

生殖医療と家族援助

～不妊治療が保険適用になっても～

荒木晃子

不妊治療の保険適用スタート

2022 年 4 月、不妊治療（人工授精・体外受精・顕微授精）の保険適用が始まった（[不妊治療の保険適用 \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp)）。厚生労働省のリーフレットには、①体外受精などの基本治療は全て保険適用されます、②年齢・回数要件（体外受精）は助成金と同じです、③窓口での負担額が治療費の 3 割となります、と大きく 3 つのポイントの記載がある（③の治療費とは保険診療の治療費）。保険適用開始から 2 か月ほど経過した今、国内の生殖医療現場では、医師をはじめ看護師、受付スタッフが患者への説明と対応、レセプトや事務処理等に追われる日々が続いている。

不妊当事者にとって、これまで不妊治療の高額な医療費の大半が自費診療（自己負担）であったことからすると、基本 3 割を自己負担とする保険診療が始まったことは朗報と捉えられる。不妊に悩む当事者からは、保険適用を喜ぶ声を耳にする機会が増えた。一方、保険適用に際しては、年齢（治療開始時において女性の年齢が 43 歳未満であること）、体外受精・顕微授精の回数（40 歳未満：1 子ごとに胚移植 6 回まで、40 歳以上 43 歳未満：1 子ごとに胚移植 3 回まで）制限が設けられているため、条件を満たさない、保険適用外の施術や服薬・投薬が必要、保険の対象とならない個別の病

態や症状の対応などには、患者、医療者の双方に、以前にもまして混乱をもたらす事態が生じている現実があることも否定できない。保険適用の範囲で治療を進めるには、「保険適用と組み合わせて使える先進医療に限り、保険適用が認められる」というのがその理由である。不妊治療に関する「先進医療」は随時追加されることもあるため、詳細は受診する医療機関に確認しなければならないという。

妊娠を目指す女性の体の状態に合わせて進む不妊治療には、個別診断によるオーダーメイドの治療計画、投薬、施術が必要なケースも稀ではない。これまで自由診療で成果を積み上げてきた生殖医療の専門分野では、施設ごとに独自の技術や治療手法を使い、薬剤やサプリメントを研究、導入し、成果を上げていた施設も少なくない。高額な自由診療ゆえに、オーダーメイドで個別の治療計画に沿って成しえた業績も多くあると聞く。その内容は明らかではないが、なかには、この 4 月に始まった保険診療の適用対象外のものもあるだろう。長年にわたり、妊娠を望む女性、一人ひとりの生理周期に合わせ、カップルの諸事情に配慮した丁寧かつ柔軟な治療計画を進めてきた生殖医療施設のなかには、これまでの治療方針の変更を余儀なくされる内容もあると推察できる。反面、例え保険が適用されても、医療者は不妊治療で妊

妊娠・出産することを確約できない状態で生殖医療を提供することには変わりはない。加えて、今後は、選択した治療が保険適用の条件に当てはまるか否か、保険適用に該当する治療の範囲で妊娠出産が叶うか否か、の判断を事前に患者から求められることも想定される。医師をはじめとする医療スタッフは、妊娠を目指す診断や治療以外に、保険適用の条件に該当するか否かの検証と治療計画の説明を患者に提供する必要性が生じることも考えられる。たとえ、生殖医療が国民健康保険の対象となっても、他科とは異なる治療特性（挙児希望が前提、治療はカップル単位、不妊原因が特定できない等）は変わらない。そのことを、医療者だけでなく、患者・当事者とその家族、さらには行政、福祉、教育、研究に携わる人々、また雇用する企業や事業者への周知がなければ、不妊当事者への理解は進むことはない。「不妊は病気だから治療する」という認識は、生殖医療現場で保険適用の際に必要なものであり、不妊当事者、子どもがいない単身者・カップルなど、必ずしもすべての当事者が自覚している訳ではないことをここに付記したい。

保険適用のメリット&デメリット

医療者にとって、また不妊に悩む当事者にとって、不妊治療に保険が適用されることのメリットは多い。より早期に、かつ容易に、安価な治療費で不妊を治療する条件が整ったと捉えることもできる。ただし、社会が不妊を治療すべき病態と捉えることが、当事者にとってのメリットとなるのか、保険適用の全てが不妊患者・当事者、医療者にとってのメリットとなっているかについては、改めて十分な検証が必要と考える。保険適用の制定にかか

わる専門家のなかには、不妊治療に保険が適用されることで不妊当事者へ（社会の）理解が進む、周りに隠さずに通院できるようになると考える声もある。果たして、保険が適用されることにより、それらの期待はかなうのだろうか。これまでは、子を望みながら妊娠しない/できないことを病態と捉え、通院する不妊当事者を「患者」と呼称するのは生殖医療機関に従事する医療者だけであった。不妊治療の保険適用が始まり、今後は、勤務先の企業、雇用主、（地方）行政等、保険診療請求を扱う様々な部署や業種の担当者が、誰がどのような不妊治療をしているかの情報を知ることが予想できる。実際にカウンセラーとしての筆者の経験でも、高額な不妊治療に関する「不妊治療の助成金請求」の提出をためらう相談事例を複数経験している。地域により偏りはあると想定できるが、少なくとも地方で暮らす人間関係は密着型で、既存の血縁による家族意識が強く、かつ不妊治療への理解が低い傾向にある。一例をあげると、教育現場や公務員として働く当事者のなかには、「ことあるごとに子を産むことを求める親せきや知り合いが行政職員、また勤務先職員のため、不妊であることを知られたくないとの理由で、「不妊治療の助成金の請求」さえも提出を躊躇した当事者の存在を複数確認している。この経験から言えることは、不妊を治療すべき病態と捉えることで不妊治療する患者にとって経済的メリットは大きい。しかし、治療を選択しない不妊当事者に対して、「保険が使えるのになぜ治療しないの?」、「不妊は病気だから治療すれば治る（子どもができる）」、「孫（後継者）がいないのは〇〇が不妊治療を嫌がったからだ」などと、年代にかかわらず持論を展開

する人たちがいることは確かである。このような当事者の家族や周囲からの軋轢は、医療現場に届かない。今一度、誰にどのようなメリット、デメリットがあるのかの検証が必要である。

不妊は病ではない。

筆者はこれまで、「不妊は病ではない」との前提で不妊当事者の家族形成を論じてきた経緯がある。病ではないので自費診療はやむをえないと考え、高額な生殖医療の治療費を捉えていた。確かに、この度の不妊治療の保険適用により、治療する患者の経済的負担は大幅に軽減される。医療施設ごとに違いはあるが、体外受精の平均費用は38万円、顕微授精は43万円(平成30年度厚生労働科学研究『「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究』)を、体外受精12万円以内、顕微授精13万円以内に抑えることができる。しかし、その代償(表現がふさわしいかは別として)として、「不妊は治療すべき疾病」と社会に周知されることは、当事者にとってのメリットといえるのだろうか。不妊治療で誕生した子どもは、病を治療した結果生まれた子どもなのだろうか。不妊治療は妊娠を確約できない医療である。生殖医療技術の進化に伴い妊娠率、出生率も年々向上している。しかしながら、不妊治療する患者の何割かは、間違いなく妊娠出産に至らない現実があることも忘れてはならない。つまり、不妊治療しても妊娠出産に至らなかった当事者は、「不妊という病」を抱えた体でその後の人生を生きていくことになりはしないか。不妊治療が既往歴として残る、持病を記入する必要がある場合に「不妊症」と記述しなければ詐称

と判断されるのか、など過去に不妊治療で願いをかなえられなかった当事者の想いを想像するだけで胸が痛む。保険適用は、果たして不妊に悩む当事者にとって朗報と言い切れるのか否かは、今後、当事者目線で検証したい。

不妊患者はカップル単位

今回の保険適用に向けて厚労省が発行したリーフレットの事項に、「受診に際し、できるだけ本人とパートナーの二人で受診すること」、「治療に際しカップルの同意があること」を推奨し、「事実婚カップルの受療を禁止しない」ことを明記したことを、筆者は改善点と受け止めてはいるが、それはあくまでも推奨するにとどまり、保険適用の前提条件となっているわけではない。場合によっては、「事実婚(=法律婚ではない)女性でもパートナー(=男性)の同意(書)さえあれば、実際にその存在を確認しなくても(男性が医療現場に足を運ばなくても)、精子さえあれば体外受精などの不妊治療は可能だ」という解釈もできる。

筆者の勤務するクリニックでは、以前から医師の方針と患者サポートの視点で、「不妊治療はカップルで」をスローガンに、医療者と患者の共通認識としていたため、初診時からカップルでの受診を必須としており、保険適用後もこの点に関して現場に混乱は生じなかった。しかし、国内の多くの生殖医療施設では、「妊娠するのは女性だから」との理由で、子宮を持つ女性であれば、パートナーの存在を確認しなくても高度生殖補助医療(体外受精等のART)を自己負担で実施していた医療機関は多く、今回不妊治療の保険適用により、パートナーの同席と同意、つま

り、医療者は女性患者だけでなく、男性パートナーの意思の確認を求められる(推奨)により、男性パートナーやカップル関係への対応が求められることが容易に推察できる。不妊治療の現場の看護師の大半は女性スタッフで、なかには「医師も看護師も女性スタッフのみ。安心してお越しください」とHPにあげている医療機関もある。これまで男性不妊の研究・治療が進まなかったことも一因であろうが、多くの生殖医療施設では男性患者への対応、カップルへの医療スタッフの対応は、新たな課題となっていることが容易に想像できる。カップルのいずれに不妊原因があるのか、そのことを相方はどう思っているのか、治療に向けたカップルの意思の疎通ははかられているか、治療説明の理解は共有できているか—それらは、時間の経過、治療段階の変化と共に、カップルの共通認識となっているかなど、もしかすると不妊症ではない一方のパートナーとのカップル対応には、相当の熟練と技量が必要となるかもしれない。その認識を、医師、心理士を含め医療スタッフが持つことが重要である。

不妊患者の多様性

今号の冒頭にあげた厚生労働省のリーフレットの性別には、女性の年齢制限が記載されているが、「パートナーは男性」との記載がない。パートナーは男性でなくても、パートナーと認められる可能性があるのだろうか。また、法律婚でない事実婚カップルも、保険適用の対象となっている。事実婚をどう解釈するかによっては、一方が妊娠出産が可能な女性カップルであっても、事実婚とみなされるのであろうか。リーフレットには、LGBTQ 当事者を除外する記述がない。女性である

この条件は、生まれたときに決められた性別が男性であっても、本来の性=女性である mtF トランスジェンダー女性を、女性として保険適用の対象と考え得るのだろうか、疑問は尽きない。さらに、子宮はあるが卵子がない/少ないターナー症候群の女性、卵子はあるが子宮がない/子宮が未発達のロキタンスキー症候群女性にも、保険を適用した何らかの治療が適用されるのであろうか。ここにあげた女性たちは、これまで子どもを望んでも、不妊治療の自由診療の対象にさえなることが難しかった方々である。不妊治療の女性の定義の詳細も検証したいと考えている。

ここ数年、LGBTQ の家族形成の法制化と支援の構築を研鑽するなか、この春、不妊治療の保険適用が始まった。このタイミングで始まった保険適用の概要から、以前から筆者にあった「不妊当事者と LGBTQ 当事者に共通の課題」が改めて浮上したと感じている。生殖の問題、当事者性の医療化、家族形成のマイノリティの課題は、似ていて異なる、不妊と LGBTQ の当事者性に共通するキーワードとなった。

前号の振り返りを振り返る

前号の振り返りを、改めて振り返ってみた。問題意識の検証に必要として提示した7点は、筆者の思考の足跡をたどり言語化した、自身のライフストーリーの分岐点でもあった。

本稿のテーマ「生殖医療と家族援助」の主要なテーマ「生殖医療・家族援助・不妊」に加え、「生殖マイノリティ・LGBTQ の家族形成」を対象に問題意識が拡張し、現在は「不妊当事者+LGBTQ 当事者の家族形成」が援助の対象となっている。不妊と LGBTQ、双方の当事者支援を前提に、その

思考、問題意識の関連性、共通点を探す、もしくは、何をもって、何を根拠に新たな援助対象を拡大し、その支援に思いを馳せるのか、何故新たなテーマ・新領域に入ろうとするのかを明らかにしたい。二つの当事者性にある領域の接点・関連性が明確になれば、不妊とLGBTQに共通する家族援助の課題や問題が明らかになるのではないかと期待したい。生殖マイノリティと家族形成を定点に、双方の当事者の家族形成の援助体系が連動すると考えられるのではないかと期待したい。そう仮定したうえで、生殖医療と里親・養子縁組で子どもを迎えることに共通の課題とその解決手段が浮上することに期待したい。

妊娠・出産に必要な体の構造と生殖機能は、すでに医学的な解明がなされており、望んでも子どもを迎えることができない苦悩は、たとえいかなる要因があっても共通の不妊心理と考えている。本来、性別違和や性自認、性的指向や表現する性といったLGBTQ当事者の特性は、こと生殖に限定すれば、体の構造に問題はあれど、それ以外の問題はないはずである。妊娠・出産の医学的条件に、LGBTQ当事者であることの特性は含まれていない。もし含まれているとすれば、そのことを問題にすべきかもしれない。生殖に、子宮・卵子・精子の3つの条件が揃い、妊娠出産を経て誕生した子の幸福は、養育者に生殖マイノリティの当事者性のあるなしでは測れない。たとえ、シングルであっても、いかなるセクシュアリティにおける特性があっても、その子の幸せを願い十分な愛情と養育環境を与えることができれば、子どもを育てる親になることは可能ではないだろうか。

次々に浮かぶ疑問や課題を、次号以降に言語化するつもりである。