

総説

不妊治療を受ける夫婦の抱える問題と支援のあり方

林谷啓美^{*1} 鈴井江三子^{*2}

要 約

本稿では、不妊治療を受ける夫婦の身体的・精神的・社会的側面の問題と支援のあり方について、先行研究を基に論考した。

不妊治療を受ける夫婦にとっては、治療そのものやホルモン療法による副作用や不妊治療にかかる高額な費用が、日常生活を脅かし大きなストレスとなっている。これらが関係に大きな影響を与えることが考えられる。

不妊治療を受ける夫婦の心理的ストレスの実態や、ストレス対処、社会的支援については報告されるようになった。しかし、不妊治療を受けている夫婦の日常生活に焦点をあてた調査報告は見当たらない。

夫婦で不妊治療を継続するためには、日常生活での役割や思いを明らかにし、看護師として今後の援助の方向性を見出す必要がある。

はじめに

不妊とは、自然な状態で妊娠に至れないか、妊娠を一定期間以上維持することができない状態をいい、日本では妊娠を望み2年以上カップル生活を営んでいても妊娠にいたらないものと定義されている¹⁾。日本においては、夫婦の10組に1組は不妊 (Infertility) に悩んでいるといわれ、近年の晩婚化の影響もあってか不妊が増加し、それに伴って不妊治療を行なう医療施設が増加してきた。その結果、希望通りに出産を迎える人も増え、不妊治療の技術が向上したことをうかがわせる。

こうした不妊の治療技術は、当初家畜の繁殖に用いられていた。その技術が人間への応用として開発され始めたのは1785年頃からであり、1978年にイギリスで初めての体外受精による子どもが誕生して以降、本格的に生殖医療技術として普及してきた。そして、日本では1980年代初頭から導入され、1983年に発表された体外受精 (IVF-ET) の成功から、不妊治療に対する社会的認識を一変させた²⁾。その後、マス・メディアでも体外受精による子どもの誕生を連日報道し、生殖医療の普及に貢献したといえる。

しかし、その一方で、不妊治療の技術が変化することで、検査や治療においては身体的に苦痛を伴う

ものも多くなってきたのも事実である。そして、治療を継続しても期待する結果は得られないままに、ただ採卵などを繰り返している女性も多い。また、念願の妊娠に至っても、流産する割合も高い。こうした状態のまま苦痛を伴う治療を続ける妻の存在は、夫にとっても心理的ストレスにつながっている。つまり、不妊治療の末、妊娠に至った場合、治療が成功した喜びは大きいですが、その後、妊娠が中断され、流産になるとその喪失感と悲嘆はより一層深いものになるのである。

すなわち、不妊治療に伴う生殖医療技術が向上してきたが、それに伴う諸問題を勘案すると、それぞれの夫婦にとってはまだまだ深刻な状況の中で治療に取り組んでいるのが現状であると考えられる。

そこで本稿では、まず、日本における不妊の実態と生殖医療の現状について概観する。次いで、治療を受ける夫婦の身体的、精神的、社会的側面の課題をレビューし、今後の支援のあり方および看護師の役割について考察する。

1. 日本における不妊の実態と生殖医療の現状
- 1.1. 不妊について

日本の場合、拳児希望の夫婦が避妊をしないで性行為を行った場合、6カ月以内に65%、1年で80%、

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健看護学専攻 *2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 林谷啓美 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-Mail: hiro210691@yahoo.co.jp

2年で90%、3年で93%が妊娠するという。つまり、2年以内に妊娠できなかった10%の夫婦は不妊であるとされている。この不妊の発生割合を男女別でみた場合、男性側約40%、女性側約40%、両側15%、原因不明が5%とされている。

具体的な不妊の原因は、男性側では造精機能障害、精路通過障害、副性器障害、男性性機能障害等があげられるが、その多くは無精子症、乏精子症、精子無力症、奇形精子症等の精子に問題があるという。そして、この造精機能障害はほとんどが原因不明であり、特異性造精機能障害とよばれ先天的なものと、精索静脈瘤、停留精巣、精巣炎等の後天的なものがある³⁾。

他方、女性側では卵管疎通性障害と排卵障害の2つがあり、それらの原因は頸管因子・子宮内膜症・子宮筋腫・子宮奇形等である⁴⁾。そして、女性の場合はその原因が複合的に併発することで、より複雑な不妊症状を招いていると指摘されている⁵⁾。

つまり、約1割の夫婦は不妊であり、その発生は夫婦それぞれにある場合が多く、原因は精子と卵子の障害であるため、不妊治療の方法も段階的、長期的に取り組む必要があると考えられる。

1.2. 不妊治療に伴う検査

不妊治療を行う際には、その原因を明らかにするための検査を実施し、その検査は以下に示す2つに大別できる。

1) 基本検査;

血液検査、尿検査、ホルモン検査、卵管通気検査(月経終了直後に実施)、子宮卵管造影(月経終了直後に実施)、頸管粘膜検査(排卵期に実施)、子宮内膜検査、夫の精液検査(排卵期以外に実施)

2) 追加検査;

排卵期に性交をした後の性交後検査(排卵期に実施)、頸管粘膜と精子の相性テスト(排卵期に実施)、免疫学的な検査等の特殊検査

上記内容の検査を受ける場合、その費用は自費診療と保険診療に区分される。理由は、不妊の原因を調べる検査はスクリーニング検査であり、不妊の原因を否定するために実施する検査は自費診療となる。「不妊症」という診断名がついて保険診療の適応となるのは、卵管通気検査、子宮卵管造影、子宮頸管粘液検査、性交後検査、夫の精液検査の僅か5項目であり、採血やホルモン検査は保険適応外である。

また、これらの検査を受ける期間は、1)の基本検査が終了するまでに通常1~3カ月の期間を要する。それでも原因が特定できない場合は、さらに追

加検査を実施し、2カ月以上の期間を要する。つまり、血液検査だけでも2万から3万は必要であり、全ての検査を受けると最低でも50万前後は支払う計算になる。そのうえ、毎週通院しても半年ぐらいはかかるため、検査を受けるだけでも、長期的、経済的に大きな負担となる。そして、原因が明確になれば、そこから本格的な不妊治療が始まるのである。

1.3. 不妊治療の種類と費用及び妊娠率について

不妊の治療方法は、主に1)タイミング指導、2)人工授精、3)体外受精、4)凍結胚移植、5)顕微授精の5つがある。これらの治療は、不妊の原因によって提供されるために、個人によって受ける治療の内容は異なる。つまり、絶対的な不妊因子は無いが妊娠しない場合と、卵管閉鎖等や乏精子症等絶対に治療しないと妊娠しない場合では、治療方法が随分と異なるのである。例えば、前者の場合は基礎体温の測定により排卵の時期や徴候を説明し、性交のタイミング指導だけで妊娠の成功率は高くなる。しかし、後者の場合は、妊娠をするまで人工授精から顕微授精までを段階的に経るのである。

平成14年度厚生労働省科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」において、推計された不妊治療患者数は全体で466,900人、そのうち人工授精を受ける数は66,000人と推定された。また、2005年、日本産科婦人科学会倫理委員会登録・調査小委員会報告によると、体外受精・顕微授精を受ける患者数は経年的に増加し、2004年現在、総患者数は78,526人であるという(図1)。

2004年度、厚生労働省は「特定不妊治療費助成事業」を創設し、体外受精、顕微授精の経済的負担の軽減を図るために1年度あたり10万円の給付額を支給するようになった。給付期限は通算5年(平成18年度改正、従前は通算2年)であり、夫婦合算の所得が65万円未満の夫婦に支給されるようになった。しかし、人工授精は1回12,000円~13,000円、体外受精は1回320,000~340,000円、顕微授精は1回420,000円~430,000円が必要になることから、支給額が決して充分とは言えない。

そして、不妊治療を受けた場合の妊娠成功率は、人工授精1回あたり約8%前後、体外受精の妊娠率は1回あたり約4%、臨床妊娠率は採卵あたり約22%前後、凍結胚移植の妊娠率は1回あたり約2%前後、臨床妊娠率は採卵あたり27%前後、顕微授精の妊娠率は1回あたり約2%前後、臨床妊娠率は採卵あたり20%前後であり、これに年齢が加わると妊娠率はさらに低くなる。

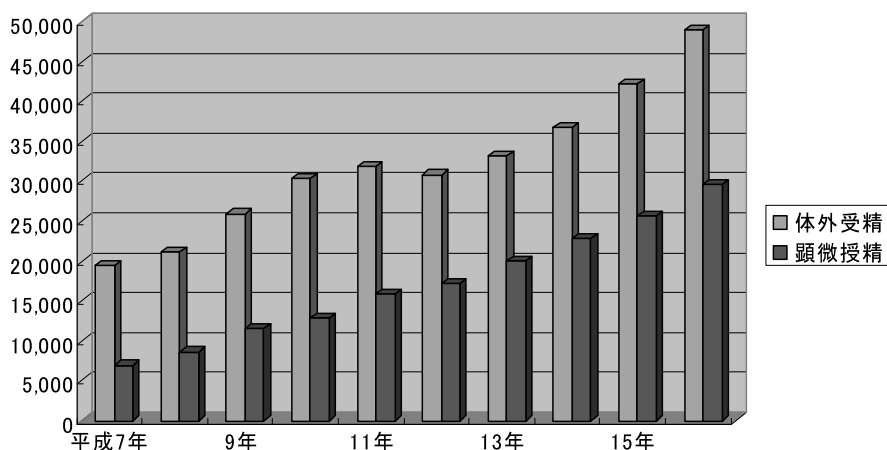


図1 体外受精・顕微授精の患者数の推移
日本産科婦人科学会 倫理委員会登録・調査小委員会報告
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1018-7h03.html>

以上、不妊検査と治療の費用、及び妊娠成功率をあわせて考えると、夫婦が不妊治療に支払う金額は高額であり、経済的負担がとても大きいことがわかる。また、人工授精以降の治療、特に体外受精を希望する場合は、戸籍謄本または抄本の提出を行い法律上の婚姻関係にあることを証明する必要があり、精神的なストレスを招くことも考えられる。

次いで、不妊治療のなかでも多くの女性が受けている体外受精について具体的に説明し、同治療に伴う社会的問題を言及する。

1.4. 具体的な不妊治療のプロセス

体外受精を受けるためには、規則的な月経周期が求められる。そのため月経周期が不規則な場合は内服薬によって月経周期を整える。その方法は、月経初日を1日目として3日目から排卵誘発剤の注射を毎日行う(自己注射)ことから始まる。次いで、7日目には超音波診断で卵胞の数と大きさを確認する。年齢が若い場合や多嚢胞性卵巣症候群と呼ばれる排卵障害のある場合には、卵巣に多数の卵胞が同時に発育するためである。多数の卵胞が発育すると、卵巣過剰刺激症候群とよばれ、卵巣腫大、腹水貯留や胸水貯留をまねくことがある⁶⁾。9日目からはほぼ毎日卵胞の大きさを超音波診断で経過観察を行う。同時に卵胞ホルモンと黄体ホルモンの分泌量が正常であるか否かを検査するために、定期的な血液検査も行う。

上記のプロセスを経て、約10日間の排卵誘発で卵胞の半数が17mm~19mm程度になったら、採卵の34~35時間前に排卵させる注射をして採卵する。そして、採卵した卵子に精子(あらかじめその日に自宅または病院で夫が採取する)を受精させ、場合に

よっては顕微授精をすることもある。その後、約18時間後に顕微鏡で受精を確認し、受精卵が分割卵(4~6分割)になったら、子宮の中へ戻す。もし、卵巣過剰刺激症候群の症状が強ければ、受精卵を凍結し次の周期に移植する。

無事、移植が終わったら、その直後から妊娠の継続を図るため、女性の体温を高温に維持し、同時に子宮内膜を肥厚させるためにホルモン注射と内服(場合によっては座薬や貼り薬となる)を繰り返す。そして、採卵から14日目に血液検査と尿検査で妊娠を判定する。最近では子宮内膜に着床する寸前の胚盤胞まで育ててから移植する事もある⁷⁾。

つまり、不妊治療を開始すると定期的な内服だけでなく、患者自身によるホルモン剤の自己注射が必要なのである。ホルモン剤を用いた自己注射や、妊娠の継続を確認する採卵等は痛みを伴うだけでなく、排卵誘発剤による副作用も出現する。妊娠継続を強化させるために投与するホルモン剤は、人によって嘔気・嘔吐等のつわり症状が早期から顕著に現れる。また、倦怠感や頭痛等のマイナートラブルも多い。重篤な副作用としては卵巣腫大や腹水貯留、または呼吸困難等もあり、普通に日常生活を家庭や職場で過ごそうと思えば、これらの症状に対する周囲の理解と柔軟な対応策が必要になってくる。

しかし、実際には不妊治療に伴う苦痛や副作用等のマイナートラブルは、治療を受ける女性個人が悩み、考え、日常生活を工夫しながら対応するしかないのが現状である。特に、就労女性で、不妊治療を受ける女性の心理的、身体的負担は大きく、それらを軽減させるために退職し、治療に専念する人も多い。しかし、そうすると1.3で前述したように、高額な治療費は夫の収入のみでは経済的負担として

夫婦の生活を脅かすことになり、最終的に治療を諦める夫婦も多いのである。

以上、本項では、日本における不妊の実態と生殖医療に関する現状を概観し、不妊治療への理解を促すことに努めた。

次いで、不妊治療を受ける夫婦をとりまく諸問題について言及する。

2. 不妊治療と、夫婦を取り巻く諸問題

2.1. 不妊治療に伴う夫婦の関係性

不妊治療を継続するには、夫婦の協力が絶対不可欠な条件といっても過言ではない。そのため、不妊治療を受ける夫婦の7割は体外受精を受けることについて十分話し合い、治療を進めているという。また、その結果、9割以上の夫は治療に対してとても協力的であり⁸⁾、不妊治療を受ける際、夫婦間の話し合いや努力により、相互理解や協力体制は充分なものになっていると考えられる。

しかし、その一方で、そうした努力が夫婦の暮らす社会生活や職場環境等にも反映され、夫婦の状況を理解してもらおうと努力をしているかといえば、その状況は随分と異なる。日常生活の1/3を費やす職場においても、夫婦が置かれている状況の理解や治療に対する協力は得られていない。この社会的な環境が整わない理由には、不妊治療を受けている夫婦側の考えが弊害になっている場合もある。なぜならば、不妊治療中の夫婦は社会的偏見を警戒し、治療中であることを他人に知られたくない人が多いためである。体外受精治療中の夫婦を対象に調査をした結果、「知られたくない人」51%、「隠していない」49%、という報告もあり、不妊治療を受けていることは夫婦間のみ話題となっている。

つまり、不妊治療を受けている夫婦は、夫婦以外に相談する人を持たず、孤立的な状態にあるのである。そのため、夫婦間の関係性がより親密性を増し、「接近した関係」「自己表出」「分かち合い」「ともに取り組む」「大切にされている感覚」「安心」「信頼」「性的満足感」という感情を表出している⁹⁾。しかし、不妊治療が長期に持続するに伴って、この親密感が変化し、双方のストレスを生じ易いことも指摘されている¹⁰⁾。不妊治療中の夫婦は、治療が長期化することで結婚生活全般における幸せ感が変化し、結婚を後悔する人も珍しくないのである¹¹⁾。

閉塞感の中にある親密性と圧迫感は表裏一体であり、関係性の変化によってどちらにも変容するのである。こうして、夫婦は双方の関係性を維持することに努めながら、同時に、それぞれの性が持つ悩みを抱えるのである。

2.2. 不妊治療を続ける夫と妻の心理的ストレス

夫側に不妊の原因がある場合、夫は比較的抵抗も無く積極的に治療に専念するであろうと考えられる。しかし、妻側に不妊の原因があった場合、夫は排卵日にタイミングを合わせた性行為が要求されるために、義務感で行う性行為への抵抗感を覚えるという。また、病院での採精は緊張と羞恥心から思うようにできず、それが夫の心理的ストレスを高めているとの指摘もある¹²⁾。

他方、妻側に不妊の原因がある場合、妻の約7割は子どもが産めないことに引け目や劣等感を感じ¹³⁾、「女は子どもが産めて一人前」という通説からも逃れることができていなかった。また、妻は夫との関係において「夫の愛情を失う」「夫のため妊娠したい」等、夫の期待や夫との愛情の亀裂に対する懸念を持っていた。さらに、子どもがいないことへの世間体の評価や、祖父母や知人からの期待も加わってより一層の重圧を感じていたのである。そして、こうした女性は、治療の長期化や妊娠しないことで悲嘆を増幅させ、母親になれないという自己像を受け入れるのに困難を来す¹⁴⁾という。

この他、体外受精を受ける女性は、そのほとんどが体外受精に関する結果や経過について漠然としたイメージをもち、確実性への認識がないという報告もあった¹⁵⁾。つまり検査を受けたからといって全ての不妊の原因が明らかになるわけではなく、治療を受けたからといって必ず妊娠にいたるわけではない。そのため、女性は妊娠に対する期待が持てないまま、何故治療を続ける必要があるのかと葛藤しながら不妊治療を受けているのである。

したがって、不妊治療が長期間にわたると悲嘆、劣等感、葛藤、猜疑心等の否定的な感情が高まり、それに加えて身体的な痛みや恐怖も与えられることで女性のストレス・コーピング能力は随分と低下するのである。家族以外の人々が挨拶代わりに使用する「子どもさんは何人」「妊娠した」という言動に対して過敏なのは、以上のような理由からである。

生殖医療を受けている女性の不安について日本語訳 STAI を用いたストレス調査では、高不安状態にあるものが女性の約8割を占めていたとの報告もある¹⁶⁾。とくに治療の長期化に伴い、抑うつ傾向が高まり、不安を抱きやすい性格傾向が強化されることも明らかになっている。事実、85%の女性が不妊治療をはじめから特別なストレスを感じていると答えている。その主な理由は、「成功率を考えると子どもをもつことができるかどうか不安」であった¹⁷⁾。状態不安は、治療開始前よりも採卵前と胚移植前に上昇し、妊娠反応検査前になると最も高い

状態不安を示した。そのため、治療中でもっとも心理的な支援が必要となる時期は、妊娠反応検査前であった¹⁸⁾。

不安について妻と夫を比較すると、ストレス状況に対して一時的、状況的な不安をおこしやすいという特性不安は妻が優位に高かった¹⁹⁾。また、高度生殖医療をうけた女性では、不妊原因が自分自身にある場合、不安状態が高い傾向にあるとされている²⁰⁾。そして、体外受精・胚移植法による治療をうける女性では治療への意欲が高い者が多く、それは不安の一つの現れであり、「期待と絶望」の悪循環を繰り返している者が多い²¹⁾という。妻の治療中における、妊娠の見通しについては約半数近くの者が悲観的で、約60%以上の者が治療に対する焦燥感を訴えていた²²⁾。そして、最終的に様々な葛藤と体外受精－胚移植の治療を繰り返した女性は、妊娠する可能性はあきらめないまま、子どもがいない人生という新たな見方や生き方を模索し始める²³⁾のである。

すなわち、妊娠という事実を生物学的に引き受けざるを得ない妻の方が、社会的、身体的、心理的なストレスは大きく、それらに関する調査も多く報告されている。しかし、それを支える夫のストレスも大きいことが想像できるが、まだ夫に焦点を当てた調査は少なく、今後、この領域での調査が必要であると考えられる。

2.3. 不妊治療と経済的負担

1.3.で述べたように、不妊治療はまだまだ保健適応外の治療や薬品が多く、多くの夫婦が経済的負担を痛感していた²⁴⁾。そのため、「体外受精を受けるための経済的援助がほしい」という希望から²⁵⁾、少子化問題解決の一環として、不妊治療助成金制度が開始となったが、これには所得制限があり²⁶⁾、まだまだ経済的な負担は軽減されていない。

そのため、夫婦で共働きをしながら不妊治療を継続するカップルは多い。この場合、経済的な負担は軽減されるものの、職場との労務調整が問題になるのである。例えば妻が就労者の場合、予測のつかない治療の日や時期、診察時間の制約があり、仕事か治療かの選択がせまられることもある。治療を始めてから約60%の人が仕事をやめたいと思ったことがあり、その理由として、「仕事の都合をつけるのが難しい」「治療に専念したほうが成功の可能性が高くなると思う」「仕事と治療で精神的に疲れた」などの意見があった。そして、働きながら通院する患者にとっての仕事続ける理由は、「治療費・生活費のため」と「気分が紛れる、楽しい」といった経済的、

精神的効果をあげていた²⁷⁾。

以上、本項では不妊治療を受ける夫婦に生じる諸問題について言及した。すなわち、生殖年齢にある夫婦にとって身体的、心理的、経済的な負担を強いる不妊治療は大きなストレスであり、これらに対する経済的な支援策と、社会システムとしてのサポート体制が必要なのである。

最後に、日本における不妊治療に対する支援事業の実態を紹介し、今後の課題と看護の役割について言及したいと考える。

3. 不妊治療をうける夫婦のサポート体制と看護の役割

3.1. 不妊に悩む夫婦への支援政策について

2007年3月、厚生労働省は不妊に悩む夫婦への支援として、「特定不妊治療費助成事業」と「不妊専門相談センターにおける相談対応について」という事業案を発表した。前者は、1.3で述べたので省略するが、後者は、不妊に悩む夫婦のために、医学的・専門的な相談や不妊による心の悩みについて対応する「不妊専門相談センター」の整備をうたい、「子ども・子育て応援プラン」において、平成21年度までに全ての都道府県・指定都市・中核市(99自治体)に整備することを目標に掲げた。

その結果、2007年12月現在、全国の不妊専門相談センター事業の開設数は64件であった。その開設場所をみると、病院24件、保健所16件、福祉事務所9件、県の健康増進センターや男女共同参画センター等11施設、看護協会・看護大学等5施設であり、医師の常在する病院が最も多かった(図2)。開設場所での相談方式をみると、電話相談51件、面接相談63件、電子メール16件であり、面接相談が最も多かった(重複回答あり)(図3)。最も多かった面接相談の実施回数をみると、月1-2回26件、週1回のみ16件、週2-3回6件、随時7件であり、月に2回、午後2時から4時ぐらいまでの2時間程度に面接相談の窓口を設置している施設が一般的であった(図4)。面接相談者は、医師16件、助産師8件(うち1件は不妊認定カウンセラー)、臨床心理カウンセラー5件、保健師5件であり、このうち保健師は電話相談窓口か予約窓口の担当が多かった(図5)。

こうした不妊専門相談センターへの相談件数は年々増加し、平成17年度現在、17,756件と報告されている(図6)。その相談内容の割合は、不妊の治療・検査36.9%、不妊治療を実施する医療機関の情報18.1%、不妊の原因11.1%、家族に関すること9.2%、主治医・医療機関への不満5.8%、世間の偏見・無理解への不満等3.9%、その他14.9%であった(図7)。

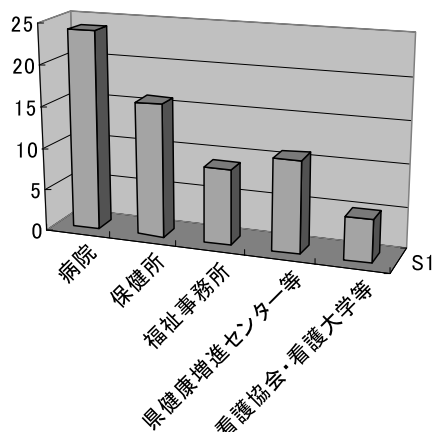


図2 全国不妊専門相談センター事業開設場所 (n=64)
 厚生労働省：不妊専門相談センター事業の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken03/index.html>

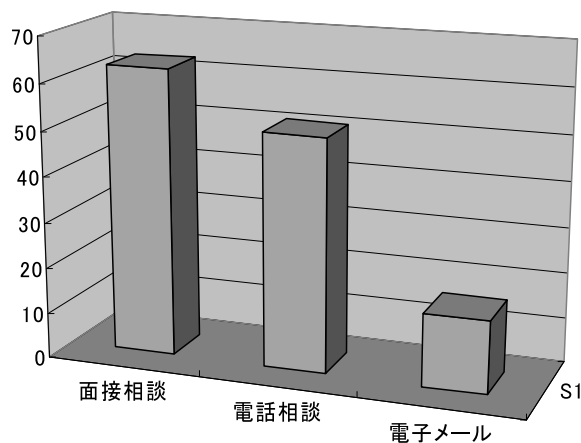


図3 相談方式 (n=64)
 厚生労働省：不妊専門相談センター事業の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken03/index.html>

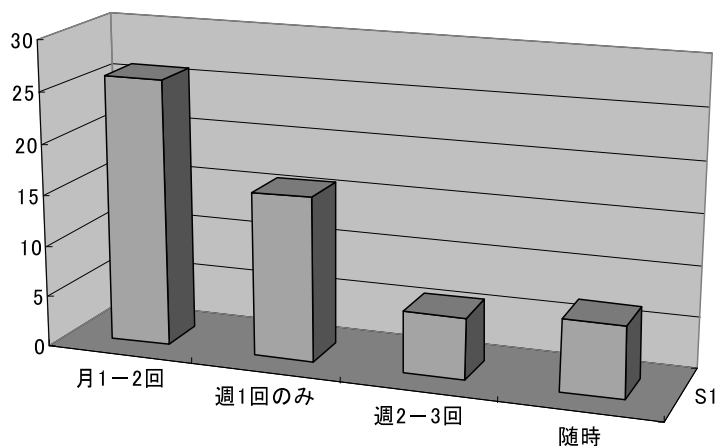


図4 面接回数 (n=64)
 厚生労働省：不妊専門相談センター事業の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken03/index.html>

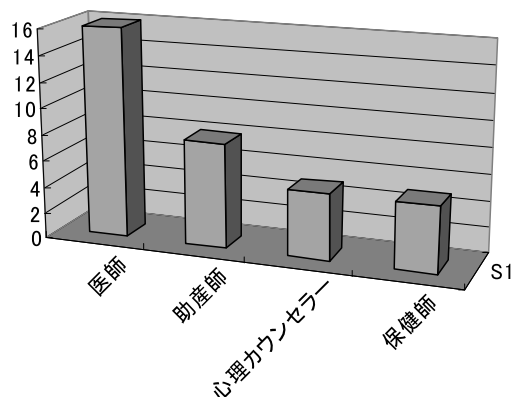


図5 面接相談者
厚生労働省：不妊専門相談センター事業の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken03/index.html>

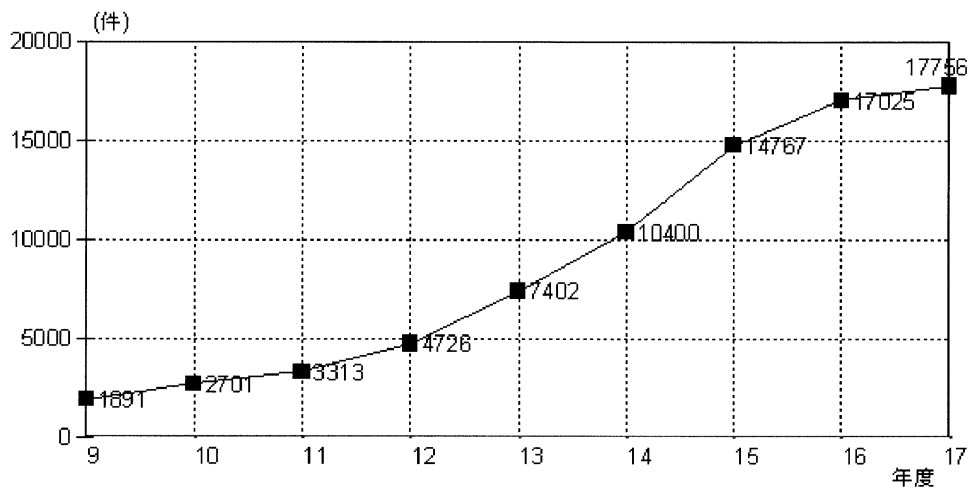


図6 不妊専門相談センター相談件数の推移 (n=17,756)
厚生労働省：不妊に悩む夫婦への支援について
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0327-2.html>

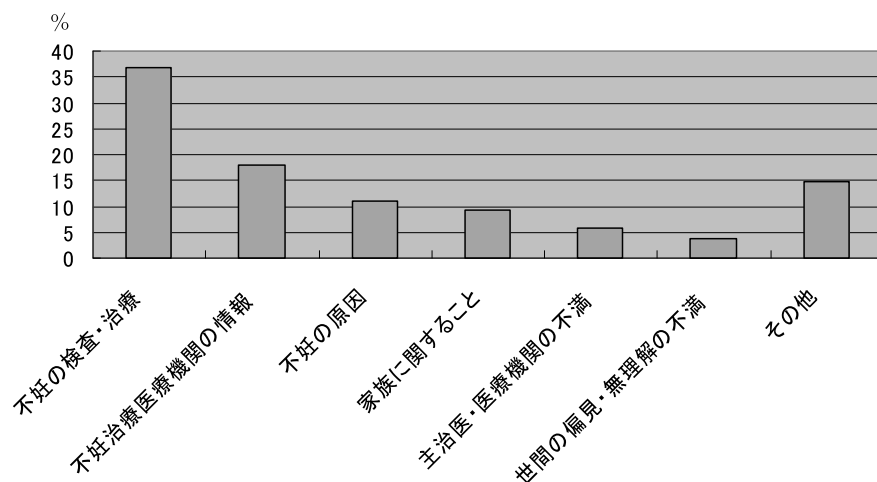


図7 相談内容内訳 (n=17,756)
厚生労働省：不妊に悩む夫婦への支援について
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0327-2.html>

つまり、不妊専門相談センターに寄せられる相談内容は、通常、不妊治療を受ける上で医療機関の医師または看護師が説明する内容であり、治療に関するインフォームド・コンセントの不十分さと、その後のフォローができていないことを示唆していると考えられる。

3.2. 不妊治療を受ける夫婦へのサポート体制と看護の役割

不妊治療を受けるために夫婦を単位として治療が始まり、通常の日常生活以上の相互理解と共同性が求められる。そこには想像できなかった課題が次々と浮上するため、医療機関には相談窓口も準備されている。しかし、多くの場合、それらの諸問題は夫婦で解決をするしかないのである。医師は診察が中心となり、看護師は治療前処置や自己注射の説明などで終わるため、日常生活についての悩みを相談する状況にはないからである。そのうえ、看護師側が持つ葛藤として、医師の治療方針に意見を述べることはできないという意識があり、治療のプロセスを通じて殆ど看護介入ができていない現実もあり、女性の感情を受容し、ケアをするまでに至っていないのである²⁸⁾。また、現在、体外受精が社会的に充分受け入れられているとは言いがたく、治療を受けることに不安を持っている。そのため治療を受けることを周囲には秘密にしていることもあり、相談相手も限られていることから、こうした状況を踏まえて、看護師は専門知識をもち患者のプライバシーを知る立場として身近な相談相手になることが大切である。そして、看護の役割としては、不妊治療および医師と患者の間をつなぐ、不妊患者に診療時の配慮をする、不妊治療と関連する職種・機関と共同する、なども重要である²⁹⁾。

そして、看護師がとくに慎重に関わらなければならないのは、難治性不妊による治療を継続している女性である。それは、医学的な不妊治療の限界に加え、妊娠という女性の期待と妊娠にいたらなかった結果に対する女性への援助として、どのような悲嘆プロセスをたどっているのか、またそれに対する女性の対処行動を把握し、治療の終結の選択を視野に入れた看護援助が必要となるからである。また、不妊治療は夫婦の協力がかせないため、治療への思いに食い違いが生じると治療段階が進まない。そこで、不妊治療には夫婦の個別性を考慮した相談体制が必要である³⁰⁾。

不妊治療をうける女性は、多様なストレスを経験し社会的支援を必要とする人々であると考えられるが、現実には周囲の人々からの不適切な支援を経験

している。周囲の人々からの支援行動を不妊女性が否定的に受け止める要因として、不妊に対する因習的価値観、不妊体験のない相手、妊孕性の優劣、治療経過に伴う心理状態と支援内容との不一致、支援行動の過剰が挙げられる。結果として、不妊女性たちが適切な支援を提供されるためには、周囲の人々が不妊女性の心情やニーズを適切に理解した上で支援行動をとることの必要性があり、この理解を促すことが、医療者、専門家に求められる重要な役割の一つである³¹⁾。

すなわち、不妊治療を受ける女性の医療者への要望は、治療施設・システムの整備、治療者の資質の向上以外に、患者の身体的、心理的、社会的な諸問題を理解した対応であり、それらに対する情報提供とインフォームド・コンセント、及び看護の充実なのである。

日本不妊カウンセラー学会では、不妊治療を受ける夫婦を取り巻く諸問題を受けて、不妊カウンセラーや体外受精コーディネーターの養成を行っており、2008年現在では、不妊カウンセリング学会から認定された1,014名の不妊カウンセラーや体外受精コーディネーターが全国で活躍している³²⁾。日本看護協会による不妊看護の認定看護師は全国で73名おり、今後の活躍が期待される³³⁾。

4. 今後の課題と展望

不妊治療は夫婦の問題ではあるが、実際に治療を受けるのは女性が大半であり、その治療は、身体的苦痛を伴うものも少なくない。また、ホルモン療法による副作用もある。さらに毎日の日常生活の中で定期的な治療や検査および体調管理を行うことは日常生活にまで支障を与えることにつながる。こうした副作用以外に、受診により拘束時間が増えるなど、制約された生活を送らなければならない。

しかし、不妊治療を受ける夫婦が日常生活や仕事を続けながら、その治療をどの様にして継続させているかという具体的な報告はみあたらない。例えば、夫については身体的・精神的な負担に関する報告はわずかながらみることではできるが、仕事をする上で治療に伴う時間をどの様にして確保するのかその実態があまり報告されていない。また、妻についても勤務上の工夫や職場での理解を得るプロセスなどが具体的に報告なされていない。つまり、これまでは治療を受けている夫婦の身体的心理的ストレス他不安などに焦点があてられて、その夫婦をとりまく社会的側面への着目が少なかったのである。さらに不妊治療を継続させていく上での経済的問題についてもその様相が明らかになっていない。したがって、

不妊にかかわる看護師は、不妊に関する専門知識だけでなく、個別に対応できる具体策をもって身近な相談相手になることが大切である。

おわりに

不妊に悩む夫婦が増えている。不妊治療を行なう医療施設は増加しており、不妊治療により出産できる人が増えてきた。しかし、治療においては身体的、精神的、社会的にも苦痛を伴う。子どもを欲しいと

願う人が、前向きに治療に取り組めるように環境を整え、負担を軽減することが大切である。また、夫婦の生活が不妊治療中心になるのではなく、夫婦が充実した日常生活を送ることができるように、サポート体制を整え、援助していく必要がある。そのために、不妊の専門知識以外に、具体的な日常生活に関する対応策の知識をもった看護師の関わりが重要であると考えられる。

文 献

- 1) 不妊女性の健康問題。吉沢豊予子 編, 女性生涯看護学 リプロダクティブヘルスとジェンダーの視点から, 第1版, 真興交易(株)医書出版部, 270, 2004。
- 2) 不妊治療における歴史のできごと(参考資料: 体外受精。日本語訳監修 荒木重雄 発行 文溪堂)。荒木重雄, 福田貴美子 編, 体外受精ガイドンス, 第2版, 医学書院, 6, 2006。
- 3) II 婦人科学各論 不妊症。池ノ上克, 鈴木秋悦, 高山雅臣, 豊田長康, 廣井正彦, 八重樫伸生編, New エッセンシャル産科学・婦人科学, 第3版, 250-257, 医歯薬出版, 2004。
- 4) 不妊症の診断。武谷雄二, 前原澄子編, 助産学講座2 基礎助産学2 生殖の形態・機能, 第3版, 医学書院, 44, 2005。
- 5) 生殖の病態(不妊症)。鈴木秋悦, 久保春海 編, 不妊ケア ABC, 第1版, 75, 医歯薬出版, 2005。
- 6) 13. ARTに伴う合併症とその対応。荒木重雄, 福田貴美子 編, 体外受精ガイドンス, 第2版, 医学書院, 227-234, 2006。
- 7) 6. 採卵 — 媒精 — 胚培養における操作 7. 胚移植と着床をめぐる 8. 顕微授精の有用性をめぐって 9. ARTにおける凍結保存技術の進歩とその応用。荒木重雄, 福田貴美子 編, 体外受精ガイドンス, 第2版, 医学書院, 105-165, 2006。
- 8) 伊藤久美子, 大木明美, 樹谷靖子, 良村貞子: 体外受精を受けた患者の意識と看護に関する一考察。母性衛生, 37(1), 103-109, 1996。
- 9) 野澤美江子: 不妊治療をうけているカップルの親密さ: 概念分析。日本看護科学学会, 25(4), 2005。
- 10) 大木明美, 伊藤久美子: 体外受精治療を受けている女性の意識の変化と看護 — 平成5年調査との比較検討。母性衛生, 42(4), 573-580, 2001。
- 11) 森恵美, 折口恵子, 遠藤恵子, 三隅順子: 日本において不妊治療中の夫婦の夫婦関係 — 妊婦とその夫の夫婦関係との比較から —。母性衛生, 40(1), 168-175, 1999。
- 12) 五味淵英人: 不妊治療中夫婦の意識調査 — 夫に対するアンケートより —。日本受精着床学会雑誌。19(1), 51-54, 2002。
- 13) 渡辺利香, 後藤孝子, 倉橋千鶴美, 指山実千代, 宇都宮隆史: 不妊患者の「悩み」についての実態調査および CMI 健康調査による心理評価。日本不妊学会雑誌, 35-39, 1999。
- 14) 玉上麻美, 松本美知子: 不妊治療中の女性の意識調査 — 母性意識を中心に —。大阪市立看護短期大学部紀要第2巻, 33-38, 2000。
- 15) 遠藤恵子, 森恵美, 前原澄子, 斉藤秀和: 体外受精を受ける女性の不確かさに関する研究。母性衛生, 37(4), 473-480, 1996。
- 16) 五十嵐世津子, 藤井俊策, 木村秀崇, 水沼秀樹: 生殖医療を受けている女性の不安。母性衛生, 49(1), 84-90, 2008。
- 17) 新野由子, 岡井崇: 不妊治療を受ける患者に対する支援のあり方に関する研究 第1報。母性衛生, 49(1), 138-144, 2008。
- 18) 早坂祥子: 不妊女性の心理に関する研究 — 体外受精・胚移植を受ける女性の不安と対処行動について —。母性衛生, 40(2), 292-299, 2005。
- 19) 石山君代, 渡邊実香, 森田せつ子: 不妊治療中の夫婦の夫婦関係満足度 — 不安状態との関連から —。愛知母性衛生学会誌, 第23号, 15-22, 2005。
- 20) 五十嵐世津子, 藤井俊策, 木村秀崇, 水沼秀樹: 生殖医療を受けている女性の不安。母性衛生, 49(1), 84-90, 2008。

- 21) 森恵美, 森岡由紀子, 斉藤英和: 体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究(第2報) — 不安とその関連要因との検討 — . 母性衛生, 35(4), 341-349, 1994 .
- 22) 森恵美, 森岡由紀子, 斉藤英和: 体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究(第1報) — 不妊治療女性の心理状態について — . 母性衛生, 35(4), 332-340, 1994 .
- 23) 加藤啓子, 横尾京子, 中込さと子: 不妊女性が体外受精 — 胚移植を繰り返すことの意味 . 日本助産学会誌, 19(1), 19-29, 2005 .
- 24) 伊藤久美子, 大木明美, 榎谷靖子, 良村貞子: 体外受精を受けた患者の意識と看護に関する一考察 . 母性衛生, 37(1), 103-109, 1996 .
- 25) 庄子育子, 井上妙子, 八日市谷隆, 上原茂樹, 星合昊, 鈴木雅洲: 不妊症患者を対象とした体外受精・胚移植についての意識調査 . 母性衛生, 25(1), 112-116, 1984 .
- 26) 厚生労働省: 不妊に悩む夫婦への支援について <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0327-2.html>
- 27) 鍵井順子, 吉岡千代美, 出口美寿恵, 平山史朗, 向田哲規, 高橋克彦, 長野靖子, 富山達大, 岡親弘: 不妊症治療を受けながら働く女性と職場の意識 . 日本受精着床学会雑誌, 18, 112-117, 2001 .
- 28) 渡邊知佳子: 看護師が不妊症患者と関わる中で感じる困難や葛藤 . 日本助産学会誌, 20(1), 69-78, 2006 .
- 29) 森明子, 有森直子, 村本淳子: 不妊女性の心理に関する研究 — 不妊治療における看護師の役割機能を構成する因子 . 母性衛生, 43(4), 591-598, 2002 .
- 30) 岡長真由美, 北村郁子, 藤島由美子, 高田昌代, 安積陽子, 安達久美子: 不妊相談室における難治性不妊女性への看護ケアの検討 . 神戸市看護大学紀要, Vol.7, 33-38, 2003 .
- 31) 秋月百合, 高橋都, 斎藤民, 甲斐一郎: 不妊女性の経験するネガティブサポートに関する質的研究 . 母性衛生, 45(1), 126-135, 2004 .
- 32) 日本不妊カウンセラー学会 <http://www.jsinfc.com/>
- 33) 日本看護協会 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>

(平成21年5月15日受理)

Problems of the Couples Experiencing Infertility Treatment and the Support Measure

Hiromi HAYASHITANI and Emiko SUZUI

(Accepted May 15, 2009)

Key words : the couples, experiencing infertility treatment, nursing care

Abstract

This article focuses on couples experiencing infertility treatment. describe the literature in Japan was reviewed carefully. The purpose of the study is to descript; 1) the details of the physical, psychological and social health problems of those couples, 2) nursing care suitable for those couples.

Suffering from treatment, harmful side effects from hormone therapy, and the high cost of treatment, infertile couples experience many kinds of psychological distress. Their marital relationships might be affected by the psychological distress. Recently it has come to be known that couples are experiencing psychological distress from this treatment. How they cope with the distress and get social support. are also clarified. However, there is no study focused on those couples' daily life. Conclusions: The role of the man and woman in their home, details of their feelings and the best nursing care for those couples to continue the treatment have to be clarified from hereafter.

Correspondence to : Hiromi HAYASHITANI Master's program in Nursing

Graduate school of Health and Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-Mail: hiro210691@yahoo.co.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.19, No.1, 2009 13-23)