

## 報告

## 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

米田昌代 田淵紀子\* 坂井明美\*

## 概 要

周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることを目的に北陸で分娩を取り扱っている産科施設に勤務する看護者に調査を行い、654名から得られた結果を分析した。

その結果、周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験や周産期の死の体験者の体験談にふれた経験がある看護者は75%以上みられたが、サポートグループの存在や活動について知っている看護者、講演会やセミナーの受講経験のある看護者はそれぞれ20%であった。また、知識に対する自己評価は十分でない・不足していると回答した看護者が約90%を占め、特に具体的ケア方法についての知識が不足していると感じていた。ケア環境としては勉強会・カンファレンスが実施されている、マニュアルが活用されていると回答した看護者は25%前後、専門家によるケアについての相談体制があると回答した看護者は約10%であった。

これらのことから、北陸で継続的に実践に即した具体的内容で学習できるプログラムが必要であること、ケア環境としてはカンファレンス・勉強会、専門家によるケアの相談体制の充実が必要であることが示唆された。

**キーワード** 死産、早期新生児死亡、看護者、知識、ケア環境

## 1. はじめに

周産期における児の死は母親にとってつらい体験であるが、看護者にとってもつらく、困難を感じるケアのひとつである<sup>1)2)3)4)5)</sup>。先行研究において、周産期の死を経験した母親の心理過程やニーズをもとに、望ましいケアについては欧米の文献を中心に明らかにされてきており、ケアのガイドラインも出されている<sup>6)7)8)</sup>。日本においては、欧米の研究結果・ガイドライン、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした親の会等自助グループが訴える医療者に望むケア等を参考に、一部の施設ではチームで積極的に取り組んでおり、その実践を報告している<sup>9)10)11)</sup>。周産期の死のケアの実態に関する調査は最近になって見られるようになり、SIDS（乳幼児突然死症候群）家族の会が全国的規模で実施したもの<sup>12)</sup>、一部の地域で実施したもの<sup>4)13)14)</sup>があるが、その数は少なく、どの結果からも周産期の死のケアへの取り組みはまだ十分とはいえない状況である<sup>4)12)13)14)</sup>。看護者が周産期の死のケアに戸惑う要因として福田<sup>3)</sup>は看護者が児の死に直面したときに理不尽さ・怒り・無力感等様々な感情を抱くことにより自己防衛に走り、共感的にケアすることができなくなることをあ

げている。また、このような感情に陥ってしまう背景のひとつとして竹内<sup>5)</sup>は児を亡くした家族への看護が体系的に検討されてこず教育が不十分であったことを指摘している。実際、看護者に周産期の死のケアを行う上でのニーズを調査した結果では知識、経験、コミュニケーション技術、看護者へのサポートに対するニーズがあることが明らかになっている<sup>1)</sup>。

そこで、本研究の目的はケアへの取り組みに影響していると考えられる周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることである。

本研究で用いる用語を以下のように定義する。周産期の死とは自然死産、早期新生児死亡をいい、周産期の死のケアとは自然死産・早期新生児死亡で児を亡くした母親・家族に対する産科病棟（混合病棟含）において行われるケアをいう。また、ケア環境とはケアを実施する上での施設側の人員配置や勤務時間への考慮、マニュアルの備え、看護者へのサポート体制をいう。

## 2. 研究方法

## 2. 1 調査期間、調査対象および調査方法

2004年12月から2005年2月に北陸で産科

\* 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

施設に勤務する看護者（助産師・看護師・准看護師）に調査票を郵送した。調査対象施設は病院一覧、電話帳、インターネット検索により抽出し、直接または郵送にて、院長もしくは看護部長に調査協力依頼を行い、了承が得られた場合に病棟管理者に質問紙配布を依頼した。回答後は個別に封入後、病棟管理者を通して施設毎に一括郵送にて回収した。

## 2. 2 調査内容

調査内容は、①基本属性、②対象の所属施設の概要：施設・診療科の種類、年間分娩件数・自然死産・早期新生児死亡数、③周産期の死のケアに関する学習経験・知識：書物を読んだ経験、講演会・セミナーの受講経験、サポートグループの存在や活動についての知識に対する認識、④ケア環境：人員配置・勤務時間への考慮、マニュアルの備え、看護者へのサポート体制（勉強会・カンファレンスの実施、専門家【リエゾンナース、臨床心理士、カウンセラー等】によるケアの相談体制、看護者間のケアに対する不一致感である。学習経験・知識、ケア環境は1点から4点のリッカート評定を用い、経験・知識があるほど、また、環境が整っているほど高得点になるように設定した。

## 2. 3 分析方法

記述統計、施設・属性による比較については、Mann-Whitney の U 検定、 $\chi^2$  検定、フィッシャー直接法を用いた（統計ソフト SPSS13.0 for Windows を使用）。

## 2. 4 倫理的配慮

依頼文には、本調査の参加は任意であり、調査施設・調査協力者に迷惑がかかることがないようプライバシーの保護につとめ、匿名性を保障する旨の説明を加えた。記入後の回答用紙は個々に封入し、直接他の看護者や病棟管理者の目に触れないように配慮した。尚、本研究は金沢大学医学系研究科等医の倫理委員会にて承認を得た（承認番号：保 38）。

## 3. 結果

北陸の 115 の産科施設中 48 施設から調査協力を得（41.7%）、731 名に配布し、654 名からの回収（回収率 89.5%）が得られた。

### 3. 1 対象の背景と所属施設の特徴

本研究の対象の背景と所属施設の特徴について表 1 に示す。対象の年齢は平均  $35.7 \pm 9.7$  歳、産科就業年数は平均  $7.7 \pm 7.6$  年であり、職種は助産師 310 名（47.4%）、看護師 273 名（41.7%）、准看護師 69 名（10.6%）、周産期の死のケア経験者は 403 名（61.6%）であった。対象の所属する施設は大学病院等他科併設の病院 503 名（76.9%）、産婦人科専門の病院・診療所 151 名（23.1%）であり、約 90% が産婦人科もしくは他科との混合病棟であった。施設の年間分娩件数は 500 件未満が約半数をしめ、自然死産・早期新生児死亡数の合計数は 5 例以下が約 80% を占めた。

### 3. 2 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態

図 1 に周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態を示す。書物を読んだ経験は「あり」505 名（77.2%）、周産期の死の体験者の体験談にふれた経験は「あり」494 名（75.5%）と両項目とも 75% 以上を占めた。サポートグループの存在や活動内容についての知識は「あり」130 名（19.9%）、講演会・セミナーの受講経験は「あり」125 名（19.1%）であり、両項目とも約 20% であった。

表 2 に周産期の死のケアの知識に対する自己評価と不足していると思う知識内容を示す。「あまり十分でないと思う」と「かなり不足していると思う」と回答した人数を合わせると、571 名（87.3%）と約 90% を占めた。不足している知識内容は、「基本的知識：ケア方法」426 名（74.6%）、「ケア実践のための具体的コミュニケーションのとり方」408 名（71.5%）、「基本的知識：ケア時の自分の感情への対処方法」373 名（65.3%）の順に多く、すべての項目に対して不足していると思う人は 232 名（40.6%）であった。

### 3. 3 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の背景による比較

周産期の死のケアに関する学習経験・知識の程度を年齢・産科就業年数とともにケア経験の有無で比較した結果を表 3 に示す。経験者は未経験者と比較して、年齢が高く（ $p < .01$ ）、産科就業年数が長く（ $p < .01$ ）、周産期の死のケアに対する学習経験・知識が多く（ $p < .01$ ）、知識に

表1 対象の属性と所属施設の特徴

N=654

項目		人数 (名)・割合 (%)
基本属性		
年齢	10-19 歳	1 (0.2)
	20-29 歳	221 (33.8)
	30-39 歳	200 (30.6)
	40-49 歳	160 (24.5)
	50-59 歳	63 (9.6)
	60 歳以上	3 (0.5)
	無回答	6 (0.9)
産科就業年数	1 年未満	98 (15.0)
	1～3 年未満	119 (18.2)
	3～5 年未満	85 (13.0)
	5～10 年未満	136 (20.8)
	10～20 年未満	128 (19.6)
	20～30 年未満	58 (8.9)
	30 年以上	10 (1.5)
	無回答	20 (3.1)
職種	助産師	310 (47.4)
	看護師	273 (41.7)
	准看護師	69 (10.6)
	無回答	2 (0.3)
周産期の死のケア経験の有無	経験有り	403 (61.6)
	経験無し	243 (37.2)
	無回答	8 (1.2)
所属施設の特徴		
施設の種類	大学病院	63 (9.6)
	大学病院以外の他科併設の病院	440 (67.3)
	産婦人科専門の病院・診療所	151 (23.1)
診療科の種類	産科単独	24 (3.7)
	産婦人科混合	320 (48.9)
	他科混合	310 (47.4)
年間分娩件数	300 件未満	315 (48.2)
	300 件以上～500 件未満	154 (23.6)
	500 件以上～800 件未満	56 (8.6)
	800 件以上～1000 件未満	29 (4.4)
	1000 件以上	20 (3.1)
	無回答	80 (12.2)
年間自然死産・早期新生児死亡数の合計数	0～5 件	505 (77.2)
	6～9 件	0 (0.0)
	10 件以上	69 (10.6)
	無回答	80 (12.2)

対する自己評価も高かった ( $p < .01$ )。しかし、経験の有無に関わらず、知識に対する自己評価は十分でない・不足していると回答した看護師が 80% 以上を占めていた。

また、職種別に学習経験・知識の程度を同様に比較したものを表 4 に示す。助産師は看護師と比較し、産科就業年数が長く ( $p < .05$ )、周産期の死のケアの経験例数 ( $p < .01$ )、周産期の死のケアに対する学習経験・知識が多く ( $p < .05$ )、知識に対する自己評価も高かった ( $p < .01$ )。

准看護師は助産師と比較し、年齢が高かった ( $p < .05$ ) が、産科就業年数に差はなかった。また、周産期の死のケアの経験例数 ( $p < .01$ )、周産期の死のケアに対する学習経験・知識は少なかった ( $p < .05$ )。

### 3. 4 周産期の死のケア環境の実態

ケア環境の各項目ごとに 4 段階の回答を「整っている」と「整っていない」(看護師間のケアに対する不一致感は「不一致感無」と「不一致感

有)」の2群に分けて図2に示した。

勤務時間への考慮については「整っている」347名(53.1%)、人員配置への考慮については「整っている」306名(46.7%)、であり、約半数が人員配置と勤務時間を考慮されていると認識していた。勉強会・カンファレンスの実施については「整っている」178名(27.2%)であり、70%以上が勉強会・カンファレンスが実施されていないと認識していた。マニュアルの備えについては「整っている」146名(22.4%)であり、また、「全くない」と答えた対象が354名(54.1%)と約50%以上を占めていた。専門家によるケアの相談体制については「整っている」69名(10.6%)であり、約10%しか相談できる体制であると認識していなかった。また、「全く配置されていない」と答えた対象が507名(77.5%)であった。看護者間のケアに対する不一致感については「不一致感有」185名(28.3

%)であり、感じているという看護者は少なかった。不一致を感じずる内容については表5に示す。

「具体的ケアの中味」では、「退院後の関わり」98名(53.0%)、「児と母親の面会」96名(51.9%)、「児の思い出の品を残す」76名(41.1%)の順に多く、「対象の接し方・言動」では、「関わりの度合い」113名(61.1%)、「関わりの質」104名(56.2%)が多かった。

#### 4. 考察

##### 4. 1 周産期の死の現状

全国的にみると、自然死産率は1960年代には出産1000対比で52.3であったが、1983年には25.4と半減し、2005年には12.3とさらに半減をみている。また、周産期死亡率においても新生児医療が独立した診療体系として機能するにつれて急速に低下し、1979年には出生1000対比で21.6であったが、1990年には11.1と半

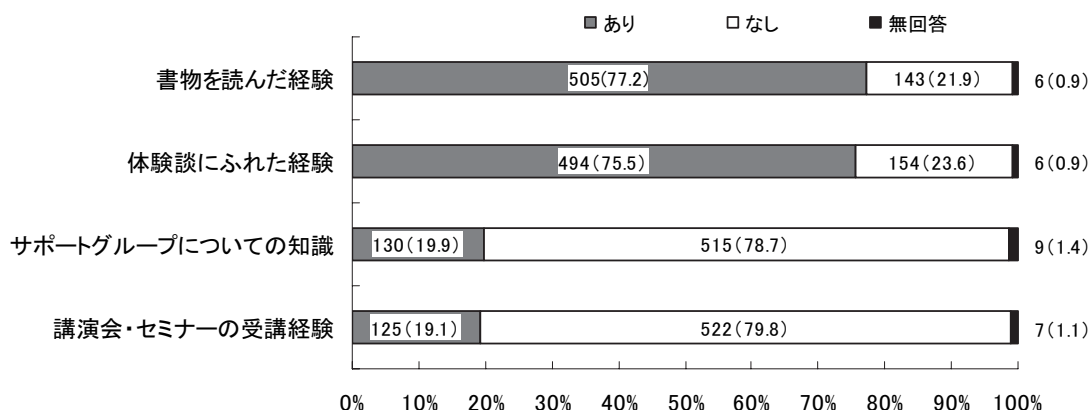


図1 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態

N=654

表2 周産期の死のケアの知識に対する自己評価と不足していると思う知識内容 N=654

項目	人数 (名)・割合 (%)
<b>周産期の死のケアの知識に対する自己評価</b>	
十分あると思う	3 (0.5)
ある程度あると思う	72 (11.0)
あまり十分でないと思う	195 (29.8)
かなり不足していると思う	376 (57.5)
無回答	8 (1.2)
<b>不足していると思う知識内容 (複数回答)</b>	
基本的知識	571 (100)
ケア方法	426 (74.6)
ケア時の自分の感情への対処方法	373 (65.3)
周産期の死の特殊性	328 (57.4)
対象の悲嘆過程	314 (55.0)
上記基本的知識すべて	46 (8.1)
ケア実践のための具体的コミュニケーションの取り方	408 (71.5)
上記の項目すべて不足していると感じている	232 (40.6)

減し、2005年には4.8とさらに半減をみており、世界のトップレベルとなっている<sup>5)15)</sup>。北陸における2005年の統計的現状をみてみると、自然死産率については石川13.4（実数137）、富山13.3（実数123）、福井12.1（実数89）、周産期死亡率については石川5.2（実数52）、富山4.0（実数36）、福井4.0（実数29）であり、全国平均を少し上回っている県もみられるが、ほぼ全国平均並である<sup>15)</sup>。これらの年間自然死産、周産期死亡の実数を分娩を取り扱っていると考えられる施設（約100施設）でわると1施設1年間に3～4件の周産期の死に遭遇すると

考えられる。今回の調査では、施設の年間自然死産・早期新生児死亡数の合計数が5例以下の施設に勤務する看護者が80%を占めたという結果より、統計的データと比較しても周産期の死に接する機会は平均的な集団であるといえる。以上より、周産期の死は1施設年間3～4例しか起こらず、看護者として関わる機会は決して多いとはいえない。しかし、厚生労働省が推進する「健やか親子21」<sup>16)</sup>でも、周産期の死に対する指標は現在の水準を維持するように示されており、周産期の死はこれ以上減ることはなく、今後も数は少ないが必ず起こるものと考え

表3 周産期の死のケア経験の有無による背景およびケアに関する学習経験・知識の比較 N=654

項目 (n=人数)	範囲	平均±標準偏差	P 値
年齢 (N=640)			
ケア経験有り (n=398)	21 - 63	36.6 ± 9.5	〕 **
ケア経験無し (n=242)	19 - 62	33.9 ± 9.6	
産科就業年数 (N=627)			
ケア経験有り (n=391)	0.5 - 35	9.7 ± 7.6	〕 **
ケア経験無し (n=236)	0.2 - 36	4.1 ± 5.9	
周産期の死のケアに対する学習経験・知識の程度 (N=638)			
ケア経験有り (n=399)	4 - 16	8.6 ± 2.5	〕 **
ケア経験無し (n=239)	4 - 15	6.6 ± 2.4	
周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=644)			
ケア経験有り (n=399)	1 - 4	1.7 ± 0.7	〕 **
ケア経験無し (n=241)	1 - 4	1.3 ± 0.6	

(Mann-Whitney の U 検定      \*\*p<.01 )

(Mann-Whitney の U 検定 \*\*p<.01)






項目 (n=人数)	人数 (名)・割合 (%)	人数 (名)・割合 (%)	P 値
周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験 (N=642)			
	有り	無し	
ケア経験有り (n=402)	361 (89.8%)	41 (10.2%)	**
ケア経験無し (n=240)	139 (57.9%)	101 (42.1%)	
周産期の死のケアに関する体験談にふれた経験 (N=642)			
	有り	無し	
ケア経験有り (n=402)	343 (85.3%)	59 (14.7%)	**
ケア経験無し (n=240)	145 (60.4%)	95 (39.6%)	
サポートグループについての知識 (N=639)			
	有り	無し	
ケア経験有り (n=399)	103 (25.8%)	296 (74.2%)	**
ケア経験無し (n=240)	26 (10.8%)	214 (89.2%)	
講演会・セミナーの受講経験 (N=641)			
	有り	無し	
ケア経験有り (n=400)	65 (16.3%)	335 (83.8%)	**
ケア経験無し (n=241)	13 (5.4%)	228 (94.6%)	
周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=256)			
	十分・ある程度	かなり不足	
ケア経験有り (n=399)	64 (16.0%)	335 (84.0%)	**
ケア経験無し (n=241)	10 (4.1%)	231 (95.9%)	

( $\chi^2$ 検定 \*\*p<.01)


( $\chi^2$  検定 \*\*p<.01)

表4 職種による背景および周産期の死のケアに関する学習経験・知識の比較

N=654

項目 (n=人数)	範囲	平均±標準偏差	P 値
年齢 (N=647)			
助産師 (n=308)	21 - 63	35.7 ± 9.6	 *
看護師 (n=271)	21 - 55	34.1 ± 8.9	
准看護師 (n=68)	19 - 60	41.6 ± 11.0	
産科就業年数 (N=633)			
助産師 (n=301)	0.5 - 33.0	10.2 ± 7.9	 *
看護師 (n=268)	0.2 - 25.0	3.9 ± 4.4	
准看護師 (n=64)	0.5 - 36.0	11.1 ± 9.8	 *
周産期の死のケアに対する学習経験・知識の程度 (N=642)			
助産師 (n=308)	4.0 - 16.0	9.5 ± 2.4	 *
看護師 (n=269)	4.0 - 15.0	6.4 ± 2.0	
准看護師 (n=65)	4.0 - 10.0	6.8 ± 1.8	
周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=644)			
助産師 (n=307)	1.0 - 3.0	1.8 ± 0.7	 **
看護師 (n=271)	1.0 - 4.0	1.2 ± 0.5	
准看護師 (n=66)	1.0 - 4.0	1.5 ± 0.7	

(Mann-Whitney の U 検定 \*\*p&lt; .01 \*p&lt; .05)

項目 (n=人数)	人数 (名)・割合 (%)	人数 (名)・割合 (%)	P 値
<b>周産期の死のケアの経験例数 (N=279)</b>			
助産師 (n=199)	99 (49.7%)	100 (50.3%)	 **
看護師 (n=63)	49 (77.8%)	14 (22.2%)	
准看護師 (n=17)	13 (76.5%)	4 (23.5%)	

(フィッシャー直接法 \*\*p&lt; .01 \*p&lt; .05)

表5 周産期の死のケアにおいて看護者間のケアに  
対して不一致を感じる内容(複数回答) n=185

項目	人数 (名)・割合 (%)
具体的ケアの中味	
退院後の関わり	98 (53.0)
児と母親の面会	96 (51.9)
児の思い出の品を残す	76 (41.1)
対象への接し方・言動	
関わりの度合い	113 (61.1)
関わりの質	104 (56.2)
言動	29 (15.7)
無回答	1 (0.5)

えられる。医療の進歩により妊娠、出産時の児の死亡率は著しく減少し、医療者も関わる機会が少ないこと、入院期間も短く、正常妊娠・分娩・産褥へのケアが主となっている現状から、産科に携わる看護者はこれまで、周産期の死のケアは見過ごしがちにしてきた分野であり、充実させていく必要があると考える。

#### 4. 2 周産期の死のケアに関する学習経験・知識

周産期の死に関する書物を読んだ経験や周産

期の死を体験した方の体験談にふれた経験は 75 %以上を占めていたが、講演会やセミナーで学習した経験や、具体的にサポートグループについての活動内容まで把握している看護者が 20%と少ないという実態が明らかになった。周産期の死のケアに関する書物は、最近では、周産期の死のケアのあり方について様々な母性看護のテキストにも載せられるようになった。また、専門雑誌による特集が組まれていること<sup>17)18)19)20)</sup>、一般向けの本として 2002 年に周産期の死の体験者が「誕生死」<sup>21)</sup>という本を出版し、ベストセラーとなり、誕生死という言葉とともに話題となったこと等により、遭遇する機会は以前より増えた結果であると考えられる。しかし、周産期の死のケアに関する講演会やセミナーの開催は一部のみで、全国的に行われている状況とはいえない。学習したいと思っても探すのが困難であったり、地理的に行きにくい状況であることが受講経験の割合を低くしている要因であると考えられる。新道他<sup>22)</sup>は助産師のメンタルヘルスカ能力育成を目的とした卒後教育プログラムを実施し、そのプログラムの一部に周産



期の死のケアについての内容を組み込んでいる。また、「誕生死を知るためのつどい」や「誕生死セミナー」、「グリーフケア研究会」等が行われているが、いずれも関東や関西で行われており、北陸で行われているものはない。周産期の死に関わる臨床心理士等の講演はあっても、臨床で働いている看護師が学習する環境としては十分ではなく、北陸で継続的に学習できるプログラムが必要であると考え、サポートグループの活動は全国的には「SIDS 家族の会」や「With ゆう」、「わたぼうしの会」、「お空の天使パパ&ママ会」等見られ、ホームページには紹介されているが、まだ浸透していない状況であることが考えられる。福井<sup>12)</sup>の医療者を対象にした調査においても、SIDS 家族の会が SIDS だけでなく、周産期の死で児を亡くした対象についてもサポートしているという事実を知らない医療者が 70% と多かったという結果からも推察される。今後、看護師にサポートグループの存在・活動を広めることによって、退院時や継続ケア実施時に周産期の死のケアを経験した対象を紹介できるようになるのではないかと考える。また、北陸においては、まだ活発に周産期の死を体験した方のサポートグループの活動が行われていない現状もあることから、医療者がサポートしながら、活動を広めていくことも必要と考える。

周産期の死のケアの知識に対する自己評価として、十分でない・不足していると感じている看護師が約 90% を占めているという結果より、多くの看護師は現状の知識で満足していないということが明らかになった。不足していると思う知識内容として、70% 以上の看護師が「ケア実践のための具体的コミュニケーションのとり方」、「ケア方法」、60% 以上の看護師が「ケア時の自分の感情への対処方法」をあげており、書物上での知識がいくらあったとしても、それを実践するための具体的方法についての知識が不足していると感じているということが推察された。このことから、特に、卒後教育等で実践力をつけるためのロールプレイ等学習方法を取り入れ、強化していく必要があることが示唆された。Burnell et al.<sup>7)</sup>は周産期の死のケアに関する教育プログラム実施の必要性を述べており、その形態として定期的に行われるセミナー形式、専門家によるワークショップ、ロールプレイ、研究プロジェクト、教材の活用を挙げている。また、参加者にニーズを調査してから実施すべきであるとも述べられている<sup>23)</sup>。以上のことから、今後、教育プログラムを開発していくためには、看護師が不足していると感じている知識内容を具体的に引き出し、教育の形態も実践に活用できるためには、講義形式のみでなく、多様な形式を取り入れていく必要があると

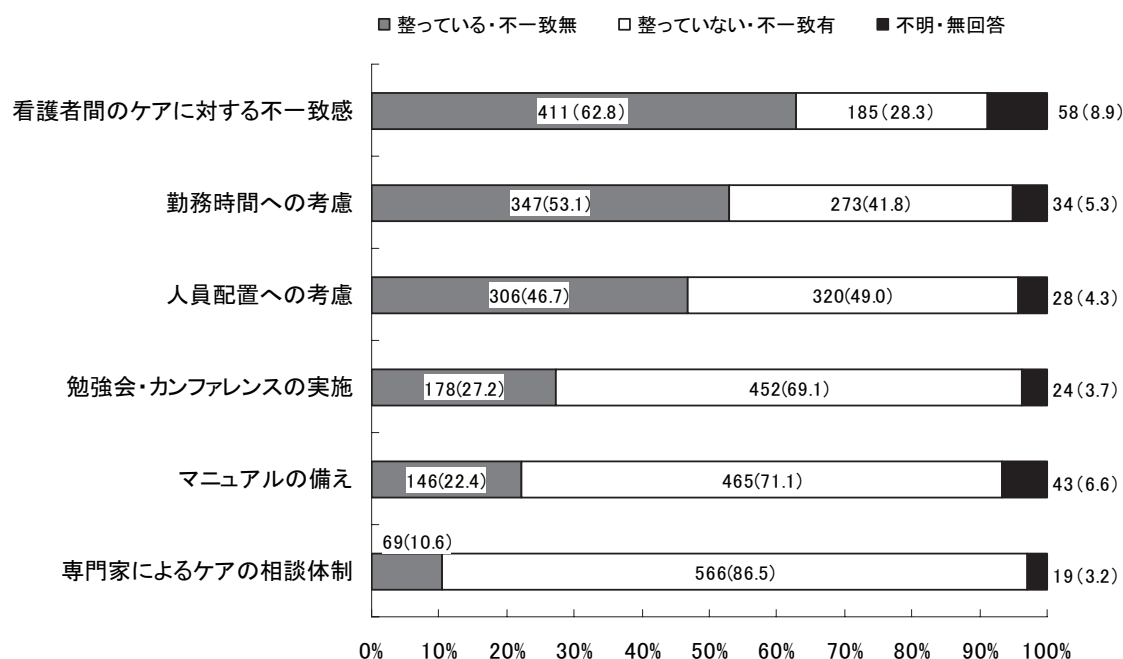


図2 周産期の死のケア環境の実態

N=654

考える。

周産期の死のケアに関する学習経験・知識の程度をケア経験の有無および職種で比較した結果、ケア経験者ならびに助産師の学習経験・知識の程度が他と比較して高い結果であった。助産師は分娩を担当するというので、他の職種よりも周産期の死のケアに関わる機会が多いことが考えられる。ケアを経験することによって、学習の必要性を感じ、自ら学んだ結果が学習・知識の程度として反映しているのではないかと推察された。今後はケア未経験者や経験の少ない看護者に対しては、経験の少なさを補うために経験を共有したり、学習の機会をもうける必要があると考える。

#### 4. 3 周産期の死のケア環境の実態

周産期の死のケア環境としては、施設における勉強会・カンファレンスの実施、マニュアルの備え、専門家によるケアの相談体制の不十分さの実態が明らかになった。勉強会・カンファレンスの実施については、実施していると答えた人は、178名(27.2%)であり、70%以上が勉強会・カンファレンスが実施されていないと認識していた。藤村他<sup>4)</sup>の調査では、「毎回行う」と「時々行う」の対象を合わせると、157名(88.2%)であり、岩手県の実態よりは「行っている」施設が大幅に少ないことが明らかとなり、看護者はケア時の様々な感情を自分で処理し、個人の経験、判断でケアを行っているという推察された。Hay et al.<sup>24)</sup>はカンファレンスの目的はその場で怒り、恐れ等様々な感情を表明することによって、他のスタッフと感情を分かち合えること、ケア対象者との関わりにおいて、新しい意見や考え方を交換することができること、自分の感情を認めることができることであると述べている。また、実施するときは経験豊かで知識も豊富なスタッフが中心となっていくことが求められるとも述べている。よって、前述したように教育体制を整えるとともに、教育を受けたスタッフが中心となり、カンファレンスを実施する体制を作っていくことが望まれる。

マニュアルの備えについては20%しか活用されておらず、「全くない」と答えた対象が約50%以上を占め、80%以上がマニュアルがないか、あっても活用されていない状況であると認識していた。藤村他<sup>4)</sup>の調査では、マニュアルが「ない」と回答したものが71.3%であり、岩手

県の実態よりは「ない」施設は少ないが、北陸においてもやはり、マニュアルの備え・活用が十分でない実態が明らかになった。また、マニュアルの内容については、今回調査しておらず、活用されているものでも、質的に十分なものであるかどうかについては不明である。マニュアルがすべてではなく、個別性を配慮しながら使用していくべきではあるが、新人看護者や新任看護者であっても、基本的なケアは理解できるようにすること、病棟の看護の方針を明確にするためにおいても必要であると考えられる。井上他<sup>9)</sup>の病棟でケアのガイドラインを作成し、援助した結果、ケア対象者からの評価を受けることができたという報告からも、マニュアルを作成し、活用していく工夫が求められる。

専門家によるケアの相談体制については「全く配置されていない」と答えた対象が507名(77.5%)であり、配置が十分でない実態が明らかになった。福井<sup>12)</sup>の全国の産婦人科に対する調査では、配置されている施設は9%と本研究のデータよりも低く、全国的にもまだまだ配置が十分ではなく、今後の配置の充実が望まれる。

看護者間のケアに対する不一致感についてはカンファレンスの実施が70%以上なされていないと認識しているにもかかわらず、不一致を感じているという看護者は約30%と少なかった。これは他の看護者のケアが見えていないため、不一致なのかどうか分からない看護者が多いのではないかと考えられる。不一致を感じている看護者の感じている内容はケア内容では「児と母親の面会」、「退院後の関わり」、「児の思い出の品を残す」、関わり方に関しては、「関わりの度合い」や「関わりの質」が多くみられ、ケアの有用性やどこまで臨床で関わるべきかカンファレンスで話し合っていく必要があると考えられる。

#### 5. 終わりに

周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることを目的に北陸で分娩を取り扱っている産科施設に勤務する看護者に調査し、以下の結果が得られた。

1. 周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験や周産期の死の体験者の体験談にふれた経験がある看護者は75%以上みられたが、サポートグループの存在や活動について知っている看護



者、講演会やセミナーの受講経験のある看護師はそれぞれ 20% であった。

2. 周産期の死のケアに対する知識が不足していると感じている看護師は約 90% を占め、特に具体的ケア方法についての知識が不足していると感じていた。

3. ケアのマニュアルの活用、勉強会・カンファレンスの実施がなされていると回答した看護師は 25% 前後であり、専門家によるケアについての相談体制があると回答した看護師は約 10% であった。

これらのことから、北陸で継続的に実践に即した具体的内容で学習できるプログラムが必要であり、教育の現場で今後、卒後教育として考えていく必要があると考える。また、北陸においてサポートグループの活動を拡大していくとともに、全国で活動しているサポートグループについての情報も広めていく必要があると考える。ケア環境としてはそれぞれの臨床の現場ではカンファレンス・勉強会の充実をはかり、専門家によるケアの相談体制の整備が必要であることと、施設間においてもお互いのケア経験を共有・学習できる場が必要と考える。

### 謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました北陸の産婦人科医療施設の院長、看護部長、産婦人科病棟師長、ならびにスタッフの皆様には深く感謝いたします。

なお本研究は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程平成 17 年度修士論文として提出した内容の一部を修正・加筆したものである。また、本研究の一部を第 22 回北陸母性衛生学会において発表した。

### 引用文献

- 1) Gardner, J.M. : 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, 1999.
- 2) 金美江・藤谷智子・浅井有紀他：死産に立ち会う助産婦の心理過程とその役割, 大阪府立母子医療センター雑誌, 16(1), 59-64, 2000.
- 3) 福田紀子：特集：死産・流産のケア援助者である助産師・看護師をケアする大切さ, 助産婦雑誌, 56(9), 41-45, 2002.
- 4) 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, 61, 83-91, 2004.
- 5) 竹内正人：赤ちゃんの死を前にして 流産・死産・新生児死亡への関わり方とこころのケア, 中央法規出版株式会社, 2004.
- 6) Donna H. E. & Rodger Frank Ewy : Death of dream ; Miscarriage, stillbirth, and newborn loss, Boulder, Colorado, 1984. (梅津祐良他訳：赤ちゃんを亡くした両親への援助, メディカ出版, 1985.)
- 7) Burnell, G. M. & Burnell, A. L. : Clinical management of bereavement a handbook for health-care professionals, Human Sciences Press, Inc., New York, 1989. (長谷川浩他訳：死別の悲しみの臨床, 医学書院, 1994.)
- 8) Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS) : Miscarriage, stillbirth, neonatal death guidelines for professionals, SANDS, London, 1991. (竹内徹訳：周産期の死 死別された両親へのケア, メディカ出版, 1993.)
- 9) 井上京子, 浜崎奈津子, 芦田美樹子他：特集 死産・流産のケア 大阪府立母子保健センターの実践 ガイドラインを中心に, 助産婦雑誌, 56(9), 27-31, 2002.
- 10) 高橋由佳理, 福井トシ子：特集 死産・流産のケア 杏林大学病院の実践 看護方針の確立で, しっかりケアができるようになった, 助産婦雑誌, 56(9), 32-37, 2002.
- 11) 関和男：特集 死産・流産のケア 横浜市立大学市民総合医療センター母子医療センターの実践 医療者に求められるものを自覚しつつ, 助産婦雑誌, 56(9), 38-40, 2002.
- 12) 福井ステファニー：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, SIDS 家族の会, 2004.
- 13) 米田昌代：周産期の死の「望ましいケア」の実態および看護師のケアに対する評価とその関連要因, 日本助産学会誌, 21(2), 40-51, 2007.
- 14) 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, 19(2), 49-58, 2005.
- 15) 母子衛生研究会編：母子保健の主なる統計 平成 18 年度版, 母子保健事業団, 2007.
- 16) 厚生労働省科学研究 (子ども家庭総合研究事業)

- 研究班：「健やか親子 21」公式ホームページ。[オンライン, <http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou3.html>], 厚生労働省, 10.25.2007.
- 17) 北村俊則, 福井ステファニー, 堀田匡哉他：特集 死産・流産のケア, 助産婦雑誌, 56(9), 9-45, 2002.
- 18) 竹内徹企画：特集 NICU 最前線 悲しみを乗り越える 赤ちゃんの死と家族のケア, Neonatal Care, 15(2), 10-39, 2002.
- 19) 後藤彰子企画：特集事例検証！流産・死産・新生児死を経験した母親とその家族へのケア, ペリネイタルケア, 23(11), 10-52, 2004.
- 20) 西巻滋, 石井慶子, 太田尚子他：特集 周産期に子どもを亡くした家族に寄り添う, 助産雑誌, 60(11), 935-976, 2006.
- 21) 流産・死産・新生児死で子どもを亡くした親の会：誕生死, 三省堂, 2002.
- 22) 新道幸恵：妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究「助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムに関する研究」, 平成 11 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書, 第 1/6 : 39-49, 2000.
- 23) Miles, M. S. : The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death. Death Education, 4(1), 245-260, 1980.
- 24) Hay, D. & Oken, D. : The psychological stresses of Intensive Care Unit nursing. In R. H. Moos (Ed.), Coping with Physical illness..New York, Plenum, 1977.
- (受付：2007年11月16日, 受理：2007年12月19日)

## Present status of nurses' knowledge of prenatal death and its care environment

Masayo YONEDA, Noriko TABUCHI, Akemi SAKAI

### Abstract

To clarify the present status of nurses' knowledge of prenatal death and its care environment, we performed a survey in nurses working in obstetric institutions dealing with deliveries in the Hokuriku region, and analyzed the results obtained from 654 nurses.

More than 75% of the nurses had read books concerning care after perinatal death or listened to or read experiences of people who lost their children during the prenatal period, but only 20% each knew of the presence/activities of support groups and had attended lectures and seminars. About 90% of the nurses considered that their knowledge was inadequate, and, particularly, many nurses felt that their knowledge of concrete care methods was insufficient. Concerning the care environment, about 25% of the nurses replied that study meetings/conferences were held care manuals were used, and about 10% replied that there is a care consultation system provided by specialists.

These results suggest the necessity for programs allowing the continuous learning of concrete contents conforming to practice in the Hokuriku region and the enrichment of study meetings/conferences and consultation systems by specialists in care environments.

**Key words** stillbirth, early neonatal death, care-givers, knowledge, care environment