

博士論文

助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための
教育プログラムの実施可能性と有効性に関する研究

平成 25 年度

広島大学大学院 保健学研究科

岡永真由美

目次

序論	1
第1章 文献検討	
I. 成人期の身近な人との死別反応に関する研究	3
II. 周産期の喪失について	4
III. 周産期の喪失ケア	7
IV. 周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムへのニーズ	8
V. 看護における卒後教育プログラムの開発と検証	11
VI. 小括	12
第2章 主要概念の検討—周産期の喪失 (perinatal loss) の概念分析—	
I. 諸言	14
II. 方法	14
III. 結果	15
IV. 考察	18
V. 小括	20
第3章 助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた卒後教育プログラムにおけるニーズの検討	
I. 諸言	21
II. 方法	21
III. 結果	23
IV. 考察	27
V. 小括	28
第4章 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発	
I. 緒言	29
II. 方法	29
III. 結果	30
IV. 考察	33
V. 小括	34
第5章 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの 実施可能性と有効性の検討	
I. 諸言	35
II. 方法	35
III. 結果	38
IV. 考察	50
V. 小括	55
終章	57

謝辭	60
文献	61
資料	

序章

周産期の死をめぐるケアの視点には二つの側面がある。一つは予防医学的側面であり、周産期死亡(perinatal death)が母子保健の重要な指標であることから、周産期死亡率の低下を目指すために予防的・治療的介入が行われる。もう一つは、流産や死産、新生児死亡を周産期の喪失(perinatal loss)と捉え、その喪失体験を包括的に支えケアしようとするものである。周産期の喪失は、流産・死産・新生児死亡という妊娠週数を限定せず、子ども(胎児)を産み、その子を亡くした両親の体験を示す用語として、欧米で1970年代後半より使用され始めた。わが国には、2000年代に入って「周産期の死」の代用語として「周産期の喪失(perinatal loss)」が紹介され、流産・死産・新生児の死を包括した用語として定着し始めている。

流産・死産・新生児死という周産期の喪失を体験した両親の反応に焦点を当てた研究は、1980年代より欧米の心理学を中心に実施されてきた(Gohlish, 1985; Lake, et al., 1987; Cuisner, et al., 1993)。これらの研究成果から、両親の体験と医療従事者へのケア・ニーズが明らかになるに従い、入院中および退院後の両親へのケアの指針や活用可能な社会資源が紹介されるようになった(Forrest, et al., 1981; Malone & McElwain, 1987; McDonald, 1996; Health Canada, 2002; Mander, 2006; 太田, 2006; Schott, et al., 2007)。そしてこれらの指針に基づき、医療従事者は、両親の悲嘆が無視されることのないよう、よりサポーターティブなケアを心がけるようになってきた。

母親や家族にとって、周産期の喪失は、出産によって、あるいは出産後に様々な原因により数時間から数日のうちに新生児死亡となり、わが子の死を確認しなければならない状況である。助産師は、母親の正常分娩をめざし、母子ともに妊娠経過が順調にたどれるように保健指導を含めた看護を行う中で、周産期の喪失に直面する。助産師は、児の出産に関わることによって、周産期の喪失を体験した母親や家族のビリーブメント(死別)の過程を共に追ひ、どのようにケアをするのかについて内省しながら経験を培う。分娩に関わる助産師は、悲嘆反応や危機的状況、愛着形成への入院中の支援の重要性を理解しているものの、家族を支えることへの恐れや無力感等が混在した感情をもつといわれている(Ligeikis-Clayton, 2000; 岡永, 2005; 鈴木他, 2008)。周産期の喪失ケアは、助産師教育において、ハイリスクな状況にある妊産褥婦や新生児のケアに位置付けられている。助産師教育では、正常な経過を維持向上させるための実践能力の習得が優先されることから、限られた時間での学生の自己学習に期待される内容である。そのため助産師は、周産期の喪失でわが子を亡くした女性や家族とのコミュニケーションに不安を感じながら、家族の強い情緒反応へのケアを模索している現状がある。このように、子どもを産むことと別れることへの関わりが助産師として大切な役割であることから、周産期の喪失ケアに対する卒後教育プログラムの必要性は考察されてきたものの(岡永, 2005; 米田, 2007; Fenwick, et al., 2007; 鈴木他, 2008)、卒後教育プログラムの実施及び評価に関する研究は限られており(Dimarco, et al., 2002; Cartwright, et al., 2005)、助産師を対象とした教育プログラムはこれまで見当たらなかった。

以上のことから、周産期の喪失ケアに関わる看護職のうち、まずは入院・分娩・産褥経過に

関わる頻度の高い助産師に焦点を絞って、本研究では、卒後教育プログラムを開発および試行することとした。そして卒後教育プログラムは、助産師が周産期の喪失で子どもを亡くした女性や家族を理解したケアの実践を客観的に振り返ると同時に、母子の生命へのケアに日々直面する助産師が死に対する情動を考える機会となるような内容が必要であると考えた。そこで本研究は、助産師が周産期の喪失を体験している女性や家族への知識に基づいた実践ができること、および、客観的に自らのケアを評価できる態度を養うことを目指した卒後教育プログラムを開発、試行し、プログラム内容の実施可能性と有効性を検証することを目的とした。

その目的達成のため、本研究では下記の手順をとった。

1. 文献検討および周産期の喪失の概念分析から周産期の喪失を体験している女性や家族のケア・ニーズを明らかにし、周産期の喪失ケアについて検討した（第1章、第2章）。
2. 周産期の喪失を体験した女性や家族に対し、印象に残っている状況や助産師の感情の傾向について探索し、教育プログラムへのニーズを検討した（第3章）。
3. 1. 2. の結果を踏まえ、周産期の喪失を体験した女性や家族への包括的支援の実践能力の向上を目指した卒後教育プログラムを作成した（第4章）。
4. 周産期の喪失への理解と実践、および助産師自身のケアの振り返りの視点を含めた卒後教育プログラムを実施し、その実施可能性と有効性について検証した（第5章）。

第1章 文献検討

わが国の人口動態統計によると、2013年(平成25年)に確定した出生数は103万7,231人であった一方で、妊娠12週以降の死産は24,800例、生後28日未満で死亡した新生児死亡は1,065例であった(厚労省, 2013)。さらに統計に計上されない妊娠12週未満の早期流産は、流産全体の80%を占めることを考慮すると、3万人をはるかに超える女性や家族が、妊娠・分娩・産褥期に子どもを亡くす体験をしていることが推察される。

流産・死産・新生児死亡でわが子を亡くす体験は、胎内で育んだ自己の一部を失い、親子の関係を失うという二重の喪失体験である(Quirk, 1979; Klaus & Kennel, 1982a/1998)。また、周産期に子どもを亡くした両親は、わが子を家族で弔うことから社会的な認知がされにくい。そのため、大きい子どもを亡くすことに比べると重要なことではないという家族を取り巻く人々の態度は、両親にとって不本意であり無意識のうちに深く傷ついている(Ujda & Bendiksen, 2000)。

1950年代以前は、95%以上が家庭分娩であったことから、出産および出産をめぐる子どもの死は家族のもとで取り仕切られていた(恩賜財団母子愛育会, 1975)。生まれること、生きること、死ぬことは、日常生活の営みそのものであり、家族を取り巻く人々によって、助けあい、癒されあうことであった。周産期医療の目覚ましい進歩とともに、1970年代より分娩場所は施設での分娩が90%を越えた。その結果、妊産婦死亡率および乳幼児死亡率は激減したものの、子どもを亡くした女性や家族の支援は、医療従事者に期待されるようになった。

本項では、成人期の身近な人との死別反応に関する研究を概観し、周産期の喪失を体験した両親や家族の理解に焦点を当てた文献検討を行った。さらに、周産期の喪失ケアの研究動向から、本研究目的である、助産師による入院中の周産期の喪失を体験した女性や家族へのケア向上を目指した卒後教育プログラムの構成について検討した。

I. 成人期の身近な人との死別反応に関する研究

1. 死別反応に関する用語について

成人期に愛する人あるいは重要な人の死を体験した人の反応を記述した文献はbereavement(死別)、grief(悲嘆)、mourning(悲哀/喪)がキーワードとして用いられている。これらの用語は、厳密な定義づけはされておらず、対象者の現象について、個々の研究者の解釈によって広義に用いられてきた。

まず、bereavement(死別)は、rob(奪い取る)と同じ語源から派生し、死によって奪い取られた分離や喪失を示す。Corr, et al. (2006)は、大切な人と死によって分離させられた状態と述べている。これに対して、grief(悲嘆)は、喪失から生じる強い心身の痛みを伴う主観的な反応(Bowlby, 1980a/1999; Burnel & Burnell, 1989a/1994; Worden, 1991/2001)である。Lindeman(1944)は、悲嘆は死後に起こるだけでなく、死を予期したときにすでに始まる予期悲嘆も含めた。悲嘆は、喪失を受け入れ、心身の痛みの回復を目指す、個人的な背景、存在価値、信

念に影響されるため、健康的あるいは病的（抑制・遷延・遅発）な経過に至る（Burnell, et al., 1989/1994b）。悲嘆には、新たなアイデンティティと家族関係の発展と、喪失の意味の再構成も含まれる（Cowles & Rodgers, 2000; Neimeyer, 2002/2006）。

Mourning（悲哀／喪）は、喪に服するという所産に関する意味も含め、愛する人物を喪失したことによる対処にむけた広範囲な心理反応や過程（Bowlby, 1980b/1999; Worden, 1991a/2001; Corr, et al., 2006）である。Mourning work（悲哀／喪の作業）では、失われた対象を心に留めつつ、時間と充当エネルギーを消費するが、悲哀／喪の作業が完了すれば、自我は再び自由になり、制止も取れる（Freud, 1917/2006）。Parad & Parad（1999/2003）は、危機介入理論より、悲哀／喪の作業は、愛情の喪失に対し通常の問題解決法では解決できないため、新たなバランスを獲得し、悲しみからの癒しがなされる過程であるとした。平山（1998）は、国内外の悲嘆に関する文献検討より、悲嘆と悲哀の臨床での区別は難しいが、悲哀は悲しみを縦断的、悲嘆はそれを横断的にとらえることと提案している。

2. 死別反応とその対処

身近で重要な人の死という危機状況への対処には、普遍的な悲哀／喪の作業をたどれる個人の能力が必要となる（Parad, et al., 1999/2003）。愛する者を失った反応は、Freud（1917/2006）によって「悲哀モデル」として初めて記述され、配偶者や遺族の死別反応に関する研究（Lindemann, 1944; Parkes, 1972/2002）へと発展した。遺族が示す死別への反応は、その人との関係や年齢、死の形態によって個人差があり、悲しみの持続期間も異なる（Parkes, 1972/2002）。しかしながら、死を受け入れ、再配置するまでの過程は、全体として共通したパターンが存在することから、Freud 以降の研究者によって様々な段階や課題が示されている（Kübler-Ross, 1969/2006; Bowlby, 1980b/1999; Worden, 1991/2001; デーケン, 2004）。これらの段階や課題はFreud のモデルに一致しており、嘆き悲しむ人が行動を起こす力と希望を示している。

近年、死別への反応については、段階や課題というとらえ方ではなく、日常生活に戻ろうと前向きになったり、後ろ向きになったりするゆらぎの中にあるという Dual Process Model（Strobe & Schut, 2008）の考え方や、悲嘆は多様な反応であり、崩壊した自己感覚を誰かと共に再組織化し意味の再構成をめざす（Neimeyer, 2001/2007; Neimeyer, 2002/2006）という考え方が注目されている。

II. 周産期の喪失について

欧米文献では、周産期に子どもを亡くすという用語として perinatal death と perinatal loss が用いられていた。つまり、周産期の死をめぐるケアの視点には二つの側面があることを示している。まず、一つは予防医学的側面であり、周産期死亡（perinatal death）が母子保健の重要な指標であることから、周産期死亡率の低下を目指すために予防的・治療的介入が行われるものである。もう一つは、流産や死産、新生児死亡を周産期の喪失（perinatal loss）と捉え、そ

の喪失体験を包括的に支えケアしようとするものである。Perinatal loss は、流産・死産・新生児死亡という妊娠週数を限定せず、子ども（胎児）を産み、その子を亡くした両親の体験を示す用語として、欧米で 1970 年代後半より使用され始めた。わが国には、2000 年代に入って「周産期の死」の代用語として「周産期の喪失 (perinatal loss)」が紹介され、流産・死産・新生児の死を包括した用語として定着し始めている。

1. 周産期の喪失をした両親の体験

妊娠・出産期の家族の発達段階と課題は、新しい家族としての夫婦関係を形成し、子どもを家族員として受け入れる準備をすることである(森山, 2002)。生後初期の母子相互作用を観察した Klaus, et al. (1982a/1998) や、6,000 人以上の女性の語りから母親になることを明らかにした Rubin(1984/1997) は、女性は妊娠を計画する時点から、まだ見ぬわが子に対しても、心理的な絆 (bonding) を発展させていることを述べている。そこに、1980 年代から急速に進歩した超音波診断や高度生殖医療を享受できることで、胎児の存在がより早期から身近なものとなり、胎児と家族のきずなの新たな様相が加わった (Robinson, et al., 1999)。

流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くすという体験は、胎内で育んだわが子という、自己の一部を失い(Klaus, et al., 1982a/1998)、わが子と親子関係を失うという二重の喪失体験(Quirk, 1979)であり、究極の悲劇(Wallerstedt & Higgince, 1994)である。加えて両親は、自分自身のみならず他の家族員の急性悲嘆を管理し、長期にわたる健康や家族の機能への喪失の影響を考慮しなければならぬという 2 つの課題(Burne & Lewis, 1991)に直面する。さらに、公的に弔えない我が子の死は、社会的に認知されにくいいため、大きい子どもを亡くすことに比べると重要なことではないという家族を取り巻く人々の態度によって、両親は不本意な無意識のうちに深く傷つく体験をすることになる(Ujda, et al., 2000)。そのため、両親に対し“有益なバリア”(Mander, 1996)を入院中に築けるよう、今後直面する出来事への準備(悲嘆過程、退院後の生活、次の妊娠)について情報提供すること(Mander, 2006)は、助産師として重要なケアとなる。

一方、喪失に直面し、悲嘆にくれる人は、利用しやすく応答的で、しかも助けになる愛着対象の代表的モデルや、愛される可能性と価値ある人間である自分自身への補足モデルをもつ(Bowlby, 1980c/1999)。生涯を通して、突然の危機や不慮の出来事に直面した際に、身近な人や頼りになる人に助けを求める行動(Bowlby, 1980d/1999)は、情緒安定を維持するための愛着行動であり、人間の本質として欠くことができない(Bowlby, 1979/2002)。このことは、両親(夫婦)や家族が相互に愛着行動に応える存在であることを示しており、故人の悲しみを家族というダイナミクスで支えあうことの重要性を示している。

流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くす体験をした両親は、子どもとの関係を将来発展させることはできないが、妊娠中から育んだ絆は消えない(Rubin, 1984/1997)。親子としての絆を結ぶ時間は短くても、配偶者を亡くした死別反応と同じパターンを示す(Klaus, et al., 1982b/1998)。わが子の死が社会的に認知されにくいことで、情緒的に孤立しがちな両親にとって、相互にゆだね合う関係により癒される(Bowlby, 1980e/1999)こと、夫婦が悲しみを分かち

合うことは重要である。

2. 入院中の両親のケア・ニーズ

1990年代より、周産期に子どもを亡くした両親の入院中のケアへのニーズに焦点を当てた研究が増加した(Calhoun, 1994; Dyson & White, 1998; Sanchez, 2001; Caelli, et al., 2002; Kavanaugh & Hershberger, 2005; SIDS 家族の会, 2004; 太田, 2006; Schott & Henley, 2007)。入院中の両親が求めるケアとは、両親と亡くなったわが子を尊重してくれること、正確な情報の提供、ケアを含めて、保健医療従事者と信頼関係を結ぶ機会が与えられることが示されている(Gohlish, 1985; Harper & Wisian, 1994; Lasker & Toedler, 1994; Ujda et al., 2000; Lundqvist, et al., 2002; Säflund, et al., 2004)。その一方で、分娩経過中の孤独感や疼痛管理が不十分なことへの不満、医療従事者への反感や距離を感じる気持ちも報告されている(Crowther, 1995; Rådestad, 2001)。Lasker, et al. (1994)は、2年以上のコホート研究の結果、流産や子宮外妊娠などの妊娠初期の死別体験者は、死産や新生児死亡の体験者に比べ、ケアの満足度が低かったことを示した。このことは、女性や家族と妊娠早期からの胎児との絆に配慮したケアが十分に行なわれていないことが、ケアの満足度を低めたことを示唆している。

SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society) は、保健医療従事者のための流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした両親へのケア・ガイドライン第3版を出版した(Schott, et al., 2007)。SANDS は、1975年にイギリスで死産や新生児死亡を体験した両親のピア・グループ活動として始まり、慈善団体として1981年に認定され現在に至っている。第3版では、これまでのケアに加え、多様な民族の背景に対応できる文化的な配慮と、専門職としての通訳を雇うこと、父親のニーズに応えること、病理解剖への説明は、人間の組織を扱うという倫理規約を遵守すること、どのような妊娠週数であっても助産師のケアを受けられるように配慮することが強調されている。さらに、forgotten mourner としての同胞の悲嘆(Parkman, et al., 2006)についても、今後検討すべき支援として注目されている。

これまでの、周産期の喪失を体験した両親のニーズに焦点を当てた研究成果をまとめると、医療従事者が配慮すべきこととして以下に示す8点が共通していた：1) 両親の悲嘆を認識する、2) 悲嘆過程の情報を両親と共有する、3) いつでも話を聴けるようにする、4) 両親が意思決定できるための明確な医療情報を提供し、話し合いができる時間を十分に(1度だけではなく両親の理解や納得が得られるまで何度でも)とる、5) 両親の心配事に焦点を当てる、6) 慎重な言葉がけと態度を心掛ける、7) サポート・グループやカウンセリングを紹介する、8) ケアに関わった専門職同士が情報を共有する(Becky, et al., 1985; Davis, et al., 1998; Kohner, 2001; 藤村・安藤, 2004; MacCreight, 2005; Nallen, 2006; Nallen, 2007; Fenwick, et al., 2007; 米田, 2007; 鈴木他, 2008)。

流産や死産で児を自然分娩した母親は、母体の回復状況にもよるが、分娩後1~2日で退院する。上述した8点は、短期間の入院であっても、女性や家族の状況に合わせた周産期の喪失ケアとして考慮すべき内容である。

3. 周産期の喪失と次の妊娠

周産期の喪失を経験した両親は、退院後一定期間を経た時点で、わが子がなぜ亡くなったのか等の情報へのニーズをもつ(Estok & Lerhman, 1983; Gohlish et al., 1985; 大井, 2001)。両親は、これらのニーズを潜在的に持ちながら、半年以内に約 4 割が次の妊娠に至っている(Crowther, 1995)。しかし、周産期の喪失の悲嘆が、次の妊娠で解決できるとは限らず、妊娠中にまた、子どもを亡くすのではないかという不安、子どもの健康状態への不安、失った子どもへの愛着とこれから生まれる子どもへの愛着の葛藤、調子の悪さや感情の安定を保つことの困難さなどが強まることもある(Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001; O' Leary & Thorwick, 2004; Cote-Arsenault, et al., 2006; Cote-Arsenault & Donato, 2007)。

そのため、助産師は周産期の喪失を体験した両親の退院後のニーズに対し、各施設でどのようなケアが提供できるのかを検討すると同時に、習慣流産など、遺伝相談の可能性への情報提供の在り方も考慮しなければならない。また、次の妊娠が判明した時に、妊娠中の心身の不安定さへの考慮や、妊娠初期からのきめ細やかなケア提供への認識が必要となる。

III. 周産期の喪失ケア

1. 看護職による周産期の喪失ケアの実際

2000年代に入り、欧米の周産期の喪失に関する研究成果に基づき、わが国においても助産師による周産期の喪失ケアへの取り組みが行われるようになった。外来等で胎児死亡の宣告を受けた母親は、医師より当日あるいは数日内の胎児娩出を勧められ入院・分娩となる。母親の入院中、看護者は家族と共に過ごす時間や部屋の確保、児との思い出づくりができるよう支援を行っており(藤村他, 2004; 岡永, 2005; 米田, 2007)、周産期の喪失ケアの実態について、個々の施設における実践報告(高橋他, 2002; 水口, 2004; 小嶋, 2005)は増加傾向にある。また、この領域での異文化間の実態調査には限界があるが(Hughes, et al., 2002)、アメリカ、イギリス、日本の周産期領域で働く看護者に対する調査結果より、いずれの国の看護者も周産期の喪失ケアに関する経験や知識が十分ではないために、子どもを亡くした家族ケアへの確信が持てない(Gardner, 1999)ことが指摘されている。

ケアはコミュニケーションによって深められ(Montgomery, 1993/1995a; Travelbee, 1971/2008)、コミュニケーションによる相互のプロセスから、クライアントの反応する力や意味を見出す能力を促すことができる(Roach, 1992/2002; Montgomery, 1993/1995b)。一人の人格をケアする(Mayeroff, 1971/2000)ことは、すなわち、子どもを亡くした両親と亡くなった子どもが人間として尊重されることである。臨床現場では身体的なケアが中心となるが、患者と家族は心身ともに健康でありたいという欲求がある。そのため看護者には、直接観察しうる対象者の症状や現象のみならず、悲嘆の多様性を理解し、崩壊した自己感覚を誰かと共に再組織化し意味の再構成をめざす包括的なケアに取り組む姿勢が期待されている(Neimeyer, 2001/2007; Neimeyer, 2002/2006)。

2. 周産期の喪失ケアを実践する看護者の反応

看護者は、周産期の喪失ケアの必要性は理解しているものの、家族を支えることへの恐れや無力感等が混在した感情を抱くことがある(Ligeikis-Clayton, 2000; 岡永, 2005; 鈴木他, 2008)。看護者がケアへの恐れや確信がもてない理由として、ケアの経験や知識への自信のなさ(Vachon, 1995; Gardner, 1999; 岡永, 2005)、死への恐怖(河野, 1988; 岡本・石井, 2005)、看護者自身の悲嘆反応(O' Donohue, 1979; Antai-Otong, 2001; MacCreight, 2005; Hanna & Romana, 2007; Dietz, 2009)が報告されている。Padatou(2000)は、保健医療従事者としての「私」と個人としての「私」が、喪失の意味を探し、喪失を超越するために悲嘆にくれたり、悲嘆を抑制する状況を示した。このモデルは、医療従事者が自らの悲嘆を認めることが、悲しみにくれるケア対象者の気持ちに応じた態度や実践に反映させることができると同時に、専門職者としての成長にもつながることを示唆している。

医療従事者にとって死は、衝撃的で絶望的経験(窪寺, 2007)である。本研究で対象とする周産期の子どもの死は、親と同様、医療従事者にとっても衝撃的な予想外の死である。胎児や新生児の死という心構えができていない死であるからこそ、両親と共に看護者も死と向き合う(Benner & Hooper, 1999/2005)姿勢が求められる。

これまで看護者がケアを通してどのように死に向き合えばよいのかという切実な問いに対し、ターミナルケアに関わる医療従事者や、終末期患者とその家族を対象とした研究が数多く実施されている。この中で、看護師が患者・家族と良好なコミュニケーションと信頼関係を構築することで生や死を考える機会をもち、看護師自身の死生観を確立することの重要性が指摘されている(二渡他, 2003)。

河野(1998)や平山(2000)は、看護者の死への恐怖や不安を緩和するために、看護者自身の死生観をもって患者と関わることを望ましいと提案している。死生観とは、明確な定義はないが、いずれ死すべき存在の人として自分の命の行方を考えること(水野, 1990; 大下, 2005; 加藤, 2006)であり、死に直面した時に、生きる意味や価値を考え、自分の存在価値の根源のあり方を考えること(平山, 2000)である。

周産期の喪失で我が子を亡くした家族へのケアを実践する際の、「何かをしなければならない」という気持ちは、助産師自身のケアへの恐れや無力感に影響することが推察される。そこで、わが子を亡くした家族と「共にいる」ことのできる者として、助産師自身が胎児や新生児の死と向き合うことが重要となる。そのためにも、助産師は、胎児や新生児の命に連なる両親と共に、家族の一員としての「我が子」の存在の意味や価値への意味づけに結びつけられるような支援を考えなければならない。

IV. 周産期喪失ケアのための卒後教育プログラムへのニーズ

1. 死に向き合う医療従事者への教育

わが国の看護基礎教育での死にゆく患者の看護は、「死後の処置」という看護技術の視点から、生活者としての人間への看護へと変化した。近年、療養の場が多様化していることに応じ、看

護活動の場が拡大し、その活動内容も多様性が期待されている。

緩和ケア領域で働く医療従事者を対象にした望ましい教育プログラムとは、対象者へのケアであるスキルと医療従事者自身のストレスとのバランス感覚を身につけることとされている (Todres, et al., 1974)。そして、その目的を達成するには、対人関係のスキル、細やかなコミュニケーション、遺族の感情や態度への洞察と関わり方、医療従事者自身の疑いや恐れ、罪悪感などの不確かさに伴う感情を分かち合うことを含めた内容が含まれている (Kornfeld, 1969; Todres, et al., 1974; Burnell, et al., 1989/1994a; Astorm, et al., 1995; Wright, 1996/2002)。

2. 周産期の喪失ケアに関する看護基礎教育および助産師教育

看護基礎教育での卒業時到達目標は、看護実践に必要な対象の理解、基礎的能力の修得である。また、母性看護学での到達目標は、妊産褥婦・新生児の生理的变化、および女性の生涯の健康に関する理解、正常から逸脱しているハイリスク状況とその支援への理解である。周産期の喪失ケアは、ハイリスクな状況にある人と家族への看護に位置づけられるが、限られた時間に学生自身が学びを深めることは難しい。

一方、助産師教育では、独立した診断、正常な経過を維持向上させるためのケアを、自らの責任で行える実践能力をもたせることを目指す。周産期の喪失を体験した女性や家族への支援は、デルファイ調査による助産師教育の minimum requirement として 79.1%の同意率が示された(島田他, 2004)。また、助産師教育の卒業時の到達度(厚労省, 2010)での、流早産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊産婦とその家族のケアは、「指導のもとでできる」ことが望ましいと示されている。

しかしながら助産師教育では、正常な経過を維持向上させるための実践能力修得が優先されるため、ハイリスクな状況にある妊産褥婦や新生児、家族ケアの実践には、十分な時間が確保できない場合もある。そのため、助産師教育においても、看護基礎教育と同様、周産期の喪失ケアは限られた時間での学生の自己学習に期待される内容となる。

助産師が自律した活動をしている英国において、過去 50 年間に助産師が編集した助産師教育の教科書の、周産期の死とその支援に関する記述(レトリック)について内容分析を行なった研究がある(Cameron, et al., 2008)。1950年代までは、死は必然であり、亡くなった胎児の人格は認められなかったが、1970年代以降には個別的なケアとして、対象者の立場に立った包括的なケアに至るという変遷があった。これまで教科書に記載されてきた両親の悲嘆反応では、Kübler-Rossの死の受容段階モデルが汎用され、喪失(loss)に関する心理学的な理論に至っていないことが課題として取り上げられている。両親に適切な情報提供とケアを実施するためには、自らのケアを、喪失や悲嘆と意味づけられる視点を含めたプログラム作りの必要性が示唆される。

3. 周産期の喪失ケアに関する卒後教育の現状

これまで述べたように、助産師教育において周産期の喪失を体験した女性や家族へのケア実

践を行う機会は限られており、助産師学生あるいは新卒助産師の多くは教科書の知識をもとに、ケアへの確信が持てないまま実践に至っている。近年、周産期の喪失ケアへの関心の高まりから、助産師職能集団（日本看護協会、日本助産師会や日本助産学会）や Sudden infant death syndrome (乳幼児突然死症候群：SIDS) 家族の会等による研修会がもたれるようになった。しかし、研修会の開催頻度は少ないことから、周産期の喪失ケアに悩む助産師は、成人期の緩和ケアに関する研修や専門誌による周産期の喪失に関連した特集等で自己学習を進めている。

周産期の喪失に焦点を当てた教育プログラムの実施及び評価の研究報告は、海外文献 (DiMarco, et al., 2002; Cartwright & Read, 2005) のみであった。まず、DiMarco, et al. (2002) は、Resolve Through Sharing (RTS) プロトコールを用いた教育プログラムの実施と評価を行なった。RTS は、1981 年にアメリカの Gundersen Lutheran Bereavement Service によって開発された医師、看護職、ソーシャルワーカー、心理士を対象とした教育プログラムで、流産・死産・新生児死亡を体験する家族へのケアが中心テーマである。プログラムは、理論（妊娠、愛着、親になること）と介入（ケアリング、グリーフ・カウンセリング）について、講義と演習（ロール・プレイ、グループ・ディスカッション）で構成されている。教育プログラム受講後は、家族の心理ケアへの教育ニーズが有意に高くなっていた。

Cartwright, et al. (2005) のプログラムは保健師と助産師が対象で、講義とフォーカス・グループ・ディスカッションから構成されている。講義は、周産期の喪失の研究や理論の概要、loss (喪失) に対する専門職としての反応、コミュニケーションと専門職の協働、専門職としての責任と支援の4つの骨子に基づいている。フォーカス・グループ・ディスカッションでは、ケアのあり方について話し合われた。教育プログラムの結果、参加者は周産期の喪失への知識や気づき、家族ケアの重要性への理解が深まり、家族のニーズにあったケアの実践につながったという評価であった。

これらの教育プログラムは、プログラム構成および講義に取り入れることが望ましい理論、すなわち、愛着、喪失、親になること、悲嘆は共通しており、その対象は、周産期の喪失を体験した両親が退院後に関わる心理職やソーシャルワーカー、保健師も含まれていた。我が国の周産期の喪失を体験した両親に関わる職種は、周産期センターを標榜する施設を除けば、医師や看護職であり、退院後に両親が活用できる社会資源や専門職は少ないのが現状である。そのため、海外での教育プログラムを我が国に引用するには限界がある。

周産期の喪失は、出産や新生児の死によってわが子の死を確認しなければならない状況である。助産師は、母親や家族のビリーブメント（死別）の過程を共に追い、どのようにケアをするかについて内省しながら経験を培う。子どもを産むことと別れることへの関わりが、助産師として大切な役割であることから、周産期の喪失ケアに対する卒後教育プログラムの必要性は指摘されているものの(岡永, 2005; 米田, 2007; Fenwick, et al., 2007; 鈴木他, 2008)、その実践および評価の研究は限られており (DiMarco, et al., 2002; Cartwright, et al., 2005)、助産師に限定した教育プログラムは見当たらなかった。

V. 看護における卒後教育プログラムの開発と検証

1. 卒後教育プログラム開発の手順

近年、看護の対象となるクライアント、家族、地域のニーズは複雑になっているため、保健医療に従事する学習者のレディネスや学習のニーズは多様化し、限定することが難しくなっている(Griscti & Jacono, 2006)。そこで、看護職者による卒後教育プログラム開発の手順について、文献から示唆を得ることとした。

わが国の看護職者による卒後教育プログラム開発は、文献検討をもとにプログラム内容の焦点化したもの(溝口他, 2002; 片岡, 2004; 友田・高田, 2006; 奈良間他, 2006; 内田他, 2007; 三隅他, 2008; 大林他, 2009a; 辻, 2010)と、教育ニーズ調査によって看護職者の現状や教育ニーズを明らかにした後、プログラム内容と方法を検討したもの(溝口他, 2002; 内田他, 2007; 友田他, 2006)、アメリカで実施されている医療従事者を対象とした教育プログラムを参考に、日本の実状に対応させた教育プログラムに発展させたもの(友田他, 2006; 三隅他, 2008)などがあつた。

そこで、本卒後教育プログラムの開発にあたっては、文献検討や概念分析に基づいたプログラム内容の検討や、助産師による周産期喪失ケアの実態調査結果を反映させること、周産期の喪失に関する海外で実践されている教育プログラム(DiMarco, et al., 2002; Cartwright, et al., 2005)を参考に、わが国の実状にあわせた内容を検討することの手順を追うこととした。

2. 卒後教育プログラムの実施及び評価

臨床現場では「その状況において今、何をすべきか」が常に問われる。いくつかの解決策をもつ看護問題に関して、何を信じて何をすべきかに焦点をあてた反省的かつ論理的な思考として批判的思考(critical thinking)がある(Kataoka & Saylor, 1994)。批判的思考を促すには、問題認識を伴う問題解決思考、問題解決思考に向けて情報を集めること、問題解決方法を決めて有効性を評価することが必要である。Oermann, et al. (2000)は、批判的思考を促す方法として、ケーススタディ、対話でのやり取りを用いたディスカッションをとりいれることを勧めている。そこで、卒後教育プログラムでは、臨床現場での批判的思考を促進するために、対話でのやり取りを用いたディスカッションが欠かせない方法論である。

わが国で実施された教育プログラムの評価については、プログラム実施前と直後の受講者の知識や態度の変化(片岡, 2004; 奈良間他, 2006; 友田他, 2006; 内田他, 2007; 三隅他, 2008; 大林他, 2009a)、プログラムの構成内容(片岡, 2004; 三隅他, 2008; 大林他, 2009a)、プログラム実施1か月後の受講生の態度や行動変容(大林他, 2009b)を問うものなどがあつた。また、ランダム化比較試験による継続教育の効果を検討した研究(Forsetlund, et al., 2009)では、ロール・プレイや事例検討など、講義形式と参加者主体となるようなプログラムを併用することが、専門的な実践を変化させるために有効であることが明らかにされている。アウトカム指標としては、実践への態度や知識の変化、プログラム後に学習内容をどのように反映させたか(学習内容の伝達講習、カンファレンスや研究会などに参加、緩和ケア関連の役割に加わる等)

が、教育効果の指標として示された(Forsetlund, et al., 2009)。評価時期は、プログラム前後、プログラム前と3～12カ月後に実施されていた。

以上のことから、周産期の喪失ケアのための教育プログラムには、両親の体験世界への理解、ケアの意味づけを考えることに加え、家族との対人関係スキルやコミュニケーション、助産師自身のケアへの不確実さに伴う感情を話し合う機会となるような内容が必要であると考えられた。また、効果の検証にあたっては、単に知識の変化を問うだけではなく、学習内容を臨床実践に反映し、ケアの振り返りの期間をもたせるためにも、評価の時期として、少なくとも3カ月後のプロセス評価が必要であることが示唆された。

VI. 小括

1. 周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムへの示唆

文献検討より、周産期の喪失ケアとして1)両親の悲嘆を認識する、2)悲嘆過程の情報を両親と共有する、3)いつでも話を聴けるようにする、4)両親が意思決定できるための明確な医療情報を提供し、話し合いができる時間を充分にとる、5)両親の心配事に焦点を当てる、6)慎重な言葉がけと態度を心掛ける、7)サポート・グループやカウンセリングを紹介する、8)ケアに関わった専門職同士が情報を共有する、9)次の妊娠が判明した時には、妊娠中の心身の不安定さを考慮し、妊娠初期からのきめ細やかなケアを行う、が挙げられた。これらのケアにより、助産師自身が胎児の死と向き合うことを通して、胎児の命に連なる両親や家族の存在や、我が子の存在の意味や価値への意味づけに結びつけられるような支援が期待されていることが示された。

海外文献での周産期の喪失ケアの卒後教育プログラムは、プログラム構成および、講義に取り入れることが望ましい理論、すなわち、愛着、喪失、親になること、悲嘆は共通していたが、その対象は、周産期の喪失を体験した両親が退院後に関わる心理職やソーシャルワーカー、保健師も含まれていた。我が国の周産期の喪失を体験した両親が退院後に活用できる社会資源や専門職は少ないことから、入院中のケアに焦点を当てたプログラム開発に焦点を当てる必要性が示唆された。

したがって、卒後教育プログラムには、夫婦にとっての妊娠の意味や、新たな家族を受け入れる心身の準備をはじめとした妊娠中の経過をふまえた、子どもを亡くした両親の体験世界への理解、夫婦や家族の悲嘆や反応の個別性への理解とケア、分娩時のケア、悲嘆反応、親子関係・家族関係について包括的なアセスメントとケア、家族との対人関係スキルやコミュニケーション、助産師自身のケアへの不確実さに伴う感情を話し合う機会となるような内容が必要であると考えられた。

2. 周産期の喪失の概念を明らかにすること

周産期の喪失(perinatal loss)は、流産・死産・新生児死亡という妊娠週数を限定せず、子ども(胎児)を産み、その子を亡くした両親の体験を示す用語として、欧米で1970年代後半

より使用され始めた。わが国には、2000年代に入って「周産期の死」の代用語として「周産期の喪失 (perinatal loss)」が紹介され、流産・死産・新生児の死を包括した用語として定着し始めている。しかしながら、その定義は吟味された用語とは言い難く、概念的検討を加えた文献は見当たらなかった。そこで、欧米文献で用いられる perinatal loss がどのような状況で使用されているのかを分析し、どのような概念であるかを明らかにする必要があると考えた。この概念分析より、胎児期や新生児期に子どもを亡くした女性や家族の理解と支援の方向性がより具体的に示される。概念分析の結果は、教育プログラムに反映され、個別性のある周産期の喪失ケアに反映できると思われる。

3. 助産師による周産期喪失ケアの実態を明らかにすること

近年、わが国においても周産期の喪失を体験した女性へのケアの重要性が認識され、各施設での実践報告が増加傾向にある。しかしながら、助産師を対象としたケアの実態は筆者が行った先行研究(岡永, 2005)のみであり、周産期の喪失ケアとして一般化するには限界がある。そこで、総合病院に勤務する助産師に焦点を当てて、周産期の喪失ケアの実態を明らかにし、卒後教育プログラムへの示唆を得る必要があると考えた。

第2章 主要概念の検討—周産期の喪失 (perinatal loss) の概念分析—

I. 緒言

周産期の死をめぐるケアの視点には二つの側面がある。一つは予防医学的側面であり、周産期死亡(perinatal death)が母子保健の重要な指標であることから、周産期死亡率の低下を目指すために予防的・治療的介入が行われる。もう一つは、流産や死産、新生児死亡を周産期の喪失(perinatal loss)と捉え、その喪失体験を包括的に支えケアしようとするものである。

Perinatal loss は、流産・死産・新生児死亡という妊娠週数を限定せず、子ども(胎児)を産み、その子を亡くした両親の体験を示す用語として、欧米で1970年代後半より使用され始めた。わが国には、2000年代に入って「周産期の死」の代用語として「周産期の喪失(perinatal loss)」が紹介され、流産・死産・新生児の死を包括した用語として定着し始めている。しかしながら、その定義は吟味された用語とは言い難く、概念的検討を加えた文献は見当たらなかった。そこで本研究では、主として欧米で用いられる perinatal loss の概念がどのような状況で使用されているのかを分析し、どのような概念であるかを明らかにすることを目的とした。また分析結果をふまえ、胎児期や新生児期に子どもを亡くした女性や家族の理解と支援の基盤として、この概念を適用することの可能性を考察した。

II. 方法

近年 perinatal loss (周産期の喪失) の概念が、看護学を中心に、医学、心理学、社会学の領域で、どのように用いられているのかを検討するため、Pubmed (1948-2008年)、CINAHL (1985-2008年)、医学中央雑誌 Ver4 (1990-2008年) を用いて検索した。キーワードは、海外文献については「perinatal loss」「human」、国内文献は「ペリネイタル・ロス」「周産期の喪失」「死産」「新生児死亡」「流産」で検索し、重複文献、新生児医療や切迫流早産の治療および症例報告、総説、学位論文や1施設で対象者3名未満の縦断研究の形式をとらない研究を除いた113文献を抽出した。そのうち分析対象文献は、流産・死産・新生児死亡を体験した女性や家族への面接調査で、縦断的に体験を語られた質的帰納的な研究手法を用いた文献28件(海外文献19件、国内文献9件)とした。

分析方法は、Rodgers (2000) の概念分析アプローチを参考とした。まず、対象文献の概要を把握する中で、各文献で用いられている perinatal loss (周産期の喪失) の定義や、著者の所見、論文中に示された体験者の語りを抽出した。そこから定義、属性、先行要件、帰結に分類し、それぞれの記述の共通性や相違性を検討し、カテゴリーを抽出した。分析過程での妥当性を高めるために、概念分析の研究法を理解し、胎児期や新生児期に子どもを亡くした両親へのケア経験のある看護学研究者3名でカテゴリー項目を検討した。

III. 結果

Perinatal loss (周産期の喪失) の概念分析の結果として、属性、先行要件、帰結の内容を以下に述べる。

1. 文献による perinatal loss (周産期の喪失) の用いられ方

今回の分析対象文献での perinatal loss (周産期の喪失) の用いられ方には、miscarriage(流産)、stillbirth(死産)、neonatal death(新生児死亡)、stillbirth and neonatal death(死産、新生児死亡)、miscarriage, stillbirth and neonatal death(流産・死産・新生児死亡)という、胎児期や新生児期にわが子を亡くした両親の状況が含まれていた(表1)。対象文献には、人工死産は含まれなかった。国内文献では、流産・死産・新生児死亡をあわせた用語はなかった。

表1. Perinatal loss として用いられた文献の対象者の状況

	文献
Miscarriage : 流産	Miron & Chapman, 1992
Stillbirth : 死産	DeFrain, Martens & Stork, 1990-1; O'Leary & Thorwick, 2006
Neonatal death : 新生児死亡	Tudehope, Iredell & Rodgers, 1986; Kavanagh, 1997; Lundqvist, Nilstun & Dykes, 2002
Stillbirth, Neonatal death: 死産&新生児死亡	Nicol, Tompkins & Campbell, 1986; Crowther, 1995; Dyson & While, 1998; Sanchez, 2001; Caelli, Downie & Letendre, 2002; Kavanaugh & Hershberger, 2005
Miscarriage, Stillbirth, Neonatal death : 流産・死産・新生児死亡	Malacrida, 1997; Cote-Arsenault & Mablang, 1999; Ujda & Bendiksen, 2000; Cote-Arsenault & Morison-Beedy, 2001; Armstrong, 2001; Van & Meleis, 2003; Capitulo, 2004; Kavanaugh, Trier & Korzec, 2004

2. 属性(attributes)

属性として、「元気な子どもを産めない」「親であるという認識」「夫婦や家族の気持ちに気づく」の3つのカテゴリーが抽出できた。

1) 元気な子どもを産めない

「元気な子どもを産めない」とは、子どもを妊娠したが、流産・死産により生児を得られず、あるいは、子どもが産まれても、様々な原因により数時間から数日のうちに新生児死亡となり、茫然となることである。両親は、子どもの死という事実ショックを受け茫然自失となっていた(DeFrain, et al., 1990-1; 小松他, 1990; Miron, et al., 1992; Malacrida, 1997; Cote-Arsenault, et al., 1999; Armstrong, 2001; 大井, 2001a; Van, et al., 2003)。身体症状には、不眠や頭痛、易疲労、睡眠障害、体重減少(Nicol, et al., 1986; Thudehope, et al., 1986)があり、心理的には、絶望や心の痛みや怒り、無力感や孤独、罪悪感(Crowther, 1995; Ujda, et al., 2000; 竹ノ上他, 2000; 北村他, 2001; 大井, 2001a; Caelli, et al., 2002; 國分, 2006)

がみられた。さらに、子どもを産み、育てるという夢や期待が叶わないことから、自責感、後悔、自信の無さ、妊孕性喪失への不安、夫や同胞に申し訳なく思う(竹ノ上他, 2000; Cote-Arsenault, et al., 2001) が述べられていた。

両親が、わが子の死への辛さや納得できない思いと、子どもの死という現実はいくらでも変えられることを受け入れようとする様子が述べられた (Kavanaugh, 1997; 竹ノ上他, 2000; Lundqvist, et al., 2002)。また、なぜ自分たちの子どもが亡くならなければならなかったのかという理由を探す気持ちが述べられた (Miron, et al., 1992; Ujda, et al., 2000; 竹ノ上他, 2000; Capitulo, 2004)。

両親は、現実を受け入れるための支援を探し (Capitulo, 2004)、仕事や子どもの世話に没頭し、忙しく過ごす (Kavanaugh, 1997; O' Leary, et al., 2006) ことによって、現状を乗り越えようとしていた。その一方で、感情を共感する機会や支援が得られない (O' Leary, et al., 2006)、あるいは、方向性が見えずコントロールのできない感覚 (Ujda, et al., 2000) も述べられていた。

2) 親であるという認識

「親であるという認識」とは、妊娠によって生まれた親になることが我が子の死によって中断するわけではないという意識をもつことである。亡くなったわが子に会うことに怖さや躊躇を感じる (Kavanaugh, 1997; Dyson, et al., 1998, Lundqvist, et al., 2002) ことはあっても、母 (父) としてわが子に会いたい (小松他, 1990; Armstrong, 2001)、わが子を抱くことでわが子の実感や親としての自覚を強める (DeFrain, et al., 1990-1; Malacrida, 1997; Dyson, et al., 1998; 大井, 2001b; Caelli, et al., 2002; Kavanaugh, et al., 2004; 太田, 2006; 竹ノ上他, 2006)、この子のために (親として) 何ができるのだろうかという気持ちがみられた (Kavanaugh, et al., 2005; 太田, 2006)。

3) 夫婦や家族の気持ちに気づく

「夫婦や家族の気持ちに気づく」とは、流産・死産・新生児死亡を体験した親が、日常生活において、当たり前と思っていた夫婦や家族の思いやりに改めて気づくことである。そこでは、夫の態度や言葉による支え (小松他, 1990; 大井, 2001b; Capitulo, 2004; 竹ノ上他, 2006)、上の子どもからの励ましや慰め (大井, 2001b)、子どもを亡くすことで多くの思いやりを受けた (Cote-Arsenault, et al., 2001) と述べられた。その一方で、夫との感情の距離を感じ失望する気持ちがみられた (DeFrain, et al., 1990-1; Capitulo, 2004)。

3. 先行要件 (antecedents)

Perinatal loss (周産期の喪失) の先行要件として、「流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くす」のカテゴリーが抽出できた。

「流産・死産・新生児死亡により子どもを亡くす」とは、子どもの経過が順調であると信じていた両親に、わが子の死を宣告されることである (DeFrain, et al., 1990-1; 大井, 2001a ;

Lundqvist, et al., 2002; Kavanaugh, et al., 2005)。そこには、子どもを亡くすことへの準備は何もできていない、これほど過酷なこととは予想もつかない(Armstrong, 2001; Caelli, et al., 2002; Van, et al., 2003)ことが述べられた。胎内死亡を宣告されても、自分の中で確かに存在するわが子として思い起こす気持ちがみられた(小松他, 1989; DeFrain, et al., 1990-1; 太田, 2006)。

4. 帰結(consequences)

帰結は、「通常の悲嘆」と「長引く悲嘆」に分類できた。

1) 通常の悲嘆

通常の悲嘆の帰結には、「コントロール感を取り戻す」「亡くした子どもと共に生きる」「夫婦や家族のきずなを深める」の3カテゴリーが含まれた。

(1) コントロール感を取り戻す

「コントロール感を取り戻す」とは、子どもの死の体験を通して得たリスクや気づきの感覚を加えて、新たな日常生活に戻ることである。全てのもは絶対ではなく、流産・死産・新生児死亡は起こりうることを認識することで、コントロールできないことへのストレスを感じないようにしていた(Cote-Arsenault, et al., 1999; 竹ノ上他, 2000; Armstrong, 2001)。そして日常生活では心配は尽きない(Miron, 1992)、悲しみの時間制限はない(Capitulo, 2004)としながらも、どうにかやっていくしかないという覚悟を決める様子があった(Cote-Arsenault, et al., 1999; Caelli, et al., 2002; O'Leary, et al., 2006)。

(2) 亡くした子どもと共に生きる

「亡くした子どもと共に生きる」とは、子どもを亡くした悲しみにくれながらも、子どもを葬り去ることなく、再配置して生きようとすることである。亡くなった子どもは家族の一員であり(DeFrain, et al., 1990-1; Malacrida, 1997; Cote-Arsenault, et al., 1999; Sanchez, 2001; 國分, 2006)、子どもの死を無駄にしたいくないという思いから、子どもの存在の意味を見出そうとしていた(Armstrong, 2001; 北村他, 2001)。また、子どもを亡くしたことを悲しみや痛みばかりでなく、人間としての強みや成長と受け止めていた(DeFrain, et al., 1990-1; 大井, 2001b; Caelli, et al., 2002; 北村他, 2001)。

さらに、同じことが繰り返されるかもしれないが、早く次の子どもが欲しい気持ちが述べられた(小松他, 1989; DeFrain, et al., 1990-1; 大井, 2001b; 國分, 2006)。

(3) 夫婦や家族のきずなを深める

「夫婦や家族のきずなを深める」とは、子どもを亡くす経験により、夫婦や家族の団結をより強めることである。取り乱す私をしっかり受け止め、向き合ってくれたというように、夫婦や家族が、苦しみを思いやる気持ちによって、きずなを深めることが述べられた(DeFrain, et al., 1990-1; Miron, et al., 1992; 北村他, 2001; 竹ノ上他, 2006)。

2) 長引く悲嘆

長引く悲嘆の帰結には、「夫婦関係の悪化」があった。

夫婦関係の悪化とは、悲嘆反応の違いにより、潜在的なストレスや夫婦関係の危機的状況を示す。夫婦で悲しみを共有できないと、感情の距離 (Captitolo, 2004) を感じていた。長引く悲嘆にある夫婦の約半数は、夫婦関係の悪化を示し (Nicol, et al., 1986)、夫の暴力 (DeFrain, et al., 1990-1)、離婚 (竹ノ上他, 2006) が述べられた。

IV. 考察

1. Perinatal loss (周産期の喪失) の定義

概念分析の結果から、perinatal loss (周産期の喪失) の属性を用いた定義を以下のように提案する。Perinatal loss (周産期の喪失) とは、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした両親が、「元気な子どもを産めない事実に直面する一方で、親であるという認識と同時に、夫婦や家族の気持ちに気づく」ことである。Perinatal loss (周産期の喪失) がもたらす通常の悲嘆の帰結では、夫婦それぞれのコントロール感を取り戻すことで、亡くした子どもと共に生き、夫婦や家族のきずなを深めることである。一方、長引く悲嘆の帰結では、夫婦関係の悪化をきたすことであった (図1)。

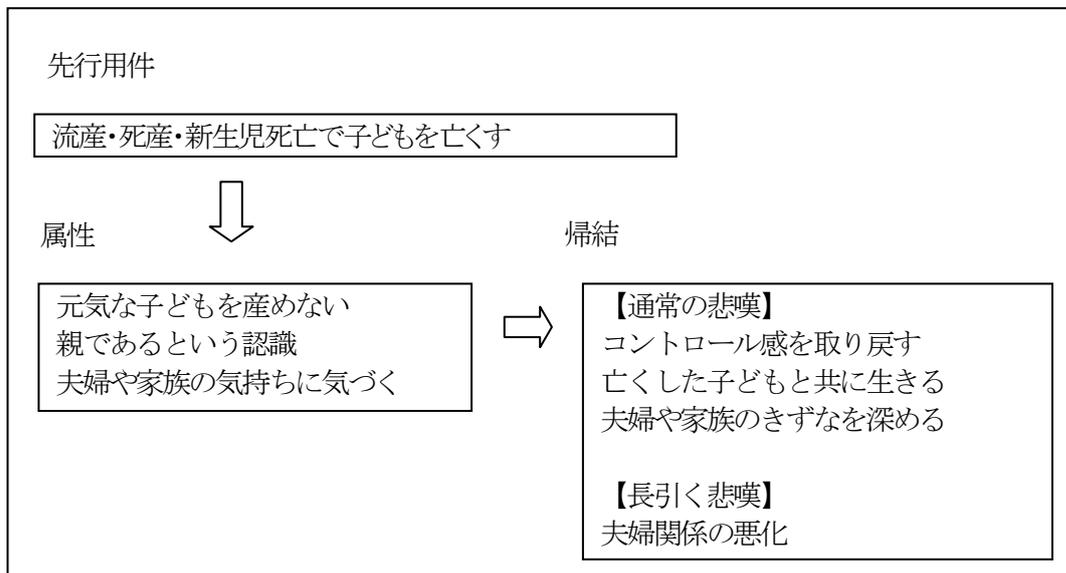


図1. Perinatal loss (周産期の喪失) の概念分析結果

Perinatal loss (周産期の喪失) は、胎児や新生児の死という現象や出来事にとどめるのではなく、夫婦や家族が、様々な葛藤や課題に直面しながらも、子どもが生まれたことに意味を持たせて生きようとする夫婦や家族の強みと、家族形成期にある女性や家族の理解にも視点をおいた概念として提案する。

死産や新生児死を体験した親の悲嘆反応は、子どもとの絆が新しいものであっても配偶者の死別と同じ経過をたどる(Klaus, et al., 1982/1998)。しかしながら、入院期間では perinatal loss (周産期の喪失) の本質的な属性の実態を見出すことは困難である。入院中、子どもを亡くした親は「元気な子どもを産めない」ことによる強烈な悲嘆反応 (Lindeman, 1944, Parkes, 1996/2002) に対処しながら、「親であるという認識」につながるわが子との出会いと別れを体験する。わが子との別れの作業を通して子どもの死を夫婦で受け止め(Klaus, et al., 1982/1998)、母親、父親という個々の反応から夫婦、家族へと関心が拡大し、「夫婦や家族の気持ちに気づく」ことが示された。

大切な人を失ったとしても、悲しみに対峙するばかりではなく、仕事や家事など気持ちをそらすことによって、喪失の意味の包括的な再構成(Neimeyer, 2002/2006; Stroebe & Schut, 2008) がなされることが明らかになっている。今後は胎児期や新生児期に子どもを亡くした悲しみと共に地域で日常生活を営む夫婦や家族の理解を深めるための丹念な記述の蓄積によって、この概念のさらなる発展が期待できる。

2. ケア実践および研究教育活動に適用することの可能性

概念分析で用いた文献では、子どもを亡くした時期や亡くしてからの期間は多様であった。そのため「元気な子どもを産めない」ことに直面した両親に対して、何が起きているのかを、医療従事者として慎重に理解し関わる必要性が示唆された。

看護職者は、数時間から数日の入院期間で、対象夫婦の理解をもとにした個々の悲嘆反応や対処、子どもの死を受け入れること、夫婦や家族の新たな関係作りへの直接的な支援をするには限界がある。そこで、入院中に子どもとの思い出作りやお別れの場を設け、夫婦や家族が退院後の日常生活を過ごすなかで「亡くした子どもと共に生きる」ことにつながるように支えなければならない。さらに、家族形成期にある夫婦に対して、次の妊娠の準備にむけて、夫婦の年齢や子どもを亡くした状況等、慎重な対象理解から、家族計画のみならず遺伝相談、次の妊娠中に起こりうる感情の不安定さ(Cote-Arsenault, et al., 1999; Cote-Arsenault, et al., 2001) についても情報提供が必要であろう。また、長引く悲嘆に関する情報提供については、夫婦が適切な時期に適切な専門家の支援を受けることができるように心がけなければならない。

流産・死産・新生児死亡という現実を夫婦として受け止められない場合、心身の不適応状態(Janssen, et al., 1996; Flenady, et al., 2008)、PTSD (Hughers, et al., 2002; Hutti, 2005) を引き起こし、専門的な医療介入が必要な場合もある。これまで胎児期や新生児期に子どもを亡くす体験をした女性や家族の、複雑な悲嘆を含めた症状の緩和や改善への効果的な介入はない(Flenady, et al., 2008)。今後は、多様な喪失の種類に対応した悲嘆への対処についての理解を深めると同時に、夫や家族の気持ちを支えるために、夫婦や家族のもつ hardiness (耐性) (Lang, et al., 2001) や resillience (回復力) (Bonanno, 2008) の視点について、詳細な記述研究が望まれる。

今回の概念分析により、胎児期や新生児期に子どもを亡くした両親が体験する perinatal loss (周産期の喪失) を包括的にとらえ、わが子との出会いと別れの作業から、子どもの死を夫

婦や家族で受け止めるという通常の悲嘆過程がたどれることをめざし、助産師が日々のケアを意味づけられる機会となるような教育プログラム内容への示唆が得られた。助産実践への示唆として、周産期看護の対象となる女性や家族にとって周産期の喪失とは何かを問うことは、わが国の文化的背景に沿った perinatal loss (周産期の喪失) ケアの発展への礎を築くことにつながる。これらの視点をもちつつ、perinatal loss (周産期の喪失) の概念は、周産期に子どもを亡くした両親や家族へのケア実践、ならびに看護基礎教育や看護師・助産師を対象とした卒後教育、周産期領域でのケアの質を高めるための研究に適応できる可能性は十分にあると考える。

V. 小括

本研究における概念分析より、perinatal loss (周産期の喪失) とは、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした両親が「元気な子どもを産めない事実に直面する一方で、親であるという認識と同時に、夫婦や家族の気持ちに気づく」ことが示された。Perinatal loss (周産期の喪失) を体験した女性や家族の通常の悲嘆の帰結は、夫婦それぞれのコントロール感を取り戻すことで、亡くした子どもと共に生き、夫婦や家族のきずなを深めることである。一方、長引く悲嘆の帰結である夫婦関係の悪化とはどのような状況を示すのかを情報提供することで、通常の悲嘆への帰結へと促すことができる。

概念分析結果より、両親が「元気な子どもを産めない」ことに伴う様々な感情に対し、わが子との出会いと別れの作業から、子どもの死を夫婦や家族で受け止めるという通常の悲嘆過程がたどれることをめざし、助産師が日々のケアを意味づけられる機会が必要と考える。

出典：岡永真由美, 横尾京子, 中込さと子 : *Perinatal loss (ペリネイタル・ロス) の概念分析*.
日本助産学会誌, 23(2):164-170, 2009.

第3章 助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた卒後教育プログラムにおけるニーズの検討

I. 緒言

第1章および第2章で詳述した通り、周産期の喪失を体験した両親の反応に焦点を当てた研究は、1980年代より欧米の心理学を中心に実施されてきた。これらの研究成果は、入院中および退院後の両親へのケアのガイドラインに反映されている(Schott, et al., 2007)。助産師は、周産期の喪失を体験した両親に対し、悲嘆反応や危機的状況、愛着形成への支援を心がけているものの、ケアへの緊張や無力感等が混在した不確実な感情をもつ(岡永, 2005; 鈴木他, 2008)。そしてこれらの感情の背景には、悲嘆や危機介入への知識はあるものの、わが子を亡くした女性や家族とのコミュニケーションや、家族の強い情緒反応へのケアを模索していることが推測できる。

母親や家族にとって、周産期の喪失は、出産によって、あるいは出産後間もない時期にわが子の死を確認しなければならない状況である。助産師は、母親や家族の悲しみのプロセス(死別)の過程を共に追ひ、どのようにケアをするのかについて内省しながら経験を培う。子どもを産むことと別れることへの関わりが、助産師として大切な役割であることから、周産期の喪失ケアに対する卒後教育プログラムの必要性は考察されているものの(岡永, 2005; 鈴木他, 2008; 米田, 2007; Fenwick, et al., 2007)、卒後教育プログラムの実施及び評価の研究は限られており(Dimarco, et al., 2002; Cartwright, et al., 2005)、助産師を対象とした教育プログラムは見当たらなかった。

そこで、助産師に対する周産期の喪失ケアへの卒後教育プログラム(以降教育プログラムとする)を開発するために、臨床の助産師が周産期の喪失ケアにおいてどのような状況やケアが印象に残り、どのような悩みや迷いを感じているのかについて明らかにすることが重要であると考えた。そのためにも、施設の背景や経験が異なる助産師の意見を検討することにより、臨床のニーズに対応した教育プログラムへの示唆が得られると考え、本研究の目的を以下の2点とした。

1. 周産期の喪失ケアの場面に対して、印象に残っている状況や助産師の感情の傾向について探索する。
2. 語られた周産期の喪失ケア場面より、教育プログラムへのニーズを検討する。

II. 方法

1. 用語の定義

第2章で詳述した perinatal loss (周産期の喪失) の概念より、本稿での周産期の喪失ケアとは、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした両親が、「元気な子どもを産めない事実」に直面する一方で、親であるという認識と同時に、夫婦や家族の気持ちに気づくための支援とする。この支援によって概念分析で導き出された、周産期の喪失がもたらす通常の悲嘆の帰結である、

「夫婦それぞれのコントロール感を取り戻すことで、亡くした子どもと共に生き、夫婦や家族のきずなを深める」ことを目指すものである。本稿での周産期の喪失ケアは、流産、死産、新生児死亡を体験した両親への外来および入院中の支援に限定する。

2. 研究対象者および調査期間

対象者は病院に勤務しており、周産期の喪失を体験した両親へのケア経験のある助産師とした。周産期の喪失に関わる助産師は、入院から児娩出に至るまでの分娩管理、及び入院中の両親の背景や反応を見極め、柔軟性のあるケアを実践する能力が求められる。そのためドレファスモデルの看護への適応(Benner, 1984/ 1996)から、多くの偶発的な出来事に対処し、管理する能力をもつ一人前(2~3年目)以降の助産師の意見は、現状のケアを反映した議論につながると考え、本研究では、2~3年目以降の助産師を対象者とした。調査期間は、2010年8月~10月であった。

3. データ収集方法

本研究は、グループ・インタビュー法を用いた質的記述研究とした。グループ・インタビューは、他者とのやり取りの中で現状に近い情報が得られ、参加メンバー同士の気づきの機会となる(安梅, 2001)。同じ施設に勤務する助産師であっても、参加者それぞれの周産期の喪失ケアへの迷いや悩みを共有することで、より具体的な教育プログラムへの示唆が得られると考えた。

標本抽出は、便宜的標本抽出法とした。周産期の喪失ケアについて研究者が過去に講演を行った職能団体および施設の参加者が所属する看護部あてに、研究協力および研究対象者の推薦(2~3年目以降の助産師を2~3名程度)を依頼した。研究協力の承諾を得た施設は6施設であった。各施設において研究対象者が個人的に、あるいは病棟師長が取りまとめて、研究者に研究同意の連絡を行った。研究同意の連絡があった者には、研究趣旨の説明およびインタビュー内容、研究の同意書と取り消し書、個人プロフィール、返信用封筒を郵送し、同意書と参加者プロフィールの返送をもって同意とみなした。

データ収集にあたっては、協力施設ごとに経験年数の近い助産師へのグループ・インタビューを行った。インタビュー回数は各グループ1回で、総インタビュー時間は923分で平均54分(最短45分~最長72分)であった。各グループには、周産期の喪失ケアで印象に残っている場面について尋ね、心がけているケアと悩んだ状況、振り返って感じる点、教育プログラムの内容への希望等についてインタビューを行った。なおインタビュー内容は、事前の承諾を得て録音した。

4. 分析方法

事前記載を依頼した個人プロフィールによる属性(年齢、助産師としての経験年数、過去3カ月の周産期の喪失ケアの経験等)は、記述統計量を求めた。インタビュー内容は、グループごとの逐語録とした。教育プログラム内容への希望に関連した記述は、内容ごとに集約した。

逐語録は帰納的に内容分析を行った。分析はグループごとに、印象に残っている周産期の喪失ケアで心がけているケアと悩んだ状況に関する記述、振り返って感じていることに関する記述を、単語や文節ごとではなく、文脈単位で抜き出しコード化した。これらのコードは、類似性を検討し、母親や家族へのケアに関するコードと助産師の感情に関するコードを明らかにしながらサブカテゴリーを生成した。その後、サブカテゴリーの関係性から、中心となるカテゴリーを見出し、教育プログラム内容について検討した。

各インタビューの終了時に話し合い内容を総括し、メンバーに確認することで、インタビュー結果の内容妥当性を確保した。質的データの解釈については、助産学研究者のスーパーバイズを受けることでデータの信頼性を確保し、得られた情報の妥当性を図った。

5. 倫理的配慮

研究協力者には、研究参加への自由意思の尊重、研究途中での参加自体の自由の尊重、施設及び研究協力者の匿名性の保証を説明した。病棟師長が取りまとめた施設では、最終的な研究同意の諾否は師長に伝えないことによって研究参加の自由意思の尊重を図った。また、ケアの語りを通して研究参加者自身の未解決な悲嘆が甦ることによって感情コントロールが脅かされる可能性についても説明し、必要時分析対象としない個人相談の時間を設け、専門医を紹介することも付記した。本研究は、広島大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 研究対象者の属性

対象の属性を表2に示す。研究参加の意思を示した39名すべてが対象者となり、平均年齢は31.8±7.3歳(23~50歳)で、助産師としての経験年数は7.6±6.5年(2~29年)であった。過去3か月間のケア経験は31名(79.5%)が「ある」と回答した。

表2. 対象者の属性 (n=39)

	平均±SD	範囲
年齢 (歳)	31.8±7.3	23-50
経験年数 (年)	7.6±6.5	2-29
	n	%
主に働いている部署		
産科・周産期センター	25	64.1
産婦人科	4	10.3
産婦人科 (混合)	10	25.6
過去3か月間の周産期の喪失ケア		
経験あり	31	79.5
内訳 (複数回答)		
12週未満流産	15	
12週以降死産	28	
新生児死亡	5	

教育プログラムへの要望は、「自分たちのケアを共有し情報交換できる場がほしい」、「両親の悲嘆を理解するための講義」、「両親の体験を聞きたい」、「父親の体験を聞きたい」が挙げられた。

2. 内容分析結果

本研究における文中での表記方法について、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリーを示した。「 」は対象者の言葉を示し、対象者の言葉への補足は（ ）を用いた。

分析の結果、抽出されたカテゴリーは、母親と家族へのケアに関するカテゴリー【母親や家族の悲しみを支える】【母親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】と、ケアに対する助産師自身の感情に関するカテゴリー【助産師自身のビリーブメント（死別反応）に気づく】に分類できた（表3）。

表3. 周産期の喪失ケアと助産師の感情の傾向のカテゴリー一覧

母親や家族の悲しみを支える
母親の悲しみを気づかう
家族としての時間をつなぐ
わが子の出産が実感できるようにする
母親や家族とコミュニケーションがとれないように感じる
確信がもてないまま関わる
何もできないように思えて申し訳ない
助産師自身のビリーブメント（死別反応）に気づく
助産師である私自身のビリーブメント（死別反応）に気づく
ケアに携わる同僚を支える

1) 【母親や家族の悲しみを支える】

子どもを亡くしたことにショックを受け、悲しむ母親や家族に対し、すべての助産師が目指すケアは、【母親や家族の悲しみを支える】ことである。このカテゴリーには、《母親の悲しみを気づかう》《家族としての時間をつなぐ》《わが子の出産が実感できるようにする》の3つのサブカテゴリーで説明された。

(1) 《母親の悲しみを気づかう》

《母親の悲しみを気づかう》とは、助産師が危機的状況にある母親や家族の反応そのものを受け止め、柔軟に対応しようと気づかうことであった。

「お母さんが自分を責めるのは、自然なこと。死んだ赤ちゃんをみたら、誰かを責めたくなくなるし、自分になるんだろうなと思う。」

「沈黙が怖い感じもして。でも、言いたくないこともあるだろうし、私だけが聞かないといけないわけじゃない。誰か家族にでも話したら、それはそれでいいと思う。」

「お産のそこにいるだけが助産師の仕事じゃないと思う。防ぎようのなかったこと、原因のわからないものっていっぱいあるじゃないですか。お母さんのそばにいて、受け入れていくとこ

ろで、少しずつ手助けしてあげられるのが、助産師の仕事。」

(2) 《家族としての時間をつなぐ》

《家族としての時間をつなぐ》とは、助産師が生まれた子どもを家族の一員として共に過ごせるように配慮することであった。

「産んだ本人だけでなく周りの人にも、赤ちゃんが亡くなったことを受容してもらえるように、一緒に居てもらったり、抱っこしてもらったりしている。」

「(母と子の)二つの命を預かるので、二人の命とその背景も大切にしたい。生きている子ども、亡くなっている子ども、同じ命ですと思えるように、赤ちゃんにかわいいねとか、こういうところお父さんに似てるよとか。名前が決まっていたら、名前を呼んだりしている。」

(3) 《わが子の出産が実感できるようにする》

《わが子の出産が実感できるようにする》とは、母親自身が赤ちゃんと出会うための出産に集中できることで、わが子の死が受け止められるよう配慮することであった。

「お産のときに、お母さんの気持ちを置いていかないように、つらい経験に追い打ちをかけないように。何とか自分で乗り切れたという、お産を不幸な体験にしないよう気をつける。赤ちゃんを産むところを助けて、自分で飲み込めるようにできれば、後は、何とか行くと思う。」

2) 【母親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】

助産師は、流産や死産に至るまでの妊娠経過を把握し、母親や家族の悲しみや赤ちゃんへの思いに配慮したケアを考えている。しかしながら、そのケアが母親や家族のニーズにに応じているのかどうかを確認することへのためらいを感じて【母親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】となった。このカテゴリーは《確信がもてないまま関わる》《何もできないように思えて申し訳ない》の2つのサブカテゴリーで説明された。

(1) 《確信がもてないまま関わる》

《確信がもてないまま関わる》とは、母親や家族のショックによる反応が明確でない状況でのコミュニケーションへの戸惑いや、不安な気持ちであった。

「陣痛のときは一緒に過ごすのが、産後、部屋に行くのが怖い。今、行った方がいいのか、一人の時間が必要かなとか、なんて声をかければいいのか、ここにいた方がいいのかとか、それからどうしたらいいんだろうって思う。コミュニケーションが取れないなと思いつつながら、必要なことを聞いて、じゃあ、あとで伺います、となる。」

(2) 《何もできないように思えて申し訳ない》

《何もできないように思えて申し訳ない》とは、危機的状況にある母親や家族の個別性に配慮したケアを提供するものの、母親のニーズにできていない感覚をもつことであった。

「お産だけ、この短期間の関わりで、信頼関係も全然築けない状態で、3交替8時間で(気持ちを)引き出せるのかな。いっぱいしてあげたいけど、結局何もできない。」

「胎内死亡で搬送された場合、初対面で今から誘発で産みますという時に、(母親の) 気持ちがついていけないのに処置は始まるので、焦る。」

「気持ちの変化が激しい時に帰られた後、どうなったんだろう、自分たちの看護が、ほんとによかったんだろうかと考える。助産師側の自己満足だったり、強引だったかな、そこまで望んでいなかったのかなと後から考えることもある。」

3) 【助産師自身のビリーブメント (死別反応) に気づく】

【助産師自身のビリーブメント (死別反応) に気づく】とは、助産師が周産期の子どもの死に直面し、自らの感情や死への態度について戸惑いや難しさを感じる状況であった。その一方で、母親や家族との関わりへの振り返りを通して、同僚の周産期の喪失ケアを支えようとする配慮も含まれた。ここでは、《助産師である私自身のビリーブメント (死別反応) に気づく》《ケアに携わる同僚を支える》の2つのサブカテゴリーで説明された。

(1) 《助産師である私自身のビリーブメント (死別反応) に気づく》

《助産師である私自身のビリーブメント (死別反応) に気づく》とは、赤ちゃんの死に対峙し母親との関わりを通して、職業観や死生観等自らの感情を振り返る状況であった。

「(胎児死亡が確認されたとき) 母と二人で泣けちゃって。でも、私が泣いていいのかなって思って、一生懸命涙を止めるような感じになった。」

「お父さんお母さん、赤ちゃんもつらいですけど。スタッフもきつい。切り替えて、次、普通のお産とか入院とか、結構大変。赤ちゃん、親のためにも、助産師のためにも (振り返りを) しないと、いつまでも、そこに止まってしまう。」

「当初は戸惑いがあったから、先輩に聞いたり、誕生死セミナーに参加した。死を封じ込めようというのはあったので死の受容を改めて考えた。(セミナーで) 情報を得て楽になったし、こんなこともやってみようかという気持ちになった。」

(2) 《ケアに携わる同僚を支える》

《ケアに携わる同僚を支える》とは、ケアそのものの相談だけでなく、後輩や同僚のビリーブメント (死別反応) としての心理的な影響への配慮をすることであった。

「死産に関わったスタッフと事例検討で、あの時の感情はどうだったとか、ちゃんと出来てたよって話をして。言語化させる機会は必要と思う。」

「お母さんのフォローもしつつ、担当スタッフのフォローも周りの責任ですよ。その人に任せるだけでなく、周りのスタッフも一緒に考えながら、担当スタッフに関わってあげる。一人で関わるのは、すごい負担だと思う。」

IV. 考察

1. 母親や家族の悲しみを支えるための教育プログラムへのニーズ

これまでの研究から、周産期の喪失を体験した両親の悲嘆を認識し、両親の心配事に焦点を当てる(Davis, et al., 1988; 太田, 2006)ために、看護者はそこにおいて、女性や家族、児の尊厳を擁護し(Swanson, 1991)、児の思い出作りが出来るような支援(藤村他, 2004; Nallen, 2006)の重要性が明らかにされている。本研究においても、妊娠や出産が日常生活に影響を及ぼすことを知る助産師として、わが子の死に直面した【母親や家族の悲しみを支える】ために、何をすべきかを考え、母子と共にいることの意味を模索していた。両親の悲嘆を理解するための講義への要望が挙げられたことは、これまでもっていた悲嘆の知識から、母親や家族の反応への意味づけをし、自らのケアを振り返る機会への学習ニーズとも思われた。

周産期の喪失ケアで戸惑う助産師は、妊娠までの経過や胎児への思い等、個別性に配慮した【母親や家族の悲しみを支える】ケアを目指しても、【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】気持ちが併存していた。さらに、周産期の喪失は、親と同様、助産師にとっても衝撃的な予想外の死であることから【助産師自身のビリーブメント(死別反応)に気づく】という専門職と個人の心情の葛藤が、より周産期の喪失ケアを難しく感じる要因ではないかと考えた。これまで、周産期の喪失に関わる看護者のメンタルヘルスを保つことの重要性(Hanna, et al., 2007; Dietz, 2009; Neimeyer, 2001/ 2007)が明らかになっていることから、【助産師自身のビリーブメント(死別反応)への気づき】によりメンタルヘルスが保たれた状態で、【母親や家族の悲しみを支える】ケアを考える機会としての教育プログラム内容が必要ではないかと考えられた。

そこで教育プログラムには、両親の悲嘆に関する講義を通して【母親や家族の悲しみを支える】ケアを振り返るとともに、【助産師自身のビリーブメント(死別反応)への気づき】である、死に対する態度への認識を高める内容を含めることが望ましいと考えられた。

2. ケアの共有や相談する場としての教育プログラム

看護者は、人の苦しみに絶えずさらされるため、ケア対象者との望ましい関与の在り方を考え、看護者自身の気持ちを隠さず認める(Benner, et al., 1989/ 1999)ことの重要性が明らかにされている。本研究の対象者は、自分たちのケアを共有し、情報交換のできる場としての教育プログラムへの要望が挙げられた。このことから、短期間の入院中に、周産期にわが子を亡くした両親が崩壊した自己感覚を誰かと共に再組織化し、意味の再構成をめざす(Neimeyer, 2001/ 2007)ことは困難であることを理解しつつ、両親の苦しみに直面する助産師は【母親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】気持ちを共有し、意見交換する場を求めていることが推察された。

そこで、教育プログラムの参加者が情報交換できるグループサイズに設定することで、経験や施設背景の異なる助産師が安心してケアを語り、【母親や家族の悲しみを支える】ための実施可能なケアを検討できるのではないかと考えられた。そして、自らのケアを言語化することで【母

親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】ことへの個々の助産師の課題や、施設の現状に応じた解決策に通じると考えられた。さらに、心理的に孤立しがちなケア担当者を支えるための【助産師自身のビリーブメント（死別反応）への気づき】を話し合うことで、メンタルヘルスが保てる職場環境づくりに寄与できる教育プログラムとなることが期待できるのではないかと思われた。

3. 教育プログラムへの示唆

今後実施していくべき教育プログラムには、周産期に子どもを亡くした女性や家族の悲嘆への知識を確認し、自らのケアを客観的に振り返る機会をもつこと、情報を共有する場が必要であることが明らかとなった。また助産師自身のメンタルヘルスを保つためにも、助産師自身の死への態度や悲嘆について考える内容を含める必要性が示唆された。また、これらの教育プログラムを実現するために、プログラム参加者を意見交換のできるグループサイズに設定し、実施可能なケアを具体的に考え、ケア評価の機会をもち、次のケアに反映させる、という一連のプログラムを作成することが必要であると思われた。

本研究の限界として、母子の合併症や他施設からの母胎搬送の受け入れ等、施設の特徴により死産や流産の件数が異なっていること、妊娠経過等女性や家族の背景が多様であることなどにより、助産師個々のケア経験やケアの受け止めは多岐にわたっていたことが挙げられる。また、研究対象者が、周産期の喪失ケアに関心が高い助産師であったとことで結果にバイアスがかかったことも否めない。今後は、一般化が困難なケアであることを認識し、丁寧に関わりを振り返ることで、助産師の専門性を高め、メンタルヘルスを保てる教育プログラムの作成が必要と考える。

V. 小括

助産師の周産期の喪失ケアの場面で印象に残っている状況には【母親や家族の悲しみを支える】【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】があり、助産師の感情には【助産師自身のビリーブメント（死別反応）への気づき】があった。

本研究の対象者は、自分たちのケアを共有し、情報交換のできる場としての教育プログラムへの要望を示した。したがって、教育プログラムの作成にあたっては、周産期の喪失を体験した女性や家族の悲嘆への知識を確認し、自らのケアを客観的に振り返る機会をもつこと、情報を共有する場が必要であることが明らかとなった。また助産師のメンタルヘルスを保つためにも、助産師が自身の死への態度や悲嘆について考える内容を含める必要性が示唆された。

出典：岡永真由美, 岡村 仁:助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた卒後教育プログラムにおけるニーズの検討. 母性衛生, 54(4):556-562, 2014.

第4章 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発

I. 緒言

周産期にわが子を亡くした両親の体験と医療従事者へのケア・ニーズが明らかになるに従い、入院中および退院後の両親へのケアの指針や活用可能な社会資源が紹介されるようになった (McDonald, 1996; Mander, 2006; Schott, et al., 2007)。そしてこれらの指針に基づき、医療従事者は、両親の悲嘆が無視されることのないよう、よりサポータティブなケアを心がけるようになってきた。第3章では、総合病院に勤務する周産期の喪失ケアの経験のある助産師39名を対象とし、周産期の喪失ケアの場面に対して印象に残っている状況や助産師の感情の傾向を探索し、卒後教育プログラム(以降教育プログラムとする)へのニーズを検討した。その結果、助産師の周産期の喪失ケアの場面で印象に残っている状況は【母親や家族の悲しみを支える】【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】であり、助産師の感情には【助産師自身のビリーブメント(死別反応)への気づき】があった。また教育プログラムへの要望として、自分たちのケアを共有し、情報交換のできる場が挙げられた。

近年、看護の対象となる、クライアント、家族、地域のニーズは複雑になっているため、保健医療に従事する学習者のレディネスや学習のニーズは多様化し、限定することが難しくなっている (Grisetti & Jacono, 2006)。第1章の文献検討より、看護職者を対象とした教育プログラムの開発の手順として、文献検討や概念分析によりプログラムの構成内容を焦点化してプログラム開発をしたもの(溝口他, 2002a; 片岡, 2004; 友田他, 2006; 奈良間他, 2006; 内田他, 2007; 三隅他, 2008; 大林他, 2009a; 辻, 2010)、看護職者の現状や教育ニーズを明らかにした後に、プログラム内容と方法を検討したもの(溝口他, 2002; 内田他, 2007; 友田, 2006)、医療従事者を対象としたアメリカで実施されている医療従事者を対象とした教育プログラムを参考に、日本の実状に対応させた教育プログラムに発展させたもの(友田, 2006; 三隅他, 2008)などがあげられていた。

以上の内容をふまえ、周産期の喪失ケアに関わる助産師を対象とした卒後教育プログラムの開発を本研究の目的とし、学習者参加型のプログラムの開発に取り組んだ。

II. 方法

助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラム(以降、教育プログラムとする)の開発にあたっては、入院中の周産期の喪失を体験した女性や家族の悲嘆への理解を深めること、情報を共有する場を設けること、そして助産師のメンタルヘルスを保つために、助産師が、自身の死への態度や悲嘆について考える内容を含めることによって、客観的に自らのケアを評価できる態度を養うことをめざし、次の手順を追った。

1. 文献検討(第1章)や概念分析(第2章; p. 18 図1参照)から、周産期の喪失を体験した女性や家族の入院中のケア・ニーズをもとに、プログラム内容に含める基本的な概念(悲

- 嘆、喪失、愛着) を抽出した。
2. 周産期の喪失ケアに関するアメリカとイギリスで実施されている教育プログラム(DiMarco, et al., 2002; Cartwright, et al., 2005)について検討し、わが国の現状に合わせた「入院中のケア」に焦点を当てることとした。
 3. 本研究に先立って行った教育プログラムへのニーズ調査結果(第3章; p.24 表3 参照)より、周産期の喪失を体験している母親や家族へのケアの振り返りに加え、助産師自身のビリーブメント(死別反応)への気づきにつながるようなプログラムの構成を検討した。
 4. 上記1-3で抽出された基本項目と、わが国の助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた教育プログラムを作成した。

III. 結果

検討の結果、以下に示すプログラムとした。

1. プログラムの目的

目的は、「助産師が、周産期の喪失を体験した女性や家族の喪失や悲嘆、わが子への愛着を理解することによって、ケアの意味づけができる。そして助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情に気づき、対処できる」とし、それをもとに目標を設定した。

2. プログラム目標

文献検討(第1章)、概念分析(第2章)および先行研究(第3章)の結果より、喪失と悲嘆、愛着を中心概念とし、入院中に行うことが望ましい周産期喪失ケアおよび教育プログラムの目標を次のように設定した。

- 1) 助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる。
- 2) 両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討(医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等)を行うことができる。
- 3) 助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる。
- 4) 実践を通して、包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる。

3. プログラム内容と実施方法

臨床現場では「その状況において今、何をすべきか」が常に問われる。いくつかの解決策をもつ看護問題に関して、何を信じて何をすべきかに焦点をあてた反省的かつ論理的な思考として批判的思考(Critical thinking)がある(Kataoka & Saylor, 1994)。批判的思考を促すには、問題認識を伴う問題解決思考、問題解決思考に基づいた情報を集めること、問題解決方法を決めて実践し、介入の有効性を評価することが必要である。Oermann, et al. (2000)は、批判的思考を促す方法として、ケーススタディ、対話でのやり取りを用いたディスカッションをとりい

れることを勧めている。そこで、卒後教育プログラムでは、臨床現場での批判的思考を促進するために、対話でのやり取りを用いたディスカッションが欠かせない方法論である。

グループ討議のメンバーは、通常8～12名で構成される(高山・安梅 1998)が、メンバー間の意見交換をより積極的に行うため、本研究では経験年数の近い者5～7名程度の構成とした。

また第3章で得られた結果より、教育プログラムへの要望として、ケアを共有し情報交換できる場が挙げられたため、本プログラムではグループ討議を取り入れることとした。

講義は、ケアを想起し、プログラム目標に沿ったグループ討議に導入できるよう、周産期の喪失に関連する悲嘆、愛着、男女の悲嘆反応の違い、医療従事者の悲嘆や自己管理に焦点を当てた内容を、20分程度で計画した。目標4)で示した項目については、参加者個々の3ヵ月後の実践報告を通して、自己評価を行うこととした。

プログラムの詳細を、表4に示した。講義・グループ討議から構成された3時間20分のプログラムである教育プログラムは、プログラムへの参加しやすさを考慮して1日で計画した。

表4. 教育プログラムの構成と展開方法

時間		学習目標および内容	方法	教材
10:00 ～ 10:20	20分	はじめのあいさつ・プレテスト		
10:20 ～ 10:40	20分	<u>1. 助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着の理解とケアに意味づけができる。</u> 悲嘆、愛着形成、親子の絆、男女の悲嘆反応の違い	講義	パワーポイント
	10分	休憩		
10:50 ～ 11:50	60分	<u>2. 両親が夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すための、施設で提供できるケアの検討（医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等）を行うことができる。</u> 各施設で実践する、子どもと家族を尊重し、親子と家族の絆づくりへのケアの情報交換、ケアの継続性、対応困難と感じたケアやその対策について（討議状況によっては対応困難事例の提案をする）。	グループ討議	
	10分	討議のまとめ		
12:00 ～ 12:50	50分	昼休憩		
12:50 ～ 13:05	15分	<u>3. 助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について情報共有できる。</u> 医療従事者の悲嘆、自己管理について	講義	パワーポイント
13:05 ～ 13:35	30分	助産師自身のセルフケアについて 自己管理、同僚スタッフへの配慮	グループ討議	
	10分	討議のまとめ		
13:45 ～ 14:15	30分	<u>4. 実践を通して、包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる。</u> プログラム内容をふまえ、自己学習目標を設定する。 ポストテスト、プログラム評価		
14:15 ～ 14:30	15分	事後評価の確認、質疑応答など		

IV. 考察

周産期の喪失を体験した女性や家族に対し、助産師は、数時間から数日の入院期間で、個々の悲嘆反応や対処、子どもの死を受け入れることや夫婦・家族の新たな関係作りを目指すものの、直接的な支援をするには限界を感じている。そのため、助産師は、【母親や家族とコミュニケーションがとれないように感じる】(第3章)といった不安全感を繰り返す。そこで、臨床経験を問わず、ケアの視点を明確にすることで、ケアに対する不確実な感情への対処ができるのではないかと考え、「助産師が、周産期の喪失を体験した女性や家族の喪失や悲嘆、わが子への愛着を理解することによって、ケアの意味づけができる。そして助産師自身のケアへの不確実さに伴う感情に気づき、対処できる」ことを目的に、プログラム開発に取り組んだ。

まず、概念分析(第2章)より、夫婦それぞれの悲嘆や、親になることにつながるわが子との愛着への理解を深めるために、目標 1) 『赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着の理解とケアを意味づけられる』を設定した。この目標に対して、講義によって入院時の周産期の喪失での悲嘆や愛着を理解することをめざす。講義を通して、参加者はこれまで関わった夫婦や家族の反応を受け止め、自らのケアを意味づけ、振り返る機会となることが期待できる。

助産師は、【母親や家族の悲しみを支える】ことを心がけているが、自施設のみならず他施設の助産師がどのようにケアに携わっているのか、情報共有の場を望んでいる(第3章)。そのため、目標 2) 『夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すための、施設で提供できるケアの検討(医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等)を行う』を設定した。この目標に対して、グループ討議によって各施設で実践するケアの情報交換や対応困難事例とその対応や疑問、ケアへの悩み等を各助産師が討議できるようにする。参加者が所属する施設や助産師自身の経験によって、討議内容は流動的であることが予測される。そこで、各施設で提供できる実施可能なケアとは何かに焦点を当てて討議を進めるよう配慮することで、目標が達成できると考えた。

周産期の喪失は、わが子を亡くした夫婦や家族の悲しみに直面する助産師にとっても感情を揺さぶられる状況である。それは、ケアに対する不安全感に加え、【助産師自身のビリーブメント(死別反応)に気づく】(第3章)体験でもある。そのため、医療従事者の悲嘆、自己管理について理解を深めることが望ましいと考え、目標 3) 『助産師自身のケアへの不確実さに伴う感情について参加者が情報共有できる』ことを設定した。周産期の喪失を体験した母親や家族へのケアに対し、参加者それぞれが不確実さを経験していることを共有することで、不確実さそのものを認める機会となる。さらに、女性や家族のみならず、助産師自身のビリーブメント(死別反応)を認めることで、自らの感情への認識を高めることが期待できると考えた。

これらの目標に沿って講義やグループ討議を進めることは、日頃のケアを意味づけて認め、助産師同士の情報共有から実施可能なケアへの気づきへと発展できるのではないかと考えた。そこで、個々の参加者が、本プログラムでの気づきに基づき実践に取り組めるよう、プログラム後3か月間の自己目標をたてることにした。これが、目標 4) 『実践を通して、包括的な周

産期の喪失ケアの自己評価ができる』となった。各施設の実情と、参加者の力量に合わせた目標は、達成度が高く、自己評価もしやすいと考える。

グループ討議中は、所属組織と医療従事者個人としての責任範囲や優先すべき課題を明確にする必要がある (Wright, 1996/2002)。また、両親の感情に寄り添う助産師自身の自己管理は重要であるものの、研修の時期や内容によっては、受講者の心理的な負担になりうるということが指摘されている (McCreight, 2005)。そのため、ディスカッションでは組織の特徴をふまえて、実現可能なケアについて討議を行うこととした。また、事例検討などのディスカッションにより、参加者自身の未解決の悲嘆が甦ることで、感情のコントロールが脅かされる反応が起こりうることを予め説明し、ディスカッションを止めることへの配慮も必要となる。そのため、分析対象としない個別相談の時間をもうけることを説明することで、参加者の心理的負担を考慮することとした。

V. 小括

助産師を対象とした、「助産師が、周産期の喪失を体験した女性や家族の喪失や悲嘆、わが子への愛着を理解することによって、ケアの意味づけができる。そして助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情に気づき、対処できる」を目的とした、周産期の喪失ケアのための教育プログラムを作成した。

1. 喪失と悲嘆、愛着を中心概念とし、入院中に行うことが望ましい周産期喪失ケアおよび教育プログラムの目標を次のように設定した。その概要は、以下の通りである。
 - 1) 助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる。
 - 2) 両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討 (医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等) を行うことができる。
 - 3) 助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる。
 - 4) 実践を通して、包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる。
2. 教育プログラムは、プログラムへの参加しやすさを考慮して1日で行い、講義・グループ討議から構成された3時間20分のプログラムである。目標4) は、参加者個々の3ヵ月後の実践目標に対する、自己評価を行う。
3. プログラム実施に当たっては、事例検討などのディスカッションにより、参加者自身の未解決の悲嘆が甦ることで、感情のコントロールが脅かされる反応が起こりうることへの説明および配慮を行う。

第5章 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための教育プログラムの実施可能性と有効性の検討

I. 諸言

第4章で詳述した、周産期の喪失ケアのための教育プログラムを助産師に実施し、プログラムの実施可能性と有効性を検討することを目的とした。本プログラムによって、助産師が周産期の喪失ケアを振り返り、ケアを共有することを通して、臨床ケアの質の向上へと結びつくことが期待できる。また、本プログラムの効果が明らかになることで、周産期の喪失ケアが卒後教育として広く普及し妊産褥婦へのケアの質の向上への一助になると考えた。

II. 方法

本研究は、対照群を設定しない一群の前後比較による介入デザインで実施した。

1. 研究対象者

研究対象者の募集は、便宜的標本抽出法とした。研究対象者の適格条件として、産科・周産期センターを標榜する施設で働く助産師で、通常の会話および、自記式質問紙への回答が可能で、周産期の喪失ケアを実施し、3ヵ月後の事例の振り返りまで研究協力が可能である者とした。助産師としての経験年数は問わず、研究趣旨に同意が得られた者とした。これらの条件を満たす助産師のうち、3ヵ月後の事例の振り返りに参加できなかった者と研究協力への同意を取り消した者は、本研究対象者から除外した。

2. 研究対象者の決定

周産期の喪失ケアについて先行研究に参加した助産師が所属する施設、および過去に研究者が周産期の喪失ケアに関する講義を行った施設に研究協力依頼を行った(資料1-3)。研究協力の意思のある助産師より研究者宛に参加申し込みがあった場合に、参加者個々に、研究者の連絡先を明記した研究趣旨を記載した文書(資料4、第4章 p.32 表4参照)を送付した。同意書の返送と参加者プロフィールの返送をもって同意とみなし、研究対象者とした。

3. 教育プログラムの実施方法

本教育プログラムは、第4章で述べた方法により実施した。講義・グループ討議で構成し、3時間20分で設定した(第4章 p.32 表4参照)。目的は、「助産師が、周産期の喪失を体験した女性や家族の喪失や悲嘆、わが子への愛着を理解することによって、ケアの意味づけができる。そして助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情に気づき、対処できる」とした。また、教育プログラム直後に、参加者個々が3ヵ月後の実践目標を設定することとした。

4. 評価方法 (図2)

プログラム評価は、プログラム前(事前評価)、プログラム終了時(直後評価)、3ヵ月後(事後評価)の3回行った。

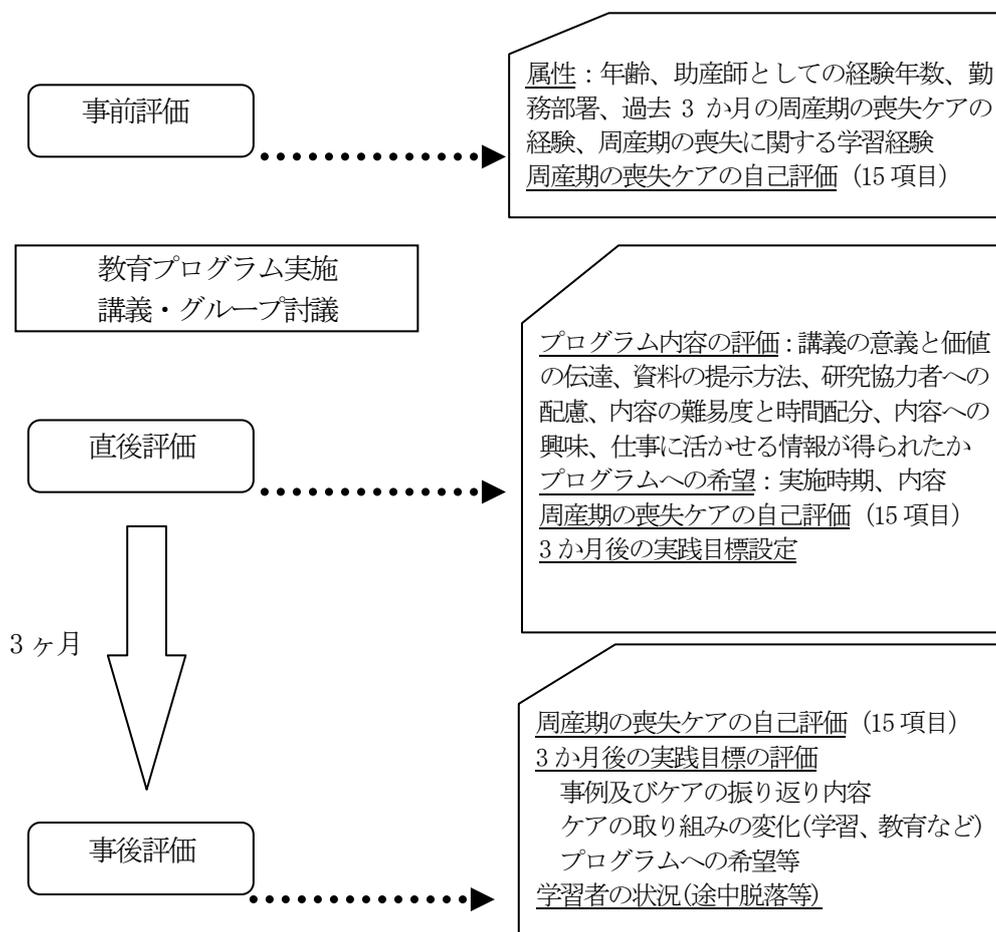


図2. 周産期の喪失ケアのための教育プログラムの実施と、評価指標

本研究では、対象者の各施設での実践に対し、プログラム内容と自己の実践目標を振り返る期間を持たせるため、事後評価の時期を3ヶ月後に設定した。それは、先行研究(第4章)で過去3か月以内に79.5%の者が周産期の喪失ケアをしていたことから、教育内容を実践に反映できるかどうかは、3ヶ月あれば効果の検証が可能であると考えたためである。

事前評価では、属性(年齢、助産師としての経験年数、勤務部署、過去3か月の周産期の喪失ケアの経験、周産期の喪失に関する学習経験)、プログラム前の周産期の喪失ケアに関する主観的な知識への自信や実践状況への自己評価(以下周産期の喪失ケアの自己評価とする)を調査した。

周産期喪失ケアの自己評価は、文献検討(第1章)、概念分析(第2章)および先行研究(第3

章)に基づき、女性や家族が体験する悲嘆や愛着に関する主観的な知識への自信やケアの実践状況、医療従事者同士のコミュニケーションの状況や周産期の喪失ケアに対する気持ちを尋ねる15項目を設定した。15項目の内訳は、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識への認識5項目、周産期の喪失ケアに関する個別ケアの実践状況5項目、周産期の喪失ケア体制4項目、周産期の喪失ケアへの気持ち1項目であり、それぞれの質問に対して、Visual Analog Scale (VAS)での回答を求めた(資料5)。

VASは、人間の知覚、感受性、気分等を測定する主観的評価として広く使用されている(Wewers & Lowe, 1990)。看護職者は専門職として、常に最善のケアを提供するために、自らの責任において生涯にわたって教育に参加する倫理的責任を負う(日本看護協会, 2000; 日本助産師会, 2006; 日本助産師会, 2009)。このことは、助産師が、臨床経験を積みながら、自律性・自立性・一人で学習を楽しめる気質など自己決定学習のレディネス (Merriam & Caffarella, 1999/2005)を培う態度が求められているともいえる。本研究は、自律して学習しうる助産師を対象とし、グループ討議を通して周産期の喪失に関する学習動機やケアの手がかりとなるように本プログラムを作成した。そのため、本プログラム評価は、個々の助産師の知識や実践の主観的な変化をとらえる尺度としてVASを用いることにした。

直後評価では、プログラム内容の評価(講義の意義と価値の伝達、資料の提示方法、研究対象者への配慮、内容の難易度と時間配分、内容への興味、仕事に活かせる情報が得られたか)、プログラムへの希望(実施時期や内容等)、3ヶ月後の実践目標設定(資料6)、プログラム後の周産期喪失ケアの自己評価(VAS)を調査した。

3ヶ月後の事後評価では、プログラム後に臨床で関わった事例およびケアの振り返り(プログラムに沿った実践への取り組みおよび評価)、対象のアセスメント(妊娠の受け止め、妊娠・分娩経過)の深まり、実践目標達成の自己評価、ケアの取り組みの変化(自己学習、病棟での伝達講習実施等)等について面接調査および周産期喪失ケアの自己評価(VAS)を行った。

5. 研究期間

平成25年1月～平成25年6月

6. 分析方法

属性および、プログラム内容の評価(直後評価)は記述統計を用いた。周産期の喪失ケアの自己評価(VAS)は、データに正規性がないことを確認した後、プログラム参加前、直後、3か月後の3時点の比較を、Friedman検定により行い、有意水準は5%未満とした。次いで、Wilcoxonの符号付順位検定により、参加前と直後、参加前と3か月後、参加直後と3か月後の各2時点の比較を行った。これらの比較を行う際の検定に有意水準5%を用いると、3回の検定全体では5%を超えてしまう多重性の問題が起こる。この問題を防ぐために、有意水準5%の補正を行い、1つ1つの検定に用いる有意水準を $0.05 / 3 = 0.017$ 、すなわち1.7%未満とした。解析には、SPSS ver. 20.0を用いた。

加えて、3か月後の事後評価における自己目標達成度の評価および、ケアへの取り組みの変

化、プログラムへの希望について、帰納的に内容分析を行った。

7. 倫理的配慮

研究協力者には、研究参加への自由意思の尊重、研究途中での参加自体の自由の尊重、施設及び研究協力者の匿名性の保証を説明した。病棟師長が取りまとめた施設では、最終的な研究同意の諾否は師長に伝えないことによって研究参加の自由意思の尊重を図った。また、ケアの語りを通して研究参加者自身の未解決な悲嘆が避ることで感情コントロールが脅かされる可能性についても説明し、必要時分析対象としない個人相談の時間を設け、専門医を紹介することも付記した。本研究は、広島大学大学院保健学研究科心身機能生活制御科学講座倫理委員会の承認(1267)を受けて実施した。

III. 結果

1. 教育プログラムの実施状況

対象者の募集は、周産期の喪失ケアについて先行研究に参加した助産師が所属する施設および、筆者が過去に講演をした施設の13施設で行い、10施設より研究協力の承諾を得た。各施設より研究協力の同意を得た22名の助産師を対象者とした。そのうち1名はプログラム参加前に辞退し、3か月後評価まで協力が得られたプログラム参加者は21名であった。

2. 対象者の背景

プログラムは同じ内容を4回実施し、1回あたり4~7名の参加者であった。プログラム参加者の平均年齢は 33.4 ± 8.7 歳(23~52)、助産師としての経験年数は 8.3 ± 7.4 年(2~31)、現部署の経験年数は、 5.1 ± 5.1 年(1~25)であった。勤務部署は、産婦人科を含む混合病棟15名(71.4%)、産科・周産期センター4名(19.1%)、NICU2名(9.5%)であった。過去3か月間の周産期の喪失ケア経験は19名(90.5%)があると回答し、その内訳は複数回答で、12週未満の流産8名、12週以降の死産9名、新生児死亡2名であった。周産期の喪失に関する事例検討の経験は8名(38.1%)、周産期の喪失ケアに関する後輩への指導経験は12名(57.1%)があると回答した(表5)。グループ別の対象者の背景は表6に示した。

表5. 対象者の属性

	平均	SD	範囲
年齢 (歳)	33.4	8.7	23-52
経験年数 (年)	8.3	7.4	2-31
現部署での経験年数 (年)	5.1	5.1	1-25
	n	%	
看護教育			
専門学校	9	42.9	
大学	12	57.1	
助産教育			
助産師学校	8	38.1	
短大専攻科	2	9.5	
大学選択	10	47.6	
大学専攻科・別科	1	4.8	
学位など			
学士	11	52.4	
修士	2	9.5	
認定看護師	1	4.8	
なし	7	33.3	
職位			
スタッフ	17	81.0	
主任	3	14.3	
師長	1	4.8	
主に働いている部署			
産科・周産期センター	4	19.1	
産婦人科を含む混合病棟	15	71.4	
NICU	2	9.5	
3ヶ月間の周産期の喪失ケア経験			
あり	19	90.5	
12週未満流産	8		
12週以降死産	9		
新生児死亡	2		
周産期の喪失ケアに関する			
事例検討会	8	38.1	
指導経験	12	57.1	

表6 グループ別の対象者の背景

	人数	年齢	SD	範囲	助産師経験	SD	範囲
1G	4	31.8	8.14	23-44	6.8	4.2	2-13
2G	7	33.3	9.79	23-52	10.3	10.2	2-31
3G	4	26.8	1.48	25-29	4.5	1.5	3-7
4G	6	39.2	5.70	33-49	9.7	5.4	3-19

3. 教育方法の評価

プログラム内容について、「講義の要点への理解ができたか」については、『あてはまる』と評価した者は16名(76.2%)、『どちらかというにあてはまる』と評価した者が5名(23.8%)であった。「プログラム内容は難しかったか」については、『どちらともいえない』～『あてはまらない』と評価した者は18名(85.7%)、「易しすぎたか」については、『どちらともいえない』～『あてはまらない』と評価した者が20名(95.2%)であった。「講義の時間配分の適切さ」については『あてはまる』と評価した者は18名(85.7%)、「グループ討議の時間配分の適切さ」については『あてはまる』と評価した者が19名(90.5%)であった。「今後のケアに生かせる内容であったか」については『あてはまる』と評価した者は21名(100%)であった(表7)。

表7. 教育プログラム内容の評価

プログラム内容	あてはまる		どちらかというにあてはまる		どちらともいえない		どちらかというにあてはまらない		あてはまらない	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
講義の要点は理解できた	16	76.2	5	23.8	0	0	0	0	0	0
出席者が参加しやすいように配慮されていた	19	90.5	1	4.8	1	4.8	0	0	0	0
反応や理解を確認していた	20	95.2	1	4.8	0	0	0	0	0	0
参加者を尊重した態度であった	21	100	0	0	0	0	0	0	0	0
教材の量は適切であった	20	95.2	1	4.8	0	0	0	0	0	0
教材の内容は適切であった	19	90.5	2	9.5	0	0	0	0	0	0
内容は難しかった	1	4.8	2	9.5	7	33.3	8	38.1	3	14.3
内容は易しすぎた	1	4.8	0	0	7	33.3	4	19.0	9	42.9
講義の時間配分は適切であった	18	85.7	3	14.3	0	0	0	0	0	0
グループ討議の時間配分は適切であった	19	90.5	2	9.5	0	0	0	0	0	0
今後のケアに生かせる内容であった	20	95.2	1	4.8	0	0	0	0	0	0

プログラムの構成について、1日のプログラムは「適当」と評価した者は20名(95.2%)、「長い」と評価した者が1名(4.8%)であった。悲嘆反応や愛着行動への理解の講義が「必要」と評価した者は20名(95.2%)で、講義時間(20分)は「適当」と評価した者は20名(95.2%)であった。周産期の喪失ケアの情報交換および、対応困難事例の共有と対策のグループ討議が「必要」と評価した者は21名(100%)、討議時間(60分)は「適当」と評価した者が20名(95.2%)であった。助産師自身のメンタルヘルスの講義が「必要」と評価した者は、21名(100%)で、講義時間(15分)は「適当」と評価した者は19名(90.5%)であった。助産師自身のセルフケアのグループ討議が「必要」と評価した者は21名(100%)で、討議時間(30分)は「適当」と評価した者は20名(95.2%)であった(表8)。

表8. 教育プログラム構成の評価

	長い		適当		短い	
	n	%	n	%	n	%
プログラム構成						
1日のプログラムは	1	4.8	20	95.2	0	0
講義						
悲嘆反応や愛着行動への理解	0	0	20	95.2	1	4.8
助産師自身のメンタルヘルス	0	0	19	90.5	2	9.5
グループ討議						
周産期喪失ケアの情報交換	0	0	20	95.2	1	4.8
対応困難事例の共有と対策	0	0	20	95.2	1	4.8
助産師自身のメンタルヘルス	0	0	20	95.2	1	4.8

4. プログラムの効果に関する検討

3か月後まで協力を得た対象者21名について、プログラム評価指標である周産期喪失ケアに対する自己評価15項目（周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識について5項目、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの実践状況について5項目、周産期の喪失ケア体制について4項目、周産期の喪失ケアへの態度1項目）について、プログラム前、プログラム直後および3か月後の3時点の変化を分析し、プログラムの効果を検討した（表9）。

表9. VASによる周産期の喪失ケアに対する自己評価項目と平均値結果一覧

項目	時期	n	平均	SD	最小値	最大値	Friedman検定		時期	Wilcoxonの符号付順位検定	
							χ^2 値	p値		z値	p値
妊娠中からの親子の愛着を考慮したケアに関する知識について	前	21	65.0	12.6	49	92	5.81	0.055			
	直後	21	71.6	12.8	47	95					
	3か月後	21	70.4	15.8	30	100					
妊娠中からの親子の愛着を考慮したケアに関する実践状況について	前	20	56.9	16.0	34	91	9.60	0.008	前後	-1.188	0.235
	直後	21	62.3	14.3	32	93			前・3か月	-2.558	0.011
	3か月後	21	65.4	13.4	45	94			後・3か月	-1.338	0.181
分娩・産褥期の親子の愛着を考慮したケアに関する知識について	前	21	71.7	13.0	48	93	5.34	0.069			
	直後	21	75.3	12.5	48	92					
	3か月後	21	73.0	15.8	29	100					
分娩・産褥期の親子の愛着を考慮したケアに関する実践状況	前	21	63.0	17.4	29	90	1.87	0.392			
	直後	21	67.4	14.8	30	92					
	3か月後	20	69.8	14.7	34	95					
母親の悲嘆反応を考慮したケアに関する知識	前	21	60.3	15.4	30	88	12.67	0.002	前後	-3.424	0.001
	直後	21	74.7	14.2	37	95			前・3か月	-2.138	0.033
	3か月後	21	70.2	16.1	27	95			後・3か月	-0.956	0.339
母親の悲嘆反応を考慮したケアに関する実践状況	前	21	52.3	13.9	30	88	7.71	0.021	前後	-2.729	0.006
	直後	21	63.1	17.0	23	95			前・3か月	-1.86	0.060
	3か月後	21	61.3	15.3	27	85			後・3か月	-0.574	0.566
父親の悲嘆反応を考慮したケアに関する知識	前	21	43.2	23.8	11	88	12.40	0.002	前後	-3.492	0.000
	直後	20	65.3	19.2	34	94			前・3か月	-3.007	0.003
	3か月後	21	66.9	18.2	26	95			後・3か月	-0.411	0.681
父親の悲嘆反応を考慮したケアに関する実践状況	前	21	37.2	18.3	11	87	11.10	0.004	前後	-1.98	0.048
	直後	20	45.8	17.5	21	93			前・3か月	-3.076	0.002
	3か月後	21	52.9	17.7	19	82			後・3か月	-1.829	0.067
夫婦の関係性を考慮したケアに関する知識	前	21	50.5	14.7	15	77	11.30	0.004	前後	-3.100	0.002
	直後	21	67.0	18.2	18	92			前・3か月	-2.972	0.003
	3か月後	21	67.6	17.9	26	95			後・3か月	-0.261	0.794
夫婦の関係性を考慮したケアに関する実践状況	前	21	44.8	13.7	15	67	6.38	0.041	前後	-1.182	0.237
	直後	21	50.2	16.2	18	92			前・3か月	-2.572	0.010
	3か月後	21	57.8	15.6	25	83			後・3か月	-2.068	0.039
流産・死産時の経過予測や分娩管理が安全にできる	前	20	48.5	28.9	0	97	5.16	0.076			
	直後	20	59.9	21.7	10	93					
	3か月後	19	55.0	17.9	23	86					
医師や助産師同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスの実施状況	前	21	39.6	25.7	0	93	10.84	0.004	前後	-3.019	0.003
	直後	19	65.1	16.7	38	100			前・3か月	-1.164	0.244
	3か月後	21	46.8	18.2	18	85			後・3か月	-2.777	0.005
ケアに関する相談者を決めている	前	21	37.7	21.8	19	100	2.87	0.238			
	直後	21	71.5	22.5	17	100					
	3か月後	20	70.2	21.1	20	100					
周産期の喪失ケアを担当している同僚に、相談に乗るように配慮している	前	21	59.5	22.6	12	93	3.60	0.165			
	直後	20	69.3	20.6	16	100					
	3か月後	21	63.3	20.4	19	100					
周産期の喪失ケアに対する気持ち-周産期の喪失を体験した母親や家族のケアや状況の申し送りをつけて、気が重くなったことがある-	前	21	25.0	17.9	0	73	9.22	0.01	前後	-3.550	0.000
	直後	18	45.4	14.8	18	75			前・3か月	-2.592	0.010
	3か月後	18	46.8	20.1	18	85			後・3か月	-0.155	0.877

(1) 周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識について

Friedman 検定により、母親の悲嘆反応を考慮したケアへの知識 (χ^2 値=9.6、p 値=0.008)、父親の悲嘆反応を考慮したケアへの知識 (χ^2 値=12.4、p 値=0.002)、夫婦の関係性を考慮したケアへの知識 (χ^2 値=11.3、p 値=0.004) において、3 時点での有意な得点変化を認めた。

次に、介入前と介入直後、介入前と 3 か月後、介入直後と 3 か月後の変化について Wilcoxon 符号付順位検定を行った結果、母親の悲嘆反応を考慮したケアへの知識は介入前と介入直後 (p

値=0.001) で、父親の悲嘆反応を考慮したケアへの知識は介入前と介入直後(p 値=0.000)、介入前と 3 か月後(p 値=0.003)で、夫婦の関係性を考慮したケアへの知識は介入前と介入直後(p 値=0.002)、介入前と 3 か月後(p 値=0.003)でそれぞれ有意に主観的な知識の得点が上昇していた(図 3)。

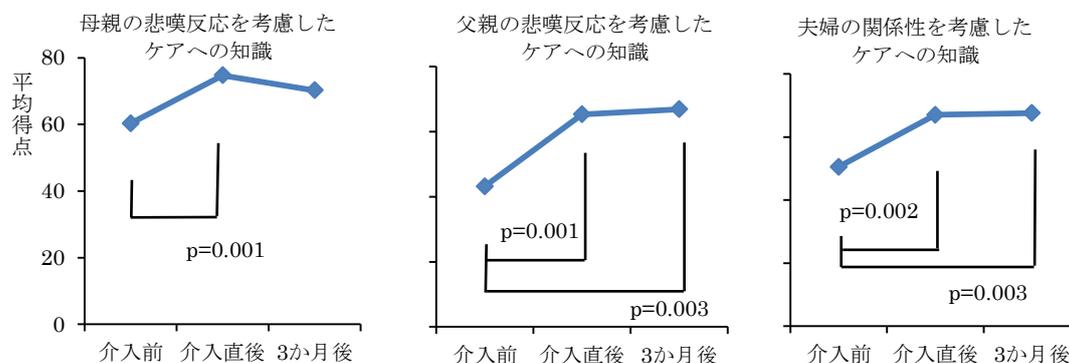


図 3. 周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識の得点変化

(2) 周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの実践状況について

Friedman 検定により、妊娠中からの親子の愛着を考慮したケアの実践 (χ^2 値=9.6、p 値=0.008)、母親の悲嘆反応を考慮したケアの実践(χ^2 値=7.71、p 値=0.021)、父親の悲嘆反応を考慮したケアの実践 (χ^2 値=11.1、p 値=0.004)、夫婦の関係性を考慮したケアの実践 (χ^2 値=6.38、p 値=0.041) において、有意な得点変化を認めた。

次に、介入前と介入直後、介入前と 3 か月後、介入直後と 3 か月後の変化について Wilcoxon 符号付順位検定を行った結果、妊娠中からの親子の愛着を考慮したケアの実践では介入前と 3 か月後(p 値=0.001)で、母親の悲嘆反応を考慮したケアの実践では介入前と介入直後(p 値=0.006)で、父親の悲嘆反応を考慮したケアの実践では介入前と 3 か月後(p 値=0.002)で、夫婦の関係性を考慮したケアの実践では介入前と 3 か月後(p 値=0.01)でそれぞれ有意に主観的な実践の得点が上昇していた(図 4)。

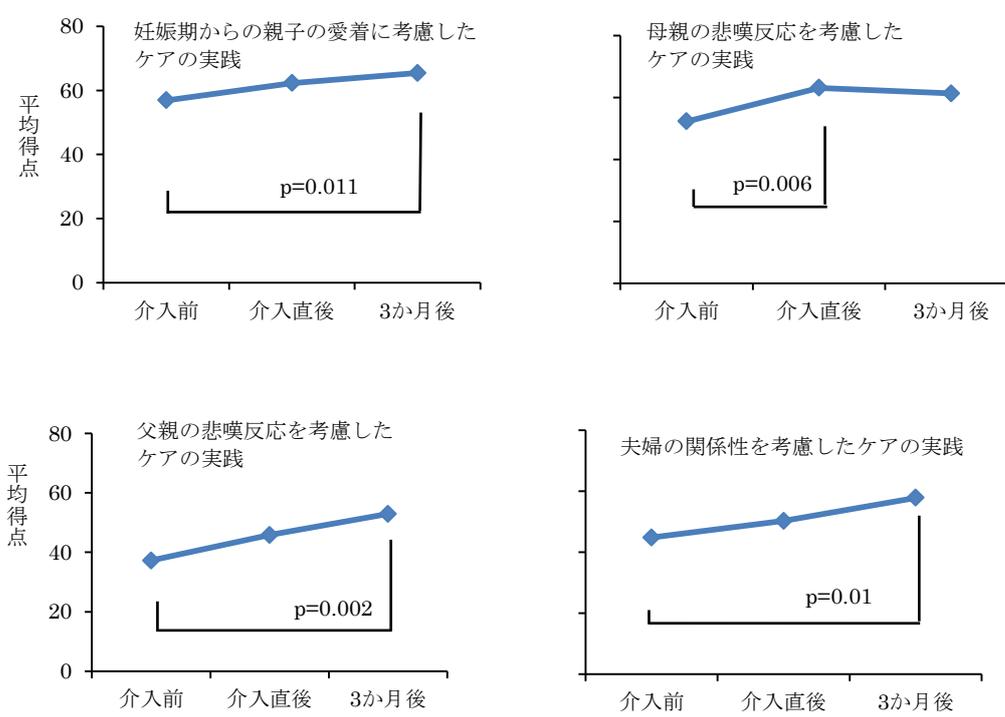


図4. 周産期の喪失ケアに関する個別ケアの実践の得点変化

(3) 周産期の喪失ケア体制について

Friedman 検定により、医師や助産師市同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスをもつ (χ^2 値=10.84, p 値=0.004) において、3 時点では有意な得点変化を認めた。

次に、介入前と介入直後、介入前と3か月後、介入直後と3か月後の変化について Wilcoxon 符号付順位検定を行った結果、医師や助産師同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスをもつことについて介入前と直後 (p 値=0.003) では主観的な得点が有意に上昇したが、介入直後と3か月後 (p=0.005) で主観的な得点が有意に低下した (図5)。

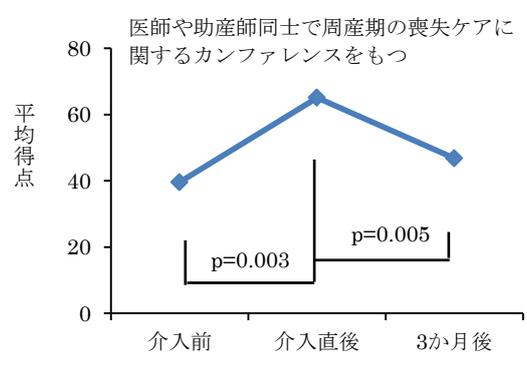


図5. 周産期の喪失ケア体制の得点変化

(4) 周産期の喪失ケアへの気持ちについて

Friedman 検定により、周産期の喪失ケアに対する気持ち（常に気が重い～感じない）（ χ^2 値=9.22、p 値=0.01）において3時点で有意な得点変化を認めた。

次に、介入前と介入直後、介入前と3か月後、介入直後と3か月後の変化について Wilcoxon 符号付順位検定を行った結果、周産期の喪失ケアに対する気持ちでは、介入前と介入直後（p 値=0.000）、介入前と3か月後（p 値=0.01）で主観的な得点が有意に上昇した（図6）。

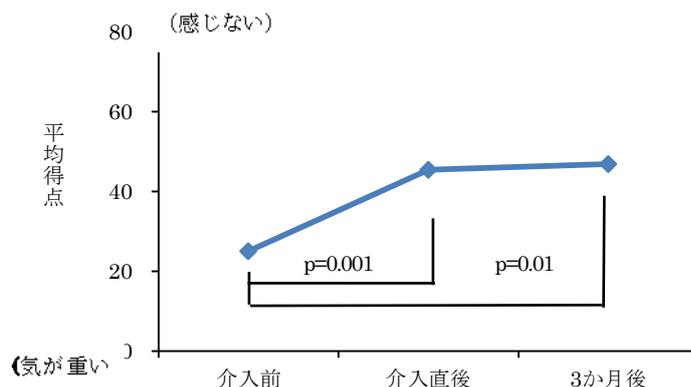


図6. 周産期の喪失ケアへの気持ちの得点変化

5. 3か月間の実践目標設定

教育プログラム直後に、対象者にプログラム内容をふまえた、3か月後の実践目標設定を求めた。個々の対象者の実践目標は、1~4項目で設定された。

その結果、個人目標内容として『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』に関連した目標（17名）、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討（医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等）を行うことができる』に関連した目標（21名）、『助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる』に関連した目標（12名）があげられた。『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』に関連した目標設定はプログラム直後にはあげられていなかった（表10）。

表10 3か月間の実践目標設定状況

プログラム目標	人数（人）
1) 助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる。	17
2) 両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討（医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等）を行うことができる。	21
3) 助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる。	12
4) 実践を通して、包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる。	0

6. 3か月後の自己評価（個人面接）

21名へのインタビューの平均時間は、27分51秒（14～39分）であった。周産期の喪失ケアでは、18名（86%）が母親や家族に関わり、3名はケアに関わる同僚スタッフのサポートを行っていた。インタビューの結果、対象者は自己目標を3か月間で概ね達成できたという意見が得られた。

インタビュー結果は目標ごとに自己評価内容を内容分析し、カテゴリーを抽出した。文中での表記方法として、【 】はカテゴリー、「 」は対象者の言葉を示し、対象者の言葉への補足には（ ）を用いた（表11）。

表11. プログラム目標に対する自己評価のカテゴリー一覧

助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる
愛着や悲嘆の理論にケアがつながる
父親にも配慮する
同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる
両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討を行うことができる
ケアの連続性を意識する
ケースカンファレンスの活用
助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる
助産師自身の悲嘆への気づき
同僚の反応に気づく
同僚を支える
実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる
ケアを意味づける
自己課題の明確化

1) 『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』ことへの自己評価

対象者は、プログラム後に配布資料に加え、手元にある書籍や文献を改めて読み、3か月間に関わった家族へのケアを振り返っていた。自己評価内容は、【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】【父親にも配慮する】【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】の3つのカテゴリーに分類できた。

(1) 【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】

対象者は、母親に焦点を当てたケアにとどまっていたが、母親との関わりから、母子の愛着を考えるようになっていた。【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】ことで、自らのケアが意味を持たせた関わりであることに自信を持ち、ケアの実践につながっていた。

「最初に講義形式で整理されて、実際の自分たちの体験を話すということで、講義の内容、理論的などところと合わさったので、理解は深まったと思う。」

「ずっと赤ちゃんのお母さんであることは続いているし。親子関係は続いているというふうに、

お母さんの姿を見ると、そういう風に見えて。そう伝えた。」

「赤ちゃんの声を聞いたら救われると言われるお母さんもおられるので。亡くなったというのは確かにマイナスだけど、どこかで赤ちゃんのことを考えることで、プラスのこともあるかも。」

「精神的に余裕がないというか、苦手意識を持ち始めているのもあって、処置に集中してしまい、心理的などころまで視点がいきにくかった。いろんな人の意見を聞いて、心の余裕をもって接してもいいのかなと思えて。精神的な面でのケアに対して、見方を考えさせられる機会だった。」

「学生の時には正常ばかりで（周産期の喪失について）習ってない。就職したら異常の方が多いですよね。習っておけば全然違う。（プログラムの）講義がもうちょっとあったらよかった」

(2) 【父親にも配慮する】

【父親にも配慮する】とは、これまで、分娩管理を含めて母親と赤ちゃんのケアに焦点をあてていた対象者が、父親を意識して配慮するようになったことである。一方、父親と関わる時間が限られていることから、父親へのアプローチを戸惑いながらケアを模索する様子も語られた。

「当事者の産婦さんに対するケアは重点的に見るので、意識はできるけど、家族、特にパートナーの悲嘆は気づけていないところがある。ケアの時は母親ばかりになるときに、資料を見て、どういうふうな関わり方をできるのかなと見直したり。確認しないと、意識的にできないな。」

「今までは本人ばかり目が行っていたけど、旦那さんにも、ケアに参加してもらったり、声掛けを意識してしたかなという事例だった。」

「夫は（不妊治療時や流産処置の時に）ぱーんと来られるだけなので、サインが読み取れない。夫がどうしてほしいのかよくわからない。」

(3) 【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】

【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】とは、周産期の喪失ケアを、母子に焦点を当てたケアから、父親や同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえ、家族ぐるみで悲しみを共有できるケアを考えることであった。

「（前回死産で、今回切迫早産で入院中の母親や家族と関わることで）家族と、子どもにも、一種の悲嘆の流れというのが印象には残っている。」

「小さいお子さんがおられて、家族4人で過ごしていいですかって言われたような気がしたので。家族として、赤ちゃんと面会されてという時間を作った印象がある。」

2) 『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』ことへの自己評価

対象者は、教育プログラムでの情報交換を通し、自らのケアを振り返るとともに、自施設での実践可能なケアについて検討する機会となっていた。自己評価は、【ケアの連続性を意識する】

【ケースカンファレンスの活用】という2つのカテゴリーに分類できた。

(1) 【ケアの連続性を意識する】

対象者は、ケアの継続性の必要性を感じながらも、その実践には困難さを感じていた。【ケアの連続性を意識する】とは、すべての家族に対するケアには限界があるものの、必要に応じた継続ケアは実施されていることに気づくことや、同僚とともに継続ケアに踏み出すことである。

「外来のスタッフにも、この人こうだから、話をしてみてもとか、いつ来るからとか、意図的に(外来スタッフに)伝えておかないと難しい。(診察後に気がつかないうちに帰宅してしまい)捕まらない時もある。(今回は外来スタッフに)声をかけてみた。」

「自分がお産に関わった人、3交代をしてたら、どこかで(母親と)出会っていると思う。外来でも(記録から)情報は取れるので、(母親の状態の)確認はできると思う。」

「(外来診察室での)勤務やシフト、持ち場を変えたりを、自然にでき始めるようになった。みんなも、何かしたいのかな。チームで動けるように申し送ったりとかできるのが、すごくうれしくて。みんな気にかけているかな(と感じる)。」

(2) 【ケースカンファレンスの活用】

施設によっては、カンファレンスの規模や頻度、参加メンバーは多様性があった。【ケースカンファレンスの活用】では、カンファレンスの形式にこだわらず、伝達講習の場やケアを共有する場として運用することであった。また、ケアへの疑問を解決する場としてカンファレンスを活用する意識づけともなっていた。

「実際亡くなった子はいないけど、危機的状況だということでは、週に1回臨床心理士が入ったの話し合いと、患者カンファレンスを毎日、1日1回。それで、みんなのストレス解消にもなる。みんなが知らない情報を受け取って、それを次の勤務の人が(家族に)寄り添う感じ。」

「メンバーをいっぺんに集めてというのは難しいので、まずは草の根的な感じの振り返りをした。勤務の合間なので、心のケアまでというのは難しいので、そこが課題」

「先輩にはちゃんと整理して聞かないと、と思って緊張していたけど、(プログラムでの)話を聞いていると、先輩に聞くハードルが下がったかな。」

3) 『助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる』ことへの自己評価

対象者は、ケアへの不確実さを感じながらも、情報共有を通して自らの感情を振り返る機会となっていた。自己評価は【助産師自身の悲嘆への気づき】【同僚の反応に気づく】【同僚を支える】の3つのカテゴリーに分類できた。

(1) 【助産師自身の悲嘆への気づき】

【助産師自身の悲嘆への気づき】とは、ケア実践に対する自らの感情を受け止め、自己管理しようとする状況であった。

「今日は自分的には失敗したと思うんですけどっていう話をして、その直後にちゃんと振り返りを

してもら、ということが、ちょっとずつでき始めた。」

「(母親や家族の) 悲嘆とか愛着とかは意識できるけど、(悲嘆の) 自己管理というところは、視点が抜けていたなって思うので、これはちゃんとしたほうがいいな。」

(2) 【同僚の反応に気づく】

周産期の喪失ケアは、経験の多寡を問わず緊張を伴うケアである。施設によっては母体搬送の対応に追われ、スタッフ自身も余裕が持てない状況もあった。【同僚の反応に気づく】とは、スタッフ自身の悲嘆作業が必要だとあらためて気づくことであった。

「勉強会のあと、みんなでカンファレンスみたいな形をした。みんなが思っていることが同じようなことがあって。医療者自身がしんどいんだなって。泣いている子がたくさんいて。自分たちのケアも大切だなってすごくわかった。」

「喪失のケアというのは、無力感をみんなもっているって、すごくわかった。何もできなくてどうしていいかわからなくて。その場に立ちすくんで。お母さんに対してもそうだし。お生まれになって、少しがんばって呼吸する赤ちゃんを、(スタッフが) 一人で看取ることがものすごくつらい。そういうところに立ち会った子は、心の傷をもっているみたいで。」

(3) 【同僚を支える】

【同僚を支える】とは、周産期の喪失ケアに関わるスタッフに対し、意識的に評価し、支援しあうという意識を高めることであった。

「同僚からプラスのフィードバックを受けたことがなかったなと思って。ここはできていたという、プラスを言うようにしたから、向こうが気軽に相談しやすいと思っているかはわからないけど、自分ではそういう雰囲気を作るように心がけるようになった」

「看護って、対象の人の反応で、自分のケアはよかったよねって判断している、喜んでもらえたとか。ロスには、そういうのがないじゃないですか。お母さんも、ありがとうございますって帰られるけど。そういう気持ちにどこまで関わって答えられたのかなって、どうしてももやもやして残る。関わったその時間だけでも、(スタッフに) 声掛けをしてあげたりとかするのが、私たち(管理職)の役割かなって思う。」

4) 『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』ことへの自己評価

対象者は、プログラム直後の『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』ことへの目標の設定はなかったが、3 か月間の各目標に関する自己評価から【ケアを意味づける】【自己課題の明確化】の2つのカテゴリーが抽出できた。

(1) 【ケアを意味づける】

対象者は、目的をもって母親や家族と関わることで自然に言葉がけができるようになったという感覚をもっていた。【ケアを意味づける】とは、自らのケアを母子の愛着や母親の悲嘆に関する理論と照らし合わせることで、母親や家族と意識的に関わりをもとうとする姿勢であった。

「自分はこう思うんだけどとか、つらい気持ちはわかるよって共感というか、いったん受け止めてというのを意識すれば、話を聞いたりとかはしやすくなった。前は、遠慮して聞けないというのが、目的を持って聞けるようになったというのは感じた。怖くて聞けなかったけど。ああ、聞くのは、ちゃんとすればいいんだなって思った。」

「チェックリストに書いてあることを聞くだけでなく、たとえばこういうこともできますって、できることの想像を膨らませられるような感じで、接することができたかな。暗い雰囲気では終わらせたくないなという思いもあって」

「お母さんが用意してくれたお洋服とか見た時に、かわいいですねって、赤ちゃん喜ぶますねって。自分の思っていたことをすんなり言って。そうすると、お母さんもお父さんもほんとですかっという感じで。自分の対応で、何通りも反応があったんじゃないかなって。思ったことをすんなりといったことで、患者さん自身も、暗い感じで終わるんじゃないかと、ちょっとは、明るくじゃないけど、いごちよくできたかなあ。」

(2) 【自己課題の明確化】

【自己課題の明確化】には、自らのケアを肯定的にとらえて、職場全体のケアを高めようとすることや、振り返りや事例検討によって自らのケアの確認や保障を求める気持ちが含まれた。

「自分たちの病院は、やることはやってるんだって、肯定できる部分があったりするの。その確認ができた」

「ほかの病院に勤務されている方、様々な年代の方のジレンマや体験を聞いて、自分の病院だけの狭い世界だけではなく、広く見ることができ、自分の職場のスタッフ、環境を客観的な視点でみるいい機会だった。」

「ロスをすごく勉強したいという子がいるので。その子と一緒に来年くらいは、主になって勉強会をやらしてもらおうかな。準備をすることで、自分の勉強にもなるし。みんなと話すことで、自分も気持ちが楽になるだろうし。関わることへの、壁がなくなるかな。」

「年に一度は参加して、自分自身の整理の場にしていけたらと思うので、プログラムは続けてほしい。」

「最終的に何をしていたのか、わからない自分もいて。評価が全体にできなかつたりとかすると、(振り返りは)難しいとは思う。1つの事例を丁寧に検討する機会がほしい」

「(母親にとって) ちょっとした、喪失体験っていっぱい、ここ(産科病棟)にはあって。それをどう埋めていくかは、スタッフの支援に関わっている。何もできなくても、そばにいたり、気づかうというのがすごく大事。(周産期の喪失ケアは)深いなって、勉強会が役に立った。」

V. 考察

1. プログラムの目標の達成

第4章で、助産師は個々の悲嘆の知識から母親や家族の反応への意味づけをし、自らのケアを振り返る機会への学習ニーズがあることが示唆された。そのため教育プログラムでは、これ

までの知識を確認することと、グループ討議での助産師のケアの情報交換から自らのケアを省察するために、プログラム参加者の主観的な気づきをとらえることが必要と考えた。また、第4章は、助産師が【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】というように、不確実な思いをもちながらケアを実施していることが示されたため、ケアの自己評価は低いと推察された。そこで、VAS は、痛みのみならず気分や不安等への主観評定として広く用いられていることから (Wewers&Lowe, 1990)、自己評価の変化がとらえられるのではないかと考えた。そこで本研究のプログラム評価のうち、周産期の喪失ケアの自己評価は、周産期の喪失ケアに関する知識や実践の主観的な変化をとらえる目的で VAS を用いることとした。ここでは、VAS による介入前後および3か月後の時点での平均点の変化とその背景について考察する。

1) 周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識について

周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識への自己評価項目は、プログラム前と比較し、全項目で平均点が上昇傾向にあった。これは、プログラムにおいて、講義とグループ・ディスカッションによって知識を確認し、実践に反映できそうだという手ごたえを感じたためではないかと考えられた。また、母親および父親の悲嘆反応、夫婦の関係性に関する知識が介入前後で有意な得点上昇を認めたことから、プログラムによって悲嘆に関する知識がより確かになったのではないかと推察された。さらに、父親の悲嘆反応および夫婦の関係性に関する知識が、介入前と3か月後に有意な得点上昇を認めたことは、個々の参加者が父親の悲嘆反応や夫婦の関係性に関連した実践目標設定することによって、知識が確認できたと考えられた。このことは、『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』というプログラム目標達成に関連したカテゴリー【父親にも配慮する】【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】を説明するものであり、自らの知識に自信をもつことを支持できたと考える。

これらの視点から、悲嘆に関する理解を促し、グループ討議での夫婦や家族としての悲嘆が考えられるというプログラム構成は有効であったと考える。

妊娠中および分娩・産褥期の親子の愛着に関する知識は、プログラム前後での有意な得点変化を認めなかった。このことは、母子を尊重したケアを実践するためにすべての助産師が心がけている視点であると考えられた。一方、愛着の強さが悲嘆の強さに影響する (Parkes, 1996/2002) とする報告があることから、愛着に関するプログラム内容は、悲嘆の講義に含めた内容に修正する必要性が示唆された。

2) 周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの実践について

妊娠期からの親子の愛着、母親および父親の悲嘆反応、夫婦の関係性を考慮したケアの実践について、介入前と3か月後で有意な得点上昇を認めた。このことは、教育プログラムによってケアを振り返り、両親や家族の言動や感情を悲嘆ととらえて、意図的に関わったことにより、個別ケアの実践に関する得点が上昇したのではないかと考える。また、母親の悲嘆反応に関する個別ケアの実践において介入前後で有意な得点上昇を認めたのは、日々のケア場面において

実践できていることを改めて認識できたことによると推察される。

助産師教育において周産期の喪失を体験した女性や家族へのケア実践を行う機会は限られており、助産師学生あるいは新卒助産師の多くは教科書の知識をもとに、ケアへの確信が持てないまま実践に至っている。近年、周産期の喪失ケアへの関心の高まりから、助産師職能集団（日本看護協会、日本助産師会や日本助産学会）や sudden infant death syndrome（乳幼児突然死症候群：SIDS）家族の会等による研修会がもたれるようになった。しかし、研修会の開催頻度は少ないことから、周産期の喪失ケアに悩む助産師は、成人期の緩和ケアに関する研修や専門誌による周産期の喪失に関連した特集等で自己学習を進めている。本研究で実践の認知が高まったのは、教育プログラムにおいて悲嘆や愛着に関連した講義を受講することで、対象者のこれまでの自己学習の蓄積による知識が統合され、さらにグループ討議により自らのケアに意味を見出すことにつながったのではないかと思われる。その結果、確信を持てなかったケアが、愛着や悲嘆へのケアとして実践されているという認識が強まったと考えられる。したがって、本教育プログラムは、対象者の周産期の喪失ケアに関する個別ケアの実践への認識を高める一端を担う機会となることで、その有効性が示唆されたと考える。

3) 周産期の喪失ケア体制について

医師や助産師同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスをもつことにおいて、介入前後と介入後と3か月後で有意な得点上昇を認めた。施設によってカンファレンスのもちかたやとらえ方はさまざまであるが、本プログラムのグループ討議を通して、スタッフ同士の情報共有とケアの振り返りを目指したカンファレンスを意図的にもつことへの意識づけができたと考ええる。

胎内死亡が確認された妊娠週数によって、分娩進行の予測は難しく、経験が浅い助産師にとっては安全に分娩管理ができることへの不安が強いことが予測された。そこで本研究では安全な分娩管理に関する自己評価項目を設定した結果、有意な得点変化は認められなかったが、「先輩に尋ねることへのハードルが下がった」という参加者の自己評価から、カンファレンスに積極的に参加しようとする姿勢がうかがえた。

4) 周産期の喪失ケアへの気持ちについて

周産期の喪失ケアへの気持ちにおいて、介入前後と、介入前と3か月後で有意な得点上昇が認められたことから、教育プログラムによって、周産期の喪失ケアは常に気が重いという苦手意識がやや緩和されたのではないかと思われる。

第3章において、周産期の喪失ケアに戸惑う助産師は、妊娠までの経過や胎児への思い等、個別性に配慮した【母親や家族の悲しみを支える】ケアを目指しても、【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】気持ちが併存していることが明らかとなった。さらに、周産期の喪失は、親と同様、助産師にとっても衝撃的な予想外の死であることから、【助産師自身のビリーブメント（死別反応）に気づく】という専門職と個人の心情の葛藤が、より周産期の喪失ケアを難しく感じる要因ではないかと考えられた。これまで、周産期の喪失に関わる看

護者のメンタルヘルスを保つことの重要性(Hanna, et al., 2007; Neimeyer, 2001/ 2007; Dietz, 2009)が明らかになっていることから、【助産師自身のビリーブメント (死別反応) への気づき】によりメンタルヘルスが保たれた状態で、【母親や家族の悲しみを支える】ケアを考える機会としての教育プログラム内容が必要ではないかと考え、本プログラムを実施した。

その結果、グループ討議は、複数施設で勤務する様々な経験年数の助産師が情報共有やケアの語り、助産師経験に応じたケアに対する疑問を投げかける機会となっていた。これらの機会が、本プログラムの目標である『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討(医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等)を行うことができる』、『助産師が、自身のケアへの不確かさに伴う感情について、情報共有できる』の達成への一助となったのではないかとと思われる。

また、グループ討議においてケアを「語り」「聴く」ことは、ケアの不確かさはどの助産師も共通して経験しているのだと確認する機会であり、自らのケアに対して「これでもよい」というような安心感が得られたのではないかと推察される。以上のことから、本プログラムは、対象者の周産期の喪失ケアに対する緊張する気持ちを緩和する一端を担う機会となることで、その有効性が示唆されたと考える。

2. 3か月後の自己評価について

本研究では、プログラム終了時にプログラム目標に照らし合わせた目標で、対象者が実施可能な目標を設定した。結果、その目標を3か月間で概ね達成できたことが示された。

対象者は、実践目標の設定によって、周産期の喪失を体験した母親や家族と関わる際に、【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】といった感覚が得られたのではないかとと思われる。さらに、第3章で抽出された助産師の【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】という宙ぶらりんな感覚を解決し、『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』で抽出された【ケアを意味づける】ことや【自己課題の明確化】への認識が深まったと考えられる。

第2章の perinatal loss (周産期の喪失) の概念分析の帰結では、夫婦や家族のきずなを深めることが説明された。本プログラムは、今、目の前にいる子どもを亡くした両親や家族が、いずれたどりつくであろう通常の悲嘆への見通しがつくことで、『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』に対する自己評価の高まりにつながったと考える。これらの知識の確信から、意識的に【父親にも配慮する】【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】実践へと反映できたのではないかとと思われる。

また、第3章の結果から、【助産師自身のビリーブメント (死別反応) への気づき】によりメンタルヘルスが保たれた状態で、【母親や家族の悲しみを支える】ケアを考える機会としての教育プログラム内容が必要ではないかと考え、本プログラムを実施した。本研究の対象者は、助産師経験が 7.6 ± 6.5 年と、同僚への教育や指導の役割が期待される立場にあった。そのため

対象者は、自らのケアに限らず、同僚や後輩への配慮や学習会の開催を実施し、病棟や診療所でのさらなる課題を見出していた。このことは、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討(医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等)を行うことができる』に対する自己評価で抽出された【ケースカンファレンスを活用】といった、病棟で行っているカンファレンスのありようを再考すると同時に、『助産師が、自身のケアへの不確かさに伴う感情について、情報共有できる』に対する自己評価で抽出された【助産師自身の悲嘆への気づき】【同僚の反応に気づく】【同僚を支える】といった、スタッフ同士のセルフケアにも反映できることが示唆された。

さらに、周産期の喪失では母親や家族からケアの評価が得られにくい状況から、第3章で抽出した【母親や家族とのコミュニケーションがとれないように感じる】気持ちや、心理的に孤立しがちなケア担当者を支えるための【助産師自身のビリーブメント(死別反応)への気づき】を話し合うことで、メンタルヘルスが保てる職場環境づくりに寄与できる教育プログラムをめざした。結果、『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』の自己評価で【ケアを意味づける】というカテゴリーが抽出されたことから、自らのケアの評価のみならず、同僚スタッフへの建設的なケアの評価が提案できることも期待できると思われる。

周産期の喪失ケアに関する教育プログラムを実施した Dimarco, et al. (2002) や Cartwright, et al. (2005) らの結果において、周産期の喪失ケアへの知識が高まり、家族ケアの重要性や心理ケアへの教育ニーズ、グループ討議への満足度が高かったことは、本研究の参加者にも共通していた。本研究の対象は、分娩管理を行う助産師に限定したことから、今回のプログラムは妊娠・分娩・産褥期の愛着に関連した知識への認識を高め、母親と父親の悲嘆の違いをふまえた夫婦の関係性も視野に入れたケアの実践に反映できたと考える。さらに、本プログラムの参加によって、さまざまな施設で勤務する助産師との情報共有の機会をもつことで、自らのケアを再確認することができたのではないかと思われる。

3. プログラム内容と構成の評価について

プログラム直後の参加者の評価では、「悲嘆反応や愛着行動への理解に関する講義」「助産師自身のメンタルヘルスに関する講義」「グループ討議」のいずれもほとんどの参加者で満足度が高く、時間設定も適当であったという回答が多かったことから、内容と構成については、現状のままでよいと考える。

また、当日配布した資料は、ケアの振り返りに活用することにとどまらず、病棟での学習会や伝達講習に活用したという参加者が複数名いた。このことは、教育プログラムの内容が参加者に限定した内容ではなく、病棟スタッフへの知識の提供やケアの振り返りにもつながり、周産期喪失ケアの質の向上に寄与できるプログラムであったと考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、母子の合併症や他施設からの母胎搬送の受け入れ等、施設的特性により死産や流産の件数が異なっていること、妊娠経過等女性や家族の背景が多様であることなど

により、助産師個々のケア経験やケアの受け止めは多岐にわたっていたことが挙げられる。また、対象者が周産期の喪失ケアに関心が高い助産師であったとことで、結果にバイアスがかかったことも否めない。

プログラムへの要望として、理論をもう少しゆっくりと聞きたいということがあげられたことから、悲嘆や愛着に関連する理論を基礎編とし、事例検討やデス・カンファレンスの持ちかた、スタッフケアに関する討議をアドバンス編とするなど、助産師経験により要望に応えられるプログラム構成を検討することが必要と思われた。また、家族ケアを展開するに当たり、夫婦のみならず、祖父母や同胞の悲嘆についても関心が高かった。今回のプログラムでは、祖父母や同胞の悲嘆については、その存在を紹介するにとどまったことから、発達段階に応じた同胞の悲嘆や祖父母の悲嘆に関する内容を含めたプログラム内容を検討することが必要であると思われた。

本研究は、教育プログラムの開発に向けて、助産師に限定して試行的に開催したため、得られた結果を一般化するには限界がある。今後の課題として、修正したプログラムの対象を外来、入院を問わず、周産期領域でケアに携わる看護職に拡大し、プログラムの有効性を検証することがあげられる。そのためには、プログラム内容をさらに洗練し、より多くの対象者を確保することで対照群を設定した比較試験を行い、効果を検証する必要があると思われる。さらに、本研究で開発した周産期の喪失ケアに関する教育プログラムの定着により、「死」に限定しない周産期に起こりうる危機的状態（早産、しょうがいを持つ子どもの出産、緊急帝王切開など）に直面した両親や家族ケアに貢献できるプログラムへと発展させることも今後の検討課題である。

VI. 小括

1. 教育プログラムの内容及び構成に対する参加者の評価において、「悲嘆反応や愛着行動への理解に関する講義」「助産師自身のメンタルヘルスに関する講義」「グループ討議」のいずれもほとんどの参加者で満足度が高く、時間設定も適当であったという回答が多かったことから、本プログラムの実施可能性が示されたといえる。
2. 3か月後まで協力を得られた対象者 21 名を対象に、プログラム評価指標である周産期喪失ケアに対する自己評価 15 項目について、プログラム前、プログラム直後および3か月後の3時点の変化を分析し、プログラムの効果を検討した結果、自己評価の各項目の平均値は、プログラム前と比較し、プログラム直後および3か月後で上昇していた。
3. 周産期の喪失ケアに対する自己評価のうち、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識では母親の悲嘆反応、父親の悲嘆反応、夫婦の関係性で、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの実践では妊娠期からの親子の愛着、母親の悲嘆反応、父親の悲嘆反応、夫婦の関係性で、周産期の喪失ケアへの気持ちで、それぞれ有意な得点上昇が認められた。周産期の喪失ケア体制では医師や助産師同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスをもつことについて、介入前と介入直後で有意に得点が増したが、介入直後と3か月後での得点は有意に低下し

た。

4. 3 か月後の実践目標は、本プログラム目標である『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討を行うことができる』、『助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる』に関連して設定された。

5. 3 か月後の実践目標は概ね達成できていた。『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』に対する自己評価は、【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】【父親にも配慮する】【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】の3つのカテゴリーに、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討を行うことができる』に対する自己評価は、【ケアの連続性を意識する】【ケースカンファレンスの活用】の2つのカテゴリーに、『助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる』に対する自己評価は、【助産師自身の悲嘆への気づき】【同僚の反応に気づく】【同僚を支える】の3つのカテゴリーに、『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』に対する自己評価では【ケアを意味づける】【自己課題の明確化】の2つのカテゴリーにそれぞれ分類できた。

以上、本教育プログラムによって、対象者の周産期の喪失ケアへの知識への認識が高まり、母親と父親の悲嘆の違いをふまえた夫婦の関係性も視野に入れたケアの実践に反映できたと考える。さらに、本プログラムの参加によって、さまざまな施設で勤務する助産師との情報共有の機会をもつことで、自らのケアを再確認することができたのではないかと思われる。以上のことから本プログラムの有効性が示唆されたと考える。

終章

流産・死産・新生児死という周産期の喪失を体験した両親の反応に焦点を当てた研究は、1980年代より欧米の心理学を中心に実施され、入院中および退院後の両親へのケアの指針や活用可能な社会資源が紹介されるようになった。助産師は、児の出産や死亡に関わることによって周産期の喪失を体験した母親や家族のビリーブメント（死別）の過程を共に追ひ、どのようにケアをするのかについて内省しながら経験を培う。分娩に関わる助産師は、悲嘆反応や危機的状況、愛着形成への入院中の支援の重要性を理解しているものの、家族を支えることへの恐れや無力感等が混在した感情をもつ。これまでの研究から、周産期の喪失ケアに対する卒後教育プログラムの必要性は考察されてきたものの、卒後教育プログラムの実施及び評価に関する研究は限られており、助産師を対象とした教育プログラムはこれまで見当たらなかった。

そこで本研究は、周産期の喪失ケアに関わる看護職のうち、まずは入院・分娩・産褥経過に最も関わる頻度の高い助産師に焦点を絞り、助産師が周産期の喪失を体験している女性や家族への知識に基づいた実践ができること、および、客観的に自らのケアを評価できる態度を養うことを目指した卒後教育プログラムを開発、試行し、プログラム内容の実施可能性と有効性を検証することを目的に検討を行い、以下の結果を得た。

1. 周産期の喪失 (perinatal loss) の概念分析 (第2章)

概念分析結果より、周産期の喪失とは、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした両親が「元気な子どもを産めない事実に直面する一方で、親であるという認識と同時に、夫婦や家族の気持ちに気づく」ことが示された。周産期の喪失を体験した女性や家族の通常の悲嘆の帰結は、夫婦それぞれのコントロール感を取り戻すことで、亡くした子どもと共に生き、夫婦や家族のきずなを深めることである。一方、長引く悲嘆の帰結である夫婦関係の悪化とはどのような状況を示すのかを情報提供することで、通常の悲嘆への帰結へと促すことができる。悲しみと共に日常生活を営む夫婦や家族の理解を深め、ケアの実践に導くために、本概念結果に基づき教育プログラムの目標設定を行った。

2. 助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた卒後教育プログラムにおけるニーズの検討 (第3章)

助産師 39 名を対象にグループ・インタビューを行い、帰納的に内容分析を行った結果、周産期の喪失ケアの場面で印象に残っている状況には【母親や家族の悲しみを支える】【母親や家族とコミュニケーションが取れないように感じる】があり、助産師の感情には【助産師自身のビリーブメント（死別反応）への気づき】があった。対象者は、自分たちのケアを共有し、情報交換のできる場としての教育プログラムへの要望を示した。

3. 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための教育プログラムの開発 (第4章)

第2章、第3章の結果より、教育プログラムの目的を、「助産師が、周産期の喪失を体験した

女性や家族の喪失や悲嘆、わが子への愛着を理解することによって、ケアの意味づけができる。そして助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情に気づき、対処できる」とした。プログラムは、喪失と悲嘆、愛着を中心概念とし、入院中に行うことが望ましい周産期喪失ケアへの教育プログラムの目標を、1) 助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる、2) 両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討（医療従事者間の連携、病棟や外来との連携等）を行うことができる、3) 助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる、4) 実践を通して、包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる、と設定した。

教育プログラムは、プログラムへの参加しやすさを考慮して1日で行い、講義・グループ討議から構成された3時間20分のプログラムとした。目標4)は、参加者個々の3ヵ月後の実践目標に対する、自己評価を行うこととした。

4. 助産師を対象とした周産期の喪失ケアのための教育プログラムの実施可能性と有効性の検討 (第5章)

プログラム参加者は21名であり、プログラムの評価は、教育プログラム前、プログラム終了時、3ヵ月後の3回で、質問紙調査と個人面接により行った。

その結果、教育プログラムの内容及び構成は、参加者の満足度が高く時間設定も適当という評価であったことなどから、その実施可能性が示された。

周産期の喪失ケアに対する自己評価は概ね平均値の上昇を認めた。有意な得点上昇を示した項目は、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの知識では母親の悲嘆反応、父親の悲嘆反応、夫婦の関係性、周産期の喪失ケアに関する個別ケアへの実践では妊娠期からの親子の愛着、母親の悲嘆反応、父親の悲嘆反応、夫婦の関係性、周産期の喪失ケア体制では医師や助産師同士で周産期の喪失ケアに関するカンファレンスをもつこと、そして周産期の喪失ケアへの気持ちであった。

3ヵ月後のプログラム参加者の実践目標は概ね達成された。『助産師が、赤ちゃんを産んだという体験を基本においた両親の悲嘆やわが子への愛着を理解し、ケアに意味づけができる』に対する自己評価は、【愛着や悲嘆の理論にケアがつながる】【父親にも配慮する】【同胞も含めた家族の悲嘆としてとらえる】の3つのカテゴリーに、『両親が、夫婦や家族の絆を深め、コントロール感を取り戻すために、施設で提供できるケアの検討を行うことができる』に対する自己評価は、【ケアの連続性を意識する】【ケースカンファレンスの活用】の2つのカテゴリーに、『助産師が、自身のケアへの不確実さに伴う感情について、情報共有できる』に対する自己評価は、【助産師自身の悲嘆への気づき】【同僚の反応に気づく】【同僚を支える】の3つのカテゴリーに、『実践を通して包括的な周産期の喪失ケアの自己評価ができる』に対する自己評価では【ケアを意味づける】【自己課題の明確化】の2つのカテゴリーにそれぞれ分類できた。

以上、本教育プログラムによって、対象者の周産期の喪失ケアへの知識への認識が高まり、

母親と父親の悲嘆反応の違いをふまえた夫婦の関係性も視野に入れたケアの実践に反映できたと考える。さらに、本プログラムの参加によって、さまざまな施設で勤務する助産師との情報共有の機会をもつことで、自らのケアを再確認することができたのではないかと思われる。以上のことから、本プログラムの有効性が示唆されたと考える。

本研究の限界と課題

本研究は、教育プログラムの開発に向けて、助産師に限定して試行的に開催したため、得られた結果を一般化するには限界がある。今後の課題として、修正したプログラムの対象を外来、入院を問わず、周産期領域でケアに携わる看護職に拡大し、プログラムの有効性を検証することがあげられる。そのためには、本研究結果からプログラム内容をさらに洗練し、より多くの対象者を確保することで対照群を設定した比較試験を行い、効果を検証する必要があると思われる。さらに、本研究で開発した周産期の喪失ケアに関する教育プログラムの定着により、様々な経験を持つ周産期領域の看護者のニーズに応じたプログラムに対応できるよう、ファシリテーター等の養成を視野に入れ、「死」に限定しない周産期に起こりうる危機的状態（早産、しょうがいを持つ子どもの出産、緊急帝王切開など）に直面した両親や家族ケアに貢献できるプログラムへと発展させることも今後の検討課題である。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご理解とご協力をいただきました助産師の皆様、厚く御礼を申し上げます。中でも、広島大学病院看護部および4階産婦人科病棟師長の松永前師長様と近藤師長様には、本研究の意図をご理解いただき、多くのスタッフの皆様の勤務調整や個人面接の場所の提供をしていただきました。心より感謝申し上げます。

また、JA 広島総合病院看護部長様、病棟師長様および助産師の皆様、JA 尾道総合病院看護部長様、病棟師長様および助産師の皆様、広島赤十字・原爆病院看護部長様、病棟師長様および助産師の皆様、中国労災病院看護部長様、病棟師長および助産師の皆様には、グループ・インタビューに始まり、教育プログラム実施に至るまで、ご協力をいただき本論文での有益な結果を得ることができました。本プログラムを関西地区で実施するにあたり、関西労災病院看護部長様、病棟師長および助産師の皆様、兵庫医科大学附属病院看護部長様、病棟師長および助産師の皆様、なでしこレディースホスピタル（旧若宮病院）看護部長様、病棟師長および助産師の皆様にもご協力をいただきましたことを深く感謝いたします。

そして、きめ細やかで多大な指導、ご支援をいただきました広島大学大学院医歯薬保健学研究院精神機能制御科学研究室教授岡村 仁先生には、心から感謝申し上げます。研究過程において、先生の教育や研究に対する中立的な立場でかつ、冷静で的確なご助言は、教育者ならびに研究者としてのあるべき姿として多くの学びを得ることができました。

本研究を遂行するにあたり、助産学分野での貴重なご指導とご助言を賜りました、山梨大学医学工学総合教育部生育看護学講座母性看護・助産学／プライマリー助産ケア講座教授中込さと子先生、前広島大学大学院医歯薬保健学研究院助産・母性看護開発学研究室教授横尾京子先生に、深謝いたします。

精神機能制御科学研究室講師金子史子先生、リサーチアシスタント中川清華様には、研究遂行にあたり多くのご配慮と有益なご助言をいただきましたことに感謝いたします。また、現職場である尼崎医療生協病院2階西病棟高橋伸子師長様には、心身及び勤務調整への多大なご配慮をいただきました。さらに、広島大学病院4階産婦人科病棟副師長の井上満美様には、広島大学大学院保健学研究科入学時より、助産学や臨床助産師への卒後教育の在り方等、様々な視点での討論の機会をもつていただき、研究遂行をするための大きな支えになりました。末筆ながら、友人、家族の支援に感謝いたします。

文献

- Antai-Otong, D. (2001). Critical incident stress debriefing: a health promotion model for workplace violence, *Perspectives in Psychiatric care*, 37(4), 125-39.
- Armstrong, D. (2001). Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss, *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(3), 147-53.
- アルフォンス・デーケン(2004). 生と死の教育, 12, 東京: 岩波書店.
- Astorn, G., Furaker, C., & Norberg, A. (1995). Nurses' skills in managing ethically difficult care situations: interpretation of nurses' narratives, *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1073-80.
- 安梅勅江(2001). グループインタビュー法, 4-12, 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Becky, R. D., Price, R. A., Okerson, M., & Riley, K. W. (1985). Development of a perinatal grief checklist. *JOGN*, 14(3), 194-199.
- Benner, P. (1984)/井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳(1996). ベナー看護論, 10-27, 東京: 医学書院.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989)/ 難波卓志訳(1999). 現象学的人間論と看護, 98-100, 東京, 医学書院.
- Benner, P., Hooper-Kyrialidis, P. & Stannard, D. (1999)/ 井上智子(2005). ベナー 看護ケアの臨床知, 492-548, 東京: 医学書院.
- Bonanno, G. A. (2008). Grief, trauma and resilience, *Grief matters*, 11(1), 11-7.
- Bowlby, J. (1979)/作田勉監訳(2002). 母子関係入門, 147-51, 東京: 星和書店.
- Bowlby, J. (1980a)/ 黒田実郎, 大羽奏, 岡田洋子, 黒田聖一訳(1999). 母子関係の理論 対象喪失, 40, 東京: 岩崎学術出版.
- Bowlby, J. (1980b)/ 黒田実郎他訳(1999). 母子関係の理論 対象喪失, 15, 東京: 岩崎学術出版.
- Bowlby, J. (1980c)/ 黒田実郎他訳(1999). 母子関係の理論 対象喪失, 263, 東京: 岩崎学術出版.
- Bowlby, J. (1980d)/ 黒田実郎他訳(1999). 母子関係の理論 対象喪失, 250, 東京: 岩崎学術出版.
- Bowlby, J. (1980e)/ 黒田実郎他訳(1999). 母子関係の理論 対象喪失, 111, 東京: 岩崎学術出版.
- Burne, S., & Lewis, E. (1991). Perinatal bereavement A milestone and some new dangers. *BMJ*, 302, 18 May 1167-1168.
- Burnell, G. M., & Burnell, A. L. (1989a)/長谷川浩, 川野雅資訳(1994). 死別の悲しみの臨床, 195-204, 東京: 医学書院.
- Caelli, K., Downie, J., & Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy, *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 127-36.
- Calhoun, L. K. (1994). Parents' perceptions of nursing support following neonatal loss. *J Perinatal Neonatal Nurs*, 8(2), 57-66.
- Cameron, J., Taylor, J., & Gene, A. (2008). Representation of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937-2004, *Midwifery*, 24, 335-43.
- Capitulo, K. L. (2004). Perinatal grief online, *MCN*, 29(5), 305-11.
- Cartwright, P. & Read, S. (2005). Working with practitioners to develop training in peri-natal loss and bereavement: evaluating three workshops, *Nurse Education in Practice*, 5, 266-73.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2006). Death and dying, life and living 5th ed., CA: Thomson Wadsworth, 202-26.
- Cote-Arsenault, D., & Mablang, N. (1999). Impact of Perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences, *JOGN*, 28, 274-82.
- Cote-Arsenault, D., & Morison-Beedy, D. (2001). Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after Perinatal loss, *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 239-44.
- Cote-Arsenault, D., Donato, K. L., & Early, S. S. (2006). Watching and worrying: early pregnancy after loss

- experiences, *MCN*, 31(6), 356-63.
- Cote-Arsenault, D., & Donato, K. L. (2007). Restrained expectations in late pregnancy following loss, *JOGW*, 36(6), 550-7.
- Cowles, K. V., & Rodgers, B. L. (2000). The concept of grief: an evolutionary perspective, In Rodgers, B.L. & Knafel, K.A. Ed. *Concept development in nursing foundations, techniques and applications (2nd)*, 103-17, WB: Saunders.
- Crowther, M. E. (1995). Communication following a stillbirth or neonatal death: room for improvement. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 952-956.
- Cuisiner, M. C. J., Kuijpers, J. C. & Hoogduin, C. A. L., et al. (1993). Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care, *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 52, 163-8.
- Davis, D. L., Stewart, M., & Harmon, R. J. (1988). Perinatal loss: Providing emotional support for bereaved parents. *Birth*, 15(4), 242-247.
- DeFrain, J., Martens, L., & Stork, J., et al. (1990-1). The psychological effects of a stillbirth on surviving family members, *OMEGA*, 112(2), 81-108.
- DiMarco, M., Renker, P., & Medas, J., et al (2002). Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 180-186.
- Dietz, D. (2009). Debriefing to help perinatal nurses cope with a maternal loss, *MCN*, 34(4), 243-8.
- Dyson, L., & While, A. (1998). The 'long shadow' of perinatal bereavement. *British Journal of Community Nursing*, 3(9), 432-439.
- Estok, P., & Lehman, A. (1983). Perinatal death: grief support for families, *Birth*, 10(1); 17-25.
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspect for midwives, *Women & Birth*, 20, 153-160.
- Flenady, V., & Wilson, T. (2008). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2), *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Forrest, G. C., Claridge, R. S., & Baum, J. D. (1981). Practical management of perinatal death, *BMJ*, 282, 31-3.
- Forsetlund, L., Bjorndal, A., & Rashinda, A., et al. (2009). Continuing education meeting and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review), *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 4.
- 藤村由紀子, 安藤広子(2004). 岩手県における死産・早期新生児死亡に対するケアの実態調査, 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 83-91.
- 二渡玉江, 入澤友紀, 碓井真弓, 大澤純子, 加藤直子, 野口亜希子(2003). 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討, *がん看護*, 8(3), 241-7.
- Freud, S. (1917) / 井村恒郎, 小此木啓吾他訳(2000). フロイト著作集6, 137-49, 京都: 人文書院
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing: a concept analysis, *Nurse Education Today*, 27, 466-73.
- Gardner, J. M. (1999). Perinatal death: Uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(2), 120-130.
- Gohlisch, M. C. (1985). Stillbirth. *Midwife health visitor & Community Nurse*, 21, 16-22.
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programs in nursing: literature review, *Journal of Advances Nursing*, 55(4), 449-56.
- Hanna, D. & Romana, M. (2007). Debriefing after crisis, *Nurse Management*, 38(8), 39-47.
- Harper, M. B., & Wisian, N. B. (1994). Care of bereaved parents A study of patient satisfaction. *Journal of*

- Reproductive Medicine*, 39(2), 80-86.
- Health Canada (2002). Family-Centered Maternity and Newborn Care: National Guidelines Chapter 8 Loss and Grief, 5-39. http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/fcmc00_e.pdf (2010/02/22)
- 平山正実(1998). 死別体験者の悲嘆について—主として文献紹介を中心に—, 85-112, 松井豊編, 悲嘆の心理, 東京:サイエンス社.
- 平山正実(2000). 人はどう死の恐怖を克服してきたか, AERA MOOK 死生学がわかる, 57-67, 東京:朝日新聞社.
- Hughers, P., Turton, P., & Hopper, E., et al. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study, *The Lancet*, 360(9327), 114-8.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss, *JOGN*, 34(5), 630-8.
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., & Hoogduin, K. A. L., et al. (1996). A critical review of the concept of pathological grief following pregnancy loss, *OMEGA*, 33(1), 21-42.
- 片岡弥恵子(2004). 性暴力被害に関する看護者への教育プログラムの評価, 日本看護科学学会誌, 24(1), 3-12.
- Kataoka-Yahiro, M., & Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment, *Journal of Nursing Education*, 33, 351-6.
- 加藤出堂(2006). 死生観, 13, 東京:書肆心水.
- Kavanaugh, K. (1997). Parents' experience surrounding the death of a newborn whose birth is at the margin of viability, *JOGN*, 26, 43-51.
- Kavanaugh, K., Trier, D., & Korzec, M. (2004). Social support following perinatal loss, *Journal of Family Nursing*, 10(1), 70-92.
- Kavanaugh, K., & Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in low-income African American parents, *JOGN*, 34(5), 595-605.
- 北村敏則, 蓮井千恵子(2001). 新生児の突然死に伴って見られる悲哀反応—攻撃性の評価と意味—, 季刊 精神科診断学, 12(3), 337-45.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1982a)/ 竹内徹他訳(1998). 親と子のきずな, 375-424, 東京:医学書院.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1982b)/ 竹内徹他訳(1998). 親と子のきずな, 12, 東京:医学書院.
- Kohner, N. (2001). When a baby dies: parent's stories. *MIDIRS*, 11(2), 243-246.
- 河野博臣(1988). 死の不安への援助, 臨床看護, 14(6), 812-6.
- 窪寺俊之(2007). スピリチュアルケア学序説, 103-10, 東京:三輪書店.
- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp> [2013a-09-24] 平成24年度 人口動態統計
- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/> [2010a-05-20] 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書
- 國分真佐代(2006). 死産を体験した母親の次の妊娠・出産に関する研究 母親の次子と死産児への気持ちや反応, 母性衛生, 46(4), 515-23.
- 小松美穂子, 岩田知子(1989). 新生児を亡くした両親の悲しみの分析, 筑波医短大研報, 10; 23-34.
- 小松美穂子, 岩田知子, 花田富美子他(1990). 周産期に子どもを失った両親の悲嘆作業とその援助, 筑波医短大研報, 11; 41-8.
- 小嶋紀子(2005). 特集 新生児を看取るとき私たちにできること 家族としての時間を作るために 聖霊病院の場合, *Neonatal Care*, 18(11), 1117-21.
- Kornfeld, D. S. (1969). Psychiatric view of the intensive care unit, *BMJ*, 1, 108-10.
- Kübler-Ross, E. (1969)/ 鈴木晶訳(2006). 死ぬ瞬間 死とその過程について, 東京:中央公論新社.
- Lake, M. F., Johnson, T. M., & Murphy, J., et al. (1987). Evaluation of a perinatal grief support team, *Am J Obstet Gynecol*, 157(5), 1203-6.
- Lang, A., Goulet, C., & Aita, M., et al (2001). Weathering the storm of Perinatal bereavement via hardiness,

- Death Studies*, 25, 513-29.
- Lasker, J. N., & Toedler, L. J. (1994). Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss, *Death Studies*, 18, 41-64.
- Ligeikis-Clayton, C. E. (2000). Nurse's perceptions of their own comfort levels, abilities and importance that they place on implementing RTS standards of care following the death of a stillborn infant, *State University of New York at Binghamton Dissertation*.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-9.
- Lundqvist, A., Nilstun, T., & Dykes, A. K. (2002). Both empowered and powerless: Mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth*, 29(3), 192-199.
- Malacrida, C. A. (1997). Perinatal death: helping parents find their way, *Journal of Family Nursing*, 3(2), 130-48.
- Malone, B., & McElwain, C. L. (1987). Role of the nurse during a pregnancy loss, Woods JR & Espositi JL, *Pregnancy loss: medical therapeutics and practical considerations*, 120-30, MD; Williams & Wilkins.
- Mander, R. (1996). The grieving mother: care in the community?, *Modern Midwife*, August, 10-3.
- Mander, R. (2006). *Loss and bereavement in childbearing* 2th ed. 58-78, London: Routledge
- Mayeroff, M. (1971)/ 田村真, 向野宣之訳(2000). ケアの本質, 13-6, 東京: ゆみる出版.
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labor: a study of nurses' experiences in gynae wards, *International Journal of Nursing Studies*, 42, 439-48.
- McDonald, M. (1996). Loss in pregnancy: Guidelines for midwives, 143-51, London, Balliere Tindall.
- Merriam, S. B., & Caffarella, R. S. (1999)/ 立田慶裕, 三輪健二監訳(2005). 成人期と学習, 374-98, 東京: 鳳書房.
- Miron, J., & Chapman, J. S. (1992). Supporting: Men's experiences with the event of their partners' miscarriage, *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(2), 61-72.
- 三隅順子, 加納尚美, 小林久美子他(2008). 性暴力被害者支援看護師養成プログラムの評価, *母性衛生*, 49(1), 152-9.
- 水口ひとみ(2004). 特集 流産・死産・新生児死を経験した母親とその家族へのケア こどもの死を経験した母親のケア, *ペリネイタルケア*, 23(11), 939-43.
- 水野治太郎(1990). 死の準備教育が意味するもの, *麗澤大学紀要*, 15, 113-38.
- 溝口満子, 有森直子, 守田美奈子他(2002). わが国における初の遺伝看護教育プログラム—一般看護者向けの遺伝セミナー—, *Quality Nursing*, 8(8), 675-84.
- Montgomery, C. L. (1993a)/ 神郡博, 濱畑章子訳(2003). ケアリングの理論と実践, 42, 東京: 医学書院.
- Montgomery, C. L. (1993b)/ 神郡博, 濱畑章子訳(2003). ケアリングの理論と実践, 99, 東京: 医学書院.
- 森山美知子編(2002). *ファミリーナーシングプラクティス*, 83-92, 東京: 医学書院.
- Nallen, K. (2006). Midwives' needs in relation to the provision of bereavement support to parents affected by perinatal death Part 1, *Midirs*, 16(4), 537-542.
- Nallen, K. (2007). Midwives' needs in relation to the provision of bereavement support to parents affected by perinatal death Part 2, *Midirs*, 17(1), 105-12.
- 奈良間美保, 堀妙子, 田中千代他(2006). 小児在宅ケアにおけるコーディネーター教育プログラムの検討, *日本小児看護学会誌*, 15(2), 53-60.
- Neimeyer, R. A. (2001)/ 富田拓郎, 菊池安希子監訳(2007). 喪失と悲嘆の心理療法, 36, 東京: 金剛出版
- Neimeyer, R. A. (2002)/ 鈴木剛子(2006). 大切なものを失ったあなたに—喪失を乗り越えるガイド, 69-157, 東京: 春秋社
- Nicol, M. T., Tompkins, J. R., & Campbell, N. A., et al. (1986). Maternal grieving response after perinatal death, *The Medical Journal of Australia*, 144, 287-9.

- 日本看護協会 (2000). 継続教育の基準, 看護, 52(11), 72-7.
- 日本助産師会(2006). 助産師の声明, 日本助産師会, 1-5.
- 日本助産師会(2009). 助産師のコアコンピテンシーとは何か, 助産師, 63(3), 72-6.
- O' Leary, J., & Thorwick, C. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy, *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7-18.
- O' Leary, J., & Thorwick, C. (2006). Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss, *JOGW*, 35(1), 78-86
- Oermann, M., Truesdell, S., & Ziolkowski, L. (2000). Strategy to assess, develop, and evaluate critical thinking, *the Journal of Continuing Education*, 31(4), 155-60.
- O' Donohue, N. (1979). Facilitating the grief process, *Journal of Nurse-Midwifery*, 24(5), 16-9.
- 大井けい子(2001a). 胎児または早期新生児と死別した母親の悲哀過程—悲嘆反応の様相—第一報, 母性衛生, 42(1), 11-21.
- 大井けい子(2001b). 胎児または早期新生児と死別した母親の悲嘆過程—死別に関する母親の行動(第二報), 母性衛生, 42(2):303-315.
- 大下大圓(2005). 癒し癒されるスピリチュアルケア, 171-8, 東京:医学書院.
- 太田尚子(2006). 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ, 日本助産学会誌, 20(1), 16-25.
- 大林薫, 片岡弥恵子, 鈴木久美(2009b). 助産師に対する Breast Awareness 普及に向けた教育プログラムの評価, 聖路加看護学会誌, 13(2), 1-10.
- 大林薫, 片岡弥生子, 鈴木久美(2009). 助産師に対する Breast Awareness 普及に向けた教育プログラムの開発, 聖路加看護学会誌, 13(1), 8-16.
- 岡永真由美(2005). 流産、死産、新生児死亡に関わる助産師によるケアの現状, 日本助産学会誌, 19(2), 49-58.
- 岡本双美子, 石井京子(2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析, 日本看護研究学会雑誌, 28(4), 53-60.
- 恩賜財団母子愛育会編(1975). 日本産育習俗資料集成, 第一法規出版, 315-23.
- Padatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process, *OMEGA*, 41(1), 59-77.
- Parad, H. J., & Parad, L. G. (1999)/ 河野貴代美訳(2003). 心的外傷の危機介入, 18, 東京:金剛出版.
- Parkes, C. M. (1996) / 桑野治雄, 三野善央訳(2002).改訂 死別, 55-192, 214-221, 大阪:メディカ出版
- Parkman, W., Horsley, H., & Davis, B., et al. (2006). Sibling bereavement and continuing bonds, *Death studies*, 30, 817-24.
- Quirk, T. R. (1979). Crisis, grief theory, and related psychosocial factors: the framework for intervention. *Journal of Nursing and Midwifery*, 24(5), 13-16.
- Roach, M. S. (1992)/ 鈴木智之, 操華子, 森岡崇訳(2002). アクト・オブ・ケアリング, 97-113, 東京:ゆみる出版.
- Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and Perinatal loss, *Death Studies*, 23, 257-270.
- Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis, An evolutionary view, In Rodgers, BL. & Knaf, KA. Ed. Concept development in nursing foundations, techniques and applications (2nd), 77-102, WB: Saunders.
- Rubin, R. (1984)/新道幸恵, 後藤桂子訳(1997). 母性論 母性の主観的体験, 12, 156, 東京:医学書院.
- Rådestad, I. (2001). Stillbirth care and long-term psychological effects, *British Journal of Midwifery*, 9(8), 474-480.
- SIDS 家族の会(2004). 幼い子を亡くした家族への心のケアと SIDS 危険因子に関する遺族・産婦人科・小児科・保育園へのアンケート調査結果, 平成 15 年 長寿・子育て・障害者基金事業 子育て支援基金報告書, 1-26.
- Sanchez, N. A. (2001). Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital, *Journal of Perinatal Education*, 10(2), 23-30.

- Schott, J., & Henley, A. (2007). Pregnancy loss and death of a baby: the new Sands guidelines 2007, *British Journal of Midwifery*, 15(4), 195-8.
- Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2007). Pregnancy loss and death of baby, guidelines for professionals, London: SANDS (Stillbirth and neonatal death society).
- 島田啓子, 亀田幸枝, 北川真理子他(2004). 助産教育におけるコア内容の検討—デルファイ法に準じた認識調査から—, 全国助産師教育協議会 平成15年度事業活動報告書, 1-10.
- Strobe, M. S., & Schut, H. (2008). The dual process model of coping with bereavement: overview and update, *Grief matter*, 11(1), 4-10.
- 鈴木清花, 岩下麻美, 舛田静江他(2008). 誕生死に関わる看護職の感情に関する研究, *母性衛生*, 49(1), 74-83.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring, *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of care givers after stillbirth: views and experiences of parents, *Birth*, 31(2), 132-7.
- 高橋由佳理, 福井トシ子(2002). 特集 死産・流産のケア 杏林大学病院の実践, *助産婦雑誌*, 56(9), 732-7.
- 高山忠雄, 安梅勅江(1998). グループインタビュー法の理論と実際, 19-45, 東京: 川島書店.
- 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 松山俊剛(2000). 自然流産後の女性の心理(1)—流産直後、3ヵ月後、6ヵ月後の変化, *日本助産学会誌*, 13(2), 20-34.
- 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 辻恵子(2006). 死産流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因 体験者の記述内容分析から, *日本助産学会誌*, 20(2), 8-21.
- Todres, I. D., Horwell, M. C., & Shannon, D. C. (1974). Physicians' reactions to training in pediatric intensive care unit, *Pediatrics*, 53(3), 375-83.
- 友田尋子, 高田昌代(2006). 保健医療関係者のためのDV 解決・支援トレーニングプログラムの開発, *日本学術振興科学研究費基盤研究B報告書(14401035)*, 137-200.
- Travelbee, J. (1971)/ 長谷川浩, 藤枝知子訳(2008). 人間対人間の看護, 東京: 医学書院.
- Tudehope, D. I., Iredell, J. I., & Rodgers, D., et al. (1986). Neonatal death; grieving families, *The Medical Journal of Australia*, 144, 290-2.
- 辻恵子(2010). 概念分析からプログラム開発へ, *聖路加看護学会誌*, 14(1), 49-52.
- Ujda, R. M., & Bendiksen, R. (2000). Health care provider support and grief after perinatal loss: a qualitative study, *Illness, Crisis & Loss*, 8(3), 265-85.
- 内田美恵子, 深尾有紀, 岩月悦子他(2007). 助産師・看護師向け研修プログラムの開発とその評価方法, *周産期医学*, 37(2), 193 - 196.
- Vachon, M. L. S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review, *Palliative Medicine*, 9(2). 91-122.
- Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African American women., *JOGN*, 32(1), 28-39.
- Wallerstedt, C., & Higgins, P. (1994). Perinatal circumstances that evoke differences in the grieving response. *The Journal of Perinatal Education*, 3(2), 35-40.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227-236.
- Worden, J. W. (1991)/ 鳴澤實監訳(1993). グリーフカウンセリング, 13-23, 44, 東京, 川島書店.
- Wright, B. (1996)/ 若林正訳(2002). 突然死, 150-221, 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 米田昌代(2007). 周産期の死の「望ましいケア」の実態およびケアに対する看護者の主観的評価とその関連要因, *日本助産学会誌*, 21(2), 46-57.

資料

資料1	研究協力の依頼(看護部長宛)
資料2	研究参加者の募集
資料3	研究同意書および同意撤回書(施設用)
資料4	研究協力の依頼(対象者宛)
資料5	質問紙(周産期の喪失ケアの自己評価)
資料6	質問紙(プログラム構成と内容に関する直後評価)

平成●年●月●日

- ○病院看護部長
- ○殿

研究協力について(依頼)

拝啓 ○○の候、看護部の皆さまにはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、広島大学大学院保健学研究科の博士課程後期(精神機能制御科学研究室)に在籍しております岡永真由美と申します。このたび、周産期の危機的状況への支援である、流産・死産・新生児死亡を体験した両親や家族へのケア(周産期の喪失ケア)の充実を目指すために、博士課程の論文として「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」について下記の研究を計画いたしました。本研究は、**助産師を対象**としております。つきましては、研究の趣旨をご理解いただき、研究実施に関するご承認とご協力を賜りますようお願いいたします。

記

研究責任者:広島大学大学院保健学研究科 博士課程後期 岡永真由美

指導教員 岡村 仁

研究テーマ:助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究

別紙資料

- (1) 調査ご協力のお願い(助産師用)
- (2) 同意書(施設用・助産師用)
- (3) 広島大学大学院保健学研究科倫理委員会に提出した研究計画書
- (4) 広島大学大学院保健学研究科の研究計画書の審査結果

以上

<研究の実施者>

広島大学大学院保健学研究科精神機能制御科学研究室

調査者 博士課程後期 岡永真由美

指導教員 岡村 仁

調査に関するご質問などがございましたら、下記の連絡先にお問い合わせください。

岡永真由美

広島大学院保健学研究科博士課程後期

090-●●●●-●●●●

Email d083386@hiroshima-u.ac.jp

研究参加者募集のお知らせ

「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と

検証に関する研究」

このたび、周産期の危機的状況への支援である、流産・死産・新生児死亡を体験した両親や家族へのケア(周産期の喪失ケア)の充実を目指すために、博士課程の論文として「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」について計画いたしました。

今回は、**対象者を助産師に限定**してご意見を伺いたいと思っております。そこで、流産や死産の看護、早期新生児死への看護について関心のある多くの皆さまに、ぜひ研究に参加していただきたいと考え、研究協力者を募集することとなりました。

【ご協力いただく内容】

★ 講義およびグループディスカッションに参加

複数の施設に勤務する助産師 5-7 名で構成されたグループで行います。

【ご協力いただく日時、場所】

★ 講義およびグループディスカッションは 10-15 時を予定

2018 年 1 月●日(土)、●日(土)

2 月●日(土)、●日(土)のいずれか 1 日

会場：●●●●●

★ 3 か月後のプログラム評価

プログラム後の周産期喪失ケアの取り組みについて、個別でのインタビューにご協力ください。日程等は後日調整いたします。

【申し込み方法】

★ 下記連絡先のメールアドレスに以下の要領でお申し込み下さい。

件名に研究協力と書き、本文にご氏名と連絡先住所をお書き下さい。折り返し、研究内容に関する書類を郵送させていただきます。お申し込みの際に、参加希望日を第二希望までお聞かせください。

この研究への参加は、皆さんの自由意志であり、研究協力を承諾していただいた後、いつでも辞退することは可能です。また、研究で得られたデータは、研究目的以外には一切用いないことをお約束いたします。研究に参加いただいた方には、交通費を準備いたします。

お忙しいとは存じますが、研究への参加を検討していただき、ご協力いただきますようよろしくお願い致します。本研究に関してご質問のある方は、メールで下記まで、お名前、メールアドレス、連絡可能な日時をご連絡ください。詳しい説明をさせていただきます。

< 研究の実施者 >

広島大学大学院保健学研究科精神機能制御科学研究室

調査者 博士課程後期 岡永真由美

指導教員 岡村 仁

調査に関するご質問などがございましたら、下記の連絡先にお問い合わせください。

岡永真由美

090-●●●●-●●●●

ii Email : d083386@hiroshima-u.ac.jp

同意書(施設用)

「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」について十分な説明を受け、内容について理解しましたので、この研究に協力することに同意します。

同意年月日 平成 年 月 日

施設名 _____

氏名 _____ (自署)

上記研究について、私が説明を行い、同意が得られたことを確認します。

説明年月日 平成 年 月 日

本人氏名 _____ (自署)

同意撤回書(施設用)

私は、「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」に参加することに同意し研究同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを研究担当者に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 平成 年 月 日

施設名 _____

氏名 _____ (自署)

.....(切り取り).....

研究参加撤回書

本研究に関する同意撤回書(施設用)を受領いたしました。

平成 年 月 日 署名 _____

(研究者が署名をした後、お返しいたします)

様

研究参加のお問い合わせを頂きありがとうございます。

本日は、本研究について知って頂くために、書類を4種類お送りしました。以下に、各々の書類の説明と、今後の流れを簡単にご説明いたします。

書類1 研究参加にあたって

- ★ 研究の目的・具体的内容と手順や、参加していただく際のご注意とお約束することを記しています。

書類2 研究参加の同意書

- ★ 書類1を読んでいただき、研究の目的や手順などがご理解いただけましたら、この書類の年月日に日付と署名欄にお名前をお書き下さい。

書類3 参加者プロフィール

- ★ 研究に参加していただくにあたり、必要な情報となります。項目1～9に関してご記入下さい。なお、この情報は本研究のみに利用し、個人情報に厳重に保管し、研究終了後安全な方法で速やかに破棄することをお約束いたします。

書類4 研究参加の撤回書

- ★ 研究参加後、予測できない事情のために研究参加を取りやめる際、使用する書類です。

様には、書類1を読んでいただき、研究参加にご協力いただけるようでしたら、**書類2、3の必要事項に記入し、返信用封筒にてご返送下さい。**

この手続きが終了しますと、正式な研究参加の同意となります。煩雑な手続きでお手数をおかけしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

ご不明な点・ご質問等がございましたら、いつでもお問い合わせ下さい。お返事をお待ちしております。

<研究実施者>

広島大学大学院保健学研究科精神機能制御研究室

調査者 博士課程後期 岡永真由美

指導教員 岡村 仁

調査に関するご質問などがございましたら、下記の連絡先にお問い合わせください。

岡永真由美

090-●●●●-●●●●

Email : d083386@hiroshima-u.ac.jp

助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と 検証に関する研究

～研究参加にあたって～

このたびは、本研究に関心を持っていただきありがとうございました。研究参加にあたり、皆様に知っておいていただきたい内容を記しております。研究の目的・内容等に関して、ご承諾いただけましたら、同封の「研究参加の同意書」「参加者プロフィール」をご記入いただき、同封の封筒で返信してください。その返信をもって研究の同意とさせていただきます。

★ 本研究の目的 ★

本研究は、2010 年度に周産期の喪失ケアに関する助産師へのインタビューで得られた結果をもとに開発した卒後教育プログラムを試行、検証することを目的とします。

★ 具体的な内容 ★

卒後教育プログラムの概要は次の通りです。

複数施設から参加された5-7名前後の助産師による、講義およびディスカッションです。

プログラムは、10時～15時の予定です。

教育プログラム終了後は、3か月後にプログラム評価を行います。

教育プログラムは、周産期の喪失ケアに関する悲嘆や愛着形成等の講義の後、各施設の取り組み等を話し合ってください。教育プログラム終了時は、講義の内容や、講義や討議の時間配分への希望等の評価に関するアンケートに答えていただきます。

3か月後のプログラム評価では、周産期喪失ケアに関する取り組み等を、インタビュー(45分程度)でお答えいただく予定です。インタビューは、個別で行います。

ご都合の良い時間、場所をお知らせください。

★ 参加していただく際のご注意 ★

臨床での事例をもとにお話しいただく際には、個人が特定されないようご留意をお願いいたします。

★ 参加していただく際のお約束 ★

本研究に参加して頂く方には、以下のことをお約束いたします。

- ✓ 本研究に参加する中で、途中でやめなければならない事情が出てきた際には、遠慮なくお申し出下さい。本研究の参加は、皆様の意志が最優先されますので、いつでも参加を取りやめることが可能です。
- ✓ 各グループでの討議の際には、話せることだけをお話し下さい。
- ✓ 途中で研究参加を辞退される場合は、一緒にお送りした「研究参加撤回書」をご返送下さい。研究の参加を撤回されても、皆様になんら不利益はないこと、その時点までの皆様の個人データは、安全な方法で廃棄し、本研究の結果には用いないことをお約束いたします。
- ✓ グループ討議で話し合われた内容は、録音させていただきます。録音内容は、研究者のみが取り扱い、データは研究終了後、安全な方法で速やかに廃棄いたします。
- ✓ グループ討議内容は、プログラム開発および評価指標を検討するためだけに用いるものであり、個人の評価等を行うことはありません。
- ✓ 研究結果を専門の学会や、学術雑誌に公表する際には、個人や所属施設が特定されないよう記号等を用い、全て匿名にいたします。
- ✓ プログラム途中あるいは終了時に、個人的な面接を希望される場合は、お気軽にお申し出下さい。ご相談内容によっては、研究の分析対象としない個別相談とし、専門医を紹介いたします。
- ✓ 皆様には、交通費をお支払いいたします。

本研究で提供されるプログラムが、参加者の皆様にとって実り多きものであるよう、できる限りのサポートを行いたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

< 研究の実施者 >

広島大学大学院保健学研究科精神機能制御科学研究室
調査者 博士課程後期 岡永真由美
指導教員 岡村 仁

本研究に関するご意見・ご質問等は、全て以下の連絡先までお問い合わせ下さい。

岡永真由美

広島大学院保健学研究科博士課程後期

090-●●●●-●●●●

Email d083386@hiroshima-u.ac.jp

研究参加の同意書

この度私は、「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」について以下の説明を受け、その趣旨が理解できましたので、研究に参加することを同意いたします。

1. 研究の目的および研究内容

2. 研究への参加は自由意志によるものであり、承諾した後でも断る権利を有すること

3. 匿名性の保護

データは全て匿名とされ、個人のプライバシーが保護されること

4. データの保管方法

1) 得られたデータは研究目的以外には一切用いず、終了後は安全な方法で 全て廃棄されること

2) 研究参加を途中で辞退した場合、得られたデータはその時点で廃棄し、研究結果には使用しないこと

5. 研究成果の公表

得られた結果は、専門学会、学会誌等で発表すること

平成 24 年 ●月 ●日

氏名(署名): _____

<研究の実施者>

広島大学大学院保健学研究科精神機能制御科学研究室

研究者 博士課程後期 岡永真由美

指導教員 岡村 仁

本研究に関するご質問などがございましたら、

下記の連絡先にお問い合わせください。

<連絡先>

広島大学大学院保健学研究科 精神機能制御科学研究室

岡永真由美

〒734-8555 広島市南区霞1-2-3

090-●●●●-●●●●

Email : d083386@hiroshima-u.ac.jp

研究参加者プロフィール

このたびは「助産師に対する周産期の喪失ケアのための卒後教育プログラムの開発と検証に関する研究」にご協力いただきありがとうございました。

お手数をおかけしますが、事前に下記のプロフィールへのご記入をお願いいたします。本調査で知りえた個人情報、研究者自身が責任をもって入力・データの保管、および分析を行いますので、記入内容を研究者以外に知られることはありません。ご協力いただきますよう、よろしくをお願いいたします。

対象者 ID: _____

質問1 あなたご自身のことをお尋ねいたします。以下の項目にある数字や言葉に該当するものに○をつけてください。

- 1) あなたの年齢 _____ 歳
- 2) 看護基礎教育機関 専門学校 短大 大学
- 3) 助産教育機関 助産師学校 短大専攻科 大学選択課程
大学専攻科 大学院 専門職大学院
- 4) 看護および助産基礎教育終了後に取得した学位及び学会等の認定資格
学士 修士 博士 認定看護師 その他()
- 5) 助産師としての経験年数 ()年目
- 6) 現在の勤務形態について 常勤 パート 臨時採用/登録 その他()
- 7) 職位 スタッフ 主任/係長 看護師長以上 その他()
- 8) 主に働いている部署 産科 周産期センター 産婦人科外来
産科を含む混合病棟 その他()
現在の部署で働き始めて ()年目
- 9) 過去 3 カ月で流産・死産・新生児死亡を経験した女性や家族へのケアは経験しましたか?
いいえ はい それは具体的に何回ぐらいですか()回ぐらい
- 10) 9)で はいと回答された方にお尋ねします。
あなたが関わったケアは、どの時期ですか? 複数ある場合は、多い順に番号をつけてください。
12 週未満の流産()
12 週以降の死産() 新生児死亡() その他()

11) これまで、周産期の喪失ケアに関する病棟での事例検討会の経験はありますか？

いいえ はい(回くらい)

12) これまで、周産期の喪失ケアに関して、後輩への指導経験はありますか？

いいえ はい(回くらい)

本研究に協力していただくにあたり、交通費をお支払いいたします。

お手数ですが、最寄り駅名と、広島駅までの交通費をご記入ください。

最寄り駅名(例 JR 広島駅)
⇒ _____
広島駅までの交通費
⇒ _____ 円

ご協力いただきありがとうございました。

同意書にご署名いただき、同封の封筒でご返送ください。

研究参加撤回書

この度私は、研究参加を撤回することにいたしました。
よって、以下に示す事項を厳守した上で、速やかに対処していただくことを 希望し
ます。

1. 研究参加を辞退したことで、何ら不利益を被らないこと
2. 私に関するデータは全て安全な方法で速やかに破棄し、研究の結果には使用し
ないこと

平成 年 月 日

お名前: _____

研究者: _____

(研究者にお送りください)

切り取り

研究参加撤回書

以下に示す事項を厳守した上で、速やかに対処いたします。

1. 研究参加を辞退したことで、何ら不利益はありません
2. _____ 様に関するデータは、全て安全な方法で速やかに破棄し、研究の
結果には使用いたしません。

日 付 平成 年 月 日

ご本人氏名 _____ 様

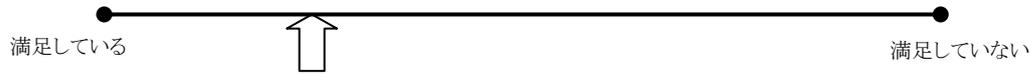
研究者氏名 _____

(研究者が署名をした後、お返しいたします)

対象者ID: _____

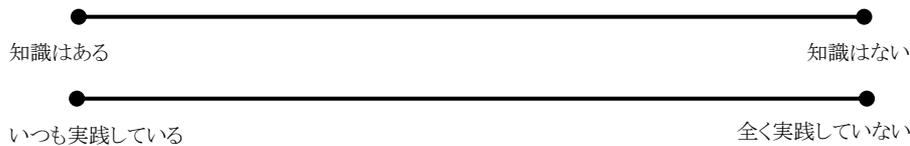
以下の質問に対し、通常感じられている状況についてお答えください。
該当する部分を下図のように矢印でお示ください。

例:今の職場に満足している

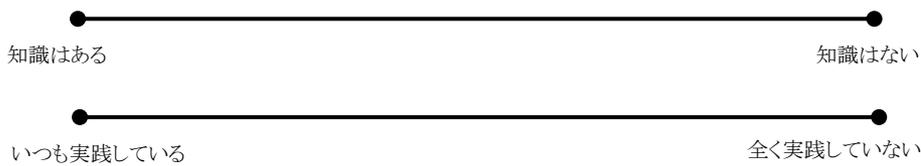


I. 周産期の喪失ケアにおける個別ケアに関する知識と実践状況についてお聞かせください

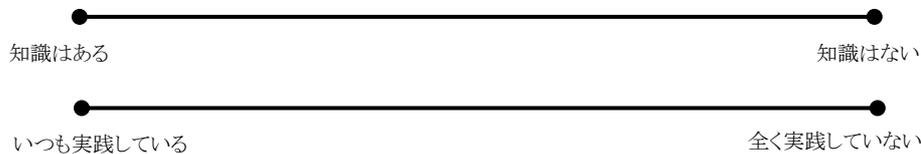
1. 妊娠中からの親子の愛着について考慮したケアを実施している



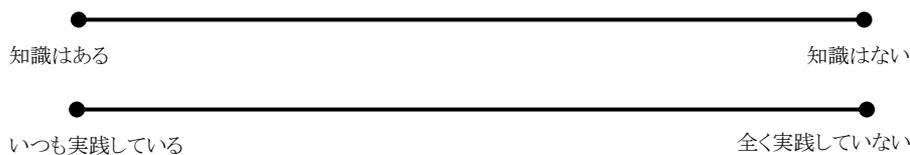
2. 分娩・産褥期の親子の愛着について考慮したケアを実施している



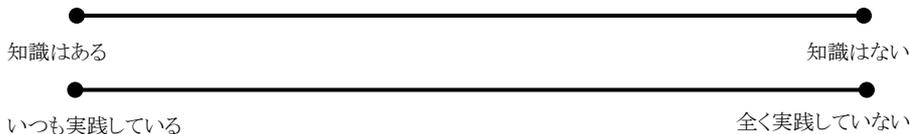
3. 母親の悲嘆反応を考慮してケアを実施している



4. 父親の悲嘆反応を考慮してケアを実施している



5. 夫婦の関係性を考慮したケアを実施している



対象者ID _____

本日は長時間にわたる教育プログラムに参加いただきありがとうございました。
本日の講義やグループ討議についての忌憚のないご意見をお聞かせください。
よろしくお願いいたします。

質問項目	あてはまる	どちらかとい うとあてはま る	どちらかとい えない	あてはまら ない	あてはまらない
1. 講義の要点は理解できた	4	3	2	1	0
2. 出席者が参加しやすいように配慮されていた	4	3	2	1	0
3. 講師は、参加者の反応や理解を確認していた	4	3	2	1	0
4. 講師は、参加者を尊重した態度であった	4	3	2	1	0
5. 資料・スライドなどの 教材の量 は適切であった	4	3	2	1	0
6. 資料・スライドなどの 内容 は適切であった	4	3	2	1	0
7. プログラム全体の内容は難しかった	4	3	2	1	0
8. プログラム全体の内容は易しすぎた	4	3	2	1	0
9. 講義の時間配分は適切であった	4	3	2	1	0
10. グループ討議の時間配分は適切であった	4	3	2	1	0
11. 今後のケアに活かせる内容であった	4	3	2	1	0

本プログラム構成についてのご意見をお聞かせください

- 1日間のプログラムは、
長い 適当 短い(その他)
- 土曜日のプログラムについて
このままでよい 平日がよい(その他)
- 講義(悲嘆反応や愛着行動への理解)は
不要 必要 (長い 適当 短い)
(その他)
- 講義(助産師自身のメンタルヘルス)は、
不要 必要 (長い 適当 短い)
(その他)
- グループ討議(周産期喪失ケアの情報交換)
不要 必要 (長い 適当 短い)
(その他)
- グループ討議(対応困難事例の共有と対策)
不要 必要 (長い 適当 短い)
(その他)

7. グループ討議(助産師自身のメンタルヘルス)

不要 必要 (長い 適当 短い)

(その他)

8. 教育プログラム全般に対する意見、希望等

3か月後の周産期喪失ケアの実践目標を

お書きください。

<3か月後にインタビューをさせていただきます>

質問は以上です。ご協力をありがとうございました。