

# NICU で受けた看護実践に対する家族の認識 —ファミリーセンタードケアとエンパワーメント に焦点をあてて—

清水 彩

キーワード (Key words) : 1. NICU 看護 (Neonatal Intensive Nursing)  
2. ファミリーセンタードケア (Family - centered Care)  
3. 家族看護 (Family Nursing)  
4. エンパワーメント (Empowerment)

目的 NICU に入院する子どもがいる家族がもつ看護実践への認識とエンパワーメントの程度、およびそれらに関連する家族ならびに環境要因を明らかにすることを目的とした。

方法 全国の総合・地域周産期母子医療センターのうち 32 施設、239 名の母親に自記式質問紙を用いた量的記述的研究を実施した。ファミリーセンタードケア (Family - centered Care, 以下 FCC とする) の枠組みで看護実践を測定する MPOC - 20 (Measure of Process of Care - 20) およびエンパワーメントの程度を測定する EPS (Enabling Practice Scale) をそれぞれ翻訳・修正して使用した。

結果 119 名 (回収率 49.8%) の母親から回答があり、有効回答は 101 名 (有効回答率 42.3%) であった。看護実践得点に関して、退院後にも利用できる情報提供に関する得点が特に低く、母親の最終学歴 ( $F = 3.545, p = .017$ ) や母親の就業形態 ( $t = -2.030, p = .045$ ) といった家族の属性によって差がみられた。一方で、エンパワーメント実践得点は全般的に高く、両親への厳格な面会制限の有無 ( $t = -2.118, p = .037$ ) やカンガルーケアに対する意思の反映度 ( $t = -2.502, p = .014$ ) といった環境要因によって差がみられた。

結論 NICU に入院する子どもをもつ母親は、NICU 退院後にも利用できる情報提供を得ることができていないと認識していた。また、家族中心の看護実践への認識やエンパワーメントの程度は、家族背景や環境要因が影響していた。よって、看護師は母親の思いを明らかにし、個別の支援を提案・実施していける体制づくりをすることが重要である。

## I. はじめに

NICU に入院する子どものいる母親は、子どもが小さく生まれたことだけでなく、新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit, 以下、NICU とする) での医療者との人間関係や環境に非常に大きなストレスを感じている<sup>1)2)</sup>。子どもが NICU 入院している時には自覚していなかったとしても、退院後にストレスと自覚する母親もいる<sup>3)</sup>。病院中心の看護下では、家族が親役割行動をとることを困難にし、さらにストレスとなっていた。今日では、医療者間でも、第 1 ケア提供者である家族の意思を尊重してケアを展開するファミリーセンタードケア (Family-centered Care, 以下 FCC とする) の必要性が認識されるようになった。

FCC は、NICU において注目されている理念である<sup>4)5)</sup>。FCC とは、看護師が家族の意思を尊重し、家族と協働し、家族のケア参加が促進される状態をさす<sup>6)</sup>。

NICU 看護師の継続教育においても、最重要視されている概念の 1 つである<sup>7)</sup>。他国同様、我が国の NICU で働く看護師も、FCC の理念を重要視しているが、一方で、FCC 実践に困難さも感じている<sup>8)9)</sup>。そこで、FCC 実践の促進をめざす手立てを検討するために、昨今の取り組みを経た現状を明らかにする必要があると考えた。

Dunst らは、家族へ提供される看護を査定する際、ケア内容だけでなく、自己効力感やエンパワーメントといった精神面における変化が重要であると主張している<sup>10)11)</sup>。また、Zimmerman は、家族が困難な状況に対し肯定的な受け止めをできることによって、家族の行動変容が生じると言及している<sup>12)</sup>。そのため、看護の実態を明らかにする際、大前提として、家族の認識に基づいて明らかにする必要があると考える。同時に、提供されたケア内容のみならず、看護師 - 家族間に生じたエンパワーメントや自己効力感といった情動的変化をも考慮した検討が望ましいと考えた。

・ Family Perceptions of Nursing Practices in NICU — Focusing on Family-centered Care and Empowerment —  
・ 所属：慶應義塾大学 看護医療学部 (Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University)  
・ 日本新生児看護学会誌 Vol.16, No.2 : 6 ~ 16, 2010

よって、本研究の目的は、NICUに入院中の子どもがいる家族が、提供されていると認識する看護実践内容ならびにエンパワーメントの程度の現状を明らかにすることである。また、それらに影響する要因を、家族背景およびNICUの環境から検討することとした。NICUに入院する子どもがいる家族が持つ認識ならびに関連要因を明らかにすることで、新たな取り組みへの示唆が得られると期待される。

#### 【用語の操作的定義】

#### ファミリーセンタードケア

##### (Family-centered Care; FCC)

看護師が家族を尊重し、家族のニーズに基づくケア提供をし、NICUに入院する子どもの家族がケア参加できる状態をさす<sup>6)</sup>。

#### エンパワーメント (Empowerment)

自身の生活を批判的に吟味し、コントロールできるという統御感を得る過程をさす<sup>12)</sup>。家族が自律してケアできる状態をもってエンパワーメントを得たと判断する。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた量的記述的研究。

### 2. 対象と方法

#### 1) 研究対象者

研究対象者は厚生労働省が認可する総合周産期・地域周産期母子医療センターに入院する子どもがいる母親とした。対象者の背景要因が認識に与える影響を検討するため、母親に限定した。子どもが、①在胎32週未満で生まれ、②未熟性を主訴（奇形の有無は問わず）としてNICUに入院し、③研究依頼時（修正在胎週数37週前後～44週頃）には、呼吸器から離脱し、経口摂取できることを組み入れ基準とした。ただし、①日本語の読み書きができない、②研究の趣旨に同意が得られない、③重篤な精神的疾患がある、④上子でNICUに入院した経験がある、⑤シングルマザーである者を除外基準とした。

#### 2) 調査方法

調査対象施設の看護部長に、研究の趣旨ならびに研究協力依頼文書を郵送した。研究協力の同意を得られた場合には、看護部長の推薦した研究担当者もしくは研究者より説明書および質問紙を配布した。回答後、研究対象者が郵送にて返信することとした。返信をもって同意を得たと判断した。質問紙配布期間は2008年8月下旬～12月末であった。

### 3. 測定用具

本研究では、以下の4つの質問紙を用いた。

#### 1) ケアシステム (NICUの環境)

家族の視点でNICUの環境を明らかにする目的で、研究者が文献検索から作成した。〈面会〉(2項目)と〈親子のきずなを育むケア〉(4項目)の全6項目から成る。

#### 2) デモグラフィックデータ (家族背景)

NICUに入院する子どもを含めた家族の特性を明らかにする目的で、研究者が文献検索をもとに作成した。〈家族の背景〉(7項目)と〈NICUに入院している子どもの属性〉(6項目)の全13項目から成る。

#### 3) 看護実践測定尺度

##### (MPOC-20; Measure of Process of Care-20)

MPOC-20は、FCCの理念をもとに、看護実践を測定することを目的として北米で開発され、全20項目から成る<sup>13)</sup>。選択肢は8段階で、「0:該当なし」は必要としていない、「1:全くない」～「3:少ない」は否定的な認識、「4:まあまあある」は中間、「5:やや多い」～「7:とても多い」を肯定的な認識と判断した。

本研究結果20項目のクロンバック $\alpha = .937$ 、固有値は45.2%であった。また、固有値の変化と因子の解釈可能性から4因子に仮定し、再度、主因子法・Promax回転による因子分析した( $n=98$ )。その結果、看護実践では、[両親によりそう姿勢の提示]、[のちにも利用できる情報提供]、[個別性を尊重した対応]、[理解を助ける調整]の4因子に類型された(表1)。因子毎の主成分分析で、因子寄与率は60%以上で、成分負荷量も.60以上であり、内的整合性は保持されていた(表2)。

[両親によりそう姿勢の提示]とは、家族のペースや思いを尊重する態度とケア実践をさす。[のちにも利用できる情報提供]とは、NICU退院後も含め、家族が育児に関して判断および行動する際に必要な情報源の提供をさす。[個別性を尊重した対応]とは、子どもの個別性をふまえた家族への情報提供ならびに家族メンバーを尊重した対応をさす。[理解を助ける調整]とは、家族が提供された情報をより深く理解する調整をさす。

#### 4) エンパワーメント実践測定尺度

##### (EPS; Enabling Practice Scale)

EPSは、家族のエンパワーメントの程度を測定することを目的として、『家族をエンパワーする12のガイドライン』<sup>14)</sup>をもとに開発され、全24項目から成る<sup>15)</sup>。選択肢は5段階で、「1:全くあてはまらない」～「2:あまりあてはまらない」は否定的な認識、「3:まあまああてはまる」は中間、「4:少し当てはまる」～「5:とてもあてはまる」を肯定的な認識と判断した。

本研究結果24項目のクロンバック $\alpha = .935$ 、固有値は41.9%であった。また、固有値の変化と因子の解釈可能性から3因子に仮定し、再度、主因子法・Promax回

表1 看護実践測定尺度 因子分析結果 (主因子法・プロマックス回転)

n = 98

		因子				共通性
		I	II	III	IV	
I 両親により 姿勢の提示 (6)	7) あなたに育児について1つの方法のみを押しつけず、選択肢を示してくれる。	.859	.121	-.183	.054	.720
	10) 子どものケア (育児) に慣れるように、あなたと話し合っ退院までの計画をし、どの看護師もその計画に従って取り組んでくれる。	.812	-.162	.194	.014	.772
	8) あなたにケア (育児) に関する意思決定の機会を保証してくれる。	.658	-.017	.024	.153	.585
	6) 少なくとも1人の看護師が、入院期間を通してお子さんに関して把握し、あなたの相談にのってくれる。	.538	.102	.167	.017	.528
	5) いろんな角度から、お子さんが何を必要としているかをよく考えられる (身体面なことだけでなく、精神面、情緒面、そして社会的な面から)。	.511	.206	-.083	.200	.525
Cronbach's a = .877	1) あなたが親としてお子さんを育てていくことができると感じられるようにサポートしてくれる。	.389	-.023	-.043	.387	.419
II のちにも 利用できる 情報提供 (5)	19) 家族が情報を得るために、冊子やビデオなど、さまざまな形で利用できるように準備してある。	-.008	.893	-.016	-.047	.731
	20) あなたがお子さんに関する情報を得たり、他の親と連絡を取るための助言をしてくれる (病院による本の貸し出しなども含む)。	.090	.862	-.062	-.114	.666
	16) 病院や地域で提供されている医療保健福祉サービスについて情報提供をしてくれる。	-.073	.564	.183	.072	.476
	2) お子さんが受けているケアを見せるだけでなく、あなたへケアの要点を書面で示してくれる。	.239	.431	.073	.117	.519
Cronbach's a = .846	18) 家族メンバー全員に、情報を得る機会を提供してくれる。	-.016	.390	.278	.187	.517
III 個別性を 尊重した 対応 (5)	15) ケアをしていて気づいたことをあなたに話してくれる。	-.064	-.061	.758	.252	.755
	12) どの看護師も一貫した情報をあなたに提供してくれる。	.382	-.037	.695	-.212	.682
	11) あなたを NICU に入院する児のいる親としてではなく、(あなたをママでなく、〇〇さんと個人名で呼び) 看護師と対等に個人として接してくれる。	.083	.133	.641	-.164	.453
Cronbach's a = .837	14) お子さんに関する生まれてからの経過を、何かに書きとめた形であなたに示してくれる。	-.238	.063	.610	.211	.451
IV 理解を 助ける調整 (4)	13) あなたに NICU に入院している子どものいる親としての役割行動のみを求めず、あなたらしさを尊重して接してくれる。	.135	.110	.604	.021	.607
	4) あなたが必要とする情報を適切な時に、分かりやすい方法で示してくれる。	.240	-.009	.026	.665	.710
Cronbach's a = .824	3) あなたが知りたいことに対して、情報提供するだけでなく親身になって一緒に考えてくれる。	.278	-.053	-.082	.661	.591
	17) 早く生まれた子どもによく見られる経過や傾向に関する情報提供をしてくれる (原因、経過、将来について)。	-.119	.323	.155	.525	.637
	9) あなたはせかされているように感じず話ができるように、話をする時間を十分に取ってくれる。	.138	-.227	.389	.439	.542
		因子寄与	6.824	5.648	6.970	6.475
		因子間相関				
		I	—	.481	.619	.584
		II		—	.541	.555
		III			—	.661
		IV				—

転による因子分析した (n=97)。その結果、エンパワーメント実践は、【関係性】、【協働】、【自律性】の3因子に類型された (表3)。因子毎の主成分分析で因子寄与率は45%以上、成分負荷量も.50以上で、内的整合性は保持されていた (表4)。

【関係性】とは、家族が看護師に脆弱性を受け入れられ、家族の心境を察したケアと場所の提供によりニーズが満たされた家族-看護師の関係が開始する状態をさす。【協

働】とは、家族が看護師に疑問や希望を相談し、看護師が助言を含めた情報提供するという双方向の対話が成り立つ信頼関係のある状態をさす。【自律性】とは、家族が主体的な状況判断に基づき育児を取り組み、看護師は必要時のみ介入する状態をさす。

英語で開発された看護実践測定尺度とエンパワーメント実践測定尺度は、研究者がそれぞれの開発者へ翻訳の承諾を得て、翻訳家と翻訳し、NICUの臨床に即して修

表2 看護実践測定尺度 各因子の主成分分析結果

n = 98	
[第Ⅰ因子：両親によりそう姿勢の提示]	成分負荷量
7) 育児に関する選択の自由	.853
10) 家族参加推奨と一貫性の保持	.858
8) 意思決定の機会を容認	.831
6) 継続的なかわりの保証	.767
5) 子どもの多角的なニーズ把握	.761
1) 育児能力の尊重	.658
第1主成分の因子寄与率 62.7%	
[第Ⅱ因子：のちにも利用できる情報提供]	成分負荷量
19) 多様な媒体による情報提供	.860
20) 家族会や書籍の情報提供	.837
16) 医療保健福祉サービスの提示	.765
2) 個別性を踏まえたケアの提示	.742
18) 家族メンバーへの情報提供	.724
第1主成分の因子寄与率 62.1%	
[第Ⅲ因子：個別性を尊重した対応]	成分負荷量
15) 子どもに関する報告・共有	.865
12) 一貫した情報提供	.814
11) 一個人としての対応	.761
14) 書面による子どもの経過の提示	.687
13) あなたらしさの受容	.831
第1主成分の因子寄与率 63.1%	
[第Ⅳ因子：理解を助ける調整]	成分負荷量
4) 家族の反応に応じた情報提供	.865
3) 一緒に検討する姿勢	.820
17) 共通する経過の情報提供	.795
9) 十分な時間の確保	.784
第1主成分の因子寄与率 66.8%	

正した。その後、バイリンガルが逆翻訳した逆翻訳版と原版とを比較した。また、助産学の研究者およびNICU看護管理者とともに質問項目の内容妥当性を検討した。最後に、NICU勤務経験がある看護師とNICU入院歴がある子どものいる母親にプレテストを行い、質問文の表現も吟味した。

#### 4. 分析方法

統計ソフトSPSS ver.17.0J for Windowsを使用し、看護実践得点とエンパワーメント実践得点の基本統計量を算出する。そして、対象者の属性ならびにケアシステムが看護実践得点およびエンパワーメント実践得点の関連を検討するために、t検定・Levenの検定もしくは一元配置分散分析・Tukeyの多重比較を行う。分析の過程で、統計学の専門家からスーパーバイズを随時受けることとした。

#### 5. 倫理的配慮

研究協力者の自由意思の尊重、匿名性の保持厳守を前提とし、研究協力者がいかなる場合も不利益を被らないように十分に配慮した。本研究は、聖路加看護大学研究

倫理審査委員会の承認（承認番号07-019）とともに、必要時、研究対象施設の倫理審査の承認も得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 研究対象者の属性

全国の総合周産期母子医療センターと地域周産期センターのうち、研究協力が得られた32施設で実施した。母親239名に配布し、119名（回収率49.8%）より回答があった。有効回答は101名で、有効回答率84.8%であった。

母親の平均年齢は31.71 ± 4.90 [歳]、NICUに入院する子どもの平均出生時在胎週数は27.85 ± 2.37 [週]、平均出生体重は1088.82 ± 359.44 [g]であった（表5）。

#### 2. 研究対象施設のケアシステム

94.0%の母親が入院する子どもへタッチングを推奨され、95.0%の母親が持ち込みのデジタルカメラでの撮影を容認されていた。

複数人から回答があった21施設（研究参加施設の65.6%）について、施設毎に質問項目別で回答を照合した。1項目以上の回答不一致が20施設（複数回答のあった施設の95.2%）であった。回答にばらつきのあった質問項目は、「両親の面会制限」、「祖父母の面会制限」、「カンガルーケア推奨度」、「母乳支援度」であった（図1）。

#### 3. 看護実践得点と関連要因

看護実践測定尺度全体の平均得点は4.81 ± 1.15で、下位尺度は「理解を助ける調整」の平均値が最も高く、標準偏差は最も小さかった（5.31 ± 1.20）。一方で、「のちにも利用できる情報提供」の平均値は最も低く、標準偏差は最も大きかった（3.70 ± 1.47）（表6）。

家族の属性に関して、母親の最終学歴は、看護実践全体の得点との間に有意差を認めた（ $F=3.545$ ,  $p=.017$ ）。とりわけ、「のちにも利用できる情報提供」の得点が、大卒群は他の3群（中卒群、高卒群、専門学校卒・短大卒群）と比較し有意に低かった（ $F=5.166$ ,  $p=.002$ ）。また、大卒群は高卒群と比較して、看護実践全体の得点（ $F=3.545$ ,  $p=.017$ ）ならびに「理解を助ける調整」の得点（ $F=2.813$ ,  $p=.043$ ）も有意に低かった。また、正規職員群は正規職員以外群（非正規職員群ならびに未就業群）と比較すると、看護実践全体の得点（ $t=-2.030$ ,  $p=.045$ ）および「家族に寄り添う姿勢の提示」の得点（ $t=-2.324$ ,  $p=.022$ ）がともに有意に低かった。

面会時間により、看護実践全体（ $F=3.349$ ,  $p=.039$ ）およびその下位尺度である「家族に寄り添う姿勢の提示」（ $F=5.259$ ,  $p=.007$ ）ならびに「個別性を尊重した対応」（ $F=4.113$ ,  $p=.019$ ）の得点で有意差があった。しかしな

表3 エンパワーメント実践測定尺度 因子分析結果 (主因子法・プロマックス回転)

		成分			共通性
		I	II	III	
I 関係性 (6)	5) お子さんを看ている看護師がお子さんについて何かを提案してくれると、うれしくなる。	.784	-.168	.008	.465
	12) 看護師は、ポジティブ (前向き) な助言をしてくれる。	.764	.166	-.200	.656
	2) 看護師のアドバイスは受け入れやすいものである。	.610	.283	-.120	.603
	8) あなたは看護師とともに子どもにケア (育児) することで、自分にも育児をしていくことができると思える。	.507	-.050	.288	.416
	11) 看護師のサポートにより、あなたは速やかに問題を解決することができている。	.386	.182	.122	.363
	7) あなたと看護師は、対等なパートナーの関係である。	.381	.219	.281	.556
II 協働 (11)	16) 看護師は、家族の要望や気がかりなことを察して応じてくれる。	-.142	1.010	-.106	.733
	15) 看護師のサポートは、家族の要望を満たしてくれる。	.160	.804	-.133	.719
	22) 看護師は、あなたの意見を喜んで聞き入れてくれる。	.115	.725	-.005	.650
	20) 看護師は、家族の要望に対してサポートすることを申し出てくれる。	-.030	.689	.112	.551
	14) 看護師は、入院しているお子さんと家族を気にかけてくれる。	.299	.622	-.117	.630
	3) 看護師はケア (育児) を検討する時、入院しているお子さんの事情だけでなく、家族メンバーの事情も気にかけてくれる。	.212	.615	-.111	.514
	23) あなたは、看護師に自分の考えを伝えることができる。	-.150	.541	.373	.539
	6) 看護師は、家族が大切にしていることや信念を受け入れてくれる。	.230	.482	.115	.544
	24) お子さんを看ている看護師の助言を実行してみると、早期に子どもによい効果がある。	.045	.446	.349	.555
	13) あなたが看護師に助言を求めると、看護師はあなたの家族や友達にも相談してみるよう提案することもある。	-.068	.391	.200	.244
	1) あなたと看護師の間で、お子さんのケア (育児) で大切だと思うことが一致している。	.320	.337	.151	.494
III 自律性 (7)	10) あなたこそが、お子さんに最もよい影響を与えているはずだと実感する。	-.128	.020	.686	.426
	18) 看護師がお子さんについてあなたに助言を求めると、あなたは喜んで自分の判断を伝える。	-.068	.027	.682	.451
	17) あなたは、自分自身がお子さんの人生を左右するとても重要な立場である。	.162	-.290	.579	.257
	21) あなたは、自分がお子さんのためのケア (育児) 方針を決めている。	-.214	.240	.574	.424
	9) スタッフとともに、ケア (育児) に慣れるためのケア計画を立てることは容易である。	.164	.090	.527	.467
	4) あなたは、お子さんのケア (育児) を決定するとても大切な役割のある立場である。	.308	-.112	.475	.348
Cronbach's $\alpha = .785$	19) あなたは気がかりなことに対して、看護師の提案からどうしたらよいかを学んでいる。	.033	.307	.325	.347
		因子寄与	6.882	8.757	6.075
		因子間相関	I	II	III
			—	.695	.432
				—	.609
					—

がら、群間には有意な差がなかったり、下位尺度の項目により、得点の高低の傾向は異なったりしていた。

絶対的な面会制限のある群は、相対的に自由面会である群と比して、[理解を助ける調整]の得点が低かった ( $t = -2.118, p = .037$ )。

「8) 意思決定の機会を容認」, 「19) 多様な媒体による情報提供」, 「20) 家族会や書籍の情報提供」の3項目について、のべ10名の家族が「0:該当せず」を選択していた。

#### 4. エンパワーメント実践得点と関連要因

エンパワーメント実践尺度全体の平均得点は  $4.01 \pm .63$

で、下位尺度は【協働】の平均値が最も高く ( $4.23 \pm .70$ )、【関係性】の平均値は最も低かった ( $3.92 \pm .76$ ) (表7)。

家族の属性に関して、母親の年齢は【関係性】の得点に対し ( $F = 2.839, p = .042$ )、また、母親の最終学歴 ( $F = 2.989, p = .036$ ) や子どもの数 ( $F = 3.246, p = .045$ ) も【協働】の得点に有意差を認めしたが、群間での有意差は認めなかった。その他、退院予定日確定群は、退院予定日未定群と比べて、【自律性】の得点が有意に高かった ( $t = -2.523, p = .013$ )。

ケアシステムに関して、絶対的な両親面会制限のある群は相対的に自由面会である群より、【自律性】の得点が有意に低かった ( $t = -2.336, p = 0.022$ )。カンガルーケ

表4 エンパワーメント実践測定尺度  
各因子の主成分分析結果

n = 97	
【I：関係性】	成分負荷量
5) 看護師の提案へのよろこび	.719
12) ポジティブな助言の獲得	.804
2) 理解しやすい助言の獲得	.807
8) 育児への前向きな見通し	.708
11) タイムリーな問題解決	.678
7) パートナーとしての関係性	.729
第1主成分の因子寄与率 47.1%	
【II：協働】	成分負荷量
16) 看護師の気づかいへの満足感	.835
15) 看護師のサポートに対する満足感	.829
22) 意思尊重	.813
20) 要望に対する家族の充足感	.769
14) 家族単位での受け入れ	.782
3) 家族の事情を受容する姿勢	.732
23) 意見主張のできる雰囲気	.705
6) 家族の信念の受容	.767
24) ケア効果の実感	.738
13) 新たな問題解決法の提示	.521
1) 育児に対する価値観の理解	.724
第1主成分の因子寄与率 58.2%	
【III：自律性】	成分負荷量
10) 子どもにより影響を与える存在という認識	.662
18) 意思表出	.743
17) 子どもにとって重要な立場という認識	.575
21) 育児方針決定の自覚	.712
9) 家族参加型看護計画	.698
4) 親役割の自覚	.606
19) 看護師を通じた学びの姿勢	.639
第1主成分の因子寄与率 45.4%	

表5 対象の属性

n = 101	
人数 [人] (割合[%])	
地方別	
北海道・東北地方	8 (7.9)
関東・甲信越地方	47 (46.5)
中部・近畿地方	32 (31.7)
中国・四国地方	10 (9.9)
九州・沖縄地方	4 (4.0)
周産期母子医療センター	
総合周産期	62 (61.4)
地域周産期	39 (38.6)
母親の年齢	
～19歳	1 (1.0)
20歳～24歳	6 (5.9)
25歳～29歳	26 (25.7)
30歳～34歳	40 (39.6)
35歳～	28 (27.7)
母親の最終学歴	
中卒	8 (7.9)
高卒	28 (27.7)
専門学校卒	18 (17.8)
短大卒	26 (25.7)
大卒	21 (20.8)
就業形態	
正規職員	33 (32.7)
非正規職員	34 (33.7)
働いていない	34 (33.7)
子どもの数	
1人	47 (46.5)
2人	30 (29.7)
3人～	21 (20.8)
無回答	3 (3.0)
病院までの所要時間	
30分未満	27 (26.7)
30分～60分未満	50 (49.5)
60分～	24 (23.8)
面会時間	
1時間未満	4 (4.0)
1時間～3時間未満	71 (70.3)
3時間～	26 (25.7)
出生時体重	
750g未満	20 (19.8)
750g～1000g未満	28 (27.7)
1000g～1500g未満	37 (36.6)
1500g～	16 (15.8)
出生時在胎週数	
26週未満	22 (21.8)
26週～28週未満	20 (19.8)
28週～30週未満	27 (26.7)
30週～	32 (31.7)
退院の予定	
未定	4 (4.0)
退院予定日検討中	63 (62.4)
退院予定日決定	34 (33.7)

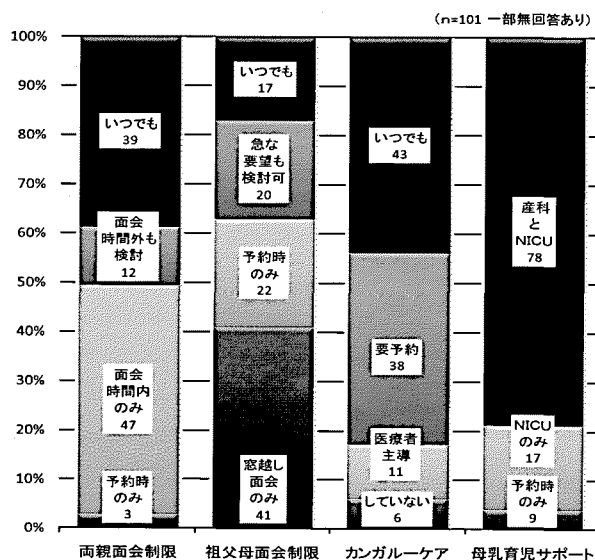


図1 ケアシステムの現状

表6 看護実践得点と対象者の属性・ケアシステムとの関連

	n	下位尺度									
		看護実践測定尺度全体		両親によりそう姿勢の提示		のちにも利用できる情報提供		個性を尊重した対応		理解を助ける調整	
		Ave	SD	Ave	SD	Ave	SD	Ave	SD	Ave	SD
全体	101	4.81 ± 1.15		5.24 ± 1.30		3.70 ± 1.47		4.98 ± 1.35		5.31 ± 1.20	
母親の年齢		F = 1.774		F = 1.034		F = 1.501		F = 2.195		F = 2.103	
～24歳	8	5.25 ± 1.54		5.28 ± 1.63		4.63 ± 1.76		5.63 ± 1.76		5.50 ± 1.20	
25歳～29歳	28	4.64 ± 1.03		5.13 ± 1.15		3.67 ± 1.55		4.71 ± 1.17		5.05 ± 1.15	
30歳～34歳	44	5.05 ± 1.14		5.49 ± 1.34		3.81 ± 1.41		5.27 ± 1.35		5.64 ± 1.15	
35歳～	21	4.50 ± 1.14		4.94 ± 1.31		3.33 ± 1.38		4.62 ± 1.31		5.01 ± 1.25	
母親の最終学歴		F = 3.545 *		F = 1.784		F = 5.166 **		F = 2.182		F = 2.813 *	
中卒	8	5.24 ± 1.10		5.63 ± 1.16		4.66 ± 1.16		5.17 ± 1.42		5.47 ± .89	
高卒	28	5.09 ± 1.09		5.48 ± 1.24		3.87 ± 1.60		5.43 ± 1.28		5.59 ± 1.12	
専門学校卒・短大卒	44	4.87 ± 1.19		5.27 ± 1.37		3.88 ± 1.40		4.90 ± 1.42		5.41 ± 1.26	
大卒	21	4.15 ± .93		4.71 ± 1.19		2.72 ± 1.08		4.49 ± 1.13		4.67 ± 1.12	
就業形態		t = - 2.030 *		t = - 2.324 *		t = - 1.527		t = - 1.878		t = - 1.382	
正規職員	33	4.48 ± 1.17		4.82 ± 1.40		3.38 ± 1.43		4.62 ± 1.40		5.08 ± 1.25	
非正規職員・働いてない	68	4.97 ± 1.11		5.44 ± 1.20		3.85 ± 1.47		5.13 ± 1.30		5.43 ± 1.17	
子どもの数		F = 1.575		F = .952		F = .406		F = 2.261		F = 3.078	
1人	47	4.62 ± 1.23		5.05 ± 1.43		3.67 ± 1.58		4.68 ± 1.42		5.08 ± 1.25	
2人	30	4.79 ± 1.09		5.29 ± 1.04		3.53 ± 1.53		5.02 ± 1.33		5.23 ± 1.14	
3人～	21	5.15 ± 1.02		5.52 ± 1.41		3.90 ± 1.09		5.41 ± 1.10		5.85 ± 1.09	
面会時間		F = 3.349 *		F = 5.259 **		F = .326		F = 4.113 *		F = 1.926	
1時間未満	4	3.81 ± .48		3.62 ± 1.46		.82 ± .41		1.58 ± .79		4.38 ± 1.01	
1時間～3時間未満	71	4.98 ± 1.08		5.45 ± 1.21		1.42 ± .17		1.24 ± .15		5.43 ± 1.14	
3時間～	26	4.51 ± 1.28		4.92 ± 1.31		1.68 ± .33		1.45 ± .28		5.13 ± 1.33	
退院の予定		t = - .634		t = - 1.586		t = - .258		t = .642		t = - 1.222	
退院予定日検討中	63	4.79 ± 1.12		5.14 ± 1.30		3.68 ± 1.40		5.09 ± 1.21		5.24 ± 1.22	
退院予定日決定	34	4.94 ± 1.14		5.56 ± 1.17		3.76 ± 1.61		4.91 ± 1.48		5.54 ± 1.08	
両親面会制限		t = - 1.746		t = - .980		t = - 1.951		t = - .984		t = - 2.118 *	
絶対的な面会制限	50	4.61 ± 1.15		5.11 ± 1.23		3.42 ± 1.39		4.85 ± 1.40		5.06 ± 1.29	
相対的に自由面会	51	5.01 ± 1.12		5.37 ± 1.37		3.98 ± 1.50		5.11 ± 1.29		5.56 ± 1.06	
カンガルーケア		t = - .827		t = - .874		t = - .397		t = - .018		t = - 1.802	
意思に関係なし	17	4.60 ± 1.19		4.99 ± 1.41		3.57 ± 1.50		4.98 ± 1.37		4.84 ± 1.27	
意思を反映している	81	4.85 ± 1.14		5.29 ± 1.28		3.73 ± 1.47		4.98 ± 1.35		5.41 ± 1.17	

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

アの意向が反映されない群（したことがない、もしくは、意思に関係なく実施）は意向が反映されている群より、エンパワーメント実践得点 (t=-2.502, p=.014) および【協働】(t=-2.670, p=.009) と【自律性】(t=-2.329, p=.022) の得点が有意に低かった。

## IV. 考 察

### 1. 看護実践に対する認識

4つの看護実践のうち、[両親によりそう姿勢の提示] や [理解を助ける調整] の得点が高いのに対し、[個別

性を尊重した対応] や [のちにも利用できる情報提供] の得点がやや低い傾向であった。浅井の研究によると、NICU看護師は、FCC看護実践のうち全般的もしくは子どもに関する具体的な情報提供が不十分であると自己評価している<sup>9)</sup>。よって、家族と看護師が必要と認識する課題は一致していた。また、退院後に利用できるリソースをNICU看護師が持ちあわせていないとも指摘している<sup>9)</sup>。個々の経過は多種多様であり、ひと通りの情報提供でニーズを満たすことはできない。また、家族が情報提供を希望される内容が、発達予後など長期の経過をもってしなければ判断できないこともある。しかしなが

表7 エンパワーメント実践得点と対象者の属性・ケアシステムとの関連

	エンパワーメント実践測定尺度全体			下位尺度					
	n	Ave	SD	関係性		協働		自律性	
				Ave	SD	Ave	SD	Ave	SD
全体	101	4.01 ± .63		3.92 ± .76		4.23 ± .70		3.97 ± .66	
母親の年齢		F = 2.604		F = 2.839 *		F = 2.088		F = 1.269	
～24歳	8	4.22 ± .62		4.18 ± .66		4.30 ± .80		4.21 ± .55	
25歳～29歳	28	3.86 ± .56		3.70 ± .65		4.22 ± .56		3.80 ± .72	
30歳～34歳	44	4.19 ± .63		4.14 ± .74		4.40 ± .58		4.09 ± .68	
35歳～	21	3.84 ± .65		3.73 ± .81		3.98 ± .88		3.95 ± .59	
母親の最終学歴		F = 1.637		F = 1.772		F = 2.989 *		F = 1.698	
中卒	8	4.16 ± .62		4.05 ± .75		4.06 ± .72		4.41 ± .47	
高卒	28	4.07 ± .65		3.96 ± .74		4.51 ± .57		3.87 ± .80	
専門学校卒・短大卒	44	4.06 ± .65		4.02 ± .78		4.22 ± .71		4.02 ± .62	
大卒	21	3.74 ± .53		3.59 ± .68		3.95 ± .73		3.86 ± .58	
就業形態		t = -1.882		t = -.679		t = -1.514		t = -1.674	
正規職員	33	3.86 ± .63		3.72 ± .81		4.16 ± .68		3.83 ± .61	
非正規職員・働いてない	68	4.08 ± .62		4.01 ± .71		4.26 ± .71		4.04 ± .68	
子どもの数		F = 2.114		F = 1.820		F = 3.246 *		F = .560	
1人	47	3.88 ± .64		3.76 ± .80		4.04 ± .73		3.94 ± .64	
2人	30	4.05 ± .63		3.97 ± .70		4.34 ± .67		3.94 ± .70	
3人～	21	4.20 ± .57		4.12 ± .70		4.44 ± .58		4.11 ± .62	
面会時間		F = 1.789		F = 1.268		F = 2.402		F = 2.432	
1時間未満	4	3.55 ± .57		3.61 ± .63		3.75 ± .91		3.28 ± .42	
1時間～3時間未満	71	4.07 ± .62		3.99 ± .73		4.32 ± .65		3.99 ± .70	
3時間～	26	3.91 ± .64		3.76 ± .83		4.06 ± .76		4.05 ± .56	
退院の子定		t = -1.131		t = -.535		t = -.356		t = -2.523 *	
退院予定日検討中	63	3.97 ± .65		3.90 ± .75		4.23 ± .69		3.85 ± .72	
退院予定日決定	34	4.11 ± .54		3.99 ± .70		4.29 ± .64		4.18 ± .52	
両親面会制限		t = -1.786		t = -1.720		t = -.699		t = -2.336 **	
絶対的な面会制限	50	3.90 ± .63		3.79 ± .75		4.18 ± .72		3.82 ± .67	
相対的に自由面会	51	4.12 ± .61		4.04 ± .74		4.28 ± .68		4.13 ± .63	
カンガルーケア		t = -2.502 *		t = -1.937		t = -2.670 **		t = -2.329 *	
意思に関係なし	17	3.67 ± .74		3.60 ± .91		3.83 ± .71		3.64 ± .75	
意思を反映している	81	4.08 ± .59		3.98 ± .71		4.31 ± .67		4.04 ± .63	

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

ら, 将来に対し未確定である事実も含めた情報提供, 親が子どもの発達を肌で感じる時間の確保, 医療者と親が話し合う機会の確保をめざしたスタッフへの調整や教育が必要である。

属性と看護実践の得点との関連を検討したところ, 最終学歴が, 大卒群は他群と比して, [のちにも利用できる情報提供]ならびに[理解を助ける調整]の得点が有意に低かった。また, 正規職員群は正規職員以外群に比して, 看護実践全体および[両親によりそう姿勢の提示]の得点が有意に低かった。つまり, 看護内容に関して, 高学歴や正規職員の就業といった自立度の高い対象者ほど, ニーズに沿った情報不足に関する対処困難感を持つ

ている可能性があると考えられた。

面会時間の長短は, 看護実践の下位項目によって得点の高低の傾向が異なった。なお, 面会制限によって面会時間に有意な差はなかった。面会時間のみならず, 過ごし方の要因が関係している可能性が示唆された。

退院前でも家族によっては, 「意思決定の機会」や「多様な媒体による情報提供」, 「家族会や書籍の情報提供」の必要性を認識しておらず, 退院後の生活を考えるまでに至っていない可能性があることが示唆された。このような場合には, 子どもの発達フォローのみならず, 家族の新たな生活を見守る体制づくりもとくに必要であると考ええる。



## 2. エンパワーメント実践に対する認識

エンパワーメント実践について、全体的には肯定的に捉えられており、入院中の看護師とのかかわりは、家族のエンパワーメントにつながっているといえる。とりわけ、退院予定日確定群は未定群と比して、【自律性】の得点が高かったことから、退院日に向けて、自律性を高くなっていることが明らかになった。HutchfieldはFCCの概念分析にて、家族が医療者との間でラポール形成後に自律していくと仮説を立てた<sup>5)</sup>。本研究からも、関係性や信頼関係には差がなかったが、自律性が高まる取り組みがされていると推察された。

属性とエンパワーメント実践の得点との関連を検討してみると、母親の最終学歴や子どもの人数によって【協働】の得点に有意差を認めた。しかしながら、現状を説明できる明らかな有意差を群間には認めなかった。一方で、環境要因とエンパワーメント実践の得点との関連を検討したところ、厳格な面会制限がないことや家族の意思を反映したカンガルーケアの実施により、エンパワーメントの程度が高くなっていた。よって、エンパワーメントは家族背景に依存しておらず、家族への意思が反映される環境づくりが重要であることが明らかになった。

## 3. 家族により異なる認識をふまえた効果的な介入

入院する子どもにもタッチングすることを推奨し、持参したカメラによる子どもの撮影も許可しており、研究協力施設は一般的な環境である。そのような施設でさえ、同じNICU環境下にいるにもかかわらず、ケアシステムひとつをとっても、母親の認識にズレが生じていることが明らかになった。このことは、家族の意思を尊重した個別の対応による結果とも考えられるが、要望を言い出せずにいる家族が存在することも否定はできない。よって、病院は家族に複数の媒体で病院の方針を示すことが望ましいと考える。

家族の背景や環境要因により、家族の看護実践やエンパワーメント実践に対する認識には傾向がみられた。しかし、家族がそれらに対して否定的な認識を持っていた内容に対しても、丁寧に真意を解釈し取り組む姿勢をもつことこそが重要である。その際、医療者側がケア方法や環境を固定するのではなく、気がかりに対しては話し合う必要がある。斬新なアイデアを持って柔軟に対応し、家族の潜在能力を引き出すことこそが、看護師の役割である<sup>2)</sup>。家族とともに実現可能性を話し合い、個別の対応をケアアプローチの1つとして前向きに取り組める体制づくりが望まれる。

## 4. 研究の限界と今後の課題

本尺度の原版は、小児神経発達領域におけるさまざまなケアサービスの評価を目的にカナダとオーストラリア

でそれぞれ開発され、妥当性と信頼性を検討されている尺度である。そのため、領域による内容の相異、翻訳したことによる言語的相異、開発した国と日本の文化的相異などを加味できていないことは否めない。今後は、他国との社会的相異もふまえ、日本の文化に即したケアを探索することで、日本のNICU看護の現状を明らかにするツール開発の一助になると期待される。

## V. 結 論

本研究結果より、NICUに子どもが入院する家族は、NICU退院後にも利用できる情報提供を得ることができていないと認識していた。よって、看護師は、NICU入院中のみならず、退院後の情報提供を促進できる具体的な手立てを検討する必要性が示唆された。また、家族の意思を尊重したケア提供をし、エンパワーメントを高めるためには、家族の要望について前向きに検討し、個別の支援を提案・実施していける体制づくりを確立していく必要があるといえる。

## VI. 謝 辞

本研究の趣旨に御賛同いただきました御家族の皆様、そして、本研究協力の依頼を御快諾いただきました看護部長ならびにNICU看護師長、スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。また、研究計画の初期より御指導いただきました聖路加看護大学の森明子先生をはじめ、堀内成子先生、柳井晴夫先生、支えて下さった多くの皆様に、あらためて感謝いたします。なお、本研究は2008年度聖路加看護大学大学院修士論文の一部である。

### 〈引用文献〉

- 1) Sammons, W. A. H., Lewis, J. M.: 未熟児 その異なった出発, 小林登, 竹内徹監訳, 1990. 医学書院, 1985.
- 2) Corlett, J & Twycross, A.: Negotiation of care by children's nurses : lesson from research., *Pediatric Nurse*. 18 (8) ; 34-37, 2006.
- 3) Miles, M. S., Funk, S. G., & Carlson, J.: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 42 (3); 148-152, 1993.
- 4) Harrison, H.: The principles for family-centered neonatal care, *Pediatrics*, 92 (5), 643-50, 1993.
- 5) Hutchfield, K.: Family-Centered Care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5); 1178-1187, 1999.
- 6) Johnson, B., Abraham, M., Conway, J.: Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System. 1-178 <http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFami>

- lies. pdf [2008-08-01]
- 7) 横尾京子, 中込さと子, 藤本紗央里: 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, 日本新生児看護学会誌, 14 (2): 24-29, 2008.
  - 8) Petersen, M., F., Cohen, J., Parsons, V.: Family-centered care: do we practice what we preach? J Obstet Gynecol Neonatal Nurse, 33 (4): 421-427, 2004.
  - 9) 浅井宏美. 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. 日本新生児看護学会誌, 15 (1): 10-19, 2009.
  - 10) Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W.: Measuring the Helpgiving Practices of Human Services Program Practitioners. Human Relations, 49 (6): 815-835, 1996.
  - 11) Dunst, C. J., Dempsey, I.: Family-Professional Partnerships and Parenting Competence, Confidence, and Enjoyment. International Journal of Disability, Development and Education, 54 (3): 305-318, 2007.
  - 12) Zimmerman, M. A., Israel, B. A., Schultz, A., & Chechoway, B.: Further explanations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment. American Journal of Community Psychology, 20 (6): 707-72, 1992.
  - 13) King, S., King, G., & Rosenbaum, P.: Evaluating Health Service Delivery to Children With Chronic Conditions and Their Families: Development of a Refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). Children's Health Care, 33 (1): 35-57, 2004.
  - 14) Dust, C. J., Trivette, C. M. & Deal, A. Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice. 52-97 Cambridge, MA. Brookline Books, 1988.
  - 15) Dempsey, I.: The Enabling Practice Scale: The Development of an Assessment Instrument for Disability Services. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 20 (1): 67-73, 1995.

# Family Perceptions of Nursing Practices in NICU — Focusing on Family-centered Care and Empowerment —

Aya Shimizu

Faculty of Nursing Medical Care, Department of Nursing, Keio University

Key words : 1. neonatal intensive nursing      2. family-centered care  
                  3. family nursing                        4. empowerment

## **Purpose**

The purpose of this study was to clarify how families in Japan with a child in NICU perceive nursing practices, degree of empowerment, the family members involved, and environmental factors.

## **Methods**

A quantitative, descriptive study was conducted using a self-administered questionnaire filled out by 239 mothers whose babies were hospitalized in a NICU certified by the Ministry of Health, Labor and Welfare as an advanced treatment facility. Neonatal intensive nursing was assessed using the Measure of Processes of Care (MPOC-20), which focuses on family-centered care (FCC), and the Enabling Practice Scale (EPS) was used to assess degree of empowerment. Both questionnaires were translated into Japanese and modified.

## **Results**

119 mothers returned the questionnaire for a 49.8% response rate, with 101 valid responses (42.3%). The MPOC-20 score regarding useful information that could be utilized after hospitalization was particularly low, and a statistical difference was seen in family attributes, such as the mother's level of education ( $F=3.545$ ,  $p=.017$ ) and employment ( $t=-2.030$ ,  $p=.045$ ). The EPS scores were high overall, and a statistical difference was seen in environmental factors that reflect the extent of feelings toward the existence or nonexistence of an explicit parental visitation system ( $t=-2.118$ ,  $p=.037$ ) and kangaroo care ( $t=-2.502$ ,  $p=.014$ ).

## **Conclusion**

Mothers with children in the NICU do not believe there is information available to them that they can utilize following discharge from the NICU, and perceptions about family-centered nursing care and degree of empowerment are impacted by family background and environmental factors. Therefore, it is important to design a system where nurses recognize family concerns so that individual support can be offered and implemented.