

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真理的支援を含む総合的運用システムに関する研究

不妊カウンセリングの指針

分担研究者 森岡由起子 大正大学人間学部人間福祉学科臨床心理学専攻 教授

研究要旨

わが国の不妊カウンセリングの指針を作成するために、高度生殖補助医療技術実施施設の医師、看護職・心理職と、ピアカウンセラーが一堂に会した不妊カウンセリングのあり方についての研究会を開催した。その中で高度生殖補助医療技術のなかでの多職種が行う不妊カウンセリングについての相互理解が図られ、不妊カウンセリングの供給と担当する職種の役割モデルを提案することができた。

さらに共同研究者の平山は、不妊カウンセラーの基準についての国際比較を行い、わが国の不妊カウンセリングシステムの構築について提言を行った。

共同研究者

久保 春海	東邦大学 名誉教授	不妊予防協会理事長
佐々木和子	国立看護大学校 教授	
平山 史朗	東京 HART クリニック	

<研究協力者>

朝倉 寛之	扇町レディースクリニック
福田貴美子	蔵本ウイメンズクリニック
石井 慶子	Fine カウンセリング協会

はじめに

昨年度の本研究では、高度生殖補助医療技術実施施設の不妊カウンセリングの実際について、担当職種と不妊カウンセリングの実施内容についての実態調査を行った。回答のあった292施設(回収率 47.6%)のなかで、不妊カウンセリングを実施しているのは135施設(51.0%)であり、IVF-ET+ICSIを年間50件以上実施している施

設ではほとんど不妊カウンセリングが実施されていた。また、未実施の施設の42/7%は「今後実施予定」と回答していた。

不妊カウンセリングの実施者は、医師・看護師・助産師・エンブリオロジストがそれぞれ約20%で、臨床心理士は約10%であった。「実施している」不妊カウンセリング内容は、医師はインフォームドチョイスの

支援と治療全体のコーディネートを担当し、看護師・助産師は不妊相談・患者心理の理解と支援におおくかかわり、臨床心理士は患者の理解と支援を中心としてインフォームドチョイスにも重点を置いたかかわりをしていた。

そこで本年度は、ART 実施にあたっての多職種がおこなう不妊カウンセリングモデルを構築するため、職種による役割と流れを確認する事を目的に研究会を開催し相互討議を行った(第Ⅰ部)。

さらに、日本における不妊カウンセリングでの臨床心理職では第一人者の平山が、

日本における不妊カウンセリングの方向を検討することを目的として米国・英国の不妊カウンセリングのガイドライン・カウンセラー資格などをわが国との比較を行った(第Ⅱ部)

I. 不妊カウンセリングの構築についての 研究会報告 (2006.12.9)

○ 不妊心理カウンセリング (久保)

現在、日本の不妊患者は約 130 万組といわれ、その内、約 40 万組が治療を受けている。毎年、生殖補助医療で 1 万 3000 人から 1 万 4000 人近くの出生児があり、これは総出生数の 63 人から 65 人に一人の割合である。今後はさらに産まれてくる子どもや不妊患者の取り扱いも増えることが予想される。その中で、我々は治療の成績や質を向上するために何ができるかということを考えていく必要がある。日本においても、今後、生殖補助医療におけるカウンセリング、特に、特殊な生殖補助医療、いわゆる非配偶者間の体外受精のような、夫婦間以外の第三者をいれたような生殖補助医療や、出生前診断、着床前診断といったものには複雑なカウンセリングが必要となるため、その方針を考えねばならない。

不妊に必要なカウンセリングを考える上で、まず不妊の原因には身体的な要因だけでなく心の病があることを考慮しなければならない。心身が健康でなければ、個体のエネルギーは健康の回復や心身の癒しに使われ、次世代を作る妊孕性の回復や温存が不可能になるからである。

また、不妊の治療が長くなると、患者が欲求不満となり、それがうつ状態、情動障害をおこし、さらに心身・肉体的な表現となってあらわれて、生殖機能や性機能に対する障害を起こすという、不妊悪循環に陥りやすい。そのサイクルが不妊症を助長する。

次に、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)については、生殖機能を有する女性に生む権利、生まない権利があるのと同様に、不妊患者にも生む権利/生まない権利がある。不妊患者の全てが子どもが欲しいわけではなく、不妊治療を受ける権利を有していると同時に、不妊治療を受けない権利も持っている。不妊治療は、その個人が決定することであり強制はできない。したがって、不妊患者は、不妊治療の成績向上に次いで、メンタルケアを期待し、必要としている。

では、メンタルケアが必要なのはどのような場合か。まず、一般的な不妊治療では、不妊の診断が下された時、そして、その不妊の原因が不明な時や治療が長期にわたったり、治療が困難である場合などがある。また、不妊治療は必ずうまくいくとは限らず、治療が長引けば、うつ状態や情緒的な障害がおこることもある。それらが家族や夫婦間のトラブルや、離婚問題に発展することもある。また、不妊治療が成功した場合でも、妊娠期間の心のゆらぎ、出産・育児に対する不安などが、不妊患者は非常に大きいと考えられる。このような様々な場面で臨床心理士の出番が非常に大きい。

一般的な不妊治療以外に、特殊な生殖補助医療を使った場合のメンタルケアについても、重要な課題である。例えば、遺伝病の着床前受精卵診断で異常卵が見つかった場合、また、今後は未婚の男女が若い時期に自分の精子や卵子を保存するようになれば保存後の精子、卵子をどうするかといった問題などを相談する窓口が必要となる。また、今後、生殖補助医療の対象を事実婚、同棲婚のカップルにも広げようという動きもある。非配偶者間の体外受精や、子宮性

不妊に対する代理懐胎の問題もある。こうして生まれた子が自分をどのように考えるのかということも非常に問題である。さらに、同性愛婚の HIV の患者に ART を行う場合や、遺伝病の保因者が他の方の精子や卵子で子どもをつくる場合も考えられる。これらは既に現実の問題であり、メンタルケアも考える必要がある。さらに、より将来的な問題として、高齢の患者に卵子の若返り法を使う、あるいはクローン類似胚を不妊治療に応用するといった場合には、メンタル面や倫理面でより複雑な問題があり、これらを解決するには、医療者だけではなく、臨床カウンセラー、コーディネーター、看護職、そしてピアカウンセラーらが、チーム医療として不妊治療におけるメンタルケアをしていく必要がある。

○ 看護の立場から（福田）

不妊カウンセリングは、一人の心理カウンセラーが担当すると言うよりもむしろ患者の求めるレベルによってチームで適切な人材が対応して行く方が各職種の専門性もより発揮され、患者のニーズにも答えられると考える。なぜなら、医療機関で働く人材が限定されているため、全機関に臨床心理士がいるわけではないこと、また、日本の患者は諸外国に比べてカウンセリングに慣れていない点もその理由である。

生殖医療の発展は近年とてもめざましく、人工授精や体外受精、顕微授精、補助孵化法、そして受精卵を長期的に培養し、良い胚の一つを選んで移植する胚盤胞移植等も普及している。排卵誘発法も卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を防ぐために自然に近い方法で排卵誘発をしている施設もあれば、よい受精卵を選択するために多くの卵胞を発育

させる施設もある。こうした多くの治療法や情報から患者自身が適切に自分の進む道を選択することは難しく、生殖医療の不確実性や患者自身が納得した医療を受けたいという意識が高まる時代の流れから、EBM に基づいた情報提供を得ることや、納得した治療を受けるための相談をするなどという consultation 的側面は必要不可欠なことである。

不妊カウンセリングは遺伝カウンセリングにも似ており、データの解釈を含めた十分な情報提供を受けて、患者自身がその選択肢を自分自身で選び取っていくということを援助することも含まれている。

一方、不妊であることは多くの喪失を体験することにもなる。さずかるはずだった子どもの存在の喪失だけでなく、周期的に行われる治療であるために、時間や費用、社会的な地位や人間関係を喪失する場合もある。「子どもはまだですか？」という挨拶代わりに傷つき、人間関係にも支障をきたし、自尊感情や自身の存在価値を見失っていく場合もある。このように不妊であるという現象は、女性性（母性）や男性性（父性）はもちろん性や生命などの人間としての存在の根源に深く関わっているものであり、それを揺るがす危機的な状況に直面した場合、密接に「心」の問題と関わるために専門的な教育やトレーニングを受けた心理臨床家の援助（心理 counseling）も必要不可欠である。

不妊カウンセリングとは「患者が不妊であるという現状を受け入れ、どう進んで行くかということ意思決定（自己決定）を援助すること」である。それには情報提供や相談などの consultation 的側面と揺れ動く心

を支えられ、危機的状況に陥った時には専門的な支援を受けるといった心理 counseling の両方の側面がその時の患者の状況によってバランスよく配分され支援を受けられると言う事が重要である。患者は心の流れをどこかで線引きして、Consultation と心理 Counseling の使い分けをしているのではなく、両者を不妊カウンセリングと呼び、必要としている。(図1-福田)

患者の意思決定のプロセスを考えた場合も同様である。自分が不妊であることに気付き、その後、受診するかどうかを決め、受診するならば、病院や医師を決め、さらに検査や治療を受けるかを決定する。検査の結果を受け止め、治療をしないという選択肢もあるが、治療法を理解し治療を受ける場合、またはセカンドオピニオンを受ける場合、治療を行なった後にはその結果を受け止め、さらに治療を継続するか最終するかを決める。こうした多くのプロセスを一人の患者が行う。このプロセスには、EBM に基づいた医療情報を必要とし、医学的知識を有する者が日々来院する患者に適切に対応することが求められる部分と、患者自身が不妊であることの苦しみや悲しみを乗り越え、あるいは価値観の転換や不妊体験の肯定的な意味づけ、identity の再統合などを必要とすることから、専門的な教育やトレーニングを受けた心理臨床家の援助が必要な部分とがある。(図2-福田)

患者の意思決定の支援者は、大きく4通りに分かれる。①通常の医師によるインフォームドコンセントで納得し治療に入れる場合、②看護師による理解の確認や説明の補足、患者の希望を医師に代弁するといっ

た支援が必要な場合、③心理カウンセラーの支援を必要とする場合、④精神科や心療内科の支援を必要とする場合がある。イギリスでは全ての患者に心理 counseling を受ける権利が保障されているが、実際に臨床心理師以上の援助を必要とする患者は、約1割程度だと考えられる。それは、生殖医療の対象のほとんどが心身ともに健康なカップルであるため、十分な情報提供と相談活動により、患者にとって納得できる自己決定を行える環境を作ることによって、患者自身の備える問題解決能力は十分に発揮されると考えるからである。(図3-福田)

当施設では、医師、看護職、臨床心理士、精神科・心療内科という4領域の専門職がチームを組んで不妊カウンセリングを行っている。インフォームドコンセントを担当する医師と、患者をアセスメントし、理解度に合わせて補足説明や情報提供などのConsultation 的側面を担当する看護職がいる。担当の看護職は日本看護協会が認定する不妊看護認定看護師や、日本生殖医学会が認定する生殖医療コーディネーター、あるいは、日本不妊カウンセリング学会が認定する体外受精コーディネーターなどで、通常の診療介助業務から離れてConsultation 的側面を担当する。心理カウンセラーは、不妊女性の心理で博士号を取得した臨床心理士が週1回および隔週土曜日に心理 counseling にあたり、それ以上の精神的な治療(薬物療法など)が必要な場合には、院外の精神科や心療内科に委託している。(図4-福田)

チームで不妊カウンセリングを行う場合に、患者が必要とする援助を見極め、適切な援助者により支援を受けられるよう情報

収集とアセスメントすることが重要である。当施設では、受持ち看護制を取っている。看護師が看護記録に情報を収集し、得られた情報から患者の状態をアセスメントし、次の適切な支援者につなげる方法をとっている。

当施設では1日150名程度の患者が来院するために全ての患者の受持ち制は行なえないためケアレベルの難易度の識別にTriageの概念を利用している。Triageとはフランス語で分類する、優先順という意味を含み、通常災害時に用いられるものである。医療者から見て、医療の受け入れ能力を超えた数や質の患者が存在する場合に用いられる。災害時には、Triageタックが使用されている。タックの示す黒は死亡、赤が緊急治療、黄色が準緊急治療、緑が軽症を示す。生殖医療の領域では、赤・黄・緑を使用する。受け持ち看護師が全ての過程の支援を担当しなければならない症例には、同一周期のみ同一看護師が関わった方がよい症例を黄色、患者自身に十分な問題解決能力があり、通常の治療体制の中で問題なく治療を受けられる症例を緑として、カルテの表紙に受け持ちの看護師の名前とその横にTriageの識別シールを貼っている。看護職の支援とTriageの関係では、例えば、ARTが反復して不成功に終わっている症例、40歳以上の治療終結を考えている症例などは赤となり、治療に対する不安が強い、理解力が低い症例などは黄色になる。(表1, 2-福田)

看護職がかかわる時期としては、①初診・治療計画時、②ART治療周期のスタート時、③採卵決定時(初回、3回以上、終結を考えている時)、④胚移植の日(胚の状

態が思わしくない時)、⑤流産(習慣流産、不妊症等が診断された時)、⑥ステップアップを考える時、⑦初回のART、⑧患者希望時、⑨治療の終結を考えているとの訴えがあった時などである。こうした時期に受け持ちの看護師が、患者の状態をアセスメントし、必要な症例は心理counselingにつなぐ。(表3-福田)

これらの時期にその患者を適切に看ていた看護師が患者の状態を観察しアセスメントを行えば、通常の診察の中ではよく聞かれる訴えの中から、正常から逸脱しているものを判断することが可能となる。臨床心理士以上の支援が必要とされた症例には、採卵などの大事な治療周期に必ず体調不良となる症例、トラウマを持つSex Lessの症例、不妊治療の終結に対し自己価値喪失の恐怖を抱える症例、うつにより自殺企図の危険を持つ症例で不妊治療に迷いがあるという症例、自分ではよくわからないがカウンセリングを勧められたという抑うつ状態と癲癇疑いの症例などが挙げられた。このような主訴をもとに丁寧に患者の話を聴くことで、求める支援が何かをアセスメントすることは可能である。その意味では看護職は患者を身体的、精神的、社会的に見る上で、アセスメント能力の高い医療職である。患者の精神状態を考慮しながら、まず医師と看護職で、患者が必要とするConsultation的側面でのアプローチを行い、その範疇を超えた援助を必要としている患者には、臨床心理士以上の心理counselingを提供するというやり方が患者のニーズに合致するものである。(表4-福田)

不妊カウンセリングは、医療の専門職として、それぞれの領域の可能性と限界を知

ることでコラボレートして行けるものである。そして、既存の体制の中で、どのように専門職同士がコラボレートして行くシステムを整えていくかを考え、それを実践していくことが患者の希望する不妊カウンセリングにつながっていくものである。

○ ピアカウンセリングの立場から(石井)

NPO 法人 Fine は不妊体験者を支える目的で設立され、その設立準備アンケートでは 335 名 77%の方からカウンセリングが必要との回答が寄せられた。現在の Fine では、不妊当事者には周囲に様々なサポートがある。ピアとは仲間という意味ですが、仲間もまた患者を支えるリソースである。過去の体験者は過去の体験から、現在治療中の人は同じ時期に治療体験を持つという同時性の中で、相互援助できる可能性があると考えている。

体験者としてのピアカウンセリングを考えると、まず、日常の小さな悩みの積み重ねの上に大きく不妊という事実があることが、体験者としては強く感じる。不妊治療中に語れる仲間がいて、不安を言葉にすることができていれば、もう少し楽だっただろうと今では感じる。現在ピアカウンセラーとして行っているわかちあいの場でも、出てくるのは個人的な話題が主である。

養成講座開設の経緯については、Fine のサポートメンバーとしての活動を通じ、聴く人間の必要性を感じたが、人の話を聴くということは簡単ではなく、そうした人を育てるために、昨年 4 月に Fine ピアカウンセラー養成講座がスタートした。1 年間、毎月 2 日、延べ 90 時間にわたり心理学の基礎知識からカウンセリングスキル、生殖医

療の最先端まで講義を受け、実習や課題もある。受講後も個人面談を行う際にはスーパービジョンを、電話相談を実施する際には実施研修が義務付けられ、また協会主催の自主勉強会も主催している。私たち 1 期生は当初 12 名でスタートしたが、ピアカウンセラーの認定を受けたのは 7 名であり、自分の体験を乗り越え人を援助することの難しさ、怖さを実感している。このため、専門家の援助が必要なケースはすぐにリファーできる体制にしなければならないと考える。

第 1 期生は、本年 4 月 Fine カウンセリング協会を立ち上げ、認定されたピアカウンセラーは、倫理綱領と倫理規定の 2 つを遵守することを義務付けられている。またピアカウンセラーの認定資格は、ポイントによる更新制をとることとした。設立以来、私たちピアカウンセラーは対外的な活動と NPO 法人 Fine 内での活動の両方を行っている。まず対外的な活動として、クリニックに出向いて患者会での交流会の司会や、講演活動、埼玉県での巡回不妊相談や横浜市の市民講座などに協力した。Fine 内の活動として、Fine Bloom というわかちあいの会を毎月開催している。これはセルフヘルプミーティングが持つ約束の枠組みを持つ集まりである。その他、電話相談ややや気軽なおしゃべり会も行っている。

活動を通して治療中の患者と接する中で、患者がピアカウンセラーに期待するものがわかってきた。例えば、治療の悩みのことを情報として知りたい、親族や社員の愚痴話を誰かにぶちまけたい場合もある。そして治療中止の決断について質問を受けることや、子どもを持つことを断念する決意を

得たい、養子縁組の情報を求めている場合もある。共通しているのは、他の方の体験や考え方を知りたいというケースが多いということであった。

一方ピアカウンセラーが提供できることは、話を聴くことである。私たちはアドバイスはせず、あくまで「I」トークとして、私の場合はこうだった、という言い方で、各自の体験から、可能な範囲でピアとして自分のことを伝える。また、もう1点、大切な姿勢として、資格を持ってても謙虚さは忘れないことである。私たちは研修中に、誰一人として同じ体験のない不妊の悩みに向かい合い、皆違っている、自分の体験もそのうちの一つでしかないのだと知り、人と相対することの怖さ、難しさを知った。体験者だから気付けることもあるが、できないことも非常に多い。不妊体験者は実は周囲のさまざまな人々に支えられており、それらの人々と連携しながら、過去から未来まで、不妊にまつわる悩みを抱えている方たちが少しでも穏やかな気持ちで日々を過ごせるよう、活動を続けていきたいと考える。ピアカウンセラーは修了後も学びを続けていき、実際の体験者との出会いの中で、さらに進化していこう。

昨年調査したピアカウンセリングのニーズでは、過去の不妊体験でカウンセリングの必要性を感じている、と答えた人は51名中36名であった。その内27名、75%がピアカウンセリングを受けてみたいと回答した。この数字にニーズの可能性を感じている。私たちはピアカウンセラーという資格を持って活動をしていても、その看板に慢心することなく、過去現在未来の不妊体験者としての患者を、みなさんをそっと静か

に支えることが役割だと考えている。今後、不妊ピアカウンセリングが伸展していくことを願う。

○ 臨床心理の立場から（平山）

我が国の生殖医療において心理士の関与しているケースは非常に少なく、全国でも、常勤ではおそらく5人程度、非常勤を含めても10数人という状況である。医療システムにおける新参者である臨床心理士が、どのような居場所を見つけていくかという問題がある。

1978年の体外受精の成功以降、不妊治療においては技術の進展に関心が向き、患者が主体的な意思決定をできるだけ適切な情報提供がなされてこなかった。現場のスタッフには、苦しんでいる患者に分かっている限りのエビデンスを伝えていかねばという危機感があった。そして患者と医療スタッフがしっかりと話し合えるように努力してきたという歴史がある。

私が不妊に関わりだした1997年頃は、心理士として患者へのカウンセリングを求められて入って来たのだが、カウンセリングというのはカウンセラーの仕事ではなく、医師や看護師の仕事であると言われた。従来医療スタッフによるケアで心理的援助は可能であるのに、なぜカウンセラーが必要なのかと現場では考えられた。医療スタッフからカウンセラーに期待されたのは、忙しいスタッフの代わりに治療の説明をすること、ストレスを減らして妊娠率あげることであり、厄介な患者が来たら心理に回すかということであった。また、実際にカウンセラーとして面接室で待っていても利用者は少なく、来たとしても治療の説明や

励ますことを求められる。カウンセラーは励まさないわけではないが、それが患者にどう影響するかと考えるため、説明や励ますモデルのカウンセリングに違和感を覚える。しかし患者のニーズはそこにあるので、それに応えてのカウンセリングをするという難しさがあった。

現在の生殖医療では、妊娠という目標に向かうには有効なシステムが整いつつあり、インフォームドコンセントや患者への説明をしようといった、これまでなかった部分も整ってきた。そのシステムに乗っている間は、患者と医療者の利害が一致するため疑問を持たず、カウンセリングの必要性を感じにくい。カウンセリングとは、治療が自分にとってどんな意味を持つのか、治療することによって自分にどんな影響があるのかと自分に問うプロセスであるので、治療したいという気持ちを挫くものになると捉えられる。だが、そのような中でも治療の継続に疑問を持ち、決断ができないと面接に来る患者はいる。システムに乗れない人もいる、また、システムに乗ることに疑問を感じないことにも何らかの問題があるのかもしれない。

従来の「不妊カウンセリング」観とは、患者の多くは精神的に健常レベルであり、適切な情報提供がなされることにより、治療の自己決定は可能である。治療に関する自己決定のための情報提供は、専門的知識を持ち、患者にとって身近な存在である医療スタッフが行なうのが自然である。抑うつなど精神症状や人格障害傾向の患者においては心理士などの専門職への紹介が必要であるが、それが必要な患者の割合は少ない。したがって、心理士による不妊カウ

セリングはあまり必要ではないという認識が、医療者だけでなく患者にもある。

しかし、妊娠イコール成功なら、妊娠しない場合、その人の価値はないのだろうか。前向きに努力することに価値が置かれるのでは、それをやっていかなければならない人には相当大変ではないか。「自己決定」は情報を提供すればできるのか。精神病理が見られなければ心理士の出番はないのか。そのような葛藤を抱え、新参者として働いてきて見えてきたのは、不妊という体験は、個人の identity の根幹を揺るがす人生上の危機であるということだ。不妊であることや生殖医療を受けることで患者は非常に複雑な喪失を繰り返し経験しており、専門的介入が必要である。医療システムに乗っていて「問題ない」患者の中にもさまざまな心理的問題を抱えた患者が存在する。そこで心理士ならではの立場として、生殖医療のシステムを理解しながらも、そこに入り込みすぎず周辺にいる、システムを俯瞰する立場にすることで患者にも医療スタッフにも役立てることがあるのではないかと考えるようになった。

不妊を生きる人を理解するために、生殖物語という考え方がある。私たちは誰でも生殖に関わる物語を持っている、その起源は発達段階のごく初期から形成され、自己感やアイデンティティの中核をなすものである。その物語の大部分は無意識的なものであり、不妊という事態に直面して初めて、自分が描いていた物語が進行しないことに気づき、そこで傷つきを抱える。もともと心に描いていたように、生殖物語が進まないとうなるのかが不妊のトラウマの決定的な要素となる。不妊のトラウマとは、不

妊症と診断され、そのために必要な治療をすることが、私たちの身体全体、つまり健康であり欠陥はないという感覚を脅かすことにつながる。人間の身体の最も基本的な役割としての生殖能力がうまく機能しないことで、自分に関する全てに対して疑問を抱くことになる。こうして不妊は身体的にも精神的にも自己という感覚を脅かしトラウマになるのである。そこで、私たち心理士が行うカウンセリングは、特別な技法や理論というよりも、生殖に関わる問題を抱えた人を対象とした心理カウンセリングという形で使っている。クライアントの「語り」に耳を傾けながら、固有の生植物語を理解し、その人自身が「不妊であること」を組み入れ、かつ納得できる、新しい「物語」を編みなおしていけるように援助しようとする営みと言える。

日本と諸外国とでは、心理士の専門職としての地位が異なり、例えば、アメリカでは心理学者法というものがあって地位が確立され、同時に責任も生じる。また、分業化が進むアメリカでは、カウンセラーの役割が明確である。子どものころからカウンセリングを利用するアメリカとは異なり、日本では、知らない人に話すことやそれに対価を払うことに非常に抵抗感があると考えられる。こうしたカウンセリングのシステムや見方の違いも、不妊カウンセリングに影響を与える。

日本における生殖心理カウンセリングのあり方と問題点を6W2Hに分けて述べる。

カウンセリングの時期は、治療前から治療後、すべてに渡ってカウンセリングが利用できる形で存在すべきである。治療前には、治療を始めるべきかどうか、検査や治

療に対する不安、どの治療施設を受診するかという問題がある。治療中は診断のショックに対しての危機介入、ストレスマネジメント、治療不成功の悲哀の作業、個人の感情のコントロール、夫婦・家族との関係、仕事との両立などを扱う。治療の結果、妊娠すると不妊患者が今度は妊婦になる。それは、今まで自分を差別し、傷つけてきた人たちと同じ立場になることを意味し、その移行には葛藤が生じる。そのため、妊娠の喜びを表現しない方へ、医療スタッフがどうして喜ばないのかと対応してしまうと、その方は喜べない自分は駄目だと思い傷ついてしまう。妊娠したからといって、すぐに妊婦としてやっていけるわけではない。流産の不安もあり、これまでゴールと考えてきた妊娠の先が見えることでの不安もあり、それらへのケアが必要である。また、子どもを持たない生き方の支援はとても大事だが、不妊の受容というのは簡単なものではない。子どもを持たないという事実を受け入れたからといって、虚無感や喪失感というものは消えないだろう。そうした葛藤を抱えながら生きていくことを援助していくというのは生易しいことではない。したがって、治療後も不妊カウンセラーに関わる必要がある。

どこで、という問題については、面接室に閉じこもっているだけでなく、現場ならではの工夫が必要とされる。また、施設内と施設外のカウンセリングはそれぞれメリット、デメリットがある。施設内では、治療との連携はとり易いが、独立性は保ちにくい。施設外では、独立性は保ちやすいが、治療の理解が難しい。心理職の人にとって、面接構造が作りにくい、枠がないあるいは

枠がゆるいという枠というのをどう受け入れていくかが課題となる。

誰に、つまり、カウンセリングを受けるべき対象は誰かという問題では、受けたいと思う人には利益があると考えられる。また、不妊カウンセリングでは動機のない患者が多い。原則としてカウンセリングは動機のない人には有効でないというのは証明されているが、動機のない患者に対しても、カウンセリングを受けることで得られる利益について、特に医療提供者が説明することによって動機付けが高まる可能性があると考えられる。

何を、ということでは、ヨーロッパなどではガイドラインもあるので、それを参考にすれば役立つだろう。今まで日本で言われてきた不妊カウンセリングといは、主にヨーロッパでは患者中心ケアという広い意味のケアで、施設全体で取り組むものであった。それと同時に、専門家による不妊カウンセリングも必要であるというのがヨーロッパの考え方である。不妊カウンセリングの目的は、患者の妊娠ではなく、また、治療を受けさせたり、やめさせることを目標とするわけではない。

どうやってという方法の問題では、希望者のみか、ルーティン化するのがいいのか、一概には言えない。希望者制にすれば、受ければ恩恵を受けられる患者が受けてくれない可能性がある。ルーティン化すれば、逆に、動機付けがないままカウンセリングを受け、却って傷を受けることもあるかもしれない。心理職から見ると、不妊のカウンセリングは一回性の関わりが多く、その時が勝負である。継続することもあるが、そのとき一回で患者のニーズを掴んで専門

的な援助をしていくことが求められる。

How much、つまり、料金の問題もある。多くの場合、日本は無料か安い金額で不妊カウンセリングが行なわれている。それは治療構造の枠としてあってはならないと思う心理士もいるであろうが、この点も難しい問題である。

不妊カウンセラーがカウンセリングにあたる際の基本メッセージは、妊娠する／しない／できない、治療する／しないにかかわらず、あなたはあなたでいてよく、あなたの人生を幸福なものにできる力を持っているということである。妊娠が幸せという図式ではなく、今の努力を認め、その努力は自分の人生に組み込んで欲しいが、妊娠できなかったからといってあなたの人生に価値がないというわけではない、ということが伝わればいいと感じている。また、「意思決定」が重要視されるが、「意思決定」できないその人というのを大切にする、「意思決定」できない状態にカウンセラーが付き合えることが、カウンセラーとして大切なことであると考えられる。あるいは、「慰め」や「癒し」を押し付けないことや、患者自身の力では「どうしようもないこと」に自分で折り合いをつけるプロセスに付き合っていくことも大切なことである。

生殖心理カウンセラーの役割と要件は、生殖医療を必要としている女性／男性、カップル、その家族などに対して、心理的な支援を行なうことである。生殖心理カウンセラーは、生殖医療についての基本的な知識を持っており、専門的なカウンセリングの知識と技術を身に付けている必要がある。また、生殖医療をめぐる国内外の規制等についても熟知している必要がある。それか

ら、生殖心理カウンセラーには生殖医療を提供する医師や他の専門職との協力関係を維持する資質が求められるが、医療技術そのものを提供する側とは一線を画し、自律的な立場から女性／男性やカップル／家族を支援する必要がある。チームではあるが、自律的に動けることがチーム全体にとってのメリットとなるのではないだろうか。そして、生殖心理カウンセラーは、生殖医療を提供するすべての医療機関に配置されるのが望ましいが、当面はその養成と普及に力を注ぎ、他の医療提供者による不妊相談（コンサルテーション）や患者当事者によるピア・カウンセリングの指導、助言などを通じ、カウンセリングを必要とする患者への便宜を図ることとする。

生殖心理カウンセラーとしての課題とは、精神科医の成田善弘が医療現場で心理士が働くための姿勢として、①医学、医療を学び、理解すること、全てを心理的な問題に安易に結び付けず、医学を知る。②医療に対してクリティカルな視点を持ちつつも、事態打開の為に何が必要かを現実的、具体的に考える。③他職種と連携する。そのための営業活動や、スタッフのケアをする、あるいは雑談をすることで信頼感を増すことも重要である。④研修面では、日本において生殖心理学というのを確立すべきでないかなと考えています。ただ、⑤としてそうありながらも、臨床心理学の本質を見失わないこと、知識や技術の向上や、人間の個別性、全体性、歴史性、関係性への関心を持っていくこと、が挙げられる。

カウンセリングを受ける機会が保障されるための対策としては、クリニックカウンセラーは確かに必要だが、そもそも、諸外

国に比べると日本の不妊症治療施設の多さは際立っている。700 近くある施設全てにカウンセラーを配置することは難しい。そこで、まず施設規模の大きいところは必須として置き、それから、外部のカウンセラーに委託する、地域の臨床心理士が不妊や生殖に関する研修を受けてその地域を担当するといったことも、現実的な可能性として考えられる。それから生殖心理カウンセラーの専門性の担保として、養成の充実を行なう必要がある。

まとめとして、複雑な喪失と人生上の危機を経験する不妊体験者には、治療段階や精神病理の有無にかかわらず、訓練を受けた心理士による生殖心理カウンセリングの利用が有益である。生殖心理カウンセリングはすべての不妊体験者がいつでも利用できることが必要であり、そのためには施設内カウンセラーと提携外部カウンセラーの養成が求められる。生殖心理カウンセラーは医療スタッフと協働しながらも、独立性を担保することで、患者及び医療スタッフ双方の利益となると考えられる。

○ 不妊治療患者の禁止令アセスメントの重要性（朝倉）

当クリニックでは、病院という雰囲気無くし、リラックスして頂けるように環境を整備している。各診察室、問診室は完全に個室化し、診察・問診内容や会話の内容が他の人に全く聞こえないよう配慮している。カウンセリングルームが二つあり、カウンセリングの担当は、常勤のカウンセラーではなく、院の近隣の特に社会人を対象とした心のケアの専門家を養成する機関に委託している。その中で、当院を受診する

患者は、単純に子どもが欲しいというだけでなく、子どもがなければならぬという意思を持った方が多いことに気付いた。我々は、こうしなければならないという「禁止令」とに着目し分析を続け、今年の3月に厚生省が主催する生殖医療心理カウンセリング学会で発表の機会を得た。禁止令が、通院の動機や治療選択に反映されることに着目し、心的とらわれが検査や治療のストレスと同期するのではないかという仮説のもと、今回の研究では、禁止令の比重を明らかにし、そして、この禁止令の強弱に応じた患者個々へのメンタルケアの有用性を明確にできるのではないかと考えている。

禁止令とは、米国の精神科医バーン氏が交流分析の中で挙げたもので、「人が成長していく中で比較的幼い頃に何度も味わった苦痛な体験や、大人から受けた不合理な態度によって、形作られる価値観」ということである。これは、成人してからも思考や行動に強い影響を与える。例えば、親から否定的な言葉を繰り返し受けていると幸せになってはいけないという禁止令が起これば、影響としては自己承認できない、といったことが考えられる。

当研究では、2005年2月から2006年1月にかけて、のべ534件の患者を対象として、方法としては初診時、治療移行時にカウンセリングを実施し、面談内容から禁止令の分析・分類を行った。

結果として、禁止令が非常に顕著であるのが30%、不安と禁止令が交ざっているのが18%、合わせて48%、つまり、約半数が不妊カウンセリングで禁止令が大きなストレス要因になっていることが考えられた。また、禁止令が強い状態と弱い状態では、

患者の治療へのモチベーションも差があると考えられる。禁止令が弱い場合には、子どもを作りたいと非常に積極的になる。逆に禁止令が強い場合には、生殖医療の侵襲性の高い治療に対する抵抗感が強く、不妊治療を続けること自体がかえってストレスとなる。カウンセラーとしては、禁止令が弱い場合には経済的なストレス、侵襲的な治療へのストレスを出来るだけ緩和するようリラクゼーションを主体としたアプローチをする。禁止令が強い場合には、自己を承認し、自己を受け止めるということに主眼を置いたメンタルケアを行う。

よって、不妊カウンセリングにおける禁止令のアセスメントによって、治療に対する抵抗感やとらわれを弱め、不妊治療を肯定的に捉える方向へ促すことができる。また、禁止令の分析が個々の患者のメンタルケアの個別プログラム化に役立つと考えられる。

本邦でも、条件付で提供配偶子を用いた生殖医療を認可していこうという動きがある。それに合わせ、厚生省を中心としてカウンセリング体制についての基礎的研究を始めている。その一環として行った卵子提供者と精子提供者の意識差を調査した結果を報告する。

日本では公式的には卵子提供者はいないので、代わりに、米国に在住の日系や日本人の学生を主体に、前年に慶應大学で行われた精子提供者32名の分析と比較して、卵子提供者の心的状況を調査した。対象は、米国の施設に登録している34名で、うち15名、約38%から回収した。年齢層はほぼ同じで、卵子提供者は15名中、社会人9名、学生5名、未婚者が13名、そして出産経験

者が3名となっている。

卵子提供の理由は、不妊夫婦の役に立ちたいというものがもっとも多く、4割を占めた。

提供を受ける夫婦との関係については、精子提供者が、提供を受ける夫婦との接触は絶対にしたくないという方が非常に多いのに対し、卵子提供者はどんな夫婦に自分の卵子が提供されるのか、出来れば夫婦の情報を知りたい、自分の匿名性が失われても会いたいという人が多いという結果となった。そして、自分の情報をどこまで被提供夫婦に伝えて良いかという質問では、精子提供者については、何も情報を与えて欲しくないか、与えても重要な遺伝情報・健康情報についてのみだが、卵子提供者は、より詳細な個人の情報を伝えても良いという寛容な結果となった。

そして、提供配偶子によって生まれた子どもについての質問では、精子提供者の場合には、子どもとの接触は絶対に望まないが、卵子提供者はもしその子どもが自分を訪ねてきたならば積極的に精神的成長に協力する、また、その子どもが成長し判断が出来るようになったら、提供によって生まれたことを告げてもいいと考えている。

もし、個人情報について匿名ならば、子どもに会いたいかどうかという質問については、精子提供者では約90%、卵子提供では47%が会いたいと思わないという回答だった。その理由については、「子どもは被提供夫婦の子供である」、「精神的によくない」といったものがあげられ、逆に、会いたいという理由は「わが子と同じくその子の成長を見守りたい」といったものがあった。

生まれた子どもが会いにくる可能性があ

るならば提供したかという質問では、精子提供者では70%弱が提供しなかったという回答であるのに対し、卵子提供者はそれでも提供したが73%と対照的な結果となった。

家族に提供プログラムに参加したことを話したかについては、どちらも過半数が話していないと答えている。

自分の精子・卵子によって生まれた子どもが会いにきたら、自分の家族に紹介するかどうか。これは、精子提供者では88%が紹介しないのに対して、卵子提供者では47%が紹介するという結果だった。

将来日本で行われる配偶子提供は、匿名のままの方が良いと思うか、という質問については、精子提供者も卵子提供者も共通して70%以上が匿名のままが良いと答えた。

まとめとして、卵子提供者に関しては、報酬目的よりも不妊夫婦の役に立ちたいという人が多く、精子提供者に比べて卵子提供者は提供された子どもに会うことや、家族のプログラムに参加することに関心がある。その子どもが自分にとって大切な存在であるという認識が強い。この男女差は、卵子提供は精子提供に比べて長く、非常に侵襲的で、スタッフとの綿密な関わりもあるということから来たものなのか、または他の要因なのか。本研究では明らかではないが、女性特有の配偶子観があると考えられ、精子提供者とは異なるカウンセリング体制が必要と考えられる。

○ 相互討論

久保：まず、通常の生殖補助医療における現場の方々が、どのようにして不妊カウンセリングをやっていくべきか。特に、医療職と心理カウンセラーの定義は分けられる

かどうか。

平山：結局、カウンセリングの定義の問題になる。トータルなメンタルケア全般をカウンセリングと指すのであれば、看護師はもちろん、医者から心理カウンセラーまでピアカウンセリングも含めカウンセリングとなるだろう。欧米基準に近づければ、カウンセリングは、専門家がやることとなる。

久保：ここでは、広い意味でのカウンセリングということで、メディカルコンサルテーション、相談も含めて、今後、不妊のカウンセリングの指針をどうしたらいいか。

森岡：心理の立場からは、治療を受ける人のアセスメントをもっと厳しくしてもいいのではという思いもある。福田先生には看護の方からコンサルテーションをされてるということで、スーパーバイズについて頻度や時間を教えて欲しい。石井さんには、実際にカウンセリングをする場合の苦労や難しい点について。

福田：スーパーバイズについては、私のしているスーパーバイズは心理領域のものとは違って、看護の側面でその人を全体像としてどう見ていくか、ということの基本としている。患者の今抱えている問題が何なのか、それは当然、看護職としては医療の中にいる患者の問題として捉えて、生殖医療を受ける上で身体的・精神的・社会的に問題となっているが何であるか適切にアセスメントされ、看護職としての支援につながっているのかということを見て行く。経験の浅い人は看護計画を立てるごとにチェックしますが、3年以上の経験者は看護計画立案時に必要時チェックを行う。

久保：その問題をアセスメントするという意味で、先ほどの看護職の問診表のような

ものは全ての患者に書いているのか。

福田：あれは看護職が書くようになっていて、今使っているのはゴードンの様式という11項目に患者の全体像を分けて、情報を分析する。一つは、その方の健康認識、それから、栄養、排泄、活動、睡眠、認知、自己認識、役割関係、性と生殖、ストレス・コーピング、価値と信念などに関して、今一番問題となっているのは何なのかを、看護職として必要なものを情報収集して、アセスメントする様式になっている。それは全ての患者に行うが問題のない人には記入はしない。

石井：個人のカウンセリングについては、不妊のピアカウンセリングとしては行っていない。実際に行ったのは、電話相談と、患者会やクリニックに行って患者のお話を聞く、ということ。患者会で印象的だったのは、非常に個人的な、例えば、夫婦間の性生活に関することといったような普段は話せないことが、不妊の体験を共有していることで話せたことがとても良かったという意見があった。治療の段階で医師とのコミュニケーションがうまくいかない場合に、他の患者が、「私はこうしているのよ」と教え、私が介入すると言うよりは、患者同士の中でうまく情報提供できていたことが、とても良かった点である。不妊から離れるが、私は死産や流産の方の活動にも関わっておりまして、そちらでは個人のカウンセリングも行っている。不妊治療をして流産をされて喪失体験をすごく辛く思っている方が非常に多く、不妊カウンセリングの中に、こうした喪失体験のことをもう少し加味して欲しい。

久保：個人カウンセリングを不妊の方では

していないのはなぜか。

石井：Fine という団体を通してしているので、まだ方法、システムがない。

久保：患者に対するピアカウンセリングだけでなく、我々医療者に向けて、患者の体験を通してのカウンセリングというか事例提供のようなことを行う、というのはどうだろうか。

石井：それは必要なことだと思う。具体的なことでは、男性が精子を採取する時の容器がとても使いづらいという患者からの意見がある。そうした情報を医療の現場の方にフィードバックしていければ、と考える。

久保：生殖医療に携っている者は、個人的な体験や個々のケースに頼るしかない。患者からの情報を生殖医療の現場の医療者にもフィードバックしてもらえると非常に助かるだろう。

福田：例えば、子どもができない自分をどう価値付けていくか、子どもを持っても持たなくても、自分が自分であるためにどう生きていったらいいのかという問題を取り扱う生殖心理カウンセリングは非常に重要であり、臨床心理士の援助する範疇だと考える。しかし、それとコンサルテーション的なものを分けると、患者自身が目的に応じて選択しなければならなくなる。カウンセリング・システムを構築する以前の問題として、医療機関の中に患者をトータルでサポートするシステムが作られると、もっと各職種が専門性を発揮して、心理カウンセラーとしても心理カウンセラーならでは働きができるようになるのではと考えるが、その点についてはどうか。

平山：看護師がいくらカウンセリングを勧めても、患者は心理カウンセリングを受け

ないと、現場の看護師も苦しんでおられたり、私達も来なくて困るということもある。そういう意味でも、システムにはまる前が大切であると思う。治療に入ってしまうと、どんどん治療のシステムというのに浸かってしまうので、治療の前から、いろんなことを考えていけるといい。今のシステムですごく問題なのは、入ってしまうと抜けられないことで、そうなるとカウンセリングの利用というのがしにくくなる。その前の段階で、自分達には本当に子どもが必要なのか、治療が自分達にどんな影響を与えるのか、というようなことを、夫婦で前もって話し合えるような援助を行う必要がある。

福田：動機のない人たちに心理 Counseling を受けることで得られる利益をカウンセラーとして伝えていくことが、とても大事だと思う。私達は諸外国のように小さい頃からカウンセリングを受けることや、それに対価を払うということに慣れていない。心を話すことに慣れていない民族に対して、動機がなくても、心理 Counseling がどんな利益をもたらすのかを伝えていくことは、すごく重要なことで、それがカウンセリングを受ける人を増やして行くのではないかと思う。

久保：人生において「生殖物語」、個人の生殖モデルは変えていくことができるということが、非常に大事と言われた。もともとは個人個人で違うもので、それがもしうまくいかなかった時に、変えていかなければならない、と。その支援をするのがカウンセリング、ということになるのか。

平山：必ずしもカウンセラーだけじゃなくて、トータルなケアになる。カウンセリング行うのはその人の物語を聞いていくこ

とである。それには、その人が本当はどうしたかったのかというところを、丁寧に聴いていく。そうならないとしたら、あなたの人生はどうなってしまうんだろう。そこが絶望ではなくって、もしかすると変えられるかもしれない。自分が変えていけるかもしれない、ということになっていけば、変わっていくと思う。

久保：朝倉先生は禁止の度合いが低いほど治療がうまくいくと言われたが、それは妊娠の成功率があがるということか。そうであれば、メンタルケアにとってかなり重要なことになると考えられるが。

朝倉：不妊という病気は命を失うものではなく、明らかに全人格的な個人の価値観に関する問題であり、医者は体の病気を治すプロフェSSIONALで、看護師はケアをするプロフェSSIONALということですが、体の問題は医者に、心の問題はカウンセラーに分業とは私は考えていない。院内のカウンセラーにはスタッフへの教育者としての役割を期待する。カウンセリングの専門家ではなくても、カウンセリングする方法、カウンセリング・マインドというものを常に持たなければならない。

久保：では、カウンセラーの役割という問題はどうか。

平山：カウンセリングが、受ければ楽になるというものだけで、広まるというのはすごく危険だと思う。カウンセリングとは自分のストーリーを変えていくということで、多大な労力と覚悟と辛さを伴うことである。だが、こういう自分の葛藤と向き合うということに、自分なりの意味を見出せるかどうかの問題である。実は、不妊に限ったことではないが、葛藤を回避するといふか、

悩みを抱えていられない、自分の問題と向き合うことがうまくできない患者が増えていのように思う。では、そこに専門職としてどう関るかというのは、私自身の課題であり、その患者自身の要因が不妊カウンセリングをシステムにしていく上での、一つのキーになるのではないかと考えてもいる。葛藤を抱えたままでも生きていけるような、辛さを抱えたままでも生きていけるような力を育てていくカウンセリングというのが必要なのではないだろうか。

久保：それは恐らく、不妊の関係者にとっても非常に重要なマインドではないか。辛さを抱えたためには、それを支える identity が必要になってくるだろう。ピアカウンセリングでは、その点をどう説明しているか。

石井：説明という形で説明したことはなく、私の個人的な体験だが、子ども欲しいとか、我が子を抱きたいというのは、本能的な、根源的なものだと思う。その物語を変えていくのは非常にたいへんな作業で、40代半ばから後半位までかかってしまうと感じる。また、私は自分の受精卵を見た経験があるので、子どもへの思いというのは受精卵を見た瞬間から始まっていると感じる。女性の卵子への思いは非常に強く、着床するかしないかという事実だけで、もう喪失がおきている。それが繰り返されることであれば、その人にとってストーリーを変えていくのは、非常にエネルギーがいることではないかと思う。

フロア：様々な立場の方がいて、それを利用する不妊の女性がいるが、利用する女性にとって一番利益になる、求めていることが満たされるカウンセラーのシステムというのはできるのか。そのために、どのような

努力が必要だろうか。或いは、それは非常に難しいとなったら、難しい点はなんだろうか。

福田：例えば、看護職が仲介に入り、どこに行けば必要な支援が受けられるかということのアセスメントし、そこに導いていくというのが一つの方法ではないかと思う。子どもを持つことは、生まれたときからDNAに刷り込まれている本能の一部であり、そこから子どもができないという人生を選択するには、刷り込まれたDNAから乖離していくようなところを助けてもらわなければならない作業であり、本来であれば、イギリスのように全ての患者に専門的な心理Counselingを受ける権利を保障されて当

然である。それを大前提にして進めていく方法もある。ただ、制度が整い心理カウンセラーの数が日本の生殖医療の領域に充足するまでは難しい。それまでは、既存の体制の中でより良い支援が受けられるよう、患者の状態を適切にアセスメントできる専門的知識を持った看護職が、必要なところに導いていくというやり方で、患者が必要としている支援を専門家同士がコラボレートしながらやっていけば、患者の望むところにつなげていけるのではないか。

久保：不妊患者の場合には、社会の状況が特殊で、人から意見を聞くことで辛い立場になることも多々あるので、カウンセリングのシステム作りが必要である。

II. 不妊カウンセリングの国際的な現状およびわが国への運用に関して

東京 HART クリニック

臨床心理士・生殖心理カウンセラー

平山史朗（ひらやま・しろう）

はじめに

生殖医療技術が進展する中、1980年代より不妊の心理的側面に対する関心が高まり、各国でメンタルヘルスの専門家が生殖医療にかかわるようになってきた。その関与の様式はそれぞれの国や地域の事情により異なっているが、生殖医療を利用するものおよびその関係者、生殖医療の結果誕生した子や家族に対して、医療的なかわりだけでなく、専門的な心理的援助が必須であることは現在ではほぼ共通の認識とされるようになってきている。しかしながら、わが国ではその認識自体がまだ不十分であり、専門家による不妊患者への心理的援助はその端緒についたばかりである。本稿では米国、英国をはじめとする諸外国の不妊カウンセリングの現状について概説し、わが国における不妊カウンセリングシステムの構築の参考とすることを目的とした。

対象と方法

対象は前述したように米国と英国を中心として、不妊カウンセリングの位置づけ・学会のガイドライン・カウンセラーの資格・職能団体などについて概説する。それを踏まえ、日本での不妊カウンセリングと比較することで、今後のわが国における不妊カウンセリングのありかたについて、検討する。

結果と考察

1. 米国

(1) 不妊カウンセリングの位置づけ

連邦レベルでは生殖医療に対する規制が存在しない米国において、生殖医療を利用しようとする者へのカウンセリングは必須ではないが、生殖医療を提供する医療者の学術団体であるアメリカ生殖医学会（American Society for Reproductive Medicine: ASRM）は、生殖医療を提供する際にはカウンセリングの機会が保障されること、あるいはカウンセリングを利用することが種々の治療ガイドラインで推奨されている。しかしながら、カウンセリングの利用については、各施設の方針にゆだねられており、実態はさまざまである。後述するようにカウンセリングの利用が有効と考えられる時期はさまざまであるが、非配偶者間生殖医療を希望する際には、心理学者によるコンサルテーションを必須とする施設が多いようである。

不妊カウンセリングに関して連邦等公的機関が規定したガイドラインは存在しないが、アメリカ生殖医学会には、1987年より、メンタルヘルス専門家グループ（Mental Health Professional Group: MHPG）が組織されており、不妊カウンセリングを実践している心理学者を中心とした職能団体としてガイドラインが策定されている。

(2) ASRM-MHPG ガイドラインについて（表1）

アメリカ生殖医学会（ASRM）（当時はアメリカ不妊学会：American Fertility Society）のメンタルヘルス専門家グループ（MHPG）では、1990年代前半より、不妊カウンセリングのガイドライン作りに着手

し、1995年に明文化されている。このガイドラインは現在でも諸外国にも広く適用されている。このガイドラインでは、不妊カウンセラーの最小限の基準となる枠組みを提供している。

(3) カウンセラーの資格

本ガイドラインによると、不妊カウンセラーは、メンタルヘルスの修士以上の学位および、その専門領域における臨床資格を有している者が、生殖医学の医学・心理学的側面についての教育および、スーパービジョンや継続教育を受けることを必須としている。ここで規定されているメンタルヘルス専門家(Mental Health Professionals: MHPs)とは、心理学者(Ph.D., Psy.D.)、認定カウンセラー(夫婦・家族カウンセラーなど)、精神科ソーシャルワーカー、精神科医、精神科専門看護師などを指す。

(4) 職能団体: ASRM-MHPG

MHPGは、ASRMの会員であれば所属することが可能であるため、それが即不妊カウンセラーとしての力量を示すものではない。MHPGでは、継続的な研修機会の提供、情報交流、ネットワークとしての役割を果たし、実際の業務の上ではMHPsとしての資格認定がなければカウンセリングを行うことはできない。2005年現在343名が所属している。

(5) カウンセリングへのアクセス

生殖医療実施施設において、カウンセリングが必須であるとする公的な規制は存在しない。しかしながら、専門家によるカウンセリングの利用については、施設内の掲示やパンフレット、医師からの推奨等により利用方法について知ることが容易であることが多い。また、医療機関においては患

者当事者支援団体(RESOLVEがもっとも一般的)へのアクセスについての情報提供が頻繁にされ、それらの患者支援団体より専門的な不妊カウンセリングの利用方法についての情報を得ることも可能である。

(6) 不妊カウンセラーの職域

米国においては、次の3つの形態で不妊カウンセリングが実施されている。それらは、①施設内にカウンセラーが勤務している場合、②施設が特別なサービス(非配偶者間生殖医療における心理学的評価など)のために開業カウンセラーと契約している場合、③開業の形態をとっている外部カウンセラーの利用、である。そのため、施設に勤務している以外の不妊カウンセラーの多くは、不妊患者のみを対象としているわけではなく、一般の心理学者としての業務を兼任している。そのため、アメリカの不妊カウンセラーは、「私のクライアントの〇〇%は不妊患者です」という表現をすることがある。

(7) 提供されるサービス

不妊カウンセラーは、助言、教育、コンサルテーション、サポート、そしてセラピーを提供するが、より伝統的なサイコセラピストよりも、患者のアドボケーター(権利擁護者)やヘルスケアプロバイダーであろうとすることが他領域のカウンセラーとの違いであるといえよう。臨床においては、不妊カウンセラーは、心理学的アセスメント、スクリーニング、そしてセラピーを行う。アセスメントとしては、精神疾患の診断面接、心理検査(心理学者のみが実施可能)、カウンセリングの種類としては、意思決定カウンセリング、グリーフカウンセリング(セラピー)、危機介入、夫婦・家族療