

## 生殖・遺伝カウンセリング講習

## 生殖補助医療(ART)の現状と問題点

東邦大学医学部第1産婦人科

久保 春海

健康な肉体・健全な心の所有者であれば、個体の維持、発達に自己のエネルギーを100%費やすことができる。しかし、不健康な肉体あるいは心の病に冒された場合、そのエネルギーは大部分健康の快復、心身の癒しに消費され、次世代を作るという妊孕性は極端に低下して不妊状態に陥る、これがすなわち不妊の病態生理である。現在、日本では挙児希望のカップルの10%位は不妊であるといわれ、結婚後、2年以内での第1子獲得率は低下する一方である。近年、不妊治療は可視的治療から微視的治療に移行、変遷しつつある。

微視的治療法は1978年に Edwards & Steptoe らの世界初の体外受精(IVF)ベビーの誕生に始まる。その後、生殖補助医療(ART)はさまざまな開発、改良が加えられ、現在では顕微授精(ICSI)をはじめとする20種類以上のARTが行われている。日本におけるART実施登録施設数は471(1999年現在)であり、全産婦人科施設数の4.7%にしか過ぎない。この中で、治療周期数が年間100周期以下の小施設がIVF、ICSI、凍結保存で各々79%、70%、88%を占めているのが日本のART施設の現状である。したがって、ART登録施設に従事する医師数も5人以下が53%と半数を占め、エンブリオロジスト(胚培養補助員)も0~1人であるのが全施設の53%と半数以上を占めている。これに対して、わが国における既婚者で生殖年齢にある女性で不妊と考えられる女性の割合は1,370,400人であると推定される。このうちで現在実際に不妊治療を受けている女性は厚生省生殖補助医療技術研究班によれば285,000人程度であり、不妊女性の約5人に1人に過ぎない。このような現状に鑑みて、不妊治療の現状および不妊患者の抱える問題点について、実情を考える必要が生じている。まず、ART施設の抱えている問題点としては、ARTの適応、

検査、治療の標準化(クリニカル・パス)がなされていないため、各施設によって患者に対する治療指針がまちまちであることである。また、ARTの進歩に対する情報不足や小規模施設のためマンパワーの不足などによる医療の限界があることもあげられる。また不妊患者の抱えている問題点としては、以下のようなことがあげられる。

## 1. 不妊であることの精神的苦痛

不妊状態は患者にとってさまざまな環境要因がストレスとなって存在する。このため情動障害や欲求不満、冷感症などが続発し、骨盤循環のうっ滞や汎生道機能不全が起りやすくなり、これが更に不妊状態を増悪させる悪循環を形成する。このため不妊期間が長ければ長いほど妊孕性は更に低下すると考えられている。このため不妊患者に対するカウンセリングは重要であり、不妊というスティグマを買った女性に対する心理的支援が必要である。このためには社会や周囲の環境から受ける心理的抑圧の排除のための支援や不妊の心理的、将来的影響に対するカウンセリングが大事である。不妊治療を実施するかどうかは患者の自律性に委ねるべきであるが、不妊治療に対するクライアントの希望を聞き、どのような選択肢があるか、またどのような代替案があるかなどについて、前もって医学的立場から相談にのってあげ、支援していかなければならない。このためには生殖医やコーディネーター、専門看護婦による医学的相談(medical consultation)が必要である。その後クライアントが検査や治療方針の選択や決定に戸惑いを感じている場合には、生殖医療に関する知識に十分精通した臨床心理士などによる心理的支援が必要になってくる。また不妊治療を受けたくない場合や、不妊治療を終了しようかどうかの選択に迷い、不安を感じているクライアントには子

供のいない健康生活への支援も必要である。生殖に関する女性の権利として、妊孕性を有する女性には生む権利と生まない権利がリプロダクティブ・ヘルス/ライツとして保障されている。したがって不妊女性にも当然不妊治療を受ける、受けないという自律的決定権を保障されるべきであり、ARTの進歩が社会的偏見を惹起し、不妊女性へのプレッシャーとなって自律的決定権を侵害するようなことがあってはならない。

## 2. 不妊治療に関する情報不足について

不妊治療の医療者側とクライアントの考え方の大きな相違点は、不妊治療を受けようとしている患者は治療によって自分のスティグマとなっている不妊原因を取り除いて欲しいと考えており、当然、医者はそのように努力してくれると思って治療を受けようとする。しかし医療者側ではクライアントは挙児が第1目的であり、不妊原因の排除よりも手っ取り早く妊娠させ、健常児を出産させることが患者の希望に適用と思いつていることである。特に患者がARTを治療手段として選択した場合はARTに関する医学的説明や治療経過の説明不足から、しばしばこのような葛藤が起こりやすい。特に各施設ごとのARTの治療内容や治療成績はクライアントにとってARTを選択するか、あるいはどこでARTを受けるかという施設選択の場合の重要な情報であるが、米国のCDC(Center for Disease Control)が公表しているような、各施設ごとの詳細な治療成績は日本では公表されていないのが実情である。

## 3. 不妊治療による肉体的苦痛

不妊治療によって被るであろうと予想される肉体的苦痛には卵巣刺激法、採卵操作、OHSS、腹腔内出血、感染、その他の副作用がある。特筆すべき点は、これらの苦痛を被る側は、たとえそれが男性側の因子による不妊であったとしても、女性であるということである。

## 4. 不妊治療の経済的負担について

不妊治療の有効性(妊孕性)に関する比較によれば、IVF-ETやICSIでは平均4~5回に1回の妊娠率であり、ARTによって挙児を得ようとすれば経

済的な負担も大きくなる。各施設ごとのIVFの費用の違いでは、ほとんどの施設(63%)で20~39万円を患者に自費負担させている。このため患者は貯蓄やボーナス、あるいは給料をはたいて費用を捻出している(78%)。このため、日産婦社保・生殖内分泌合同委員会ではARTを保険収載した場合の点数を試算してみた。この結果、AIH、IVF-ET、ICSIのすべてを含めた年間のわが国におけるARTに必要な費用は31億点(約300億円)であり、年間のわが国の総医療費(約30兆円)の100分の1を含めてしまう計算になる。したがってこのすべてを保険でカバーすることは不可能であり、今後、欧米のような1部分保障やART回数制限などで対応する道が残されている。しかし、少子化が深刻な社会問題になりつつあるわが国にとって、子作りを支援する施策は重要である。1999年までのわが国のART統計では、すでに約6万人のART児が誕生しているが、近年の増加率は目覚ましく、1999年の1年間だけで約12,000人が誕生しており、これはわが国の年間総出産数の1%強に達している。他の不妊治療による出生児数を加えれば実に年間数%に達しているはずである。したがって、不妊治療に対する経済的な面での子作り支援はわが国の将来に対する施策の急務であり、不妊患者の負担を軽減する重要なポイントである。昨今、ARTの展開が社会的、倫理的問題を呼んでいる。高齢出産、代理母(懐胎)、ヒューマン・クローンやES細胞などが身近にとらえられてくるようになった。これらの先端生殖医療に対するアンケート調査を実施してみると、現在すでに行われているARTに対しては、ほとんどの人が肯定的であり、代理懐胎に対しても50%前後の人は肯定的である。しかし、技術には人類の福祉と有益性が伴わなくてはならない。テクノロジーの優先は必ずしもヒトのQOLに繋がらないものであり、それを行って何が可能なのか、どこまでできるのか、またそれをするによって何が起きるのかを十分に考えて、個人の権利と社会全体の利益をどこで調和させるかを議論し、解決する必要がある。