

成育医療と看護 (1) —成育看護学の構築を目指して—

Toward Curriculum Innovation of Nursing for Child Health and Development

佐々木和子^{*1}, 伊藤愛子^{*1}, 駒松仁子^{*2}
Kazuko Sasaki^{*1}, Aiko Ito^{*1}, Hitoko Komamatsu^{*2}

【要 旨】 2002年3月, 国立小児病院と国立大蔵病院との統合のもと, 国立成育医療センター(仮称)が開設される。そこでは, 従来の小児医療において生じてきた新たな問題に直面している人々への医療をさらに進歩させること, 次代を担う人々の健全育成を目指すために, 生涯を見通した新しい医療を求めることなど, 高度先駆的医療を目指している。成育医療は, 小児をライフサイクルの視点で捉え, 小児医療, 母性医療, 父性医療および成人医療を含め, 関連する領域を包括した構想のもとに展開される。

成育医療をめぐる問題には, キャリーオーバーに関することがある。アメリカにおいては小児医療から成人医療へと移行するプログラムが開発・実践されているが, わが国においても, その移行に関するプログラムが早期に開発されるべきであると考え, アメリカの文献をレビューし検討した。

国立看護大学校は, 2001年4月, 各国立高度専門医療センターで求められる高度な臨床看護実践能力と臨床看護研究能力とを備え, 国際医療協力に貢献できる看護職を養成することを目的として, 新しい教育を開始した。成育医療は高度先駆的な専門医療であり, 関連する看護学も新しく検討する必要がある。成育看護学には, 従来の教科内容にはなかった生殖医療や生命倫理の諸問題, 小児難病の子どものリプロダクティブヘルス・ライツ, 父性医療に関連する内容なども含め, 新しい科目として構築されるべきであると考えた。成育医療の概念およびキャリーオーバーに関する文献考察を踏まえ, 成育看護学が目指すものについて検討を試みた。

【キーワード】 成育看護学, 成育医療, 国立成育医療センター, 母性看護学, 小児看護学

【Keywords】 nursing for child health and development, medicine for child health and development, National Center for Child Health and Development, maternal nursing, pediatric nursing

1. はじめに

医療技術の著しい進歩のもとに, 周産期医療および小児医療は新しい局面を迎えている。その一方で, 少子化の進行, 親の育児不安, 子どもの虐待, 先天性疾患児や慢性疾患児のキャリーオーバーなどの問題が顕在化している。わが国は国立病院・療養所の再編成計画と新エンゼルプランを受けて, 高度先駆的医療を担うナショナルセンターとしての国立成育医療センター(仮称)を国立

小児病院と国立大蔵病院との統合のもとに, 平成13年度に開院する予定である。そこでは, 「母性, 小児に対する高度な医療を行うとともに, 周産期, 小児期, 成人期と一貫した最先端の医療を提供することとしている。また, 再編成計画の見直しにおいても, 国立成育医療センター(仮称)を中心とした政策医療ネットワークを構築することとしている」¹⁾とされている。

本報告は, 成育医療という概念が生じた社会的背景を

^{*1} 国立看護大学校 成育看護学(母性看護学)
〒204-8575
東京都清瀬市梅園1-2-1
電話: 0424-95-2211
FAX: 0424-95-2758
メールアドレス: sasakik@adm.ncn.ac.jp

^{*2} 国立看護大学校 成育看護学(小児看護学)

踏まえ成育医療に関わる看護を成育看護学とし、その構築を目指し内容の検討を試みた。

II. 国立成育医療センター(仮称)設立にいたる経緯

国立小児病院と国立大蔵病院の統合のもとに国立成育医療センター(仮称)が設立されるに至った経緯は、次のようであった。

「国立病院・療養所は戦後、国民医療の確保や国民病といわれた結核対策の推進に多大な役割を果たした。さらに国民のニーズの変化に対応し、国立がんセンター、国立循環器センターなどの整備もなされた。結核の減少に伴って国立療養所が病院に転換されるとともに、重症心身障害児(者)の国立療養所への受け入れや特殊疾病対策の推進など、疾病構造の変化に対応し、国民の医療施設として時代の要請に応えてきた²⁾」。

1984(昭和59)年10月、行革大綱を実施に移すために、保健医療局長の私的諮問機関として「国立病院・療養所再編成問題等懇談会」が設置され、1985(昭和60)年2月、「国立病院・療養所再編成等について」と題する意見書がまとめられた。厚生省(現厚生労働省)はその意見書に基づき、同年3月、「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」を策定し、厚生大臣は閣議の場において基本方針の内容について報告を行うとともに、関係者の理解と協力を求めた³⁾。1986(昭和61)年1月、「国立病院・療養所の再編成について」(再編成計画)が策定され公表された⁴⁾。

「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」により、国立病院・療養所には、計画的な再編成および公共性と効率性との両立の観点からの経営合理化が求められていた。厚生省は1991(平成3)年5月、保健医療局長の私的諮問機関として国立病院・療養所経営改善懇談会を設けて検討を委ねた。同懇談会は検討を重ねた後、1992(平成4)年6月に報告書を提出した⁵⁾。

その間、国立病院・療養所をとりまく環境は、高齢化社会、疾病構造の変化、医療技術の進歩などに伴い著しく変化し、再編成や経営合理化についても見直しが必要になった。そこで「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」や再編成計画の見直しの参考にするために、1995(平成7)年1月、保健医療局長の下に「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」が設置され、同年11月に最終報告がまとめられて保健医療局に提出された。最終報告のポイントの一つが、「医療サービスが多様な主体により供給されている状況を踏まえ、地域における医療供給体制の中で基本的・一般的医療の提供は公私医療機関に委ね、国立病院・療養所は広域を対象

とした政策医療、臨床研究、教育研修等の機能を果たしていくべきである⁶⁾」ということであった。

政策医療とは「その時代において国の医療政策として国立病院・療養所が担うべき医療⁷⁾」である。「懇談会報告」(平成7年11月)における政策医療の内容について、秋山⁸⁾は次のように述べている。新たな社会的ニーズに対応する医療、国際感染症への対応、国際協力の一環としての医療、都道府県を越えて対応すべき広域災害に対する医療、がん、循環器、神経・精神疾患、成育医療、腎疾患等の分野における高度先駆的医療、歴史的、社会的経緯からの医療の中心的役割を果たすことが要請されている分野(結核、重症心身障害、進行性筋ジストロフィ、ハンセン病)、難病、エイズ、難治性免疫異常、感覚器障害、代謝性疾患等に対する医療、精神疾患：他の設立主体では対応が困難な精神科救急、薬物依存や合併症を有する患者に対する医療、救急医療：他の設立主体が実施する医療を補完して行う高度(第三次)の医療の6分野である。

このように、国立病院・療養所は国の医療施設として、時代の要請や国民のニーズに応え、貢献しながら変化してきた。

III. 国立成育医療センター(仮称)が目指す医療

成育医療における高度先駆的医療のための具体的な計画は、国立成育医療センター(仮称)の設立である。この国立成育医療センター(仮称)が設立されるに至る経緯には、すぐに対応すべき次のような問題があった。

「わが国の未熟児、新生児、乳児の死亡率は戦後著しく低下し続け、先進国と同じ高いレベルとなったが、妊産婦死亡率は先進国の中では比較的高く、顕著な低下は見られなかった。一方、胎児期の医療、思春期医療、小児期疾患の遷延や後遺症に対する成人医療、有病者のハイリスク妊娠・出産に関する医療などの医療は近年になって著しく進歩したが、従来の組織では対応が困難な局面も出現してきた。具体的には、一般の小児病院では産科と共同で治療を行う必要がある胎児医療の実施は困難であり、逆に一般病院のように各々が独立した小児科、内科、精神科などでは関連のある思春期疾患への対応が困難となるということである。いわゆる総合病院では、成人に達した小児難病患者、有病者の妊娠・分娩、不妊症などに対する総合的な指導、診療体制や保健指導は必ずしも整っているとはいえない現状にあった⁹⁾」

「医療が高い水準に達したがゆえに、新たな問題に直面している人々への医療をさらに進歩させ、次代を担う人々の健全育成を目指すために、生涯を見通した医療が

を設置する必要がある。また、医師、MSW(Medical Social Worker)等との連携のもとに支援するなど、さまざまな生活上の問題の相談や社会資源の活用に関する情報提供ができるシステムが求められる。そして初めて、地域社会での生活、さらには小児医療から成人医療への移行がよりスムーズにできるような支援が可能になる。

V. アメリカにおける小児医療から成人医療への移行について

わが国においては、小児医療から成人医療への移行に関する看護領域の研究は途についたばかりである¹⁹⁾。アメリカにおいては小児医療から成人医療の移行がシステム化され、移行プログラムが開発・実施されている。アメリカにおける小児医療から成人医療への移行について紹介する。

アメリカでは過去20年間で、生まれた時から慢性疾患を持つ子どもたちの平均余命が著しく伸びてきた。予防的な介入や医療技術の目覚ましい進歩により、慢性疾患を持つ子どもたちの90%が、成人期まで生きられるようになった。そしてある者は、さらに生存できる時代となってきた^{20) 21) 22) 23)}。また、人工呼吸器の使用や酸素療法を受けながら学校に通う、あるいは就職することも可能になり、病院や施設内だけでなく、適切な支援のもとに家庭や地域で生活できるようになった。これらの子どもたちは、満足のいく生産的な生活・人生を送ることを望んでおり²²⁾、医療者にもそのようなケアの提供が求められるようになってきた。

アメリカ小児医学界での小児の対象年齢の上限は、1938年には16～18歳までであったが、1972年には21歳まで含まれると再定義されている。しかし、最近の声明では、小児科医と患者・家族の同意があるなら、21歳を過ぎても小児科医が患者の診療を継続していくことが可能な特別な状況があるとしている²²⁾。

慢性疾患や障害を持つ子どもの平均余命が延びたことで、医療職は新たな課題に直面するようになってきた。すなわち医療職は、患者の平均余命を伸ばすことだけでなく、患者のQOL(Quality of Life)に目を向けていく必要が生じてきた²⁴⁾。

Schidlow&Fielは、「思春期から成人期への移行は、内的な混沌の時期であり、小児期の保護された環境から離れ、自立的な生活を達成していく必要がある。健常者にとっても痛みを伴う過程であるがゆえに、なおさら慢性疾患を持つ青年にとって、困難に満ちた過程である」²³⁾と述べている。そして「従来では、慢性疾患や障害者を持つ青年は、ヘルスケアの消費者として見なされておら

ず、労働力にも組み込まれず、保険もなく、適切な社会保護を受けることが困難であった」²³⁾と述べている。このような社会環境の中で慢性疾患を持つ子どもたちが大人になっていく過程において、さまざまな職種による移行への介入が必要になってきた。Pollackは、移行を成功させるためには、教育的・社会的なサービスやリハビリテーションシステムを必要とし、これらのシステムを調整することの必要性を述べている²⁵⁾。患者にQOLの高いケアを提供するために、さまざまな職種からのシステムティックな介入が必要になってきたのだろう。そのような多くの議論の中で、小児医療から成人医療への移行のためのプログラムが検討されるようになった。

Nasr²⁶⁾によると、ミシガン大学では1978年に成人CF(Cystic Fibrosis)センターが開設され、1980年に移行プログラムが実施されている。その目的は、患者を継続してフォローし、ヘルスケアシステムからの患者のドロップアウトを減らすことであった。17歳頃に移行プログラムを紹介し、準備ができた段階で呼吸器専門の内科医師を紹介し、1年間は小児病棟で呼吸器専門である小児科医師の指導のもとに内科医師が患者をフォローする。年度末に成人病棟に移動し、同じ内科医師の診療を継続して受ける。ソーシャルワーカーによる医療サービスの調整と心理社会的サービスが継続されるように援助される。Nasrは、「移行がスムーズに、ケアの過程の一部として行われるべきである」²⁶⁾と述べている。

このように早い時期から移行プログラムが提供されてきたアメリカにおいては、ケアの移行に対して発達的な準備(身体的・心理的・社会的に)ができている青年の場合、ヘルスケアを成人中心の環境で受け、明確なゴールを設定し、ケアを移行するべきであるという意見が一般的である²⁰⁾。その理由は、青年が成人中心のケアを目指して励むという努力は、個人の責任や自立の意識を強めるからである。また徐々に、意志決定を親から青年・親の単位へ、最終的には青年へと移行することが期待されるということであった²⁰⁾。

このような移行プログラムに関して、アメリカ小児医学界では以下のような提言をしている²²⁾。

- 1) 移行プログラムは、自立への機会や健康、教育、社会的なサービスを最大限に活用しながら、早期から始めるべきである。
- 2) 移行過程において、患者自身と家族の積極的な参加が必要である。
- 3) 患者は、個別かつ現実的で、肯定的、機能的な自立と自己の価値観や人間関係への適切な態度を支援されるべきである。

- 4) 患者の自主性やプログラムを受容する能力を支援する。
- 5) 移行プログラムは、ある期間は小児と成人の医師が中心的な管理者としての役割を担うべきである。慢性疾患の子どもたちや家族に関心を持ち、成人期のケアの必要性に敏感な医師に役割を移行するべきである。

次に、小児医療から成人医療に移行する時にどのような障害があるのかを述べる。思春期は、病気の有無に関係なく不安定な時期であり、慢性疾患や障害はその複雑性と重要性を増強させる²⁰⁾。Schidlow&Fielらは移行に対する障害が、患者・家族、小児科ケア提供者、成人ケア提供者、ヘルスケアチーム全体に存在すると述べており、移行を阻害する要因を以下のように述べている²³⁾。

- 1) 患者：慢性疾患は、患者の依存的な行動を助長し、サポートシステムの欠如やケア提供者への信頼感の欠如や低い自己イメージは、新しい環境への適応や新しい関係性を築く意欲を阻害する可能性がある。
- 2) 家族：家族は患者に対して、強いサポートシステムを確立する。子育てのスタイルや子離れの能力、感情的な依存は、移行に大きな影響を与える。疾患の重症度や生存率は、家族の過保護や患者の自立に対する不安を助長する可能性がある。
- 3) 小児科ケア提供者：小児科サイドのケア提供者が患者を手放しながらない時もある。患者を小さい時から診療しており、患者に対して強い感情的な愛着を抱いている。
- 4) 成人ケア提供者：小児期の慢性疾患に精通していない。時間をかけて患者のケアに精通するのは経済的にもマイナスであると考えている人もいる。

では、このような移行において看護婦には、どのような役割が求められているのだろうか。Blumは、「移行の最適のゴールは、ヘルスケアが中断されず、移行がスムーズに行くよう様々な職種の関わりが調整され、身体的な成長に対して適切で、心理社会的な成長が逸脱しないように、包括的なヘルスケアを提供することである²⁰⁾」と述べている。Carsonは、「移行期の患者への看護の目的は、将来や大人になることへの価値観や期待感を強めながら、社会性を促進し、年齢に応じて継続したケア提供を保証することである²¹⁾」と述べている。Schidlow&Fielは、「看護婦が移行チームメンバーとして、青年が自立して何を行い、何ができないか判断することから始まり、移行のヘルスケアに対する評価は、青年がセルフケアに関してより大きな責任を持つ、また、時には独自で責任を取るために必要な技術や知識の評価だけでなく、

それを実施するための発達的な準備状態の評価も含んでいる²³⁾」と述べている。さらにBetzは、看護婦の役割について次のように述べている。「看護婦は、可能な限り患者がケアの管理の責任を負うことをサポートし、援助すべき主要な立場にいる。また、移行の立案に関係する際に、立案および意志決定のプロセスに慢性疾患や障害を持つ青年が積極的に参加するように励ますこと、雇用や職業の適性を探る時に、彼らの病態が職業にどのような影響を与えるか判断すること、学校環境における職業への関心や就職活動の中で、就職や雇用の可能性を探る必要がある時に、看護婦は彼らに必要とされる設備を見極めることによって、援助することができる。また疾病や治療の管理においても青年と親の両方が自立を拡大できるように励ますこと、セルフケアに対する責任で青年が負っている部分を把握し、必要性に対して彼らが自己満足が得られるように行動計画を展開することなどである²⁷⁾」

このように看護婦について様々な役割が論じられているが、最終的には、Schidlow&Fielの「看護婦は、移行チーム間の連絡を取り、チームメンバー間の会話をスムーズにし、患者のケア管理プランへの責任を持つ²³⁾」という言葉に集約されていると思われる。

VI. 成育看護学とは

柳澤は「成育医療は小児医療の統合を目指したものであり、救急を含む小児総合医療は成育医療センターの大きな柱となる。それが21世紀の小児医療を転回させ推進させる契機となるためには、我々医療提供者側の意識の改革が必要であり従来の病院小児科の延長上で考えているのは困難であろう²⁸⁾」と述べている。小林は、成育医療の具体的な領域として「生殖医療、胎児医療、周産期医療、専門分化した小児医療、思春期医療、小児成人病に対する医療、小児難病の成人化に対する医療、母性内科を中心とする特殊一般医療²⁹⁾」を挙げている。秋山¹³⁾、黒田¹⁸⁾らもほぼ同様の概念で成育医療について述べている。前述のような、国立病院・療養所の再編成、医療や疾病構造の変化、経営の合理化などの視点に基づき、2002年3月に国立成育医療センター(仮称)が開設予定である。

2001年4月に国立看護大学校は、各国立高度専門医療センターで求められ高度な臨床看護実践能力と臨床看護研究能力を備え、国際医療協力に貢献できる看護職を養成することを目的として、新しい教育を開始した。成育医療は高度先駆的な専門領域である。成育看護学は新しい科目として構築されるべきであると考え、検討を試

みた。成育看護学は、生殖医療や生命倫理の諸問題、小児難病の子どものリプロダクティブヘルス・ライツの問題、および父性医療に関連する内容も含めていく必要がある。

カリキュラム作成にあたり新しい科目の構築を試みる場合には、その科目に対する社会的なニーズを明らかにすることが必要である。Petrini は、「看護学には多くの看護理論・哲学で論じられているような4つの概念だけでなく、看護実践に影響を及ぼすもっと多くの概念がある」³⁰⁾と述べている。また、「例えば、疾病、予防、成長、発達、死、生命、悲しみ、怒り、空腹、動き、安全、心理的ニーズ、身体的ニーズ、酸素、慢性、空気、(筋肉や神経の)組織、アセスメント、培養、薬剤、評価、ケア、安らぎ、痛み、喜び、専門家、清潔、不安、虐待、充足、リハビリテーション、伝統、プライバシー、民族、マネジメント、擁護、コミュニケーション、役割などは無数にある概念のうちの一部にすぎない」³⁰⁾と述べている。

成育看護学にはどの概念が必要で、既存の母性看護学、小児看護学および成人看護学等とはどのような関連を持てばよいのだろうか。成育看護学には既存の母性看護学や小児看護学の内容と関連の深い内容も含まれてくる。教科の狭間となり、欠落する内容や成育医療の概念との整合性についても検討する必要がある。前述の小林¹⁵⁾が述べている成育医療の具体的な領域で考えると、従来の母性看護学の教科内容に含めることが可能な内容は、生殖医療の中の不妊症に関連する内容、胎児医療の中の遺伝学や出生前診断に関連する内容、周産期医療の中のハイリスクな内容に関するもの、同様に小児看護学では専門分化した小児医療の中のハイリスクで高度な小児医療に関する内容、思春期医療、小児成人病に対する医療、小児難病の成人化に対する医療の中の長期的な経過をたどる子どもの思春期や成人期の医療に関するものがあるが、かなり高度な内容である。また、含みきれないものに、疾患経過の長期化とキャリアオーバー、このような子どもたちの思春期・青年期・成人期の看護、心身医学を重視した看護、対象を出生前から周産期、青年期、成人期への長期間のライフサイクルで捉える看護、そして、リプロダクティブヘルス・ライツに関する看護等がある。さらに、成育看護学と深い関連がある生命倫理に関する内容や、発達心理学、カウンセリング等も組み込んで構築されねばならないと考えると、既存教科の安易な拡大解釈は避け、成育看護学として新しく構築するべきだろう。

前述のPetriniは、「教育デザインで基本となるのは、こ

れから学習する内容を明確にし学生が自らの能力と弱点を診断できるような多彩な様式を用い、個人のペースを尊重して成長を促す機会を用意することである」³¹⁾と述べている。成育看護学の内容の明確化、新しいシステムといえる成育医療の臨床医学・臨床看護のもとでの足並みをそろえた教育的アプローチの工夫と教員の努力が重要である。小林桂子は、「小児医療と小児看護についてはこれまで築きあげた尊い財産としての資料や論文がある。これらを系統的に整理統合し国立成育医療センター(仮称)のオープンに備えたい」³²⁾と述べている。これらの財産が臨床の看護実践へ活用され、国立看護大学校のユニフィケーションシステムと共に効果をあげていくことが期待される。井出は、成育医療センターの看護に期待されることとして、「科学的根拠に基づく看護(EBN)の推進、患者の安全への配慮、患者の人権を尊重し、人格を重視した看護、小児患者の学習(遊び)を支援した連携、患者・家族のアメニティに配慮した連携、情報システム・SPDシステムの円滑な活用、成育医療(看護)を推進するための人材育成、情報機能の強化・国際交流、実践的研究の推進、ボランティアの積極的な導入」³³⁾の10項目を挙げている。具体的に示された看護のポイントとして、成育看護学の構築において参考にしていきたい。

VII. 成育看護学と倫理をめぐる諸問題

国立成育医療センター(仮称)では、高度先駆的医療が行われ看護職も高度の知識と技術が求められることはいうまでもない。また一方で、高度先駆的医療の場であるからこそ、病む子どもたちと家族の精神面への細かな配慮も求められてくる。子どもと家族のQOLのさらなる向上を目指して教師、保育士、臨床心理士、PT、OTなど様々な職種の人々も成育医療に参加するであろう。多様な職種が協働する場においては、連携が不十分になることがある。看護職は子どもや家族のことをトータルに把握し、様々な職種のメンバーに情報を提供し、子どもの療養生活の調整に主導的役割を果たす必要がある。各職種が協働し共通のゴールを目指すには、看護職が自律したリーダーシップを発揮することが重要である。

生殖医療は遺伝子进行操作する技術にまで到達している。成育看護に携わる看護職は、臨床で直面する事柄に対して判断や意見を求められる場合も出てくるだろう。看護職の責務を果たすには、議論を重ね的確な意見を述べること等においてバランス感覚が優れ、高度先駆的医療におけるモラル・ハザードを回避できる能力も求められる。

成育看護では、新しい看護学情報の入手、提供、活用が必須であり、エビデンスの明らかな情報をもとに看護が追求できることが重要である。そして、成育看護学の教育が国立成育医療センター（仮称）の高度先駆的な臨床看護と結びつき、さらに看護研究が臨床に還元されるという3側面のダイナミクスが成育看護学の最終目的となる。

VIII. 父性医療

国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討会報告書には、新しい概念ともいえる“父性医療”を重視する記述がある¹¹⁾。しかし具体的な内容の記述は少ない。秋山は男性不妊にまつわる父性医療関係¹³⁾と述べ、黒田は環境ホルモンなどの影響による精子減少に関連して父性医療を取り上げ、現在の少子化問題での母性への対策のみが強調されていることを指摘している¹⁸⁾。成育医療における“父性医療”はまだ十分なコンセンサスが得られていないと推測される。成育看護学では“男性不妊と看護”の範疇からもっと広義に捉えるべきであると考えられる。現在の家族機能の低下を考える時、子どもの出産や育児、そして子どもの病気を重要な契機として捉え、家族全体を対象にした看護が求められてくる。母性の発達と同様に父性の発達を考え、母子関係の育成と同様に父子関係の育成を考え、同胞関係や家族関係を長期的に考えた看護が、成育看護に含まれるべきである。父性医療に関連する内容は、成育看護学の重要な内容になると思われる。

IX. おわりに

生命誌研究者の中村は、「生殖に関する最先端医療技術といえども可能なのは精子と卵子の受精とその時期をコントロールするにすぎない。ヒトは生命を“つくる”ことなどできない」³⁴⁾と述べている。高度先駆的な生殖医療を受ける人々を対象とする成育看護学では、生命はかけがえのないものであり、生命を授かって大切に育むのがヒトであるというあたりまえの事実を見失わないようにしたい。また、成育看護学の喜びのひとつに、大切な子どもたちが成人し、次の世代を産むまで支え、みとどけることができることがあることも強調したい。看護は常に社会のニーズに合わせていなければならないが、ニーズがいつも明確であるとは限らない。新しいビジョンに基づく試みが求められることも多い。成育看護学構築の試みもそれに当たるだろう。今後、検討を重ねていきたい。

（国立成育医療センターは平成14年3月1日に開院した）

引用文献

- 1) 霞が関の窓から ゴールドプラン21と新エンゼルプラン , 医療のひろば, 40(4), 8-16, 2000.
- 2) 浅田敏雄: 国立病院・療養所 50年史, 102, 財団法人政策医療振興財団, 2001年.
- 3) 浅田敏雄: 同書, 116.
- 4) 浅田敏雄: 同書, 118.
- 5) 浅田敏雄: 同書, 211.
- 6) 浅田敏雄: 同書, 124.
- 7) 国立病院部: 政策医療推進計画, 平成13年3月.
- 8) 秋山 洋: これからの小児病院~成育医療を目指して, こども医療センター医学誌, 27(2), 5-9, 1997.
- 9) 浅田敏雄: 前掲書, 163.
- 10) 浅田敏雄: 前掲書, 163.
- 11) 国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討報告会報告, 1995.
- 12) 小崎 武他: 国立病院における小児医療のあり方に関する研究, 厚生省小児医療共同研究 平成8年度報告書, 1998.
- 13) 秋山 洋: 成育医療の目指すもの(胎児から生殖可能年齢まで), IRYO, 52(2), 69-72, 1998.
- 14) 白木和夫: 成育医療の概念と特徴, 小児内科, 32(12), 2089-2093, 2000.
- 15) 小林 登: 成育医療とは, life stage そして life cycle からみた小児医療の未来, 小児科診療, 61(6), 1057-1062, 1998.
- 16) 小林 登: 思春期の子ども達の医療は誰がどこでみるべきか - 成育医療における思春期医療の位置づけ -, 小児内科, 29(5), 633-637, 1997.
- 17) 白木和夫: 序文 小児医療から成育医療へ, 小児科診療, 61(6), 1998.
- 18) 黒田重臣: 成育医療における成人医療のかかわり, IRYO, 53(1), 38, 1999.
- 19) 加藤令子, 添田啓子, 片田範子: 小児特有の疾患を持つ患者の成人を対象とする医療への移行の実態と看護の役割 - 文献検索を通して -, 日本小児看護学会誌, 10(1): 50-58, 2001.
- 20) Blum, R. W.M., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. M., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B: Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic condition. *Journal of Adolescents Health*, 14, 570-576, 1993.
- 21) Carson, A. R., & Hieber, K. V.: Adult pediatric patients. *American Journal of Nursing*, 101(3); 46-55, 2001.

- 22) Committee on Children With Disability and Committee on Adolescents: Transition of care provided for adolescents with special health care needs. *Pediatrics*, 98(6), 1203-1206, 1996.
- 23) Schidlow, D. V., & Fiel, S. B: Life beyond Pediatrics. *Medical Clinics of North America*, 74(5), 1113-1120, 1990.
- 24) Blum, R. W.: Transition to adult health care: Setting the stage. *Journal of Adolescents Health*, 17, 3-5, 1995.
- 25) Pollack, S. E.: Adaptation to Chronic Illness: A program of research for testing nursing theory. *Nursing Science Quaterly*, 6(2): 86-92, 1992.
- 26) Nasr, S.Z., Campbell, C.A., & Howatt, W.: Transition program from pediatric to adult care for cystic fibrosis patients. *Journal of Adolescents Health*, 13(2), 682-685, 1992.
- 27) Betz, C. L.: Facilitating the transition of adolescents with chronic conditions from pediatric to adult health care and community setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(2), 907-115, 1998.
- 28) 柳澤正義: 成育医療にかける夢, 医療の広場, 41(1), 42, 2001.
- 29) 小林 登: 来世紀の小児科学「成育医療」を語る, 週刊医学界新聞, No.2199, 1996.
- 30) Petrini, M.A.: 看護の基本となる理論と概念, クオリティナーシング, 7(8), 78-80, 2001.
- 31) Petrini M.A.: 看護の基本となる理論と概念, クオリティナーシング, 7(10), 67-75, 2001.
- 32) 小林桂子: 小児医療と成育医療における看護, IRYO, 53(1), 40-41, 1999.
- 33) 井出眞佐子: 国立成育医療センター(仮称)における看護, 第9回小児集中治療ワークショップ資料集, 1-5, 2001.
- 34) 中村桂子: 「生」を語る, 10代の君たちへ, 産経新聞, 2001,(9月3日, 9月20日).