

第57回

2026/8/22

両角レディースクリニック オンライン治療説明会

凍結胚移植の疑問に答えます～自然周期
とホルモン補充周期、どちらが良いのか～

両角レディースクリニック院長
両角和人

Morozumi
Ladies Clinic

本日のオンラインセミナーでは、排卵や黄体の基礎的な説明を行い、その後

- ・自然周期とホルモン補充周期のメリットデメリット
 - ・費用に違いはあるのか
 - ・どちらを選ぶべきなのか
 - ・最新の論文から考える最適な選択
- などを説明したいと思います。

また最新の治療方法、自然増殖期プロトコール（NPP-FET）についても説明します。

次のオンライン治療説明会（第57回）

凍結胚移植の疑問に答えます ～自然周期とホルモン補充周期の選び方～

次回開催

2026年

8月22日(土)

17:00～17:30

❓ 患者さんからよくいただくご質問

自然周期の方が
「自然」で良いの？



ホルモン補充周期は
身体に負担があるの？



費用に
違いはあるの？



どちらを
選ぶべきなの？



最新の論文から
考える最適な選択は？



💡 次回のセミナーでわかること

✓ 自然周期とホルモン補充周期の
特徴をわかりやすく比較

✓ 妊娠率・流産率・安全性に関する
最新データとエビデンス

✓ ご自身に合った移植周期を
選ぶためのポイント

自然周期



- ✓ 自分のホルモンで進む「自然」な周期
- ✓ お薬が少なく、体への負担が少ない
- ✓ 排卵のタイミングに合わせて移植

メリット

- ・ 自然なホルモン環境
- ・ 薬剤使用が最小限

デメリット

- ・ 排卵の予測が難しい
- ・ スケジュール調整が難しい場合も

VS

ホルモン補充周期



- ✓ スケジュール調整がしやすい
- ✓ 内膜の状態をコントロールしやすい
- ✓ 卵巣の影響を受けず安定しやすい

メリット

- ・ 計画が立てやすい
- ・ 内膜を安定させやすい

デメリット

- ・ お薬の使用が必要
- ・ 体質によって合わない場合も



最新の論文やデータをもとに、あなたにとっての最適な選択を一緒に考えます！



迷いや不安を解消し、納得して治療を進めるために、ぜひご参加ください！

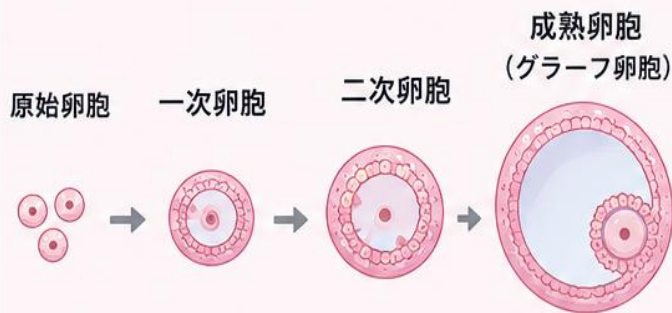
17時30分には終了します

排卵とは、黄体とは

卵胞の発育・排卵・黄体の形成とホルモンの変化

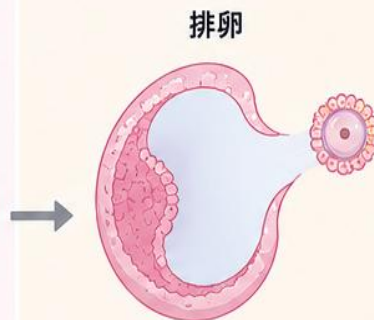
卵胞が育ち、排卵が起こり、黄体が形成されてホルモンを分泌することで、子宮内膜が妊娠に適した状態に整います。

① 卵胞期（卵胞の発育）



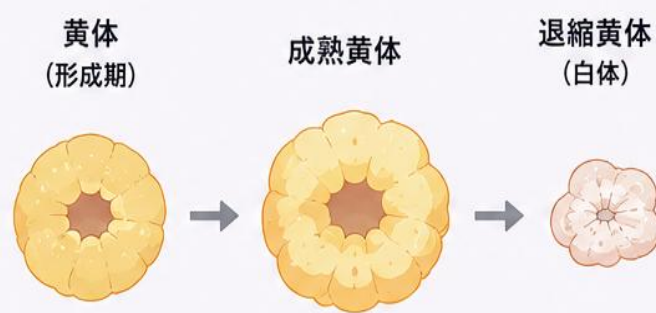
脳から分泌される**FSH**の刺激で卵胞が育ち、卵胞から**エストロゲン**が分泌されます。

② 排卵



LHサージにより卵胞が破れて、卵子が卵巣から排出されます。

③ 黄体期（黄体の形成と機能）



排卵後の卵胞が黄体に変化し、**プロゲステロン**を中心にさまざまなホルモンを分泌して子宮内膜を維持します。妊娠しない場合は、黄体が退縮して月経が起こります。

主なホルモンの変化

- エストロゲン (E2)
- - - プロゲステロン (P4)
- 卵胞刺激ホルモン (FSH)
- - - 黄体形成ホルモン (LH)

卵胞期（約10～14日間）

排卵
（約24～36時間）

黄体期（約12～14日間）

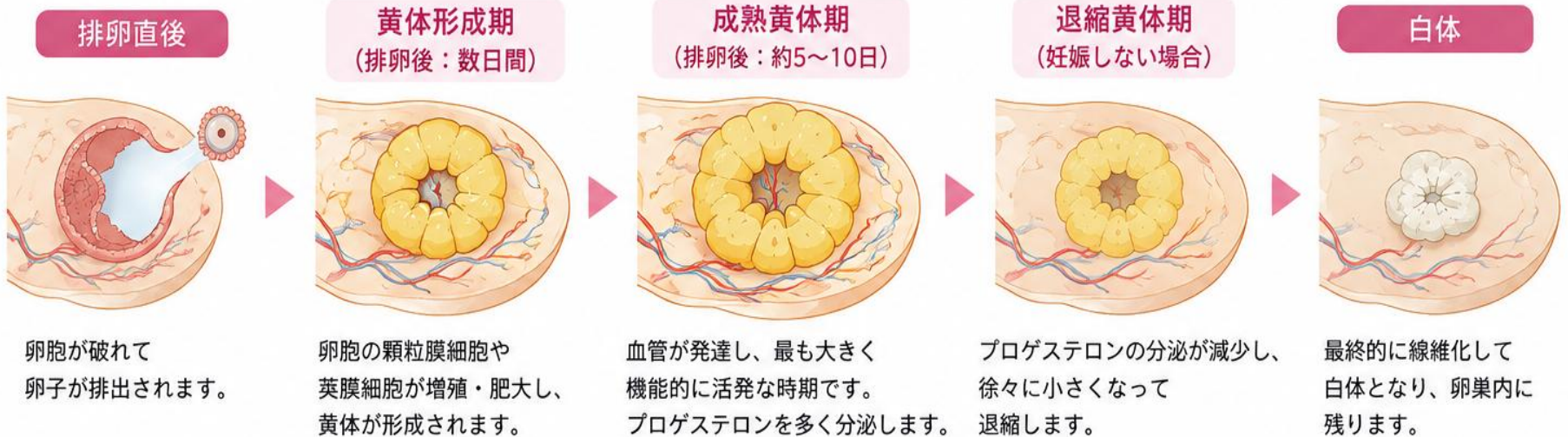
※日数やホルモンの動きには個人差があります。

FSH：卵胞刺激ホルモン LH：黄体形成ホルモン
E2：エストロゲン P4：プロゲステロン

黄体とは

排卵後の卵胞が黄体に変化し、プロゲステロンをはじめとするホルモンやさまざまな物質を分泌します。

黄体の形成と変化



黄体の主な働き（分泌物質）

主に分泌するホルモン

- プロゲステロン (P4)
子宮内膜を受容期に維持し、着床と妊娠の維持に必須
- エストロゲン (E2)
子宮内膜の血流維持や増殖に関与

その他の黄体由来物質（例）

- hCG (着床後)
- プロラクチン
- インヒピンA
- リラキシン
- 血管内皮増殖因子(VEGF)
- プロスタグランジン
- サイトカイン
- オキシトシンなど

妊娠初期の母体の血管・免疫環境の調整、着床のサポート、胎盤形成の促進などに重要な役割を果たします。

妊娠しない場合

黄体は退縮し、ホルモン分泌が低下

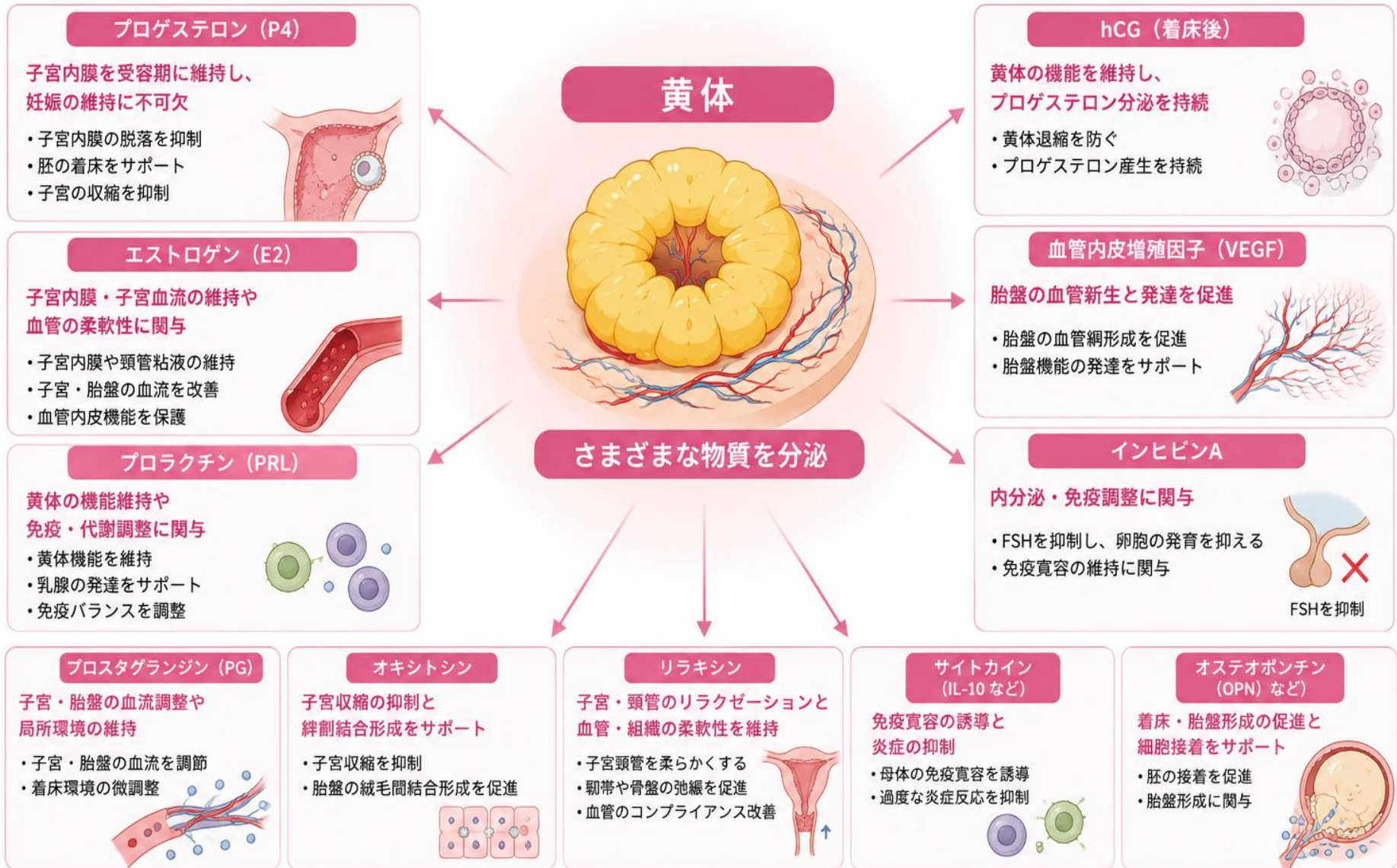
↓
プロゲステロン低下
→ 子宮内膜の機能維持ができなくなる

↓
月経が起こる
(新しい周期の開始)

※妊娠が成立すると、胎盤から分泌されるhCGが黄体を維持し、妊娠初期のプロゲステロン分泌を支えます（黄体～胎盤シフト）。

黄体由来物質の具体的な働き

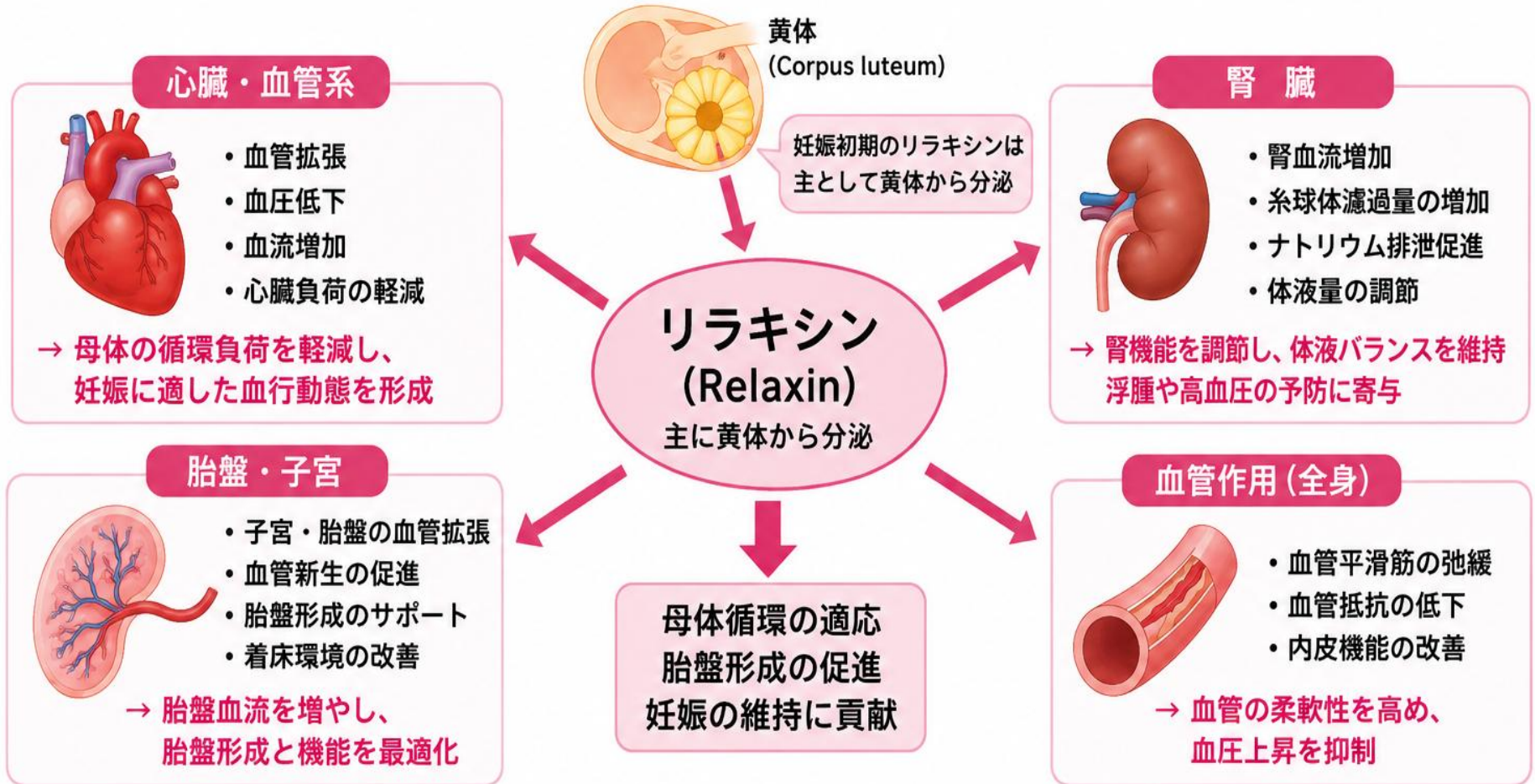
黄体はプロゲステロンだけでなく、さまざまな物質を分泌し、妊娠の成立・維持や胎盤形成、母体の循環・免疫調整に重要な役割を果たします。



これらの黄体由来物質が協調して働くことで、着床の成立、胎盤形成の促進、妊娠の維持、母体の循環・免疫の安定が保たれます。

リラキシン (Relaxin) の作用

リラキシンは主に**黄体から分泌**され、妊娠初期の**母体循環適応**と**胎盤形成**に重要な役割を果たす



黄体がない場合 (人工周期FETなど) → リラキシンがほとんど検出されない

母体循環適応の不全や胎盤形成の障害を介して、妊娠高血圧症候群 (子癇前症) リスクが上昇する可能性

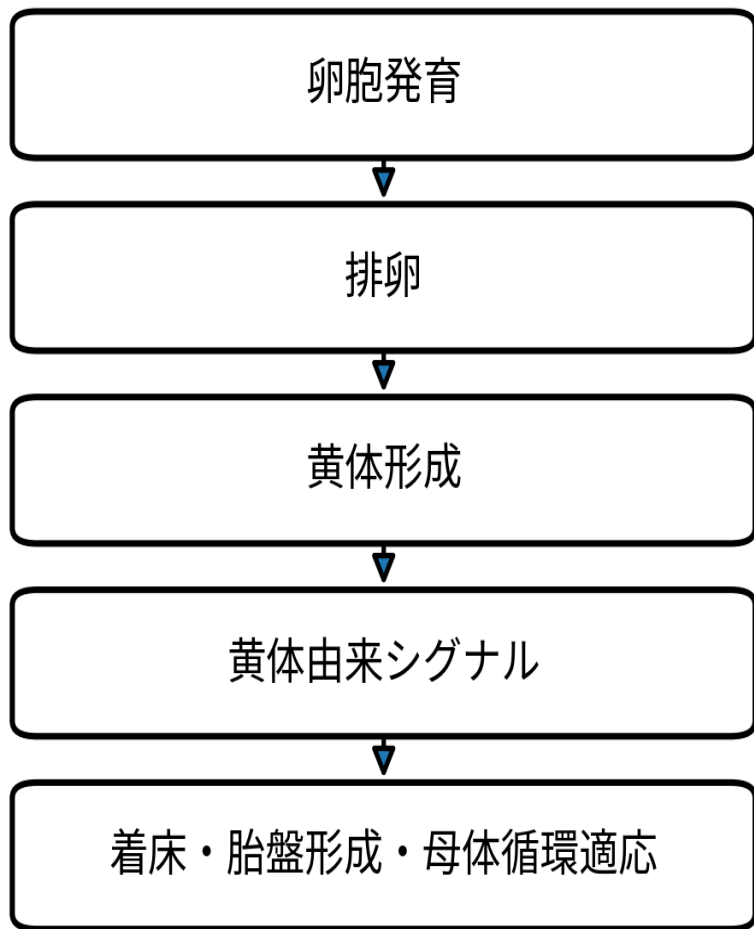
自然周期、ホルモン補充周期

凍結胚移植には、大きく分けて「自然周期」と「ホルモン補充周期」という2つの方法があります。

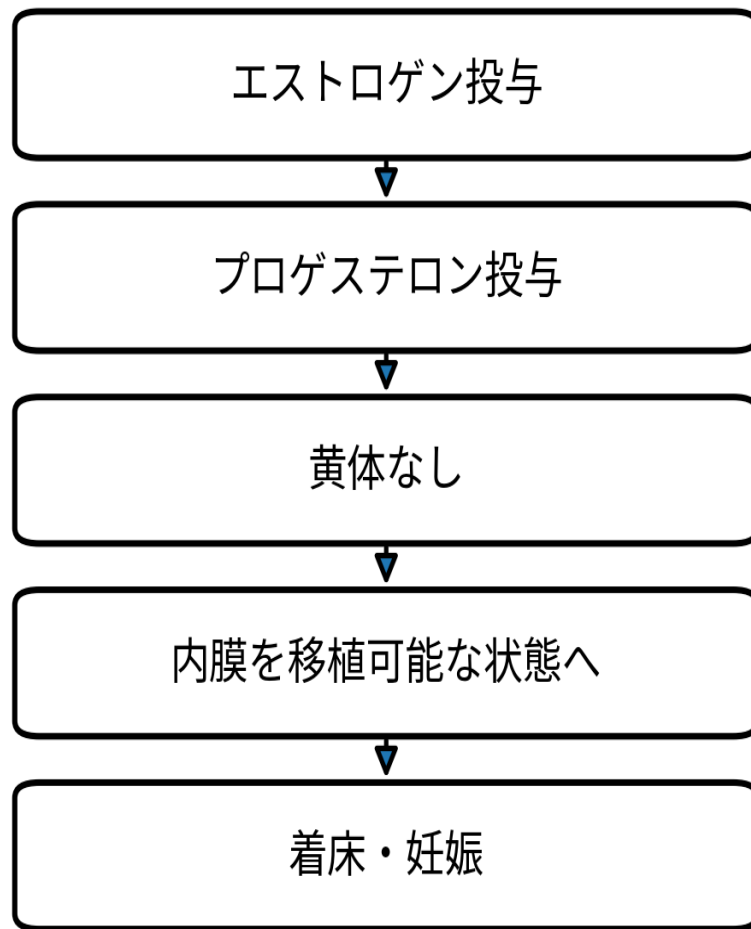
自然周期では、自分の卵胞を育てて排卵させ、排卵後にできる黄体から分泌されるホルモンを利用して胚移植を行います。

一方、ホルモン補充周期では、エストロゲンやプロゲステロンなどのお薬を使用して子宮内膜を整え、原則として排卵を起こさずに胚移植を行います。

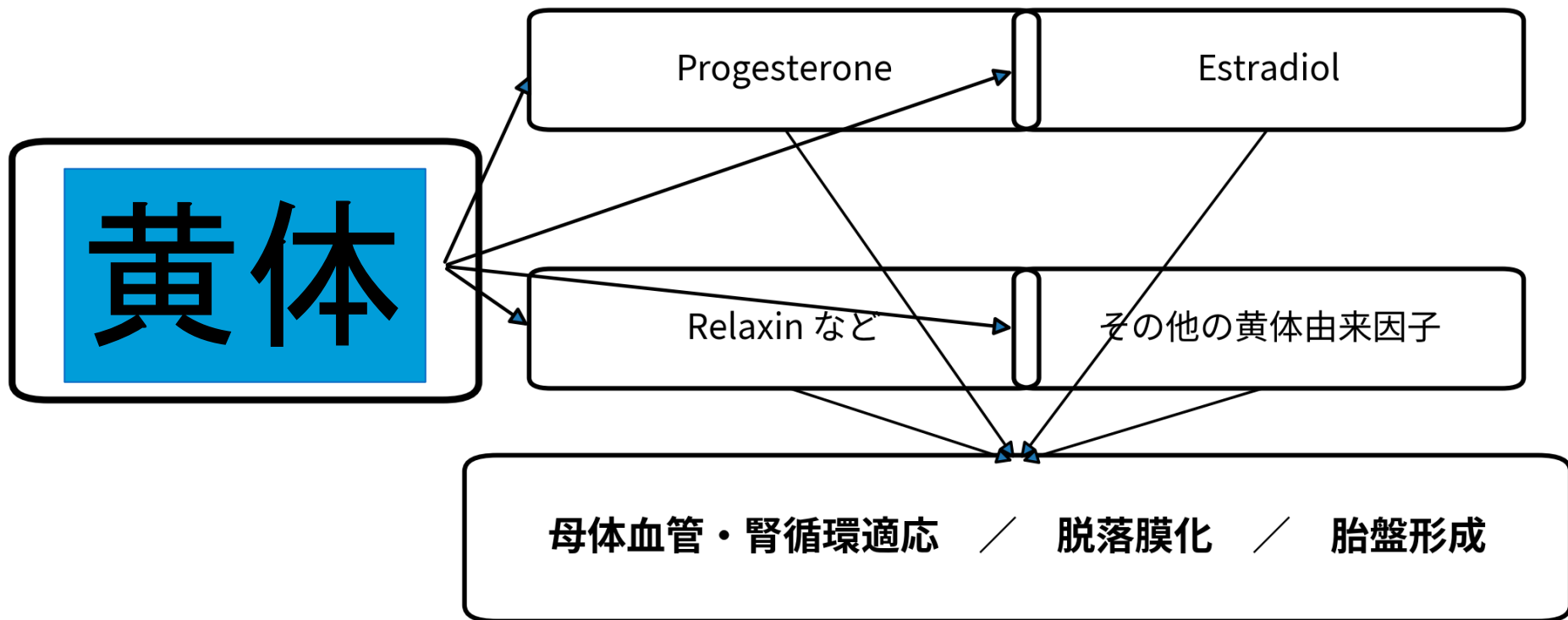
自然周期 / Modified natural



ホルモン補充周期 / Programmed



最大の生理学的な違い = 黄体の有無



自然周期では排卵後に黄体が形成されますが、ホルモン補充周期では黄体が形成されません。黄体はプロゲステロンを分泌するだけではなく、妊娠初期の母体循環や着床、胎盤形成に関係するさまざまな物質を分泌しています。

自発排卵が期待できるか？

YES

NO / 困難

Natural / Modified natural
を積極的に検討

Programmed cycle
を個別に検討

規則的周期・通院可能・日程変動を許容

無排卵・高度不規則・モニタリング困難など

「どちらが優れているか」ではなく「誰にどちらを選択するか」

今回のセミナーでは、最近発表された大規模な無作為化比較試験を含む最新の研究結果をもとに、「妊娠しやすいのはどちらか」という従来の視点だけではなく、「妊娠した後、安全に出産まで到達するためにはどちらが望ましいのか」という視点から考えていきます。

これまで、この2つの方法については「どちらが妊娠しやすいのか」「薬や通院の負担はどう違うのか」「どちらが予定を立てやすいのか」といった点が主に比較されてきました。

しかし、ここ数年、この議論は大きく変わってきています。妊娠率や出生率だけではなく、妊娠高血圧症候群、妊娠高血圧腎症、癒着胎盤、産後出血など、妊娠した後の母体や胎盤の安全性にも違いがある可能性が報告されるようになったからです。

費用の違いに関して

保険診療：自然周期の場合

自然周期で凍結胚移植する場合

融解胚移植：36000円

AHA(アシステッドハッチング)：3000 円

エンブリオグレー：3000 円

薬剤、ホルモン検査、超音波で約 5000 円

合計 約 47000 円

保険診療：ホルモン補充周期の場合

ホルモン補充周期で胚移植する場合

融解胚移植：36000円

AHA(アシステッドハッチング)：3000 円

エンブリオグレー：3000 円

薬剤、ホルモン検査、超音波で約 15000 円

合計 約 57000 円

自費の場合 費用の違い



移植周期に入られる方の料金イメージ
(約24万～26万)



①生理2～3日目 ー自然周期ー

再診料	1080
エコー検査	3240
採血(5項目)	12890
合計	17210

※排卵検査薬: 650 × 7本 = 4550

②生理12日目頃

再診料	1080
エコー検査	3240
採血(3項目)	8570
ルトラール(2錠 × 12日分)	2640
合計	15530

①生理2～3日目 ーホルモン補充周期ー

再診料	1080
エコー検査	3240
採血(5項目)	12890
エストラーナテープ(28枚)	4340
合計	21550

②生理12日目頃

再診料	1080
エコー検査	3240
採血(2項目)	6410
エストラーナテープ(28枚)	4340
プロゲステロン膣剤500mg (15個)	12750
合計	27820

③シート法当日

シート法	32400
再診料	1080
エコー検査	3240
合計	36720

⑤判定日

再診料	1080
採血(3項目)	9650
合計	10730

④胚移植当日

胚移植	108000
胚融解	32400
透明帯開口術	10800
再診料	1080
エコー検査	3240
採血(2項目)	6410
合計	161930

合計
242120円

※判定日まで

合計
258750円

※判定日まで



論文をいくつか紹介

Natural ovulation versus programmed regimens before frozen embryo transfer in ovulatory women: multicentre, randomised clinical trial

Daimin Wei,^{1,2,3,4} Yingying Qin,^{1,2,3,4,5} Yun Sun,^{6,7} Junhao Yan,^{1,2,3,4} Han Zhao,^{1,2,3,4} Yichun Guan,⁸ Jichun Tan,⁹ Ting Guo,^{1,2,3,4} Ze Wang,^{1,2,3,4} Fei Gong,¹⁰ Cuifang Hao,¹¹ Xiang Ma,¹² Cuilian Zhang,¹³ Aijun Zhang,¹⁴ Ling Geng,^{1,2,3,4} Mei Sun,^{1,2,3,4} Xiufang Li,^{1,2,3,4} Xiufeng Ling,¹⁵ Qun Lu,¹⁶ Hongchu Bao,¹⁷ Lan Chao,¹⁸ Wei Huang,¹⁹ Qinghua Shi,²⁰ Junli Zhao,²¹ Yao Lu,^{6,7} Sheling Wu,⁸ Shunji Zhang,¹⁰ Jing Wang,¹² Meiling Guo,¹¹ Xiaoxi Sun,²² Yanlin Ma,²³ Qiongfang Wu,²⁴ Yanping Li,²⁵ Xianghong Ou,²⁶ Zhou Fang,²⁷ Jiao Chen,²⁸ Guimin Hao,²⁹ Heping Zhang,³⁰ Richard S Legro,³¹ Zi-Jiang Chen^{1,2,3,4}; on behalf of the PnROVE Study Group

2026年、重要なRCTが発表された

24施設 4,376名 20～40歳

排卵周期を有する女性

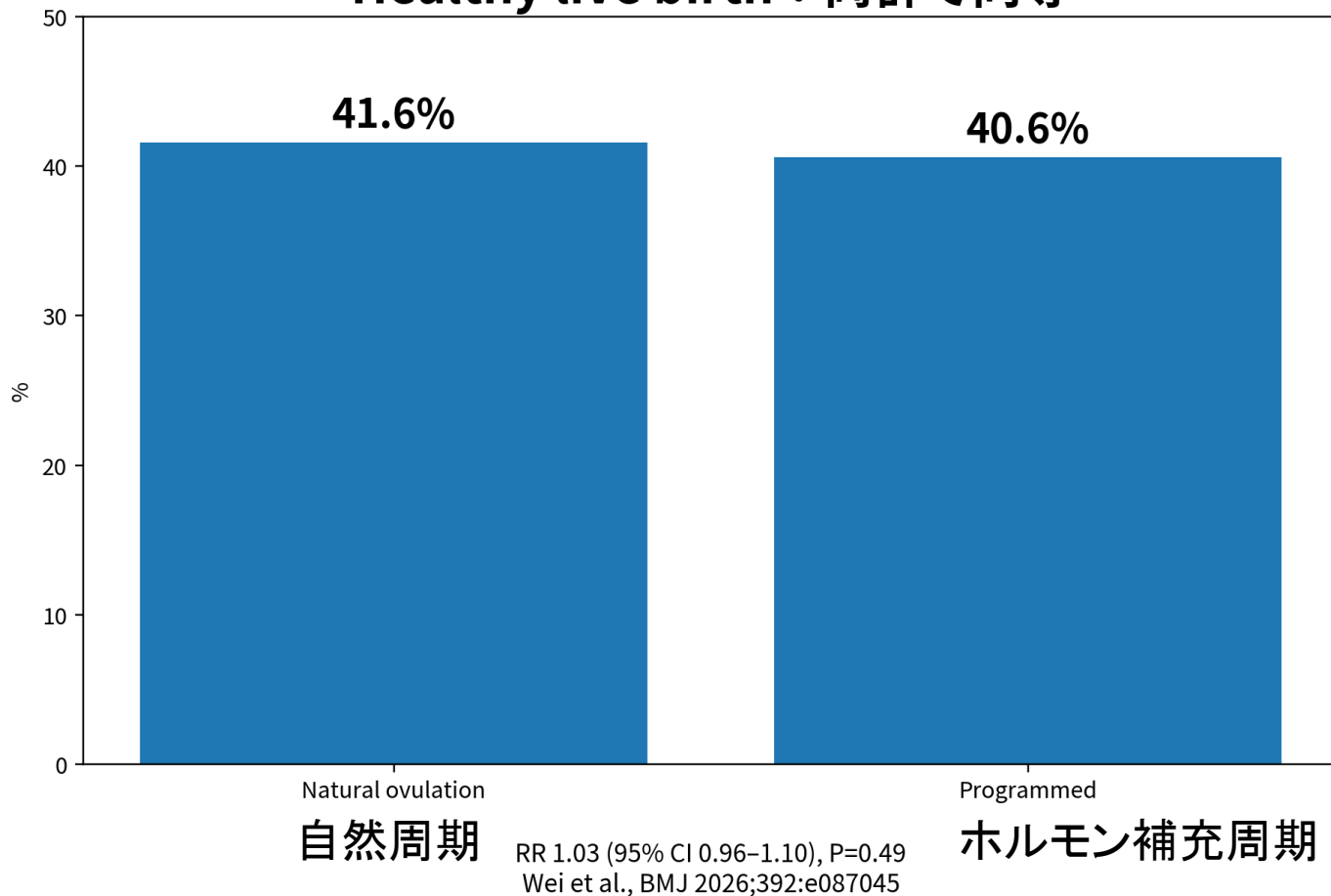
単一凍結胚盤胞移植

自然周期 vs ホルモン補充周期

Wei et al. BMJ 2026;392:e087045

Natural ovulation versus programmed regimens before frozen embryo transfer in ovulatory women

Healthy live birth : 両群で同等

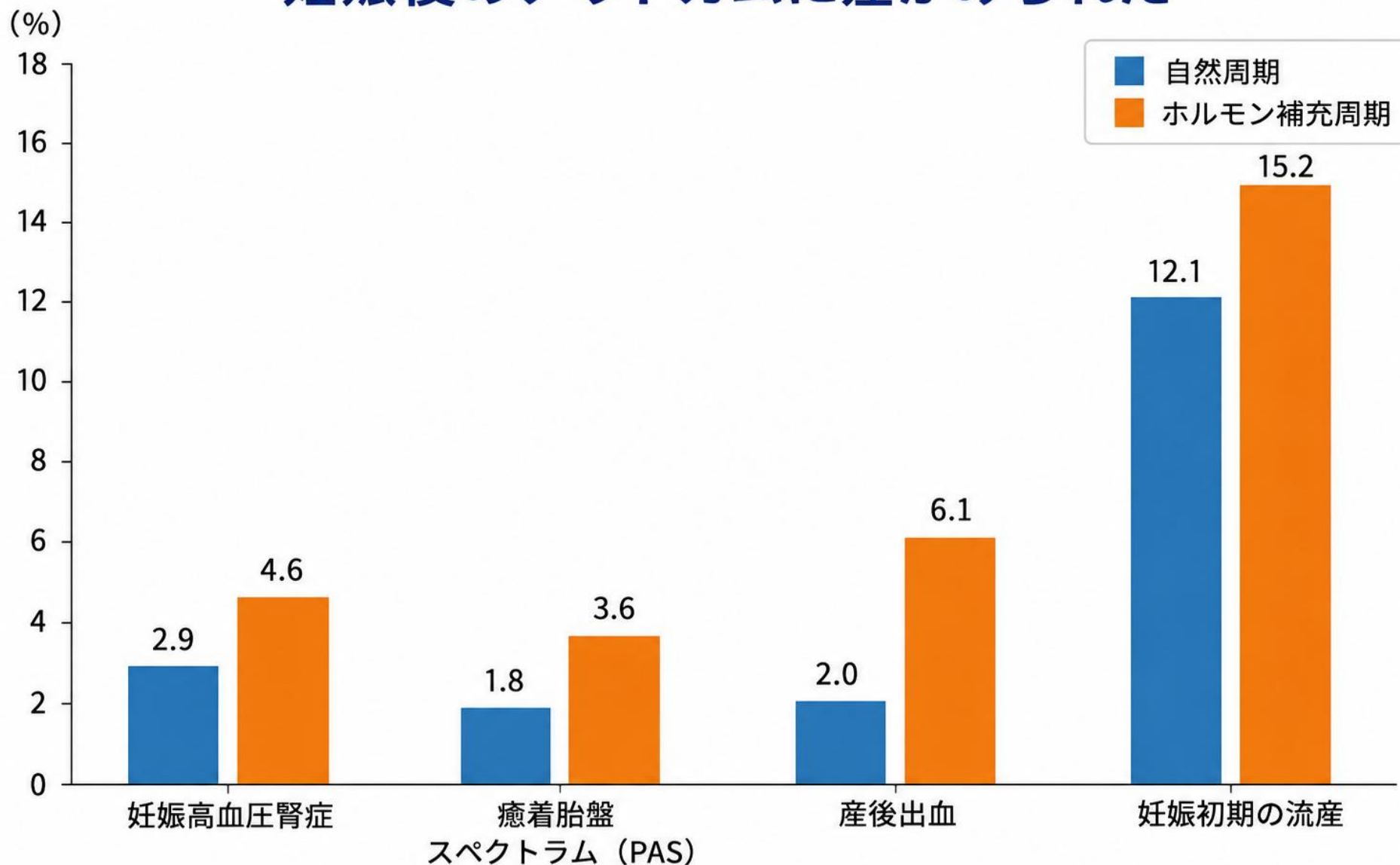


出生率 RR 1.03 95% CI 0.96–1.10 P=0.49
「自然周期にしても出生率は損なわれなかった」

評価項目	自然周期	HRT	RR	95% CI
健児出生率	41.6%	40.6%	1.03	0.96–1.10
妊娠高血圧腎症	2.9%	4.6%	0.63	0.43–0.94
妊娠初期の流産	12.1%	15.2%	0.80	0.66–0.97
癒着胎盤	1.8%	3.6%	0.51	0.31–0.83
産後出血	2.0%	6.1%	0.32	0.20–0.52
周期キャンセル	16.2%	11.5%	1.41	1.22–1.64

自然周期は出生率を低下させず、母体合併症を減らせる可能性がある

妊娠後のアウトカムに差がみられた



Wei ほか, BMJ 2026;392:e087045

	自然周期	ホルモン補充周期
排卵	あり	原則なし
黄体形成	あり	なし
薬剤使用	少ない	E2・P4製剤が必要
移植日の調整	排卵に合わせるため変動	調整しやすい
通院・モニタリング	採血・超音波が多くなる	比較的計画しやすい
LH surgeの管理	必要	原則不要
排卵障害への対応	難しい場合がある	対応しやすい
周期キャンセル	16.2%	11.5%
患者さんの予定	調整が難しい場合がある	予定を立てやすい
施設側の運用	調整が必要	効率的に運用しやすい
大きな特徴	黄体が形成される	日程をコントロールできる

この研究からホルモン補充周期を行うべきではないと結論することはできませんし、今回の対象は自発排卵のある20～40歳の女性です。

しかし、排卵できる女性に対して、単に日程を組みやすいという理由だけでホルモン補充周期を選択することについては、今後改めて考える必要がありそうです。

自然周期では排卵によって黄体が形成され、黄体からはプロゲステロンだけではなく、妊娠初期の母体循環や胎盤形成に関係するさまざまな物質が分泌されます。

排卵できる方では自然周期や修正自然周期を積極的に検討し、妊娠後の母体や胎盤まで含めて移植方法を選択することが重要になってくると思います。

黄体は「プロゲステロンを作るだけ」ではない

黄体からは、プロゲステロン、エストラジオールに加えて、リラキシンや血管新生因子など多くの物質が分泌されます。これらは妊娠初期の母体の血管拡張・循環適応、子宮・胎盤の血管新生、胎盤形成に重要な役割を果たします。特にリラキシンは黄体がないホルモン補充周期ではほとんど検出されません。

黄体なし

- リラキシンなど黄体由来物質の欠如
- 母体循環・胎盤形成への影響
- 妊娠高血圧症候群・子癇前症リスク上昇の可能性

Human Reproduction Update. 2021;27(4):651–672

Secretory products of the corpus luteum and preeclampsia

「黄体がある方がよい」から、「黄体の数にも意味がある」という新たな視点を示した研究

黄体数で3群: 0個の黄体、1個の黄体、>1個の黄体。
黄体0個では妊娠糖尿病が約2.6倍に増加し、複数黄体では妊娠高血圧症候群が約41%、子癇前症が約64%減少した。特に人工周期FETでは0 CLによる母体合併症リスクを認識し、予防策や管理を強化する必要。
多黄体の影響は一部ポジティブ。黄体が分泌するホルモンや血管作動物質が、母体の妊娠合併症や胎児発育に大きく関わっている可能性があり、FETのプロトコル設計時に黄体の数を考慮する意義がある。

Koerts JJ, Voskamp LW, Rousian M, Steegers-Theunissen RPM, Wiegel RE.

Impact of corpus luteum number on maternal pregnancy and birth outcomes: the Rotterdam Periconception Cohort.

Fertil Steril. 2025;123(6):1039–1050.

凍結融解胚移植の3つの周期管理法の比較

	自然周期 (Natural Cycle)	ホルモン補充周期 (HRT)	自然増殖期プロトコル (NPP-FET)
 機序 (内膜の時計の起点)	内因性E2により内膜を増殖 排卵後に黄体形成 → 内因性Pが分泌	外因性エストロゲンで内膜を増殖 エストロゲン中止後にP開始	内因性E2で内膜を増殖 排卵前から外因性P開始 (P開始日 = Day 0) その後、自然排卵・黄体形成も期待できる
 移植日の 決め方	排卵日を基準に移植日を決定 (排卵後5～6日目に胚移植)	エストロゲン中止日をDay 0として 移植日を決定 (中止後5～6日目に胚移植)	プロゲステロン開始日 (Day 0) を基準に 移植日を決定 (P開始後6日目に胚移植)
 補充ホルモン	黄体補充 (P製剤) のみ使用 (排卵後～妊娠判定まで)	エストロゲン製剤 + プロゲステロン製剤 (移植日まで投与 / 妊娠時は継続)	プロゲステロン製剤のみ (E2製剤は原則不要) (P開始後～妊娠判定まで / 妊娠時は継続)
 主なメリット	- 生理的な内膜環境を利用できる - ホルモン剤が少なく、自然に近い - 黄体機能を期待できる	- 移植日をコントロールしやすい (予定が立てやすい) - 排卵抑制のため、周期が安定しやすい - 排卵障害例でも使用可能	- 自然のE2で内膜を増殖できる (E2製剤不要) - 移植日をコントロールでき、日曜や休診日を回避しやすい - 自然排卵・黄体形成を残せる可能性がある
 主なデメリット	- 排卵日が変動し、移植日も変動しやすい - 希望日に移植できないことがある - 日曜・祝日移植になる場合がある	- エストロゲン製剤が必要 - 自然のホルモン環境とは異なる	- 排卵が起こらない場合は黄体機能が不十分となる可能性 - 開始条件の確認 (卵胞・内膜・ホルモン値) が必要 - 標準的な第一選択ではなく、適応を選ぶ

自然周期、ホルモン補充周期の他にもう一つ
新しい方法 (NPP) があります

自然増殖期プロトコール(NPP-FET)

自然増殖期プロトコール(NPP-FET)とは

自然周期とホルモン補充周期の利点を組み合わせた新しい内膜調整法です。

自然に発育する卵胞から分泌されるE2によって子宮内膜を増殖させます。内膜が十分に発育したところで、自然排卵を待たずに外因性プロゲステロンを開始します。この「P開始日」を内膜の時計の起点として胚移植日を決めます。その後は自然排卵が起こり黄体が形成されるため、内因性のPや黄体由来因子も期待できます。

自然増殖期プロトコール方法のメリット

自然周期では排卵日によって移植日が決まるため、移植日が日曜や休診日になることがあります。

自然増殖期プロトコールでは、排卵前にPを開始することで「排卵日」ではなく「P開始日」から移植日を設定できます。

そのため、

自然発育卵胞のE2を利用できる

自然排卵・黄体形成を残せる

エストロゲン製剤が原則不要

移植日のある程度コントロールできる

日曜・休診日の移植を回避できる可能性がある
という利点があります。

移植キャンセルを避けられることが最大のメリット

具体的には火曜日排卵だと日曜日が休診の場合には胚盤胞移植がキャンセルになるが、月曜日から黄体ホルモンの坐薬を開始することで土曜日移植を行える。キャンセルすることが避けられます。

主席卵胞14 mm以上、内膜7 mm以上、 $E2 > 150$ pg/mL、 $P < 1.5$ ng/mLを開始基準とし、ウトロゲスタン200 mgを1日3回、計600 mg/日で開始します。

P開始後も自然排卵・黄体形成を確認し、排卵が確認されてもPは中止せず継続します。

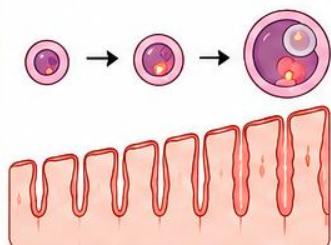
妊娠成立時は妊娠8週まで継続します。

自然増殖期プロトコール (NPP-FET) とは

自然発育卵胞から分泌される内因性エストロゲン (E2) により内膜を増殖させ、排卵直前に黄体ホルモン (P) を開始し、その開始日を起点として胚盤胞移植日を設定するプロトコールです。**エストロゲン製剤は原則使用しません。**

① 卵胞発育期 (P開始まで)

自然発育卵胞の発育を
超音波とホルモンで確認



内因性E2により内膜が増殖

② P開始日 (Day 0)

基準を満たした時点で
Pを開始

【開始基準 (当院暫定)】

- ☑ 主席卵胞 14 mm以上
- ☑ 内膜 7 mm以上
- ☑ E2 >150 pg/mL
- ☑ P <1.5 ng/mL

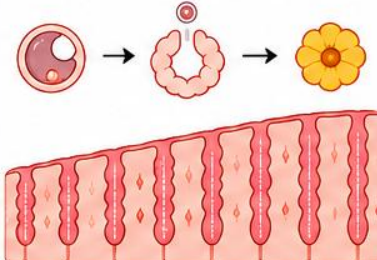
ウトロゲスタン

200 mg 1日3回 (計600 mg/日)
(エストロゲン製剤は原則使用しない)

外因性P開始
(内膜の分泌期転換のスイッチ)

③ 排卵～黄体期

自然排卵を確認
黄体形成により内因性Pが分泌



自然排卵・黄体形成
(超音波・血中Pで確認)

④ 移植日 (P開始6日目)

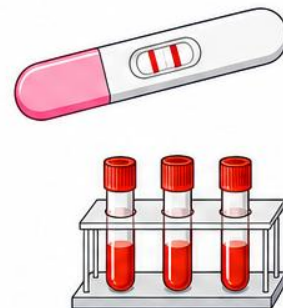
胚盤胞を移植
(P開始6日目)



胚盤胞移植
(P開始を起点として6日目)

⑤ 判定日以降

妊娠判定



判定日
(移植後9～14日程度)
陽性なら黄体補充継続



ポイント

- ✓ 内膜増殖は内因性E2に任せる
- ✓ 排卵前からPを開始し、内膜の時計をスタート
- ✓ 移植日はP開始日を起点に決定
(例：胚盤胞＝6日目)
- ✓ 自然排卵・黄体形成を確認しても、
Pは中止せず継続

黄体ホルモン補充の継続

- ✓ 判定日まで継続
- ✓ 妊娠成立時は妊娠8週まで継続
(国内添付文書は妊娠11週までのため、
今後検討可)

当院での運用方針 (暫定)

- ・エストロゲン製剤は使用しない
- ・開始基準：主席卵胞 14 mm以上、内膜 7 mm以上、
E2 >150 pg/mL、P <1.5 ng/mL
- ・ウトロゲスタン 200 mg 1日3回 (計600 mg/日) 開始
- ・自然排卵確認後もPは中止せず継続
- ・日曜移植を回避したい症例に限定して使用

NPP-FETは日本の保険診療における標準的な自然周期FETとして明確に位置付けられていないため、当面は自費診療の症例に限定して運用します。

予約診療としてウトロゲスタンのみ自費処方する方法は行いません。

※今後、保険診療での適用については、審査支払機関等へ照会の上、改めて判断します。

Revisiting natural cycle frozen embryo transfer: a systematic review and meta-analysis

Murat Erden ^{1,2}, Sezcan Mumusoglu ³, Esra Uyanik^{1,4}, Irem Yarali Ozbek⁵, Sandro C. Esteves ^{6,7}, Peter Humaidan ^{7,8}, and Hakan Yarali ^{5,*}

¹Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

²Department of Obstetrics and Gynecology, University of Arizona College of Medicine—Phoenix, Banner—University Medical Center Phoenix, Phoenix, AZ, USA

³SM Clinic, Ankara, Turkey

⁴Obstetrics and Gynecology Residency Program, Creighton University East Valley, Gilbert, AZ, USA

⁵Anatolia IVF and Women Health Centre, Ankara, Turkey

⁶ANDROFERT, Andrology and Human Reproduction Clinic, Referral Center for Male Reproduction, Campinas, SP, Brazil

⁷Department of Clinical Medicine, Aarhus University, Aarhus, Denmark

⁸The Fertility Clinic, Skive Regional Hospital Resenvej 25, Skive, Denmark

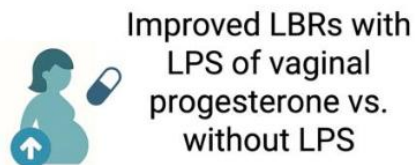
凍結胚移植の内服準備には、真の自然周期、修正自然周期、自然増殖期プロトコールという選択肢があります。「どの方法が最も優れているか」ではなく、排卵・黄体を活かしながら患者ごとに最適なFETプロトコールを選択することが重要

Revisiting natural cycle frozen embryo transfer: a systematic review and meta-analysis Human Reproduction Update, 2026

True Natural Cycle



Higher LBRs in ovulatory cycles vs. luteinized unruptured follicle (LUF) cycles

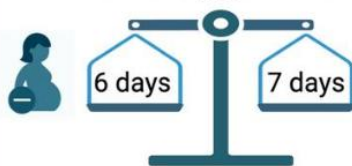


Modified Natural Cycle



Comparable LBRs:

1) when FET scheduling hCG trigger after

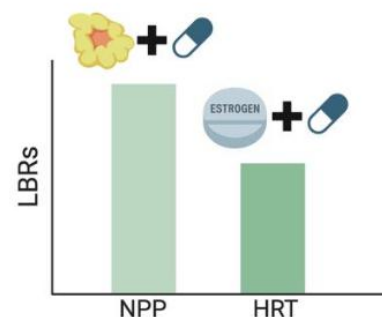


2) with LPS of vaginal progesterone and without LPS



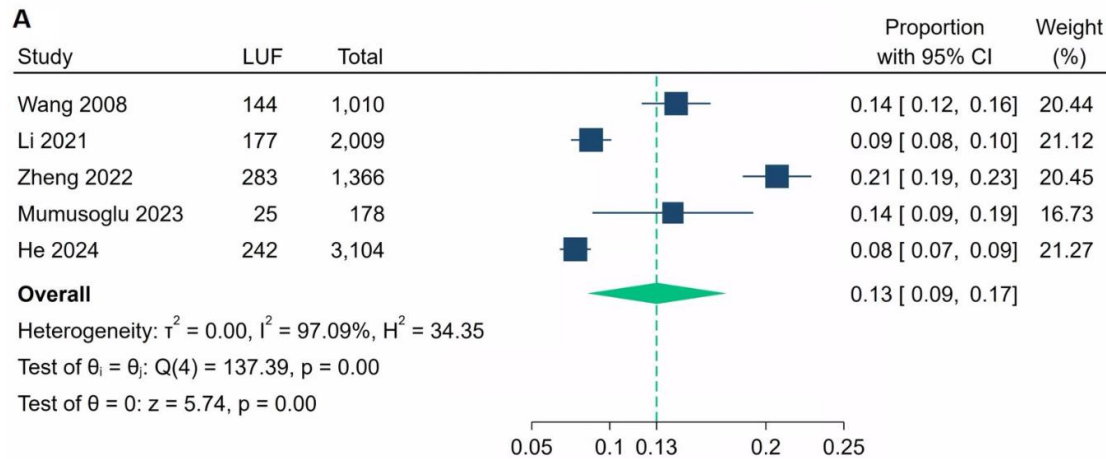
Natural Proliferative Phase (NPP)

Enhanced flexibility

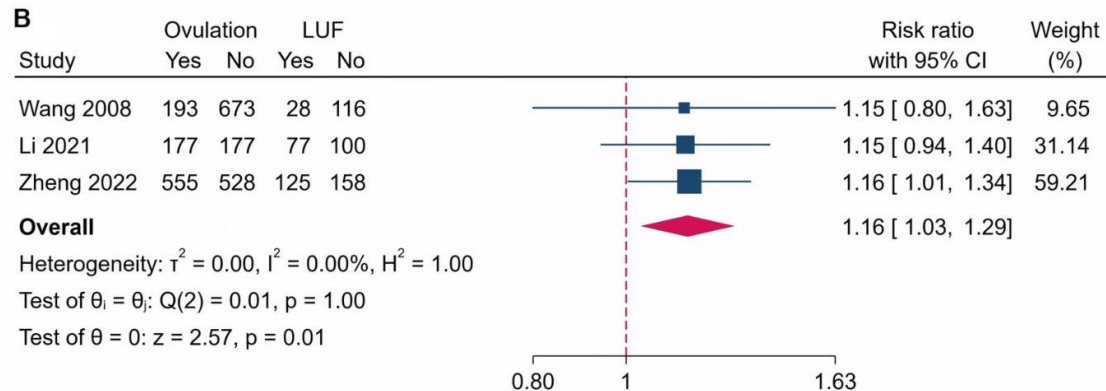


Higher LBRs in NPP vs. HRT FET cycles

凍結胚移植において、子宮内膜の準備方法は大きく3つに分けられます。自然排卵をそのまま利用する真の自然周期、排卵を薬でコントロールする修正自然周期、自然増殖期プロトコルです。本論文はこれらを包括的に比較し、それぞれの特徴と課題を明らかにしています。

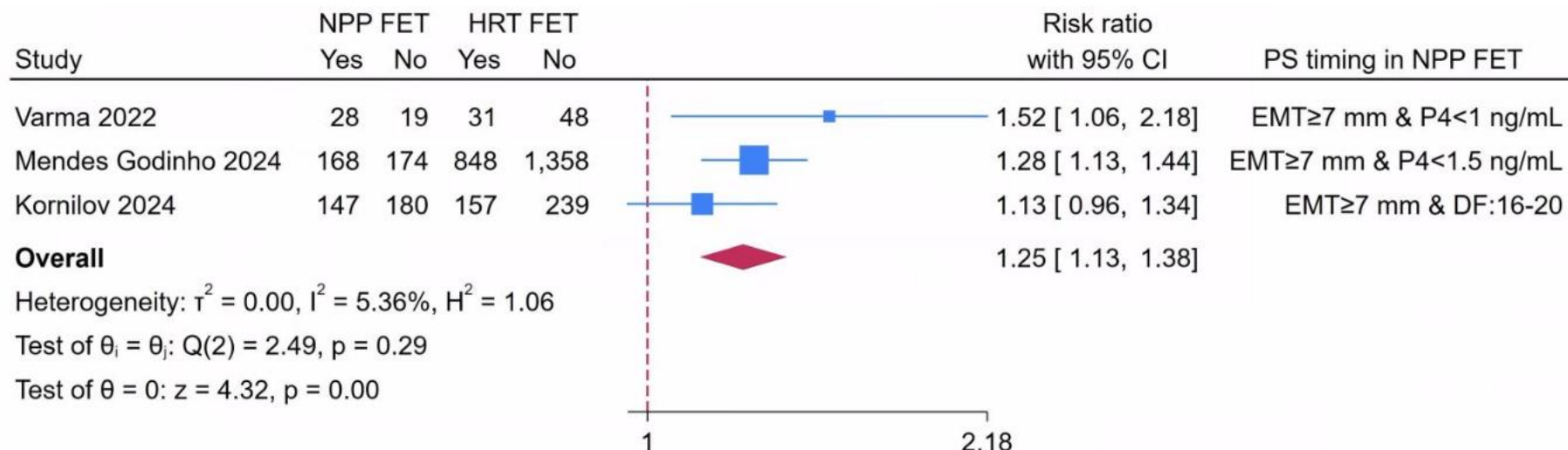


Random-effects DerSimonian–Laird model



Random-effects REML model

この図では自然周期におけるLUFの問題が示されています。LUFとは卵胞が破裂せず排卵が起こらない状態で、約13%の周期に認められます。さらに、排卵が正常に起こった周期と比較すると、生児獲得率は低下しており、リスク比1.16と報告されています。つまり自然周期は生理的である一方で、一定割合で排卵異常が存在し、それが成績に影響していることが分かります。



この自然増殖期プロトコールとホルモン補充周期の比較が示されています。3つの研究を統合した結果、**自然増殖期プロトコールの方が生児獲得率が高く、リスク比1.25と報告されています。つまり約25%の改善が示唆されています。**ただし、これらは観察研究であり、エビデンスの確実性は低く、結果の解釈には注意が必要です。

**移植がうまくいかなかったら
次の周期を変えるべき？**

自然周期で妊娠しなかったから次はホルモン補充周期へ、あるいはホルモン補充周期で妊娠しなかったから次は自然周期へ変更した方が良いでしょう。

現時点では、「移植周期を変更するだけで妊娠率や生児獲得率が上がる」という十分なエビデンスはありません。

2020年の研究では、ホルモン補充周期で2回連続して妊娠しなかった患者さんについて、3回目を自然周期へ変更した場合と、そのままホルモン補充周期を継続した場合を比較しても、生児獲得率などに有意な差は認められませんでした。

したがって、「1回うまくいかなかった＝その周期が自分に合っていない」と考えて、すぐに方法を変更する必要はありません。

Medicine (Baltimore). 2020 Sep 11;99(37):e22163. **A comparison of pregnancy rate between natural cycle and hormone replacement cycle in patients who underwent frozen embryo transfer using 2 consecutive hormone replacement regiments**

2026年に発表された2,199例の染色体正常胚移植を対象とした研究では、初回移植不成功後にホルモン補充周期から修正自然周期へ変更した場合、同じ方法を継続した場合より継続妊娠率が高い可能性が示されました。

一方、修正自然周期からホルモン補充周期への変更では、明らかな改善は認められませんでした。

ただし、これは後ろ向き研究であり、「周期を変更すれば妊娠率が上がる」と証明されたわけではありません。

大切なのは、失敗するたびに周期を変えるのではなく、排卵の状態、これまでの治療経過、通院や日程の負担なども考えながら、その方に適した移植周期を選択することです。

Reprod Biomed Online. 2026 Jun;52(6):105473.

The effect of changing endometrial preparation protocols on pregnancy outcomes after initial, unsuccessful euploid frozen embryo transfer

本日のまとめ

自然周期とホルモン補充周期では、妊娠率・出生率に大きな差はありません。

一方、自然周期では排卵によって黄体が形成され、近年の研究では、妊娠高血圧症候群、癒着胎盤、産後出血などが少ないことが報告されています。

ただし、自然周期には通院や日程調整、周期キャンセルなどの問題もあります。

大切なのは、どちらか一方が優れていると考えるのではなく、それぞれの特徴を理解し、一人ひとりに適した方法を選択することです。

これからは「妊娠すること」だけでなく、「安全な妊娠・出産」まで考えて移植方法を選ぶことが重要です。

質問受け付けます

次回オンラインセミナー予告

45歳を超えて妊娠するために
— 限られた胚と時間をどう最大限に生かすか —

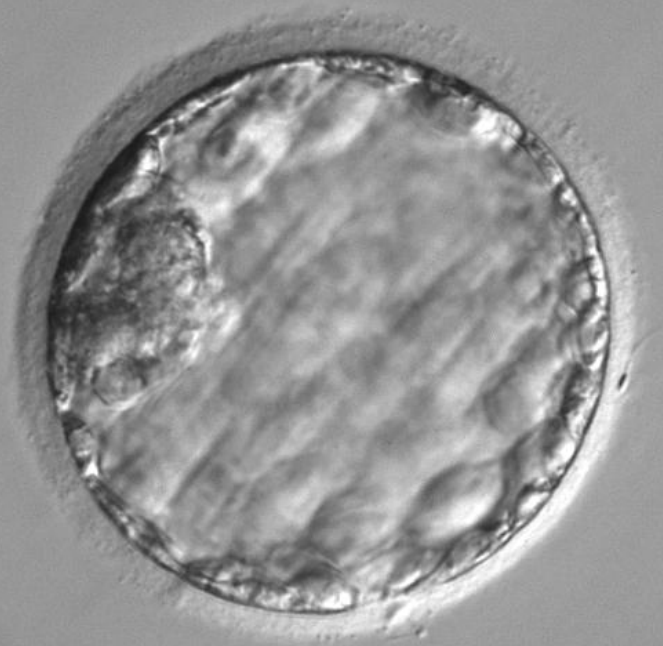
45歳を超えると、治療できる時間も得られる胚も限られてきます。

だからこそ当院では、
「最も若い時に作成した凍結初期胚」

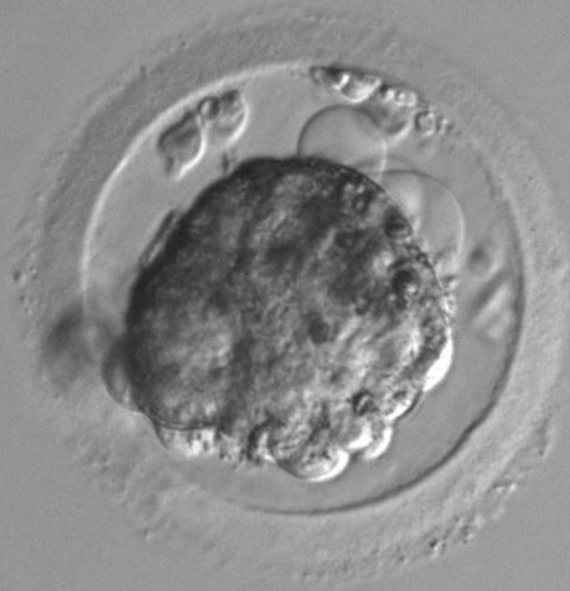
+

「今回の採卵で得られた新鮮初期胚」

という、それぞれ異なる可能性を生かす移植戦略を行っています。



融解後回復している胚盤胞



融解後収縮している胚盤胞



一部変性している胚

さらに、採卵・刺激周期そのものを妊娠のチャンスとして活用することも大切だと考えています。

実際にこの考え方で、非常に高年齢で妊娠・出産に至った症例も経験しています。

なぜこの方法を行うのか？

本当に有効なのか？

次回、具体的な治療方法を詳しくお話しします。

45歳を超えると、治療に使える時間は限られています。だからこそ大切なのは、1回の治療にすべてを賭けることではありません。

その時点で妊娠の可能性が高いと考えられる方法を選び、それを繰り返すこと。

一回一回のチャンスを最大限に生かし、累積的に妊娠・出産へつながる可能性を高めていくことが、高年齢での治療では重要だと考えています。

次回オンラインセミナー予告

45歳を超えて妊娠するために — 限られた胚と時間をどう最大限に生かすか —

45歳を超えると…



- ✓ 卵子の質の低下
- ✓ 妊娠率・出産率の低下
- ✓ 治療できる時間も限られる

だからこそ、
一つひとつのチャンスを
最大限に生かすことが大切です。

・ 当院の考え方 ・

最も若い時に作成した
凍結初期胚



若い時の卵子の可能性を
最大限に残している



今回の採卵で得られた
新鮮初期胚



凍結・融解を経っていない
胚への負荷が少ない



2個を同時に移植



異なる可能性を同時に生かし、
妊娠のチャンスを広げる

さらに大切に
していること

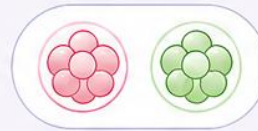


採卵・刺激周期そのものを
妊娠のチャンスとして活用

- ✓ 採卵したその周期を移植周期にできる
- ✓ 残りの良好胚は凍結して次のチャンスへつなげる



刺激・採卵



新鮮胚移植
(この周期でチャンスを活用)



残りの良好胚を凍結
(次のチャンスへ)



実際にこの考え方で、
非常に高齢で妊娠・出産に
至った症例も経験しています。



なぜこの方法を行うのか？
本当に有効なのか？



次回、実際の症例と当院の治療成績を交えて
詳しくお話しします。

9月19日(土)

17:00～ オンラインセミナー

限られた時間と胚を、戦略的に、最大限に生かしていきましょう。

次回のご案内

- 次回のオンライン説明会は9月19日(土)17時00分からです。
- 次回は「45歳を超えて妊娠するために 限られた胚と時間をどう最大限に生かすか」です。
- 大勢の方のご参加をお待ちしております。
- 申し込みの案内はこの後メール致します。

治療で大切なこと

不妊治療は、最初の選択で結果が大きく変わります。

途中からでは間に合わないこともあるため、迷われている方はまず一度ご相談ください。

こちらから初診
予約が可能です



ご清聴ありがとうございました

