

研 究

Shared Decision-Making を促進する 小児アレルギー看護実践ガイドライン作成過程での 看護師と医師の認識

山口知香枝¹⁾, 浅野みどり²⁾, 大村 知子³⁾, 石井 真⁴⁾, 小野 里衣⁵⁾

〔論文要旨〕

本研究の目的は、「Shared Decision-Making を促進する小児アレルギー看護実践ガイドライン」の作成過程で得られた結果から、職種によってスコアを比較し、それぞれが「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているかを明らかにすることである。対象は、小児アレルギー診療に携わる看護師（外来看護師・病棟看護師）、医師とした。インタビューで抽出された93項目を【疾患に特有の看護実践】（3サブドメイン）と【アレルギー疾患共通の看護実践】（6サブドメイン）に分類し、各サブドメインで項目の平均スコアを算出し、職種ごとに比較した。結果は、【疾患に特有の看護実践】ではすべてのサブドメインで、【アレルギー疾患共通の看護実践】では4つのサブドメインで、病棟看護師が医師と比較して有意に平均スコアが高かった。これは、項目の内容を“より看護職の専門性である”と認識していたことを示した。この結果より、病棟看護師と医師の間に生じる「アレルギー看護の専門性」の認識には一定の隔たりが生じていると考えられる。また、同じ看護職でありながら、病棟看護師に、医師とのスコアに有意差が生じていたことについては、その役割の違いに起因するものと考えられた。今後は、これらの項目を精選してガイドラインを作成し、「アレルギー看護の専門性」について看護師、医師間の認識の違いを縮小していくことが課題である。

Key words : ガイドライン, アレルギー, SDM, デルファイ法, PAE

I. 背景と目的

アレルギーとは、免疫的機序によって引き起こされる過敏性反応である¹⁾。近年アレルギー疾患はますます注目されており、世界的にもその罹患率は上昇傾向にある。1990年代から始まっている、アレルギー疾患の国際疫学調査である The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) においても、13~14歳の気管支喘息を除いて、多くの国で気管支喘息・アレルギー性鼻結膜炎・湿疹の罹患率は上昇していた²⁾。Sicherer らは、有病率の統計の難しさ

を指摘しつつも、最大でも10%程度の子どもが食物アレルギーの影響を受けており、年々増加していることを指摘している^{3,4)}。一方、日本国内では、1999年に行われたISAACの第1相の調査では、6~7歳のアトピー性皮膚炎の有病率は、イランの2%から日本とスウェーデンの16%までであると報告し、日本の高い有病率が明らかになった⁵⁾。国内疫学調査で明らかになったアレルギーの実態については、まず、2018（平成30）年度における学校保健統計調査において、幼稚園児の2.04%、小学生の3.40%、中学生の2.85%がアトピー性皮膚炎に被患しており、幼稚園児の1.56%、

Differences between Nurses' and Physicians' Perceptions of Nursing Expertise Based on an Analysis of the Drafting of Guidelines for Pediatric Allergy Care to Promote Shared Decision-Making
Chikae YAMAGUCHI, Midori ASANO, Tomoko OMURA, Makoto ISHII, Rie ONO

〔3154〕

受付 19. 7. 1

採用 20.10. 7

1) 名古屋市立大学大学院看護学研究科（保健師 / 看護師）

2) 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻（看護師 / 保健師）

3) 中部大学生命健康科学部保健看護学科（看護師 / 助産師）

4) 中部大学生命健康科学部保健看護学科（看護師 / 保健師）

5) 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程（看護師 / 保健師）

小学生の3.51%, 中学生の2.71%が気管支喘息に被患していた⁶⁾。次に, 食物アレルギーについては, 2009(平成21)年度の日本保育園保健協議会調査において, 0歳児の7.7%, 1歳児の9.2%, 2歳児の6.5%の有症率であり, 未就学児全体では4.9%の有症率であった⁷⁾。児童生徒全体では, 2004(平成16)年文部科学省調査で, 2.6%の有症率であった⁷⁾。このように, 国内外のさまざまな疫学調査が行われている。対象年齢や調査方法など, 基準も違うために単純に比較することが困難ではあるものの, 傾向としては, アレルギーが世界的にも日本国内でも共通して一般的な疾患であることは明らかである。しかし, ありふれた疾患でありながらも, アレルギーの子どもの日常生活のケアは非常に煩雑であるために, 患児とケア提供者である家族が理解, 納得したうえで進めなければ治療は継続できない。アトピー性皮膚炎の子どもおよび食物アレルギーの子どもをケアする母親の育児ストレスについての先行研究では, いずれも健常児と比較して育児ストレス尺度のサブドメインの一つである「子どもに問題を感じる」の項目で育児ストレスのスコアが高かった^{8,9)}。ストレスを軽減し, かつアレルギーの治療や日常生活全般にわたるケアを総合的かつ計画的に遂行するためにも, 子どもを含めた家族への十分な説明と選択を保証していく必要があり, ゆえにShared Decision-Making (SDM) が不可欠である。SDMについて, National Health Service (NHS) は「健康状態が変化した人々が医療専門家と検査や治療や支援をとともに選択する過程」と定義している¹⁰⁾。また, Hoffmannらは, SDMがなければEBMはエビデンスによる圧政(evidence tyranny)に転ずると指摘している¹¹⁾。アレルギーの子どもへのケアは, 長期にわたり生活全般に多くの注意を払う必要があるために, ケアの方針や細かな方法については, 医療者と子ども・家族がともに考え選択し, 彼らなりの方法を模索していく過程が重要であると考えられる。

本研究では, 「Shared Decision-Makingを促進する小児アレルギー看護実践ガイドライン(以下, ガイドラインと略記)」の作成過程で明らかになった看護師と医師の認識の違いに着目した。看護師(外来看護師・病棟看護師), 医師に着目したのは, アレルギーの子どものケアに関わる職種は, ほかにも薬剤師や栄養士など多岐にわたるが, どのアレルギー疾患にも共通して関わっている職種が看護師と医師であり, 外来でも

病棟でも同様であるためである。アレルギーの子どものケアの鍵となり得るこの2職種が, 「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているのかを明らかにし, 両職種が看護の専門性を改めて問い直すことで, 共通認識を持つことにつながり, 最終的にはアレルギーの子どもへの良質なケアに行き着くと考え。さらに, この過程を経て作成されるガイドラインによって, ケア提供者と患児家族とのSDMが促進できるような基盤となることが期待される。ガイドライン作成では, 小児アレルギー診療に携わる多様な医療職および子どもと家族への面接調査を行い, 質的帰納的分析¹²⁾に基づいて作成した93項目からなるガイドライン試案を用いて, 医療者を対象にWeb・質問紙郵送でデルファイ(Delphi)調査を実施した。デルファイ調査は, 数人のパネリストが独立して投票し, その結果のまとめを公表し, これを数回繰り返すことで意見を集約する方法で, 公式合意形成法の一つである¹³⁾。専門家同士の利益相反や師弟関係や友人関係といった現在検討中のテーマと関係のない影響力が極力排除される点が利点である¹⁴⁾。デルファイ調査では, インタビューから抽出したガイドライン試案の93項目から, パネリストの投票による同意率を基にガイドラインの項目精選を行った。本稿では, デルファイ調査の第1段階の, 項目を精選する前の段階での同意のレベル(非常にそう思う~そう思わない)に着目した。各項目においては, 同意レベルが高ければ, その内容を「より看護職の専門性である」と認識していると解釈できる。看護師と医師といった職種の違いや, 外来看護師と病棟看護師といった看護職としての立場の違いによって比較すると, スコアに特徴が認められた。つまり, ガイドラインの作成過程において, 回答が収束する前の回答者(外来看護師, 病棟看護師, 医師)の同意レベルのスコアを比較することにより, それぞれの立場によって「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているかを明らかにすることができると考えた。

本稿の位置付けは, デルファイ調査の第1段階で, 項目精選前の段階でしか得られない, 職種や立場の違いによる視点の差を明確にする過程である。ゆえに, 本稿における研究目的は, 「Shared Decision-Makingを促進する小児アレルギー看護実践ガイドライン」の作成過程で実施したデルファイ調査の第1段階で得られた結果から, 職種によってスコアを比較し, それぞ

表 1-1 インタビューから抽出したガイドライン試案【疾患に特有の看護実践】

【疾患に特有の看護実践】	気管支喘息	13項目 Cronbach's α : 0.92	Q65. 子どもの発作に気づけるように、発作時の状況を詳しく聴きとり説明する Q66. 検査の実施と検査の意味を解釈できる（血液検査、PEF、スパイロ） Q67. アレルギーのコントロール状態を把握する適切な指標を用いてアセスメントすることができる（JPAC、C-ACT） Q68. 発作時の対処を知ってもらうために、屯用薬の正しい使い方を説明する（吸入指導） Q69. 喘息コントロールのため、長期管理薬が必要であることを子ども・親に伝える Q70. セルフケアの成果を子どもと家族にフィードバックしていく（喘息症状がなく日常生活を過ごせている） Q71. 正しい吸入が行えるように定期的に手技を確認する Q72. 吸入が継続できる方法を子ども・親と一緒に考える Q73. 思春期の子どもには「発作が命にかかわることもある」ことを伝え、自己管理について自覚を促す Q74. どの吸入器具が適しているか、子どもと親と一緒に考える Q75. セルフケアの方法を説明する（環境整備、吸入方法、発作時の対処方法） Q76. 受診や服薬のタイミングを確認するために、喘息日誌を子ども・親と一緒に振り返る Q77. 家族内の禁煙を促すため、家族も一緒に喘息教室に参加してもらう
	アトピー性皮膚炎	8項目 Cronbach's α : 0.90	Q78. 指導の際は、子どもの羞恥心に配慮した環境を整える Q79. 子どもと家族に対し、皮膚の状態をフィードバックし、前向きな声かけを行う Q80. 検査の実施と検査の意味を解釈できる（血液検査、プリックテスト） Q81. アレルギーのコントロール状態を把握する適切な指標を用いてアセスメントすることができる（SCORAD） Q82. セルフケアの成果を子どもと家族にフィードバックしていく（皮膚症状の改善、痒みの軽減、良好な睡眠など） Q83. 親が外用薬の塗布やスキンケアが適切にできるよう指導する Q84. 外用薬の塗布やスキンケアの方法が理解しやすいようパンフレットを用いて指導する Q85. ステロイドに対する不安な思いを傾聴し、安心できる説明をすることで、ステロイドの適切な使用に導く
	食物アレルギー	8項目 Cronbach's α : 0.92	Q86. 食物制限の解除について、根拠や食べ方の工夫など具体策を示し、不安な子どもと家族の背中を後押しする Q87. 経口免疫療法に対する子ども・親の不安を理解し、安心できる声かけをする Q88. 検査の実施と検査の意味を解釈できる（血液検査、プリックテスト、経口負荷試験） Q89. 負荷試験の方法について具体的に説明する Q90. 負荷試験中は頻回に観察をし、急変時に対応できるようにする Q91. セルフケアの成果を子どもと家族にフィードバックしていく（誤食がないこと） Q92. セルフケアの方法を説明する（除去食、誤食の予防方法、自己注射など誤食時の対処方法） Q93. 自己注射の手技や使用するタイミングを指導し、指導後は理解状況を確認する

れが「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているかを明らかにすることである。

II. 対象と方法

1. 研究対象者

研究対象者は、デルファイ調査第1段階の参加者のうち、小児アレルギー診療に携わる看護師（外来看護師・病棟看護師）、医師とした。

2. 方法

ガイドラインの作成過程では、インタビューから抽出した実践項目を精選するために、小児アレルギー診療に携わる専門職（看護師・医師・薬剤師・栄養士）にデルファイ調査を実施した。ただし、今回は、看護師（外来看護師・病棟看護師）および医師の認識に着目したために、薬剤師と栄養士は解析から除外した。なお、看護師の中には Pediatric Allergy Educator (PAE) の資格を持つ者も含まれている。PAE とは、2009年から始まった日本小児臨床アレルギー学会の認定資格であり、高度なアレルギーの専門知識と指導技術を持ったコメディカルスタッフである¹⁵⁾。

デルファイ調査の設問では、インタビューによって抽出された93項目からなるガイドラインの試案に

ついて、各項目で「小児アレルギーケアにおいて、Shared Decision-Making（意思決定の共有）を促進するために求められる看護師の能力として、以下の各項目がどの程度重要だと思いますか」と問い、4件法にて回答するように設定した。

この結果について、「非常にそう思う」（4点）～「そう思わない」（1点）としてスコアをつけた。抽出された93項目は、事前に設定した実践内容の分類に基づき、ドメインとサブドメインに分類した（表1）。ここでは、ドメインを【 】とし、サブドメインを「 」で表記した。まず【疾患に特有の看護実践】と【アレルギー疾患共通の看護実践】の2つのドメインに分類した。さらに、【疾患に特有の看護実践】は未就学児において主要なアレルギー疾患である「気管支喘息」13項目、「アトピー性皮膚炎」8項目、「食物アレルギー」8項目の3つのサブドメインに分類した。【アレルギー疾患共通の看護実践】は、「目標共有のためのコミュニケーション」10項目、「疾患と治療の理解」5項目、「セルフケア支援」9項目、「日常生活の様子」6項目、「意思決定支援」18項目、「役割認識と連携」16項目の6つのサブドメインに分類した。サブドメインごとにスコアを算出し、スコアは、項目数の違いを考慮して、項目の平均値を算出した。

表1-2 インタビューから抽出したガイドライン試案【アレルギー疾患共通の看護実践】

【アレルギー疾患共通の看護実践】	目標共有のためのコミュニケーション	10項目 Cronbach's α : 0.86	Q8. 治療方針と日常生活上の課題を子ども・家族・医療チームで共有し、目標の実現に向けて患児・家族が担うこと、医療者が実施することを話し合い決定する Q10. 指導のタイミングを相手に合わせる Q19. 同じ疾患の仲間が交流できる場を持てるよう配慮する Q20. 子どもの発達や対象者の理解に応じた関わりや説明を行う Q24. 子ども・家族に積極的に関わり、信頼関係を構築する Q27. 必要に応じて、親と子はそれぞれ別に話を聴く Q33. 治療に関する知識と経験をもとに、メリットとデメリットを含めて説明できる Q34. 家族が（極端な方法ではなく）ほどほどの管理ができるよう導く Q42. 目標達成が困難であった場合、治療方針や日常生活上の問題点について子ども・家族・医療チームで共有し、再度の意思決定のプロセスを共に歩む Q59. 子ども・家族の関係が悪化しないよう、関わり方を工夫する
	疾患と治療の理解	5項目 Cronbach's α : 0.76	Q23. 子どもの病状の変化に素早く気づく Q29. 子ども・家族が症状に気づいて対処できるように関わる Q36. 長期的な視点でのアドバイスを Q39. 説明した内容を子ども・家族がいつでも再確認できるよう文書やメモにして渡す Q40. アレルギーについて興味をもって最新の知識を身につける
	セルフケア支援	9項目 Cronbach's α : 0.88	Q4. 親（家族）の疾患やセルフケアに関する知識・関心（意欲）レベルをアセスメントする Q9. セルフケア等に対して不安なことがないかを、受診ごとに子ども・家族に確認し、継続的な支援を行う Q21. セルフケアの状況（アドヒアランス）をアセスメントする Q44. 子どもの特性に合わせて根気よく説明や指導を行う Q46. セルフケアを継続していることに対して、子ども・家族の頑張りを認める姿勢で関わる Q48. 良好なコントロールの児であっても、継続的に声をかけることでセルフケアの継続へのやる気を支える Q50. 子どもの発達段階の特徴を踏まえたセルフケア能力をアセスメントする Q52. 子どもの、疾患やセルフケアに関する知識・関心（意欲）レベルをアセスメントする Q61. セルフケアの方法を体験してもらい、出来る感覚をつかんでもらう（手技を確認する）
	日常生活の様子	6項目 Cronbach's α : 0.79	Q6. 自宅で治療が継続できるよう、生活状況に応じた日常管理方法を教育／指導する Q28. 家族員の関係性を把握し、うまく機能するように支援する Q32. 治療のみでなく、子育てや日常生活、家庭以外の場（学校や保育園）での細やかなアドバイスを Q58. 子どもの症状や家族も含めた対象者の状態と変化を的確に捉える Q60. 子ども・家族にとって気軽に相談できる専門職である Q64. 子ども・家族とともに成長発達を見守り、喜びを分かち合う
	意思決定支援	18項目 Cronbach's α : 0.93	Q1. 意思決定支援のために、子ども・家族の考えや意見について聴く機会を意図的に持つ Q3. 子ども・家族と医師とのパラレル（平等）な関係性が調和するよう働きかける Q11. 子ども・家族の理解・納得につながる話し合い（対話）が必要である Q12. 子ども自身が目標を持てるように、生活上の注意点を具体的に説明する Q15. 家族を含めて子どもをトータルに把握することで、子ども・家族との絆を深める役割を意図的に発揮する Q17. 親子関係や子どもの背景を把握し、子どもと家族の間（関係性）を取り持つ Q22. 治療や検査について、子ども・家族の安心につながるように根拠を含めて説明することを怠らない Q26. セルフケアの方法を子どもと家族自身が決定できるよう、いくつかの選択肢を示す Q30. 指導の際は、家族背景や日常生活をふまえた個別対応ができる Q31. 子ども・家族が自分で答えを出すために十分な時間を持つ（待つ姿勢） Q35. セルフケアを実行していくうえでの支えとなるもの、妨げとなるものについて、子ども・家族自身が気づけるように関わる Q37. 診察内容を把握したうえで、子ども・家族と話し合う Q38. 子ども・家族の安心につながるように、医師の説明を再度わかりやすく説明することを怠らない Q41. 主体的な意思決定のために、長期管理の必要性を子ども・家族にまず理解してもらう Q45. 疾患の経過を見通し、子ども・家族自身がセルフケアの目標を決定できるよう話し合いの場を設ける Q55. 子ども・家族の意見を頭ごなしに否定したり、一方的な態度で指導しない Q56. 日常診療において、普段から子どもや家族に積極的に話しかける Q57. 治療管理計画に対して、子ども・家族が納得しているかを確認する必要がある
	役割認識と連携	16項目 Cronbach's α : 0.91	Q2. 入院中のサマリーを確認し、外来での継続的支援につなげていく Q5. 薬剤師・栄養士などの他専門職につなぐ時は、セルフケア指導（or 患児・家族の理解）に役立つ、子どもや家族の個別的な情報や特徴（特性）を伝える Q7. 子ども・家族の気持ちに寄り添い、時に他職種への代弁者や職種間の調整者となる Q13. 子ども・家族の情報を医療チーム（看護師間／医師と）共有し、それぞれの専門職が支援しやすいようにする Q14. 介入が難しい事例についてはカンファレンスを開き話し合う Q16. 他職種と、それぞれの専門性に基づいた相談をしたり、相談を受ける Q18. それぞれの専門性を活かし、他職種と連携・協働する Q25. それぞれの職種の役割を子ども・家族が理解できるよう説明する Q43. 投薬や処置内容などの妥当性を確認し、リスク管理、医療安全機能を発揮する Q47. 介入前後のセルフケア状況や介入内容をカルテに残し、医師・看護師・連携している他専門職（薬剤師や栄養士）と共有する Q49. 看護師という専門性に責任を持ち、自身で判断・実行する能力を持つ Q51. 子ども・家族の生活状況を把握し、医療チームで（看護師間で／医師と）共有する Q53. 診察が円滑に行えるよう、重要な情報を整理して医師に伝える Q54. 他職種と情報共有できるように、子どもや家族から把握した情報をカルテ等に記載する Q62. 子ども・家族が医師に直接言えない情報をカルテやメモを使って伝える Q63. 子ども・家族、医療チーム間の調整役として、リーダーシップを発揮する

表2 対象者の属性 (人, %)

	人数	有効 パーセント
医療機関のタイプ		
小児科クリニック	35	(21.3)
一般病院200床未満	5	(3.0)
一般病院200床以上	50	(30.5)
大学病院	32	(19.5)
国立病院機構関連病院	21	(12.8)
専門病院 (子ども病院)	20	(12.2)
職種		
外来看護師	64	(39.0)
病棟看護師	55	(33.5)
医師	45	(27.4)
PAE*の有無(医師以外)		
PAE	59	(36.0)
non-PAE	60	(36.6)
非該当: 医師	45	(27.4)
年齢		
20歳代	22	(13.4)
30歳代	52	(31.7)
40歳代	55	(33.5)
50歳代	25	(15.2)
60歳代以上	10	(6.1)
性別		
男性	39	(23.8)
女性	125	(76.2)
小児アレルギーに携わってきた経験年数		
2～5年未満	54	(32.9)
5～10年未満	44	(26.8)
10年以上	65	(39.6)

*PAE: Pediatric Allergy Educator

まず、小児アレルギー看護の実践項目と職種との組み合わせによるスコアへの影響を分析するために、疾患に特有の看護実践と職種、アレルギー疾患共通の看護実践と職種を要因として2要因の分散分析(混合計画)を実施し、主効果、交互作用について確認した。球面性の検定を行い、成立しない場合にはGreenhouse-Geisserの自由度補正による有意確率を採用した。その後、職種による多重比較(Tukey検定)を行った。有意水準は5%とした。解析はSPSS Ver.22.0を使用した。

3. 倫理的配慮

調査は名古屋大学の倫理審査(承認番号 2015-0464)を受けて実施した。

質問紙は、無記名自記式調査で個別投函、あるいはWeb調査においてはSSL対応による暗号化にて回答を行い、回答者個人がわからないよう配慮した。質問紙の回収あるいはWeb回答をもって同意確認とした。

III. 結 果

研究対象者の概要は、外来看護師64人(39.0%)、病棟看護師55人(33.5%)、医師45人(27.4%)であった。今回の研究対象者のうち、PAEは59人(36.0%)であり、今回の対象である看護師119人のうち49.6%であった。その他の対象属性は表2に詳述する。

インタビューによって抽出された看護実践項目について、【疾患に特有の看護実践】は「気管支喘息」13項目、「アトピー性皮膚炎」8項目、「食物アレルギー」8項目の3つのサブドメイン、【アレルギー疾患共通の看護実践】は、「目標共有のためのコミュニケーション」10項目、「疾患と治療の理解」5項目、「セルフケア支援」9項目、「日常生活の様子」6項目、「意思決定支援」18項目、「役割認識と連携」16項目の6つのサブドメインに分類し、各サブドメインで項目ごとの平均スコアを、職種ごとに算出した結果、すべての職種のすべての項目で、平均スコアが3.0以上を示した(表3)。なお、Cronbach's α を各サブドメインで算出したところ、【疾患に特有の看護実践】では、0.92, 0.90, 0.92, 【アレルギー疾患共通の看護実践】では、0.86, 0.76, 0.88, 0.79, 0.93, 0.91であった。項目数が少ないサブドメインがやや低値であったものの、おおむね十分な内的整合性が確認できた。

まず、【疾患に特有の看護実践】について、【疾患に特有の看護実践】と職種の主効果および交互作用を分析した。2要因の分散分析(混合計画)を実施した結果、【疾患に特有の看護実践】で主効果は認められなかった($F(1.908, 268.973)=0.845, p=0.426$)。一方、職種による主効果は認められた($F(2, 141)=4.254, p=0.016$)。また、【疾患に特有の看護実践】と職種には交互作用は認められなかった($F(3.815, 268.973)=1.399, p=0.236$)。

次に、【アレルギー疾患共通の看護実践】について、同様に、【アレルギー疾患共通の看護実践】と職種の主効果および交互作用を分析した。その結果、【アレルギー疾患共通の看護実践】では、主効果が認められた($F(4.179, 576.705)=24.711, p<0.001$)。また、職種による主効果も認められた($F(2, 138)=3.741, p=0.026$)。一方、【アレルギー疾患共通の看護実践】と職種には交互作用は認められなかった($F(8.358, 576.705)=1.802, p=0.071$)。

【疾患に特有の看護実践】と【アレルギー疾患共通

表3 小児アレルギー看護の実践項目の平均値の比較（外来看護師，病棟看護師，医師）

		n	平均	標準偏差	多重比較
【疾患に特有の看護実践】					
気管支喘息	a：外来看護師	61	3.56	0.42	b-c：0.012
	b：病棟看護師	52	3.65	0.35	
	c：医師	40	3.41	0.40	
アトピー性皮膚炎	a：外来看護師	62	3.61	0.40	a-c：0.020 b-c：0.002
	b：病棟看護師	55	3.69	0.43	
	c：医師	41	3.39	0.40	
食物アレルギー	a：外来看護師	61	3.57	0.44	b-c：0.038
	b：病棟看護師	53	3.67	0.48	
	c：医師	39	3.43	0.46	
【アレルギー疾患共通の看護実践】					
目標共有のための コミュニケーション	a：外来看護師	63	3.44	0.37	b-c：0.024
	b：病棟看護師	55	3.49	0.35	
	c：医師	41	3.29	0.38	
疾患と治療の理解	a：外来看護師	63	3.52	0.39	ns
	b：病棟看護師	55	3.60	0.35	
	c：医師	44	3.49	0.36	
セルフケア支援	a：外来看護師	63	3.62	0.36	b-c：0.002
	b：病棟看護師	54	3.71	0.30	
	c：医師	40	3.46	0.37	
日常生活の様子	a：外来看護師	62	3.55	0.37	b-c：0.043
	b：病棟看護師	55	3.59	0.35	
	c：医師	41	3.41	0.36	
意思決定支援	a：外来看護師	60	3.51	0.37	b-c：0.009
	b：病棟看護師	53	3.61	0.30	
	c：医師	41	3.39	0.40	
役割認識と連携	a：外来看護師	56	3.50	0.39	ns
	b：病棟看護師	54	3.55	0.31	
	c：医師	40	3.40	0.36	

一元配置分散分析，多重比較（Tukey 検定），ns: not significant

の看護実践】について，職種との組み合わせを2要因の分散分析（混合計画）で検証した結果，職種による影響が大きいと考えられたため，職種ごとに平均値の差を多重比較するためにTukey 検定を行った。その結果，【疾患に特有の看護実践】では，すべてのサブドメインで病棟看護師が医師と比較して有意に平均スコアが高く，項目の内容を“より看護職の専門性である”と認識していた。また，【アレルギー疾患共通の看護実践】では，「目標共有のためのコミュニケーション」，「セルフケア支援」，「日常生活の様子」，「意思決定支援」の4つのサブドメインで病棟看護師が医師と比較して有意に平均スコアが高く，項目の内容を“より看護職の専門性である”と認識していた（表3）。

今回，多くのサブドメインで病棟看護師と医師の間でスコアに有意差が生じたが，外来看護師の場合では

医師とのスコアに有意差が認められたのは1つのサブドメインのみであった。そのため，サブ解析として，外来看護師と病棟看護師の間で，所属する医療機関と年齢についてクロス集計を行った。その結果，所属する医療機関については，病棟看護師では，小児科クリニック1人（1.8%），一般病院200床未満0人（0.0%），一般病院200床以上23人（41.8%），大学病院14人（25.5%），国立病院機構関連病院12人（21.8%），専門病院5人（9.1%）であった。一方，外来看護師では，小児科クリニック27人（42.2%），一般病院200床未満3人（4.7%），一般病院200床以上15人（23.4%），大学病院7人（10.9%），国立病院機構関連病院4人（6.3%），専門病院7人（10.9%）であった。 χ^2 検定を行ったところ，有意差が認められた（ $\chi^2=36.019$, $df=6$, $p<0.001$ ）。次に年齢では，病棟看護師は，20歳代21人

表4 小児アレルギー看護の実践項目の平均値の比較 (PAE, non-PAE, 医師)

		n	平均	標準偏差	多重比較
【疾患に特有の看護実践】					
気管支喘息	a : PAE	57	3.65	0.36	a-c : 0.009
	b : non-PAE	56	3.55	0.42	
	c : 医師	40	3.41	0.40	
アトピー性皮膚炎	a : PAE	58	3.69	0.41	a-c : 0.002 b-c : 0.024
	b : non-PAE	59	3.61	0.42	
	c : 医師	41	3.39	0.40	
食物アレルギー	a : PAE	55	3.63	0.49	ns
	b : non-PAE	59	3.61	0.43	
	c : 医師	39	3.43	0.46	
【アレルギー疾患共通の看護実践】					
目標共有のための コミュニケーション	a : PAE	59	3.55	0.33	a-b : 0.023 a-c : 0.001
	b : non-PAE	59	3.38	0.37	
	c : 医師	41	3.29	0.38	
疾患と治療の理解	a : PAE	59	3.59	0.37	ns
	b : non-PAE	59	3.53	0.38	
	c : 医師	44	3.49	0.36	
セルフケア支援	a : PAE	58	3.74	0.30	a-b : 0.044 a-c : 0.000
	b : non-PAE	59	3.59	0.36	
	c : 医師	40	3.46	0.37	
日常生活の様子	a : PAE	59	3.63	0.35	a-c : 0.007
	b : non-PAE	58	3.51	0.36	
	c : 医師	41	3.41	0.36	
意思決定支援	a : PAE	57	3.65	0.33	a-b : 0.022 a-c : 0.001
	b : non-PAE	56	3.47	0.34	
	c : 医師	41	3.39	0.40	
役割認識と連携	a : PAE	55	3.57	0.34	ns
	b : non-PAE	55	3.48	0.36	
	c : 医師	40	3.40	0.36	

一元配置分散分析, 多重比較 (Tukey 検定), ns: not significant, PAE : Pediatric Allergy Educator

(38.2%), 30歳代14人 (25.5%), 40歳代17人 (30.9%), 50歳代2人 (3.6%), 60歳代以上1人 (1.8%) であった。一方, 外来看護師は, 20歳代1人 (1.6%), 30歳代24人 (37.5%), 40歳代27人 (42.2%), 50歳代11人 (17.2%), 60歳代以上1人 (1.6%) であった。 χ^2 検定を行ったところ, 有意差が認められた ($\chi^2=28.801$, $df=4$, $p<0.001$)。

さらに, 看護職の専門性に着目し, PAE と PAE でない看護職と医師のスコアの比較を行ったところ, 【疾患に特有の看護実践】のうち「気管支喘息」と「アトピー性皮膚炎」の2つのサブドメインで, 【アレルギー疾患共通の看護実践】のうち「目標共有のためのコミュニケーション」, 「セルフケア支援」, 「日常生活の様子」, 「意思決定支援」の4つのサブドメインで PAE が医師と比較して有意に平均スコアが高く, 項目の内容を

“より看護職の専門性である” と認識していた。

多くのサブドメインにおいて, PAE はアレルギー看護の専門性に高い認識を持っていた (表4)。

IV. 考 察

今回, ガイドラインを作成するにあたり, コンセンサス形成の方法として, デルファイ法を選択した。これは, パワーゲームを回避し, 公平な検討が可能で, コストも抑えられる利点に着目したためであるが, 一方で, 対面の会議と比較して創造的なアイデアが生まれにくいという欠点もある¹³⁾。創造的アイデアに代わる強みとして, 今回は, 項目を抽出するためのインタビューを行うと同時に, 小児看護学に精通した研究者の合議のうえで項目を精選しているため, 十分な議論とアレルギー看護に関する豊かな知見を基盤とした共

通認識によって項目の質が保証されていると考えられる。また、研究対象者は、外来看護師64人(39.0%)、病棟看護師55人(33.5%)、医師45人(27.4%)であった。吉田は、デルファイ法の実施方法について、参加人数は50人以上が望ましいとしている¹⁴⁾が、今回の参加者は164人で十分な人数であり、ガイドラインの作成過程としては、適切な方法で実施できていると考えられる。また、本稿では、職種による認識の差を明らかにするために、投票結果、つまり参加者(外来看護師、病棟看護師、医師)の意見が収束していない段階の第1段階の結果を用いて分析を行った。同意レベルのスコアを比較することにより、それぞれの立場によって「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているかを明らかにした。医師と看護師間のコミュニケーションと協働に関する先行研究では、患者ケアの意思決定過程における看護師の役割について、医師と看護師の見解が異なることが明らかになっており、その障壁となっているのは、医師が看護師の専門性に対して認識していないことであることが示唆された¹⁶⁾。本研究では、アレルギー看護に焦点を置き、看護師と医師の間で、「アレルギー看護の専門性」の認識を明らかにすることは、アレルギーの患児とその家族の意思決定のために協働すべき専門職間での共通認識を形成する重要な役割を果たすと考えられる。

まず、【疾患に特有の看護実践】については、「気管支喘息」、「アトピー性皮膚炎」、「食物アレルギー」についての3つのサブドメインがあった。職種との交互作用はなかったが、職種による各サブドメインの平均値には差があったために、職種ごとの分析を進めた。その結果、3つのサブドメインすべてにおいて、病棟看護師と医師の間で有意差が認められ、病棟看護師のスコアが高いという結果であった。つまり、医師と比較して病棟看護師の方が、項目の内容を“より看護職の専門性である”と認識していたという結果であった。

次に、【アレルギー疾患共通の看護実践】では、「目標共有のためのコミュニケーション」、「疾患と治療の理解」、「セルフケア支援」、「日常生活の様子」、「意思決定支援」、「役割認識と連携」についての6つのサブドメインがあった。【疾患に特有の看護実践】と同様に、職種との交互作用はなかったが、職種による各サブドメインの平均値には差があったために、職種ごとの分析を進めた。その結果、6つのサブドメイン中「目標共有のためのコミュニケーション」、「セルフケア支

援」、「日常生活の様子」、「意思決定支援」の4つにおいて、病棟看護師が医師と比較して有意に平均スコアが高く、項目の内容を“より看護職の専門性である”と認識していたという結果であった。

これらの結果を概観すると、病棟看護師と医師の間で生じる「アレルギー看護の専門性」の認識には一定の隔たりが生じていることが明らかになった。看護師と医師の協働への認識に関するシステマティックレビューでは、看護師と医師の協働の認識は必ずしも一致しないことが明らかになっており¹⁷⁾、本研究の結果とも通じている。しかしながら、医師と看護師の学際的コミュニケーションと協働について質的アプローチから明らかにした Lancaster らの知見では、医師は自らを患者ケアの意思決定者と考えている一方で、看護師の知識や技術の重要性を認識していた¹⁸⁾。ゆえに、「アレルギー看護の専門性」というフィールドにおいても、医師と看護師(ここでは特に病棟看護師)との間の認識に相違はあれども、医師は看護師の専門性を尊重していることが考えられた。また、同じ看護職でありながら、病棟看護師に、医師とのスコアに有意差が生じていたことについては、その役割の違いに起因するものとする。病棟看護師は、外来看護師と異なり教育目的の入院やアナフィラキシーによって入院となった患児およびその家族と長時間ともに過ごす。また、病棟内では医師の指導のもとに、患児とその家族に直接スキンケアや食事に関して具体的な指導を任せられる施設もあるなど、患児や家族への教育的な側面において重要な役割を果たすと考えられる。一方で、外来看護師と患児とその家族との関わりは、短時間で必要な情報を伝え、適切な支援を行うかの判断が要求される。これらの関わりの特徴の違いによって、同じ職種であっても病棟看護師に、医師との差が生じたと考える。さらに、病棟看護師と外来看護師で所属する医療機関のタイプを比較すると、病棟看護師では200床以上の一般病院23人(41.8%)、大学病院14人(25.5%)、国立病院機構関連病院12人(21.8%)であった一方で、外来看護師の所属の多くは小児科クリニック27人(42.2%)であったことも鑑みると、看護職としての役割のみならず、患児の重症度にも影響しているのではないかと考えられた。また、病棟看護師は年齢層が若く、20~30歳代で63.6%を占めるのに比べ、外来看護師は40歳代以上で60.9%を占めた。看護系大学数および入学定員は、平成元年では11大学558

人の定員であったが、平成29年では255大学22,486人に増加している¹⁹⁾。20～30歳代の看護師が進路選択をしていたであろう時期は、看護系大学が大きく増加してきた時期とも一致している。今回は教育的背景に関して調査していないものの、「アレルギー看護の専門性」を捉えるうえで、技術のみならず、看護を体系的に学び、「看護学」としての専門性を学修する大学教育を受けた看護師が専門学校等で教育を受けた看護師と比較して多かったのではないかと推察する。

なお、今回の結果では多くのサブドメインでPAEのスコアが有意に高く、アレルギー看護の専門性の認識が、医師と比較しても、PAEでない看護職と比較しても高いことが明らかになった。昨今医師とのタスク・シフティングやタスク・シェアリングの推進が話題となっているが²⁰⁾、本結果からも、多忙を極める医師は、PAEをはじめとする専門性の高い看護職に、アレルギーケアに関する役割の多くを移管あるいは共同化できる可能性が示唆された。

本研究では、看護師と医師の「アレルギー看護における看護職の専門性」に対する認識の違いを明らかにした。この研究をとおし、両職種がアレルギー看護の専門性について改めて問い直し、相互理解が促進される機会となることが望まれる。そして、「アレルギー看護における看護職の専門性」についての共通認識を持つことが、良質なケアにつながるのではないだろうか。今後は、これらの項目を精選し、ガイドラインを作成していく。これを看護師だけが活用するのではなく、医師とも共有することによって、ケア提供者と患児家族とのSDMが促進できるような基盤となることが期待される。

V. 結 論

本研究では、「Shared Decision-Makingを促進する小児アレルギー看護実践ガイドライン」の作成の第1段階で得られた結果から、職種によってスコアを比較し、それぞれが「アレルギー看護における看護職の専門性」をどのように捉えているかを明らかにした。その結果、【疾患に特有の看護実践】については、「気管支喘息」、「アトピー性皮膚炎」、「食物アレルギー」についての3つのドメインすべてにおいて、病棟看護師と医師の間で有意差が認められ、病棟看護師のスコアが高いという結果であった。また、【アレルギー疾患共通の看護実践】では、「目標共有のためのコミュニ

ケーション」、「セルフケア支援」、「日常生活の様子」、「意思決定支援」について、病棟看護師と医師の間で有意差が認められ、病棟看護師のスコアが高いという結果であった。今後は、「Shared Decision-Makingを促進する小児アレルギー看護実践ガイドライン」を作成し、医師とも共有することによって、「アレルギー看護の専門性」についての、看護師、医師間の認識の違いを縮小していくことが課題である。

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は科学研究費基盤(B)25293453(2013-2016年度)により実施した研究の一部である。また、本研究の一部は日本小児看護学会第27回学術集会(京都市)で発表した。利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, et al. A revised nomenclature for allergy. an EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001; 56: 813-824.
- 2) Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 368: 733-743.
- 3) Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: a review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141: 41-58.
- 4) Osborne NJ, Koplin JJ, Martin PE, et al. Prevalence of challenge-proven IgE-mediated food allergy using population-based sampling and predetermined challenge criteria in infants. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127: 668-676. e662.
- 5) Williams H, Robertson C, Stewart A, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 125-138.
- 6) 政府統計の総合窓口. “統計で見る日本, 学校保健統計調査 平成30年度” <https://www.e-stat.go.jp/>

- stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00400002&tstat=000001011648&cycle=0&tclass1=000001127520&tclass2=000001127522&second2=1 (参照2019-06-28)
- 7) 西間三馨, 眞弓光文, 近藤直実監修. 小児アレルギー疾患総合ガイドライン. 東京: 協和企画, 2011.
 - 8) 都築知香枝, 石黒彩子, 浅野みどり, 他. アトピー性皮膚炎の子どもをもつ母親の育児ストレス. 日本小児看護学会誌 2006; 15: 25-31.
 - 9) 立松生陽, 市江和子. 食物アレルギー児の母親における育児ストレスと家族対処についての研究. 日本看護研究学会雑誌 2007; 30: 119-128.
 - 10) National Health Service (England). “NHS England Shared decision making” <https://www.england.nhs.uk/shared-decision-making/> (参照2019-06-28)
 - 11) Hoffmann Tammy C, Montori Victor M, Del Mar Chris. The Connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA 2014; 312: 1295-1296.
 - 12) 山田知子, 石井 真, 山口知香枝, 他. 納得の医療のための SDM に基づく小児アレルギー看護ガイドラインの開発にむけて. アレルギーの臨床 2015; 35: 1059-1061.
 - 13) 森實敏夫, 吉田雅博, 小島原典子. Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014. 東京: 医学書院, 2014.
 - 14) 吉田雅博. 診療ガイドライン推奨作成のための合意形成法—Delphi 法についての調査報告—. 東京女子医科大学雑誌 2018; 88: E35-E37.
 - 15) 一般社団法人日本小児臨床アレルギー学会. “小児アレルギーエデュケーター制度” <http://jspca.kenkyuukai.jp/special/?id=24586> (参照2019-06-27)
 - 16) Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, et al. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. J Interprof Care 2014; 28: 526-533.
 - 17) House S, Havens D. Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: a systematic review. J Nurs Adm 2017; 47: 165-171.
 - 18) Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, et al. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. Journal of Nursing Scholarship 2015; 47: 275-284.
 - 19) 文部科学省. “文部学大臣指定 (認定) 医療関係技術者養成学校一覧 (平成30年 5 月 1 日現在)” http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1353401.htm (参照2020-03-09)
 - 20) 厚生労働省. “第12回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会” <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000153182.html> (参照2020-03-09)
- 〔Summary〕
- The aims of this study were, based on results of the drafting of the Guidelines for Pediatric Allergy Care to promote Shared Decision-Making (SDM), to compare scores by nurses and physicians and to ascertain how each profession views “nursing expertise as part of providing allergy care.”
- Subjects were nurses (outpatient nurses, ward nurses) and physicians involved in pediatric allergy care.
- Interviews identified 93 items that were classified into Disease-specific Care (3 subdomains) and Standard Care for All Allergic Diseases (6 subdomains). The mean score for each item was calculated by subdomain, and scores were compared by profession.
- Ward nurses had significantly higher mean scores than physicians in every subdomain of Disease-specific Care and four of the subdomains of Standard Care for All Allergic Diseases. This indicates that these items are perceived as areas where “nurses have more expertise.”
- There is a gap between ward nurses and physicians in terms of their perceptions of “expert allergy care.” In addition, the scores of ward nurses differed significantly from the scores of physicians; this is presumably due to differences in their roles of nurses.
- One topic for the future is to draft guidelines that take these items into account. Another is to reduce differences between nurses' and physicians' perceptions of “expert allergy care.”
-
- 〔Key words〕
- nursing practice guidelines, children with allergy, SDM (Shared Decision Making), Delphi method, PAE (Pediatric Allergy Educator)