

研究報告

習慣流産と診断された女性が治療方法を選択するという体験

渡辺 有理

Treatment selection experiences in females diagnosed as habitual abortion

Watanabe, Yuri, RN, CNM, MNS

要 旨

本研究の目的は、習慣流産と診断された女性の、妊娠期の治療方法選択に至るまでの体験を明らかにすることである。

関東圏内に居住し、妊娠中に習慣流産に対する治療を行っている、または行ったことのある習慣流産と診断された女性4名に対し、半構成的面接を行い、質的に分析した。

データ分析の結果、女性たちの体験として【医療者の理解の低さや施設の希少さにより時間を費やす】【インターネットをきっかけに仲間づくりを行う】【原因が分かり治療できる有難さを感じる】【できることは全てするという気持ちで決める】【過度に期待せず最悪な状況への心の準備を行う】【治療中に治療の再選択を迫られ手探り状態となる】【収入を治療費の足しにしたいが仕事どころではない】【周囲の理解を求め治療環境を整える】【看護者に相反する感情を抱く】の9つのカテゴリーが抽出された。

研究結果から、医療者の習慣流産に対する理解や協力によって、女性が検査・治療を選択できる環境を早期に提供される必要性が示唆された。また女性は、原因が分かり治療がある事の嬉しさや有り難さの半面、過度な期待をしないよう心の準備をし、人的・経済的環境を整えながら自分のからだと向き合っており、治療選択過程において揺れ動く女性の体験や思いを表出できる環境を整える必要性が示唆された。

キーワード：習慣流産、不育症、治療方法の選択、体験

Abstract

This study aimed to demonstrate the experiences leading to the selection of treatment during pregnancy for females diagnosed as habitual abortion.

Semi-structured interviews and qualitative analysis were conducted on four females who lived in the Kanto region in Japan, diagnosed as habitual abortion, and were receiving, or had received treatment for habitual abortion during pregnancy.

Their experiences consisted of nine categories: "wasted her time due to low understanding among medical staff and a scarcity of medical facilities", "found friends with the help of the internet", "determined the cause and realized the value of available treatments", "made the decision with the sense that everything that can be done would be done", "prepared herself mentally for the worst-case scenario without having excessive expectations", "faced with having to choose treatments again during treatment and groped around once more", "wanted to earn some money to make up for the treatment costs, but working was out of the question", "requested the understanding of the people around her created an environment for treatment", and "had contradictory feelings toward nurses".

This suggests the necessity of providing an environment where women can select examinations and treatments at an early stage with the cooperation and understanding of the medical staff in regards to habitual abortion. In addition, they were glad and grateful that the cause was determined and that treatments were available; however, they prepared themselves mentally for the worst-case scenario without having excessive expectations, and confronted their physical condition while creating a personal and economic environment. Therefore, this suggests the necessity of preparing an environment where they can express their experiences and feelings which fluctuate during the treatment selection process.

Key words: habitual abortion, infertility, recurrent pregnancy loss, selection of treatment method

I. 研究の動機と背景

2009年度の厚生労働省研究班による総括研究報告書によると、妊娠経験のある女性の41%に流産の経験があり、不育症の患者数は年間約8万人にのぼる事が明らかとなった(齋藤, 2009)。不育症とは、妊娠はするものの流産や死産、早期新生児死亡を繰り返し、生児が得られない状態をさし、その中でも3回以上の連続した流産は習慣流産と定義され、原因に応じた治療方法が選択され実施される(小澤, 2008; 宮川, 2001; 吉田・中村・渡邊他, 2008)。習慣流産の代表的な治療方法としては、低用量アスピリン療法、ヘパリン療法、低用量アスピリン—ヘパリン併用療法等が挙げられる。我が国においてヘパリン療法実施後の生児獲得率が80.3%であることが報告されており、適切な治療を受ければ約8割の不育症カップルが出産に至る事が明らかにされているが(齋藤, 2010)、その治療方法は多岐に渡るため、不育症カップルは心身ともに様々な体験をしている事が推察される。

これまでの看護研究では、流産後の心理過程や治療を受けながら過ごす妊娠期の思いに焦点を当てた研究は散見されるものの、習慣流産と診断された女性が、治療選択に至るまでにどのような体験をしたかを明らかにした看護研究は存在しない。そこで本研究では、習慣流産に対する治療方法選択に至るまでの体験の語りから、習慣流産と診断された女性がどのように治療に関する情報を得、周囲とどのような関係を築き、どのように治療を選択したかを明らかにし、治療選択における看護者の支援・ケアの在り方を見出す事とする。

II. 研究目的

習慣流産と診断された女性の、妊娠期の治療方法選択に至るまでの体験を明らかにする。

III. 研究意義

習慣流産と診断された女性の治療選択のありのままの体験を知り、支援・ケアの在り方見出

すことで、治療を受ける女性に対する支援・ケアの充実を図るための一助となる。

IV. 用語の定義

妊娠期の治療方法選択に至るまでの体験：これまでの妊娠や流産、治療過程において見たり、聞いたり、実施したりしたこと、及びその際に生じた感想や印象、心に浮かんだ様相や考え。

V. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

B. データ収集期間

平成23年11月1日から平成23年12月31日

C. 研究参加者

関東圏内に居住し、妊娠中に習慣流産に対する治療を行っている、または行ったことのある習慣流産と診断された女性4名。

D. 研究参加者募集方法

自助グループを運営する代表者に対し、文書にて研究の主旨、研究方法、倫理的配慮について説明し研究参加者公募の協力を依頼した。身体的・心理的負担が生じない研究参加候補者（以下、候補者）を代表者が選定し、代表者より候補者数名へ本研究の主旨・内容及び研究者の連絡先をメール配信し、賛同が得られた候補者へ研究者より再度研究参加を依頼する形で公募を行った。

E. データ収集方法

半構造化面接によりデータ収集を行った。あらかじめ作成したインタビューガイドに沿って行い、1人1回60～90分、研究参加者の許可を得て面接内容をICレコーダーに録音した。また、デモグラフィックシートを用いて、年齢、既往妊娠分娩歴、習慣流産に対する治療の開始時期と治療年数、居住地、通院施設の所在地、家族構成について確認を行った。面接は研究参加者

と相談の上、プライバシーの保てる場所を選択した。

F. データ分析方法

面接内容から逐語録を作成し、内容を繰り返し読み、研究目的に関連する内容の文脈を抽出してコード化し、コードの共通点、相違点、特殊性について比較・分類し、カテゴリーを抽出した。分析内容の信頼性と妥当性を確保するため、分析の過程では母性看護学・国際保健助産学および質的研究の専門家から適宜指導を受けた。

VI. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2011-67）。研究参加者には、研究参加によって、過去の体験の想起から精神的苦痛が生じる可能性がある事を文書と口頭にて説明し、精神的苦痛が生じないよう十分に配慮して面接を行う事、精神的苦痛が生じた際には面接を中断する事を、研究参加依頼時および面接前に説明した。面接時には研究者は質問の仕方に十分配慮するとともに、共感的態度で接し、研究参加者の体調、表情、反応などを注意深く観察しながら実施した。

VII. 研究結果

A. 研究参加者の特性

本研究の研究参加者（以下、参加者）は、25～34歳の女性4名であった。全員が2回以上の流産を経験し、習慣流産と診断され、治療により妊娠継続中または出産を経て育児中であった（表1）。習慣流産と診断された経緯として、A氏は2回目流産後、B氏は2回目妊娠時の後期流産を機に、原因検索のため自身で専門紹介を探して受診し、確定診断された。B氏は3回目妊娠時に低用量アスピリンヘパリン併用療法を行ったが流産を経験している。C氏は、第一子出産後に流産が続いたため知人から紹介された専門病院を受診し、確定診断を受けた。D氏は、2回目流産後の婦人科検診にて検査・診断

表1 研究参加者の特性

	年齢	妊娠回数	分娩回数	原因	治療
A	34	3	0	血液凝固異常	低用量アスピリンーヘパリン併用療法
B	34	3	0	自己抗体, 血液凝固異常	低用量アスピリンーヘパリン併用療法
C	32	4	2	後天性自己抗体	低用量アスピリンーヘパリン併用療法
D	25	3	1	自己抗体, 自己免疫疾患	低用量アスピリンーヘパリン併用療法 漢方療法

され、医師紹介の専門病院にて確定診断された。

B. データ分析の結果

分析の結果、9つのカテゴリーが抽出された(表2)。以下、各カテゴリーの特徴的な内容について述べる。なお、記述中の【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、参加者の言葉はフォントを変えて明示し、語りの文末のA～Dは研究参加者を示す。

1. 【医療者の理解の低さや施設の希少さにより時間を費やす】

参加者は、〈流産を機に、原因を知りたい一心で情報を集め、検査に強い関心を持つ〉事で、医師へ流産の原因を探求するために他院を紹介してもらったが、〈医師の知識の程度により、専門病院に適時受診できるかが決まる〉という体験をしていた。

「何か検査したいんだったらX地区(関東圏内)

表2 習慣流産と診断された女性の治療方法を選択するという体験の分析結果

【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉
医療者の理解の低さや施設の希少さにより時間を費やす	流産を機に、原因を知りたい一心で情報を集め、検査に強い関心を持つ
	医師の知識の程度により、専門病院に適時受診できるかが決まる
	検査・治療を望む気持ちを理解されずに断念し、専門病院を探しなおす
	今ある情報を提供し、自分たちで決めさせてほしい
インターネットをきっかけに仲間づくりを行う	専門病院が少なく限られており、受診までに時間がかかる
	インターネット交流は不安もあり見守る事しかできない事に葛藤を覚える
	実際に会って交流を図り仲間を増やす
原因が分かり治療できる有難さを感じる	仲間から精神的支援と情報や知識の伝授が行われる
	流産の原因が分かり気が楽になる
	治療ができる有り難さを感じる
できることは全てするという気持ちで決める	難解な説明を理解しようと努力する
	経済的・身体的負担は割り切って考える
過度に期待せず最悪な状況への心の準備を行う	体験談や知識を参考に、できることはすべてしたいという気持ちで決める
	過度に期待せず最悪な状況への心の準備をするが、根拠ある治療に希望を抱く
治療中に治療の再選択を迫られ手探り状態となる	治療中に治療の再選択を迫られ手探り状態となる
収入を治療費の足しにしたいが仕事どころではない	お金がないと検査も必要な治療もできず負担を感じる
	収入の事を考えると働きたいが、仕事どころではない
周囲の理解を求め治療環境を整える	夫の前向きに協力してくれる気持ちに救われる
	周囲の理解を得、治療環境を整える
	世間の常識に親が傷つけられることを危惧し、配慮する
看護師に相反する感情を抱く	生殖医療に否定的な価値観がある事に直面する
	そばに寄り添い体験や感情を共有する看護師に安心感や癒しを感じ、励まされる
	事務的で無理解な看護師とは接点すらなく、残念に思い諦めの感情を抱く

に病院があるよ」と(紹介元病院の医師が)言っていたんですけど、…不妊症の病院だったんです。…だから(「検査ができる病院がある」と)言った先生もよくわかっていなかった。(C)

紹介先の病院では、参加者が検査をしたいと望んでも、流産の回数や年齢を理由に、「焦らなくてよい」と諭され、〈検査・治療を望む気持ちを理解されずに断念し、専門病院を探しなおす〉という体験をしていた。

「そこまで気にする事ない」という言われ方だった…年齢的に先生がそこまで積極的に(検査を)勧めてくれなかったので…とにかく「早くに(調べたい)」と言ったのですが、先生は一般的な話で「まだこの年齢だから」という言い方になってしまって…なかなか先生が積極的ではなかったので…半年くらいの期間を無駄に待っていた。(A)

実際年齢が若くてもこういう事もある…高齢出産になった方も今度は年齢が上がったら上がったで「高齢だから仕方が無いよね」という扱いになってしまう…(D)

(紹介先の)先生が不育の事を全然知らないみたいで…自分でインターネットを使い不育症専門医を探した。(A)

参加者は、積極的に検査を勧めない医療者に対し、習慣流産や不育症の可能性が少しでもある場合には、〈今ある情報を提供し、自分たちで決めさせてほしい〉と感じ、医療者からの情報提供を基に今後の検査や治療を選択させて欲しいと考えていた。また、専門病院を見つけ受診予約をしたがすぐには受診できず、〈専門病院が少なく限られており、受診までに時間がかかる〉体験をしていた。参加者は、早く妊娠したいという焦る気持ちを抱きながら、何度も問い合わせる等、少しでも早く受診できるよう積極的に行動していた。

1回目の流産はよくある事なのかもしれないのでそこまで要求しませんが、2回目や後期流産を1回でもした時にはできる限り“不育症”という言葉インフォームしていただきたい…流産1回で不安を煽る事はないと思いますが、2回目の時点ではこういうの(不育症の可能性)もあるよというのをインフォームしてあとは自分

達で決めてという気持ちがあります。(B)

3回目の流産が決まった時にネットで調べて専門病院が混んでると知ったので予約をして、その時は10月に予約をして3月(受診)と言われたんですけど。キャンセル待ちがあって12月にたまたま受診できたのでちょっとだけ期間が短くなった。(A)

流産した直後って「またすぐ妊娠したい」ってどうしても感情的になってしまって。年齢的にも焦って他の病院に行こうか迷ったんですけど…早く調べたいというのがあって毎日電話して…たまたまキャンセルがでて受診できた。執念ですよ。(B)

2.【インターネットをきっかけに仲間づくりを行う】

参加者は、ブログや掲示板等の書き込みの閲覧をきっかけに同じ体験を有する仲間と出会っていた。インターネットの実態の見えない存在に不安もあり、自発的な書き込みができない場合には、画面の先にいる仲間の相談に答えたいが答えられない状況が生じ、〈インターネット交流は不安もあり見守る事しかできない事に葛藤を覚える〉体験をしていた。

ちょうどNHKの不妊症の特集を見てR(自助グループ名)も知っていたんですけど…テレビで紹介されても実際の媒体がどういう人達がやっている団体か不安はあったんですけど、登録してみて…探せば同じ思いをした人はいるんだなとわかった(A)

ブログで同じ時期に同じ週数で後期流産した人がいて…私はその文章を読むだけで。いきなりその人に「こんなのありますよ。でもこんだけお金がかかりますけど」なんて言えませんが、ずっと見守るだけだったんですけど。その人その後2回くらい流産されて今年に入ってやっと不育症の検査をするみたいで。「その時に言ってあげればよかったのかな」って(B)

参加者は、インターネット上で出会った居住地の近い仲間同士で集まり、〈実際に会って交流を図り仲間を増やす〉事で、ネットワークを増やし、交流を図っていた。また、交流会に参加する度に、仲間を増やすことができ、〈仲間

から精神的支援と情報や知識の伝授が行われる)事で、自身の心の傷を癒し、今後の妊娠について考える機会を得ていた。

インターネットで知り合った方やそこからさらに紹介してもらったりとか…オフ会に参加したりして話して…実際やっぱり不育症関連で知り合った方は割りと年が離れている事がほとんどなのですが、それでも同じ不育症である事は変わりないですごくよくしてもらっています。なかなか同じ世代で同じように(不育症)ってという人がいないので。(D)

友達は可哀想と思っはくれるけど共感まではできない…そう考えると共感してくれる仲間がいるのはすごく助かります。(B)

自分の体験から、不安だったら検査をした方がいいし、その方が納得すると感じるので…同じ境遇の女性に話している。(A)

書き込みだと他にも状況があるんじゃないかと思うんですけど、実際に会って聞くと、普通の人が経験をしたというのがすごくショックではあるんですけど…人の経験を聞かないと情報が入らないですからね。(A)

3. 【原因が分かり治療できる有難さを感じる】

参加者は、検査結果が出るまでは、原因不明だった場合や治療困難だった場合を想定し、不安や恐怖を感じており、同時に「検査に引っ掛かって欲しい」という原因や手掛かりを突き止めたい気持ちを抱いていた。検査結果で原因が明らかとなった際には、原因不明である事の不安感や恐怖感から解放され、同時に流産の原因に対する治療を行える可能性がある事に安堵感を抱き、〈流産の原因が分かり気が楽になる〉体験をしていた。そして自身の状況と、原因不明と診断された女性や検査・治療ができない女性もいるという状況を比べ、〈治療ができる有り難さを感じる〉体験をしていた。

原因不明と言われなかったからそれがよかった…原因不明と言われたらどうしようかと思いましたが…私的にはどこかに原因があった方が気が楽なので、逆に引っかかってほしかったです。(B)

原因が分からない方がすごい不安だと思うんで

すね。次も流産するかもしれないという不安があると思うので、私は良い方だったんだなって。(C)

原因不明と言われる事が一番怖かった…もしくは染色体異常とか治療できない所で引っ掛かるよりは、分かった方がいいと思って、…治療できるだけでもありがたいですね。(D)

参加者は、医療者の説明や検査結果を難解に感じ、その場では理解できず、「こんなことを聞いていいのだろうか」という質問のし辛さもあり、本やインターネットを用いて調べ直し、〈難解な説明を理解しようと努力する〉体験をしていた。

その時は、はいはいと聞きますけど覚えられない…説明は受けましたけど、もう1回文字で読みたいなのもあったし…先生と話して「これはこうですか」と質問しにくいので。こんなことを聞いていいのかなと。なので自分で調べるかと。(C)

4. 【できることは全てするという気持ちで決める】

参加者は医師から、経済的・身体的な負担について説明を受けたが、子どもが欲しいという気持ちから〈経済的・身体的負担は割り切って考える〉事と、〈体験談や知識を参考に、できることはすべてしたいという気持ちで決める〉体験をしていた。仲間からの事前情報や体験談は、参加者の治療のイメージ化を助け、特に、実際に治療をして生まれた子どもと会った際には、情報が現実味を帯びて感じられ、治療として出来る事は全てしたいという気持ちの後押しとなった事が語られた。子どもを産みたい気持ちや、後悔する位なら出来る事は全てしようという気持ちによって、参加者は治療を抵抗なく受け入れていた。

決めるのは難しかったですが、私の中ではもう二度とあんな経験はしたくないというのがあるので、それだったらもちろんお金がかかっててもいいので治療をしたい…次妊娠したら治療をしましょうという事で決まりました。(B)

次妊娠して(治療を)やらなくて駄目なら後悔するし。どうせ駄目ならやるだけの事をやろう

と…それなら納得いく (C)

治療してお子さんを産んだ方にお会いした時が一番の心の支えになりましたね。「ああ信じられる」という、データで見るよりも実際に授かった子どもを見る方が、私もそうなれるというイメージはハッキリした… (A)

できる治療は全て受けようと思いました…その時は一生懸命なので、本当に出来ることは全部やりたいと (D)

5. 【過度に期待せず最悪な状況への心の準備を行う】

〈過度に期待せず最悪な状況への心の準備をするが、根拠ある治療に希望を抱く〉体験では、参加者は治療をしても出産の可能性は100%ではなく、これまでの流産体験から「信じて駄目なら立ち直れない」との思いもあり、流産する可能性を想定して、期待しすぎないように心の準備を行っていたことが語られた。その一方で、流産の原因に応じた治療である事から、根拠のある治療方法として治療そのものへは信頼感を抱いていた。

せっかく治療していても100%でない事は最初に分かっているので…治療実績とかでも先生方も100とは言っていない (A)

2回目は大丈夫だって言われてたのが急に駄目だったので、「期待を持っては駄目だ」と思って…ずっと後ろ向きな気持ちを持つようになっていました…「大丈夫だよ」「信じて」と言われるけども、「信じて駄目だったら私は立ち直れない」と思ったので、最悪の事だけを考えて心の準備をして (B)

6. 【治療中に治療の再選択を迫られ手探り状態となる】

参加者の中には、どの治療をいつ終了させるかについて〈治療中に治療の再選択を迫られ手探り状態となる〉体験をしていた。医師や施設、地域によっても考え方や意見が異なり、治療方法は個人差が大きいため医師と共に手探り状態で治療を決定していた。

不育専門病院と出産病院とでちょっと意見の食い違いがあって…前置胎盤でかなり出血してし

まってその時に「実はヘパリンやめているんです」という話をしたら、「2回も流産していてこの時期に止めるのは早いのではないのでは」と出産病院にいわれて…専門医でも治療方法や検査方法が違ったりするので、一人ひとりオリジナルなので、良いと言われたらしようとなるけど、先生によって言うことが違くとさすがにどの情報を選んでよいか分からなくなりました。先生もこちらも手探りですよ。 (D)

16週目の時に注射を続けるか止めるかという判断についてもう一度確認があったんですけど、成功率が下がってしまうのであるのなら、安全な面ですっと継続で注射し続けたほうが、その時のお金はなんとかなるしという話して注射を続けて… (A)

7. 【収入を治療費の足しにしたいが仕事どころではない】

検査費・治療費共に高額で、〈お金がないと検査も必要な治療もできず負担を感じる〉ため、〈収入の事を考えると働きたいが、仕事どころではない〉体験をしていた。

検査も7万円位かかるから、お金に余裕がないと無理…治療しないと産めないのにお金がかかるのは負担です。 (C)

最初の流産からパートで働き始めていて…妊娠したら辞めれるように思っていた…ずっとパートで働いていると収入は減るので…ちゃんと働いていたらもうちょっと収入が蓄えられたんじゃないかな…どうしても妊娠がしたいので、かといってフルタイムで働き直すかとそこまでは行かない…仕事と妊娠に向けての葛藤がありました…とにかく仕事どころではない。やっぱり流産の経験があるので、もしかしてすぐ入院になってしまうかもという頭があったので、とても仕事どころではなかったです。 (A)

8. 【周囲の理解を求め治療環境を整える】

夫は、身近にいる相談相手であり、子どもが欲しいという目標に向かって話し合い、協力し、〈夫の前向きに協力してくれる気持ちに救われる〉体験をしていた。また、自分が習慣流産・不育症である事、治療中である事を周囲に公言

し、〈周囲の理解を得、治療環境を整える〉事で、妊娠後すぐに治療に打ちこめる環境を作り上げていた。

(不育症治療の事は) みんな知っているし、私は会社の人にも言っていますし、友達にも言っています…こういう事もあり得るんだよという事を知ってもらいたい事の方が強いんですね。なので抵抗なく話します…主人の両親も心配してくれていて、反対に今の妊娠についての質問がなくなりました…私からの連絡が来るまではそっとしてくれるので救われますね。(B)

不育症だってなった時に、(妊娠したら) 母に頼る事になるんだなという事で結局後になって(不育症であることを) 話して (D)

やはり働いてすぐ辞めますとは言いづらいので一応働き口には(不育症であることを) 言っている…後々休むよりかは、前もって休みと言っておいた方が楽なので、そういう感じで事務所には話しをしていた。(A)

一方で、子どもを産んで当たり前という常識が世間に根強くある事を痛感し、複数の流産により〈世間の常識に親が傷つけられることを危惧し、配慮する〉事で、親の精神的負担を減らすよう努めていた。また、不妊症治療や、習慣流産・不育症の治療といった〈生殖医療に否定的な価値観がある事に直面する〉事で、周囲から理解されない辛さがある事を知るとともに、宗教等の変わり得ない価値観や現実に直面していた。

まだまだ子供がいなくておかしいと思われるのが多いので…1人、2人産んで当たり前でまだまだある世の中なので…「まだあの家は子どもがいなくて」と言われると思うとぞっとします。親もかわいそうですし…自分の親とかが同居していたら「なんでお宅は子どもいないの」と言われてしまうでしょうからね…それは少し嫌ですよね。(A)

(実母は) 不育症というよりも二回流産したという事がすごくショックだったみたいで…一回目の時はショックで母を頼ってしまって手術のときも付き添ってもらって、二回目の時は心配させたくなかったので言わなかった。(D)
仲間の中では親が治療に関して反対している方

もいて、隠れて注射してるって方もいるので…理解してもらえないと辛いですよ…本人はやらなきゃいけないし、もちろん出来れば本人だってやりたくない…不育症という言葉が身近に無いのと、治療して産めるという常識がないので…やっぱり辛いってみんな言ってますね。(A)

むこう(夫)の宗教とかお国柄なんかがあって…生殖医療に関しては人間が手を入れるところではないというのがかなり強いので、正直不育症がわかった時も心配だったんですけども、ただ妊娠自体は自然妊娠だったので(理解してもらえた) (D)

9. 【看護者に相反する感情を抱く】

参加者は、〈そばに寄り添い体験や感情を共有する看護者に安心感や癒しを感じ、励まされる〉体験をする一方で、忙しそうに仕事をする看護者の姿を事務的に感じ、〈事務的で無理解な看護者とは接点すらなく、残念に思い諦めの感情を抱く〉体験をしていた。

必ず言葉をかけてくれるので。あとその場にいますので。やっぱり近くにいた方が安心するしホッとすると思いますね。(A)

やっぱり見たことあったり話したことある看護師さんには、知ってもらえてるのかなって思うから聞きやすいですね。(C)

捉まえて聞いていいというのは聞いた事があるんですけど、なかなかそれもできないですね。止まってないですからね。立ち止まっていたら聞けるんですけど、動いているのを捉まえられない…明らかに忙しそうなので…そこら辺はショックです。(A)

事務的じゃないですか全ての作業が。だからしょうがないなって…(専門病院では)血液検査の時とかも一声二声かけてくれて不安な事とかを質問できた。(C)

VIII. 考 察

研究結果より、習慣流産と診断された女性の特徴的な体験の一つとして、流産の原因を探求する体験が挙げられた。それは、参加者が想像

していたよりも長い時間を費やす体験であった。これには、有効な情報へのアクセスが影響を与えていると考えられ、女性自身の力による情報収集と、医療者の対象理解による情報提供と精神的支援が関与していると考えた。そこでこれらの視点で女性の体験を捉え、看護のあり方について考察する。

A. 女性自身の力による情報収集

1. インターネットをきっかけとした仲間づくりと情報収集

参加者は、主にインターネットから情報収集を行い、ブログやソーシャル・ネットワーキング・サービスの掲示板・コミュニティへの書き込みを閲覧し、コメントを書き込むことによって交流を図り、仲間を増やしていた。不育症カップルは約8万人存在すると言われているが(齋藤, 2009), 既婚夫婦の不育症の割合は0.4~5%との報告があり(牧野, 2007), 全妊娠からみた患者割合は少なく、デリケートな話題である事も相まって、同じ境遇の女性と直接知り合う機会は極めて少ない。そのため、インターネットはそのような女性たちにとって、情報や仲間と出会う機会を得るための貴重な手段であることが伺える。内藤(2000)は、インターネット自助グループの特性として、①場所や時間を問わずに参加出来る、②非同期的なコミュニケーションが可能、③他の参加者と直接顔を合わせなくてもよい、④ステレオタイプの影響が小さい、⑤匿名で参加できる、の5点を挙げており、本研究でもこれらの特性を生かした交流が図られていた。

その一方で本研究では、インターネットという自発的なコミュニケーションツールによる交流に対して葛藤や罪悪感を覚えた女性も存在した。B氏は、同じ時期に同じ流産体験をした女性のブログを何度か閲覧して心を癒していたが、自身が有する情報を「教えてあげたいけど、いきなりそんな事はできない」という葛藤から見守る事しかできず、ブログの女性が同じ期間に更に流産を重ね、ようやく検査がある事を知った状況が分かった際には、「あの時教えてあげればよかった」という後悔や罪悪感を抱く体験

をした。このように、自由な閲覧・書き込みが許されているが故に、閲覧者の能動的な行動によってのみ交流が成立する事は、仲間づくりや情報共有といったインターネットによる自助グループ活用の大きな壁となっている事が推察される。

また、参加者の多くが、インターネット上の交流よりも、実際に会うことの安心感・信頼感を述べていた。A氏は、治療をして生まれた仲間の子どもを目にし、「この治療を信じられる」という実感を得る体験をしており、既知の情報を現実味帯びた信頼性の高い情報として解釈させる効果をもたらしていたと考えられる。また、直接交流を通して、仲間が仲間を呼び、その輪がどんどん広がっていく様子が明らかとなった。埴岡(1998)は、インターネットを活用した妻との闘病体験記の中で、通信仲間と会うことは、仲間との親交と信頼関係の連鎖的な広がりや、絆の強さの実感があると述べている。自分の身近に仲間がいる安心感や直接対話による相互理解を通して、信頼関係や絆が構築され、仲間との交流がより細やかで有効な精神的支援・情報共有の場としての役割を担っていくと考えられる。不育症患者支援には、医療機関以外の日常生活の場でも精神的支援が必要であると言われており(竹ノ上・伊藤・中北, 2012), 退院後に女性が思いを吐露できる環境を整えていく必要があると考えられる。いずれの場合においても、情報元の一つである仲間との交流では、自発性が求められ、必ずしも直ぐに体験や情報共有できる仲間づくりが行われるわけではない事を看護者は理解する必要がある。そして、そのような女性に対しては、看護者がその役割を担ったり、一人ひとりに応じた自助グループの紹介を行い、女性が思いを打ち明け、悩みや不安を相談できる場を確保できるよう支援する必要があると考える。

B. 医療者の対象理解に基づいた支援の必要性

1. 「医療者は分かっていない」という女性の思いと医療者に求める支援の在り方

医療者からの情報提供については、原因を知りたいと焦る患者の気持ちとは対照的に、「焦

らなくても大丈夫」と検査・受診を希望する患者の希望を先延ばしにする様子が語られ、参加者からは「医療者は分かっていない」という言葉が多く聞かれた。

参加者の語りからは、「医療者は分かっていない」という女性の思いとは、習慣流産や不育症の医学的知識だけをさしているわけではない事が伺える。医療者はむしろ、流産に関する医学上の知識は持ち合わせており、それだけを根拠に習慣流産の女性のニーズに向き合っていない様子が伺えた。初めて見聞きする状況に置かれた女性が知りたい事は、流産の確率や一般論ではなく、「自分の身に何が起きているのか」、「なぜ流産を繰り返すのか」という原因や、安心して妊娠するために今後どうすればよいかという対策であると考え。不安を煽って欲しいわけではないが、母体由来の流産の可能性が少しでもあるなら情報を与えて欲しい」という声がみられたように、「流産は誰にでも生じうる事」という対応をせずに、「なぜ流産をしたのか」について、医療者は、習慣流産の女性一人ひとりに合わせた情報を提供し、女性と家族に検査・治療の選択肢と自己決定する時間を提供する事が必要であると考え。

2. 女性一人ひとりに合わせた情報提供

習慣流産の女性は、インターネットの活用により、容易に情報検索が可能となったが、初めて見聞きする難解な医療用語を理解する事や、自己の状況に照らし合せ情報を選択・解釈する事に時間を要していた。そのため、習慣流産の女性が早期に検査・治療の機会を得るためにも、専門的知識を持つ看護師が、正しく明解な情報提供を行う機会を設ける必要があると考え。

特に検査の意味や原因・治療に関しては、専門性の強い内容である事や、必ずしも検査結果が異常値を示すわけではなく、個別性の強い治療や対応を行う場合もあるため、習慣流産と診断された女性たちが既に得ている情報と併せ、一緒に解釈する事が必要であると考え。竹ノ上・伊藤・中北(2012)は、医療機関での不育症患者に対する医療機関での医療介入やケアは短期間であり、必要なケアの内容や期間はその

女性が繰り返した流産・死産の回数、年齢、流死体験からの時間経過、職業など多くの要因で個々に異なり、個別の状況に応じたきめ細やかなケアが必要であると述べている。本研究においても、医療機関によって異なる治療方針や、治療中に治療方針を再選択する状況に置かれ戸惑う状況が語られており、習慣流産と診断された女性が置かれた状況の変化に合わせて、自身の状態を理解できるような情報の共有を行い、安心して、納得して検査・治療に取り組めるよう支援していく事が望まれる。

同時に看護師は、検査段階において、流産の原因が必ずしも明らかになるわけではない事を十分に理解して関わる必要がある。本研究でも、「原因があつて良かった」と思う一方で、検査結果が出るまでは、原因不明という診断への恐怖感を抱いていた事が明らかになっている。芦沢・井上(2007)は、無治療の前立腺がん患者の診断の受け止めの体験から、がんを疑って生きる人生は、全てに疑心暗鬼になり、自ら孤独感を強めていく体験であり、事実を正確に伝える事が混沌から抜け出す手掛かりとなると述べ、診断の受け止めや体験、思いを語り、他者とそれを共有する事によって初めて認識される事もあるため、医療者が聞き手となる事自体が救いとなる事を示唆している。習慣流産の女性においても、原因の有無に関わらず、「なぜ」という疑問を抱いたまま過ごすよりは、率直な事実を受け止める機会を得る事により、次の段階へ進む機会へ繋がっていくのではないかと考える。看護師は、習慣流産の女性の流産体験に寄り添い、「なぜ」という思いに耳を傾け体験を整理するとともに、専門的知識を基に対象に合った情報提供をし、時間を設けて共に考えていく必要があるだろう。そして、検査・診断の前後や、原因不明もしくは治療不能な原因であった場合には、継続的に個別特性に合わせた精神的支援を行う必要があると考え。

3. 安心して語れる場の確保

福田(2000)は、生殖医療を受ける患者へのサポートとして、精神的なサポートと適切な情報提供を挙げ、患者が必要とする時期に信頼で

きる看護師と十分に話し、誰かに理解されたという安心感によりこれまでの孤独感から解放される事と、患者自身が自らの状態を理解し、自らが決定していけるような自立した患者へなることへの援助が必要であると述べている。しかしながら、本研究では、習慣流産の女性を取り巻く看護師の存在は、安心感や癒しを与えるものである一方で、接点すらなく寂しさを与えるものでもあるという、相反した状態が語られた。参加者は、接点すらない看護師に対して、感受性と応答性のなさを実感し、「知識がないから仕方ない」という諦めや寂しさを感じる一方で、「不安な気持ちを察して、看護師から積極的に関わって欲しい」と、検査や診察に病院を訪れた際の看護師からのケアを求めている。「不安な気持ちを察して関わって欲しい」という言葉にも表れているように、習慣流産の女性は、妊娠前後の不安な気持ちや、過去に辛い体験をし、苦悩する気持ちを理解した関わりを望んでいると考えられる。矢富・久下・三谷他(2009)は、41%の不育症女性が、最後の流死産時の病院の環境・対応について良くなかったと感じ、医療スタッフの言動が女性にとって嫌な体験となった事を明らかにしている。不育症・習慣流産の女性は、理解してもらえているという安心感のある環境を求めていると考えられ、参加者の語りからは、一言声をかける事、立ち止まってそこにいる事といった、何気ない看護師の言動や環境の一つひとつが、習慣流産の女性の精神的支援に繋がっている事が示された。看護師の行動変容により、習慣流産の女性に配慮した言動や安心して語れる環境を整える事が支援になると考えられる。斎藤(2012)は、不育症患者の多くはうつ傾向があり、医療スタッフの精神的支援が極めて重要で、家族や支援者と共に「一緒に頑張ろう」という態度で接する事が求められると述べており、医療者による精神的支援の必要性を述べている。本研究でも、治療選択時に様々な気持ちを天秤にかけて考えたり、過去の体験から過剰な期待をしないように最悪な状態を想定しながら治療に臨む女性の心の動きが明らかとなっている。習慣流産と診断された女性たちの一つひとつの体験に耳を傾け、ありの

ままの体験から習慣流産と診断された女性のこれまでの苦悩や頑張りを認め、これから頑張ろうとする気持ちを支えられるような関わりが必要であると考ええる。

4. 女性の治療環境を理解した関わり

更に私たちは、習慣流産や不育症の専門病院の絶対数が非常に少ない事が、習慣流産の女性たちの早期検査・治療のニーズを実現困難なものにしている事を念頭に情報提供を行う必要があると考ええる。厚生労働省研究班(2010)による不育症管理に関する提言においても、専門医の少なさが不育症治療の問題点として挙げられており、全国的に正しい治療が行われる事が今後の課題とされている。どの地域のどの病院でも、均等に検査・治療ができる医療環境の整備が必要であり、そのためには、医療者が勉強会や専門学会等で最新の検査・治療の知識を得る事や、ガイドラインの更なる整備を行う必要があると考えられ、流産を繰り返す全ての女性と同じ質の検査・治療をいつでも受けられる環境が求められていると考ええる。

IX. 実践への示唆

流産を繰り返す女性は、流産の原因を探求し治療を選択する過程において、検査・治療を巡る多様な感情を抱きながら、人的・経済的環境の調整を行い、妊娠継続に向けて積極的に行動を取っている事が明らかとなった。習慣流産の女性は、より看護師や医療者からの理解と支援を得る必要があり、正しい情報による検査・治療環境を早期に整える事、思いの表出や相談ができる場を確保する事の必要性が示唆された。2012年度より、都道府県や政令指定都市の自治体が不育症の相談員を配置する際、相談員の人件費や普及啓発の費用に対し、国による補助が受けられるようになった(厚生労働省, 2012)。今後はこれらの予算が有効に活用され、各地域での積極的な相談窓口の設置と、看護師によるケアの普及が望まれる。また、病院看護師が地域看護師と連携し、病院内外での継続支援が期待される。

X. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究参加者が4名であり、習慣流産・不育症の女性が治療を選択するまでの体験の一端を明らかにしたものである。今後は、より多くの対象者への面接からデータ数を増やしていく必要がある。また、研究参加者全員が、検査の結果流産の原因が明らかになり、治療を選択した方であったため、治療を選択するという体験を十分に描き出せたとは言い難い。原因不明といわれる習慣流産・不育症カップルは35～60%の割合で存在しているため、今後は原因不明と言われた方の体験を通して、妊娠前の体験や、治療方法を選択する体験を明らかにし、看護職のケアのあり方を見出す必要がある。

XI. 結 論

習慣流産と診断された女性への面接から、治療方法選択に至るまでの体験について明らかにした。その結果、9つのカテゴリーが見出された。医療者の対象理解により、女性が正しい情報を得、検査や治療を選択できる環境が提供される必要性が示された。女性は、仲間との情報共有や精神的支援の中で、自分なりの答えを見つけ、出来る事は全てする覚悟で治療を選択していた。また女性は、原因が分かり、治療がある事の嬉しさや有り難さの半面、過度な期待をしないよう心の準備をし、人的・経済的環境を整えながら治療を選択しており、女性の体験や思いを表出できる環境を整える必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力いただいた研究参加者の皆様、及び、研究参加者の公募にご協力いただいた自助グループ代表者様に心から感謝申し上げます。また、研究を進めるにあたり、的確なご助言やご意見を下さった井村真澄教授に感謝申し上げます。本研究は、平成23年度日本赤十字看護大学奨励研究の助成を受けて実施致しました。

文 献

- 芦沢佳津美・井上智子(2007). 無治療の前立腺がんとともに生きる人々の体験と看護支援のあり方の検討. *日本がん看護学会誌*, 21(1), 22-30.
- 福田貴美子(2000). 生殖医療を受ける患者に対するカウンセリング/サポート. *ペリネイタルケア*, 19(7), 25-29.
- 植岡健一(1998). *インターネットを使ってガンと闘おう*. 中央公論.
- 厚生労働省(2012/1/4). 平成24年度厚生労働省予算案 viii 母子保健課関係. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000023yotatt/2r98520000023yun.pdf> より, 2012/8/19 検索.
- 厚生労働省研究班(2010). 平成20～22年度総合研究報告書 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. http://fuiiku.jp/report/data_2022/2022_00_6_1.pdf より, 2012/8/19 検索.
- 牧野恒久(2007). 「不育症」をあきらめない. 集英社.
- 宮川智幸(2001). 反復流産(習慣流産). *周産期医学*, 31, 175-177.
- 内藤まゆみ(2000). 第6章インターネットにおける自助グループ. 坂元章編, *インターネットの心理学* (pp.72-82). 学文社.
- 小澤伸晃(2008). 死産に光をあてる—現状, 原因ならびに管理について— *不育症と死産. 産科と婦人科*, 75(4), 426-433.
- 齋藤滋(2009). 不育症治療に関する再評価と新たな治療法に関する研究. *平成20年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)総括研究報告書*, 1-170.
- 齋藤滋(2010). 分担課題: 不育症例に対するヘパリン自己注射についての調査. *平成22年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)分担研究報告書*, 49-54.
- 齋藤滋(2012). ①不育症の診断・治療の現状と今後の課題 正しい知識の提供と精神的支援を. *Nursing BUSINESS 2012*, 6(5), 52-53.

竹ノ上ケイ子・伊藤美奈子・中北充子(2012).
不育症患者の支援における当事者組織活動
の重要性 ピアカウンセリングを含めて.
助産雑誌, 66(10), 838-843.

矢富茜・久下さくら・三谷久美子・奥村永里
子・難波沙由里・米藤由貴・江見弥生・中

塚幹也(2009). 流・死産後の環境と不育症
女性の心理. *岡山県母性衛生*, 25, 50-51.
吉田淳・中村拓実・渡邊倫子・鈴木幸成・岩本
豪紀・両角和人(2008). 不妊・不育治療
の意義. *周産期医学*, 38(4), 453-456.