

人工妊娠中絶後の心のケアの在り方に関する研究 分担研究者平成16年度総括

自治医科大学
佐藤郁夫

研究方法

平成16年度は、(1)望まない妊娠をした、未婚とくに思春期女性に対する支援と、これら平成14年度からの報告結果を十分に考慮し、(2)“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアルを作成した。さらに、栃木県内の産婦人科医療施設へ呼びかけ、医師、助産師、看護師による、作成した指導マニュアルの検討セミナーを実施した。

研究結果および考察

〈望まない妊娠をした、未婚とくに思春期女性に対する支援〉

人工妊娠中絶前後の心のケアを実践しているクリニックより、とくに未婚女性、思春期女性に対する支援について、具体的な技法が報告された。その中では、以下の2点がとくに強調されている：1)産む・産まないの選択は、妊娠という事態を引き受けた本人の意思が優先されること、2)望まない妊娠をした者、とくに思春期女性に対する看護カウンセリングは、毎回担当者が変わることは望ましくなく、同一担当者が継続して行うことにより、より良い信頼関係が形成され、相談者が安心して相談できる環境を作ることができること。〈“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指

導マニュアル〉

これまでの報告より、1)できる限り具体的なものにすること、2)それぞれのケースによって対応を変えること、の2点に留意し、症例を以下の6群(A群：母体の健康上の理由で妊娠を継続できない場合、B群：児の重症疾患、致命的異常により中絶を選択した場合、C群：すでに子どもを有し、経済的理由で手術を希望する場合、D群：未婚のために手術を希望する場合、E群：若年者(10代)の場合、F群：反復中絶者)に分けて、できるだけすぐに使える、実践に即したマニュアルとなるように努め、作成した。

〈“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアル検討セミナー〉

栃木県内の第一線の産婦人科医療施設で働いている17名の、医師、助産師、看護師が参加し、本マニュアルの検討会を行った。本マニュアルの内容について、実施困難であるというようなネガティブな意見は皆無で、むしろ、今現在でも、これに近い形で実践している、あるいは、いかにして実践していったらよいか、などポジティブな意見が出された。実際に、人工妊娠中絶にかかわっている医療従事者において、“人工妊娠中絶前後の心のケア”についての関心が高いことがうかがえた。

望まない妊娠をした、未婚とくに思春期女性に対する支援

村口きよ女性クリニック 村口 喜代 木村美和子

看護カウンセリングの要点：

産む・産まないの選択は、妊娠という事態を引き受けた本人の意思が優先されることである。産む・産まない、どちらを選択したとしても、自己決定したものがこそが意味があり、その決定に責任を持って対処できるよう支援していく。

望まない妊娠をした者、とくに思春期女性に対する看護カウンセリングは、毎回担当者が変わることは望ましくない。同一担当者が継続して行うことにより、より良い信頼関係が形成され、相談者が安心して相談できる環境を作ることができる。

- ・ 診察前の問診票から、来院目的や最終月経、既往歴、市販の妊娠判定薬を実施したかどうかなどの情報を得る。その後医師の問診・診察により、妊娠の診断が確定する。
- ・ 相談者の多くは、市販の妊娠判定薬で調べてから中絶を決定してくる場合が多い。
- ・ 初診の時点で、中絶を決めている者・意思決定できない者・出産を望んでいる者の3者に分けられるが、それぞれによってその対応が異なる。また、親やパートナーとの関係においても調整が必要になる。
- ・ 思春期女性では、できるだけ親に相談するよう勧めるが、強制はしない。

基本情報：本人の年齢・社会的立場（職業）・妊娠既往・妊娠週数・家族構成・パートナーの年齢・社会的立場（職業）・交際期間

1. 中絶を決定している場合

本人の意思を再確認しながら今回の中絶を選択するまでの経緯を自分の言葉で話してもらおう。自分の気持ちを素直に表現できる人と、出来ない人がいるので、うまく話せないような場合には、一つ一つ問いかけて再確認する必要がある。

中絶手術前の確認項目

- ① 妊娠がわかったときの状況と気持ち
- ② 今回の妊娠をどう思っているか
- ③ 妊娠にいたった理由をどのように考えているか
- ④ 避妊の方法と知識の確認
- ⑤ 相談者はいるか
- ⑥ パートナーとの関係性、パートナーの反応
- ⑦ 親との関係性、親の反応
- ⑧ 今の体調・気分、不安や心配事
- ⑨ 中絶を決めた理由

2. 妊娠と分かり、産む・産まないの選択に迷っている場合

本人が妊娠を予期して受診した場合、一方

予期せぬ妊娠に動揺しパニックになる場合があり、後者ではまず妊娠の事実を受容するためのカウンセリングが必要となる。

上記①から⑧までについて確認をしながら、妊娠は、産む・産まないかのいずれかの意思決定を、限られた時間内にしなければならないことを伝える。

パートナーが同伴していれば、本人の了解を得て、パートナーにも同席してもらおう。二人の間で意見が対立するような場合は、個々にカウンセリングを行う。

急いで結論を出さずに自分の気持ちと十分向き合い、パートナーとも話し合う時間をとるよう促し、改めての来院を勧める。

次回来院時に、まだ意思決定を出来ない場合には、早急にならずに、本人が十分納得して意思決定できるまで根気強くカウンセリングを重ねる。中絶は不可逆的行為なので、ぎりぎりまで迷うことは十分共感できるが、ある時点では、決定しなくてはならない問題であること、戻れない決定であることを伝えることが重要である。

3. 産みたいと思う場合

上記①から⑧までを問いかけながら、本人の気持ちを尊重し、考えていることをありのままに話してもらおうように心がける。出産は、産めば終わるものではなく、今後の生き方を大きく変えるほどの人生における重大な決断である。産みたい理由を尋ねると、お腹の子に申し訳ないから、赤ちゃんを殺したくないからと真剣な答えが返ってくるが多い。今、自分やパートナーにとって、精神的・社

会的・経済的に産むことが可能か、幸せなのか、を十分時間をかけて一緒に考える。

本人、パートナー双方の親や身近な人たちが賛成してくれるのか、物心両面の支援が可能かなどについて具体的に問いかけ、自ら産まないという選択肢もあることを知らせる。

親との関係で調整が必要な場合

思春期女性は親と共に来院する場合もあるが、まず、本人の意思を確認することを最優先する。次に本人とは別席で親とも面接する。

親が協力的・支援的であれば、問題をスムーズに解決できるが、親子の間に気持ちのズレ・葛藤・対立がある場合は、中立の立場で調整が必要になる。子供から突然に妊娠したと言われて驚き、こんな子に育てた覚えはないと受容できなかったり、姑との関係で体裁を気にしたり、親の態度も多様である。

パートナーとの関係で調整が必要な場合

今回の妊娠により、その際のパートナーの対応から交際の継続について迷っていたり、別れようと決めたり、気持ちに変化が起こることがある。パートナーが交際の継続を望んでも、本人は交際継続の意志がないような場合には、パートナーとの間に溝が生じ、双方から話しを聞き調整をはかる必要がある。ただし、本人の意思を優先し、支援することを基本とする。

中絶経験があり、心にトラウマを抱えたケース

前回の産婦人科医療機関での処置や対応に

馴染めず、また痛い思いを経験した場合など、不安や恐怖心を抱いていることがある。問診や診察の際の異常な緊張状態から察することができるが、過去のトラウマに傾聴し、不安を和らげるための援助が必要である。

全てのケースに共通して必要とされる項目

中絶の意思確認後

必要な手続きや手術についての説明、当日準備する物や費用について説明する。

既往歴の確認、必要に応じて心電図など術前検査を行う。その際、リストカットや暴力を受けた痕があるかなど、注意して観察する。

中絶手術当日

本人の中絶の意思を再度確認するが、動揺が見られる場合は、本人の不安・緊張する気持ちに寄り添い、気持ちが整うまでは手術を急がない。

手術や前処置の痛みに対する不安が大きいため、前処置の際は、「痛かったですか」などと声をかけ、我慢を強いるのではなく、不安な気持ちや痛みを表現できるよう痛みの程度を聞き、痛みに対する閾値を確認することも大切である。できるだけそばにいて一つ一つの処置について説明する。

手術終了後は、麻酔の覚醒を確認し、無時終了したことを伝え安心させ、ねぎらいの言葉をかける。

中絶手術後の検診・保健・避妊指導

手術後ほぼ1週間後に検診を行い、十分時間をかけ保健・避妊指導を行う。

術前・手術当日は、限られた時間内で気持ちを整理し、パートナーや親との関係、学業や将来のことなど、多くのことを決断しなくてはならず、気持ちに余裕がない場合が多い。追い詰められたぎりぎりのところで悩み、苦しみ、自分なりの答えを導き出すが、本人にとって最も納得できる選択であったのか、一緒に振り返る時間でもある。下記①～⑥について問いかける。

生殖機能を中心に女性のからだのしくみを再確認し、個人が活用できる避妊方法を一緒に考える。

パートナーが同伴していれば、本人が望めばパートナーと共にカウンセリング、避妊指導を行う。

- ①今の気持ち
- ②手術当日の状況とその時の気持ち
- ③今回の経験を通して感じたこと
- ④パートナーと話し合ったことや今後の関係
- ⑤親との関わり
- ⑥今後の避妊についてどう考えているか

不安や恐怖感を持っていても、パートナーとの関係が良い、支援者がいる、選択を納得している場合は、気持ちは癒され不安は軽減される。手術後も罪責感がもたらす辛さや苦しさを訴えられることもある。カウンセリングの中で一番難しいのが「お腹の赤ちゃんを殺してしまった」という罪責感と、どのように付き合っていくかということになる。1週間の間に水子供養をすませてもらくこともあり、また水子供養をしているところは、どこですかと尋ねられたりするが、水子のたたりはな

いこと、お墓にいかなくても想いは伝わることを話す。

特別な場合：児童相談所からの紹介など

関係施設と連絡を取りながら関係して対処する

継続支援が必要なケース

中絶手術後も問題行動の再発が予測される場合は、継続支援体制が必要であり、親や学校の養護教諭などとの関係が必要となる。

“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアル

自治医科大学産婦人科 渡辺 尚

<要約>

I. 以下の6つの症例群に分類する。

A群：母体の健康上の理由で妊娠を継続できない場合

B群：児の重症疾患、致命的異常により中絶を選択した場合

C群：すでに子どもを有し、経済的理由で手術を希望する場合

D群：未婚のために手術を希望する場合

E群：若年者(10代)の場合

F群：反復中絶者

II. カウンセリングを必要とする症例

E群では全例に、その他の群では、本人の意志を確認し、希望時に行う。

いずれの症例においても、症例ごとにカウンセリングを受ける機会があるという情報を提供し、その希望の有無を確認する。

III. カウンセリングの要点

- (1) 不安、心配な気持ちの受容。
- (2) 十分な時間を確保。
- (3) プライバシーが守れて、心を開いて話ができるような雰囲気を作る。
- (4) 産む・産まないの選択は、本人の意思が優先される。
- (5) 会話や態度には絶えず思いやりと相手の心をねぎらう気持ちを込める。
- (6) 無意識に女性を責めることがないように留意する。

(7) 同一担当者が継続して行う。

(8) 初診の時点で、以下の3者に分けられ、それぞれによってその対応が異なる：

「中絶を決めている者」・「意思決定できない者」・「出産を望んでいる者」。

(9) 人工妊娠中絶前から中絶後にかけて継続したカウンセリング的介入が必要である。

(10) 親やパートナーとの関係においての調整が必要になる場合がある。

E群ではとくに親との関係が重要となる。

D群ではとくにパートナーとの関係が重要となる。

(11) 必要とされる本人・パートナーの基本情報：

本人の年齢・社会的立場(職業)・妊娠既往・妊娠週数・家族構成・パートナーの年齢・パートナーの社会的立場(職業)・交際期間。

IV. カウンセリングの実際

中絶手術前の確認項目

- ① 娠がわかったときの状況と気持ち
- ② 今回の妊娠をどう思っているか
- ③ 妊娠にいたった理由をどのように考えているか
- ④ 避妊の方法と知識の確認
- ⑤ 相談者はいるか
- ⑥ パートナーとの関係性、パートナー

の反応

⑦ 親との関係性、親の反応（若年者の場合）

⑧ 今の体調・気分、不安や心配事

⑨ 中絶を決めた理由

中絶手術後の確認項目

① 今の気持ち

② 手術当日の状況とその時の気持ち

③ 今回の経験を通して感じたこと

④ パートナーと話し合ったことや今後の関係

⑤ 親との関わり

⑥ 今後の避妊についてどう考えているか

1. 初診から中絶手術決定まで

(1) 中絶を決めている場合

本人の意思を含めた上記項目①から⑨を再確認しながら今回の中絶を選択するまでの経緯を自分の言葉で話してもらう。

(2) 産む・産まないの選択に迷っている場合

上記①から⑧までについて確認をしながら、産む・産まないかのいずれかの意思決定を、限られた時間内にしなければならぬことを伝える。急いで結論を出さずに自分の気持ちと十分向き合い、パートナーとも話し合う時間をとるよう促し、改めての来院を勧める。早急にならず、本人が十分納得して意思決定できるまで根気強くカウンセリングを重ねる。

(3) 産みたいと思う場合

上記①から⑧までを問いかけながら、本人の気持ちを尊重し、考えていること

をありのままに話してもらうように心がける。出産は、産めば終わるものではなく、今後の生き方を大きく変えるほどの人生における重大な決断である。本人、パートナー双方の親や身近な人たちが賛成してくれるのか、物心両面の支援が可能かなどについて具体的に問いかけ、自ら産まないという選択肢もあることを知らせる。

2. 中絶の意思確認後

(1) 必要な手続きや手術について、当日準備する物や費用についての説明。

(2) 既往歴の確認、必要に応じて心電図など術前検査を行う。

(3) 中絶手術を受けることの本人の身体、健康に及ぼす影響についての疑問点を明らかにし、それが解消するまで十分理解するまで説明する。

3. 中絶手術当日

(1) 本人の中絶の意思を再度確認する。

(2) できるだけそばにいて一つ一つの処置について説明する。

(3) 手術終了後は、麻酔の覚醒を確認し、無時終了したことを伝え安心させ、ねぎらいの言葉をかける。

4. 中絶手術後の検診・保健・避妊指導

(1) 手術後ほぼ1週間後に検診を行い、上記①から⑥について再確認しながら、十分時間をかけ保健・避妊指導を行う。

(2) 生殖機能を中心に女性のからだのしくみを再確認し、個人が活用できる避妊方法を一緒に考える。

(3) パートナーが同伴していれば、本人が

望めばパートナーと共にカウンセリング、避妊指導を行う。

？ 身体的な健康状態についてサポートする。

V. カウンセリング支援システムの提案

現状では、多くの病院、診療所では、上記マニュアルのように実施することは事実上困難である。多くの施設で「人工妊娠中絶前後の心のケア」を実践するための解決策として下記の事項を提案する。

(1) 中絶を実施する各医療施設で、カウンセリング専門のスタッフをおく。

(2) 専門スタッフの人件費等を考慮し、カウンセリング料を設定し、患者に請求できるようにする。もちろん保険適応とする。

(3) 専門スタッフの質向上を目的とし、その養成の場を設け、資格を与え、そして各医療施設に配属できるようにする。

(4) 超短期入院の人工妊娠中絶を受けた患者に対して「長期的なフォローアップ」というのは、一般の病院、診療所では現実的なものではない。各地方自治体で、「人工妊娠中絶後の心のケア」の専門の窓口を設け、病院、診療所よりの紹介に応じる。

<はじめに>

平成 14 年度から 16 年度にわたって、(1) 人工妊娠中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究レビュー、(2) 10 代妊娠に関するアンケート調査、(3) 医療機関へのアンケート調査、(4) 「医療従事者の中絶に対する考え方」についてのアンケート調査、(5) 人工妊

娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート、(6) 思春期妊娠への支援・実践レポート、(7) 望まない妊娠をした、未婚とくに思春期女性に対する支援を報告してきた。それぞれの症例ごとに、中絶の理由や背景が異なるため、「人工妊娠中絶前後の心のケア」について完全にマニュアル化することは到底不可能であることが明らかとなった。しかしながら、これら (1)？ (7) の結果を十分に考慮し、ある程度の大まかな指針を打ち出すこと、つまり現時点における可能な限りの最大公約数的なカウンセリングのマニュアルを作成することにし、当分担当研究を締めくくりにした。

したがって、本稿で記述されている内容は、該当する症例では必ずそのようにすべきというのではなく、効果的なカウンセリング方法のひとつとして参考にいただき、実際の場面では、個々の症例においてそれぞれアレンジ、工夫を加えていただきたい。

<カウンセリングを必要とする症例か否かを判断する>

まず、該当する症例が、カウンセリングを必要とする症例か、そうでない症例かを判断することが重要である。

1. 本人の意志を確認する。

これがもっとも重要と考えられる。どのようなケースであれ、本人より「相談したい」、「話を聞いてもらいたい」などの訴えがあれば、その要望に応じるべきである。平成 15 年度実施の「人工妊娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート」で、

「人工妊娠中絶の被援助志向性を高めることが、中絶を受ける女性の精神的健康を高め、自尊感情を高める傾向にある」こと、そして、「術前の心理的反応（うつ傾向、自尊感情）は、術後の心理的反応を予測する要因である」ことが示されている。また、同じ調査の中で、「医師・看護師に対する援助不安が強い場合は、うつ傾向や自尊感情が低下する状況におかれていることが推察され、人工妊娠中絶を受ける女性が医師や看護師に援助を求める際に精神的苦痛を感じている可能性がある」ことも示されている。従って、症例ごとにカウンセリングを受ける機会があるという情報を提供し、その希望の有無を確認すべきである。しかしながら、カウンセリングを受けることを勧めなくても必要ないとする人に無理矢理押し付けるのは、大きなお世話である。

2. それぞれの症例ごとに判断する。（以下の症例群をA群？F群とする）

(1) 合併症を有しているなど、健康上の理由で妊娠を継続できない場合（A群）

自分の身体のことでも児を犠牲にしてしまった、というような自責感情を強く抱く場合が多いと思われる。本人の意向を確認し、希望があれば精神的ケアを実践する。合わせて、避妊指導も必要である。

(2) 児に重症疾患、致死的異常があることがわかり、中絶を選択した場合（B群）

流産、死産、あるいは出生後に子どもを亡くしたケースと同様に考えられる。個々のケースによっても異なるが、多くの場合に精神的ダメージを強く受けてい

ることが推測される。妊娠し、児出生に期待を募らせた矢先に、児の異常という予期せぬ事実を告げられ、動揺しパニックになる場合があり、また、限られた期間で中絶するか否かを決定しなければならず、カウンセリングが必要となる場合が多い。本人の意向を確認し、できれば精神的ケアを実践する。

(3) すでに子どもを有し、経済的理由で手術を希望する場合（C群）

個々のケースで、そのとらえ方に大きな差がある。夫婦ともども十分納得の上で、自分で気持ちの整理ができていれば、必ずしも介入を要するわけではないが、自分たちの都合で児を犠牲にしてしまった、というような自責感情を強く抱く場合もあるかと思われる。本人の意向を確認し、希望があれば精神的ケアを実践する。

(4) 未婚のために手術を希望する場合（D群）

(5)の若年者の場合と同様に、その後の生殖年齢期間が長く、「望まない妊娠と人工妊娠中絶の防止」という今回の大もとのテーマから考えると、もっともカウンセリングを必要とするケースである。それだけでなく、将来、結婚・出産を控えている可能性が大であり、その後、分娩・育児が可能な状態となったときに、安心して妊娠に望めるように、中絶によるトラウマをできるかぎり小さいものにする必要がある。また、今回の妊娠により、その際のパートナーとの関係に問題が生じる場合がある。本人の意向を確認し、

希望があれば精神的ケアを実践する。

(5) 若年者(10代)の場合 (E群)

思春期女性、若年者は、自分自身の意志がはっきりしない場合が多く、また、妊娠・避妊に関する知識が乏しい場合が多い。さらに、その後の生殖年齢期間が長い。「望まない妊娠と人工妊娠中絶の防止」という今回のテーマから考えると、もっともカウンセリングを必要とするケースである。それだけでなく、将来、結婚・出産を控えている可能性が大であり、その後、分娩・育児が可能な状態となったときに、安心して妊娠に望めるように、中絶によるトラウマをできるかぎり小さいものにする必要がある。したがって、若年者の場合は、本人の意志に関わらず、カウンセリングの対象とすべきである。

(6) 反復中絶者 (F群)

複数回の中絶にも関わらず、さらに何回も妊娠するのであるから、精神的に長期間のダメージが残存することは少ないように考えられる。むしろ、中絶の自身の身体への影響、避妊の徹底指導などの教育的指導が必要である。ただし、さまざまなケースが存在することは間違いない事実であり、精神的ケアを希望する場合は、それに応じるべきである。

<カウンセリングの要点>

I. すべての症例に共通した要点

1. 不安、心配な気持ちの受容。

医療者は、まず何よりも中絶を望んでい

る女性のよき理解者であり、その女性が安心して心を開ける存在であることが求められる。

2. 面接では、落ち着いた雰囲気の中で、十分な時間を確保する。

時間に余裕をもって、プライバシーが守られて、心を開いて話ができるような雰囲気を作る。

3. 心理状態を理解する。

妊娠が判明したときから中絶後までの、その女性の心理状態を理解し、面接することが大切である。中絶手術前後の主な心理状態例を表1に示す(木村ら、2002)。

4. 医療者は、中絶を受ける女性に抱いている自己の価値観を認識して、無意識に女性を責めることがないように留意する必要がある。

会話や態度には絶えず思いやりと相手の心をねぎらう気持ちを込め、不用意な言葉や、性行動や避妊に失敗したことを非難したり、好奇心からの質問をすることは慎まなければならない。

5. 産む・産まないの選択は、妊娠という事態を引き受けた本人の意思が優先される。

産む・産まない、どちらを選択したとしても、自己決定したものこそが意味があり、その決定に責任を持って対処できるよう支援していく。そして、中絶を選択したことを納得し、受容するようもっていく。

中絶を決定するとき、多くの女性はさまざまな理由をつけて自分の心を正当化しようとするが、いくら理由をつけても中絶は女性の心を重くし、肯定する気持ちの裏には自己否定的な感情も去来するものと思わ

れる。このように中絶を決意するとき、女性の心には肯定する気持ちと否定する気持ちの双方があり、複雑でさまざまな葛藤を繰り返していることを理解しておく必要がある（木村ら、2002）。

6. 同一担当者が継続して行うこと。

同一担当者が継続して行うことにより、より良い信頼関係が形成され、相談者が安心して相談できる環境を作ることができる。望まない妊娠をした者に対して、毎回担当者が変わることは望ましくない。

7. 初診の時点で、「中絶を決めている者」・「意思決定できない者」・「出産を望んでいる者」の3者に分けられるが、それぞれによってその対応が異なる。

8. 人工妊娠中絶前から中絶後にかけて継続したカウンセリング的介入が必要である。

平成15年度実施の「人工妊娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート」で、術前のうつ傾向や自尊感情は術後の精神的健康を予測することが示唆された。この結果を、中絶後の女性の半数は喪失感、後悔、罪悪感、自責の感情を抱き（Zolse and Blacker, 1992）、子どもを殺したという気持ちから中絶外傷症候群（abortion trauma syndrome）や中絶後外傷（postabortion trauma）等、精神的な健康障害に陥る可能性があるという報告（Speckhard and Rue, 1992）とあわせて考えると、術前のケアが大切であると言える。また、うつ傾向は、人工妊娠中絶前より中絶後に低くなることが示された。鈴井ら（2001）の報告によると、うつ傾向は術前より術直後は低くなる

が、3ヶ月、6ヶ月では高くなる。Major et al.（2000）もうつ傾向について同じ様な見解を報告している。以上より、人工妊娠中絶前から中絶後にかけて継続したカウンセリング的介入の必要性が示唆される。

9. 親やパートナーとの関係における調整が必要になる。

10. 必要とされる本人・パートナーの基本情報：本人の年齢・社会的立場（職業）・妊娠既往・妊娠週数・家族構成・パートナーの年齢・パートナーの社会的立場（職業）・交際期間・経済状態。

II. 思春期女性に対するカウンセリングの要点：

1. とくに思春期女性に対する看護カウンセリングは、毎回担当者が変わることは望ましくない。同一担当者が継続して行うことにより、より良い信頼関係が形成され、相談者が安心して相談できる環境を作ることができる。

2. できるだけ親に相談するよう勧めるが、強制はしない。

3. 思春期女性は親と共に来院する場合もあるが、まず、本人の意思を確認することを最優先する。次に本人とは別席で親とも面接する。

4. 親が協力的・支援的であれば、問題をスムーズに解決できるが、親子の間に気持ちのズレ・葛藤・対立がある場合は、中立の立場で調整が必要になる。子供から突然に妊娠したと言われて驚き、こんな子に育てた覚えはないと受容できなかったり、姑との

関係で体裁を気にしたり、親の態度も多様である。

5. 特別な場合（児童相談所からの紹介など）は、関係施設と連絡を取りながら連携して対処する。
6. 中絶手術後も問題行動の再発が予測される場合は、継続支援体制が必要であり、親や学校の養護教諭などとの関係が必要となる。

Ⅲ. パートナーとの関係で調整が必要な場合

今回の妊娠により、その際のパートナーの対応から交際の継続について迷っていたり、別れようと決めたり、気持ちに変化が起こることがある。パートナーが交際の継続を望んでも、本人は交際継続の意志がないような場合には、パートナーとの間に溝が生じ、双方から話しを聞き調整をはかる必要がある。ただし、本人の意思を優先し、支援することを基本とする。

平成15年度実施の「人工妊娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート」で、中絶手術を受けることにあたっての心配として、「パートナーとの関係がこわれないか」と回答した人が13%存在した。

Ⅳ. 中絶経験があり、心にトラウマを抱えたケース

前回の産婦人科医療機関での処置や対応に馴染めず、また痛い思いを経験した場合など、不安や恐怖心を抱いていることがある。問診や診察の際の異常な緊張状態から察すること

ができるが、過去のトラウマに傾聴し、不安を和らげるための援助が必要である。

<カウンセリングの実際>

I. 初診時から手術当日までのカウンセリング

中絶手術前の確認項目

- ① 妊娠がわかったときの状況と気持ち
- ② 今回の妊娠をどう思っているか
- ③ 妊娠にいたった理由をどのように考えているか
- ④ 避妊の方法と知識の確認
- ⑤ 相談者はいるか
- ⑥ パートナーとの関係性、パートナーの反応
- ⑦ 親との関係性、親の反応（若年者の場合）
- ⑧ 今の体調・気分、不安や心配事
- ⑨ 中絶を決めた理由

B群では、①③④は省略される。D群では⑥がとくに重視される（前項Ⅲ）。E群では、⑦がとくに重要である（前項Ⅱ-2? 4）。F群では③④がとくに重要である。

初診から中絶手術決定まで

1. 中絶を決めている場合

本人の意思を含めた上記項目①から⑨を再確認しながら今回の中絶を選択するまでの経緯を自分の言葉で話してもらおう。自分の気持ちを素直に表現できる人と、出来ない人がいるので、うまく話せないような場合には、一つ一つ問いかけ再確認する必要がある。D群

では⑥がとくに重視される（前項Ⅲ）。E群では、⑦がとくに重要である（前項Ⅱ-2? 4）。

2. 妊娠と分かり、産む・産まないの選択に迷っている場合

本人が妊娠を予期して受診した場合、一方予期せぬ妊娠に動揺しパニックになる場合があり、後者ではまず妊娠の事実を受容するためのカウンセリングが必要となる。とくにB群では、妊娠し、児出生に期待を募らせた矢先に、児の異常という予期せぬ事実を告げられ、その事実を受容しなければならず、また、限られた期間で中絶するか否かを決定しなければならぬため、自分の意志を決定するまでに十分な精神的サポートを要する。

上記①から⑧までについて確認をしながら、産む・産まないかのいずれかの意思決定を、限られた時間内にしなければならないことを伝える。

パートナーが同伴していれば、本人の了解を得て、パートナーにも同席してもらう。二人の間で意見が対立するような場合は、個々にカウンセリングを行う。

急いで結論を出さずに自分の気持ちと十分向き合い、パートナーとも話し合う時間をとるよう促し、改めての来院を勧める。

次回来院時に、まだ意思決定を出来ない場合には、早急にならずに、本人が十分納得して意思決定できるまで根気強くカウンセリングを重ねる。中絶は不可逆的行為なので、ぎりぎりまで迷うことは十分共感できるが、ある時点では、決定しなくてはならない問題であること、戻れない決定であることを伝える

ことが重要である。

3. 産みたいと思う場合

上記①から⑧までを問いかけながら、本人の気持ちを尊重し、考えていることをありのままに話してもらうように心がける。

出産は、産めば終わるものではなく、今後の生き方を大きく変えるほどの人生における重大な決断である。

産みたい理由を尋ねると、お腹の子に申し訳ないから、赤ちゃんを殺したくないからと真剣な答えが返ってくることが多い。今、自分やパートナーにとって、精神的・社会的・経済的に産むことが可能か、幸せなのか、を十分時間をかけて一緒に考える。

本人、パートナー双方の親や身近な人たちが賛成してくれるのか、物心両面の支援が可能かなどについて具体的に問いかけ、自ら産まないという選択肢もあることを知らせる。

中絶の意思確認後

1. 手術の内容、所要時間、麻酔についての説明し、中絶に対しての安易な認識を是正するとともに、恐怖心や疼痛に対する不安を取り除く。
2. 既往歴の確認、必要に応じて心電図など術前検査を行う。その際、リストカットや暴力を受けた痕があるかなど、注意して観察する。
3. 中絶手術を受けることの本人の身体、健康に及ぼす影響についての疑問点を明らかにし、それが解消するまで十分理解するまで説明する。平成15年度実施の「人工妊

娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート」で、中絶手術を受けることにあたっての心配として、心配の割合が最も多かったのは「自分のからだ」(76%)、次いで「自分の健康」(52%)であった。

中絶手術当日

1. 本人の中絶の意思を再度確認するが、動揺が見られる場合は、本人の不安・緊張する気持ちに寄り添い、気持ちが整うまでは手術を急がない。
2. 手術や前処置の痛みに対する不安が大きいため、前処置の際は、「痛かったですか」などと声をかけ、我慢を強いるのではなく、不安な気持ちや痛みを表現できるよう痛みの程度を聞き、痛みに対する閾値を確認することも大切である。できるだけそばにいて一つ一つの処置について説明する。
3. 手術終了後は、麻酔の覚醒を確認し、無時終了したことを伝え安心させ、ねぎらいの言葉をかける。

II. 中絶手術後のカウンセリング・保健・避妊指導

1. 手術後ほぼ1週間後に検診を行い、十分時間をかけ保健・避妊指導を行う：術前・手術当日は、限られた時間内で気持ちを整理し、夫・パートナーや親との関係、学業や将来のことなど、多くのことを決断しなくてはならず、気持ちに余裕がない場合が多い。追い詰められたぎりぎりのところで悩み、苦しみ、自分なりの答えを導き出すが、本人にとって最も納得できる選択であっ

たのか、一緒に振り返る時間でもある。

2. 下記①～⑥について問いかける。

① 今の気持ち

中絶後の女性の心には、中絶したという自責の念と、妊娠を継続するか否かの悩みから開放された安寧の心のふたつの相反する意識がみられることを理解する(木村ら、2002)。

②手術当日の状況とその時の気持ち

③今回の経験を通して感じたこと

④パートナーと話し合ったことや今後の関係

⑤親との関わり

⑥今後の避妊についてどう考えているか

3. 生殖機能を中心に女性のからだのしくみを再確認し、個人が活用できる避妊方法を一緒に考える。とくにF群では、中絶の自身の身体への影響、避妊の徹底指導などの教育的指導が必要である。
4. パートナーが同伴していれば、本人が望めばパートナーと共にカウンセリング、避妊指導を行う。とくにF群では、パートナーも同じ価値観を持っている場合が多いため、できればパートナーも同席しての指導が必要である。
5. 不安や恐怖感を持っていても、パートナーとの関係が良い、支援者がいる、選択を納得している場合は、気持ちは癒され不安は軽減される。手術後も罪責感がもたらす辛さや苦しさを訴えられることもある。カウンセリングの中で一番難しいのが「お腹の赤ちゃんを殺してしまった」という罪責感と、どのように付き合っていくかというこ

とになる。

6. 身体的な健康状態についてサポートする。

- ① いつまで出血が続いていれば受診すべきか。
- ② 疼痛時は受診する。
- ③ 発熱時は受診する。
- ④ 次の月経はおよそいつ頃に起こり、それ以上の期間月経がなければ妊娠を疑わなければならない。

<カウンセリング支援システム>

平成 15 年度に実施した医療従事者への調査によると、「中絶前後の心のケア」を不要と考えている人はほとんど存在しないが、現実には「時間がない」、「知識、経験が乏しい（方法がわからない）」などの理由から行われていない場合が多い。実際に「人工妊娠中絶前後の心のケア」を行うことには大変な労力と時間を要する。1 回 1 時間で、手術決定時、手術直前、手術後と 3 回行ったとしても、1 症例につき 3 時間を要する。ぎりぎりの人数で医療が行われている通常の病院、診療所のシステムでは、それを行うことは極めて困難である。ここまで、カウンセリングマニュアルについて記述してきたが、多くの病院、診療所ではこのように実施することは事実上かなり難しいと思われる。そこで、多くの施設で、また効果的な「人工妊娠中絶前後の心のケア」を実践するための解決策として下記の事項を提案する。

- (1) 中絶を実施する各医療施設で、カウンセリング専門のスタッフをおく。

(2) 専門スタッフの人件費等を考慮し、カウンセリング料を設定し、患者に請求できるようにする。もちろん保険適応とする。

(3) 専門スタッフの質向上を目的とし、その養成の場を設け、資格を与え、そして各医療施設に配属できるようにする。

(4) 超短期入院の人工妊娠中絶を受けた患者に対して「長期的なフォローアップ」というのは、一般の病院、診療所では現実的なものではない。各地方自治体で、「人工妊娠中絶後の心のケア」の専門の窓口を設け、病院、診療所よりの紹介に応じる。

<最後に>

この研究は総括的には、「望まない妊娠、人工妊娠中絶術を防止することを目的とした研究」である。「人工妊娠中絶前後の心のケア」により、その後のその人自身が受ける人工妊娠中絶術をどれくらい防止できるかについて、今回の調査・研究の中では、残念ながら、明白な手ごたえはなかった。しかし、たとえば「児に致死的異常が認められ中絶を選択した場合」など、望んで妊娠したにもかかわらず、その意に反して中絶をせざるを得なかった場合には、一度は「もう妊娠はしたくない」と思ったが、その時の精神的ケアにより、再度妊娠にチャレンジしようとするようになるかもしれない。また、全く避妊をしない場合から厳密でない避妊の結果妊娠したケースであっても、精神的ケアを行いながら、妊娠に至った経緯をもう一度見直すことによって、より厳密な避妊をしていくようにもっていけれ

ばよいし、カウンセリングする側もそうなるように努力すべきであろう。少なくとも、中絶時のカウンセリングに重要なことは、中絶を繰り返さないための避妊教育を徹底するとともに、罪悪感に陥りやすい精神状態から女性を開放し、中絶経験を人生の糧として前向きに活かせるように支援していくことであるということがいえるであろう。

<参考文献>

木村好秀, 齋藤益子. 人工妊娠中絶術前後の
ころのケア. 周産期医学 32;87-90, 2002.
Major B, Cozzarelli C, Cooper L, Zubek J,
Ricards C, Wilhite M, Cramzow R.

Psychological responses of women after
first-trimester abortion. Arch Gen
Psychiatry 57;777-784, 2000.

Speckhard A, Rue V. Postabortion
syndrome: An emerging public health
concern. Journal of Social Issues 18,
95-119, 1992.

鈴木江三子, 柳修平, 三宅肇. 人工妊娠中絶
を経験した女性の不安の経時的変化. 母性
衛生 42;394-400, 2001.

Zolese G, Blacker CV. The psychological
complications of therapeutic abortion.
British Journal of Psychiatry
160;742-749, 1992

表1 中絶前後の主な心理状態例
(木村ら、2002、より引用、一部改変)

-
1. 妊娠がわかったときの状況と心理
 - 困った、どうしようか
 - 誰に相談しようか
 - 産みたい、産めない、産みたくない
 - どこで中絶しようか
 - パートナーにはなんと言おうか
 - 親には知られたくない
 - パートナーは怒るだろうか
 - 学校、職場には知られたくない
 2. 中絶を決定するときの心理
 - 自己肯定的心理
 - 結婚していないので産めない
 - 胎児はまだ人の形をしていない
 - 流産したと思おう
 - 出血しているので胎児は弱い
 - 薬の服用で奇形児かもしれない
 - 多くの女性が中絶している
 - 法律に違反しているわけではない
 - 自己否定的心理
 - 避妊に失敗した
 - すべて私が悪い
 - 自分は罪な女だ
 3. 中絶後の心理
 - 胎児への罪悪感
 - 妊娠できない身体になるのではないか
 - 妊娠するのが怖い
 - 不安で眠れないことがある
 - 性交渉はしているのか
 - パートナーが離れていかないか
-

(付)「“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアル」検討セミナー

日 時： 平成17年1月12日(木) 午後6時30分～8時30分

場 所： 宇都宮グランドホテル

出席者：

大木洋一(大木産婦人科医院)、小倉望弘(小倉産婦人科医院)、牛込千代子、
福田文江、設楽千恵子(大谷クリニック)、近澤幸嗣郎(ちかざわ Ladies'クリ
ニック)、平尾 潔(平尾産婦人科)、柳田千代雄、仙波利子、宮田秀子、田村
さち子、中山広美、岸亜希子(柳田産婦人科)、野口忠男(野口医院)、上地弘
二(上地産婦人科医院)、佐藤郁夫、渡辺 尚、黒川栄美子(自治医科大学)

栃木県内医師又は医療従事者による「“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアル」検討セミナー：討論内容要旨

まず、渡辺（自治医大）より、今回作成された“人工妊娠中絶前後の心のケア”に関する指導マニュアル”についての解説があり、その後、フリートークの形で、討論された。その中で、参加者より出された意見を記載する。

- ・ 今何で人工妊娠中絶が厚生労働省で問題になっているのか→少子化の問題、産みたくても産めない、若い妊娠、望まない妊娠の結果が虐待に繋がっている。
- ・ 中絶するときに気付くこと：中絶が終わってしまえば、むしろ落ち着いた安寧の心。一番辛いことが終わったという様子。順調に回復すればこれからの妊娠は大丈夫だろうと思う人が多く避妊に対しての話を聞こうとしない。罪悪感に伴う被害感。本人が受け入れればよい。
- ・ カウンセリングの勉強をしている。特に難しいのは若年者しかも中高生が親に内緒で来院する。親との関係で親には知られたくないという人が多い。未成年のため母親に話すようにと話をする。若年でも職についている人と学生では勉強の仕方が違うのではないかと思う。
- ・ マニュアル化は非常に難しい。①未婚既婚で違う。②子が欲しい、欲しくないで問題が違う。③手術する前、した後でどういう対応をするか。話をしていると中絶する方の対応がケースバイケースで難しい。
- ・ 開業 34 年、中絶したい方にどうやれば産ませられるか、話をしている。しかし、だいたい 10～20%くらいしか話は成功しない。少子化に対して頑張ってはいるがなかなか難しい。結婚が遅れている。仕事との駆け引きがあり重荷になっているのが産む決断が出来ないケースもある。若年者に対して親か相手の親などを連れてきてもらい、納得いくまで話をし必ず了解を得て事実を知ってもらおう。手術がきまっても、必ず成人の方に来ていただく。
- ・ 10 年前、オーストラリア人の方で、すでに 2 人子供がいるし、40 歳すぎているということで、中絶手術をした。次の日、来院された時に大泣きをされた。「手術にたいして先生は十分な説明をしてくれなかった。」と言われた。話をしたつもりではあったが、理解してもらえていなかった。オーストラリアでは手術前も後も説明を十分にしてくれる。納得いくまで細かく話をし理解してもらえればよかった。
- ・ 事前の説明はかなりしていると思う。手術後は足りない気がする。
- ・ 待っている間に泣いたりする方が多い。そ

の方への心のケアが大切。待っている間に気持ちが込み上げてきてしまうのだろう。

- ・前日にラミナリアを入れる。次の日手術だった。未婚で1人目を産んでいる。手術前に話をしていたら本当は子供が欲しい。でも結婚もしていなかった。そこで「お金はどうにでもなるよ」といったら、その方は結局産んだ。今は話をする時間がない。陣痛室の隣で手術を行ったり、産む、産まないの込み入った話をする時間がない。生理がいつくるかなどの説明はできているが、時間があれば本当に込み入った話ができると思う。若い子は両親に話をしていない子が多い。両親に話すことをすすめるカウンセリングができる自治体があればよいのではないかと思う。
- ・カウンセリングをしたい、本当は説明をしたいが説明をする時間がない。なんとかそういう時間をつくって本当に産んでよかったと思う人が増えればいい。
- ・時代の流れがある気がする。20年前は中絶を悩んだ人が多く、手術台で涙を流す人はいたが、ここ数年は8割の人が中絶を決めてきている。迷う人は少ない。説得して中絶をあきらめる人が少ない為説得はしていない。カウンセリングは、術前は必要だと思うが術後に関しては手術が終わりほっとして喜んで帰る気がするため、あまり必要がない気がする。不安や罪悪感などの心の問題を持つ人は個人差のような気がする。子がいても、いなくても心の葛藤はある気がする。未婚でも葛藤がある人となない人がいる。
- ・各施設の門を叩くときには、それなりの決意をしてきている人が多いのは事実。人工妊娠中絶に関する問題としては、望まない妊娠はさけるべき。
- ・先生は外来が忙しく、長い時間をとれないでいる。婦長がカウンセリングをしているので個室で長時間の話をしている。産むようになった方が多い。分娩台3台のうち1台が手術台になっている。必ず1週間後までの説明をきちんとしてお帰ししている。
- ・手術当日に何人か重なるとお産と中絶の人が一緒になってしまうことがある。重なったときに、年子だから・・・と産みたくないと言って中絶を決めていた人が隣で産まれた赤ちゃんの声を聞いて産むことにしたという経験がある。手術台にのって「どうしよう・・・」と不安になる人がいるがそういう人の心のケアは難しい。
- ・10代の子が増えているため親の了解を得るようにならず話をしている。親に話をせず、4割くらいが他の病院にいつってしまう。親がきてくれることもある。なるべく本人の意見を尊重する。当人は産みたいが親が産ませたくなく、もめた方もいた。マニュアルはよく書かれていると思う。術後の話をすることがあるが時代とともにやはり違うのではないか。20年前、10年前、現在で世の中の考え方が違う。昔ながらの考えの人も