

因者と血縁者からの生殖遺伝カウンセリングに関する問い合わせは、主治医を通して遺伝カウンセリングの専門クリニックの受診予約を手配するように忠告すべきである。同じ方針は、訪問保健師、MSW、その他の医療関係者からの問い合わせにも共通する。

3. 生殖遺伝情報メディアの応用；

生殖遺伝カウンセリングでは第一に、アドバースされたクライアントが話された内容について本当に理解したかどうかできるだけ明らかにしなければならない。その理解度の中には危険度推計だけでなく表現形の程度も含まれる。カウンセリングの面談時にしばしば、情報がどれくらいよく理解されていたか知ることが出来る。しかし、さらにこれを第三者によって再確認しておくことは必要である。熟練した看護師またはコーディネーターはカウンセリング終了後にカップルがクリニックを退出する時、別の話題を話合っている際に、カップルは与えられた情報のほとんどを忘れるか、誤解していることにしばしば気が付かされる。したがって定期的にカウンセリングしてフォローアップするシステムの構築は、これをチェックして初回インタビューで与えられた遺伝情報を支持するために役立つであろう。さらに、危険度推計を含むカウンセリング内容を要約したパンフレットをカップルに持たせることも重要である。とくに一部のクライアントは記憶力が非常に乏しかったり、あるいはカウンセリングの時期が、例えば第1児が流産または死亡した直後のような不適當な時期である場合に記憶喪失や誤解される可

能性がある。遺伝カウンセリングの際に必要なことは、クライアントが利用できるさまざまな測定手段による完全で正確な知識を持たなければならないということである。多くの場合、これらはカウンセリングにおける統合された部分としての付帯事項を必要とする。さらに生殖遺伝カウンセリングを必要とする生殖医療の選択肢として養子縁組、AID、ドナー卵子による第三者生殖などがある。生殖遺伝相談のために来ている多くのカップルは、何らかの方法で能動的なサポートを必要とする。すなわち遺伝相談で伝えられる情報が重大な結果であればあるほど、サポートを必要とする可能性がある。また最近遺伝や *de novo* な染色体異常によって流産を繰り返したばかりで、次の妊娠の危険度も高いことを聞かされたクライアントの場合、重症抑うつ反応はまれでない。この状況でカップルが信頼できる医師、生殖遺伝カウンセラーは最善の安全装置であるだろう、また、熟練したMSWもしばしば正確にサポートを必要としているカップルを判断することができる。サポートは遺伝の側面に全く無関係な問題のために必要な場合がある。遺伝相談は心理カウンセリングとは別の範疇であり、特定の状況を目的として心理的治療をするというものではない。遺伝相談に従事する多くの医療スタッフは心理療法やそれに関連した分野の特定の訓練を受けてはいない、しかし、心理カウンセラーと密接に協力することで、カウンセリングスキルに貢献することができるし、相談家族全体の取り扱い方がスムーズになり、遺伝相談の通常の活動が

治療的ですらありえるようになる。遺伝相談にかけられる時間は重要な因子であるが、心理的カウンセリングの訓練を受けていない人でも、このような場合に心理的支援に貢献することは可能である。また深刻な心理的問題を抱えるカップルを紹介するために、心理カウンセリング分野で熟練した同僚を持つことも非常に重要である。

⑦メデイカル・ソーシャル・ワーカー(MSW)の役割

ARTの発展は、さまざまな新技術の選択肢をカップルに提案し、カップルは挙児の夢を捨てきれずに次々と新しいARTにチャレンジするようになる。このためカップルに社会的、経済的負担が重くのしかかる。MSWがこのようなカップルの相談にのり、支援するために新しい仕事場が提供されるようになった。不妊症は、その個人に不安、混乱と苦悩を与え、不妊カップルにその経験を共有することをもたらすであろう。難治性不妊症の場合、とくに治療期間が長期化するほどARTのための治療実施回数は、カップルに物理的に、経済的に、そして感情的にストレスを感じさせるであろう。ARTを受けることで患者にとって経済的負担や夫婦関係、家族関係が重荷になる場合、あるいは出産後の保育の不安などMSWにいつでも相談出来ることについても説明しておく必要がある。

2) 生殖医療専門心理カウンセラーの資格認定

生殖医療専門心理カウンセラーになるにはカウンセリング技術(counseling skill)の訓練はもちろんのこと不妊症の病態生

理、社会心理学的理解が深くなければならない。この資格認定は各国の社会環境によって異なり、英国のように国家資格が与えられるものから、米国のように米国生殖医学会(ASRM)のなかの精神衛生専門家グループ(MHPG)によって推薦されている資格の必要条件などがある。その資格条件とは；①心理学または社会学などの学科における卒業単位の取得、②臨床心理士認定資格、③不妊症の病態生理、社会心理学に関する教育、④最低1年間以上の生殖医療現場におけるカウンセリング経験、⑤認定卒業研修プログラムに定期的に参加すること、などとなっている。一方、英国では生殖医療カウンセラーの最低条件として；①社会科学の認定資格か、または②社会学教育・訓練中央協議会(Central Council of Education and Training in Social Work)において同等の認定資格を得るか、③英国カウンセラー協会の認定、④公認心理学者(Chartered Psychologist)、などが必要であるとしている。他の国ではまだ明確な資格条件が規定されていない、単に医学の不妊以外のどの分野でも臨床心理カウンセラーの資格があれば良いことになっている。しかしドイツなどでは医療全般に精神神学的、社会心理学的アプローチを取り入れるために心理的訓練を開業医のカリキュラムに課したり、多くの分野の医療チームに専門のカウンセラーを参加させる試みを行っている。生殖医療における専門カウンセラーの国際的に共通した資格基準は未だ設定されていない。しかし、生殖専門カウンセラーは少なくとも精神衛生学(mental

health)の訓練を受けていて、不妊症の医学的、社会心理学的側面に関する訓練を受けた専門家でなければならない。

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、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、すでに第2回の研修、学術集会を終了した。今後、米国の生殖精神衛生専門家グループ(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で資格認定制度も発足させることになっている。

3) カウンセラーの配置

①施設内カウンセラーの場合；

ART 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・サービスにより容易にアクセスすることが可能である。しかしカウンセリングによって得られた患者に関する情報をチーム内のメンバーに公開する場合、どの範囲まで提供できるかを前もって協議しておく必要がある。また秘守義務の観点から、チームのメンバーには治療上必要がある場合、カウンセリングによって得られた情報を提供する場合があることを説明し、同意を得ておかなければならない。患者中心のケアを行う看護師やコーデ

ネーターなどのチームメンバーの場合はカウンセラーと異なり患者に関する個人情報が少ないので、ケアの範囲は多少制限されるであろう。

カウンセリングに関する費用は本来自費払いであり、チーム内カウンセラーの場合、カウンセリングに紹介される患者カップルの立場によって異なるであろう。カウンセリング費用が治療費の中に含まれているならば、多くの患者が気軽にカウンセリングを受ける機会が増えると思われる。しかし、カウンセリングが目的に対する利益に繋がらない患者にとっては割高になる。

②独立カウンセラーの場合；

ART 施設外の独立したカウンセラーであれば、不妊症にともなう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して、患者に守秘性を伝達することをより容易にすることが出来る。また独立カウンセラーは通常カウンセリング料金を独自に請求することが出来る。これはある程度、どんなカップルがカウンセリングにアクセスすることができるかについての決定要因となるが、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。

4) チーム ART に必要な IC とは

①医学的 IC；

生殖医療、不妊治療の進歩は多岐に分化し、複雑化しており、その側面で患者が治療法の選択に関して自律的選択 (autonomy) に混乱が生じることも多い。自己決定権は患者のライフ・スタイルにおける選択の問題であり、生殖補助医療である ART を最初から患者に押し

付けるべきではない。ARTを指示的に選択させた結果、患者夫婦に時間的、経済的なストレスを与え、さらに最終的手段であるARTで妊娠不成立となった場合の失望感は、患者に生きている希望を失わせることすらある。何が患者の福利にとって最善であるかは、彼等自身が最も良く理解しているという観点から、治療を受けるか否か、どのような治療を受けるかは個人の価値観に基づく自律的決定権の問題であろう。生殖医療の実施に際しては、このような不妊患者の置かれた立場、社会的、心理的問題点と治療の特殊性をふまえた上で、生殖医療専門医には現在の不妊医療水準に則した、十分な説明義務と同意にもとづくICの取り交わし義務が求められている。またICを得るための説明に関する具体的な内容の補足には生殖コーディネーター、エンブリオロジスト、生殖医療専門看護師なども立ち会うべきである。ARTの種類、方法、目的、内容、そしてそのARTが何故選択され、患者にとって何故必要かもそのARTを選択しなければ代替手段はなにかを説明する。また成績や予後、次世代に対する影響は全く未知数であることを患者に十分説明したうえで同意を得る必要がある。ARTを希望し、かつその適応が認められる不妊夫婦に対してART医療チームは治療周期に入る前に、ARTの内容（原理、適応、種類、方法、禁忌）とそのARTによって期待される成功の可能性（採卵率、受精率、移植率、妊娠率（異常妊娠率を含め）、生児獲得率）、代替え可能な手段などを十分に説明する。またこれまで報告されてきた医学的問題

点、すなわち、ART操作にともなう副作用、卵巢過剰刺激症候群（OHSS）発症の危険性などの起こりえる可能性のある合併症についても説明する。（表5）またARTによる受精卵の異常と自然淘汰率、移植胚数と移植率の関係、高い多胎率と外妊・流産率、染色体異常と奇形児の発生頻度なども説明しなければならない。また当該施設での具体的な治療成績や担当生殖医療チームのART治療経験などについて十分に説明して相互に信頼関係を確立する。さらに生殖医療コーディネーターは本治療が現行の保険診療の適応外にあるため、私費診療扱いとなる旨を説明しておく必要がある。ARTの費用は各施設によって異なるが、概略20～40万円位が平均的負担分である。そのため患者はARTを受けようとする施設での成功率、すなわち何回ARTを受ければ挙児を得られるかというコスト・パフォーマンスを真剣に考えるようになる。この点からすればASRM（アメリカ生殖医学学会）の米国内における年間生殖医療報告と同様に、日本でも各ART施設ごとに施設名と治療実績を一般に情報開示すべきであろう。しかしこのような実績を開示するにあたって注意しなければならないのは、各施設ごとの実績を報告する場合、移植胚数、患者の年齢や不妊原因も成功率を左右する重要な因子となる。したがって、その施設の実績を患者に情報開示する際に、これらの要因を考慮した情報を提供しなければならない。バイアスのかかった数字のマジックによる治療成績の提示のみで施設を選択させることは注意しなければならない。ART

治療周期では COS 期間を含め長期の通院が必要であり、ART に要する日数や休養期間等も夫婦に十分説明する必要がある。ART では人為的な手段にたよらざるを得ない部分が多く、このため多くの薬剤、器具、装置が必要となる。生殖医療専門医と生殖医療専門看護師は ART に使用される薬剤として GnRH アナログ、clomiphene, hMG, hCG, 麻酔剤、培養液、血清、アルブミン、代用血清 (SSS)、プロゲステロン剤、ピル、抗生剤などの必要性、使用量、使用期間、副作用の有無と種類などを説明し、特異体質の確認もしておく。とくに排卵誘発剤投与にともなう卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) の発症がしばしば問題となる。GnRHa・hMG・hCG で COS を行う場合、OHSS の初発症状、管理方法、検査、治療、予後 (とくに血栓症などの重篤な合併症の危険性) などをよく理解させ、IC を得ておく必要がある 3)。必要とする器具と操作法の問題点としては点鼻薬剤注入法、皮下注、筋肉注射、麻酔操作、採卵操作、培養方法、ICSI、ET などがある。とくに採卵操作時の副作用 (出血、腹腔内感染) などや麻酔による副作用などは、いったん帰宅後に重篤におちいる場合があるので、症状をよく説明し十分な IC が必要となる。ART 治療後の妊娠に際し偶発合併症として流産、子宮外妊娠、多胎妊娠、先天異常児などが問題となる。不妊治療後にはこれらの確率はやや上昇することは統計上明らかであり、これらについても十分な説明が必要となる。とくに流産率は自然妊娠では 15% 前後であるが、ART 後妊娠では 23% 程

度となる。これらのうち約 60% は受精卵の染色体異常であり、ART 胚の自然淘汰の結果とも解釈される。したがって、先天異常児の確率はやや上昇するという報告と、変わらないという報告がある。これらの医学的説明と IC をとることは担当医師、生殖医療専門看護師、生殖医療コーディネーターの役割である。これらの情報提供により ART による不妊治療の同意が得られたならば、所定の同意書にカップルの両者が了解した旨を記入させその書類を保存する。この同意書は治療の説明とその承諾が得られたことを記録するためのものであり、法的拘束力は無く患者夫婦になんら不利益をもたらすものではない。担当医師は治療開始後のどの段階にあっても、患者カップルの両者もしくはどちらか一方から中止の申し出があれば、ART チームと計りただちに治療を中止しなければならず、また逆に、担当医師もしくは ART チームのメンバーにより治療継続困難と判断されれば、慎重に協議のうえ、場合により治療は中止されるべきであろう。

②心理学的 IC

不妊医療チームのメンバーがカウンセラーに患者を紹介する場合、患者カップルの同意を得ておかなければならない。カウンセラーは患者が紹介されてきた場合、カウンセラーの役割、カウンセリングの目的、手段などについて予め説明して、守秘義務や他のチームメンバーから治療に必要なカウンセリングで知りえた情報の提供を求められた場合には公開する可能性があることも同意を得ておかなければならない。この IC は医学的 IC とは別

に心理カウンセラー自身が説明してカップルの同意を得なければならない。これらの IC の管理や保管はカウンセラーの責務と権限の範囲である。

5) わが国におけるチーム ART の現状
最近、少子高齢化がクローズアップされているが、その一方で子供を産みたいのに産めないことで悩んでいる不妊カップルも少なくない。20歳から45歳までの生殖年齢にある夫婦の10組に1組は子供ができない悩みを抱えており、その数は140万組に及ぶとも云われている。さらに近年、晩婚化、生殖年齢の女性の子宮内膜症の増加、あるいは青年男子の精子数の減少傾向など不妊症の底辺は広がる兆しを見せている。これに対して日本における ART 実施登録施設数は600以上であり、全産婦人科施設数の約5%にしか過ぎない。この中で、IVF、ICSI および受精卵凍結保存を実施している施設のうちで各々79%、70%、88%は治療周期数が年間100周期以下の小施設によって占められている。したがって、ART 登録施設に従事する平均医師数も5人以下が53%と半数を占め、エンブリオロジストも0~1人であるのが全施設の53%と半数以上を占めている。これに対して、わが国における不妊と考えられるカップルの割合は約140万組であると推定される。このうちで現在実際に不妊治療を受けているカップルは厚生省生殖補助医療技術研究班によれば285,000人程度であり、不妊カップルの約5人に1人に過ぎない。このような現状に鑑みて、不妊治療の現状および不妊カップルの抱える問題点について、真剣

に実情を考える必要が生じている。ART 施設の抱えている問題点としては、ART の適応、検査、治療の標準化（クリニカル・パス）がなされていないため、各施設によって不妊カップルに対する治療指針がまちまちであることである。また、地域により ART の進歩に対する情報不足や、小規模施設のためマンパワーの不足などによる ART の限界があることもあげられる。また、生殖医療は日進月歩であり、技術的な改良が急速に進んでいるのに対して、わが国の ART 施設の対応は立ち後れている感じがする。不妊カップルが ART を受けるか否か、また受けるとしたらどのような施設で受けたいかについて、決定する要因はその妊娠率や生児獲得率（Living Birth Rate: LBR）ばかりとは限らず多岐にわたる要因が考えられる。不妊カップルにとって何度も ART を受けることは、多くの時間と労力、金銭的、肉体的、精神的な浪費を招くことになる。したがってカップルはこの治療を開始するにあたって、慎重に適正な判断を下さなければならない。当該施設の治療成績はもとより、地理的要因や設備内容、さらに治療選択や継続にあたって常に心理面のサポート・サービスをしてくれるスタッフやカウンセラーが居るかどうかなどが重要な選択の基準となるであろう。

6) 不妊カップルからみた ART 施設の現状

ART 医療チーム側と不妊カップルの考え方の大きな相違点として、不妊治療を受けようとしているカップルはその治療によってカップルの心の傷(stigma)とな

っている不妊原因を探求し治療によって治癒して、妊娠したいと望んでおり、当然、ART 医療チームはそのように努力してくれると思って治療を受けようとする。しかし ART 医療チーム側ではカップルの第 1 目的は挙児を得ることが主であり、不妊原因に対する探求や治療よりも手っ取り早く妊娠させ、健常児を出産させる事がカップルの希望に合うと思いついてある事である。ART に関する情報提供の不足やカップルに対する心理的無理解や誤解から、しばしばこのような葛藤が起り易い。特に各施設ごとの ART の治療内容や治療成績はカップルにとって ART を選択するか否か、あるいはどこで ART を受けるかという施設選択の場合の重要な情報であるが、米国の CDCP (Center for Disease Control & Prevention) が公表しているような、各施設ごとの詳細な治療成績は日本ではまだ公表されていない。(表 6) しかし日本産婦人科学会倫理委員会、広報委員会ではどのような生殖医療に関する情報開示が実情に適しているか現在検討中である。不妊患者は不妊に関する情報不足以外にも精神的、肉体的、経済的に様々な問題を抱えている。不妊治療によって被るであろうと予想される肉体的苦痛には COS、OR、OHSS、腹腔内出血、感染、その他の副作用がある。これらの肉体的苦痛を被る者は、たとえ不妊原因が男性因子によるとしても、女性であるという事である。不妊治療の有効性 (治療成績) に関する比較統計によれば、IVF・ET や ICSI では平均 4～5 回に 1 回の妊娠率であり、ART によって挙児を得ようとす

れば経済的な負担も大きくなる。各施設ごとの IVF の費用の違いでは、ほとんどの施設 (63%) で 20～40 万円を患者に自費負担させている。このためほとんどのカップル (78%) は貯蓄やボーナス、あるいは給料をはたいて費用を捻出している。このため、著者らは日産婦人科・生殖内分泌合同委員会の依頼を受け ART を保険収載した場合の点数を試算してみた。この結果、AIH, IVF・ET, ICSI の全てを含めた年間のわが国に於ける ART に必要な費用は 31 億点 (約 310 億円) であり、年間のわが国の総医療費約 30 兆円の 1,000 分の 1 を占めてしまう計算になる。したがってわが国での年間 ART 実施数の全てを保険適応する事は不可能であり、これに代わって助成金制度が行われている。しかし、少子化が深刻な社会問題になりつつあるわが国にとって、子作りを支援する施策は重要である。わが国の ART 出生児数は年間総出産児数の 1.3% 強に達している。他の不妊治療による出生児数を加えれば年間数%に達しているはずである。したがって、不妊治療に対する経済的な面での子作り支援はわが国の将来に対する施策の急務であり、不妊患者の負担を軽減する重要なポイントである。昨今、ART のさらなる展開が社会的、倫理的議論を呼んでいる。高齢出産、代理懐胎、人クローンや ES 細胞などが身近にとらえられてくるようになった。これらの先端生殖医療の是非に対するアンケート結果では、現在すでに行われている IVF・ET や ICSI に対しては、ほとんどの人が肯定的であり、代理懐胎に対しても 50% 前後

の人は肯定的である。しかし、技術には人類の福祉と有益性が伴わなくてはならない。テクノロジーの優先は必ずしもヒトの QOL に繋がらないものであり、ともすると血の通わない医療になってしまう。不妊カップルで精神的ケアの必要性を感じた人、およびカウンセリングを受けた事実のある人は合計 51% と半数以上に及んでいる。(図 2) 先端的医療テクノロジーはそれを実施する事で何が可能なのか、どこまで出来るのか、またそれをすることによって何が起きるのかを十分に考えて、個人の権利と義務および社会全体の福祉と人間性をどこで調和させるかを議論し、解決する必要がある。

E. 結論

ART の急速な進歩と不妊治療の技術革新に対して、我が国の一般社会はもとより、不妊夫婦でも不妊医療に関する基本的認識が不足しているのが実情である。したがって、本邦で一般社会にこの技術が公然と認知され、不妊医療として適用範囲、操作方法や生殖倫理が是認され、社会的コンセンサスが得られるにはまだ程遠いものがある。古来、わが国では健康な男女が結婚すれば、当然両性とも妊孕性を有しており、子供が生まれるのを当たり前のこととして受け止められてきた。しかし、不妊夫婦のほとんどは、見掛け上は全く正常な健康人であり、本人も認識していないのに妊孕性を欠いている場合がほとんどである。この事が不妊症は疾病の分類中に入らないという意見を持った人の論拠になっている。結婚、妊娠、出産という図式が家族、親族、友人、近所では当たり前で成立しているの

が一般社会であり、そんな環境で思いも寄らず不妊症と診断され、さらに ART 技術が必要な状態であると医者に説明されたら、このような社会状況から生じる、不妊夫婦へのストレスは計り知れないものがある。(表 7) このためには社会や周囲の環境から受ける心理的抑圧の排除のための支援や不妊の心理的、将来的影響に対するカウンセリングが大事である。不妊治療を受けるかどうかは患者の自律性に委ねるべきであるが、不妊治療に対する患者夫婦の希望を聞き、どのような選択肢があるか、またどのような代替案があるかなどについて、前もって医学的立場から相談にのり、支援していかなければならない。このためには生殖医療専門医やコーディネーター、専門看護師による **medical consultation** が必要である。その後患者夫婦が治療方針の選択や決定に戸惑いを感じている場合には、生殖医療に関する知識に十分精通した生殖医療カウンセラーなどによる心理的支援が必要になってくる。このためには生殖医療専門のこれらの職種の認定制度の発足が望ましい。また不妊治療を受けたくない場合や、不妊治療を終了しようかどうかの選択に迷い、不安を感じている患者カップルには子供のいない健康生活への支援も必要である。生殖に関する女性の権利として、妊孕性を有する女性には生む権利と生まない権利が **プロダクティブ・ヘルス/ライツ** として保障されている。したがって不妊女性にも当然不妊治療を受ける、受けないという自律的決定権が保障されるべきであり、ART の進歩が社会的偏見を惹起し、不妊女性へのプ

レクチャーとなって自律的決定権を侵害するような事があつてはならないと思はれる(表8)。生殖医療におけるチーム医療体制の重要性に基づき、認定制度による生殖専門心理カウンセラーの存在は必須である。しかし、各施設でカウンセラーを配置するには、わが国における臨床カウンセリング事情そのものが未熟であり、社会的、経済的課題もある。このため行政施策による地域ごとの独立した生殖医療心理カウンセラー制度の発足が期待される。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1、論文発表

1. 久保春海：不妊カウンセリングマニュアル(久保春海編) p43~p71 メディカルビュー社

2.久保春海：生殖補助医療に関する登録施設の具備すべき要件と設備、日本産婦人科学会登録小委員会会告、p1・6,1999

3.日本産婦人科学会倫理委員会内登録・調査小委員会(委員長；久保春海)平成16年度調査報告書

4 久保春海：生殖医学史よりみた生殖補助医療、新女性医学大系、第16巻「生殖補助医療」(担当編集)久保春海、中山書店、p3・16,1999

2.学会発表

1 久保春海：不妊患者の心理とカウンセリング、高知県医療情報課講演会、高知市、2002.1.28

2 久保春海：少子化社会と不妊医療、横浜市産婦人科医会講演会、横浜市、2002.2.28

3 久保春海：少子化社会と不妊医療の役割、葛飾産婦人科医会、東京、2002.5

4 久保春海：月経関連症候群の女性心理学的ジェネオロジー、第1回月経関連医学研究会
東京、2003.3.29

5 久保春海：生殖補助医療における心理カウンセリングの役割、第1回日本生殖医療心理カウンセリング研究会、東京、2004.2.15

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

図1；不妊医療チーム構成スタッフ

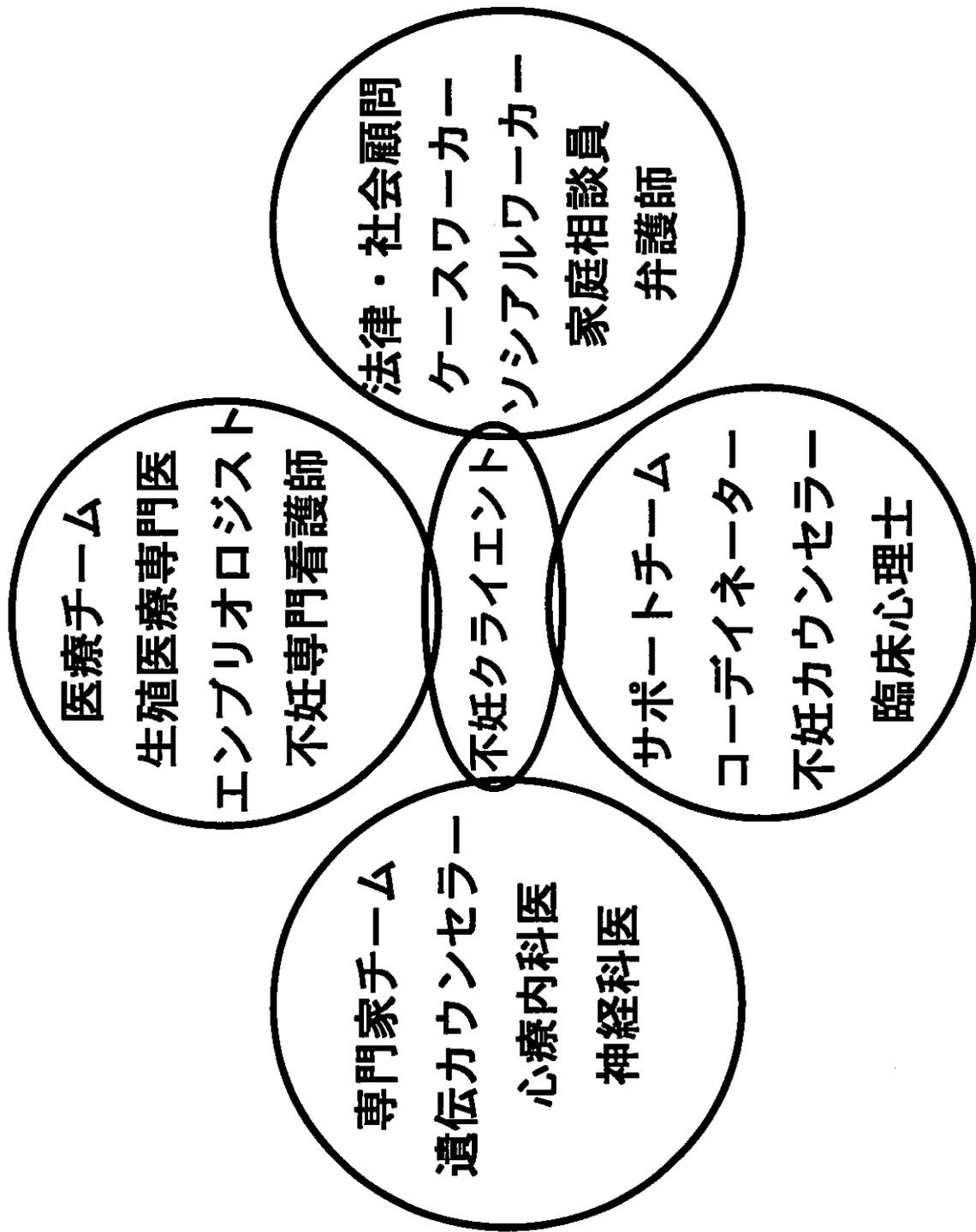


図2 精神的ケア

カウンセリングを受けたいか？

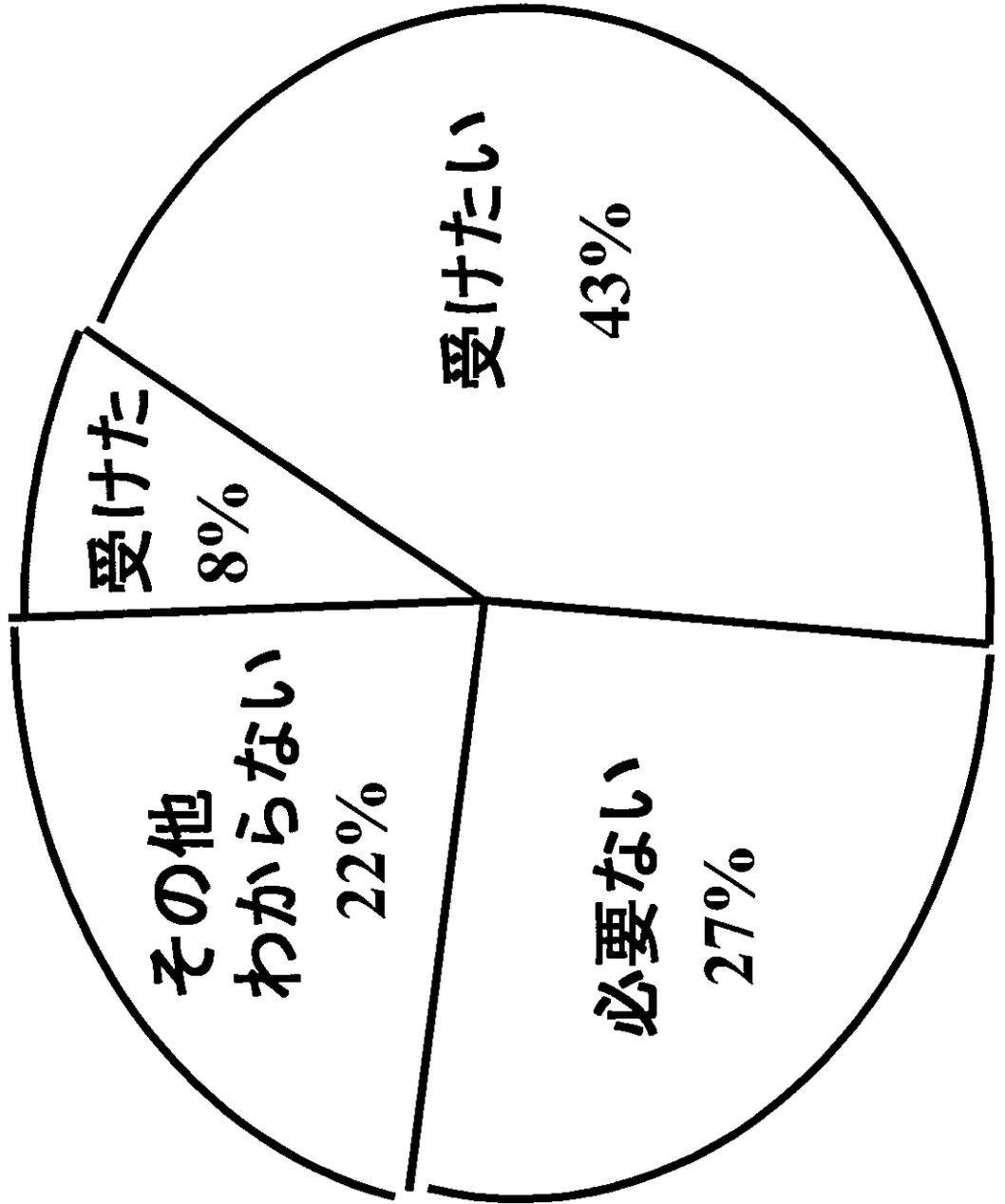


表1 カウンセリングを必要とする状況

- 不妊の診断決定
- 長期不妊、原因不明不妊、難治性不妊
- 妊娠不成立周期の悲嘆
- 多胎、異常妊娠（流産、子宮外妊娠、奇形等）
- 治療方針の変更時
- 鬱状態、ホルモンバランス
- 家庭問題、夫婦間トラブル、離婚問題
- 治療終了時期の自己決定、子供のいない生活の支援
- 不妊後の妊娠、出産、育児支援

表2 カウンセリング業務

- 情報提供
- 自己決定支援
- スクリーニング
- 心理学的分析・評価
- 面接
- 精神療法（カウンセリング）
導入、受容、保証。説得、終結
- 教育・啓蒙

表3 不妊カウンセリングの役割分担

1. 一次カウンセリング（医療相談）

**医療上の情報提供、自己決定支援、心理状態の把握
不妊専門医、不妊専門看護師、コーディネーター**

2. 二次カウンセリング

問診、心理分析、心理的支援

認定不妊専門カウンセラー（臨床心理士）

3. 三次カウンセリング

心理療法、薬物療法

メンタルヘルス専門医

表4 特殊なカウンセリングを必要とする場合

- 遺伝病の着床前受精卵診断(PGD)
- 未婚男女の配偶子凍結保存
- 事実婚カップルに対するART
- 精子、卵子／胚提供による非配偶者間ART
- 代理懐胎、借り腹
- 高齢不妊・遺伝病保因者・同性愛者婚へのART
- 細胞質移植・核移植（卵子若返り）
- クローン類似胚の不妊治療への応用

表5 不妊医療による肉体的リスク

• ホルモン剤	• OHSS
• 注射／採血	• 血栓・血栓症
• 麻酔処置	• 腹腔内出血
• 採卵操作	• 感染
• 腹腔鏡検査・GIFT	• 腸管損傷
• 頸管操作	• 子宮障害
• 胚移植操作	• 悪性腫瘍

表6 不妊医療に関する社会的要因

- 不妊医療に関する公共的情報・説明不足
- ART以外の選択肢の情報提供不足
- 流れ作業的（非人間的）治療経過
- 各施設ごとの提供医療内容・治療成績が公表されていない
- 治療不成功時の原因説明・対応の不足
- リスクや副作用の説明・対応の不足

表7 不妊カップルの問題点

- 1. 不妊であることの心理的要因**
- 2. 不妊医療に関する社会的要因**
- 3. 不妊医療による肉体的要因**
- 4. 不妊医療の経済的要因**

表8 生殖に関する女性の権利

(リプロダクティブ・ヘルス/ライツ)

妊孕性を有する女性

生む権利 → 妊娠・出産

生まない権利 → 避妊・人工妊娠中絶

不妊女性

生む権利 → 不妊治療を受ける権利

生まない権利 → 不妊治療を受けない権利

厚生科学研究費補助金（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

海外生殖補助技術管理機構の検討

分担研究者 石原 理 埼玉医科大学教授

（研究要旨）生殖補助医療に関連する法規制の行われているヨーロッパ諸国における生殖補助技術管理機構による運用システムの実態を知るため、第三者配偶子を用いる生殖医療に関連する法の改定がきわめて最近に行われたスウェーデンと英国で調査をおこなった。その結果、多様な価値観をもつカップルに対し選択の余地を残した制度確立に向けての努力と、メディアや NGO の協力による総合的取り組みの必要性が明確になった

共同研究者
出口 顕 島根大学法文学部教授
岡垣竜吾 埼玉医科大学産婦人科
講師

A 研究目的

生殖補助医療に関する規制および管理体制には、各国において大きな多様性があり、それぞれの歴史的経緯などをもってその現状をある程度説明することができる。

日本において生殖補助医療の統合的運用システムを検討するに際しては、したがって海外諸国の現況と現状

にいたる経緯について、子細な調査を行うことが有意義と考えられる。この調査は法制度、法規制など明文化されたものにとどまらず、より現場に近い調査をおこない、システムの運用実態とその現場における受け入れを、事実に基づいて評価するものでなければならない。

そこで、今回世界に先駆けて生殖補助医療に関する明確な法的規制と管理を施行してきたヨーロッパ諸国のうち、第三者配偶子を用いる生殖医療に関連する法の改定が極めて最近に行なわれたスウェーデンと英国において調査を行った。