

ような施設で受けたら良いかについて、決定する要因はその施設の妊娠率や生児獲得率 (Living Birth Rate; LBR) などの、医療的要因ばかりではなく、多岐にわたる社会的、心理的要因が考えられる。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っている。

2:生殖医療のカウンセリング体制に関するスタッフの役割

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、それぞれの段階でスタッフは役割分担をする。通常、わが国の生殖医療におけるカウンセリングの実施内容は、一次カウンセリングが殆ど (77~80%) である。2次カウンセリングを受けるクライアントの割合は約20%であり、3次カウンセリングは0~3%程度となる。

①一次カウンセリングとして、初回面談では、大部分の相談内容は主に生殖医療相談の範疇にはいる、不妊医療の情報提供とそれに基づく、これからの検査法、治療法の自己選択、自己決定への支援が重要な部分を占める。さらに、それ以降の面談において、ラポール(信頼関係)形成が得られれば、社会心理学的立場から、過去の不妊治療の経験に基づくカップル

の心理状況の把握なども重要である。したがって、生殖医療に関する集約的な立場が要求される、一次カウンセリングにおける生殖医療相談の分野では、不妊専門医、不妊専門看護師、コーディネーター、エンブリオロジストなどのチームスタッフで行う。ART施設における生殖専門医師の役割は医療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)などの医療行為の実施や説明義務は医師の役割である。不妊専門看護師は、生殖医療スケジュールにそって、専門看護師として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、その内容や意味をクライアントが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。生殖医療コーディネーターは、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・管理も重要な

役割であり、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。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。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（Veck 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、カップルの心理状態を把握した上で説明をする必要がある。生殖遺伝カウンセリングでは、生殖医療に関する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。

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遺伝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を認識することが生殖遺伝カウンセラーの重要な資質である。

生殖医療の発展は、さまざまな新技術の選択肢をカップルに提案し、カップルは拳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った。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。メデイカル・ソーシャル・ワーカー(MSW)の役割として、このようなカップルの相談にのり、社会的、経済的支援をすることが重要になった。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。

②2 次カウンセリングでは、一次カウンセリングで不妊カップルのどちらかに、心理的支援や心理療法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が行う。難治性不妊患者は長期

のストレスと不妊という心的外傷（トラウマ）により、うつ状態に陥りやすい。心理カウンセリングの目的とは、相談者（client）としての不妊カップルに、思いやりのある人間関係の場を提供し、様々な生殖医療に関する社会心理学的な問題を理解し、解決に協力する事により、心の浄化向上のサポートをして行くことである。また、相談者にとってのカウンセリングを受ける目的は、さまざまな悩み・苦しみ、ストレス・トラウマの解決と回復、安心と癒し、浄化と向上・成長を実現するために、心理カウンセラーと語り合うことを通して、気づき、学び、練習して行くことである。具体的な生殖医療を受けている相談者の気持ちとしては、自信をつけたい。思いっきりしゃべって、ストレスを解消したい。モヤモヤした気持ちをハッキリさせたい。罪悪感、劣等感、焦燥感を何とかしたい。怒り、恨み、悲しみを何とかしたい。アドバイスがほしい、一緒に考えてほしい。励まし、力付け、エンパワーしてほしい。労わってほしい、慰められたい。トラウマを何とかしたい、というさまざまな訴えがある。これに対して、心理カウンセリング・心理療法等を折衷的に行っていく必要がある。このために、相談者の感情に共感し、考え方を受容しながら、話を聞いて、理解を深めてゆき、アドバイスや各種療法の提案をして、協力支援してゆくなどのいくつかの技法を実施する；①傾聴療法（ロジャースの来談者中心面接療法）傾聴してもらうこと自体が相談者にとって、解決策や気づきをもたらす療法となる。カウンセリングの最も基礎

的な療法で、これを続けることによって、自分自身で解決策を見出してゆく方法である。この療法の延長線上に、不妊患者同士のグループによるピアカウンセリングがある。不妊患者同士がお互いの感情に共感し、考え方を受容しながら、話を聞いて、理解を深めてゆき、カウンセラーは、アドバイスや治療法の提案をして、協力支援してゆく方法である。②支持的療法（エリクソンの療法）相談者方が、自ら考えて行っている解決法や考え方を、そのまま支持しながら押し進め、少しずつ変化を起こしてゆき、段々と、大きな変化へと繋げてゆく療法。③論理説得療法（認知行動療法）相談者方の考え方の偏りや思い込みを、見つけ出して、適度な考え方になるように説得してゆく療法。④ゲシュタルト療法 相談者に、体験・実験・エクササイズを通して、自分の問題点に気づかせる工夫と援助をし、自分への気づきを深めるための療法。⑤トランスパーソナル心理学的療法、健康法、美容法、趣味療法、スポーツ療法、森林療法から、フランクフル心理学的療法、プロセス指向心理学、スピリチュアリズム（心霊学）療法、伝統的民族文化療法（シャーマニズム）、宗教療法、浄霊除霊法、気功姓名判断、占星術、方位術まで、様々な分野が含まれる。⑥家族療法（システム論的・円環的家族療法）家族間のコミュニケーションの繰り返しパターンを見つけて出して、そこに小さな変化を与え続けてゆくことによって、大きな変化へとつなげてゆく、悪循環を変えてゆく療法であり、家族間で、思いやりを発揮しつづける努力が求められます。このため、

カウンセラーは、継続的に応援支持して行く必要がある。⑦催眠療法、催眠によって、症状の原因となっているトラウマを探りだし、本人に気付かせ、同時に、そのトラウマを発散、解放させる療法、などの各種の心理療法のなかから相談者に適した治療法を選択する。

③ 3次カウンセリング、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、3次カウンセリングに移行すべきである。精神障害の代表的な疾患には、心身症、神経症、そううつ病、精神分裂病、中毒性精神病、その他がある。厚生労働省によると、うつ病など気分障害の患者数は、継続的に治療を受けているだけでも1999年現在で推計44万人。ストレスを抱える人の割合も増加し、健康な勤労者の1%程度は何らかの精神障害を持っていると考えられている。根本的なうつ病を覆い隠す身体症状は、アレルギー反応、消化器潰瘍または他の障害として現れることがあるので、身体症状を精神障害には無関係なものと考えすることは危険である。したがって、精神障害は心と身体に、すなわち身体的および精神的に同時に作用する。国民の精神的健康の保持増進を図ることを目的とし、精神保健福祉法が平成7年7月から施行された。保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化した。保健所に対する技術指導援助などを行う各都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として、精神衛生センターが設けられている。

③：生殖医療カウンセリングに関わる、

スタッフの具備すべき資格要件

1次カウンセリングに関わる、スタッフの具備すべき資格要件

生殖医療専門医師は日本産科婦人科学会専門医、日本不妊学会生殖医療指導医の資格を有することが必須であろう。日本産科婦人科学会の専門医資格を得るには、初期研修2年終了後、産婦人科学を3年間習得することで、受験資格が得られる。しかし、これだけでは生殖医療の専門医として不十分であり、日本不妊学会による生殖医療指導医の受験資格では、産婦人科専門医あるいは泌尿器科専門医（日本泌尿器科学会認定）で、専門医資格取得後3年以上の生殖医療の臨床経験があること、生殖医療に関する論文が10編以上（うち主著2編以上）および学会発表が10題以上（うち筆頭2題以上）あること、生殖医療指導医としての適切な知識、品位、高い倫理性があることなどが必要条件になっている。両者の資格以外に、日本人類遺伝学会か日本遺伝カウンセリング学会による生殖遺伝学の専門知識および、そのカウンセリングの専門医の資格を有することが望ましい。また、心理カウンセリングの専門的知識、技術は習得する必要はないが、少なくとも、カウンセリングとは何か、カウンセリングマインドのあり方などについての知識を持っていることが必要であり、このためには、日本生殖医療心理カウンセリング学会あるいは日本不妊カウンセリング学会の会員であることが望ましい。

生殖医療専門看護師としては日本看護協会の不妊看護認定看護師制度がある。日本看護協会認定看護師制度では、不妊看

護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、不妊看護の現場における看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的としている。不妊看護認定看護師とは日本看護協会認定審査に合格し、不妊看護の分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた者をいい、以下の役割を果たす。不妊看護分野において、不妊カップル、家族及び社会に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。不妊看護分野において、看護実践を通してカップルに対して、生殖医療相談や教育、指導を行う。さらに不妊看護分野において、カップルや家族に対し医療相談やコーディネーションを行う。したがって、カウンセリングとは何か、カウンセリングマインドのあり方などについての知識を持っていることが必要であり、このためには、日本生殖医療心理カウンセリング学会あるいは日本不妊カウンセリング学会あるいは日本不妊看護学会などの会員であることが望ましい。

生殖医療コーディネーターは保健婦、助産師、看護師などの資格を有する医療従事者であることが要件となる。したがって、生殖医療コーディネーターとしては、日本看護協会の不妊看護認定看護師の資格が必要である。生殖医療の分野において、カップルや家族に対し医療相談やコーディネーションを行う。したがって、カウンセリングとは何か、カウンセリングマインドのあり方などについての知識を持っていることが必要であり、このた

めには、日本生殖医療心理カウンセリング学会あるいは日本不妊カウンセリング学会あるいは日本不妊看護学会などの会員であることが望ましい。

エンブリオロジストは日本エンブリオロジスト学会の認定臨床エンブリオロジストと日本哺乳動物卵子学会の認定制度による生殖補助医療胚培養士資格の2資格認定制度がある。両学会の会員数、有資格者数ともほぼ同じ規模になっている。エンブリオロジストは不妊治療に関する技術的な専門知識を持っており、卵子、精子の状態、培養状況、受精卵の形態的評価によるグレード分類などの説明は得意とするが、コーディネーター業務では治療に付随する幅広い適切な医療情報の提供、自己決定の支援、初期カウンセリング、スタッフ間の連絡、調整などが求められる。これらの業務の兼務は時間の確保、業務兼務の報酬評価の問題、カウンセリングマインドの知識の無い者が初期カウンセリングを行うリスクなどがある。しかし、兼務によって不妊カップルの状態を総合的に理解し、複雑な生殖医療情報を正しく解説しながら、不安を取り除くことが出来るという意味では、エンブリオロジストがコーディネーションやカウンセリングを兼任することは意義がある。

2次カウンセリングに関わる、スタッフの具備すべき資格要件

生殖医療専門心理カウンセラーになるには、カウンセリングマインドを有し、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職グループ (Mental Health Professional Group; MHPG) によって推奨された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を受けている、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がある、⑤認定卒後研修プログラムに定期的に参加すること、などが条件となっている。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)、などのどれかが必要であるとしている。他の諸国ではまだ明確な資格条件が規定されていない、医学のどの分野においてでも、臨床心理カウンセラーとしての経歴があれば、生殖医療分野において心理カウンセリングを行って良いことになっている国もある。しかしドイツなどでは医療全般に精神学的、社会心理学的アプローチを取り入れるために心理学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。これらの状況から考察すると、生殖医療における専門心理

カウンセラーの国際的に共通した資格制度、認定基準は未だ設立されていない。しかし、生殖医療専門心理カウンセラーは、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知識を有する専門家でなければならない。このため、2次カウンセリングには生殖医療専門心理カウンセラーの資格が必須である。わが国では、生殖医療専門心理カウンセラーを養成する目的で、著者を代表世話人とした、日本生殖医療心理カウンセリング学会が発足し、すでに第3回の研修、学術集会を終了した。また、米国の生殖医療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 (IICO) とも協力して、第1回資格認定制度も発足している。臨床心理士を対象とした、第1回の生殖医療専門心理カウンセラー (11名) の認定を終了して、今後、毎年10名前後の生殖医療専門心理カウンセラーの認定を予定している。これらの生殖医療専門心理カウンセラーが指導者となり、第1次カウンセリングに関わる生殖医療スタッフの養成、研修、ピア (患者同士) カウンセラーの養成などを実施することが企画されている。

3次カウンセリングに関わる、スタッフの具備すべき資格要件

3次カウンセリングには、メンタルヘルス専門医 (精神科医、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る。一般臨床心理カウンセリングにも限界があり、潜在性の精神疾患が考えられる場合には、速やかに専門医にコンサルトしなければならない。挙児希望

の目的は、精神症状の経過や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。その場合、判断の評価には、本人の健全な社会生活が可能であると同時に、妊娠、出産、育児にも精神的、肉体的に耐えられるかどうかを慎重に調べる必要がある。したがって、これらの患者を取り扱う精神科医も生殖医療の知識がなければならない。

E. 結論

生殖医療カウンセリングの供給体制の構築にあたっては、カウンセリングの3段階のステップによって、それぞれ、配置する要員が異なることを考慮しなければならない；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。これに対する、カウンセリング供給体制の構築には、各ステップのカウンセリングに対応する人的資源として、施設管理責任医師、生殖医療専門医、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、エンブリオロジスト（胚培養技術者）などの配置、および生殖医療に複雑に関連する分野の専門的立場から、精神科医、

心療内科医、弁護士、メディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）、などの顧問的な支援スタッフが必須となる。このうち、生殖医療専門心理カウンセリングの中核とな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、生殖心理学的要因に関する理解が深くなければならない。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。著者らはすでに平成16年度より日本生殖医療心理カウンセリング学会を発足させ、毎年、500名前後の参加者を集め、学術集会を開催、また臨床心理士を対象として、研修セミナーおよび認定制度を実施している。また米国の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、学会、研修セミナーを通じて、わが国の生殖医療カウンセリング体制の構築と質の向上を目指している。

F. 参考文献

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
5. 久保春海：不妊患者の心理とカウ

セリング、高知県医療情報課講演会要旨、
高知市、2002.1.28

6 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要旨、横浜市、
2002.2.28

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

8 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要旨、第1回月経
関連医学研究会、東京、2003.3.29

9 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要旨、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

10 久保春海：不妊相談マニュアル（久
保春海監修）不妊に関する理解と支援の
ための普及事業委員会、家庭保健生活指
導センター編集発行、東京、2006.1

11 久保春海：ARTにおけるカウンセリ
ングの重要性、臨床婦人科産科、医学書
院、60：20-23、2006.1

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
配偶子提供とその匿名性に関する潜在提供者の意識調査

分担研究者 吉村 泰典（慶應義塾大学医学部産婦人科 教授）

分担研究者 久慈 直昭（慶應義塾大学医学部産婦人科 講師）

研究要旨

わが国の社会に適合する配偶子提供システムを模索することを目的として、生まれてきた子供とこれを育てる夫婦、そして提供者とそれを取り巻く人たちが出自を知る権利や告知の問題をどのように受け止めるかについて、実際に配偶子を提供可能な一般日本人男女の意識調査を行った。

第一に子どもの立場への考え方としては「自分の遺伝的な父親・母親を知りたいと思ふのは仕方がない」との答えが男女とも48%、45%と半数近くを占め、また「あなたが提供精子・卵子で生まれた子供だったら」にも、男女ともほぼ2/3が「遺伝的な親を知りたい」と答えたが、「提供は匿名で行うべきか」には、「提供者の事情も考え、提供者が同意しなければ知らせない」が男性38%、女性53%と最も多く、子どもの知る権利を無条件に認めるべきと言う意見は男性29%、女性22%と少数であった。第二に精子提供で子どもをもつ親の責任については、「提供で生まれた事実を子どもに話すべきか」に対して、「親の選択の問題」あるいは「話さない方がよい」という回答が合計で男性78%、女性75%と多く、「話すべき」は男性21%女性19%と少数であった。第三に「匿名でないとしたら、提供した精子・卵子で生まれた子供に会ってみたいか？」には、「会いたい」と答えた男性が40%、女性44%と相当数存在し、「夫婦の情報を知りたい」「自分が提供する精子・卵子は一組の夫婦に提供して欲しい」「提供をうける夫婦に会って話したい」という回答が相当数、とくに女性で多い傾向にあった。

結論として、匿名でないのであれば自分が提供をして生まれた子どもには会ってみたいという感情は男女とも少なからず存在することが今回のアンケートで明らかになり、また出自を知る権利や告知、提供そのものへの考え方には男女で微妙な差が存在する。親が告知を考えると、あるいは今後もし子どもにその出自を知る権利を認めるシステムを構築する際には、これらのことを十分考慮した、非常に慎重な配慮が望まれる。

A. 研究目的

我が国で唯一行われている配偶子提供である非配偶者間人工授精は、匿名、すなわち子どもが自己の出自を知る権利を認めない前提で行われてきた。しかし最近になって、海外諸国で出自を知る権利

を認める国がいくつか現れてきている。たとえば英国ではそれまで一貫して匿名を前提に行ってきたシステムを、2005年4月から出自を知る権利を認める方向に180度方向転換している。

精子・卵子提供を匿名から、出自を知

る権利を認めるように変化させた場合、この治療において様々な変化が予想される。たとえば、昨年我々が行った、実際に精子提供を行った男性へのアンケートでも、結婚を契機として匿名性への意識が変わる可能性が認められるなど、本人だけでなく提供者の家族への影響も考慮に入れなければならない。さらに生まれてきた子供とこれを育てている夫婦、そして提供者とそれを取り巻く人たちがどのようにこれを受け止めるかについては、その国の社会通念や国民の「性向」が大きく影響することが考えられ、わが国が今後この問題を考えるとき、海外各国とは異なる我々独自の考え方を模索する必要がある。さらに精子提供と卵子提供は法的・倫理的には同一のものであっても、父親と母親、あるいは男性と女性の考え方は当然異なっていて然るべきであり、もし同時にこの二つを認めるシステムを考慮するならば男性と女性の考え方の相違も考慮に入れる必要がある。

子どもがその出自、つまり遺伝的な父親・母親を知る権利は原則論としては認めるべきものであり、それを一生求めている子ども達がいることも重い事実である。しかし配偶子提供治療で子どもの出自を知る権利を認めたとしても、たとえば匿名の提供精子・卵子を海外に求めて国外で治療をする夫婦が増加する、出自を知る権利を認めても配偶子提供の事実を子どもに話す親が実際には少ないなど、海外で実際に問題もおこっている。単純に匿名性を廃止すれば全てが解決するわけではなく、それによって起きる変化を少しでも理解して必要なら改変するのが

望ましい。

このような背景をふまえ、今後わが国がもし匿名性を廃止し、将来精子・卵子提供でうまれてきた子供が提供者に会いに来るかもしれないとした場合に起こりうる変化を、推測する必要がある。そこで今回我々は、実際に配偶子を提供可能な一般日本人男女の、配偶子提供と出自を知る権利に対する意識調査を行った。

B. 対象・方法

対象は、配偶子提供の提供者となりうる年齢（男性 50 才以下、女性 40 才以下）の日本人一般成人 182 名（男性 122 名、女性 60）である。この問題に対する知識や先入観によるバイアスを避けるため、食品関係の一般企業従業員を対象とした。自由意志のアンケート調査を依頼し、アンケートは個人個人が返信用封筒に封入の上、匿名で回収して当院でこれを開封した。設問は複数回答を含む選択肢形式とし、一部の設問については自由記述による回答を求めた（表 1）。

C. 結果

1. アンケート依頼から回収までの期間は平成 17 年 11 月から平成 18 年 1 月までの 3 ヶ月とした。回答者の平均年齢は男性 35.1 才、女性 30.0 才、既婚率はそれぞれ 64%、33%、既婚者の平均子ども数は 1.81 人、1.57 人、男女とも 90%以上が社会人であった（図 1、2、3）。

2. 一般的な意見として「自分の遺伝的な父親・母親を知りたいと思っている子供達がいることをどう思うか？」という問いに対しては、「そう思うのは人情で仕方がない」との答えが男女とも48%、45%と半数近くを占め、「子供の当然の権利である」がそれぞれ23%、26%、「知りたいと思っほしくない」・「提供者の事情も考えるべき」はあわせて34%、30%であった(図4)。

3. 「あなた自身が提供精子で生まれた子ならば遺伝的父親を知りたいか？」という問いに対しては、「知りたい」が男性66%、女性65%と多数を占めた(図5)。「提供卵子で生まれた子ならば遺伝的母親を知りたいか」という問いに対しても、「知りたい」が男性68%、女性65%と提供精子の場合とほぼ同様の結果であった(図6)。知りたい理由、知りたくない理由もほとんど同じであったが、精子提供でうまれても父親は「知りたくない」と答えた男性中、2名だけが卵子提供であれば母親を「知りたい」と答えていた。

知りたい理由には男性では「理由云々と言うよりも当然‘感情’ではと思う。自分の由来を知らずに生きていくのは苦しいことだ」「万が一自分が〔提供精子で生まれた事で〕いじめにあったり、第三者からそれを知らされたら当然ながら知りたい」「血の繋がっていない親は父親とは思えないから。」「自分の体の中にと

んな人の遺伝子が入っているのか気になる。」、女性では「1. 遺伝子の問題で起こる病気もあるから。(自分だけが関係する問題ではなく。自分の子や孫にその影響が出る可能性がある。2. 血筋が近い人が誰なのか知りたい。自分や子が結婚する相手と相手が近い可能性がある。)」(会いたい訳じゃないが一応どんなDNAが入っているか知っておきたい)「遺伝的な父親に直接会いたいとは思わないがどんな理由で自分が生まれてきたのは知りたいと思うから。」「顔が似てるのかなあ?とか思ったりするから。」「興味」「育ての親とは別にもう一人父親がいるなら会いたいと思うのは当然」などがあげられた。

知りたくないと言う理由としてあげられたものは「育ての夫婦が親だから」と言う答えが男性8名、女性8名と最も多く、それ以外には「知ってもどうしようもない」、「提供精子で生まれた子供と知らされない方が良いと思うため」「変な感情を持ちたくないため」「理想と現実のギャップに苦しむことになるから」(以上男性)、「知ったときに立派な人であれば良いかもしれないがそうでなかった場合にひどくショックを受けそうでこわいから」(女性)などがあげられていた。

4. 「精子提供や卵子提供という治療は匿名で行うべきか」との間には、「相手(提供者)の事情も考える必要があるので、子どもが知りたいと言った

時点で提供者が同意しなければ知らせないようにする。」と、提供者の事情を配慮する答えが男性 38%、女性 53%と男女とも最も多く、またやや女性に多い傾向が見られた。これに対して全く子どもの知る権利を認めない「匿名がよい」とするものは男性 32%、女性 24%と同程度であったが、無制限に子どもの知る権利を認める「子どもの知る権利は尊重すべきなので、子どもが遺伝的な父親・母親を知りたいと思ったら知ることができるようにすべき」は男性 29%、女性 22%であった（図 7）。

「提供者が同意しなければ知らせない」とする理由には「それぞれの生活があるから」「お互いの感情が一致した場合は知らせてあげるべきでは？」「知った子供が全て常識的な人間とは限らず金銭的な問題や殺傷事件に至る可能性もある」（以上男性）、「一方だけの事情を優先してはいけない」「提供者には提供者の生活があるから」「提供する時の自分の立場とそれから何年経ってからの自分の立場が大きく変わってくる可能性がある」「経済的な理由で卵子提供をした場合、産まれた子供は事実を知れば傷つくと思う」（以上女性）、「匿名がよい」とする理由には「実際遺伝的な親に会ったら子供とけんかになりそう」「提供者の生活も考えるべき」（以上男性）「病気の治療なので匿名で行うべき」（女性）、「知ることができるようにすべき」とした

理由には「遺伝子や血筋の問題がある」（女性）などがあった。

5. 「精子提供・卵子提供で子どもを作った両親は、提供された精子・卵子で生まれたという事実を子どもにきちんと話すべきか」との間に対しては、「親の選択の問題」という回答が男性 45%女性 47%と最も多く、「話すべき」は男性 21%女性 19%、「話さない方がよい」が男性 33%女性 28%であった（図 8）。

「親の選択の問題」の理由として「経済的な理由の卵子提供で産まれた子供は、事実を知れば傷つく」があり、またその他を選んだものの意見として「子供の性格等を考えながら親の判断で決めるまた言う時には子供の歳なども考えるべき」という意見も見られた。

- 6・7. 「あなたが精子・卵子提供をうけなければ子どもをもてないとしたら、提供をうけるか」の間のみは、男性は 69%が「考えない」と大多数であったのに対し、女性では反対に「考える」が 59%と多数を占め、男女差が大きい結果となった（図 9）。
続いて「提供で子どもを持つことを考える」と答えた男女に、子どもにそのことを話すか、と尋ねたところ、「親の責任として伝える」が男性 40%、女性 30%、「伝えない」が男性 29%、女性 43%と男女で少し違う結果であった（図 10）。

「伝える」理由として、「いつかはバレてしまいそうだから早い内に話す」（男性）「自分が子供だったら事実を話して欲しい」（女性）、「伝えない」理由は「子供にとって親は育てた親だけ」（女性）、そして「わからない」と言う答えの理由は「話さなければと思うが子供が感情・育ち方に影響を及ぼす気がするので悩ましい」（男性）「簡単に判断できる問題ではないので、時期・状況・子供の性格等良く考えた上で判断」（男性・女性）などであった。

- 8・9. 「あなたが提供者になってほしいと言われたら精子・卵子を提供するか、また匿名ではないとしたらそれは変わるか？」との間に、「提供はしない」が男性 59%、女性 55%と過半数を占め、「匿名でなくても提供する」と答えたのは男性 16%、女性 19%と少数であった（図 11）。

一方、「匿名でないとしたら、提供した精子・卵子で生まれた子供に会ってみたいか？」に、「会いたい」と答えたのは男性 40%、女性 44%と「会いたくない」と答えた人数（53%、50%）よりやや少なかった（図 12）。

10. 匿名ではなく精子・卵子提供を受ける夫婦についての感情（複数回答）では、「夫婦の情報を知りたい」と回答した男性は全体の 35%、女性 52%と、率としては女性に比較的多かった。また、「自分が提供する精子・卵子は一組の夫婦に提供して欲しい」

「提供を受ける夫婦に会って話したい」という回答が女性で 47%、32%と多数であったのに対し（男性ではそれぞれ全体の 16%、17%）、「提供を受ける夫婦との接触は絶対したくない」は逆に男性 30%、女性 17%と男性が多い傾向にあった（図 13）。

11. 「精子・卵子提供をしたら、動機は」に対しては、「子どもがほしい夫婦を助けるため」が男性 82%、女性 72%と大多数であり、「この方法で子供が生まれるのを助けることは、私自身がこの世に生まれてきた一つの証にもなると思う」との答えは男性 15%、女性 18%にしかみられなかった（図 14）。

12. 「パートナーが精子・卵子を提供したいといったら、賛成するか？それは匿名かどうかで変わるか？」の問に対しては、男性は「匿名でも反対」が 59%と過半数を占めたが、女性では「賛成する」21%、「匿名なら賛成する」35%と、男女で差が見られた（図 15）。「反対する」理由は「パートナーの卵子は自分の為だけであってほしい」「（パートナーの）体に異変が起こって欲しくない」（以上男性）、「自然に逆らっている気がする」「彼の子どもが他にいるのが許せない」などがあつた。また「匿名ならば賛成だが、匿名でなければ反対」の理由として、「将来その子供が会いに来た場合良い気持がしない」という理由もあつた。

D. 考察

配偶子提供で生まれた子供が自分の遺伝的な親や、自己の遺伝的背景を知る権利、いわゆる「出自を知る権利」は基本的に尊重されるべきことは、現実これを求め苦しんでいる子ども達がいることから明らかである。しかし実際にこれを認めている国において、親が子どもに提供で生まれてきた事実を話さない（「告知」をしない）など、様々な問題が起こっていることもまた事実である。我々はこれまでわが国で行われている唯一の配偶子提供治療である精子提供を対象として、様々な当事者（精子提供で子どもをえた親、精子提供者）の意識調査を行ってきた。これら当事者の意見がもっとも重要であることはもちろんであるが、親、子ども、提供者の意見は時として対立し、実際にこれらの親子がこれをどのように自分たち自身で解決していくかは非常に困難となる。

社会一般の人々の意見は、当事者にとっては「部外者の（責任のない）意見」である。しかし、それが提供によって生まれた子どもやその親に助言や影響をす様々な立場の人々、たとえば家族、友人、恋人や教師・上司となれば、家族を身近で支えまた取り巻くこれらの人々の意見を調査することは、親子が社会の中で自分自身の位置を見いだしていく際の、一つの道標になると考えられる。さらに、その一般的な意見には、男性と女性、父親と母親という性差が必ず存在するはずである。

今回の調査はこのような背景から行ったものであり、従ってそれはこれまで我々が行った当事者に対する調査と総合して考える必要がある。以下、今回のアンケートでは、子どもの立場、親の立場、そして提供者（とその配偶者）の立場に対する考え方をわけて尋ねているので、それに沿って考察を試みる。

1. 子どもの立場への考え方

「自分の遺伝的な父親・母親を知りたいと思っている子供達がいることをどう思うか？」という問いに対しては、「そう思うのは人情で仕方がない」との答えが男女とも48%、45%と半数近くを占めた。平成16年度に我々が行った精子提供者へのアンケートでは、提供者男性の67%とより多数が「そう思うのは人情で仕方がない」と答えている¹⁾。当事者でない一般の日本人男女もこの「遺伝的な親を知りたい」感情は理解できるとしているが、当事者の方が、より切実にそういう考え方をしてもおかしくないと考えている。

また「あなたが提供精子で生まれた子供だったら遺伝的な父親を知りたいか」「あなたが提供卵子で生まれた子供だったら遺伝的な父親を知りたいか」には、ほぼ2/3が「知りたい」と言う意見であり、精子提供の父親を知りたいという意見も、卵子提供の母親を知りたいという意見もほぼ同程度であった。これに対して精子提供者へのアンケートでは「知りたくない」が57.6%と過半数を占めていた²⁾。これは「知りたいと思うべきではない」という感情と、自分が提供をしているために、もし知りたいと子どもが思

ってもそれはいい結果にならないだろう、という考えの、二つが原因ではないかと考えられる。

さらに「精子提供・卵子提供は匿名で行うべきか」との間には、「相手（提供者）の事情も考える必要があるので、子どもが知りたいと言った時点で提供者が同意しなければ知らせないようにする。」と、提供者の事情を配慮する答えが男性 38%、女性 53%と男女とも最も多かった。これに対して無制限に子どもの知る権利を認めてあげたいという「知る権利は尊重すべきなので、遺伝的な父親・母親を知りたいと思ったら知ることができるようにすべき」は男性 29%、女性 22%と少数であった。精子提供者へのアンケートではもちろん「匿名でない方が良い」が 12.1%と、より匿名のままを望む傾向があったが¹⁾、子どもの知りたいと思う気持ちを理解できるとするこの男女が、それでもやはりその権利を実際に行使する、つまり知る権利を無制限に認めることには慎重であるべきと考えていることは興味深い。

2. 精子提供で子どもをもつ親の責任

「精子提供・卵子提供で子どもを作った両親は、提供された精子・卵子で生まれたという事実を子どもにきちんと話すべきか」との間に対しては、「親の選択の問題」あるいは「話さない方がよい」という回答が合計で男性 78%、女性 75%と多く、「話すべき」は男性 21%女性 19%と少数であった。平成 14 年度に我々が行った精子提供で子どもを得た親へのアンケートでは、大多数の夫婦（夫 77%、妻

75%）が「絶対に話さない方がよい」という意見であった¹⁾。実際に提供を受けた親と、仮想事実として考えている今回の一般日本人男女ではニュアンスの強さが違って当然であろうが、いずれも親がしっかりした考えで話さないほうがよいと決めたならそれは尊重できるという姿勢が伺える。

一方自分が無精子症や卵巣不全で提供を受けなければ子どもを得られないとしたら、と言う間には、男性は 69%が「考えない」としたのに対し、女性では反対に「考える」が 59%と多数を占め、男女差が極めて大きい結果となった。「提供で子どもを持つことを考える」と答えた男女に、子どもにそのことを話すか、と尋ねたところ、「親の責任として伝える」が男性 40%、女性 30%、「伝えない」が男性 29%、女性 43%とやはり逆転した回答であった。男性は精子の提供を受けてまで子どもをつくるのにためらいをもつものが多いが、一旦この治療を受けたときには比較的子どもにそのことを告知する傾向があるといえよう。これに対して女性は逆に、提供を受けてでも子どもは作りたいが子どもにはそのことを言わないという傾向があると言える。

また、前述の精子提供で子どもを得た親へのアンケート²⁾でも、「(AIDの事実を子どもには) 伝えない」という答えが夫婦でそれぞれ 82、81%であったが、「もし提供者を知ることができるとしたら伝えるか」には「伝えない」と答えたのが夫婦それぞれ 96%、95%であったことから、匿名でなく提供をすればかえって親は子どもに提供で生まれた事実を伝えな

くなる可能性もあるといえる。当事者ではない男女に、あまり様々な「仮想現実」をつくることは素直な感情をゆがめてしまう可能性があるため今回のアンケートには含めなかったが、一般の男女が「告知をするかどうかは、提供が匿名かどうかで変わるか」という問いにどう反応するのかは、今後の興味深い問題として提起される。

3. 精子提供者に対する意見

「頼まれたら精子・卵子の提供をすることを考えるか」の問いには、「提供はしない」が男性59%、女性55%と過半数を占め、「匿名でなくても提供する」と答えたのは男性16%、女性19%と少数であったが存在した。精子提供者へのアンケートでも「生まれた子供が会いに来る可能性があるとしても提供した」が30.3%の回答があったことから、匿名性を廃止したとしても提供者自身は（変容はするであろうが）無くなることはないと考えられる。

一方、「匿名でないとしたら、提供した精子・卵子で生まれた子供に会ってみたいか？」には、「会いたい」と答えた男性が40%、女性44%と「会いたくない」と答えた人数（53%、50%）より少なかったが相当数存在した。実際の精子提供者へのアンケートでは「匿名が条件であなたの（精子）提供で生まれた子供に会いたいか？」に、「会いたいと思わない」が87.9%と圧倒的多数であったが、これはあくまで匿名性を条件に提供者となった男性達の意見であり、もし匿名でないとしたら、自然の感情として、ある

いは興味として自分が提供した精子・卵子で生まれた子供に会いたいという欲求は相当数あることになる。

匿名ではなく提供者になったらという条件設定で提供をうける夫婦についての気持ちを聞いた質問では、「夫婦の情報を知りたい」が男性の35%、女性の52%と、女性に比較的多くみられた。また、「自分が提供する精子・卵子は一組の夫婦に提供して欲しい」「提供をうける夫婦に会って話したい」が男性ではいずれも20%以下であったのに対し、女性では47%、32%と高い割合であった。一方「提供をうける夫婦との接触は絶対したくない」は男性30%、女性17%と男性に多い。精子提供者へのアンケートでも、「提供を受ける夫婦との接触はどんなかたちでも絶対にしたくない」が60.6%であったのに対し、「夫婦に会って話をしたい」「匿名であれば夫婦と連絡をとってもよい」「どんな夫婦に提供されるのか知りたい」「夫婦の情報を知ることができればよい」はすべて10%以下であったことを考えると、一般男性であっても実際の提供者であっても、男性には提供した夫婦との接触を嫌う傾向があると考えられる。一方女性の場合自分の卵子でできる子どもは限られたところ（できれば単一の家族内）で育ててほしいし、夫婦と話してみたいという傾向が強く、卵子提供の場合に提供女性と子どもの結びつきは精子提供より強くなる可能性を示している。

さらに「パートナーが精子・卵子を提供したいといたら、賛成するか？それは匿名かどうかで変わるか？」の問いに対しては、男性は「匿名でも反対」が59%

と過半数を占めたが、女性では「賛成する」21%、「匿名なら賛成する」35%と、男女で差が見られた。精子提供者へのアンケートでは「あなたの精子で生まれた子が会いに来たら自分の家族に紹介するか？」の問いに、「紹介しない」が87.9%、あなた自身精子提供をしたことを自身の家族に話したか？の問いに、「話していない」が87.9%、と秘密にするという意見が大多数であったが、実際にはパートナーが提供をすることに女性の方がより寛容であり、男性の方が忌避する傾向が強いようである。

E. 結論

結論として、提供者となりうる年齢帯にある日本人一般男女を対象にした今回のアンケートでは、3つのことが明らかになった。第一に、子どもの「遺伝的な親を知りたい」という感情への共感と、それでも無制限に出自を知る権利を認めることに慎重な態度である。第二に、提供で生まれた事実を子どもに伝えるかどうかは、親の選択の問題、あるいは伝えない方がよいという意見で、この傾向は女性に強く見られたことである。第三に、男女を問わず匿名でないのであれば自分が提供をして生まれた子どもには会ってみたいという感情は少なからず存在するということである。

精子・卵子提供という治療を匿名で行うのか、それとも子どもの出自を知る権利を認める形で行うのか、判断する基準は法や倫理も重要ではあろうが、なにより当事者である子どもや、育てている親、

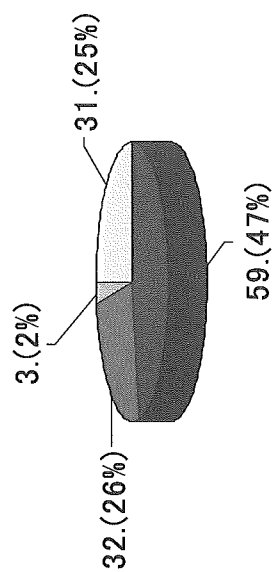
そして提供者が納得して受け入れられる方法を考慮する必要がある。今回のアンケートでこれまでの検討以外にあらたに明らかになったことは、提供した側にも良かれ悪しかれ遺伝的につながった子どもへの感情・思い入れが存在しうることである。それがよい方向に行くときは問題はないであろうが、育ての親との関係や提供者の配偶者・家族との関係も含めて、子どもを取り巻く家族の関係を感情的に複雑にしてしまうことは間違いがない。親が告知を考えると、あるいは今後もし子どもにその出自を知る権利を認める際には、これらのことを十分考慮した、非常に慎重な配慮が望まれる。

F. 参考文献

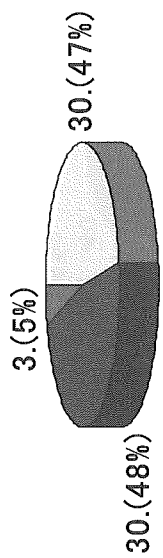
i 久慈直昭・吉村泰典。我が国における精子提供者の「出自を知る権利」に対する意識調査。平成16年度厚生労働科学研究費補助金・子ども家庭総合研究事業「生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究」報告書（主任研究者；吉村泰典）、80-98、2005

ii 久慈直昭。精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に関する意見。平成14年度厚生労働科学研究費補助金・子ども家庭総合研究事業「配偶子・胚提供を含む統合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究」報告書（主任研究者；吉村泰典）、296-315、2003

圖1. 年齡構成



(男性)



(女性)

図2. 家族構成

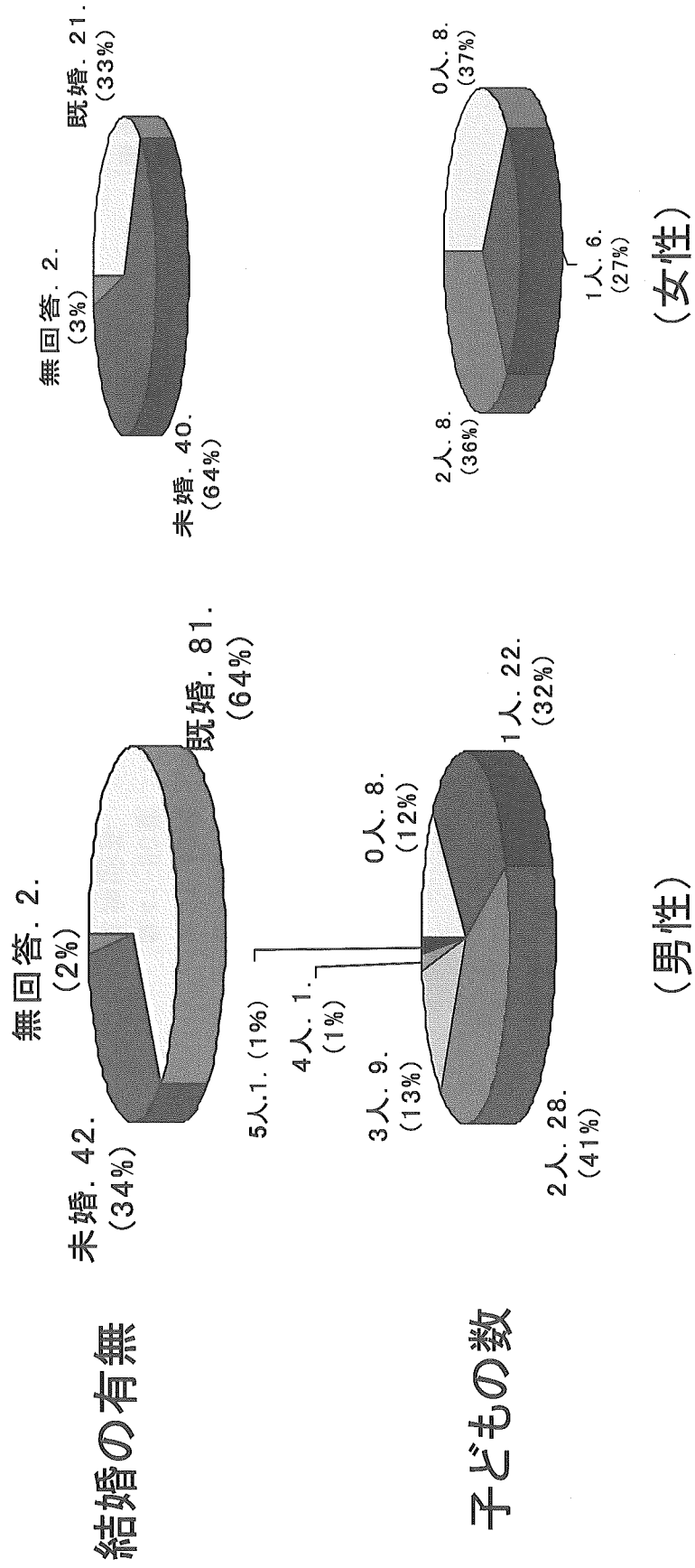
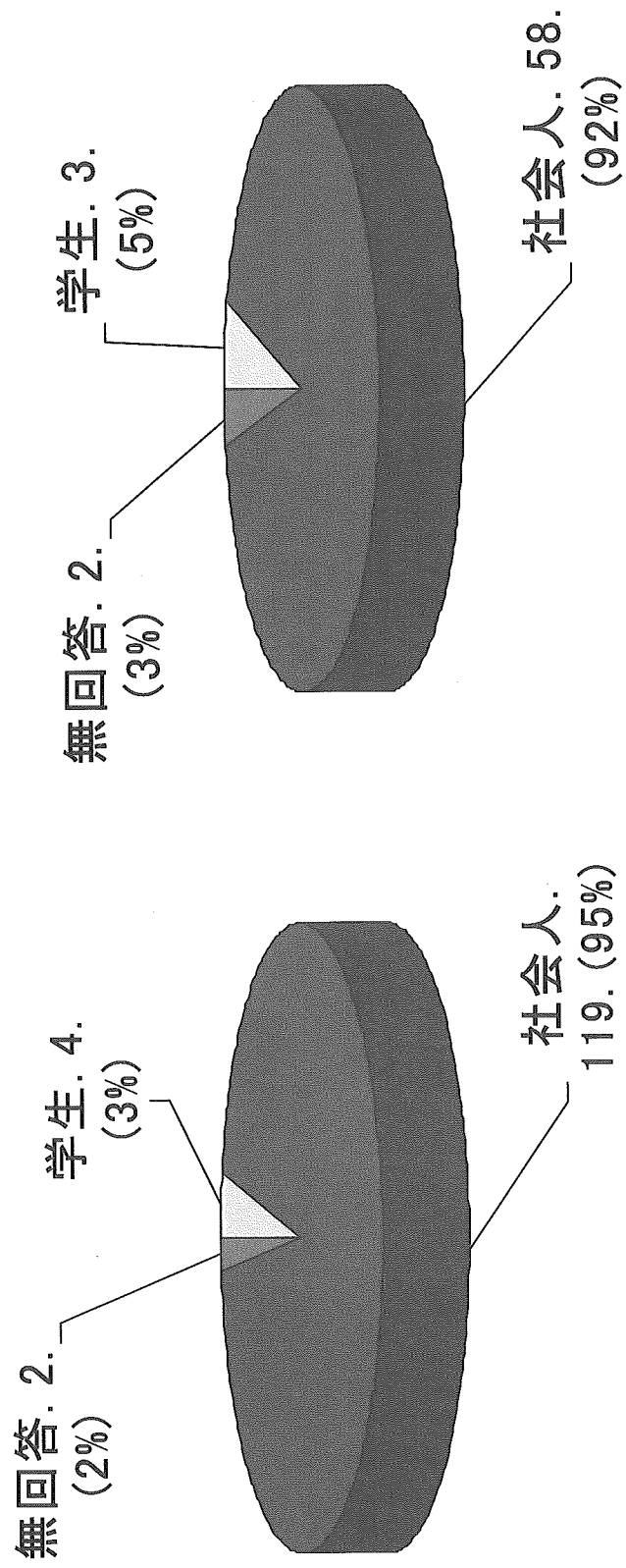


图3. 就職狀況



(男性)

(女性)