

を得るのが困難な場合があり、製造国に匹敵する製造者から、また使用者からの不良品や品質の変化に関する情報を遅滞なくすべての実施施設に伝達する機構が絶対必要である。

## 2) ARTの安全管理

うまれてくる子供だけでなく、子々孫々までの遺伝的な危険性をもたらす可能性のあるARTにおいて、出生児の予後調査は絶対必要であり、その上で動物実験を中心とした、起こりうる危険についての基礎的研究が望まれる。この様な危険性が実在することは、本研究の中の不妊形質の遺伝の実証的研究や、多胎妊娠のアンケート調査でも明らかである。

これまでわが国のART出生児予後調査は、事実上非営利団体である日本産科婦人科学会と実施機関の善意の努力のみに基づいており、そのためなんの強制力も、また報告をきちんと行っている機関へのfeedbackもされてきていない。さらに近年おこっている個人情報への関心の深まりは、通常異なっている場合が多いART実施機関と分娩施設での情報のやりとりをさらに煩雑なものとしている。これに加えて、これまでの予後調査の枠組みでは長期予後を検証する体制が全くとられていない。今後の課題として、この調査に要する最低限の継続的な経済的基盤および機構を整備する必要があり、そのためには特定不妊治療助成との連動は大きな鍵となる可能性がある。

またARTに由来する多胎妊娠は、たとえART妊娠総数に占める率が低下しているとしても、容易に避けられる危険として胚移植数をさらに原則2個などと制限するなどの方法で今後もさらに発生をおさえる努力が必要であるが、それとともに回避しうる危険という意味では、3胎以上の多胎妊娠に対する減数手術に対する実態調査をふまえた議論も必要である。

## 3) 配偶子提供を中心とした不妊治療当事者への精神的支援

わが国でも匿名での精子提供でうまれた子供が、出自を知る権利を求める運動を始めていることや、海外で英国など配偶子提供の匿名性を撤廃する国がでてきていることから、今後わが国が配偶子提供の匿名性を保持するのか、撤廃するのかは大きな問題である。現状に問題があることは間違いないにしても、この問題はどちらにしても解決すべき様々な問題がでてくることは、一時的であるかもしれないが匿名性を撤廃した英国で起きている匿名の治療をもとめての海外渡航などの状況や、1985年以来匿名性を廃止しているスウェーデンでも告知が余り進んでいないこと等から明らかである。

本研究で明らかになった様に、とくに精子提供者において出自を知る権利に対して大きな抵抗があり、またそれが提供した時点と、それによって生まれた子供が権利を行使しうる

たとえば15年後で全く替わっていないかどうかは、提供者自身の家族への影響を含めて大きな問題である。また、これも本研究でわかった卵子提供者と精子提供者の、うまれた子供の情報を知りたいという欲求の強さは、良くも悪くも精子提供と卵子提供を同列に考えられないことを明らかに示している。出自を知る権利を認めるかどうかは、子どもの幸せを第一に考えるとしても、やはり「知らない権利」や、子どもを含む関係者全ての状況を考え、一定の歯止めをかけながら慎重に考えていかなければならない。

これと密接に関連した告知の問題では、養子縁組みをモデルとした告知の状況や親子へのその影響をもとに、配偶子提供で親となった夫婦が治療の事実を子どもにそれを伝える際のガイドブックをわが国で初めて試作した。分担研究者も述べている様に、配偶子提供を患者に説明することになる医療者自身が「絶対に話してはいけない」と自明のことの様に夫婦に話すことは、絶対避けなければならない。告知を全ての夫婦に薦めるべきかどうかは別にしても、少なくとも告知をしないことで起こりうるリスクについて、具体的にどのようなことが起こるかを夫婦にきちんと伝える必要がある。しかし、とくに長い不妊治療の末にこの治療を始める場合など、夫婦へのこのような説明はうまく伝わらないことを臨床上は経験することが少なくないため、伝える医療者自身の研修や、カウンセリングが必要とな

る可能性がある。

#### 4) 不妊治療への精神的支援体制

配偶子提供を含む不妊治療を受ける当事者(夫婦、子ども、提供者)への十分な精神的支援を行うために、現存する児童相談所や母子保健機関にそのすべての機能をもたせることは、本研究の結果からは、勤務する職員のマンパワー、あるいはこの治療や不妊カウンセリングの知識が十分でないことなどから、すぐには困難とおもわれる。しかし独立した不妊治療への精神的支援を行う機関を設立することも、現実的には極めて困難であろう。

また、とくに配偶子提供の様に微妙な問題において、(告知の問題をきちんと説明するなど)精神的支援を有る程度統一的な方向で行う上では、現状では不妊カウンセリングが各医療機関で別々に行われていることも問題となる可能性がある。行われているカウンセリングの質も様々であり、医師や看護職を基礎とした不妊カウンセリングと、臨床心理士を基礎としたカウンセリングでは内容や患者に与える影響も異なる可能性がある。わが国でこの分野のカウンセラーは不足していると言われるが、夫婦やうまれてくる子供の幸せを考えたときに、どのようなカウンセリングが本当に必要なのかを更に調査する必要がある。また、妊娠するまで、あるいは出産するまでしか夫婦とコンタクト

のない不妊症・産婦人科の医療機関で継続的に家族への支援を行うことは、小児科を併設しているなど特殊な医療機関以外では難しい。

各機関、あるいは様々な職種が現実的にできる範囲の精神的支援がどこまでなのかを把握し、配偶子提供の場合とそれ以外の不妊症の場合をわけて、その上でこれを統合して継続的に機能させるための方策を今後考えていく必要がある。

#### 5) 特定不妊治療費助成事業の実態に関する医療者・患者へのアンケート調査

現在高度生殖補助医療をうけている夫婦 449 組のうち、過半数である 6 割は本制度を利用していなかった。その理由としては、本制度の存在を知っており、かつ治療を助成期間内に受けて支払いを済ませた 136 例中の実に 79% が「所得制限のため」と回答している。所得制限のために支給を受けられなかったものの 8 割以上、医師の 7 割以上が本制度における所得制限額の引き上げを希望していることを考えても、所得制限の緩和を考慮する必要はある。

回答してくれた夫婦の治療費年間負担額は平均して年間 100 万円程度、助成額年間 20 万円はその 2 割にしか当たらないことになり、やはり十分とはいえない。

治療期間については、多くの夫婦は（とりあえず一人子どもを授かるまでの期間として）これからの治療期間を少なくとも 5 年くらいに考えているが、夫婦の要望としては助成を受けられる年限を 5 年よりさらに延長して

ほしいという希望がかなり強かった。今回の調査では治療期間 2 年までのものが 6 割と多かったにもかかわらず、このような意見が多かった理由は、幾つか考えられる。第一は、特に妻が仕事を持っている場合（回答者の 5 割以上が仕事を持っている）、治療に専念する期間をつくるために夏期・冬期休暇を利用、あるいは有給休暇を利用せざるを得ないものが少なくないため、一年のうちに行う治療回数を制限する必要があるためである。第二に、比較的収入の少ない若年層が、一年の負担額を少なくして数年間かけて治療を行おうと考える場合もある。第三に夫婦が望む子どもの数が約 2 人であることを考慮すると、第二子も又生殖補助医療でなければ望むことができない症例が多く含まれている可能性もある。第四に、両親の介護等で治療を中断することがあっても、その後すぐにまた治療を再開できる様にとの希望もあるかもしれない。妻が仕事をもつ夫婦が子どもをつくる意欲を持続させるためにも、治療効果の高い（すなわち妊娠率の高い）若年層から治療を受けられるようにするためにも、またすでに妊娠・出産の実績のある夫婦が第二子をこの治療で希望する気持ちを尊重する上でも、このように本制度でカバーする期間を長くすることにはこの助成制度の効率（得られる最終的妊娠数の増加）を高める上でも一定の意義があると考えられる。

#### 6) 終わりに

ART は、良くも悪くもわが国のこれからを背負う次世代以降の日本人をうみだすことから、社会全体へ影響を持つ技術である。従ってこの技術

によって恩恵も、また危険をも背負う事になるのは、直接的には不妊夫婦やうまれてくる子供であることはもちろんであるが、間接的には社会を構成する我々全員である。従ってこの技術の品質管理・安全管理に要する様々な

負担の少なくとも一部は、社会全体が負担しなければならない。そしてそのように考えたときに初めて、この技術が少子化に悩むわが国の社会への、有効な対策の一つとして機能してゆくことになると思われる。