

原 著

不育症夫婦における夫の 流死産時の医療者の支援・社会的支援への思い

秦久美子*¹ 大平光子*² 中塚幹也*³

要 約

不育症夫婦の夫の流死産時の医療者の支援・社会的支援への思いを明らかにするために、A市の不育症専門外来を受診中の14名の夫にインタビューガイドに基づき半構造化面接を実施し質的記述的に分析を行った。その結果【流死産時の患者・家族の心情に配慮したケアを希望】【胎児への尊厳を保った対応を希望】【医療者各人の誠実な役割遂行を希望】【医療者への妊娠継続のための連携を切望】【不育症治療の拡充を希望】【夫も支援の対象者としての位置づけを希望】【ピアサポートのネットワーク構築を希望】【夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない】の8カテゴリーが抽出された。夫は胎児への実感を得て父親の自覚をもつため、妊娠中からの胎児との出会いと、流死産時には別れを支える支援が必要である。不育症夫婦における夫は、自分への精神面支援の希望を持っており、医療者が支援内容を具体的に提示することが必要である。さらに、不育症治療とケアの拡充、ピアサポートのネットワークの構築が求められる。

1. 緒言

不育症とは「妊娠は成立するが流産や早産を繰り返して生児が得られない状態。流産を3回以上繰り返す習慣流産とはほぼ同義語と考えられるが、妊娠22週以降の胎児死亡や死産を繰り返す症例も包括する概念である」¹⁾と日本産科婦人科学会では定義されている。

医療者は流死産時に身体的負担を被る妻にケアの焦点を当て、夫を妻の支援者として位置付けることが多い²⁾。臨床の場において夫を支援の対象者と捉えて働きかける体制は十分に整えられていない³⁾。しかし、夫自身も流死産により我が子を失った親であり喪失感を抱いている。悲しみを癒すには、悲しみを表出できる時空間で、悲しみをわかってくれる誰に受け止めてもらうことである⁴⁾(p.32)とされている。しかしながら、夫は一般的に妻の前では感情の表出を抑え、悲しむ妻を支えようと努めることが明らかになっている⁴⁾(p.34)。夫の悲嘆への適切な支援がなされなければ悲嘆過程の停滞を招き、ひいては夫婦関係にも影響を及ぼすことが危惧される。

流死産時の女性へのグリーフケアは実施されつつあるが、男性への支援は未だ十分な状況ではない。流死産を繰り返し経験する不育症の夫の流死産時の医療者の支援・社会的支援への思いを明らかにするにより、ニーズを踏まえた支援につながり、悲嘆過程が正常範囲で経過することが期待できる。

本研究の目的は、不育症夫婦の夫の流死産時の医療者の支援・社会的支援への思いを明らかにし、夫のニーズに基づいた看護支援を導き出すことである。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン

質的記述的研究デザインである。

2.2 用語の操作的定義

医療者の支援とは、医療従事者の不育症夫婦への言動を含む、身体的、精神的な治療、看護ケアとする。

社会的支援とは、不育症夫婦が希望する医療機関、厚生労働省、自治体が行なう公的な助成制度や、ネットワーク体制、周囲の人達のサポート体制とする。

*1 姫路大学 看護学部 看護学科

*2 広島大学大学院 医系科学研究科

*3 岡山大学大学院 保健学研究科

(連絡先) 秦久美子 〒671-0101 兵庫県姫路市大塩町2042-2 姫路大学

E-mail : kumiko_hada@koutoku.ac.jp

2.3 研究参加者

研究参加者は以下の項目に当てはまる人とした。

- (1) 現在婚姻関係または、事実婚の関係にある妻が2回以上の流死産を経験した不育症夫婦の夫とする。流死産の前後の生児の有無については問わず、妻が再婚の場合は前夫との間の流死産経験は含まない。
- (2) 不育症外来を受診中で検査によりリスク因子が特定されている場合（夫婦いずれにあるか問わない）、因子不明の場合、現在検査中の場合とする。
- (3) 日本語の読み書きができる。
- (4) 研究の主旨を理解し、協力について同意が得られる。

2.4 研究参加者の依頼方法

不育症治療の専門施設はまだ数少なく、中四国地方では唯一のA市の不育症専門外来をもつA大病院に研究協力を依頼し承諾を得た。そこに研究者が客員研究員として出向き、研究対象者に適合する不育症夫婦を選択した。

- (1) 不育症専門外来受診中の夫婦に研究者から直接研究の趣旨を口頭と文書で説明し、承諾が得られた夫に待ち時間にインタビューを実施した。
- (2) 不育症専門外来受診中の夫婦に担当医から研究について紹介してもらい、その後夫婦に研究者から研究の趣旨を口頭と文書で説明し、承諾の得られた夫に待ち時間にインタビューを実施した。
- (3) 不育症専門外来を受診中の妻を介して夫に研究協力依頼文書を手渡し、夫から研究承諾書を郵送回収した。夫と日程調整を行い、インタビューを実施した。

2.5 データ収集方法

プライバシーの保持できる診察室や公共施設でインタビューガイドに基づき半構造化面接を実施した。インタビューガイドは、(1) 妻が流死産した時の夫の気持ち、(2) その後の夫の気持ちの変化、(3) 変化に影響したこと、(4) 夫が考える流死産時の妻の気持ち、(5) 流死産回数による夫の気持ちの変化、(6) 夫婦の関係性、(7) 流死産経験によって家族、職場、社会とのつながりの中で感じたこと、(8) 流死産時の医療者の実際の対応と対応への思い、(9) 医療者をはじめとする周囲の人からの支援へのニーズについてである。尚承諾を得てインタビュー内容はICレコーダーに録音した。データ収集期間は2015年11月～2016年11月であった。

2.6 分析方法

萱間⁶⁾の方法を参考にインタビュー内容に沿って逐語録を作成後、精読し文脈の要約を行い全体の把握を行った。研究参加者の語りの内容を初回妊娠時から時系列に文章化し、夫の思いについて研究者がその意味の解釈を行った。本研究ではインタビューガイドの(7)、(8)、(9)の医療者の支援、社会的支援に対するニーズに焦点を当てコード化、サブカテゴリー化、カテゴリーの生成を行った。解釈妥当性のため研究参加者に内容確認を依頼し9名より返送を得た。分析過程では助産・母性領域の質的研究の専門家と、母性看護学領域の複数の専門家にスーパービジョンを受け実施した。

2.7 倫理的配慮

インタビューにおいては支持的・受容的態度で臨むことを心掛けて行った。

2.7.1 インフォームドコンセント

不育症夫婦両者に同意のもと口頭と書面で説明し承諾後、自由意思によるものであり、拒否しても診療上・看護上の不利益は生じないことを保障した。

2.7.2 研究参加者の心理的負担

インタビューガイドは事前に臨床心理士の確認を受け、研究参加者への心理的負担に細心の注意を払い、精神的動揺が生じたと判断した場合は一時中止し、インタビューを続けるか否かについて研究参加者の意向を確認した。必要時は精神科領域の専門家が対処する体制をとり、不妊カウンセラーである研究者がインタビューを行った。

2.7.3 プライバシーの保護

インタビューはプライバシーの保持できる部屋で行い、逐語録作成は匿名性を確保した上で業者に依頼し、データの保存・管理は鍵付きの管理庫で管理した。夫婦に研究の主旨を説明するが、夫の語りは妻に開示しないことを保障した。本研究は所属機関(15-031号 2015年8月5日)、研究実施機関(T15-03 2015年7月24日)の倫理審査委員会承認後に実施した。

3. 結果

3.1 研究参加者の背景(表1)

インタビューは15名に実施したが、1名は2回の流死産が前夫の時だったことがインタビュー中にわかり除外し14名で分析を行った。年齢は夫[29-52][range]歳、妻[29-43]歳、流死産回数[2-10]回、結婚期間[7ヵ月-7年11ヵ月]、最終流死産後経過期間[2ヵ月-4年3ヵ月](不明2名)であった。インタビュー時に生児がいた夫婦は3組、インタビュー後に生児を得たのは5組であり、流死産回

表1 研究参加者の背景

	夫年齢	妻年齢	流死産回数	結婚期間	夫の仕事状況	妻の職業	家族構成	生児の有無
A	20代後半	20代後半	3	4+9	残業	正社員	核家族	有
B	30代後半	30代後半	2	0+7	残業	保育士	核家族	無
C	30代後半	30代後半	2	6+2	定時帰宅	専業主婦	核家族	有
D	40代前半	40代前半	2	1+6	残業	パート	核家族	無
E	30代前半	30代前半	4	7+0	定時帰宅	正社員	核家族	有
F	40代前半	30代後半	3	1+3	定時帰宅	医師	核家族	無
G	30代前半	30代前半	2	2+10	定時帰宅	正社員	核家族	無
H	40代前半	40代前半	2	1+0	主夫	正社員	複合家族	無
I	50代前半(再婚)	40代前半	5	5+7	残業	看護師	複合家族	無
J	30代後半	40代前半	4	4+3	鬱病休職中	正社員	核家族	無
K	40代前半	30代後半	4	5+11	残業	正社員	核家族	無
L	40代後半	40代前半	2	2+7	残業	不明	核家族	無
M	30代後半	30代後半	10	7+11	残業	パート	核家族	無
N	30代後半	40代前半	3	3+10	残業	専業主婦	核家族	無

数は10回が最多であった。また、再婚者で別居中の前妻との間に2人の実子がいる者が1名いた。夫の半数はほぼ毎日残業があり、他に自営業者、主夫、鬱病にて休職中が各1名であった。14組の内2組が複合家族、妻は専業主婦2名、正社員・パート勤務者であり医師、看護師、保育士が各1名含まれていた(表1)。インタビュー時間は42分～91分で平均58分であった。

3.2 医療者の支援・社会的支援への思い(表2)

【流死産時の患者・家族の心情に配慮したケアを希望】【胎児への尊厳を保った対応を希望】【医療者各人の誠実な役割遂行を希望】【医療者への妊娠継続のための連携を切望】【不妊症治療の拡充を希望】

【夫も支援の対象者としての位置づけを希望】【ピアサポートのネットワークの構築を希望】【夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない】の8カテゴリーが抽出された。分析結果を表2に示す。各カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、研究参加者の語りをイタリック体、各研究参加者をアルファベットで示す。

3.2.1 【流死産時の患者・家族の心情に配慮したケアを希望】

不妊症の夫は、〈患者の気持ちを配慮していない医師の言動に傷つく〉、〈患者の心情を考えた優しい励ましの言葉かけを希望〉と〈妻の心身両面の痛みへのケアを求める〉という思いを持っていた。

(1) 〈患者の気持ちを配慮していない医師の言動に傷つく〉

不妊症夫婦は流死産がわかりショックを受けている時に、医師の言動が患者の気持ちを考慮していな

いと感じ、そのことでさらに傷つく経験をしていた。(胎児が成長)してない、さらっと言われて、うん、『駄目かもしれませんよ』っていうのをズバッと、言われて、その時に、嫁さんがもう余計ショックを受けて、『あんな言い方ないよな』という感じで。(C)

(2) 〈患者の心情を考えた優しい励ましの言葉かけを希望〉

夫は医師の流死産についての説明時に、夫婦の気持ちを考慮した上での優しい励ましの言葉かけを求めている。その配慮により夫婦は流死産を受け入れ、次の妊娠へと気持ちを切り替えることにつながると考えていた。

一つは、優しい言葉っていうか、人として、こう、与えてあげるだけでも違うのかなと思いますよね。うん、そこをちょっと望むかなという、(中略)うん、なんかそういう一言の重みをもうちょっと大事にしてくれる先生が増えたらなっていうのは、思います、うん。(C)

(3) 〈妻の心身両面の痛みへのケアを求める〉

夫は、妻に流死産兆候である下腹部痛や出血が突然に出現し、緊急に受診した時には痛みを軽減させることを優先するとともに、流死産への不安を強く感じているため気持ちへのケアも求めている。

早く、もう、病院着いたら車椅子乗せて欲しいのにとか、もう、診察よりロキソニンが欲しいとかですわ、その辺をして頂けるとすごい嬉しかったのにみたいな感じではあるんですが、痛みと気持ちのケアですよ。(N)

表2 不育症の夫の医療者の支援・社会的支援への思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
流死産時の患者・家族の心情に配慮したケアを希望	患者の気持ちを配慮していない医師の言動に傷つく	医師のぶっきらぼうな説明
		患者の気持ちを考えてないと感じる説明
		妻が機械的にしゃべる医師を嫌がる
		妻が医師の冷たい態度を嫌がる
		妻が気持ちを配慮しない医師の言葉で傷つく
	患者の心情を考えた優しい励ましの言葉かけを希望	言葉の重みを大事にしてくれる医師が増えることへの希望
		優しい言葉かけてくれるだけでも辛い気持ちが違う
		妻は医師には優しく話して欲しいと希望する
	妻の心身両面の痛みへのケアを求める	病院では痛い時には車いすを準備して欲しい
痛みを止めることを優先して欲しい		
痛みと気持ちへのケアをして欲しい		
胎児への尊厳を保った対応を希望	胎児へのネガティブな表現と対応への傷つき	胎児へのネガティブな表現に傷つく
		誰の超音波写真であっても大切に扱って欲しい思い
		親にとっての胎児超音波写真は新しい命の証
		ごみ箱の中の胎児超音波写真を見る切なさ
		人の形の胎児に出会い胎児への思いが湧く
	夫は胎児が人の形に近づかないと実感が湧かないことへの理解	人の形をしておらず胎児へ感情移入ができない
		胎児心拍による胎児へのリアルな実感
		胎児の実感が湧いた後の流死産の深い悲しみへの理解
	流死産児への弔意を持った対応を希望	心音を聞き、手の形を見て胎児への実感が湧いた後の流産の悲しみの大きさ
		今度こそうまくいくという確信後の最も辛い流産
		胎児への実感を持った後の流産によるより大きな喪失感
		流産児への配慮に欠けた対応に傷つく
		流産児を受け入れ包んでくれる品物の方がありがたい
医療者各人の誠実な役割遂行を希望	医師の不誠実な対応への不満	パソコンだけ見て話す
		始めから全部説明してくれない
		医師からの説明に不信感が湧く
	医師の役割遂行への感謝	時間外も対応してくれ問題はない
		無事に妻の手術をしてもらっただけで満足
		医師はフラットに接してくれてよかった
	医師に絶対的に頼る思い	医師は感情的にならずに淡々と仕事をしていた
		治療を受けられることへの感謝
		医師へのすぎる気持ち
	看護師の妻の心身に配慮したケアへの感謝	医師が中心であり看護者へは期待していない
看護師の退院時間の延長の配慮への感謝		
医療者への妊娠継続のための連携を切望	医師間・医療機関の連携の不備が流死産につながる不安	看護師が妻の話聞いてくれたことへの感謝
		妊娠中に遠方の医療機関への受診は流死産へのリスクが伴い困難なため医療機関の連携を切望する
	妊娠継続への有用な情報を切望する	医師の交代により治療が継続できず流死産への危機感がつのる
		経験者の妊娠継続に役立つ情報が欲しい
		実効性のある治療法の情報が最も精神的安定につながる
不育症治療の拡充を希望	不育症治療の地域間格差の改善	医療機関の格差がある
		格差があるために不要なストレスがある
		もっと早く不育症の診断がされれば今より良い状況になったのではないかという後悔の念
		不育症専門医が少ないので増やしてもらいたい
		県内で不育症の検査ができる施設を望む
	不育症治療への助成金の希望	治療をしてでも子どもを望む人への支援の希望
	受精卵の出生前診断検査への助成金の希望	

(次ページに続く)

(前ページより続く)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
夫も支援の対象者としての位置づけを希望	夫への精神面支援の提示を希望	今にして思う自分への精神面支援の提示を希望
		最初の流産時に妻には心療内科への紹介の提示があったが、自分にはなかった
		男性は相談窓口の対象になっていない
		夫は妻を支えて当たり前という風潮があり自分の辛さを出しにくい
		夫同士が愚痴を言う場が許されるのかという不安
	男性が相談できる場所の設置を希望	妻への対応などの支援方法についての情報を求める
		男性が気軽に相談できる公的機関の窓口の設置を切望
	夫は妻への気遣いからカウンセリングが受けにくい	夫は自分がカウンセリングを受けると妻を傷つけるという危惧がある
	誰の、どんな支援が救いとなるかわからない	妻がカウンセリングを受けてからなら自分も受けられる
		自分にとっての救いとなる支援がわからない
		誰に相談すべきかわからない
		相談できる正しい相手がどこにいるかわからない
ネットワークがなく話す機会がない		
ピアサポートのネットワークの構築を希望	流産経験者と話し気持ちは少しだけ楽になる	周囲の人に相談しても解決は見いだせないが話を聞いてくれる人の存在に癒される
		流産経験者と話して安心感を得る
	同じ不育症の夫と話せる場所を求める	不育症の夫と話して悩みを相談したい
		夫同士で愚痴を言い合いたい
		周りに同じ経験者がいないのではないかと不安
		同じ悩みを持つ人の存在を知ることの安心感
		集まる場所の存在を知ることの意義
夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない	相談して解決できる問題ではない	誰かに悩みを言って解決できる問題ではない
		誰かに相談して励ましを求めてはいない
	自分で解決できる	辛いが時間が解決する
		自分で整理がつけられる
		自分にとって流産のダメージはそこまで大きくない
		妻のことは自分が一番理解している
	経験者と振り返って辛い話をすることは支えにならない	辛い話をして傷をなめ合うネガティブな側面がある
		振り返りたくない話を他人と話すことは支えにはならない
	本当にわからない人からの支援は不要	繰り返す流産の話を理解できる人が身近にいると思えない
		表面的な言葉かけだけの支援は必要ない
経験者でない人からの言葉は支援にならない		

3.2.2 【胎児への尊厳を保った対応を希望】

不育症の夫は「胎児へのネガティブな表現と対応への傷つき」という経験をし、「夫は胎児が人の形に近づかないと実感が湧かないことへの理解」「胎児の実感が湧いた後の流死産の深い悲しみへの理解」を求め、「流死産児への弔意を持った対応を希望」していた。

(1) 「胎児へのネガティブな表現と対応への傷つき」

夫は、妻の妊婦健診に同行した時に、医師が超音波検査時に胎児や胎嚢を「ひしゃげている」などの否定的な言葉で表現することに傷ついていた。また、他の夫婦のものであっても、胎児の超音波写真が足元のごみ箱に捨てられているのを見ると、切ない思いを抱いていた。

そこのゴミ箱に入ってたのは、前の人の（超音波写真）なのか、その前の人の（超音波写真）なのか分からないですけど、という瞬間を見たのはあった、見たことがあったので、ちょっと切ないなという気はしますけどね。(H)

(2) 「夫は胎児が人の形に近づかないと実感が湧かないことへの理解」

夫は流死産時に絨毛膜様の流産児を見せられた時には、胎児への実感が湧かず感情移入が難しかった。しかし、人の形に近づいた流死産児を自分の目で見て、初めて我が子へのイメージが湧き父親として胎児への実感を抱いていた。

人間の形をまだしてなかったの。うん、そこまでこう、感情移入じゃないですけど、できなかつ

たんですよ。できなかったというか、ならなかった。(H)

一応、形にはなっていたので、その時はやっぱり、表情はないですけど、多少はやっぱりものにはなってますから。まあ、若干、かわいそうになんというのはあるんです。(J)

(3) <胎児の実感が湧いた後の流死産の深い悲しみへの理解>

夫は繰り返す流死産経験から、次の妊娠も流死産への不安が大きく胎児のことを考えられない時期があるが、その後妊娠経過が進み徐々に胎児への思いを抱き始める。胎児の心拍や姿を超音波画像で確認し、胎児を実感した後に流死産すると、週数が早い時期の流死産よりも悲しみをより強く感じていた。

手の形が見えたりとか、そういったところもあったので、絶対うまくいくというふうに思ってて、うん、すごくこの時は悲しかったです。(M)

(4) <流死産児への弔意を持った対応を希望>

流死産児に元気に出生した新生児用の物を代用して使うのではなく、流死産児のための棺や、洋服などの物品の準備を希望していた。流死産から時間が経過していてもその時の対応は悲しい記憶として残っており、忘れられない出来事になっていた。

本当は元気な赤ちゃんが授かった時に、なんかもうような袋だったのかなあ、なんかちょっとシールだったか、札だったか忘れちゃったけど、ああいうのが付いてた時に、ちょっと悲しくなりましたけど。(中略)例えば出てきた赤ちゃんを、包んでくれるような袋、用意してくれたりとか、そっちのほうが嬉しかったです。(M)

3.2.3 【医療者各人の誠実な役割遂行を希望】

不育症の夫は繰り返す流死産時に<医師の不誠実な対応への不満>をもってはいるが、<医師の役割遂行への感謝>の気持ちももち、専門的不育症治療を受け<医師に絶対的に頼る思い>を抱き、<看護師の妻の心身に配慮したケアへの感謝>をもっていた。

(1) <医師の不誠実な対応への不満>

不育症の検査は複雑で多種類にわたり理解しにくく、検査結果や治療内容について何度でもわかりやすい丁寧な説明を希望していた。さらに、流死産を繰り返す経験している夫は、次回の妊娠中も継続的に不安を抱えており、その不安を受け止めた対応を求めている。

パソコンだけ見てから、ちゃんと、一から説明してくれなかった先生がいたり、前回と話が全然違うが、ということもあった、うん。(K)

(2) <医師の役割遂行への感謝>

夫は妻の流死産手術が終了しなければ次の妊娠に進めないため、医師が安全に無事に手術を実施してくれることに感謝の気持ちを抱いていた。

ちゃんときっちり流産の手術をしてもらって、妻がちゃんと無事であること。だって、手術しないと次へ進めないの、ちゃんとやって頂いたってだけで、全然満足です。(B)

(3) <医師に絶対的に頼る思い>

流死産を繰り返す経験する夫は、医師の言動に傷つく経験をして、気持ちを切り替え、医師を絶対的に信頼し、すぎる気持ちを抱いていた。一方で、看護者を支援者として認識していない夫がいた。

まあ、でも、ま、その、(沈黙3秒)悪気があって言っているとは思わないんで、あまり気にはしないようにはしてますけども、うん。まあ、でも、よくして頂いているというか、逆にもう、すぎる気持ちしかないですね。(M)

(4) <看護師の妻の心身に配慮したケアへの感謝>

夫は看護師が流死産手術後に妻の体調を考慮して退院時間を延長したこと、妻の辛い話を時間を取って聴いたことなど、看護師としての日常的な当たり前のケアにさえ感謝の気持ちを抱いていた。

流死産したとき4回、(妻が看護師に)ああいう愚痴とか話を聞いて頂いて、(中略)会話して、そういった、まあ重たい話を、まあ、聞いて頂いて、そういうのはすごく嬉しかったです。(J)

3.2.4 【医療者への妊娠継続のための連携を切望】

不育症の夫は<医師間・医療機関の連携の不備が流死産につながる不安><妊娠継続への有用な情報を切望する>という、妻の妊娠が継続できるように医療者、医療機関に各々の力を尽くして欲しいという強い思いがあった。

(1) <医師間・医療機関の連携の不備が流死産につながる不安>

夫は不育症専門医が少なく医師が交代した時に連携されておらず、情報が正しく伝わっていなかった状況を経験し、医師間の連携を求めている。また、専門医が近隣におらず妊娠中の遠距離の通院が大きな負担となる為、近くの医療機関での受診が可能となるような緊密な連携を求めている。

妊娠してから特にね、妊娠する前やったら自分らも動けるんですけど、妊娠してからね、長距離でこっちまで来てと行って、なかなか、それで、また流死産したら困るんで、(中略)意見、連絡して頂いて、その時には、多分(連絡)して頂くような形さえして頂いて、それ以上は言うことないんで。(K)

(2) <妊娠継続への有用な情報を切望する>

不妊症の夫は、同じ経験者の成功体験を聞くことや、医師からの妊娠継続に有効な治療法に関する情報を望んでいた。

あまり、精神的なところは、そんなに気にしてないというか、一番精神的にたぶん安心するのは、実効性のある、何か次の糸口が見つかること。(M)

3.2.5 【不妊症治療の拡充を希望】

<不妊症治療の地域間格差の改善>と<不妊症治療への助成金の希望>が語られた。

(1) <不妊症治療の地域間格差の改善>

居住している地域の医療機関に不妊症専門医がない、検査ができる医療機関がないなどの地域間格差が存在した。そのため不妊症治療にたどり着くまでに長い時間を要する人達がいた。さらに、治療のために遠距離の通院を余儀なくされ、経済的負担や仕事を休むなど種々のストレスがあった。

(地域の)格差がなければ、それは、まあ、その土地、土地のカラーではあるとは思いますが。そういうった(高速を使用しての通院など)不要なストレスっていうのもなくなるのかなと思いますし。

もし、早い段階で分かっていたら、何とかできるかもしれないしという気持ちはありますね。(B)

(2) <不妊症治療への助成金の希望>

現状では不妊症治療の助成金は不妊症治療の助成金制度と比較し、ごく一部の自治体に限られている。流死産を回避するための受精卵の着床前診断検査も含め、子どもを望み長期間にわたり治療を行っている夫婦への公的な経済的支援を希望していた。

こういうふうには治療をする、(治療を)してでも子どもを欲しいっていう人がいるにもかかわらず、そこはなぜ支援されないのかっていうところは特に思います。(H)

3.2.6 【夫も支援の対象者としての位置づけを希望】

不妊症の夫は、<夫への精神面支援の提示を希望><男性が相談できる場所の設置を希望>しているが、合わせて<夫は妻への気遣いからカウンセリングが受けにくい><誰の、どんな支援が救いとなるのかわからない>という思いを抱えていた。

(1) <夫への精神面支援の提示を希望>

夫は初回流産時に、医師が妻に心療内科を紹介することは大きな対応だという認識であったが、その後3回も流死産を繰り返す、今となっては自分にも同様の声掛けがあってもよかったと考えていた。

夫は相談窓口に行きたいと思うが、男性である自分は支援の対象者として捉えられていないと考えてい

た。また、夫は大変な状況の妻を支えるのは当たり前という社会的風潮を意識して、夫としての役割を果たすように振る舞っていた。

まあ、妻のほうには、心療内科とか、随分大きくなってその時、当時は思ったんですが、心療内科の紹介とか、いくらでも紹介状書くよっていう話をしておられて。正直当時は、随分、大きすぎたと思ったんです、心療内科。でも、まあ、今、こう、3回も続くと、そういう一言は、私のほうにあっても、よかったかな。(F)

(2) <男性が相談できる場所の設置を希望>

流死産時の医療施設に相談窓口が設置されていても、女性または夫婦対象であることが多い。夫は妻には知られずに、自分自身の抱える思いや、妻への接し方について、相談できる場所の設置を希望していた。

男性にも、ケアセンターじゃないけど、そういうのが、あってもいいかなと思う。(中略)国なり、県なりが、機関を作っていて、各病院に周知して、そこを見た男性が、流死産なり、高齢出産とかでのフォローとか、奥さんのフォローとかってなった時に、気軽に相談できる窓口があったら、どんなにいい、いいことかって、やっぱ、思いますね。(D)

(3) <夫は妻への気遣いからカウンセリングが受けにくい>

夫は、妻の気持ちを受け止めようと努め、精神的負担が大きくなり、抱える思いを誰かに聞いて欲しいと思う。しかし、自分が相談窓口に行きカウンセリングを受けることが、妻を傷つけることになることと危惧していた。自分がカウンセリングを受けるのは妻が受けた後であるという考えであった。

たぶん(男は)範疇にないんじゃないかと思えますし、ただ、まあ、妻が、僕がそういうの(カウンセリング)を受けてるのを、見られるとちょっと、まあ、傷ついてもいいかな。まあ、受けるんやったら、妻が受けてから(笑)、やったほうがえんかな。(J)

(4) <誰の、どんな支援が救いとなるのかわからない>

夫は繰り返す流死産後の悲嘆の時期に、自分にとってどのような支援が有効であるかわからない状況であった。話を聞いてもらうのか、気持ちを発散できる何かに打ち込むのか、どのような対処法が効果的か夫自身がわからないという状況であった。また、繰り返す流死産は夫婦二人のプライベートな問題であり、誰とでも話せる内容ではなく、正しい相談相手が誰なのか、そのような人がどこにいるのか情報が無いという状況であった。

どういう支援を求めればいいのかを自分自身が分かっていない(中略)何が救いになるのか、分からない。(中略)話してみても、気が楽になる、救いになるかどうかというのも分からない。えー、その、分からないことに対する足を1歩踏み出すということが、今は少し躊躇してしまうところですかね。(F)

3.2.7 【ピアサポートのネットワークの構築を希望】

夫は「流死産経験者と話し気持ちが少しだけ楽になる」経験をしていたが、それよりも「同じ不育症の夫と話せる場所を求める」という思いが強かった。

(1) 「流死産経験者と話し気持ちが少しだけ楽になる」

夫は流死産経験のある女性と話しても解決策は見出せないことはわかっているが、話すことにより気持ちが少しは楽になる経験をしていた。

相談したと言っても、それは分からないねと言って、まあ、次頑張りたいやみたいな、そっちしかないと思うのですが、一応、まあ、相談する人もというかね、話して、聞いてくれる人もおる、多少なりとも楽かなとは思う。(D)

(2) 「同じ不育症の夫と話せる場所を求める」

夫は繰り返す流死産経験をしているのが自分一人ではなく、同じ経験をしている不育症の人がいること、集まって話せる場所が存在することを知ること、不安が軽減されると考えていた。今後、自分自身が必要になった時に相談できる場所があるというのは心の支えになるという思いであった。

少なくとも、うん、行かなくても、同じ悩みを持っている人がどこかにはいると、少なくとも、そこにいるってことまで分かっているのと、誰も経験者が周りにいないんじゃないかっていう不安感持っているのとでは、随分、差がありますね。(F)

3.2.8 【夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない】

研究参加者のうち、数人は繰り返す流死産は「相談して解決できる問題ではない」と考えていた。また、妻の健康が最優先であり、高年齢で妊娠したことによる妻の身体へのリスクの方が心配だった夫は、流死産による落ち込みは少なく「自分で解決できる」と思っていた。一方、10回の流死産経験者は「経験者と振り返って辛い話をすることは支えにならない」「本当にわからない人からの支援は不要」という思いであった。

(1) 「相談して解決できる問題ではない」

自分自身の問題であり、また、夫婦二人のプライベートな問題で、夫婦で解決していくべきであり、

誰かに相談して解決できる内容ではないと考え、精神面支援を求めていなかった。

相談してそれが解決になるとは思わない、知らない者同士が相談して、癒しというか励まして欲しいわけではないし、嫁さんとまた話をするのは別で、誰かにこう励まして欲しいというのは別々です。(A)

(2) 「自分で解決できる」

妻の健康が最優先であり、妊娠・出産により高齢の妻の健康が脅かされることを危惧していた夫は、胎児は二の次と考えており、自身の流死産による落ち込みは少なく自分で解決できると考えていた。

はい。実際、僕自身も、僕自身の中でちゃんと整理つけれますし、気持ちも別に(笑いながら)鬱になったりしないし、はい。(H)

(3) 「経験者と振り返って辛い話をすることは支えにならない」

10回の流死産経験者は、自分でも振り返りたくない辛い話をするには、経験者同士であっても支えにならないという思いであった。さらに、妻への支援について、経験者からの支援策の提示であっても、妻のことは自分が最も理解しているので、自分が考える支援が妻には適していると考えていた。

つらい話をお互い傷をなめ合うみたいなつらい経験をしなくちゃいけないっていう、そういうネガティブな領域があって、どちらかというところ、その、ネガティブなところしか、あまりイメージできないというか、そういう気持ちですね。(L)

(4) 「本当にわからない人からの支援は不要」

10回の流死産経験のある夫は、その経験が理解できる人は周囲にいないと考え、本当に理解できない人からの支援は必要ないという思いであった。

何かしら、本当の意味で支えてくれるんだっただいいんですけど、ま、表面的な、なんか、声だけかけてくれるぐらいやったら、別にいらないと思うんで。そんなにあまり期待してないんかもかもしれませんけど。(L)

4. 考察

4.1 夫が我が子と出会い別れることを支える

現在は、妊娠反応検査で非常に早期から妊娠が判明する。そして超音波検査技術の進歩により妻は妊娠早期から胎児を視覚的に確認でき胎児と出会い「絆」ができる⁷⁾と言われている。しかし、夫が妻と同程度に胎児への実感を抱くことは難しい。夫は、妻を介して子どもからのサインを感じ取り、様々な新しい気づきから自分が親になることを空想する⁸⁾とされている。今回明らかになったように、夫は妊

娠週数が進み胎児の心拍や手の形を超音波画像で確認し、生きている我が子を実感し父親の自覚を持つ。胎児を実感した後の流死産は、それよりも早い週数の流死産と比較し深い悲しみを経験していた。これは、夫が父親として我が子と出会い、そして、別れるという経験をしていると考えられる。周産期の喪失のケアとして、出会いを実感できた上で、しっかりと別れを交わすことが必要であり、別れを交わすことができた時、悲しみを生きる力へと変容させることができる⁴⁾(p.8-36)とされている。夫が我が子を実感する前に、流死産により子どもと別れることは、出会うことなく別れることになり十分な悲嘆過程をたどりにくい。夫が妻と同様に悲嘆過程をたどることは、流死産した子どもを夫婦の中に内在させてその後の生活を共にする上で重要な体験となる。

医療者は夫に胎児への実感が持てるように妊婦健診への同行や、超音波検査での胎児画像の説明、胎児心拍音の聴取などを通して肯定的に働きかけることが望ましい。また、流死産時にたとえ「胎児」と認識できない流死産児の状態であったとしても尊厳をもって接し、妊娠週数に応じた説明を両親に行い確認してもらうことが重要である。流死産児のための衣服や棺などの準備は出会いと別れを支えることにつながる。

4.2 夫の思いから明らかになった支援へのニーズ

流死産の喪失の経験をし、未解決のままにその後の妊娠・出産・育児に取り組んだ場合は、次子の精神発達に影響を及ぼすことがある⁹⁾とされている。本来は、夫婦で流死産により亡くなった子どものことを語り気持ちを共有する機会が必要である。しかし、現実には夫は流死産直後では、妻を支えることに集中しており自分の感情と向き合う段階に至っていない⁵⁾ことが明らかになっている。

今回の研究で明らかになったように、夫は、時間が経過し自分の気持ちに向き合おうとした時に、医療機関に相談窓口はあっても、女性が対象であり男性は対象となっていないのではと考え躊躇する。同時に、夫がカウンセリングの希望を持って、妻への気遣いからカウンセリングを受けにくい状況がある。また、流死産時に夫が妻を支えて当たり前という風潮の中で、夫は妻の支援者として位置付けられている感覚を味わっている。さらに、夫は、妻には精神面での支援が提示されたが自分には提示されなかった経験から、精神面支援の対象者として捉えられていないことを知る。そのため、夫は周囲に支援を求められなくなり、辛さを隠して社会的に求められる夫像を果たそうとする。先行研究に示された死

産・新生児死亡で子どもを亡くした父親と同様の部分があった¹⁰⁾。そのことは夫の悲嘆感情の存在が医療者を含め妻や周囲の人にも認識されず、一層夫の悲嘆が表出できない状況を形成することにつながる。

流死産での妻の入院期間は短いため、看護者が夫と接する機会は少なく、それに伴い信頼関係を構築する時間は十分ではない。しかしながら、看護者が夫も精神面支援の対象者と捉え、流死産時に必要な事務的手続きの説明を行なう時に、夫の精神面を考慮して、感情表出を促すような言葉かけを行うことは可能である。それにより、夫が自分の感情を表出してもよいことに気づくことにつながる。看護者は言葉にしにくい夫の気持ちを表出できる時間や環境を整えること、夫婦間では夫の思いを代弁し、橋渡しを行う存在としての役割が望まれる。医療者は妻だけではなく夫も精神面支援の対象者であるという認識をもち、夫への具体的支援方法を妻の入院中から退院後も含めて継続的に長期的な視点をもち働きかける必要がある。夫が受け入れ易い電話・メール相談等をはじめ面談も可能なことを医療者が提示することにより、必要時に頼れる場所があることを知り夫の安心感につながる。

英国全土に及ぶ赤ちゃんを亡くした両親の自助グループである SANDS (the UK Stillbirth and Neonatal Death Society) のガイドラインでは、入院中だけでなく、退院後の家庭でのケアとして赤ちゃんを亡くした直後から数年に渡り、両親に实际的な助けと助言が必要として専門家が経過時期に合わせて必要な援助を具体的に示している¹¹⁾。英国では、周産期の死における精神面でのケアの対象者は父親母親の区別はなくカップルとしての両親が考えられている。本研究の【夫も支援の対象者としての位置づけを希望】という思いから、夫への支援のニーズと、流死産直後のみならずその後の悲嘆過程での支援へのニーズが明らかになった。我が国においても両親を中心として捉えて長期的な視野で考慮し専門職が支援を実施することが求められている。

一方で、《相談して解決できる問題ではない》《自分で解決できる》という思いが明らかになった。本研究の対象者のほとんどが30~40歳代であり職場の中で部下をもつ立場に置かれ、また、同僚との競争的環境があると推測される。このような中で流死産という夫婦のプライベートな問題を相談できる人間関係は少ない可能性がある。そのため、夫にとっては自分達夫婦の問題であり、自分で解決できると考えざるを得ない状況に置かれると推察される。

不育症夫婦によるストレスへの対処方法の違いとして、妻は家族や友人に話すことであるが、夫は他

のことに没頭する傾向が認められているため、医療者には男女におけるストレス対処法の違いを夫婦が互いに理解し、話す機会を作る必要性が明らかにされている¹²⁾。

相談やピアサポートに対して不要またはネガティブな思い【夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない】を持つ夫には、流死産を繰り返す不育症を本当に理解してくれるならば支援を求めたいという思いが背後にあるのではないかと考えられる。表面的に支援への希望を表出しない夫でも、そのニーズがないとは判断できない。このことより医療者は夫に精神面支援の提供の準備があることを伝え、悲嘆過程で正常経過から逸脱の兆候を見逃さないために継続的に慎重に見守る必要がある。

4.3 不育症治療の拡充とネットワークの構築

本研究の参加者からは、不育症治療の地域間格差の是正と治療の拡充を求める声が多数聞かれた。さらに、夫には自分一人では抱えきれない様々な感情があり相談できる場所の存在が心の支えになる為、ネットワークの構築によるピアサポートの体制を求めていることが明らかになった。現在一部の施設で実施されている、夫婦単位で参加する不育症学級は、不育症に対する知識の普及とよりよいメンタルヘルスのために行われている。丸山の調査によれば、参加女性の悲嘆、抑うつ、不安の精神面のスコアの改善とともに、男性の不安スコアも有意に低下した¹³⁾。参加者からは「同じ悩みを持つ人の話が聞けてよかった」「悲しむ妻とどう接していいかわからなかったので聞けてよかった」の意見が出ている¹³⁾。

不育症学級は夫同士が交流するきっかけができ、夫のピアサポートのネットワークの構築につながる。夫が自分一人だけでなく同じ経験者を知ることができ、自身の抑圧してきた感情を表出できる居場所となれば、夫の精神面の負担は軽減される。夫が十分な悲嘆過程をたどることは妻と気持ちを共有でき、夫が支えるだけでなく、夫婦がともに支え合う関係につながる。今後、不育症学級開催への取り組みを拡げていくことが求められる。

不育症助成金制度は不妊症助成金制度と比較すると、依然として一部の限られた自治体にとどまっている。不育症は流死産を繰り返すために生児を得るまでに時間を要し、女性は年齢を重ねることになる。

女性の高年齢化による妊孕率の低下、流産率・染色体異常の発生率の上昇のため、できるだけ早く適切な時期に不育症の検査・治療にたどり着くことが必要である。公的支援を拡充することは、医療従事者と生殖年齢にある人達へ不育症の疾患への理解を促し、知識を拡げることに繋がる。

さらに、不育症の厚生労働研究班が発表したホームページ、「厚労研究班の研究成果を基にした不育症管理に関する提言」(2011)¹⁴⁾、「反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)の相談対応マニュアル」(2012)¹⁴⁾、不育症カップルへの精神的支援(優しさに包まれるような精神的ケア:Tender Loving Care)の実践の手引き¹⁴⁾(DVD)の周知と活用が望まれる。

4.4 研究の限界

本研究の限界として、対象者は不育症夫婦の中でも専門の治療機関を受診し、研究に参加する協力的で夫婦関係が比較的良好な夫が対象となっている可能性がある。

5. 結論

不育症夫婦の夫の医療者の支援・社会的支援への思いは、【流死産時の患者・家族の心情に配慮したケアを希望】【胎児への尊厳を保った対応を希望】【医療者各人の誠実な役割遂行を希望】【医療者への妊娠継続のための連携を切望】【不育症治療の拡充を希望】【夫も支援の対象者としての位置づけを希望】【ピアサポートのネットワークの構築を希望】【夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならない】の8カテゴリーが明らかになった。夫が妊娠中から胎児と出会い、流死産時に別れることを支える支援が重要である。不育症夫婦の夫の多くは精神面支援への希望をもっており、医療者は夫に支援内容を具体的に提示することが必要である。さらに、不育症治療とケアの拡充、ピアサポートのネットワーク構築が求められる。一方で、不育症は夫婦の問題であり本当にわからない人は支えにならないと、相談やピアサポートを望まない夫の存在が明らかになった。医療者は表面的な支援への希望のみで判断せず、精神面支援の提示を行い、継続的に慎重に見守る必要がある。

謝 辞

本研究へのご理解とご協力を頂いた研究参加者の皆様、研究施設の関係者の皆さまに深謝いたします。本研究は平成27年度川崎医療福祉研究費の助成を受けたものである。内容の一部を第33回日本助産学会学術集会において発表した。本論文内容に関連する利益相反事項はない。

文 献

- 1) 日本産科婦人科学会編：産科婦人科用語集・用語解説集. 改訂版第3版, 公益法人日本産科婦人科学会, 東京, 2013.
- 2) 星野浩一：セルフヘルプグループでの父親たちの声. 助産雑誌, **69**(3), 212-213, 2015.
- 3) 井端美奈子, 渡邊美千代：父親(夫)の流死産体験. 日本看護学会論文集, 第33回母性看護, 64-66, 2002.
- 4) 竹内正人：赤ちゃんの死を前にして一流産・死産・新生児死亡へのかかわりを通して一. 中央法規出版, 東京, 2004.
- 5) 秦久美子, 太平光子, 中塚幹也：不育症における流死産時の夫の経験と思い. 日本不妊カウンセリング学会誌, **16**(1), 73-74, 2017.
- 6) 萱間真美：質的研究実践ノート—研究プロセスを進める clue とポイント—. 医学書院, 東京, 2007.
- 7) 片岡久美恵, 中塚幹也, 合田典子：流死産で大切な子どもを亡くした人へのケア. 高橋聡美編著, グリーフケア—死別による悲嘆の援助—, メジカルフレンド社, 東京, 129-139, 2012.
- 8) 松田佳子：『親になる移行期の父親らしさ』尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, **38**, 9-17, 2018.
- 9) 山崎あけみ：ペリネイタルロスと夫婦関係. 宇都宮博, 神谷哲司編, 夫と妻の生涯発達心理学, 福村出版, 東京, 117-128, 2016.
- 10) 今村美代子：死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り. 日本助産学会誌, **26**(1), 49-60, 2012.
- 11) 竹内徹訳：周産期の死—一流産・死産・新生児死亡 死別された両親へのケア—. メディカ出版, 大阪, 1993.
- 12) 中塚幹也：不育症への精神面支援6—不育症の夫のストレスと支援—. 臨床助産ケア—スキルの強化—, **6**(5), 84-87, 2014.
- 13) 丸山哲夫：分担課題不育症夫婦のストレスとメンタルヘルスについての臨床研究.
http://fuiku.jp/report/data_2022/2022_15.pdf, 2010. (2019.2.8確認)
- 14) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託事業：不育症研究—不育症治療に関する再評価と新たな治療法の開発に関する研究—.
<http://fuiku.jp/>, 2010. (2019.2.8確認)

(令和元年7月4日受理)

Thoughts of Husbands in Couples with Recurrent Miscarriage on the Support from Medical Staff and Social Support at the Time of Miscarriage and Stillbirth

Kumiko HADA, Mitsuko OHIRA and Mikiya NAKATSUKA

(Accepted Jul. 4, 2019)

Key words : recurrent pregnancy loss, husbands, medical support, social support, miscarriage and stillbirth

Abstract

The aim of this study was to reveal thoughts about the support from medical staff and social support for husbands in couples with recurrent miscarriage during the miscarriage and stillbirth. Semi-structured interviews were conducted based on an interview guide with 14 husbands presently undergoing examination with their wives at a clinic specializing in recurrent miscarriage in City A. The data were qualitatively and descriptively analyzed. The analysis resulted in the extraction of eight categories: “desire for care that considers the feelings of the patient and family at miscarriage”, “desire for treatment that maintains the dignity of the fetus”, “desire for sincere execution of roles by individual medical staff members”, “an eager hope for doctor’s efforts to continue pregnancy”, “desire for expansion of recurrent miscarriage treatment”, “desire for husbands to also be seen as eligible for support”, “desire for the creation of a peer support network”, and “it is a personal problem and support from those who do not truly understand it is not beneficial”. Husbands have genuine feelings toward the fetus and perceive themselves as fathers even before the child is born. They need to be involved during pregnancy and to be supported during miscarriages or stillbirths. Most of the husbands in couples with recurrent miscarriage desire psychiatric support, and it is essential for medical staff provide this support. Finally, husbands seek the continued care and treatment for recurrent miscarriage and the establishment of peer support networks.

Correspondence to : Kumiko HADA

Department of Nursing

School of Nursing

Himeji University

Himeji, 671-0101, Japan

E-mail : kumiko_hada@koutoku.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.29, No.1, 2019 63 – 74)