

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関指定申請書

大阪府知事様

医療機関の名称  
医療機関の住所  
開設者の  
氏名又は名称

大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱及び指定医療機関の基準に基づき、特定不妊治療実施医療機関(採卵・胚移植を行う医療機関・手術により精子の採取を行う医療機関)の(指定・再審査)を受けたいので申請します。

指定医療機関の区分※		1 体外受精	2 体外受精及び顕微授精	3 精子採取術
治療従事者の状況	体外受精・顕微授精・精子採取術等従事者数 ※この欄に記載した方については、下欄“実施責任者”及び“その他担当医師、看護師及び技術者等職氏名”に必要事項を記載してください。本紙欄内に書ききれない時は、別紙に作成の上、提出してください。	必須	医師 _____ 人(常勤 _____ 人・非常勤 _____ 人) うち(一社)日本生殖医学会認定生殖医療専門医 _____ 人	
			看護師 _____ 人(うち専任: _____ 人) うち(公社)日本看護協会認定不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師 _____ 人	
	その他	コーディネーター _____ 人(うち(公社)日本看護協会認定不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師 _____ 人)		
		カウンセラー _____ 人【他分野経験者との連携体制の有無 有・無】 助産師 _____ 人		
実施責任者 <input type="checkbox"/> 産婦人科専門医 <input type="checkbox"/> 泌尿器科専門医 ※上記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	氏名		常勤・非常勤	
	日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医又は日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医の認定の有無		有・無	
	専門医取得後の不妊症診療従事年月数		年	月
	日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における勤務もしくは研修による技術習得年月数(※区分が1、2のみ)		年	月
その他担当医師・看護師及び技術者等職氏名	職名	氏名	治療等の実績(特定不妊治療従事年月数)	
			年	月
			年	月
日本産科婦人科学会登録状況 (※区分が1、2のみ)	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録		H・R	年 月
	ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する登録		H・R	年 月
	顕微授精の臨床実施に関する登録		H・R	年 月
治療実績 (医療機関・医師) (※区分が1、2のみ)	年 月 日～ 年 月 日	体外受精による妊娠数 _____ 人・出生数 _____ 人 顕微授精による妊娠数 _____ 人・出生数 _____ 人		
	年間採卵件数 _____ 件	年間治療件数 _____ 件	_____ 周期	
倫理委員会における審査体制	倫理委員会必置施設(該当・非該当) ※非該当であっても設置をしている場合、委員名簿・規定等を添付のこと			
実施施設・設備の設置状況 (注1)※区分が1、2のみ必須 (注2)※区分が3のみ必須	基準施設	診察室・処置室・凍結保存施設(注1)・採卵室(注1)・胚移植室(注1)・培養室(注1)・手術室(注2)		
	その他	採精室・カウンセリングルーム・検査室・培養室(※区分が3のみ手術室と兼用可)		
有する施設に○を付し、○を付した施設が全て確認できる見取り図・設備内容の詳細(施設調査票(別記様式1-2))を添付のこと				
サポート体制の状況	患者指導用のマニュアルを添付のこと			
周産期医療機関との連携の状況 (※区分が1、2のみ)	(主要医療機関名を記載の上、紹介状等連携に関する様式を添付のこと)(産科併設の場合はその旨を記載)			
自医療機関で分娩を取り扱わない場合、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等連携体制(※が1、2のみ)				有・無
子どもを持ちたいと願う家庭の選択肢として、相談者の求めに応じて、里親・特別養子縁組制度の普及啓発や関係者との連携体制				有・無

## 指定申請書記載方法について

- 年 月 日
  - ・申請書の提出年月日を記載してください。
- 医療機関の開設者氏名又は名称
  - ・個人の場合は個人名を記載し、法人の場合は、法人名及び代表者名を記載して下さい。
- 指定医療機関の区分
  - ・指定を希望する区分の数字に丸印（※1又は2と3の同時は不可）をつけて下さい。ただし、審査の結果、丸印を付けた区分に指定されない場合があります。
- 治療従事者の状況
  - ・従事者数は特定不妊治療に従事する人数を記載してください。常勤医師**1**名以上、看護師**1**名以上、技術者（胚培養師）**1**名以上の配置は必須です。他の治療にも従事する併任スタッフ人数も含めてください。
  - ・技術者（胚培養士）とは、配偶子、受精卵、胚及び精子の操作・取扱い、並びに培養室、採精室及び移植室などの施設・器具の準備・保守の一切を実際に行う、生殖補助医療に精通した技術者を指します。（胚培養士／エンブリオロジスト）（実施責任者又は実施医師と同一でも可。ただし、年間採卵件数が**100**件以上の施設については、実施責任者・実施医師と同一人でないことが望ましい）
  - ・コーディネーターとは、患者（夫婦）が納得して不妊治療を受けることができるように、不妊治療の説明補助、不妊治療の選択の援助、不妊治療を受ける患者への継続的な看護とともに生殖医療チーム内の調整を行う者を指します。
  - ・カウンセラーとは、心理学・社会学等に深い造詣を有し、臨床における心理カウンセリング又は遺伝カウンセリング等の経験を持ち、患者（夫婦）を不妊に関しカウンセリングの側面から支援できる技術を持つ者を指します。カウンセラーの専門でない分野について、それらの経験を持つ者との連携体制の有無についても記載してください。
  - ・コーディネーター・カウンセラーは配置が望ましいとされている職種ですので、従事者がいる場合は、必ず記載してください。
  - ・実施責任者（必須）は、上記「医師**1**名以上」に該当する医師と同一人でも可とします。
  - ・担当医師名は、様式第2号に定める「受診等証明書」を作成する医師は必ず記載してください。
  - ・担当医師等の職名は、職種及び院長、部長など貴機関内での役職名を記載してください。
  - ・治療等の実績は、貴医療機関だけでなく、貴機関で確認済みの他の医療機関での従事年数も含めて記載してください。
  - ・年間採卵件数が**100**件以上の施設については（一社）日本生殖医学会認定生殖医療専門医が、また、年間治療件数が**500**周期以上の施設については、（公社）日本看護協会認定不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましいとされていますので、該当者がいる場合は、必ず記載してください。
  - ・専任とは、当該看護師の全業務のうち半分程度以上不妊治療に従事していることを目安とします。
- 日本産科婦人科学会登録状況
  - ・貴医療機関のそれぞれの登録状況を記載してください。凍結保存に関する登録は、指定医療機関の区分が1、2は必須です。
- 治療実績（※指定医療機関の区分が1、2のみ）
  - ・治療実績の妊娠数・出生数は、わかる範囲での貴医療機関での実績数を記載してください。その際、「治療実績」欄の「医療機関」に丸を付け、実績にかかる期間を右欄に記載してください。なお、産科を併設していない機関においては、貴機関における妊娠数のうち他の医療機関で出生した数を含めて記載してください。また、貴機関において複数の出生例がないときは、「治療実績」欄の「医師」に丸を付け、実施医師による複数の出生例を申請書に記載してください。
  - ・年間採卵件数および年間治療件数は、前年の1月～12月もしくは申請時点で把握している直近1年間の実績を記載してください。
- 倫理委員会
  - ・倫理委員会とは、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」の「4. 実施施設が設置すべき委員会」に定める「倫理委員会」を指し、『①「ヒト精子・卵子・受精卵を取り扱う研究」、②「提供精子を用いた人工授精」、③「医学的適応による未受精卵、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存」のいずれかを実施する医療機関は、「倫理委員会における審査体制」欄の「倫理委員会必置施設」の「該当」に丸を付けてください。それ以外の医療機関は「非該当」に丸を付けてください。
  - ・非該当であっても設置をしている場合は、設置が自医療機関内外に問わず、委員会の名称、委員名簿、規程などを添付してください。
- 実施施設・設備の設置状況
  - ・基準施設、その他施設ともに有する施設・設備に○を付すとともに、該当する設備に関し、「不妊に悩む方への特定治療支援事業における医療機関調査票（別記様式1-2）」にも設備の概要を記載してください。
  - ・「実施場所の設備配置に関する詳細な見取り図」を提出してください。日本産科婦人科学会登録施設申請の際に提出したものと同一のもでも可とします。医療機関紹介のパンフレット等で代用できる場合は、そのパンフレット等を添付してください。
  - ・上記の見取り図には、設備内の施設が出来る箇所を全て記載ください。（手書き可。）
- サポート体制の状況、患者指導用のマニュアル
  - ・貴医療機関における被実施者夫婦の同意を含めたインフォームド・コンセントの用紙、凍結保存管理法、顕微授精などの説明のための関連文書などの全ての写しを提出してください。
- 周産期医療機関との連携の状況（※指定医療機関の区分が1、2のみ）
  - ・貴医療機関が産科を併設しており、周産期まで一貫して管理する医療機関の場合は、その旨を記載してください。
  - ・貴医療機関と特別に連携の関係がある周産期医療機関がある場合は、その機関名を記載ください。また、特定の医療機関がない場合は、近年実績で最多の医療機関名を2～3ヶ所記載してください。紹介状等連携に関する様式を添付してください。

【問い合わせ・申請先】 〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ 電話 06-6941-0351(内 2545) / FAX : 06-4792-1722