

反映した、栄養ケアシステム/協働モデル構築のためのガイドラインを作成する。

## A. 研究目的

小児医療において、特に慢性疾患等の療養支援のために、栄養ケアは不可欠である。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、小児医療における栄養ケア実施に係る現状と課題を、特に“他職種との連携”に焦点をあてて、量的・質的に検討した。主な結果は以下のとおりであった。

### 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”に焦点をあて、平成 14 年度に実施した1)「栄養ケア業務に関する質問紙調査2, 3)」(20 施設, 管理栄養士・栄養士 78 名対象)を再解析した。その結果、栄養士・医師・看護師の3者の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、栄養士・医師の連携では「ケアプランの作成・内容の検討」(19.6%)、「栄養補助食品・経腸栄養剤の計画」(16.1%)、栄養士・看護師の連携では「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者の連携が全くみられず、医師のみ(19.6%)、または看護師のみ(3.6%)で行われていると回答されており、栄養士は全く関わっていなかった。また、「身体測定」も栄養士の関わりが少なく(アセスメント・モニタリングともに 1.8%)、看護師のみが行っている場合が多かった(アセスメント

25.0%、モニタリング 30.4%)。栄養ケア業務項目全体に、他職種と連携しながら行われているものが少なく、栄養士が全く関わっていない項目もみられたことから、他職種との連携を進める上で、栄養士が担当できる業務への他職種の理解を得ることが重要であると思われた(表1-1~5)。

また、表には結果を示していないが、連携状況を施設別に検討したところ、施設間で差がみられ、常勤の管理栄養士・栄養士の人数との関連が示唆された。

(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{平成 16 年 2 月 7 日(土)、13:00~17:00、順天堂大学にて開催された平成 15 年度第3回シンポジウム「周産期医療における医事訴訟をめぐる一無過失補償:若手人材確保への道を拓くために」}において、小児科医を対象に、小児医療における管理栄養士・栄養士へのニーズに関するプレ調査を実施した(調査の枠組みは表2、主な結果は図1、図2)。

小児医療における患者サービス向上のために小児科医が管理栄養士・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%)の順に多かった。このプレ調査の結果を踏まえ、調査項目を一部修正して、次年度に本調査を実施する(看護師、管理栄養士・栄養士にも実施予定)。

表2 小児医療における管理栄養士・栄養士への  
ニーズに関する調査の枠組み

大項目	中項目
1.栄養ケア項目	a) アセスメント b) 計画 c) 栄養補給・栄養食事 管理 d) 個別栄養・食教育 e) 集団教育 f) チーム医療への参画 g) その他
2.回答者の属性	h) 回答者のプロフィール i) 所属施設の特性

表1-1 栄養ケア業務における栄養士・医師・看護師の連携状況(個人別集計結果)

項目	職種 (n)	連携なし						連携あり							
		栄養士のみ		医師のみ		看護師のみ		栄養士と医師		栄養士と看護師		医師と看護師		栄養士と医師と看護師	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
スクリーニング	1 栄養リスク者に関するデータ入手	17	30.4	1	1.8	2	3.6	1	1.8	1	1.8	8	14.3	9	16.1
		17	30.4	6	10.7	0	-	2	3.6	0	-	3	5.4	10	17.9
		17	30.4	4	7.1	0	-	2	3.6	0	-	4	7.1	7	12.5
アセスメント	4 臨床診査	9	16.1	7	12.5	9	16.1	2	3.6	1	1.8	8	14.3	3	5.4
		14	25.0	1	1.8	1	1.8	3	5.4	1	1.8	2	3.6	18	32.1
		0	-	11	19.6	2	3.6	0	-	0	-	0	-	0	-
ケアプラン	11 作成・内容の検討	14	25.0	6	10.7	0	-	11	19.6	0	-	1	1.8	7	12.5
		16	28.6	2	3.6	0	-	3	5.4	0	-	2	3.6	13	23.2
		11	19.6	0	-	2	3.6	4	7.1	3	5.4	5	8.9	2	3.6
ケアプランの実施	15 準備(資料作成)	16	28.6	0	-	0	-	0	-	2	3.6	7	12.5	7	12.5
		26	46.4	0	-	0	-	4	7.1	4	7.1	0	-	7	12.5
		38	67.9	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	5.4
モニタリング	21 臨床診査	34	60.7	0	-	0	-	0	-	1	1.8	0	-	3	5.4
		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
		2	3.6	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.8
モニタリング	22 臨床検査データの入手	28	50.0	0	-	2	3.6	0	-	2	3.6	0	-	7	12.5
		11	19.6	2	3.6	6	10.7	1	1.8	2	3.6	8	14.3	11	19.6
		14	25.0	5	8.9	0	-	2	3.6	0	-	1	1.8	20	35.7
モニタリング	23 安静時エネルギー代謝測定	1	1.8	0	-	1	1.8	0	-	0	-	5	8.9	0	-
		1	1.8	1	1.8	17	30.4	0	-	4	7.1	5	8.9	1	1.8
		25	44.6	0	-	0	-	0	-	16	28.6	0	-	1	1.8
モニタリング	25 食事調査	20	35.7	1	1.8	0	-	0	-	0	-	0	-	18	32.1
		20	35.7	0	-	0	-	2	3.6	1	1.8	2	3.6	13	23.2
		22	39.3	3	5.4	0	-	0	-	0	-	1	1.8	12	21.4
モニタリング	29 総合評価	4	7.1	9	16.1	3	5.4	1	1.8	3	5.4	6	10.7	2	3.6

表1-2 給食・栄養補給業務における栄養士・医師・看護師の連携状況(個人別集計結果)

項目	職種 (n)	連携なし				連携あり											
		栄養士のみ		医師のみ		看護師のみ		栄養士と医師		医師と看護師		栄養士と医師と看護師					
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%				
情報収集	30	29	51.8	0	-	0	-	0	-	0	-	7	12.5	0	-	12	21.4
31	56	23	41.1	0	-	0	-	0	-	7	12.5	3	5.4	0	-	13	23.2
32	56	48	85.7	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
33	56	46	82.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
34	56	24	42.9	7	12.5	0	-	0	-	9	16.1	1	1.8	2	3.6	1	1.8
35	56	49	87.5	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
36	56	46	82.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
37	56	46	82.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
38	56	45	80.4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
39	56	43	76.8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.8
40	56	41	73.2	0	-	0	-	0	-	0	-	5	8.9	0	-	0	-
41	56	47	83.9	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
42	56	36	64.3	0	-	0	-	0	-	0	-	6	10.7	0	-	0	-
43	56	38	67.9	1	1.8	1	1.8	0	-	0	-	4	7.1	0	-	0	-
44	56	32	57.1	0	-	0	-	0	-	0	-	8	14.3	5	8.9	0	-
45	56	43	76.8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	5.4	0	-
46	56	28	50.0	3	5.4	1	1.8	0	-	6	10.7	0	-	2	3.6	2	3.6

表1-3 材料・衛生業務における栄養士・医師・看護師の連携状況(個人別集計結果)

項目	職種 (n)	連携なし				連携あり											
		栄養士のみ		医師のみ		看護師のみ		栄養士と医師		医師と看護師		栄養士と医師と看護師					
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%				
47	56	34	60.7	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
48	56	25	44.6	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
49	56	32	57.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
50	56	35	62.5	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
51	56	32	57.1	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.8	0	-	0	-
52	56	42	75.0	0	-	0	-	0	-	1	1.8	0	-	0	-	0	-
53	56	43	76.8	0	-	0	-	0	-	2	3.6	0	-	0	-	0	-
54	56	43	76.8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	3.6
55	56	40	71.4	0	-	0	-	0	-	0	-	3	5.4	0	-	0	-
56	56	43	76.8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

表1-4 人事・財務業務における栄養士・医師・看護師の連携状況(個人別集計結果)

項目	職種 (n)	連携なし				連携あり									
		栄養士のみ		医師のみ		看護師のみ		栄養士と医師		栄養士と看護師		栄養士と医師と看護師			
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
57	人事管理	41	73.2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
58	人事管理	46	82.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
59	人事管理	34	60.7	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
60	人事管理	26	46.4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
61	人事管理	30	53.6	0	-	0	-	0	-	3	5.4	0	-	4	7.1
62	人事管理	37	66.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
63	人事管理	38	67.9	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
64	人事管理	37	66.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
65	財務管理	36	64.3	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
66	財務管理	33	58.9	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
67	財務管理	35	62.5	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
68	財務管理	34	60.7	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
69	財務管理	37	66.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
70	財務管理	34	60.7	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

表1-5 運営業務、一般への教育・研究における栄養士・医師・看護師の連携状況(個人別集計結果)

項目	職種 (n)	連携なし				連携あり									
		栄養士のみ		医師のみ		看護師のみ		栄養士と医師		栄養士と看護師		栄養士と医師と看護師			
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
71	運営業務	31	55.4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	8	14.3
72	運営業務	31	55.4	0	-	0	-	0	-	1	1.8	1	1.8	10	17.9
73	運営業務	35	62.5	0	-	0	-	0	-	1	1.8	0	-	3	5.4
74	運営業務	40	71.4	0	-	0	-	0	-	0	-	2	3.6	2	3.6
75	運営業務	40	71.4	0	-	0	-	0	-	0	-	2	3.6	1	1.8
76	運営業務	37	66.1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.8
77	教育・研究	16	28.6	3	5.4	0	-	0	-	1	1.8	1	1.8	5	8.9
78	教育・研究	24	42.9	0	-	1	1.8	0	-	0	-	1	1.8	9	16.1

図1. 小児医療における管理栄養士・栄養士へのニーズに関する調査（小児科医師用）

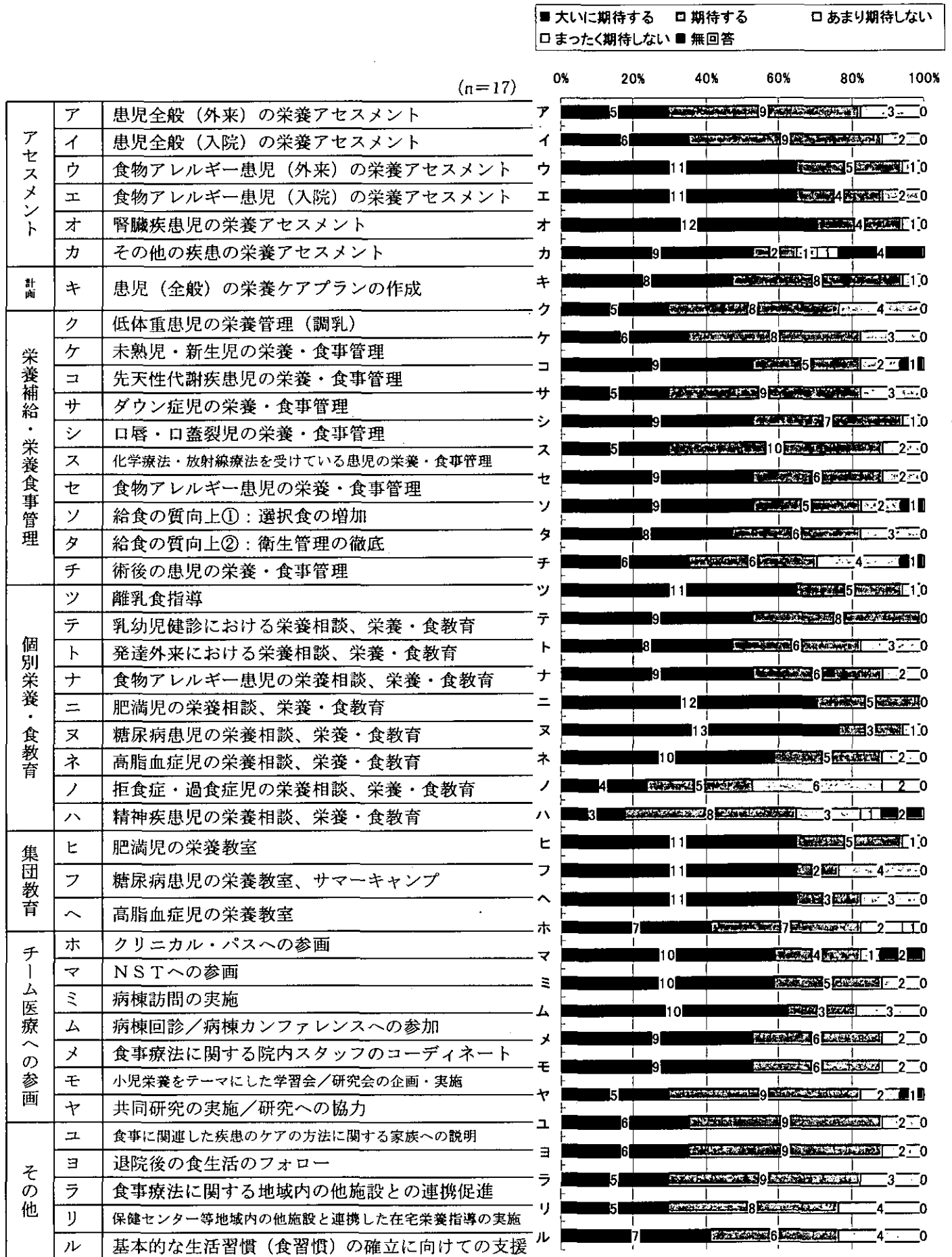


図2 医師のニーズ(その他)

- ・ 乳児検診、新生児フォローアップ外来における栄養相談、栄養指導。(43歳・男性、経験年数19年、新生児)
- ・ 特殊栄養を必要とする児に対する指導、またこれらの児のケアに関わるDrへの教育。Roundへの参加ができれば大変助かります(Drサイドも患者サイドも)。(40歳・男性、経験年数16年、循環器/新生児)
- ・ 地域の保健センター、保健所所属の管理栄養士の増員、質の向上が望まれる。地域の開業医、小病院受診の患者の栄養指導を受けていただける体制を作りたい。(66歳・男性、経験年数35年、血液/小児保健/小児生活習慣病)
- ・ 特にミ(病棟訪問の実施)、ム(病棟回診/病棟カンファレンスへの参加)、ツ(離乳食指導)に期待します。病院をひとつの育児学校ととらえ(外来は時間的に難しいと思われませんが)、親が入院を機に日ごろの食事に対する不安や疑問を解決できるようであれば、親にとって小児科病院への期待も高まるかと思えます。また、現在の医学教育で栄養に関するものが少なく、小児科の現場で母親に説明するときの力不足を感じます。(30歳・男性、経験年数6年、新生児/一般小児科)
- ・ 産科施設における栄養・調乳指導は乳業メーカー派遣の栄養士が行ってはいけないと規定されている(WHOコード)にもかかわらず、わが国では守られておりません。以上の設問も結構ですが、この点についても栄養士団体がどのようにかわって対策を立てていく気があるのかお考えください。
- ・ 拒食症の場合は栄養指導では解決できない問題のように思います。(54歳・男性、経験年数29年、血液/小児がん)

## 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;

平成15年11月21日、成育医療センターにおいて、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(ワーキンググループ会議)を実施した。これにより、それぞれの施設で小児の栄養ケアの向上のために、他職種と連携しながら様々なシステムの構築のために精力的に取り組んでいることがわかった(図3)。しかし、施設によって優先課題や、課題を解決するために活用できるリソース、実際の取り組みの内容は異なっており、「小児栄養ケアシステム/協働モデル」といっても、一つのシステムなりモデルなりを、どの施設でも共通して用いることは不可能であることが示唆された。

また、この時に昨年の調査結果についてもコメントを求めたところ、「給食業務の外部委託」については、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。このワーキンググループ会議参加メンバーと研究班メンバーとで、ワーキンググループ(作業部会)を組織して、情報交換及び事例検討・整理を行っていくこととした。

### (2) 実践事例のまとめと活用法の検討

(1)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1)。

次年度は、他の作業部会メンバーの実践事例を含めた事例集を作成し、小児の栄養ケアに係る管理栄養士・栄養士の問題解決能力や実践力の向上のための研修で活用できるよう教材化すると同時に、研修法についても併せて検討する。

図3 小児総合医療施設における  
栄養部門の多様な取り組みの例

- 例1) A 県立子ども医療センター；  
・子どもの免疫力を高める食事療法の確立に  
向けて—非薬物依存への挑戦
- 例2) B 県立子ども病院；  
・複数の診療部門と連携した NST 構築に向け  
ての取り組み
- 例3) C 県立小児病院；  
・リスクマネジメント（在院期間の短いアレ  
ルギー・喘息等患児への対応）における連携
- 例4) D 県立子ども病院；  
・地域との連携強化のためのシステムづくり
- 例5) E 県立 I 小児病院；  
・精神疾患患児の身体的な健康確保のための  
栄養ケアシステムづくり—栄養部門と他部門  
との協働体制の確立に向けての取り組み
- 例6) F 県立小児病院；  
・患者（給食）サービスの向上を通しての病  
院の経営改善への貢献
- 例7) G 県立子ども病院；  
・経営改善とサービスの質向上との狭間で—  
給食業務の外部委託をめぐる課題
- 例8) H 県 J 総合医療センター；  
・患児の親の育児不安の緩和に向けた自助グ  
ループづくり支援の取り組み

### 3. その他の活動

小児の栄養アセスメントに関する米国栄養士会資料の日本語版を作成し、本研究に協力して下さっている小児総合医療施設の管理栄養士の方々に供した。

#### 次年度の予定

次年度は最終年度でもあり、今年度行ってきた検討を(量的検討においては範囲を広げて)引き続き行うと同時に、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・栄養士の意見を反映した栄養ケアシステム/協働モデル構築のためのガイドラインを作成する。

#### 謝辞

本分担研究の活動にご協力くださいました、日本小児総合医療施設協議会施設の関係者の皆様（東京都立八王子小児病院栄養科栄養主任技術員赤石明子氏、長野県立こども病院栄養科長小林悠子氏、千葉県立こども病院医療局診療部栄養科副主幹高澤博道氏、神奈川県立子ども医療センター総務局栄養課長土田四郎氏、東京都立清瀬小児病院栄養科長府川則子氏、大阪市立総合医療センター栄養部保健副主幹藤原紀代子氏、東京都立梅が丘病院栄養科長本荘谷利子氏、静岡県立こども病院栄養指導室長本橋成子氏）には、業務ご繁忙の中大変お世話になりました。心からお礼申し上げます。また、ニーズ調査にご協力くださいました小児科医の皆様に、深く感謝いたします。

#### 参考・引用文献

- 1) 西田美佐(分担研究者), 堤ちはる, 田中寛. 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, 小児科参加若手医師の確保・育成に関する研究(主任研究者; 鴨下重彦), 平成 14 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合事業)報告書, 182-198, H15, 3
- 2) 杉山みち子, 天野由紀, 星野和子, 足立香代子, 鶴見克則, 阿部喜代子, 遠藤照子, 中村丁次, 小山秀夫. 病棟における栄養ケア・マネジメント業務に関する研究 1-栄養ケア・マネジメント業務調査の開発, 日本健康・栄養システム学会誌, 3(1), 2003
- 3) 杉山みち子, 天野由紀, 高田和美, 五味郁子, 星野和子, 足立香代子, 小山秀夫. 病棟におけ



る栄養ケア・マネジメント業務に関する研究 2-栄  
養ケア・マネジメント業務調査による病棟管理栄

養士配置などの検討-, 日本健康・栄養士システ  
ム学会誌, 3(1), 2003

## 事例紹介:長野県立こども病院栄養科における他職種、 ならびに地域との連携のとり方

第 1 回ワーキンググループ会議(2003 年 11 月 21 日)における  
長野県立こども病院栄養科科長 小林悠子様 の発表内容のまとめ

### 1. 長野県立こども病院における栄養ケアの取り組み

患児にとっての最終目標は健康を取り戻すことである。しかしながら、全ての患児が健康を取り戻せるとは限らない。その場合は、QOL を現状より少しでも高めることが目標となる。近年栄養科で相談を受ける患児は、症状が重症化していたり、複数の診療科を受診していたりすることも多く、患児のケアを栄養科だけで考えるのでは QOL の改善は困難である。患児の QOL を効果的に改善するためには、患児とその家族に対して、身体的な面だけでなく、精神的、経済的な面も含めた総合的なケアが必要である。中でも、毎日の栄養摂取の問題は、精神、運動、発達、発育に極めて重要な役割を果たしていると思われる。そこで病院内において、他領域のスタッフと連携を取りながら、ケアプランを作成、実施する必要がある。また、それらを評価することも大切である。さらに、そのケアは入院中だけにとどまらず、退院後患児が地域に帰った後までも視野に入れた長期的なものでなくてはならない。すなわち、病院内のスタッフに加え、地域の各医療機関・保健所・市町村・児童相談所・訪問看護ステーションなどとも、連携・連絡をとる必要がある。

このような状況を踏まえ、当病院における栄養障害児のケアの事例を、“他職種の専門家との連携”、ならびに“地域との連携”の視点から紹介する。

### 2. 栄養障害児への対応(事例)

症例:3 歳 4 か月、女兒、心臓手術後、免疫不全。

離乳食が食べられず下痢が続いていた。

経口摂取可能なミルクは、エレメンタルフォーミュラのみで、その他のミルクでは腸炎の再発と下痢の悪化を起こしていた。

栄養ケア目標→身体が発育のために必要な栄養量を基本に離乳食、食事の摂取を可能にする。

上記患児に対して、入院中だけでなく、退院後、地域における支援のもとに在宅ケアへ移行することをも視野に入れた長期的、かつ生活全般についてのケアプラン作成の必要性があった。そこで、他職種の専門家及び地域の関連機関と合同のケアカンファレンスを開催した。カンファレンスの参加者の所属、職種は以下のとおりである(各職種 1 名ずつ)。

<p>&lt; 病院内 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 新生児科(医師)</li><li>・ 小児内科(医師)</li><li>・ 循環器科(医師)</li><li>・ 神経科(医師)</li><li>・ 病棟(看護師長、看護師)</li><li>・ 外来(看護師)</li><li>・ 理学療法科(理学療法士)</li><li>・ 栄養科(栄養科長、管理栄養士)</li><li>・ 総合母子保健科(保健師、看護師)</li></ul>	<p>&lt; 地域 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 松本市保健センター (保健師、栄養士)</li></ul>
--	---

### 3. 他職種、ならびに地域との連絡調整について

他職種の専門家とのカンファレンスを開く場合には、診療科の枠を超えること、医療のみならず保健、福祉などの広い領域にまで周知させること、スタッフ間の時間調整が困難なことなど、通常、カンファレンスの開催までに多くの問題が多い。それらの調整や解決に時間がかかり、カンファレンスの開催が適切な時期に行われずに、患児、ならびにその家族へのケアのタイミングを逃すこともある。また、カンファレンスの開催にすら、至らないこともある。

このような状況の中で大きな役割を果たしたのが、約 3 年前に院内に設置された「総合母子保健科」である。本事例においても、この「総合母子保健科」が連絡調整役を務め、病院内の複数の領域のスタッフ、ならびに市町村保健センターの保健師、栄養士への連絡調整を担当した。

### 4. 「総合母子保健科」について

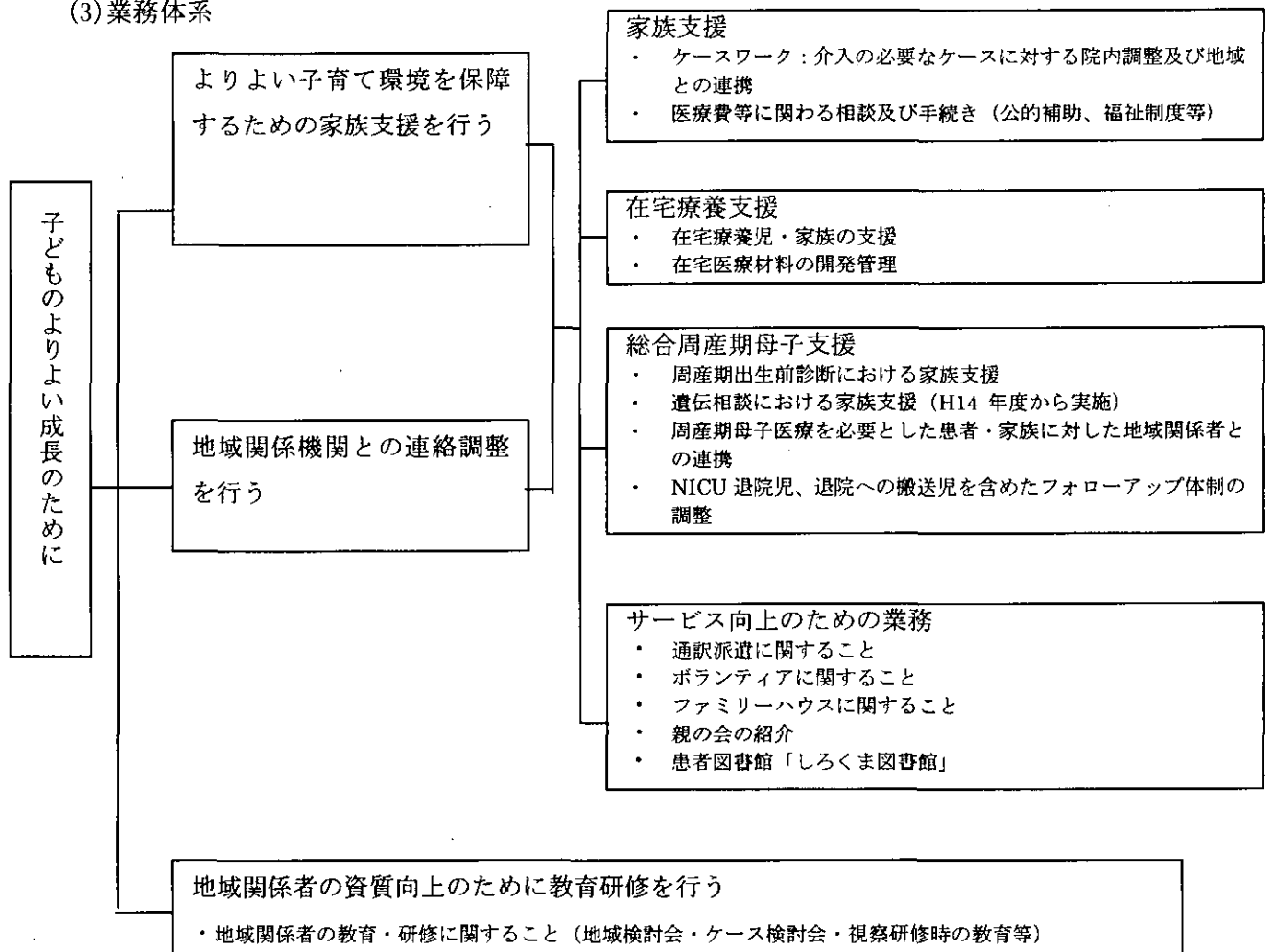
#### (1) 「総合母子保健科」の目的

患者とその家族ができる限り心身ともに健康な状態で療養ができるように、診療科の枠を超え、医療・保健・福祉を統合して援助することを目的として作られたものである。また、病院内だけでなく、長野県全域にわたる各医療機関・保健所・市町村・児童相談所・訪問看護ステーションなどとの連携・連絡をより円滑に行うことを目指して活動をしている。

#### (2) 「総合母子保健科」のスタッフ

総合母子保健科のスタッフは、総合母子保健科科長、保健師、メディカルソーシャルワーカー(MSW)、看護師、事務員各 1 名、計 5 名である。

(3)業務体系



・家族からの主な相談や介入の項目

① 家族の心的支援	⑥ 在宅医療・訪問看護・介護機器に関する相談・調整
② 医療費に関する相談	⑦ 継続看護に関する相談・調整
③ 福祉制度に関する相談	⑧ 育児・健康に関する相談
④ 療養に関する相談	⑨ その他
⑤ 就園・就学に関する相談	

4. まとめ

日常生活における食事の問題は、時に軽視されることもあるが、食事は人が生きていくための基本的な行為であり、この意味で、栄養科の果たす役割は非常に重要である。しかしながら、現在の患者ケアに対する病院のシステムの中では、栄養科が有効に活用されるシステムとはなっておらず、各診療科やその他の関係機関との調整が困難な場合も多い。

この病院の「総合母子保健科」のような独立した調整役をする部門があると、他職種との連携、ならびに退

院後、患児の暮らす地域との連携もとりやすい。しかし、このような独立した科がない場合に、これらの連携を諦めてしまうのではなく、現在の自分たちの環境でできることを、常に前向きに考える習慣をつける必要がある。また、どこを調整したら、あるいはどのように連携を組んだらよいか、と、チーム医療の中で自分たちの働きを捉えることも重要である。さらに、病院内に栄養科のよき理解者を得て、支援してもらうことも大切である。

医療に携わるすべての関係者が、「患児の QOL の向上」という共通の目標に向かって、病院内の他職種ならびに地域の関連施設との連携をとりながら、総合的な視野に立ち、個々の専門性を活かしたケアを行っていくことが、今後ますます望まれるであろう。

## 母親のメンタルヘルスに関わる危険因子と補償因子(1)

～妊娠後期から出産後1(3)ヶ月後までの調査～

【分担研究者】 田中 康雄 国立精神・神経センター精神保健研究所児童期精神保健研究室長

### ■研究要旨

不適切な養育と発達障害に関連した自験例を対象に, Jay Belsky の Parenting Process Model を援用しながら危険因子と補償因子について検討した. この Parenting Process Model は, 子どもに対する不適切な養育を予防する視点を提供してくれるもので, Parenting の形成過程に心理・社会的要因(夫婦関係・家庭状況, 仕事・経済的状況, ソーシャルネットワークなど)の関与を示唆したものである. 自験例からは, Parenting を左右する因子は, 母親のメンタルヘルスと子どもにある行動・気質および発達状況だけでなく, 夫婦・家族状況, 仕事・経済状況および, 広い Social・Network が関与している.

より早期の Parenting の状態を検討するため, 今回, 周産期から出産後の母親のメンタルヘルスを研究対象にし, そこに関わると思われるさまざまな因子を, 本人, 家族, 友人・周辺, 医療環境から抽出し, エコロジカル的視点で調査する.

今年度は, 母親のメンタルヘルスを検討するためのスケールと, Belsky の Parenting Process Model に示される諸因子についての自己記入式の質問票を新規作成した.

これに, すでに作成されている養育のストレス尺度, PSI(Parenting Stress Index) 日本版を購入し日本語訳の改変を行ったものを, 自己記入式の養育のストレスを計る評価表として使用する.

15年度に行った予備的研究と上記のスケールの開発を下敷きにして, 16年度は, データを3(4)回収集する予定である.

### A. 研究目的

初年度は, 小児医療チームが, 児童虐待と発達障害に関して地域の核となる児童相談所と精神保健センターと, どのような連携状況にあるかの現状を調査し, 地域支援チームにおける役割を検討し, 小児医療チームを中心においた地域モデルのありかたについて検討した. その結果は, 小児医療チームと児童相談所や精神保健センターが虐待事例や発達障害事例において協働することは, 数的に決して多くなかった.

しかし, 虐待や発達障害事例において, 今後早期発見および早期予防という視点がより求められ

る分野であることには変わりはなく, ここに医療が介入するとすれば, 産科・小児科医を置いて他にない. 加えて子どもにある課題に対する早期対応は, 養育者への早期支援にも繋がるため, ひじょうに重要な分野であろうと考える.

他職種と協働して産科・小児科医の関わりの深い周産期から出産後の母親のメンタルヘルスについて検討したい.

2年計画として, まず今年度は, 不適切な養育と発達障害に関連した自験例を取り上げ, メンタルヘルスに関する諸因子の抽出を試みた.

## B. 研究方法と対象

不適切な養育と発達障害が関連した自験例を対象に、Jay Belsky の Parenting Process Model を援用しながら危険因子と補償因子について検討した。

図1は、Jay Belsky の Parenting model である。この Parenting Process Model は、子どもに対する不適切な養育を予防する視点を提供してくれるもので、Parenting の形成過程に心理・社会的要因(夫婦関係・家庭状況、仕事・経済的状況、ソーシャルネットワークなど)の関与を示唆したものである。

## C. 症例

### 1) A 君:7歳, 男子, 小学1年生

児童相談所から「学習、行動上の心配」を相談するよう指導された親と一緒に受診した小学校1年生のA君は、実は児童相談所が身体・心理的虐待を疑っていた。当然、虐待ということを出しては病院を訪れるはずがないので、児童相談所としても苦肉の策で、われわれの児童精神科外来を上記の理由で紹介した。

初診時は、小柄でおどおどしているA君とそばできつい表情で「困った子どもである」と訴えるお母さんという場面であった。

当時のお母さんの相談は、以前熱性けいれんを起こしているが、今後てんかんになる心配はないか、睡眠時間が極端に短いが大丈夫か、寝る前、起きる前に何度も頭を布団に打ち付けるが大丈夫か、どうしていつも毛布のはじっこをかじって寝るのか、爪噛みが止まらないひとときもじっとしていない、妹のクラスでも関係なく入っていつてしまう気持ちの切り替えが出来ない、偏食である、ときどき場に無関係にへらへらしている、などと多くの事柄を心配していた。子どもに対して不適切な関わりをしているというお母さんにしては、細かい点にまで子どものことで心

を砕いているかただなと思われた。

A君の行動を見ていくと、最初はおどおどしていたが、少し慣れると、ちょろちょろと落ちつきなく動き回り、すぐにはしゃぎすぎるということがわかった。そのせいか、登下校時、不注意からの怪我も少なくなかった。またA君の顔には、細かい傷跡が新旧織り交ぜて残っており、児童相談所からの報告とあわせて、やはり虐待行為の存在も否定できなかった。

行動診断的には、A君は「いわゆる注意欠陥多動性障害」に該当すると思われ、心理検査や身体的検査のあと、薬物療法と学校環境の調整を試みた。

薬物療法は奏功したが、母からの暴力は止まらず、時には暴力を押さえる代わりに痛烈な言葉による心理的虐待が続いた。これは、A君にある「育てにくさ」から来るものと指摘し、「互いの相性の問題」、「すこし冷却期間を持つべき」と短期間の入院を勧めたところ、小学2年生の進級前の春休みに短期間の入院を親子ともに承知した。

入院後は、A君に対する薬物効果の大きさが確認できた。さらに、入院3日後に面会に来た母親が、「入院させて良かった、今日彼を見たとき、はじめて『かわいい、いとoshii』と感ずることが出来ました」と話をはじめ、「実は、どうしてもA君をかわいく思えない、気持ち悪く感じてしまう。時には顔を見るのもいやなときがある」とこれまでの関係を告白した。

退院後に、母親は入院中の行動評価を学校関係者に届け、次回の親の懇談会でわが子にある発達障害について説明して、他の親の理解と協力を訴えた。

母親は、これまで地域社会から、離婚歴のある自分に対して、子育て能力がないように思われていたように感じていたこと、影で母親批判され

ているようで悲しく、悔しかったことを告白した。  
その後、学校および周囲の関係者や地域の親  
たちは、A 君についてこれまでいじょうに暖かく  
見守るようになり、親子ともにお互いにおちつい  
て生活している。

症例1は、子どもの行動特性によって、母親が  
社会環境から悪く評価され、別れた実父との関  
係もあつてか、現在の夫婦関係・家族状況には  
遠慮があり、うまく Parenting が成立できなかつ  
たと思われる。診断により子どもの発達状況が  
明確になることで親の自責感情が弱まり、入院  
がそれを強化し、親の休息を取ることもつな  
がった。退院後、他の親に相談できたことで、  
Social・Network が強化されたものと理解できる。

2) B 君:7歳, 男子, 小学1年生

近所から「ベランダに裸で出されていた」という  
通報が児童相談所に入り、5歳のときわれわれ  
の児童精神科の外来を受診していたことから再  
度受診の指示があつて、母子で受診された例  
である。家族歴では、B 君が3歳の時に両親が  
離婚しており、現在母子家庭である。

胎生期に特変なく、3000グラム、普通分娩で  
生まれた。発達状況は、初語が1歳4ヶ月、独  
歩は11ヶ月で以後多動傾向を示していた。そ  
のため5歳のとき、数回われわれの児童精神科  
の外来に相談に来ていた。

保育園時代であるが、自由保育で定評のある  
保育園が選択された。多動傾向は著しいが、周  
囲では特に問題視されずに経過し、数回の外  
来相談で終了した。

小学校進級後に、虐待の疑いで児童相談所に  
通報され、児童相談所の介入して、2年ぶりに  
受診したが、この間には、B 君の小学校入学前  
に、再婚話が持ち上がり、祖母との生活から母  
子二人の生活へと変化が見られ、時折訪れる  
男性に、A 君は「しつけ」ということでA 叩かれた

り、しかられることが増えたという。

結局、母親は再婚を諦め、再び祖母との生活  
に戻る。その後、B 君がベランダに出されると  
いう報告はない。

しばらくして、母親から聞かされた話では、再婚  
話が近所の人々の耳に入ってから、何人かには  
冷ややかな接しられかたをされていたという。再  
婚はできなかったが結果的にはほっとしたとも  
いう。

症例2は、新たな男性の登場から祖母と別居す  
ることになり、経済状況が落ち込み、祖母からの  
支援も少なくなる。男性の登場は、近所からあ  
まりよく思われず、男性も B 君に厳しく関わろう  
とすることで、家庭状況に波風が立った。こうし  
た状況が子どもの行動と親の対応に一時的に  
不適切な変化を生んだと思われる。

#### D. 結果と次年度の研究デザイン

自験例に見られるように、Parenting を左右する  
因子は、母親のメンタルヘルスと子どもにある行  
動・気質および発達状況だけでなく、夫婦・家  
族状況、仕事・経済状況、および広く Social・  
Network が関与していることを明確にしているよ  
うである。

すでに、虐待モデルについては、Cicchetti らの、  
Bronfenbrenner による Ecology Model を援用した  
Maltreatment Model がある。本研究で採用した  
Belsky の Parenting Process Model はなかでもも  
っともシンプルなものである。この Parenting  
Process Model は、子どもに対する不適切な養育  
を予防する視点を提供してくれるもので、  
Parenting の形成過程に心理・社会的要因(夫婦  
関係・家庭状況、仕事・経済的状況、ソーシャル  
ネットワークなど)の関与を示唆したものであるが、  
これらは、実証的あるいはケース検討から得られ  
るものであり、多因子の複雑な状況を検討するこ



とはできない。

より早期の Parenting の状態を検討するため、今回、周産期から出産後の母親のメンタルヘルスを研究対象にしたい。そのメンタルヘルスに関わると思われるさまざまな因子を、本人、家族、友人・周辺、医療環境から抽出し、エコロジカル的視点で調査する。

さらに、母親のメンタルヘルスを検討するためのスケールを、既出の「うつ病マタニティーブルーズの自己質問票、エジンバラ産後うつ病質問票、CESD うつ病スケール、Pearlin Mastery Scal, など」を参考し、本研究用に新たに作成した。

さらに、Belsky の Parenting Process Model に示される諸因子についての自己記入式の質問票も新規作成した。

これに、すでに作成されている養育のストレス尺度、PSI(Parenting Stress Index) 日本版(101項目のロング版を使用)を購入し日本語訳の改変を行ったものを、自己記入式の養育のストレスを計る評価表として使用する。

15年度に行った予備的研究と上記のスケールの開発を下敷きにして、16年度は、データを3(4)回収集する予定である。すわなち、妊娠後期(妊娠28週目以降)、出産後1週間以内、出産後1ヶ

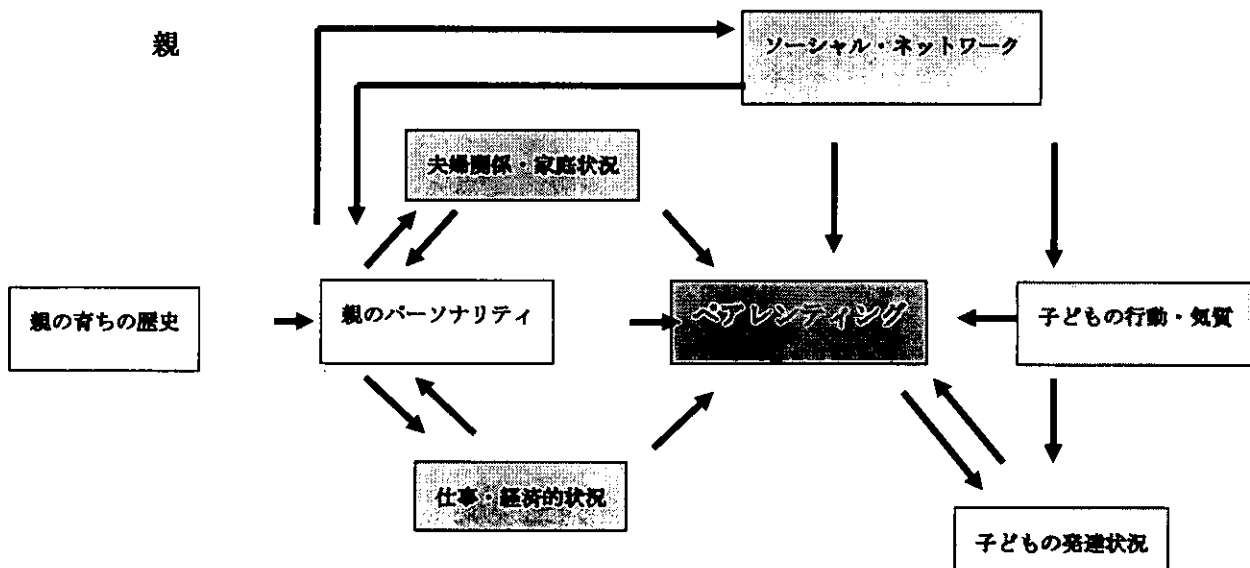
月、および可能であれば出産後3ヶ月である。

これにより、本人、家族環境、友人・周辺環境、医療環境にある因子が、妊娠後期から出産後1(3)か月までの母親のメンタルヘルスにどのような関係性をもつか?について検討し、そのなかで、産科・小児科領域が関与できる状況について、提言していきたい。

参考文献

- 1) Jay Belsky : The Determinants of Parenting : A Process Model. Child Development, 1984. 55, 83-96.
- 2) Dante Cicchetti, Sheree L. Toth, and Angeline Maughan : a ecological-Transaccional Model of Child maltreatment. (In) Handbook of Developmental Psychopathology, 2ed Ed. 689-722.
- 3) 吉田敬子: 母子と家族への援助, 金剛出版, 東京, 2000.

図1 Belsky の Parenting Process Model



## 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 NICU 退院児の在宅医療・育児を支えるための地域システムに関する研究

—NICU・訪問看護ステーション・小児科医院との連携・協働モデルの評価—

【分担研究者】	横尾 京子	広島大学医学部保健学科教授
【研究協力者】	桑原 正彦	広島県小児科医会長
	田辺 操子	広島県看護協会訪問看護事業局局長
	中込さと子	広島大学医学部保健学科助教授
	名越 静香	広島県看護協会訪問看護事業局部長
	新田 康郎	広島県医師会常任理事
	野尻 昭代	広島県看護協会会長
	福原 里恵	県立広島病院新生児科医長
	森原 千秋	広島県福祉保健部保健医療総室健康増進・歯科保健室

### ■研究要旨

平成 14 年度に引き続き、小児科産科若手医師の確保を目的とした対策の一つとして、NICU 退院児のフォロー体制をコメディカル活用によって充実化し、新生児医療環境を整備することを目的として、NICU・訪問看護ステーション・小児科医院との連携・協働モデルを立ち上げ、評価することに取り組んできた。

平成 15 年度は、平成 14 年度の結果に基づき、訪問看護ステーション利用者への面接調査、および連携・協働モデルの試行を 15 事例に実施した。その結果、モデルを支えるうえでの課題として次の 4 点が明らかになり、対処した: 1) 訪問看護ステーションの小児に関する役割を一般および医療者に浸透させる必要がでてきたことから、「子育てを応援する訪問看護ステーション」のパンフレットを作成し配布した; 2) 訪問看護師への小児看護の再教育および専門教育が必要である。これに対して、本研究に参与する訪問看護ステーションを対象にした研修会の実施、および来年度から県内全訪問看護ステーションを対象とした小児訪問看護研修会を実施する; 3) 小児科医院の協力が難しいことから、関係する NICU において小児科医院リストを掲示し、家族が利用できるようにする; 4) 訪問看護ステーション利用に伴う経済的負担については、状況の詳細な分析を行う。また、モデル試行を積み重ねる過程において、コーディネータの役割は訪問看護師が担うと連携やケアが円滑化しやすく、訪問看護師の役割は多面的であることが明らかになってきた。これら本年度に実施した対応を含め、モデルについては次年度に評価する予定である。

#### A. 研究目的

小児科産科若手医師の確保を目的としたコメディ

カル活用による医療体制の整備として、NICU 退院児の在宅医療および育児を支えるための

NICU・訪問看護ステーション・小児科医院との連携・協働モデル実施上の課題を、訪問看護ステーション利用者への面接調査、および連携・協働モデルの試行を通して明らかにすることとした。

## B. 研究方法

### 1. 面接調査

調査は平成 15 年 6～7 月に実施した。対象は、小児科あるいはNICUを退院し、訪問看護ステーションを利用している子どもの親とした。調査は半構成型の面接調査とし、質問内容は対象の背景、訪問看護ステーションの利用状況、病院・施設の利用状況、訪問看護ステーション・施設の連携・協働に対する思いとした。調査にあたり、調査目的と方法、自由意思による協力と辞退、結果の公表、プライバシーの保護について文書と口頭で説明し、研究協力と対象の紹介を訪問看護ステーションに依頼した。紹介を受けた対象にも同様の説明を口頭と文書で行い、同意書を得たうえで、日程調整後面接を行った。

### 2. モデルの試行

平成 15 年 4 月から平成 16 年 2 月までに 15 事例に対して、連携・協働モデルを試行した。方針は次のとおりである:1)退院前合同カンファレンスを企画し、職種間の役割や情報の流れ、コーディネータの確認、および訪問の方針決定を行う;2)訪問看護師による家庭訪問やベッドサイド訪問を実施し、親の意向や意見を反映させたより具体的な訪問計画を立案する;3)コーディネータは親子に最も利益をもたらす、かつ、気安い立場にある職種が担当する;4)可能な範囲で訪問時間を親の希望に合わせる;5)可能な範囲で、訪問看護師は受診に同行する;6)必要時、合同カンファレンスを実施する。

モデルの試行は、アクションリサーチの手法で、1 事例を経験しながら問題点や手順を明らかにし、

それを次の事例に活かすということを繰り返しながら洗練させていくという方法をとった。

協力依頼施設は、大学病院、県立病院、県看護協会訪問看護ステーション 6 施設(県外 1 施設含む)、小児科医院、地域保健所・保健センターとした。

## C. 結果

### 1. 面接調査

面接対象は、母親 6 名、父親 1 名の計 7 名で、子どもの主病名は低出生体重児、先天性表皮水胞症、低酸素性虚血脳症、喉頭軟化症、全前脳胞症、調査時の年齢は 3 ヶ月～8 歳 8 ヶ月、訪問看護ステーションの利用期間は 1 ヶ月～2 年 8 ヶ月であった。

訪問看護ステーション利用の契機は、6 名は「診・入院していた総合病院からの紹介、1 名は居宅介護支援事業所からの紹介であった。小児が訪問看護の対象になることは 7 名とも知らず、5 名は「老人が利用するもの」と認識していた。

訪問看護の利用開始時期は、4 名が初回入院の際、残り 3 名は 4 回目の入院の際、在宅酸素療法開始時、療育支援を必要とした時であった。

退院前の子どもへの訪問は、入院中に紹介された 6 名には実施されていた。退院前訪問の目的は、情報交換や処置の見学、顔合わせであった。

訪問看護の利用目的は、病状判断についての相談(6 名)、育児相談(5 名)、医療処置の相談と指導(4 名)、母親の時間確保(4 名)、病状悪化時の病院連絡と受診手続き(2 名)であった。

訪問看護ステーションの利用料については、全員が公費制度を利用しており、基本利用料に対する自己負担はなく、交通費のみであった。

訪問看護ステーション利用上の感想は、対象全員が満足と述べた:外出する時に世話をしてもらい助かった;その時に必要なことをしてもらえて助

かった;退院することが非常に不安だったが、訪問を受けて少し軽減した;家庭での処置の仕方を一緒に考えてもらったので助かった。

訪問看護ステーション利用については次のような意見が出た:他の病院に入院した子どもの母親は訪問看護制度を知らないなので知る機会が必要;訪問看護内容がわからなかったので何をしてもらえばよいか迷った;訪問の時間帯が合わず利用し難いので柔軟な対応が必要;1回の訪問時間の延長;、早い時期からの利用(初回入院の際に利用できなかった場合)。

訪問看護ステーションと病院の間で、医療ケア・療育・育児に関する指導内容のくい違いから混乱するという状況は全くなかった:ケアの方法は病棟で指導を受け、退院後は必要時に訪問看護師に指導を受けた;病院で指導された方法は家庭では困難だったので、訪問看護師から実施しやすい方法を習った;ケアの仕方は入院中に習得していたので、改めて指導を受けることはなく必要な時に助言を求めた。

病状悪化時の受診については、「病状の悪化時に訪問看護師に連絡をすると、必要と判断された場合には病院の連絡を取ってくれスムーズに受診できた」「訪問看護師に緊急時には連絡を取ってくれることを期待している」との回答であった。

療育センターや重症心身障害者施設を利用している場合は、「療育の事はすべて療育センターにまかせて下さいと言われ、必要時にのみ訪問看護師や病院の医師に質問するので混乱はなかった」というように必要時以外には病院や訪問看護師による指導はなく、結果的に指導内容に対する混乱は生じていなかった。

多施設を受診している1名の場合は、「以前は、指導内容が違い混乱したこともあったが、今は共通のノートを使っているので混乱はなくなった」と回答した。

7名中3名は、近隣の小児科医院を受診していた。その内1名は病院からの紹介、2名は自分で探していた。受診目的は、主疾患以外の病気や軽い風邪などであり、母親自身が子どもの体調を判断し、受診場所を選択していた。

小児科医院に対する感想としては「他の兄弟を受診してもらっていた小児科医院だったので、症状を説明すると受診でき、良くしてもらっている」「1度は責任がもてないと断られたが、病院から紹介状をもらい受診できるようになったので、待ち時間が短く便利なのでこれからも受診する」であった。

小児科医院を受診していない4名の場合は、2名が「子どもを生まれた時から知ってくれているので安心なので、入院していた総合病院での受診を望む」、残り2名は「まだわからない」であった。

地域の保健師の訪問を受けたのは5名で、その内2回以上の訪問を受けたのは2名(2回と6回)であった。訪問目的は、予防接種についての説明(5名)、福祉手当等医療費補助制度についての説明(2名)であった。

## 2. モデルの試行

モデルを試行した 15 事例において、医療的ケアを必要としたのは7事例で、主な疾患名は、脳梁欠損、滑脳症、全前脳胞症、先天性水頭症、脊髄性筋萎縮症、超低出生体重児・脳室内出血、胎児腹水であった。残り8事例は育児支援が主な目的で、超低出生体重児2事例、双胎4事例、品胎2事例であった。モデル試行期間は、1か月～11か月であった。

コーディネータの役割は、15 事例中 13 事例において訪問看護師が担っており、親子のニーズや子どもの経過に即したケアの維持に貢献できていると考えている。2事例は小児訪問看護経験が少ない訪問看護ステーションの場合であった。また、訪問看護師の役割は、医療的ケアの指導と相談、