

流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムの構築と活用

The Establishment and Application of an “e-Care” System for
Couples Who Have Experienced Miscarriage and Stillbirth

竹ノ上 ケイ子

慶應義塾大学看護医療学部教授

Keiko Takenoue

Professor, Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

前田 尚美

慶應義塾大学 SFC 研究所上席所員 (訪問)

Naomi Maeda

Senior Visiting Researcher, Keio Research Institute at SFC

田所 由利子

慶應義塾大学 SFC 研究所上席所員 (訪問)

Yuriko Tadokoro

Senior Visiting Researcher, Keio Research Institute at SFC

中北 充子

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科後期博士課程

Michiko Nakakita

Doctoral Program, Graduate School of Health Management, Keio University

目的：流産・死産体験者のための e-ケア・システムを構築し活用することで、問題解決をはかるとともにケア力向上、健康レベルの向上をはかる。**方法：**4つのケア・システム、① Web 上掲示板を活用したピア・グループによる相互支援、②対面による相互支援、③冊子の作成と頒布、④助産師による個別面談を構築し、活用し、評価した。**結果：**Web 掲示板は、開設以来計 9,895 件の書き込みがあり、対面による相互支援を利用した人は 218 人であった。冊子は 2,000 冊以上が希望により配布された。助産師による個別面談を利用した人は 40 人であった。**結論：**構築された 4つのケア・システムのうちオン・ライン・ケアは一時的に現実社会から退避したい人に役立ち、オフ・ライン・ケアは人の温もりを求める人や、現実社会に復帰する準備として、相互補完し合いながら役立っていた。

Purpose: To establish a post-miscarriage and stillbirth e-care support system to encourage mutual-care and improve health among affected couples. **Method:** Four types of care systems were developed by patient-peer groups and researchers: a website bulletin board, booklets, personal counseling by mutual support groups, and personal counseling by midwives. **Results:** The website bulletin board explored the couples' experiences and feelings and was accessed more than 9,400 times, indicating the usefulness of this website-based care system. Twenty peer-support meetings were held, and over 2,000 booklets were distributed to individuals and hospitals. Forty counseling sessions by midwives, conducted at the women's center, focused on concerns and minor physical symptoms. The roles and meanings of the e-care system were discussed. **Conclusion:** The developed e-care systems for couples who have experienced miscarriage and stillbirth complemented each other and their frequency of usage indicated their necessity.

Keywords: e-ケア・システム、流産・死産後ケア、相互支援、インターネット、Web 掲示板

1 流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムの構築の必要性

1.1 背景および研究の目的、用語の定義

1.1.1 背景

「e-ケア型社会システムの形成とその応用研究」プロジェクトでは、ケアを提供する側、受ける側、それぞれが抱える健康関連の課題に対して Information and Communication Technology (以下 ICT と略す) を活用することでケア力の向上をはかり、個々のケア力の向上によって国民の健康向上に役立つような、新しい社会システムを創出することを目指している。

その中で本研究グループは、一つの例として、流産・死産体験者のケアに ICT を活用し、相互支援活動を支援し、ケアを受ける側、提供する側それぞれがもつケア力が向上することをめざした。個人やグループレベルでのケア力が向上することによってより強力にケア力を発揮することができれば、より高いレベルの健康状態を実現できるのではないかと考え、流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムを構築し、e-ケア型社会システムの形成の実例を提示できると考え研究を行ってきた。

従来わが国では、流産や死産は個人的な体験であり、夫婦間の出来事、家族内の出来事として、あまり表に出てくることはなかった。多くは医療機関と家族内で対処されてきたものと思われる。しかし、流産・死産後の医療介入は短期間に限られ、地域に、日常生活の中に戻されるが、わが国の場合、流産・死産後の人たちがケアを受けられる場は極端に少ない。従来機能してきた家族内での処理についても核家族化が進むにつれて家族内だけでは対処できにくくなってきている。さらに、多くの女性が家庭外で働き、外に向かって発言する機会が増え、個人的体験として自己処理して済ますだけではなく、個人的な体験を他の人々と共有したい、あるいは自分の体験を他の人々のために役立てたいと考えるようになってきている。このような女性たちの生き方の変化や家族のあり方の変化に治療が中心の現行の医療モデルのケア・システムは対応できていない。そこに ICT を活用した生活モデルの e-ケアが役立つ

のではないかと考え、研究に取り組んだ。

1.1.2 研究目的

本研究の目的は、流産・死産体験者のためのケア・システム開発に ICT を活用し、当事者を主体とした生活モデルのケア・システム、すなわち e-ケア・システムを構築し、活用することによって得られた知見を明らかにすることである。この流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムを活用することで、当事者のケア力の向上、相互支援グループやケア提供者のケア力の向上、ひいては社会の構成員である住民のケア力向上や健康レベルの向上がはかれることを示すことで、新しい e-ケア型社会システムの創出への道程を示したい。

1.1.3 本研究で使用する用語の定義

本研究で用いる用語を以下のように定義する。

- ①流産 (abortion) とは：わが国では「妊娠 21 週 6 日までの胎児および胎児付属物の娩出、妊娠週数が不明なものは、胎児の体重が 500g 未満の妊娠中絶をいう。
- ②死産 (stillbirth) とは：わが国では妊娠満 12 週以後の死児の出産のことである。本研究では、自然流産と自然死産を体験したと自己申告した女性とその配偶者を対象とし、総称として流産・死産体験者と記すこととする。
- ③対象喪失 (object loss) とは：フロイトが定義した概念で、大切な対象を失うという経験を包括的に意味する用語である。本研究では、ボウルビィの母子関係の理論で用いられている「愛着対象の喪失」、すなわち、流産や死産で子どもを失うことを意味する言葉として用いる¹。
- ④悲嘆 (grief)、悲哀 (mourning) とは：英語の grief と mourning は一般に広く使われ、同義語としても使われるが、「人が愛する対象を失った後にみられる混乱から適応に至るプロセスが“悲哀”であり、このプロセスにおいて生ずる感情を“悲嘆”という」と定義され、厳密には使い分けられる。本研究では、人が愛する対象を失っ

た後にみられる混乱から適応に至るプロセスを“悲哀”と定義し、このプロセスにおいて生ずる感情を“悲嘆”と定義し、悲哀と悲嘆をできるだけ使い分ける²。

1.2 流産・死産後の女性とその配偶者たちの現状とケア・ニーズ

1.2.1 流産・死産の発生頻度からみた現状とケア・ニーズ

自然流産 (spontaneous abortion) は、妊娠時に最も多く見られる異常のひとつであり、わが国では、通常妊娠の約 10～15%は自然流産に終わると言われている。1996 年度に自然流産に終わった症例がわが国では約 40 万件以上発生したと推計されている。国民衛生の動向 (2009) の平成 20 年度の出生数をもとに、自然流産の発生頻度を 20%で見積もった場合は 20～30 万件ということになる。さらに、安藤ら³の推計した年間 40 万件の自然流産があるとした場合、夫婦合わせると年間 80 万人が自然流産を経験していることになる。

また、わが国の死産数は、国民衛生の動向によれば、年間約 1 万～1 万 3 千件である。流産と死産を合わせると少なくとも毎年 20 万～40 万人以上が流産・死産経験者であることは確実であり、この数は毎年発生する。これら流産・死産の発生頻度から考えて、ケア・ニーズの存在は明らかである。

1.2.2 文献からみた流産・死産後のケア・ニーズ

周産期死亡後の悲嘆に関する研究は、欧米では心理学者、精神科医、産科医、小児科医によって始まり、1980 年代から 1990 年代以降には多くの看護研究の成果が報告され、現在に至っている³。

わが国で周産期死亡後の悲嘆に関する研究報告や著書が多くみられるようになったのは、1990 年代後半以降である⁴。それらの内容は、実態調査研究と体験談、体験談をもとにしたケアへの提言が多く、ケアの根拠となる基礎データの収集をしている段階といえる。

悲嘆ケア (grief care) を考える際には、急性悲嘆時のケアとその後 6 ヶ月から 24 ヶ月続くといわ

れている悲哀のプロセスへのケアと両方を考える必要がある。看護研究者のロジャースら⁵は、401 件の文献を検索しそのうちの 74 件の文献から、悲嘆の概念を分析し“死に関連した喪失”を扱うこと、多くは悲嘆に関する症状に焦点が当てられヘルスケアが必要と考えられること、時間経過や時代によって変化することなどを明らかにした。看護学では現在も Rodgers らの悲嘆の概念が用いられている。悲嘆という用語を使った文献の多さと、病的な悲嘆ばかりでなく悲嘆反応としての症状や反応に焦点が当てられてケアの必要性やあり方が論じられていることから、援助を要するニーズがあるといえる。

太田⁶は、死産経験者 13 名と早期新生児死亡を経験した母親 1 名に半構成的面接法を用いて母親たちのケア・ニーズを探索し、『母親になることへの支援』、『悲嘆作業をすすめることへの支援』、ケアに関するあらゆる場面での『意志決定への支援』についてケア・ニーズがあったと述べ、それぞれのニーズに応える支援が必要であると述べている。

本研究では、文献検討から、流産や死産で子どもを失うという対象喪失後にみられる混乱から適応に至る 6 ヶ月から 24 ヶ月間にわたる悲哀のプロセス全体、そのプロセスで生じる感情反応や症状 (= 悲嘆反応) に着目し、悲哀のプロセス全体にわたってヘルスケア・ニーズがあると考えて研究に取り組んだ。

1.2.3 流産・死産体験後の心的体験の特徴からみたケア・ニーズ

流産・死産体験後の心的体験の特徴のひとつは、流産や死産によって大切な我が子を亡くするという対象喪失体験をした両親であるということである。J. ボウルビィ^{7,8}やクラウスとケンネル^{9,10}らは、死産児の両親の反応は、配偶者を亡くした場合の喪失や悲嘆過程に似ているが、親、特に母親は、健康な赤ん坊を産むことができなかったことを恥ずかしく思い、あるいは死なせてしまったことに罪悪感を感じ、自ら重荷を背負うことになると述べ、そのために時には夫ともコミュニケーションをとれない場合があると述べている¹¹。流産・死産体験後の心的体

験の特徴の一つは、援助を要する喪失体験ととらえることができる。

ふたつ目の特徴は、対象喪失体験であるということに加えて、自己の一部（体内に確かに存在した胎児）を失うという自己喪失体験が加わるということである。この対象喪失と自己喪失という二重の喪失についてクラウスとケンネル¹¹は、「今まで確かに満たされていた腹部が、死産によって空虚になってしまった母親には二重の喪失感が存在する」と述べ、ポウルビィら⁸も同様の意見を述べている。流産や死産という体験は、大切な子どもを失うとともに、自己の一部を失うというさらに厄介な過程が存在するため自己矛盾を呈しやすす不安定さを抱えた出来事である。さらに、「母親になる」という自分自身のイメージ、あるいは「家族をもつ」という配偶者のイメージ（夢）も失うことになるため二重、三重の喪失体験であり、多様で様々なレベルの悲哀感情を体験するという特徴がある。

3つ目の特徴は、病的な悲嘆と正常な悲嘆の境界がわかりにくいことである。平山¹²は、フロイトの『悲哀とメランコリー』¹³の「正常な生活態度から逸脱しているときも病的状態と見なさない。むしろ、悲哀感が起こらないことが異常である」を引用して、正常な悲嘆と病的な悲嘆を区別している。正常な悲嘆は5段階¹⁴、あるいはケルナーが述べる悲哀の4段階¹⁵、すなわち『情緒的危機の段階』、『抗議—保持の段階』、『断念—絶望の段階』、『離脱—再建の段階』を行き来しながら経過し、1～2年という時間をかけて回復へと向かうという考え方が一般的である。しかしながら、逸脱状況や症状の表現には個人差が大きいため識別が難しいことも多い。本研究では、病的悲嘆は医療介入すべきものとして医療介入への仲介をする。一方で正常な悲嘆、すなわち正常な生活態度からの一時的な逸脱や悲哀のプロセスで生じる感情反応や症状については、セルフ・ケアは困難なことが多いであろうと考え、生活レベルでかかわること、あるいは悲哀のプロセスの進行を支え、いくらかでも心やすらかに悲哀のプロセスが経過するようにと考えて研究に取り組んだ。

4つ目の特徴は、回復までの期間の長さである。

流産・死産後の悲嘆から回復までの期間には諸説あるが、通常、流産後の身体的回復は数週間を要する。後期流産では正常分娩のような経過をとるが、身体的回復は比較的早い¹⁶。それに対して心理・社会的な回復には通常3ヶ月から1年、あるいは2年を要すると考えられている^{15,17,18,19,20,21,22}。

一方、死産後の身体的回復は、死産が発生した時の妊娠週数によって異なる。妊娠22週での死産の場合は、正常分娩のような経過をたどるが死児は約650～700gで母体への負荷は妊娠末期に較べると小さい。妊娠40週での死産では、通常の正常分娩経過と同様に経過し、母体には通常の分娩同様の身体的負荷がかかり、死児は約3,100～3,300gに発育している²³。死産後の回復も身体的には通常の産褥経過と同様に生殖器は4～8週間で退縮しもとにもどるが、内分泌系が非妊娠時に戻るのは約1年を要する²³。死産後も心理・社会的な回復には、約1年、あるいは2年を要すると言われ、日常生活への支障が観察されなくなる1～2年後を回復の目途としている人が多い^{17,18,19,24,25,26}が、死産後は流産後に較べて愛着形成が深まったぶん、悲しみが深いとも言われる²⁷。

日本女性を対象とした研究では、流産後の心理・社会的な回復は約3ヶ月から6ヶ月を要するとされる場合もあるが、1年～2年を要する場合もある^{18,19,20,21}。死産後の心理・社会的な回復について太田らは、4～5年後でも話を聞いてもらいたいなどのケア・ニーズをもつ女性がいたことから、数年間にわたり影響が残ると報告している^{25,28}。

本研究では、流産・死産後1～2年を目途として流産・死産体験者と称し、この期間にケア・ニーズが高いであろうと考えて研究に取り組んだ。

1.3 ケア・ニーズに対応できていないわが国の現状とe-ケア・システム開発の必要性

1.3.1 短期間だけの医療介入

流産・死産後はケア・ニーズがあるにも関わらず、年間40万件、80万人と推計されるわが国の流産・死産後の女性とその配偶者が、必要なケアを受けられる環境やシステムは十分に整っていない。

わが国の一般的な流産前後ケアの例を述べると、妊娠 22 週未満で流産の徴候があり受診した場合、あるいは胎児体内死亡と診断された場合、通常は 1～4 日程度入院して治療・流産後処置を受け、回復が順調であれば退院する。もしくは日帰り手術を受け、異常がなければ即日退院する。退院後 1～2 週間後には同じ産婦人科を受診し、生殖器を中心に復古状況や合併症の有無についての検診を受けて、異常がなければ全てが終了し医療者とのかわりはないというの一般的なものである。つまり、流産の直前、直後は病院・診療所において必要な医療、主として身体的ケアが受けられるが、心理的なケアを含めて考えると不十分であり、退院 1～2 週間後に身体的回復が確認された後は放置されていると言っても過言ではない。

死産後は、入院期間が流産後よりも長く、4～6 日間入院して心身両面からケアを受けて退院する。入院中は必要なケアが受けられると推測するが、退院後は 4～8 週間に 1～2 度産婦人科を受診し、復古状況や合併症の有無についての検診を受けて異常がなければ医療者との関わりはなくなる場合が多い。心理・社会的な回復には 1 年、あるいは 2 年を要するが、病院・診療所の施設内に臨床心理士やカウンセラー、専門看護師等を配置し、流産・死産後の心理・社会面の回復についてのフォロー・アップやカウンセリングなどのケアを行っている施設は極めて少ない。病院・診療所以外で流産・死産後の心理相談を受け付けている場合は少なく、都市部に偏っている。このような状況から、入院中、退院後ともに不十分であるが退院後は特に流産・死産後のケア・ニーズに対応できていないことを念頭に e-ケア・システムを開発する必要があると考えた。

1.3.2 専門施設、および専門家の不足、連携の不足

西巻らは、全国レベルで 100 床以上の医療施設に 2 段階のアンケート調査を実施し、亡くなった胎児、新生児、乳幼児の家族への精神的サポートに関して、臨床心理士やケースワーカー、精神科医・看護師などの専門家がない施設が 90%以上あり、日本の医療機関での状況は満足できるものではないと結論づ

けている²⁹。岡永³⁰は、サンプリングに課題はあるものの助産師 108 名への質問紙調査の結果、退院後の継続ケアの実施、専門職との連携などで課題があると結論づけている。

いずれの実態調査からも周産期死亡後、精神的ケアのできる専門施設、専門家の不足、連携の不足などが明らかであり、これらに対応できる e-ケア・システムを開発する必要があると考えた。

1.3.3 家族内、および地域のケア力の不足

流産・死産後のケアは、従来は拡大家族を含めた家族内で処理されてきたものと思われる。核家族化がすすみ、夫婦だけ、あるいは夫婦と子どもだけの家庭で流産・死産が発生するとケア提供者が不在であるため、当事者の一人である夫にもケアの負担がかかることになり、夫婦関係にも影響する³¹。夫や親族等の拡大家族メンバー、その属する地域コミュニティのメンバーも家庭外で時間拘束を受けながら働いている場合が多く、必要な役割を果たせるケア提供者が不在の場合が多いため、家族内、および地域では十分なケアが行われていないという現状に答えられるような e-ケア・システムを開発する必要があると考えた。

以上のように、発生頻度が高く、ケア・ニーズも高い流産・死産後の女性とその配偶者たちが、必要かつ十分なケアを受け、心身ともに癒えることは、次の妊娠、あるいは次の人生の目標に向けて、より健康な状態で立ち向かえるようにすることであり、当事者夫婦にとって重要なことである。さらに、コミュニティ、国というレベルで考えても、生殖の時期にある夫婦が妊娠から出産、育児に心身ともにより健康な状態で喜びをもって向かえるような社会環境づくりは、妊娠・出産の快適性や育児支援が求められる昨今、ますます重要な社会的課題であると考えて e-ケア・システムを構築した。

2 流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムの構築と活用の実際

本研究では、流産・死産体験者の相互支援グループを組織し、そのグループ内での相互支援活動に

ICTを活用することにより、ケアを提供する側、受ける側それぞれがもつケア力の向上を目指し、個人やグループレベルでのケア力が向上し、より向上したケア力を発揮することができれば、より高いレベルの健康状態を実現できるのではないかと考えた。そのケア・システムの構築と活用の実際について述べる。

2.1 相互支援グループの組織化

相互支援グループの組織化は、流産・死産を体験した女性たちへWeb上で情報を提供することから始め、次いでWeb掲示板が作成されるに至った。同時にWeb上で会員を募集し会員制の相互支援グループが結成された。会員は、流産・死産を体験したカップルで登録し会費を支払った人とそれを支援する医療従事者や経済的支援を申し出た賛助会員から構成されている。初期段階ではWeb掲示板で特定の病院や医師を誹謗中傷する内容や、掲示板に書かれた内容への返答でメンバーや運営グループを試し、返答内容を批判するというような場面もあった。そこで、有志の運営グループを組織し目に余る誹謗中傷の内容は削除するなどの問題解決にあたりWeb掲示板の維持管理をするとともに会員制の相互支援グループの運営にあたることとした。

会員メンバーも運営グループも、ある時期をこのグループとともに過ごすと同様“卒業”していく人が出てくるが、同時に運営グループへの参加を申し出る人も出て、会員メンバーも運営グループの一部もそれぞれ代替わりしている。5年という年数が経過すると、会員や会費の管理、掲示板への記載数の増加に伴う掲示板管理業務の増加、会の維持費の問題など運営上の課題は多い。しかしながら、自分の辛かった体験を何らかの形で他の人に役立てたいという人たちのボランティア精神と、問題が発生すると、それをカバーし修正しようとする人が出てグループ内に自浄作用が生まれてきたことから、相互支援グループの活動は継続できている。

2.2 Web構築と相互支援のためのWeb掲示板の作成、管理

2.2.1 Webの概要と相互支援のための掲示板の位置づけ

Web全体は以下7つの内容で構成されている（詳細は<http://pocosmama.babymilk.jp/> 参照）。

- ①会の名称、設立主旨、サイト運営の基本的な考え方、利用上の留意点
- ②流産・死産後の心の状態や変化についての情報
- ③流産・死産についての各種情報
- ④次の妊娠へ向けての情報
- ⑤会員募集、会の活動報告や会計報告など相互支援グループについて
- ⑥掲示板（4種類）
 - A) 一悲しみを語り合う掲示板（本研究で論ずる相互支援のための掲示板）
 - B) 一次の妊娠へ向けて話し合う掲示板
 - C) 一妊娠報告・妊娠中の不安を話し合う掲示板
 - D) 一井戸端会議掲示板
- ⑦その他の情報

相互支援のためのWeb掲示板はそれら中の一つである。

2.2.2 相互支援のためのWeb掲示板の特徴

相互支援のためのWeb掲示板（悲しみを語り合う掲示板 <http://www.21style.jp/bbs/pocos1/>）は、登録制である。記載内容は一般公開され、閲覧のみも可能であるが、書き込みをするためには登録しなければ書き込めないように設計されている。これは、いたずらや誹謗中傷等の防止策である。利用上の注意も詳細に記載され、サイトが設立主旨に沿って利用されるように配慮され、不適切な内容であると判断した場合には削除などの処置がとられることも記載されている。

2.2.3 書き込み内容でみたWeb掲示板で行われていること

以下、相互支援のためのWeb掲示板上で実際に何が行われているか概観する。

Web掲示板では、登録した流産・死産体験者が、

表 1 相互支援のための Web 掲示板への書き込み内容 (2007 年度の内容分類から抜粋)

行われていること	掲示板への書き込み内容
生の感情を吐露する場 書かずにいられない衝動を解消 同様感情を共感する場 他者の理解を得る場 家族に言えない本音、愚痴	<ul style="list-style-type: none"> ・自分のつらさ、悲しみをありたけ書いて、少しスッキリした ・どうしようもないのはわかっているが書かずにいられない ・自分も同じなので、悲しみ、つらさがわかる、わかる、という感じでした ・解決できるものではないとわかっているが、誰かにわかってもらいたかった ・家族に言えない本音、夫への苛立ち、家族についての愚痴を書いた
書くことで気持ちの整理 頭の整理 回復への後押し	<ul style="list-style-type: none"> ・悲しくて前に進めない、落ち着くために書いた ・自分の気持ちを整理するために書き込みたい ・回復に向けて前に進むために背中を押して欲しい
同様体験者の存在による安心感 癒され、慰められる場 エネルギー充電の場 元気をもらえる場 孤独からの脱出の機会	<ul style="list-style-type: none"> ・同様に感じている人たちが他にもいることを知り気持ちが落ち着いた ・同じ事を言われても同じ体験をしている人のことばだと素直に聞ける ・楽になれる方法を教えてくれたので、こころが壊れないで済んだ ・このサイトに来て癒された。慰められた。支えられた感じがした ・いろいろ調べて、辿り着いたところがこの掲示板。ホッとできる場です ・返事を読んで少し元気をもらえた。孤独な状況から脱出できた
情報取得の場 多くの人と情報交換の場 同様体験者と情報を確かめ合う場 情報確認による不安軽減の場	<ul style="list-style-type: none"> ・よい病院や医師、手術、費用、役立つ本、などの具体的情報が欲しい ・今困っている症状、腹痛や不眠、夫との関わり方、弔い方などを相談したい ・次は良い病院に行きたいからたくさんの人からいっぱい情報が欲しい ・病院で行われたことを書き、やっぱり普通の事なのだ確認でき、安心した ・掲示板の内容と自分の体験と重ね、回復へ向かっていることが確認できた
他者への役立ち体験ができる場 他者支援による自己効力感を高める場	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の書いたことが役に立ち、嬉しい ・自分も未だ辛い時があるが、自分同様につらい体験をしている人に役立ちたい ・辛いことばかりだが、こんな自分でも役に立てることがわかり希望をもてた

自分の体験や、悲しみ、辛さなどを掲示板に書き込む。同じく登録した流産・死産体験者と協力メンバーの医療関係者がそれを読み、同情、共感、アドバイス、意見などを書き込むことによって成り立っている。表 1 に書き込み内容の抜粋とそこで行われていることを示す。

2.3 直接対面による相互支援

直接対面による相互支援をグループメンバーは交流会と呼び、女性一人での参加もあれば、カップルでの参加もあり、一回の参加者は 6～20 人程度である。流産・死産の体験は多様で個々に違いがあるため、自分の体験やそこから得た意見を他者に押しつけないこと、余裕がない人はただ参加するだけでよいこと、温かみのある会になるようにお互いに努力することなどを方針に掲げて運営している。中には“やっとな外に出られるようになりました”という人もいたため、話したくない人に無理強いしないことも注意される。その後、4～6 人程度の少人数で各自の体験や今の気持ちなどを話してもらった。各グループには交流会への参加経験がある体験者や医療従事者（看護師・助産師）が加わるように配慮される。既に掲示板で知り合っている人たちにとっては

実際に対面でお互いを知る場である。

2.4 Web および冊子による情報提供

2.4.1 Web による情報提供

本研究では、Web の HP (<https://www.e-care-project.jp/HRC/entity/misc/index.html>) にて情報提供を行っている。最近数年の間に同様のサイトが増加してきたが、本研究を開始した時期には流産・死産後に焦点を当てて情報を提供している信頼できるサイトは少なかった。流産・死産後には妊婦や子ども連れに会いたくないなどの理由で引きこもりがちになる女性が多いため、流産・死産後に焦点を当てた信頼のできる情報提供サイトは今後もニーズがあるものと思われる。一方で情報過多による弊害もあるので、焦点を絞り、正確な情報をコンパクトにまとめた情報提供ができるように努力している。

2.4.2 冊子による情報提供

流産・死産後のケア用の冊子は、最低限必要な情報をコンパクトにまとめた情報誌が欲しい、という医療関係者や流産・死産体験者の要望から作成された。流産・死産体験者本人や家族からの依頼、および医療機関に勤務する助産師等が冊子送付を依頼す

ることが多い。体験者の会の運営グループが郵送料実費にてその要望に応じている。

最近では、医療機関に勤務する助産師たちが自分の勤務する施設の状況に応じた冊子を作成したいので、その参考のために入手したいという希望も寄せられ、本プロジェクトが目標としている体験者のケア力向上とともにケア提供者や支援者側のケア力の向上にも役立ち始めている。

2.5 助産師による個別面談

個別面談は女性単独との個別面談とカップル単位での個別面談がある。

女性単独との個別面談は、流産・死産体験者たちの一部から、「仲間同士で支え合うのも必要だが、自分は医療にかかわる専門家の意見も聞きたい」、「込み入った話は掲示板に書きにくい」という意見があったことと、掲示板での書き込み内容の中に医学的知識や受診のしくみについての知識がないために偏ったアドバイスをしていると思われるケースが散見されたために開始した。面談場所は、公的機関に個室を提供してもらい実施している。

一方、カップルでの来訪による面談は少ないが、相談内容には、夫が「妻が苦しんでいるのはわかるが、何をどうして助けたらよいかわからない」という理由が殆どである。そのような場合、夫には妻を心配していること、何か手助けをしたいがどうして

よいかかわらないということを言葉でその場で妻に表現してもらおうことにしている。心配してくれるパートナーがいることを自覚させるようにかかわり、妻には夫が面談に同行してくれることをどのように感じているか、その存在をどう感じているかを言葉で表現してもらおう。多くの場合、妻は、有り難いと感じていることや、何かをしてもらわなくとも心配してくれること自体が有り難いし、一緒にいてくれて嬉しいのだということを言葉で表現する。その上で助産師はお互いに何かして欲しいことはないか、望むことがあるか否かを尋ねるが、双方に対して発言を無理強いしないように心がけている。解決法を提示するのではなく、第三者がいることで、普段、言葉で表現できないお互いへの思い、感謝、あるいは相手に希望することを自由に表現できるように支援するということが心がけている。

3 e-ケア・システムの構築の意義についての考察

3.1 相互支援のための Web 掲示板の意義

3.1.1 利用状況からみた Web 掲示板の存在意義

評価指標の一つとして、各年度末にまとめた Web 掲示板への書き込み数（累計）の年次推移を図1に示す。漸増しているが2007年度からは急増し、2008年度末までが9,480件、2009年度は9月末時点で累計9,895件であった。認知度の上昇が書

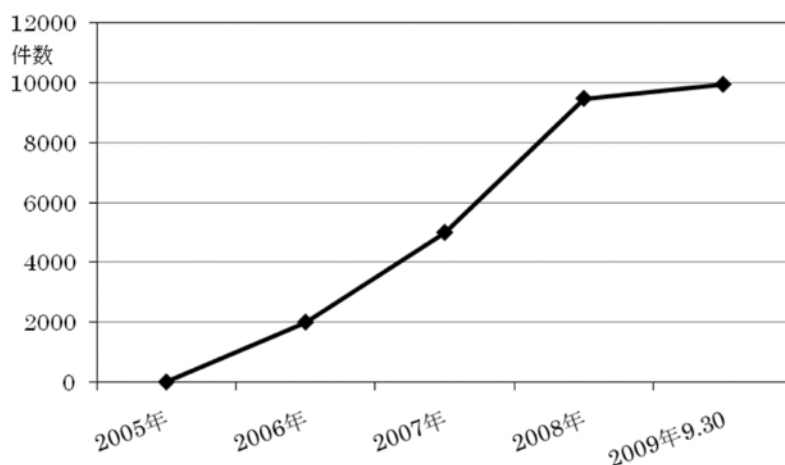


図1 Web 掲示板への書き込み累計数の年次推移

書き込み数の増加に影響を与えたと考えている。書き込みを増やす手段として、登録制をなくして自由書き込み制とすることも考えられるが、現時点では誹謗中傷などを削除し、書き込んだ人たちの安全と、暖かい雰囲気でお互いに癒されるようなサイトにしたいという運営グループの主旨一貫性を保持するためには登録制がよいと考えている。長期にわたり継続的に書き込みがあるということは、その有用性が評価されているものと考えられ存在意義がある。

また、相互支援のための Web 掲示板では書き込んだ時間も自動的に表示されるように構築されているが、その表示された時間を見ると、昼間、夫が出勤した後と推測される時間帯（10:00-15:00）と、各種施設に開設されている相談室やカウンセリングルームなどが開いていない深夜の書き込みが多い。ゲラーらは、検索した 237,000 件のサイトから信頼できる 8 サイトを選択して分析し、それらの活用による利点について述べているが、24 時間アクセス可能である^{32,33} という ICT 活用の利点の一つが活かされている。

3.1.2 記述内容からみた Web 掲示板の存在意義

表 1 に示したように、Web 掲示板では以下のことが自然な形で行われていた。

- (1) 悲しみ、辛さなど、生の感情を吐露する場と機会、同様感情を持つ人から共感や理解を得られる場となり、記入者と返答者両方のカタルシス効果が得られる場になっていた。
- (2) 書くことで記入者と返答者両方が気持ちや頭の整理をする場となり、返答者による回復への後押しが行われ悲哀のプロセスを無理なく支える場になっていた。
- (3) 体験を書き、読み、共有することで癒され、慰められる場となり、同様体験者の存在による安心感が得られる場、エネルギーを充電し元気をもらえる場、孤独から脱出できる場になっていた。
- (4) 様々な情報を取得する場、多くの人と情報を交換する場、同様体験者と固有の情報を確か

め合う場になり、そのことが不安軽減や解消につながっていた。

- (5) 書き込みに対して返答を書くことで他者に役立つという体験ができる場となり、その実感が自己効力感を高めていた。

年間約 40 万件と言われる流産・死産後の人々の中には、病的悲嘆を呈し医療機関の受診や専門家の支援を受ける必要のある人もいるが、正常な悲嘆、悲哀のプロセスにある人たちの多くは、同様体験をした人による支援で病的悲嘆に移行せずに悲哀のプロセスをたどることができるのではないかと考えられ、構築された e-ケア・システムのうちの Web 掲示板はその意味で役立っていると考えられる。

3.2 対面による相互支援の意義とオン・ライン、オフ・ラインの相互補完

対面による相互支援（交流会）にはこれまでに 218 人が参加した。対面による相互支援は、“やっと外に出られるようになりました”という人たちの存在が示すように目的をもって外出をする機会でもあるので、Web コミュニティから現実社会への復帰へ向かう準備をすることができる場と機会になっている。

太田⁶は、死産経験者と早期新生児死亡を経験した母親に半構成的面接法を用いて母親たちケア・ニーズを探索し、対象に寄り添い、個々のニーズに応えるケアが必要であると述べているが、個々のリアルタイムのニーズをキャッチしての支援は Web 経由では不可能で、対面によってこそできることである。一方で、退院後に流産・死産後のケアを受けられる施設、場、開設時間は限られており、本研究グループが開催する交流会も昼間、都市部に限られている。好きな時に、何処からでもインターネットさえ繋がれば Web 掲示板は利用でき、これまで述べた特有の効果も期待できるので両方が必要なのだと考える。

本研究は、Web を介して情報発信やコミュニケーションをはかるという形のオン・ラインでの支援から始まった。その後、対面による相互支援の必要性

が話し合わせ、オフ・ラインでの交流会での支援が加わり運営されてきた。地方に住む人には自宅から好きな時間にアクセスできる Web 掲示板が便利であり、中には人の温もりを求めて2時間以上かけて交流会に参加する人もあれば、夫が自分ではどう手助けしてよいかわからず妻と共に交流会に参加するというケースもある。既に Web 上で話し合っていた人同士が直接会いたいからという理由で交流会に参加する場合もある。それぞれに便利な方、その時に自分に役立つと思われる方を選択していると思われる、相互補完的な関係が成立している。

Web 掲示板を利用した支援と対面による支援との関係は、現実社会で傷ついた人たちがインターネットで繋がる、いわば半仮想現実の社会であるバーチャル・ピア・サポート・グループで癒し合い、支え合い、回復期に再びリアル・ピア・サポート・グループを経て現実社会へもどる、必要時には自由に往復ができる。それぞれに存在意義があり、オンライン、オフ・ライン両方のケア・システムが必要なのだと考える。

3.3 冊子媒体による情報提供の意義

本研究グループでは2005年より、流産・死産経験者の会と共同で、冊子を作成し頒布してきた。冊子の内容は、赤ちゃんとお別れ、退院後の身体の回復と生活、ココロについて、ご家族・周囲の方へ、これからの人生について等である。これまでの頒布数は、2,000冊を超え、この送付希望数から推測して、ニーズがあると考えられる。

2005年7月1日～2006年9月30日までに冊子配送を依頼した215名に郵送法による質問紙調査を行い、女性69名(81.2%)、男性16名(18.8%)から回答が得られた(回収率39.5%)。

冊子の内容ごとに役立ったかを質問したところ、女性ではとても役立った、役に立ったと回答した人数割合は、流産後のこころの変化について(91%)、これからの人生について(93%)であった。男性は回答者総数が16名で数値での言及は控えるが、回答した人数が多かった順位は、退院後の身体の回復と生活、ご家族・周囲の方へ、これからの人生につ

いて、赤ちゃんとお別れであった。

女性、男性ともに注意すべき点は、冊子配布の時期である。実際には退院後1ヶ月から6ヶ月以内に入手した人が多かったが、入手の希望時期として、流産や死産を告げられた時、手術(分娩)後の入院中に入手したいと希望していた。

調査結果は既に公開している(<http://pocosmama.babymilk.jp/resurch/sasshi-hyoka.htm>)ので、詳細は略す。これらの結果から、冊子による情報提供は対象に役立っているが、もっと早い時期、流産・死産直後や退院時の頒布が重要であると考えられた。

ゲラーら³³は、印刷物とWebサイトは相互補完的であると述べ、印刷物には最低限必要な、誰もが知るべき基本的な情報が記載されるため個々に合う情報がない場合があるが、Webサイトでは、個々別々の多様な情報が幅広く、たくさん提供され、アップデートもしやすいので、その時々で自分に合った情報を取捨選択できているとしている。このことは長所とも短所ともなり得るものではあるが冊子体でコンパクトに情報を得たいと考える人たち、あるいはケア提供者が存在するのは事実である。コンピューターに向かう習慣がない人たちにとっても不可欠な媒体であり存在意義がある。

3.4 助産師による個別面談の意義

個別面談での相談内容は、流産・死産後の心身の不調についての相談内容が最も多く、自分の状況を利害関係のない医療関係者である助産師に話して理解して欲しい、質問したいことがあるというもの、掲示板には書けない個人的な事情や流産の原因について相談したいというもの、次の妊娠に向けて医療機関へのかかり方や、次の妊娠に向けて医師に提案された治療方法について誰かに話を聞いて欲しい、相談をしたいというものなどが多い。研究開始から2008年度末までに対面による個別相談は20件あり、助産師によるWeb経由個別相談が33件であった。助産師による個別面談は、体験者同士による相互支援と医療機関受診の橋渡しの意味合いも担っている。

現時点ではマンパワー不足により頻回に面談を

引き受けることが不可能な状態である。しかしながら、自分の気持ちをわかってくれるはずと思って話した親しい友人や家族の反応に傷つけられた、誰に相談してよいかわからない、Web 掲示板に書きにくい個人的で込み入った話を聞いて欲しい、医療関係者に話を聞いて欲しい、という人たちの存在がある。医療機関の受診を勧める必要のある身体症状がみられるケースもある。過去の相談内容から考えて、Web 上での相互支援、体験者同士による相互支援では不適切な例もあるので医療関係者による個別面談の必要性もあると考えている。

夫婦、カップルを対象とした面談も件数としては少ないが、カップルが悲しみを分かち合えるような援助はその後の夫婦のあり様や関係に大きく影響する³¹ので、Web 上での相互支援、体験者同士による相互支援だけではなく、専門家による個別面談も存在意義があると考えられる。

3.5 流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システム構築の意義

本研究グループが構築した流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムの意義について、流産・死産後の悲哀のプロセスの 4 段階¹⁵に沿って整理し、構築された e-ケア・システムがどのように役立っているか考察する (図 2 参照)。

3.5.1 e-ケア・システムで悲哀のプロセスを地域で、生活レベルで支える意義

図 2 に示したように、流産・死産は突然の出来事であり、我が子を亡くすという対象喪失、自己の一部を喪失するという自己喪失体験をする。医療機関での介入期間は短く、すぐに普通の生活の場、地域で生活を始める。多くの女性たちは、涙を流す、泣く、怒る、あるいはショックで呆然とする、興奮状態を示すなど急性悲嘆反応を示す。この時期は“情緒的危機の段階”と呼ばれ、日常生活に支障が出る場合もある^{34,35}。この時期には医療関係者や臨床心

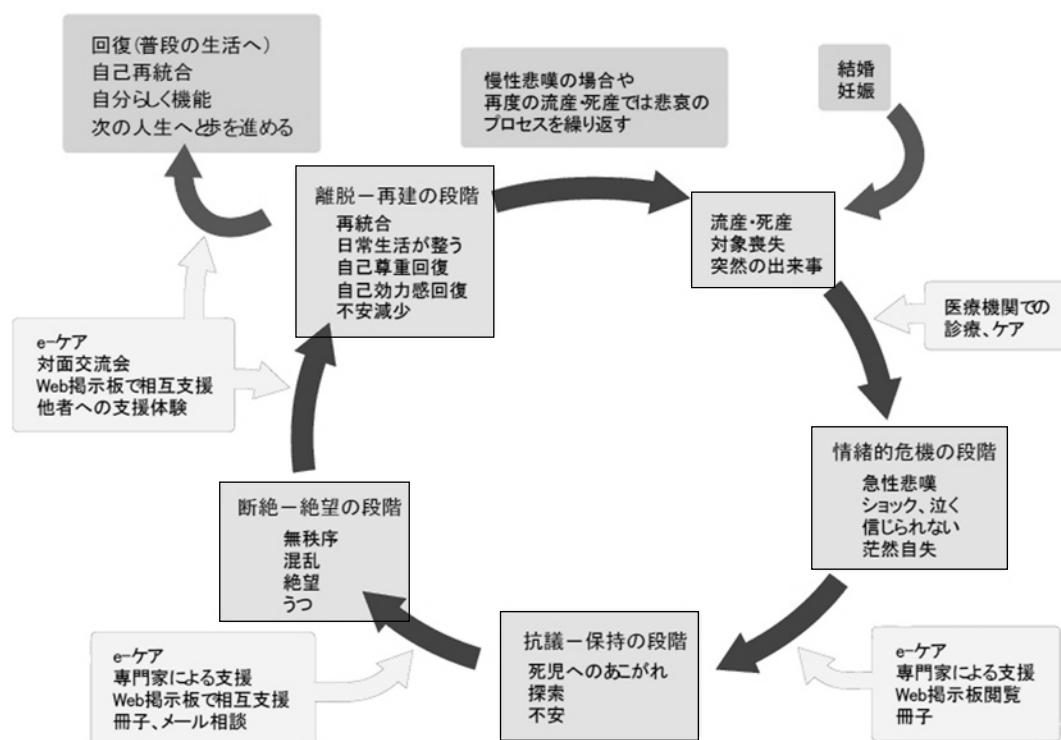


図 2 流産・死産後女性の悲哀のプロセスと e-ケア

理士などの専門家による支援が必要であるが、ケア提供している場が少ない現状では、e-ケア・システムで構築された Web 掲示板の閲覧で同様体験者の存在を知り、このような悲しみや辛さを感じるのは自分ばかりではない事を知り、冊子の情報から自分に必要な情報を選び、それを得ることで安心する場合がある。

少し落ち着くと、“抗議—保持の段階”に入り、死児へのあこがれ、死児を夢想することが持続し、死児の探索を行い、不安も強くなり、自己尊重や自己効力感も低下する。この時期には医療関係者や専門家による支援も必要であるが、e-ケア・システムで構築された Web 掲示板の閲覧、あるいは死児についての書き込みで共感者や理解者を求め、それが得られると癒され、同様体験者の同情や励ましが得られれば、不安が一時的であれ、軽減する。

一旦落ち着いた様に見えても“断絶—絶望の段階”が続き、思考や生活の無秩序、混乱、絶望、うつ、罪悪感が強くなったり弱くなったりしながら続く。この時機には、調子の良い日と悪い日で大きく違うが、調子の良い日には、e-ケア・システムで構築された Web 掲示板へ書き込みができるようになり、さらに調子のよい日には外に出て対面支援の交流会に参加することもできるようになる。調子の悪い日には前の“抗議—保持の段階”に逆戻りする場合もある。

これらの情緒的危機の段階、抗議—保持の段階、断絶—絶望の段階を正確に区切る事は難しく、進んでは戻ると、を繰り返しながら少しずつ回復への道を進み、振り返って見た時にこのような段階を経て来たことが見える。これらの時期には、妊婦や子ども連れを見たくないという気持ちから、引きこもりに近い状態の人も多いので、このような人たちには Web 掲示板を介した相互支援が有効である。

次の“離脱—再建の段階”では、不安が減少し、日常生活が整い、自己尊重、自己効力感も回復する。この時機には現実社会に戻らなければという気持ちも強くなるので、他者を支援する体験ができれば、自己効力感が高まり自己再統合が進み回復へのスピードが増す。回復しても悲しみが無くなることは

ないが、流産・死産体験、あるいは死児を自分の人生の中に再統合する。このような状態になれば、自分らしく機能している再統合された自分を自覚し、次の人生へと歩を進める。

3.5.2 医療モデル・ケアの欠落部分を生活モデルのe-ケア・システムで補充、強化する意義

現在の日本の状況としては、医療機関から退院し地域にもどった後、流産・死産後のケアを提供している施設、場、専門家が少なく、都市部に集中している。そのため、e-ケア・システムの構築が必要であった。そこで相互支援によるケアを提供するとともに、必要時には医療モデル・ケアや専門家を紹介、仲介する場、機会も提供している。

本研究が構築した Web 掲示板や相互支援グループの活動、あるいは専門家による面談は、医療モデル・ケアの欠落部分を生活モデルのe-ケア・システムで補充、強化しているといえる。

3.5.3 e-ケア・システム構築による Web コミュニティの形成とその効果

本研究によって、e-ケア・システムが構築されたが、その中核が相互支援グループの組織化で、その活動の中心となったのが Web 掲示板であった。当初は、単なる情報提供、情報交換の場であった。誹謗中傷や運営グループの批判などが見られた時期もあったが、書き込み数の増加、当事者の役立った、助けられたという言葉が支えとなり、継続できたことで、“体験者同士が自然な形で支え合う”という Web コミュニティが形成され維持されてきた。最近でも、過激な意見が書かれることがあるが、しばらくすると自然発生的にそれを諷める書き込みが現れ、自浄作用が生まれて、Web コミュニティと呼ぶに相応しくなっている。

このe-ケア・システムの構築によって形成された Web コミュニティでは、同様体験者の存在そのものに意味があり、同様体験を分かち合うことが体験者同士の癒しや活力源となっている。体験者にとって Web コミュニティは一時的に現実社会から退避しエネルギーを充電する場である、と同時に全く社

会から隔絶されるのではなく、インターネットを通じて同様な体験者がつながり、孤独から脱出できる場や機会でもある。現実社会で傷ついた人たちがインターネットで繋がる、いわば半仮想現実の社会であるバーチャル・ピア・サポート・グループで癒し合い、支え合い、回復期に再びリアル・ピア・サポート・グループを経て現実社会へもどる、必要時には自由に往復ができる、という意味でそれぞれの存在意義があり、オン・ライン、オフ・ライン両方のケア・システムが必要なのだと考える。

本研究によって、構築された e-ケア・システムは相互支援グループの組織化を促進させ、Web コミュニティを創り出した。e-ケア方社会システム形成への道筋の一例を示せたのではないかと考える。

4 今後の課題

流産・死産体験者のための e-ケア・システムを構築し活用することで、流産・死産体験者のケアに役立ち、体験者のケア力向上、支援グループのケア力向上がはかられた。このことによって ICT を利用した社会の構成要因のケア力向上や健康レベルの向上へのひとつの道筋が示せたと考える。

今後の課題は、ケア提供者のケア力向上である。講演会や研修会を企画し、ケア提供者（ピア・サポート・グループ、医療関係者）の育成を始めようとして準備しているところである。

引用文献

- 1 対象喪失 (object loss) とは：フロイト (Freud, 1917) が定義した概念で、大切な対象を失うという経験を包括的に意味する用語である。愛や依存の対象となる大切な人をはじめとして、なじんだ生活環境、身体の機能や器官の一部など多様な内容を含んでいる。本研究では、ボウルビの母子関係の理論で用いられている「愛着対象の喪失」(Bowlby, 1980a)、すなわち、流産や死産で子どもを失うことを意味する言葉として用いている。
- 2 悲嘆 (grief)、死別 (bereavement)、悲哀 (mourning) とは：英語の grief, bereavement, mourning は一般に広く使われ、同義語としても使われている (Gilbert & Harmon, 1993; Kellner K. R., 1993; Worden, 1991; 氏家寛, 1999)。日本でも精神科医の小此木、平山、心理学者の松井、堀内らは、「人が愛する対象を失った後にみられる混乱から適応に至るプロセスが“悲哀”であり、このプロセスにおいて生ずる感情を“悲嘆”という」と定義し、

- 本来は違う意味をもつとしながらも、交換可能な同義語として用いられることが多いとも述べている (小此木啓吾, 1979; 平山正美, 1997a)。看護学領域では、ロジャースとカウルスが、医学と看護学の中で悲嘆 (grief) という言葉がどのようにとらえられているか、悲嘆の概念研究を行った (Kathleen V. Cowles & Rodgers, 1993; Rodgers & Cowles, 1991)。その後、彼女らの悲嘆の概念が広く用いられるようになり (Kathleen V. Cowles, 1996; Hunfeld, et al., 1997; Jacob, 1993)、悲哀のプロセス (mourning process) よりも悲嘆の仕事 (grief work)、悲嘆過程 (grief process) がよく用いられている。本研究では、人が愛する対象を失った後にみられる混乱から適応に至るプロセスを“悲哀”と定義し、このプロセスにおいて生ずる感情を“悲嘆”と定義し、悲哀と悲嘆をできるだけ使い分けている。
- 3 周産期死亡後の悲嘆に関する研究は、欧米では心理学者、精神科医、産科医、小児科医によって始まり (Bowlby, 1961; Corney & Horton, 1974; Hallet, 1974; Kennell, Slyter, & Klaus, 1970; Kennell & Trause, 1978; Poland, Miller, Jones, & Trimble, 1977)、1980年代から1990年代以降には多くの看護研究の成果が報告され、現在に至っている (Brier, 2004; DiMarco M., 2002; Estok & Lehman, 1983; Forrest, Standish, & Baum, 1982; Hall, Beresford, & Quinones, 1987; Leppert & Pahlka, 1984; Stack, 1980; Swanson-Kauffman, 1986; Swanson, 1999b; Swanson, et al., 2003; Toedter, Lasker, & Alhadeff, 1988)。
 - 4 わが国で周産期死亡後の悲嘆に関する研究報告や著書が多くみられるようになったのは、1990年代後半以降である (山崎あけみ, 2004; 松下恵美、加藤高枝 & 池田玉味, 1995; 太田尚子, 1996; 大井けい子, 2003; 竹ノ上ケイ子, et al., 2000a, 2000b; 竹内正人, 2004; 流産・死産・新生児死で子をなくした親の会, 2002; 流産・死産経験者で作るポコズママの会編, 2007)。それらの内容は、実態調査研究と体験談、体験談をもとにしたケアへの提言等が多く、ケアの根拠となる基礎データの収集をしている段階と言える。
 - 5 Cowles, K. V. “Cultural perspectives of grief: an expanded concept analysis”, *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1996, pp.287-294.
 - 6 太田尚子「死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ」『日本助産学会誌』、20(1)、2006年、pp.16-25。
 - 7 Bowlby, J. “Process of Mourning,” *The International Journal of Psycho-analysis*, 42, 1961, pp.317-340.
 - 8 Bowlby, J. 「第1章 愛着対象の喪失による心的外傷」(黒田実郎、吉田恒子 & 横浜恵三子訳)、『母子関係の理論Ⅲ 対象喪失 (Vol. Ⅲ)』東京：岩崎学術出版社、1980年、pp.3-20。
 - 9 Kennell, J.H., Slyter, H., & Klaus, M.H. “The Mourning Response of Parents to the Death of a Newborn Infant,” *The New England Journal of Medicine*, 283(7), 1970, pp.344-349.
 - 10 Kennell, J.H., & Trause, M.A. “Helping parents cope with perinatal death,” *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, 12(July), 1978, pp.53-68.
 - 11 Klaus, M.H., & Kennell, J.H. *Caring for the Parents of a stillborn or an infant who dies Parent-Infant Bonding (2 ed.)*. TOKYO: The C. V. Mosby Company, 1982.
 - 12 平山正美「第3章 死別体験者の悲嘆について」、In 松井豊 (Ed.) 『悲嘆の心理』、東京：サイエンス社、1997b、p.88。
 - 13 Freud, S. 「悲哀とメランコリー」(井村恒郎 & 小此木啓吾他訳)、『フロイト著作集 6』、京都市：人文書院、Vol.6、1917年、pp.137-149。
 - 14 Mander, R. *Loss and Bereavement in Childbearing (2 ed.)*, London: Routledge, 2006.
 - 15 流産経験者の悲嘆について、Mander は悲嘆の 5 段階 (Mander, 2006) があるとし、Kellner は悲哀の 4 段階 (Kellner K. R., 1993)、すなわちショック、否認、無感覚、苦悩の「情緒的危機の段階」、亡くした子どもへの憧憬、夢想、不安、自責などの「抗議一保持の段階」、混乱、絶望、無力感、鬱といった「断

念一絶望の段階」、子どもを亡くしたことを自分の人生の一部として再統合する「離脱-再建の段階」があると述べている。多くの研究者はこれらの悲嘆の段階は直線的に進むのではなく、行きつ戻りつしながら回復へと向かうと考えている。

16 荒木勤『最新産科学：異常編（改訂第21版）』東京：文光堂、2008年。

17 Gilbert, E., & Harmon, J. "Pregnancy Loss and Perinatal Grief" In E. Gilbert & J. Harmon (Eds.), *Manual of High Risk Pregnancy & Delivery (3 ed.)*, St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1993, p.115.

18 Swanson, K.M. "Predicting Depressive Symptoms after Miscarriage: A Path Analysis Based on the Lazarus Paradigm," *Journal of Womens Health & Gender-based Medicine*, 9(2), 2000.

19 Swanson, K.M., Karmall, Z.A., Powell, S.H., & Pulvermakher, F. "Miscarriage Effects on Couples' Interpaesonal and Sexual Relationships During the First Year After Loss: Women's Perceptions," *Psychosomatic Medicine*, 65, 2003, pp.902-910.

20 Toedter, L.J., Lasker, J.N., & Alhadeff, J.M. "The Perinatal Grief Scale: Development and Initial Validation," *American Journal of Orthopsychiatrics*, 58(3/July), 1988, pp.435-449.

21 竹ノ上ケイ子、佐藤珠美、松山敏剛「自然流産後の女性の心理 (1) 一流産直後、3ヶ月後、6ヶ月後の変化」、『日本助産学会誌』、13(2), 2000年、pp.20-34。

22 竹ノ上ケイ子、佐藤珠美、松山敏剛「自然流産後の女性の心理 (2) 一夫の反応、妊娠への思い、性生活への思いに焦点を当てて」、『日本助産学会誌』、14(2), 2000年、pp.5-17。

23 荒木勤『流産 最新産科学：異常編（改訂第21版）』、東京：文光堂、2008年 (a)、p.15。

24 Barr, P. "Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement," *Journal of Perinatal Medicine*, 34, 2006, pp.207-211.

25 Hunfeld, J.A. M., Wladimiroff, J.W., & Passchier, J. "The grief of Late Pregnancy Loss," *Patient Education and Counseling*, 31, 1997, pp.57-64.

26 Thapar, A.K., & Thapar, A. "Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale," *British Journal of General Practice*, 42(March), 1992, pp.94-96.

27 Klaus, M.H., & Kennell, J.H. 「第7章子どもが死亡した場合の両親のケア」(竹内徹、柏木哲夫 & 横尾京子訳)、『親と子のきずな』、東京：医学書院、1985年、p.382。

28 太田尚子「周産期に子どもを亡くした母親のグリーフ・ワークに関する研究-グリーフ・ワークに影響を及ぼす要因-」、『茨城県立医療大学紀要』、1(1), 1996年、pp.39-46。

29 西巻滋、横田俊平「日本の周産期医療におけるケアシステムの現状調査」、『助産雑誌』、60(11)、2006年、pp.936-940。

30 岡永真由美「流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状」、『日本助産学会誌』、19(2)、2005年、pp.49-58。

31 竹ノ上ケイ子、佐藤珠美、辻恵子「自然流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因-体験者の記述内容分析から-」、『日本助産学会誌』、20(2)、2006年、pp.8-21。

32 Geller, P.A., Psaros, C., & Kerns, D. "Web-based Resources for Health Care Providers and Women Following Pregnancy Loss," *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4), 2006, pp.523-532.

33 堀内成子「ペイネイタル・ロス（周産期喪失）へのケア：明日から改善できること」、『助産雑誌』、60(11)、2006年、pp.952-956。

34 小此木啓吾『対象喪失 (27 ed.)』、東京：中央公論新社、1979年。

35 小此木啓吾「第4章 対象喪失とモーニング・ワーク」、In 松井豊 (Ed.), 『悲嘆の心理』、東京：サイエンス社、1997年、pp.115-116。

参考文献

安藤 一道、水沼 英樹「流・早産、子宮外妊娠」、In 武谷 雄二編、『新女性医学大系』、Vol.15、東京：中山書店、1998年、pp.360-362。

厚生統計協会「国民衛生の動向」、『厚生指標 臨時増刊』、55(9)、2008年。

荒木 勤『最新産科学：正常編（改訂第22版）』、東京：文光堂、2008年。

財団法人厚生統計協会「国民衛生の動向」、『厚生指標 臨時増刊』、55(9)、2008年。

山崎 あけみ「形成期の家族ケア-産声をあげなかった家族成員-」、『ペリネイタルケア』、23(2)、2004年、pp.70-73。

氏家 寛他編『カウンセリング辞典』、東京：ミネルヴァ書房、1999年。

松下 恵美、加藤 高枝、池田 玉味他「自然流産を経験した女性の心理過程の分析-心理的環境因子としての家族の役割の重要性について-」、『母性衛生』、39(4)、1995年、pp.449-454。

大井 けい子「母親の悲哀過程」、『ペリネイタルケア』、22(3)、2003年、pp.22-25。

竹内 正人『赤ちゃんの死を前にして：流産・死産・新生児死亡への関わり方とこころのケア』、東京：中央法規出版、2004年。

平山 正美「第3章 死別体験者の悲嘆について」、In 松井 豊編、『悲嘆の心理』、東京：サイエンス社、1997年 (a)、p.86。

牧野 恒久・和泉 俊一郎・杉 俊隆「不育症」、In 武谷 雄二編、『新女性医学大系』、東京：中山書店、1998年、p.40。

流産・死産経験者で作るボコズママの会『ともに生きる：たとえ産声をあげなくとも』、東京：中央法規出版。

Bowlby, J. "Process of Mourning", *The International Journal of Psycho-analysis*, 42, 1961, pp.317-340.

Bowlby, J. 「第1章 愛着対象の喪失による心的外傷」(黒田実郎、吉田恒子、横浜恵三子訳)、『母子関係の理論Ⅲ 対象喪失 (Vol. Ⅲ)』、東京：岩崎学術出版社、1980a、pp.3-20。

Bowlby, J. 「第7章 子どもの喪失：死産児と早期死亡児の両親」(黒田実郎、吉田恒子、横浜恵三子訳)、『母子関係の理論Ⅲ 対象喪失 (Vol. Ⅲ)』、東京：岩崎学術出版社、1980b。

Brier, N. "Anxiety After Miscarriage: A Review of the Emplcations for Clinical Practice", *BIRTH*, 31(2), 2004, pp. 138-142.

Corney, R.T., & Horton, F.T. "Pathological Grief Following Spontaneous Abortion", *American Psychiatry*, 7, 1974, p.131.

Cowles, K.V., & Rodgers, B.L. "The Concept of Grief: An Evolutionary Perspective", In B. L. Rodgers & K. A. Knafel (Eds.), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techics, and Applications (2 ed.)*, Philadelphia: Saunders., 1993, pp.103-117.

Cunningham, G.F., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap-III, L.C., Hauth, J.C., & Wenstrom, K.D. *Williams Obstetrics (21 ed.)*, New York: McGraw-Hill, 2001.

DiMarco M., R.P., Medas J., Bertosa H., Goranitis J.L. "Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss", *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 2002, pp.180-186.

Estok, P., & Lehman, A. "Perinatal Death: Grief Support for Families", *Birth*, 10(1), 1983, pp.17-25.

Forrest, G.C., Standish, E., & Baum, J.D. "Support after perinatal death: A study of support and counselling after perinatal bereavement", *British Medical Journal*, 285(20), 1982, pp.1475-1479.

Hall, R.C.W., Beresford, T.P., & Quinones, J.E. "Grief Following Spontaneous Abortion", *Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 1987, pp.405-420.

Hallet, E.R. "Birth and Grief," *Birth and the Family Journal*, 1(4), 1974, pp.18-22.

- Jacob, S.R. "An analysis of the concept of grief," *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1993, pp.1787-1794.
- Kennell, J.H., & Klaus, M.H. 「第 7 章 子どもが死亡した場合の両親のケア：周産期に子どもを亡くした両親の反応」(竹内徹、柏木哲夫、横尾京子訳)、『親と子のきずな』、東京：医学書院、1985.
- Leppert, P.C., & Pahlka, B.S. "Grieving Characteristics after Spontaneous Abortion: A Management Approach", *Obstetrics & Gynecology*, 64(1), 1984, pp.119-122.
- Poland, B.J., Miller, J.R., Jones, D.C., & Trimble, B.K. "Reproductive counseling in Patients who have had a spontaneous abortion", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 127(7), 1977, pp.685-691.
- Rodgers, B.L., & Cowles, K.V. "The concept of grief: An analysis of classical and contemporary thought," *Death Studies*, 15, 1991, pp.443-458.
- Stack, J.M. "Spontaneous Abortion and Grieving", *American Family Physician*, 21(5), 1980, pp.99-102.
- Stovall Thomas, M.L.M. "Early pregnancy loss and ectopic pregnancy", In J. S. Berek (Ed.), *Novak's gynecology (11th ed.)*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, p.487.
- Swanson-Kauffman, K.M. "Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss", *Topics in Clinical Nursing*, 8(2/July), 1986, pp.37-46.
- Swanson, K.M. "Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and Women's Well-Being", *Nursing Research*, 48(6), 1999b, pp.288-298.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N., & Janssen, H.J.E.M. "International Comparison of Studies Using the Perinatal Grief Scale: A Decade of Research on Pregnancy Loss", *Death Studies*, 25, 2001, pp.205-228.
- Worden, J.W. *Grief Counseling & Grief Theory: A Handbook for the Mental Health Practitioner (Second Edition ed.)*, New York: Springer Publishing Company, 1991.

[2009. 6. 30 受理]

[2009. 11. 2 採録]

