令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究

事業報告書

令和４年３月

株式会社キャンサースキャン

令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究

（要旨）

調査目的：

流産や死産、人工妊娠中絶、病気や不慮の事故等で子どもを亡くした家族へのグリーフケアについては、支援体制の整備や強化が望まれているが、一方で、その整備状況は、それぞれの自治体や医療機関等の現場において、それぞれ異なっている。

本調査研究では、全国の自治体及び医療機関における、（流産・死産・人工妊娠中絶を含めた）子どもを亡くした家族へのグリーフケアの実施実態や、子どもを亡くした家族（特に、これまで明らかになっていなかった人工妊娠中絶を経験した方）の支援ニーズ等を整理した上で、支援の現場において活用頂ける支援の手引きや情報提供リーフレットの開発を通して、今後の支援体制の強化につなげていくことを目的とする。

事業概要：

本調査研究は、実態把握のための調査と、それらの調査結果を踏まえた、医療機関及び自治体において、子どもを亡くした家族へのグリーフケアの推進に資する「支援の手引き」及び「情報提供リーフレット」の開発からなる。事業の推進・検討にあたっては、医療者・子どもを亡くした当事者・自治体担当者といった様々な立場の有識者による研究会を設置し、助言を得た。

- 実態把握のための調査：
  - 人工妊娠中絶を経験した女性を対象としたニーズ調査（インターネット調査）
  - 子どもを亡くした家族に対する、支援体制の実態把握のための自治体調査（悉皆調査）
  - 好事例のヒアリング：自治体及び医療機関を対象に実施
- 本調査研究で作成した成果物：
  - 「支援の手引き」（自治体担当者向け、産科・小児医療機関スタッフ向けの３種）
  - 子どもを亡くしたご家族に配布・提示する情報提供のためのリーフレット（流産または死産を経験した家族向け、人工妊娠中絶を経験した家族向け、の２種）

調査及び検討内容の整理と効果として期待される事がら：

調査から、子どもを亡くした（本事業で行った調査においては、人工妊娠中絶を経験した）女性及び家族の悲嘆は深く、その影響は長期に亘ることが改めて確認された。支援を必要とする人は多いが、その一方で、支援を求める人たちに、必ずしも必要な支援が届いておらず、また、支援体制においても地域差があることも明らかとなった。

多様な支援ニーズに対応すると共に、地域での（元の）生活に戻った後も含めた継続的な支援体制の構築が必要であり、都道府県や市町村、医療機関（産科・小児科、他、精神科領域の専門外来等）、サポートグループ等の機関が、それぞれの専門性や立場に応じて役割を分担し、連携を取りつつ支援を行うことが不可欠である。調査の結果を踏まえて現状の課題を整理すると共に、各関係機関に期待される役割等について検討を行い、子どもの死に立ち会う医療機関（産科/小児科）及び自治体向けの「支援ガイド」と、子どもを亡くした家族に渡すための情報提供リーフレットを作成した。これらの成果物が、子どもを亡くした家族の支援に携わる方々に広く活用されることで、子どもを亡くした悲嘆に向き合う家族への支援体制の促進に繋がることが期待される。

目次

第Ⅰ章　事業の概要

1　事業の背景と目的……1
2　事業の構成と流れ……2
　2.1　事業全体の構成及びスケジュール……3
　2.2　調査の実施（ニーズ調査、自治体調査及びヒアリング調査）……3
　　2.2.1 ニーズ調査……3
　　2.2.2 自治体調査……5
　　2.2.3 ヒアリング調査……6
　2.3　研究会の開催……7
　　2.3.1 研究会の組織……7
　　2.3.2 研究会の開催……8

第Ⅱ章　調査結果を踏まえた課題の検討とその解消のために必要な施策の整理

1　調査結果の整理……9
　1.1　人工妊娠中絶を経験した女性への心理社会的支援（ニーズ調査）……9
　　1.1.1 人工妊娠中絶直後の心理状態……9
　　1.1.2 相談の実態及びニーズ……11
　1.2　自治体における現状の支援体制（自治体調査）……15
　　1.2.1 子どもの死に関する相談を受け入れる窓口……15
　　1.2.2 相談支援（体制）における課題……15
　　1.2.3 市町村における地域担当保健師等による支援……16
2　適切な支援にアクセスするための課題とその解消のために必要な施策……18
　2.1　本人の意識変容とそれを後押しする環境……19
　　2.1.1 本人に起因する阻害要因……19
　　2.1.2 支援につながるよう背中を押す環境（そのためのツール）……21
　　2.1.3 支援につながるよう背中を押す環境（要支援者を把握する体制）……24
　2.2　支援への物理的なアクセスの改善……25
　　2.2.1 ファーストコンタクトとしての医療機関・自治体担当者の役割……25
　　2.2.2 支援への物理的なアクセス（相談が可能か）の問題……26
　2.3　支援力の強化……27
　　2.3.1 担当者の支援力の向上……27
　　2.3.2 他機関との連携……27
　　2.3.3 グリーフケアを支える制度/体制の整備……28

第Ⅲ章　調査結果報告～詳細～

1　ニーズ調査結果報告（詳細）……31
1.1　回答者の属性や人工妊娠中絶の経緯や背景……31
1.1.1 回答者の属性……32
1.1.2 人工妊娠中絶時の妊娠週数や、人工妊娠中絶の理由や状況……34
1.2　人工妊娠中絶の経験と辛さ……36
1.2.1 時期ごとの辛さ……36
1.2.2 最も辛かった時期の心理状態……39
1.2.3 心理状態に影響する事がら（妊娠週数、人工妊娠中絶の理由等）……40
1.3　人工妊娠中絶を経験した人の相談の実態とニーズ……42
1.3.1 人工妊娠中絶を経験した人の相談の実態……42
1.3.2 誰にも相談「しなかった」理由……44
1.3.3 相談のニーズ……45
1.4　行政の相談窓口への相談経験とニーズ……48
1.4.1 行政の窓口への相談経験……49
1.4.2 行政の窓口等に相談しなかった理由……50
1.4.3 相談のニーズ……50
1.5　パートナーの状況……52
2　自治体調査結果報告（詳細）……54
2.1　子ども（18 歳未満）の死を経験した家族への
個別支援を行う窓口（担当者）について……54
2.1.1 流産や死産に関する相談窓口……54
2.1.2 工妊娠中絶に関する相談窓口（担当者）……56
2.1.3 新生児/乳幼児の死に関する相談窓口（担当者）……61
2.1.4 就学以降の子どもの死に関する相談窓口（担当者）……66
2.2　市町村における地域担当保健師等による支援……71
2.2.1 子どもの死について把握する体制……71
2.2.2 保健師等担当者による、家庭訪問や電話等による支援……75
2.2.3 保健師等担当者の個別支援力を向上するための取り組み……76
2.3　相談窓口での個別対応以外の取り組み……77
2.3.1 相談窓口での個別対応以外に自治体で実施している取り組み……78
2.3.2 子どもの死に関係する他の機関との連携……80

第Ⅳ章　子どもを亡くした女性や家族を支援するためのツール

■ 情報提供リーフレット……84

- 流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット
- 人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット

■ 支援の手引き……87

- 産科医療機関スタッフのための「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」
- 小児医療機関スタッフのための「子どもを亡くした家族への支援の手引き」
- 自治体担当者のための「子どもを亡くした家族への支援の手引き
  - 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死 -」

別添資料：

■ ニーズ調査票

■ 自治体調査票

- ✓ 都道府県版
- ✓ 市町村版

第Ⅰ章
事業の概要

1.事業の背景と目的

流産や死産、人工妊娠中絶、病気や不慮の事故等で子どもを亡くした家族へのグリーフケアについては、支援体制の整備や強化が求められているが、その整備状況は、それぞれの自治体や医療機関等の現場ごとに大きく異なる。令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産等を経験した女性に対する心理的社会的支援に関する調査研究」においても、流産や死産等を経験した女性への支援に関する調査が行われたが、自治体や医療機関側の支援体制のみならず、本人や社会の意識も含めて、流産・死産を経験した女性及びその家族が、適切な支援へのアクセスに至らない様々な原因や課題が明らかとなった。

厚生労働省においては、令和２年度より予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review: CDR）体制整備モデル事業を実施しているところであり、自治体や医療機関が不慮の事故、疾患、乳幼児突然死症候群等で亡くなった子どもを把握した場合に、死亡の検証、予防策の提言を行うだけでなく、悲嘆・喪失を抱える家族へのケアを行うことが望ましいと考えられる。また、内閣官房において開催した「不育症対策に関するプロジェクトチーム」においても、流産や死産を経験した女性やその家族に対する心理的社会的支援の必要性が指摘されている。

こうした状況をふまえ、本調査研究では、全国の自治体及び医療機関における子どもを亡くした家族へのグリーフケアの実態や、子どもを亡くした家族のニーズ等を把握・整理すると共に、それらの情報を基に、有識者の意見を踏まえ、支援の現場において活用頂ける支援の手引きや情報提供リーフレットの開発を通して、今後の支援体制の強化につなげていくことを目的とする。

2.事業の構成と流れ

2.1. 事業全体の構成及びスケジュール

本調査研究は、以下の通り、実態把握のための３つの調査と、それらの調査結果を踏まえた課題の整理及び現場において有用な資材（支援の手引き、情報提供リーフレット）を作成するための有識者による研究会（３回実施）から構成された。

（実態把握のための３つの調査）

- ニーズ調査（人工妊娠中絶を経験した女性を対象としたインターネット調査）
- 自治体調査（全国の自治体を対象とした、流産・死産・人工妊娠中絶といった胎児の死を含めた“子どもを亡くした家族”への支援に関する実態調査）
- 取り組み事例のヒアリング

本調査研究事業の全体スケジュールは、以下の通りである（表 1）。

表 1：事業スケジュール

時期	実施内容
2021 年８月～2022 年２月	ヒアリング調査の実施
2021 年 11 月 12 日	第１回研究会開催
2021 年 11 月～2022 年１月	ニーズ調査の実施・分析
2021 年 12 月～2022 年２月	自治体調査の実施・分析
2022 年１月 31 日	第２回研究会開催
2021 年 12 月～2022 年３月	支援の手引き、情報提供リーフレット作成
2022 年３月７日	第３回研究会開催
2022 年３月	研究報告書作成

2.2. 調査の実施

2.2.1.ニーズ調査

人工妊娠中絶を経験した女性および家族に対する心理社会的支援のニーズ及び支援へのアクセス状況を把握するための調査を実施した。

本調査研究のテーマは、（流産・死産・人工妊娠中絶といった胎児の死も含めた）“子どもを亡くした家族”へのグリーフケアであるが、ニーズ調査においては、特に、現状、ニーズが明らかになっていない、人工妊娠中絶を経験した女性を対象とした。流産・死産を経験した女性については、令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」において、同様のニーズ調査が実施されている。

【調査手法】A 社保有のパネル登録者を対象とした無記名自記式のインターネット調査

【調査対象者】

- 824 サンプル（サンプル数が 824 に達した時点で調査を終了した）
- 人工妊娠中絶の経験がある 18 歳～50 歳の女性
  *スクリーニングにおいて、「過去５年以内」との条件をつけたが、本調査において改めて人工妊娠中絶をした時期を訪ねたところ、「5 年以上」との回答が 28.4%にのぼった。但し、「5 年未満」の群と「5 年以上」の群とで悲嘆に関する項目を比較したところ、統計的有意差は見られなかったため、「5 年以上」のサンプルも含めて分析を行った。

【調査時期】本調査：2022 年１月６日（木）～1 月8日（土）

【調査内容】 ※調査項目詳細は、別添資料参照

- 次のような事がらについて、調査項目を作成した。調査項目の作成に当たっては、研究会構成員の助言を受けた。特に、質問項目によっては回答者に心理的負荷を生じる可能性が危惧される調査であったため、倫理的観点を重視し、研究会委員の間で複数回に亘る協議の上、表現への配慮も含めて評価・検討を重ね、最大限の注意を払って作成したものである。

主な調査項目：

- ✓ 人工妊娠中絶の経験及びその背景
- ✓ 人工妊娠中絶後の心理状況（辛さを感じた事がら、辛さの変化、心理状態）
- ✓ 辛さについての相談（相談の有無、相談相手、相談した事がら、相談しなかった理由）
- ✓ 相談や支援へのニーズ（もっと話を聞いて欲しかった事がら、誰に相談したかったか、相談先として自治体が認識されていたか）
- ✓ パートナーの辛さや相談の有無

2.2.2.自治体調査

都道府県及び市町村における現状の（流産・死産・人工妊娠中絶といった胎児の死も含めた）“子どもを亡くした家族”に対する支援の実態を把握するために、全国の自治体の母子保健主管部（局）の担当者を対象に、以下の調査を実施した。

流産・死産については、令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」にて、基本的な実態は把握済みであるため、令和３年５月 31 に発出された課長通知「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」を受けての対応状況の変化に関してのみ把握した。

【調査手法】郵送による自記式アンケート調査

【調査期間】

- ✓ 発送：2022 年１月上旬　*到着日は自治体によって異なる
- ✓ 締め切り：2022 年１月 26 日　*2 月７日到着分まで集計に含めた

【回答依頼者】全都道府県・市町村の母子保健主管部（局）担当者

【調査項目】※調査項目詳細は、別添資料参照

- ➢ 以下のような事がらについて、調査項目を作成した。調査項目の作成に当たっては、研究会構成員の助言を受けた。

- ✓ 子どもを亡くした女性や家族に対して個別支援を行う相談窓口の有無
- ✓ 相談窓口の実態（相談形態、人員配備（相談員の資格等）、相談実績）
- ✓ 現状の支援体制における課題
- ✓ 個別対応以外の、子どもを亡くした女性や家族への支援に関係する取り組みの実施状況
- ✓ 関係機関との連携状況
- ✓ （市町村）子どもの死の把握状況及び把握方法

【対象自治体数及び回収状況】（表２）

区分	発送数	回収数	回収率
都道府県	47 か所	38 か所	80.9%
政令市・中核市	82 か所	62 か所	75.6%
その他市町村	1642 か所	663 か所	40.4%

2.2.3.ヒアリング調査

子どもを亡くした家族に対する、支援体制や支援内容、支援における課題等をより深く理解するために、自治体や医療機関、グリーフケアの専門家を対象に、ヒアリングを実施した。

対象とする機関や対象者については、研究会構成員による情報や、インターネット等で収集した情報を踏まえ、厚生労働省母子保健課と協議の上、決定した（表３）。

また、自治体や医療機関の事例については、本報告書「第Ⅳ章 子どもを亡くした女性や家族を支援するためのツール」（P 83～）における、各支援の手引きの中で紹介している。

【調査手法】：母子保健主管部（局）担当者や子どもを亡くした女性や家族へのグリーフケアを行なっている医療機関の担当者等を対象に、調査員がオンラインにて 60 分程度のヒアリングを実施した。

【調査時期】：2021 年８月～2022 年２月

【ヒアリング協力者】（表３）

都道府県	高知県　CDR 調査員　田村美智先生
市町村	豊橋市保健所　こども保健課　専門員　伊藤僚子先生
医療機関	富山大学附属病院　小児科診療部門 小児循環器内科 小澤綾佳先生
医療機関	医療法人　マミーローズクリニック師長　助産師　加田千秋先生
医療機関	社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 小児救急看護認定看護師　尾島由美先生
医療機関	埼玉医科大学 総合医療センター　小児科　臨床心理士 別所晶子先生
グリーフケアの専門家	福島県立医科大学 災害こころの医学講座 准教授　瀬藤乃理子先生

2.3. 研究会の開催

2.3.1.研究会の組織

調査を通して把握すべき項目の選定や、調査結果を踏まえた課題の整理及び現場において有用な資材（支援の手引き、情報提供リーフレット）についての検討を行うことを目的として、９名の有識者からなる研究会を設置した（表４）。

表４：研究会構成員（敬称略、委員については五十音順）

	氏名	所属
座長	種市 尋宙	富山大学　学術研究部医学系小児科学　講師
委員	石井 慶子	お空の天使パパ＆ママの会（W.A.I.S）代表 聖路加国際大学看護学研究科　客員研究員 ART 岡本ウーマンズクリニック　心理部門カウンセラー
	伊藤 僚子	豊橋市保健所　こども保健課　専門員
	遠藤 佑子	兵庫県立大学看護学部 生涯広域健康看護母性看護学　助教 周産期グリーフケアはちどりプロジェクト　代表
	大久保 明子	新潟県立看護大学 看護学部 教授
	坂下 裕子	子どもを亡くした家族の会 小さないのち 代表
	管生 聖子	大阪大学大学院　人間科学研究科　講師 大阪大学医学部附属病院　胎児診断治療センター　臨床心理士
	蛭田 明子	聖路加国際大学　ウィメンズヘルス・助産学　准教授
顧問	相良 洋子	さがらレディスクリニック　院長

2.3.2.研究会の開催

研究会は３回開催し、本調査研究における調査の設計及び調査結果を踏まえた課題の整理、望ましい支援体制や現場において有用な資材（支援の手引き、情報提供リーフレット）についての検討等を行った。

各研究会における検討事項等の概要は表５の通りである。

表５：研究会開催実績

研究会	開催日時	議題
第１回	2021 年 11 月 12 日（金） 13: 00～15: 00	・ 流産・死産・人工妊娠中絶を含めた子どもの死について、状況の違いにより配慮が必要な点などを整理 ・ 望ましい支援体制についての検討 ・ 成果物（支援の手引き・情報提供リーフレット）の方向性についての検討 ・ ニーズ調査及び自治体調査の項目検討
第２回	2022 年１月 31 日（月） 13: 00～15: 00	・ ニーズ調査の結果報告 ・ 産科医療機関、小児医療機関、自治体（都道府県、市町村）それぞれの、望ましい支援のあり方についての検討 ・ 成果物（支援の手引き・情報提供リーフレット）についての検討
第３回	2022 年３月７日（月） 13: 00～15: 00	・ 自治体調査の結果報告 ・ 成果物（支援の手引き・情報提供リーフレット）についての検討 ・ 報告書に盛り込むべき内容についての検討

第Ⅱ章　調査結果を踏まえた課題の検討とその解消のために必要な施策の整理

1.調査結果の整理

以下、人工妊娠中絶を経験した女性へのニーズ調査から明らかとなった、人工妊娠中絶を経験した女性の辛さや、相談先へのアクセス、支援ニーズについての主なポイントと、自治体調査から明らかとなった、子どもを亡くした女性や家族に対する支援の実態を整理する。結果詳細については、第Ⅲ章．調査結果報告の「1.ニーズ調査結果報告（詳細）」（P 31～）及び「2.自治体調査結果報告（詳細）」（P54～）を参照されたい。

1.1. 人工妊娠中絶を経験した女性への心理社会的支援（ニーズ調査）

1.1.1.人工妊娠中絶直後の心理状態

人工妊娠中絶を経験した女性を対象としたインターネット調査から、人工妊娠中絶を経験した女性の悲嘆は深く、その影響は長期に亘ることが明らかとなった。人工妊娠中絶を経験した女性の 63.8%が日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」と回答し（図 1）、その時期に経験したこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出して辛い気持ちになること」（58.8%）や「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9%）などがあげられた（図 2）。

図 1. 最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）

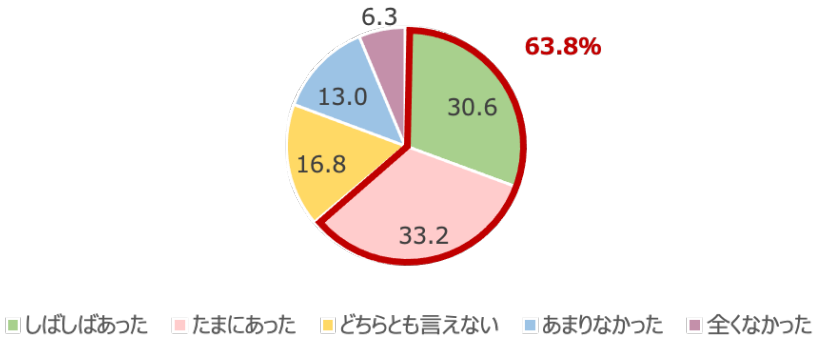
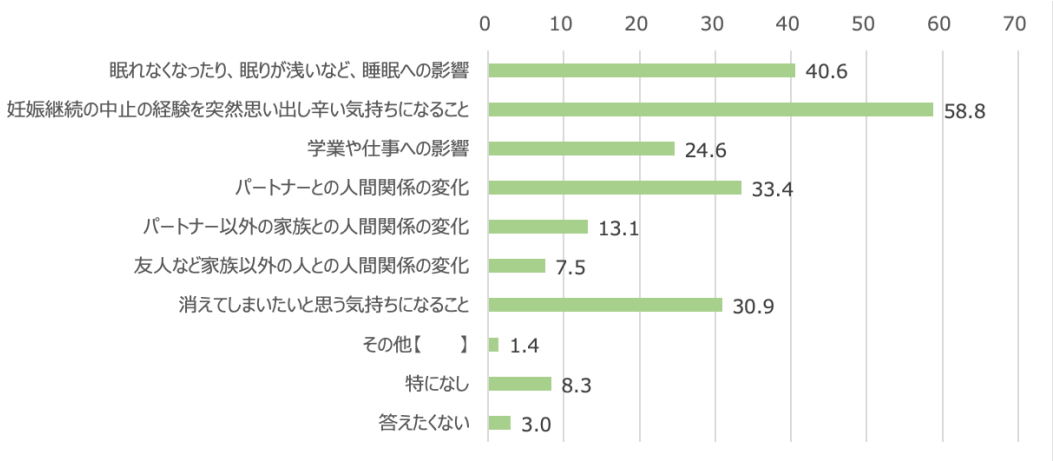
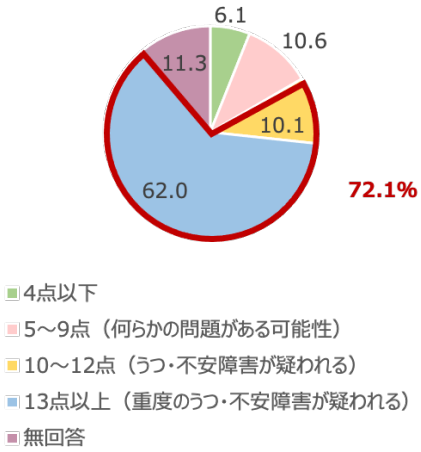


図 2. 最も辛かった時期、人工妊娠中絶に関連して経験したこと
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



また、最も辛かった時期を思い返して、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された K6 尺度（心の健康チェック）に回答してもらったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」が 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」が 62.0%にのぼった（図 3）。

図 3. 最も辛かった時期における、K6（心の健康チェック）の値
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



1.1.2.相談の実態及びニーズ

人工妊娠中絶を経験した女性は、前述の通り、心理的負荷が非常に高い状況の中、辛さを誰にも相談しなかった（できなかった）人は 46.9%にのぼる（図 4）。相談しなかった理由としては、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）に次いで、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）といった心理的な問題に加え、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）といった相談先へのアクセスの問題もみられた（図 5）。

図 4. “妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて誰かに話したり相談したりしたか
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

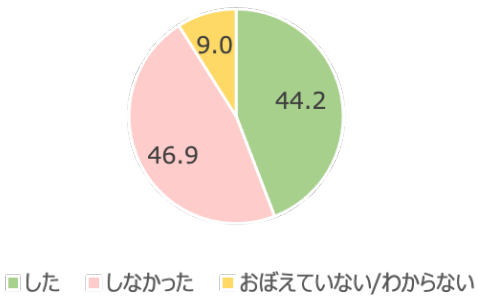
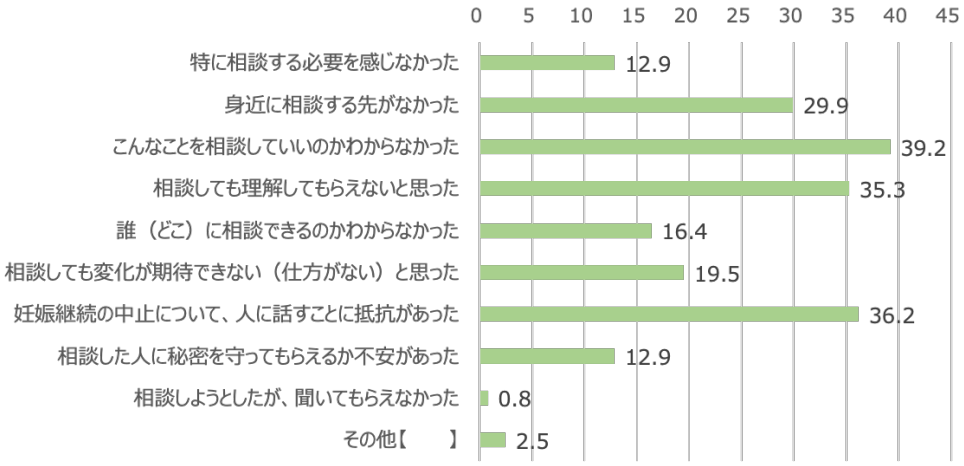


図 5. 誰にも相談しなかった理由（複数回答）（n=365：相談「しなかった」人）



こうした辛さについて、誰かにもっと話を聞いて欲しかった・相談したかったと思う事がらを尋ねたところ、「子どもに申し訳ないという気持ち」（39.1%）や「気持ちの浮き沈み」（38.7%）、「自分を責めてしまうこと」（34.0%）など多岐に渡る。「特にない」（この項目のみ、排他設問）と回答したのは 16.6%にとどまり、彼らを除く 83.4%は何らかの相談や話を聞いて欲しいというニーズを抱えていたことがわかる。（図６）

話を聞いて欲しかった相手は、パートナーをはじめとして多岐に亘るが、「行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等、人工妊娠中絶についての知識を持った専門職」（34.1%）や「同じような経験をした経験者等」（45.4%）への相談希望も一定割合認められた（図７、８）。

図 6. 人工妊娠中絶による辛さを感じていた頃に、誰かにもっと話を聞いてほしかった・相談したかったと思う事がら（n=824）（複数回答）

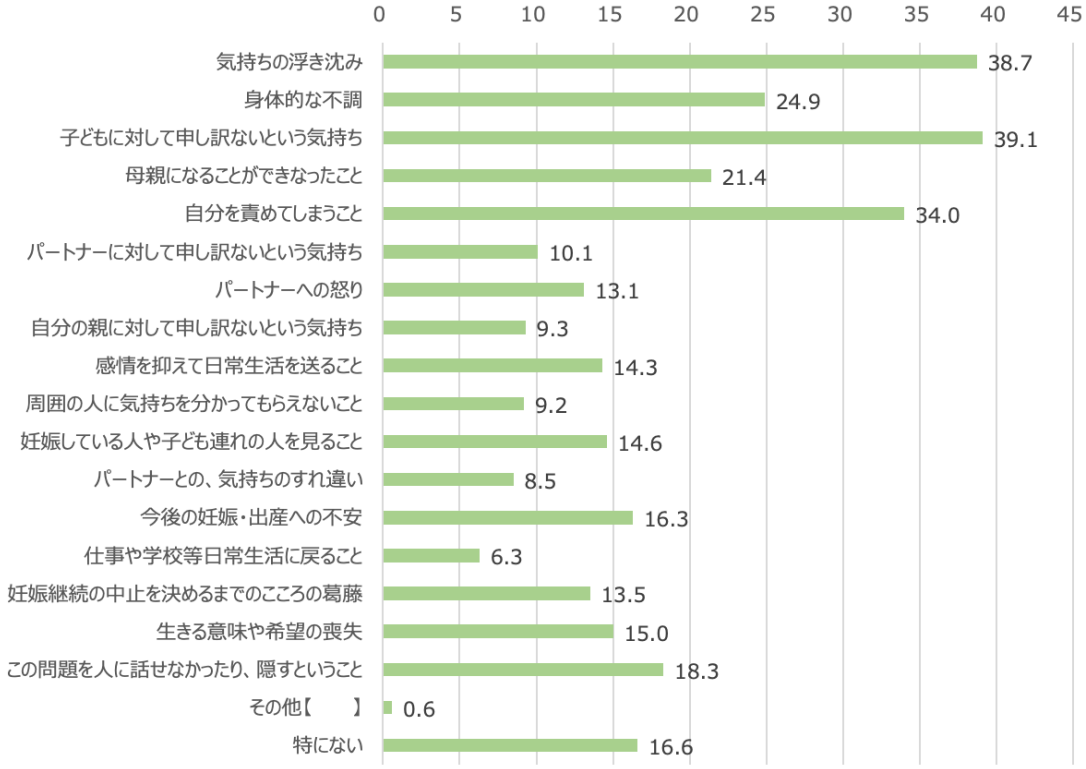


図 7. 人工妊娠中絶による辛さを感じている(感じていた)時期に、行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等人工妊娠中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたかったか（n=824）

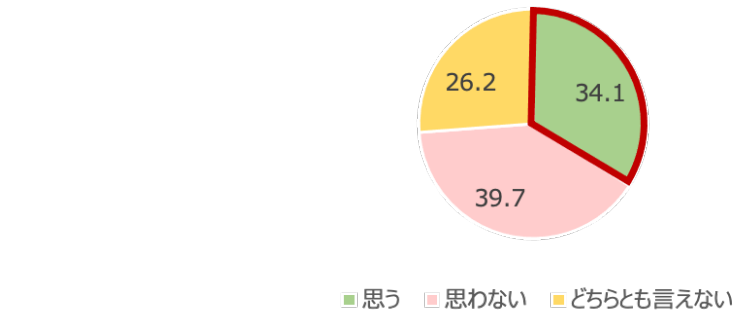
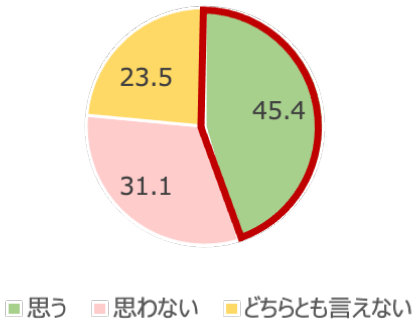
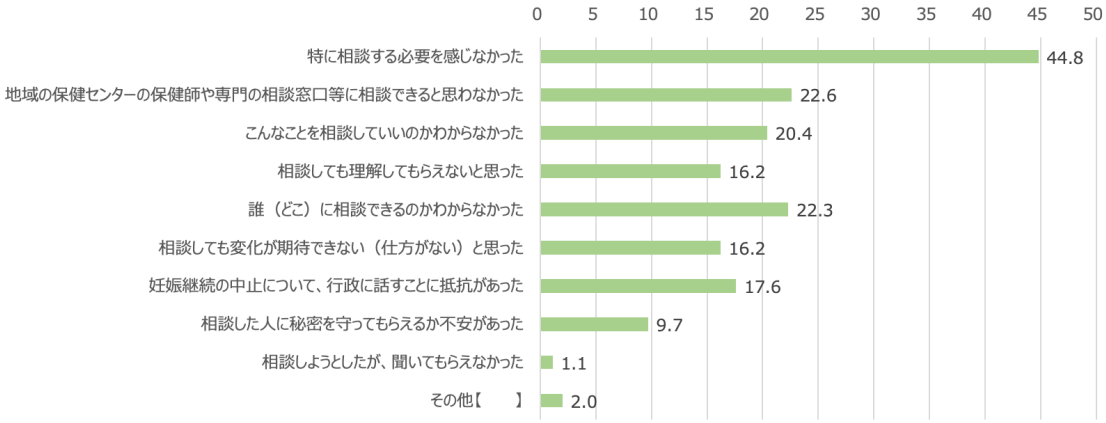


図８. 人工妊娠中絶による辛さを感じている(感じていた)時期に、同じような経験をした人が相談に乗ってくれる場があったら相談してみたかったか（n=824）



こうした相談ニーズを抱える一方で、地域の専門の相談窓口や保健センターの保健師等への相談に実際に至らなかった理由としては、「特に相談する必要が感じなかった」（44.8%）の他、「地域の保健センターの保健師や専門の相談窓口等に相談できると思わなかった」（22.6%）や「誰（どこ）に相談できるのかわからなかった」（22.3%）、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（20.4%）といった利用可能な支援に関する認識の不足の問題も多くあげられた（図９）。

図９.行政の窓口等に相談しなかった理由（複数回答）（n=712：相談「しなかった」人）



1.2. 自治体における現状の支援体制（自治体調査）

1.2.1.子どもの死に関する相談を受け入れる窓口

（流産・死産・人工妊娠中絶といった胎児の死も含む）子どもの死に関して、相談を受け入れる窓口（「特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」も含む）がある自治体は、流産・死産、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死に関しては８割以上、就学以降の子どもの死に関しては７割近くにのぼる（表６）。

一方で、その相談実績は（特に人工妊娠中絶に関する相談に関しては）件数の多い自治体もあれば、（「把握していない」、無回答も含め）ほぼない自治体もあり、ニーズ調査で明らかとなった相談ニーズに鑑みると、支援窓口の周知・啓発も含めて課題は多いといえる。

表６. それぞれの子どもの死に関する相談を受け入れている何らかの相談窓口（担当者）

「そうした相談に特化した相談支援窓口がある」・「特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」計		自治体区分 都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	全体
流産・死産	該当数	38	55	568	661
	比率	100.0%	88.7%	85.7%	86.6%
人工妊娠中絶	該当数	33	53	540	626
	比率	86.8%	85.5%	81.4%	82.0%
新生児/乳幼児の死	該当数	26	54	560	640
	比率	68.4%	87.1%	84.5%	83.9%
就学以降の子どもの死	該当数	22	38	473	533
	比率	57.9%	61.3%	71.3%	69.9%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

1.2.2.相談支援（体制）における課題

都道府県では、一部、相談窓口の業務を外部委託しているところもみられるが、市町村では自治体職員（保健師、助産師等）が相談を受けているところが多数（例えば、人工妊娠中絶を経験した女性や家族への支援においては９割以上）を占める。一方で、相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（特に市町村では５割以上）を占め、十分とはいえない状況である。

現状の相談支援（体制）について課題と感じている点を尋ねたところ、市町村、都道府県共に「対象となる人の把握が難しい」ことに加え、「専門性が高い分野であり、

相談に自治体職員で対応することが難しい」ことがあげられた。また、政令市・中核市では、「人員の不足」を課題とするところも多い。

1.2.3.市町村における地域担当保健師等による支援

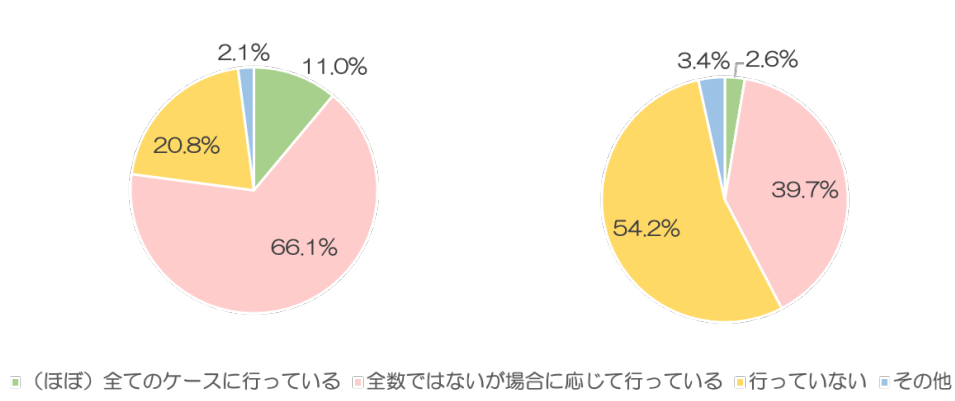
子どもの死について把握する体制が整備されている市町村が一定数あった（妊娠届け後の流産：56.3 %、死産：76.1%、新生児/乳幼児の死：76.3%、就学以降の子どもの死：38.8%）（表７）。把握の方法としては、いずれの死においても“妊娠届け後の継続的妊産婦支援や子育て支援事業の中での把握”が最も多く、“（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供”が続く。

新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人に対して、保健師等の担当者が家庭訪問や電話等による支援を行っているかを尋ねたところ、新生児や乳幼児の死については、「（ほぼ）全てのケースに」（11.0%）、「全数ではないが場合に応じて」（66.1%）と、支援を行なっている割合が高い。一方で、就学以降の子どもの死は、「行なっていない」が 54.2%を占めた。（図 10）

表 7. それぞれの子どもの死について把握する体制がある市町村

それぞれの子どもの死について把握する体制が「ある」		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
妊娠届け後の流産	該当数	24	384	408
	比率	38.7%	57.9%	56.3%
死産	該当数	39	513	552
	比率	62.9%	77.4%	76.1%
新生児/乳幼児の死	該当数	34	519	553
	比率	54.8%	78.3%	76.3%
就学以降の子どもの死	該当数	9	272	281
	比率	14.5%	41.0%	38.8%
合計	該当数	62	663	725
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

図 10.保健師等担当者による、家庭訪問や電話等による支援の実施状況（n=725）



新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人への支援力を向上するために“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）”が「ある」市町村は 35.6%（「開催している」（0.4%）・「自治体としては開催していないが、都道府県の研修会などで学ぶ場はある」（35.2%）計）であった（図 11）。“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制”が「ある」のは 58.6%であった（図 12）。

図 11. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）は開催しているか（n=725）

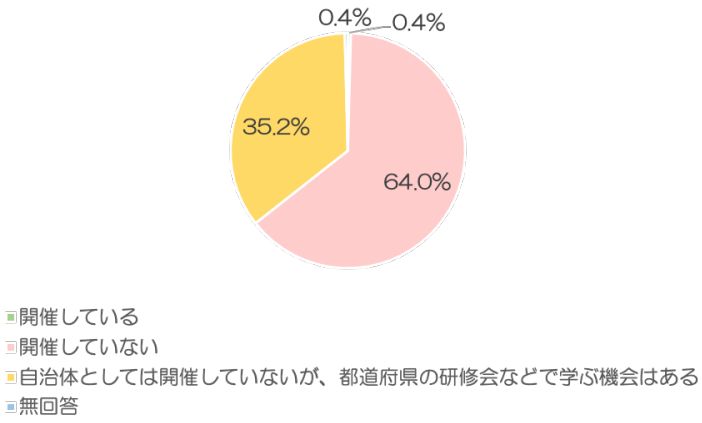
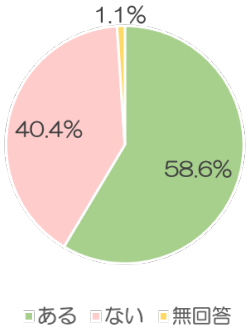


図 12. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制はあるか（n=725）



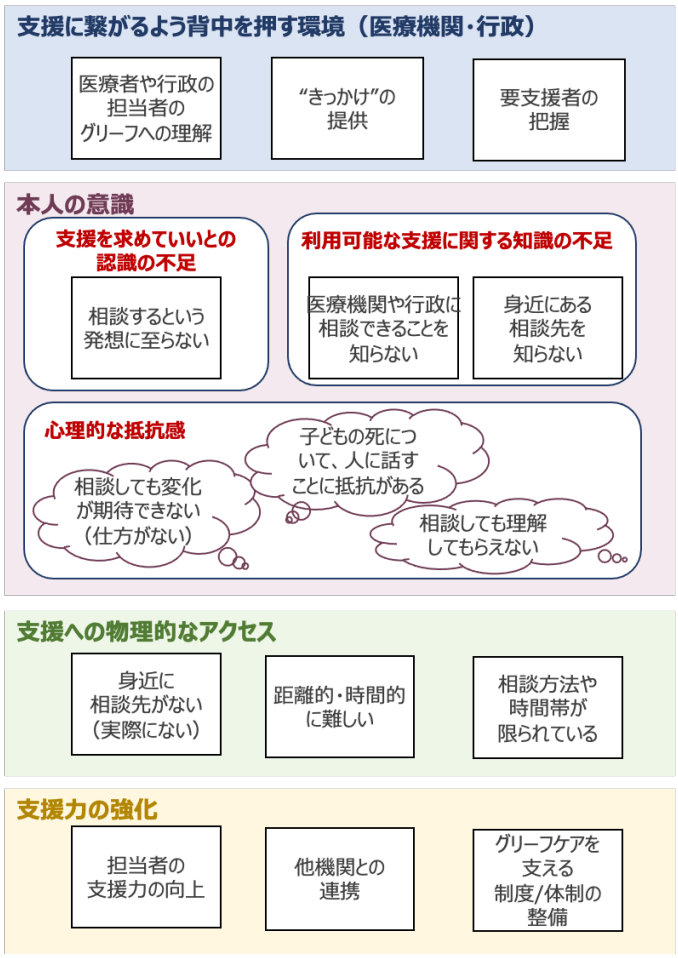
2.適切な支援にアクセスするための課題とその解消のために必要な施策

「1.人工妊娠中絶を経験した女性への心理社会的支援（ニーズ調査）」（P9～）や「2.自治体における現状の支援体制（自治体調査）」（P15～）で整理した通り、子どもの死を経験した女性やその家族において、支援へのニーズは確実に存在し、かつ多様であった（本事業におけるニーズ調査の対象者は人工妊娠中絶を経験した女性であるが、令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」において実施した、流産や死産を経験した女性を対象としたニーズ調査でも同様の傾向がみられた。また、新生児/乳幼児や就学後の子どもを亡くした家族にとっても、同様に多様な支援へのニーズがあることが推察される）。

一方、そのニーズに応じた適切な支援にアクセスするにあたっては、様々な課題が存在する。必要とする人に必要な支援を確実に届けるためには、そうした課題を一つ一つ解消し、支援に辿り着きやすい環境を整える必要がある。

本章では、それらの課題を、「本人の意識」、「支援に繋がるよう背中を押す環境（医療機関・自治体）」、「支援への物理的なアクセス」、「支援力の強化」として整理する（図 13）。

図 13.ニーズに応じた適切な支援にアクセスする上での課題



2.1. 本人の意識変容とそれを後押しする環境

2.1.1.本人に必要な意識変容

人工妊娠中絶を経験した女性における、「もっと話を聞いて欲しかった・相談したかった」という相談ニーズは 83.4%にのぼる一方で、必ずしもそうしたニーズを持つ人が相談に至っているわけではない（流産や死産を経験した女性においても、同様の傾向であった）。ニーズ調査では、相談しなかった理由として、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）に次いで、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）といった心理的な抵抗感に加え、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）といった相談先へのアクセスの問題もみられた。“アクセスの問題”については、実際に身近に相談する先がないという、物理

的な問題もあるが、“相談するという発想にいたらない”といった支援を求めていいとの認識が不足していたり、“医療機関や自治体に相談できることを知らない”・“身近にある支援先を知らない”といった、利用可能な支援に関する知識が不足しているという問題も含まれる。

物理的なアクセスの問題については、「2.2.支援への物理的なアクセスの改善」（P 25～）にて検討するものとし、ここでは、子どもの死を経験した女性や家族における「支援を求めていいとの認識の不足」及び「利用可能な支援に関する知識の不足」、「心理的な抵抗感」に関する現状の課題を整理する。

2.1.1.1.支援を求めていいとの認識の不足

まず、最初に解消すべきは、当事者が“支援を求めていい”と思っていない点についてである。

例えば人工妊娠中絶を経験した女性は、最も辛かった時期においては、63.8%が日常生活への支障があったと回答し、また、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」の割合が 72.1%にのぼるなど、何らかの支援を必要とするケースも多いと考えられる。

一方で、そもそも、そうした辛さを“相談するという発想に至らない”人も多い。ニーズ調査においても、相談しなかった理由として「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）があげられた。実際、支援の現場でも「個人的な辛さなどを相談していいと思わなかった」、「こんなにも苦しいのは自分だけなのではないかと感じていた」、「このような気持ちは、相談することではないのではないかと心配だった」といった、“相談するようなことではないのでは”との躊躇もよく聞かれる。

しかし、子どもを亡くした女性や家族において、うつや不安障害が疑われる症状を呈する人は多く、実際にうつや不安障害となる人も少なくない。早い段階で支援を必要とする人の適切な支援へのアクセスを促すためには、子どもを亡くした女性や家族に、まずは、支援を求めていいと認識してもらうことが重要である。

2.1.1.2.利用可能な支援に関する知識の不足

適切な支援にアクセスするためには、利用可能な支援に関して知っていることが前提となるが、現状、その情報は十分に伝わっているとはいえない。

辛い気持ちを話したい・相談したい相手としては、まず身近な存在であるパートナーや家族、親しい友人・知人があがったが、パートナーや周囲の人との関係には個別性があり、必ずしも全員が望むような相談をできるとは限らない。また、パートナーや家族も悲嘆の当事者であり、支援を必要としているかもしれない。身近な存在だからこそ言えないことや、より専門的な支援が必要な場合もあるなど、第三者やより高い専門性を持つ相手への相談が求められる場合も多い。

そうした場合に、最初のコンタクト先としての役割が、子どもの死の事実を知る医療機関（産科医療機関や小児医療機関）や地域の自治体、サポートグループには期待される。

一方で、（少なくとも、都道府県の 86.8%が、（専門窓口ではないにしろ）人工妊娠中絶を経験した人に対しての個別支援を行う相談窓口を設置しているにも関わらず）「身近に相談する先がなかった」（29.9%）、「誰（どこ）に相談できるのかわからなかった」（16.4%）との回答が相当数あったことに鑑みると、これらの支援についての認知は、十分とはいえない。

2.1.1.3.心理的な抵抗感

医療機関や自治体、サポートグループ等への相談が可能だと知ったとしても、ニーズ調査においても、相談しなかった理由として「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）といった心理的な抵抗感があげられた。

まずは、医療者や自治体担当者が、「あなたの気持ちを理解したい」という態度で関わり、相談のきっかけを作ることが非常に重要だと考えられる。

2.1.2.支援につながるよう背中を押す環境（そのためのツール）

子どもを亡くした女性や家族が、なかなか必要な支援にたどり着けない状況（本人の意識）は、「2.1.1 本人に起因する阻害要因」（P19～）で整理した通りである。

本調査研究においては、支援につながるように背中を押すためのツールとして「支援の手引き」と「情報提供リーフレット」を作成した。（詳細は、「第Ⅳ章 子どもを亡くした女性や家族を支援するためのツール」（P83～）を参照されたい。）

本調査研究において作成した「支援の手引き」と「情報提供リーフレット」については、以下のサイトから自由にダウンロードできる。

- 情報提供リーフレット及び支援の手引きのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

2.1.2.1.支援の手引き

自治体調査から明らかとなったように、子どもを亡くした家族への支援について、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」と考える担当者は多い。医療機関においても、同様の意見は多く聞かれる。

一方、グリーフケアとしてまず必要とされるのは、「話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方に個別性があることを受け入れられること、様々な感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）が表現できること、十分に悲しむ時間・話す時間が持てること」とされる。子どもを亡くした女性や家族に寄り添うことは決して特別な支援ではないことを理解し、まずはできることから始めてみる姿勢が重要となる。

グリーフケアのポイント（広瀬寛子:悲嘆とグリーフケア, 2011）

① その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢をもつ（受容と共感）
② 今の状態（悲嘆反応）は自然な反応であることを伝える
③ 感情表出を支える（語ること・泣くことを支える、怒りを受け止める）
④ 感情を語ることに抵抗感をもっている人には語ることを強要しない
⑤ ”いま”という言葉を使いながら対話することで、いまを生きられるように支援する（いま、亡くなったお子さんにどんな言葉をかけてあげたいですか）
⑥ 身体および精神症状を把握する

こうした支援を行うための入門書として子どもを亡くした家族に関わる支援者向けの「支援の手引き」を、支援者の立場に応じて、以下３種類作成した。

【支援の手引き】

- 小児医療機関スタッフのための「子どもを亡くした家族への支援の手引き」
- 産科医療機関スタッフのための「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」
- 自治体担当者のための「子どもを亡くした家族への支援の手引き　– 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死–」

2.1.2.2.情報提供リーフレットとグリーフカード

子どもを亡くした家族への情報提供を目的として、「流産や死産を経験した女性や家族への情報提供リーフレット」及び「人工妊娠中絶を経験した女性や家族への情報提供リーフレット」の２種を作成した。作成にあたっては、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班によって平成 21 年に作成された「グリーフカード」を参考とした。「グリーフカード」は、主に子どもが亡くなった医療機関の医療者と家族をつなぐためのツールとして、既に小児医療の現場で活用されている。

「情報提供リーフレット」（2 種）は、産科医療機関の医療者と家族をつなぐ役割に加え、地域において利用できる社会的支援（自治体の相談窓口やサポートグループ等）について紹介することを目的とし、流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性や家族に産科医療機関で渡されることを想定している。

いずれも、支援が必要ならばそれを受け止める準備があることを伝えると共に、具体的な支援窓口/連絡先を記載できる形となっており、子どもを亡くした女性や家族が必要な支援につながる“きっかけ”となると考えられる。

情報提供リーフレット/ グリーフカード	作成者
流産や死産を経験した女性や 家族への情報提供リーフレット	令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」作成
人工妊娠中絶を経験した女性や 家族への情報提供リーフレット	
（小児医療機関で渡される） グリーフカード	厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班作成（平成 21 年）

「グリーフカード」については、小児医療機関スタッフのための「子どもを亡くした家族への支援の手引き」において紹介し、その活用を推奨している。

- グリーフカードのダウンロード：

  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

2.1.3.支援につながるよう背中を押す環境（要支援者を把握する体制）

支援を必要とする人に対して、確実に情報提供や声かけを行うためには、まず、要支援者を把握する必要がある。以下、子どもの死に立ち会った医療機関（産科医療機関や小児医療機関）や市町村それぞれの役割と、両者の連携について整理する。

2.1.3.1.医療機関における把握

子どもの死を、最も確実に把握することができるのは、子どもの死に立ち会った医療機関（産科医療機関や小児医療機関）である。それら医療機関においては、子どもを亡くした女性や家族に対して、今後生じるかもしれない様々な感情や、辛さを感じた場合の相談先について情報提供を行う体制整備が求められる。

また、流産・死産を含めた周産期の子どもの死については、産婦健康診査の中で何らかの方法で悲嘆が複雑化するリスクを評価（例えば、話を聴く中で悲嘆が複雑化するリスクが高く、要支援者としてフォローが必要かをアセスメントするなど）し、必要に応じて継続フォローや専門的支援に繋げていく必要がある。

2.1.3.2.市町村における死産届け/死亡届の把握

市町村がまず徹底すべきは、死産届/死亡届による子どもの死の事実の把握である。自治体調査によると、戸籍課から母子保健担当へ、死産届に関する情報提供を行っている市町村は現状 47.3%であったが、事務連絡「母子保健施策 のための死産情報の共有について（依頼）」（子母発 1120 第１号・政統人発 1120 第１号・令和２年 11 月 20 日）で示された通り、「保健統計主管課（死産届を受理する課を含む 。）においては、母子保健担当課の求めに応じて、死産届に関する必要な情報共有に努め」る旨の依頼がなされており、今後、さらなる情報共有の徹底が期待される。

把握した死産/死亡の情報に基づき、女性や家族への適切な情報提供や支援等の実施が期待されるが、加えて、母子保健サービス等に関する連絡を誤って送ることがないよう、その停止についても徹底すべきである。

2.1.3.3.医療機関と市町村の情報共有

医療機関が子どもを亡くした女性や家族の体調や精神状態について把握する中で、悲嘆が複雑化するリスクが懸念される場合、（本人の同意を前提として）それらの情報を市町村と共有することで、継続的かつきめ細やかな支援に繋げる事ができる。

例えば、産科医療機関においては、産婦健康診査の扱いや、ハイリスク妊婦への対応にあたって、市町村との連携体制が整備されている地域も多いと考えられる。そうした情報共有の仕組みの適用を、流産や死産、人工妊娠中絶に関しても拡大していくことが望ましい。

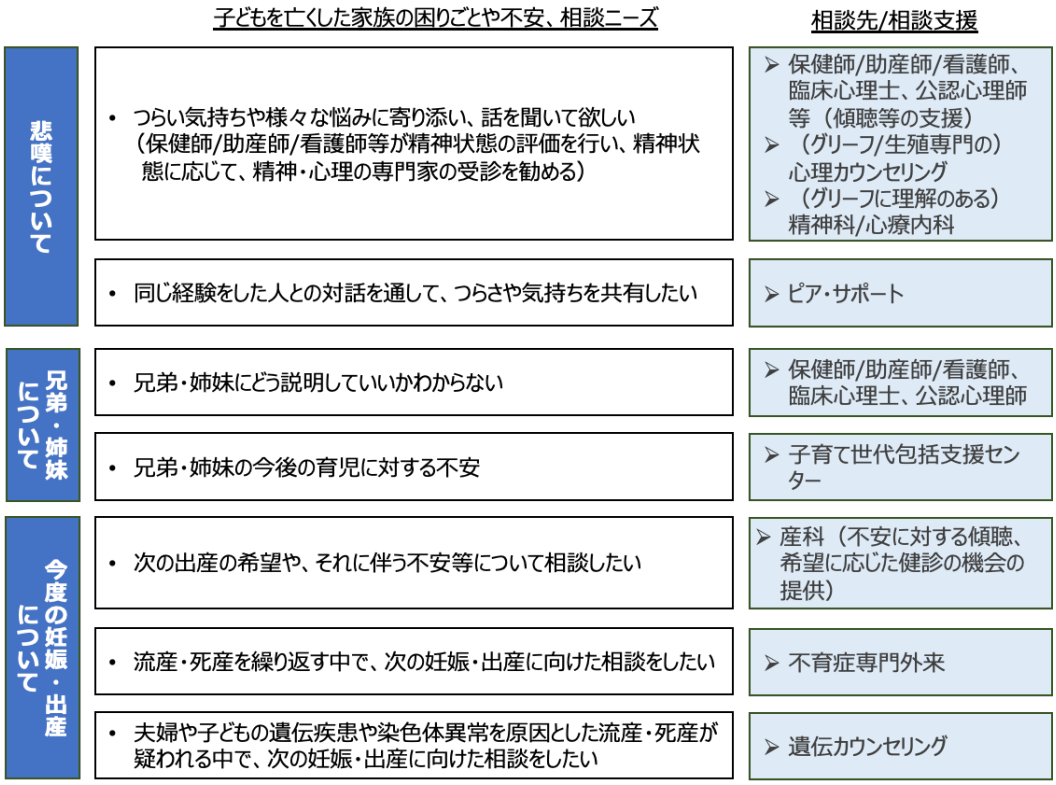
2.2. 支援への物理的なアクセスの改善

2.2.1.ファーストコンタクトとしての医療機関・自治体担当者の役割

子どもを亡くした女性や家族の支援ニーズは多岐に亘り、そうした多様な相談ニーズに対応できる相談先/相談支援も様々である（図 14）。

一方で、悲嘆にくれる当事者が、自分で適切な相談先に辿り着くのは容易ではなく、子どもが亡くなった医療機関や自治体担当者がファーストコンタクトとなり、より適切な支援に繋げるハブとしての役割を果たすことが期待される。グリーフケアとしてまず必要とされるのは、「話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方に個別性があることを受け入れられること、様々な感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）が表現できること、十分に悲しむ時間・話す時間が持てること」とされるのは前述の通りだが、要支援者の気持ちや悩みを丁寧に聞く中で、より専門性の高い支援が必要だと考えられる場合には、紹介/情報提供といった形で、適切な相談先へ繋ぐ役割が求められる。

図 14. 多岐に亘る相談ニーズとそれに応じた相談先



2.2.2. 支援への物理的なアクセス（相談が可能か）の問題

そもそもニーズにあった相談先が身近にない、あったとしても遠方であったり、相談の時間を捻出できなかったりするなど、物理的に相談が難しい場合もある。また、相談先はあっても、相談方法や時間帯が限られており、都合がつかないといったケースも考えられる。

特に、都道府県や政令市などの、地域の中核を担って支援を行う窓口においては、以下のような方法でアクセスの改善を図る配慮が必要となる。

➢ **電話やメール、SNS 等による相談支援**

利用者の利便性を向上するため、電話やメール、SNS 等による相談を行なっている相談窓口やサポートグループもある。最近では、オンラインによる相談を導入しているところもみられる。

➢ **出張相談の実施**

県内のどの地域に住んでいても、面談による専門的な支援にアクセスできるように、出張相談を定期的に実施している地域もある。

2.3. 支援力の強化

2.3.1.担当者の支援力の向上

子どもを亡くした悲嘆に直面する女性や家族は、様々な困りごとや不安、相談のニーズを抱えており、場合によっては、（グリーフに理解がある）精神科領域の専門家等、より専門的な支援を必要とすることもある。ファーストコンタクトとしての医療機関・自治体担当者には、グリーフについて基礎的なことを理解し自らが支援を行うだけでなく、より専門的な支援に繋げるにあたっても、そのニーズのアセスメントを行うための最低限の知識や判断が求められる。

一方、現状、相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれにおいても「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（特に市町村では５割以上）を占め、十分とはいえない状況である。また、例えば、“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）”が「ある」市町村は 35.6%にとどまるなど、支援力向上のための取り組みは限定的である。

支援において必要な知識やスキルの習得を相談員個人に委ねるのではなく、自治体として支援力の底上げを行う体制の整備が必要だと考えられる。

2.3.2.他機関との連携

子どもを亡くした悲嘆に暮れる女性や家族の相談ニーズは多様であり、また、子どもの死による影響は長期に亘るため、地域（元の生活）に戻った後も含め、継続的な切れ目のない支援体制が求められる。子どもが亡くなった医療機関は、子どもを亡くした女性や家族に最初に寄り添う存在として、また、市町村は、身近な立場から寄り添える機関としての役割を担うが、双方が連携しつつ、きめ細やかな支援を行うことが期待される。

また、都道府県、政令市及び中核市の専門相談窓口には、他の相談機関や医療機関との連携体制の構築・強化を進めると共に、要支援者をより専門的な支援に繋げる際の、ハブとしての役割が期待される。

加えて、ニーズ調査からも明らかになったが、子どもを亡くした女性や家族において「同じような経験をした経験者」と気持ちを共有したいというニーズは高い。一方で、都道府県・市町村ともに、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死といったいずれの死に関しても、“サポートグループ”と交流

の場を持つ自治体は非常に限られており、「交流の場は特にない」との回答が９割以上を占めた。子どもを亡くした当事者であるサポートグループから、自治体担当者が学べる点は多いと考えられ、まずは、交流の場を持つことが連携の第一歩として重要である。

2.3.3.グリーフケアを支える制度/体制の整備

2.3.3.1.診療報酬（保険点数）の整備

子どもを亡くした女性や家族に悲嘆反応が生じることは正常な事だが、それが通常の範囲を超えると、ときに、うつ病、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することもある。そうした精神疾患の予防という意味でも、子どもの死に立ち会った医療者によって、適切なグリーフケアがなされることは大きな意味を持つ。

一方で、産科医療機関や小児医療機関で行われているグリーフケアは、医療者やコ・メディカルのボランティアによって成り立っているのが現状である。通常診療に時間も人員も割かれている中、産科医療機関や小児医療機関において、子どもを亡くした女性や家族への適切なグリーフケアを広めていくためには、そのケアに見合った保険点数を整備していく必要があると考えられる。

2.3.3.2.自治体におけるマンパワーの不足

一部の都道府県においては、相談窓口の業務を外部委託しているところもみられるが、市町村では自治体職員（保健師、助産師等）が相談を受けているところが多数を占める。他の様々な業務も抱える中、「人員の不足」を課題とする自治体も多い（例えば“人工妊娠中絶”については、都道府県：18.2%、政令市・中核市：45.3%、その他市町村：22.6%が「人員の不足」を課題として挙げた）。

令和４年度から都道府県等において設置される「性と健康の相談センター」では、グリーフケアに関する相談対応を行うとともに、市町村とも連携を図り、子どもを亡くした女性や家族を支援できる体制整備をしていくことが期待される。

また、不妊症・不育症に関する様々な悩みや不安に対して寄り添った支援が行えるようピアサポーターの育成や、医療従事者が医学的・専門的な知識を取得できるよう研修の実施等、相談対応する職員のスキルアップを図っていくことが重要である。

2.3.3.3.ピアサポートを支える体制

前述の通り、子どもを亡くした女性や家族において「同じような経験をした経験者」と気持ちを共有したいというニーズは高い。

実際、当事者支援を目的とした活動を行なっている様々なサポートグループが存在するが、その活動はボランティアによって成り立っており、運営の継続に課題を抱えるサポートグループも多い。加えて、それぞれのグループの理念や特徴によってその活動のあり方は大きく異なると考えられ、スタッフのバックグラウンドやスキルも様々であり、一概にサポートグループを定義することは難しいのが現状である。地域によって、物理的な偏在等もみられる。

将来的には、行政（都道府県や国）主導によるピア・サポーター育成プログラム等の学びの場の充実や、育成したピア・サポーターの活躍の場の確保が期待される。一方、当面の間は、実績のあるサポートグループと連携を取りつつ、要支援者のニーズに答えていく必要がある。

また、市町村においては、サポートグループに場所を提供するなど、地域としてその活動を支えていく必要があると考えられる。

第Ⅲ章　調査結果報告～詳細～

1.ニーズ調査結果報告（詳細）

1.1. 回答者の属性や人工妊娠中絶の経緯や背景

- 本調査への回答があったのは、以下のような“人工妊娠中絶の経験”である。その点を踏まえて、1.2 以降の結果を参照されたい。
  - ✓ 人工妊娠中絶をした時の妊娠週数を尋ねたところ、具体的回答があった 66.0%（「わからない・答えたくない」を除く）のうち、11 週までが 85.8%を占め、12 週以降は 14.2%であった。
  - ✓ 人工妊娠中絶の理由（複数回答）としては、「経済的理由」が 53.0%、「身体的理由」が 40.0%にのぼった。
  - ✓ 人工妊娠中絶をした時の状況（複数回答）を尋ねたところ、「経済的な余裕がなかった」（42.4%）、「パートナーと子どもを育てることが難しかった」（33.1%）、「生まれる子どもの将来の生活に不安があった」（18.1%）、「パートナーが出産に同意しなかった」（17.5%）、「パートナーとの将来を描けなかった」（17.0%）などの状況がみられた。

1.1.1.回答者の属性

図 15.年齢（n=824）

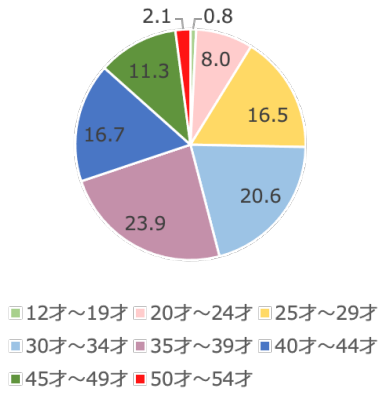


図 16.居住地（n=824）

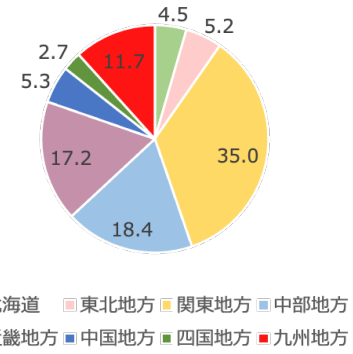


図 17.職業（n=824）

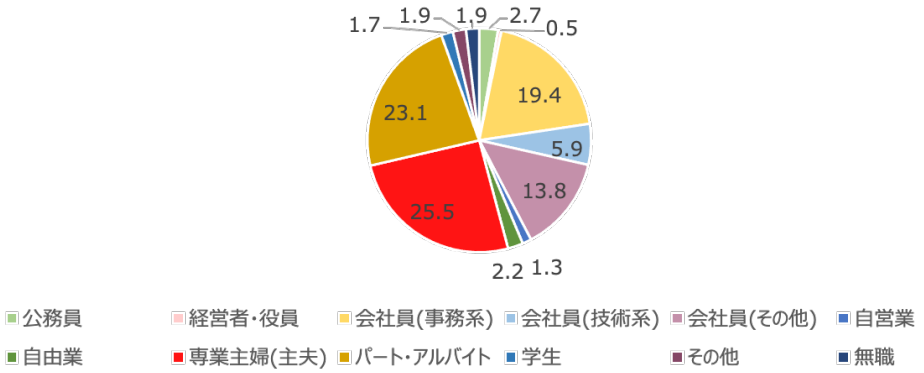


図 18.未既婚（n=824）

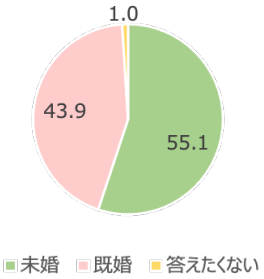


図 19. 人工妊娠中絶をした時、何度目の妊娠か（n=824）

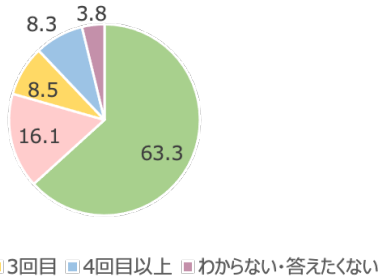


図 20.子どもの有無（n=824）

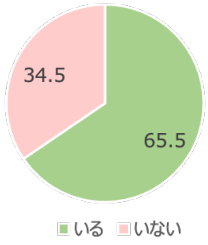


図 21. 人工妊娠中絶をした時、子供はいたか（n=824）

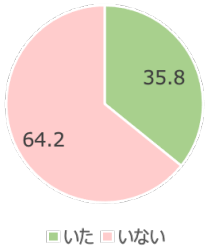


図 22.人工妊娠中絶をしたときの年齢（n=719：「答えたくない」を除く）

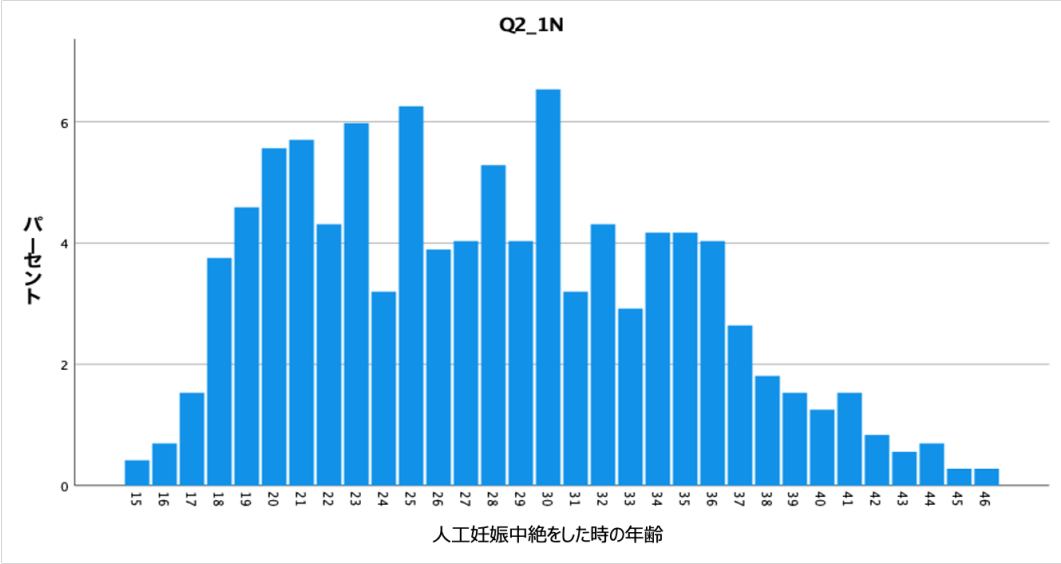
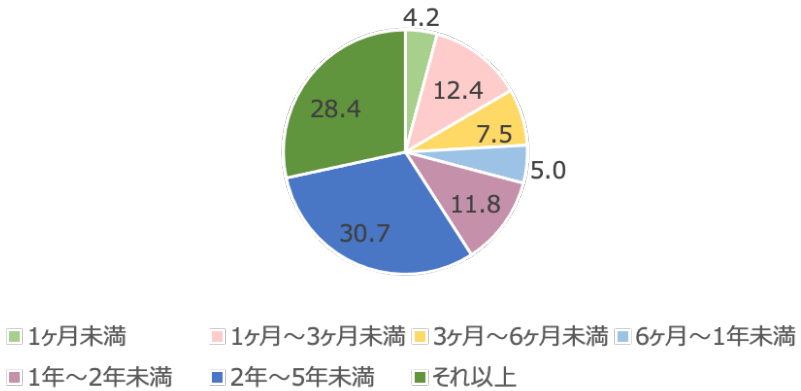


図 23.人工妊娠中絶をした時期（n=824）

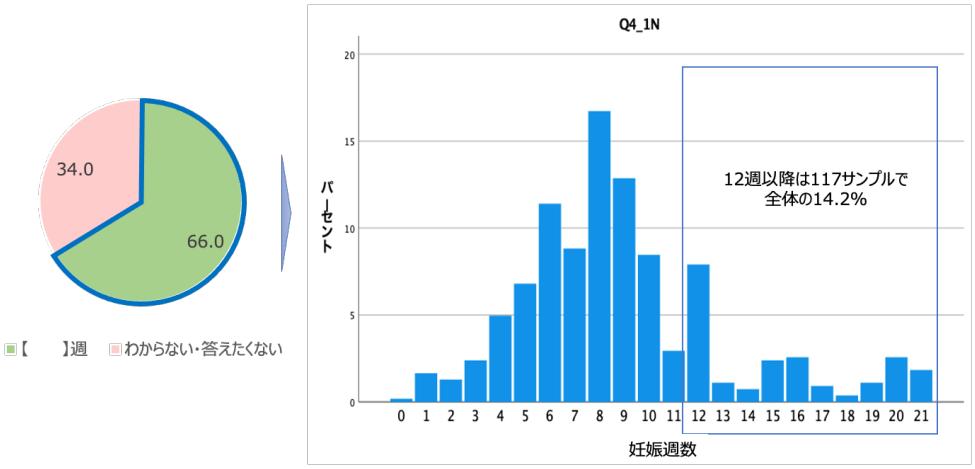


1.1.2.人工妊娠中絶時の妊娠週数や、人工妊娠中絶の理由や状況

1.1.3. 人工妊娠中絶をした時の週数

人工妊娠中絶をした時の妊娠週数を尋ねたところ、回答があった 66.0%のうち、11 週までが 85.8%を占め、12 週以降は 14.2%であった（図 24）。

図 24.人工妊娠中絶をした時の妊娠週数（n=544：「わからない・答えたくない」を除く）



1.1.4. 人工妊娠中絶の理由や状況

人工妊娠中絶の理由を尋ねたところ、「経済的理由」が 53.0%、「身体的理由」が 40.0%であった（図 25）。

人工妊娠中絶をした時の状況を尋ねたところ、「経済的な余裕がなかった」（42.4%）、「パートナーと子どもを育てることが難しかった」（33.1%）、「生まれる子どもの将来の生活に不安があった」（18.1%）、「パートナーが出産に同意しなかった」（17.5%）、「パートナーとの将来を描けなかった」（17.0%）などの状況がみられた（表 8）。

図 25. 人工妊娠中絶を選択した理由（n=824）（複数回答）

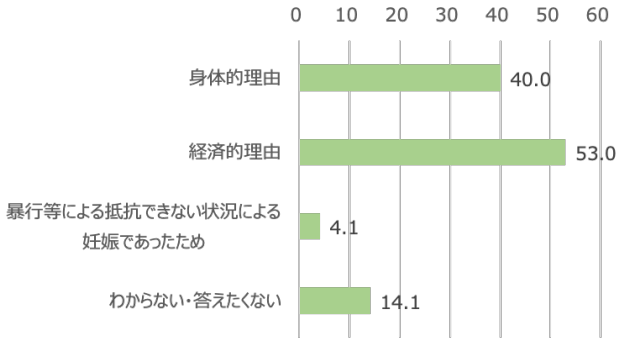


表 8. 人工妊娠中絶をしたときの状況（n=824）（複数回答）

	%
経済的な余裕がなかった	42.4
パートナーと子どもを育てることが難しかった	33.1
生まれる子どもの将来の生活に不安があった	18.1
パートナーが出産に同意しなかった	17.5
パートナーとの将来を描けなかった	17.0
そもそも子どもを望んでいなかった	14.8
自分の仕事・学業を優先したかった	14.4
育児をしていく自信がなかった	13.6
身体が妊娠・出産に耐えられなかった	11.9
親の賛成が得られなかった	10.2
その他	7.4
破水や感染などの妊娠経過の異常があった	7.2
胎児エコー（通常検診時）で胎児の病気がわかった	5.7
これ以上、子どもは欲しくなかった	5.3
パートナーの親の賛成が得られなかった	4.4
病気の子どもを育てることで上の子供や自分の将来の生活に不安があった	4.2
答えたくない	4.1
子どもが生まれたあと、身体的な苦痛や苦労を与えたくなかった	3.8
子どもが好きではないから	2.5
生まれてすぐに亡くなる病気であった	2.3
出生前診断（通常検診時以外の超音波検査含む）で胎児の病気がわかった	1.7
相手が特定できなかった	1.3
病気の子どもを育てるうえでサポートが不足していた	1.2

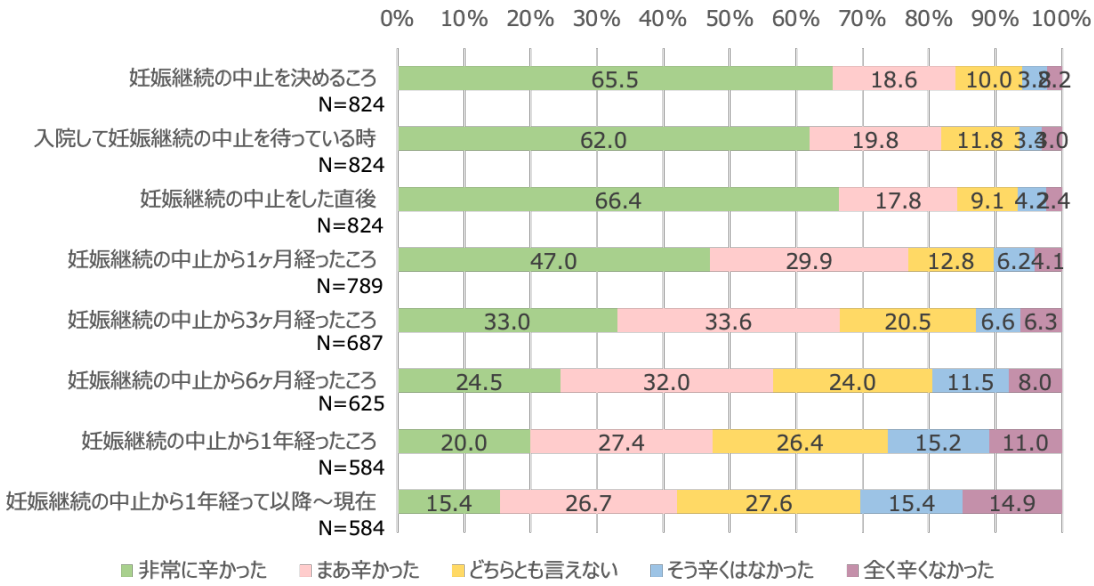
1.2. 人工妊娠中絶の経験と辛さ

- “妊娠継続の中止をした直後”について、66.4%が「非常に辛かった」と回答した。その時期に感じていた辛さは「子どもに対して申し訳ないという気持ち」（64.8%）や「気持ちの浮き沈み」（57.3%）、「自分を責めてしまうこと」（50.5%）など多岐に亘った。
- 時間の経過に従って辛さを感じる度合いは緩やかに減少するが、「妊娠継続の中止から６ヶ月経ったころ」でも「（非常に～まあ）辛かった」 が 56.5%にのぼり、人工妊娠中絶に伴う辛さは長期間に亘ることが明らかとなった。
- 最も辛かった時期において、63.8%が日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」と回答した。その時期に経験したこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出して辛い気持ちになること」（58.8%）や「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9%）などがあげられた。
- 最も辛かった時期を思い返して K6（心の健康チェック）に回答してもらったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」が 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」が 62.0%にのぼった。

1.2.1.時期ごとの辛さ

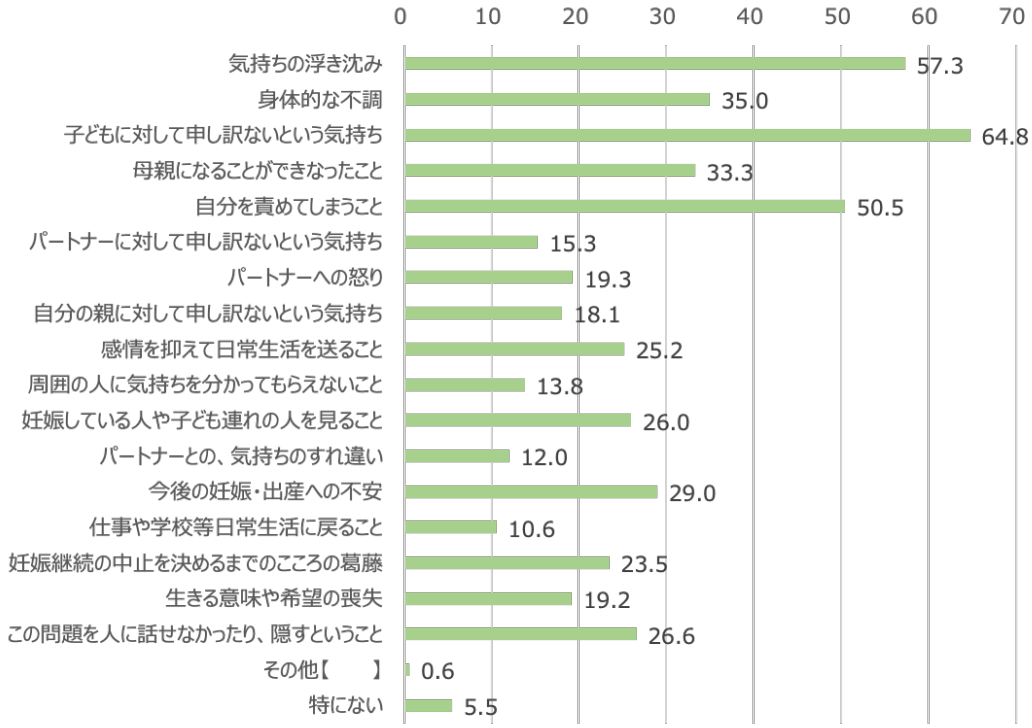
人工妊娠中絶の経験に伴う辛さの程度を、時期ごとに尋ねた。“妊娠継続の中止をした直後”は 66.4%が「非常に辛かった」と回答した。その後、時間の経過につれて辛さを感じる度合いは緩やかに減少していくが、「妊娠継続の中止から６ヶ月経ったころ」でも「（非常に～まあ）辛かった」 が 56.5%にのぼった。「妊娠継続の中止から 1 年経って以降～現在」でも「非常に辛かった」が 15.4%であった。（図 26）

図 26. 人工妊娠中絶をした時の、時期ごとの辛さ（n=824）



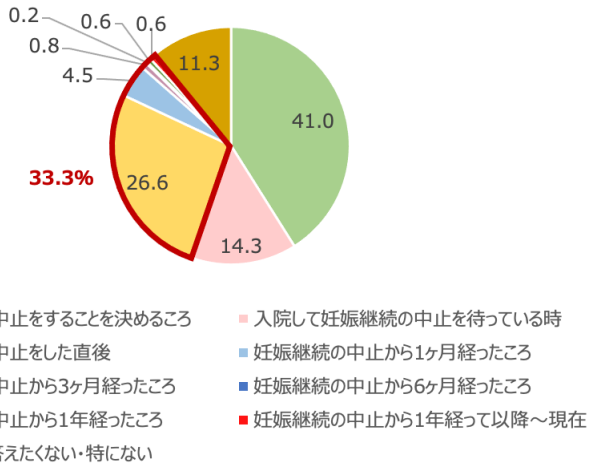
“妊娠継続の中止をした直後”に感じていた辛さは「子どもに対して申し訳ないという気持ち」（64.8%）や「気持ちの浮き沈み」（57.3%）、「自分を責めてしまうこと」（50.5%）など多岐に亘った（図 27）。

図 27. “妊娠継続の中止をした直後”に感じていた辛さ（n=824）



人工妊娠中絶の後で、最も辛く、支援を必要と感じた時期がいつ頃だったかを尋ねたところ、「妊娠継続の中止を決めるころ」が 41.0%と最も多かったが、「妊娠継続の中止をした直後」～「妊娠継続の中止から 1 年経って以降～現在」といった人工妊娠中絶の後との回答も 33.3%にのぼった。（図 28）

図 28. 最も辛く、支援を必要と感じた時期はいつか（n=824）



1.2.2.最も辛かった時期の心理状態

最も辛かった時期に、日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」との回答は 63.8%にのぼった（図 29）。最も辛かった時期に、（人工妊娠中絶に関連して）経験したこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出して辛い気持ちになること」（58.8%）や「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9%）などがあげられた。（図 30）

また、最も辛かった時期を思い返して、K6（心の健康チェック）に回答してもらったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」が 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」が 62.0%にのぼった（図 31）。人工妊娠中絶による心理的負荷が非常に高いことがわかる。

（注）本来は過去 30 日の精神状態について尋ねるものであるが、本調査では過去に遡って尋ねている点は、念頭において評価する必要がある。

図 29. 最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）

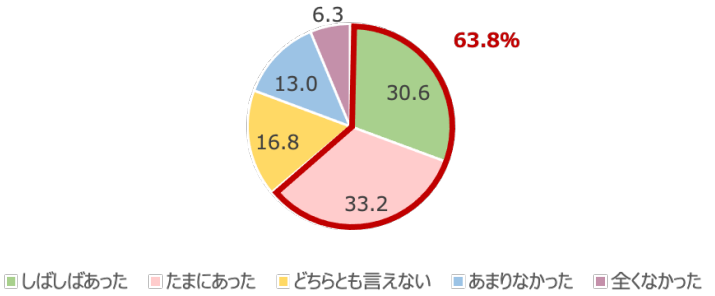


図 30. 最も辛かった時期、人工妊娠中絶に関連して経験したこと
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）

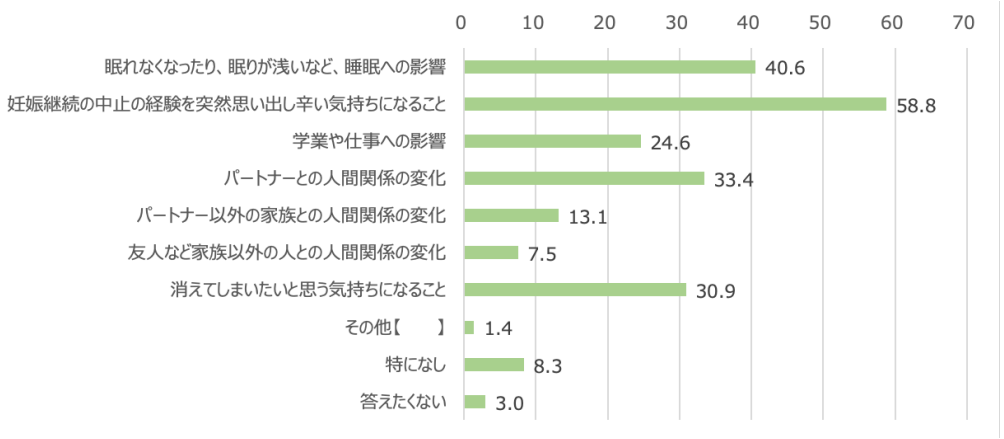
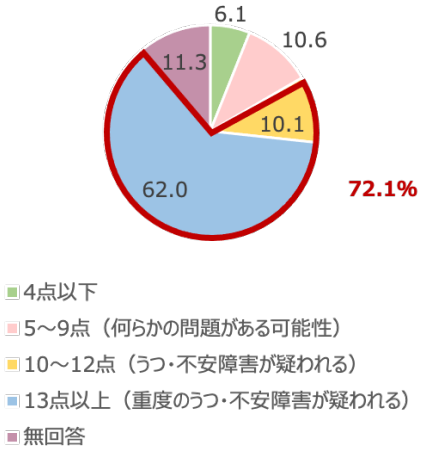


図 31. 最も辛かった時期における、K6（心の健康チェック）の値（n=824）



＊K６尺度とは：

Ｋ６は米国の Kessler らによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の６つの質問について５段階（「まったくない」（０点）、「少しだか」（１点）、「ときどき」（２点）、「たいてい」（３点）、「いつも」（４点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

出典：厚生労働省 HP（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html）

1.2.3.心理状態に影響する事がら（妊娠週数、人工妊娠中絶の理由等）

人工妊娠中絶時の妊娠週数や、人工妊娠中絶の理由や状況も、人工妊娠中絶後の心理状態に影響し得る。

Ｋ６（心の健康チェック）の値が高くなるほど、人工妊娠中絶時の妊娠週数は大きい傾向にあった（表９）。 また、人工妊娠中絶の理由やその時の状況によっても、K6 尺度の得点（より、うつ・不安障害が疑われるに相当する割合）に差がみられた項目があった（表 11、12）。

表 9. K6（心の健康チェック）の値ごとの、人工妊娠中絶時の年齢・妊娠週数の平均値・中央値

		K6尺度のスコアによる分類					全体
		回答なし	4 点以下	5～9 点	10～12 点	13 点以上	
人工妊娠中絶時の年齢	該当数	70	45	79	74	451	719
	平均値	27.19	28.64	29.43	29.16	27.41	27.87
	中央値	26.67	29.00	29.00	29.15	27.00	27.45
人工妊娠中絶をした週数	該当数	42	29	58	56	359	544
	平均値	7.60	8.48	8.62	9.14	9.12	8.92
	中央値	7.58	7.88	7.90	8.41	8.43	8.28

表 10. 人工妊娠中絶時の妊娠週数　x K6（心の健康チェック）の値　クロス（n=824）

		人工妊娠中絶時の妊娠週数			全体
		～11 週	12 週～	わからない・答えたくな	
わからない・答えたくない・辛く、支援を必要と感じた時期はない	該当数	37	5	51	93
	比率	8.7%	4.3%	18.2%	11.3%
4 点以下	該当数	23	6	21	50
	比率	5.4%	5.1%	7.5%	6.1%
5～9 点（なんらかの問題がある可能性）	該当数	49	9	29	87
	比率	11.5%	7.7%	10.4%	10.6%
10～12 点（うつ・不安障害が疑われる）	該当数	43	13	27	83
	比率	10.1%	11.1%	9.6%	10.1%
13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われる）	該当数	275	84	152	511
	比率	64.4%	71.8%	54.3%	62.0%
合計	該当数	427	117	280	824
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

カイ２乗検定　p<0.001

表 11.人工妊娠中絶の理由とＫ６（心の健康チェック）の値の傾向

人工妊娠中絶の理由として該当項目を選んだ群が、選ばなかった群に比べて

K6 尺度の得点が高い傾向にあった項目：（カイ２乗検定　p<0.05）

- 暴行等による抵抗できない状況による妊娠であったため

K6 尺度の得点が低い傾向にあった項目：（カイ２乗検定　p<0.05）

- 該当なし

表 12.人工妊娠中絶時の状況とＫ６（心の健康チェック）の値の傾向

人工妊娠中絶をした時の状況として該当項目を選んだ群が、選ばなかった群に比べて

K6 尺度の得点が高い傾向にあった項目：（カイ２乗検定　p<0.05）

- 経済的な余裕がなかった
- パートナーが出産に同意しなかった
- 育児をしていく自信がなかった
- 身体が妊娠・出産に耐えられなかった
- 親の賛成が得られなかった
- 破水や感染などの妊娠経過の異常があった
- パートナーの親の賛成が得られなかった

K6 尺度の得点が低い傾向にあった項目：（カイ２乗検定　p<0.05）

- そもそも子どもを望んでいなかった
- これ以上、子どもは欲しくなかった

1.3. 人工妊娠中絶を経験した人の相談の実態とニーズ

- “妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて、誰かに相談を「した」人は 44.2%で、そのうち 62.2%が相談したことによって、辛さがやわらいだと回答した。
- 一方、46.9%は誰にも相談「しなかった」が、その理由としては、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）に次いで、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）といった心理的な問題に加え、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）といった相談先へのアクセスの問題もみられた。
- K6 の値が高い群ほど、相談「した」割合（“重度のうつ・不安障害が疑われる”（K6 スコア 13 点以上） 群で 49.4%）は K6 の値が高い群に比べて高い傾向にあるが、一方で、誰にも相談「しなかった」人も高い割合（同：43.８%）で存在する。
- 人工妊娠中絶の直後に感じた辛さについて、誰かにもっと話を聞いて欲しかったり相談したかったりする事がらを尋ねたところ、83.4%は何らかの相談や話を聞いて欲しいというニーズを抱えていた。

1.3.1.人工妊娠中絶を経験した人の相談の実態

66.4%が「非常に辛かった」と回答した“妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて、誰かに相談したかを尋ねたところ、「した」が 44.2%、「しなかった」が 46.9%であった。（図 32）。

相談相手としては「パートナー」（63.7%）や「親しい友人・知人」（36.9%）、「実父母」（28.5%）と続くが、それ以外の人（「自分と同じ経験をした人」や医療機関の医療従事者など）への相談は、いずれも 10%に満たない（図 33）。

誰かに辛い気持ちを相談したことで、辛さが「（少し）やわらいだ」との回答は 62.2%にのぼる（図 34）。

図 32. “妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて誰かに話したり相談したりしたか
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

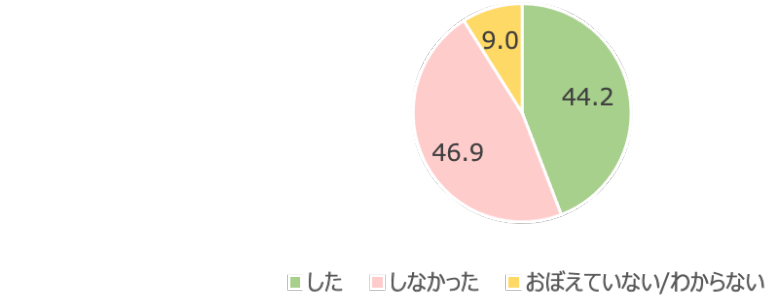


図 33. 相談した相手（複数回答）（n=344：相談「した」人）

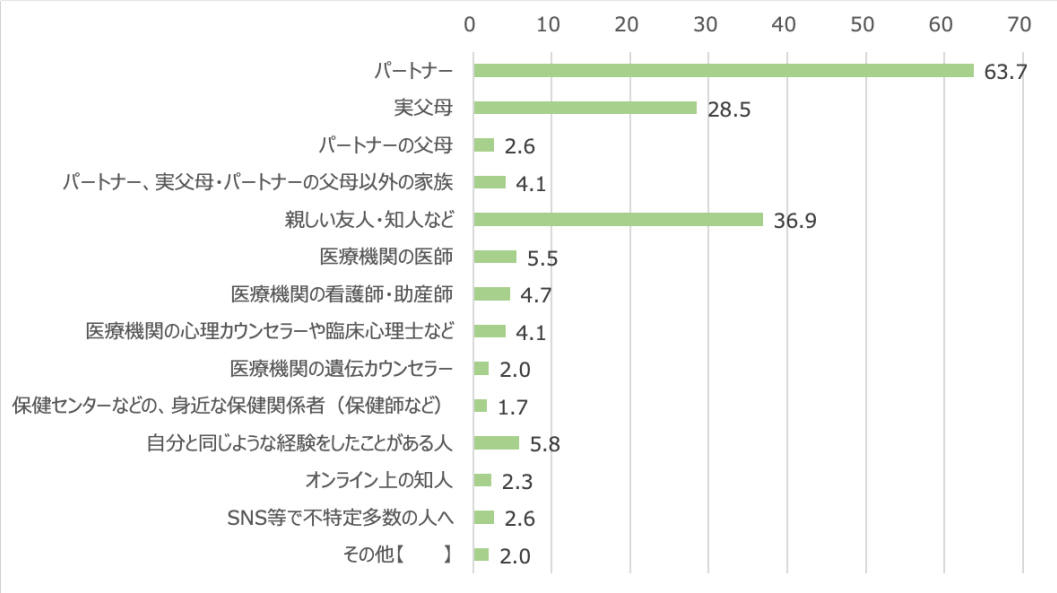
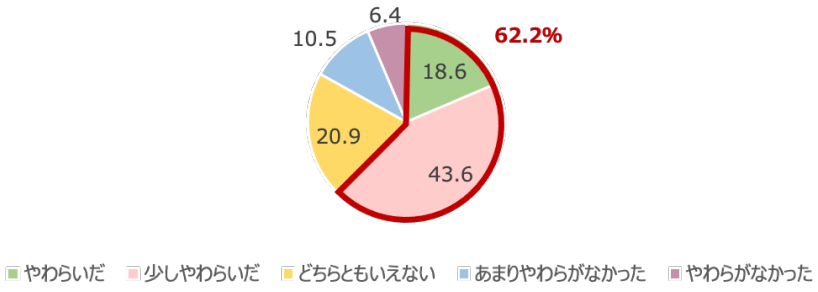


図 34. 相談したことで辛さはやわらいだか（n=344：相談「した」人）



また、K6 の値が高い群ほど、相談「した」割合は高い傾向にある（“重度のうつ・不安障害が疑われる”（K6 スコア 13 点以上） 群で 49.4%）が、一方で、誰にも相談「しなかった」人も高い割合で存在する（同 43.8%）（表 13）。

表 13. K6（心の健康チェック）の値　x　相談の有無　クロス
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

		K6(心の健康チェック)の値					
		a	b	c	d	e	全体
した	該当数	10	15	34	36	249	344
	比率	15.2%	34.1%	41.5%	43.4%	49.4%	44.2%
しなかった	該当数	41	25	43	35	221	365
	比率	62.1%	56.8%	52.4%	42.2%	43.8%	46.9%
おぼえていない/わからない	該当数	15	4	5	12	34	70
	比率	22.7%	9.1%	6.1%	14.5%	6.7%	9.0%
合計	該当数	66	44	82	83	504	779
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a：わからない・答えたくない・辛く、支援を必要と感じた時期はない
b：4 点以下
c：5～9 点（なんらかの問題がある可能性）
d：10～12 点（うつ・不安障害が疑われる）
e：13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われる）

*カイ２乗検定　p<0.001

1.3.2.誰にも相談「しなかった」理由

辛い気持ちを誰にも相談「しなかった」人に、その理由を尋ねたところ、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）に次いで、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）といった心理的な問題に加え、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）といった相談先へのアクセスの問題もみられた（図 35）。特に、“重度のうつ・不安障害が疑われる”（K6 スコア 13 点以上） 群では「特に相談する必要を感じなかった」のは 7.2%にとどまり、「身近に相談する先がなかった」が 37.6%にのぼる。（表 14）。

図 35. 誰にも相談しなかった理由（複数回答）（n=365：相談「しなかった」人）

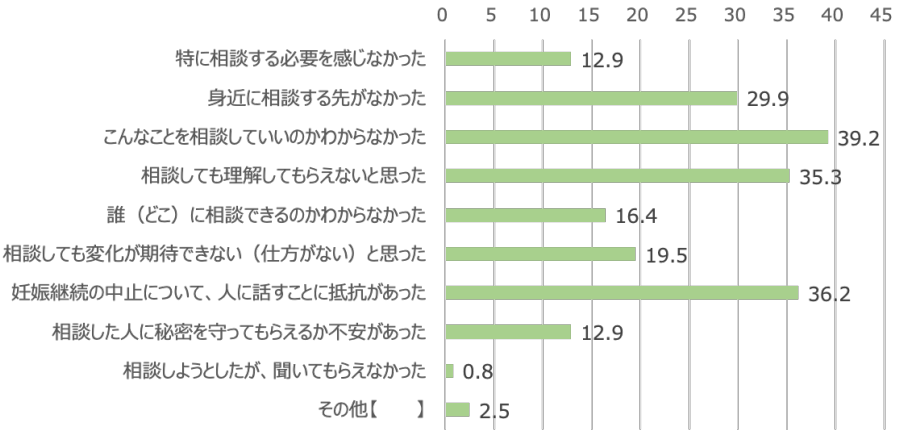


表 14. K6（心の健康チェック）の値　x　相談しなかった理由　クロス（複数回答）
（n=365：誰にも相談「しなかった」人）

		K6(心の健康チェック)の値					
		a	b	c	d	e	全体
n		41	25	43	35	221	365
特に相談する必要を感じなかった ＊	該当数	14	6	7	4	16	47
	比率	34.1%	24.0%	16.3%	11.4%	7.2%	12.9%
身近に相談する先がなかった ＊	該当数	6	9	3	8	83	109
	比率	14.6%	36.0%	7.0%	22.9%	37.6%	29.9%
こんなことを相談していいのかわからなかった	該当数	9	8	20	15	91	143
	比率	22.0%	32.0%	46.5%	42.9%	41.2%	39.2%
相談しても理解してもらえないと思った	該当数	13	5	13	13	85	129
	比率	31.7%	20.0%	30.2%	37.1%	38.5%	35.3%
誰(どこ)に相談できるのかわからなかった	該当数	5	1	5	3	46	60
	比率	12.2%	4.0%	11.6%	8.6%	20.8%	16.4%
相談しても変化が期待できない(仕方がない)と思った	該当数	5	5	5	7	49	71
	比率	12.2%	20.0%	11.6%	20.0%	22.2%	19.5%
妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった	該当数	10	8	16	14	84	132
	比率	24.4%	32.0%	37.2%	40.0%	38.0%	36.2%
相談した人に秘密を守ってもらえるか不安があった		4	5	2	5	31	47
		9.8%	20.0%	4.7%	14.3%	14.0%	12.9%
相談しようとしたが、聞いてもらえなかった	該当数	0	0	0	0	3	3
	比率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.8%
その他	該当数	0	0	1	3	5	9
	比率	0.0%	0.0%	2.3%	8.6%	2.3%	2.5%

a：わからない・答えたくない・辛く、支援を必要と感じた時期はない
b：4 点以下
c：5～9 点（なんらかの問題がある可能性）
d：10～12 点（うつ・不安障害が疑われる）
e：13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われる）

*カイ２乗検定　p<0.001

1.3.3.相談のニーズ

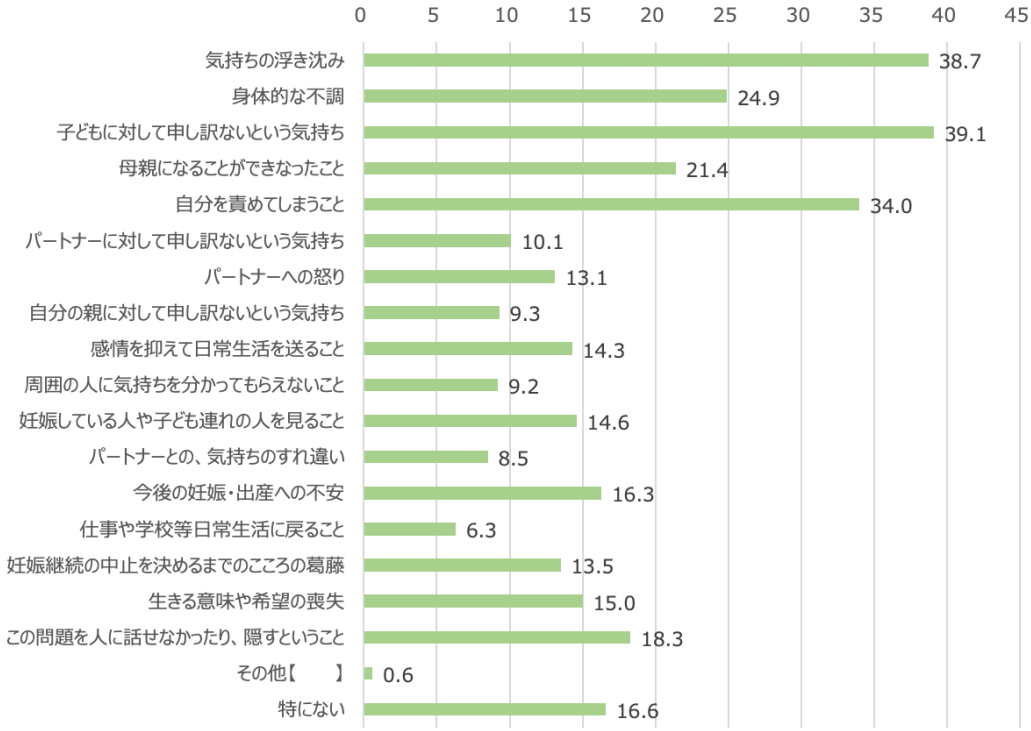
1.3.3.1.誰かにもっと話を聞いて欲しかった・相談したかった事がら

人工妊娠中絶によって感じた辛さについて、誰かにもっと話を聞いて欲しかった・相談したかったと思う事がらを尋ねたところ、「子どもに申し訳ないという気持ち」（39.1%）や「気持ちの浮き沈み」（38.7%）、「自分を責めてしまうこと」（34.0%）など多岐に渡る。

また、「この問題を人に話せなかったり、隠すということ」も 18.3%にのぼり、第三者が相談に乗る相談窓口の意味は大きいと考えられる。

「特にない」（この項目のみ、排他設問）と回答したのは 16.6%で、彼らを除く 83.4%は何らかの相談や話を聞いて欲しいというニーズを抱えていたことがわかる。（図 36）

図 36. 流産・死産による辛さを感じていた頃に、誰かにもっと話を聞いてほしかった・相談したかったと思う事がら（n=824）（複数回答）



1.3.3.2. “誰に”もっと話を聞いて欲しかった・相談したかったか

誰にもっと話を聞いて欲しかった・相談したかったかについて、前項で回答のあった事がらごとにその相手を尋ねた（複数回答）。いずれの事がらも“パートナー”や“実父母”、“親しい友人・知人”の割合が高い傾向にあったが、それ以外の専門家（ピアも含む）については事がら事に、その傾向にやや違いが見られた（図 37～41）。例えば、“この問題を人に話せなかったり、隠すということ”については、「自分と同じような経験をしたことがある人」（23.8％）や「医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士」（14.6%）の割合が高く（図 40）、“自分を責めてしまうこと”についても、「自分と同じような経験をしたことがある人」（15.7%）と「医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士」（15.0%）の割合が高かった（図 39）。

“今後の妊娠・出産への不安”については、「医療機関の医師」（23.1%）、「医療機関の看護師・助産師」（19.4%）といった医療者の割合が高かった（図 41）。

図 37. 「子どもに対して申し訳ないという気持ち」を誰に聞いてほしかったか（複数回答）（n=322）

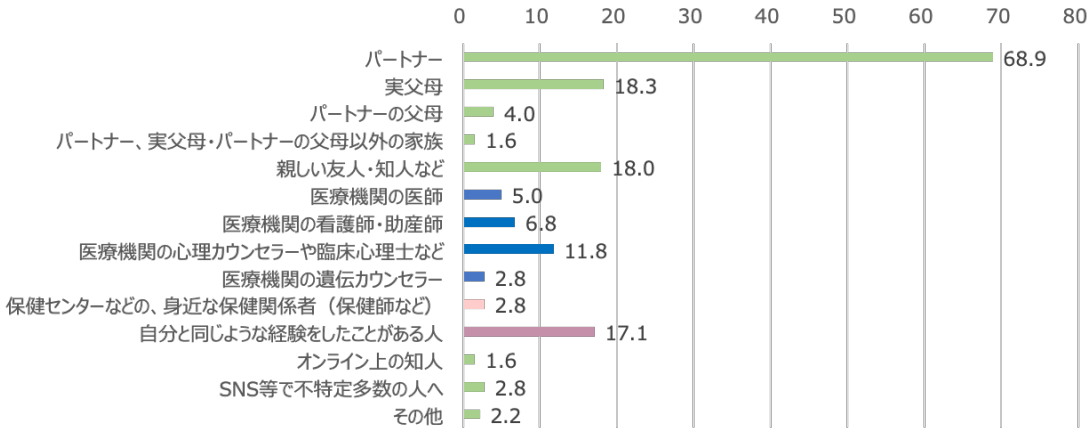


図 38. 「気持ちの浮き沈み」を誰に聞いてほしかったか（複数回答）（n=319）

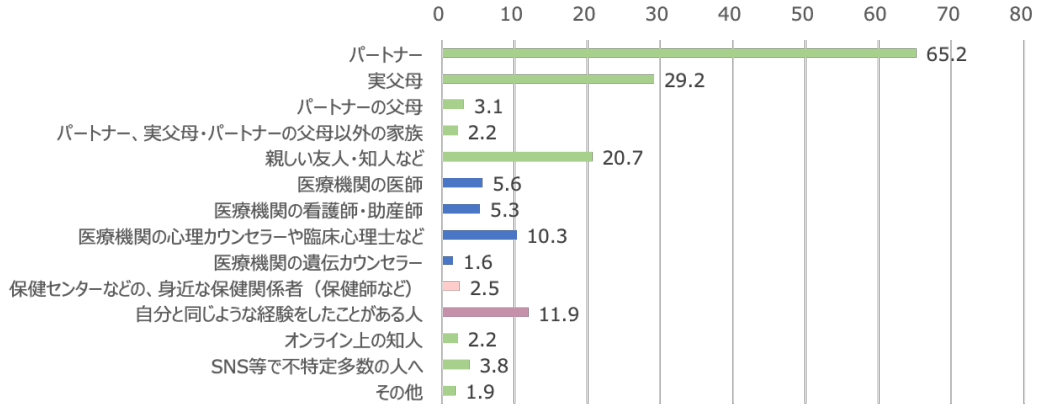


図 39. 「自分を責めてしまうこと」を誰に聞いてほしかったか（複数回答）（n=280）

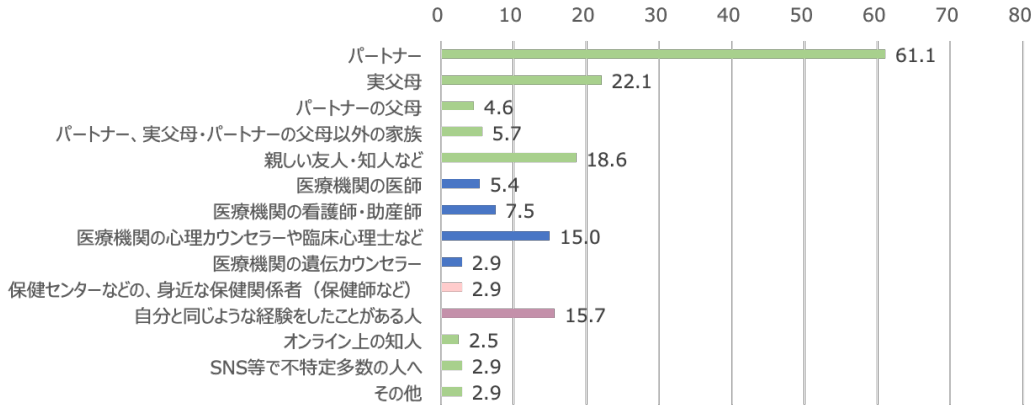


図 40. 「この問題を人に話せなかったり、隠すということ」を誰に聞いてほしかったか（複数回答）（n=151）

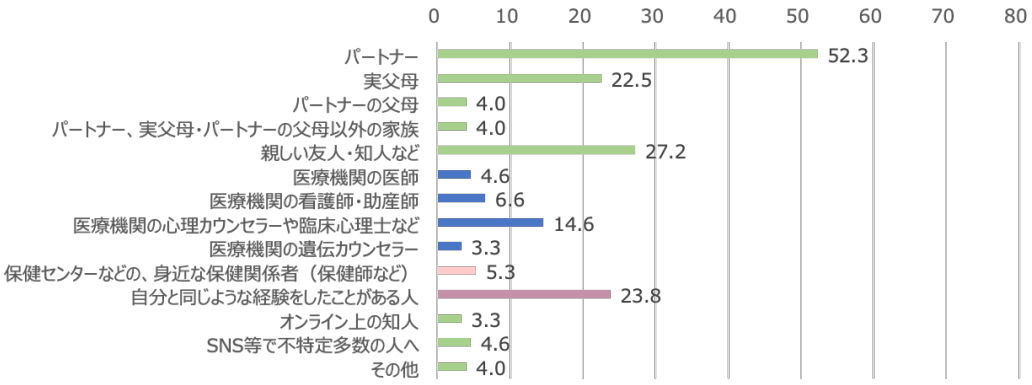
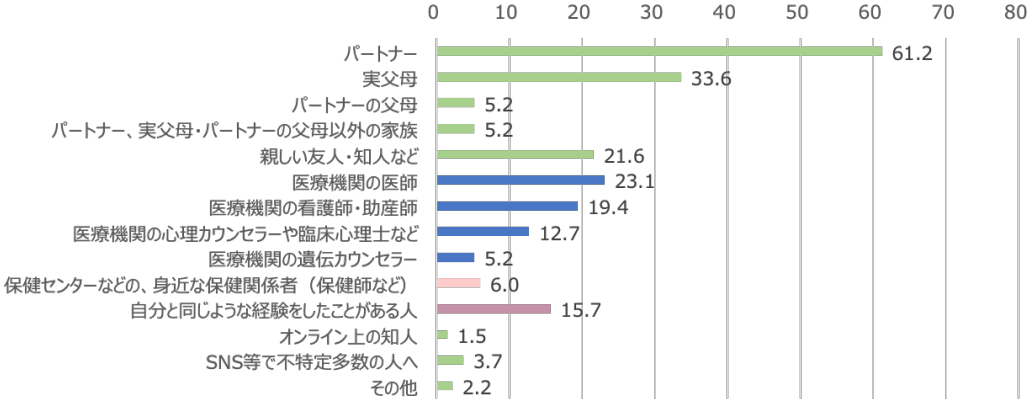


図 41. 「今後の妊娠・出産への不安」を誰に聞いてほしかったか（複数回答）（n=134）



1.4. 行政の相談窓口への相談経験とニーズ

- 人工妊娠中絶の経験や辛さについて、地域の専門の相談窓口や保健センターの保健師等へ実際に相談したことが「ある」のは 10.0%であったが、一方で、相談へのニーズは高い。

  （相談のニーズ）

  - ✓ 行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等、人工妊娠中絶についての知識を持った専門職：34.1%（相談してみたかったと「思う」）
  - ✓ 同じような経験をした経験者等：45.4%（同）
- 行政の窓口に相談しなかった理由としては、「特に相談する必要を感じなかった」（44.8%）が最も多いが、「地域の保健センターの保健師や専門の相談窓口等に相談できると思わなかった」（22.6%）や「誰（どこ）に相談できるのかわからなかった」（22.3%）、「こんなことを相談していいのかわからなかっ

た」（20.4％）といった利用可能な支援に関する認識の不足の問題も多くあげられた。

1.4.1.行政の窓口への相談経験

人工妊娠中絶の経験や辛さについて、地域の専門の相談窓口や保健センターの保健師等に相談したことがあるか尋ねたところ、「ある」は 10.0%であった（図 42）。

相談「した」人の相談のきっかけは、「自治体のホームページや広報誌などをみて」（45.1%）が最も多く、次いで「医療機関で勧められて」（40.2%）であった（図 43）。

図 42. 人工妊娠中絶の経験や辛さについて、地域の専門の相談窓口や保健センターの保健師等に相談したことがあるか（n=824）

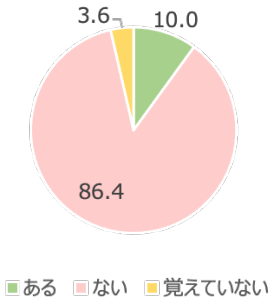
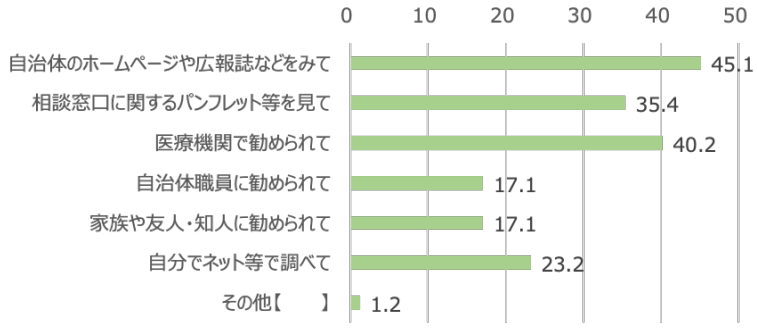


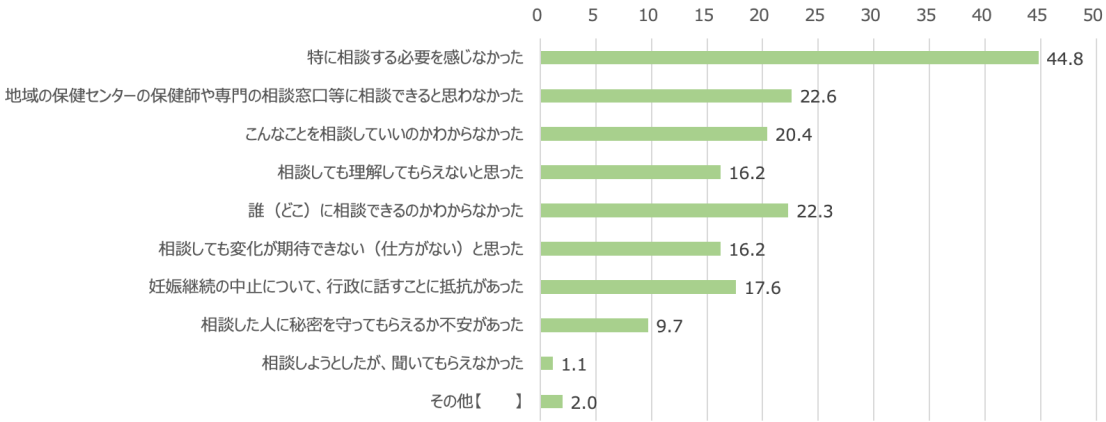
図 43. 地域の専門の相談窓口（電話相談など）や保健センターの保健師等に相談したきっかけ（n=82：相談したことが「ある」人）（複数回答）



1.4.2.行政の窓口等に相談しなかった理由

行政の窓口に相談しなかった人にその理由を尋ねたところ、「特に相談する必要を感じなかった」（44.8%）が最も多いが、「地域の保健センターの保健師や専門の相談窓口等に相談できると思わなかった」（22.6%）や「誰（どこ）に相談できるのかわからなかった」（22.3%）、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（20.4%）といった利用可能な支援に関する認識の不足の問題も多くあげられた。（図 44）

図 44.行政の窓口等に相談しなかった理由（複数回答）（n=712：相談「しなかった」人）



1.4.3.相談のニーズ

人工妊娠中絶による辛さを感じている(感じていた)時期に、“行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等人工妊娠中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたかったか”を尋ねたところ、「思う」は 34.1%（図 45）、同様に“同じような経験をした経験者が相談に乗ってくれる場があったら相談してみたかったか”は「思う」が 45.4%にのぼった（図 46）。

特に、K6 尺度の得点が高い群ほど、相談してみたかったと「思う」割合が高く、“重度のうつ・不安障害が疑われる”（K6 スコア 13 点以上）群で“行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等人工妊娠中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたかったと「思う」”は 41.7%（表 15）、“同じような経験をした経験者が相談に乗ってくれる場があったら相談してみたかったと「思う」”は 53.8%であった（表 16）。

図 45. 人工妊娠中絶による辛さを感じている(感じていた)時期に、行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等人工妊娠中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたかったか（n=824）

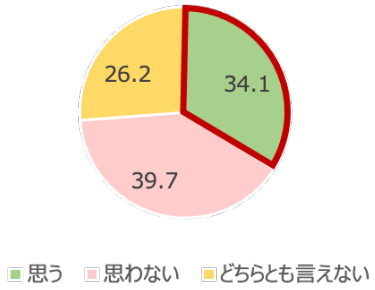


図 46. 人工妊娠中絶による辛さを感じている(感じていた)時期に、同じような経験をした人が相談に乗ってくれる場があったら相談してみたかったか（n=824）

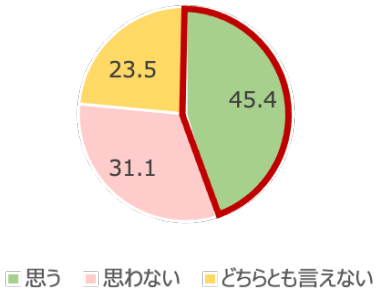


表 15. K6（心の健康チェック）の値　x　行政の専門の相談窓口や保健センターの保健師等人工妊娠中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたかったか クロス（n=824）

		K6(心の健康チェック)の値					
		a	b	c	d	e	全体
思う	該当数	12	12	14	30	213	281
	比率	12.9%	24.0%	16.1%	36.1%	41.7%	34.1%
思わない	該当数	48	23	42	31	183	327
	比率	51.6%	46.0%	48.3%	37.3%	35.8%	39.7%
どちらとも言えない	該当数	33	15	31	22	115	216
	比率	35.5%	30.0%	35.6%	26.5%	22.5%	26.2%
合計	該当数	93	50	87	83	511	824
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a：わからない・答えたくない・辛く、支援を必要と感じた時期はない
b：4 点以下
c：5～9 点（なんらかの問題がある可能性）
d：10～12 点（うつ・不安障害が疑われる）
e：13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われる）

カイ２乗検定　p<0.001

表 16. K6（心の健康チェック）の値　x　同じような経験をした人が相談に乗ってくれる場があったら、相談してみたかったか クロス（n=824）

		K6(心の健康チェック)の値					
		a	b	c	d	e	全体
思う	該当数	16	13	25	45	275	374
	比率	17.2%	26.0%	28.7%	54.2%	53.8%	45.4%
思わない	該当数	47	22	41	17	129	256
	比率	50.5%	44.0%	47.1%	20.5%	25.2%	31.1%
どちらとも言えない	該当数	30	15	21	21	107	194
	比率	32.3%	30.0%	24.1%	25.3%	20.9%	23.5%
合計	該当数	93	50	87	83	511	824
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a：わからない・答えたくない・辛く、支援を必要と感じた時期はない
b：4 点以下
c：5～9 点（なんらかの問題がある可能性）
d：10～12 点（うつ・不安障害が疑われる）
e：13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われる）

カイ２乗検定　p<0.001

1.5. パートナーの状況

- 人工妊娠中絶は、パートナーの気持ちにも「（おおいに～まあ）影響があった」と考える人は 64.1%にのぼった。
- 一方、パートナーは、その辛さを誰かに話したり相談したり「していなかった」との回答が 50.2%にのぼり、人工妊娠中絶を経験した女性本人と同様に相談していない状況が窺える。
- パートナーにも医療や行政の専門職による何らかの支援が「（おおいに～まあ）必要だった」と考えるのは 30.1%であった。

人工妊娠中絶は、パートナーの気持ちにも大きな影響のある出来事だったかを尋ねたところ、「（おおいに～まあ）影響があった」と考える人は 64.1%にのぼった（図 47）。

パートナーがその辛さを誰かに話したり相談したりしたかについては、「していなかった」との回答が 50.2%にのぼり（図 48）、人工妊娠中絶を経験した女性本人と同様に相談していない状況が窺える（女性の「しなかった」は 46.9％（図 32））。

パートナーにも医療や行政の専門職による何らかの支援が「（おおいに～まあ）必要だった」と考えるのは 30.1%であった（図 49）。

図 47. 人工妊娠中絶は、パートナーの気持ちにも大きな影響のある出来事だったと思うか（n=824）

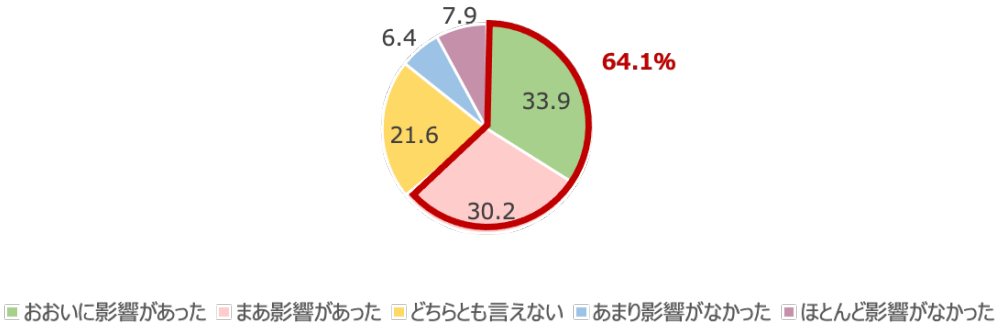


図 48. パートナーはその辛さを誰かに話したり相談したりしていたか（n=824）

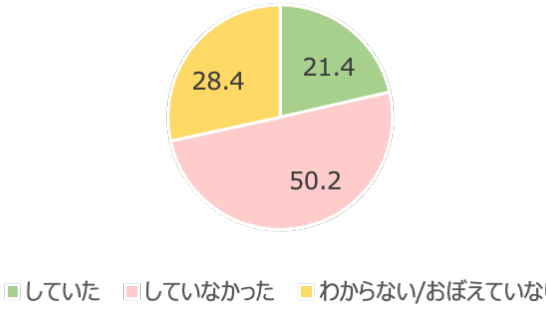
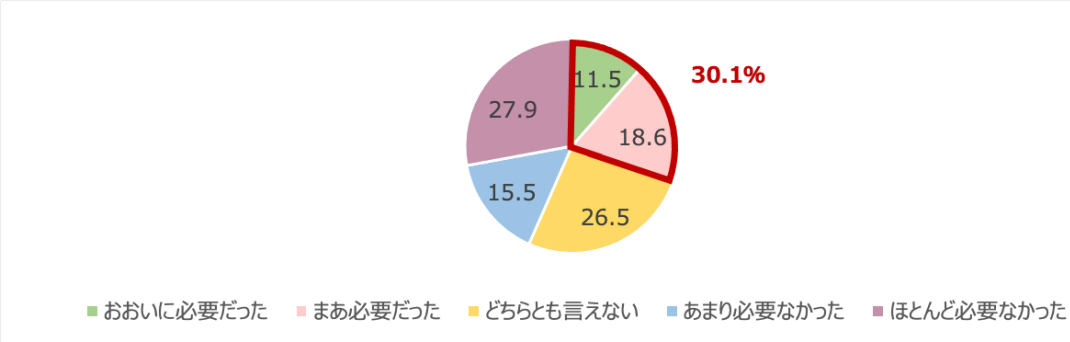


図 49.パートナーにも、医療や行政の専門職による何らかの支援は必要だったと思うか（n=824）



2.自治体調査結果報告（詳細）

本調査の目的は、都道府県及び市町村における現状の（流産・死産・人工妊娠中絶といった胎児の死も含めた）“子どもを亡くした家族”に対する支援体制の実態を把握するものである。特に、流産・死産については「令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業　流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」にて、基本的な実態は把握済みであるため、令和３年５月 31 に発出された課長通知「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」を受けての対応状況の変化に関してのみを把握した。

2.1. 子ども（18 歳未満）の死を経験した家族への個別支援を行う窓口（担当者）について

2.1.1.流産や死産に関する相談窓口

- 流産や死産を経験した女性や家族に対しての相談窓口を設置しているのは、都道府県においては 100.0%、市町村においても８割以上にのぼる。令和２年度に実施した調査*結果と比べると、都道府県、政令市・中核市、それ以外の市町村、いずれにおいても「相談を受け入れる窓口（担当者）」の開設状況は大きく改善した。
  - ✓ 都道府県：「特化した相談窓口がある」０%（R2）→13.2%（R3）、「ない」7.1%（R2）→0%（R3）へ。
  - ✓ 政令市・中核市：「ない」32.7%（R2）→11.3%（R3）へ。
  - ✓ それ以外の市町村：「ない」69.3%（R2）→14.2%（R3）へ。
- 窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（65.8%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方、市区町村においては自治体職員による実施が９割にのぼる。

*令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」にて実施

2.1.1.1.流産や死産を経験した女性や家族への支援を行う窓口（担当者）の有無

流産や死産を経験した女性や家族に対しての個別支援の実施状況について尋ねたところ、“そうした相談に特化した相談窓口がある”と回答したのは５都道府県、１政令市・中核市、その他の市町村では７市町村であった。“特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている”のは、都道府県で 86.8%、政令市・中核市で 87.1%、それ以外の市町村では 84.6%であった。（表 17）

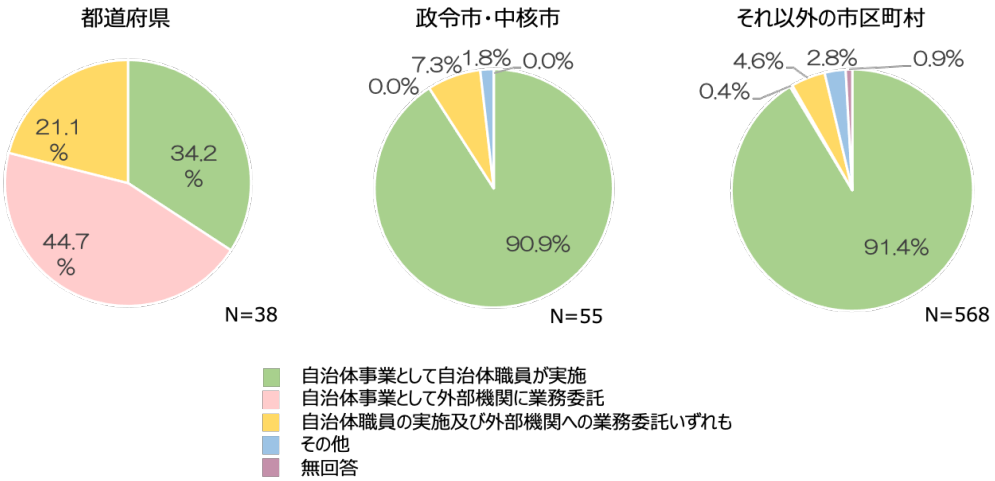
表 17. 流産や死産を経験した女性や家族への支援を行う窓口（担当者）の有無

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
そうした相談に特化した相談支援窓口がある	該当数	5	1	7	13
	比率	13.2%	1.6%	1.1%	1.7%
特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている	該当数	33	54	561	648
	比率	86.8%	87.1%	84.6%	84.9%
ない	該当数	0	7	94	101
	比率	0.0%	11.3%	14.2%	13.2%
無回答	該当数	0	0	1	1
	比率	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2.1.1.2.相談窓口の位置づけ

相談を受け入れる窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（65.8%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方で、市区町村においては自治体職員による実施が９割にのぼる。（図 50）

図 50. 流産・死産に関する相談を受け付けている窓口の位置づけ
（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



（参考）昨年度（令和２年度）調査データ*

＊「令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業　流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」にて実施

参考表 1. 流産や死産を経験した方への支援を行う窓口（担当者）の有無

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
流産や死産に関する相談に特化した相談支援窓口がある	該当数	0	1	4	5
	比率	0.0%	1.9%	0.4%	0.4%
特化してはいないが、何らかの相談窓口（不妊・不育専門相談窓口等）で流産や死産に関する相談を受け入れている	該当数	39	34	332	405
	比率	92.9%	65.4%	30.3%	34.0%
ない	該当数	3	17	760	780
	比率	7.1%	32.7%	69.3%	65.5%
合計	該当数	42	52	1096	1190
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2.1.2.人工妊娠中絶に関する相談窓口（担当者）

- 人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対しての相談窓口を設置しているのは、都道府県・市町村共に、８割以上にのぼる。
- 窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（54.6%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方で、市区町村においては自治体職員による実施が９割以上にのぼる。
- 都道府県・市町村、いずれにおいても電話相談及び面接相談が主たる相談形態だが、都道府県では 54.5%が「メール・SNS 等による相談」を行なっている。
- 窓口を設置している自治体においても、相談実績は「把握していない」もしくは無回答の自治体も多かった。しかし、件数が上位の自治体の相談実績がある程度の数にのぼることに鑑みると、窓口を設置し周知・啓発を十分に行えば、相談ニーズは存在すると考えられる。
- 相談を受ける担当者（以下、相談員という）の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、市町村では保健師の割合が高かった（政令市・中核市：90.6%、それ以外の市町村：90.6%）。一方、都道府県では保健師の割合は市町村に比べて低く（54.5%）、助産師（60.6%）や看護師（24.3%）の割合が市町村に比べて高い。
- 現状の相談支援（体制）について課題だと感じている点は、市町村、都道府県共に「対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい」（都道府県：39.4%、政令市・中核市：86.8%、その他市町村：68.7%）、次いで、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」（都道府県：36.4%、政

令市・中核市：56.6%、その他市町村：39.6%）があげられた。また、政令市・中核市では、「人員の不足」も 45.3%にのぼった。

- 「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」が課題として上がる一方で、相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県 36.4%、政令市・中核市 49.1%、それ以外の市町村 51.5%）を占めた。

2.1.2.1.人工妊娠中絶を経験した女性や家族への支援を行う窓口の有無

人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対しての個別支援の実施状況について尋ねたところ、“そうした相談に特化した相談窓口がある”と回答したのはその他の市町村で 4 市町村のみであった。“特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている”のは、都道府県で 86.8%、政令市・中核市で 85.5%、それ以外の市町村では 80.8%であった。（表 18）

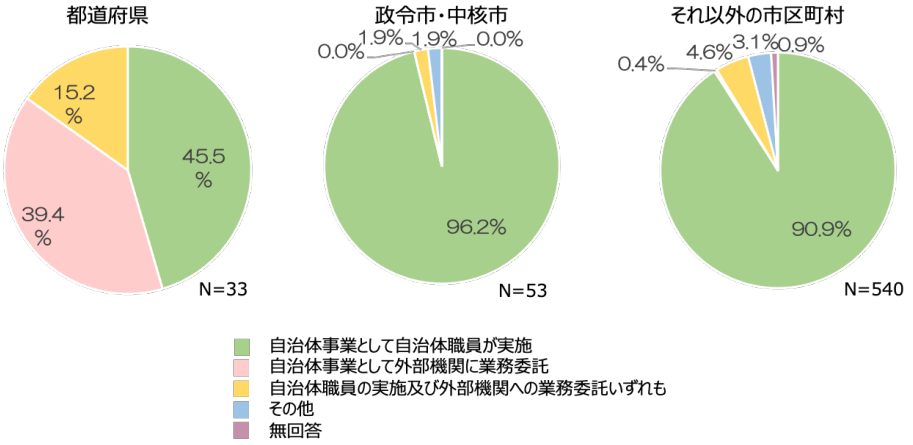
表 18. 人工妊娠中絶を経験した女性や家族への支援を行う窓口（担当者）の有無

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
そうした相談に特化した相談支援窓口がある	該当数	0	0	4	4
	比率	0.0%	0.0%	0.6%	0.5%
特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている	該当数	33	53	536	622
	比率	86.8%	85.5%	80.8%	81.5%
ない	該当数	5	9	121	135
	比率	13.2%	14.5%	18.3%	17.7%
無回答	該当数	0	0	2	2
	比率	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2.1.2.2.相談窓口の位置づけ

相談を受け入れる窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（54.6%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方で、市区町村においては自治体職員による実施が 9 割以上にのぼる。（図 51）

図 51.相談を受け付けている窓口の位置づけ
（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）

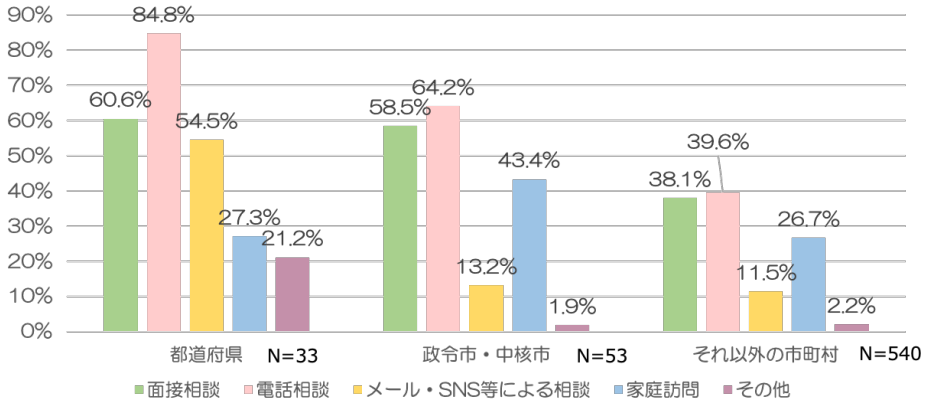


2.1.2.3.相談窓口の形態

都道府県・市町村、いずれにおいても電話相談及び面接相談が主たる相談形態だが、都道府県では 54.5%が「メール・SNS 等による相談」を行なっている。

一方、政令市・中核市においては、「家庭訪問」も 43.4%と高い割合にのぼり、都道府県、それ以外の市町村でも 25%を超える。（図 52）

図 52.相談窓口の形態（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.2.4.相談窓口における令和２年度の相談実績

令和２年度の、相談窓口における人工妊娠中絶に関する相談実績を、窓口の形態ごとに尋ねた。人工妊娠中絶に特化した窓口ではない自治体が多く、人工妊娠中絶に関する相談実績を「把握していない」との回答、もしくは無回答が多くを占めたため、件数について議論することは難しいが、表 19 に示す通り、件数が上位の自治体（それ以外の市町村）の相談実績がある程度の数にのぼることに鑑みると、相談ニーズがあることは明らかだと考えられる。

表 19. 令和２年度の人工妊娠中絶に関する相談実績（回答があった上位件数のみ）

	面接相談	電話相談	メール・SNS 等による相談	家庭訪問
都道府県	回答数*：１か所 上位３か所の件数： ✓ ２件	回答数*：４か所 上位３か所の件数： ✓ 13 件 ✓ ５件 ✓ ３件	回答数*：２か所 上位３か所の件数： ✓ ３件 ✓ １件	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし
政令市・中核市	回答数*：１か所 上位３か所の件数： ✓ 10 件	回答数*：２か所 上位３か所の件数： ✓ 10 件 ✓ ３件	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：１か所 上位３か所の件数： ✓ ３件
その他市町村	回答数*：35 か所 上位３か所の件数： ✓ 15 件 ✓ 14 件 ✓ ９件	回答数*：44 か所 上位３か所の件数： ✓ 37 件 ✓ 20 件 ✓ 17 件	回答数*：５か所 上位３か所の件数： ✓ 37 件 ✓ １件	回答数*：11 か所 上位３か所の件数： ✓ ４件 ✓ ３件 ✓ ２件

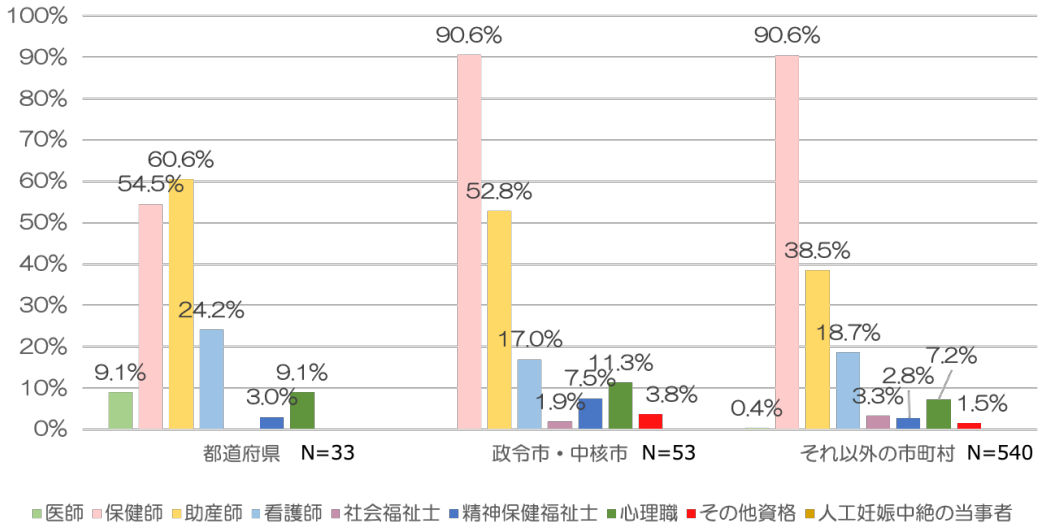
＊「0 件」との回答は含まず、１件以上の回答があった自治体数

2.1.2.5.相談員の資格やバックグラウンド

相談員の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、市町村では保健師の割合が高かった（政令市・中核市：90.6%、それ以外の市町村：90.6%）。一方、都道府県では保健師の割合は市町村に比べて低く（54.5%）、助産師（60.6%）や看護師（24.3%）の割合が市町村に比べて高い。（図 53）

相談窓口の位置づけ（委託の有無）が関連していると考えられる。

図 53. 相談員の資格やバックグラウンド（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）

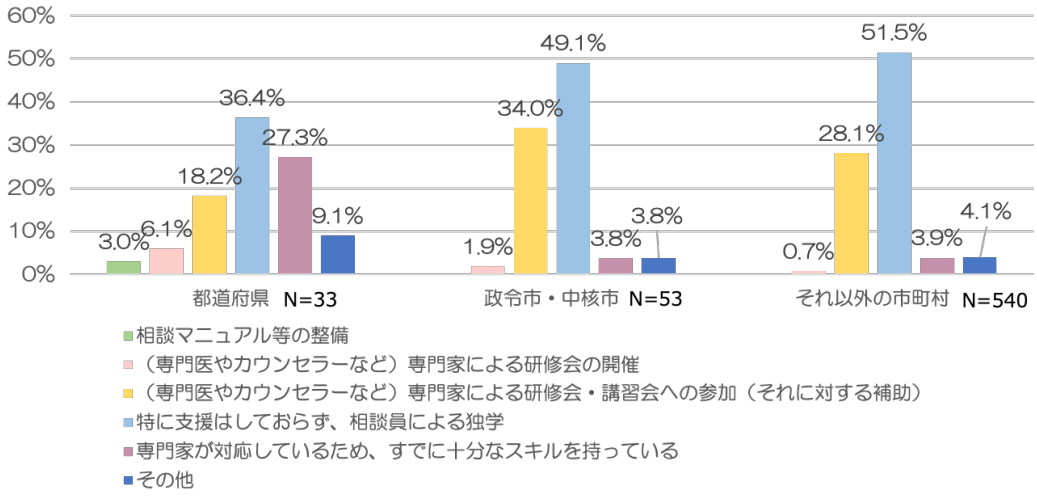


2.1.2.6.相談員のスキルアップのための取り組み

相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県 36.4%、政令市・中核市 49.1%、それ以外の市町村 51.5%）を占めた。

市町村においては、「専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）」が、政令市・中核市で 34.0%、それ以外の市町村で 28.1%行われている。一方、都道府県においては、「専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている」も 27.3%にのぼり、外部機関への業務委託が背景にあると考えられる。（図 54）

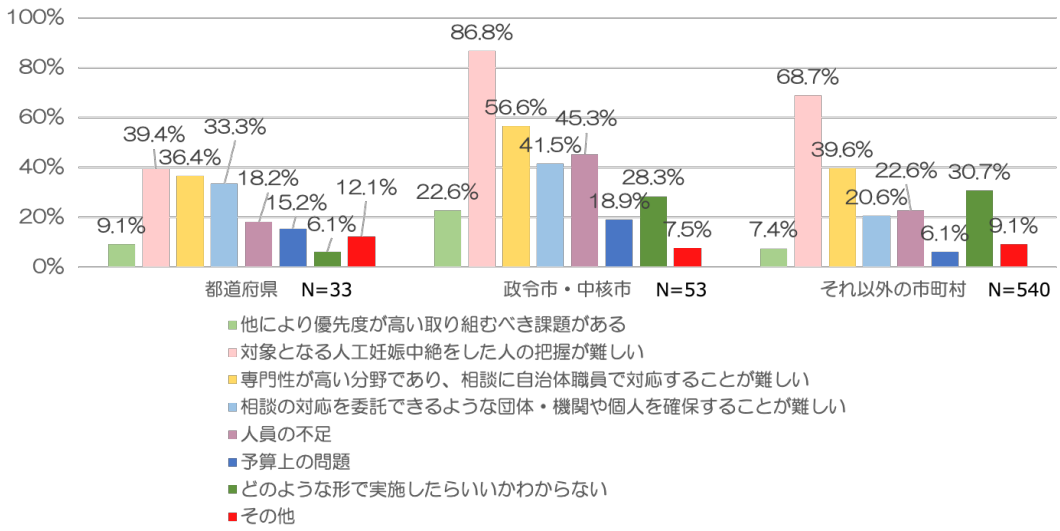
図 54.相談員のスキルアップのための取り組み（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.2.7.相談支援における課題

人工妊娠中絶を経験した女性やその家族に対して個別支援を行うなんらかの相談窓口（担当者）が「ある」と回答した自治体に、現状の相談支援（体制）について、どのような課題意識を持っているかを尋ねた。市町村、都道府県共に「対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい」ことを、課題だと考えている割合が最も高いが、市町村の方が、よりその傾向は強い（都道府県：39.4%、政令市・中核市：86.8%、その他市町村：68.7%）。次いで、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」（都道府県：36.4%、政令市・中核市：56.6%、その他市町村：39.6%）があげられる。また、政令市・中核市では、「人員の不足」も 45.3%にのぼった。（図 55）

図 55.相談支援における課題意識（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.3.新生児/乳幼児の死に関する相談窓口（担当者）

- 新生児/乳幼児の死を経験した家族に対しての相談窓口を設置しているのは、都道府県で 68.4%、政令市・中核市で 87.1%、それ以外の市町村では 84.5%であった。
- 窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（42.3%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方で、市区町村においては自治体職員による実施が 9 割以上にのぼる。
- 都道府県・市町村、いずれにおいても「面接相談」が主たる相談形態だが、都道府県では 57.7%が「電話相談」を行なっていた。市町村においては、「電話相談」よりも「メール・SNS 等による相談」（都道府県：34.6%、政令市・中核市：51.9%、その他市町村：30.4%）の割合が高い。一方、都道府県においては、「家庭訪問」も 34.6%と高い割合にのぼった。
- 窓口を設置している自治体においても、相談実績は「把握していない」もしくは無回答の自治体も多かった。しかし、相談実績が複数回にのぼる自治体も存在し、そうした相談ニーズに備えておく必要はあると考えられる。
- 相談員の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、都道府県・市町村共、保健師（都道府県：57.7%、政令市・中核市：88.9%、それ以外の市町村：90.0%）の割合が最も高く、次いで助産師（都道府県：53.8%、政令市・中核市：48.1%、それ以外の市町村：37.3%）であった。

- 相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県：50.0%、政令市・中核市：50.0%、それ以外の市町村：51.8%）を占めた。
- 現状の相談支援（体制）について課題と感じている点は、政令市・中核市では、「対象となる新生児/乳幼児の死を経験した人の把握が難しい」ことを、課題だと考えている割合が 64.8%にのぼる。都道府県・市町村とも、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」の割合（都道府県：57.7%、政令市・中核市：61.6%、その他市町村：44.5%）も高い。政令市・中核市では、「人員の不足」も 48.1%にのぼった。

2.1.3.1.新生児/乳幼児の死を経験した家族への支援を行う窓口の有無

新生児/乳幼児の死を経験した女性や家族に対しての個別支援の実施状況について尋ねたところ、“そうした相談に特化した相談窓口がある”と回答したのは都道府県で１か所、その他の市町村で２か所のみであった。“特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている”のは、都道府県で 65.8%、政令市・中核市で 87.1%、それ以外の市町村では 84.2%であった。（表 20）

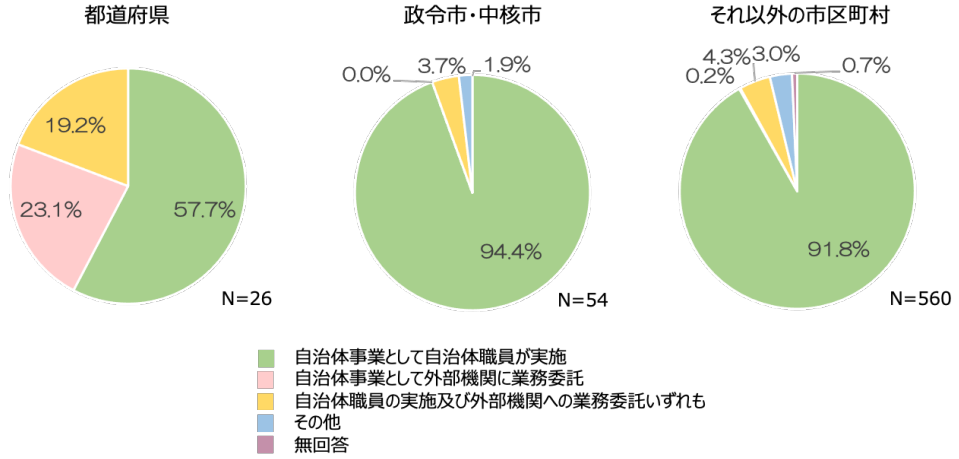
表 20. 新生児/乳幼児の死を経験した女性や家族への支援を行う窓口（担当者）の有無

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
そうした相談に特化した相談支援窓口がある	該当数	1	0	2	3
	比率	2.6%	0.0%	0.3%	0.4%
特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている	該当数	25	54	558	637
	比率	65.8%	87.1%	84.2%	83.5%
ない	該当数	12	8	101	121
	比率	31.6%	12.9%	15.2%	15.9%
無回答	該当数	0	0	2	2
	比率	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2.1.3.2.相談窓口の位置づけ

相談を受け入れる窓口の位置づけとしては、都道府県においては外部機関への業務委託の割合が高く（42.3%：「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）、一方で、市区町村においては自治体職員による実施が９割以上にのぼる。（図 56）

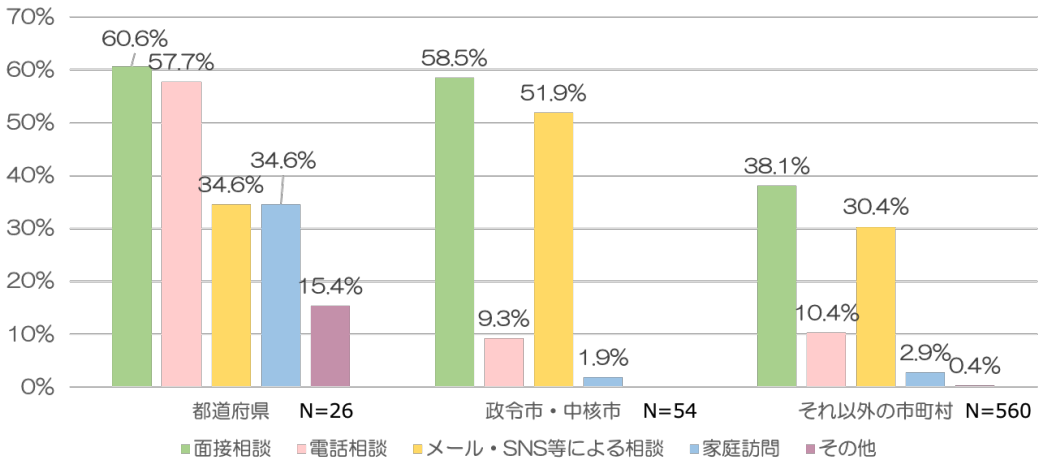
図 56.相談を受け付けている窓口の位置づけ
（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.3.3.相談窓口の形態

都道府県・市町村、いずれにおいても「面接相談」が主たる相談形態だが、都道府県では 57.7%が「電話相談」を行なっていた。市町村においては、「電話相談」よりも「メール・SNS 等による相談」（都道府県：34.6%、政令市・中核市：51.9%、その他市町村：30.4%）の割合が高い。一方、都道府県においては、「家庭訪問」も 34.6%と高い割合にのぼった。（図 57）

図 57.相談窓口の形態（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.3.4.相談窓口における令和２年度の相談実績

令和２年度の、相談窓口における新生児/乳幼児の死に関する相談実績を、窓口の形態ごとに尋ねた。新生児/乳幼児の死に特化した窓口ではない自治体が多く、新生児/乳幼児の死に関する相談実績を「把握していない」との回答、もしくは無回答が

多くを占めたため、件数について議論することは難しいが、表 21 に示す通り、相談実績がある自治体も存在する。

表 21. 令和２年度の新生児/乳幼児の死に関する相談実績（回答があった上位件数のみ）

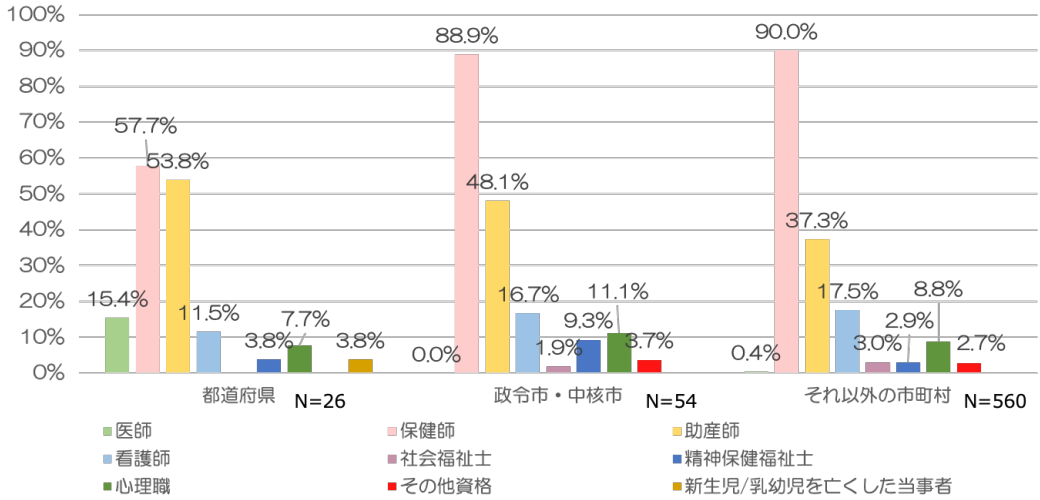
	面接相談	電話相談	メール・SNS 等による相談	家庭訪問
都道府県	回答数*：1 か所 上位３か所の件数： ✓ １件	回答数*：0 か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：1 か所 上位３か所の件数： ✓ ２件	回答数*：0 か所 上位３か所の件数： ✓ なし
政令市・中核市	回答数*：1 か所 上位３か所の件数： ✓ １件	回答数*：1 か所 上位３か所の件数： ✓ ３件	回答数*：0か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：3 か所 上位３か所の件数： ✓ ４件 ✓ ３件 ✓ １件
その他市町村	回答数*：27 か所 上位３か所の件数： ✓ ５件 ✓ ２件	回答数*：26 か所 上位３か所の件数： ✓ ６件 ✓ ５件 ✓ ４件	回答数*：1 か所 上位３か所の件数： ✓ ２件	回答数*：19 か所 上位３か所の件数： ✓ ４件 ✓ ２件 ✓ １件

＊「0 件」との回答は含まず、1 件以上の回答があった自治体数

2.1.3.5.相談員の資格やバックグラウンド

相談員の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、都道府県・市町村共、保健師（都道府県：57.7%、政令市・中核市：88.9%、それ以外の市町村：90.0%）の割合が最も高く、次いで助産師（都道府県：53.8%、政令市・中核市：48.1%、それ以外の市町村：37.3%）であった（図 58）。

図 58. 相談員の資格やバックグラウンド（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）

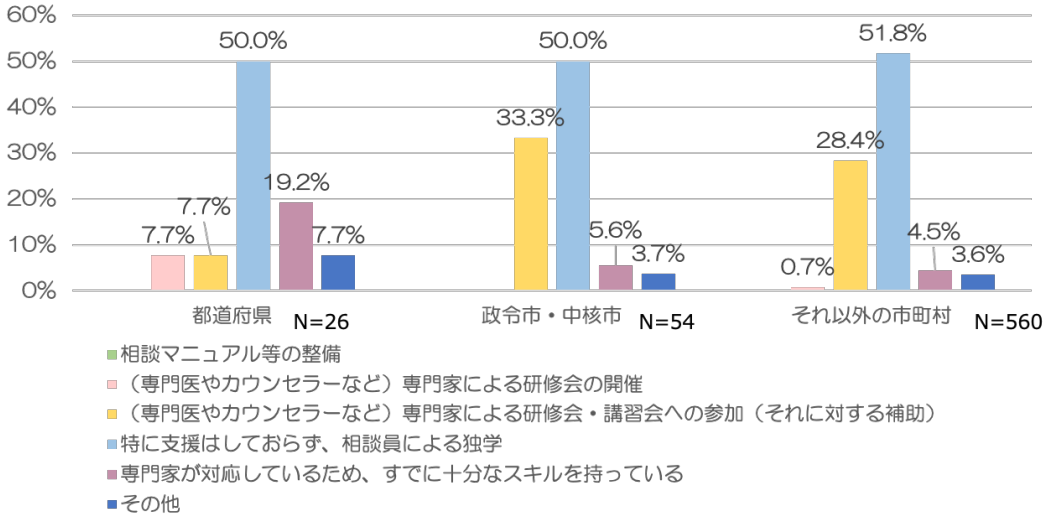


2.1.3.6.相談員のスキルアップのための取り組み

相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県：50.0%、政令市・中核市：50.0%、それ以外の市町村：51.8%）を占めた。

市町村においては、「専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）」が、政令市・中核市で 33.3%、それ以外の市町村で 28.4%行われている。一方、都道府県においては、「専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている」も 19.2%にのぼり、外部機関への業務委託が背景にあると考えられる。（図 59）

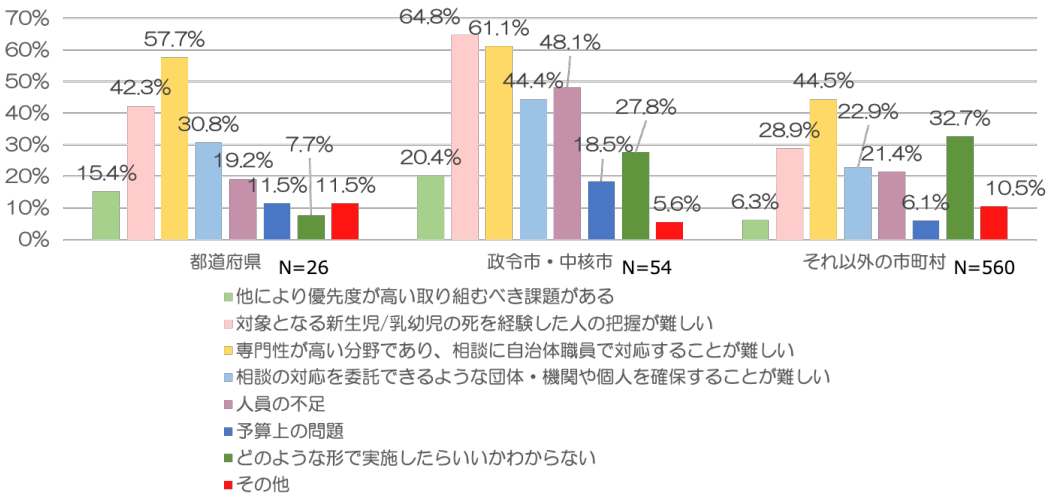
図 59.相談員のスキルアップのための取り組み（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.3.7.相談支援における課題

新生児/乳幼児の死を経験した女性やその家族に対して個別支援を行うなんらかの相談窓口（担当者）が「ある」と回答した自治体に、現状の相談支援（体制）について、どのような課題意識を持っているかを尋ねた。政令市・中核市では、「対象となる新生児/乳幼児の死を経験した人の把握が難しい」ことを、課題だと考えている割合が 64.8%にのぼる。都道府県・市町村とも、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」の割合（都道府県：57.7%、政令市・中核市：61.6%、その他市町村：44.5%）も高い。政令市・中核市では、「人員の不足」も 48.1%にのぼった。（図 60）

図 60.相談支援における課題意識（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.4.就学以降の子どもの死に関する相談窓口（担当者）

- 就学以降の子どもの死を経験した女性や家族に対しての相談窓口を設置しているのは、都道府県で 57.9%、政令市・中核市で 61.3%、それ以外の市町村では 71.3%であった。
- 窓口の位置づけとしては、外部機関への業務委託の割合が都道府県においても 27.3%（「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）にとどまり、都道府県、市町村とも、「自治体事業として自治体職員が実施」の割合が高い。
- 都道府県・市町村、いずれにおいても「電話相談」（都道府県：77.3%、政令市・中核市：60.5%、その他市町村：32.8%）と「面接相談」（都道府県：72.7%、政令市・中核市：57.9%、その他市町村：32.1%）を実施している割合が同程度であった。都道府県においては、「メール・SNS 等による相談」も 50.0%にのぼる。
- 窓口を設置している自治体においても、相談実績は「把握していない」もしくは無回答の自治体も多かった。
- 相談を受ける担当者（以下、相談員という）の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、都道府県・市町村共、保健師（都道府県：77.3%、政令市・中核市：86.8%、それ以外の市町村：84.6%）の割合が最も高かった。
- 相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県：36.4%、政令市・中核市：57.9%、それ以外の市町村：51.8%）を占めた。

- 現状の相談支援（体制）について課題と感じている点は、政令市・中核市では、「対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい」の割合が最も高く、71.1%にのぼる。都道府県・市町村とも、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」の割合（都道府県：50.0%、政令市・中核市：60.5%、その他市町村：40.2%）も高い。政令市・中核市では、「人員の不足」も47.4%にのぼった。

2.1.4.1.就学以降の子どもの死を経験した女性や家族への支援を行う窓口の有無

就学以降の子どもの死を経験した家族に対しての個別支援の実施状況について尋ねたところ、“そうした相談に特化した相談窓口がある”と回答したのはその他の市町村で2か所のみであった。“特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている”のは、都道府県で57.9%、政令市・中核市で61.3%、それ以外の市町村では71.0%と、流産・死産、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死よりやや低い傾向にあった。（表22）

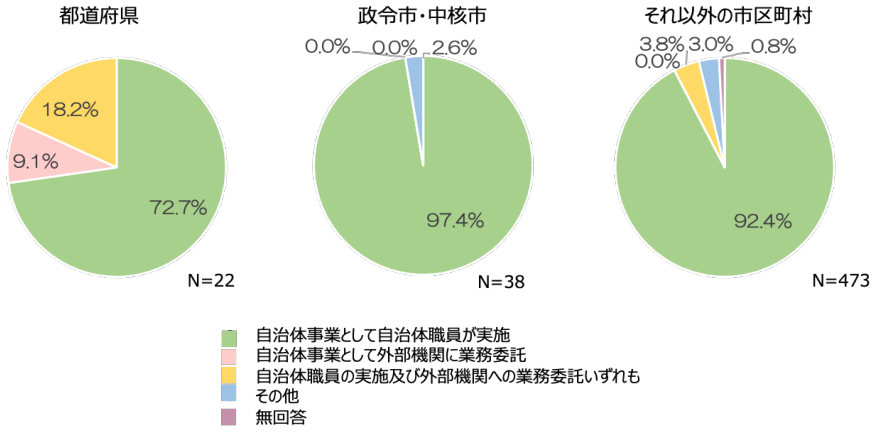
表22. 就学以降の子どもの死を経験した女性や家族への支援を行う窓口（担当者）の有無

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
そうした相談に特化した相談支援窓口がある	該当数	0	0	2	2
	比率	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%
特化してはいないが、何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている	該当数	22	38	471	531
	比率	57.9%	61.3%	71.0%	69.6%
ない	該当数	16	24	182	222
	比率	42.1%	38.7%	27.5%	29.1%
無回答	該当数	0	0	8	8
	比率	0.0%	0.0%	1.2%	1.0%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2.1.4.2.相談窓口の位置づけ

相談を受け入れる窓口の位置づけとしては、外部機関への業務委託の割合が都道府県においても27.3%（「自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも」を含む）にとどまり、都道府県、市町村とも、「自治体事業として自治体職員が実施」の割合が高い（図61）。

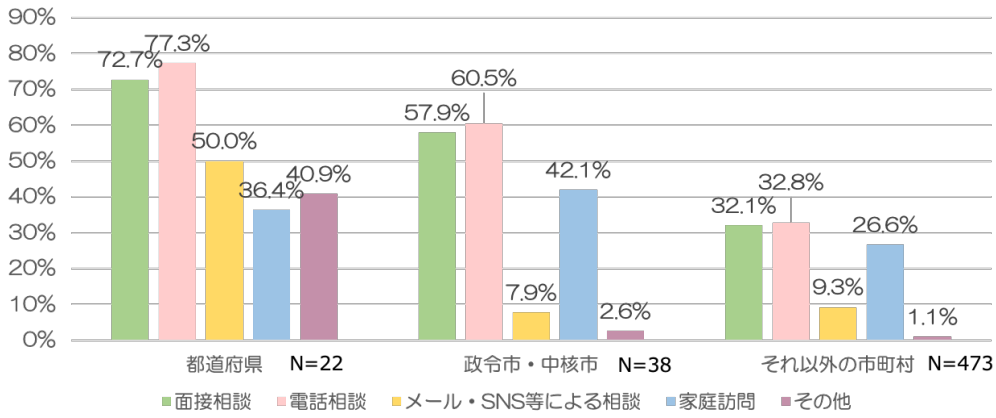
図 61.相談を受け付けている窓口の位置づけ（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.4.3.相談窓口の形態

都道府県・市町村、いずれにおいても「電話相談」（都道府県：77.3%、政令市・中核市：60.5%、その他市町村：32.8%）と「面接相談」（都道府県：72.7%、政令市・中核市：57.9%、その他市町村：32.1%）を実施している割合が同程度であった。都道府県においては、「メール・SNS 等による相談」も 50.0%にのぼる。（図 62）

図 62.相談窓口の形態（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.4.4.相談窓口における令和２年度の相談実績

令和２年度の、相談窓口における就学以降の子どもの死に関する相談実績を、窓口の形態ごとに尋ねた。就学以降の子どもの死に特化した窓口ではない自治体が多く、就学以降の子どもの死に関する相談実績を「把握していない」との回答、もしくは無回答が多くを占めたため、件数について議論することは難しいが、表 23 に示す通り、相談実績がある自治体も１か所あった。

表 23. 令和２年度の就学以降の子どもの死に関する相談実績（回答があった上位件数のみ）

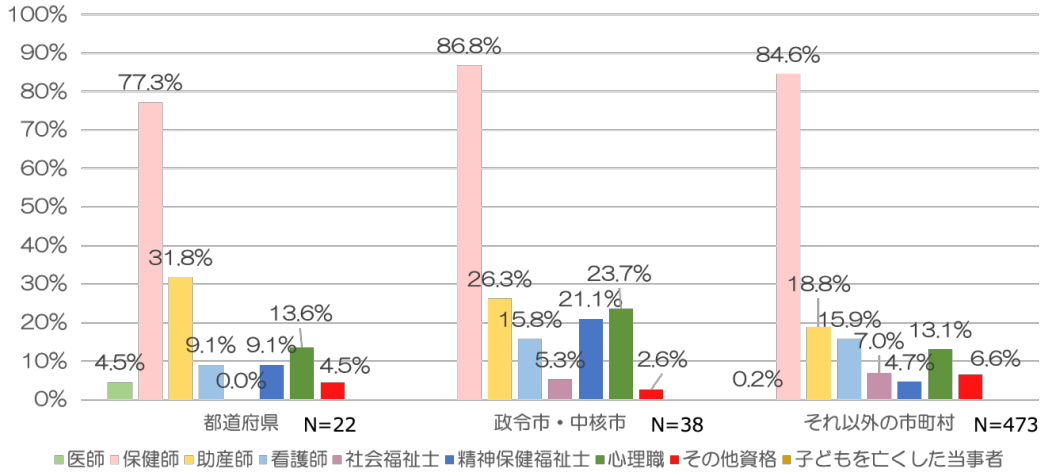
	面接相談	電話相談	メール・SNS 等による相談	家庭訪問
都道府県	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし
政令市・中核市	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし
その他市町村	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：０か所 上位３か所の件数： ✓ なし	回答数*：１か所 上位３か所の件数： ✓ １件

＊「０件」との回答は含まず、１件以上の回答があった自治体数

2.1.4.5.相談員の資格やバックグラウンド

相談員の資格やバックグラウンドを尋ねたところ、都道府県・市町村共、保健師（都道府県：77.3%、政令市・中核市：86.8%、それ以外の市町村：84.6%）の割合が最も高かった。人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死に比べると、助産師（都道府県：31.8%、政令市・中核市：26.3%、それ以外の市町村：18.8%）が対応する割合は低い。（図 63）

図 63. 相談員の資格やバックグラウンド（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）

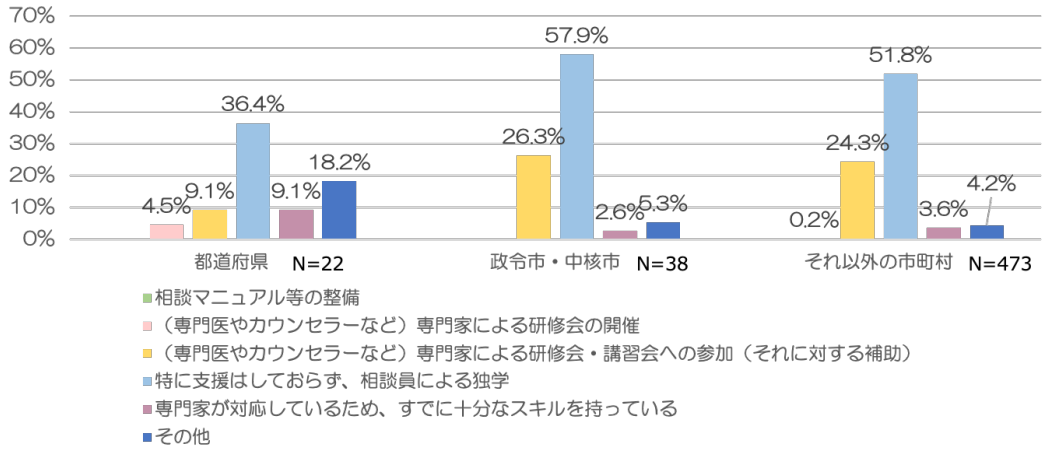


2.1.4.6.相談員のスキルアップのための取り組み

相談員のスキルアップのための取り組みは、都道府県、市町村、いずれも「特に支援はしておらず、相談員による独学」が大きな割合（都道府県：36.4%、政令市・中核市：57.9%、それ以外の市町村：51.8%）を占めた。

市町村においては、「専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）」が、政令市・中核市で 26.3%、それ以外の市町村で 24.3%行われている。（図 64）

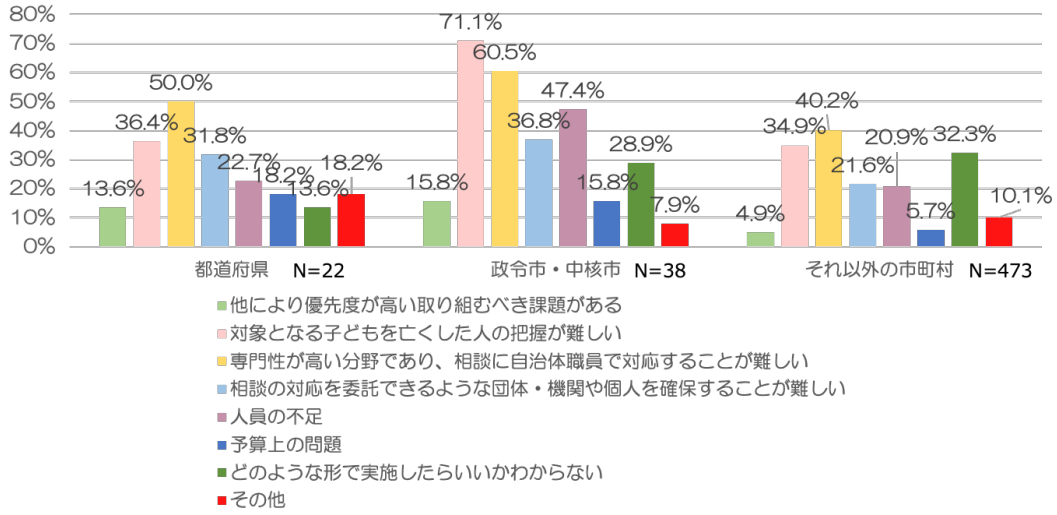
図 64.相談員のスキルアップのための取り組み（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.1.4.7.相談支援における課題

就学以降の子どもの死を経験した家族に対して個別支援を行うなんらかの相談窓口（担当者）が「ある」と回答した自治体に、現状の相談支援（体制）について、どのような課題意識を持っているかを尋ねた。政令市・中核市では、「対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい」ことを、課題だと考えている割合が最も高く、71.1%にのぼる。都道府県・市町村とも、「専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい」の割合（都道府県：50.0%、政令市・中核市：60.5%、その他市町村：40.2%）も高い。政令市・中核市では、「人員の不足」も47.4%にのぼった。（図 65）

図 65.相談支援における課題意識（なんらかの相談窓口が「ある」自治体のみ）



2.2. 市町村における地域担当保健師等による支援

- 子どもの死について把握する体制が整備されている市町村が一定数あった（妊娠届け後の流産：56.3 %、死産：76.1%、新生児/乳幼児の死：76.3%、就学以降の子どもの死：38.8%）。
- 把握の方法としては、いずれの死においても“妊娠届け後の継続的妊産婦支援や子育て支援事業の中での把握”が最も多く、“（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供”が続く。
- 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人に対して、保健師等の担当者が家庭訪問や電話等による支援を行っているかを尋ねたところ、新生児や乳幼児の死については、「（ほぼ）全てのケースに」（11.0%）、「全数ではないが場合に応じて」（66.1%）と、支援を行なっている割合が高い。一方で、就学以降の子どもの死は、「行なっていない」が 54.2%を占めた。
- 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人への支援力を向上するために“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）”が「ある」市町村は 35.6%（「開催している」・「自治体としては開催していないが、都道府県の研修会などで学ぶ場はある」計）。“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制”が「ある」のは 58.6%であった。

2.2.1.子どもの死について把握する体制

2.2.1.1.妊娠届け後の流産（12 週未満の初期流産）について把握する体制

市町村（政令市・中核市含む）に、12 週未満の初期流産について把握する体制があるかどうかを尋ねたところ、「ある」市町村は 56.3 %（政令市・中核市においては 38.7%）であった（表 24）。把握方法は、“妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握”が 87.3%を占め、“（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供”は、19.9%であった（表 25）。

表 24.妊娠届出後の流産（12 週未満の初期流産）について把握する体制（n=725）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
ある	該当数	24	384	408
	比率	38.7%	57.9%	56.3%
ない	該当数	38	279	317
	比率	61.3%	42.1%	43.7%
無回答	該当数	0	0	0
	比率	0.0%	0.0%	0.0%
その他	該当数	62	663	725
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

表 25.妊娠届出後の流産（12 週未満の初期流産）についての把握方法（複数回答）
（n=408：把握する体制がある自治体のみ）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
n		24	384	408
（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供	該当数	5	76	81
	比率	20.8%	19.8%	19.9%
妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握	該当数	22	334	356
	比率	91.7%	87.0%	87.3%
その他	該当数	6	105	111
	比率	25.0%	27.3%	27.2%

2.2.1.2.死産について把握する体制

死産について把握する体制が「ある」市町村は 76.1%（政令市・中核市においては 62.9%）と、初期流産の把握よりも把握体制の整備が進んでいた（表 26）。

把握の方法は、“妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握”が 71.6%を占め、“（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供”も 47.3%にのぼるが、政令市・中核市においては 30.8%とやや低かった。“（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供”は 24.8%にのぼり、政令市・中核市においては 38.3%と高かった。（表 27）

令和 2 年度調査データと比較すると、把握する体制が「ある」が 62.9%（R2）から 76.1%（R3）に伸びている（参考表 2 との比較）。

表 26.死産について把握する体制（n=725）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
ある	該当数	39	513	552
	比率	62.9%	77.4%	76.1%
ない	該当数	23	147	170
	比率	37.1%	22.2%	23.4%
無回答	該当数	0	3	3
	比率	0.0%	0.5%	0.4%
その他	該当数	62	663	725
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

表 27.　死産についての把握方法（複数回答）（n=552：把握する体制がある自治体のみ）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
n		39	513	552
（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供	該当数	15	122	137
	比率	38.5%	23.8%	24.8%
（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供	該当数	12	249	261
	比率	30.8%	48.5%	47.3%
妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握	該当数	30	365	395
	比率	76.9%	71.2%	71.6%
その他	該当数	13	123	136
	比率	33.3%	24.0%	24.6%

（参考）昨年度（令和２年度）調査データ*

＊「令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業　流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」にて実施

参考表 2.死産について把握する体制（n=1148）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
ある	該当数	24	698	722
	比率	46.2%	63.7%	62.9%
ない	該当数	27	388	415
	比率	51.9%	35.4%	36.1%
無回答	該当数	1	10	11
	比率	1.9%	0.9%	1.0%
その他	該当数	52	1096	1148
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

参考表 3.死産についての把握方法（複数回答）（n=722：把握する体制がある自治体のみ）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
n		24	698	722
（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供	該当数	14	180	194
	比率	58.3%	25.8%	26.9%
（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供	該当数	5	273	278
	比率	20.8%	39.1%	38.5%
妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握	該当数	22	498	520
	比率	91.7%	71.3%	72.0%
その他	該当数	6	145	151
	比率	25.0%	20.8%	20.9%

2.2.1.3.新生児/乳幼児の死について把握する体制

（母子保健担当課が）新生児/乳幼児の死について把握する体制が「ある」市町村は 76.3%（政令市・中核市においては 54.8%）であった（表 28）。

把握の方法は、“妊娠届け後の継続的妊産婦支援や子育て支援事業の中での把握”が 82.5%を占め、“（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供”も 39.2%にのぼるが、政令市・中核市においては 8.8%と低かった。“（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供”は 34.2%にのぼり、政令市・中核市においては 52.9%と高かった。（表 29）

表 28. 新生児/乳幼児の死について把握する体制（n=725）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
ある	該当数	34	519	553
	比率	54.8%	78.3%	76.3%
ない	該当数	20	76	96
	比率	32.3%	11.5%	13.2%
無回答	該当数	8	68	76
	比率	12.9%	10.3%	10.5%
その他	該当数	62	663	725
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

表 29.新生児/乳幼児の死についての把握方法（複数回答）

（n=553：把握する体制がある自治体のみ）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
n		34	519	553
（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供	該当数	18	171	189
	比率	52.9%	32.9%	34.2%
（本人の同意を前提とした）小児科医療機関からの情報提供	該当数	13	117	130
	比率	38.2%	22.5%	23.5%
（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供	該当数	3	214	217
	比率	8.8%	41.2%	39.2%
妊娠届け後の継続的妊産婦支援や子育て支援事業の中での把握	該当数	29	427	456
	比率	85.3%	82.3%	82.5%
その他	該当数	6	78	84
	比率	17.6%	15.0%	15.2%

2.2.1.4.就学以降の子どもの死について把握する体制

（母子保健担当課が）就学以降の子どもの死について把握する体制が「ある」市町村は 38.8%（政令市・中核市においては 14.5%）であった（表 30）。

把握の方法は、“（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供”が 54.4%“子育て支援事業の中での把握”が 53.4%にのぼる。“（本人の同意を前提とした）小児科等医療機関からの情報提供”は 13.9%にとどまった。（表 31）

表 30.就学以降の子どもの死について把握する体制（n=725）

		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
ある	該当数	9	272	281
	比率	14.5%	41.0%	38.8%
ない	該当数	45	320	365
	比率	72.6%	48.3%	50.3%
無回答	該当数	8	71	79
	比率	12.9%	10.7%	10.9%
その他	該当数	62	663	725
	比率	100.0%	100.0%	100.0%

表 31.就学以降の子どもの死についての把握方法（複数回答）
（n=281：把握する体制がある自治体のみ）

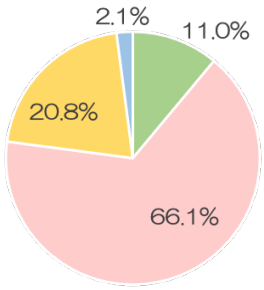
		自治体区分		全体
		政令市・中核市	その他の市町村	
	n	9	272	281
（本人の同意を前提とした）小児科医療機関からの情報提供	該当数	2	37	39
	比率	22.2%	13.6%	13.9%
（本人の同意を前提とした）戸籍課からの情報提供	該当数	2	151	153
	比率	22.2%	55.5%	54.4%
子育て支援事業の中での把握	該当数	5	145	150
	比率	55.6%	53.3%	53.4%
その他	該当数	2	70	72
	比率	22.2%	25.7%	25.6%

2.2.2.保健師等担当者による、家庭訪問や電話等による支援

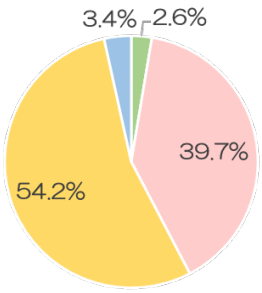
新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人に対して、保健師等の担当者が家庭訪問や電話等による支援を行っているかを尋ねたところ、新生児や乳幼児の死については、「（ほぼ）全てのケースに」（11.0%）、「全数ではないが場合に応じて」（66.1%）と、支援を行なっている割合が高い。一方で、就学以降の子どもの死は、「行なっていない」が 54.2%を占めた。（図 66）

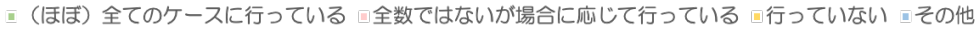
図 66.保健師等担当者による、家庭訪問や電話等による支援の実施状況（n=725）

新生児/乳幼児の死



就学以降の子どもの死





2.2.3.保健師等担当者の個別支援力を向上するための取り組み

市町村においては、保健師が継続して子育て支援を行っていた産婦が、新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験することもあると思われる。そうした場合の、個別ケースへの支援力を向上するための取り組みについて尋ねた。

新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した人への支援は、通常の子育て支援と異なる配慮を必要とするが、“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）”について、都道府県の研修会も含め、なんらかの学ぶ場がある市町村は35.6%（「開催している」・「自治体としては開催していないが、都道府県の研修会などで学ぶ場はある」計）にとどまった（図 67）。

一方、“新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制”が「ある」のは 58.6%であった（図 68）。

図 67. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）は開催しているか（n=725）

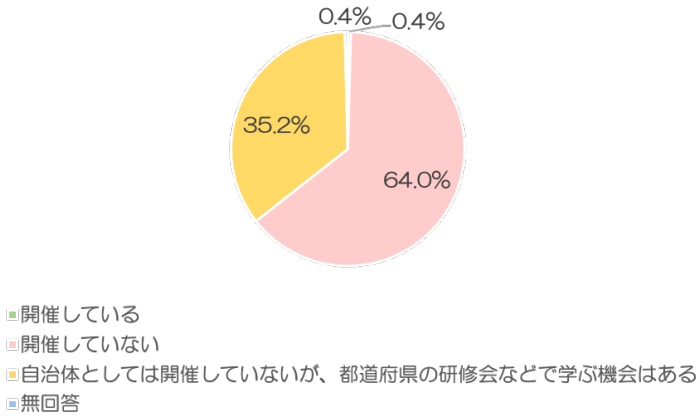
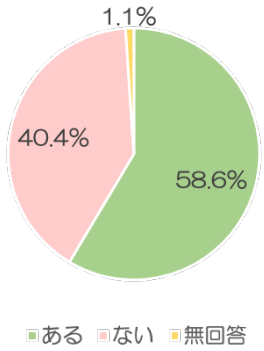


図 68. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制はあるか（n=725）



2.3. 相談窓口での個別対応以外の取り組み

- 人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死に関連して、相談窓口での個別対応以外に実施している取り組みについて尋ねたところ、都道府県、市町村、いずれにおいても「特に何も行なっていない/把握していない」都道府県が 6~7 割にのぼる。
- 市町村においては、「カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介」や「都道府県等の専門相談窓口に関する情報提供・紹介」が、その割合は多くはないが行われている。
- 都道府県・市町村ともに、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死、いずれに関する“サポートグループ”とも、交流の場を持つ自治体は非常に限られており、9 割以上の自治体が「交流の場は特にない」と回答した（もしくは「無回答」）。

2.3.1.相談窓口での個別対応以外に自治体で実施している取り組み

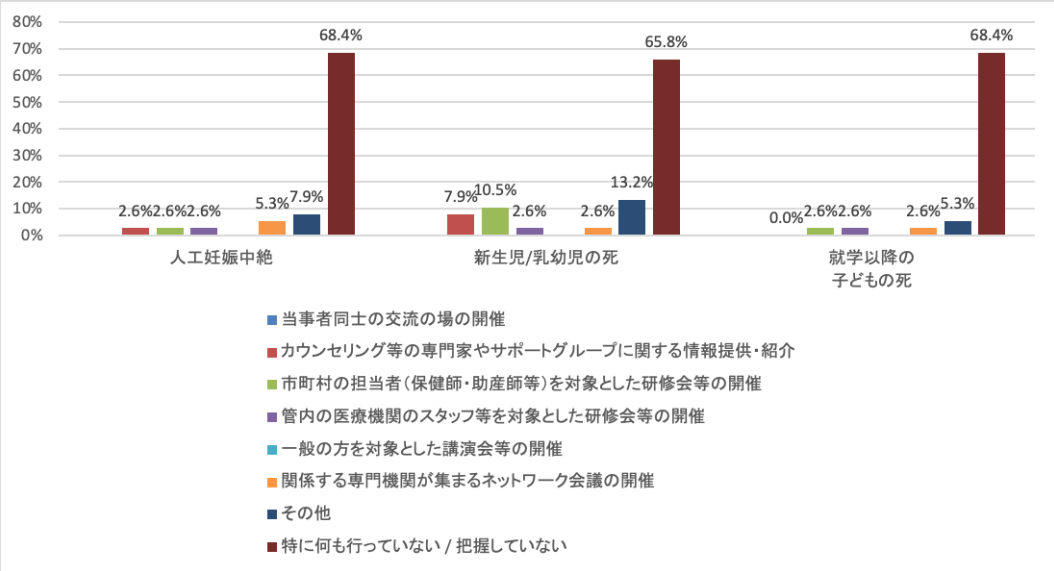
2.3.1.1.都道府県が実施している取り組み

人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死に関連して、相談窓口での個別対応以外に実施している取り組みについて尋ねたところ、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死、いずれにおいても「特に何も行なっていない/把握していない」都道府県が 6~7 割にのぼる。

新生児/乳幼児の死については、ごく少数の都道府県が「市町村の担当者（保健師・助産師等）を対象とした研修会等の開催」（10.5%）や「カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介」（7.9%）を行なっている。

いずれの死においても、「当事者同士の交流の場の開催」を実施している都道府県はなかった。（図 69）

図 69.相談窓口での個別対応以外に都道府県で実施している取り組み（複数回答）（n=38）

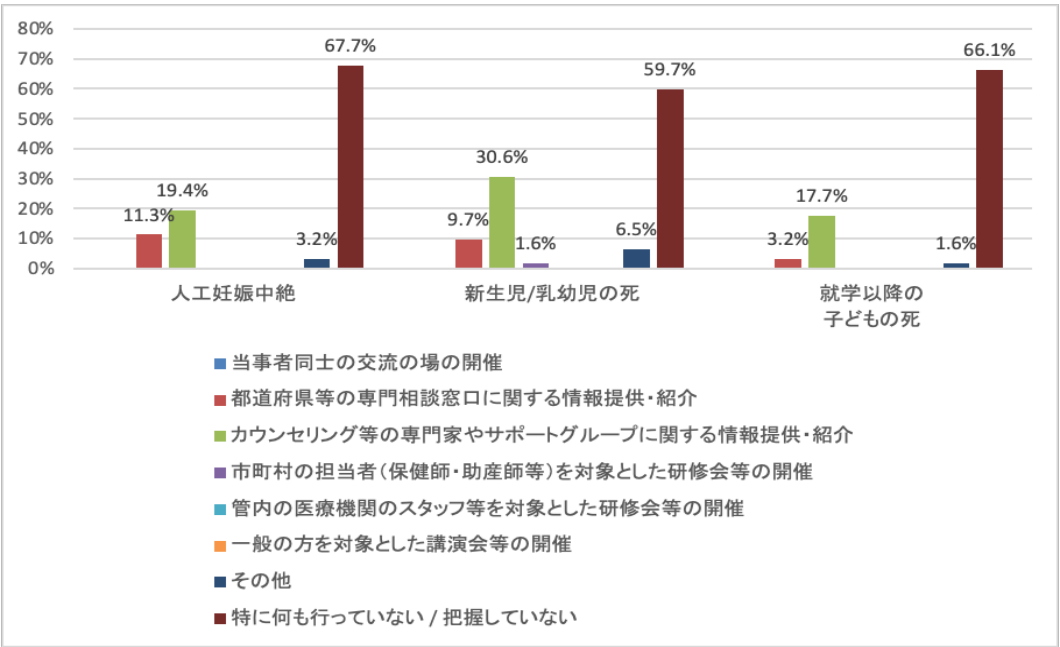


2.3.1.2.政令市・中核市が実施している取り組み

人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死、いずれにおいても、「特に何も行なっていない/把握していない」が 6~7 割にのぼる。

実施している取り組みとしては、「カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介」が最も多く、新生児/乳幼児の死においては 30.6%、人工妊娠中絶においては 19.4%、就学以降の子どもの死においては 17.7%が実施している。（図 70）

図 70.相談窓口での個別対応以外に政令市・中核市で実施している取り組み（複数回答）
（n=62）

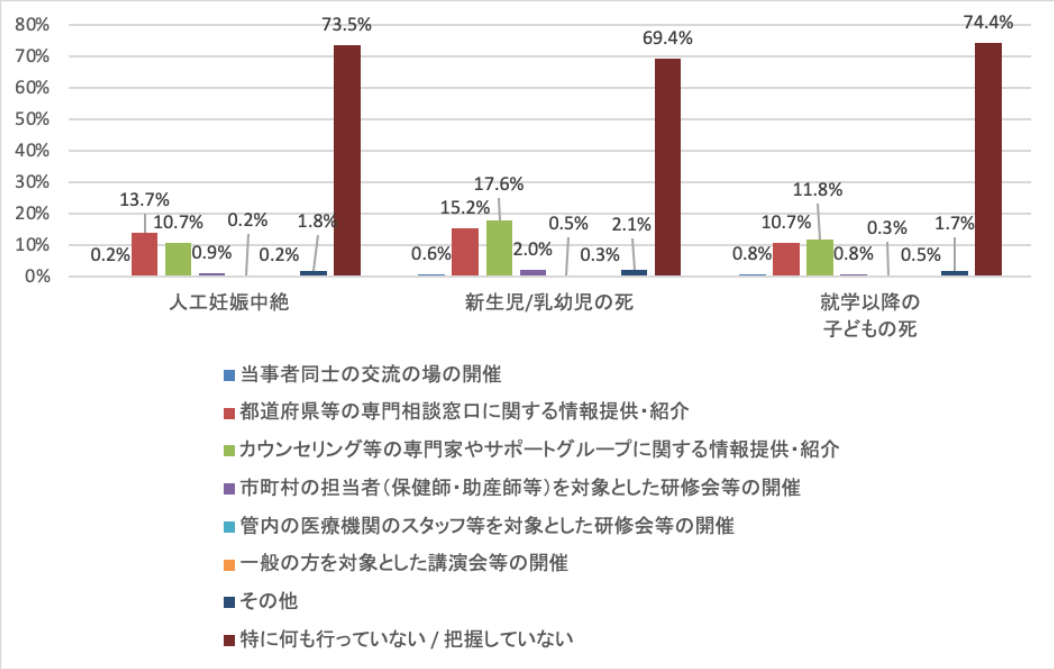


2.3.1.3.それ以外の市町村が実施している取り組み

人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死、いずれにおいても、「特に何も行なっていない/把握していない」が 7～8 割にのぼる。

実施している取り組みとしては、「カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介」が最も多く、新生児/乳幼児の死においては 17. 6%、人工妊娠中絶においては 10.3%、就学以降の子どもの死においては 11.8%が実施しており、次いで「都道府県等の専門相談窓口に関する情報提供・紹介」が、新生児/乳幼児の死においては 15.2%、人工妊娠中絶においては 13.7%、就学以降の子どもの死においては 10.7%が実施している。（図 71）

図 71.相談窓口での個別対応以外に政令市・中核市で実施している取り組み（複数回答）
（n=663）



2.3.2.子どもの死に関係する他の機関との連携

子どもの死を経験した方やその家族を支援する上で、関係する他機関との情報共有・連携のための交流の場の有無を尋ねた（子どもの死に関する交流には限らない）。

“周産期医療機関の産婦人科医・助産師・看護師等”とは、約 8 割の自治体が「（定期的に・必要に応じて）交流の場を持っている」が、そうした場を持たない自治体も一部存在する（表 32）。また、“小児・救急医療機関の医師・看護師等”との交流の場を持つ自治体は周産期医療機関と比較すると少なく、都道府県においては 26.3%が、政令市・中核市においては 30.6%が、それ以外の市町村においては 42.7%が「交流の場は特にない」と回答した（表 33）。

また、都道府県・市町村ともに、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死、いずれに関する“サポートグループ”とも、交流の場を持つ自治体は非常に限られており、9 割以上の自治体が「交流の場は特にない」と回答した（もしくは「無回答」）（表 34～37）。

表 32.周産期医療機関の産婦人科医・助産師・看護師等との情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	18	36	167	221
	比率	47.4%	58.1%	25.2%	29.0%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	14	22	338	374
	比率	36.8%	35.5%	51.0%	49.0%
交流の場は特にない	該当数	4	3	153	160
	比率	10.5%	4.8%	23.1%	21.0%
無回答	該当数	2	1	5	8
	比率	5.3%	1.6%	0.8%	1.0%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 33. 小児・救急医療機関の医師・看護師等との情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	12	9	42	63
	比率	31.6%	14.5%	6.3%	8.3%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	14	33	328	375
	比率	36.8%	53.2%	49.5%	49.1%
交流の場は特にない	該当数	10	19	283	312
	比率	26.3%	30.6%	42.7%	40.9%
無回答	該当数	2	1	10	13
	比率	5.3%	1.6%	1.5%	1.7%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 34.人工妊娠中絶に関連したサポートグループとの情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	0	1	0	1
	比率	0.0%	1.6%	0.0%	0.1%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	2	0	0	2
	比率	5.3%	0.0%	0.0%	0.3%
交流の場は特にない	該当数	33	60	647	740
	比率	86.8%	96.8%	97.6%	97.0%
無回答	該当数	3	1	16	20
	比率	7.9%	1.6%	2.4%	2.6%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 35. 新生児/乳幼児の死に関連したサポートグループとの情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	0	0	0	0
	比率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	3	2	8	13
	比率	7.9%	3.2%	1.2%	1.7%
交流の場は特にない	該当数	31	59	639	729
	比率	81.6%	95.2%	96.4%	95.5%
無回答	該当数	4	1	16	21
	比率	10.5%	1.6%	2.4%	2.8%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 36. 就学以降の子どもの死に関連したサポートグループとの情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	0	0	0	0
	比率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	2	0	4	6
	比率	5.3%	0.0%	0.6%	0.8%
交流の場は特にない	該当数	32	61	638	731
	比率	84.2%	98.4%	96.2%	95.8%
無回答	該当数	4	1	21	26
	比率	10.5%	1.6%	3.2%	3.4%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 37. （都道府県）管内市町村の母子保健担当者/（市町村）都道府県の、子どもの死に関する支援担当者との情報共有・連携の場

		自治体区分			全体
		都道府県	政令市・中核市	その他の市町村	
定期的に交流の場を持っている	該当数	22	1	3	26
	比率	57.9%	1.6%	0.5%	3.4%
必要に応じて交流の場を持っている	該当数	11	4	57	72
	比率	28.9%	6.5%	8.6%	9.4%
交流の場は特にない	該当数	0	54	592	646
	比率	0.0%	87.1%	89.3%	84.7%
無回答	該当数	5	3	11	19
	比率	13.2%	4.8%	1.7%	2.5%
合計	該当数	38	62	663	763
	比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

第Ⅳ章　子どもを亡くした女性や家族を支援するためのツール

子どもを亡くした女性や家族に接する医療者及び自治体担当者に、支援（グリーフケア）を行うにあたって活用してもらうことを目的とし、以下の通り、情報提供リーフレット（2 種）及び支援の手引き（3 種）を作成した。

情報提供リーフレット：

- 流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット
  （A4サイズ・表裏印刷・2つ折りを想定）
- 人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット
  （A4サイズ・表裏印刷・3つ折りを想定）

支援の手引き：

- 産科医療機関スタッフのための
  「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」
- 小児医療機関スタッフのための
  「子どもを亡くした家族への支援の手引き」
- 自治体担当者のための「子どもを亡くした家族への支援の手引き
  － 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死 －」

いずれの資材も、以下のウェブサイトから自由にダウンロードして使用することができる。

- 情報提供リーフレット及び支援の手引きのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

情報提供リーフレット：

■　流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット

（A４サイズ・表裏印刷・２つ折りを想定）

■　人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット

（A４サイズ・表裏印刷・３つ折りを想定）

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・二つ折り）

（表面）



（中面）



人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・三つ折り）

（表面）



日々の暮らしの中で以下のようなつらさを
感じることがあるかもしれません。

- これまで通りの生活を送ることや、人と関わることに難しさを感じる
- これまで普通にできていたことが、上手くできない
- 記憶力や判断力や理解力が低下したと感じる
- 家族の間で、悲しみ方の違いを感じる
- さまざまな場面で、以前のような自信を持てない
- この悲しみが、いつまで続くのだろうと思う
- 自分を責めないではいられず苦しい
- 誰にもこの苦しみを話せない

こうした反応は、「グリーフ（悲嘆）」といって、
大切なななにかを失ったときに生じる、自然な
反応です。その感じ方は、人によって違います。
また、心の痛みが和らぐまでに必要な時間も、
人それぞれです。ご自身のお気持ちに耳を傾け、
どのような感じ方であっても「それでいい」と
認めてあげてください。
ご自分に優しくしてあげてください。

今のつらい状態はずっと続くわけではありません。
必ず、少しずつ変化していきます。
その変化もまた、認めてあげてください。

おうちに戻られたのち、心の不安と共に
身体の不調を感じる方もいらっしゃいます。
少し落ち着いて、医療者に聞いてみたいことも
出てくるかもしれません。
次のようなときは、どうぞご相談ください。

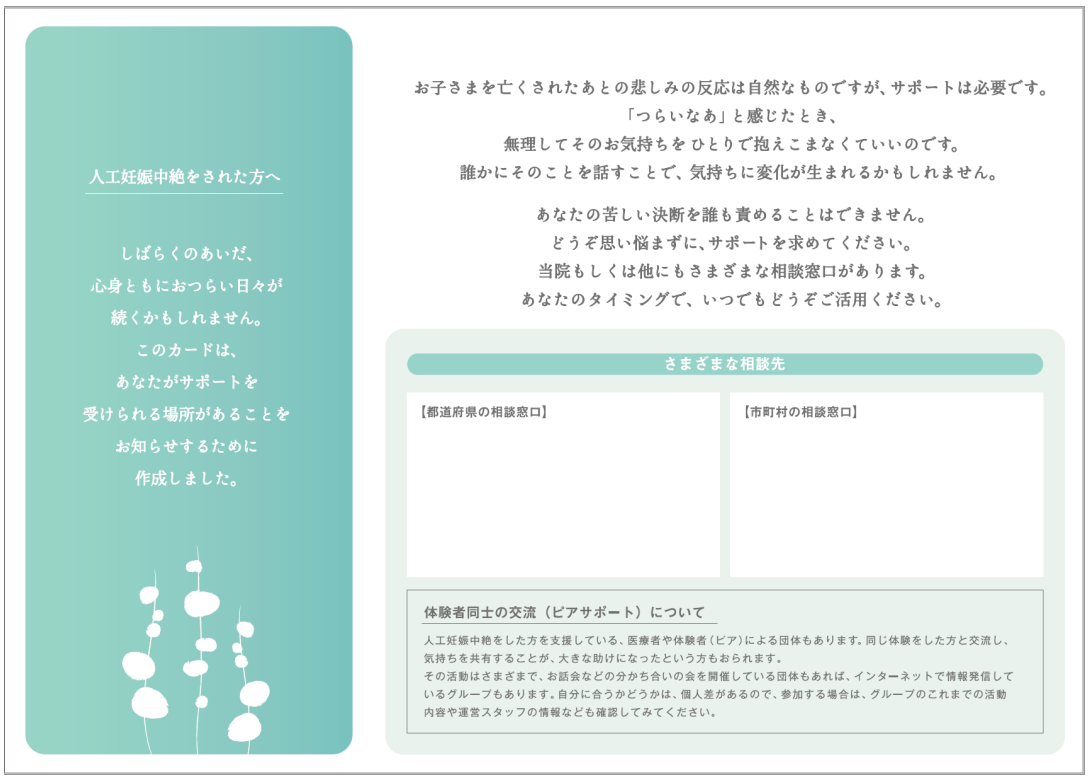
- 悲しみが深く、つらい日々が続き、日常生活のほとんどに影響がある
- 健診日以降、子宮の戻りや身体の不調が気になっている
- 次の妊娠に対する不安がある
- 次の妊娠や出産のことを聞いてみたい・話したい
- その他、あなたが当院からのサポートを受けたいとき

当院へご相談される場合には、以下までお問合せください。
来院される場合には、
担当者がお会いできるよう調整いたしますので
事前にお電話を下さいますようお願いいたします。

受付窓口／担当者	
電話番号	
受付時間	

医療機関
から
お伝え
したい
こと

（中面）



人工妊娠中絶をされた方へ

しばらくのあいだ、
心身ともにおつらい日々が
続くかもしれません。
このカードは、
あなたがサポートを
受けられる場所があることを
お知らせするために
作成しました。

お子さまを亡くされたあとの悲しみの反応は自然なものですが、サポートは必要です。
「つらいなあ」と感じたとき、
無理してそのお気持ちをひとりで抱えこまなくていいのです。
誰かにそのことを話すことで、気持ちに変化が生まれるかもしれません。

あなたの苦しい決断を誰も責めることはできません。
どうぞ思い悩まずに、サポートを求めてください。
当院もしくは他にもさまざまな相談窓口があります。
あなたのタイミングで、いつでもどうぞご活用ください。

さまざまな相談先

【都道府県の相談窓口】	【市町村の相談窓口】

体験者同士の交流（ピアサポート）について

人工妊娠中絶をした方を支援している、医療者や体験者（ピア）による団体もあります。同じ体験をした方と交流し、気持ちを共有することが、大きな助けになったという方もおられます。
その活動はさまざまで、お話会などの分かち合いの会を開催している団体もあれば、インターネットで情報発信しているグループもあります。自分に合うかどうかは、個人差があるので、参加する場合は、グループのこれまでの活動内容や運営スタッフの情報なども確認してみてください。

支援の手引き：

■　産科医療機関スタッフのための
「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」

■　小児医療機関スタッフのための
「子どもを亡くした家族への支援の手引き」

■　自治体担当者のための「子どもを亡くした家族への支援の手引き
－ 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死 －」

（ページ番号や図表の番号は、手引き本体に準ずる）

産科医療機関スタッフのための

流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き

厚生労働省　令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

目次

第Ⅰ章　総論　流産・死産・人工妊娠中絶を経験した家族のグリーフケア

1　はじめに ……1

2　悲嘆（グリーフ）とは……3

2.1　喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応……3

2.2　遺された人が取り組む 4 つの課題……4

3　周産期喪失を経験した女性や家族の悲嘆……7

3.1　流産・死産……7

3.2　人工妊娠中絶……10

3.3　広義のグリーフケア……15

第Ⅱ章　実践編

流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対する支援の手引き

1　流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性や家族への、医療者としての関わり方…17

2　流産・死産を経験した女性や家族に対して医療者が行うケア……19

2.1　流産や死産を経験した女性や家族に支援を行う前に知っておきたいこと…19

2.2　流産や死産の経過、原因についての医学的な説明……21

2.3　どのように子どもを見送りたいか、家族の希望の確認……22

2.4　これから生じるさまざまな感情とその感情への対処の説明……23

2.5　産婦健康診査や検診の活用と自治体との連携……23

2.6　希望に応じたカルテ開示……25

2.7　きょうだいへの説明や対応の助言……25

2.8　次の出産についての相談への対応……26

2.9　ピア・サポートグループや自治体の相談窓口等社会資源の紹介……27

2.10 心療内科医、精神科医等、精神科領域の専門科との連携……28

2.11 病院スタッフによる家族ケア（手紙、家族会の運営等）……29

3　人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対して医療者が行えるケア……30

4　情報提供リーフレットの活用……32

4.1　情報提供リーフレットとは……32

4.2　情報提供リーフレットを渡すタイミング……35

5　医療者のグリーフケア……36

第Ⅲ章　事例集

事例１.神奈川県立こども医療センターにおける死産を経験した方への支援……41
事例 2.埼玉医科大学 総合医療センターにおける
子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）…45
事例 3. 医療法人マミーローズクリニックにおける
周産期喪失を経験した方へのグリーフケア……49

第Ⅰ章　総論
流産・死産・人工妊娠中絶を経験した家族のグリーフケア

1. はじめに

日本における妊娠満 12 週以後の死児の出産数は年間約 2 万人にのぼりますが、そうした死産を含む周産期喪失の悲嘆は、1 年から数年持続するといわれます。令和 2 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」の一環として実施された調査でも、子どもを亡くした後に辛さを感じていた人は、流産や死産の直後で 93.0%、6か月後で 51.2%、1 年経って以降～現在でも 32.2%にのぼり、最も辛かった時期においては、67.8%が日常生活への支障があったと回答しています。

こうした悲嘆は、喪失に適応するための正常な反応ですが、長引き慢性化すると、極度の不安、抑うつ、PTSD などの精神保健上の問題が生じることもあります。ただし、適切な介入・支援によって、問題を軽減することも可能だと言われています。

しかし、流産や死産、人工妊娠中絶といった周産期喪失を経験した母親は、身近な人からの支えがある方もいる一方で、そうした支えを得られないケースもみられます。その一つの要因に、周産期喪失はその命の存在を知る人が少ないこともあり、「社会に認められにくい悲嘆」といわれることがあります。周産期喪失も一人の子どもの喪失であり、その経験の当事者は、その喪失を悼み、悲嘆の反応が生じています。一方で、現状において、周産期喪失を経験した方々は、社会の中で、どこからも充分な支援を受けられないケースが多く、悲嘆を抱えて孤立しがちです。その支援の場として、出産や処置でかかわりのあった病院からの、より適切な対応を望む切実な声が挙がっており、流産もしくは死産、あるいは人工妊娠中絶に立ち会う医療者が、患者の悲嘆の支援に果たす役割は非常に大きいと言えます。

どの妊娠週数の喪失であっても、亡くなった命への敬意をもって、ご家族に接することが望まれます。

【本支援の手引きの位置付け】

この支援の手引きは、流産や死産、人工妊娠中絶による悲嘆と向き合う女性や家族に対して、こうした周産期喪失に立ち会った医療者がどのような支援ができるのか、先行研究や先進的な取り組みをおこなっている医療機関の事例等を踏まえ、参考となる情報をまとめたものです。

第Ⅰ章では女性や家族の悲嘆反応やグリーフケアに関して総論的な内容を解説し、第Ⅱ章では具体的な支援の実践方法などを、第Ⅲ章では具体的な取り組み事例を紹介します。

周産期喪失を経験した女性や家族への支援には一つの正解があるわけではありませんが、本支援の手引きの記載を参考としつつ、まずは各医療機関の関係者で施設の状況に合わせた支援のあり方を、話し合っていただければ幸いです。

2. 悲嘆（グリーフ）とは

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。」と定義されます（Rando，1993）。喪失による悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験するプロセスです。悲嘆は、死のみに起因するものではありませんが、「子どもとの死別」は、特に悲嘆（グリーフ）が強いといわれます。それは、流産や死産、人工妊娠中絶といった周産期の喪失であっても同様です。

周産期の喪失への適応は、当事者である女性や家族一人ひとりによってなされるものです。しかし、女性や家族と接する機会のある医療者のかかわり方や支援の在り方次第で、その経験が長く心の支えとなる場合もあります。一方で、適切でない対応がなされた場合、悲嘆を深めることもあります。

以下、周産期喪失に立ち会った医療者が、女性や家族のグリーフケアを行うにあたって、知っていると支援に役立つ悲嘆反応や悲嘆への適応という考え方について紹介します。

2.1. 喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応

大切な存在を失った場合に生じる悲嘆（反応）は、表 1 に示すようにさまざまなものがあります。こうした悲嘆が生じることは、遺された人が心のバランスを取り戻す過程において一般的な反応ですが、その表れ方（どのような感情や行動が表れるか、表れるタイミング、その強さや継続期間）は一人ひとり違います。

表 1．一般的な悲嘆（反応）

心理的・ 感情的反応	悲しみ、ショック、怒り、罪悪感や自責の念、思慕、 後悔の念や心残り、不安や恐怖、孤独感　など
認知的反応	非現実感、否認、記憶力・集中力の低下、混乱、 論理的な思考が困難になる　など
行動的反応	涙が止まらない、引きこもる、故人を探す、落ち着かない、 過活動、自己破壊的な行動（喫煙や飲酒の増大）、探索行動　など
生理的・ 身体的反応	睡眠障害、食欲不振、頭痛、めまい、疲労、息切れ、震え　など

これらの悲嘆反応が生じるのは正常なことですが、それが通常の範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症する場合があり、その場合は精神科的な治療が必要となることもあります。

さらに、精神疾患を発症しなくとも、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいなど家族の生活に影響することも大いに考えられます。家族メンバーの悲嘆の違いから、家族内にストレスが生じることもあることにも、留意が必要です。このような場合には、家族の生活にも影響が及ぶことがあります。

子どもを亡くした家族の悲嘆

子どもを亡くした親の悲嘆反応としては、「否認」、「絶望」、「統制の喪失」、「罪悪感」、「怒り」、「感情の鈍麻」、「抑うつ」、「身体症状（頭痛や不眠など）」が強く出ることが知られています。また、悲嘆の強い場合には、激しい怒りの感情や、誰かを罰したいと強く願う気持ちなど、複雑な心理状態に陥る場合もあります。これらの感情は、波のように頻繁に押し寄せ、強い精神的落ち込みにつながることも少なくありません。特に流産や死産をした日や、妊娠が分かったとき、胎動を初めて感じたとき、出産予定日だった日など、その妊娠において特別な日は「記念日反応」という形で悲嘆が非常に強く表れやすいといわれます。

子どもとの死別の悲嘆は、感情の波を繰り返しながら、その波の振れ幅が少しずつ小さくなっていくような過程をたどり、長い時間をかけて、少しずつ日常生活にも適応できるようになっていきます。

2.2. 遺された人が取り組む４つの課題

悲嘆に適応する過程（プロセス）については、いくつかの理論がありますが、ここでは、一例として、「悲哀の４つの課題」（J・W・ウォーデン）をご紹介します。

ウォーデンは愛する人の死に適応していく過程で、遺された人が取り組む４つの課題（悲哀の４つの課題）を表２のように整理しています。

表 2.ウォーデンの悲哀の４つの課題

第１の課題	喪失の現実を受け入れること	• その人が亡くなって、もう帰ってこないという現実と正面から向き合う（知的な受容だけでなく、情緒的にも受容できることも必要） • 葬儀などの伝統的な儀式は、多くの遺族を死の需要へ導く助けとなる
第２の課題	悲嘆の痛みを消化していくこと	• 悲嘆の苦痛を認め、乗り越える • この苦痛を避けたり、抑圧し続けたりしていると喪の過程を長引かせることになる
第３の課題	故人のいない世界に適応すること	• 故人の担っていた様々な役割を果たし、また、故人との関係性やそれまで感じていた世界において感じていた、自身や世界に関する認知の仕方を修正する（外的適応、内的適応、スピリチュアルな適応）
第４の課題	新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見出すこと	• 心の中の適切な（遺された人がこの世界でしっかり生き続けることを可能にする）場所に個人を位置付ける

喪失の事実を認めないことや悲嘆を避けることは、かえって悲嘆を長引かせ、慢性化させます。

また、これらの課題は必ずしも段階的に取り組むべきものではなく、悲嘆に適応するために必要な長い時間の中で、前後することもあれば、繰り返されることもあり、少しずつ達成されるものです。

こうした悲哀の課題を知っておくことは、喪失を経験した家族がどのような精神状態にあるのかを想像する上で、助けになります。支援する側は、喪失を経験した家族が今どの課題に直面しているのかを理解し、悲哀の過程を阻む要因を検討し、必要な支援を行うことが重要です。

喪失への適応の過程はいつ終了するのか

喪失への適応の過程は長期にわたるプロセスです。悲嘆以前の状態に戻ることが到達点ではありません。亡くなった人は戻らず、その悲しみが終わることもありません。ただ、悲しみの形態は変化しつづけていきます。「故人のことを苦痛なく思い浮かべることができる」ことは、この過程が終盤に向かっていることを示す指標の一つとされます。悲しみの性質が変わり、悲嘆反応を伴わずに故人を思い浮かべられる、そして、今の人生と生活に再びエネルギーを注げるようになったとき、ようやく喪があけたといえるのではないでしょうか。（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）

【第Ⅰ章　2.悲嘆（グリーフ）とは　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　－　臨床実践ハンドブック, 2011
- 瀬藤 乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア, 心身医 44(6), 395-405, 2004
- 坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ，2010

3. 周産期喪失を経験した女性や家族の悲嘆

3.1. 流産・死産

流産や死産はひとりの子どもの喪失であり、そこには、死別の悲嘆が生じます。一方で、流産や死産は「社会に認められにくい喪失」といわれます。特に、初期であるほどその命の存在（妊娠・出産の事実）を知っている人も少なく、また、家族も胎児を失ったことを人に話すことに躊躇を感じます。悲しみを人と分かち合えない、または、理解してもらえないということは、大変苦しいことです。胎児の存在と、その経過を知る医療者に、その辛さや苦しみを理解して欲しいと感じる女性も多くいます。医療者は、そうした状況も踏まえ、その女性が大きな喪失を体験しているという事実を認識して対応しましょう。「よくあることだから」という（流産の確率が比較的高い事を暗示する）表現や、将来の妊娠の可能性にのみ焦点をあてて話をすることで、今回の喪失の話題を避けたり、死別を軽く扱ったりしないことが大切です。

また、一般的に、悲嘆反応として「怒り」や「罪悪感」、「自責の念」が表れることがありますが、流産や死産においてはその死が自分の胎内でおきたことであるため、無念の矛先が自分に向かい、強い自責の念を抱く方が多く、（原因不明で決して母親のせいではない場合であっても）どうして助けられなかったのかと自分を責めてしまうことがあります。

さらに、パートナーとの悲しみ方の違いに温度差を感じ、苛立ちを感じる女性もいます。流産をすると、女性も男性も悲嘆に陥りますが、そもそも悲嘆には個人差があり、以下「父親と母親の悲嘆反応の違い」で述べるように、男性と女性で、悲嘆反応やそうした悲嘆への対処の方法が違うことも原因のひとつです。母親に比べれば、妊娠中男性は父親としての感覚に乏しく、子どもを抱っこして初めて父親だと実感したという方もいます。それに加え、流産や死産の場合は、パートナーは女性や子どもに何もしてやれなかったという無力感を抱きがちです。さらに、社会は男性に女性を支えることを期待するので、男性は自分までも落ち込んでいてはいけないと考えて、気丈に振る舞う場合があります。しかし、女性の側からするとそれが思いやりのない態度と誤解されるかもしれません（たとえば、「前を向こう」といった言葉や、すぐ次の妊娠を望む言葉なども、女性を傷つける場合があります）。夫婦で、その時々の気持ちを率直に話せる事が大切ですが、喪失の直後には難しいこともあるかもしれません。焦らず、話せるときをゆっくりと待つ必要があります。

父親と母親の悲嘆反応の違い

家族であっても、子どもを失った悲嘆の表れ方やその経過は一人ひとり違います。悲嘆への対処（コーピング）においても、父親と母親双方に共通する方法もある一方で、「泣く」、「喪失について話す」「喪失や悲しみについて書く」、「同じ体験をした人を探す」、「体験記を読む」、「自助グループに参加する」、「一人でいる」などは、性別による傾向の違いも見られるようです。

こうした悲しみ方の違いは、ときにパートナーとの関係を悪化させます。例えば、自分が悲しみにくれているときに、パートナーが仕事に打ち込むなど、日常生活を取り戻しているように感じたら、違和感をもつかもしれません。しかし、パートナーは、子どものことを忘れてしまったわけではなく、仕事に打ち込むことで悲しみを紛らわすという、その人なりの悲しみへの向き合い方であるのかもしれません。

死別による悲嘆や適応の過程は、極めて個人的で一人ひとり異なるものです。お互いの悲嘆の形を認め合いながら生活していく事が大切です。

医療者はこうした点を理解し、それぞれの体験を尊重するとともに、家族一人ひとりの理解を促していくことも、穏やかな家族関係を保つために必要な支援といえます。

きょうだいへの影響

お腹の赤ちゃんの死は、家で待つ子どもたちにとっては目で確認できない喪失であるかもしれません。両親は、きょうだいが幼い場合、赤ちゃんの死を伝えることによって、悲しみを与えてしまうので可哀そうだと考える場合もあります。けれども、年齢や発達段階によりますが、きょうだいなりに死を感じ取っている場合に、きちんと話をしてもらえないと「仲間外れにされた」と感じ、疎外感や不信感を抱くこともあります。さらに、きょうだいも、お腹の赤ちゃんを待ち望んでいたかもしれません。正直に話しをしてもらえないことは、きょうだいとして悲しむことが認められない状況を生じさせて、子どもたちを余計に苦しめてしまうかもしれません。

両親がきょうだいに伝えるかどうか迷っている場合、医療者にはこれらの情報提供をし、ご両親の意思決定を支える役割があります。

喪失の直後には赤ちゃんの死をきょうだいに直接伝えることが難しいかもしれません。そのような場合でも、親しい家族や友人を通して、何が起こったのか、なぜ両親が泣いているのかを説明しておいてもらうとよいでしょう。そして、両親の感情が比較的落ち着いている時などに、両親がきょうだいと向き合うことが大切です。

一方で、両親が赤ちゃんを失った強い悲しみの中にある時は、きょうだいの子育てもつらくなることがあります。遺されたきょうだいの悲嘆ケアまで配慮できないこともあるかもしれません。また、赤ちゃんの死はきょうだいにも影響し、行動面での変化があらわれてくることもあります。両親を支援する医療者は、きょうだいがいる

場合には、彼らの状態や両親との関係性を把握し、親たちの抱える困難に理解を示しつつ、きょうだいたちとの関わりを支えていく事も支援といえます。

亡くなった子どものことを、小さなきょうだいにどのように話していいかわからず、躊躇する家族も多く、その様な場合に相談にのることも医療者にできる支援ではないでしょうか（「第Ⅱ章 2.7.きょうだいへの説明や対応の助言」（P25～）参照）。

祖父母等へのケア

悲嘆に直面し、支援が必要なのは、両親、きょうだいだけではありません。祖父母等も含めた他の家族も、子どもが産まれてくるのを楽しみにし、その喪失に落胆しています。また、祖父母にとっては、流産や死産で、我が子が辛い思いをしていることも、大変辛い出来事です。祖父母も異なる立場で悲嘆を経験していることを理解し、機会があれば、その大切な我が子に対してどのように接すればいいのか（励ましているつもりでも傷つけてしまう行動や言動についての情報提供など）を伝えることも、医療者が提供できる支援のひとつとなるかもしれません。

流産や死産におけるグリーフケアは、母親や父親、きょうだいだけでなく、家族全員に対する配慮が必要となります。

【第Ⅰ章　3.1.流産・死産　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　-臨床実践ハンドブック
- 古内耕太郎、坂口幸宏：グリーフケア- 見送る人の悲しみを癒す- ～「ひだまりの会」の軌跡～
- 瀬藤乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア（心身医・2004 年６月・第 44 巻　第６号）

3.2. 人工妊娠中絶

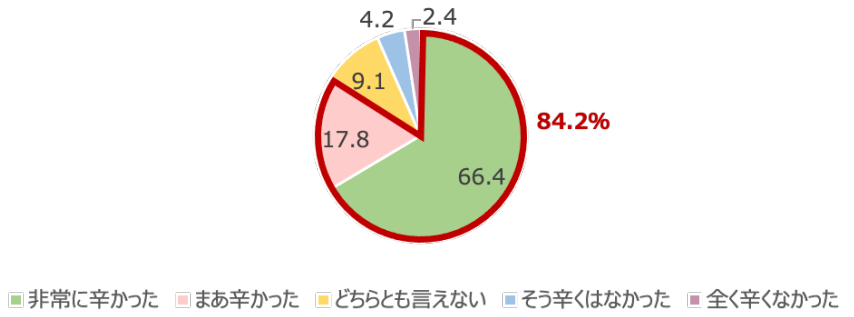
人工妊娠中絶は、「話すことのできない悲嘆」といわれます（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）。中絶の経験は本人にとっては公に話しにくい事柄であり、周囲もそれを慮り、そっとしておこうとしたり、何事もなかったかのような態度を取ったりしがちです。

人工妊娠中絶は、理由の如何にかかわらず、限られた時間内での意思決定があります。また、最終的には、このことを自分（たち）が決めたということを抱えていく体験です。この経験をした方の悲嘆は深く、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」や「自分を責めてしまうこと」をはじめとする罪悪感や、子どもを想う気持ちを持つことも許されないのではという葛藤や辛さを感じ、なかなか他者に話すことが難しい状況にあるといわれます。

令和３年度実施の「過去５年以内に人工妊娠中絶を経験した女性 824 名を対象としたインターネット調査」からも、そうした実態が明らかとなりました。以下、いくつかのデータをご紹介します。

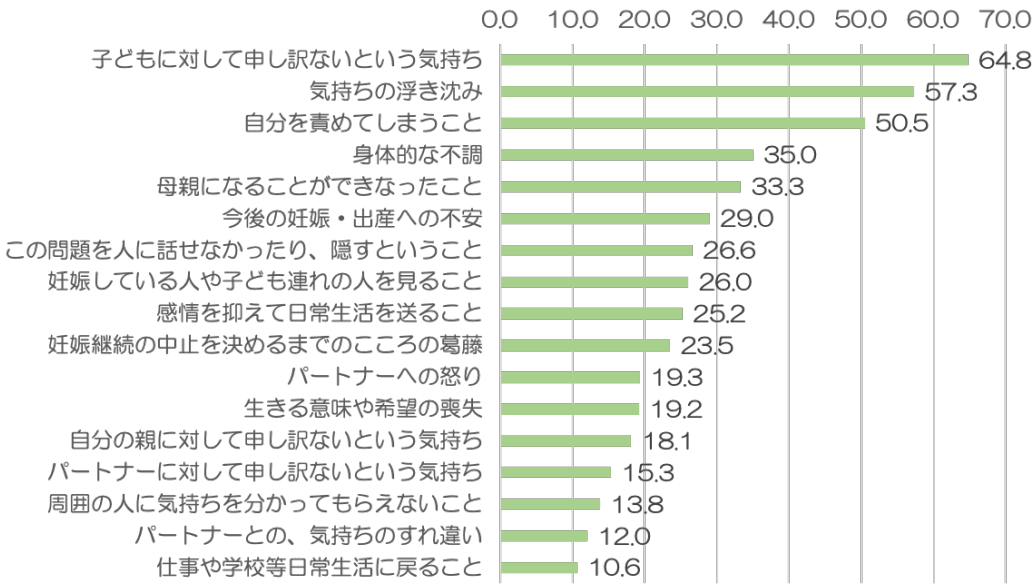
- “人工妊娠中絶を経験した直後”においては、84.2%が「（非常に～まあ）辛かった」と回答した（図 1）。

図 1. 人工妊娠中絶をした直後の辛さ（n=824）



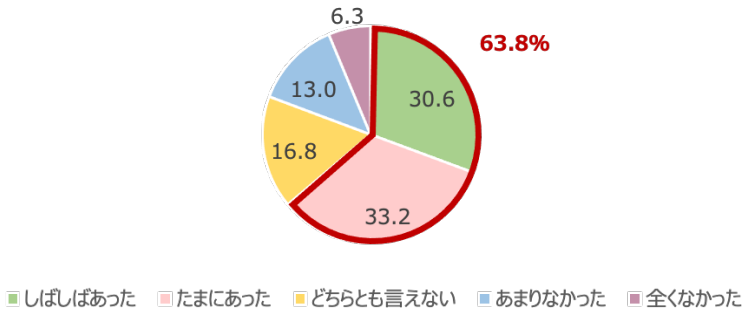
- 人工妊娠中絶をした直後に感じた辛さとしては、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」（64.8%）や「気持ちの浮き沈み」（57.3%）、「自分を責めてしまうこと」（50.5％）をはじめとして多岐にわたり、「今後の妊娠・出産への不安」との回答も 29.0%にのぼる（図 2）。

図 2. 人工妊娠中絶を経験した直後にどのような辛さを感じていたか（n=824：複数回答）



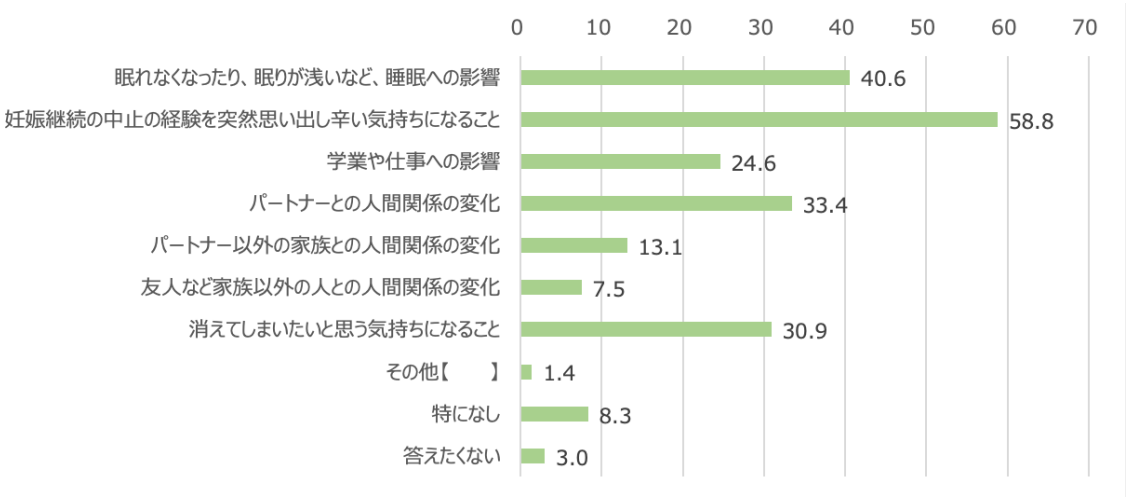
- 人工妊娠中絶に関連して、「最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか」を尋ねたところ、日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」と回答したのは 63.8%にのぼる（図 3）。

図 3. 最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



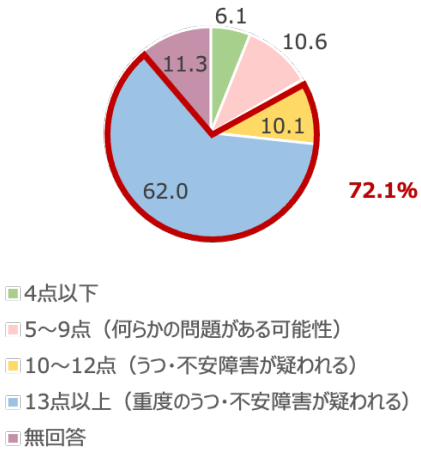
- 人工妊娠中絶に関連して、最も辛かった時期にあったこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出し辛い気持ちになること」（58.8%）、「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9%）などが挙げられた（図 4）。

図 4. 最も辛かった時期、次のようなことはあったか（複数回答）
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



- 最も辛かった時期における精神的な問題の程度を、K6尺度*を用いて測ったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」は 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」は 62.0%にのぼった（図 5）。
  （注）本来は過去 30 日の精神状態について尋ねるもの

図 5. 最も辛かった時期における、K6（心の健康チェック）の値
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



＊K６尺度とは：

Ｋ６は米国の Kessler らによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の６つの質問について５段階（「まったくない」（０点）、「少しだか」（１点）、「ときどき」（２点）、「たいてい」（３点）、「いつも」（４点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

出典：厚生労働省 HP（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html）

- 人工妊娠中絶の直後の辛さについて、誰かにつらさを相談した人は 44.2%にとどまった（図 6）。相談しなかった理由としては、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）などが挙げられた（図 7）。

図 6.“妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて誰かに話したり相談したりしたか
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

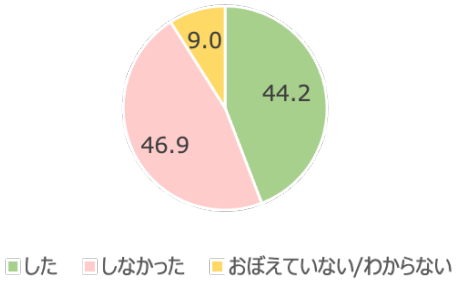
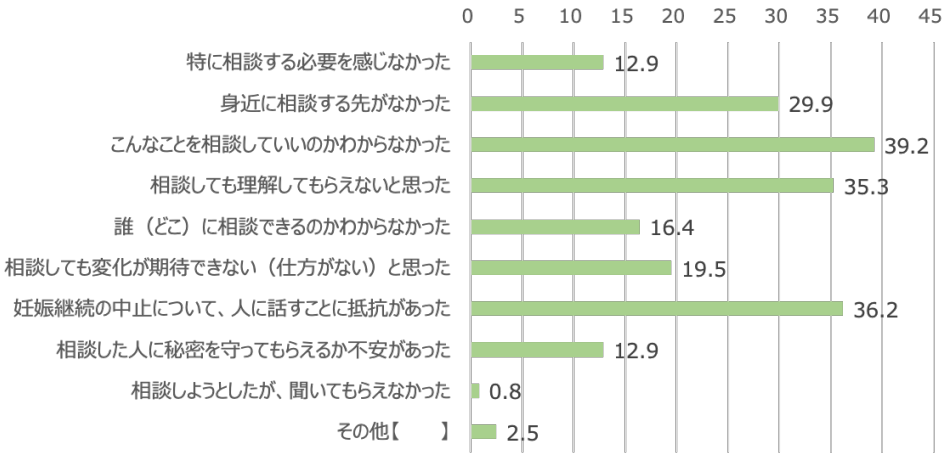


図 7. 誰にも相談しなかった理由（複数回答）（n=365：相談「しなかった」人）



人工妊娠中絶を選択した方が抱える事情はさまざまであり、求められる支援も、状況によって異なるでしょう。ただ、データが示すように、人工妊娠中絶を経験した方の多くが辛さを感じていること、また、辛さを感じつつも誰にも相談できないでいる方も多く存在することを理解し、寄り添っていただければと思います。

【第Ⅰ章　3.2.人工妊娠中絶　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　– 臨床実践ハンドブック, 2011
- 管生聖子：死んでしまうことはもうわかっている」わが子を「産む」母親の語りの分析, 心理臨床学研究 38(5), 400–410, 2020
- 管生聖子：人工妊娠中絶をめぐる心のケア –周産期喪失の臨床心理学的研究（2022）、大阪大学出版

3.3. 広義のグリーフケア

グリーフケアは、「喪失後における支援」と受け取られがちですが、広い意味では「家族への直接的、意図的な支援だけではなく、（患者の）死の前後を問わず、結果として家族の適応過程にとって何らかの助けになる行いのこと」（坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ）を指します。

流産や死産といった周産期の喪失においては、「家族が、赤ちゃんとどのように出会ってお別れをしたいのか、その対面の中で、どのようにいい思い出を作れるのか」といったケアも、家族が悲嘆に適応していくための非常に大切な支援です。人工妊娠中絶においても、来院時から処置を終えるまでの時間も含めて、医療者がどのように患者に寄り添えるかによって、その後の患者の気持ちも大きく影響されることが示されています（蛭田明子，石井慶子：人工死産を選択した両親の認識に基づく支援の課題とニーズ）。

グリーフケアは、喪失後の特別なケアではなく、診療・治療の中で、患者や家族とどのように向き合っていくかという問題だといえます。

【第Ⅰ章　3.3.広義のグリーフケア　参考文献】

- 坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ，2010
- 蛭田明子，石井慶子：人工死産を選択した両親の認識に基づく支援の課題とニーズ，第 36 回日本助産学会学術集会，オンライン開催，2022/3

悲しい出来事の中での幸せな時間

聖路加国際大学　/　天使の保護者ルカの会　蛭田明子

周産期の喪失は、それがどのような経緯であれ、親にとっては衝撃的な出来事です。予期せず子どもを亡くす、あるいは自ら亡くすことを選択するということが、どれほどのダメージを両親に与えるか。その悲しみや苦しみを想像するだけで、どのように両親を支えたらよいか、足がすくむことがあるかもしれません。

天使の保護者ルカの会でご両親が語る医療者に求めることは、しかしとてもシンプルです。例えば、アンケートには以下のようなことが嬉しかったこととして挙がっています。

- 「助産師さんがずっとついてくれて、一緒に泣いて下さったことが嬉しかったです。」
- 「亡くなった我が子をかわいいと言って、生きている赤ちゃんと同じようにスタッフの方々が抱っこしたり、着かざって下さったことは、とてもうれしく温かい気持ちになりました。」
- 「病室では死産でしたが、私達の心境を汲み取って、無事に生まれた赤ちゃんの夫婦として扱ってもらったことが、辛かった状況で唯一の幸せな時間でした。」
- 「私達夫婦は、出産時にカンガルーケアをさせてもらえるなど、幸せな時間をもつことができました。辛い決断も幸せな記憶があれば乗り越えられると思うので、そういう事をより考えてもらえるケアが増えてほしいと思う。」

これらの声にあるように、「嬉しい気持ち」「温かい気持ち」や「幸せな時間」は、のちのち両親が自分達の喪失のストーリーを語り直す際に、苦しい中で心が緩む語りを生み出します。悲しみを支えると意気込まなくても、まず一人の親として子どもとの出会いと別れの温かい時間の演出に心を砕くことが、よいグリーフケアにつながるように思います。

もちろん、子どもとの関係をどのように結ぶことがその両親にとってベストかは、医療者が決めることではありません。けれども、今両親がどのような気持ちでいるのかを分かろうとそばにいること、ゆっくりと話を聴いて何を求めているかを話し合うこと。こうした丁寧で真摯な姿勢で支えようとする姿勢そのものが「嬉しい気持ち」の源となることは、どの両親にも共通することだと思います。

第Ⅱ章　実践編
流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対する支援の手引き

1. 流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性や家族への、医療者としての関わり方

周産期グリーフケアはちどりプロジェクト　共同代表（助産師）　遠藤佑子

周産期の現場で突きつけられる告知や死別は、喜びと悲しみの落差があまりにも大きく、母親に衝撃を与えます。そんな時、母親にとって、子どもの存在を知る医療者は、悲しみを分かち合える貴重な存在になります。一方で医療者は、専門家の責務から気丈に振る舞わなければと考え、赤ちゃんの死を目前に悲しみを堪え、医療者として果たせる役割を模索します。突然の告知や死別の場面での対応に、ただ１つの正解もマニュアルも存在しません。そんな中で私たちは、統計データを示し“よくある事”だと慰めようとしたり、自責を嘆く相手に“誰のせいでもない”と説得、もしくは喪失直後から次の妊娠に向けた説明をして励ましたくなるかもしれません。悲しみの中にある相手が、前を向けるようにと思って掛けた言葉や説明であっても、残念ながらこのような関わりは、大切な子どもの存在を軽視、あるいは母親に子どもを忘れるよう強要していると感じさせてしまうことがあります。結果、母親は誰もこの辛い気持ちをわかってくれないと捉え、絶望し孤独に陥ります。母親とご家族は、医学的説明の前に、まずこの辛い気持ちに寄り添って欲しいと願っています。

死を前に医療者が強い敗北感や無力感を抱くことも事実です。何と声を掛けたらいいのか戸惑うことがあるかもしれません。医療者も人間ですから当然です。ならばありのまま、医療者である前に１人の人間として、目の前の母親、ご家族と赤ちゃんの死に向き合いませんか？一番大切なことは、辛い現実に苦悩する相手とともに、等身大で向き合うことです。まず相手の気持ちを受止めようとする姿勢が大切です。どうすることもできない苦悩に直面する相手が、あなたに気持ちをわかってもらえたと実感することは、孤独を防ぎ、苦悩に向き合う力になります。他者を100%理解することは不可能だとしても、相手へ関心のまなざしを向け、諦めずに何とかしたい・わかりたいと願う気持ちは、あなたが対象と向き合う姿勢に表れ、そのまま伝わります。相手の深い悲しみから目を背けず向き合うことが、無力な私

たちにできる微力だけれど大きな意義を持つ関わりになります。掛ける言葉や関わる時間の長さに捉われることなく、ありのまま等身大で、恐れずに苦悩者とともにあり続けること（伴走）が、人と人との心通う真の寄り添いになると信じています。

悲しみを抱えて生きてゆく人をささえるために

お空の天使パパ＆ママの会（W.A.I.S）代表/公認心理師　石井 慶子

小さな命の死に際して、その命の存在を知った人達は、その体験を痛ましく思い、接してくれるかもしれません。しかし、それはあまり長い期間にはわたりません。親たちは、死別の体験からの悲しみにつづいて、周囲から命の存在が忘れられてくことにも悲しみを感じていきます。私たちの活動で出会った親たちの多くは、こうした悲しみについて話す場を求めていました。

この手引きで示されているように、親たちは、長い期間（人によっては生涯）にわたり、こうした死別の痛みをかかえていくことになります。日常生活への影響は、時間の経過とともに変化しますが、初期には様々な困難があります。何かのきっかけで、突然気持ちが深く落ち込むこともあります。このような不安定さ自体も、不安を引き起こします。

こうした際の支援を求めて、死別を体験した親たちは相談にやってきます。彼らが求めているのは、今現在の困りごとを話す場だけでなく、亡くなった命についてと死別後に体験をしてきたことをも話せる場所です。医療機関・自治体で、このグリーフの相談に関わる担当者には、これらのことを、まず理解していただきたいと思います。

支援に関わろうとする人びとからは、よく、「傷つけない言葉とは？」という質問を受けます。死別による衝撃により、そもそも傷つきやすくなっている人たちとのコミュニケーションは、非常に難しいことでしょう。そして、辛い体験をしたひとをこれ以上傷つけたくないという想いは、支援者として大切なことです。

しかし、「言葉」以前に、支援する側に必要なことがあるのではないかと私は考えています。親たちには、その場に来るまでに抱えてきたつらい時間と児への想いがあります。また、相談の終了後には、それから長く抱えて過ごしていくかもしれない悲しみの世界（時間）があります。対面する際には、これらのことを念頭におき、それぞれの個別の状況をしっかりと傾聴し、今おかれた環境や相談後に過ごしていく人生を想像し、丁寧に対応していただけたら、相談者との関係に変化がうまれるかもしれません。このような眼差し・対応があれば、「傷つける意図が無いこと」は、相談に訪れた人に伝わるのではないかと思います。

2. 流産・死産を経験した女性や家族に対して医療者が行えるケア

流産や死産を経験した女性や家族は、大きな悲嘆と直面することとなります。その悲嘆は、心のバランスを取り戻す過程において正常な反応であり、本人が向き合い対処しつつ、時間をかけて適応していくものです。

一方で、こうした喪失前後における、医療者の女性や家族との関わり方や支援が、その後の悲嘆過程に大きく影響するといわれています。医療者の不適切な対応は、悲嘆をさらに深めることになる可能性があります。悲嘆を経験している方にとっては、以下、「2.1.流産や死産を経験した女性や家族に支援を行う前に知っておきたいこと」に示す通り、話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方をありのままに受け入れてもらえること、さまざまな感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）を表出できること、十分に悲しむ時間・話す時間を持てること、が必要とされています。日々の女性へのケアや家族との関係の中で、そうしたニーズを満たせる、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供できることが望まれます。また、グリーフケアにあたっては、女性だけでなく、喪失を抱えた家族全体をケアするという視点が不可欠です。

以下では、周産期喪失に立ち会った医療者が、どのように女性や家族を支援する事ができるのか、具体的にご紹介します。

2.1. 流産や死産を経験した女性や家族に支援を行う前に知っておきたいこと

喪失や死別を体験し、強い悲嘆を抱えている人に初めて会い、支援を行う際の基本的な姿勢として“無理に聞き出そうとしない”、“語られる内容にゆっくりついていく”ということがあげられます。

人は悲しむ人を前にすると、何とか援助しようと「がんばって」、「しっかりしなさい」、「若いのだから、また次が…」など“励ましの言葉”をかけたくなりますが、そのような家族や家族を励まそうと思って発した言葉が、逆に傷つけてしまうことがあります。家族や家族は周囲の心ない言葉に傷つきながらもそれに反発する気力もなく、逆に言われるようにできなかった自分やそうでない自分を弱い人間だと思い、自分を責めてしまうこともあります。（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

「あたらしい人生に進まないとだめ」などのアドバイス、「あなたががんばらないとだめ」などの適応の鼓舞、無礼な態度、「見た目より元気」などの過小評価、「あなたの気持ちはわかります」と家族の感情を理解したような表現や態度は、『役に立たない援助』と言われています。逆に、安心感を与える援助には「関

心をもって受け止める」、「そばにいる」などがあります（大西秀樹：サイエンスとアートとして考える生と死のケア）。女性や家族が「わかってもらえる」「そのままを受け入れられている」という実感が得られるように接することが大切です。

グリーフケアのポイント（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

① その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢をもつ（受容と共感）
② 今の状態（悲嘆反応）は自然な反応であることを伝える
③ 感情表出を支える（語ること・泣くことを支える、怒りを受け止める）
④ 感情を語ることに抵抗感をもっている人には語ることを強要しない
⑤ ”いま”という言葉を使いながら対話することで、いまを生きられるように支援する（いま、亡くなったお子さんにどんな言葉をかけてあげたいですか）
⑥ 身体および精神症状を把握する

悲嘆の反応には個人差があり、中には、今回の死についての話についてなかなか触れたがらない女性もいるかもしれません。とてもショックが強くて、言語化できない場合もあります。苛立ちもあるかもしれません。そのようなときに、無理に話させようとすることは適切なコミュニケーションではありません。その人がその人なりのペースで話すのを待つような対応が求められます。沈黙の時間も必要な場合がありますので、対話には時間をかける必要があります。

また、他者の強い悲嘆に触れる経験は、支援者にも負担が生じることがあります。「第Ⅱ章　5.医療者のグリーフケア」（P36～）に示すように、担当者自身のためのケアが必要であることにも留意すべきです。

2.2. 流産や死産の経過、原因についての医学的な説明

医療者、特に医師が行う重要な支援の一つは、流産や死産の経過や原因についての医学的な説明を尽くすことです。

流産や死産を経験した方は、「なぜ」自分の子どもが生まれることなく生を終えたのか、多くの問いを抱きます。その問いは、喪失に向き合う中で生じる自然な問いであり、両親の多くはその死の意味を考え続けます。必ずしも、全ての問いが医学的な説明を求める問いではないこともありますし、医学的に答えられない問いもあります。しかし、必要な時には、女性や家族が納得するまで、丁寧に説明を尽くすことが、医療者がすべき対応です。

特に、流産や死産に関して、「もっと早く受診していれば」、「もっとこうしていれば」と、自分を責め、罪悪感に苛まれる女性も多くいます。罪悪感の多くは不合理な思考で、実際はどうであったか、現実を理解することによって心の負担が軽くなることがあります。医学的説明は、そのための大きな支援となります。

出産直後だけでなく、少し時間が経ってから質問したいことが生まれることもあるため、一度の説明で完了とはせず時間を置いて対応する機会をもつ事もグリーフケアとなります。

2.3. どのように子どもを見送りたいか、家族の希望の確認

周産期の死（特に死産）において、「家族が、赤ちゃんとどのように出会ってお別れをしたいのか。そうした対面の中で、どのようにいい思い出を作れるのか」といったケアが重要であるのは、「Ⅰ章 3.3 広義のグリーフケア」（P15～）で触れた通りです。施設において、どのような対応が可能なのか、あらかじめ検討しておくとともに、予見される死産などの場合は、事前に家族の希望を十分に聞いて見送り方を相談する時間を設けましょう。

日本助産学会によるガイドラインでは、死産後の母親や父親・家族に対して、その気持ちに配慮しつつ、面会・抱っこ・写真撮影・記念品づくりのうち１つ以上を提案し、話し合うことが推奨されています。赤ちゃんと一緒に過ごした時間は、家族にとってその後の悲嘆を支えるとても重要な思い出となります。一緒に寝たり、歌を歌う、本を読み聞かせる、沐浴やおむつ替えをする、乳房を口に含ませるなどの生きている子どもと同じような育児をする時間を、両親が希望するだけ持つことができるように支援してください。家に連れて帰り、親子で川の字で寝る、家の中や家の周囲を散歩するなどの時間もとても貴重な思い出の時間となります。火葬をいつまでにしなければいけないという決まりはないことも、事前にお伝えするとよいでしょう。

赤ちゃんに関する思い出の品、例えば赤ちゃんと両親が一緒に過ごしている様子を撮った写真、手型・足型や一房の髪、ネームバンドや母子手帳、お腹の中の胎児のエコー写真なども、火葬の後、赤ちゃんの姿が目の前にいない悲しみの時にとても役に立ちます。なにより、これらは赤ちゃんが生きていた証として、非常に重要な意味を持ちます。

ただし、多くの研究から、このように思い出の品を残すことは両親にとって非常によかったケアとして受け止められていることが示されていますが、亡くなった子どもとどのような時間を持ちたいかは、個人によって感じ方がさまざまです。死産であれ、人工妊娠中絶であれ、どのような喪失の経緯であっても、このように思い出の時間や品を残すことを強く希望する方もいますし、希望しない方もいます。家族が抵抗を示す場合には、押し付けにならないように配慮してください。一方で、子どもとの過ごし方や思い出の品について、本人から何も希望の表出がない場合、やりたいことがあっても医療者に遠慮して言えない家族や、何ができるか思いつかない家族もいます。希望を言いやすいような環境や機会をつくること、「こういう方もいますよ」と時には選択肢を示して背中を押すことも、重要な支援の要素です。そして、家族の気持ちは変わることがあり、最初はいらないと思っていても、あとからほしくなることがあることにも配慮が必要です。

2.4. これから生じるさまざまな感情とその感情への対処の説明

流産や死産を経験した女性や家族は、その喪失への適応の過程を経ていくことになりますが、喪失の体験やその悲しみは一人ひとり異なります。悲しみの感じ方や、そのプロセスもさまざまです。「これからさまざまな感情が生じるかもしれないこと、その表れ方は人によって違うこと、どのような気持ちを感じたとしても、その気持ちを否定しなくていいこと」を伝えておくことは、予期的な支援の一つとなります。

また、流産や死産という出来事は、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいとの生活にも大きく影響します。家族であっても、悲しみの表れ方や対処方法がそれぞれ異なることについても、医療者から伝えておくとよいでしょう。

子どもを亡くしたことによる悲嘆には、家族全員が直面します。そのため、悲嘆の経過で起こりうる反応等についての説明は、女性だけではなくパートナーや、家族の身近な存在である祖父母など、家族の誰に対しても行うことが望まれます。

「4.情報提供リーフレットの活用」（P32～）で紹介する、情報提供リーフレットにも、こうした情報が掲載されており、それを渡すことで、流産や死産を経験した女性だけでなく、その場にいない家族へ伝えることも可能となります。

2.5. 産後の健康診査や検診の活用と自治体との連携

流産・死産を経験した女性に対しては、処置後/産後の検診・健診を実施しているかと思いますが、令和３年５月 31 日付で「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」（平成 17 年８月 23 日付雇児発第 0823001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）が改正され、産婦健康診査事業の対象者に、流産や死産を経験した女性も含まれる旨が明確化されました。このことの意義は、流産・死産で子どもを亡くしていても母子保健サービスの対象から除外されない、継続してフォローの対象であることを明記したことにあります。

産婦健康診査や検診の場は、流産・死産をした女性にとって、その後の身体の状態を確認してもらうだけでなく、喪失の経緯を知る医療者に、自分の状況や抱える辛さを話せる貴重な機会です。女性が辛い気持ちを抱えているかもしれないことを十分に踏まえた声かけをしてください。

一方で、健診の環境や対応に配慮しなければ、かえって悲しみを深くすることがあります。以下のような配慮をしつつ、十分に時間をとって、ゆっくりと話を聴くことのできる体制を整えることが望まれます。そして、女性が自分の辛さを語る際には、女性の気持ちを受け止め、寄り添う姿勢が医療者には求められます。

産婦健康診査や検診において求められる配慮

- お腹の大きい妊婦や赤ちゃんの姿を目にしたり、泣き声を聞くことがないように、健診・検診の日程や時間帯、場所を工夫する
- 診察で終わりとせず、医師または助産師がその後に個室で話を聴くことができる体制（場所、時間、人員）を整える
- 次の外来などの予約を希望するかどうかを確認する

なお、産婦健康診査の際、精神状態のチェックに使われるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等へ回答することは、流産・死産を経験した女性の負担となる可能性もあることに十分に留意が必要です。使用する場合は、以下のような慎重な配慮が求められます。

EPDS の実施において求められる配慮

- 使用する前に、使用する理由・趣旨について十分に説明し、理解と承諾を得る
- 極力診察後の面接の中でコミュニケーションをとりながら回答してもらうようにするなど、気持ちの負担への配慮をする
- 回答時に同席できない場合には、質問紙を機械的に渡すのではなく、その後に必ずこの質問紙をもとに今の気持ちを伺うこと、回答することが辛い場合には無理に回答しなくてもいいことを伝える（質問紙に明記する）
- EPDS の結果が高得点で、悲嘆反応が非常に強い場合や、長期にわたる場合などは、本人の希望を確認した上で、自治体と連携し継続フォローに繋げる

流産や死産をした女性の心身の状態については、（本人の同意が前提となりますが）自治体と情報共有し、連携をとりつつ継続して支援にあたることが望まれます。自治体担当者と、その方法について検討・調整してください。

2.6. 希望に応じたカルテ開示

流産や死産後に、カルテの開示を求める女性や家族もいます。これは、診断や治療に疑問を感じているというよりは、単純に「子どもをみごもってからのプロセスを知っておきたい」、「胎児が生を受けた証として残しておきたい」という気持ちからの依頼であることがほとんどです。求めがあったときには、死別体験に対する敬意をもって丁寧に対応し、求めに応じてカルテを開示することが、その後の患者と医療者との信頼関係にも繋がります。

カルテ開示の方法について、あらかじめ各施設の手順を理解しておくとよいでしょう。

2.7. きょうだいへの説明や対応の助言

生まれてくるはずのきょうだいを失った子どもが、精神的に不安定な状況に置かれることは、「Ⅰ章 3.1 流産・死産」（P7～）で示した通りです。一方で、自身も強い悲嘆に直面する中、亡くなった子どものことを、きょうだいにどのように話していいかわからず、悩んだり、そもそも小さな子どもに死の話をするのを躊躇する家族も多くいます。

このことで、両親が困難を抱えていることが分かった時には、きょうだいにどのように対応し、説明をすればよいか助言し、家族の負担を軽くすることも、医療者にできる支援の一つです。

＜きょうだいへの説明や配慮の事例＞

- 言語によるコミュニケーションができる年齢であれば、亡くなったという「死」の事実を率直に伝える（「天使になった」、「眠っている」など曖昧な言葉でごまかさない）
- 原因について、その年代に合わせて分かりやすく伝える
- その際、注意すべき点として、きょうだい自身が自分のせいで赤ちゃんが亡くなってしまったと思い込んでいる場合は、そうではないことを伝える（例：生まれてこなければいいと言ってしまったなど）
- きょうだい自身が同様に亡くなる心配をしている場合は、死について心配する必要が無いことを伝える
- 亡くなった子と同様にきょうだいのことも大切に思っていることを伝える
- きょうだいに変調があれば、相談できることを家族に伝える

また、悲嘆にくれるきょうだいに、どのように接していけばいいのか不安を感じる女性や家族もいます。何か困ったことがあったら相談できることや、子どもの心理について相談できる外部の窓口（自治体の窓口等）について、説明しておきましょう。

2.8. 次の出産についての相談への対応

流産や死産を経験した夫婦が、すぐに、次の妊娠出産を考えることは珍しいことではありません。逆に、とても慎重になってしまい、次の妊娠を考えることが気持ちの負担となることもあります。また、流産や死産のあとでは、次の妊娠について語ることすらためらう方もいます。次の妊娠をしたいけれど、亡くなった子どもに対する申し訳ない気持ちがあり、葛藤する方もいます。このように、次の妊娠・出産に対する希望や姿勢はさまざまで、人によっても、時期によっても変わります。

もし、両親から次の妊娠について相談されたときには、その時の心理状態を踏まえて、相談の意図をくみ取りながら丁寧に対応することが望ましいでしょう。身体的状況（例えば帝王切開をした・何らかの治療中である等）によっては、次の妊娠について、充分な医療的な説明が必要な場合もあります。

また、流産や死産を２度以上繰り返した場合には、不育症が疑われますし、一度（特に先天奇形や染色体異常など先天的な疾患によって）流産や死産、人工妊娠中絶を経験した場合、次の妊娠～出産に大きな不安を感じる方も多くいます。そうした不安に十分に耳を傾けるとともに、原因疾患について、流産や死産の原因について、何度でも医学的な説明を尽くすこと、また、要望に応じて専門家を紹介することも、必要な支援です。

必要に応じた紹介先
遺伝カウンセリング（臨床遺伝専門医）
不妊症専門外来
不育症専門外来
生殖心理カウンセリング
グリーフカウンセリング
臨床心理士・公認心理師によるカウンセリング

2.9. ピア・サポートグループや自治体の相談窓口などの社会資源の紹介

流産や死産に立ち会った医療者が自ら女性や家族を支援することも重要ですが、流産・死産という喪失の悲嘆への適応には長い時間がかかります。また、中には、辛い経験をした場である病院に行くことが辛いという方もいます。そのため、ピア・サポートグループや自治体の相談窓口などを活用し、多方面から女性や家族を支えていく体制を整えることも大切です。社会には様々な支援体制があり、それらを活用できることを、早いタイミングで女性や家族に伝えてください。

ピア・サポートグループ

同じ経験をした当事者と感情や気持ちを語り合う時間を持つことにより、共感したり、孤立感が軽減されたりすることがあります。こうした体験が大きな支えとなる方も大勢います。現在、地域には様々なピア・サポートグループが存在し、地域的な偏りはあるものの、電話やオンライン等で繋がれる場も増えてきています。

そうしたピア・サポートグループの存在や、探し方を紹介することも医療者にできる支援です。退院時や健診の終了時などのタイミングで、こうした支援が存在することを伝えてほしかったという当事者の声もあります。

一方、それぞれのグループの理念や特徴によって、その活動のあり方は様々です。ご自身に合う場合もあれば合わない場合もあること、合わない場合には無理して参加し続ける必要はないことなどについても、併せて情報提供してください。

自治体の相談体制

流産や死産による悲嘆に適応していく過程で、女性や家族は徐々に日常生活を取り戻していきますが、そうした中で何らかの支援を必要とすることもあるでしょう。身体的回復が進んだのちには、身近な支援の場として、自治体への相談も可能です。

自治体によっては、流産や死産を経験した方向けの相談窓口を設けているところもありますし、そうした窓口がなくとも、妊産婦支援や子育て支援で、母親に寄り添っていた保健師等が力になってくれるはずです。

また、きょうだいがいる場合には、きょうだいへのケアも含めて、身近で見守ってくれる自治体は大きな力になります。

地域の相談窓口の情報などを取りまとめて渡すなどの情報提供をしながら、何かあれば自治体に頼れるということを、家族に伝えてください。自治体の保健師等による地域での継続支援が必要と考えられる状況で、本人がその支援を希望してい

ても連絡するのが困難な場合は、地域の母子保健担当部局に医療機関から情報提供するなど、切れ目のない支援に繋げることも考えられます。

2.10. 心療内科医、精神科医等、精神科領域の専門家との連携

悲嘆は正常な反応ですが、ある範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することがあります。また、過去に既往歴がある場合には、再発したり、悪化する可能性もあります。何らかの精神疾患が疑われる場合には、心療内科医や精神科医、心理カウンセリングなどの精神科領域の専門家と連携をとりつつ、ケアにあたる必要があります。また、受診の際には、グリーフを専門とする、またはグリーフにも力を入れているところを受診することも大切です。

一方で、「産婦人科の先生にすごく勇気を出して相談したのに『それ以上はここでは聞けないから心療内科を紹介するよ』と言われて見捨てられた気持ちになった」という当事者の声も聞かれます。まずは、患者の声に耳を傾け、悲嘆の気持ちと受診に関する想いを受け止めることが大切です。

精神疾患の症状とまではいえないけれど、悲嘆の反応が非常に大きく、不安を感じている場合には、地域の「精神保健福祉センター」を紹介してもいいでしょう。

精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは精神保健福祉法によって、各都道府県に設置することが定められています。こころの健康の保持と向上を目的とした、精神保健福祉相談も受け付けています。

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubutsuranyou_taisaku/hoken_fukushi/index.html

当事者に伝えるべき点

日本においては、精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング/相談等に対して、「自分の心の安寧のために誰もが利用する身近なもの」との意識が薄く、心理的抵抗感を感じる人も多いのが現状です。

精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング/相談等は、「特別なものではないこと」、「気持ちを楽にするための一手段として誰もが利用しうる身近なもの」、「自分に起こった出来事や、気持ちを整理するために役に立つ」といった点を丁寧に説明して下さい。

女性や家族が頑張り過ぎているときには、心身共に休養が必要であることを十分に説明し、一人で頑張らず、医療にもお手伝いさせてくださいと伝えて、専門家への紹介について合意を得るよう説明してください。

2.11. 病院スタッフによる家族ケア（手紙、家族会の運営等）の検討

病院によっては、流産や死産を経験した家族が亡くなった子への手紙を書く機会を設けたり、当事者同士が語り合える家族会を運営したりするなど、独自の家族ケアをおこなっているところもあります。家族にとっては、子どもを見送った医療機関で、信頼できるスタッフがそうした活動に携わってくれることは心強いとともに、「子どもと自分を知る存在がここにある」ことそのものが、大きな心の支えとなることもあります。

家族ケアの取り組みは、病院によって様々です。ご自身の医療機関でできる方法をご検討ください。

【第Ⅱ章　2. 流産・死産を経験した女性や家族に対して医療者が行えるケア　参考文献】

- 宮林幸江、関本昭治：愛する人を亡くした方へのケア　医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践, 2008
- 広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア，2011
- サイエンスとアートとして考える生と死のケア （日本臨床死生学会増刊号），2017
- エビデンスに基づく助産ガイドラインー妊娠期・分娩期・産褥期 2020. CQ303　死産後の母親や父親、家族に亡くなった子どもとの面会、記念品づくり等を勧めるか？，一般社団法人　日本助産学会, 2020

3. 人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対して医療者が行えるケア

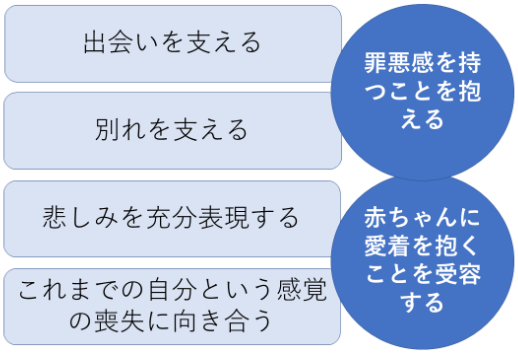
人工妊娠中絶を選択した女性は、その選択の理由となるさまざまな事情を抱えています。経済的理由や望まない妊娠、ＤＶ、性被害などもあれば、出生前診断で発覚した胎児の重篤な疾患・障害、母体側の理由による中絶のケースもあるでしょう。複数の課題が複雑に関係していることもあります。こうしたさまざまな事情を抱える患者たちの中には、心を閉ざしたり、気持ちをあえて表出しない人もいます。どのように関わればいいか、難しさを感じる医療者も多いことでしょう。

一方で、人工妊娠中絶を経験した方が、さまざまな辛さを抱えつつも、なかなか周囲に相談できていない状況にあることは、「Ⅰ章　3.2. 人工妊娠中絶」（P10～）で示した通りです。

人工妊娠中絶に立ち会った医療者としてできることは、それぞれの経験や悲しみ方に個別性があることを認識し、まずは十分に悲しむ時間・話す時間を作ること、話しを聴くこと、さまざまな感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）の表出を受け止めること、ではないでしょうか。人工妊娠中絶の場合は、たとえ胎児への愛着や罪悪感を抱いている場合であっても、それさえも抱いてはいけない、話してはいけないと感じる女性もいます。また、「これまでの自分と違ってしまった」と感じる女性もいます。できる限り、女性のその時その時の心の在り方に関心を寄せてください（人工妊娠中絶に対しての心理的サポートモデル）。一方で、無理に感情を表出させようとしたり、悲しむことを強要するようなことは避けなければなりません。本人が話したくない場合には「話さない」ことも受け入れ、温かい見守りと共に、聞く準備があることを伝えておくことが必要です。また、ゆっくりとしたコミュニケーションのためには、静かな環境（場所・時間）を作ることも重要です。

日々のケアにおける女性とのかかわりの中で、可能であれば、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供できることが望まれます。

図８．人工妊娠中絶に対しての心理的サポートモデル



人工妊娠中絶をした女性や家族に「これからさまざまな感情が生じるかもしれないこと、その表れ方は人によって違うこと、どのような気持ちを感じたとしても、その気持ちを否定しなくていいこと」を伝え、また、必要なときには、人工妊娠中絶に立ち会った医療機関や自治体に相談してほしいことを伝えておくことも重要です。

「4.情報提供リーフレットの活用」（P32～）で紹介する、情報提供リーフレットにも、こうした情報が掲載されており、それを渡すことで、人工妊娠中絶を経験した女性だけでなく、その場にいない家族へ伝えることも可能となります。

【第Ⅱ章　3. 人工妊娠中絶を経験した女性や家族に対して医療者が行えるケア　参考文献】

- 管生聖子：人工妊娠中絶をめぐる心のケア － 周産期喪失の臨床心理学的研究, 2022

4. 情報提供リーフレットの活用

流産や死産、人工妊娠中絶を経験した女性や家族を支援するためのツールとして、情報提供リーフレットを紹介します。情報提供リーフレットは、流産や死産、人工妊娠中絶を経験した女性や家族に、知っておいて欲しい情報や利用できる社会的支援を周知するためのものです。

4.1. 情報提供リーフレットとは

流産や死産、人工妊娠中絶といった喪失の悲嘆への適応には、長い時間がかかります。入院中や退院後の検診・健診においては、処置に立ち会った医療機関のスタッフが、そうした悲嘆に寄り添って心理的な支援をすることができますが、病院を離れ、日常生活に戻った後、どこに支援を求めたらよいのか分からないという方は少なくありません。

悲嘆の表れ方やその対処法は一人ひとり異なるため、いつ、どのような支援を必要とするかも、人によって違います。流産や死産・人工妊娠中絶をした医療機関だけでなく、地域の自治体（都道府県や市町村）やサポートグループなど、社会には、悲嘆にくれる女性や家族を支えるための体制があります。そうした支援と、悲嘆を抱える女性や家族とを繋げるきっかけとなるのが情報提供リーフレットです。

強い悲嘆反応の中で、“まさに今、支援を必要としている女性や家族”は、自分で適切な支援を探して辿りつくことが難しい場合も少なくありません。また、「こんな個人的な気持ちを相談できると考えもしなかった」など、どこかに相談するなどという発想に至らない方も多いです。困ったときに相談できる先があることを情報提供リーフレットで知らせておくことで、支援にアクセスすることが容易になるかもしれません。

情報提供リーフレットは、流産や死産を経験した女性と家族向けと、人工妊娠中絶を経験した女性と家族向けの２種があります。以下のウェブサイトから自由にダウンロードして活用してください。

- 情報提供リーフレットのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・二つ折り）

（表面）



（中面）



人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・三つ折り）

（表面）



（中面）



4.2. 情報提供リーフレットを渡すタイミング

このカードは、必要に応じてだれでも相談をしていいことをメッセージとして伝えています。情報提供リーフレットを受け取った女性や家族が、相談に訪れるかどうかは、本人たちの意思によります。

実際に利用するまでには、時間がかかるかもしれません。しかし、この情報をもって退院できたなら、自宅での孤独な時間の中でも、自分のタイミングで動くことができるかもしれません。そのためにも、退院時もしくは健診時に必ず渡せるような体制を検討してください。

5. 医療者のグリーフケア

周産期の喪失を経験する女性や家族のケアに携わるとき、医療者自身もまた、悲嘆を経験するかもしれません。周産期死亡率の低い日本では、周産期の子どもの死は医療者に失敗感すら抱かせるかもしれません。

周産期という新しい命が生まれる場で起こる死は、医療者の準備性も乏しく、心理的な負荷の大きな出来事です。周産期の子どもの死に遭遇したとき、医療者は以下のように様々な感情の経験をします。

周産期の子どもの死に遭遇した時、医療者が経験するさまざまな感情

悲しみ	• 子どもを亡くした両親の悲しむ姿を見ること • 亡くなった/亡くなる子どもを分娩で取りあげること • 亡くなった/亡くなる子どもを不憫に思うこと • 生れた子どもを看取ること • 泣かない子どもと元気に泣く子ども、子どもを亡くした母親と元気な子どもがいる母親の双方を同時にケアすること • 激しい感情をぶつけてくる両親に対応すること • 自分自身の喪失体験を思いだすこと
不安や恐怖	• 滅多に遭遇しない死の経験に、医療者自身が動揺すること • 両親にどのように対応したらよいか分からないこと • 余計な言葉で悲しみを深くしてしまうのではないかと恐れること • 流産・死産後の業務の流れ（手続きなど）そのものが分からないこと
無力感	• 両親の悲しみや苦痛を和らげることができないこと • 病院や病棟の制約により思うように医療/ケアを提供できないこと
怒り	• 妊娠の継続を中断する両親の心情が理解できないこと • 妊娠の継続の中断に自分が関わらなければならないこと
葛藤	• 自分の感情のコントロールが難しいこと • 自分の倫理観と相いれない医療/ケアに従事すること

これらは一例であり、医療者個々人の死に対する経験や学習などのレディネス、倫理観や感性などにより、子どもを亡くした両親の支援で医療者は多様な感情の経験をします。両親の悲嘆反応と同様に、これらの感情はどれもが自然な反応であり、そうした感情をもつ自分を否定しないことが重要です。

また、医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の２つが挙げられます。

表医療者が経験する喪失の特徴：「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」

悲嘆の蓄積	・「職業を通して経験する喪失・ 悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう（Aycock and Boyle 2009）。 ・仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者を迎えなければならないのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。
社会に 認められない悲嘆	・「医療者-患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう （Doka 2002）。 ・時として 医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。

患者や家族に対してケアを継続していくためにも、医療者は自己の悲嘆を認識して向き合うとともに、必要に応じて同僚やグリーフの専門家からサポートを受け、また同様に自分も同僚をサポートしていくことが求められます。適切で十分なサポートを受けることは、よりよいグリーフケアの提供に不可欠です。反対に、十分なサポートが得られなければ、医療者のストレスは蓄積し、バーンアウトにつながることもあります。

医療者自身のグリーフケアとして、医師と看護師、他のコメディカルも含めて、患者ケアについてディスカッションするカンファレンスだけでなく、医療者の気持ち、特に悲嘆を語り合うことができるようなミーティングは有用です。また、子どもを亡くした両親を担当する医療者の業務を調整し、両親とゆっくり関わる時間をとることができるような体制をつくることや、元気な母児の担当をはずすことなども実質的なサポートとなります。さらに、子どもを亡くした両親のサポートについてトレーニングの機会を提供することは、極めて有用で重要なサポートとなります。

【第Ⅱ章　5. 医療者のグリーフケア　参考文献】

- SANDs (Stillbirth & Neonatal Death charity). Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals 4th edition 2016.
- 下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか ～, 看護科学研究 16(3), 90-95, 2018

第Ⅲ章　事例紹介

流産や死産、人工妊娠中絶を経験した家族へのグリーフケアを行なっている医療機関の事例をいくつかご紹介します。

事例１．神奈川県立こども医療センターにおける死産を経験した方への支援
事例２．埼玉医科大学 総合医療センターにおける
子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）
事例３．医療法人マミーローズクリニックにおける
周産期喪失を経験した方へのグリーフケア

事例 1. 神奈川県立こども医療センターにおける周産期喪失を経験した方への支援

1. 神奈川県立こども医療センターの周産期医療

神奈川県立子ども医療センターは、「こどもの健康の回復及び増進と福祉向上のため、最善の医療を提供」することを目指し、1970 年に開設した小児の総合医療福祉施設であり、小児専門病院としては全国で２番目に設立された歴史を持ちます。県内唯一のこどもの専門病院として、がん治療や稀少疾患医療等の高度・先進的な医療を行なっていますが、その一角を担うのが、周産期医療センターです。

- **周産期医療センター**

周産期医療センターは、1992 年に日本にはじめて小児専門病院に設置された産科であり、神奈川県の基幹病院として、年間 100 例ほどの救急搬送を受け入れています。症例としては、胎児発育不全、子宮内胎児死亡、先天性心疾患、横隔膜ヘルニア、食道閉鎖、多発奇形など、多岐にわたり、周産期の子どもの死亡は年間 50 例にのぼります。

生と死が同居した病棟であり、良い時間を過ごすことが困難なお子さんは看取りを前提とした母子同室を提案するなど、こどもの命を救うという視点だけではなく、（子どもを亡くした場合には）その後の家族がどう生きていくかという視点からもケアを行なっています。

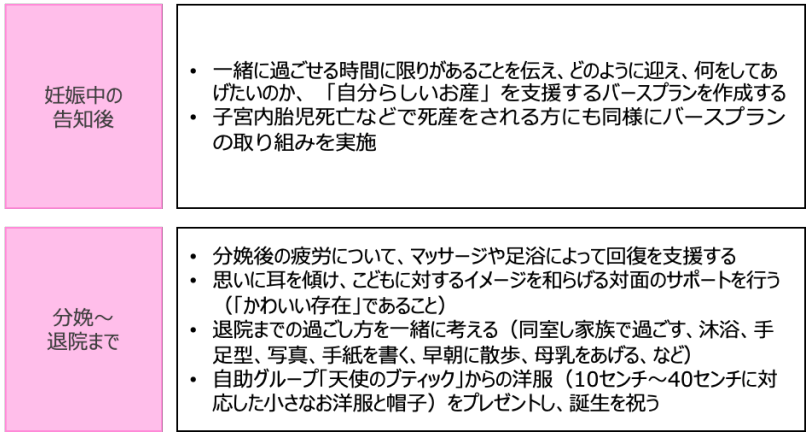
2. 神奈川県立こども医療センターにおける周産期のグリーフケア

2.1. 周産期医療の中での関わり

- **妊娠中の告知から分娩、退院に至るまでの関わり**

神奈川県立こども医療センターでは、妊娠中の告知から分娩～退院に至るまで、グリーフケアの観点から、こどもを亡くした患者さんと図 34 のように関わっています。

図 34. ときどきにおける、グリーフケアの観点からの患者さんとの関わり



➢ **退院後：たんぽぽ外来（こどもを亡くした人の１か月健診）**

神奈川県立こども医療センターでは、こどもを亡くした方を対象に、心身の回復状況の確認を目的とした 1 か月健診（「たんぽぽ外来」）を実施しています。

身体の回復だけではなく、妊娠中～今日までの振り返りや分娩時のこと、こどもや家族に対する思い（中には、自責の念を感じている人も）など、一人 1 時間の枠の中でじっくりと話を聞き、心の回復を支援しています。「頑張った母子を知る存在がここにはある」ことを伝えることで、気持ちが楽になる人も多いです。

一方、たんぽぽ外来は、心理カウンセリングなど、更なる専門家による支援が必要かのアセスメントを行う機会ともなっています。

➢ **告知の際の情報提供：こころとからだの道しるべ**

告知の際、もしくはこどもを亡くされた際に、本人や家族、周囲の人が“からだやこころを理解する手助けとなる”ことを目指し、以下の内容をわかりやすく記したパンフレットを渡しています。

「こころとからだの道しるべ」の主な内容：

- こどもを迎えるためのバースプランについて
- 産後まもない時期の、からだのこと、気持ちのこと
- 退院してしばらくしてから（日常生活に戻ること、悲しみへの対処、パートナーとの関わり、きょうだい）
- 同じできごとを体験した立場からのコラム

2.2. ピアによるサポートや、次の妊娠に向けた支援

➢ ピアサポートの場の提供：わたぼうしの会

流産・死産・新生児死亡など、周産期医療センターでこどもを亡くされた家族のケアの一つとして当事者同士が語り合える「わたぼうしの会」を平成９年から開催しています。

当初は、職員によるボランティアベースでの不定期開催でしたが、平成 12 年度から年３回定期的に開催するに至り、平成 22 年度からは病院事業として実施しています。

また、平成 23 年から母親だけでなく父親も参加できる形とし、現在では、きょうだいも参加できる「わたぼうし家族の集い」も開催しています。

➢ 次の妊娠に向けた支援：新しい命のためのサポートセンター

神奈川県立こども医療センターには、「新しい命のためのサポートセンター」（こどもの先天的な病気、遺伝が関係する病気に関して相談できるカウンセリング部門）が設置されています。周産期医療センターでこどもを亡くした人が、遺伝に不安を感じている場合などには、両センターが連携しつつ、多方面からの支援を行なっています。

新しい命のためのサポートセンター：

- 遺伝カウンセリング外来
  （担当：小児科臨床遺伝専門医、遺伝カウンセラー）
- 妊娠前外来
  （担当：産婦人科医、遺伝カウンセラー）
- 胎児相談外来
  （担当：産婦人科臨床遺伝専門医、遺伝カウンセラー）
- 胎児心臓病外来
  （担当：小児循環器専門医、新生児科医、小児看護専門看護師）

事例 2. 埼玉医科大学 総合医療センターにおける子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）

1. グリーフカードの活用

埼玉医科大学 総合医療センターでは、６年ほど前から、総合周産期母子医療センター及び小児救命救急センターにおいて、新生児もしくは子どもを亡くした家族へ、看護師よりグリーフカードを渡しています。

家族の希望があった場合には、総合周産期母子医療センター及び小児救命救急センターに所属する臨床心理士がグリーフケアのための面談（無料）を行っています。

グリーフカードの運用
● グリーフカードには、総合周産期母子医療センターまたは小児救命救急センターの外来の電話番号と臨床心理士が相談に乗る旨が記載されています。 ● グリーフカードの渡し方は、個々の看護師に任されていますが、退室・退院するなどの別れ際に、「こういうケアもあるので、よかったら。」などとお渡しすることが多いようです。 ● カードを渡した家族は、一覧表に記載し、主治医や担当看護師の情報も含めて管理しており、家族から外来に連絡が来れば、すぐ主治医や担当看護師と、面談前に子どもが亡くなった経緯や家族の状況などについての情報共有ができる体制となっています。

2. 家族へのグリーフケア（家族との面談）

来院する家族は、亡くなって１か月もしないタイミング（お葬式など一通りのお別れが終わってすぐ、など）で、「この苦しみをなんとかしてほしい。専門家ならなんとかしてくれるんじゃないか。」と、藁にもすがる思いで来る場合が多いです。継続して来院する家族も一定数います。面談終了時に次回の予約を入れることもあれば、「とりあえずこれで一旦大丈夫そうです」と予約は入れずに帰ることもあります。

外来としてではなく、ゆっくりと時間が取れるタイミングで来院してもらっています。通常、面談時間は１～1.5時間程度で、最初の面談は長くなる傾向にあります。

面談の中で話す内容と気をつけている点　－ 臨床心理士の視点 －
● 初めは「あの時もっとああしていれば助かったんじゃないか？」、「もっとやりようがあったんじゃないか？」と、自分のことを責める家族が多い。 →ケアする側としてできることは、まずは傾聴。面談の回数を重ねればカウンセリング的な関わりも徐々にできるようになるが、最初のうちはとにかく家族に寄り添い、話を聞くことを重視している。家族が気持ちを語る中で、希望を見出していってくれればと思っている。 **気をつけている点：** ● グリーフケアにおいては、とにかく口を挟まず、沈黙を恐れないことが大事。お茶を濁したり、茶化してしまったり、何か口にしたくなるかもしれないが、とにかく黙ってそばにいる。一緒に居続けることが重要だと考えている。しんどそうな状態の家族と相対する側にも負担がかかるため、黙ってそばにいるにもトレーニングが必要である。 ● 家族を傷つけない・不快にさせない言葉かけには注意しており、経験の中で、どのような言い方は良いか・良くないかを自分なりに整理している。例えば、対話の中で、「お父さん・お母さん」と呼んで良いのか、子どもさんを家族と同じ呼び方で呼んでいいかについては、早めのタイミングで感じ取るなどを心がけている。

3. 他職種・他機関との連携

➢ 院内の精神科との連携

家族に眠れていないなどの身体症状が表れている場合、すぐに、院内の精神科を紹介しています。周産期のメンタルケアを専門としている精神科医もおり、また、他の精神科医もグリーフに理解が深いため、安心して紹介できる環境となっており、紹介した家族も、精神科の対応に満足している様子です。

精神科を受診中も、並行して臨床心理士の面談を継続しているケースがほとんどで、精神科医とも必要に応じて連携しつつ家族をケアしています。

➢ 自治体保健師との連携

精神科の受診を勧めても、本人がそれを希望しないような場合には、（本人の同意を得た上で）院内のソーシャルワーカーなどを経由して地域の保健師に繋ぎ、なるべく頻繁に訪問してもらうなどの対応を取ることもあります。

➢ ピアサポート

ピアサポートのニーズは感じていますが、サポートグループの活動内容は様々であるため、外部のサポートグループ等は紹介しておらず、関心がある家族にはそうした活動があることを説明した上で、ご自分で調べてもらっています。

今後、病院内でピアの会を立ち上げられると良いね、と話していますが、家族中心に立ち上がらないと、継続することはなかなか難しいのではないかと考えています。

事例３．医療法人マミーローズクリニックにおける周産期喪失を経験した方へのグリーフケア

マミーローズクリニックでは、「子宮内胎児死亡や中期中絶であっても、出産であることに変わりはない」と考え、（妊娠 12 週以降の）流産や死産、人工妊娠中絶によって子どもを亡くした女性に対しても、母乳外来で無料の相談支援（グリーフケア）を行なっています。母乳外来では、（SIDS やお風呂場での水死、心臓疾患手術中の死亡などで）乳児を亡くした女性についても同様に支援しています。

死産届/死亡届が必要となる胎児/乳児の死を経験した患者さんには、必ず一度は母乳外来を受診してもらい、身体や心の状態について、師長（助産師）とゆっくり話しをする時間をとっています。

子どもを亡くしたご家族への支援において心がけていること

（マミーローズクリニック師長　助産師　加田千秋様）

お子さんを亡くした経緯によらず、いずれのご家族にもそれぞれの背景があり、1,000 人の患者さんがいれば 1000 通りの異なるケースです。相手や状況に応じたきめ細やかな寄り添いが必要となります。確かに、中期中絶をする患者さんは、複雑な事情を抱えていることも多いかもしれません。一方で、流産や死産においてもさまざまな背景があり、患者さんにどのように向き合ったらよいかは、ケースごとに異なります。患者さんやご家族と相対しつつ、相手に合わせた関わり方を探っていくこととなります。グリーフは一人ひとり異なる体験ですから、そのケアにもこれといった正解はありません。今も、毎回、考えつつ言葉を紡いでおり、非常に難しい分野であると感じています。

自分が抱えている事情や気持ちについて、どこまで話したいかは人によって違います。最初に「ここは、何を話してもいい場所です」ということを伝えたら、あとは相手との会話の中で、相手が話したいことを聞き出していくことが大切です。リラックスして安心できる雰囲気も重要で、ゆっくり時間をとって話せる環境を整えることも大事です。

また、言葉は、相手に合わせて慎重に選んでいます。いろいろな方がいるので、受け取り方は様々です。傷つきを抱えた患者さんを、誤解によってさらに傷つけることがないよう、細心の注意を払っています。

グリーフケアにおいては、その患者さんはどのような事情を抱えているのか、また、今後、どうすればその人がよかったと思えるのか、患者さんの人生そのものを想像し、一緒に考えていくことが重要だと思っています。

（グリーフケアにおける提案力）

母乳外来での相談では、非常に幅広い会話がなされています。患者さんの気持ちを受け止めるだけでなく、医療的な質問をされることもあれば、赤ちゃんの見送りかたや、残されたきょうだいへどのように話をすればいいかといった相談もあります。

特に、赤ちゃんの見送りかたなどは、患者さんやご家族によって受け取り方が全く異なるため、雰囲気を見ながら必要な情報を提供しています。家族によっては、心を慰める儀式を必要とする家族もいるため、「気持ちを沈めるためにお墓を作ったり水子供養をしたり神社にいったりする方もいる」といった話は多くの方にしています。最近は、様々なサービスが出てきており、死にふれる機会の多い医療者としては、家族が希望すればそうした情報提供もできるように、常にアンテナを張っています。また、お棺にお花を入れる、赤ちゃんにお手紙を書くなども、ご家族と話をする中で雰囲気を汲み取りながら話すこともあります。正解はないので、何らかの方法を薦めるのではなく「夫婦でどんなふうに子どもを見送りたいのか話し合って自分たちで選んだ方法で送ってあげることが、心の安定や今後の夫婦生活につながっていきます」という話をしています。また、お子さんを望んでいるご夫婦には、「そうした中で、次の子どもに恵まれる事があれば、そういう形で今回亡くなったお子さんに巡り逢えるかもしれませんよ」とお声がけすることもあります（スピリチュアルが助けになる方もいます）。

グリーフケアにおいては、傾聴するだけではなく、会話の中で、「今現在暗いトンネルの中にいたとしても、生きていく時間が辛く感じても、一人ではないこと、トンネルを通過して光が見えてくること」を伝え、少し背中を押すことも大事です。

小児医療機関スタッフのための

子どもを亡くした家族への支援の手引き

厚生労働省　令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

目次

第Ⅰ章　総論　子どもを亡くした家族のグリーフケア

1　はじめに ……1

2　子どもを亡くした家族の悲嘆……3

2.1　子どもを亡くした家族に生じる様々な悲嘆反応……3

2.2　遺された人が取り組む 4 つの課題……6

2.3　治療等の医療行為にあたって（広義のグリーフケア）……7

第Ⅱ章　実践編　子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

1　子どもを亡くした家族への医療者としての関わり方……9

2　子どもを亡くした家族に対して医療者が行えるケア……11

2.1　子どもを亡くした家族に支援を行なう前に知っておきたいこと……11

2.2　子どもへの治療の経過、死因についての医学的な説明……13

2.3　これから生じるさまざまな感情とその感情への対処の説明……14

2.4　希望に応じたカルテ開示……15

2.5　きょうだいへの説明や対応の助言……16

2.6　次の出産についての相談への対応……17

2.7　関係機関への連絡……17

2.8　ピア・サポートグループや自治体の相談窓口などの社会資源の紹介……18

2.9　心療内科医、精神科医等、精神科領域の専門家との連携……20

2.10 病院スタッフによる家族ケア（手紙、家族会の運営等）……21

3　グリーフカードの活用……22

3.1　グリーフカードとは……22

3.2　グリーフカードの成り立ちと家族の反応……24

3.3　グリーフカードを渡すタイミング……26

4　医療者のグリーフケア……27

第Ⅲ章　事例集

事例 1.富山大学附属病院小児科診療部門におけるグリーフカードの活用……31

事例 2. 埼玉医科大学 総合医療センターにおける
子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）…33

事例 3. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院
救命救急センターにおける家族ケア……37

第Ⅰ章　総論
子どもを亡くした家族のグリーフケア

1. はじめに

医療者のみなさんは「子どもの死」に立ち会ったとき、どのような経験や思いをしてきたでしょうか？

医療者にとっても、きっと忘れがたく辛い経験であったことは想像に難くありません。診断・治療について他の方法はなかったのか、どうやったら助けられたのか、と自責の念にも似たような思いを抱くとともに、悲嘆に暮れる家族の心情を思い、何か支援ができないか、という気持ちもまた抱いていたかもしれません。しかし、救えなかった自分たちが何をしたら良いのか、余計なことをしたら逆に傷つけるだけではないか、と一歩前に出ることができなかった、そんな経験もまたしてきたかもしれません。

「子どもとの死別」は、近親者との死別の中でも特に悲嘆（グリーフ）が強く、その対応が難しいとされます。悲嘆を消化していくことが容易ではなく、長期化する傾向にあります。一方で、死別前後の患者や家族への医療者の対応（グリーフケア）が、その後の家族の悲嘆過程に大きく影響するといわれており、家族を支援したいという思いがあれば、子どもの死に共に立ち会う医療者の果たす役割は非常に大きいといえます。

「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」座長
富山大学　学術研究部医学系小児科学　講師
種市 尋宙

【本支援の手引きの位置付け】

この支援の手引きは、何らかの原因で子どもを失った悲嘆と向き合う家族に対して、子どもの死に立ち会った医療者がどのような支援ができるのか、先行研究や先進的な取り組みをおこなっている医療機関の事例等を踏まえ、参考となる情報をまとめたものです。

第Ⅰ章では家族の悲嘆反応やグリーフケアに関して総論的な内容を解説し、第Ⅱ章では具体的な支援の実践方法などを、第Ⅲ章では具体的な取り組み事例を紹介します。

「死別」という体験は、極めて個人的なものであり、悲嘆の大きさや表れ方も人それぞれ違います。また、亡くなったお子さんの年齢や原因、家族の置かれた状況によっても大きく影響されます。医療者との関係によっても適切な対応は異なり、子どもを亡くした家族への支援には一つの正解があるわけではありません。

本支援の手引きの記載を参考としつつ、まずは各医療機関の関係者で施設の状況に合わせた支援のあり方を話し合っていただければ幸いです。

2. 子どもを亡くした家族の悲嘆

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。」と定義されます（Rando，1993）。喪失や悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験するプロセスです。悲嘆は、死のみに起因するものではありませんが、「子どもとの死別」は、特に悲嘆（グリーフ）が強いといわれます。

子どもとの死別の喪失への適応は、家族一人ひとりによってなされるものです。しかし、家族と接する機会のある医療者のかかわり方や支援の在り方次第で、その経験が長く心の支えとなる場合もあります。一方で、適切でない対応がなされた場合、悲嘆を深めることもあります。

以下、子どもの死に立ち会った医療者が、子どもを亡くした家族のグリーフケアを行うにあたって、知っていると支援に役立つ悲嘆反応や悲嘆への適応という考え方、留意していただきたい点などを整理します。留意点を十分に踏まえ、家族に接していただければと思います。

2.1. 子どもを亡くした家族に生じる様々な悲嘆反応

大切な存在を失った場合に生じる悲嘆（反応）は、表 1 に示すようにさまざまなものがあります。こうした悲嘆が生じることは、遺された人が心のバランスを取り戻す過程において一般的な反応ですが、その表れ方（どのような感情や行動が表れるか、表れるタイミング、その強さや継続期間）は一人ひとり違います。

表 1．一般的な悲嘆（反応）

心理的・感情的反応	悲しみ、ショック、怒り、罪悪感や自責の念、思慕、後悔の念や心残り、不安や恐怖、孤独感　など
認知的反応	非現実感、否認、記憶力・集中力の低下、混乱、論理的な思考が困難になる　など
行動的反応	涙が止まらない、引きこもる、故人を探す、落ち着かない、過活動、自己破壊的な行動（喫煙や飲酒の増大）、探索行動　など
生理的・身体的反応	睡眠障害、食欲不振、頭痛、めまい、疲労、息切れ、震え　など

子どもを亡くした親の悲嘆反応としては、「否認」、「絶望」、「統制の喪失」、「罪悪感」、「怒り」、「感情の鈍麻」、「抑うつ」、「身体症状（頭痛や不眠など）」が強く出ることが知られています。また、悲嘆の強い場合には、激しい怒りの感情や、誰かを罰したいと強く願う気持ちなど、複雑な心理状態に陥る場合もあります。これらの感情は、波のように頻繁に押し寄せ、強い精神的落ち込みにつながることも少なくありません。特に死別後 1 年目の亡くなった子どもの誕生日や、クリスマスなど家族が楽しく過ごした日は、「記念日反応」という形で悲嘆が非常に強く表れやすいといわれます。

子どもとの死別の悲嘆は、感情の波を繰り返しながら、その波の振れ幅が少しずつ小さくなっていくような過程をたどり、長い時間をかけて、少しずつ日常生活にも適応できるようになっていきます。

これらの悲嘆反応が生じることは正常な事ですが、それが通常の範囲を超えると、ときに、うつ病、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することがあり、その場合は精神科的な治療が必要となることもあります。

さらに、精神疾患を発症しなくとも、夫婦関係や遺されたきょうだいなど家族の生活に影響することも大いに考えられます。一人の悲嘆反応が引き金となって、他の家族にも強いストレスや苦痛を引き起こすことがあることにも、留意が必要です。

父親と母親の悲嘆反応の違い

家族であっても、子どもを失った悲嘆の表れ方やその経過は一人ひとり違います。悲嘆への対処（コーピング）においても、父親と母親双方に共通する方法もある一方で、「泣く」、「喪失について話す」「喪失や悲しみについて書く」、「同じ体験をした人を探す」、「体験記を読む」、「自助グループに参加する」、「一人でいる」などは、性別による傾向の違いも見られるようです。

こうした悲しみ方の違いは、ときにパートナーとの関係を悪化させます。例えば、自分が悲しみにくれているときに、パートナーが仕事に打ち込むなど、日常生活を取り戻しているように感じたら、違和感をもつかもしれません。しかし、パートナーは、子どものことを忘れたわけではなく、仕事に打ち込むことで悲しみを紛らわすという、その人なりの悲しみへの向き合い方であるのかもしれません。

死別による悲嘆や適応の過程は、極めて個人的で一人ひとり異なるものです。お互いの悲嘆の形を認め合いながら生活していく事が大切です。子どもを亡くした直後には難しいかもしれませんが、落ち着いて話ができる状態のときに、亡くなった子どもへの想いや自分たちの感情について、両親で少しずつ話しができるとよいでしょう。

医療者はこうした点を理解し、それぞれの体験を尊重するとともに、家族一人ひとりの理解を促していくことも、穏やかな家族関係を保つために必要な支援といえます。

遺されたきょうだいへの影響

亡くなった子どものきょうだいも、精神的に不安定な状況に置かれます。子どもにとって同胞を失うということは、遊び仲間を失うこと、ライバルを失うこと、自分のモデルを失うことなどを意味し、どの年齢の子どもにとっても、その後の人間関係や人生に大きな影響が出るといわれています。

きょうだいを亡くした子どもの内面では、死別自体からくる強い悲しみのほか、「自分のせいで亡くなったのでは」という罪悪感や、悲嘆を抱える親に親役割を期待できないという失望感、自分にも死が訪れるのではないかという恐怖感、亡くなった子どもへの嫉妬とそれに伴う怒りや罪悪感、死別を機に関係性が変わった両親への不安、自分へのサポートがないことへの不満などの複雑な感情が生じるといわれます。

子どもはまだ十分な言語能力を持たなかったり、両親が悲嘆に沈んでいることを敏感に察知して「いい子でいよう」と無意識に行動したりするため、こうした感情は一見してわからなかったり見過ごされたりしがちです。

まず大切なのは、自身の悲嘆が少し落ち着いたところで、両親が遺されたきょうだいと向き合うことです。一方で、両親が子どもを失った強い悲しみの中にある時は、遺されたきょうだいの子育てもつらくなることがあります。遺されたきょうだいの悲嘆ケアまで配慮できないこともあるかもしれません。また、子どもの死はきょうだいにも影響し、行動面での変化があらわれてくることもあります。両親を支援する医療者は、遺されたきょうだいがいる場合には、彼らの状態や両親との関係性を把握し、親たちの抱える困難に理解を示しつつ、きょうだいたちとの関わりを支えていく事も支援といえます。

亡くなった子どものことを、遺されたきょうだいにどのように話していいかわからず躊躇する家族も多く、その様な場合に相談にのることも医療者にできる支援ではないでしょうか（第Ⅱ章 2.5.きょうだいへの説明や対応への助言（P 16）参照）。

2.2. 遺された人が取り組む４つの課題

悲嘆に適応する過程（プロセス）については、いくつかの理論がありますが、ここでは、一例として、「悲哀の４つの課題」（J・W・ウォーデン）をご紹介します。

ウォーデンは愛する人の死に適応していく過程で、遺された人が取り組み、達成していく４つの課題（悲哀の４つの課題）を表２のように整理しています。

表 2. ウォーデンの悲哀の４つの課題

第１の課題	喪失の現実を受け入れること	• その人が亡くなって、もう帰ってこないという現実と正面から向き合う（知的な受容だけでなく、情緒的にも受容できることも必要） • 葬儀などの伝統的な儀式は、多くの遺族を死の需要へ導く助けとなる
第２の課題	悲嘆の痛みを消化していくこと	• 悲嘆の苦痛を認め、乗り越える • この苦痛を避けたり、抑圧し続けたりしていると喪の過程を長引かせることになる
第３の課題	故人のいない世界に適応すること	• 故人の担っていた様々な役割を果たし、また、故人との関係性やそれまで感じていた世界において感じていた、自身や世界に関する認知の仕方を修正する（外的適応、内的適応、スピリチュアルな適応）
第４の課題	新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見出すこと	• 心の中の適切な（遺された人がこの世界でしっかり生き続けることを可能にする）場所に個人を位置付ける

喪失の事実を認めないことや悲嘆を避けることは、かえって悲嘆を長引かせ、慢性化させます。一方で、子どもを亡くした家族は、こうした課題を通過することが容易ではなく、長期化する傾向にあります。

また、これらの課題は必ずしも段階的に取り組むべきものではなく、悲嘆に適応するために必要な長い時間の中で、前後することもあれば、繰り返されることもあり、少しずつ達成されるものです。

こうした悲哀の課題を知っておくことは、子どもを亡くした家族がどのような精神状態にあるのかを想像する上で、助けになります。支援する側は、喪失を経験した家族が今どの課題に直面しているのかを理解し、悲哀の過程を阻む要因を検討し、必要な支援を行うことが重要です。

喪失への適応の過程はいつ終了するのか

喪失への適応の過程は長期にわたるプロセスです。悲嘆以前の状態に戻ることが到達点ではありません。亡くなった人は戻らず、その悲しみが終わることもありません。ただ、悲しみの形態は変化しつづけていきます。「故人のことを苦痛なく思い浮かべることができる」ことは、この過程が終盤に向かっていることを示す指標の一つとされます。悲しみの性質が変わり、悲嘆反応を伴わずに故人を思い浮かべられる、そして、今の人生と生活に再びエネルギーを注げるようになったとき、ようやく喪があけたといえるのではないでしょうか。（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）

2.3. 治療等の医療行為にあたって（広義のグリーフケア）

グリーフケアは、「死後における支援」と受け取られがちですが、広い意味では「家族への直接的、意図的な支援だけではなく、患者の死の前後を問わず、結果として家族の適応過程にとって何らかの助けになる行いのこと」（坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ）を指します。

家族の多くは、「死後における家族への直接的な支援は、あくまでグリーフケアの一部で、肝心なのは患者の生前や闘病中を中心に、患者と家族のために手を尽くす医療行為そのものと、関わる医療者のあらゆる人間的配慮が結果的に死別後の痛烈な悲嘆を根底で支えていく」と考えています（坂下ひろこ：家族にとってのグリーフケア-医療の現場から考える）。例えば、子どもが治療の中で、大切に思われ大事に扱われたこと（例：「意識がなくても処置の前に「～するね」と言ってくれていた。掌で温めてから聴診器を当ててくれていた」）が遺された家族にとって大きな救いとなるというのは、家族に共通する思いです。

グリーフケアは、患者の死後における特別な家族ケアではなく、診療・治療と同様に、患者や家族とどのように向き合っていくかという問題だといえます。

家族がいつまでも心に刻むこと

子どもを亡くした家族の会 小さないのち 代表　坂下　裕子

重病の子どもの家族が願うことは、命を救ってもらうことや病気を治してもらうことで、それを叶えてもらえたら気持ちも救われ、心のケアを受けたも同然。けれどそうはいかない場合があって、それでも「とてもよくしてもらった」と言う家族は多く存在します。その場合、「懸命に治療にあたってくれた」を１番に挙げ、その次に子どもに思いやりをもって接してくれたこと、その次が家族に対してのことです。

丁寧な説明を受けたことや、面会・添い寝・抱っこへの配慮のほか、温かい対話に関しても挙がります。例えば「どんな子で、どんなことができるのか、関心を寄せてくれた」。「意識のある時に会っていないので、写真ありますか？と言って見つめてくれた」。「説明のあとの不安ややり場のない気持ちを、うなずいて聴いてくれた」。「〇〇ちゃんは強い子です。本当にがんばりました、と褒めてくれた」。「一緒に泣いてくれた」「最後に、〇〇ちゃんのこと忘れません、と言ってくれた」。「困ったことがあれば連絡ください。私はずっと〇〇ちゃんの主治医（担当）です、と言って見送ってくれた」。「退院後にも説明を頼んだら、快く時間を設けてくれた。子どもの思い出も話してくれた」等。

言葉の受け取り方には個人差があり、時期やタイミングにも左右されがちですが、家族は、言葉そのものよりも「こころ」や「思い」を受け取っていくように思います。そして、全力で子どもの助けになってくれたこと、常に子どもの気持ちを考え苦しい思いをしないように護ってくれた事実が、最高のグリーフケアとなって家族の人生を支えていくのを感じています。

【第Ⅰ章　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　－　臨床実践ハンドブック, 2011
- 瀬藤乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア, 心身医学 44(6), 395-405, 2004
- 坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ，2010
- 坂下ひろこ：家族にとってのグリーフケア-医療の現場から考える, 2019
- 古内耕太郎、坂口幸宏：グリーフケア- 見送る人の悲しみを癒す- ～「ひだまりの会」の軌跡～, 2011
- 宮林幸江、関本昭治：愛する人を亡くした方へのケア　医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践, 2008

第Ⅱ章　実践編
子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

1. 子どもを亡くした家族への医療者としての関わり方

「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」座長
富山大学　学術研究部医学系小児科学　講師
種市 尋宙

子どもの死の悲嘆に暮れる家族を前に、われわれ医療者は何を感じるでしょうか。

自分たちの不甲斐なさ、力不足を突き付けられた感覚に陥り、掛ける声など到底見当たらないかもしれません。家族の期待に応えることができなかった自分たちが何を言えるというのか、自分自身を責めるような気持ちでいっぱいになっているかもしれません。しかし、言うまでもなくそのような場面で最も苦しい思いをしているのは、われわれ医療者ではありません。

役に立てなかったのであれば、まだ出来ることを探してみてはどうでしょうか。きっと、本書は、その気づきを与えてくれるはずです。

子どもの死後に、医療者が関わることは、経験がないと少しためらいがあるかもしれません。しかし、家族は自宅に帰ってからも長い期間にわたって苦しんでいます。退院後の家族が、最後の場面でともに病と戦ってくれた医療者を戦友のように求める場面をいくつも経験してきました。たとえそれが初診の救急搬送の場合であってもです。家族が支援を求める対象が医療者であることは少なくありません。一緒にたわいもない話や思い出話をするだけでも良いのです。家族の話をうなずきながらただ聞くだけでも良いのです。家族を立ち直らせる魔法の言葉などありません。かける言葉なんて探さなくて良いのです。支えたい思いをただ表現するだけで良いのです。

そして、その経験が蓄積されることで、医療側にも大きな変化が生まれてきます。子どもの死から学ぶ医療があり、終末期医療における対応のあり方については、家族との対話の中からより良い医療とは何か、様々なフィードバックがあります。グリーフケアは家族のためだけではなく、医療者のためにもなり、さらにはそ

の先の医学の発展にもつながっていきます。思いがあるのであれば、半歩でも良いので前に出て、家族に寄り添ってみてください。思っていた景色とは異なる風景が広がっていることに気づくはずです。

われわれ医療者には退院後の家族を支えるミッションがまだ残っています…

悲しみを抱えて生きてゆく人をささえるために

お空の天使パパ&ママの会（W.A.I.S）代表/公認心理師　石井 慶子

小さな命の死に際して、その命の存在を知った人達は、その体験を痛ましく思い、接してくれるかもしれません。しかし、それはあまり長い期間にはわたりません。親たちは、死別の体験からの悲しみにつづいて、周囲から命の存在が忘れられてくことにも悲しみを感じていきます。私たちの活動で出会った親たちの多くは、こうした悲しみについて話す場を求めていました。

この手引きで示されているように、親たちは、長い期間（人によっては生涯）にわたり、こうした死別の痛みをかかえていくことになります。日常生活への影響は、時間の経過とともに変化しますが、初期には様々な困難があります。何かのきっかけで、突然気持ちが深く落ち込むこともあります。このような不安定さ自体も、不安を引き起こします。

こうした際の支援を求めて、死別を体験した親たちは相談にやってきます。彼らが求めているのは、今現在の困りごとを話す場だけでなく、亡くなった命についてと死別後に体験をしてきたことをも話せる場所です。医療機関・自治体で、このグリーフの相談に関わる担当者には、これらのことを、まず理解していただきたいと思います。

支援に関わろうとする人びとからは、よく、「傷つけない言葉とは？」という質問を受けます。死別による衝撃により、そもそも傷つきやすくなっている人たちとのコミュニケーションは、非常に難しいことでしょう。そして、辛い体験をしたひとをこれ以上傷つけたくないという想いは、支援者として大切なことです。

しかし、「言葉」以前に、支援する側に必要なことがあるのではないかと私は考えています。親たちには、その場に来るまでに抱えてきたつらい時間と児への想いがあります。また、相談の終了後には、それから長く抱えて過ごしていくかもしれない悲しみの世界（時間）があります。対面する際には、これらのことを念頭におき、それぞれの個別の状況をしっかりと傾聴し、今おかれた環境や相談後に過ごしていく人生を想像し、丁寧に対応していただけたら、相談者との関係に変化がうまれるかもしれません。このような眼差し・対応があれば、「傷つける意図が無いこと」は、相談に訪れた人に伝わるのではないかと思います。

2. 子どもを亡くした家族に対して医療者が行えるケア

子どもを亡くした家族は、大きな悲嘆と直面することとなります。その悲嘆は、心のバランスを取り戻す過程において正常な反応であり、本人が向き合い対処しつつ、時間をかけて適応していくものです。

一方で、死別前後の医療者の患者や家族との関わり方や支援が、その後の悲嘆過程に大きく影響するといわれています。悲嘆を経験している人にとっては、以下、「2.1.子どもを亡くした家族に支援を行う前に知っておきたいこと」に示す通り、話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方をありのままに受け入れてもらえること、さまざまな感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）を表出できること、十分に悲しむ時間・話す時間を持てること、が必要とされています。日々のケアや家族との関係の中で、そうしたニーズを満たす、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供できることが望まれます。また、グリーフケアにあたっては、喪失を抱えた家族全体をケアするという視点が不可欠です。

以下では、子どもの死に立ち会った医療者が、どのように家族を支援する事ができるのか、具体的にご紹介します。

2.1. 子どもを亡くした家族に支援を行う前に知っておきたいこと

喪失や死別を体験し、強い悲嘆を抱えている人に初めて会い、支援を行う際の基本的な姿勢として“無理に聞き出そうとしない”、“語られる内容にゆっくりついていく”ということがあげられます。

人は悲しむ人を前にすると、何とか援助しようと「がんばって」、「しっかりしなさい」、「若いのだから、また次が…」など“励ましの言葉”をかけたくなりますが、そのような家族を励まそうと思って発した言葉が、逆に傷つけてしまうことがあります。家族は周囲の心ない言葉に傷つきながらもそれに反発する気力もなく、逆に言われるようにできなかった自分やそうでない自分を弱い人間だと思い、自分を責めてしまうこともあります。（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

「あたらしい人生に進まないとだめ」などのアドバイス、「あなたががんばらないとだめ」などの適応の鼓舞、無礼な態度、「見た目より元気」などの過小評価、「あなたの気持ちはわかります」と家族の感情を理解したような表現や態度は、『役に立たない援助』と言われています。逆に、安心感を与える援助には「関心をもって受け止める」、「そばにいる」などがあります（大西秀樹：サイエンス

とアートとして考える生と死のケア）。家族が「わかってもらえる」「そのままを受け入れられている」という実感が得られるように接することが大切です。

グリーフケアのポイント（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

① その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢をもつ（受容と共感）
② 今の状態（悲嘆反応）は自然な反応であることを伝える
③ 感情表出を支える（語ること・泣くことを支える、怒りを受け止める）
④ 感情を語ることに抵抗感をもっている人には語ることを強要しない
⑤ ”いま”という言葉を使いながら対話することで、いまを生きられるように支援する（いま、亡くなったお子さんにどんな言葉をかけてあげたいですか）
⑥ 身体および精神症状を把握する

悲嘆の反応には個人差があり、中には、今回の死についての話についてなかなか触れたがらない家族もいるかもしれません。とてもショックが強くて、言語化できない場合もあります。苛立ちもあるかもしれません。そのようなときに、無理に話させようとすることは適切なコミュニケーションではありません。その人がその人なりのペースで話すのを待つような対応が求められます。沈黙の時間も必要な場合がありますので、対話には時間をかける必要があります。

また、他者の強い悲嘆に触れる経験は、支援者にも負担が生じることがあります。「第Ⅱ章　4.医療者のグリーフケア」（P 27～）に示すように、担当者自身のためのケアが必要であることにも留意すべきです。

2.2. 子どもへの治療の経過、死因についての医学的な説明

医療者、特に医師が行う重要な支援の一つは、治療の経過や死因についての医学的な説明を尽くすことです。

子どもを亡くした家族、特に両親は、「なぜ」うちの子が亡くなったのか、多くの問いを抱きます。その問いは、喪失に向き合う中で生じる自然な問いであり、両親の多くはその死の意味を考え続けます。必ずしも、全ての問いが医学的な説明を求める問いではないこともありますし、医学的に答えられない問いもあります。しかし、必要な時には、家族が納得するまで、丁寧に説明を尽くすことが、医療者がすべき対応です。

家族が抱く２つの「なぜ？」

- 「なぜ、うちの子は亡くなったんでしょう？」
  ⇨医学的な説明による回答が可能
- 「なぜ、うちの子だったんでしょう」（何で私の子だけ、何も悪いことはしていないのに）
  ⇨医学的な説明はできず、家族自身が着地点を見つける必要がある

子どもの死に関して、「もっと早く受診していれば」、「もっとこうしていれば」と、自分を責め、罪悪感に苛まれる家族も多くいます。罪悪感の多くは不合理な思考で、実際はどうであったか、現実を理解することによって心の負担が軽くなることがあります。医学的説明は、そのための大きな支援となります。

説明を行うタイミングも重要です。死亡確認後、間を置かずに説明しても家族の記憶にはなかなか残りません。十分なお別れの時間を作り、少し冷静に話ができるようになってきた段階で別席を設けて説明すると良いでしょう。しかし、それでも心の動揺が収まっているとは言い難い状況であり、後日、再度説明する必要があります。一方、家族からは後日改めて説明を求めることは難しく感じることもあります。医療者の側から、“グリーフカード”（「第Ⅱ章　3.グリーフカードの活用」（P 22～）参照）などを活用し、そのような機会を持つ“きっかけ”を提供してください。

また、死の原因が明確ではない場合、もしくは不明の場合は、警察の検視、解剖を含めてその必要性について明確な説明を行い、原因究明を進めることもグリーフケアの一環になります。将来、原因不明が最も家族を苦しめる場合もあるため、医療者の最後の責務として原因究明に力を尽くすことが家族支援に繋がります。

2.3. これから生じるさまざまな感情とその感情への対処の説明

子どもを亡くした家族は、その喪失への適応の過程を経ていくことになりますが、喪失の体験やその悲しみは一人ひとり異なります。悲しみの感じ方や、そのプロセスもさまざまです。「これからさまざまな感情が生じるかもしれないこと、その表れ方は人によって違うこと、どのような気持ちを感じたとしても、その気持ちを否定しなくていいこと」を伝えておくことは、予期的な支援の一つとなります。

また、子どもの死という出来事は、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいとの生活にも大きく影響します。家族であっても、悲しみの表れ方や対処方法がそれぞれ異なることや、遺されたきょうだいには特に配慮が必要であることについても、医療者から伝えておくとよいでしょう。

子どもを亡くしたことによる悲嘆には、家族全員が直面します。そのため、悲嘆の経過で起こりうる反応等についての説明は両親だけでなく、祖父母など、家族の誰に対しても行うことが望まれます。

こうした情報は、各施設において、あらかじめ死亡退院時に家族に渡すパンフレットやグリーフカードを作成しておくことで、確実に説明できるとともに、その場にいない家族へ伝えることも可能となります。

家族に知っておいて欲しい悲嘆のプロセス

- 生じうる様々な悲嘆反応と、そうした悲しみは自然な反応であること
- 悲しみの表れ方や対処方法は一人ひとり違うこと
  - ✓ 家族であってもそれぞれが異なり（特に性別によって大きな差が見られる）、それぞれの体験を尊重することが大事であること
  - ✓ 遺されたきょうだいには、特に配慮が必要であること
- 子どもを亡くした喪失に適応するには、長い時間がかかること
  - ✓ 一度はやり過ごしたと感じた悲しみが、またぶり返すこともあること
  - ✓ 亡くなった子どもの誕生日や、クリスマスなど家族が楽しく過ごした日には悲しみが強く表れやすいこと

2.4. 希望に応じたカルテ開示

亡くなった子どものカルテの開示を求める家族もいます。これは、診断や治療に疑問を感じているというよりは、単純に「子どもが辿った治療のプロセスを知っておきたい」、「子どもが生きた証として残しておきたい」という気持ちからの依頼であることがほとんどです。

家族から求めがあったときには、死別体験に対する敬意をもって丁寧に対応し、求めに応じてカルテを開示することが、その後の家族と医療者との信頼関係にも繋がります。

カルテ開示の方法について、あらかじめ各施設の手順を理解しておくと良いでしょう。

2.5. きょうだいへの説明や対応の助言

きょうだいを失った子どもが、とても精神的に不安定な状況に置かれることは、「第Ⅰ章　2.1 子どもを亡くした家族に生じる様々な悲嘆反応」（P3～）で示した通りです。一方で、自身も強い悲嘆に直面する中、亡くなった子どものことを、きょうだいにどのように話していいかわからず、悩んだり、そもそも小さな子どもに死の話をするのを躊躇する家族も多くいます。中には、「今はきょうだいのことなんて考えられない」とはっきりいう両親もいます。

このことで、両親が困難を抱えていることが分かった時には、遺されたきょうだいにどのように対応し、説明をすればよいか助言し、家族の負担を軽くすることも、医療者にできる支援の一つです。

＜きょうだいへの説明や配慮の事例＞

- 言語によるコミュニケーションができる年齢であれば、亡くなったという「死」の事実を率直に伝える（「天使になった」、「眠っている」など曖昧な言葉でごまかさない）
- 原因について、その年代に合わせて分かりやすく伝える
- その際、注意すべき点として、病気にしても事故にしても、きょうだい自身が自分のせいで子どもが亡くなってしまったと思い込んでいる場合は、そうではないことを伝える
  （例：死ねばいいと言ってしまった、数日前にけんかで頭を叩いたなど）
- きょうだい自身が同様に亡くなる心配をしている場合は、死について心配する必要が無いことを伝える
- 亡くなった子と同じようにきょうだいのことも大切に思っていることを伝える
- 必要を感じた場合は、医療者からきょうだいに説明する場を持つことを提案する
- 心的外傷などできょうだいに変調があれば、相談できることを家族に伝える

また、悲嘆にくれるきょうだいに、どのように接していけばいいのか不安を感じる家族もいます。何か困ったことがあったらいつでも相談できることや、子どもの心理について相談できる外部の窓口（自治体の窓口等）について、家族に説明しておきましょう。

2.6. 次の出産についての相談への対応

子どもを亡くした夫婦が、すぐに、次の妊娠出産を考えることは珍しいことではありません。逆に、とても慎重になってしまい、次の妊娠を考えることが気持ちの負担となることもあります。また、子どもを亡くしたあとでは、次の妊娠について語ることすらためらう方もいます。次の妊娠をしたいけれど、亡くなった子どもに対する申し訳ない気持ちがあり、葛藤する方もいます。このように、次の妊娠・出産に対する希望や姿勢はさまざまで、人によっても、時期によっても変わります。

また、一度（特に先天奇形や染色体異常など先天的な疾患によって）子どもを亡くしている場合、次の妊娠～出産に大きな不安を感じる家族も多くいます。

もし、両親から次の妊娠について相談されたときには、その時の心理状態を踏まえて、相談の意図をくみ取りながら丁寧に対応することが望ましいでしょう。

また、要望に応じて専門家を紹介することも、必要な支援です。

必要に応じた紹介先
遺伝カウンセリング（臨床遺伝専門医）
生殖心理カウンセリング
グリーフカウンセリング
臨床心理士・公認心理師によるカウンセリング

2.7. 関係機関への連絡

患児、家族を取り巻く環境において、日常健康管理を担ってきたかかりつけ医は重要な存在です。病状経過によっては、かかりつけ医の対応について誤解が生じている可能性もあり、関係性を良好に維持するためにも、死に立ち会った医療機関はかかりつけ医の対応に関する説明を行うのも重要な責務です。子どもの死に関しては、多くの予見不可能な事態が起こっており、結果論としてかかりつけ医を責めるような対応は好ましくありません。

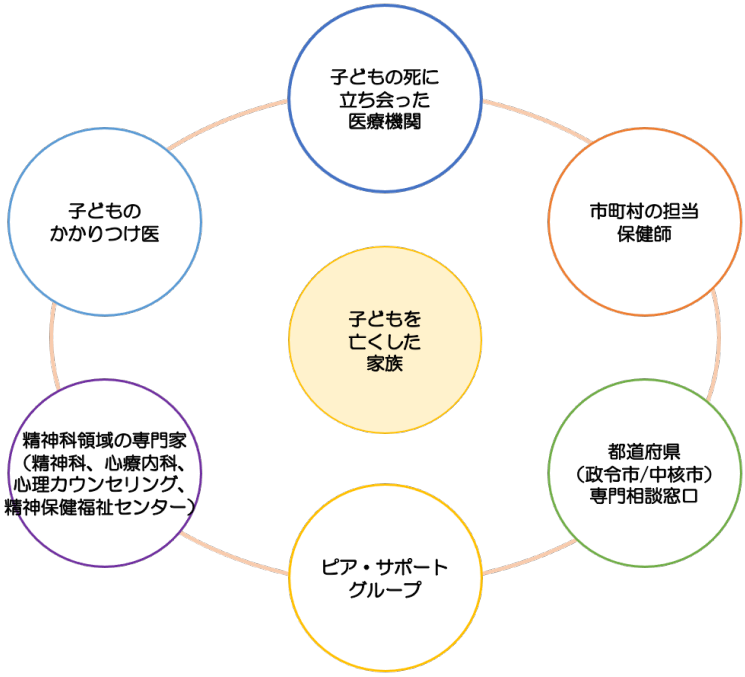
また、かかりつけ医に経過を家族から伝えづらいようであれば、医療機関の連携で情報を提供できることを提案します。かかりつけ医は家族にとって身近なグリーフケアの担い手として期待される立場の一つです。

自治体の担当保健師は、患児の死についていずれ把握すると思われますが、タイムラグなどがあり、ワクチン接種券や乳幼児健診の案内などを自治体から送付し

てしまう場合があります。家族の悲嘆を最小限に抑えるためにも直接担当保健師に連絡し、そのような事態にならないように防止するとともに、家族支援についてもともに情報共有し、検討することが理想的な形かもしれません。

今後、グリーフケアは医療者のみならず公的な資源を有効活用し、地域全体で家族を支援していくスタイルになっていくことが望まれます（図 1）。

図 1.家族を支援していく連携



2.8. ピア・サポートグループや自治体の相談窓口などの社会資源の紹介

子どもの死に立ち会った医療者が自ら家族を支援することも重要ですが、子どもを亡くした悲嘆への適応には長い時間がかかります。また、中には、辛い経験をした場である病院に行くことが辛いという方もいます。そのため、ピア・サポートグループや自治体の相談窓口などを活用し、多方面から子どもを亡くした家族を支えていく体制を整えることも大切です。社会には様々な支援体制があり、それらを活用できることを、早いタイミングで家族に伝えてください。

ピア・サポートグループ

同じ経験をした当事者と感情や気持ちを語り合う時間を持つことにより、共感したり、孤立感が軽減されたりすることがあります。こうした体験が大きな支えと

なる方も大勢います。現在、地域には様々なピア・サポートグループが存在し、地域的な偏りはあるものの、電話やオンライン等で繋がれる場も増えてきています。

そうしたピア・サポートグループの存在や、探し方を紹介することも医療者にできる支援です。退院時やなどのタイミングで、こうした支援が存在することを伝えてほしかったという当事者の声もあります。

一方、それぞれのグループの理念や特徴によって、その活動のあり方は様々です。ご自身に合う場合もあれば合わない場合もあること、合わない場合には無理して参加し続ける必要はないことなどについても、併せて情報提供してください。

自治体の相談体制

子どもを亡くした悲嘆に適応していくには、長い時間が必要です。適応の過程で、家族は徐々に日常生活を取り戻していきますが、そうした中で何らかの支援を必要とすることもあるでしょう。身近な支援の場として、自治体への相談も可能です。

自治体によっては、子どもを亡くした家族向けの相談窓口を設けているところもありますし、そうした窓口がなくとも、妊産婦支援や子育て支援で、両親に寄り添っていた保健師等が力になってくれるはずです。

また、遺されたきょうだいがいる場合には、きょうだいへのケアも含めて、身近で見守ってくれる自治体は大きな力になります。

地域の相談窓口の情報などを取りまとめて渡すなどの情報提供をしながら、何かあれば、自治体に頼れるということを、家族に伝えてください。自治体の保健師等による地域での継続支援が必要と考えられる状況で、本人がその支援を希望していても連絡するのが困難な場合は、地域の母子保健担当部局に医療機関から情報提供するなど、切れ目のない支援に繋げることも考えられます。

2.9. 心療内科医、精神科医等、精神科領域の専門家との連携

悲嘆は正常な反応ですが、ある範囲を超えると、ときに、うつ病、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することがあります。また、過去に既往歴がある場合には、再発したり、悪化する可能性もあります。何らかの精神疾患が疑われる場合には、心療内科医や精神科医、心理カウンセリングなどの精神科領域の専門家と連携をとりつつ、ケアにあたる必要があります。また、受診の際には、グリーフを専門とする、またはグリーフにも力を入れているところを受診することも大切です。

一方で、「子どもの主治医の先生にすごく勇気を出して相談したのに『それ以上はここでは聞けないから心療内科を紹介するよ』と言われて見捨てられた気持ちになった」という当事者の声も聞かれます。まずは、家族の声に耳を傾け、悲嘆の気持ちと受診に関する想いを受け止めることが大切です。

精神疾患の症状とまではいえないけれど、悲嘆の反応が非常に大きく、不安を感じている場合には、地域の「精神保健福祉センター」を紹介してもいいでしょう。

精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは精神保健福祉法によって、各都道府県に設置することが定められています。こころの健康の保持と向上を目的とした、精神保健福祉相談も受け付けています。

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubutsuranyou_taisaku/hoken_fukushi/index.html

当事者に伝えるべき点

日本においては、精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング/相談等に対して、「自分の心の安寧のために誰もが利用する身近なもの」との意識が薄く、心理的抵抗感を感じる人も多いのが現状です。

精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング/相談等は、「特別なものではないこと」、「気持ちを楽にするための一手段として誰もが利用しうる身近なもの」、「自分に起こった出来事や、気持ちを整理するために役に立つ」といった点を丁寧に説明して下さい。

家族が頑張り過ぎているときには、心身共に休養が必要であることを十分に説明し、一人で頑張らず、医療にもお手伝いさせてくださいと伝えて、専門家への紹介について合意を得るよう説明してください。

2.10. 病院スタッフによる家族ケア（手紙、家族会の運営等）の検討

病院によっては、家族が亡くなった子への手紙を書く機会を設けたり、当事者同士が語り合える家族会を運営したりするなど、独自の家族ケアをおこなっているところもあります。

家族にとっては、子どもを見送った医療機関で、信頼できるスタッフがそうした活動に携わってくれることは心強いとともに、「がんばった子どもと自分を知る存在がここにある」ことそのものが、大きな心の支えとなることもあります。

家族ケアの取り組みは、病院によって様々です。ご自身の医療機関で実現可能な形を、ご検討ください。

【第Ⅱ章　2.子どもを亡くした家族に対して医療者が行えるケア　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　－　臨床実践ハンドブック, 2011
- 瀬藤乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア, 心身医学 44(6), 395-405, 2004
- 坂口幸弘：死生学入門　死別の悲しみを学ぶ，2010
- 坂下ひろこ：家族にとってのグリーフケア-医療の現場から考える, 2019
- 古内耕太郎、坂口幸宏：グリーフケア- 見送る人の悲しみを癒す- ～「ひだまりの会」の軌跡～, 2011
- 宮林幸江、関本昭治：愛する人を亡くした方へのケア　医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践, 2008
- 広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア，2011
- 大西秀樹、石田真弓：がん専門病院での遺族ケア　-「遺族外来」の現状と今後の方向性について-, サイエンスとアートとして考える生と死のケア（日本臨床死生学会増刊号），2017

3. グリーフカードの活用

子どもを亡くした家族を支援するためのツールとして、グリーフカードを紹介します。グリーフカードは、子どもを亡くした家族と、子どもの死に立ち会った医療者を繋ぐためのものです。

グリーフカードは、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班によって、平成 21 年に作成されました。

3.1. グリーフカードとは

子どもの死に立ち会った医療者がその家族を支援したいという気持ちを抱き、家族にとっても医療者による支援が大きな助けになるとしても、子どもの死という大きな出来事の直後には、家族がその支援を受け入れる準備ができていないことも多々あります。また、悲嘆の表れ方やその対処法は一人ひとり異なるため、医療者による支援を必要とするタイミングも人によってさまざまです。

そのような状況において、子どもの死に立ち会った医療者と、家族とを繋げるきっかけとなるのがグリーフカードです。「困ったときにはいつでも来院してほしい」ことを伝えるグリーフカードに、連絡窓口や担当医を書き込んで渡すことで、家族は「もう一度病院に行っていいんだ」、「病院に受け入れられている」と感じ、安心して病院を訪れることができるのです。

グリーフカードは、元々はインフルエンザ脳症で亡くなった子どもの家族に向けて作成されたものですが、他の原因で亡くなった子どもの家族に対しても、十分にその役割を果たします（「第Ⅲ章　事例紹介」（P29～）事例 1、2 のように、すでにグリーフカードを活用している医療機関もあります）。

グリーフカードは、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　小児医科学の以下のウェブサイトから自由にダウンロードできます。

- グリーフカードのダウンロード：
  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

グリーフカード（二つ折り）

（表面）

かつて、お子様を亡くされた方々は、
適切な情報が届いていないことにより不安な
暮らしを余儀なくされていました。
このカードは、そうした二重の苦しみを負う
ことがないようにと、かつてのご遺族たちの
願いにより発行されるようになりました。

ご来院前にお電話ください

病院名

〒　　-

住所

電話番号

連絡窓口及び担当者

担当医

お子様のカルテNo.

グリーフカード



（中面）

ちゃんのご家族へ

このカードは、当科で亡くなられたお子様のご家族にお渡しするものです。
お家に戻られたのち、次のようなことでお困りのときは
いつでもご来院下さい。

・亡くなられたお子様の病気の経過や治療について説明が必要なとき
・次の妊娠や出産について不安を感じるとき
・ごきょうだいの成長や育児に不安を感じるとき
・悲しみがとても強く、心身の不調を感じるとき
・その他、あなたが当科のサポートを必要とするとき

次のサイトのリンク集からも相談機関や自助グループが探せます。
小さないのちのホームページ
http:// HYPERLINK "http://www.chiisanainochi.org" www.chiisanainochi.org

お子様を亡くされたあとの暮らしについて
・誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません。
・社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません。
・今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません。
・記憶力や判断力が著しく低下したと感じるかもしれません。
・ご夫婦やご家族で悲しみの表現が違うかもしれません。
・あらゆることに自信がもてなくなる時期があるかもしれません。
・時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません。
・気持が和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません。

お子さんが亡くなったあとはこうしたことが起こりやすいですが、
少しずつ悲しみにも順応できるようになります。
特に最初の１年はきついので、身体をいたわり、流れる涙は止めずに、
安心できる場でつらい気持を表すといいでしょう。
以上は、多くのご遺族が経験をもとに教えてくれたことです。

3.2. グリーフカードの成り立ちと家族の反応

グリーフカードは、100 名を超える家族へのアンケート調査の結果を踏まえ、家族が実際に経験した事がらなどを伝えています。

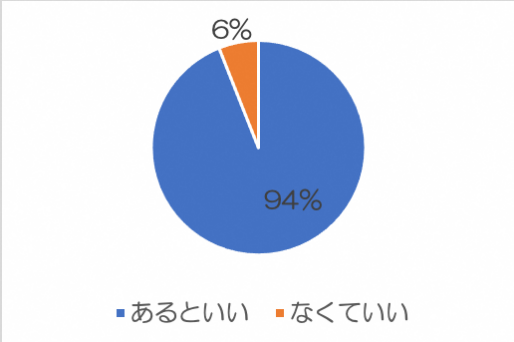
カードで伝えている「死別後に起こりうること」

- 誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません
- 社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません
- 今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません
- 記憶力や判断力が低下したと感じるかもしれません
- ご家族でも悲しみの表現が違うかもしれません
- あらゆることに自信がもてなくなる時期があるかもしれません
- 時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません
- 気持が和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません

（家族が実際に経験した事がら）

調査では、子どもを亡くした家族（n=78）の 94%が、“子どもを亡くした病院とのつながり”が「あるといい」と回答しています（「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班）（図 2）。

図 2.子どもを亡くした病院とのつながりについて（n=78）



一方で、子どもを亡くした悲嘆の中で、自分から病院にコンタクトを取ることには大きなエネルギーが必要です（中には、子どもを亡くした直後の混乱の中、医療者に怒りをぶつけてしまった家族もいるかもしれません）。そうした家族の負担を減らし背中を押すために、グリーフカードは作られました。

グリーフカードを受け取った家族の声　（1）
私は、娘は何で死んでしまったのか、娘の体の中で起こってしまったことや、私が目を離した 30 分間にどんなことが起きたと考えられるか知りたかったので、解剖の結果が出たら病院を訪ねようと思いました。 グリーフカードをもらっていたので、もう一度病院に行っていいんだと思えました。 先生の顔を見たとき、あの日、一番声をかけてくれていたのはこの先生だったとわかりました。倒れ込んでしまった私に「抱っこしてあげて」と言ってくれていたのも、私たちが帰るまで、声をかけながら見送ってくれたのもこの先生だったと、記憶が繋がりました。先生は、「まず、お母さんのせいじゃないことを伝えたかった」、「あれから遺されたご家族のことを心配していました」と言ってくれました。

グリーフカードを受け取った家族の声　（2）
先生が電話に出られたとき、用件を言うまでに泣いてしまいました。上手く喋れませんでしたが、「〇〇の母です」と言ったら、先生は「覚えてます。ぜひ来ていただきたいです」と言ってくれました。 「〇〇ちゃんは、救急車の中で、点滴と強心剤を２回入れて、心臓マッサージをずっと続けてもらっていましたね。揺れる車内で赤ちゃんにそんな処置は、私でもなかなか難しいものです。開業医の先生がそこまでしてくれるのはすごい、と私は思いました」と言われたので、開業医の先生にも感謝することができました。 最後に、「この一回きりでなく、旦那さんやごきょうだいが聞きたいことがあれば、また来てください。こちらはいつでも間口は開いています」と言ってくださいました。

急性の経過で子どもを亡くしたご家族にグリーフカードを渡す意義については、以下の論文でも検討されています。

- 種市尋宙、坂下裕子ら：急性の経過でこどもを喪失した家族へ渡すグリーフカードの意義, 日本小児救急医学会雑誌 18(1), 6-11, 2019

3.3. グリーフカードを渡すタイミング

グリーフカードは、必要に応じてだれでも相談をしていいことをメッセージとして伝えています。グリーフカードを受け取った家族が、相談に訪れるかどうかは、本人たちの意思によります。

実際に来院するまでには、時間がかかるかもしれません。しかし、この情報をもって退院できたなら、自宅での孤独な時間の中でも、自分のタイミングで動くことができるかもしれません。そのためにも、退院時に必ず渡せるような体制を検討してください。

グリーフカードを実際に活用している医療機関の事例については、「第Ⅲ章 事例紹介」（P 29～）を参照してください。

【第Ⅱ章　3.グリーフカードの活用　参考文献】

- 種市尋宙、坂下裕子ら：急性の経過でこどもを喪失した家族へ渡すグリーフカードの意義, 日本小児救急医学会雑誌 18(1), 6-11, 2019

4. 医療者のグリーフケア

患者・家族のケアに携わるとき、医療者は患者・家族のさまざまな喪失体験を目の当たりにし、時として患者の死や、愛する人を失う家族と向き合うことになります。それらの経験を通して、医療者もまた、喪失・悲嘆を経験するかもしれません。

例えば、先行研究（日本の緩和ケア病棟に勤務する看護師 16 名へのインタビュー）によると、緩和ケアに勤務する看護師は表３の４つのタイプの喪失・悲嘆を経験していることが示されました（表３）（下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか？～）。

表 3.看護師の４つのタイプの喪失・悲嘆（一部抜粋）

関係が築かれた患者の死・その後の悲嘆	• 「喪失体験」「心に穴が開いた」などの言葉を用いて、看護師自身の悲しみや感情が表現された（インタビューに参加した看護師が勤務するほとんどの緩和ケア病棟でプライマリーナース制が導入されており、入院時から退院時（死亡）、そして死後の家族のグリーフケアにあたっていることがほとんど）。「人対人」の関係を築いた対象が亡くなったとき、看護師はその死・喪失を悲しんでいた。
喪失を予測しての悲嘆（予期悲嘆）	• 看護師は入院時と比べてだんだん低下してくる身体状況を目の当たりにし、この患者との別れのときが来ると予期して、患者が亡くなる前から悲しんでいることがわかった。
個人の喪失との重なり	• 看護師個人の悲嘆の経験（両親や祖父母の死）は、普段の生活・仕事の中では特に表面化していないことが多かった。しかし、ケアを提供している患者の年齢・性別・疾患・症状・家族の状況・見た目（顔・面影）などが看護師自身の愛する人と重なるとき、看護師の悲嘆が再度心の痛みとして感じられることがあった。
専門職としてのセルフエスティームの喪失	• 「もう少し何かできたのではないか」「私でなければもっと良いケアが受けられたのではないか」というような発言が聞かれた。他者からすれば、これ以上何ができたのだろうかというような心からのケアを提供していても、十分でなかったという思いを抱いている看護師が多く、専門職としてのセルフエスティームの喪失を経験しているといえる。

また、医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の２つがあげられます。

悲嘆の蓄積	・「職業を通して経験する喪失・ 悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう（Aycock and Boyle, 2009）。 ・仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者を迎えなければならないのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。
社会に 認められない悲嘆	・「医療者-患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう （Doka, 2002）。 ・時として 医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。

患者や家族に対してケアを継続していくためにも、医療者は自己の喪失・悲嘆を認識して向き合うとともに、必要に応じて同僚からサポートを受け、また同様に自分も同僚をサポートしていくことが求められます。医師と看護師、他のコメディカルも含めて、患者ケアについてディスカッションするカンファレンスだけでなく、医療者の気持ち、特に悲嘆を語り合うことができるようなミーティングも有用です。

一方、子どもを亡くした家族へのケアを体験した看護師によると、家族へのグリーフケアは直接的に家族が立ち直っていく姿を見る機会となり、看護師自身の気持ちの整理にも繋がるとされます。家族へのグリーフケアは、家族のためのケアであると同時に、医療者も家族と悲嘆を分かち合うことで、医療者の悲嘆や終末期ケアの不全感・無力感などを緩和する治療的側面もあったことが示唆されています。こうした視点からも、家族へのグリーフケアを、チームとして改めて考えてみてはいかがでしょうか。

【第Ⅱ章　4.医療者のグリーフケア　参考文献】
- 下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか ～, 看護科学研究 16(3), 90-95, 2018
- 大久保明子: 子どもを亡くした遺族のケアを体験した看護師の認識と行動,死の臨床 38(1), 154-59, 2015

第Ⅲ章　事例紹介

子どもを亡くした家族へのグリーフケアを行なっている医療機関の事例をいくつかご紹介します。

事例１. 富山大学附属病院小児科診療部門におけるグリーフカードの活用
事例２. 埼玉医科大学 総合医療センターにおける
子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）
事例３. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院
救命救急センターにおける家族ケア

事例 1. 富山大学附属病院小児科診療部門における グリーフカードの活用

（富山大学附属病院小児科診療部門小児科医）

1. グリーフカードの役割と渡し方

富山大学附属病院では 10 年ほど前から、子どもを亡くした家族に対して、主治医からグリーフカードを渡しています。

グリーフカードの渡し方（ある小児科医のケース）
● 医師としての死因についての説明や、亡くなった子どもと家族との関わりの時間、諸手続きなどを全て終え、家族を見送る際に手渡しすることが多い。 ✓ 「今は頭がいっぱいで先のことは考えられないかもしれないけれど、次のお子さんのこととか、何か心配なことや困ったことがあればここに連絡して下さいね。」などと声をかけつつ、カードの中身を見せながら渡す。 ● （死因等の説明時ではなく見送り際に渡しているのは）「（医師というよりも）ひとりの人間としてのスタンスで、家族が受け入れやすい状況で渡しているのかもしれないです。」

➢ グリーフカードの役割

グリーフカードは、子どもの死に立ち会った医療者と家族とを繋ぐ“きっかけ”となるものです。子どもの死という非常に辛い経験をした家族の悲嘆は、そう簡単に癒えるものではないですが、子どもが精一杯闘病していたことを知る医師や看護師と話をすることで、少しでも救いになるかもしれないと考えています。

小児循環器内科で見送る子どもは、ほとんどのケースが闘病の末亡くなるため、主治医と家族との関係性が構築されており、（グリーフカードを渡さないとしても）後で家族が病院を訪ねてきてくれることもあります。ただ、一般の方にとって病院に電話するというのはなかなかハードルが高いものです。主治医の連絡先を記入し、主治医から手渡されることで、より連絡がしやすくなると思います。

一方、救急等で子どもが無くなった場合には、グリーフカードなどできっかけを作らないと、病院と家族との関係は途切れてしまいます。子どもを亡くした家族のグリーフケアにおいては、子どもを見送った主治医や医療者だからこそできることも多いと感じています。家族との関係を途切れさせず、ケアの機会を持つことが重要ではないでしょうか。

病理解剖も家族のグリーフケアのきっかけとなりうる

- 病理解剖も、家族のグリーフケアのきっかけのひとつです。子どもが亡くなった場合には、医師として必ず剖検を薦めています。病名が明らかな場合でも、あとから家族が「なぜ？」と疑問を感じた際にきちんと説明をしたいという思いもあります。また、病理解剖の結果説明時には、必ず両親が来院するため、改めて話をする機会を持ち、家族の様子を伺って気持ちに寄り添うことができます。
- 「これ以上子どもを傷つけたくない、早く家に連れて帰りたい」といった思いから、病理解剖を断る家族もいます。そうした場合にも、退院時にグリーフカードを渡して、家族と繋がるきっかけとしています。

2. 退院後の家族のグリーフケア（家族との面談）

グリーフカードを渡した家族からは、子どもの死後 1～3か月ほどで連絡がくることが多いです。外来での対応は避け、ゆっくりと話ができるタイミングを選んで来院してもらっています。1 時間ほど時間を取って話をすることが多いです。

多くの場合、来院は1度だけですが、何度か継続して来院する方もいます。

面談の中で話す内容

- 子どもの思い出や今のお気持ち、日々どのように過ごしているかといった話（仕事を始めるといった話など）など、たわいもない会話で終わることも多い。
  →気持ちを話せる場を求めている方も多く、傾聴し共感することが重要。
- 「なんで亡くなったんだろう？」と話を聞きにくるケースもある。死亡時の死因説明だけでは、十分に理解しきれないこともあり、改めて疑問を解消したいという家族もいる。

3. 入院中の家族へのケア（広義のグリーフケア）

子どもの死が予見される場合には、見送り方の希望などを確認した上で、最後を迎えられるようにしています。少しでも思い出を作った上でお別れができるように、病院として、できる限りのサポートをしています。

見送り方の例

- きょうだいと一緒に見送る
- 子どもと一緒に写真を撮る
- 家族と一緒に沐浴を行う
- 手形や足形をとる

事例 2. 埼玉医科大学 総合医療センターにおける子どもを亡くした家族へのグリーフケア（臨床心理士による面談の実施）

1. グリーフカードの活用

埼玉医科大学 総合医療センターでは、６年ほど前から、総合周産期母子医療センター及び小児救命救急センターにおいて、新生児もしくは子どもを亡くした家族へ、看護師よりグリーフカードを渡しています。

家族の希望があった場合には、総合周産期母子医療センター及び小児救命救急センターに所属する臨床心理士がグリーフケアのための面談（無料）を行っています。

グリーフカードの運用
● グリーフカードには、総合周産期母子医療センターまたは小児救命救急センターの外来の電話番号と臨床心理士が相談に乗る旨が記載されています。 ● グリーフカードの渡し方は、個々の看護師に任されていますが、退室・退院するなどの別れ際に、「こういうケアもあるので、よかったら。」などとお渡しすることが多いようです。 ● カードを渡した家族は、一覧表に記載し、主治医や担当看護師の情報も含めて管理しており、家族から外来に連絡が来れば、すぐ主治医や担当看護師と、面談前に子どもが亡くなった経緯や家族の状況などについての情報共有ができる体制となっています。

2. 家族へのグリーフケア（家族との面談）

来院する家族は、亡くなって１か月もしないタイミング（お葬式など一通りのお別れが終わってすぐ、など）で、「この苦しみをなんとかしてほしい。専門家ならなんとかしてくれるんじゃないか。」と、藁にもすがる思いで来る場合が多いです。継続して来院する家族も一定数います。面談終了時に次回の予約を入れることもあれば、「とりあえずこれで一旦大丈夫そうです」と予約は入れずに帰ることもあります。

外来としてではなく、ゆっくりと時間が取れるタイミングで来院してもらっています。通常、面談時間は１～1.5時間程度で、最初の面談は長くなる傾向にあります。

面談の中で話す内容と気をつけている点　－臨床心理士の視点－

- 初めは「あの時もっとああしていれば助かったんじゃないか？」、「もっとやりようがあったんじゃないか？」と、自分のことを責める家族が多い。
  →ケアする側としてできることは、まずは傾聴。面談の回数を重ねればカウンセリング的な関わりも徐々にできるようになるが、最初のうちはとにかく家族に寄り添い、話を聞くことを重視している。家族が気持ちを語る中で、希望を見出していってくれればと思っている。

気をつけている点：

- グリーフケアにおいては、とにかく口を挟まず、沈黙を恐れないことが大事。お茶を濁したり、茶化してしまったり、何か口にしたくなるかもしれないが、とにかく黙ってそばにいる。一緒に居続けることが重要だと考えている。しんどそうな状態の家族と相対する側にも負担がかかるため、黙ってそばにいるにもトレーニングが必要である。
- 家族を傷つけない・不快にさせない言葉かけには注意しており、経験の中で、どのような言い方は良いか・良くないかを自分なりに整理している。例えば、対話の中で、「お父さん・お母さん」と呼んで良いのか、子どもさんを家族と同じ呼び方で呼んでいいかについては、早めのタイミングで感じ取るなどを心がけている。

3. 他職種・他機関との連携

➢ 院内の精神科との連携

家族に眠れていないなどの身体症状が表れている場合、すぐに、院内の精神科を紹介しています。周産期のメンタルケアを専門としている精神科医もおり、また、他の精神科医もグリーフに理解が深いため、安心して紹介できる環境となっており、紹介した家族も、精神科の対応に満足している様子です。

精神科を受診中も、並行して臨床心理士の面談を継続しているケースがほとんどで、精神科医とも必要に応じて連携しつつ家族をケアしています。

➢ 自治体保健師との連携

精神科の受診を勧めても、本人がそれを希望しないような場合には、（本人の同意を得た上で）院内のソーシャルワーカーなどを経由して地域の保健師に繋ぎ、なるべく頻繁に訪問してもらうなどの対応を取ることもあります。

➢ ピアサポート

ピアサポートのニーズは感じていますが、サポートグループの活動内容は様々であるため、外部のサポートグループ等は紹介しておらず、関心がある家族にはそうした活動があることを説明した上で、ご自分で調べてもらっています。

今後、病院内でピアの会を立ち上げられると良いね、と話していますが、家族中心に立ち上がらないと、継続することはなかなか難しいのではないかと考えています。

事例 3. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院
救命救急センターにおける家族ケア

1. 家族ケア指針

1.1. 家族ケア指針とは

済生会滋賀県病院　救命救急センターでは、「家族ケア指針（小児院外心停止症例に対する病院前救急診療と救命救急センターにおける家族ケア指針）」を平成３０年に作成し、以後、小児の院外心停止症例に対しては、指針に沿った家族ケアを行なっています。

「家族ケア指針」は、以下の通り、場面ごとに、誰（医師、看護師、等）がどのように行動するのか、その指針が整理されています。

場面ごとの行動指針	
病院前救急診療	● 現場へ向かうまで/患者接触中/現場処置中/搬送中
病着～院内における心肺蘇生～死亡確認	● 受け入れ準備/病着、引き継ぎ/面談室での家族ケア/面談室で医師が現状を伝える/蘇生現場を見せる/蘇生中止、死亡確認
死後～お見送り	● 検死・AI の説明/解剖の説明/見送り（引き取り）までの患児との過ごし方/カウンセリングの紹介/フォロー外来

家族ケアにおいては、「家族を孤立させない」ことが非常に大切です。指針では、家族ケア担当の医師と看護師を置き、蘇生処置中も必ず誰かが家族に付き添うことや、家族に寄り添える人（サポーター：祖父母や両親の兄弟姉妹など近しい人）を確認して連絡を取ることなど、患児に対する医療行為とは異なる視点から、家族をケアするための行動が示されています。また、家族に対する声がけについても、具体的な会話例や NG 会話例などを記載し、現場が対応しやすい工夫をしています。

（指針作成にあたって：現場スタッフによるシミュレーション）

指針の作成にあたっては、医師や看護師が参加して、患児家族と主治医等医療スタッフの役割を割り振りシミュレーションを行いました。家族の立場ではスタッフの行動に対しどのような感情を抱いたか、また、医療者の立場では、ときどきの行動にどのような難しさを感じたのか、といった点を検証しました。

そうした現場の声を基に、「家族ケア指針」は作成されています。

1.2. 家族ケア指針作成の背景

子どもを亡くした家族にとって、適切かつ手厚い医療ケアの提供や医療者の誠実な対応は、「子どもに十分なことをしてあげられた」という感覚に結び付くことを助け、対照的に不誠実ととられた対応は後々まで悔いを残させ、家族を傷つけ苦しめることになります。

一方で、医療者側からすると、病院前救急診療や救急外来での死亡例に対しては、その場で初めて出会う家族に対応しなければならない場合がほとんどとなります。さらに、当院に限らず小児の死亡事例は非常に稀（年間数例）で、現場で医療スタッフが小児死亡症例の経験を十分に積むことは困難です。そこで、このように慣れない小児死亡の事例が発生した時に 、診療の一助となるよう、 この指針を作成しました。

1.3. 家族ケア指針導入の効果

以前は、小児の院外心停止症例が発生すると慌てていた現場のスタッフが、現在は、家族ケア指針に沿って役割分担し、それぞれがやるべき対応を取っています。

例えば、家族に、医療者が必死に蘇生にあたっている現場を見せることも、「この子のために、みんながこんなに張ってくれている」との実感に繋がり、家族にとっては「死を受け入れるための材料」となります。しかし、家族ケア指針の作成以前は、そうした判断は個々の医療者に委ねられており、全スタッフが蘇生処置に注力した結果、いよいよ厳しい状況になって初めて、家族への声がけが行われるということもありました。

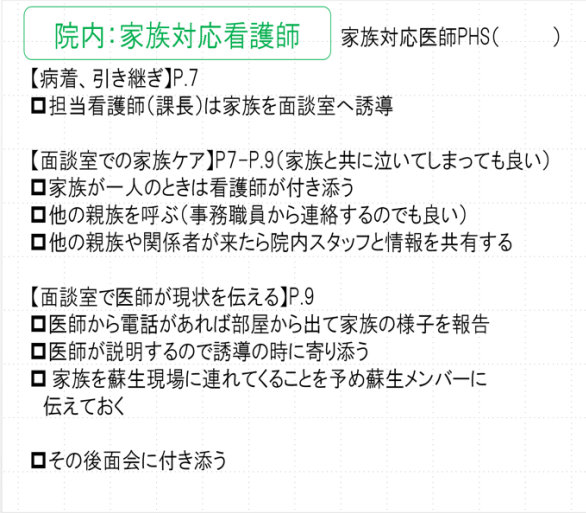
現在は、どのタイミングでどのように家族に蘇生現場を見せるかなど、家族のグリーフケアを踏まえた対応を、全体の流れの中で取れるようになっています。

（家族ケア指針を現場で活用するにあたっての工夫）

小児の院外心停止症例発生の連絡を受けたら、ホワイトボードを活用し、各スタッフの役割を確認しています。

また、家族ケア指針の作成当初は、各スタッフが 20 ページ弱ある指針を参照しながら家族ケアにあたっていましたが、現在は、役割ごとのアクションカードを参照しつつ対応にあたっています。

アクションカードの例（院内：家族対応看護師）


院内:家族対応看護師　家族対応医師PHS(　　)

【病着、引き継ぎ】P.7
□担当看護師(課長)は家族を面談室へ誘導

【面談室での家族ケア】P7-P.9(家族と共に泣いてしまっても良い)
□家族が一人のときは看護師が付き添う
□他の親族を呼ぶ(事務職員から連絡するのでも良い)
□他の親族や関係者が来たら院内スタッフと情報を共有する

【面談室で医師が現状を伝える】P.9
□医師から電話があれば部屋から出て家族の様子を報告
□医師が説明するので誘導の時に寄り添う
□ 家族を蘇生現場に連れてくることを予め蘇生メンバーに伝えておく

□その後面会に付き添う

1.4. 医療者のデブリーフィング

家族ケア指針では、医療者のデブリーフィングについても、明示しています。子どもの死でつらい思いをしているのは家族だけではなく、その死に関わった医療者も、感情をすり減らしています。医療者は、傷つき、消耗していることを認識し、医療者自身も癒されるよう、同じ体験をした医療者同士で気持ちを表出し合うなど、心のケアを考える必要があります。

<ポイント>
- 症例カンファレンス等を行い、経験を共有する
- 反省点とともに、良かった点も積極的に評価し合う
- 医療者同士で、ありのままの感情を表出し合う

現在、ケースを扱った後、１か月以内には、関わったスタッフ全員が集まり、デブリーフィングを行なっています。家族への対応に何らかの反省点を見出した場合には、属人的な問題とはせずに、仕組み（家族ケア指針）を改変するという形で、改善につなげています。

2.　退院後の家族のグリーフケア（「グリーフケア外来」）

済生会滋賀県病院では、愛する人を亡くした方を対象とした「グリーフケア外来」を設置しており、精神看護専門看護師がカウンセリングを行なっています。

大人が亡くなった場合には、ご家族にグリーフケア外来のリーフレットを渡し、そうしたケアも存在することを案内するに留めていますが、子どもを失った家族には、帰り際に医師がグリーフケア外来の受診を提案し、家族が受け入れれば、その場で外来の受診を予約することとしています（2～8 週間後をめどに）。初回は、病院からの提案であるため、診療費は請求しません。

また、グリーフケア外来の受診と併せて、小児科外来も受診してもらい、改めて担当医から、死因や死亡の経緯について、丁寧に説明を行う機会を設けています。

グリーフケア外来リーフレット（三つ折り）

（表面）



（中面）



最愛のご家族とお別れになられた後、悲しみや寂しさ、悔しさがなかなか癒えず、苦しんでおられませんか？

「今まで好きだったことができなくなった」「季節が味わえなくなった」「食欲がなくなった」「眠れなくなった」ことなどはありませんか？

最愛のご家族を失うことは、大変耐えがたい苦しみなのです。

こころのケアを専門にしている看護師がお話しを聴き、最愛のご家族とのお別れによって生じるつらさや苦しみ（グリーフ）に対して、適切な看護ケアを提供し、新たな生活へ歩まれるための支援をいたします。

毎　週　　火曜日
時間帯　　9：00～10：30
　　10：30～12：00

＊当院で亡くなられた患者様のご遺族、当院に通院されているご遺族で、ご本人がご希望される場合が対象になります。
＊原則月１回のご面談で支援いたします。
＊費用はかかりません。

予約が必要になります。
月～金の平日９：00～14：00 に済生会滋賀県病院、精神看護専門看護師の木村宛までご連絡ください。お待ちしています。

精神看護専門看護師
木村　里美

3.　より家族ケアを充実するために（今後に向けて）

現状は、救命救急センターの医師及び看護師を中心とした取り組みですが、今後は、事務スタッフや救命士も含めた勉強会（基礎理論など）を開催し、他職種とも連携を取りつつ家族ケアにあたれればと考えています。

自治体担当者のための

子どもを亡くした家族への支援の手引き

－ 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死 －

厚生労働省　令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

目次

第Ⅰ章　総論　子どもを亡くした家族のグリーフケア

1　はじめに ……1

2　子どもを亡くした家族の悲嘆……3

2.1　悲嘆（グリーフ）とは……4

2.1.1 喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応……4

2.1.2 遺された人が取り組む 4 つの課題……4

2.2　子どもを亡くした家族の悲嘆　～子どもの死の背景による悲嘆の特徴～…6

2.2.1 子どもを亡くした家族の悲嘆……6

2.2.2 流産または死産において特に配慮すべきこと……8

2.2.3 人工妊娠中絶を経験した女性の悲嘆……9

第Ⅱ章　実践編　子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

はじめに　子どもを亡くした家族への自治体としての関わり方

1.　子どもを亡くした家族への関わり方……16

2.　子どもを亡くした家族に支援を行なう前に知っておきたいこと……19

政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割

1　子どもを亡くした家族に対しての必要な配慮や支援……22

1.1　子どもが亡くなった事実の把握と母子保健サービスの連絡の停止……22

1.2　子どもを亡くした家族に必要な情報の周知……23

1.2.1 周知が必要な情報……23

1.2.2 情報提供リーフレットやグリーフカードの活用……25

1.3　子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援……30

1.4　より専門的な支援への紹介……30

2　医療機関との連携の強化……32

2.1　流産・死産後の産婦健康診査の導入の促進……32

2.2　医療機関向け支援の手引きや情報提供リーフレットの普及……33

3　ピア・サポートグループとの連携……34

3.1　ピア・サポートグループとの連携……34

3.2　ピア・サポートグループの後方支援……34

都道府県/政令市/中核市に期待される取り組み

1.　専門の相談窓口の設置……38

1.1　専門の相談窓口の設置……38

1.1.1 相談体制の整備……38

1.1.2 相談員のスキルアップ……39
1.2　相談窓口の周知・啓発……40
2. 専門相談窓口と地域の担当保健師との連携の強化……41
2.1　子育て世代包括支援センターとの連携……41
2.2　市町村の母子保健担当者に対する研修の実施……41
担当者のグリーフケア
子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア……44

第Ⅲ章　事例集
（保健師等による個別支援）
事例１.高知県版 CDR モデル事業の一環としての遺族訪問調査（高知県）……49
事例 2.産科医療機関との連携による死産を経験した方への支援（愛知県　豊橋市）…53
（専門相談窓口）
事例３.東京都「赤ちゃんを亡くされたご家族のための電話相談」（東京都）……59
事例４.おおいた不妊・不育相談センター
流産・死産を経験した方への支援（大分県）……63
事例５.岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育とこころの相談室」（岡山県）……67

第Ⅰ章
概要編

子どもを亡くした家族の
グリーフケア

1.はじめに

家族や愛する人との死別は、非常にストレスが高いライフイベントです。中でも、流産・死産・人工妊娠中絶といった周産期の死も含めて、「子どもとの死別」は、近親者との死別の中でも特に悲嘆（グリーフ）が強く、その対応が難しいとされます。子どもを亡くした方の悲嘆は、1 年から数年持続するといわれますが、例えば、令和 2 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」の一環として実施された調査でも、流産や死産の直後に辛さを感じていた人は 93.0%、6か月後で 51.2%、1 年経って以降～現在でも 32.2%と悲嘆が長期に亘ることが示され、最も辛かった時期においては、67.8%が日常生活への支障があったと回答しています。

悲嘆は、喪失に適応するための正常な反応ですが、長引き慢性化すると、極度の不安、抑うつ、PTSD などの精神保健上の問題が生じることもあります。ただし、適切な介入・支援によって、問題を軽減することも可能だと言われています。しかし、子どもを亡くした家族は、身近な人からの支えがある方もいる一方で、そうした支えを得られないケースもみられます。特に周産期喪失においては、その命の存在を知る人が少ないこともあり、「社会に認められにくい悲嘆」といわれることも一因です。

こうした、社会の中でどこからも充分な支援を受けられないケースでは、悲嘆を抱えて孤立しがちです。そして、子どもの死に立ち会った医療者や、地域（元の生活）に戻った生活を支える自治体、同じ経験をした方々、精神科領域の専門家など、さまざまな立場からの、より適切な対応を望む切実な声が挙がっています。

その中でも、特に、中立的な立場から、保健・医療・福祉の橋渡し的な役割を担う自治体保健師が果たす役割は非常に大きいといえます。

【本支援の手引きの位置付け】

この支援の手引きは、何らかの原因で子どもを亡くした女性や家族に対して、自治体の立場からどのような支援ができるのか、先進的な取り組みを行なっている自治体の事例等も踏まえ、参考となる情報をまとめたものです。

第Ⅰ章では家族の悲嘆反応やグリーフケアに関して総論的な内容を解説し、第Ⅱ章では具体的な支援の実践方法などを、第Ⅲ章では具体的な取り組み事例を紹介します。

子どもを亡くした女性や家族への支援には一つの正解があるわけではありませんが、本支援の手引きの記載を参考としつつ、地域の状況に合わせた支援のあり方を検討し実践していただければ幸いです。

2.子どもを亡くした家族の悲嘆

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。」と定義されます（Rando，1993）。喪失や悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験していくものです。悲嘆は、死のみに起因するものではありませんが、「子どもとの死別」は、近親者との死別の中でも、特に悲嘆（グリーフ）が強いといわれます。それは、流産や死産、人工妊娠中絶といった周産期の喪失であっても同様です。

子どもとの死別の喪失への適応は、その家族一人ひとりによってなされるものです。しかし、家族と接する周囲の人々の関わり方や支援の在り方次第で、その経験が長く心の支えとなる場合もあります。一方で、適切でない対応がなされた場合、悲嘆を深めることもあります。周囲の人々とは、医療機関のスタッフであったり、同じ経験をした人であったり、精神科領域の専門家であったり多岐に渡りますが、地域において、家族の生活に寄り添ってサポートできる自治体担当者も含まれます。

以下、自治体担当者が子どもを亡くした家族のグリーフケアを行うにあたって、知っていると支援に役立つ悲嘆反応や悲嘆への適応という考え方について紹介します。また、子どもの死の背景によっても、留意すべきことがあるため、そうした点を十分に踏まえ、家族に接していただければと思います。

2.1. 悲嘆（グリーフ）とは

2.1.1. 喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応

大切な存在を失った場合に生じる悲嘆（反応）は、表１に示すようにさまざまなものがあります。こうした悲嘆が生じることは、遺された人が心のバランスを取り戻す過程において一般的な反応ですが、その表れ方（どのような感情や行動が表れるか、表れるタイミング、その強さや継続期間）は一人ひとり違います。

表１．一般的な悲嘆（反応）

心理的・ 感情的反応	悲しみ、ショック、怒り、罪悪感や自責の念、思慕、 後悔の念や心残り、不安や恐怖、孤独感　など
認知的反応	非現実感、否認、記憶力・集中力の低下、混乱、 論理的な思考が困難になる　など
行動的反応	涙が止まらない、引きこもる、故人を探す、落ち着かない、 過活動、自己破壊的な行動（喫煙や飲酒の増大）、探索行動　など
生理的・ 身体的反応	睡眠障害、食欲不振、頭痛、めまい、疲労、息切れ、震え　など

これらの悲嘆反応が生じることは正常な事ですが、それが通常の範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症する場合があり、その場合は精神科的な治療が必要となることもあります。

さらに、精神疾患を発症しなくても、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいなど家族の生活に影響することも大いに考えられます。家族メンバーの悲嘆の違いから、家族内にストレスが生じることがあることにも、留意が必要です。このような場合には、家族の生活にも影響が及ぶことがあります。

2.1.2. 遺された人が取り組む４つの課題

悲嘆に適応する過程（プロセス）については、いくつかの理論がありますが、ここでは、一例として、「悲哀の４つの課題」（J・W・ウォーデン）をご紹介します。

ウォーデンは愛する人の死に適応していく過程で、遺された人が取り組む４つの課題（悲哀の４つの課題）を表２のように整理しています。

表 2.ウォーデンの悲哀の４つの課題

第１の課題	喪失の現実を受け入れること	• その人が亡くなって、もう帰ってこないという現実と正面から向き合う（知的な受容だけでなく、情緒的にも受容できることも必要） • 葬儀などの伝統的な儀式は、多くの遺族を死の需要へ導く助けとなる
第２の課題	悲嘆の痛みを消化していくこと	• 悲嘆の苦痛を認め、乗り越える • この苦痛を避けたり、抑圧し続けたりしていると喪の過程を長引かせることになる
第３の課題	故人のいない世界に適応すること	• 故人の担っていた様々な役割を果たし、また、故人との関係性やそれまで感じていた世界において感じていた、自身や世界に関する認知の仕方を修正する（外的適応、内的適応、スピリチュアルな適応）
第４の課題	新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見出すこと	• 心の中の適切な（遺された人がこの世界でしっかり生き続けることを可能にする）場所に個人を位置付ける

喪失の事実を認めないことや悲嘆を避けることは、かえって悲嘆を長引かせ、慢性化させます。また、これらの課題は必ずしも段階的に取り組むべきものではなく、悲嘆に適応するために必要な長い時間の中で、前後することもあれば、繰り返されることもあり、少しずつ達成されるものです。

こうした悲哀の課題を知っておくことは、喪失を経験した家族がどのような精神状態にあるのかを想像する上で、助けになります。支援する側は、喪失を経験した家族が今どの課題に直面しているのかを理解し、悲哀の過程を阻む要因を検討し、必要な支援を行うことが重要です。

喪失への適応の過程はいつ終了するのか

喪失への適応の過程は長期にわたるプロセスです。悲嘆以前の状態に戻ることが到達点ではありません。亡くなった人は戻らず、その悲しみが終わることもありません。ただ、悲しみの形態は変化しつづけていきます。「故人のことを苦痛なく思い浮かべることができる」ことは、この過程が終盤に向かっていることを示す指標の一つとされます。悲しみの性質が変わり、悲嘆反応を伴わずに故人を思い浮かべられる、そして、今の人生と生活に再びエネルギーを注げるようになったとき、ようやく喪があけたといえるのではないでしょうか。（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）

2.2. 子どもを亡くした家族の悲嘆

～子どもの死の背景による悲嘆の特徴～

2.2.1. 子どもを亡くした家族の悲嘆

子どもを亡くした親の悲嘆反応としては、「否認」、「絶望」、「統制の喪失」、「罪悪感」、「怒り」、「感情の鈍麻」、「抑うつ」、「身体症状（頭痛や不眠など）」が強く出ることが知られています。また、悲嘆の強い場合には、激しい怒りの感情や、誰かを罰したいと強く願う気持ちなど、複雑な心理状態に陥る場合もあります。これらの感情は、波のように頻繁に押し寄せ、強い精神的落ち込みにつながることも少なくありません。特に死別後 1 年目の亡くなった子どもの誕生日や、クリスマスなど家族が楽しく過ごした日は、「記念日反応」という形で悲嘆が非常に強く表れやすいといわれます。流産・死産・人工妊娠中絶などの周産期喪失の場合は、流産や死産をした日や、妊娠が分かったとき、胎動を初めて感じたとき、出産予定日だった日など、その妊娠において特別な日が該当します。

子どもの死という大きな喪失では、感情の波を繰り返しながら、その波の振れ幅が少しずつ小さくなっていくような過程をたどり、長い時間をかけて、少しずつ日常生活にも適応できるようになっていきます。

父親と母親の悲嘆反応の違い

家族であっても、子どもを失った悲嘆の表れ方やその経過は一人ひとり違います。また、悲嘆への対処（コーピング）においても、父親と母親双方に共通する方法もある一方で、「泣く」、「喪失について話す」「喪失や悲しみについて書く」、「同じ体験をした人を探す」、「体験記を読む」、「自助グループに参加する」、「一人でいる」などは、性別による傾向の違いも見られるようです。

こうした悲しみ方の違いは、ときにパートナーとの関係を悪化させます。例えば、自分が悲しみにくれているときに、パートナーが仕事に打ち込むなど、日常生活を取り戻しているように感じたら、違和感をもつかもしれません。しかし、パートナーは、子どものことを忘れてしまったわけではなく、仕事に打ち込むことで悲しみを紛らわすという、その人なりの悲しみへの向き合い方であるのかもしれません。

死別による悲嘆やそこからの回復の過程は、極めて個人的で一人ひとり異なるものです。お互いの悲嘆の形を認め合いながら生活していく事が大切です。子どもを亡くした直後には難しいかもしれませんが、落ち着いて話ができる状態のときに、亡く

なった子どもへの想いや自分たちの感情について、両親で少しずつ話しができるとよいでしょう。

支援者はこうした点を理解し、それぞれの体験を尊重するとともに、家族一人ひとりの理解を促していくことも、穏やかな家族関係を保つために必要な支援といえます。

きょうだいへの影響

亡くなった子どものきょうだいも、大きな悲嘆に直面します（出生前に亡くなった場合であっても、お腹の赤ちゃんを待ち望んでいた子どもの悲しみは大きなものです）。

きょうだいを亡くした子どもの内面では、死別自体からくる強い悲しみのほか、「自分のせいで亡くなったのでは」という罪悪感や、悲嘆を抱える親に親役割を期待できないという失望感、自分にも死が訪れるのではないかという恐怖感、亡くなった子どもへの嫉妬とそれに伴う怒りや罪悪感、死別を機に関係性が変わった両親への不安、自分へのサポートがないことへの不満などの複雑な感情が生じるといわれます。

子どもはまだ十分な言語能力を持たなかったり、両親が悲嘆に沈んでいることを敏感に察知して「いい子でいよう」と無意識に行動したりするため、こうした感情は一見してわからなかったり見過ごされたりしがちです。

まず大切なのは、自身の悲嘆が少し落ち着いたところで、両親が遺されたきょうだいと向き合うことです。一方で、両親が子どもを失った強い悲しみの中にある時は、遺されたきょうだいの子育てもつらくなることがあります。きょうだいの悲嘆ケアまで配慮できないこともあるかもしれません。また、子どもの死はきょうだいにも影響し、行動面での変化があらわれてくることもあります。両親を支援するにあたり、きょうだいがいる場合には、彼らの状態や両親との関係性を把握し、親たちの抱える困難に理解を示しつつ、きょうだいたちとの関わりを支えていく事も支援といえます。

亡くなった子どものことを、小さなきょうだいにどのように話していいかわからず、躊躇する家族も多く、その様な場合に相談に乗ることも、大切な支援ではないでしょうか。

祖父母等へのケア

悲嘆に直面し、支援が必要なのは、両親、きょうだいだけではありません。祖父母等も含めた他の家族も同様です。加えて、祖父母にとっては、子どもを亡くした我が子が辛い思いをしていることも、大変辛い出来事です。祖父母も異なる立場で悲嘆を経験していることをまずは理解し、機会があれば、その大切な我が子に対してどのように接すればいいのか（励ましているつもりでも傷つけてしまう行動や言動につい

ての情報提供など）を伝えることも、医療者が提供できる支援のひとつとなるかもしれません。

子どもを亡くした家族へのグリーフケアは、母親や父親、きょうだいだけでなく、家族全員に対する配慮が必要となります。

2.2.2. 流産または死産において特に配慮すべきこと

流産や死産はひとりの子どもの喪失であり、そこには、死別の悲嘆が生じます。一方で、流産や死産は「社会に認められにくい喪失」といわれます。特に、初期であるほどその命の存在（妊娠・出産の事実）を知っている人も少なく、また、家族も胎児を失ったことを人に話すことに躊躇を感じます。悲しみを人と分かち合えない、または、理解してもらえないということは、大変苦しいことです。胎児の存在と、その経過を知る誰かに、その辛さや苦しみを理解して欲しいと感じる女性も多くいます。支援者は、そうした状況も踏まえ、その女性が大きな喪失を体験しているという事実を認識して対応しましょう。「よくあることだから」という（流産の確率が比較的高い事を暗示する）表現や、将来の妊娠の可能性にのみ焦点をあてて話をすることで、今回の喪失の話題を避けたり、死別を軽く扱ったりしないことが大切です。

また、一般的に、悲嘆反応として「怒り」や「罪悪感」、「自責の念」が表れることがありますが、流産や死産においてはその死が自分の胎内でおきたことであるため、無念の矛先が自分に向かい、強い自責の念を抱く方が多く、（原因不明で決して母親のせいではない場合であっても）どうして助けられなかったのかと自分を責めてしまうことがあります。

また、パートナーとの悲しみ方の違いに温度差を感じ、苛立ちを感じる女性もいます。流産をすると、女性も男性も悲嘆に陥りますが、そもそも悲嘆には個人差があり、「2.2.1.子どもを亡くした家族の悲嘆」（P6～）の「父親と母親の悲嘆反応の違い」で述べたように、男性と女性で、悲嘆反応やそうした悲嘆への対処の方法が違うことも原因のひとつです。母親に比べれば、妊娠中男性は父親としての感覚に乏しく、子どもを抱っこして初めて父親だと実感したという方もいます。それに加え、流産や死産の場合は、パートナーは女性や子どもに何もしてやれなかったという無力感を抱きがちです。さらに、社会は男性に女性を支えることを期待するので、男性は自分までも落ち込んでいてはいけないと考えて、気丈に振る舞う場合があります。しかし、女性の側からするとそれが思いやりのない態度と誤解されるかもしれません（たとえば、「前を向こう」といった言葉や、すぐ次の妊娠を望む言葉なども、女性を傷つける場合があります）。夫婦で、その時々の気持ちを率直に話せる事が大切ですが、喪失の直後には難しいこともあるかもしれません。焦らず、話せるときをゆっくりと待つ必要があります。

2.2.3. 人工妊娠中絶を経験した女性の悲嘆

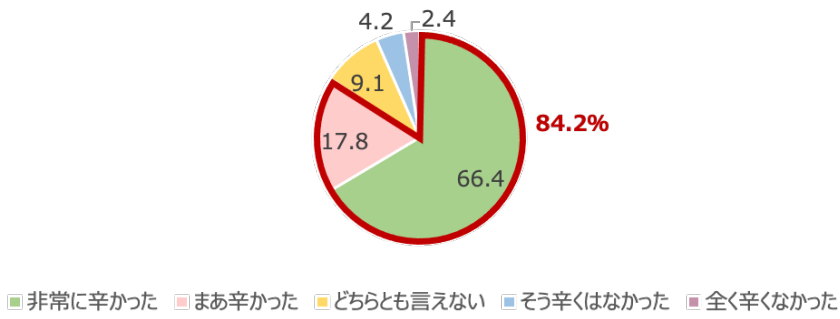
人工妊娠中絶は、「話すことのできない悲嘆」といわれます（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）。中絶の経験は本人にとっては公に話しにくい事柄であり、周囲もそれを慮り、そっとしておこうとしたり、何事もなかったかのような態度を取ったりしがちです。

人工妊娠中絶は、理由の如何にかかわらず、限られた時間内での意思決定があります。また、最終的には、このことを自分(たち)が決めたということを抱えていく体験です。この経験をした方の悲嘆は深く、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」や「自分を責めてしまうこと」をはじめとする罪悪感や子どもを想う気持ちを持つことも許されないのではという葛藤や辛さを感じ、なかなか他者に話すことが難しい状況にあるといわれます。

令和３年度実施の「過去５年以内に人工妊娠中絶を経験した女性 824 名を対象としたインターネット調査」からも、そうした実態が明らかとなりました。以下、いくつかのデータをご紹介します。

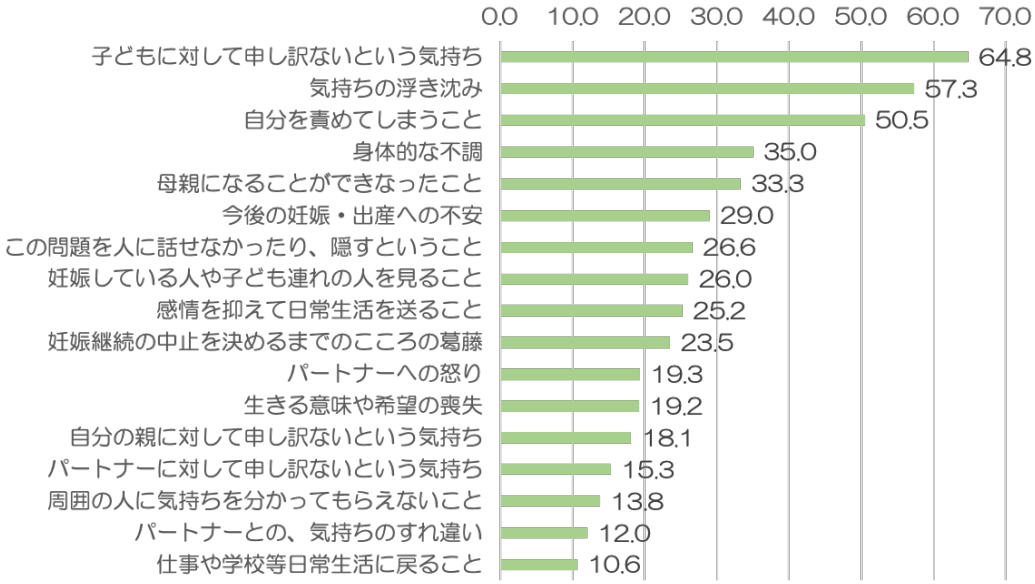
- “人工妊娠中絶を経験した直後”においては、84.2%が「（非常に～まあ）辛かった」と回答した（図 1）。

図 1. 人工妊娠中絶をした直後の辛さ（n=824）



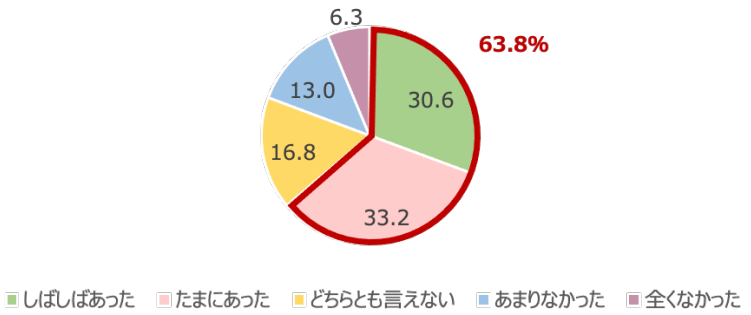
- 人工妊娠中絶をした直後に感じた辛さとしては、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」（64.8%）や「気持ちの浮き沈み」（57.3%）、「自分を責めてしまうこと」（50.5％）をはじめとして多岐にわたり、「今後の妊娠・出産への不安」との回答も 29.0%にのぼる（図 2）。

図 2. 人工妊娠中絶を経験した直後にどのような辛さを感じていたか（n=824：複数回答）



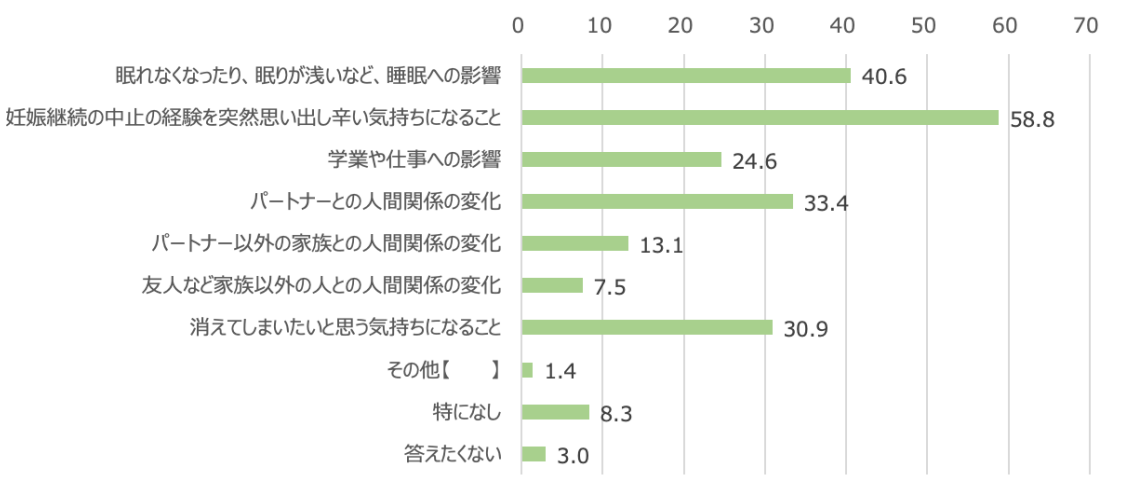
- 人工妊娠中絶に関連して、「最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか」を尋ねたところ、日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」と回答したのは 63.8%にのぼる（図 3）。

図 3. 最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



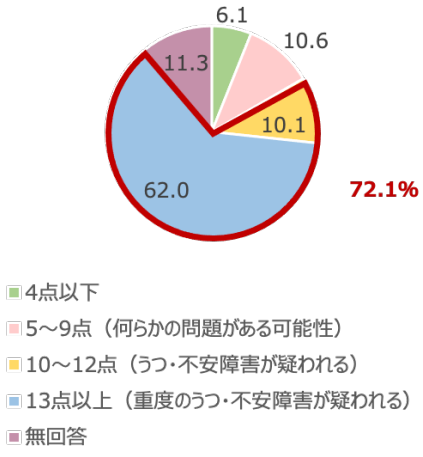
- 人工妊娠中絶に関連して、最も辛かった時期にあったこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出し辛い気持ちになること」（58.8%）、「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9％）などが挙げられた（図 4）。

図 4. 最も辛かった時期、次のようなことはあったか（複数回答）
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



- 最も辛かった時期における精神的な問題の程度を、K6尺度*を用いて測ったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」は 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」は 62.0%にのぼった（図 5）。
  （注）本来は過去 30 日の精神状態について尋ねるもの

図 5. 最も辛かった時期における、K6（心の健康チェック）の値
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



＊K６尺度とは：

Ｋ６は米国の Kessler らによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の６つの質問について５段階（「まったくない」（０点）、「少しだか」（１点）、「ときどき」（２点）、「たいてい」（３点）、「いつも」（４点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

出典：厚生労働省 HP（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html）

- 人工妊娠中絶の直後の辛さについて、誰かにつらさを相談した人は 44.2%にとどまった（図６）。相談しなかった理由としては、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）などが挙げられた（図７）。

図６.“妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて誰かに話したり相談したりしたか
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

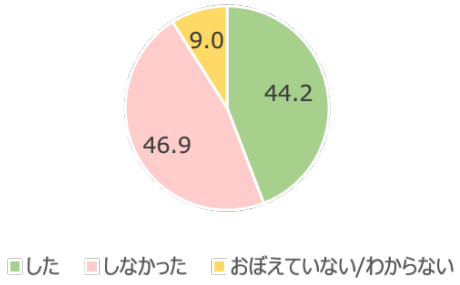
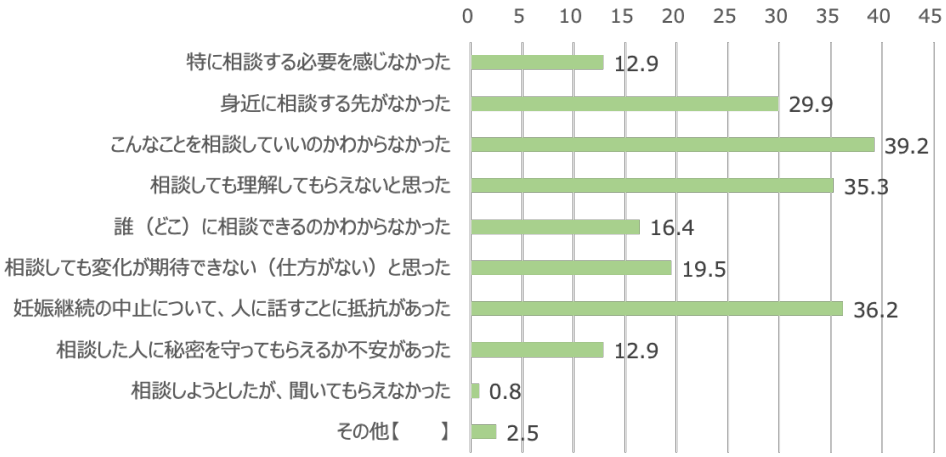


図 7. 誰にも相談しなかった理由（複数回答）（n=365：相談「しなかった」人）



人工妊娠中絶を選択した方が抱える事情はさまざまであり、求められる支援も、状況によって異なるでしょう。ただ、データが示すように、人工妊娠中絶を経験した方の多くが辛さを感じていること、また、辛さを感じつつも誰にも相談できないでいるケースも多く存在することを理解し、そうした方々へ寄り添っていただければと思います。

【第Ⅰ章　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　-臨床実践ハンドブック, 2011
- 古内耕太郎、坂口幸宏：グリーフケア- 見送る人の悲しみを癒す- ～「ひだまりの会」の軌跡～, 2011
- 瀬藤乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア, 心身医学 44(6), 395-405, 2004
- 宮林幸江、関本昭治：愛する人を亡くした方へのケア　医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践, 2008
- 管生聖子：死んでしまうことはもうわかっている」わが子を「産む」母親の語りの分析, 心理臨床学研究 38(5), 400-410, 2020-12
- 管生聖子：人工妊娠中絶をめぐる心のケア - 周産期喪失の臨床心理学的研究, 2022

第Ⅱ章
実践編

子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

はじめに　子どもを亡くした家族への自治体としての関わり方

1. 子どもを亡くした家族への関わり方

子どもを亡くした家族は、大きな悲嘆と直面することとなります。その悲嘆は、心のバランスを取り戻す過程において正常な反応であり、本人が向き合い対処しつつ、時間をかけて適応していくものです。一方で、子どもの死という大きな喪失に適応するプロセスには、長い時間がかかります。その過程において、子どもの死に立ち会った医療者や同じ経験をした方々、精神科領域の専門家など、家族を支える周囲の人々が、家族とどのように関わるかが、その後の悲嘆過程に大きく影響するといわれています。

そして、地域において、家族の生活に大きく関わる自治体の担当者も、そうした家族を支える一人です。さまざまな場面で、子どもを亡くした家族と接する機会も多い中、自治体の担当者からの支援が大きな支えとなる場合もあれば、不適切な発言が家族の気持ちを傷つけることもあるかもしれません。

悲嘆を経験している方にとっては、話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方をありのままに受け入れてもらえること、さまざまな感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）を表出できること、十分に悲しむ時間・話す時間を持てること、が必要とされています。子どもを亡くした家族とのかかわりの中で、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供できることが望まれます。

自治体担当者として、子どもを亡くした家族に対してどのような配慮が必要なのか、また、どのような支援が可能なのか、「政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割」と、「都道府県・政令市・中核市に期待される専門的支援」を分けてご紹介します。

最初の一歩～行政だからできる支援とは～

豊橋市保健所　こども保健課　総合相談グループ　専門員　伊藤 僚子

子どもを亡くした家族への支援を自治体が担当するにあたり、何から手を付けたらよいのか、また私達にできることはあるのだろうか、と戸惑われる方も多いと思います。しかし、それを特別な支援として捉えるのではなく、「親」が対象であるという観点から身構えずに支援ができないでしょうか。

もちろん、基礎的なグリーフケアの知識や技術を習得する必要はありますが、自治体の強みは継続した支援体制が整っていることやコーディネート力に優れている点です。関係機関と情報共有を図りながら、自治体の専門職が連携して継続的な支援をすることで、子どもを亡くした家族の負担を軽減する一助となります。これは医療機関や民間団体だけでは成しえないことなのです。また、行政文書等で目にすることも多い「寄り添い支援」は、近年の母子保健活動における重要な役割となっており、まさにそれを必要とする方々が今回の対象者でもあります。

まずは、自治体がこれまで培ってきた強みの間口を少し広げることで、救われる方の増加が見込めます。例えば、妊娠期の要支援者が流産や死産になっても一概に支援終了としない、これまで産科医療機関と行ってきた情報連携に流産や死産の方を追加する、新生児医療センターや小児科と実施するケース会議に亡くなった児を扱うなどであれば、すぐにでも実行可能かもしれません。

そうは言っても、特に多岐にわたり業務を抱える政令市や中核市等では、負荷になることは否めません。実行へ移すためには、すべてを現状の職員で対応するのではなく、例えば臨床経験のある助産師等の雇用や外部委託など、幅広い視野をもったマネージメントも欠かせません。

知恵と勇気そして共感力をもって、自治体だからできる子どもを亡くした家族への支援の一歩を踏み出してみませんか。

悲しみを抱えて生きてゆく人をささえるために

お空の天使パパ&ママの会（W.A.I.S）代表/公認心理師　石井 慶子

小さな命の死に際して、その命の存在を知った人達は、その体験を痛ましく思い、接してくれるかもしれません。しかし、それはあまり長い期間にはわたりません。親たちは、死別の体験からの悲しみにつづいて、周囲から命の存在が忘れられてくことにも悲しみを感じていきます。私たちの活動で出会った親たちの多くは、こうした悲しみについて話す場を求めていました。

この手引きで示されているように、親たちは、長い期間（人によっては生涯）にわたり、こうした死別の痛みをかかえていくことになります。日常生活への影響は、時間の経過とともに変化しますが、初期には様々な困難があります。何かのきっかけで、突然気持ちが深く落ち込むこともあります。このような不安定さ自体も、不安を引き起こします。

こうした際の支援を求めて、死別を体験した親たちは相談にやってきます。彼らが求めているのは、今現在の困りごとを話す場だけでなく、亡くなった命についてと死別後に体験をしてきたことをも話せる場所です。医療機関・自治体で、このグリーフの相談に関わる担当者には、これらのことを、まず理解していただきたいと思います。

支援に関わろうとする人びとからは、よく、「傷つけない言葉とは？」という質問を受けます。死別による衝撃により、そもそも傷つきやすくなっている人たちとのコミュニケーションは、非常に難しいことでしょう。そして、辛い体験をしたひとをこれ以上傷つけたくないという想いは、支援者として大切なことです。

しかし、「言葉」以前に、支援する側に必要なことがあるのではないかと私は考えています。親たちには、その場に来るまでに抱えてきたつらい時間と児への想いがあります。また、相談の終了後には、それから長く抱えて過ごしていくかもしれない悲しみの世界（時間）があります。対面する際には、これらのことを念頭におき、それぞれの個別の状況をしっかりと傾聴し、今おかれた環境や相談後に過ごしていく人生を想像し、丁寧に対応していただけたら、相談者との関係に変化がうまれるかもしれません。このような眼差し・対応があれば、「傷つける意図が無いこと」は、相談に訪れた人に伝わるのではないかと思います。

2. 子どもを亡くした家族に支援を行う前に知っておきたいこと

喪失や死別を体験し、強い悲嘆を抱えている人に初めて会い、支援を行う際の基本的な姿勢として“無理に聞き出そうとしない”、“語られる内容にゆっくりついていく”ということがあげられます。

人は悲しむ人を前にすると、何とか援助しようと「がんばって」、「しっかりしなさい」、「若いのだから、また次が…」など“励ましの言葉”をかけたくなりますが、そのような家族を励まそうと思って発した言葉が、逆に傷つけてしまうことがあります。家族は周囲の心ない言葉に傷つきながらもそれに反発する気力もなく、逆に言われるようにできなかった自分やそうでない自分を弱い人間だと思い、自分を責めてしまうこともあります。（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

「あたらしい人生に進まないとだめ」などのアドバイス、「あなたががんばらないとだめ」などの適応の鼓舞、無礼な態度、「見た目より元気」などの過小評価、「あなたの気持ちはわかります」と家族の感情を理解したような表現や態度は、『役に立たない援助』と言われています。逆に、安心感を与える援助には「関心をもって受け止める」、「そばにいる」などがあります（大西秀樹：サイエンスとアートとして考える生と死のケア）。女性や家族が「わかってもらえる」「そのままを受け入れられている」という実感が得られるように接することが大切です。

グリーフケアのポイント（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

① その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢をもつ（受容と共感）
② 今の状態（悲嘆反応）は自然な反応であることを伝える
③ 感情表出を支える（語ること・泣くことを支える、怒りを受け止める）
④ 感情を語ることに抵抗感をもっている人には語ることを強要しない
⑤ ”いま”という言葉を使いながら対話することで、いまを生きられるように支援する（いま、亡くなったお子さんにどんな言葉をかけてあげたいですか）
⑥ 身体および精神症状を把握する

悲嘆の反応には個人差があり、中には、今回の死についての話についてなかなか触れたがらない女性もいるかもしれません。とてもショックが強くて、言語化できない場合もあります。苛立ちもあるかもしれません。そのようなときに、無理に話させようとすることは適切なコミュニケーションではありません。その人がその人なりのペースで話すのを待つような対応が求められます。沈黙の時間も必要な場合がありますので、対話には時間をかける必要があります。

また、他者の強い悲嘆に触れる経験は、支援者にも負担が生じることがあります。「子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア」（P44～）に示すように、担当者自身のためのケアが必要であることにも留意すべきです。

政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割

1.子どもを亡くした家族に対しての必要な配慮や支援

1.1. 子どもが亡くなった事実の把握と母子保健サービスの連絡の停止

妊娠届けを出した後から、母親のもとへは、両親学級の案内や乳幼児健診・予防接種のお知らせ、就学に関するお知らせなど、さまざまな母子保健サービスの通知が届きます。子どもが元気に育っていれば喜ばしいはずのそうした連絡も、子どもが亡くなった後に届くと、子どもの死の事実や子どもが元気でいたらそうしたイベントを迎えていたということに直面させられ、また（死産届/死亡届を出したにもかかわらず）子どもの死について公的に認められ、適切に配慮されないということに傷つくなど、子どもを亡くした悲しみがさらに辛いものになったという当事者の声が多く聞かれます。

まず、母子保健に携わる担当者が徹底すべきことは、死産届や死亡届の情報を保健統計主管課と共有し、子どもを亡くした家庭に対して、子どもが育っていることを前提とした母子保健サービスの連絡を停止することです。

厚生労働省は、「母子保健施策のための死産情報の共有について（依頼）」（令和２年 11 月 20 日付子母発 1120 第１号政統人発 1120 第１号厚生労働省子ども家庭局母子保健課長及び厚生労働省統計管理官(人口動態・保健社会統計室長併任)通知）において、保健統計主管課に対し、母子保健担当課の求めに応じた死産届に関する必要な情報共有を依頼しています。こうした情報共有がなされることにより、子どもを亡くした家族に、上述のようなつらい想いをさせずにすむことになります。

また、死産届や死亡届が提出される場合、届け出に家族が出向く場合がありますが、届出の際の不適切な対応により、傷つくこともあります。自治体との最初の接点となるこのような場面から、死別のグリーフへの配慮は始まるといえるでしょう。この場面は、様々な情報提供の機会ともなりますので、届け出を担当する部署との間でも、対応の仕方について共有しておくことが大切です。

また、12 週未満の流産の場合には、こうした届け出による自治体との接点がないかもしれません。しかし、支援を必要とする悲嘆が、妊娠週数に関わらず存在していることを、母子保健担当者は理解しておく必要があります。

1.2. 子どもを亡くした家族に必要な情報の周知

1.2.1. 周知が必要な情報

子どもを亡くした家族に対して、その悲嘆の中で日々を送るにあたって、知っておくと役に立つ情報（これから生じるかもしれない感情や、周囲に助けを求めてもよいこと、悲しみと向き合う中で利用できる社会資源など）を紹介します。

情報の伝え方としては、担当保健師等が直接連絡をする以外にも、情報提供資材を死産/死亡届出時に窓口で手渡しするか郵送する、地域の医療機関（産科医療機関や小児医療機関など）に子どもを亡くした方への配布を依頼するなど、さまざまな方法が考えられますが、子どもを亡くした方全員に情報が行き渡ることが重要です。また、子どもを亡くしたことによる悲嘆には、家族全員が直面します。そのため、悲嘆の経過で起こりうる反応等についての説明は両親だけでなく、両親以外に家族の中にキーパーソンがいればその方に対しても行うことが望まれます。

以下、伝えるべき主な事がらを記載します。情報提供資材作成にあたっては、死別当事者の感情に配慮し、亡くなった子どもとその家族に対する敬意を表し、丁寧な文言を使用した内容にしてください。また、人工妊娠中絶をした方や、流産・死産を経験した方向けの情報提供リーフレットを次項で紹介しますので、活用してください。

① これから生じるかもしれない感情について

子どもを亡くした家族は、その喪失への適応の過程で様々な悲嘆反応を経験しますが、喪失の体験やその悲しみは一人ひとり異なります。悲しみの感じ方や、そのタイミングもさまざまでしょう。まずは亡くなった命への敬意を示すとともに、「これからさまざまな感情が生じるかもしれないこと、その表れ方は人によって違うこと、どのような気持ちを感じたとしても、その気持ちを否定しなくていいこと」を伝えておくことは、予期的な支援の一つとなります。

また、子どもの死という大きな出来事は、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいとの生活にも大きく影響します。家族であっても、悲しみの表れ方や対処方法がそれぞれ異なることや、遺されたきょうだいには特に配慮が必要であることについても、伝えておくといいでしょう。

② 子どもを亡くした悲しみについて、周囲にサポートを求めてもよいこと

子どもを亡くした悲しみに適応するには、長い時間がかかりますが、周囲は、その死や体験を比較的早く忘れたり話題にしなくなるため、家族は、話したい気持

ちを抱えているのに、語れる場を失っていきます。一方で、子どもを亡くした悲しみが受け入れてもらえないのではないかという恐れから、周囲になかなか助けを求められない人もいます。特に、人工妊娠中絶や、早い段階での流産などは、周囲の人がその事実に気づいていない場合も多く、悲しみに加え孤独感を募らせてしまうこともあります。

亡くなった子どものきょうだいを育てている場合、悲嘆をかかえながら、育児をしてかなければなりません。流産や死産、人工妊娠中絶であれば、産後や手術後の母体を健康な状態に戻すことが必要です。また、亡くなった子どもの介護や看病などで、身体的な疲労が募っている場合もあるかも知れません。そうした時には、両親たちが体を休めること、育児や家事等の支援を利用することも、グリーフへの間接的なサポートとなります。辛い時には助けを求めていいこと（そのためのさまざまな社会資源があること）、自分の経験を人に話すだけでも楽になる場合もあることを伝えてください。

③　自治体の相談窓口やピア・サポートグループなどの社会資源について

自治体の相談窓口や、同じ経験をした人によるピア・サポートグループなど、子どもを亡くした悲しみと向き合う中でさまざまな支援を得られる場があることも、子どもを亡くした家族が知っていると役に立つことがあります。社会には様々な支援体制があり、それらを活用できることを、早いタイミングで家族に伝えてください。

自治体の相談体制

子育て世代包括支援センター事業や不妊専門相談センター事業、産後ケア事業、不妊症・不育症支援ネットワーク事業など、さまざまな事業の枠組みの中で、子どもを亡くした家族へのケアを行っている自治体も多いかと思います。また、それまで子育てを支援してきた保健師が、そのまま継続して支援することもあるでしょう。地域の体制に応じて、自治体がどのような支援を行っているのか（どこに連絡すればいいのか）周知します。

希望があれば、自治体でも相談にのることができるということを、伝えてください。

ピア・サポートグループ

同じ経験をした当事者と感情や気持ちを語り合う時間を持つことにより、共感したり、孤立感が軽減されることがあります。こうした体験が大きな支えとなる方も大勢います。現在、地域には様々なピア・サポートグループが存在し、地域的な

偏りはあるものの、電話やオンラインで繋がれる場も増えてきています。そうしたピア・サポートグループの存在や、探し方を紹介することも必要な支援です。

一方、それぞれのグループの理念や特徴によって、その活動のあり方は様々です。ご自身に合う場合もあれば合わない場合もあること、合わない場合には無理して参加し続ける必要はないことなどについても、併せて情報提供してください。

1.2.2. 情報提供リーフレットやグリーフカードの活用

子どもを亡くした家族を支援するためのツールとして、以下のような情報提供リーフレットやグリーフカードが作成されています。

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット	令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」作成
人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット	
グリーフカード	厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班作成（平成 21 年）

グリーフカードは、小児医療機関で渡されることを想定し、主に医療者と家族をつなぐためのものです。

一方、「流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」及び「人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」は、医療機関を含めた、地域において利用できる社会的支援を紹介しています。地域の相談窓口の情報を記載した上で、流産や死産、人工妊娠中絶を経験した方に渡してください。産科医療機関と連携し、病院で渡せる体制を整えられれば、支援を必要とする方全員に必要な情報が届くでしょう。

情報提供リーフレット及びグリーフカードは、以下のウェブサイトから自由にダウンロードいただけます。

- 情報提供リーフレットのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

- グリーフカードのダウンロード：
  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・二つ折り）

（表面）



（中面）



人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・三つ折り）

（表面）



日々の暮らしの中で以下のようなつらさを
感じることがあるかもしれません。

- これまで通りの生活を送ることや、人と関わることに難しさを感じる
- これまで普通にできていたことが、上手くできない
- 記憶力や判断力や理解力が低下したと感じる
- 家族の間で、悲しみ方の違いを感じる
- さまざまな場面で、以前のような自信を持てない
- この悲しみが、いつまで続くのだろうと思う
- 自分を責めないではいられず苦しい
- 誰にもこの苦しみを話せない

こうした反応は、「グリーフ（悲嘆）」といって、
大切ななにかを失ったときに生じる、自然な
反応です。その感じ方は、人によって違います。
また、心の痛みが和らぐまでに必要な時間も、
人それぞれです。ご自身のお気持ちに耳を傾け、
どのような感じ方であっても「それでいい」と
認めてあげてください。
ご自分に優しくしてあげてください。

今のつらい状態はずっと続くわけではありません。
必ず、少しずつ変化していきます。
その変化もまた、認めてあげてください。

おうちに戻られたのち、心の不安と共に
身体の不調を感じる方もいらっしゃいます。
少し落ち着いて、医療者に聞いてみたいことも
出てくるかもしれません。
次のようなときは、どうぞご相談ください。

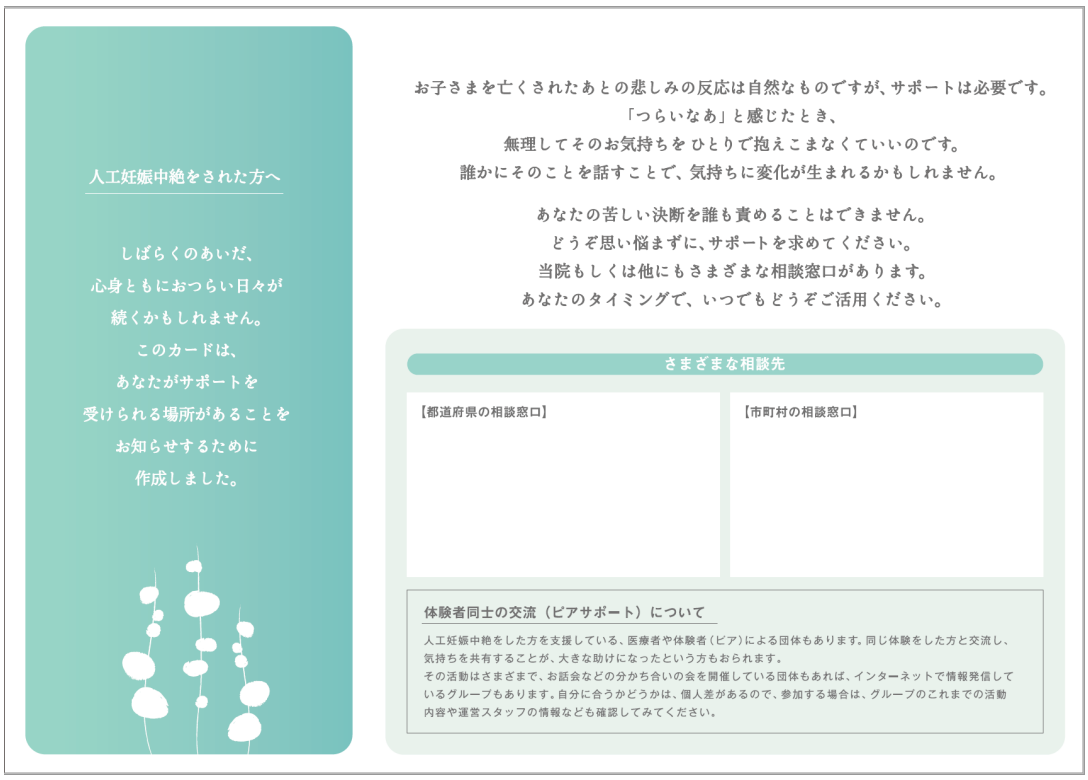
- 悲しみが深く、つらい日々が続き、日常生活のほとんどに影響がある
- 健診日以降、子宮の戻りや身体の不調が気になっている
- 次の妊娠に対する不安がある
- 次の妊娠や出産のことを聞いてみたい・話したい
- その他、あなたが当院からのサポートを受けたいとき

当院へご相談される場合には、以下までお問合せください。
来院される場合には、
担当者がお会いできるよう調整いたしますので
事前にお電話を下さいますようお願いいたします。

受付窓口／担当者	
電話番号	
受付時間	

医療機関
から
お伝え
したい
こと

（中面）



人工妊娠中絶をされた方へ

しばらくのあいだ、
心身ともにおつらい日々が
続くかもしれません。
このカードは、
あなたがサポートを
受けられる場所があることを
お知らせするために
作成しました。

お子さまを亡くされたあとの悲しみの反応は自然なものですが、サポートは必要です。
「つらいなあ」と感じたとき、
無理してそのお気持ちをひとりで抱えこまなくていいのです。
誰かにそのことを話すことで、気持ちに変化が生まれるかもしれません。

あなたの苦しい決断を誰も責めることはできません。
どうぞ思い悩まずに、サポートを求めてください。
当院もしくは他にもさまざまな相談窓口があります。
あなたのタイミングで、いつでもどうぞご活用ください。

さまざまな相談先

【都道府県の相談窓口】	【市町村の相談窓口】

体験者同士の交流（ピアサポート）について

人工妊娠中絶をした方を支援している、医療者や体験者（ピア）による団体もあります。同じ体験をした方と交流し、気持ちを共有することが、大きな助けになったという方もおられます。
その活動はさまざまで、お話会などの分かち合いの会を開催している団体もあれば、インターネットで情報発信しているグループもあります。自分に合うかどうかは、個人差があるので、参加する場合は、グループのこれまでの活動内容や運営スタッフの情報なども確認してみてください。

グリーフカード

（表面）

かつて、お子様を亡くされた方々は、
適切な情報が届いていないことにより不安な
暮らしを余儀なくされていました。
このカードは、そうした二重の苦しみを負う
ことがないようにと、かつてのご遺族たちの
願いにより発行されるようになりました。

ご来院前にお電話ください

病院名

〒　　-

住所

電話番号

連絡窓口及び担当者

担当医

お子様のカルテNo.

グリーフカード



（中面）

ちゃんのご家族へ

このカードは、当科で亡くなられたお子様のご家族にお渡しするものです。
お家に戻られたのち、次のようなことでお困りのときは
いつでもご来院下さい。

・亡くなられたお子様の病気の経過や治療について説明が必要なとき
・次の妊娠や出産について不安を感じるとき
・ごきょうだいの成長や育児に不安を感じるとき
・悲しみがとても強く、心身の不調を感じるとき
・その他、あなたが当科のサポートを必要とするとき

次のサイトのリンク集からも相談機関や自助グループが探せます。
小さないのちのホームページ
http:// HYPERLINK "http://www.chiisanainochi.org" www.chiisanainochi.org

お子様を亡くされたあとの暮らしについて
・誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません。
・社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません。
・今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません。
・記憶力や判断力が著しく低下したと感じるかもしれません。
・ご夫婦やご家族で悲しみの表現が違うかもしれません。
・あらゆることに自信がもてなくなる時期があるかもしれません。
・時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません。
・気持が和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません。

お子さんが亡くなったあとはこうしたことが起こりやすいですが、
少しずつ悲しみにも順応できるようになります。
特に最初の１年はきついので、身体をいたわり、流れる涙は止めずに、
安心できる場でつらい気持を表すといいでしょう。
以上は、多くのご遺族が経験をもとに教えてくれたことです。

1.3. 子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援

自治体への相談が可能なことを周知しても、悲しみにくれる中、自分から能動的に行動することが難しい場合もあるでしょう。また、保健センターなどで他の子どもたちを目にするのが辛いという声も聞かれます。

電話や家庭訪問などで、家族の様子を確認するとともに、じっくりと当事者の体験に耳を傾け、辛い気持ちに寄り添いましょう。

高知県では、厚生労働省「都道府県予防のための子どもの死亡検証（チャイルド・デス・レビュー）体制整備モデル事業」（令和２年 10 月～）の一環として、子どもを亡くした家族への保健師による訪問調査を行なっています。死亡調査（死亡当日に聞き取りきれなかった事項の追加調査）が主な目的ですが、保健師が家族の話を傾聴し、気持ちに寄り添うことによる心理的支援の役割も果たしています。また、同時に、今後の養育支援が必要な状況か、育児負担や、心理状態も含めて家庭に対する支援が必要かどうかの見極めも行なっています。

事例１（P49～）

また、産科医療機関と連携し、死産を経験した女性の精神面に何らかの不調が疑われる場合には医療機関から市へ連絡が入る体制を整えている豊橋市のようなケースもあります。そうした体制整備によって、対象者の状態に応じた、きめ細やかな支援が可能となっています。

事例２（P53～）

1.4. より専門的な支援への紹介

悲嘆は正常な反応ですが、ある範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することがあります。また、過去に既往歴がある場合には、再発したり、悪化する可能性もあります。何らかの精神疾患が疑われる場合には、心療内科医や精神科医、心理カウンセリングなどの精神科領域の専門家と連携をとりつつ、ケアにあたる必要があります。そうし

た専門家を受診する際には、グリーフを専門とする、またはグリーフにも力を入れているところを受診することも大切です。

精神疾患の症状とまではいえないけれど、悲嘆の反応が非常に大きく、不安を感じている場合には、地域の「精神保健福祉センター」を紹介してもいいでしょう。

ただ、日本においては、精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング等に対して、「自分の心の安寧のために誰もが利用する身近なもの」との意識が薄く、心理的抵抗感を感じる人も多いのが現状です。精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング等は、「特別なものではないこと」、「気持ちを楽にするための一手段として誰もが利用しうる身近なもの」、「自分に起こった出来事や、気持ちを整理するために役に立つ」といった点も丁寧に説明して下さい。

また、子どもを亡くされた方は、表３のように悲嘆の他にも、様々な困り事や不安、相談ニーズを抱えている場合が多くあります。必要に応じて、より専門的な相談先を紹介するなどして下さい。

表 3.多様なニーズに応じた様々な相談先

	子どもを亡くした家族の困りごとや不安、相談ニーズ	相談先/相談支援
悲嘆について	• つらい気持ちや様々な悩みに寄り添い、話を聞いて欲しい（保健師/助産師/看護師等が精神状態の評価を行い、精神状態に応じて、精神・心理の専門家の受診を勧める）	➢ 保健師/助産師/看護師、臨床心理士、公認心理師等（傾聴等の支援） ➢ （グリーフ/生殖専門の）心理カウンセリング ➢ （グリーフに理解のある）精神科/心療内科
	• 同じ経験をした人との対話を通して、つらさや気持ちを共有したい	➢ ピア・サポート
兄弟・姉妹について	• 兄弟・姉妹にどう説明していいかわからない	➢ 保健師/助産師/看護師、臨床心理士、公認心理師
	• 兄弟・姉妹の今後の育児に対する不安	➢ 子育て世代包括支援センター
今度の妊娠・出産について	• 次の出産の希望や、それに伴う不安等について相談したい	➢ 産科（不安に対する傾聴、希望に応じた健診の機会の提供）
	• 流産・死産を繰り返す中で、次の妊娠・出産に向けた相談をしたい	➢ 不育症専門外来
	• 夫婦や子どもの遺伝疾患や染色体異常を原因とした流産・死産が疑われる中で、次の妊娠・出産に向けた相談をしたい	➢ 遺伝カウンセリング

2.医療機関との連携の強化

2.1.流産・死産後の産婦健康診査の導入の促進

令和３年５月 31 日付で「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」（平成 17 年８月 23 日付雇児発第 0823001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）が改正され、産婦健康診査事業の対象者に、流産や死産を経験した女性も含まれる旨が明確化されました。この改正によって、流産・死産を経験した方も、精神状態のチェックも含む、産後健康診査を受けられるようになりました。このことの意義は、流産・死産で子どもを亡くしていても母子保健サービスの対象から除外されない、継続してフォローの対象であることを明記したことにあります。

産婦健康診査や検診の場は、流産・死産をした女性にとって、その後の身体の状態を確認してもらうだけでなく、喪失の経緯を知る医療者に、自分の状況や抱える辛さを話せる貴重な機会です。産科医療機関と自治体は、女性の心身の状態について情報共有し、連携をとりつつ支援にあたることが求められます。

既に、ハイリスク妊婦や特定妊婦については、産科医療機関と自治体が連携を取りつつ支援を行う体制が整っているかと思いますが、今後は、その仕組みに、流産や死産をした女性ものることとなります。

産科医療機関に対して、流産や死産を経験した方への精神面のケアの必要性や実施事例を示し、産婦健康診査事業の導入を促進しましょう。

なお、産婦健康診査の際、精神状態のチェックに使われるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等へ回答することは、流産・死産を経験した女性の負担となる可能性もあることに十分な留意が必要です。EPDS 等の使用にあたっては、慎重に配慮しつつ回答を得るよう、産科医療機関と調整してください。

また、EPDS は必須ではないため、流産・死産後の方の EPDS スコアが医療機関でついていない場合もあるかもしれません。流産・死産・人工妊娠中絶は精神的不調が起こりやすく、うつ病等精神疾患発症のリスクが高いことも踏まえて、そうした事実を把握した場合、電話や家庭訪問など、支援の優先順位を高くする等の対応も検討してみてください。

「1.3子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援」（P30）でも紹介しましたが、改正以前より、産科医療機関と連携し、死産を経験した女性の精神面に何らかの不調が疑われる場合には医療機関から市へ連絡が入る体制を整えている豊橋市のようなケースもあります（「第Ⅲ章　事例紹介」事例２（P 53～）。医療機関への説明の際に、こうした事例を示すのも有効だと考えられます。

2.3. 医療機関向け支援の手引きや情報提供リーフレットの普及

本手引きは、自治体担当者向けのものですが、同様に産科医療機関及び小児医療機関のスタッフ向けにも、それぞれの医療機関に期待される「子どもを亡くした家族への支援」についての手引きが作成されています。それらの手引きを管内の医療機関に案内するとともに、どのような連携が望ましいのか、勉強会やケース検討会などを通して話し合うことも連携強化に繋がる取り組みです。

また、「1.2.2.情報提供リーフレットやグリーフカードの活用」（P25～）で紹介した、情報提供リーフレットやグリーフカードについても、医療機関への周知を検討してください。

医療機関向け支援の手引き及び情報提供リーフレットやグリーフカードは、以下のウェブサイトから自由にダウンロードできます。

- 情報提供リーフレット及び支援の手引きのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

- グリーフカードのダウンロード：
  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

3.ピア・サポートグループとの連携

3.1.ピア・サポートグループとの連携

「1.3 子どもを亡くした家族に必要な情報の周知」（P23～）でピア・サポートグループについてふれましたが、地域で活動しているピア・サポートグループがあれば、情報交換の場をつくるなどして、顔の見える関係をつくっておくことが重要です。子どもを亡くした家族にとって、同じ経験をした当事者と気持ちを共有できる機会は大きな拠り所となるかもしれません。そのようなニーズを感じている方がいるときに、ピア・サポートグループと日頃から円滑な連携が図れていれば、安心して紹介することができます。

また、支援活動を行う「子どもを亡くした当事者」と交流を持つことは、自治体の担当者にとっても大きな学びの場となるはずです。交流の中から、自治体とピア・サポートグループとが、協働で事業を開催するなどの取り組みも、地域でのサポートを活性化するでしょう。

3.2.ピア・サポート活動の後方支援

子どもを亡くした家族の中には、同じ経験をした当事者と「誰にも相談できない苦しみを分かち合いたい」と望んでいる方がいます。また、子どもを亡くした悲嘆は長期に亘るものであり、本人が時間をかけつつ少しずつ気持ちを整えていく過程がありますが、そうした長期に亘る気持ちへの寄り添いも、ピア・サポートだからこそできる側面もあります。

一方、ピア・サポートはボランティアによって行われており、その活動の継続が難しい一面もあります。例えば、ピア・サポートの活動をする際に、住民等が利用出来る公的施設（公民館や市民会館など）の情報提供を行うなどの支援も、活動の継続への助けの一つとなります。また、自治体の会議室という公の場で活動が行われることで、参加者もより安心して参加することができるといったメリットもあります。さらに、自治体広報誌や HP 上で活動を紹介したり、参加者の募集を掲載することも、活動の後方支援となります。

2021 年度には、厚生労働省委託事業として、不妊不育ピアサポーター養成講座が開講され、多くの受講生が生まれました。地域には、様々な学びを続ける熱意を持ったピアサポーターたちが存在しています。こうした人たちとの連携は、支援の機会をふやしていくこととなるでしょう。

「不妊症・不育症に関するピアサポーター研修」

- ホームページ：https://www.peersupporter.info/
- 過去の講義のアーカイブ動画：
  https://www.peersupporter.info/public/watch

都道府県・政令市・中核市に
期待される専門的支援

1.専門の相談窓口の設置

1.1. 専門の相談窓口の設置

1.1.1. 相談体制の整備

不妊専門相談センター事業や子育て世代包括支援センター事業、不妊症・不育症支援ネットワーク事業などの枠組みの中で、相談窓口を開設している自治体もあります。しかし、流産や死産、人工妊娠中絶を含め、子どもの死に特化した窓口を設置している自治体はわずかです。しかし、こうした窓口を設置することで、より専門的な支援が可能となります。専門相談窓口には、表４のような役割が期待されています。

表 4.専門相談窓口に期待される役割

対象者への個別対応	● 傾聴やカウンセリング等の心理的支援を行うと共に、家庭の状況（育児負担など）や本人の心理状態も含めて、今後、家庭に対するさらなる支援が必要かどうかの見極めを行う。より専門的な支援を必要とする場合には、適切な機関（精神/心理の専門外来・不育症専門外来・遺伝カウンセリングなど、各種医療機関）やサポートグループ等、適切な相談先へつなぐ ● サポートグループと連携し、ピア・サポートの場を提供する場合もある
支援体制強化のための取り組み	● 市町村担当者と管内の医療機関が連携できる体制整備を支援する ● 市町村担当者と管内の医療者の支援に関するスキルアップを支援する（研修会等を企画・実施する） ● 医療機関（産科や小児科、精神/心理の専門外来等）に対して、子どもの死に関する啓発や支援体制の整備についての働きかけを行う ● 一般市民や企業等への死別のグリーフケアの啓発活動を行う

相談形態

専門相談窓口の相談形態としては、対面の他、電話やメール、SNS 等による相談を行なっているところもあります。また、最近ではオンラインによる相談を導入しているところもみられます。

悲嘆にくれる中で外出する気になれない、子育て中で出かける時間を捻出することが難しいなど、さまざまな事情で支援へアクセスできない家族もいます。利用者の利便性を向上するための工夫が望まれます。また、悲嘆の経過は、一年以上にわたる場合もあるため、家族が利用できる期間や回数などの制限はせず、長期にわたり支援できるものであることがよいでしょう。

都道府県の専門相談窓口では、県内のどこの地域に住んでいても対面での相談ができるように、出張相談を定期的に実施している地域もあります。

- **流産や死産を含め、子どもを亡くした人を対象とした相談窓口の事例**

事例３（P59～）

- **流産や死産を経験した人を対象とした相談窓口の事例**

事例４（P63～）

事例５（P67～）

1.1.2. 相談員のスキルアップ

子どもを亡くした家族に対して支援を行う相談員には、多岐にわたる知識・スキルが求められます。自らが支援を行う場合に限らず、より専門的な支援に繋げる場合でも、そうしたニーズのアセスメントを行うためには知識が必要です。

支援において必要な知識やスキルの習得は相談員個人に委ねるのではなく、専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）を促すなど、自治体として支援力の底上げを行う体制が必要です。

厚生労働省でも、近年の母子保健の課題を踏まえた保健指導や支援等ができる人材を育成するため、自治体職員や医療従事者等の母子保健に携わる方を対象に研修を行なっており、子どもを亡くしたご家族への支援についても研修の中で触れられています。

1.2. 相談窓口の周知・啓発

相談窓口を設置していても、家族にその存在が伝わりにくい場合があります。また、家族が不安や繊細さを抱えている場合は、行われる「相談」がどういうものかがより具体的である方が、利用しやすくなります。相談の扉をたたきやすくなるように、情報提供リーフレットなどに専門相談窓口の存在を明記するとともに、ウェブサイトや保健センターなど人目につきやすい場所でもでの情報発信し、周知しましょう。

伝えるべきポイント（より、相談の具体的なイメージが伝わるように）
● 辛いときには支援を求めていいこと： ➢ （流産・死産・人工妊娠中絶を含む）子どもの死は大きな悲しみを伴うものであり、その悲嘆が変化していくには長い時間が必要なこと。その過程で、誰もが不安定になりうること ➢ 相談員に話すことで気持ちが楽になるかもしれないこと ● いつ・どこで・どのよう方法（対面、電話、メール、オンラインなど）で相談できるのか ● どのような人が相談できるのか：窓口の位置付けに応じた対象者を明記する ● 具体的にどのようなことを相談できるのか：辛い気持ちなどを話すだけでもよいこと、窓口の位置付けに応じた相談内容（次の妊娠に向けた相談や不育の相談にものっている場合はその旨）を明記する ● どのように相談すればよいか：必ずしも事前に話を整理していく必要はないこと、など ● 相談によって期待できること：「話を聞いてもらうだけでも気持ちが楽になった」など、体験者の声があればより伝わりやすい ● 誰が相談に乗っているのか：立場や職種、資格など ● 秘密は厳守されること

相談窓口の名称について

例えば、流産・死産・人工妊娠中絶を経験した人の相談を“不妊・不育専門相談”の窓口で受けている自治体もありますが、“不妊・不育”といった窓口の名称は、今後の妊娠に向けての支援のみを指すと受け取る人もいます。そのため、流産・死産・人工妊娠中絶を経験した人にとっては「自分が相談する場所ではない」と感じるかもしれません。

流産や死産、人工妊娠中絶についての相談も受けていることが分かるような窓口名であることが望ましいですが、それが難しければ、少なくとも「流産や死産、人工妊娠中絶等による、子どもを失った悲しみに関する相談も受けていること」を積極的に発信していく必要があります。

2.専門相談窓口と地区担当保健師との連携の強化

2.1. 子育て世代包括支援センターとの連携

子どもの死という大きな喪失に適応するには、長い時間がかかります。専門相談窓口と地域の担当保健師等が連携し、必要な情報を共有しつつ、継続的な支援を行なってください。

情報提供にあたっては、悲嘆の重さ、気分の落ち込みという悲嘆の状態のアセスメントだけでなく、家族環境、就労状況、家族の日常生活上の困難、死別に至るまでの経緯、亡くなった子どもへの想いなど多方面の視点からの情報を伝えることが大切です。

また、連携においては、子育て世代包括支援センターが、専門相談窓口と地域の担当保健師を繋ぐ役割を果たすことが期待されます。

2.2. 市町村の母子保健担当者に対する研修の実施

子どもを亡くした家族へのグリーフケアについて、研修や勉強会を実施し、地域の支援スキルの底上げを図るのも専門相談窓口の重要な役割です。

また、こうした研修・勉強会の実施によって、専門相談窓口と市町村との連携が強まるという効果もあります。

地域によっては、ピア・サポートグループに講師を依頼しているところもあります。

担当者のグリーフケア

子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア

家族のケアに携わるとき、担当者は家族のさまざまな喪失体験を目の当たりにし、愛する人を失う家族と向き合うことになります。それらの経験を通して、担当者自身もまた、喪失・悲嘆を経験するかもしれません。

例えば、先行研究（日本の緩和ケア病棟に勤務する看護師 16 名へのインタビュー）によると、緩和ケアに勤務する看護師は表５で示す４つのタイプの喪失・悲嘆を経験していることが示されました（下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか？～）。自治体で家族のグリーフケアに関わる担当者も、同様に喪失・悲嘆を経験するかもしれません。

表 5.看護師の４つのタイプの喪失・悲嘆（一部抜粋）

関係が築かれた患者の死・その後の悲嘆	• 「喪失体験」「心に穴が開いた」などの言葉を用いて、看護師自身の悲しみや感情が表現された（インタビューに参加した看護師が勤務するほとんどの緩和ケア病棟でプライマリーナース制が導入されており、入院時から退院時（死亡）、そして死後の家族のグリーフケアにあたっていることがほとんど）。「人対人」の関係を築いた対象が亡くなったとき、看護師はその死・喪失を悲しんでいた。
喪失を予測しての悲嘆（予期悲嘆）	• 看護師は入院時と比べてだんだん低下してくる身体状況を目の当たりにし、この患者との別れのときが来ると予期して、患者が亡くなる前から悲しんでいることがわかった。
個人の喪失との重なり	• 看護師個人の悲嘆の経験（両親や祖父母の死）は、普段の生活・仕事の中では特に表面化していないことが多かった。しかし、ケアを提供している患者の年齢・性別・疾患・症状・家族の状況・見た目（顔・面影）などが看護師自身の愛する人と重なるとき、看護師の悲嘆が再度心の痛みとして感じられることがあった。
専門職としてのセルフエスティームの喪失	• 「もう少し何かできたのではないか」「私でなければもっと良いケアが受けられたのではないか」というような発言が聞かれた。他者からすれば、これ以上何ができたのだろうかというような心からのケアを提供していても、十分でなかったという思いを抱いている看護師が多く、専門職としてのセルフエスティームの喪失を経験しているといえる。

また、医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の２つが挙げられますが、これも、自治体の担当者にも当てはまると考えられます。

悲嘆の蓄積	・「職業を通して経験する喪失・ 悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう（Aycock and Boyle, 2009）。 ・仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者を迎えなければならないのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。
社会に 認められない悲嘆	・「医療者-患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう （Doka, 2002）。 ・時として 医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。

子どもを亡くした家族に対してケアをするということは、支援者側にも負担がかかる場合があります。重い悲嘆の語りを聴くこと自体が負担になるかもしれませんし、自身の過去の死別体験が想起されることがあるかもしれません。

担当者たちにとっては、自分の抱える負担や悲嘆を語ることができる時間をもつことは有用なセルフケアとなります。孤立させず、同僚やチーム内で、語り合える環境が必要です。事例検討会やミーティングなどの場を定期的に持つことは有用です。また、グリーフの専門家からの個別のサポートを受けることも視野にいれておきましょう。

【「担当者のグリーフケア」参考文献】
- 下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか ～, 看護科学研究 16(3), 90-95, 2018

自治体担当者のための

子どもを亡くした家族への支援の手引き

－ 流産・死産・人工妊娠中絶を含む子どもの死 －

厚生労働省　令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

目次

第Ⅰ章　総論　子どもを亡くした家族のグリーフケア

1　はじめに ……1

2　子どもを亡くした家族の悲嘆……3

2.1　悲嘆（グリーフ）とは……4

2.1.1 喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応……4

2.1.2 遺された人が取り組む 4 つの課題……4

2.2　子どもを亡くした家族の悲嘆　～子どもの死の背景による悲嘆の特徴～…6

2.2.1 子どもを亡くした家族の悲嘆……6

2.2.2 流産または死産において特に配慮すべきこと……8

2.2.3 人工妊娠中絶を経験した女性の悲嘆……9

第Ⅱ章　実践編　子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

はじめに　子どもを亡くした家族への自治体としての関わり方

1.　子どもを亡くした家族への関わり方……16

2.　子どもを亡くした家族に支援を行なう前に知っておきたいこと……19

政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割

1　子どもを亡くした家族に対しての必要な配慮や支援……22

1.1　子どもが亡くなった事実の把握と母子保健サービスの連絡の停止……22

1.2　子どもを亡くした家族に必要な情報の周知……23

1.2.1 周知が必要な情報……23

1.2.2 情報提供リーフレットやグリーフカードの活用……25

1.3　子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援……30

1.4　より専門的な支援への紹介……30

2　医療機関との連携の強化……32

2.1　流産・死産後の産婦健康診査の導入の促進……32

2.2　医療機関向け支援の手引きや情報提供リーフレットの普及……33

3　ピア・サポートグループとの連携……34

3.1　ピア・サポートグループとの連携……34

3.2　ピア・サポートグループの後方支援……34

都道府県/政令市/中核市に期待される取り組み

1.　専門の相談窓口の設置……38

1.1　専門の相談窓口の設置……38

1.1.1 相談体制の整備……38

1.1.2 相談員のスキルアップ……39
1.2　相談窓口の周知・啓発……40
2. 専門相談窓口と地域の担当保健師との連携の強化……41
2.1　子育て世代包括支援センターとの連携……41
2.2　市町村の母子保健担当者に対する研修の実施……41
担当者のグリーフケア
子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア……44

第Ⅲ章　事例集
（保健師等による個別支援）
事例１.高知県版 CDR モデル事業の一環としての遺族訪問調査（高知県）……49
事例 2.産科医療機関との連携による死産を経験した方への支援（愛知県　豊橋市）…53
（専門相談窓口）
事例３.東京都「赤ちゃんを亡くされたご家族のための電話相談」（東京都）……59
事例４.おおいた不妊・不育相談センター
流産・死産を経験した方への支援（大分県）……63
事例５.岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育とこころの相談室」（岡山県）……67

第Ⅰ章
概要編

子どもを亡くした家族の
グリーフケア

1.はじめに

家族や愛する人との死別は、非常にストレスが高いライフイベントです。中でも、流産・死産・人工妊娠中絶といった周産期の死も含めて、「子どもとの死別」は、近親者との死別の中でも特に悲嘆（グリーフ）が強く、その対応が難しいとされます。子どもを亡くした方の悲嘆は、1 年から数年持続するといわれますが、例えば、令和 2 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」の一環として実施された調査でも、流産や死産の直後に辛さを感じていた人は 93.0%、6か月後で 51.2%、1 年経って以降～現在でも 32.2%と悲嘆が長期に亘ることが示され、最も辛かった時期においては、67.8%が日常生活への支障があったと回答しています。

悲嘆は、喪失に適応するための正常な反応ですが、長引き慢性化すると、極度の不安、抑うつ、PTSD などの精神保健上の問題が生じることもあります。ただし、適切な介入・支援によって、問題を軽減することも可能だと言われています。しかし、子どもを亡くした家族は、身近な人からの支えがある方もいる一方で、そうした支えを得られないケースもみられます。特に周産期喪失においては、その命の存在を知る人が少ないこともあり、「社会に認められにくい悲嘆」といわれることも一因です。

こうした、社会の中でどこからも充分な支援を受けられないケースでは、悲嘆を抱えて孤立しがちです。そして、子どもの死に立ち会った医療者や、地域（元の生活）に戻った生活を支える自治体、同じ経験をした方々、精神科領域の専門家など、さまざまな立場からの、より適切な対応を望む切実な声が挙がっています。

その中でも、特に、中立的な立場から、保健・医療・福祉の橋渡し的な役割を担う自治体保健師が果たす役割は非常に大きいといえます。

【本支援の手引きの位置付け】

この支援の手引きは、何らかの原因で子どもを亡くした女性や家族に対して、自治体の立場からどのような支援ができるのか、先進的な取り組みを行なっている自治体の事例等も踏まえ、参考となる情報をまとめたものです。

第Ⅰ章では家族の悲嘆反応やグリーフケアに関して総論的な内容を解説し、第Ⅱ章では具体的な支援の実践方法などを、第Ⅲ章では具体的な取り組み事例を紹介します。

子どもを亡くした女性や家族への支援には一つの正解があるわけではありませんが、本支援の手引きの記載を参考としつつ、地域の状況に合わせた支援のあり方を検討し実践していただければ幸いです。

2.子どもを亡くした家族の悲嘆

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。」と定義されます（Rando，1993）。喪失や悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験していくものです。悲嘆は、死のみに起因するものではありませんが、「子どもとの死別」は、近親者との死別の中でも、特に悲嘆（グリーフ）が強いといわれます。それは、流産や死産、人工妊娠中絶といった周産期の喪失であっても同様です。

子どもとの死別の喪失への適応は、その家族一人ひとりによってなされるものです。しかし、家族と接する周囲の人々の関わり方や支援の在り方次第で、その経験が長く心の支えとなる場合もあります。一方で、適切でない対応がなされた場合、悲嘆を深めることもあります。周囲の人々とは、医療機関のスタッフであったり、同じ経験をした人であったり、精神科領域の専門家であったり多岐に渡りますが、地域において、家族の生活に寄り添ってサポートできる自治体担当者も含まれます。

以下、自治体担当者が子どもを亡くした家族のグリーフケアを行うにあたって、知っていると支援に役立つ悲嘆反応や悲嘆への適応という考え方について紹介します。また、子どもの死の背景によっても、留意すべきことがあるため、そうした点を十分に踏まえ、家族に接していただければと思います。

2.1. 悲嘆（グリーフ）とは

2.1.1. 喪失を経験した場合に生じる様々な悲嘆反応

大切な存在を失った場合に生じる悲嘆（反応）は、表１に示すようにさまざまなものがあります。こうした悲嘆が生じることは、遺された人が心のバランスを取り戻す過程において一般的な反応ですが、その表れ方（どのような感情や行動が表れるか、表れるタイミング、その強さや継続期間）は一人ひとり違います。

表１．一般的な悲嘆（反応）

心理的・ 感情的反応	悲しみ、ショック、怒り、罪悪感や自責の念、思慕、 後悔の念や心残り、不安や恐怖、孤独感　など
認知的反応	非現実感、否認、記憶力・集中力の低下、混乱、 論理的な思考が困難になる　など
行動的反応	涙が止まらない、引きこもる、故人を探す、落ち着かない、 過活動、自己破壊的な行動（喫煙や飲酒の増大）、探索行動　など
生理的・ 身体的反応	睡眠障害、食欲不振、頭痛、めまい、疲労、息切れ、震え　など

これらの悲嘆反応が生じることは正常な事ですが、それが通常の範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症する場合があり、その場合は精神科的な治療が必要となることもあります。

さらに、精神疾患を発症しなくても、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいなど家族の生活に影響することも大いに考えられます。家族メンバーの悲嘆の違いから、家族内にストレスが生じることがあることにも、留意が必要です。このような場合には、家族の生活にも影響が及ぶことがあります。

2.1.2. 遺された人が取り組む４つの課題

悲嘆に適応する過程（プロセス）については、いくつかの理論がありますが、ここでは、一例として、「悲哀の４つの課題」（J・W・ウォーデン）をご紹介します。

ウォーデンは愛する人の死に適応していく過程で、遺された人が取り組む４つの課題（悲哀の４つの課題）を表２のように整理しています。

表 2.ウォーデンの悲哀の４つの課題

第１の課題	喪失の現実を受け入れること	• その人が亡くなって、もう帰ってこないという現実と正面から向き合う（知的な受容だけでなく、情緒的にも受容できることも必要） • 葬儀などの伝統的な儀式は、多くの遺族を死の需要へ導く助けとなる
第２の課題	悲嘆の痛みを消化していくこと	• 悲嘆の苦痛を認め、乗り越える • この苦痛を避けたり、抑圧し続けたりしていると喪の過程を長引かせることになる
第３の課題	故人のいない世界に適応すること	• 故人の担っていた様々な役割を果たし、また、故人との関係性やそれまで感じていた世界において感じていた、自身や世界に関する認知の仕方を修正する（外的適応、内的適応、スピリチュアルな適応）
第４の課題	新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見出すこと	• 心の中の適切な（遺された人がこの世界でしっかり生き続けることを可能にする）場所に個人を位置付ける

喪失の事実を認めないことや悲嘆を避けることは、かえって悲嘆を長引かせ、慢性化させます。また、これらの課題は必ずしも段階的に取り組むべきものではなく、悲嘆に適応するために必要な長い時間の中で、前後することもあれば、繰り返されることもあり、少しずつ達成されるものです。

こうした悲哀の課題を知っておくことは、喪失を経験した家族がどのような精神状態にあるのかを想像する上で、助けになります。支援する側は、喪失を経験した家族が今どの課題に直面しているのかを理解し、悲哀の過程を阻む要因を検討し、必要な支援を行うことが重要です。

喪失への適応の過程はいつ終了するのか

喪失への適応の過程は長期にわたるプロセスです。悲嘆以前の状態に戻ることが到達点ではありません。亡くなった人は戻らず、その悲しみが終わることもありません。ただ、悲しみの形態は変化しつづけていきます。「故人のことを苦痛なく思い浮かべることができる」ことは、この過程が終盤に向かっていることを示す指標の一つとされます。悲しみの性質が変わり、悲嘆反応を伴わずに故人を思い浮かべられる、そして、今の人生と生活に再びエネルギーを注げるようになったとき、ようやく喪があけたといえるのではないでしょうか。（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）

2.2. 子どもを亡くした家族の悲嘆

～子どもの死の背景による悲嘆の特徴～

2.2.1. 子どもを亡くした家族の悲嘆

子どもを亡くした親の悲嘆反応としては、「否認」、「絶望」、「統制の喪失」、「罪悪感」、「怒り」、「感情の鈍麻」、「抑うつ」、「身体症状（頭痛や不眠など）」が強く出ることが知られています。また、悲嘆の強い場合には、激しい怒りの感情や、誰かを罰したいと強く願う気持ちなど、複雑な心理状態に陥る場合もあります。これらの感情は、波のように頻繁に押し寄せ、強い精神的落ち込みにつながることも少なくありません。特に死別後 1 年目の亡くなった子どもの誕生日や、クリスマスなど家族が楽しく過ごした日は、「記念日反応」という形で悲嘆が非常に強く表れやすいといわれます。流産・死産・人工妊娠中絶などの周産期喪失の場合は、流産や死産をした日や、妊娠が分かったとき、胎動を初めて感じたとき、出産予定日だった日など、その妊娠において特別な日が該当します。

子どもの死という大きな喪失では、感情の波を繰り返しながら、その波の振れ幅が少しずつ小さくなっていくような過程をたどり、長い時間をかけて、少しずつ日常生活にも適応できるようになっていきます。

父親と母親の悲嘆反応の違い

家族であっても、子どもを失った悲嘆の表れ方やその経過は一人ひとり違います。また、悲嘆への対処（コーピング）においても、父親と母親双方に共通する方法もある一方で、「泣く」、「喪失について話す」「喪失や悲しみについて書く」、「同じ体験をした人を探す」、「体験記を読む」、「自助グループに参加する」、「一人でいる」などは、性別による傾向の違いも見られるようです。

こうした悲しみ方の違いは、ときにパートナーとの関係を悪化させます。例えば、自分が悲しみにくれているときに、パートナーが仕事に打ち込むなど、日常生活を取り戻しているように感じたら、違和感をもつかもしれません。しかし、パートナーは、子どものことを忘れてしまったわけではなく、仕事に打ち込むことで悲しみを紛らわすという、その人なりの悲しみへの向き合い方であるのかもしれません。

死別による悲嘆やそこからの回復の過程は、極めて個人的で一人ひとり異なるものです。お互いの悲嘆の形を認め合いながら生活していく事が大切です。子どもを亡くした直後には難しいかもしれませんが、落ち着いて話ができる状態のときに、亡く

なった子どもへの想いや自分たちの感情について、両親で少しずつ話しができるとよいでしょう。

支援者はこうした点を理解し、それぞれの体験を尊重するとともに、家族一人ひとりの理解を促していくことも、穏やかな家族関係を保つために必要な支援といえます。

きょうだいへの影響

亡くなった子どものきょうだいも、大きな悲嘆に直面します（出生前に亡くなった場合であっても、お腹の赤ちゃんを待ち望んでいた子どもの悲しみは大きなものです）。

きょうだいを亡くした子どもの内面では、死別自体からくる強い悲しみのほか、「自分のせいで亡くなったのでは」という罪悪感や、悲嘆を抱える親に親役割を期待できないという失望感、自分にも死が訪れるのではないかという恐怖感、亡くなった子どもへの嫉妬とそれに伴う怒りや罪悪感、死別を機に関係性が変わった両親への不安、自分へのサポートがないことへの不満などの複雑な感情が生じるといわれます。

子どもはまだ十分な言語能力を持たなかったり、両親が悲嘆に沈んでいることを敏感に察知して「いい子でいよう」と無意識に行動したりするため、こうした感情は一見してわからなかったり見過ごされたりしがちです。

まず大切なのは、自身の悲嘆が少し落ち着いたところで、両親が遺されたきょうだいと向き合うことです。一方で、両親が子どもを失った強い悲しみの中にある時は、遺されたきょうだいの子育てもつらくなることがあります。きょうだいの悲嘆ケアまで配慮できないこともあるかもしれません。また、子どもの死はきょうだいにも影響し、行動面での変化があらわれてくることもあります。両親を支援するにあたり、きょうだいがいる場合には、彼らの状態や両親との関係性を把握し、親たちの抱える困難に理解を示しつつ、きょうだいたちとの関わりを支えていく事も支援といえます。

亡くなった子どものことを、小さなきょうだいにどのように話していいかわからず、躊躇する家族も多く、その様な場合に相談に乗ることも、大切な支援ではないでしょうか。

祖父母等へのケア

悲嘆に直面し、支援が必要なのは、両親、きょうだいだけではありません。祖父母等も含めた他の家族も同様です。加えて、祖父母にとっては、子どもを亡くした我が子が辛い思いをしていることも、大変辛い出来事です。祖父母も異なる立場で悲嘆を経験していることをまずは理解し、機会があれば、その大切な我が子に対してどのように接すればいいのか（励ましているつもりでも傷つけてしまう行動や言動につい

ての情報提供など）を伝えることも、医療者が提供できる支援のひとつとなるかもしれません。

子どもを亡くした家族へのグリーフケアは、母親や父親、きょうだいだけでなく、家族全員に対する配慮が必要となります。

2.2.2. 流産または死産において特に配慮すべきこと

流産や死産はひとりの子どもの喪失であり、そこには、死別の悲嘆が生じます。一方で、流産や死産は「社会に認められにくい喪失」といわれます。特に、初期であるほどその命の存在（妊娠・出産の事実）を知っている人も少なく、また、家族も胎児を失ったことを人に話すことに躊躇を感じます。悲しみを人と分かち合えない、または、理解してもらえないということは、大変苦しいことです。胎児の存在と、その経過を知る誰かに、その辛さや苦しみを理解して欲しいと感じる女性も多くいます。支援者は、そうした状況も踏まえ、その女性が大きな喪失を体験しているという事実を認識して対応しましょう。「よくあることだから」という（流産の確率が比較的高い事を暗示する）表現や、将来の妊娠の可能性にのみ焦点をあてて話をすることで、今回の喪失の話題を避けたり、死別を軽く扱ったりしないことが大切です。

また、一般的に、悲嘆反応として「怒り」や「罪悪感」、「自責の念」が表れることがありますが、流産や死産においてはその死が自分の胎内でおきたことであるため、無念の矛先が自分に向かい、強い自責の念を抱く方が多く、（原因不明で決して母親のせいではない場合であっても）どうして助けられなかったのかと自分を責めてしまうことがあります。

また、パートナーとの悲しみ方の違いに温度差を感じ、苛立ちを感じる女性もいます。流産をすると、女性も男性も悲嘆に陥りますが、そもそも悲嘆には個人差があり、「2.2.1.子どもを亡くした家族の悲嘆」（P6～）の「父親と母親の悲嘆反応の違い」で述べたように、男性と女性で、悲嘆反応やそうした悲嘆への対処の方法が違うことも原因のひとつです。母親に比べれば、妊娠中男性は父親としての感覚に乏しく、子どもを抱っこして初めて父親だと実感したという方もいます。それに加え、流産や死産の場合は、パートナーは女性や子どもに何もしてやれなかったという無力感を抱きがちです。さらに、社会は男性に女性を支えることを期待するので、男性は自分までも落ち込んでいてはいけないと考えて、気丈に振る舞う場合があります。しかし、女性の側からするとそれが思いやりのない態度と誤解されるかもしれません（たとえば、「前を向こう」といった言葉や、すぐ次の妊娠を望む言葉なども、女性を傷つける場合があります）。夫婦で、その時々の気持ちを率直に話せる事が大切ですが、喪失の直後には難しいこともあるかもしれません。焦らず、話せるときをゆっくりと待つ必要があります。

2.2.3. 人工妊娠中絶を経験した女性の悲嘆

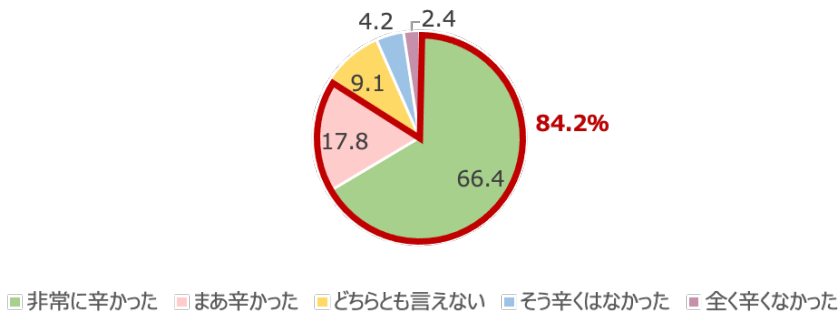
人工妊娠中絶は、「話すことのできない悲嘆」といわれます（J・W・ウォーデン：悲嘆カウンセリング）。中絶の経験は本人にとっては公に話しにくい事柄であり、周囲もそれを慮り、そっとしておこうとしたり、何事もなかったかのような態度を取ったりしがちです。

人工妊娠中絶は、理由の如何にかかわらず、限られた時間内での意思決定があります。また、最終的には、このことを自分(たち)が決めたということを抱えていく体験です。この経験をした方の悲嘆は深く、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」や「自分を責めてしまうこと」をはじめとする罪悪感や子どもを想う気持ちを持つことも許されないのではという葛藤や辛さを感じ、なかなか他者に話すことが難しい状況にあるといわれます。

令和３年度実施の「過去５年以内に人工妊娠中絶を経験した女性 824 名を対象としたインターネット調査」からも、そうした実態が明らかとなりました。以下、いくつかのデータをご紹介します。

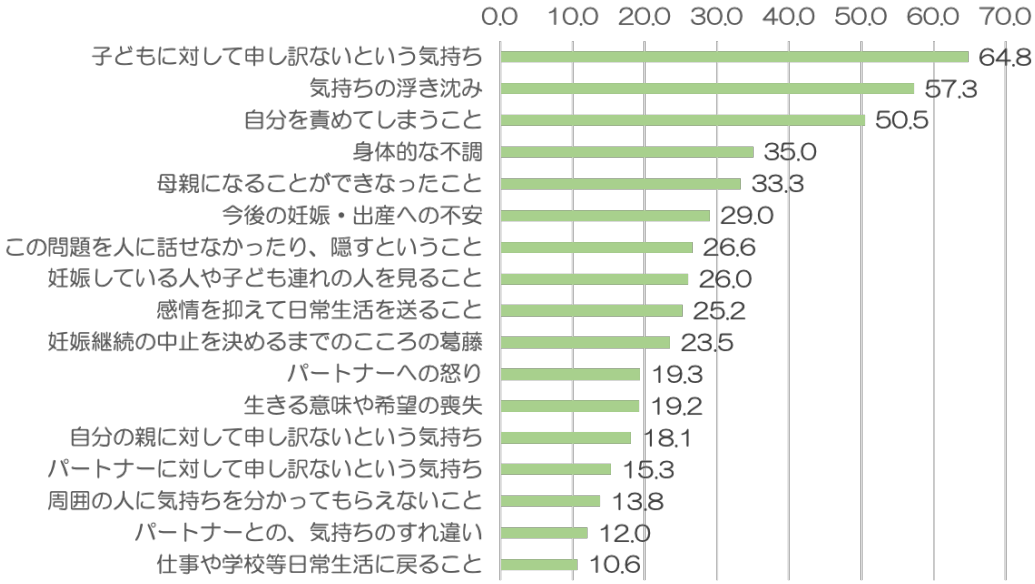
- “人工妊娠中絶を経験した直後”においては、84.2%が「（非常に～まあ）辛かった」と回答した（図 1）。

図 1. 人工妊娠中絶をした直後の辛さ（n=824）



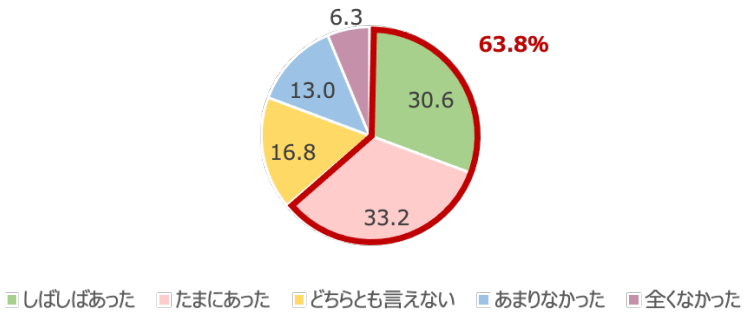
- 人工妊娠中絶をした直後に感じた辛さとしては、「子どもに対して申し訳ないという気持ち」（64.8%）や「気持ちの浮き沈み」（57.3%）、「自分を責めてしまうこと」（50.5％）をはじめとして多岐にわたり、「今後の妊娠・出産への不安」との回答も 29.0%にのぼる（図 2）。

図 2. 人工妊娠中絶を経験した直後にどのような辛さを感じていたか（n=824：複数回答）



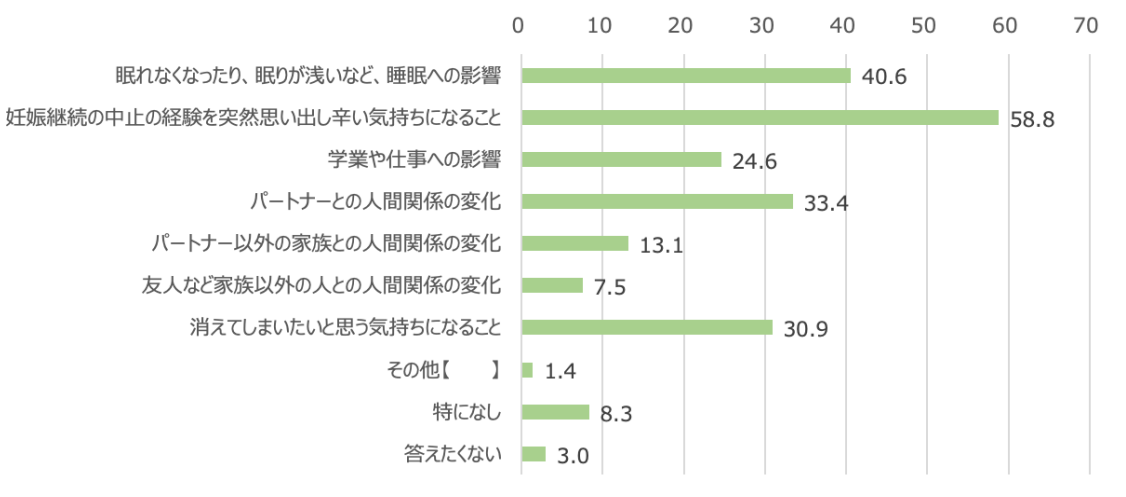
- 人工妊娠中絶に関連して、「最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか」を尋ねたところ、日常生活への支障が「（しばしば～たまに）あった」と回答したのは 63.8%にのぼる（図 3）。

図 3. 最も辛かった時期、日常生活に支障をきたすことはあったか
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



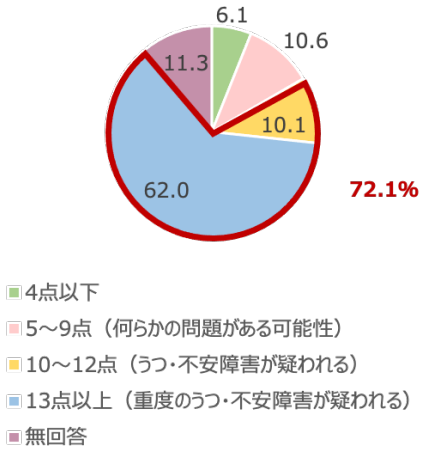
- 人工妊娠中絶に関連して、最も辛かった時期にあったこととしては、「妊娠継続の中止の経験を突然思い出し辛い気持ちになること」（58.8%）、「眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響」（40.6%）、「パートナーとの人間関係の変化」（33.4%）、「消えてしまいたいと思う気持ちになること」（30.9％）などが挙げられた（図 4）。

図 4. 最も辛かった時期、次のようなことはあったか（複数回答）
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



- 最も辛かった時期における精神的な問題の程度を、K6尺度*を用いて測ったところ、「K6 尺度の得点が 10 点以上（うつ・不安障害が疑われるに相当）」は 72.1%、「K6 尺度の得点が 13 点以上（重度のうつ・不安障害が疑われるに相当）」は 62.0%にのぼった（図 5）。
  （注）本来は過去 30 日の精神状態について尋ねるもの

図 5. 最も辛かった時期における、K6（心の健康チェック）の値
（n=731：最も辛かった時期について「わからない・答えたくない・特にない」の人を除く）



＊K６尺度とは：

Ｋ６は米国の Kessler らによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の６つの質問について５段階（「まったくない」（０点）、「少しだか」（１点）、「ときどき」（２点）、「たいてい」（３点）、「いつも」（４点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

出典：厚生労働省 HP（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html）

- 人工妊娠中絶の直後の辛さについて、誰かにつらさを相談した人は 44.2%にとどまった（図６）。相談しなかった理由としては、「こんなことを相談していいのかわからなかった」（39.2%）、「妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった」（36.2%）、「相談しても理解してもらえないと思った」（35.3%）、「身近に相談する先がなかった」（29.9%）などが挙げられた（図７）。

図６.“妊娠継続の中止をした直後”に感じた辛さについて誰かに話したり相談したりしたか
（n= 779：特につらさを感じていない人を除く）

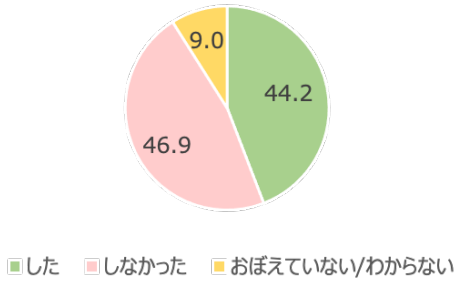
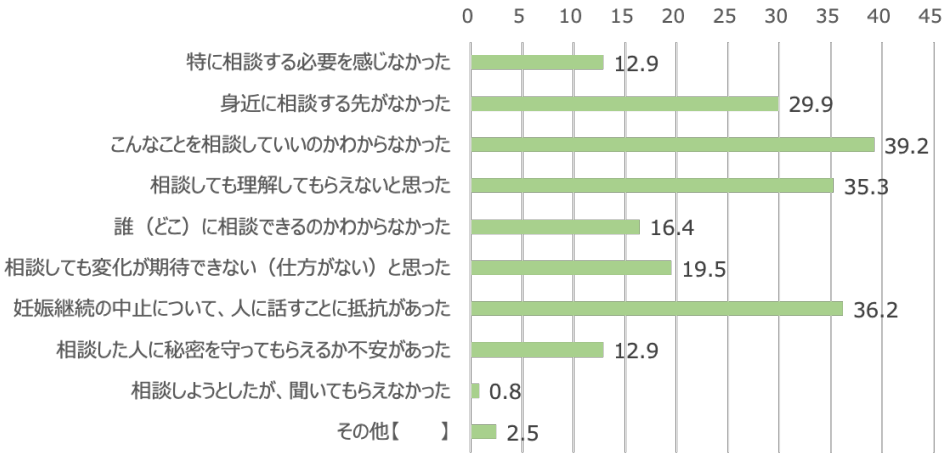


図 7. 誰にも相談しなかった理由（複数回答）（n=365：相談「しなかった」人）



人工妊娠中絶を選択した方が抱える事情はさまざまであり、求められる支援も、状況によって異なるでしょう。ただ、データが示すように、人工妊娠中絶を経験した方の多くが辛さを感じていること、また、辛さを感じつつも誰にも相談できないでいるケースも多く存在することを理解し、そうした方々へ寄り添っていただければと思います。

【第Ⅰ章　参考文献】

- J・W・ウォーデン著、山本力　監訳、上地雄一郎・桑原靖子・浜崎碧　訳：悲嘆カウンセリング　-臨床実践ハンドブック, 2011
- 古内耕太郎、坂口幸宏：グリーフケア- 見送る人の悲しみを癒す- ～「ひだまりの会」の軌跡～, 2011
- 瀬藤乃理子、丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア, 心身医学 44(6), 395-405, 2004
- 宮林幸江、関本昭治：愛する人を亡くした方へのケア　医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践, 2008
- 管生聖子：死んでしまうことはもうわかっている」わが子を「産む」母親の語りの分析, 心理臨床学研究 38(5), 400-410, 2020-12
- 管生聖子：人工妊娠中絶をめぐる心のケア - 周産期喪失の臨床心理学的研究, 2022

第Ⅱ章
実践編

子どもを亡くした家族に対する支援の手引き

はじめに　子どもを亡くした家族への自治体としての関わり方

1. 子どもを亡くした家族への関わり方

子どもを亡くした家族は、大きな悲嘆と直面することとなります。その悲嘆は、心のバランスを取り戻す過程において正常な反応であり、本人が向き合い対処しつつ、時間をかけて適応していくものです。一方で、子どもの死という大きな喪失に適応するプロセスには、長い時間がかかります。その過程において、子どもの死に立ち会った医療者や同じ経験をした方々、精神科領域の専門家など、家族を支える周囲の人々が、家族とどのように関わるかが、その後の悲嘆過程に大きく影響するといわれています。

そして、地域において、家族の生活に大きく関わる自治体の担当者も、そうした家族を支える一人です。さまざまな場面で、子どもを亡くした家族と接する機会も多い中、自治体の担当者からの支援が大きな支えとなる場合もあれば、不適切な発言が家族の気持ちを傷つけることもあるかもしれません。

悲嘆を経験している方にとっては、話を聴いてもらうこと、それぞれの経験や悲しみ方をありのままに受け入れてもらえること、さまざまな感情（悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど）を表出できること、十分に悲しむ時間・話す時間を持てること、が必要とされています。子どもを亡くした家族とのかかわりの中で、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供できることが望まれます。

自治体担当者として、子どもを亡くした家族に対してどのような配慮が必要なのか、また、どのような支援が可能なのか、「政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割」と、「都道府県・政令市・中核市に期待される専門的支援」を分けてご紹介します。

最初の一歩～行政だからできる支援とは～

豊橋市保健所　こども保健課　総合相談グループ　専門員　伊藤 僚子

子どもを亡くした家族への支援を自治体が担当するにあたり、何から手を付けたらよいのか、また私達にできることはあるのだろうか、と戸惑われる方も多いと思います。しかし、それを特別な支援として捉えるのではなく、「親」が対象であるという観点から身構えずに支援ができないでしょうか。

もちろん、基礎的なグリーフケアの知識や技術を習得する必要はありますが、自治体の強みは継続した支援体制が整っていることやコーディネート力に優れている点です。関係機関と情報共有を図りながら、自治体の専門職が連携して継続的な支援をすることで、子どもを亡くした家族の負担を軽減する一助となります。これは医療機関や民間団体だけでは成しえないことなのです。また、行政文書等で目にすることも多い「寄り添い支援」は、近年の母子保健活動における重要な役割となっており、まさにそれを必要とする方々が今回の対象者でもあります。

まずは、自治体がこれまで培ってきた強みの間口を少し広げることで、救われる方の増加が見込めます。例えば、妊娠期の要支援者が流産や死産になっても一概に支援終了としない、これまで産科医療機関と行ってきた情報連携に流産や死産の方を追加する、新生児医療センターや小児科と実施するケース会議に亡くなった児を扱うなどであれば、すぐにでも実行可能かもしれません。

そうは言っても、特に多岐にわたり業務を抱える政令市や中核市等では、負荷になることは否めません。実行へ移すためには、すべてを現状の職員で対応するのではなく、例えば臨床経験のある助産師等の雇用や外部委託など、幅広い視野をもったマネージメントも欠かせません。

知恵と勇気そして共感力をもって、自治体だからできる子どもを亡くした家族への支援の一歩を踏み出してみませんか。

悲しみを抱えて生きてゆく人をささえるために

お空の天使パパ&ママの会（W.A.I.S）代表/公認心理師　石井 慶子

小さな命の死に際して、その命の存在を知った人達は、その体験を痛ましく思い、接してくれるかもしれません。しかし、それはあまり長い期間にはわたりません。親たちは、死別の体験からの悲しみにつづいて、周囲から命の存在が忘れられてくことにも悲しみを感じていきます。私たちの活動で出会った親たちの多くは、こうした悲しみについて話す場を求めていました。

この手引きで示されているように、親たちは、長い期間（人によっては生涯）にわたり、こうした死別の痛みをかかえていくことになります。日常生活への影響は、時間の経過とともに変化しますが、初期には様々な困難があります。何かのきっかけで、突然気持ちが深く落ち込むこともあります。このような不安定さ自体も、不安を引き起こします。

こうした際の支援を求めて、死別を体験した親たちは相談にやってきます。彼らが求めているのは、今現在の困りごとを話す場だけでなく、亡くなった命についてと死別後に体験をしてきたことをも話せる場所です。医療機関・自治体で、このグリーフの相談に関わる担当者には、これらのことを、まず理解していただきたいと思います。

支援に関わろうとする人びとからは、よく、「傷つけない言葉とは？」という質問を受けます。死別による衝撃により、そもそも傷つきやすくなっている人たちとのコミュニケーションは、非常に難しいことでしょう。そして、辛い体験をしたひとをこれ以上傷つけたくないという想いは、支援者として大切なことです。

しかし、「言葉」以前に、支援する側に必要なことがあるのではないかと私は考えています。親たちには、その場に来るまでに抱えてきたつらい時間と児への想いがあります。また、相談の終了後には、それから長く抱えて過ごしていくかもしれない悲しみの世界（時間）があります。対面する際には、これらのことを念頭におき、それぞれの個別の状況をしっかりと傾聴し、今おかれた環境や相談後に過ごしていく人生を想像し、丁寧に対応していただけたら、相談者との関係に変化がうまれるかもしれません。このような眼差し・対応があれば、「傷つける意図が無いこと」は、相談に訪れた人に伝わるのではないかと思います。

2. 子どもを亡くした家族に支援を行う前に知っておきたいこと

喪失や死別を体験し、強い悲嘆を抱えている人に初めて会い、支援を行う際の基本的な姿勢として“無理に聞き出そうとしない”、“語られる内容にゆっくりついていく”ということがあげられます。

人は悲しむ人を前にすると、何とか援助しようと「がんばって」、「しっかりしなさい」、「若いのだから、また次が…」など“励ましの言葉”をかけたくなりますが、そのような家族を励まそうと思って発した言葉が、逆に傷つけてしまうことがあります。家族は周囲の心ない言葉に傷つきながらもそれに反発する気力もなく、逆に言われるようにできなかった自分やそうでない自分を弱い人間だと思い、自分を責めてしまうこともあります。（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

「あたらしい人生に進まないとだめ」などのアドバイス、「あなたががんばらないとだめ」などの適応の鼓舞、無礼な態度、「見た目より元気」などの過小評価、「あなたの気持ちはわかります」と家族の感情を理解したような表現や態度は、『役に立たない援助』と言われています。逆に、安心感を与える援助には「関心をもって受け止める」、「そばにいる」などがあります（大西秀樹：サイエンスとアートとして考える生と死のケア）。女性や家族が「わかってもらえる」「そのままを受け入れられている」という実感が得られるように接することが大切です。

グリーフケアのポイント（広瀬寛子：悲嘆とグリーフケア）

① その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢をもつ（受容と共感）
② 今の状態（悲嘆反応）は自然な反応であることを伝える
③ 感情表出を支える（語ること・泣くことを支える、怒りを受け止める）
④ 感情を語ることに抵抗感をもっている人には語ることを強要しない
⑤ ”いま”という言葉を使いながら対話することで、いまを生きられるように支援する（いま、亡くなったお子さんにどんな言葉をかけてあげたいですか）
⑥ 身体および精神症状を把握する

悲嘆の反応には個人差があり、中には、今回の死についての話についてなかなか触れたがらない女性もいるかもしれません。とてもショックが強くて、言語化できない場合もあります。苛立ちもあるかもしれません。そのようなときに、無理に話させようとすることは適切なコミュニケーションではありません。その人がその人なりのペースで話すのを待つような対応が求められます。沈黙の時間も必要な場合がありますので、対話には時間をかける必要があります。

また、他者の強い悲嘆に触れる経験は、支援者にも負担が生じることがあります。「子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア」（P44～）に示すように、担当者自身のためのケアが必要であることにも留意すべきです。

政令市・中核市も含めた市町村の母子保健サービスの中で期待される役割

1.子どもを亡くした家族に対しての必要な配慮や支援

1.1. 子どもが亡くなった事実の把握と母子保健サービスの連絡の停止

妊娠届けを出した後から、母親のもとへは、両親学級の案内や乳幼児健診・予防接種のお知らせ、就学に関するお知らせなど、さまざまな母子保健サービスの通知が届きます。子どもが元気に育っていれば喜ばしいはずのそうした連絡も、子どもが亡くなった後に届くと、子どもの死の事実や子どもが元気でいたらそうしたイベントを迎えていたということに直面させられ、また（死産届/死亡届を出したにもかかわらず）子どもの死について公的に認められ、適切に配慮されないということに傷つくなど、子どもを亡くした悲しみがさらに辛いものになったという当事者の声が多く聞かれます。

まず、母子保健に携わる担当者が徹底すべきことは、死産届や死亡届の情報を保健統計主管課と共有し、子どもを亡くした家庭に対して、子どもが育っていることを前提とした母子保健サービスの連絡を停止することです。

厚生労働省は、「母子保健施策のための死産情報の共有について（依頼）」（令和２年 11 月 20 日付子母発 1120 第１号政統人発 1120 第１号厚生労働省子ども家庭局母子保健課長及び厚生労働省統計管理官(人口動態・保健社会統計室長併任)通知）において、保健統計主管課に対し、母子保健担当課の求めに応じた死産届に関する必要な情報共有を依頼しています。こうした情報共有がなされることにより、子どもを亡くした家族に、上述のようなつらい想いをさせずにすむことになります。

また、死産届や死亡届が提出される場合、届け出に家族が出向く場合がありますが、届出の際の不適切な対応により、傷つくこともあります。自治体との最初の接点となるこのような場面から、死別のグリーフへの配慮は始まるといえるでしょう。この場面は、様々な情報提供の機会ともなりますので、届け出を担当する部署との間でも、対応の仕方について共有しておくことが大切です。

また、12 週未満の流産の場合には、こうした届け出による自治体との接点がないかもしれません。しかし、支援を必要とする悲嘆が、妊娠週数に関わらず存在していることを、母子保健担当者は理解しておく必要があります。

1.2. 子どもを亡くした家族に必要な情報の周知

1.2.1. 周知が必要な情報

子どもを亡くした家族に対して、その悲嘆の中で日々を送るにあたって、知っておくと役に立つ情報（これから生じるかもしれない感情や、周囲に助けを求めてもよいこと、悲しみと向き合う中で利用できる社会資源など）を紹介します。

情報の伝え方としては、担当保健師等が直接連絡をする以外にも、情報提供資材を死産/死亡届出時に窓口で手渡しするか郵送する、地域の医療機関（産科医療機関や小児医療機関など）に子どもを亡くした方への配布を依頼するなど、さまざまな方法が考えられますが、子どもを亡くした方全員に情報が行き渡ることが重要です。また、子どもを亡くしたことによる悲嘆には、家族全員が直面します。そのため、悲嘆の経過で起こりうる反応等についての説明は両親だけでなく、両親以外に家族の中にキーパーソンがいればその方に対しても行うことが望まれます。

以下、伝えるべき主な事がらを記載します。情報提供資材作成にあたっては、死別当事者の感情に配慮し、亡くなった子どもとその家族に対する敬意を表し、丁寧な文言を使用した内容にしてください。また、人工妊娠中絶をした方や、流産・死産を経験した方向けの情報提供リーフレットを次項で紹介しますので、活用してください。

① これから生じるかもしれない感情について

子どもを亡くした家族は、その喪失への適応の過程で様々な悲嘆反応を経験しますが、喪失の体験やその悲しみは一人ひとり異なります。悲しみの感じ方や、そのタイミングもさまざまでしょう。まずは亡くなった命への敬意を示すとともに、「これからさまざまな感情が生じるかもしれないこと、その表れ方は人によって違うこと、どのような気持ちを感じたとしても、その気持ちを否定しなくていいこと」を伝えておくことは、予期的な支援の一つとなります。

また、子どもの死という大きな出来事は、夫婦関係や亡くなった子どものきょうだいとの生活にも大きく影響します。家族であっても、悲しみの表れ方や対処方法がそれぞれ異なることや、遺されたきょうだいには特に配慮が必要であることについても、伝えておくといいでしょう。

② 子どもを亡くした悲しみについて、周囲にサポートを求めてもよいこと

子どもを亡くした悲しみに適応するには、長い時間がかかりますが、周囲は、その死や体験を比較的早く忘れたり話題にしなくなるため、家族は、話したい気持

ちを抱えているのに、語れる場を失っていきます。一方で、子どもを亡くした悲しみが受け入れてもらえないのではないかという恐れから、周囲になかなか助けを求められない人もいます。特に、人工妊娠中絶や、早い段階での流産などは、周囲の人がその事実に気づいていない場合も多く、悲しみに加え孤独感を募らせてしまうこともあります。

亡くなった子どものきょうだいを育てている場合、悲嘆をかかえながら、育児をしてかなければなりません。流産や死産、人工妊娠中絶であれば、産後や手術後の母体を健康な状態に戻すことが必要です。また、亡くなった子どもの介護や看病などで、身体的な疲労が募っている場合もあるかも知れません。そうした時には、両親たちが体を休めること、育児や家事等の支援を利用することも、グリーフへの間接的なサポートとなります。辛い時には助けを求めていいこと（そのためのさまざまな社会資源があること）、自分の経験を人に話すだけでも楽になる場合もあることを伝えてください。

③　自治体の相談窓口やピア・サポートグループなどの社会資源について

自治体の相談窓口や、同じ経験をした人によるピア・サポートグループなど、子どもを亡くした悲しみと向き合う中でさまざまな支援を得られる場があることも、子どもを亡くした家族が知っていると役に立つことがあります。社会には様々な支援体制があり、それらを活用できることを、早いタイミングで家族に伝えてください。

自治体の相談体制

子育て世代包括支援センター事業や不妊専門相談センター事業、産後ケア事業、不妊症・不育症支援ネットワーク事業など、さまざまな事業の枠組みの中で、子どもを亡くした家族へのケアを行っている自治体も多いかと思います。また、それまで子育てを支援してきた保健師が、そのまま継続して支援することもあるでしょう。地域の体制に応じて、自治体がどのような支援を行っているのか（どこに連絡すればいいのか）周知します。

希望があれば、自治体でも相談にのることができるということを、伝えてください。

ピア・サポートグループ

同じ経験をした当事者と感情や気持ちを語り合う時間を持つことにより、共感したり、孤立感が軽減されることがあります。こうした体験が大きな支えとなる方も大勢います。現在、地域には様々なピア・サポートグループが存在し、地域的な

偏りはあるものの、電話やオンラインで繋がれる場も増えてきています。そうしたピア・サポートグループの存在や、探し方を紹介することも必要な支援です。

一方、それぞれのグループの理念や特徴によって、その活動のあり方は様々です。ご自身に合う場合もあれば合わない場合もあること、合わない場合には無理して参加し続ける必要はないことなどについても、併せて情報提供してください。

1.2.2. 情報提供リーフレットやグリーフカードの活用

子どもを亡くした家族を支援するためのツールとして、以下のような情報提供リーフレットやグリーフカードが作成されています。

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット	令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」作成
人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット	
グリーフカード	厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザ脳症の発症因子の解明とそれに基づく発症前診断方法の確立に関する研究」班作成（平成 21 年）

グリーフカードは、小児医療機関で渡されることを想定し、主に医療者と家族をつなぐためのものです。

一方、「流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」及び「人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」は、医療機関を含めた、地域において利用できる社会的支援を紹介しています。地域の相談窓口の情報を記載した上で、流産や死産、人工妊娠中絶を経験した方に渡してください。産科医療機関と連携し、病院で渡せる体制を整えられれば、支援を必要とする方全員に必要な情報が届くでしょう。

情報提供リーフレット及びグリーフカードは、以下のウェブサイトから自由にダウンロードいただけます。

- 情報提供リーフレットのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

- グリーフカードのダウンロード：
  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

流産や死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・二つ折り）

（表面）



（中面）



人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレット（A4 裏表・三つ折り）

（表面）



日々の暮らしの中で以下のようなつらさを
感じることがあるかもしれません。

- これまで通りの生活を送ることや、人と関わることに難しさを感じる
- これまで普通にできていたことが、上手くできない
- 記憶力や判断力や理解力が低下したと感じる
- 家族の間で、悲しみ方の違いを感じる
- さまざまな場面で、以前のような自信を持てない
- この悲しみが、いつまで続くのだろうと思う
- 自分を責めないではいられず苦しい
- 誰にもこの苦しみを話せない

こうした反応は、「グリーフ（悲嘆）」といって、
大切ななにかを失ったときに生じる、自然な
反応です。その感じ方は、人によって違います。
また、心の痛みが和らぐまでに必要な時間も、
人それぞれです。ご自身のお気持ちに耳を傾け、
どのような感じ方であっても「それでいい」と
認めてあげてください。
ご自分に優しくしてあげてください。

今のつらい状態はずっと続くわけではありません。
必ず、少しずつ変化していきます。
その変化もまた、認めてあげてください。

おうちに戻られたのち、心の不安と共に
身体の不調を感じる方もいらっしゃいます。
少し落ち着いて、医療者に聞いてみたいことも
出てくるかもしれません。
次のようなときは、どうぞご相談ください。

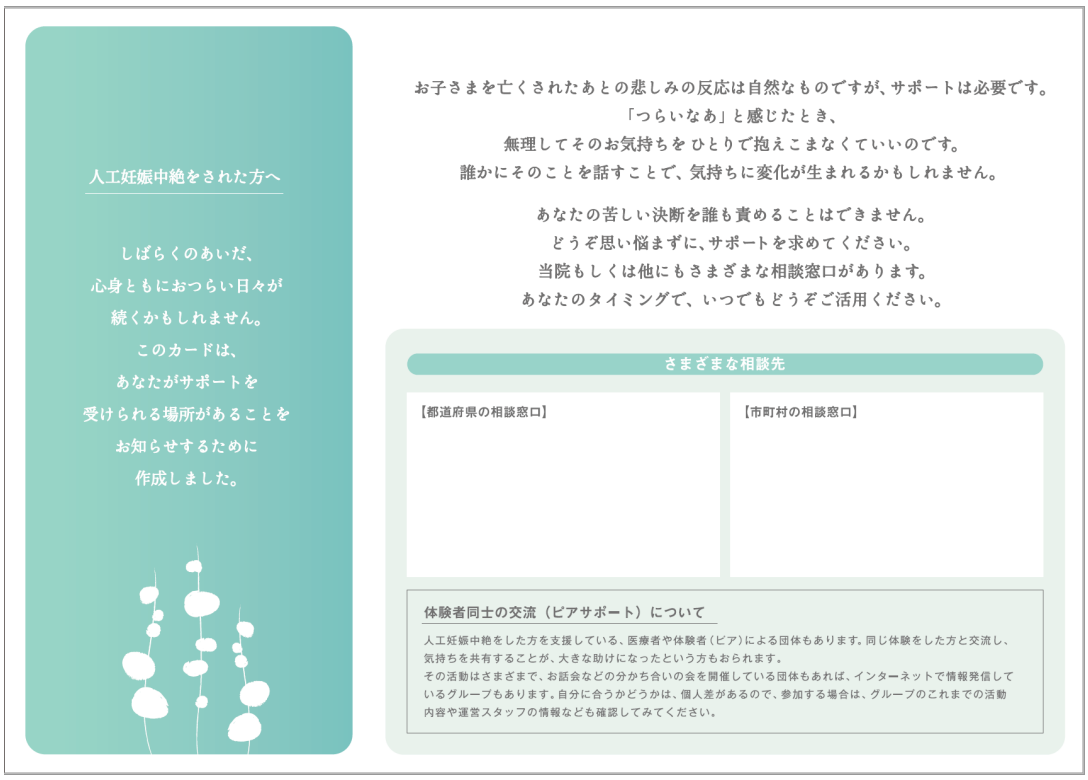
- 悲しみが深く、つらい日々が続き、日常生活のほとんどに影響がある
- 健診日以降、子宮の戻りや身体の不調が気になっている
- 次の妊娠に対する不安がある
- 次の妊娠や出産のことを聞いてみたい・話したい
- その他、あなたが当院からのサポートを受けたいとき

当院へご相談される場合には、以下までお問合せください。
来院される場合には、
担当者がお会いできるよう調整いたしますので
事前にお電話を下さいますようお願いいたします。

受付窓口／担当者	
電話番号	
受付時間	

医療機関
から
お伝え
したい
こと

（中面）



人工妊娠中絶をされた方へ

しばらくのあいだ、
心身ともにおつらい日々が
続くかもしれません。
このカードは、
あなたがサポートを
受けられる場所があることを
お知らせするために
作成しました。

お子さまを亡くされたあとの悲しみの反応は自然なものですが、サポートは必要です。
「つらいなあ」と感じたとき、
無理してそのお気持ちをひとりで抱えこまなくていいのです。
誰かにそのことを話すことで、気持ちに変化が生まれるかもしれません。

あなたの苦しい決断を誰も責めることはできません。
どうぞ思い悩まずに、サポートを求めてください。
当院もしくは他にもさまざまな相談窓口があります。
あなたのタイミングで、いつでもどうぞご活用ください。

さまざまな相談先

【都道府県の相談窓口】	【市町村の相談窓口】

体験者同士の交流（ピアサポート）について

人工妊娠中絶をした方を支援している、医療者や体験者（ピア）による団体もあります。同じ体験をした方と交流し、気持ちを共有することが、大きな助けになったという方もおられます。
その活動はさまざまで、お話会などの分かち合いの会を開催している団体もあれば、インターネットで情報発信しているグループもあります。自分に合うかどうかは、個人差があるので、参加する場合は、グループのこれまでの活動内容や運営スタッフの情報なども確認してみてください。

グリーフカード

（表面）

かつて、お子様を亡くされた方々は、
適切な情報が届いていないことにより不安な
暮らしを余儀なくされていました。
このカードは、そうした二重の苦しみを負う
ことがないようにと、かつてのご遺族たちの
願いにより発行されるようになりました。

ご来院前にお電話ください

病院名

〒　　-

住所

電話番号

連絡窓口及び担当者

担当医

お子様のカルテNo.

グリーフカード



（中面）

ちゃんのご家族へ

このカードは、当科で亡くなられたお子様のご家族にお渡しするものです。
お家に戻られたのち、次のようなことでお困りのときは
いつでもご来院下さい。

・亡くなられたお子様の病気の経過や治療について説明が必要なとき
・次の妊娠や出産について不安を感じるとき
・ごきょうだいの成長や育児に不安を感じるとき
・悲しみがとても強く、心身の不調を感じるとき
・その他、あなたが当科のサポートを必要とするとき

次のサイトのリンク集からも相談機関や自助グループが探せます。
小さないのちのホームページ
http:// HYPERLINK "http://www.chiisanainochi.org" www.chiisanainochi.org

お子様を亡くされたあとの暮らしについて
・誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません。
・社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません。
・今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません。
・記憶力や判断力が著しく低下したと感じるかもしれません。
・ご夫婦やご家族で悲しみの表現が違うかもしれません。
・あらゆることに自信がもてなくなる時期があるかもしれません。
・時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません。
・気持が和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません。

お子さんが亡くなったあとはこうしたことが起こりやすいですが、
少しずつ悲しみにも順応できるようになります。
特に最初の１年はきついので、身体をいたわり、流れる涙は止めずに、
安心できる場でつらい気持を表すといいでしょう。
以上は、多くのご遺族が経験をもとに教えてくれたことです。

1.3. 子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援

自治体への相談が可能なことを周知しても、悲しみにくれる中、自分から能動的に行動することが難しい場合もあるでしょう。また、保健センターなどで他の子どもたちを目にするのが辛いという声も聞かれます。

電話や家庭訪問などで、家族の様子を確認するとともに、じっくりと当事者の体験に耳を傾け、辛い気持ちに寄り添いましょう。

高知県では、厚生労働省「都道府県予防のための子どもの死亡検証（チャイルド・デス・レビュー）体制整備モデル事業」（令和２年 10 月～）の一環として、子どもを亡くした家族への保健師による訪問調査を行なっています。死亡調査（死亡当日に聞き取りきれなかった事項の追加調査）が主な目的ですが、保健師が家族の話を傾聴し、気持ちに寄り添うことによる心理的支援の役割も果たしています。また、同時に、今後の養育支援が必要な状況か、育児負担や、心理状態も含めて家庭に対する支援が必要かどうかの見極めも行なっています。

事例１（P49～）

また、産科医療機関と連携し、死産を経験した女性の精神面に何らかの不調が疑われる場合には医療機関から市へ連絡が入る体制を整えている豊橋市のようなケースもあります。そうした体制整備によって、対象者の状態に応じた、きめ細やかな支援が可能となっています。

事例２（P53～）

1.4. より専門的な支援への紹介

悲嘆は正常な反応ですが、ある範囲を超えると、ときに、うつ病性障害、外傷後ストレス障害（PTSD）、不安障害など精神疾患を発症することがあります。また、過去に既往歴がある場合には、再発したり、悪化する可能性もあります。何らかの精神疾患が疑われる場合には、心療内科医や精神科医、心理カウンセリングなどの精神科領域の専門家と連携をとりつつ、ケアにあたる必要があります。そうし

た専門家を受診する際には、グリーフを専門とする、またはグリーフにも力を入れているところを受診することも大切です。

精神疾患の症状とまではいえないけれど、悲嘆の反応が非常に大きく、不安を感じている場合には、地域の「精神保健福祉センター」を紹介してもいいでしょう。

ただ、日本においては、精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング等に対して、「自分の心の安寧のために誰もが利用する身近なもの」との意識が薄く、心理的抵抗感を感じる人も多いのが現状です。精神科/心療内科の受診や、心理カウンセリング等は、「特別なものではないこと」、「気持ちを楽にするための一手段として誰もが利用しうる身近なもの」、「自分に起こった出来事や、気持ちを整理するために役に立つ」といった点も丁寧に説明して下さい。

また、子どもを亡くされた方は、表３のように悲嘆の他にも、様々な困り事や不安、相談ニーズを抱えている場合が多くあります。必要に応じて、より専門的な相談先を紹介するなどして下さい。

表 3.多様なニーズに応じた様々な相談先

	子どもを亡くした家族の困りごとや不安、相談ニーズ	相談先/相談支援
悲嘆について	• つらい気持ちや様々な悩みに寄り添い、話を聞いて欲しい（保健師/助産師/看護師等が精神状態の評価を行い、精神状態に応じて、精神・心理の専門家の受診を勧める）	➢ 保健師/助産師/看護師、臨床心理士、公認心理師等（傾聴等の支援） ➢ （グリーフ/生殖専門の）心理カウンセリング ➢ （グリーフに理解のある）精神科/心療内科
	• 同じ経験をした人との対話を通して、つらさや気持ちを共有したい	➢ ピア・サポート
兄弟・姉妹について	• 兄弟・姉妹にどう説明していいかわからない	➢ 保健師/助産師/看護師、臨床心理士、公認心理師
	• 兄弟・姉妹の今後の育児に対する不安	➢ 子育て世代包括支援センター
今度の妊娠・出産について	• 次の出産の希望や、それに伴う不安等について相談したい	➢ 産科（不安に対する傾聴、希望に応じた健診の機会の提供）
	• 流産・死産を繰り返す中で、次の妊娠・出産に向けた相談をしたい	➢ 不育症専門外来
	• 夫婦や子どもの遺伝疾患や染色体異常を原因とした流産・死産が疑われる中で、次の妊娠・出産に向けた相談をしたい	➢ 遺伝カウンセリング

2.医療機関との連携の強化

2.1.流産・死産後の産婦健康診査の導入の促進

令和３年５月 31 日付で「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」（平成 17 年８月 23 日付雇児発第 0823001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）が改正され、産婦健康診査事業の対象者に、流産や死産を経験した女性も含まれる旨が明確化されました。この改正によって、流産・死産を経験した方も、精神状態のチェックも含む、産後健康診査を受けられるようになりました。このことの意義は、流産・死産で子どもを亡くしていても母子保健サービスの対象から除外されない、継続してフォローの対象であることを明記したことにあります。

産婦健康診査や検診の場は、流産・死産をした女性にとって、その後の身体の状態を確認してもらうだけでなく、喪失の経緯を知る医療者に、自分の状況や抱える辛さを話せる貴重な機会です。産科医療機関と自治体は、女性の心身の状態について情報共有し、連携をとりつつ支援にあたることが求められます。

既に、ハイリスク妊婦や特定妊婦については、産科医療機関と自治体が連携を取りつつ支援を行う体制が整っているかと思いますが、今後は、その仕組みに、流産や死産をした女性ものることとなります。

産科医療機関に対して、流産や死産を経験した方への精神面のケアの必要性や実施事例を示し、産婦健康診査事業の導入を促進しましょう。

なお、産婦健康診査の際、精神状態のチェックに使われるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等へ回答することは、流産・死産を経験した女性の負担となる可能性もあることに十分な留意が必要です。EPDS 等の使用にあたっては、慎重に配慮しつつ回答を得るよう、産科医療機関と調整してください。

また、EPDS は必須ではないため、流産・死産後の方の EPDS スコアが医療機関でついていない場合もあるかもしれません。流産・死産・人工妊娠中絶は精神的不調が起こりやすく、うつ病等精神疾患発症のリスクが高いことも踏まえて、そうした事実を把握した場合、電話や家庭訪問など、支援の優先順位を高くする等の対応も検討してみてください。

「1.3子どもを亡くした家族への関わりと精神的支援」（P30）でも紹介しましたが、改正以前より、産科医療機関と連携し、死産を経験した女性の精神面に何らかの不調が疑われる場合には医療機関から市へ連絡が入る体制を整えている豊橋市のようなケースもあります（「第Ⅲ章　事例紹介」事例２（P 53～）。医療機関への説明の際に、こうした事例を示すのも有効だと考えられます。

2.3. 医療機関向け支援の手引きや情報提供リーフレットの普及

本手引きは、自治体担当者向けのものですが、同様に産科医療機関及び小児医療機関のスタッフ向けにも、それぞれの医療機関に期待される「子どもを亡くした家族への支援」についての手引きが作成されています。それらの手引きを管内の医療機関に案内するとともに、どのような連携が望ましいのか、勉強会やケース検討会などを通して話し合うことも連携強化に繋がる取り組みです。

また、「1.2.2.情報提供リーフレットやグリーフカードの活用」（P25～）で紹介した、情報提供リーフレットやグリーフカードについても、医療機関への周知を検討してください。

医療機関向け支援の手引き及び情報提供リーフレットやグリーフカードは、以下のウェブサイトから自由にダウンロードできます。

- 情報提供リーフレット及び支援の手引きのダウンロード
  https://cancerscan.jp/news/1115/

- グリーフカードのダウンロード：
  https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/

3.ピア・サポートグループとの連携

3.1.ピア・サポートグループとの連携

「1.3 子どもを亡くした家族に必要な情報の周知」（P23～）でピア・サポートグループについてふれましたが、地域で活動しているピア・サポートグループがあれば、情報交換の場をつくるなどして、顔の見える関係をつくっておくことが重要です。子どもを亡くした家族にとって、同じ経験をした当事者と気持ちを共有できる機会は大きな拠り所となるかもしれません。そのようなニーズを感じている方がいるときに、ピア・サポートグループと日頃から円滑な連携が図れていれば、安心して紹介することができます。

また、支援活動を行う「子どもを亡くした当事者」と交流を持つことは、自治体の担当者にとっても大きな学びの場となるはずです。交流の中から、自治体とピア・サポートグループとが、協働で事業を開催するなどの取り組みも、地域でのサポートを活性化するでしょう。

3.2.ピア・サポート活動の後方支援

子どもを亡くした家族の中には、同じ経験をした当事者と「誰にも相談できない苦しみを分かち合いたい」と望んでいる方がいます。また、子どもを亡くした悲嘆は長期に亘るものであり、本人が時間をかけつつ少しずつ気持ちを整えていく過程がありますが、そうした長期に亘る気持ちへの寄り添いも、ピア・サポートだからこそできる側面もあります。

一方、ピア・サポートはボランティアによって行われており、その活動の継続が難しい一面もあります。例えば、ピア・サポートの活動をする際に、住民等が利用出来る公的施設（公民館や市民会館など）の情報提供を行うなどの支援も、活動の継続への助けの一つとなります。また、自治体の会議室という公の場で活動が行われることで、参加者もより安心して参加することができるといったメリットもあります。さらに、自治体広報誌や HP 上で活動を紹介したり、参加者の募集を掲載することも、活動の後方支援となります。

2021 年度には、厚生労働省委託事業として、不妊不育ピアサポーター養成講座が開講され、多くの受講生が生まれました。地域には、様々な学びを続ける熱意を持ったピアサポーターたちが存在しています。こうした人たちとの連携は、支援の機会をふやしていくこととなるでしょう。

「不妊症・不育症に関するピアサポーター研修」

- ホームページ：https://www.peersupporter.info/
- 過去の講義のアーカイブ動画：
  https://www.peersupporter.info/public/watch

都道府県・政令市・中核市に
期待される専門的支援

1.専門の相談窓口の設置

1.1. 専門の相談窓口の設置

1.1.1. 相談体制の整備

不妊専門相談センター事業や子育て世代包括支援センター事業、不妊症・不育症支援ネットワーク事業などの枠組みの中で、相談窓口を開設している自治体もあります。しかし、流産や死産、人工妊娠中絶を含め、子どもの死に特化した窓口を設置している自治体はわずかです。しかし、こうした窓口を設置することで、より専門的な支援が可能となります。専門相談窓口には、表４のような役割が期待されています。

表 4.専門相談窓口に期待される役割

対象者への個別対応	● 傾聴やカウンセリング等の心理的支援を行うと共に、家庭の状況（育児負担など）や本人の心理状態も含めて、今後、家庭に対するさらなる支援が必要かどうかの見極めを行う。より専門的な支援を必要とする場合には、適切な機関（精神/心理の専門外来・不育症専門外来・遺伝カウンセリングなど、各種医療機関）やサポートグループ等、適切な相談先へつなぐ ● サポートグループと連携し、ピア・サポートの場を提供する場合もある
支援体制強化のための取り組み	● 市町村担当者と管内の医療機関が連携できる体制整備を支援する ● 市町村担当者と管内の医療者の支援に関するスキルアップを支援する（研修会等を企画・実施する） ● 医療機関（産科や小児科、精神/心理の専門外来等）に対して、子どもの死に関する啓発や支援体制の整備についての働きかけを行う ● 一般市民や企業等への死別のグリーフケアの啓発活動を行う

相談形態

専門相談窓口の相談形態としては、対面の他、電話やメール、SNS 等による相談を行なっているところもあります。また、最近ではオンラインによる相談を導入しているところもみられます。

悲嘆にくれる中で外出する気になれない、子育て中で出かける時間を捻出することが難しいなど、さまざまな事情で支援へアクセスできない家族もいます。利用者の利便性を向上するための工夫が望まれます。また、悲嘆の経過は、一年以上にわたる場合もあるため、家族が利用できる期間や回数などの制限はせず、長期にわたり支援できるものであることがよいでしょう。

都道府県の専門相談窓口では、県内のどこの地域に住んでいても対面での相談ができるように、出張相談を定期的に実施している地域もあります。

- **流産や死産を含め、子どもを亡くした人を対象とした相談窓口の事例**

事例３（P59～）

- **流産や死産を経験した人を対象とした相談窓口の事例**

事例４（P63～）

事例５（P67～）

1.1.2. 相談員のスキルアップ

子どもを亡くした家族に対して支援を行う相談員には、多岐にわたる知識・スキルが求められます。自らが支援を行う場合に限らず、より専門的な支援に繋げる場合でも、そうしたニーズのアセスメントを行うためには知識が必要です。

支援において必要な知識やスキルの習得は相談員個人に委ねるのではなく、専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）を促すなど、自治体として支援力の底上げを行う体制が必要です。

厚生労働省でも、近年の母子保健の課題を踏まえた保健指導や支援等ができる人材を育成するため、自治体職員や医療従事者等の母子保健に携わる方を対象に研修を行なっており、子どもを亡くしたご家族への支援についても研修の中で触れられています。

1.2. 相談窓口の周知・啓発

相談窓口を設置していても、家族にその存在が伝わりにくい場合があります。また、家族が不安や繊細さを抱えている場合は、行われる「相談」がどういうものかがより具体的である方が、利用しやすくなります。相談の扉をたたきやすくなるように、情報提供リーフレットなどに専門相談窓口の存在を明記するとともに、ウェブサイトや保健センターなど人目につきやすい場所でもでの情報発信し、周知しましょう。

伝えるべきポイント（より、相談の具体的なイメージが伝わるように）
● 辛いときには支援を求めていいこと： ➢ （流産・死産・人工妊娠中絶を含む）子どもの死は大きな悲しみを伴うものであり、その悲嘆が変化していくには長い時間が必要なこと。その過程で、誰もが不安定になりうること ➢ 相談員に話すことで気持ちが楽になるかもしれないこと ● いつ・どこで・どのよう方法（対面、電話、メール、オンラインなど）で相談できるのか ● どのような人が相談できるのか：窓口の位置付けに応じた対象者を明記する ● 具体的にどのようなことを相談できるのか：辛い気持ちなどを話すだけでもよいこと、窓口の位置付けに応じた相談内容（次の妊娠に向けた相談や不育の相談にものっている場合はその旨）を明記する ● どのように相談すればよいか：必ずしも事前に話を整理していく必要はないこと、など ● 相談によって期待できること：「話を聞いてもらうだけでも気持ちが楽になった」など、体験者の声があればより伝わりやすい ● 誰が相談に乗っているのか：立場や職種、資格など ● 秘密は厳守されること

相談窓口の名称について

例えば、流産・死産・人工妊娠中絶を経験した人の相談を“不妊・不育専門相談”の窓口で受けている自治体もありますが、“不妊・不育”といった窓口の名称は、今後の妊娠に向けての支援のみを指すと受け取る人もいます。そのため、流産・死産・人工妊娠中絶を経験した人にとっては「自分が相談する場所ではない」と感じるかもしれません。

流産や死産、人工妊娠中絶についての相談も受けていることが分かるような窓口名であることが望ましいですが、それが難しければ、少なくとも「流産や死産、人工妊娠中絶等による、子どもを失った悲しみに関する相談も受けていること」を積極的に発信していく必要があります。

2.専門相談窓口と地区担当保健師との連携の強化

2.1. 子育て世代包括支援センターとの連携

子どもの死という大きな喪失に適応するには、長い時間がかかります。専門相談窓口と地域の担当保健師等が連携し、必要な情報を共有しつつ、継続的な支援を行なってください。

情報提供にあたっては、悲嘆の重さ、気分の落ち込みという悲嘆の状態のアセスメントだけでなく、家族環境、就労状況、家族の日常生活上の困難、死別に至るまでの経緯、亡くなった子どもへの想いなど多方面の視点からの情報を伝えることが大切です。

また、連携においては、子育て世代包括支援センターが、専門相談窓口と地域の担当保健師を繋ぐ役割を果たすことが期待されます。

2.2. 市町村の母子保健担当者に対する研修の実施

子どもを亡くした家族へのグリーフケアについて、研修や勉強会を実施し、地域の支援スキルの底上げを図るのも専門相談窓口の重要な役割です。

また、こうした研修・勉強会の実施によって、専門相談窓口と市町村との連携が強まるという効果もあります。

地域によっては、ピア・サポートグループに講師を依頼しているところもあります。

担当者のグリーフケア

子どもを亡くした家族のグリーフケアに携わる担当者のグリーフケア

家族のケアに携わるとき、担当者は家族のさまざまな喪失体験を目の当たりにし、愛する人を失う家族と向き合うことになります。それらの経験を通して、担当者自身もまた、喪失・悲嘆を経験するかもしれません。

例えば、先行研究（日本の緩和ケア病棟に勤務する看護師 16 名へのインタビュー）によると、緩和ケアに勤務する看護師は表５で示す４つのタイプの喪失・悲嘆を経験していることが示されました（下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか？～）。自治体で家族のグリーフケアに関わる担当者も、同様に喪失・悲嘆を経験するかもしれません。

表 5.看護師の４つのタイプの喪失・悲嘆（一部抜粋）

関係が築かれた患者の死・その後の悲嘆	• 「喪失体験」「心に穴が開いた」などの言葉を用いて、看護師自身の悲しみや感情が表現された（インタビューに参加した看護師が勤務するほとんどの緩和ケア病棟でプライマリーナース制が導入されており、入院時から退院時（死亡）、そして死後の家族のグリーフケアにあたっていることがほとんど）。「人対人」の関係を築いた対象が亡くなったとき、看護師はその死・喪失を悲しんでいた。
喪失を予測しての悲嘆（予期悲嘆）	• 看護師は入院時と比べてだんだん低下してくる身体状況を目の当たりにし、この患者との別れのときが来ると予期して、患者が亡くなる前から悲しんでいることがわかった。
個人の喪失との重なり	• 看護師個人の悲嘆の経験（両親や祖父母の死）は、普段の生活・仕事の中では特に表面化していないことが多かった。しかし、ケアを提供している患者の年齢・性別・疾患・症状・家族の状況・見た目（顔・面影）などが看護師自身の愛する人と重なるとき、看護師の悲嘆が再度心の痛みとして感じられることがあった。
専門職としてのセルフエスティームの喪失	• 「もう少し何かできたのではないか」「私でなければもっと良いケアが受けられたのではないか」というような発言が聞かれた。他者からすれば、これ以上何ができたのだろうかというような心からのケアを提供していても、十分でなかったという思いを抱いている看護師が多く、専門職としてのセルフエスティームの喪失を経験しているといえる。

また、医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の２つが挙げられますが、これも、自治体の担当者にも当てはまると考えられます。

悲嘆の蓄積	・「職業を通して経験する喪失・ 悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう（Aycock and Boyle, 2009）。 ・仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者を迎えなければならないのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。
社会に 認められない悲嘆	・「医療者-患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう （Doka, 2002）。 ・時として 医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。

子どもを亡くした家族に対してケアをするということは、支援者側にも負担がかかる場合があります。重い悲嘆の語りを聴くこと自体が負担になるかもしれませんし、自身の過去の死別体験が想起されることがあるかもしれません。

担当者たちにとっては、自分の抱える負担や悲嘆を語ることができる時間をもつことは有用なセルフケアとなります。孤立させず、同僚やチーム内で、語り合える環境が必要です。事例検討会やミーティングなどの場を定期的に持つことは有用です。また、グリーフの専門家からの個別のサポートを受けることも視野にいれておきましょう。

【「担当者のグリーフケア」参考文献】
- 下稲葉 かおり：医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか ～, 看護科学研究 16(3), 90-95, 2018

別添資料：

- ニーズ調査票
- 自治体調査票
    - ✓ 都道府県版
    - ✓ 市町村版

あなたご自身に関するアンケート

選択肢記号の説明
□　複数選択（チェックボックス）
○　単一選択（ラジオボタン）
▽　単一選択（プルダウン）

SAR

SQ1

あなたは過去5年間において、人工妊娠中絶をご経験されたことがありますか。
※人工妊娠中絶とは、母体保護法第２条第２項で規定された、妊娠22週未満（21週6日まで）の「胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出すること」を意味します。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. ある
○ 2. ない
○ 3. 答えたくない

SAR

Q1

あなたが人工妊娠中絶をしたのは、いつ頃のことですか。
以下の中から最も当てはまるものをお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 1ヶ月未満
○ 2. 1ヶ月～3ヶ月未満
○ 3. 3ヶ月～6ヶ月未満
○ 4. 6ヶ月～1年未満
○ 5. 1年～2年未満
○ 6. 2年～5年未満
○ 7. それ以上

SAR

Q2

妊娠継続の中止をした当時の、あなたの年齢をお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 【N】歳　*Q2_1N*
○ 2. わからない・答えたくない

SAR

Q3

妊娠継続の中止をした当時の、婚姻状況についてお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 未婚
○ 2. 既婚
○ 3. 答えたくない

SAR

Q4

妊娠継続の中止をしたのは、妊娠何週目ですか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 【N】週　*Q4_1N*
○ 2. わからない・答えたくない

SAR

Q5

妊娠継続の中止をしたのは、あなたにとって何度目のご妊娠でしたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	1回目
○	2.	2回目
○	3.	3回目
○	4.	4回目以上
○	5.	わからない・答えたくない

MAC

Q6

あなたが当時、妊娠継続の中止を選択した理由について、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	身体的理由
□	2.	経済的理由
□	3.	暴行等による抵抗できない状況による妊娠であったため
□	4.	わからない・答えたくない

MAC

Q7

あなたが当時、妊娠継続の中止を選択した状況について、おたずねします。
妊娠継続の中止を選択する際に考慮した事がらを、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	経済的な余裕がなかった	
□	2.	身体が妊娠・出産に耐えられなかった	
□	3.	パートナーと子どもを育てることが難しかった	
□	4.	自分の仕事・学業を優先したかった	
□	5.	パートナーが出産に同意しなかった	
□	6.	親の賛成が得られなかった	
□	7.	パートナーの親の賛成が得られなかった	
□	8.	子どもが好きではないから	
□	9.	生まれる子どもの将来の生活に不安があった	
□	10.	病気の子どもを育てることで上の子供や自分の将来の生活に不安があった	
□	11.	破水や感染などの妊娠経過の異常があった	
□	12.	胎児エコー（通常検診時）で胎児の病気がわかった	
□	13.	出生前診断（通常検診時以外の超音波検査含む）で胎児の病気がわかった	
□	14.	病気の子どもを育てるうえでサポートが不足していた	
□	15.	子どもが生まれたあと、身体的な苦痛や苦労を与えたくなかった	
□	16.	生まれてすぐに亡くなる病気であった	
□	17.	育児をしていく自信がなかった	
□	18.	パートナーとの将来を描けなかった	
□	19.	これ以上、子どもは欲しくなかった	
□	20.	そもそも子どもを望んでいなかった	
□	21.	相手が特定できなかった	
□	22.	その他【FA】	Q7_22FA
□	23.	答えたくない	

SAR

Q8

妊娠継続の中止を選択する際、誰かと話し合ったり相談したりしましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	した
○	2.	しなかった
○	3.	おぼえていない/わからない

MAC

Q9

妊娠継続の中止を選択する際、誰と話しあったり相談したりしましたか。
当てはまる相手を全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	パートナー	
☐ 2.	実父母	
☐ 3.	パートナーの父母	
☐ 4.	パートナー、実父母・パートナーの父母以外の家族	
☐ 5.	親しい友人・知人など	
☐ 6.	医療機関の医師	
☐ 7.	医療機関の看護師・助産師	
☐ 8.	医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士など	
☐ 9.	医療機関の遺伝カウンセラー	
☐ 10.	保健センターなどの、身近な保健関係者（保健師など）	
☐ 11.	自分と同じような経験をしたことがある人	
☐ 12.	オンライン上の知人	
☐ 13.	SNS等で不特定多数の人へ	
☐ 14.	その他【FA】	Q9_14FA

MAC

Q10

妊娠継続の中止を選択する際、相談できたのであれば、誰と話しあったり相談したかったと思いますか。
当てはまる相手を全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	パートナー	
☐ 2.	実父母	
☐ 3.	パートナーの父母	
☐ 4.	パートナー、実父母・パートナーの父母以外の家族	
☐ 5.	親しい友人・知人など	
☐ 6.	医療機関の医師	
☐ 7.	医療機関の看護師・助産師	
☐ 8.	医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士など	
☐ 9.	医療機関の遺伝カウンセラー	
☐ 10.	保健センターなどの、身近な保健関係者（保健師など）	
☐ 11.	自分と同じような経験をしたことがある人	
☐ 12.	オンライン上の知人	
☐ 13.	SNS等で不特定多数の人へ	
☐ 14.	その他【FA】	Q10_14FA
☐ 15.	特になし	

MTS

Q11

妊娠継続の中止を決めるころから現在に至るまで、以下それぞれの時期のあなたのお気持ちについて最も当てはまるものをお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q11S1	1.	妊娠継続の中止を決めるころ
Q11S2	2.	入院して妊娠継続の中止を待っている時
Q11S3	3.	妊娠継続の中止をした直後
Q11S4	4.	妊娠継続の中止から1ヶ月経ったころ
Q11S5	5.	妊娠継続の中止から3ヶ月経ったころ
Q11S6	6.	妊娠継続の中止から6ヶ月経ったころ
Q11S7	7.	妊娠継続の中止から1年経ったころ
Q11S8	8.	妊娠継続の中止から1年経って以降～現在

選択肢リスト

○ 1.	非常に辛かった	
○ 2.	まあ辛かった	
○ 3.	どちらとも言えない	
○ 4.	そう辛くはなかった	
○ 5.	全く辛くなかった	

SAR

Q12

最も辛く、誰かのサポートが必要だと感じた時期はいつですか。
以下それぞれの時期のうち、最も当てはまるものをお答えください。
ずっと辛くサポートが必要な場合には、代表して一つの時期をお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	妊娠継続の中止をすることを決めるころ
○	2.	入院して妊娠継続の中止を待っている時
○	3.	妊娠継続の中止をした直後
○	4.	妊娠継続の中止から1ヶ月経ったころ
○	5.	妊娠継続の中止から3ヶ月経ったころ
○	6.	妊娠継続の中止から6ヶ月経ったころ
○	7.	妊娠継続の中止から1年経ったころ
○	8.	妊娠継続の中止から1年経って以降～現在
○	9.	わからない・答えたくない・特にない

SAR

Q13

【【Q12の選択内容】】、日常生活に支障をきたすことはありましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	しばしばあった
○	2.	たまにあった
○	3.	どちらとも言えない
○	4.	あまりなかった
○	5.	全くなかった

MTS

Q14

【【Q12の選択内容】】、どれくらいの頻度で次のことがありましたか。
最も近いものをそれぞれお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q14S1	1.	神経過敏に感じましたか
Q14S2	2.	絶望的だと感じましたか
Q14S3	3.	そわそわ、落ち着かなく感じましたか
Q14S4	4.	気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか
Q14S5	5.	何をするのも骨折りだと感じましたか
Q14S6	6.	自分は価値のない人間だと感じましたか

選択肢リスト

○	1.	いつも
○	2.	たいてい
○	3.	ときどき
○	4.	少しだけ
○	5.	全くない

MAC

Q15

【【Q12の選択内容】】、妊娠継続の中止に関連して、日常生活において以下のようなご経験はありましたか。
当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	眠れなくなったり、眠りが浅いなど、睡眠への影響	
□	2.	妊娠継続の中止の経験を突然思い出し辛い気持ちになること	
□	3.	学業や仕事への影響	
□	4.	パートナーとの人間関係の変化	
□	5.	パートナー以外の家族との人間関係の変化	
□	6.	友人など家族以外の人との人間関係の変化	
□	7.	消えてしまいたいと思う気持ちになること	
□	8.	その他【FA】	*Q15_8FA*
□	9.	特になし	
□	10.	答えたくない	

MAC

Q16

"妊娠継続の中止をした直後"に、どのような辛さを感じていましたか。
以下、当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	気持ちの浮き沈み	
☐ 2.	身体的な不調	
☐ 3.	子どもに対して申し訳ないという気持ち	
☐ 4.	母親になることができなったこと	
☐ 5.	自分を責めてしまうこと	
☐ 6.	パートナーに対して申し訳ないという気持ち	
☐ 7.	パートナーへの怒り	
☐ 8.	自分の親に対して申し訳ないという気持ち	
☐ 9.	感情を抑えて日常生活を送ること	
☐ 10.	周囲の人に気持ちを分かってもらえないこと	
☐ 11.	妊娠している人や子ども連れの人を見ること	
☐ 12.	パートナーとの、気持ちのすれ違い	
☐ 13.	今後の妊娠・出産への不安	
☐ 14.	仕事や学校等日常生活に戻ること	
☐ 15.	妊娠継続の中止を決めるまでのこころの葛藤	
☐ 16.	生きる意味や希望の喪失	
☐ 17.	この問題を人に話せなかったり、隠すということ	
☐ 18.	その他【FA】	Q16_18FA
☐ 19.	特にない	

SAR

Q17

"妊娠継続の中止をした直後"に感じた辛さについて、誰かに話したり相談したりしましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	した	
○ 2.	しなかった	
○ 3.	おぼえていない/わからない	

MAC

Q18

"妊娠継続の中止をした直後"に感じた辛さについて、誰に話したり相談したりしましたか。
当てはまる方を全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	パートナー	
☐ 2.	実父母	
☐ 3.	パートナーの父母	
☐ 4.	パートナー、実父母・パートナーの父母以外の家族	
☐ 5.	親しい友人・知人など	
☐ 6.	医療機関の医師	
☐ 7.	医療機関の看護師・助産師	
☐ 8.	医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士など	
☐ 9.	医療機関の遺伝カウンセラー	
☐ 10.	保健センターなどの、身近な保健関係者（保健師など）	
☐ 11.	自分と同じような経験をしたことがある人	
☐ 12.	オンライン上の知人	
☐ 13.	SNS等で不特定多数の人へ	
☐ 14.	その他【FA】	Q18_14FA

SAR

Q19

"妊娠継続の中止をした直後"に感じた辛さについて、相談したことで、あなたの辛さはやわらぎましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	やわらいだ	
○ 2.	少しやわらいだ	
○ 3.	どちらともいえない	
○ 4.	あまりやわらがなかった	
○ 5.	やわらがなかった	

MAC

Q20

"妊娠継続の中止をした直後"に感じた辛さについて、誰にも相談しなかったのはなぜですか。
以下の中から、あてはまるものを全てお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	特に相談する必要を感じなかった	
☐ 2.	身近に相談する先がなかった	
☐ 3.	こんなことを相談していいのかわからなかった	
☐ 4.	相談しても理解してもらえないと思った	
☐ 5.	誰（どこ）に相談できるのかわからなかった	
☐ 6.	相談しても変化が期待できない（仕方がない）と思った	
☐ 7.	妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった	
☐ 8.	相談した人に秘密を守ってもらえるか不安があった	
☐ 9.	相談しようとしたが、聞いてもらえなかった	
☐ 10.	その他【FA】	Q20_10FA

MAC

Q21

【【Q12の選択内容】】、どのような辛さを感じていましたか。
以下、当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	気持ちの浮き沈み	
☐ 2.	身体的な不調	
☐ 3.	子どもに対して申し訳ないという気持ち	
☐ 4.	母親になることができなったこと	
☐ 5.	自分を責めてしまうこと	
☐ 6.	パートナーに対して申し訳ないという気持ち	
☐ 7.	パートナーへの怒り	
☐ 8.	自分の親に対して申し訳ないという気持ち	
☐ 9.	感情を抑えて日常生活を送ること	
☐ 10.	周囲の人に気持ちを分かってもらえないこと	
☐ 11.	妊娠している人や子ども連れの人を見ること	
☐ 12.	パートナーとの、気持ちのすれ違い	
☐ 13.	今後の妊娠・出産への不安	
☐ 14.	仕事や学校等日常生活に戻ること	
☐ 15.	妊娠継続の中止を決めるまでのこころの葛藤	
☐ 16.	生きる意味や希望の喪失	
☐ 17.	この問題を人に話せなかったり、隠すということ	
☐ 18.	その他【FA】	Q21_18FA
☐ 19.	特にない	

SAR

Q22

【【Q12の選択内容】】に感じた、辛さについて、誰かに話したり相談したりしましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	した
○ 2.	しなかった
○ 3.	おぼえていない/わからない

MAC

Q23

【【Q12の選択内容】】、誰に話したり相談したりしましたか。
当てはまる方を全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	パートナー	
☐ 2.	実父母	
☐ 3.	パートナーの父母	
☐ 4.	パートナー、実父母・パートナーの父母以外の家族	
☐ 5.	親しい友人・知人など	
☐ 6.	医療機関の医師	
☐ 7.	医療機関の看護師・助産師	
☐ 8.	医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士など	
☐ 9.	医療機関の遺伝カウンセラー	
☐ 10.	保健センターなどの、身近な保健関係者（保健師など）	
☐ 11.	自分と同じような経験をしたことがある人	
☐ 12.	オンライン上の知人	
☐ 13.	SNS等で不特定多数の人へ	
☐ 14.	その他【FA】	Q23_14FA

SAR

Q24

【【Q12の選択内容】】、相談したことで、あなたのつらさはやわらぎましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	やわらいだ
○ 2.	少しやわらいだ
○ 3.	どちらともいえない
○ 4.	あまりやわらがなかった
○ 5.	やわらがなかった

MAC

Q25

【【Q12の選択内容】】に感じた辛さについて、誰にも相談しなかったのは何故ですか。
以下の中から、あてはまるものを全てお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐ 1.	特に相談する必要を感じなかった	
☐ 2.	身近に相談する先がなかった	
☐ 3.	こんなことを相談していいのかわからなかった	
☐ 4.	相談しても理解してもらえないと思った	
☐ 5.	誰（どこ）に相談できるのかわからなかった	
☐ 6.	相談しても変化が期待できない（仕方がない）と思った	
☐ 7.	妊娠継続の中止について、人に話すことに抵抗があった	
☐ 8.	相談した人に秘密を守ってもらえるか不安があった	
☐ 9.	相談しようとしたが、聞いてもらえなかった	
☐ 10.	その他【FA】	Q25_10FA

FAL

Q26

あなたの妊娠継続の中止のご経験において、行政や医療機関のスタッフ、サポートグループ等、身近な人以外から受けたサポートで助けになったことがあれば、自由にご記載ください。

▲ 設問文を折りたたむ

Q26FA

MAC

Q27

あなたが妊娠継続の中止によるつらさを感じていた頃に、誰かにもっと話を聞いてほしかったり
相談したかったと思う事がらはありますか。
以下の中から当てはまるものを全てお答え下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

☐	1.	気持ちの浮き沈み	
☐	2.	身体的な不調	
☐	3.	子どもに対して申し訳ないという気持ち	
☐	4.	母親になることができなったこと	
☐	5.	自分を責めてしまうこと	
☐	6.	パートナーに対して申し訳ないという気持ち	
☐	7.	パートナーへの怒り	
☐	8.	自分の親に対して申し訳ないという気持ち	
☐	9.	感情を抑えて日常生活を送ること	
☐	10.	周囲の人に気持ちを分かってもらえないこと	
☐	11.	妊娠している人や子ども連れの人を見ること	
☐	12.	パートナーとの、気持ちのすれ違い	
☐	13.	今後の妊娠・出産への不安	
☐	14.	仕事や学校等日常生活に戻ること	
☐	15.	妊娠継続の中止を決めるまでのこころの葛藤	
☐	16.	生きる意味や希望の喪失	
☐	17.	この問題を人に話せなかったり、隠すということ	
☐	18.	その他【FA】	Q27_18FA
☐	19.	特にない	

MTM

Q28

あなたが妊娠継続の中止によるつらさを感じていた頃に、それぞれのつらさや不安、悩みについて、誰にもっと話を聞いてほしかったり相談したかったですか。
それぞれの悩みについて、当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q28S1	1.	気持ちの浮き沈み
Q28S2	2.	身体的な不調
Q28S3	3.	子どもに対して申し訳ないという気持ち
Q28S4	4.	母親になることができなったこと
Q28S5	5.	自分を責めてしまうこと
Q28S6	6.	パートナーに対して申し訳ないという気持ち
Q28S7	7.	パートナーへの怒り
Q28S8	8.	自分の親に対して申し訳ないという気持ち
Q28S9	9.	感情を抑えて日常生活を送ること
Q28S10	10.	周囲の人に気持ちを分かってもらえないこと
Q28S11	11.	妊娠している人や子ども連れの人を見ること
Q28S12	12.	パートナーとの、気持ちのすれ違い
Q28S13	13.	今後の妊娠・出産への不安
Q28S14	14.	仕事や学校等日常生活に戻ること
Q28S15	15.	妊娠継続の中止を決めるまでのこころの葛藤
Q28S16	16.	生きる意味や希望の喪失
Q28S17	17.	この問題を人に話せなかったり、隠すということ
Q28S18	18.	その他【【Q27_18FAの選択内容】】

選択肢リスト

☐	1.	パートナー	
☐	2.	実父母	
☐	3.	パートナーの父母	
☐	4.	パートナー、実父母・パートナーの父母以外の家族	
☐	5.	親しい友人・知人など	
☐	6.	医療機関の医師	
☐	7.	医療機関の看護師・助産師	
☐	8.	医療機関の心理カウンセラーや臨床心理士など	
☐	9.	医療機関の遺伝カウンセラー	
☐	10.	保健センターなどの、身近な保健関係者（保健師など）	
☐	11.	自分と同じような経験をしたことがある人	
☐	12.	オンライン上の知人	
☐	13.	SNS等で不特定多数の人へ	
☐	14.	その他	Q28S1_14FA

MAC

Q29

あなたが妊娠継続の中止によるつらさを感じていた頃に、誰かに話を聞いてもらったり相談できたとしたら、どのような方法で相談したかったですか、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

☐	1.	対面で（1対1で）	
☐	2.	対面で（グループなど複数人で）	
☐	3.	電話やオンラインで	
☐	4.	メールで	
☐	5.	SNSやチャット等のやり取りで	
☐	6.	その他【FA】	Q29_6FA

MTS

Q30

妊娠継続の中止をした方への医療機関や自治体の専門職による支援として、あなたはどのような事がらが重要だと思いますか。
以下の各項目について、あなたのお考えに最も近いものをそれぞれお選びください。
その他以外必須回答

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q30S1	1.	体験やつらさを丁寧にきいていくこと	
Q30S2	2.	カウンセリング等、専門職が心理面の相談にのること	
Q30S3	3.	身体的不調について、専門職が相談にのること	
Q30S4	4.	将来の妊娠や出産等に関わる、医療的な情報提供	
Q30S5	5.	同じ経験をした人と交流できる場の提供	
Q30S6	6.	自分の決定を肯定的にサポートしてくれること	
Q30S7	7.	宗教的な支援の提供	
Q30S8	8.	その他【FA】	Q30S8FA

選択肢リスト

○	1.	非常に重要
○	2.	まあ重要
○	3.	どちらとも言えない
○	4.	あまり重要ではない
○	5.	全く重要ではない

SAR

Q31

あなたは、妊娠継続の中止のご経験やつらさについて、地域の専門の相談窓口（電話相談など）や保健センターの保健師等に相談したことがありますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	ある
○	2.	ない
○	3.	覚えていない

MAC

Q32

地域の専門の相談窓口（電話相談など）や保健センターの保健師等に妊娠継続の中止のご経験やつらさについて、相談したきっかけはなんですか。
以下の中から、当てはまるものを全てお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	自治体のホームページや広報誌などをみて	
□	2.	相談窓口に関するパンフレット等を見て	
□	3.	医療機関で勧められて	
□	4.	自治体職員に勧められて	
□	5.	家族や友人・知人に勧められて	
□	6.	自分でネット等で調べて	
□	7.	その他【FA】	Q32_7FA

MAC

Q33

地域の専門の相談窓口（電話相談など）や保健センターの保健師等に妊娠継続の中止のご経験やつらさについて、相談しなかったのは何故ですか。
あなたのお考えをすべてお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	特に相談する必要を感じなかった	
□	2.	地域の保健センターの保健師や専門の相談窓口等に相談できると思わなかった	
□	3.	こんなことを相談していいのかわからなかった	
□	4.	相談しても理解してもらえないと思った	
□	5.	誰（どこ）に相談できるのかわからなかった	
□	6.	相談しても変化が期待できない（仕方がない）と思った	
□	7.	妊娠継続の中止について、行政に話すことに抵抗があった	
□	8.	相談した人に秘密を守ってもらえるか不安があった	
□	9.	相談しようとしたが、聞いてもらえなかった	
□	10.	その他【FA】	Q33_10FA

SAR

Q34

あなたが妊娠継続の中止による辛さを感じている(感じていた)時期に、お住いの地域の専門の相談窓口や保健センターの保健師等、妊娠や中絶についての知識を持った専門職が相談にのってくれる場があったら、相談してみたい（みたかった）と思いますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 思う
- ○ 2. 思わない
- ○ 3. どちらとも言えない

SAR

Q35

あなたが妊娠継続の中止による辛さを感じている(感じていた)時期に、同じような経験をした経験者が相談にのってくれる場があったら、相談してみたい（みたかった）と思いますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 思う
- ○ 2. 思わない
- ○ 3. どちらとも言えない

SAR

Q36

あなたの妊娠継続の中止は、あなたのパートナーのお気持ちにも大きな影響のある出来事だったと思いますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. おおいに影響があった
- ○ 2. まあ影響があった
- ○ 3. どちらとも言えない
- ○ 4. あまり影響がなかった
- ○ 5. ほとんど影響がなかった

SAR

Q37

パートナーは妊娠継続の中止による辛さを、誰かに話したり、相談したりしていましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. していた
- ○ 2. していなかった
- ○ 3. わからない/おぼえていない

SAR

Q38

あなたからみて、パートナーには医療や行政の専門職による何らかの支援は必要だったと思いますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. おおいに必要だった
- ○ 2. まあ必要だった
- ○ 3. どちらとも言えない
- ○ 4. あまり必要なかった
- ○ 5. ほとんど必要なかった

SAR

Q39

あなたには、お子さんはいらっしゃいますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. いる
- ○ 2. いない

SAR

Q40

あなたが、妊娠継続の中止をなさった時、あなたには他にお子さんはいらっしゃいましたか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	いた	
○ 2.	いない	

SAR

Q41

あなたの最終学歴を教えてください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.	中学校	
○ 2.	高校・高専	
○ 3.	短大・専門学校	
○ 4.	大学	
○ 5.	大学院	
○ 6.	その他【FA】	*Q41_6FA*

（都道府県向け調査票）

令和3年度度子ども・子育て支援推進調査研究事業（国庫補助事業）

子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究

都道府県:	
所属課:	ご連絡先（電話番号）:
ご担当名:	ご担当者の氏名

以下の設問にお答えください。（令和４年１月１日時点の状況を回答してください）

解答方法：当てはまる　☐　ボックスに　☑　を記入してください。
（　）括弧は自由記載の項目になります。

1. 子ども（18 歳未満）の死（流産・死産や人工妊娠中絶含む）を経験した方への支援を行う窓口（担当者）についてお答えください。

1.1. 貴自治体では、子ども（18 歳未満）の死（流産・死産や人工妊娠中絶含む）を経験した方や家族に対して個別に相談支援を行う何らかの相談窓口（担当者）はありますか。以下、①～④のそれぞれの子どもの死についてお答えください。

		そうした相談に特化した相談支援窓口がある	特化してはいないが何らかの相談窓口でそうした相談も受け入れている	ない
①	流産・死産	☐1	☐2	☐3
②	人工妊娠中絶	☐1	☐2	☐3
③	新生児/乳幼児の死	☐1	☐2	☐3
④	就学以降の子どもの死	☐1	☐2	☐3

1.2. 1.1 で、それぞれの子どもの死を経験した家族に対する支援を行う窓口（担当者）が「ある」または「何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」とお答えになった自治体にお伺いします。その窓口の位置づけは、どのようなものですが。それぞれについて、以下の中から最も当てはまるものをお答えください。

		自治体事業として自治体職員が実施	自治体事業として外部機関に業務委託	自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも	その他
①	流産・死産	☐1	☐2	☐3	☐4
②	人工妊娠中絶	☐1	☐2	☐3	☐4
③	新生児/乳幼児の死	☐1	☐2	☐3	☐4
④	就学以降の子どもの死	☐1	☐2	☐3	☐4

裏に続きます➡

特に、人工妊娠中絶と、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方への相談窓口（担当者）についてお答えください。いずれも「ない」場合には、設問2に進んでください。

1.3. 相談窓口の相談形態はどのようなものですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。また、それぞれの形態における相談の、令和2年度の相談件数/実績（延べ）をお答えください。

相談形態		相談件数/実績（延べ）
①人工妊娠中絶		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない
②新生児/乳幼児の死		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない
③就学以降の子どもの死		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない

1.4. 相談窓口の対応者（以下、相談員という）の資格やバックグラウンドをお答えください。複数いる場合には、当てはまるものを全てお選びください。また、1人の相談員が複数の資格を持つ場合にも、当てはまるものを全てお選びください。

①人工妊娠中絶

□1. 医師　□2. 保健師　□3. 助産師
□4. 看護師　□5. 社会福祉士　□6. 精神保健福祉士
□7. 心理職（具体的に:　　）　□8. その他資格　（具体的に:　　）
□9. 人工妊娠中絶の当事者

②新生児/乳幼児の死

□1. 医師　□2. 保健師　□3. 助産師
□4. 看護師　□5. 社会福祉士　□6. 精神保健福祉士
□7. 心理職（具体的に:　　）　□8. その他資格　（具体的に:　　）
□9. 新生児/乳幼児を亡くした当事者

③就学以降の子どもの死

☐1. 医師　☐2. 保健師　☐3. 助産師

☐4. 看護師　☐5. 社会福祉士　☐6. 精神保健福祉士

☐7. 心理職（具体的に:　　）☐8. その他資格 （具体的に:　　）

☐9. 就学以降の子どもを亡くした当事者

（相談員に求められる知識やスキルについて）

1.5. 貴自治体では、人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子ども（18 歳未満）の死を経験した方への相談に対応する相談員のスキルアップのために、何らかの取り組みを行っていますか。以下の中から、当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

☐1. 相談マニュアル等の整備

☐2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催

☐3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）

☐4. 特に支援はしておらず、相談員による独学

☐5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている

☐6. その他（　　）

②新生児/乳幼児の死

☐1. 相談マニュアル等の整備

☐2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催

☐3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）

☐4. 特に支援はしておらず、相談員による独学

☐5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている

☐6. その他（　　）

③就学以降の子どもの死

☐1. 相談マニュアル等の整備

☐2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催

☐3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）

☐4. 特に支援はしておらず、相談員による独学

☐5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている

☐6. その他（　　）

裏に続きます➡

1.6. 貴自治体が実施する人工妊娠中絶や、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方への相談支援において課題だと感じている点について、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

②新生児/乳幼児の死

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

③就学以降の子どもの死

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

1.7. 貴自治体が実施する人工妊娠中絶や、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方への相談支援において、1.6 でご回答頂いた以外に課題だと感じている点があれば、自由にご記載ください。

2. 現在、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子ども（18 歳未満）の死を経験した方に対して個別に相談支援を行う何らかの相談窓口（担当者）が「ない」とお答えになった自治体にお伺いします。いずれの相談窓口（担当者）も「ある」または、「何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」とお答えになった自治体は3にお進みください。

2.1. 貴自治体では、人工妊娠中絶や新生児/乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方に対して個別支援を行う相談窓口の設置について、現在検討をしていますか。以下、それぞれについてお答えください。

		検討している	現在は検討していないが、今後検討する予定がある	現在も検討していないし、今後検討する予定もない
①	人工妊娠中絶	□1	□2	□3
②	新生児/乳幼児の死	□1	□2	□3
③	就学以降の子どもの死	□1	□2	□3

2.2. 現在、人工妊娠中絶や新生児/乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方に対して個別支援を行う相談窓口を設置していない理由として、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

□1. 支援の必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる人工妊娠中絶をした人の数が少ない
□4. 対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他（　　）

②新生児/乳幼児の死

□1. 支援の必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の数が少ない
□4. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他（　　）

③就学以降の子どもの死

□1. 必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる子どもを亡くした人の数が少ない
□4. 対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他（　　）

裏に続きます➡

3. 全自治体にお伺いします。

3.1. 人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方に対して、行政として何らかの支援を行っていく必要はあると思いますか。それぞれについて、以下の中から最も当てはまるものをお答えください。

①人工妊娠中絶

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

②新生児/乳幼児の死

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

③就学以降の子どもの死

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

3.2. 人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死に関連して、相談窓口での個別対応以外に貴自治体で実施している取り組みにはどのようなものがありますか。当てはまるものを以下の中から全てお答えください。

		人工妊娠中絶	新生児/乳幼児の死	就学以降の子どもの死
①	当事者同士の交流の場の開催	□1	□2	□3
②	カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介	□1	□2	□3
③	市町村の担当者（保健師・助産師等）を対象とした研修会等の開催	□1	□2	□3
④	管内の医療機関のスタッフ等を対象とした研修会等の開催	□1	□2	□3
⑤	一般の方を対象とした講演会等の開催	□1	□2	□3
⑥	不妊症・不育症などに関係する専門機関が集まるネットワーク会議の開催	□1	□2	□3
⑦	その他	□1	□2	□3
⑧	特に何も行っていない / 把握していない	□1	□2	□3

「⑦その他」にチェックした方は、その内容を具体的にお答えください。

3.3. 以下の各機関との情報共有・連携の場はどの程度ありますか。以下、最も当てはまるものをお答えください。子どもの死に関する連携に限らず、子どもの健康等に関連して連携している場合も含みます。

		定期的に交流の場を持っている	必要に応じて交流の場を持っている	交流の場は特にない
①	周産期医療機関の産婦人科医・助産師・看護師等	□1	□2	□3
②	小児・救急医療機関の医師・看護師等	□1	□2	□3
③	人工妊娠中絶に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
④	新生児/乳幼児の死に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
⑤	就学以降の子どもの死に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
⑥	管内市町村の母子保健担当者	□1	□2	□3
⑦	その他（　　）	□1	□2	□3

4. 流産や死産を経験した方への支援について、全自治体にお伺いします。

4.1. 令和3年5月 31 に発出された厚生労働省子ども家庭局母子保健課長通知「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」を受け、流産や死産を経験した方への支援において、新たに取り組んだことなどあれば、ご記載ください。

質問は以上となります。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

（市町村向け調査票）

令和3年度度子ども・子育て支援推進調査研究事業（国庫補助事業）

子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究

都道府県：	市区町村：
所属課：	ご連絡先（電話番号）：
ご担当名：	ご担当者の氏名：
貴自治体は、以下のいずれに該当するか、お答えください。 ☐1. 政令指定都市・中核市　　☐2. 政令指定都市・中核市以外の市町村	

以下の設問にお答えください。（令和４年１月１日時点の状況を回答してください）

解答方法：当てはまる　☐　ボックスに　☑　を記入してください。
（　）括弧は自由記載の項目になります。

1. 貴自治体についてお伺いします。

1.1. 貴自治体の年間出生数はどの程度ですか。以下の中から当てはまるものをお答えください。

☐1. 100 人未満　☐2. 100 人～300 人未満　☐3. 300 人～1000 人未満
☐4. 1000 人～3000 人未満　☐5. 3000 人～5000 人未満　☐6. 5000 人以上

2. 流産や死産、新生児/乳幼児及び就学以降の子ども（18 歳未満）の死の把握状況についてお伺いします。

2.1. 流産（12 週未満の初期流産）についてお答えください。

2.1.1. 貴自治体では、妊娠届け後の流産（12 週未満の初期流産）について把握する何らかの体制がありますか。全数でない場合も、ある程度の数を把握可能であれば「ある」とお答えください。

☐1. ある　→2.1.2 へ　☐2. ない　→2.2 へ

2.1.2. 妊娠届け後の流産について把握する何らかの体制が「ある」とお答えになった自治体にお伺いします。それはどのような方法ですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

☐1.（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供
☐2. 妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握
☐3. その他 （具体的に：　）

2.2. 死産（妊娠 12 週以降）についてお答えください。

2.2.1. 貴自治体では、母子保健担当課として死産（妊娠 12 週以降）について把握する何らかの体制がありますか。全数でない場合も、ある程度の数を把握可能であれば「ある」とお答えください。

☐1. ある　→2.2.2 へ　☐2. ない　→3 へ

2.2.2. 死産（妊娠 12 週以降）について把握する何らかの体制が「ある」とお答えになった自治体にお伺いします。それはどのような方法ですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

☐1.（本人の同意を前提とした）周産期医療機関からの情報提供
☐2.（本人の同意を前提とした）戸籍担当課からの情報提供
☐3. 妊娠届け後の継続的妊産婦支援の中での把握
☐4. その他 （具体的に：　）

裏に続きます➡

2.3. 新生児/乳幼児の死についてお答えください。

2.3.1. 貴自治体では、母子保健担当課として新生児/乳幼児の死について把握する何らかの体制がありますか。全数でない場合も、ある程度の数を把握可能であれば「ある」とお答えください。

□1. ある →2.3.2 へ □2. ない →2.4 へ

2.3.2. 新生児/乳幼児の死について把握する何らかの体制が「ある」とお答えになった自治体にお伺いします。それはどのような方法ですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

□1. (本人の同意を前提とした)周産期医療機関からの情報提供
□2. (本人の同意を前提とした)小児科等医療機関からの情報提供
□3. (本人の同意を前提とした)戸籍課からの情報提供
□4. 妊娠届け後の継続的妊産婦支援や子育て支援事業の中での把握
□5. その他 (具体的に:)

2.4. 就学以降の子ども(18 歳未満)の死についてお答えください。

2.4.1. 貴自治体では、母子保健担当課として就学以降の子どもの死について把握する何らかの体制がありますか。全数でない場合も、ある程度の数を把握可能であれば「ある」とお答えください。

□1. ある →2.4.2 へ □2. ない →3 へ

2.4.2. 就学以降の子どもの死について把握する何らかの体制が「ある」とお答えになった自治体にお伺いします。それはどのような方法ですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

□1. (本人の同意を前提とした)小児科等医療機関からの情報提供
□2. (本人の同意を前提とした)戸籍課からの情報提供
□3. 子育て支援事業の中での把握
□5. その他 (具体的に:)

3. 子ども(18 歳未満)の死(流産・死産や人工妊娠中絶含む)を経験した方への支援を行う窓口(担当者)についてお答えください。

3.1. 貴自治体では、子ども(18 歳未満)の死(流産・死産や人工妊娠中絶含む)を経験した方や家族に対して個別に相談支援を行う何らかの相談窓口(担当者)はありますか。以下、①～④のそれぞれの子どもの死についてお答えください。

		そうした相談に特化した相談支援窓口がある	特化してはいないが何らかの相談窓口でそうした相談も受け入れている	ない
①	流産・死産	□1	□2	□3
②	人工妊娠中絶	□1	□2	□3
③	新生児/乳幼児の死	□1	□2	□3
④	就学以降の子どもの死	□1	□2	□3

3.2. 3.1 で、それぞれの子どもの死を経験した家族に対する支援を行う窓口（担当者）が「ある」または「何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」とお答えになった自治体にお伺いします。その窓口の位置づけは、どのようなものですが。①～④それぞれについて、以下の中から最も当てはまるものをお答えください。

		自治体事業として自治体職員が実施	自治体事業として外部機関に業務委託	自治体職員の実施及び外部機関への業務委託いずれも	その他
①	流産・死産	□1	□2	□3	□4
②	人工妊娠中絶	□1	□2	□3	□4
③	新生児/乳幼児の死	□1	□2	□3	□4
④	就学以降の子どもの死	□1	□2	□3	□4

特に、人工妊娠中絶と、新生児/乳幼児の死、就学以降の子ども（18 歳未満）の死を経験した方への相談窓口（担当者）についてお答えください。いずれも「ない」場合には、設問4に進んでください。

3.3. 相談窓口の相談形態はどのようなものですか。以下の中から当てはまるものを全てお答えください。また、それぞれの形態における相談の、令和2年度の相談件数/実績（延べ）をお答えください。

相談形態		相談件数/実績（延べ）
①人工妊娠中絶		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない
②新生児/乳幼児の死		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない
③就学以降の子どもの死		
	□1. 面接相談	（　　）件　/　□1.2 把握していない
	□2. 電話相談	（　　）件　/　□2.2 把握していない
	□3. メール・SNS 等による相談	（　　）件　/　□3.2 把握していない
	□4. 家庭訪問	（　　）件　/　□4.2 把握していない
	□5. その他 （具体的に:　　）	（　　）件　/　□5.2 把握していない

裏に続きます➡

3.4. 相談窓口の対応者（以下、相談員という）の資格やバックグラウンドをお答えください。複数いる場合には、当てはまるものを全てお選びください。また、1人の相談員が複数の資格を持つ場合にも、当てはまるものを全てお選びください。

①人工妊娠中絶

□1. 医師　□2. 保健師　□3. 助産師
□4. 看護師　□5. 社会福祉士　□6. 精神保健福祉士
□7. 心理職（具体的に:　　）　□8. その他資格　（具体的に:　　）
□9. 人工妊娠中絶の当事者

②新生児/乳幼児の死

□1. 医師　□2. 保健師　□3. 助産師
□4. 看護師　□5. 社会福祉士　□6. 精神保健福祉士
□7. 心理職（具体的に:　　）　□8. その他資格　（具体的に:　　）
□9. 新生児/乳幼児を亡くした当事者

③就学以降の子どもの死

□1. 医師　□2. 保健師　□3. 助産師
□4. 看護師　□5. 社会福祉士　□6. 精神保健福祉士
□7. 心理職（具体的に:　　）　□8. その他資格　（具体的に:　　）
□9. 子どもを亡くした当事者

3.5. 貴自治体では、人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子ども（18 歳未満）の死を経験した方への相談に対応する相談員のスキルアップのために、何らかの取り組みを行っていますか。以下の中から、当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

□1. 相談マニュアル等の整備
□2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催
□3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）
□4. 特に支援はしておらず、相談員による独学
□5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている
□6. その他（　　）

②新生児/乳幼児の死

□1. 相談マニュアル等の整備
□2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催
□3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）
□4. 特に支援はしておらず、相談員による独学
□5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている
□6. その他（　　）

③就学以降の子どもの死

□1. 相談マニュアル等の整備
□2. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会の開催
□3. （専門医やカウンセラーなど）専門家による研修会・講習会への参加（それに対する補助）
□4. 特に支援はしておらず、相談員による独学
□5. 専門家が対応しているため、すでに十分なスキルを持っている
□6. その他（　　）

3.6. 貴自治体が実施する人工妊娠中絶や、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方への相談支援において課題だと感じている点について、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

②新生児/乳幼児の死

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

③就学以降の子どもの死

□1. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□2. 対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい
□3. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□4. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□5. 人員の不足　　□6. 予算上の問題
□7. どのような形で実施したらいいかわからない
□8. その他（　　）

3.7. 貴自治体が実施する人工妊娠中絶や、新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方への相談支援において、3.6 でご回答頂いた以外に課題だと感じている点があれば、自由にご記載ください。

裏に続きます➡

4. 現在、人工妊娠中絶、新生児/乳幼児の死、就学以降の子ども(18 歳未満)の死を経験した方に対して個別に相談支援を行う何らかの相談窓口(担当者)が「ない」とお答えになった自治体にお伺いします。いずれの相談窓口(担当者)も「ある」または、「何らかの相談窓口でそうした相談を受け入れている」とお答えになった自治体は5にお進みください。

4.1. 貴自治体では、新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方に対して個別支援を行う相談窓口の設置について、現在検討をしていますか。以下、①～③それぞれについてお答えください。

		検討している	現在は検討していないが、今後検討する予定がある	現在も検討していないし、今後検討する予定もない
①	人工妊娠中絶	□1	□2	□3
②	新生児/乳幼児の死	□1	□2	□3
③	就学以降の子どもの死	□1	□2	□3

4.2. 現在、新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方に対して個別支援を行う相談窓口を設置していない理由として、以下の中から当てはまるものを全てお答えください。

①人工妊娠中絶

□1. 支援の必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる人工妊娠中絶をした人の数が少ない
□4. 対象となる人工妊娠中絶をした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他(　　)

②新生児/乳幼児の死

□1. 支援の必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の数が少ない
□4. 対象となる新生児/乳幼児を亡くした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他(　　)

③就学以降の子どもの死

□1. 必要性を感じない　□2. 他により優先度が高い取り組むべき課題がある
□3. 対象となる子どもを亡くした人の数が少ない
□4. 対象となる子どもを亡くした人の把握が難しい
□5. 専門性が高い分野であり、相談に自治体職員で対応することが難しい
□6. 相談の対応を委託できるような団体・機関や個人を確保することが難しい
□7. 人員の不足　□8. 予算上の問題
□9. どのような形で実施したらいいかわからない
□10. その他(　　)

5. 全自治体にお伺いします。地域担当保健師が、出産後の子育て支援の中で、新生児や乳幼児等、子ども（18 歳未満）を亡くした方を把握した場合に支援を行う場合もあるかと思います。そうした場合の、個別ケースへの支援や、その支援力を向上するための取り組みについてお答えください。

5.1. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方に対して、保健師等の担当者が家庭訪問や電話等による支援を行っていますか。

①新生児/乳幼児の死 □1. （ほぼ）全てのケースに行っている　□2. 全数ではないが場合に応じて行っている □3. 行っていない
②就学以降の子どもの死 □1. （ほぼ）全てのケースに行っている　□2. 全数ではないが場合に応じて行っている □3. 行っていない

5.2. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方の心や身体の状態及びそこからの適応や回復に関する知識について学ぶ場（研修会など）は開催していますか。

□1. 開催している
□2. 開催していない
□3. 自治体としては開催していないが、都道府県の研修会などで学ぶ機会はある

5.3. 新生児や乳幼児、就学以降の子どもの死を経験した方への支援について、担当者同士がケース検討等を行える体制はありますか。

□1. ある
□2. ない

6. 全自治体にお伺いします。

6.1. 人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死を経験した方に対して、行政として何らかの支援を行っていく必要はあると思いますか。それぞれについて、以下の中から最も当てはまるものをお答えください。

①人工妊娠中絶

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

②新生児/乳幼児の死

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

③就学以降の子どもの死

□1	□2	□3	□4	□5
そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない

裏に続きます➡

6.2. 人工妊娠中絶や新生児/乳幼児の死、就学以降の子どもの死に関連して、相談窓口での個別対応以外に貴自治体で実施している取り組みにはどのようなものがありますか。当てはまるものを以下の中から全てお答えください。

		人工 妊娠中絶	新生児/ 乳幼児の死	就学以降の 子どもの死
①	当事者同士の交流の場の開催	□1	□2	□3
②	都道府県等の専門相談窓口に関する情報提供・紹介	□1	□2	□3
③	カウンセリング等の専門家やサポートグループに関する情報提供・紹介	□1	□2	□3
④	市町村の担当者（保健師・助産師等）を対象とした研修会等の開催	□1	□2	□3
⑤	管内の医療機関のスタッフ等を対象とした研修会等の開催	□1	□2	□3
⑥	一般の方を対象とした講演会等の開催	□1	□2	□3
⑦	その他	□1	□2	□3
⑧	特に何も行っていない / 把握していない	□1	□2	□3

「⑦その他」にチェックした方は、その内容を具体的にお答えください。

6.3. 以下の各機関との情報共有・連携の場はどの程度ありますか。以下、最も当てはまるものをお答えください。子どもの死に関する連携に限らず、子どもの健康等に関連して連携している場合も含みます。

		定期的に 交流の場を 持っている	必要に応じて 交流の場を 持っている	交流の場は 特にない
①	周産期医療機関の産婦人科医・助産師・看護師等	□1	□2	□3
②	小児・救急医療機関の医師・看護師等	□1	□2	□3
③	人工妊娠中絶に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
④	新生児/乳幼児の死に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
⑤	就学以降の子どもの死に関連したサポートグループ	□1	□2	□3
⑥	都道府県の、子どもの死に関する支援担当者	□1	□2	□3
⑦	その他（　　）	□1	□2	□3

7. 流産や死産を経験した方への支援について、全自治体にお伺いします。

7.1. 令和3年5月 31 に発出された厚生労働省子ども家庭局母子保健課長通知「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」を受け、流産や死産を経験した方への支援において、新たに取り組んだことなどあれば、ご記載ください。

質問は以上となります。
ご協力いただき、誠にありがとうございました。

＜謝辞＞

本調査研究の取りまとめにあたり、多くの方々にご支援いただきました。
本調査研究のためにアンケート調査にご協力いただいた、
人工妊娠中絶を経験された方や、自治体のご担当者様に御礼申し上げます。

また、ヒアリング及び事例の取りまとめにご協力頂きました先生方にも
心より御礼申し上げます。

ご協力いただいた先生方（五十音順）

お名前	ご所属
上野 桂子 先生	大分県不妊専門相談センター　生殖心理相談員
小澤 綾佳 先生	富山大学附属病院　小児科診療部門 小児循環器内科
尾島 由美 先生	社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 小児救急看護認定看護師
加田 千秋 先生	医療法人　マミーローズクリニック師長
瀬藤 乃理子 先生	福島県立医科大学 災害こころの医学講座 准教授
田村 美智 先生	高知県 CDR 調査員
中塚 幹也 先生	岡山県不妊専門相談センター 「不妊・不育とこころの相談室」 センター長
別所 晶子 先生	埼玉医科大学 総合医療センター　小児科
ご担当者様	地方独立行政法人　神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター　看護局
－	東京都　福祉保健局少子社会対策部家庭支援課

最後になりますが、有識者研究会の委員及び関係者の皆様には、
研究会における活発な意見交換から、本報告書の執筆まで
多くのご指導をいただき、本当にありがとうございました。

令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
「子どもを亡くした家族へのグリーフケアの関する調査研究」
事業報告書

発行日　令和４年３月
編集・発行　株式会社キャンサースキャン
〒141-0031 東京都品川区西五反田 1-3-8 五反田 PLACE 2F
株式会社キャンサースキャン　介入研究事業本部　遠峰良美
Tel：03-6420-3390　Fax：03-6420-3394
Mail：tomine@cancerscan.jp