

## 不妊治療を受けている患者・家族に対する看護支援 ガイドラインの作成とネットワークの構築に関する研究

ガイドライン作成に向けた現状分析：看護者のジレンマ・ストレスに  
関する内容分析および提供されている看護とその環境に関する分析

主任研究者	森 明子	聖路加看護大学
研究協力者	村本淳子 岸田佐智 有森直子 福井トシ子	三重県立看護大学 高知女子大学 聖路加看護大学 杏林大学医学部付属病院

### 研究要旨

本研究は、不妊治療施設の看護者が抱えるジレンマ・ストレスの内容および提供している看護とその環境について明らかにすることを通して看護の現状を分析し、看護機能を活かすための要件を明らかにし、看護支援ガイドラインの作成とネットワークの構築に資することを目的とした。全国 150 施設の看護者に対する無記名の自記式質問紙による調査結果の中から、不妊患者の看護に関連するジレンマ・ストレスの内容分析を行った。さらに、不妊患者または不妊治療後の妊産婦の看護にたずさわる 7 施設の主として看護責任者に対し、行っている看護とその環境についてインタビューを行なった。これらの分析から、看護機能を活かすための要件として、不妊治療を提供する場の状況に合った看護機能を充実すること；看護は点ではなく、治療プロセスに添って患者の状況全体を線で結びながら機能できるようにすること；相談と看護機能の関係を明らかにし、相談への患者のニーズが生まれ、応じられるような看護を提供していくこと；看護の機能として患者に何を提供できるのかを看護者自身が明らかにし、専門分化も含めて、体系化していくこと；不妊患者に対する看護機能を高めるためには看護者への教育を強化することを明らかにした。

### 研究目的

本研究は、不妊治療を受けている患者とその家族への看護支援ガイドラインの作成と、治療や看護支援に関する情報を共有できるネットワークの構築により、患者とその家族、看護職双方のニーズの充足に資することをめざしている。そのため、今年度は、1) 不妊治療とそれを受ける患者・家族と関わりをもっている看護者が抱えるジレンマ・ストレスの内容を明らかにすること、および、2) 不妊治療施設において提供している看護と、それが提供される環境について明らかにすること、を通して看護の現状を分析し、看護機能を活かすための要件を明らかにすることを目的とした。

### 研究方法

#### 1. 看護者のジレンマ・ストレスに関する内容分析

- 1)対象：不妊治療実施施設において不妊患者の看護に関わっている看護師
- 2)データ収集方法：協力を得て行なった全国150施設の看護師に対する無記名の自記式質問紙による調査結果の中から、不妊患者の看護に関連するジレンマ・ストレスがあると回答された場合に、その内容について自由記述してもらった文章をデータとした。不妊患者の看護上、体験するストレスはさまざまなジレンマと関連し、ジレンマとオーバーラップして存在することが予測されたために、「ストレス・ジレンマ」を併記することによりその全体像が見えてくると考えた。ジレンマとは、「相反する二つの事（取りたい行動、価値観などについて）の板ばさみになってどちらとも決めかねる状態」と、ストレスとは、「不快、苦悩、ジレンマなどによる否定的な反応のために精神的緊張がもたらされた状態」と、定義した。
- 3)データ分析方法：記述された文章から、まとまりのある意味内容を抽出、コード化し、分類、カテゴリ化をはかった。

## 2.提供されている看護とその環境に関する分析

- 1)対象：不妊治療実施施設において不妊患者または不妊治療後の妊産婦の看護にたずさわる看護師。主として責任者の立場にある者。
- 2)データ収集方法：上記1)の質問紙調査において看護役割総得点または相談に関する役割得点のいずれかが平均点以上あり、調査への協力の得られた全国7施設の看護師に半構成型インタビューを行ない、言語化された内容を記述しデータとした。インタビュー項目は、不妊治療提供システム、相談機能、共同・連携、看護の4つを柱として構成した。なお、データ収集補助のため、対象の了解を得てテープ録音を行なった。また、施設を訪問した際にインタビューアが観察した事柄もデータの一部とした。
- 3)データ分析方法：記述した面接および観察データを看護提供とその環境を探る観点から分析・検討した。

上記1. および2. の結果に基づいて、看護機能を活かすための要件を抽出した。

## 研究結果

### 1.看護師のジレンマ・ストレスに関する内容分析

不妊患者の看護における看護師のジレンマ・ストレスは24のサブカテゴリをもつ5カテゴリに分類された(表1)。以下、カテゴリ毎にサブカテゴリとデータの記述内容を述べる。

#### 1)不妊治療の提供システムから派生する看護師のジレンマ・ストレス

このカテゴリには以下(1)～(7)の7つのサブカテゴリが含まれた。

##### (1)＜不妊治療の特性を踏まえない診療設備＞

「採精室がないことが問題」「IVF専用の処置室がなく安らいだ雰囲気がない」「設備面で不十分で患者が辛い思いをしている」など、従来の診療科設備の仕様で不妊治療を提供していることに関連した内容があった。

##### (2)＜妊産婦と不妊患者を同エリアで看護すること＞

「同じ場を共用するうえでの配慮が難しい」「不妊患者に精神的苦悩を与えているのではないか」「不妊と産科のどちらもはケアしにくい」など、不妊患者を妊産婦のいる外来や病棟に収容していることに関連した内容があった。

##### (3)＜不妊患者のプライバシー保護が守れない＞

「他の患者と診察室が同じ」「受精台がカーテン1枚で仕切られているだけ」「パートナーのプライバシーへの対応も考慮した個別の場所がない」など、プライバシーを守れないことに関連した内容があった。

##### (4)＜診療体制・治療方針に関する疑問＞

「妊娠後のフォローをしない医師がいる」「治療や検査の適応に疑問を感じる」「医師

間の統一性を欠く」「時間外受診が多く、振りまわされる」など、診療の体制や方針に関する内容があった。

(5) <不妊患者の看護のために他業務への支障>

「不妊患者の電話に対応するのに他の患者への看護を中断しなければならない」「IVFの介助が加わると他の入院患者を受け持っているうえに仕事量が増える」など、他の業務への影響に関する内容があった。

(6) <接触そのものの短さ、場所がないために関わりがもてない>

「入院期間が短く人間関係が成り立たない」「患者とゆっくり話す時間がもてない」「話す場所がない」などの内容があった。

(7) <多忙、マンパワー不足のために関わりがもてない>

「仕事の多さに追われ、患者の話をゆっくり聴いたり話すことができない」「多数の患者に対し看護婦が少なく十分な対応ができない」などの内容があった。

2) チーム関係やメンバー役割から派生する看護者のジレンマ・ストレス

このカテゴリには以下(1)～(3)の3つのサブカテゴリが含まれた。

(1) <職種間の関係・連携の不足>

「医師－看護者の連携が少ない」「外来－病棟の連絡がうまくいかず患者に迷惑がかかる」「医師間のコミュニケーションが不足している」「医師を含めたカンファレンスがなく、患者の背景や治療方針が把握しにくい」などがあつた。

(2) <不妊治療・医師と患者の間をつなぐ役割の不足>

「医師の患者への説明が難しすぎて患者は看護婦に聞いてくる」「患者からの治療に関する質問や問い合わせに対し的確に答えなければならない責任を感じる」「患者の意見や要望が医師に伝わっていない様子で患者は不満が残っている」などがあつた。

(3) <医師との関係の強さのために関わりにくい>

「医師がすべてを取り仕切り看護婦が介入する隙間がない」「患者と医師との間だけで進み、あまり看護婦が入り込めない」「患者と医師との信頼関係が厚く、患者は看護婦の介入を望んでいないように思える」などがあつた。

3) 不妊看護に関するジレンマ・ストレス

このカテゴリには以下(1)～(6)の6つのサブカテゴリが含まれた。

(1) <不妊患者の看護の重要度が下がる>

「重症患者がいると不妊患者に手をかける比重が軽くなってしまふ」「手術患者や末期患者に比べ、重症感が少ないために関わりが薄くなる」など、看護の重要性は認識しながらも、現実には優先度が低くなっていることに関連した内容であつた。

(2) <継続性のある看護の提供が困難であること>

「他院からの紹介者に対し継続性がもてない」「多数の患者との短い関わりの中で継続看護を実施するのは難しい」などであつた。

(3) <関わりかた・関わる範囲がわからないために関わりにくい>

「不妊患者に対しどのように関わっていけばよいか迷ふ」「看護者としてどこまで介入していったらよいか」「どの程度まで関わりをもっていったらよいかわからない」「なかなか深く関わっていくことができない」「中途半端にかかわるといけないと思う」などがあつた。

(4) <長期に渡り妊娠しない患者、妊娠することが不確かな患者、妊娠に失敗した患者、患者の治療継続(中断・中止)の意思決定、に対する看護の難しさ>

「治療成果がなく長期に渡り通院している患者に対する看護の難しさ」「治療がいつまで続くかわからず、どのように励ましや言葉をかけたらよいかわからない」「生理があつた後の対応のしかたがわからない」「少しの可能性にも賭けたい思いやあきらめたいという思いをもつ患者にどのような対応がよいか考えさせられる」など、不妊患者の悩みに対する具体的な看護に関する内容があつた。

(5) <不妊患者の内面(心理面・精神面)の看護の難しさ>

「患者が求めるケアは個々に違ふような気がして難しい」「不妊患者の看護は心理面についての看護が重要である点がストレス」「表面だけの看護しかできず患者の内に秘めた

問題に対する看護ができない」「精神的援助が十分できていない」などがあった。

(6) <不妊患者のケアの不確立感>

「不妊患者のケアがはっきりつかめず、何をすべきか日々悩んでいる」「ケアが確立されていないので戸惑う」という内容があった。

4) 看護者個人におけるジレンマ・ストレス

このカテゴリには以下(1)～(5)の5つのサブカテゴリが含まれた。

(1) <看護者の結婚・妊娠などの同性としての経験の相違>

「自身は未婚で不妊かどうかもわからずほんとうにわかってあげられないのではと思う」「自身が妊婦のとき対応するのが患者の気持ちを考えると申し訳ない気がする」「自身は不妊でなく、悩んだことがなく十分に思いを汲んであげられているか不安」などがあった。

(2) <患者と看護者自身の価値観の違い>

「子を熱望する気持ちはわかるが治療内容がエスカレートしてしまってよいのだろうか」「子をもつこと以外に生き方があると思うのでそのことに必死になるのはどうかと思う」「個人的な価値観が違い看護に限界を感じる」などがあった。

(3) <看護者の学習・力量の不足感>

「不妊治療についての知識が浅く、患者に聞かれても答えられない・相談にのれない」「患者にわかりやすい言葉で説明できない」などがあった。

(4) <患者の悩み・苦痛・負担に晒されていること>

「通院と仕事の狭間で苦しむ人を見ている」「世間はなぜ不妊の人を傷つける言動をするのかと思う」「治療費が高いこと」などがあった。

(5) <不妊患者に対するネガティブな認知>

「神経質な人が多い」「多くが自分勝手にわがままな人である」「必要以上に知識が豊富で悪い方に考えたり他の患者に悪い影響を与えることがある」などがあった。

5) 患者・家族との対人関係におけるジレンマ・ストレス

このカテゴリには以下(1)～(3)の3つのサブカテゴリが含まれた。

(1) <患者の心理的特質のために関わりにくい>

「患者仲間の団結が強くて入り込めず、なんとなく怖い」「少し変わっているので関わりにくい」「接しづらい人が多い、神経質になっている患者にどう関わっていけばよいかわからない」などがあった。

(2) <夫と関わりをもつこと・家族関係への対応の難しさ>

「夫婦・家族のことをどこまで聞いてよいのか、聞くことでこれらの関係がうまくいかなくならないかが心配で十分相談にのれない」「夫が治療に消極的なとき、どのように指導していけばよいのか」「患者は子がいなくてもよいと考えているのに周囲の人が望んでいるとき」などがあった。

(3) <不妊患者に対するネガティブな認知によるネガティブな対応>

「IVF 患者は回数を重ねるに従いだんだんわがままになる人が多く、対応していると不快な思いをすることが多い」「丁寧に接したいと思いつつも話をよく聞かず、忙しい時間に同じ質問を電話してきたり治療より仕事を優先させる患者に冷たい対応をしてしまう」などがあった。

## 2. 提供されている看護とその環境に関する分析

### 1) インタビューの概要

協力施設の種類の、大学病院 1、病院 3、診療所 3 であった。7 施設中、6 施設が不妊外来もしくは IVF 専門外来をもち、特別な枠として設けていないのは 1 施設のみであった。外来を訪れる一日の不妊患者数は、最少数 5 人、最多数 160 人と幅があった。外来におけるスタッフの職種と人数は、医師 1～5 人、助産婦 0～8 人、看護婦 0～12 人、准看護婦 0～6 人、検査技師 0～4 人であった。その他には、エンブリオロジスト、カウンセラー、医療秘書、医療事務、補助婦などであった。

インタビューには、看護責任者 (IVF コーディネーター含む) 9 名の他、医師 3 名、検査技師 2 名、カウンセラー 1 名の協力が得られた。

## 2) 不妊治療提供システム

治療の受け手である患者側に立つという看護の視点で、患者に対してどのように不妊治療を提供しているのかを明らかにした。

不妊治療提供のしかたからみた 7 施設の診療形態は 3 つのタイプに及んだ (図 1)。一つは、産婦人科の治療と一般不妊治療と Assisted Reproductive Technology (以下 ART と略す) を行なう施設であった。二つ目は、婦人科の患者は皆無ではないけれども不妊治療がほとんどで、一般不妊治療も ART も行なう施設であった。三つ目は、ART のみ紹介患者に対してだけ行なっている施設であった。一つ目のタイプの施設は卵巣過剰刺激症候群の治療入院、患者が妊娠した場合、流産に対する予防的入院や出産のための入院にも応じていた。二つ目、三つ目のタイプは、患者の妊娠後、出産までのケアは他院に移る必要があった。

患者の ART の受けかたは 3 つのタイプに及んだ (図 2)。一つは、入院せず、外来の通院のみで受けるやりかたで、不妊治療専門の診療所 3 施設が該当した。二つ目は、婦人科と他科との混合病棟に入院して受けるやりかたで、2 施設あった。三つ目は、産科と婦人科の混合病棟に入院して受けるやりかたで、2 施設あった。また、入院して受ける 4 施設には、ART を受ける施設内の場所に関しても 2 つのタイプがあった (図 3)。4 施設とも採卵は手術室で行なうということだったが、胚移植は分娩室で行なうところが 1 施設あった。

検査・治療に関する患者への説明や調整を担う人が誰かにより 2 タイプに分かれた (表 2)。一つは、それらをほとんど医師が行なっている施設で 4 施設あった。もう一つは、医師も行なうが、コメディカルも行なっている施設で 3 施設あった。この 3 施設はいずれも診療所であり、そのうち 1 施設には看護者の IVF コーディネーターがいた。

このように治療提供システムがさまざまであることは看護を提供するときに直接、間接的に影響を及ぼし、一律には支援のあり方を決められない。

## 3) 相談機能

不妊治療を受ける患者からの相談をどのように吸い上げ、応じているのかを明らかにした。

不妊患者からの相談に応じるために場所や時間を確保し、人員配置を行い、システムとして有していたのは 7 施設中 2 施設であった。その 2 施設とも診療所であった。そのうち、1 施設ではカウンセリング室にカウンセラーを置いていた。他方の 1 施設では、医師、コメディカルを問わず、スタッフ全員で行っていた。

患者からの相談に対する看護者の意味づけと対応のしかたに 5 つのタイプがあった (図 4)。それらは「医師に差し向ける中継型」「気持ちや状況を受けとめるケア型」「検査・治療などに関する説明型」であり、さらに「検査・治療などに関する説明型」が「無意識に説明型」「意識して説明型」に分類された。

「医師に差し向ける中継型」は、患者から看護者への、心理面、家族や夫婦関係などに関する相談はないとし、治療面での相談であると判断されたならば医師に中継ぎし、医師に応じてもらうというものであった。

「気持ちや状況を受けとめるケア型」は、あえて相談という形、システムをとる、とらないとにかかわらず、患者に接し、提供している日々の看護の中で、不妊患者が経験している気持ちや状況をとらえたり、患者からの要請があったときに、看護の役割として、それに対するケアを行なうというものであった。

「検査・治療などに関する説明型」は、応じ方として検査・治療についての説明をするというものであった。これには、相談と言えはこうした説明行為を行なうことだと無意識に思っている場合の「無意識に説明型」と、相談内容が精神的な側面のものであればカウンセラーに任せ、看護の役割として、検査・治療などに関する説明をすることに徹する場合の「意識して説明型」とがあった。

このように、相談のとらえ方、応じ方は看護者により、さまざまであった。

また、相談あるいは精神面での援助に関して、誰が関わるか、どのような形で関わるかということに関係する言及がいくつかあった。話したいときに訪れて、話したい人を選べばよい、患者からの相談に応じることを重視し互いに容認する職場風土ができているとい

うもの。診察後の患者の感情のフォローは看護師でなければならないことだというもの。医師と患者の関係がよくても、診察室では患者は感情を抑さえる傾向があり、診察室を出た直後の感情処理の時空を共にすることが必要な患者がいるというものであった。医師からの言及では、治療に関する説明や相談、精神面のケアは医師が直接行なうよりも、話しやすさ・尋ねやすさの点、患者の理解を助けるという点、男であることでフォローの限界がある点などにより、看護師かカウンセラーが行なう方が望ましいというものがあつた。そしてとくにこれらの対象として看護師・医師に共通していたのは回数を重ねても妊娠しない人、流産した人などうまくいかなかった人へのケアであつた。

#### 4) 共同・連携

医療者間の共同・連携をどのように行なっているのか、それを看護師としてどのようにとらえているのかを明らかにした。

医師間の関係について、不妊治療には一人の医師しか関わらない施設から、複数の医師で行っている施設まであつた。看護師から見た評価では、医師により診たてや手技の力量の差がある、産科と小児科（とくに NICU との関連で）の連携がよくとれている、逆にとれていない、医師間の教育・指導が行き届いている、などがあつた。また、おおむね医師・患者間の信頼関係はよいと評価していた。

病院の看護師においては、外来と病棟のスタッフ交えてのミーティングはほとんど開かれていなかった。しかし、主として妊婦ケアを目的としてはあるが病棟スタッフが毎日外来に行っており、不妊治療や患者に関する情報は得られるという施設が3つあつた。また、病棟スタッフ間の話し合い、ミーティングを定期的にもつていても、内容を不妊治療・看護に限定したものは開かれていなかった。看護管理者からのスタッフの評価はおおむねよく、信頼関係があると考えられた。

不妊治療との関連で看護に関する継続記録（看護サマリーなど）は、切迫流産などで入院した場合の退院時にまとめる、生まれた未熟児・多胎児が退院するときに地域の保健センターに対して送る、など、入院設備をもつ施設では活用するところがあつた。しかし、二ヶ所以上の施設で不妊治療を受ける場合や患者の妊娠後、出産のためのケアを受ける施設に移る場合などに関しては用いられていなかった。

職種を交えた不妊治療チームとしての関わりがない、もしくは不明瞭にとらえられていたのは4施設であつた。それらの施設では、医師、看護師、技師など交えたチームとしての話し合い、ミーティングなどは行なわれていなかった。チームとして勉強会を行なっている施設は2つあつた。一つは週1回、もう一つは不定期に開くということであつた。フォーマルな話し合い、ミーティングはないが、チームとしての意識や誇りを明瞭にもつている施設が1つあつた。

チームとしての関わりをもつている3施設の、各職種役割分担については、医師は検査・治療の方針を決めるという点で3施設は共通していた。1施設は、検査技師は患者に検査・治療の説明をする、検査・治療に関する相談に応じる、という役割であつた。別の1施設では、それは看護師の IVF コーディネーターの役割であつた。また別の1施設は、検査技師と看護師の役割分担が明確でなく、すべてのスタッフが何でもできる（ただし、検査技師は注射・採血をしない。看護師は配偶子操作をしない。）と考えていた。看護師は説明に対する患者の理解の確認と補足、治療に関する具体的な日程調整、訴えを聴く、診療を補助する、などで3施設は共通していた。

このように、不妊治療に関わっている各職種メンバー相互間の関係はおおむね肯定的にとらえられていたが、不妊治療専門の診療所を除くと、不妊治療のチーム医療としての位置づけは弱かつた。

#### 5) 看護

不妊の患者・家族に対し、どのような看護を提供しているのか、重視していることは何か、課題は何かを明らかにした。

看護として行なっていること、気をつけていることとして次ぎのような内容が挙げられた。

(1) 環境の調整：主に部屋の配慮。女性ばかりの混合病棟などでは入院理由などの個人の

プライバシーが保たれるようにする。褥婦・新生児がいる病棟では泣き声などが聞こえないようにする。

施設から連絡が必要な場合で患者が留守の場合は施設名を出さないようにし、注意深くメッセージを残す。

(2)心のケアや精神的な援助：心からサポートする気持ちで接する、ひとりひとりの相手の気持ちを大切に、患者に不快な思いをさせない、気遣いのある言葉で対応するなど。具体的には、受け持つ看護師の配慮。婦長や副婦長など経験豊かなベテランナース、前回と同じナースにする。ただじっくり患者の話を聴く、それで患者は答えを見つけていく。

(3)家族、とくに夫への配慮：面会の柔軟性や夫婦のプライバシーが保たれるようにする。男性不妊の場合は、とくに採精が可能な状況をつくるためにゆっくりと落ち着ける空間とプライバシーを考慮している。

(4)ARTに関する説明や相談、説明に対する患者の理解の確認と補足：不妊治療あるいは生殖に関わる女性・男性の解剖生理の理解のための知識提供も行なう。

(5)インフォームドコンセント：自分の検査や治療に関し十分に理解してもらう。

(6)治療に関する調整・連絡：チームの役割分担や一日の流れを把握し、それぞれの役割の動きを調整しながら治療を進めていく。

(7)ART前後の患者ケア

(8)ART中の患者ケア、ARTの補助

(9)患者の負担をできるだけ少なくする：時間に関することや身体的苦痛に関して。

(10)症状に合わせたケア、セルフケアができるような援助。

(11)患者の理解を深める：社会的経済的制約を受けて、大変な状況の中で治療を受けている人が多い。そういうことを理解しながらケアにあたる。

(12)できるだけ患者の希望に添う：採卵の日時の調整、治療方法の細かな相談など、治療の中で柔軟にできることはまず患者の意思を尊重する。

(13)ミスをしなないということ：必要な注射や、採卵・採精できた配偶子、受精卵などの扱い。絶対に名前を間違わない。患者にとってのその周期その周期を大切にすること。

看護固有の役割や気をつけていることの内容について何も言及されなかった施設も中にはあった。

また、今後の課題、取り組んで行きたいこととして次ぎのような内容が挙げられた。

(1)専門として取り組んで行くナース（コーディネーターの育成を含む）を育てる。

(2)専門的な取り組みを合わせ、外来との継続性をつくる。

(3)外来環境の整備：プライバシーを重視した診療環境にする、相談場所を作り、専門の相談者を置く。外来での相談機能を高めたい。

(4)行なっている看護ケアの評価：ほんとうにケアが行き届いているのか患者からの評価を得たい。

今後の課題、取り組んで行きたいことはとくにないとして内容に言及されなかった施設は半数以上を占めた。

## 考察

看護師が抱えるジレンマ・ストレスに関する分析結果と看護提供とその環境に関する分析結果とを合わせて現状を論じ、看護機能を活かすための要件に焦点をあてながら考察する。

### 1.不妊治療を提供する場と看護

不妊治療を行っている施設にはさまざまな診療形態があり、患者はARTの受け方も異なり、入院中の環境も施設によって違うという現状であった。看護師からは、妊産婦と不妊患者を同エリアで扱うことや、不妊治療の特性を踏まえない設備のまま診療すること、重傷患者が同エリアにいると病状の違いにより看護を平等に提供しにくいことなどから看護上のジレンマ・ストレスが認められた。また、看護師が患者の性質を否定的に認知しが

ちであり、そのために対応も否定的になることへのジレンマ・ストレスが認められた。

治療としては必要なことを提供できても、看護の観点からは不十分・不適切なものであることがわかる。その環境は、仮に医師のニーズは満たされるとしても、看護者のニーズは満たされにくい環境である。看護者は医師から診療を補助する役割を期待されつつ患者・家族の尊厳を守り、苦悩を除き、リラックスを導くといった役割に価値を置いている。限られた時間・空間・マンパワーの中で、この二つの役割を果たさなければならない。看護の重要性はわかっているにも他に疾患をもつ重症患者がいれば、現実には優先度が低くなってしまふ。また、こうした治療環境のあり方が看護者や患者に影響して患者の性質の否定的な側面を助長していることも考えられる。このような状況が看護者のジレンマやストレスにつながり、強化しているのではないかと考える。

患者の側に立ち、人生の大切な一時期を不妊患者として過ごす人にふさわしい不妊治療の場や提供システムはどうあればよいのかを問うことと、それを実現することが本質的な取り組みであると考えているが、現段階で患者自身に必要なことは、治療の場がさまざまである現状をよく知った上で施設を選ぶということであろう。

看護者が不妊患者と関わりをもち、患者にとって必要な看護を考えるとき、診療形態や患者の取り扱いなどの違いにより、看護を展開する環境は異なったものにならざるを得ず、看護の提供のしかたもまた一様には考えられない。不妊治療を提供する場の状況に合った看護機能の充実をはかっていく必要がある。

## 2.不妊患者の看護ケア

### 1)点ではなく線で結べる看護

対象となった施設において患者が ART を受けるため入院となった場合、出会う看護者はさまざまな部署の者たちであった。多くは入院後初めて出会うことになると思われる。これでは患者の心理的な安寧をそこないがちではないだろうか。看護者間の連携も十分とは言えない状況で看護は点の関わりとなっている。看護者も継続性のある看護が提供しにくいことでストレスを感じていた。また、看護者の患者に対する否定的な認知や対応があるように、不妊患者への適切な援助がなされない段階にあると考える。心理的ストレスの多い不妊患者にとっても自分の置かれている立場を十分に理解され、治療のプロセスに添っていくような線での関わりをする援助者が医師以外にも存在することが患者の QOL を高めるのではないかと考える。

このような問題を軽減するものの一つに、不妊カウンセラーや IVF コーディネーターとしての関わりが考えられる。対象施設においても不妊治療専門の診療所では、これらの役割機能をもつ人材の活用がみられたが、病院ではみられなかった。部署が分かれ、多くの看護者が関わる病院にこそ、この導入が検討される必要があると考える。しかし、これらの人材は、治療に関わるスタッフそれぞれの役割を明確にし、チームとしての関わりを確立してこそ機能し、効果をあげるものである。単独での活動はありえない。

また、不妊の患者の検査・治療の段階には幅があるので、必ずしも治療の進行を前提としないような段階での関わりも看護では重要である。不妊治療の入り口付近にいて、検査や治療を受けるかどうかを迷っているような患者もいる。そのような患者へのサポートも必要である。さらに、看護者や医師から言及されていたように、今まさに治療を受けようとしている患者だけでなく、治療を繰り返してもなかなか妊娠しない患者、妊娠しても流産してしまった患者などへのサポートも必要である。看護は、患者の状況全体を線で結びながら機能できるようにする必要がある。

### 2)相談への応じ方やシステム作り

患者からの相談に対する看護者のとらえ方、対応のしかたはさまざまあることがわかった。説明行為を中心としたものや、生活や心理面でのケアを中心としたものや、基本的に看護では患者から相談を必要とされないとするものなどがあつた。相談活動として、システムを作っている施設もあれば、システムとしてはなくても相談があつたときに応じられる体制ができていない施設もあつた。こうしたことから、相談のシステムはあつた方がよいのか、システムを作るとしたら、何をすることが必要なのか、という問いが出てくる。

患者から看護者への相談ニーズは、まず、点での関わりしかもたない看護者に対しては

生まれにくいといえるだろう。そのうえ、実績がなければ期待も生まれにくい。また、すべての患者が看護者を相談相手に求めてはいないことを看護者はとらえていた。それは、医師との信頼関係が厚く看護者の介入を望んでいないのではないか、あるいは、患者が求めるケアは個々に違うような気がするなどの言及に示されていた。

そこで、相談のあり方として、単にシステムを作るという以前に、一つは、看護者自身が患者の状況も含め、どのように相談というものをとらえているのか、それによって何を指したいのか、看護の機能をどのように位置づけるのかを明確にすることである。そうすることで、担当者はほんとうに看護者が適するのか、ということも含めて考えられる。二つ目は、誰かに相談したいと思えるような、そしてその誰かは看護者であるというような関わりやケアをすることである。三つ目は、看護者に相談を求めたい患者が求めたいときに応じられるような体制を整えることが重要なのではないかと考える。

相談と看護機能の関係を明らかにし、相談への患者のニーズが生まれ、応じられるような看護を提供していく必要がある。

### 3)看護ケアの体系化

対象施設において実際に行っている看護や対象特性に合わせて重視している点、今後の課題などが、ある程度の共通性をもって看護の内容が明らかになった。さまざまな環境のもとで看護者は患者・家族のケアニーズに配慮していることがわかった。しかし、看護の役割として行っていることや今後の課題に言及されなかった施設も少なからずみられた。その理由には、日々、通常のこととして行っていることは改めて問われても言語化しにくいといった面や、日々、円滑にトラブルなく行われていることでどこかを改善しようという動機になりにくいという面があると考えられる。これらは今回対象とした施設の特徴であろう。また、あらかじめ体系化されていないことを実践しているがゆえに看護として語れないという側面もあると思われる。

一方で、看護者の中には、不妊患者のケアがはっきりつかめず、何をすべきか悩む、ケアが確立されていないので悩む、といったストレスを感じている者もいた。

看護の機能として患者に何を提供できるのかを看護者自身が明らかにしておくことは、専門職として不妊患者に関わるときに最低限必要なことである。看護者のケアとして、不妊患者に何を、どのような理念、原理・原則のもとに、どのような方法で提供するのかについて、専門分化も含めて、体系化していくことが必要である。

### 3.看護者に対する教育

不妊患者への看護に関し、看護管理者の中にはこれを専門とする看護者の育成を課題にあげる者がいた。

看護者のジレンマやストレスの結果からは、教育の不備を指摘しなければならない内容がみられた。一つは、対象に起こっている現象とその治療を理解するための知識に関するものである。不妊治療についての知識が浅く、患者に聞かれても答えられない、相談にのれないということがストレスになっていた。二つ目は、対象を援助するための人間関係に関する知識・技術である。とくに、看護者に、患者と自分自身の価値観の違いに関連したジレンマ・ストレス、関わり方や関わる範囲がわからないことで関わりにくいというジレンマ・ストレスなどがみられたことである。これについては、まず、看護者が自分自身の強い価値観をもつと同時に患者をありのままに受容することが可能かどうかを問う必要があるだろう。そして可能であるならば、それを可能にするような、また、人間関係上の適切な距離を維持するための心理学的な知識や訓練が必要である。先行研究から、現任教育の意義が明らかになっているが、こうした教育の普及と、どのように行っていくのかを具体的に検討していく必要がある。不妊患者に対する看護機能を高めるためには看護者への教育を強化する必要がある。

## 結論

不妊治療施設の看護師のジレンマ・ストレスに関する内容分析および提供されている看護とその環境に関する分析を行い、以下のような看護機能を活かすための要件を明らかにした。

1. 診療形態や患者の取り扱い方など多様であることで、看護を展開する環境は異なったものになり、看護の提供のしかたもまた一概には考えられないため、不妊治療を提供する場の状況に合った看護機能の充実をはかっていく必要がある。
2. 看護は点の関わりとなっているため、患者の治療プロセスに添っていくような、患者の状況全体を線で結びながら機能できるようにする必要がある。
3. 相談と看護機能の関係を明らかにし、相談への患者のニーズが生まれ、応じられるような看護を提供していく必要がある。
4. 看護の機能として患者に何を提供できるのかを看護師自身が明らかにしておくことは、専門職として不妊患者に関わるときに最低限必要なことである。看護の専門分化も含めて、体系化していくことが必要である。
5. 不妊患者に対する看護機能を高めるためには看護師への教育を強化する必要がある。

## 研究発表

### 学会発表

Mori A., Arimori N., Muramoto J., The Study of Nurses' Perception on Infertility Treatment and Nursing Care, JANS Third International Nursing Research Conference., 1998

有森直子, 森明子, 村本淳子: 不妊治療施設における看護師の役割機能と関連要因の分析, 第39回日本母性衛生学会学術集会抄録集, 172, 1998

森明子, 有森直子, 村本淳子: 不妊治療施設における看護師の役割機能を構成する因子の分析, 第18回日本看護科学学会学術集会講演集, 94 - 95, 1998

森明子, 有森直子, 村本淳子: 不妊治療施設における看護師のジレンマ・ストレスの分析, 第13回日本助産学会学術集会集録, 196 - 199, 1999

表1 不妊治療施設の看護者が自覚するジレンマ・ストレスの内容

<p>不妊治療の提供システムから派生する看護者のジレンマ・ストレス</p> <p>＜不妊治療の特性を踏まえない診療設備＞</p> <p>＜妊産婦と不妊患者を同エリアで看護すること＞</p> <p>＜不妊患者のプライバシー保護が守れない＞</p> <p>＜診療体制・治療方針に関する疑問＞</p> <p>＜不妊患者の看護のために他業務への支障＞</p> <p>＜接触そのものの短さ、場所がないために関わりがもてない＞</p> <p>＜多忙、マンパワー不足のために関わりがもてない＞</p>
<p>チーム関係やメンバー役割から派生する看護者のジレンマ・ストレス</p> <p>＜職種間の関係・連携の不足＞</p> <p>＜不妊治療・医師と患者の間をつなぐ役割の不足＞</p> <p>＜医師との関係の強さのために関わりにくい＞</p>
<p>不妊看護に関するジレンマ・ストレス</p> <p>＜不妊患者の看護の重要度が下がる＞</p> <p>＜継続性のある看護の提供が困難であること＞</p> <p>＜関わりかた・関わる範囲がわからないために関わりにくい＞</p> <p>＜長期に渡り妊娠しない患者、妊娠することが不確かな患者、妊娠に失敗した患者、患者の治療継続（中断・中止）の意思決定、に対する看護の難しさ＞</p> <p>＜不妊患者の内面（心理面・精神面）の看護の難しさ＞</p> <p>＜不妊患者のケアの不確立感＞</p>
<p>看護者個人におけるジレンマ・ストレス</p> <p>＜看護者の結婚・妊娠などの同性としての経験の相違＞</p> <p>＜患者と看護者自身の価値観の違い＞</p> <p>＜看護者の学習・力量の不足感＞</p> <p>＜患者の悩み・苦痛・負担に晒されていること＞</p> <p>＜不妊患者に対するネガティブな認知＞</p>
<p>患者・家族との対人関係におけるジレンマ・ストレス</p> <p>＜患者の心理的特質のために関わりにくい＞</p> <p>＜夫と関わりをもつこと・家族関係への対応の難しさ＞</p> <p>＜不妊患者に対するネガティブな認知によるネガティブな対応＞</p>

表2 検査・治療に関する説明・調整を担う人(7施設)

ほとんど医師が行なう	(4施設)
医師の他コメディカルも行なう	(3施設)

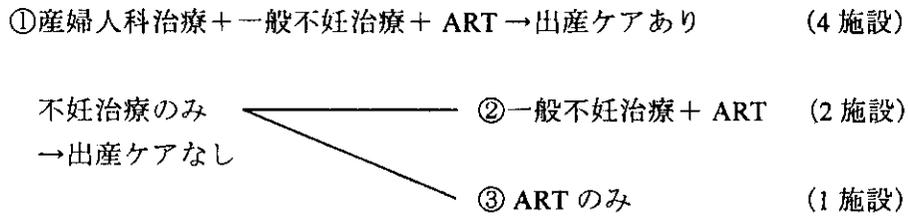


図1 診療の形態 (7施設)



図2 ARTの受けかた～入院する場合は、収容病棟の種類(7施設)

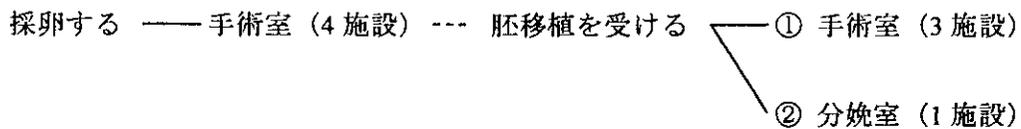


図3 入院後ARTを受ける施設内の場所(4施設)

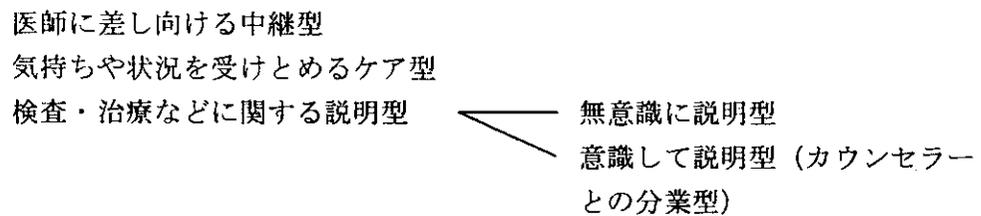


図4 相談に対する看護者の意味づけと対応のタイプ