

高度生殖医療におけるクライアントの 新たな心理・社会的困難の検討(1)

——先行研究の分析を通して——

宮田 久枝*

本稿は、高度生殖医療におけるクライアントの心理・社会的困難を明らかにしようとするものである。まず、本稿では、わが国の生殖医療の現状を先行研究より考察した。1章では、生殖医療が、1978年に体外受精・胚移植による妊娠によって分娩に至る成功例の報告以降より急速に進歩し、高い妊娠率を迫及する高度生殖医療と呼ばれる技術分野に発展した状況を述べる。これによって従来妊娠が困難であった症例の2割強の妊娠が可能となった。また、高年齢等個別的な背景にも応じて治療が行われるようになってきた。そして、不妊治療は少子高齢社会での施策の一環として経済的な支援もされるようになった状況を述べる。そして2章では、この治療法による技術的特徴よりホルモン剤による女性の身体コントロールの必要性やその副作用、多胎妊娠や経済的負担等の問題があること。出産をめぐる社会規範の存在によってクライアントに新たな心理・社会的困難が生じてきている現状を論じる。

キーワード：生殖補助医療、不妊治療、高度生殖医療技術、クライアント

目次

はじめに

1. 生殖医療の発展と現状
 - 1.ー1 ARTへの発展
 - 1.ー2 不妊治療の状況
 - 1.ー3 ARTの現状
2. ARTにおけるクライアントの心理・社会的困難
 - 2.ー1 ARTの技術的特徴から生じる困難
 - 2.ー2 ARTにおける費用をめぐる困難
 - 2.ー3 出産をめぐる社会規範がもたらす困難

おわりに

はじめに

生殖とは、種族保存のためのものであり自然の営みである。わが国において、子どもを得る

ことは当然であり従来の家族制のもとでは跡継ぎや扶養のためであり、子どもがいて一人前という家族観があった。それは、今も社会的圧力として存在する(柘植, 1996)。その一方で、現代の夫婦は、それぞれの仕事や将来を考え人生を選択していく中で子どもを産むか・産まないかを決めていく傾向にある。このように、子どもを得る意味が、心理的な満足でありきわめて個人的な事柄として扱われるようになった。

生殖医療とは、夫婦の子どもを得るという自然の営みを尊重しつつ補助促進していくものである。夫婦が子どもを得ることを希望しているにも関わらず不妊であり、そのことに悩み治療を希望した場合、不妊治療は行われる。その目的は、女性が妊娠・出産することにある。従っ

*立命館大学大学院社会学研究科博士後期課程

て、結婚しても夫婦が子どもを得ることを希望しない場合には、その対象にはならないということが特徴である。不妊夫婦は、夫婦10組に1組の割合で存在しているといわれている（杉山，1994）。

不妊治療の臨床成績を示すものの1つに妊娠率がある。現在、わが国における不妊治療での高度生殖医療技術（Assisted Reproductive Technology、以下ARTとする）での妊娠率は約20%と報告されており、1999年における総出生児の100人に1人が体外受精（In Vitro Fertilization：以下IVFとする）¹⁾ によつての誕生であった。この現象は、1つには生殖技術の進歩によつて妊娠への確率が高まったこと、もう1つには不妊治療を受療できる施設が急激に増加したことによる。誰でも身近に不妊治療を受療できるという不妊治療の普及が進んだ結果といえる。そして、これまでの不妊治療では不妊の原因が追求しにくいということで、身体的・経済的負担が少ない方法より検査をしつつ治療するという段階的に進められるものであった。その結果、従来、治療は長期間に亘っていた。しかし、近年になって生殖医療の進歩によつて不妊のメカニズムが解明されつつある。それによつて、早期に其々の不妊原因の診断ができ、早期に治療が焦点化されるようになり、治療期間は短縮傾向にある。加えて、卵子の古い細胞膜を除去した方法を併用するなど妊娠への高い確率が追求されている。一方、不妊夫婦の高いストレス状況、女性の心身の不調、多胎妊娠や分娩後の育児困難などに陥ることが多いことも指摘され始めている。

科学としての医学は、永遠に未完成であり不確実性は明らかに存在する（中川，1996）。ARTの目覚ましい発展は、これまで大きかつ

た不妊治療における不確実な部分を急速に解消していくため、妊娠の成立が確実であるかのように捉えられがちである。何故ならこの不確実な部分は、医療提供者とクライアント²⁾ によつての希望の部分でもあるからだ。しかし、不妊治療での妊娠の成立が確実になることは永遠に有り得ない。

このような問題関心に基づいて、本稿は、急激にクライアントが増加しているARTに焦点を絞り、クライアントの心理・社会的困難を明らかにしようとするものである。ARTにおいてその治療過程で生じてきた心理・社会的困難に影響する新たな要因を、これまでの不妊治療に加え、生殖補助技術の発展から現状、それに伴つて社会的問題として一般化した状況を述べる。更に、技術の特性より新たに生じているクライアントの心理・社会的困難をわが国の生殖補助医療の現状と捉え、先行研究を分析することによつて論じていく。

1. 生殖医療の発展と現状

1.-1 ARTへの発展

生殖医療は、イギリスにおいて18世紀に人工授精により妊娠・出産に至るまでの成功例があったことを契機に確立していった。1960年代には、h-MGやクロミフェンなどの排卵誘発剤が開発され排卵障害による不妊症³⁾ に対する治療が可能となった。そして、1970年代には卵管のマイクロ・サージェリーが行われるようになり、卵管障害での女性不妊症にも妊娠できる可能性が見出されるようになった。やがて、1978年にイギリスで初めて体外受精-胚移植（In Vitro Fertilization-Embryo Transfer：以下IVF-ETとする）⁴⁾、による児が誕生しこれ

以降より体外で卵や胚を操作する新しい生殖医療技術をARTと呼ぶようになった。この技術に含まれるのは、体外受精-胚移植、卵細胞質内精子注入法（Intracytoplasmic Sperm Injection：以下ICSIとする）⁵⁾、卵管内配偶子移植（Gamete Intrafallopian Transfer：以下GIFTとする）⁶⁾、接合子卵管内移植（Zygote Intrafallopian Transfer：以下ZIFTとする）⁷⁾、の4つが主たるものである。

わが国において生殖医療が一般化し始めたのは、排卵誘発剤を使用しての治療により、多胎妊娠（五つ子）・出産がマスメディアで大きく取り上げられてからであった。そして、1983年にIVF-ETによる妊娠例が報告されて以降、ARTは瞬く間に普及していった。日本産婦人科学会倫理委員会 登録・調査小委員会報告⁸⁾によると、不妊でのクライアントの総数は285,000人であり、そのうちARTの受療者は68,000人と4分の1を占めていると推測されている。その治療の結果、ARTによる出生児数は、1992年には2,626人であったものが、1999年では11,929人と急増している（日本産婦人科学会,2001）。

また、より高い妊娠率を目指して凍結胚移植法、アシステッド・ハッチング⁹⁾、着床前診断¹⁰⁾もARTの補助技術として普及してきており治療効果を上げている。

一方、男性不妊の治療法として、近年、顕微授精¹¹⁾の実施率が急速に伸びているが、この不妊原因の多くが性染色体の数の異常や、遺伝子の欠損に起因する場合が多く、同じ遺伝形質をもった児が誕生する可能性があるために、不妊症が遺伝病といわれる時代が来ることも危惧されている（永井・星、2001）。

1.-2 不妊治療の状況

まず、ARTが施術されるまでの前段階である一般的な不妊治療の状況について記す。

不妊治療は、人間の生殖性を重んじその補助を行う立場より行われる。

従来からの不妊治療は、クライアントの身体的負担、そして、経済的負担の少ない順で治療方法を選択してすすめられてきた。一般的なすすめ方としては、治療の初期には基礎体温の測定による女性の性周期の確認、卵管通過障害有無の確認の検査などと、基礎体温から排卵のタイミングを予測して夫婦生活を行うタイミング療法というように身体的負担の少ない順で検査と治療が並行して行われる。同一の治療法は6ヶ月毎に、そのまま続けるのか、中断するのか、別の治療法に変更するのかについての見直が行われる（荒木、1999）。その後、不妊原因が診断された場合は、その治療と同時に経口排卵誘発剤、h-CG・h-MG療法、黄体ホルモン充填療法などホルモン剤による治療が併用される。これら不妊治療によっても妊娠に至らない症例や、卵管通過障害、抗精子抗体陽性や男性因子による不妊症などの「この方法以外では妊娠成立が困難な不妊症」は、IVF-ETやICSIの適応とされている（日本産婦人科学会、1983）。不妊治療は、以上のような手順で行われていくのであるが、消去法的に段階を追って行われていくので、適切な治療が標準化できにくく、結果、治療は長期間にわたることになる。

一方、その不妊原因をクライアント側の疾病よりみると、妊娠へのメカニズムは複雑であるため、1人の人間が持つ疾病の原因が2つ以上重なっていることもしばしば認められることがある。そして、妊娠へのメカニズムはまだまだ解明されていない部分が多いため、不妊原因が

診断されていてもそれだけが原因とは限らない場合がある。

加えて、妊娠は両性によって成立するものであるため、男・女の組み合わせ方により不妊である状況を一層複雑にしている。例えば、不妊原因が男性にのみある場合・女性にのみある場合のどちらか一方にある場合、男性・女性双方に原因がある場合や、男女共に不妊原因の診断がつかない原因不明、の4つのグループに分けることができる。従って、個人での疾病と男・女の不妊原因の組み合わせによって受診までの経過や治療内容が異なってくるのである。

其々の夫婦の不妊原因別による、治療の進み方を述べる。男性不妊症の場合には、造精機能障害や精子輸送などが挙げられるが、不妊原因は絶対的であるため、根本的な治療法がなく治療開始の比較的早い時期にIVF-ETやICSEなど高度な医療が施される傾向にある（高井・堤・武谷，2000）。

次に、女性不妊症においては、思春期から月経不順等の症状があるので女性自身が正常な性周期ではないことに対する対処として受診するため、早期に治療が開始される傾向にある。また、治療はより自然に妊娠することを前提にしているために医療介入が少ないものから段階を追って進み、その中で不妊原因の検索と治療が並行して行われる。そのため治療期間が長期化する傾向がある。

不妊原因が男女双方にある場合でも、まずは不妊を疑った場合は女性から受診することが多いため、女性に対するおおよその治療が開始した頃から男性も治療を始めるという場合が多い。その結果、もともと男性・女性の双方に治療が必要であること、また、女性の性周期に伴うという治療上の特殊性から男女間での身体の

調整が必要とされるので治療期間が長期化する傾向にある。そして、不妊原因の不明の場合でも同様な傾向にある。

1.-3 ARTの現状

わが国におけるARTの現状を、まず、施設の数よりみる。ARTを行う施設は、国内初の体外受精児が1983年に出生した3年後より日本産科婦人科学会に登録することになっており、当初はわずか30施設にすぎなかった。1992年には237施設、1998年では448施設となった。これは、当時のイギリスでの施設数の約6倍であり、人口当たりになると3倍の施設数で行われていたことになる。そして、2000年3月末には474施設にのぼっている。その実施内容の内訳は、「IVF-ETおよびGIFTの臨床実施に関する登録施設」474施設、「ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する登録施設」282施設、「顕微受精の臨床実施に関する登録施設」223施設であった（菅沼，2001）。わが国の生殖医療では設備や技術についての取り決めなど認定や法規制が殆どなく（市野川，2001）、登録外の施設が存在している。それは、クライアントが技術レベル・通院の利便性・経済面といった自身の条件にあった施設を選択して受療することができるが、医療提供者側の利益を追求した経営による混乱という側面を持ち合わせる。

次に、ARTの現状を治療の情報よりみる。従来、不妊そのものは公に口外するものではなく、そのためか不妊治療に対する情報は少なく知り合いを通じてなど口コミで得られていた。しかし、今日、不妊に関する情報は、テレビ、雑誌、広告看板、インターネットなどにより容易に入手可能であり、むしろ溢れている状態で

あるといえる。ちなみに国内におけるインターネットでの「体外受精」「施設」による検索では2003年10月時点で5820件のヒットがあり、主にクリニックのホームページ、IVF-ETの体験記、患者の掲示板、であった。

そして、ARTの現状を患者数でみた場合、新鮮胚を用いたIVF-ETおよび顕微授精を受けている患者数は1992年では14,239名であったものが、1999年では15,849名と1,610名増えていた。中でも、顕微授精を受けた患者は1999年での患者数の33.2%であった。また、IVF-ETは、排卵までの準備期間、卵の採取と胚の移植、妊娠が成立したかどうかの結果を待つ期間、という一連の期間を要するものである。これを周期と呼ぶが、その治療周期の総数は急激な増加傾向を示し、1992年では18,920周期であったものが1999年では69,019周期であり50,099周期と大きく増えている。また、前年度よりも1万周期以上の増加が認められた。これは、受療する女性の人数が増えたことと、女性一人あたりに対する施術回数が増えたことを意味する。内容をみると、1996年からの凍結融解胚移植によるものが大きい。そして、凍結胚による体外受精による妊娠率は24.2%であり、1999年の出生児11,929名のうち15.2%がこれによる児であった(藤, 1999)。

2. ARTにおけるクライアントの心理・社会的困難

2-1 ARTの技術的特徴から生じる困難

生殖医療のARTへの発展によってクライアントに高度な技術が提供できる反面、これまでの一般不妊治療での困難に替わり、ARTの技術的特徴から生じる新たな問題より困難が生じ

てきている。

ARTにおける治療は、おおよそ以下の様な4つの問題が存在している。

まず、治療の効果が不確実であることである。妊娠の成立には、8つの過程を経ることを必要とする。そして、不妊治療はこの8つの過程に対し治療しようとするものであるが、①不妊原因の中には、卵の卵管への取り込み、受精、胚(受精卵)の発育、胚の卵管への移送など治療できない部分がある、②不妊原因として複数の因子が関与していることが多く、その中のいくつかを改善または治療したとしてもすべて正常になったとは言い切れない。つまり、原因と診断された疾病だけが不妊の原因とは言い難いという困難がある。また、③それぞれの不妊のカップルに対し、すべての不妊原因を調べることは難しい、④男女の生殖機能は一定とは限らず、射精から着床までの様々な因子が正常に働いたときにのみ妊娠が成立するという偶発性が関与する、といった両性が関与していることの妊娠に対する偶発性の影響が存在する(星, 2003)。以上より、各治療法の有効性を明確にすることが難しく、長期間治療しても治療の効果が現れないことがあるなど、不妊治療の効果は不確実である部分が大きいといえる。現に、その一般化の影に20%を上回る流産率が存在している(日本産婦人科学会, 2001)。そのためクライアントは、治療をこのまま継続するか、次に進めるかどうか終始悔やまざるを得ない状況に陥っている。

2番目には、治療に女性の身体のコントロールが医療処置上必要であることである。一般的に、疾病の治療はその原因に対して行われるものである。しかし、不妊治療では疾病の原因に対して行われる内服や手術といった一般的な疾

患の治療の考え方とは治療の目的が異なる（荒木，1999）。つまり，不妊原因となる疾病が男性側あるいは女性側だけに見られる場合には，原因となっているどちらかに対して治療を行えば良いと思える。しかし，実際には，妊娠のための排卵，受精，着床といった一連の過程が女性の体内で行われるため，不妊原因の如何に問わず，医療処置には女性の身体コントロールが必要なのである。例えば，女性側に卵管通過障害や重症の排卵障害があり，男性側に不妊原因が認められない場合には，女性側のみに身体的負担が加えられる。これは一般的な疾病の治療と，さほど変わりがない。これに対して男性不妊症の場合は，女性側の不妊原因の有無にかかわらず女性が婦人科に通院して，基礎体温の評価や卵胞計測を行うなどの，女性の性周期の準備が必要であり，女性にも身体の負担が加えられる。また，重症男性不妊症の場合は，ARTの絶対適応であり治療の初期より女性にも身体的負担が加えられる。

3番目には，IVFは女性の性周期に沿って行われていくため年間に行われる治療回数に限度があることである。IVFは女性の性周期をコントロールし行っていくものである。これは，ホルモン注射によって卵巣機能を人工的に調整するものであり，1人の女性が1年に行うことのできる治療回数は，3－4回と限度がある。平成2年度生殖医学の登録に関する委員会において，このような治療状況の反応として，女性クライアントの心理は，羨望，失望，劣等感，悲観等による情動と，検査や治療に対する恐怖や不安のストレスがあると報告された。また，治療年数でみると，治療歴が2－3年の女性においては1年未満，6年以上の女性に比べると高い傾向となる（Domar，1992）。女性クラ

イエントの抱えている悩みは，「妊娠に対する不確かさ」が多く（長岡，2001），それは，治療方針を知りたい，医療者の対応，他の患者と一緒にしない等の施設の配慮，治療方法等情報がほしいという電話相談での内容（森・有森・村本，1998）や，インフォームド・コンセントの内容に対する要求（坂上・矢野，2001）からも裏付けられていた。そして，治療終了後では治療が成功しなかった場合には，絶望を感じつつも，それでも妊娠率が20％であるという期待より，治療への経済的基盤を整え，心理的な落ち込みをコントロールしている（Davis，1991）。そして，IVFを続けるという行為は，妊娠の成立に対する不確かさ，医療に対する不満や理解不足を感じながらも夫婦間，生活の調整や周囲のサポートという自助によって維持されていた（阿部・宮田，2003）。

そして4番目には，これら治療による副作用が生じることである。ARTではその準備として，女性にホルモンを投与して排卵を促す，排卵誘発法が必要となる。この方法は，排卵障害に対する治療として有効であり，女性に対する治療回数の限度からしばしば強力に行われる。その反面，同時に多数の卵胞が成熟し，卵巣が腫大し，腹水や胸水が貯留する卵巣刺激症候群（Ovarian Hyper Stimulation Syndrome：OHSS）¹²⁾を起こすことがある（竹林・高倉・後藤，2000）。OHSSが重症化すると血液循環動態に影響を与えるため，血栓症や呼吸障害を起こすこともあり，女性への身体的負担が大きい。また，排卵誘発剤の影響での複数個の卵の排出やARTで複数個の胚を子宮に移植することは，3つ子や4つ子など多胎妊娠の頻度を飛躍的に高くしている。そして，多胎妊娠では胎児数が多くなるほど循環器への負担や妊娠中毒

症など母体への妊娠合併症のリスクは高くなる。併せて、児に対しては早期産になる危険性が高く、それによる未熟児やその結果起こる児の障害へのリスクも高くなる(日本産婦人科学会, 1996, 菅沼・若原・小谷, 2000)。

2-2 ARTの費用をめぐる困難

不妊治療で行われる染色体検査等の検査, 人工授精やARTの治療費は保険診療対象外である。ARTの受療料金は各医療項目によって明記しており, それぞれの疾病による処置の内容による幅があること, 治療が進められた場合の料金が示されるため, 総費用には幅がある。そして, 受精卵の凍結保存を行った場合には, その管理費や維持費が必要となる。およそその値段はあるが, 私費診療のため施設によって相場の設定や内容が様々であるのが現状である。1回の体外受精にかかる費用は30万~35万円と高額であり経済的負担が大きい(矢内原, 1997)。このため生殖期にある若い夫婦にとって治療の継続の決定を困難にする一つの要因になっている。これに対し, 本邦では「健やか21」¹³⁾において不妊治療に対する福祉支援での行政・関係機関等の取り組みとして, 経済面での支援を打ち出しており, 地方自治体では, 同一地域に1年以上住み, 1年以上の不妊治療を続けている場合など, 条件を設けその認定を受けた場合, 健康保健適応外の医療費の2分の1を, 但し1年間で100,000円以内の補助とし開始し始めている。しかし, 補助額は不十分であり, この措置は近畿ではまだ始まっておらず全国的に見ても周知されていない。この措置に対し, 子どもを得ることを選択する自由に対する圧力である(鈴木, 2002)とする反対意見がある。実際では, 岡山県新見市において適応を申請した女性

は2001年度にわずか6名であったことから, 不妊であることを公に言い出しにくい社会の存在が伺える。実際の治療費の捻出は, 治療のパートナーである夫が9割以上であり, 次に実母, 祖父母であった(中嶋・岡部・宮田, 2001)。

2-3 出産をめぐる社会規範がもたらす困難

IVFの適応は, その実施例よりみると, 実際の適応基準は各施設における倫理委員会に委ねられている状況(繁田, 2000)である。IVF-ET施行までの治療期間は, これまでに不妊検査・治療を受けていない症例については3~5年であり, 今までに他の不妊治療を受けたが妊娠しなかった症例においては1~3年という結果であった。

また, IVFの施術においては各施設ともクライアントの希望を重視しているとの報告がある。近年, 不妊治療での診断技術の進歩によって, クライアント全体のうち9割の不妊原因が診断できるようになったとはいえ不妊の原因は複雑であり治療期間での加齢は否めない。また, 晩婚化の進行という社会事情から(大沢, 2000), 不妊外来を訪れる初診時年齢も高くなっており, 臨床現場では単に不妊原因が生殖器の器質的な問題による絶対適応に留まらず, 年齢も考慮に入れた個別的な診断と治療が行われている傾向にある(久慈・吉村, 1997)。更に, IVF-ETは, 社会的な側面が加味されて, 妊娠への確実・簡便な手段として踏み切られるようになってきている(荒木・福田, 2002)。このように, 子どもを得るという「結果」に集中した医療は, 子どもを得ることを単なる「方法」として扱う傾向をうみ, 妊娠経過によって育まれていく夫婦の親への発達という経験がない状況をもたらす。つまり, 子ども育てていく上で, 親

としてどのように発達していくかという困難がある。

子どもを得る具体的な方法として、ARTは、不妊夫婦の子どもを得たいという切望により、第3者からの卵・精子提供によるIVF-ET、借り腹や代理母など、従来存在しなかった「子産みの方法」を編み出している。

血のつながり方でみると、父・母双方の血のつながりを維持する方法として代理出産がある。これは、疾病のために手術などで子宮を失った女性の代理として妊娠・出産を他の女性に依頼する方法である。わが国では代理出産は、請け負った女性に高いリスクを負わせるものであるという理由で禁止しており、過去には80組以上の日本人カップルが渡米し100名以上の子どもが誕生している。この場合、父母双方の血のつながりは生物学的に維持されていても戸籍上の問題がある。これは、わが国では代理母を法律上の実母としており、米国では代理出産を依頼した母を実母としていることから、米国で誕生した子どもには一時的に実母がいない状況が生じることにある。一方、長野県では夫の義姉が代理出産するなど国内ではすでに2例あること、某タレントが米国に渡って代理出産を依頼することを公にし、その女性が妊娠に成功していることで、代理出産は子どもを得ることの一つの方法として一般に知られるようになった。

次に、母との血のつながりがあり・父とのつながりがない場合では、非配偶者による精子の提供での児の出生方法がある。これには長い歴史があり、1949年に人工授精によって児が出生して以来50年以上もの実績があることと、10,000名以上もの児が誕生していることにより、1996年日本産科婦人科学会で認められて

いた。同学会の倫理委員会は、その見解（2001年4月）として、非配偶者による精子の提供での児の出生については、すでに学会の認可があること、これまでに遺伝的な要素を受け継いでいないことによる問題が生じていないこと、精子の確保は卵子の確保に比べ困難でないことから近親者でない者に限っての提供は認めるとしている。但し、精子の営利目的の斡旋や売買を禁止し、親子関係を規定する法律がない、誕生した児への出自を知る権利やカウンセリング体制の不備など、問題が多いとしていた。

また、父との血のつながりがあり母とのつながりがない場合では、卵子の提供でのIVF-ETがある。これについては、加齢による妊娠が困難な場合を除く、先天性卵巣欠如など卵子の提供がなければ妊娠できない夫婦に限って、提供卵子によるIVF-ETを受けることができるとしている。この場合でも、卵子の提供は第3者からとし、斡旋や売買は禁止とするとしている。

これに対し、法制審議会の生殖補助医療関連親子法制部会（2003年7月）では、胚の提供を受けたとしても出産した女性が法律上の実母となることとしている。また、第3者から精子や胚の提供を受けたとしても、戸籍上の実父は治療に同意した夫であることとした（読売新聞（大阪）、2003-7-16朝刊1面）。その後、厚生労働省生殖補助医療部会は、第3者であり売買・斡旋でない精子・卵子・受精卵を提供する不妊治療の容認、代理出産の禁止、生まれた子どもが15歳以上になった場合の出自の全面開示をする、という内容で最終報告を行っている。これをもって民法の特例とするものであり、卵子は得ることはできるが子宮を喪失した女性にとっては出口のない結果であったが、排卵誘発を行っても良い卵が得られない、あるいは胚が

上手く分割しない夫婦にとっては朗報であった。

現代人の規範次元には、近代家族とは親密な感情で結ばれた父と母の間に血のつながった子どもがいて同じ屋根の下で生活するという家族イメージがある(木戸, 2000)。ところが、生殖補助医療技術によって、従来より拘わり続けている血のつながり＝我が子を重んじる、という規範は、父・母ともに遺伝子を受け継がなくても親子関係であることを認めることとなった。このような決定は、親子関係の混乱を招くと危惧されているが(石原・木下, 2001, 吉村, 2001, 五味淵, 2001), その一方で、新しい家族像を受け入れなくてはならないという困難がある。

一方、不妊治療を継続していく不妊夫婦の心理過程は、妊娠するまでは何でも試みざるを得ない、追い詰められた状態、治療と生活との折り合いの難しさ、夫婦関係や性的関係の崩壊、夫婦それぞれの不妊症や治療に対する個人的意味に関する個別の反応、財政上のストレス、期待と絶望の繰り返し、の6つの心理課題が存在する(Olshansky, 1988)。そして、治療期間が長引くことによって、不妊治療を受けている夫婦のストレスは、治療の費用、検査の回数、治療の回数に有意に関係する(Abbey, 1992)。不妊治療の経過で見ると、不妊のカップルでの情動的ストレインは治療の1年目には穏やかに上昇し、2年目ではより正常にもどり、3年以上では増加を示しており、夫婦間の調整や性的な満足も低下する(Berg, 1991)といわれここでも困難がある。

おわりに

本稿では、高度生殖医療によって新たに生じてきたクライアントの心理・社会的困難を明らかにするために、第一稿として、わが国の生殖医療の現状を「生殖医療技術の発展と現状」「ARTにおけるクライアントの心理・社会的困難」に分けて論じることを試みた。

生殖医療におけるARTは、妊娠への不確実性を解消するために妊娠率を追い求め発展している。そして、医療サービスの依頼者であり受け手でもあるクライアントは、不妊原因がARTの絶対適応でない場合でも、妊娠の成立を性急し、治療段階を進める傾向にある。

つまり、不妊治療は標準化しにくく、クライアントの要望で決まることが多いので、その分、クライアントは治療を進めるかどうかということに終始悩まざるを得ない状況にあるといえる。それは、妊娠することに重きを持ち、その次にある育児を軽んじざるを得ない状況を生むといえる。クライアントが「なぜ子どもを得たのか」、医療提供者が働きかけ、クライアントの幸せを創造していくという医療の最も基本的な点に戻る必要がある。

生殖補助医療において、直接的な治療の対象となる女性の治療に対する認識についてさらに明らかにしていくことが今後の課題である。

注

- 1) 不妊治療の一つとして、卵および精子を体外で人為的に受精させる方法をいう。手順としては、排卵を促すための注射を1週間から10日間にわたり毎日行い、その後3-4回の受診によって卵胞の発育状況をみていく。卵胞の直径が2 cm ほどになったら採卵する。体外にて精子と受精させ、受精卵の分割を確認後子宮内へ移植

する。女性の体のコントロールが主となる。体外受精の適応はガイドラインによって示されており、卵管性不妊、原因不明不妊、子宮内膜症、免疫性不妊、内分泌異常のそれぞれにおいて2－3年以上の不妊期間がある、女性の年齢が36歳以上である等、男性不妊では、不妊期間2年、精子の数・運動性・形態等の一般的な基準が設けられている。

- 2) 加藤尚久「産科と婦人科」『生殖補助医療をどう考えるか 1.生殖補助医療と生命倫理』診断と治療社 689-693,2002。近年、医療はサービスであるという捉え方が主となってきている。生殖補助医療は、赤ちゃんがほしいけれどもどうしても他人の助けを借りなければできないという悩みに応えるものである。そこには3種類の人間が存在し、従来の患者は悩みを持つ人（クライアント：依頼者）、医療者は医療サービスによって助けを提供する人（提供者）と生まれてくる赤ちゃんであり、それぞれに権利を持っている。本稿では「クライアント」という表現を採用する。
- 3) 生殖可能な年齢において、正常な夫婦の性生活を営み、かつ妊娠を妨げるような方法を用いないにもかかわらず、子どもができない状況の総称または一種の症候群をさす。結婚後2年以上経過しても妊娠しない場合を不妊として取り扱う。
- 4) IVFの後、しばらく培養して胚（受精卵）を女性の子宮に移植（胚移植）する方法。体外受精－胚移植の絶対的適応は両側性卵管閉塞による不妊であるが、一般不妊治療でも妊娠が難しい難治世不妊にも適応となる。
- 5) 卵の細胞の中に直接精子を注入する顕微授精をいう。1992年にはじめて成功例が報告され、今まであらゆる医療技術を駆使しても妊娠できなかったカップルに妊娠の道を開く画期的なものとして、瞬く間に世界中に普及した。この方法は1個の精子があれば精子の運動性や形態に関わらず、さらには精子形成過程で減数分裂後に生じた精子となる手前の精子細胞でも受精が可能であると報告されている。
- 6) 卵と精子をカテーテルで直接卵管に注入する

不妊治療法。IVF-ETの普及で実施頻度は少なくなっているが、一部の施設ではIVF-ETよりも妊娠率が高いことから現在も実施されている。

- 7) 媒精後、翌日の早期の受精卵を卵管内へ移植して妊娠をはかる方法。IVF-ETやGIFTで妊娠が成立しない症例などに用いられる。
- 8) 日本産科婦人科学会では補助生殖医療の治療成績をまとめ毎年報告している。妊娠したものはその後の分娩までの追跡調査が行われるため年次報告は2年ほどの遅れがある。
- 9) 当初、4細胞期胚の透明帯に顕微鏡下で切開を加えておくことで着床率が上がるということで行われた。現代では薬剤を用いて透明帯を融解する方法が取られている。これによって38歳以上の症例において有意に着床率が向上した。40歳以上の症例には行っているという施設も増えてきている。しかし、技術的な差によって成功が不安定であるといわれている。
- 10) 子どもに遺伝的異常が発生する危険のある女性の選択肢の一つとして開発された。他の出生前診断と比べて着床前診断もつ大きな意義は、着床の前に診断することによって、ハイリスクのカップルに中絶を回避させることや、中絶が禁止されていたり他の出生前診断が実施できない社会において選択することができることである。カナダ、オランダ、ポルトガル、フランス、イギリスで実施されており、日本においては着床前診断は禁止されていないが実施されていない。日本産科婦人科学会にてガイドラインにより重大な遺伝子疾患のみに適応するように厳しく規制しており、異常染色体のある胚のスクリーニングに用いることは禁止している。
- 11) 顕微鏡下で受精させる方法で1988年より開発された。ICSIはその発展した技術である。
- 12) 排卵誘発剤を投与後に発症する医原性の疾患であり、卵巣腫大、血液濃縮、腹水・胸水の貯留などを引き起こす。h-MGを主体とした排卵誘発はその治療域が狭いためときとして予測できないほどの過剰反応を引き起こす。そのため完全に予防することは不可能であるとされている。発症は10万人当たり0.6－1.2名である。
- 13) 本邦での不妊治療に対する福祉支援は、少子

高齢社会への対策の1つとして扱われている。「健やか21」での行政・関係機関等の取り組みでは、その指標を①全都道府県における不妊相談センターの整備, ②100%の患者が不妊治療を受ける際に専門家によるカウンセリングが受けられること, ③不妊治療における生殖補助医療技術に関するガイドラインの作成を2010年に完了することとしている。厚生労働省雇用均等・児童家庭局では、次世代育成支援として次世代を育む親となるための対策に不妊治療での倫理・技術・体制の整備, 経済面での支援, 相談センターの整備を目指している。

文献

- Abbey, A., et al. 1992 Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility, *Fertility and Sterility*, 57 (1), 122-128
- 阿部正子・宮田久枝 2003 「不妊の女性が体外受精を継続する意思決定・治療に対する欲求の分析」『日本助産学会誌』27-2
- 青野敏博 2002 「わが国の生殖補助医療の現状」『助産婦雑誌』56 (2) 医学書院
- 荒木重雄 1999 「最新不妊治療のすべて」『助産婦雑誌』53 (3), 15-21
- 荒木重雄・福田貴美子 2002 『体外受精ガイドライン』医学書院
- Berg, B.J. and Wilson, J.F. 1991 Psychological Functioning Across Stages of Treatment for Infertility, *J. of Behavioral Med.*, 14 (1) 11-26
- Davis C. D. 1987 "A Conceptual Framework for Infertility," *JOGNJ* 30-35
- Domar, A.D. et al. 1992 "The prevalence and predictability of depression in infertile women." *Fertility and Sterility*. 58 (6), 1158-1163
- 五味淵秀人 2001 「諸外国における生殖医療に対する法的対応」『産婦人科治療』83 (1), 87-91
- 藤一郎 1999 「平成10年度診察・研究に関する倫理委員会報告(平成9年度分の体外受精・胚移植等臨床実施成績および平成11年3月における登録施設名)」『日本産婦人科学会雑誌』51 (6), 361-367
- 星和彦 2003 「不妊治療の実際」『産婦人科治療』87 (1), 43-49
- 市野川容孝 2001 「日本における不妊治療の現状と問題点」(シンポジウム最先端医療への社会学的焦点化)『保健医療社会学論集』12 (2), 32-38
- 石原理・木下勝之 2001 「配偶子提供, IVF サロゲートの実際と必要性」『産婦人科治療』83 (1), 75-80
- 木戸功 2000 「家族社会学における「多様性」問題と構築主義」『家族社会学研究』12, 43-54
- 久慈直昭・吉村泰典 1997 「不妊原因と現状」『周産期医学』27 (6), 737-741
- 森明子・有森直子・村本淳子 1998 「看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族への関わりに関する調査—看護の役割機能に焦点をあてて—」平成9年度厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」
- 永井聖一郎・星和彦 2001 「男性不妊症の診療と進歩」『産婦人科治療』83 (1), 35-40
- 長岡由紀子 2001 「不妊治療を受けている女性の抱えている悩みと取り組み」『日本助産学会誌』14 (2), 18-27
- 日本産婦人科学会 2001 「平成12年度倫理委員会登録・調査小委員会報告」『日本産科婦人科学会誌』53, 1426-1473
- 日本産婦人科学会 2001 「平成10年度臨床実施報告—国際統計報告書 生殖内分泌委員会報告」『日本産科婦人科学会誌』53, 665-682
- 日本産婦人科学会 1983 「体外受精・胚移植に関する見解, ならびにその解説」10
- 日本産婦人科学会 1996 「『多胎妊娠』に関する見解」
- 中川米造 1996 『医学の不確実性』日本評論社
- 中嶋文子・岡部恵子・宮田久枝 2001 「不妊原因別の女性が不妊治療を継続する上での役割認識の比較」『母性衛生』42 (3), 233
- Olshansky, E. F. 1988 "Response to hightechnology infertility treatment Image *Journal of Nursing Scholarship* 20 (3), 120-131
- 大沢真知子 2000 「女性のキャリア形成と出生の変化」『統計』51 (3), 28-34
- 菅沼信彦 2001 「試験管ベビーから卵子提供・ク

- ローン技術まで』『生殖医療』名古屋大学出版会,73-74
- 菅沼信彦・若原靖典・小谷美幸 2000 「多胎妊娠」『臨床婦人科産科』54 (4),608-614
- 坂上明子・矢野恵子 2001 「不妊女性から見たインフォームド・コンセント」『宮城大学看護学部紀要』4 (1),158-168
- 繁田実 2000 「IVF-ET GIFT」『臨床婦人科産科』54 (4),572-577
- 杉山陽一 1994 『婦人科学』MINOR TEXT-BOOK 金芳堂
- 鈴木良子 2002 「3.生殖補助医療の進歩—歯止めなき生殖技術と不妊女性の“幸福”—」『産科と婦人科』6 (13),701-706
- 高井泰・堤治・武谷雄二 2000 「不妊症総論」『周産期医学』30 (9),1111-1117
- 竹林浩一・高倉賢二・後藤栄 2000 「OHSS」『臨床婦人科産科』54 (4),602-607
- 柘植あづみ 1996 「なぜ子どもが欲しいのか, 不妊治療とジェンダー」『保健婦雑誌』52 (7),578-581
- 吉村泰典 2001 「日産婦ガイドラインと今後の法的規制」『産婦人科治療』83 (1),81-86

Psycho-social Problems of Clients Treated with Assisted Reproductive Technology (1)

— The Situation in Japan —

MIYATA Hisae*

Abstract: To discuss the present trends and problems in Japan, I would like to describe the development of reproductive medical care. In chapter 1, I present condition of the assisted reproductive technology is stated by the investigation of the preceding research. Since 1978, In Vitro Fertilization (IVF) was successfully peritoneal, reproductive medical care in pursuit of higher pregnancy rates. By these, more than 20 percent of what would previously have been difficult cases have achieved pregnancy. Also, treatments have become more individually “tunable” according to age and other factors, and it has become possible for clients to receive financial support from public funds, in accordance with policies for an aging society with a declining birth-rate. In chapter 2, It is examined about the difficulty which it is devoted to on one side, there are problems for the clients who are treated with technical characteristics, involving side-effects, the possibilities of multiple pregnancies and costly. There is a society standard that it concerns childbirth on that.

Keywords: reproductive medical care, infertility treatment, assisted reproductive technology (ART), clients.

* Graduate Student, Graduate School of Sociology, Ritsumeikan University