The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	スウェーデン医療機関における周産期喪失ケアへの多職種連携
Author(s)	管生, 聖子; Wretmark, Astrid
Citation	大阪大学教育学年報. 2018, 23, p. 127-136
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/67866
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

スウェーデン医療機関における周産期喪失ケアへの多職種連携

管　生　聖　子・WRETMARK Astrid

要旨

胎児の死、すなわち流産や死産によって我が子を失うという体験に直面した場合、その悲しみを共有し表現する機会は決して多くない。その少ない場のひとつとして、赤ちゃんを亡くした病院が挙げられる。周産期喪失のケアの重要性が近年示されているが、多職種がどのような視点を持ってよりスムーズに連携してゆけるのか、スウェーデン医療機関での調査を報告しながら考察する。流産や死産に限らず、「死」に直面する時、人は宗教性を必要とすることが多い。スウェーデン医療機関では医療スタッフ以外に、コメディカルスタッフとしてチャプレンの存在がある。サポートを求めたくなった時、そのサポートを受けることが出来る場が「ある」ということは大きな意味を持つ。赤ちゃんを亡くした親自身には、抱えきれない悲しみを何とか抱え収めてゆこうとする心の動きが潜在的にでもある。スタッフは、それらを色々なレベルでのサインから感じとり、大切にすることがケアを行う上で重要になってくる。多職種連携のもと、ケアを行うためには、医療スタッフがそれぞれの専門性を生かした関わりを行うことはもちろんであるが、その下地として、親が潜在的に自身の体験を抱えようとする力を持っているという共通認識を持つ必要があると考えられる。

1. はじめに

産科医療現場での死には、妊産婦の死、胎児の死、新生児の死がある。妊産婦の死は原因として、例えば悪性腫瘍や脳出血、心疾患などの母体合併症や、大量出血、羊水栓塞症などの産科合併症があり、その時期は出産前から分娩中、出産後にわたる。グリーフケアの対象者は、夫（パートナー）、夫以外の家族、医療スタッフである。そして、胎児の死は胎児疾患や母体合併症、意図せぬ妊娠などを理由とした医療介入のある人工妊娠中絶と医療介入のない子宮内胎児死亡が挙げられる。また、新生児の死については、死が予期されている場合と予期されていなかった場合があり、積極的治療を行っているのか、それとも緩和ケアであったのかなどの違いがある。胎児・新生児の死についてのグリーフケアの対象者は妊産婦、父親、それ以外の家族、医療スタッフとなる。本論文では、周産期の死の中でも、胎児の死について取り上げる。

我が子を亡くすことは、親にとって、また周囲にとっても言葉では言い尽くせないような悲しみ深い体験である。古来より子どもが亡くなった際は成人が亡くなった場合と別の葬られ方がされていた（沖浦･宮田, 1999、蛭川, 2010）ことからうかがい知れるように、同じ人の死であっても、子どもの死は大人の死と多様な面で異なるため区別されてきた。現代社会においては、子どものとらえ方や社会の中での妊娠出産のとらえ方が変化しており、子どもを亡くすという体験の中でも、胎児の死、すなわち流産や死産によって我が子を失うという体験に直面した場合、その悲しみを共有し表現する機会は決して多くない。流産や死産で亡くなった子どもは、外の世界と関わることなく、その命を終える。そのため、その存在を知っている他者はごくわずかであり、家族以外でその子どもの存在を知ることが出来るのは、例えば流産や死産に立ち会うこと

になった医療スタッフや、妊娠を知っているごく身近な知人など、一部の人に限定される。橋本（2006）が、心理臨床に携わる立場から「こころの周産期は妊娠に気付いた時点から始まる」と述べるように、妊娠に気づいた時点から母子の関係はすでに始まっており、それがどのような関係であっても無かったことにはできない。しかし、そのような関係性は、外からは分かりにくく、妊娠中に赤ちゃんを亡くした場合は「そっとしておいた方が良い」「早く忘れた方が良い」という言葉によって、「無かったこと」のように扱われることが多いのも実情である。母親や父親だけでなく周囲の人々にとっても、なすすべが無く向き合い難い出来事であるため、流産や死産に関連する様々な感情は表現する機会を奪われやすい。これは海外においても同様の傾向があり、欧米では、周産期喪失を経験した親に対して積極的な心のケアを行う取り組みがされている。本論文では、そのうちの一つとして、スウェーデンの医療機関での医療スタッフやチャプレンの取り組みについて調査を行った結果を報告し、日本の産科医療現場での多職種連携が一層充実するよう検討する一助としたい。

2. 日本の周産期医療の現状

日本の周産期医療は世界の中でも進んでいる。スタッフの数が少ないといわれる中で、産婦人科医師、小児科医師、助産師、看護師、超音波技師、ソーシャルワーカーといった様々な職種がその専門性を日々発揮しながら協働している。そして、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターの新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit；NICU）や継続保育治療室（Growing Care Unit；GCU）には臨床心理士等の心理臨床の専門家が配置されるようになり、周産期医療に「こころ」という視点が持ちこまれることも当たり前になってきた。しかし、新生児死とは異なり、胎児の死つまり流産や死産の場合は、出生前に亡くなってしまうため、NICUが直接関わる以前の産科での出来事となり、アクセスしやすい場に心理の専門家がいないことも多い。また、なすすべのないケースもあるため、向き合い難い多様な感情が当事者にも医療スタッフにも沸き起こる。その結果、触れ難く「そっとしておいたほうがよいこと」として扱われることがある。

しかし、流産や死産は決して少なくない。日本産科婦人科学会によると妊娠の15％前後が流産に至り、厚生労働省によると2016年の死産数は２％の20,934件と報告されている。死産の内訳は自然死産10,067件と人工死産10,867件で、人工死産が自然死産を800件上回っている。人工死産は、妊娠12週以降胎児の母体内生存が確実である時に、人工的処置を加えたことにより死産に至った場合を指しており、人工妊娠中絶である。人工妊娠中絶は、妊娠初期の個人的理由によるものがイメージされやすいが、妊娠12週以降の妊娠中期の妊婦健診時、一般的に行われている超音波診断で母体や胎児の異常が判明し、選択される場合もある。近年実施されている母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）では陽性の結果が出たカップルの大部分が人工妊娠中絶を選択するという報告もされている（関沢，2016）。

妊娠・出産期は母子一体感が強い時期でもあるため、その時期の喪失体験は母親にとって自分の一部を喪うような体験であり、「魂…心の一部を失ったような感覚」と母親に表現される（管生，2012）ほどである。そもそも周産期は身体的変化と共に心理的変化も含んだ危機の時と言われるが、あまりに近い距離の死に触れる時、そこにはスピリチュアリティの問題が必ず存在する。

日本では近年、流産や死産のケアを行う看護助産領域でグリーフケアの必要性が主張され、その実践が徐々に浸透している。しかし、病院間やスタッフ間でその質や実践に差があるのも事実である。また、入院中に心理的なケアを受けることが出来たとしても、退院後の継続的支援は途切れがちであることが課題として挙

げられよう。医療スタッフも心理的ケアについて困惑している場合が多く、「どうしようもない」という無力感にさいなまれることもしばしばである。先にも述べた通り、そこにはスピリチュアルな問題が存在する。

海外では産婦人科専属ソーシャルワーカーや心理士以外にもチャプレンが配置されるなどコ・メディカルスタッフと医療スタッフとの多職種連携体制が取られチームケアが提供されている。一方、日本ではチーム医療の重要性が認識されてはいるものの、そもそも産婦人科専属心理士の配置は稀で、周産期に特化した専門的知識を持つ心理士の数も限られている。とくに流産や死産といった胎児の死に関連する心のケアへの実践蓄積がないため、専門的に関わることが出来る心理士の人材不足も懸念され、国家資格となった公認心理師の教育体制についても検討する必要がある。

3. スウェーデンでの周産期喪失時のケア

3－1. 多職種スタッフの協働

習慣性流産を経験した夫婦に対してTender loving Care（TLC）が有効であるという報告がされている（Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1984）。Tender loving Careとは、投薬や外科的な治療ではなく“優しく、愛情を持って”患者に接しいたわるというもので、スウェーデンの研究チームによって報告された。Jauniauxらによって発表されているガイドライン（2006）にも、習慣性流産に関してTender loving Careが有効であることが報告され、周産期のメンタルヘルスがいかに重要か、その後の妊娠に影響を与えるかということが分かる。また、スウェーデンは、低い水準で件数が減少してはいるものの人工妊娠中絶件数は多い国の一つであるが、産科専属のソーシャルワーカーが配置され、またカウンセリングを受けることが出来る体制が整えられている。そして、チャプレンの存在など、様々な側面から周産期喪失後のケアについて理解がされ、実践がすすめられている。チャプレンとは、教会の外の施設で働く聖職者である。学校や病院、刑務所、軍隊、大使館などに属し宗教活動を行う。スウェーデン社会の宗教は、近年は移民も増え様々なバックグラウンドを持つ人々が暮らすようになり多様化しているものの、キリスト教徒が多数である。病院には数名のチャプレンが配置され、周産期喪失を経験する両親を宗教的側面から支える仕組みが存在するのはある意味で自然な流れであるとも言えよう。日本でもキリスト教系の病院にはチャプレンが配置されていることもあるが、大学病院などにそのような宗教的視点を専門的に持つ職種が配置されることはない。流産や死産に限らず、「死」に直面する時、人は宗教性を必要とすることが多い。「宗教性」とは、「ほとんどの宗教と呼ばれる現象に共通するような性格の事柄」「個別の宗教や習俗、行為の基底にあるより包括的な何か」「多くの社会、文化に普遍的に観察される宗教的な性格を有した、あるいは帯びた現象、事象」（Eliade, 1969）と言われる。それが明確な特定の「宗教」である場合もあれば、特定の宗教ではない場合もある。緩和ケアを行っているホスピスやビハーラには、チャプレンや僧侶がスピリチュアルケアを担当する宗教家として従事していることからもその必要性をうかがい知ることが出来る。スウェーデンでは、大学病院や総合病院内においても、医師、助産師、看護師といった医療スタッフとソーシャルワーカーや心理士といったコ・メディカルスタッフに加えチャプレンが周産期喪失を経験する親に関わっている。

3－2. スウェーデン総合病院産婦人科での調査

スウェーデンと日本の文化や制度の違いを考慮しながら日本での周産期喪失への心理的ケアの在り方について参照できる点を検討することを目的とし、スウェーデンにおける周産期喪失のケアがどのようにされているのか調査を行った。スウェーデンの総合病院で勤務する医療スタッフおよびチャプレンを含むコ・メ

ディカルスタッフにインタビューを実施した。調査時期は2017年２月であり、いずれも40分～１時間半程度のインタビューであった。インタビュー内容は協力者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

妊娠初期の妊娠中断については日本では手術による処置を行う（自然流産の場合は、自然に排出されることを待つ場合もある）が、スウェーデンでは妊娠12週までの場合は手術ではなく、薬品の使用による対応を行う。そのため、薬の処方を病院でしてもらい、その後は自宅に戻り電話で助産師に状況等を伝えアドバイスを受ける。本論では焦点を絞るために、妊娠初期の流産ではなく、妊娠中期以降の胎児喪失を主な対象とし、以下に、調査で得ることの出来た内容をまとめる。なお、語られた言葉は「」で記載している。

スウェーデンでも周産期喪失に関連する心理的ケアは必要なものととらえられており、習慣性流産の場合に限らずTender loving Careの精神を病院のスタッフは持っている。産婦人科医師や助産師だけでなく、ソーシャルワーカーや心理士、チャプレンもそのケアに携わる。しかし、一方で、病院を出てしまえば周産期喪失は日本と同様に話しにくいこと、隠されやすい出来事として扱われる傾向にある。赤ちゃんを失う経験をする母親が入院する時には、助産師が「(赤ちゃんを亡くした)母親に感情表出をしっかりすることを積極的に促し」、感情を外に出しもよいという雰囲気を作り、安全な環境で様々な想いが表出できるよう働きかける。流産や死産後に赤ちゃんを納めるためのクーハン（図１）は葬儀会社から無償で病院に提供され、院内に準備されている。クーハンの側面にはアイスノンを入れるためのポケットが作られ、底面にも同様にアイスノンを敷くことができるように工夫がされている。写真は何も入っていない状態のものであるが、実際に使用する際には、上に布団を敷き赤ちゃんを納める。また、火葬時に使用する棺は大人用や子ども用では大きすぎるため、赤ちゃんのサイズに出来るだけ合うよう、温かみのある天然木製の小さな棺も提供されるという。

図１．亡くなった赤ちゃんを納めるためのクーハン

調査を実施した病院では、思い出の品物として手形や足型が残され、病院によって依頼されたボランティアのプロカメラマンが赤ちゃんの写真を撮ることになっている。プロのカメラマンによるこのような取り組みは、アメリカでも見られる。そのアメリカの団体はNow I Lay Me Down to Sleepという名称で活動しており、家族が亡くなった赤ちゃんと一緒に写真を撮る際のポーズの取り方や留意点をアドバイスしたりもし

てくれる。撮った写真は必要によって修正し、赤ちゃんを亡くした親や家族に渡している。親が希望すればCDにデータを入れ受け取ることができる。このように様々な感情が押し寄せそれに対処しなければならず、亡き子との対面や抱っこをしない、もしくは出来ない周産期喪失体験直後の親のグリーフケアを支えている（管生・安元・Shapkina，2017）。

調査先の病院では、赤ちゃんの写真は退院後の検診時に心理士から母親に手渡される。プロカメラマンによる撮影であることから、「現像に時間がかかるため退院時に病棟で渡すことが出来ない」という理由が大きいようであるが、時間を少し置き心理士から渡すというのはメリットも大きいのではないかと考えられる。退院後、火葬が済み数日経ってから、検診のため病院に来た際に亡くなったわが子の写真を手にすることで悲しみが増すことは十分に考えられる。しかし、話す場が限られた周産期喪失においては、母親が目の前の心理士に通常は語ることが困難なわが子のことを含む自身の体験をおのずと語りやすくさせるようである。写真を受け取るか受け取らないかは親が自分で決めることが出来る。退院後の検診時には写真を受け取らない親も存在する。「見ると悲しくなるので」「とてもじゃないけれど、見ることが出来ない」など自身の気持ちを強く揺さぶることへの不安や直面せざるを得ないことへの恐怖心などから、写真を受け取ることが出来ない場合も存在する。その場合も、心理士は、「欲しくなったらいつでも取りに来ることが出来る」ことを親に伝え、受け取られなかった写真は病院で保管している。これは病院の規則等によるものではなく、スタッフらが亡くなった赤ちゃんとその親を想うことから生まれた仕組みであろう。「検診時には写真を受け取らなかった母親が、数ヶ月、数年経ってから“やはり写真が欲しい”と病院を訪れることは少なくない」という。ちょうど調査を行った数日前にも、当時は写真の受け取りを拒否していた母親が、どうしても写真が欲しいと病院を訪ねたという。そして、カウンセラーとソーシャルワーカーに自身の近況や赤ちゃんの話をして帰って行ったそうである。母親が、喪失直後は受け取ることが出来なかった心の状態から、自ら受け取るために病院に足を運び、向き合い難く悲しい体験や赤ちゃんのことを話せる心の状態になったのである。これは、この母親がもつ自ら回復する力であり、そして亡き我が子を想う心の動きと大きく関係する。スタッフは、その親と、その親と赤ちゃんの関係が持つ潜在的な力を信じ、待つ。そしてその動きが高まり、親が主体的になった時（この場合であれば再び病院を訪れ写真をもらうという行動をした時）、それを受け取り、対応出来るようにスタッフはきちんと準備が出来ていたのである。もちろん全ての親が、病院を再び訪れるわけではない。しかし、検診時には写真を受け取らなかった親でも、ほとんどの親が後になって写真を取りに、そして話をしにやってくるのだという。

病棟で分娩に立会いケアをしている助産師らにとっても周産期喪失は「悲しみ深く、母親のその後についてフィードバックが得にくい」ことが課題であることが語られた。ごく短い期間を病院で過ごした母親が一旦退院してしまうと、その後会う機会は無くなってしまう。これは日本においても同様である。退院後の検診で外来に母親が来院しても、診察は医師が行い、その際に病棟の助産師は外来にはおらず会えないため、その後どのように過ごしているかなど、母親の状況や気持ちを聞くことは難しく、カンファレンスなどを通して間接的に多少聞く程度であるということであった。

チャプレンについては、産婦人科専属ではなく全科対応をしている。チャプレンの部署があり、そこに数名のチャプレンが配置されている。医師や助産師から直接リファーがあるケースもあれば、母親や父親自身がみずからチャプレンに連絡をとり彼らを訪れるケースもあるという。また、チャプレンはキリスト教であるため、母親や父親がイスラム教徒や仏教徒等である場合は、各宗教の僧侶らに依頼し病院に来てもらうなどしている。

病院内には祈りを捧げるための部屋があり、誰でも自由に利用することが出来る（図２、３）。

図２．祈りの部屋

図３．キャンドルとメッセージノート

ロウソクに灯をともし、病や怪我のある人を想い、亡き人を想い、祈りを捧げる。願いを書いたメッセージカードを木に掛け回復を願う。ノートには、大切な誰かや自分自身を想う気持ちなどが表現されている（図４、５）。このスペースにチャプレンが常駐することはなく、棚の上にそっとチャプレンの連絡先が書かれたカードが置かれ、自由に持ってゆくことが出来る。

図４．メッセージカード

図５．メッセージの木

次に、日本では周産期医療現場において馴染みの少ないチャプレンが、赤ちゃんを亡くした母親にどのような関わりを行っているのか、調査の中で話されたことの一部を例として２つ以下に挙げたい。なお、語られた内容についてはプライバシーに関する配慮を行った上、日本語に翻訳したものを記載する。

「悲しみに沈むその母親は、私のところへ来て激しく泣き、私と一緒に話をしました。私は、しばらく彼女の様子を見ていたのですが､ふと彼女の故郷の伝統に関連するあるアイデアを思いついたんです。それで、“赤ちゃんのために、あなたに出来ることが多分何かあるのではない？”とその母親に言いました。彼女は家に帰って、海に送り流すための、明かりを灯せる小さな船を作ったのです。彼女の故郷では、船か何かに明かりを灯し、海の向こうに送る伝統があるのです。それまで泣いていた彼女は、私に“行かなければ”“船を遠くへ送ってくるわ”と。その後、彼女に会いましたが、とても満たされた様子でした」。

「赤ちゃんを喪った人が話をしにやってきたとき、私は黙示録を思ったのです。正確な文章は覚えていないのですが、忘れられない一節があるんです。それは“全ての人は、神のみぞ知る白い石に書かれた秘密の名前をどこかに持っている”というものです。それで、私はやってきた人達に白い石を授けるようになりました。それはとても大切なことでした。人々には故郷があり、祈る場所もあります。彼女たちは、その石をそこへ持ってゆくのです」

この２つの話は、いずれも象徴的であり、そしてまた儀礼的である。周産期喪失という死に直面する時、このような象徴性に触れることは癒しをもたらす可能性を持っている。そして、儀礼は様々な次元での弔いを可能にする。チャプレンは、母親に対して積極的具体的に何か介入したりアドバイスをしていない。目の

前の悲しみや罪悪感に打ちひしがれる母親の心に耳を傾ける時、目には見えないその人のもつ内なる力を信じていると、ふとスタッフ側の何かを提供しようとする心が動く。たとえば“何か出来ることがあるのでは”という言葉をかけたり“白い石を授ける”といった動きにつながる心の流れになるのである。それが、母親が持っている内にある何かと出会う時、母親は主体性を発揮し、自ら回復へと向かう動きが起こるのではないだろうか。

5. まとめ

周産期喪失を経験した親でも、全ての人が話をしたい、話を聴いてほしいと感じるわけではない。誰とも関わらないようにしながら一人で心の中に収める作業をする人も少なくない。しかし、親がサポートを求めたくなった時に、それを受け取る場が、たとえば病院の中にきちんと準備があることは重要である。実際に親が医師や助産師、カウンセラーやソーシャルワーカー、チャプレンのもとを実際には訪れずとも、受け止めてもらえる場が「ある」ということ自体が、その親を支えることも確かである。そして、抱えきれない悲しみを何とか抱え収めてゆこうとする心の動きを親は潜在的に持っている。医療スタッフは、そのことを親の様々なサインから感じとり大切にしなければならない。現象学者の村上が「これがおそらく職種や場面に関係なく、いちばん大切なのであろう。また、それは普段から大切にしている人だけが磨いてゆけることなのではないか」ともコメントしている[注)]ように、全ての職種にとって、親の内から出てくる動きがあることを感じ取ろうとすることが重要なことであろう。それぞれの職種の専門的なアプローチを行う上で、下地として共通のそのような視点を日々研鑽してゆくことが、多職種協働をより効果的に成り立たせるために必要なことであると考えられる。

付記

本研究を進めるにあたり、惜しみない協力を下さったLinköping University Department of Clinical and Experimental MedicineのBarbro Wijma先生に感謝いたします。調査にご協力下さったLinköping University HospitalおよびVisby Hospitalの医療スタッフ、コメディカルスタッフの皆様にお礼申し上げます。また、大阪大学大学院人間科学研究科人間科学専攻臨床教育学講座臨床心理学研究分野大学院生の出井智子さんには、論文をまとめるにあたり細やかなご協力を頂きました。ありがとうございました。

本研究は、文部科学省研究大学強化促進事業研究者海外派遣プログラム（受付番号160S002）および日本学術振興会科学研究費補助金若手研究B（課題番号：15K21121）、大阪大学男女協働推進センターの研究支援員制度の助成を受けて実施しています。

注：「母親の孤独から回復する」（2017）に関連し、専門家としてケースに携わることについて一連のやりとりの中での村上靖彦先生のコメント

引用文献

Eliade, Mircea 1969 『聖と俗―宗教的なるものの本質について』風間敏夫訳，法政大学出版局.
藤野敏則・井上尚美・下敷領須美子・石走知子・下川床麗・嶋田紀膺子・永田行博 2003 『流産，習慣流産とtender loving care』臨床婦人科産科 57(2)，156-159頁.
橋本洋子 2006 『周産期の心理臨床』臨床心理学，6 (6)，732-738頁.
蛭川立 2010 『縄文文化の超自然観―死と再生のシンボリズム』明治大学蛭川研究室公開資料，世界の人類学.
Jauniaux E, Farquharson RG, Christiansen OB, Exalto N 2006 Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage Human Reproduction Sep 21(9), pp.2216-2222.
交告尚史・真鍋一史 2012 「スウェーデン」文化庁編『海外の宗教事情に関する調査報告書』文化庁，186-224頁.
関沢明彦 2016 『出生前遺伝学的検査の現状と課題』昭和学士会誌第76巻第1号，6-10頁.

Stray-Pedersen B, Stray-Pedersen S 1984『Etiologic factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion』. American Journal Obstetrics and Gynecology Jan 15 148 (2), pp.140-146.
管生聖子　2012　『初期中絶を経験した女性に関する心理臨床学的研究』心理臨床学研究30巻３号，400-405頁.
管生聖子・安元佐織・Shapkiba Nadia　2017　『アメリカの周産期喪失過程におけるドゥーラの役割』大阪大学大学院人間科学研究科紀要43巻，53-65頁.
沖浦和光・宮田登　1999　『ケガレ―差別思想の深層―』解放出版社.

Specialist Teams of Carers for Perinatal loss in Sweden

SUGAO Shoko, WRETMARK Astrid

There is not much opportunity for sharing and expressing sorrow following perinatal loss such as stillbirth or an abortion, though hospitals where such loss occurs can potentially provide comfort in grief. The importance of care for perinatal loss has been shown recently. In this paper I report on research conducted at a Swedish medical institution, and I try to clarify the various perspectives of staff in multi-occupations. Not only limited to cases of miscarriage or stillbirth, people need religion when facing death; hence, chaplains are engaged at Swedish hospital. When parents want to receive personal support, they can visit the hospital easily. While taking advantage of expertise, the staff is working together. A common foundation of their approach is that they believe that parents have an innate power for recovery from deep sorrow. In order to collaborate in multiple occupations, this shared belief is important.