

NICU における看護師の ファミリーセンタードケアに関する実践と信念

浅井宏美

キーワード (Key words) : 1. 新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit)
2. ファミリーセンタードケア (Family-Centered Care)
3. 実践 (Practice) 4. 信念 (Belief)
5. 自己効力 (Self efficacy) 6. 情報提供 (Providing information)

【目的】 新生児集中治療室 (以下, NICU) の看護師のファミリーセンタードケア (Family-Centered Care : 以下, FCC) の概念に基づいた看護実践と FCC に関する信念, および関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】 関東圏内の NICU30 施設を対象とし, 各施設の看護師長 30 名に「病棟の理念・方針・環境に関する質問紙」, 看護師計 900 名に「FCC の実践と信念に関する質問紙」を配布し, 量的横断的調査を実施した。FCC の実践と信念の測定には, Rosenbaum らが開発した FCC 実践尺度 (MPOC-SP) と FCC 信念尺度 (MBP-FCS) を翻訳し, 使用した。

【結果】 看護師長対象の質問紙は 30 部すべて回収できた。看護師対象の質問紙の回収率は 81.6%, 有効回答数 $N = 710$, 看護師の平均年齢は 30.3 ± 6.8 歳, 平均臨床経験年数は 8.9 ± 6.6 年, NICU での平均臨床経験年数は 4.8 ± 3.7 年であった。FCC 実践得点の看護師全体の傾向としては, 対人関係に関する行動の得点は高かったが, 情報提供に関連した行動の得点は低かった。また, 一元配置分散分析および t 検定の結果, FCC の実践および信念は, 対象者の年齢・臨床経験年数・教育背景・役職の有無に有意な関連があった。

【結論】 FCC の理念に基づく看護を実践するためには, 看護師の情報提供者としての役割認識を強化し, FCC 実践に対する自己効力を高めるような教育, FCC の実践の組織的な方向づけや支援, 環境づくりが重要である。

I. はじめに

欧米における FCC は, 父親が分娩に立会うことなど, 1960 年代から 1970 年代の消費者 (ケアの受け手) 運動にその起源がある。また, 1970 年代後半から 1980 年代にかけて, 医療技術の進歩により重症な新生児や子どもの救命率は高くなり, その親たちは子どもたちのケアにおいて, より積極的な役割を求め始めた。このように 1990 年代までに, 様々なヘルスケア場面で FCC が広まっていった¹⁾。また, 児へのストレスを最小限にし, 児の正常な発育・発達, 親子の相互作用を促進するデベロプメンタルケア (Developmental Care) の基本概念には, 児の養育に家族を取り込むこと, 家族の情緒的支援を行うことが含まれており²⁾, これまでの医療者中心 (Hospital based / Provider based) のケアから患者および家族を中心としたケア (Patient- and Family-Centered Care) へ変革する重要性を示していると言える。

NICU における両親は, 未熟児の親となったということに対する悲嘆や喪失感, 罪悪感, 怒りといった様々な反応に対処し, 長い時間をかけて親役割へ適応していく

という課題に直面しており³⁾⁴⁾, この最初の過程に関わる NICU の看護師は, 両親への心理的援助, 親子関係の形成, 愛着を促す援助という重要な役割を担っている⁵⁾⁶⁾。したがって, FCC の観点から見たケアの質向上のためには, 家族ケアの重要な役割を担っている看護師の実践と信念に関する実態を明らかにする必要がある。

そこで本研究では, NICU の看護師の FCC の概念に基づいた看護実践と FCC に関する信念および, 関連要因を明らかにすることを目的とした。本研究の結果より, NICU における家族へのケア向上のための示唆が得られ, NICU での家族へのケアの質を評価する測定用具の開発の一助となると考える。

【用語の操作的定義】

ファミリーセンタードケア (FCC) : ①患児・家族への敬意ある支持的なケア ②家族が十分な説明をもとに意思決定 (informed decisions) できるような情報提供 ③対等で包括的なケア ④家族とケア提供者のパートナーシップ, の 4 つのケアの視点 (Rosenbaum らの定義⁷⁾) を持つ患児・家族を中心としたケアとする。

・ Nurses' Practices and Beliefs about Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit
・ 所属 : 首都大学東京健康福祉学部看護学科
・ 日本新生児看護学会誌 Vol.15, No.1 : 10 ~ 19, 2009

Ⅱ. 方 法

1. 研究デザイン

自記式質問紙法を用いた量的横断的記述研究。

2. 対象と方法

1) 研究対象者

関東圏内の総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター等のNICU56施設に勤務する看護師と各施設のNICUの看護師長。

2) 調査方法

調査対象施設の看護部長宛に研究の趣旨および研究協力依頼の文書を郵送した。研究協力の同意が得られた施設に研究者が直接出向くか、郵送法にて質問紙を配布・回収した。調査期間は2007年6月中旬～10月末。

3. 測定用具

本研究では、以下の2つの質問紙を用いた。

1) NICUの理念・方針・環境に関する質問紙

NICUの看護師長を対象としており、各施設のNICUの理念・方針・環境について問うもので、20項目から成る。Saundersら⁸⁾のインタビューガイドを参考にし、研究者が作成した。

2) FCCの実践と信念に関する質問紙

NICUの看護師を対象としており、FCCの概念に基づく看護実践とFCCに対する信念について問うもので、

FCC実践尺度(27項目)とFCC信念尺度(28項目)の2つの尺度を用い、これらに回答者のデモグラフィックデータ8項目を加え、計63項目から成る。FCC実践尺度とFCC信念尺度は、カナダの研究者Rosenbaumらが開発した測定用具MPOC-SP(Measure of Processes of Care for Service Providers)とMBP-FCS(Measure of Beliefs about Participation in Family-Centered Services)⁹⁾¹⁰⁾を翻訳し、逆翻訳(back-translation)を経て作成し、NICUの看護管理者や臨床家、研究者による質問項目の内容妥当性の検討を行った。Rosenbaumらの尺度は、文献検討の結果、オーストラリアやオランダの小児領域など複数の研究において使用され、その妥当性と信頼性も検証されており¹¹⁾¹²⁾、妥当性と信頼性の高い測定用具であると判断した。2つの尺度は、「全くあてはまらない」～「非常によくあてはまる」までの7段階のリッカート尺度で、それぞれ尺度全体と下位尺度得点の項目平均値を算出した。

(1) FCC実践尺度(日本語版MPOC-SP)

これまでNICUで実際に家族に提供したケアについて、質問項目に示した行動がどの程度、回答者にあてはまるかを問うもので、【思いやりのある対応】【全般的な情報提供】【子どもについての具体的な情報伝達】【人々への敬意ある対応】の4つの下位尺度から成る。本尺度の妥当性の検討を行うために、原版尺度の4つの下位尺度別に主成分分析を行った(表1)。その結果、第1成分において、全ての項目に0.5以上の主成分負荷量が見

表1. FCC実践尺度の原版4因子別の主成分分析

原版第1因子【思いやりのある対応】(10項目)		成分1
信頼関係を築くために時間をかけた	0.811	前向きなフィードバックや勇気づけ 0.725
家族と一緒に気持ちを話し合ったり、聞き出したりした	0.807	担当ケア提供者との安定した関係を築けるよう援助した 0.723
管理やケアの仕方の提案	0.795	両親が親としての役割を果たせると感じられるように援助した 0.705
子どものケアについて選択肢を伝えた	0.767	両親の心配事に対処した 0.683
意見やケア行動統一のための他のスタッフと話し合った	0.734	情報の時期と種類を両親に選んでもらった 0.609
寄与率 (%)		54.5
原版第2因子【全般的な情報提供】(5項目)		成分1
情報を得る方法や他の両親との連絡のとりかたについてアドバイスした	0.844	子どもの慢性的な病状による影響に対処できるように家族を支援した 0.779
きょうだいを含め家族全員のために、情報を得る機会を提供した	0.817	子どもの慢性的な病状による影響に対処できるように家族を支援した 0.779
両親の様々な心配事に役立つ全般的な情報を持っている	0.811	
寄与率 (%)		63.2
原版第3因子【子どもについての具体的な情報伝達】(3項目)		成分1
子どものケアについての詳細を両親へ伝えた	0.824	子どもの状態、経過、ケアに関する書面にされた情報を提供した 0.756
検査やアセスメントの結果を両親へ伝えた	0.758	
寄与率 (%)		60.8
原版第4因子【人々への敬意ある対応】(9項目)		成分1
子どものケアにおいて、両親がパートナーであると感じられるように援助した	0.757	何が大切かについて話せる機会を作った 0.636
両親に治療の目標や必要性について説明する機会を確保した	0.706	両親を患児の親としてだけでなく、対等な人として対応した 0.585
両親と子どもを「ケース」ではなく、人として扱った	0.692	両親や家族を非難しないで受け入れた 0.549
両親の質問にきちんと答えた	0.675	両親を「エキスパート」として信頼した 0.540
両親を個人として対応した	0.672	
寄与率 (%)		42.2

られたので、本尺度は内的整合性があると判断した。また、クロンバックの α 係数は、27 項目全体で 0.936 であり、信頼性は確保された。

(2) FCC 信念尺度 (日本語版 MBP-FCS)

家族を中心としたケアについて、質問項目に示した考えがどの程度回答者にあてはまるかを問うもので、【FCC の利点】【FCC 実践の実行性】【FCC による否定的な成果がないこと】【FCC 実践に対する自己効力】【FCC に対する信条】の 5 つの下位尺度から成る。28 項目のうち 5 項目は、逆転項目である。この尺度も FCC 実践尺度と同様に、原版尺度の 5 つの下位尺度別に主成分分析を行った (表 2)。その結果、【FCC 実践の実行性】の質問項目「ケア提供者の役割に関する好み・希望・意

見は、FCC の理想的な実践を妨げる」の主成分負荷量は 0.297 と低く、内的整合性が確保できなかったが、それ以外の 27 項目においては全て 0.4 以上の主成分負荷量が見られたので、内的整合性が確保できたと判断した。クロンバックの α 係数は、28 項目全体で 0.824 であり、信頼性は確保された。

4. 分析方法

統計ソフト SPSS ver15.0J for Windows を使用し、① FCC 実践尺度得点と FCC 信念得点の基本統計量の算出 ② 対象者の属性と FCC 実践および FCC 信念との関連をみるために t 検定あるいは一元配置分散分析・多重比較を行った。

表 2. FCC 信念尺度の原版 5 因子別の主成分分析

原版第 1 因子【FCC の利点】(7 項目)	成分 1
FCC では、効果的なケアを提供できる	0.730
FCC は従来のアプローチよりも子どもにとって利点がある	0.658
FCC では、家族はケア提供者のパートナーなので、治療計画に沿ってうまく進む	0.607
FCC ではケア提供者と家族間のコミュニケーションの向上により、ケアの効率性が高まる	0.587
FCC は子どもに提供したケアに関するケア提供者の満足度を高める	0.554
ケア提供者は、FCC でケアに参加することが必要不可欠だ	0.504
FCC では、ケア提供者のストレスが軽減する	0.584
寄与率 (%)	36.8
原版第 2 因子【FCC 実践の実行性】(7 項目)	成分 1
FCC は従来のケアよりも時間を要する	0.723
両親の FCC の成果に対する理解不足は、FCC の理想的な実践に影響を与える	0.697
従来の実践と比べて、FCC はケア提供者の仕事を増やす	0.656
ケア提供者の FCC に関する知識・経験・研修の不足は、FCC の理想的な実践に影響を与える	0.633
FCC の本質に関して両親が理解不足であれば、FCC の理想的な実践に影響を与える	0.622
FCC では、ケア提供者が行うケアに対して、家族にも責任が求められる	0.495
ケア提供者の役割に関する好み・希望・意見は、FCC の理想的な実践を妨げる	0.297
寄与率 (%)	36.5
原版第 3 因子【FCC の否定的な成果がないこと】(5 項目)	成分 1
FCC では子どもへのケアの質が低下する	0.811
FCC では、ケア提供者は家族とどのように役割を共有するのかわかっていない	0.754
FCC は両親のニーズに合っていない	0.720
FCC とは、ケア提供者が専門性を譲歩すること	0.600
FCC の理念を実践する上で、家族や他のケア提供者と協働することは難しい	0.581
寄与率 (%)	48.9
原版第 4 因子【FCC 実践に対する自己効力】(4 項目)	成分 1
FCC に基づいて、私に期待されていることを実践できる	0.858
私は FCC において、他の人と一緒に協働する自信がある	0.785
私には FCC でケアに参加するための必要なスキルと能力がある	0.686
私は FCC の方法で、ケアに参加する意思がある	0.679
寄与率 (%)	57.1
原版第 5 因子【FCC に対する信条】(5 項目)	成分 1
子どものケアへの家族全員の関わり合いを推奨するのは、良いことだ	0.740
ケアを提供する上で、家族全員のニーズを考慮することは重要	0.714
子どものケアに関して、どの程度決定に関わりたいか、家族に選ばせるように勧めることは重要	0.699
目標やケアのために、家族の優先順位に配慮することは重要	0.636
両親は子どものケアに関して、意思決定をする最終的な責任を持つべき	0.523
寄与率 (%)	44.5

5. 倫理的配慮

聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 07-016）を受けて実施した。

研究協力者の自由意思の尊重、匿名性の保持を厳守することを前提とし、研究協力者が不利益を被ることのないように十分に配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 回収率と対象者の背景

研究協力を依頼した NICU 計 56 施設のうち承諾が得られた計 30 施設の NICU 看護師長と看護師に調査票を

配布した。各施設の NICU 看護師長からは 30 人すべてから回収でき、看護師からは 900 部配布し、735 部回収（回収率 81.6%）、そのうち有効回答数 710 部（有効回答率 96.6%）であった。対象者の背景を表 3 に示す。対象者の平均年齢は 30.3 ± 6.8 歳、平均臨床経験年数は 8.9 ± 6.6 年、NICU での平均臨床経験年数 4.8 ± 3.7 年であった。

2. 対象施設の特徴

NICU の理念・方針・環境に関する全 20 項目について「はい」と答えた割合の多い順に並べた回答分布を図に示す。

表 3. 対象者の属性

	人数 (人)	割合 (%)		人数 (人)	割合 (%)
年齢			性別		
25 歳以下	197	27.7	男性	11	1.5
26 ~ 30 歳	223	31.4	女性	699	98.5
31 ~ 35 歳	137	19.3	役職の有無		
36 ~ 40 歳	94	13.2	役職あり	68	9.6
41 ~ 45 歳	35	4.9	役職なし (スタッフ)	642	90.4
46 歳以上	24	3.4	職種		
臨床経験年数			看護師	609	85.8
5 年未満	263	37.0	助産師	101	14.2
5 年以上 10 年未満	215	30.3	看護基礎教育機関		
10 年以上 15 年未満	120	16.9	高等学校衛生看護科	28	3.9
15 年以上 20 年未満	64	9.0	専門学校 (2 年課程)	64	9.0
20 年以上 25 年未満	31	4.4	専門学校 (3 年課程)	399	56.2
25 年以上	17	2.4	短期大学	131	18.5
NICU 経験年数			大学	88	12.4
3 年未満	335	47.2	最終学歴		
3 年以上 6 年未満	189	26.6	高等学校	12	1.7
6 年以上 9 年未満	109	15.4	専門学校	434	61.1
9 年以上 12 年未満	45	6.3	短期大学	144	20.3
12 年以上 15 年未満	22	3.1	大学	113	15.9
15 年以上	10	1.4	大学院	7	1.0

N = 710

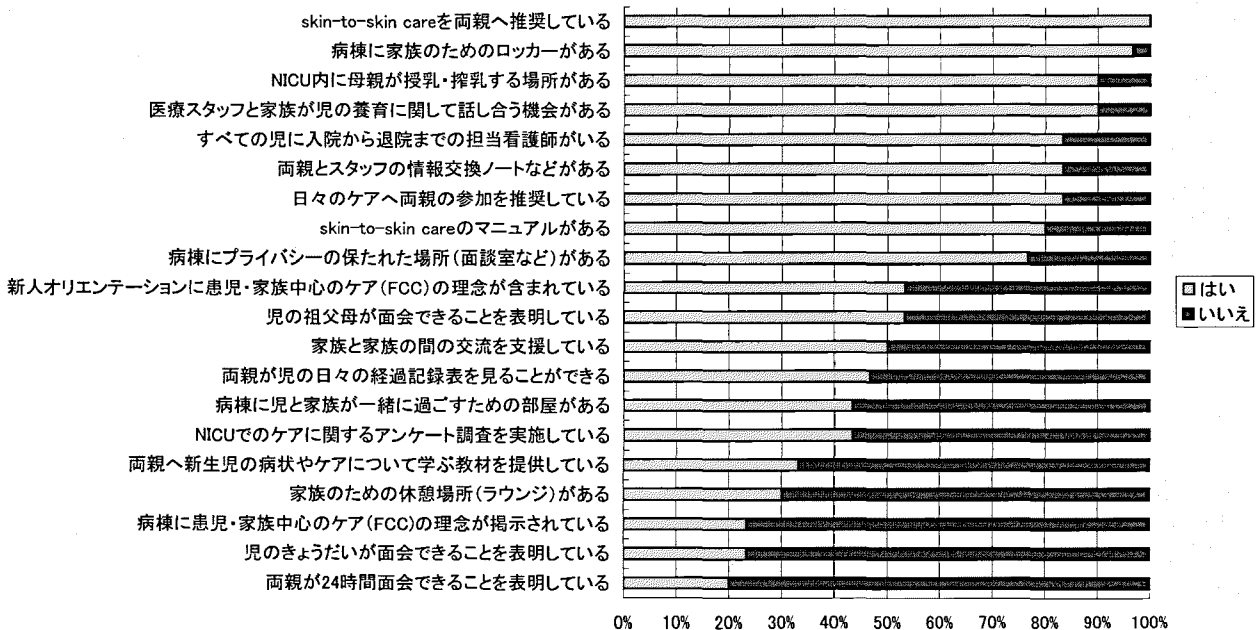


図 NICU の理念・方針・環境についての回答分布

3. FCC 実践と対象者の属性との関連

FCC 実践尺度の平均得点と標準偏差を算出し、各下位尺度を従属変数、対象者の属性を独立変数として、分析した結果を表4に示す。独立変数が2群のものはt検定、3群以上のものは一元配置分散分析・Tukeyの多重比較を行った。尺度全体の得点は 4.77 ± 0.76 であり、下位尺度得点の高い順に【人々への敬意ある対応】【思いやりのある対応】【子どものための具体的な情報伝達】【全般的な情報提供】であった。分散分析の結果、年齢 ($F = 9.237, p = .000$)、臨床経験年数 ($F = 16.116, p = .000$)、NICU 経験年数 ($F = 30.950, p = .000$)、教

育背景 ($F = 3.638, p = .027$) において、FCC 実践得点との間に有意差が認められた。これらを多重比較した結果を以下に述べる。

年齢との関連をみた結果、25歳以下の群は、41～45歳を除く他の4群に比べてFCC実践得点が有意に低かった。臨床経験年数との関連をみた結果、5年未満の群は他の4群に比べてFCC実践得点が有意に低かった。NICU 経験年数との関連をみた結果、3年未満の群は他の4群に比べてFCC実践得点が有意に低かった。教育背景との関連をみた結果、高校・専門学校卒群は短大卒群に比べてFCC実践得点が有意に低く、下位尺度のう

表4 FCC 実践と対象者の属性との関連

対象者の属性	下位尺度											
	FCC実践尺度全体			【思いやりのある対応】 (Showing Interpersonal Sensitivity)		【全般的な情報提供】 (Providing General Information)		【子どもについての具体的な情報伝達】 (Communicating Specific Information About the Child)		【人々への敬意ある対応】 (Treating People Respectfully)		
	n	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
全体	710	4.77	± 0.76	4.86	± 0.87	4.11	± 1.11	4.50	± 1.13	5.12	± 0.71	
年齢	F=9.237***			F=9.486***		F=11.522***		F=1.951		F=4.085***		
25歳以下	197	4.48	± 0.79	4.52	± 0.94	3.66	± 1.16	4.31	± 1.23	4.94	± 0.72	
26～30歳	223	4.82	± 0.75	4.94	± 0.84	4.15	± 1.07	4.55	± 1.10	5.14	± 0.73	
31～35歳	137	4.90	± 0.70	5.00	± 0.74	4.35	± 1.07	4.54	± 1.19	5.22	± 0.67	
36～40歳	94	4.96	± 0.67	5.06	± 0.78	4.44	± 0.90	4.55	± 1.05	5.26	± 0.67	
41～45歳	35	4.86	± 0.74	4.88	± 0.88	4.29	± 1.01	4.73	± 0.89	5.20	± 0.65	
46歳以上	24	5.03	± 0.76	5.20	± 0.86	4.63	± 1.04	4.82	± 0.75	5.13	± 0.71	
臨床経験年数	F=16.116***			F=15.635***		F=17.689***		F=4.468***		F=7.904***		
5年未満	263	4.48	± 0.83	4.54	± 0.99	3.69	± 1.17	4.28	± 1.26	4.94	± 0.76	
5年以上10年未満	215	4.89	± 0.68	5.01	± 0.74	4.28	± 1.03	4.63	± 1.05	5.19	± 0.66	
10年以上15年未満	120	4.97	± 0.57	5.09	± 0.61	4.43	± 0.90	4.55	± 1.08	5.29	± 0.63	
15年以上20年未満	64	4.98	± 0.71	5.11	± 0.82	4.39	± 1.05	4.58	± 1.02	5.30	± 0.66	
20年以上	48	4.96	± 0.75	5.04	± 0.86	4.54	± 0.97	4.84	± 0.88	5.15	± 0.73	
NICU経験年数	F=30.950***			F=32.420***		F=32.972***		F=5.658***		F=13.438***		
3年未満	335	4.46	± 0.82	4.50	± 0.98	3.65	± 1.15	4.29	± 1.26	4.93	± 0.75	
3年以上6年未満	189	4.99	± 0.58	5.13	± 0.60	4.45	± 0.94	4.66	± 0.96	5.24	± 0.60	
6年以上9年未満	109	5.09	± 0.57	5.24	± 0.62	4.57	± 0.83	4.75	± 0.96	5.33	± 0.65	
9年以上12年未満	45	5.14	± 0.62	5.23	± 0.60	4.72	± 0.91	4.73	± 1.09	5.40	± 0.68	
12年以上	32	5.06	± 0.48	5.19	± 0.52	4.54	± 0.75	4.57	± 0.98	5.36	± 0.58	
教育背景	F=3.638*			F=2.044		F=1.497		F=3.104*		F=6.067**		
高校・専門学校卒	446	4.72	± 0.75	4.81	± 0.87	4.10	± 1.08	4.45	± 1.15	5.06	± 0.69	
短期大学卒	144	4.92	± 0.76	4.98	± 0.86	4.24	± 1.12	4.71	± 1.06	5.29	± 0.73	
大学・大学院卒	120	4.76	± 0.79	4.88	± 0.89	4.02	± 1.23	4.43	± 1.16	5.14	± 0.75	
役職の有無	t=6.100***			t=6.180***		t=5.240***		t=1.657		t=4.296***		
役職あり	68	5.17	± 0.54	5.29	± 0.56	4.77	± 0.87	4.72	± 1.01	5.40	± 0.54	
役職なし(スタッフ)	642	4.73	± 0.77	4.81	± 0.89	4.04	± 1.11	4.48	± 1.15	5.09	± 0.72	

注1) 得点の範囲は1～7、表中の平均値(M)は各尺度の得点を質問項目の数で割った値の平均値を示す。

注2) 2群のものはt検定、3群以上のものは一元配置分散分析・Tukeyの多重比較を行った。

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

ち、高校・専門学校卒群の【人々への敬意ある対応】、【子どもについての具体的な情報伝達】は短大卒群に比べて有意に低かった。役職の有無に関しては、t検定の結果、役職あり群が役職なし群よりも FCC 実践得点が有意に高く (t = 6.100, p = .000)、役職あり群の【思いやりのある対応】 (t = 6.180, p = .000)、【全般的な情報提供】 (t = 5.240, p = .000) 【人々への敬意ある対応】 (t = 4.296, p = .000) は役職なし群に比べて有意に高かった。

位尺度を従属変数、対象者の属性を独立変数として分析した結果を表5に示す。尺度全体の得点は 4.65 ± 0.44 であり、下位尺度得点の高い順に【FCC に対する信条】【FCC の利点】【FCC 実践の実行性】【FCC の否定的な成果がないこと】【FCC 実践に対する自己効力】であった。分散分析の結果、年齢 (F = 2.926, p = .0013)、臨床経験年数 (F = 3.269, p = .011)、教育背景 (F = 10.852, p = .000) において、FCC 信念得点との間に有意差が認められた。これらを多重比較した結果を以下に述べる。

4. FCC 信念と対象者の属性との関連

FCC 信念尺度の平均得点と標準偏差を算出し、各下

年齢との関連をみた結果、25 歳以下の群は、26 ~ 30

表5 FCC 信念と対象者の属性との関連

対象者の属性	下位尺度												
	FCC信念尺度全体			【FCCの利点】 (Benefits of FCC)		【FCC実践の実行性】 (Practical Feasibility of Implementing FCC)		【FCCの否定的な成果がないこと】 (Absence of Negative Outcomes from FCC)		【FCC実践に対する自己効力】 (Self-efficacy to Implement FCC)		【FCCに対する信条】 (FCC Principles)	
	n	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
全体	710	4.65 ± 0.44		4.68 ± 0.59		4.63 ± 0.61		4.60 ± 0.79		4.09 ± 0.82		5.12 ± 0.68	
年齢		F=2.926*		F=1.719		F=1.209		F=2.687*		F=5.537***		F=1.355	
25歳以下	197	4.55 ± 0.39		4.59 ± 0.57		4.58 ± 0.52		4.47 ± 0.70		3.87 ± 0.76		5.08 ± 0.63	
26~30歳	223	4.69 ± 0.44	*	4.71 ± 0.57		4.62 ± 0.61		4.65 ± 0.84		4.20 ± 0.78	***	5.18 ± 0.65	
31~35歳	137	4.70 ± 0.49		4.73 ± 0.62		4.73 ± 0.67		4.72 ± 0.75	p=.065	4.10 ± 0.88	*	5.09 ± 0.74	
36~40歳	94	4.67 ± 0.37		4.70 ± 0.53		4.66 ± 0.58		4.52 ± 0.81		4.19 ± 0.78		5.18 ± 0.71	
41~45歳	35	4.61 ± 0.46		4.59 ± 0.70		4.55 ± 0.69		4.80 ± 0.91		4.06 ± 0.84		4.98 ± 0.66	
46歳以上	24	4.67 ± 0.61		4.82 ± 0.67		4.61 ± 0.78		4.43 ± 0.99		4.52 ± 0.96	**	4.93 ± 0.75	
臨床経験年数		F=3.269*		F=2.170		F=2.300		F=1.374		F=7.721***		F=1.068	
5年未満	263	4.58 ± 0.40		4.61 ± 0.58		4.59 ± 0.56		4.52 ± 0.70		3.88 ± 0.79		5.12 ± 0.64	
5年以上10年未満	215	4.71 ± 0.44	*	4.76 ± 0.56		4.64 ± 0.61		4.69 ± 0.87		4.25 ± 0.78	***	5.16 ± 0.66	
10年以上15年未満	120	4.69 ± 0.47		4.70 ± 0.63		4.75 ± 0.64		4.59 ± 0.76		4.13 ± 0.83	*	5.13 ± 0.79	
15年以上20年未満	64	4.64 ± 0.39		4.59 ± 0.51		4.70 ± 0.56		4.58 ± 0.81		4.16 ± 0.75		5.07 ± 0.62	
20年以上	48	4.63 ± 0.52		4.72 ± 0.69		4.49 ± 0.73		4.65 ± 0.94		4.31 ± 0.93	**	4.94 ± 0.72	
NICU経験年数		F=1.648		F=.077		F=1.330		F=.841		F=14.146***		F=.663	
3年未満	335	4.60 ± 0.44		4.67 ± 0.60		4.63 ± 0.59		4.54 ± 0.75		3.88 ± 0.80		5.12 ± 0.67	
3年以上6年未満	189	4.68 ± 0.42		4.68 ± 0.56		4.66 ± 0.59		4.64 ± 0.80		4.17 ± 0.78	**	5.15 ± 0.67	
6年以上9年未満	109	4.70 ± 0.45		4.70 ± 0.60		4.56 ± 0.62		4.7 ± 0.87		4.45 ± 0.74	*	5.12 ± 0.65	
9年以上12年未満	45	4.66 ± 0.42		4.66 ± 0.63		4.59 ± 0.65		4.62 ± 0.89		4.37 ± 0.79	***	5.00 ± 0.74	
12年以上	32	4.72 ± 0.47		4.69 ± 0.53		4.83 ± 0.70		4.68 ± 0.81		4.25 ± 0.88	**	5.01 ± 0.77	
教育背景		F=10.852***		F=3.398*		F=1.892		F=12.409***		F=2.168		F=8.183***	
高校・専門学校卒	446	4.59 ± 0.42		4.63 ± 0.56		4.60 ± 0.58		4.50 ± 0.74		4.04 ± 0.80		5.04 ± 0.67	
短期大学卒	144	4.72 ± 0.43	***	4.75 ± 0.63	*	4.70 ± 0.65		4.66 ± 0.86	***	4.20 ± 0.80		5.20 ± 0.66	*
大学・大学院卒	120	4.76 ± 0.46	***	4.75 ± 0.61	**	4.68 ± 0.64		4.89 ± 0.83		4.12 ± 0.86		5.29 ± 0.69	
役職の有無		t=3.218**		t=1.917		t=.354		t=2.973**		t=4.307***		t=.733	
役職あり	68	4.81 ± 0.49		4.81 ± 0.67		4.66 ± 0.67		4.91 ± 0.91		4.49 ± 0.92		5.17 ± 0.73	
役職なし(スタッフ)	642	4.63 ± 0.43		4.66 ± 0.58		4.63 ± 0.60		4.56 ± 0.78		4.05 ± 0.79		5.11 ± 0.67	

注1) 得点の範囲は1~7、表中の平均値(M)は各尺度の得点を質問項目の数で割った値の平均値を示す。

注2) 2群のものはt検定、3群以上のものは一元配置分散分析・Tukeyの多重比較を行った。

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

歳の群および31～35歳の群に比べてFCC実践得点が有意に低かった。また、下位尺度のうち、年齢と【FCC実践に対する自己効力】との間に有意差が認められ ($F=5.537, p=.000$)、多重比較の結果、25歳以下の群の【FCC実践に対する自己効力】は26～30歳、36～40歳、46歳以上の群に比べて有意に低かった。

臨床経験年数との関連をみた結果、5年未満の群が5年以上10年未満の群に比べてFCC信念尺度得点が有意に低かった。また、下位尺度のうち、臨床経験年数と【FCC実践に対する自己効力】との間に有意差が認められ ($F=7.721, p=.000$)、臨床経験年数5年未満の群の【FCC実践に対する自己効力】は15年以上20年未満の群を除く他の3群に比べて有意に低かった。

NICU経験年数との関連をみた結果、FCC信念尺度全体の得点に有意差は認められなかったが、NICU経験年数と【FCC実践に対する自己効力】との間に有意差が認められ ($F=14.146, p=.000$)、NICU経験年数3年未満の群の【FCC実践に対する自己効力】は12年以上の群を除く他の3群に比べて有意に低かった。

教育背景との関連をみた結果、高校・専門学校卒群は他の2群に比べて、FCC信念尺度得点が有意に低かった。また、下位尺度のうち、教育背景と【FCCの否定的な成果がないこと】 ($F=12.409, p=.000$) との間に有意差が認められ、高校・専門学校卒群の【FCCの否定的な成果がないこと】は大学・大学院卒群に比べて有意に低かった。

役職の有無に関しては、 t 検定の結果、役職あり群が役職なし群よりもFCC信念得点が有意に高く ($t=3.218, p=.001$)、役職あり群の【FCC実践に対する自己効力】 ($t=4.307, p=.000$)、【FCCの否定的な成果がないこと】 ($t=2.973, p=.004$) は役職なし群に比べて有意に高かった。

IV. 考 察

1. FCCの理念・方針・環境からみたNICUの現状

調査対象施設のNICUの理念・方針・環境を概観してみると、全ての施設がskin-to-skin careを両親へ推奨しており、さらにほとんどの施設が、日々のケアへ両親の参加を推奨し、医療者と家族が児の養育に関して話し合う機会を持っていると回答していた。このことから、デベロプメンタルケアのひとつであるskin-to-skin careは、現在、NICUでの主要なケアとして定着し、FCCの概念のひとつである「家族がケアに参加することを推奨し、支持すること」がある程度、実践できているものと考えられる。しかし、「家族と家族の間の交流を支援している」、「両親が児の日々の経過記録を見ることができると回答した施設は約半数であり、両親と医療スタッフの

情報共有、家族同士の交流や情報交換の支援はあまり実践できていないと言える。近年、両親との看護記録の共有、家族参加型の看護計画立案などを実践している施設の報告もあるが、まだこのような取り組みは少数である。両親と医療者の診療・看護に関する情報共有は、親が子どものケアに関するパートナーであるということを示す、一つのあり方として、患者・家族を中心とした医療には必要不可欠なものである。

面会方針に関しては、両親の24時間自由面会、きょうだい面会ができることを表明している施設は2割、祖父母面会ができることを表明している施設は半数程度であった。両親が自由に面会できる施設が30施設中6施設(20%)という調査結果は、1995年の横尾¹³⁾の調査結果の45施設中6施設(13%)と比較すると、わずかに増えていたことから、少しずつ面会制限が緩やかになってきたと推察される。しかし、面会制限のある施設がまだ多いことが明らかになった。FCCの理念である「家族とヘルスケア専門職の協働」を実現するには、家族は単なる訪問者ではなく、入院している新生児にとって重要な医療チームの一員であるという認識を医療者が持つことが重要である。

2. NICUにおける看護師のFCCの実践

調査対象施設のNICUの看護師全体の傾向としては、FCC実践の中でも、【人々への敬意ある対応】や【思いやりのある対応】といった対人関係に関する行動の得点は高かったが、【全般的な情報提供】や【子どもについての具体的な情報伝達】といった情報提供に関連した行動の得点は低かった。前者の患児・家族への敬意や共感的理解を示すといった行動は、看護の基礎教育において重要とされている対人関係能力でもあることから、対象者全体として実践できているという自己評価につながったものと考えられる。一方、FCC実践の4つの下位尺度得点のうち【全般的な情報提供】が最も低かった理由として、日本のNICUでは、情報提供を主に医師など他の職種が担っており、看護師の情報提供者としての役割意識が低いことなどが考えられる。また、家族を支援する外部の資源(リソース)についての情報を看護師があまり持っていないことなども考えられる。家族が子どもの入院中から退院後の育児にわたって必要な十分な情報を提供することは、両親の不安の軽減、子どもの状態や発達に対する理解、愛着形成や親役割の獲得など、様々なことに影響している。したがって、看護師が情報提供者としての役割をより認識し、家族を支援していくことが必要である。また、患児と家族に役立つ多くの社会資源が整うことが望まれる。

属性とFCC実践得点との関連をみた結果、臨床経験年数が5年未満の群、NICU経験年数が3年未満の群は、

それぞれより長い経験年数の他の4群に比べて、FCC実践得点が有意に低かった。この結果は、臨床経験年数の短い者が経験年数の長い者に比べて、まだ自己の看護実践において有能感や自信を感じるまでの体験が蓄積していないことが理由として考えられる。

3. FCCに対する看護師の信念

調査対象施設のNICUの看護師全体の傾向として、FCCに対する信念の5つの下位尺度得点のうち【FCCに対する信条】は最も高く、【FCC実践に対する自己効力】は最も低い得点を示した。つまり、FCCの理念に肯定している者は多いが、「FCCの理念に基づいた看護実践ができる」という自信のある看護師は少ないと言い換えることができる。

属性とFCC信念得点との関連をみた結果、5つの下位尺度のうち、【FCC実践に対する自己効力】と年齢 ($F = 5.537, p = .000$)、臨床経験年数 ($F = 7.721, p = .000$)、NICU経験年数 ($F = 14.146, p = .000$)との間にそれぞれ有意差が認められたが、他の4つの下位尺度得点との間に有意差は認められなかった。つまり、【FCCの利点】【FCC実践の実行性】【FCCの否定的な成果がないこと】【FCCに対する信条】は、年齢や臨床経験年数に影響を受けないが、【FCC実践に対する自己効力】は年齢や臨床経験年数に影響を受けることが示唆された。教育背景とFCC信念得点との関連では、高校・専門学校卒の者は短大卒および大学卒の者に比べて、FCC信念尺度得点が有意に低かった。原版尺度の先行研究によれば、FCCの教育を受けた人ほどFCCの理念に対して肯定感を持ち、FCC実践への自己効力が高いことが示されている。FCCの教育が高校・専門学校に比べて短大および大学の方が、充実していると明言することはできないが、FCCの信念を育む上で、教育背景が少なからず影響していることが推察される。

以上の結果より、NICUでの臨床経験年数の短い看護師に対して、FCC実践に対する自己効力を高めることの重要性が示唆された。1006名の看護師を対象に調査した小谷野¹⁴⁾¹⁵⁾によると、自己効力には、看護専門職の自律性、看護師としての自己実現、内的統制志向、リーダーなどの責任ある役割、教育課程が関連していることが明らかにされている。FCCの信念を育み、FCCを実践する自己効力を高めるには、看護専門職としての自律性を高める教育が重要である。FCC実践に対する自己効力を高める具体策として、管理者や教育的立場にいる者は、ある程度臨床経験を積んだ者に対して職場で責任ある役割を与え、個々の看護師の成功体験を支援することが重要だと考える。また、NICUは緊急性の高い入院が多く、脆弱な新生児を対象に看護するという緊張感のある環境であるため、経験年数の少ない看護師は緊張が

絶えず、ストレスフルな状態にあることを考慮し、働きやすい勤務体制と人員配置、入院している新生児とその家族だけではなくスタッフにも優しい設備や環境づくりが重要だと考える。加えて、NICUでは急性期の危機的な状況にある児の状態が悪化し、児を看取るような場面もある。このように、患児・家族へケアに対する努力が実らず、期待した成果が得られないことへ無力感を感じた場合こそ、個人の自己効力を下げないために、上司や同僚からのサポートなど、仲間を支えあう組織的なシステムが必要だと考える。

最後に本研究の限界と課題について述べる。本尺度の原版は小児領域のケア提供者を対象としてカナダで開発され、妥当性と信頼性を検討されている尺度ではあるが、NICUのケア提供者を対象として開発されたものではないこと、翻訳に関する言語的差異、カナダと日本のヘルスケアにおける専門職の役割や文化的差異などが今回の結果に影響している可能性がある。今後、新生児看護学領域の研究者や看護管理者、臨床家による更なる妥当性、信頼性の検討を行い、日本のNICUにおけるFCCの実践および信念を測る尺度として精選させていく必要があると考える。

V. 結 論

本研究結果から、NICUの看護師は、情報の提供や共有、家族同士の交流や情報交換の支援について特に実践できていないと認識していたことから、看護者の情報提供者としての役割認識を強化し、家族同士のつながりを支援していくことの必要性が示唆された。また、FCCの理念に基づく看護を実践していくためには、特に経験年数の少ない看護師を対象としたFCC実践に対する自己効力を高める教育プログラムや環境づくり、FCCの実践を組織全体で取り組む体制とスタッフの支援が必要だと考える。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く研究協力してくださいました各施設の看護部長およびNICU看護師長、NICUの看護師の皆様にご心より御礼申し上げます。また、研究計画の段階からご指導頂きました聖路加看護大学の森明子先生、堀内成子先生、柳井晴夫先生、研究室の諸先生方をはじめ、支えてくださった多くの皆様に改めて深く感謝致します。なお、本研究は、聖路加看護大学修士論文の一部であり、第18回日本新生児看護学会学術集会において発表したものです。

引用文献

- 1) Gordin, P., & Johnson, B. H.: Technology and family-centered perinatal care: Conflict or synergy? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 28 (4) , 401-408, 1999.
- 2) 堀内勤：新生児ケアのありかたとアベロブメンタルケア，*周産期医学*, 31 (1), 95-100, 2001.
- 3) Sammons, W. A. H. & Lewis, J. M.: *Premature babies; A different beginning*, St.Louis, 1985, 小林登, 竹内徹監訳, 未熟児その異なった出発, pp.48-49, 84-86, 医学書院, 1990.
- 4) Miles, M. S., & Holditch-Davis, D.: Compensatory parenting: How mothers describe parenting their 3 years old premature born children. *Pediatric Nursing*, 10 (4) , 243-253, 1995.
- 5) Holditch-Davis, D., & Miles, M. S.: Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19 (3) , 13-21, 2000.
- 6) 安積陽子：早産児をもつ母親の親役割獲得過程に関する研究, *日本助産学会誌*, 16 (2), 25-35, 2003.
- 7) Woodside, J. M., Rosenbaum, P. L., King, S. M., et al: Family-centered service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's Health Care*, 30 (3) , 237-252, 2001.
- 8) Saunders, R. P., Abraham, M. R., Crosby, M. J., et al: Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units, *Pediatrics*, 111 (4) , 437-449, 2003.
- 9) 前掲論文7)
- 10) King, G., Kertoy, M., Rosenbaum, P., et al: A measure of parents' and service providers' beliefs about participation in family-centered services, *Children's Health Care*, 32 (3) , 191-214, 2003.
- 11) Dyke, P., Buttigieg, P., Blackmore, A. M., et al: Use of the measure of process of care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. *Child: Care, Health & Development*, 32 (2) , 167-176, 2006.
- 12) Siebes, R.C., Ketelaar, M., Wijnroks, L., et al: Family-centred services in the Netherlands: validating a self-report measure for paediatric service providers. *Clinical Rehabilitation*, 20 (6) , 502-512, 2006.
- 13) 横尾京子：NICUと面会時間の制限, *Neonatal Care*, 11 (12), 71-74, 1998.
- 14) 小谷野康子：看護婦の自己効力の特性とその関連因子, *聖路加看護学会誌*, 3 (1), 78-83, 1999.
- 15) 小谷野康子：看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析－急性期病院の看護婦を対象にして－, *聖路加看護大学紀要*, 27, 1-9, 2001.

Nurses' Practices and Beliefs about Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit

Hiromi Asai

Division of Nursing Sciences, Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

Key words : 1. Neonatal Intensive Care Unit
2. Family-Centered Care
3. Practice
4. Belief
5. Self efficacy
6. Providing information

Purpose

The purpose of this study was to clarify nurses' practices and beliefs about family-centered care(FCC) in the neonatal intensive care unit (NICU) in relationship to several factors in Japan.

Methods

A quantitative cross-sectional survey was conducted by self-reported questionnaire in 900 nurses working in the NICU of 30 hospitals and nurse managers of each Unit in the Kanto region in Japan. Two questionnaires were used; the questionnaire of philosophy, policy and environment of the NICU for nurse managers and the questionnaire of the nurses' practices and beliefs about FCC for staff nurses in the NICU. Practices about FCC were assessed by the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP) and beliefs about FCC was assessed by the Measure of Beliefs about Participation in Family-Centered Service (MBP-FCS) which developed by Rosenbaum in Canada.

Results

The response rate was 81.6%. In order to conduct statistical analysis, appropriate data from 710 respondents were used. The subjects' mean age was 30.3±6.8 years. The mean of their clinical experience was 8.9±6.6 years. The mean of their neonatal care experience was 4.8±3.7years.

As the tendency to the entire MPOC-SP score, the score of the practice which related to providing information was low though the score of the practice which related to interpersonal relationship was high. Age, clinical experience, neonatal care experience, educational background and managerial position had significant relationship to both the score of MPOC-SP scale and the score of MBP-FCS scale.

Conclusion

It was revealed that the nurses' practice of FCC was related to each nurses' self-efficacy to implementing FCC. These results suggested that it is necessary to strengthen the recognition of nurses as the role of the providing information, educate and build environment for improving the nurses' self efficacy to implementing FCC.