

法、セックスセラピーなどが主に用いられ、これらは患者ケアに必須の部分とみなされている。特に、体外受精（IVF）を中心とした ART、提供配偶子や代理母の利用、提供胚の移植といった特別な治療のために患者を準備する時には強く推奨される。

また、近年重視されているのは、不妊症治療に先立って行われる患者準備と教育であり、不安を減らして患者のコンプライアンスを増し、心理学的/対人関係の葛藤を減じ、そしてまた対処スキルを改善することを容易にする効果があるとされる。

不妊カウンセリングは統合的な心理学的ケアに基づいているため、不妊に対して適用される（心理）治療的アプローチは、心理力動的（精神分析的）療法、認知行動療法、夫婦・家族療法、集団療法、戦略的/解決志向短期療法、精神薬理的治療、セックスセラピー、危機介入、そしてグリーフカウンセリング等、幅広いアプローチが実践されている。

#### （8）非配偶者間生殖医療（Third Party Reproduction: TPR）におけるカウンセリング

米国における非配偶者間生殖医療へのカウンセラーの関与は、レシピエント（カップルおよびその家族）、およびドナー（およびその家族）、代理母に対する心理学的スクリーニング/評価が中心である。カウンセラーは、面接および心理検査を用いて（心理検査を使用しないカウンセラーもいる）、主に DSM-IV（アメリカ精神医学会診断マニュアル第4版）の第1, 2軸の精神病理を有していないか、物質乱用や性的トラウマの既往歴、法的問題の有無等について査定する。主に用いられている心理検査は、

MMPI-2（日本では標準化されていない）、ロールシャッハテストが挙げられる。結果は報告書の形で担当医に提供され、当該治療の提供の可否に関する判断材料とされる。

## 2. 英国

### （1）不妊カウンセリングの位置づけ

英国においては、ヒト受精及び胚研究法（HFE法：1990）の下、認定クリニックにおいて、不妊カウンセリングの機会が提供されることが義務付けられている。治療を受けようとするもの、配偶子や胚を提供しようとするものは、「適切な」カウンセリングを受ける「相応の機会」が提供されなければならないとされている。

### （2）職能団体：BICA（British Infertility Counselling Association）

英国不妊カウンセリング協会（BICA）は、1988年に独立した組織として設立された、英国で唯一の専門的な不妊カウンセリングに関する団体である。2005年現在、175名のメンバーが在籍しており、専門領域はソーシャルワーカー、心理学者、看護師などで、認定された不妊クリニックでカウンセリングサービスを提供しているものが中心である。

BICAは、その端緒から英国における生殖補助医療の発展に多大な役割を果たしてきた。厚生省、ヒト受精・胚機構（HFEA）、学際組織である英国不妊学会（BFS）と緊密な連携を取り、政府の施策に関与してきた。BICAのメンバーは、BFSの理事、HFEAの査察官も務め、BICAの創設者は現在のHFEAのメンバーでもある。

### （3）カウンセラーの資格

HFEAのガイドラインによると、カウンセ

セリングは、医療提供者とは異なった専門家によって実施される。カウンセリング、臨床心理学、カウンセリング心理学、サイコセラピーの資格あるいは学位を有している、もしくは、Infertility Counselling Award を有している、ソーシャルワークの専門資格を有している、あるいはそれに同等の能力があると認められたものが不妊カウンセラーとして活動できる。主に BICA のメンバーと重なってはいるが、HFEA として唯一の職能団体という位置づけにはなっておらず、BICA への所属が不妊カウンセリングの必須条件ではないようである。

#### (4) カウンセリングへのアクセス

認定された施設は、すべての患者にカウンセリングの機会が提供されることを伝える義務を負っている。また、HFEA のガイドラインにおいて、カウンセリングの利用が患者の利益になるということが強調されている。しかしながら、カウンセリングを実際に受けることを義務付けているわけではないため、カウンセリングを利用しない患者も多く、BICA では、ART や TPR を希望するカップルへのカウンセリングの義務化を要求している。

#### (5) カウンセリングの種類

英国においては、不妊カウンセリングを、①意味づけ・影響カウンセリング (implications counselling)、②支援カウンセリング (support counselling)、③治療的カウンセリング (therapeutic counselling) に分類しており、これはヨーロッパ生殖医学会 (ESHRE) におけるカウンセリングガイドラインにも採用されている。また、その他のカウンセラーの業務として、心理学的情報提供がある。

心理学的情報提供は、すべてのカップルは、不妊の検査、治療、およびその成績についての事実に基づいた情報、指導を受けべきであるという考えに基づいている。この情報は担当の不妊専門医によって無条件に提供されるべきものであるが、患者はしばしば余裕のある第三者とも相談したいと考える。そのため、治療施設で印刷物が用意されている他、HFEA やボランティア団体などでも役に立つ印刷物を提供してくれる。

#### 意味づけ・影響カウンセリング

(*implications counselling*): カップルに対して、あるいはすでに子どもがいればその子どもを含めたすべての関係者に対して、彼らを選べる選択肢の、それぞれの結果や影響について考える手助けをする必要がある。この探索は、時には感情的に非常に苦痛であったり、大変時間がかかったり、進めていく上で精神的に難しい問題が持ちあがったりする。IVF を行うにあたって何個の受精卵を移植するか、あるいは残りの凍結された受精卵をどのように取り扱うかといった、きわめて現実的かつ感情的な問題には、特に慎重な配慮が必要である。

#### 支援カウンセリング (*support counselling*)

: 不妊の検査や治療はしばしばかなりのストレスとなる。特に、生殖補助技術による受胎が失敗した後や、これ以上治療が続けられなくなってしまった時には、精神的な支援が必要である。多くのカップルは、友人、身内の人々、ボランティアの支援を必要とするが、そうした人々自身の多くも、カウンセラーの指導が有効である。

**治療カウンセリング (*therapeutic counselling*):** 治療カウンセリングは、癒し

に重点を置いている。特に不妊カップルは厳しい環境下にあるので、そのことを理解し、受け入れるようなカウンセリングを行うことが重要である。カウンセリングが必要ないカップルもいる一方、長い間折にふれて支援が必要なカップルもいる。

注意が必要なのは、この3種類のカウンセリングは明確に分類できないことも多く、重なり合っているということである。

#### (6) implications counselling の重視

英国における不妊カウンセリングでは、この意味づけ・影響カウンセリングが重視されていることにある。これは、HFEAのガイドラインにおいても、医療チームの他領域の専門家によって提供されるアドバイスやガイダンスと明確に異なることが規定されている。すべての治療を受ける前に、またTPRを希望する場合、また受精卵の廃棄を検討する際にも推奨されている。英国のTPRの特徴であるegg sharingにおいても、それを行うことや結果の影響について事前に検討することが重要視されている。

#### (7) 英国における不妊カウンセリングの特徴

HFEAでは、治療中の患者のみならず、治療を希望しないカップルのカウンセリング利用も勧めている。また、生殖医療により生まれた子の福祉を重要視していることも特徴的である。特に2005年のHFE法の改正により、非配偶者間生殖医療における匿名性原則が転換され、生まれた子の出自を知る権利が保障されるようになったことで、この種の治療を利用しようとするカップルや提供者・代理母になろうとする者へのimplications counsellingの役割は増大している。

米国と比較した際の英国における不妊カウンセリングの特徴として、社会福祉的観点の強調が挙げられる。これは、早くから国家による生殖医療に関する基準作りの際に、養子縁組等の知見を活用してきた歴史があり、BICAやHFEAにおいてソーシャルワーカーが中心的な活躍をしてきたことが関係していると考えられる。

#### 3. その他の国・地域と国際不妊カウンセラー機構 (IICO)

不妊カウンセリングのニーズの高まりとともに、世界各国、または地域(欧州、南米など)において、不妊カウンセリングの専門家集団が誕生している。それらの多くは、その国の生殖医学会のメンタルヘルス部門と位置づけられている(ASRM-MHPG、ESHRE-PSIGなど)が、英国のBICAのように連携を取りながらも独立した組織であるところもある。また、オーストラリア／ニュージーランドのANZICAはオーストラリア不妊学会の下部組織ではあるが、自律性を有し、認定施設の査察チームに加わるなどの活動も行っている。

しかしながら、生殖医療の広がりには比して、不妊カウンセリングが普及しているとはいえ、不妊カウンセラーの生殖医療における地位や身分保障も十分ではないのが現状である。国によっては、一人から数名のカウンセラーしか存在しないというところもある。このような現状を鑑み、国際的な不妊カウンセリングの普及と不妊カウンセラーの連帯を目指し、2003年には国際不妊カウンセラー機構(International Infertility Counseling rganization: IICO)が組織された。英国のBICA、オーストラ

リア／ニュージーランドの ANZICA、アメリカの ASRM-MHPG、欧州の ESHRE-PSIG、ドイツの BKid という5つのメジャーな不妊カウンセリング団体を中心とし、国毎の規制や文化的背景の違いを超えて不妊カウンセリングの諸問題を検討していこうとしている。2004年5月23日には、カナダのモントリオールにて第1回の Postgraduate Course が開催された。世界の不妊カウンセリング団体の比較を表2に示した。

#### 4. わが国における不妊カウンセリングシステムへの展望

これまで述べてきたように、諸外国ではその国の状況に合わせて不妊カウンセリングシステムを構築してきた。米国のシステムは、メンタルヘルス専門家を必要に応じて利用する、いわば「コンサルテーションモデル」であるといえる。利用者は自己決定権の行使のためにカウンセリングサービスを利用するともいえる。一方、英国のシステムは国による規制の下で「公共福祉サービスモデル」としてのカウンセリング利用を想定しているといえよう。

それではわが国の現状に合った不妊カウンセリングのシステムとはどのようなものが望ましいのであろうか。諸外国の知見およびわが国の現状を鑑み、以下に不妊カウンセラーの役割および要件を私見として示す。

#### 不妊カウンセラーの役割と要件

(1) 不妊カウンセラーは、生殖医療を必要としている女性／男性やカップル、またはその家族等に対して、心理的な支援を行

う。

生殖医療を必要としている女性／男性やカップルは、不妊ゆえの欠如感や喪失感、自尊感情の低下、具体的な被差別体験による傷つき、子どもをもてないかもしれないという恐怖など、独特かつ複雑な心理過程が考えられる。また生殖医療の治療過程それ自体が身体的のみならず精神的にも大きな負担を必要とする性質をもつ。これらを理解し、必要な心理的支援を行わなければならない。

(2) 不妊カウンセラーは、生殖医療についての基本的な知識をもっており、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。

①女性／男性やカップル／家族に対して医学的情報を提供するのは医師の役割であるが、生殖心理カウンセラーも産科婦人科学、生殖医学、発生学、遺伝学等について学び、生殖補助医療について基本的な知識を身に付けておかなければならない。

②生殖医療を必要としている女性／男性やカップル／家族特有の心理過程を理解するとともに、面接・心理検査等を用いてそれらを的確にアセスメントし、必要な心理的支援を行うためには、専門的なカウンセリングの知識と技能が必要である。

③生殖医療をめぐる倫理的・法的・社会的問題について一定の見識を持ち、国内外の規制、特に国内の法・通達・ガイドライン・審議会等の動向などについて熟知していなければならない。

(3) 不妊カウンセラーには、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。

不妊カウンセラーの役割は、生殖医療を提供する医師の業務を補助するものではなく、また、医師の指示のもとに女性／男性やカップル／家族に対して医療的指導を行うものでもない。医師との協力関係を維持しつつも、あくまでも自律的に支援する立場でなければならない。これは医師以外の専門職との関係においても同様である。

(4) 不妊カウンセラーは、生殖医療を提供するすべての医療機関に配置されることが望ましいが、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。

本来、生殖医療における心理的支援は、生殖医療を求めて医療機関を訪れたとき、あるいは子どもを持つかどうかを考え始めたときからその対象になりうるものであり、高度な生殖補助医療が必要になってはじめて開始されるものではない。しかしながら、生殖医療を提供するすべての医療機関に不妊カウンセラーの配置を求めるのは、マンパワーの点からみても現実的ではない。したがって当面は、看護職や医師を中心とする不妊相談（コンサルテーション）を生殖医療を提供する医療機関で確実にできるよう、医療提供者への啓蒙を行い、カウンセリングの必要性そのものに対する理解を広げることが重要である。また、患者がいつでも望んだときに心理的援助を受けられる

体制作りの一環として、患者当事者（実際には患者支援団体など）によるピア・カウンセリングの普及にも尽力する必要がある。

特に注目すべきは(3)に示した不妊カウンセラーの自律性である。不妊カウンセラーは不妊症治療チームの一員として働く場合でも、あくまで自律的、自立的に働くことが求められる。通常、不妊症治療チームの目標は患者の妊娠であり、チームメンバーはそのために協働することが必要である。しかし、不妊カウンセラーが常にチームと同様患者の妊娠だけを「成功」として目標にしていたらどうなるだろうか。治療継続を迷っている患者や施設の治療に疑問を持っている患者はそのようなカウンセラーに相談しようとは思わないであろう。カウンセラーには、施設の治療方針を理解した上で、しかしあくまで患者がどのような方向に進みたいのかということに向き合いながら、治療選択の決断の援助をすることが求められる。そしてそれこそが不妊カウンセラーの重要な専門性のひとつであるといえる。

カウンセラーの国家資格が存在しない、生殖医療施設数が諸外国に比して極端に多い等、諸外国に比べて不利な側面も多いが、不妊カウンセリングの必要性および専門性を認識し、早急にメンタルヘルス専門家による不妊カウンセリングをすべての患者および関係者が利用できるシステムを構築することが求められている。

## 5. 文献

- Haase JM, Blyth E. Global perspectives on infertility counseling. In: Burns LH, Covington SN, eds, Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians. New York: Parthenon, 2006; 544-557.
- International Infertility Counselors Organization (IICO). Global Perspectives on Infertility Counseling. Postgraduate Program. Montreal, Canada, May23, 2004.
- Mental Health Professional Group of the American Society for reproductive Medicine(1995). Qualification Guidelines for Mental Health Professionals in Reproductive Medicine. Appendix I . In: Burns LH, Covington SN, eds, Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians. New York: Parthenon, 1999.
- Human Fertilisation and Embryology Act 1990, United Kingdom.
- Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA Code of Practice the 6th Edition, United Kingdom, 2003.

表1 ASRM（アメリカ生殖医学会）生殖医学におけるメンタルヘルス専門家のための資格ガイドライン（1995）

このガイドラインは ASRM のメンタルヘルス専門家グループによって、生殖医学分野で働くメンタルヘルス専門家のための資格と訓練を規定するのを助けるために作成された。

メンタルヘルス専門家は、技術が発展し、不妊患者が直面する複雑な心理社会的問題が認識されるにつれて、生殖医学で次第に重要な役割を果たすようになってきている。その結果、患者やスタッフを援助するために訓練された不妊カウンセラーの技能やサービスの必要性が増大している。不妊カウンセリングは、妊娠に関する問題を経験している個人やカップルの、心理学的アセスメント、心理療法的介入、心理教育的サポートを含む。資格を持った不妊カウンセラーは、以下のサービスを提供できる必要がある：

- ・ 心理学的アセスメントとスクリーニング
- ・ 教育的／情報提供カウンセリング
- ・ 精神疾患の診断と治療
- ・ 支持的グループカウンセリング
- ・ 心理検査（心理学者のみ）
- ・ 探索的カウンセリング
- ・ 意思決定カウンセリング
- ・ スタッフコンサルテーション
- ・ 夫婦／家族療法
- ・ 危機介入
- ・ グリーフカウンセラー
- ・ セクシュアルカウンセリング
- ・ 支持的カウンセリング
- ・ サイコセラピー

以下のガイドラインに、不妊カウンセリング／心理学的サービスを提供するメンタ

ルヘルス専門家の最低限の資格と訓練について示す。メンタルヘルス専門家は：

1. メンタルヘルス専門家としての学位

精神医学、心理学、ソーシャルワーク、精神科看護学、結婚／家族療法の分野における公認プログラムからの修士、あるいは博士の学位。カリキュラムと訓練には、精神病理学、人格理論、ライフサイクルと家族の発達、家族システム理論、死別と喪失の理論、危機介入、心理療法的介入、個人・夫婦・集団療法、臨床実践におけるスーパービジョンあるいはカウンセリングのインターンシップ、が含まれるべきである。

2. 開業のためのライセンス

メンタルヘルス領域における開業のためのライセンス（登録／資格）は、（一般心理臨床と同様の）学位と個人開業に要求されるのと同様である。

3. 不妊の医学的、心理学的側面の訓練

不妊の医学的側面の訓練では、以下の知識が求められる：

- i. 基本的な生殖生理学
- ii. 生殖の問題に関する検査、診断、治療
- iii. 男性、女性不妊の病因学
- iv. ART

不妊の心理学的側面に関しては：

- i. 不妊に関わる夫婦／家族の問題と、性的機能に与える影響
- ii. 心理学的アセスメント、死別／喪失、危機介入、心的外傷後ストレス、典型的／非典型的反応を含む、不妊の心理学へのアプローチ
- iii. 養子縁組、非配偶者間生殖医療、チャ

イルドフリーのライフスタイルを含む家族形成の代替法

iv. サイコセラピー、カップルセラピーとしての不妊カウンセリング

v. 生殖医療の法的、倫理的問題

4. 臨床経験

メンタルヘルス専門家は、最低 1 年間の不妊カウンセリングの臨床経験（できれば資格を持ち経験豊富な不妊カウンセラーのスーパービジョンあるいはコンサルテーションのもとで）を持つべきである。

5. 継続的な教育

継続的な教育が、知識や技能の継続的成長を確実にするのを助ける。ASRM あるいは他の専門機構や教育機関によって提供される講習への定期的参加が、リプロダクティブヘルスケアの医学的／心理学的問題における継続教育を提供するために推奨されている。

図1. 不妊カウンセリングとは (福田)

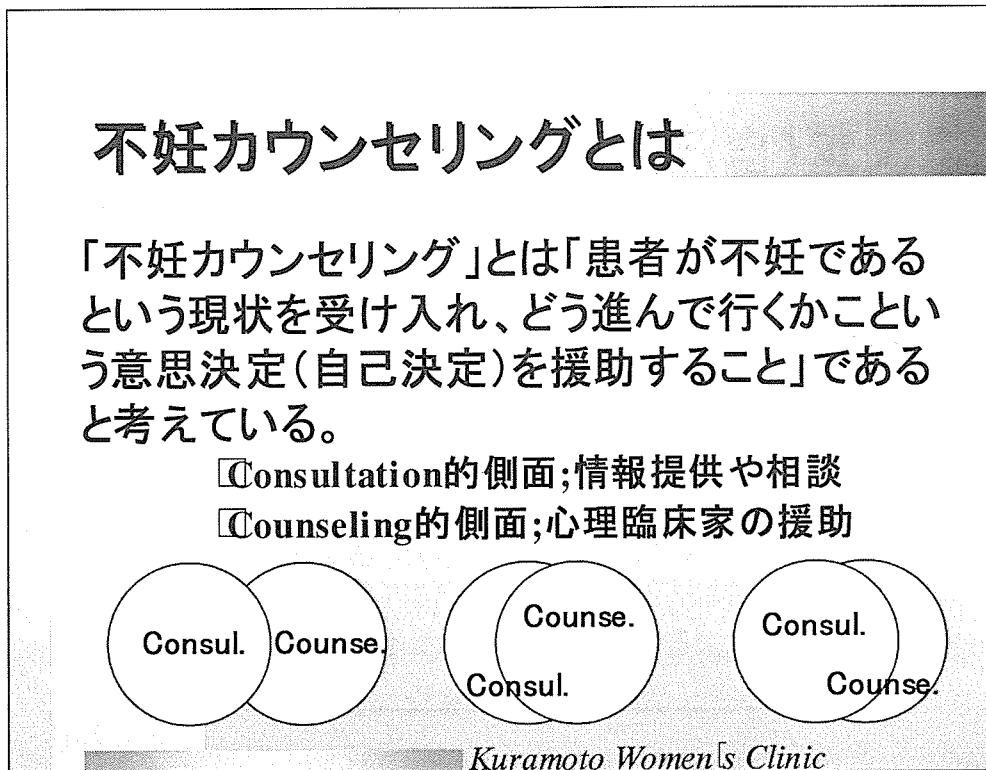


図2. 意思決定(自己決定)のプロセス (福田)

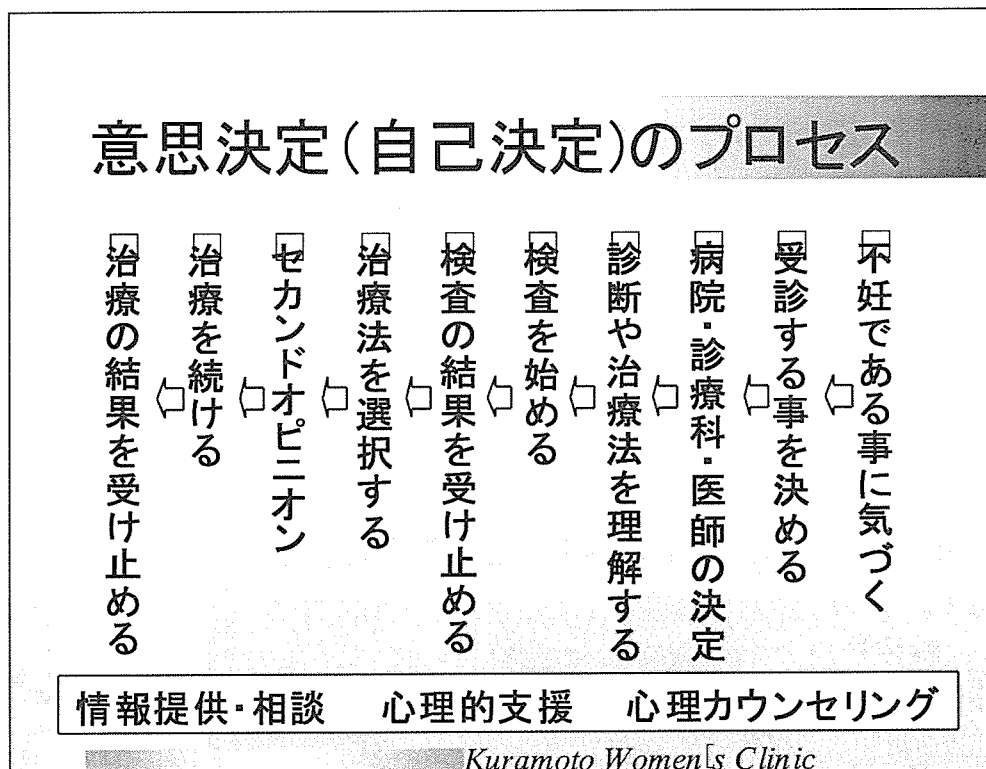




図3. 意思決定（自己決定）の支援（福田）

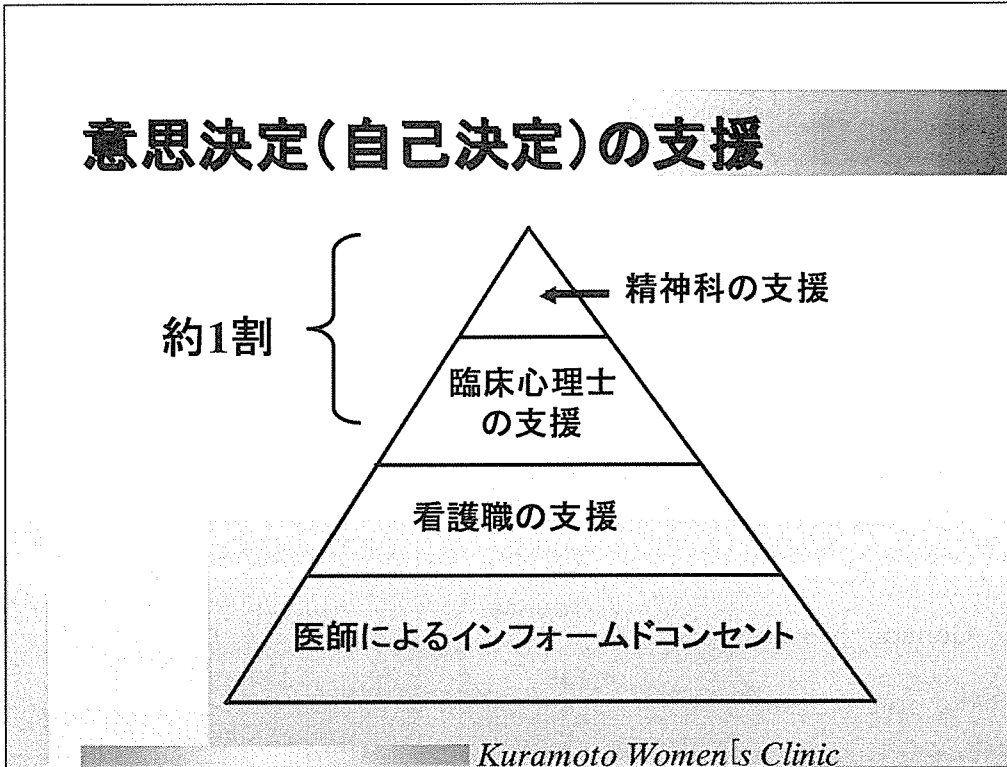


図4. 不妊カウンセリングを担当するチームメンバー（福田）

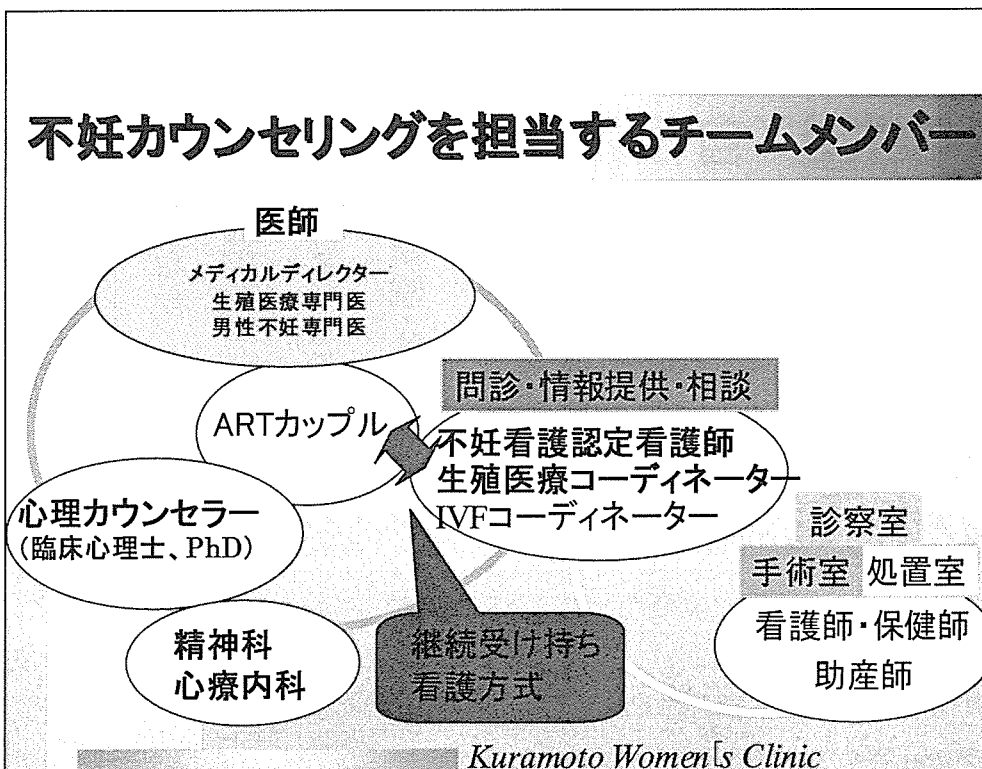


表1. トリアージの識別 (福田)

トリアージの識別	
赤	ART反復不成功(3回以上、採卵率・受精率など不良) 40歳以上の治療終結を考えている(最後1~2回、43歳) 精神疾患の既往をもち心理カウンセラーの介入が必要 POF、習慣流産、海外からの搬送や連携を必要とする 医療不信が強い、依存心が強い、ストレスが強い
黄	治療に対する不安が強い、理解力が低い 精神的に不安定 他施設での治療経験が長い、セカンドオピニオン 遠方の患者で電話連絡でほとんどが決まる
緑	チームナーシングにより対応可能

*Kuramoto Women's Clinic*

表2. 看護職の支援とトリアージ決定 (福田)

看護職がアセスメントをした問題点	トリアージ
● 身体的には治療終結が近づいているが現実を受け入れられない	赤
● ターミナルであるにもかかわらず年齢や職場環境の変化などから治療を続けられなくなるという不安が強く、Highストレスの状態に陥っている	赤
● 不妊治療に起因するうつ症状増悪の危険性	赤
● POFや重症乏精子症に伴う夫婦の低い自己価値認識の危険性	赤
● USAにある凍結受精卵を移送しThawing・ETをするプロセスに不安を抱いている	赤
● 重症男性因子に起因する家族機能の変調	赤
● 予期しない検査結果の異常からARTをすすめられパニックになっている	黄

*Kuramoto Women's Clinic*

表3. 看護職がかかわる時期（福田）

看護職がかかわる時期
<ul style="list-style-type: none"><li>● 初診、治療計画</li><li>● ART治療周期のスタート時</li><li>● 採卵決定時（初回、3回以上、終結を考えている時）</li><li>● 胚移植の日（胚の状態が思わしくない時）</li><li>● 妊娠判定の日（特に不成功が何回も続く場合）</li><li>● 流産（習慣流産、不育症等が診断された時）</li><li>● ステップアップを考える時</li><li>● 初回のART</li><li>● 患者希望時</li><li>● 治療の終結を考えているとの訴えがあった時</li></ul>
Kuramoto Women's Clinic

表4. 心理カウンセラーとの連携（福田）

心理カウンセラーとの連携
<ul style="list-style-type: none"><li>● 採卵などの治療周期の大切な時に体の具合が悪くなる</li><li>● Sex Less</li><li>● 不妊治療を諦めた場合、自分の気持ちが支えられなくなりそうで怖い</li><li>● 不妊治療を受けるのに迷いがある</li><li>● 自分ではよくわからないがカウンセリングを薦められた</li></ul>
Kuramoto Women's Clinic

表5. 不妊カウンセリングの基準に関する国際比較(平山)

国や地域	規制またはガイドライン	要件	カウンセリングの資格	専門領域	職能団体	養成/継続教育の機会
イギリス	規制(HFE法)	カウンセリング、心理学、ソーシャルワークの学位	規定された専門職としての集団に属していることを推奨	心理学、ソーシャルワーク	BICA (British Infertility Counselling Association)	BICAによるコース
オーストラリア/ニュージーランド	州により規制は異なるがガイドラインはすべての州に適用	心理学、ソーシャルワーク、医学の学士以上の学位	ANZICAのメンバーであること	心理学、ソーシャルワーク、医学	ANZICA/FAS (Australia/New Zealand Infertility Counselling Association of Fertility Society of Australia)	ANZICA、FASIによるコース、政府によるコース(TPRIに関する訓練)
アメリカ	ASRMおよびMHPGのガイドライン	修士以上の学位	州における認定要件を満たす	心理学、ソーシャルワーク 結婚/家族療法、看護学(精神科)、医学(精神科)	MHPG/ASRM (Mental Health Professional Group of American Society for Reproductive Medicine)	ASRMの年次大会における研修(通常2日間)
ドイツ	Bkidによるガイドライン	心理社会的援助の訓練およびカウンセリングまたはサイコロピの訓練	MD	心理学、ソーシャルワーク、カウンセリング、MD(精神科)、カウンセリングの訓練を受けた産婦人科	Bkid (Beratungsnetzwerk kinderwunsch Deutschland)	Bkidによるコース
南米	GLASMIによるガイドライン	修士以上の学位を推奨	国によって異なる	心理学、MD(精神科)	GLASMI/FLASEF (Grupo Latinamerica de interes en salud mental en infertilidad/Federacion)	FLASEF、ASRM、ESHREによるコース
ヨーロッパ	ESHREガイドライン	修士以上の学位を推奨	国によって異なる	心理学、ソーシャルワーク、カウンセリング、看護学、MD(精神科/カウンセリングの特別な訓練を受けた心理学者)	PSIG/ESHRE (Psychosocial special interest group of Euran Society of Human Reproduction and FertForum)	ESHREの年次大会におけるコース(通常1日)
スイス	規制	修士以上の学位を推奨	心理学者、MD(精神科医、カウンセリングの特別な訓練を受けた産婦人科医)	心理学、ソーシャルワーク、家族計画カウンセリング、MD	Special Interest Group of Swiss Society of Reproductive Medicine	スイス生殖医学会、ESHREへの参加
カナダ	規制	修士以上の学位を推奨	MD	心理学 結婚/家族療法 看護学、MD(精神科)	CSIG/GFAS (Counseling Special/Canadian Fertility and Andrology Society)	CFAS、ASRM、ESHRE、ANZICA、BICAへの参加
日本	なし	(JAPCRM: 修士以上の学位を推奨)	(JAPCRM: 臨床心理士)	(JAPCRM: 心理学、精神医学、看護学)	(日本生殖医療心理カウンセリング学会、JAPCRM: Japan Association of Psychological Counseling for Reproductive	(JAPCRM)による1年間の養成講座)

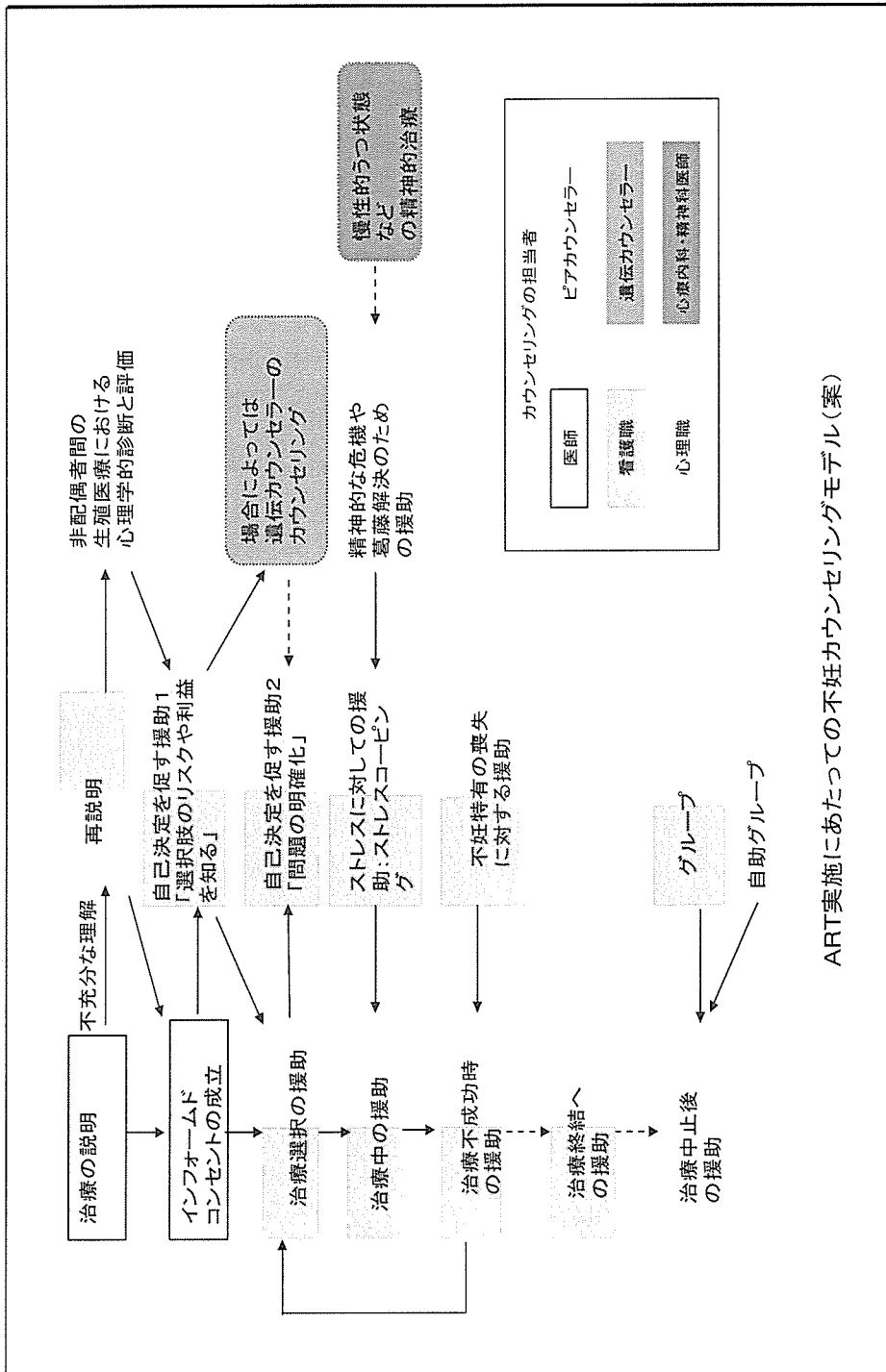
表6. ART治療施設での職業別の不妊カウンセリングの実施内容

### ART治療施設での職種別の不妊カウンセリングの実施内容

	医師	看護師	助産師	心理士 カウンセラー	検査技師	臨床心理士	その他
不妊相談	91.2	81.1	74.4	57.1	50.0	60.0	75.0
患者心理の理解と支援	73.5	70.3	83.7	60.0	50.0	100	62.5
インフォームドチョイスの支援	82.4	54.1	67.4	60.0	0.0	73.3	50.0
IVFコーディネーター	70.6	51.4	60.5	88.6	0.0	26.7	37.5
治療のコーディネーター	85.3	48.6	62.8	60.0	50.0	33.3	25.0
夫婦間の調整と支援	55.9	40.5	60.5	25.7	50.0	73.3	62.5
妊娠・出産・育児継続サポートと支援	26.5	16.2	51.2	2.9	0.0	33.3	12.5
治療中止後サポートと支援	26.5	13.5	30.2	8.6	0.0	46.7	25.0
セルフレケア支援	14.7	10.8	23.3	2.9	0.0	33.3	25.0
グループ活動支援	5.9	8.1	11.6	2.9	0.0	33.3	12.5
その他	2.9	0.0	4.7	0.0	0.0	20.0	12.5

(単位:%, 複数回答可)

図5. ART実施にあたっての不妊カウンセリングモデル (案)



ART実施にあたっての不妊カウンセリングモデル(案)

# 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総合的運用システムに関する研究

生殖補助医療を受けて生まれた子どもとその家族への

心理的社会的サポートシステムの構築 I

分担研究者 文京学院大学 森 和子

### 研究要旨

2005年度の調査では生殖補助医療により子どもを得た親子の現状や意識を明らかにするため、親子の支援を行っている児童福祉機関である児童相談所と福祉事務所と母子保健機関にかかわる保健所や保健センターなどの公的相談援助機関において職員を対象にアンケート調査ならびにヒヤリング調査を実施した。また、それらの機関で相談業務に従事する職員の生殖補助医療についての研修・教育の現状や職員の生殖補助医療についての意識も把握することにより今後の支援のあり方を検討した。

今年度は、第三者がかかわる生殖補助医療で生まれた子どもと家族に対して出自を知る権利を保障するために、不妊治療実施施設への調査とAIDにより子どもを得た家族への調査を行い国内での実態を把握し、さらにシステムが整備されているオーストラリア・ニュージーランドでの現地調査を実施した。それらの結果から抽出された①提供型治療で生まれた子ども・その親・提供者3者の権利を保障できるシステム、②3者へのカウンセリング体制の整備、③提供型治療で子どもを得た家族と子ども本人へのサポートの3点を分析枠組みとして、日本におけるサポートシステムの望ましいあり方を求め考察を進めた。

システムを整えるためには、不妊治療実施施設の認可施設の数も制限することが必要である。そして医療関係者の研修提供型医療を実施する医療関係者の認識を変えていけるような研修を行う必要性も見出された。出自を知る権利を保障するためには、提供者・提供型治療で生まれた子どもと家族の3者の情報を管理し、それぞれの住所や状況の変更も随時記録更新して保管するための公的管理運営機関の設立が必要となる。しかし公的管理運営機関1ヶ所ですべてを対応していくことは不可能と考える。その窓口として、各都道府県に子どもの権利擁護センター(仮称)を設置して管轄する都道府県内に居住する提供型治療を希望するカップルのカウンセリングや事前研修も併せて行う機能をもたせる。情報開示の窓口と相談の場として機能させる必要もあると考える。

生まれた子ども・その親・提供者へのカウンセリング体制を整える重要性も示唆された。提供型治療を決断するまでの期間におけるカウンセリングは極めて大事である。提供型治療を受けようと考えている夫婦に対し、何故子どもを望んでいるのか、また子育てをする適性や環境が整っているのか見つめる必要がある。治療を受けることを決定する前に、子どものいる家族のイメージした上で判断できるような事前研修を受け、子どもの福祉を主眼においた選択ができるように支援をすることが重要となる。カウンセリングのあり方として、①夫と妻個別のカウンセリングを経て、②夫婦同席のカウンセリング、さらに③夫婦と子どもや必要に応じては夫婦の親たちのカウンセリングと個別から統合カウンセリングへ丁寧に提供する必要があることが示された。そのためには不妊カウンセラーの専門家養成が不可欠となる。さらには提供者へのカウンセリングも必要になるかもしれない。

子どもが生まれてから発達していく過程で、提供型治療で子どもを得た家族には様々な課題があり、多くのサポートが必要であることが明らかになった。継続的にアクセス可能なサポート体制が求められている。出自を知る権利を保障するためには、公的管理機構を中心とした綿密な連携システムと提供者・提供型治療により生まれた子ども・その家族への丁寧なカウンセリングと継続的な支援を受けることができるシステムを構築することが不可欠であることが導き出された。

### 研究協力者

梅澤 彩 大阪大学大学院国際公共政策研究科 博士後期課程  
安田 裕子 京都大学教育学研究科 教務補佐

## はじめに

2003年政府は厚生科学審議会・生殖補助医療部会の報告書により生殖補助医療の制度化に向け一定の方向性を示し、子どもの出自を知る権利を認める方針を提示した。しかしながら制度化する上で、国民のコンセンサスが得られず、未だ制度化の見通しが立っていない。生殖補助医療の中でも子どもの「出自を知る権利」という課題を抱える非配偶者間人工授精（AID）は1949年以降50年以上行われており、すでに1万児以上が誕生しているといわれている。2005年11月にAIDで生まれた子どもたちの自助グループが設立され、12月には「親の会」も発足し、インターネットやホームページまた勉強会などにより情報提供が積極的に行われ始めている。AIDによって生まれた子どもたちとその親たちが、子どもの出生後どのような特有の課題を背負っているのかが少しずつ語られ始めている。しかしながらAIDによって生まれた子どもたちとその親たちは、それらの課題を何らかの機関に相談できているのか、仮に相談した場合に適切な援助を受けることができているのかなどについては、ほとんど明らかになっていなかった。そこで、2005年度の調査では、生殖補助医療により子どもを得た親子の現状や意識を明らかにするため、親子の支援を行っている児童福祉機関である児童相談所と福祉事務所と母子保健機関にかかわる保健所や保健センターなどの公的相談援助機関において職員を対象にアンケート調査ならびにヒヤリング調査を実施した。また、それらの機関で相談業務に従事する職員の生殖補助医療についての研修・教育の現状や職員の生殖補助医療についての意識も把握することにより今後の支援のあり方を検討した。

アンケート調査の結果、45%の職員から生殖補助医療について相談を受けたことが

あるとの回答を得た。あると回答した人にヒヤリング調査を実施したところ生殖補助医療に関する問題を主訴とする相談はなく、妊娠出産の経過を聞くうちに話題に出てきたものであることがわかった。また職員のうち生殖補助医療について研修や教育を受けたと答えた人は18%で、児童福祉分野ではほとんど教育を受けていなかった。現在の段階では、生殖補助医療と子どもの関係に関する問題は公的相談機関まで相談として浮上してきていないことが明らかになった。また、現場においては生殖補助医療に対する理解は低く、対応できるシステムも整備されていないことがわかった。

2006年度は、公的相談援助機関の調査を踏まえ、第三者がかかわる生殖補助医療で生まれた子どもと家族に対して出自を知る権利を保障するため、以下の3つの調査を基礎にして日本におけるサポートシステムの構築を検討した。

### I. 不妊治療実施施設への調査

国内の不妊相談の実態を把握するために不妊治療実施施設への調査を行い医療関係者に対する聞き取りを行った。

### II. AIDにより子どもを得た家族への調査

AIDを受ける決断をする時点から子どもが生まれ、告知の問題に向き合うまでの夫婦とその家族関係における課題とのぞましい支援のあり方を中心に、自由に語ってもらった。

これらのわが国の現状を踏まえた上で、

### III. オーストラリア・ニュージーランドでの現地調査

現地調査を通して明らかになった、生殖補助医療で子どもを持った家族に関する法政策を含むサポートシステムを参考に日本でのサポートシステムのあり方を考察した。

### I. 不妊治療実施施設への調査



## A. 研究目的

不妊カウンセリングの現状を把握し、提供型治療を実施するにあたって必要と考えられる支援体制を検討することである。

## B. 研究方法

聞き取り調査を実施した。調査の対象は、2006年3月26日に開催された「日本生殖医療心理カウンセリング学会」で報告を行っていた施設、ならびに、菅沼信彦氏（京都大学医学部保健学科教授）の報告で挙げられていた施設を参考にし、不妊治療を専門に行っている施設を選択し、不妊カウンセリングについての聞き取り調査に応じていただいた7施設に出向き、1～2時間弱の調査を行った。

期間：2006年8月～12月

1. 2006/08/24 A 病院 Z 認定看護師
2. 2006/09/06 B 病院 Y 院長
3. 2006/09/12 C 病院 X 心理カウンセラー
4. 2006/09/13 D 病院 W 認定看護師
5. 2006/10/12 E 病院 V 心理カウンセラー
6. 2006/11/04 F 病院 U 元心理カウンセラー
7. 2006/12/19 G 病院 T 看護師

## C. 研究結果

### 1. 治療機関における、提供型治療と不妊カウンセリングの実施の現状

#### 1-1. 提供型治療の実施の有無

提供型の不妊治療を実施している施設は2施設、配偶者間の不妊治療のみを行い提供型治療は実施していない施設が5施設であった。なお、うち4施設は、提供型治療は行っていないが、提供型治療に関する説明ならびにカウンセリングは実施していた。

その内容は、治療方法の概要や費用、成功率、紹介先施設の情報などの医学的説明や情報提供にとどまるものから、提供型治療における提供者にまつわる問題、妊娠・出産後の親子関係の問題などに言及するものまで様々であった。

提供型の不妊治療を実施している2施設のうち、医学技術的なことや精子提供者の匿名性について説明し、子どもが生まれた後の問題には言及しない、子どもの出自を知る権利が認められれば提供型治療は実施しないとする施設が1施設、子どもの出自を知る権利について少しでも知ってもらうためにカウンセリングへ行くよう勧め、そのうえで、提供型治療を選択してもらうとする施設が1施設であった。前者の施設では、子が出生した後の問題に言及しない理由として、子どもの出自を知る権利が認められれば、提供者の確保が難しくなると考えられること、子どもの出生後、提供者と提供を受けた夫婦と子どもをめぐってトラブルが生じる可能性があることをあげていた。また一個人病院で提供型治療を行うメリットは少なく、むしろリスクの方が大きいということである。後者に関しては、子どもの出自を知る権利が問題として取りあげられている現在の動向を踏まえ、提供型治療にまつわる諸問題をできるかぎり伝えるようにしていることがみてとれる。ただし、実際にカウンセリングルームに来られる夫婦は数少ないということだった。

#### 1-2. 不妊カウンセリングへの取り組み

治療に際し、不妊カウンセリングを行っている施設は6施設であった。不妊カウンセリングに携わる人物は、心理士、認定看護師、助産師、医師と多岐にわたる。初回面接として位置づけている、医師が勧める、相談に携わる者が直接声をかけるなど、カウンセリングにつなぐ形態は様々であった。

その内容は、治療のコーディネートや精神的支援である。ただし、マンパワー不足、チームワークを有効活用するような環境整備ができていないことなどにより、カウンセリングが十分に機能していないとする施設もあった。他方、カウンセリングルームを設置し、専門的に関与する心理士を確保し、カウンセリングに力を入れている施設もあった。不妊カウンセリングを行っていない1施設では、院長自身が患者に対して治療方法の説明を行っていた。

## 2. 提供型治療に必要な支援体制に関する施設からの提言

### 2-1. 提供型治療機関の集約と、外部機関との連携

提供型の治療を受けることのできる病院を、登録制にし、ごく少数に限定する、という指摘があった（たとえば各都道府県に1箇所程度）。それにより、提供型治療に専門的に関与することができ、また、患者情報を適切に管理することが可能になるということである。また、提供型治療期間の前後を通して、各都道府県に設置されている不妊相談センターや民間のカウンセリング機関や児童相談所などの外部機関と連携する体制を整えることの重要性が述べられた。そうした体制を整備することにより、治療の選択をはじめ、患者の妊娠後の状態把握や子どもが生まれた後の長期的な支援体制が可能になると考えられる。

### 2-2. 国の主導による提供者の確保、ならびに正確で安全な情報管理

国が主導権をとって、提供者の公募と適格性の確認ならびに提供者の確保を行い、全ての情報を管理するような体制が求められる。治療を実施する機関単位で情報を管理するのは現実的に困難であり、各治療機関がそうした情報管理の義務を免責される

ような体制づくりが必要とされている。国が主導することにより、提供者の確保、個人情報管理、各治療実施機関における医療サービスの充実といった複数の課題が、クリアできると考えられる。

### 2-3. 治療前カウンセリング体制の構築

配偶者間の不妊治療から、連続的に提供型の治療に向かうのではなく、提供型治療を行うためにはカウンセリングを受けなくてはならないといった体制を作る必要があることが指摘された。地域ごとに一括し、また、時期を決めて、提供に関する講座やセミナーを開催するとよいという見解が聞き取られた。提供型治療を受けるのであれば、最初に一律に同じ説明を受けるということを前提にすれば、提供型治療を検討している人々に、提供を受けることで生じる問題を受け入れてもらいやすいかもしれない。また、子どもが生まれた後のことなどを、少しでも考えるきっかけになる。現在、各都道府県に1つずつ設置されている不妊相談センターを、その役割を担うべくシステム化することを検討する余地があると考えられる。

本来的には、不妊治療を始める時点で、不妊相談センターのような窓口となりえる外部施設で、治療をするのかしないのかを熟考するような関わりが必要だという指摘もあった。治療をする選択の他にも、夫婦2人の人生を歩む選択、養子縁組や里親登録によって子どもを育てる選択などがあるが、それらを並列にソーシャルワーク的に伝える、ということである。そのうえで、治療する選択をした場合、治療には、タイミング療法、人工授精、体外受精、顕微授精などがあり、それぞれどれぐらいの費用がかかるのか、そして提供型治療を受ける場合はどのような段階を踏む必要があり、どれだけの費用と時間がかかり、またどの

ような問題が生じうるのかということ伝える。なお、養子縁組や里親登録という治療以外で子どもをもつためのオプションについては、それを知らせる広報誌やリーフレットなどを、病院でも目に触れる場所に常時置いておくのがよいという指摘もあった。そうした情報を材料にし、何を考え、どう感じ、そのうえで自分たち夫婦は何をどのように選択していくのかという、そうした過程に付き合っていくのが治療前カウンセリングで重要なことだと考えられる。

### 2-3-1. 「配偶者間の子どもがもてなかった喪失」に焦点をあてた、悲嘆の過程の追体験

まずは、不妊で受けた傷つき体験を十分に受けとめ、配偶者間の治療終結に伴う悲嘆の過程を丁寧に扱う必要があるという。夫婦間の子どもをもつことができなかつた喪失を受けとめ、誕生しなかつた想像上の子どもとお別れをする、そうした悲嘆の過程に付き添い、支えることが重要であるという指摘がなされた。喪失感情を放置し、あるいは蓋をして、連続的に提供型治療に向かうのではなく、そこの違いが何であるのか、自分たちにとって子どもとは何なのかを、少しでも考えてもらうような関わりが重要だと考えられる。

### 2-3-2. 提供型治療の選択に際した情報提供と意思確認

卵子提供者の採卵時の事故の可能性、多胎児の出生率や流産率の高さ、妊娠率、提供者と被提供者との人間関係、子どもが生まれた後の様子や問題など、情報提供とともに、提供型治療を受ける選択について、ある種の揺さぶりをかけるような働きかけを行う必要がある。起こりうる様々な状況を想定し、提供型治療で子どもをもつ責任をきちんともつことができるのかどうかを

熟考してもらうことは重要である。

なお、提供型治療を受けるも受けないもあなた次第というような関わりでは、選択に直面している患者に対して中立性を保つことができない恐れがある。基本的には治療のメリットを多く伝えられ、また、提供型の治療で生まれたことを秘密にしていれば問題はないと言われているかもしれない患者に対し、提供型治療の否定的な側面を多少は強調していく必要があるのではないかと指摘がなされた。

### 2-3-3. 子どもが生まれた後の告知の課題を考える視点の提供

治療中は、妊娠することが第一の目標となるため、将来的なことをあまり考えないでいる人が多いかもしれないが、実際的な問題は出産後に生じうる。提供型の治療で子どもを産んだということで、どちらか、あるいはどちらの親とも遺伝的なつながりがないかもしれない。しかしむしろ、非血縁であることを隠して封じ込めてしまうのではなく、現実をしっかりと認識したうえでどのように家族を築いていくのかを考えていく必要がある。遺伝や血縁上のつながりが親子の絶対条件であるというわけではないのだ。すなわち、子どもに告知をするのかしないのか、そしてするとすればいつどのように告知するのがよいかを考えてもらう過程が重要だといえる。その際、実際に、提供型の治療で生まれた子どもやそうした方法で子どもをもった夫婦の話の聞いたり、関連書籍等を読むことを通じて、妊娠後や出産後の経験談を見聞きできるような機会があれば、将来的なことをより具体的にイメージすることができ、なおよいと考えられる。

### 2-3-4. 提供者へのカウンセリング

提供者になると申し出た人に対し、その

適格性を検討するという点でも、提供者になった後のことを含め長期的な支援を行うという点でも、提供型治療にまつわる情報や提供者になることによる将来的な影響に関し、研修やカウンセリングを行うことは必要不可欠である。たとえば、数年後のジェノグラムを描きながら将来の家族の関係性を想像させるような働きかけがある。また、提供する人と提供を受ける夫婦との同席面接の必要性を指摘する見解も聞き取られた。そして、もし提供するのをやめたい気持ちが生じたならば、提供者になることをやめる選択をする権利が、いつでも認められなくてはならないと考えられる。

#### 2-4. 治療中の継続的な関わり

治療中は、夫婦の関係性に関することや夫婦間でのコミュニケーションのとり方などの心理教育的なアプローチ、ストレスマネジメント、不妊にまつわる傷つきや根源的なトラウマの問題など精神内界に触れるようなアプローチ、治療が不成功に終わった場合の危機介入的な働きかけなど、幅のある臨床的関与が重要となる。技法としては、ソーシャルスキルトレーニング、ロールプレイ、認知行動療法など、必要に応じて様々なものを取り入れることが提案された。

なお、カウンセリングにおいて「今」という視点を欠かすことはできないが、不妊カウンセリングでは、同時に、数年単位で先のことを見据えるような働きかけが重要だと考えられる。

#### 2-5. 治療の終結を射程にいれた関与

治療をやめようにもやめることができず、ずっと続けているという状態の方が多くいる。よって、治療をやめる選択をする際の支援もまた重要だが、そうした働きかけはかなり困難で、実際にはなかなかできてい

ないという。治療をやめられない原因のひとつに、治療していれば必ず妊娠するという思いから逃れにくい、ということがあげられた。

実際、女性は年齢に伴って卵子の質が低下し、排卵誘発剤などの薬を使っても、40歳以上にもなると卵子ができにくくなるという。そうした生物学的な限界を突き付けられた時、子どもができないという現実直面し、年齢によって諦める選択をする人が多い。しかし、卵子提供が可能になると、そうした問題が乗り越えられることになる。それは、子どもがほしいと望む人にとって大きな希望となる一方で、治療のやめられなさを助長するという危険性が残ることも否めない。

#### 2-6. 子どもが生まれた後の課題と支援

提供型の治療で生まれた子どもには、自分の半分が分からないという根源的な深い傷つきが生じうるといふ。よって、治療後には、子どもへの真実告知が重要な課題のひとつとなる。告知に際しては、オーストラリアなどの例にみるように、絵本を用いることが効果的である。提供者を受けたお父さんとお母さんや提供者など、提供治療に関わったみんなが望むなかであなたが生まれてきたのだということ、伝えるかたちでの告知が有効だという指摘がなされた。

#### 2-7. 各専門家の立場の確立・向上と連携的支援の重要性

治療機関としての治療方針の一貫性を保つため、医師が主導となって治療を進めることは重要だが、その反面、心理士や看護師など他の専門職者が、中立性を保ちつつ不妊カウンセリングに関与することが困難であるという。しかし、オーストラリアなどで行われているように、各専門家がそれぞれの役割を果たすべく責任をもち、チー