されている。治療開始前に治療内容やその影響を説明するカウンセリング(implication counseling)、治療開始後に感情面でのサポートをするカウンセリング(support counseling)、治療的意味をもつカウンセリング(therapeutic counseling)である。とくに、患者が治療開始前に治療内容やその影響を説明するカウンセリングを受けることは事実上、義務づけられている。Human Fertilization and Embryology Authority は、プロのカウンセラーに加えて、他のどのスタッフよりも患者に近いということから、不妊看護婦のカウンセリングにおける役割の価値を認めている。看護者の役割において行う情報提供とカウンセリングとは区別すべきとしながらも、看護者の行う情報提供と「治療開始前に治療内容やその影響を説明するカウンセリング」とはオーバーラップすることが指摘されている[11]。The King's Fund Centre Counselling Committee's Report on Counselling for Regulated Infertility Treatments は、HFEA の分類に、どの医療チームメンバーでも行える情報やアドバイスおよびディスカッションの提供をする情報カウンセリング(information counseling)を含めることを推奨している[12]。今後、日本でも、不妊カウンセリングに対し、看護や看護職がどのような位置づけを置いていくのかを検討することは急務となると思われる。まずはカウンセリングケアの対象者の視点に立ちながら、不妊カウンセリングのあり方、カウンセラーに求められる資質と要件などが関連分野の職種間で、検討されることが望ましいと考える。

3. 生殖医療における看護の現状

不妊治療を行なう治療施設には主に不妊専門の診療所、一般病院、大学病院の３つに分かれる。所属する組織によって看護者の果たす役割とその機能の程度や状態が異なる。1997 年度の厚生科学研究報告（不妊治療の在り方に関する研究：看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族への関わりに関する調査－看護の役割機能に焦点を当てて－）[13]によれば、不妊専門の診療所であり、かつ相談活動を行なっている施設では、看護者自身による役割機能の評価が高かった。また、他職種との協働という役割機能をとっている人ほど看護上のジレンマやストレスが高いということ、不妊に関する教育・学習の機会をもつ者は看護役割機能の評価が高いことがわかった。1998 年度の厚生科学研究報告（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：現状分析）[14]では、看護者自身の価値観が揺らぐ出来事に遭遇したり、診療体制、治療方針に対する疑問を抱いたりなど、看護者のジレンマやストレスと看護実践の内容が明らかにされた。この背景には生殖医療における倫理の難しさがあることがうかがわれた。また、看護者と不妊患者との関わりが外来、病棟といった点での関わりとなっており、線で結ばれた働きが生まれにくいことが推察された。看護の専門分化に関する動向として、前述したように、日本看護協会では、「不妊看護認定看護師」の養成プログラム開講を今後数年内に目指している。

4. 不妊看護のあり方

このガイドラインを作成するにあたり、不妊看護の全体像を明確にする。

1)不妊看護の対象

対象とする者の範囲と当事者の反応や経験を明らかにし、理解することは不妊看護の領域においても基本であるといえる。

不妊看護では、人のライフ・ステージ、ライフ・サイクルの視点をもち、将来、子どもをもつことを望む可能性のある人々から、生殖期の年代を終えた人々への支援も念頭におく。思春期における性感染症予防やカップルの性における問題に起因する不妊などが不妊看護と関連が深い分野であることは疑いの余地がない。今後、不妊の予防という観点を不妊看護のなかでどのように取り扱っていくか議論と検討が必要であると思われる。

妊娠の成立は男女双方の要因から成り立ち、不妊治療もカップルの協力なしには成立しないことから、不妊は男女どちらかというよりカップルの問題としてとらえることが適切である。しかし、男性と女性で別々のニーズや反応を示すことから、個別に状況をとらえる必要もある。不妊の相談には、当事者の家族が訪れることもある。当事者の事柄ではあっても、家族からの影響を受けること、家族に及ぼす影響もある。配偶子の提供をめぐっては、親族、第3者の家族をも巻き込むことになる。生まれてくる子どもの幸福や権利、親子関係をも考慮しなければならない。そこで、あくまでも、当事者を中心にとらえながらも、家族をも含めた視点をもつ必要がある。

不妊の状態にある女性や男性およびカップルの中には、医学的診断によってその状態や原因を追求することを選ばない人がいる。妊娠・出産を望むけれども医療の利用は選ばない人、諸事情から選べない人もいる。地域コミュニティの中には、医療とかかわらない人々の中にも不妊の悩みをもち、妊娠・出産を望んでいる人はいる。不妊の人々がすべて必ず医療とかかわりをもつとは限らない。また、家族計画や妊娠に向けた受胎調節のニーズに対応するプライマリな機関が少ない現状では、医療機関を直接訪れるより他思い浮かばなくても当然であろう。不妊ではないかという不安から、相談したくてとりあえず受診する人がいる。一方、少なくとも今は治療を望まないが検査だけは受けたくて受診する人も存在し、必ずしも受診イコール治療希望ではない。受診してくるすべての患者が不妊やその検査・治療および医療機関について十分な知識、理解をもっているとは限らない。看護においては、受診時の対象者のニーズを明らかにし、受診の目的を明確にし、尊重することが重要である。

診察や検査による医学的診断が確定した場合、当事者には衝撃、否認、悲しみ、孤独、罪悪感などの喪失－悲嘆反応が予想される。また、医学的診断が必ずしも確定しない場合もある。あらかじめ、その事態を予測し、検査前のインフォームド･コ

ンセントが当事者の立場にたって、慎重に行われなければならない。

診療や治療に際しては、リラックスして安楽に診療を受けられるように配慮すること、治療にともなうさまざまなからだの変化・不快症状・副作用などに対する情報提供やセルフケアに関する教育、異常の早期発見は、医療機関に身をおく患者に近い看護者に行うことが期待される機能である。

生殖医療は不妊の悩みを消滅させるものではない。治療を受けても妊娠・出産に至らない人もいる。治療中においても妊娠・出産ができるという保証はない。治療を受けることは新たな悩みを出現させたり、悩みの数や深さを増幅させる面もある。治療にともなう身体的な苦痛や副作用もしばしば経験される。また、すでに子どもが生まれていても、次の妊娠を望んだときに不妊経験に直面する人（続発性不妊）や、子どもを望むたびに繰り返し不妊治療をおこなう人もいる。不妊経験を経て妊娠・出産に至った人々には、そのような経歴のない人々とは異なる身体的・心理社会的背景があり、妊娠したからといってすぐに不妊とその関与が消失しないこともある。

以上のことから、必ずしも治療の継続を前提とした関わりではなく、また、ゴールも妊娠・出産を目的としたものであるとは限らない。

不妊看護は、医療の内と外にいる対象者に目を向け、カップルと個人、生まれてくる子どもを含む家族、こころとからだ、の両方に視点を置きながら、人々の生活（人生）にフォーカスをあて、セルフケアと自己決定を行なう存在とみなし、支援する。対象のニーズを明らかにし、対象の意向を尊重することを基本とし、当事者の自己決定を支援するものである。

ケアが必要な対象として以下の局面を示す。

A．妊娠を望み、不妊かどうかを疑いはじめた方への支援
　ここは、まだ、医療機関にアクセスしていない人が含まれる

B．検査・一般不妊治療・ART を必要とし、これらを受ける方への支援
　ここには、治療中および治療が不成功であった（妊娠しなかった・流産した）時、治療終結の意思決定をする時の支援を含む

C．治療を終えた方への支援
　ここには、治療後の妊娠・出産・育児のプロセスに入った場合、治療による挙児が叶わず、養子縁組をする場合や治療後の女性の健康生活に対する支援が含まれる

2)看護者の基本的な態度・スタンス

対象者は様々な不妊の状態で、悩みや心配事を抱え医療機関を訪れる。このような対象が初めて訪れる医療機関で出会うことになる看護職には、携わる際に持つべ

き基本的な態度・スタンスとして、次のようなことが求められる。
①不妊を抱える生活者として理解する
②十分な情報の理解のもとに不妊医療は方針を自分で決めて良いという姿勢をもつ（対象の自己決定を尊重する姿勢）
③ 対象が大切にされているという感覚を抱けるよう関わる（自尊心を保てるような関わり）
④ プライバシーへの配慮
⑤ 看護者自身の自己の価値観を明確にしておくこと
⑥ 対象者や胚、配偶子などの間違いがないよう危機管理を適切に行い、安全に治療が受けられるようにする[15)]

3)看護ケア

(1)不妊看護の実践

不妊看護は対象に応じて、ケアを展開する場も異なる。しかし、アセスメントと介入の要素はどの場においても用いられる。

アセスメントは対象者のニーズを明確にするために欠かせない。

対象者への介入の様式には、精神的サポートと情報提供、当事者の意思決定やセルフケアを支えるうえで重要な教育、これらをバックアップするとともに、安全、安楽、快適な診療を提供するための環境の整備がある。

看護は、チーム医療のなかで行なわれる。対象を中心に、医師、看護者、エンブリオロジスト、臨床検査技師、薬剤師、サイコロジスト、事務職員など医療職、非医療職のさまざまな職種が関わっており、職種間の協働が求められる。ART の場合には、IVF コーディネーターの役割を担う者との協働も求められる。

看護者のケア展開における自立度レベルとして、依存(dependent)、相互依存(interdependent)、自立(independent)の 3 つがあり、場とケアの局面によって異なるものであろう。ケア展開に際し、検討しておく必要がある。患者の治療の点では、とくに医師と協働し、チーム内での治療方針や意思の統一が必要である。また、対象のニーズに合わせて、個・カップル・家族を中心として、生殖医療における他職種、リソースと対象者の間の調整を行なう。この調整は看護にユニークな役割であると思われる。相談やカウンセリングに関しては、心理の専門家と看護の共通点・相違点・範囲などを明確にして協働することが重要である。当事者でなければ交換しあえないサポートとなるピアグループとの協働も重要である。地域および医療機関とのネットワーク、協働においても看護者は行動するべきである。

患者を治療に関する決定の主体・中心であり続けられるようにするためには、擁護・代弁も重要な看護の要素である。また、医療者と患者の関係は、互いの性別が異なる場合に、患者の身体的・心理社会的側面の理解と配慮が行き届かないことが

起こりうる。そのような理由のために患者の擁護・代弁が必要になることがあるという視点をもち、行動することは、治療の場に身を置き、患者にもっとも身近な位置に存在する看護者の大きな責任である。

また、看護管理者には、不妊看護の場に数・質ともに適切な人材を配置し、看護ケアを常に評価し、質の管理のための取り組みも必要である。

(2)不妊看護の教育

不妊看護を行なうことを可能にするために必要で適切な教育が看護基礎教育、助産婦（助産学）教育、継続教育に関して、その内容・方法・システムが検討されなければならない。

(3)不妊看護の研究

現時点での研究では、対象を理解するための質的研究が進められている。今後は、看護実践の質を高めるためには、看護介入の成果を評価する研究が行われなければならない。また、看護独自の研究だけでなく、不妊に関する広く社会的な研究課題による研究にも、積極的に関心をもっていく必要がある。

(4)不妊看護の責務

不妊看護に従事する看護者は、個人としての人間観、子をもつことへの価値観をもったうえで、いろいろな価値を受け入れるキャパシティをもっていることが重要である。また、常に対象を理解していく姿勢をもち、倫理原則、倫理的ジレンマの解決のための知識・方法論を学んでおく必要がある。生殖医療における倫理の確立において医療専門職の一員としてその社会的責任の一端を担わなければならない。また、社会情勢に敏感であることや、さまざまな学問に基づいて実践を洗練していく姿勢をもつ必要がある。専門職としての自己研鑽に努めなければならない。

5. 本ガイドラインへの期待

有用性の根拠を明らかにしたガイドラインに沿って看護を行なうことで、看護者による適切なアセスメントや方向づけがなされ、介入がより系統的、計画的、活動的なものへと改善する。その結果、不妊であることの不合理さや不妊治療のストレスの渦中にある患者の苦痛は軽減する。また、患者がセルフケア能力を高め、心身のリラックスがはかられることで、満足度や治療効果を上げることにもつながる。

文献

1)森　崇英：生殖医療の現状と将来，学術の動向，25-30，1999.4

2)http://www.jsog.or.jp/Pub_Relate/Rinri/rinri_report5207.html　01/01/22

3) 矢内原巧，山縣然太朗他：生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究：全国調査の結果から，平成 11 年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第２／６）

750-766

4)矢内原巧：本邦における不妊治療の実態とその在り方，日本不妊学会誌，44(4)：81，1999.11

5)矢内原巧：わが国における生殖補助医療の実態とそのあり方　総合研究報告書，平成11年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第２／６），575-576

6)日本弁護士連合会：生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言　2000年３月

7)厚生科学審議会先端医療技術評価部会「生殖補助医療技術に関する専門委員会」：精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書（案），平成12年12月

8)森　明子他：不妊治療を受けている女性の治療・生活・家族に関する認識を構成する因子の分析，厚生省心身障害研究「不妊治療の在り方に関する研究」平成８年度研究報告書，13-20

9)厚生省：健やか親子21検討会，健やか親子21検討会報告書

10)Burns, L.H., Covington, S.N. ed.: Infertility Counseling - A Comprehensive Handbook For Clinicians, Parthenon Publishing,1999

11)Meerabeau, L., Denton, J. ed: Infertility – Nursing And Caring, Scutari Press, 1995

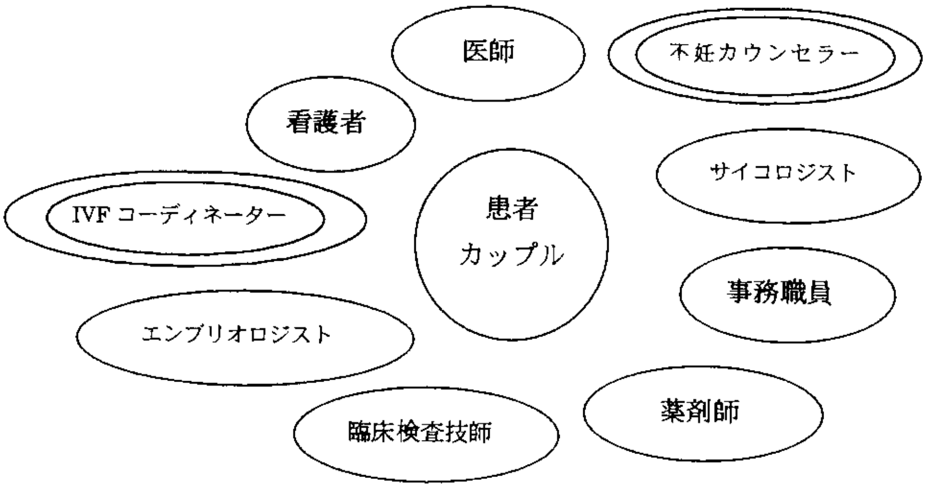
12)Mack, S., Tucker,J.: Fertility Counselling, Bailliere Tindall, 1996

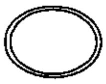
13) 森　明子他：看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族への関わりに関する調査－看護の役割機能に焦点を当ててー，厚生省心身障害研究「不妊治療の在り方に関する研究」平成９年度研究報告書，17-33

14) 森　明子他：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，平成10年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第２／６），273-284

15)「生殖補助医療(ART)の実施および施設管理について」，日本産科婦人科学会雑誌，52(10)，2000

図1生殖医療チーム



 は、役割の名称としてあげた。

Ⅱ　本文

1．はじめに

・ガイドライン作成の手順

このガイドラインの作成は、①対象とする領域の検討　②作成グループの結成　③文献検索およびエビデンスの査定　④勧告（推奨）への変換　⑤外部レヴューのステップを踏み、進められた。

対象とする領域は、もっとも現在、緊急性を要し、ニーズがあるという観点から決定された。

文献検索およびエビデンスの査定においては、コンピューターによる文献検索のデータベースはＥＢＮ、ＣＩＮＡＨＬ、最新看護索引、国立国会図書館の雑誌記事索引の四つによった。看護領域の情報源として、これらがもっとも適切であると判断したためである（検索結果については、資料参照）。

evidence の質の評価は、Agency for Health Care Policy and Research(AHCPR)による分類を参考にしつつ、本研究班で独自に作成した（資料の evidence table 参照）。看護では、重要な患者の態度・経験等に関する質的研究をどのようなかたちでエビデンスの分類に位置づけるかは、議論を要するところであった。読む価値のある重要と思われる文献一つ一つに evidence table（資料）を作成して整理した。

推奨文の後にそれを裏づける文献とそのエビデンスの強さとして示す形で表記した。

・ガイドラインが活用される主な領域

本ガイドラインは前述した対象領域Ｂ（すなわち、検査・一般不妊治療・ART を必要とし、これらを受ける方への支援）に関する看護のガイドラインである。したがって、医療機関で不妊治療に携わる看護者およびその看護実践を主な対象としている。

・ガイドラインの構成

本ガイドラインは、「初回受診時の看護」、「不妊の検査の看護」、「不妊の治療と看護」で構成されている。治療は一般不妊治療と ART に分類したが、AID を含むドーネーションによるものは含めていない。AID 実施の登録をしている施設が 19 と相対的に少ないこと、卵子ドナーのリクルート範囲をめぐり、国の諮問機関と学術団体などで見解の相違がみられることから、社会的にもまだ流動的段階にあるとの見方により、今回は見送った。今後、社会的要請に応じ、AID を含めた形でドーネーションによる治療の際の看護は別項もしくは別枠を設ける必要があると考える。

2．初回受診時の看護

推奨（Recommendations）

1）初回受診の対象者には、はじめに自己紹介を行い、感情を表出しやすくプライバシーに配慮した環境調整を行い、信頼関係を形成することが必要である（＝ラポールの形成）。

文献1）Ⅳ

2）対象者の来院時の目的やニーズがさまざまであることを踏まえ、来院の目的を確認・共有する必要がある。

文献2）Ⅳ，3）Ⅳ

3）看護者は、対象者が来院の目的を達成できたか確認し、今後の方針を決める上で必要な情報の提供を行う。

文献4）Ⅳ，5）Ⅳ

1．「初回受診」する対象者の理解

「初回受診」とは、対象者がその医療機関を初めて訪れた場合をさし、不妊に関して初めて医療機関を受診する場合や、これまでにどこかで検査、治療を受けてきた場合など、さまざまな段階にあることが予測される。

不妊であることを疑ったり確信している対象者は、自尊心が低下していたり[1)2)]、否認や喪失感などネガティブな感情を抱き[3)4)]、ちょっとした事にも傷つきやすい心理状態にある可能性がある。また、そういったことから医療機関の転院を繰り返す場合も多い[5)]といわれている。

なお、初回受診時の流れを図２に示す。

2．信頼関係の形成と来院の目的の共有・確認

医療機関に訪れた対象者が、最初に出会う医療者は看護者である。そこで、対象者が、その医療機関で「自分は相談できる・話ができる」と感じることができるような関わり、すなわち信頼関係を築くこと（ラポールの形成）[6)]が必要である。

前述したように、初回受診時の対象者はさまざまな段階にある。すでに不妊と診断され、検査や不妊治療の経験があるもの、子どもが授からないため治療目的で来院する場合もある一方、子どもが授からない状態に対し、どうしたらよいかわからないという理由や、「自分の状態」ではなく、一般的な不妊に関する情報提供を必要として来院する場合もある。このように対象者の来院の目的はさまざまであり、時には看護者との面接だけで来院の目的は達成されることもあるように、来院の目的は必ずしも治療を前提としたものとは限らないことを知っておかなくてはならない。

3．自己決定への支援

① 情報収集とアセスメント

不妊は、疾病ではないが、その状態が長く続くと、対象者にとってはハンディキャップ（handicap；社会的不利）ともディスアビリティ（disability：障害）とも認識される。そこで、なぜ対象者が不妊状態にあるのかや、生活者としての対象（女性及び夫婦）の「不妊の状態」の意味を明らかにするためにも、対象者の身体・心理・社会的側面の情報収集とアセスメントを行う必要がある[7]。

さらに、今後、検査・治療を希望する場合には、円滑な検査・治療に向けての看護援助が必要となる。(表１，２参照)

②情報の提供

看護者は情報収集やアセスメントを行い、対象の特性を把握しながら、同時に対象者が最も知りたいと思っていることや、不妊の状態にある人の身体と心のメカニズムについての情報提供を行う[8]。

③確認と相談

一般的に、医師の診察では、その時点での不妊状態の診断と、それを踏まえた今後の検査・治療方針に関する説明がなされる。対象者は医師から説明されたことを必ずしも理解していない場合もあるため、看護者は診察終了後に、対象者が医師から受けた説明を理解しているかどうか確認する必要がある。

初回の受診を終えるにあたり、来院の目的が達成されたかどうかや、次回の受診に向けての方針の確認を行う必要がある。今後、検査や治療を始める予定にある場合には、お互いの連絡の取り方について確認しておく必要がある。

4．セルフケアへの援助

不妊という状態を抱えている対象者には、不妊そのものや検査・治療を受けることによってさまざまな生活上の困難さが生じている（生じてくる）可能性がある。そこで、対象者のライフスタイルをふまえた生活上の工夫についてアドバイスしたり[9]、検査や治療をするしないにかかわらず、より身体心理社会的に安定した状態で毎日を過ごすことができるように支援する。

Evidence 文献

1) Sherrod RA:Coping with infertility: a personal perspective turned professional,American-Journal-of-MaternalChild-Nursing(MCN),1988,May-Jun, 13(3).

2) McCollum MI:The nurse as patient advocate and counselor...infertility nurse,Infertility-and-Reproductive-Medicine-Clinics-of-North-America,1996,7(3),483-93.
3) Saulsbery SB&Pohlhaus MF: Assesment and initial management of infertility, Journal-of-the-American-Academy-of- Nurse-Practioner, 1992,4(2), 53-7.
4) Johnson CL ; Regaining self-esteem: strategies and intervention for the infertile women,1996,Jornal-of Obstetric-Gynecologic- and-Neonatal-Nursing, 25(4),291-5.

5) Frank DI ; Counseling the infertile couple, Journal of Psycholosocial Nursing and Mental Health Services. 1984,Journal of Psychosocial Nursing,22(5),17-23.

引用文献

1) Craig S. : A Medical model for infertility counseling, 1990, Australian Family Psysician, 19(4), 491-501.
2) Johnson CL : Regainning self-esteem: strategies and intervention for the infertilir women, 1996, Jornal-of Obstetric-Gynecologic- and-Neonatal-Nursing, 25(4), 291-5.
3) Menning. BE: The psychological impact of infertility, 1982, Nursing Clinics of North America, 17(1), 155-163.
4)Mahlstedt,PP:The psychological compornents infertility, 1985, Fertile.Steril., 43, 335-346
5)森明子他；不妊治療を受けている女性の治療・生活・家族に関する認識を構成する因子の分析、厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」平成8年度研究報告書、13-20.
6)Sherrod RA: Coping with infertility: a personal perspective turned professional, American-Journal-of-MaternalChild-Nursing(MCN), 1988, May-Jun, 13(3).
7) McCullom MI:The nurse as patient advocate and counselor...infertility nurse, Infertility-and-Reproductive-Medicine-Clinics-of-North-America, 1996, 7(3), 483-93
8) Phipps SAA : A phenomenological study of couples' infertility : gender influence, 1993, Holistic Nursing, 7(2), 44-56.
9)福田貴美子；生殖医療を受ける患者に対するカウンセリング/サポート、ペリネイタルケア, 2000, 19(7), 25-29.

図2. 初回受診時の流れ

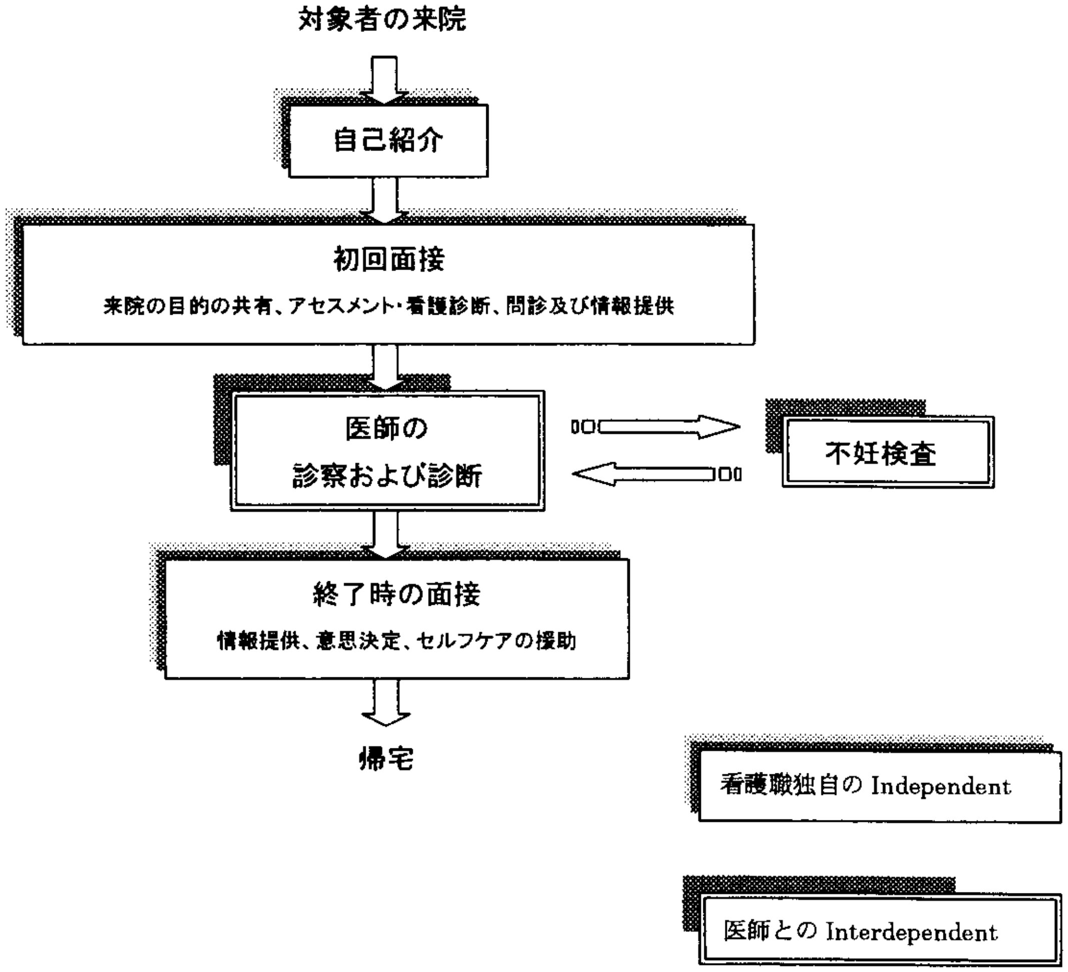

対象者の来院
自己紹介
初回面接
来院の目的の共有、アセスメント・看護診断、問診及び情報提供
医師の
診察および診断
不妊検査
終了時の面接
情報提供、意思決定、セルフケアの援助
帰宅
看護職独自の Independent
医師との Interdependent

表1　看護職による初回受診時におけるアセスメントの視点

側面	視　　　点
身体面	妊娠を妨げる可能性のある身体的要因を明らかにする。
社会面	不妊状態にある対象者の社会生活上の様相を明らかにする。
心理面	不妊状態にある対象者の心理的な様相を明らかにする。

＊アセスメントの前提として、来院の目的を明らかにする。

表2　看護職による初回面接時の問診項目と情報提供項目

	問　診　項　目	備　考
身体面	年齢	
	既往歴	医師との interdependent
	産科歴（月経歴、既往妊娠分娩歴）	医師との interdependent
	不妊歴と今までの治療経過（合併症、副作用等）	医師との interdependent
	性交回数	医師との interdependent
	家族歴	医師との interdependent
	アレルギー*（排卵誘発剤、抗生剤等を含む）	医師との interdependent
社会面	結婚歴（再婚歴、前回の結婚生活での妊娠経験含む）	
	ライフスタイル	
	ソーシャルサポート	
	宗教	
	他者との関係（近所付き合い・親や親戚付き合い）	
	連絡のとり方*	
心理面	個人、カップルの関係性	
	治療の希望・期待	
	子どもの欲しさ、期待	
	性生活への考え方	
	知識レベル	
	価値・心情	
	困っていること	
	コーピング、意思決定パターン	
情報提供	必要な検査のスケジュール	医師との interdependent
	治療の選択肢	医師との interdependent
	検査・治療の費用	医師との interdependent
	施設の紹介	医師との interdependent
	施設の理念、	
	方針、	
	施設の限界、	
	チームメンバーの役割と構成等	
	利用可能な社会資源	
	サポートグループ、	
	相談機関、	
	カウンセリング機関	
	書籍や雑誌、インターネット等、情報収集手段の紹介	

*は検査・治療へ進む段階で確認が必要な項目

3．不妊の検査の看護

推奨（Recommendations）

1）患者の来院の目的や治療への意向に応じて検査のスケジュールを組む必要がある。
Ⅳ（本メンバーの合意）

2）不妊の検査は女性側、男性側それぞれに行われる。女性側の方が種類は多いが、検査には女性・男性双方にストレスが伴うため、男女間の感情表現の違いを理解し、男女の違いを踏まえたケアが必要である。
文献1）Ⅲa、2）Ⅲa、3）Ⅲb、4）Ⅳ

3）看護者は検査がスムーズ且つ効率良く遂行されるようコーディネイトすると共に、適切な情報提供を行い、カップルとしての自己決定をサポートすることが必要である。
文献5）Ⅳ、6）Ⅳ

4）患者が月経周期を理解していることで、検査の目的や価値を理解でき、効率よく検査のスケジュールが組めるため、患者教育を行うことが必要である。
文献7）Ⅳ、8）Ⅳ

5）不妊の検査はカップルの性的プライバシーに密接しており、その保護が重要である。
文献9）Ⅳ

6）検査結果によってはカップル・家族の関係に変化が生じてしまう可能性も秘めている。看護者はそのことを理解し、サポーティブな情報提供者として援助しなければならない。
文献10）Ⅲb、11）Ⅳ

不妊検査のオリエンテーション・実施・結果が出たときまでの患者への看護ケアについて述べる。看護者は患者の自己決定を尊重しつつ、患者の来院の目的や治療への意向に応じて検査のスケジュールを組み、患者に必要とされる検査が、安全で適切に、またスムーズに進むように援助する。さらに検査結果によってはカップル・家族の関係に変化が生じてしまう可能性も考慮し[1]、検査結果について患者が検査やその結果を正しく把握しているか確認し、サポーティブな情報提供者として援助する[2][3]。

1．不妊の検査特性と対象者の理解

不妊症の検査は効果的で系統的な治療を行うために必要不可欠であり、基本的なものから段階的に進められる。治療効果も期待できる検査がある反面、検査を行っても不妊症の原因が特定できない事も少なくない。すべての不妊カップルの不妊原因を明らかにすることは困難であり、また不妊原因の治療を行っても（正常になっても）妊娠するとは限らな

い[3]。検査によっては、プライバシーに関わることや苦痛を強いられるような検査も多くある。このような不妊検査の特徴を踏まえて、対象者の来院の目的や治療への意向に応じて検査のスケジュールを組む必要がある。実際の不妊検査は女性側、男性側それぞれに行われる。女性側の方が種類は多く、検査治療によるストレスがより高いともいわれているが[4)5)]、検査には女性・男性双方にストレスが伴うため、男女間の感情表現の違いを理解し、男女の違いを踏まえたケアが必要である[4-7)]（付録参照）。

2．検査についての情報提供と自己決定への援助

看護者は、患者にとって必要な検査、その目的と方法、副作用、注意点、検査時期や予約の方法、コスト、その検査でわかる事・わからない事など結果の意義や心構え、カップルそれぞれの検査結果をいつ、誰に、どのように説明をおこなうかを含めて説明する。
その際、検査への理解を助けるためのパンフレットなどの資料を活用し、医師とともに患者の受け入れや理解度を確認しながら情報提供することが必要である[8-10)]。

検査には身体的・精神的・社会的負担を伴い、検査結果によってはカップル・家族の関係に変化が生じてしまう可能性も秘めている[1)]。不妊症の検査を実施する際には、検査の内容のオリエンテーションばかりでなく、検査を行う事の意味や検査結果判明後の治療方法の有無とその内容について理解を得た上で、検査を行う事ができるよう、十分な情報提供と患者の検査に対する自己決定をサポートできる関わりが必要である[11)]。

3．検査の援助

看護者は検査が安全・安楽に行えるよう援助する事と共に、検査結果が正確に得られるよう情報提供及び検査の援助を行う。さらに不妊の検査は、カップルの性生活、性的プライバシーに密接しているため、その保護に充分配慮し環境整備をおこなうことが必要である[12)]。

検査は女性側、男性側それぞれに行われるが[7)]、同時に治療効果が得られるものもある。検査時期やスケジュールなど効果的な検査の受け方、さらに、検査結果の説明方法やその時期についてコーディネイトする[7)11)13)]。特に患者が月経周期を理解していることで、検査の目的や価値を理解にでき、効率よく検査のスケジュールが組める。さらに、月経周期のモニタリングを通して患者の自己コントロール感が増大するため、月経周期に関する患者教育は重要となる[9)13)]。

3－（1） 基本的な不妊症の検査には、女性不妊症検査として ①基礎体温測定 ②経膣超音波検査（経膣超音波断層法）③卵管疎通性検査・子宮卵管造影法 ④頸管粘液検査 ⑤フーナーテストなどがあり、男性不妊症検査として ⑥精液検査がある[3)7)11)14)15)]。

３－（２）二次検査として、ホルモン検査、(性腺刺激ホルモン・卵巣性ホルモン・男性ホルモン・乳腺刺激ホルモン）LH-RH テスト、子宮内膜検査、腹腔鏡検査、子宮鏡検査、精巣生検、抗精子抗体などがある。

４．検査結果に対する受け止め（反応）の把握と精神的サポート

検査結果について、対象者が検査やその結果を正しく把握しているか、医師から受けた説明を確認する。検査結果は結婚や性的生活へ影響を及ぼす事があり、それらの崩壊を生じないようフォローする。治療開始時期にはまだ、カップルは不妊であることに対し、否認の状態にありがちである。不妊と遭遇した衝撃、うろたえ、コントロールの喪失を体験する。そのため、医療者が提供した情報を吸収できない、信じられない段階にあることも十分、予想される。看護者はそのことを理解し、サポーティブな情報提供者として援助しなければならない[2)]。

検査を行う前後には、不妊に対する自己のアイデンティティーの変化に注目することが必要である[16)]。カップルはいつも一単位として反応するわけではなく、個人として、および異なる性をもつ状況として、反応の違いが見られる[6)]。男性不妊を自覚した男性は、男性としての価値を失うような特徴的な精神的反応が見られる[17)]。不妊治療の専門性や技術というものは、女性にとってのパワーやコントロール感の喪失を引き起こしたり、自尊感情を低くしやすい[1)]。

不妊はカップルにとって主要な発達上の危機となることもある。看護者は不妊が結婚生活にどのように危機をもたらしているか見据え、検査結果をカップルが認め、受け止めていくことができるように介入し援助する[7)18-20)]。

さらに高度な検査の必要性や治療の説明は、それに伴う身体・精神・生活への影響、経済的コストなどを考慮して行わなければならない[6)]。

Evidence 文献

1) Jirka J, Schuett s and Foxall MJ : Loneliness and social support in infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1996,25(1),55-60.

2) Halman LJ, Andrews FM and Abbey A : Gender differences and perceptions about childbearing among infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 1994,23(7),593-600.

3) Olshansky EF : Responses to high technology infertility treatment, Image ; Journal of Nursing Scholarship,1988,20(3),128-131.

4) Saulsbery, SB and Pohlhaus,MF : Assessment and initial management of infertility, Journal of American Academy of Nurse Practitioners,1992,4(2),53-57.

5) McCullom,MI : The Nurse as patient advocate and counselor – infertility nurse, Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America,1996,7(3),483-493.
6) Keating CE : The role of the expanded function nurse in fertility preservation,NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing,1992,3(2),293-300.
7) Zion AB : Resources for infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1988,17(4),255-258.
8) Carey RA : Monitoring Menstrual cycles and patient preparation for diagnostic procedures, Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America、1966, 7(3)、417-425.
9) Meerabeau L : The management of embarrassment and sexuality in health care, Journal of Advanced Nursing,1999,29(6),1507-1513.
10) Imeson M and Mcmurray A : Couples' experiences of infertility –a phenomenological study, Journal of Advanced Nursing, 1996,24(5),1014-1022.
11) Schoener CL and Krysa LW : The comfort and discomfort of infertility , Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1996,25(2),167-172.

引用文献

1) Imeson M and Mcmurray A : Couples' experiences of infertility –a phenomenological study, Journal of Advanced Nursing, 1996,24(5),1014-1022.
2) Schoener CL and Krysa LW : The comfort and discomfort of infertility , Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1996,25(2),167-172.
3)荒木重雄：不妊治療ガイダンス　改訂第２版、医学書院、1998
4) Jirka J, Schuett s and Foxall MJ : Loneliness and social support in infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1996,25(1),55-60.
5) Halman LJ, Andrews FM and Abbey A : Gender differences and perceptions about childbearing among infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 1994,23(7),593-600.
6) Olshansky EF : Responses to high technology infertility treatment, Image ; Journal of Nursing Scholarship,1988,20(3),128-131.
7) Saulsbery, SB and Pohlhaus,MF : Assessment and initial management of infertility, Journal of American Academy of Nurse Practitioners,1992,4(2),53-57.
8) McCullom,MI : The Nurse as patient advocate and counselor – infertility nurse,

Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America,1996,7(3),483-493.
9) Zion AB : Resources for infertile couples, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1988,17(4),255-258.
10) Boxer AS : Images of infertility, Nurse-Practitioner Forum,1996,7(2),60-63.
11) Keating CE : The role of the expanded function nurse in fertility preservation,NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing,1992,3(2),293-300.
12) Meerabeau L : The management of embarrassment and sexuality in health care, Journal of Advanced Nursing,1999,29(6),1507-1513.
13) Carey RA : Monitoring Menstrual cycles and patient preparation for diagnostic procedures, Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America, 1996,7(3), 417-25
14) 桑原慶紀編著：不妊外来、メディカルビュウ社、1996.
15) Helen A.Carco, Management of the Infertile Woman,Lippincott,1998.
16) Olshansky EF : Identity of self as infertile-an example of theory- generating research, Advanses in Nursing Science, 1987,9(2),54-63.
17) Loriaux TC : Male infertility – a challenge for primary health care providers, Nurse Practitioner, American Journal of Primary Health Care,1991,16(3),38,41-42,45.
18) Johnson CL : Regaining self-esteem – strategies and interventions for the infertile woman, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1996,25(4),291-295.
19) Christianson C : Support groups for infertile patients, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing,1986,15(4),293-296.
20) Draye ma : An approach to infertility investigation,Nurse Practitioner –American Journal of Primary Health Care,1985,10(2),13-4,16,21-2.

付録　不妊の検査

検査名とその指導	長所	短所
基礎体温測定[1) 2)] ＊体温表と体温計の準備、正確な測定のしかた ＊目的：グラフが示す意味、基礎体温の解釈のしかた ＊月経周期・体温の変化とホルモンのしくみ ＊排卵と妊娠可能な時期、基礎体温法の限界 ＊月経、性交、からだの変化などの記録の必要性 ＊自分が受けた不妊検査や排卵誘発剤など治療薬剤の記録とその結果の記入法	＊基礎体温測定により排卵の有無およびその時期と黄体機能不全の有無を判定することができる。 ＊家庭である程度の目安で排卵日の予測ができ、安価である。	＊医療者には簡便な方法と思われがちだが、女性にとってはそうでもない。しばしば面倒で時間をとる。毎日、不妊の問題を思い起こさせ、ストレスとなる場合がある。 ＊排卵は最終低温日に起こるとされているが正確な排卵日はわからない。体温表の変化と一致するように性交のタイミングをはかるのは難しい。 ＊一相性周期の 10～20%に排卵がある、二相性でも排卵があるとは限らない（黄体化非破裂卵胞症候群）など、周期によって、また、女性によってかなり変化がある。
経膣超音波検査法[1) 3)] ＊目的：経膣超音波によって診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊子宮や卵巣の状態を診断しやすいように事前に排尿を済ませておく	＊診察室で行なえて、直ちに診断できる。 ＊卵胞のサイズ（卵子の成熟と相関する）や子宮内膜の肥厚（着床環境）を測定するのに役立つ。 ＊子宮筋腫、子宮内腔ポリープ、卵管水腫、多嚢胞性卵胞症候群(PCOS)、卵巣のう腫、卵巣内にある子宮内膜症なども発見可能。 ＊痛みが少なく安全である。	＊子宮奇形の診断感度は低い。 ＊腹腔内の病変や卵管の状態、卵巣と卵管の位置関係などはわからない。
子宮卵管造影法[1)] ＊目的：子宮卵管造影検査で診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊注意事項：痛みを伴う検査であるが、必要以上に緊張すると子宮卵管が緊張・痙攣を起こし、正確な検査結果が得られない場合がある。ヨードアレルギーの有無を確認しておく ＊両側卵管閉鎖が見つかった場合の予期的ガイダンス	＊卵管の疎通性、閉塞部位などを測定するための信頼できる検査 （誤診率 15%）。 ＊造影剤が機械的に卵管内を洗浄し、軽度な癒着を剥がし、卵管内の線毛も刺激するなどにより、検査後の妊娠率が上がることが報告され、治療的な手段としての利点もある。 ＊腹腔鏡より安価で不快も少ない。	＊卵に対する卵管采の捕捉や卵管の移送メカニズムを評価することはできない。 ＊卵巣と卵管との位置関係の診断は難しい。 ＊痛みを伴うことがある。15%の誤診は検査による卵管の痙攣が卵管の閉塞のような印象を与えることから生じる。 ＊腹腔鏡で見つかる卵管異常の 20～30%は HSG ではわからないので、卵管の状態によっては腹腔鏡の方がより効果的。

検査名とその指導	長所	短所
フーナーテスト[1) 4)] ＊目的：フーナーテストで診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊正常値 ＊結果とその解釈、今後の治療法 ＊カップルに対する検査前の注意（排卵期の性交渉後12時間以内に行う）	＊頸管粘液とともに精子と頸管粘液との相互作用をみることができる。 ＊頸管因子の存在について有用な情報を提供する。 ＊男性因子や抗精子抗体の存在の有無を発見する助けとなる。 ＊比較的安価である	＊さまざまなパラメータの評価が主観的であるため、妥当性が低い。妊娠率と検査による予測とを結ぶ強い証拠を欠く。（フーナーテストが不良でも妊娠している症例はある） ＊フーナーテストが正常な場合は IUI を行っても意味がないなど治療方法の変更と必ずしも結びつかないので時代遅れとの評価もある。
精液検査[1) 5)] ＊目的：精液検査で診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊男性に対する採取と移送に関する諸注意 ＊正常値（WHO） ＊結果とその解釈、今後の治療法 ＊無精子症が発見された場合の予期ガイダンス	＊精子の数や運動性について客観的に評価することができる。 ＊比較的安価で時間も要さない。	＊精子の受精能のような実際的な精子機能を評価できない。 ＊個人の検査であっても変動を伴う。 ＊検査結果の正確さは検査者の熟練度によって多少異なる場合がある。 ＊採取法や禁欲期間、移送法などにより検査結果が異なる場合がある。 ＊男性の羞恥心やプライドを傷つける場合がある。
子宮内膜検査[1) 2)] ＊目的：子宮内膜検査で診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊結果とその解釈、今後の治療法	＊本検査による正常な“時期にある”という結果は、適切な黄体期を強く示唆する。 ＊子宮内膜の組織診を行うことによりその内膜が月経開始後または排卵後の何日目の内膜に相当するかという器質的な変化と性ステロイドに対する反応性を知ることができる。	＊軽度～中等度の急激な腹痛、痛みによる眩暈感がある場合がある。 ＊侵襲性であることと時間・費用が追加されることで現在はほとんど実施されなくなっている。
腹腔鏡検査[1)] ＊目的：腹腔鏡検査で診断できることとその限界 ＊検査の手順・費用 ＊結果とその解釈、今後の治療法 ＊検査後：痛みや不快症状の種類、動静など	＊腹腔内や生殖器官を直接、視覚化することで、卵管の疾患（卵管閉塞・卵管水腫・卵管采癒着）や子宮内膜症、腹腔内癒着のような異常を診断することができる。 ＊子宮内膜症のレーザー焼灼や腹腔内洗浄、PCOS に対する多孔術、軽度の癒着剥離などの治療を行うこともできる。	＊麻酔と小切開を必要とし、侵襲性である。手術に伴うようなリスクと不快さがある。