

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 12 日現在

機関番号：17102

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2015～2017

課題番号：15K13145

研究課題名(和文) 不妊治療カウンセリングと不妊治療教育の臨床心理学的研究

研究課題名(英文) Clinical psychology research on fertility treatment counseling and fertility treatment education

研究代表者

増田 健太郎 (MASUDA, KENTARO)

九州大学・人間環境学研究院・教授

研究者番号：70389229

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,200,000円

研究成果の概要(和文)：女性の妊娠適齢期は医学的には25歳から35歳であるが、女性の平均初婚年齢は年々上昇しており、不妊症の夫婦も増加している。不妊症の原因の40%は女性で、25%は男性であり、両方が原因の場合は24%である。不妊治療をうけるには心理的抵抗がある夫婦は多い。しかし、不妊のためのカウンセラーは少なく、その方法論も確立していない。そこで、不妊治療の現状を海外調査で行い、カウンセリングの方法の開発を試みた。時間設定・質問内容・面接の方法について検討し、その方法を不妊カウンセラー研修会等で実践を行った。患者のニーズに応じた生殖医療の専門的知識とカウンセリングのスキルの両方のバランスが必要である。

研究成果の概要(英文)：As for the pregnancy marriageable age of the woman, medically the average age for first marriage of the woman rises every year, and the number also of married couples with sterility increases from 25 years old though it is 35 years old. It is 40% for the cause both the woman 40% of the cause of sterility, and man 25%. There are a lot of couples that there is psychological resistance in undertaking the fertility treatment. However, the counsellor for infertility has not established the methodology few. Then, the current state of the fertility treatment was done by an overseas investigation, and the method [nitsute] development of the counseling was tried. The method of the time setting, the content of the question, and the interview was developed, and the method was practiced in the infertile counsellor training association etc. Both special sexual knowledge of the reproductive medicine corresponding to patient needs and the skill of the counseling balances are necessary.

研究分野：臨床心理学

キーワード：不妊治療 カウンセリング 心理教育 高度生殖医療

### 1. 研究開始当初の背景

日本の特殊出生率は1.47人であり、年々減少している。少子化の原因は、結婚の高齢化と不妊症の増加である。女性の妊娠適期は医学的には25歳から35歳であるが、女性の平均初婚年齢は年々上昇しており、不妊症の夫婦も増加している。不妊症は2002年に12.7%8組に1組であったが、2010年には16.4%6組に1組と上昇している。不妊症の定義も変更され、現在では、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を言い、その一定期間は1年間である。なお、妊娠のための医学的介入が必要な場合は期間を問わない」とされている。不妊症の原因の40%は女性で、25%は男性であり、両方が原因の場合は24%である。女性のリスク要因は、年齢が40歳以上、月経周期の異常、骨盤内炎症疾患、重症の子宮内膜症、卵巣の手術既往、抗がん剤または放射線治療の既往があげられ、男性側のリスク要因としては、精巣の手術既往、成人発症のムンプス、性機能障害、抗がん剤または放射線治療の既往、他のパートナーとの不妊歴があげられる。(日本生殖医学学会編、生殖医療の必修知識2014)。生殖医療の発達により、日本の体外受精での出生数は1995年5687人で0.5%だったのが、2013年には42554人4.1%で40万人以上が体外受精での出生児である。

不妊治療を受けるには心理的抵抗がある夫婦は多い。不妊治療者の心理的不安は、妊娠への不安、治療への不安、経済的負担、周囲の無理解、仕事との両立の不安があげられ、また、近年では、セックスレス夫婦の増加や陰内射精障害の夫も増加している。性に関する知識は、日本の教育の中で正しく得られてこなかったために、ネットや友人からの歪曲された情報に基づいている人も多い。不妊治療の負担感として、身体的負担感「身体がだるい・体重の増加・眠りが浅い・気持ちが動揺する・気が滅入る・いらいらする。」(高崎、1999)がある。社会的負担感として、「職場におけるプライバシー保持の困難、上司への気兼ね、不妊治療を受ける女性への無理解・同僚の妊娠出産する気持ちの揺れ」(林谷、2011)が指摘されている。心理的負担感として、「この方法しかない治療を受けることを誰かに知られたくない。やっても効果がでない。ライフプランが持てない、一生涯子どもが持てないのではないかという不安(高橋、1999)体外受精までして、子どもが欲しいか自分でもわからない」(新野、1999)「月経ごとに強い落ち込み」(岡永、2006)不妊の原疾患の特性や妊娠予後に対する不確かさ(遠藤、1996)不安は治療開始前よりも、採卵前、胚移植前が上昇し、妊娠判定検査前では最も高い不安を示す(早坂、2005)が明らかになっている。

筆者が、3年間で夫婦カウンセリング、妻のみ、夫のみのカウンセリングを26回行ったが、身体的心理的負担感として、夫の場合、仕事の疲れとともに、生殖のみを目的とする性交渉に抵抗があること、妻に対する理想化によって、EDになったケースもあった。タイミング療法に対する抵抗感は、夫側にあることが多い。妻の心理的負担感として、周囲の友人・知人に子どもが生まれて、SNS等で写真が送られてくること、年賀状に子どもの写真がうつっていることで、自分の女性性が否定されたと感じる事例もあった。夫婦の生き方、子どもに対する思いの温度差があることから夫婦関係が悪化したり、夫が不妊検査になかなか同意してくれなかったりなど、不妊検査をした時に、無精子症と診断されて、抑うつ状態になった事例もあった。また、不妊治療の結果、妊娠したとしても、妻が40歳を超えており、母子ともに健康であるかの不安が大きく、不妊治療を継続すべきか悩む事例も散見された。

不妊治療に至るプロセスは、不妊に気づく夫婦共に治療を開始する不妊治療の終結の3段階がある。の不妊に気づくには、情報提供が必要であり、夫婦の医学的検査が必要である。の夫婦共に治療を開始するプロセスでは、体外受精を行うか、男性が無精子症の場合、他人の精子での体外受精を希望するかの葛藤、どこの病院で体外受精をするかの迷い、経済的負担をどう解決するか、原家族にどのように話すか、女性の場合、年休を取る必要がある勤労者の場合、上司や同僚にどのように話せばよいのかという悩みがある。の不妊治療の終結は、「子どもを出産することができた」場合と、「不妊治療をあきらめる」という二つがある。子どもが出産できた場合でも、「他人の精子での体外受精の場合、子どもの出自を知る権利」を踏まえて、どの段階で子どもに話せばよいのかという葛藤が存在する。「不妊治療をあきらめた場合」には、夫婦だけの生活を楽しんでいくのか、里親になるのか、特別養子縁組になるのかという選択を迫られることになる。

### 2. 研究の目的

以上述べてきたように、不妊治療に関しては、多様な負担や心理的不安が生じることになる。しかし、不妊のためのカウンセラーは少なく、その方法論も確立していない。そこで、本研究においては、不妊治療カウンセリングの方法を開発することである。

### 3. 研究の方法

不妊治療の現状をオーストラリアで行い、継続的にカウンセリングの在豪在住の2事例を分析し、カウンセリングの方法について開発を試みた。時間設定・質問内容・面接の方法について検討し、その方法を不妊カウンセラー研修会等で実践をし、検討する。

#### 4. 研究成果

##### (1) オーストラリアでの調査

オーストラリアは妊娠に関する知識は、男性第3位、女性第2位である。(Jacky Boin 2009)であり、生殖医療技術も発達した国である。2015年10月と2017年6月の2回、オーストラリアのパースの高度生殖医療センターと産婦人科に訪問調査を行った。また、そこで紹介された不妊治療を希望する夫婦の妻の不妊治療カウンセリングを始めた。初回は対面で120分間、以降は、スカイプとメールで20回行った。

高度生殖医療センターは、産婦人科医の3名の他、培養士5名、医療コーディネーター、不妊カウンセラー3名が在職する。産婦人科医・培養士・不妊カウンセラーに面接調査を行った。不妊治療に対する意識が高いオーストラリアでは、最初に不妊カウンセラーが面接を行う。その後産婦人科医が医学的診断を行い、不妊治療を行う場合、毎週女性の血液検査でホルモンの状態をチェックする。血液検査のみであるため時間的には女性の勤務後、勤務終了後などできるように配慮されている。夫以外の精子で体外受精を行う場合、産婦人科医の医学的診断と体外受精コーディネーターの情報、不妊カウンセラーが面接を行った夫婦のニーズを調整した上で、不妊治療の方向性を検討する。このようにチーム医療がシステマティックに行われる体制が整っていた。また、不妊治療をあきらめた場合、里親や養子縁組を希望する夫婦には、里親紹介団体に繋ぐこともある。不妊治療や里親に対する教育・情報がいきわたっているオーストラリアにおいては、偏見は少なく、体外受精で生まれた子どもであることや里親であることなど、原家族や近所、職場で日常的に話すことができるために、社会的心理的負担感は少ないとのことであった。女性の勤労者に対する配慮もあり、血液検査や体外受精をする場合は勤務先が勤務時間を配慮する態勢が整っている。

近年、日本の生殖医療も高度化してきている。病院においては、産婦人科医と泌尿器科医、培養士、看護師、体外受精コーディネーターでのチーム医療も進んできている。しかし、精神科医や臨床心理士などのカウンセラーも含めたチーム医療の体制を整えることが、今後の不妊治療には不可欠である。

##### (2) 不妊カウンセリングの面接調査から

パースでのクライアントは2名である。女性32歳と38歳である。初回面接は、対面で120分間行った。結婚の経緯、夫婦関係・経済的状況、夫との生活や価値観、原家族の情報などクリニックの面接室を借りて行った。

32歳の女性は、結婚して3年目であるが、自然妊娠しないために、不妊治療を行うか葛藤の起こしているときであった。葛藤の理由は、夫の経済力、夫との価値観の違いである。夫は性格的には穏やかであるが、経済力が安定せずに、不妊治療にかかる経済的負担が耐

えられるのか、また、不妊治療をしてまでも子どもが欲しいとは思っていないとのことであった。面接をする中で、32歳という年齢を考えた場合、卵子の老化が始まっており、不妊治療を開始するかどうかは、早めに決めた方がよいこと、経済的負担は公的援助でまかなえることなどの情報提供を行い、夫婦で相談するように話して面接を終えた。その後はスカイプや電話・メールでの2週間に1度の面接を行った。面接を始めて3回目の時に、夫も不妊治療を始めることに同意してくれたとの報告があった。幸い、夫は無精子症ではなく、妻のホルモンの関係が不妊の原因であった。不妊カウンセリングの場合、性生活のことも尋ねる必要がある。対面の時は聞きにくい質問ではあったが、電話相談時は、筆者自身も尋ねやすいことに気づかされた。面接は、対面やメール、スカイプなどのツールや方法にも、面接の内容が大きく影響されることが示唆された。

タイミング療法は3ヶ月でやめ、卵子・精子を取り出しての体外受精をすることになった。幸い、2度目の体外受精で、受精卵を着床させることができ、翌年には女兒を出産することができた。不妊治療中のカウンセリングの内容は、血液検査に通う時間的・身体的負担感や体外受精への不安、夫の健康状態の不安が中心であった。無事に産んだあと、再びオーストラリアで対面での面接調査を行った。面接を継続しての利点を尋ねると、医学的専門的知識の提供と、友人や夫にも話せない不安や性のことを安心して話せることで、心理的に落ち着くことができたとのことであった。受精卵は状態がよいものを2つ凍結しており、長子が3歳になった時に2人目を出産するとのことであった。

38歳の女性も、初回は対面で、2回目から1ヶ月に1回はスカイプと電話での面接であった。38歳という年齢もあり、夫婦で話し合った結果、すぐに、体外受精を試みることになった。面接の内容は、着床しないことへの哀しみ、次にうまくいくかどうかの不安が中心であった。不妊治療に関する知識は豊富で有り、情報提供の必要は無かった。39歳の終わりでの面接では、40歳の誕生日が来て、うまく行かなかった場合は、あきらめて次の選択肢を夫婦で探すとのことであった。17年の対面での面接では、実子は「健全にあきらめる」ための面接となり、「産むよりも育てる」ことに生きがいを見いだそうとしている状況であったため、「里親と特別養子縁組」についての情報提供で終結した。

##### (3) まとめにかえて

不妊治療カウンセリングには、生殖医療の専門的知識が必要であり、また、性生活について尋ねることもあるので、「安心感・安全感」を基盤としたラポールが必要である。相談者と面接者の性別・年齢も面接に大きな影響を与える。男性は女性のカウンセラーには話しにくいこと、また、若い男性には子どもがで

きない心理状況を「理解してもらえない」という心理が働く。夫婦カウンセリングの場合は、最初に夫婦で合同面接をした後に、守秘義務を説明した後、別々に面接を行い、再び合同面接をして、不妊治療の方向性を調整することが求められる。不妊カウンセラーには、患者のニーズに応じた生殖医療の専門的知識とカウンセリングのスキルの両方のバランスが必要である。

不妊治療のチーム医療の中に、生殖医療の知識と里親・養子縁組の制度を理解している心理士が必要である。

引用文献・参考文献

日本生殖医学会編、生殖医学の必修知識、2014

## 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)

〔雑誌論文〕(計 0件)

〔学会発表〕(計 0件)

〔図書〕(計 0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計 0件)

名称：

発明者：

権利者：

種類：

番号：

出願年月日：

国内外の別：

取得状況(計0件)

名称：

発明者：

権利者：

種類：

番号：

取得年月日：

国内外の別：

〔その他〕

ホームページ等

## 6. 研究組織

(1)研究代表者

増田 健太郎 (MASUDA, Kentaro)

九州大学大学院・人間環境学研究院・教授

研究者番号：70389229