

特集 不妊治療と患者支援

不妊症と患者支援

中塚 幹也^{a,b*}, 平松 祐司^b

^a岡山県不妊専門相談センター, ^b岡山大学医学部 産科婦人科

キーワード：不妊症，不育症，少子化，不妊専門相談センター，特定不妊治療費助成事業

はじめに

不妊症の治療は、時に、患者にとって、先の見えない長く暗い洞窟の中を手探りで進んでいくようなものとなる。通常の疾患のように、一定のプロトコールに沿って、検査、治療という形をとらない場合も多い。例えば、卵管閉塞に対して腹腔鏡下に開口術を行うことで、卵管閉塞という異常は治癒する。しかし、それによって妊娠しなければ、問題は解決しない。卵管の手術をせず、体外受精を施行することもある。治療の選択肢は多岐にわたり、患者は、妊娠せず月経を迎えるたびに、毎月、次は、どちらの道を進むか選択を迫られる。不育症の場合は、やっと妊娠しても、流産や死産を繰り返す。妊娠しても元気な子供を抱き上げるまで不安は消えないのである。

不妊症の多くは、癌などの疾患とは異なり、放置しても体調が悪くなるわけではない。また、結婚していて子供がいない状態であったとしても、あるいは、その原因として卵管閉塞という異常が存在していたとしても、本人に育児希望がなければ不妊症ではない。不妊症の最終診断は医師ではなく、本人が決定するのである。不妊症の治療を続けてきて、依然として子供を持ってなくても、本人が諦めれば、不妊症という病名は消える。これらを本人が選択しなければならないため、精神的なストレスは大きくなりやすい。不妊症の場合、その主体は女性本人のみではない。夫婦の関係において生じる問題である。また、その影響は周囲に波及するため、家族全体の問題にもなり、さらに言えば、少

子化対策に躍起になる政府（国）の問題ともなる。

不妊症患者の精神的ストレスとその支援

先の見えない長く暗い不妊症治療の洞窟に、それなりの決意で迷い込むこともあるが、気軽に入り込んで引き返せなくなることも多い。手探りで進んでいくのは、夫婦一緒の場合もあり、どちらか一方だけの場合もある。多くの不妊治療は、女性に身体的、時間的負担を負わせるものであり、妻が1人で悩みを抱えている場合も多い。

排卵時期を推定して性交渉を持ってもらった場合や、人工授精をした場合、また、体外受精で胚移植を行った場合など、妊娠する期待が大きいほど、妊娠かどうかかわかるまでの期間の精神的ストレスは増大していく。さらに、身内や友人の何気ない「子供はまだ？」などの言葉は、不妊症患者に、さらなる精神的ストレスを与える。子供を持つことは極めて個人的な問題であるにもかかわらず、政府が声高に「少子化対策」を唱えると、不妊症患者はプレッシャーを感じることになる¹⁾。不妊症患者は、子供を持ってないこと自体と、世間や政府からのプレッシャーにより、二重の苦しみを与えられている。

この状態が続けば、普通の人間であれば、種々の適応障害を起こしても不思議ではない。実際、不妊症患者では、不安感、うつ状態の発生が高率との報告がある^{2,3)}。不妊期間が長くなるほどその有病率は上昇するとの報告もある⁴⁾。私達の検討でも、子宮内膜症(子宮内膜症は不妊症の原因となることが知られている。)の症例のうち、不妊症の不安のある症例は「敗北者だと思ふことがよくある。」と考えやすく、自尊感情の低下がうかがわれる⁵⁾。また、流産や死産を繰り返し子供を得ることのできない不育症患者では、流・死産による喪失経験も加わり、不妊症患者とは異なる不安が強く

平成17年6月受理

*〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1

岡山大学医学部 産科婦人科

電話：086-235-7320 FAX：086-225-9570

E-mail：mikiya@cc.okayama-u.ac.jp

なる可能性がある⁶⁾。

日本においては、不妊治療に対する夫の協力がいない場合は、妻に不安やうつ状態が発生しやすいことも報告されている⁷⁾。野田聖子元郵政大臣の著書である「私は、生きたい」の中での、夫である鶴保庸介参議院議員とのやりとりは、不妊症の治療に通院する共働き夫婦に見られる1つのパターンである⁸⁾。『体外受精を始めたころが、夫婦関係はいちばんぎくしゃくしていました。……回数を重ねるごとに「おれもこれだけ努力しているんだから、きちんと作れよな」と思うようになりました(笑い)。……子どもができないまま治療をやめると、夫婦をつなぐものがなくなってしまいそうで怖い。だからこそ、彼女も私も一生懸命努力しているのかもしれない(鶴保議員、2005年6月5日、朝日新聞朝刊)。』

不妊患者の精神的ストレスに対する支援に、不妊カウンセリングがある。不妊カウンセリングは、検査や治療などに関する医学的事項の説明と、心理学的なサポートとから成る。生殖補助医療の具体的な方法、あるいは、卵子や精子、胚の状態など、一般には理解しにくいところを医学的に、かつ、わかりやすく説明することも精神的なストレスを軽減すると考えられる⁹⁾。また、心理学的なサポートには、ピア・サポートとして、患者グループによるストレスマネジメント教室などの試みもある^{10,11)}。精神的ストレスが軽減されれば、患者のQOLを向上させるのは当然であるが、不妊症の治療成績向上にも寄与する可能性も報告されている¹²⁾。

ちなみに、鶴保議員は、「社会が悪いから少子化になるという以前に、子供がほしくても授からない夫婦が本当に多い。そういう人たちを政治がバックアップすべきだと気づきました。」とも述べている(2005年6月5日、朝日新聞朝刊)。それでは、政府はどのような対策を行っているのだろうか？

少子化対策としての不妊症患者の支援

1人の女性が一生のうちに産む子供の数を推計した合計特殊出生率は、2004年には1.29をきっていたことが報告された。現在も低下は止まっておらず、日本の人口は2006年をピークに減少に転じると予測されている¹³⁾。1990年の「1.57ショック」、1992年の「平成4年度国民生活白書」(「少子社会」という言葉を一般化した)を経て、1994年末に策定された少子化対策である「エンゼルプラン」は、保育所サービスの拡充に主眼

を置いたものであった。1999年末には、当時の大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣の合意で「新エンゼルプラン」が策定され、この中で、2004年までに、不妊専門相談センターを各都道府県に設置することが目標とされた¹⁴⁾。

また、2001年から2010年までの10年間の予定で、安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりをスローガンに、国民運動計画として厚生労働省の推進する「健やか親子21」が開始された。この中でも、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援が謳われている。住民に対しては、「妊産婦や不妊の夫婦に優しい社会の実現を図るために努力」を、地方公共団体に対しては、「不妊専門相談センターの整備」「慢性疾患や障害を持つ親や社会的ハンデキャップを持つ親の出産に関する支援(不育症の一部が含まれると考えられる)」を、国に対しては、「妊娠・出産・生殖補助医療に関する調査・研究の推進」「国立成育医療センターにおける生殖補助医療技術を使用した医療体制の整備」を、また、民間団体に対しては、「妊娠・出産・産褥・不妊に関する相談・カウンセリング等の支援の推進」を、と呼びかけている。また、中間の年となる2005年(平成17年)には、実施状況を評価し見直しを行うことになっている。

2002年には、合計特殊出生率は低下し、一層の少子化進展が予測されたこともあり、厚生労働省はこれまでの少子化対策を点検し、「少子化対策プラスワン」をまとめた。また、これを具体化するために、2003年には「次世代育成支援対策推進法」と「改正児童福祉法」(いわゆる「少子化対策法」)が提出された。この中では、2005年度からの10年間を子育て支援の集中期間とし、全自治体と約12,000の大手企業に支援策や数値目標を定めた行動計画を策定することを義務付けた。この次世代育成支援対策の中でも、不妊治療の倫理面・技術面、体制整備などの課題に取り組むとともに、経済面を含めた支援の在り方について検討するとしており、不妊専門相談センターの整備を目標としている。

1999年、与野党が超党派で「少子化社会対策議員連盟」を結成し、2003年には議員立法として、少子化社会対策基本法が成立した。この中では、「国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする。」とされている。

これに基づき、内閣府に、内閣総理大臣を会長、全閣僚を委員として、少子化社会対策会議が設置された。この中では、少子化の危機感が社会全体で共有されていないとして、「少子化社会対策大綱」が作成された(2004年閣議決定)。少子化社会対策大綱による「子ども・子育て応援プラン」の中では、「子どもが健康に育つ社会」「子どもを生み、育てることに喜びを感じることでできる社会」への転換のため、10年後を展望した「目指すべき社会の姿」を提示し、それに向けて2009年度までの5年間に重点的に施策を実施するとしている。不妊に悩む者への支援としては、不妊専門相談センターを、2004年度の51都道府県市から、2009年度には95都道府県市(全都道府県・指定都市・中核市で設置)に拡充させ、不妊に悩む夫婦に関する医学的・専門的な相談や不妊による心の悩み等について相談できる体制整備を図るとしている。また、特定不妊治療費助成事業も、2004年度の87都道府県市から、2009年度には95都道府県市(全都道府県・指定都市・中核市で実施)に推進し、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成することで、不妊症治療に伴う経済的負担の軽減を図るとしている。

不妊症の経済とその支援

不妊症患者は、他の患者と同様に病院に通っていても、周囲からは「病気ではない」と思われやすい。実際、体外受精や顕微授精などの生殖補助医療は、主要な不妊治療であるにも関わらず、健康保険の対象とならない。施設によって異なるが、人工授精は1回につき数千円～1万円、体外受精は1回につき30～40万円、顕微授精は1回につき40～60万円の自費負担となる。1回の体外受精・胚移植による生児獲得率が約30%であることを考えると、1年に複数回、体外受精を施行する夫婦も多い。仕事を休んだり、場合によっては、退職したりして不妊治療をする女性も多く、これによる収入減も経済的負担となる。

2003年に報告された厚生労働省の「2000年度人口動態職業・産業別統計」によると、子供の出生率は、父親、母親ともに管理職において最も高かった。父親では、2位のサービス業の約2倍の出生率、母親でも、2位の専業主婦を大きく引き離している。1997年に私達が岡山市内で行った調査でも、有職の妊婦は、専業主婦の妊婦に比較して、より多くの子供を持ちたいと答えていた¹⁵⁾。これらのデータは、父母の経済力が子供

を持つ条件として重要になっていることを示している。不妊治療の恩恵を受ける機会の配分にも、夫婦の経済力が及ぼす影響は大きくなっていると考えられる。すなわち、不妊治療にかかる経済的負担が大きくなればなる程、経済力のある夫婦しか不妊治療を受けられないのである。

内閣府の平成16年度少子化社会白書によると、少子化社会対策関係予算のうち、不妊症関連の予算額は、平成15年度が1億1,200万円(全体の0.0076%)、平成16年度が26億6,700万円(全体の0.16%)である¹⁴⁾。予算全体に占める割合を計算して()の中に示してみたが、あまりに少ないと感じるのは私だけであろうか。少子化社会白書の中でも、不妊治療に関する記述は187ページのうちの10行ほどである。

前述の特定不妊治療費助成事業は、国と、都道府県、指定都市、または中核市とが、予算を出し合う形で行われ、2004年度からほとんどの地域で開始された。特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)以外の治療法では妊娠の見込みがないか、極めて少ないと医師に診断された戸籍上の夫婦に限り、特定不妊治療に対して、1年度あたり10万円、通算2年まで支給される。しかし、所得制限があり、夫婦の所得額の合計が650万円を超える場合は、助成を受けられない。では、総所得額が650万円以下の夫婦にとっての恩恵は大きいかというと、生児を得るまで何回か体外受精を受ける場合を想定すると、このような夫婦にとって1年度当たり10万円の支給では、残りの自己負担分が依然として大きいと考えられる。このため、申請条件が満たされない場合や、申請する(すなわち、体外受精を行う)だけの経済的余裕がない場合も多く、2004年度は特定不妊治療費助成の申請数が予測数を下回った自治体も多いようである。

岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育とこころの相談室」の活動

2004年までに、各都道府県に不妊専門相談センターを設置するとの目標を達成すべく、岡山県からの委託を受け、2004年5月、私達は不妊専門相談センターを開設した(図1)。不妊症診療に伴う検査、治療、予後などの情報提供、特定不妊治療費助成事業の申請資格や申請法の説明、また、治療に伴う不安や家族や社会からの精神的ストレスなどに対する心のケアなどを行っている。検査や治療法、心理状態の点で、不妊症と

は異なり、あまり、相談する窓口もない不育症患者にも対応している。また、本人や家族の遺伝疾患などのために、将来の妊娠に不安を持つ男女の相談も受けている。さらに、性感染症や思春期やせ症など、思春期の種々のトラブルに関しても、将来の妊娠に対する不安から、本人や家族から相談を受けることもある。

2005年6月現在、数名のコア・メンバーと不定期のメンバーを合わせると、不妊カウンセラー、兼、体外受精コーディネーター1名、生殖医療担当医師4名、臨床心理士1名、看護師・保健師・助産師8名がセンターに所属している。また、必要な時には、泌尿器科生殖担当医、遺伝専門医、精神科医、内科医などの協力も得ている。毎週水曜日・金曜日の午後1時～5時に予約制で、プライバシーの守れる個室で、1組につ



図1 岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育とこころの相談室」のカウンセリング室



図2 岡山県不妊専門相談センターのホームページ

き約1時間の枠を取って無料相談を行っている。また、電話、FAX、E-mailでの相談にも応じており、さらに、ホームページ (<http://www.okayama-u.ac.jp/user/hos/funin/index1.html>) 上で種々の情報提供も行っている(図2)。

2004年度(11ヶ月間)の相談件数は515件であり、相談方法の内訳は、来所が97件で約2割、これに対し、E-mailが約半数、電話が約3割であった(図3)。電話やE-mailでの相談が全体の約80%を占めており、相談者が、物理的、時間的な利便性を求めていることがうかがえる。また、氏名について名乗ることは必須としていないため、「顔や、名前を知られないという安心感」が存在する可能性もある。

相談のあった人数としては239名で、女性が約94%を占め、年齢の確認できた女性のうちでは、30代が約61%を占めていた。来所や電話での相談を受け付けている時間が、平日の午後であることから、特に、職業を持っている男性には相談しにくくなっている可能性がある。また、検査や治療が女性中心で行われていることが多く、また、種類も多岐にわたることなども、女性からの相談が多い要因であるとも考えられる。

相談の内容別に見ると、515件の約半数が不妊に関するものであり、不育症が16.3%、遺伝疾患も含めた種々

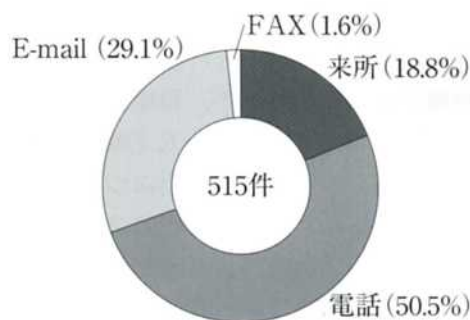


図3 岡山県不妊専門相談センターへの相談方法(2004年度)

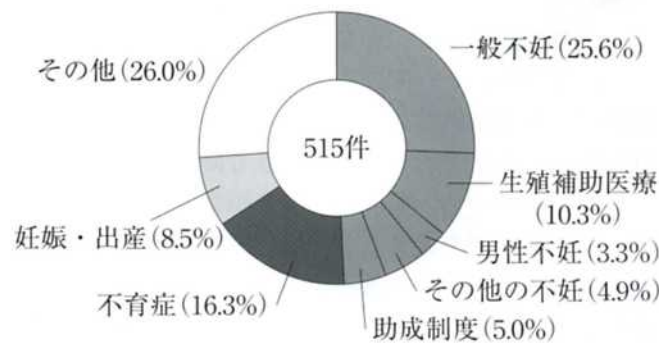


図4 岡山県不妊専門相談センターでの相談内容(2004年度)

の疾患のための妊娠・出産への不安が8.5%，その他、分類が困難な複合的なものが残りの約1/4を占めていた(図4)。相談件数も比較的多かった不育症患者では、不妊症患者とは異なり、妊娠してからも精神的ストレスが続く。このため、妊娠してからの相談も多いため、カウンセラーには妊娠に関する知識も要求される。また、相談内容は、医学的なことのみではなく、夫婦間、医師・患者間などの人間関係や、種々の社会的・経済的問題が絡んだものも多く、これらの解決のためにはサポートする側にも、幅広い知識を持つことや他職種との連携システムを確立しておくことが求められる。

おわりに

不妊症患者への支援というと、不妊相談や不妊治療への助成金に、目を奪われがちになるが、問題は、そのように単純ではない。岡山県不妊専門相談センターへの相談内容でも約1/4は分類不能であり、生殖の問題以外も絡んだ複合的なものである。また、不妊症患者の支援は、不妊症の時期だけの支援ではない。不妊症の主要な原因となっているクラミジア感染症などの性感染症に関しては、思春期の頃からの支援が必要である。また、人工妊娠中絶、薬物乱用、喫煙、飲酒、過剰なダイエット、さらには思春期特有の心の問題からも、思春期の男女をまもる必要がある。また、抗癌剤などにより卵巣機能や精巣機能が失われる可能性があるため、治療前の白血病や癌患者などからも、妊孕性を維持するための方法に関して相談を受けることもある¹⁶⁾。

都道府県別の排卵誘発剤消費量と双胎の発生率とが相関することが知られているように、不妊治療とともに多胎の発生率は上昇している。多胎児では、早期産、低出生体重児の発生率も高くなる。また、不育症では、流産を免れても胎児発育遅延から、早期産、低出生体重児となる症例の発生は避けられない。このため、不妊症や不育症治療での妊娠では、産後の育児支援も重要になる。

不妊症の治療も不育症の治療も、必ずしも最終的に生児を得ることができるとは限らない。養子制度、里親制度に関する情報提供も患者への支援となる場合もある。また、何事も際限なく求める世界においては、不妊治療も例外ではない。第3者の配偶子を使用した体外受精、代理母、着床前診断、人クローンなどを求める患者もいる。これらに対する倫理観、哲学も、その支援には必要になってくるであろう。

文 献

- 1) 柏木恵子：子どもという価値—少子化時代の女性の心理、中央公論新社、東京(2001) pp 211-212.
- 2) Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E: Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (2004) **117**, 126-131.
- 3) Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD: Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* (2004) **19**, 2313-2318.
- 4) Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, Jafarabadi M: A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* (2004) **4**, 9.
- 5) 江見弥生, 中塚幹也, 奥田博之: 拳児希望のある子宮内膜症症例の自尊感情についての検討. *母性衛生* (2005) 印刷中.
- 6) Craig M, Tata P, Regan L: Psychiatric morbidity among patients with recurrent miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynaecol* (2002) **23**(3), 157-164.
- 7) Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry* (2004) **26**, 398-404.
- 8) 野田聖子：私は、産みたい、新潮社、東京(2004)。
- 9) Emery M, Beran MD, Darwiche J, Oppizzi L, Joris V, Capel R, Guex P, Germond M: Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod* (2003) **18**, 2647-2653.
- 10) McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Vanscoy SE, Arthur NJ, Hickman TN, Robinson RD, Neal GS: Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* (2000) **74**, 87-93.
- 11) 中山美由紀, 小泉智恵, 上澤悦子, 遊佐浩子, 中村水緒, 川内博人, 草野いづみ, 鈴木一基: 不妊夫婦のためのストレスマネジメント教室を実施して. *日本不妊カウンセリング学会雑誌* (2005) **4**, 69.
- 12) Sanders KA, Bruce NW: Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Hum Reprod* (1999) **14**, 1656-1662.
- 13) 松谷明彦, 藤 正巖: 人口減少社会の設計—幸福な未来への経済学, 中央公論新社, 東京(2002)。
- 14) 内閣府: 少子化社会白書(平成16年版), ぎょうせい, 東京(2004)。
- 15) 松岡亮平, 鎌田泰彦, 中塚幹也, 山崎浩子, 山中龍太郎, 山本美紀, 山本宣和, 吉田英司, 木村吉宏, 多田克彦, 工藤尚文: 岡山市内における少子化の現況～勤労妊婦へのアンケートから～. *岡山県母性衛生* (1998) **14**, 14-15.
- 16) 中塚幹也: 血液疾患治療時の不妊とその対策. *血液フロンティア* (2005) **15**, 1145-1151.