

両角レディースクリニック オンライン治療説明会

保険診療での課題: どうしたら妊娠
できるか、具体的な戦略は

両角レディースクリニック院長
両角和人

- ・ 今回の内容は**編集して**後日YouTubeにアップします。
- ・ 過去の説明会の動画は全てYouTubeで見ることができます。

注意事項：

カメラ、音声をオフにしていない方はオフにして下さい。

録画、録音、スクリーンショットはご遠慮ください。

本日の予定

- ・ 保険診療の課題(10分)
- ・ 妊娠へ向けて具体的な戦略(25分)
- ・ 質問時間(35分)
- ・ 注目最新論文紹介(5分)
- ・ まとめ、次回の案内(5分)

17時20分には終了します

質問は**チャット**にてお送りください。

説明会の間もどしどしありください。

生殖医療に関してどんな分野の質問でも
わかる限りお答えします。

高齢の方の治療に関してはもちろんです
が、PGTA、胚培養、男性不妊、不育症、腹
腔鏡手術、排卵誘発、最新の治療など

個人情報など、質問の内容によってはお答えしかねることもありますのであらかじめご了承ください。

また患者さんから同意を得られていない個別の案件に関してはお答えすることは出来かねます。

質問が出ても受け付けないことをご了承下さい。

今回の説明会のテーマ

- 2022年4月から生殖医療の健康保険適用が開始されました。
- 菅前総理の公約から急遽制度が作られ見切り発車されたのでかなりの混乱が予想されました。研究会や学会などで意見交換が進み段々と理解がされてきました。
- ただ混合診療が出来ないため臨床の場では様々な問題点が指摘されています。

NPO 法人 Fine(ファイン)

～現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会～

報道用資料

「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」

調査結果概要・グラフ集

※本調査結果を引用する場合、下記をご記載ください。

『NPO 法人 Fine 「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」 より』



NPO 法人 *Fine*(ファイン) ~現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会~

2022年12月9日

報道関係者各位

調査リリース

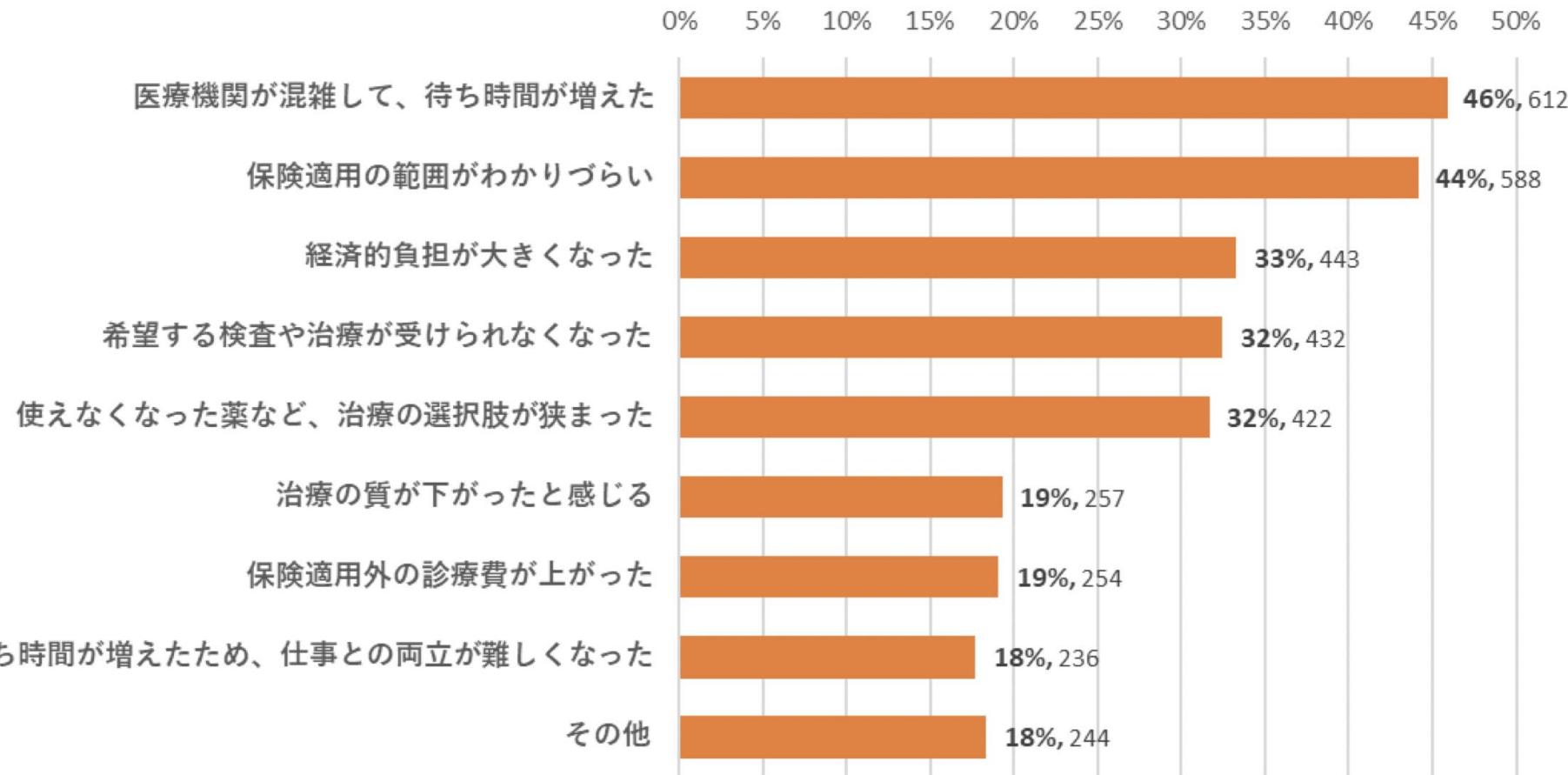
「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」結果

【保険適用で】支払う医療費は 43% が「減った」

「保険適用になって『良くなった』と感じる」 65%、「『悪くなった』と感じる」 73%

本調査の結果を、ぜひ貴媒体にて取り上げていただき、広く社会への周知を図っていただけますようお願い申し上げます。

Q12.保険適用になって「悪くなった」と
感じることはどれですか?
(回答数: 1,332 複数選択)



◆保険適用になって「悪くなった」と感じる理由 (Q10)

- 不育症を想定した制度になつてないと感じる場面が多く、これまで受けた検査のほとんどは自己負担 100%で、今後体外受精を受けようと思っても不育症に適切な治療は 100%自己負担となってしまいます。(30 代女性・東京都)
- 体外受精の治療を進めるにあたって、必ずパートナーが同席して医師の説明を聞いて同意書にサインしなければいけないというルールができた。それにより、スケジュールの調整に苦慮した。また子どもがいるので一緒に来院しなければならず、待合室で周囲に気を遣うのが嫌だった。(40 代女性・兵庫県)
- 保険適用の治療をして、その後自費の治療したあと、また保険治療できると思っていたが、今の制度だと一度自費に切り替えたら保険適用の治療はできないと言われた。(40 代女性・栃木県)
- 採卵をして胚が複数個凍結できて、グレードが低い胚でも、移植しなければならない。次の周期ではその凍結胚を全て戻してからじゃないと、採卵できない。採卵を次の周期にしたい場合実費になる。グレードの良い胚を移植したいのに、保険適用になって、移植か採卵か選べなくなつてすごく経済的な負担があります。(20 代女性・埼玉県)
- クリニックの方針で保険適用後の採卵は無麻酔に変わってしまった。採卵時や移植時に安静するための部屋で、ベッドも使えなくなつた。(30 代女性・富山県)

- ・ 保険適用の治療で排卵の調整がうまくできず、初めて採卵で卵がとれなかつたことがあった。

5 / 19

Copyright(C)2022 NPO 法人 Fine All rights reserved.



NPO 法人 Fine(ファイン) ~現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会~

(30 代女性・愛知県)

- ・ 自分の住む所には専門のクリニックがないので遠方の病院に通っているが、保険適用になり、不妊治療の注射は近くのクリニックで受けられない。(40 代女性・鹿児島県)
- ・ 患者数が増えたことにより医師との話し合いの時間がより減った。他の患者に説明したことを、こちらにも説明したと医師が思い込んでいたことがあった。(40 代女性・神奈川県)
- ・ 医療機関ごとに解釈が異なる部分があり、A 院では保険だとこれしかできないと言われたことが B 院ではできると記載されてたりしており、何が正しいのかわからない。(30 代女性・東京都)

保険になり悪くなつたこと

- 以前の様なアンタゴニストの刺激をしてもらえない。
- 排卵済みが増えた
- 「とにかく移植をして」という方針が強い
- 凍結胚が十分に作れない
- 施設により保険に対しての方針が異なりどれが正しいのかわからない

保険診療の問題点と課題

- ①年齢制限を緩和すべき
- ②先進医療への誤解
- ③Duo Stimが出来ない
- ④PGT-Aが併用できない
- ⑤静脈麻酔の点数が低いこと
- ⑥何が正しいかわからない
- ⑦萎縮医療から医療レベルの低下

①年齢制限緩和へ

年齢制限をもう少し緩和して欲しく思います。43歳から治療を開始した方でも当院では多数出産しています。年齢制限は一律ではなく、これはその地域、患者さんの背景、そして病院の設備や治療法にも大きく左右されるのだと思います。数ヶ月前に開院した施設もあれば、10年以上最先端で最大限ハードとソフトに投資している施設もあり、全国どこでも決して同じ治療成績ではありません。着床前診断の正倍数性の割合も施設により20%程度開きがあることも示されています。年齢制限に対しての一つの提案として「過去のその病院の実績をもとに決める」ことも検討しても良いのではないかと思います

②先進医療への誤解

先進医療になると効果があると信じる患者さんが多くいることです。先進医療は十分なエビデンスがないため保険診療になれなかつた検査や治療法です。

現在先進医療として行われているスクラッチ、ERA も PICSi もIMSI も大規模な検討で効果が認められていません。今後臨床研究を積み重ね効果を判断して根拠が確認されれば保険診療になり根拠がなければ消滅する医療です。そして全て自費の治療法です。

単に保険と併用して良いというだけの新しい検査及び治療法でしかありません。先進医療があたかも根拠があると思うことは大きな間違いです。

③ Duo Stimが出来ない

1周期に2回採卵するDuo Stimは論文で有効性が示されている効果的な誘発方法です。ただ保険の場合1周期に1回しか採卵ができません。高齢の場合時間との勝負です。卵胞が見える中、採卵後2週間何もしないで待つことがかなり損失だと考えており、刺激をすれば多数の卵子を回収できます。この様なエビデンスがある治療方法を認めてほしいものです。

④ PGT-Aが併用できない

PGT-Aは累積出産率を向上することが証明されていないため全員に初回からPGT-Aを行うことは過剰な医療だと考えます。偽陽性、偽陰性、モザイク、自己修復、バイオプシーによる影響など様々な問題を抱えるPGT-Aは慎重に行うべきです。反復流産の場合、PGT-Aは流産を減らすことは証明されています。流産を避ける為にはPGT-A以外は無いため1日でも早く保険が使えるようにして欲しいと切に願います。なお4月から先進医療Bになることが決まりましたが行える施設は限られており、また先進医療のためPGT-Aは自費のままです。費用は11万になるとことでかなりの高額となります。保険に収載されるのは令和8年と見込まれております。

⑤ 静脈麻酔点数の見直し

保険の場合静脈麻酔の点数が10分以上で600点と低いため保険の方には静脈麻酔はできないと決めている施設が増えています。基本的に医師が痛くないように努力すれば局所麻酔でも可能だと思われますが、個数が多い方や本当に痛みに耐えられない方には保険でも静脈麻酔をすべきだと言えます。そのためには保険点数を上げて少なくとも2000点くらいにはすべきだと思います。

⑥ 何が正しいかわからない

保険治療に関して疑問に思う点や患者さんから聞かれた点をその都度厚生局に確認すると担当者により答えが異なり、わからないという返答も多くありました。そして最終的には医師の判断ですが、支払基金で切られるかもしれません。その様な返答が多くありました。クリニックも厚生局も正解がわからない。解釈の違いで都合良く取れる疑義解釈をあとで出してくる、この様な制度が正しいはずがありません。

もちろんこれだけ複雑な問題に対してクリアな解答が出来ることは難しいと理解できますが、そうであるならば来年の改定までは現場の裁量に委ねますとの大原則を打ち出すべきではないでしょうか。最初から完璧な制度などあり得ないことは当然ですが、今後より多くの議論が交わされより患者さん第一の、患者さんに寄り添った、患者さんにわかりやすい制度にして欲しいと思います。

⑦ 萎縮医療から医療レベルの低下

保険診療により医師は結果的に萎縮医療を強いられています。新しい技術への挑戦も困難です。新しい技術なしにブレーカスルーは起きません。このままだと生殖医療のレベルが2022年3月で止まってしまい、その結果出産率が低下する事が危惧されます。保険診療は三方良しではなく、三方悪しになりそうで心配です。医療施設良し、患者良し、社会良しとするためには混合診療を認めることが良いと思います。保険でできる部分は保険でして、保険では対応しきれていない部分は自費です。これにより医師は技術を上げる事が可能で萎縮医療はなくなり、患者は高い技術を使いながら保険も享受でき、病院も企業も新しい技術の開発を忌憚なく行え、出生率が向上し少子化対策の改善につながります。

保険診療で結果が出ない場合

- ①同じことを繰り返すと言われたそれで良いか？
- ②確率の問題なのか？
- ③何が悪いのか？
- ④PGT-Aを行う必要があるのか？
- ⑤自費に切り替えたら妊娠するのか？
- ⑥具体的にどこをどう変えるのか？
- ⑦具体的な作戦はどう立てるのか？
- ⑧自分達で出来ることは無いのか？

これらの疑問に対して以下お答えします

①医師からは保険では出来ることが限られているので次も同じことを繰り返すと言わされたがそれで良いのか？

- ・同じことを繰り返しても通常妊娠しません。
- ・同じことを繰り返すということは厳しく言うと保険制度のせいにして医師ご自身では何も考えていないということです。
- ・しっかりと原因を見つけて、その対策を立てて、原因を治療をしてから再度トライすることで結果を出すことができるのだと思います。

②確率の問題なのか？

- ・もちろんある程度確率の問題ということはあります。年齢も高い場合には尚更です。
- ・ただ多くは**確率の問題ではなくやり方の問題**となります。
- ・確率の問題と片付けるのはやはり何も考えていないことになります。
- ・より確率を高めるためにできることをするのが**医師の務め**です。

③何が悪いのか？

- ・ 原因は受精卵か受けて側のどちらか。
- ・ 30代前半など年齢が若い場合受けて側に問題があることが考えられます。
- ・ 採卵の技術も当然大切。取れないと話になりません。
- ・ また刺激方法も大切でより多くの成熟卵子を確実に取ること。
- ・ 培養の技術もかなり大切。ラボの技術は全く異なります。ハード面ソフト面でとことん拘らないと。
- ・ 移植の技術もかなり大切。いくら良い胚でも移植が成功しないと妊娠できません。

④PGT-Aを行う必要があるのか？

- 流産を繰り返す場合にはPGT-Aを行うことが流産を防ぐためには良いと思います。
- ただ全く着床しないのであれば受けて側の問題や移植の技術の問題のためPGT-Aは不要です。
- そしてPGT-Aはあくまで異数性の胚を除くことが目的であり、決して良い胚を作る技術ではありません。そのため累積出産率は上がりません。
- 良い胚を作ることが何より大切です。
- 良い胚を作るためには何よりクリニックの技術力と二人のライフスタイルの改善になります。

⑤自費に切り替えたら妊娠するのか？

- ・自費に切り替えることでできることは格段に増えます。当然妊娠する確率は高まります。自費にして確率が下がることはありません。
- ・保険では萎縮医療が広く見られます。
- ・多くの医師が不満と矛盾とストレスを抱えルール内でできる限りのことをしています。
- ・患者さんのためクリニックが費用を取らず負担しているケースもあります。
- ・監査や査定で切られる不安を抱えても成績を上げるためと耐えています。

- ・ また保険と自費を併用させるべく全国の多くの施設で優秀な医師陣が先進医療へ次々と申請して、それをかなえています。これは本当に素晴らしい努力の賜物です。
- ・ シート法、2段階胚移植、ERA、スクラッチ、タイムラプス、IMSI、PICSI、ザイモート、PGT-A
- ・ ただただ先進医療になるためには時間がかかり、その数も限りなくあり、制度が追いついておらずそれによりできないことが多々ありその不利益を患者さんが受けています。

- ・ 最初から完璧な制度はなく、現時点では仕方がないことですが、時間との戦いの治療のため苦戦している場合には保険にこだわる事は避けるべきです。
- ・ 治療の目的は出産であり、その目的は決してブレてはいけない。
- ・ より良い治療を行い授かることが出来るのであれば自費に切り替え早く育児の生活にシフトすべきです。
- ・ 一番大切なのは時間。卵子の老化の問題は元に戻すことが不可能です。
- ・ ここをどうしても乗り越える必要がある場合には自費に切り替えるべきです。

⑥具体的にどこをどう変えるのか？
具体的な戦略はどう立てるのか？

保険を継続する場合

- ・保険のルールを最大限有効活用
- ・ポイントは先進医療と腹腔鏡手術

保険でもできることをする

- 2段階胚移植(先進医療): 2段階移植をするには初期胚と胚盤胞が必要。つまり良好胚が複数貯まるまで凍結胚を増やす事が可能。これは計画書を書けば可能になります。
- 腹腔鏡のオペを行うのであれば計画書を書けばオペの前後で凍結胚を貯めることは可能と思われます。
- 腹腔鏡検査: 保険で可能
- 根拠がある先進医療を併用することがポイント。

先進医療会議における検討状況 (令和4年8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、令和4年4月14日、令和4年5月12日、令和4年6月9日、及び令和4年7月7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	先進医療会議における検討状況	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	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、次世代シークエ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。			
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。		－	
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。		先進医療B	C
PGT	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。	審議中		B

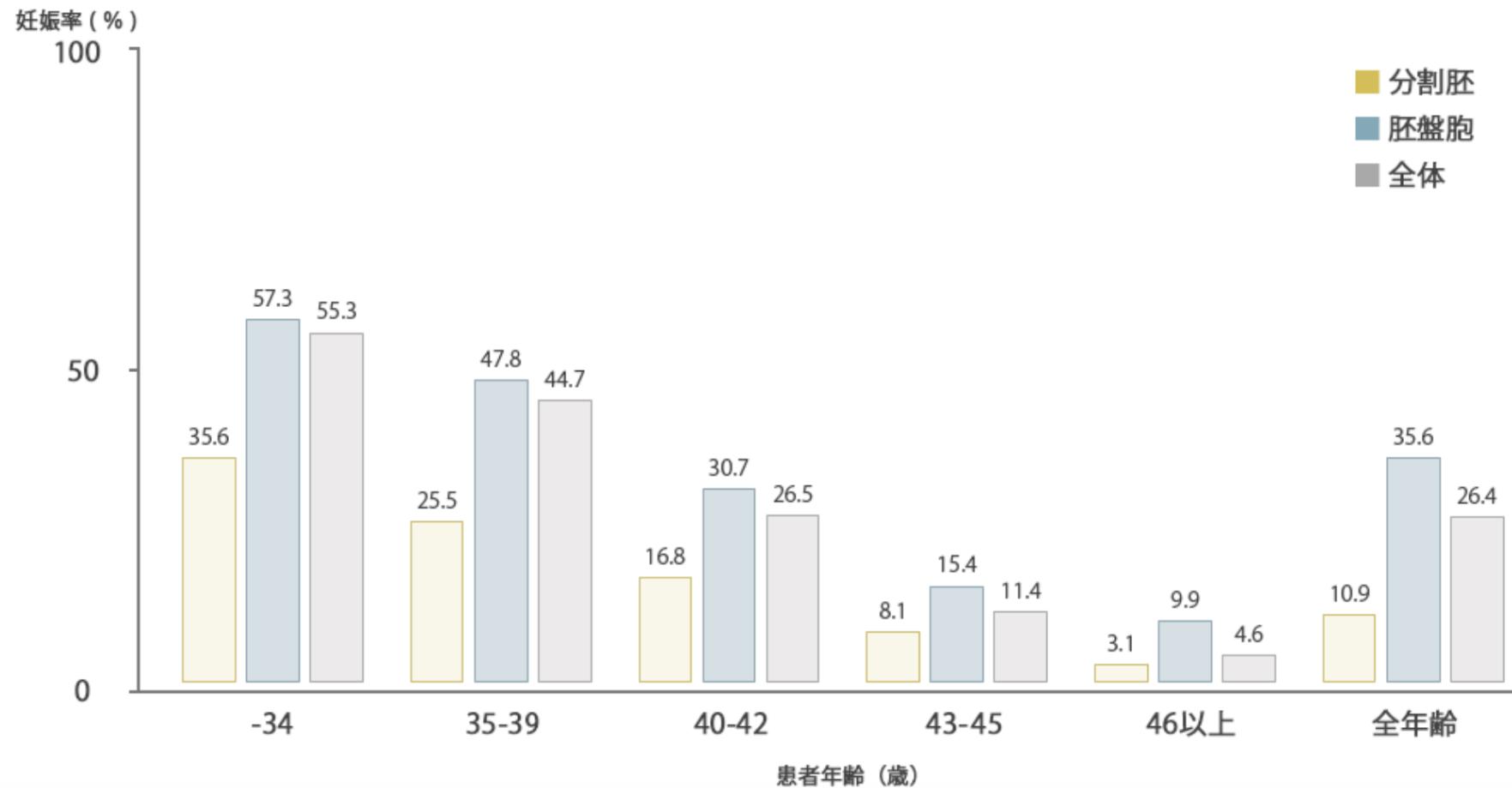
自費に切り替える場合

- ・複数回の採卵を繰り返しなるべく早く凍結胚を多数作成します
- ・初期胚と胚盤胞両方
- ・初期胚メインとします

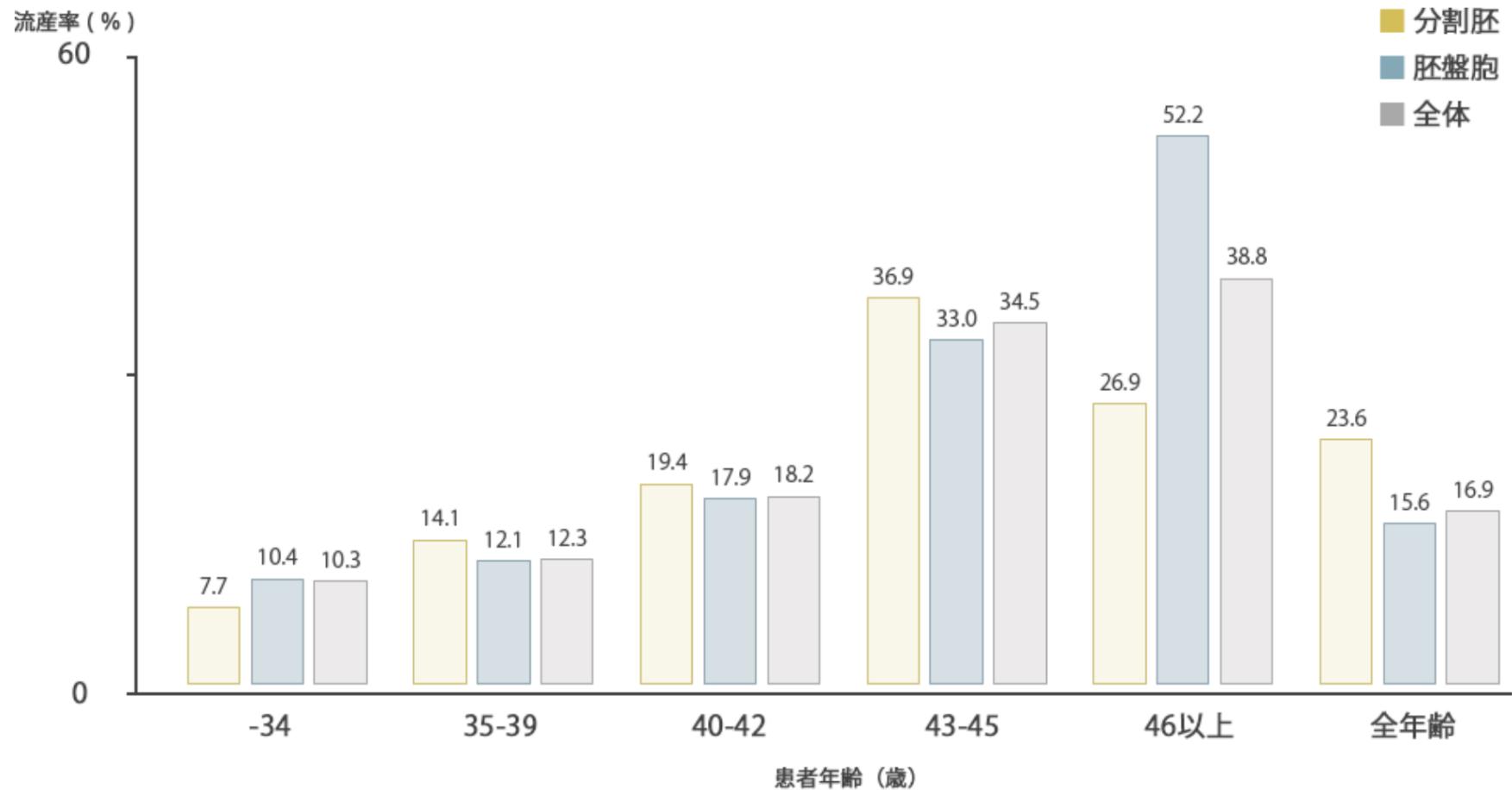
自費に切り替える場合

- AMHが低いケースや高齢の場合はまずは凍結胚を先にできるだけ貯める事です。
- 体外受精の最大のメリットである凍結という技術を効果的に使い、精神的にも物理的にも有利に立ち出産できる可能性を最大限上げるべき。
- それを短時間で完成させるために刺激方法は色々使い分けます。1周期に2回採卵するDuo Stimは特に有効です。

凍結胚移植妊娠率 (GS/周期数)



凍結胚移植流産率 (HB-/GS+)



- 40歳なら10個の初期胚を凍結する。
胚盤胞なら5個凍結する
- 42歳なら15個の初期胚を凍結する。
- 子宮鏡検査、CD138検査を行う。
- その後腹腔鏡手術を行い腹腔内環境を改善して速やかに移植を行う。

ラバ口: 腹腔鏡手術

腹腔鏡手術とは

腹腔鏡手術とは、おへその下から直径3mm程度の細いスコープを腹腔内へ挿入して、卵管、子宮、卵巣、ダグラス窩、腹腔内を観察して癒着がある部位を剥離したり、卵巣嚢腫があれば摘出をしたり、卵管水腫があれば水腫を修復したりします。また微細な内膜症の部位を焼灼もします。

開腹手術と比較して侵襲が極めて少なく日帰りでも可能なオペです。

- ・全身麻酔で行いますが午後には退院可能で翌日から通常通りの生活が送れます。
- ・手術時間は癒着の程度によりますが、平均1時間前後で、長くても2時間程度です。
- ・体質にもよりますが、腹部の傷跡は小さくほとんど見えなくなります。
- ・おへそと両下腹部に合計3箇所の小さな傷です。
- ・基本的に保険診療(一部は自費ですが)で行われており費用は3割負担です。

手術の費用、入院期間などについて

全身麻酔で腹腔鏡手術をしても日帰りは可能でしょうか。

入院はしないで日帰りとなります。

費用は当院は関与していないため詳細は不明ですが、紹介先の施設のHPから下記は抜粋(杉山産婦人科丸の内)

不妊精査目的の腹腔鏡下手術: 約20万(保険11万+自費9万)

＜内訳＞

(保険): 手術+薬剤費用約8万円、全身麻酔費用約3万円

(自費): 入院費用(個室)30,000円+不妊特殊検査60,000円(※下記参照ください)

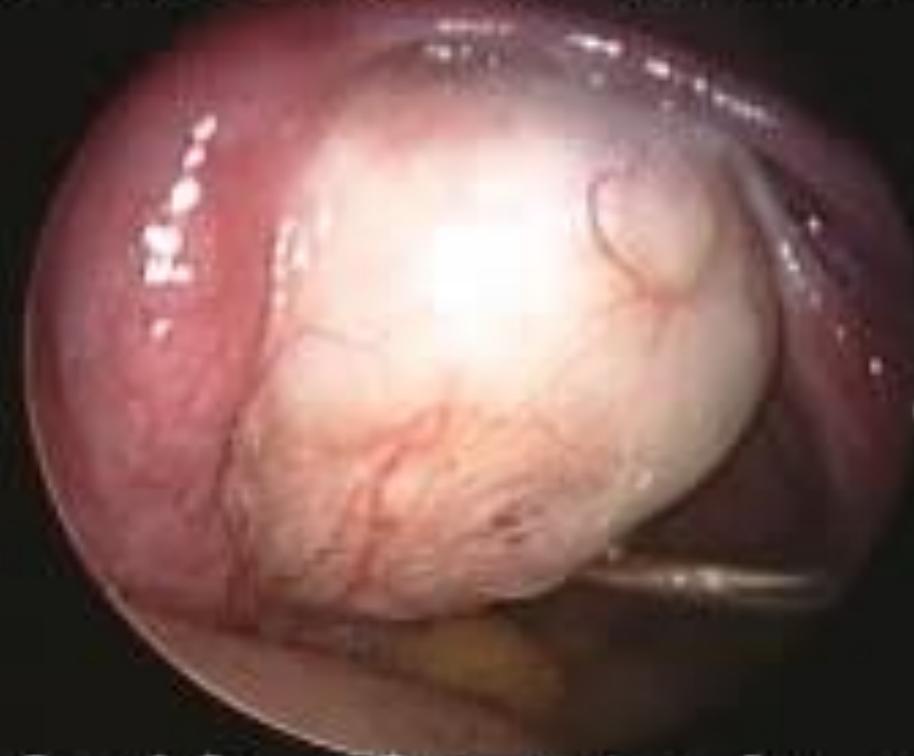
※両側腹腔鏡下卵管形成術の場合: 約40万(保険31万+自費9万)

ご注意下さい

- ・ この先は実際のオペの映像が流れます。
- ・ 苦手な方はご注意下さい。

クラミジアによる癒着剥離

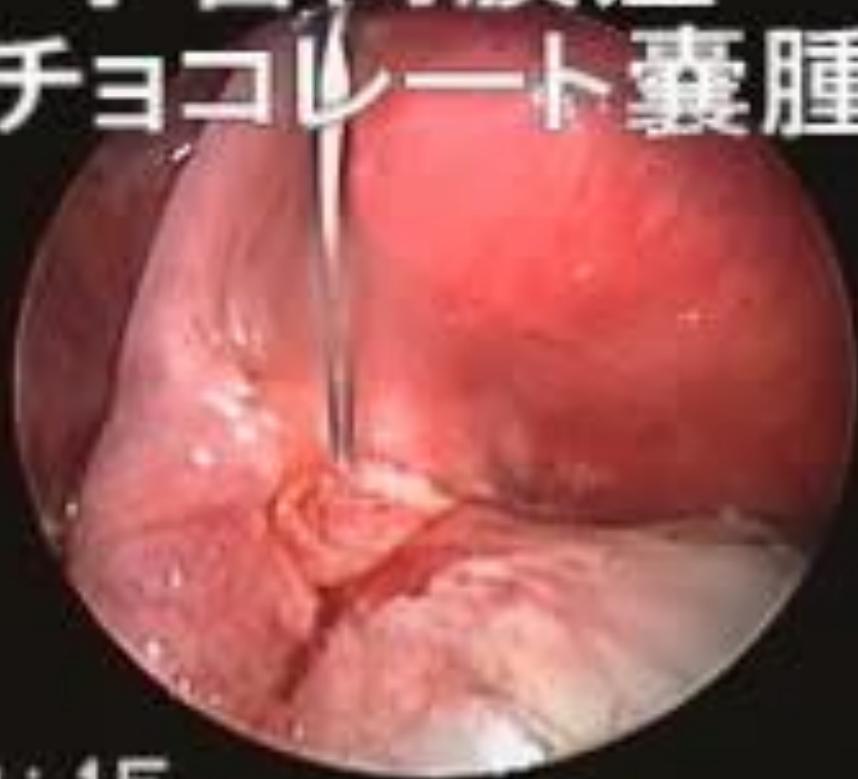
クラミジア症例



癒着が見られる

チョコレート嚢腫摘出

子宮内膜症
チョコレート嚢腫



15:19:15

2

卵管水腫は絶対に手術すべき

- ・ 卵管水腫は着床率が有意に下がるため絶対にオペすべきです。
- ・ どんなに良好胚を移植しても妊娠しません。

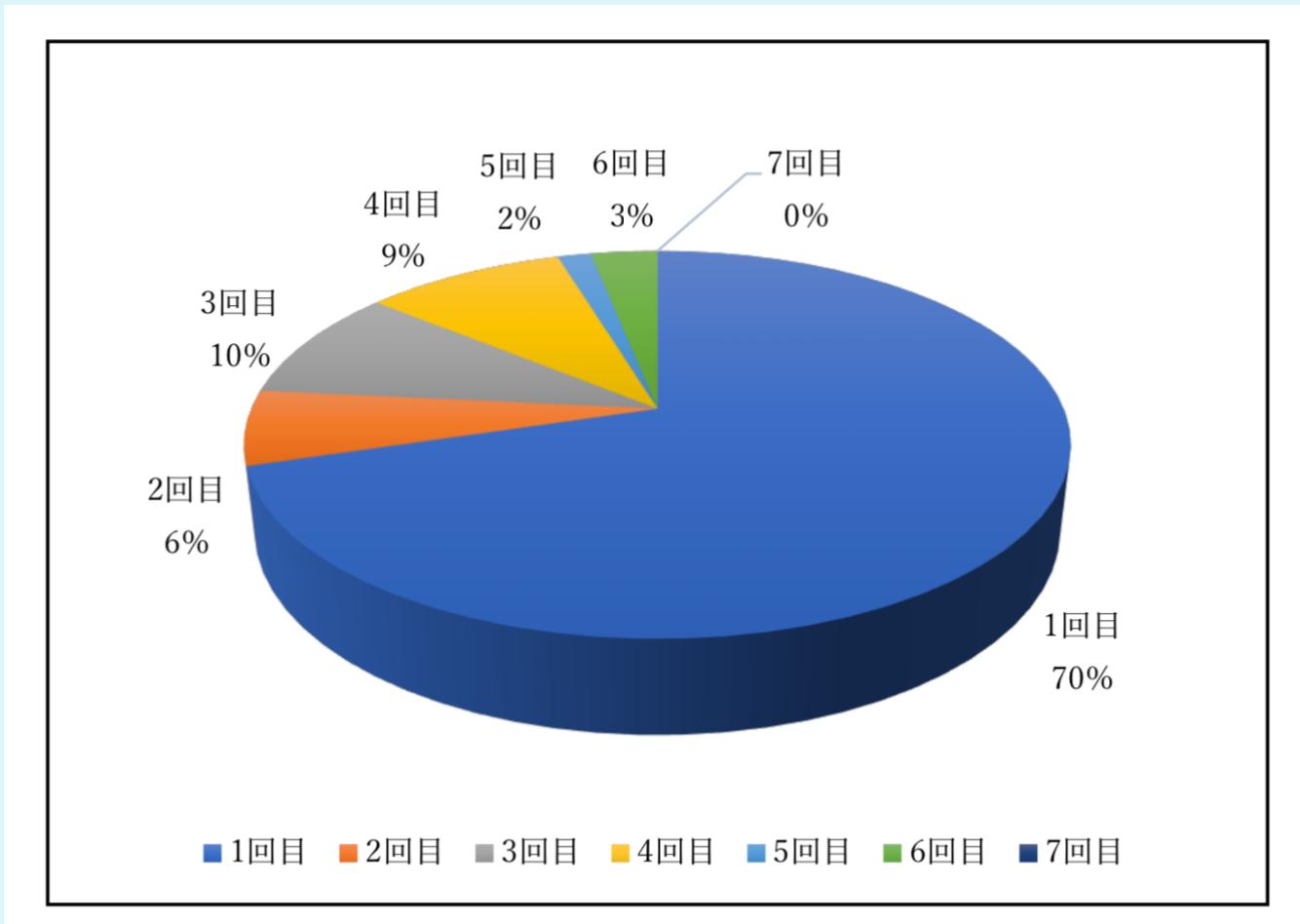
卵管水腫のオペ



16:00:41

20

ラバ口後に妊娠された方はラバ口後の何回目の移植で妊娠したか？



⑦自分達で出来ることは無いのか？

- ・ ライフスタイルの改善はとても大切
- ・ 男性外来で診察を受けること
- ・ 激しくない運動(早歩き、自転車、ゴルフ)
- ・ 7時間の睡眠
- ・ バランスの良い食事
- ・ 第25回不妊治療オンライン治療セミナー【結果が出た方の不妊治療中の運動習慣および生活習慣 医学の観点から】

質問を受け付けます

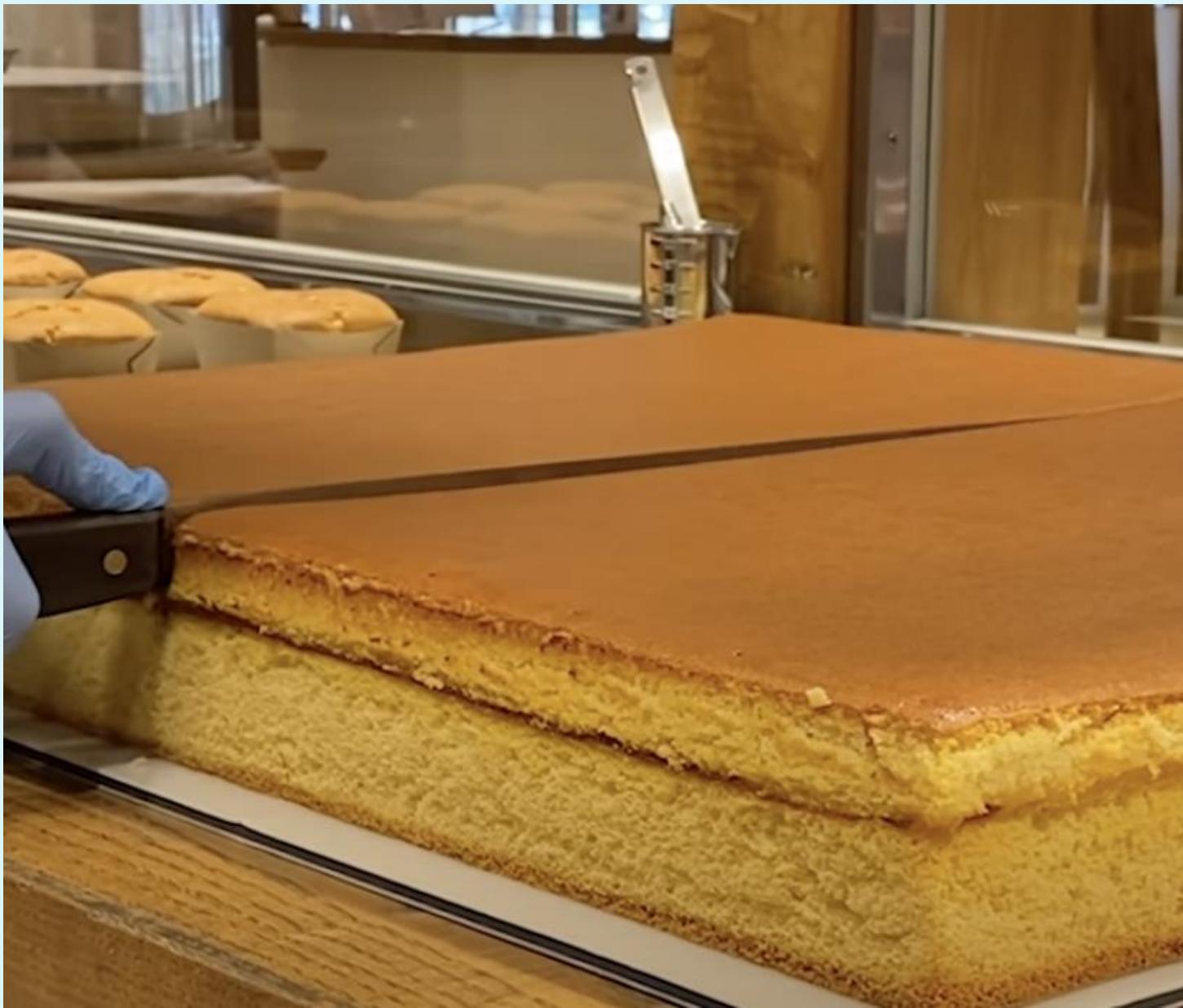
この後はチャットを使用してご質問をお送りください。以前お話しした刺激方法、腹腔鏡、着床障害、不育症、男性不妊、PGT-Aなどどんな質問でもお答えします。

その前に雑談を少々

好きなお菓子は



カステラ職人になりたい



鈴懸

東京ミッドタウン日比谷店

東京都千代田区有楽町1丁目1-2東京ミッドタウン日比谷地下1階



ぼたもち：蒸した糯米のうまいを十二分に味わえる自慢のぼたもちです。十勝産小豆のつぶあんと、ひき割り羽二重糰でなめらかに仕上げました。



白玉ぜんざい: 北海道十勝産の小豆の美味しさをご堪能いただけるぜんざいです。甘みをおさえて仕上げていますので、小豆本来の豊かな甘みをお楽しみいただけます。



塩豆大福:山形県産の彦太郎糀を丹念に杵でついて作る大福です。ほのかな塩味の赤えんどう豆が餡の美味しさを引き立てます。



柏餅・蓬乃柏餅:昔ながらの製法にこだわった生地に子孫繁栄を祝う柏の葉で包んだ初夏の訪れを告げるお菓子です。



苺大福:福岡県産の新鮮な苺“あまおう”を柔らかな求肥で包みました。皮むき小豆のこし
あんが苺の美味しさをいっそう引き立てます。



銀座 青果堂

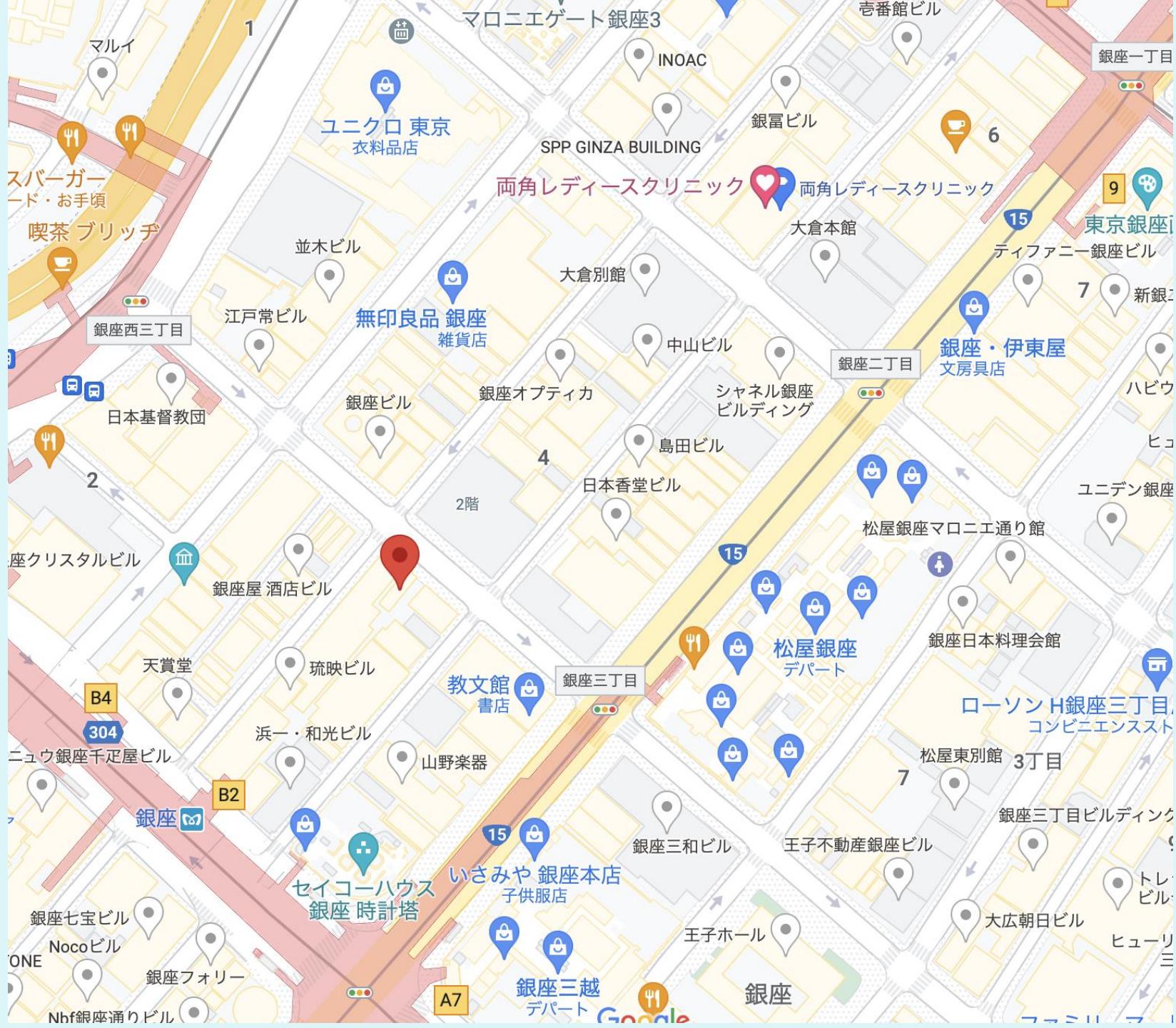


従来のどら焼きの生地ではまったく使用されなかった餅粉、白玉粉等を使用し唯一の食感(もちもち)をどら焼きレシピに合わせました。
フルーツ、クリーム、カスタードとの相性をお楽しみください。









ここから質問のお時間とします

30分時間をとりますのでチャットでお送りください。

個人情報など、質問の内容によってはお答えしかねることもありますのであらかじめご了承ください。

また患者さんから同意を得られていない個別の案件に関してはお答えすることは出来かねます。
質問が出ても受け付けないことをご了承下さい。

まとめに入る前に大切なこと

- ここ数ヶ月で報告されている大切なこと補足で説明します。

流産の原因は男性側にある

Early pregnancy outcomes of IVF cycles using donor versus partner sperm: analysis of 1 376 454 cycles recorded by the Human Fertilisation and Embryology Authority (1991–2016)

Christopher Allen  ¹, David McLernon  ², Sohinee Bhattacharya³, and Abha Maheshwari  ^{1,*}

¹Aberdeen Fertility Centre, Aberdeen Maternity Hospital, NHS Grampian, Aberdeen, UK ²Medical Statistics, Institute of Applied Sciences, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK ³Aberdeen Centre for Women's Health Research, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK

ドナー精子を用いて治療をされる方は成績がどうなるか気になるところかと思います。来月号の論文に掲載される内容でこれに関する答えが出されていたので紹介します。イギリスの専門機関が調べた結果、ドナー精子を用いた方が流産が減少していることがわかりました。

Table II Outcomes of donor sperm versus partner sperm IVF/ICSI pregnancies.

Outcome	Donor sperm IVF/ICSI N = 17 634		Partner sperm IVF/ICSI N = 308 920		Donor versus partner Unadjusted OR (95% CI)	Donor versus partner Adjusted OR (95% CI)
	n	%	n	%		
Biochemical Pregnancy	2057	11.7	40 342	13.1	0.88 (0.84–0.92)	0.82 (0.78–0.86)
Miscarriage	2778	15.8	49 499	16.0	0.98 (0.94–1.02)	0.93 (0.89–0.97)
Ectopic pregnancy	177	1.0	4580	1.5	0.67 (0.58–0.78)	0.77 (0.66–0.90)
Molar pregnancy	0	0.0	68	0.0	–	–
Termination	122	0.7	1873	0.6	1.14 (0.95–1.37)	1.01 (0.84–1.23)
Embryo reduction	26	0.1	296	0.1	1.54 (1.03–2.30)	1.31 (0.86–1.99)
Still birth	92	0.5	1581	0.5	1.02 (0.83–1.26)	1.02 (0.82–1.27)
Live birth	12 828	72.7	218 896	70.9	1.10 (1.06–1.14)	1.17 (1.13–1.21)

Adjusted for maternal age, pregnancy history, number of embryos transferred, IVF or ICSI, fresh or frozen cycle, and causes of infertility (unexplained, tubal factor, ovulatory disorder, male factor, endometriosis) and year of treatment.

OR: odds ratio.

ドナー精子とパートナーの精子でのそれぞれのリスクを調べています。
 結果は以下の様になりドナーの精子を使用した方が流産などのリスクが低下しています。
 化学流産は 補正オッズ比 0.82, 95% CI 0.78–0.86),
 流産は補正オッズ比 0.93, 95% CI 0.89–0.97
 子宮外妊娠は補正オッズ比 0.77, 95% CI 0.66–0.90

ドナー精子を使用した方が出産率は有意に上がっています。
 出産率は補正オッズ比1.17, 95% CI 1.13–1.21

この結果から言えること

ドナー精子を用いて治療をすると流産率が低下して出産率が上昇することがわかりました。ドナー精子利用を検討している方には安心できる結果と言えます。

この論文を読み解くと、ドナー精子は若い方の良い精子を用います。つまり精子が変わると(良くなると)成績が良くなります。

つまり高齢の女性だから流産すると言うのではなく、むしろ精子が悪いから流産する、こう考えるべきだと記載されています。

流産を引き起こすのは男性に主な原因がある事を示唆していることは今後の治療を進めて行く上でとても大切な考え方だと言えるのだと思います。

次回のご案内

- ・次回(28回)のオンライン説明会は5月20日
- ・テーマは「培養の疑問 その技術はエビデンスがあるか？ガイドラインをもとに説明します
続編」

3月の説明会で前半の5個を説明しました。
残りの5個は5月の説明会で説明します

- ①顕微授精は体外より妊娠率が高いのか？
- ②AHAは効果が認められているか？
- ③IMSI,PICSIは効果があるのか？
- ④カルシウムイオノフォアは効果があるのか？
- ⑤タイムラプスは効果があるのか？
- ⑥エンブリオグリーは効果があるのか？
- ⑦培養液、培養庫で成績に差が出るのか？
- ⑧初期胚と胚盤胞どちらが良いのか？
- ⑨ザイモートは効果があるのか？
- ⑩シート法は効果があるのか？

次回のご案内

- ・特に当院で44歳以上で授かる方の共通の治療法である「新鮮胚での初期胚2個移植」を詳しく説明します。
- ・大勢の方のご参加をお待ちしております。

ご清聴ありがとうございました

