

# 生殖医療の心理社会的ケアガイドラインのフィージビリティ研究

小泉 智恵

聖マリアンナ医科大学医学部産婦人科学 非常勤講師

(助成時：国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 研究所副所長室 研究員)

始めに、このような研究発表の貴重な機会を与您にいただきましたことに厚く御礼を申し上げます。

## 【ポスター1】

私の研究は、生殖医療の心理社会的ケアについての研究です。

生殖医療は、現在、世界的に生殖ツーリズムというものが盛んで、患者さまがその国や施設で受けられる治療を求めて世界中旅をすることがどこの国でも行われています。そのような中で、生殖というのは家族を形成するわけで、その家族の形成に躊躇する心理やストレス、そして形成という長い時間をかけての育児の困難等に対して何らかのサポートをすべきであるということが非常に言われております。しかしながら、心理社会的ケアというのは、欧米や、アジアの中でも定義が非常に混乱しております。

## 【ポスター2】

そこで、ESHREというヨーロッパヒト生殖医学会は2015年に『ESHRE心理社会的ケアガイドライン』というものを作成しました。その経緯は、まず1999年に心理カウンセラー専門家に対してのガイドラインを発表し、その後、世界的に医療が患者中心主義になっていくにつれ、2015年に全ての医療職を対象とした心理社会的ケアガイドラインを発表しました。そして、全ての医療職が多職種によるコラボレーションで心理社会的ケアを充実させようという流れになっているにもかかわらず、各国あるいは各施設で対応に差

### ポスター1

**目的**

- 生殖医学領域の心理社会的ケアは、欧米では定義、担当者、職域などのガイドラインが完成したが、国内では何も明確化されておらず混乱状態である
- 生殖医療は世界的に医療ツーリズムが盛んで、患者の様々なケアニーズがあること、生殖医療による家族形成で治療後の心理支援を必要とする。国内外の状況から、心理社会的ケアを明確化することが急務である
- 本研究はESHRE心理社会的ケアガイドラインを基準とし、
  - ◆ 心理社会的ケアの社会体制(職業体系)
  - ◆ 組織体制(実施状況)
  - ◆ ガイドライン知識状況

の違いによって、心理社会的ケアのフィージビリティに差があるかを国際比較する

□ 日本、ドイツ、ブルガリアの3カ国を比較する

### ポスター2

**問題の整理 現在の心理社会的ケア: 3C**  
(Koizumi & Thorn 2016)

- 心理社会的ケア: 全医療者による心理社会面に関する医療情報提供、患者の情動に配慮したコミュニケーション (Communication)
  - ◆ 治療によるストレスを伝える
  - ◆ 心理支援情報を伝える
  - ◆ 気持ちを聞く
  - ◆ 悪い知らせを患者心理に配慮して伝える
- 心理カウンセリング: 心理職による心理学的スキルを用いたもの (Counseling)
  - ◆ 治療前、治療中、治療後などの心理カウンセリング
  - ◆ 危機介入(治療不成功や治療終結、多胎、非配偶者間生殖医療など複雑な問題を含む)
  - ◆ 夫婦、家族関係の調整、心理カウンセリング、夫婦家族療法
  - ◆ 精神症状がある場合の心理カウンセリング、心理療法
- 多職種連携: 多職種によるコラボレーション (Collaboration)
  - ◆ 独立型 multidisciplinary
  - ◆ 相互協力型 interdisciplinary
  - ◆ 一部共通役割をもつ型 transdisciplinary

ESHRE心理社会的ケアガイドライン (2015)

ESHRE心理カウンセリングガイドライン(1999)

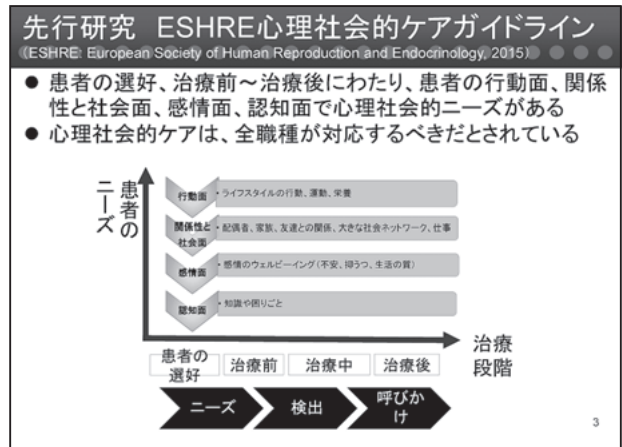
各国で対応差あり  
例)ドイツ連邦家族省公認ガイドライン(2015)

があり、国によってはそこにガイドラインを作っているということがございます。

【ポスター3】

『ESHRE 心理社会的ケアガイドライン』は、エビデンスを基に推奨レベルを設定した形でできております。そして、治療の前の患者の治療を選択する段階から、治療前、治療中、治療後という時間のフェーズにおいてどのようなニーズがあり、そこにエビデンスがあるかということに基づきガイドラインは構成されています。

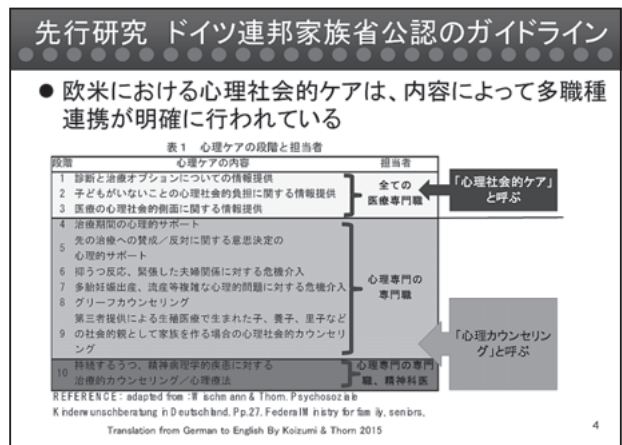
ポスター 3



【ポスター4】

また、ドイツ連邦家族省公認のガイドラインですと、このエビデンスを基に担当する職種を細かく分類しているところがございます。

ポスター 4



まず、その治療や診断についてのオプションの情報提供は全ての医療職が行うべきであり、心理的なサポートや複雑な家族関係に対する介入は心理専門の職が行い、そして、さらに精神疾患の重度になってきますと、精神科医を含めて心理専門の職が対応する、となっております。この全ての医療職が行う心理的なケアを心理社会的ケアという名称で呼び、専門家が行う対応を心理カウンセリングと呼んでおります。

このように、カウンセリングという使い方に定義がございまして、特にわが国は、どの職種においてもカウンセリングという言葉が非常に多様化されております。ちまたにも、例えば化粧品を買うのにカウンセリングという言葉が使われるといった用語の混乱から、患者のイメージする、得られるべきであろうケアと実際とのギャップで不満も聞かれるようになっております。

こうしたところで、本研究は、日本以外の他の国がどのようにそのような状況を整えてきているのかということと比較しながら、日本の在り方について考えていきたいと思えました。

【ポスター5】

そこで方法は、日本、ドイツ、ブルガリアにおける生殖補助医療で年間採卵件数200以上を実施している施設に対して、心理社会的ケアをどのように整えてきているかというこ

とを、アンケートとインタビューで調査させていただきました。

ドイツ、ブルガリアを選択した理由ですが、ドイツはESHRE 最高ソーシャルケアガイドラインやカウンセリングガイドライン、そして国としてのガイドラインと、非常にヨーロッパの中でも整っている国であり、対してブルガリアは、同じEUの中でありながら、生殖ツーリズムではむしろ生殖医療を提供し、他の先進国が買いに来るといいう状況になっているという点で、同じヨーロッパの中で学会やガイドラインに属していながらも立ち位置が違うというところで選択しました。そして、この年間採卵件数200というのは、生殖医療の中では一般に質が高いとみなされている条件ですので、各国の最先端の施設について調査をしたということになります。

各国6施設を抽出し、そのうち心理職の専門家がいる3施設と心理職がいない3施設を選択しました。回答者はその施設の心理社会的ケアの担当者です。ですので職種は、心理士であったり、国によってはソーシャルワーカーという職種が心理ケアを担当する所もあります。また、医師や看護師、胚培養士、マネージャーというような多職種の方が対応している所もございました。

アンケートでは、心理社会的ケアガイドラインにある推奨レベルの高いものを中心に18項目の質問を作成し、それぞれに対しての正答率を調べました。インタビューでは、その施設の心理社会的ケアの担当内容ですとか、どのようなものを提供しているか、そして、心理ケアの流れや情報共有のこと、困り事や改善について話し合いました。

これらは全てガイドラインを基に英語で作成し、それをそれぞれの各国語に翻訳しました。そして、得られたデータは全て英語に翻訳して集積いたしました。

### 【ポスター6】

各国の状況は、このように、人口であるとか、人口に比して施設数の増減ということもございます。

また、カウンセリングを提供する職種の学位が、日本では心理学が主流で、担当者は看護学、助産学、医学等多様化しておりますが、ブルガリアでは心理学の人のみ、ドイツでは心理学、社会福祉学、家族関係学といったところのみというふうに、もう、学校の専攻によって担当職種が

### ポスター 5

#### 方法

- **調査対象:** 日本、ドイツ、ブルガリアにおける生殖補助医療施設で年間採卵件数200以上実施している施設
  - ◆ 上記条件に合致する施設を各国6施設抽出した
  - ◆ 各国6施設のうち、心理士のいる3施設と心理士のいない3施設を選択した
  - ◆ 回答者は3国合計で心理士8人、ソーシャルワーカー1人、医師2人、看護師2人、胚培養士1人、マネージャー1人であった
- **調査方法:** 各施設の心理士または施設の心理社会的ケアに詳しい医療者にアンケート調査とインタビュー調査の両方を実施した
- **調査内容:**
  - ◆ アンケート調査: ESHRE心理社会的ケアガイドライン(治療中の42の推奨項目から、推奨グレードが高いものを中心に18項目の質問を作成)。施設の心理社会的ケアシステム
  - ◆ インタビュー調査: 施設の心理社会的ケアの担当者と提供内容と提供量、施設の心理社会的ケアの流れ、情報共有方法、困り事、改善案
  - ◆ アンケート票、インタビュー記入票は、ガイドラインをもとに英語で作成し、それを日本語、ドイツ語、ブルガリア語に翻訳した(Back translation済)。各国の調査は各国語で実施した。得られたデータは英語に翻訳して集積した。

### ポスター 6

#### 結果: 各国の状況

|                      | 表2. 各国の状況                       |              |                     |
|----------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|
|                      | 日本                              | ブルガリア        | ドイツ                 |
| 人口                   | 1億900万人                         | 780万人        | 8200万人              |
| 生殖補助医療施設             | 509                             | 30           | 130                 |
| 年間採卵件数200件以上の施設数(施設) | 66                              | 8            | 30                  |
| 体外受精・顕微鏡授精2010年      | 242,833                         | 15,120       | 75,701              |
| 治療開始数*               |                                 |              |                     |
| 体外受精・顕微鏡授精2010年      | 30,764                          | 4,785        | 15,848              |
| 治療開始数*               |                                 |              |                     |
| 公的保険                 | 適用なし。但し出生年が70歳以下に限定             | 適用なし         | 適用あり(費用の40%以下)      |
| 生離医療の特徴              | 出生年が多い(平均年齢)                    | 出生年が多い(平均年齢) | 出生年が多い(平均年齢)        |
| 非配偶者間生殖医療の法律         | 適用なし                            | 適用なし         | 適用あり(費用の40%以下)      |
| 心理カウンセリングを提供する職種の学位  | 心理学が主だが、看護学、助産学、医学など多様          | 心理学          | 心理学、社会福祉学、家族関係学     |
| 心理カウンセリングを担当する職種     | 臨床心理士、生離医療科医師(全医科)、生離医療科医師(全医科) | 心理士          | 心理士、家族関係学、ソーシャルワーカー |
| 注: *出生年が70歳以下に限定     |                                 |              |                     |
| 注: **出生年が70歳以下に限定    |                                 |              |                     |

\*出生年が70歳以下に限定  
\*\*出生年が70歳以下に限定

決まってくるというところが表れました。

【ポスター7】

結果に移ります。

まず、ESHREガイドラインの知識の程度についてです。こちら、アンケートを中心に検討いたしました。まず、3カ国とも正答率が80パーセントであった項目は、「女性患者の不安とストレスが最も高い時期はいつか」、「男性患者と女性患者のどちらのほうが臨床レベルの不安、うつ病、ストレス、および/または精神疾患が現れる可能性が高いか」、「一方の配偶者の反応がもう一方の配偶者に相互に影響するか」という点では、各国どこの施設においても高い正答率が得られました。

これに対して3カ国とも正答率が30パーセント以下であった項目というのは、「初回の体外受精あるいは顕微授精周期における採卵日において、卵巣刺激の方法がマイルド法と通常の刺激法のどちらのほうが情緒が悪化するか」とか「その治療周期における、身体的、精神的不満が治療のために仕事を休むことに影響するか」、そして、「男性と女性のどちらが深刻に社会から孤立を感じるか」、「患者はどのくらいの割合で生殖補助医療の治療に応じるか」ということでした。

特に国別に特徴的だったのは、仕事に関する項目です。日本は治療による仕事時間の喪失という項目が、正答率が60パーセントと高かったのに対し、ドイツ、ブルガリアは正答率がゼロに近かったです。これは後で考察にも出てまいります。ドイツやブルガリアは、仕事を調節するということが法律で認められ、なおかつ労働時間が短いということから、調節に問題がないことがインタビューでもはっきりと明言されました。これに対して日本は仕事の調節が非常に難しいということがインタビューでも聞かれました。

【ポスター8】

そして各国の特徴について、今申し上げた変数を数値化してそれを投入した形で多重コレスポネンス分析によって分析いたしました。

この1枚の平面図に各国の国名…日本、ドイツ、ブルガリアと、それに付随するより関連の深い項目がより近くに存在するという形で結果を表したところ、まず日本は、「他職が聞く」と「正答率が少ない」が主に円に

ポスター7

**結果：ESHREガイドラインの知識の程度**

- 3国ともに正答率80%以上であった項目
  - ◆ 「女性患者の不安とストレスが最も高い時期はいつか」
  - ◆ 「男性患者と女性患者のどちらの方が臨床レベルの不安、うつ病、ストレスおよび/または精神疾患が現れる可能性が高いか」
  - ◆ 「一方の配偶者の反応がもう一方の配偶者に相互に影響するか」
- 3国ともに正答率が30%以下であった項目
  - ◆ 「初回IVF/ICSI周期における採卵日において、卵巣刺激の方法がマイルド法と通常の刺激法(hのどちらの患者のほうが、情緒が悪化するか」
  - ◆ 「IVF/ICSIによる身体的・精神的不満が、不妊治療のために仕事を休むことに対して影響するか」
  - ◆ 「IVF/ICSI周期中、女性患者と男性患者のどちらがより深刻に社会からの孤立を感じるか」
  - ◆ 「患者はどのくらいの割合でART治療に応じるか」
- 国別の特徴として、日本は治療による仕事時間の喪失項目で正答率が60%と高く、ドイツ、ブルガリアは正答率が0%に近かった。

ポスター8

**結果と考察：各国の特徴(多重コレスポネンス分析)**

- 日本: 心理士がいないので心理支援を勧められないことに加え、定例情報共有が未実施だから心理士以外の他職種が患者から話をきいて情報収集しなければならない
- ドイツ: 心理士が長期にわたりカウンセリングを提供できるので危機介入も容易にできて安心であること、多職種の高い独立性により他職は話を聞かず心理支援を勧めることができる
- ブルガリア: 治療中のカウンセリングが主流で、治療施設内の定例情報共有で情報伝達されている

Fig.1 The plot of the multiple correspondence analysis

入ってきております。つまりは、日本は心理士がいるにもかかわらず、実際の担当者が多用で、施設によっては心理支援を勧められないということがあります。そして、定例情報の共有は未実施ということ为背景にして、他職種の皆さんが患者さんに話を聞いて情報収集しなければいけない状況になっておりました。そして、その担当者が多用というところから、それぞれのバックグラウンドに見合う知識から正答率がおしなべて低くなっておりました。

これに対してドイツは、心理が長期的にカウンセリングを提供できるような体制になっていて、他職も心理支援を勧めており、そして、全体に正答率が高いという結果になっていました。ドイツは、他職種が相互に乗り入れて情報提供するというよりは専門家の分業というシステムを採っているにもかかわらず、お互いがそのことについて理解をして、お互いに勧めていくという方法を取っています。

ブルガリアは、あまり特徴的な変数が近くになかったということはそれだけ施設が多様化していたということにもなるのですが、治療中に心理支援を提供するのが主流で、治療後等に提供するものがないという状況になっていました。そして院内では、定例の情報提供がカルテやカンファレンスで行われており、治療中、病院に来ている間の心理システムを作っているということが分かりました。

#### 【ポスター9】

こうしたことを基に考えますと、3カ国共通して正答率が高かった項目を中心にして、生殖医療の心理社会的ケアに対してのフィージビリティは一部存在して有用であると考えました。

これに対して、国や施設によっての特徴という点から正答率が低かった項目等については、ガイドラインとして統一したものを作ることはまだまだ議論が必要になってくるかと考えます。

こうしたことから、生殖医療における世界的な心理社会的ガイドラインのニーズが見い出されました。

#### ポスター 9

##### 結論

- 3か国共通して正答率が高かった項目は、生殖医療が女性の心理的負担や精神症状に関係したり、それが配偶者/パートナーに波及することは3か国で共通に認識されており、これらはフィージビリティがあると言える。
- 体外受精治療中の仕事や精神症状、男女の違いといった患者の状態を把握しているかという点は、正答率が国ごとにばらつきがあるか、全体に低かった。
- 国ごとで心理社会的ケアの社会体制、組織体制、知識状況は異なっており、全てが整っている国はなかった。
- ガイドラインのフィージビリティは一部で確認されたが、他方で一部の項目は共通認識になりにくいことが明らかにされた。
- 今後は医療制度、社会文化により適したガイドラインとなるよう、知識の周知と現場の理解が必要となるだろう。

## 質疑応答

- 会場：** 先生の言われるように、日本は心理学とか心理士の資格を有するというバックグラウンドを持った人があまりいないくて、不妊症のカウンセリングの多くは治療経験者とか、看護師さん、保健師さん、助産師さんが勉強してやっていただいている。ブルガリアとかドイツではそういう方が参画しているということなのですが、「施設での心理士の働き方」として「少数の施設で常勤または非常勤」と書いてある（ポスター6）ので、そういう方が参画しているけれども、実態としてはまだまだ少ないという理解でよいのでしょうか？
- 小泉：** これは、国の医療システムが異なっているところも大きく背景にございます。日本では、医療の心理ケアを受けようと思うと、施設に所属している者が担当者となって提供することになっているかと思うのですが、ドイツや他の国においては、その地域にお住まいの心理カウンセラーやサイコロジストという者がいて、その地域を担当するという形になっております。生殖医療であれば生殖医療専門の心理士も地域に存在して、どの施設に通っていてもそこで受けられます。そのために、施設の中での常勤は今、非常に少ないのですが、心理体制としては逆に地域を中心に整っているということがありました。
- 会場：** だから心理士が長期にわたりカウンセリングを提供できことになっている。施設にかかわらず、ということですね。
- 小泉：** そうです。地域によって、その地域でお住まいの、こういう治療を受けて子育てをしている人たちを対象にグループワークをしたりとか、ピアカウンセリングを進めていくファシリテーターに心理士がなっているところがございました。
- 会場：** あともう一つは、そういう方が少なくて、カウンセラーの方を探すのに私も大変苦労しています。日本では今、産後のメンタルヘルスとかすごく重要視されておりますし、そちらの方向に興味を持っておられる方はすごく多いと思っているのですが、どうしたらいいのでしょうか。私は、この分野に参画してくれる心理学とか心理のバックグラウンドを持った方がもう少し増えていただいてもいいのではないかと思っています。日本は今、最新のデータでは（体外受精の治療周期数が）40万周期だったと思うのですが、ちょっと（カウンセラーが）少ないのではないかなと思っています。そういう点に対して何かコメントはございますでしょうか。
- 小泉：** 先生のご指摘の通りで、やはり日本では心理士の数が圧倒的に少なかったために、適切なカウンセリング等を適切な時期に提供することが、なかなかできませんでした。それは心理士が国家資格になっていなかったということが非常に大

---

きかったと思うのですが、2015年9月に国会で心理士法が制定され、今年から施行になっております。その関係で、この1年以内には国家資格の心理士が何万人という数で誕生するかと思うので、そういった者が中心に医療の現場で活躍していくことと、その中の心理の質を高めていくことが非常に重要視されていくと思います。そうしたところの教育研修等をして、私たちもブラッシュアップしていきたいと思います。ありがとうございます。

**座長：** 今のご質問は産後のほうに着目されていますが、産前の不妊というか…少子化に対する日本の施策として、そこにどのくらい予算だとか診療報酬みたいなものが出るかも大きいと思うのです。ドイツとかブルガリアでは、心理職のケアに対しての報酬あるいは支払いはどのようなのですか？ 有料ですか？

**小泉：** 有料です。ブルガリアについては、いくつかの公的な施設で生殖医療を担当しますと公的保険を適用することがありますし、ドイツもそうです。