

# 看護者の認識に基づいた 周産期ファミリーケア教育プログラムの作成

横尾京子, 中込さと子, 藤本紗央里

- キーワード (Key words) : 1. NICU (NICU)  
2. 周産期 (Perinatal period)  
3. ファミリーケア (Family care)  
4. 教育プログラム (Education program)

周産期医療の実践現場では、妊娠期から継続した、親子関係・愛着形成、危機反応や悲嘆反応、ジレンマを伴う意思決定、スピリチュアリティに対応し得る包括的アプローチとしてのファミリーケアが必要である。しかし、この実践のための包括的教育プログラムはない。そこで、看護者が認識するファミリーケア実践上の問題および研修へのニーズを明らかにし、周産期ファミリーケア教育プログラムを作成することとした。

調査は、郵送法による構成型質問紙（一部自由記）調査とし、2008年3月18日から2008年4月18日までの期間で実施した。対象は、臨床看護に従事する日本新生児看護学会会員576名とした。質問内容は、勤務場所、経験年数、周産期ファミリーケアに関する問題、ファミリーケアに関する研修会へのニーズとした。分析は記述的に行った。

質問紙は215名から回収した（回収率37.3%）。回答が半数を超えたのは、よく挙がるファミリーケアの問題として「親が子どもの病気や経過、治療・ケア内容を正しく理解できない」と「面会回数が少ない」、ファミリーケアの実践で難しいと思われることとして「実施したケアの結果を確認できないので、“あれでよかったのか”と不安全感が残る」、希望する研修内容として「NICUに入院した子どもの母親・父親の意思決定を支えるための介入やケア」「NICUに入院した子どもの母親・父親の危機状況に対する介入やケア」「親・家族との面接・カウンセリング技法」「NICUに入院した子どもが死亡、あるいは死が切迫した場合のケア」であった。これらの結果から、PBL、ロールプレイ、事例検討、討論を含む1か月間の周産期ファミリーケア教育プログラムを作成した。

## はじめに

周産期医療現場では、流死産によって子どもと死別した親、早産により子どもの生命が脅かされる体験をした親、あるいは子どもの先天異常をめぐる様々な課題に取り組む親と出会う。このような親のケアに共通することは、親子関係を築き始める極めて早い時期であること、わが子（胎児や新生児）の存在を通して親が衝撃を受ける状況危機であること<sup>1)</sup>、ジレンマを伴う意思決定を要すること<sup>2)3)</sup>、さらに「生命とは何か」を問う体験であることである。したがってこのような家族に対しては、親子関係・愛着形成、危機反応や悲嘆反応、ジレンマの中での意思決定、さらにスピリチュアリティ<sup>4)</sup>に対応しうる包括的アプローチとしてのファミリーケアが必要であると考えられる。

しかしながら、現在の看護学学士課程の到達目標は、正常な生理的経過をたどる妊産褥婦と新生児への看護ケアが自立して行うまでとしている<sup>5)</sup>。また卒業後も、包括的に教育を受ける機会がなく、実情は、各々の周産期

医療機関の限られた知識と経験で対応せざるを得ないため、看護者は自己の看護ケアに不安全感を抱き、看護職者自身も鬱状態に陥ることがある<sup>6)</sup>。現状のままでは、看護者は、ファミリーケアの提供者としての社会的責務を十分に負うことはできないと考える。今後は、高度化する周産期医療に対応できる理論的基礎を習得し、ファミリーケアに関するアセスメント能力とケアスキルを備えた看護者を育てる必要がある。

そこで、看護者が認識するファミリーケア実践上の問題および研修へのニーズを明らかにし、周産期ファミリーケア教育プログラムを作成することとした。

なお、本調査では、周産期ファミリーケアを「周産期における親子関係・愛着形成過程、危機・悲嘆反応、意思決定過程、スピリチュアリティに対応する包括的アプローチ」として用いた。

## 調査方法

本調査は、広島大学大学院保健学研究科看護研究倫理

・ Developing a family care education program based on NICU nurses' perception.

・ 所属：広島大学大学院保健学研究科

・ 日本新生児看護学会誌 Vol.14, No.2 : 24 ~ 29, 2008

表1. 周産期ファミリーケアの実践枠組

基礎理論	家族の体験の特性	ファミリーケア 看護過程	ファミリーケア 技法	ファミリーケアの 連続性と協働
親子・家族関係の発達 親役割・家族機能 人体発生論 状況危機と愛着形成 周産期の喪失 意思決定過程 スピリチュアリティ 損傷の成傷機転論	早産 先天異常をもつ子ども 治療効果が期待できない 子どもの死・流死産経験者 遺伝性疾患家系 若年出産 文化や信念の違い	アセスメント 目標の設定 実施 評価	カウンセリング技法 意思決定を支える技法 子育て支援技法 連携・協働技法	ケアの場の連続性 ケア内容の連続性 チーム医療 社会資源の活用

周産期ファミリーケアとは：周産期における親子関係・愛着形成過程、危機・悲嘆反応、意思決定過程、スピリチュアリティに対応する包括的アプローチ

委員会の承認を得て実施した。調査は、郵送法による構成型質問紙（一部自由記載）調査とし、2008年3月18日から2008年4月18日までの期間で実施した。対象は、臨床看護に従事する日本新生児看護学会会員576名とした。

質問内容は、勤務場所、経験年数、ファミリーケアに関する問題、ファミリーケアに関する研修会へのニーズとした。ファミリーケアに関する問題および研修会へのニーズに関する選択肢は、先行研究<sup>7)</sup>および3施設のNICU看護者を対象とした面接調査結果から作成した周産期ファミリーケアの実践枠組（表1）を基に作成した。分析は、基本統計量を算出し、記述的に行った。

調査開始にあたり、日本新生児看護学会名簿の使用許可を得た。また、調査協力の依頼書には、調査目的と方法、自由意志による協力、結果の公表、プライバシーの保護について文書で説明し、協力可能な場合には回答用紙の返送を依頼した。

## 結 果

### 1. 回答者の背景

質問紙は215名から回収した（回収率37.3%）。回答者の勤務場所は、NICUや小児病棟系が185名（86.0%）、産科病棟系20名（9.3%）、その他（外来・混合病棟・看護部など）は10名（4.7%）であった。回答者の総看護経験年数は $15.6 \pm 8.1$ 年（1～40年）、その内、NICUや新生児看護経験年数は $8.8 \pm 5.0$ 年（1～30年）であった。

### 2. よく挙げられるファミリーケアに関する問題

「貴施設でファミリーケアの問題としてよく挙がるのは次のどれか」と質問した。その結果は、表2に示したように、半数を超えたのは、「親が子どもの病気や経過、治療・ケア内容を理解できない（受け入れられない）」と「親の面会回数が少ない」であった。「親の育児技術が未熟である」「親に合併症がある」「親としての自覚が

ない」「親の子どもへの愛情が感じられない」は、いずれも30%台であった。

### 3. ファミリーケアの実践で難しいと思われること

ファミリーケアの実践で難しいと思われることへの回答を表3に示した。最も多かったのは、「実施したケアの結果を確認できないので、“あれでよかったのか”と不全感が残る」であり、140（65.1%）であった。知識不足に関する選択肢では、「ファミリーケアに関する知識が少ないので、介入や対応に自信が持てない」は86（40.0%）、「心理的反応や愛着に関する知識が少ないので、アセスメントに自信がもてない」は78（36.3%）であった。管理の側面では、産科病棟や外来などとの連携不十分、あるいは看護師数不足のためにファミリーケアが十分にできないとの回答は、いずれも40%台であった。

### 4. ファミリーケアに関する研修の必要性和内容

ファミリーケアに関する研修が「必要」との回答は210（97.7%）であり、「必要ない」との回答はなかったが、無回答が5（2.3%）であった。研修時間については、「3日」が97（45.1%）、「4～5日」は44（21.0%）、「6～7日」は34（16.2%）、その他として、「1日または1～2日」が9（4.2%）であった。また、研修目標がスペシャリスト養成であれば2週間以上は必要、継続的に行うことが必要との回答があった。研修方法は、「講義」が182（84.7%）、「事例検討」が173（80.5%）、「講師と参加者によるロールプレイ」は132（61.4%）であった。その他の意見として、参加型の研修、モデルとなるような病棟での研修、研修後のフォロー（半年後に事例をもちより検討するような研修）があった。

希望する研修内容については、表4に示した。半数以上の回答があったのは、「NICUに入院した子どもの母親・父親の意思決定を支えるための介入やケア」「NICUに入院した子どもの母親・父親の危機状況に対する介入やケア」「親・家族との面接・カウンセリング技法」「NICU

表2. よく取り上げられるファミリーケアに関する問題

親が子どもの病気や経過, 治療・ケア内容を理解できない (受け入れられない)	129 (60.0%)
親の面会回数が少ない	115 (53.5)
親の育児技術が未熟である	83 (38.6)
母親に合併症がある	71 (33.0)
親としての自覚がない	70 (32.6)
親の子どもへの愛情が感じられない	68 (31.6)
その他:	
在宅・退院の受入ができない・サポート体制がない	14 ( 6.5)
家族に問題がある場合 (経済的・家族関係・未入籍・援助者なし)	12 ( 5.6)
特別な場合 (末期, 長期入院, 遺伝疾患 発達遅延, 重症, 未受診)	8 ( 3.7)
NICUの医療体制 (部屋がない・面会制限・人員・新生児搬送による母子分離)	4 ( 1.7)
家族との価値観 (親の考えが最善の利益なのか, 医療側と異なる)	2 ( 0.9)
両親間の考え方が異なる	1 ( 0.5)
ハイリスクケースの産前からの関わり	1 ( 0.5)
面会時だけでは家族関係がみえない	1 ( 0.5)

(n=215, 複数回答)

表3. ファミリーケアの実践で難しいと思われること

実施したケアの結果を確認できないので, “あれでよかったのか” と不全感が残る	140 (65.1%)
産科病棟や外来などとの連携が不十分なので, ケアを継続させることが難しい	104 (48.4)
看護師の数が足りないので, 十分にケアを行えない	92 (42.8)
ファミリーケアに関する知識が少ないので, 介入や対応に自信が持てない	86 (40.0)
心理的反応や愛着に関する知識が少ないので, アセスメントに自信が持てない	78 (36.3)
親・家族とのコミュニケーション難しく, 十分なケアができない	56 (26.0)
医師とのコミュニケーションが不十分なので, 十分にケアを行えない	38 (17.7)
自分の考え方が家族と違う場合に, 自分の気持ちをコントロールするのが難しい	33 (15.3)
家族の情緒的反応に影響され, 自分の気持ちをコントロールするのが難しい	22 (10.2)
その他:	
同胞面会や家族のケアのための空間や設備, 時間がない	3 ( 1.4)
交代勤務のため, 継続してケアができない	2 ( 0.9)
管理者にファミリーケアの意義が浸透していない	2 ( 0.9)
周産期施設でないため, 初期のケアができない	1 ( 0.5)
妊娠中から具体的にどのように関わればよいかわからない	1 ( 0.5)
カウンセリング技術がないため, 臨床心理士が必要	1 ( 0.5)

(n=215, 複数回答)

表4. 希望する研修内容

NICUに入院した子どもの母親・父親の意思決定を支えるための介入やケア	116 (54.0%)
NICUに入院した子どもの母親・父親の危機的状況に対する介入やケア	113 (52.6)
親・家族との面接・カウンセリング技法	112 (52.1)
NICUに入院した子どもが死亡, あるいは死が切迫した場合のケア	108 (50.2)
NICUに入院した子どもの母親・父親の危機的状況のアセスメント	97 (45.1)
NICUに入院した子どもの母親・父親の愛着形成のための介入やケア	90 (41.9)
先天異常を持つ子どもを出産した母親と家族の体験内容	86 (40.0)
妊娠中に胎児に異常が明らかになった場合の継続的ケア	82 (38.1)
NICUに入院した子どもの母親・父親の愛着形成に関するアセスメント	78 (36.3)
虐待の予防・アセスメント・介入に関する内容	75 (34.9)
地域との連携や訪問看護に関する内容	72 (33.5)
親・家族に対する教育指導の技法	63 (29.3)
外来や産科病棟スタッフとの連携と協働の仕方	50 (23.3)
早産した母親と家族の体験内容	46 (21.4)
若年で妊娠した母親と家族の体験内容	38 (17.7)
流死産を経験した母親や家族の体験内容	31 (14.4)
その他: 精神疾患をもつ母親への関わり	1 ( 0.5)
無回答	5 ( 2.3)

(n=215, 複数回答)

に入院した子どもが死亡、あるいは死が切迫した場合のケア」であった。アセスメントに関する項目では、「NICUに入院した子どもの母親・父親の危機状況のアセスメント」が最も多く、97（45.1%）であった。母親や家族の体験内容については、「早産」、「若年妊娠」、「流死産」よりも、「先天異常」の回答数が多かった。

### 教育プログラムの作成

本調査では、回答者の98%が研修を必要としていた。調査結果に基づき作成したプログラムの概要を、表5に示した。日程は1か月で、2日連続で必要とする知識や技術について学習し、その後、学習内容の応用を遠隔指導を受けながら試み（4時間）、1か月後に実践報告や討議を行うものとした。方法は、基礎理論の学習、PBL（Problem Based Learning）による学習、ロールプレイによる技法の学習、さらに、事例検討による複合的な問題への対応というように、学習を発展させる形式とした。

内容は、表1に示した実践枠組に希望する研修内容と総合させた。希望の1位であった「NICUに入院した子どもの母親・父親の意思決定を支えるための介入やケア」は、よく取り上げられるファミリーケアに関する問題の1位であった「親が子どもの病気や経過、治療・ケア内容を正しくできない」と関連している。これは、「意思決定過程」とし、意思決定を支えるために必要な理論の応用についてPBLを通して学習し（2時間）、さらに「意思決定を支える技法」において、ロールプレイによって技法を理解する（2時間）。

希望する研修内容の2位であった「NICUに入院した子どもの母親・父親の危機状況に対する介入やケア」は、

5位の「NICUに入院した子どもの母親・父親の危機状況のアセスメント」、6位の「NICUに入院した子どもの母親・父親の愛着形成のための介入やケア」、9位の「NICUに入院した子どもの母親・父親の愛着形成に関するアセスメント」、10位の「虐待の予防、アセスメント・介入」と合わせて「状況危機と愛着形成」とし、PBLによってアセスメントやケアについて学習する（2時間）。さらに、これを「カウンセリング技法」に繋ぎ、危機状況にある親への対応ができるようロールプレイによって技法を理解できるようにした（2時間）。よく取り上げられるファミリーケア実践に関する問題の2位であった「親の面会が少ない」については、問題状況として取りあげる。

4位の「NICUに入院した子どもが死亡、あるいは死が切迫した場合のケア」は、「周産期の喪失」として、ケアに必要な知識をPBLによって学習する（2時間）。「周産期ファミリーケアにおけるスピリチュアリティ」においては、これまでの学習を基盤に、「生命とは」「生きるとは」といった人間存在への根源的な問いを自らに向け、周産期におけるファミリーケアの意義や重要性を再認識し、自己の課題発見に繋ぐようにした。さらに、「事例検討」においては、研修参加者の体験事例を通して、新たな視点や角度から親・家族を見ることができるようになることを狙っている。

2日間のプログラム終了後、実践現場において学習内容の応用を試みることを勧める。その間は、遠隔指導によって、直面する問題や課題について助言等を行う。そして、1か月後の第3日では実践報告をする。さらに、ファミリーケアの実践で難しいと思われることについて1位であった「実践した結果を確認できないので、“あ

表5. 周産期ファミリーケア教育プログラム

時間	第1日	第2日	1か月	第3日
9:00～10:30	周産期ファミリーケア論 人体発生論 親子・家族関係の発達と 社会資源の活用 親役割・家族機能	周産期の喪失 ・理論の概説 ・PBLによるアセスメントや ケアの理解	学習 内容 の 応 用 （ 遠 隔 指 導 4 時 間）	
10:45～12:15	状況危機と愛着形成 ・理論の概説 ・PBLによるアセスメントやケアの 理解	周産期ファミリーケアにおけ るスピリチュアリティ ・対談と意見交換		討議 ・ファミリーケアにおける不 全感の克服 ・ファミリーケアの継続性
13:15～14:45	カウンセリング技法 ・技法の概説 ・ロールプレイによる技法の理解	事例検討		損傷の成傷機転論
15:00～16:30	意思決定過程 ・理論の概説 ・PBLによる意思決定過程を支える ケアの理解	事例検討		周産期ファミリーケア実践報 告と検討
16:45～18:15	意思決定を支える技法 ・技法の概説 ・ロールプレイによる技法の理解	質疑応答		

れでよかったのか」と不安全感が残る」, 2位の「産科病棟や外来などとの連携が不十分なので, ケアを継続させることが難しい」については, 個人や施設の取り組みに左右されるため, 1か月後の討議課題として位置づけた。

本教育プログラムは, 周産期医療現場の看護者を対象に試行し, その結果からプログラムを洗練させ, 継続教育の一環としての上級実践プログラムへと発展させていきたい。また, 本プログラムの実施を通して, 看護基礎教育における周産期ファミリーケア教育の充実を図るための方法論を追求していきたいと考える。

## おわりに

周産期の実践現場, 特にNICUにおける看護の目標は, 新生児がどのような健康状態であれ, 親が自律・自立して子どもの世話ができる力をつけていくのを助け, 支えることである。そのため, 様々な課題に直面する親へのケアは周産期ファミリーケアとして包括的に取り組むことが不可欠であり, 本プログラムはその期待に少なからず応え得るのではないかと考える。本プログラムでは「スピリチュアリティ」を重視している。それは, 新しい家族がつけられる初期の段階で様々な課題に直面する親子に出会い, その親子と向かい合うことを通して, 一人の人間としての看護者が自ら成長することを願うからである。また, そこにこそ, ケアの本質があると考えからである。

## 謝 辞

本調査にご協力くださいました日本新生児看護学会会員の皆様方に心より感謝いたします。また, 名簿の使用を許可してくださいました日本新生児看護学会に深謝いたします。

本研究は, 平成19年度・平成20年度科学研究費補助金(萌芽研究, 課題番号19659583, 周産期ファミリーケアの実践教育プログラムの開発)により行った研究の一部である。

## 文 献

- 1) Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry, 予防精神医学, 朝倉書店, 1970.
- 2) 横尾京子 (2003): 超低出生体重児をめぐる家族の意思決定, 家族看護, 1 (1), 79-84.
- 3) Harrison, H. (1993): The principles for family-centered neonatal care, Pediatrics, 92(5), 643-650.
- 4) 窪寺俊之 (2004): スピリチュアルケアの意義, スピリチュアルケア学序説, pp. I-3, 三輪書店.
- 5) 看護学教育の在り方に関する検討会 (2004): 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標.
- 6) 岡永真由美 (2005): 流産・死産・新生児死亡に関わる助産師によるケアの現状, 日本助産学会誌, 19 (2), 49-58.
- 7) 桂川純子, 横尾京子, 中込さと子 (2008): 我が国の新生児医療における治療拒否 - 概念分析, 日本新生児看護学会誌, 14 (1), 16-24.

# Developing a family care education program based on NICU nurses' perception.

Kyoko Yokoo, Satoko Nakagomi, Saori Fujimoto

Graduate school of Health Sciences, Hiroshima University

Key words : 1. NICU  
2. Perinatal period  
3. Family care  
4. Education program

Parents of high risk neonates need comprehensive family care included to promote relationships and attachment with their baby, and to deal with a crisis, bereavements, the dilemma of decision making and spirituality. However, we have no effective nursing education program in Japan. The objective of this study was to clarify NICU nurses' perception about the problem which now confronts them about family care, and to develop the education program for family care in the perinatal period.

A descriptive study was conducted. Subjects were 576 clinical nurses who were members of Academy of Neonatal Nursing in Japan. The structured and semi-structured questionnaire was administered from March 18<sup>th</sup> to April 18<sup>th</sup> in 2008 by mail. Questionnaire consisted of demographics, problem about family care, and what program they needed. Quantitative and qualitative analysis were used.

The response rate was 37.3% (215 collected). Half the respondents recognized the problem of family care as 'parents could not understand about the infant's condition and treatment' and 'parents come to visit their infant infrequently'. Nurses thought it was difficult to provide family care because of not understanding what the best way was. They needed a education program about support for decision making, crisis intervention for parents, skill of counseling, and care of infants with a life-threatening condition.

We constructed a one month education program for family care in the perinatal period involving PBL, role play, case study, and discussion.