

古くて新しい問題

～小児病棟における母親の付き添い問題～

宮里邦子

Problems of Mother Attending on her Child in Pediatric Ward

Kuniko Miyazato

I. はじめに

子どもはつねに成長・発達をしており、そのプロセスにおいて環境から受ける影響は大きい。とくに、乳幼児期は成長・発達が著しく、また、人間としての基盤が形成される時期であり、親や家族による適切な保育や養護が重要である。したがって、多くの小児病棟では子どもの精神の安定を目的に家族が付き添うことを認めている。しかし、現実には、病院側から乳幼児には家族が付き添うことを求められ、形式的には家族から付き添いの許可願いを申請するということが行われている。また、付き添っている家族、とくに母親は子どもの世話に付きっきりで携わっており、食事や睡眠といった生活の基本的な欲求も満たされがたい状況にある。

そこで、わが国特有の付き添いの歴史を概観し、戦後、付き添いを廃止して「看護は看護婦（現在の看護師。平成14年に看護師に名称変更された。以下、看護師という。）の手で」というスローガンが掲げられてから実現するまでに、約50年もの歳月がかかった経緯を考える。また、小児看護における「付き添い」の意味を考え、付き添いの現状から問題点を明らかにし、今後の取り組みについて検討する。

熊本大学医学部保健学科

II. 付き添いの歴史

わが国に特有の入院時の付き添いは病院の起こりに端を発している。中世のヨーロッパでは、世話を必要としている人を修道院に収容し、食事を提供するなど身の回りの世話をすることが病院の始まりであり、そこではケアが中心に行われていた。一方、日本では医師が開業する診療所が病院の起源であり、その診療所が大きく発展して病院になっていった。そうした診療所の看護人の仕事は医師の手助けであり、診療の補助役としての存在であった。患者は寝具や炊事道具まで持ち込んで入院し、食事や身の回りの「療養上の世話」は家族に課せられていた。こうしたルーツのもと、わが国の看護業務は第二次世界大戦後まで医師の診療の補助中心に行われ、入院の際には大人も子どもも付き添いが必要であった。

第二次世界大戦直後の占領期、連合国軍総司令部（General Headquarters 以下、GHQという）の公衆衛生福祉局（Public Health Welfare Section 以下、PHWという）は、看護師を医師から独立した専門職として確立すること、そして、患者の日常生活援助を中心とした「療養上の世話」が看護の重要な役割であることを説いた。PHWは、1946年（昭和21年）に聖路加女子専門学校と日赤中央病院救護看護婦養成所を統合して、東京看護教育模範学院を設立し、アメリカの看護教育のモデル校として、日常生活援助技術を重視し

た教育を行った。また、臨床看護については、同年に看護教育指導者講習会を開催し、清拭や与薬などの援助について指導し、基本的な看護技術の普及を図った。同時に、家族の関わりによる感染を防止することや治療上の困難を回避するためにも付き添いを廃止して、面会も厳しく制限するという考えが導入された。その後、1948年（昭和23年）に保健婦助産婦看護婦法（現在、保健師助産師看護師法）が制定され、看護業務として「療養上の世話」と「診療の補助」が明文化されるにいたった。

家族や付き添いに負わせられていた「療養上の世話」を看護師の手で実現するために、1950年（昭和25年）に医療保険指定病院では「完全看護」「完全給食」が実施され、その3年後に「完全寝具」が加わり、患者が身一つで、付き添いをつけなくて入院できることを目指した。しかし、当時の看護師不足や従来からの慣行として付き添いがついている病院も少なくなく、「完全看護」という名称は、入院病棟で行われている看護の実態とは大きく乖離していた。そこで、1958年（昭和33年）に始まった診療報酬体系では、名称を「基準看護」と改めて、一定の基準に合った看護サービスである「療養上の世話」と、食事、および寝具の提供を医療保険給付とすることとなった。「基準看護」は、認可の要件として、看護師の配置人員や構成比率を定め、さらに看護サービスの実施にあたっては看護目標に沿った看護計画が立案され、その計画に従って看護を実施し、実施後の評価を行うという看護の過程を重視した。認可については、患者の看護実施記録類の厳しい審査を行うなど、看護の質のレベルアップが図られた。こうして、付き添いの廃止は制度的には整えられることとなった。しかし、現実には継続する深刻な看護師不足に加えて、医療の高度化や疾病構造の変化などにより看護へのニーズはますます高まり、看護師は過酷な労働条件に苦しむこととなった。また、診療報酬制度が創設されて約半世紀も経つにもかかわらず「基準看護」を実施できず、家族

の付き添いや職業付添者（家族の付き添いが困難な場合に、患者側の経済的負担により雇用されて患者の身の回りの世話を担う者）に依存せざるをえない病院もあり、家族の労力や経済的負担は大きく、付き添い問題は慢性的な状況を呈していた。そこで、1994年（平成6年）に付き添い看護の解消と基準看護制度の見直しを目的に「新看護体系」が創設された。

新看護体系は、看護要員と入院患者の比率、平均在院日、看護師の勤務形態などの条件によって看護料が算出される。それまでの看護料が、患者対看護要員数によって料金が設定され、各料金について看護要員のうちの看護師、准看護師、看護補助者の割合が定められていたのに対して、新看護料は、看護師、准看護師の配置数に応じた看護料と看護補助者の配置数に応じた看護補助料とを組み合わせるという方式である。看護職員と看護補助員の組み合わせ方は自由であることから、無資格者である補助者を多く採用して付き添いをなくす病院も多かった。また、付添看護解消計画加算、特別看護料、特別介護料を新設して付き添い解消の対策を図り、1997年（平成9年）にようやく付き添い看護を行う医療機関は皆無となった（なお、1998年〔平成10年〕の改定でこれらの加算や特別料金は廃止された。また、看護料は、2000年〔平成12年〕の改定で入院基本料に包括された）。

第二次世界大戦直後に、GHQが掲げた付き添いをなくし「看護は看護婦（現在・看護師）の手で」というスローガンは、じつに50年の時を経てようやく達成を遂げた。

Ⅲ. 小児看護における「付き添い」の意味と現状

前節で、付き添いについて第二次大戦直後まで慣例として続いてきた付き添いの常態化時代、「完全看護」に続く「基準看護」、「新看護体系」による付き添いの廃止対策時代という歴史的、制

度的な変遷を概観したが、1970年前後から「付き添い」について小児看護の視点において論議が起ってこってきた。

ポウルビィ¹⁾が発表した乳幼児期における母子分離の弊害や子どもの分離不安に関する学説の影響をうけて、アメリカでは1950年代に「母子同室」の考え方がはじまった。そして、入院中の子どももできるだけ母親と一緒にいられるようにと面会時間の緩和や時間制限の撤廃が行われ、また夜間は母親と子どもの同室が勧められた。そして、1970年前半にはこの「母子同室」の考え方がわが国に紹介された。前後して、看護教育では1968年(昭和43年)の新カリキュラムで「母と子を一つの単位として看護する」という考え方が導入され、母親も子どもと同様、看護の対象であることとらえて、母子関係を基盤とした援助を重視するようになった。

当時、多くの先進的な病院や小児病院では子どもの付き添いなしの入院がほぼ100%実施されていた²⁾。一方、一般の病院の小児病棟では従来からの慣行として付き添いが残っているところも多かった。子どもを精神的に安定させ、治療の効果をあげることを目的とした「母子同室」と、看護業務の肩代わりとして子どもの入院生活の世話をしている従来からの付き添いでは、その意味において大きな違いがあったが、両方とも母親が付き添うという同じかたちであったために、「母子同室」と付き添いは混同して認識されるようになった。そして、従来の付き添いがあたかも全面的に優れているかのような受け止め方や、付き添いなしの子どもの入院を母子分離入院と呼んで、すべて否定的に捉えられるという風潮も出てきた。

1980年に入ると母親参加ということばが用いられるようになり、看護師による十分な看護の上に、さらに良いケアをするために母親の参加があるという概念が取り入れられるようになった(後に家族参加という概念が導入される)。しかし、この母親参加も①付き添い型(労力提供型)、②母子満足型、③訓練型 の3タイプ³⁾に分類され、

依然として子どもの世話を中心的に行う付き添い型(労力提供型)の母親の存在が問題となっている。

1989年に国連総会で採択された「子どもの権利条約」の第9条には“子どもは父母から分離されないことを確保する”権利があることが唱えられている。さらに、1999年には、日本看護協会が提示した「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」の中にも“家族からの分離の禁止”が挙げられている。子どもは、たとえ入院しなければならない状況にあっても、いつでも家族と一緒にいる権利をもっているものであり、そのために看護師は可能な限りそれを保証するように努めなければならない。

今日では、子どもの精神的な安定を図って治療効果を上げることや、子どもの安全確保のために、とくに乳幼児に母親や家族の付き添いを認めている病院は多い。診療報酬体系上は付き添いを付けることは認められていないので、付き添う場合には家族が病院に付き添い願いを申請しなければならぬ。しかし、付き添っている家族にその理由を尋ねた調査⁴⁾では、53.8%の人が病院からの要請で付き添っていると答えている。つまり、付き添っている家族の半数以上は、病院の要請で付き添っているにも関わらず、家族側から付き添いを申し出ているという矛盾が生じている。

子どもの入院に母親が付き添うことと、付き添わないことにはそれぞれメリットとデメリットがある。とくに、付き添わない場合の、母親からみた子どもの変化を調査した中原ら⁵⁾の研究では、回答した母親の約4割が「自立心ができた」、「社交性が備わった」、「規則正しい生活ができるようになった」などのプラス面を示している。一方、付き添う場合、子どもの情緒が安定すること以外にも、母親にとって、子どもに対する医療行為がわかり、常に子どもの状態を把握することができるとの利点が挙げられる。母親や家族が付き添いをするか否かを選択する場合には、メリットとデメリットの両側面の情報を十分に伝え、子ども

や母親、家族の状況を考慮した決定ができるように援助すべきである。また、母親や家族が子どもを安心して看護師に託すためには、安全の確保は勿論のこと、清潔で心地よい生活環境を提供すること、寂しくないような環境づくり、成長発達面への適切な関わり、などを配慮することが重要である⁵⁾。

付き添いの多くは母親である。付き添っている母親の生活を観察すると、食事はほとんど市販の弁当を食べており、新鮮な野菜などの不足が目立つ。また、子どもに付きっきりのために買い物に行きにくく欠食したり、子どもの残りものですすことも見うけられる。

吉武⁶⁾が、深夜を除く1日16時間の母親の行動を観察したところ、乳幼児の母親はほとんど子どものそばから離れられない状態であり、とくに2歳未満の子どもに付き添っている母親は、16時間中に子どものそばを離れたのはわずかに32分であった。また、母親はほとんど交替なしで付き添っており、107日間一度も自宅に帰っていないケースが見られたことや、夏場にシャワーや入浴を2週間も利用していない母親もいたことを報告している。

前述のように、付き添いは基準看護のたてまえ上、診療報酬の保険給付の対象とはならないので、付き添っている母親や家族が食事、睡眠、入浴ができるような施設・設備は病院側に用意されていない。母親は基本的欲求さえ満たすことのできない状況であることから、患者・家族会からは病院側の柔軟な対応が求められている。

また、村田ら⁷⁾は、母親が付き添っている子どもへの看護師の援助頻度や援助時間が少ないこと、そして、看護師は、基本的な生活の援助や診療に伴う援助については母親と共同で行っていると認知しているが、現実にはほとんど母親が行っており、看護師の役割意識にズレがあることを指摘している。

さらに、病室内で母と子が確保できる狭い空間のなかではプライバシーが守れず、24時間他人の

目を気にする生活をしなければならない。また、母親は、病気の子どもに付きっきりで日常生活の世話をするうえに、家に残している家族、とくに患児の同胞に対する気がかりを抱えながら毎日過ごしている。他方、家に残されている子どもも寂しさや疎外感を感じながら生活しており、近年では彼らに対するケアの重要性にも焦点が当てられている⁸⁾。一部の地域には、同胞を含めた家族が非常に安価な費用で宿泊でき、ひとときの家族団らんを楽しむことができるような施設（ファミリーハウス）が、家族会を中心に建設されているが、その数はまだ極めて少ない。

母親は、慣れない病院という環境の中で、子どもを病気にしてしまったという自責の念や、辛い検査や治療に耐えている子どもの姿を見ればまさに身を切られる思いで過ごしていることが推察される。先述したように「母と子を一つの単位として看護する」と言われるようになって久しい。しかし、こうした母親の置かれている状況を考慮されることはほとんどなく、母親は相当な疲労やストレスを感じていることが考えられる。患児は母親の不安定な精神状態を敏感に感じ取り、病状にも影響を及ぼすこともある⁹⁾。したがって、付き添う母親のQOLを保障しながら、母親と医療者が協働で子どもを援助していく体制づくりが急務であると考えられる。

近年では少子化における小児病棟の患者数の減少により、小児外科と小児科（慢性疾患が中心）の混合病棟や、婦人科などの成人患者との混合も行われて病床の稼働率を上げている病院もある。そうした病棟では手術にかかわる援助や、頻繁に行われる入退院の手続きなど急を要する業務に看護力が奪われて、小児がんや腎疾患などの慢性疾患で入院している子どもの援助はますます付き添っている母親に任せられているという新たな問題も生じている。

本来、小児看護は成人に比べて手間や時間がかかる。谷村¹⁰⁾は、小児病棟における看護師の業務の24時間について調査し、入院患児一人当たり

提供される1日の看護時間が成人患者の2.0倍であることを発表している。しかし、診療報酬では、そうした小児病棟の特徴を反映した人員配置の手立てはない。検査や治療の説明や介助、日常生活の援助などすべてにおいて成人患者の2.0倍の手間と時間を要することから、小児病棟の看護職員の人員配置も考慮されないかぎり、当然付き添っている母親や家族への労力の負担は軽減されない。

将来を担う子どもへの援助を考えると、成人病棟とは異なる人員配置や看護体制が実施できるようなきめ細かな政策決定が求められる。

IV. おわりに

わが国の付き添いの歴史を辿り、入院している子どもの付き添いに対する混乱の理由を探り、付き添っている母親の現状を述べた。付き添い問題は古くは病院の発生に端を発し、1950年～1970年には付き添いを廃止する対策が図られた。しかし、付き添い撤廃されるまえに、アメリカやイギリスから「母子同室」の考えが導入されたために、慣行として続いてきた母親や家族が看護労力を肩代わりするという付き添いが、「母子同室」と混同されてしまった。母親参加、家族参加という概念が用いられるようになった今日でも、依然として多くは母親の労力提供型の付き添いであり、また、母親は基本的欲求すら満たすことのできない状態で付き添っている。さらに、近年の小児病棟の混合化により、急を要する急性疾患の患者への看護が優先されるために、慢性疾患で入院している子どもの日常生活の世話が付き添っている母親にますます委ねられているという現象が起こっている。小児病棟における付き添いはまさに古くて新しい問題である。

今日では子どもの入院、とくに乳幼児の入院に母親が付き添うことの重要性については誰もが認めるところである。しかし、それゆえに乳幼児の入院をひと括りにして、母親の付き添いが強要されるようなことであってはならない。一人ひとり

の子どもや家族の状況をアセスメントしたり、個々のケースについての付き添いのメリットやデメリットを母親とともに考え、母親の決定を支援することが重要である。また、付き添いを選択した母親には、付き添うことの有用性が最大限に発揮できるような付き添いのあり方に配慮しなければならない。時には、母親が安心して帰宅することができるようなレスパイトの時間を設けることも必要であろう。

この古くて新しい問題の解決に向けては、看護師は患者や家族に看護技術を提供するばかりでなく、看護師自らが、小児の特徴を捉えた病院・病棟の体制を整えることや、母親や家族の付き添いに対する問題意識を高め、改善への努力が必要であると考える。

【引用文献】

- 1) J. ボウルビィ著、黒田実郎、岡田洋子、吉田恒子訳：母子関係の理論 II 分離不安、岩崎学術出版社、1977
- 2) 吉武香代子：小児看護における母親の付添い、看護教育、33(7)、p499、1992
- 3) 前掲論文2)、p502
- 4) 筒井真優美、片田範子：入院中の子どもをもつ親に関する研究、日本保健医療行動科学学会年報、8:127 p142、1993
- 5) 中原美和子、長谷川桂子：付添いなしの病院における子どもの環境を考える —付添いに関する意識調査を通して—、小児看護、19(5)、PP613—614、1996
- 6) 前掲論文 2)、p501
- 7) 村田恵子、波多野梗子：入院児の看護における看護婦と母親の役割(2)、看護研究、10(4)、PP343-357、1977
- 8) 太田にわ：入院児への母親の付き添いが同胞に及ぼす影響と看護ケア、小児看護、25(4)、PP466—471、2002
- 9) 吉武香代子：病児をもつ母親の不安、小児看護、10(3)、PP315-319、1987
- 10) 谷村雅子：小児看護24時間のタイムスタディー—成人看護との比較—、第47回日本小児保健学会講演集、PP158-159、2000

【参考文献】

- 1) 石原明、杉田暉道、長門谷洋治：系統看護学講座 別巻9、看護史、医学書院、1995
- 2) 小阪樹徳、江本愛子、内藤寿喜子、他編：新版看護学全書

- 別巻6, 看護史, メヂカルフレンド社, 1990
- 3) 杉谷 藤子: ナーシング・マネジメント・ブックス3 変革する基準看護制度, 日本看護協会出版会, 1994
 - 4) 日本看護協会編: 日本看護協会看護業務基準集, 日本看護協会出版会, 2002