

子や養子に対して支援する機能も併せ持つことが望ましいと考える。

1-4. 提供型治療施設の集約と外部機関との連携

治療実施施設でのカウンセリング機能を高めるためには、認可施設の数も制限する必要があると考える。不妊治療施設への調査でも、提供型治療施設を各都道府県に1ヶ所程度に集約し、治療に関する情報は施設でも管理するとともに、すべて公的管理運営機関に登録すること、また不妊相談センターや民間のカウンセリング機関、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指摘されていた。公的管理運営機関のもとに集約された提供型治療施設が、不妊相談センターや民間のカウンセリング機関と連携を取りながら出産までをサポートし、子どもが生まれてからは子どもの権利擁護センター(仮称)へと情報を共有し連携を保ちながら提供型治療により生まれた子どもとその家族を長期的に支援していただける体制を作ることが望ましいと考える。

1-5. 専門家の養成

30年にわたりAIDの家族研究やカウンセリングをしてきたKen Daniels氏は、告知の問題は、AIDを秘密のものとして相談できない状況がシステムの作り出された結果のものであると指摘している。図Ⅲ-2にあるように不妊治療を医学的側面からのみ捉えることで、カップルは不妊治療により普通の妊娠が出来ないことに対しスティグマと恥を感じ、自分たちのプライバシーを守るために秘密にする文化ができてしまう傾向があるという。しかし秘密にすることでは、決してスティグマや恥を乗り越える事はできない²⁶⁾という。同氏は、不妊治療を受けることを「家

族作り」という視点から、ソーシャルワーカーやカウンセラーなど社会科学分野の専門家が生物・心理・社会的にアプローチすることが重要であると語っていた。カップルには望む家族のあり方を実現する権利があり、そのために必要なサポートしていくことで、情報も共有できるようになり、オープンになっていくと指摘している²⁵⁾。

先述のANZICAのような、提供型治療で生まれた子どもの成長に伴って課題をもつ家族に対して、長期に渡り支援していただけるソーシャルワークと医療的な知識技法を合わせ持った不妊カウンセラーの養成が求められる。

2. 生まれた子ども・その親・提供者3者へのカウンセリング体制の整備

2-1. 事前研修の重要性

提供型治療を決断するまでの期間のカウンセリングは極めて重要である。現在実施されているAIDについていえば、例えばヴィクトリア州の不妊治療局においては、提供を受ける人は、カウンセリングの時に配偶者も同席した上で、子どもが生まれた後のことを質問をし、提供型治療という選択について夫婦両方が再度慎重に検討できるようにしている。子どもを持つことは後戻りの出来ない選択となる。オーストラリア・ニュージーランドのカウンセラーたちは、提供型治療で生まれた子ども・その親・提供者3者に対して、孤立してしまうことの危険性を大きく取り上げている。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機会を与える必要がある。治療を受けることを決定する前に、子どものいる家族をイメージした上で、治療の実施を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。その際には、当事者や親の思いや体験談を聞く機会を持つことは最も効果的であると思われる。不妊治療実施機関の聞き取り調査でも、地域ごとを一括し、時期を定めて提供型治療に関する講座やセミナーを開催することも検討する必要があることが指摘された。図Ⅲ-3は、生物心理社会的な視点から生殖補助医療により子どもを得た家族再構築の枠組みを説明したものである²⁷⁾。Daniels氏によると、家族に焦点を置いて考えると、不妊治療をしている家族が健康で良好に機能するには信頼感と安定した状態であることが必要となるという。そして、そのためには、不妊治療の医療者、ソーシャルワーカー、カウンセラーら専門家にサポートされエンパワメントされる必要があるという。不妊の問題を抱えるカップルがこれから家族を作っていくとする時には、妊娠することだけでなく、子どもが生まれてからの課題についてもきちんと情報が提供され、協力する医療従事者やカウンセラーやソーシャルワーカーたちとの信頼関係を築くことにより安心して子どもを持つか持たないかも含めた自己決定ができるようになることが重要である。

2-2. 段階を踏んだカウンセリングー個別・夫婦・近親者を対象として

AIDにより子どもを得た家族の言葉から、提供型治療により子どもを得た夫と妻とでは異なる課題と苦悩があることがわかった。「誰にも打ち明けられないことを抱え孤独感が強くなって」いき、その上「夫婦一緒に育てているというより、ひとり育てているように感じた」、「追い詰められ誰にも相談できなくてひとり抱え込んで、うつ状態になったり、子どもが事実を知ったら私たち親子関係がどうなるのかあるい

は子どもが苦しむのではないかと考えて自分がその場からいなくなって自殺したい心境になったこともあった」という言葉には、孤独感が人を追い詰めていく様子が如実に表れている。生殖補助医療に関して夫婦同席でそれぞれの本音を語ることには、ある種の難しさがある。夫婦間できちんと話し合えないまま子どもが生まれてしまうことにより、夫婦関係、親子関係の溝が深くなってしまい修復が困難になる場合がある。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を行う必要がある。さらに、生まれてから最も大きなサポート資源であるはずの、夫婦の親や親族の理解が得られないまま出産したことで、深く傷ついてしまったという経験が当事者から語られていたことから、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へと丁寧に段階を踏んで対応していく必要があると考える。

2-3. 提供者へのカウンセリング

元来、配偶子を提供するということは、自らの遺伝子を他のカップルの子どもの中に伝えていくことであり、不妊治療施設への聞き取り調査では、提供する人と提供を受ける人との同席面接の必要性の指摘もあったくらい、決して軽くできるものではなかったはずである。しかしながら、これまでの提供者については、考える機会を与えられずに提供してきた人が多かったと思われる。そこで、提供することの意味と意義、生まれてきた子が15歳になると情報開示を求められる可能性があることもしっかり伝えた上で、提供するかどうかの判断ができるようカウンセリングを受けることが必要である。なお、日本では情報開示にあたって、15歳という年齢要件を設定しているが、海外では、18歳という年齢要件や保護

者の同意や家庭裁判所の判断によっては16歳から開示請求が認められるなどさまざまであるため今一度検討する必要があると考える。

3. 提供型治療により生まれた子どもとその家族へのサポート

提供型治療で子どもを得た家族には、子どもが生まれてから発達していく過程で様々な課題があり、サポートが必要であることが明らかになった。

3-1. 子どもが生まれてからのサポート

子どもが生まれてからは、親子に寄り添っていきけるような支援が必要であろう。困った時にすぐに相談できる機関が必要であるが、子どもの成長に伴い必要なサポートも変化している。つまり継続的に手厚いサポートができるが提供されるような体制作りが求められているといえる。ニュージーランドでは、不妊治療センターの不妊カウンセラーが告知を行う時期から情報公開の問題を迎える時期まで長期にわたりケアをしている。不妊治療実施施設が少なく、不妊カウンセラーが長期間にわたり勤務しているため継続的なかわりが可能であるようだ。しかし日本の場合、実施機関の数が多い上に、出産する病院も異なる場合がほとんどであるため、継続的なケアが難しく、出産後は提供型治療で子どもを持った親は出産した病院で生まれた子ども（提供型治療で生まれた子ども）の問題を相談することが出来ない状況になっている。事前研修の時に、サポートグループなどとのネットワークを作っておくことも、子どもが生まれてからの悩みを相談する資源の確保という点で有効であろう。また子どもの権利擁護センター（仮称）が設立された場合は、上述のような相談の場として機能させる必要もあると考える。子どもが発達していく過程で医学的な問題を抱えた場合やその他

緊急に父親の遺伝子情報を得ないと子どもが不利益をこうむる時には、子が15歳以下の場合であっても必要な情報のみ開示することも検討する必要があると考える。

3-2. 子どもへの告知

生まれた後のサポートのなかでも、とりわけ子どもへの告知は重要な課題となる。そして告知と密接に関連しているといえる、出自を知る権利を保障するためには、極め細かい支援が必要となる。提供型治療の場合、子どもに告知をすることにまでに行き着き難いのが実態である。告知をするのかしないのか、その両方についてどんなメリット・デメリットがあるのかを、当事者夫婦が検討できるような関わりが重要なことになると思う。オーストラリアとニュージーランドでは、養子に関わる人達が情報開示の申請を出した時に、カウンセリングを行い、開示拒否の申請をした時にもカウンセリングを行っている。未知のことに向かうための準備が必要だからである。

養子の情報開示にあたっては、ニュージーランドでは細かく規定されたフローチャートからその丁寧な対応を知ることができる。情報開示の申請がなされた後、登録局により拒否権が出されていないか確認がなされる。拒否権が申請されている場合、拒否したことの説明を書いた手紙が添えられているかが確認される。拒否権が出されていない場合は、情報が開示され、当事者は開示を望む相手と連絡をとるかどうかを判断する。そして、直接会うかどうか、交流を持つかどうかを判断する等の自己決定をしながら進んでいく。その手順については、ソーシャルワーカーが手助けをする。現行の法律では生みの親との交流を強制的にアレンジすることは定められていない。

提供型治療で生まれた子どもが、カウンセリングを通して確実に自分のアイデンティ

ィティを構築していくためには、その子どもが自分自身と冷静に向き合うことが求められる。そのために、第三者であるカウンセラーによるカウンセリングを経た上で、自分に必要な情報を選ぶことが重要となる。開示請求を拒否することが、当事者にとって一番適切な場合も考えられる。その際に、単に拒否するのではなく、互いに尊重しあう関係を作ることがその後それぞれの人生を豊かに生きる上で重要であると考えられる。そのために提供者、提供型治療により出生した子やその家族が、自己に関する情報開示を拒否する理由を書いた手紙を添えることは優れた方法であると思われる。提供型治療で生まれた子どもの人生に大きく影響する事柄であるだけに、慎重で丁寧なサポートが求められているといえる。

また、子どもの成長過程のみならず、子が成人してからも提供型治療で生まれた人や提供型治療で生まれた子どもを持った家族へのサポートは重要であり、提供者の自助グループの育成、活動支援もますます重要になってくると思われる。

IV. さいごに

今年度実施した3つの調査から導き出された結果をもとに、提供型治療で生まれた子どもの出自を知る権利を保障するための、サポートシステムを考察した。提供型治療で生まれた子どもとその親や提供者が、情報開示申請や相談があった時に、公的管理運営機関のもとで、実施医療機関と子どもの権利擁護センター(仮称)が連携して、サポートできるシステムを構築した。その全体図が図IV-1である。提供型治療を実施する場合、提供される種類により治療の経過は異なる。図IV-2は、提供された精子・胚による生殖補助医療の流れである。図IV-3は、提供された卵子による生殖補助医療の流れで、精子・胚よりも多くの治療行程

を経て進む。提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療のすべての流れを、総合的に図示したものが図IV-4である。提供者と提供を受ける夫婦が、提供と提供を受ける意思表示を決意することから始まり、妊娠し、子どもを産み育てるまでの過程において、必要に応じたカウンセリング提供や外部機関と連携し養育環境を整備していくこと、自助グループとの交流等のサポートを組み込み、図に表した。

前述したようにヴィクトリア州では、国のバックアップのもとに、告知キャンペーンを立ち上げ、より社会の理解を得ることができるよう働きかけている。その際に、親が子どもに告知することに向き合えるよう、告知の方法を学ぶ教育プログラムを準備して支援していくことが、提供型治療で生まれた子どもの出自を知る権利を保障するためには効果をあげると考える。

提供型治療に関わる専門家は治療の援助とともに、提供型治療で子どもを得た家族が正当に認められるために、適切な政策や法律が履行されるよう、社会に働きかけることも不可欠であるとDaniels氏は指摘する。血縁の家族と同じように、提供型治療で子どもを授かった家族も、同等に価値のある生活をすることができ、提供型治療で子どもを得た家族も含め、様々な形態の家族が認められるような社会にしなければならないという。最後に提供型治療で子どもを授かった家族の言葉を紹介する。「精子提供により家族を作ること、決して私たちが望んだ家族の形ではなかった。しかし、今、私たちは理想の家族になった。子どもたちはこの世に生まれ、私たちと共にいて、私たちはこの子どもたちを誇りに思っているからである²⁸⁾。」

1) Healey, Justin, 1999,

“ Adoption-Australia ” , National Library of Australia Cataloguing -in-Publication entry, The Spinney Press

2) ANZICA (Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association)

1989年のオーストラリアの年次総会に参加した10人の不妊カウンセラー、ソーシャルワーカー、心理士たちによりオーストラリアのキャンベラで設立された専門家の組織である。以降オーストラリア全土とニュージーランドに渡り、約100人に会員が増え、最も大きい不妊カウンセラー専門の協会となった。ANZICAは不妊の分野で働く他の経験のあるカウンセラーと交流する機会を作る事や、最新の治療や法律の知識や考え方の情報交換や相談の場を提供している。

メンバーになるには、認可された心理学またはソーシャルワークの専門教育を受けた者、またはこの分野の学生や大学で関連分野において専門教育を受けたその他のカウンセラーも当協会のメンバーとして迎えらる。ANZICAの基本的な役割として、次のことがあげられている。

・不妊に関するカウンセリングとカウンセリングプロセスの理解と認識の促進

・不妊分野のカウンセラーの養成と教育の促進

・不妊当事者のニーズの理解とカウンセリング効果を向上させる研究の実施

・メンバーの倫理的ガイダンスの保障する

・定期的なニュースレターの発行。詳細は

<http://www.anzica.org/member.html> を参照

3) 日本では不妊のカップルは10組に1組といわれている。これに対し、ニュージーランドでは5組に1組といわれているが、2倍である訳ではない。日本が妊娠を見ない期間を2年と規定しているのに対して、ニュージーランドは1年に行っていることから導き出された割合でため不妊の割合として同程度と考えられる。

4) 16, 17歳の場合であっても、家庭裁判所の許可があれば、情報を知ることができる。提供者の許可は2005年8月22日以降の提供については不要である。

ニュージーランドにおける生殖補助医療法の概要と法律については、

梅澤彩, 2007, 「ニュージーランドにおける生殖補助医療の実際と法規制の現状」, 大阪大学大学院医学系研究科・医の倫理学教室『医療・生命と倫理・社会』第6号(2007年3月), p17-27を参照

5) 法律上は、16歳以上から提供可能であるが、実際には20歳くらいから受け付けることが多いようである。

6) Infertility Treatment Authority (ITA), 2006, "2006 Annual Report"

7) 仙波由加里, 「各州におけるAIDをめぐる法と制度: ヴィクトリア州」

<http://www.hc.keio.ac.jp/aid/law.html>

8) 前掲書 6) p8

9) 前掲資料 7)

10) Donor Conception Support Group, http://clan.org.au/dcsg/about_us/offer.html

11) Adult Adoption Information Act-your rights/child youth and family 発行資料

12) Adoption information/ Queensland

- Government Department of Child Safety 発行資料
Considering adoption for your child/ Queensland Government Department of Child Safety 発行資料
No more secrets-Personal experiences/ Queensland Government Department of Child Safety 発行資料
クイーンズランド州：を参照
- 13) ニューサウスウェールズ州：
www.nsw.gov.auを参照
- 14) ヴィクトリア州・www.vic.gov.au参照
- 15) タスマニア州：www.tas.gov.au北部準州：www.nt.gov.au参照
- 16) Australia Institute of Health and Welfare (AIHW) 資料
- 17) 西オーストラリア州：www.wa.gov.auを参照
- 18) 南オーストラリア州：www.sa.gov.auを参照
- 19) 前掲資料 12)
- 20) 前掲資料 11)
- 21) Approaching your birth parents-issues and options to consider, child youth and family 発行資料
- 22) Post Adoption Resource Center (PARC) パンフレット資料
- 23) Adoption Jigsaw：
<http://www.jigsaw.org.au/contact/index.html>参照
- 24) Adoption in NEW ZEALAND/child youth and family 発行資料
- 25) 仙波由香里 2006, 「第3者の精子や卵子、胚を使った生殖補助医療に関する諸外国の法・制度にみられる「出自を知る権利」の扱い」, 平成15から7年度科学研究費補助金基盤研究(B) 研究成果報告書『AID当事者の語りから見る配偶子・胚提供が性・生殖・家族観も及ぼす影響』, p5-23
前掲書 4)
- 26) Daniels K, 2003, "Ethical Consideration in Professionals' Contribution To Policy Development in Assisted Human Reproduction", Eubious Ethics Institute, p360, 358-362
- 27) Daniels K, 2005, "Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking about family", Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 26(4), p269, 265-270
- 28) Daniels K, 2004, Building a Family with the assistance of donor insemination, Dunmore Press, p253

謝辞

本報告書の作成にあたり、多くの方々のご協力を頂戴致しました。親としての険しい道のりを振り返って真摯にお話くださった『すまいる』AID 親の会会員の方、海外での現地調査を実現するにあたり貴重なご助言をくださった仙波由香里氏と現地で快くご指導くださった Ken Daniels 氏に心より感謝申し上げます。不妊治療実施施設への調査を実施するにあたっては、各施設の実際、生殖補助医療における家族支援についての展望等につき、率直な御意見を頂いた皆様に、感謝致します。また、ご自身がかつて調査報告の対象とされた不妊治療実施施設を我々に紹介して下さるのみならず、調査に同行して下さいました京都大学の菅沼信彦氏(医学部保健学科教授)にはあらためて深く感謝いたします。

資料

「提供型治療と不妊カウンセリング実施の現状、ならびに提供型治療の運用に際した支援に関する聞き取り調査－医療関係者を対象に」（インタビュー実施順に掲載）

1. A病院 Z認定看護師

同病院において、不妊センターは産婦人科外来と隣接し、配偶者間の不妊治療のみを扱っており、提供型治療は扱っていない。報告者の聞き取り調査に対応してくれた回答者は不妊看護認定看護師であり、雇用形態はパートタイマーである。また、業務内容としては不妊センター専属ではなく婦人科および周産期外来の診療介助にも対応している。

回答者は認定資格を有し、不妊症患者に対し医療の提供だけでなく心理的ケアを行い不妊看護の質の向上という目的に、2005年6月より不妊相談を開設している。相談の主な内容は、治療のコーディネイトや精神的支援などである。不妊相談の運用は1週間に1度曜日を決め1日2組から3組としている。予約制であり、料金は無料である。相談業務は、病院の了承のもと、通常業務の合間をぬって、不妊看護認定看護師が1名のみで対応している。1名のみで対応している理由として、同病院内において不妊看護認定看護師1名、不妊カウンセラー3名という有資格者がいるが、不妊カウンセラーの助産師2名は産婦人科病棟勤務にて助産業務に、また1名は看護師長でありその任務にあたるため対応可能なのは、不妊看護認定看護師1名となっているのである。つまり有資格者が在籍しても専門性をいかし職務につけていないという状況があるというのである。1日平均不妊症患者は、50～60名余りが通院してくるが、それ

ぞれがさまざまな悩みを抱え不妊症と向き合っているなか、心理的サポートを必要としている患者は多数いると推測されるにもかかわらず、十分なケアの提供ができていない状況であることも容易に推測されている。

同病院において、直近の2年間で提供型の人工授精を行うことを意思決定し、他院へ紹介したカップルは2組であった。提供型治療を要する患者に対しては、まず医師より無精子症という結果が説明され、そのような状況下において挙児希望がある場合の選択肢のひとつとして提供型治療の医学的な説明がなされる。ただし、診察時間に限りがあることなどから子の出世後の問題等については詳しく言及されていない。医師は、提供型治療を希望すると意思決定した患者に対して、他の病院を紹介するという対応をとっている。このような患者に不妊相談を行ったことはないとしている。ただし、医師の診察後、提供型治療を受けるに際し、提供型治療を受けるということについてじっくり夫婦で話し合いをもち意思決定するよう投げかけのみをおこなった。

上述のように、同病院では提供型治療を実施していないことから、症例もまれであり同治療法にかかわる不妊相談は殆ど行われていない。さらに提供型治療以外の不妊治療についての不妊相談についても、回答者は「病院内において不妊相談が円滑に機能しているとは思えない」としている。その理由として、「不妊相談を行うにあたり環境整備ができていないことが1番大きい」としている。具体的には①不妊相談を必要としている患者が多数いるにもかかわらず、限られた時間にしか実施できていないことから十分にケアが提供できていない②有資格者が在籍しても通常業務に追われ十分に相談にあてる時間がとれない、マンパワー不足③相談が無料であり、時間を割

いても病院の利益に直接反映されにくい等が主な理由である。よって、同病院において症例数も少ない提供型治療を受ける患者に対しても十分な相談は行えていない状況であり、提供型治療を受けるに際して考えられる「子の出自を知る権利について」や「出生後の親子関係に関する問題」についてはよくカウンセリングされていないという状況である。

2. B 病院 Y 院長

同病院では提供型治療を実施している。回答者は院長である。不妊治療の実施に際して、不妊相談という形はとっていない。診断の際に、回答者自身が患者に対して治療方法の説明を行い、さらに、提供型治療の場合は精子提供者についての情報提供（高い匿名性が保たれている）等を行う。回答者の説明方針として、医学技術的な説明しか行わないこととしている。提供型治療による子を妊娠・出産した後のことについては患者側からふれない限り言及しないことにしている。

同病院では、国会等において、子の出自を認めようとする立場が強くなってから一時期提供型治療を中止していた。今回、聞き取り調査を行った際に提供型治療を再開していたのは、子の出自を認める国の方針が曖昧であり、具体的な法制化がすすんでいなかったことから、子の出自を知る権利を認めるという方針はなくなったものだと理解していたからとのことである。

子の出自を知る権利を認め、提供者の個人情報が開示されるとなれば、同病院では提供型治療を行わない方針である。その理由としては、ドナーの確保が難しくなるであろうこと、ドナーとなっても良いという人物が現れたとしても、そのような人物の考え方（思惑？）を回答者自身が理解しがたいこと、子の出生後もドナーと提供を受

けた夫婦、子をめぐってトラブルが生じる可能性があること、提供型治療は、収入面という点からは、必ずしも病院経営に大きなメリットをもたらすものではないこと等、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考えられるからであるとの説明を受けた。

最後に、回答者からの提案として、子の出自を知る権利を認める場合には、ドナーの確保、提供型治療に関わる当事者の情報管理の正確性と安全性を確実なものにするために、国がイニシアティブをとってドナーを確保（ドナーを公募し、その者が適格条件を満たすか否かを確認）したうえで、国を通して提供型治療を実施する各自治体の病院に配偶子を引き渡し、同配偶子を用いて行った治療において子が出生した場合には、ドナーの情報に加えて、これらの治療に関わった者の詳細な情報を国がまとめて管理し、治療を実施した機関においては、国への情報提供を行った後には情報管理義務が免責されるといったようなシステムを構築すれば、提供型治療を実施してもよいとする機関は多くなると考えられ、ドナーの確保、個人情報の管理、不妊治療における医療のサービスの充実といった問題がクリアできるのではないかとの話があった。

3. C 病院 X 心理カウンセラー

AID はしていないが、他施設や海外での提供型治療のためのカウンセリングは行っている。

無精子症の結果が出た時点で、どうしますか、AID をしますかと、いきなり選択を突きつけられ、全く予期していなかった事態を受け入れられないままに AID に進むという現状がある。生まれくる子どもの福祉の問題は非常に大切であるにも関わらず、患者さんにそれを考える余裕はなく、カウンセリングも自分からは希望されない。よ

って、提供型の治療をするためにはカウンセリングを受ける必要があるという治療前カウンセリングの流れを作る必要がある。もちろん、単にルーティーン化するだけでは意味がない。不妊で受けた傷つき体験に焦点をあてて十分に受け止め、ラポールをとり、カウンセリングで子どもが生まれた後のことを考えることは大事なのだと理解してもらうことが第一の目的となる。その際、治療の終結に伴う悲嘆の過程を丁寧に扱うことは重要である。自分たちにとって子どもとは何かを夫婦で向き合って考え、自分たち夫婦の子どもはもてないという喪失を受け入れ、誕生しなかった想像上の子どもときちんとお別れする、そうした悲嘆の過程を支えるのがカウンセラーの重要な役割のひとつである。そのうえで、血がつながっていないなくても、やはり自分たちは子どもを産み育てていきたいという結論に至り、提供型の治療に臨む、さらに、提供者と被提供者との人間関係や生まれた子どもの福祉の問題に入っていくというのが、おそらく理想的な流れだろう。治療がやめられず、子どもができなかった経験が後で傷になってしまうのは、こうした悲嘆の作業がうまくいかなかったからだと考えられる。なお、提供型の治療についての話をする際、メリット・デメリット両方があり、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、患者さんにとっての中立的なものにはならない恐れがある。治療のメリットを多く伝えられているであろう患者さんに対し、実質的に中立性を保つには、ネガティブな側面を多少は強調していく必要があると思う。AIDを希望される夫婦が、お医者さんが安全だということで大丈夫、遺伝的背景など全く気にしないと言われ、提供者について全く知ろうとしないのには驚かされる。そういう状況下では、生まれてくる子どもの福祉などという話は全く通じない。

医師から秘密にしていればわからないと言われれば、患者さんはそれが正しいと思うわけなのである。改めて、カウンセラーの中立性とは何かを考えなくてはならないと思う。

治療中は、ストレスマネジメントや、夫婦での関係性の持ち方や会話の取り方、治療が不成功に終わった場合の危機介入的な関わりが重要だろう。たとえば夫婦の会話に関することでいうと、治療がうまくいかなかった時は励ますのではなく、ちゃんと悲しめる環境を作る、などという心理教育がある。治療後は、真実告知が問題となる。真実告知について注意が必要なのは、治療前の決断と実際子どもが生まれた後の思いとは変わりうるということである。よって、継続して長期的に関わっていくことをシステムにすべきである。

現状では、提供型の治療は夫婦間の治療の延長上にあるような状態である。しかし、実際には、提供による治療は質的に異なるものだろう。自分の子どもがもてなかったという喪失の悲嘆もクリアされてないままに、そのまま連続的にいってしまうのではなく、その違いが何なのかを少しでも考えてもらうことが大事である。たとえば、大きな違いとして、提供者の家族を巻きこむということが挙げられる。しかし実際は、他の人と同じように、何も問題などないかのように普通に生きていきたいと秘密主義を貫き、家族境界を狭くし、世間から孤立する方向に行きがちである。そうではなく、提供型の治療をした場合、夫婦間の子どもではないという認識をいかにもつか、それが重要だろう。遺伝的につながっていないなくても本当の家族になれるのであり、ではどのように家族を作っていくのかを考えてもらうことが大事なのである。もちろん、日本の現状では、子どもに告知しないといけないとするのは重荷だろう。ただやはり、

告知すること・しないことのメリット・デメリットを両方きちんと伝えていくことが大事である。告知における意思決定のカウンセリングに、当事者と会うプログラムを是非入れるべきである。実際に生まれた子どもや子どもをもった夫婦の話聞くのは非常に重要なことである。その意味で、当事者団体を作り、そこに専門家が関わるというあり方も大事だろう。また、パンフレットやリーフレットで伝えることも、とても有効である。実際の告知に際しては、オーストラリア等の例にみるように、絵本を使うのも効果的である。オーストラリアの絵本実践のポイントは、あなたが生まれてきたことを提供者も喜んでいるのだと伝えるページがあることである。提供型の治療で生まれた子どもの傷つきのひとつに、自分は、捨てられた必要のない精子や卵子から生まれたのだ、というものがある。このことを踏まえると、提供者も喜んでおり、お父さんとお母さんも提供者に感謝しているのだということ伝えるのは重要なことである。

一方で、社会的に、提供型の治療に関する認知が広がることも重要である。それは、教育の問題であり、色んな家族の形があることを地道に伝えていく必要がある。一般の不妊治療でも、当事者でない人は関心を持たない領域だが、あなたの隣に不妊で悩んでいる人がいるということへの想像力ももてるかどうか、それが鍵となる。当事者自身も不妊に対する偏見（内在化された偏見）をもっており、それをいかにとるかもカウンセリングの課題であるだろう。そもそも、提供が当然になるのがいいのかどうかを、立ち止まって考えなくては行けないという気はする。しかし、当事者が頑なになってしまうこともあって、当事者の声はなかなか入っていかない。ただやはり、当事者の、理解されていないという思いの強

さを理解する必要がある。そこを掬いあげ、支えない限り、彼女らの頑なさは変わらず、それがそのまま不妊患者の負のイメージを強化する。子どもができないから駄目で、子どもができれば全てが解決するという考えから離れるのは確かに難しいことである。それだけ不妊という事態が、アイデンティティの深い部分を傷つけるものなのだと思う。

提供者についても、提供者になることの影響に関するカウンセリングは必須である。判定という点でも長期的な支援という点でも、心身両面から、提供者になりうるかどうかを扱う必要がある。実際、子どもが生まれてきて後悔する人もいるという。おそらくそれは、事前に想像する機会がないことが原因だろう。よって、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というアプローチをとったりする。また、現在は禁止されているが、提供者として近親者を望む人が多いことを考えると、提供者と提供をうける者との同席面接により、その関係性をみつつ影響について話し合う機会も必要だと思う。

提供型の治療で生まれた子どもには、自分の半分を与えてくれたと思っていた人がそうではなかった、あるいは、自分の半分が分からないという、根源的な深い傷つきがある。AIDで生まれた方が、半分がないような、ということをよく語るが、あの意味は相当深い。自分の半分が分からないということが、どれほど根源的な不安を呼び起こすのか。自分がどんな素性をもっているのか確信がもてない、どうしても埋めることができない空虚な感じということの意味を、言葉上だけではなく、真摯に受け止めないといけない。そうした状況下で、自分自身とどう折り合いをつけていくのか、そこを支える援助はかなり難しいが、絶対的に重要な部分だと思う。そして、生まれ

てくる子どもたちへの支援に関して、たとえば法律ができてもしそこにのらないような方法で生まれる子どもも依然として出てくるだろうが、そういう子どもも利用できるような仕組みにしないと実際的ではないと思う。

心理教育的なアプローチは非常に重要だが、心理教育的な関わりに加えて、精神内界にも触れるようなアプローチをしていかなければいけない。それはおそらく、傷つきや根源的なトラウマの問題、ケアの問題となる。海外で、WRONGFULL BIRTH や WRONGFULL LIFE という問題がある。障害を持って生まれてきた子どもたちの、障害をもって生まれてくるくらいならどうして中絶してくれなかったのかという、生まれもって抱えてしまった根元的な悩ましい思いのことをいう。実際、これで医師が訴えられている。不妊に援用すると、たとえば顕微授精の影響云々について、当時先生は言うてくれなかったじゃないですかなどという訴えが、将来的に出てくる可能性があるのだ。その意味で、やはり情報提供は絶対的に必要だが、情報提供をきちんと行えばそれで済む問題かという、そうではないだろう。たとえば同意書を得て治療をしたからといって、それで済む問題でもない。やはり、提供型の生殖医療を実施するに際し、生まれてくる子どもの大きな傷つきだとかよるべなさだとか、そうした計り知れない複雑な感情を常に念頭におき、それに対して自分たちカウンセラーがどう支えていくことができるのかを考えていかななくてはならない。心理教育は、あくまでも考える材料を提供するものであり、さらに、それについて深く考える過程を支えていくような、心理臨床的な関わりが必須だろう。インフォームドコンセントが日本で成立していないのは、情報提供で終わっているためではないか。インフォームドだけでコン

セントがない。インフォームドコンセントとは、本来的にはプロセスでありコミュニケーションであるわけで、同意に至るまでのことを、本当にきちんと扱い話しをしていかなければいけないが、それが全然されていないのが現状だと思う。情報を伝えることは大前提であり、冊子にもできることである。得た情報からどう考え、どう感じ、そのうえで自分たちはどう決断・選択していくのかという過程に付き合っていくのが、提供型の治療におけるカウンセリングで重要なことだと思われる。

提供型治療自体が、本当にいいのか悪いのかわからないなかで、提供の問題に関わる心理士であることの責任を自覚しておく必要があると考えている。そして、生まれてきた子どもに、どんなに責められてもそれでも支えていくという覚悟と責任が、関わる心理士には必要であると思う。

4. D 病院 W 認定看護師

同病院では、不妊治療実施施設を別棟に設け、不妊外来を行っている。提供型治療は行っておらず、配偶者間の治療のみである。提供型治療が必要な患者に対しては、担当医師からその旨の説明がなされ、情報提供が行われる。同病院の経験として、卵子提供が必要な事例は、年に1件あるかどうかだという。卵子提供が必要な患者に対しては、その旨を伝えるが、詳細な情報提供は行わず、関心があるのであれば、インターネット等を利用して自ら調べるようにとの助言を与える程度にとどめている。精子提供が必要な患者に対しては、担当医師がその旨の説明と情報提供をし、患者が家庭で話し合いの機会をもち、次の診療までよく考えた上結論を出すよう勧めている。情報提供の内容としては、治療方法の概要と費用、成功率、紹介できる医院の情報など、医学的な情報であり、提供型治療によ

る妊娠・出産後の親子関係、提供者にかかわる問題等については言及されない。

不妊相談を行うことのできるスタッフは合計4名で、常勤が3名、非常勤が1名である。認定看護師の資格を有しているのは常勤のスタッフ1名である。回答者は看護師（認定看護師）であった。

同病院では、施設内にカウンセリングルームが設けられており、予約制の無料相談を行っている。予約件数は、月1件程度で、多い月で3件程度である。診察時に医師から丁寧な情報提供があり（殆どが医学情報であるが）、配偶者間治療のみを扱うため、相談の必要性を感じる患者が少なく、このような予約件数になっているのではないかと回答者は考えている。相談を受ける患者の年齢には幅があるが、地域柄もあってか、30代前半から半ばにかけての女性患者が多く、夫婦で相談を受ける事例は年間5～10件となっている（このような事例では、殆どが男性不妊の事例であるが、夫婦の意見の食い違いがある事例もある）。

回答者は、提供型治療についての不妊相談の場合には、子の出自を知る権利について言及している。不妊相談を担当している者としての実感として、子の出自を知る権利について考えたことのある患者は少なく、回答者からの話を受けてはじめて気づく者が多いように思われるとのことであった。また、回答者が国としても子の出自を知る権利を認めていく方向であるとの説明を行うと、治療を躊躇する者がいる一方で、「(子に出生の事実を)言わないといけなのか」、「できれば話したくない」と答えた者が多かったとのことである。生まれてきた子と双方の親との顔が似ていない場合の話に及ぶと、子どもではなく、周囲にどのように説明すればよいかという話になってしまい(提供型治療を受けることについて、両親・義理の両親に説明している事例は多

かったように思われるとのことである)、子への真実告知はプライオリティの低いものとなってしまいう傾向が強く見受けられ、さらに、回答者が子の血液型の問題について言及すると、黙ってしまう親が多かったとのことである。

最後に、不妊治療外来を産婦人科外来と分けてセンター化し、別棟に設置したことのメリットとデメリットを聞いたところ、メリットとしては、不妊患者が妊産婦と同じ場所で診察を待たなくて良いということ、不妊患者のみを扱うということで、医師も看護師も比較的じっくりと患者に対応することができることなどが挙げられたが、デメリットとしては、妊娠後の患者のケアの問題が挙げられた。同病院では、不妊治療を実施し、妊娠が成立した後、週数をクリアすると通常の産婦人科病棟に移るため、不妊治療に詳しくない、あるいは経験の浅い助産師や看護師が、不妊治療によって妊娠した患者に適切に対応できているかどうかという問題があり、さらに、現段階では不妊治療外来と産婦人科との連携がうまくとれているかは疑問であるとの回答を得た。

5. E病院 V心理カウンセラー

当クリニックで無精子症がわかる場合と他の病院でわかってから来られる場合と、始まり方には2パターンがあるが、男性側が無精子症とわかった時点で、さらに細かいことがわかるマイクロテセという手術による検査をおこなう流れになっている。マイクロテセで精子があることが判明したらその精子を使いましょう、なければ、AIDがありますよ、という話になる。AIDを受ける選択をするに際し、医師やスタッフから、カウンセリングを受けるよう勧めてはいる。しかし、ご夫婦がカウンセリングを受ける気になって初めてカウンセラーのところにくるのであり、実態としてはあまり

来られてはいない。カウンセリングに来られた場合は、カウンセリングでは、生まれた子どもの出自を知る権利が指摘されてきていること、血液検査で簡単に染色体を調べられるようになってきていることなどを伝え、ご夫婦の決断にゆだねる。決断の際には、ご夫婦だけでは大変でしょうから、困ったことがあればいつでも相談に乗りますと、メールアドレスやカウンセリングの申込み方法を伝える。しかし、今のところほぼルーティーン的であり、それ以降カウンセリングに来られる方はいない。マイクロテセの結果で決めたり、即AIDを試みたりという夫婦が多いようである。

そもそも不妊は秘密性が非常に高い。治療して子どもを授かることに対し、ご自身の中に偏見を抱えている方がいる。夫婦だけの最小単位で完結しようとしている人さえいる。当施設では体外受精の説明会として不妊セミナーを開催しているが、セミナーに来られる方は、説明は聞かれても参加者同士が交流することはほとんどない。なお、他にも体外受精で子どもを産んだ方の交流会を開催しており、そこに参加される方々は、交流が目的で参加されているので、問題なく親密にうち解け合っている。地域性があるのかもしれないが、地元で育ち、結婚し、郡部や村で暮らしている方は隠したがる傾向にある。妊娠して出産するのなら、治療をしたことについて黙っておけば誰も何もわからない、ということなのだろう。世代間の意識の違いも大きく影響しているようで、治療内容自体、親世代にわかってもらえない場合も多いようだ。とはいえ、提供治療に関し、子どもへの告知などについて、説明をしないと伝わりようがない。数県をまとめてであっても、数ヶ月に1回でも、提供に関する講座やセミナーを開催するような体制が、確かに必要かもしれない。

提供型の治療をする決断の際に、ある種の揺さぶりをかけるような働きかけが、カウンセラーに必要である。たとえば卵子提供者の採卵時の事故の可能性や、多胎児の出生率、流産率の高さなどをきっちり伝え、治療を選択するかどうかの結論を出すようにすることが大事である。また、通常の形でない親子をつくるのだから、提供型の治療を受けて子どもをもつことができるかどうか、スクリーニングをする必要があるかもしれない。不妊のために産めない苦しみを経験しているうえ、さらに親になれるかの資質を問われるのかと反発を受け、カウンセリングが成り立たないこともある。その場合、揺さぶりをかけることが非常に難しい。もちろん、講座やセミナーを受けても、必ずしも考えが変わるとはいうわけではないだろう。しかし、知らないで決断するのと知って決断するのとの違いは大きいだろう。また、子どもが産まれた後のことを、少しでも考えるきっかけになる。何のために自分たち夫婦が子どもを欲しているのか、提供してもらってまで子どもを産まなければならない必然性は何かを考える過程、自覚することが重要である。

提供治療の種類としては、精子・卵子バンクから選んで受精・分割させた胚を使う、という形が好まれるのではないかと。余剰胚は、不妊で悩んでいる夫婦の配偶子を使うことになるので、好まれないように思う。卵子提供については、女性の権利意識が強くなっており、圧力もあるので、実際上難しいかもしれない。

提供の治療に関する支援として必要なのは、最初に一律に、提供を受けることで生じる問題に関する情報提供をすることである。そのうえで、選ぶ人もいればやめる人もいる、一旦保留にすることもできるというふうに、色んなコースがあることを伝える。みんなが同じ説明を受けることを前

提にすれば、受け入れてもらいやすい。そうして初めて、気持ちを整理し、選択を支える個別のカウンセリングにつなげていくことができるのではないか。また、同じ立場同士の人たちの交流会が作ればよいと思う。医療スタッフ、同じ立場にある仲間など、色々な人の考えや意見を知ることができるような体制作りが必要である。生まれた子どもたちに関しては、出自を知る権利を行使することができるように、情報管理をすべきである。情報量が膨大なので、国が管理し、詳細についてはクリニックでも話をきくことができるような体制がよい。また、提供者についても、提供時の研修やカウンセリングは不可欠である。良心的な精子・卵子バンクを作り管理することで、一定の条件をクリアした人のみ提供者とするというような体制が作りやすいかもしれない。

日本の医療の構造として、医者が頂点でスタッフはその下、というものがある。医師の判断でする・しないを決めるようなことは多い。しかし、オーストラリアの例をみても、各専門家が責任をもち、チームとして動く体制が重要だろう。そうした基盤が整備されない限り、どんな立派なシステムを作っても、実際に機能するのは難しいのかもしれない。

6. F 病院 U 元心理カウンセラー

提供における治療前カウンセリングをシステムティックにやることは悪いことではないが、ルーティーン化すればよいというわけでもない。本当の意味でカウンセラーの中立性を保つために、まずは、病院と利害関係のない独立開業している外部のカウンセラーが、準備的なカウンセリングをするのがよいと思う。患者さんサイドのことでいうと、提供に適切な患者としてみられたいという社会的望ましさが出る状況を

きる限り避け、また、安心してお話をしていただける環境を提供するという点でも意味がある。それを踏まえ、施設内のカウンセラーが治療前カウンセリングを行うと、施設内外のカウンセリングにより段階的な関わりができると思う。内部のカウンセラーは生殖医療に関わる観点から、外部のカウンセラーは、女性の生涯発達や子どもの福祉の観点から、広い視野のなかで関わりがもてる。カウンセリングは回数の制限は決めず、出産後の諸課題について理解してから治療を開始するという内容を契約書の中に盛り込むとよい。半年から一年間ぐらいかかるかもしれないが、この時点で、内外のカウンセラー、夫婦、生まれてくる子どもの4者が将来的にも関与しうる体制ができる。提供型の治療ができる病院については、各都道府県に1箇所程度定め、登録制にすることが望ましいのではないかと、どこでもいつでも提供型の治療が受けられるという条件が整ってしまえば、セックスレスのご夫婦がセックスを介さず子どもを持つことができるからと人工授精を希望するような現状と同様の問題が生じるのではないかと危惧する点からそのように感じられる)。形式上のカウンセリングにしないためにも、治療を提供する病院と、つながる施設外のカウンセリング機関との間でも、契約書をかわす必要がある。

カウンセリングでは、ソーシャルスキルトレーニング、ロールプレイ、認知行動療法的な関わりなど、様々な技法を組み込み、幅のある臨床が必要である。カップルカウンセリングが必須であることを考えると、施設内外に関わらず、女性男性両方のカウンセラーがいることが理想である。また、カウンセリングにおいて「今」という視点はとても大事だが、生殖医療に関しては、1年後、3年後、10年後と未来を踏まえていかななくてはいけない。病院は治療終了後

には関わりがもちにくいですが、外部のカウンセラーであれば、長いスパンで必要に応じて、子どもの成長で気になったことを含め相談を受けることができる。各都道府県に1つ設置されている不妊相談センターが、その役割を担うべくシステム化すること検討の余地があるのではないかと考えられる。実際、AIDで生まれてきた子どもはもちろん、養親も困っている。子どもから自分の父親は誰かと聞かれても、提供者は匿名なので応えられない。一所懸命育ててきたのに「血のつながりがないからよそよそしかったのだ」と子どもから思われる父親はとても気の毒である。母親も「主人の精子を使えていればこんな問題は起きなかったのに」と治療中の思いが再燃しかねない。もし提供を受けて治療するのであれば、告知ありきだと思う。

方法としては、子どもの発達段階と実際の状況をみながら、いつの時期にどのようにどの程度まで告知するかというプランを治療の前に決めておく。出産後は外部のカウンセリング施設に定期的に来談していただいて、カウンセラーからの支えをえつつ告知をすすめていく。また、子どもの立場に立てば、治療を行った医師から、自分がどのような治療で産まれてきたのかを直接聞くことができるようなことも必要かもしれない。その際、施設外のカウンセラーが窓口となり、病院に連絡をとって行かせるという流れができればよい。そのためには、提供治療に関しては、全てのカルテを永久保管しておかなければならない。こうした治療後の支援体制については、契約書に盛り込む必要がある。他方、提供者にとっての告知のあり方という視点も重要である。提供者に家族がいる場合、どういう枠組みを設けるのか、血縁上・遺伝子上のきょうだいについて、どのように対応したらいいかなどについても考える必要性がある。逆

に言えば、提供時における、提供者に対するカウンセリングも大事である。ただ提供すれば終わりではないことをきちんと理解してもらおう。提供する側も提供される側も、事前カウンセリングで、色んな状況を想定して、責任をもてるかどうかということよく考える必要がある。そして、やはり提供をする／提供を受けることをやめたいということであれば、途中でやめる選択をする自由と権利が認められなくてはならない。

治療中の関わりとしては、着床した後であれば女性は妊婦の身体になっていくので、そこがターニングポイントだと思う。あなたは妊娠した、これから子どもが産まれてくるが、その後の問題としてこういう問題があるんですよという話をするのに、タイミングとして非常によい。妊娠した場合、その時が20年30年という長い支援のスタートである。治療をやめたいがやめられないという人への支援も重要だが、それはかなり難しい。実際、治療をしている時の自分が自分であるというような自我の確立をしている人がいる。他方、治療をずっと続けるよりは、他に自分がやるべきことがあるのではと悩み始める人がいるのも事実である。中年期危機が重なっていることもあり、社会的背景も含めて捉える視点が重要である。このことも、施設内も加え施設外のカウンセラーが関わることの利点であると思われる。

心理臨床の現場にいる時には、養子縁組という選択肢について、これ以上治療が望めないという診断を下されてある程度落ち着いた段階で、産んで育てたいのか、それとも育てたいのか、大きな違いですよという話をしていた。頑張って治療してきたことを十分理解したうえで、このまま治療をやめる他にも選択肢がありますよ、海外に行って治療をされる方もいるが、それは莫大な費用がかかりますよ、もし育てたいと

いうことであれば、養子縁組という形もありますよというように。通常、治療施設では、養子縁組という選択肢の提示が後付的になり、治療施設であるがゆえ仕方がないことだと実感していた。本来なら、不妊相談センターのような窓口となりえる外部施設で、オプションとして最初に提示するのがよいだろう。治療をするのかしないのか、治療する場合は、タイミング、人工授精、体外受精、顕微授精と進んでいき、それぞれ概算でどれぐらいの費用がかかるのか、提供型の治療ならどんな段階を踏んでどれだけの費用と時間がかかり、どのような問題が生じるのか、夫婦2人の人生を選ぶ夫婦もあり、養子縁組や里親などの形をとる人もいと、ソーシャルワーカー的に並列的に伝えることが重要である。そのうえで、一体どれに一番興味があるのかを考えてもらう。提供型の治療を望むのなら、外部の心理士にカウンセリングを委託することができる。養子縁組や里親というオプションについては、本当は、病院にも広報誌やリーフレットにして目に触れるところにおいておくのがよい。

個人的な基本の臨床のスタンスは、産んでも産まなくてお幸せ、というものである。産まない権利もある、産む権利もある、産みたくても産めないという現実もある。こうした広い視野で関わっていくには、やはり病院内にスタッフとして勤務する以上、心理臨床の限界があるので、外部のカウンセリング機関と連携することが重要だと思う。

7. G病院 T看護師

早発閉経、卵巣癌などによる卵巣摘出などといった卵子形成が不可能な不妊原因の場合、今は治療方法がないので諦めるしかない。しかし、今後、卵子提供が可能になれば、卵子の提供を受けるという選択をす

ることができる。選択する際のクリニック側の支援としては、治療に関する情報提供がある。その内容は、全国の施設における妊娠率、生産率、どういう形でこどもが育っているか、出自の告知のことなどであり、このような情報があれば患者さんも心強いだろう。精子提供でも同様である。当事者の妊娠後、出産後の経験談があればなおよい。妊娠するまでは、妊娠することに必死になり、先のことについてあまり考えずに治療をする方が多いが、実際の問題はやはり妊娠後・出産後に出てくることが多いので、産まれた後を見据えた情報があればよいと思う。

提供型の治療について、誰もが認める治療になり、また、生まれたこどもが元気に育っていることが明確だと、患者さんに勧めることもできる。しかし、世間に認められていない状況では、体制ができていても実働は難しいだろう。まずは、批判を受けとめられるだけの患者さんの覚悟とそれを支える体制が、必要なかもしれない。「あなたのやっていることは正しいことだよ」と、治療中、継続的に支える体制と、傍らで、社会的認知を高める啓蒙的な活動が必要だろう。当事者同士の横のつながりとして、会を開催するのも良い。実際、「おしゃべりの会」というものをしてきた経過もある。そして、妊娠して治療を終了する場合、出自や告知の問題など新たな支援が必要になってくる。告知に関しては、した場合・しなかった場合というように、色んな方向から考え、当人が選択できるだけの情報が必要である。

さて、提供に限定されることではないが、治療も長期になってくると、止めるきっかけを失い、ずっと続けている方が多くいる。治療をやめるための支援もまた重要だが、実際にはなかなかできていない。やめられなさについて、治療していれば100%妊娠

できると思っている方が多いことが原因のひとつであるように思う。治療開始の際に、この治療をしても私にはこどもが授からないかもしれない、ということが頭にないことは大きい。患者さんは、人工授精では駄目でも体外受精では妊娠できるというように、常に、いつかは妊娠できると思っている方が多い。数%でも確率が残っている限り、どんな状態になってもそこにかけたいという思いが強いのは当然かもしれない。当クリニックでは、患者さんを、何歳であってもお断りせず受け入れている。ただ、その際、妊娠した女性の最高年齢が43歳であること、それ以上の年齢の妊娠例はないことをお伝えしている。40歳以上になると、色んな薬を使っても卵ができないという現実を突き付けられ、こどもをあきらめるきっかけになるかもしれない。しかし、卵子提供が可能になると、その問題がクリアされることになる。助成金がいくらかでも出るようになったことも同様だが、卵子提供についても、こどもがほしいと望んでいる方にしたら、ひとつの明るい光の筋に見える可能性が大きい。一方で、治療のやめられなさを助長するという危惧はある。また、こどもを持てるという目先の事柄だけに目を向け、育児の中で出てくる様々な問題のことまで考えることができず、治療に踏み切り、のちに「こんなはずではなかった」と後悔するかもしれない。

提供型の治療のうち、精子と卵子と胚のどれが実施されやすいかは、提供者に関する問題とも関係してくる。身体的・精神的負担の問題、保障の問題、治療費の問題、プライバシーの問題。精子は採取も凍結も比較的簡単だが、卵子提供は、排卵誘発剤の使用、その副作用が伴う。採卵する際、お腹に針を刺す、出血など、必ずしも安全ではない。未受精卵の凍結が難しいことも課題である。凍結した未受精卵は、受精率

が非常に落ちる。胚提供の場合は、凍結も含めて比較的簡単にはできるが、提供する胚は余剰卵にするのか、提供のために胚を形成するののかという問題があり、また、提供者の意思確認はもちろん念入りにしなくてはいけない。

また、こどもの出自を知る権利と提供者の匿名性が折り合わないこともある。その意味で、提供者への情報提供も重要である。提供による治療は、生まれてくる赤ちゃんの意見を事前に聞くことができないだけに、生まれてきたこどもが生まれて本当に良かったと思えるようなものでないといけない。おこさんが授からないで困っている夫婦への医療ではあるが、生まれてくるこどもの利益についてももしっかり考えないといけない。

そうすると、継続看護が重要となるが、病院単位ではどうしても途切れてしまう。出産後の支援については、福祉の関係者や保健所の保健師など地域に根ざした活動をしている部署に依頼し、地域連携をはかることが大事である。出産までの情報を提供し、出産後はそちらで担当してもらう。その際、病院と地域の機関との橋渡しをするコーディネーターがいれば、なおよいだろう。受ける側にとっても、安心・信頼できる。病院側としては、やはり、治療開始時や治療継続中の、夫婦の選択と覚悟を支える支援が中心となるが、出産後については、非常時の駆け込み寺のような役割を果たすことができるかもしれない。たとえば、夫婦が頑張っていた治療していた当時の話をこどもにし、あなたは本当に望まれて生まれてきたのだと伝えてあげることができる。また、治療中、患者さん自身に日記を付けるよう提案するのもいい。それが出産後の支援として生きてくる可能性がある。医療従事者の移動などを考えても、日記という形で記録を残し、当人が管理するのは有効で

ある。

最後に、不妊治療という大きな枠組みで考えた時に、各人がもっと自分の身体のことを勉強してほしいと思う。人間の身体について、小学生ぐらいから学校で習うことができるようになると良い。そして、結婚すれば子どもが授かって当前、女性なら子どもを産んで一人前とするのではなく、産める人、産めない人、産まない人、色んな人がいるということをもっと若い時から知っておくことが重要だろう。産むための不妊治療が全面に出ているが、産めない人がその陰に沢山いるということが、もっと社会に出せていければいい。そうすれば、不妊治療をしている方が、ここまで苦しまずに、自分らしい生き方を選択しやすくなり、産めない苦しみも哀しみも多少は和らぐのではないかと思う。

表Ⅱ-1. 調査協力者の属性

	Aさん	Bさん
家族構成	夫の義母・夫(50代)・妻(50代)・子ども2人(20代前半と10代後半)	夫・妻(40代)・子ども1人(10代前半)
治療、出産した年	20数年前とその6年後にAIDで2児を出産	20年前に結婚。10年後にAIDで1児出産
最終診断から治療までの経過	大学病院で夫の最終診断を受けAIDしかないと告げられ、治療を受ける	大学病院で夫の最終診断を受け、半年以上考えた結果AIDを選択し、治療は私立の不妊を扱う大病院

表Ⅱ-2. AIDにより子どもを得た家族の課題と支援

	Aさん	Bさん
1. AIDを決断する時点での夫婦とその家族関係における課題と支援	<課題> 夫に原因があるがゆえに夫婦で向き合い話し合うことが難しい	<課題> ・子どもの視点が抜けた治療を受ける判断 ・出産後の課題に対する情報不足
	<支援> ・夫と妻で個別のカウンセリング⇒その上で夫婦のカウンセリング ・出産後の課題の情報提供⇒子どものいる家族のイメージ作り⇒子ども本意の結論が出せるように⇒当事者や親の声を受療前に聞く機会	
2. AIDの治療を受ける医療機関との関係における課題と支援	<課題> ・夫婦の意思確認の必要性	<課題> ・医療スタッフの配慮と勉強不足 ・治療する機関と補助医療機関との連携体制のなさ
	<支援> ・治療する機関と補助医療機関との連携体制 ・医療的視点からのカウンセリングの提供	
3. 子どもが生まれてからの親子関係・夫婦関係における課題と支援	<課題> ・ひとりで子育てをしているような ・嘘をつかなければならないこと ・夫の辛い胸のうち ・追い詰められ死までも考えた	<課題> ・周囲からの似てない言葉のストレス ・祖父母から歓迎されていないのでは ・孤独感 ・嘘をつかなければならない
	<支援> ・祖父母や近親者の理解を得ておく⇒祖父母にもカウンセリングの必要性 ・子どもに告知するための準備とサポート⇒相談機関による支援 ・夫の心のケア⇒父親としての自信と自覚	
4. 子どもの発達上の問題や疾病等についての課題と支援	<課題> ・子どもが親子関係のことをうすうす気づく	<課題> ・遺伝子上の情報の欠落⇒子どもが病気になる時に、父親の情報がない ・遺伝子情報が簡単に調べられる
	<支援> 遺伝上の父親の情報を知ることができるシステム	
5. 子どもへの告知について 夫婦間・家族間での意見の相違についての問題・告知の時期と方法	<課題> ・夫婦間の意見の相違 ・告知についての情報サポート不足 ・追い詰められうつ状態になる病と診断	<課題> ・子どもの問題を夫婦で共有できない ・わかってくれる所を捜し求める
	<支援> 告知に際しての専門家の助言とサポート 自助グループの支え	
6. 告知後の親子関係・夫婦関係上の課題と支援	<課題> 年齢に応じた告知のマニュアルの必要性	<課題> ・出自を知らせられる体制作り ・AIDが秘密裏に行う治療ではなくなる
	<支援>	

<支援>
 ・年齢に応じた告知のマニュアル製作
 ・告知に際しての専門家の助言とサポート機関

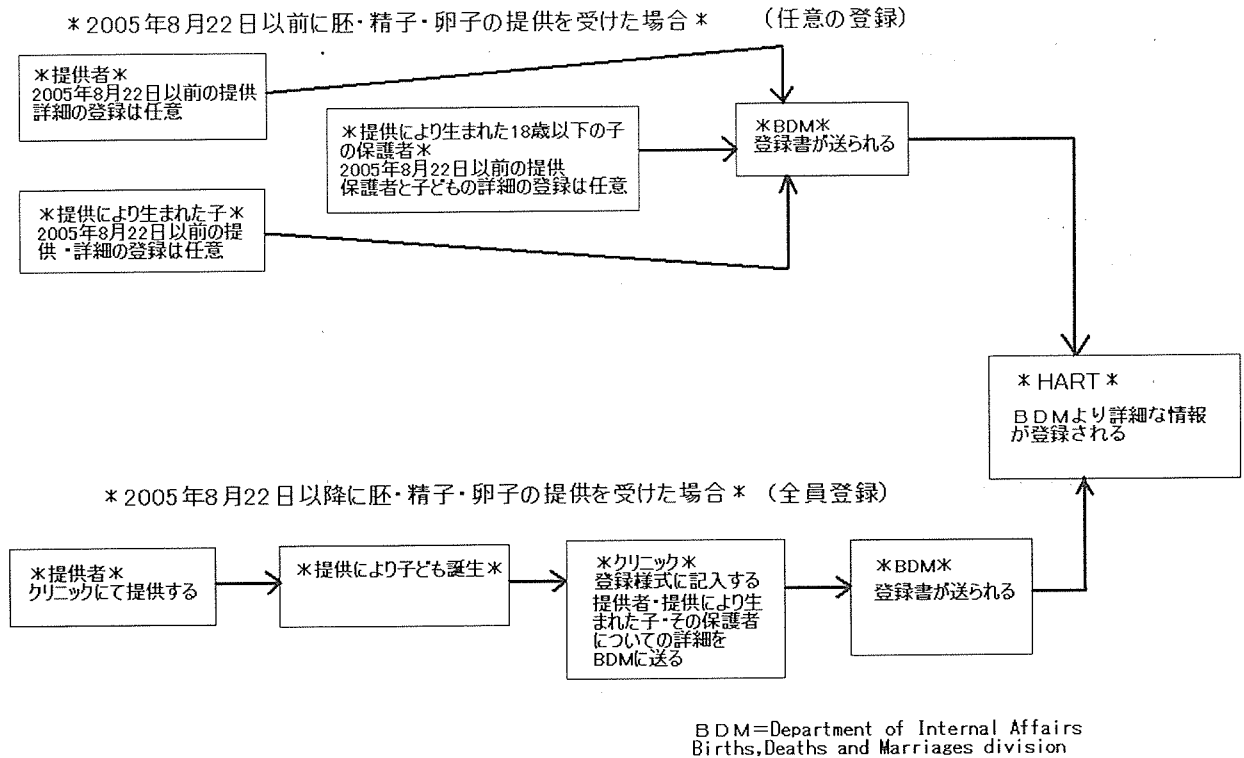


図 III-1
 情報がヒト生殖補助技術登録までの流れ
 -2005年8月22日にヒト生殖補助技術法の施行前と施行後-

出典:
 The Human Assisted
 Reproductive Technology
 Register (HART) 資料

表 III-1 生殖補助医療により出産するまでの人数

年度	データ収集年	サイクル数	治療による妊娠	出産	出生児数
1999	1997	3866	604	479	595
2002	2000	4688	715	580	718
2006	2004	5814	1298	1055	1271

出典: Infertility Treatment Authority "2006 Annual Report", (2006)

表 III-2 オリジナル出生証明書の申請数

年度	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02
人数	1202	798	742	671	510	440

出典: Child, youth and family New Zealand 資料より