
資 料

出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験 － 遺伝学的検査に係る看護の一考察 －

森屋 宏美

Experiences of Pregnant Women Receiving Genetic Counseling About the Prenatal Genetic Testing, with Special Reference to a Clinical Issue at Genetic Nursing Care

Hiromi Moriya

キーワード：出生前検査、遺伝看護、遺伝相談／遺伝カウンセリング、妊婦、解釈学的現象学的分析
key words：Prenatal Genetic Testing, Genetic Nursing Care, Genetic Counseling, Pregnant Women,
Interpretative Phenomenological Analysis

Abstract

The objective of this study was to describe the experiences of pregnant women who received genetic counseling about the prenatal genetic testing, and to elucidate the role of genetic nursing care. Semi-structured telephone interviews were conducted with 12 pregnant women who received genetic counseling about the prenatal genetic testing, and interpretative phenomenological analysis of the data was performed. The results revealed that the women, who had not taken advantage of genetic counseling prior to receiving prenatal genetic testing, were proactive in acquiring information about their fetus, did not even consider not having prenatal genetic testing, were able to make decisions autonomously despite some hesitation, but did not anticipate any potential consequences of learning the testing results. In an actual counseling session, pregnant women requested information on how to interpret the testing results, the influence of physical constitution, and the choices available given their testing results. The women also had further discussions with nurses to help them make the most appropriate decision following the testing. Some women expressed that information on support for prenatal genetic testing should be widely disseminated. The results of this study suggest that proactive interventions are needed to help pregnant women plan for genetic testing and aid them in the decision-making process.

受付日：2013年3月26日 受理日：2014年2月12日

東海大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University

要 旨

本研究は、出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験を記述し、遺伝学的検査に係る看護について示唆を得ることを目的とした。出生前検査に関する遺伝相談を受けた12名の妊婦に対し、電話による半構造化面接を行い、解釈学的現象学的分析を行った。出生前検査に先駆け、看護師による相談窓口を訪れない妊婦の背景には、胎児情報を得ることに前向きであること、受検をしないという選択肢を意識していないこと、結果を聞いた後のことを想定していないこと、迷いながらも自律的意思決定ができたことがあった。実際の相談では、検査結果の解釈、体質の影響、今後の選択肢に関する情報が求められ、かつ受検を検討する目的で、看護師との対話が行われた。出生前検査に関わる支援が、広く社会に認識されるよう望む声もあった。本研究より、遺伝学的検査に係る看護には、受検を計画的に検討するための調整及び、意思決定への積極的関与が必要であることが示唆された。

I. 研究背景

今日の遺伝子／ゲノム研究の発展は目覚ましく、ヒトゲノム解析技術の進歩はこれに多大な影響を与えてきた。本邦でも遺伝学を基盤とした医療が急速に普及しており、看護職が置かれる環境は著しく変化している。

遺伝学的検査のひとつである出生前検査は、結果からもたらされるヒト遺伝情報の特徴により、医師の判断ではなく患者自身が自律的意思決定をする新しい性質の検査である。このため、医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン（日本医学会，2011）により、受検の意思決定に際し十分な遺伝カウンセリング（以下、GCと略）が求められている。GCとは、遺伝的問題で悩む人に対して遺伝医学的情報を提供するとともに、心理的・精神的支援を行う医療行為である（福嶋，2005，p.517）。近年、看護師によるGCも行われるようになっており（Nussbaum, McInnes, & Willard, 2007/2009, p.541）、そのフィールドは、看護職が個別相談に応じる地域や一次医療施設から、遺伝診療部門チームがある二次・三次医療施設まで多岐に渡る。

先行研究によると、出生前検査を検討する妊婦の意思や感情に焦点を当て看護を考察した研究は散見され（安藤，1996；荒木，2006；森屋・溝口・横山他，2012）、本研究も妊婦の実情から看護を考察する点では類似している。しかし、実際に看護師が単独で行う出生前遺伝相談を受け、看護師との関わりの中で妊婦が何を考え、思い、看護師に求め、応じられたのかは明らかにされていない。また、妊婦自身が自律的意思決定をするために看護師との間で何を経験したかを知ることが、出生前検査に留まらず同様の性質をもつ遺伝学的検査全般に係る看護を考察することが出来ると期待され、意義がある。本研究は、出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験を記述し、遺伝学的検査に係る看護について示唆を得ることを目的とした。

II. 用語の定義

遺伝相談／遺伝カウンセリング（genetic counseling：以下、GCと略）：本研究では、一次医療施設で看護師が行った出生前検査に関する支援とする。

出生前検査：本研究では、羊水染色体検査、母体血清マーカー検査、超音波検査を用いたNuchal Translucency（以下、NTと略）の計測とした。NT計測とは、The Fetal Medicine FoundationによるThe 11-13 weeks scanにより、胎児がダウン症候群の体質をもつ確率について算出する検査を指す。

妊婦の経験：新版哲学・論理用語辞典（1995，p.114）によると、経験とは「ある個体とその環境との関連の過程においてその個体が環境から受けたもの」である。本研究において、「ある個体」は妊婦を、「その環境」は妊婦が通う施設における出生前検査に関する看護支援を指すこととし、妊婦の経験とは、妊婦と妊婦が通う施設における出生前検査に関する看護支援との関連の過程において受けたもの、と定義する。

III. 研究方法

A. 研究組織

本稿の著者は、GCを担当した看護師であり、研究全般を総括した。面接および分析には、5名（助産師3名、看護師1名、医師1名）の協力を得た。4名の看護職のうち2名は質的研究者であり、面接および分析を担当した。2名は臨床助産師であり、ロールプレイによる面接技術を習得した上で面接を担当した。医師は、研究参加者の不調に備えて待機した。

B. 研究協力施設

産婦人科一次医療施設、一施設の協力を得た。この施設では出生前検査としてThe 11-13 weeks scanを導入し、希望者に対し胎児がダウン症候群の体質をもつ確率を情報提供している。出生前検査に関する支援としてGCを配置し専属看護師、妊娠初期の母親学級、院内掲示板により、妊婦が必要と感じた際にいつでも

利用出来るものとして案内している。GCは1名の看護師により、医師の診療とは別に実施している。

C. 研究参加者

出生前検査に関するGCを受け、研究に同意した妊婦12名とした。

D. データ収集方法

2011年7月～2012年3月にデータ収集をした。GC最終日の会計を待つ際、またはその後の定期妊婦健診の際に、担当看護師が口頭で研究案内をし、希望者に研究説明文書と同意書を配布するとともに回答保留の選択肢を提示した。その場で面接者からの電話による研究説明に承諾した場合は、電話連絡の日程調整を行い、指定時間に面接者により電話をした。研究案内時に参加を保留とした場合は、回答先としてGC担当看護師の連絡先を伝えるに留めることにより、参加への自由意思を保障した。面接者が電話にて研究説明文書に沿って説明し、研究の趣旨に同意が得られた場合、郵送にて同意書を取り交わした。データ収集は、電話による半構造化面接とし、内容は承諾を得てICレコーダーに録音した。インタビューガイドとして、来談までの経緯、GCの内容および応答、支援中の出来事で印象深く記憶されていること、支援を通して考えたこと、その後の気持ちについて自由に語るように伝え、看護師との関わりが明確になるよう会話の流れの中で質問をした。

E. データ分析

データの分析は、解釈学的現象学的分析(Interpretative Phenomenological Analysis: 以下、IPAと略)により実施した。IPAは、人の『世界内存在being in the world』に“その人によって与えられた意味”を描き出すこと、その意味がその人の選択にどのような影響を与えているか描き出すことを重視する(Lopez & Willis, 2004, p.729)。このため、妊婦が出生前検査の選択をする際、看護支援がどのように認識されていたかを描き出す本研究に適している。また、研究者の持つ仮定や知識は探求を助ける貴重な要素とみなされる(Carpenter, 2010/2012, p.101)ため、実際に支援を担当した看護師が分析に加わる本研究では、解釈が実際の場面に即して行えるため有効であると考えた。分析では、参加者が理解しようとしている経験を、研究者が理解しようとする、という二重構造で解釈をし(Smith & Osborn, 2008, p.53)、生きられた経験の全体が見渡せるよう、看護師および支援環境との相互作用や関係が明確になるよう意味づけを行った。手順は、Smith & Osborn (2008, pp.53-80)の提唱する方法に則り行った。まず、はじめてのケースに対し、逐語録作成、意味のある言葉・興味のある言葉の抽出、テーマ付け、テーマを語られた順に表記、テーマを統合、テーマ表作成の順で行う。次のケースからは先の作業で完成させたテーマ表に対し、新規の

意味がある場合に追記した。最終的に12名の語りのテーマを一覧表とし、結果はこれに沿って記載した。

F. 厳密性の確保

質的研究の厳密性を確保するには、信憑性、適用可能性、確実性、確認可能性の4つの観点が必要とされている(Liamputtong, 2010/2012, p.12)。データの信憑性を得るため、匿名性が研究参加者に意識されるよう電話インタビューとし、GCを担当した看護師とは別の研究者が面接を担当し、研究と医療支援とは全く関係ないことを伝えた。確実性を高める工夫として、研究方法と研究組織を詳細に記述するよう努めた。確認可能性として、研究参加者の解釈が忠実に反映されるよう、調査より3か月以内に、逐語録および研究者が解釈した内容を郵送にて研究参加者の確認を得た。この際、GCで用いた資料や検討した検査の名称について、GCを担当した看護師が語りの文脈より推測し、具体的な資料や検査名称に置き換えて提示した。

G. 倫理的配慮

本研究は、東海大学健康科学部倫理委員会の承認を得て実施した(第11-09号)。研究への参加にあたり、研究目的、方法、データは鍵のかかる場所に保管し終了時は破棄すること、公表は匿名性を確保した上で行うこと、研究同意は撤回できること、研究への同意の有無によって医療支援への不利益が生じないことを説明し、同意書に署名を得た。特に、研究案内時には、保留の選択肢を提示し、回答先としてGC担当看護師の連絡先を伝えるに留めることにより、参加への自由意思を保障した。

IV. 結果

A. 研究参加者の概要

研究を依頼した23名のうち、12名(平均35.6歳)の協力を得た。電話面接回数は11名が1回、1名が2回であった。一人の面接時間は11分から47分(平均時間24.3分)であった。研究参加者の概要を表1に示した。

B. 抽出したテーマ

本研究では、出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験(表2)として、出生前検査と出会う、出生前検査と向き合う、出生前検査を乗り越える、を抽出した。これらは更に、6つの中テーマ、3つの小テーマに分かれた。以下、大テーマは【 】で、中テーマは〈 〉で、小テーマは◀ ▶で提示し、データはゴシック体で表記し、適宜()にて主語を補足した。語りの末尾に置く英文字は参加者識別記号を、数字は逐語録番号を示した。

C. 【出生前検査と出会う】

すべての妊婦にとって、出生前検査に関する一連の出来事ははじめての経験であった。受検の検討に際し、GCの利用を希望した妊婦と希望しなかった妊婦

表1. 研究参加者の概要

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
年齢	30代 前半	30代 後半	30代 後半	20代 後半	30代 後半	30代 後半	30代 前半	40代 前半	30代 前半	30代 後半	30代 後半	30代 後半
妊娠歴	2経妊 0経産	0経妊 0経産	1経妊 1経産	1経妊 1経産	2経妊 0経産	0経妊 0経産	2経妊 2経産	1経妊 1経産	1経妊 0経産	2経妊 0経産	0経妊 0経産	0経妊 0経産
相談同伴者	なし	夫	なし	なし	夫	なし	実母	なし	夫	夫	夫	なし
面接時間	25分	33分	17分	30分 17分	23分	11分	15分	28分	30分	21分	20分	22分
受検	NT※1	NT TM※2	NT		NT		NT	NT	NT	NT	NT AC※3	NT

※1 NTの計測
 ※2 トリプルマーカー検査（母体血清マーカー検査の一つ）
 ※3 羊水染色体検査

表2. 出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験

大テーマ	中テーマ	小テーマ
出生前検査と出会う	出生前検査について知りたい 子どもについて知りたい	
出生前検査と向き合う	判断材料を求める	検査結果の解釈をする 体質の影響を考慮する 今後の選択肢を知る
出生前検査を乗り越える	検討の場とする 子どもを迎える準備をする 新たな時代に臨む	

の違いは、子どもの健康状態を知ると同じ目的に到達するまでの思考の中で、出生前検査を特別なものとして意識し情報を得ようとするか否か、という点にあった。

1. 〈出生前検査について知りたい〉

妊婦健診施設で出生前検査を提供していると知った妊婦の中で、一部の妊婦はまず出生前検査を知ること意識が向いた（n=3）。この妊婦らは、以前より自身の体質に不安をもっており、出生前検査に関心があった。妊婦らは妊娠前、GCの存在を知らず、主治医の案内により（B、F）、院内で目にしたポスターにより（D）、GCを理解していた。

2. 〈子どもについて知りたい〉

一方、他の妊婦は、まず子どもを知ること意識が向いた（n=9）。この理由として、「何でも知りたい G32-26」「すべて教えて欲しい L57-29」と胎児情報を得ることに前向きであったこと（E、G、J、K、L）、受検をしないという選択肢を意識していなかったこと（A、C、I、K）、結果を聞いた後について想像していなかったこと（A、K、L）、受検をするか否かを選択するアンケート記入の際「一応する H35-10」と迷いながらも自分で結論を出すことが出来たことがあった。

このような背景から、出生前検査前にGCを必要としなかった妊婦であっても、NTの計測結果を聞いた後には相談を必要と感じた。この理由として、胎児が

ダウン症候群である確率について解釈しかねたこと（A、G、H、I、L）、胎児がダウン症候群である可能性に不安を感じたこと（C、I、K）、医師に今後の具体的な指示を求めたが自発的意思決定を促されたこと（G、L）があった。

E、Jは、NTの計測結果に対し支援は必要としなかったものの、不妊治療の経験がある（E）、親戚にダウン症候群の子どもがいる（J）という理由から、NT計測結果後も胎児異常への不安が残り、GCを受けようという気持ちになった。

D. 【出生前検査と向き合う】

出生前検査と同様、すべての妊婦にとってGCもはじめての経験であった。妊婦らが相談に訪れた背景には、出生前検査および胎児の健康状態に関連して新たに抱えることとなった、個人では解決の出来ない問題が存在した。

1. 〈判断材料を求める〉

a. 〈検査結果の解釈をする〉

NT計測を受けた妊婦は、相談の冒頭において、確率で示された結果について説明を求めた。看護師からグラフを用いて相対的な位置づけが示されたこと（A、C、G、H、I、L）、年齢平均値との比較がされたこと（C、E、J、L）により、結果の意味について解釈がしやすくなっていた。分数で示される結果について、パーセンテージに読み変えて提示を受けること

により「パーセンテージにするとそんなに気にする値ではない。I42-11」と印象が変わることもあった。LとHの確率に対する解釈は大きく異なった。2人はGC後、あらためて確率を自分で解釈・判断することの難しさを実感したことについて語った。

正直、生んでみないと分からない。本当に確率なので。それが高くてももしかしたら大丈夫かもしれないし、低くても、何1000分の1でも、もしかしたらその1になるかもしれないので。L54-27

どのくらい高くなっていたら気持ちが違ったのかな、例えば1/5でも5回に1回だけということ、それをどういう風に捉えていくのが難しいのかなと思って。H38-7

b. <体質の影響を考慮する>

気がかりと感じる体質として、家系内の疾患(A、D、E、H、I、K、J)、母体年齢(B、C、D、E、F、G)、流産や不妊治療の既往(A、E)があった。Jは妊娠後、ダウン症候群の子どもが家系内にいるため遺伝するのではないかと不安が高まり、はじめて夫に親族内に患児がいることを告げた。家系図作成の過程では、看護師からダウン症候群の患児の染色体核型を確認するよう助言を受け、標準型21トリソミーであったことが受検を選択しないきっかけのひとつとなった。また、来談当初は想定をしていなかったものの「この際ついでに I40-33」という感覚で家系内の疾患について情報を希望した妊婦(n=4)もいた。内容は、前回流産の原因(A)、不妊治療の既往(E)、クモ膜下出血(H)の他、家系内に複数の聴覚障がいをもつ人がいたIは、次の通り語った。

子どもができるまではそれほど気にしていなかったけど、子どもができると、耳の聞こえない父の兄弟のことがちょっと心配になって。いとこ同士で結婚をすると、どうして障がいを持った人が生まれるのかということを知りたくて聞いたので、なるほどと思いました。I41-4

c. <今後の選択肢を知る>

検査結果や体質の気がかりにより、胎児が健康障がいをもつ可能性に直面した一部(n=9)の妊婦は、今後の出生前検査の検討に関心が移っていった。看護師からは、日本で主要な3つの出生前検査の紹介を受けた。羊水染色体検査に関して、侵襲的な検査の性質から一定の流産リスクが伴うこと(A、B、D、E、F、J、L)、すべての先天異常が診断できるわけではないこと(B、D、E、K、J)は、受検を判断する材料となった。Jは羊水染色体検査について事前に調べていたが、「不育症の治療薬を一時中断しなくてはならない J46-17」ことをGCで初めて知り、これが受検を選択しないと決めた一番の要因となった。NT計測と母体血清マーカー検査は、侵襲性がないこと(B、F、I、J)、結果が確率で示されること(B、D、F、I、J、L)

について、羊水染色体検査と対比させて検討をした。また、これらの検査を行う週数や施設が限られていること(B、J)を知ることにより、受検をする日程を調整しやすくなった。

2. <検討の場とする>

看護師からは、相談後の選択は「自己判断 L54-25」と伝えられていた。このため、検討をする上で話し相手となる看護職の受容的態度は大切に感じられていた(A、B、D、I、J)。GCを行う人物について、専門家としての経験を信頼できたこと(B、E)、優しい人柄だったこと(A、D、I、J)、女性だったこと(J)が相談しやすかった理由として語られた。Iは遺伝子のイメージと比較し「遺伝子の話というと、堅苦しくて気難しい人が行うイメージなのですが、すごく優しくて人当たりのいい感じが印象的 I42-1」と語った。また産科医師と比較し「先生だと長く質問をしてはいけないと思う。A4-30」と感じることもあり、「個室 B11-10」で「予約してゆっくり B11-10」と、本やインターネットという一方通行とは異なる(B、E)、「会話のキャッチボール B11-9」が促されるような環境が大切と感じた。Jは、大学病院などで行われている遺伝診療部門に対して「予約して遠くまで行くとなると、勇気がある J44-21」と感じており、妊婦健診施設だからこそ気軽に利用できたと語った。話し合いが、夫婦だけでなく看護師という第三者ともに行われたことにより、真剣に検討できたという語りもあった。

もし障がいのある子が産まれたらどうする？なんて言っても、大丈夫なんじゃないのなんて、夫は他人事のように答えていたんです。でも専門家の方に、胎児に障がいがある場合もあるということを知ってから、すごく考えてくれました。J49-2

他者の価値観と比較をしたいと考える妊婦もいた。A、Eは国内の、Gは海外の妊婦の選択を看護師から聞いた上で、自分の考えを相対的にとらえ、判断を根拠づけていた。このような過程を経て、すべての妊婦は、GCを通して出生前検査の受検を検討し結論を出した。最終的に、自分たちには胎児を諦める選択肢がないと再認識した妊婦や(A、D、F、H、J、L)、胎児異常に対する不安が解消された妊婦がいた(A、C、D、E、G)。

E. 【出生前検査を乗り越える】

妊婦は一連の経験を通じ、もともと来談目的としていた事柄以外にも、様々な思考の広がりを得ていた。

1. <子どもを迎える準備をする>

夫婦で、日常では話題にしない「胎児異常」という重いテーマに向き合えたことがよかったと感じた妊婦がいた(B、E、I、J、L)。彼らは、GC中やその後、ふたりの感覚が同じではないことを認識し、「ふたりのバランス B8-12」を大切にしながら「話し合い

E26-12」をした。このような協働は、夫婦の絆が深め、子どもを迎えるための準備となっていた（B、E）。

また一部の夫婦は、GCを経て、夫婦で「どのような子が生まれても J49-16」「ダウン症（候群）だとしても I41-30」「たとえ異常があったとしても自分たちの子だから L56-3」受け入れようと、お互いの意思を確認しながら、親となる決意を新たにしていた。このように感じた理由として、出生前検査の結果でダウン症候群の可能性があることと自覚したこと（I、L）、GCにより「ダウン症候群でない障害もある J48-31」ことを知ったことがあった。

2. <新たな時代に臨む>

妊婦らは、社会全体で出生前検査と向き合う必要性を感じていた。この理由は、諸外国の一部が高齢妊婦に対し出生前検査を積極的に提供していること（G、K）、国内でも高齢出産が増えていること（J、K）、家系内に障がいをもち支援を必要とする人がいること（J）であった。しかし同時に、妊婦らは出生前検査に関して、する・しないの判断は妊婦の背景によって異なり、社会全体として結論をひとつに絞ることは難しいことも理解していた（H、K、L）。このため、一連の経験を振り返り、出生前検査に関する情報が少ないことに対し、「もっと自分でも勉強しておく L58-6」こと、出生前検査に対する支援が施設間で異なることに対し「産科医を選ぶ時点で調べておく B12-5」ことが必要と感じていた。

更に今後は、出生前検査の普及とともに、支援体制として、「積極的に E26-31」相談することを推奨すること、偶然ではなく（B、E）、「気軽に J49-24」「いつでも I43-14」相談できる窓口をつくること、妊娠をしている・していないに関わらず（I）、「希望者が（GCを）選択できるような体制 L57-23」を整えることが望まれた。また、支援の中身として、検査に関する「見通し G33-24」を妊娠初期の段階から示すこと、「国の助成金 K53-2」により診断を目的とした検査を受けやすくすることを望む声が聞かれた。

V. 考察

結果からは、出生前検査と出会い、向き合い、乗り越えようとする妊婦の思考や感情の動き、またその際に妊婦の目に映った医療を明らかにすることが出来た。本研究では、出生前検査に関する遺伝相談を受けた妊婦の経験を通して、遺伝学的検査に係る看護を以下に考察する。

A. 看護師に求められる相談役割

多くの妊婦が関心を寄せた支援は、胎児が健康であることを確信に変えるための情報提供であった。具体的に妊婦からは、異常となる可能性についてあらゆる側面から検証すること、胎児の異常を診断するために

必要な検査を理解し選択することについての情報が求められた。つまり看護職には、出生前検査に関する豊富な知識と相談経験が求められていた。

また、検討をする場の提供により、思考の整理を促す支援も求められていた。辻（2008, p.1147）は、出生前検査に関する決定を支えるために、対話を中心とした決定プロセスにおけるサポートが、ケアの柱として重要と述べている。このような支援者の受容的態度は、看護の原則のひとつでもあり、遺伝学的検査の相談は、看護役割として適していると考えられた。

一般的に、検査の看護で重要なことは、患者に対する検査の十分な「説明」と「同意」（西田, 2009, p.308）である。GCでも、まず検査の説明が求められていた点において、従来からの看護と一致する。しかし出生前検査は、受検を選択する際「同意」に留まらず、妊婦が検査を理解し、夫婦の価値とすり合わせた上で、胎児異常の可能性に基づき、最善の利益を模索する点に重きが置かれており、自律的意思決定には既存の検査とは異なる専門性が必要とされる。本研究からは、遺伝学的検査の相談に対応する看護師に対する専門的教育の必要性が示唆された。

B. 看護師に求められる調整役割

出生前検査において一番重要なことは、検査を実施する前からGCを開始すること（福嶋, 2006, p.825）と指摘されている。本研究では、これが妨げられる要因の一部が明らかになった。GCは母親学級での案内、および院内のポスター掲示およびリーフレットの設置といった広報をするだけでは活用されにくかった。この背景として、妊婦が出生前検査を妊婦健診の延長として捉え受検していること、検査について知識不足でも一応の意思決定が出来るために、受検前にあらためて支援を受ける必要性を感じていないこと、検査の方法よりも胎児に対し高い関心があり、すべての情報を得たいと考えていること、があった。これは、意図的にGCを利用するために調整をする支援者の必要性を示唆し、出生前検査の窓口となるプライマリ施設においてケアの充実を図ることが必要（森屋・溝口・横山他, 2012, p.165）という先行研究を裏付けた。

これらの背景を受け、本研究では、出生前検査を検討する前段階の具体的支援も明らかとなった。まず、妊婦は出生前検査を検討する支援の存在を知らないことを前提とし、出生前検査と支援案内を同時に行う必要がある。このように早期支援を図ることにより、長谷川（2001, p.235）が指摘する、出生前検査が早期の的確な治療につながるよりも、逆に不安や偏見を増大させたり誤った判断で生活の質を低下させる状況を防ぐことが出来る。また、結果説明の際、他の検査とは異なり確率で結果が示されること、結果に対する医学的見知が得られないことは、検査の性質を理解するために受検前に伝えるべき内容である。医療の中の

意思決定において、誰が主導権をもって選択をするかについては、患者に好みのスタイルがあり (Gray, 2002/2004, p.113)、一定の割合で医療者に選択を求めようとする患者の存在が示されている。このため、出生前検査と妊婦健診で行う他の検査とは異なることを意識付けし、受検に際しては自律的意思決定の必要があることを意図的に知らせることが必要である。このように本研究からは、看護職が妊婦に関わる際、出生前検査に係る潜在的ニーズがあることを理解して支援する重要性が示唆された。

C. 遺伝学的検査に係る看護の可能性

出生前検査は、医療中の遺伝学的検査という点からみると大きな位置を占める。しかし近年、がんの早期診断、薬剤の代謝や副作用、肥満や脱毛などの体質など、いわゆる消費者直結型のDTC遺伝学的検査も商品化され、我々の周りには多くの遺伝学的検査が存在している。わずか10年前は、遺伝学的検査は限られた医療機関において行われる特殊な検査であった (櫻井, 2013, p.233)。しかし、この考え方は既に過去のものである。

遺伝看護は、解析技術の発展と共に拡大し続けており、1970年代より地域の家族計画特別相談事業 (遺伝相談) として、臨床では1980年代より、遺伝子検査・診断や治療を取り込んだ生殖医療、癌治療や臓器移植などに先端医療技術の応用に伴い (安藤, 2002, p.10)、対象者も求められる役割も変化が著しい。昨今は、先のDTC遺伝学的検査に加え、無侵襲的出生前遺伝学的検査の開発も進み、社会における認知が飛躍的に広がっている。本研究において、複数の妊婦が遺伝学的検査への支援体制の充実を願う声でインタビューを締めくくっていることを鑑みると、医療・保健・福祉のあらゆるフィールドに存在する看護職が、検査の相談として身近な人々から頼りにされることは時間の問題と考える。今後、すべての看護職は、各々の立場で適切に遺伝学的検査が運用されるよう、相談役割、調整役割を担うことが望まれる。

D. 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、遺伝相談を担当した看護師が研究に関わっていることから、看護支援の経験の語りに偏りが生じた可能性がある。また、インタビュー時に遺伝相談から1年が経過している妊婦もいたことから、データの信憑性に影響した可能性も考えられる。今後は、遺伝学的検査の種類、一次医療施設以外のフィールドで行われている支援を受けた人の経験を明らかにし、より多くの側面から遺伝学的検査の看護について考察することが課題である。

謝辞

本研究は、平成23年度日本赤十字看護学会研究助成金 (助成番号2011-1) 「遺伝学的検査に係る看護支援」

により実施しました。また本稿は、第13回日本赤十字看護学会学術集会で発表したものに加筆・修正を加えたものです。本研究は、日本赤十字秋田看護大学 溝口満子教授、東海大学医学部 和泉俊一郎教授、北海道大学大学院保健科学研究所 荒木奈緒講師、東海大学医学部附属病院看護部 浅田夏樹助産師、鍋倉祥恵助産師他、多くの皆様のご協力なしには研究遂行が出来ませんでした。心より感謝申し上げます。そして何より、研究にご参加いただいた妊婦の方々に深く御礼申し上げます。

文献

- 安藤広子 (1996). 高齢初産婦の胎児異常に対する不安と不安への対処－羊水検査との関連から. 日本赤十字看護大学紀要. 10, 43-54.
- 安藤広子 (2002). 遺伝看護の現状と歴史的外観. 安藤広子・塚原正人・溝口満子, 遺伝看護 (pp.7-13). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 荒木奈緒 (2006). 羊水検査を受けるか否かに関する妊娠の意思決定プロセス. 日本助産学会誌. 20(1), 89-98.
- Carpenter, C. (2010) / 木原雅子・木原正博訳 (2012). 8. 現象学. P. Liamputtong, = ed. / 木原雅子・木原正博訳 (2012), 現代の医学的研究方法 質的・量的方法、ミックスメソッド、EBP (pp.99-112). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 福嶋義光 (2005). 第1章 疾患ゲノム解析 6. 遺伝カウンセリング. 菅野純夫編, 実験医学増刊 ここまで進んだゲノム医学と疾患研究 (pp.517-521). 東京: 羊土社.
- 福嶋義光 (2006). 出生前遺伝カウンセリングのあり方. 産科と婦人科. 7 (9), 825-830.
- Gray, J. A. (2002) / 齊尾武郎 (2004). 患者は何でも知っているEBM時代の医師と患者. 東京: 中山書店.
- 長谷川知子 (2001). 遺伝子に焦点をあてた医療の現在と今後の方向および問題点. 日本心療内科学会誌. 5 (4), 235-239.
- Liamputtong, P. (2010) / 木原雅子・木原正博 (2012). 現代の医学的研究方法 質的・量的方法、ミックスメソッド、EBP. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- Lopez, K. A. & Willis, D. G. (2004). Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. Qualitative Health Research, 14 (5), 726-735.
- 森屋宏美・溝口満子・横山寛子・和泉俊一郎 (2012). 羊水検査を受けた妊婦の経験に関する解釈学的現象学的研究. 遺伝カウンセリング学会誌. 33(3), 161-167.

- 日本医学会 (2011). 医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン.<http://jams.med.or.jp/guideline/genetics-diagnosis.pdf> (検索日2013. 01. 04)
- 西田直子 (2009). 第4章 検査に伴う看護技術. 深井喜代子, 新体系看護学全書 基礎看護学③ 基礎看護技術Ⅱ (pp.307-351). 東京: メヂカルフレンド社.
- Nussbaum, R. L., McInnes, R. R. & Willard, H. F. (2007) / 福嶋義光 (2009). トンプソン&トンプソン遺伝医学. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 櫻井晃洋 (2013). 誰でも受けられる (?) 遺伝学的検査. 信州医誌, 61 (4), 233-235.
- 思想の科学研究会 (1995). 新版哲学 論理用語辞典. 東京: 三一書房.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. Smith, J. A., Qualitative Psychology A Practical Guide to Research Methods (pp.53-80). London: SAGE Publications.
- 辻恵子 (2008). 出生前検査に関する決定のプロセスを女性と共有すること 助産ケアの可能性. 助産雑誌, 62 (12), 1142-1147.