

博士論文

不妊患者の通院開始後早期の満足度とその要因分析
－ケア開発に向けての基礎的研究－

實崎 美奈

2014 年 1 月

大分県立看護科学大学大学院

目 次

第 1 章 研究の背景と意義

1.1	不妊治療の進展	2
1.2	不妊カップルをとりまく現状	2
1.3	研究の目的と構成	6
	文 献	7
	図 表	1 0

第 2 章 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する面接調査

2.1	研究目的	1 3
2.2	研究方法	1 3
2.3	結 果	1 4
2.4	考 察	1 8
2.5	結 論	2 1
2.6	研究の限界と今後の課題	2 1
	文 献	2 2
	図 表	2 4
	資 料	2 9

第 3 章 不妊外来における初回受診患者の満足度とその関連要因

3.1	研究目的	3 1
3.2	研究方法	3 1
3.3	結 果	3 3
3.4	考 察	3 6
3.5	結 論	4 0
3.6	研究の限界と今後の課題	4 1
	文 献	4 1
	図 表	4 4
	資 料	5 7

第4章 不妊患者の外来通院開始から6ヶ月後までの満足度の 経時変化と関連要因

4.1	研究目的	6 3
4.2	研究方法	6 3
4.3	結 果	6 4
4.4	考 察	6 8
4.5	結 論	7 1
4.6	研究の限界と今後の課題	7 2
	文 献	7 2
	図 表	7 4
	資 料	8 6

第5章 研究成果と今後の課題

5.1	不妊患者の通院開始早期の患者満足度と関連要因	9 0
5.2	研究の限界と今後の課題	9 2
	図 表	9 3

要 旨	9 5
-----	-----

論文発表一覧	9 9
--------	-----

謝 辞	1 0 0
-----	-------

第 1 章

研究の背景と意義

1.1 不妊治療の進展

不妊症とは、1年間の不妊期間をもつものをいい(Zegers-Hochschild et.al 2009)、その頻度はカップル7～10組に1組程度といわれる。日本では約3割の夫婦が不妊を心配したことがあり、その半数が実際に不妊の検査や治療を経験していると報告されている(国立社会保障・人口問題研究所 2011)。またその割合は、女性の晩婚化、晩産化に伴い増加傾向にあるといわれている(岩澤・三田 2007)。

カップルが不妊を疑って不妊外来を訪れると、まず卵巢機能や卵管の通過性、精液検査等の、不妊原因のスクリーニング検査が行われ、必要に応じて精密検査が行われる。不妊の原因は、男性側のみにあるものが20%、女性側のみにあるものが40%、男女双方にあるものが20%、原因不明が20%といわれている(WHO 1987)。一般には検査で判明した不妊原因に応じて治療が行われるが、原因不明のまま不妊治療に進むことも少なくないし、原因やその程度によっては治療を行わない場合もある。

不妊治療は原則として、侵襲の少ないものから順に実施する；たとえば、タイミング療法、排卵誘発法、人工授精、体外受精・胚移植というようにステップアップする。1978年にイギリスで体外受精・胚移植による児が誕生して以来、不妊治療は急速な進展を遂げてきた。半世紀前には子どもを持つことをあきらめざるを得なかった、卵管閉塞や乏精子症などの診断を受けた患者、早発閉経やターナー症候群などの診断を受けた患者も治療を受けることにより子どもを持つ可能性が広がってきている。統計的に見ると、2010年の日本における体外受精・胚移植の治療周期1回あたりの妊娠率は約20%であり、同年に出生した新生児は1,071,304人、そのうち体外受精・胚移植で出生した新生児は28,945人なので(齊藤他 2012)、体外受精・胚移植による出生の割合は約2.7%となる。これは10年前の割合と比較すると約2.6倍であり、不妊治療は目覚ましい進展を遂げていることがわかる。

1.2 不妊カップルをとりまく現状

不妊治療のほとんどは産婦人科領域の外来で行われており、検査・治療のために女性が通院する機会が多いという特徴がある。たとえば、タイミング療法は基礎体温測定や経膈超音波診断法により女性の排卵期に性交渉のタイミングを、調整するものであり、排卵誘発法は排卵誘発剤を経口的に、または皮下注射、筋肉注射により女性に投与して排卵期に性交渉のタイミングを調整するものである。人工授精は、女性の排卵期にパートナーの精液を子宮腔内に注入する方法であり、排卵誘発剤は使用する場合としない場合があ

る。体外受精・胚移植は女性の排卵期に合わせて採取した卵子をパートナーの精子と受精させ、数日間の培養後に分割した胚を子宮内に移植する方法である。体外受精・胚移植では多くの場合、女性に排卵誘発剤や黄体ホルモン等のホルモン剤が皮下注射や筋肉注射、経口にて投与されること、また採卵のために小手術を受ける必要があることなどから、女性の身体的な負担や侵襲は一層大きい。

また不妊治療では、経済的な負担も小さくない。不妊のスクリーニング検査やタイミング療法、排卵誘発法は保険適用の範囲内となっているが、多くの精密検査や人工授精、体外受精・胚移植は保険適用の範囲外となっており、日本では体外受精・胚移植 1 回あたりの治療費は約 30 万円といわれている。2013 年現在、そのあり方についての見直しが行われているが、2004 年度より開始された特定不妊治療費助成事業（厚生労働省）には、助成の対象となる夫婦の所得制限があること、1 回あたり 15 万円、1 年に 2 回まで（助成開始初年度は 3 回まで）、5 年間という制限がある。不妊治療を断念する理由の一つには経済的なものが挙がっていることから（白井 2011）、不妊の問題を抱えるカップル、特に体外受精・胚移植を受けるカップルには、経済的な負担がかかっていると考えられる。

しかしそもそも、不妊治療を受ける患者の多くは、受診以前に日常生活に支障をきたすような身体的な症状を抱えているわけではない。ただ「子どもがほしい」という思いの強さゆえに、受診を決意し、治療を続けるのである。この思いが弱くなれば、あるいはこの思いを上回る困難があれば、不妊治療を受ける意欲は低下する。なおここで、この思いの背後にはしばしば、「彼らが子どもを持つことは当然だ」と考える親や社会からの圧力、彼らの自責感、彼らが自らに出産を強いる圧力、などの心理社会的な苦痛や負担があるということも見逃せない（赤城 1998）。

以上のような、不妊治療に伴う苦痛・負担の中でも心理社会的健康の影響は、とりわけ人工授精や体外受精・胚移植などの高度生殖補助医療を受ける場合に大きいといわれる（平山他 1998; Peters 2003; 小泉他 2005; 早坂 2005; 羽太他 2011）。また、治療により妊娠・出産に至った後にも、「医療の介入を受けなければ子どもを持つことができなかった」ということを負い目に感じて悩みが続くといわれ（大槻 2003; Hjelmstedt et al 2004; Verhaak et al 2005; 林 2009）、たとえ子どもを持つようになっても悩みがすべて解消するとは限らない。ましてや子どもを持つに至らないまま不妊治療を長期継続しているカップルにとって、いつ治療終結の意思決定をするかは大きな問題となつてのしかかる。そして、子どもを得ないまま治療を終結した後にも、

不妊による悩みは継続するといわれている（Peddie 2005; 安田 2008; 中込 2009）。

一方、研究者は不妊外来での臨床経験において、初回受診患者カップルとの面談を担当する機会を多く持ってきた。彼らが受診に至るまでの経緯や思いを語る中、特に女性が涙することは少なくなかったことから、初回受診時における特別な心理社会的ケアの必要性を感じてきた。そこで、研究者は修士課程において不妊外来を初回受診した女性へのインタビューを行い、彼らには初回受診以前からゆるやかに気力を使い果たす消耗性の危機が生じていることを明らかにした（實崎他 2007）。不妊患者カップルには不妊外来への通院開始前からすでに心理社会的な苦痛が生じていることは、他の研究者からも指摘されている（Chou et al 2004）。

以上のことを考えると、子どもを持つ/持たないにかかわらず、不妊の問題を抱えるすべてのカップルに対し、心理社会的健康に配慮し“心のケア”を行うことは重要であるといえる。しかし、彼らの心理社会的側面への支援は、不妊治療技術の急速な進展の中で置き去りにされがちであり、近年においてもなお、心理社会的側面への支援の充実が求められている（新野 2008; 中島 2010）。

こうした不妊カップルへの治療方針そのものは医学的な判断に基づき提案されるが、これに関する疑問、不安や不満などは、看護職者をはじめとするさまざまな職種のスタッフが受け止めて、解消や軽減に努める必要がある。では実際のところ、こうした心理社会的ケアは、不妊治療に関わるどの職種の役割になっているであろうか。欧米では各国の法規に基づいて不妊治療の質に関する基準が定められており（Human Fertilisation and Embryology Act: HFEA（英国）；Centers for Disease Control: CDC（米国））、医師、体外受精コーディネーター、看護師、胚培養士、カウンセラーによるチーム医療が提供されている。イギリスでは、心理社会的な側面を含めた不妊治療の提供について National Institute for Health and Clinical Excellence（NICE）の Clinical Guideline 11（2004）および 156（2013）により不妊の問題を抱える人々への標準的な医療やケアが示されており、これに基づいたケアが提供されている。不妊カップルへの心理社会的ケアは、チームメンバーであるカウンセラーがその役割を担っていることが多い。

これに対して日本では、不妊治療に関する法的基準がなく、日本産科婦人科学会による会告を各施設が順守することにより自主規制されているのみである。この会告ではチームメンバーとしてカウンセラーの存在は必須とされておらず、心理社会的なケアを含む医療の質に関する基準も定められてい

ない。また、2004 年度からは厚生労働省科学研究で不妊治療施設の設備・人的資源・消耗品使用等に関する調査（吉村他 2003）が行われたが、その中でも提供される不妊治療の質に関する実態調査は行われていない。そもそも日本には不妊治療領域を専門とする心理職者が少なく、その存在は患者カップルに周知されていない（中田 2006）。

このような状況を考えると、日本においてただちに心理職を配置することは容易でなく、現実的には看護職者が患者カップルの心理社会的側面への支援の役割を果たすことが適切ではないかと考えられる。しかしながら、看護職者によるこうした“心のケア”の役割がすべての施設において果たされているとは言い難い状況にある。必要なケアの内容についての検討も乏しく、欧米文献のメタ分析によるガイドライン（2001）が示されているにとどまっている。つまり、看護職者による経験知に基づいたケアが提供されているのみといっても過言ではない。不妊や不妊治療に対する考え方は社会文化的背景の影響を受けるので、日本におけるエビデンスに基づいた不妊患者へのケアを、急ぎ開発する必要がある。

ここで、子どもを持つことを望み、不妊治療施設を訪れたカップルがたどる経過を図 1-1 に示す。不妊を疑い、不妊外来を受診した患者カップルは、まず不妊のスクリーニング検査を受ける。その結果に応じて治療方針が決定され、医師により提示された治療方針に沿って（原則として身体的侵襲の少ないものから）治療を受け始めることになる。これらのスクリーニング検査は女性の月経周期に合わせて行われるが、スクリーニング検査および二次検査の数（医療情報科学研究所 2009）から考えると、その期間は概ね半年以内である。したがって本研究では、初回受診から 6 ヶ月以内を通院開始後早期と考えることにする。検査のほとんどには健康保険が適用されるため、経済的な負担は比較的軽い。かつ、カップルのほとんどは受診前に、日常生活に支障をきたすような身体的問題を抱えていない。したがって通院開始後早期のカップルへのケアでは、検査の説明や、検査に伴う身体的な苦痛に対するケアが中心となる。

こうして通院を継続していく中で、受診目的を達成し妊娠・出産に至るカップルもいれば、妊娠・出産に至らずに通院を長期継続していくカップルもいる。しかしその一方で、妊娠・出産に至らないまま通院の早期中断またはドクターショッピングに至るカップルも少なくないことが問題とされている（Strauss 1996）。ただし、通院の早期中断やドクターショッピングに至る理由については明らかにされていない。彼らが主体的な意思決定により納得して治療を中止したのであればよいが、提供される医療およびケアに不満を

感じて通院開始後早期に通院を中断しているケースも考えられる（Strauss の報告を考えると、日本でもそうしたケールは少なくない可能性がある）。したがって、初回受診前から心理社会的な苦痛を抱えたカップルに対しては、治療による苦痛や負担が増える前に（つまり検査期間中にある通院開始後早期に）、彼らの心理社会的な苦痛や負担を軽減しつつ、自らが受ける検査や治療に納得し、主体的に意思決定できるための支援が必要だと思われる。

この通院開始後早期に彼らが提供される医療およびケアに不満を感じないこと、すなわち患者の満足度を高めることは、治療の早期中断を防ぐことにつながる可能性があると同時に、彼らの心理社会的健康の保持増進にもつながる可能性がある。しかしながら、こうした患者の治療への満足度について、不妊治療以外の医療福祉現場では近年研究が進み（石岡他 2001；坂口他 2009）、たとえば外来サービスへの満足度に関しては看護師の対応の質が大切であると報告されているものの（岩越他 2004）、不妊治療を受けている患者の満足度調査は、日本ではほとんど行われていない。不妊治療開始後早期のカップルが、検査・治療にどの程度満足しているのか、そしてこの満足度に関連する要因が何かを明らかにすることができれば、これらの患者に対して必要な心理社会的ケアを開発する手がかりとなることが期待される。

1.3 研究の目的と構成

以上を踏まえ、本研究では不妊患者カップルの通院開始後早期の心理社会的ケア開発のための基礎的検討を行うこととした。不妊患者カップルが通院開始後早期において、通院の中断/継続を主体的に意思決定するための心理社会的なケアのあり方を考えるために、この期間の不妊治療に対する患者満足度とこれに関連する要因を検討することが、本研究の目的である。

上記の目的を達成するために、本研究は3つのパートで構成することとした（図 1-2）。本来は、不妊外来への通院を早期に中断した患者に対する調査により、その中断理由についての知見を得たいところである。しかし彼らを調査対象者としてリクルートすることは容易でない。一方、治療により妊娠・出産に至った患者は不妊治療に対する満足度が比較的高いと考えられるが、妊娠後には妊娠・出産・育児による負担が大きく、研究に協力する時間が少ないと考えられる。そこで当面は、不妊治療を継続中の患者を調査対象とすることにした。

このうち、不妊治療を5年以上の長期にわたり継続している患者は、他の時期にある患者に比べて比較的情緒が安定しているといわれている（Craig 1990）。そこで研究 1 では、不妊外来への通院を長期継続した患者（女性）

を対象として、通院を長期にわたり継続した要因についての調査を行うこととした。ここで明らかにされた要因は患者の満足度に関連している、という仮説が考えられる。

その上で研究 2 では、不妊外来の初回受診患者を対象とし、研究 1 において明らかにされた要因（通院を長期にわたり継続した要因）を参考にした質問項目、患者満足度尺度を主な内容とする調査票を用いた横断調査を行うこととした。この調査により、初回受診時点での患者満足度とそれに関連する要因を検討することができる。

研究 3 では、研究 2 と同じ対象者およびそのパートナーに対し、初回受診後 3 ヶ月および 6 ヶ月の時点までの追跡調査を行った。調査内容は研究 2 とほぼ同じ内容で構成した。この調査では、初回受診時から 6 ヶ月後までの患者満足度の変化や、それぞれの時点での満足度に関連する要因を検討することができる。

本稿では、第 2 章で研究 1、第 3 章で研究 2、第 4 章で研究 3 について述べた後に、第 5 章でこれらを総括し、不妊外来への通院開始後早期に患者カップルが納得して通院の中断/継続の意思決定を行うために必要な心理社会的ケアへの示唆を述べることとする。

文 献

- 赤城恵子 (1998). 不妊状態の女性の心理. ペリネイタルケア. 7. 294-298.
- Chou KL and Chi I (2004). Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(5), 449-457.
- Craig S (1990). A medical model for infertility counseling. *Australian Family Physician*. 19, 491-500.
- 不妊患者支援のための看護ガイドライン作成グループ編 (2001). 不妊患者支援のための看護ガイドライン—不妊の検査と治療のプロセス—, 13-18.
- 岩澤美帆, 三田房美 (2007). 晩産化と挙児希望女性人口の高齢化. *人口問題研究*. 63(3), 24-41.
- 羽太千春, 和泉美枝, 我部山キヨ子 (2011). 高度生殖補助医療により妊娠した妊婦における不妊治療経験の受けとめ. *母性衛生*. 52(2), 256-262.
- 早坂祥子 (2005). 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*. 46(2), 292-299.
- 林はるみ, 佐山光子 (2009). 生殖補助医療によって妊娠した女性が出産するまでの感情のプロセス. *日本助産学会誌*. 23(1), 83-92.

- 平山史朗, 吉岡千代美, 出口美寿恵他 (1998). ART に対する患者の心理調査. 日本受精着床学会雑誌. 15(1), 145-149.
- Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H et al (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. Fertility and Sterility. 81(5), 1254-1264.
- Human Fertilisation and Embryology Act: HFEAct (1990).
<http://www.hfea.gov.uk/2070.html>
- 医療情報科学研究所編集 (2009). 不妊症. 病気が見える vol.9 婦人科・乳腺外科. 76-87. メディックメディア. 東京.
- 石岡みさき, 深川和己, 榛村重人他 (2001). 日帰り角膜移植の患者満足度. 臨床眼科. 55(3), 293-296.
- 岩越浩子, 今井七重, 近藤紫津子他 (2004). 外来を受診する児の保護者の満足度に関するアンケート調査. 外来小児科. 7(2), 128-134.
- 實崎美奈, 宮崎文子, 林猪都子 (2007). 挙児希望女性における不妊治療専門医受診前の心理. 母性衛生. 47(4), 518-528.
- 小泉智恵, 中山美由紀, 上澤悦子他 (2005). 不妊検査・治療における女性のストレス. 周産期医学. 35(10), 1377-1383.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2011). 第14 回出生動向基本調査「結婚と出産に関する全国調査」夫婦調査の結果概要.
<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/doukou14.asp>
- 厚生労働省 (2004). 不妊に悩む方への特定治療支援事業の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/funin-chiryuu.html>
- 中込さと子, 横尾京子, 田口智子 (2009). 体外受精－胚移植によって子どもが得られなかった女性のライフヒストリー研究. 日本生殖看護学会誌. 6(1), 4-16.
- 中島通子, 林谷啓美, 鈴井江三子 (2010). 不妊症治療を受ける夫婦の心理と看護職への期待役割. 日本不妊カウンセリング学会誌. 9(2), 111-118.
- 中田文子, 平山史朗, 岡親弘他 (2006). カウンセリングサービスの利用に関する実態調査. 日本受精着床学会雑誌. 23(1), 253-258.
- National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline(: NICE CG) 11, 156. <http://guidance.nice.org.uk/CG11>,
<http://guidance.nice.org.uk/CG156>
- 日本産科婦人科学会 (2010). 生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解.
http://www.jsog.or.jp/ethic/iryokukantourokuhoukoku_20100422.html

- 新野由子, 岡井崇 (2008). 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 2 報) 意識調査と自由記載からうかがえる不妊患者の特性と望む支援. 母性衛生. 49(1), 145-151.
- 大槻優子 (2003). 不妊治療後に妊娠・出産した女性の心理 8 事例の面接調査の分析結果から. 母性衛生. 44(1), 110-120.
- Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. Human Reproduction. 20(7), 1944-1951.
- Peters K (2003). In pursuit of motherhood: the IVF experience. Contemporary Nurse. 14(3), 258-270.
- 齊藤英和, 石原理, 久具宏司他 (2012). 平成 23 年度倫理委員会登録・調査小委員会報告. 日本産科婦人科学会雑誌. 64(9), 2110-2140.
- 坂口肇, 中村伸一, 福田耕嗣他 (2009). 急性期治療病棟における多職種参加型患者心理教育の効果 抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版日本語版を活用して. 日本精神科看護学会誌. 52(2), 396-400.
- 白井千晶 (2011). 「不妊当事者の経験と意識に関する調査 2010」報告書.
http://homepage2.nifty.com/~shirai/survey03/index_survey03.html
- Strauss B (1996). “Doctor Shopping” in Infertility Medicine. Archives of Gynecology and Obstetrics. 259(1), S24-32.
- Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A et al (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. Human Reproduction. 20(8), 2253-2260.
- WHO (1987). World Health Organization Task Force on the Management and Prevention of Infertility Towards an objective evaluation of signs and symptoms in male infertility. International Journal of Andrology. (S7), 3-9.
- 安田裕子, やまだようこ (2008). 不妊治療をやめる選択プロセスの語り. パーソナリティ研究. 16(3), 279-294.
- 吉村泰典, 久保晴海, 鈴森薫他 (2003). 配偶子・胚提供を含む統合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究. 厚生労働科学研究成果.
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200200338>
 A
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J et al (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. Human Reproduction. 24(11), 2683-2687.

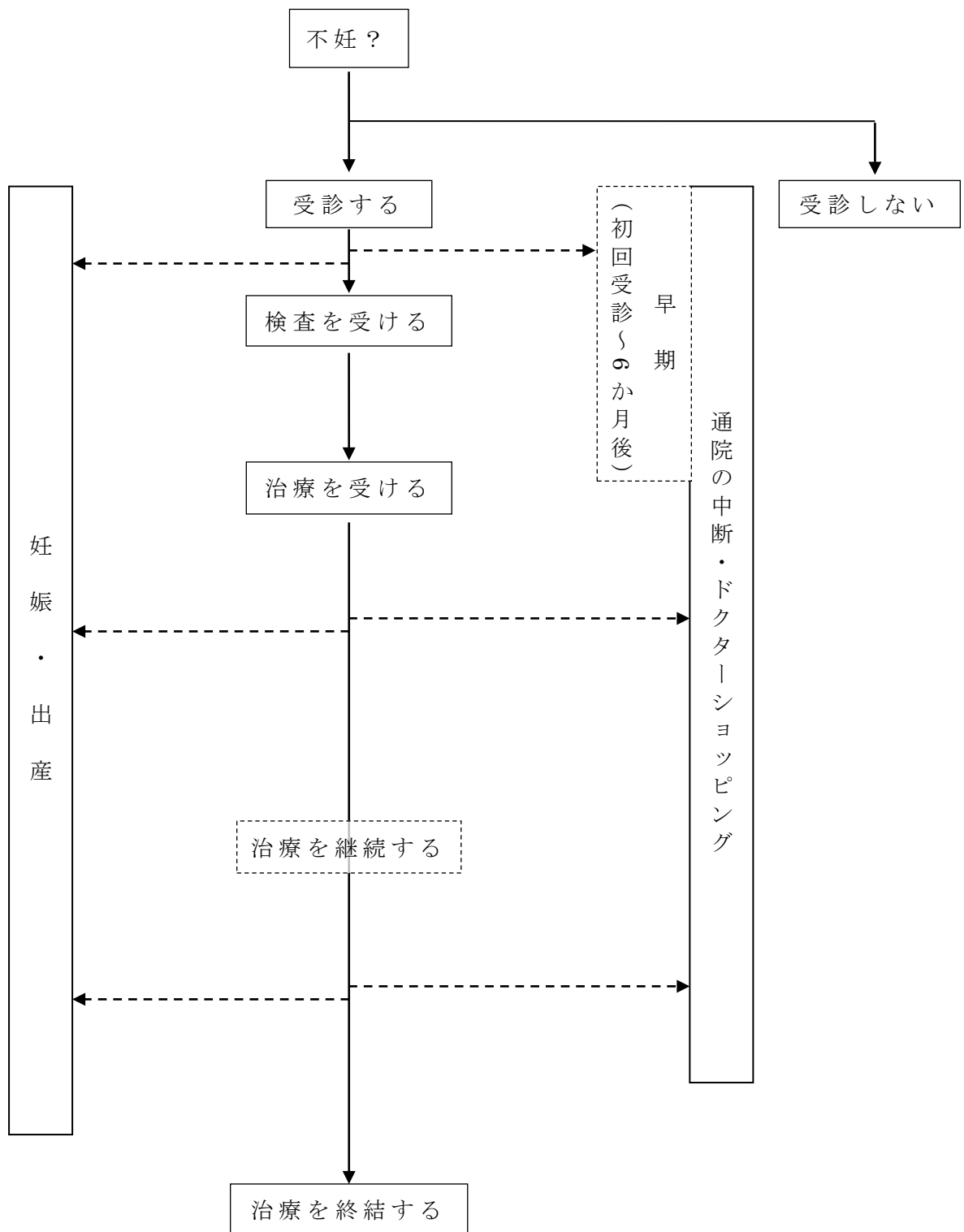


図 1-1 不妊患者の外来受診と受診後の経過

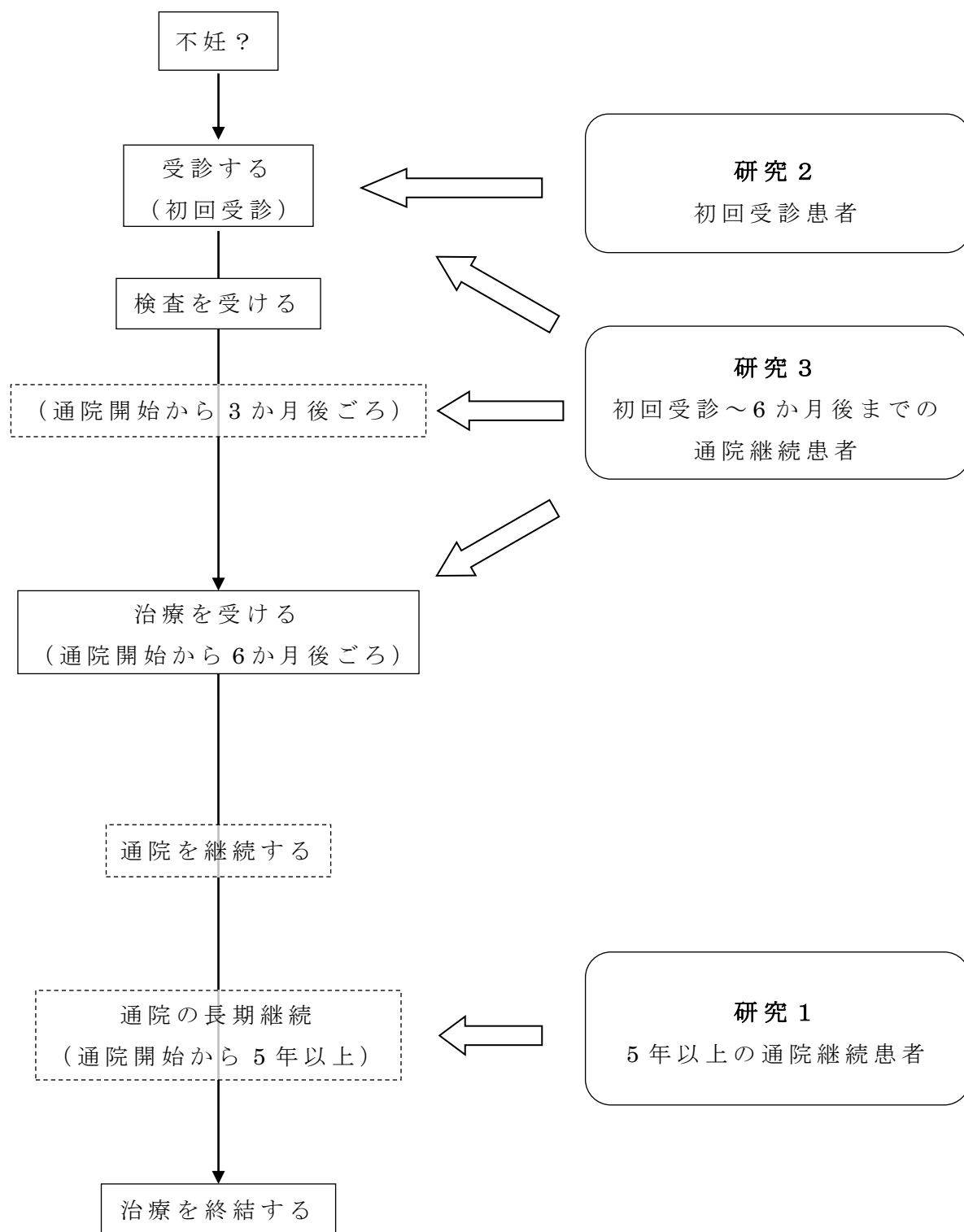


図 1-2 本研究の構成

第 2 章

不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する面接調査

2.1 研究目的

不妊治療を受ける外来患者の転帰は、A) 妊娠・出産に至る群、B) 長期にわたり治療を継続する群、C) 妊娠・出産しないうちに治療の中断または終結に至る群、の三つに分けられ、これら 3 群を同時に調査することは困難である。本章ではこのうちの B 群に焦点を当て、彼らが長期にわたり不妊治療を継続した理由や、治療の中断を考えたときの気持ちについて知るために、面接調査を実施することを考えた。ただし一般に、女性は男性に比べて通院の機会が多く、より負担感が大きいと考えられていることから、さしあたり調査対象者は女性とすることとした。これらの観点から彼女らの特徴を描き出すことができれば、その情報は、初診患者の満足度を高めるための支援に資することが期待できる。

本章では、不妊外来への通院開始後早期の患者の満足度に関連する要因への示唆を得るために、不妊治療を長期継続した要因を明らかにすることを目的とする。

2.2 研究方法

2.2.1 参加者

Craig (1990) は、不妊治療中カップルのカウンセリングのステージを、治療期間が半年から 2 年の第 1 段階、2 年から 5 年の第 2 段階、5 年以上の第 3 段階に分けている。第 3 段階のステージにある患者は、しだいに治療をあきらめ、子どもがいない生活に適応していく時期であり、他の時期の患者に比べて比較的情緒が安定している、と述べている。そこで本研究では、不妊治療を 5 年以上継続している女性に焦点を当てることとした。研究対象者は、日本産科婦人科学会に生殖補助医療実施施設として登録されている施設のうち、本研究への協力の同意が得られた 2 施設を 2007 年 2 月～4 月の間に受診した女性患者で、不妊治療を 5 年以上続けてきた 31 名すべてである。これらの対象者に、担当医師またはこれに代わる医療スタッフが本研究への協力を依頼した。その結果、この研究に協力することに書面で同意した 9 名 (29%) が、本研究の参加者となった。

2.2.2 データ収集方法

上記の参加者には、研究者から改めて本研究の趣旨および倫理的配慮について説明を行い、前述の書面に加えて口頭でも同意の確認を行った。書面および口頭での同意が得られた参加者に対し、通院中の施設内のプライバシーが保たれる部屋で、研究者 (1 名) が個別に約 1 時間の半構成的面接を 1 回

ずつ行った。インタビューガイドを資料 2-1 に示す。主な調査内容は、参加者の属性、治療および医療機関についての感想、治療をいつまで続けるつもりか（治療期間または治療段階のめやす）、治療の断念を考えた経験について、長く治療を続けた理由についての 5 項目である。治療を長く続けた理由については様々あると思われるので、その理由について詳しく質問した。面接は、不妊治療中である参加者の心身の負担を考慮し、参加者が希望される日時に行った。また、面接内容は参加者の了承を得てメモを取り、IC レコーダーに録音した。

2.2.3 分析方法

面接中のメモおよび録音データに基づいて逐語録を作成し、一文ごとに不妊治療を長期継続した理由に着目して内容を要約した。類似した項目（コード）を分類してカテゴリ化し命名する、という作業を繰り返し、質的帰納的な分析を行った。また、治療の継続理由に影響を与えると考えられる、妊娠・出産経験や子どもの有無、具体的な断念時期を考えた経験や実際に治療を休止した経験の有無、不妊外来受診前に妊孕性に影響を与える婦人科系疾患などの身体的な問題や経済的な問題の有無とカテゴリ出現との関連についても確認した。分析の信頼性および妥当性の確保のため、分析の過程においては看護学研究者および質的研究の専門家によるスーパーバイズを受けながら進めた。

2.2.4 倫理的配慮

参加者は、研究の目的と、協力は参加者の自由意思によるものであり拒否しても不利益を生じないこと、引き受けた後でも取り消したり面接を中断したりできること、話したくないことを話す必要がないこと、話の内容を病院スタッフはじめ他者に漏らさないこと、参加者の許可を得て作成した記録は研究者以外が閲覧できない場所に保管し、研究終了後は廃棄すること、および研究結果の公表に際しては参加者や病院の名が特定できないように配慮することについて、口頭と文書で説明を受けた上で、参加に同意した。

以上の手続きは、著者の所属機関の研究倫理安全委員会による承認を得た。

2.3 結果

2.3.1 参加者の背景

参加者 9 名の平均年齢は 39.0 歳（32-42, SD=3.6）、夫の平均年齢は 40.6 歳（32-45, SD=4.7）であった。通院期間は平均 8.0 年（5 年 10 ヶ月-12 年 1

ヶ月、SD＝2年3ヶ月）であった。結婚から当該施設の受診までに要した期間は、すでに不妊治療によって1人の子どもを出産し第2子の妊娠を希望して通院している1名を除けば、平均2.0年（6ヶ月-4年7ヶ月、SD＝1年5ヶ月）であった。この参加者は第1子を出産している点で他の参加者と回答結果が異なる可能性も予想したが、実際には第1子を出産していることに起因する“明らかに異質の回答”は認められなかったので、他の参加者と合わせて分析した。参加者全員が、面接時には体外受精を受けていた。6名が職業を持っていた（2名は自営業、2名はパート勤務、2名はフルタイム勤務）。5名は不妊治療によって妊娠した経験を1～3回持っていたが、1名を除き出産には至っていなかった。出産に至った1名は、第2子を希望して治療を継続していた。過去に半年から1年程度、他の施設において不妊の検査または治療を受けた経験を持つ者は5名であった。初診時において治療期間のめやすをもっていた者は1名のみであり、具体的に治療の断念時期を考えた経験を持つ者が5名、ホルモン療法等のために通院は継続しているが、意図的に体外受精の治療周期に入らなかった経験（治療休止の経験）を持つ者は5名であった。受診前に婦人科系疾患の既往を持つ者が1名いたが、体外受精・胚移植の治療周期に入る以前から経済的な問題を持っていた者はいなかった。

2.3.2 参加者の語りから得られた治療の継続要因

分析結果を表2-1に示す。参加者の語りから得られた、不妊治療を長期継続できた要因は、1) 夫の支え、2) 治療環境への好感、3) 治療計画の自己管理、4) 時間的めやすのない通院継続、の4つのカテゴリに集約することができた。また、女性の不妊治療の経過と4つのカテゴリの時間的關係について、各カテゴリの出現時期を考慮に入れて図2-1に示す。以下に、カテゴリごとのサブカテゴリ（＜＞で表示）、および参加者の語りの例（「斜字」で表示）を示す。

1) 夫の支え

このカテゴリは、3つのサブカテゴリ；＜夫のいたわりやなぐさめ＞＜夫の治療への参加や協力＞＜夫とのコミュニケーション＞で構成される。参加者9名全員が、不妊治療を受けるための、夫の精神的な支えの重要性を強調していた。例えば、体外受精のために必要な、採卵前の過排卵刺激や、胚移植後の黄体補充のためのホルモン剤投与の結果、ほとんどの対象者が頭痛や嘔気などの副作用に悩まされていたり、治療が失敗するたびに傷つき落胆し

たりしていた。しかし、その苦痛に対処し、立ち直って次の治療へと向かうにあたり、通院期間全体を通して夫たちのなぐさめや励ましが有益だった、と語っていた。

「ホルモンのバランスがかなり崩れるんで、頭痛がしたり、いろいろあったんです……。夫は私に、無理をしないようにって言ってくれました。」

「何度も治療が失敗して、落ち込んだけど、夫が『もうあきらめてもいいんだよ』って言ってくれたので、なぐさめられました。」

2) 治療環境への好感

このカテゴリは、3つのサブカテゴリ；＜スタッフへの信頼や慣れ＞＜利用しやすい施設のシステム＞＜通院仲間の存在＞で構成される。主治医が多忙のため、参加者とは必要最低限の接触時間しかもつことができなかったことについて、9名全員が、受診当初には驚きや悲しみを覚えていた。しかし彼女らにとって、その後の長い治療期間中、通院期間の延長に伴い徐々に、看護師、外来職員、胚培養士、心理士などのコメディカルスタッフから心理的サポートを受けたことが、医師との面接時間の短さを補ってきたようであった。そして、これらの施設が不妊治療を専門にしていること、心理士によるカウンセリングを受けられること、施設が開催するピアグループ等の会に参加できること、などの理由から、たとえ周囲からの勧めがあっても、他施設への転院を考えたことはなかったと述べていた。

「看護師長さんでも、スタッフナースさんでも、臨床心理士さんでも、外来でちょっとつかまえて話を聞くことができ、皆さん丁寧に答えてくださるのが、よかったです。」

「ここにはお腹の目立つ人はいないですからね。」

「〇〇（サポートグループの名称）に参加した時に通院仲間ができて、その人とは治療のサイクルがよく合うから待合室で話したり、メール交換したり……。」

3) 治療計画の自己管理

このカテゴリは、3つのサブカテゴリ；＜通院スケジュールの体得＞＜日常生活の維持＞＜治療による妊娠の経験＞で構成される。参加者は皆、各自の身体的・経済的・精神的な状況と、子どもがほしい気持ちとを比較しながら、繰り返し体外受精・胚移植を受けることにより治療周期のスケジュールを体得し、治療を受けるペースを自己管理していた。

参加者9名中5名は、体外受精・胚移植を数回繰り返した後に治療継続中

に治療の断念時期を具体的に検討したことがあった。また 6 名は実際、体外受精・胚移植の合間に、積極的な治療休止または中断を経験していた。治療継続の障害としては、身体的・経済的・精神的な困難があった。身体的な困難については特に、9 名中 7 名が調節卵巣刺激を行っても卵胞が形成されない、または卵胞の中に卵子が確認されないなどの理由で採卵できないなどの身体的な問題により、治療継続上の困難を感じていた。良好な卵子・受精卵ができるよう、治療周期の間隔を長めにとることで対処している事例もあった。

一方、知人の妊娠・出産や、自分自身の妊娠後の流産による落胆などの精神的なダメージは、一時的な治療休止の要因とはなっていたが、治療断念の要因にはなっていなかった。自分が妊娠・流産した経験は、むしろその後の治療継続意欲を高めたという。

「最近はもう、そんなにガツガツ、年に何回も治療しなくなって、年に 2 ～ 3 回ぐらいかな。」

「自然の流れで 40 超えても（治療を）やってて…でもそろそろやめようかなあって思ってたら、妊娠したんで、もうちょっとやってみようかなって…」

4) 時間的めやすのない通院継続

このカテゴリは、4 つのサブカテゴリ；＜初回受診をゴールのように感じる＞＜通院開始後早期の妊娠・出産への不十分な知識＞＜治療期間が長期化しても見えてこないゴール＞＜自分と夫の挙児への思いと通院継続の葛藤＞で構成される。参加者は皆、受診前には、不妊治療施設を受診すること自体を 1 つのゴールのように感じていたという。つまり、不妊治療を受けることと、子どもができることを、等しく捉えていたということである。このため、初診時に検査結果・治療方法・妊娠の確率などに関する情報を提供されたにもかかわらず、参加者 9 名中 8 名が、初診当時には「すぐに子どもができる」と考えていた。そのため、「治療を何年続けよう」といった治療期間の明確なめやすは、考えていなかった。

しかし実際には治療は長期化した。自分の年齢が 30 歳に達すると「35 歳まで続けよう」、35 歳に達すると「40 歳まで続けよう」と、少しずつ治療の断念時期を具体的に考え始めるようになったという。さらに、調査時点で既に 40 歳に達していた 6 名は、自分の年齢よりも、卵子や受精卵の質の低下を、治療のたびに気にするようになっていた。そして、卵の質の低下が著明でない場合には、閉経前の 45 歳前後を「治療を断念すべき時期」と考え

るようになってきたという。

参加者らは通院開始から現在に至るまで、葛藤や知識不足などの様々な要因から通院期間の時間的なめやすをもつことができない状況にあった。

「夫と話していたんです。—どうしても子どもができなかったら病院に行けばいいよね、最終手段として病院に行けばいいよね、と。」

「なんかすぐに、1年も2年もしないうちに、子どもができると思ってたから。本当に簡単にできると思ってた。」

「最初は、治療期間のめやすは考えていなかったですね。続けていく中で、40歳くらいまで続けようとか、いよいよ40歳近くになったから“まだ卵が採れるうちは続けよう”とか、ちょっとずつ延びていきました・・・。」

「今の夫婦2人だけの生活でも、十分いいかなって思う気持ちもあるんですよ。でも、私がまだ39歳だから、治療をやめることができない。」

2.4 考察

2.4.1 女性が不妊治療を長期継続した要因

本研究の参加者は、全員が通院開始から体外受精・胚移植の治療周期を数回繰り返す前までは積極的に通院を継続していたが、その後、結果3)に示されたように、5～6名が具体的な治療断念の時期を検討や治療の休止を経験していた。参加者たちの平均年齢は本調査時には39.0歳であり、結婚から受診までが平均2年、通院期間が平均8年であったことから、通院を開始した年齢は31歳前後であったことになる。女性の妊孕力は30歳を過ぎると毎年3.5%低下してゆく（Rosenthal 2002; 荒木 2003）といわれていることから、参加者たちは妊孕力が低下し始めてから不妊治療を開始したことになる。このためやがて、結果4)に示されたように、胚の質が良くないなどの身体的な問題が、治療の断念について考えさせる要因となってきた。

また、参加者たちは一致して、結果1)に示されたように「治療を長期継続できた最大の要因は夫の支えである」と述べていた。ここで言う夫の支えや協力とは、採精などの身体面のことや治療費などの経済面のことなどではなく、彼女らへの気づかい、なぐさめや励ましなどの、精神的な支えを意味している。不妊治療ではカップルが協力して治療に臨むことが望ましい（Beaurepaire et al 1994; 平山他 2001; 白井 2002; 朝澤 2012）とはいえ、実際、特に体外受精では、女性の受診機会が多いため、身体的・精神的な負担が女性側に偏りやすい。不妊治療を長く続ける過程において、女性は治療の不成功による落胆や傷つきを何度も経験する（平山他 1998）。そのたびに夫たちが、妻である本研究の参加者を精神的に支えたことこそ、参加者が長

期にわたり治療を継続するために最も必要であった条件と言えそうである。

しかし、結果 2) で示されたように、参加者は必ずしも常に、治療に高い満足感を味わっていたわけではなかった。特に治療の初期では、診療時間の短さが最大の不満であった。日本における不妊治療実施施設での平均診療時間は 10 分前後と報告されており（福田他 2001）、医師が必要最小限の情報を一方的に提供するだけで診察を終えてしまう可能性もある。こうした状況下で、医師が個々の患者と信頼関係を築いていくことは難しいだろう。これを補ってきたのが看護師などのコメディカルスタッフであるということも、結果 2) で示された。コメディカルスタッフの努力によって、参加者は比較的良好な患者－治療者関係を経験することができ、長期通院の間に診療時間の短さにも少しずつ「慣れる」ことができていた。

先行研究においては、不妊症の女性が「自分の人生の計画が思うようにならない」、「自分の体も思うように機能しない感じがする」、「治療のスケジュールに縛られた生活になる」と感じる事が、低い自己効力感、低い自尊心、コントロール感覚の喪失などの深刻な影響をもたらすと報告されている（平山 2001）。しかし本研究の参加者の場合は、結果 3) に示されたように、治療継続過程において徐々に身体的・経済的・精神的なコントロールを身につけ、自分に合ったペースで治療を受けるようになっていった。彼女らがこのような適応力、対処能力を豊富に有していたことが、不妊治療を長期継続した要因の一つであると推測される。

同時に興味深いのは、結果 3) に示されたように、通院仲間の妊娠・出産による落胆や、参加者自身の不妊治療後の流産による悲嘆などが、必ずしも治療断念を考えることにつながらなかった、という事実である。むしろ参加者は、一度でも妊娠した経験を「子どもを持つことに一歩近づいた証」と捉え、流産の後に治療を一時休止としても、“今回は出産に至らなかったけれどもこのまま治療を継続していれば出産にこぎつけるかもしれない”と考え、かえって治療意欲を高めて治療を再開していた。また、ともに通院してきた仲間の妊娠を知った時には、いったん劣等感や孤立感を覚えて落胆しても、やがてその感情が“次は自分にチャンスが巡ってくるかもしれない”という期待に変わっていったという。これまでの研究では、不妊治療後の流産経験は身体的・精神的な負担の双方をもたらすので、心理相談等を活用する必要がある（Sills et al 2004）、と言われてきた。しかしながら、不妊治療を長期継続してきた本研究の参加者たちは、落胆や悲嘆に遭遇するたびに、“価値の切り上げ”などの認知的対処・情動焦点型対処を駆使することにより（Lasarus et al 1991）、その経験をかえって前向きに捉え、不妊治療を継続す

る動機づけに変えていた。

ただし、これをもって、望ましい不妊治療が実現されていた、と結論することはできない。結果 4) に示されたように、参加者たちは治療開始時には治療期間のめやすをもっていなかった。この結果については、何通りかの解釈が可能である。例えば、初めから治療期間のめやすをもっていた患者は 5 年以内に治療を断念したので、本研究に参加しなかったという可能性もある。ただし、最初から治療期間のめやすをもっている患者がどれほどいるのか、というデータは得られていない。いずれにしても今回の結果 4) は、先行研究（實崎他 2007）において「不妊当事者は、受診以前から悩み始めているので、受診することが最初のゴールのように思える場合がある」と報告されていることと一致する。また、不妊治療を受ける女性の一部は、初診時には自分が不妊だという認識をもたず、不妊原因の検索と治療を同時に進める中で初めて、少しずつ自らの不妊を認識し始める（阿部 2007）という。初診時に自分が不妊だと思っていない患者は、その時点で不妊に関する検査・治療・妊娠率等の説明を受けても、これを自分に関わる事として認識できず、不妊治療さえ受ければすぐに子どもができると考えてしまう可能性があるだろう。そのような場合には、治療期間のめやすについて考えないまま治療を開始したことにより、漫然と治療を長期化することにもつながっていく可能性が考えられる。

ここで問題なのは、日本の多くの不妊治療施設では、初診時や治療のステップアップ時および胚移植時には妊娠率について医学的な情報を提供するものの、それ以外の時期では患者の希望がなければ説明やカウンセリングを行わないことが多い（實崎他 2003）、と報告されていることである。本研究の参加者たちは、治療を続ける上で加齢という身体的な問題に直面し、自ずから治療の断念時期について具体的に検討するようになっていた。しかしながら、もしも通院を開始した年齢が若く、数年以上にわたり治療段階の変更がなければ、この間は医学的情報を提供される機会がきわめて乏しくなる可能性がある。不妊治療を長期継続している女性への看護を行う上では、仮に、「子どもがほしい」という熱意を低下させる理由や、「子どもを得る可能性は低い」という治療者からの説明がなければ、彼女らは治療断念の機会を見失ってしまう可能性もあるということに留意すべきである。

2.4.2 不妊外来への通院開始後早期の患者満足度に関連する要因への示唆

最後に、本研究により明らかになった、女性が不妊治療を長期継続した 4 つの要因を通院開始後早期の患者満足度との関連要因の分析に活用するこ

との可能性について考察する。

前述のように、不妊治療はカップルが協力して取り組むことが望ましく (Beaurepaire et al 1994)、「夫の支え」は主要な関連要因であると考えられる。治療施設の環境に順応できるか否かは患者満足度に影響を与えると考えられることから、「治療環境への好感」についても有用であろう。「治療計画の自己管理」については、不妊の検査、治療の特徴である、女性の月経周期に合わせて受診日が決定することを考えると、通院開始後早期から持ち合わせておくことが望ましい要因であることから、患者満足度との関連を分析する上で有用であると考ええる。一方、「時間的めやすのない通院継続」については、めやすをもたずに主体的に治療を継続してきたという面とめやすをもたなかったために通院を断念するきっかけを失い長期化するに至ったという面が考えられる。患者満足度の関連要因となり得るかどうかは未知数であるが、通院期間のめやすの有無と通院開始後早期の患者満足度との関連が明らかになれば、初回受診時に必要な情報提供内容の新たな項目として提案することにつながる可能性がある。また、現在は明らかにされていない、初回受診患者が通院期間のめやすをもっているか否かについて把握することは、通院開始後初期の心理社会的ケアのあり方を検討していくうえで見逃せないポイントであると考えられる。

以上から、「夫の支え」「治療環境への好感」「治療計画の自己管理」「時間的めやすのない通院継続」の4つの要因は、通院開始後早期の患者満足度との関連要因を検討する際に重要と考えられる。

2.5 結論

不妊治療を長期にわたり継続している女性9名に面接調査を行った結果、治療を継続した要因は、1) 夫の支え、2) 治療環境への好感、3) 治療計画の自己管理、4) 時間的めやすのない通院継続、の4つのカテゴリに集約された。これら4つの要因は、不妊患者カップルの通院開始後早期の満足度との関連要因を検討する際に重要と考えられる。

2.6 研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象施設では、3ヶ月の調査期間中、外来患者（延べ5,400人）のうち5年以上の不妊治療継続者は31名のみであった。しかも、そのうち9名からしか本研究への協力同意が得られなかった。したがって、この参加者から得られたデータを、不妊治療を長期継続している女性すべてに一般化することはできない。しかし、このデータから示唆されたことは、今後

の生殖医療のあり方について考察したり、不妊治療を短期で終結した患者の満足度や負担感について研究を進めたりする上で、有用な手がかりになると考えられる。

今後の研究課題として、第一に、通院開始後早期には治療期間のめやすを考えることが少ないという傾向が、不妊治療を受け始める患者一般に当てはまるのか、治療を長く続けてきた人だけの特徴なのかを明らかにする必要がある。同時に、このことについて通院開始後早期の患者がどのような説明を受けているか、という実態を確認することも必要である。第二に、こうした治療の見通しに関する患者の認識、および患者たちが有する対処能力や社会資源と、不妊治療への満足度やその後の受療行動（治療初期の中断や終結、ドクターショッピングなど）との関連を検討することが、重要な検討課題である。

本章での成果に基づき、次の段階として、不妊外来への通院開始後早期の患者の満足度とこれに関連する要因についての質問紙調査を行った。その結果については、次章以下で述べる。

文 献

- 阿部正子 (2007). 体外受精を受療している不妊女性の治療継続の経験的プロセス. 日本生殖看護学会誌. 4, 34-41.
- 赤城恵子 (1998). 不妊状態の女性の心理. ペリネイタルケア. 17, 294-298.
- 荒木重雄 (2003). 不妊治療ガイドンス. 第3版, 10. 医学書院, 東京.
- 朝澤恭子 (2012). 夫婦で不妊治療を受ける男性の体験. 日本生殖看護学会誌. 9(1), 5-14.
- Beaurepaire J, Jones M, Thieing P, et al (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment; Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. Journal of Psychosomatic Research. 38, 229-240.
- Blenner JL (1992). Stress and Mediators: patients' perceptions of infertility treatment. Nursing Research. 41, 92-97.
- Craig S (1990). A medical model for infertility counseling. Australian Family Physician. 19, 491-500.
- 福田貴美子, 井上尚美, 松本典子 他 (2001). ART 診療とコンサルテーションにおける IVF コーディネーターの必要性と役割に関する研究. 日本不妊学会雑誌. 46, 11-18.
- 平山史朗, 吉岡千代美, 出口美寿恵 他 (1998). ART に対する患者の心理調

- 査. 日本受精着床学会雑誌. 15, 145-149.
- 平山史朗, 吉岡千代美, 出口美寿恵 他 (1998). 体外受精反復不成功例の女性はいかに心理的ストレスに対処しているか. 産婦人科の実際. 47, 1903 - 1909.
- 平山史朗 (2001). 不妊カウンセリングマニュアル. 久保晴海編. 第 1 版, 160-168. メジカルビュー社, 東京.
- 實崎美奈, 宇津宮隆史, 上野桂子 他 (2003). 不妊症患者に対するサポートのあり方. 日本不妊学会雑誌. 48, 107-111.
- 實崎美奈, 宮崎文子, 林猪都子 (2007). 挙児希望女性における不妊治療専門医受診前の心理. 母性衛生. 47, 518-528.
- Lazarus RS, Folkman S (1984)/ 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳(1991). ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究. 第 1 版, 143-181. 実務教育出版, 東京.
- Rosenthal MS (2002). The Fertility Sourcebook, 3rd Eddition. 1-14, New York.
- 齊藤英和, 石原理, 久具宏司 他 (2010). 平成 21 年度倫理委員会登録・調査小委員会報告. 日本産科婦人科学会雑誌. 62, 1821-1849.
- 白井瑞子(2002). 不妊治療中女性の家庭生活満足度, 妻役割達成感に関する研究. 香川医科大学看護学雑誌. 6(1), 103-110.
- Sills ES, Perloe M, Stamm LJ et al (2004). Medical and psychological management of recurrent abortion, history of postneonatal death, ectopic pregnancy and infertility; stressful implementation of IVF for multifactorial reproductive dysfunction. A case report, Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology. 31, 143-146.
- Strauss B (1996). “Doctor shopping” in fertility medicine, Archives of Gynecology and Obstetrics, 259, s24-32.

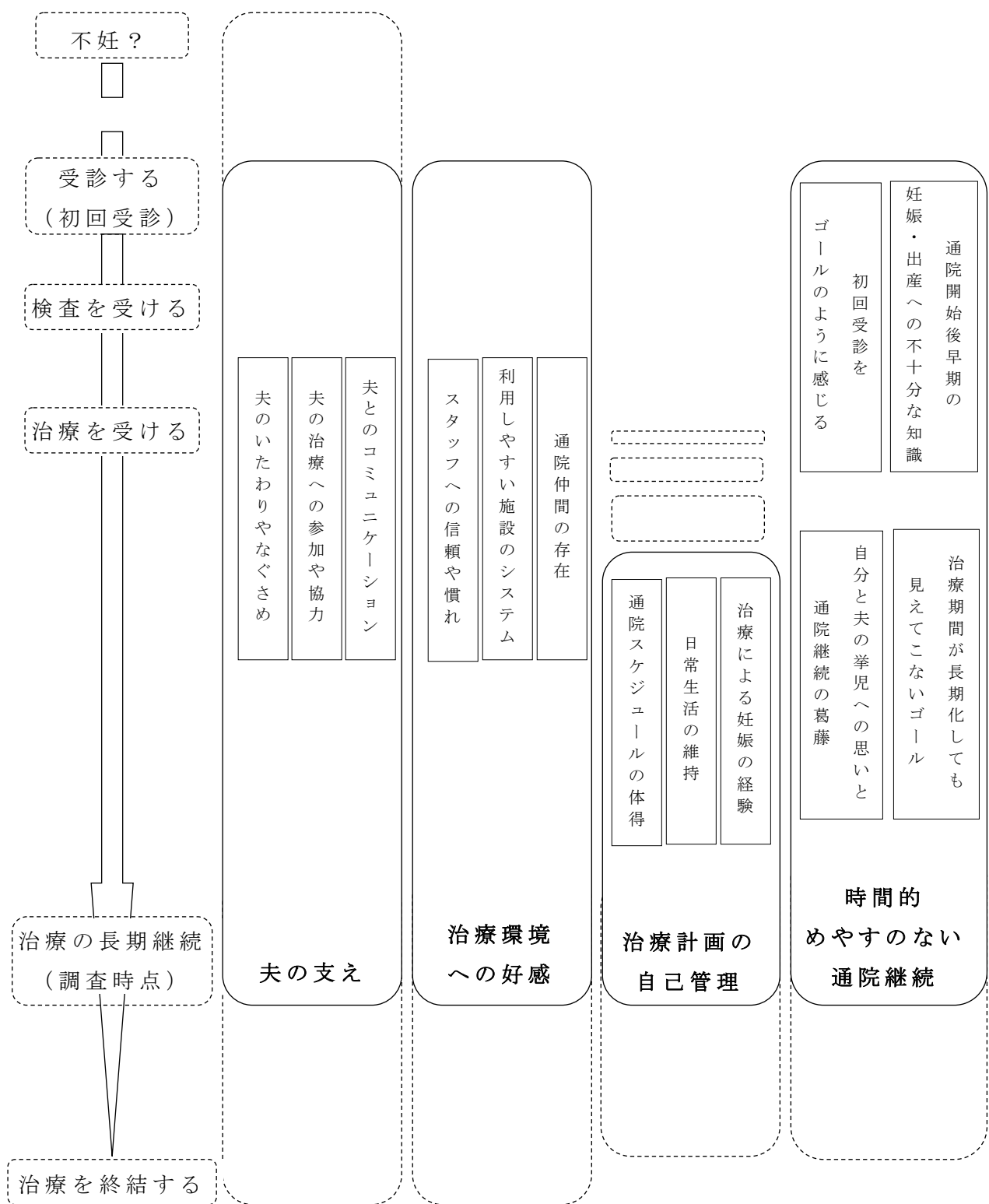
表 2-1 女性が不妊治療を長期継続した要因 カテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
夫の支え	夫のいたわりや なぐさめ	<p>治療周期中、薬剤による副作用が強い時には夫が家事を担当する</p> <p>治療周期中、薬剤による副作用が強い時に夫がいたわりの言葉をかける</p> <p>治療周期が失敗に終わると夫がなぐさめの言葉をかける</p> <p>知人の妊娠に落胆している自分に夫がなぐさめのことばをかける</p>
	夫の治療への参加や 協力	<p>治療周期中には夫は仕事よりも治療を優先させる</p> <p>次の治療周期に向け、夫が仕事の調整をする</p> <p>夫が休みの時には可能な限り一緒に通院する</p>
	夫との コミュニケーション	<p>辛い時、悲しい時には夫が話し相手になってくれる</p> <p>治療周期中、夫からはげましのメールが届く</p> <p>治療周期中、夫がタッチングを図ってくれる</p>
カテゴリー	サブカテゴリー	コード
治療環境 への好感	スタッフへの信頼や 慣れ	<p>通院開始当初は医師に恐怖感を持っていた</p> <p>治療に関しては医師を信頼し任せている</p> <p>医師の診察時間が短い</p> <p>コメディカルスタッフによる心理的サポートを受ける</p> <p>コメディカルスタッフから丁寧な説明を受けられる</p> <p>施設内の雰囲気づくりにスタッフの配慮を感じる</p>

		<p>コメディカルスタッフとのコミュニケーションにより安心できる</p> <p>医師に慣れてくる</p> <p>コメディカルスタッフを覚え、慣れてくる</p> <p>他施設への転院は考えられない</p>
	利用しやすい施設のシステム	<p>患者の利便性に配慮した診療時間体制である</p> <p>不妊治療専門施設であることによる利点を実感する</p> <p>個別に丁寧に説明してもらえる</p> <p>資料や説明の内容が充実している</p> <p>施設内に心理職者がいる</p> <p>医師、看護師、胚培養士、心理師による相談窓口が整っている</p> <p>受診前から勉強会に参加できる</p> <p>ピアグループ、サポートグループの会が開催される</p>
	通院仲間の存在	<p>会への参加により通院仲間づくりができる</p> <p>入院時の同室者と通院仲間になる</p> <p>知り合った通院仲間とのコミュニケーションにより思いを共有できる</p>
カテゴリ	サブカテゴリ	コード
治療計画の自己管理	通院スケジュールの体得	<p>治療周期のスケジュールがわかってくる</p> <p>治療スケジュールに慣れが生じる</p> <p>年間の通院計画を立てて治療に臨む</p>
	日常生活の維持	<p>治療周期に向けてからだ作りをする</p> <p>仕事や趣味で気分転換をはかる</p> <p>治療と日常生活のバランスを調整する</p> <p>日常生活を維持しながら治療費を捻出する</p> <p>治療を一時休止してみる</p>
	治療による妊娠の経験	<p>自分の妊娠経験から、妊娠・出産は可能だと考える</p>

		<p>自分の流産経験から、子どもを持つことの困難さを経験する</p> <p>友人・知人の妊娠・出産により落胆する</p> <p>流産経験や友人・知人の妊娠・出産により治療から遠ざかる</p> <p>自分や友人・知人の妊娠に希望を見出し、次の治療に臨む</p>
カテゴリ	サブカテゴリ	コード
時間的めやすがない 通院継続	初回受診をゴールのように感じる	<p>周囲の受診経験者の話を聴き、受診を意識し始める</p> <p>婦人科受診に対する恐怖感がある</p> <p>婦人科を受診するには勇気が必要</p> <p>不妊に悩んでいることを周囲に知られたくない</p> <p>自分が不妊であるとは思わない/思いたくない</p> <p>受診するには仕事の調整が必要</p>
	通院開始後早期の妊娠・出産への不十分な知識	<p>初診時に治療期間のめやすをもっていなかった</p> <p>簡単に妊娠すると思っていた</p> <p>受診すれば妊娠すると思っていた</p> <p>加齢により妊娠しにくくなることを知らなかった</p> <p>不妊の検査や治療についての知識がなかった</p> <p>既往疾患と不妊の関連について知らされていなかった</p>
	治療期間が長期化しても見えてこないゴール	<p>治療周期を繰り返す</p> <p>妊娠に向けての努力が報われない</p> <p>年齢の節目で治療を断念すべき時期を考える</p> <p>自主的に通院を中断した経験をもつ</p> <p>身体的な限界を感じ、治療の断念を意識する</p>

	<p>自分と夫の挙児への 思いと通院継続の葛藤</p>	<p>子どもがほしいという気持ちは変わらない</p> <p>子どもを持つことを諦められない</p> <p>夫の方が強く子どもを望んでいる</p> <p>自分と夫の挙児希望度に温度差を感じる</p> <p>自分と夫では挙児希望度が強くなる時期 が異なることで、断念時期を逃す</p>
--	---------------------------------	--



カテゴリを太字で、サブカテゴリを 四角内 で示す

点線は今回のデータで確認されていない範囲

図 2-1 女性の不妊治療の経過と長期継続要因の時間的關係

資料 2-1 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する調査
インタビューガイド

1. 属 性

- 1) 年齢（本人、夫）
- 2) 職業
- 3) 通院期間
- 4) 結婚から受診までの期間
- 5) 妊娠・出産経験、子どもの有無
- 6) 初診時点での不妊の自覚
- 7) 初診時点での治療期間のめやすの有無
- 8) 現在受けている治療の内容

2. 受けた治療および医療機関についての感想

3. 治療をいつまで続けるつもりか（治療期間または治療段階のめやす）

4. 治療の断念を考えた経験について

5. 長く治療を続けた理由について

第 3 章

不妊外来における初回受診患者の満足度とその関連要因

3.1 研究目的

第2章では、患者満足度との関連要因への示唆を得ることを目的に、挙児希望での不妊外来への通院を長期継続した女性へのインタビューを行った。その結果、不妊外来に通院する患者の満足度と関連する要因として、夫からの支えがあったこと、治療環境に好感を持っていたこと、治療計画を自己管理できていたこと、時間的めやすのない通院継続の4点の示唆を得た。不妊患者カップルが不妊外来を受診すると、まずは不妊因子のスクリーニング検査が行われるが、その検査期間は概ね6ヶ月以内である。そこで本研究では、治療による負担がかかる前の初回受診から6ヶ月間を通院開始後早期と考え、不妊患者カップルの初回受診時から6ヶ月後までの患者満足度とその関連要因についての追跡調査を行うこととした。

本章では、前述の追跡調査のうち、不妊外来の初回受診患者の満足度およびその関連要因を明らかにすることを目的とし、検討した結果について述べる。なお、追跡調査の結果については、第4章で述べる。

3.2 研究方法

3.2.1 調査対象者

日本産科婦人科学会に不妊治療実施施設として登録されている施設のうち、関東およびその周辺の73施設に対して研究協力を求め、本研究への協力を同意が得られた7施設の不妊外来を初めて受診した患者を調査対象者とした。なお、研究協力施設すべての不妊外来には、常勤の不妊症看護認定看護師が配置されていた。

3.2.2 調査方法

研究協力施設の不妊外来担当者に、挙児希望を主訴とする初回受診患者が来院した際に「研究協力依頼書および質問票の入った封筒」の配布を依頼した。本研究への協力を同意した初回受診患者は無記名自記式の質問票に回答し、研究者に返送した。

なお、本研究は挙児希望を主訴とする初診患者カップルに対する不妊外来の初回受診時から6ヶ月後までの追跡調査を目指した調査の一部である。追跡調査の質問票を研究者から調査対象者へ郵送するために、調査対象者から同意書および追跡調査用の質問票の送付先を連絡してもらう必要があり、これらの文書も初回受診時に「研究協力依頼書および質問票の入った封筒」に同封し配布した。

3.2.3 調査内容

1) 対象者の個人背景

対象者の個人背景として、年齢、性別、就業形態、妊娠・出産回数と現在いる子どもの数（女性のみ）、不妊期間、挙児希望での他施設受診経験の有無、検査または治療を受ける期間のめやすの有無、通院予定期間や受けようと考えている検査・治療および、挙児希望度について質問した。挙児希望度については、先行研究（林谷 2010）および第2章（實崎 2011）を参考に研究者が作成した、「子どもがほしい」、「配偶者（夫または妻）を親にしてあげたい」、「親を祖父母にしてあげたい」、「跡取りがほしい」の4項目にて調査した。それぞれ「とてもそう思う（5点）」～「全くそう思わない（1点）」の5件法にて回答を求めた。

2) 初回受診患者への医療者によるケアと受診時の印象

初回受診患者への医療者によるケア（検査や治療に関する説明の有無、説明時間、説明用資料の有無）と、患者の思いの傾聴が十分行われたか（受診時に自分の思いを話した時間の有無）、および受診時の印象に関しては、女性が不妊治療を長期継続した要因（第2章（實崎 2011））を参考に作成した12項目により質問した。

対象者の初回受診時の印象については、説明時間は十分であると感じたか（「はい」、「いいえ」）、説明内容の理解度と説明用資料の理解度（「とてもよく理解できた（5点）」～「全く理解できなかった（1点）」の5件法）、自分の思いを話した時間の長さは十分であると感じたか（「かなり十分だった（5点）」～「全く十分でなかった（1点）」の5件法）、施設に対する印象の「全体的な印象」、「待合室や診察室等のハード面の環境」、「スタッフ等のソフト面の環境」（いずれも「とても良かった（5点）」～「全く良くなかった（1点）」の5件法）を質問した。

3) カップル間の支え合いの意識

カップル間の支え合いの意識については、先行研究（野澤 2009）および第2章（實崎 2011）を参考に研究者が作成した、「子どもを持つことについて、パートナー（夫または妻）に相談ができる」、「子どもを持つことについて、パートナー（夫または妻）の支えが必要である」、「子どもを持つことについて、パートナー（夫または妻）から支えられている」、「子どもを持つことについて、パートナー（夫または妻）には自分の支えが必要である」、「子どもを持つことについて、パートナー（夫または妻）を支えている」の5項

目にて調査した。それぞれ「とてもそう思う（5点）」～「全くそう思わない（1点）」の5件法にて回答を求めた。

4) 受診後の満足度

受診後の満足度は、クライアント満足度質問紙8項目版(Nguyen et al 1983)の日本語版(Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8J)を作者の許諾のもとに用いた。CSQ-8Jは保健医療福祉サービスを受けた人の満足度を評価するための尺度で、本研究では初回受診時に受けたサービスについて質問したことになる。8項目それぞれ、満足度が高い回答から低い回答までを4～1点にLikert尺度化し、合計してCSQ得点を求める。原版であるCSQ-8は、保健医療福祉サービスの評価研究やプログラム立案の際に広く適用されており、日本語版でも信頼性・妥当性は確認されている(Lloyd et al 2000)。

3.2.4 分析方法

対象者の個人背景、初回受診患者への医療者によるケアと受けたケアへの印象、受診時の印象、カップル間の支え合いの意識、受診後の満足度については、記述統計による集計を行った。CSQ-8J得点の項目別得点の平均差の検討は、Friedman検定を行った。対象者の個人背景、医療者によるケア、受診時の印象、カップル間の支え合いの意識と受診後の満足度との関連は、Mann-WhitneyのU検定、Spearmanの順位相関係数(r_s)により検討した。解析には統計パッケージSPSS Ver.19を用いた。

3.2.5 倫理的配慮

対象者には、本研究への協力は対象者の自由意思によること、協力の可否による不利益は生じないこと、質問票は無記名式であること、本研究以外の目的で回答情報を利用しないことを書面にて説明した。以上の手続きに関しては、研究者の前所属機関（聖路加看護大学）の研究倫理審査委員会（承認番号11-027）および研究協力施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。

3.3 結果

3.3.1 対象者の個人背景

質問票は調査協力施設（7施設）において各30組（60名）、計210組（420名）に配布した。回答後の質問票が返送されたのは61名（14.5%）であり、このうち、初回来院時に実際に受診した患者48名（11.4%）による回答を分析対象とした。

対象者の個人背景を表 3-1 に示す。男性 15 名の年齢（平均±SD、以下同じ）は 36.3 ± 6.1 歳、女性 33 名の年齢は 36.4 ± 5.2 歳であった。就業形態は常勤が最も多かった。妊娠経験をもつ女性は 7 名（21.2%）、そのうち、出産し子どもを持っている女性は 3 名（9.1%）であった。不妊期間は 2 年以上という回答が最も多かった。挙児希望で他施設を受診した経験がある者は 20 名（41.7%）であった。通院期間のめやすの有無について、めやすが「ない」と回答した者は 21 名（43.8%）であった。しかし、「ない」と回答した者の全員が、受けようと考えている検査や治療については具体的に記述していた。

挙児希望度については、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した者の割合が最も高かった項目は、男女ともに「パートナーを親にしてあげたい」（男性：15 名（100%）、女性：33 名（100%））であり、「子どもがほしい」（男性：15 名（100%）、女性：（94.0%））が次いでいた。最も割合が低かった項目は、「跡取りがほしい」（男性：10 名（66.7%）、女性：14 名（42.5%））であった。

3.3.2 初回受診患者への医療者によるケアと対象者の受診時の印象

対象者が初回受診時に医療者から受けたケアを表 3-2 に示す。48 名の対象者全員が、初回受診時に不妊や不妊の検査・治療に関する説明を受け、説明用資料の提供を受けていた。説明にかかった時間は 30 分未満と回答した者が 31 名（64.6%）と最も多く、42 名（87.5%）1 時間未満と回答した。受診時に自分の思いを話した時間があつたと回答した者は 42 名（87.5%）であった。説明時間を十分だと感じた者は 45 名（93.7%）であり、十分だと感じていなかった 3 名（6.3%）の説明時間は、いずれも 30 分未満であった。

対象者が初回受診時に受けたケアへの印象を表 3-3-1 に示す。説明内容の理解度について、「とても良く理解できた」、「理解できた」と回答した者は男女全体で 43 名（89.6%）であった。説明用資料の理解度については、「とても良く理解できた」、「理解できた」と回答した者は男女全体で 41 名（85.4%）であった。自分の思いを話した時間の長さを十分であると感じたかどうかについては、「かなり十分だった」、「十分だった」と回答した者は男女全体で 27 名（56.3%）、「十分ではなかった」、「まったく十分ではなかった」と回答した者の半数は、「話した時間がなかった」と回答していた。

対象者の初回受診時の施設に対する印象を表 3-3-2 に示す。受診した施設の全体的な印象、待合室や診察室などのハード面の環境、スタッフ等のソフト面の環境の 3 項目は、いずれも「とても良かった」、「良かった」という回答が 9 割前後を占めていたが、待合室や診察室等のハード面の環境について

のみ、「良くなかった」と回答した者が男女全体で 2 名（4.2%）あった。

3.3.3 カップル間の支え合いの意識

カップル間の支え合いの意識を表 3-4 に示す。「子どもを持つことについて、パートナーに相談ができる」、「子どもを持つことについて、自分にはパートナーの支えが必要である」、「子どもを持つことについて、パートナーには自分の支えが必要である」の 3 項目においては男性全員（100%）が、他の 2 項目についても 1 名以外（93.3%）が、「とてもそう思う」、「そう思う」と回答していた。一方、女性では、「とてもそう思う」、「そう思う」と回答した者の割合は、「子どもを持つことについて、自分にはパートナーの支えが必要である」（32 名（97.0%）、「子どもを持つことについて、パートナーに相談ができる」（30 名（90.9%））の順に高く、他の 3 項目では 8 割前後であった。

3.3.4 CSQ-8J 得点と関連要因

CSQ-8J の項目別および合計得点の平均を表 3-5 に示す。CSQ-8J の合計得点の男女全体の平均は 24.5 ± 3.5 点、男性の平均は 24.7 ± 2.9 点、女性の平均は 24.4 ± 3.8 点であった。8 項目の項目別の平均得点は、男女全体および男女別でも有意差はなかった。

CSQ-8J 合計得点との関連について、対象者の個人背景では挙児希望度の「パートナーを親にしてあげたい」が男性のみで正の相関がみられた（ $r_s=0.671$, $p=0.012$ ）（表 3-6-2）。その他の個人背景については、男女全体および男性、女性において CSQ-8J 合計得点との有意な関連はみられなかった（表 3-6-1、表 3-6-2）。

初回受診時に実際に受けた医療者によるケア（医療者による説明と傾聴）および受診時の印象と CSQ-8J 合計得点との関連を表 3-7-1、表 3-7-2 に示す。受診時の印象では、説明内容を理解できたか（男女全体 $r_s=0.294$, $p=0.050$; 女性 $r_s=0.449$, $p=0.010$ ）、説明用資料の内容を理解できたか（男女全体 $r_s=.336$, $p=0.024$; 女性 $r_s=0.453$, $p=0.009$ ）、全体的な印象（男女全体 $r_s=0.455$, $p=0.002$; 女性 $r_s=0.532$, $p=0.002$ ）、待合室や診察室等のハード面の環境（男女全体 $r_s=0.295$, $p=0.049$ ）、スタッフ等のソフト面の環境（男女全体 $r_s=0.314$, $p=0.035$ ）、の 5 項目で正の相関がみられた。一方、自分の思いを話した時間を十分だと感じたか、との間には有意な相関がみられなかった。医療者による説明と傾聴では、自分の思いを話す時間があつた者は、なかった者よりも CSQ-8J 合計得点が高かった（男女全体 $p=0.013$; 女性 $p=0.013$ ）。

CSQ-8J 合計得点とカップル間の支え合いの意識との関連を表 3-8 に示す。男女全体でみると、CSQ-8J 合計得点と「パートナーの支えが必要」($r_s=0.412$, $p=0.005$)、「パートナーから支えられている」($r_s=0.447$, $p=0.002$)、「パートナーには支えが必要」($r_s=0.475$, $p=0.001$)、「パートナーを支えている」($r_s=0.505$, $p=0.000$)に正の相関がみられた。男女別にみると、女性では上記 4 項目との相関が有意であったが(順に $r_s=0.535$, $p=0.002$, $r_s=0.454$, $p=0.009$, $r_s=0.505$, $p=0.003$, $r_s=0.537$, $p=0.002$)、男性では 5 項目すべてにおいて関連はみられなかった。

3.4 考察

3.4.1 不妊外来の初回受診患者の特徴

第 14 回出生動向基本調査(国立社会保障・人口問題研究所 2011)によると、日本人の平均初婚年齢は男性で 29.8 歳、女性で 28.5 歳であり、女性の第 1 子出産時の平均年齢は 30.1 歳である。また、女性の妊孕性は 30 歳以降に低下しはじめるといわれている(Rosenthal 2002)。本調査対象者の平均年齢は 36.4 歳であり、不妊期間が 1 年以上の者が 7 割近くを占めていた。一般的な結婚年齢からは 5 年以上が経過しており、妊孕性が低下しはじめた後に不妊外来を受診しているということになる。女性の不妊外来への初回受診時年齢は、第 2 章でもほぼ同じ結果が得られていることから、31 歳前後であると考えられる。この背景として、加齢により女性の妊孕性が低下することについて十分に周知されていないことが考えられる(在本他 2010; 森他 2012)。リプロダクティブヘルスの観点から、女性およびそのパートナーが正しい知識を持った上でライフプランを設計できるよう、教育機会の構築などによる環境作りが必要であると思われる。

本調査対象者の初回受診患者の挙児希望度は、男女ともにパートナーを親にしてあげたい、子どもがほしい、親を祖父母にしてあげたい、の順に「とてもそう思う」、「そう思う」と回答した割合が高く、跡取りがほしいという思いの同割合が最も低かった(表 3-1)。ここで注目すべきは、男女とも自分が子どもがほしいという思いよりもパートナーを親にしてあげたいという思いのほうが強かったことであろう。調査対象者が子どもを持ちたいと考える 4 つの理由の順位が男女間で一致していたことから、初回受診時における男女の挙児希望の価値観はほぼ一致していると考えられる。子どもを持ちたいと考えるカップルが、不妊外来を受診するか否かの意思決定に際して相互の挙児希望度を確認し、その価値観が一致していることは受診に至る要因のひとつとなっている可能性がある。言い換えれば、挙児希望の価値観が一致

していないカップルは不妊外来の受診に至らないとも考えられる。

不妊や不妊の検査、治療に関する説明および説明用資料の理解度が高かったにもかかわらず（表 3-3）、通院期間のめやすが「ない」と回答した者は半数近くであった（表 3-1）。めやすが「ない」と回答した者の全員が具体的に受けたいと考えている検査や治療について述べていたことから、今後受ける検査や治療については一応理解し、自らが受けたい検査や治療について考えることができていたと思われる。また逆に、説明内容が理解できたからこそめやすをもつことができなかつたとも考えられる。

その一方で、不妊治療を長期継続した女性の中には、通院期間のめやすがないことにより、治療を中断または断念するタイミングを逃した結果、消極的に通院継続した例が少なくないことが第 2 章（實崎 2011）で示唆されている。不妊治療の長期継続が望ましくないとは一概に言い切れないが、治療の長期化は治療不成功体験の反復でもあり、心理的危機をもたらす可能性がある（平山他 2001a）と言われていることを考えると、好ましい事態であるとも言い難い。患者カップルが治療の中断/継続を含めた自らの治療方針を主体的に選択できるよう支援するためには、初回受診時の医療者による説明において各治療の方法等に加え、その治療による年代別の妊娠率、出産率等の情報提供を行うことに加え、個々の患者カップルが通院開始後早期にある程度の通院期間のめやすを持つことの必要性を伝えていくことも必要なのではないだろうか。

3.4.2 不妊外来における初回受診時ケアの実際

不妊患者支援のための看護ガイドライン（2001）では、不妊外来における初回受診時の看護において、信頼関係を形成すること、来院の目的を確認・共有すること、情報の提供を行うことが推奨されており、対象者についての理解、自己決定の支援、セルフケアへの援助が必要であるとされている。本研究では、対象者全員に資料を用いて不妊や不妊の検査・治療に関する説明が提供されており、その説明時間は 1 時間未満であったが（表 3-2）、説明時間を十分だと感じた者、説明および説明用資料の理解度が高かった者はいずれも 9 割前後を占めていた（表 3-2、3-3-1）。以上から、初回受診時において理解しやすい説明や資料を用いた情報提供による自己決定への支援および来院目的の確認・共有は概ね実践されているようにみえる。ただし、初回受診時には患者の消耗性危機を受け止めるケアの必要性が示唆されている（實崎他 2007）。本研究では自分の思いを話した時間があつたと回答していた者が 9 割近くいたにもかかわらず、その時間を十分だと感じていた者は 6

割未満であった（表 3-2、3-3-1）。実際の外来看護では個々の患者に対応できる時間に限界があり、初回受診患者に対しては、提供すべき多くの情報の説明に時間を割くことが多く、対象者自身の思いを十分に傾聴する時間がとりにくいので、できるだけ受診者の思いを引き出す努力が求められるであろう。以上から、初回受診患者に対しては情報を提供することに加え、患者の思いを聴くことに努めて、個々の患者と向き合っていくことが望まれる。

3.4.3 不妊患者の初回受診時の満足度と満足度との関連要因

日本において CSQ-8J を用いた他の研究（石岡他 2002; 坂口他 2009）と比較すると、本研究対象者の男女全体の平均点との間に大きな差はなかった（表 3-5）。

年齢や性別、妊娠経験の有無や不妊期間などの対象者の個人背景と満足度との間には関連が見られなかったが、挙児希望度については、男性が「パートナーを親にしてあげたい」という思いと満足度との間に正の相関がみられた（表 3-6-1）。この項目は、「とてもそう思う」、「そう思う」との回答のみで占められており、「とてもそう思う」と回答した者が男女全体で 7 割を超えており、男性では 73.4%、女性では 72.7%であった。不妊外来の多くは産婦人科領域で行われているため、男性は女性以上に受診することに抵抗感を持っている可能性があるが、パートナーを親にしてあげたいという思いがその抵抗感を上回り受診に至ったことで、その達成感が男性の満足度を高めているのかもしれない。初回受診時には、カップル双方の挙児希望度についても確認を行うことが望ましいと考えられた。

初回受診時に受けたケアおよび受診時の印象のうち、満足度との関連がみられたものには、自分の思いを話した時間の有無、説明の内容を理解できたこと、説明用資料の内容を理解できたこと、施設の全体的な印象、待合室や診察室等のハード面の環境、スタッフ等のソフト面の環境の 6 つがあった（表 3-7-1、表 3-7-2）。このうち、受診した施設の全体的な印象やハード面、ソフト面の環境は、不妊による悩みを抱えて受診に至った初回受診患者にとって、通院を継続するか否かを決定づける要因にもなると思われる。受診した施設の印象が満足度と正の相関を示していたことから、医療施設の環境を整えていくことは患者が主体的に通院の中断/継続の意思決定を行うために重要なケアのひとつであると考えられる。また、説明時間の長さそのものやその時間を十分に感じたかどうかよりも、説明および説明用の資料の理解度の方が重要であることが示唆されたのは興味深い。一方、自分の思いを話した時間の有無は初回受診時の満足度に関連していたが、その時間が十分であ

ったかどうかは初回受診時の満足度に関連していなかった、という予想に反する結果であった。男性では、対象者数が少なかったために有意の関連が認められなかったが、しかしまた初回受診時には医療者からのサポートを求める気持ちが強く、自分の思いを話す時間が十分に得られなくても、“話すことができた”という事実だけで満足度できたということも考えられる。しかし実際には、患者は話しているうちにそれまで自分で気づいていなかった思いに気づくことも少なくない。佐々木（2002）がコミュニティメンタルヘルスについて指摘しているのと同様に、不妊外来患者の初回受診時における心理社会的ケアにおいても、ケアを提供する側と受ける側が必要な情報を共有し、共に今後の見通しをしっかりと持てることは、事例との初回の出会いにおいて援助者がもっとも重視すべき目標だと思われる。本研究は通院開始後早期から患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するための手掛かりを得る目的で初回受診時のケアに焦点を当てたが、二度目以降の受診で思いを話せたかどうか（スタッフが思いを傾聴できたか）と患者満足度との関連をみていくことは、今後の検討課題である。

カップル間の支え合いの意識について、本調査対象者の意識は概ね高めであったことから、患者カップルは互いに支え合うことの必要性を意識できている、実際に支え合うことができているのではないかと考えられる（表 3-4）。特に女性では、パートナーから支えられ、支えていると感じているほど満足度が高いことが明らかとなった（表 3-8）。これらは、不妊治療中のカップルが共に治療に取り組むことが重要であるという先行研究の結果を支持するものである（平山他 2001b; 白井 2002; 朝澤 2012）。不妊の検査や治療には女性が通院する機会が多く、女性の心理社会的な負担は男性に比べて大きいと考えられていることから（今中他 2011）、本研究においてもカップル間の支え合いは特に、不妊外来通院中の女性の心理社会的健康を保持するために重要なポイントとなることが示唆された。一方、男性ではカップル間の支え合いと満足度との関連が弱かった。これは、男性において「パートナーには自分の支えが必要である」の「とてもそう思う」、「そう思う」の回答割合が高かったことから（表 3-4）、初回受診時の不妊や不妊の検査・治療に関する説明を受け、その検査項目や受診回数の多さから女性の方の負担が大きであろうという予測につながり、男性が女性を支える必要性を強く感じた可能性が考えられる。また、本調査の調査項目は、第 2 章において女性のためのインタビューから抽出したために、男性患者の満足度に関連する要因を引き出すことができなかった可能性が考えられる。男性の満足度は、本調査で分析した項目以外の要因により強い影響を受けていることも考えられる。

最後に、本調査により、男性では挙児希望度が、女性ではカップル間の支え合いの意識が満足度と正相関していることが明らかになった（表 3-6-1、表 3-8）。前述のように、不妊治療はカップルで取り組むこと、カップル間の思いが一致していること、カップル間でコミュニケーションが図れていることが望ましいといわれている（平山他 2001b; 野澤 2009; 朝澤 2012）。通院開始により心理社会的な負担がかかることで、初回受診時点には一致していたカップル間の思いや意識に差が生じたり、初回受診時点で既に生じている差がより顕著となっていく可能性が考えられる。したがって、患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するための心理社会的側面のケアとして、初回受診時には改めてカップル双方の挙児希望およびカップル間で相互に支え合うことへの意識を確認し、そこにずれがあれば修正を行うことを通して、カップル相互の支え合いを強化しておくことが望ましいと考えられた。

3.5 結論

日本産科婦人科学会に不妊治療実施施設として登録されている 7 施設の不妊外来初回受診患者 48 名から得られた質問票への回答から、初回受診時の患者満足度とそれに関連する要因の分析から、以下のことが考えられた。

- 1) 初回受診患者の挙児希望の価値観は男女ではほぼ一致しており、男性の満足度と関連していた。初回受診時にはカップル双方の挙児希望度について確認しておくことが望ましい。
- 2) 初回受診時の施設の印象は満足度と正の相関を示していたことから、施設の環境を整えることも心理社会的なケアの一つである。
- 3) 不妊外来において初回受診患者に対して行われている不妊や不妊の検査、治療に関する説明用の資料を用いた説明は、その理解度が満足度と正の相関を示していた。情報提供は、対象者の理解度を確認しながら行うことが望ましい。
- 4) 9 割弱の初回受診患者が医療者に対して自分の思いを話しており、そのことが満足度と正の相関を示していたことから、初回受診時には対象者の思いを傾聴することが望ましい。
- 5) 初回受診患者のカップル間の支え合いの意識は高いが、パートナーを支

える必要性についての意識は男性に比べて女性が低かった。また、女性がパートナーから支えられ、パートナーを支えているという意識と満足度との間には正の相関がみられた。初回受診時には、カップル間で相互に支え合うことへの意識を確認し、そこにずれがあれば修正を行うことを通して、カップル相互の支え合いを強化しておくことが望ましい。

3.6 研究の限界と今後の課題

本研究は前述のとおり、挙児希望を主訴とする初回受診患者カップルの不妊外来の初回受診時から 6 ヶ月後までの追跡調査を目指した調査の一部であり、追跡調査への同意書等を質問票とともに同封したものを調査対象者へ配布した。このことが、研究協力施設および調査対象者が少数にとどまる原因になったと考えられる。また、調査対象者の募集は複数の不妊治療実施施設で行っているものの、研究協力施設が関東周辺の不妊症看護認定看護師が所属する施設に偏ったものとなった。したがって、本研究の結果が不妊外来を初めて訪れた患者カップルを代表するものとは言い切れない。さらに、分析対象者は研究協力施設の医療者に好意的なカップルに偏っている可能性があり、受診後の印象および満足度については特に、得点が高くなった可能性を否定できない。しかし、複数の施設において同時期に行った不妊外来の初回受診患者への医療者による説明と聴きとりの実際、カップル間の支え合いの意識と患者満足度の関連についての調査報告はほとんどないことから、本章で得られた結果は不妊外来に従事する看護者にとって有意義な資料であると考えられる。

第 4 章ではこれらの患者カップルに対する追跡調査を実施した結果から、不妊外来への通院開始後早期の患者満足度とそれに関連する要因について述べる。

文 献

- 赤城恵子 (1998). 不妊状態の女性の心理. ペリネイタルケア. 17, 294-298.
- 朝澤恭子 (2012). 夫婦で不妊治療を受ける男性の体験. 日本生殖看護学会誌. 9(1), 5-14.
- 在本祐子, 齋藤益子 (2010). 未婚女性の生殖の知識とライフプランとの関連. 日本母子看護学会誌. 4(2), 13-21.
- Blenner JL (1992). Stress and Mediators: patients' perceptions of infertility treatment. Nursing Research. 41, 92-97.

- 不妊患者支援のための看護ガイドライン作成グループ編 (2001). 不妊患者支援のための看護ガイドライン—不妊の検査と治療のプロセス. 13-18.
- 林谷啓美, 鈴井江三子 (2010). 不妊治療を受けている女性の対処行動に関する調査. 医学と生物学. 154(12), 586-593.
- 平山史朗, 吉岡千代美, 出口美寿恵 他 (1998). ART に対する患者の心理調査. 日本受精着床学会雑誌. 15, 145-149.
- 平山史朗, 富山達大, 高橋克彦 他 (2001). 不妊カウンセリングマニュアル. 久保春海編. 第1版. 160-168. メジカルビュー社, 東京.
- 平山史朗, 向田哲規, 高橋克彦 (2001). IVF クリニック初診時における夫婦の特徴とその後の臨床成績. 日本受精着床学会雑誌. 18(1), 108-111.
- 今中基晴, 松浦裕子, 藤野祐司 他 (2011). 不妊治療における夫の精神的負担に関する意識調査. 日本受精着床学会雑誌. 28(2), 439-444.
- 石岡みさき, 深川和己, 榛村重人 他 (2002). 日帰り角膜移植の満足度. あたらしい眼科. 19(11), 1477-1479.
- 實崎美奈, 宮崎文子, 林猪都子 (2007). 挙児希望女性における不妊治療専門医受診前の心理. 母性衛生. 47(4), 518-528.
- 實崎美奈 (2011). 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する質的研究. 日本生殖看護学会誌. 8(1), 33-39.
- 上澤悦子 (2010). 不妊に悩む女性への看護. 佐藤孝道編. 第1版. 54-60. メディカ出版, 東京.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2011). 第14回出生動向基本調査.
<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/doukou14.asp>
- Lloyd IS, Barbara D(1996) /伊藤弘人, 栗田広(2000). 精神科医療アセスメントツール. 第1版. 84-90. 医学書院, 東京
- 森明子, 朝澤恭子 (2012). 不妊治療中の女性の性の QOL と関連要因. 日本性科学会雑誌. 30(1-2), 25-34.
- National Institute for Health and Clinical Excellence(: NICE) Clinical Guideline 11 Fertility (2013).
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG011niceguideline>
- Nguyen TD, Attkisson CC, Stenger BL (1983). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. Evaluation and Program Planning. 6, 299-313.
- 野澤美江子 (2009). 不妊治療を受けているカップルの親密さ尺度の精錬. 日本不妊カウンセリング学会誌. 8(2), 12-17.
- 岡永真由美, 橋本富子, 高田昌代 他 (2005). 不妊にまつわる悩みの相談

- 大阪府不妊専門相談事業の取り組み. 母性衛生. 46(2), 412-420.
- Rosenthal MS (2002). The Fertility Sourcebook, 3rd Eddition. 1-14, New York.
- 齊藤英和, 石原理, 久具宏司他 (2012). 平成 23 年度倫理委員会 登録・調査
小委員会報告. 日本産科婦人科学会誌. 64(9), 2110-2140.
- 坂口肇, 中村伸一, 福田耕嗣 他 (2009). 急性期治療病棟における他職種参
加型患者心理教育の効果 抗精神病薬治療下ウェルビーイング評価尺度
短縮版日本語版を活用して. 日本精神科看護学会誌. 52(2), 396-400.
- 佐々木雄司 (2002). 生活の場での実践メンタルヘルス. 32-69. 保健同人社.
東京.
- 白井瑞子(2002). 不妊治療中女性の家庭生活満足度, 妻役割達成感に関する
研究. 香川医科大学看護学雑誌. 6(1), 103-110.
- 高橋まゆ子, 岩城吉子, 池田京子 他 (2007). 外来患者が好感をもった看護
師の言動に関する質的分析. 日本看護学会論文集 地域看護. 37, 252-254.

表 3-1 対象者の個人背景

	回答者数 (%)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
年齢, 歳 (mean±SD)	36.3±5.5	36.3±6.1	36.4±5.2
就業形態, 人 (%)			
常勤	32 (66.7)	13 (86.7)	19 (57.6)
アルバイトまたはパート	7 (14.6)	0 (0.0)	7 (21.2)
就業なし	9 (18.7)	2 (13.3)	7 (21.2)
過去の妊娠・出産歴, 人 (%)			
妊娠・出産経験なし	—	—	26 (78.8)
妊娠経験あり	—	—	7 (21.2)
出産経験あり	—	—	3 (9.1)
子どもあり	—	—	3 (9.1)
不妊期間, 人 (%)			
6ヶ月未満	4 (8.3)	1 (6.7)	3 (9.1)
6ヶ月以上1年未満	12 (25.0)	4 (26.6)	8 (24.2)
1年以上2年未満	13 (27.1)	3 (20.0)	10 (30.3)
2年以上	19 (39.6)	7 (46.7)	12 (36.4)
育児希望での他施設受診経験, 人 (%)			
あり	20 (41.7)	6 (40.0)	14 (42.4)
なし	28 (58.3)	9 (60.0)	19 (57.6)
通院期間のめやすの有無, 人 (%)			
あり	27 (56.2)	7 (46.7)	20 (60.6)
なし	21 (43.8)	8 (53.3)	13 (39.3)

挙児希望度，人(%)			
子どもがほしい			
とてもそう思う	28 (58.3)	7 (46.7)	20 (60.6)
そう思う	18 (37.5)	8 (53.3)	11 (33.4)
どちらともいえない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
そう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.5±0.7	4.5±0.5	4.5±0.7

パートナーを親にしてあげたい			
とてもそう思う	35 (72.9)	11 (73.4)	24 (72.7)
そう思う	13 (27.1)	4 (26.6)	9 (27.3)
どちらともいえない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
そう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.7±0.5	4.7±0.5	4.7±0.5

親を祖父母にしてあげたい			
とてもそう思う	24 (50.0)	6 (73.4)	18 (54.6)
そう思う	18 (37.5)	8 (53.3)	10 (30.3)
どちらともいえない	5 (10.4)	1 (6.7)	4 (12.1)
そう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.4±0.8	4.3±0.6	4.4±0.8

跡取りがほしい			
とてもそう思う	11 (22.9)	2 (13.3)	9 (27.3)
そう思う	13 (27.1)	8 (53.4)	5 (15.2)
どちらともいえない	16 (33.3)	3 (20.0)	13 (39.3)
そう思わない	5 (10.4)	2 (13.3)	2 (6.1)
全くそう思わない	4 (8.3)	0 (0.0)	4 (12.1)
平均値 (±SD)	3.5±1.2	3.7±0.9	3.4±1.3

() は性別ごとの割合

表 3-2 初回受診患者への医療者によるケア

	回答者数 (%)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
不妊や不妊の検査、治療に関する説明の有無			
あり	48 (100.0)	15 (100.0)	33 (100.0)
なし	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
上記の説明にかかった時間			
30 分未満	31 (64.6)	10 (66.7)	21 (63.6)
30 分以上 1 時間未満	11 (22.9)	3 (20.0)	8 (24.2)
1 時間以上	6 (12.5)	2 (13.3)	4 (12.2)
説明時間を十分だと感じたか			
はい	45 (93.7)	14 (93.3)	31 (93.9)
いいえ	3 (6.3)	1 (6.7)	2 (6.1)
不妊や不妊の検査、治療に関する説明用資料の有無			
あり	48 (100.0)	15 (100.0)	33 (100.0)
なし	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
自分の思いを話した時間の有無			
あり	42 (87.5)	14 (93.3)	28 (84.8)
なし	4 (8.3)	1 (6.7)	3 (9.1)
無回答	2 (4.2)	0 (0.0)	2 (6.1)

() は性別ごとの割合

表 3-3-1 初回受診時に受けたケアへの印象

	回答者数 (%)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
説明内容を理解できたか			
とてもよく理解できた	8 (16.7)	1 (6.7)	7 (21.2)
理解できた	35 (72.9)	12 (73.3)	23 (69.7)
どちらともいえない	5 (10.4)	2 (13.3)	3 (9.1)
理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.1±0.5	3.9±0.5	4.2±0.5
説明用資料の内容を理解できたか			
とてもよく理解できた	7 (14.6)	2 (13.3)	5 (15.2)
理解できた	34 (70.8)	11 (73.4)	23 (69.6)
どちらともいえない	7 (14.6)	2 (13.3)	5 (15.2)
理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.0±0.6	4.0±0.5	4.1±0.6
自分の思いを話した時間を十分だと感じたか			
かなり十分だった	2 (4.2)	0 (0.0)	2 (6.1)
十分だった	25 (52.1)	9 (60.0)	15 (45.5)
どちらともいえない	13 (27.1)	4 (26.6)	11 (33.3)
十分ではなかった	5 (10.4)	2 (13.3)	3 (9.1)
全く十分ではなかった	3 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	3.5±0.7	3.5±0.7	3.4±0.8

() は性別ごとの割合

表 3-3-2 初回受診時の施設に対する印象

	回答者数 (%)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
全体的な印象			
とても良かった	18 (37.5)	4 (26.6)	14 (42.4)
良かった	27 (56.2)	10 (66.7)	17 (51.5)
どちらともいえない	3 (6.3)	1 (6.7)	2 (6.1)
良くなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く良くなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.3±0.6	4.2±0.6	4.5±0.6
待合室や診察室等のハード面の環境			
とても良かった	16 (33.3)	3 (20.0)	13 (39.3)
良かった	26 (54.2)	10 (66.7)	16 (48.5)
どちらともいえない	4 (8.3)	2 (13.3)	2 (6.1)
良くなかった	2 (4.2)	0 (0.0)	2 (6.1)
全く良くなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.2±0.8	4.1±0.6	4.3±0.8
スタッフ等のソフト面の環境			
とても良かった	23 (47.9)	5 (33.3)	18 (54.6)
良かった	21 (43.8)	8 (53.3)	13 (39.3)
どちらともいえない	4 (8.3)	2 (13.3)	2 (6.1)
良くなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く良くなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.4±0.7	4.3±0.6	4.6±0.6

() は性別ごとの割合

表 3-4 初回受診時のカップル間の支え合いの意識

	回答者数 (%)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
子どもを持つことについて、パートナーに相談ができる			
とてもそう思う	31 (64.6)	9 (60.0)	22 (66.7)
そう思う	14 (29.2)	6 (40.0)	8 (24.2)
どちらともいえない	3 (6.2)	0 (0.0)	3 (9.1)
そう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.6±0.6	4.6±0.5	4.6±0.7
子どもを持つことについて、自分にはパートナーの支えが必要である			
とてもそう思う	37 (77.1)	9 (60.0)	28 (84.8)
そう思う	10 (20.8)	6 (40.0)	4 (12.2)
どちらともいえない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
そう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD)	4.7±0.6	4.6±0.5	4.8±0.6
子どもを持つことについて、自分はパートナーから支えられている			
とてもそう思う	33 (68.7)	11 (73.3)	22 (66.7)
そう思う	7 (14.6)	3 (20.0)	4 (12.2)
どちらともいえない	7 (14.6)	1 (6.7)	6 (18.1)
そう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全くそう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
平均値 (±SD)	4.5±0.9	4.7±0.6	4.4±1.0
子どもを持つことについて、パートナーには自分の支えが必要である			
とてもそう思う	29 (60.4)	12 (80.0)	17 (51.5)
そう思う	13 (27.1)	3 (20.0)	10 (30.3)
どちらともいえない	4 (8.3)	0 (0.0)	4 (12.2)
そう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
全くそう思わない	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.0)
平均値 (±SD)	4.4±0.9	4.8±0.4	4.2±1.0

子どもを持つことについて、自分はパートナーを支えている			
とてもそう思う	20 (41.7)	5 (33.3)	15 (45.5)
そう思う	19 (39.6)	9 (60.0)	10 (30.3)
どちらともいえない	7 (14.6)	1 (6.7)	6 (18.1)
そう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全くそう思わない	2 (4.1)	0 (0.0)	2 (6.1)
平均値 (±SD)	4.1±1.0	4.3±0.6	4.1±1.1

表 3-5 初回受診時の CSQ-8J の平均値

	平均値 (±SD)		
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
1. あなたが受けたプログラム（治療）の質はどの程度でしたか。	3.1±0.7	3.1±0.6	3.2±0.7
2. あなたが望んでいたプログラム（治療）は受けられましたか。	3.1±0.6	3.2±0.4	3.1±0.7
3. このプログラム（治療）は、どの程度あなたが必要としたものでしたか。	2.7±0.8	2.6±0.7	2.7±0.8
4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、プログラム（治療）を推薦しますか。	3.0±0.5	3.1±0.5	3.0±0.5
5. 受けた援助の量に満足していますか。	3.0±0.5	3.1±0.3	3.0±0.6
6. 受けたプログラム（治療）は、あなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。	3.3±0.6	3.4±0.5	3.2±0.6
7. 全体として一般的にいて、あなたが受けたプログラム（治療）に満足していますか。	3.1±0.4	3.0±0.4	3.1±0.5
8. また援助が必要となったとき、このプログラム（治療）をもう一度受けたいと思いますか。	3.1±0.6	3.2±0.6	3.0±0.6
合計得点	24.5±3.5	24.7±2.9	24.4±3.8

表 3-6-1 初回受診時の CSQ-8J 合計得点と個人背景との相関

	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
年齢	-.115	.055	-.166
不妊期間	-.114	.068	-.188
育児希望度			
子どもがほしい	.103	.441	-.031
パートナーを親にしてあげたい	.187	.671*	.004
親を祖父母にしてあげたい	.150	.321	.095
跡取りがほしい	.114	.255	.059

* $p < .05$ (Spearman の順位相関係数 (r_s))

表 3-6-2 初回受診時の CSQ-8J 合計得点と個人背景との関連

		全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
就業の有無	あり	23.9	23.9	23.9
	なし	23.3	23.0	23.3
妊娠経験の有無	あり	—	—	23.6
	なし	—	—	23.8
出産経験の有無	あり	—	—	23.0
	なし	—	—	23.9
拳児希望での他施設受診 経験の有無	あり	23.8	23.8	23.9
	なし	23.7	23.8	23.7
通院期間のめやすの有無	あり	23.7	24.0	23.6
	なし	23.9	23.8	24.0

CSQ-8J 合計得点の中央値, Mann-Whitney の U 検定ではすべて NS

表 3-7-1 初回受診時の CSQ-8J 合計得点と医療者によるケア、対象者の受診時の印象との相関

	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
医療者によるケア			
検査・治療の説明にかかった時間	.017	-.068	.086
受診時の印象			
説明内容を理解できたか	.294*	-.104	.449*
説明用資料の内容を理解できたか	.336*	.132	.453**
自分の思いを話した時間を十分だと感じたか	.231	.018	.319
全体的な印象	.455**	.190	.532**
待合室や診察室等のハード面の環境	.295*	.031	.342
スタッフ等のソフト面の環境	.314*	.237	.344

* p<.05; **p<.01 (Spearman の順相関係数 (r_s))

表 3-7-2 初回受診時の CSQ-8J 合計得点と医療者によるケアとの関連

	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=33)
説明時間を十分だと感じたか			
はい	23.9	23.9	23.9
いいえ	20.0	23.0	15.5
	全体 (N=48)	男性 (N=15)	女性 (N=31)
自分の思いを話した時間の有無			
あり	24.0	23.9	24.0
なし	22.3	23.0	22.0

* $p < .05$ (CSQ-8J 合計得点の中央値, Mann-Whitney の U 検定)

表 3-8 初回受診時の CSQ-8J 合計得点とカップル間の支え合いの意識との
相関

	全 体 (N=48)	男 性 (N=15)	女 性 (N=33)
カップル間の支え合いの意識			
子どもを持つことについて、 パートナーに相談ができる	.262	.273	.264
子どもを持つことについて、 自分にはパートナーの支えが必要である	.412**	.273	.535**
子どもを持つことについて、 自分はパートナーから支えられている	.447**	.427	.454**
子どもを持つことについて、 パートナーには自分の支えが必要である	.475**	.497	.505**
子どもを持つことについて、 自分はパートナーを支えている	.505**	.424	.537**

**p<.01 (Spearman の順位相関係数 (r_s))

資料 3-1 初回受診時調査票

初診時用調査票

1. あなたとあなた方カップルのことについておうかがいします。

- 1) あなたの性別は？ ア) 男性 イ) 女性
- 2) あなたのお誕生日は？ () 月 () 日
- 3) あなたのパートナー(ご主人様または奥様)のお誕生日は？ () 月 () 日

2. あなたご自身のことについておうかがいします。

- 1) あなたの年齢は？ () 歳
- 2) あなたの就業形態は？
- ア) 常勤(週 3 日以上) イ) アルバイトまたはパート ウ) 就業していない
- 3) 子どもがほしいと考え始めてから今日までの期間は？
- ア) 6 ヶ月未満 イ) 6 ヶ月～1 年未満 ウ) 1 年～2 年未満 エ) 2 年以上
- 4) 過去の妊娠・出産経験は？ (女性のみお答えください)

() 回妊娠し、() 回出産したことがある。現在子どもは() 人いる。

5) この施設を受診する以前に、子どもがほしくて受診した施設がありますか？

ア) ある イ) ない → 2ページの 3. へお進みください。

↓

- (1) これまでに何ヶ所の施設を受診しましたか？ () ヶ所
- (2) その施設の通院期間はどれくらいでしたか？ () 年 () ヶ月
- (3) その施設への通院をやめた理由を自由にお書きください

3. 今回の受診についてお答えください

* 2)～6)の質問については、もっともあてはまるものに例)のように○印をつけてお答えください。

例) この施設の受診を決断するために、時間が必要でしたか？

かなり必要	少し必要	どちらともいえない	あまり必要ではない	全く必要ではない
<input checked="" type="radio"/>				

1) あなたご自身は受診しましたか？

ア) はい

イ) いいえ → 3ページの 4. へお進みください。



2) 受診するために、仕事等の日常生活の調整がどの程度必要でしたか？

かなり必要	少し必要	どちらともいえない	あまり必要ではない	全く必要ではない

3) 施設の印象についてお答えください。

(1) 全体的な印象はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった

(2) 待合室や診察室等のハード面の環境はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった

(3) スタッフ等のソフト面の環境はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった

4) 受診の際に受けた説明について

(1) 受診した際、不妊や不妊の検査・治療に関する説明を受けましたか？

ア) はい

イ) いいえ → 3ページの 5) へお進みください。



(2) その説明にかかった時間はどれくらいでしたか？

ア) 30 分未満

イ) 30 分以上 1 時間未満

ウ) 1 時間以上

(3) その説明の時間は十分だと感じましたか？

ア) はい

イ) いいえ

(4) その説明内容を理解できましたか？

とてもよく理解できた	理解できた	どちらともいえない	理解できなかった	全く理解できなかった

(1) 受診した際、不妊や不妊の治療・検査について書かれた資料等をもらいましたか？

↓

とてもよく理解できた 理解できた どちらともいえない 理解できなかった 全く理解できなかった

ア) はい イ) いいえ

かなり十分だった 十分だった どちらともいえない 十分ではなかった 全く十分ではなかった

ク) その他()

5. 子どもをもつことに関する現在のあなたの思いを、○印をつけてお答えください

1) 子どもがほしい

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

2) パートナーを親にしてあげたい

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

3) 親を祖父母にしてあげたい(孫を見せたい/孫を抱かせてあげたい)

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

4) 跡取りがほしい

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

6. カップル間での支え合いについて、○印をつけてお答えください

1) パートナーに子どもを持つことについて相談ができる

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

2) 子どもを持つことについて、自分にはパートナーの支えが必要である

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

3) 子どもを持つことについて、自分はパートナーから支えられている

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

4) 子どもを持つことについて、パートナーには自分の支えが必要である

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

5) 子どもを持つことについて、自分はパートナーを支えている

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない

クライアント満足度調査票(CSQ)

われわれがプログラム(治療)をより良いものにするために、あなたが受けたプログラム(治療)についてのいくつかの質問にお答えください。あなたの意見が、肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。すべての質問についてお答えください。また、あなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。ご協力ありがとうございます。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

- ① あなたが受けたプログラム(治療)の質はどの程度でしたか。

4	3	2	1
大変よい	よい	まあまあ	よくない

- ② あなたが望んでいたプログラム(治療)は受けられましたか。

1	2	3	4
全く受けなかった	そうでもなかった	だいたい受けた	十分に受けた

- ③ このプログラム(治療)は、どの程度あなたが必要としたものでしたか。

4	3	2	1
ほぼすべて必要としたもの	だいたい必要としたもの	いくらかは必要としたもの	全く必要としたものではなかった

- ④ もし知人が同じ援助を必要としていたら、プログラム(治療)を推薦しますか。

1	2	3	4
絶対にしない	しないと思う	すると思う	絶対する

- ⑤ 受けた援助の量に満足していますか。

1	2	3	4
とても不満	どちらでもないか 少し不満	ほぼ満足	とても満足

- ⑥ 受けたプログラム(治療)は、あなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。

4	3	2	1
大いに役立った	まあまあ役立った	全く役立たなかった	悪影響を及ぼした

- ⑦ 全体として一般的にいて、あなたが受けたプログラム(治療)に満足していますか。

4	3	2	1
とても満足	だいたい満足	どちらでもないか 少し不満	とても不満

- ⑧ また援助が必要となったとき、このプログラム(治療)をもう一度受けたいと思いますか。

1	2	3	4
絶対受けない	受けないと思う	受けると思う	絶対受ける

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

第 4 章

不妊患者の外来通院開始から 6 ヶ月後までの 満足度の経時変化と関連要因

4.1 研究目的

本研究では初めに、不妊外来への通院を長期継続した女性へのインタビューにより、彼らが通院を継続した要因（つまり早期の治療中断に至らなかった要因）を明らかにした（第 2 章（實崎 2011））。次に、彼らの主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援する心理社会的なケアへの示唆を得るために、通院開始後早期の不妊患者が、上記のような「早期治療中断に至りにくい要因」をどれほど備えているかどうか、および患者満足度の実態についての調査を計画した。この調査のうち初回受診患者のデータ分析から、彼らの満足度の高さに関連する要因として、挙児希望の強さ、受診時に受けた検査・治療についての説明の理解度の高さ、自分の思いを話す機会があったこと、受診した施設の印象の良さ、およびカップル間の支え合いの強さがあるということが明らかになった（第 3 章（實崎 2013））。

これに続いて本章では、不妊外来への通院開始後早期の患者満足度の変化と、これに関連する要因を明らかにすることを目的に、通院開始後 3 ヶ月および 6 ヶ月における患者満足度、および通院中の施設の印象やカップル間の支え合いの意識などについての追跡調査を行った結果について報告する。

4.2 研究方法

4.2.1 調査対象者

調査対象者は第 3 章と同じである。日本産科婦人科学会に不妊治療実施施設として登録されている施設のうち協力が得られた 7 施設の不妊外来を、挙児希望で初めて受診した患者が、ベースラインでの調査対象者である。調査協力施設の不妊外来担当者が初回受診患者 210 組に、患者およびそのパートナーへの初回受診時用の調査票（男女各 1 部）および 6 ヶ月後までの追跡調査への協力依頼書を配布した。この 210 組のカップル（420 名）のうち、調査票への回答があった 61 名（14.5%）を調査対象者とし、追跡調査への同意を得られたカップル 19 組（9.0%）を追跡調査の対象者とした。

4.2.2 調査方法

初回受診時調査票および追跡調査への同意書の回収、追跡用調査票の配布・回収は、郵送により行った。追跡調査への同意書には追跡用調査票の送付先および宛名の記入を求め、初回受診時調査票とは別の封筒にて返送してもらった。初回受診日から 3 ヶ月、6 ヶ月が経過した時点で、追跡用調査票（男女各 1 部）と返送用の封筒 2 枚を指定された宛先に送り、郵送により回収した。

4.2.3 調査内容

1) 初回受診時の調査

初回受診時の調査内容は、第3章で述べた通りである。具体的には、対象者の個人背景、初回受診時の医療者による説明と傾聴、受診時の印象、カップル間の支え合いの意識、受診後の満足度（CSQ-8J）である。

2) 初回受診から3ヶ月後、6ヶ月後の追跡調査

初回受診から3ヶ月後、6ヶ月後の調査内容は、通院状況、通院中の施設の印象、カップル間の支え合いの意識、治療への満足度（CSQ-8J）で構成した。通院中の施設の印象、カップル間の支え合いの意識、治療への満足度については、第3章と同じである。

通院状況については、通院継続の有無、通院のための日常生活の調整の必要性の程度（以下、日常生活調整の必要）（「かなり必要（5点）」～「全く必要ではない（1点）」の5件法）、通院の不本意さ（「不本意である（5点）」～「不本意ではない（1点）」の5件法）の3項目についての回答を求めた。

4.2.4 分析方法

対象者の個人背景、医療者による説明と傾聴、受診時の印象、カップル間の支え合いの意識、受診後の満足度については、記述統計による集計を行った。追跡可能群と追跡不能群の初回受診時データを比較し、前者の選択バイアスの可能性を χ^2 検定および Mann-Whitney の U 検定にて検討した。満足度等の経時変化については、Friedman の順位分散分析を行った。初回受診時における調査項目が後の満足度に影響している可能性も考えられるため、初回受診時の調査で得られたすべての項目について、それ以降の満足度との関連をみた。各項目と受診後の満足度との関連は、Mann-Whitney の U 検定、Spearman の順位相関係数(r_s)により、男女全体および男女別に検討した。解析には統計パッケージ SPSS Ver.19 を用いた。

4.2.5 倫理的配慮

倫理的配慮は、第3章と同じである。

4.3 結果

4.3.1 対象者の個人背景

1) 対象者の個人背景

初回受診時に調査票を配布した 210 組（420 名）の患者カップルのうち、初回受診時調査への協力が得られた者は 61 名（14.5%）であった。初回受診時および 3 ヶ月後、6 ヶ月後の調査への協力が得られたカップルは 19 組（38 名、9.0%）であったが、実際に 3 ヶ月後、6 ヶ月後の調査票が返送されたカップル 9 組から通院開始後に妊娠が成立した 2 組を除外した 7 組（14 名、3.3%）を追跡可能群とした。追跡可能群全員が通院を継続中であった。一方、初回受診時調査群（61 名）から追跡可能群（14 名）および追跡調査中に妊娠が成立した 2 名を除いた 45 名を追跡不能群とした。追跡不能群の中には、初回受診から 3 ヶ月後、6 ヶ月後の時点で通院継続中の者、通院を中断した者、妊娠が成立した者が含まれていると考えられる。

表 4-1 に追跡可能群の個人背景を示す。追跡可能群の平均年齢は男性が 38.9 ± 8.0 歳、女性が 37.0 ± 4.6 歳であった。就業している者が 85.7% を占め、不妊期間は 2 年以上と回答した者が 57.1% を占めていた。妊娠経験がある女性が 1 名いたが、出産経験がある女性はいなかった。追跡不能群の平均年齢は男性が 36.9 ± 6.5 歳、女性が 36.7 ± 5.0 歳、就業している者が 80.0% を占め、不妊期間は 1 年以上 2 年未満と回答した者、2 年以上と回答した者がそれぞれ 31.1% を占めていた。妊娠経験がある女性は 7 名、出産経験がある女性は 3 名であった。

2) 追跡可能群と追跡不能群のベースラインデータの比較

追跡可能群、追跡不能群のベースラインデータの比較を行った。

不妊期間の分布において、男女全体では追跡可能群が追跡不能群に比べて有意に長かったが、男女別にみると、2 群間に有意差はみられなかった。年齢、性別、就業の有無、妊娠経験の有無、通院期間のめやすの有無、CSQ-8J 合計得点などの項目においては、2 群間に有意差はみられなかった。

4.3.2 初回受診時に受けたケアとケアへの印象

対象者が初回受診時に受けたケアとケアへの印象を表 4-2 に示す。不妊や不妊の検査、治療に関する説明の有無、説明用資料の有無は、14 名全員が「あり」と回答していた。説明にかかった時間は半数前後が 30 分未満と回答していたが、その時間を十分だと感じた者は 7 割～8 割を占めていた。説明および説明用資料の理解度は 8 割強が「とてもよく理解できた」「理解できた」と回答していた。医療者による傾聴は、約 7 割が「あり」と回答しており、「かなり十分だった」「十分だった」と回答した者は 6 割前後にとどまった。

4.3.3 追跡可能群の通院開始から 6 ヶ月後までの経時変化

1) CSQ-8J 合計得点の経時変化

初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点の男女全体の平均得点の経時変化を図 4-1 に示す。初回受診時が 24.1 点、3 ヶ月後が 22.1 点、6 ヶ月後が 21.8 点であった。初回受診時から 6 ヶ月後までの間に CSQ-8J 合計得点は低下傾向にあり、Friedman の順位分散分析と多重比較の結果、初回受診時と 6 ヶ月後の間で有意差がみられた。

男女別の CSQ-8J 合計得点の平均得点の経時変化を図 4-2 に示す。男性では初回受診時から順に 23.0 点、21.4 点、22.2 点であり、有意差はみられなかった。女性では順に 24.5 点、22.8 点、21.6 点であった。初回受診時から 6 ヶ月後までの間に CSQ-8J 合計得点は低下傾向にあり、Friedman の順位分散分析と多重比較の結果、初回受診時と 6 ヶ月後の間で有意差がみられた。

2) 通院状況、通院中の施設の印象の経時変化

初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の通院状況（日常生活調整の必要、通院の不本意さ）および通院中の施設の印象の経時変化を表 4-3 に示す。

通院状況については、有意な変化はみられなかった。通院中の施設の印象は、男性では 3 ヶ月後－6 ヶ月後の間でハード面の印象、ソフト面の印象が有意に上昇していた。日常生活調整の必要および女性の通院中の施設の印象では、有意差がみられなかった。

3) カップル間の支え合いの意識の経時変化

初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後のカップル間の支え合いの意識について、男女全体、男性、女性の平均得点とその経時変化を表 4-4 に示す。

カップル間の支え合いの意識は、初回受診時－3 ヶ月後で「パートナーに相談できる」（男女全体、男性）が有意に低下していた。一方、3 ヶ月後－6 ヶ月後で「パートナーには支えが必要」（男女全体、女性）と「パートナーを支えている」（男女全体、女性）では有意に上昇していた。

4.3.4 通院開始から 6 ヶ月後までの患者満足度との関連

1) CSQ-8J 合計得点と個人背景との関連

通院開始から 3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と個人背景との関連を表 4-5-1、表 4-5-2 に示す。

男性の年齢の高さは 3 ヶ月後の満足度と正の相関がみられた（ $r_s=.805$,

p=.029)。育児希望度について、3ヶ月後のCSQ-8J得点との関連がみられた項目は、跡取りがほしい（男女全体 $r_s=.617$, $p=.033$; 女性 $r_s=.921$, $p=.026$ ）であり、6ヶ月後のCSQ-8J合計得点との関連がみられた項目は、子どもがほしい（男女全体 $r_s=.700$, $p=.011$; 女性 $r_s=.893$, $p=.016$ ）であった。男性の育児希望度と3ヶ月後、6ヶ月後のCSQ-8J合計得点には関連がみられなかった。年齢および育児希望度以外の対象者の個人背景と3ヶ月後、6ヶ月後のCSQ-8J合計得点には関連がみられなかった。

2) CSQ-8J 合計得点と初回受診時の医療者による説明と傾聴との関連

通院開始から3ヶ月後、6ヶ月後のCSQ-8J合計得点と初回受診時の医療者による説明と傾聴との関連を表4-6-1、表4-6-2に示す。

3ヶ月後のCSQ-8J合計得点との関連がみられたのは、男性の検査・治療の説明の理解度、説明用資料の理解度（順に $r_s=1.00$, $p=.004$; $r_s=1.00$, $p=.004$ ）であり、女性では関連はみられなかった。6ヶ月後のCSQ-8J合計得点との関連がみられた項目は、男女全体では検査・治療の説明の理解度（ $r_s=.746$, $p=.033$ ）であり、男性では検査・治療の説明の理解度、説明用資料の理解度（順に $r_s=1.00$, $p=.004$; $r_s=1.00$, $p=.004$ ）、女性では関連はみられなかった。医療者による傾聴と3ヶ月後、6ヶ月後のCSQ-8J合計得点との関連はみられなかった。

3) CSQ-8J 合計得点と通院状況、通院中の施設の印象との関連

通院開始から3ヶ月後のCSQ-8J合計得点と3ヶ月後の通院状況、通院中の施設の印象との関連を表4-7に示す。

3ヶ月後の通院状況については、3ヶ月後のCSQ-8J合計得点との間には男女全体および男女別でも関連がみられなかった。3ヶ月後の通院中の施設の印象については、3ヶ月後のCSQ-8J合計得点との間に関連がみられた項目は、スタッフ等のソフト面の環境（男性 $r_s=.756$, $p=.049$ ）であり、男女全体および女性では関連がみられなかった。

6ヶ月後の通院状況、通院中の施設の印象と6ヶ月後のCSQ-8J合計得点との間には、男女全体および男女別でも関連がみられなかった。

4) CSQ-8J 合計得点とカップル間の支え合いの意識との関連

3ヶ月後、6ヶ月後のカップル間の支え合いの意識と、それぞれの時点におけるCSQ-8J合計得点との間には、男女全体および男女別でも関連がみられなかった。

4.4 考察

4.4.1 調査対象者のリクルートと選択バイアス

本調査は、対象者の自由意思を尊重するために、彼らが受診した治療施設に属さない研究者による追跡調査とした。調査の実施に際しては、プライバシーの保護には十分注意し、質問項目を必要最小限に抑えることで調査協力による負担の軽減をはかったが、追跡可能群は7組にとどまった。今後、追跡調査を実施する際には調査協力施設と共同研究とするなどの工夫が必要であると考えられる。

追跡可能群は追跡不能群に比べて不妊期間が有意に長かったことから、追跡可能群は、喪失体験の繰り返しによる心理社会的な影響を受けている可能性がある。しかし、初回受診時の満足度を含めたその他の項目には有意差がみられなかった。つまり、今回調べた範囲では、追跡不能群に比べ追跡可能群に大きな選択バイアスは見出されなかった。以下では追跡可能群について考察する。

4.4.2 不妊患者カップルの通院開始後早期の満足度の経時変化と満足度との関連要因

6ヶ月の通院継続期間に、満足度は、特に女性で有意に低下していた（図4-2）。通院を継続したということは、通院の第一目的である挙児を達成できていないという意味なので、満足度の低下はやむを得ない面があるといえよう。不妊患者カップルには不妊外来への通院開始前からすでに心理社会的な苦痛が生じているといわれていることを考えると（Chou et al 2004; 實崎他2007; 第2章（實崎 2011））、本調査の初回受診時の満足度が何らかの理由で高すぎたという可能性もある。もし6ヶ月以降も挙児に至らず通院治療を継続するならば、いっそうの心理社会的な苦痛や負担が満足度を低下させる可能性が考えられる。満足度の低下を最小限にとどめることは、かりに通院を中止するにしても納得の上で中止することにつながるのではないかと考えられる。通院を6ヶ月継続した対象者でさえも満足度は3ヵ月目で有意に低下していたのだから、早期中断例では満足度がいっそう低下している可能性がある。

対象者の個人背景と満足度との関連をみると（表4-5-1、表4-5-2）、男性の年齢が3ヶ月後の満足度と正の相関がみられた。通院開始から3ヶ月後は男性、女性ともに検査を受けている時期にあたる。この理由について本調査では分析できていないが、3ヶ月後の満足度と施設のソフト面の環境への印

象が男性のみで正相関がみられたこと、女性と同様に男性の妊孕性も加齢に伴い低下するといわれることから（de La Rochebrochard, et al. 2006）、検査結果が良好ではなかった者（年齢が高い男性）に対して医療者により説明が行われたことが満足度を高めることにつながった可能性が考えられる。このことから、女性に比べて受診機会が少ない男性には、受診の機会に心理社会的なケアを提供する必要性が示唆された。

また、挙児希望度については、初回受診時には男性で正の相関がみられていたが（第3章）、3ヶ月後、6ヶ月後ではむしろ女性で正の相関がみられた（表4-5-1）。挙児希望の強さと満足度が関連する時期に男女差があることは、これまで報告されていない。通院の継続により満足度が低下しかけても、女性の挙児希望の強さは通院継続の意味づけとなり、満足度の維持につながっているように見える。逆に言えば、挙児希望があまり強くない女性は、受動的な通院をするうちに満足度が低下していったとも考えられる。本研究では、挙児希望度を初回受診時のみで調査した。しかし、通院の中断/継続にかかわらず挙児希望度は変化すると考えられることから、3ヶ月後、6ヶ月後の時点での調査も必要であったと思われる。また、挙児希望は個々の価値観であり、他者がこれに介入することはできないが、初回受診時の挙児希望の高さが通院継続の意味づけになり満足度を高める可能性があることについて情報提供を行うことで、通院を継続するか否かの意思決定に役立てることが可能となるだろう。

初回受診時における検査・治療の説明の理解度は、初回受診患者の満足度と正相関することについては第3章（實崎 2013）ですでに述べたが、これらの理解度は3ヶ月後、6ヶ月後の男性の満足度、および6ヶ月後の男女全体の満足度とも正の相関がみられた（表4-6-1）。初回受診時の医療者による検査・治療の説明は、通院開始後早期の患者カップル、特に男性には重要なケアであることがわかる。一方、初回受診時には満足度との関連がみられた医療者による傾聴の有無は、3ヶ月後、6ヶ月後の満足度とは関連がみられなかった（表4-6-2）。対象者数が少なかったために有意の関連が認められなかった可能性も考えられるが、患者カップルの思いを傾聴するケアは、初回受診時に行っただけでは不十分なのではないだろうか。不妊外来への通院を開始した患者のほとんどは、当初の6ヶ月程度の検査期間中に女性の月経周期に応じて毎回異なる検査を受け、その結果を聞くことになる。結果の良し悪しにかかわらず、患者は検査結果を聞くたびに、様々な思いを抱くであろう。検査結果に一喜一憂しやすい患者の思いや通院継続による心理社会的な負担や苦痛を受けとめるために、受診の都度、傾聴を行うべきなのだろう。

通院中の施設の印象の経時変化を見ると、男性のハード面の環境およびソフト面の環境に対する印象が3ヶ月後にやや低下し、6ヶ月後に再上昇するというV字傾向がみられた(表4-3)。V字の底にあたる3ヶ月後には、多くの男性が精液検査を受けていると思われる。異常がなければ医師による検査結果の説明のみで終わり、それ以後は受診する必要性がなくなるが、不妊原因の約半数は男性にも原因があり(WHO 1987)、精液検査で異常が見つかった場合には心理社会的な影響に配慮しながら検査結果、再検査や精密検査の説明が行われる。男性のソフト面の環境に対する印象の低下や、それが満足度と正の相関を示していたこと(表4-7)は、こうしたスタッフとののかかわりの影響かもしれない。

カップル間の支え合いの意識についても、3ヶ月後は初回受診時に比べて低下するが6ヶ月後は初回受診時と同程度まで回復するという、通院中の施設の印象と同様のV字型の経時変化がみられた(表4-4)。しかし、3ヶ月後、6ヶ月後それぞれの時点において満足度との関連はみられなかった。先に述べたように、通院開始から6ヶ月以内は検査期間中であることが多く、初回受診から6ヶ月前後で治療周期に入っていくことが多い。検査結果がすべて出揃う前の3ヶ月後あたりには、カップル間で相談する機会が減少することによりカップル間の支え合いの意識は低下しがちとなることが考えられる。また、6ヶ月後あたりには治療周期に入っていくためにカップル間で相談する必要性が生じ、再び支え合いの意識が上昇していくのではないかと考えられた。今後、カップル間の支え合いの意識が患者カップルの主体的な通院の中断/継続の意思決定につながっているかどうかを見守っていく必要はある。

他方、不妊治療を長期継続した要因の一つと考えられた「時間的めやすのない通院継続」(第2章(實崎 2011))については、初回受診時、3ヶ月後、6ヶ月後の満足度との関連はみられなかった(表4-5-2)。通院開始からの6ヶ月間は、受診のたびに新しい検査を受け、新しい治療法にチャレンジすることが多く、まだめやすを持つことの重要性に気づいていない可能性がある。ただし、初回受診時の調査(第3章(實崎 2013))において、通院期間のめやすが「ない」と回答した者の全員が、受けた検査や治療については具体的に考えることができていたことから、本研究における質問項目の設定が適切ではなかった可能性がある。「妊娠に至らなかった場合、治療をいつまで続ける気持ちがありますか。」など、調査対象者に伝わりやすいストレートな質問とすべきであった。しかしながら、通院期間が長期化する場合に備え、初回受診時から受けた検査や治療について考えることと同時に、通院期間のめやすを持つことについての指導や教育が必要になるかもしれない。

最後に、本調査結果から考えられた、不妊患者カップルが通院開始後早期に通院の中断/継続を主体的に意思決定できるための心理社会的なケアを、

1) 初回受診時、2) 通院開始後早期（受診の都度）に分け、まとめて述べる。

1) 初回受診時のケア

- ・ 女性の挙児希望の強さが通院継続の意味づけになる可能性についての情報提供
- ・ 理解度が高まるような検査・治療に関する説明の実施および説明用資料の作成

2) 通院開始後早期（受診の都度）

- ・ 検査結果が良好ではなかった者（年齢が高い男性）に対する説明
- ・ 検査結果等の説明を受けた後の対象者個々の思いの傾聴

4.5 結論

日本産科婦人科学会に不妊治療実施施設として登録されている 7 施設の不妊外来初回受診患者のうち、6 ヶ月後まで通院を継続していた 7 組のカップルへの追跡調査を行った。通院開始から 3 ヶ月後、6 ヶ月後の患者満足度および患者満足度との関連要因について分析を行った結果、以下のことが考えられた。

1) 不妊外来への通院開始から 6 ヶ月後までの間に、特に女性では満足度が有意に低下していた。その後の治療開始に伴う心理社会的な苦痛や負担により、さらに満足度は低下する可能性があることから、通院開始後早期の満足度の低下は最小限にとどめる必要がある。

2) 男性では年齢と 3 ヶ月後の満足度、3 ヶ月後の施設の印象と 3 ヶ月後の満足度が正相関していたことから、受診機会が少ない男性には受診の都度、満足度を保持増進するための心理社会的ケアが必要である。

3) 女性では、初回受診時の挙児希望の強さが 3 ヶ月後、6 ヶ月後の満足度と正相関していた。挙児希望の強さが通院継続の意味づけになる可能性についての情報提供を初回受診時に行うことは、通院の中断/継続の意思決定に役立つ可能性がある。

4) 初回受診時の医療者による検査・治療に関する説明の理解度は、特に男性の 3 ヶ月後、6 ヶ月後の満足度と正の相関がみられたことから、初回受診

時の情報提供は重要な心理社会的なケアである。

5) 初回受診時の医療者による傾聴は、3ヶ月後、6か月後の満足度との間には関連がみられなかった。通院開始後早期には検査の説明等に重点が置かれがちであるが、個々の対象者の思いの傾聴は受診の都度、行う必要がある。

6) 3ヶ月後、6ヶ月後のカップル間の支え合いの意識と満足度には関連がみられなかった。カップル間の支え合いの意識が患者カップルの主体的な通院の中断/継続の意思決定につながっているかどうかについては、今後の検討課題である。

4.6 研究の限界と今後の課題

本研究は不妊治療実施施設を初めて受診した患者の自由意思により、治療施設に属さない研究者による追跡調査への協力を求めたものである。プライバシーの保護には十分努めたが、追跡用の調査票を送付するためには研究協力者の住所および氏名を知らせてもらう必要があり、研究協力者の募集は困難を極めた。複数の施設から研究協力者を集めることはできたが、データの偏りやサンプル数の少なさは否めない。しかし、不妊外来への通院開始後早期の患者満足度と満足度に関連する要因を明確にしたことで、患者カップルが主体的に通院の中断/継続を意思決定するためのケア提供を考えていく上での一助となると考えられる。今後はより偏りのないデータの集積や患者満足度に関連する要因を多方面から検討していくことで、通院開始後早期のケア開発に向けた基礎的研究を進めていきたい。

第5章では、研究1（第2章）から研究3（第4章）において明らかになった、通院開始後早期の患者満足度と満足度に関連する要因をまとめた上で、患者カップルが主体的に通院の中断/継続を意思決定するためのケアのあり方について考察する。

文 献

- Chou KL and Chi I (2004). Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(5), 449-457.
- de La Rochebrochard E., de Mouzon J., Thepot F. et al (2006). Fathers over 40 and increased failure to conceive: the lessons of in vitro fertilization in France.

- Fertility and Sterility. 85(5), 1420-1424.
- 實崎美奈，宮崎文子，林猪都子 (2007). 挙児希望女性における不妊治療専門医受診前の心理. 母性衛生. 47(4), 518-528.
- 實崎美奈 (2011). 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する質的研究. 日本生殖看護学会誌. 8(1), 33-39.
- 實崎美奈 (2013). 不妊外来で初回受診患者に提供されるケアと患者満足度. 日本生殖看護学会誌. 10(1), 13-21.
- 小泉智恵，中山美由紀，上澤悦子 他 (2005). 不妊検査・治療における女性のストレス. 周産期医学. 35(10), 1377-1383.
- Peters K(2003). In pursuit of motherhood: the IVF experience. Contemporary Nurse. 14(3), 258-270.
- 齊藤英和，石原理，久具宏司他 (2012). 平成 23 年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告. 日本産科婦人科学会誌. 64(9), 2110-2140.
- Strauss B (1996). “Doctor Shopping” in Infertility Medicine. Archives of Gynecology and Obstetrics. 259(1), S24-32.
- WHO (1987). World Health Organization Task Force on the Management and Prevention of Infertility Towards an objective evaluation of signs and symptoms in male infertility. International Journal of Andrology. (S7), 3-9.

表 4-1 対象者の個人背景

	追跡可能群		
	全体	男性	女性
人数（人）	14	7	7
年齢（mean±SD）	38.0（±6.5）	38.9（±8.0）	37.0（±4.6）
就業			
あり	12（85.7%）	6（85.7%）	6（85.7%）
なし	2（14.3%）	1（14.3%）	1（14.3%）
不妊期間			
6 か月未満	0	0	0
6 ヶ月以上 1 年未満	2（14.3%）	2（28.6%）	0
1 年以上 2 年未満	4（28.6%）	1（14.3%）	3（42.9%）
2 年以上	8（57.1%）	4（57.1%）	4（57.1%）
妊娠経験			
あり	—	—	1（14.3%）
なし	—	—	6（85.7%）
出産経験			
あり	—	—	0
なし	—	—	7（100%）
挙児希望での他施設受診経験			
あり	8（57.1%）	3（42.9%）	5（71.4%）
なし	6（42.9%）	4（57.1%）	2（28.6%）
初回調査時の受診の有無			
あり	9（64.3%）	2（28.6%）	7（100%）
なし	5（35.7%）	5（71.4%）	0
通院期間のめやすの有無			
あり	5（35.7%）	2（28.6%）	3（42.9%）
なし	9（64.3%）	5（71.4%）	4（57.1%）

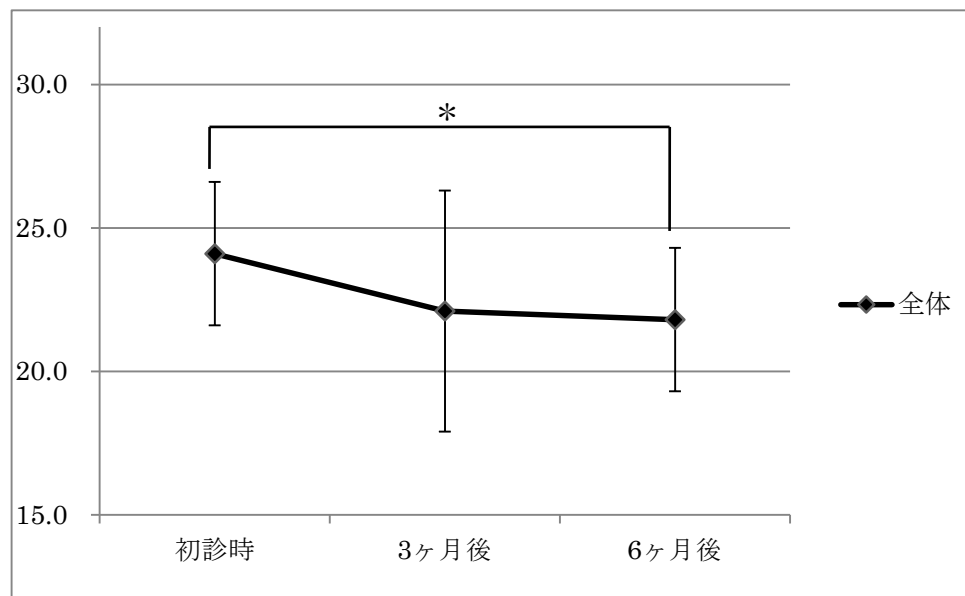
表 4-2 初回受診時に受けたケアとケアへの印象

	回答者数 (%)		
	全体 (N=14)	男性 (N=7)	女性 (N=7)
不妊や不妊の検査、治療に関する説明の有無			
あり	14 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)
なし	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
不妊や不妊の検査、治療に関する説明にかかった時間			
30 分未満	7 (50.0)	3 (42.8)	4 (57.1)
30 分以上 1 時間未満	4 (28.6)	2 (28.6)	2 (28.6)
1 時間以上	3 (21.4)	2 (28.6)	1 (14.3)
説明時間を十分だと感じたか			
はい	11 (78.6)	6 (85.7)	5 (71.4)
いいえ	3 (21.4)	1 (14.3)	2 (28.6)
説明内容を理解できたか			
とてもよく理解できた	4 (28.6)	1 (14.3)	3 (42.8)
理解できた	8 (57.1)	5 (71.4)	3 (42.8)
どちらともいえない	2 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD) *	4.1±0.7	4.0±0.6	4.3±0.8
不妊や不妊の検査、治療に関する説明用資料の有無			
あり	14 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)
なし	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
説明用資料の内容を理解できたか			
とてもよく理解できた	2 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
理解できた	10 (71.4)	5 (71.4)	5 (71.4)
どちらともいえない	2 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全く理解できなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD) *	4.0±0.6	4.0±0.6	4.0±0.6

医療者による傾聴の有無			
あり	10 (71.4)	5 (71.4)	5 (71.4)
なし	4 (28.6)	2 (28.6)	2 (28.6)
医療者による傾聴を十分だと感じたか			
かなり十分だった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
十分だった	9 (64.3)	5 (71.4)	4 (57.1)
どちらともいえない	3 (21.4)	1 (14.3)	2 (28.6)
十分ではなかった	2 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
全く十分ではなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
平均値 (±SD) *	3.5±0.8	3.6±0.8	3.4±0.8

() は性別ごとの割合

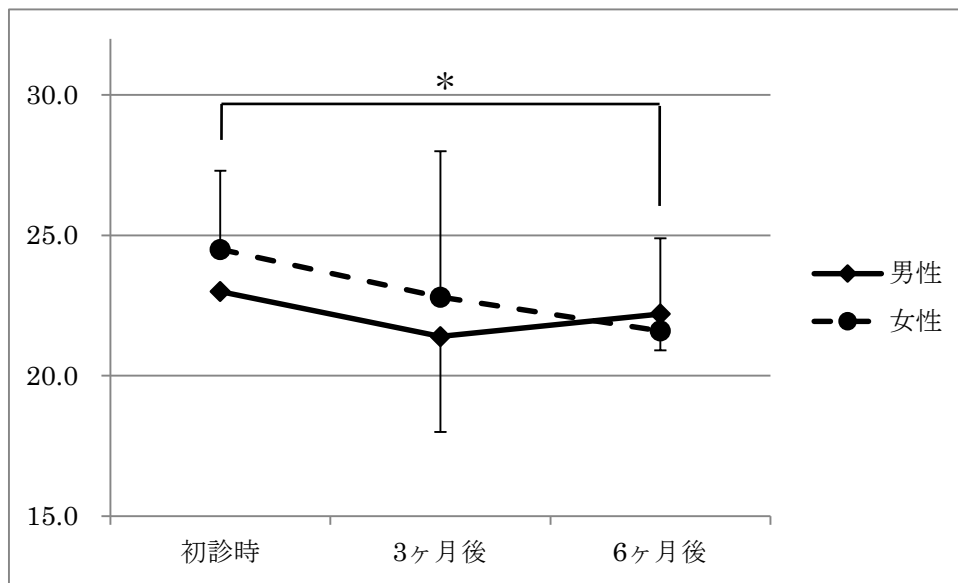
*男女差は NS (Friedman の順位分散分析)



N=14.

* $p < .05$ (Friedman の順位分散分析)

図 4-1 6ヶ月間通院継続群の CSQ-8J 合計得点の経時変化 (男女全体)



N=7(男性), N=7(女性).

* $p < .05$ (Friedman の順位分散分析)

図 4-2 6ヶ月間通院継続群の CSQ-8J 合計得点の経時変化 (男女別)

表 4-3 通院状況、通院中の施設の印象の経時変化

		初診時	3ヶ月後	6ヶ月後
通院状況				
日常生活調整の必要	全体	4.0	3.6	3.9
	男性	4.5	3.1	3.9
	女性	3.8	4.0	3.9
通院の不本意さ	全体	—	1.9	2.7
	男性	—	1.7	2.6
	女性	—	2.1	3.0
通院中の施設の印象				
全体的な印象	全体	4.1	3.9	3.9
	男性	4.0	3.7	3.9
	女性	4.2	4.0	3.9
ハード面の環境	全体	3.9	3.5	3.7
	男性	4.0	3.3	3.9
	女性	3.9	3.7	3.6
ソフト面の環境	全体	4.2	3.8	4.1
	男性	4.5	3.6	4.1
	女性	4.1	4.0	4.1

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

* p<.05 (Friedman の順位分散分析)

表 4-4 カップル間の支え合いの意識の経時変化

		初診時	3ヶ月後	6ヶ月後
子どもを持つことについて、 パートナーに相談できる	全体	4.6	4.3	4.6
	男性	4.7	4.1	4.4
	女性	4.5	4.4	4.7
子どもを持つことについて、 パートナーの支えが必要	全体	4.8	4.6	4.6
	男性	4.7	4.4	4.6
	女性	4.8	4.7	4.7
子どもを持つことについて、 パートナーから支えられている	全体	4.4	4.4	4.6
	男性	4.4	4.4	4.4
	女性	4.3	4.3	4.7
子どもを持つことについて、 パートナーには支えが必要	全体	4.3	4.1	4.5
	男性	4.7	4.4	4.7
	女性	3.8	3.7	4.3
子どもを持つことについて、 パートナーを支えている	全体	3.8	3.7	4.4
	男性	4.1	4.1	4.4
	女性	3.5	3.3	4.3

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

* p<.05、** p<.01 (Friedman の順位分散分析)

表 4-5-1 3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と対象者の個人背景との
相関

	3 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点			6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
年齢	.237	.805*	-.263	.145	.304	.265
不妊期間	.152	.083	.148	.270	.220	.315
育児希望度						
子どもがほしい	.445	.378	.763	.700*	.490	.893*
パートナーを親に してあげたい	.158	.331	.000	.107	.367	.000
親を祖父母にして あげたい	.338	.050	.574	.468	.000	.801
跡取りがほしい	.617*	.245	.921*	.419	-.201	.806

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

* $p < .05$ (Spearman の順位相関係数 (r_s))

表 4-5-2 3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と対象者の個人背景との関連

		3 ヶ月後の CSQ-8J 合計 得点			6 ヶ月後の CSQ-8J 合計 得点			
		N	全体	男性	女性	全体	男性	女性
性別								
	男性	7	23.0	—	—	22.6	—	—
	女性	7	23.0	—	—	22.0	—	—
就業の有無								
	あり	12	23.3	23.0	24.0	22.6	22.5	22.5
	なし	2	23.0	23.0	—	23.0	23.0	—
妊娠経験の有無（女性のみ）								
	あり	1	—	—	23.0	—	—	19.0
	なし	6	—	—	23.0	—	—	22.5
育児希望での他施設受診経験の有無								
	あり	8	24.0	23.5	24.5	23.0	23.0	23.0
	なし	6	22.0	20.7	18.5	22.0	22.3	19.0
通院期間のめやすの有無								
	あり	5	23.5	23.5	23.5	22.7	23.0	22.0
	なし	9	23.0	21.0	24.0	22.5	22.3	23.0

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

CSQ-8J 合計得点の中央値, Mann-Whitney の U 検定ではすべて NS

表 4-6-1 3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と医療者による説明と傾聴との相関

	3 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点			6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
初回受診時の医療者による検査・治療の説明						
時間の長さ	-.442	-.100	.000	-.371	-.100	.000
説明の理解度	.734	1.00*	.703	.746*	1.00*	.626
資料の理解度	.667	1.00*	.658	.667	1.00*	.493
初回受診時の医療者による傾聴						
時間の長さ	.278	-.100	.395	-.138	-.100	-.062

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

* $p < .05$ (Spearman の順位相関係数 (r_s))

表 4-6-2 3 ヶ月後、6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と医療者による説明と傾聴との関連

		3 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点			6 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点		
	N (全体)	全体	男性	女性	全体	男性	女性
初回受診時の医療者による検査・治療の説明を十分だと感じたか							
はい	11	23.5	23.0	24.0	22.7	23.0	22.5
いいえ	3	23.5	23.0	24.0	22.7	23.0	22.5
初回受診時の医療者による傾聴の有無							
あり	10	24.0	23.0	24.0	22.5	24.5	22.5
なし	4	23.0	23.0	24.0	23.0	23.0	22.5

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

CSQ-8J 合計得点の中央値, Mann-Whitney の U 検定ではすべて NS

表 4-7 3 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点と 3 ヶ月後の通院状況、通院中の施設の印象との相関

	3 ヶ月後の CSQ-8J 合計得点		
	全体	男性	女性
3 ヶ月後の通院状況			
日常生活調整の必要	-.349	.137	-.783
通院の不本意さ	-.207	.344	-.548
3 ヶ月後の通院中の施設の印象			
全体的な印象	.263	.566	.047
待合室や診察室等のハード面の環境	.548	.414	.664
スタッフ等のソフト面の環境	.507	.756*	.403

N=14(全体), N=7(男性), N=7(女性).

* $p < .05$ (Spearman の順位相関係数 (r_s))

資料 4-1 初回受診後 3 ヶ月，6 ヶ月での調査票

追跡用調査票

1. あなたとあなた方カップルのことについておうかがいします。

- 1) あなたの性別は？ ア) 男性 イ) 女性
- 2) あなたのお誕生日は？ () 月 () 日
- 3) あなたのパートナー(ご主人様または奥様)のお誕生日は？ () 月 () 日

2. 現在の通院状況についておうかがいします。

* 1)と3)の質問については、もっともあてはまるものに例)のように○印をつけてお答えください。

例) この施設の受診を決断するために、時間が必要でしたか？

かなり必要	やや必要	どちらともいえない	あまり必要ではない	全く必要ではない
<input checked="" type="radio"/>				

1) 通院するために、仕事等の日常生活の調整がどの程度必要ですか？

かなり必要	やや必要	どちらともいえない	あまり必要ではない	全く必要ではない

2) 現在も通院を続けていますか？

ア) いいえ イ) はい → 3) へお進みください。

↓

(1) 最後に不妊の検査または治療のために受診したのは何月でしたか？ () 月

(2) 通院しなくなった理由を自由にお書きください。

3) 現在通院していること、または通院していないことについてどうお思いですか？

不本意である	やや不本意である	どちらともいえない	あまり不本意ではない	不本意ではない

4) これまでに受けた検査や治療すべてに○をおつけください。

ア) 不妊の検査(女性) イ) 不妊の検査(男性) ウ) 腹腔鏡(女性)

エ) タイミング療法:() 周期 オ) 排卵誘発法(内服や注射):() 周期

カ) 人工授精:() 周期 キ) 体外受精・顕微授精:() 周期

ク) その他()

3. 通院中の施設の印象について、○印をつけてお答えください。

1) 全体的な印象はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2) 待合室や診察室等のハード面の環境はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) スタッフ等のソフト面の環境はいかがでしたか？

とても良かった	良かった	どちらともいえない	良くなかった	全く良くなかった
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. カップル間での支え合いについて、○印をつけてお答えください

1) パートナーに子どもを持つことについて相談ができる

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2) 子どもを持つことについて、自分にはパートナーの支えが必要である

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) 子どもを持つことについて、自分はパートナーから支えられている

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) 子どもを持つことについて、パートナーには自分の支えが必要である

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) 子どもを持つことについて、自分はパートナーを支えている

とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

クライアント満足度調査票(CSQ)

われわれがプログラム(治療)をより良いものにするために、あなたが受けたプログラム(治療)についてのいくつかの質問にお答えください。あなたの意見が、肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。すべての質問についてお答えください。また、あなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。ご協力ありがとうございます。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

- ① あなたが受けたプログラム(治療)の質はどの程度でしたか。
- | | | | |
|------|----|------|------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 大変よい | よい | まあまあ | よくない |
- ② あなたが望んでいたプログラム(治療)は受けられましたか。
- | | | | |
|----------|----------|---------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 全く受けなかった | そうでもなかった | だいたい受けた | 十分に受けた |
- ③ このプログラム(治療)は、どの程度あなたが必要としたものでしたか。
- | | | | |
|--------------|-------------|--------------|-----------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| ほぼすべて必要としたもの | だいたい必要としたもの | いくらかは必要としたもの | 全く必要としたものではなかった |
- ④ もし知人が同じ援助を必要としていたら、プログラム(治療)を推薦しますか。
- | | | | |
|--------|--------|-------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 絶対にしない | しないと思う | すると思う | 絶対する |
- ⑤ 受けた援助の量に満足していますか。
- | | | | |
|-------|------------------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| とても不満 | どちらでもないか
少し不満 | ほぼ満足 | とても満足 |
- ⑥ 受けたプログラム(治療)は、あなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。
- | | | | |
|---------|----------|-----------|----------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 大いに役立った | まあまあ役立った | 全く役立たなかった | 悪影響を及ぼした |
- ⑦ 全体として一般的にいて、あなたが受けたプログラム(治療)に満足していますか。
- | | | | |
|-------|--------|------------------|-------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| とても満足 | だいたい満足 | どちらでもないか
少し不満 | とても不満 |
- ⑧ また援助が必要となったとき、このプログラム(治療)をもう一度受けたいと思いますか。
- | | | | |
|--------|---------|--------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 絶対受けない | 受けないと思う | 受けると思う | 絶対受ける |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

第 5 章

研究成果と今後の課題

5.1 不妊患者の通院開始後早期の患者満足度と関連要因

前章までに述べてきたように、本研究では不妊患者の通院開始後早期の患者満足度とこれに関連する要因を明らかにすることを目的とした。不妊患者の満足度に関連する要因についてヒントを得るために、研究 1（第 2 章）では、不妊外来への通院を 5 年以上継続した女性へのインタビューを行った。彼らが長期にわたり通院を継続した要因として、「夫の支え」、「通院施設への好感」、「治療計画の自己管理」、「時間的めやすのない通院継続」の 4 点が明らかになった。

その成果および先行研究を参考にして調査票を作成し、研究 2（第 3 章）では不妊外来への初回受診患者の満足度と関連要因についての横断調査を行い、研究 3（第 4 章）では、不妊患者の通院開始後早期（初回受診から 3 ヶ月後、6 ヶ月後まで）の追跡調査を行った。

研究 2（第 3 章）および研究 3（第 4 章）において得られた、初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の患者満足度との関連要因を表 5-1 にまとめる。対象者の個人背景では、年齢（男性、3 ヶ月後）、挙児希望の強さ（男性、初回受診時；全体・女性、3 ヶ月後・6 ヶ月後）が満足度と正相関しており、それ以外の個人背景（性別、不妊期間、妊娠・出産経験の有無、挙児希望での他施設受診経験の有無）は関連がみられなかった。初回受診時のケアでは、医療者による不妊や不妊の検査・治療に関する説明の理解度、説明用の資料の理解度（全体・女性、初回受診時；男性、3 ヶ月後・6 ヶ月後）が正相関しており、医療者による傾聴の有無（全体・女性、初回受診時）でも差がみられた（有＞無）。

さらに、研究 1 で推測された通院継続要因と患者満足度との関連についてみると、施設の印象では、全体的な印象（全体・女性、初回受診時）、ハード面の環境（全体、初回受診時）、ソフト面の環境（全体、初回受診時；男性、3 ヶ月後）が正相関していたが、6 ヶ月後の患者満足度との関連はみられなかった。日常生活調整の必要および通院の不本意さは、初回受診時・3 ヶ月後、6 ヶ月後の患者満足度との関連はみられなかった。カップル間の支え合いの意識では、「パートナーの支えが必要である」、「パートナーから支えられている」、「パートナーには自分の支えが必要である」、「パートナーを支えている」の 4 項目（全体・女性、初回受診時）が正相関していた。通院期間のめやすの有無と、初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の患者満足度との関連はみられなかった。

以上のように、研究 1（第 2 章）において推測された 4 つの通院継続要因のうち、施設の印象、カップル間の支え合いの意識の 2 つは、初回受診時、

3 ヶ月後、6 ヶ月後までのいずれかの時期において、患者満足度と関連していることが確認された。本研究では、患者満足度と通院の早期中断との関連について確かめていないが、これら 2 つの要因は満足度を介して患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定につながっている可能性があり、その検証は今後の課題である。もしそうであれば、患者の受診の第一目的である挙児希望度の強さや、医療者による説明のわかりやすさ、患者の思いの傾聴も満足度と関連していたので、彼らの通院中断/継続の意思決定を支える要素となっている可能性が考えられる。

これらの結果から、不妊患者が通院開始後早期において、通院の中断/継続を主体的に意思決定するための心理社会的なケアとして、以下のことが提案できる。

初回受診時における、医療者による検査・治療の説明では、各治療の方法等に加え、その治療による年代別の妊娠率・出産率等の情報提供を行うこと、今後のおよそのスケジュール、受診日時の調整が可能な場合もあることなどを盛り込み、診療時間の配慮を行うこと。また、初回受診時の挙児希望の高さが通院継続の意味づけになる可能性について情報提供を行いつつ、カップル双方の挙児希望およびカップル間で相互に支え合うことへの意識を確認し、そこにずれがあれば修正することを通して、カップル相互の支え合いを強化しておくことが望ましい。さらに、それ以降は、患者の満足度を高めるために医療施設のハード面、ソフト面の環境を整えておくこと、不妊患者カップルの男女双方に対し、受診の都度、傾聴の機会を持つことに努め、個々の患者と向き合っていくことが望ましい。

また、上記のケアを実践するためには、以下のような条件整備が必要である。

不妊治療実施施設のハード面の環境整備としては、産科からの独立をはかる、または不妊患者の導線を産科とは分離すること、個々の患者カップルのプライバシー保護のために、説明や傾聴を行うための個室等を設けること。ソフト面では、各施設において専門職間での役割の明確化を行い、患者カップルへの説明および傾聴を行う専門スタッフを配置すること。

この他、日本におけるエビデンスに基づいた包括的な不妊患者へのケアガイドラインの早期開発や、不妊治療に関する法的基準の整備も望まれる。また、リプロダクティブヘルスの観点から、すべての人が不妊および妊孕性に関する正しい知識を持つことは、主体的に個々のライフプランを設計すること、不妊患者カップルに対する社会からの圧力の低減にもつながっていくことから、妊孕性に関する教育プログラムの開発を進めることが望まれる。

5.2 研究の限界と今後の課題

本調査では、医療者－患者間の関係性が調査結果に影響することを避けるため、治療に関与しない研究者が調査を実施し、調査協力者の負担を減らすためにも質問項目数は最小限とした。そして複数の不妊治療実施施設において調査対象者を募集したが、調査協力施設および対象者数は少数にとどまり、特に追跡調査では少なくなった。また、追跡率を上げるために質問項目数を最小限にとどめた結果、2回目以降の受診時に医療者から提供されたケアと満足度との関連を確認できていないことも、本研究の限界である。

この点については、個々の施設において自施設の患者を対象とした調査を長期的に実施することにより、サンプル数を増やすことは可能なので、追跡調査の実施に際しては、複数の不妊治療実施施設との共同研究を行うなどの工夫が必要である。また、本研究において提案されたケアを実践するにあたり、看護職の役割の明確化を含むスタッフの役割分担を検討する必要がある。

今後検討すべき課題としては、以下の三点が考えられる。第一に、患者満足度と通院中断との関連について確認すること、第二に、初回受診時以降に提供されるケアと患者満足度との関連を精査すること、第三に、本研究にて提案されたケアにより患者満足度を高めることができるかどうかについて確認することである。これらに基づき、不妊外来への通院開始後早期の患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するためのケアモデルを開発することは、日本におけるエビデンスに基づいた不妊患者への心理社会的なケアの開発、ひいては包括的な不妊患者へのケアガイドラインの開発につながるものである。

表 5-1 初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の患者満足度との関連要因

	患者満足度		
	初回受診時 (N=48)	3 ヶ月後 (N=14)	6 ヶ月後 (N=14)
対象者の 個人背景	やや強い正相関 ・ 育児希望度 「パートナーを親 にしてあげた い」 (男性)	やや強い正相関 ・ 年齢 (男性) ・ 育児希望度 「跡取りがほし い」 (全体、女性)	やや強い正相関 ・ 育児希望度 「子どもがほし い」 (全体、女性)
初回受診時の ケア (医療者による 説明と傾聴)	弱い正相関 ・ 説明の理解度 (全体、女性) ・ 説明用の資料の 理解度 (全体、女性) ・ 傾聴の有無 (あり > なし) (全体、女性)	強い正相関 ・ 説明の理解度 (男性) ・ 説明用の資料の 理解度 (男性)	やや強い正相関 ・ 説明の理解度 (全体) 強い正相関 ・ 説明の理解度 (男性) ・ 説明用の資料の 理解度 (男性)
施設の印象	弱い正相関 ・ 全体的な印象 (全体、女性) ・ ハード面の環境 (全体) ・ ソフト面の環境 (全体)	やや強い正相関 ・ ソフト面の環境 (男性)	NS
通院状況 (日常生活調整 の必要、通院の 不本意さ)	NS	NS	NS

<p>カップル間の 支え合いの意識</p>	<p>弱い正相関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「パートナーの 支えが必要 である」 (全体, 女性) ・「パートナーから 支えられて いる」 (全体, 女性) ・「パートナーには 自分の支えが 必要である」 (全体, 女性) ・「パートナーを 支えている」 (全体, 女性) 	NS	NS
<p>通院期間の めやすの有無</p>	NS	NS	NS

* p<.05; **p<.01

要 旨

不妊治療は目覚ましい進展を遂げているが、不妊患者への心理社会的なケアは十分な進展を遂げているとは言い難い。不妊患者は不妊外来への初回受診以前から不妊による心理社会的な問題を抱えているが、妊娠・出産に至らないまま通院開始後早期に通院を中断するケースは少なくないといわれている。そこで本研究では、不妊患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するケアへの示唆を得るための基礎的検討を行うこととし、通院開始後早期の患者満足度と満足度に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

研究 1 では、不妊外来患者の満足度に関連する要因へのヒントを得るために、通院を 5 年以上継続した女性 9 名へのインタビューを行った。彼らが通院を継続できた要因には、夫の支え、施設への好感、治療計画の自己管理、時間的なめやすのない通院継続、の 4 点が明らかになった。

研究 2 では、これらを参考に作成した質問項目および既存の満足度尺度（CSQ-8J）を用いて初回受診患者に対する横断調査を行い、48 名からのデータを得た。さらに研究 3 として、研究 2 と同じ対象者への 3 ヶ月後、6 ヶ月後の追跡調査を行い、14 名（7 組）からのデータを得た。

患者満足度は、初回受診時と比べて 6 ヶ月後には女性で有意に低下していた。初回受診時、3 ヶ月後、6 ヶ月後に患者満足度との関連がみられた対象者の個人背景および初回受診時の医療者によるケアは、対象者の年齢（正相関）、初回受診時の挙児希望の強さ（正相関）、初回受診時に受けた医療者による説明の理解度（正相関）と、初回受診時の医療者による傾聴の有無（有＞無）であった。研究 2 で明らかになった通院継続要因のうち患者満足度との関連がみられた項目は、施設の印象（初回受診時、3 ヶ月後、正相関）、カップル間の支え合いの意識の強さ（初回受診時、正相関）であった。通院状況（日常生活調整の必要、通院の不本意さ）および通院期間のめやすの有無は、患者満足度との関連がみられなかった。

以上から、通院開始後早期の不妊患者の主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するためのケアとして、初回受診時には不妊の検査・治療に関する説明および説明用資料の理解度を高めつつ、その説明の中に挙児希望の強さやカップル間の支え合いの意識の高さが満足度に関連していることを盛り込むこと、通院開始後早期には、施設の環境に順応できるよう環境を整えること、個々の患者の思いを傾聴することが提案される。

今後の課題として、研究デザインを工夫しつつ、患者満足度と通院中断との関連や、通院開始後早期に提供されるケアと満足度との関連を検討する研究、本研究の成果をふまえた介入研究が必要であると考えます。これらの追究により、不妊外来への通院開始後早期からの主体的な通院の中断/継続の意思決定を支援するためのケアモデル開発が可能になるであろう。

Abstract

Patients under infertile treatment often suffer from multicausal psychosocial stress. However, psychosocial care for them has not been fully investigated, and some patients stop treatment in its early stage. The aim of this study is to clarify correlates to patients' satisfaction with infertile treatment, particularly in the early stage of treatment, to help developing fertility care which supports patients to make the self-decision to continue treatment or not.

In Study 1, 9 women who continued infertile treatment for 5 or more years were interviewed, to know why they could continue their treatment for such a long time. The reasons were summarized into four factors; namely support from husbands, good impression towards clinics, self-administration of treatment, and having no time limit for treatment.

Based on the above results, a questionnaire was developed to reveal correlates to patients' satisfaction with infertile treatment. In Study 2, the questionnaire was applied to 48 patients who received their first infertile treatment. Study 3 was the follow-up for these participants, and the data for 7 couples was obtained after 3 months and 6 months.

In Study 2, their satisfaction with infertile treatment was positively correlated with their age, eagerness to have a child, the degree to understand explanation for infertile treatment by medical staff, and their feeling that medical staff listened to patients.

In Study 3, satisfaction with infertile treatment tended to decrease after 3 months, and significantly decreased after 6 months. The satisfaction after 3 or 6 months was positively correlated with their age, eagerness to have a child at the time of their first visit to clinics, and their feeling that medical staff listened to patients at the time of their first visit to clinics.

These results show that a good impression toward clinics and mutual support between couples among the four factors in Study 1 contributed to patients' satisfaction with infertile treatment. On the other hand, self-administration of treatment and having no time limit for treatment did not correlated with their satisfaction.

Taking the results of the three studies together, the following three kinds of psychosocial care will help patients to make the self-decision to continue

infertile treatment or not: 1) To make patients fully understand infertile treatment and related tests at their first visit to clinics, and to tell them that satisfaction with infertile treatment will be affected by eagerness to have a child and mutual support between couples. 2) To give the couples appropriate environment for their adjustment to clinics in their early stages of treatment. 3) To listen to individual patients.

The association of patients' dissatisfaction with infertile treatment and their early termination of the treatment should be investigated in future study. Furthermore, an intervention study to increase their satisfaction is needed taking the above results into consideration. These efforts will enable the development of a model of psychosocial care to support patients to make the self-decision to continue infertile treatment or not.

論文発表一覧

1. 實崎美奈(2011). 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する質的研究. 日本生殖看護学会誌. 8(1), 33-39.
2. 實崎美奈(2013). 不妊外来で初回受診時に提供されるケアと患者満足度. 日本生殖看護学会誌. 10(1), 13-21.

謝 辞

不妊の問題を抱える中、快く調査にご協力くださいました患者カップルの皆さまに心より感謝申し上げます。また、ご多忙中にもかかわらずご協力を賜りました研究協力施設のスタッフの皆さまにも御礼申し上げます。

主指導教員である大分県立看護科学大学の影山隆之教授には、大変ていねいなご指導をいただきましたことに深く感謝申し上げます。副指導教員としてご指導、ご支援くださいました東京医療保健大学の宮崎文子教授、埼玉医科大学の大賀淳子教授にも感謝申し上げます。

医療法人セント・ルカ産婦人科院長の宇津宮隆史先生には、私が不妊症看護を研究テーマとする機会をいただいたばかりでなく、研究の遂行に際しても多大なご指導、ご鞭撻をいただきましたことに、深く感謝申し上げます。

2014 年 1 月

實 崎 美 奈