

て(笑)それって入院のことですか?って聞いた記憶がありますね。(40代C母親)」と【看護師側でわかりやすく説明したつもりでも、親側には反ってわかりにくい場合がある】ことなどから、実際の看護師による説明の状況の中では不十分な点があることがわかった。

医師に対しては、「だから子どもも、医師は、若い医師がすきなんです。自分に目を向けてくれるから。(40代B母親)」と【子どもの目線に合わせて丁寧に対応してくれる医療者】を肯定的に捉え、「点滴の理由の説明はなかった。前麻酔の注射の部位を知らされずに、医師にいきなり刺された。(20代F母親)」など、点滴や注射に関する詳しい説明がなく、【親がしてほしい治療や処置についての説明が不足】していたことを指摘していた。さらに、「入院理由の説明はショックな内容だったが、簡単で事務的だった。先のことをもっと聞きたかったが聞けなかった。(20代F母親)」と【簡単で事務的、忙しそうなお医者には聞き難い】ということがあり、そういう場合は、【医師以外に相談窓口がほしい】ことを希望していた。【説明の際に使用する言葉への配慮】を医師に対して要望していた場合では、「父親が、子どもの前でそんなこと言わないで欲しいから3人で受診に行きたくて聞きたいことは事前に私とお父さんと書き出して子どもを出してからお父さんだけ聞いて子どもには聞かせたくないことがいっぱいあるので、聞いたりしてました。(40代A母親)」と、説明の際の言葉によっては親がまず先に聞いて子どもに説明してもらおう対策を立てていたという親の経験談から、説明が信頼関係に影響することが強く示されていた。「基本的には、子どもが信頼できる医療者ということです。(30代E母親)」というように【信頼できる医療者】であれば、医師、看護師を問わず説明を受けたいと考え、「明日は坐薬を入れなく

てもご飯食べれたらいいな〜って看護師が言ってくれると、子どもがそうかな〜って思うんですよ。人に言われるといいですよ。私が言うとかダメなんですよ。(40代A母親)」と、親から説明しても【子どもの理解を促すために、医療者から説明してほしい】と要望していたことは、信頼関係が築かれた上ではじめて成り立つことである。「親がまず説明を聞く」という意味には、先の医師の説明に対する不信感がある場合と、親の心理的準備をしてから子どもに伝えるために【親がまず説明を聞いて理解しておきたい】ことの2つの意味があることが示されていた。

また、「医療者側としては、きちんと説明することが大事で、保護者もわからなかったら積極的に聞くことが大切。(30代E母親)」など、【親から積極的に聞く姿勢をもつこと】や「処置の際は選択肢を示して、子どもを押さえたり、親を入れたりして欲しい。(20代F母親)」や「保護者と医療者でよく話し合った上で、いつ説明したらよいか、処置室に母親が入るかなど一番良い方法が検討できればよい。(30代E母親)」というように、【処置に親が入るかどうかは、親からも希望を聞くなどの配慮をしてほしい】という要望もっていた。

学校との連携に関しても、看護師は「お母さんに任せっぱなしなんです。きっと困ってはるかなと思います。(32歳H看護師)」と【学校との連携は親の役割】になっていることが話されていた。親からは、「うちの子どもが入院する前は必ず連絡を取って、今こんな状態、いつどういう手術をするって、私に聞いていいですかって学校の先生が確認してくれるんです。聞いてくださって言ったら、話していいところまで話してくれてるみたいなんですけれども、そういう連携とってくれてたんで、やっぱりね、楽なんです。小学校に戻る時、看護婦さんと養護の先生と、

あるいは医師と話してもらいたいなど。私ね、すごい助かったんですよ。担任の先生もしくは校長先生、教頭先生が全部職員会議の時に話してくれるから、全ての先生が把握してくれるんです。(30代後半 D 母親)」と入院時には学校側から、退院時には医療者側から学校側へ、親が希望する範囲の説明がなされるなど親側の意見としては、医療者と【学校との連携】についても希望しており、改善していく課題であることが示されていた。

D. 考察

看護師が生活に関する説明を行うこと

【日課や生活に関することは看護師から説明】という看護師の役割に対する考えや【医師には治療の説明】をしてほしいとする考えは、医師、看護師、親とも一致していた。つまり、生活に関する説明では看護師への期待が高いことがわかった。

「説明がなくして看護はないと思いますね。(34歳 G 看護師)」というように【看護師は常に説明しながらケアを行う】という考えや、【看護師が説明し患者のことを引き受けていく姿勢】、「リーダーシップとるのは看護師なんですよ(51歳 B 看護師)」と患者関係や説明において【看護師が主導的な役割を果たしていくこと】を述べていたように、看護師が説明することは重要であるという認識を看護師自身も有していることがわかる。親の意見では、【親が入院生活の中で必要としている説明は不足】し、【自分で生活しながら理解】している現状や、【他児の母親から聞く】ことによって入院生活に適応していたことが話されていたように、患児や家族にとって入院生活に関する説明をいかに受けるかということは非常に重要な問題である。入院時に患者や家族が不満を抱くか、安心感を得ることができるかとい

うことから、その後の医療に対する信頼感や治療効果にまで影響が及ぶことではないかと考える。

したがって、【看護師が生活に関する説明を行う】ことは看護師が果たす役割として非常に重要な意味があり、入院時に医師が病気の説明をすれば万事よいというわけではなく、患児と親を中心においた時の看護師の役割を再認識することが医師に求められている。

看護師が医師の説明の場に同席すること

昨年度の研究結果である「医師は3～8歳児への説明であっても、医師自身が適任と捉え、看護師や親への期待は2割以下であった。」ということから、説明の場面において医師は看護師に対してあまり期待していないことがわかった(蝦名他, 2003)。このことは、本調査の結果で【医師が説明の全面的な役割を果たす】という認識を医師がもっていたことと一致していた。しかし、面接の内容を分析した結果、医師には3つの役割に対する認識のパターンがあることがわかった。1) 看護師にあまり期待していない、2) 看護師に対する役割期待の不一致、3) 現状の中でお互いの役割を尊重し統合する、という3つのパターンである。

- 1) 看護師にあまり期待していないという認識は、看護師の勤務体制が医師と合わないことや、忙しさ、主体性に期待できないということから生じ、【看護的なことには関心がない、あまりよく知らない】や【看護師とのコミュニケーション不足】を招いている。このパターンの認識が、看護師への期待が低いという昨年度の研究結果と一致していることから、医師の多くはこの認識を有しているものと考えられる。
- 2) 看護師に対する役割期待の不一致という認識は、【看護師がもっと主体性を発揮して、指示されなくても自分で判断して情報収集や

行動をすること】【理想は医者と全く同じ考えで共に言えること】【医師の説明時に看護師が同席すること】など、看護師に対する期待を具体的に抱いているパターンである。しかし、看護師の役割に期待しながらも看護師の知識や態度から現状では難しいと考えている。「可能な限り看護婦さんにも最初の話の時なんかには同席してもらおうという風な努力はしている(54 歳 C 医師)」と【医師の説明時に看護師が同席すること】を期待し、医師側は努力しているが、【勤務体制の問題】や【三交代の問題】【忙しさ】の問題があり、【実際にはあまり期待できない】ということが示されていた。

岩崎ら(2002)の調査では、病状説明時に看護師が同席することに対して、対象とした 30 名の患児の家族全員が同席してもよいと回答していた。その理由は、「同じレベルで子どもを理解してもらえ」「看護師に居てもらった方が安心する」「普段子どもに接するのは看護師だから」などである。したがって、看護師が医師の説明の場に同席することは、家族側の要望としても必要なことである。

したがって、「看護師にあまり期待していない」という認識を打破するためにも、もちろん患者・家族の要望に応えるためにも、看護師が説明の場に同席するということが強く求められている。このことを実現していくためには、「医師の説明の場に同席すること」を看護師側の意識として徹底していくことや、報奨として保険点数に反映していくことが必要ではないかと考える。このことは、カンファレンスなどの話し合う場をもつことと同様「同時に基本的な情報を共有できるシステム」の実現にもつながる。さらに、生井ら(1999)の実践のように、カルテに記した患者からの情報を医師と共

通して把握できるように、医師と看護師の記録を共用する工夫を行うことも解決策としての一策ではないかと考える。

‘役割分担’から‘異なる考え方を統合する’へ

医師の認識のパターン3)現状の中でお互いの役割を尊重し統合するは、1)2)を超え体験から導き出された認識であると考えられる。【看護師は医師の説明を補足・噛み砕く・通訳する】ということ熟練した看護師ができていと認め、‘共通言語’をもって【患者に向かう姿勢が一致していること】が重視されていた。職種が違えば内容も考え方も違うが、【それぞれの考え方を尊重する見方】が提案されていた。

医師との役割分担と連携について看護師は、分担ではなく【補い合い】であることや「それは分担というんですかね。共同作業でしょうか」と説明は【医師との共同作業】で【医師と共通認識をもつ為の話し合う場が必要】であることを示していた。さらに、医療者間の考え方だけでなく、患者の反応にも柔軟に対応しながら、‘役割を分担する’という発想から、【考え方の違いを尊重しながら統合する】という発想が現状の中では必要な考え方ではないかということが示されていた。この発想は、現状での問題は多いがどのような姿勢で今の医療を行っていくことが必要なのかを熟慮した結果到達した視点である。具体的な解決策を模索していくと同時にこのような考え方の視点を医療者間で共有し、それぞれの立場からの意見を統合していくことも現状を打破する一つの重要なポイントとなってくるのではないだろうか。

看護師の存在を見せていくこと

医師の説明の補足をするを「消極的な役割」と捉えることなく、看護師が主体的に説明における自分の役割を明確化して行動し

ている場合には、柔軟に医師と共同していくことができるのではないかと考える。この【補い合い】【医師との共同作業】が実施でき、【違った立場での違った考えを尊重し統合する】ためには、さらに知識や技術を高めて看護師側が準備性を高めていくことや、【看護師がもっと主体性を発揮して、指示されなくても自分で判断して情報収集や行動をすること】という看護師が自立していく姿勢を育てていくことが必要である。

【看護師が説明をしても認識されていないことがある】ことや、説明の場に同席したいが、医師側が【看護師不在のまま説明を終えている】場合があり、看護師自身は説明をする役割を担っていると認識しているが、医師からは認識されていない現状であることも明らかになった。

その解決策の一つとして、【看護師の方から自己紹介をして親と関わり、その後のケアを担当】し、子どものことを把握してもらうと親の方からも「楽ですね」という肯定的な答えが返されていたことから、まず、【看護師が自己紹介する】ことから実践していくことが必要ではないかと考える。また、医師・看護師それぞれに対して親は、【わかりやすく書かれた物を使用して説明してもらって理解しやすい】と説明の工夫を希望していた。さらに、入院を「お泊りね」等と伝え【看護師側でわかりやすく説明したつもりでも、親側には反ってわかりにくい場合がある】ことや、岩崎ら(2002)の調査でも、患児の家族が病状説明に関し望むことの中に「説明用紙が欲しい」「聞き慣れない言葉が多い」という回答があった。したがって、パンフレットなど書いた物や道具など【視覚的に訴えるものを使用し、わかりやすい説明を試みていくこと】は、患児・家族のニーズを満たし、看護師の存在を見せていく上で有用ではないかと考える。このことは、医師や患児へ

存在をアピールしてだけでなく、看護師の中にも‘子どもへの説明を行うこと’を浸透していくために効果的な方法である。

親側の意思決定力を育むこと

親が「医療者側としては、きちんと説明することが大事で、保護者もわからなかったら積極的に聞くことが大切。(30代E母親)」と話していたことなど、【親から積極的に聞く姿勢をもつこと】や説明に対して受身だけではなく、その説明の内容が子どもにとってどのような影響を与えるものなのか考えていくという‘お任せ医療’ではない親側の主体的な姿勢も必要である。このことは、先の医師らが述べていた西洋の考え方と日本特有の考え方の違いから、医療者に対する【親の過剰な期待】に【説明を受ける側の主体性を育むこと】の必要性に関する見解と一致していた。さらに、「注射なんか怖がるというけど、怖がらしているわけですよ。・・脅しをかけるお母さんもいますよ、・・そんなことだけでもなかったら、子どもはもっと説明も素直に受け入れるし、そういういらん動揺もないし、今聞いとかなあかんと真剣に聞きますよね。そういうのを患者さん側に作っていくのもものすごく大事やと思う。(63歳A医師)」というような説明の受け手側の問題を考え、‘お任せ医療’に対する認識を修正していくような取り組みも必要である。

また、看護師の考え方の中には、【処置の際に親の同席を促す場合】と【処置の際には親を同席させない】ことを基本としている2つの考え方が示されていたが、親の意見として「処置の際は選択肢を示して、子どもを押さえたり、親を入れたりして欲しい。(20代F母親)」や「保護者と医療者でよく話し合った上で、いつ説明したらよいか、処置室に母親が入るかなど一番良い方法が検討できればよい。(30代E母親)」と述べていたように、【処置に親が入るかどうかは、

親からも希望を聞くなどの配慮をしてほしい】と 2つの考え方を示すことが必要であることがわかった。このことは、先の【説明を受ける側の主体性を育む】ことにも通じるのではないかと考える。また、Zeigler(2003)や Higgins(2001)らが述べているように、親が治療方針などの意思決定を行う際には、倫理の原則に基づき、家族の利益や価値観、自主性を尊重し医師と看護師が繊細な関わりをもって支援していくことが必要である。

したがって、医療者がどう説明するかを全て決めてしまうのではなく、選択肢を示してどう説明するか‘親の意思決定を促す説明’を実践していくことも先に述べた医療の受け手側の認識を修正していくためにも、患児・家族を中心とした医療を実現するためにも必要な実践ではないかと考える。

プレパレーションとして行う「説明」は、医療者にとって倫理的に重要な課題である。親の決定のプロセスには倫理的な配慮がなされたとしても、決定の結果が子どもの権利侵害にならないよう十分に考慮されることが必要である。子どもは権利の主体であるが、医療の場では権利主張を行う能力が十分に備わっていない多くの子どもたちの権利が侵害される可能性を常に孕んでいる(後藤, 1995)。そのことを私たち医療者は意識しながら、一つでも多くの実践を具現化していくことが求められている。

E. 結論

医師が考える看護師の説明の役割には、1)あまり看護師に期待していない、2)看護師に対する役割期待の不一致、3)現状の中でお互いの役割を尊重し統合する、という 3 つの認識のパターンが考えられた。

入院生活に関する説明は看護師の重要な役割であるということは、医師、看護師、親とも一致していた。

医療者間の考え方だけでなく、患者の反応にも柔軟に対応しながら、‘役割を分担する’という発想から、【考え方の違いを尊重しながら統合する】という発想が説明における役割の現状では必要な考え方ではないかということが示唆された。

説明における看護師の役割が確立していない現状への対策として、看護師が患者に自己紹介すること、説明の際に同席すること、「子どもに説明をする」というパンフレットの作成、道具を使用した説明の実践などによって看護師の存在を示していくことが必要である。

子どもの権利が侵害されないよう親の意思決定を促すなど【説明を受ける側の主体性を育む】という姿勢も医療者には必要である。

F. 引用・参考文献

蝦名美智子、鈴木敦子、赤川晴美、楢木野裕美、杉本陽子、前田貴彦、鎌田佳奈美、高橋清子、二宮啓子、松森直美:子どもと親へのプレパレーションの実践普及—子どもと親が安心して医療を受けられる看護の提供と普及—, 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究)小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究, 分担研究報告書, 2003.

後藤弘子:医療における子どもの権利—「児童の権利に関する条約」の意味するもの—, 日本小児看護研究学会誌, 4(2), 7-12, 1995.

Higgins, S.S. : Parental Role in Decision Making About Pediatric Cardiac Transplantation: Familial and Ethical Considerations, Journal of Pediatric Nursing, 16(5), 332-337, 2001.

平岡敬子, 山内京子, 信岡利枝:看護婦(士)役割に関する医師と患者の意識差 インフォームド・コ

ンセントに関して看護婦(士)に期待されていること,
看護管理,12(3),214-217,2002.

岩崎鎮枝,秋山洋子:小児領域における病状説明
と看護師の役割,日本看護学会論文集 33 回小児
看護号,59-61,2002.

鎌田佳奈美, 榎木野裕美, 高橋清子, 鈴木敦子,
赤川晴美, 蝦名美智子, 二宮啓子, 松森直美,
半田浩美, 杉本陽子, 前田貴彦:入院する子ども
へのプリバレーションに対する看護師の認識とそ
の実施状況, 滋賀医科大学看護学ジャーナル,
2(1),2004.

前田貴彦, 杉本陽子, 蝦名美智子, 鈴木敦子,

榎木野裕美, 二宮啓子, 赤川晴美, 鎌田佳奈美,
松森直美, 高橋清子:子どもが採血・点滴を受け
る心の準備をするための関わりー子どもへの説明
と理解についての医師・看護師・家族の考えと実
際ー, 第23回看護科学学会学術集会, 2003.

生井昌代, 桐原貴美子, 小方亜由美, 元石和世,
吉田雄司:看護婦・医師共用診療記録の運用,
Neonatal Care, 12(10), 42-46, 1999.

Zeigler,V.L. : Ethical Principles and Parental
Choice: Treatment Options for Neonates with
Hypoplastic Left Heart Syndrome, Pediatric
Nursing, 29(1), 65-69, 2003.

表 1 面接対象とした医師

No.	医師(男性)	年齢	専門経験年数	所属	職位
1	A	63 歳	39 年	小児科開業(2 年半前～)	院長
2	B	55 歳	29 年	養護学校併設の病院	副院長
3	C	54 歳	28 年	大学小児科分野	教授
4	D	51 歳	26 年	総合病院小児科	部長
5	E	50 歳	26 年	小児科開業(1 年前～)	院長
6	F	50 歳	22 年	大学小児科分野	教授
7	G	45 歳	20 年	総合病院小児科	主任
8	H	39 歳	15 年	総合病院小児科	主任
9	I	29 歳	6 年	総合病院小児科	
10	J	29 歳	5 年	総合病院小児科	
	平均年数	46.5 歳	21.6 年		

表 2 面接対象とした看護師

No.	看護師	年齢	小児看護/看護師経験年数	所属	職位
1	A	55 歳	12 年/34 年	総合病院小児科	副看護師長
2	B	51 歳	26 年/26 年	小児専門病院	師長
3	C	44 歳	8 年/22 年	総合病院小児科	主任
4	D	43 歳	6 年/21 年	総合病院小児外科	主任
5	E	41 歳	9 年/19 年	総合病院小児科	師長
6	F	34 歳	13 年/13 年	総合病院小児科	
7	G	34 歳	12 年/12 年	小児専門病院	
8	H	32 歳	7 年/11 年	総合病院小児科	
9	I	29 歳	9 年/9 年	総合病院小児科	
10	J	26 歳	4 年/4 年	総合病院小児科	
	平均年数	38.9 歳	10.6 年/17.1 年		

表 3 面接対象とした家族

No.	母親	年齢	入院した時の子どもの年齢・性別	子どもの疾患	入院した病院
1	A	40 代	11 歳・女兒	口腔内潰瘍	大学病院小児科
2	B	40 代	11 歳・男児	白血病再発	大学病院小児科
3	C	40 代	2 歳半・男児	マイコプラズマ肺炎	総合病院小児科
4	D	30 代後半	8 歳・男児	二分脊椎症	総合病院小児科、小児専門病院
5	E	30 代	8 ヶ月・男児	ウイルス感染症	総合病院小児科
6	F	20 代	6 ヶ月、1 歳半・男児	先天性心疾患・喘息	総合病院 3 施設

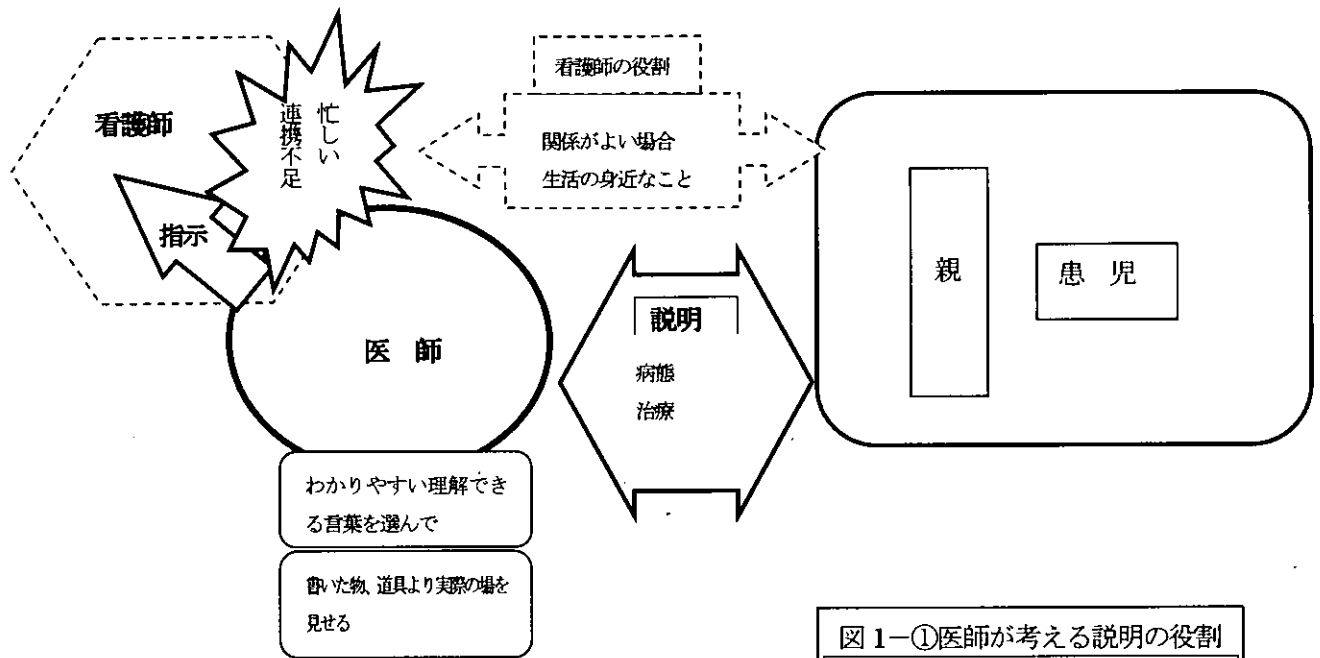


図 1-①医師が考える説明の役割
あまり看護師には期待していない

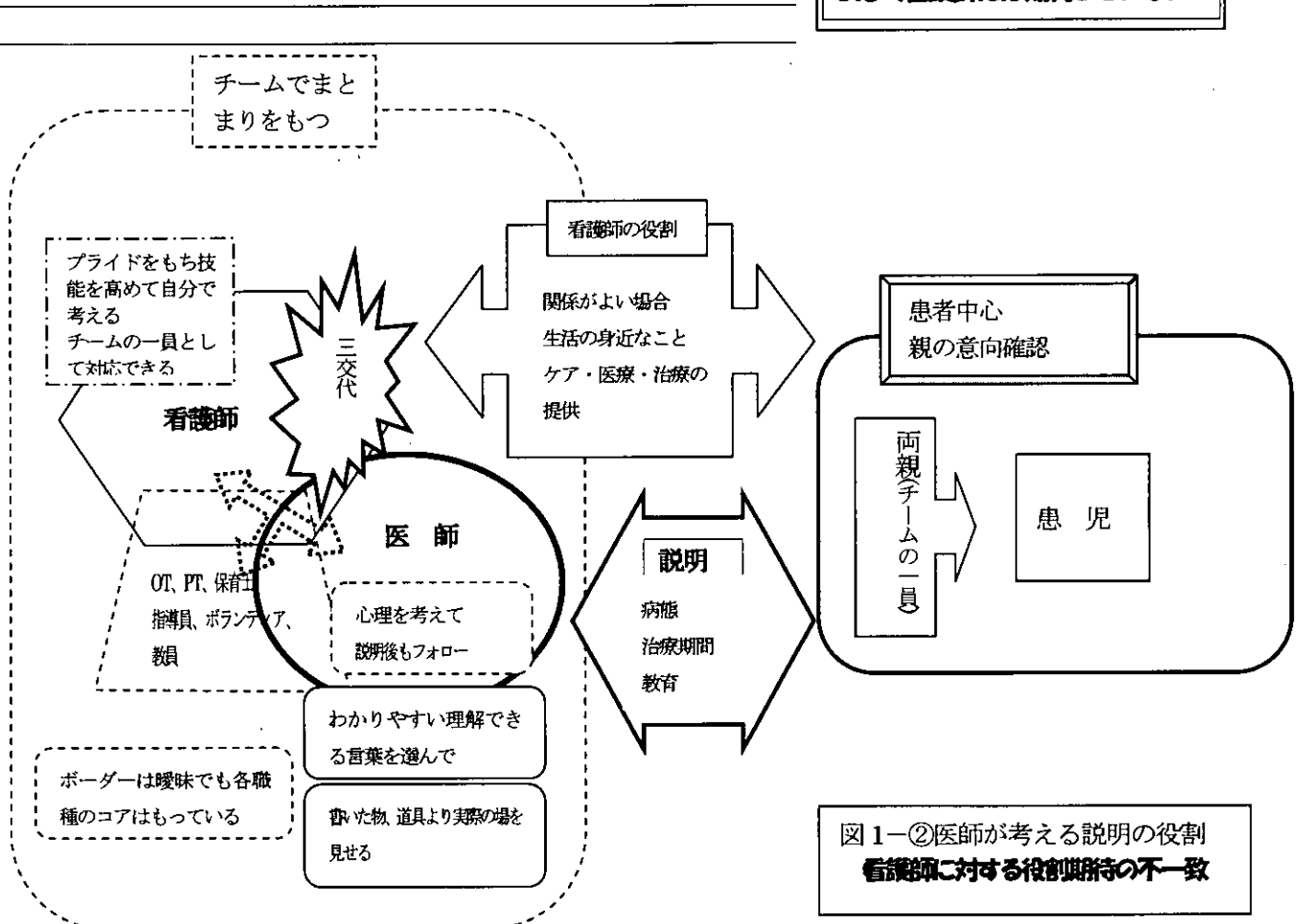
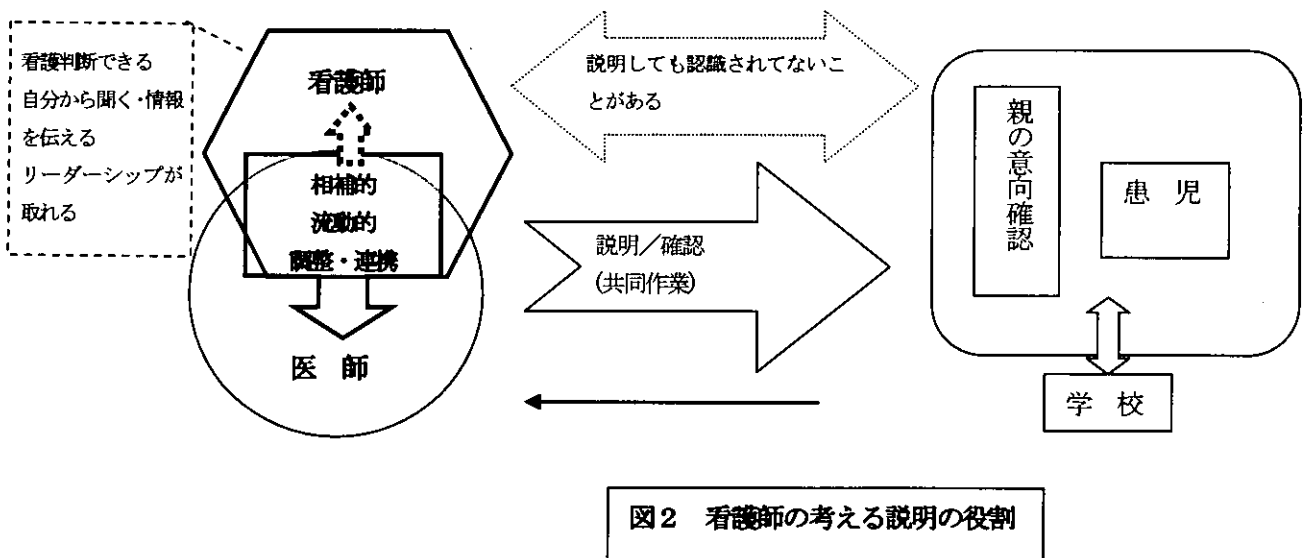
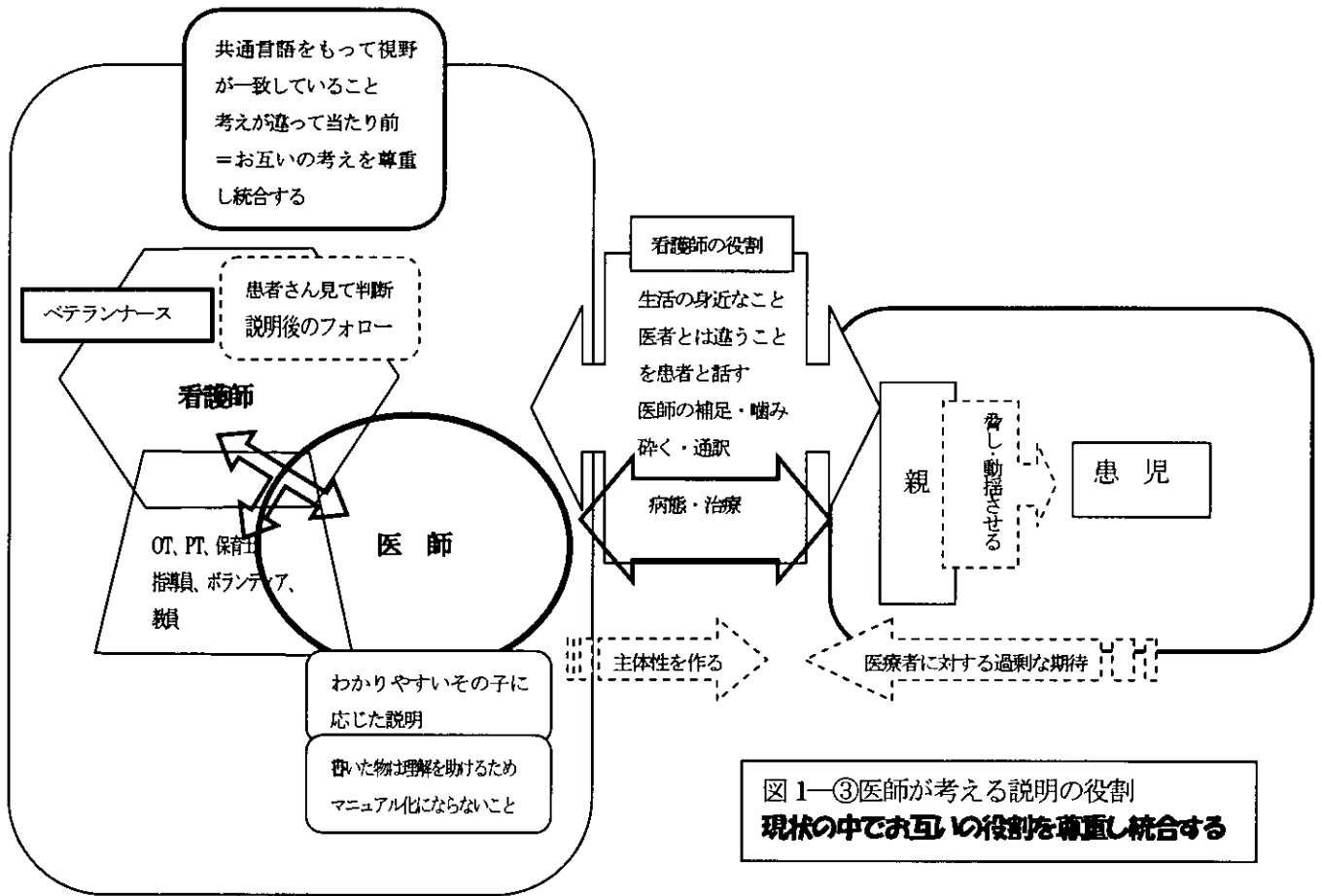


図 1-②医師が考える説明の役割
看護師に対する役割期待の不一致



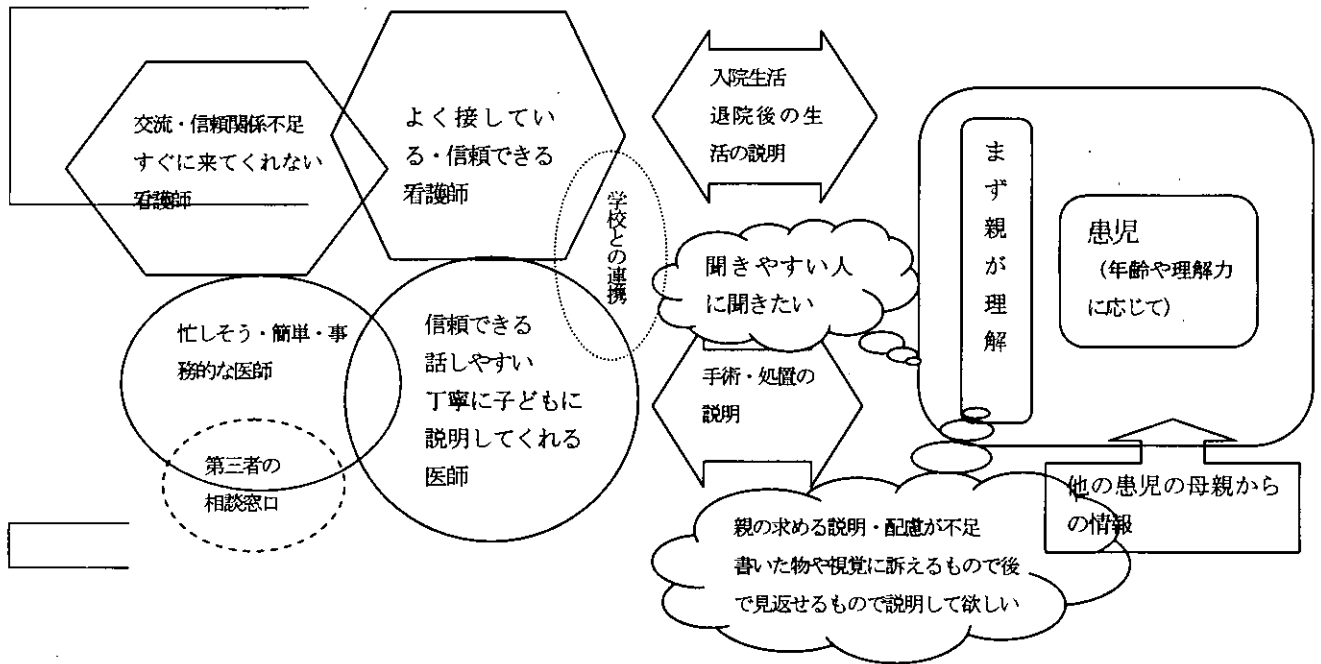


図3 親が考える説明

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	福井大学医学部看護学科教授
【研究協力者】	遠藤 俊子	山梨大学大学院医学工学総合研究部
	大石 時子	宮崎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・向上することにもなり、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することにより、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 年度は、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に関する調査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を行い、実態を明確にした。平成 15 年度は平成 14 年度の結果をもとに、助産師の働き方を提言するための検討委員会の設置と、妊娠初期から産褥1ヶ月までの健診の実施に必要な知識・技術の向上をめざした助産師外来モデル研修プログラムの開発を行い、現在助産師外来を行っていないが、今後実施を検討している施設の助産師に実施・評価した。また、平成 14 年度に対象とした既調査施設 10ヶ所のうち4ヶ所の医師に対し、助産師外来に関する意見について聞き取り調査を行った。その結果、助産師外来モデル研修プログラムの評価では、知識や技術の再確認および助産師外来を実施する上で必要と思われる、より具体的なプログラムを希望していた。また、聞き取り調査では、助産師外来が医師の負担の軽減や妊婦ケアの質の高さに影響していることが明らかになった。

I. 研究目的

1. 助産師外来モデル研修プログラムを作成し、助産師外来を行っていない施設の助産師に実施・評価する。

2. 助産師外来を設置している施設の産科医師は、助産師外来の存在をどのように評価しているかを明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査期間:平成 15 年8月～12 月
2. 調査対象:
 - 1)助産師外来を行っていない5施設の助産師(22 名)
 - 2)平成 14 年度に調査対象とした助産師外来を設置している 10 施設のうち調査協力の得られた 4 施設。対象施設の院長、または産科医長・部長の立場にある産科医師である。
3. 調査方法:
 - 1)調査対象1)に対し、属性、ICMコアコンピテンシー(妊娠期)調査、助産師外来モデル研修プログラム(助産師外来の概要・運営の実際・妊婦診察の基本・妊娠に影響を与える要因・胎児に影響を与える要因・Physical Examination・妊娠中のトラブルとリスクへの対処・USの技術と解釈・USの技術と解釈・産褥健診・乳児健診)を実施し、実施前後に評価に関する構成または半構成的質問紙による調査を行う。プログラム終了後全体討議により到達状況を評価する。
 - 2)調査対象2)に対し助産師外来の存在をどのように評価しているかについて非構成的質問紙による面接調査を行う。
4. 分析方法:単純集計および半構成・非構成的質問内容については特徴や共通性を抽出した。
5. 倫理面への配慮
研修会参加および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た上で、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。データの管理と保存は、プライバシーの保護、尊重に十分配慮した。

III. 研究結果

1. 助産師外来モデル研修プログラムの評価に関する調査

1)対象者の特徴

対象者の勤務する5施設のうち3施設は産科病棟で2施設は産科・婦人科病棟であった。年間分娩件数は、350～1450 件で、1日の外来妊婦健診者数は 20 人～130 人であった。年齢は平均 36.7 ± 7.6 歳、助産師経験年数は平均 12.2 ± 6.9 年(2年～28 年)であった。

2)ICMコアコンピテンシー(妊娠期)調査(図 1)

平成 14 年度に実施した助産師外来実施施設の助産師 87 名と平成 15 年度に実施した助産師外来モデル研修プログラム参加助産師 22 名の、ICMコアコンピテンシー(妊娠期)について検討した。「日常の助産業務で時々用いる、あるいは用いたことがある」「日常の助産業務で頻繁に用いる、あるいは用いたことがある」を合わせた割合を比較した。

日常の助産業務で実施する知識・技術については差がなかったが、全般的に助産師外来実施施設助産師の方が助産師外来未実施施設助産師(助産師外来モデル研修プログラム参加者)より割合が多かった。特に差が大きかった項目は「過期妊娠胎児の査定」「在胎週数に応じた胎児の大小(軽/重)」「臨床的骨盤計測の実施(骨盤の査定)」「胎児の成長異常」、「子宮・骨格の大きさの均衡判定を含む内診」、「女性への身体検査の実施と所見の説明」、「妊婦健診の初診及び再診時の問診」であった。両群ともに低かったのは、「骨盤位の外回転術の実施」「子宮外妊娠と多胎妊娠の診断」であった。

3)助産師外来モデル研修プログラムの評価(図 2)

事前調査において、「かなり理解している」、「非

常に理解している」を合わせた割合は、「妊娠に影響を与える要因」、「胎児に影響を与える要因」が各 7 名(31.8%)で、以下「妊婦診察の基本」「産褥健診」各 5 名(22.7%)、「助産師外来の概要・運営の実際」、「Physical Examination」各 3 名(13.6%)などであった。「まあまあ理解している」は「助産師外来の概要・運営の実際」、「妊婦診察の基本」、「妊娠に影響を与える要因」、「胎児に影響を与える要因」、「Physical Examination」、「妊娠中のトラブルとリスクへの対応」、「妊娠・産褥と薬剤」、「産褥健診」において約 60～77%であった。「全く理解していない」、「あまり理解していない」を合わせた割合が高かったのは「USの技術と解釈」17 名(77.3%)、「乳児健診」12 名(54.5%)であった。具体的内容からは、プログラム全般について一応の知識はあるものの、実践については施設のシステム上医師が実施することが多く、実践の機会が少なかった。

事後調査においては、「かなり理解している」、「非常に理解している」を合わせた割合が高かったのは、「妊婦診察の基本」17 名(77.3%)、「助産師外来の概要・運営の実際」、「physical Examination」各 16 名(72.8%)、「妊娠に影響を与える要因」、「USの技術と解釈」各 15 名(68.1%)であった。低かったのは「産褥健診」8 名(36.3%)であった。また、事後調査のみ行ったプログラム全体に対する評価は「まあまあ理解している」10 名(45.5%)、「かなり理解している」9 名(40.9%)であった。

具体的内容からは「助産師外来の概要・運営の実際」では、イメージだけだったものが具体的になり、理念を設定することや医師との連携の大切さについて理解できていた。要望としては助産師外来開設にあたって具体的な準備や困難について知りたいという意見があった。「妊婦診察の基本」では

理念を共有することの難しさや助産師が本来のケアを提供することの大切さについて理解できていた。「妊娠に影響を与える要因」、「胎児に影響を与える要因」、「妊娠中のトラブルとリスクへの対応」では知識を確認しつつも、それを実践の中でいかに生かすかが重要であることを理解していた。講義と演習を行った「Physical Examination」、「US の技術と解釈」では、過去に学習した内容であっても助産師外来に必要な技術であれば演習を希望していることや医師との連携、倫理面を含めた US の考え方をもつことの重要性について理解できていた。「妊娠・産褥と薬剤」では内容が多く、薬剤師との連携のあり方、妊産婦からの質問や使用頻度の多い薬品についてもう少し知りたいという要望があった。「産褥健診」、「乳児健診」では具体的な産褥健診の実際や評価方法、医師との連携のあり方、具体的な乳児健診の実際や母親からの質問の紹介をして欲しいなどの要望があった。

事前調査と事後調査の各項目平均の比較では、「産褥健診」を除く項目で事後調査の方に理解度が高かった。

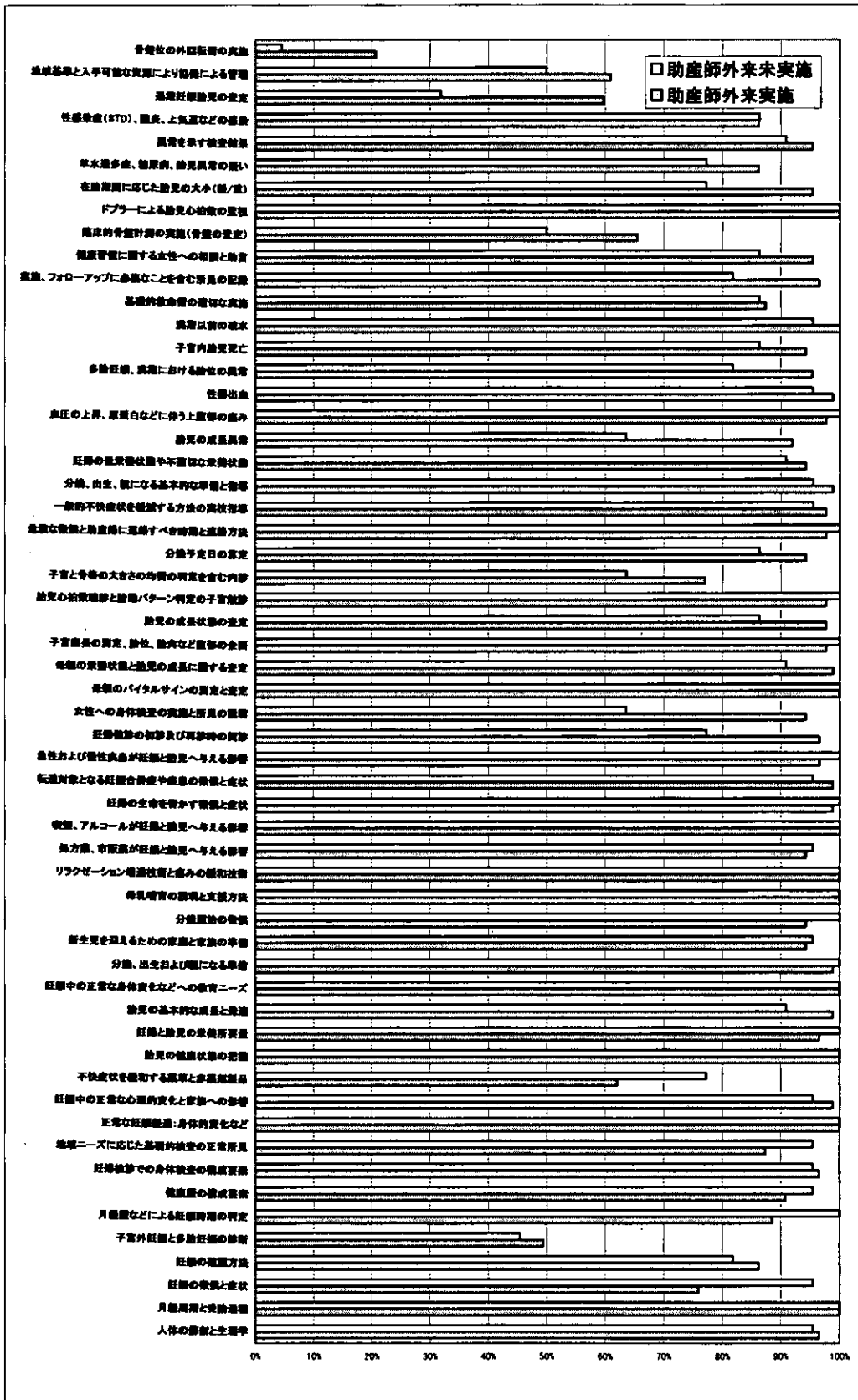
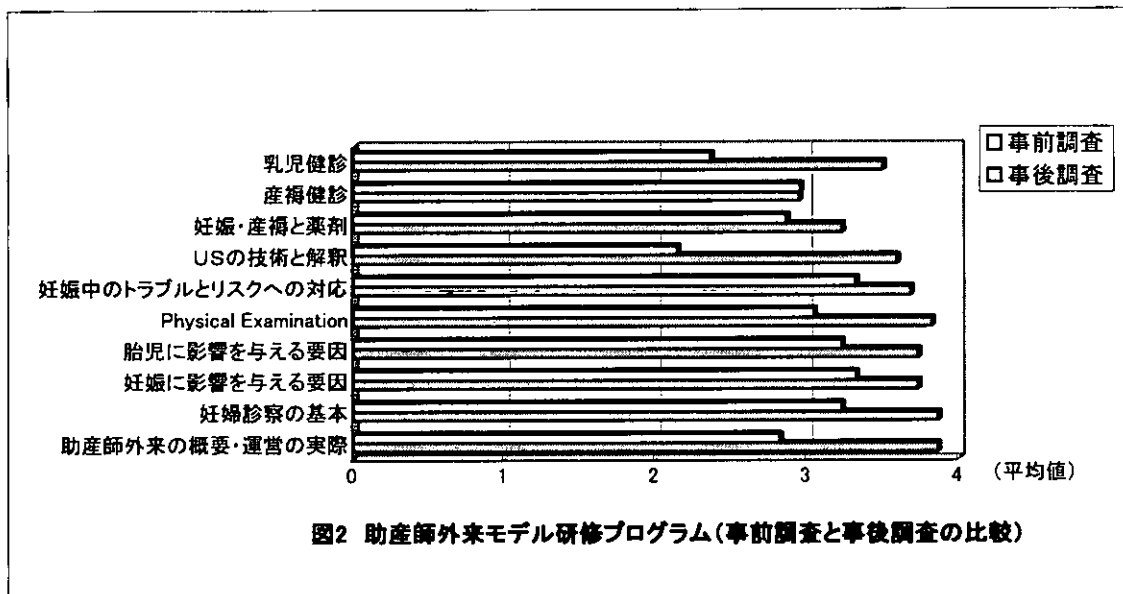


図 1 妊産期の ICN コアコンピテンシー (助産師外来実施助産師と未実施助産師の)



4) 助産師外来モデル研修プログラム研修会 全体討議内容

(1) 今回の研修のプログラムについての評価

「全体的に時間が短く、詰め込みすぎだった」
 「技術について、基本的なことはとばされていたが、本当に自分が正しいのか、もう一度確認したかった」「助産師外来を実践している方に運営の実際(利点、問題点、妊婦さんへのアピールの方法、カルテの記載方法・内容、医師との連携など)を聞きたかった」「助産師外来の実際を見学できる機会などあるとよかったと思う」「助産師外来を実践している助産師にディスカッションに加わってもらいたい」などの要望・意見があった。

(2) 助産師外来を立ち上げるにあたって、今回の研修により施設でどのような効果が期待できるか

「全体として、基本的なことは学べたが、具体的にどう動けばいいのかは、わかりにくかった」
 「漠然としていてイメージがわきにくかった」「もっと多くの助産師外来施設の例を示して欲しい」「それぞれの施設の方が助産師外来開設

にあたってどのような取り組みをしたか、というような情報がほしかった。それによって多くのパターンの中から自分達の施設に合ったことを選ぶ、また多くのパターンを知ることでイメージが具体的になると思うなどの要望・意見があった。

(3) 助産師外来開設にあたって

「助産師外来を立ち上げるためにスタッフの士気をどう高めるか、とても大切だと思ったが、そこはどうすればよいか」については「エネルギーのある人が継続ケアを行いはじめ、それをみて他のスタッフが、羨ましいと思えるような環境作りが必要」「助産師外来を行うことは助産師養成の教育プログラムにも入っていない、基本的理念や気持ちが育っていない、という現状がある。継続的に母と子にかかわっていこう、という気持ち作りが重要」「各施設でどこまでやるのか、また、各自がどこに目標を設定するのが重要。それによってやり方はいくらでもある」という意見があった。

また、「助産師外来を行うことは決まっていて、モチベーションも高いが、万一事故が起こった

ら、と考えてしまう。実際、訴訟も多く起こっており、責任を持ってケアするという 100%の自信がもてない状況にある」に対し「どう勉強しても 100%の自信はありえない。勉強しながら精一杯やるしかないと思う。失敗してもそれを勉強する機会とし、次の良いケアにつながるよう成長していけば良いのではないか」「その人のために役に立ちたい、という助産師の気持ちに妊婦が応えてくれ、助産師を育ててくれる。妊婦と助産師の相互作用が継続ケアの本質ではないだろうか。それを行うにあたって必要な技術や知識は、現在行っている業務の中でも発揮されており、積み重なってきているのではないだろうか」などの意見があった。

2. 既調査施設の医師に対する面接調査

1) A施設

(1) A施設の外来体制

外来担当医師:4~5名/日(産科のみ)

外来担当助産師:固定1名/日、予約状況により3~4名が担当する。

助産師はローリスクもハイリスクも妊婦の希望があれば担当するが、全例医師がダブルチェックする。

(2) 産科医師(産科部長)の評価

ダブルチェックを行っているため、医師の外来の多忙さは助産師外来があってもなくてもあまり変わらない。

助産師外来を希望する妊婦が急激に増えているが、助産師外来で一人の妊婦に30分かけると1日で診察できる妊婦に限られるため、現在は助産師外来で扱う妊婦数を制限している。妊婦からの評判が高いのは確かである。

ハイリスク妊婦は、むしろ助産師外来の担当助産師がいてくれたほうが医師はインフォームドコンセントを行いやすく、助産師に助けて

もらっている。

一人の妊婦に対して、医師は異常を早期発見・治療して安全性を追求し、助産師は妊婦がどのような状況にあっても快適性を提供する。この連携体制はすばらしいと思う。

2) B施設

(1) B施設の外来体制

外来担当医師:1名/日(産科のみ)

外来担当助産師:4名/日

助産師は全ての妊婦診察を担当する。

医師は初期・中期・後期の健診と助産師が必要と判断したときのみ診察する。

(2) 産科医師(院長)の評価

助産師がほとんどの妊婦健診を担当しているため、医師に時間的余裕ができ、医師はハイリスク妊婦の診察にゆっくり携わることができる。

妊婦と助産師の関係を出産まで維持、発展させることができるため、妊婦が助産師に寄せる信頼は厚く、安心してお産に臨めると評判が高い。

自然な分娩を推奨するには、助産師外来を運営することにより助産師の妊娠・分娩の管理能力を高めることができる。

3) C施設

(1) C施設の外来体制

外来担当医師:5名/日(産科・婦人科)

外来担当助産師:2名/日

助産師はローリスク妊婦のうち、助産師外来を希望する妊婦のみを担当する。

助産師外来では妊婦ひとりの診察に30分を設定するため、最高26名/日しか診察できない。

現在は助産師外来の希望者が多すぎて、人数を制限しているが、数ヵ月後には助産師外

来の人員を 1~2 名増員する予定である。

(2)産科医師(院長)の評価

助産師外来を希望する経産妊婦の 2/3 以上が前回は助産師外来を受診していたリピーターであることや、助産師外来の評判を聞いてここで出産しようと決める妊婦もいることから、助産師外来の経営的効果を認めざるを得ない。

助産師外来を始めて 5 年ほどになるが、年々、年間の出産数は増加している。

助産師が、助産師外来で担当した妊婦を分娩まで継続的に担当することにより、継続ケアの提供が可能となったことで、妊婦の満足度はかなり高い。

助産師も一貫して妊産婦のケアに携わるため、自己の責任を自覚するようになったし、産婦の望むような出産にむけて分娩技術を向上させている。

当院の助産師外来での助産師のかかわりは、決して医師には真似できないものと我が身を反省しつつ自負している。

妊娠から分娩・産褥を継続的に担当できる能力の高い助産師の確保と、助産師の勤務体制の整備が現在の必須課題と考える。

4)D施設

(1)D施設の外来体制

外来担当医師:6 名/日(産科・婦人科)、手術日は 2 名

外来担当助産師:3~4 名/日

助産師は全ての妊婦診察を担当する。

全科をあげてクリティカル・パスの徹底を推進しているため、スクリーニングで引っかかってきた妊婦に対しては合同でカンファレンスを開いて検討する。

(2)産科医師(副院長兼、産科部長)の評価

最も大きな効果は待ち時間が半分以下に短

縮されたことである。

以前にも増して、医師と助産師が相談しあう体制が整った。

妊婦からも、助産師のほうが医師に対してよりも気軽に何でも相談できるといった高い評価を得ている。

助産師外来を行うようになって、医師は助産師の能力を信じられるようになり、かつ、助産師自身も妊婦への責任から能力を向上させている。

経験の浅い助産師も助産師外来を担当するため、質を維持することが当面の課題である。

IV. 考察

1. ICMコアコンピテンシー(妊娠期)調査

助産師外来実施施設助産師においては、一般的な知識・技術に加え、胎児の成長・発達の査定に必要な知識・技術、妊婦健診時の問診・検査・内診・説明に関連した知識・技術を行っていた。逆にいえば、これらの項目が助産師外来モデル研修プログラム参加助産師には少なかったことから、プログラム内容を検討する際強化が必要なことが示唆された。

2. 助産師外来モデル研修プログラムの評価に関する調査

1)事前調査・事後調査

プログラム内容の事前調査では「まままあ理解している」項目の割合が高かったが、「USの技術と解釈」、「乳児健診」においては理解していない割合が高かった。このため、助産師外来を実施していない施設では超音波診断技術や乳児健診を実際に経験する機会が少ないことが影響していると予測される。具体的内容からは、プログラム全般について一応の知識はあるものの、実践については施設

のシステム上医師が実施することが多く、実践の機会が少ないことが考えられた。

一方、事後調査およびプログラム全体においては、「産褥健診」を除く項目で理解している割合が高く、事前調査より理解度が高まっていた。プログラムの各講義内容は理解度を高める効果があったと考える。しかし、具体的内容ではプログラム各内容に関するイメージ化はできていたが、助産師外来開設・運営に必要な具体的な知識・技術・臨床現場での応用や事例の紹介、妊産婦が助産師外来に求めるものの理解、研修時間の延長などの要望がみられた。このため、助産師外来の準備・運営に必要な知識・技術の再確認および助産師外来で必要と思われるより具体的なプログラムを必要としていた。

2) 全体討議

プログラム全体の評価については、前述したように参加者は基本的技術の復習、助産師外来運営の実際について具体的に知りたいと考えていた。時間配分についても詰め込み過ぎと言う意見から検討が必要である。また、助産師外来の実施に必要な知識・技術は、これまでの助産師業務の中で積み重ねられていることや、助産師の専門性を発揮しケアの質の向上ややりがい感につながることは理解しているが、一方で医療事故やケアに対する責任に不安を抱いていた。

以上のことから、次年度への課題としては、助産師外来に必要な基本事項は事前に理解した上で講義に臨んでもらう必要がある。また、助産師外来開設・運営、必要なさらに具体的な知識・技術を中心に修正およびプログラム内容の精選、時間の効果的な配分を行い、できるだけ助産師外来の実施に直接役立つことのできるプログラムの検討が必要である。

3. 既調査施設の医師に対する聞き取り調査

今回の聞き取り調査では、産科医師は助産師外来を以下のように評価していることが明らかになった。

外来をどのような人員配置(産科医師と助産師の人数や役割分担等)にするかによって、外来の産科医師の業務量が軽減される場合と、全く軽減されない場合とがあり、その状況は各施設によって異なっていた。

どの施設においても、妊産婦からの助産師外来の評判は良好であり、産科医師は、妊産婦と助産師の親密で継続的な関係が妊産婦の満足度を高めていることを認め、助産師の専門的な領域であると認識していた。

産科医師は、施設ごとに状況は異なっても助産師外来を設置したことによって好ましい効果を確認していた。具体的には以下の内容が述べられた。助産師外来を受診しているハイリスク妊婦に対して、産科医師がインフォームドコンセントを行いやすくなった。

助産師がローリスク妊婦を担当するため、産科医師がハイリスク妊婦にじっくりと関わる時間ができるようになった。

妊婦の外来の待ち時間が短縮された。

リピーターや年間分娩件数が増加し、経営的な効果を期待できるようになった。

産科医師と助産師との協力・連携体制が整備された。

助産師が妊産婦の正常性の維持、あるいは健康促進するための助産技術能力を向上させ、信頼できる存在となった。

以上より、産科施設において、個々の施設に合った体制で助産師外来を活用することは、産科医師や助産婦にとって有効であるばかりでなく、何にも増して妊産婦からの施設の評判を高め、施設

経営の側面からも効果が期待できる可能性が示唆された。

V. 結論

1. 助産師外来実施施設助産師においては、ICMコアコンピテンシー(妊娠期)のうち一般的な知識・技術に加え、胎児の成長・発達の査定に必要な知識・技術、妊婦健診時の問診・検査・内診・説明に関連した知識・技術を行っていた。逆にいえば、これらの項目が助産師外来モデル研修プログラム参加助産師には少なかったことから、プログラム内容を検討する際強化が必要なことが示唆された。

2. プログラムの各講義内容は理解度を高める効果があったと考える。プログラム各内容に関するイメージ化はできていたが、助産師外来開設・運営に必要な具体的な知識、技術、臨床現場での応用や事例の紹介、妊産婦が助産師外来に求めるものの理解、研修時間の延長などの要望がみられた。このため、知識や技術の再確認や助産師外来で必要と思われるより具体的なプログラムを

必要としていた。

3. 産科施設において、個々の施設に合った体制で助産師外来を活用することは、産科医師や助産師にとって有効であるばかりでなく、何にも増して妊産婦からの施設の評判を高め、施設経営の側面からも効果が期待できる可能性が示唆された。

<平成 16 年度の研究展望>

平成 15 年度に開発した助産師外来モデル研修プログラムを助産師および小児科医や産婦人科医、有識者をメンバーとした学際的広がりの中で修正・改善し、修正助産師外来モデル研修プログラム(マニュアル含む)を作成する。修正助産師外来モデル研修プログラムによる、助産師を対象とした助産師実践能力向上のための研修会を全国 3 か所で開催しその評価を行う。最終的に助産師外来モデル研修プログラムを完成させる。

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研究部栄養担当部長
	田中 寛	国立成育医療センター栄養管理部室長
	池本 真二	お茶の水女子大学生生活科学部食物科学講座助教授
	牛山 優	城西大学薬学部医療栄養学科臨床栄養学研究室助手

研究要旨

本分担研究は、栄養ケアを他職種との関わりを円滑に行いながら有効に提供できる栄養ケアシステム/協働モデルを開発・提案し、必要な人材の育成を行うことを通して、小児医療の質向上、多職種の専門性を活かしたチーム医療の推進、及び小児科医の負担軽減に貢献することを目的としている。平成 15 年度は、特に“他職種との連携”に焦点をあてて、小児医療における栄養ケア実施に係る現状と課題を、量的・質的に検討した。主な結果は以下のとおり。

1. 量的検討(1)「栄養ケア業務に関する質問紙調査」の再解析;小児医療における栄養ケアの“他職種との連携”について、平成 14 年度に実施した調査の再解析を行った。栄養士・医師・看護師の3者による連携が最も多かった項目は、「臨床検査データの入手」(モニタリング 35.7%、アセスメント 32.1%)であり、医師との連携では「ケアプランの作成・内容の検討」(19.6%)、看護師との連携では「食事調査」(モニタリング 28.6%、アセスメント 17.9%)であった。一方、「安静時エネルギー代謝」は3者が全く連携しておらず、「身体測定」も栄養士の関わりは少なく看護師のみが行っている場合が多かった。全体に連携している栄養ケア業務項目は少なく、栄養士が全く関わっていないものもあった。他職種との連携を進める上で、栄養士が担当できる業務について他職種の理解を得ることが重要である。(2)小児科医を対象としたプレ調査の実施;研究班主催のシンポジウムにおいて、管理栄養士・栄養士へのニーズに関する質問紙調査(プレ)を実施した。小児科医が、患者サービス向上のために管理栄養士・栄養士に「大いに期待する」のは、①糖尿病児の個別栄養相談(76.5%)、②腎臓疾患児の栄養アセスメント/肥満児の個別栄養相談(ともに 70.6%)、④食物アレルギー児の栄養アセスメント/離乳食指導(個別)/肥満児・糖尿病児・高脂血症児の栄養教室(集団)(いずれも 64.7%)であった。

2. 質的検討(1)小児医療における栄養ケアに関する実践事例の収集・整理;小児総合医療施設の管理栄養士(8名)へのグループインタビューにより、施設での実践/取り組み事例を収集した。その際、給食業務の外部委託に際しては患者サービスの質に影響を及ぼしかねない問題が起こる場合もあるため、慎重にすすめる必要があるとの指摘があった。また、本インタビュー参加者と情報交換及び事例検討・整理のための作業部会を組織した。(2)実践事例のまとめと活用法の検討;(1)のインタビューで聞き取りを行った実践事例の一部をまとめた(添付資料参照)。次年度は、事例集を作成し、小児の栄養ケアに携わる管理栄養士・栄養士の問題解決能力/実践力の向上のための教材化や、活用法について検討する。また、最終年度の総括として本研究実施の過程で得た小児科医、看護師、管理栄養士・栄養士の意見を