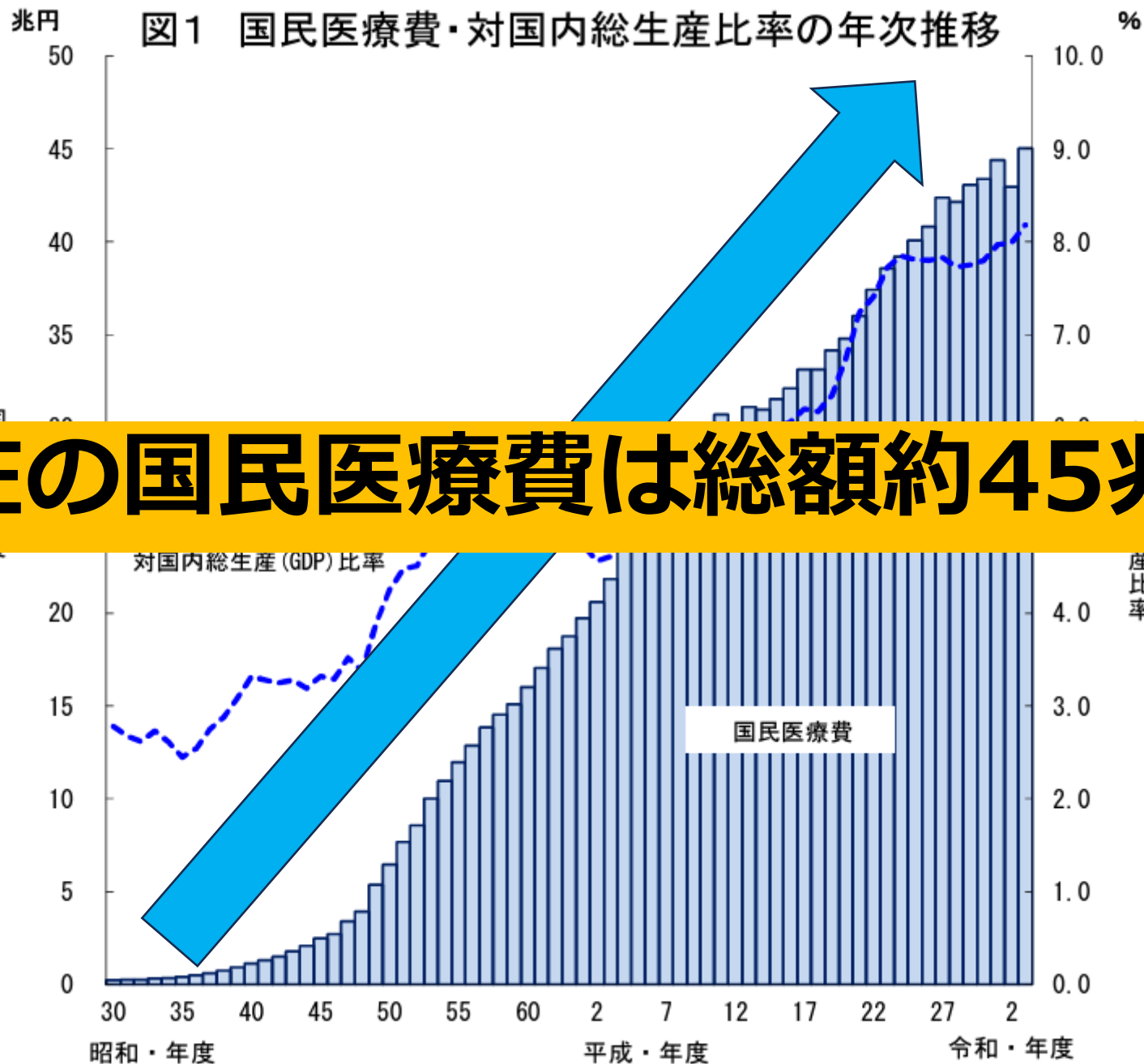
不妊治療保険適用拡大の目的：

- ① 患者の経済的負担の軽減
- ② 少子化対策

度）中に詳細を決定し、**令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施する**こととし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

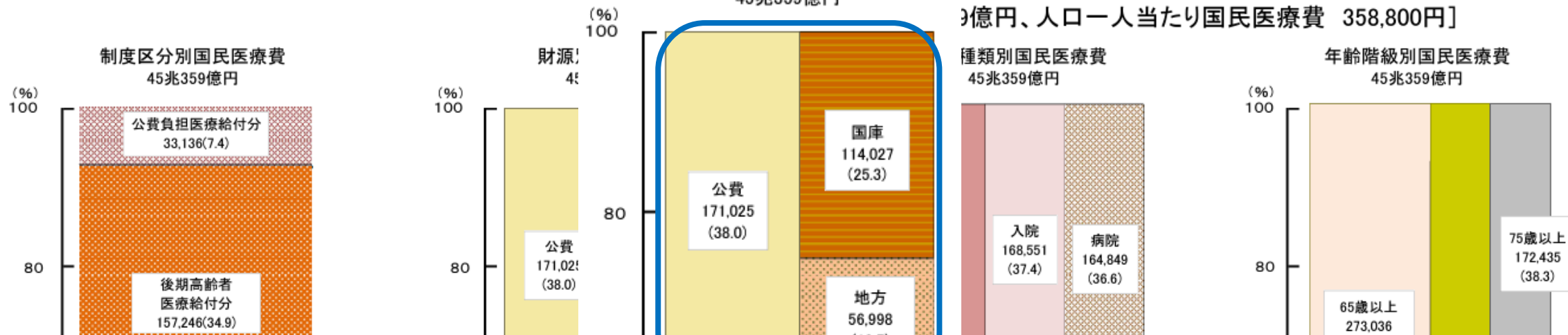
	2020(R2)年度				2021(R3)年度				2022(R4)年度～
	12	1	2	3	4～6	7～9	10～12	1～3	
助成金									
保険適用									
	<small>※厚生労働科学研究費により助成</small>				<small>保険外併用の仕組みの手続き</small>				

<https://www.mhlw.go.jp/content/20220801zentai.pdf>

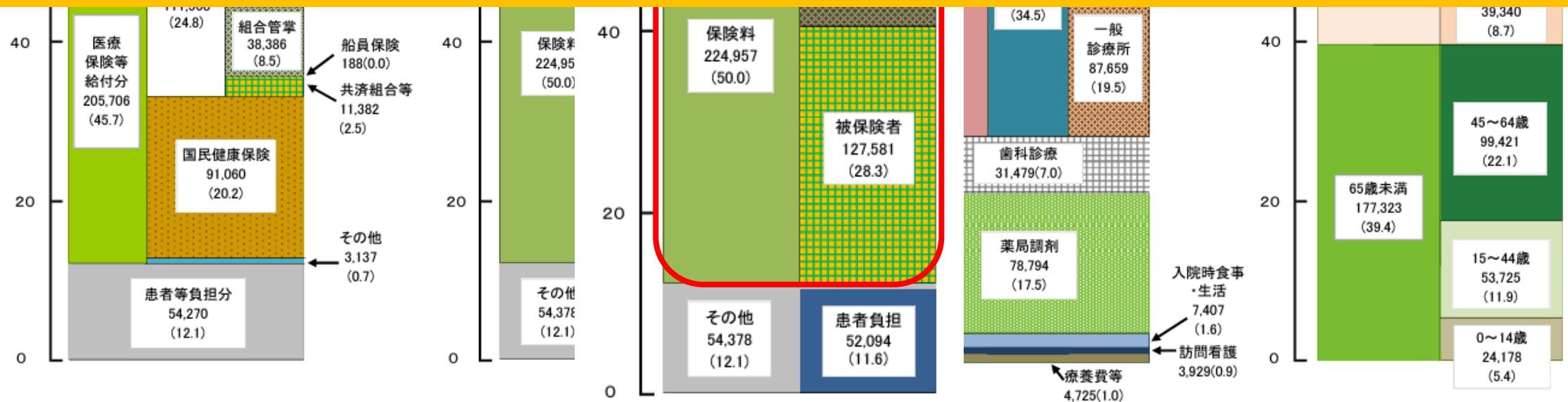


現在の国民医療費は総額約45兆円

(参考1) 令和3年度 国民医療費の構造



今後、「不妊治療保険適用拡大」の疫学的、経済的、公衆衛生学的検証が必要?!



不妊治療の保険適用に係る検証について

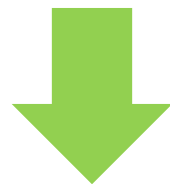
- 令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見を踏まえ、診療報酬改定の影響の検証とともに、次期診療報酬改定に向けて、調査及び必要な検討を行う。

答申書附帯意見	主な検討の場
<p>不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。</p>	<p>総会</p>

厚生労働省保険局医療課 中田勝己氏提供

「混合診療」

「保険」で認められている治療法+「保険」で認められていない治療法
「保険診療」と「保険外診療」（自由診療）の併用
=いわゆる**「混合診療」**



保険診療と保険外診療の併用は原則として禁止されており、
全体について、「自由診療」として整理される。

厚生労働省「保険診療と保険外診療の併用について」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryō/heiyō.html>

「混合診療」問題に対する厚生労働省の基本的考え方

「混合診療」を無制限に導入した場合

本来は、保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにも関わらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化

→患者の負担が不当に拡大するおそれ

安全性、有効性等が確認されていない医療が



一定のルールの設定が不可欠

「混合診療」を認めると、いずれは「保険」として認められるべき治療が「自費」で行われ、永久に保険に認められない事態を招く!?

厚生労働省「保険診療と保険外診療の併用について」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryō/heiyō.html>

「混合診療」禁止の法的根拠について

健康保険法をはじめ医療保険制度にかかる諸法令には、「**混合診療禁止原則**」に関して定める規定は存在しない。

同じ疾患に関して「一連の診療」を保険と自費で行うことが「混合診療」!?

厚生労働省の議論

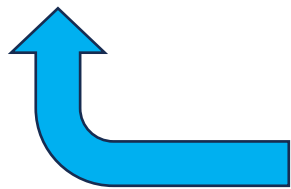
同じ疾患に対してでない場合や、「一連の診療」ではないと医師が判断した場合は、同一日に同一医療機関が保険診療と自費診療を実施しても「混合診療」には当たらない!?



半年以上の間、妊娠を望んでいるが妊娠しないため、**拳児希望**
(不妊治療希望)で受診



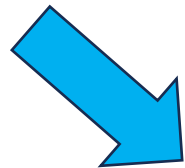
一連の不妊治療開始
(保険診療?)



拳児希望 (不妊治療希望)



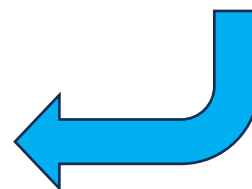
結婚して1年
のカップル



いずれは子供を望んでいるが、自分達が妊娠できる身体か、今のまま妊娠しても大丈夫な身体か、先ずは調べて欲しい
(ブライダルチェック、健康診断)と考
えて受診



自費診療



不妊症検査：

ある一定期間（6～12か月程度）、
妊娠を望んでも授からないカップル
に対して、「**不妊症**」の原因を**見つ
けるための検査**

ブライダルチェック：

結婚前、結婚後に関わらず、**今後妊
娠・出産を考えている女性が行う婦
人科検診を含む健康診断**
血液検査、性感染症検査、女性ホル
モン分泌検査、内診・超音波検査な
どがセットになっていて、メニュー
も価格も医療機関によって様々

不妊症検査（保険）

子宮卵管造影検査
卵管通気・通水検査
子宮鏡検査・腹腔鏡検査
フーナーテスト（性交後試験）
P4測定

不妊症検査（自費）

PGT-A
ERA、ERPeak
EMMA/ALICE、子宮内フローラ
Th1/Th2
ホモシステイン

経膈超音波検査

FSH・LH測定
E2測定
プロラクチン測定

AMH
精液検査
ビタミンD
甲状腺機能検査（TSH等）
糖尿病（HbA1c、血糖）
クラミジア感染（抗原、抗体）

抹消血液一般検査
肝機能、腎機能
血液型
子宮頸がん細胞診（HPV）
乳がん検診

B型肝炎、C型肝炎、梅毒検査、
HIV、（HTLV-1）
風疹、トキソプラズマ
淋菌、カンジダ、トリコモナス
CA125、（CA19-9）

ブライダルチェック（自費）



**「保険外」の道 = 保険外併用療養費制度
(評価療養、患者申出療養、選定療養)**

保険給付の種類（健康保険法第52条）

	被保険者	被扶養者
医療給付	療養の給付	家族療養費
	入院時食事療養費	
	入院時生活療養費	
	保険外併用医療費	
	療養費*	家族訪問看護療養費
訪問看護療養費		
その他の給付*	高額療養費および高額介護合算療養費	
	移送費	家族移送費
	埋葬料・埋葬日	家族埋葬料
	出産育児一時金	家族出産育児一時金
	出産手当金	
	傷病手当金	

*現金給付

保険外併用療養費制度（平成18年(2006年)法改正により創設。「特定療養費制度」から範囲拡大）

保険診療との併用が認められている療養

① 評価療養：保険導入のための評価を行うもの

● 先進医療

- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用（用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用（使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）

② 患者申出療養：保険導入のための評価を行うもの（未承認薬等の使用など患者からの申出を起点とした制度）

● 先進医療の対象にならないが、一定の安全性・有効性が確認された以下のような医療

- 1.既に実施されている先進医療を身近な医療機関で実施することを希望する患者に対する療養
- 2.先進医療の実施計画（適格基準）対象外の患者に対する療養
- 3.既に実施されていて、新規組入が終了した先進医療を実施することを希望する患者に対する療養
- 4.先進医療として実施されていない療養

- 現行の治験の対象外の患者に対して治験薬等を用いる医療

③ 選定療養→「自己都合の精子凍結」

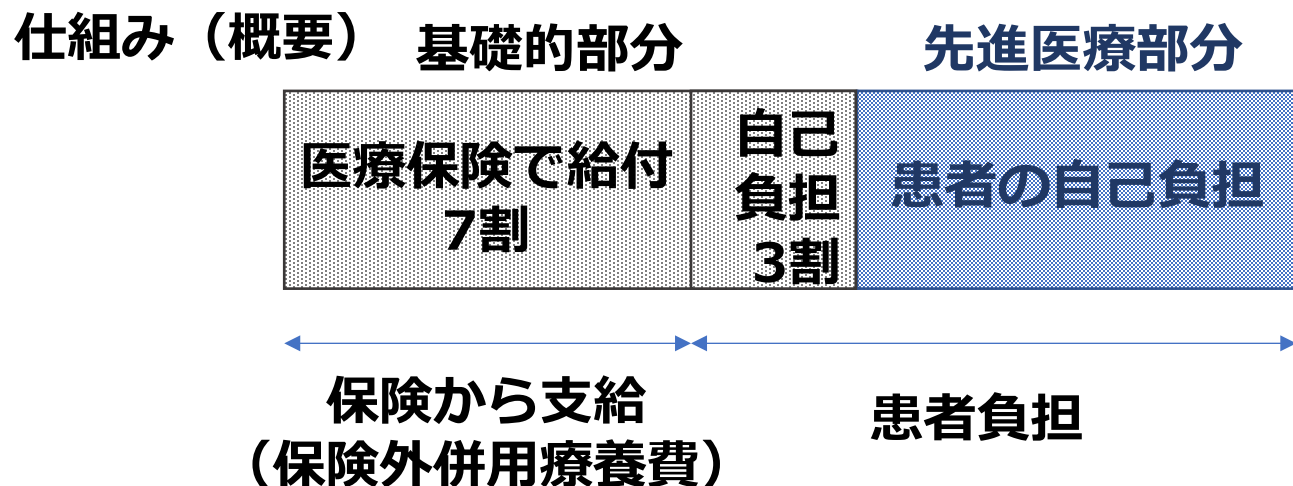
- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診、再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

評価療養（先進医療）

先進医療について

先進医療とは

- 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術等について、安全性・有効性等を確保するための施設基準等を設定し、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入に向けた評価を行う制度。
- 入院基本料など一般の診療と共通する部分（基礎的部分）については保険が適用され、**先進医療部分は患者の自己負担**。
- 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、**先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があります、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要**。



先進医療について

対象となる医療技術の分類

①先進医療A

- 1 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術（4に掲げるものを除く。）

先進医療A：人体への影響が極めて小さいもの

先進医療B：医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

- 4 医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

先進医療実施申請の流れ

保険医療機関

事務局

先進医療会議

・ 申請受付の報告

・ 審査方法の検討

(先進医療A)

- ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器等の使用を伴わない医療技術
- ・ 未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって、**その実施による人体への影響が極めて小さいもの**

(先進医療B)

- ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器等の使用を伴う医療技術
- ・ **医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの**

先進医療技術審査部会

技術的妥当性、試験実施計画書等の審査

技術的妥当性（有効性、安全性、技術的成熟度）の審査

先進医療Bは部会の審査結果を、外部機関で評価する技術は外部機関の評価結果を踏まえ検討

社会的妥当性（倫理性、普及性、費用対効果）の審査 等

実施可能な医療機関の施設基準を設定

医療機関毎に個別に実施の可否を決定

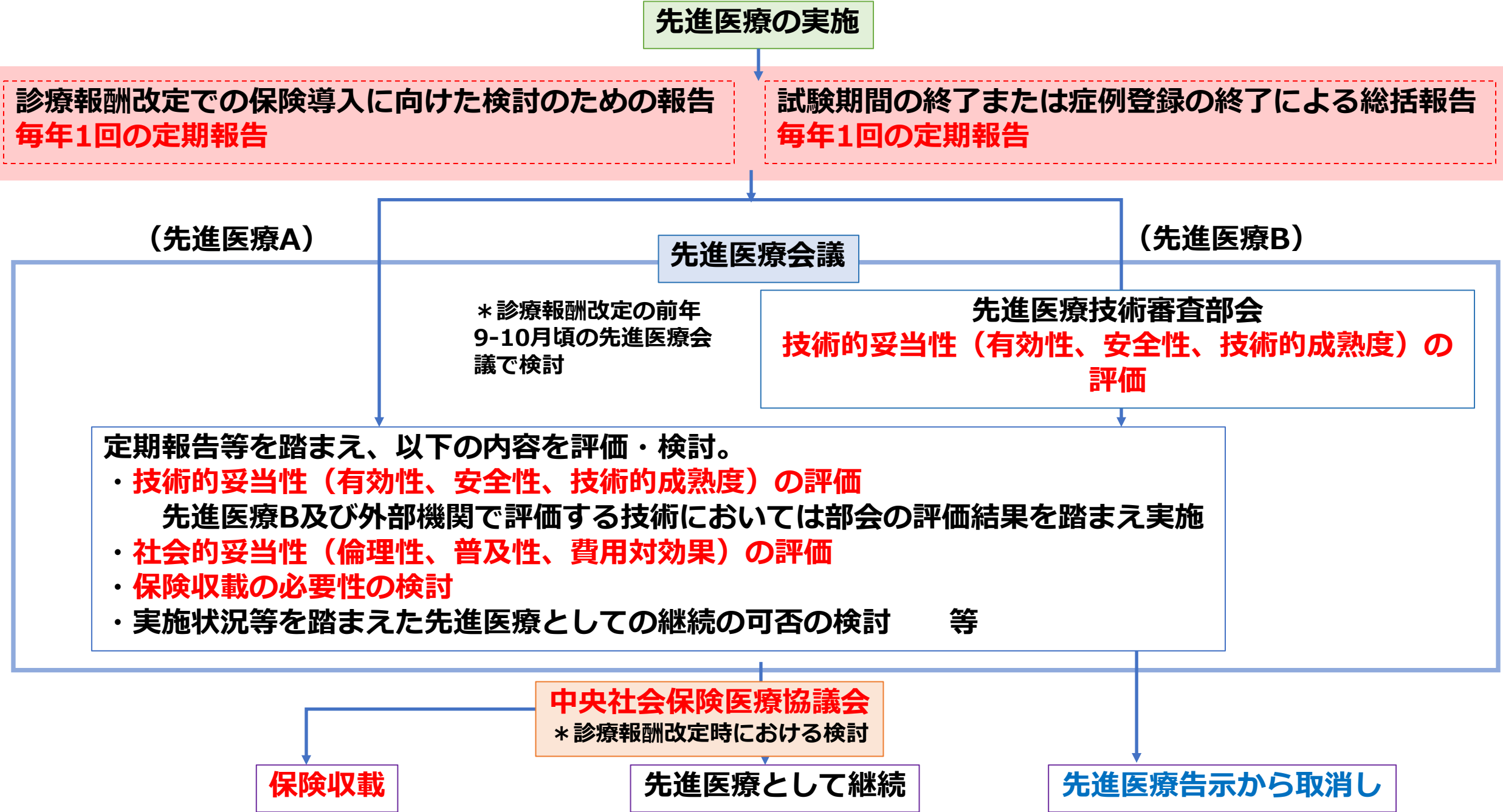
先進医療の実施（保険診療との併用が可能）

先進医療会議における検討状況 (令和5年6月1日時点)

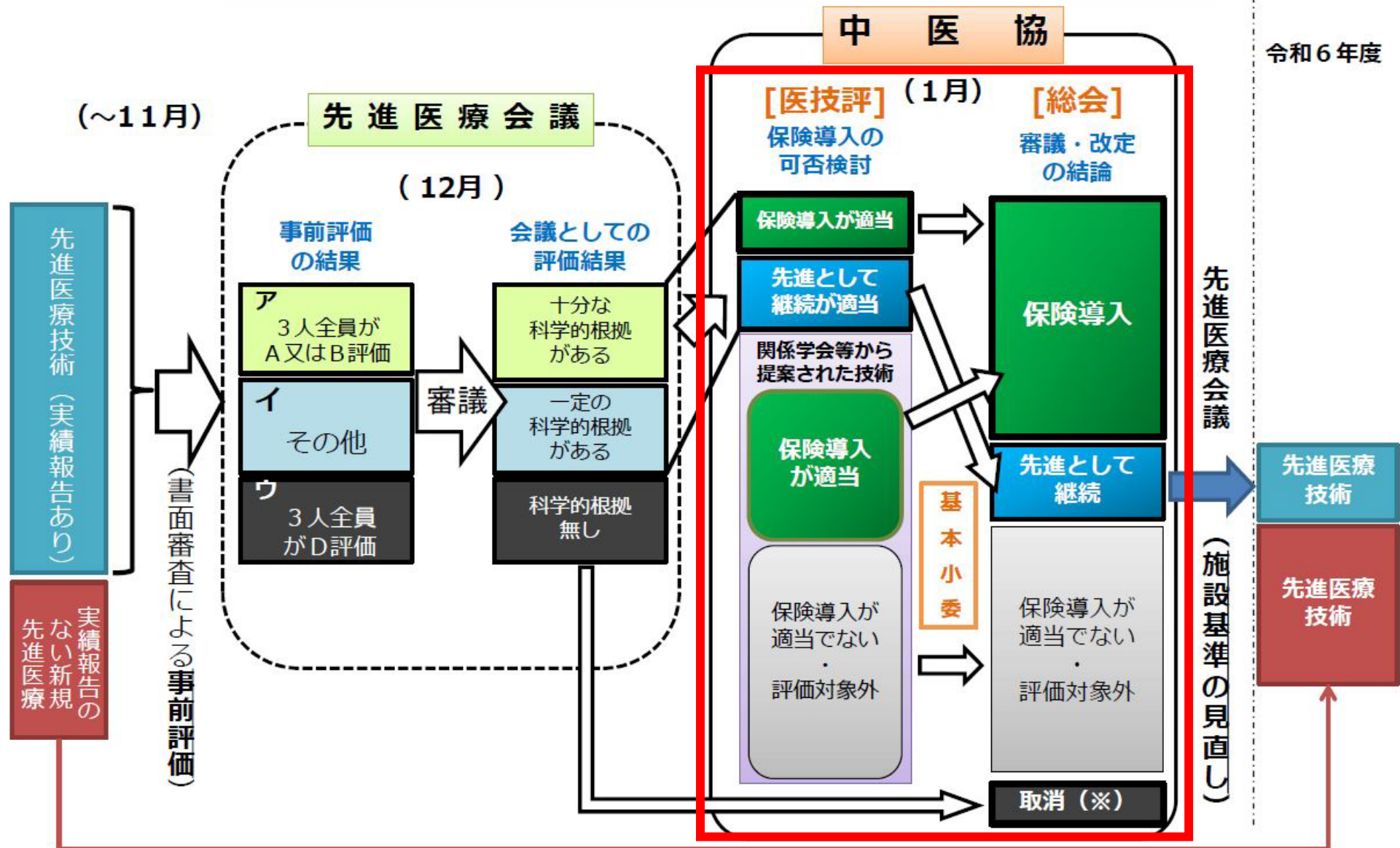
○ 先進医療会議 (令和3年9月2日、令和3年10月7日、令和3年11月4日、令和3年12月2日、令和4年1月6日、令和4年2月6日、令和4年3月3日及び令和4年4月14日、令和4年5月12日開催、令和4年6月9日、令和4年7月7日、令和4年8月4日、令和4年9月8日、令和4年10月6日、令和4年11月10日、令和4年12月8日、及び令和5年3月2日開催) 資料より引用、及び保険局医療課より一部補記し作成。

申請技術名	技術の概要	令和4年 6月1日 の状況	令和5年 6月1日 の状況	先進医療A /Bの割り 振り	(参考)ガイドラ インにおける推 奨度
PICSI	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。	適	適	先進医療A	C
タイムラプス	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。				
子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。				
SEET法	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。				
子宮内膜受容能検査 (ERA)	子宮内膜を採取し、次世代シーケンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。				
子宮内膜スクラッチ	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ (局所内膜損傷を与える) を行い、翌周期に胚移植を行う技術。				
IMSI	強拡大の顕微鏡を用いて、成熟精子の選択を行う技術。	条件付き 適	適	先進医療A	-
子宮内フローラ検査	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。				
子宮内膜受容期検査 (ERPeak)	子宮内膜を採取し、RT-qPCRを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。				
二段階胚移植法	先行して初期胚を移植し、後日、継続培養を行った別の胚盤胞を移植する技術。	適			
マイクロ流体技術を用いた精子選別	特殊な膜構造を用いて、成熟精子の選択を行う技術。	-			
反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)	反復着床不全に対して、免疫抑制剤 (タクロリムス) の投与を行う技術。	審議中		先進医療B	C
着床前胚異数性検査 (PGT-A)	胚から一部の細胞を採取して染色体の量の解析を行い、染色体数が正常な胚を選択する技術。				B

先進医療の申請から保険適用までの流れ



令和6年度診療報酬改定に向けた 先進医療の保険導入等及び施設基準の見直しイメージ



※ 先進医療 B の技術については、科学的根拠が無く、保険導入が適切ではないと判断された旨を報告する。

令和5年度 先進医療技術の科学的根拠等に係る評価
 <事前評価>

総合 IIb 4技術

告示番号	先進医療技術名	適用年月日	事前評価結果
2	陽子線治療	平13. 7. 1	総合 IIb
3	重粒子線治療	平15. 11. 1	総合 IIb
24	子宮内細菌叢検査1	令4. 4. 1	総合 IIb
27	子宮内細菌叢検査2	令4. 7. 1	総合 IIb

※1 告示番号2・3については、別途検討予定。

※2 告示番号24・27については、ロードマップにおいて、薬事承認を目指している技術。

令和5年度 先進医療技術の科学的根拠等に係る評価
 <事前評価>

総合 IIc 12技術

告示番号	先進医療技術名	適用年月日	事前評価結果
17	内視鏡的憩室隔壁切開術	令2. 7. 1	総合 IIc
18	内視鏡的胃局所切除術	令2. 9. 1	総合 IIc
19	子宮内膜刺激術	令4. 4. 1	総合 IIc
20	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	令4. 4. 1	総合 IIc
21	子宮内膜擦過術	令4. 4. 1	総合 IIc
22	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	令4. 4. 1	総合 IIc
23	子宮内膜受容能検査1	令4. 4. 1	総合 IIc
25	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術	令4. 4. 1	総合 IIc
26	二段階胚移植術	令4. 5. 1	総合 IIc
28	子宮内膜受容能検査2	令4. 8. 1	総合 IIc
29	流死産検体を用いた遺伝子検査	令4. 12. 1	総合 IIc
30	膜構造を用いた生理学的精子選択術	令5. 3. 1	総合 IIc

※1 告示番号23・28・29については、ロードマップにおいて、薬事承認を目指している技術。

令和6年度診療報酬改定における先進医療に係る評価

事前評価結果の整理の考え方

事前評価結果	3名の評価者の事前評価結果
総合 I	全ての評価者でA又はB評価である技術
総合 II a	主担当がA又はB評価であり、副担当の1人以上がC評価である技術。(ただし、D評価がある場合を除く。)
総合 II b	主担当がC評価であり、副担当の評価1人以上がA又はB評価である技術。(ただし、D評価がある場合を除く。)
総合 II c	全ての評価者でC評価である技術
総合 III a	1人又は2人の評価者でD評価である技術
総合 III b	全ての評価者でD評価である技術

2. 事前評価（書面審査）

各技術について、構成員及び技術委員の3名による事前評価を以下のとおり行う。

【事前評価】	科学的評価等		施設基準の見直し
具体的な 内容	実績報告等を踏まえ、A～Dの4段階で評価（理由も明記）。 A…十分な科学的根拠を有する B…一定の科学的根拠を有する C…科学的根拠が十分でなく、 継続することが適当 D…取り消すことが適当	A又はB評価とした 場合に限り、仮に保 険導入された場合 の施設基準につい て意見を記載。	仮に「継続」となった場合 を想定して、普及促進等 を考慮し、新たな施設基 準(案)を検討。
主担当	○	○	○
副担当1	○	○	—
副担当2	○	○	—

事前評価の結果に基づき、評価対象技術を以下の3つに分類する。

ア：構成員又は技術委員3名全員がA又はB評価

イ：ア、ウ以外

ウ：構成員又は技術委員3名全員がD評価



「保険収載」への道

(新規保険収載、適応外使用)

学会からの要望と診療報酬改定の道筋

従来から、学会から要望した重要項目が何故採択されなかったのか明らかでなく、採否の決定過程が見えないとの指摘がある。学会からの診療報酬要望と保険収載までのプロセスを以下に整理したい。

学会から厚生労働省に新しい技術等の保険収載を要望するルートと決定過程への道筋には大別して以下の三つがある。

(1) 内保連ルート (別図)

(2) 日本医師会

日本医師会では、厚生労働省に設置され、厚生労働省での検討を緊急採用などルートが利用される場合もある

内保連 (内科系学会社会保険連合) :
142学会が加盟。日本産科婦人科学会や日本産婦人科医会、日本生殖医学会も加盟
提示される学術的根拠に基づき、社会保険医療の在り方を提言し、その診療報酬の適正化を促進することを目的とした団体

解釈委員会が疑義解釈委員的な新技術のしばしばこのったと見られ

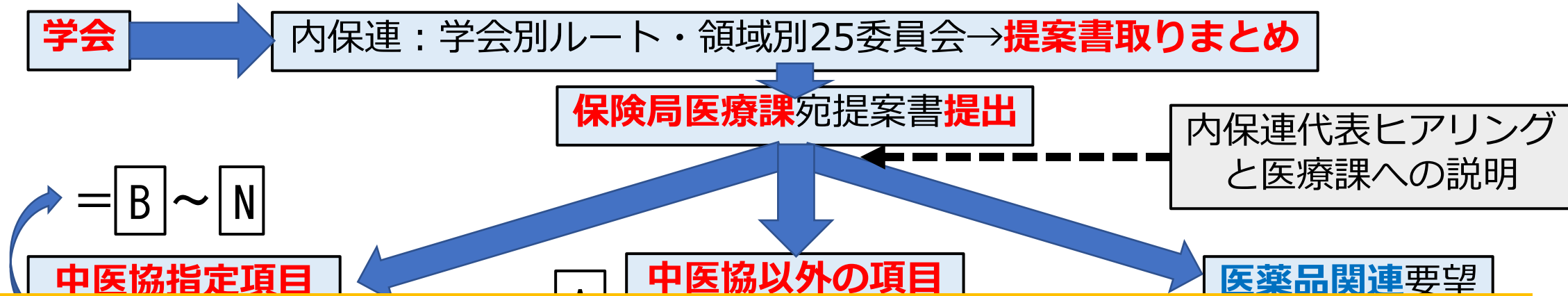
(3) 大臣宛

学会が社会的

についても特に日本医学会加盟学会に関しては厚生労働省は門戸を閉ざしてはいない。この場合、学会から医療課担当者に説明することが妥当な場合もあり、緊急採択や基盤づくりに役立ったと見られる場合もある。

もある。これ

学会からの要望の取り扱いに関する内保連ルート



中医協（中央社会保険医療協議会）：
保険者、被保険者、事業主を代表する委員（支払側）8名と、
医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員（診療側）8名、公益
を代表する委員4名の合計20名で構成され、任期は2年

専門小委員会（医療課協議・調整）
医療技術評価分科会（案）

中医協基本問題小委員会

中医協への診療報酬改定（案）提出と修正・承認

中医協会長が厚労大臣に答申し保険収載決定

学会からの要望と診療報酬改定の道筋

日本医師会ルート：

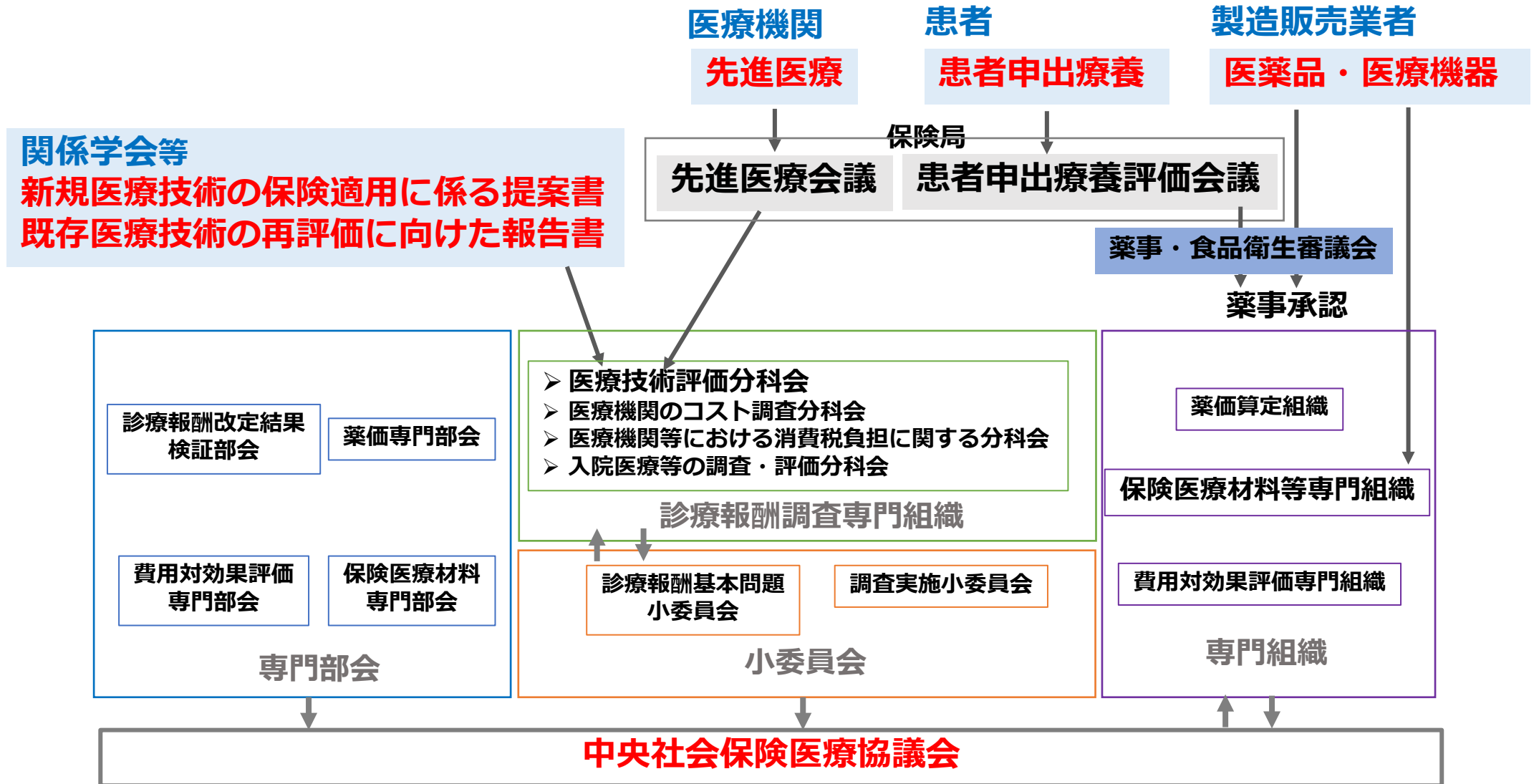
その傘下組織である日本医学学会に加盟する各学会からの要望を
通年で常時受け付け、要望を疑義解釈委員会で検討し、厚生労働省の担当者へ伝え、厚労省内で検討（医薬品の適応拡大はしばしばこのルートを利用）

置かれ、厚生労働省の担当者が参加している。学会の理事長は厚生労働大臣宛の要望書を日本医師会長に提出する。日本医師会は疑義解釈委員会での検討を経て厚生労働省の担当者が部局に持ち帰り要望を検討することとなる。DPC における高額の新薬の緊急外出し、画期的な新技術の緊急採田など、重要度と緊急性の高いものについては、診療報酬改定を待たずに対応される場合もある。医薬品の適応拡大にもしばしばこの

大臣宛要望書の直接提出ルート：

学会が社会的緊急度の高いと考えるものなどを中心に学会理事長名で厚生労働大臣へ直接に要望書を保険局医療課に提出する
ルート

診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法



新規保険収載

令和6年度改定

提案意向調査

手引き



一般社団法人
内科系学会社会保険連合

1) 全体スケジュール (仮)

○ 令和6年度診療報酬改定スケジュール (厚労省の指示によってスケジュールが変更になる可能性があります。)

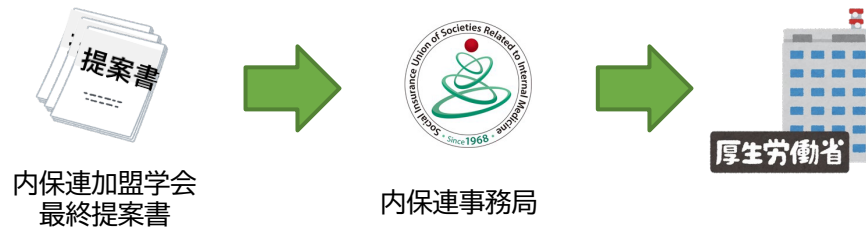
2022年			2023年						
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
提案意向調査		診療領域別委員会開催			提案書受付		内保連ヒアリング	提案書提出	厚労省ヒアリング*
▶ 10月中旬 提案意向調査受付開始 ~12月7日まで			▶ 12月中旬以降 各診療領域別委員会で提出調整		▶ 2月下旬 提案書受付開始		▶ 5月中旬 提案書修正期間 ▶ 5月下旬 提案書最終確認		▶ 内保連ヒアリング実施提案の選定
内保連事務局 からのご案内		・12月中旬 意向調査結果報告			・3月下旬 提案書受付中間報告		・6月上旬 提案書提出報告 ・4月下旬 内保連ヒアリング案内		

▶ 加盟学会 ▶ 診療領域別委員会

* 厚労省ヒアリングは学会事務局に直接連絡が届きます。

○ 最終提案書の提出フローについて

例年通り、各学会の提案書は内保連に提出いただき、内保連から厚労省に纏めて提出いたします。



提案書の種類	提出先
医療技術評価提案書(未収載)	厚労省保険局医療課
医療技術評価提案書(既収載)	
医療技術評価提案書(基本診療料)	
医薬品再評価提案書	厚労省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課

令和6年度改定に向けて、日本生殖医学会から要望書を提出した事項

【未収載】

1. 不妊治療前の夫の感染症検査: 原田先生 (補助: 岩佐先生)
2. 不妊治療カウンセリング: 高井先生 (補助: 廣田先生)
3. 射出精子の凍結・融解に関する診療報酬点数の新設: 湯村先生 (補助: 吉野先生)

【既収載】

1. 抗ミュラー管ホルモン測定要件の緩和: 絹谷
2. Y染色体微少欠失検査実施の施設要件緩和: 岸先生
3. 顕微授精における、精巣内精子回収術回収精子を用いた際の加点の回数緩和: 佐藤先生

令和8年度改定に向けて、日本生殖医学会から要望書を提出予定の事項

【内保連】

- 未収載1位：不妊治療前パートナー感染症検査(R6改定持ち越し)
- 未収載2位：PGT-A
- 未収載3位：生殖心理(不妊治療)カウンセリング(R6改定持ち越し)
- 既収載1位：CD138免疫染色
- 既収載2位：精液一般検査増点
- 既収載3位：AMH適応拡大PCOS

【外保連】

- 既収載1位：精管形成術増点
- 既収載2位：micro TESE増点

医療技術評価提案書（保険既収載技術用） 表紙	
整理番号（5桁）	286201
関係技術の整理番号 ※事務后使用欄	
提出年月日	令和5年 月 日
提案される医療技術名	抗ミュラー管ホルモン測定要件の緩和
1. 申請団体	
主たる申請団体名	日本生殖医学会
代表者氏名	大須賀 崇
申請団体 事務連絡先 ※必ず連絡の取れる連絡先を記載すること	郵便番号 100-0014 所在地 東京都千代田区永田町2-17-17 アイオス永田町503号 電話番号 03-6205-7445 FAX番号 03-6205-7267 E-Mail ak@inutani.ac.jp 担当氏名 奥田 崇
上記以外の申請団体名 (共同提案学会名)	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会
2. 技術担当者（提案される技術の医学的内容について連絡をすることがある。）	
担当者氏名	紺谷 正之
所属施設名	医療法人 紺谷産婦人科
診療科	産婦人科
役職	院長
所属施設所在地	広島県広島市中区本通8-23-4F
所属施設電話番号	082-247-6399
E-Mail	ak@inutani.ac.jp
FAX番号 ※無い場合は自宅等	082-247-6903
※必ず全ての空欄に記載すること。記載のない欄がある場合は受け付けられない。	
※1つの申請団体が複数の提案書を出す場合には、「提案される医療技術名」は同じにならないようにすること。類似の技術がある場合には、「〇〇科（××について）」「〇〇科（△△について）」などとし、区別できるように記載すること。	
※複数団体が同一技術の提案をする場合、可能な限り団体間で調整し、1つの提案書にまとめて提出すること。	

医療技術評価提案書（保険既収載技術用）		
整理番号 ※事務処理用	286201	
提案される医療技術名	抗ミュラー管ホルモン測定要件の緩和	
申請団体名	日本生殖医学会	
提案される医療技術が関係する診療科	主たる診療科（1つ）	25産婦人科・産科
	関連する診療科（2つまで）	00なし
		00なし
提案される医療技術又は提案される医療技術に類似した医療技術の提案実績の有無	無	
「実績あり」の場合、右欄も記載する	過去に提案した年度 (複数回提案した場合は、直近の年度)	リストから選択
	提案当時の医療技術名	
	追加のエビデンスの有無	有無をリストから選択
診療報酬区分	D	
診療報酬番号	008-52	
再評価区分（複数選択可）	1-A 算定要件の見直し（適応）	○
	1-B 算定要件の見直し（施設基準）	該当する場合、リストから○を選択
	1-C 算定要件の見直し（回数制限）	該当する場合、リストから○を選択
	2-A 点数の見直し（増点）	該当する場合、リストから○を選択
	2-B 点数の見直し（減点）	該当する場合、リストから○を選択
	3 項目設定の見直し	該当する場合、リストから○を選択
	4 保険収載の廃止	該当する場合、リストから○を選択
5 新規特定保険医療材料等に係る点数	該当する場合、リストから○を選択	
6 その他（1～5のいずれも該当しない）	該当する場合、リストから○を選択	
	「6 その他」を選んだ場合、右欄に記載	
提案される医療技術の概要（200字以内）	抗ミュラー管ホルモンは主に3-9mm ² 程に育った原始卵胞（前胞状卵胞、小胞状卵胞）の顆粒膜細胞から分泌される糖タンパク質で、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定が可能で、この測定により、その時点での女性の「原始卵胞の数」＝「卵巣予備能」を知るよい指標となります。また、その他の指標（FSH、AMH）と比較し、月経周期の影響がほとんどなく、簡便に行える検査です。	
再評価が必要な理由	現在、調節卵巣刺激療法の治療方針決定を目的とした場合は6月に1回の算定が既に認められていますが、それ以外の方には認められていません。要件を緩和し、より早期にこの検査を実施することで、ご自身の卵巣予備能を知った上でその後の不妊症検査や治療を選択することが可能となり、納得して治療を受けていただくこと、効率よく治療を実施することができ、早期の妊娠成立に大きく寄与するものと考えられます。不妊治療において治療の「ステップアップ」のタイミングは非常に重要であり、その判断の材料の一つとして「卵巣予備能」＝AMH値を用いることは極めて有用性が高いと考えられます。また、早発卵巣不全や多嚢胞性卵巣症候群の早期診断、婦人科領域の手術、がん化学療法、放射線療法の卵巣機能への影響の評価にも有用です。	

【評価項目】		
①再評価すべき具体的な内容 (根拠や有効性等について記載)	<p>児希望患者におけるAMH測定の必要性について： AMH高値の場合：高確定でPCOS（多嚢卵性卵巣症候群）が考えられ、卵巣形態より容観的な指標となりうる。カットオフの設定は世界的には未だ議論中であるが、多くの報告で3-4くらいとされつつあり、日本の実態調査データも同様である。日本産科婦人科学会PCOS/委員会において、採卵回数とされた日本のPCOSの診断基準に入る可能性があるとされています。</p> <p>PCOSの場合、一般不妊治療でもOHSSのリスクがありAMH値が低い指標となります。カットオフは4-8くらいが妥当とされています。ARTの場合、AMH値を指標にした、OHSSリスクが低減できるエビデンスレベルの高い報告があります。</p> <p>AMH低値の場合：一般不妊治療でも成妊低下や妊婦までの期間が延長するとの観察研究が複数あり、カットオフは1前後とされています。日本産科婦人科学会小委員会の実態調査では、AMH値1未満で、胚移植あたりの成率は同等だが、採卵あたりでは同年代平均より低い傾向で、低い場合には、複数回の採卵が必要になる可能性があり、不妊治療ステップアップのよい指標となると考えられます。</p> <p>卵巣手術の場合：AMH測定で卵巣機能への手術の影響を定量化することが可能となります。内腺症性嚢胞の場合、片側で1前後、両側でさらに0.5くらい低下することが複数のメタ解析で示されています。AMH値が高い場合に不妊治療成績が不良であることを考えると、内腺症性不妊では術式選択の指標とする妥当性があると考えられます。どのような手術がAMH値への影響が少ないかについてもRCT、メタ解析等エビデンスレベルの高い報告があります。</p>	
②現在の診断報酬上の取扱い ・対象とする患者 ・医療技術の内容 ・点数や算定の留意事項	不妊症の患者に対して、調剤卵巣刺激療法における治療方針決定を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。（600点）	
診療報酬区分（再掲）	D	
診療報酬番号（再掲）	008-52	
医療技術名	抗ミュラー管ホルモン（AMH）測定	
治療法、死亡症やQOLの改善等の長期予後等のアウトカム	特になし	
③再評価の根拠・有効性	<p>産科婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2020：P01（0313）と排卵障害に対する排卵誘発法の主要点（0324）で卵巣予備能の指標としてAMHが有用と記載されています。また、不妊原因検索の検査（0318）で「原因検索としての検査には該当しない」が、「排卵誘発剤に対する卵巣の反応性を予測し、患者への説明や至適な排卵誘発法の選択にあたっての判断材料となる一次検査と位置づけられつつある」との記載があります。</p>	
④普及性の変化 ※下記のように推定した根拠	現状、日本における不妊症患者の推定数は約120万組とされており、その内、実際に医療機関を受診しているのはその1/3の40万組。生殖補助医療を受けているのは更にその1/3の13万組程度と考えられています。それらの患者の8割程度（10万組）が調剤卵巣刺激剤を受けると想定し、現在の要件の「6月に1回算定」から一人の患者が年間1-2回AMH測定が実施されると想定し、見直し前（現行）の症例数10万人、見直し前の回数15万回と推定しました。要件が緩和され、不妊症患者全員にAMH測定が認められた場合は、40万人に対して年間1-2回の測定が予想され、見直し後の回数を60万回と推定しました。試薬会社の資料によると、昨年4月～今年2月の日本のAMH試薬の使用量が約2-3万回/月、年間で約30万回とされており、その約半数が自費診療で実施されていると推測される現状を考慮すると、不妊症患者数からの推定と大きな相違はありませんでした。	
年間対象患者数の変化	見直し前の症例数（人） 10万人 見直し後の症例数（人） 40万人	
年間実施回数の変化等	見直し前の回数（回） 15万回 見直し後の回数（回） 60万回	
⑤医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）	2022年の日本産科婦人科学会による「本邦における血清抗ミュラー管ホルモン測定の実態調査」によると、2000年代より国内で普及し始めた。2017年以降、「調剤卵巣刺激療法の治療方法とその効果予測の補助」を目的とする体外診断用医薬品として製造販売が承認されたことで普及が拡大し、一般不妊治療までの医療機関で約40%、生殖補助医療まで実施している医療機関では約85%の施設で実施されています。日本産科婦人科学会では、「産科婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2020」で「卵巣予備能の指標としてAMHが有用」「不妊原因検索の検査で原因検索としての検査には該当しないが、排卵誘発剤に対する卵巣の反応性を予測し、患者への説明や至適な排卵誘発法の選択にあたっての判断材料となる一次検査」と位置づけられています。	
施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）	施設要件（機材、手術件数、検査や手術の体制等） 該当なし 人的配置要件（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等） 該当なし その他（遵守すべきガイドライン等その他の要件） 該当なし	

⑥安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	採血手技に伴うリスク（皮下出血、迷走神経反射など）	
⑦倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし	
⑧点数等見直し の場合	見直し前 見直し後 その根拠	該当なし 該当なし 該当なし
⑨関連して減点 や削除が可能と 考えられる医療 技術（当該医療 技術を含む）	区分 番号 技術名 具体的な内容	区分をリストから選択 該当なし 該当なし 該当なし
⑩予想影響額	プラスマイナス 予想影響額（円） その根拠 備考	増（+） プラス2700,000,000円(6,000円×450,000回) 上記推定実施回数の増加より
⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬		D
⑫その他		特になし
⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等		該当なし
⑭参考文献1	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine Fertility and Sterility, Vol. 116, No. 5, November 2021, 1255-1265 不妊原因の診断項目の中に「FOLLICULAR FUNCTION」と「OVARIAN RESERVE」を挙げ、AMHについての記載があります。AMHで卵巣機能の評価が可能で、「OVARIAN RESERVE」（卵母細胞の数）の評価は、女性年齢、FSH基準値、エストロジオール基準値とAMHを挙げています。
⑮参考文献2	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine Fertility and Sterility, Vol. 114, No. 6, December 2020, 1151-1157 卵巣予備能の評価方法についてのアメリカのガイドライン。評価法として、FSH、E2基準値、インヒビンB、AMH、クロミフェンチャレンジテストを挙げ、AMHについては、FSHが上昇する前にAMHが低下するため、卵巣予備能の指標としてより感度が高いとしています。卵巣予備能の検査は、患者に対してカウンセリングや治療方法を計画する際に、予後を予測する情報として加えるべきとしています。
⑯参考文献3	1) 名称 2) 著者 3) 雑誌名、年、月、号、ページ 4) 概要	Practical Clinical and Diagnostic Pathway for the Investigation of the Infertile Couple Andrea Garolla, Damiano Pizzoli, Andrea Roberto Carosso, Andrea Borini, Filippo Maria Ubaldi, Aldo Eugenio Calogero, Alberto Ferlin, Antonio Lanzoni, Francesco Tomei, Bruno Englil, Laura Rienz, Lucia De Santis, Giovanni Cotichio, Lee Smith, Rossella Cannarella, Attilio Anastasi, Massimo Menegazzo, Liborio Stupia, Christian Corsini and Carlo Foresta on behalf of the Infertility Group Frontiers in Endocrinology, Vol. 11, January 2021, 1-15 イタリアのガイドライン。女性側の不妊リスクファクターの一つとして、卵巣予備能の低下(AMH and/or AFC)を挙げています。最初にAMH (and/or AFC)を測定し、その結果により、その他の検査やIUI、IVFなどに進むこととしています。

令和4年度診療報酬改定における主な論点

診調組 技-3-1 参考1
3 . 2 . 1
一 部 抜 粋

分科会に提出される医療技術についての提案書において、当該医療技術の診療ガイドライン等における位置づけを明記

- 令和4年度診療報酬改定においては、**学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い診療を進める観点から、提案書において、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設**した。

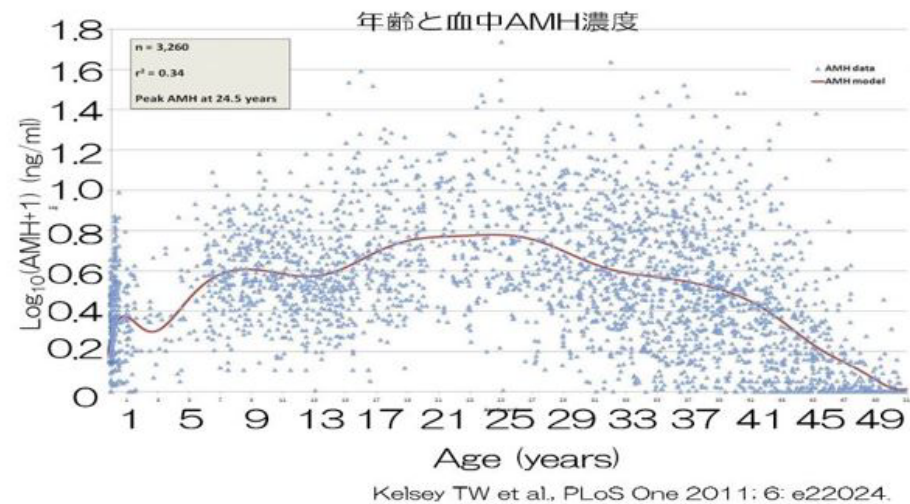
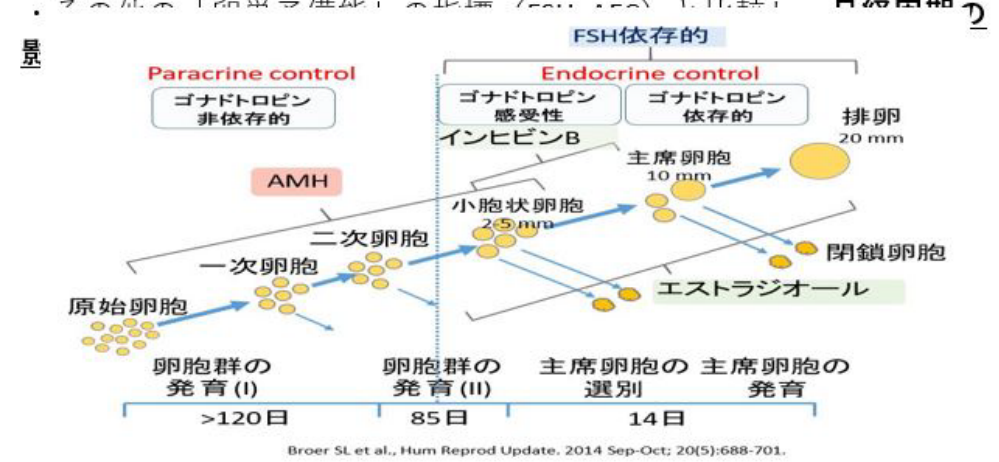
提案された医療技術の評価において、学会等のガイドラインに記載があるかないかを重要視

⑤ ④の根拠となる研究結果等	研究結果	※エビデンスレベルをリストから選択 1a・1b・2a・2b・3・4・5・6
	ガイドライン等での位置づけ	※リストから選択 ・ガイドライン等での記載あり (右欄に詳細を記載する。) ・ガイドライン等での記載なし (右欄にガイドライン等の改訂の見込み等を記載する。)

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
286201	抗ミューラー管ホルモン測定要件の緩和	日本生殖医学会

【技術の概要】

- ・抗ミューラー管ホルモンは主に3~9mm程に育った**原始卵胞（前胞状卵胞、小胞状卵胞）の顆粒膜細胞から分泌される糖タンパク質**
- ・血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定が可能
- ・その時点での**女性の「原始卵胞の数」 = 「卵巣予備能」を知るよい指標**



【対象疾患】

不妊症

【既存の治療法との比較】

該当なし

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ・現在は、**調節卵巣刺激療法の治療方針決定を目的とした場合は6月に1回の算定のみが認められている**
- ・要件を緩和し、不妊症の方により広く、早期にこの検査を実施することで、自身の卵巣予備能を知った上でその後の不妊症検査や治療を選択することが可能となり、**効率よく不妊治療を実施することができ、早期の妊娠成立に大きく寄与し、大幅な妊娠数の増加が期待できる**
- ・不妊治療において**治療の「ステップアップ」**（タイミング療法→人工授精→体外受精）のタイミングは最終的に児を得る為には非常に重要であり、**その判断の材料の一つとして「卵巣予備能」=AMH値を用いることは極めて有用性が高い**
- ・**早発卵巣不全や多嚢胞性卵巣症候群の早期診断、婦人科領域の手術、がん化学療法、放射線療法の卵巣機能への影響の評価にも有用**

【AMH高値の場合】

- ・**高確率でPCOS（多嚢胞性卵巣症候群）**が考えられ、卵巣形態より客観的な指標となる（カットオフは3~4 ng/ml）
- ・PCOSの場合、一般不妊治療でも**OHSS（卵巣過剰刺激症候群）のリスクが高く、OHSS予防において、AMH値がとてもよい指標**となる（カットオフは4~8 ng/ml）

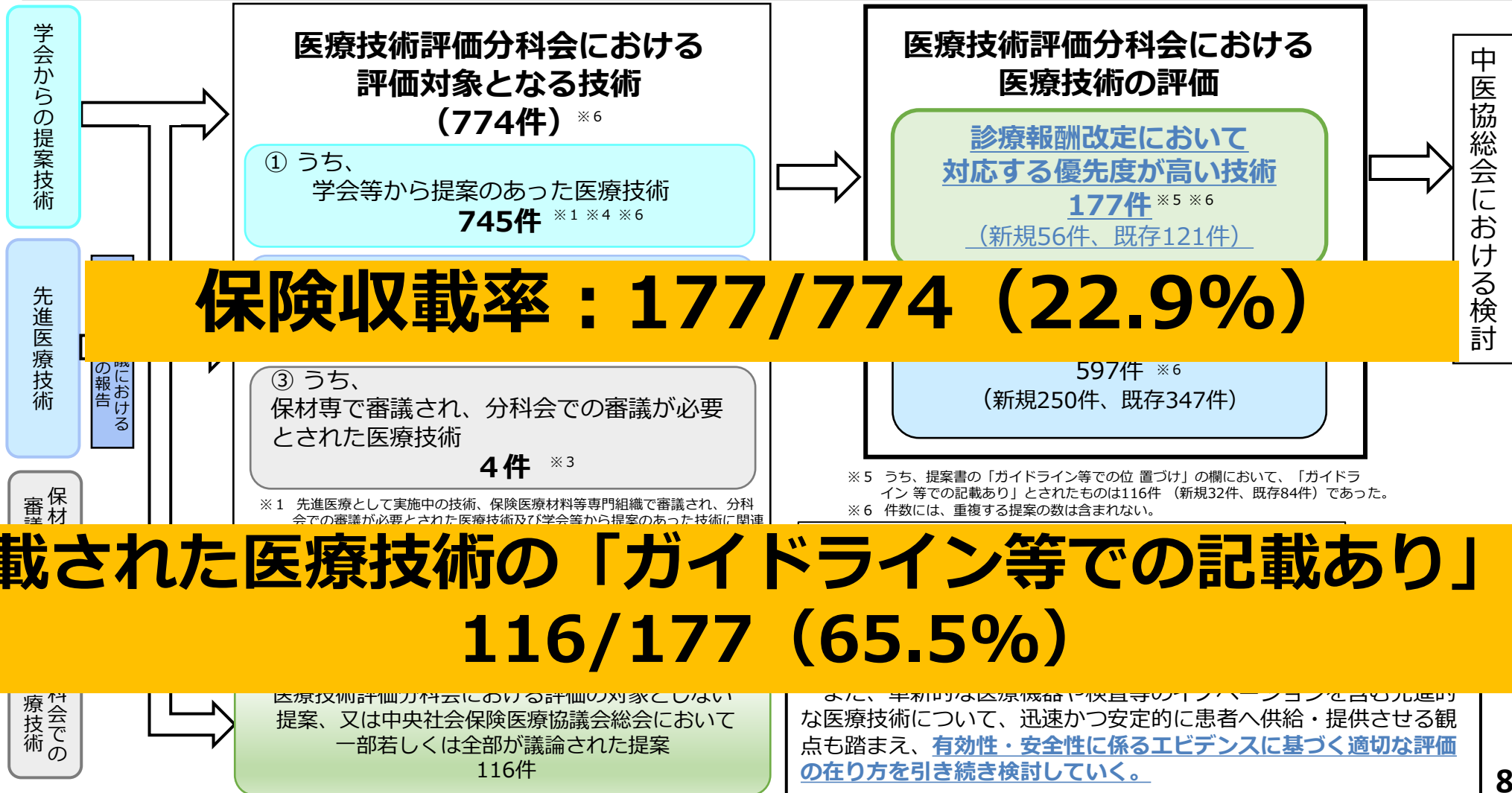
【AMH低値の場合】

- ・一般不妊治療でも**成績低下や妊娠までの期間が延長**するとの観察研究が複数ある（カットオフは1 ng/ml前後）
- ・卵巣手術の場合、**AMH測定で卵巣機能への手術の影響を定量化することが可能**

・AMH値が低い場合に不妊治療成績が不良であることを考えると、**婦人科領域の手術、がん化学療法、放射線療法実施前後に測定することで、拳児希望患者に妊孕能に影響する重要な情報を提供することができる**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

▶ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術及び保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



保険収載率：177/774 (22.9%)

収載された医療技術の「ガイドライン等での記載あり」率：116/177 (65.5%)

286103	未	射出精子凍結・融解に関する診療報酬点数の新設	日本生殖医学会	一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。	1134
286201	既	抗ミュラー管ホルモン測定要件の緩和	日本生殖医学会	提案について妥当性が示されている。	1139
医療技術の評価（案）					
286101	未	不妊治療前の夫の感染症検査	日本生殖医学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1124
286102	未	不妊治療カウンセリング料	日本生殖医学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1129
286202	既	Y染色体微小欠失検査実施の施設要件緩和	日本生殖医学会	再評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1144
286203	既	精巣内精子採取術回収精子を用いた際の加点の回数緩和	日本生殖医学会	再評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1149

適応外使用

疑義解釈 (2022/3/31)

問 88 不妊治療での医薬品の使用に関して、「生殖医療ガイドライン」(日本生殖医学会編)において推奨されている以下の①から③までについては、「生殖医療ガイドライン」(日本生殖医学会編)における推奨度や、代替薬の有無等を考慮の上、「保険診療における医薬品の取扱いについて」(昭和55年9月3日保発第51号厚生省保険局長通知)を踏まえ、診療報酬明細書の摘要欄に記載されている投与の理由を参考に、個々の症例ごとの医学的判断により診療報酬の審査がなされると理解してよいか。

- ① modified natural cycle IVF、又は中等量までの卵胞刺激ホルモン(FSH)製剤とゴナドトロピン放出ホルモン(GnRH)アンタゴニストの投与に基づく mild IVF における、排卵抑制のためのジクロフェナク又はイブプロフェンの使用
- ② 卵巣過剰刺激症候群(OHSS)ハイリスク患者に対する、OHSS発症予防のためのレトロゾールの使用
- ③ 胚移植における黄体補充での、プロゲステロン製剤との併用におけるエストロゲン製剤の使用

(答) よい。

「医薬品の適応外使用事例」申請書

申請年月日：2023年6月9日
 申請学会名：日本生殖医学会
 提出責任者所属部署：医療法人 絹谷産婦人科
 提出責任者氏名：絹谷 正之
 提出責任者連絡先：(082) 247 - 6399
 提出責任者メールアドレス：kwc@kinutani.org

【留意事項】

- 記載要領を参照し、各項目のポイントを簡潔に記載すること。
- 本申請書に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。
- 各欄に記載しきれない場合は、別途A4用紙に記載し、添付すること。
- 記載漏れ・不備等がある場合、検討対象から除外する場合があること。
- 再審査結果が出ていない医薬品、公知申請により保険適用となった医薬品及び既に支払基金から審査情報提供されている適応外使用事例は提出しないこと。

項目	内容
①薬効分類番号	252
②薬効分類名	生殖器官用剤（性病予防剤を含む）
③成分名	レトロゾール
④剤形	内服薬・フィルムコーティング錠
⑤主な医薬品名	フェマール錠2.5 mg、他後発品あり
⑥再審査終了年月日	2021年6月9日
⑦上記医薬品の効能・効果	閉経後乳癌、生殖補助医療における調節卵巣刺激、多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発、原因不明不妊における排卵誘発
⑧適応外使用となる傷病名	卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)
⑨適応外使用となる用法・用量	通常、レトロゾールとして2.5 mgを1日2回（5 mg）を採卵日から5日間経口投与する。
⑩申請の理由	卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) とは、ゴナドトロピン (Gn) 製剤、hCG 製剤などの排卵誘発剤使用後に発症する疾患である。軽度の卵巣腫大は臨床問題とはならないが、血管透過性の亢進に伴い、循環血漿量の減少や血液濃縮、腎機能の悪化等の生命予後にかかわる重大な合併症を発症することがあるため慎重に管理する必要がある。OHSSの発症機序としては、Gn製剤などの投与の結果、腫大した卵巣から過剰に分泌されるエストロゲンの作用により血管透過性が高まって血液中の水分が漏出し、血液濃縮が起こるためと考えられている。OHSSの発症や重症化の予防法として、日本ではcoasting（血清E2値が低下するまでGn製剤を投与しない）や全胚凍結、またドパミンアゴニスト、低用量アスピリン、アロマターゼ阻害剤、GnRHアンタゴニスト、アルブミン、グルコン酸カルシウム、ヒドロキシエチルデンプンの投与が行われている。このうちアロマターゼ阻害剤であるレトロゾールは、その薬理作用によりエストロゲン生成を阻害して血中及び卵巣におけるエストロゲン濃度を速やかに低下させることが知られており、結果としてOHSSの発症率が低下することが報告されている。これらの知見から、レトロゾールは有用なOHSS予防法の1つと言えます。

⑪申請の理由	卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) とは、ゴナドトロピン (Gn) 製剤、hCG 製剤などの排卵誘発剤使用後に発症する疾患である。軽度の卵巣腫大は臨床問題とはならないが、血管透過性の亢進に伴い、循環血漿量の減少や血液濃縮、腎機能の悪化等の生命予後にかかわる重大な合併症を発症することがあるため慎重に管理する必要がある。OHSSの発症機序としては、Gn製剤などの投与の結果、腫大した卵巣から過剰に分泌されるエストロゲンの作用により血管透過性が高まって血液中の水分が漏出し、血液濃縮が起こるためと考えられている。OHSSの発症や重症化の予防法として、日本ではcoasting（血清E2値が低下するまでGn製剤を投与しない）や全胚凍結、またドパミンアゴニスト、低用量アスピリン、アロマターゼ阻害剤、GnRHアンタゴニスト、アルブミン、グルコン酸カルシウム、ヒドロキシエチルデンプンの投与が行われている。このうちアロマターゼ阻害剤であるレトロゾールは、その薬理作用によりエストロゲン生成を阻害して血中及び卵巣におけるエストロゲン濃度を速やかに低下させることが知られており、結果としてOHSSの発症率が低下することが報告されている。これらの知見から、レトロゾールは有用なOHSS予防法の1つと言えます。
⑫適応外使用の根拠となる薬理作用	アロマターゼ阻害作用
⑬学会又は組織・機構の診療ガイドライン	<p>(1) 名称 1. 重篤副作用疾患別対応マニュアル 卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) 平成23年3月 (令和3年4月改定) 2. 生殖医療ガイドライン</p> <p>(2) 作成主体、作成者又は編集者 1. 厚生労働省、公益社団法人 日本産科婦人科学会マニュアル作成委員会、一般社団法人 日本病院 薬剤師会、重篤副作用総合対策検討会 2. 一般社団法人 日本生殖医学会</p> <p>(3) 該当ページNo. 1. 14ページ、16行目 2. 58ページ、3-3):29~33行目、60ページ、表1</p> <p>(4) 概要 1. 生殖補助医療では、OHSS発症予防法として採卵後のアロマターゼインヒビターの投与が挙げられる。 2. レトロゾール内服群は低用量アスピリン内服群に比べてOHSS発症率は低かった。日本での使用法例としてレトロゾール2.5 mgを1日2回 (5 mg)、採卵後から5日間経口投与する。</p>
⑭年間推定患者数	10,000人程度
⑮本適応外使用に当たっての特段の実施上の注意点	<p><禁忌> 1. 妊婦又は妊娠している可能性のある女性 2. 授乳婦 3. 活動性の血栓塞栓性疾患の患者 [症状が悪化するおそれがある。] 4. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者</p>
⑯新規/再提出の別	新規

JISART（日本生殖補助医療標準化機関、担当：絹谷）



2023年5月

日本生殖医学会（社会保険委員会、委員長：寺田幸弘先生）



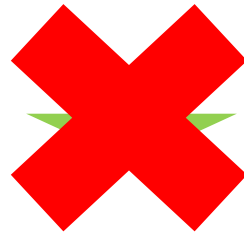
2023年6月

日本医学会



2023年11月

社会保険診療報酬支払基金（審査統括部 外科・混合審査課）



厚生労働省



令和6年度診療報酬改定の要点

今回の保険改定「10」のポイント

- ① 「初診料、再診料」の加算（初診料+3点、再診料+2点）
- ② 「AMH保険適用」要件の緩和（拡大）+「減点」（-3点）
- ③ 「精索静脈瘤手術」加算（+440点）
- ④ 「一般不妊管理料」要件の変更
- ⑤ 「胚凍結保存期間3年」を撤廃
- ⑥ 「体外受精・顕微授精」1,000点減点
「新鮮精子加算」1,000点」新設]⇒「増減なし」
- ⑦ 「採取精子調整加算」5,000点削除
「採取精子調整管理料」5,000点新設]⇒「増減なし」（加算⇒管理料）
- ⑧ 「精子凍結保存管理料」新設
（精巣内精子：1,500点、高度乏精子症精子：1,000点）
「精子凍結保存維持管理料」新設（700点/年）
- ⑨ 「患者都合による精子凍結」は「選定療養」
- ⑩ 「凍結胚」の移送先での「凍結保存維持管理料」算定可

① 「初診料、再診料」の加算（初診料+3点、再診料+2点）

初再診料等の評価の見直し

第1 基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要

初診料：288点→291点（+3点）

再診料：73点→75点（+2点）

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

② 「AMH保険適用」要件の緩和（拡大） + 「減点」（-3点）

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価-⑨

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応^⑩

既存技術の見直し

- 抗ミュラー管ホルモン（AMH）について、検査の目的の見直しを行う。

現行

【内分泌学的検査】

52 抗ミュラー管ホルモン（AMH）

[算定要件]

「52」の抗ミュラー管ホルモン（AMH）は、不妊症の患者に対して、**調節卵巣刺激療法における治療方針の決定**を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。



改定後

【内分泌学的検査】

52 抗ミュラー管ホルモン（AMH）

[算定要件]

「52」の抗ミュラー管ホルモン（AMH）は、不妊症の患者に対して、**卵巣の機能の評価及び治療方針の決定**を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。

② 「AMH保険適用」要件の緩和（拡大） + 「減点」 (-3点)

51	遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	450点		51	遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点
52	抗ミュラー管ホルモン (AMH)	597点	←	52	抗ミュラー管ホルモン (AMH)	600点
53	(略)			53	(略)	

-3点（実勢価調査に基づく見直し）

③ 「精索静脈瘤手術」加算 (+440点)

K834	精索静脈瘤手術	3,410点	←	K834	精索静脈瘤手術	2,970点
K834-2・K834-3	(略)			K834-2・K834-3	(略)	

+440点

④ 「一般不妊管理料」要件の変更

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価-⑨

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

一般不妊治療管理料の施設基準の見直し

- ▶ 一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても

- 【一般不妊治療管理料】
【施設基準】
(1) (略)
(2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
(3) 当該保険医療機関において、年間20例以上の診療を実施していること。
(4) (略)
(新設)

改定後

【一般不妊治療管理料】

【施設基準】

(1) (略)

(2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。

(削除)

(3) (略)

(4) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

産婦人科について5年以上の経験を有する医師として、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として

国が示す事業に協力

【一般不妊治療管理料】

問1 「B001」の「32」一般不妊治療管理料、「B001」の「33」生殖補助医療管理料、及び「K838-2」精巣内精子採取術の施設基準における「国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること」とは、具体的には何を指すのか。

（答）現時点では、令和6年6月19日にこども家庭庁成育局母子保健課より发出された事務連絡「不妊症に係る医療機関の情報提供に関する協力依頼について」が示す事業に協力することを指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その52）」（令和5年6月28日事務連絡）別添の問1は廃止する。

1 趣旨

生殖補助医療については、令和5年度より、「不妊症・不育症に関する広報・啓発促進事業」において、生殖補助医療管理料の施設基準届出を行っている保険医療機関及び精巣内精子採取術の施設基準届出を行っている保険医療機関についての情報収集及び公表をしてきました。

令和6年度以降について、引き続き当該医療機関の情報収集及び公表を行うとともに、新たに一般不妊治療管理料の施設基準届出を行っている保険医療機関の情報についても情報収集及び公表することといたしますので、以下の要領で情報の登録をお願いします。

2 情報の登録方法等

(1) 対象医療機関について

- ・ 一般不妊治療管理料の施設基準届出を行っている保険医療機関
- ・ 生殖補助医療管理料の施設基準届出を行っている保険医療機関
- ・ 精巣内精子採取術の施設基準届出を行っている保険医療機関

(2) 登録方法

- ・ 以下のURLにアクセスし、メールアドレスを登録してください。
<https://funin-fuiku.cfa.go.jp/register-clinic/>
 - ・ 登録いただいたメールアドレス宛にメールが送信されますので、当該メールに記載されたURLにアクセスし、医療機関の情報を登録してください。
- ※ 昨年度含め下記の登録期間以前に登録した医療機関についても、(3)の期間に再度登録が必要となります。

(3) 登録期間

令和6年8月1日（木）～令和6年8月31日（土）

- ※ 上記の期間外に情報の登録を行う必要がある医療機関や、登録情報の修正が必要となった医療機関については、(4)でお示しする事務局にご連絡ください。

(4) 連絡先

情報の登録方法等については、以下の事務局にお問い合わせください。

「不妊症・不育症に関する広報・啓発促進事業 医療機関検索サイト相談窓口」

e-mail : clinic-information@funin-fuiku-cfa.com

⑤ 「胚凍結保存期間3年」を撤廃

胚凍結保存管理料の算定要件の見直し

- 胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

現行

【胚凍結保存管理料】
[算定要件]

注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であつて、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、**当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。**

改定後

【胚凍結保存管理料】
[算定要件]

注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であつて、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。

96

凍結保存期間の「3年」を撤廃

生殖補助医療に係る評価の見直し①

既存技術の見直し

➤ 体外受精・顕微授精管理料に係る評価の見直しを行う。

現行		改定後	
【体外受精・顕微授精管理料】		【体外受精・顕微授精管理料】	
[算定告示]		[算定告示]	
1 体外受精	4,200点	1 体外受精	3,200点
2 顕微授精		2 顕微授精	
イ 1個の場合	4,800点	イ 1個の場合	3,800点
ロ 2個から5個までの場合	6,800点	ロ 2個から5個までの場合	5,800点
ハ 6個から9個までの場合	10,000点	ハ 6個から9個までの場合	9,000点
ニ 10個以上の場合	12,800点	ニ 10個以上の場合	11,800点

**⑥ 「体外受精・顕微授精」 1,000点減点
「新鮮精子加算」 1,000点新設
⇒ 「増減なし」**

【採取精子調整管理料】
(新設)

【採取精子調整管理料】
(新) 採取精子調整管理料 5,000点
[算定要件] (抜粋)
○ 採取精子調整管理料は、不妊症の患者及び又はそのパートナーから「K838-2」精巣内精子採取術によって採取された精子を用いて、体外受精・顕微授精を実施するために採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等を実施することを評価したものであり、当該手術後初めて「K917-5」精子凍結保存管理料の「1」のイを算定する場合に算定する。

生殖補助医療に係る評価の見直し①

既存技術の見直し

▶ 体外受精・顕微授精管理料に係る評価の見直しを行う。

現行		改定後	
【体外受精・顕微授精管理料】		【体外受精・顕微授精管理料】	
[算定告示]		[算定告示]	
1 体外受精	4,200点	1 体外受精	3,200点
2 顕微授精		2 顕微授精	
イ 1個の場合	4,800点	イ 1個の場合	3,800点
ロ 2個以上5個未満の場合	6,000点	ロ 2個以上5個未満の場合	5,000点

**⑦ 「採取精子調整加算」 5,000点削除
「採取精子調整管理料」 5,000点新設)
⇒ 「増減なし」 (加算⇒管理料)**

を所定点数に加算する。
(新設)

【採取精子調整管理料】
(新設)

を所定点数に加算する。

3 新鮮精子を使用して体外受精又は顕微授精を実施した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算する。

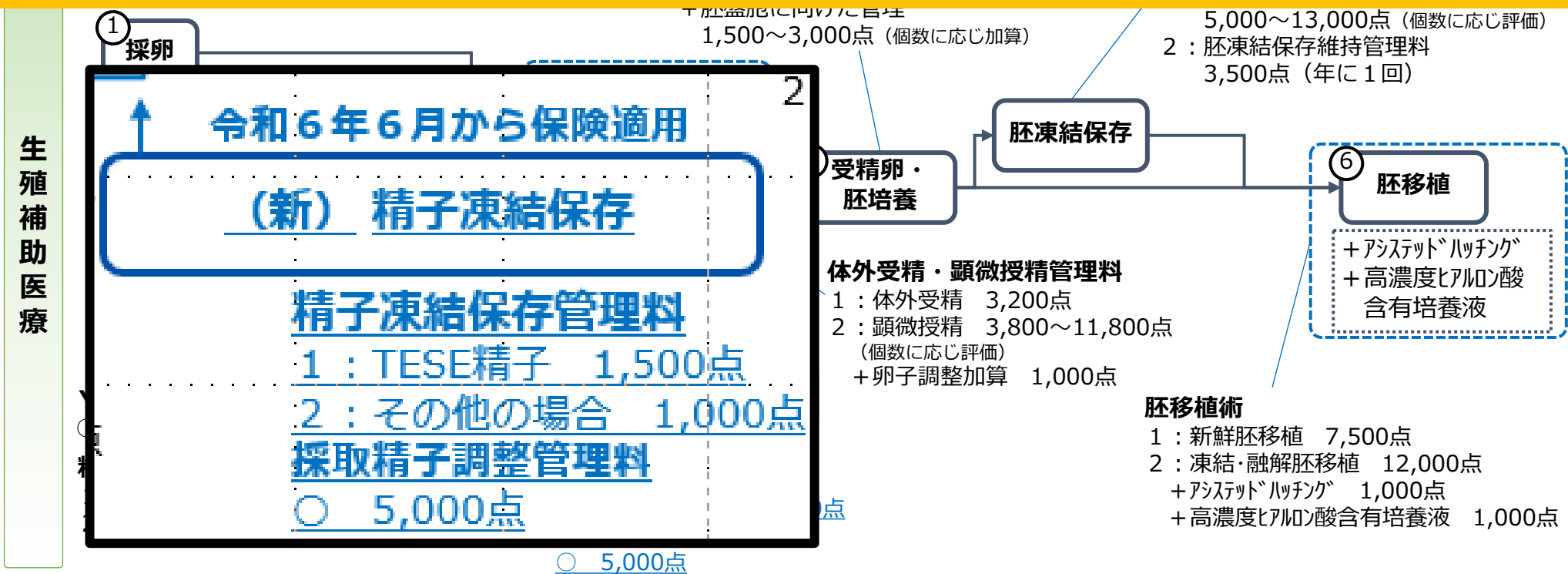
【採取精子調整管理料】
(新) 採取精子調整管理料 5,000点

[算定要件] (抜粋)

○ 採取精子調整管理料は、不妊症の患者及び又はそのパートナーから「K838-2」精巣内精子採取術によって採取された精子を用いて、体外受精・顕微授精を実施するために採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等を実施することを評価したものであり、当該手術後初めて「K917-5」精子凍結保存管理料の「1」のイを算定する場合に算定する。

不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲

⑧ 「精子凍結保存管理料」新設
 精巣内精子：1,500点
 高度乏精子症精子：1,000点
 「精子凍結保存維持管理料」新設（700点/年）



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、一定の病態における精子の凍結に係る技術の評価を新設する。

(新) 精子凍結保存管理料

1 精子凍結保存管理料（導入時）

イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合	1,500点
ロ それ以外の場合	1,000点
2 精子凍結保存維持管理料	700点

注 1については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、2については、精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して、1年に1回に限り算定する。



日本生殖医学会提出資料から引用

[算定要件]

- 精子凍結保存管 症患者における射 場合に算定する。
- 凍結保存及び必、凍結精子の保存
- 精巣内精子採取 「イ」によって算定し、高度乏精子症患者の精子を凍結保存する場合「ロ」によって算定する。
- 「1」について、精子凍結を開始した年月日を診療報酬明細書に記載すること。
- 「1」の算定に当たっては、凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 「2」の算定に当たっては、当該維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 精子凍結保存管理料には、精子の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。
- 患者の希望に基づき、凍結した精子を他の保険医療機関に移送する場合には、その費用は患家の負担とする。
- 精子凍結保存管理料について、「通則8」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。

「精子の量」？
➡ 「所見」を記載でOK!

生殖補助医療に係る評価の見直し②

「凍結精子」使用時は「新鮮精子加算」算定不可

▶ 体外受精・顕微授精管理料に係る評価の見直しを行う。

「精子凍結保存管理料」 精巣内精子 (1,500点)

= 「新鮮精子加算」 (1,000点) + 500点

「精子凍結保存管理料」 高度乏精子症 (1,000点)

= 「新鮮精子加算」 (1,000点)

内精子採取術により採取された精子を用いて、当該手術後初めて「1」又は「2」を実施する場合に算定する。

その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関

「精子凍結」をこれまでの「包括」から「分離」 ➔点数の「増減なし」

(新設)

(10) (略)

(9) 「注3」の新鮮精子加算は、当日採精した精子を凍結せずに体外受精又は顕微授精に利用した場合に算定する。当該加算は、「K917-5」精子凍結保存管理料と併算定できない。

(10) (略)

一般の皆様へ

不妊治療における精子凍結の費用が変更になります

日本産科婦人科学会

理事長 加藤聖子

生殖・内分泌委員会委員長 岩瀬 明

- ・令和6年度の診療報酬改定により精子凍結保存管理料が新設されます。
- ・あわせて選定療養にも精子の凍結又は融解の項目が新設されます。
- ・選定療養とは患者の快適性や利便性などにかかる療養であり、保険給付の対象ではありませんが、保険診療との併用が認められる治療です。

根拠：「乏精子症の経時的変化」の文献的考察 (PubMed) 217文献→4文献

にお

- ける射出精子を凍結する場合で保険点数が異なります。
- ・治療を受ける施設によらず管理料は一定です。
- ・別途、精子凍結保存維持管理料の費用も必要となる場合があります。
- ・保険診療の範囲で凍結した精子を使用する場合、融解に対する追加費用は発生しません。

選定療養（自費診療）が適応となるのは・・・

- ・医療上必要があると認められない、患者の都合により行われる精子の凍結又は融解が対象となります。
- ・選定療養における精子の凍結又は融解にかかる費用は治療を受ける施設によって異なります。
- ・保険診療（体外受精・顕微授精ほか）との併用が可能です。
- ・選定療養を行っていない施設もあります。

参考文献

- 1) 生殖・内分泌委員会報告. 日産婦誌(2024) 第76巻6号 p627-629
<https://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=76/6/076060627.pdf>

精子凍結保存管理料（保険診療）が適応となるのは・・・

- ・精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子と高度乏精子症患者における射出精子を体外受精・顕微授精に用いることを目的として凍結保存をおこなう場合が対象となります。
- ・医療上必要があると認められる場合に行われるもので、精子凍結を考慮する高度の乏精子症の基準としては精子濃度として $5 \times 10^6/\text{mL}$ 未満が目安となります¹。
- ・実際に精子凍結保存を行うかどうかについては、治療スケジュールなども検討し担当医と相談する必要があります。

- ・別途、精子凍結保存維持管理料の費用も必要となる場合があります。
- ・保険診療の範囲で凍結した精子を使用する場合、融解に対する追加費用は発生しません。

選定療養（自費診療）が適応となるのは・・・

- ・医療上必要があると認められない、患者の都合により行われる精子の凍結又は融解が対象となります。
- ・選定療養における精子の凍結又は融解にかかる費用は治療を受ける施設によって異なります。
- ・保険診療（体外受精・顕微授精ほか）との併用が可能です。
- ・選定療養を行っていない施設もあります。

精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設

精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、一定の病態における精子の凍結保存に係る技術の評価を新設する。
- 医療上必要があると認められない患者の都合による精子の凍結については、選定療養に位置づける。

⑨ 「患者都合による精子凍結」は「選定療養」

体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

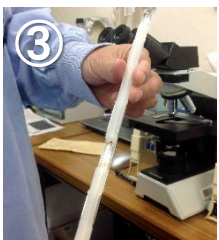
体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。



① 精液と凍結保護剤を混和してストロー管へ注入。



② ストロー管の先端をシーリング。



③ 全ストロー管を1本のカラムへ挿入。



④ 液体窒素蒸気下に5分静置。その後、完全に凍結する。

日本生殖医学会提出資料から引用

【精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設】

（新）精子凍結保存管理料

1 精子凍結保存管理料（導入時）

- イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500点
- ロ イ以外の場合 1,000点

2 精子凍結保存維持管理料

700点

対象：精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子の精子凍結

医療保険
で給付

選定療養

対象：医療上必要があると認められない患者の都合による精子の凍結

保険適用外
（患者の
自己負担）

流産物「染色体検査」：D006-5 染色体検査（全ての費用を含む。）

前回改定後

1 FISH法を用いた場合 2,553点

2 その他の場合 **2,553点**

注1 分染を行った場合は、分染加算として、397点を所定点数に加算する。



今回改定後

1 FISH法を用いた場合 2,477点

2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合 **4,603点**

3 その他の場合 2,477点

注1 分染を行った場合は、分染加算として、397点を所定点数に加算する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。

「自然流産既往のある患者であって、流産手術を行った者に対して」のみ算定可。

令和6年度「疑義解釈」

【抗ミュラー管ホルモン（AMH）】

問 6 卵巣の機能の評価及び治療方針の決定には、調節卵巣刺激療法における

AMH測定：

(答) **一般不妊～ARTで6か月に1回の算定が可**

問 12 胚の凍結保存を行っている保険医療機関から、他の保険医療機関へ胚を

⑩ 凍結胚の移送先での「凍結保存維持管理料」算定可

可能か。また、算定可能である場合には、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」
と「2 胚凍結保存維持管理料」のいずれを算定すべきか。

(答) 算定可能。「2 胚凍結保存維持管理料」を算定する。ただし、移送元の

**同一医療機関の「重複算定」は不可
医療機関が異なれば「重複算定」可**

要欄

に記載すること。

【再婚後の回数上限】

問1 不妊治療を保険診療で実施している患者が、当該治療計画に係る同意したパートナーAと離婚し、新たに婚姻したパートナーBと改めて一連の治療計画を作成して不妊治療を開始した場合、回数は通算しないという理解でよいか。

「離婚」⇒他のパートナーと「再婚」：回数はリセット

問2 問1の場合、新たな算定回数の上限に係る治療開始日の年齢についてはどのように考えるのか。

(答) 当該患者及びパートナーBについて、初めて胚移植術に係る治療計画を

「離婚」⇒同一パートナーと「再婚」：回数は通算

問3 問1のパートナーBと再婚していた患者が離婚し、再びパートナーAと結婚した場合、胚移植に係る回数の上限についてはどのように考えるのか。

(答) 過去のパートナーAと実施した回数と通算する。

問 29 精子凍結保存管理料の要件にあるように、精子の数等を検査する場合には、「D004」穿刺液・採取液検査の「5」精液一般検査は算定可能か。

不妊－7

(答) 要件を満たせば算定可能。

精子凍結時に「精液一般検査」(70点) 算定可

【体外受精・顕微授精管理料】

問8 体外受精又は顕微授精の実施前に卵子を凍結した場合には、要した費用を請求できるか。

(答) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、体外受精・顕微授精管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問51は廃止する。

**「卵子凍結」は実施しても、
「体外受精、顕微授精」に包括**

R6.5.31

【胚凍結保存管理料】

R4.3

問 62

こと
道

問 1 「1 胚凍結保存管理料（導入時）」については、胚の凍結とその後1年間の凍結保存及び必要な医学管理に要する費用を評価するものであり、胚の凍結を開始した日から1年を経過した後、継続して胚凍結保存を実施する場合には、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとなるという理解でよいか。

**「凍結保存管理料」の起算日は、
「算定日」 → 「凍結開始日」**

問 63

年間
り
実施
いう

問 2 「2 胚凍結保存維持管理料」について「1年に1回に限り算定する」とこととされているが、具体的には、胚の凍結を開始した日から起算して1年を経過するごとに算定可能となるという理解でよいか。

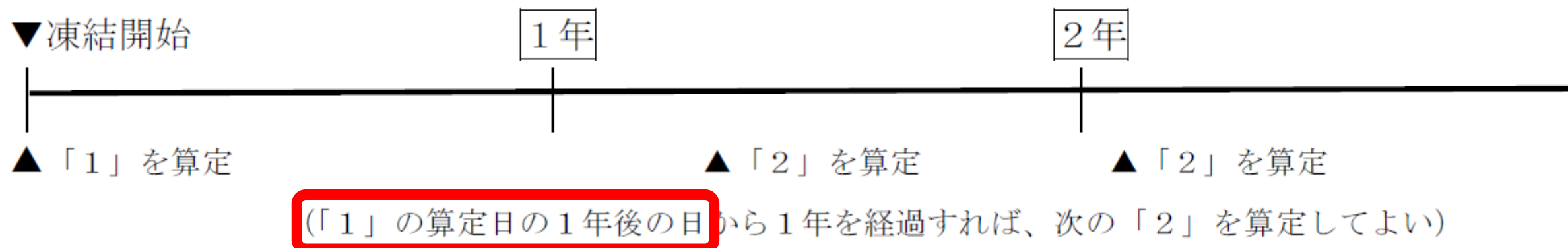
(答) よい。

(答) よい

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）（令和4年3月31日事務連絡）別添2の問62は廃止する。

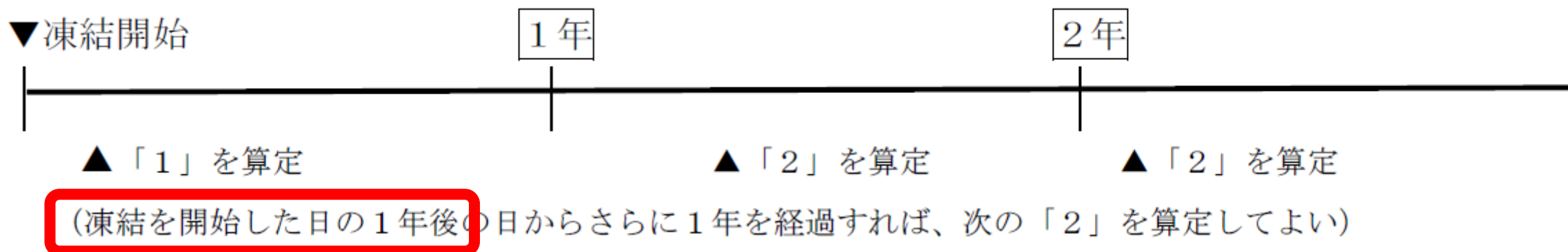
R6.3.28

※算定イメージ



R6.5.31

※算定イメージ





まとめ

「不妊治療保険適用拡大」の中身（1/2）

- 目的：「**患者の経済的負担の軽減**」・「**少子化対策**」 ⇒いずれ**効果の検証**が必須
- 「**治療計画作成**」、**「6か月毎にカップルの同意**」、**「必要に応じて「計画の見直し」** ⇒事務的作業の増加、患者負担も増加
- **ART**に「**年齢制限・回数制限**」が設けられ、**「胚移植」**でカウントとなった。
- **AIH**も保険化されたが、ARTとは異なり、**「年齢、回数制限なし」**となった
- ARTの手技（採卵、顕微授精、培養、凍結）が**「個数毎（段階的、最大10個）で保険点数が定められた**（一方、**「移植胚の個数での保険点数は設けられなかった**）
- **「貯胚」**は**原則禁止**となった

「不妊治療保険適用拡大」の中身（2/2）

- 適応が「生殖補助医療」に拡大された薬剤がいくつかあるものの、**用法・用量はこれまでの添付文書通りしか原則認められていない**
- 卵巣刺激時のモニタリングに回数の制約が生じた
- 患者からの相談対応の専任の担当者、保健医療サービス及び福祉サービスとの連携、調整を担当する者を配置することで**管理料がプラス50点で設定**された
- **「精子凍結」が「体外受精・顕微授精管理料」に「包括」された**
➡ 今回の改定で「分離」
- **「自己注射」が広く認められた**
- 従来からよく行われていた治療の多くは「保険適用」又は保険と併用して実施できる「**先進医療A**」となったが、一部に「**保険適用**」にも「**先進医療A**」にもならなかった治療（先進医療B、それ以外）がある⇒しかし「**混合診療**」は**禁止**

「不妊治療への保険適用拡大」が我々にもたらしたものは？（課題）

- **「混乱」**（治療計画書、同意書等書類の作成、患者への説明事項の増加、返戻↑、間違った査定↑等）（「疑義解釈」が保険開始の前日の夜に発出された！）
- **「誤った」情報の流布**（厚生労働省発出の文書を正確に読み、正しく理解することが重要）
- **PGT-Aが「先進医療B」**になり、「保険診療」との併用が「不可」となった。
- まだ認められない主なこと：妊孕性温存、夫の感染症検査、CC長期投与など
- **薬剤不足**（プロゲスチン製剤、黄体ホルモン膣錠、GnRHアンタゴニスト、アゴニスト、HMG製剤、FSHリコンビナント製剤、ヘパリン製剤、HCG製剤等）
- **課題**：先進医療の今後、薬剤の供給不足、感染症検査、US・ホルモン測定回数？

「不妊治療への保険適用拡大」が我々にもたらしたものは？ **(疑問)**

- **年齢制限**（40歳の壁、43歳の壁）、**回数制限**→本当にこれでよいのか？
- 「医療行為」ができるのは医師・歯科医師・看護師など、国家資格を有する医療従事者のみのはず？ 顕微授精や胚凍結は「**医療行為ではない**」ままで本当によいのか？
- **医学「管理料」**とは、医療的な処置や投薬などの医療技術の提供とは別に、医師による患者指導や医学的管理を行った際に算定される診療報酬項目→「体外受精・顕微授精」「受精卵・胚培養」「胚凍結保存」は「医療的な処置」ではないとの位置づけのままで本当によいのか？
- 今回の「保険化」の主な目的は、「患者の経済的負担の軽減」と「少子化対策」。「少子化対策」への**効果の検証**は具体的にはいつ、どのようにされるのか？
- 「**混合診療**」**禁止**の原則は理解できる部分もあるが、一律に捉えるのではなく、その中身に応じた対応ができないか？ するべきではないか？
- 「**相談窓口**」のようなものを設置できないか？

療養の給付・費用の負担の流れ

中医協（中央社会保険医療協議会）

先進医療会議

厚労省

保険局

厚生局

学会

（日産婦、生殖等）

外保連

内保連

ガイドライン
作成委員会

日本産婦人科医会

JISART, A-PART等

医療費の大部分は保険に基づく

診断・治療

患者

（被保険者）

税

国・市町村

事業所

一部負担金

負担金

保険料

保険料

（例）3割

（例）7割

保険医療機関

審査支払機関

保
険
者

診療報酬請求

診療報酬支払/査定

レコベル®皮下注ペン 12 μ g/36 μ g /72 μ gペン

■ 効能又は効果

生殖補助医療における調節卵巣刺激



* 本写真は見本用のペンを使用しています

効能又は効果に関連する注意

本剤の投与の適否は、患者及びパートナーの検査を十分に行った上で判断すること。原発性卵巣不全が認められる場合や妊娠不能な性器奇形又は妊娠に不適切な子宮筋腫の合併等の妊娠に不適当な場合には本剤を投与しないこと。また、甲状腺機能低下、副腎機能低下、高プロラクチン血症及び下垂体又は視床下部腫瘍等が認められた場合、当該疾患の治療を優先すること

試験概要【海外第III相試験（GRAPE）】

- **目的**： IVF/ICSIを受ける女性を対象に調節卵巣刺激の新鮮胚移植周期の継続妊娠率についてレコベルのホリトロピン アルファ（遺伝子組換え（以下、ホリトロピン アルファ））に対する非劣性を検証する。
- **試験デザイン**： 無作為化、実薬対照、評価者盲検、並行群間比較、国際共同、多施設共同試験
- **対象**： IVF/ICSIのために調節卵巣刺激を受ける非日本人女性1009例
- **試験方法**： 実施医療機関及び年齢（35歳未満、35～37歳、38～40歳）を層別因子として、月経周期の2～3日目にレコベル群又はホリトロピン アルファ群のいずれかに1：1で均等に無作為割付し、卵巣刺激を開始した。
血清AMH値が15pmol/L^{※1}未満の被験者はレコベルの1日用量を12 μ gとし、15pmol/L以上の被験者は0.19～0.10 μ g/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12 μ gとした。ホリトロピン アルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巣反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした（ホリトロピン アルファ150IUは11 μ gに相当する^{※2}）。レコベル及びホリトロピン アルファの投与期間は最長20日間とした。

※1 AMH単位換算係数：1pmol/L=0.140ng/mL、1ng/mL=7.143pmol/L

※2：GONAL-F. Summary of Product Characteristics.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gonal-f-epar-product-information_en.pdf（2023年11月時点）

6. 用法及び用量

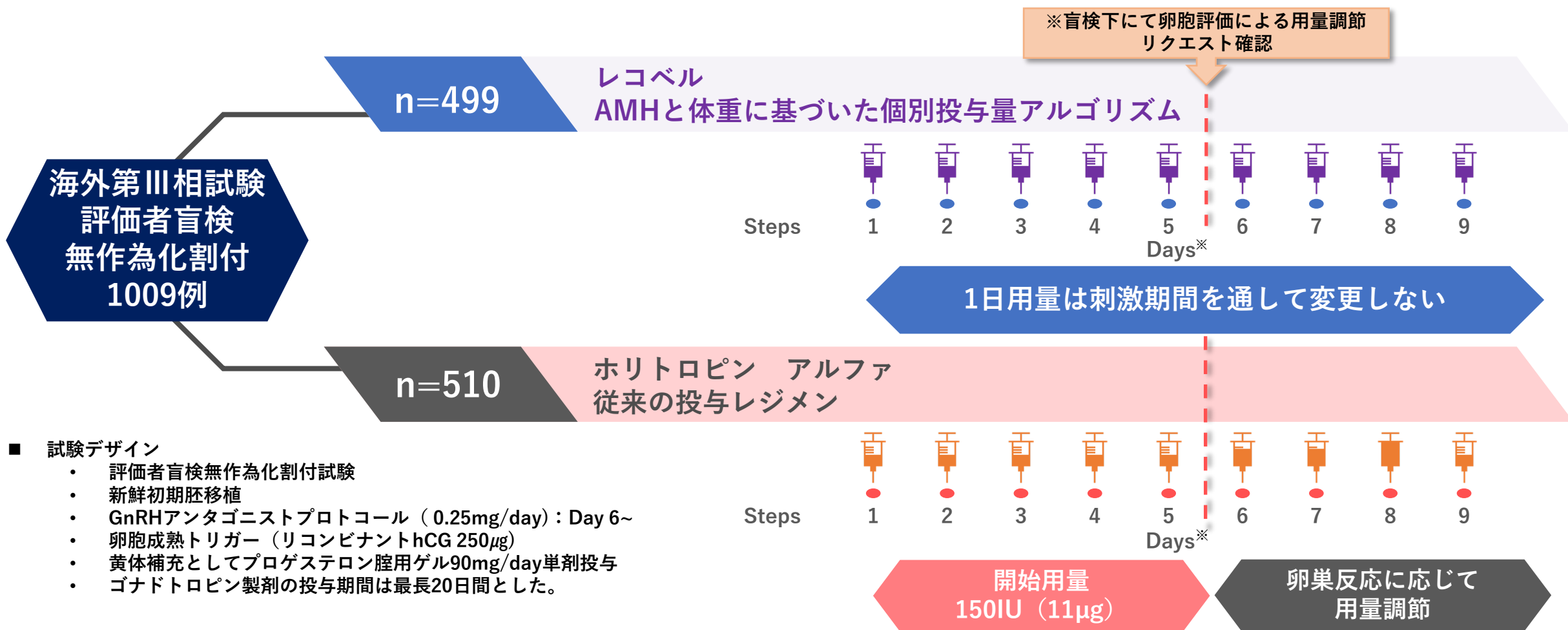
通常、ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）として、投与開始前の血清抗ミュラー管ホルモン（AMH）値及び体重に基づき、下表に従い算出した投与量を、月経周期2日目又は3日目から1日1回 皮下投与し、卵胞が十分に発育するまで継続する。なお、下表に従い算出した投与量が6 μ gを下回る場合は6 μ gを、12 μ gを上回る場合は12 μ gを、1日あたりの投与量とする。

血清AMH値 (pmol/L)	<15	15 ～ 16	17	18	19 ～ 20	21 ～ 22	23 ～ 24	25 ～ 27	28 ～ 32	33 ～ 39	≥40
1日あたりの 投与量	12	0.19	0.18	0.17	0.16	0.15	0.14	0.13	0.12	0.11	0.10
	μ g	μ g/kg(体重)									

Qiao J. et al. : Hum Reprod. 2021 ; 36(9) : 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
フェリング・ファーマ（株）社内資料

試験デザイン 【海外第III相試験 (GRAPE)】



■ 試験デザイン

- ・ 評価者盲検無作為化割付試験
- ・ 新鮮初期胚移植
- ・ GnRHアンタゴニストプロトコール (0.25mg/day) : Day 6~
- ・ 卵胞成熟トリガー (リコンビナントhCG 250 μ g)
- ・ 黄体補充としてプロゲステロン腔用ゲル90mg/day単剤投与
- ・ ゴナドトロピン製剤の投与期間は最長20日間とした。

対象：IVF/ICSIのために調節卵巣刺激を受ける非日本人女性1009例

方法：実施医療機関及び年齢（35歳未満、35~37歳、38~40歳）を層別因子として、月経周期の2~3日目にレコベル群又はホリトロピン アルファ群のいずれかに1:1で均等に無作為割付し、卵巣刺激を開始した。

血清AMH値が15pmol/L未満の被験者はレコベルの1日用量を12 μ gとし、15pmol/L以上の被験者は0.19~0.10 μ g/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12 μ gとした。ホリトロピン アルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巣反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした（ホリトロピン アルファ150IUは11 μ gに相当する）。レコベル及びホリトロピン アルファの投与期間は最長20日間とした。

Qiao J. et al. : Hum Reprod. 2021 ; 36(9) : 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
フェリング・ファーマ (株) 社内資料

継続妊娠率（FAS）【海外第III相試験（GRAPE）：主要評価項目】

表：患者背景

	レコベル (n=499)	ホリトロピン アルファ(n=510)
年齢(歳)	31.1 ± 3.7	31.2 ± 3.8
<35	394 (79.0%)	396 (77.6%)
35-37	85 (17.0%)	86 (16.9%)
38-40	20 (4.0%)	28 (5.5%)
体重(kg)	55.7 ± 8.1	55.8 ± 8.1
BMI(kg/m ²)	21.8 ± 2.7	21.8 ± 2.8
FSH(IU/L)	7.3 (6.3-8.5)	7.3 (6.2-8.3)
AMH(ng/mL)	3.28 (2.25-4.61)	3.17 (2.14-4.64)
AFC	14.8 ± 6.5	14.5 ± 6.2

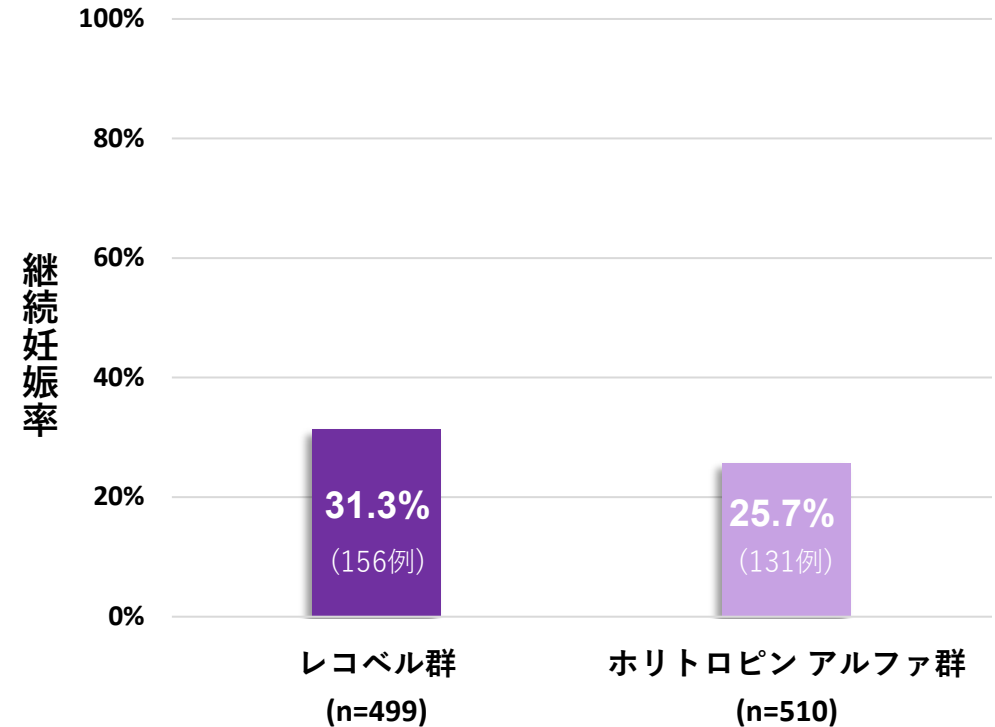
値は平均 ± SD, 中央値(四分位範囲)、又は%で示す。

表:ゴナドトロピンの投与

	レコベル (n=499)	ホリトロピン アルファ(n=510)	P値
刺激期間(日)	9.2 ± 1.9	8.7 ± 1.6	0.001 ^a
総投与量(μg)	77.5 ± 24.4	109.9 ± 32.9	<0.001 ^a
投与量を調整した患者	0 (0.0)	224 (43.9%)	<0.001 ^b

明記されていない限り、値は平均値 ± SD又はn (%) a: 年齢で調整したVan Elteren検定, b: χ²検定

主要評価項目



移植後10~11週に少なくとも1つの子宮内生存胎児、平均値の差および95%CIは年齢層で調整。継続妊娠率に関する2種類の投与間の非劣性の限界値を事前に-10.0%と規定。推定された平均値の差: 5.4%で、95%CI: -0.2%~11.0% 継続妊娠率の群間差の95%CIの下限値は、事前に規定した非劣性マージンの-10.0%を上回ったことから、レコベルのホリトロピン アルファに対する非劣性が検証された。

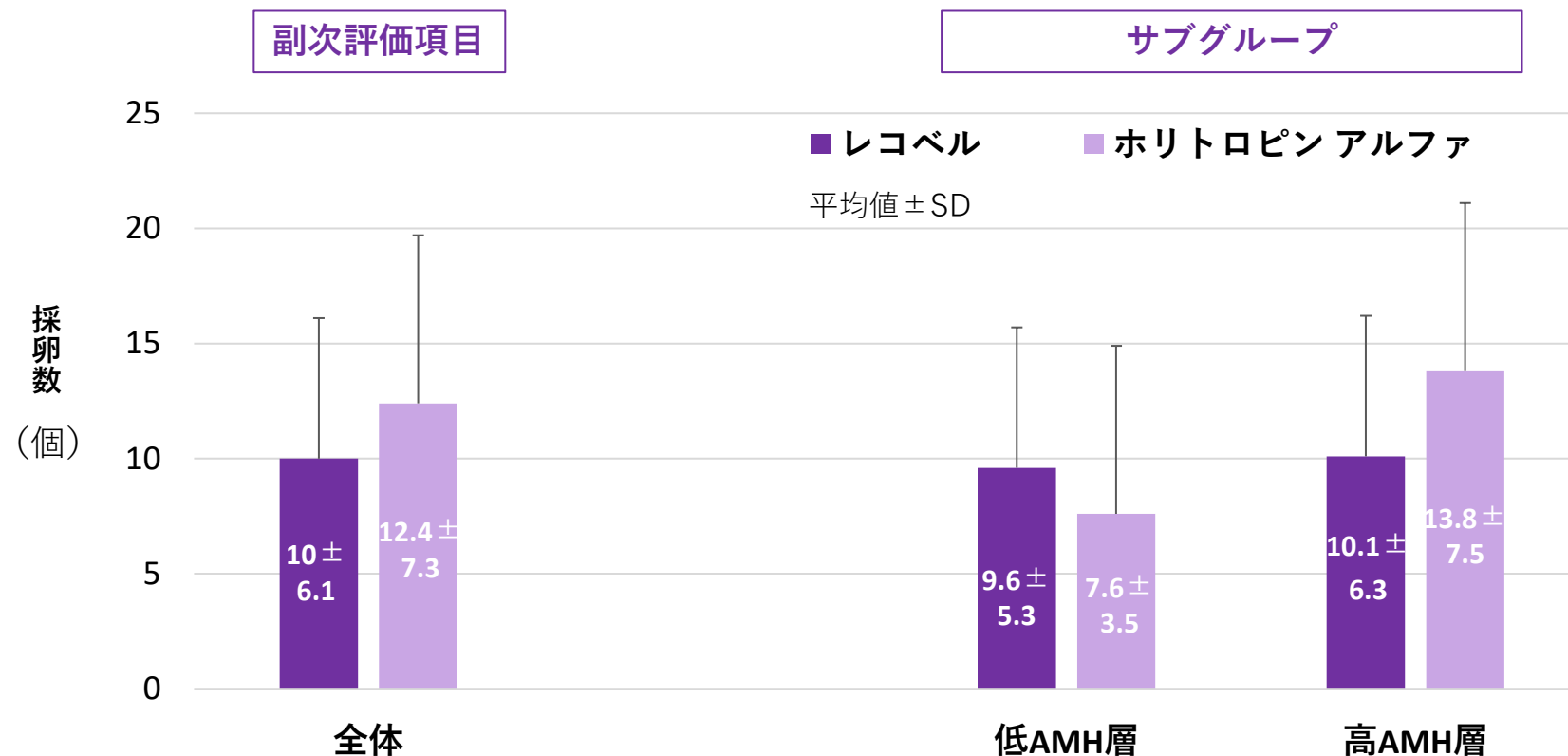
Qiao J. et al.: Hum Reprod. 2021; 36(9): 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
フェリング・ファーマ(株) 社内資料

対象: IVF/ICSIのために調節卵巣刺激を受ける非日本人女性1009例
 方法: 実施医療機関及び年齢(35歳未満、35~37歳、38~40歳)を層別因子として、月経周期の2~3日目にレコベル群又はホリトロピン アルファ群のいずれかに1:1で均等に無作為割付し、卵巣刺激を開始した。
 血清AMH値が15pmol/L未満の被験者はレコベルの1日用量を12μgとし、15pmol/L以上の被験者は0.19~0.10μg/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12μgとした。
 ホリトロピン アルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巣反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした(ホリトロピン アルファ150IUは11μgに相当する)。レコベル及びホリトロピン アルファの投与期間は最長20日間とした。

採卵数 (FAS)

【海外第III相試験 (GRAPE) : 副次評価項目、サブグループ解析を含む】



図：採卵数【FAS、サブグループ解析を含む】

低AMH層：AMHが5.0~14.9 pmol/L
高AMH層：AMHが15.0~44.9 pmol/L

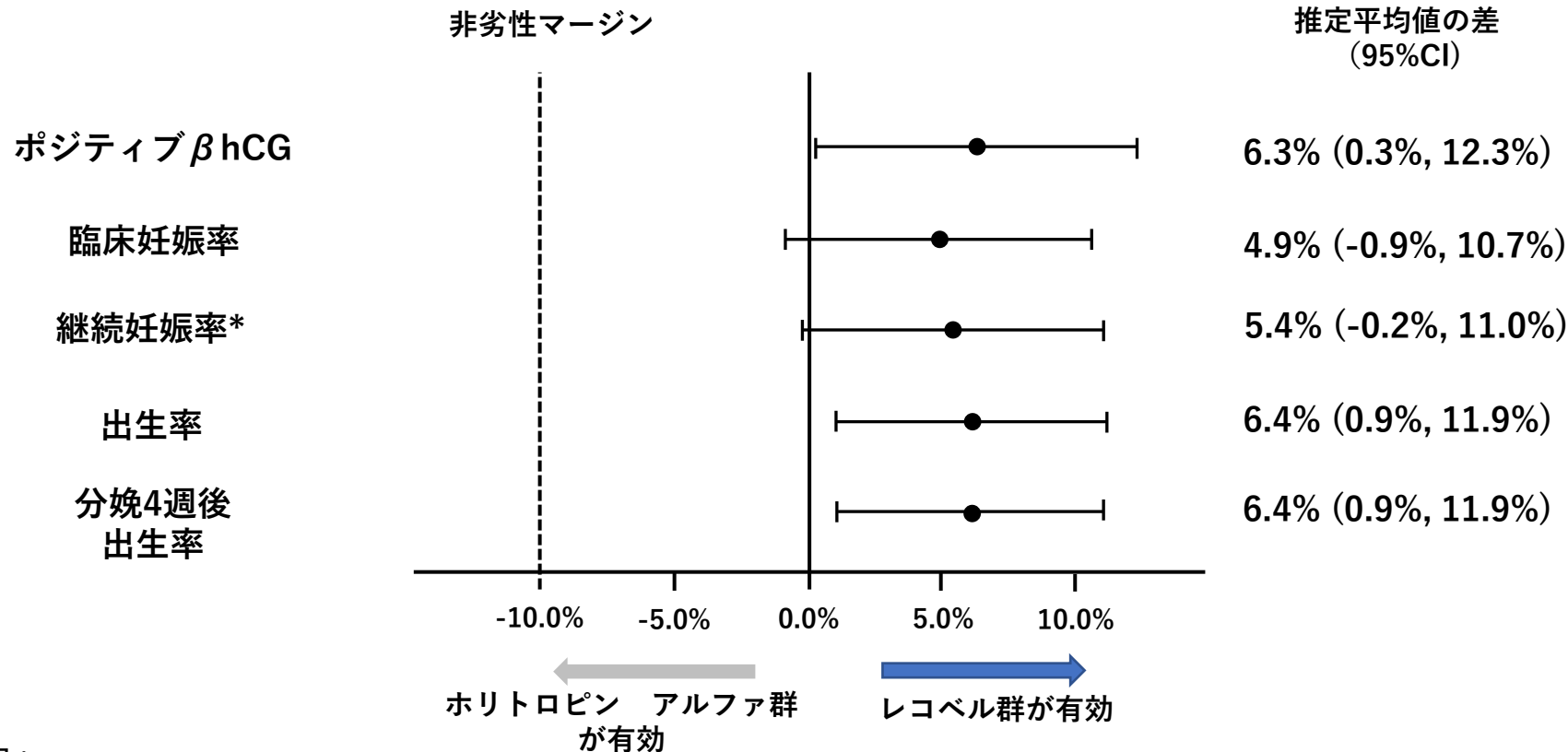
対象：IVF/ICSIのために調節卵巣刺激を受ける非日本人女性1009例
方法：実施医療機関及び年齢（35歳未満、35~37歳、38~40歳）を層別因子として、月経周期の2~3日目にレコベル群又はホリトロピン アルファ群のいずれかに1:1で均等に無作為割付し、卵巣刺激を開始した。
血清AMH値が15pmol/L未満の被験者はレコベルの1日用量を12µgとし、15pmol/L以上の被験者は0.19~0.10µg/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12µgとした。ホリトロピン アルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巣反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした（ホリトロピン アルファ150IUは11µgに相当する）。レコベル及びホリトロピン アルファの投与期間は最長20日間とした。

Qiao J. et al. : Hum Reprod. 2021 ; 36(9) : 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
フェリング・ファーマ(株) 社内資料

推定平均値の差 (95%CI) (FAS)

【海外第III相試験 (GRAPE) : 主要評価・副次評価項目含む】



*主要評価項目:

移植後10~11週に少なくとも1つの子宮内生存胎児、平均値の差および95%CIは年齢層で調整。継続妊娠率に関する2種類の投与間の非劣性の限界値を事前に-10.0%と規定。推定された平均値の差: 5.4%で、95%CI: -0.2%~11.0%。継続妊娠率の群間差の95%CIの下限值は、事前に規定した非劣性マージンの-10.0%を上回ったことから、レコベルのホリトロピン アルファに対する非劣性が検証された。ポジティブβhCG: 移植後の血清hCG値で判定、臨的妊娠率: 移植後5~6週での胎嚢確認

対象: IVF/ICSIのために調節卵巣刺激を受ける非日本人女性1009例

方法: 実施医療機関及び年齢(35歳未満、35~37歳、38~40歳)を層別因子として、月経周期の2~3日目にレコベル群又はホリトロピン アルファ群のいずれかに1:1で均等に無作為割付し、卵巣刺激を開始した。

血清AMH値が15pmol/L未満の被験者はレコベルの1日用量を12μgとし、15pmol/L以上の被験者は0.19~0.10μg/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12μgとした。ホリトロピン アルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巣反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした(ホリトロピン アルファ150IUは11μgに相当する)。レコベル及びホリトロピン アルファの投与期間は最長20日間とした。

Qiao J. et al.: Hum Reprod. 2021; 36(9): 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
フェリング・ファーマ(株) 社内資料

安全性【海外第III相試験（GRAPE）】

	レコベル (n=499)		ホリトロピン アルファ (n=510)	
	例数	%	例数	%
副作用発現割合（全体）	76	15.2%	87	17.1%
主な副作用（いずれかの群で1%以上）				
早期卵巢過剰刺激症候群*	20	4.0%	33	6.5%
中等度～重度	18	3.6%	24	4.7%
早期OHSS（全グレード） または予防的介入	25	5.0%	49	9.6%
早期OHSS（中等度～重度） または予防的介入	23	4.6%	40	7.8%
骨盤不快感	22	4.4%	27	5.3%
骨盤痛	6	1.2%	6	1.2%
乳房腫脹	5	1.0%	4	0.8%

* 早期卵巢過剰刺激症候群：卵胞成熟誘起（トリガー）後9日以内に確認された卵巢過剰刺激症候群

副作用は、レコベル群76例、ホリトロピンアルファ群87例に認められた。

卵巢過剰反応による中止、またはGnRHアゴニストトリガーによる予防的介入は、レコベル群6に、ホリトロピンアルファ群18例に認められた。

レコベル群における卵巢過剰刺激症候群以外の主な副作用は骨盤不快感4.4%、骨盤痛1.2%、乳房腫脹1.0%で確認された。死亡を含む重篤な副作用は確認されなかった。

対象：IVF/ICSIのために調節卵巢刺激を受ける非日本人女性1009例
 方法：実施医療機関及び年齢（35歳未満、35～37歳、38～40歳）を層別因子として、月経周期の2～3日目にレコベル群又はホリトロピンアルファ群のいずれかに1：1で均等に無作為割付し、卵巢刺激を開始した。
 血清AMH値が15pmol/L未満の被験者はレコベルの1日用量を12μgとし、15pmol/L以上の被験者は0.19～0.10μg/kgの範囲の連続変数に基づき、血清AMH値及び体重によりレコベルの1日用量を決定した。1日用量は刺激期間を通して固定し、1日最高用量は12μgとした。ホリトロピンアルファの1日用量は投与開始から刺激5日目まで150IUで固定し、以降は卵巢反応に応じて75IU単位で調節可能としたうえで最高1日用量を450IUとした（ホリトロピンアルファ150IUは11μgに相当する）。レコベル及びホリトロピンアルファの投与期間は最長20日間とした。

Qiao J. et al. : Hum Reprod. 2021 ; 36(9) : 2452-2462.

【利益相反】本研究はフェリング・ファーマ株式会社の支援により行われた。
 フェリング・ファーマ（株）社内資料

謝 辞

座長の労を賜りました京野先生、また、講演の機会を与えていただきました東北ART研究会の先生方に深謝いたします。

ご清聴、誠にありがとうございました。