

短報

語ることもたらされること —周産期喪失後のグリーフ・カウンセリング—

石井 慶子^{1) 3)} 堀内 成子^{2) 6)} 堀内ギルバート祥子^{1) 4) 5)} 蛭田 明子²⁾

Power of Narrative —Grief Counseling after Perinatal Loss—

Keiko ISHII, MA, CSW, PSW^{1) 3)} Shigeko HORIUCHI, PhD, RN, CMN^{2) 6)}
Shoko Gilbert HORIUCHI, MS, MA^{1) 4) 5)} Akiko HIRUTA, PhD, RN, CMN²⁾

[Abstract]

Grief counseling by St. Luke's Perinatal Loss Group provides counseling services for individuals, couples, and families who experienced perinatal loss, as well as for healthcare providers who treat those patients. Between 2009 and 2015, 131 counseling sessions were held and a total of 150 individuals received the services. Types of presented losses include miscarriage, stillbirth, neonatal death, infant death, and accidental death of a baby. The vast majority of clients learned about the service through internet, but there was an increasing number of people who were referred by medical providers. In sessions, clients discussed various challenges that they faced after the loss, including but not limited to communication difficulties between couples, interpersonal problems, job-related stress, and concerns about future pregnancy. Over the seven years since the services started, there was a decrease in the number of complaints against medical settings or the provided care. Counselors assisted clients to process their experiences and provided case-by-case client-centered treatment. Most clients were single time users, but some clients utilized the services multiple times or returned as anniversaries of the loss approached. The average score of users' satisfaction was 9.5 out of 10.

[Key words] perinatal loss, grief, counseling

[要旨]

「天使の保護者ルカの会 グリーフ・カウンセリング」は、周産期喪失体験者とその現場に携わる医療職の悲嘆心理支援を目的とする事業である。2009～2015年に、131回実施し、延べ150人が利用した。利用者の死別喪失には、流産・死産・新生児死・乳児死のほか、事故死などもふくまれる。利用に至る経緯は、インターネット検索によるものが最も多かったが、医療従事者からの紹介が増えてきた。相談者は、児の喪失によって発生した様々な困難について語っていた。7年の間に、医療機関への怒りや不満の声は、減少した。その他の環境面では、夫婦のコミュニケーション、対人関係（職場復帰、隣人との付き合い）な

-
- 1) 聖路加国際大学研究センター PCC 実践開発研究部客員研究員・St. Luke's College of Nursing, Research Center PCC Research Department
 - 2) 聖路加国際大学看護学部母性看護・助産学・St. Luke's International University, Maternal Infant Nursing and Midwifery
 - 3) ART 岡本ウーマンズクリニック・ART Okamoto Women's Clinic
 - 4) 米国カリフォルニア、パロアルト大学院博士課程・Palo Alto University, Pacific Graduate School of Psychology, Psychology Doctoral
 - 5) カイザーパーマネンテフレズノ病院精神科・Kaiser Permanente Fresno Psychology Department
 - 6) 聖路加産科クリニック・St. Luke's Birth Clinic

受付 2016年10月28日 受理 2016年11月25日

どに苦痛を感じていた。また、次の妊娠に関する不安も多く語られていた。カウンセリングでは、これらの困難に丁寧に対応していく。1回の利用が大多数であるが、期間を置いて数回来談する例や、年に一度の命日近くに来談するという例もあった。利用者の全体満足度（VAS10）は、9.5であった。

〔キーワード〕 周産期喪失、悲嘆、カウンセリング

I. はじめに

2004年より、聖路加国際大学 PCC 研究センターにおいて、「天使の保護者ルカの会」というサポート・自助グループを開催してきた。このグループで対象としてきたのは、流産・死産・新生児死などで、子どもを亡くす体験をした父親や母親たちである。この活動で個人面談による支援の要望を得たため、著者らは、2009年からは、周産期の喪失と悲嘆を対象とする「グリーフ・カウンセリング」という個人面接による支援を開始し、現在に至っている。本稿では、2015年までの7年間の実践について報告する。

II. グリーフ・カウンセリング実施概要

1. 実施の枠組み

開催枠：毎週水曜日、10：00～17：00

1回 50分（カップルの場合、80分程度）

方 法：個人面接カウンセリング（有料）

対 象：①流産・死産・新生児死などで子どもを亡くした母親と父親（個人または、カップル）

②周産期喪失にかかわる医療従事者

担当者：臨床心理士、社会福祉士（生殖心理カウンセラー）、助産師

会 場：聖路加国際大学内ミーティングルーム・会議室

予 約：予約専用メールアドレスへの申し込み

配 慮：相談者や相談内容等の個人のプライバシーへの十分な配慮と情報管理の下に実施

医療連携：2014年から、聖路加国際病院精神科との連携を開始

環境の配慮：環境面では、学生等が入り出る施設内の一般会議室で行うため、外から相談状況が見えにくくするなど、プライバシーの保護に努めている。

2. 特 徴

この事業は、周産期喪失の悲嘆を対象としたカウンセリングを明示している。看護師・助産師を養成する大学において、患者の退院後心理的支援を実施している施設はあまりみられない。後述するように、グリーフケアの専門性を求めて、遠隔地からの来談者がいる。

この事業の端緒となったのは、「天使の保護者ルカの会」のグループ支援¹⁾である。この会との連携では、例えばグループ参加者には、カウンセリング環境（カウンセラーや室内環境等）を想像できるため、相談制度利用時の抵抗感を低くしている可能性がある。また、料金が一般的なカウンセリングより低額に抑えられており、相談者にとって比較的に利用されやすい環境といえる。

3. 実施状況

1) 実施データ 利用者推移

2009年4月から2015年3月の利用状況を表1から表3に示す。7年間に累計150名131回の面接カウンセリングを実施した。その内訳は、初回面接が104回、2回目以降の再来面接は27回である。年間実施回数は、初年度は7回であったが、2015年度には、39回まで増加した。

利用者総数（累計）150名の内訳は、個人（累計）112名、カップル19組である。個人では、女性による利用が多く、106名であり、男性（父親）のみの利用は6名であった。このほか、個人とカップルの両方の面接を希望するケースがあった。

利用者は、関東圏在住者が多いが、関西や欧米在住者が一時帰国者した際に利用するケースもあった。利用者の平均年齢は35.6歳である。

死別体験の内容をまとめたのが、表4である。単一体験では、死産の相談が最も多い。次いで、新生児死・乳児死亡の体験である。ここでの複合喪失とは、複数回の流産や死産、死産と事故死、流産と新生児死、死産と離婚など「児の死」を含む複数回にわたる喪失体験である。周産期に関連する喪失体験の多様さを表している。人工死産に関連する相談では、すべてのケースで胎児の病気もしくは異常が指摘されていた。妊娠を継続しても、児の生存の可能性が低いとの診断を受けたケースが多かった。

2) 相談受付票（主訴の確認）

初回面接は、相談受付票に相談者が記入するところから始まる。半年以上経過した相談では、再度相談票を記入していただく。この相談受付票には、相談者の氏名や連絡先やこの相談室を知った経緯の他に、相談したい内容を項目で選択する欄とその具体的な内容を記入できる欄を設けている。

相談項目は、「お子様を亡くされた体験やお気持ちにつ

表1 来談者数と相談回数

	来談者数	相談回数	初回件数	再来回数
2009	7	7	7	0
2010	16	13	13	0
2011	11	10	8	2
2012	17	17	10	7
2013	26	21	18	3
2014	25	24	17	7
2015	48	39	31	8
合計	150	131	104	27

表2 再来内訳

	2回目	3回目	4回目
2009	0	0	0
2010	0	0	0
2011	2	0	0
2012	4	3	0
2013	2	0	1
2014	5	1	1
2015	7	1	0
合計	20	5	2

表3 来談者男女別内訳

	女性	男性	カップル	個人女性	個人男性
2009	7	0	0	7	0
2010	11	5	3	8	2
2011	10	1	1	9	0
2012	17	0	0	17	0
2013	20	6	5	15	1
2014	22	3	1	21	2
2015	38	10	9	29	1
合計	125	25	19	106	6

表4 体験別内訳

	流産	死産	新生児 乳児死	人工 死産	複合 喪失	合計
2009	3	1	2	1	0	7
2010	0	6	2	5	0	13
2011	2	1	4	1	2	10
2012	2	4	7	2	2	17
2013	5	3	6	4	3	21
2014	3	10	5	0	6	24
2015	3	24	6	2	4	39
合計	18	49	32	15	17	131

表5 相談受付票 (主訴) (複数回答)

	喪失体験 の気持ち	夫婦 関係	家族 関係	対人 関係	仕事 について	心理的 症状	身体的 症状
2009	6	3	4	1	0	2	2
2010	7	6	4	3	2	6	2
2011	6	2	1	3	2	4	1
2012	8	3	4	6	4	4	2
2013	15	4	8	3	1	10	2
2014	13	16	4	11	7	16	6
2015	23	6	12	10	13	18	9
合計	78	40	37	37	29	60	24

表6 相談室を知った経緯

	パンフ レット	ホーム ページ	ルカ の会	掲示板	ブログ	新聞	知人 紹介
2009	1	4	2	0	0	0	1
2010	0	7	4	0	0	0	3
2011	0	6	2	1	0	0	0
2012	0	4	3	0	0	0	2
2013	0	13	1	0	0	0	3
2014	1	15	1	0	1	0	3
2015	3	15	6	0	1	0	10
合計	5	64	19	1	2	0	22

いて」「夫婦関係」「家族関係(母親・父親・義母・義父・子ども・親族)」「対人関係(友人・知人・職場・学校)」「仕事について」「心理的症状」「身体的症状」の7項目である。利用者(来談者)の多くが、複数の項目を選択している。利用者の選択内容を集計し、まとめたものが表5である。児の喪失の体験や感情などの気持ちの相談が非常に多く、次いで心理的症状、夫婦関係や家族関係が選択されていた。この相談受付票に記載されるのは、面接開始の時点で本人に自覚されている困難さである。面接の過程では、当初は選択されなかった内容・抱える困難も現れてくる。

3) 相談室を知った経緯

表6は、相談室を知った経緯の集計結果である。イン

ターネットで検索し、事業を紹介するホームページやブログ経由での申し込みという例が多かった

相談に至る経緯として次に多いのが、「他者からの紹介」である。2012年ごろまでは、「過去にカウンセリングを利用した知人から勧められたので」というケースが主であった。しかし、2014年以降、医療関係者や自治体の援助職からの紹介によるケースも増えている。研究センターからは、毎年、出産数の多い病院や、関東圏の保健所宛にパンフレットが送付されており、これらが紙媒体として利用されていることが考えられる。また、ルカの会スタッフらの講演活動や著作により^{2) 3)}、医療者に事業の存在が知られるようになったことも、この増加の背景として考えられる。

喪失から経過した時間（初回面接時点）は、多様である。近年は、1 - 2カ月後に来談するケースが増えている。

Ⅲ. 相談の内容 患者の困難と対応

1. 具体的な相談内容

カウンセリングの個別内容は非公開が原則のため、相談内容を具体的に示すことはできないが、周産期喪失のグリーフ・カウンセリングの相談の傾向として、事例に散見することを以下に紹介する。

1) 悲嘆反応

このカウンセリングでは、様々な悲嘆^{4) 5)}による困難が語られる。

感情面では、当然ながら、児を亡くした親たちの「悲しみの表出の場」となっている。悲しみについての語りは多様である。また、悲嘆の他の感情的反応として、後悔、自責、他者への怒り不安が表れている。不安は強く、今生きている家族も死んでしまうのではないか、次に妊娠しても、出産まで持ちこたえられないのではないか、今の自分は異常なのではないか、など、喪失以前にはなかった感覚を訴えている。自罰感・自責感では、自分がこのような目にあうのは、何かの罰ではないか、あの時のあの行動が、児の死をもたらしたのではないか、などの、心の中の声が次々と語られる。

認知的な反応として、体内に子どもがいるような感覚や、現実感が持てないなどがある。このほか、理解力の低下や計算や思考力の低下について、自分への自信を喪失している場合がある。

行動面では、引きこもりや、以前のように社会生活に適応できないこと、他者と会うことのへの恐れ、人込みを避け外出できない自分に気づいている。

身体的反応では、睡眠や食欲の不調のほか、腰痛、肩こり、下痢、便秘、風邪、頭痛などの何かしらの身体的不調を訴えるケースは多い。

2) 対人関係

夫婦関係（夫婦観の困難）を相談内容として挙げるケースは多い（表5）。パートナーは、亡児の父親や母親であるので、同じ喪失対象を持つ最も身近な存在であるが、感情表出の傾向や、死生観の違いなどは、性差も個人差も大きい。日々の揺らぎ方もそれぞれに違う。そのため、結婚後初めて出会う、パートナーの「感情の波」や「思考」に戸惑う。母親は、自身の悲嘆をテーマとしてくる場合が多いが、父親の場合は、パートナー（妻）の悲嘆やその接し方についての相談が特徴的である。児の喪失を対象とするカウンセリングであるが、夫婦の関係性に関する相談へと移行し、離婚の危機が主テーマとなることがある。

対人関係では、身近な親族との関係が話題になることがある。感情的対立は家族間でも起こるが、近年の家族（祖父母・兄弟姉妹）は、子どもたち（児を亡くした親たち）のグリーフに対して寛容になり、家族の儀礼や宗教観を強く提示することもなく、直後には、当事者に配慮し支える例がある。しかし、少し時間が経過すると、「亡くなった命＝見えない子ども」の存在は当事者以外の家族からは忘れられていく⁴⁾。児の死後3 - 6カ月で来談する相談者では、児が家族に忘れられていくことを嘆き悲しんでいる。

3) 受けてきた医療ケア

7年間の大きな変化として、産科入院中に受けた臨床グリーフケアの質の向上がある。事業開始当初、受けた医療ケアへの不本意な感覚を怒りとして示す来談者が多数存在した。しかし、この数年、それらは減少し始めている。患者にとって不快さや傷とならないグリーフケアが、病棟の助産師や看護師により実施されていた。「病院では良くしていただきました。思い出もたくさん残せました。感謝しています」と語る人が増えている。

4) 児への想いと時間経過によるニーズ

ほとんどの例で、患者たちは、退院後、自宅で一人過ごす時間の苦しさを述べている。孤立・孤独感に悩まされる。夫は働き盛りで、帰宅が遅く、妻は日常の苦しさを言語化し他者に伝えることが難しくなっている。このため、面接の冒頭から、「子どもの話をしたくて来ました」と語る人達がいる。また、本人自身の中に、児の存在を忘れることへの恐れがある。「あの子のことを忘れてしまうのではないかと心配です」との声がある。

喪失直後に初回面談を実施し、半年から1年後に再来したケースでは、職場復帰後の辛さや夫を含む周囲との悲哀のズレが語られる。「久し振りに、子どものことを想って泣けました」という安堵の声をよく聞く。感情の波は1年以上にわたって続いているのだが、時間の経過とともに、悲嘆感情の表出の場・環境が失われていく。数年にわたり、命日のある月に来談する人たちがいる。「子どものことを想う時間がほしい。日々の忙しさの中で、あの子を忘れてるのがつらい」という語りがある。

5) 環境：専業主婦、働く女性、そして夫たち

フルタイム就労者が増えた昨今、流産や死産の休業ののちの不安も相談の内容として増えている。死産では、週数によっては、出産休暇が適用される。8週間後の復職を控えて、「つらい」「不安だ」と語る相談者は多い。

流産の場合には、数日の休暇で復職することとなるが、こちら心身の負担の強い時期の復帰であり、心身にストレスを感じている例が見られた。周囲に流産の事実を表明することは少ないため、様々なことを「隠す」日々が続く。

専業主婦では、ママ友と呼ばれる育児仲間との関係を

どのように続けていくかを悩むことがある。住環境（集合住宅等）と知人友人の多くが出産育児世代にあるため、妊婦姿や乳幼児連れの姿を見て、悲嘆感情が増幅されることは多い。このために外に出たくないと訴えている。

亡くなった兄の兄弟姉妹のいる親たちでは、生きている子どもたちへの影響を心配する事例がある。生存する子どもの世話は、悲嘆から気持ちを分散させる効用はある。しかし、体験直後の時期は、突然やってくる侵襲的悲嘆をきょうだいたちに見せまいとして強く感情抑制につとめるため疲弊することがある⁶⁾。

ここまででは、母親の立場を中心に書いてきたが、もちろん父親においても、同様のことが起こっている可能性がある。カップルの相談者や男性単独の相談者によれば、男性の方が、悲しみを表出する機会や環境は女性よりも少ないようであった。

以上のように、悲嘆を経験した親たちは、職場でも在宅でも、感情を抑制気味であり、様々な社会的な孤立感を経験していた。

6) 不妊治療体験者の喪失

相談者には、不妊治療経験者も多数含まれている（不妊クリニックのカウンセラーから紹介事例もある）。不妊治療自体がストレスを抱えがちな体験である。その苦しい治療によりようやく妊娠はしたものの、残念な結果に終わったときには、気持ちの落差は強いものとなっている。

7) 次の妊娠

悲しい出来事の直後であっても、親たちは、次の出産を考えている。ほとんどのケースで、この話題が語られてきた。そこには、「生きて生まれる子の親になること」への強い想いがある。しかし、今回の喪失への自責感や自罰感情から、亡くなった子への申し訳なさもあり、周囲との間では、率直に語るができない。親たちに共通するのは、今後、健常児を出産することができるのだろうかという不安である。流産を2回経験すれば、不育症の不安に心を揺らす。不妊治療患者で、凍結受精卵を医療機関に預けている例では、「体の回復後すぐに」と治療の再開を急ぐ人たちがいる。

2. 対応

ここまで述べてきたように、相談者の話す内容は多様である。周産期喪失体験者は、気持ちの落ち込みの激しい波を初めて経験し、あらゆることに自信を失う。このような圧倒的な強い悲しみを前にしたとき、カウンセラーは、まずは、この時間を「ともに過ごすこと」に集中する。喪失体験を語られるままに聴く。それぞれが抱えてくる不安困難について、じっくりと耳を傾ける。

この悲嘆がいつまで続くのかを不安に思う利用者には「死別悲嘆が誰にでも起こるものであり、異常ではない」と

伝えると、一様に安堵の表情を浮かべる。さらに、必要に応じて、一般的な「悲嘆反応」や長期的経過の情報を伝えることがある。

相談者には、精神科や心療内科受診を躊躇するケースがあるが、カウンセリングの限界も伝え、精神科へのリファールを行ったり、受診を勧めている。

時には、悲嘆を個人レベルや家族レベルで考えることを提案することがある。個人で来談した場合には、援助者としてのパートナーの存在やパートナー自身の抱えている（可能性のある）悲嘆についても語りあう。夫婦のコミュニケーションが難しい時期であることなど、現在の状況を妥当化し、可能な方策をとともに考えていく。

カップルの来談では、まさに「家族カウンセリング」の面接となる。はじめは、妻の悲嘆を気遣っていたが、話し出すうちに、夫自身に内在していた悲嘆が現れることがある。普段は見られない夫の涙・苦悩を見て、ただ悲嘆に暮れていただけの『弱った妻』の瞳の中に、夫を守ろうとする強い視線が現れることがある。

周産期喪失のグリーフが変化するのは、数カ月、場合によっては、数年単位の時間がかかるため、カウンセリングの継続は、相談者の判断にゆだねる場合が多い（「帰宅後必要があれば、いつでも予約してください」と伝えている）。

1回の面接で終わるケースが多い（表1、表2）。その理由として、急性期の悲嘆への理解が深まり、自分の今の悲嘆の状態への不安や焦りが軽減し、「時間」を意識し、喪失と悲嘆を俯瞰し、自分なりの対処法を模索する時期に移行するためではないかと考えている。再来としての来談は、数カ月後から1年目以降が多い。命日などの記念日や、新たな問題（次の妊娠、出産、納骨、法事、夫婦、兄弟の発達）など、初回面接とは異なるテーマとなるケースが多い。

IV. 利用後の評価 今後の課題

1. 利用者満足度アンケート

2013年4月～2015年8月末まで、利用者満足度調査を実施した。環境、カウンセリング内容、カウンセラーの態度など、6項目をたずね、65人から回答を得た（6項目、10点満点）。各項目の平均点は、①話の内容について（聞きたいこと、話したいことが話せたか）9.1、②カウンセラーの対応について9.6、③環境について9.1、④予約の円滑さについて9.7、⑤料金について9.4、⑥全体の満足度9.5という結果で、おおむね高い評価であった。回答のばらつきが大きかったのは、環境と料金、話の内容などで、5から10までの回答があった。

2. 今後の課題

医療関係者からの紹介は増えているものの、いまだに多くの患者が、検索を重ねたうえで、ようやくこのカウンセリングにたどり着いているという現状がある。これまで続けてきた広報活動をさらに進めていく必要があると考える。

カウンセリングの満足度は得られたが、より客観的なカウンセリング効果を測定するところまでは至っていない。将来的には、悲嘆、うつ、不安、あるいは、心的外傷後の成長などを縦断的に測定することにより、介入の効果を査定したい。

悲嘆をテーマとしたカウンセリングであるが、これまで書いてきたように、周産期のグリーフが直面する多様な問題が話題となりうる。不育症や出生前診断、不妊治療、産前産後の休暇制度、育児休暇制度、待機児童の問題、傷病休暇、労働者のメンタルヘルスなど、様々な話題に対応すべく、適切な情報を収集し、求められる情報の提供を心がけなければならないだろう。

このカウンセリングは、医療従事者の悲嘆ケアも対象としているが、これまでの利用は1件のみである。サービスが周知されていないのに加えて、支援者のセルフケアの必要性が知られておらず、カウンセリングを利用することへの敷居を高くしていることが、理由として考えられる。

V. おわりに

臨床グリーフケアの進展により、入院中（体験直後）の悲嘆は支えられつつある。しかし、退院後には、孤立や悲嘆の深まりの時期がある。退院後のサポートは、患者自身が模索してたどり着くという現状は続いている。グリーフ・カウンセリングは、こうした体験者たちに利用されており、体験後の急性期の悲嘆に伴走する役割がある。

利用者のかかえる困難・悲嘆は多様である。カウンセリングによる支援では、その個別性に配慮し、きめ細かい対応が可能である⁷⁾。しかし、周産期喪失体験者は多

様なサポートを求めて模索し続けていく。個別面談だけでなくグループによる支援も必要であろう。体験者は、喪失体験により、心身の落ち込みとともに多くのものを失う。その後、何が自分に必要かを検討する力、自分で選択していく力は、時間とともに再獲得されうる。退院時、医療機関から施設内外の適切なサポートの紹介を受けることができれば、その支援情報を選択肢として持つこと自体が「その後のサポート」となりうる。

悲嘆の経過では、適応的な日常を過ごせるまでには、ある程度の期間を要することが知られている⁵⁾。利用者から「グリーフ・カウンセリングは、いつか困ったときに来れる場所だ」と言われることがある。グリーフ・カウンセリングというサービスが、長期的な支えを想定した「場」という位置づけで求められていることを示す発言であった。

文 献

- 1) 宮本なぎさほか. 死産を経験した母尾を支えるケア—セルフヘルプミーティングがもたらす人間劇成長—. 聖路加看護学会誌. 2005; 9(1): 45-54.
- 2) 太田尚子. ペリネイタル・ロスのケアの基盤となるもの(特集 ペリネイタル・ロスのケアを考える). 助産雑誌. 2015; 69(3): 186-190.
- 3) 石井慶子. グリーフケアにおける姿勢(言葉と態度)(特集 ペリネイタル・ロスのケアを考える). 助産雑誌. 2015; 69(3): 202-207.
- 4) 山中美智子, 吉野美紀子, 堀内成子. 第5章 流産死産を経験した親の悲嘆. 高木慶子ほか編. 悲嘆の中にある人に心を寄せて. 第1版. 東京: 上智大学出版; 2014. p.90-113.
- 5) 坂口幸弘. 悲嘆学入門—死別の悲しみを学ぶ. 初版. 京都: 昭和堂; 2010.
- 6) 蛭田明子. 死産を経験した母親の悲嘆過程における亡くなった子どもの存在. 日本助産学会誌. 2009; 23(1): 59-71.
- 7) J.W. ウォーデン(山本力監訳). 悲嘆カウンセリング—臨床実践ハンドブック. 東京: 誠信書房; 2011.