

**厚生労働科学研究費補助金**

子ども家庭総合研究事業

生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む

統合的運用システムに関する研究

平成 16 年度研究報告書

平成 17 年 3 月

主任研究者 吉村 泰典

# 目 次

## I. 総括研究報告書

生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究	2
---------------------------------------	---

吉村 泰典

## II. 分担研究報告書

1. カウンセリングの供給体制の構築	6
--------------------	---

久保 春海

2. 海外生殖補助技術管理機構の検討	39
--------------------	----

石原 理

3. 生殖補助医療により出生した児の予後調査に関する研究	44
------------------------------	----

齊藤 英和

4. 生殖補助医療体系における設備、人的資源、消耗品使用の現状に関する研究	48
---------------------------------------	----

苛原 稔

柳田 薫

5. 生殖補助医療の遺伝学的安全性の検討 ～kallmann 症候群 4 家系の遺伝的および臨床的解析～	77
---	----

緒方 勤

6. 関連消耗品の安全管理	80
---------------	----

久慈 直昭

7. 提供者へのカウンセリング	99
-----------------	----

朝倉 寛之

8. カウンセリングをするにあたってのアセスメントの技法選択について ～「出自を知る権利」をもつ児へのカウンセリングのあり方についての検討～	109
---	-----

森岡 由起子

9. 生まれ来る子どもへの社会的支援	124
--------------------	-----

宮島 清

10. 配偶子・胚提供による親子関係への心理的支援	145
---------------------------	-----

岩崎 美枝子

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

総括研究報告書

生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究

主任研究者 吉村 泰典（慶應義塾大学医学部産婦人科教授）

（研究要旨）

我が国における生殖補助医療技術について、1) 安全性確保、2)（配偶子提供を含む）新技術をどのようになじませるか、3) クライアントへの情報提供・精神的支援の実施について、具体的な指針作成を最終目標とする基礎資料収集を試みた。第1に、各規模産婦人科医療機関の施設、設備、胚培養士などの人的資源、使用消耗品、同意書類などにおいて施設間の対応に差が見られ、設備の中に明らかにその設置が妊娠率と相関している機材もみられたことから、実効的なガイドラインを作成する必要がある。第2に、生殖補助医療の安全性については、継続的・網羅的な出生児の follow up 体制の整備が必要であり、本技術による不妊形質伝播という社会遺伝学的危険性をも考慮しての枠組みをつくとともにクライアントへの説明等を行う必要がある。第3に、クライアントへの情報提供・心理的支援を行うためには階層的で資格審査を含むカウンセリング体制構築が必要であり、とくに今後現実に普及することが確実視される配偶子提供では、子どもとそれをはぐくむ親との両者を考慮した支援体制が必要である。また出自を知る権利に関しては、提供から権利の発効まで15年という長期間の間に起こる提供者自身の状況変化も考慮しての慎重な対応が必要であり、配偶子提供の匿名化廃止を2005年度に実施する英国等で起きている状況を詳細に検討し、問題点の把握とそれを克服するための施策を含めて考察する必要がある。

分担研究者

久保春海

東邦大学医学部産婦人科第1産婦人科教授

石原 理

埼玉医科大学産婦人科教授

齊藤英和

国立成育医療センター周産期不妊診療科医長

苛原 稔

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部女性医学分野教授

柳田 薫

国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授

緒方 勤

国立成育医療センター研究部・小児思春期発達研究部研究部長

久慈直昭

慶應義塾大学医学部産婦人科講師

朝倉寛之

扇町レディースクリニック院長

森岡由起子

山形大学医学部看護学科教授

宮島 清

埼玉県所沢児童相談所ソーシャルワーク虐待対応担当課長

岩崎美枝子

社団法人家庭養護促進協会大阪事務所理事

## A. 研究目的

我が国における全出生の1%以上をしめ、さらに増加しつつある生殖補助医療の1) 安全性を確保しつつ、2) 配偶子提供など今後必要となりうる新技術をどのように我が国になじませるかを考慮し、3) クライアントへの情報提供や精神的サポートをどのようにおこなって全体の品質管理を行うかについて、必要な基礎資料を確保し、さらに具体的管理機構を提案することを目的とする。(本年度は基礎資料収集に主眼をおく。)

## B. 研究方法・結果

### A. 生殖補助技術の品質管理と安全性確保。

#### 1) 生殖補助技術の現状調査

平成15年度日本産科婦人科学会(以下日産婦)に登録された生殖補助医療実施584施設への無記名のアンケート調査により、設備機器の有無、人的資源(不妊看護婦、カウンセラー、胚培養士)、消耗品使用(培養液等)や同意書類の現状について、返答が得られた221施設について検討した。

培養施設・設置機器について、84.7%で専用の培養室を設置していたが、うち室内清浄度が手術室レベルの施設は47.9%、日産婦「生殖補助医療の実施施設の具備すべき要件と設備(平成12年)」に適合する培養室をもつのは37施設(16.7%)のみであった。混合ガスインキュベータを10.7%の施設で設置しておらず、設置していない施設群での平均妊娠率が8.2%、設置している施設群では24.0%と差が見られた。

人的資源について、不妊カウンセラー等が在籍している施設はそれぞれ40.5%、35.3%と低く、専任の不妊看護士の充足率も58.1%と満足できるものではなかった。胚培養士は166施設に在籍していたが、日本哺乳動物卵子学会認定胚培養士は88施設(39.8%)にのみ在籍していた。

生殖補助医療に使用する、卵子・胚培養液、試薬(顕微授精用試薬、胚凍結用液など)、培養用シャーレ、ICSI用マイクロピペットなど

の消耗品について、80%以上の施設で既製品を購入していた。移植胚は81.0%の施設が3個以下に制限しており、実施件数が比較的少ない施設であっても良好な妊娠率が得られていた。

#### 2) 生殖補助医療により出生した児の予後調査・生殖補助医療の遺伝学的安全性の検討

生殖補助医療の安全性に関して、幼児期・学童期の精神・情緒的発達をふくむ出生児の全国的な予後調査実現のために整備すべき機構とその問題点を、とくに体外受精で増加するといわれる一卵性双胎のリスク増加に着目して検討した。2001年治療分の調査では、体外受精・顕微授精における単一胚移植5861周期中、妊娠は641周期、このうちの多胎妊娠は双胎妊娠が18周期(2.96%)で品胎妊娠は1周期であった。体外受精・顕微授精を合わせた一卵性双胎の発生頻度(妊娠時)は、1994・95年(3.23%)と2001年で大きな変化はなく、いずれも我が国における一卵性双胎発生率0.4%と比較し高値を示していた。ここで生殖補助医療統計での「多胎」は妊娠時の診断であるが、分娩時で見ても2001年の一卵性双胎妊娠18例のうち転帰が双胎分娩と報告されているのは8例(1.25%)でやはり我が国における一卵性双胎発生率より高いものの、一卵性多胎19例中7例が予後不明であった。

生殖補助医療が不妊症の遺伝的素因を次世代に伝達する危険性について、単一遺伝子疾患であるKallmann症候群について検討した。下垂体性性腺刺激ホルモン製剤による生殖補助医療により妊娠・分娩に至った男性1例と女性2例すべてで、出生児の少なくとも一人に疾患遺伝子の伝播が認められ、さらに疾患遺伝子を受け継いだ出生児5名中3例で嗅覚異常・嗅球無形成・性腺機能低下等の表現型が見られた。

### B. 配偶子提供を含めた生殖補助医療におけるカウンセリング供給体制の整備

#### 1) 生殖補助医療におけるカウンセリング供

## 給体制の構築

生殖医療カウンセリングは大きく3つの段階に分けて考えられる。一次カウンセリングでは不妊や遺伝に関する医療情報提供とそのため検査手段、治療法の提示から、自己選択、自己決定への支援を行い、同時に社会心理学的立場からカップルの心理状況を把握するもので、不妊専門医、不妊専門看護師、不妊コーディネーターなどのチームスタッフで行う。二次カウンセリングは、一次カウンセリングでカップルの心理的支援が必要であると判断された場合に、生殖医療専門心理カウンセラー、どうしても専門カウンセラーに依頼できない場合には、一般臨床心理士が行う。さらに潜在性うつ病や重度の人格障害などが認められる場合には三次カウンセリング（精神科医など）へ移行するといった階層構造が現実的である。現在日本では不妊カウンセラー養成過程として、日本看護協会「不妊看護」認定看護師、日本不妊カウンセリング学会「不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター養成講座」があり、生殖専門心理カウンセラーについての公的機関による専門、認定制度は存在しないが、最近生殖医療専門臨床心理士を養成する目的で日本生殖医療心理カウンセリング研究会が発足し、今後、海外の不妊カウンセリング機構と協力して、資格認定制度を発足させる予定である。

### 2) 配偶子提供者の意識調査

平成10年から平成16年までに非配偶者間人工授精のため精子提供を行った男性120名にアンケート調査を行い、32通（27％）に返信を得た。子どもが自分の遺伝的な父親を知りたいと思うことについては67％が「仕方がない」と答えたが、「あなたの提供により生まれた子供が会いに来る可能性があるとしたら提供しなかったか？」という問いに対しては、「提供しなかった」が67％、「それでも提供した」が30％の回答であった。「提供は匿名のままの方が良いと思いますか？」の問いに、「匿名のままが良い」が88％であり、「提供により生まれた子供が会いに来る可能性があっても提供した」と答えた男性においても80％が「匿名のままが良い」と答えていた。

## C. 海外生殖補助技術管理機構の検討

我が国がこれから考慮せざるを得ない配偶子提供による生殖補助医療に関し、きわめて最近法的規制に改定がおこなわれた英国を中心に、法改定の背景とその影響を1) 現場の不妊症専門医師たちからの聞き取り、2) 生殖医療を管理するHFEAの担当者からの聞き取り、により調査した。英国における法改定の主要な部分は、従来匿名であった配偶子提供者について、2005年4月より、提供を受けた結果出生した子どもが18歳に達した時に出自を知る権利、すなわち配偶子提供者の個人情報を知る権利を認める、すなわち提供者を非匿名化したことにある。この改定により、4月以後、配偶子提供者の激減が予想され、医療機関に早期の治療を求めるカップルが殺到し、待機期間がきわめて長期化している。待機しなければならぬカップルに対してクリニックは積極的に海外における治療を選択肢として提示している。HFEAと保健省は配偶者提供者をリクルートするため、2005年1月から配偶子提供を勧めるキャンペーンを開始している。

## C. 考察

生殖補助医療の現状については、各規模産婦人科医療機関へのアンケート調査により施設、設備、胚培養士・不妊カウンセラー・コーディネーターなどのスタッフ、販売されている消耗品、インフォームドコンセントなどにおいて施設間の対応に差が見られた。この中には混合ガス培養器など、明らかにその設置が妊娠率と相関している機材もみられた。一方培養室について努力目標である日産婦の基準をみだす施設は20％以下であるが、技術の定着、既成消耗品（培養液など）使用により実施件数がある程度少なくとも妊娠率に大きく影響することはないことも示されている。今後、事実に基づく最低限かつ実効的なガイドラインを新たに作成することにより、クライアントがその住居や就業の有無、一子不妊であるかどうかなど様々な状況に合わせて生殖補助医療のサービスをいつでも受けられるような数の生殖補助医療施設を確保し、かつ

安全性と成功率を均質化する具体的枠組み構築を考慮する必要がある。

生殖補助医療の安全性については、出生児の follow up による検証と、不妊形質の伝播という社会遺伝学的リスクの実証という二つの面から検討を行った。第1に、生殖医療により一卵性双胎は増加すると考えられるが、日産婦集計のみでは妊娠後の経過が不明な症例が多く、今後必要となる二卵性一絨毛膜双胎の発生頻度調査や児幼児期・学童期の精神・情緒的発達を中心とする全国的な予後調査の長期の follow up 等を行うためには、資料を効率的・継続的に収集するための新たな体系作りが必要と考えられる。第2に、妊孕性に関連があり、また原疾患が不妊治療で治療可能である Kallmann 症候群責任遺伝子の児への伝播が証明されたことにより、生殖補助医療が次世代に変異遺伝子とともに不妊形質を伝達する危険性が実証された。今後このような社会遺伝学的危険性を考慮しながら患者への遺伝カウンセリングや配偶子提供を含めた多様な選択肢を有する生殖補助医療の枠組み構築を考慮する必要がある。

生殖医療におけるチーム医療体制において、階層的なカウンセリング体制とともに、認定制度を有する不妊カウンセラー、生殖専門心理カウンセラーの存在は必須である。資格認定制度を含めてこのようなカウンセラーを養成すべきであるが、生殖専門心理カウンセラ

ーについてはその需要供給とも一次カウンセリングに比較して少ないと考えられ、各医療施設ごとではなく、地域ごとに配置して巡回・派遣を行う体制が望ましいかもしれない。

出自を知る権利について、現在の我が国の精子提供者は子どもの感情を理解しながらも、それを現実に認めることには否定的である。とくにすでに家庭を持つ提供者からは「自分の家族内の平和が脅かされる」「葛藤を家族に誘発するかもしれない」と、家族関係の変化を懸念する意見が多く見られ、出自を知る権利を認めた場合提供者は減少し、またその特徴は変化する可能性がある。また、提供を行ってから 15 年という長い期間が出自を知る権利を子どもに認めるまでに経過しているため、提供者やその家族の状況の変化も考慮して、たとえ出自を知る権利を基本的に認めたとしても、実際に提供者を特定できるまでの情報を子どもに教えることは非常に慎重に行うべきであると考えられた。

生殖医療の海外の状況調査として、配偶子提供など、生殖補助医療に関連する新たな法的規制については、配偶子提供の匿名化廃止という我が国が一つの選択肢として考慮している方策を 2005 年度に実施しつつある英国で現在起きつつある状況を、その他の海外諸国で起きている状況と比較して詳細に検討し、問題点の把握とそれを克服するための施策を含めて考察しなければならない。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）分担研究報告書  
生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究

### 生殖補助医療(ART)におけるカウンセリング供給体制の構築に関する研究

The study of the enforcement system of counseling on assisted reproductive treatment.

分担研究者；久保春海 東邦大学医学部第1産婦人科学講座教授

#### 研究要旨

ART チーム体制の構築には必須の人的資源として施設管理責任者、生殖医療専門医、エンブリオロジスト（胚培養技術者）、生殖医療専門看護師、生殖医療コーディネーター、生殖医療専門心理カウンセラー、生殖遺伝カウンセラーなどの配置、および生殖医療に複雑に関連する専門的立場からのソーシャルワーカー（社会福祉士）、精神科医、心療内科医、弁護士などの顧問的な支援スタッフによって構成される。生殖医療カウンセリングの実施にあたっては、3段階のステップが考えられる；一次カウンセリングでは不妊専門医、不妊専門看護師、コーディネーターなどのチームスタッフが主体となる。2次カウンセリングでは、一次カウンセリングでカップルの心理的支援が必要であると判断された場合に、医師やチームスタッフなどの紹介により可能な限り不妊専門心理カウンセラーが行う。しかし潜在性うつ病や重度の人格障害などが認められる場合には三次カウンセリングへ移行するべきである。これにはメンタルヘルス専門医による本格的な心理療法や薬物療法が必要である。生殖医療専門心理カウンセラーはカウンセリング技術の訓練はもちろんのこと不妊症の病態生理、社会心理学的要因に関する理解が深くなければならない。わが国では生殖専門心理カウンセラーについての公的機関による専門、認定制度はまだ存在しない。一部の民間会社による私設認定が問題化している折り、早急にこれらの専門資格を認定する公的制度の発足が望まれる。最近、唯一専門家レベルの生殖医療専門臨床心理士を養成する目的で著者を代表世話人とした日本生殖心理カウンセリング研究会 (<http://www.repro-psycho.org/>)が発足した。今後、米国のMHPGや国際不妊カウンセリング機構(Int. Infertility Counselling Organization; IICO)とも協力して、同研究会によって資格認定制度も発足させることになっている。ART施設のチームの中にカウンセラーが組み込まれることは、チーム内のスタッフによる知識や経験の学際的交換を容易にすることと同様に、心理的問題を抱えたカップルがカウンセリング・サービスに容易にアクセスすることが可能である。また、ART施設外の独立したカウンセラーはART施設の利益や思惑に関係なく独自の判断で、不妊症とカップルの抱える心理的苦悩を別々の疾患単位とみなすことでカウンセリングを実施できる。また患者の心理情報に関する守秘性を伝達、管理することをより容易にすることが出来る。それは患者側のカウンセリングに対する高い動機づけを保証するものである。

## A.研究目的

ART は不妊症に対する生殖補助医療手段であり、その技術の大部分は医療行為であるが、医師単独で実施するには余りにも複雑な患者背景や社会心理的要因がからみ合っている。ARTの実施は不妊カップルや近親者に社会的、経済的そして肉体的影響を、そして生まれてくる子供にとって両親の選択した治療手段の合理性や出自の開示に関する心理的影響を与え易い。また第三者生殖による非配偶者の卵子提供、精子提供の場合には、提供者、受容者間の社会的、経済的力学が働くことによる、さらに複雑な要因が介在する。このような複雑な問題点を医師のみで短時間で解決手段を考え、カップルに説明して同意を得ることは不可能であり、ARTを受けようとしているカップルの抱えるこれらの諸問題に今後どのように対応するかが、不妊カップルに対して思いやりのある患者中心の医療 (patient-centered care) と心理的カウンセリングの重要な課題となる。このようなカウンセリング体制を構築するために重要な主体を成す人的資源とそのシステムについて検討する。

## B.研究方法

本邦における生殖医療のカウンセリング体制の現状を主に著者が主催する日本生殖医療心理カウンセリング研究会でメンバーとともに検討し、諸外国における現状をヨーロッパ生殖医学会(ESHRE)および国際不妊カウンセリング機構 (IICO) の代表者らと面談して、海外における生殖医療のカウンセリングシステムの現状を調査した。それ以外の部分は

主に文献的に検討することにより、さらに本邦においてあるべき姿について検討した。

## C.研究結果および D.考察

### 1:ARTにおけるカウンセリングの意義

ART は1978年に英国で初めて体外受精 (IVF-ET) 児が誕生して以来、この25年間で急速な進歩を遂げた。日本産婦人科学会登録調査小委員会 (委員長;久保春海) の平成16年度の統計によれば、ARTを取り扱う施設はわが国では640施設以上、ART治療周期は年間7万周期、ARTによる出生児は年間14,000人以上であり、これによる累積出生児数は約10万人を超えた。また140万組のカップルが不妊であると云われており、これはわが国の生殖年齢人口の約10%である。不妊治療は薬物療法、内視鏡手術そしてARTの最近の進歩、技術改良によって、これらの不妊治療を受けているカップルの70%は妊娠が可能であると云われている。しかし現代の不妊医療では、挙児が得られる、得られないに関わらず、不妊カップルの夫婦—家族関係と将来の人生設計について、カップルがどう考えているかという社会心理的要因において、彼等の人生観の全ての側面にかかわりを持っていかなければならない。ARTプログラムに参加したカップルは、ARTそのものがしばしば人生において経験する最もストレスの強いもののひとつであると感じART治療前に強い不安を感じ、ART治療後には、妊娠成立に至らなかった時に深い悲嘆(grief)にくれるのである。このgriefは、ART治療費の補填されない高コストと、ART

がカップルにとって不妊治療の最終的手段であるという強い自覚によってより増強される。不妊症に立ち向かうカップルにとって、これによるストレスは無数の感情的表現（感情の嵐）のひとつとして表れ、しばしば長引くものである。この持続するストレスに伴い、不妊症には罪悪感(stigma)、不安、緊張した人間関係、うつ状態および疎外感の感情が加わる。したがって不妊症治療を受けようとしている、あるいは受けているカップルがこのような状態に陥った場合、彼等を精神的に支援(mental support)することが最近、生殖医療に関わる医療従事者(チーム)にとって重要になってきている。このような心理的支援サービスを提供する業務が可能なスタッフの知識・経験は、メンタル・サポートを提供するさまざまな場面で非常に重要である。不妊医療の急激な技術革新はともすれば治療方針選択の際、不妊カップルを混乱の坩堝に追い込んでしまうであろうし、新しい技術を追求する必然性にこだわり過ぎて、カップルは強迫観念にとらわれてしまう可能性もある。これからの ART は技術水準の向上も大切だが、ART を適用すべきか否か、どのような ART が必要なのかなどの選択の際に、その手段が患者の Quality of life (QOL) に与える利点や影響を十分に考慮していかなければならない。ART は不妊医療として、その操作の大部分は医療行為であるが、医師のみで実施するには余りにも複雑な背景や要素がからみ合っている。ART の実施は患者夫婦や近親者に社会的、倫理的そして経済的影響を、そして生まれてくる子供

に対し心理的影響を与え易い。

このような複雑な問題点を医師単独で短時間で解決方法を考え、カップルに説明して同意を得ることは不可能であり、ART を受けようとしている患者の抱えるこれらの諸問題に今後どのように対応するかが、患者夫婦に対して優しい friendly ART の重要な課題となる。これからの ART 施設におけるチーム医療の側面から役割分担が見えてくるであろう。生殖医療施設では、カップルの社会心理的要求に対応することを意図しなければならない。そのためには、患者中心の心理的ケアが不妊治療の全経過を通じて提供されることによって達成される。また生殖心理カウンセリングの基本的な目的はクライアント（相談者）が選択した治療方法を理解し受け入れて、自律的選択に際して十分な心理的サポートを提供し、不妊症に立ち向かう健康的で合理的な対処法を取り込むことが出来るようにすることである。また不妊ケアの全人的アプローチとは、治療効果を改善して、カップルの満足度を増加させ、負の社会心理的反作用を減少させて、よりよくカップルが不妊治療経験を受け入れられるように援助することである。不妊症の治療経過は、不妊カップルが出入りを繰り返す期限のない周期的医療とみなされる。そのプロセスは、1周期毎に治療開始で始まる被治療的な関係から、受けた治療の結果と評価により満足感か絶望的感觉を味わって終わる。治療周期における各々のステップはその目的とセットで特有な問題点を包含しており、各ステップでの独特なコミュニケーション技術を必要とする。

不妊医療チームでは治療周期の各々のステップで情報提供と社会心理的ケアを実施するスタッフの準備が整っていないなければならない。すなわち、不妊カップルの置かれた立場を十分に理解し、尊敬し、安心させる目的で、患者との初回インタビューでは、患者の要求に適う支援環境を提供することが重要である。また初回面談では、しばしばカップルは当惑や羞恥感情を克服することができない場合がある、その場合匿名でカップルを扱うことも必要である。そのような患者中心のケアが治療転帰を評価し、治療選択権を考慮した不妊医療プロセスの各ステップにおいて、ARTプログラムに十分に組み込まれていることが重要である。

不妊専門医は、社会心理的ケアが患者との関係を通して、患者ケアに組み込まれるようにするために全チームの中で重要な役割を果たす。ほとんどの場合、医師が不妊患者をメンタルヘルスケア専門家に紹介するにもかかわらず、患者カップルはその医師にすべてを依存することが多い。このため医師もまたその患者カップルのカウンセリングに関与し得るということである。しかし社会心理的ケアの内容は、国家、法律、宗教や社会環境の規範に従い不妊施設ごとに異なる。患者中心のケアは、不妊専門クリニックで医師、看護師らが日常の診療の一部として提供する社会心理的ケアであるが、心理カウンセリングは特定の理論に基づく心理学的介入(psychological intervention)を行うことが中心となる。したがって患者中心のケアが不妊医療チーム全体のメンバーにいつでも課せられるのに対して、

心理カウンセリングは資格のある生殖心理カウンセリングの専門家によって行われなければならない。この両者のケア手段がART施設で利用できることが重要である。たとえば患者中心のケアは医療情報に対するカップルのさまざまな疑問に答えることから、陰性の妊娠反応のような苦痛の出来事に対して心理的サポートを提供することへ変化する。不妊医療施設ではカップルにとって有用な社会心理ケアサービスを提供することによって患者中心のケアの全体的なレベルを向上させることが出来る。例えば、患者は説明内容を要約した書類、ビデオテープ、PCメモリーなどで提供される関連情報、心理的影響に関する対処法などに関する視覚的情報を望んでいる。この目的で不妊患者同士のネットワークにおいて他の不妊患者と共有することができるような情報交換手段も有用である。他の医学的介入法としては、電話ホットラインやインターネットによる医学的、社会心理学的相談ではそれらの匿名性とアクセスのしやすさのため、不妊カップルにとって有用なサービスである。不妊相互自助グループはお互いがサポートを提供することで、カタルシスが得られ正常化する機会を通しての情報源でありえる。したがって不妊医療施設では、カウンセリングホットラインと自助グループへのアクセス方法の詳細を提供できるようにしなければならない。またART施設はこれらのホットラインや自助グループを後援し、グループ活動を通してこれらのサービスを維持するように支援しなければならない。他方、メンタルヘルス専門家による

心理カウンセリングは患者の不安定な心理状態に対処することを目的とする。心理カウンセリングでは、個人あるいはカップルを対象にしたカウンセリングまたはチームスタッフや専門的な支援グループを含めたグループカウンセリングを行う。カウンセリングの内容は、各患者の治療法選択によって異なる可能性があるが、通常少なくとも一定の医療情報と包括的カウンセリングおよびとくに必要と認められた場合にサポート治療的カウンセリングを含む。治療的カウンセリングが挙児希望に反して目的が叶えられないことの感情の嵐の結果の理解を必要とするが、医療情報と包括的カウンセリングは、カップルに対して選択した治療法ごとに異なる社会心理的テーマを確実に理解させることに焦点が集中させるべきである。スタッフによる患者中心のケアと心理カウンセリングの根本的な相違点は、カウンセラーの心理学的訓練レベルの違いである。不妊専門心理カウンセラーの資格認定は、日本生殖医療心理カウンセリング研究会などの学際的専門団体または厚生労働省のような政府組織によって認定されるべきである。誰がカウンセリングをしなければならないかという基準の同意がまだ出来ていないので、カウンセラーは心理学、社会福祉、カウンセリングなどの精神医療専門職訓練と同様に基礎的な生殖医学の訓練を受けていなければならない。全ての不妊医療チームのスタッフは患者中心のケアを提供する能力を持ち、常時提供することが出来るが、心理カウンセリングは専門的に訓練された精神衛生専門家(mental health

professionals)の資格を有する者だけが提供すべきである。カウンセラーと協力チームの間で対処する必要がある実際的な問題として、カウンセラーが治療方針決定のための患者評価やスクリーニングに関与すべきかどうか、そして、カウンセラーは不妊施設から独立して働くべきか、クリニック環境の範囲内で働くかなどがある。

不妊カップルのなかで心理カウンセラーによるカウンセリングを必要とするのは社会や家族環境にもよるが、全体のほぼ20%程度であると考えられている。そこで心理カウンセリングを受けることで利益を得る可能性がある不妊カップルを三つのグループに分類することができる。第1のグループは、初回カウンセリング時に大多数のカップルに認められる、不妊治療によって非常に高いレベルのさまざまな苦痛を経験した患者群である。苦痛は、さまざまな病態(例えばうつ病、不安)で呈される可能性があるが、管理するのが非常に困難であることが一般に認められている。このような苦悩する患者群が専門のカウンセリングを受ける患者グループの大きな割合を形成しているが、全ての不妊症患者の約20%程度に過ぎない。カウンセリングの目的は、苦痛の原因によって変化するが、潜在性うつ病などによる苦痛のために誰かを危険にさらす可能性がある個人的特徴や、失敗した治療周期、多胎児減胎術などによる心理的苦痛を起こす可能性がある状況はカウンセリングの対象となる。患者の生活環境が不妊症の負の効果により、傷付きやすい状態になる可能性があ

る。すなわち、不妊症は婚姻関係の範囲内で夫婦の社会的結びつきと絆を強化する傾向があるが、それは逆に夫婦の性的関係に悪影響を及ぼすこともある。苦痛の原因に関係なく、高い苦悩の状況に置かれた患者に対するカウンセラーの仕事は、そのような苦悩の内容が患者によって具体的に表現され、その原因を調査する支えとなって安心させる環境を提供することである。また、治療的支援(therapeutic support)の焦点は患者の苦痛を理解して、薬物や心理療法により苦痛に対処する手段を見つける支援をして、それまでの不健康な対処パターンを変え、新しい方法を認識させることである。カウンセリングで利益を受けるクライアントとしての第2のグループは、親になることを達成する目的のために提供配偶子、代理出産あるいは養子縁組に求めているカップルである。いわゆる第三者生殖は、通常の配偶者間不妊治療に含まれるカウンセリングの問題点以上に、心理的、感情的な問題を引き起こす可能性がある。第三者生殖に関係する鍵となる心理的問題が存在するのが、このグループである。

そのような問題点の中には、個人やカップルが提供配偶子の使用において出自に関する開示の問題の準備ができていないかどうかを心配している。家族や友人に知らせるべきかどうか、そして、出自が最終的に子供に話されるべきかの問題について、治療前によく話し合う必要がある。開示することを選択したカップルのために、どの程度子供に生物学的起源について話すべきか、また両親の選択した治療

法に対する子供の反応を取り扱う際の最善の方法についても議論する必要がある。また片親だけが遺伝的に児と関係があるという事実についても子供に伝え、カウンセリングする可能性についても述べる。また、提供配偶子の全てのレシピエント(受容者)は、提供者の存在が明らかでない場合と、匿名の提供者を使用する利点と欠点を話し合う機会を有しなければならない。特に提供者が親友または親族である場合、レシピエントとドナーの社会的環境力学に与えるさまざまな影響についてカウンセリングによって対処しなければならない。

第三者生殖でのもう一つの問題点は、提供者自身が提供を続行するべきかどうかを自己決定するためにカウンセリングを必要とするかどうかということである。提供者は匿名性などのプライバシーに関して、配偶子を提供するべきかどうか決定する前に、その施設の方針に関する情報を知らされなければならない。

第三者間生殖において提供者は、卵巣刺激、麻酔、採卵操作という本人の身体に侵襲的な手段を受け入れなければならない。その結果、大部分の提供者はこのような侵襲を受け入れる気持ちがある他の不妊症の女性か、レシピエントとの親密な関係にある、近親家族(例えば姉妹)や友人などである。

これらの場合では、カウンセリングによって提供者への過度の圧力(例えば親族間力学や経済的圧力)がなかったことを確実にしなければならないし、提供者となることでの健康リスクの十分な理解を得られるようにしなければならない。卵

子分与(oocyte sharing)プログラムによって卵子を提供する予定の不妊カップルは、それらの提供卵子のレシピエントが妊娠して、自分が妊娠しなかった場合の感情的混乱に備える必要がある。カウンセリングによって利益を得る患者の第3のグループは、医学的適応よりむしろ社会環境要因のために不妊医療サービスを希望する人々である。このカテゴリーに属するグループは未だわが国においては問題にならないが、諸外国において、独身女性またはレスビアン女性が提供精子による非配偶者間人工授精(AID)を希望する場合、また男性同性愛者が代理出産を希望する場合などがこのカテゴリーに入る。これらのグループもまた、すでに議論された一般的問題点以外に、社会的な不妊(Social infertility)に特有な他の問題にも取り組まねばならない。独身女性の多くが生殖年齢の終焉に達する頃に、子供が欲しいが、適切なパートナーがいないので、生殖医療サービスを利用することを希望する。さらに独身女性に関連する問題は、シングルマザーになった場合の社会的、財政的な不利に直面する可能性であろう。生殖サービスを利用する独身女性またはレスビアンにとって、彼等の選択した人生に対して heterosexual な他人が考える負の反応と同様な児の反応（例えば故意に父親のいない存在、同性愛嫌悪）などが出生児の心理的要件として考慮する必要がある。不妊患者の治療による結末はそれぞれ患者で異なるにもかかわらず、治療は全ての患者にとって一定の期間で終了となる約 70%のカップルはなんらかの治療に

よって妊娠が成立する、ほとんどの患者にとって妊娠成立は幸せで喜ばしいイベントであるのに、不妊女性の年齢が妊娠の経過に若干の影響を持つ場合がある。多くの女性は最初、妊娠成立の現実を信じるのに多少時間がかかるであろう。そして妊娠が流産に終わるか、胎児が何らかの異常があるのではないかという恐れを抱く可能性もある。しかし大部分のこれらの感情は妊娠の事実の確固たる保証（超音波診断による胎児心拍の証明など）と時間の経過につれて妊婦自身で解決できるが、児の出生という現実はさらに育児に関する母性能力についての精神的不安定な時期を引き起こさせる可能性がある。また不妊治療後の妊娠では多胎の場合が多いが、多くの多胎妊婦は更なる負担を感じるであろう。妊婦は多胎児の生物学的発育年齢が同じであるが故に、同じ保育量を全て平等に必要とする双児や三胎児の育児のために、医学的かつ社会的に困難な家族関係に対処する準備をする必要がある。妊娠の目的が達成できなかったカップルは、養子縁組を通して親たることを達成しようとする。カウンセラーは、カップルにとって養子縁組が彼等のための適切な選択であるかどうか、正當に評価し支持するだけでなく、彼らが遺伝的に繋がった児に対する実現されない願望といかに妥協するかを支援しなければならない。養子を選択したカップルが父母性への心理的転換を図るには特別な要素を持っているので、これらはカウンセリングによって解決していかなければならない。これ以外の妊娠が達成できなかった

たカップルにとっては、治療の終わりは単純に人生のひとつの目的の終了ではない。これらのカップルが、親たることの目的が叶うことなく治療を終了することを決断するためには時間的経過と精神的支援が必要である。不妊患者としての過去は、育児の追求に自然の摂理によるエンドポイントを与えるために生殖年齢の終わりを認識することがひとつの根拠であった。

しかし、現代の生殖技術の進歩は生殖年齢を超えた妊娠の理論上の可能性があるのに、治療終了を決定しなければならないようになってきている。カウンセラーは、これらの患者が明らかに子供のいない人生へ転換するのを援助することや、カップル自身の新しく成し遂げている人生設計を綿密に遂行するのを支援していかなければならない。

## 2) チーム ART の具備すべき要件

チーム ART の具備すべき要件はまず施設、設備、装置などのハード面が、日本産婦人科学会の提示する生殖医療施設としての一定の基準を満たしていることが必要である。第2に、人的資源としてチーム ART の施設管理責任者、生殖医療専門医、エンブリオロジスト（胚培養技術者）、生殖医療専門看護師、生殖医療コーディネーター、生殖医療専門心理カウンセラー、生殖遺伝カウンセラーなどの配置がチーム医療にとって必要条件であり、スタッフの氏名、資格、役割分担などを明確に示すことが必要である。ART は近年その技術的向上につれて、操作手順や器具の簡略化がすすみ、採卵(OR)、移植(ET)に関しては外来ベースで実施

されるようになってきた。このため採卵室や移植室を使用しない場合もあるが、基本的には無菌的な採卵室と移植室兼 ET 後の安静室が必要である。またチーム ART にとって不妊患者の心理面やニーズを考慮した採精室やカウンセリング・ルームも設置するべきである。不妊カップルの夫側に不妊原因がある場合、男性機能に対する羞恥心をいだき心理的に追い詰められている場合が多い。このためプライバシーのないトイレや鍵のかからない病室などで採精させることはしばしば採精不能になることが多い。またプライバシーの面からも患者側からクレームが付きやすい。不妊カップルは心理的に不安定な状態にあり、特に難治性不妊症で ART しか育児希望を叶える手段がない場合、その心理的な抑圧は強い心理的ストレスとなる。さらに治療に長期間を要し、精神的、肉体的、経済的負担を負わなければならない。また ART で妊娠してもその子供の将来や生い立ちの問題をどう説明するか、どのような取り扱いを受けるかという葛藤にも直面する。このような複雑な社会心理学的問題の相談に応じ、解決するためにカウンセリング（コーデイネーティング）ルームを設置して、家庭的な雰囲気の中で生殖医療チームの医師、カウンセラー、コーディネーター、生殖医療専門看護師と患者の信頼関係を深めるとともに、医療や心の悩みに対する精神的支援・日常生活に対する相談相手となることが必要である。またカップルが勇気と自信を持って治療を受けられるように、医師、エンブリオロジストは ART の種類、方法、適応、

成功率、副作用などについて十分に説明し、ARTに対して正しい知識と認識が得られるように啓蒙することも必要である。これらの目的を達成するためには患者夫婦のプライバシーを出来るだけ尊重して、予約制で十分に面談できる専用の個室を用意しなければならない。

不妊カウンセリングは予約制で通常カップルを個別に行う。待合室では出来るだけ他のカップルや妊婦などと分離したコーナーを設けるなどの配慮も不妊患者の心理面を考慮する上で重要である。

3) チームARTの構成メンバーと役割  
チームARTに関わるメンバーとしては、不妊カップルを中心として、生殖医療専門の高度な知識と経験を持つ医師、看護師、コーディネーター、エンブリオロジスト、カウンセラー（生殖心理、生殖遺伝）を主体として、心療内科医、神経科医、メディカル・ソーシャルワーカー（MSW）、弁護士などで構成される（図1）。生殖医療従事者の技能水準は技術や知識の研修環境と一定の資格認定制度により保たれるが、日本では現在生殖医療に関する医師、看護師、エンブリオロジストに関しては日本不妊学会、日本看護協会および日本哺乳動物卵子学会がそれぞれ認定を行っている。

#### ①生殖医療専門医師の役割

生殖医療専門医の認定は日本産科婦人科学会による産婦人科専門医の認定を受け、その後 subspeciality としての生殖専門医の資格取得が不妊学会などで検討されている。しかしこの認定は不妊（生殖内分泌）専門医であって、ARTに限定したのではなく、ARTの実績が無くても不

妊全般の知識があれば取得可能となるようである。また現在は日産婦専門医であれば、一定の臨床経験基準に達したART登録研修施設で指導医についてARTの研修を行えば倫理委員会内登録・調査小委員会に施設登録を申請することが可能である。このため個々の施設でARTに従事する医療チームの技術水準はまちまちであり、カップルにとってARTにより挙児を叶えられる高い能力（機会）を有する医療チームのいる施設であるかどうかを判断する選択基準は何も示されていない。ARTのQOLの向上のために、たゆまぬ努力と技術研修は必要であり、さらに信頼される医療者-患者関係を築くためにもチーム医療は必至であろう。ART施設の管理・実施責任者および実施者は高度な生殖医学の専門的知識と技術経験を積んだ医師でなければならない。ART施設における医師の役割はARTチームの責任者であり、倫理的、社会的責務を十分に理解していなければならない。また生殖医療行為自体は医師の領分なので、ART全体における調節卵巣刺激(COS)、採卵(OR)、胚移植(ET)などの実施や説明義務は医師の役割である。不妊カップルの多く（約70%）は、挙児を得る合理的な可能性を有しているが、それ以外のカップルは挙児を得る可能性が非常に低い。場合によっては目的を達成することが出来ない。このような場合、カップル自身が治療限界をどこに置くかを決定しているにもかかわらず、医師から他の治療法を提案され、その成功のあすかな予想を言われると、挙児に対する努力を終了するのが困難となる。そのよ

うな状況は、クライアントと医師の間で矛盾する利益を共有する場合に可能性がある。すなわち不妊カップルは挙児を得るために出来るあらゆる努力をするための医学的手段について、自主的な決定をすることに意欲を持っている。他方、医師側は患者に与えるリスクを最小化することと、失敗する可能性の高い不妊治療を提供することに対するカップルの欲求不満を出来るだけ避けようとすることに意欲的である。予後不良な不妊因子（高齢、卵巣因子など）を有するカップルが不妊治療を始めようとして、あるいは治療を継続しようとして、主治医から治療の成功率が非常に低いか、あるいはほとんど無いことの説明を受けた時、医師とカップルの間にしばしば誤解が生じる可能性がある。このような場合、チームスタッフはクライアントの治療の現実的有用性（エビデンス）以上の期待に対して対処しなければならなくなる。医師はクライアントと治療計画を選択する際に、自身の利益を最初に考慮するあまり、低い成功率の予測に基づく不妊治療を医師が拒否する可能性がある。しかし治療を開始するか、拒否するかについての決定は、常に患者中心(patient centered)でなければならない。予後が非常に不良と考えられる不妊カップルの治療を拒否しても、ART施設における成功率の向上が保証されるわけではない。カップルが予後不良と予測される不妊因子を持っている時、治療開始以前に医師やチームスタッフによる徹底的な話し合いをすることは患者/医療者相互信頼関係の構築にとってきわめて望ましい。このために不妊治

療プログラムの中に、予後不良と考えられるカップルをどのように取り扱うかについて方針を導き出すためのマニュアルを作成しておかなければならない。

## ②生殖医療専門看護師の役割；

ART プログラムに参加する不妊カップルの考え方が多様に変化するにつれて、生殖医療専門看護師の役割は日々進化し多元化している。これらの多次的な看護の役割の範疇には、医療者、コーディネーター、教育者、カウンセラー、研究者および専門家としての高度な技術も含まれる。そして、そのような専門技術には、生殖生理学、内分泌学と不妊症の専門知識の基礎が含まれる。このような高度の技能・知識が要求されるため、生殖医療専門看護師は看護職（看護師、助産師、保健師など）の有資格者で5年以上の実務経験があり、生殖医療に3年以上従事した者で資格認定を管理する機関が定める所定の研修を受けた後に認定審査（書類審査、および筆記試験）を合格した者とする。最近、日本看護協会では不妊認定看護師制度による専門看護師の養成が行われるようになった。患者夫婦に対する不妊治療の説明や医療相談(medical consultation)は医師、専門看護師、生殖コーディネーターがチームとして行うべきであるが、不妊の現状に不安を抱くカップルにカウンセリングを必要とする状況(表1)では、心理的支援のためのカウンセリングは生殖専門カウンセラーの役割である。したがって、説明スケジュールにそって生殖医療チームがそれぞれの役割範囲の中で説明義務(accountability)を果たす必要がある。医

師の説明後にその意味を理解しているかどうか確認し、場合によっては追加、補足説明を行いカップルが十分に理解出来るように支援する。また生殖医療専門看護師はコーディネーターとして治療スケジュールの調整やインフォームド・コンセントの受け取りと保管、患者からの質問に常時対応出来るようにカウンセリング・ルーム（相談室）の環境整備の役割もある(表2)。

### ③ART コーディネーターの役割

生殖医療の実施にあたり医療提供者側と不妊カップル・親族間の、あるいは不妊医療チーム内の機能が円滑に働くようにメンバー相互間のコミュニケーションを図り、カップルが安心して治療を受けられるようにしなければならない。このために医療情報提供、検査・治療手順の案内、各カップルのスケジュール調整・管理のような役割が重要であり、またチームスタッフとのコミュニケーションを取りチーム内の意思統一を図るためのコーディネーションする役割も必要である。さらにカップルおよび家族の心理的、肉体的不安などに対して生殖医療専門看護師、カウンセラーとともに支援する必要がある。このためチームの組織構成、メンバーの氏名、役割、相談方法などの情報を前もってカップルに知らせておく必要がある。生殖医療専門コーディネーターは専門的教育を受け、知識、技術、人格ともに患者カップルから信頼され、治療に関する相談を安心して行える必要がある。このため資格 background として看護職の資格を有し、不妊看護認定看護師か、それに準ずる教育・実務経験がある者が望ま

れる。

### ④エンブリオロジストの役割

エンブリオロジスト（胚培養技術者）は採卵された卵子の選択、培養、採精、媒精、胚培養、胚凍結保存、培養室の管理・整備などを医師の監督の下で行う。また、経験を積んだエンブリオロジストはICSI（顕微授精）の実際の操作や装置の準備、保守点検なども行う。また必要があれば医師の要請により、患者に得られた卵子数、成熟度、精子の状態、受精卵の数、質のグレード(Veek 分類など)、選別した移植胚の状態やラボ・ワークなどについて、エンブリオロジストが直接説明することが出来る。このような役割をこなすためには生殖生理、生殖内分泌、発生学などの十分な基礎知識と豊富な経験が必要であり、平成13年度より日本哺乳動物卵子学会で臨床エンブリオロジストの認定試験が行われるようになり、すでに300人弱の認定エンブリオロジストが活躍している。

⑤生殖医療専門心理カウンセラーの役割  
難治性不妊症では不妊期間が長期に及ぶことで妊孕性がさらに低下し、不妊カップルは精神的に不安や抑圧を感じるようになる。このような患者に対して医師は生殖医療専門カウンセラー（臨床心理士）に心理テストやファースト・インタビュー（初期面談）を依頼して、その患者がARTによる不妊治療を本当に必要としているか、どのような不妊医療が適しているか、また妊娠成立して挙児を得た時に育児が可能かどうかを慎重に判定しなければならない。心理テストや判定成績は生殖医療カウンセラーが職務として保

管と生殖医療チームへ開示の権限を有している。最近の不妊カウンセラーの仕事は、単に患者夫婦への精神的支持、教育を提供するのみではなく、不妊という慢性疾患に苦悩する患者さんの良き相談相手になることがもっとも必要である。また、生殖医療チーム全員とカウンセラーはそれぞれ専門範囲における責任分担において、いかに協力してやっていくかについて良く話し合う必要がある。生殖医療カウンセリングには3段階のステップが考えられ、それぞれの段階で役割分担をする(表3); 一次カウンセリングではいわゆる生殖医療相談も含まれ、不妊医療の情報提供とそれによる検査法、治療法の自己選択、自己決定への支援および社会心理学的立場からカップルの心理状況の把握などである。一次カウンセリングは不妊専門医、不妊専門看護師、コーディネーターなどのチームスタッフで行う。2次カウンセリングでは、一次カウンセリングでカップルの心理的支援が必要であると判断された場合に、医師などの紹介により可能な限り不妊専門心理カウンセラーが行う。しかし、どうしても専門カウンセラーに依頼できない場合には、一般の臨床心理士でも可能である。これにより心理学的面談、心理分析、サポートセラピーなどが行われる。しかし潜在性うつ病や重度の人格障害などが認められる場合には三次カウンセリングへ移行すべきである。これにはメンタルヘルス専門医(神経科医、診療内科医など)による本格的な心理療法や薬物療法が必要であり、挙児希望の目的は治療効果の専門的判定によって継続か、中断かが判

断される。もしカウンセラーがARTプログラムに適したカップルの選択や治療順序の決定にも関わることがチームから要求された場合、何故そのカップルが選択され、他のカップルが選択されなかったか、明確な心理学的選択基準を設定しておく必要がある。選択の経過および結果は詳細に文書化しておけば、不妊カウンセラーと医療チームメンバー間で誤解が生じる余地はほとんど無いであろう。またARTチーム内の専門範囲の役割分担において、カウンセラーの責務と、どのような仕事をするのか、どのような支援を提供できるのかを、明確に患者カップルに告知しておく必要がある。またカウンセラーは患者夫婦が不妊治療法の自律的選択をする際に、もっとも適切な選択が行えるように支援をすることも大事であり、カウンセラーが患者にどうすべきかを指示的に告げてはならない。また患者がARTプログラムから心理学的問題によって除外された場合には、除外理由の合理的な説明が必要であり、このような困難な説明こそカウンセラーの定番である。近年、わが国でも臨床応用が議論されている第三者生殖の場合には卵子提供者、受容者ともにそれぞれ適格であるかどうか医学的、心理学的チェックを受けなければならない。わが国でも第三者生殖の実施が容認されるようになれば、より複雑なICを得るための説明が必要となる。このため生殖医療心理カウンセラー、遺伝カウンセラーなどの専門家の養成が急務であろう。また法的に有効な卵子提供契約や承諾書が必要な場合や法律問題が発生した場合、生殖医療の

専門的知識を有する弁護士も嘱託として依頼しておく必要がある。生殖医学領域に働いている不妊カウンセラーにとって重大な関心事はそれぞれ遺伝、妊孕性そして、提供卵（胚）、代理母、借り腹などの場合における産みの親、育ての親、遺伝子上の親としての保育義務の問題、出自を知る権利などについてであろう。また生殖医療に携わるメンタルヘルス専門家には近年、ART の患者や技術に関する責任領域の限界がどんどん拡大されつつある。最近の ART の技術的革新、すなわち未婚男女の配偶子凍結保存、死後採卵や採精、着床前診断(PGD)、クローン、細胞質・核移植、また社会性不妊では事実婚カップルに対する ART、高齢不妊・遺伝病保因者・同性愛者婚への ART、減数手術などは非常に複雑な倫理的難問を提示しているように思われる。(表4)

#### ⑥生殖遺伝カウンセラーの役割

1.ARTの進歩と遺伝カウンセリング；  
ART の進歩は染色体異常や遺伝子変異個体で本来自然には妊孕能を有しないか、極端に生殖能力の低い患者の配偶子（未熟生殖細胞を含めて）あるいはドナーを使って ART を実施することによって、挙児を得ることを可能にしている。このことは生まれてくる次世代にも、親と同様な遺伝的障害が伝播する可能性があることを示している。両親のどちらかが遺伝子変異を有していると、その異常は次世代に継承される場合がある。たとえば、Klinefelter 症候群、Turner 症候群、Yq microdeletion などは自然界では妊孕性が低い、ART によって挙児を得ることが可能である。このような妊孕性に

関わる遺伝性疾患の患者あるいは保因者に ART を実施する場合、事前に生殖遺伝カウンセラーにより次世代に対する影響を十分に説明して、生まれてくる子供の立場にも可能な限り配慮が必要であることを理解させなければならない。

#### 2.遺伝カウンセリングの非指示的立場の重要性；

遺伝相談は今までは正しい確定診断と妊孕能力を含めたリスクの説明に重点がおかれていたが、現在の生殖遺伝カウンセリングでは、カウンセリングを受けるクライアントが正しくじょうきょう現状を理解しているかどうかを確実にすることに重点が置かれている。遺伝的にハイリスクな妊娠であっても、子供を持つことを望んでいるカップルに対して、ある特定の方向性を指示したり、忠告したりする必要はない。米国遺伝相談センターの調査でも、クライアントに対して非指示的なアプローチに基づくカウンセリングが一般的であった。しかし多くの生殖遺伝専門カウンセリングの臨床的経験のない医師はしばしば指示的なアドバイスをするので、生殖遺伝カウンセリングにおいて、この非指示的アプローチが一般的ということは驚くべき状況のように考えられるかもしれない。実際、遺伝カウンセリングにおいて、クライアントに挙児を期待しないようにとか、不妊治療によって妊娠した女性に対して妊娠中絶しなければならないというような指示的なアドバイスをしている多くの事例が未だに報告されている。クライアントはなぜそのようなアドバイスが与えられたか、または、生まれる子供の遺伝的リスクが

どれくらい大きいか説明が不十分なため、このようなアドバイスに対して大きな葛藤と苦痛を感じる。医師および遺伝カウンセラーが次世代の生命の存在を左右するアドバイスをクライアントにすることは職務範囲を逸脱する行為であり、クライアントは自律的決定権を持つということを再確認するべきである。生殖遺伝カウンセリングでは、遺伝的リスクについての単純な説明のみでなく、次世代以降の妊孕能力や個体の正常性、生存性に関する短期的、長期的予後の明確な説明が必要である。いずれにせよ、指示的なカウンセリングがしばしば逆効果になることは明白な事実である。しかし遺伝相談に来訪するカップルのなかには自律的決定が出来ずに、クライエニー（生殖遺伝カウンセラー医師）に指示されることを希望する場合がしばしばある。そのような申し出は、起きることが予想される深刻な状況を直視することが出来ないか、またはカップルにおけるパートナー間の深刻な意見の相違のために生じやすい。このような場合、遺伝相談を受けたカウンセラーが指示的なアドバイスをしないのは間違っているかもしれない。またカウンセラー自身が生育し、社会生活をする環境要因は、必然的に遺伝カウンセリングの方向性や導き出される決定に影響を与えるであろう。非指示的カウンセリングが遺伝相談の中心教義(central dogma)になってはいるが、漠然とした遺伝情報やリスクの説明に対する言い訳的な説明や、明確な決定に達することが困難になるような多くの選択肢を提示するために、非指示的カウンセリングの技法

を用いてはならない。

クライアントのカップルはしばしば生殖決定をするためにカウンセラーのサポートを必要とすることがある。しかし非指示的カウンセリングの重要性はカップルがある程度許容範囲内の決定を行おうとしている時に、遺伝カウンセリングを実施しているカウンセラーではなく、クライアント自身がその決定に主に関与するということがある。カウンセラーは一般的に共通した正しい、あるいは誤った決定は存在しないし、その決定がクライアント自身の特定の状況にのみ当てはまる正当な判断でなければならないということを、クライアントに理解させるようにすることが重要である。また遺伝カウンセラーが特定の治療結果に関して成功や失敗を自身の基準によって判断しないことも重要であり、さらにクライアントの決定が何であっても、その決定によって帰結する状況に関して、クライアントを含めた家族に対するあらゆるサポートが生殖医療チームによって与えられることも重要である。手紙や電話などの間接的情報によるカウンセリング依頼の場合、直接面談することなくカップルがどんなアドバイスを求めているのかを判断しなければならない。それらの問い合わせにつながっている本当の問題が何であるか、そして、言及されなかった更なる根本要因があるかどうかしばしば決定するのが不可能である。したがって不十分な、あるいは誤った情報がクライアントに与えられる可能性があるため、深刻なリスクと解釈されたり、状況を誤解される恐れがある。このため間接的な手段による保