

NICUにおけるファミリーセンタードケア

木下千鶴*

Family Centered Care in NICU

Chizuru Kinoshita*

要 旨

NICUにおける Family Centered Care (以下 FCC) は重要である。しかし日本では、FCC という用語そのものの検討は十分なされていない。そこで文献をもとに FCC という用語を検討した。

結果、FCC とは、出生した子どもを含めた家族をひとつのユニットとして、ケアの対象と捉え、新たなメンバーとしての子どもを受け入れ、家族が発展することを支えることを重視する。これは専門職と家族との開かれた信頼しあえる関係を基盤に、両者の協働によって展開される。専門職は、権威者としてではなく、親のよきパートナー、ファシリテーターとして、家族の力を信じエンパワーメントとし、needs にそった個別的で継続的な support を提供する。それによって両親が自らの力を信じ、最大限に発揮し、子どもに関するあらゆる医学的問題やケアの意思決定、子どものケア全般に、主体的に快く参加することが可能となるような統合的なケアシステムであると捉えられた。

また FCC を困難にする要素として、スタッフの態度（考え）特に両親への力への疑い／両親の心理的な混乱／医療施設的环境（理念、物理的環境等を含む）等があげられた。

しかし、日本では FCC ケア実践の重要性の認識と、現状には欧米以上のずれがあることが示唆され、FCC の捉え方や、現在どのような実践がなされているか、等を家族や専門職両者の視点から探り、そこから、日本なりの FCC のありかたを明確にしていくことが重要であると考えられた。

キーワード：文献レビュー、家族中心の看護、NICU

Abstract

The concept of the family centered care (FCC) in NICU and major elements related to this concept were examined through a literature review.

From this literature review, it was clarified that the FCC was an integrated care system based on a trusting relationship between family and health-care profession. It was essential for this concept that nurses should focus on not only the baby but also its whole family as one unit, believe in power of the family, and empower the family.

Furthermore, nurses should make the family members to be involved their baby's care and decision making process comfortably and independently.

Since there were few Japanese articles on the concept of the FCC, it is necessary to examine this concept in Japan.

Key words: a literature review, family centered care, NICU

I. はじめに

新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit : 以下 NICU) において家族のケアの大切さはすでに広く認識されている。そしてケア提供者は、家族も含めたケアの実践の為に各々が努力している途上にある。

欧米には家族ケアの基本としてファミリーセンタードケア (Family Centered Care : 以下 FCC) という概念が取り入れられている。

FCC という概念は 1900 年代半ばから主に欧米において発展したケアの理念であり、専門職との協働・信頼関係に基づいて、家族が自己の能力を最大限に発揮し、主体的に子どもに関する意思決定やケアへ参加できるように支援することを重視している¹⁾²⁾。しかし近年、その定義、構成要素、意義等について、明確に共通理解は得られていないとして再検討している文献も見られる。

この概念は日本においても「家族中心の看護」と訳され用いられている。しかし、その考えを提示しているものは殆ど見当たらず、十分検討されているとはいえない。

そこで今回は、FCC という用語を構成する要素、類似する用語との相違と、FCC 実践のための関連要因 (促進すること・阻害すること) について述べる。

II. ファミリーセンタードケア

FCC という用語は、1960 年代、Weidenback が用いている。これらは主に母性領域での、健康な親子・家族へのケアに焦点をあてたものであった³⁾。

ハイリスク新生児及び家族を対象とした、NICU 領域におけるケアの理念として、1980 年代から重要性が認識され始めている。

この理念は、家族システム理論に基づいて発展したものである。家族がもっとも基本となるシステムであり、システムとしての家族は、個々のメンバーのあり方が家族全体に影響し、また家族全体のシステムのありかたが個々のメンバーにも影響しあう。つまりメンバー個々、及び全体が相互に影響しあっている複雑なシステムであると捉えている。そして、ハイリスク児の誕生という新たな出来事によって、家族はこれまでの恒常性のとれていたシステムから、あらたな形に適応させていかなくてはならない。この変化は家族にとっての大きな危機でもあり、同時に発達の契機ともなりうると捉えられる。だからこそ、家族が自らの力を十分に発揮し、新たな状況へ自らの力でスムーズに適応できるように、専門職は力づけ、支えることが重要であると考えられている⁴⁾。

1. FCC の理念、構成する要素

FCC の理念、重要な要素等を記述した主要な 6 文献について以下の 4 項目に大別し表 1 に示す。「FCC とは」どのようなこととらえているか。「家族、子どもに対する基本的な考え」として家族と子どもの関係や NICU における家族の存在をどのように捉えているか。「家族と専門職との関係性・専門職としてのありかた」として、両者への関わり方や両者の立場などの捉え方を、そして「両親の受けるべきケア・専門職の提供するべきケア」としてどのような援助が必要であるかを示した。

以下各々の相違点を中心に述べる。

Harrison の提示した内容は、NICU に入院した子どもの両親らが原動力となって開かれた NICU に働く専門職と家族とのカンファレンスによって作成されたものである。専門職側が提示した ACCH (The Association for the Care of Children's Health), Johnson のものとは、作成のプロセスが異なるが、ともに、FCC は家族と専門職の開かれた communication, 信頼関係が基盤である、両者の協働を重視する、十分な情報提供に基づいた両親の意思決定やケア参加を重視する等、共通点は多い。

しかし、Harrison や Johnson は、妊娠中や退院後という時期や両親が意思決定等に参加する範囲も、子どもだけではなく組織、システムにまで及んでおり、より広い視点で捉えられている。

一方 ACCH の特徴としては、家族がもっとも基本的なユニットであり、子どもは例え物理的に離れていても、その家族の成員であると、子どもの位置づけを最初に明示している点である⁵⁻⁷⁾。

Turrill は FCC という概念は家族支援の中心的原理にも関わらず、明確に定義されていないと捉え概念を再検討している。Turrill の特徴は「家族へのケアの基盤は、病院と地域の接点として、また家族とともに機能する環境としての新生児看護である」「24 時間ベットサイドにいる看護婦こそ多面的なサポートが提供できる、ユニークなポジションにいる」と看護職の

役割の重要性を強調していること。さらに、FCC の実践には、看護の中でも Holistic な側面、つまり人間を全人的にとらえケア提供するために必要な要素が不可欠であるとして、holism・communication・caring・partnership・empowerment 及び知識と専門職性という概念と FCC を関連付けて看護の役割を明らかにしている。

また Turrill は、専門職は子どもが生きるため (life-saving) の実践をするが、生涯のケアを提供する (life time) のは家族であると、家族が最も基本的な単位と捉えている。そして、NICU と他小児領域では、FCC のもつ意味や支援が異なる可能性を指摘している点も特徴的である。つまり他の年代 (乳幼児～思春期) の子どもは、入院によって家族と物理的に離れていても、家族というユニットにすでに組み込まれている。しかし NICU に入院した子どもは、これから生涯に渡ってケアを提供する両親にとって、まったく未知の新しいメンバーであるという点で特殊 (ユニーク) である。その為小児一般と異なった、NICU 特有のケアの枠組みを形成する必要があるとしている⁸⁾。

実際に述べられている FCC における看護職の役割、姿勢についての記述内容は、他の研究者と共通する部分も多いが、意思決定、ケア参加といった、能動的な両親の関わりを強調している他の文献に比べ、その基盤となるような関わり、例えば看護職と家族の関係の形成や、両親が子どもを理解する事を重視している。援助者の姿勢として、Turrill の述べる違いを重視し、支援することは重要であろう。

家族システム論に基づいている Thurman は、専門職の働きかけ等は他と共通しているが、家族をシステムとして捉え援助することを重視している⁹⁾。

表以外にも、Ruston は、一部の専門家は、クリティカルケア領域での FCC の理念の適用を疑問視する専門家もいることを指摘している。しかし、前述の ACCH の要素は、乳児幼児とその家族のケア提供の基本であり、クリティカルケアにおける FCC 実践を成功させるためのストラテジーを提供してくれている。つまりク

リテカルな状況においても FCC の実践は十分に可能であることを示唆している¹⁰⁾。

ケアの受け手の視点から述べられたものは

殆ど無かったが、Sweeney は、双子のハイリスク児を妊娠した家族 1 事例から、家族自身の視点からみると、FCC は実際どれだけ実践さ

表 1 Family centered care の捉え方

Harrison		ACCH	Johnson	
FCC とは			FCC は、家族とヘルスケア提供者の役割を考える新たな方法である。	
家族子どもに対する基本的な考え		家族は子どもの人生にとって普遍的な存在であり、一方サービスシステムとそこに携わる人は変動する。	両親は訪問者ではなく、第一義的な養育者、スタッフの重要なパートナーである。 ・家族は子どもの健康と安寧に大きく影響を与える。全ての家族はいかに困難な状況で混乱していても、子どもをケアするために必要な強さを持っている。 ・家族には情緒・社会・発達のサポートが不可欠な要素である。	
家族と専門職との関係性 専門職としてのありかた	FCC は医学的・倫理的問題に関する、両親と専門職との開かれた信頼できるコミュニケーションに基づく。 *親と専門家は以下の 5 点(役割参照)について協働するべきである。	すべてのレベルのヘルスケアにおいて家族と専門職の協働が促進される。	・FCC の基本は、家族とスタッフが情報を共有し協働することである。 スタッフは代理親ではなく、親、その家族が子どもの第一義的なケア提供者という本来の役割を果たせるようにサポートするファシリテーターである。そうあることで妊娠中に発達した強い子どもと親の関係に気づき、重要な絆を育て、守り、テクノロジー的な介入による傷害を最小限にすることが可能となる。	
両親の受けるべきケア 専門職の提供すべきケアなど	両親は、専門家による十分な説明後、治療の選択に参加することで、専門家と同等な治療に関わる要因と解釈を得られる。説明には治療に関する不確かさ、同様の医学的状況にある子どもを持つ両親からの情報、ラウンドへの参加等、意味ある情報の提供を含む。 医学的に疾病率死亡率が高いことを含めて、どのように辛いことであっても、明らかにしている医学的論争について総て説明されるべきである。その上で両親は、子どもに対するアグレッシブな治療の意思決定の権利をもつ。 親になるであろう人は、不幸な妊娠の結果の情報を得るべきである。もしも彼らの子どもが超未熟児、重度の病気をもって生まれる可能性がある時、治療に関する情報を得る機会が与えられるべきである。 *親と専門家は子どものケアについて以下の 5 点について協働するべきである。 「痛みを認め、軽減する」「適切な環境を提供する」「安全で効果的な治療を保証する」「両親が親としてのスキルを増進させ、ケアへの参加を奨励する為の病棟のポリシーの発展に加わる」。 生存した全てのハイリスク児への意味ある長期的フォローアップの提供。 子どもが過剰あるいは不十分な治療により傷つく可能性を認め、法律と治療について同情に基づいたポリシーを主張してゆく。 障害を残して生存した子どもとその家族への十分なサポートを補償する為に、彼らの持つニーズへの気づきを促す。		適切でサポートティブな方法に基づき、進行中の子どものケアについて偏りのない完全な情報を両親と共有する。 家族のニーズを満たすための情緒的経済的サポートを提供しうる。包括的、適切なポリシーとプログラムを実践する。 家族の強さと個性に気づき、異なったコーピング方法を尊重する。 ヘルスケア提供システムの中にある子ども(乳児・幼児・思春期の子ども)と家族の発達の情緒的ニーズに気づき、結合させる。 家族のニーズに対して、ヘルスケア提供システムはフレキシブルで利用しやすく責任をもっていることを保証する。 両親同士のサポートを奨励する。	家族をエンパワーし、自律性を高める。 家族のケア提供と意思決定をサポートし、家族の選択を尊重する。家族の強みを築き、ヘルスケアサービスに関するあらゆる計画、実施、評価に家族を巻き込む。 子どもや両親のニーズ、優先権を明確にするために応答する努力をする。 ケアの受け手からの複雑的フィードバックを重視する。 NICU のポリシー発展、ケアプラン作成等にも両親を巻き込む。ピアサポート、スタッフの教育者としても機能し得る。 コミュニティとの関係の発展、他の協働すべき活動に参加することを勧める。

れていると受け止められていたかを明らかにしている¹¹⁾。1事例ではあるが、対象の視点からの報告という点では、意義あるものと捉えられる。そしてFCCの鍵概念として respect・sup

port・information choice・flexibility・collaboration・empowermentを挙げている。これは他の文献で述べられた要素に共通する。しかし、なぜこれらを構成概念として捉えたのか

	Turrill	Nethercott	Thurman
FCCとは		FCCは、Parental Participation, Parental Involvement, Family Nursingを包括する概念である。	
家族子どもに対する基本的な考え	家族は「生涯 (life time) のケアを提供する」NICU入院児は、他の小児領域と異なり、両親が今後知りあいたいと熟中する(家族にとって)新しいメンバーである。その点で両親にとり特殊(ユニーク)な存在である。		家族は、複雑でダイナミックで常に変化しているシステムであると認知する。(多くの力により変動し、過剰或は過小に適応し反応することもある)。
家族と専門職との関係性 専門職としてのありかた	家族全体へのケアの基盤は、病院と地域の接点として、また親とともに働く環境としての新生児看護である。 専門職は子どもにとって「変動する」存在であり「生きるため (life-saving) の実践をする」。	現状を全く未知のこととしてこれまでの規範と一致できないようなストレス状況にある家族を、社会的文化的宗教的な状況の中で家族を捉えなくてはならない。	
両親の受けるべきケア 専門職の提供すべきケアなど	両親がチームに融合し、子どもに最適なケアを提供するために、早期にチームメンバーの実践と家族のケアの境界を知らせることが重要。 ○専門性が高く調和のとれたケア提供の為の看護の役割。 両親への教育：早期から開始し、最終的にケアの責任すべてを両親に移行する。(子どもを知り理解する事でそのケアを継続して実践できる。さらに子どもを家族の一員として認め、こころの傷を癒すことにも繋がる)。 Holisticな要素を重視したケア：子どもと、そのケアに巻き込まれたい、責任を持ちたいという家族の needs にむけて、看護職が holistic な態度を持つ事が不可欠。 具体的なケア 1 対人スキルを活かし、お互いの信頼関係を形成する。よき partnership の形成には、expressive caring (感情を互いに表し、やりとりすること) が大切。 2 1により、看護職と両親間のケアバランスがとれ、新たな家族を作り発展させるための基本が形成される。 3 empowerment (責任の押し付けではなくネゴシエーション) により、子どもへの責任能力が親に再分配される。 4 3により、看護婦とのより良いバランス、両親の自立性と自己への信頼をもたらし。 5 1~4 全てにおいて、両者間での誤解や葛藤が生じないためには共通の期待(予測)前提をもつことが大切。 6 科学的な知識は重要である。しかしそれらは両親にいかにか的確で完全な情報を提供できるかという点で重視されるべきものである。	家族メンバーの身体・情緒的ニーズの充足を助ける為、子どもへのケア提供という家族メンバー個々の役割の評価も、その役割を最大限に発揮できるようにという視点で行う。意思決定参加や子どもへのペアレンティングに関する知識の獲得の為に明確な情報の提供。 主な養育者のケアプランの作成、評価への参加。 家族自身が認識する自己の能力と必要なスキルをより発達させる為、ケアの技術的な側面への家族の参加程度は、彼らがどこまでできているというレベルと一致させる。 通常の子どものケアは、子どもの安寧にとって有害なことを除いては(両親が)続けるべき。 子どもの状態に関する家族の反応を評価し、退院や子どもが亡くなった後も、彼らのニーズに沿って続けるべき。	1 家族のニーズ、願いに基づくサービスの提供。・ 家族の自律性とエンパワーメントの促進(家族が自らもつ力を十分発揮し、意思決定へのコントロールを可能とする。自分の能力に気付き、自らニーズをみだし願望を叶える力を促進する)。 ・ 家族の情緒・心理的状況や子どもへの思い、家族同士やケア提供システムへの期待をアセスメントする。 ・ 上記をもとに、システム的一致調和が形成されることに焦点を置いたサービス提供プランを考える。 2 家族がめざすゴール、アウトカムの達成を促進するためのパートナーシップの形成 ・ 家族の力を重視し家族システムが持つ能力への(家族自身の)気づきを生じさせる。 ・ 個々の家族の違いに敏感にตอบสนองし、評価的ではない態度でケアし、家族に(ケアの)選択権を与える。 ・ インプットにオープンで、家族と対話しその意見と価値を尊重しサービスのプランとして考慮する。 3 サポート型に、家族のアシスタントとして家族のニーズを満たす為のリソース習得を支援する ・ 危機的状況にある初期には十分なサポートを提供するが時間の経過とともに、暫時除去する。 ・ 家族のインフォーマルサポートネットワーク、自身の対処能力への信頼等、個々の家族の特性にあった適度で過剰にならない応答サポートが大切。 ・ 家族の変化するニーズや希望に常に関わるためのメカニズムが必要。 4 家族システムの適応度、システムの変化へのフレキシブルで敏感な応答 他：スタッフが自己の役割としてファシリテーター、代弁者として自律とエンパワーメントの促進を頼うこと 個別的なケアを基本とする。 組織の変化(物質的な環境の改良、よく機能する組織)。

は明示されていない。

2. 類似する用語との相違点

FCCについて、その理念が発展してきた経緯として、Brownらは、ケア提供の焦点の変化について以下のようにまとめている⁹⁾。

当初はNICUのケアは、子どもに焦点をあて (Child Focus) 子どもの感覚、運動器系のアウトカムを高めることをケアの目的としていたが、1980年代には子どもの成長発達に目が向き、その為に親子の相互作用を重視するようになってきた (Parent/Child Focus)。そして、両親が子どものケアに参加することが奨励され、その為のケアにも焦点があてられてきた (Family Focus)。さらに、1980-90年代にかけて、家族そのものがケアの焦点であり、中心であるという (Family Centered Care) 視点から、より系統的に検討され、具体的なケアプログラムが作られるようになった¹⁰⁾。

またNethercottは、Parental involvement・Parental participation・Family nursingという類似概念の差異を検討している。結果、Parental involvementは、FCCの先駆的概念であるが、主に両親が子どもの栄養や排泄等の基本的ケアへの参加や意思決定への参加を促すものであり、主観的で民族や社会階層により影響され変化しうるものである。Parental participationは、Parental involvementよりは進んだ概念であり、親をパートナーとして捉えるが、ケア参加の場は病院を前提としている。さらにスタッフは「何にでも快く取り掛かる良い親」を期待し、どのようにすれば親が子どもに主体的にケアを提供できかをアセスメントするものではない。つまり、子どものケアに参加できるように親をケアするという視点ではなく、あくまでも参加できるケアの内容や方法の決定権はスタッフにある。一方Family nursingは、家族システム論をもとにしたものであり、個人、対人、家族システムというレベルごとに対象を捉える。そしてこれもまた看護婦が主導の介入が主に述べられている。

そしてFCCはこれらを含む広い概念であり、前述した表2に述べたような要素を含む

と捉えている¹⁰⁾。

ただしこの論文では、概念間の相違やFCCの要素について根拠が十分に述べられていないという限界がある。

つまり、子どものケアについての主体は誰か、また、ケア提供者としての対象をどのように捉えるかといったことが、FCCは、他の類似する用語と大きく異なると捉えられる。

以上を元に、主要な文献に含まれている要素を抽出し、それに関連する記述を表2まとめた。

この結果からもNICUにおけるFCCとは、以下のように考えられた。

FCCでは、家族はひとつの重要なユニットであり、生まれた子どもは、たとえ物理的に離れていても、すでに家族のメンバーであると捉える。そして新たなメンバーとして子どもが受け入れられ、家族が発展することを支えるケアである。これはヘルスケアの専門職と家族との開かれた信頼しあえる対人関係を基盤に、ハイリスク児をもつ (もつであろう) 家族とその子どもを対象とし、両者の協働によって展開される。そして専門職が、権威者としてではなく、親のよきパートナー、あるいはファシリテーターとして、その力を信じエンパワーメントし、needsにそった個別的で継続的なsupportを提供する。その実践により、両親が、自らのもてる力を信じ、それを最大限に発揮することによって、子どもに関するあらゆる医学的問題やケアの意思決定、及び子どものケア全般に、主体的に快く参加することが可能となるような統合的なケアシステムである。

3. FCCの利点とその実践を妨げる因子

次にFCCの利点及び妨げる要因については、その要点を記す。

JohnsonはFCCの実践によってもたらされる効果として、「両親と専門職が協働することによるケアの質の向上」「退院・移送の早期化によるコストの削減」「親が子どものことを知ること、個別で発達的なケア提供が可能となる。それが親子関係及び子どもの発達を促進し、医学的・発達のアウトカムを良好にする。」さらに「家族と専門職の協働することで、スタッ

表2 Family centered care の捉え方 -まとめ-

家族・子どもについての基本的な考え方

- ・家族は「子どもの人生にとって普遍的な存在」であり、「生涯 (life time) のケアを提供する」「家族は子どもの健康と安寧に大きな影響を与える」家族は、いかに困難な人生の状況で混乱していても意思決定や子どもをケアする為の「強さ」「能力」を持っている。
- ・家族は「複雑でダイナミックで常に変化しているシステム」である。
- ・NICUにおいて家族は「訪問者」ではなく、「第一義的な養育者」「スタッフの重要なパートナー」である。
- ・NICUに入院している子どもは、他の小児領域とは異なり、両親がこれから知っていききたいと思い、熱中する(家族にとって)新しいメンバーである。その点で両親にとって特殊(ユニーク)な存在である。

家族とケア提供者の関係性

- ・FCC実践は、「両親と専門職との開かれた信頼できるコミュニケーション」「家族メンバーと各種領域のチームとの間で発展する関係」「家族と家族機能とサービスを提供するシステムの中での、適度な適合の成立維持」「両親が子どもに最適なケアを提供するためにチームに融合すること」が基本となる。
- ・全ての子どもへのケア(適切な環境の提供、発達のケア、安全安楽のためのケア等)/病棟のポリシー、ヘルスケアサービスについてのあらゆる計画、実施、評価/退院後の地域における長期的なフォローアップ/地域との連携に関すること等を、家族と専門職が協働して実践することが重要である。
- ・家族と専門職間で誤解や葛藤が生じないためには常に両親と看護職間で共通の期待(予測)前提をもつ。
- ・看護職と両親の間の適切なケアのバランス維持が、新たな家族を作り発展させるための基本をつくる。

専門職のありかた

- ・家族全体へのケアの基盤は、病院と地域の接点として、また親とともに働く環境としての新生児看護である。
- ・専門職は子どもにとって「変動する」存在であり、「生きるため(life-saving)の実践をする」。
- ・スタッフは「代理親」ではなく、(家族が本来の役割を果たせるようにサポートする)「ファシリテーター」「パートナー」「コンサルタント」「家族のアシスタント」「代弁者」である。
- ・スタッフ自らが、上記の役割を自覚し、そうあることを望む。
- ・24時間ベットのサイドにいる看護婦はユニークなポジションにいますので、多面的なサポートが提供できる。

専門職の活動

- ・社会的文化的宗教的な状況の中で家族を捕らえる。
看護のホリスティックな側面 (communication caring partnership empowerment) が FCC には大切である。
家族と専門職の適切なケア(子どもへの責任) バランスを維持する
- ・早期にチームメンバーの実践との境界を家族に知らせる/家族の力、状況に合ったバランスの取れたケア参加を支援する。
- ・両親への教育は初回の面会から始まり、最終的にはケアの責任すべてを両親に移行してゆくものである。
- ・危機的な状況にある初期には十分なサポートを提供するが時間の経過とともに、暫時除去してゆくこと

家族を主体とし、尊重したケアの提供

- ・家族の権利の擁護: 治療・ケアに関する意思決定の権利、選択権、意見と価値の尊重
- ・対象の視点に立った個別的で継続したケア提供: 家族の身体的情緒的社会的ニーズ・希望・意見や価値観、子どもの発達の・医学的ニーズといった対象のニーズに気づき、それを尊重したサービスの提供/家族の個性を認め、個々の家族の特性にあった適度な、過剰にならない応答やサポート/長期的フォロー・退院や子どもが亡くなった後の、ニーズに沿った長期的なフォロー/評価的でない態度: 家族がその役割、力を最大限に果たせるようにという視点での評価
- ・フレキシブルで利用しやすくかつ責任を伴ったケアの提供/

家族の自律性とエンパワーメントを促進する「責任の押し付けではなくネゴシエーション」「子どもへの責任能力が親に再分配される」「家族は自らもつ力を十分に発揮し、意思決定へのコントロールが可能となり、自己の能力に気付く」「自らニーズをみだし、願望を叶える力を促進する」「家族システムが持つ能力への(家族自身の)気づきを促す」

感情の共有/情報の共有(子どもの医学的状態・子どものケア等)

科学的な知識の活用: 両親がいかに的確で完全な情報を提供できるかという点を重視し用いられるべきである。

組織の変革: 物質的環境の改良/よく機能する組織への変革等

フの意識変化(例えば両親のもつ様々なニーズに気づき目が向く/家族こそ子どもにとっての第一の(最も基本となる)ケア提供者であることやNICUのポリシーや実践を計画、適用、評価するための重要な専門家であることに気付く)が生じる。」といったことを挙げている¹¹⁾。

逆に、FCCを妨げる要因として Ruston は「専門的技術の必要性」からスタッフの焦点が技術的側面・子どもの身体的側面に焦点が行くことで、両親と心理的距離ができる。「倫理的ジレンマ」が生じた場合、両親の罪悪感や辛さを軽減しようと意思決定に参加させないことで、

十分な情報を得られない両親と医療者の間で、今後に関する意思決定の段階で両者の葛藤を深める。「患者の特徴の変化」例えば経済性から入院が短期化し関係が形成する以前に退院を迎える／慢性疾患児の入院長期化が家族の関係性発達を阻むこともあり得る。「スタッフの不足」により十分関われない。「専門職の態度」例えば親の意思決定能力やケア能力を疑う／自らと異なる考えを持つ両親を受け入れられない／スタッフのケア目標が高すぎて現実的でない等、これらが意思決定ケア参加のネゴシエーションを妨げたり、ケア提供の内容や時間をスタッフがコントロールし、モニターすることに繋がるとしている。

その他潜在的要因として、組織風土、構造、ポリシー、両親のケア参加を認めない制度上の理念、ケアの継続性を考慮しないケア提供方法、貧弱なコミュニケーションパターン、専門職の自律性と権限（自由裁量権）、権限と責任（アカウントビリティ）の境界の不明瞭さ、経済性（病院全体の予算配分など）等を挙げている¹⁵⁾。

Johnson も FCC の障壁として、「スタッフの態度」例えば両親の、子どもと関わり育ててゆく力を疑うことや、家族と関係を持つことを Stress と捉え、技術的な面にのみ焦点を当てようとする等を挙げている。「出産前、妊娠中に受けたケア」出産以前のケアがスタッフ中心で、十分な情報提供とそれに基づいた意思決定への参加が不可能であった場合、その時点で彼らの意思決定能力は奪われ、NICU でも彼ら自身の体や子どものケア等への意思決定ができるという信念がもてない。他にユニットのデザイン等「物理的な環境」も関係するとしている¹⁶⁾。

Franck も、両親の子どもと関わり育ててゆく力を疑うという看護職の意識・無意識的な気持ちや態度としてでると、それは施設全体の雰囲気として家族に伝わる。それがまた子どもと母親の関係を作る障壁となる。そしてこの態度の結果として、家族と専門職のコミュニケーションが深まらなくなることまた、障壁となり得るとしている。さらに両親側の要因として「無力感」をもち、「自らの能力に気付かず疑う」ことが子どもとの情緒的な距離に繋がり、虐待

の元になり得るとしている。両親にとっては看護職（他者）が自分より子どもにケアができることが嫉妬や両者の葛藤につながり関わりを妨げる。「罪責感と慢性的な悲嘆」等の否定的感情も、適切なサポートが得られない場合、障壁となる。また、親子の相互作用能力のギャップ、即ち、親が望むような反応を返すだけの力がハイリスク児にはないことも挙げている¹⁷⁾。

以上から FCC を困難にする要素としては、大別して、スタッフの態度（考え）特に両親への力への疑い／両親の心理的な混乱／医療施設的环境（理念、物理的環境等を含む）等があげられる。

FCC の導入が進んでいる国においても、実際には課題が残されていることが伺える。妨げる要因としての医療環境はすぐに変える事が困難であっても、多くの研究者が指摘している看護職をはじめとしたスタッフの態度は、自己で問題を自覚し変化させることは可能であろう。FCC をよりよく実践するためには、看護職自身のあり方に負うところが大きいと考えられる。

III. まとめ

主にアメリカイギリスにおける考え方をしめた。こういった理念を打ち出している一方で、研究としては、ペアレンティングの障壁として看護婦の関わりがあげられていたり、両者の関わりが看護婦主体となりがちであることをあげ、実際にどこまで FCC の理念に基づいた実践ができていくのかという疑問を提示する文献もある¹⁸⁾⁻²⁰⁾。

日本でも、FCC という言葉は一般に広まっているがその理念は欧米以上に伝わっていない。特に FCC では、両親と専門職の水平に近い関係性や、両親が子どもに関するケアや治療への意思決定、さらに病棟そのものというシステム等へ主体的に参与することを重視している。

しかし、実際には研究者自身の臨床経験、あるいは先行研究の結果からも、両者が相互にやり取りして理解しあえるような関係や、両親が主体的に参加することは困難な状況であることが推察される²¹⁾。

FCC ケア実践の重要性の認識と、現状には欧米以上のずれがあるのではないだろうか。

また、子どもの治療やケアを任せることや、様々な情報をあえて聞かないことが、安心感をもたらしたり、ストレスを減少させるということも言われている。日本では欧米と比べこういったお任せするという対処がよく見られるとも言われている。

家族中心にケアを提供して行くことが重要であることは、明らかである。しかし、欧米で言われていることをただそのまま取り入れることは、ケアの対象にとっては勿論、専門職自身にとっても望ましいことであるかという疑問をもつ。まずは日本では、FCC とはどのようなことであると捉えられているのか、そして具体的にどのような実践がなされているか、家族あるいは専門職両者の視点から起きている現象を知り、そこから、日本なりの FCC のありかたを明確にしていくことが大切であろう。

文 献

- 1) Harrison, H.: The principles for family centered neonatal care, *Pediatrics*, 92(5): 643-651, 1993.
- 2) Gale, G & Linda, S. Franck.: Toward a standard of care for parents of infants in neonatal intensive care unit, *Critical Care Nurse* 18(5) : 62-74, 1998.
- 3) Wiedenbach, E.: Family Centered Maternity Nursing, g.p.putnum's, 1967.
- 4) Wyly, M.V.: *Premature Infants and Their Families. Developmental Interventions*, San Diego, Calif : Singular Publishing Group Inc;1995.
- 5) 前掲書 4)
- 6) 前掲論文 1)
- 7) 前掲論文 2)
- 8) Johnson, BH.: *Newborn Intensive Care Units Pioneer Family-Centered Change in Hospitals across the Country, Zero to Three* 15(6) : and 11-17, 1995.
- 9) Turrill, S.: *Interpreting family centered care within neonatal nursing*, *Paediatric-Nursing* 11(4) : May 22-24, 1999.
- 10) Nethercott, S.: *A concept for all the family Family centered care : A concept analysis*, *Professional Nurse* 8, 12, 794-97, 1993.
- 11) Thurman, S. K.: *Parameters for Establishing Family Centered Neonatal Intensive Care Services*, *CHC* 20(1) : 34-39, 1991.
- 12) Ruston, CH.: *Family-centered care in the critical care setting : myth or reality?* *CHC* 19(2) : 68-78, 1990.
- 13) Sweeney, M. M.: *The value of a Family-centered approach in NICU and PICU : One family's perspective*. *Pediatric Nursing* 23(1) : 1997.
- 14) 前掲論文 8)
- 15) 前掲論文 12)
- 16) 前掲論文 8)
- 17) 前掲論文 2)
- 18) Griffin, T.: *Nurses Barriers to Parenting in The Special Care Nursery*, *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* Sept : 56-67, 1990.
- 19) Able Boone, H., Docecki P.R.: *Parent's and Health Care Provider Communication and Decision Making in the Intensive Care Nursery*, *Children's Health Care* 18(3) : 133-141, 1989.
- 20) Scharer-K. & Brooks, G.: *Mothers of Chronically Ill Neonates and Primary Nurses in NICU*, *Neonatal Network* 13(5) : 37-47, 1994.
- 21) 木下千鶴, *早産児の母親と看護婦の NICU での相互作用場面における意味の検討*, *助産学会誌*, 11(1) : 33-43, 1997.