

日本助産学会研究助成金（奨励研究助成）研究報告書

胎児に異常が見つかった女性を支えるケアの開発と評価

—バース&ペアレンティング・プラン—

研究代表者 千葉真希（日本赤十字看護大学）

I. はじめに

胎児異常の診断は検査の受検や胎動、妊娠継続や中断、分娩後の乳汁産生など、女性に体現化するものであり、男性と比べ女性側に重い苦悩をもたらす体験である (Sandelowski et al., 2005)。それにも関わらず、胎児異常を診断された女性たちは、自分だけが置き去りにされる疎外感や、自分自身は「二の次にされる」寂しさを感じていたと報告されている (荒木, 2011)。このような状況にある女性たちの希望は、どのように汲み取るのだろうか。

正常妊娠から一転、「ハイリスク」となった当時者の体験からは、希望を表出することは容易ではない現状が伺える。当事者の語りによれば、人工死産を選択した女性が医療者から問われないう限り、産後に子どもとの面会を希望していても言い出すことができなかった体験 (Minnick ら, 2012) や、バース・プランを拒む医療者とそれに対抗する女性という位置関係であること (Kuebelbeck ら, 2011) を指摘している。同様に、北園他 (2016) は、胎児が致死的であると診断された女性 5 名の語りから、女性が希望を表出することは難しく、実現させるためには医療者の協力や病院の規則との折り合いが必要であったことや、「言っても仕方がない」と感じていたことを明らかにしている。

胎児異常を診断された女性と家族のうち、子どもの長期的な生存が見込まれない場合に提供されるケアにホスピス・緩和ケア (Perinatal Palliative Care : 以下 PPC) がある。PPC は成人のホスピス・緩和ケアを周産期に応用した概念で (Balaguer et al., 2012; Hoeldtke & Calhoun, 2001)、分娩前のカウンセリングと準備が中心的要素である (Calhoun et al., 1997; Calhoun et al., 2003)。この過程において、両親の意向や意思決定、および分娩・産後の介入を伝えるためのコミュニケーション・ツール (Kobler & Limbo, 2011) として、バース・プラン (Birth Plans : BP) や事前指示書 (Advance Directives : AD) の生成が支援されている。したがって、PPC の対象は子どもの長期的な生存が見込めない場合に限定されるが、胎児異常を診断された女性の希望を尊重したケアであると言える。

そこで研究者らは、これまで周産期看護で活用されている BP に PPC の概念を応用し「バース&ペアレンティング・プランニング・プログラム : Birth & Parenting Planning Program (以下、BPPing プログラム)」を展開することにより、胎児異常が診断されるという難しい状況において女性の希望を尊重したケア実践に繋がるのではないかと考え、本研究の構想に至った。

II. 目的

本研究の目的は、胎児異常を診断された女性に対し「バース&ペアレンティング・プランニング・プログラム (以下、BPPing プログラム)」を開発し、プログラムを提供された群 (介入群) と提供されなかった群 (対照群) を比較し、プログラムの効果を評価することであった。仮説は以下の 2 つとした。

仮説 1) 介入群は対照群と比べ、希望を記述した文書 (Birth Plan / Birth & Parenting Plan : 以下、

BP/BPP と略す) を提出した女性の割合が高い。

仮説 2) 記述された希望内容の豊かさやオリジナリティにおいて、介入群と対照群で違いを認める。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

準実験研究デザイン。

2. 研究参加者

1) 研究対象者

胎児診断を行う周産期センター1 施設の産科外来に受診した女性のうち、診療録から以下の基準を満たした者とした。

[適格基準]

- ① 妊娠 22 週以降である。
- ② 20 歳以上の女性で、日本語による意思疎通、および日本語の読み書きができる。
- ③ 研究協力施設で分娩予定である。

[除外基準]

- ① 精神科または心療内科で処方された薬を内服している方。
- ② 研究対象施設の初回受診が母体搬送であった方。
- ③ 研究協力施設を初診の際、IUID を診断された方。
- ④ 胎児診断後に管理入院となった方。
- ⑤ 研究に参加することが不適切であると産科主治医が判断した方。

2) 2 群の割り付け

対照群に対するケアのコンタミネーションを避けるために、対象者の割り付けは次の手順で行った。まず、研究参加の基準を満たした女性に対しリクルートを行い、研究対象施設の通常ケアを受けている群（対照群）として割り付けた。次に、対照群すべての分娩が終了した後、1 か月程度の移行期間を設けた後に、研究協力施設においてプログラムを開始し、プログラムを提供した群を介入群として割り付けた。

3. 参加者の選定とリクルート方法

参加者の選定およびリクルートは以下の手順で行った。

- 1) 胎児異常が診断され、研究対象施設での妊娠・分娩管理が望ましいとカンファレンスにて決定した患者のうち、適格基準に該当し、かつ除外基準に該当しない女性を研究代表者が選出し、主治医から許可を得た。

- 2) リクルート開始前に女性とラポールの形成を十分に行った。ラポールが形成された後、研究参加者の基準を満たす女性に対し研究代表者または研究協力者が研究の説明をしても良いか伺い、良い場合に文書と口頭にて研究目的と方法、個人情報保護、期待されるメリット、および起こりうるデメリットについて説明した。研究参加の同意が得られたら、「研究への参加・協力の同意書」には女性および配偶者／パートナーの双方に自署していただくことを説明した。同時に、「研究の協力撤回書」と切手を貼った封筒をお渡しした。
- 3) 研究の説明後、日を改めて同意書を提出する場合は、研究協力施設の産科外来受付で、研究代表者、または研究分担者を呼び出し、手渡しで提出していただいた。
- 4) 毎週更新される患者一覧表を用いて、研究参加期間内に研究参加後に除外基準に該当しないかを確認した。

4. 介入

介入群には、予備研究と文献検討を参考に開発した BPPing プログラムを提供した。一方、対照群には研究協力施設における通常ケアを提供した（表 1）。

介入群に提供するプログラムは、「女性の希望表明が促進され、医療者や家族と共有できること」、「周囲から適切な支援が得られたと女性が認識すること」、および「医療者のケアに満足すること」を目標に実施した。プログラムの骨子は、(1) 女性—助産師間の話し合い（導入：プログラム紹介と介入媒体の提供、情報提供、希望の明確化支援）、(2) 分娩・産後を担当する医療者への伝達、で構成した。

介入の同等性と客観性を確保するために、介入時はプライバシー配慮し、部外者の観察による確認は行わず実施者自身がチェックリストを用いて行った。研究代表者、および研究協力者は手順通りに介入が行われているか、1週間毎に記入されたチェックリストを確認した。

5. データ収集および分析方法

1) 評価指標

(1) 量的データ

本プログラムが女性の希望表明に対する促進の程度を数量的に明らかにするために、分娩時までの 2 群（介入群、対照群）の BP/BPP を提出した女性の割合を比較した。

分析方法は、BP/BPP を提出したか否かと群（介入群、対照群）のクロス集計表を作成し、フィッシャーの正確確率検定を行った。いずれ場合も有意水準は 5%、両側検定とした。分析には SPSS ver26.0 を用いて統計処理を行った。

(2) 質的データ

量的評価を補完するために BP/BPP の記述データを収集した。それらに基づき女性の希望内容の豊かさやオリジナリティを質的に分析し、介入群と対照群の違いを探索した。

分析は、ベレルソン・B の手法（舟島，2008）を参考に分析した。文脈単位は一人の記述全体とした。質問内容に沿って研究の問いを「女性はBP/BPPにどのような希望を記述していたか」に設定し、問いに対する回答を一つ含む文章もしくは単語を記録単位とした。1つの文脈の中で研究の問いの回答が複数あった時は、内容ごとに分割し、複数の記録単位とした。記録単位を基に一覧表を作成し、研究の問いの回答となる記録単位を類似性に沿ってまとめ、カテゴリ表を作成し、介入群・対照群による違いを探索した。

研究の信頼性を確保するために、分析に際し助産学・母性看護学の教員からスーパーバイズを受けた。また、舟島（2007）を参考に全記録単位の20%に当たるカテゴリの再分析を修士の学位を持つ研究協力者に依頼し、研究代表者と研究協力者間のカテゴリの一致率をスコットの式に基づき算出した。

2) 研究参加者の属性

研究対象施設の診療録から、①基本属性（年齢、婚姻状態、産科歴、家族背景）、②妊娠・分娩経過（研究協力施設の初診時期、初診時から分娩までの期間、妊娠の転帰）、③子どもの状態と転帰（子どもの疾患、子どもの予後予測、周産期喪失の場合はそのタイプ）を収集し、基本統計量を算出した。両群のベースラインの差の検定では、比尺度にはt検定、名義尺度には χ^2 検定、期待度数5未満ではフィッシャーの正確確率検定のいずれかを使用を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究は胎児に異常が見つかるという喪失体験の渦中にある女性を対象としており、倫理的配慮には充分留意した。研究に先立ち十分なラポール形成を行い、研究の説明に同意が得られたのちに文書と口頭で説明を行った。その際、研究協力は自由意思であること、いつでも取りやめができること、協力を辞退することによる不利益がないことを説明した。また、研究に参加することが原因で発生した心理的負担に対しては、生殖心理カウンセラーに紹介し、カウンセリングに要した費用を研究代表者が負担することとした。しかし、そのような事象は発生しなかった。

研究参加者の匿名性を守り、個人情報に関わるものは厳重に取り扱った。個人情報に関わるデータはパスワードをかけ、紙媒体は研究協力施設内の鍵のかかる場所で保管した。個人情報が含まれる資料は研究終了後、裁断、消去することとした。ただし、研究のために収集または生成した資料、情報、データなどのうち、個人情報を匿名化したものについては、研究成果を再現できるように、少なくとも5年間厳重に保管することとした。

なお、本研究は所属施設、および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得てから実施した（聖路加国際大学研究倫理審査委員会 承認番号18-A035、神奈川県立こども医療センター倫理委員会 承認番号111-10）。

IV. 結果

1. 研究参加者

62名（対照群32名，介入群30名）から同意が得られ，介入期間中に介入群7名（21.9%），対照群4名（13.3%）が脱落した。脱落理由は，介入群は「管理入院（4名）」，「介入実施前の分娩（2名）」，「キーパーソンの精神科状態悪化（1名）」，対照群は「他院への転院（2名）」，「管理入院（2名）」であった。本研究では産後1ヶ月まで参加した51名（対照群26名，介入群25名）を最終分析対象とした。

1) 基本的属性

研究参加者のデモグラフィックデータを表2に示した。研究参加者の年齢は24～43歳，介入群34.0 [SD 5.05] 歳，対照群33.0 [SD 5.10] 歳であった。研究参加者が初めて研究対象施設を訪れた時期（以下，初診時期）は妊娠19.9～38.7週で，介入群28.6 [SD 4.09] 週，対照群28.5 [SD 4.52] 週であった。

2) 妊娠・分娩経過

研究参加者の分娩転帰を表3に示した。分娩時期は36.3～41.4週，介入群38.9 [SD 1.07] 週，対照群38.7 [SD 1.20] 週，分娩様式は経膈分娩24名（介入群14名，対照群10名），帝王切開27名（介入群11名，対照群16名）であった。分娩開始時の子どもの状態は，生存49名（介入群23名，対照群26名）で，子宮内胎児死亡が確認されていたのは2名（介入群2名，対照群0名）であった。

3) 子どもの状態と転帰

研究参加者の子どもの胎児診断は，先天性心疾患18名（介入群9名，対照群9名），頭蓋顎顔面疾患9名（介入群4名，対照群5名），神経管閉鎖障害4名（7.8%），先天性横隔膜ヘルニア4名（介入群3名，対照群1名），染色体異常3名（介入群1名，対照群2名），消化管閉鎖3名（介入群2名，対照群1名），神経管閉鎖障害4名（介入群3名，対照群1名），その他10名（介入群3名，対照群7名）であった。

子どもの転帰は生産49名（介入群23名，対照群26名），死産（介入群2名，対照群0名）であった。生産のうち36名（介入群18名，対照群18名）がNICUに収容されていた。

1か月後の子どもの状態は，生存45名（介入群21名，対照群24名），死亡6名（介入群4名，対照群2名）であった。

4) 研究参加者のデモグラフィックデータの群間比較

出産経験（初産の別）は，初産20名（介入群5名，対照群15名），経産31名（介入群20名，対照群11名）であり，介入群は対照群と比べ，有意に初産より経産が多く，出産経験に2群間で有意違いを認めた（ $\chi^2=7.596$ ， $p=0.006$ ）。それ以外の研究参加者の基本的属性では，2群間で有意な違いを認めなかった。同様に，妊娠期の胎児診断と予後予測，および分娩・子どもの転帰について，2群間で違いを認めなかった。

2. 仮説の検証

1) BP/BPP を提出した女性の割合

分娩までに BP/BPP を提出した女性の割合は、介入群 96% (24 名), 対照群 7.7% (2 名) であった (表 4)。群間の比較によれば、介入群は対照群と比べ有意に BP/BPP を提出した女性の割合が多かった ($p < 0.001$)。

介入群は 1 名を除き、BP/BPP を提出していた。一方、対照群で BPP/BP を提出した女性は 2 名であった。この両者は子どもの看取りが想定され、通常ケアの場合にも BP の情報提供が考慮されるケースであった。

研究協力者の属性のうち、出産経験 (初経産) に有意差を認めたことから、「出産体験」による層別化を行った Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) 検定を行った (表 5)。なお検定の際には、0 値のセルには 0.5 を代入し統計量を算出した。その結果、共通オッズ比 34.224 (95%CI: 4.460-262.628) であり、出産経験に関係なく介入群は対照群と比べ有意に BP/BPP を提出した女性の割合が高かった ($p < 0.001$)。

2) BP/BPP の記述データに基づく希望内容

BP/BPP の提出があった 26 名 (介入群 24 名, 対照群 2 名) の記述データを基に「女性は BP/BPP にどのような希望を記述していたのだろうか」の問いに従って、研究参加者の希望内容を分析した。分析には話し合いによって助産師が記入した記述も含めた。

記述データは 233 記録単位に分類された。そのうち、研究の問いに該当しないもの、意味内容が判断できないもの 33 記録単位を除く 200 記録単位を今回の分析対象とした。

(1) 抽出したカテゴリ

分析結果を表 6 に示した。94 記録単位群, 47 サブカテゴリから成る【分娩期の意向】、【親役割・育児行動の遂行】、【家族の尊重】、【子どもの安寧】、【治療方針に対する意向】、【出生の記録や記念の保存】、【産後の母体への支援】、【今はあえて何も考えない】、計 8 カテゴリを抽出した。カテゴリの再分析による一致率は 84.4% であった。

(2) 2 群間の比較

分析結果を 2 群間で比較してみると、一人当たりの記録単位数、すなわち表明した希望内容数は 2~21 個で、介入群は平均 7.75 [SD 4.40] 個, 対照群は 7.0 [SD 4.24] 個であった。

希望内容は共通性に従って 8 カテゴリに分類できたが、「誰」が、「誰」と、「いつ」「どのようなタイミング」で、「どのように」行うのか、その希望を「実施したい/したくない」といった希望の方向性や詳細、その希望に至った背景は女性それぞれ異なっていた。また、94 記録単位群のうち、57 記録単位群が一人の女性が表出した希望であり、多様性・個別性に富んでいた。

V. 考察

1. 参加者の属性

本研究では、介入群は初産 5 名 (20%)、経産 20 名 (80%)、対照群は初産 15 名 (57.7%)、経産 11 名 (42.3%) であり、出産経験の有無に有意な違いを認めた。これには、リクルートの際に層別割り付けを用いず、各群のリクルート期間に組み入れ基準に該当した女性を順番に研究協力者として組み入れたことが影響していると考えられる。介入群のリクルート期間において偶発的に経産婦が多く、その結果、介入群に経産婦が多く組み入れられた。この点を踏まえ、出産経験がアウトカム指標に与える影響を明らかにするために層別解析を実施したが、出産経験が結果に与える影響は認めないことが確認された。したがって、本研究結果はプログラムによる効果であったとして次に考察する。

2. 希望を表明する機会を得る

BP/BPP を分娩前までに提出した女性は介入群 24 名 (96.0%)、対照群 2 名 (7.1%) であり、介入群は対照群と比べ、分娩前までに BP/BPP を医療者に提出した女性の割合は高かった。

本プログラムの第 1 段階は、胎児異常が診断されるという状況において「希望を表明する機会を作る」ことであった。対照群の BP/BPP 提出率は 7.7% であり、予後が厳しい染色体異常が診断された女性と予後不良な経過が想定された女性だけが BP/BPP を使用していた。つまり、対照群において BP/BPP を用いて希望を表出する機会があったのは特定の女性だけであった。これは、ハイリスク妊娠を対象にした BP に関する研究の多く (馬場・服部, 2015; English & Hessler, 2013; 北園他, 2018; Kobler & Limbo, 2011; Leong Marc-Aurele & Nelesen, 2013) が、子どもの看取りを想定した場合に限定している点と共通していた。一方、介入群の BP/BPP 提出率は 96% であり、PPC を選択した女性の 83% が BP を提出したという Leong Marc-Aurele & Nelesen (2013) の報告を上回っていた。これらの女性には、予後不良な経過が想定された女性だけでなく、様々な状況の女性が含まれていた。

加えて、本研究は対象者全員に BP の事前説明を行った場合 (介入群) と、一部の人に BP の事前説明を行った場合 (対照群) の比較であり、BP の事前説明の範囲が異なる 2 群の比較であった。そのためこの点を考慮し、北園他 (2018) において BP の事前説明があった女性 69 名 (事前説明あり群) との比較をしてみると、本研究の介入群は予備研究における事前説明あり群と比べ、有意に BP/BPP を提出した女性の割合が高かった ($p < 0.001$)。予備研究 II における BP の支援は、多くが分娩入院時に導入され、妊娠期の話し合いは行われず介入ツールは使用していなかった。つまり、本研究の対照群と同様の方法で行われていた。したがって、BP の事前説明の範囲が同様の群との比較においても、本研究の介入によって BP 提出率は上昇したと解釈できる。

3. 希望を言語で表現する

提出された BP/BPP の希望内容は 8 カテゴリに集約され、共通性があることが確認できた。その一方で、「誰」が「いつ」、「どのように」実施するのか、また希望をするか否かという意向の方向性や希望の背景にある思いは多様であった。例えば、多くの女性に認めたく分娩時の付き添い > のように、側にいて欲しい人は「夫」、「誰か」、「実母」であり、「立ち合いして欲しい」、「希望しない」という意向の方向性の違いを認めた。夫の立ち合いを希望しない場合でも「陣痛中はいて欲しいが、いきむ姿を見られたくない」と努責が入るタイミングでの退出を望む声もあり、他者と側にいて欲しいタイミングが異なる場合もあった。また < 子どものそばにいる > では、「母児同室」の他、「できるだけ子どもと一緒に過ごす、短時間でもそばにいる」等、子どもの疾患によって看取りや母子分離が免れない中、それぞれの方法で子どものそばにいたいという心情に基づく内容であると考えられた。

米国の高次病院で分娩した女性 104 名の調査 (Mei et al., 2016) によれば、女性の BP は 23 項目あり、そのうち女性の半数以上が疼痛管理、オキシトシン、会陰切開、持続的な輸液や分娩監視モニタリングなどの医療介入を「実施しない」こと、そして分娩中に自由に動き水分を取ること、臍帯結紮を遅らせること、出産後すぐに子どもを抱くこと、母乳のみを与えることを希望していたことが明らかになっている。Aragon et al. (2013), Deering et al. (2007), Pennell et al. (2011) も同様、女性の BP を内容の共通性に沿って分類し、希望する女性が多い内容とそうでない内容を明らかにしている。これらは、希望する女性が多い内容を医療者が予め把握し、女性への配慮や提案が可能であることを示している。

本研究では、女性の希望に共通性があることはもちろん、同じカテゴリ内の希望であっても希望の方向は必ずしも同じではなく、微妙に異なり個別性に富んでいることが示された。また〔今はあえて何も考えない〕に代表されるように、今は何も考えず産まれてから考えたいという意向も認め、希望を表明するタイミングに特別なニーズがあった。これは、苦しい状況に在る女性の個別のコーピングとして尊重されるべき点であり、女性の思いを確認して初めて得られる情報であった。つまり、女性の真のニーズに沿ったテーラーメイドなケアを提供するためには、女性が希望を伝える機会を作り、対話することが必須であると言える。

VI. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある、

- 1) 研究参加者の属性に出産経験の違いを認めている。今後はリクルートの段階で層別割付を行い、群間の属性を同等に保つことを考慮する必要がある。
- 2) 本研究では、対象者全員に BP の事前説明を行う場合 (介入群) と対象者の一部を選んで BP の事前説明を行う場合 (対照群) の比較を行った。そのため BP を導入する対象範囲が異なる 2 群の比較であったことから、この違いが結果に影響を与えた可能性は否定できな

い。今後の研究においてプログラムとしての介入効果を確認するためには、比較群の設定を再考する必要がある。

- 3) 体験の繊細さから、参加者に負担のない評価指標を用いることを最優先し、プログラムの評価に標準化された心理指標を含めなかった。今後は、妊娠・出産の過程で女性の希望を聞くこと、あるいは希望を聞く機会がないことが産後のメンタルヘルスにどのように影響するか検討していく必要がある。
- 4) 本研究のプログラムの開発および実際の介入は研究代表者と研究協力者の2名が中心に行なった。データ入力にはリサーチ・アシスタントに依頼し、分析の段階で番号化されていた。しかしながら、研究代表者は介入とデータ分析双方に関わっており、盲検化に課題を残している。

以上を踏まえ、今後も研究を積み重ね、本プログラムを洗練させていくことが課題である。

VII. 結論

希望を記述した文書 (BP/BPP) を提出した女性は介入群 24 名 (96.0%)、対照群 2 名 (7.7%) であり、介入群は対照群と比べ、BP を提出した女性の割合は有意に多かった ($p < 0.001$)。よって、仮説 1「介入群は対照群と比べ、希望を記述した文書 (BP/BPP) を提出した女性の割合が多い」は支持された。BP/BPP に記された女性の希望には共通性と個別性の双方があり、これらは医療者が女性の思いを確認して初めて得ることができる情報であることがわかった。

したがって、本プログラムは女性が文書を用いて希望を表出する機会を作り、個別性に富んだ希望を女性—医療者間で共有する一助となっていたことが示唆された。

文献

- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Klufinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985.
- 荒木奈緒 (2011). 異常を診断された胎児と生きる妊婦の経験. *日本看護科学会誌*, 31(2), 3-12.
- 馬場枝里香, 服部律子 (2015). 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. *岐阜県立看護大学紀要*, 15(1), 3-15.
- Balaguer, A., Martin-Ancel, A., Ortigoza-Escobar, D., Escribano, J., & Argemi, J. (2012). The model of palliative care in the perinatal setting: A review of the literature. *BMC Pediatrics*, 12, 25-2431-12-25.
- Calhoun, B. C., Reitman, J. S., & Hoeldtke, N. J. (1997). Perinatal hospice: A response to partial birth abortion for infants with congenital defects. *Issues in Law & Medicine*, 13(2), 125-143.

- Calhoun, B. C., Napolitano, P., Terry, M., Bussey, C., & Hoeldtke, N. J. (2003). Perinatal hospice. comprehensive care for the family of the fetus with a lethal condition. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48(5), 343-348.
- Deering, S. H., Zaret, J., McGaha, K., & Satin, A. J. (2007). Patients presenting with birth plans: A case-control study of delivery outcomes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 52(10), 884-887.
- English, N. K., & Hessler, K. L. (2013). Prenatal birth planning for families of the imperiled newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 42(3), 390-399.
- 舟島なをみ. (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 東京: 医学書院.
- Hoeldtke NJ, Calhoun C. B. (2001). Perinatal hospice. *Am J Obstet Gynecol*, 185(3), 525-529.
- 北園真希, 布施明美, 関千明, 蛭田明子, 堀内成子. (2018). 周産期喪失を体験している女性と家族がバースプランを使用する意義. 母性衛生.
- 北園真希. (2016). 子どもが重篤な状態と知りながら妊娠を継続した女性たちの意思決定における体験. 日本助産学会誌, 30(2), 277-289.
- Kobler, K., & Limbo, R. (2011). Making a case: Creating a perinatal palliative care service using a perinatal bereavement program model. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 32-41; quiz 42-3.
- Kuebelbeck A., Davis D. L., (2011). *A gift of time continuing your pregnancy when your baby's life is expected to be brief*. Maryland: The Jone Hopkins Press.
- Leong Marc-Aurele, K., & Nelesen, R. (2013). A five-year review of referrals for perinatal palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1232-1236.
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth plans: What matters for birth experience satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 43(2), 144-150.
- Minnick MA., Delp KJ., Ciotti MC. (2012). *A time to decide a time to heal: For parents making difficult decisions about babies they love (5th ed.)*. Michifan: Pineapple Press.
- Pennell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anesthesia and analgesia—Related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 376-381.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2005). The travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(3), 307-318.

資料

表 1 介入群と対照群に提供するケアの違い

相違点	介入群	対照群
名称	バース&ペアレンティング・プランニング (BPPing)	バース・プラン (BP)
希望を表す用紙の名称	バース&ペアレンティング・プラン (BPP)	バース・プラン (BP)
希望を記述する用紙の形式	両群共通： 「今回の妊娠・出産への気持ち、お子さまへの思い」 「現在の気持ち・知りたいこと」 「お産のときどう過ごしたいか」 「お子さまとの過ごし方、お子さまにしてあげたいこと」 の4項目に分類された自由記述式	
対象	子どもの看取りが想定される場合、そうでない女性も含む、胎児異常が疑われる女性全員	IUFD, TFA, あるいは出産後子どもの看取りが想定されている女性限定
導入開始時期 ^{注1)}	妊娠 22 週以降, できるだけ早期	多くが分娩のための入院時
記述された希望や価値に基づいた話し合いの時期 ^{注1)}	病状説明後 (22 週未満は 22 週以降の受診時), ②初回介入後 1-2 週間, ③妊娠後期, 3 回と, 女性の要望があった時に実施	話し合いは妊娠期には実施されない
チーム内での共有 ^{注1)}	妊娠中に BPP を受け取り, 控えを取る話し合いの内容を電子カルテに記載する BPP 用紙とともに, 希望内容を分娩・産後に関わる医療者 (看護師・助産師, 産科医, 新生児科医, 新生児病棟看護師・助産師) に伝える	BP を受け取って控えを取る 分娩・産後を担当する産科病棟の看護師・助産師で共有する
介入ツールの使用 ^{注1)}	冊子「あなたの希望を支えるバース&ペアレンティング・プランニング」の使用	なし

注 1) 対照群には明確な手順・基準はなく, 個人の裁量に任されている

表 2 研究参加者の属性

				N=51		
	(範囲)	介入群 (n = 25)	対照群 (n = 26)	t値 /	χ ² 値	p値
		Mean[SD]/n(%)	Mean[SD]/n(%)			
年齢	(24-43) (歳)	34.0 [5.05]	33.0 [5.10]	0.729	-	0.469
初診時期	(19.9-38.7) (週)	28.6 [4.09]	28.5 [4.52]	0.025	-	0.980
婚姻状態						
	既婚	25 (100.0)	25 (96.2)			
	未婚	0 (0.0)	1 (3.8)		-	0.510
胎児数						
	単胎	25 (100.0)	25 (96.2)			
	多胎	0 (0.0)	1 (3.8)		-	0.510
出産経験						
	初産	5 (20.0)	15 (57.7)			
	経産	20 (80.0)	11 (42.3)		7.596	0.006 *
帝王切開既往 (経産婦のみ：n=31)						
	無	15 (71.0)	7 (63.6)			
	有	5 (29.0)	4 (36.4)		-	0.683
周産期喪失の経験						
	無	16 (64.0)	17 (65.4)			
	有	9 (36.0)	9 (34.6)	0.110		0.918

*:p<0.05

表 3 分娩転帰

		N=51 ^a						
	(範囲)	介入群 (n = 25)		対照群 (n = 26)		t値	χ ² 値	p値
		Mean[SD]/n(%)		Mean[SD]/n(%)				
分娩時期	(36.3-41.4) (週)	38.9 [1.07]		38.7 [1.20]		0.900	-	0.373
初診から分娩までの期間	(0.9-19.0) (週)	10.4 [4.05]		10.1 [4.56]		0.206	-	0.838
分娩様式								
経膣分娩		14 (56.0)		10 (38.5)		-	0.956	0.406
帝王切開		11 (44.0)		16 (61.5)				
※経膣分娩の場合 (n=24)								
分娩所要時間	(2.1-25.2) (時間)	6.2 [5.97]		5.8 [4.40]		0.154	-	0.879
子宮収縮剤の使用								
	無	6 (42.9)		8 (80.0)		-		0.080
	有	8 (57.1)		2 (20.0)				
機械分娩								
	無	13 (92.9)		10 (100.0)		-		0.583
	有	1 (7.1)		0 (0.0)				
会陰切開								
	無	11 (78.6)		4 (40.0)		-		0.067
	有	3 (21.4)		6 (60.0)				
会陰裂傷								
	無	3 (12.5)		0 (0.0)		-		0.180
	I-II度	11 (87.5)		10 (100.0)				
※帝王切開の場合 (n=27)								
予定か緊急か								
	予定	8 (72.7)		6 (37.5)			3.240	0.072
	緊急	3 (27.3)		10 (62.5)				
帝王切開の理由 ¹⁾								
	母体要因	4 (36.4)		5 (31.3)		-		0.551
	胎児要因	7 (63.6)		11 (68.8)				
分娩開始時の子どもの状態								
	生存	23 (92.0)		26 (100.0)		-		0.235
	子宮内胎児死亡	2 (8.0)		0 (0.0)				
子どもの転帰								
	生産	23 (92.0)		26 (100.0)		-		0.235
	死産	2 (8.0)		0 (0.0)				
※生産の場合 (n=49)								
APS ²⁾								
	1分値	6.83 [2.3]		7.15 [2.01]		0.530	-	0.598
	5分値	7.96 [1.9]		8.12 [1.73]		0.308	-	0.759
臍帯血ガスPh								
		7.31 [0.1]		7.30 [0.06]		0.464	-	0.645
NICU収容								
	無	5 (21.7)		8 (30.8)		0.511	-	0.475
	有	18 (78.3)		18 (69.2)				
産後1ヶ月の子どもの状態								
	生産	21 (84.0)		24 (92.3)		-		0.419
	死亡	4 (16.0)		2 (7.7)				

a: 各項目に該当しないものは示していない 1)【母体要因】:既往帝王切開・分娩停止, 【胎児要因】:NRFS, 骨盤位, 多胎, 胎児疾患のため(髄膜瘤や治療のための計画分娩など) 2)Apgar Score

表 4 BP/BPP を提出した女性の割合

				N=51
		介入群 (n = 25)	対照群 (n = 26)	p 値
BP/BPP提出				
無	1	(4.0)	24	(92.3)
有	24	(96.0)	2	(7.7)
				<0.001 *

表 5 出産経験（初経産）で層別化したBP/BPP提出の有無

		N=51	
		BP/BPP提出	
		無	有
初産	対照群	13	2
	介入群	0 ^a	5
経産	対照群	11	0 ^a
	介入群	1	19

Mantel-Haenszelの統計量

自由度	1
χ^2 値	12.893
p値	< 0.001
共通オッズ比(95%CI)	34.224 (4.460 - 262.628)

^a: Mantel-Haenszel検定の際には0.5を代入

表6 BP/BPPの記述データに基づく希望内容のカテゴリ表

カテゴリ	記録単位数 (%)	サブカテゴリ	記録単位群	介入群	対照群	
分娩期の意向 (40%)	80	分娩時の付き添い	20 夫に側にいて欲しい	11		
			夫立ち合いしても可	2		
			夫立ち合いを希望しない	2	1	
			誰かに側にいて欲しい、一人にしないで欲しい	3		
			実母の付き添い	1		
		出生直後の 子どもと触れ合い	14	子どもに触れる 早期母子接触（カンガルーケア）	4	1
					9	
		分娩時の環境調整	12	音楽、映像鑑賞 光の調整 アロマオイルの使用 他者に気を遣わない環境	8	
					2	
					1	
					1	
		分娩様式や医療介入	10	経膈分娩したい 必要最小限の医療介入 浣腸してほしい 会陰切開をしない	4	1
					2	
					2	
					1	
		リラクゼーション	8	リラックスして分娩に臨む いつも通り過ごす お守りを手に握る 家族の顔をみてから手術に臨む 気持ちが和らぐような援助	4	
					1	
					1	
					1	
					1	
分娩時の苦痛緩和	7	分娩中の過ごし方に関するアドバイス 疼痛緩和 努責時の肛門圧迫	3			
			2	1		
			1			
分娩時の状況説明	3	状況の把握 医療介入の際の説明	2			
			1			
胎盤を見る	3	胎盤を見る	3			
分娩時の自由な行動	2	分娩時の自由な行動	2			
母児ともに安全な出産	1	母児ともに安全な出産	1			
親役割・ 育児行動の遂行 (21.5%)	43	母乳育児	14 搾乳を頑張る	2		
			初乳・母乳をあげる	9		
			直接授乳	3		
		子どものそばにいる	10	母児同室する できるだけ子どもと一緒に過ごす、短時間でもそばにいる	2	
					7	1
		自分と子どものペースで過ごす		4		
		抱っこする	4	抱っこする 上の子が寝ている間、いっぱい抱っこする	3	
					1	
		子どもにしてあげられる ことは全てする	3	してあげられることは全てしてあげたい 子どもにできる限り直接関わりたい	2	
					1	
		子どもの状態の理解と 把握	2	検査や子どもの様子を知る 退院後、子どもの病気に関して予想される症状対処法の把握する	1	
					1	
		沐浴	2		1	1
		おむつ交換	1		1	
		一緒に遊ぶ	1			1
		子どもの爪切り	1		1	
子どもの肌に適した洗浄 剤の使用	1	上の子の皮膚が弱く乳児期から肌トラブルがあったため、沐浴は石鹸ではなく クレイを使いたい	1			

注：表中の■は、一人の女性のみが表出した希望を示す

※次のページに続く

カテゴリ	記録単位数 (%)	サブカテゴリ	記録単位群	介入群	対照群
家族の尊重	22 (11.0%)	家族の面会	13 面会：同胞	9	
			出産後に夫と子どもの面会を希望する		1
			生まれたままの姿での祖父母面会	1	
			面会：実弟	1	
		夫の抱っこ	3 産まれたらまず夫に抱っこさせてほしい	1	
			夫が抱っこできるまで子どもに頑張ってもらいたい	1	
			夫に抱っこさせてあげたい	1	
		夫が分娩に参加できるよ うな配慮	4 夫に分娩時にできることを教えてあげて欲しい	2	
			夫の臍帯切断	1	
		家族で過ごす	2 出産後、夫と3人で過ごしたい	1	
家族での生活を送りたい	1				
子どもの両親が望めば、祖父母にも病状説明へ同席することを許可してほしい				1	
子どもの安寧	18 (9.0%)	無事に産まれる	13 元気に生まれてきてほしい	6	
			生きて生まれて欲しい	2	
			無事に生まれてほしい	2	
			強く生まれて欲しい	1	
			元気な子どもを見て安心したい	1	
			子どもにとって安全な出産	1	
		子どものコンフォート	3 子どもの苦痛緩和		1
			少しでも子どもにストレスが無い、苦しまない	2	
		病気・治療を乗り切る	2 治療を乗り切って、家で家族で過ごしたい	1	
			病気の部分がきれいに治って欲しい	1	
治療方針に対する 意向	12 (6.0%)	子どもの状況を 優先する	5 子どもの状況を優先して欲しい	3	
			子どもの健康面を第一に考えたい	1	
			子どもの側にいたい、保育器に入る必要がある場合は、親子別室でもよい		1
		子どもにとって無理な延 命治療はしない	2 外科的治療まで持たずに気管切開になる場合は、それ以上の延命治療は望まない	1	
			子どもに無理な延命措置は希望しない		1
		治療に関することは医療者にお任せする		1	
		出生時に改めて治療の最終判断をする		1	
		母体か子どもかの選択の際には、母体を優先する		1	
		遺伝など夫婦の今後につながる検査は行う			1
		羊水排液はしばらくしない		1	
出生の記録や記念 の保存	12 (6.0%)	写真・ビデオ撮影	6 産まれたばかりの子どもの写真	3	
			写真・ビデオ撮影	1	
			写真撮影	1	
			上の子たちと同じタイミングでの出生時の写真撮影	1	
		手型・足型	4 手型・足型	4	
			家族写真	2 産まれたての姿と一緒に写真を撮りたい	
産まれた直後、家族写真をとりたい	1				
産後の母体への支 援	11 (5.5%)	産後の骨盤ベルトの使用		4	
		産後の休息	3 できるだけ休みたい・ゆっくりしたい	2	
			帝王切開の場合は、母体を優先させてほしい		1
		術後の疼痛コントロール		1	
		産後の早期退院		1	
		排尿コントロールが上手くいかず、間に合わないことがあったため個室を使用したい		1	
		「赤ちゃんは親を選んで生まれてきた」「手術でキレイになる」等の言葉かけはしないで欲しい		1	
今はあえて何も考 えない	2 (1.0%)	産まれてみてみなければ何もわからないので、今はあえて何も考えず家族の時間を楽しむ		1	
		いろいろ考えるとやらなきゃいけないと思ってしまうので考えないようにしている。産まれてからやりたいと思ったことをやる		1	
総計				200	186 14

注：表中の [] は一人の女性のみが記した記録単位群を示す