

機関番号： 82612
 研究種目： 基盤研究 (C)
 研究期間： 2008 年度～2010 年度
 課題番号： 20530616
 研究課題名 (和文) 不妊治療を経て親とならない夫婦における夫婦関係と生涯発達
 研究課題名 (英文) The marital relationships and life-span development in couples with no children after fertility treatment.
 研究代表者：
 小泉 智恵 (KOIZUMI TOMOE)
 独立行政法人国立成育医療研究センター・こころの診療部・臨床研究員
 研究者番号： 50392478

研究成果の概要 (和文)：

本研究は、不妊治療後、親とならない夫婦における生涯発達と夫婦関係との関連を明らかにすることを目的とした。不妊治療中の夫婦 165 世帯から質問紙調査、面接調査、夫婦コミュニケーション行動観察データを得た。結果として、不妊の受容プロセスでストレスコーピングをしたり、夫婦間で支え合ったり共同活動をして、不妊の受容、夫婦関係の深まり、人格変化に至るといふ生涯発達が現れた。従来の発達心理学と異なり、親とならなくても生涯発達が進むことが示唆された。

研究成果の概要 (英文)：

The aim of this study is to examine the impact of marital relationships on their life-span development in Japanese couples who had no children after fertility treatment. Data collection from 165 couples with fertility treatment is conducted from multi survey. The result shows that the couples mutually support and cope to infertility related stress, and they reach the acceptance of infertility and their life-span development.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 20 年度	1,500,000	450,000	1,950,000
平成 21 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
平成 22 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
年度			
年度			
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：心理学・教育心理学

キーワード：不妊治療、生涯発達、夫婦関係、縦断研究、発達心理学

1. 研究開始当初の背景

成人以降の生涯発達を考えると、代表的な生涯発達モデルであるエリクソン E.H.によると、親となり子どもを持つことが発達上の重要課題とされ、それらによる発達が見込まれている。逆に言えば、子どもを持たない／親にならないこと自体、全人的な発達の危機と位置される。しかし昨今の晩婚化、少産少子化、不妊の増加といった社会状況を考慮

すると、子どもを持たず、親とならずに人生を送る夫婦はますます多くなるだろう。現在、我が国の夫婦の 4 組に 1 組が不妊で悩み、8 組に 1 組が不妊治療を受けている。体外受精を中心とする不妊治療は進歩・普及しているが、一般に体外受精による妊娠率は約 30%とされ、不妊治療で医療を受診した夫婦の半数が子どもを得られないまま去ると言われている。子どもを持たない／親にならない場合

にも個人が人生の見通しを持ち精神的健康を損なわずに希望をもって生きていくために、また人生の多様化を互いに受容し協調するために、親にならない場合の生涯発達モデルを提示することは発達心理学の重要な責務と考え、本研究はそれを目的とする。

不妊治療を経て子どもを持たない／親としない夫婦を対象とした国内外の先行研究はほとんどなく、あっても少数事例～100人前後の被検者の研究にとどまっている。一度の治療で妊娠しなかった時の対処の研究は、国外の研究では夫、妻ともに夫婦のコミュニケーションが良くなったことが見られた (Sydsjo et al., 2005)。これに対して国内の研究では、落胆する妻になにも言わなかった夫が約3割を占めたこと、妻は心を癒すために仕事に熱中する、友人と話をする、泣くなど夫なしでする対処をとっていたことが示された (平山ら, 1998)。こうした結果から、欧米のように妊娠しなかったことをきっかけに夫婦で慰めあったり、サポートしあったりすることが、夫婦の親密性を高め、ひいては夫婦の精神的健康の悪化を防ぐことにつながるのではないかと考えられる。逆に日本においては夫は長時間労働で仕事中心生活を送り、治療から距離を置いていること、夫婦の共同活動や相互サポートに慣れていないことから、不妊治療を通して夫婦の絆を深めることが難しいことが推測される。不妊治療を経験した夫婦の生涯発達については、女性のみを対象としたレトロスペクティブな質的研究が2件ある。国内の研究では (安田, 2005) 夫の自分に対する深い思い遣り、不妊に対する受容が強い場合、不妊治療後の親としない人生を肯定的に位置づけることができた。国外の研究では (Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad, & Lalos, 2007)、誰か (多くは血のつながらない子ども) を世話すること、旅行や仕事といった活動をするることによって治療後の人生を肯定的に意味づけた。以上から、治療プロセスを夫婦で共有・サポートすること、不妊治療を通じて得たものがあること、不妊を受容することが親としない場合の生涯発達に影響することが考えられる。

こうした要素は親となる場合の生涯発達においても重要である。例えば、親となることに向けて夫婦がサポートしあうこと、親役割を受容することは親となることによる発達を促進し、親となったときの夫婦・親子関係の良好さに影響する (柏木・若松, 1994; Belsky et al, 1995)。

他方、親としない場合の生涯発達は、親となる場合のそれと共通し、親としない場合も親となる場合と同様、生涯発達が促進されるのではないかと考えられる。しかし、不妊治療経験者が親になる場合、不妊ストレス、不妊の受容が少なからず影響すると考えられる。不妊治

療中のストレスは深刻であること、不妊の受容が進まないこと、元々夫婦関係は不良でなくとも治療を進める中で夫婦の意見一致や意思決定、夫婦としての治療参加を求められることが多く、それを契機として夫婦関係の危機が発生すること (小泉 2003;2005; 小泉ら 2005;2006; Koizumi et al, 2005) が明らかにされている。不妊ストレスや不妊の受容の影響を含めて生涯発達を検討する必要がある。

2. 研究の目的

本研究は、不妊治療後、親としない夫婦における生涯発達と夫婦関係との関連を明らかにすることを目的とする。

具体的には、不妊治療後の子どもを持たない人生における発達に影響する要因として、1) 相互サポートのある夫婦関係、2) 不妊の受容、3) 治療最終時に子どもを持たない人生で中心的になる活動を見つけていることがどの程度得られたかということと、人格的变化や充実感、精神的健康との関連について縦断的研究を実施する。そのとき、不妊治療を経て親としない夫婦の生涯発達について、不妊治療を経て親となる夫婦の生涯発達と対比させて明らかにする。

3. 研究の方法

(1) 調査方法： 生殖補助医療専門の医療施設 (9 施設)、特定不妊治療費助成事業窓口 (首都圏 A 市及び B 市) に調査協力者を募るチラシを設置、配布した。対象者が調査の説明を読んだ上で参加を希望する場合は、インターネットホームページから登録をしてもらった。登録された夫婦に対して、郵送法により調査票の配布をおこなった。

また、不妊治療当事者団体シンポジウム会場に、調査票を置き、自由に持ち帰ってもらった。調査票は、夫用と妻用が一組となっていた。

すべての参加者において夫婦で回答が違つか気になったりすることを避けるため、回収は夫婦それぞれ別封筒に入れて郵送してもらった。

(2) 調査期間： 調査期間は 2008 年 3 月～2010 年 6 月であった。

(3) 対象： 調査開始時点において不妊治療中の夫婦とした。治療段階による制限をなかった。

回答者数は 165 世帯 (女性 168 人、男性 150 人) であった。夫婦そろって回答したのは 149 世帯であった。回答者の特徴は、女性の平均年齢、標準偏差 (最小値-最大値) は、34.8 歳 ± 4.3 (23-44)、男性の平均年齢は 37.1 歳 ± 6.1 (25-57) であった。平均結婚年数は 5.0 年 (0-14 年) であった。女性のうち、有職者の割合は 65.5% であった。回答時点で子ども

がいる人は13.8% (全員、子ども数1人)で、続発性不妊であった。

平均治療年数は、2.75年(0-13年)であった。治療施設を替えた経験がある者の割合は、57.1%であった。

回答時点での治療段階の内訳は、タイミング指導 21.6%、AIH 22.1%、AID 1.1%、IVF-ET 34.2%、ICSI 21.1%であった。

(4) 調査内容：

①不妊の受容尺度 Solden, S.の障害の受容理論、Kubler-Ross, Eの死の受容理論を参考にして作成した。理論では、治療開始時点では安堵、否認、怒り、取引、落込み、受容の6段階、治療中は安堵を除いた5段階を想定していた。本研究では不妊受容尺度について治療開始時(25項目)及び現在(21項目)をそれぞれについて回答を求めた。治療開始時の4項目は、開始時のみに該当する安堵を想定していた。残り21項目は治療開始時と現在で自制表現が異なるものの、内容は共通だった。治療開始時点と治療中の2時点について評定してもらった。

②人格発達 柏木・若松(1994)「親となることによる人格発達」尺度を改変して使用した。原尺度で『親による』と教示、設問されている部分を『不妊治療による』と置きかえて使用した。

③不妊ストレス 不妊ストレス尺度 (小泉ら、2005)を用いた。

④ストレスコーピング ストレスコーピング尺度 (尾関ら、1993)を用いた。

⑤夫婦関係 夫婦関係尺度 (小泉ら、2007)を用いた。

⑥メンタルヘルス GHQ-30 (Goldberg, 1982)を用いた。得点が高くなるほど精神的に不健康を示した。

(5) 調査のプロトコル： 研究全体のプロトコルとしては、不妊治療中で子どもがいない夫婦を対象として、調査時点(初回時点(治療前の検査期間か治療中)、治療中または治療のステップアップや大きな変化があった時点(人工授精から体外受精へなど)、終結または治療中断時点、治療終了後時点)と設定し整理して分析すること、不妊治療を経て親となった後も調査を続ける。

治療がどのように進むかは受診施設が不妊専門機関か否かに左右され、どのくらい長くかかるかは数ヶ月から十数年と個人差が大きい。そのため生涯発達という長期的問題に対し、短期的な変化を捉えることとなるが、まずは上述した発達に影響する要因が人格的变化、精神的健康の変化を予測するかを詳細に検討し、測度の開発や影響する要因の特定に専念する。具体的には、測度の開発として、不妊の受容尺度の開発と標準化をおこなう。また、夫婦関係の測度として、質問紙だけでなく、夫婦間コミュニケーションを測定

し、夫婦関係をより詳細に検討する。

4. 研究成果

(1) 質問紙調査：不妊の受容尺度の作成
因子分析(最尤法、オブリミン回転)により、治療開始時点の不妊の受容は、安堵、否認、怒り、取引、落込み、受容の6因子により構成された。治療中の不妊の受容は、否認、怒り、取引、落込み、受容の5因子により構成された。いずれも理論と一致している点で、妥当性が検証された。

信頼性については、治療開始時点、治療中ともに、各因子の α 係数が.70以上であったことから、十分な内的一貫性が確認された。

(2) 質問紙調査：不妊の受容プロセス
治療中の受容プロセスにおいて、各段階それぞれ、得点が高い場合どのような特徴(ストレス、コーピング、夫婦関係、人格発達など)が見られるか、分散分析により検討した。その結果、5%水準で有意差があり、かつ多重役割比較で有意差が見られた部分を下記のようにまとめた。

①否認が強いときは、治療に対してストレスを感じず、対処行動も少なく、精神的に健康であった。

②怒りが強いときは治療や対人関係など様々なストレスを抱え、問題解決型対処をし、精神的に不健康であった。一方で、運命など不可抗力と考えるようになった。

③取引が強いときは、治療に対するストレスを多く感じ、問題解決型対処を中心に情緒的対処も行ったが、精神的に不健康であった。人格発達の变化は一部感じるようになった。

④落込みが強いときは、治療に対しても夫婦や家族に対しても強いストレスを感じて、問題解決型対処を中心に情緒的対処も行ったが、精神的に不健康であった。人格発達の变化はより強く感じるようになった。

⑤受容が強いときは、問題解決型対処、情緒的対処を多く使用し、精神的に健康で、夫婦で互いにサポートし合い、親密性が深まり、人格発達が最も良好であった。

以上の結果から、不妊の受容は、治療初期においては安堵、否認、怒り、取引、落込み、受容の6因子により構成され、治療中は、否認、怒り、取引、落込み、受容の5因子により構成された。

各因子とストレス、ストレスコーピング、夫婦関係、人格発達との関係から、不妊の受容とは安堵→否認→怒り→取引→落込み→受容というプロセスであると考えられた。具体的には、受容プロセスのなかで、ストレスコーピングを工夫したり、自己調節したりすることにより、人格的に視野が広がり、柔軟になり、運命を受け入れながらも、自己をしっかり持てるように変化することがわかった。不妊の受容プロセスを経験することは、

生涯発達において重要であることが示唆された。

受容プロセスに合わせた心理支援をおこなうことが、受容プロセスを促進するために重要であると考えられた。

(3) 対面調査

質問紙調査回答者うち、夫婦ともに対面調査に協力してもよいと返事もらった中から、ランダムに抽出された7組に対面調査を実施した。当日やむを得ず会えなかった1組を除いて、6組の夫婦に夫婦それぞれの個別面接と夫婦コミュニケーション実験をおこなった。

夫婦それぞれの個別面接においては、治療開始の契機から治療の経緯に沿って個人の変化と夫婦の様子、現在の治療以外の活動の関わりについて、半構造化面接で尋ねた。

個人の変化は、治療に関与するにつれて、腹立たしさ、辛さを痛感しながらも、成長につながるだろうと認知的対処をしたり、実際に治療前から忍耐さや他者への共感などで変化・成長した自分を感じたりしていた。現在の心理は、不妊の受容プロセスの受容段階に該当すると回答した者が多かったが、そのプロセスに怒り、取引、落込みがあったこと、現在も時折そうした心理状態になることを述べた者が多かった。

夫婦の様子は、治療以外での夫婦の共同活動をおこなう一方、個人でおこなう活動も持っていてそこで治療のストレスなどの発散をしていることが多かった。治療への関与、個人の変化に伴って、夫婦の相互理解や情緒的にかかわりが深まったと回答した者が多かった。

夫婦コミュニケーション実験は、Bradbury, T. N. (1994) の Social Support Interaction coding system を実施した。実施にあたり Bradbury, T. N. から使用許可をいただいた。すべての会話を肯定的、否定的、中立的、課題外にコーディングしたところ、肯定的会話が多かった。

以上の結果から不妊治療の経過と夫婦関係と生涯発達について次のようにまとめた。まず、不妊治療の経験から、夫婦それぞれの心理変化が起こり、怒り、取引、落込みが発生した。そうした心理を抱えながら、互いに情緒的に慰めたり励まし合ったり、あるいはそうした心理を語らなくても共同活動をすることで一体感や安心感を得た。その後に、個々人の心理の成長を感じるようになると、夫婦で乗り越えた感覚を得て、夫婦関係が良好になったと感じるようになった。実際に夫婦間コミュニケーションは肯定的で良好であった。

(4) 『不妊治療を経て親とならない夫婦における夫婦関係と生涯発達』を多角的に捉える試み—シンポジウムの開催—

不妊治療経験を経て個人の不妊の受容と夫婦関係の変化と生涯発達が起こるプロセスは、不妊治療という出来事をもつ独特の性質なのであろうか。あるいは、人生におけるさまざまな出来事においても、同様に個人の受容と夫婦関係の変化と生涯発達が起こるのであろうか。生涯発達の普遍性と不妊治療の独自性を深く考えるために、日本発達心理学会大会発表において次のシンポジウムを企画・開催した。

①日本発達心理学会第20回大会自主シンポジウム「生殖医療と家族の発達：非典型的な家族を生きる（1）医療現場で何が起きているか」

これまで、子どもを得ないことによる発達は議論されてこなかった発達心理学における課題を踏まえ、子どもを持たない家族の発達について生殖医療の現状を踏まえた上で議論することを目的とした。

<生殖医療における家族の形成と発達の問題(平山史朗)>

発達理論では夫婦2人の時期は20代、子どもを持つのは20-30代を想定している。これに対し、不妊患者の中心層は30-40代である。中年期で子どもをもつ意味についても検討を加えていく必要があることが示された。

<不妊治療における夫婦関係(小泉智恵)>

不妊女性や夫婦を対象とした実証研究から、1)夫婦関係が良好な場合女性は子どもを産むべきという社会通念に捕らわれることが少なかった。2)夫婦間で互いにサポートしあう場合、不妊治療についてより多く話し合っていた。

<治療後、子どもを得ず夫婦で人生を歩む場合の夫婦関係形成(上野圭子)>

治療を行っていても、子どもを得られないまま治療を終える夫婦もある。治療をやめるということ、どう受け止め受容し、どのようにそれまで描いていた将来の家族像と決別し新たな家族像を形成することは、一種の人生における危機的状況といえる。その際、安定した夫婦関係や、夫婦としての将来の家族像が形成されることは、治療終了の決断やその後の生活に大きく影響した。

<治療後、妊娠した場合の家族形成(菅沼真樹)>

不妊後、妊娠・出産をする人は、妊娠すればそれで万事解決とはいかない。例えば、流産はどのような妊娠に対しても約15%の確率で発生するものだが、過去に流産・死産を経験して妊娠に至っているケースも少なくない。つまり、すでに喪失した子どもを内包しつつ、現在妊娠している子との家族を形成することになる。こうしたケースならではの家族形成の問題がある。

<治療により誕生した子どもとの家族関係

の形成(照井裕子)＞

不妊治療による子どもと自然妊娠による子どもでは、家族関係の形成に何らかの違いがあるのだろうか。子ども自身の発達については、海外の研究を中心に進められ、大きな違いは認められていない。面接調査の結果、不妊治療経験者は治療経験を治療によって得た子どもの子育てに結び付けており、自然妊娠の母子と区別化して自らの出産体験や自らの子育てを意味づけた。

＜指定討論＞

柏木恵子氏は、シンポジウムとしての結論として、不妊を経ての生涯発達を考えると、a) 夫婦関係が相互にサポータティブで夫婦ともに不妊という課題に取り組むならば、到達点は子どもがいる夫婦が夫婦で子育てに取り組んだ場合と同等であろうこと、b) 不妊も育児も遂行すると、外的ローカスオブコントロールが高くなること、c) 不妊は治療による喪失体験を多重に負っている点で子どもがいる場合と生涯発達が異なるであろうと導き出した。

②日本発達心理学会第 21 回大会自主シンポジウム「生殖医療と家族の発達：非典型的な家族を生きる(2)子を喪失することの意味」

子の喪失を内包しながら人生を歩み続けていくプロセスについて議論を試みた。「不妊による子の喪失」、「流産・死産・新生児死亡による子の喪失」、「ハンセン病問題における子の喪失」という3つの形の異なる子の喪失についての話題提供から、実体のある／ない子の喪失と生涯発達について、また妊娠や出産を経験すること自体の喪失と生涯発達について考察を深めた。

＜不妊による子の喪失(小泉智恵)＞

「不妊による子の喪失」を考えると、生殖医療を受けながらも妊娠経験がない場合、わが子としての実体の喪失体験ではない。月経がくることで妊娠しなかったという体験により、子を持つことに基づいた自分の未来や計画、思い描いていた親子・家族像、妊娠できるはずの自身の身体などの喪失はするものの、来月以降に叶う可能性のあるものである。そのため、喪失の否認段階や取引の段階にとどまりやすい。こうした喪失体験は月経が来るたびに発生し、妊娠への期待と喪失を短期間で繰り返すことになる。つまり、あいまいな喪失であり、その回数が多さが顕著であるといえる。

＜流産・死産・新生児死亡による子の喪失(石井慶子)＞

流産・死産・新生児死の体験においては子ども(いのち)という実体のある存在の喪失であるほかに、親であることも同時に喪失する。挙児を願う家族であれば、妊娠は喜びであり、妊娠が判明することにより自らが親で

あることを意識し始めることも少なくない。その感情体験の後に子どもの喪失に直面することになる。また、周囲が死別以前とは異なる心理的距離のあるかかわりをするので、互いに意識のずれが生じ、そのことが周囲とのかかわりで複雑な心境になることもある。子の喪失におけるこうした特徴を持ちながら、当事者は子どもを喪失したことによる情緒的悲嘆反応や社会的喪失への適応過程において多面的に不適応と適応とを行き来しながら、時間をかけて子どもの死を受け入れていくと考えられることが示された。

＜強制的喪失-被害としての『子の喪失』をいかに生きるか?(徳田治子)＞

ハンセン病問題における「子の喪失」は、国の「絶対隔離絶対絶滅政策」のもと、医療従事者の手により行われた強制的喪失、あるいは被害としての喪失という側面を有する。

60年以上前に経験した子の喪失は現在においても鮮明に語られ、また語りなおされ、していることが示された。その中で語ることの痛みや安住することのない語り直しなどもつ意味への考察から、痛み(喪失)を内包しつつ生きることによる発達や適応の概念そのものの再考の必要性や、生涯発達を考えた際の喪失と発達の関係、喪失と人生に関する新たな捉え方の必要性が提示された。

＜指定討論＞

川島大輔氏は自死遺族の家族に関する研究の立場から、家族においても喪失の捉えが違ふ可能性や、継続的に人生を通じて喪失したことに直面することの意味についての視点も提示された。無藤隆氏は、そもそも人生において喪失はつきものであるが、その喪失の仕方(当たり前のことが得られない、得られそうで得られない、得たものを喪失など)によりその人個人の受け止め、また周囲の受け止めについて視点が違ふことが示された。不妊治療のみならず、他の出来事による子どもの喪失においても、それぞれが繰り返し喪失を思い返していることは共通していた。そして、そのことは、個人のアイデンティティの裏側に潜み、それぞれのリアルな生涯発達に結び付いているものと考えられた。

以上の2つのシンポジウムから、不妊治療という出来事であろうと他の出来事であろうと、生涯発達とは何かを喪失する出来事とその受容を通して到達するプロセスであると捉えることが可能であると考えられる。不妊治療にあてはめて考えると、不妊のために思い描いていた妊娠や子の誕生、親になる夢を喪失することや、実際の流産・死産という喪失体験を経験することになる。不妊による喪失を受容する過程で安堵、否認、怒り、取引、落込み、受容といった個人内の心理変化を経験することになる。配偶者も不妊による心理変化を経験しているため、互いに共感

したり話し合ったりすることにより、自己理解も他者理解も深まる。結果として、不妊の受容が深まるとともに、自己理解の深まりと良好な夫婦関係に至ることになると思われる。

(5) 結論

従来の発達心理学においては、親となること（あるいは何か親的な役割を持つこと）が発達の必要条件と考えられてきたが、不妊治療後に親とならない場合であっても不妊の受容プロセスや夫婦関係の深まりによって親となる場合と同様の人格発達が見込まれることが明らかにされた。

不妊の受容プロセスのなかで、個人内の心理変化を経験し、それに対するストレスコーピングを工夫したり、自己調節したりすることにより、人格的に視野が広がり、柔軟になり、運命を受け入れながらも、自己をしっかり持てるように変化することがわかった。不妊の受容プロセスを経験することは、生涯発達において重要であると考えられる。

不妊の受容プロセスにおいて夫婦で互いに感情を分かち合ったり励まし合ったりすることや、特に深く話し合わなくても共同活動をして同じ時を過ごすことによって、不妊の受容プロセスが促進するだけでなく、夫婦のきずなが深まると考えられる。結果として、夫婦関係の深まりは生涯発達を促進すると考えられる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計9件)

小泉智恵・照井裕子・柏木恵子 不妊の受容：不妊ストレス、夫婦関係、人格的变化 日本発達心理学会大22回大会，2011年3月，東京。

小泉智恵・福丸由佳・中山美由紀・照井裕子・平山史朗・無藤隆 日本発達心理学会ワークショップ「子どもの誕生は何をもたらすか？」(企画・司会・話題提供) 日本発達心理学会大22回大会，2011年3月，東京。

小泉智恵・北村誠司・照井裕子・柏木恵子 不妊の受容：受容のプロセスをどのように支えるか 第8回日本生殖医療心理カウンセリング学会，2011年2月，東京。

Koizumi T., Terui Y., Kashiwagi K. The relation between the acceptance of infertility and infertility stress, marital relationships and personality development. 16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 30- Oct-2010. Venezia, Italy.

小泉智恵・照井裕子・柏木恵子 生殖医療を受けた夫婦の夫婦関係とメンタルヘルス

(2) 不妊の受容尺度の特徴 日本発達心理学会第21回大会，2010年3月，神戸国際会議場，兵庫。

照井裕子・小泉智恵・柏木恵子 生殖医療を受けた夫婦の夫婦関係とメンタルヘルス

(1) 不妊の受容尺度の作成 日本発達心理学会第21回大会，2010年3月，神戸国際会議場，兵庫。

小泉智恵 不妊における子の喪失 日本発達心理学会自主シンポジウム「生殖医療と家族の発達：非典型的な家族を生きる(2)子を喪失することの意味」(企画・シンポジスト) 日本発達心理学会第21回大会，2010年3月，神戸国際会議場，兵庫。

小泉智恵 多職種スタッフにおける心理士の存在意義について 日本心理臨床学会第28回大会自主シンポジウム「生殖医療領域における心理職の存在意義～医療スタッフ・患者の期待にどう応えるか」(シンポジスト)，2009年9月，東京国際フォーラム，東京。

小泉智恵 不妊治療中の夫婦関係 日本発達心理学会第20回大会自主シンポジウム「生殖医療と家族の発達：非典型的な家族を生きる(1)医療現場で何が起きているか」(企画・司会・シンポジスト) 日本発達心理学会第20回大会，2009年3月，日本女子大学，東京

[図書] (計1件)

小泉智恵 ナカニシヤ出版 子どもをもつこと、もたないこと：生殖医療と家族の形成 柏木恵子監修 発達家族心理学を拓く 2008 p.139-153.

[その他]

ホームページ (調査参加者募集)

http://homepage2.nifty.com/developmental_psychology/

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小泉 智恵 (KOIZUMI TOMOE)

独立行政法人国立成育医療研究センター・こころの診療部・臨床研究員

研究者番号：50392478

(2) 連携研究者

柏木 恵子 (KASHIWAGI KEIKO)

東京女子大学・文学部・名誉教授

研究者番号：10086324

照井 裕子 (TERUI YUKO)

湘北短期大学・保育学科・講師

研究者番号：10548069

(3) 研究協力者

北村 誠司 (KITAMURA SEIJI)

医療法人社団荻窪病院虹クリニック・院長