

<特集「今、大きく変わりつつある不妊症治療」>

不妊に悩む患者へのメンタルヘルス支援

中前 貴^{1*}, 垂水みなと^{1,2}

¹京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

²足立病院生殖医療センター

Psychological Support for Patients Struggling with Infertility

Takashi Nakamae and Minato Tarumi

¹Department of Psychiatry,

Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science

²Center for Human Reproduction, Adachi Hospital

抄 録

晩婚化を背景に不妊に悩む患者が増えているが、不妊治療には、自分に不妊の原因がある場合の自責感や家族への申し訳無さ、流産・死産による悲嘆や喪失感、子どもを授からなかった場合の無力感などを伴うため、精神的な負担が極めて大きく、抑うつ症状や不安症状を呈する者が多い。患者が適切な心理的支援を受けられる体制づくりが必要であるが、不妊カウンセリングには、医学的な知識だけでなく、臨床心理学、法制度、社会的養護などの幅広い知識とスキルが求められるため、非常に専門性が高く、カウンセラーの養成と配置が追いついていない。女性の場合は治療の辞め時、男性の場合は手術が不成功に終わった後が最も難しいタイミングであるが、いずれに対しても、血のつながりのある子どもを持てなかった場合の選択肢（特別養子縁組や里親制度、夫婦2人での生活）について、治療のできるだけ早い段階から情報を提供し、家族形成のあり方について一緒に考えていく支援が望まれる。

キーワード：不妊治療，メンタルヘルス，特別養子縁組，里親制度。

Abstract

Due to the trend of delayed marriage, the number of patients struggling with infertility has been increasing. Infertility treatment is associated with significant psychological burdens, including feelings of self-blame and guilt towards family members if one is the cause of the infertility, grief and loss due to miscarriages or stillbirths, and a sense of powerlessness when unable to conceive a child. As a result, many individuals undergoing infertility treatment experience symptoms of depression and anxiety. It is essential to establish a system that allows patients to receive appropriate psychological support. However, infertility counseling requires not only medical knowledge but also a broad range of expertise in clinical psychology, legal regulations, and

令和5年8月4日受付 令和5年8月4日受理

*連絡先 中前 貴 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上路梶井町465番地

nakamae@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.132.10.667

child protection. The high level of specialization makes it challenging to keep up with the demand for counselor training and availability. For women, the most difficult aspect is giving up on treatment, and for men, the most challenging period is after an unsuccessful surgery. In both cases, providing information about alternative options, such as adoption, foster care, or living a fulfilling life as a couple without biological children, from an early stage of treatment is desirable. It is crucial to discuss together the possibilities for family formation.

Key Words: Fertility treatment, Mental health, Adoption, Foster care system.

はじめに

2023年4月に公表されたWHOの報告書によると、生涯に一度でも不妊に悩んだことのある人は全世界で17.5%（概ね6人に1人）に達する¹⁾。日本においても、不妊の検査や治療を受けたことがある夫婦は、12.7%（2002年）から22.7%（2021年）に増加しており、これは夫婦全体の約4.4組に1組にあたる。また、全出生児に占める生殖補助医療による出生児の割合も、1.8%（2007年）から7.2%（2020年）にまで増えており、約14人に1人が生殖補助医療によって誕生している²⁾。

不妊治療患者の増加には晩婚化の影響が考えられている。戦後間もない頃の平均初婚年齢は、男性が25.9歳、女性が22.9歳であったが、その後徐々に晩婚化が進み、女性の社会進出やライフスタイルの多様化等を背景に、2000～2015年の15年間にその傾向が加速した。2015年の人口動態統計では、平均初婚年齢は、男性が31.1歳、女性が29.4歳にまで上昇し、同年の調査における女性の第一子出産時の平均年齢は30.7歳となっている。一般に女性は年齢と共に妊孕性が低下するため、晩婚化は自然妊娠率の低下、ならびに不妊治療を受ける患者数の増加の要因となっている³⁾。

このように日本では不妊治療が広く普及しているが、2022年4月に公的医療保険が使えるようになるまで不妊治療は自費診療で行われており、患者には経済的負担が重くのしかかっていた。厚生労働省が2021年に実施した「不妊治療の実態に関する調査研究報告書」によると、

1,636名の当事者を対象としたアンケート調査において、治療開始時の不安として、「妊娠出産できるかどうか不安であった（67.8%）」に次いで多かったのが「治療費について不安があった（52.1%）」であった³⁾。同調査では、実際にかかった費用について調査しており、現在の医療機関への通院を開始してからの不妊治療に関する医療費の総額は「50万円以上」が全体の34.5%を占めていた³⁾。こうした経済的な負担は治療計画に大きな影響を及ぼしており、「経済的な理由で、治療のステップアップを断念したことがある」と回答した者が19.6%、「経済的な理由で、満足のいく回数の治療が行えなかったことがある」と回答した者が18.2%、「経済的な理由で、希望通りのタイミングで治療が行えなかったことがある」と回答した者が11.7%も認められている³⁾。こうした実態を踏まえると、年齢制限や使用できる薬剤が限定されるなどの課題が残ってはいるものの、不妊治療に対して公的医療保険が使えるようになり、経済的負担の軽減が図られたことは、大きな前進と考えられる。

次に、経済的負担とならんで、共働き世帯が増えている現在においては、仕事と治療の両立が不妊治療における大きな課題になっている。厚生労働省が2017年に実施した「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査」によると、仕事との両立ができない人が全体の34.7%を占め、「精神面で負担が大きい」「通院回数が多い」「体調、体力面で負担が大きい」が、上位3つの理由としてあげられている²⁾。不妊治療には、採卵などの痛みを伴

う検査や処置、排卵誘発剤などの薬の副作用のために身体的な負担がかかり、体調がすぐれない中で仕事を継続することに困難を感じる者が多い。また、通院については、回数の多さだけでなく、急にこの日に受診しなければならないといった状況になることが多く、そのためのスケジュールの調整にも多大な苦勞を要する。さらに、治療中には、自分に不妊の原因がある場合の自責感、流産・死産による悲嘆や喪失感、子どもを授けなかった場合の無力感などを経験するため、精神的な負担が極めて大きい。不妊治療においては、経済的、身体的、時間的、精神的な要因が互いに影響しあって、仕事との両立を困難にしているが(図1)、高額な治療費を捻出するためには仕事を辞めるわけにはいかないというジレンマに陥ることが多い。

仕事との両立がしやすいように、厚生労働省は「不妊治療と仕事との両立サポートハンドブック」や「不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル」の作成、不妊治療と仕事との両立がしやすい環境整備に取り組む企業を認定する制度の導入といった対策を講じている。精神的負担に対してはカウンセラーやピア・サポーターの配置が求められているが、十分な数の養成には至っておらず、不妊治療患者の精神的負担への対策は遅れている。本稿では、不妊に悩む患者の精神的負担に焦点

をあてて、現在の課題と取られるべき対策について概説する。

女性不妊のメンタルヘルスについて

不妊治療は、長い治療期間の中で妊娠がいつくるかわからない「出口のないトンネル」や「ゴールのないマラソン」、あるいは、妊娠を期待しては結果に落ち込むという「感情のジェットコースター」と例えられることが多く、不妊患者特有の心理的負担がかかる⁴⁾。また、女性の場合、35歳を超えると妊娠率が急激に下降し始め、流産率は40歳で約35%にまで上昇するため、生物学的に妊娠可能な年齢が決まっているという時間的制約がある中で、結果を出さなければならないというプレッシャーと戦うことになる。こうした精神的負担から、抑うつ症状や不安症状を呈する患者が多いことが先行研究で示されている。

国立成育医療研究センター研究所は、体外受精などの高度生殖補助医療を受ける女性約500名を対象に、抑うつ、不安、Quality of life (QOL, 生活の質)を評価した⁵⁾。簡易抑うつ症状尺度(QIDS-J)は、睡眠に関する4項目、食欲/体重に関する3項目、精神運動状態に関する2項目の合計9項目からなり、うつ病の重症度を評価することができる自己記入式の尺度である。合計得点は0-27点で、0-5点が「正常」、6-10点

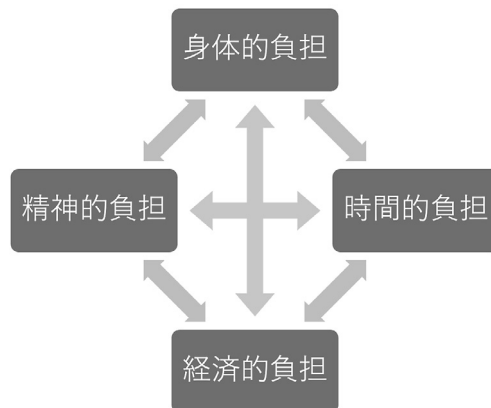


図1 不妊治療に伴う負担

が「軽度」、11-15点が「中等度」、16-20点が「重度」、21-27点が「きわめて重度」とされるが、高度不妊治療を受ける女性のうち、軽度以上の抑うつ症状ありの割合が54%も認められた。不安の状態は、新版STAI状態-特性不安検査によって評価され、不安が高まっている状況と判定された割合も39%と高かった。身体的・精神的健康について12項目の質問に自己記入する尺度である健康関連QOL尺度（SF-12）では、社会生活機能や日常役割機能、心の健康の低下の傾向が見られた。特に、年齢が20歳代の患者でメンタルヘルスの不調やQOL低下の傾向が顕著であった。

前述の「不妊治療の実態に関する調査研究」では、不妊治療を今も継続的に行っている374名の当事者（男性も含む）を対象に、過去1か月の心理状態についてK6という尺度を用いて評価している³⁾。K6は気分障害などをスクリーニングするためにKesslerらによって開発され、「神経過敏に感じた」「絶望的だと感じた」「それぞれ、落ち着かなく感じた」「気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じた」「何をしても骨折りだと感じた」「自分は価値のない人間だと感じた」の計6項目について、それぞれ「まったくない0点」「少しだけ1点」「ときどき2点」「たいてい3点」「いつも4点」の5段階で評価する尺度である。結果は、0～4点（陰性）が29.7%、5～8点（軽度）が29.4%、9～12点（中等度）が20.6%、13～24点（重度）が20.3%で、現在治療中の患者において、気分障害の可能性が示唆される5点以上が全体の7割を占めた。また、重度と判定される13点以上の患者が2割を占めていた。

不妊カウンセリングについて

増田らは不妊カウンセラーへの相談内容について調査しているが、その相談内容は多岐にわたる⁴⁾。同調査をもとに、相談内容とカウンセラーに求められる知識やスキルを表1にまとめた。

増田は最も難しい相談として不妊治療の辞め時をあげている。長年不妊治療を続けてきた患

者は、多大な身体的・経済的・時間的・精神的なコストを費やしてきており、非適応的認知である「サンクコスト効果」が発生していることも多い。そのため、生物学的なリミットを超えていたとしても治療を辞めるという決断が容易にはできない。また、治療を辞めるということは出会えるはずだった我が子を失う悲しみであり、思い描いていた人生やアイデンティティの喪失でもある。カウンセラーには喪失のケアや、これから治療以外の人生を進むためのサポートが求められる。また、カウンセラーは不妊治療と治療以外の選択肢について中立的な立場をとることも重要である。不妊治療施設では妊娠が唯一の目標になりやすいが、患者の人生において妊娠が最終目標になるかは一考の余地がある。子どもを産みたいのか、育てたいのかについて考え直し、特別養子縁組、里親、夫婦2人での生活などの家族形成の選択肢についても情報提供を行い、患者カップルに家族の在り方や形を再考するきっかけを提供することが重要である。そのためカウンセラーには医学的な知識に加え、社会的養護に関連する知識も必要とされる。

社会的養護とは、虐待や親の精神疾患などのために実親が養育できない児童を、行政が公的な責任として保護し養育することを指す。日本には2021年の時点で約4万2千人の子どもが実親に養育されていない⁶⁾。過去のアタッチメント研究から、不特定の養育者が代わる代わる関わる施設養護よりも、特定の養育者が関わる家庭養育が推奨されており、これは国連の指針にもなっている⁷⁾。しかし、日本では約80%の児童が児童養護施設や乳児院といった施設に入所しており、特別養子縁組を結んだり里親に委託されたりする割合が少なく、OECD諸国の中でも最低の水準となっている。里親は実親の代わりに一時的に家庭内で子どもを預かって育てる制度で、これに対して特別養子縁組は養子となる子どもの生みの親との法的な親子関係を解消し実の子として新たに親子関係を結ぶ制度である。2017年に厚生労働省から「新しい社会的養育ビジョン」が発表され、その中の1つに実親による養育が困難であれば里親や特別養子縁組で養

育されることを推進する家庭養育優先の理念が規定された⁸⁾。日本政府は概ね5年以内に年間1,000人以上の特別養子縁組成立、また、5年以内に3歳時未満の乳幼児の里親委託率を75%以上、7年以内に就学前の子どもの里親委託率を75%以上、10年以内に学童期以降の子どもの里親委託率を50%以上にすることを目標としてい

る。しかし、2021年度司法統計によると年間の特別養子縁組の成立件数は683件、2020年度の厚生労働省子ども家庭福祉課の報告によると全国の里親委託率は22.8%であり、まだ目標は達成されていない。

厚生労働省は2022年4月に「不妊治療中の方等への特別養子縁組制度・里親制度に関する情

表1 不妊カウンセラーに寄せられる相談内容と求められる知識・スキル
(増田の調査4)を元に著者らが作成)

相談カテゴリー	相談内容	カウンセラーに求められる知識とスキル
医学的相談	治療法、高度生殖医療、検査法、精子凍結、卵子凍結、不育症、妻の不妊の原因、夫の不妊原因	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科・泌尿器科領域の医学的知識 専門的な説明を医師や看護師に依頼
	着床前診断・出生前診断	<ul style="list-style-type: none"> 医学倫理や遺伝医学の知識
	第三者の提供配偶子による治療(精子提供、卵子提供など)	<ul style="list-style-type: none"> 生殖医療をめぐる国内外の法的規制に関する知識
社会的相談	仕事との両立、経済的負担	<ul style="list-style-type: none"> 各種制度や助成についての知識
心理的相談	夫婦関係、パートナーの無理解、友人兄弟の子どもへの嫉妬、家族や親せきの無理解、家族関係、精神的負担、性生活、医師の選択、医療不信	<ul style="list-style-type: none"> 一般的な臨床心理の知識 個人カウンセリング、カップルカウンセリングのスキル 不安や抑うつを評価し、必要時に専門的医療に繋げる精神医学的知識とスキル 患者と医療者の橋渡し
	流産、死産	<ul style="list-style-type: none"> 悲嘆や喪失に対する臨床心理の知識とカウンセリングスキル
	不妊治療のやめどき	<ul style="list-style-type: none"> 特別養子縁組や里親制度を含む社会的養護に関する知識

報提供の手引き」⁹⁾と患者向けのリーフレットを作成しており、治療開始前から、不妊治療の全体像と併せて、治療以外の選択肢（特別養子縁組制度・里親制度の利用、子どもをもたず夫婦2人で暮らす）について全患者に周知することや、特別養子縁組・里親を経験した人から話をきく機会の提供を推奨しているが、不妊治療の現場で、どの程度特別養子縁組や里親制度に関する情報提供が実施されているのか、手引きに沿った情報提供が可能であるかは明らかにされていない。そこで、我々は2022年4～6月に京都府内の産婦人科不妊治療施設を対象に、特別養子縁組・里親制度に関する情報提供についてwebアンケートを実施した(N=40)¹⁰⁾。制度に関する情報提供を日常的に行っている施設は全体の僅か10%であり、一般不妊治療だけを行う施設では0%であった。一般不妊治療施設では制度の情報提供が先送りにされ、高度生殖補助医療施設でも一部の施設でしか情報提供が行われていない現状が明らかになった。また、厚生労働省が作成した手引きで推奨されているような、治療開始前から制度に関する情報提供を行うことや、患者会を実施して制度を利用した当事者の話を聞く機会を提供すると前向きに答えた施設は50%以下であった。

女性不妊のメンタルヘルスへの対策

結婚すると自然妊娠するものだと誰しもが考えるが、これは学校教育で妊娠・不妊の教育が十分でないことが一つの要因と考えられる。「不妊治療の実態に関する調査研究」では不妊治療を受けたことのある当事者を対象に妊娠・不妊に関する知識の習得について調査をしているが、妊娠のメカニズムについては「習っていない」と回答したのは全体の22.1%であったのに対し、不妊治療については「習っていない」と回答した者が全体の52.4%と過半数を超えていた³⁾。晩婚化の影響で夫婦の4.4組に1組が不妊治療を受けていることや、年齢とともに妊孕性が低下することを教育することで、不妊治療に早期に結びつき、不妊治療を受けることが特別なことではないという認識をもつことで、治療に伴う精

神的負担を軽減できると考えられる。

次に、十分な数のカウンセラーを配置し、患者が適切な心理的支援を受けられる体制づくりが必要であるが、前述のように、不妊カウンセリングには幅広い知識とスキルが求められるため、非常に専門性が高い。日本不妊カウンセリング学会が不妊カウンセラーの資格を認知しており、すでに1,000名以上の有資格者がいるが、ベースの保有資格が看談師・保健師・助産師・鍼灸師の方が多く、臨床心理士・公認心理師資格を持っているカウンセラーはごく少数である⁴⁾。これに対して、生殖心理カウンセラーは、日本生殖心理学会が認定した不妊や生殖にかかわる心理的困難を抱えた方への心理的支援を担う臨床心理士・公認心理師で、不妊当事者の複雑な心理を支援することのできる、より専門性の高い資格となっている。2023年現在、全国で95名の生殖心理カウンセラーが認定されているが、生殖補助医療管理料の届出医療機関が全国で610施設(2022年7月1日現在)もあることを考えると、生殖心理カウンセラーの数はまだまだ不足している。

こうした専門職の養成に加えて、ピア・サポーターの養成も進められている。不妊症患者に対する精神的サポートとして、医師、助産師、看護師、心理職などの専門職による支援に加え、過去に同様の治療を経験した者による傾聴的な寄り添い型ピア・サポートが重要であるとして、厚生労働省は2021年度よりピア・サポーターを育成するため、相談・支援にあたって必要となる基礎知識やスキルを習得するための研修事業を開始し、同事業は2023年度よりこども家庭庁に移管されている。専門性の高い生殖心理カウンセラーの養成と配置には相応の時間がかかるため、まずはピア・サポーターによる支援を幅広く行い、そこで対応しきれない患者への支援を生殖心理カウンセラーが行うといった活用法が期待される。

最後に、我々が行ったアンケート調査からは、特別養子縁組や里親制度に関して厚生労働省が推奨する通りの情報提供を各病院が行うことは難しく、新たな工夫が求められる。一般不妊治

療施設で治療開始時点から利用可能なパンフレットの作成や、どの不妊治療施設に通っていても今後の選択肢について情報提供を受けたり、治療中の気持ちの揺れを話せたりする第三者機関の相談窓口の設置が有効ではないかと考えられる。著者らが作成に携わったパンフレット「2人で考えるこれからの選択肢」は、一般社団法人日本意思決定支援機構のホームページよりダウンロード可能である (URL: <https://www.dmsoj.com/report>)。

男性不妊のメンタルヘルスについて

男性不妊の正確な有病率ははっきりとはわかっていないが、不妊の原因が男性側にのみある割合が約30%で、男女いずれにも不妊の原因がある場合を含めると、全体の約50%に男性側の問題が関わっていると考えられている¹¹⁾。しかし、男性不妊患者が経験する精神的負担については小規模な研究で調査されているのみであり、これまで見過ごされてきた感が否めない。

井口は、男性不妊患者の心理状態について、男性不妊発覚時、初診時、手術前、手術後、治療終結時に分けて経時的に解説しているが、その中で、最も心理的な負担がかかるのは、男性不妊発覚時と手術後の二点である¹²⁾。

不妊発覚時には、男性は今までに経験したことがないような強い衝撃を受け、自分が生殖能力に欠けた不完全な存在であるという思いを抱き、自責感を強める。また、妻を始めとする家族に対して申し訳ないという気持ちを強める。一方で、周囲の期待に応えたい、自身の血のつながりのある子どもを持ちたいという治療に対して前向きな感情も併せ持つなど、男性不妊が発覚した時の心理状態は非常に複雑であるが、その告知のあり方に大きな問題が存在する。

厚生労働省が2015年に実施した「我が国における男性不妊に対する検査・治療に関する調査研究」によると、最初の精液検査は7~8割のカップルが産科・婦人科で受けているが、検査結果については、「カップルそろって聞いた」48%、「女性がひとりで聞いた」46%、「男性がひとりで聞いた」12%となっており、検査結果

を女性がひとりで聞いてそれを男性に伝えるという状況が珍しくない¹³⁾。一方、泌尿器科で精液検査を受けた場合は、「カップルそろって聞いた」35%、「女性がひとりで聞いた」0%、「男性がひとりで聞いた」63%であり、医師から男性患者に直接告知がなされている。告知様式の違いが男性のメンタルヘルスに与える影響や、その後の不妊治療への姿勢に与える影響を調べた研究は見当たらないが、男性の極めて重大な個人情報、医師から直接聞く機会なく妻から伝え聞くというあり方は望ましいものではないであろう。告知の際に、男性不妊が決して珍しい病態ではないことや、今後の検査や治療法、もし血のつながりのある子どもを持ってなかった場合の選択肢に関する情報提供と、心理的サポートが必要ではないだろうか。

不妊発覚時よりもさらに心理的負担がかかるのは、手術後、特にmTESE (顕微鏡下精巣内精子採取術) による手術不成功時である。女性の場合、体外受精・顕微授精が一度不成功に終わっても、2回目、3回目と治療を繰り返すことは一般的だが、mTESEの場合、精巣の更なる萎縮や不可逆性の男性ホルモンの低下を招く恐れがあるため、複数回手術を受けることは推奨されていない。すなわち、一度mTESEを受けて不成功に終わった場合は、自分と血のつながりのある子どもを持ってないという事実にただちに向き合うことになり、AID (artificial insemination with donor's semen, 非配偶者間人工授精) と呼ばれる第三者の精子を用いた治療を受けるのか、特別養子縁組や里親の道に進むのか、あるいは夫婦2人で生きていくかの選択を迫られることになる。しかし、自らの性役割を果たせなかった男性は、遠慮や申しわけなさ、罪悪感などから、自己主張や意思表示が困難になり、夫婦が進む方針を決められなくなってしまう¹²⁾。

大野田らが精子回収不成功であった97例のその後の転帰について調べたところ、患者自らが治療終結を決定したのが3例、AIDを選択したのが34例、特別養子縁組を選択したのは2例、他院への転院4例、方針未決定54例であった¹⁴⁾。方針未決定が半数以上であったことから、手術

不成功後の方針を決めることがいかに困難であるかがわかる。大野田らは、精子回収が不成功であったカップルにとって術後はあまりにも受け入れ難い事実と直面した状況であり、そこで初めてAIDや特別養子縁組などの情報提供をしてもタイミングとしては遅く、もっと早い時点、すなわち術前の説明までには精子が得られなかった場合のその後の選択肢について、情報提供が行われるべきであると主張している。

我々は2022年12月から2023年2月に全国の男性不妊治療施設を対象に、特別養子縁組制度・里親制度に関する情報提供についてwebアンケートを実施した(N=52)¹⁵⁾。制度に関する情報提供を行っていたのは、mTESE実施群では37.0%(27施設中10施設)、mTESE非実施群では12%(25施設中3施設)であり、mTESE実施群の方が制度の情報提供を積極的に行っていた。しかし、患者との治療関係が悪化してしまうといった理由で、治療開始前などの早い段階での情報を提供するのには難しいと考える医療者も一定数存在した。治療開始前から情報提供を行うのか、手術が不成功に終わってから行うのかは、手術に携わる主治医の倫理観や価値観が反映される部分であるが、後者の場合は、より丁寧な時間をかけた情報提供が求められるであろう。

男性不妊のメンタルヘルスへの対策

男性不妊を抱えた患者本人に医師から直接検査結果が説明されることは、今すぐできる対策の一つであろう。ただし、その際に心理的なサポートをあわせて行う必要がある。多忙な不妊治療外来の中で行うための一つの対策としては、男性不妊の一般的な知識、検査、治療法などを概観できるとともに、もし血のつながりのある子どもを持てなかった場合の選択肢についての

情報を提供するパンフレットの活用が考えられる。

また、前述の大野田らの調査によると、精子回収が不成功に終わった場合、特別養子縁組よりもAIDを選択するカップルの方が圧倒的に多いが¹⁴⁾、社会的養護のもとにいる児童の多さや特別養子縁組制度で親子になった当事者の幸福度の高さを考えると¹⁶⁾、特別養子縁組や里親を選択する夫婦がもっと多くいてもよいのではないかと思われる。そのためには、不妊治療施設において、AIDに関する医学的な情報だけでなく、社会的養護の現状についても十分な情報提供が必要ではないだろうか。

おわりに

不妊治療に伴う精神的負担とその支援のあり方について概説した。不妊治療中は、自責感、喪失感、無力感などを感じる場面が多々あり、抑うつや不安を強めることが明らかになっている。その支援については、医学的な問題だけでなく、社会的、心理的な相談に乗ることができ、幅広い知識とスキルをもつ生殖心理カウンセラーの配置が求められる。カウンセリングの中では、治療の辞め時や、治療終了後の夫婦の進む方針を決めることが最も難しい問題であり、治療のできるだけ早い段階から特別養子縁組や里親制度、夫婦2人での生活に関する情報提供を行い、家族形成のあり方について一緒に考えていく姿勢が望まれる。

謝 辞

本研究はJSPS科研費23K01908の助成を受けたものです。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990-2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>, (参照 2023-07-26)
- 2) 厚生労働省. 不妊治療と仕事との両立サポートハンドブック.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30l.pdf>, (参照 2023-07-26)
- 3) 厚生労働省. 令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 不妊治療の実態に関する調査研究 最終報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000766912.pdf>, (参照 2023-07-26)
- 4) 増田健太郎. 不妊治療と不妊カウンセリングの臨床心理学的研究. 精神科, 42: 645-650, 2023.
- 5) Kato T, Sampei M, Ssaito K, Morisaki N, Urayama K. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life of Japanese women at initiation of ART treatment. Sci Rep. 11: 7538, 2021.
- 6) 子ども家庭庁支援局家庭福祉課. 社会的養育の推進に向けて.
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/8aba23f3-abb8-4f95-8202-f0fd487fbe16/355512cb/20230401_policies_shakaiteki-yougo_68.pdf, (参照 2023-07-26)
- 7) United Nations General Assembly. Guidelines for the Alternative Care of Children.
<https://digitallibrary.un.org/record/673583>, (参照 2023-07-26)
- 8) 新たな社会的養育の在り方に関する検討会. 新しい社会的養育ビジョン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf>, (参照 2023-07-26)
- 9) 厚生労働省. 令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 不妊治療中の方等への特別養子縁組制度・里親制度に関する情報提供の手引き.
[https://www.yokohama-cu.ac.jp/news/2016/dr3e64000009pzm-att/20160822_h27kourou_yumura.pdf](https://sukoyaka21.cfa.go.jp/wp-content/uploads/2022/04/135%E4%B8%8D%E5%A6%8A%E6%B2%BB%E7%99%82%E4%B8%AD%E3%81%AE%E2%BD%85%E7%AD%89%E3%81%B8%E3%81%AE%E7%89%B9%E5%88%A5%E9%A4%8A%E5%AD%90%E7%B8%81%E7%B5%84%E5%88%B6%E5%BA%A6%E3%83%BB%E9%87%8C%E8%A6%AA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E6%83%85%E5%A0%B1%E6%8F%90%E4%B%E9%B%E3%81%AE%E6%89%8B%E5%BC%95%E3%81%8D.pdf), (参照 2023-07-26)
- 10) 垂水みなど, 中前 貴, 飯田直子, 平松伶彩, 森泰輔, 成本 迅. 産婦人科不妊治療施設における里親, 特別養子縁組制度に関する情報提供についての実態調査. 日本生殖心理学会誌 (投稿中)
- 11) Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clin Biochem. 62: 2-10, 2018.
- 12) 井口亜由. 男性不妊当事者の心理的支援. 精神科, 42: 675-681, 2023.
- 13) 湯村 寧. 厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業 我が国における男性不妊に対する検査・治療に関する調査研究 平成27年度総括・分担研究報告書.
https://www.yokohama-cu.ac.jp/news/2016/dr3e64000009pzm-att/20160822_h27kourou_yumura.pdf, (参照 2023-07-26)
- 14) 大野田晋, 杉本公平, 岩端威之, 山本 篤, 宮田あかね, 寺井一隆, 岡田 弘. 男性不妊患者の治療後転帰から考える情報提供のあり方. 日本生殖心理学会誌, 3: 13-17, 2017.
- 15) 中前 貴, 垂水みなど, 森 泰輔. 男性不妊治療施設における特別養子縁組制度・里親制度の情報提供に関するアンケート調査. 第68回日本生殖医学学会術講演会・総会, 2023.
- 16) 公益財団法人 日本財団. 養子縁組をした762人の親子のこえ.
https://nf-kodomokatei.jp/wp-content/uploads/2022/09/2203NF_yurikago_A5_20p_0207.pdf, (参照 2023-07-26)

著者プロフィール



中前 貴 Takashi Nakamae

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学・講師

略 歴：2003年3月 京都府立医科大学医学部 卒業

2009年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科 卒業

2011年10月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 助教

2013年4月～2014年3月

アムステルダム大学アカデミックメディカルセンター客員研究員

2017年12月～現職

専門分野：強迫症

最近興味のあること：特別養子縁組・里親制度の普及

- 主な業績：1. Nakamae T, Narumoto J, Shibata K, Matsumoto R, Kitabayashi Y, Yoshida T, Yamada K, Nishimura T, Fukui K. Alteration of fractional anisotropy and apparent diffusion coefficient in obsessive-compulsive disorder: A diffusion tensor imaging study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **32**(5): 1221-1226, 2008.
2. Nakamae T, Kitabayashi Y, Okamura A, Shibata K, Iwahashi S, Naka F, Morinobu M, Watanabe M, Narumoto J, Kitabayashi M, Fukui K. Insight and quality of life in long-term hospitalized Japanese patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* **64**(4): 372-376, 2010.
3. Nakamae T, Narumoto J, Sakai Y, Nishida S, Yamada K, Nishimura T, Fukui K. Diffusion tensor imaging and tract-based spatial statistics in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* **45**(5): 687-690, 2011.
4. Nakamae T, Narumoto J, Sakai Y, Nishida S, Yamada K, Fukui K. The neural basis of dysfunctional beliefs in non-medicated patients with obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **37**(1): 22-25, 2012.
5. Nakamae T, Narumoto J, Sakai Y, Nishida S, Yamada K, Kubota M, Miyata J, Fukui K. Reduced cortical thickness in non-medicated patients with obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **37**(1): 90-95, 2012.
6. Nakamae T, Sakai Y, Abe Y, Nishida S, Fukui K, Yamada K, Kubota M, Denys D, Narumoto J. Altered Fronto-striatal Fiber Topography and Connectivity in Obsessive-Compulsive Disorder. *PLOS ONE* **9**(11): e112075, 2014.
7. Abe Y, Sakai Y, Nishida S, Nakamae T, Yamada K, Fukui K, Narumoto J. Hyper-influence of the orbitofrontal cortex over the ventral striatum in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. **25**(11): 1898-1905, 2015.
8. van den Heuvel OA, van Wingen G, Soriano-Mas C, Alonso P, Chamberlain SR, Nakamae T, Denys D, Goudriaan AE, Veltman DJ. Brain circuitry of compulsivity. *Eur Neuropsychopharmacol*. **26**(5): 810-827, 2016.
9. de Vries HT, Nakamae T, Fukui K, Denys D, Narumoto J. Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. *BMC Psychiatry*. **18**(1): 9, 2018.
10. Watanabe A, Nakamae T, Sakai Y, Nishida S, Abe Y, Yamada K, Yokota I, Narumoto J. The Detection of White Matter Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder Revealed by TRActs Constrained by UnderLying Anatomy (TRACULA). *Neuropsychiatr Dis Treat*, **14**:1635-1643, 2018.
11. Duration of untreated illness of patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. Matsumoto Y, Nakamae T, Abe Y, Watanabe A, Narumoto J. *Early Interv Psychiatry*. **15**(6): 1644-1649, 2021.