

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
（総括）研究報告書

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

主任研究者	森 明子	聖路加看護大学
研究協力者	有森 直子	聖路加看護大学
	岸田 佐智	高知女子大学
	長岡由紀子	都立保健科学大学
	村本 淳子	三重県立看護大学
	福井トシ子	杏林大学医学部付属病院

### 研究要旨

看護者が不妊看護を考える場として活用し、互いに情報交換や問題解決をはかること、および、看護者ばかりでなく、社会への不妊看護のアピールを含め、患者、他の医療者が不妊とその看護支援と関連するさまざまな情報を共有できるようにすることをねらいとし、看護職による不妊に関するネットワークを計画し、発足させ、その評価について検討した。また、海外および日本の不妊治療、看護の動向や現状をふまえ、不妊看護ガイドラインの開発方法、基本理念、適用する対象を検討した。

#### ．研究の背景

生殖補助技術はその開発・運用面においてますます拡大しており、これを利用して妊娠・出産を望むカップルも増加している。不妊治療の普及は、自然妊娠の困難なカップルに選択肢を提供する一方、治療をしても子どもが得られる確率の低さ、治療環境および情報提供と相談体制の整備の遅れ、経済的負担などが利用者に悩みをもたらしている。この現況において、看護者は患者に十分対応し、機能しているとは言い難い。それは、治療環境・相談体制の整備の遅れ、不妊患者に対する理解不足、不妊看護という新しい領域の体系化・学習不足などの影響が考えられる。

本研究により期待される成果としては、

日本において初めての不妊看護に関するガイドラインを作成することにより、不妊治療を受けている患者とその家族に対する看護役割機能の質的な向上が期待される。また、不妊看護に関するネットワークを構築することにより、看護者の情報の共有、問題解決の促進が期待される。これらは、ひいては家族の満足度と QOL の向上につながるものと考えられる。

#### ．研究目的

本研究がめざすのは、看護者がおこなう患者支援の強化につなげるために、不妊看護に関するガイドラインを作成すること、および不妊や不妊看護について情報や意見を交換・発信するネットワークを構築し、評価することである。本年度

はネットワークの構築に主眼をおく。

### ・研究経過の概要

平成 10 年度：

先行研究およびヒアリングにより、看護の現状把握と問題の分析

平成 11 年度：

1. ガイドライン開発過程の検討とガイドラインを用いる対象の明確化
2. 構築するネットワークの目的・形態の明確化およびネットワークの立ち上げとその評価方略の検討

平成 12 年度：

1. ガイドライン策定
2. ネットワーク評価

### ・平成 11 年度研究成果およびその考察

#### 1. ガイドラインの開発

##### 1) ガイドラインとは何か

ガイドライン(guideline)とは、「指針」(オンライン版ライフサイエンス辞書)であり、The Institute of Medicine は、「特定の臨床状況に対する適切なヘルスケアについて実践家および患者の意思決定を支えるために系統的に作成された言明である」と、定義している<sup>1)</sup>。

欧米では、1990 年代初頭から、種々の臨床状況のヘルスケアについて、clinical guideline、clinical practice guideline、practice guideline などとして、エビデンス(evidence)に則ったガイドラインづくりが進み、その有効性の評価も行なわれている。これらのガイドラインは、作成された勧告に、エビデンスとその強さのレベルが示される点で、従来のガイドラインとの大きな違いをみることができる。このようなガイドラインは、効率的かつ効果的、妥当性かつ信頼性のある医療を行なううえで、そして、医療者と患者の情報の共有化による医療

の選択を容易にするうえで、利点があるとされる。

日本でも Evidence-Based Medicine (以下 EBM) で医学中央雑誌を検索すると 1994~1996 年までは 0 件であったのに対し、1997 年には 144 件あり、1998 年に 49 件、1999 年に 186 件となり、1997 年から急速に EBM の概念が入ってきたことがうかがわれた。

一方、ガイドラインには害悪も限界もあるという。それは、専門家によって開発された場合では、自分たちに都合よく、バイアスがかかっていたり、一般の人々を脅かすようにみえたりすることもある。厳しい規則のために柔軟性のないものであれば、管理・監査者、法律家向きで臨床家に向かない。また、エビデンスよりも意見を中心に作られた場合は、エビデンスに基づいたガイドラインより、バイアスや興味次第となり、もろいものになる。一方、エビデンスに基づいて作られた場合は、作るのにお金も時間もかかる。また、ガイドラインはケアの質改善のための一つのオプションにすぎないという指摘があった<sup>2)</sup>。

看護領域の組織が作った EBM によるクリニカルガイドラインについては、1998 年 Royal College of Nursing (以下 RCN) による「足の潰瘍をもつ患者の管理」がある<sup>3)</sup>。RCN では、作成したガイドラインの効果をはかる作業を行うと同時に、「圧迫性潰瘍」「子どもの疼痛の管理」「化学療法」に関するガイドラインづくりが進められていることや、他の組織グループにおけるガイドライン開発に参加していることを明らかにしている。

practice guideline and infertility をキーワードとした文献検索では、Advanced PubMed Search で 15 件あった。キーワード guideline and

infertility では、Advanced PubMed Search で 24 件あり、MEDLINE(1996-1999/12)では3件(うち1件はAdvanced PubMed Searchによる検出文献と重複)、CINAHL(1982-1999/11)では8件あった。

National Guideline Clearinghouseのオンライン検索では、キーワード infertility で、関連する7つのガイドラインが検出された。これらは、不妊(女性・男性・カップル)の診断・治療・管理に関するガイドラインと、腫瘍や機能障害、性感染症、内分泌疾患、化学療法、喫煙中止などのガイドラインで不妊との関連を内容に含むものと大別された。国としては、英、独、仏、伊、米のものが含まれた。

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists は、1999年、エビデンスに則ったガイドライン「不妊カップルの初期検査と管理」と「第2次ケアにおける不妊の管理」の二つを公表した<sup>4)</sup>。

RCNのFertility Nurse Group(以下FNG)は、1993年に「fertility nurseのためのケアスタンダード」<sup>5)</sup>を刊行し、1996年には「Transport IVFに関するガイドライン」を策定した<sup>6)</sup>。1997年にFNGは10周年を迎え、会員に対し、臨床実践の範囲と労働状態に関する調査を行なった。その結果は、臨床実践のガイドライン開発と、不妊看護にたずさわる看護者のための適切な教育プログラムの継続的な開発との二点を指示するだろうと予想された<sup>7)</sup>。

American Society for Reproductive Medicine(以下ASRM)は、1991年「体外受精、配偶子卵管内移植、関連する手順に関するガイドライン(1998年に改訂)」、1996年「不妊サービスの提供に関するガイドライン」、1997年「配偶子

と胚の提供に関するガイドライン」、1999年「ARTプログラムの広告に関するガイドライン」、同じく1999年「胚の移植数に関するガイドライン(改訂・改正)」などを策定した<sup>8)</sup>。

ASRMの看護職グループ Nurses Professional Group は、1991年から、「不妊看護に関する17のプロトコル(手順も含む)」を作成している。例えば「不妊患者/カップルの看護管理」のような全般的な内容、「子宮卵管造影検査を受ける患者の準備」「人工授精(IUI)を行なっている患者の看護管理」など検査や治療方法に応じた内容、「外来における卵巣過剰刺激症候群(OHSS)の患者の管理」「不妊後の妊娠初期の看護管理」など合併症や妊娠後のケアに関する内容のプロトコルが作成されている<sup>9)</sup>。

American Nurses Association は、28の看護スタンダードを明らかにしているが、それらの中には不妊看護に関するものは含まれていなかった。

American College of Nurse-Midwives(以下ACNM)は、1992年、クライアントやその家族などの要請により助産実践は発展していくものであることを認め、新しい手順を助産実践に組み込んでいくときに踏むべきガイドラインと、「基本的な助産実践のコア・コンペテンシィ」を策定した。1997年には、そのコア・コンペテンシィを見直し、「女性に対するプライマリケア」の一つとして「家族計画/婦人科ケア」を挙げ、無計画で望まない妊娠、性に関する関心、不妊、その他の婦人科の問題についてのカウンセリングと依頼に関するリソースを含む知識を適用する能力をコア・コンペテンシィに加えた。つまり、不妊に関する支援の能力というも

のが助産婦の中核的能力の一つとして必要であることを認めたことになる。また、1993年には、ACNMのスタンダードで用いられている"protocol"ということばを"practice guideline"ということばに置き換えた。一般的な慣用によれば、どちらかというところ"protocol"は、あまり柔軟性がなく、かなり詳細で正確な手順を連想するのに対し、"guideline"は、個別の状況に基づいてなされる臨床判断の余地を残すものであり、この置き換えは普遍的ではないかもしれないとしながらも、この二つの用語を互換できるとしている<sup>10)</sup>。

英米両国では、職能・学術団体が不妊看護に関する専門能力について言明したり、専門グループをもったり、ガイドラインやプロトコルをつくることで、その職能、職域などについて検討を重ねている。

日本では、日本不妊学会が、1996年「新しい生殖医療技術のガイドライン」を編集している。これは、一部を除き、現在日本で新しく生殖医療技術のガイドラインとして実施されているもの、あるいは近い将来になされようとしているものなど生殖医療領域に占める先端技術と、その背景ならびにその具体的実施法に関して集大成したものとされている<sup>11)</sup>。

日本助産学会・将来の助産婦のあり方委員会は、1998年、「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」を最終案として答申した<sup>12)</sup>。このなかの、「女性のケアとその責任範囲」に、「不妊の悩みをもつ女性と家族への支援」が含まれた。

日本看護協会・助産婦職能委員会「助産婦と諸制度にかかわる問題検討小委員会」は、1999年、不妊看護認定看護師教育カリキュラムを作成した<sup>13)</sup>。社

会および医療界の動向、母性・助産看護領域で働く看護職が抱えている困難のうちで早急な対応が求められているものという視点で選ばれた。さらに、当委員会によれば、不妊看護は、その領域も限定され、対象も明瞭であり、かつ社会的にも要請があるとして専門看護師ではなく、認定看護師教育の対象とするとしている。

日本の看護・助産界でも、不妊看護に関するケアの責任を明確にしようとしたり、継続教育に関する動きがみられた。

## 2) ガイドライン開発方法の探索

ガイドライン開発について、practice guideline development、guideline developmentをキーワードとし、文献検索した。MEDLINE(1996-1999/12)で19件、CINAHL(1982-1999/11)で129件あった。

Shekelleらは、ガイドライン開発に関する文献や北米および英国における彼らの開発経験をもとに、エビデンスに基づいたガイドライン開発の初期段階は5つのステップがあると述べている<sup>14)</sup>。要約すると、まず、対象とする領域を明確にし、精練する(第1ステップ)。次に、ガイドライン開発グループを召集し、動かす(第2ステップ)。そして、系統的文献検索に基づいて、グループは臨床上の問いあるいは状態についてのエビデンスを査定する(第3ステップ)。次に、このエビデンスをクリニカルプラクティスガイドラインにおける勧告に言い換えていく(第4ステップ)。最後に、そのガイドラインの外部レビューを受ける(第5ステップ)、というものである。本研究においても、このステップを採用する計画である。

本研究におけるガイドライン開発に関して、1999年12月15日、カリフォルニ

ア大学 (UCSF) の Dr. William L. Holzemer のコンサルテーションを受けた。その結果、ガイドラインを用いる対象や看護状況の焦点をしぼること、そして、強力なエビデンスがみあたらなかったとしてもエビデンスを示した勧告によるガイドラインをつくることを勧めるという助言を得た。これを踏まえ、不妊看護の実践領域全体の範囲と作成するガイドラインを適用する範囲や対象とを明確にするプロセスに入った。また、ガイドラインの前提ともなる不妊看護の基本理念を検討した。

### 3) ガイドラインの開発過程

#### (1) 不妊看護の基本理念

##### < 必ずしも治療を前提としないこと >

不妊の状態にある女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ぶ人がいる一方、それを選ばない人もいる。医療を利用することで妊娠・出産を獲得しようとする人がいる一方、妊娠・出産を望みながらも医療の利用を選ば(べ)ない人もいる。

すなわち、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。しかし、医療とかかわらない人々の中にも不妊の悩みをもっている人はいる。

また、受診してくるすべての患者が不妊やその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。

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・出産に至らない人々はそこに至る人々より多数である。治療中においても妊娠・出産の保証はない。治療を受けることは新たな悩みの出現をみたり、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するわけではない。

以上のことから、不妊治療を現在受けにきている人々へのケアであっても、治療を前提としたり、妊娠・出産をゴールとすることはできない。

看護は医療の内外に視点を向け、人々の生活(人生)にフォーカスをあて当事者の自己決定を支援する。

##### < ころとからだの両方を癒すこと >

不妊の人々のもつ心身の苦痛や緊張は不妊の悩みや治療から生じるものである。ころの側面のケアとしては、相談やカウンセリングが重要な役割を果たす。しかし、日本のその体制の現状は非常に未整備である。地域においても、医療機関においてもその機能をもった場・マンパワーとも不足している。臨床心理士・心理療法家や、高額な医療費に関するファイナンシャルな面の相談に応じる専門家などのサポートが必要である。そのような未整備な現状を認識したうえで、心理の専門家と共同しながら、対象のころの理解と支援を行なう。

また、リラックスして安楽に診療を受けられるように配慮したり、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、看護者ならでは発揮できる機能である。

### <患者を擁護し、代弁すること>

現在、日本の不妊治療機関は、治療の方法、費用、診療体制、外来・入院での看護体制、心理面のサポート体制などに関し、患者の取り扱いがさまざまである。施設のサポートやサービスの質・その範囲に関する責務を明確にした指針もない。医療機関が持っているサポートについて患者に提供される情報も患者にはきわめてわかりにくい現状である。患者にとっての利益優先というよりは、それぞれの施設のソフト・ハード面の都合で取り扱われているといった側面がある。また、医師と患者の関係には、ジェンダー関係により、治療中の患者の思いと医師の治療上の意向との間には大きなギャップが発生しがちである。このような理由から、患者の擁護・代弁が必要である。これ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責任である。

### <他の専門職・非専門職と共同すること>

看護は、患者の治療と不妊の悩みを抱えて生きる生活（人生）の両面に目を向ける。治療という点では、とくに医師との共同が必要である。また、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共同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共同も重要である。患者・家族を中心として、治療と心身の安寧との間の、調整役を担っていく可能性が考えられる。

#### (2) ガイドラインを用いる対象の明確化（ガイドライン開発の第1ステップ）

昨年度の、看護者のストレス・ジレンマと、行なわれている看護とその環境に関する分析に基づき、活用ニーズが高く、

大きな効果が期待されそうな領域を検討し、「不妊のための初回受診時の看護」に焦点をあてた。

その理由として、まず、看護者が患者と関わりの接点をもつことが重要と考えた。それには、その医療機関での最初のスタート時が適切だと考えた。初めにつながりをもつことで、看護のきっかけが生じ、やがて点ではなく、線で結んだ看護として継続していく可能性も高くなる。この時点で、看護者はどのような支援をおこなうかを示される、つまり指針をもつことで、具体的なケアのプランニングと実施（行動）、および評価が可能となっていく。患者の側からは、支援が受けられる人として看護者を認識しやすくなり、この時期に適切なサポートを受けることが可能となる。

なお、不妊看護の対象理解としては、思春期・更年期・老年期の各ライフステージと、受診以前の（不妊かもしれない、子どもがなかなかできない悩み、相談したり、病院にかかりたいがどうしたらよいかわからない悩みの）段階も非常に重要であるが、今回、作成するガイドラインの対象からは外すこととする。

## 2. ネットワークの構築および評価方略の検討

### 1) ネットワークの目的（ねらい）

生殖補助技術が発展している一方、看護者が不妊の当事者にどのような支援を行っていけば良いのかは明らかになっていない。

研究者らが平成10年度に行った現状分析のなかで、不妊治療の場で働く看護者は、不妊看護に関して高い問題意識を持っているにもかかわらず、個人では解決できない困難な問題が多く、様々なジレンマやストレスを感じていることが明

らかになった。そこで、同じような問題意識をもった看護師どうしが関係をむすび、つながりを強め、問題解決を図っていく場が必要と考え、本ネットワークを発足した。ネットワークの主なねらいは以下の4点である。

**つながること (Linking) ...** 看護師同士が所属や地域を越えて関係をむすび、つながりを作ること。

**問題解決 (problem solving) ...** 情報交換や自己研鑽の場を通じてお互いの問題を明らかにし、自分達の力で問題解決をはかること。

**エンパワメント (Empowerment) ...** 看護の専門性を発揮させながら、持っている力を最大限に発揮していくこと。

**社会へのアピール ...** 不妊治療に携わる看護職の役割を社会に伝え、患者や医療者が看護支援や不妊と関連するさまざまな情報を共有できるようにすること。

## 2) ネットワークの構築のプロセス

### < 準備期 (98年~99年7月) >

不妊治療に携わる看護師は各施設のなかで様々なジレンマを抱えていることから、それらを解決するための方略の一つとして看護師間のネットワークを構築していくことの必要性が見いだされた。そこで、現状分析の過程で聞き取り調査をおこなった施設の看護師数名と不妊看護やネットワーク活動に関心を持つ看護師にネットワークの発足を持ちかけ発足の準備を行った(関連資料参照)。

### < 形成期 (99年7月~9月) >

- (1) ネットワークの立ち上げ(第1回ミーティング) 99年7月10日(土)  
参加者11名。

「不妊看護のネットワークを考える会(仮称)」を聖路加看護大学(東京)にて開催。主任研究者よりネットワーク発足の経緯に関する説明、メンバー間の自己紹介を行った。参加者全員からネットワーク発足および参加の同意が得られた。ディスカッションの結果、以下のような活動を本ネットワークで行うこととした。

- ・対象者(クライアント)へのアプローチ
- ・看護職者へのアプローチ
- ・他職種や社会へのアプローチ: ピアグループ、医師組織、厚生省等

(2) 第2回ミーティング: 9月4日(土)  
参加者8名(新メンバー2名含む)

この回は、不妊に関する情報交換と、ネットワークの活動に関する具体的な検討を行った。その結果、看護職者へのアプローチとして、次年度の日本助産婦会、日本看護協会等での不妊看護に関する研修会の企画、本ネットワークの専門誌への広告掲載依頼、ニュースレターの作成を検討した。

また、ネットワークの正式名称を「日本不妊看護ネットワーク; Japan Infertility nursing Network(J.I.N.N.)」とし、運営方法や活動の方向性、会則について検討した。

### < 活動期 (99年10月~現在まで) >

(1) 第3回ミーティング: 10月2日(土) 参加者8名(うち新メンバー1名)

この回は、本ネットワークの運営方法、会則等の具体的検討及び、メンバーの役割分担を行った。

また、対外的な活動の第1歩として、ニュースレター第1号(関連資料参照)発行への準備、及び11月3日に行われる「いいお産の日」(消費者主催のお産に関するイベント)への参加を検討した。

(2) 「第19回日本性科学学会(10月9日:三重県立看護大学(三重県津市))」のおりにネットワーク発足のPR活動を行った。

(3) 「いいお産の日(東京)」への参加およびニュースレター第1号の発行:11月3日(火)

このイベントは良いお産について考える消費者主体のグループが企画運営している。本ネットワークからは7名のボランティアが参加し、妊娠・分娩・不妊等に関する相談活動を行った。イベントへの参加者の大半は看護職と妊婦とその家族であったため、会のPRも兼ねてニュースレターの配布も行った。

また、これ以降、ネットワークのPR活動や第1号ニュースレターの配布は各メンバーが独自に行っている。

(4) 「第44回日本不妊学会ワークショップ」でのシンポジウム『不妊とコンサルテーション』への参加:11月12日(金)

本ネットワークから、森(座長)と有森、福田(シンポジスト)が参加。また、同時に会場でニュースレターを配布するなどのPR活動もおこなった。学会参加者の大半はまだ不妊看護について認識の少ない医師が多かったにもかかわらず、手ごたえは良好であった。

(5) 第4回ミーティング:11月13日(土)参加者14名、うち新メンバー2人

この日も、メンバー間で情報交換および活動報告等を行った。また、会の活動についてより具体的な検討を行った。

運営に関しては、今回までのミーティング参加者を今年度のネットワークの世話人とし、会員はオブザーバーとしてミーティングに参加できることなど検討した。

(6) 第5回ミーティング:1月22日

(土)参加者11名(オブザーバー1名を含む)

この日も、世話人メンバー間で情報交換および活動報告等を行った。また、今年度の会の活動と次年度の活動計画の立案がなされた。

#### <今後の活動予定>

今後は以下のような活動が予定されている。

- ・看護職へのアプローチ:日本看護協会・日本助産婦会での研修会、勉強会の企画、ニュースレターの発行(年2回)PR活動

- ・クライアントへのアプローチ:ホームページ開設、PR活動

- ・他職種へのアプローチ:厚生省、医師組織、ピアグループ等

なお、今後の課題としては、他職種の入会や相談機能についての検討等があげられている。

### 3) ネットワークの現在

#### (1) 会員の特性

平成12年3月7日現在の会員数は、世話人16名を含めて合計70名となった。会員の年齢層は、30代がもっとも多く(表1、図1)、居住地は関東・甲信越地方がもっとも多いが全国に分布した(表2、図2)。所属は、臨床(ただし医療機関の他、保健所や市町村保健センターなども含めた)がもっとも多く、教育職がこれに次いで多い(表3、図3)。

コメントの多くは、ネットワークを通じて知識を深めたり、広く情報交換を行いたいというものが最も多かった。さらに、会員の多くは臨床の看護職であるため不妊患者と接する中でジレンマやストレスが生じており、不妊看護の重要性は認識しているものの、どのような看護を



行ったらいいのか見出せずにいると言う内容が多かった。

また、自身も不妊治療を受けた経験があるためより良いケアを提供したいとのコメントも1割強(10/70名中)寄せられていた。

## (2) 活動内容

### つながること(Linking)

不妊治療に携わっている医師の間には古くから学会や研究会があり、近年は医師のみならず、co-medicalをも含めた研究会も設立されている。また、不妊の当事者である女性たちのpeer-groupなどの活動も活発になっている一方、不妊治療に携わる看護者を主体としたネットワークは皆無であった。

本ネットワークでは、およそ2ヶ月に1回世話人ミーティングを行ったり、学会、イベント等への参加を通し、看護職同士の横のつながりを深めつつある。今後は、ニュースレターや研修会、勉強会等を通じ会員同志のつながりも深めていくことになるだろう。

また、不妊治療に携わる関係職種ともつながりを持とうとしているところである。

### 問題解決(problem solving)

現在、本ネットワークは活動期に入っているが、会員募集を初めてからまだ日が浅いため、主に世話人ミーティングとニュースレター(第1号)により会員間の情報交換を行うことにより様々な問題解決がなされているようである。

会員の多くは臨床に携わる看護職が多いため、治療や不妊患者へのケアに関するさまざまな問題に直面しているが、それらについて相談する人がいないなど解決の糸口を見いだせずにいる事が多い。

そのため、他の医療機関ではどのように対応しているか、どのようなケアを提供しているかなどの情報交換・情報提供が行われることによってそれらの問題解決の一助となっている。

さらに、研修会への参加報告や、今後の研修会予定等の情報交換、職能団体の動向等、最新の知見を得ることによってもさまざまな問題の解決へとつながっている。

また、問題解決を図るために、本ネットワークでは情報交換のみならず、看護者へむけての教育活動も計画中である。平成12年度は職能団体主催の全国規模の研修会の企画および講師派遣を予定している。特にこれまで不妊に関する研修を行っていなかった幾つかの団体(日本看護協会、日本助産婦会)で新たにこのテーマを取り挙げて頂く運びとなった。

さらにグループでの勉強会については、会員をその対象の中心とし始めていく予定で現在計画中である。

### エンパワメント(Empowerment)

不妊看護に携わる看護者は、高い問題意識を持ちながらも横のつながりを持っていないためその専門性を発揮させたり、問題に取り組んで行くことが出来ずにいることが多い。Kanterのモデル<sup>14)</sup>によれば、医療現場において、Empowermentを高めるための先行要因には、formal powerとinformal powerを高めていく必要があるとされている。組織(施設)内のつながりだけでなく、それらを超えた広いつながり(=ネットワーク)はまさにこのinformal powerを高めることと考えられる。

定例のミーティングを重ね、情報交換や意見交換を行うことによって、会員の多くは自分の抱えていた問題の解決方法

を見出したり、自分達もやれば出来るのではないかとの自信を獲得し、新しい取り組みに挑戦しつつあるようである。さらにそのように看護者が力をつけていくことはクライアントへのよりよいケアに還元されていると考えられる。

### 社会へのアピール

・対象者（クライアント）に向けて

対象者に対しては、メディアを通じてネットワークの存在や不妊の看護者の活動をPRしている。そういったPRにより、クライアントからの質問や相談依頼等が寄せられているが、現在のところは会として相談機能を持ち合わせていないため、個別に対応している。今後、相談の窓口を設けた場合、かなりのニーズがあると考えられる。

また、メンバー間でさまざまな情報交換、問題解決がなされているため、それらが間接的にクライアントへのケアに反映されていると考えられる。さらにPR活動により、看護者は不妊治療の場において何をやる人なのかクライアントに伝わりつつあると言える。

・看護職に向けて

看護職に対しては、ネットワークに関する情報を専門誌への広告掲載を通して行った。

主な掲載誌は以下の通りである。

・「助産婦雑誌」2000年1月号および3月号

・「助産婦」2000年2月号

・「家族と健康」2000年1月発行 第550号

・「かんご」2000年2月号

また、学会や研修会、各種イベントなど看護職が集まる場に参加したり、ニュースレター1号を無料で配布するなどの活動も行なった。

・他職種や社会に向けて～メディアを通じてのPR活動～

これまでに新聞や雑誌等への掲載をはじめとして看護職種だけでなく、社会へ向けてもネットワーク活動をPRしている。おもな掲載紙は以下の通りである。

・日本経済新聞

・東京新聞

・中日新聞

また、厚生省へもネットワーク発足と活動内容を報告した。

### 4) ネットワークの評価方略

専門職のネットワークはどのように評価されるのかを検討するために、Professional networking、evaluationをkey wordsとして、1990～1999年の過去10年間にさかのぼって、CINAHLにより検索を行った。その文献検討の結果、ネットワークは2つの視点で評価が行われていた。一つは、結果としてネットワーク自体ができあがったものであった。たとえば家族について研究をすすめるチームをつくったことでネットワークができたという研究報告である<sup>16)</sup>。もう一つは、ネットワークがどのような成果をもたらしたかについて明らかにする研究である。たとえば、ネットワークをつくったことで、専門能力や、他に働きかける力（agency development）や経験の若い人と関わっていく力を評価している研究がこれにあたる<sup>17)</sup>。本研究においても、上記の2つの視点で評価を進めていくことが考えられる。まず、「ネットワークの立ち上げ」は、本年度達成された。本ネットワークは自然発生的に生じたネットワークとは異なり、研究のプロジェクトとして意図的に呼びかけられ、発生したネットワークである。その構築までのプロセスは、本報告書にも明らかにさ

れている。

2つめは、ネットワークの成果を評価することである。成果の評価には、2つの方法を検討している。一つは不妊看護ネットワークの目的（ねらい）の達成度であり、もう一つは、会員にとっての本ネットワークに参加することの意味を明らかにすることである。

まず、目的（ねらい）の達成度について述べる。不妊看護ネットワークは、1メンバーがつながること、関係を結ぶこと、2メンバーのひとりひとりが自分の能力を活かして問題解決の一助となること、3 勇気づけられること、元気になること、4 不妊看護を社会にアピールすることを目的に掲げて立ち上がった。この目的がどのように達成されたかについて、明らかにすることが必要と考える。そのためには、ねらいが達成できた状態について具体的に設定する必要がある。また、一方では、現在、目的に掲げた1～3の項目を測定するのに適した既存の質問紙の探索も行っている。調査対象は、ネットワークのメンバー（70名：2000年3月7日現在）である。

また、目的4に対してはマスメディアを通して行われた報道の現状（関連資料参照）、市民、他の医療職からのネットワークへの反応をデータとする予定である。

次に、不妊看護ネットワークに参加することの意味を明らかにすることについて述べる。不妊という現象はその土地の文化的歴史的な価値観に大きく影響されるものであり、我が国における不妊という現象の特性をふまえて、本ネットワークの意味について、質的に明らかにしていく必要もある。

ネットワークの成果を評価する時期については、ネットワークの活動が始まったのが、1999年11月でありネット

ワークの活動の成熟から考えても、1年経過した時点が妥当と考える。

#### ・ 結語

1. 本研究で作成する看護ガイドラインの開発方法、基本理念を検討し、これを用いる対象領域を明確化した。
2. 不妊看護ネットワークの目的と構築プロセスを明らかにし、ネットワークの評価方略を検討した。

#### 引用文献

- 1) Field MJ, Lohr KN, eds. clinical practice Guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press, 1990
- 2) Woolf SH et al., potential benefits, limitations, and harm of clinical guidelines: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7182/527/DC1>
- 3) [http://www.rcn.org.uk/services/promote/clinical/clinical\\_guidelines.htm](http://www.rcn.org.uk/services/promote/clinical/clinical_guidelines.htm)
- 4) <http://www.rcog.org.uk/guidelines/>
- 5) RCN Fertility Nurses Group, Standards of Care for Fertility Nurses. London: RCN, 1993
- 6) RCN Fertility Nurses Group, Transport IVF Guidelines for nurses working in units offering transport in vitro fertilisation, London: RCN, 1996
- 7) Barber, D., Research into the role of fertility nurses for the development of guidelines for clinical practice, Hum. Reprod., 1997 Nov; 12(11 Suppl) : 195-7

- 8) <http://www.asrm.org/current/>
- 9) ASRM Nurse Professional Group, Nursing Protocols
- 10) <http://www.acnm.org/prof/>
- 11) 日本不妊学会編、新しい生殖医療技術のガイドライン、金原出版、1996
- 12) 将来の助産婦のあり方委員会報告、「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」、日本助産学会誌、12(2)、74-84、1999
- 13) 日本看護協会、平成 11 年度助産婦職能集会検討資料、pp144-152
- 14) Shekelle PG et al, clinical guidelines developing guidelines:  
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7183/593>
- 15) Spence Laschinger HK, Shamian J, staff nurses' and nurse managers' perceptions of job-related empowerment and managerial self-efficacy, JONA, 24(10), 38-47, 1994
- 16) Johnson-SK et al, Group functioning of a collaborative research team, Clinical Nurses Specialist,7(4),184-91,1993.
- 17) Kurtz PD,A case study of a network as a learning organization, Administration in Social Work,22(2),57-73,1998.

表1. 会員の年齢分布

年齢(歳)	人数
20~29	16
30~39	26
40~49	18
50~59	5
不明	5
合計	70

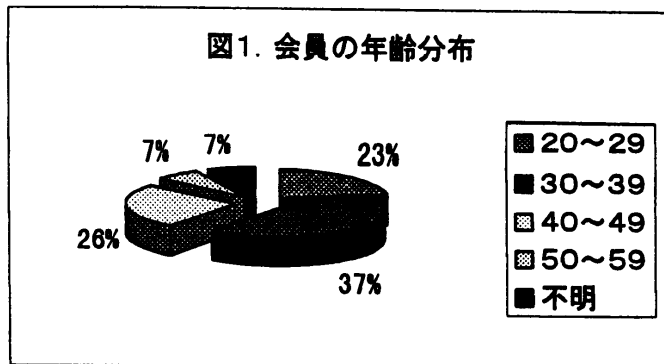


表2. 会員の住んでいる地域

地域	人数
東北・北海道	3
関東・甲信越	37
中部・東海	7
北陸・近畿	12
中国・四国	7
九州・沖縄	4
合計	70

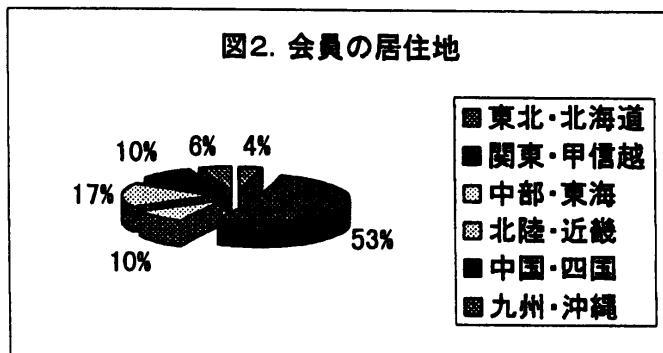
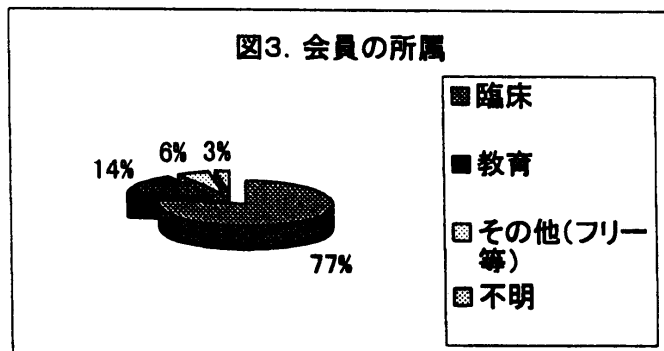


表3. 会員の所属

所属	人数
臨床	54
教育	10
その他(フリー等)	4
不明	2
	70



## 不妊看護のネットワークを考える会(仮称)

### 発足の経緯

ハイテクノロジーによる生籾補助技術の発展を背景に、倫理的、社会的、心理的問題をほとんど野放しにした状態で不妊治療が行われています。それは、不妊の人々に対する医療や支援はどのようにあったらよいのかという十分な講論やコンセンサスがないまま進行しています。当然のごとく、そのような事情から、不妊の人々は「からだところを生かし、自分らしい幸せな人生を、社会の中で送る」という人間としての包括的な視点からは、不十分な支援しか受けていません。とくにカウンセリングやメンタルケアのニーズに応える体制はあまり整備されていません。

多様な診療形態の、それぞれの治療機関の、それぞれの勤務部署の中で、看護者は対象の理解も十分とはいえない準備状態に置かれたまま、どのように支援したらよいのか、悩み、困っているのが現状です。

医療ネットワークと呼ばれるものは、セルフヘルプグループも含めると、96年末現在、1109団体あります(99年イミダス調べ)。リプロダクティブヘルスや不妊に関するグループ、インターネットのホームページを開設しているグループ(不妊については看護者個人によるものが一つあります)もみられています。

ネットワーク、ネットワーキングは、1970年代後半に登場した新しいタイプの社会運動で、共生社会を志向すること、対等で自立的なグループがゆるくヨコにつながっていること、画人の自発性と権限の分散を重視すること、樹木型ではなく根茎型の自在なつながりをつくること、告発型でなく提案型であることなどの特徴をもちます。これから私たちがつくるネットワークは、どのようなものを目指し、どのような内容にしていくのか、皆さんと一緒に考えていきたいと思います。つながること、関係をむすぶことでさまざまな問題の解決の一助となり、何より、勇気づけられたり、元気になれることもあると思います。

また、専門職、専門性ということも合わせて考えてみたいと思います。ある臨床心理士の方は次のように述べています。「『専門性』とは役割や身分、地位に自動的に付随した属性ではない。言い換えれば、自分と向き合い、より深く認識する過程から発酵してくるといってもよい。」と。つまり、資格を取っただけ、持っているだけ、名乗っているだけで、そこに付いてくるものではないということです。不妊の人々はまだ、看護者を、自分たちを支援してくれる専門職であるとは、ほとんど思っていません。期待がない、瑚待が生まれぬ、それは実績がないためでしょう。私たちが自分と向き合い、自分を生かす道を拓いていきたいと思います。

1999.7.10

森明子

1999. 11. 3

# 日本不妊看護ネットワークニュースレター NO.1

Japan Infertility Nursing Network (J.I.N.N.)

## 入会のご案内

### ニュースレター刊行にあたって

季節は実りの秋を迎えました。ここに日本不妊看護ネットワークのニュースレター創刊号を皆様にお届けできますことをたいへんうれしく思います。以下にこのネットワークの発足の経緯やねらいと活動をご案内し、本ネットワークに対する皆様のご理解に役立てていただければ幸いです。不妊看護に関心のある看護職の方ならどなたでもご参加いただけます。皆様のご参加を心からお待ち申し上げております。

### ネットワーク発足の経緯

不妊治療のハイテクノロジー化、すなわち生殖補助技術の発展を背景に、倫理的、社会的、心理的問題が山積するなかで、不妊の人々に対する医療や支援はどのようにあったらよいのかという議論やコンセンサスが求められています。多様な診療形態の、それぞれの治療機関の、それぞれの勤務部署にあって、あるいは、医療機関外の地域で活動していて、多くの看護者はどのように支援したらよいのか、悩み、困りながら、試行錯誤の実践の日々を送っているのが現状ではないでしょうか。つながること、関係をむすぶことでさまざまな問題解決の一助となり、何より、勇気づけられたり、元気になれることもあると思います。このネットワークは、不妊看護を社会にアピールし、ひとりひとりの心や知恵を生かしあえるよう、情報交換するために発足することになりました。

### 本ネットワークのわらい

発足したばかりで十分な活動とはいえませんが、さまざまな場に関心をもっている方々を結びつけ、不妊看護をアピールすること、情報交換することを目指します。

### ネットワークの活動

当面はニュースレターの発行、機会に応じての研修会の企画・運営を行ないます。

### 入会申し込み方法

入会申し込みは、事務局まで官製ハガキでお申し込み下さい。

事務局

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

聖路加看護大学内 母性看護・助産学研究室 日本不妊看護ネットワーク事務局

代表 森 明子

## 日本不妊看護ネットワーク会則

### 第1条 (名称)

本ネットワークは、日本不妊看護ネットワーク(Japan Infertility Nursing Network)と称する。略称は、J.I.N.N.とする。

### 第2条 (事務局)

J.I.N.N.の事務局は、聖路加看護大学(104-0044 東京都中央区明石町 10-1 聖路加看護大学内 母性看護、助産学研究室 日本不妊看護ネットワーク事務局)に置く。

### 第3条 (目的)

J.I.N.N.は、不妊の人々によりよい看護支援を行うために、不妊治療やその看護支援に関わる情報を共有することを目的とする。

### 第4条 (事業)

J.I.N.N.は、前条の目的を達成するため、下記の事業を行う。

1. 看護職へのアプローチとして、研修会の開催
2. 看護職並びに他職種および不妊や不妊治療に関心を寄せる人々に対する情報提供
3. ニュースレターの発行

### 第5条 (会員)

会員は、J.I.N.N.の目的に賛同し、所定の会費を納入した看護職とする。

### 第6条 (会の運営)

J.I.N.N.の運営に、世話人代表を置く。

### 第7条 (会費)

J.I.N.N.の会費は、1年間 2000円とする。

会則は、平成11年10月2日より施行する。

世話人	有森直子	聖路加看護大学
	岡部多津子	さとう・やむきウイメンズクリニック
	小川さゆり	聖路加国際病院
	岸田佐智	高知女子大学
	此川愛子	群馬中央総合病院
	清水きよみ	東京医科歯科大学大学院
	高崎由佳理	杏林大学医学部付属病院
	長岡由紀子	東京都立保健科学大学
	西山悦子	杏林大学医学部付属病院
	浜崎京子	栃木県中央クリニック
	福田貴美子	蔵本ウイメンズクリニック
	平野真理	杏林大学医学部付属病院
	福井トシ子	杏林大学医学部付属病院
	増岡寿恵	相模原協同病院
	村本淳子	三重県立看護大学
	森明子	聖路加看護大学

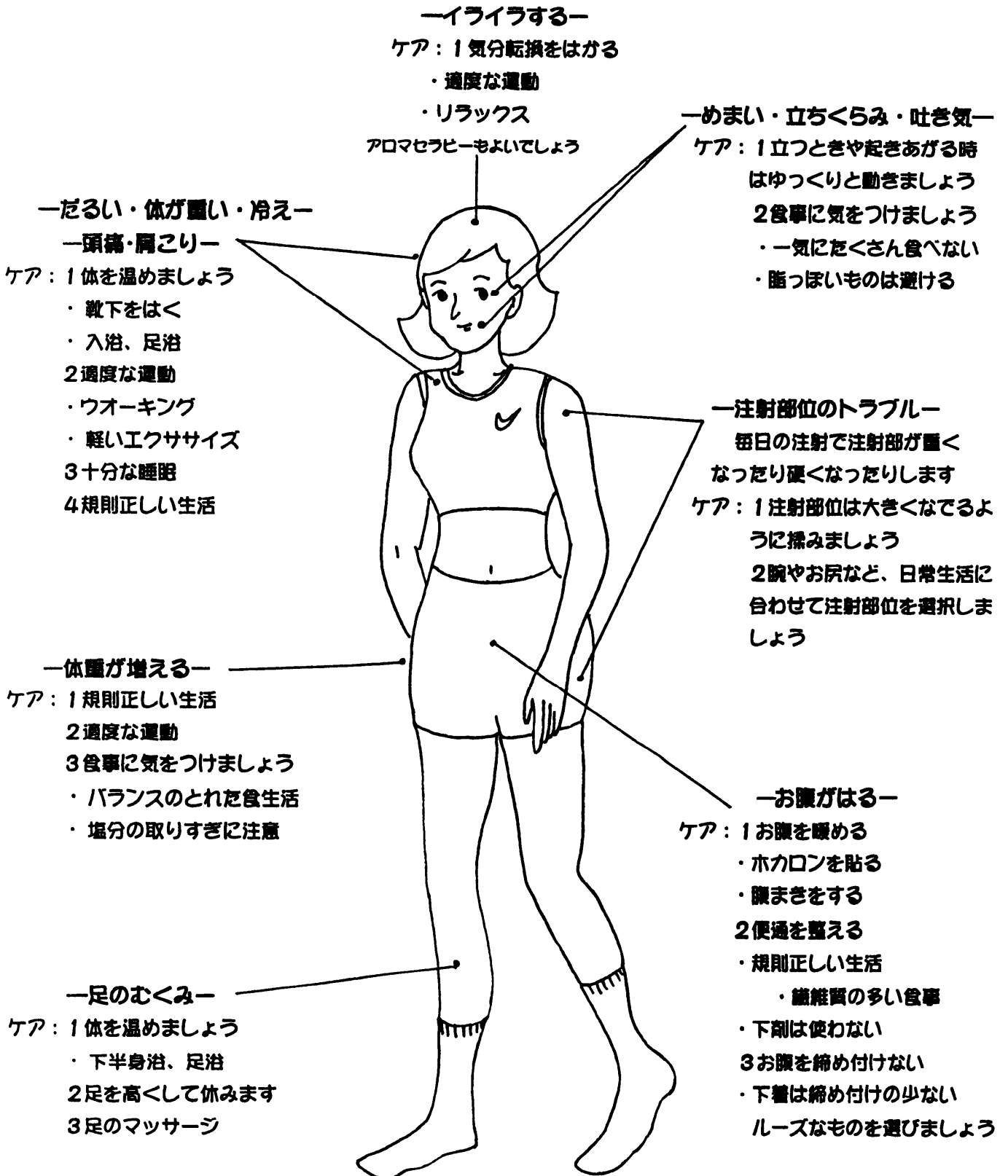


# <不妊治療中のマイナートラブルをケアしましょう>

第一回目のニュースレターでは不妊治療中のマイナートラブルとそのケアについてお伝えします。

不妊治療では多くの場合、ホルモン剤が使われます。そのため、体は月経前と同じ様な状態となり、不快に感じる場合があります。そこで、身体も気持ちも快適に過ごすためにホルモン剤使用中のトラブルとケアを知っておきましょう。

## <ホルモン剤使用中のトラブルとケア>



杏林大学医学部付属病院 高崎 由佳理 提供

# 不妊患者ケア ネットが発足

産婦人科  
情報誌

初めての不妊治療に悩む不安、子孫を待ち望む周囲からの重圧……。治療以外の生活面や精神面のケアの必要性が指摘されている不妊患者を支えるため、日本不妊看護ネットワーク(代表世話人・森明子産婦人科看護士)が四日までに、産婦人科看護士会と提携し、産婦人科看護士会が核のつながりを広げ、情報を発信していく。同ネットワークは事務局を産婦人科看護士会(東京都中央区)に置き、森助教授をはじめ大手総合病院の院長ら十六人が世話人を務める。

不妊に關心を持つ看護婦(士)ならだれでも参加できる。将来的には、ポランティアや不妊治療の経験者にも輪を広げ、インターネットも利用する考えだ。不妊患者には、治療に不安を抱く初期の来院時や妊娠に成功した場合に加え、治療中止を検討するターミナルケア(終末医療)の段階までを含めた総合的な生活・精神面のサポートが必要だ。高額の費用や長期にわたる治療に耐える患者の心理的なかたまりを支える

には、専門スタッフの力が不可欠。一部の専門クリニックは不妊治療コーディネーターを配置しているが、医師や管理者側の認識不足などから、こうしたチーム医療はまだ少ないのが実情だ。

森助教授は「不妊治療の全体的な看護職の立場からとらえ直し、患者をサポートするために、看護はこうあるべきかを考えていく」と話している。森助教授は厚生省研究班で不妊看護の基本指針となる看護支援ガイドラインを、二〇〇〇年度をめぐりにまとめる予定で、同ネットワークが計画している看護婦向けの研修会などでも活用していく。

同ネットワーク事務局の連絡先は産婦人科看護士会内(ファクス03・55588・1480)。



不妊治療への関心が高まっている。働く女性の中にも「なんとか子供を」と治療を続ける人が少なくないが、彼女たちを悩ませているのが仕事との両立の難しさだ。妊娠的なタイムリミットに背中を押され、多忙の中で治療の時間をせりへりする。そんな生活は疲れ果て、仕事を断念するケースも増えている。

7年のキャリア断念  
「おなかかカエルのよう  
に膨らんじゃったんです。  
一カ月ほど入院し、とても  
両立は無理と悟って断念を  
出しました」  
会社員の田中京子さん  
(仮名、28)が、医師から  
自然妊娠は無理と宣告され  
たのは結婚の二年後だ。体  
外受精ではないと妊娠は確し  
いと言われ、夫業は半年、  
治療を要するようになった。  
体外受精は一般的に、卵  
細胞発射で卵を成熟させ  
て、女性の体内から取り出  
し精子と受精させる。その  
ために十日前ほど毎日病院  
に通い、卵細胞発射を注射  
する必要がある。

田中さんは、午後五時三十分になると会社を出て病  
院に向かい、検査外来で注  
射するという日々を半年と  
かちりへり。体外受精の当  
日は「婦人科系の週刊」と  
読んで休めを取った。  
ところがその医療体制が  
悪化。卵細胞発射の副作用  
で、胸水や腹水がたまり入  
院するようになった。結局

## 「赤ちゃんがほしい」 働く女性、不妊治療に壁



### 職場の支援乏しく

不妊をテーマとした雑誌  
「ハルーン特別編集 赤  
ちゃんがほしい」(主婦の友  
社刊)では、九九年発行の  
「けむり」にもいかに「こ  
んな感じで、七年のキャ  
リアを断念した」「育児休  
妻のうちに、治療のために  
重々とした休暇があれ  
ば、仕事を続けられたかも  
しれない」と話す。  
「今治療に専念しなければ  
後悔する」と仕事を断念す  
る人が増えている」と証言  
する。

現在専業主  
婦の加藤祥子  
さん(仮名、  
31)も昨年十  
一月に仕事を  
辞めた。卵細  
胞の採り出し  
に際しては精  
子の採り出し  
は当初専業主婦だったのが、  
治療を始めた一瞬、保  
険の外交渉になった。「朝  
いちばんの半日は仕事を  
持つ」「治療が仕事かた  
とすむよう対応したい」と井  
上正人院長。夜間診療の病  
院も増えている。  
ただし、治療の理解は更  
た進んでいない。「あんな  
とを言っていたら、あんな  
くらい悩んで入る人があ  
る」といふ。



子を直接授け入る人工授精  
を一年間で十二回行った。  
治療を重ねるごとに、一  
定の企業を相対し、責任を  
持つて対応するところまで  
の仕事を負担に感じてい  
た。

「卵細胞はギリギリにな  
らないと確認できなかった  
た。取引先からアンケート  
の希望日を言われると、心  
の中で「そのころは卵細胞  
かもしれない」と感じて  
り返る。人工授精後に失敗  
とわかると「失敗の原因は  
あつた」と仕事を断念す  
る。なほ、と自分を買  
てしまふ精神的にも余裕が  
ない。周囲には解決で  
きない矛盾した悩みを、書  
き合っている」と話す。  
治療への理解進まず  
不妊治療の理解はまだ  
不十分で、その中で「手  
供が欲しいのか」「どう  
わかれたいのか」といふ  
半信半疑の夫婦関係が  
巧みに行き  
た結果に  
と、現行  
を要して  
患者は推計  
二十八万人。  
「不妊を  
る悩みは  
と社会が  
してあげ  
ればなら  
制度や状  
回復) (大  
原敬之)  
こうした女  
性の悩みを  
け、医療制  
は両立のた  
の環境整備  
少すす防  
っている。不  
科を開発す  
料を削減す  
「は土日に  
いる。患者  
いる。患者  
持つ」「治  
すむよう対  
止正人院長  
院も増えて  
ただし、治  
た進んでい  
とを言ってい  
る」といふ

### 長期的見通し必要に

「体外受精であれば数カ  
月で一度の頻度で実施する  
のが一般的。治療をして  
ない期間は二〇名仕事を  
頑張り、なでメリハリを  
つけて両立の理解を深めて  
うか。自分の体調を伝える  
ことは責任をもって仕事を  
するに当たって必要であ  
る」といふ。  
日本不妊治療ネットワーク  
の代表世話人を務める  
路加藤祥子大学の藤野子助  
は「両立のためには、こ  
きれば仕事を断念しては  
い」と言う。不妊治療は  
一部の成功例に注目する  
てはあつた。日本産科婦  
科学会の  
「日本産科婦人科学会の  
は一般的な体外受精で  
妊娠率は三三%程度。確  
もめるための出産率は一  
程度に下がる。成功例は  
「治療の成功事例を特  
集したうえで、いっ  
たまたま、治療して  
を言っていたら、あんな  
くらい悩んで入る人があ  
る」といふ。