

〔原著〕

出生前診断によって胎児の予後不良を予想された家族へのバースプランの開発

馬場 枝里香¹⁾ 服部 律子²⁾Development of Birth Plans for Families Who Have Been Given a Poor Prognosis
for a Medical Condition of the Fetus Found by Prenatal DiagnosisErika Baba¹⁾ and Ritsuko Hattori²⁾

要旨

出生前診断によって予後不良と予想された児と家族に対して、家族の意思決定の支援および身体的精神的支援を目標としたバースプランを考案し、その効果を検討することを目的とした。

新生児の看取り経験のある経験4年目以上の助産師・看護師から、当科独自のグリーフケアプランへの意見などを聞き取り、グリーフケアプランの改善が必要だと感じている看護スタッフが多いことが明らかになった。この結果から、グリーフケアプランではなくバースプランとしてケアを見直すこととし、バースプランの基盤となる“ガイドライン”と、家族の希望を医療スタッフと家族が共有するための“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”、看護スタッフ間で情報共有する“チェックリスト（医療者用）”の3つのツールを作成した。同意を得た3事例に対して、当院で分娩すると決定した時点から産後1ヵ月健診までケアを実施した。ケア終了後の対象の母親らは、児と過ごした日々満足していた。ケア終了後の看護スタッフへのアンケート調査とプライマリーグループメンバーへの面接調査から、“ガイドライン”はアセスメントの指標になり、主に面談時に活用されていることが明らかになった。“家族のバースプラン用紙”は、夫婦で話し合える時間を提供し、看護スタッフが家族の思いを把握するために有効であった。“チェックリスト”は、患者家族の思いを把握できると共に情報提供にも役立つことがわかった。また、今回の取り組みによって、半数のプライマリーグループメンバーが意識的にグループカンファレンスを行うことができたと答えた。

“ガイドライン”を基盤として“家族のバースプラン用紙”、“チェックリスト”を活用してケアを行うことは、従来のグリーフケアプランと比較しても、患者家族、看護スタッフ双方に有用であった。

キーワード：出生前診断、バースプラン、グループプライマリー、意思決定

I. はじめに

現在、出生前診断は、遺伝学的あるいは画像診断学的な手法等で胎児の疾患の有無を明らかにできるようになった。根本的な治療の出来ない染色体異常の新生児に、出生後、積極的な治療をすることが児と家族のQOLを満たしているのか、ということが問題提起されたが、一旦

始めてしまった治療を中止することの倫理的問題もある。新生児は話すことが出来ないため、児のQOLが満たされたかどうかはわからず、児の両親に委ねられている。

「重篤な疾患をもつ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」（重症障害新生児医療のガイド

1) 長良医療センター Nagara Medical Center

2) 岐阜県立看護大学 育成期看護学領域 Nursing in Children and Child Rearing Families, Gifu College of Nursing

ライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究班,2004) など、今までも予後不良な新生児のために様々な案が打ち出され、取り組まれてきた。ネオネイタルケア編集部(2005)が2004年に行なったアンケート調査によると、看取りの看護としては、同胞面会やファミリールームを活用した方法などNICUでの取り組み(平井ら,2005;小嶋,2005;森口ら,2005)がほとんどであり、看護職が妊娠前から親の意思決定を支援する報告は少ない(近藤ら,2004;中込,2000;渡辺ら,2000)。

自施設は、ハイリスク妊婦、ハイリスク出産を受け入れる三次医療機関として、地域周産期母子医療センターに指定されており、県内唯一の婦人科診療のない母体胎児を専門としている診療科を有している。筆頭著者は、助産師として産科・GCU病棟で勤務している。自病棟では、出生前診断で予後不良と予想された胎児および児(以下、児とする)と家族に対して、1事例に対して、妊娠中から産後1ヵ月健診まで3～5人1組の助産師、看護師(以下、看護スタッフとする)からなるグループが中心となってプライマリーナーシングを行なっている。看護スタッフのグループは概ね3～4グループ作られる。各グループが順番に事例を受け持ち、面談などのケアを行ない関わっている。関わる際には自病棟独自のグリーフケアプランというものを使用して、家族の意思決定支援を行なっている。また、自施設には周産期専門の臨床心理士が不在であり、看護スタッフが妊婦と家族の精神的ケアの役割も担っている。

しかし、業務として意識付けはされてきたものの、多忙な中では看護スタッフのグループメンバー同士のカンファレンス(以下、グループカンファレンスとする)が不十分である。また、グリーフケアプランは用紙があるものの、用紙の運用方法やケアに関する指針がなく、出生前から児が亡くなる前提のように立案されていることやチェックリスト化しているという問題点がある。そのため、意思決定支援という本来のプランの目的を見失い、妊婦と家族の思いや児への受容過程が置き去りになってしまっている。このような中で、経験3年目以下の看護スタッフは、予後不良の児と家族へ困惑しながら関わり、一方で、経験を重ねた看護スタッフにおいては各々によって関わり方が異なり、その関わりの意図やアセスメントを後輩に伝達していく機会も少ない現状である。

大山(1997)は、「予後不良児とその家族に接する際にはより“看護とは”を考え、チームの中の看護婦としての役割を十分考えていくことが大切である」と述べており、自病棟でも同様のことが言える。しかし、周産期医療施設の現在のケアの状況としては、出生前診断の告知の時期から、児の死を前提に考えられたグリーフケアプランを立てて関わるが多く、妊婦や家族が出産への希望やケアの選択を書面で表わすバースプランを妊婦や家族とともに考えケアを行うという考え方はほとんどなかった。しかし、母親は児が予後不良であると告知を受けても、児の命を感じて生活している。

以上のことから、児の家族が自分達の気持ちと向き合い、出産方法や出産時のケア及び児の治療・ケアなどについて意思決定していく過程を支援でき、その家族らしく児を受容していける家族と看護職が共に作るケアプランが必要であると考えた。このような家族主体のケアプランは、産まれてくる命と向き合うバースプランとして位置づけられ、今後の周産期医療では重要な意義があると考えられる。また、助産師は、妊婦や家族の気持ちに寄り添ったケアを、医療チームにおいて主体的に提案し、実施していかなければならないと考える。

そこで、本研究は、予後不良と予想された児と家族に対して、従来用いられてきたグリーフケアプランではなく、ケアの現状と課題を把握し、その上で、家族の意思決定の支援及び身体的精神的支援を目標としたバースプランを考案し、それに基づいたケアの効果を検討することを目的とした。

II. 用語の定義

本研究でのバースプランとは、妊婦とその家族が自分の出産・産後の希望を考えられるように支援することを基盤とした“ガイドライン”、その希望を医療スタッフと家族が共有するための“家族のバースプラン用紙(患者家族用)”と医療者間で共有する“チェックリスト(医療者用)”の3つのツールを示す。

III. 研究方法

本研究は4段階で構成し、2012年6月～2013年11月の期間に実施した。

1. 現状把握のための聞き取り調査

1) 聞き取り調査対象及び調査内容

研究協力の得られた自病棟とNICUに勤務する新生児の看取り経験のある経験4年目以上の看護スタッフ17名を対象として半構成的面接調査を行なった。調査内容は、①現在のグリーフケアプランへの思いや意見②胎児に重症疾患が見つかった家族への関わりの中（妊娠期・分娩期・産褥期・新生児）で気を付けている点③改善・充実が必要だと思う点である。

2) 分析方法

面接では了解のうえでメモをとり、面接終了時に対象者に内容の確認を行なった後、面接記録を作成し、データとした。面接記録は本来の意味を損なわないよう、単語や文節ごとに細分化せずに一つの文脈を1データとした。分析データを、質問項目ごとに意味内容の類似性に従ってカテゴリー化し、意味内容を表す表題をつけた。

2. パースプランの考案

研究方法1の結果をもとに、従来用いられていたグリーフケアプランを見直し、パースプランの目的にそったものとなるようパースプランのツールを筆頭著者が考案し作成した。

作成したパースプランのツールは、事例の展開に応じて修正し、病棟相談会や昼に行なわれる15分ほどの病棟カンファレンス（以下、ショートカンファレンスとする）で発表し、意見交換し、修正した。

3. パースプランに基づいたケアの実施

対象は、出生前診断において胎児の予後不良を予想され、当院での出産を決定した妊婦とその家族とし、当院で分娩すると決定した時点から、産後1ヵ月健診までをケア実施期間とした。ケア方法は、1例目は筆頭著者が一人で受け持ち、パースプランでのケアの改善点などを抽出し、自病棟看護スタッフから意見を得て、パースプランの修正を行った。2、3例目は、修正したパースプランを活用し、筆頭著者が属さないプライマリーグループが受け持ち、筆頭著者はアドバイザーとしてグループカンファレンスに参加し、ケアに携わった。1事例終了毎に、医師及び看護スタッフの記録を筆頭著者がまとめ、月1回開催される病棟相談会で報告し、自病棟看護スタッフよりケア方法に関しての意見や評価をもらった。パースプランは看護スタッフ全員が使用できるよう病棟

にて管理することとした。

4. パースプランに基づいたケアの評価

1) ケア対象者からの評価

母親をパースプランに基づいたケアの評価の対象とし、1ヵ月健診時、①パースプランについて②妊娠中にもっと知っておきたかったこと③医療スタッフの関わりで良かった点や悪かった点④意思決定していく中で重要だったことや人⑤その他の5項目で半構成的面接調査を行なった。面接では了解のうえでメモをとり、面接終了時に対象者に内容の確認を行なった後、面接記録を作成し、データとした。面接記録は、本来の意味を損なわないよう、単語や文節ごとに細分化せずに一つの文脈を1データとした。データは、質問ごとに整理した。

2) 自病棟スタッフからの評価

研究協力の同意を得た自病棟の看護スタッフを対象とし、①事例への関わり②“ガイドライン”“家族のパースプラン用紙（患者家族用）”“チェックリスト（医療者用）”を活用した場面と活用した意見③関わりの中で迷いを感じたか④アセスメントを意識して行えたか⑤今回の取り組みで今までの迷いが解消されたか⑥今回の取り組みは今後の看護ケアの改善に繋がると思うか⑦改善点と課題⑧その他の8項目の質問紙調査を行なった。回答方法は、①は〈非常に関わった〉から〈全く関わらなかった〉までを5段階に分けて評価し、②は活用した場面とその意見を自由記載とし、③は〈非常に感じた〉から〈全く感じなかった〉を5段階に分けて評価し〈非常にあった〉〈少しあった〉理由を自由記載とした。④は〈非常にできた〉から〈全くできなかった〉を5段階に分けて評価し、その理由を自由記載とした。⑤は〈非常にされた〉から〈全くされなかった〉を5段階に分けて評価し、〈非常にされた〉〈少しされた〉と感じた迷いを自由記載とした。⑥は〈非常にそう思う〉から〈全くそう思わない〉を5段階に分けて評価し、その評価となった理由を自由記載とした。⑦と⑧は自由記載とした。分析方法は5段階評価については単純集計を行ない、自由記載については本来の意味を損なわないよう、単語や文節ごとに細分化せずに一つの文脈を1データとした。分析データを、質問項目ごとに意味内容の類似性に従ってカテゴリー化し、意味内容を表す表題をつけた。

3) プライマリーグループメンバーからの評価

事例を担当したメンバーを対象とし、①意識してグループカンファレンスを行なうことが出来たか②家族が決定した意思を病棟で共有できるように働きかけることが出来たか③“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”と“チェックリスト（医療者用）”の二つに分けたことで不便さを感じたか、について、〈とてもそう思う〉から〈全くそう思わない〉を5段階に分けて評価し、その評価となった理由について、面接調査より評価を得た。面接は了解のうえでメモをとり、面接終了時に対象者に内容の確認を行なった後、面接記録を作成し、データとした。分析方法は5段階評価については単純集計を行ない、面接記録は本来の意味を損なわないよう、単語や文節ごとに細分化せずに一つの文脈を1データとした。分析データを、質問項目ごとに意味内容の類似性に従ってカテゴリー化し、意味内容を表す表題をつけた。

5. 倫理的配慮

対象家族には、胎児が重篤な疾患であるため、混乱している、泣いているなどの状態での説明を避けた。自施設での分娩が決定し、精神的混乱期を過ぎたと医師や上司と共に判断した時期に研究協力を依頼し、研究の目的・主旨及び匿名性の確保、情報の管理及び破棄について、説明書を用いて十分に説明し、協力を断っても不利益は生じないこと、通常の看護援助を受けられること、同意の後に協力を取り消すことが出来ることを口頭及び紙面にて説明した。研究協力については、同意書にて承諾を得た。

協力者である看護スタッフには、研究の目的・主旨、情報の管理及び破棄について、説明書を用いて十分に説明し、同時に、協力を断っても不利益が生じないこと、同意の後に協力を取り消すことが出来ることを説明し、同意書にて承諾を得た。

また、本研究は、岐阜県立看護大学看護学研究科論文倫理審査部会の承認を受けた（平成24年6月、審査番号24-A008-2）。

Ⅲ. 結果

1. 現状把握のための聞き取り調査

看護スタッフ17名より研究協力が得られた。カテゴリー名は【 】で表した。

1) 従来のグリーフケアプランへの意見や思い

表1に示すように、6つのカテゴリーに分類された。

2) 妊娠期・分娩期・産褥期・新生児の関わりの中で気を付けている点

妊娠期は表2、分娩期は表3に示すように2つのカテゴリーに分類された。産褥期は、表4に示すように3つのカテゴリーに分類された。

新生児は、【児を尊重する】2件、【産科-NICUの連携】2件、【児と家族との時間を大切にする】1件の3つのカテゴリーに分類された。

面接の中で「どの時期でも大切にしている」という意見が多くあり、調査当初は項目として挙げていなかった全期にわたって関わりの中で注意している点についてもまとめ、表5のように5つのカテゴリーに分類された。

3) 改善・充実が必要だと思う点

【プラン内容やケア方法に関する改善案】12件、【他科及び他職種連携の充実】6件、【家族と児が過ごせる環境の充実】4件、【スタッフ育成の充実】4件、【リーフレットの検討】1件の5つのカテゴリーに分類された。従来のグリーフケアプランへの意見にも【改善策が必要である】と出され、ここでも改善についての意見が多かった。

2. バースプランの考案

看護スタッフへの聞き取り調査で得られた内容をもとに、バースプランの作成を試みた。以下、カテゴリー名は【 】、サブカテゴリー名は〔 〕、語られた内容は「 」でそれぞれ表した。また、新たに作成したバースプランにおけるツールは“ ”で表した。

1) “チェックリスト（医療者用）”の作成

従来のグリーフケアプランへの意見の中に「チェックリストとしては良い」とあり、改善・充実が必要だと思う点でも「チェックリストみたいなものは必要だと思う」「医療者用と患者さん用で別のものが欲しい」とあったことから、グリーフケアプランの様式をそのまま活用し、“チェックリスト（医療者用）”として作成した。大きく①出生前②分娩時③出生直後④出生後⑤死後に分類し、各時期で患者家族が希望しているものについて医療者間で確認していくものとした。例えば、出生前は①胎児心拍モニタリング(帝王切開術を希望する場合は必ず行う)②積極的治療(点滴・挿管)③帝王切開の項目の横に、希望するか否かを記載する欄があり、希望を確認した看

表1 従来のグリーフケアプランの意見や思い

カテゴリー(データ数)	サブカテゴリー (データ数)	語られた内容 (例)
プランの内容や関わりの方法に問題がある (33)	看護スタッフにとって関わりにくい (13)	機械的で聞く項目が多すぎる 処置のことばかりで、聞かなくても良い項目まである 患者さんの気持ちより看護スタッフの投げかけ中心になっていることがある
	看護スタッフのスキルや価値観に影響されやすい (13)	コミュニケーションスキルは個人差があるため、必ずしも話を聞き出せているかは定かではない 看護スタッフの説明の仕方、患者さんの捉え方や考え方を変えてしまう プランを立てて終わりにするかどうかは関わる看護スタッフ次第などところがある
	患者さんにとってイメージしにくい (7)	紙にそって説明はするが、患者さんにはイメージがつかないと思う 母親は選びづらいと思う
	改善策が必要である (20)	医療者用と患者さん用で別のものが欲しい チェックリストみたいなものは必要だと思う
	関わり方の改善が必要である (6)	患者さんにグリーフケアプランを見せずに説明する方法が必要 モニター類を装着することがその子にとって良いことなのかどうかで考えればよい
看護スタッフが置かれている環境に問題がある (15)	グループプライマリーの充実が必要である (4)	グループを作って、経験のない子をフォローすることが大切
	次の事例に繋げる工夫が必要である (2)	事例をまとめたものを病棟の看護スタッフが閲覧できる場が欲しい
	NICU への周知不足がある (4)	ケア自体があることは知っていたけど、紙として細かくあることは知らなかった
	ケア提供する環境に変化があった (3)	小児科が介入したことで（児に対して）できることの範囲は広がった
	看護スタッフが学習不足である (3)	病棟でスキルアップの勉強会がない
	情報共有する場が不足している (2)	事例が次に繋がってない
	記録が不十分である (1)	記録がない
プランやケアの指針は必要である (10)	看護スタッフ間の決まりがない (1)	看護スタッフの中にも、いつまでに決断するのかなど決まりがない
	シフト勤務での受け持ちに限界がある (1)	受け持ち制にして何度も面談をしていくのがよいと思うが、このシフト制ではやるのが辛い
	看護スタッフにとって関わりやすい (7)	プランがなかった頃に比べると聞くことが明確化して介入はしやすくなった 話し方とか技術的なことは別として、新人は迷わなくていいと思う
	患者さんにとってイメージしやすい (2)	処置とかできることを漠然とでも見えるかもしれない
プランに対するイメージに問題がある (6)	統一したケアになる (1)	統一したケアになると思う
	亡くなるイメージがある (4)	亡くなる前提で関わってしまっている
	プランではなくチェックリストである (2)	チェックリストとしては良い
看護スタッフが負担を感じる (5)	重圧感がある (2)	一人で面談に行くことは重い
	辛さがある (1)	親が何も希望していなかったとしても、目の前にいて何もしないのは辛い
	迷いがある (1)	最初は小児科の介入もなく看取りだったが、途中から方針が変わったから迷いがある
	疑問に感じる (1)	SpO2 つけるとかつけないとか説明するところが必要なのかと思う

表2 妊娠期の関わりの中で気を付けている点

カテゴリー(データ数)	サブカテゴリー (データ数)	語られた内容 (例)
態度や姿勢に気を付けている (11)	患者さんの気持ちを考えて会話をする (5)	週数も考えるが、患者さんの気持ちも考えて話をする 話の進行的にリードしなければならないこともあるが、一方的な話にならないようにする
	患者さんが得ている情報に合わせ正しい情報提供を行う (3)	患者さんがどれだけ情報を持っていて知っているのかをわかった上で説明する
	妊娠を受容できるようにする (2)	その家族のところに授かった命なので、授かったことを受容できるように関わる
	家族の意思を確認する (1)	(今までの意思で) 確認していることで間違いがないか再度確認する
会話の内容に気を付けている (6)	体調面を聞く (2)	寝れているか気にしている
	家族との関係を聞く (1)	家族との話し合いは出来ているかなど、周りの情報から聞く
	患者さんの理解度から大きく乖離した内容にしない (1)	赤ちゃんについての理解度、生存度の期待度や在宅のことは考えていないなど、実際に両親が考えていることとギャップをつけないほうがよい
	過去の事例を話す (1)	イメージがつかないと思うので、あちらから問いかけがあれば、過去の事例を例に出したりする
	処置などの項目だけでなく、なぜその選択をしたのかも聞く (1)	(今まで) 選択してきた理由を聞く

表3 分娩期の関わりの中で気を付けている点

カテゴリー(データ数)	サブカテゴリー(データ数)	語られた内容(例)
態度や姿勢に気を付けている(6)	言葉をかける(3)	生まれた瞬間は労いの言葉をかける
	そばにいる(2)	なるべくそばを離れないようにする
	家族の意思を確認する(1)	(家族が事前に) 酸素投与しなくてもいいと言っている、その都度確認をとっていかねばならないこともある
環境を整えることに気を付けている(3)	治療環境を整える(2)	医師と相談しながら分娩経過を観察する
	家族の環境を整える(1)	心地よく児と一緒にいれるようにはどうしたら良いか考えて関わっている

表4 産褥期の関わりの中で気を付けている点

カテゴリー(データ数)	サブカテゴリー(データ数)	語られた内容(例)
家族が児を受容できるように関わる(15)	児の状況を伝える(4)	児の状態は包み隠さず伝える
	家族が「良かった」と思える関わりにする(3)	(家族が) 産んで過ごせて良かったと思えるように関わる
	児と家族が過ごせる時間を作る(2)	家族の面会の時間に処置がないように時間配分する
	母と家族との関係を確認する(2)	児の同胞にどのように伝えているか聞く
	誕生を祝福する(2)	「おめでとうございます」と言う
	家族の意思を確認する(1)	看取りになった時点で何を希望するのか、どう関わっていくのか確認している
	ケアを統一する(1)	(家族が児を) 受容できるよう、看護スタッフが協力して統一したケアにする
家族と関わる時間を確保し、家族の状況を捉えてケアを行う(13)	家族の状況に合わせたコミュニケーションやケアを行う(7)	児の SpO2 モニターで不眠になる患者さんもいるため、少し休めるように(児を) 預かることも大切 家族が話したくなさそうな雰囲気の時には話さないようにする
	家族と関わる時間を多く持つ(6)	家族とコミュニケーションをすごくとるようにする 訪室する頻度は多くする
医療者の言葉が家族に影響を与えることを自覚し、言葉を選んで関わる(3)	医療者の言葉が家族に影響を与えることを自覚する(1)	(母親は) パニックになっているが、医療者の言葉は覚えている
	家族のところにひっかかる言葉は言わない(1)	(家族のところに) ひっかかるような言葉は言わない
	家族が傷つく言葉を言わない(1)	傷つける言葉は言わない

表5 全期において関わりの中で気を付けている点

カテゴリー(データ数)	サブカテゴリー(データ数)	語られた内容(例)
わかりやすい説明や言葉遣いに気を付ける(5)	わかりやすく正しい説明(3)	医療用語ばかりにしないようにしている
	言葉の選択に注意する(2)	コミュニケーションの中で言葉ひとつひとつに気を付ける
家族が感情を表出できるようにする(3)	雰囲気を作る(1)	感情を表出しやすい雰囲気づくりをする
	気持ちを引き出せるように関わりを多く持つ(1)	それなりにコミュニケーションがとれるようにならないと気持ちを引き出せない
	家族が泣ける場所を作る(1)	お別れをする時に、泣くことはいいこととして受け止める
家族背景を把握する(2)	母親と家族の関係を把握する(1)	夫や同胞など家族関係のことも気にしている
	家族の中での母親の立場を把握する(1)	母親の家族の中での立場など家族背景も知っておく
亡くなる前提にしない(1)	亡くなる前提にしない(1)	死ぬ前提にしないようにしている
他科と連携をとる(1)	他科と連携をとる(1)	受容するのも個人差があり、妊娠中からの人もいれば、生まれてからの人もいるし、受容できたと思っていなくても状況が変わる人もいるため、いろいろな科と連携がとれるようにする

護スタッフが、希望を確認した日にちとともに記名する。
②積極的治療(点滴・挿管)を希望する場合には、NICUにこの“チェックリスト(医療者用)”で申し送りを行なうことを使用上の注意として明記した。

2) “家族のバースプラン用紙(患者家族用)”の作成

従来のグリーフケアプランでは、看護スタッフは処置ばかりの項目や項目の多さから関わりにくさを感じており、[患者さんにとってイメージしにくい]という意見もあり、①妊娠中はどのように過ごしたいですか②どん

なお産にしたいですか③赤ちゃんと一緒にしたいことを書いてくださいの3項目とし、自由記載形式にした。家族がいつでも持ち歩けるように母子健康手帳に入るサイズで作成し、妊婦とその家族が児との過ごし方をイメージしやすく死を連想させないような柔らかい色合いやイラストを用いた。

3) “ガイドライン”の作成

現状把握のための聞き取り調査の結果から、筆頭著者だけでなく看護スタッフも【プランの内容や関わりの方

法に関する問題がある】と感じており、【プランやケアの指針は必要である】と感じていることが明らかになった。

そこで、妊婦と家族が児の診断を受けてから、看護スタッフが経験年数や受け持った事例数にかかわらず、共通の目的をもってケアを継続的に実施するために“ガイドライン”を作成した。妊娠期から産褥期まで妊婦と家族の目指す目標を明記し、例えば分娩期では、自分のイメージに近い分娩ができる、児の状況を理解しようとするの2つの目標を設定した。

また、どの時期にどの看護スタッフが児と家族に関わっても統一されたケアを行なえるように、看護場面を①精査入院時の看護②妊娠中の外来面談時の看護③分娩時の看護④産後の看護（入院中）⑤産後の看護（退院後）⑥児の看護に分け、流れと看護を記載した。記載した看護の内容は、現状把握のための聞き取り調査から得られた内容を加えながら、具体的な声かけの言葉なども例として挙げた。例えば、②妊娠中の外来面談時の看護では、面談時の流れや面談時に求められる看護スタッフの態度などを記載した面談手順、妊娠週数やICなどの内容をふまえ妊婦と家族の理解度や受容の状態をアセスメントしたうえで用紙を渡す時期を判断するための“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”の提案、妊婦と家族が出産をイメージできるように関わる産前教育、自病棟で過去に過ごした予後不良の児と家族の事例集である過去の事例も併せて活用できるように作成した。妊娠期から産褥期まで長期的な関わりになるため、図1のように看護スタッフが一目で全体像が把握できるようにフローチャートも作成した。

【改善策が必要である】には「グループプライマリーの充実が必要である」とあり、【看護スタッフが置かれている環境に問題がある】では「情報共有する場が不足している」という意見があり、また【看護スタッフが負担を感じる】という意見もあったことから、グループカンファレンスを開催するように明記し、情報交換やアセ

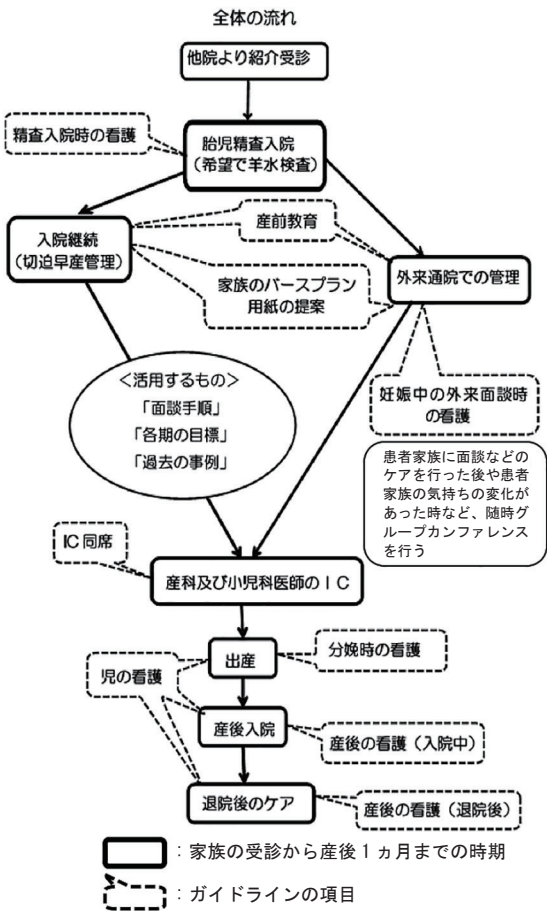


図1 ガイドラインのフローチャート

メントだけでなく、メンバー同士の思いを支えあえる意味もあることを示した。

4) ショートカンファレンスの活用

今まで、ショートカンファレンスの中で外来受診中の受け持ち事例の話し合いはされておらず、「情報共有する場が不足している」という意見もあった。そこで、各グループが受け持っている事例の受容状況や意思決定の確認の進捗状況、メンバーが関わりで困難に感じていることなど、メンバー以外の看護スタッフからもアドバイスをもらいながらケアを進めていくようにショートカンファレンスを活用することとした。

3. バースプランに基づいたケアの実施

事例1をA氏、事例2をB氏、事例3をC氏とする。

表6 事例の概要

事例	診断名	年齢	初経別	告知	分娩方法	家族同室※	生存期間
1(A氏)	胎児腎機能不全、心室中隔欠損、小脳虫部欠損	20代	初	28週	帝王切開術(緊急)	あり(生)	38日間
2(B氏)	18トリソミー	20代	初	33週	帝王切開術(予定)	あり(生死)	25時間34分
3(C氏)	Potter症候群	20代	1経(経産)	27週	帝王切開術(緊急)	あり(生死)	1時間11分

※括弧書きで書かれている（生）（死）という表現は、（生）は児が生存時、（死）は児の死後を表している。

事例の概要を表6に示す。今回3例の中で、看護スタッフが関わりを困難に感じながらも、パースプランに基づいたケアを行ったことで児との日々を受容できたB氏について以下に説明する。

B氏は、外来診察室で夫と共に児が18トリソミーと告知された。②妊娠中の外来面談時の看護にそって、告知直後にショックを受け泣いているB氏と夫を個室に案内し「二人にして欲しい」という夫の言葉を受け、B氏と夫の気持ちが少しでも落ち着くような環境整備に努めた。その後も外来通院では、B氏は無表情で面談時や診察中も思いを語らず、夫のみ発言していた。メンバーをはじめ関わる看護スタッフは、B氏の受容過程の判断に苦しむ状況が続いた。

メンバーが“ガイドライン”に基づいて自発的にグループカンファレンスを開催し、B氏の思いを聞くことから始めていこうという結論になった。医師からは、妊娠週数が進んでいるため入院を勧め分娩方式のICを行い、B氏は入院することに納得し「生きて会いたいから帝王切開で」と発言していた。メンバーは、B氏のその発言をふまえて面談手順にそって面談することにした。面談だけでなく、日頃からメンバーから積極的にコミュニケーションをとるうちにB氏から「夜な夜な一人で泣いてます、強くないですか」「今は実感ないけど、(帝王切開術の)前の日とか不安になるのかなー」など思いを語るようになってきた。また、過去の事例を活用して、過去に自病棟で過ごした18トリソミーの児と家族の話をすると真剣に聞いている姿も見られた。

メンバーは“家族のバースプラン用紙(患者家族用)”の提案を参考にし、B氏の希望を少しずつ一緒に記入していき、夫の字でも希望が書かれた。帝王切開術前日の面談では、「手術中、赤ちゃんに何かあればすぐ抱っこしたい」「もし処置するようなら同じ部屋の中でして欲しい」「手術が終わった時、旦那と赤ちゃん二人で私が帰るのを待っていて欲しい」と具体的な希望を話せるようになっていた。それらのB氏の状況や希望は、ショートカンファレンスの際にメンバーから他の看護スタッフに報告された。帝王切開術当日は、メンバーが一人も勤務していない状況であったが、予め分娩担当になる看護スタッフに申し送りを行い、③分娩時の看護にあわせB氏と家族の希望にそった関わりが実施できた。

産後、B氏と夫は児(以下、bちゃんとする)と同室で過ごし、bちゃんのモニターのアラームが鳴ると心配してナースコールしてきたり、bちゃんに話しかけたりして過ごした。また、④産後の看護(入院中)を参考にしメンバーから希望を聞いていた看護スタッフはB氏に家族写真を提案し、撮影した。bちゃんの死後、B氏は退院まで泣き続け、食欲もなくなったが、看護スタッフは⑥児の看護を実践し、B氏が自ら希望した手足型の採取や沐浴を夫と共にに行った。⑤産後の看護(退院後)の退院後の電話訪問では、少し食欲が戻ってきたことが確認でき、外出もできていた。⑤産後の看護(退院後)の産後1ヵ月健診時の面談では、B氏は「bちゃんが一番かわいい」と笑顔で話した。この表情を見て、B氏への継続的な関わりの終了を判断した。

4. パースプランに基づいたケアの評価

1) ケア対象者からの評価

対象の妊婦3名から評価を得た。

①の“家族のバースプラン用紙(患者家族用)”について、A氏は「サイズ良かった、これ以上大きいと折れななきゃいけないし」と答え、B氏は「サイズもいいし、かわいい」と答えた。C氏は「バースプランって初めて聞いたから、こんなもんかなって感じ」と答え、3例ともに否定的な意見はなかった。

②の妊娠中にもっと知っておきたかったことについて、A氏とB氏は「いろいろ聞いてたから、ない」と答え、C氏は「聞きたいことはその都度聞けてたし、聞きづらいとかもなかった」と答えた。

③の医療スタッフの良かった点として、A氏は「分娩室での様子を聞けたことが良かった」と答えた。B氏は「他の18トリソミーのお母さんの話が聞けて良かった」「赤ちゃんにしてあげられることを教えてもらえて良かった」と答え、C氏は「ハイリスクが多い病院だから、自分の子も同じ赤ちゃんとして扱ってくれて嬉しかった」と答えた。悪かった点として、A氏は「厳しい内容の話の後すぐに4人部屋に戻るのは辛かった」と答え、B氏は「蘇生の説明はイメージがつかなかった」と答えた。

④の意思決定していく中で重要だったことや人について、B氏は「スタッフから赤ちゃんと一緒に出来ること(写真撮影など)を教えてもらえたこと」「生きて会いた

いから帝王切開に迷いはなかった」と答え、C氏は「キーパーソンは夫」と答えた。

⑤のその他では、B氏は「抱っこも出来たし、写真も撮れたし、今は満足」と答えた。

2) 自病棟看護スタッフからの評価

研究協力の同意を得た自病棟看護スタッフ17名から評価を得た。アンケート回収率は100%であった。回収したアンケートの中には、質問に対して無回答の部分もあるが、本研究への多くの意見を取り入れたいため、全てのアンケートを有効回答とした。なお、選択肢及び活用した場面は〈 〉、自由記載内容は『 』、カテゴリー名は【 】で表した。

①の事例への関わりについて、〈非常に関わった〉3名、〈少し関わった〉8名、〈あまり関わらなかった〉4名、〈全く関わらなかった〉2名であった。

②については、活用した場面を複数回答しているスタッフがいた。また、場面を選択していても意見がないものもあり、自由記載内容が少なかったことから、カテゴリー化せずに場面ごとに自由記載内容を整理した。

“ガイドライン”を活用した場面は、〈家族のバースプラン用紙の提案〉4名、〈産後入院中の看護〉〈外来面談時の看護〉各3名、〈入院時の看護〉〈受け持ち時〉〈グループカンファレンス〉〈自分が理解するため〉各1名であった。『流れや看護がわかりやすくまとめてあり、対応も例を挙げて書かれているのでアセスメント・評価の指標になり良かった』という意見がある一方で、『応用が必要な場合は困ると思う』という意見もあった。

“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”を活用した場面は、〈面談時〉2名、他〈活用する機会はなかったが、良いと思う〉〈自分が理解するため〉〈両親の意思の確認のため〉〈分娩方針決定後早めの時期〉各1名であった。『（家族が）分娩や児との過ごし方がイメージ出来た点は良かった』『確認する際、患者のやりたいこと等わかりやすかった』という意見があった。

“チェックリスト（医療者用）”を活用した場面は、〈面談時〉3名、〈グループカンファレンス〉〈意思の確認〉各2名、〈IC後〉〈ショートカンファレンス〉〈自分が理解するため〉〈活用する機会はなかったが、良かった〉各1名であった。『どこまで相談出来ているのか、本人の考えている現状を一目で理解しやすい』『本人が迷っ

ている時には、チェックリストから導き出して、その思いをバースプランに書いてもらうなど、役に立つ』という意見があった。

③の関わりの中で迷いを感じたかについては、〈少し感じた〉7名、〈どちらともいえない〉2名、〈あまり感じなかった〉1名であった。〈少し感じた〉と答えた理由は、【関わりに迷った】4件、【妊婦の受容度が把握できず迷った】2件、【児の死後のことまで話して良いのか迷った】【小児科医師との連絡・報告に迷った】【在宅移行への必要物品の説明に迷った】各1件の5つのカテゴリーに分類された。

④のアセスメントを意識して行えたかについては、〈少しできた〉6名、〈どちらともいえない〉5名であった。〈少しできた〉と答えた理由は、【ガイドラインを活用することで意識できた】2件、【今までよりも意識できたと思う】【急変時の対応が学べた】【出来ない所もあった】各1件の4つのカテゴリーに分類された。

⑤の今回の取り組みで今までの迷いが解消されたかについては、〈少しされた〉4名、〈どちらともいえない〉7名であった。〈少しされた〉理由は、【家族と共にケアを行うことの大切さがわかった】【病棟への共有の方法がわかった】【主体的に関われた】【患者とコミュニケーションがとりやすくなった】各1件の4つのカテゴリーに分類された。

⑥の今回の取り組みは今後の看護ケアの改善に繋がると思うかについては、〈非常にそう思う〉10名、〈少しそう思う〉5名、〈どちらともいえない〉1名であった。無回答1名であった。

⑦の改善点と課題については、【グループ内だけでなく、病棟内での情報共有を充実させる】2件、【看護スタッフ全員が関わっていくという意識付けが不足していた】2件、【勉強会を行なうべきであった】【継続支援終了時期の判断】各1件の4つのカテゴリーに分類された。

⑧その他感じたことの自由記載を整理した結果、【グループカンファレンスが行ないやすくなった】3件、【実際に活用する機会がなかったが、今後必要だと思う】2件、【緊急時の対応まで考えられた】【患者・家族に十分なケアが行なっているか心配】各1件の4つのカテゴリーに分類された。【グループカンファレンスが行ないやすくなった】の意見には、“ガイドライン”によって、『情

報収集忘れや説明不足な点などリストアップできた、必要がなくて（説明などを）外すのと視野になかったのでは違うと思った』などがあつた。

3) プライマリーグループメンバーからの評価

2例目B氏、3例目C氏を受け持ったプライマリーグループメンバー6名から、半構成的面接法にて評価を得た。なお、選択肢は〈 〉、語られた内容は「 」, カテゴリー名は【 】で表した。

①の意識してグループカンファレンスを行なうことが出来たかについては、〈とてもそう思う〉1名、〈そう思う〉2名、〈どちらともいえない〉3名であつた。〈とてもそう思う〉〈そう思う〉理由は、【患者の受容に合わせて行なつた】5件、【勤務が合わないなりにできていた】【グループメンバーと調整できた】【勤務が合わなかつた】【新しい取り組みのため行なつた】【具体的な計画ができた】各1件ずつの6つのカテゴリーに分類された。【患者の受容に合わせて行なつた】では、「バースプランをまだ書いていないということがカンファレンスを行なつたことでわかつたし、次の面談では、これを聞いていこうと方向性を確認出来た」「カンファレンスで、面談をしたことがない後輩へのサポートの調整ができた」などの意見があつた。〈どちらともいえない〉理由は、【患者の意思を、患者とグループメンバーが共有できていた】3件、【先輩に相談できていたため、必要性を感じなかつた】2件、【グループメンバー全員揃うのは難しい】1件の3つのカテゴリーに分類された。

②の家族が決定した意思を病棟で共有できるように働きかけることが出来たかについては、〈そう思う〉2名、〈どちらともいえない〉1名、〈そう思わない〉3名であつた。〈そう思う〉理由は、【病棟に呼びかけることが出来た】2件、【ショートカンファレンスで話し合えた】2件の2つのカテゴリーに分類された。〈そう思わない〉理由は、【工夫して伝達していくべきだつた】2件、【出来ていた部分もあつた】2件、【どこまで共有すべきか迷つた】2件の3つのカテゴリーに分類された。

③の“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”と“チェックリスト（医療者用）”の二つに分けたことで不便さを感じたかについては、〈そう思わない〉3名、〈全くそう思わない〉3名であつた。〈そう思わない〉〈全くそう思わない〉の理由は、【家族のバースプラン用紙は

良い】6件、【修正・改善すべき点が残つた】4件、【統一して対応できた】3件の3つのカテゴリーに分類された。【家族のバースプラン用紙は良い】では、「(家族の)バースプラン（用紙）は持ち帰ることが出来るので、外来と一緒に来院できない夫の意見も反映することができ、良いと思う」「今までのプランだと死後のことまで書いてあるので、それを見せるのはショックだと思う」などが挙げられた。

IV. 考察

1. バースプランとして家族の意思決定を支えるケアの必要性

グリーフケアとは、家族や近い存在の喪失を体験した遺族へのケアのことを示している。しかし、妊婦にとってお腹の中で動いている児は生きている存在である。それにも関わらず、初めから亡くなったことの悲しみをケアするように立案されている従来のグリーフケアプランで家族を支えていくことに、看護スタッフは問題を感じ消極的になっていた可能性がある。看護スタッフが、今回の取り組みでバースプランとしてグループで家族と関わりを持つことで、グループカンファレンスが行いやすくなり、かつ家族の受容に合わせて行なつたことは、多くの看護スタッフが理想としていた家族の支援方法であつたからではないかと考える。

また、ケア対象者からの評価では、初めての経験のため判断しにくいようであつたが、出産方法を決定していく過程で「生きて会いたいから帝王切開に迷いはなかつた」と、児と生きて会いたい気持ちを出産方法を決定する理由として明確にできたり、「ハイリスクが多い病院だから、自分の子も同じ赤ちゃんとして扱ってくれて嬉しかった」と、児と過ごした短い時間の中でも、家族は満足感を得ていた。関谷(2005)は自身の子どもの喪失経験から、「家族には、何を望んでいるのかを聞いて欲しい。すべての選択肢を与えて欲しい。情報を与え、後悔のないよう、私たちに決定させて欲しい」と述べている。ケア対象者の評価にも、分娩室での様子や他の予後不良の児とその家族の過ごし方についての情報を聞いたことが良かつたとあり、これらの意見は家族が意思決定していく過程で、看護スタッフが必要な情報を提供できていたと考えられる。

このことから、バースプランとして家族の意思決定を支え、家族が必要とするケアに結びつけ、そのケアを実現していくことは、看護スタッフにとっても家族にとっても必要であり、重要なことであることが明らかになった。

2. バースプランとして3つのツールを活用して家族を支えることの意味

“ガイドライン”を活用した看護スタッフからは、看護の流れがわかり、アセスメントや評価の指標になり良かったなどの意見が得られ、“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”の提案時や面談時、産後入院中に活用している看護スタッフが多かった。“ガイドライン”に家族の受診からの流れや言葉かけの例などを記載したことは、看護スタッフが統一した方向性で対象に関わるための指標になった。そして、“ガイドライン”があることで、対象理解に役立ち、アセスメント能力向上にもつながるのではないかと考える。また、“ガイドライン”によってグループカンファレンスが行ないやすくなったという意見もあり、患者の受診からの流れの把握や患者家族との関わりの指標だけでなく、円滑にカンファレンスを行なうための一助にもなったことがわかった。以上のことから、“ガイドライン”は、看護スタッフにとって有用であったと考える。

“チェックリスト（医療者用）”は、本人の考えている現状が理解しやすく、患者家族の意思決定状況を確認するために有用であることが示唆された。また、医療者同士で患者家族の意思を共有するだけでなく、患者家族への情報提供としても役立つことも明らかになった。

“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”は、夫の意見が反映できるなどの肯定的な意見が多かった。ツールが増えたことに不便さを感じず、“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”はあったほうが良いという意見が得られた。ケア対象者からも「かわいい」「サイズがいい」など肯定的な意見があった。“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”は、家族で話し合うことの時間を提供し、実際に書いて表現することで家族の意思の整理にもつながり、家族が児とどう過ごしたいのかを考えていくために役立ったと考えられる。

以上のことから、バースプランとしての3つのツールは、看護スタッフが家族を支援していくために役立った

と考える。

3. グループプライマリーでのケアの必要性

今回2例を受け持ったプライマリーグループメンバー6名のうち半数が意識的にグループカンファレンスを行なうことが出来たと答えた。患者の受容に合わせて行なったという意見が一番多く、事例へのケアの状況を共有でき、次のケアの方向性が確認できるなど、グループで意識的にケアに取り組むことができたと考える。また、グループカンファレンスを意識的に行なえたかに対して〈どちらともいえない〉と答えた理由には、すでにメンバーと共有できていたり先輩に相談できていたため必要性を感じなかったなど、グループカンファレンスを行なえなかったとしても、経験の少ない看護スタッフは先輩に相談することが出来ていたり、妊婦と家族の意思をグループメンバーと共有することを意識的に行なえていたことが明らかになった。

グループカンファレンスを行なったことで、対象の受容過程をふまえた統一したケアの方向性を見出すことが出来ていたと考えられる。また、複数人で受け持つグループプライマリーは、経験の少ない看護スタッフに他のスタッフと相談できる環境を提供することができ、一人で受け持つことの負担を軽減出来ていた。また、経験のある看護スタッフと患者の関わりをカンファレンスから学ぶことが出来たと考える。このことから、グループプライマリーは有効であると考えられる。

V. 今後の課題

現状把握の聞き取り調査で、看護スタッフの学習不足という意見があったが、学習会の開催に至らなかった。取り組み終了後のアンケートでも改善点として勉強会を行なうべきであったという意見があり、今後には必ず行なっていかなければならない。また、今回の取り組みによって完成した“ガイドライン”“家族のバースプラン用紙（患者家族用）”“チェックリスト（医療者用）”は、活用した看護スタッフが少なかったため今後も活用してもらい、多くの意見を得て充実させていく必要がある。

謝辞

本稿は、平成25年度岐阜県立看護大学大学院看護研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。本研

究に取り組むにあたり、研究への協力をして頂いた皆様に心より感謝いたします。

文献

- 平井菜穂子,奥山歩美.(2005). どうしていますか?看取りのケア
看取りの現場での同胞面会について 横浜市立大学附属市民
総合医療センターの場合. Neonatal Care, 18(11), 1122-1125.
- 重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診
断システムに関する総合的研究班.(2004). 重篤な疾患を持つ
新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン. 助
産雑誌, 58(6), 477-487.
- 小嶋紀子.(2005). どうしていますか?看取りのケア 家族の時間
を作るために 聖霊病院の場合. Neonatal Care, 18(11),
1117-1121.
- 近藤喜子,原愛由美,林美延ほか.(2004). 子どもの「最善の利益」
とは何か 18トリソミーの児とその家族へのケアから学んだ
「話し合い」の大切さ. 助産雑誌, 58(6), 511-516.
- 森口紀子,久保貴巳子,坂田知美ほか.(2005). どうしていますか?
看取りのケア きょうだいへのケア 絵本『ぼくのたからもの
- ずっとずっといっしょだよ - 』神奈川県立こども医療セン
ターの場合. Neonatal Care, 18(11), 1126-1129.
- 中込さと子.(2000). 妊娠中に胎児の異常を知った中で出産を選
んだ一女性の体験. 日本助産学雑誌, 13(2), 5-19.
- ネオネイタルケア編集部.(2005). どうしていますか?看取りのケ
ア アンケート調査結果. Neonatal Care, 18(11), 1100-1107.
- 大山由美子.(1997). 予後不良児に対するグループ医療と看護. 周
産期医学, 27(7), 953-956.
- 関谷共未. (2005). 赤ちゃんを亡くした家族が医療者に望むこと
25時間40分生き抜いた晴河の命の輝きを通して. Neonatal
Care, 18(11), 1130-1139.
- 渡辺千枝,小野美可,安部いずみほか.(2000). 予後不良の胎児異
常を告げられ混乱をきたした妊産婦の看護. 助産婦雑誌,
54(5), 438-445.

(受稿日 平成26年 9月 1日)

(採用日 平成27年 2月 2日)

Development of Birth Plans for Families Who Have Been Given a Poor Prognosis for a Medical Condition of the Fetus Found by Prenatal Diagnosis

Erika Baba¹⁾ and Ritsuko Hattori²⁾

1) Nagara Medical Center

2) Nursing in Children and Child Rearing Families, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this discussion is to develop birth plans with the goal of providing support for decision making, and physical and psychological support for the families who have been given a poor prognosis for a medical condition of the fetus found by prenatal diagnosis, and to evaluate the effectiveness of the plans.

Interviews about grief care plans specialized in this area have been conducted with midwives and nurses who have four or more years of caregiving experience with newborns. From these interviews it has been found that many nursing staff members feel the need for improvement of such plans. As a result, the plans were reviewed as birth plans instead of as grief care plans. And three tools were developed: “Guidelines” which is the foundation of the birth plans, “Birth plan notes for family” in which the desires of the families can be shared with the medical staff, and “Check list” in which the nursing staff can share information. In three cases, in which the consent of the families was obtained, the families were provided care from the time when a decision was made to give birth in this hospital till health check-ups a month after the birth. Mothers expressed their satisfaction for time spent with their newborns during care. A questionnaire and interviews given to the nursing staff and primary group members after the care found that the “Guidelines” became indicators of assessment, and were mainly used for the interviews. “Birth plan notes for family” provided time for a husband and a wife to talk, which was effective for the nursing staff to understand the opinions of the families as well. “Check list” can show the opinions of the families and has been useful in providing information. In addition, half of the primary group members responded that this occasion provided them a chance to have group meetings.

Providing care based on the “Guidelines”, and using “Birth plan notes for family” and the “Check list”, were found to be useful for both families and the nursing staff.

Key words: prenatal diagnosis, birth plan, group primary, decision making

