

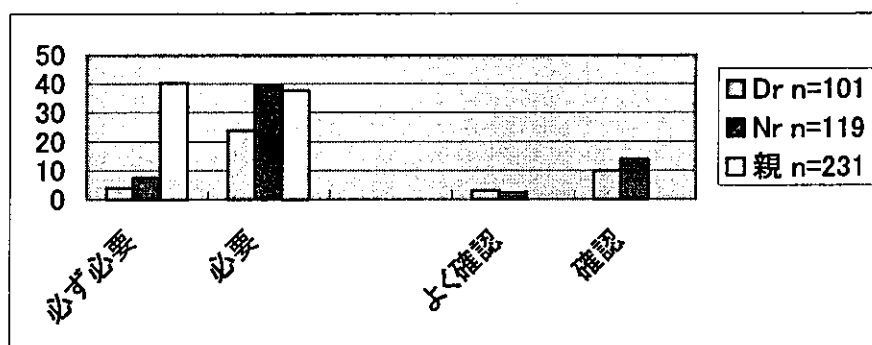
「親の付き添いが必要」では、医師は非常に少なく、看護師も医師より多いものの多いとは言えない。親は3~5歳では「必ず必要」と「必要」を合わせると約8割が必要と考えていた。6~8歳においても「必ず必要」と「必要」を合わせると約7割が必要と考えているが、医師や主任・師長は「必要」と考える割合が非常に少ない。

実際に付き添うことを勧めるかでは、医師と主任・師長の双方がほとんど勧めていないことがわかった。

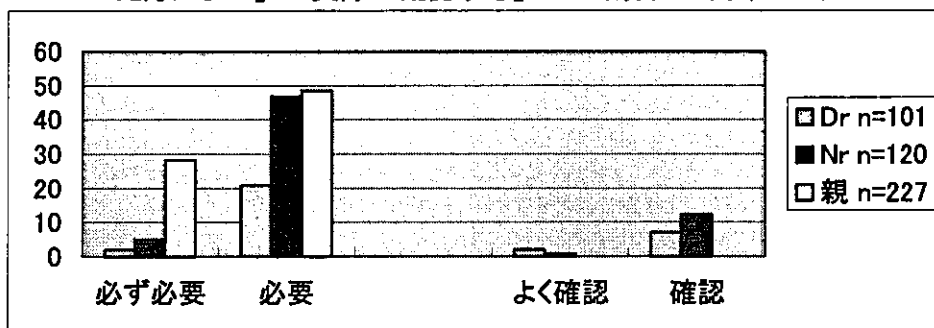
⑤子どもの意志の尊重(表Ⅱ-7-1~2)

子どもであっても意志あるいは気持を尊重されることは、子どもの健全な発育に重要である。では医療の場ではどのように尊重されているかを、「お母さんに付き添ってもらおうかどうか」と子どもの気持を確認するかを質問した。

図Ⅱ-7-1 3~5歳:親に付き添ってほしいかを「子どもに確認した方がよい」vs「実際に確認する」ことの割合 (単位:%)



図Ⅱ-7-2 6~8歳:親に付き添ってほしいかを「子どもに確認した方がよい」vs「実際に確認する」ことの割合 (単位:%)



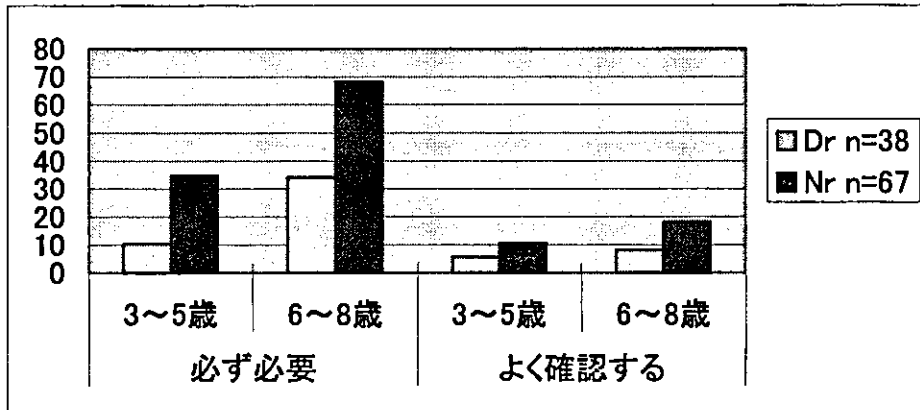
採血・点滴において、3~5歳では「必ず必要」と「必要」を合わせると親の約8割が子どもの気持を確認する必要があると感じているが、医師は約3割、主任・師長は4割強であった。6~8歳では、「必ず必要」と「必要」を合わせると親の約8割が子どもの気持ちを確かめる必要があると感じているが、医師は約2割、主任・師長は約5割であった。

一方、実際に子どもの気持ちを確かめている割合は3~5歳、および6~8歳で非常に少ないことがわかった。

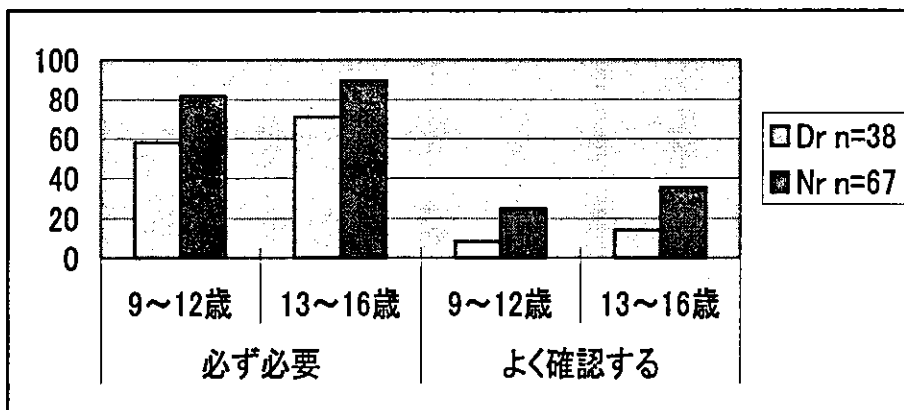
(3)調査3:手術に関する説明

①子どもへ手術の説明を「必ず必要」という認識と実際に子どもの理解を「よく確認する」割合(図Ⅲ-1
 図Ⅲ-2)

図Ⅲ-1 3～8歳:子どもへ手術の説明が「必ず必要」vs「実際よく確認する」割合（単位:%）



図Ⅲ-2 9～16歳:子どもの手術の説明が「必ず必要」vs「実際よく確認する」（単位:%）



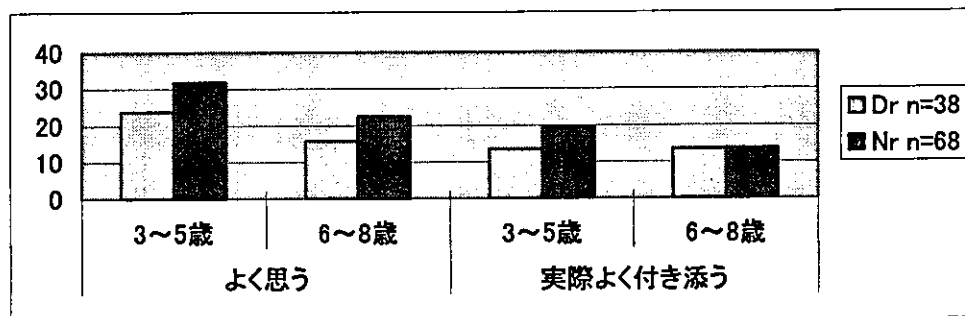
医師は、3・5歳および6・8歳では手術の説明を行うことについて、それぞれ1割と3割であり、意識が低く、従って説明内容が理解できたをよく確認する率も1割以下と低い。9歳以上においても実際に確認する率は2割以下と低い。

主任・師長は医師よりも意識が高いが、実際に理解をよく確認するかでは、2・3割と低い。

②子どもの麻酔時、親が付き添った方がよいという認識と実際の割合(図Ⅲ-3)

欧米では、幼児の麻酔導入時には、親が付き添っているが、我が国ではまだ一般的ではない。その状況を質問した。

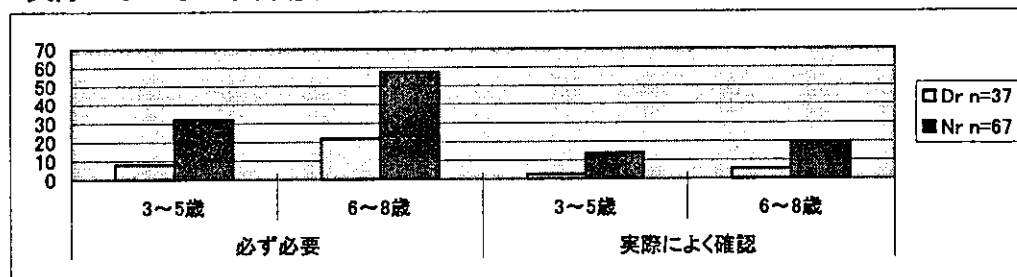
図Ⅲ-3 子どもの麻酔時に親が付き添った方がよいと「よく思う」vs「実際によく付き添う」割合（単位：%）



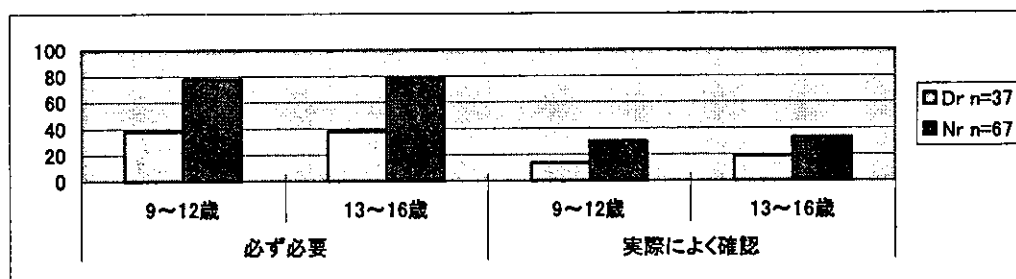
認識においては、医師も主任・師長も3割以下であり、実際に付き添っていたのは2割以下であった。

③手術当日の術前処置を子どもに「必ず説明する必要がある」という認識と「手術をする気になっているかの実際によく確認する」割合(図Ⅲ-4-1 図Ⅲ-4-2)

図Ⅲ-4-1 3~8歳:手術当日の術前処置を「必ず説明する必要がある」vs「実際に子どもが手術をする気になっているかよく確認する」割合(単位:%)



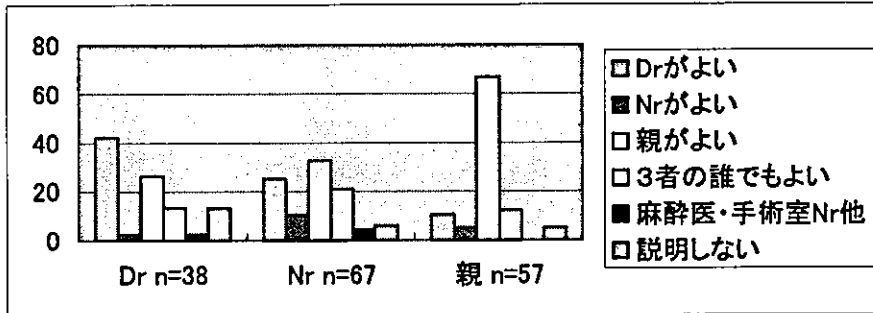
図Ⅲ-4-2 9~16歳:手術当日の術前処置を「必ず説明する必要がある」vs「実際に子どもが手術をする気になっているかよく確認する」割合(単位:%)



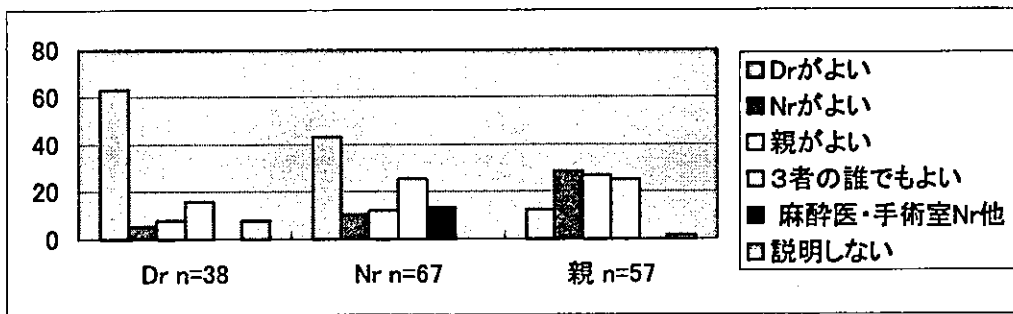
医師は「説明する」ことの意識が低く3~5歳で1割、13~16歳においても4割であった。子どもが手術をする気になっているか、においても確認するのは3~5歳で1割、13~16歳で2割であった。主任・師長の「説明する」ことの認識は医師より高く3~5歳では3割、6~8歳で6割、9歳以上では8割であるが、実際に子どもの理解を確認する割合は低く、13~16歳であっても4割に満たない。

④子どもへ手術の説明を行うのは誰が適任か(図Ⅲ5-1~4)

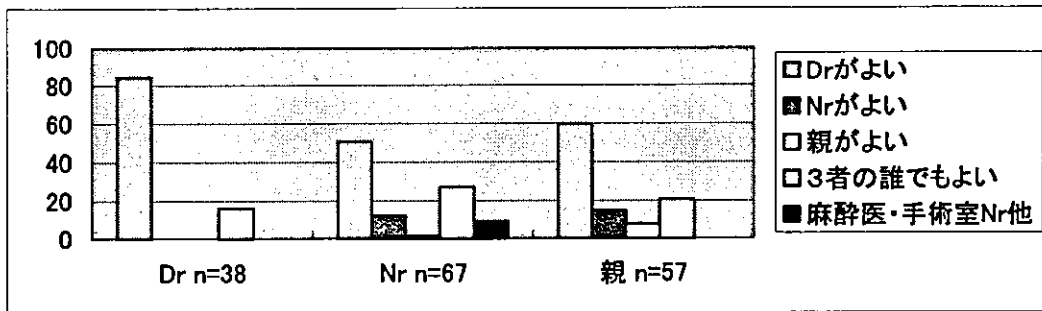
図Ⅲ-5-1 3~5歳:手術説明を行うのは誰が適任か、の割合（単位：%）



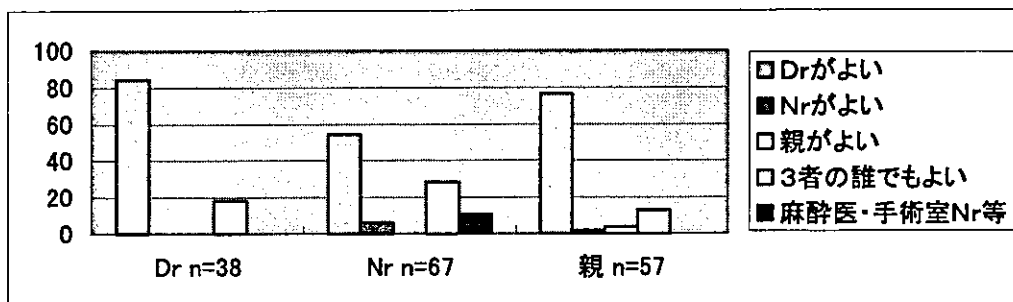
図Ⅲ-5-2 6~8歳:手術の説明を行うのは誰が適任か、の割合（単位：%）



図Ⅲ-5-3 9~12歳:手術説明をおこぬのは誰が適任か、の割合(単位：%)



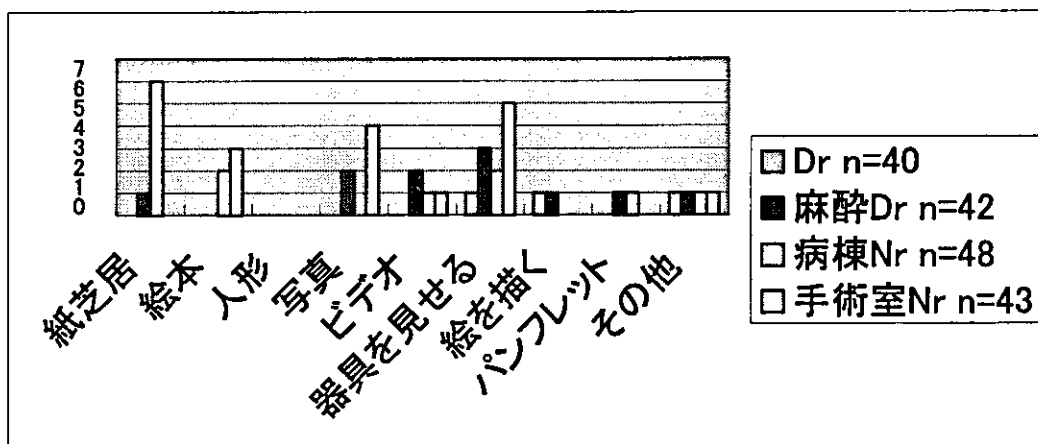
図Ⅲ-5-4 13~16歳:手術説明を行うのは誰が適任か、の割合(単位：%)



医師はどの年齢においても医師が一番適任者であると思っていた。主任・師長と親は、8歳以下であれば、医師にこだわっていない。むしろ親か看護師の方が適任と考えていた。しかし9歳を過ぎると、親と主任・師長も、医師が適任と考えていた。

⑤術前の手術説明で用いる視覚的ツール(図Ⅲ-6)

図Ⅲ-6 術前の手術説明で用いる視覚的ツール（単位:人）

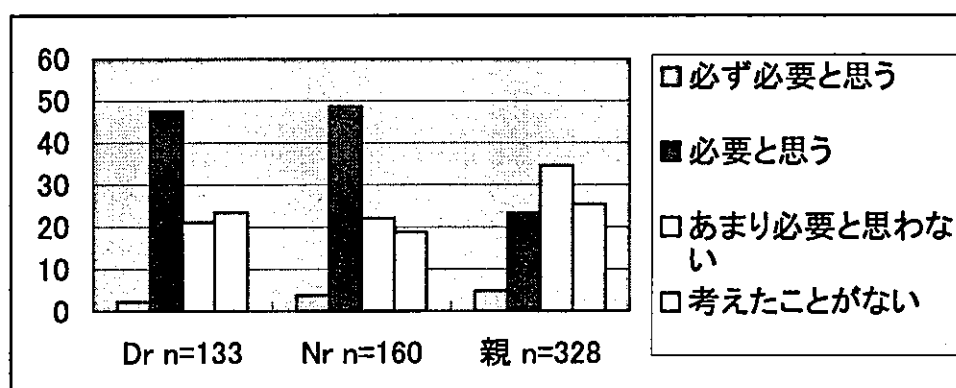


視覚的ツールを使っている割合があまりにも低いため、この項は人数で表示した。低い中でも最も多いのは「実物の器具を見せる」で11人であった。人形はゼロであった。

(4)調査4：入院の準備

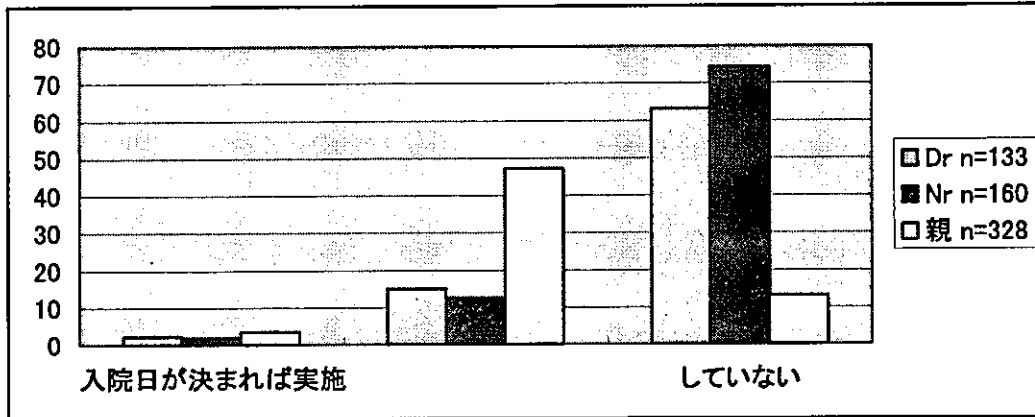
①病院見学の必要性について

図Ⅳ-1 入院待ちの子どもの病院見学の必要性（単位:%）



欧米では、入院する前にホスピタル・ツアーを行って、子どもに予め入院環境を見てもらい、子どもが心の準備をするサポートをしている。今回の調査では、医師と主任・師長は「必要」と思っているが「必ず必要」とは考えていなかった。「考えたことがない」が3者共通に2割存在でした。

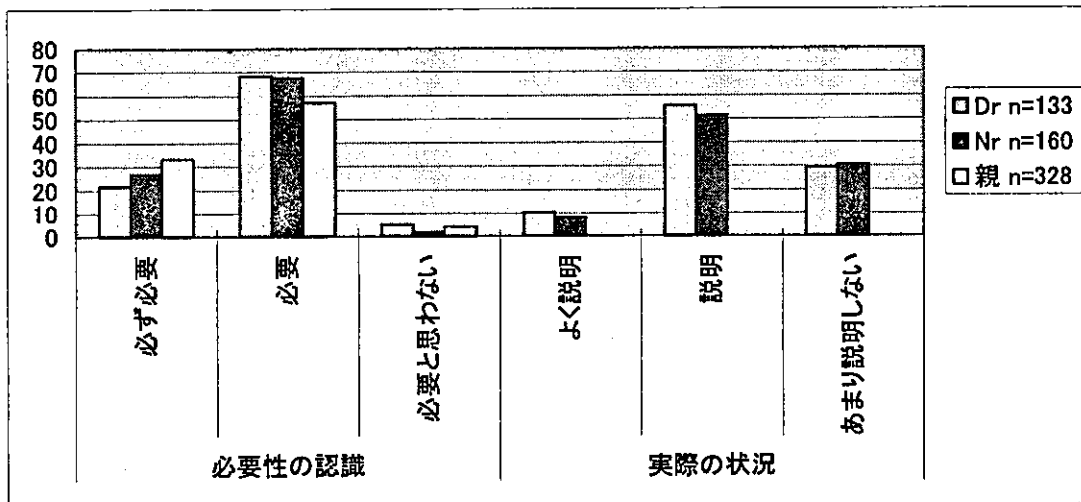
図IV-2 実際の病院見学の状況（単位：%）



実際の病院見学は、医師と主任・師長は6割以上で「行っていない」と回答しているが、一方、親は約5割が病院見学を「希望すれば実施」であった。

③子どもへ「入院の理由を説明する必要があるか」及び「実際によく説明する」割合という認識

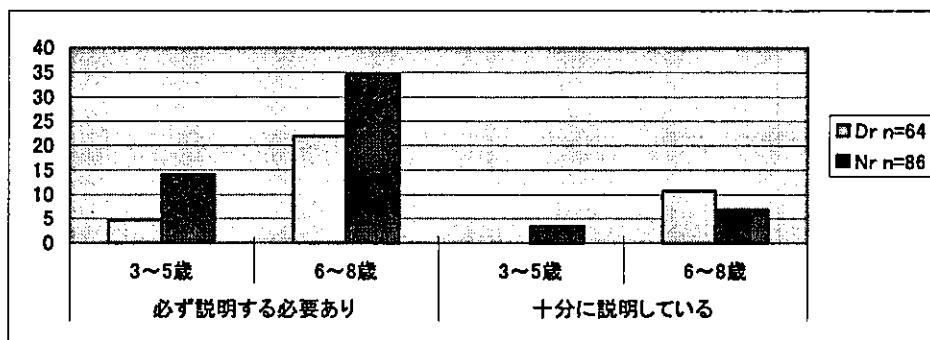
図IV-3 入院理由を説明することについての「必要性の認識」と「実際の状況」（単位：%）



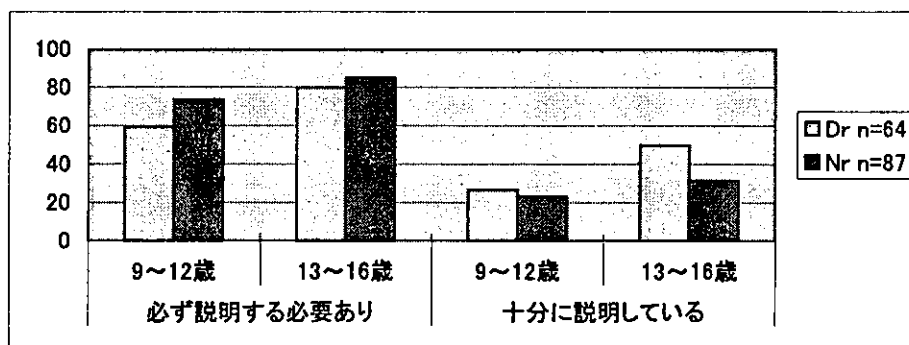
(5)調査5:入院中および退院時の病状説明

①子どもへ病状を「必ず説明する必要がある」という認識と実際に「十分に説明している」という認識
(表V-1-1 表V-1-2)

図V-1-1 3～8歳:病状を「必ず説明する必要がある」vs「十分に説明している」割合（単位:%）



図V-1-2 6～8歳:病状を「必ず説明する必要がある」vs「十分に説明している」割合（単位:%）



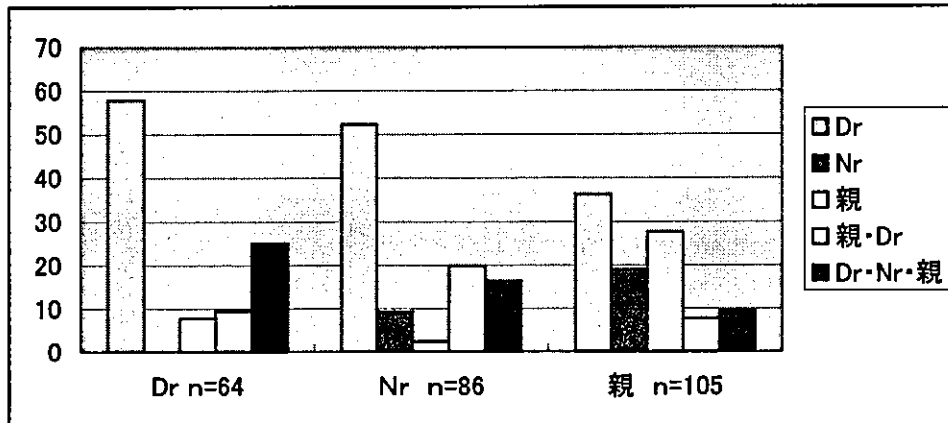
3～5歳は、入院中の病状について、医師と主任・師長の双方が説明する対象と捉えていないこと、従って説明は行われていないこと、がわかった。6～8歳では医師で2割、主任で3.5割が「説明が必要」と認識しているが、実際に十分に説明しているのは1割以下であった。

9～12歳および13～16歳では説明する必要性6.8割であるが、実際に十分説明しているのは5割以下であった。

②子どもに説明する場合、誰が「適任者」かの認識(図V-2)

入院中、子どもに病状を説明する際の適任者をどのように考えるかでは、医師は医師が適任と考える割合が高く、看護師も医師が適任と考える割合が高い。一方、親は医師が適任と考える割合は相対的に低く、看護師や親が適任とする割合が高くなっていた。

図V-2 誰が子どもに説明する「適任者」か（単位：%）



③医師と主任・師長が用いる視覚的ツールの状況(表・3)

3～5歳児に説明するには視覚的ツールが有効であること、また6歳以上でも視覚的ツールが有効であるが、表V-3-1および表V-3-2より、医師と主任・師長はほとんど視覚的ツールを使用せず、むしろ使用している場合が珍しいことがわかった。

表V-3-1 医師と主任・師長が用いる視覚的ツールの状況（単位：%）

		3～5歳	6～8歳	9～12歳	13～16歳
視覚的ツール を使用しない	Dr n=63	95.1	88.7	85.7	84.7
	Nr n=84	90.4	84.5	84.5	85.7
紙芝居	Dr n=63	—	—	—	—
	Nr n=84	1.2	2.4	1.2	1.2
絵本	Dr n=63	3.2	4.8	1.6	—
	Nr n=84	6.5	6.5	2.4	1.2
人形	Dr n=63	—	—	—	—
	Nr n=84	2.4	1.2	—	—
写真	Dr n=63	—	3.2	4.8	6.4
	Nr n=84	1.2	3.6	6	6
ビデオ	Dr n=63	1.6	4.8	6.4	6.4
	Nr n=84	—	1.2	2.4	3.6
パンフレット	Dr n=63	1.6	4.8	4.8	3.2
	Nr n=84	1.2	2.4	6	8.3

表V-3-2 母親からみた子どもが受けた説明の方法 n=115

説明方法	人	%
言葉での説明	53	46.1
実物をみる	3	2.6
絵本	1	0.9
ビデオ	1	0.9
無回答	57	49.6

④子どもへ説明する時、使用する医学的検査結果（表V-4）

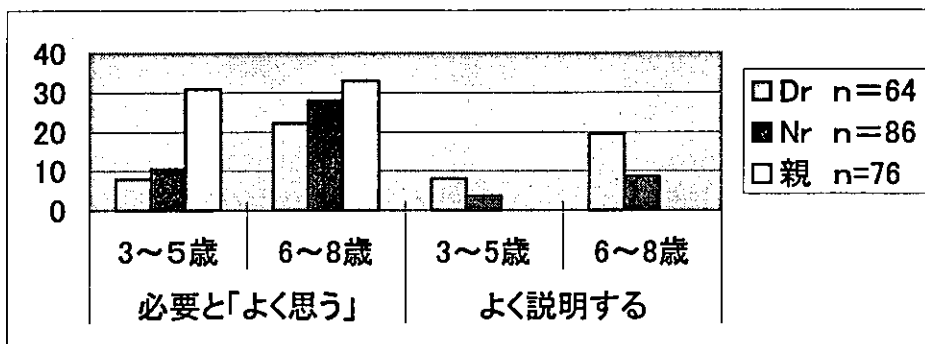
表V-4 医師と主任・師長が子どもへの説明に用いる医学的検査結果（単位：%）

		3～5歳	6～8歳	9～12歳	13～16歳
使用しない	Dr n=63	90.1	64.5	30.2	19
	Nr n=82	95.1	78	59.8	40.2
血液検査	Dr n=63	6.3	27	61.9	79.4
	Nr n=82	3.7	13.9	23.2	52.4
レントゲン検査	Dr n=63	9.5	30.2	66.7	79.4
	Nr n=82	3.7	12.7	28	43.9
その他の結果	Dr n=63	3.2	11.1	28.6	36.5
	Nr n=82	2.4	7.3	14.6	25.6

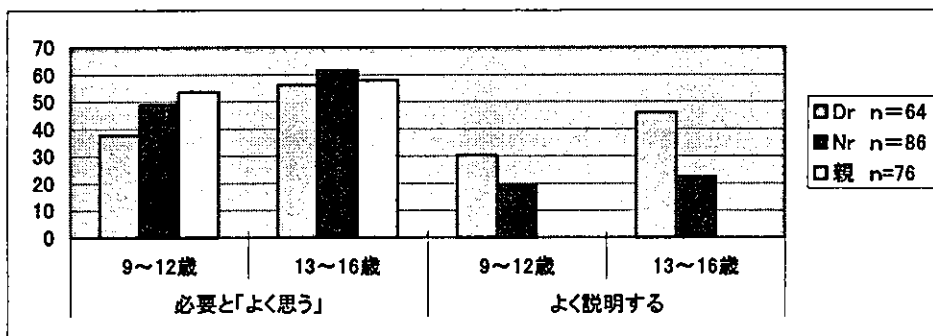
3～5歳児に医学的結果を用いて説明する医師と主任・師長はほとんどいない。血液検査とレントゲン検査の結果では、医師は6～8歳で3割、9～12歳で6割、13～16歳で8割が用いていると認識していた。

⑤退院時、子どもに退院後の生活(注意事項を含む)を説明する必要があるとする「よく思う」と実際に「十分に説明している」割合（図V-5-1 図V-5-2）

図V-5-1 3～8歳：退院後の生活を説明する必要があると「よく思う」vs「よく説明する」（単位：%）



図V-5-2 9～16歳：退院後の生活を説明する必要があると「よく思う」vs「よく説明する」（単位：%）



3～5歳では、医師と主任・師長は退院後の生活を説明する対象と考えているのは1割であるが、親は3割であった。しかし、実行しているのは5%程度であった。つまりほとんどいない。

6～8歳では、医師の2割、主任・師長の2.5割りが説明が必要とよく思っているが、実践しているのは医師で2割、主任・師長は1割以下と低率であった。

9～12歳で説明が必要と考えるのは、医師と主任・師長の5割弱、実際に十分説明するのは3割であった。

13～16歳で説明が必要と考えるのは、医師と主任・師長の5割強であるが、実際に説明を十分するのは5割いかであった。

以上より、退院時に子どもに病状説明をする医師や主任・師長は少ないことがわかった。

7.平成15年度の結果報告

平成14年度の調査の結果、プレバレーションはほとんど行われていないこと、医師は子どもへ説明することにおいて看護師に役割はないと思っていることが分かった。一方、これまで働いてきたなかで、看護師と協働することが当たり前前の医師達がいることも事実である。これらのことを考慮し、平成15年度は、医療に「ある信念や考え」をもっていると思われる医師10人、看護師10人、母親6人へ「子どもへの説明における医師、看護師、親の協働」をテーマにインタビューを行った。

(1)医師：3タイプに分けられた。第1は看護師には期待していないであり、看護師が医師の説明後に補足していることを知らないし、看護師への関心がひくかった。第2は看護師に期待し協働の必要性を感じているが、現実には難しいと感じているタイプであった。看護師がもっと主体性をもって自分で判断することを求めている。第3は、医師が看護師の専門性を尊重し、お互いが補完的に説明していけばいいと考えていた。このタイプは職種が違えば考え方が違うのは当然であり、お互いの情報を共有し合い、子どもへの視点が一致していればいいとしていた。

(2)看護師：病気や治療の説明は医師の役割であるが、子どもへの説明における役割は4項目にまとめられた。第1に医師が説明する前の導入をおこなっている、第2は子どもの気持ちの代弁者、第3は医師の説明後の疑問への対処、第4は医師と親・子どもの連絡調整であった。

(3)親：親自身が受ける説明では、最初に医師から病気の説明や治療の説明を受けた後、その後の疑問は看護師に聞きたいと思っていた。初対面の看護師には「聞きたい」とは思わないが、顔見知り信頼できる看護師からの説明ならば、忙しくて落ち着かない医師よりもいいと思っており、従って看護師にも手術や薬のことを勉強して欲しいと願っていた。

また、子どもへの説明では「もう3歳の時から、先生か看護師さんならOK。私では納得しない」と、子どもが病院の人を見分けられること、注意があるときは医師または看護師のどちらかが子どもへ先に注意を与えておけば、その後、親が同じ注意を与えても効果的であることを話していた。

以上より、課題は医師は看護師と協働する視点をどのようにつくっていくか、看護師は医師や親から認められるための力量をどのようにつけていくかであった。

8.結果のまとめ

1. 3～5歳および6～8歳の子どもは説明対象と考えられていない。3～5歳および6～8歳の子どもは、採血・点滴を受けることの説明、手術を受けることの説明、麻酔を受けることの説明、手術当日に受ける術前処置、入院することの説明、入院中の病状説明、退院後の生活の説明など、どの説明においても、

説明をする対象と考えている医師や主任・師長は非常に少なく、説明対象とされていないことがわかった。これに対し、親は、約3割が説明して欲しいと思っていた。

2. 9～12歳および13～16歳の子どもにおいても、説明される子どもは5割であり、残り半分の子どもはしっかりと説明を受けていない可能性が考えられた。

3. 子どもへ説明する方法は発達年齢に関係なく、言葉による方法であった。幼児は「なぜ、そうするか」ではなく、「何が起こるか」を視覚的に見せられることで理解する。しかし、今回の調査から視覚的ツール(絵本、紙芝居、人形、写真(手術室入室を説明するアルバムなど)、ビデオ、実物を見せる)を使って説明することはほとんど普及していないことがわかった。従って「子どもの発達を考えた説明」にはなっていないし、幼児は理解できないと思われた。

4. 誰が子どもへ説明するかでは、医師は常に医師が適任と考えていることがわかった。これは医師は治療の責任者であり、当然のことであるが、しかし、親の意見では、「幼児は病院の人を区別しているので、最初に医師か看護師から説明してくれれば、後は母親が引き受けられる」と捉えていた。

5. 親が子どもの病状説明を受ける際は、最初の説明は医師であるが、その後の応答は医師よりも信頼できる知り合いの看護師がいればその方がいいと母親は考えていた。

6. いつ、子どもに医療処置を説明するかでは、圧倒的に直前が多く、これは子どもが覚悟をする時間を考えていない(元々、子どもが説明の対象と考えられていないが)。

7. 環境においても、子どもが行く先々が安心できる飾り付けをしている病院は少ないこと、特にレントゲン室の飾り付けができていないことが分かった。

8. 上記の1～6までの結果において、回答を寄せた医師は小児専門医とは限らず、手術の調査では小児専門医以外の医師が回答を寄せていた。一方、主任・師長の回答者も約半数は小児看護経験が4年以下であった。

9. 今後の課題

今回の調査から、課題が2点見いだされた。第1は、医療施設は子どもが安心して医療を受ける環境ではないことである。医学は進歩し、我が国の小児医学は世界をリードしているが、子どもが3歳になって、工夫して説明すれば頑張ることができる年齢にもかかわらず、現実には説明されず、直前に伝えられて、泣きながらしっかりと固定された状態で医療処置をうけていた。

医師や看護師は親の顔を見て医療をすすめているが、子どもの反応には頓着していないように思われる。子どもが安心して医療を受ける点では、Platt Reportがよい指針となる。このレポートは1958年にイギリス政府へ勧告されたものであるが、その内容は病院内の物理的環境の工夫、子どもへの関わり方等であり、プレパレーションの重要性が述べられている。我が国も50年遅れではあるが、小児にかかわる医療専門職者(医師、看護師、レントゲン技師など)に対して、子どもの発達に応じた関わり方やプレパレーションについて研修を企画する必要がある。特に看護師はローテーションで小児病棟に移動するよう、小児看護専門ではないため、研修が重要となる。さらに、医療の基礎教育の中にも子どもの理解と関わり方についての授業を行う必要がある。

第2は、医療を行う上で、医師と看護師の協働は欠かせないものであるが、医師は看護師が協働の相手

とは思っていない。また、看護師自身も親や医師から信頼されるように自己研鑽する必要がある。
我々の調査は、若手小児科医を確保することに直接的影響はないが、よりよい小児医療を考える上で、
医師と親で進める2者関係の小児医療から、子どもが参画する3者関係の医療へ脱皮することに貢献でき
たと考えている。

参考文献

1. Ministry of Health Central Health Services Council：The Welfare of Children in Hospital, London Her Majesty's
Stationary Office, 1959.
2. 蝦名美智子：平成9・10・11年文部科学研究報告書「検査・手術を受ける子どもへのインフォームドコ
ンセントー看護の実態とケアモデルの構築ー」、2000,3.

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

I. 目的

本研究は、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)を実践し、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。一方、わが国においては、正常妊娠の健診は助産師の業務として認められているにもかかわらず、多くの病院においては産科医師により実施され、その負担が大きく、助産師がその役割を果たしていない現状にある。このような背景の中から、本研究では助産師外来に着目し、共に働く小児科医師・産科医師との連携・協力を考慮した助産師の働き方を提言することを目的とした。具体的には、調査研究により実態を把握した上で、助産師外来を設置するために必要な能力向上をめざした「助産師外来モデル研修プログラム」を開発することとした。

II. 方法

平成14年度は、助産師外来を行っている10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100名に対する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、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、助産師外来開設を検討している5施設の助産師22名に実施・評価した。また、平成14年度に調査対象となった施設のうち4施設の医師に対し、助産師外来に関する聞き取り調査を行った。さらに、産科医師・小児科医師を含めた検討委員会を設置し、「助産師外来モデル研修プログラム」について検討した。平成

16年度は、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」を修正・改善し、「修正助産師外来モデル研修プログラム」をまとめた。

III. 結果および考察

1. 平成14年度研究

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して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り、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った。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する。

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、陰鏡診、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いた。医師の信頼を得、医師と協働しながら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が重要と考える。

さらに、助産師外来実施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、ハイリスクの妊産褥婦・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。

2. 平成15年度研究

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「まあまあ理解している」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、今後の課題としては、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てる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

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。

(1)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。

(2)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。

(3)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信していた。具体的には以下の内容が述べられた。

①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。

②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。

③妊婦の外来の待ち時間が短縮された。

④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。

⑤産科医師と助産師との協力・連携体制が整備された。

⑥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。

3.平成16年度研究

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修正・改善し、修正助産師外来モデル研修プログラムをまとめた。特に、小児科医師からの助産師に対する産褥1ヶ月までの期待が大きかったため、新たに育児支援に関する内容を追加した。

IV.結論

1.本研究結果で示した「助産師外来モデル研修プログラム」を基に、各施設に適合した助産師外来

を設置することは、産科医療において、産科医師と助産師の有機的な働きができるだけでなく、産科医師の業務のスリム化につながる事が明らかとなった。

2.妊婦の待ち時間の短縮や時間をかけた相談、および医師が時間をかける必要のある妊婦への対応が可能となることから、医療の質が向上することが考えられた。したがって、妊産婦による施設の評価が高まり、施設経営の側面からも効果が期待できる。

3.小児科医療においては、助産師が産後1ヶ月までの母親の不安に対し助産師が小児科医師と協働す

ることにより、小児救急医療の負担軽減や母親の育児支援に対する対応が可能となり、小児科医師の業務のスリム化につながる事が考えられた。

4.助産師外来を設置することは、妊婦の多様なニーズに対応でき、医療の質の向上に貢献できると考える。

以上のことから、「助産師外来モデル研修プログラム」を基に、助産師外来を設置することは、共に働く小児科医・産婦人科医との連携協力が可能となり、医師の確保・育成に貢献できると結論づけられる。

助産師外来モデル研修プログラム（修正前）

- 目的：1. 初診以降の妊婦再診において、助産師が、医師の診察・診断なしで、妊婦の正常と異常を判断できる診察・診断能力を養う
2. 妊婦週数や妊婦の状態に応じた検査のオーダーや保健指導ができ、妊婦外来を運営できる
3. 産褥1カ月健診で、医師の診察を通さずこ、母子の診察と保健指導ができる。

平成15年度作成			
時間配分（1日目）	項目	内容	講師
8:30-9:00	受け付け オリエンテーション		
I 9:00-10:30	助産師外来の概要・運営の 実際	助産師外来の対象、体制、構成要素、業務範囲	村上睦子先生 (日本赤十字社医療 センター)
II 10:40-12:10	妊婦診察の基本 妊婦に影響を与える要因	1. 母体のアセスメントとその方法 問診のとり方 腹部診察、検査、PE、内診、双合診、 膣鏡診、骨盤内・外計測 2. 胎児のアセスメントとその方法 子宮底長、超音波法、その他 1. 週数に応じた必要な検査と結果の解釈 2. 感染症と母体および胎児 3. 妊娠合併症	村上明美先生 (日本赤十字看護大 学)
III 13:10-14:10	胎児に影響を与える要因	1. 遺伝子異常、染色体異常 (Genetic Counseling) 2. 環境因子と先天異常、奇形 3. 母体異常に関連する胎児異常	関沢明彦先生 (昭和大学)
IV 14:20-16:30	Physical Examination 演習 妊娠中のトラブル とリスクへの対処	レオポルド、子宮底、浮腫、静脈瘤、静脈血栓 内診、膣鏡診、双合診、検体採取 破水の診断、尿路感染症の診断 膣感染症（頸管炎、ヘルペス、カンジダ、クラミジ ア、GBS） 妊娠・産褥（子宮の大きさ、膣、頸管の診察） マイナートラブルの鑑別診断と保健指導 循環、呼吸、尿路感染、膣・頸管感染（STD）、 消化器、出血の鑑別診断 DV	大石時子先生 (宮崎大学)
時間配分（2日目）	項目	内容	講師
V 9:00-12:00	USの技術と解釈	胎位 胎児推定体重—週数に応じた計測の仕方と解釈 週数に応じた検査の理解：GS、胎盤の位置、 羊水量、奇形、頸管長、 産褥子宮復古	松岡隆先生 (昭和大 学)
VI 13:00-13:45	妊娠・産褥と薬剤	1. 妊婦に処方する薬剤 2. 薬剤の胎児に与える影響 3. 母乳と薬剤 4. 避妊薬	植松和子先生 (日本 赤十字社医療センタ ー)
VII 13:45-14:30	産褥健診	1) 身体検査—母体：体重、血圧、尿糖、尿蛋白、 子宮復古、悪露、創の治癒状況 2) 乳房の状態、母乳援助 3) 育児への適応状況、児童虐待 4) 産褥うつ病のスクリーニング 5) 家族計画指導	森田玲子先生 (日本 助産師会東京支部 長・森田助産院)
VIII 14:40-15:25	乳児健診	身体計測、反射、発達度	河野寿夫先生 (杏林 大学病院総合周産期 母子医療センター)
IX 15:30-17:00	全体討議・まとめ		

助産師外来モデル研修プログラム(修正後)

- 目的：1. 初診以降の妊婦再診において、助産師が、医師の診察・診断なしで、妊婦の正常と異常を判断できる診察・診断能力を養う
 2. 妊娠週数や妊婦の状態に応じた検査のオーダーや保健指導ができ、妊婦外来を運営できる
 3. 産褥1カ月健診で、医師の診察を通さずに、母子の診察と保健指導ができる。
 4. 産褥期における助産師の育児支援能力を養う。

平成16年度作成			
時間配分(1日目)	項目	内容	講師
8:30-9:00	受け付け オリエンテーション		
I 9:00-10:00	助産師外来の概要	助産師外来の対象、体制、構成要素、業務範囲	助産師外来実施施設の助産師
II 10:00-11:00	助産師外来運営の実際	助産師外来の運営の実際	助産師外来実施施設の助産師
III 11:00-12:00	妊娠中のリスク要因	1. 週数に応じた必要な検査と結果の解釈 2. 感染症と母体および胎児 3. 妊娠合併症 4. 遺伝子異常、染色体異常 (Genetic Counseling) 5. 環境因子と先天異常、奇形 6. 母体異常に関連する胎児異常	産婦人科医師
IV 13:00-16:00	妊婦のアセスメント 妊婦診察の基本 Physical Examination (演習) 妊娠中のトラブル とリスクへの対処	1. 母体のアセスメントとその方法 問診のとり方 腹部診察、検査、PE、内診、双合診、 膣鏡診、骨盤内・外計測 2. 胎児のアセスメントとその方法 子宮底長、超音波法、その他 3. 破水の診断、尿路感染症の診断 4. 膣感染症 (頸管炎、ヘルペス、膣症、カンジダ、 クラミジア、GBS) 5. 妊娠・産褥 (子宮の大きさ、膣、頸管の診察) 6. マイナートラブルの鑑別診断と保健指導 7. 循環、呼吸、尿路感染、膣・頸管感染 (STD)、 消化器、出血の鑑別診断、DV	助産師
時間配分(2日目)	項目	内容	講師
V 9:00-12:00	USの技術と解釈	1. 胎位 2. 胎児推定体重一週数に応じた計測の仕方と解釈 3. 週数に応じた検査の理解:GS、胎盤の位置、羊水量、 奇形、頸管長、産褥子宮復古	産婦人科医師
VI 13:00-14:30	産褥健診	1. メンタルケア 2. フィジカルアセスメント 3. 育児支援 (母子へのかかわり方)	開業助産師
VII 14:30-16:00	小児科医が期待する助産師 の育児支援	1. 生後1ヶ月までの育児不安への対応 2. 生後1ヶ月まで起こりやすい疾患と対応	小児科医師
VIII 16:00-17:00	全体討議・まとめ		

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	独立行政法人国立病院機構本部医療部医療課栄養専門職
	飯塚 隆	国立成育医療センター栄養管理部栄養管理室長
	草間かおる	国立国際医療センター研究所栄養障害研究室研究補助員
	高尾 優	お茶の水女子大学生活科学部食物栄養学科臨床栄養学助手
	池本 真二	お茶の水女子大学生活科学部食物栄養学科臨床栄養学助教授

■研究要旨

小児医療において栄養ケアを効果的に進めることは、疾病の重篤化を防ぎ、発育・発達を確保していく上で極めて重要である。また、その実現のためには管理栄養士などのコメディカルが、医師をはじめとする多職種と協働できる体制づくりが不可欠である。このため、本分担研究では、栄養ケアを多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研究を進めてきた。

具体的には、小児栄養ケアの枠組を検討するために、(1)杉山らによる「栄養管理業務項目調査票」1)をもとに、小児総合医療施設協議会20施設の管理栄養士・栄養士を対象としたプレ調査、ならびに(2)小児総合医療施設協議会の管理栄養士等によるワーキンググループでの検討や欧米のガイドライン等文献調査を実施した。さらに、これらの結果をもとに(3)小児栄養ケアの枠組(主な栄養ケアの内容から構成)を開発し、これを用いて全国の小児医療施設における栄養ケアの実態及びそのニーズを把握する目的で(4)全国200床以上の小児科を設置する医療施設1,000施設を病院要覧から系統抽出し、小児科医長と栄養管理部門の責任者(管理栄養士)を対象とした調査(以下、全国調査)を実施した。そして(1)~(4)の結果をもとに、(5)「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成するとともに、(6)国立成育医療センターを中心とした小児栄養ケアに関するネットワークづくりについて検討を行った。

全国調査では、文献調査やプレ調査等の結果をもとに、小児の栄養ケアに関連する63項目を抽出し、それらの実施状況、重要度、小児科医の管理栄養士への期待等について評価した。その結果、「栄養アセスメント」の実施状況は、身体計測等、身体状況に関するアセスメントの実施率が高く、「体重の把握」(91.5%の施設で実施)、「身長」の把握(87.2%)、「発育・発達記録、病歴の把握」(83.6%)、「成長曲線を用いたアセスメント」、「臨床検査値の把握」(共に81.8%)の順であった。疾病別では、「食物アレルギー」(87.5%)の実施率が最も高く、次いで「腎臓疾患」(72.9%)、「糖尿病」(72.3%)の順であった。他には「低体重児のアセスメント」(61.9%)、「食事調査・食生活問診」(59.7%)などの実施率が高かった。「チーム医療等」の実施状況は全体に他の項目より低率で、「病棟訪問回診/カンファレンス」、「他部門・多職種間における連携」が約半数、「クリニカルパスの実施」が約3割の施設で実施され、「NST(Nutritional Support Team)の実施」は約2割に留まっていた。一方、「栄養アセスメント」、「チーム医療」とともに、全ての項目において、小児科医が管理栄養士に期待すると回答した率が、管理栄養士が実施していると回答した率を大幅に上回っていた。こうした結果の背景には、人員不足などの課題があり、その適正配置等の方策も必要であるが、期待されるニーズに対応できるよう管理栄養士の資質向上を図ることが急務と考える。

研究の目的と概要

小児医療において栄養ケアを効果的に進めることは、疾病の重篤化を防ぎ、発育・発達を確保していく上で極めて重要である。また、その実現のためには管理栄養士などのコメディカルが、医師をはじめとする多職種と協働できる体制づくりが不可欠である。このため、本分担研究では、栄養ケアを多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研究を進めてきた。

具体的な研究の流れを、図1に示した。小児栄養ケアの枠組を検討するために、(1)杉山らによる「栄養管理業務項目調査票」1)をもとに、小児総合医療施設協議会20施設の管理栄養士・栄養士を対象としたプレ調査、ならびに(2)小児総合医療施設協議会の管理栄養士等によるワーキンググループ

での検討や欧米のガイドライン等文献調査を実施した。さらに、これらの結果をもとに(3)小児栄養ケアの枠組(主な栄養ケアの内容から構成)を開発し、全国の小児医療施設における栄養ケアの実態及びそのニーズを把握するために、(4)全国200床以上の小児科を設置する医療施設1,000施設を病院要覧から系統抽出し、小児科医長と栄養管理部門の責任者(管理栄養士)を対象とした調査(以下、全国調査)を実施した。そして、(1)~(4)の結果をもとに、(5)「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成するとともに、(6)国立成育医療センターを中心とした小児栄養ケアに関するネットワークづくりについて検討を行った。

尚、本研究における「栄養ケアシステム」の定義は、杉山らの栄養ケアマネジメントの定義と枠組み(図2)2)をもとに「ヘルスケア・サービスの一環として、一人ひとりの子どもに最適な栄養ケアを行うために、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に運営・管理するシステム」とした。

図1 研究の概要（流れ）

