

として行うのではなく「子どもの権利の保証」という倫理的な課題として、医療者が担わなければならない責務であるとの立場が貫かれている。

一方、この質改善を実践する上で求められるのは医師・看護師・親の連携である。しかしながら、小児科医達は、非常な多忙状態にありながらも小児医療全般の役割を一人で担いがちであり、看護師や親との連携を模索する気運が低いように感じられる。本研究は医療において若手小児科医・産科医の確保に関することであるが、小児科医達が良質の診療活動を行いながら、子ども達と向き合うためには、数を増やすだけではなく、現状のシステムの見直しと連携の促進を考える必要がある。

本調査は、多忙を極める小児医療のなかで、子どもを尊重した医療のあり方と子どもを尊重した連携のあり方を模索することに関する基礎データを収集することが目的である。

B. 研究方法

調査は郵送によるアンケート調査であり、データ収集期間は2003年1月15日から1か月半であった。

①調査内容：調査に際し、子どもの理解力を尊重し、医療に対する子どもの恐怖心を緩和するための操作的定義として、プレパレーションを「子どもと親が安心して医療を受けられるように、事前の病棟訪問、紙芝居、言葉などによって説明を受け、入院することや医療を受けることについて子どもと親が心の準備をするように援助すること。さらに子どもに緊張感や不安感をもたせないように、子どもが利用する院内の施設の物理的環境を整え家庭に近づけた工夫（採光、おもちゃ、職員のユニフォームなど）を行うこと」とした。

その結果、調査項目は①入院時の準備に対する医師・看護師・親の認識（以下、入院の準備）、②採血・点滴の準備に対する医師・看護師・親の認識（以下、採血・点滴の準備）、③入院環境に対する医師・看護師・親の認識（以下、入院環境）、④手術に対する医師・看護師・親の認識（以下、手術の準備）、⑤退院の準備に対する医師・看護師・親の認識（以下、退院の準備）の五テーマとなった。

尚、本報告では、回答者の概要及び5テーマの内の2テーマ（入院の準備及び採血・点滴の準備）を報告する。

②アンケート用紙の配布：全国の200床以上の病院で小児科がある病院を病院要覧から抽出し、さらに小児専門病院を加え、

病院サイズを考慮しながら機械的に全体を4グループに分けた。そのうちの3グループには1病院・1テーマを配布した（入院の準備、採血・点滴の準備、退院の準備）。調査依頼数は、1病院あたり医師1名、看護師1名、親3名であり、看護部長へ配布を依頼した。残る1グループには2テーマ（入院環境と手術の準備）を依頼し、依頼数は、1テーマにつき医師1名、看護師1名、親2名とし、看護部長へ配布を依頼した。記入後の調査票は、回答者から調査者へ直接に郵送された。

C. 倫理的配慮

研究目的、方法等を明記したお願い文を各調査用紙に同封した。そこには本研究への参加は自由意志であること、無記名の回答であること、得られた結果は統計的に処理するので病院名や個人名が特定されないこと、また、結果を研究報告書や看護学雑誌、学会等にて発表することが記述されており、返送された場合は同意が得られたと判断した。

D. 結果および考察

I. 回収率

アンケートは1487病院へ、看護師1487部、医師1487部、家族4086部配布された。回収数（回収率）は看護師535部（36.0%）、医師417部（28.0%）、親894部（21.9%）であった。これをテーマ別で見ると「入院の準備」では配布数388病院、分析対象になった看護師は160名（回収率41.2%）、医師は133名（回収率34.3%）、親の人数は328名（回収率28.2%）であった。

「採血・点滴の準備」では、配布数365病院、分析対象になった看護師は127名（34.8%）、医師は102名（27.9%）、親は238名（21.7%）であった。

「入院環境」では、配布数375病院、分析対象になった看護師は93名（24.8%）、医師は84名（22.4%）、親は109名（14.5%）であった。

「手術の準備」では、配布数375病院、分析対象になった看護師は68名（18.1%）、医師は35名（9.3%）、親は106名（14.1%）であった。

「退院の準備」では、配布数359病院、分析対象になった看護師は87名（24.2%）、医師は63名（17.5%）、親の人数は113名（10.5%）であった。

また、その他の反応として、宛名不明で返送された調査票が約100部、さらに電話・ファックス・手紙等200件余りを受け取った。その内容は「小児病棟が閉鎖され外来だけになった」「小児病棟が縮小され

混合病棟となり協力できない」「現在は小児科医が不在なので内科医が診ているので該当しない」「2・3日入院する急性疾患が多く、本調査の対象とならない」「長期慢性疾患の子どもがいないのでアンケートにそぐわない」「救急では子どもに説明している暇はない」「依頼先を病院長へ変更し再度依頼し直してください」「親への調査は倫理委員会を通すことになっている」「年度末で忙しい」「調査依頼が集中して物理的に無理」「プレパレーションの意味がわからない」等、協力できない理由が主であった。

一般的に郵送法による回収率は3割とされている。今回の調査でも概ね3割の回収率であるが、テーマによって3割以下のものが見られた。理由として考えられることは、①病院の統廃合や小児病棟の閉鎖・縮小が急激に進行しており、該当する病院・病棟が減少したこと、②依頼先・依頼方法・依頼時期の問題、③特殊な子どもの状態（慢性疾患、症度が重い疾患）の調査と誤解された、④プレパレーションという言葉の浸透度が低いことが考えられた。

中でも入院環境と手術の説明の回答数がすくないが、これは一つの病院にこの2テーマが配布されたことにより負担が増大したと考えられる。この2テーマを合わせると看護師は回答数 161 (42.9%)、医師 119 (31.7%)、親 215 (28.7%) と入院の準備に準じる率となる。さらに、手術の準備に関しては「当病院は鼠径ヘルニアなど簡単な手術なので対象外と考える」等のコメントが複数あり、どのような手術であっても子どもには説明が必要という我々の意図が伝わらず、今回の調査の対象外と判断されてしまった。

退院の準備の回答数が低いのは、「ほとんどが2・3日の入院で一週間以上滞在することはなく、対象外と考えます」等のコメントが複数あったことから、我々が意図した「どのような状況であっても子どもに説明が必要である」が伝わらず、短期間の入院は本調査の対象外と捉えられたようだ。

以上より、プレパレーションで重視している「子どもの理解力に合わせた言葉や方法で医療の説明を行い、子どもが心の準備をするように援助する」という視点の浸透度が低いこと、従って短期間の入院、簡単な手術の場合の子どものプレパレーションは見過ごされ易いこと、逆に慢性疾患や特殊な治療下にある子どもこそ「説明が必要である」と限定つきの考え方で捉えられていることが明らかとなった。

II. 病院の状況

主な病院の所在地は「関東」「近畿」「中部」「東北」「九州」で7割であった。病院の形態は「国立病院」が1割、公立病院が5割であった。病院の機能では、一般病院が約80%であり、小児の混合病棟が6割であった。病院の規模は、「200～300床未満」が2.5割、「300～500床未満」が4割、「500床以上」が3割であった。平均在院日数は約70%が10日未満であった。以上より、広範囲に中核的に活躍している病院の医師、看護師、親からの意見を求めることができたと推測された。

III. 小児病棟の看護体制

病棟サイズは40床以上の病棟が7割であり、1病棟当たりの看護師数20人以上が6割であった。日勤勤務者数は「6～10人」が7割、準夜勤3人以上が約6割、(含：4人以上が1.5割)、深夜勤は3人以上が約6割(含：4人以上が約1割)であった。以上より、平均的か平均以上の看護体制の病院から回答を得たと思われる。

付き添いは約3割が「必ず付き添う」であり、「場合による」を合わせると9割が何らかの形で付き添いをしていた。付き添いの状況を子どもの年齢でみると、1歳未満で87.6%、1-4歳未満で90.1%、4-7歳未満で74.4%、7-10歳未満で29.4%、10歳以上で8.8%であった。

IV. 「入院の説明」に関するプレパレーション

1. 対象者の背景

1) 看護師：160名(回収率42.1%)から回答を得た。年齢では約5割が45歳以上であり、看護師経験年数は6割が20年以上であった。しかし小児看護に限定すると、「1～4年」が4割、10年未満が約7割であり、小児看護が専門化されにくいことが示唆された。また約7割の看護師は子どもがおり、その内の7割が子どもを入院させた経験をもっていた。

2) 医師：133名(回収率34.3%)から回答を得た。年齢が35～49歳がほぼ5割で、医師経験年数は15～29年が約4割であり、その殆どは小児科医の経験であった。子どもがいる医師は6割で、その5割が子どもを入院させた経験をもっていた。

3) 親：328名(回収率28.2%)から回答を得た。子どもとの続柄は、92.7%が母親、4.9%が父親であった。親の年齢は、20～30代が8割で、子どもの年齢は5歳以

下が約6割であった。

母親によると、子ども達の7割以上は病院に来ることをあまり嫌がらない、医師をあまり怖がらないが7割、看護師をあまり怖がらないが8割、白衣をあまり怖がらないが8割であった。約7割が入院経験をもっていた。一方「ひどく怖がる」「怖がる」では、子どもが医師に対して約2割、看護師・白衣に対して各1割が見られた。

2. 入院時のプリパレーション

1) 入院前の説明

入院が必要となった場合、その理由を子どもに説明するかについて、「必ず必要」「必要」と捉えているのは、医師・看護師・親ともに9割以上であったが、実際に「よく説明する」「説明する」のは、医師・看護師の6割であり、逆に「あまり説明しない」が約3割見られた。

誰が子どもに説明するかでは、3～5歳では医師・看護師の約5割は「親」が適任、3割が主治医であった。6～8歳では約5割が主治医と上昇、親は3割に減少した。9～16歳では概ね「主治医」であった。看護師が適任とする回答は全年齢において概ね5%と微小であった。

入院を説明する時期は、3～5歳では親の4割は「直前」と考えていたが医師や看護師は「1日前」・「2～3日前」の割合が高かった。一方、説明することを「考えたことがない」医師が3割、看護師が1.5割いたが、親は一人もいなかった。

6～8歳では親が「直前～3日前」であるのに対し看護師・医師は、「2日前～1か月前」が高率であった。9～16歳では、親が「2～1週間以内」であるのに対し、医師・看護師は「1週間～1か月前」が高率であった。つまり親は入院が近づいてから説明し、医師・看護師は決まったら早めに説明する傾向があった。一方「考えたことがない」医師が3割、看護師は1.5割みられたが、親は一人もいなかった。

以上より、9割の医師・看護師・親は問われれば入院することを子どもへ説明する必要があるとするが、実際には3割の医師が説明を考えたことがないし、看護師の3割はあまり説明していなかった。また説明の担当者は医師か親であり、看護師が適任と看護婦自身も捉えていなかった。従って、入院生活を最もよく知っている医療者からの説明を受ける機会は殆どないことが明らかになった。入院する子どもは、親が考えた内容を「直前～1週間」の間に説明されていた。従って子どもが入院生活をイ

メージし、心の準備をするの十分な情報と時間を与えられてはいなかった。

2) 病棟見学

入院待ちの子どもが病棟を見学することは、子どもにとって未知なる場である病院を知る機会になり、子どもの不安緩和に繋がるものである。病院見学の機会を持つことに対して、問われれば看護師や医師の半数、親の約3割が「必ず必要」「必要」と回答した。しかし、実際には「入院月日が決まれば」「希望すれば」実施しているのは、医師・看護師共に2割以下であった。案内役は医師も看護師も病棟の看護師・主任・看護師長と捉えていた。

以上より、病棟見学は5割の医師・看護師が必要と回答するものの、その実施状況は2割以下と低かった。病棟案内を実施する場合、看護師が担当するならば病棟の日勤者数を考慮する必要がある。今回の調査での平均的病棟は40床以上で日勤者が6～10名であった。工夫すれば1週間に1回程度の役割担当者を配置することが可能かもしれない。一方で病院広報担当者、あるいは思い切ってボランティアの導入を考慮する等の見直しが可能である。

3. 入院後のプリパレーション

1) 入院直後の状況

入院すると子どもは病院での生活を始めるが、同時に子どもが普段の慣れ親しんだ生活から、新しい環境での生活に慣れることを余儀なくされる過程でもある。子どもにとって、病棟での生活ができるだけ不安や恐怖感が軽く、快適であるように工夫することを我々は求められている。そのために実施されている入院時病棟案内には、一般的に、担当看護師の紹介、入院生活のルール、病棟の間取り、設備の使用法、日課表が含まれる。

子どもの担当看護師の紹介は親だけでなく子どもにも必要なことである。8割以上の看護師・医師は「必ず必要」「必要」と捉えているが、実際に紹介していると回答したのは看護師の6割で、「紹介された」と回答した親は4割であった。

病棟のルールや間取りでは、7割以上の看護師・医師が子ども用を「作成していない」と答え、親の約6.5割が子ども用入院案内がなかったと答えていた。

病棟の設備では、約8割の看護師・医師の「必ず必要」「必要」と答え、実際に「よく説明」「説明」と回答した看護師は7割であった。一方、説明を「十分受けた」「受けた」と回答した親は約4割であり、

「受けなかった」が3割であった。

子どもの日課表では、看護師・医師の9割、親の7割が必要と回答したが、実際に日課を「よく説明」「説明」する看護師は6割、「あまり説明しない」が3.5割であった。一方、親は2割が説明を「受けた」、6割が「受けなかった」と回答した。

面会時間の説明では、看護師の7割、医師の8割が「必ず必要」「必要」と回答したが、実際に「よく説明」「説明」する看護師は3割、医師は5割であった。一方、7割の親は説明を受けなかったと回答した。

以上より入院時の病棟案内における担当看護師の紹介・病棟のルール・病棟の設備・日課表・面会時間は看護師・医師・親の7～9割が「必要」と回答したが、実施は2～4割と低く、子どもと親へ十分な説明がなされていなかった。しかしながら、これらは子どもと親が安心して入院するためには必要な内容であり、実践するための具体的な取り組みを開始する必要がある。これらの項目は必ずしも病棟看護師が担当する必要はなく、病院事務部か広報担当者、もしくはボランティアの導入などを検討してもよいように思われる。

2) おもちゃの持参

子どものお気に入りのおもちゃ等を病室へ持ち込むことは、子どもにとって馴染みのある普段の生活を取り戻すことになり子どもの安心へと繋がっていくものであるが、先行研究において、入院時には親が持参できるおもちゃに制限を加えている場合が多かった。

今回の調査では、子どもが希望するおもちゃの持参は、看護師・医師・親ともに「必ず必要」「必要」と約9割が回答し、実際に看護師・医師の8割以上が希望するおもちゃの持参を「よく許可」「許可」していた。親も、おもちゃの持参が「よくできた」「できた」と回答していた。

3) 入院に親が付き添うこと

親が付き添うことについて、子どもが3～5歳の場合、看護師・医師・親の9割以上が「必ず必要」「必要」であった。

6～8歳の場合、親の7割が「必ず必要」「必要」であるのに対し、看護師、医師は5割と減少していた。

9～12歳では、「必ず必要」「必要」と捉えたのは親が4割であるのに対し、看護師・医師は1割であった。

13～16歳においても約15%の親が「必ず必要」「必要」と回答していたが看護師・医師は微小であった。

以上より、3～5歳では三者が9割と一致して「付き添いが必要」であった。6～8歳では親の7割に対し看護師・医師は2割減、9～12歳では親の4割に対して3割減と、6歳以上は年齢が上がるに連れて三者とも付き添いの必要性を減じていた。しかし医療者と親を比較すると遙かに医療者は付き添いを低率に捉え、親との乖離が大きくなっていった。学童において親がどのような付き添いをイメージしているのかは、今回は不明であるが、面会時間を制限しているルールとのからみで、付き添いのルールを見直していく必要があるかもしれない。

4) プレパレーションに用いるツール

子どもに説明するときは、ことばによる説明に加え、視覚や聴覚などを用いる方法(以下、ツール)が考えられる。特に抽象概念が発達する前の段階にある3～5歳児や6～8歳児の場合、視覚、触覚、聴覚を通して具体的に認知していくため、欧米では言葉だけでなくツールを用いた説明が重視されている。実際によく用いられるツールは、絵本・紙芝居等の視聴覚資料である。

これらについて、問えば看護師の8割、親の6割が「必ず必要」「必要」であった。しかし、実際に3～8歳において「よく使用」「使用」では、看護師・医師で2割以下であった。親の回答によると、8割がツールを用いた説明を「受けなかった」と回答した。

以上より、看護師・医師の8割は説明のための視覚教材などのツールは必要と思っているが、実際には殆ど活用していなかった。このことは親の回答とも一致し、子どもはツールを用いた説明は殆ど受けていなかった。しかしながら欧米ではかなり進んでいる領域であり、我が国においても子どもを尊重し、子どもの理解を重視するならば、早急に開拓しなければならない分野である。

V. 採血・点滴の準備

医療処置の中で採血・点滴は医療者にとってあまりにも日常的な処置であるため、先行研究では、子どもに説明する必要性を意識していない医療職が多いことが明らかとなっている。ここでは年齢別に看護師・医師・親を比較しながら報告する。

1. 対象者の背景

1) 看護師: 127名(回収率34.4%)から回答を得た。年齢では約5割が45歳以上であり、看護師の経験年数は約6割が20

年以上であるが、小児看護に携わっていた年数は「1～4年」が4割、「5～9年」が3割、合わせると7割が10年以内であり小児看護を専門的に担ってきた看護師ばかりではないと言える。子どもがいる看護師は8割、そのうち子どもが外来受診した経験は7.5割、子どもを入院させた経験が5.5割であった。

2) 医師：102名（回収率27.9%）から回答を得た。40歳代が約4割、30歳代が約3割であった。医師経験年数は15～29年が4.5割であり、その殆どは小児科医の経験であった。子どもがいる医師は6.5割、そのうち子どもが外来受診したが6割、子どもを入院させた経験が3割であった。

3) 親：238名（回収率21.7%）から回答を得た。そのうち9.5割が母親、2.5%が父親であった。親の年齢は、30代が6割20代が2割、また子どもの年齢は、0～6歳未満が約7割であった。

母親によると、子どもの採血の経験は「2～9回」が5割、「初めて」が2割であった。点滴では「2～9回」が4.5割、「初めて」が3割であった。入院した経験では、6割であった。

また、約8割の子どもは外来において医師、看護師、白衣に対して「恐怖感をもたない」であった。一方、「ひどく怖がる」「怖がる」を合わせると医師を怖がる子どもは2割、看護師は1.5割、白衣は1.5割であった。

この傾向は前章「IV. 入院の説明」とほぼ同じ傾向を示していた。

2. 採血・点滴前のプレパレーション

1) 受診に関する子どもへの説明

病院受診時、親が子どもに説明した内容を自由記載で得た。それによると、1歳前後から、親は子どもへ説明しはじめていた。具体的な内容は、「7ヵ月でまだ理解できず」「10ヵ月なので話していない」「11ヵ月で何も分からないと思うが、病院でモシモシしてもらってお薬もらって早く元気になろうねと話しかけた」「まだ0歳なので本人に伝わらないかもしれませんがお注射に行こうねと言って」「0歳なので詳しくは話しませんがお医者さんのところでモシモシしてもらおう」「1歳になったばかりのため、特に説明せず」などであった。以上より、母親が子どもに説明するかどうかの境界は11ヵ月～12ヵ月頃であると推測された。

3. 採血・点滴を施行する時のプレパレーション

先行研究では、採血・点滴だけでなく、

子どもは医療処置の説明を受けていないことが言われている。その理由として①説明してもわからない、②安全に行うためにはしっかりと固定する必要があるであった。しかし現実の子ども達の反応は「親の名前を呼びながら暴れる」「涙を流す」「待つて待つてと叫ぶ」等が観察され、看護師・医師、及び親は、必要なこと・良いことをやっているにも関わらず報われない気持ちを持たざるを得ない。

1) 採血・点滴の説明の必要性

3～5歳：説明が「必ず説明」と回答したのは看護師5割、医師3.5割に対し親は2.5割であった。実際に「あまり説明しない」「説明しない」では、看護師1割、医師3割に対し親は2割であった。説明を「考えたことがない」は看護師・医師はゼロであり、親は3%であった。つまり3～5歳では、看護師の半数が必要と捉えているが親は最も低く4人に一人であった。一方、実際の説明は約5割と二人に一人の子どもが受けていた。

6～8歳：「必ず説明」が看護師8割、医師5割に対し親は4割であった。「あまり説明しない」「説明しない」では、看護師1割、医師0.5割に対し親は0.5割であった。説明を「考えたことがない」は採血も点滴も看護師・医師はゼロであり、親は3%であった。つまり幼児よりも説明を必要とする割合は高くなっており、看護師では8割であるが、親は4割と半数に満たない状況であった。一方、実際の説明は6割と半数以上の子どもが説明を受けていた。

9～16歳：「9～12歳」と「13～16歳」は同じ傾向であり、採血・点滴を「必ず説明」では看護師9割、医師8割であった。一方、親は6割であった。「あまり説明しない」「説明しない」では、看護師・医師はゼロに対し親は0.2割であった。さらに「考えたことがない」は看護師・医師はゼロであったが、親は1.3%であった。一方、実際の説明は約7割の子どもが受けていた。

いつ説明するかでは、外来では「直前」が最も多く、3～5歳が8割、6～8歳が7割、9～12歳が6割、13～16歳が6割であった。

以上より年齢が高くなるに従って「説明する必要」が高くなるが、その割合を個別にみると、親が最も低い。一方、実際に説明を受けた子どもの割合は年齢が高くなるに連れて「直前」に5割、6割、7割の順で説明を受けていたが、三者において「説明する」ことが100パーセント前提となっ

ていないことは今後の検討課題である。

3) 親への説明について

親自身が子どもの採血について説明を受ける必要について質問したところ、9.5割が「必ず必要」「必要」であったが2.1%と極少数であるが「あまり必要でない」と回答した親がいた。

実際の受診時、説明を受けた親は7割であり、約2割は説明を受けていなかった。アンケートの自由記載には、「結果はすべて教えてくれる」という肯定的意見がある一方「説明があるが詳しくない」「こちらから聞きました。異常はありませんでした」「子どもの症状から血液成分を調べると勝手に思いこんだ」「検査のためと言いましたので、こちらから詳しく質問しました」「血液検査をしますだけで、何を調べるかまでは言いませんでした」等、説明が満足できない状況も述べられていた。

親へ説明する適任者は、「医師」が9割、「医師と看護師」の双方からが0.5割、「看護師」からが0.3割であった。

4) 子どもに説明する適任者

採血や点滴を子どもに説明する場合、誰が適任かを、看護師、医師、親のそれぞれに質問した。この「適任」に含まれる要素は誰の説明なら子どもが受け入れやすいか、という子どもの視点に立つこと以外に、看護師、医師、親はお互いの役割をどの程度期待しているか、あるいは自身はどの程度担えると思っているかを推測し連携するための質問である。

① 「自身」を適任とした割合

看護師が「看護師を適任」と回答した割合は、3～5歳で5割、6～8歳で6割、9～12歳で5割、13～16歳で4割であった。医師が「医師を適任」と回答した割合はそれぞれ5.5割、7割、8.5割、9割であった。親が「親を適任」とする割合はそれぞれ8割、5割、2.5割、1.7割であった。つまり、自己評価として看護師は自身を4～6割の範囲で適任と捉えていた。医師は幼児で5.5割と低いものの学童以上では7～9割の範囲で適任と捉えていた。親は3～5歳では8割、6～8歳では5割の適任と捉えているが、子どもが9歳以上になり、論理的思考が出来始めると2.5～1.7割と急激に低下していた。

次に医師・看護師・親がお互いをどのように見ているかを検討する。

② 「看護師を適任」とする割合

医師が看護師を適任とする割合は、全年齢において2割であった。親が看護師を適任とする割合は、3～5歳で2割、6～8歳で4割、9～12歳で3割、13～16歳で2.5割であった。これに対し看護師が「自身を適任」とする割合はそれぞれ5割、6割、5割、4割であった。

つまり、看護師がセルフイメージとしてもっている「適任」に比べ、医師が認めている「適任」は約3割低く、親が認めている割合は2割低かった。

③ 「医師を適任」とする割合

看護師が医師を適任とする割合は3～5歳で2割、6～8歳で4割、9～12歳で6割、13～16歳で7割であった。親が医師を適任とする割合はそれぞれ2割、4割、6割、7割であった。看護師と親は同じ割合であった。これらに対し医師が医師を適任とする割合はそれぞれ5.5割、7割、8.5割、9割であった。

つまり医師がセルフイメージとしてもっている「適任」に比べ、看護師・親が認めている「適任」は、3～8歳では3割低く、9～6歳では2割低かった。

④ 「親を適任とする割合

看護師が親を適任とする割合は3～5歳で4割、6～8歳で1.5割、9～12歳で1.5割、13～16歳で1%以下であった。医師が親を適任と思う割合はそれぞれ2.5割、1.5割、1%、ゼロであった。これに対し、親が親自身を適任とする割合はそれぞれ8割、5割、2.5割、1.7割であった。

つまり、親がセルフイメージとしてもっている「適任」に比べ、看護師が認める「適任」は、3～5歳で4割低く、6～8歳で3.5割低く、9～16歳では微少であった。医師が認める「適任」は同様に5.5割減、3.5割減、1.5割減、1.7割減であった。これをさらに簡略すると、3～8歳において、看護師・医師が捉えている親の「適任」は、親自身が捉えている量の1/2～1/3であり、9歳以上では微少で、殆ど認めているとは言えない状況であった。

以上より、論理的思考が発達する小学校中期以降の子ども達へ説明するのは、医師が適任と三者共に思っていた。しかし、3～5歳及び6～8歳の幼児・学童前期の子ども達では、親は「親自身が適任」と8～5割が思っているが、医師・看護師は「親自身の思い」の1/2～1/3程度であった。看護師・医師・親は子どもが9歳以上になると採血・点滴において親の役割を重視していないことが明らかとなった。

病院に一步はいると、親は直前まで自身が決めてきた子どものことは、否応なく自動的に医師と看護師の手に移動し、医師と看護師が決定権を握る現状がある。親の立場は相対的に低下する。しかし3～8歳の幼児・学童前期の子ども達は、まだ母子分離されることに恐怖感をもっており、親を通してあるいは視覚を通して実際を知る年齢でもある。従って説明には時間・方法・アイディアが要求され、忙しくて余裕がない医師よりも、親・看護師の方が適していると言える。医師中心を脱し、役割委譲と連携を整える時期と考える。

5) 看護師と親の連携

看護師は子どもに説明する前に親へ「よく打ち合わせを行う」「行う」は4割、「あまり行わない」「行わない」が5.5割であった。一方親は子どもに説明する前に看護師と打ち合わせをしたかを尋ねたところ、「はい」が1割未満、「いいえ」が8割であった。

看護師へ、親が子どもにどのように説明したかを確認するかと質問したところ、「よく確認する」「確認する」が3割、「あまり確認しない」「確認しない」が6.5割であった。一方親へ「看護師や医師から子どもにどのように説明したか」と確認を受けた親は1割未満であり、「いいえ」が7割であった。

以上より、採血や点滴について看護師が親と話す割合が3割、親が看護師に話すのも1割であった。看護師は子どもに関して親との会話を増やし、看護師の考えを親へ伝えて期待される存在となるよう行動する必要がある。

6) プレパレーションツールについて

子どもに説明する場合、プレパレーションツールとして「ことば」「絵本」「紙芝居」「人形」等の利用が考えられる。

①「ことば」による説明は、3～16歳の全年齢において看護師も親も実際に7～8割が用いていた。

②「絵本」は「3～5歳」において、看護師の6割、親の7割は利用の希望があるが、実際に使用したのは看護師の約7%、使用してもらった子どもは約3%であった。「6～8歳」では看護師と親の4割が利用したい希望であったが、実際に使用した看護師は約4%、使用してもらった子どもは約3%であった。

③その他、紙芝居、人形などの利用希望が3～5歳で看護師の3割、親の3割にあるが、実際の使用例はそれぞれ5%以内であった。

以上より、ことば以外の絵本や紙芝居などのツールを使用したいという希望が多い割に、実際の使用率が低いことがわかった。今後、発達に見合ったツールの使用例とその意見交換、及び病院保育士との連携、あるいはプレパレーションの先進国からの指導などが必要となる。

7) 子どもの理解の確認

子どもが採血や点滴をどのように理解しているか、開始前に確認しているかについて質問した。看護師では「あまり確認しない」「確認しない」が3～5歳で7割、6～8歳では5.5割、9～16歳では4割であった。同様に医師では、それぞれ8割、6.5割、5割であった。つまり、3～5歳児の場合は7割以上、6～8歳児の場合は5割以上、看護師や医師から「心構え」を注目されることなく開始されていることがわかった。

8) 実施中の対応

実際の採血では、子どもの自主性を尊重しつつ、看護師・医師は様々な対応をとっている筈である。ここではその対応の状況について調査した。

①子どもが採血や点滴を拒んだとき子どもが「やる気」になるのを待つ必要があるかを質問した。「必ず必要」「必要」と答えた看護師は、「3～5歳」で5割であるが、実際には「あまり待たない」「待たない」が8割であった。医師も同様で「3～5歳児」で「必ず必要・必要」が2.5割、実際には「あまり待たない」が8割であった。

「6～8歳」では7割の看護師が「やる気」を待つ必要があるとしながら、実際には「あまり待たない」「待たない」が4.5割であった。医師では「やる気を待つ必要がある」4.5割、実際はあまり待たないが6割であった。

「9～16歳」では看護師の8割が「やる気」を待つ必要があるとしながら、実際には「あまり待たない」「待たない」が2.5割であった。医師は「やる気をまつ必要がある」が6.5割、実際は「待たない」が4割であった。

以上より、看護師は「やる気をまつ必要」があるという比率が医師より格段に高いが、実際には年少であればあるほど待たないで採血・点滴が開始されていた。特に3～5歳では8割が待たないで実施されていた。

②採血や点滴を拒んだとき、押さえてでも早く終わらせる必要があるかを質問し

た。「必ず必要」「必要」を合わせると、3～5歳の場合、看護師が7.5割、医師が8割の回答であった。同様に6～8歳において、看護師が5割、医師が7割、9～12歳では看護師が2.3割、医師が5割、13～16歳において看護師が2.3割、医師が4.5割であった。一方、採血や点滴を拒んだとき、早く行うために押さえることを優先するかを質問したところ、3～5歳では看護師・医師の9割が優先と回答した。同様に6～8歳では看護師・医師の6.5割、9～12歳では看護師の1.5割、医師3割、13～16歳では看護師の1割以下、医師の3割が優先していた。

③採血や点滴に親が付き添う必要性

採血や点滴を行う際、子どもにとっての安全基地である親が付き添う必要性を質問した。「必ず必要」「必要」という認識では3～5歳では、看護師が3割、医師が2割に対し親が7.5割であった。同様に、6～8歳では看護師が2割、医師が1.5割に対し親が6.5割、9～12歳では看護師・医師が1割以下に対し親が4割、13～16歳では、看護師・医師が1割以下に対し親が2割であった。

一方、実際の場合で、付き添いを「よく勧める」「勧める」において、3～5歳では看護師は1割以下、医師は1割、6～8歳では看護師6.3%、医師8.8%、9～12歳では看護師3.2%、医師2.9%、13～16歳では看護師1.6%、医師2.0%と医師・看護師が勧めるのは1割に満たない状況であった。

しかし実際に付き添った親は45%、付き添わなかった親は47.5%であった。この部分を自由記載でみると、「当然、いた方がいいと思ったので聞かずにしていた」「付くのが当たり前と思っているので動かなかった」など、医師・看護師の意向とは別に、親達が意思表示を始めていた。

以上より、子どもは年齢が幼いほど、親の付き添いがない状態で、拒んだ場合でも早く施行することが優先され、押さえられながら採血・点滴を受けていた。3～5歳児では、8～9割がこの方法に該当した。

一方、説明を受けると理解できる年齢である9歳以上の子どもの3割にあっても、処置は待たないで「押さえる」ことが優先されていた。採血・点滴に親が付き添うかでは、勧める看護師・医師は1割以下であり、この部分については今後の検討が必要である。

9) 自由記載より

①医師では「a採血・ルート確保は親

を横にいてもらって子どもを安心させてあげたいというのは、理想だけれども、必ずしも1回で成功するわけではないし、乳児・幼児で押さえているところを親に見られるのはまずいと思う。また、慣れていない研修医・ナースには負担が大き過ぎる。そして子どもが納得するまで待つには、人手と時間がかかりすぎる」「b早く終わるといふより安全に終わることが必要」「c子どもは待っている間に決心が付くことは殆どないと考えているので、痛いけどこれは大切なものであることを説明して強制的に行うことがある」「d絵本で説明など余裕はありません」「e処置や採血を医師ばかりにまかせるべきではないと思う」などが代表的意見であった。

②看護師では「a子どもへの説明についてカンファレンスを持つように心がけている」「b急な処置（注射・採血など）を要する場が多いので、手早く安全に行うことが第一です」「c急性期の入院が多く、採血・点滴等は乳幼児・新生児は抑制して行うことが多い」「d3～5歳の子どもは、子どもにもよりますが、あんまり真剣に話すとそれだけでパニックになることがある。」が代表的意見であった。

③親では「a採血・点滴は子どもの体調より医師によって時間や子どもの泣き方がかなり違う。こんな表現は失礼ですが、上手な先生は子どもによく話しかけたり、終始にこやかに子どもの立場を、まだ赤ちゃんであるのに尊重してくれているように思う。何度も失敗して血だらけになった我が子を見ると、本当に辛く、点滴の時泣き声が1時間あまり続いているので、親として何が行われているのか心配でなるべく立ち会いをお願いしますが、いつも外にだされます。」「b退院後、かなり長く後遺症のように恐怖心が残り、夜中に泣き出したり、裸にするだけでとても嫌がり苦労しました。医学が進歩して、少しでも痛みや恐怖心のなくなる方法を開発されることを強く願う」「c子どもの腕がまだ小さくて動くとはずれてしまうという理由からか、一方的に指先から手首までぐるぐる巻きにされた」「d強引に行うのは返って後々まで恐怖心を植え付けてしまう気がする。それよりも子どもの気をそらしたり、子どもがやる気をおこさせるような言葉掛けが必要」「e私は病院にとっても不信感をもっている。それは子どもの頃に何も説明もなく注射をされたり検査されたりしたことが今でもとても嫌な思い出として残っているから。子どもを全く無視した医師や看護師と

親だけの説明であったこと、次に子どものプライバシーや羞恥心を全く無視して、例えば裸になって泣いているところを大勢の人に見られるということは子どもだって嫌なのです。これは3歳ころのことですがよく覚えています。」「f子どもや親が疑問に思っていることを医師や看護師に質問できるような環境を作ってほしい。一つは質問したいことがあるのですが、忙しそうで質問することが申し訳なく思ってしまう。」

以上より、医師達は子どもの人格を尊重することは理想であるが、現実には子どもが納得することはないので、きれいな事では済まないという従来の立場の維持である。これに対し、親は子どもの人格や親の存在を認めてほしいという立場である。看護師は戸惑いながらも、子どもへの説明に取り組もうという姿勢の兆しを感じられた。

E. 結論

子どもが入院する際の心の準備、及び採血・点滴を受ける際の心の準備の2テーマから17項目の結論を得た。全体的には看護師や医師は問われればプレパレーションの視点は高いが、実践度が低く、子どもを尊重した医療をおこなっているとは言い難い状況が明らかになった。

1. 病院の受診時、親が子どもに受診することを説明し始める年齢は、生後11か月～12か月頃であった。

2. 子ども達の7割以上は病院に来ることを嫌がらない、7割は医師を怖がらない、8割が看護師を怖がらない、8割が白衣を怖がらないであった。一方「怖がる」子どもが、医師に対して約2割、看護師に対して約1割、白衣に対して約1割見られた。

3. 医師・看護師・親の9割は、問われれば子どもへ入院することを説明する必要があると回答したが、実際には3割の医師が説明を考えたことがないし、3割の看護師は説明していなかった。また説明の役割は医師か親であり、看護師が適任と看護婦自身も捉えていなかった。従って、入院する子どもは、親が考えた内容を「直前～1週間」の間に説明されているに過ぎなかった。

4. 入院前に子どもが病棟見学をする必要について、問われれば5割の医師・看護師が必要と回答し、入院直後の病棟案内でも9割が必要と回答した。主な内容は、担当者の紹介、病棟のルール、病棟の設備、日

課表、面会時間である。しかし実施は2～4割と低く子どもと親へ十分な情報提供がなされているなかった。この役割は病棟看護師が担うことが多いが、病棟勤務者数等を考えると病院の広報担当者もしくはボランティアとの連携が考えられる。

5. おもちゃの持参では、看護師・医師・親は約9割が「必要」と捉え、実際に看護師・医師の8割以上が希望するおもちゃの持参を「許可」していた。親も、おもちゃの持参が「できた」と回答していた。

6. 入院時、子どもへ付き添うことでは、3～5歳では看護師・医師・親の9割は「必要」と捉えていた。6～8歳では親が7割に対し看護師・医師は5割と2割減、9～12歳では親が4割に対し、看護師・医師は1割と3割減、13～16歳では親が15%であるのに対し看護師・親はゼロであった。このように年齢が高くなるにつれて付き添いに関する捉え方が親と看護師・医師の間で乖離がみられた。今後、面会時間や付き添いのルールを見直していく必要が示唆された。

7. 説明に用いる絵本などの視覚教材（プレパレーションツール）は看護師の8割、親の6割が「必要」と思っているが、実際の使用は数パーセントであり、殆ど浸透していない状況であった。

8. 採血・点滴の説明は年齢が高くなるに依りて説明される割合が増加するが、しかし100パーセント前提とはなっていない。このことは今後の課題である。

① 3～5歳児に対して「必ず説明する」のは、看護師5割、医師3.5割、親は2.5割であった。また、「説明しない」では看護師1割、医師3割、親2割であった。実際には約5割の子どもが説明を受けていた。

② 6～8歳児に対して「必ず説明する」のは看護師8割、医師5割、親4割であった。また「説明しない」では、看護師1割、医師0.5割、親0.5割であった。実際には6割の子どもが説明を受けていた。

③ 9～16歳児に対して「必ず説明する」は看護師9割、医師8割、親6割であった。また「説明しない」では、看護師・医師はゼロ、親0.2割であった。実際には約7割の子どもが説明を受けていた。

9. 子どもが受ける採血・点滴について、親が予め「説明を受けなかった」と認識している割合は2割であった。

10. 採血や点滴を子どもに説明するのが誰が適任かでは、看護師は全年齢において自身を4～6割の範囲で適任と捉えていた。医師は自身を幼児で5.5割、6歳以上では7～9割の範囲で適任と捉えていた。親は自身を3～5歳で8割、6～8歳で5割が「適任」と捉えていたが、子どもが9歳以上になると2.5～1.7割と急減した。

11. 医師・看護師・親がお互いをどのように見ているかを「誰が説明の適任か」でみたところ、

①看護師がセルフイメージとしてもっている「適任」に比べ、医師が認める「適任」は概ね3割低く、親が認める「適任」は2割低かった。

②医師がセルフイメージとしてもっている「適任」に比べ、看護師・親が認める「適任」は、3～8歳では3割低く、9～16歳では2割低かった。

③3～8歳児において、親がセルフイメージとしてもっている「適任」は5～8割と高いが、看護師・医師が親を「適任」とするのは極端に低く、親自身が捉えている割合の1/2～1/3であった。

④9～16歳児では、採血・点滴において親も看護師・医師も「親が適任」とは捉えていなかった。

12. 子どもの採血・点滴について看護師から親へ話す割合が3割、親から看護師へ話すのは1割と少なく、看護師と親がより会話を促進させる必要が明らかとなった。

13. 採血や点滴におけるプレパレーションツールでは、「絵本」を使ってみたい看護師が4～6割、親が7割、「紙芝居や人形」が看護師3割、親3割であったが、実際に使用したのはどのツールも4%程度と低かった。ツールの開拓の必要が示唆された。

14. 採血や点滴を行う前に、看護師・医師は3～5歳児の場合は7割以上、6～8歳児では5割以上、子どもの「心構え」に注意を払うことなく、開始していた。

15. 採血や点滴を受けている際、3～5歳児の8～9割は、親から引き離され、イヤだと言っても押さえることが優先されて、開始されていた。この傾向は年齢が高くなると減少していたが、9歳以上であっても3割が「押さえる」ことを優先されていた。

16. 子どもの採血・点滴に親が付き添うことについては、「勧める」看護師・医師は

1割以下であり、今後の検討が必要である。

17. 自由記載の内容から、医師は子どもの人格を尊重することは理想であるが、実際の子どもの納得することはないので、きれい事では済まないという現実を理解してほしいという現状医維持の立場であった。これに対し親は子どもの人格や親の存在を認めてほしいという立場である。看護師は戸惑いながらも、子どもへの説明に取り組もうという姿勢の兆しが感じられた。

【資料 1】

「入院している子どもの権利に関する十箇条」1984年NAWCH制定

1. 子どもの入院は必要なケアが家庭で行えない時のみとする。または通院で行う。

2. 入院中の子どもはいつも両親と一緒にいる権利をもっている。この権利は子どもにとって最大の関心事である。したがって、すべての親に宿泊施設を提供し、子どもに付き添いができるようにしなければならない。さらに子どものケアを両親が共有できるよう病棟の日課を詳しく説明し、積極的に参加できるようにしなければならない。

3. 子どもと両親は、その年齢、理解力に応じて適切な情報を得る権利をもっている。

4. 子どもと両親、またはそのどちらかは、子どものヘルスケアに関する決定のすべてに、事実を知った上で参加する権利をもっている。すべての子どもは不必要な治療から守られ心身のストレスを軽減するための方法がとられなくてはならない。

5. 子どもは思いやりと理解をもって対処され、そのプライバシーはいつも尊重されなくてはならない。

6. 子どもに関する適切な教育を受け、発達段階に応じて、それぞれの子どもの身体的・精神的ニードを十分に理解しているスタッフからのケアを、子どもは経験する必要がある。

7. 子どもは自分の衣服を着用し、私物を持ちこんでよい。

8. 子どもは同年齢の子どもの中かでケアされなくてはならない。

9. 子どもはそのニードを満たすために、安

全な玩具や設備の整った環境でケアされなくてはならない。

10.子どもは年齢や症状に応じて、遊び、レクリエーション、教育の機会が与えられなくてはならない。

「入院している幼い子どものところに安らぎを与えるために」 Dermond MacCarthy 著：「関西子どものケア研究会<英語抄読グループ 代表 鈴木敦子>」訳より引用

小児医療を支えるコメディカルのハイリスク親子支援技術の育成 —臨床と地域の連携を支える助産師の働き方と実践能力の開発—

分担研究者 田邊美智子 福井医科大学医学部看護学科教授
研究協力者 遠藤 俊子 山梨県立看護大学看護学部看護学科
大石 時子 宮崎医科大学医学部看護学科
村上 明美 日本赤十字看護大学
佐々木綾子 福井医科大学医学部看護学科

研究要旨

本研究は、国民運動計画「健やか親子 21」の目標達成のために、重要な役割を担う専門職の一つである助産師の働き方の提言と具体的指針、実践能力の向上を目指すものである。小児科・産科若手医師の業務のスリム化に貢献できるような助産師活動の実現に向けて、日本の助産師が、ICM（世界助産師会議）のコアコンピテンシー（専門職助産師として必要な知識・技能）を実践するために、調査研究により実態を把握した上で、共に働く小児科医・産婦人科医との連携協力を考慮した助産師の働き方を提言しようとするものである。これらは、助産師活動の対象となる妊産婦および女性の多様なニーズに対応していく能力を育成・向上することともなり、妊娠・出産に関する安全性と快適さを全ての女性たちへ提供できることに繋がり、ひいては地域母子保健の質の向上に資するものである。

そこで、本研究では特に施設での独立した助産師外来における助産師活動に着目し、その実態を明らかにすることにより、助産実践能力向上のための助産師外来モデル研修プログラムを作成し、地域の医療職と連携して働ける助産師の実践能力を開発することを目的とした。

<平成 14 年度研究総括>

A. 研究目的

助産師外来を行っている施設の管理職に対する助産師外来の実態、および助産師外来担当者に対する ICM コアコンピテンシーによる調査と満足度調査を行い、実態を明らかにする。

B. 研究方法

1. 調査期間:平成 14 年 12 月～平成 15 年 1 月
2. 調査対象:1)助産師外来を行っている施設の看護管理職・医師(10 施設) 2)助産師外来を行っている施設の助産師(100 名)
3. 調査方法:①調査対象1)に対し、助産師外来の実態に関する面接調査。〔施設の概要

(分娩件数、スタッフ数など)、助産師外来開始前の準備状況、研修の有無とその内容、医師および妊婦との関係、助産師外来の体制とその内容、費用等についての半構成式質問紙調査。②調査対象2)に対し、自記式質問紙を用いた留置郵送法による調査とし、ICM コアコンピテンシー調査およびリッカート法による満足度調査を行った。

4. 分析方法:単純集計を行った。

5. 倫理面への配慮

アンケート調査の協力依頼は、対象者に研究の目的、方法を詳細に説明し、個人の秘密と一切の不利益をもたらさないことを研究者が十分に説明し、同意を得て実施した。また、調査対象となった助産師に対しては、所属長の研究協力への承諾を得た後に各対象者の同

意を得て実施し、データの管理と保存は、プライバシーの保護、尊重に十分配慮し実施した。

C. 研究結果

1. 助産師外来の実態について

助産師外来を実施している、対象となった10施設の看護管理職に対する面接調査の結果は以下のものであった。

1) 施設の概要

施設の病床数は、20床未満2施設、61床、173床各1施設、300～500床未満3施設、500床以上3施設であった。20床未満の2施設は、産科のみの単科施設ですべて産科系ベッドであった。500床未満の5施設の病棟の診療単位は、婦人科や他科との混合病棟であった。500床以上の3施設はすべて産科単独の病棟であった。年間分娩数は、61床の施設と860床の施設で約2000件、500床以上の施設で約1000件、約200件という施設もあったが、その他の施設では500～800件であった。500床以上の3施設のうち2施設は総合周産期センターを有していた。1日の外来妊婦健診者数は、100人以上が2施設、その他の施設は30～60人程度であった。妊婦健診者の85パーセント以上の妊婦がその施設で分娩していた。

2) 看護職員

各施設の病棟単位の看護職員中に助産師が占める割合は、500床以上の施設では80～100%、他の施設では40～60%程度であったが、1施設では20%であった。医師数は、常勤医10人以上2施設、5人以上10人未満3施設、5人未満5施設と全施設の半数であった。

3) 助産師外来開設にあたって

助産師外来開設について、医師からの依頼や勧めがあったのは2施設で、年間分娩件数1000～2000件と多数であり、医師との関係では、バックアップしてもらっている、共通理解している、など協力関係にあった。外来にかかわる助産師に対しては、事前研修として他施設の助産師外来の見学や院内での超音波検査の研修など、6施設で何らかの研修を実施していた。また、8施設でマニュアルやクリティ

カルパスを作成し、積極的に活用していた。

4) 助産師外来の概要

助産師外来に関与する助産師数は8施設で5～10人であった。助産師の経験年数は、1年未満2施設、2年2施設、3年1施設、4年1施設、5年以上4施設(7年1施設)であった。助産師外来はすべての施設が予約制としており、受診者数(1日)は、10人以下5施設、11人1施設、25～40人4施設であった。1回の妊婦健診の所要時間は9施設が30分以下であった。助産師外来で妊婦が支払う費用は、初診妊婦では保険適応(正常妊娠か否か確定診断されていない段階のため)で2000～3000円4施設であったが、その他の施設では5500円～7500円であった。

5) 助産師外来の対象者

助産師外来の対象妊婦は、すべての妊婦4施設、ローリスク妊婦5施設であった。いずれの施設においても異常経過時と定期的に医師の診断を受けていた。特に、ローリスク妊婦を対象としていた5施設のうち1施設では、医師か助産師かを妊婦自身が選択することになっていた。

6) 助産師外来の診察内容

助産師外来での妊婦健診で半数以上の施設が行っていたのは、内診、双合診、膣鏡診、検査オーダー、NST、問診、計測であった。また、7施設で超音波による診断を行っていた。

7) 助産師外来における担当妊婦

助産師外来で担当する妊婦については、2施設で年齢制限を設けていた。また、500床以上の施設では、妊娠中毒症、前置胎盤、切迫流早産、妊娠糖尿病、IUGRを含めた胎児の異常のある妊婦についても助産師外来で担当していた。某施設においては、ハイリスク妊婦への対応はローリスク妊婦が原則であったが、総合周産期センターが開設されハイリスク妊婦が増加し、医師の要請により助産師がプライマリーに対応するようになったと述べていた。また、別の施設では、すべての妊婦が助産師外来の対象となり、経過異常は医師が担当するという分担体制がとられていた。先述のクリティカルパスを推進している施設では、クリティカルパスの使用により異常経過妊婦のスクリーニングがほぼ問題なく実施されているため、助産

師外来でハイリスク妊婦が対象となることはほとんどなかったと述べていた。

8)産婦人科医師との関係

産婦人科医師との関係では、助産師外来の準備段階から協力体制がとられていることや、開設までにお互いの信頼関係が構築されていることによる良好な関係が維持されていた。さらに、妊婦の待ち時間の短縮につながり、個別の相談にも応じながらきめ細かなかわりができ、妊婦の満足度も高くなったと述べていた。医師はその分、専門度の高い患者に対し診療に時間をかけて専念することができていた。

9)病棟助産師の定数とその根拠

病棟においては基準看護を満たし、夜勤のローテーションや、ケアの内容の質を維持するために必要な人数をそろえていた。

10)地域母子保健活動の状況

思春期を対象とした相談・教育、母親教室、乳房ケア、育児サークルの支援や家庭訪問などを行っていた。

2. 助産師外来担当者(助産師)への留置法による質問紙調査

回収数 100 名(100%)、うち有効数 87 名(87.0%)を分析の対象とした。

1)ICM コアコンピテンシー

(1)対象者の特徴

助産教育課程の種類は、「看護学教育終了後に入学」が 80 名(92.0%)、期間は「1年」が 79 名(90.8%)と最も多かった。年齢は平均 33.6 ± 6.9 歳、「25~34 歳」が 58 名で全体の約7割を占めていた。助産師経験年数は平均 9.6 ± 6.4 年、「5~9 年」が 46 名で全体の約半数であった。実践している地域は「田舎」と「都会」がほぼ同数であった。雇用形態は全員が給与雇用であった。実践する臨床領域は「妊娠期」「分娩期」が 81 名(93.2%)、「産褥期」が 74 名(85.1%)と高率であった。分娩介助する場所は「産科救急ケアを提供する病院」が 76 名(87.4%)と最も多かった。

(2)助産業務必須能力を用いる程度

① 必須能力1:女性、新生児、子どもが生まれる家族に対しての質の高い、文化的に適切で、効果的なケアを提供するため、社会科学、公衆衛生、倫理に関する一定

水準の知識と技術を持っている。

(ア)基礎的知識と技術

「日常業務で頻繁に用いる」が多かったのは「適切な備品・器具の収集・活用・維持」「利用できる出産場所の利点とリスク」「高度な救急ケアが必要な場合の救急連絡と輸送の手段」で 95~100%であった。「習得する機会なし」が多かったのは「地域社会に対する知識」「人権及び人権が健康に及ぼす影響の理解」「地域における妊産婦と新生児死亡・罹患の原因」「安全に出産できる多様な場の確保を提唱するための方策」「女性の擁護と権限を与えるための方策」で約 30~40%であった。

(イ)付加的知識と技術

全体的に「習得する機会なし」の割合が多かった。

(ウ)専門職としての態度

全体的に「日常業務で頻繁に用いる」が多く、「日常業務で時々用いる」を合わせると約 90%であった。

② 必須能力2:助産師は健康な家族生活、計画性をもった妊娠、積極的な子育てを促進するために、質の高い、文化に配慮した健康教育と保健サービスを提供する。

(ア)基礎的知識・付加的知識

「習得する機会なし」が多かった項目は「地域の一般的疾患の指針、更なる検査・治療のための転送」約 60%、「人間関係障害に対するカウンセリング・移送の指針と方法」約 50%であった。その他の項目は「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせると約 80~90%であった。

(イ)基礎的技術・付加的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「顕微鏡の使用」約 80%、「子宮頸管細胞スメア(パップテスト)の採取あるいは指示」約 70%、「実施可能な家族計画方法の提供」約 40%であった。その他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせると約 90%であった。

③ 必須能力3:助産師は、妊娠中の女性の

健康を最良なものとするため、特定の合併症の早期発見、治療あるいは専門医への委託を含む質の高い出産前ケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

「習得する機会なし」が多かった項目は「子宮外妊娠と多胎妊娠の診断」約 50%、「妊娠中の正常な身体変化」、不快症状緩和などに関する教育ニーズ」約 40%であった。その他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせると約 90~100%であった。

(イ) 基礎的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「子宮の大きさと骨格の大きさとの均衡の判定を含む内診」約 20%であったが、その他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合が約 90%であった。

(ウ) 付加的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「骨盤位の外回転術の実施」約 80%、「上記の異常について資源により治療や協働による管理を実施」「健康習慣に関する女性への相談と助言」がそれぞれ約 30%であったが、その他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合が約 90%であった。

- ④ 必須能力4:助産師は分娩時には、質の高い、文化的に配慮したケアを提供し、清潔で安全な管理を行い、女性と新生児の健康を最良なものとするため特定の緊急事態に対処する。

(ア) 基礎的知識

全体的に「日常業務で頻繁に用いる」の割合が多く「日常業務で時々用いる」を合わせると、「分娩第3期の積極的管理の原理」を除いた他の項目においてほぼ 100%であった。

(イ) 基礎的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「必要時の会陰切開の修復」約 80%、「膣および会陰裂傷の検査」約 60%、「必要時の会陰切開」約 40%であったが、そ

の他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合が約 90~100%であった。

(ウ) 付加的技術

医療行為の項目が多いため「習得する機会なし」の割合が多かった。「習得する機会なし」が多かった項目は「胎盤用手剥離の実施」約 75%、「鉗子分娩・吸引分娩の実施」約 70%、「局所麻酔注射」約 75%、「子宮頸管裂傷の修復」約 90%、「顔位分娩に対する適切な用手的技術の実施」約 65%、「骨盤位分娩に対する適正な用手的技術の実施」約 55%、「臍帯脱出の判定と管理」約 40%、「子宮頸管裂傷の判定」約 40%であった。その他の項目では「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 75~95%であった。

- ⑤ 必須能力5:助産師は女性のために包括的で質の高い、文化的配慮のある産褥期ケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

全項目において「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 90~100%であった。うち「日常業務で頻繁に用いる」が多かった項目は「母乳保育上の問題の徴候」「復古不全の徴候」「親子間の絆と愛着の形成」「乳児の栄養上のニーズ」「母体の栄養、休息、活動、生理的ニーズ」「乳汁分泌の過程、乳汁うっ滞、乳汁分泌不全など一般の問題」「分娩後の復古、回復の正常な経過」で約 80%であった。

(イ) 基礎的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「治療あるいは治療のために転送することが適切な感染の判定」「ケアのために転送することが適切な血腫の判定」で約 30%であった。その他の項目においては「日常業務で頻繁に用いる」が多く 70~80%であった。

(ウ) 付加的技術

「習得する機会なし」が多かった項目は「血腫の吸引」で約 90%、「特定の合併症に対する転送の実施」約 40%、「感染

症に対する適切な抗生剤治療の提供」約 30%であった。その他の項目においては「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 90%であった。

- ⑥ 必須能力6:助産師は出生から生後2ヶ月までの健康な乳幼児に対し、質の高い、包括的なケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

全項目において「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 80~100%であった。うち「日常業務で頻繁に用いる」が多かった項目は「新生児と乳児の健康増進と疾病予防の要素」約 60%、「正常な新生児における特定の変化」75%、「新生児と乳児の正常な成長と発達」約 75%、「出生直後の新生児の状態査定」約 80%、「新生児の基本ニーズ」約 80%、「新生児の子宮外生活への適応」約 70%であった。

(イ) 基礎的技術

全項目において「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 80~100%であった。うち「日常業務で頻繁に用いる」が多かった項目は「母乳を与えるときの新生児の体位」約 90%、「出生直後の新生児の状態査定」約 90%、「保温ただし温め過ぎを避ける」80%であった。

(ウ) 付加的技術

「胎齢の査定」の他は「日常業務で頻繁に用いる」「日常業務で時々用いる」を合わせた割合は 80~90%であった。うち「日常業務で頻繁に用いる」割合はどの項目も少なかった。

- (3) 助産業務に必要な不可欠かどうか

- ① 必須能力1:女性、新生児、子どもが生まれる家族に対しての質の高い、文化的に適切で、効果的なケアを提供するため、社会科学、公衆衛生、倫理に関する一定水準の知識と技術を持っている。

(ア) 基礎的知識と技術

全項目において、80~90%が「はい」と答えていた。

(イ) 付加的知識と技術

項目によりややばらつきがみられたが、75~95%が「はい」と答えていた。

(ウ) 専門職としての態度

全項目において約 90%が「はい」と答えていた。

- ② 必須能力2:助産師は健康な家族生活、計画性をもった妊娠、積極的な子育てを促進するために、質の高い、文化に配慮した健康教育と保健サービスを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

「地域の一般的疾患の指針、更なる検査・治療のための転送」において約 70%が「はい」と答えていたが、その他の項目においては90%以上が「はい」と答えていた。

(イ) 基礎的技術・付加的技術

「子宮頸管細胞スミア(パップテスト)の採取あるいは指示」において約 50%、「顕微鏡の使用」において約 40%が「はい」と答えていた。その他の項目では 80~90%が「はい」と答えていた。

- ③ 必須能力3:助産師は、妊娠中の女性の健康を最良なものとするため、特定の合併症の早期発見、治療あるいは専門医への委託を含む質の高い出産前ケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

「子宮外妊娠と多胎妊娠の診断」「妊娠中の一般的不快症状を緩和するための薬草と非薬剤製品」においては約 80%が「はい」と答えていた。その他の項目においては95%以上が「はい」と答えていた。

(イ) 基礎的技術

全項目において 90%以上が「はい」と答えていた。

(ウ) 付加的技術

「骨盤位の外回転の実施」においては約 40%、「過期妊娠胎児の査定」においては約 60%が「はい」と答えていた。その他の項目においては約 85%以上が「はい」と答えていた。

- ④ 必須能力4:助産師は分娩時には、質の高い、文化的に配慮したケアを提供し、清潔で安全な管理を行い、女性と新生児の健康を最良なものとするため特定の緊急

事態に対処する。

(ア) 基礎的知識

ほぼ全員が、全項目において「はい」と答えていた。

(イ) 基礎的技術

「必要時の会陰切開の修復」においては約 65%、「必要時の会陰切開」では約 75%、「膣および会陰裂傷の修復」では約 75%が「はい」と答えていた。その他の項目においては 90%以上が「はい」と答えていた。

(ウ) 付加的技術

「子宮頸管裂傷の修復」では約 45%、「鉗子・吸引分娩の実施」「局所麻酔注射」では約 50%、「胎盤用手剥離の実施」「骨盤位分娩に対する適正な用手的技術の実施」では約 60%、が「はい」と答えていた。「骨盤位分娩に対する適切な用手的技術の実施」「必要時痛みを緩和する鎮静剤の処方と投与」では約 65%、「顔位分娩に対する適切な用手的技術の実施」では 70%が「はい」と答え、その他の項目では約 80%以上が「はい」と答えていた。

⑤ 必須能力5:助産師は女性のために包括的で質の高い、文化的配慮のある産褥期ケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

全項目において約 95%が「はい」と答えていた。

(イ) 基礎的技術

全項目において約 90%が「はい」と答えていた。

(ウ) 付加的技術

「血腫の吸引」では約 50%、「感染症に対する適切な抗生剤治療の提供」は約 70%「特定の合併症に対する転送の実施」は約 80%が「はい」と答え、「流産後の女性へのカウンセリングと援助」「分娩後の女性と家族への性と家族計画についてカウンセリング」では 90%以上が「はい」と答えていた。

⑥ 必須能力6:助産師は出生から生後2ヶ月までの健康な乳幼児に対し、質の高い、包括的なケアを提供する。

(ア) 基礎的知識・付加的知識

全項目で 90%以上が「はい」と答えていた。

(イ) 基礎的技術

全項目で 90%が「はい」と答えていた。

(ウ) 付加的技術

全項目で 90%が「はい」と答えていた。

2)職務満足度

(1)助産師と医師間のチームワーク

「まあまあ思う」が 42%ともっとも多く、「意見交換、相談できる」「ある程度任されている」「理解がある」など医師と話し合いを行いながら、互いの信頼関係を築いていた。しかし、「医師によって考えに個人差がある」「意見が合わない」など、医師との意見の相違もみられた。

全体の 40%が「非常に思う」「かなり思う」と答え、「協力体制が良好」「話し合いができる」「相談できる」など、互いに話し合い、協力、信頼していた。また、「あまり思わない」では医師によって理解してもらえなかったり、医師との話し合いがもてなかったりすることでチームワークが不十分と感じていた。

(2)助産師の専門性としての判断や意見の尊重

「まあまあ思う」が 38%ともっとも多く、「意見を聞いてくれる」「正常経過・分娩に関しての判断を任せられる」と肯定的にとらえているものと、「助産師を軽視する医師もいる」と否定的にとらえているものがあった。「かなり思う」「非常に思う」は全体の 42%であり、「正常経過に関して任されている」と感じることで専門性としての判断や意見が尊重されていると考えているものが多かった。また、「あまり思わない」ものは「医師の判断が優先される」と考えていた。

(3)助産業務のやりがい感

全体の 59%が「非常に思う」「かなり思う」と、助産業務にやりがいを感じながら働いており、「責任を感じる」「継続してかかわることができる」「患者から信頼されていると感じる」と答えたものが多かった。また、「まあまあ思う」の中にはやりがいを感じる一方で「業務に追われる」「責任が重い」「疲労が多い」と否定的に感じ

ているものもあった。

D. 考察

1. 平成 14 年度の研究総括

1) 助産師外来実施施設の概要

助産師外来開設のきっかけとなったのは2つの理由があげられた。まず1つ目は、医師のマンパワー不足を補うため医師の依頼や勧めがあり開設した場合である。2つ目は、助産師側からケアの質向上を目指し、また助産師の専門性を高めたいという理由で開設した場合である。前者は本研究の目指すところである小児科産科若手医師の業務のスリム化や連携・協力を直結すると考えられる。後者は、助産師活動の対象者である妊産婦および女性の多様なニーズに対応していく能力を育成・向上することにつながり、地域母子保健の質の向上に資するものと考ええる。

助産師外来開設のための準備としては、関係部署への協力依頼や、助産所研修、超音波診断技術の研修、ポスターやパンフレットによる広報、助産師外来診察手順などのマニュアルやクリティカルパスの作成など、十分な準備をしていた。開設のためには担当助産師の能力開発に向けた研修をはじめとする関係部署の協力体制、妊婦に対する広報活動、診察手順マニュアルなどの整備が不可欠と考えられた。

助産師外来に関わる助産師の経験年数は2年以上の助産師経験が条件となっている施設がほとんどであったが、交代制勤務の中で助産師外来を運営していくためには、助産師経験があり確実な助産能力を身につけた人材と、最低限の助産師数の確保が必須であることが明らかとなった。

助産師外来の対象者については、ローリスク妊婦を対象としている施設とすべての妊婦を対象としている施設があったが、いずれも異常時や定期的な医師の診断を行っていたことから、助産師と医師の担当業務と役割を明確にしておくことが重要と考えられた。また、助産師外来での妊婦健診は、内診、双合診、膣鏡診、NST、問診、計測の他に超音波検査により行われていたが、超音波診断については、助産師外来開設に際して各施設で研修が行われ、

医師や超音波検査技師とタイアップして技術を習得していることから、施設に応じて実現可能な研修であると考えられた。

産婦人科医との関係では、助産師外来開設を医師がバックアップしたこともあり、準備段階から協力体制や信頼関係ができており、助産師外来が担当できる人材の養成が継続教育の中で行われることの重要性が考えられた。

一方、助産師外来を実施することによる長所としては、妊婦の待ち時間短縮や時間をかけた妊婦相談に対応できること、医師が必要の高い妊婦に対し時間をかけて十分対応できることなどがあげられた。今回の研究目的の1つとして提示できる、産科医師の業務のスリム化を数字で表すことができる重要な部分と考える。

2) ICMコアコンピテンシーによる調査について

対象となった助産師が必須能力を用いる頻度について、必須能力3(妊娠期)・必須能力4(分娩期)・必須能力5(産褥期)・必須能力6(新生児期)の項目に分類して見た結果、基礎的知識、基礎的技術は「日常業務で時々用いる」「日常業務で頻繁に用いる」を合わせると80~100%であったが、わが国では医療行為は医師に限定されているため、ハイリスクの妊産婦・新生児に関連した技術は「習得する機会なし」の割合が他の項目に比べ高くなっていた。したがって、今回対象となった助産師外来の専門職助産師として必要な知識・技能は、正常妊娠・分娩・産褥・新生児に関する項目に限り高い水準であると考えられた。

必須能力が助産師業務に必要な不可欠かどうか、必須能力3(妊娠期)・必須能力4(分娩期)・必須能力5(産褥期)・必須能力6(新生児期)についてみると、「習得機会なし」の項目は、医師による医療行為である付加的技術項目で「いいえ」と答える割合が高かった。わが国では助産師業務としては認められていないことから、当然の結果と考えられた。

3) 職務満足度に関する調査について

助産師と医師とのチームワークでは、全体の40%が「非常に思う」「かなり思う」と満足し、話し合いや協力することにより良好な信頼関係にあった。一方で「あまり思わない」ものは、

医師に理解されず、話し合う体制もできていないことによりチームワークが不十分と感じていた。これらのことから、助産師と医師との関係は、お互いに意見交換、相談ができることや助産師に一定水準の業務を任されていると感じることにより信頼関係が保たれ、そのことがさらに良好なチームワークにつながると考えられた。

助産師の専門性とその判断や意見の尊重では、「非常に思う」「かなり思う」は全体の42%であり、正常経過に関しては一任されていると感じることにより専門性を尊重されていると考えていた。一方で、「あまり思わない」ものは、医師の判断が優先されると考えていた。このことから、助産師と医師が担当する妊産褥婦・新生児のスクリーニング基準を明確にすることが急務であると考えられた。今回調査対象となった施設では、実際にこのような基準を設け積極的に対応していた。

助産業務のやりがい感については、「非常に思う」「かなり思う」は全体の59%であり、その理由として、責任感、継続的なかわり、信頼感を感じるなどがあげられていた。今回対象となった助産師外来を実施している施設では、助産師自身の責任感や継続的な関わりによる妊婦からの信頼感を得ることとなり、このことが助産業務のやりがい感を持つ大きな要因であることが示唆された。

<平成15年度以降の研究展望>

2. 平成15年度

研究目標

助産師の働き方を提言するための検討委員会の設置と研修モデルプログラムの開発および評価を行う。検討委員会は、助産師および小児科医、産婦人科医、有識者をメンバーとし、学際的広がりの中で助産師の働き方についての提言を行う。

3. 平成16年度

研究目標

2年目に開発した研修モデルプログラムを修正・改善し、研修プログラム(マニュアル含む)を作成する。助産師実践能力向上のための「助産師外来研修会」の実施と評価、およ

び研修会モデルプログラムの再修正を行う。平成15年度に作成した研修会モデルプログラムによる、助産師を対象とした研修会を全国3か所で開催してその評価を行い、最終的に研修モデルプログラムを完成させる。

E. 結論

1. 助産師外来の実態では、助産師外来開設のきっかけとなったのは、医師のマンパワー不足を補うため医師の依頼や勧めがあり開設した場合と、ケアの質向上と助産師の専門性を高めたいという理由で助産師側から開設した場合であった。また、人的・物的環境を整えることにより開設は可能であり、妊婦の待ち時間の短縮や時間をかけた相談に対応できること、医師は時間をかける必要のある妊婦に対応できやすいことから、産科医の業務のスリム化に貢献できると考えられた。

2. ICM コアコンピテンシーでは、専門職助産師として必要な知識・技能は正常妊娠・分娩・産褥・新生児について高い水準であると考えられた。

3. 職務満足度調査では、助産師と医師とのチームワーク、助産師の判断や意見の尊重、助産業務のやりがい感ともに約40~60%が「非常に思う」「かなり思う」と感じ、助産師外来の実施は助産師の職務満足につながることが明らかとなった。

小児医療における栄養ケアシステム／協働モデルの開発に関する研究

分担研究者 西田美佐 国立国際医療センター研究所 栄養障害研究室長
研究協力者 堤ちはる 日本子ども家庭総合研究所 母子保健部 栄養担当部長
田中 寛 国立成育医療センター栄養管理部 室長

研究要旨

本分担研究の目的は、小児医療サービスの質向上及び多職種専門性を活かしたチーム医療の推進に貢献できる「栄養ケアシステム／協働モデル」を開発することである。

平成14年度は、1) 現行の栄養ケアの実施状況の把握と課題検討の為に、「日本小児総合医療施設協議会名簿」に記載されていた20施設（管理栄養士・栄養士78名全員）を対象に、栄養ケア業務に関する質問紙調査を行った。また、2) 栄養ケアシステム及び多職種協働モデルに関する国内・外の先行事例についての情報収集を行った。その結果、1) 栄養管理業務で実施率が高かったのは、運営業務（78.5%）、給食管理業務（77.7%）で、栄養ケア業務は39.5%と低かった。2) 給食管理業務を一部外部委託している施設の管理栄養士・栄養士1人あたり平均栄養指導件数（14.2件）は、直営施設（6.7件）の2倍強であった。3) 小児医療の質の向上に資する栄養ケアを実践する上で改善すべき課題について、最も多かったのは「人員不足」、次いで「他部門との連携強化」「チーム医療の質向上」であった。4) 他部門・他職種との連携で、栄養ケアのオーダーが多い診療科は、内分泌代謝科に次いで小児科、循環器科が挙げられ、仕事上連携が密な職種は、看護師、次いで医師、事務員、薬剤師、検査技師であった。現時点では栄養ケア業務の実施率は4割弱にとどまっているが、すでに国内・外で報告されている先行事例においては、栄養ケアマネジメント導入による医療経済的効果、多職種それぞれの専門性を活かしたチーム医療による業務及び治療効果の改善が図られており、小児医療における栄養ケアシステム/多職種協働モデルの構築は、小児医療サービスの質向上や、小児科医の負担軽減にも寄与するものと思われる。

A. 背景と目的

小児医療において、特に慢性疾患等の療養支援をより効果的に行う上で、栄養ケアは重要な役割を果たす。例えば、入院患者がたんぱく質・エネルギー欠乏症（Protein Energy Malnutrition; PEM）の場合、回復が遅く合併症の頻度や死亡率が高いと言われ、脳障害児の平均在院日数は、非PEM患児の1.8日に対し、PEM患児の場合は18日と、10倍である（Webwe, T.R. '95）。しかし、栄養ケア・マネジメント導入により、PEMリスク患児の在院日数が、新生児集中療法

では7.5%（Stave, V. S., '79）、小児科では2.0%（Smith, A. E., '88）削減したとの報告がある。一方、若手医師の不足が深刻な問題である小児医療の現場において、質の高いチーム医療を推進するためには、看護、薬剤、栄養、検査等々に携わるコメディカルスタッフが、互いに役割を明確にし、多職種がそれぞれの専門性を生かして、より効果的かつ効率的に業務が行われるためのシステムづくりや、マネジメントを行っていくことが重要となってくる。

そこで、本分担研究では、小児医療サー