

<学位論文>

<題目>

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する  
助産師への教育に関する研究

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

博士後期課程看護学領域

河本 恵理

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する  
助産師への教育に関する研究

目 次

序 章

第1節 研究背景.....	1
1. ペリネイタル・ロスの概念.....	1
2. ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係にもたらす影響.....	1
3. ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア.....	3
4. 助産師基礎教育におけるペリネイタル・ロスのケアに対する教育.....	3
5. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する 助産師教育プログラム開発の必要性.....	5
第2節 研究目的と意義.....	5
1. 研究の目的.....	5
2. 研究の意義.....	5
3. 本論文における用語の定義.....	6
第3節 本論文の構成と研究の概要.....	6
序章 引用文献.....	7

第1章 ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ

第1節 研究背景及び目的.....	10
第2節 研究方法.....	10
第3節 結果.....	12
第4節 考察.....	20
第5節 結語.....	23
第1章 引用文献.....	25

<b>第2章</b>	<b>ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ</b>	
第1節	緒言.....	27
第2節	用語の定義.....	28
第3節	研究方法.....	28
第4節	結果.....	30
第5節	考察.....	38
第6節	結語.....	40
第2章	引用文献.....	42
<b>第3章</b>	<b>「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開 発への示唆</b>	
第1節	第1章及び第2章で明らかになった知見.....	44
第2節	「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」 の構成内容.....	45
1.	教育プログラムの対象.....	45
2.	教育プログラムの目的・目標.....	46
3.	教育プログラムの内容.....	47
4.	教育プログラム評価方法.....	48
第3章	引用文献.....	50
<b>終章</b>		
第1節	本研究結果の総括.....	51
1.	序章：研究の背景.....	51
2.	第1章：ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ..	52
3.	第2章：ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ.....	52
4.	第3章：「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する 助産師教育プログラム」開発への示唆.....	53
第2節	本研究結果の活用と今後の展望.....	54
<b>資料</b>		55

## 図表目次

### 第1章

表1. 対象者の概要.....	12
表2. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス」概念名・定義一覧.....	13
表3. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス」カテゴリー名・概念名・ ヴァリエーション一覧.....	14
図1. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス.....	17
表4. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズ.....	19

### 第2章

図1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施頻度.....	33
図2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施自立度.....	34
表1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの困難さの内容.....	35
表2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望理由.....	36
表3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望内容.....	37

### 第3章

表1. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」に 対する評価票.....	49
--	----

## 序 章

研究背景・研究目的及び意義・論文構成

## 序 章

本章では、本論文の主テーマであるペリネイタル・ロスの概念、ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係にもたらす影響、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア、助産師基礎教育におけるペリネイタル・ロスのケアに対する教育、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム開発の必要性について記述する。

第2節では、「ペリネイタル・ロスを経験した父親に対する助産師教育プログラム」を開発する重要性を述べ、本研究の目的と意義を記述する。

第3節では、本論文における各研究の概要を論文構成に沿って記述する。

### 第1節 研究背景

#### 1. ペリネイタル・ロスの概念

ペリネイタル・ロス(Perinatal Loss)は、流産・死産・新生児死亡など周産期に起こる胎児あるいは新生児の喪失を意味する。

平成28年人口動態統計<sup>1)</sup>によると、妊娠満12週以降の死産数は20,934胎(死産率21.0(出産千対))、出生後から生後28日未満の新生児死亡数は874人(新生児死亡率0.9(出生千対))であり、年間約22,000組のカップルが死産・新生児死亡を経験している。また、人口動態統計には含まれない妊娠12週未満の流産を含めると、さらに多くのカップルが児を失う経験をしている。

岡永らはペリネイタル・ロスの概念分析を行い、「Perinatal Loss (ペリネイタル・ロス)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供を産めない事実直面する一方で、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」と定義している<sup>2)</sup>。また、Perinatal Loss (ペリネイタル・ロス)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、夫婦や家族がさまざま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唱<sup>2)</sup>されている。

#### 2. ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係にもたらす影響

##### 1) ペリネイタル・ロスが母親にもたらす影響

ペリネイタル・ロスを経験した母親は、抑うつ、不安・睡眠障害・PTSDなどメンタルヘルスの問題が出現する<sup>3)</sup>ことが報告されており、母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続するといわれている<sup>3)</sup>。日本人を対象とした大井の研究においても、死産・早期新生児死亡を経験した母親は情緒的反応としてショックに続いて、悲しみ、怒りと苛立ち、自責感・罪悪感、抑うつ、絶望の自覚があり、身体的反応として食欲不振、体重減少、不眠、肩こ

りの症状がみられたと報告されている<sup>4)</sup>。

さらに、死産後の次の妊娠時に、不安・抑うつが強くなることや、死産後に妊娠した女性の20%が妊娠後期にPTSDを認め、出産後では4%に認めたことが報告されている<sup>5)</sup>。また、次に生まれた子どもとの愛着障害<sup>6)</sup>も指摘され、母性葛藤への影響が懸念されている。

## 2) ペリネイタル・ロスが父親にもたらす影響

父親は予期せぬ我が子の死に大きな衝撃を受け、悲しみを押し隠しながらも父親と夫の役割を果たしていた<sup>7)</sup>ことや、死産を経験した父親は妻の次の妊娠時に強い不安を抱き、15%にPTSDを認めたことが報告されており<sup>8)</sup>、父親も子どもを失ったことに大きな衝撃を受けて苦悩することが指摘されている。

また、死産後に抑うつを経験した父親の割合は30か月目が最も高く、父親の悲嘆は母親よりも遅れて出現するという父親特有の悲嘆を示したことも報告されている<sup>9)</sup>。

一方で、父親の悲嘆過程は母親に比べて早く経過し、父親の方が悲嘆・不安・落ち込みのレベルは低かったという報告もあり<sup>10)</sup>、ペリネイタル・ロスがもたらす父親への影響は明確になっていない。

## 3) ペリネイタル・ロスが夫婦関係にもたらす影響

Clymanら<sup>11)</sup>は両親がお互いに同じような悲嘆反応を経験していない場合、ペリネイタル・ロスは両親の関係を緊張させることを指摘している。また、Gold<sup>12)</sup>は、アメリカにおいては、死産を経験したカップルの関係が破綻するリスクは、生児を得たカップルの1.4倍であると報告している。

日本人のカップルを対象とした研究においても、竹ノ上ら<sup>13)</sup>は、自然流産後の夫婦の記述的内容分析から、夫婦それぞれが感じたネガティブな変化として、もともと良い夫婦関係でなかったものがさらに悪化するという「希薄な悪い関係のさらなる悪化」、コミュニケーションの希薄化あるいは断絶、妊娠や流産が怖くて性生活が困難となる、流産がきっかけで離婚するなど「夫婦関係の断絶と破綻」が挙げられたことを報告している。一方で、竹ノ上ら<sup>13)</sup>は信頼と愛情が深まる、連帯感や一体感を感じ夫婦の絆が強まるなど夫婦関係のポジティブな変化も起こることを報告し、夫婦のあり様や努力によっては、関係が深まり発展する方向へ変化する可能性、あるいは個の成長・成熟が夫婦関係に好影響を与え、それによってさらに個が成長するという良い循環過程に入る可能性もありうると述べている。

以上のことから、ペリネイタル・ロスは母親・父親それぞれに影響を及ぼすと同時に、夫婦の関係性や次の子どもとの関係性にも影響を及ぼすできごとであり、母親へのケアのみならず父親へのケアも重要である。

### 3. ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア

欧米においては、1980年代より周産期喪失の悲嘆についての研究が多数行われきた。これらの研究が積み重ねられ、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアガイドラインが作成されている。イギリスにおいては、1991年にセルフ・ヘルプグループ SANDS(Stillbirth & neonatal death Society)によるケアガイドライン「Pregnancy Loss and the Death of a Baby : Guidelines for professionals」が作成され、両親の悲嘆に対するケアが展開されている。2016年に第4版が出版されており、Sands principals of bereavement care (悲嘆ケアの原則)として、「両親中心のケアとなるよう、また、両親のニーズを満たせるよう両親の個別性に配慮すべきである」「両親が自己決定できるような情報やサポートを受けることが望ましい」など、両親を中心としたケアの重要性が記載されている。また、ガイドラインの内容として、両親とのコミュニケーションの重要性とコミュニケーションスキルについて、また、出生前診断や初期の流産、中期の流産など具体的な場面における両親に望ましいケアや、児の喪失後の両親へのケア例、次の妊娠時の両親へのサポート等について記載されている。一方、父親の悲嘆について、父親は生まれていない子どもとの絆が深くないため、母親ほど深刻な影響は受けていないと言われているが、多くの父親は深く深刻な悲嘆を経験していることが記載されている。また、男性は自分の感情を表出できるようなネットワークを持っていないなど男性特有の悲しみへの対処についてもふれ、父親へのケアの必要性について記載されている。しかし、父親の悲嘆プロセスやケア・ニーズに添った父親へのケアの記載は見当たらない。

我が国においては、1990年代より死産を経験した母親の事例研究が散見されていたが、2000年以降にペリネイタル・ロスを経験した母親の心理、母親のケア・ニーズ、カップル(夫婦)を対象とした研究が行なわれるようになってきた。しかし、我が国においては、SANDSによるケアガイドライン(初版)が翻訳されている<sup>15)</sup>のみであり、我が国における統一したケアの見解はなく、ペリネイタル・ロスのケアは看護者の知識や経験に委ねられている現状がある。そのため、ペリネイタル・ロスのケアに携わる看護者は「何もできない無力感」を感じたり<sup>16)</sup>、逆効果にならないように細心の注意を払うあまり常に緊張を強いられる状況にある<sup>17)</sup>ことが報告されており、看護者がケアに対する戸惑いや困難さを抱えながらケアを提供していることが明らかになっている。

ペリネイタル・ロスのケアの実態調査については、母親及び家族へのケアを対象とされているものの<sup>16)17)18)19)</sup>、父親へのケアの実態については明らかにされていない。

### 4. 助産師基礎教育におけるペリネイタル・ロスのケアに対する教育

助産師は通常、先輩助産師から分娩介助技術や乳房ケアに関する技術などの伝達やアドバイスを受けて助産技術を磨いているが、ペリネイタル・ロスに関して「同僚・先輩・後輩とケアについて話さない」でおり、児の死に対するケアに関しての知識・技術の伝達は



あまり行われていない現状がある<sup>20)</sup>と報告されている。河本ら<sup>20)</sup>は、その背景として、助産師基礎教育の影響を指摘している。

助産師基礎教育で主に使用されていた教科書によると、1980年代前半に発行された教科書には子宮内胎児死亡の原因と分娩に関する処置についてのみの記載であり、流産・死産を経験した母親の心理過程や看護援助についての記載はないものがあった<sup>21)</sup>。また、「深く落胆」している産婦の思いを助長させないよう分娩室には他の産婦と一緒にしない配慮の必要性に触れている教科書もみられた<sup>22)</sup>。しかし、「褥婦が望んでも浸軟の程度が強ければ、面会は父親だけとし、夫から説得してもらうのがよい」と看護者の指示的な関わりの例が記載されているもの<sup>22)</sup>もあった。母親の落胆する気持ちを推し測ったうえでの関わりの具体例であると考えられるが、現在明らかになっている母親のケア・ニーズとは異なる記載であった。

1990年代の教科書には流産・死産の経験による心理過程の解説があったが、具体的な看護援助についての記載はないものがあり<sup>23)24)</sup>、対象理解に努めることに重点が置かれていた。また、児を「丁寧に扱う」必要性の記載があり、児をものではなく赤ちゃんとして扱う配慮がうかがえた<sup>25)</sup>。一方、「児の面会は夫を中心によく話し合ったうえで行う」との記載があり、母親の希望に必ずしも添っているとはいえないケア例の提示があった<sup>25)</sup>。

2000年代に発行された教科書には、1990年代と同様の記載内容のもの<sup>26)27)</sup>もみられたが、母親の悲嘆反応への理解と児を一人の人間として扱うことの記載があるものもあった<sup>28)</sup>。また、「現代社会において、赤ちゃんの死は何よりタブー視されていることの1つ」とし周産期の死がもたらす母親と家族の苦悩について触れ、「ケアの内容を選択するのは両親」であることが明記されている教科書もあった<sup>29)</sup>。その中には、家族が用意した衣類を着せること、希望があれば手形・足型・毛髪・臍の緒など形見を提供するといった具体的なケア例が記載されている。そして、産後の身体面・心理面の回復プロセス、利用できる社会資源についての情報提供についても詳細な例が提示されていた。

2010年以降は、母親の悲嘆反応とともに具体的なグリーフワークの提示があり<sup>30)</sup>、子どもを亡くした母親だけでなく父親を含めた両親の心理・社会的側面についての記載と、グリーフワークの必要性、母親のケア・ニーズ<sup>31)</sup>に添った具体的なケア例が提示されるものもみられていた。

教科書の著者によってペリネイタル・ロスのケアに関する記載内容に差は認めるものの、医学的な知見に重点が置かれていた1980年代の教科書に比較して、現在は母親・家族の心理過程やグリーフワークの必要性、母親のケア・ニーズ、またケアする助産師の姿勢について記載されるようになっている。

現在、臨床で勤務している助産師の多くは助産師基礎教育において具体的なケア方法については学んでいなかったことが推察される。そのため、母親の心理過程や思いを理解し共感することはできるが、自分自身も母親・家族への関わり方がわからず、後輩にケアの

方法を伝達することが困難ではないかと考えられる。よって、臨床経験を重ねた助産師への教育の必要性が示唆された。

## 5. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム開発の必要性

父親には父親特有の悲嘆のプロセスがあると考えられる。そのプロセスを理解し、父親のケア・ニーズに沿ったケアを提供する必要がある。

我が国では、ペリネイタル・ロスのケアに携わる看護者を対象とした教育プログラムが開発され、2009年から実施されている。しかし、主に母親のケア・ニーズに基づいて作成されたものであり、父親の悲嘆についてふれられてはいるものの、父親の悲嘆プロセスや父親へのケアの詳細については含まれていない。また、「Pregnancy Loss and the Death of a Baby : Guidelines for professionals」にはケアの原則は両親中心のケアであることは述べられている<sup>15)</sup>ものの、父親独自のケアについては記述されていない。

ペリネイタル・ロスは予期せず突然起きることが特徴的であり、ペリネイタル・ロスに直面した助産師が父親へのケアに直ちに取り組めるよう教育プログラムの開発が必要と考えた。

## 第2節 研究目的と意義

### 1. 研究の目的

本研究の目的は、父親の適応プロセスとケア・ニーズを明らかにし、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態とペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにしたうえで、「ペリネイタル・ロスを経験した父親に対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得ることである。

### 2. 研究の意義

我が国においては、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラムは存在しない。本研究により、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム開発への示唆が得られることで、教育プログラム開発の一助となり、父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズに添ったケアを提供することが可能となる。ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアを行うにあたり、父親と母親それぞれの悲嘆のプロセスやケア・ニーズを理解しケアを提供することが必要である。

また、これまで助産師がケアの必要性を自覚しながらも十分に実践できなかった父親へのケアに対して、助産師の教育を行うことが可能となる。さらに、本教育プログラムのもと教育を受けた助産師が父親へのケアを実践できるようになれば、ペリネイタル・ロスを

経験した両親へのケアの質の向上に寄与することができる。

### 3. 本論文における用語の定義

本論文中において、「ペリネイタル・ロス」とは、妊娠 12 週以降の自然死産及び新生児死亡とし、胎児異常による中期中絶は含まないものとする。

### 第3節 本論文の構成と研究の概要

本章は序章として、本論文の研究背景、研究目的と意義、構文構成と研究の概要について記述する。

第1章では、研究1として実施した「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」について記述する。研究1は、ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズを明らかにすることを目的とした質的帰納的記述研究である。ペリネイタル・ロスを経験した 12 名の父親からの半構成的面接により得られたデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach : M-GTA)にて分析し、父親の適応プロセスを明らかにする。また、同じ面接データより、父親のケア・ニーズを抽出し、コーディングしカテゴリー化し、父親のケア・ニーズを明らかにする。

第2章では、研究2として実施した「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態とペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ」について記述する。研究2では、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及びペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにする。研究1で明らかになった父親のケア・ニーズ及び先行研究より明らかになっている両親に必要なケアから抽出した父親へのケア 29 項目を軸にした質問紙を用い、総合病院の助産師を対象に実施した実態調査研究である。

第3章では、研究1で明らかになった父親の適応プロセスとケア・ニーズから父親に必要なケアについて検討する。また、研究2で明らかになった父親へのケアの実態と父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを基に助産師が父親へのケアを実践するために必要な内容について検討する。さらに、研究1及び研究2を統合して、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得る。

終章では、本研究を総括し、今後の助産師教育プログラムの活用と展望を述べる。

## 序章 引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成 28 年度 (2016) 人口動態統計 (確定数) の概況. 厚生労働省.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html> (参照 2017-12-19)
- 2) 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 2009 ; 23(2) : 164-170.
- 3) Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. Best Practice and  
Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007 ; 21(2) : 249-259. Hutti MH. Social  
and professional support needs of families after perinatal loss . Journal of  
Obstetric,Gynecologic,and Neonatal Nursing 2005 ; 34(5) : 630-638.
- 4) 大井けい子. 胎児又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 2001 ; 42(1) : 11-21.
- 5) Turton P, Hughes P, Evans C.D.H, et al. Incidence, correlates and predictors of  
post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. British Journal of  
Psychiatry 2001 ; 178 : 556-560.
- 6) Hughes P, Turton P, Hopper E, et al. Disorganised attachment behaviour among  
infants born subsequent to stillbirth. Journal of Child Psychology and Psychiatry and  
Allied Disciplines 2001 ; 42(6) : 791-801.
- 7) 今村美代子. 死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り. 日本助産学会誌 2012 ;  
26(1) : 49-60.
- 8) Turton P, Badenhorst W, Hughes P, et al. Psychological impact of stillbirth on fathers  
in the subsequent pregnancy and puerperium. British Journal of Psychiatry 2006 ;  
188 : 165-172.
- 9) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Couple distress after sudden infant or  
perinatal death: A 30-month follow up. Journal of Paediatrics and Child Health  
2002 ; 38(4) : 368-372.
- 10) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Gender Differences in Parental Psychological  
Distress Following Perinatal Death or Sudden Infant Death Syndrome, British  
Journal of Psychiatry 1995 ; 167 : 806-811.
- 11) Clyman, R.I., Green, C., Rowe, J., Mikkelsen, C., Ataide, L. Issues concerning parents  
after the death of their newborn. Critical Care Medicine 1980 ; 8(4) : 215-218.
- 12) Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy  
loss. Pediatrics 2010 ; 125(5) : 1202-1207.
- 13) 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 辻恵子. 自然流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因—体験  
者の記述内容分析から—. 日本助産学会誌 2006 ; 20(2) : 8-21.
- 14) Sands,the stillbirth & neonatal death charity. Pregnancy loss and the death of a

baby: Guidelines for professionals 4<sup>th</sup> edition. <https://uhcw.wordpress.ptfs-europe.co.uk/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/SandsGuidelines2016.pdf#search=%27Sands+guideline+for+professionals+2007%27>.(参照 2018-01-22)

- 15) 竹内徹訳. 周産期の死—流産・死産・新生児死亡—死別された両親へのケア. 初版. メディカ出版. 大阪, 1993.
- 16) 鈴木清花, 岩下麻美, 辻恵子. 誕生死に関わる看護職の感情に関する研究. 母性衛生 2008 ; 49(1)74-83.
- 17) 岡永真由美. 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状. 日本助産学会誌 2005 ; 19(2) : 49-58.
- 18) 米田昌代, 田淵紀子, 坂井明美. 周産期の死のケアに関する看護者の知識とケア環境の実態. 石川看護雑誌 2008 ; 5 : 11-20.
- 19) 藤村由希子, 安藤広子. 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 2004 ; 6 : 83-91.
- 20) 河本恵理, 田中満由美. 助産師がペリネイタル・ロスのケア体験に適応していくプロセス. 母性衛生 2016 ; 56(4) : 567-575.
- 21) 須川侑, 日高敦夫, 駒谷美津男. 胎児死亡. 鈴木雅洲, 五十嵐正雄, 勝島喜美, 他編. 臨床助産学第2巻胎児ケア. 南江堂. 東京, 1985 ; 274-290.
- 22) 野村紀子. 助産の技術とケアの実際. 青木康子, 内山芳子, 加藤尚美, 他編. 母子保健ノート2助産学. 第2版. 日本看護協会出版会. 東京, 1980 ; 320.
- 23) 新道幸恵. 母性・父性をめぐる諸問題. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第3巻助産の基礎理論II. 日本看護協会出版会. 東京, 1991 ; 491-495.
- 24) 松岡恵. 対象喪失. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第6巻母子の心理・社会学. 第2版. 日本看護協会出版会. 東京, 1996 ; 193-194.
- 25) 加藤尚美. 異常産婦のケア. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第7巻助産診断技術学. 第2版. 日本看護協会出版会. 東京, 1996 ; 303.
- 26) 松岡恵. 対象喪失. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第5巻母子の心理・社会学. 第3版. 日本看護協会出版会. 東京, 2003 ; 257-259.
- 27) 加藤尚美. 異常産婦のケア. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第7巻助産診断技術学I. 第3版. 東京, 日本看護協会出版会, 2004 ; 89.
- 28) 村上明美, 平澤美恵子. 死産時の産婦の助産診断とケア. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編. 助産学大系第8巻助産診断・技術学II. 第3版. 日本看護協会出版会. 東京, 2004, 78-79.
- 29) 井端美奈子. ハイリスク産婦へのケア. 武谷雄二, 前原澄子編. 助産学講座6助産診断・技術学II. 東京, 医学書院, 2002, 114-120.
- 30) 小林佐知子. 流産,死産の悲嘆反応. 村瀬聡美, 我部山キヨ子編. 助産学講座4基礎助産学

[4] 母子の心理・社会学. 医学書院. 東京, 2013 ; 49-51.

- 31) 太田尚子. 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ. 日本助産学会誌 2006 ; 20(1) : 16-25.

## 第1章

ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ

## 第1章

### ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ

#### 第1節 研究背景及び目的

平成27年度人口動態統計によると、年間約23,000組のカップルが死産・新生児死亡を経験している<sup>1)</sup>。ペリネイタル・ロス（流産・死産・新生児死亡）を経験した母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続する<sup>2)</sup>といわれ、不安、抑うつ、PTSDなどメンタルヘルスの問題との関連や次の子どもとの愛着障害が指摘されている<sup>2)3)</sup>。さらに、夫婦間への影響として、夫婦関係の悪化、離婚などが指摘されている<sup>4)</sup>。そのため、ペリネイタル・ロスに対するケアは母親のみでなく父親にとっても重要である。

しかし、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに関する先行研究は少なく、父親は我が子の死に大きな衝撃を受けており<sup>5)</sup>、死産後の次の妊娠時にも精神的に影響を受けている<sup>6)</sup>と指摘するものや、父親の方が母親よりも不安・抑うつのレベルは低い<sup>7)</sup>という報告もあり、ペリネイタル・ロスがもたらす父親への影響は明確になっていない。

そこで、ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズを明らかにすることを目的として本研究を実施する。本研究の成果により、父親に必要なケアの示唆を得ることができる。また、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアを行ううえで、父親及び母親それぞれにもたらす影響を理解し、それぞれのニーズに沿ったケアを検討することが必要であり、本研究において父親への影響や父親のケア・ニーズを明らかにすることは重要である。

#### 第2節 研究方法

##### 1. 研究デザイン

質的帰納的記述研究

##### 2. 対象者および調査期間

本研究の対象者は、妊娠12週以降の自然死産を経験後1年以上経過しており、研究への協力が得られた父親とした。希望による人工妊娠中絶や胎児異常での中期中絶の場合、児の喪失に対して抱く思いが異なることが予測されるため、本研究からは除外した。

産科を有する総合病院1施設から対象者の紹介を受け対象者をリクルートした。また、スノーボールサンプリングも併用した。調査協力施設の産科看護師長より、本研究の対象に該当する父親に本研究の主旨を説明してもらい、研究協力の可否を確認していただいた。また、スノーボールサンプリングの場合も同様に、対象者から次の対象者の紹介を受けた。その後、研究協力可能な父親に対し、研究者より研究の目的・方法、倫理的配慮について文書を用いて口頭で説明し、文書で同意を得た。



調査期間は 2015 年 6 月 12 日から 2016 年 11 月 14 日であった。

### 3. 調査方法

対象者の属性 9 項目（対象者の年齢、職業、分娩週数、死産後経過年月、児の死亡理由、分娩方法、死児の分娩順位、死産後の生児数、信仰している宗教）は質問紙よりデータを収集した。また、ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズに関してはインタビューガイドを用いて 40～60 分の半構成的面接を実施し、データを収集した。インタビューガイドは、「妻の妊娠中」、「児の死が判明した時」、「分娩時」、「分娩後から退院まで」、「退院後から現在に至るまで」の各時期における「状況とその時父親が抱いた思い」について、「ペリネイタル・ロスに対するケアへの要望」とした。

面接場所は、対象者のプライバシーを確保することができ、安心して思いを語るができる場所とし、研究者の所属施設の会議室や対象者の自宅など対象者の希望する場所に行った。なお、対象者の希望により、妻の同席も可能とした。

面接内容は対象者の同意を得て IC レコーダーに録音し、逐語録化した。

### 4. 分析方法

「父親の適応プロセス」に関する分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を用いた。M-GTA は、継続的比較分析法による質的データを用いた研究手法であり、社会的相互作用に関係しプロセス的特性をもつ人間行動の説明と予測に優れた理論を生成することができる<sup>8)</sup>。本研究において、分析焦点者を「死産・新生児死亡を経験した父親」とし、分析テーマを「分析焦点者がどのように児の死を受け止め、日常生活に適応していったか」とした。分析焦点者と分析テーマに照らして逐語録化されたデータの関連箇所に着目し、解釈した内容を定義づけした後、概念を生成した。そして、複数の概念の関係から成るカテゴリーを生成し、結果図・ストーリーラインを作成した。

「父親のケア・ニーズ」に関する分析は、逐語録化された面接データから父親のケア・ニーズを抽出し、コーディングし、意味内容の類似性に従ってカテゴリー分類した。

分析の際には、研究者の主観的解釈や解釈上の矛盾を避けるため、複数の研究者とともに解釈が一致するまで分析を続けた。また、質的研究や M-GTA の研究・指導に携わっている助産学研究者よりスーパービジョンを受け、分析の信頼性と妥当性の確保に努めた。

### 5. 倫理的配慮

対象者に対して、本研究の主旨、研究参加の任意性、同意撤回の自由について、文書及び口頭による説明を行った。また、面接時はプライバシーの確保に努め、得られたデータは匿名化し、個人情報保護に努めた。本研究は、山口大学医学部附属病院治験及び人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会（管理番号 H27-74）の審査・承認を得て実施した。

### 第3節 結果

対象者 12 名よりデータを収集した。対象者 12 名の分析をもって、理論的飽和化と判断し、分析を終了した。

#### 1. 対象者の属性

対象者は平均年齢 38.8±4.4 歳、会社員 6 名、自営業 4 名、医療職 2 名であった。全員死産を経験しており、妊娠 22 週未満の死産 8 名、妊娠 22 週以降の死産 4 名であった。インタビュー時点における死産後経過年月は 1 年 7 か月から 7 年 2 か月であった。亡くなった児が初めての子どもであったものは 7 名であった。死産後に生児を得たものは 10 名であった。2 名は死産後に生児を得ておらず、このうち 1 名は死産前に生児を得ており、1 名は死産前にも生児を得ていなかった。また、死産を 2 回経験したもの 2 名であった。(表 1)

表 1. 対象者の概要

年齢 (歳)	職業	死産 週数 (週)	死産後 経過年月	児の死亡理由	分娩 方法	死児の 分娩 順位 (番目)	死産後の 生児数 (人)	信仰 している 宗教	
A	34	医療職	16	2 年 0 か月	前期破水	経膣	1	1	無
B	44	会社員	21	2 年 6 か月	前期破水	経膣	1	1	有
C	39	自営業	20	1 年 7 か月	前期破水	経膣	1	0	有
D	39	自営業	21	5 年 1 か月	前期破水	経膣	3	1	無
E	44	会社員	36	4 年 0 か月	常位胎盤早期剥離	経膣	1	1	有
F	36	会社員	12	5 年 0 か月	原因不明 (双胎一児 IUID)	経膣	2	1	無
G	46	医療職	17	7 年 2 か月	双胎間輸血症候群 (双胎両児 IUID)	経膣	1	2	無
H	40	自営業	36	6 年 4 か月	常位胎盤早期剥離	経膣	2	1	有
I	37	会社員	31	5 年 9 か月	子宮破裂	帝王 切開	2	1	有
J	33	自営業	30	5 年 5 か月	原因不明 (IUID)	経膣	1	3	有
K	33	会社員	14	4 年 9 か月	原因不明 (IUID)	経膣	1	0	有
			14	3 年 4 か月	原因不明 (IUID)	経膣	2	1	
L	41	会社員	15	2 年 11 か月	原因不明 (双胎両児 IUID)	経膣	2	0	有
			15	1 年 11 か月	原因不明 (IUID)	経膣	3	0	

#### 2. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス

##### 1) カテゴリー名、概念名、定義、ヴァリエーション

ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスについて分析した結果、6 つのカテゴリーと 38 の概念が抽出された。概念名と定義を表 2 に示す。また、カテゴリー名、概念名、ヴァリエーション (抜粋) を表 3 に示す。

表2. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス」概念名・定義一覧

	概念名	定義
1	混乱	突然児の死を告げられ、信じられず混乱する。
2	悲しさ	児の死に対する悲しい気持ち
3	無力感	父親として児にしてあげられなかったこと、できなかったことがたくさんあるという無力感
4	自責感	児の死の原因は自分や自分たち夫婦のせいなのではないかと責める。
5	絶望感	子どもが元気に生まれてくることを期待していたが死産となり、父親になる未来を絶たれる。
6	妻から責められる	妻から児が亡くなった原因は父親にあるのではないかと責められる。
7	妻への苛立ち	我が子を守れなかった妻に苛立つ
8	妻の喪失感が理解できない	妻は母親になっているが、自分は父親になりきれておらず、我が子を亡くした母親としての妻の喪失感が理解できない。
9	夫婦関係がぎくしゃくする	児の死をきっかけに、妻との夫婦関係がぎくしゃくする。
10	悲しみからの回避	妻を支えながら、自分自身で我が子を失った悲しみを紛らわす。
11	妻への感情表出	妻と二人きりの時間をもつことで、父親が泣いたり、我が子を亡くした悲しみの感情を表出したりする。
12	児の死を納得するための試み	児の死の意味を探し、児の死を納得させようと試みる。
13	悲しみから救われる	我が子を失った悲しみや罪悪感から救われる。
14	我が子を失った気持ちの整理がつく	自分なりに児の死を納得することで児の死を受け入れることができ、我が子を失った気持ちの整理がつく。
15	我が子への思いを周囲に表出	我が子を亡くした体験や我が子の死に対する思いを周囲の人に表出する。
16	悲しみの蘇り	日常生活の中で我が子を失った悲しみの気持ちが蘇ること。
17	妻が主役のできごとと認識	死産は、母親が主役のできごとであり、他人事のような部外者感を抱く。
18	妻の心身を案じる	我が子を亡くした妻の心身を案じる。
19	周囲からの妻を支える役割の期待	家族・友人・職場の人など周囲から、我が子を亡くした妻を支えるよう期待されていると感じる。
20	妻を支える役割の自覚	死産の時、身体的・精神的に傷つくのは女性(妻)であり、男性は夫として妻を支える役割があると感じる。
21	冷静でいることに努める	我が子の死の宣告を受け、うろたえている妻の姿を目の当たりにし、共倒れにならないよう自分は努めて冷静でいようとする。
22	妻を手探りで支える	我が子を失った妻の反応を確認しながら手探りで妻を支える。
23	夫婦関係悪化回避行動	妻を支えながら、夫婦関係悪化を回避する。
24	夫婦で前向きに話し合う	夫婦間で夫婦や家族の将来について前向きに話し合う。
25	妻を支える者としての無力感	我が子を失った妻を支えたいと思うが、妻の力になれないと感じる。
26	妻の精神的安定への安堵	妻が児の死を受け入れ始めたことがわかることで、自分も安心する。
27	胎児存在の実感がない	妻の妊娠中、胎児が存在している実感がない。
28	児の父親になりきれていない	児を抱っこして、児が死産となった実感はあるが、父親としての気持ちにはなりきれていない感じがする。
29	父親役割の遂行	児と対面したり、火葬・葬儀の手続きに追われたり、父親としての役割果たすこと
30	我が子の死を実感	亡くなった我が子と対面し、我が子の死を実感する。
31	我が子への愛着の芽生え	亡くなった我が子と対面し、我が子に愛着を抱く。
32	次の妊娠への気持ちの切り替え	今回の児の死は仕方がない、次の妊娠に進もうと気持ちを切り替える。
33	次の妊娠・分娩への不安・警戒	次の妊娠時、前回死産した週数を経過する時期に同じように死産になってしまうのではないかと不安になり、警戒する。また、死産になってしまった場合の妻の落胆を心配する。
34	亡くなった児の父親であり続ける	亡くなった児を忘れることはなく、児の父親としての意識をもち続けている。
35	夫婦で我が子について語る	夫婦で亡くなった児の思い出を語る。
36	亡くなった児は家族の一員と実感	家族が亡くなった児を家族の一員と捉えていると感じる。
37	次子誕生の安堵	死産後、次の子どもが無事に生まれたことに安堵し、亡くなった児に対する悲しみが和らぐ。
38	子どもがいない家族のイメージ化	子どもがいる家族の形にこだわらないで子どもがいない夫婦だけの生活も視野に入れている。

表3. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス」 カテゴリー名・概念名・ヴァリエーション一覧

カテゴリー名	概念名	ヴァリエーション (抜粋)
死への衝撃 予期せぬ児の	混乱	・まずは、頭が真っ白になって... (E)
	悲しさ	・悲しかったのが一番ですね。(A)
	無力感	・いただいた箱で棺代わりに、送ってやるしかできなかったですね。(B)
	自責感	・(妊娠) 管理ができていた病院に入院させればよかった。(I)
	絶望感	・子どもが死ぬくらいなら自分が死にたいですね。(H)
心理的距離 妻との	妻から責められる	・(妻は、児が亡くなったのは) どうも僕のほうに原因があるんじゃないかと思ってたみたいで... (中略) それで結構怪しまれた。(J)
	妻への苛立ち	・(妻に対して) 子どもを優先して守って欲しかった。(中略) 長男が熱とか出した時、嫁さんがのんきに構えてたりしたら、「お前がこんなんやったけん、この子は死んだ」みたいな感じで言ったりとかはありました。(H)
	妻の喪失感が理解できない	・男はたぶん、生まれてからお父さんになるような感じがするんですよね。(中略) 嫁さんの喪失感っていうのは理解できない。(C)
	夫婦関係がぎくしゃくする	・ギクシャクしましたね。仕事を転職するか、離婚するかどっちかにしてくれとか (妻から言われた)。(J)
我が子を失った悲しみの整理	悲しみからの回避	・死産はつらかったけど仕事に専念することで忘れるようにしていた。(J) ・周りの人にこういったやつはあまり言えないじゃないですか。(中略) 励ましてかって逆にまた思い出したりとかそういうのがあるもんですから。(E)
	妻への感情表出	・(妻と) 二人きりの時はやっぱり涙、流しましたね。(A)
	児の死を納得するための試み	・親に迷惑をかけるんじゃないかと思って、自ら命を絶ったんだなど、そう思ったりもしますけどね。気を遣ったんだ、みたいな。(E) ・次の子ども無事に生まれて、前のことがあったから以前よりも注意を払って。そういうことを知らしめてくれたのはこの流産があつてのことなので。(B)
	悲しみから救われる	・こうして写真撮ったり自分がやったことで、子どもに対しての罪悪感とか若干あつたんでその辺がちょっと軽くなるはりました。(L)
	我が子を失った気持ちの整理がつく	・分娩で生まれてきてくれたことで、私も落ち着いたところはあつた (C) ・旦那さんはたぶん嫁さんのケアをしているうちに自然と (自分を) ケアできていると思います。俺が落ちこんでいる場合じゃないなって。(C)
	我が子への思いを周囲に表出	・こうやって人に話せるようになったのも 3 年くらい経ってからじゃなかったですかね。3 年して、やっと口に出して言えるようになった。(H)
	悲しみの蘇り	・インタビューが始まった時に、自分の中で (児に対する感情が) 残ってたじゃないですけど、そういう自分が意外でした。だいぶ忘れてると思ってたので。(中略) どれだけ時間が経ってもほんと一つのきっかけですごい記憶が蘇ったりとかあるかもしれないです。(H)

表3. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス」 カテゴリー名・概念名・ヴァリエーション一覧 (続き)

カテゴリー名	概念名	ヴァリエーション (抜粋)
手探りで妻を支える役割の遂行	妻が主役のできごとと認識	・部外者感はありますよね、父親は。母親がメインで主役じゃないですか。今回大変だったのは母親。(K)
	妻の心身を案じる	・嫁さんの心配のほうが大きかったですね。(C) ・嫁の状態もあまり良くないってことだったので、まずは頭がそっちにいつちやっただんですよね。(E)
	周囲からの妻を支える役割の期待	・(職場の同僚から) 奥さんのほうをちょっと見てあげないといけないね、みたいなことは言われました。(J)
	妻を支える役割の自覚	・特にお母さんなんて、みんなお腹を痛めて生まれるわけじゃないですか。だからやっぱりご主人の思いやりがいますよね。(D)
	冷静でいることに努める	・両方もうろたえてもしょうがないんで、努めて冷静にいるように。(J) ・二人どん底に落ちてもってという気持ちが出ていたのはあった。だから、自分はそこで切り替えなきゃってのが。(I)
	妻を手探りで支える	・(分娩後自分は) 簡易ベッドに横になって、(妻が) ぶつぶつなんか言いよるなどと思ったらこっち走ってきて起こされて、「なんで、なんでやろか、なんでやろか」って。「しょうがないが一」って言いながら「寝よ、寝よ」って横にならせて、その間はその繰り返しです。(C) ・あんまり一人にしとくとよく嫁が泣いていたので、極力一緒にいる時間を作って、外にでてとか... (E)
	夫婦関係悪化回避行動	・(妻が死産の原因は夫の職業と関係があると思っており、離婚を避けるために) 転職したんです。(中略) でもかわいそうでしたからね。不安定、心身不安定で、離婚したいっていうのも本心じゃないと思ってたんですよ。(J)
	夫婦で前向きに話し合う	・夫婦で良く話して、また(亡くなった児が自分達の元に) 帰ってこれるように僕らも良い夫婦になろうねって二人でいろいろ話して、夫婦で良く話した。(D)
	妻を支える者としての無力感	・嫁さんに対して何にもできなかったんですよね。僕の方が近寄ろうとしても向こうの方が離れていくような感じ。(中略) この人の中では俺は何の力にもなれないんだなって感じた。(H)
	妻の精神的安定への安堵	・(精神的に) バランスがいい感じにはなったんでしょうね。だんだんこっちのペースに引き込んだかなってというのはあったですよ。(C)
児の父親としての意識の芽生え	胎児存在の実感が無い	・実際(自分の) お腹に入っていないんで、(妻から) 「今、お腹動いたよ」って言われてもお腹に手を当てたところでまだ何もわからないんだよね。(C)
	児の父親になりきれていない	・父親の自覚がなかったと思います。だから夫婦、このペアのことしか考えられなかったからそんなにショックを受けてないのかもしれない(G)
	父親役割の遂行	・親として死産届けとか手続きがいろいろあって、納骨のこととかですね、忙しかった。(A)
	我が子の死を実感	・しっかり人間の形をしているので、あー生まれたんだなって。産んだんだなって思いました、妻は。子どもを亡くしたんだなって気持ちになりました。(G)
	我が子への愛着の芽生え	・どっち似かなくて感じもなんとなくわかる感じ、あー嫁さんやなってすぐわかりました。(C)
新たな家族の形の構築	次の妊娠への気持ちの切り替え	・原因追及といっても、(中略) それで何が解決するわけでもないと思うので、とにかくもう次へって割り切って考えるしかない。(B) ・次の子ができることで、うちの奥さんが立ち直れると思った。(D)
	次の妊娠・分娩への不安・警戒	・ぬか喜びはできなかったですね。次の子ども産まれて顔見るまではやっぱり全く安心はしてなかったです。(A)
	亡くなった児の父親であり続ける	・子ども何人? って聞かれた時、「今3人だけど本当は4人」って言ってる。(F)
	夫婦で我が子について語る	・小さい子どもを見て、生まれちゃったらあのくらいかなあとか(妻と話す)。(L)
	亡くなった児は家族の一員と実感	・長女はよく仏壇にお菓子上げたりとかしてくれています。(D)
	次子誕生の安堵	・(次の) 子どもができたんで(死産に対しての気持ちは) 多少は和らいだ。(J)
	子どもがいない家族のイメージ化	・子どもが産まれんなら産まれんでも二人でいけばいいんじゃないって話をずっとしてた。(C)

## 2) ストーリーラインおよび結果図 (図1)

分析結果である全体的な流れ (ストーリーライン) を、カテゴリー名および概念名を用いて説明する。なお、分析の最小単位である概念名は【 】, これらの関係から構成されるカテゴリー名は《 》を用いて表す。

児の死に直面した父親は、【混乱】、【悲しさ】、【無力感】、【自責感】、【絶望感】を抱き、《予期せぬ児の死への衝撃》を受けていた。

父親は、死産となったことに対して【妻から責められる】経験をしたり、逆に我が子を守ることができなかった【妻への苛立ち】を感じたりしていた。また、妻と自分とでは子どもに対する気持ちが異なるため【妻の喪失感が理解できない】と感じ、【夫婦関係がぎくしゃくする】経験をしていた。父親は、母親として我が子の死を悲しんでいる《妻との心理的距離》を感じていた。

父親は、悲しみを紛らわしたり、辛い気持ちが増さないように他人には話さないようにしたりすることで【悲しみからの回避】をしていた。そして、【妻への感情表出】や【児の死を納得するための試み】をすることで【悲しみから救われ】、【我が子を失った気持ちの整理がつく】ようになっていた。気持ちの整理がついた後、【我が子への思いを周囲に表出】することができるようになっていた。一方で、日常生活を送る中で【悲しみの蘇り】を経験するが、自分なりに気持ちの整理をつけ、《我が子を失った悲しみの整理》をしていた。

父親は、死産は【妻が主役のできごとと認識】しており、自分の悲しみよりも【妻の心身を案じ】ていた。また、【周囲からの妻を支える役割の期待】も感じ、【妻を支える役割の自覚】をし、【冷静でいることに努め】ていた。妻の反応を確認しながら【妻を手探りで支え】、妻の希望に添うように引っ越しや転職をするなど【夫婦関係悪化回避行動】をとったり、【夫婦で前向きに話し合う】機会を設けていた。一方で、「妻の力になれない」と【妻を支える者としての無力感】も抱いていた。父親は《手探りで妻を支える役割の遂行》をする中で、妻が次第に児の死を受け入れてきたことを実感し、【妻の精神的安定への安堵】をしていた。

父親は、児が妻の胎内にいる時には、【胎児存在の実感がな】く、【児の父親になりきれていない】と感じていた。しかし、分娩後に児と対面したり、埋葬の手続きに追われたりするなど【父親役割の遂行】をすることで【我が子の死を実感】したり【我が子への愛着の芽生え】がみられ、《児の父親としての意識の芽生え》がみられていた。

父親は、父親自身の気持ちの整理がつき、妻の精神的安定を実感した後、【次の妊娠への気持ちの切り替え】をしていた。一方で【次の妊娠・分娩への不安・警戒】をしていた。我が子を失って年月が経過しても、【亡くなった児の父親であり続け】、【夫婦で我が子について語り】、【亡くなった児は家族の一員と実感】し、【次子誕生の安堵】、【子どもがいない家族のイメージ化】をすることで、《新たな家族の形の構築》を図っていた。

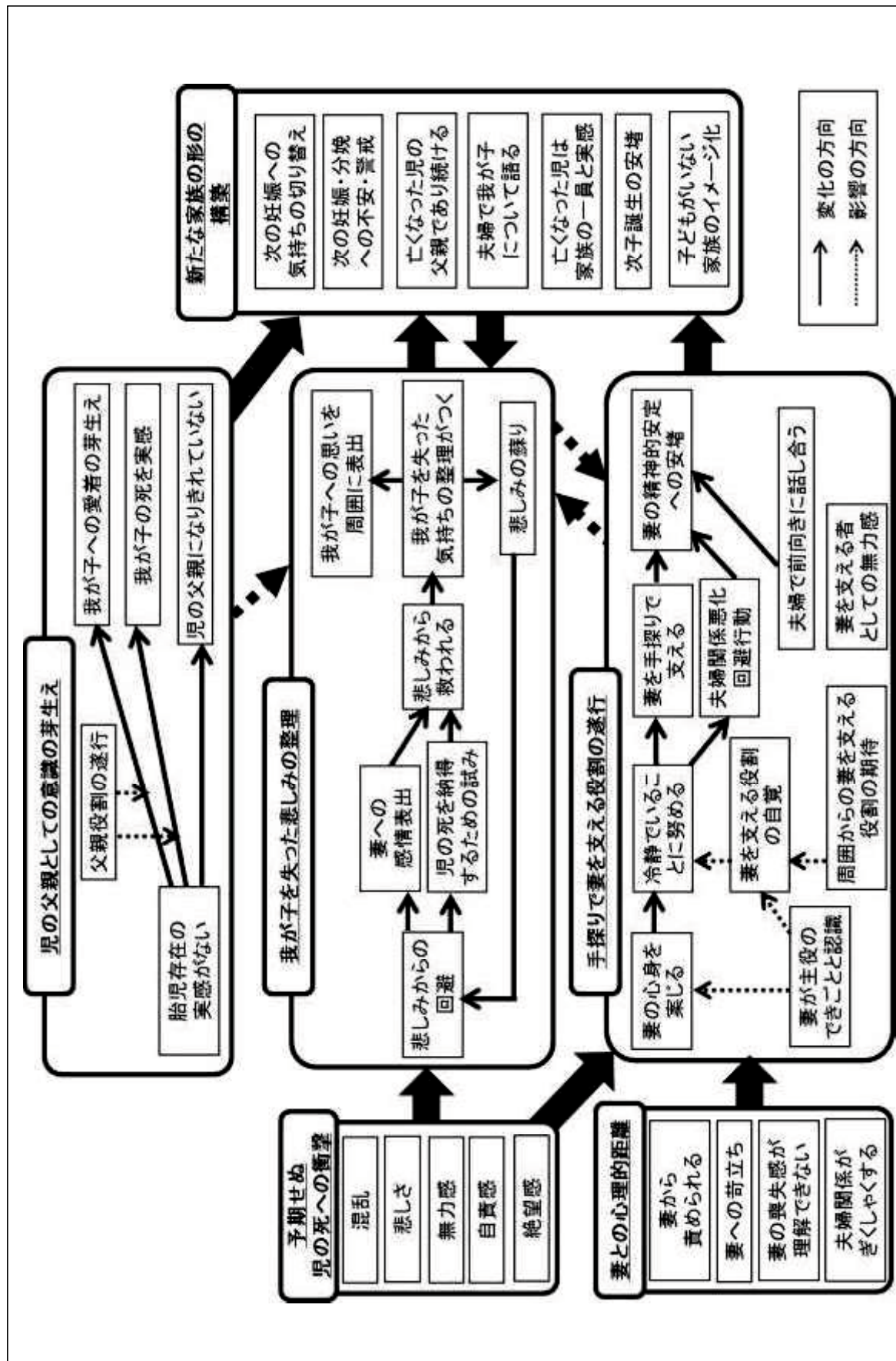


図1. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス

### 3. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズ

ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを分析した結果、13 コードが抽出され、4つのカテゴリーに分類された(表4)。ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズについて、コードは【 】, カテゴリーは《 》で示し説明する。

#### 1) 父親自身の悲しみへのケア

ペリネイタル・ロスを経験した父親は、【悲しみを増強させない配慮】を望んでいた。また、【父親の気持ちへの共感】によって児の死に対する悲しみや自責感が軽減する経験をしていた。父親は自ら感情を表出することは少ないが、共感的な声掛けなど【感情の表出ができるような配慮】によって自分の感情に気付き、感情を表出することができていた。また、児に洋服を着せたり、折り紙を折るなど【グリーフ・ワークの実践】により、父親として児にしてあげられることができたことで、児に対する申し訳なさの軽減に繋がっていた。さらに、【専門的な心のケア】を望んでいた。

#### 2) 父親であることを実感できるケア

父親は、【我が子が大切に扱われる】ことを望んでいた。また、妻の妊娠中、胎児が存在している実感が少なかった父親にとって、【我が子との面会】や【我が子の存在を実感できるものを残す】ことは、児が亡くなった後も児の存在を身近に感じるきっかけとなっていた。さらに、死産後の手続きは父親に任されることが多く、【死産後の手続きに関する情報提供】を望んでいた。

#### 3) 妻を支えるためのケア

父親は、「死んでしまったものに対して『どうのこうの』よりは、妻のケアとかの方がやっぱり大事だなと思っていた(A)」と妻をケアする必要性を感じており、【妻に対するケア】を望んでいた。また、父親は【妻をケアする方法についての情報提供】を望んでいた。

#### 4) 妊娠・出産についての情報提供

父親は、【妊娠・出産についての知識の提供】、【次の妊娠に向けての情報提供】を望んでいた。



表4. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズ

カテゴリー	コード	データ
父親自身の悲しみへのケア	悲しみを増強させない配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どっちかというとそっとしといてくれんかなってというのが男だと多いと思う。(F)</li> <li>・ナースセンターの近くの個室に追加費用とかなしで入れてくださって。もしかしたら奥の方って赤ちゃんとかいるから気を遣ってくださったのかなって。(中略) 気持ち的には嬉しい気持ちがありました。(L)</li> </ul>
	父親の気持ちへの共感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この人僕の気持ちがわかってくれてるって思った人は、何も言わずに、一人だけ唯一泣いてくださった方がいらっしゃったんですよ。大変やったねって。ただそれだけ、もうほんとそれだけでも全然楽になりました。(H)</li> </ul>
	感情の表出ができるような配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まだ赤ちゃんが出てきてないときに看護婦さんに何か優しい言葉をかけられた。「奥さんもつらいでしょうけど旦那さんもつらいですよね」って。そっかあと思ってちょっと涙ができました。(J)</li> </ul>
	グリーフ・ワークの実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生まれてきたらどんな生活やったのかなとか想像しながらやりましたけどね。写真撮ったり、自分がやったこと(洋服を着せる、折り紙を折る、棺を飾り付けるなど)で、子どもに対しての罪悪感とか若干あったんで、その辺がちよっと軽くはなりました。(L)</li> </ul>
	専門的な心のケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事務的なことをする人とは別に、そういった心のケアをする方がいらっしゃったらいいのかもしれないですね。(L)</li> </ul>
父親であることを実感できるケア	我が子が大切に扱われる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・助産師さんも、手作りで子どもが入って帰れる箱を作ってくれたんですよ、棺桶じゃないけど。そういうのがやっぱり、心をうたれましたね。(D)</li> </ul>
	我が子との面会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・姿を見れることですね。子どもの。あれはやっぱ大きい。(中略) 実感、リアルな感覚っていうのが。触ったり抱っこしたりですね。それが大きいと思いますね、何よりも。(G)</li> </ul>
	我が子の存在を実感できるものを残す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一応そこ(神棚)に臍帯があるので、朝、手を打つ時には、今日も頑張ってくるよっていうような感じでは思ったりはしますね。(B)</li> <li>・自分の中では側にいるかな。遺骨もここにあるんですね(遺骨をペンダントにされている)。(C)</li> </ul>
	死産後の手続きに関する情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いろんな手続きとかも何やかんやあって、火葬の手続きとかもあるんで、いろいろ市役所とかに問い合わせ流れて聞いたり、葬儀とかするのかなと思って葬祭場とかに連絡して。(C)</li> </ul>
妻を支えるためのケア	妻に対するケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死んでしまったものに対してどうのこうのよりは、妻のケアとかの方がやっぱり大事だなと思ってた。(A)</li> <li>・亡くなって生まれてきたときの(助産師の)対応は、ほんとこれ以上ないほど手厚くして、妻の事、気遣ってですね、こういう経験が蓄積されてるんだろうなと思いました。(G)</li> </ul>
	妻をケアする方法についての情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・奥さんにどういう風に接したらいいのかっていうノウハウ的なものがわかるようなのがあれば参考になるのかな。気を付けないといけない言動とか、やっちゃいけないこととか。(J)</li> </ul>
妊娠・出産についての情報提供	妊娠・出産についての知識の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院のほうからですね、出産っていうのはこれだけ危険なものなんだっていうのをですね、なんかもっと言って欲しかったじゃないですけど、自分も安心しきっていたので、もっと言われてもいいんじゃないかなって思いますね。(H)</li> </ul>
	次の妊娠に向けての情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先生の方から、「次は大丈夫だから」だとか、「子宮頸管無力症だったからかもしれないから、(子宮頸部を)くくれば大丈夫だから」とか、その辺の言葉をいただいたのは心強かったですよね。(B)</li> </ul>

## 第4節 考察

### 1. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセス

#### 1) 予期せぬ児の死への衝撃

本研究の結果より、ペリネイタル・ロスを経験した父親は、突然の児の死に対して混乱や悲しさ・無力感などを抱いていた。胎児または早期新生児死亡を経験した母親はショック、悲しみと泣くこと、怒りと苛立ち、自責感・罪悪感、抑うつ等を経験すると言われている<sup>9)</sup>。死産を経験した父親も《予期せぬ児の死への衝撃》を経験していた。しかし、父親は妻の妊娠中、胎児が存在している実感がなく、分娩後に父親としての意識が高まっていたことや児を失った際は自分よりも妻の心身を案じて妻を支えようとする意識が強いことが明らかになり、児を失った父親の衝撃は表面化しづらくなっていると推察された。

#### 2) 妻との心理的距離

父親は死産の原因について【妻から責められる】経験をしたり、【妻への苛立ち】を感じていた。これは、突然児を失った父親と母親それぞれの行き場のない感情が一番身近にいるパートナーに向けられたものと考えられた。また、父親は【妻の喪失感が理解できない】と感じたり、【夫婦関係がぎくしゃくする】経験をし、妻との心理的距離が生じていた。Goldらは、死産を経験したカップルの関係が破綻するリスクは、生児を得たカップルの1.4倍であると報告している<sup>10)</sup>。本研究の対象者は死産後も夫婦関係を継続していたが、夫婦関係破綻につながる可能性が示唆された。

#### 3) 我が子を失った悲しみの整理

死別直後の父親は悲しみが増したり、相手の反応によっては余計に傷ついてしまうことを恐れて周囲に児を失った気持ちを語ることは少なく、仕事や趣味などに専念することで児の死に対する悲しみから回避していた。死産で子どもを亡くした母親の場合、亡くなった子どもや死産の出来事について看護者と語ることを希望していたり<sup>11)</sup>、小児がんで子どもを亡くした父親の悲嘆過程においても、子どもの死を認める作業の中に「同じ体験をした親と関わる」ことが含まれており<sup>12)</sup>、他者との関わりを望んでいることが明らかになっている。しかし、ペリネイタル・ロスを経験した父親は自分の感情を整理するために他者に頼ることはほとんどなく、自分なりに【児の死を納得するための試み】をし、【悲しみから救われる】経験を重ね、自分自身で気持ちに整理を付けようと模索していたことが明らかになった。さらに、父親が自分の体験を周囲に表出できるようになるのは我が子を失った気持ちの整理がついた後であることが明らかになった。

看護職はこのような父親特有の悲嘆のプロセスを理解し、父親と関わる必要性が示唆された。

#### 4) 手探りで妻を支える役割の遂行

父親は自分のつらさを押し隠し、父親と夫の両方の役割を果たしていることが報告されている<sup>5)</sup>。本研究においても、自分の悲しみよりも夫として妻の心身を案ずる気持ちが強

いこと、妻を支える役割の自覚が強いことが明らかになった。そのため、共倒れにならないように【冷静でいることに努め】ており、【妻を手探りで支え】【夫婦関係悪化回避行動】をとり、妻を支える役割を遂行していた。夫に対して児を失った悲しみを曝け出す妻に対し、妻の反応を推し測りながら妻を支えようと苦悩していた父親の姿が明らかになった。

父親の中には、夫婦で前向きに話し合っていたものがいた。山崎<sup>13)</sup>は、ペリネイタル・ロスというライフイベントを乗り越えるために、カップルは必ずしも共感するだけではなく相違点についても活発なコミュニケーションを図っていたと述べている。本研究においても、夫婦間で話し合うことで夫婦間に生じた心理的な距離が縮まり、夫婦関係を継続することに繋がったと考えられた。そのため、夫婦間で児を失った体験や今後の夫婦の関係性について話し合うことが必要であると示唆された。

父親は、妻が児の死を受け入れ始め、精神的に安定してきたことに安堵していた。「旦那さんは、たぶん嫁さんのケアをしているうちに自然と（自分を）ケアできていると思います（C）」との発言から、父親は妻を支える役割を遂行しながら児を失った自分の悲しみを整理していったことがうかがえた。以上のことから、父親が妻を支える役割を果たすことができるよう支援する必要性が示唆された。

#### 5) 児の父親としての意識の芽生え

父親は妻の妊娠中、我が子が妻の胎内に存在している実感がなかった。しかし、死産後、児と対面したり埋葬の手続きを行うなど父親役割を遂行する中で我が子の死を実感し、我が子への愛着が芽生えていた。母親は自らの体の変化を通して胎児の存在を実感し母親意識を高める。一方、父親にはそのような経験がなく父性意識の形成・発達は行動や経験を通して促される<sup>14)</sup>とされている。死産を経験した父親は、死産後、児との関わりが途絶えてしまうが、その後も【亡くなった児の父親であり続け】ており、死産であっても我が子としての実感を抱くことができるような行動をとることで、父親としての意識は高まる可能性が示唆された。以上のことから、死産を経験した父親にとって、児の存在を実感できるような関わりが必要であると示唆された。

#### 6) 新たな家族の形の構築

父親は父親自身の気持ちの整理がつき、妻の精神的安定を実感した後、次の妊娠に向けて気持ちを切り替えていた。子どもが亡くなった後も児を思い出しながら夫婦で亡くなった子どもについて語り、亡くなった児を家族の一員と実感し、亡くなった児との絆を感じながら生活していた。次の妊娠・分娩への不安や警戒を抱きながらも無事に次子が誕生したことで、亡くなった子どもに対する気持ちの整理ができているものもいた。一方、子どもがいない場合、子どもがいない生活をイメージし、夫婦だけの家族の形を受け入れようとしていた。「子ども何人？って聞かれた時には、『今3人だけど本当は4人』って言う（F）」と、父親は児を亡くした後も亡くなった児の父親であり続け、亡くなった児を含めた新たな家族の形を構築していた。

死産後に抑うつを経験した父親の割合は 30 か月目が最も高く、父親の悲嘆は母親よりも遅れて出現することが報告されている<sup>15)</sup>。また、本研究においても悲しみの整理がついたと思っけていても、【悲しみの蘇り】を経験しており、父親の悲しみは時間が経過しても消失することはなく、何かのきっかけで容易に悲しみが誘発される可能性があると考えられた。そのような中、父親は悲しみの整理をしながら新たな家族の形の構築を試み、日常生活に適応していた。

## 2. 父親のケア・ニーズ

### 1) 父親自身の悲しみへのケア

父親は他人から傷つけられることを避け、【悲しみを増強させない配慮】を希望していた。また、一緒に泣いてくれたなど父親の悲しみを共感してもらえたことで悲しみから救われる経験をしており、【父親の気持ちへの共感】のニーズがあった。周囲への感情の表出よりも妻の支えになることの意識の方が強い父親にとって、共感的な声掛けは自分の感情に気付く機会となると推察され、感情の表出ができるような関わりが必要であると示唆された。また、父親として我が子のためにしてあげられることが少ないペリネイタル・ロスにおいて、児のケアを行うなどグリーフ・ワークを実践することは我が子に対する自責感や無力感を軽減することに繋がると考えられた。以上のことから、父親の悲嘆の特徴を理解し、共感的に寄り添う姿勢や感情の表出ができるような看護職の関わりが必要であると示唆された。

また、父親の中には【専門的な心のケア】を求めているものもいた。米田<sup>16)</sup>は、看護者が行う周産期の死のケアの中で、心理的専門家の紹介の実施度は 5%と低く、心理的ケアの専門家との連携不足を指摘している。父親が希望する際、臨床心理士などと連携をとることができるような体制の整備が求められる。

### 2) 父親であることを実感できるケア

死産を経験した母親には「希望するだけ子どもに会うこと・別れることを支える」ニーズがあるが<sup>11)</sup>、本研究において父親にも【我が子との面会】のニーズがあることが明らかになった。本研究の対象者 12 名中 11 名が死産後に助産師から提案され、児と会ったり抱っこしたりという経験をしてきたが、児に会ったことで我が子の存在を実感できたというポジティブな変化を示していた。亡くなった子どもと会うことや抱くことについては両親の悲嘆の回復を容易にする<sup>3)</sup>という報告がある一方で、メンタルヘルスに好ましくない影響を与えていたことも報告されている<sup>17)</sup>。そのため、看護者は父親のニーズを引き出し、確認しながら、児との面会を支援する必要性が示唆された。

蛭田<sup>18)</sup>は死産や早期新生児死亡を経験した母親は思い出の品を通して子どもを自分の人生に組み込んでいたと述べているが、父親も同様に、臍の緒など【我が子の存在を実感できるものを残す】ことで、亡くなった児を身近に感じることができるようになっていた。

希望に応じて児の遺品を残せるよう援助していく必要性が示唆された。

また、父親は【我が子が大切に扱われる】ことを望んでいた。これは、父親にとって周囲から我が子の存在を認めてもらえる体験であり、父親が児への愛着を高めることに影響を与えると考えられた。さらに、死産後の手続きは父親に委ねられることが多く、急な死産で自分自身の気持ちも衝撃を受けている中でスムーズに児との別れの儀式が進むよう【死産後の手続きに関する情報提供】を行う必要があると考える。

### 3) 妻を支えるためのケア

父親には、【妻に対するケア】のニーズがあった。また、妻を支えることに苦悩したのもおり、子どもを亡くした妻への接し方を知りたいという【妻をケアする方法についての情報提供】のニーズがあった。父親に対して、子どもを亡くした母親の悲嘆のプロセスや身体的な変化、具体的な支援方法について説明する必要性が示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続する<sup>2)</sup>といわれており、長期間にわたり父親は手探りで妻を支えていると推測される。父親に対して妻を支えるためのケアを提供することによって、父親の苦悩が軽減し、父親は妻に寄り添いやすくなると考える。

### 4) 妊娠・出産についての情報提供

ペリネイタル・ロスを経験した父親は、妊娠・出産は異常に移行する可能性のある出来事であることを児の死をもって実感していた。そのため、父親に対しても妻の妊娠中から【妊娠・出産についての知識の提供】をしてもらいたいというニーズがあった。両親学級などの機会を通じて、父親に対して、妊娠・分娩の経過や起こりうる異常について情報提供を行うことが必要であろう。また、死産時の妊娠経過や分娩経過によっては次の妊娠・出産時、母児に影響を及ぼす可能性がある。妻と共に次の妊娠・出産に向かうことができるように、死産時の退院指導として、次の妊娠・出産への母児への影響と共に、次子誕生に向けての妊娠・分娩管理方法など【次の妊娠に向けての情報提供】を行う必要があると示唆された。

## 第5節 結語

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスについて M-GTA を用いて分析した結果、6つのカテゴリーと 38 概念が抽出された。児の死に直面した父親は、《予期せぬ児の死への衝撃》や《妻との心理的距離》を感じていた。自分なりに《我が子を失った悲しみの整理》をつけながら《手探りで妻を支える役割の遂行》をしていた。また、父親役割の遂行を通して《児の父親としての意識の芽生え》がみられていた。父親自身の気持ちの整理がつき、妻の精神的安定を実感したことで、《新たな家族の形の構築》を図り、日常生活に適応していた。
2. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズには《父親自身の悲しみへのケア》《父親であることを実感できるケア》《妻を支えるためのケア》《妊娠・出産につ

いての情報提供」があった。

3. 看護職は、ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆の特徴を理解し、父親に対して共感的に寄り添う姿勢や感情の表出ができるように関わる必要があると示唆された。また、父親が夫として妻を支える役割を果たすことができるよう、母親の悲嘆のプロセスや妻を支援する方法について伝える必要性が示唆された。さらに、父親に対して、希望を引き出しながら児との面会を支援するなど児の存在や父親であることを実感できるような関わりが必要であると示唆された。

### 本研究の限界と今後の課題

本研究で明らかになった適応プロセスは、死産を経験した父親にあてはまるプロセスであるが、父親の属性の詳細に応じたプロセスとは言い難い。今後は、父親の個別的な背景を考慮したプロセスの検討が望まれる。

なお、本研究は、JSPS 科研費 JP26861926 の助成を受けて実施した。

## 第1章 引用文献

- 1) 厚生労働省.平成 27 年度(2015)人口動態統計(確定数)の概況. 厚生労働省.  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/03\\_h1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/03_h1.pdf) (参照 2017-10-01)
- 2) Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007 ; 21(2) : 249-259.
- 3) Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2005 ; 34(5) : 630-638.
- 4) 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 辻恵子. 自然流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因—体験者の記述内容分析から— . 日本助産学会誌 2006 ; 20(2) : 8-21.
- 5) 今村美代子. 死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り. 日本助産学会誌 2012 ; 26(1) : 49-60.
- 6) Turton P, Badenhorst W, Hughes P, et al. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British Journal of Psychiatry* 2006 ; 188 : 165-172.
- 7) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Gender Differences in Parental Psychological Distress Following Perinatal Death or Sudden Infant Death Syndrome, *British Journal of Psychiatry* 1995 ; 167 : 806-811.
- 8) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂. 東京, 2013 ; 25-30.
- 9) 大井けい子. 胎児又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 2001 ; 42(1) : 11-21.
- 10) Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010 ; 125(5) : 1202-1207.
- 11) 太田尚子. 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ. 日本助産学会誌 2006 ; 20(1) : 16-25.
- 12) 加藤隆子, 影山セツ子. 小児がんで子どもを亡くした父親の悲嘆過程に関する研究. 日本看護科学会誌 2004 ; 24(4) : 55-64.
- 13) 山崎あけみ. ペリネイタルロスを体験したカップルについての質的研究—生活を共にできなかった子どものいる家族の発達過程. 看護研究 2011 ; 44(2) : 198-211.
- 14) 渡辺悦子. 親になる準備へのケア. 我部山キヨ子, 武谷雄二編, 助産学講座 6 助産診断・技術学Ⅱ [1] 妊娠期, 第5版. 医学書院. 東京, 2013 ; 262-264.
- 15) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2002 ; 38(4) : 368-372.

- 16) 米田昌代. 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 2007 ; 21(2) : 46 - 57.
- 17) Hughes P, Turton P, Hopper E, et al. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. The Lancet 2002 ; 360 : 114 - 118.
- 18) 蛭田明子. 死産を体験した母親の悲嘆過程における亡くなった子どもの存在. 日本助産学会誌 2009 ; 23(1) : 59-71.



## 第2章

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と  
ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ

## 第2章

### ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と

### ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ

#### 第1節 緒言

ペリネイタル・ロス（流産・死産・新生児死亡）を経験した母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続する<sup>1)</sup>といわれ、不安、抑うつ、PTSDなどメンタルヘルスの問題との関連や次の子どもへの愛着障害が指摘されている<sup>2)</sup>。また、ペリネイタル・ロスは父親にとっても大きなできごとであり、父親は我が子の死に大きな衝撃を受け<sup>3)</sup>、死産後の次の妊娠時にも精神的に影響を受けている<sup>4)</sup>と報告されている。さらに、夫婦間への影響として、夫婦関係の悪化、離婚などが指摘されている<sup>5)</sup>。そのため、ペリネイタル・ロスを経験した母親だけでなく父親へのケアも重要である。

ペリネイタル・ロスのケアに関して、我が国においては、イギリスのセルフ・ヘルプ・グループ SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society)によって作成されたペリネイタル・ロスのケアガイドライン<sup>6)</sup>が翻訳されているが、このガイドラインには父親独自のケアについては記述されていない。また、我が国の助産師基礎教育において、2000年頃までに発行された教科書には、流産・死産を経験した母親の理解に努めることに重点が置かれてはいたが具体的な看護援助についての記載はなく<sup>7)</sup>、2000年以降、ケアの内容を選択するのは両親であることや具体的なグリーフワークが提示され始めた<sup>8)</sup>。2009年以降、母親のケア・ニーズに沿った具体的なケア例が提示され<sup>9)</sup>、子どもを亡くした母親だけでなく、夫婦関係への影響についても記載されるものもでてきた<sup>9)</sup>が、父親への影響は明確に記述されていない。さらに、母親のケア・ニーズに基づいたケアについての記載が中心であり、父親へのケアについては明確に示されておらず、助産師基礎教育において、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについて学習する機会は皆無に等しい。

また、太田<sup>10)</sup>によりペリネイタル・ロスのケアに携わる看護者を対象とした教育プログラムが開発され、実施されているが、主に母親のケア・ニーズに基づいて作成されたプログラムであり、父親の悲嘆の特徴にふれてはいるものの、父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズ、父親へのケアの詳細については含まれていない。

河本らは、ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズには、「悲しみを増強させない配慮」「父親の気持ちへの共感」など13項目があり、これらは《父親自身の悲しみへのケア》《父親であることを実感できるケア》《妻を支えるためのケア》《妊娠・出産についての情報提供》の4カテゴリーに分類されたことを報告している<sup>11)</sup>。しかし、助産師が父親のケア・ニーズに添ったケアを提供できるような「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」は開発されていない。

また、ペリネイタル・ロスを経験した母親と家族を対象としたケアの実態は報告されて

いるが<sup>12)13)</sup>、これらの先行研究において父親は家族の中に含まれており、父親へのケアの実態を明らかにした研究はみあたらない。そこで、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及びペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにすることを目的として本研究を実施し、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得る。

## 第2節 用語の定義

本研究において、ペリネイタル・ロスとは、妊娠12週以降の自然死産、新生児死亡とする。

## 第3節 研究方法

### 1. 研究デザイン

量的実態調査研究

### 2. 研究対象者およびデータ収集方法

研究対象者は、中国地方及び九州地方の総合病院の産科に勤務し、ペリネイタル・ロスのケア経験がある助産師とした。なお、看護管理者としての立場にある看護師長は、ペリネイタル・ロスのケアに直接携わる機会が少ないと考えられるため、対象から除外した。調査対象施設104施設の看護部長宛てに調査依頼書を送付し、調査協力の得られた26施設の助産師318名に質問紙を配布した。本研究は無記名自記式質問紙調査とし、回収は郵送法とした。調査期間は2017年2月25日から2017年6月30日であった。

### 3. 調査項目

#### 1) 対象者及び所属施設の属性

対象者の年齢、助産師経験年数、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア経験件数および年間実施件数、所属施設の属性（周産期医療機関の機能、年間分娩件数、ペリネイタル・ロスを経験した母親の入院期間）について調査した。

#### 2) 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

看護手順の有無とその記載内容、カンファレンス実施状況、ペリネイタル・ロスのケアに用いる物品の準備状況の3項目について調査した。

#### 3) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態

第1章によって明らかになったペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズ<sup>11)</sup>に加えて、太田<sup>14)</sup>による「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」、イギリスのセルフ・ヘルプグループ SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society) によって作成された周産期の喪失に関するガイドライン「周産期の死—流産・死産・新生児死亡—死別された両親へのケア<sup>6)</sup>」、「赤ちゃんを亡くした両親への援助<sup>15)</sup>」を参考にペリ

ネイタル・ロスを経験した父親へのケア（以下、父親へのケア）29項目を抽出した。また、父親へのケア29項目は、「父親自身の悲しみへのケア」（12項目）、「父親であることを実感できるケア」（8項目）、「妻を支えるためのケア」（4項目）、「妊娠・出産についての情報提供」（2項目）、「退院後の悲しみへのケア」（3項目）の5カテゴリーに分類された。カテゴリー分類する際は、助産学研究者と共に解釈が一致するまで分類を続け、妥当性の確保に努めた。

父親へのケアに対する実施頻度は、4段階尺度（「いつも実施している」、「時々実施している」、「たまに実施している」、「全く実施していない」）を用いて評価した。また、父親へのケアに対する実施自立度に関しては、4段階尺度（「自立してできる」、「まあまあ自立してできる」、「あまり自立してできない」、「自立してできない」）を用いて評価した。父親へのケア困難感は4段階尺度（「いつも感じる」、「時々感じる」、「たまに感じる」、「感じたことは全くない」）を用いて評価した。

#### 4) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する意識・学習ニーズ

父親に対するケアの必要性とその理由、父親へのケアに対する学習経験の有無、父親へのケアに対する学習意欲とその理由、学習希望内容とした。

## 4. 分析方法

分析には Stat Flex Ver.6 を使用した。助産師経験年数と両親へのケア経験件数の相関についてはスピアマンの順位相関係数の検定を行った。父親へのケア29項目に対する実施頻度、ケア実施自立度、父親へのケア困難感の有無について、両親へのケア経験件数10件未満と10件以上での群分けを行い、 $\chi^2$ 検定、Fisherの直接確率計算法を行った。岡永<sup>12)</sup>の先行研究より、ケア経験件数10件を区切りとして、周産期の喪失を経験した女性やその家族に対するケアの実施頻度に有意差を認めた項目があることから、本研究においても両親へのケア経験件数10件を区切りとして群分けして比較した。有意水準は5%とした。父親へのケア29項目に対する実施度は、「いつも実施している」「時々実施している」「たまに実施している」を「実施あり」群、「全く実施していない」を「実施なし」群として群分けした。また、ケア実施自立度は、「自立してできる」、「まあまあ自立してできる」を「一人で実施できる」群、「あまり自立してできない」、「自立してできない」を「一人で実施できない」群として群分けした。父親へのケア困難感は、「いつも感じる」「時々感じる」「たまに感じる」を「困難感あり」群、「感じたことは全くない」を「困難感なし」群として群分けした。

自由記載の項目は意味内容の類似性に従って内容をカテゴリー分類し、助産学研究者と共に解釈が一致するまで分析を続け、信頼性の確保に努めた。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した（管理番号 428）。研究対象者に対して、本研究の目的、方法、研究参加の任意性、個人情報保護などについて同意説明文書を用いて説明した。また、質問紙の回収をもって、研究への同意が得られたものとした。

## 第4節 結果

助産師 198 名より質問紙を回収した（回収率 62.3%）。このうち、欠損値が多かった 1 名を除く 197 名を分析対象とした（有効回答率 99.5%）。

### 1. 対象者の属性

対象者の平均年齢  $36.0 \pm 9.0$  歳（23 歳～57 歳）、助産師経験平均年数  $11.0$  年  $\pm 7.8$  年（1～36 年）であった。両親へのケア経験件数は、「10 件未満」74 名（37.6%）、「10 件以上」123 名（62.4%）であった。両親へのケア年間実施平均件数は  $3.6 \pm 3.3$  件/年（0～20 件/年）であった。助産師経験年数と両親へのケア経験件数の間にはやや強い正の相関が認められた（ $r=0.533$ 、 $p=0.000$ ）。所属施設の周産期医療機関の機能は、総合周産期母子医療センター 93 名（47.3%）、地域周産期母子医療センター 68 名（34.5%）、どちらでもない 32 名（16.2%）、無回答 4 名（2.0%）であった。所属施設の年間分娩件数は、「300 件未満」30 名（15.2%）、「300 件以上 500 件未満」89 名（45.2%）、「500 件以上 800 件未満」51 名（25.9%）、「800 件以上 1000 件未満」12 名（6.1%）、「1000 件以上」11 名（5.6%）、無回答 4 名（2.0%）であった。所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した母親の平均入院期間は、分娩前  $1.8 \pm 2.1$  日（0～21 日）、分娩後  $2.6 \pm 1.5$  日（1～10 日）であった。

### 2. 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアに関する看護手順あり 155 名（78.7%）、看護手順なし 40 名（20.3%）、無回答 2 名（1.0%）であった。看護手順の記載内容（複数回答）として最も多かった項目は、「死産・死亡に関する公的手続きの方法」143 名（92.3%）、続いて「グリーフ・ケアの具体例（名前を付ける・抱っこする・手型や足型を残す等）」128 名（82.6%）、「社会資源」74 名（47.7%）、「母体の身体的変化」69 名（44.5%）、「母親の悲嘆過程」63 名（40.6%）、「乳房ケア」62 名（40.0%）、「退院後に所属する施設で提供するサポート」37 名（23.9%）、「サポートグループについての情報提供」37 名（23.9%）、「父親の悲嘆過程」16 名（10.3%）、「グリーフ・ケアに必要な物品」2 名（1.3%）、「入院中の生活について」1 名（0.6%）、「分娩の準備」1 名（0.6%）、「お別れ会について」1 名（0.6%）の順であった。

カンファレンス実施状況について、いつも実施している 53 名（26.9%）、時々実施して

いる63名(32.0%)、たまに実施している49名(24.9%)、全く実施していない29名(14.7%)、無回答3名(1.5%)であった。カンファレンスに参加する職種(複数回答)は、助産師164名(99.4%)、看護師95名(57.6%)、看護師長87名(52.7%)、産婦人科医師25名(15.1%)、臨床心理士10名(6.1%)の順であった。カンファレンス内容(複数回答)として最も多かったのは、「母親・家族へのケアの方向性」105名(63.6%)、続いて「母親の悲嘆過程についての情報共有とアセスメント」79名(47.9%)、「家族から母親へのサポート体制についての情報共有とアセスメント」35名(21.2%)、「母親・家族の希望に添ったケアについて」22名(13.3%)などの順であった。

施設におけるペリネイタル・ロスのケアに関する物品について、準備している187名(94.9%)、準備していない9名(4.6%)、無回答1名(0.5%)であった。

### 3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態

#### 1) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア29項目に対する実施頻度(図1)

「父親自身の悲しみへのケア」として7割以上が「実施している」項目は、「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」196名(99.5%)、「希望時、医師からの説明の場を調整する」196名(99.5%)、「父親の疑問に答える」195名(99.0%)、「父親の悲しみを共感する態度で接する」192名(97.5%)、「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」190名(96.4%)、「父親を避けないで普通に接する」188名(95.4%)「他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する」188名(95.4%)、「父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる」178名(90.4%)、「父親と共に児にケアを行う」158名(80.2%)、「父親と共に今回の妊娠・分娩、児のことを話す」147名(74.6%)の10項目であった。一方、「父親の悲嘆プロセスを説明する」112名(56.9%)、「カウンセラーを紹介する」23名(11.7%)であった。

「父親であることを実感できるケア」8項目全てにおいて、7割以上が「実施している」と回答した。その内訳は、「埋葬・供養に関する情報を提供する」194名(98.5%)、「児に会うことを提案する」193名(98.0%)、「児を抱くことを提案する」190名(96.4%)、「児に会う意義を伝える」180名(91.4%)、「遺品を残せることについて助言する」170名(86.3%)、「児の記念品を渡す」162名(82.2%)、「写真を撮ることを提案する」153名(77.7%)、「名前を付けることを提案する」140名(71.1%)であった。

「妻を支えるためのケア」として7割以上が「実施している」項目は、「死産後の妻の身体的変化を説明する」180名(91.4%)、「妻を支援する方法を説明する」169名(85.8%)、「妻の悲嘆プロセスを説明する」149名(75.6%)の3項目であった。また、「次の妊娠における妻の影響を説明する」131名(66.5%)であった。それぞれの項目について、「いつも実施している」は1割~2割であり、いつも実施している割合は低かった。

「妊娠・出産についての情報提供」における実施頻度は、「分娩前に分娩経過や胎児の状

態を説明する」187名(94.9%)、「遺伝相談に関する情報を提供する」46名(23.4%)であった。

「退院後の悲しみへのケア」では、「退院後に相談できる窓口を紹介する」47名(23.9%)、「退院後、継続的に関わる」41名(20.8%)、「セルフ・ヘルプグループを紹介する」40名(20.3%)であった。

両親へのケア経験件数別と父親へのケア実施頻度との間に差がみられた項目は「児を抱くことを提案する」1項目のみであり( $p=0.03$ )、ケア経験10件未満では「実施している」68名(91.9%)、ケア経験10件以上では122名(99.2%)であった。

## 2) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア29項目に対する実施自立度(図2)

「父親自身の悲しみへのケア」として7割以上が「一人で実施できる」項目は、「希望時、医師からの説明の場を調整する」192名(97.5%)、「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」189名(95.9%)、「父親の悲しみを共感する態度で接する」188名(95.4%)、「父親を避けないで普通に接する」182名(92.4%)、「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」178名(90.4%)、「他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する」178名(90.4%)、「父親の疑問に答える」176名(89.3%)、「父親と共に児にケアを行う」168名(85.3%)、「父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる」154名(78.2%)の9項目であった。一方、「父親と共に今回の妊娠・分娩、児のことを話す」135名(68.5%)「父親の悲嘆プロセスを説明する」108名(54.8%)、「カウンセラーを紹介する」30名(15.2%)であった。

「父親であることを実感できるケア」8項目全てにおいて、7割以上が「一人で実施できる」と回答した。その内訳は、「児に会うことを提案する」188名(95.4%)、「児を抱くことを提案する」184名(93.4%)、「埋葬・供養に関する情報を提供する」181名(91.9%)、「遺品を残せることについて助言する」178名(90.4%)、「児に会う意義を伝える」172名(87.3%)、「児の記念品を渡す」172名(87.3%)、「名前を付けることを提案する」148名(75.1%)、「写真を撮ることを提案する」147名(74.6%)であった。

「妻を支えるためのケア」として7割以上が「一人で実施できる」項目は、「死産後の妻の身体的変化を説明する」167名(84.8%)、「妻を支援する方法を説明する」138名(70.1%)の2項目であった。その他、「妻の悲嘆プロセスを説明する」135名(68.5%)、「次の妊娠における妻の影響を説明する」125名(63.5%)であった。

「妊娠・出産についての情報提供」における実施自立度は、「分娩前に分娩経過や胎児の状態を説明する」170名(86.3%)、「遺伝相談に関する情報を提供する」31名(15.7%)であった。

「退院後の悲しみへのケア」では「退院後に相談できる窓口を紹介する」45名(22.8%)、「退院後、継続的に関わる」43名(21.8%)、「セルフ・ヘルプグループを紹介する」34名(17.3%)であった。

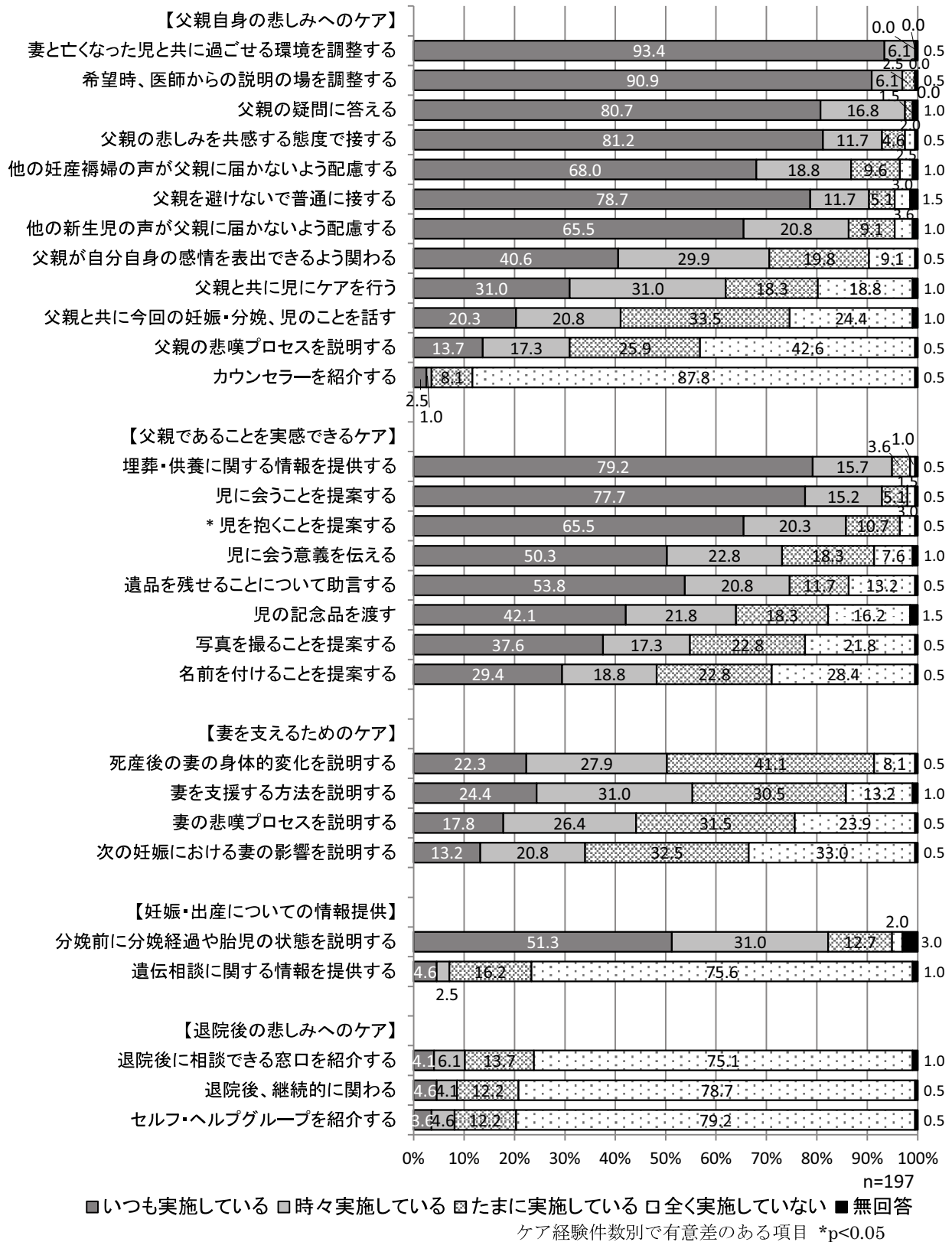


図1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施頻度



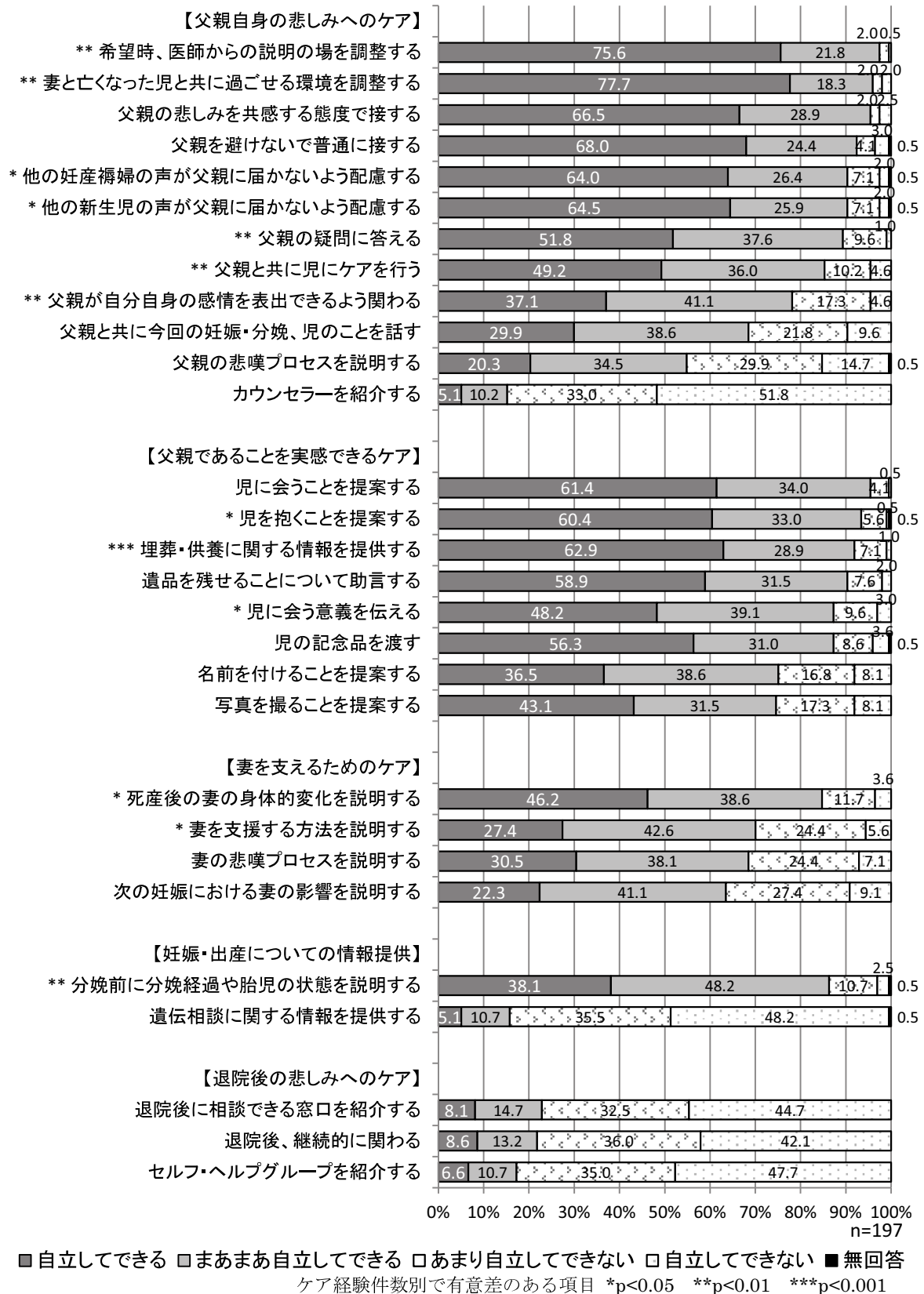


図2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施自立度

ケア経験件数別と父親へのケア実施自立度との間に差がみられた項目は、「希望時、医師からの説明の場を調整する」「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」など 13 項目であり、ケア経験 10 件以上の助産師はケア経験 10 件未満のものよりも一人で自立して実施できていた ( $p<0.05$ )。

### 3) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する困難感

父親へのケアに対する困難感あり 175 名 (88.9%)、困難感なし 17 名 (8.6%)、無回答 5 名 (2.5%) であった。ケア経験件数別でみると、ケア経験 10 件未満では困難感あり 67 名 (90.5%)、ケア経験 10 件以上では 108 名 (87.8%) であり、ケア経験件数別とケア困難感の間に有意差はなかった ( $p=0.81$ )。

困難さの内容 (複数回答) で最も多かったのは、「父親と関わる時間を設けること」78 名 (44.6%) であり、続いて「父親の思いを把握すること」58 名 (33.1%)、「父親に必要なケアがわからない」25 名 (14.3%) などの順であった。(表 1)

表 1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの困難さの内容

n=175		
困難さの内容	人	%
父親と関わる時間を設けること	78	44.6
父親の思いを把握すること	58	33.1
父親に必要なケアがわからない	25	14.3
父親の思いや希望を引き出すこと	16	9.1
父親への対応に自信がない	5	2.9
母親と父親の気持ちの差を感じる	5	2.9
母親へのケアで精一杯で父親に関われない	2	1.1
助産師自身がつらくて父親に関われない	1	0.6

(複数回答)

### 4. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する意識・学習ニーズ

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに関して、学習経験あり 63 名 (32.0%)、学習経験なし 134 名 (68.0%) であった。学習場面 (複数回答) は、施設外での研修会 35 名 (55.6%)、施設内での勉強会 20 名 (31.7%)、助産学生時代の講義 15 名 (23.8%)、その他 3 名 (4.8%) であった。学習内容 (複数回答) として最も多かったのは「父親の悲嘆過程」31 名 (49.2%)、「父親に必要なケア」16 名 (25.4%)、「両親へのケア」9 名 (14.3%)、「父親と母親の悲しみの違い」8 名 (12.7%)、「父親の体験談を聴く」4 名 (6.3%)、「他施設でのケアの取り組み」2 名 (3.2%)、「妻を支えるためのケア」1 名 (1.6%) であっ

た。

父親へのケアについて、必要と思う 196 名 (99.5%)、必要と思わない 0 名 (0.0%)、無回答 1 名 (0.5%) であった。父親へのケアが必要と思う理由 (複数回答) として最も多かったのは、「我が子を失い、悲嘆を経験しているため」 59 名 (30.1%) であり、続いて「父親の悲しみを表出できる場が少ないため」 34 名 (17.3%)、「夫婦でお互いを支え合うことができるようにするため」 32 名 (16.3%)、「母親の支援者としての父親を支える必要があるため」 21 名 (10.7%)、「ケアの対象は母親に集中しやすいため」 20 名 (10.2%)、「我が子を亡くした親としてケアの対象であるから」 17 名 (8.7%)、「妻を支える役割負担が大きい」 13 名 (6.6%)、「ペリネイタル・ロスが夫婦関係に影響を及ぼすため」 10 名 (5.1%) などの順であった。

父親へのケアに対する学習意欲について、学習希望あり 190 名 (96.5%)、学習希望なし 5 名 (2.5%)、無回答 2 名 (1.0%) であった。学習希望理由 (複数回答) として最も多かったのは、「父親へのケアについて学習する機会が少ないため」 47 名 (24.7%) であり、続いて「父親のケアは必要であるため」 33 名 (17.4%)、「父親へのケア方法を知りたいから」 32 名 (16.8%)、「父親への関わりに悩んでおり、自信がないため」 30 名 (15.8%) などの順であった (表 2)。学習希望内容 (複数回答) として最も多かったのは、「具体的な関わり方 (声のかけ方等)」 100 名 (52.6%) であり、続いて「父親の悲嘆プロセス」 75 名 (39.5%)、「父親の望むケア内容」 22 名 (11.6%) などの順であった (表 3)。

表 2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望理由

n=190		
学習希望理由	人	%
父親へのケアについて学習する機会が少ないため	47	24.7
父親のケアは必要であるため	33	17.4
父親へのケア方法を知りたいから	32	16.8
父親への関わりに悩んでおり、自信がないため	30	15.8
父親の心理やケア・ニーズがわからないから	15	7.9
父親へのケアは不十分であると感じるから	14	7.4
日常のケアに役立てたいため	12	6.3
父親へのケアを学ぶことで夫婦を支えることに繋がるから	10	5.3
父親へのケアを学ぶことで母親を支えたいから	6	3.2
事例が多くない・経験が少ないため	4	2.1
他施設での取り組みを知りたいため	2	1.1

(複数回答)

表3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望内容

n=190		
学習希望内容	人	%
父親への具体的な関わり方（声のかけ方等）	100	52.6
父親の悲嘆プロセス	75	39.5
父親の望むケア内容	22	11.6
父親と母親の悲嘆プロセスの違い	14	7.4
セルフ・ヘルプグループについて	13	6.8
父親の体験談を聴きたい	13	6.8
他施設での取り組み	12	6.3
父親から母親へのサポート方法	9	4.7
父親への精神的ケア	8	4.2
退院後の父親への支援方法	8	4.2
父親の感情の引き出し方	7	3.7
父親と母親との関わり方の違い	4	2.1
夫婦への関わり方	4	2.1
次回の妊娠に対する父親の思い	2	1.1
父親へのケアを行った場合の効果	2	1.1

(複数回答)

## 第5節 考察

### 1. 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

本研究において、所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアに関する看護手順について、8割の助産師が準備されていると回答していた。約10年前に実施された藤村ら<sup>16)</sup>や米田ら<sup>17)</sup>の調査では、マニュアルの整備はそれぞれ2割にとどまっており、現在では多くの助産師が看護手順の整備された環境でケアを提供していることが明らかになった。看護手順記載内容については、死産に関する公的手続き方法、グリーフ・ケアの具体的内容がそれぞれ8割以上を占めていた。しかし、母親の悲嘆過程や乳房ケアについては4割、退院後のサポート体制やサポートグループに関する情報提供は2割、父親の悲嘆過程に至っては1割であり、母親や父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズに対する理解を深める内容は少ないことが明らかになった。

また、8割の助産師がカンファレンスを実施していると回答し、多くの助産師は対象の情報共有とケアの方向性を確認することができ、他のスタッフと相談しながらケアを提供できる環境にあることが示唆された。また、ケアに必要な物品の準備についても95%が準備していると回答し、助産師は児の大きさに合わせた棺や衣服などグリーフケアに必要な物品が準備された環境でケアを行っていることが明らかになった。以上のことから、多くの助産師はケア環境が整備されている中で両親へのケアを実施していると考えられた。

### 2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及び父親へのケアに対する意識

父親自身の悲しみへのケアについて、他の妊産褥婦や新生児の声が父親に届かないように配慮する等、父親の悲しみを増強させないような環境の調整や、「父親の悲しみを共感する態度で接する」「父親を避けないで普通に接する」など父親に接する上で必要な助産師の態度については95%以上の助産師が実施していた。同様に自立して実施できる助産師も9割以上を占めていた。また、助産師は、感情表出を促すような関わりや父親と関わるきっかけづくりを心掛けており、父親と関わろうと努めていることがうかがえた。「希望時、医師からの説明の場を調整する」「父親の疑問に答える」についても高い実施率であり、子どもを亡くした父親と真摯に向き合おうとする助産師の姿勢がみられた。

一方、「父親の悲嘆プロセスを説明する」の実施率は6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。今村は、父親の悲しみは表面化されず、時に父親自身も気づき得ないほどであったと述べている<sup>3)</sup>。父親特有の悲嘆の特徴を父親自身も理解し、自分の感情に対処できるようにするために、父親の悲嘆のプロセスを説明することは必要であると考える。また、助産師教育において、父親の悲嘆のプロセスや悲嘆の特徴について教育していく必要性が示唆された。

カウンセラーの紹介については、実施率も自立度も共に1割と低かった。米田の調査においても、看護者が行う周産期の死のケアの中で、心理的専門家の紹介の実施度は5%と

低かったと報告されており、心理的ケアの専門家との連携不足が指摘されている<sup>13)</sup>。父親が必要とする際に心理的専門家との連携が取れるよう、体制の整備が望まれる。

父親であることを実感できるケアについては、全ての項目で7割以上が実施しており、同様に自立度も高かった。「児を抱くことを提案する」の実施頻度については、ケア経験件数別で有意差がみられたものの、ケア経験件数が少ない助産師も9割以上が実施しており、助産師は父親にとって必要なケアとして実践していた。助産師は日頃から母子関係や父子関係の形成を促す支援を行っており、死産時においても父親になることを実感できるケアを実践することができていたと考えられる。

妻を支えるためのケアについては高い実施率であった。しかし、いつも実施しているのは2割にとどまっており、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。また、子どもを亡くした父親は、父親と夫の両方の役割を果たしていたと報告されており<sup>3)</sup>、父親としての役割を果たすためのケアに加えて、父親が妻を支えることができるよう支援が必要である。そのため、助産師に対して、妻を支えるためのケアの必要性についての認識を深めてケアに取り組めるよう支援が必要であると示唆された。

妊娠・出産についての情報提供について、「分娩前に分娩経過や胎児の状態を説明する」は、95%の助産師が実施しており、自立して実施できるものも9割近かった。しかし、「遺伝相談に関する情報を提供する」については23%の実施率と低く、自立して実施できるものも15%と低かった。父親によっては、次子への影響を心配することもある。父親が希望した際には、遺伝相談に関する情報を提供したり、遺伝カウンセリングにつなげるなどの支援が必要である。また、助産師は遺伝に関する知識を学習しておく必要があると考える。

退院後の悲しみへのケアについては、全ての項目において25%未満の実施率及び自立度であった。米田の調査<sup>19)</sup>においても、母親や家族に対する退院後の継続的関わりは1割、サポートグループの紹介は5%の実施状況であり、退院後に向けてのケアはあまり実施されていなかったと報告されている。父親の悲嘆は遅れて出現することもあるといわれており<sup>18)</sup>、セルフ・ヘルプグループの紹介等、退院後に父親が利用できる資源について情報を提供することは、父親の悲しみが増した際に救いとなると考える。また、退院後に相談できる窓口の整備等、退院後の継続した関わりができる体制の整備が必要であると示唆された。

ケア経験件数の少ない助産師は、ケア経験件数の多い助産師に比較して、自立してできない項目が13項目あった。また、助産師経験年数と両親へのケア経験件数の間にやや強い正の相関がみられており、助産師経験年数もケア実施頻度や実施自立度に影響を及ぼしていると考えられる。ペリネイタル・ロス<sup>20)</sup>は突然起こることが特徴的である。ケアが必要な際、ケア経験の少ない助産師が父親のケア・ニーズに沿ったケアに取り組めるように、助産師教育において、父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズについて伝え、事例を用いたシミュレーションやロールプレイを用いた教育を行う必要性が示唆された。

9割の助産師が父親へのケアに対する困難さを感じていた。本研究においては、ケア経験件数別でのケアの困難感に差はみられず、ケア経験件数によらず助産師は父親へのケアに困難さを抱えていたことが明らかになった。

短い入院期間の中で、父親へのケアについてはほぼ全員が必要と考えており、父親に関わる必要性は理解しているものの、父親と関わる時間が限られていることから、父親の思いやケア・ニーズを把握すること、希望を引き出すことが難しいと考えていると推察された。父親へのケアについて実施頻度や自立度は高かったが、ほとんどの助産師が父親へのケアの困難さを抱えており、迷いながらケアを行っていることが考えられた。

また、父親へのケアについての学習経験があるものは3割のみであり、学習経験が少ないことも父親へのケアに対する困難さに影響を与えていると考えられる。父親の悲嘆の特性やケアについて体系化されておらず、学習機会が少なかったため、助産師は父親への関わり方への自信のなさや苦悩を抱きながらケアしていると推察された。

### 3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ

父親へのケアに対して96.4%に学習意欲があり、父親へのケアに対する助産師の学習ニーズは高いことが明らかになった。

学習希望内容としては、父親の悲嘆プロセスや父親の望むケア内容、父親の体験を聴きたいなど父親の理解につながる内容を希望していた。また、父親への具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズも高かった。さらに、他施設での取り組みについて知りたいというニーズもあり、ケアに関する情報交換の機会を設けることは、助産師のケアの幅を広げることに繋がると考える。

## 第6節 結語

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア 29項目において、実施頻度及び実施自立度が3割未満であった項目は「カウンセラーを紹介する」「遺伝相談に関する情報を提供する」「退院後に相談できる窓口を紹介する」「退院後、継続的に関わる」「セルフ・ヘルプグループを紹介する」の5項目であった。また、「父親の悲嘆プロセスを説明する」は実施率6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。妻を支えるためのケアについては高い実施率であったが、いつも実施しているのは2割であり、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。
2. 9割の助産師が父親へのケアに困難感を抱いていたが、ほとんどの助産師が父親へのケアが必要であると認識していた。
3. 助産師の96%が父親へのケアに対する学習を希望しており、父親の悲嘆プロセスや父親が望むケア等ペリネイタル・ロスを経験した父親の理解につながる知識の他に、具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズがあった。

4. 助産師に対して、父親の悲嘆のプロセスや父親のケア・ニーズについて教育する必要性が示唆された。また、妻を支えるためのケアを実践できるような支援が必要であると示唆された。さらに、父親への関わり方等ケア技術向上に向けた支援が必要であると示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアに対する助産師への教育の充実が望まれる。

#### **研究の限界**

本研究の対象者は、総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターで勤務しているものが8割であり、ハイリスク妊娠・分娩を取り扱っている助産師が大半を占めていた。また、助産師経験の豊富な集団であった。そのため、ペリネイタル・ロスのケア経験件数が比較的多く、ペリネイタル・ロスのケアへの意識が高い集団であると考えられ、ケア実施頻度やケア実施自立度に影響を及ぼしている可能性がある。



## 第2章 引用文献

- 1) Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007 ; 21(2) : 249-259.
- 2) Huttu MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2005 ; 34(5) : 630-638.
- 3) 今村美代子. 死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り. *日本助産学会誌* 2012 ; 26(1) : 49-60.
- 4) Turton P, Badenhorst W, Hughes P, et al. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British Journal of Psychiatry* 2006 ; 188 : 165-172.
- 5) 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 辻恵子. 自然流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因—体験者の記述内容分析から— . *日本助産学会誌* 2006 ; 20(2) : 8-21.
- 6) 竹内徹訳. 周産期の死—流産・死産・新生児死亡—死別された両親へのケア. メディカ出版, 大阪, 1993.
- 7) 新道幸恵. 母性・父性をめぐる諸問題. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学大系第3巻助産の基礎理論Ⅱ, 日本看護協会出版会. 東京, 1991 ; 491-495.
- 8) 井端美奈子. ハイリスク産婦へのケア. 武谷雄二, 前原澄子編, 助産学講座6助産診断・技術学Ⅱ, 医学書院. 東京, 2002 ; 114-120.
- 9) 太田尚子. 子どもを亡くした親へのケア. 遠藤俊子編, 助産師基礎教育テキスト第7巻ハイリスク妊産褥婦・新生児へのケア, 日本看護協会出版会. 東京, 2009 ; 293-298.
- 10) 太田尚子. ペリネイタル・ロスのケアの基盤となるもの. *助産雑誌* 2015;69(3):186-190.
- 11) 河本恵理, 田中満由美. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ. 山口医学 (印刷中)
- 12) 岡永真由美. 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状. *日本助産学会誌* 2005 ; 19(2) : 49-58.
- 13) 米田昌代. 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* 2007 ; 21(2) : 46-57.
- 14) 太田尚子. 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ. *日本助産学会誌* 2006 ; 20(1) : 16-25.
- 15) 梅津祐良, 梅津ジーン訳. ドナ・ホーフマン・ユイ, ロジャー・フランク・ユイ. 赤ちゃんを亡くした両親への援助. メディカ出版大阪, 大阪, 1990.
- 16) 藤村由希子, 安藤広子. 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* 2004 ; 6 : 83-91.
- 17) 米田昌代, 田淵紀子, 坂井明美. 周産期の死のケアに関する看護師の知識とケア環境の実態. *石川県看護雑誌* 2008 ; 5 : 11-20.

- 18) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2002 ; 38(4) : 368-372.

## 第3章

「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」  
開発への示唆

## 第3章

### 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」

#### 開発への示唆

本章では、第1章で明らかになった「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」及び第2章で明らかになった「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態とペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ」を基に、序章での文献レビューの結果も踏まえて、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆について述べる。

#### 第1節 第1章及び第2章で明らかになった知見

第1章「ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」において明らかになった知見は以下の通りである。

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスについて M-GTA を用いて分析した結果、6つのカテゴリーと 38 概念が抽出された。児の死に直面した父親は、《予期せぬ児の死への衝撃》や《妻との心理的距離》を感じていた。自分なりに《我が子を失った悲しみの整理》をつけながら《手探りで妻を支える役割の遂行》をしていた。また、父親役割の遂行を通して《児の父親としての意識の芽生え》がみられていた。父親自身の気持ちの整理がつき、妻の精神的安定を実感したことで、《新たな家族の形の構築》を図り、日常生活に適応していた。
2. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズには《父親自身の悲しみへのケア》《父親であることを実感できるケア》《妻を支えるためのケア》《妊娠・出産についての情報提供》があった。
3. 看護職は、ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆の特徴を理解し、父親に対して共感的に寄り添う姿勢や感情の表出ができるように関わる必要があると示唆された。また、父親が夫として妻を支える役割を果たすことができるよう、母親の悲嘆のプロセスや妻を支援する方法について伝える必要性が示唆された。さらに、父親に対して、希望を引き出しながら児との面会を支援するなど児の存在や父親であることを実感できるような関わりが必要であると示唆された。

また、第2章「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態とペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ」において明らかになった知見は以下の通りである。

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア 29 項目において、実施頻度及び実施自立度が3割未満であった項目は「カウンセラーを紹介する」「遺伝相談に関する情報

を提供する」「退院後に相談できる窓口を紹介する」「退院後、継続的に関わる」「セルフ・ヘルプグループを紹介する」の5項目であった。また、「父親の悲嘆プロセスを説明する」は実施率6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。妻を支えるためのケアについては高い実施率であったが、いつも実施しているのは2割であり、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。

2. 9割の助産師が父親へのケアに困難感を抱いていたが、ほとんどの助産師が父親へのケアが必要であると認識していた。
3. 助産師の96%が父親へのケアに対する学習を希望しており、父親の悲嘆プロセスや父親が望むケア等ペリネイタル・ロスを経験した父親の理解につながる知識の他に、具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズがあった。
4. 助産師に対して、父親の悲嘆のプロセスや父親のケア・ニーズについて教育する必要性が示唆された。また、妻を支えるためのケアを実践できるような支援が必要であると示唆された。さらに、父親への関わり方等ケア技術向上に向けた支援が必要であると示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアに対する助産師への教育の充実が望まれる。

以上の結果を基に、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」を立案する。

## 第2節 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」の構成内容

本教育プログラムの構成内容（対象・目的・目標・内容・評価方法）について検討していく。

### 1. 教育プログラムの対象

先行研究からも、助産師がペリネイタル・ロスのケアを行う中で困難感を抱いていることが報告されている<sup>1)2)3)</sup>。助産師は、保健師助産師看護師法において、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子<sup>4)</sup>」とされ、死産分娩時には分娩の介助を行う。また、分娩後も引き続き、亡くなった児のケアやペリネイタル・ロスを経験した両親のケアに携わる機会が多いと考える。そのため、本教育プログラムにおける対象は、**ペリネイタル・ロスのケアに携わる助産師**とした。

全ての助産師がペリネイタル・ロスを経験した両親のケアに携わる可能性があるため、対象となる助産師の経験年数やケア経験件数は問わないものとする。本研究2において、ケア経験件数別でのケアの困難感に差はみられず、ケア経験件数によらず助産師は父親へ

のケアに困難さを抱えていたことが明らかになったことから、全ての助産師に必要な教育プログラムであると考える。

助産師は、助産師基礎教育においてペリネイタル・ロスのケアについて十分に教授されているとは言い難い<sup>5)</sup>。卒業後の看護継続教育において自主的に学習しているものもいることも推測されるが、研究2において学習機会があったものは3割と少なく、ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアについて学習する上で基本となる、母親の悲嘆のプロセスや母親に及ぼす影響、夫婦関係への影響、両親へのケアの原則などペリネイタル・ロスのケアに関する基礎的な知識の教授も必要と考える。

看護継続教育の対象者は、主体的に学習を進めていく存在であるとともに、個々のニーズにより学習へと動機づけられる存在である<sup>6)</sup>。本教育プログラムを受講する助産師は、日々のケアの中で、ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアに対する疑問や困難感を抱き、ケアを改善したいという意識が高いと考えられる。そのため、本教育プログラムを受講した助産師が、所属施設におけるケアのリーダーとなり、ロール・モデルとなることを期待する。

## 2. 教育プログラムの目的・目標

教育プログラムの対象の特性や研究1及び研究2の結果から本教育プログラムの目的・目標を以下の通り定める。

### 目 的：

助産師（受講者）は、流産・死産・新生児死亡による児の喪失を経験した父親の心理的・社会的影響を理解し、父親のケア・ニーズを引き出し、ケアの実践ができる。また、助産師（受講者）は、所属施設におけるロールモデルとしてペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実践ができる。

### 目 標：

1. ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係もたらす心理的・社会的影響を述べるができる。
2. ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆のプロセスを述べるができる。
3. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを述べるができる。
4. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、悲しみを増強させない態度がとれる。
5. ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを引き出すことができる。
6. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、父親であることを実感できるケアを提供することができる。
7. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、妻を支えるためのケアを提供するこ

とができる。

8. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、次の妊娠・出産に向けての情報提供ができる。
9. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、社会的資源（退院後の相談窓口、サポートグループ等）についての情報提供ができる。
10. 所属する施設で実践できるケアについて、述べることができる。

### 3. 教育プログラムの内容

研究1及び研究2より導きだされた結果及び序章での文献レビューより、本教育プログラムを以下のように構成する。

- 1) ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆のプロセスを理解する【講義形式】
  - (1) ペリネイタル・ロスが母親、父親、夫婦関係にもたらす影響
  - (2) 父親の悲嘆の特徴
- 2) ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを理解する【講義形式】
- 3) 受講者が実践しているケアの現状を共有する【グループワーク】
  - (1) 実践しているケア内容、ケアを行う上での困難感
  - (2) 所属している各施設における父親へのケアの取り組みの共有
- 4) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアを理解する【講義形式】
  - (1) 両親へのケアの原則
  - (2) 父親自身の悲しみへのケア
    - ・ 悲しみを増強させない配慮
    - ・ 父親への気持ちの共感
    - ・ 感情の表出ができるような配慮
    - ・ グリーフ・ワークの実践
    - ・ 専門的な心のケア
  - (3) 父親であることを実感できるケア
    - ・ 我が子が大切に扱われる
    - ・ 我が子との面会
    - ・ 我が子の存在を実感できるものを残す
    - ・ 死産後の手続きに関する情報提供
  - (4) 妻を支えるためのケア
    - ・ 妻をケアする方法についての情報提供
  - (5) 次の妊娠・出産に向けての情報提供
  - (6) 退院後の悲しみへのケア
    - ・ 退院後の継続ケア（退院後の相談窓口等）

- ・ セルフヘルプグループに関する情報

5) ペリネイタル・ロスを経験した父親の体験を聴き、対象への理解を深める

6) 事例を用いたロールプレイ【ロールプレイ】

ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズ、ケアの方法を踏まえて、ロールプレイを行い、ケアの実践につなげる。ロールプレイで助産師役となった受講者は、悲しみを増強させない態度で父親に関わり、父親の潜在するケア・ニーズや感情を引き出す技術について学ぶ。ケア・ニーズに添ったケアの選択肢、父親であることを実感できるケア、妻を支えるためのケア、次の妊娠・出産に向けての情報提供、社会的資源の活用についての情報提供を行う。

#### 4. 教育プログラム評価方法

受講者の教育プログラム内容に対する理解度を確認する。さらに、評価に基づき、教育プログラム構成内容の修正を行う。

個人属性として、助産師経験年数、ペリネイタル・ロスのケア経験件数について質問する。また、所属施設の属性として、総合病院あるいは個人病院かについて質問する。立案した教育目標に対して、4段階リッカートスケール（十分できる、まあまあできる、あまりできない、全くできない）を用いて評価する。その他、本教育プログラムに対する感想や意見について尋ね、教育プログラムの構成内容や教授方法の修正に反映させる。（表1）



表1. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」に対する評価票

本日は、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」を受講いただきありがとうございました。以下の質問にお答えください。

1. 助産師経験年数 【 年目 】

2. これまでにあなたが経験されたペリネイタル・ロスの両親へのケア経験件数 【 件 】

3. 所属施設の種類 【 総合病院 ・ 個人病院 】

4. 以下の項目について当てはまる数字に○をお付けください。

項目	十分 できる	まあ まあ できる	あ まり でき ない	全 く でき ない
ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係にもたらす心理的・社会的な影響を述べることができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆のプロセスを述べるできますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを述べるできますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、悲しみを増強させない態度をとることができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを引き出すことができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、父親であることを実感できるケアを提供することができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、妻を支えるためのケアを提供することができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、次の妊娠・出産に向けての情報提供ができますか。	4	3	2	1
ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、社会的資源（退院後の相談窓口、サポートグループ等）についての情報提供ができますか。	4	3	2	1
本日のプログラム内容を参考に、あなたの所属する施設で実践できるケアについて、述べるできますか。	4	3	2	1

5. 本日のプログラムを受講された感想やご意見についてご記入ください。

### 第3章 引用文献

- 1) 鈴木清花, 岩下麻美, 舛田静恵, 他. 誕生死に関わる看護職の感情に関する研究. 母性衛生 2008 ; 49(1) : 74-83.
- 2) 岡永真由美. 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状. 日本助産学会誌 2005 ; 19(2) : 49-58.
- 3) 諸岡ゆり. 父親に対する死産のケアの困難感と影響要因. 日本助産学会誌 2016 ; 30(2) : 290-299.
- 4) 総務省行政管理局. 電子政府の総合窓口 e-Gov. 保健師助産師看護師法. [http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/viewContents?lawId=323AC0000000203\\_20160401](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/viewContents?lawId=323AC0000000203_20160401)<アクセス日 : 2017-12-20>
- 5) 河本恵理, 田中満由美. 助産師がペリネイタル・ロスに適応するプロセス. 母性衛生 2016 ; 56(4) : 567-575.
- 6) 杉森みど里, 舟島なをみ. 第7章看護継続教育論. 看護教育学, 第5版. 医学書院. 東京, 2012 ; 334.

## 終章

本研究の総括と今後の展望

## 終章

### 第1節 本研究結果の総括

本研究の目的は、父親の適応プロセスとケア・ニーズを明らかにし、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態とペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにしたうえで、「ペリネイタル・ロスを経験した父親に対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得ることであった。その結果、以下の知見を得ることができた。

#### 1. 序章：研究の背景

序章では、研究の背景として、ペリネイタル・ロスの概念、ペリネイタル・ロスが母親・父親及び夫婦関係にもたらす影響、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア、助産師基礎教育におけるペリネイタル・ロスのケアに対する教育、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム開発の必要性について文献レビューを行った。その結果、以下の知見を得た。

- 1) ペリネイタル・ロスを経験した母親は、抑うつ、不安・睡眠障害・PTSDなどメンタルヘルスの問題が出現することが報告されており、母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続するといわれている。また、父親にとっても大きなできごとである。さらに、夫婦間への影響として、関係性の悪化やカップルの破綻などが報告されており、母親のみならず父親へのケアも重要である。
- 2) ペリネイタル・ロスを経験した父親は我が子の死に大きな衝撃を受けることや妻の次の妊娠時に父親自身もPTSDを認めることもあるなど、大きな影響を受けることが指摘される一方、父親の悲嘆のレベルは母親よりも低いという報告もあり、ペリネイタル・ロスが父親にもたらす影響は明確になっていない。
- 3) ペリネイタル・ロスのケアの実態調査については、母親及び家族へのケアを対象とされているものの、父親へのケアの実態については明らかにされていない。
- 4) 我が国においては、イギリスのセルフ・ヘルプグループ SANDS(Stillbirth & neonatal death Society)によるケアガイドライン「Pregnancy Loss and the Death of a Baby : Guidelines for professionals」が翻訳されているのみであるが、このガイドラインには父親独自のケアについては記述されていない。また、「ペリネイタル・ロスのケアに携わる看護師を対象とした教育プログラム」が開発されているが、父親の悲嘆プロセスや父親へのケアの詳細については含まれていない。

以上のことから、ペリネイタル・ロスに直面した助産師が父親へのケアに直ちに取り組めるよう教育プログラムの開発が必要であると示唆された。

## 2. 第1章：ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ

第1章では、ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズを明らかにすることを目的とした質的帰納的記述研究を実施した。ペリネイタル・ロスを経験した12名の父親からの半構成的面接により得られたデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach : M-GTA)にて分析し、父親の適応プロセスを明らかにした。また、父親のケア・ニーズを抽出し、コーディングしカテゴリー化し、父親のケア・ニーズを明らかにした。その結果、以下の知見を得た。

- 1) ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスについて M-GTA を用いて分析した結果、6つのカテゴリーと38概念が抽出された。児の死に直面した父親は、《予期せぬ児の死への衝撃》や《妻との心理的距離》を感じていた。自分なりに《我が子を失った悲しみの整理》をつけながら《手探りで妻を支える役割の遂行》をしていた。また、父親役割の遂行を通して《児の父親としての意識の芽生え》がみられていた。父親自身の気持ちの整理がつき、妻の精神的安定を実感したことで、《新たな家族の形の構築》を図り、日常生活に適応していた。
- 2) ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズには《父親自身の悲しみへのケア》《父親であることを実感できるケア》《妻を支えるためのケア》《妊娠・出産についての情報提供》があった。
- 3) 看護職は、ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆の特徴を理解し、父親に対して共感的に寄り添う姿勢や感情の表出ができるように関わることが必要であると示唆された。また、父親が夫として妻を支える役割を果たすことができるよう、母親の悲嘆のプロセスや妻を支援する方法について伝える必要性が示唆された。さらに、父親に対して、希望を引き出しながら児との面会を支援するなど児の存在や父親であることを実感できるような関わりが必要であると示唆された。

## 3. 第2章：ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と

### ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ

第2章では、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及びペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにすることを目的として実態調査研究を実施した。

まず、第1章で明らかになった父親のケア・ニーズ及び先行研究より明らかになっている両親に必要なケアから父親へのケア29項目を抽出した。そして、父親へのケア29項目を軸とした質問紙を作成した。総合病院26施設318名の助産師に質問紙を配布し、197名の有効回答を得た。その結果、以下の知見を得た。

- 1) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア29項目において、実施頻度及び実施自立度が3割未満であった項目は「カウンセラーを紹介する」「遺伝相談に関する情報を

提供する」「退院後に相談できる窓口を紹介する」「退院後、継続的に関わる」「セルフ・ヘルプグループを紹介する」の5項目であった。また、「父親の悲嘆プロセスを説明する」は実施率6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。妻を支えるためのケアについては高い実施率であったが、いつも実施しているのは2割であり、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。

- 2) 9割の助産師が父親へのケアに困難感を抱いていたが、ほとんどの助産師が父親へのケアが必要であると認識していた。
- 3) 助産師の96%が父親へのケアに対する学習を希望しており、父親の悲嘆プロセスや父親が望むケア等ペリネイタル・ロスを経験した父親の理解につながる知識の他に、具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズがあった。
- 4) 助産師に対して、父親の悲嘆のプロセスや父親のケア・ニーズについて教育する必要性が示唆された。また、妻を支えるためのケアを実践できるような支援が必要であると示唆された。さらに、父親への関わり方等ケア技術向上に向けた支援が必要であると示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアに対する助産師への教育の充実が望まれる。

#### 4. 第3章：「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆

第3章では、第1章及び第2章で明らかになった知見及び序章での文献レビューを基に、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得た。教育プログラムの構成内容は以下の通りである。

- 1) 本教育プログラムにおける対象は、ペリネイタル・ロスのケアに携わる助産師である。対象となる助産師の経験年数やケア経験件数は問わないものとする。
- 2) 本教育プログラムの目的は以下の通りである。

「助産師（受講者）は、流産・死産・新生児死亡による児の喪失を経験した父親の心理的・社会的影響を理解し、父親のケア・ニーズを引き出し、ケアの実践ができる。また、助産師（受講者）は、所属施設におけるロールモデルとしてペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実践ができる。」
- 3) 教育プログラムの内容は、以下の通りである。
  - (1) ペリネイタル・ロスを経験した父親の悲嘆のプロセスを理解する
  - (2) ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズを理解する
  - (3) 受講者が実践しているケアの現状を共有する
  - (4) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアを理解する
  - (5) ペリネイタル・ロスを経験した父親の体験を聴き、対象への理解を深める
  - (6) 事例を用いたロールプレイ

- 4) 本教育プログラムにおける受講者の理解度を確認するため、目標に添った評価項目を設定した。

## 第2節 本研究結果の活用と今後の展望

これまでの研究から、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得た。今後は、本教育プログラム実践に向けて、教育プログラム構成内容の詳細、事例についての検討、教材の作成をしていく。本教育プログラムを活用し、教育プログラムを展開することで、助産師は父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズに添ったケアを提供することができるようになると思う。さらに、助産師が抱く父親に対するケアの困難さが軽減し、より、父親の思いやニーズを引き出しながら、ケアを展開することが可能になると考える。

今後は、教育プログラムを実施・評価し、構成内容や教授方法を修正し、より教育効果の高いプログラムの構築が望まれる。

資 料



## 資料

- 資料1 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」説明文書および同意書
- 資料2 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」属性に関する質問紙
- 資料3 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」インタビューガイド
- 資料4 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と『ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム』に対する助産師の教育ニーズの検討」説明文書
- 資料5 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と『ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム』に対する助産師の教育ニーズの検討」質問紙

## 臨床研究

### 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」

#### —説明文書および同意書—

この説明文書には、本研究についての詳しい説明が記載されています。この研究への参加に同意するかどうかは、あなたの自由意思で決めていただくことができます。たとえ研究への参加をお断りになっても、不利な扱いを受けたり、本来受けるべき利益を失うことはありません。この研究に参加してからでも、あなたがやめたいと思われる時はいつでもおやめになることができます。その時は本研究の研究実施責任者に遠慮なくご連絡ください。途中でおやめになった場合でも、あなたがその後の治療で不利益を受けることはありません。

研究実施責任者の説明やこの説明文書の中で、わからないことやご心配なことなどがありましたら、どんなことでも遠慮なくお尋ねください。

作成年月日：2014年8月19日 Ver1.0

2014年8月26日 Ver2.0

2014年10月8日 Ver3.0

2015年9月9日 Ver4.0

2016年5月2日 Ver.5.0

## 目次

1.	はじめに.....	1
2.	研究実施グループについて.....	1
3.	この臨床研究へのご協力について.....	1
4.	臨床研究について.....	2
5.	研究の背景・目的.....	2
6.	研究の方法について.....	2
7.	予想される利益と不利益.....	3
8.	この臨床研究に参加することであなたにかかる費用について.....	3
9.	健康被害の補償について.....	3
10.	この研究に関する情報の提供について.....	3
11.	研究への参加を中止する場合について.....	4
12.	あなたに関する記録の閲覧に関して.....	4
13.	個人情報の取扱いについて.....	4
14.	知的財産権の帰属先.....	4
15.	臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突.....	5
16.	データ等の保存及び使用方法並びに保存期間.....	5
17.	研究担当者と連絡先(相談窓口).....	5

## 説明文書

### 臨床研究

#### 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」 面接調査へのご協力をお願い

##### 1. はじめに

この説明文書は、「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」への面接調査へのご協力をお願いするにあたり、その詳細を説明したものです。この文書はあなたが本研究にご協力いただくことができるかどうかを決めていただく際に、研究実施責任者による説明を補い、この研究の内容を理解していただくために用意いたしました。お読みになって、わからない点や疑問な点がある場合、さらに詳しい説明が必要な場合は研究実施責任者に遠慮なくお尋ねください。なお本研究は、実施に先立ち、山口県立総合医療センター倫理委員会、山口大学医学部附属病院治験及び人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会（以下、各倫理審査委員会）において審査を受け、承認を得ております。

##### 2. 研究実施グループについて

私たちは山口大学大学院医学系研究科の教員、山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センターの医師、山口大学医学部附属病院の助産師を中心とした「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」について研究しているグループです。

##### 3. この臨床研究へのご協力について

この臨床研究に参加するかどうかは、あなたの自由意思によって決めていただくことができます。この研究に参加されない場合でも、何の不利益もありません。また、あなたがこの研究への参加の取り止めを希望された場合、研究が始まった後でもいつでも中止することができます。その際には、研究実施責任者にお申し出ください。それにより、あなたに不利益が生じることはありません。

この研究にご協力いただけるかどうかは研究実施責任者が説明を行った後に確認させていただきます。十分御検討いただいた後、この研究にご協力いただける場合は「同意書」にご自身でご署名をお願いいたします。

#### 4. 臨床研究について

私たちの研究グループは、死産・新生児死亡によりお子様を亡くされた方々への看護の質を高めることを目指し、研究を行っております。このような試みを一般に「臨床研究」といいます。今回参加をお願いする臨床研究は、死産・新生児死亡によりお子様を亡くされた方々への看護に携わる助産師・看護師が必要性・重要性に鑑みて立案・計画して行うものであり、臨床研究は研究を目的としていますので、通常の看護とは異なり研究的な一面があります。

#### 5. 研究の背景・目的

平成24年の日本の人口動態統計では、年間約26,000組のカップルが死産・新生児死亡を経験しています。死産・新生児死亡を経験した母親の悲嘆反応としては、不安、抑うつ、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、強迫神経症などメンタルヘルスの問題、また次子への愛着障害、夫婦関係の悪化との関連が指摘されています。死産・新生児死亡経験後の悲嘆プロセスは、1年から数年持続すると言われ、母親だけでなく父親も共にケアの対象として重要です。しかし、死産・新生児死亡を経験した父親と母親の悲嘆の反応は異なることが指摘されています。死産・新生児死亡による悲嘆に関する研究は、母親を対象としたものが多く、父親の悲嘆過程はほとんど明らかにされていません。そこで、本研究では、死産・新生児死亡を経験されたお父様を対象に面接調査を行い、赤ちゃんの死を受け止め、日常生活に適應していくプロセスとケア・ニーズを明らかにし、死産・新生児死亡を経験されたお母様だけでなくお父様への支援方法を検討したいと考えております。

#### 6. 研究の方法について

##### 1) 対象となる方

本研究の対象は、妊娠12週以降の死産・新生児死亡を経験後、1年以上が経過し5年未満のお父様25名程度です。（ただし、希望による人工妊娠中絶の場合は除きます）

##### 2) 研究方法および研究期間について

山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センターと山口大学医学部附属病院産婦人科より対象となる方の紹介を受けたり、面接にご協力いただいた方から次の協力者をご紹介いただくスノーボールサンプリングという方法を用いて、面接にご協力いただける方を募集しています。そして、40分～60分程度の面接を行い、お子様を亡くされ

たときの思いやケアに期待することなどについておうかがいいたします。面接の内容はICレコーダーで録音させていただく予定ですが、録音にご同意いただけない場合には、筆記により面接内容を記録させていただきます。分析には質的研究手法の一つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法（M-GTA法）を用います。M-GTA法は、プロセス性をもった人間行動の説明と予測に有効な研究方法といわれており、本研究の分析方法はM-GTAが適しています。研究期間は、各倫理審査委員会承認後から2017年3月までです。

#### 7. 予想される利益と不利益

本研究は面接を用いた研究であり、あなたに直接的な利益は生じません。研究成果により、将来、死産・新生児死亡を経験されたお父様へのケアの向上に貢献できる可能性があります。

お子様への思いを語る際、悲しみが増したり、気分が悪くなられたりすることがあるかもしれません。その場合には、直ちに面接を中止いたします。答えたくない質問に対しては、無理にお答えいただかなくてかまいません。

本研究は面接時間に40分～60分要します。

#### 8. この臨床研究に参加することであなたにかかる費用について

面接場所までの交通費は支給されません。

#### 9. 健康被害の補償について

本研究は質問紙および面接調査による質的研究ですので、あなたに対する直接的な健康への被害はありません。しかし、お子様への思いを語る際、悲しみが増したり、気分が悪くなることがあるかもしれません。その場合には、直ちに面接を中止いたします。

#### 10. この研究に関する情報の提供について

この研究についてお聞きになりたいことがありましたら、研究実施責任者に遠慮なくおたずねください。

## 11. 研究への参加を中止する場合について

あなたがこの研究への参加の取り止めを希望された場合だけでなく、研究への参加を中止していただく場合があります。以下に示した 1) または 2) に該当した場合はこの研究の途中で参加を中止していただく場合がありますのでご了承下さい。その場合はすぐに中止の理由を説明し、あなたと相談してもっともよいと思われるものを行うこととなります。

- 1) あなたからの研究参加の辞退の申し出や同意の撤回があった場合
- 2) 精神的負担・身体的負担が増し、面接の継続が困難である場合
- 3) 研究実施責任者または研究分担者が研究の継続が不適當であると判断した場合

## 12. あなたに関する記録の閲覧に関して

あなたの人権が守られながら、きちんとこの研究が行われているかを確認するために、研究の関係者、倫理審査委員会などの関係者が、この研究で得られたあなたに関する記録などを閲覧することがあります。しかし、あなたから得られたデータが、報告書などであなたのデータであると特定されることはありません。また、このような場合でも、これらの関係者には守秘義務が課せられていますので、あなたの名前などのプライバシーにかかわる情報は守られます。

## 13. 個人情報の取扱いについて

最終的な研究成果は学術目的のために学術雑誌や学会で公表される予定です。その場合もあなたのお名前や個人を特定できるような個人情報の秘密は厳重に守られ、第三者には絶対にわからないように配慮されます。データの公表についてもあなたの同意が必要ですが、この同意書にあなたが自筆署名をすることによって、あなたの同意が得られたこととなります。また、この研究で得られたデータが、本研究の目的以外に使用されることはありません。

## 14. 知的財産権の帰属先

研究から大きな成果が得られ知的財産権が生じた場合、その権利は研究グループに帰属します。

## 15. 臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突

この研究は、日本学術振興会科学研究費（若手（B）課題番号 26861926）の助成金を用いて実施するものです。しかし、この研究の実施や報告の際に、金銭的な利益やそれ以外の個人的な利益のために専門的な判断を曲げるようなことは一切ありません。

## 16. データ等の保存及び使用方法並びに保存期間

研究等の実施に係わるデータおよび必須文書は施錠できるロッカーに保管し保存します。また、使用するパソコンはパスワードを利用し、研究者以外がデータ入力できないようにします。紙媒体に関しては、研究発表後5年経過した後にシュレッダーで裁断し、ICレコーダーの録音内容は消去します。

## 17. 研究担当者と連絡先(相談窓口)

この研究について、何かお聞きになりたいことやわからないこと、心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

### 【研究担当者】

研究実施責任者：

河本 恵理 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域母子看護学分野 助教

研究分担者：

佐世 正勝 山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センター長

田中 満由美 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域母子看護学分野 教授

大田 まゆみ 山口大学医学部附属病院看護部 看護師長

### 【連絡先】河本 恵理

〒755-8505 山口県宇部市南小串 1-1-1

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域母子看護学分野

電話&FAX：0836-22-2819 E-mail: erik1116@yamaguchi-u.ac.jp



(研究協力者用)

## 同意書

地方独立行政法人山口県立病院機構  
山口県立総合医療センター院長 殿  
山口大学医学部附属病院長 殿  
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻長 殿

研究課題名： 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」

私は上記の研究課題に関して下記の事項について十分な説明を受け、質問する機会を得ました。  
説明を受けた項目のチェック欄にチェックしてください。

チェック欄(✓)

- 1. はじめに
  - 2. 研究実施グループについて
  - 3. この臨床研究へのご協力について
  - 4. 臨床研究について
  - 5. 研究の背景・目的
  - 6. 研究の方法について
  - 7. 予想される利益と不利益
  - 8. この臨床研究に参加することであなたにかかる費用について
  - 9. 健康被害の補償について
  - 10. この研究に関する情報の提供について
  - 11. 研究への参加を中止する場合について
  - 12. あなたに関する記録の閲覧に関して
  - 13. 個人情報の取扱いについて
  - 14. 知的財産権の帰属先
  - 15. 臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突
  - 16. データ等の保存及び使用方法並びに保存期間
  - 17. 研究担当者と連絡先
- ICレコーダー使用 可 不可

私は、欄にチェックのある項目すべてに関する説明を十分理解したうえで研究に参加します。  
なお、この同意は将来、自由に、かつなんら不利益を被ることなく撤回できる権利があることを確認します。

同意日：平成 年 月 日

研究協力者氏名： \_\_\_\_\_  
(自署)

私は、上記研究協力者に、この研究について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

所属： \_\_\_\_\_  
研究者氏名： \_\_\_\_\_

(自署)

(研究者用)

## 同意書

地方独立行政法人山口県立病院機構  
山口県立総合医療センター院長 殿  
山口大学医学部附属病院長 殿  
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻長 殿

研究課題名： 「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」

私は上記の研究課題に関して下記の事項について十分な説明を受け、質問する機会を得ました。

チェック欄(✓)

説明を受けた項目のチェック欄にチェックしてください。

- 1. はじめに
- 2. 研究実施グループについて
- 3. この臨床研究へのご協力について
- 4. 臨床研究について
- 5. 研究の背景・目的
- 6. 研究の方法について
- 7. 予想される利益と不利益
- 8. この臨床研究に参加することであなたにかかる費用について
- 9. 健康被害の補償について
- 10. この研究に関する情報の提供について
- 11. 研究への参加を中止する場合について
- 12. あなたに関する記録の閲覧に関して
- 13. 個人情報の取扱いについて
- 14. 知的財産権の帰属先
- 15. 臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突
- 16. データ等の保存及び使用方法並びに保存期間
- 17. 研究担当者と連絡先

ICレコーダー使用 可 不可

私は、欄にチェックのある項目すべてに関する説明を十分理解したうえで研究に参加します。  
なお、この同意は将来、自由に、かつなんら不利益を被ることなく撤回できる権利があることを確認します。

同意日：平成 年 月 日

研究協力者氏名： \_\_\_\_\_

(自署)

私は、上記研究協力者に、この研究について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

所属： \_\_\_\_\_

研究者氏名： \_\_\_\_\_

(自署)

(研究協力者用)

## 同意撤回書

地方独立行政法人山口県立病院機構  
山口県立総合医療センター院長 殿  
山口大学医学部附属病院長 殿  
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻長 殿

研究課題名：「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」

### 【研究協力者署名欄】

私はこの研究に参加することに関して同意しましたが、同意を撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日  
氏 名： \_\_\_\_\_  
(自署)

### 【研究責任者の署名欄】

私は、上記研究協力者が同意を撤回したことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日  
所 属： \_\_\_\_\_  
氏 名： \_\_\_\_\_  
(自署)

(研究者用)

## 同意撤回書

地方独立行政法人山口県立病院機構  
山口県立総合医療センター院長 殿  
山口大学医学部附属病院長 殿  
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻長 殿

研究課題名：「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」

### 【研究協力者署名欄】

私はこの研究に参加することに関して同意しましたが、同意を撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日  
氏 名： \_\_\_\_\_  
(自署)

### 【研究責任者の署名欄】

私は、上記研究協力者が同意を撤回したことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日  
所 属： \_\_\_\_\_  
氏 名： \_\_\_\_\_  
(自署)

本日は、お忙しい中、「死産・新生児死亡を経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ」の研究にご協力いただきありがとうございます。

以下の質問にお答えください。

1. あなたの年齢をご記入ください。  歳

2. ご職業を次の中から選び、○で囲んでください。

1. 会社員 2. 公務員 3. 医療職 4. 自営業 5. 無職 6. その他(  )

3. 現在いらっしゃるお子様についておうかがいします。

1) 現在お子様は何人いらっしゃいますか。

人

2) お子様の年齢を教えてください。上のお子様から順に年齢をご記入ください。

歳,  歳,  歳,  歳

4. 亡くなられた赤ちゃんについておうかがいします。

1) 赤ちゃんがお亡くなりになられたのはいつですか。

平成  年  月

2) 亡くなられた時の妊娠週数または生後日数を教えてください。(【】内の当てはまる用語に○をおつけください。また口内に該当する数字をお入れください。)

【妊娠・生後】  【週・日】

3) 亡くなられた理由を教えてください。

4) 亡くなられた赤ちゃんのお産の方法について、当てはまるものを○で囲んでください。

1. 経膣分娩 2. 帝王切開

5. 差支えなければあなたが信仰している宗教を教えてください。

1. 仏教 2. キリスト教 3. その他(  ) 4. なし

ありがとうございました。

1. 奥様の妊娠判明後から赤ちゃんが亡くなったことがわかるまでの状況とその時の思い  
(妊娠判明後)

(妊娠中)

2. 赤ちゃんが亡くなったことが分かったときの状況とその時の思い  
(医師からの説明の内容、妻の様子、家族の様子、その時の自分の感情、医療者との関わりなど)

3. 分娩中の状況とその時の思い  
(妻の様子、家族の様子、その時の自分の感情、医療者との関わりなど)

4. 分娩後から退院までの状況とその時の思い  
(妻の様子、家族の様子、その時の自分の感情、医療者との関わり、自分が赤ちゃんにしてあげられたことなど)

5. 退院後の生活について

(赤ちゃんの埋葬時の状況、退院後に自分が受けたサポート、職場に復帰するまでの思い)

6. 現在の生活について

7. 死産・新生児死亡に対するケアに期待すること

## アンケート調査ご協力をお願い

### 研究課題名

#### ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と

#### 『ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム』に対する助産師の教育ニーズの検討

私は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻の河本恵理と申します。私は現在、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と『ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム』に対する助産師の教育ニーズの検討」について調査しております。

平成27年度人口動態統計によると、年間約23,500組のカップルが死産・新生児死亡を経験しています。ペリネイタル・ロス(流産・死産・新生児死亡)を経験した母親の悲嘆のプロセスは1年から数年持続するといわれ、不安、抑うつ、PTSDなどメンタルヘルスの問題との関連や次の子どもへの愛着障害が指摘されています。また、ペリネイタル・ロスは父親にとっても、大きなできごとであると考えられます。さらに、夫婦間への影響として、夫婦関係の悪化、離婚などが指摘されています。そのため、ペリネイタル・ロスを経験した母親だけでなく父親もケアの対象として重要です。しかし、父親を対象とした研究はほとんど見当たらず、父親へのケアの実態は明らかにされていません。また、我が国においては、イギリスのセルフ・ヘルプグループ SANDS(Stillbirth and Neonatal Death Society)によって作成されたペリネイタル・ロスのケアガイドラインが翻訳されているものの、このガイドラインには父親独自のケアについては記述されていません。また、ペリネイタル・ロスのケアに携わる看護者を対象とした教育プログラムは存在しますが、主に母親のケア・ニーズに基づいて作成されたものであり、父親の悲嘆プロセスや父親へのケアの詳細については含まれていません。そこで、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」の開発に向けて、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態を明らかにしたいと考えております。さらに、「助産師教育プログラム」に対する助産師の教育ニーズを検討する予定です。

本研究は、「ヘルシンキ宣言(2013年フォルタレザ修正)」ならびに「人を対象とする医学系研究等に関する倫理指針」を遵守して実施いたします。また、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会(以下、「倫理審査委員会」)において、審査を受け承認を得ています(管理番号428)。**研究対象者は、総合病院の産科に勤務し、ペリネイタル・ロスのケアに携わったことがある助産師500名です(看護師長様は除きます)**。研究実施期間は、平成29年1月19日～平成29年7月31日の予定です。アンケートは無記名とし、データは統計的に処理いたしますので、個人が特定されることはありません。また、本研究で得られたデータが本研究の目的以外に使用されることはありません。最終的な研究成果は、学術目的のために雑誌や学会にて公表される予定です。研究発表終了後5年後、本研究に関わるデータは破棄し、紙媒体はシュレッダーにて裁断して廃棄します。あなたがこの研究に参加することにより直接利益は生じませんが、この研究結果により、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの向上につながると考えます。きちんとこの研究が行なわれているかを確認するために上記倫理審査委員会が研究に関する記録を閲覧することがありますが、個人が特定されることはありません。

本研究は、あなたの自由意思によりご協力いただくことができます。研究にご協力いただけない場合もあなたが不利益を受けることはありません。アンケート用紙の提出をもって本研究協力への同意と成果公表への同意、倫理審査委員会の閲覧への同意が得られたものといたします。なお、本研究は無記名質問紙調査のため、アンケート用紙を提出された後は、研究同意の撤回ができません。本研究は研究責任者に支給されている山口大学法人運営費を用いて実施いたします。本研究内容に関する利益相反事項はありません。本研究の結果により成果が得られた場合、その権利は山口大学に帰属します。

**アンケート記入時間は約15分程度を予定しています。**記入後のアンケート用紙はお配りした封筒に入れて封をし、**〇月〇日(〇)までにご返送いただきますようお願いいたします。**謝礼としてボールペンを同封しております。

ご希望により、他の研究対象者の個人情報保護や当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画及び研究方法についての資料を入手又は閲覧することができます。本研究に関してご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで遠慮なくお問い合わせください。

お忙しい中、恐縮ですが調査の趣旨にご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

**【連絡先】** 河本恵理(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻母子看護学講座 助教)  
〒755-8505 山口県宇部市南小串 1-1-1  
Tel:0836-22-2819 E-mail:erik1116@yamaguchi-u.ac.jp

**【研究実施体制】**研究責任者:河本恵理(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻母子看護学講座 助教)  
分担研究者:田中満由美(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻母子看護学講座 教授)



**ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と  
「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」に対する  
助産師の教育ニーズの検討**

お忙しい中、アンケートにご協力いただき、誠にありがとうございます。以下の質問にお答えください。回答には約15分を要します。なお、このアンケートにおいて、ペリネイタル・ロスとは、妊娠12週以降の自然死産、新生児死亡とします。

I. あなた自身とあなたが所属する施設に関しておたずねします。

1. あなたの年齢をご記入ください。

満	歳
---	---

2. 看護職としての経験年数をご記入ください。

	年目
--	----

3. 産科勤務経験年数をご記入ください。

	年目
--	----

4. あなたが所属する施設の周産期医療機関の機能として当てはまるものに○をお付けください。

- ① 総合周産期母子医療センター    ② 地域周産期母子医療センター    ③ ①と②のどちらでもない

5. あなたが所属する施設における年間の分娩件数を下記の中から選んで○をお付けください。

- ① 300件未満                      ② 300件以上 500件未満                      ③ 500件以上 800件未満  
④ 800件以上 1000件未満                      ⑤ 1000件以上

6. あなたが所属する病棟における診療科の種類を下記の中から選んで○をお付けください。

- ① 産科単科                      ② 産婦人科混合                      ③ 他科混合

7. あなたが所属する施設において、ペリネイタル・ロスを経験したお母様は、分娩前後それぞれどのくらいの期間、入院していますか。

分娩前	日間
分娩後	日間

8. あなたはこれまでにペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアにどのくらい携わったことがありますか。

- ① 1件以上 10件未満                      ② 10件以上 30件未満                      ③ 30件以上 50件未満  
④ 50件以上 70件未満                      ⑤ 70件以上 100件未満                      ⑥ 100件以上

9. あなたは過去1年間にペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアにどのくらいの頻度で携わりましたか。

約	例/年
---	-----

10. あなた自身が流産・死産・新生児死亡を経験したことがありますか。

- ① あり(妊娠週数または生後日数 )                      ② なし

II. あなたの所属する施設でのペリネイタル・ロスに対する両親へのケアについておたずねします。

1. ペリネイタル・ロスのケアに関するマニュアルや看護手順はありますか。

① <u>あり</u>	② なし
-------------	------

↓  
「①あり」と回答した方におたずねします。

1-1. マニュアルや看護手順にはどのような内容が記載されていますか。下記の中から該当するものを選び○をお付けください。(複数回答可)

① 母親の悲嘆過程	② 母親の身体的な変化	③ 乳房のケア	④ 父親の悲嘆過程
⑤ グリーフケアの具体例(名前を付ける、抱っこする、手型・足型を残す等)			
⑥ 死産・死亡に関する公的な手続きについて(死産証書の説明、埋葬許可証発行手続きなど)			
⑦ 退院後に貴院で得られるサポートについて			
⑧ 活用できる社会的資源について(産後休業、出産育児一時金の申請など)			
⑨ サポートグループについて			
⑩ その他( )			

2. ペリネイタル・ロスのできごとが起きたとき、カンファレンスを実施していますか。

① <u>いつも実施している</u>	② 時々実施している	③ たまに実施している	④ 全く実施していない
--------------------	------------	-------------	-------------

↓  
「①いつも実施している、②時々実施している、③たまに実施している」と回答した方におたずねします。

2-1. カンファレンスに参加している職種に○をお付けください。(複数回答可)

① 助産師	② 看護師	③ 看護師長	④ 産婦人科医師	⑤ 臨床心理士
⑥ その他( )				

2-2. カンファレンスではどのような内容を話し合っていますか。

--

3. ペリネイタル・ロスのケアに用いる物品の準備状況についておたずねします。

ペリネイタル・ロスのケアに用いる物品の準備を事前に行っていますか。

① <u>はい</u>	② いいえ
-------------	-------

↓  
「①はい」と回答した方におたずねします。

3-1. 具体的にどのような物品を準備していますか。(複数回答可)

① 棺	② 空き箱(棺用)	③ 児の衣服	④ おもちゃ	⑤ 花
⑥ 便箋	⑦ 化粧品	⑧ カメラ	⑨ 市販のグリーフケアセット	
⑩ その他( )				

Ⅲ. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施経験についておたずねします。

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親に対して、以下のケアをどのくらいの頻度で実施していますか。

「①いつも実施している」、「②時々実施している」、「③たまに実施している」、「④全く実施していない」のうち、当てはまるものに○をお付けください。

	①いつも 実施して いる	②時々 実施して いる	③たまに 実施して いる	④全く 実施して いない
1) 分娩前に父親に対して、妻の分娩の経過と分娩時の処置、胎児の状態について説明する。(陣痛、奇形、浸軟など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 父親に児に会う意義を伝える。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 父親に児に会うことについて提案する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 父親に児を抱っこすることについて提案する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 父親に児に名前を付けることについて提案する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 父親に写真を撮ることについて提案する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 父親に遺品を残せることについて助言する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 父親にコットネームや足型など児の記念品を渡す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 父親と共に、児へのケアを実施する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する。(分娩中、他の産婦の声が聞こえないようにするなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 父親が妻と子どもと共に過ごせるよう環境を調整する。(個室の提供、父親の付き添いへの配慮、面会時間への配慮など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) 父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) 父親の疑問に答える。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) 父親が児の死因についての説明を希望した場合、医師からの説明の場を調整する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) 父親に児の火葬や葬儀、供養に関する情報提供をする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) 父親に死産後の妻の身体的変化(子宮復古、母乳分泌など)について説明する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) 父親に妻の悲嘆プロセスについて説明する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) 父親に父親自身の悲嘆プロセスについて説明する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) 父親に妻を支援する方法について説明する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) 父親に妻の次の妊娠への影響について説明する。(死産後の妊娠においては妻の不安が強くなることもある、など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) 母親の退院後も父親に継続的に関わる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) 父親に遺伝相談に関する情報を提供する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) 父親にセルフヘルプグループを紹介する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) 父親にカウンセラーを紹介する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) 父親に退院後に相談できる窓口を紹介する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) 父親と共に、今回の妻の妊娠・分娩、児のことについて話す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) 父親を避けないで普通に接する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) 父親の悲しみを共感する態度で接する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ⅲ-1. のケアについて、あなたはペリネイタル・ロスを経験した父親に対して一人で行うことができますか。  
「①非常にそう思う」、「②まあまあそう思う」、「③あまりそう思わない」、「④全くそう思わない」のうち、当てはまるものに○をお付けください。

	①非常に そう思う	②まあまあ そう思う	③あまり そう思わ ない	④全くそう 思わない
1) 分娩前に父親に対して、妻の分娩の経過と分娩時の処置、胎児の状態について説明する。(陣痛、奇形、浸軟など)				
2) 父親に児に会う意義を伝える。				
3) 父親に児に会うことについて提案する。				
4) 父親に児を抱っこすることについて提案する。				
5) 父親に児に名前を付けることについて提案する。				
6) 父親に写真を撮ることについて提案する。				
7) 父親に遺品を残せることについて助言する。				
8) 父親にコットネームや足型など児の記念品を渡す。				
9) 父親と共に、児へのケアを実施する。				
10) 他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する。(分娩中、他の産婦の声が聞こえないようにするなど)				
11) 他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する。				
12) 父親が妻と子どもと共に過ごせるよう環境を調整する。(個室の提供、父親の付き添いへの配慮、面会時間への配慮など)				
13) 父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる。				
14) 父親の疑問に答える。				
15) 父親が児の死因についての説明を希望した場合、医師からの説明の場を調整する。				
16) 父親に児の火葬や葬儀、供養に関する情報提供をする。				
17) 父親に死産後の妻の身体的変化(子宮復古、母乳分泌など)について説明する。				
18) 父親に妻の悲嘆プロセスについて説明する。				
19) 父親に父親自身の悲嘆プロセスについて説明する。				
20) 父親に妻を支援する方法について説明する。				
21) 父親に妻の次の妊娠への影響について説明する。(死産後の妊娠においては妻の不安が強くなることもある、など)				
22) 母親の退院後も父親に継続的に関わる。				
23) 父親に遺伝相談に関する情報を提供する。				
24) 父親にセルフヘルプグループを紹介する。				
25) 父親にカウンセラーを紹介する。				
26) 父親に退院後に相談できる窓口を紹介する。				
27) 父親と共に、今回の妻の妊娠・分娩、児のことについて話す。				
28) 父親を避けないで普通に接する。				
29) 父親の悲しみを共感する態度で接する。				

3. あなたはこれまでに、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアを行う中で困難さを感じたことはありますか？

① いつも感じている	② 時々感じる	③ たまに感じる	④ 感じたことは全くない
------------	---------	----------	--------------

「①いつも感じている、②時々感じる、③たまに感じる」と回答した方におたずねします。

3-1. どのような困難さがありましたか。困難さの内容を以下にご記入ください。

--

IV. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習状況についておたずねします。

1. あなたはこれまでに、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについて、学習する機会がありましたか。

① 学習する機会があった	② 学習する機会は無かった
--------------	---------------

「①学習する機会があった」と回答した方におたずねします。

1-1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについてどのような場面で学習しましたか。(複数回答可)

① 助産師学生時代の講義	② 施設外での研修会・講習会	③ 施設内での勉強会
④ その他( )		

1-2. どのような内容を学習しましたか。

--

V. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する意識についておたずねします。

1. あなたは、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアは必要だと思いますか。

① 非常にそう思う	② まあまあそう思う	③ あまりそう思わない	④ 全くそう思わない
-----------	------------	-------------	------------

1-1. 全員におたずねします。上記のように回答した理由をご記入ください。

--

2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについて学習する機会があれば学習したいと思いますか。

① 非常にそう思う    ② まあまあそう思う    ③ あまりそう思わない    ④ 全くそう思わない

「①非常にそう思う、②まあまあそう思う」と回答した方は、2-1 および 2-2 の質問両方にお答えください。

「③あまりそう思わない、④全くそう思わない」と回答した方は、2-1 の質問にお答えください。

2-1. 全員におたずねします。上記のように回答した理由をご記入ください。

2-2. 上記 V-2 で「①非常にそう思う、②まあまあそう思う」と回答した方におたずねします。

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについて学習する機会があった場合、どのような内容を学習したいと思いますか。

VI. 「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」に関して、ご要望がありましたら、下記にご自由にご記入ください。

VII. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアを経験されたときのエピソードがありましたら、下記にご自由にご記入ください。

以上で質問は終わりです。お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。もう一度、記載もれがないかご確認いただきますようお願いいたします。アンケート用紙はお配りした封筒に入れて封をして、ご返送ください。

## 謝 辞

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程在学中に、同大学大学院医学系研究科保健学専攻母子看護学講座 田中満由美教授の御指導のもと、行ったものです。

博士学位論文を提出するにあたり、多くの方々のご指導とご助言を賜りました。

本研究の計画から論文作成に至るまで、たくさんのご指導を賜りました田中満由美教授に心より感謝申し上げます。田中教授には、私が山口大学医学部保健学科在籍中から現在に至るまで、卒業研究、修士論文、博士論文と導いてくださったこと、深く感謝申し上げます。

本論文の審査にあたり、主査 清水昭彦教授、副査 守田孝恵教授には、温かなご指導と貴重なご助言をたくさん賜り大変感謝しております。

また、多くの有益なご教示を賜りました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻の先生方に厚く御礼申し上げます。

さらに、本研究を進めるにあたり格別の御配慮とご助言を賜りました保健学専攻母子看護学講座の先生方に心より感謝申し上げます。

そして、本研究のために貴重な体験をお話しいただきましたお父様方、お忙しい中調査にご協力いただきました助産師の皆様に心より感謝申し上げます。また、対象者選定にご協力とご助言を賜りました山口大学医学部附属病院看護師長 吉村久美様、大田まゆみ様、山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センター長 佐世正勝先生、熊本大学医学部附属病院 武原夕子様にも厚く御礼申し上げます。

本研究の成果がペリネイタル・ロスを経験したお父様やお母様の悲しみを癒すことにつながるように、また、ペリネイタル・ロスのケアに携わる助産師の皆様のケアの助けになるようにこれからも精進したいと思います。

なお、本研究の一部は、JSPS 科研費 JP26861926 の助成を受けて実施いたしました。心から御礼申し上げます。

河本 恵理