

不妊女性から見たインフォームド・コンセント

坂上明子、矢野恵子¹⁾

宮城大学看護学部

キーワード

不妊女性、不妊治療、インフォームド・コンセント
infertility women, infertility treatment, informed consent

要 旨

本研究の目的は、不妊治療中あるいは不妊治療経験のある女性が日本人の文化的・精神的な風土に適したインフォームド・コンセント（informed consent 以下、ICとする）の必要性についてどのように考えているかを明らかにし、不妊治療におけるICの課題と今後のあり方を検討することである。不妊治療中あるいは不妊治療経験のある女性88名に対して質問紙調査を行い、ICに関する自由記述を内容分析の手法で分類した。その結果、1) ICの方法の改善、2) ICの内容の改善、3) 治療における患者の主体性の自覚と尊重、4) 患者－医療者の対等な信頼関係、5) ICができる時間と場所の確保、6) メンタルケアの必要性、7) 不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性という7つのカテゴリーが抽出された。ICが患者および医療者双方に十分に理解されていない現状を踏まえ、患者が治療に対して主体的に関わり、自己決定できる支援の必要性が示された。また、不妊治療において患者が自己決定するために、ICにおけるメンタルケアや不妊治療の正しい理解を社会へ啓蒙していくことが必要であることが示された。

Informed consent from the standpoint of infertile women

Akiko Sakajo, Keiko Yano ¹⁾

Miyagi University School of Nursing

Abstract

To examine present and future issues concerning informed consent (IC) in regard to infertility treatment, we conducted a survey of infertile women to determine what they thought was needed to improve IC in keeping with the Japanese cultural and psychological spiritual climate. A questionnaire was distributed to 88 women who were currently undergoing or had previously undergone infertility treatment, and they were instructed to freely describe their ideas concerning IC. Their replies were analyzed and their needs categorized as follows: 1) improvement of IC methods, 2) improvement of IC content, 3) awareness and respect for patient autonomy in regard to infertility treatment, 4) an equal confidential patient-medical staff relationship, 5) assurance of a clear time and place for performing IC, 6) psychological care, and 7) enlightenment of the general public in regard to infertility treatment. In view of the fact that neither patients nor medical staffs fully understand all aspects of IC, it seems necessary to support patients in such a way as to allow them to actively participate in treatment and decision making. Psychological care associated with IC should be given, and the public should be accurately informed about infertility treatment to facilitate patients' decision-making in regard to infertility treatment.

1) 三重大学医学部看護学科 Mie University Faculty of Medicine School of Nursing

I. はじめに

不妊治療は、1978年の体外受精の成功を境に急速な進歩を遂げてきた。しかし、妊娠率・分娩率は未だに低いことから、治療には長期間を要することが多い。また、不妊症診療には健康保険が適用されていない部分が多く、特に高度生殖医療では高額の治療費を私費負担せざるを得ない。そのため、不妊女性の身体的、心理的、経済的負担は大きい¹⁾²⁾。社会の変化によって、結婚を望まない、あるいは子どもを望まない選択など、女性の生き方は多様化してきた。それにもかかわらず、多くの不妊女性がさまざまな負担を背負ってなお、治療を受けようとするのは、「女性は子どもを産んで一人前」とする社会的な圧力や偏見が根強く残っている³⁾ことが一因と言えよう。このような社会の中で、多くの問題に直面しながら、女性が不妊であるという事実を受容し、不妊治療を受けるかどうか、どのような治療を受けるか、どの時点まで治療を継続するかなどを自己決定するためには、ICは患者にとっても医療者にとっても非常に重要となる。

我が国においても1980年代よりICの概念が広まり、その重要性が社会一般にも広がりつつある。しかし、日本においては医師のバスターナリズムや「お任せ医療」が長く行われ、ICは日本医師会が与えた「説明と同意」という訳語に代表されるように、患者の自己決定権は尊重されず、本来のICが十分に行われているとは言い難い³⁾。このような状況の中で、不妊治療において患者がICをどのように捉えているかを研究したものは殆ど無い。

そこで本研究では、不妊女性が日本人の文化的・精神的な風土に適したICの必要性について、どのように考えているかを探索的に明らかにし、不妊治療におけるICの課題と今後のあり方について検討する。

II. 研究方法

1. 対象及び方法

不妊女性の自助グループ及び3ヶ所の医療機関に調査を依頼し、研究同意の得られた不妊治療中あるいは不妊治療経験のある女性計88名を対象と

して、郵送あるいは留め置き法による質問紙調査を行った。

2. 調査内容

調査内容は、基本的属性、産科歴、不妊治療受診施設、初診年齢、不妊原因、不妊治療内容、不妊検査及び治療内容の説明の有無とその理解度、不妊検査及び治療時の医療者の対応についての満足度、日本人の文化的・精神的な風土に適したICの必要性についての考えとした。ICに関する考えは、「医療現場におけるインフォームド・コンセント（十分な説明に基づく同意）について、日本人の文化的・精神的な風土に適した対応の必要性が言われていますが、それについてのあなたのお考えをご自由にお書きください」という設問に対して、自由記述で回答を求めた。

3. 調査期間

平成9年6月～平成11年4月

4. データの分析

ICに関するデータはベレルソンの内容分析⁴⁾の手法を用いて分析した。まず、個々のICに関する自由記述内容全体を1文脈単位とし、次にこれらを精読して内容要素が単一であるように記述を区切り、1記録単位とした。プライバシーへの配慮として、個人が特定できる固有名詞や状況の記述は削除した。また、内容要素がICに関連していないと考えられるものは除外した。さらに、個々の記録単位を内容の類似性により分類・抽象化し、カテゴリー化した。最後に各カテゴリー、サブカテゴリーに分類された記録単位の出現頻度と比率を算出した。

ICに関する自由記述は研究者それぞれが独自に分類し、一致していない分類に関しては、サブカテゴリーをより細かく分類する方向で再検討した。さらに、母性看護に10年以上携わっている大学・短期大学教員2名に分析の一部を依頼し、一致率を算出した。

III. 結 果

1. 対象の属性

対象者の年齢は 33.4 ± 3.6 歳（範囲：26歳から42歳）で、結婚年齢は 26.6 ± 3.3 歳だった（表1）。

職業は、無職37名(42.0%)、常勤30名(34.1%)、パート・アルバイトが21名(23.9%)だった。産科歴は、妊娠既往無し52名(59.1%)、妊娠既往有り36名(40.9%)で、そのうち、分娩経験の有る者は18名、調査時点で妊娠中の者が1名だった。初診年齢は28.7±3.5歳で、25歳から29歳が46名(52.3%)で過半数を占めた。

これまでの不妊治療受診施設数は、平均2.8±1.5ヶ所(範囲：1ヶ所から10ヶ所)で、3ヶ所が32名(35.6%)と最も多く、次いで2ヶ所が24名(26.7%)と多かった。不妊原因の説明を受けていたのは82名(93.2%)で、男性因子16名(18.2%)、女性因子24名(27.3%)、男女両方の因子29名(33.0%)、原因不明あるいは原因無しは13名(14.8%)だった(表2)。現在、不妊治療を受けているのは56名(63.6%)で、そのうち、受診施設は大学病院、診療所がそれぞれ20名(22.7%)で最も多かった(表3)。

表1 対象者の属性 n=88

	平均	SD	範囲
年齢(歳)	33.4±	3.6	(26~42)
結婚年齢(歳)	26.6±	3.3	(19~39)
職業	無職		37名(42.0%)
	常勤		30名(34.1%)
	パート・アルバイト		21名(23.9%)
最終学歴	中学校・高等学校		17名(19.3%)
	短期大学・専門学校		48名(54.5%)
	大学		20名(22.7%)
	その他		3名(3.4%)
産科歴	妊娠既往無し		52名(59.1%)
	妊娠既往有り		36名(40.9%)
初診年齢	24歳以下		9名(10.2%)
	25~29歳		46名(52.3%)
	30~34歳		27名(30.7%)
	35歳以上		6名(6.8%)

表2 不妊原因 n=88

説明の有無	人数(%)	不妊原因	人数(%)
説明無し	5(5.7)		
説明有り	82(93.2)	男性因子	16(19.5)
		女性因子	24(29.3)
		男女両方の因子	29(35.4)
		不明または無し	13(15.9)
無回答	1(1.1)		

表3 現在の治療の有無と治療施設 n=88

現在の治療	人数(%)	治療施設	人数(%)
無し	32(36.4)		
有り	56(63.6)	大学病院	20(22.7)
		総合病院	5(5.7)
		その他の病院	9(10.2)
		診療所	20(22.7)
		その他	2(2.3)

2. 不妊検査前後の説明と理解

一般不妊治療の前に行われる6大基本検査のうち、基礎体温測定、子宮卵管造影、精液検査、超音波検査は8割以上が受けていたが、頸管粘液検査、フーナー検査を受けていたのは約半数だった(表4)。

検査前に医療者から説明を受けていたのは74名(84.1%)で、そのうち説明が「よくわかった」のは20名(27.0%)、「だいたいわかった」は45名(60.8%)だった(表5)。検査後は85名(96.6%)とほとんどが説明を受けていたが、検査後に説明を受けていなかった2名(2.3%)は、検査前にも説明を受けていなかった。検査後に説明を受けていた者のうち、検査後は「よくわかった」は21名(24.7%)、「だいたいわかった」は50名(58.8%)だった。検査前後とも説明を受けていた者のうち、「よくわかった」と「だいたいわかった」を合わせると8割以上だった。

検査前後の医療者の対応は、「満足できるものだった」と「少しは満足できるものだった」を合わせると58名(66.7%)だった(表6)。一方、検査前に説明を受けていなかった13名のうち、10名(76.9%)は、検査前後の対応に「あまり満足できなかった」あるいは「満足できなかった」と答えていた。「あまり満足できなかった」あるいは「満足できなかった」と答えた理由として、「状態の説明はしてもらえたが、これからはこうした方が良いという先の説明もして欲しかった」、「結果を手にももらえず、具体的数値の説明も無かった。原因がはっきりしないということのみ聞かされた」、「検査結果の原因(因果関係)が説明されない。検査の

保険適応の説明と事実(支払った金額)の不一致、「事前に検査名を知らされ、『正常だった』とか『少し異常があった』というだけで、満足できるものではなかった」などがあげられた。

表4 不妊検査の経験内容 n=88

治療内容	経験人数(%)
基礎体温測定	87 (98.9)
子宮卵管造影	77 (87.5)
血液検査	75 (85.2)
精液検査	74 (84.1)
超音波検査	73 (83.0)
頸管粘液検査	48 (54.5)
フーナー検査	42 (47.7)
通気検査	34 (38.6)
通水検査	19 (21.6)
腹腔鏡	14 (15.9)
その他	11 (12.5)

表5 不妊検査の説明の有無と理解 n=88

説明の有無	人数(%)	説明の理解	人数(%)			
検査前	説明無し 13(14.8)					
				説明有り 74(84.1)	よくわかった	21(27.0)
					だいたいわかった	45(60.8)
					少しわかりにくかった	9(12.2)
					殆どわからなかった	0(0)
無回答	1(1.1)					
検査後	説明無し 2(2.3)					
				説明有り 85(96.6)	よくわかった	21(24.7)
					だいたいわかった	50(58.8)
					少しわかりにくかった	13(15.3)
					殆どわからなかった	1(1.2)
無回答	1(1.1)					

表6 不妊検査前後の医療職の対応についての満足度 n=88

満足度	人数(%)
満足できるものだった	25 (28.4)
少しは満足できるものだった	33 (37.5)
あまり満足できなかった	19 (21.6)
満足できなかった	10 (11.4)
無回答	1 (1.1)

3. 不妊治療前後の説明と理解

これまでに経験した不妊治療として、ホルモン剤、排卵誘発剤の投与を7割以上の人が行い、人工授精は55名(62.5%)だった。高度生殖医療である体外受精は29名(33.0%)を占めた(表7)。

治療前に説明を受けていたのは77名(87.5%)で、そのうち説明が「よくわかった」と「だいたいわかった」を合わせると68名(88.3%)だった(表8)。治療後に説明を受けていたのは73名(83.0%)で、そのうち説明が「よくわかった」と「だいたいわかった」を合わせると60名(82.2%)だった。排卵誘発剤の投与や人工授精などの一般不妊治療のみを経験した群と体外受精などの高度生殖医療を経験した群に分けて、治療前後に説明を受けていた割合及び説明を理解していた割合を検討したが有意差は無かった。また、受診施設数の平均で2分し、これまでに受診した施設数が2施設までの群と3施設以上の群における治療前後の説明の有無と説明の理解度にも有意差は無かった。

治療前後の医療者の対応は、「少しは満足できるものだった」が最も多く、29名(33.0%)、次いで「あまり満足できなかった」が27名(30.7%)だった(表9)。治療前後の医療者の対応に「あまり満足できなかった」あるいは「満足できなかった」理由として、「何の治療なのか説明もなく、結果も『だめだった』としか聞かされなかった」、「自分の気持ちが動揺している時は説明を受けてもほとんど頭に入らない」、「薬の副作用について聞いた時『副作用はありません』の一言だけで、十分な説明が無く不信感を抱いた」、「こちらが本で知識を得て『こういう方法があるみたいですけど、私にはどうですか』と聞いても『無理だ』とあっさり言い放たれた」、「体外受精に失敗してもそのことについての説明はなく、どこに問題があったのかという質問は無視された」、「主治医は夫同伴の時には比較的良好に説明するのに、私だけの時はあまり説明しない。女性が軽視されているように思う」などがあげられた。

表7 不妊治療の経験内容 n=88

治療内容	経験人数(%)
ホルモン剤内服	64 (72.7)
ホルモン剤注射	65 (73.9)
排卵誘発剤	79 (89.8)
漢方薬内服	51 (58.0)
人工授精	55 (62.5)
体外受精	29 (33.0)
夫側の治療	23 (26.1)
手術療法	10 (11.4)
その他	7 (8.0)

表8 不妊治療の説明の有無と理解 n=88

説明の有無	人数(%)	説明の理解	人数(%)
検査前	説明無し 7(8.0)		
		説明有り 77(87.5)	よくわかった 17(22.1)
		だいたいわかった 51(66.2)	
		少しわかりにくかった 9(11.7)	
		殆どわからなかった 0(0)	
無回答 4(4.5)			
検査後	説明無し 11(12.5)		
		説明有り 73(83.0)	よくわかった 21(23.3)
		だいたいわかった 50(58.9)	
		少しわかりにくかった 13(17.8)	
		殆どわからなかった 0(0)	
無回答 4(1.1)			

表9 不妊治療前後の医療職の対応についての満足度 n=88

満足度	人数(%)
満足できるものだった	25 (28.4)
少しは満足できるものだった	33 (37.5)
あまり満足できなかった	19 (21.6)
満足できなかった	10 (11.4)
無回答	1 (1.1)

4. ICに関する考え

1) 分析対象とした記録単位数

日本人の文化的・精神的な風土に適したICの必要性に関する自由記述欄に記載していたのは68名であり、68文脈単位であった。これらより、

156記録単位を抽出し、内容要素がICに関連していない8記録単位を除外し、66文脈単位、148記録単位を分析単位とした。1文脈単位における平均記録単位数は2.2であった。

2) 自由記述内容から形成されたカテゴリー

148記録単位を分析した結果、ICの方法の改善、ICの内容の改善、治療における患者の主体性の自覚と尊重、患者-医療者の対等な信頼関係の必要性、ICができる時間と場所の確保、メンタルケアの必要性、不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性という7つのカテゴリーが抽出された(表10)。カテゴリーへの分類の一致率は、81.1%と79.1%だった。

(1) ICの方法の改善

このカテゴリーは39記録単位から形成され、記録単位総数の26.4%に該当した。カテゴリーは、以下の10のサブカテゴリーから形成された。そのサブカテゴリーとは《患者への接し方・話し方を検討すべき》、《質問しやすい雰囲気作りをして欲しい》、《患者の個別性を重視して欲しい》、《患者が本当に理解するのは難しい》、《わかりやすい言葉で説明して欲しい》、《媒体を活用して欲しい》、《説明会を開いて欲しい》、《カルテを開示して欲しい》、《夫に対してもICを行って欲しい》、《本人の意志より家族の同意を重視している》であった。

これらのうち、《患者への接し方・話し方を検討すべき》は8記録単位(5.4%)から形成され、記述内容は《患者の気持ちが萎えるような言葉や態度はとらないで欲しい》、《医療側も患者の都合や実態などを積極的に聞こうとする態度が欲しい》等であった。

《質問しやすい雰囲気作りをして欲しい》は7記録単位(4.7%)から形成され、記述内容は《診察の終わりに「何か質問はありますか」と一声かけて欲しい》、《気軽に医師に声を掛けられる雰囲気が無い》等であった。

《患者が本当に理解するのは難しい》は5記録単位(3.4%)から形成され、記述内容は《緊張の中で説明を受けたことを、十分理解

表10 ICに関する自由記述のカテゴリーとサブカテゴリー

(記録単位数、出現頻度) 148記録単位=100%

カテゴリー	サブカテゴリー
1) ICの方法の改善(39, 26.4%)	患者への接し方・話し方を検討すべき (8, 5.4%) 質問しやすい雰囲気作りをして欲しい (7, 4.7%) 患者の個別性を重視して欲しい (7, 4.7%) 患者が本当に理解するのは難しい (5, 3.4%) わかりやすい言葉で説明して欲しい (3, 2.0%) 媒体を活用して欲しい (3, 2.0%) 説明会を開いて欲しい (2, 1.4%) 夫に対してもICを行って欲しい (2, 1.4%) カルテを開示して欲しい (1, 0.7%) 本人の意志より家族の同意を重視している (1, 0.7%)
2) ICの内容の改善(30, 20.3%)	選択肢の提示と選択するための情報を提供して欲しい (7, 4.7%) 十分な説明をして欲しい (6, 4.1%) 治療のメリットとデメリットを説明して欲しい (5, 3.4%) 治療経過・今後の見通しを説明して欲しい (5, 3.4%) 納得のいく説明をして欲しい (5, 3.4%) 不妊のゴールは妊娠だけではないことを認識して欲しい (2, 1.4%)
3) 治療における患者の主体性の自覚と尊重 (29, 19.6%)	患者は治療の主体が患者自身であるという自覚を持つべき (8, 5.4%) 患者も自分の身体・疾患・治療について勉強すべき (7, 4.7%) 医療者は治療の主体が患者であること認識すべき (7, 4.7%) 患者もICについて勉強すべき (4, 2.7%) 現状は医師任せ (3, 2.0%)
4) 患者-医療者の対等な信頼関係 (15, 10.1%)	患者は医療者に比べて立場が弱い (9, 6.1%) 患者-医療者の信頼関係が必要 (6, 4.1%)
5) ICができる時間と場所の確保 (13, 8.8%)	患者と十分に話す時間を作る必要がある (7, 4.7%) プライバシーを配慮して欲しい (4, 2.7%) 現状では十分な時間を取るのは無理 (2, 1.4%)
6) メンタルケアの必要性 (12, 8.1%)	メンタルケアが必要 (8, 5.4%) カウンセラーが必要 (4, 2.7%)
7) 不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性 (10, 6.8%)	不妊治療に対する社会的啓蒙が必要 (10, 6.8%)

できるかは疑わしい)、〈専門知識の少ない者が、本当に十分な理解ができるか疑問が残る〉等だった。

(2) ICの内容の改善

このカテゴリーは30記録単位から形成され、記録単位総数の20.3%に該当した。カテゴリーは《選択肢の提示と選択するための情報を提供して欲しい》、《十分な説明をして欲しい》、《治療のメリットとデメリットを説明して欲しい》、《治療経過・今後の見通しを説明して欲しい》、《納得のいく説明をして欲しい》、《不妊のゴールは妊娠だけではないことを認識し

て欲しい》の6つのサブカテゴリーから形成された。

これらのうち、《選択肢の提示と選択するための情報を提供してほしい》は7記録単位(4.7%)から形成され、記述内容は〈医師の一方的な「こうした方が良い」という説明ではなく、患者が選べるような提案をしてほしい〉、〈選択肢を提示してほしいし、それに関する情報も欲しい〉等だった。

《治療のメリットとデメリットを説明して欲しい》は5記録単位(3.4%)から形成され、記述内容は〈メリットだけでなくデメリット

もきちんと話して欲しい)等だった。

(3) 治療における患者の主体性の自覚と尊重

このカテゴリーは、29記録単位から形成され、記録単位総数の19.6%に該当した。カテゴリーは《患者は治療の主体が患者自身であるという自覚を持つべき》、《患者も自分の身体・疾患・治療について勉強すべき》、《医療者は治療の主体が患者であることを認識すべき》、《患者もICについて勉強すべき》、《現状は医者任せ》の5つのサブカテゴリーから形成された。

これらのうち、《患者は治療の主体が患者であるという自覚を持つべき》は8記録単位(5.4%)から形成され、《医師任せにするのではなく、患者もしっかりとした意思と目的を持っておくべきだと思う》、《医師に対して何でも聞いていく態度も取るべきだと思う》等であった。

《医療者は治療の主体が患者であること認識すべき》は7記録単位(4.7%)から形成され、記述内容は《医者だけがわかっていればいいものではない》、《ICといっても名ばかりで、一方的に医師の方針や説明を聞かされて終わりが多い》等であった。

《患者もICについて勉強すべき》は4記録単位(2.7%)から形成され、記述内容は《情報を受けた後に自己決定して良いことをまず知っておくべきである》、《ICをまだ知らない人が多い》等であった。

(4) 患者－医療者の対等な信頼関係

このカテゴリーは15記録単位から形成され、記録単位総数の10.1%に該当した。カテゴリーは《患者は医療者に比べて立場が弱い》と《患者－医療者の信頼関係が必要》の2つのサブカテゴリーから形成された。

《患者は医療者に比べて立場が弱い》は9記録単位(6.1%)から形成され、記述内容は《治療者と患者の関係は強制する側と弱者という関係になってしまいがち》、《高圧的な態度を取る医療者も多い》等であった。

《患者－医療者の信頼関係が必要》は6記

録単位(4.1%)から形成され、記述内容は《精神的にも安心して治療を受けられる信頼関係があって、はじめてICが成功する》等であった。

(5) ICができる時間と場所の確保

このカテゴリーは13記録単位から形成され、記録単位総数の8.8%に該当した。カテゴリーは《患者と十分に話す時間を作る必要がある》、《プライバシーを配慮して欲しい》、《現状では十分な時間を取るのは無理》の3つのサブカテゴリーから形成された。

これらのうち、《患者と十分に話す時間を作る必要がある》は7記録単位(4.7%)から形成され、記述内容は《予約制などにし、患者と十分に話す時間を作る必要があると思う》、《もっと一人一人の診察の時間を取って、ゆっくり説明を聞きたい》等であった。

《プライバシーへの配慮をしてほしい》は4記録単位(2.7%)から形成され、記述内容は《もっとプライバシーを大切にしたい外来・病棟の構造にしてもらいたい》、《多くの患者がいて、カーテンの仕切りの中では言いたいことも言えない》等であった。

(6) メンタルケアの必要性

このカテゴリーは12記録単位から形成され、記録単位総数の8.1%に該当した。カテゴリーは《メンタルケアが必要》と《カウンセラーが必要》の2つのサブカテゴリーから形成された。

《メンタルケアが必要》は8記録単位(5.4%)から形成され、記述内容は《精神的なフォローも大切な治療であることを医師は理解し、その上で十分な話し合いをしたい》、《不妊に関する情報や医療現場の限界を正しく伝え、精神的なサポートシステムを整えて欲しい》等であった。

《カウンセラーが必要》は4記録単位(2.7%)から形成され、記述内容は《専門のカウンセラーを置いて、いつでも相談したり質問に対応してくれる環境があれば良い》等であった。

(7) 不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性

このカテゴリーは10記録単位から形成され、記録単位総数の6.8%に該当した。記述内容は、〈不妊治療は世論の反対意見や偏見も多く、治療を受ける側の心理も大きく揺れ動いている〉、〈不妊治療に対する偏見や後ろめたさがあるので、社会が不妊治療についてもっと知って欲しい〉、〈治療を受ける本人が家族、勤務先を理解させることに困難を伴う〉等であった。

3) 対象者の背景別にみたカテゴリーの相違

対象者の年齢、職業、産科歴、受診施設数、不妊原因、これまでに受けた治療内容、現在の治療の有無、不妊検査及び治療前後の説明の有無と説明の理解度によって、各カテゴリーへの記録単位数の出現頻度に相違がないかを検討した。

受診施設数は平均で2分し、2施設以下の群と3施設以上の群で比較し、不妊原因は男性因子及び原因不明群と女性因子及び男女両方の因子群に分けて検討した。また、治療内容は一般不妊治療のみを経験した群と高度生殖医療を経験した群に2分した。その結果、年齢、職業、産科歴、受診施設数、これまでに受けた治療内容、現在の治療の有無、不妊検査及び治療前後の説明の有無と説明の理解度においては、各カテゴリーへの記録単位数の出現頻度に相違はなかった。「不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性」に該当する記載は、不妊原因が男性因子及び原因不明群にはなく、女性因子及び男女両方の因子群のみだった。

IV. 考 察

不妊治療中あるいは不妊治療経験のある女性が感じている日本人の文化的・精神的な風土に適したICの必要性に関する考えから7つのカテゴリーが抽出された。これらは、不妊女性が治療において感じている、あるいは感じていたICの実態と問題点を示しているものであると考えられる。以下、それぞれのカテゴリーについて考察していく。

1) ICの方法の改善

ICは医療者の説明を患者が理解できるという前提に立っている。しかし、患者の持つ医学知識は千差万別である。また不妊治療では、妊娠に至るまで長期にわたって性周期に合わせて希望と絶望のサイクルの繰り返しを経験し、情緒的に不安定な状態にある⁷⁸⁾。さらに、病院という慣れない状況、あるいは検査や治療の結果説明など緊張している状況で、患者や家族が十分に理解できる説明をするためには、医療者側のコミュニケーション技術や説明能力が非常に重要となる。厚生省はICの普及に向けて、医学用語や外来語を用いない平易な言葉・表現による説明や患者が質問しやすい雰囲気作り、平易なわかりやすい説明文を示し、その上で説明を加えるという説明方法の工夫などを提言している⁹⁾。このカテゴリーに集約された説明方法の改善策として患者が望んでいたことは、それらとほぼ一致していた。このようなコミュニケーションに関する医療者への教育は十分ではなく、ICを効果的に行うためには生涯教育として取り組み、医療者へ浸透させる必要があろう。

2) ICの内容の改善

このカテゴリーに集約された記述内容は、ICの原則に則った当然説明しなければならない内容である。治療経過や治療のメリットとデメリットの説明、選択肢の提示と選択するための情報提供をして欲しいということが患者側の考えとして記述されていたということは、これらの説明が十分に行われていなかったり、または行われていても患者には正しく伝わっていないことを示していると考えられる。本研究では、不妊検査及び治療前後に説明を受けていたのは、対象者の8割から9割で、それらの内容を理解していたのは約8割だった。医療者が説明を行っても内容が不十分であったり、わかりやすい方法で説明していないことによって、医療者から説明を受けたと認識されていない場合もあると考えられる。不妊検査や治療前後には形式的なICではなく、患者が十分に理解できる内容を提供する必要がある。医学的知識が乏しいと考えられる患者や緊張状態にある患者が、十分に理解するためにはICの方法や内容に工夫が必要であるが、「患者が本当に理解するのは難しい」

というサブカテゴリーにもあるように、患者が本当に理解するのは難しいと、患者自身が諦めてしまうことのないように配慮が必要だろう。

一方、医療者の提示した一つの方法に同意するのではなく、提示された選択肢を基に自己決定を行うためには、決定するための情報を得ることと同時に何を選択しても周囲から圧力を受けないということも必要である。患者が選択し、自己決定した内容を医療者が支持することも、患者に対して説明しておく必要がある。

3) 治療における患者の主体性の自覚と尊重

ICとは医師をはじめとする医療者が行おうとする1) 医療行為の説明を受けた上で、患者が2) 自由な意思に基づき自己決定をし、医療行為に3) 同意するかもしれない拒否をするということである¹⁰⁾。このようなICの考え方は、医療者が患者に対して十分な説明をする責務があるのと同時に、患者自らに行われる治療について、受けた説明を理解しようとする努力と、自己決定する努力を患者の責務として求めている。「自分のことは自分で決定する」という自己決定の概念は、日常生活では当然のこととして考えられている。しかし、医療においては医師のパターナリズムや日本的なお任せ医療が、治療をスムーズに行う、あるいは患者に不必要な不安を与えない方法であるかのように、患者と医療者双方の知恵として、日本では長く行われてきた。

本研究では、治療における患者の主体性の自覚がICに必要であることを考えている患者もいることが明らかになった。しかし、《現状は医師任せ》というサブカテゴリーが示すように、お任せ医療という日本における伝統的な考えも残っており、すべての患者が治療に主体的に望むことができているわけではない。赤井¹¹⁾が「ICが効率よく活かされるためには、患者自身が自分の健康あるいは疾病について良く知っておきたいという気持ちを持つことが重要である。」と述べているように、医療者から患者に対して、自分の身体や疾患、行われる医療を患者自らが理解する必要性を教育していくことは、治療が長期にわたることの多い不妊治療では特に重要である。

本研究では、検査及び治療前後に説明を全く受けていない患者も少なくなかった。さらに、説明を受けていなかった患者は医療者の対応に満足していない者が多かった。医療者自身が患者の自律性を認め、十分な情報提供を行い、患者が自己決定できるよう支援する姿勢を患者に示していく必要があるだろう。

また、《患者もICについて勉強すべき》というサブカテゴリーに集約されたように、未だ患者にICとは何かということが十分理解されていないのが現状であろう。十分な説明を基に自己決定していくことは患者の権利であり、また責任であるというICの原則と、医療者の説明が理解できない場合には、それを医療者に伝え、自分が納得できるまで説明を求め、話し合う姿勢を持つことも患者に対して教育していく必要がある。

4) 患者－医療者の対等な信頼関係

ICの考え方の基盤を作ったアメリカでは、ICは患者の人権擁護と患者－医療者間の契約関係として成り立っている。しかし、厚生省が作成したICの在り方に関する検討会報告書では¹²⁾、我が国におけるICは、米国において反省されているような患者の権利の主張と医療者の責任回避の対立的側面で見えざるべきではなく、より良い医療環境を築くという考え方に基づくものであると述べられている。ICは患者－医療者間の信頼関係を基盤とした情緒的な人間関係を基に、より良い医療環境を整える手段として捉えられていると考えられる。しかし、真の信頼関係を築くには、患者－医療者は対等な関係でなければならず、《患者は医療者に比べて立場が弱い》と患者が感じている状態は、患者、医療者双方が、現在のパターナリスティックな関係から考え方を転換させる必要性を示している。また、以心伝心などの日本的な人間関係は、医療の中ではむしろ関係を複雑にしてしまうことも忘れてはならない。

5) ICができる時間と場所の確保

ICを行うためには、その内容や方法と同様に、説明に適した場所や十分な時間などの物理的条件を整えることも重要である。医療におけるプライバシーの確保は不妊治療だけでなく、すべての医

療に必要なものである。しかし、不妊治療は性に関連する内容であることから、プライバシーが確保できていない状態では、たとえ質問したいと思っても質問できない場合も多いと考えられる。また、プライバシーの確保は、患者側の立場に立った医療を行おうとする医療者の姿勢の現われでもある。外来だけでなく入院中も、プライバシーへの配慮がされ、落ち着いてICを行うことが出来る場所を確保することが必要である。

また、患者が本当に説明を理解するには、説明に十分な時間を要し、さらに患者がそれを望んでいることを医療者は再認識する必要がある。しかし、特に外来では一人の患者に十分な時間を取るのが難しいのも事実である。外来を予約制にし、一定の時間に患者が集中しないようにすることや、治療方針の説明にかかる時間や内容に応じて、診療報酬を加算できるようにしていくことも必要であろう。さらに、治療に関しては、担当医師と連携して、不妊専門看護職あるいは体外受精コーディネーターなどが詳しい説明や質問の対応にあたるシステムも必要であろう。また、患者側の準備として質問したいことをまとめてメモとして持参するように促していくことも大切である。

6) メンタルケアの必要性

不妊症は重大な障害や死につながることは殆ど有り得ない。しかし、検査結果や治療結果によっては、それぞれの「家族観」や「人生観」を揺るがし、女性としてのアイデンティティにも影響を及ぼすことから¹³⁾、提供された情報に大きな衝撃を受け、自己決定し得る精神状態にないこともある。患者の精神状態を把握し、継続的にサポートできるシステムを整えておくことは重要である。また、横尾ら¹⁴⁾はICにおいて患者が決断の「ゆれ」を経験していることを示している。看護婦が患者の「ゆれ」に気づき、親身になって患者の話に耳を傾け、決断の妥当性を保証するなどの対応をした場合には、患者が事態を正確に把握し、速やかに最終決断に至ることができたと述べている。医療者から説明を受けて、患者がすぐに自己決定できるわけではなく、決断に至る過程の中には、さまざまな躊躇や気持ちのゆれがあること認識し、

自己決定できる十分な情報提供と、患者の決定を精神的に支援することが必要であろう。

また、不妊治療は不妊女性や配偶者だけでなく、「家」制度を大切にする日本においては、家族の問題として捉える必要がある。不妊カップルは夫婦関係が悪化しやすく、家族や友人から孤立しやすいことから¹⁵⁾、治療を続けていくためには、時には医療者が夫婦関係や家族関係の調整を行わなければならない。

さらに、不妊治療による妊娠率は未だに低く¹⁶⁾、治療を続けても最終的に子どもを得ることが出来ない場合もある。いつまで治療を継続するのかといった自己決定は、単なる検査・治療のデータに基づいた説明だけでなく、カウンセリング的関わりが重要であろう。

7) 不妊治療に関する社会への啓蒙の必要性

医療者から説明を受け、最終的に自己決定するのは患者自身である。しかし、〈不妊治療は世論の反対意見や偏見も多く、治療を受ける側の心理も大きく揺れ動いている〉、〈不妊治療に対する偏見や後ろめたさがあるので、社会が不妊治療についてもっと知って欲しい〉という記述内容に見られるように、社会一般の不妊治療に対する考えが患者自身の治療に対する捉え方にも影響し、メンタルケアの項で述べたような患者の「ゆれ」が生じていることが示唆された。また、不妊治療や治療によって生まれた子どもに対する偏見、不妊治療をしているのになぜ子どもが出来ないのかといった不妊治療への過信など、不妊治療が正しく理解されていないと考えられる周囲の発言は、不妊患者に対してしばしば発せられ、不妊患者を傷つけている¹⁷⁾。また、このカテゴリーに該当する記載をしていたのは、不妊原因に女性因子が含まれている場合に限られていたことから、不妊原因は女性因子だけではないことも社会に対して啓蒙していく必要がある。

不妊治療に対する正しい知識を社会に対しても啓蒙していくことは、不妊治療に対する世論の反対意見や偏見に左右される不妊患者が、医療者から提供された情報を正しく理解し、自己決定するのを支援することにつながると言えるだろう。

V. まとめ

不妊治療中あるいは不妊治療経験のある女性が感じている日本人の文化的・精神的な風土に適したICの必要性に関する考えから、不妊治療におけるICの課題と今後のあり方を検討した。「お任せ医療」が未だに行われている日本においては、ICが患者および医療者双方に十分に理解されていない現状があり、医療者が患者の自律性を認め、さらに患者が治療に対して主体的に関わり、自己決定できる支援の必要性が示された。また、不妊治療において患者が自己決定するためには、ICにおける継続的なメンタルケアのシステム作りや不妊治療が正しく理解されるように社会へ啓蒙していくことが必要であろう。さらに、今後は不妊治療のICにおける看護職の役割についても検討してしていく必要があると思われる。

謝 辞

稿を終えるにあたり、ご指導、ご校閲いただきました宮城大学看護学部桑名佳代子助教授に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 千葉ヒロ子, 森岡由紀子, 柏倉昌樹, 齋藤英和, 平山寿雄: 不妊症女性の治療継続にともなう精神心理的研究, 母性衛生, 37(4): 497-508, 1996.
- 2) Dennerstein, L, Morse, C.: A review of psychological and social aspects of in vitro fertilization, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 159-170, 1988.
- 3) 宇津宮隆史, 渡辺多鶴子, 指山実千代: 不妊症診療における経済的側面の検討, 日本不妊学会雑誌, 43(3): 177-183, 1998.
- 4) 赤城恵子: 忌避された不妊の歴史, ペリネイタルケア, 17, 夏季増刊: 285-289, 1998.
- 5) 杉田勇, 平山正実: インフォームド・コンセントー共感から合意へー, 北樹出版, 東京, 1994.
- 6) バーナード・ベレルソン (稲葉三千男, 金圭煥 訳): 内容分析, みすず書房, 東京, 1957.
- 7) Olshansky, EF.: Responses to high technology infertility treatment, *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3): 128-131, 1988.
- 8) Imeson, M, McMurray, A.: Couples' experiences of infertility: a phenomenological study, *Journal of Advanced Nursing*, 24(5): 1014-1022, 1996.
- 9) 厚生省健康政策局総務課監修: 元気が出るインフォームド・コンセント, 中央法規出版, 東京, 1996.
- 10) 柴田恵子: 看護におけるインフォームド・コンセント, *クオリティ・ナーシング*, 4(2): 141-149, 1998.
- 11) 赤井靖宏: 医師を取り巻く環境 日米の比較から考えたインフォームドコンセント, *治療*, 81(4): 1319-1325, 1999.
- 12) 前掲9)
- 13) 前掲7)
- 14) 横尾京子, 水流聡子, 中西睦子, 荒川靖子, 南裕子, 片田範子, 志自岐康子: インフォームド・コンセントにおける患者の決断の「ゆれ」と看護婦の対応に関する研究ー「ゆれ」をめぐる諸要因の分析ー, *日本看護科学会誌*, 16(2): 354-355, 1996.
- 15) Dyaye, MA, Woods, NF, Mitchell, E.: Coping with infertility in couples gender differences, *Health Care for Women International*, 9: 163-175, 1988.
- 16) 藤本征一郎: 平成10年度 診療・研究に関する倫理委員会報告, *日本産科婦人科学会雑誌*, 51(6): 361-367, 1999.
- 17) 矢野恵子, 坂上明子: 不妊女性における不妊及びその治療に関する夫・家族・周囲との関わり, *三重看護学誌*, 3(1): 99-111, 2000.