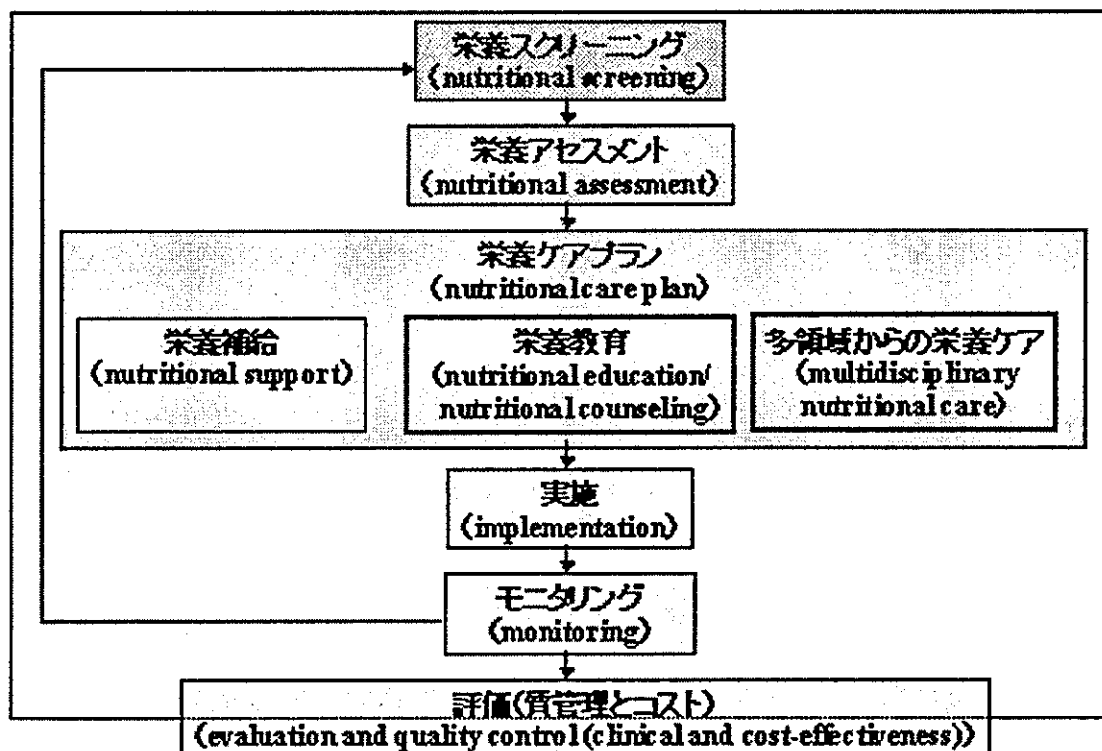


図2 Nutrition Care and Management (NCM, 栄養管理サービス)



杉山みさ子 監

方法

1) 小児栄養ケアの新たな枠組みの開発

文献調査やプレ調査等の結果をもとに、「小児の栄養ケア」の観点から、本研究において新たに枠組を開発した。

2) 全国調査の実施

病院要覧から、全国200床以上の小児科を設置する医療施設1,000施設を系統抽出し、小児科医長(以下、小児科医)と栄養管理部門の責任者(回答者は管理栄養士。以下、管理栄養士)を対象とした郵送調査を実施した。小児科医532名、管理栄養士553名から回答を得た。回答者の性・年齢等の特性は、表2に示したとおりである。

調査では、1)で開発した枠組みと調査項目(表1)について、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。

結果及び考察

1) 小児栄養ケアの新たな枠組み開発(表1)

文献調査やプレ調査等の結果をもとに、「小児の栄養ケア」の観点から63項目を抽出し、新たに

開発した枠組みを表1に示した。栄養アセスメントについては、「発育・発達記録や病歴の把握」、「成長曲線を用いたアセスメント」等、成長・発達の変化のプロセスの中で栄養状態を評価する項目を含めた。疾病別の項目は、「食物アレルギー」、「1型糖尿病」、「腎疾患」、「先天性代謝疾患」、「肥満」など小児期に重要とされる疾患とした。また、小児の場合、望ましい栄養状態や食習慣の確立に向けて家族等の支援が重要であることから、「基本的な食・生活習慣の確立に向けての支援」、「家族等の食生活支援の状況の把握」等の項目を加えた。

2) 全国調査の主な結果

(1) 栄養ケアの実施状況(図3~6)

図3は「栄養アセスメント」の実施状況のうち、上位10位までの項目である。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

表1 「小児の栄養ケア」に関する調査の枠組みと項目

大項目	中項目	小項目
栄養アセスメント	入院・外来別	外来患児に対する栄養アセスメント 入院患児に対する栄養アセスメント
	身体状況	身長、体重、上腕皮脂厚、上腕周囲長、発育・発達記録および病歴の把握、成長曲線を用いたアセスメント、食事調査・食生活問診、臨床検査値、身体機能
	食・生活との関連	食事調査・食生活問診、身体活動の把握、家族などの食生活支援状況の把握
	疾患・治療法別	食物アレルギー、腎臓疾患、糖尿病、心疾患、低体重児、先天性代謝疾患、先天性疾患、化学療法・放射線療法を受けている患児、術後、薬と栄養の相互作用
栄養ケアプラン		適切な代謝要因に基づいた栄養必要量の算出、月・年齢および発育に応じた経口摂取の考慮、経管・静脈栄養管理、栄養補助食品の使用、栄養ケアプランの評価・見直し、栄養ケアプランの報告書(記録)管理
栄養ケア	成長・発達期の栄養教育	離乳食指導(含未熟児・低体重児)、乳幼児健診における栄養相談&栄養・食教育、発達外来における栄養相談&栄養・食教育、基本的な生活(食)習慣の確立に向けての支援
	疾患別栄養教育	食物アレルギー、腎臓疾患、糖尿病、心疾患、先天性代謝疾患、先天性疾患(ダウン症、口唇・口蓋裂ほか)、化学療法・放射線療法を受けている患児、術後、肥満、高脂血症、拒食症・過食症・摂食障害、摂食機能障害
	退院後のフォロー、地域との連携による栄養教育	退院後のフォロー、食事療法に関する地域内の他施設との連携、地域保健所等との連携による在宅栄養指導の実施糖尿病患児の栄養教室、サマーキャンプ、肥満児の栄養教室
チーム医療		病棟訪問・回診/病棟カンファレンス、他部門・多職種間における連携、クリニカル・パスの実施、NST(Nutritional Support Team)の実施、小児栄養をテーマにした勉強会等の実施、共同研究の実施/研究への協力

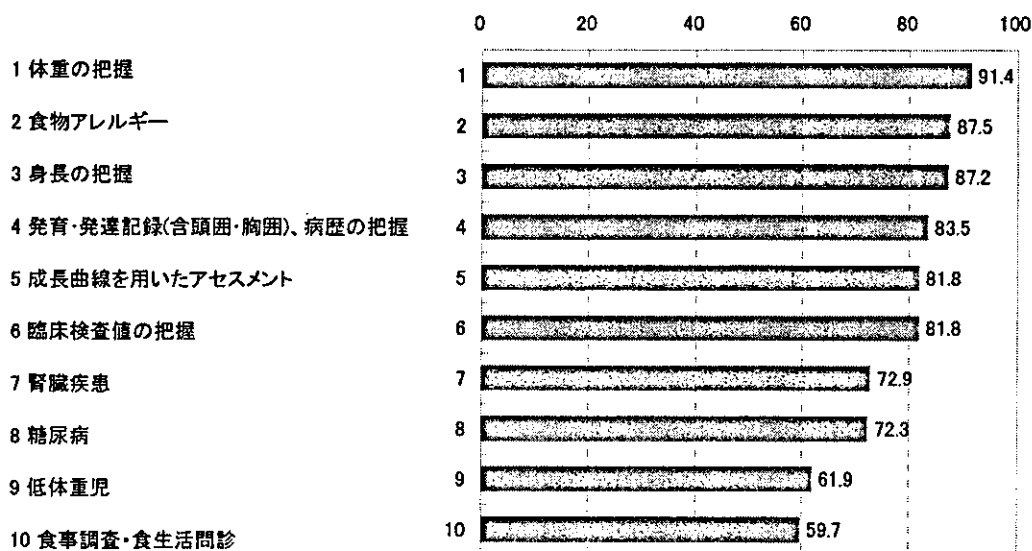
表2 回答者の特性(職種別・性別 平均年齢)

	小児科医師			管理栄養士		
	男性 (n=438)	女性 (n=95)	全体 (n=532)	男性 (n=92)	女性 (n=454)	全体 (n=553)
平均	47.3	46.6	46.8	47.1	46.5	46.6
標準偏差	8.2	12.1	10.0	7.3	9.1	8.9
範囲	77-27	70-30	77-27	59-25	66-23	66-23

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。

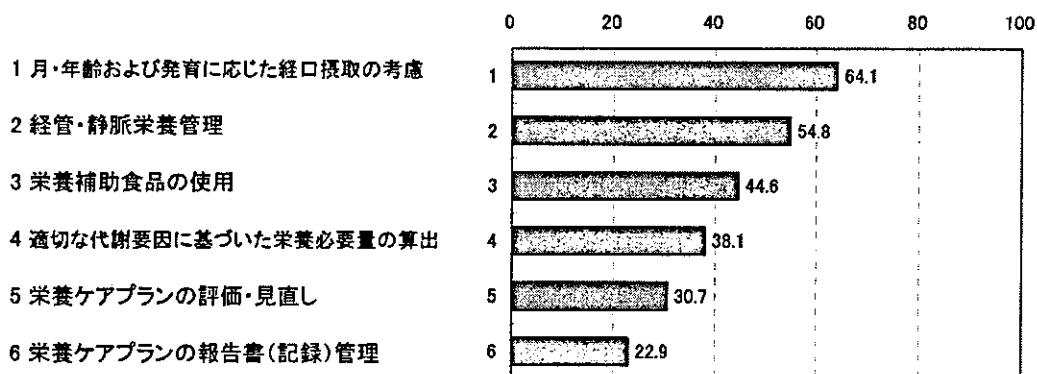
図6は「チーム医療等」の実施状況である。全体に他の項目より低率で、「病棟訪問回診/カンファレンス」、「他部門・多職種間における連携」が約半数、「クリニカルパスの実施」が約3割の施設で実施され、「NST(Nutritional Support Team)の実施」は約2割に留まっていた。

図3 栄養アセスメントの実施状況（上位10位まで）



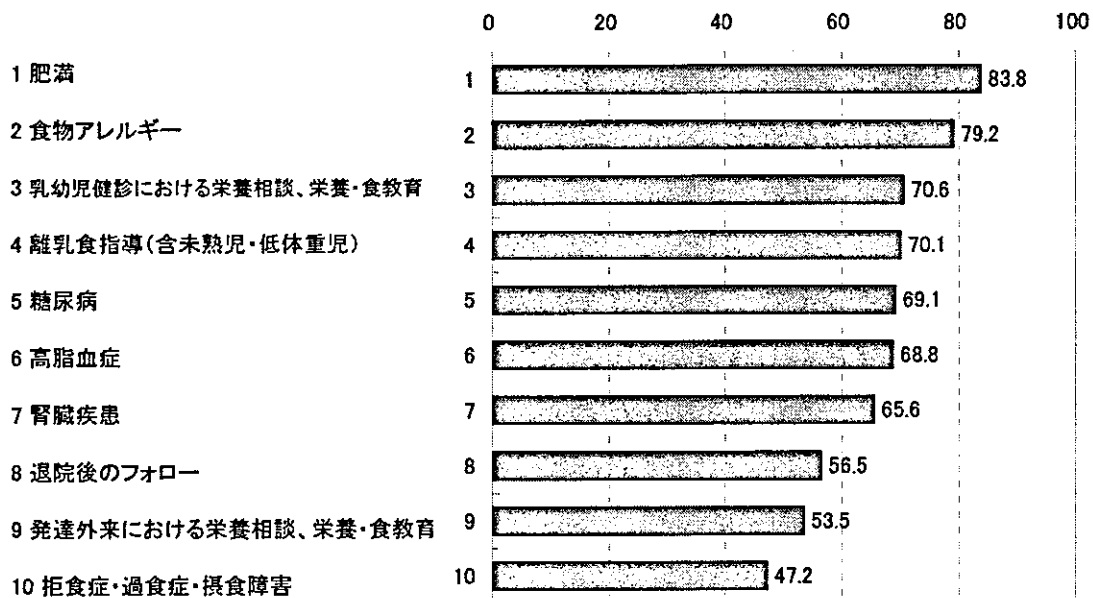
(施設別、n=538)

図4 栄養ケアプランの実施状況



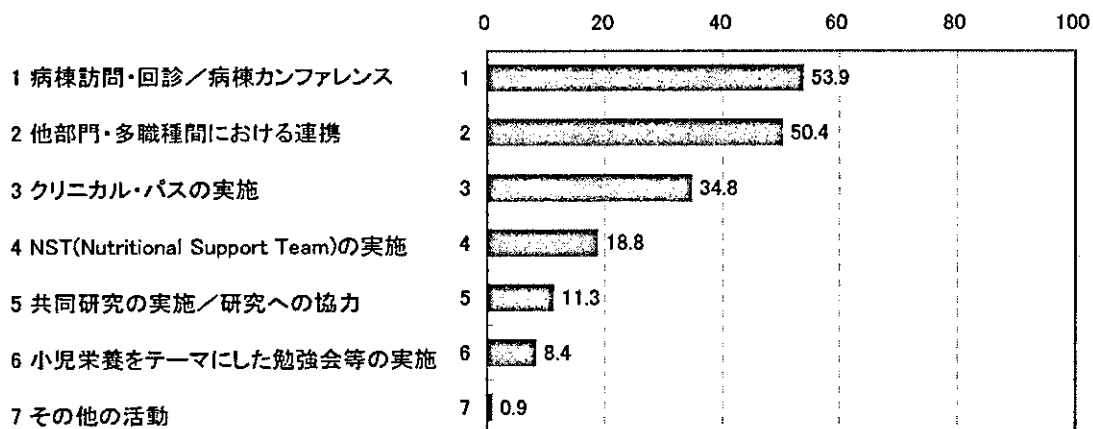
(施設別、n=538)

図5 栄養教育等、栄養ケアの実施状況（上位10位まで）



(施設別、n=538)

図6 チーム医療の実施状況



(2)小児科医のニーズ(管理栄養士への期待)と管理栄養士の取り組みの実際とのギャップ(図7～10)～10は、小児の栄養ケアに関する各項目について、小児科医の管理栄養士への期待と、管理栄養士の実際の取り組みの状況を示したものである。棒グラフの上段は小児科医の回答で、管理栄養士への期待度について「大いに期待する」「期待する」

を合わせた回答率である。下段は管理栄養士の回答で、「(該当患者)全てに実施」と「(該当患者)一部に実施」を合わせた回答率である。「栄養アセスメント」(図7)、「栄養ケアプラン」(図8)、「栄養教育等栄養ケア」(図9)、「チーム医療」(図10)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、管理栄養士が実際に

取り組んで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。

(3)多職種連携の有無別栄養ケアの実施状況(図11~14)

「他職種連携・チーム医療」を行っている施設は、行っていない施設よりも栄養ケア全体(栄養アセスメント、栄養ケアプラン、栄養教育等栄養ケア、チーム医療等)の実施率が高いことが明らかになった(図11~14)。また、自由回答の結果からも、管理栄養士への期待がより大きく、具体的であることがうかがえた。

今後小児の栄養ケアが適正かつ十分に行なわれるためにも、チーム医療における管理栄養士の参画が明記されることや、栄養サポートチームにおいて診療計画書等への管理栄養士の署名を義務づけるなどの方策が望まれる。

3)「多職種協働支援ガイド」の作成及び「小児の栄養ケアに関するネットワーク」の構築

全国調査の結果からも、小児科医の管理栄養士への期待が大きいことや、対象となった小児医療施設において、小児栄養を専門とする管理栄養士の配置へのニーズが高いことが明らかになった。しかし、現段階ではその養成が(卒後研修含めて)十分であるとは言えない。そこで、全国調査の結果等、本研究において把握した現状やニーズを踏まえて、小児科医の期待や小児医療施設のニーズに対応できる管理栄養士の資質向上に貢献すべく、小児医療施設の管理栄養士を中心としたワーキンググループにより、具体的な協働モデルやネットワークづくりについて検討してきた。

(1)「多職種協働支援ガイド」の作成(資料)

小児栄養ケア協働支援ガイドの構成は、

- ①小児栄養ケアに関する基本的事項、
 - ②多職種連携の必要性・意義とその要件、
 - ③ネットワークの構築とその中期的な活動計画とした。
- ①については、全国調査で上位に挙げた項目を中心に、欧米のガイドラインをはじめとする国内

外の関連資料を参考に作成した。本研究の成果の一部として、関連機関に配布する予定である。

(2)小児栄養ケアに関するネットワークの構築

国立成育医療センターを中心に小児栄養ケアに関するネットワークを構築し、特に以下の3項目に関して活動をすすめていく必要があると考えている(図15)。

- ①小児栄養ケアに関する先駆的取り組みに関する情報の収集・発信
- ②小児栄養ケアに関する調査・研究の実施
- ③小児栄養ケアに携わる専門家の育成・啓発普及のための教育・研修の推進

これらの活動については、全国調査の結果からも上記3項目のそれぞれについて、小児の栄養ケアに携わる管理栄養士からの期待も大きく、具体的なニーズがあることが明らかになった。そうしたニーズを反映した活動を開始すべく、現在準備をすすめている。

おわりに

—小児医療における栄養ケアシステム・協働モデルの実現に向けて—

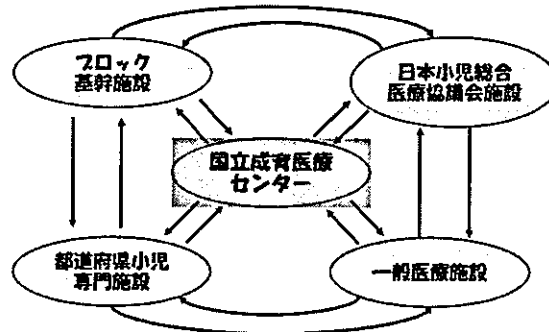
近年、国内外で、チーム医療における栄養ケアの重要性や、栄養士が多職種と連携した場合の成果に関する報告がみられるようになってきた(3-5)。子どもの栄養・食生活は、子ども自身の心身の状態はもとより、家族や地域のサポートを含む社会・経済的要因に規定されている。そのため、管理栄養士が、一人ひとりの子どものニーズにあった栄養ケアプランを作成、実施、評価していくためには、小児科医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など多職種との連携が不可欠である。また、小児医療における栄養ケアにおいては、病児であっても子どもは発育・発達の過程にあり、食をはじめとした基本的な生活習慣を形成する重要性を常に意識し、必要に応じて地域内の他施設や家庭とも密に連携を取りながら、取り組んでいく必要がある。

小児栄養ケアのシステムづくりや協働モデルの開発については、まだ基盤づくりの第一歩を踏み出したところである。今後ネットワークが少しずつ発展し、子どもと親が安心して医療を受けられ

るための栄養ケアの実現に向けて、チーム医療の一員である管理栄養士が多職種との協働の中で、その専門性を生かしていけるシステムづくりが、

本研究終了後も推進されていくことを願っている。

図15 小児栄養ケアのネットワークづくりに向けて



ネットワークの活動（例）

- 1) 小児栄養ケアに関する先駆的取り組みに関する情報の収集・発信
- 2) 小児栄養ケアに関する調査・研究の実施
- 3) 小児栄養ケアに携わる専門家の育成・啓発普及のための教育・研修の推進

引用・参考文献

1) 杉山みち子(分担研究者). 平均在院日数短縮化に資する栄養管理マネジメント技法-経営管理技法を導入した「栄養ケア管理項目」の開発と実用化に関する研究, マネジドケアにおける医療システムの経営管理技法の導入効果に関する研究(主任研究者; 小山秀夫), 平成12年度分担研究報告書, 137-169, 2001, 3

2) 小山秀夫, 杉山みち子: 栄養ケアマネジメントと高齢者のQOL、これからの高齢者の栄養管理サービス、栄養ケアとマネジメント、細谷憲則・松田

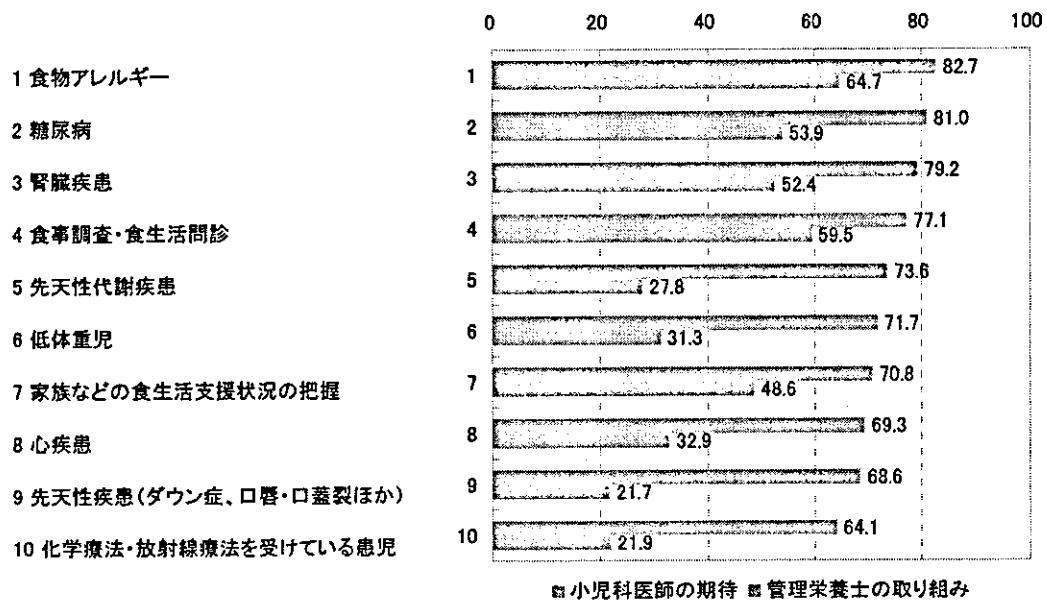
朗監修、小山秀夫・杉山みち子編集, 18-19, 1999

3) Kilo CM. Improving care through collaboration. Pediatrics 1999 Jan; 1 Suppl E): 384-93

4) Delahanty LM. Geriatric team dynamics: the dietitian's role. J Am Diet Assoc 1984 Nov; 84(11): 1353-6

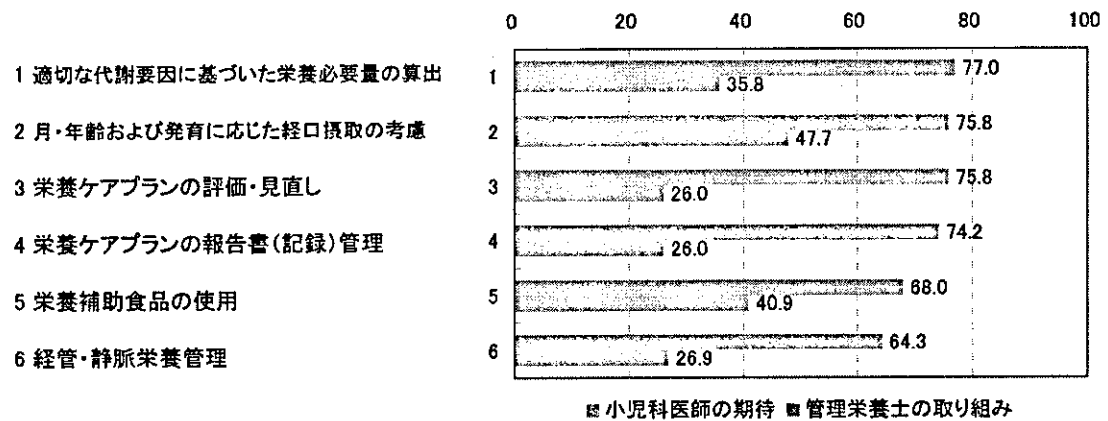
5) Traeden UI, Holm L, Sandstrom B, Andersen PK, Jarden M. Effectiveness of a dietary intervention strategy in general practice: effects on blood lipids, health and well-being. Public Health Nutr 1998 Dec; 1(4): 273-81

図7 小児科医の管理栄養士への期待と取り組みの実際（栄養アセスメント、上位10位）



(小児科医;n=538、管理栄養士;n=553)

図8 小児科医の管理栄養士への期待と取り組みの実際（栄養ケアプラン）



(小児科医;n=538、管理栄養士;n=553)

図9 小児科医の管理栄養士への期待と取り組みの実際（栄養教育等 栄養ケア、上位10位）

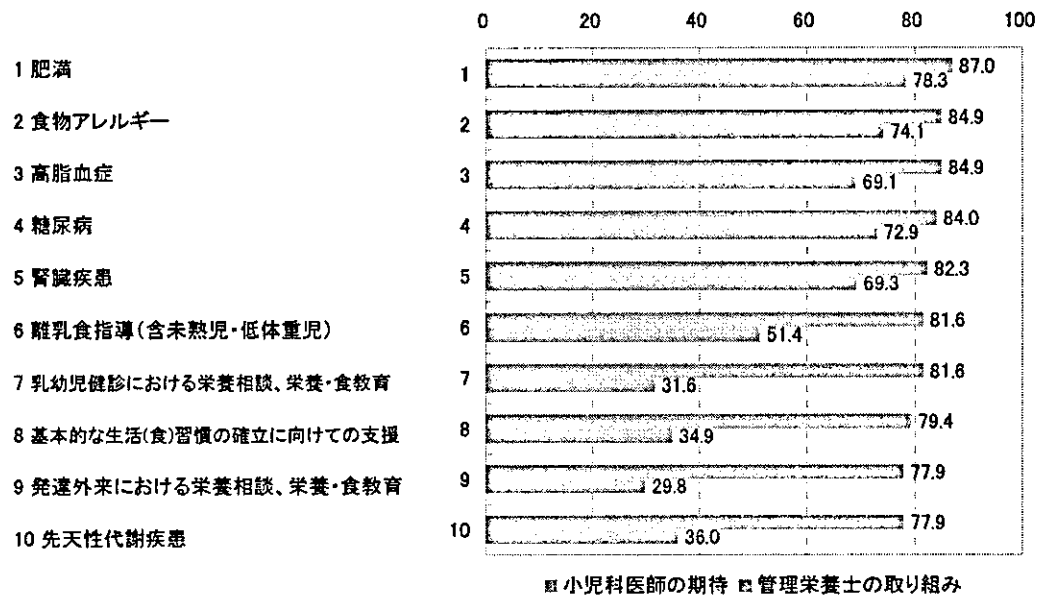
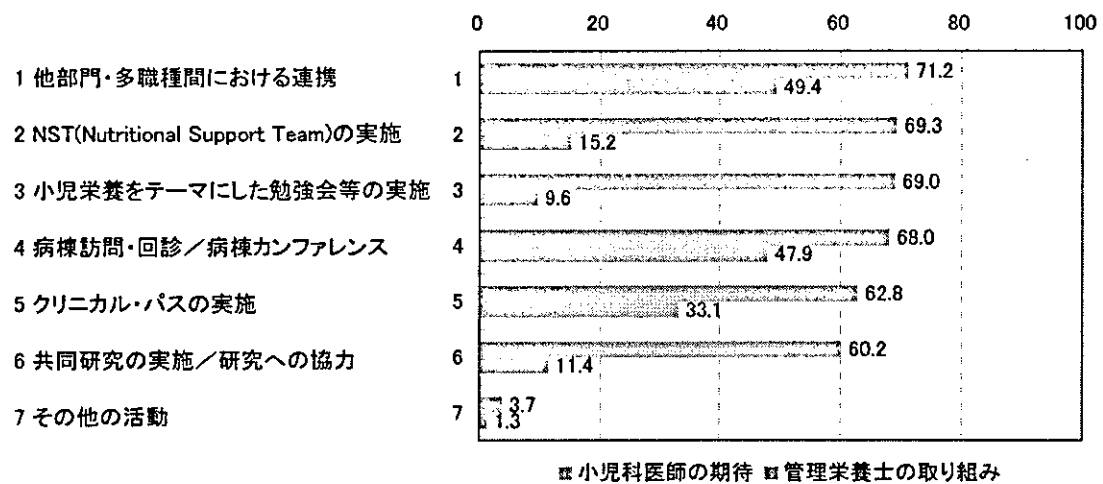


図10 小児科医の管理栄養士への期待と取り組みの実際（チーム医療）



(小児科医:n=538、管理栄養士:n=553)

図 11 他部門・多職種間の連携の有無別の栄養ケアの実施状況（栄養アセスメント）

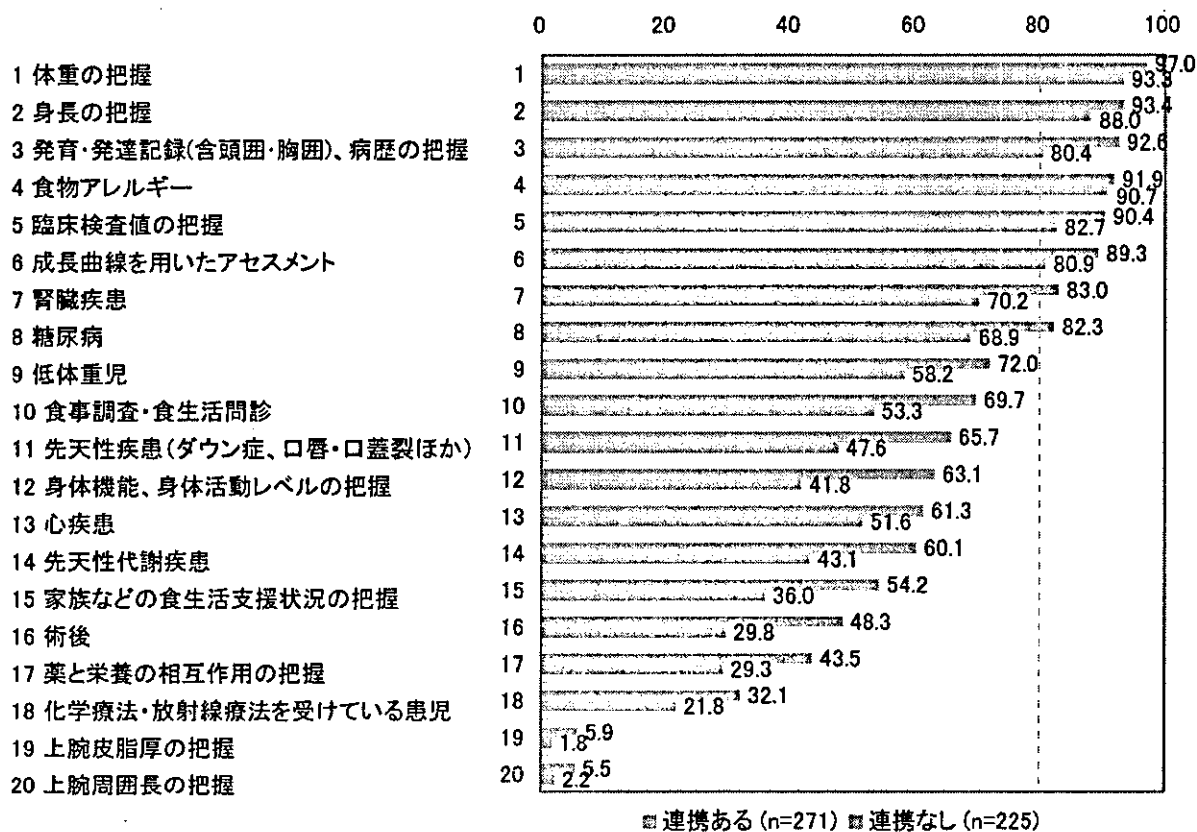


図 12 他部門・多職種間の連携の有無別の栄養ケアの実施状況（栄養ケアプラン）

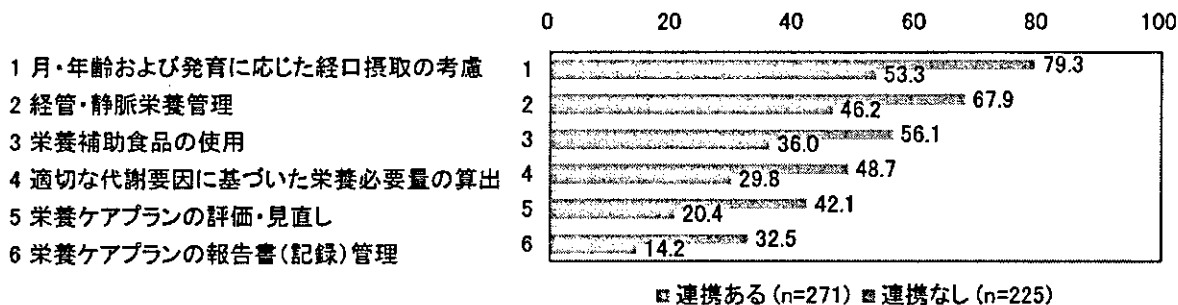


図13 他部門・多職種間の連携の有無別の栄養ケアの実施状況（栄養教育等、栄養ケア）

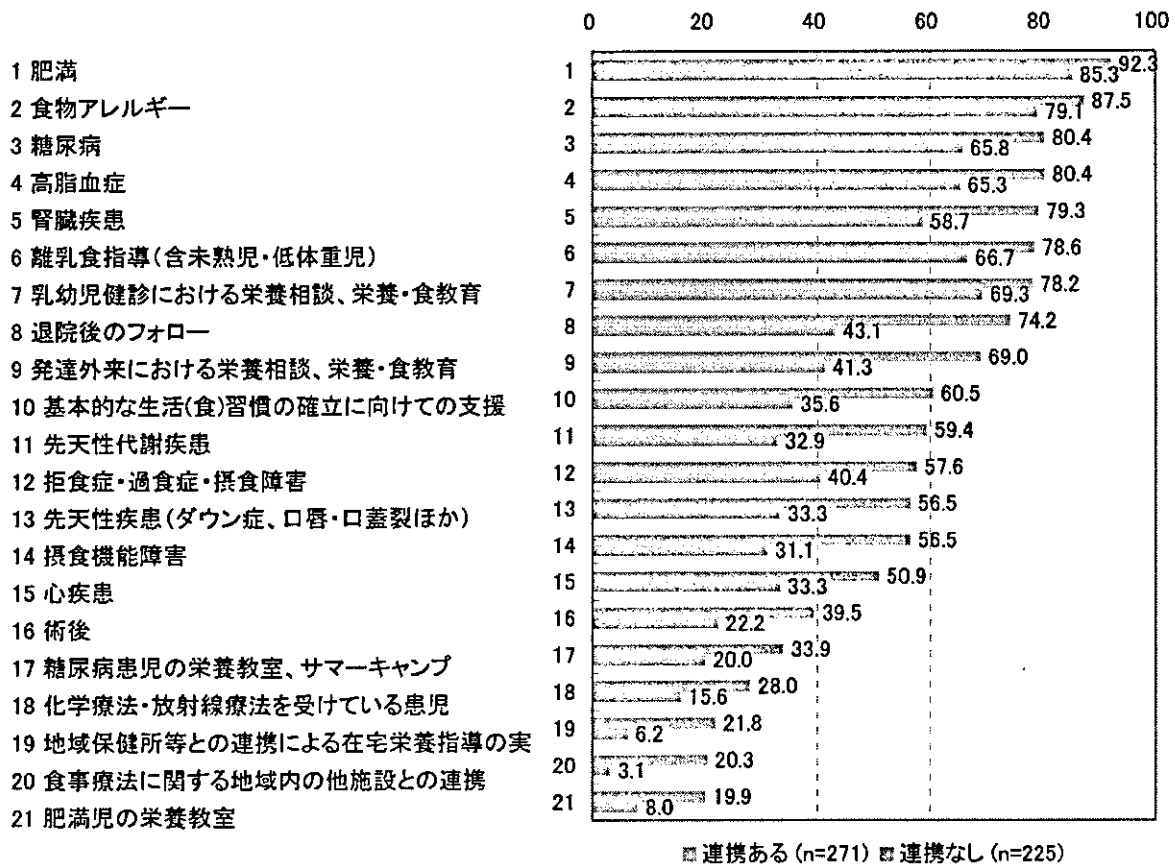
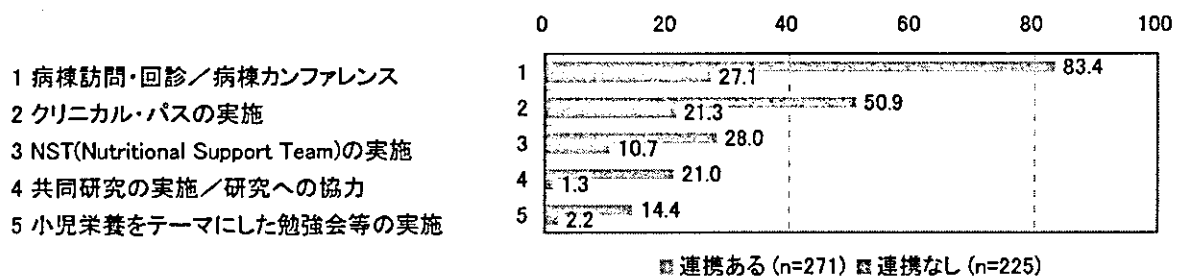


図14 他部門・多職種間の連携の有無別の栄養ケアの実施状況（チーム医療等）



(資料) 小児栄養ケア協働支援ガイドの構成

はじめに(分担研究の概要)

I 部 小児栄養ケアについて

1. 小児栄養ケアの意義
2. 小児栄養管理サービス
3. 小児の栄養ケア
4. 小児期疾患の栄養療法
5. 小児栄養管理サービスの実際
6. 文献

II 部 連携の必要性・意義と多職種連携事例集:構成/項立て(案)

1. 連携の必要性和意義
2. 栄養ケアマネジメントの各プロセスにおける連携
3. 連携のタイプ、連携先
4. 連携の形成過程と連携に影響する要因
5. 連携をすすめる上で管理栄養士に求められる能力
6. 連携をすすめるための実践力の養成
7. 文献
8. 小児栄養ケアの多職種連携実践事例
(B 県立子ども病院での複数の診療部門と連携した NST の構築)

III 部 小児栄養ケアに関する成育医療センターを中心としたネットワーク

1. 小児栄養ケアに関する成育医療センターを中心としたネットワークの範囲
2. ネットワークの中期的な活動(案)
 - 1)小児栄養ケアに関する先駆的取り組みに関する情報の収集・発信
 - 2)小児栄養ケアに関する調査・研究の実施
 - 3)小児栄養ケアに携わる専門家の育成・啓発普及のための教育・研修の推進

資料 小児の栄養ケアの実施状況とニーズに関する全国調査結果

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長
	谷口 美紀	広島大学大学院保健学研究科博士課程前期
	中込さと子	広島大学大学院保健学研究科助教授
	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
	藤本沙央里	広島大学大学院保健学研究科助手
	森原 千秋	広島県福祉保健部保健医療総室健康増進室

■研究要旨

小児科産科若手医師の確保・育成を目的とした対策の一つとして、コメディカルを活用することによってNICU退院児のフォロー体制を充実化し、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、15事例に試行し、評価した。訪問看護の適用は、医療的ケア4事例・経過観察と育児支援3例、育児支援8事例であった。モデル評価のために、母親・訪問看護師・主治医に半構成型面接調査を実施した。その結果、訪問看護師による実践は母親に「精神的安定」「育児能力の確保」「育児負担の軽減」をもたらし、「家庭生活への適応」や「子どもの成長発達」を促し、またNICU医師には「親子に対する全人的理解」「受診までの安心」「診察時間の有効利用」をもたらしたことが明らかになった。

本モデルの試行を通して、NICU退院児の育児支援のための訪問看護の重要性と必要性が明確になった。しかし、乳児医療に依存する限界もあり、患者が活用できる保険システムの検討と、地域連携システムの構築に算入される補助金などの体制が必要と考える。また、研究テーマである「連携と協働」ということが身体感覚を通して体験でき、他者理解と尊重、信頼関係が深まるという副産物を得た。このような体験は貴重であり、医師の継続教育研修プログラムへ異職種合同研修を位置づける必要があると考える。

A.研究目的

小児科産科若手医師の確保・育成を目的とした対策の一つとして、コメディカルを活用することによってNICU退院児のフォロー体制を充実化し、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、試行し、評価することを目的とした。

B.研究方法

1.モデルの試行

実施期間は平成15年4月から平成16年11月までとし、15事例にモデル(図)を試行した。方針は次

とした。1)関係・協働の円滑化:コーディネータ役割と情報伝達経路の明確化、2)ケアレベルの維持:
①退院前訪問と親の意向を尊重した計画立案と修正、②合同カンファランスの実施(退院前カンファランスによる対象理解と相互理解、必要時・終了時カンファランスによる評価)、3)個人(訪問看護師)の能力向上:研修会・個別指導・ケースカンファランスの実施。

モデルの試行はアクションリサーチの手法をとり、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ことを繰り返しながら洗練させていった。協力施設は、大学病院、県立病院、看護協会訪問看護ステーション、小児科

医院、地域保健所・保健センターとした。

倫理的配慮として、試行前に、NICU主治医・
母親・小児科医院医師・訪問看護師・保健師に、

研究目的、方法、意義、協力の任意性、協力撤回
の自由性、結果の公表、守秘義務について説明し、
承諾を得た。

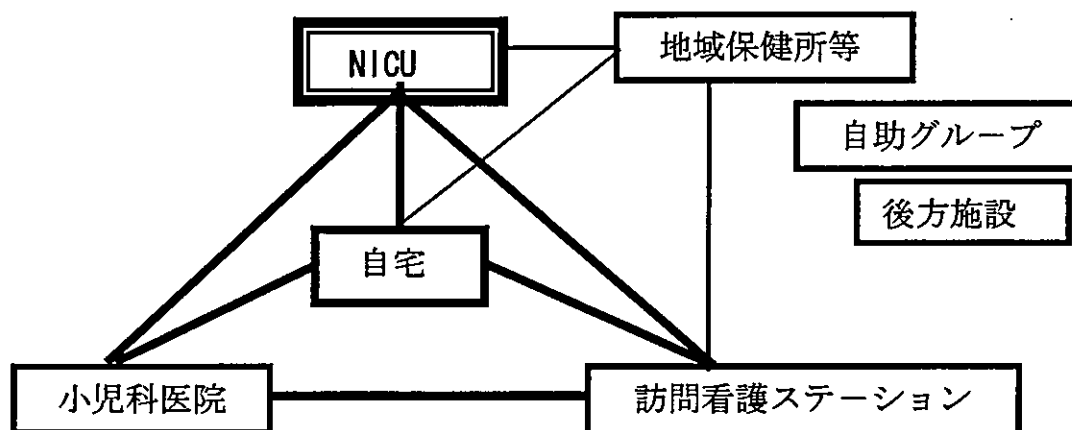


図 NICU 退院児の在宅医療・育児を支えるための連携

2.モデルの評価

対象は、訪問看護の適用が育児支援であった8事例とし、その母親、担当訪問看護師、主治医とした。情報収集は平成16年9月から12月の4ヶ月間において実施した。情報収集は、半構成型の面接調査、および、訪問記録からとした。面接は対象の希望する場所とし、内容は、母親には訪問看護についての体験内容や思い、訪問看護師には実施した看護実践内容や認識、主治医には訪問看護活用に関する認識とした。面接時間は1人あたり約1時間とし、母親については許可を得たうえで面接内容を書き取り、訪問看護師、主治医については許可を得たうえで録音した。

分析は要約的内容分析によっておこなった。:1)各面接後に、録音したデータは逐語録とした;2)面接内容の書き取りと逐語録と訪問記録から、事例別に、どのような訪問看護体制や内容があるのか、さらに、母親にはそのことによってどのような変化が生じたかについて一連の流れとして、【…してくれた/…できた】ので【～になった/～できた】と要約した;3)更に事例別に比較しながら共通性のあるものについて統合し、その内容を要約した;4)最終的に看護実践内容として系統的に分類した。

調査開始前に、対象の母親・訪問看護師・主治医に、研究目的、方法、意義、協力の任意性・協力撤回

の自由性、結果の公表、守秘義務について説明し、承諾を得た。

C.結果

1.対象の背景

対象となる母親8名で、6名が初産婦、2名が経産婦であった。子どもは、単胎の超低出生体重児が2名、双胎が4組、品胎が2組であった。16名の子どもの平均在胎期間は31w3d(SD21.5)、平均出生体重は1,365g(SD364.0)、平均退院日齢は61.5d(SD28.9)、平均退院時修正日齢は40w2d(SD13.5)、平均退院時体重は2,720g(SD459)であった。訪問看護の平均利用期間は7.75ヶ月(SD3.5)、平均初回訪問日は退院後4日(SD3.1)であった。利用開始時期は、1名のみが再入院後の退院時からであった。平均訪問回数は55.6回(SD52.2)であり、5名はすでに訪問看護の利用は終了しており、3名が継続中であった。

対象の訪問看護師は6名で、総看護経験年数は平均12.0(SD3.9)で、その内訪問看護ステーションでの経験年数は平均3.3(SD2.6)、小児看護経験者は2名、子育て経験は全員であった。対象の主治医は2名で、経験年数は14年、7年、NICU経験年数は8年と3年であった。

2.母親および訪問看護師からみた看護実践内容

訪問看護実践内容は表に示した。訪問看護実践内容について母親の立場からとらえると、母親は訪問看護の体制や内容によってさまざまな変化が生じており、それは24に要約・分類できた。訪問看護の体制や内容についてみると16に要約・分類でき、さらに7つの領域に分類することができた。すなわち、I：家庭で、II：定期的に、III：退院直後から、

IV：いつでも、V：訪問後のフォロー、VI：継続して、VII：受診同行であった。母親に生じた変化については24に要約・分類することができ、さらに4つの領域に分類できた。すなわち、A：育児能力の獲得、B：精神的安定、C：育児負担の軽減、D：生活の時間配分であった。

表. 母親の立場からみた訪問看護実践内容

訪問看護の体制や内容	母親に生じた変化
1 家庭内で育児方法を教えてくれた	①家庭の状況に合った子どもの世話ができるようになった ②入院中からの子どもの問題に対応できた
2 受診前に自宅で診て助言がもらえた	③その時の子どもの状態に合わせた対応ができた
3 家庭内で育児を分担してくれた	④育児の負担が軽減した ⑤家族全体の精神的負担が軽減された
4 家庭内で育児を代行してくれた	⑥いつもはできない家事ができた ⑦外出ができ、気分転換ができた
5 定期的に相談できた	⑧子どもの状態についての心配事を何度も繰り返し聞くことができ、判断できるようになった ⑨育児に対する不安がその都度解消された
6 定期の訪問で雑談相手になってくれた	⑩家に閉じこもって誰とも話せない状況から、外の人と話すことができ気分転換ができた ⑪子ども以外の家族の病気についても相談でき、対処ができた
7 定時に訪問してくれた	⑫一日の生活のペースづくりができた
8 退院直後から話を聴いてもらえ、助言や保証をしてくれた	⑬子どもの特徴がわからない時期にその特徴が理解できるようになった ⑭入院中からもっていた子どもに対する気持ちが整理でき、失った育児への自信を取り戻した ⑮退院直後の精神的に不安定で苦しい時期を乗り越えられた
9 いつでも電話で相談できた	⑯子どもに出現した症状についてその場で対処できた ⑰いつでも相談できるという安心感が得られた
10 訪問後に電話で連絡や確認をしてくれた	⑱訪問後でも気を遣ってくれることがわかり信頼感ができた
11 訪問後に主治医に連絡しその結果を電話で伝えてくれた（医師の代弁をしてくれた）	⑲病気に関することでも質問できるという安心感が得られた
12 継続して同じ看護師が診て、助言してくれた	⑳子どもの経過や成長にあった育児ができた
13 継続して同じ看護師が見守ってくれた	㉑成長発達についての不安が和らいだ
14 定期受診に同行し、一緒に経過を説明してくれた	㉒経過を正確に医師に伝えることができた
15 受診に同行し、一緒に診察結果や指示内容を聞き、後で補ってくれた	㉓子どもの経過や対処法がよく理解できた
16 緊急受診に付き添ってくれた	㉔受診中安心だった

3. 訪問看護活用に関する医師の認識

主治医の訪問看護の活用に関する認識は、母親については、「退院後から母親の心配や不安に対する相談・助言によって、家庭生活への適応や育児の自立支援が促された」「専門的な助言によって、子どもの成長発達が促された」「看護師が受診に同行すると、医師に聞き忘れた事を質問したり、説明した内容をさらに補足説明してくれた」「自宅で育児技術などの確認ができ、母親が安心できた」「母親の肉体的負担が軽減された」であった。また、医師自身にとっては「指示書に対する報告書以外に、リアルタイムな報告があり、家庭での様子や問題点を把握できた」「医療サイドで考えている以外の問題点を把握してもらえた」「受診までに情報が入り手できているので、受診時にはあらかじめ介入すべきことが把握できた」「定期的に介入してもらっているため、受診までの間安心できた」であった。さらに、今後の課題として、「訪問看護からの自立に向けた社会資源の活用と調整」が回答された。

D. 考察

母親の不安や心配事は、自宅において、退院直後から、いつでも、同じ専門家に、気兼ねなく相談でき、かつ、それが継続して行われる事によって支えられ、解決に向っていた。また、NICUから退院後数ヶ月経過し、母親自身が家庭での育児にも慣れた時期においては、子どもの成長に伴い育児に手をかける度合いも変化する。この変化に対応するために母親は訪問看護師と育児の分担や代行をしていた。これらは、これまでNICUで対応してきた家族とのホットラインとしての電話相談体制や、現行の保健師による家庭訪問の体制では対応できない看護内容と考えられた。

家庭生活に移行する過程においては、これまでの家事に新しく育児が加わることによって、一日の時間配分の調整が必要である。本調査では、自宅に定時に訪問看護師が訪れることによって、母親自身が日常生活をコントロールできていた。これは、訪問看護体制ならではの成果と考えられた。

地域における連携は、訪問看護師が認識しても母親

には認識されない場合や自助グループの活用には至らない場合もあった。親子が地域での生活を自立していくには社会資源の活用が重要である。主治医からの期待もあったが、状況に合わせて社会資源を積極的に活用できるよう、情報提供や調整役を担うことがより必要であると考えられた。

このように、NICU退院児の育児支援を目的とした訪問看護は、母親や医師自身にとって意義のあることが明らかとなった。今後、より多くの訪問看護ステーションにおいて実施されるには、必要性の普及と訪問看護師の教育を充実させる必要がある。教育については、訪問看護師研修コースや訪問看護認定看護師教育におけるプログラムを充実させることが考えられる。また、このようなシステムが地域で構築出来るためには経済的支援が重要となる。患者が活用できる保険システムの検討と、地域連携システムの構築に加算される補助金などの体制が必要と考える。

本研究を通して、研究テーマである「連携と協働」ということが身体感覚を通して体験でき、他者理解と尊重、信頼関係が深まるという副産物を得た。このような体験は医師や看護師にとって貴重であり、チーム医療や協働ということが、医学教育や医療研修に取り入れられること、また、異職種合同教育によって実施できれば、新しい価値観を有した若手医師を育成することが可能と考える。

E. 結論

1. 本研究を通して、NICU退院児の育児支援のための訪問看護の重要性と必要性が明確になった。

2. 乳児医療に依存する限界があり、患者が活用できる保険システムの検討と、地域連携システムの構築に加算される補助金などの体制が必要である。

3. 研究テーマである「連携と協働」ということが身体感覚を通して体験でき、他者理解と尊重、信頼関係が深まるという副産物を得た。このような体験は貴重であり、医師の継続教育研修プログラムへ異職種合同研修を位置づける必要がある。

小児医療における医師と看護師の協働に関する問題

—看護管理者及び看護スタッフに対する意識調査より—

【分担研究者】 山口 桂子 愛知県立看護大学看護学部看護学科教授
舟島なをみ 千葉大学看護学部看護学科教授

■研究要旨

小児医療における医師と看護師の協働に関する問題を明らかにする目的で、全国200床以上の総合病院および小児専門病院、88施設の小児病棟に勤務する看護管理者および看護師 計1016名を対象として質問紙調査を行った。

その結果、医師との協働を円滑に推進していくために、看護師自身がより高い小児看護実践能力を備える必要があると認識していることが明らかになった。一方、医師との関わりに関する問題では、看護師が医師との協働に向け、医師と看護師のみならず医師間の連携にも問題があると感じており、両者の改善の必要性を示唆するものであった。また、これらの問題は、一般病院と小児専門病院や大学病院等、施設特性によって問題の質が異なることから、状況に応じた対策の必要性が示唆された。

さらに、自由記述式回答から得られた「看護師の直面する問題」「医師への要望」からは、小児医療の質向上に向けて、看護師自身の質向上の重要性に加えて、医師が小児・家族を包括的に理解し、的確な指示のできる能力を身につけること、小児医療の目標を理解すること、研修医へのチーム医療に関する内容を含む教育体制を確立することが必要であることも示された。

一研究目的一

本研究は、小児医療チームで協働する医師と看護師が各々の役割遂行と機能の発揮に関わる問題を看護職の立場から解明する。結果は、質の高い小児医療を目指す医師の勤務環境上の問題がチームの一員である看護師の視点を通して明らかになり、「小児科若手医師の確保・育成」の問題をこの視点から改善するための示唆を提供する。

一研究方法一

- 1)調査対象：対象は、無作為抽出した全国200床以上の小児関連診療科目を有する総合病院および、小児専門病院 計230施設のうち、看護部から研究協力の承諾が得られた88施設の小児病棟に勤務する看護管理者(以下師長とする)122名 および看護師(臨床経験2年目以上)894名 計1016名である。
- 2)調査方法：調査票は看護部に依頼して配布した。回収は対象者が返信用封筒を用い個別に郵送する方法で行った。また各対象者に対し研究目的の説明と研究依頼の文書を添付した。
- 3)調査内容：調査内容は、①医師との協働に関わる32項目を問題と感じる程度、②看護師が直面している問題、③医師への要望などであり、選択回

答式質問と自由回答式質問を用いて調査した。

4)調査期間：平成16年9月~10月

5)倫理的手続き：愛知県立看護大学倫理審査委員会の承認(16愛看大第7-20号)を受けた。

一調査結果および考察一

調査票の回収数は、看護師641名(回収率71.7%)、師長100名(回収率82.0%)、合計741名(回収率72.9%)である。また、対象者の属性は表1、表2に示した。

1. 医師との協働について

(表3~5参照)

1)看護師サイドの問題に対する看護師の認識

医師との協働に際して、看護師は、「看護師間の実践能力に格差がある」(53.8%)ことを「非常に」「かなり」問題であると感じていた。これは、医師との協働を円滑に推進していくために、看護師自身がより高い能力を備える必要があると認識していることを示すものであった。

また、上記以外では、全体的に、「子どもの発達をふまえた、健康状態や生活状態をアセスメントするために必要な知識や技術の不足」を多くの

看護師が問題と感じており、これについては対象の属性や所属する施設の違いによっても差が見られなかった。それに対し、「看護師間の小児看護観の違い」や「小児看護に関する専門的能力の育成の困難さ」に関する項目では、小児専門病院で、問題であると感じている傾向が強かった。また、唯一、「院内でのローテーションが多く専門性が育たない」の項目のみ、一般病院の方が有意に高い値を示した($p<.01$)。

以上より、医師との協働に関わる看護師サイドの問題の中では、特に、「小児専門能力の育成」に関して施設特性によって起こる問題を正しく把握し、状況に応じた対策を講じていく必要性が示唆された。

2) 医師サイドの問題に対する看護師の認識

医師との協働に際して、看護師は、「医師同士の連携の不足」(49.3%)、「医師と看護師の情報共有の不足」(43.1%)を医師サイドの問題として強調した。これは、看護師が医師との協働に向け、医師と看護師のみならず医師間の連携にも問題があると感じており、両者の改善の必要性を示唆するものであった。

また、32項目中医師との関わりに関する問題18項目について因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行い、「医師の患者に関する不適切な指示や対応(8項目)：以下『**不適切な指示**』とする」「医師と看護師間の共通認識の不足(4項目)：以下『**共通認識の不足**』とする」「医師の看護師への不適切な対応(3項目)：以下『**看護師軽視**』とする」「医師の不在(3項目)：以下『**医師不在**』とする」の4因子(以下、カテゴリとする)に分類した。

①4カテゴリの比較：4カテゴリそれぞれの項目の合計得点による平均値では「不適切な指示」16.8(SD6.0)、「共通認識の不足」9.1(SD3.0)、「看護師軽視」5.8(SD2.5)、「医師不在」6.4(SD2.4)であった。各カテゴリに該当する項目数が異なるために単純には比較できないが、1項目あたりに換算すると「共通認識の不足」が最も高く、「看護師軽視」がこれらの中では最も低い結果であった。これは、看護師が医師との協働に際して、医師から軽視されていると感じている者は少ないが、共通の認識に基づき活動できていないと感じている者が多いことを示すものであった。

②対象者の属性と4カテゴリの関係

一元配置分散分析の結果、対象者の所属施設の病床数別に全てのカテゴリにおいて有意差($p<.05$ ～ $p<.01$)を認めた。中でも1000床以上の施設は、全てのカテゴリの平均得点が有意に高く、病床数の拡大とともに看護師が医師との協働に向けての問題を強く認識している状況を示した。また、病院種類別の比較の結果においても、4カテゴリ全てにおいて有意差($p<.01$)を認めた。この結果では、一般病院より小児専門病院、大学病院の平均値が高く、中でも大学病院は最も高い値を示した。さらに、4カテゴリのうち「医師不在」を構成した項目のうち、一般病院では「夜間や休日の不在」での平均値が高いのに対し、小児専門病院や大学病院では、「外来診療による日中の不在」や「代行者の理解不足」の平均値が高く、病院の種類によって看護師が医師との協働に際し感じている問題の質が異なっていることを示した。

一方、対象者の職位や経験年数での違いを見ると、師長よりも看護師、また、6～10年程度の臨床経験を持つ看護師に平均値が高い傾向があり、チームの中で直接医師と関わって働いている中堅層看護師が、より問題を強く感じていることが明らかにされた。

以上は、小児看護に携わる看護師の中でも、次のような施設に就業する看護師が医師との協働に強く問題を感じていることを示す。この施設とは、多病床を有し、専門性が高く、重症度の高い患児を多く抱える施設である。この結果は、これらの施設における小児医療の質向上に向けて、全医療スタッフ間の情報共有や連携のあり方を見直す必要があることを示す。一方、一般病院と小児専門病院や大学病院は、その特性によって問題の質が異なることも示された。

2. 協働に際して看護師が直面している問題と医師への要望

(表6,7参照)

1) 看護師が直面している問題

自由記述式質問から得た記述462記録単位を内容分析した結果、看護師が医師との協働に際し、直面している問題を表す30カテゴリが明らかになった(表6)。このうち、代表的なものは【医療者間のコミュニケーション不十分によるチーム医療推

進に必要な情報共有不可】【医師の他科医師との連携不十分による連絡調整の煩雑さ】【指示の不的確さ・治療方針伝達不十分による確認作業の増加・医療遂行の遅延】など、医師との情報共有、医師の連携と指示の不的確さに関わる問題であった。また、【看護師自身の判断による看護実施不可】【小児看護経験不足に起因する看護師の専門的知識・能力不足による治療方針理解困難】など、看護師自身に関わる問題、【医師－看護師間の見解・目標の相違による不本意な援助の実施】など、医師と小児医療の目標が共有できず不本意な援助になっているという問題の存在も明らかになった。

2) 医師への要望

自由記述式質問から得た記述341記録単位を内容分析した結果、協働に際して看護師から医師への要望を表す31カテゴリが明らかになった(表7)。このうち、代表的なものは、【チーム医療推進に向けた看護師との情報の共有化】【チーム医療推進に向けた医師・看護師・他職種とのコミュニケーションの充実、連携】【医療チームの一員である看護師との対等な関わり】など、チーム医療推進に向けた他職種との連携に必要な情報共有・コミュニケーション・態度などの質向上であった。また、【医療推進に向けた多面的・全人的な子どもの理解】【医療の質保証に必要な的確な判断と指示の伝達】など、看護師が医師に対して医学的側面のみならず包括的に小児を理解すること、的確な指示を提供することを要望していることも明らかになった。さらに、【子ども・家族とのコミュニケーション、関わりの充実】【家族への配慮、思いやりのある対応】など、小児・家族とのコミュニケーション・態度など対象との対応に関わる質の向上、加えて【研修医・後輩医師への十分な指導・教育】なども要望していることが明らかになった。

これら看護師から医師への要望は、24時間、小児の最も身近にいる看護師が医師との協働を通し

て切実に感じていることである。そこには、これらの要望を喚起する現象の存在があることを容易に推測でき、小児医療の質向上に向けては、看護師自身の質向上の重要性に加えて、医師が小児・家族を包括的に理解し、的確な指示のできる能力を身につけること、小児医療の目標を理解すること、研修医へのチーム医療に関する内容を含む教育体制を確立することが必要である。

一結論一

看護師を対象にした質問紙調査に基づく小児科若手医師の確保・育成に向けた提言

職場で働く各種スタッフがともに協働にまつわる多くの問題を克服することによって、職場環境を改善し、それが、小児医療の質を上げることに大きな効果を発揮するものと考えられる。

1. 医学教育・臨床医教育における「小児・家族の包括的理解とそれに基づく相互行為の方法」「小児医療の目標」「チーム医療としてのそれぞれの役割」についての明確な教育内容の提示と実施。
2. 臨床教育における指導担当医研修制度の確立：チーム医療について、研修医のプログラム開始当初、その組織としての仕組みや医師の位置づけと役割を明確に指導する必要がある。そのためには、研修指導医師の指導能力向上、指導方法の学習機会等について、何らかの制度上の資格を制定する必要があるのではないかと考える。特に小児関連医師の指導医には、チーム医療、各スタッフの役割に関する正しい理解が不可欠である。
3. 海外の大学が実施しているような継続教育の付置施設を開設し、免許取得後の医師の専門性を維持向上するような組織的系統的教育を実施する。
4. 小児関連医師の業務調査とそれに基づく合理的役割分担：小児医療におけるメンバー必要度の質的・量的根拠として、まずは調査を行い、必要度に応じた医師の役割分担と看護師の機能拡大などを場の特性に応じて行う。

表1 対象者の属性

		合計(%)	看護師	師長
年齢	～22	15(2.1)	15	0
	23～25	91(12.7)	91	0
	26～30	163(22.7)	162	1
	31～40	220(30.6)	210	10
	41～50	161(22.4)	117	44
	50～	69(9.6)	29	40
	平均(SD) (歳)	35.9(9.7)	34.0(8.6)	48.4(6.2)
基礎教育	専門学校(2年課程)	127(17.5)	114	13
	専門学校(3年課程)	452(62.4)	383	69
	短期大学(2年課程)	18(2.5)	14	4
	短期大学(3年課程)	75(10.4)	69	6
	大学	39(5.4)	38	1
	各種学校	8(1.1)	6	2
	その他	5(0.7)	5	0
臨床看護経験	～2	79(10.7)	79	0
	3～5	108(14.6)	108	0
	6～10	148(20.1)	146	2
	11～15	107(14.5)	103	4
	16～20	110(14.9)	92	18
	21～30	157(21.2)	103	54
	31～40	30(4.1)	8	22
平均(SD) (年)	13.6(9.4)	11.8(8.3)	25.6(6.4)	
小児看護経験	～1	139(18.9)	124	15
	2～3	183(24.9)	165	18
	4～6	179(24.3)	161	18
	7～10	126(17.1)	108	18
	11～15	58(7.9)	48	10
	16～	51(6.9)	30	21
平均(SD) (年)	5.8(5.8)	5.4(5.0)	8.7(7.7)	

表2 対象者の所属施設の属性

		合計(%)	看護師	師長
所在地	北海道	44(6.0)	38	6
	東北	86(11.6)	77	9
	東京	59(8.0)	51	8
	関東・甲信越	191(25.8)	162	29
	東海・北陸	116(15.7)	101	15
	近畿	121(16.4)	108	13
	中国・四国	58(7.8)	49	9
	九州・沖縄	65(8.8)	54	11
	病院種類	一般病院	426(58.0)	369
小児専門病院		105(14.3)	90	15
大学病院		151(20.6)	131	20
その他		52(7.1)	44	8
病棟種類	小児内科系	144(19.8)	130	14
	小児外科系	44(6.0)	36	8
	小児内科外科混合	264(36.2)	233	31
	NICU	67(9.2)	60	7
その他	210(28.8)	172	38	
施設病床数	～199	23(3.3)	18	5
	200～399	194(28.1)	170	24
	400～599	223(32.2)	188	35
	600～999	161(23.3)	138	23
	1000～ (床)	91(13.2)	80	11

表3 医師との協働についての問題

	問題項目	問題と感ずる看護師の割合	
		(人)	(%)
主に 看護師 自身の 問題	患児の疾患や治療に対する知識が不足している	304	41.1
	患児の身体的・精神的発達へのアセスメント能力が不足している	246	33.4
	患児や家族の社会的状態へのアセスメント能力が不足している	253	34.4
	基本的育児に関する知識や技術が不足している	232	31.4
	看護ケアの技術が不足している	192	26.1
	看護に対するモチベーションが低い	225	30.5
	看護師間の看護観や看護目標に違いがある	178	24.2
	家族の意向をうのみにしたケアを実施する	171	23.1
	看護師間でのケア方法が統一されていない	239	32.3
	疑問のある医師の指示をそのまま実施する	191	26.1
	医師の指示を正確に実施できない看護師がいる	113	15.4
	院内ローテーションの多さにより専門性育成が困難である	271	36.8
	専門性の高さにより新卒看護師のレベルアップが困難である	357	48.5
看護師間の実践能力に格差がある	394	53.8	
主に 医師と の 関わり の問題	外来診察により日中に医師が不在なことがある	295	39.9
	休日や夜間の当直医師が不在なことがある	182	24.9
	休日や夜間の代行医師が患児に対して理解不足なことがある	248	33.8
	与薬や検査・処置に関する的確な指示のないことがある	226	30.7
	急変時の対応に関する的確な指示のないことがある	176	23.9
	説明が不十分など、医師の対応が悪いことがある	255	34.6
	医師が患児や家族の同意を得ないなど、意志を確認しないことがある	129	17.5
	看護師からの情報を得ようとしないことがある	185	25.1
	看護師の判断を信用しないことがある	199	26.9
	看護師のケアを制限することがある	129	17.5
	医師が家族の意向をうのみにして指示を出すことがある	149	20.2
	医師の技術が不足していると感じることがある	211	28.7
	医師同士の連携がとれていないことがある	263	49.3
	子どもの発達や社会的状況に関して医師の知識・理解不足のことがある	166	22.6
	医師・看護師間の患者への目標が異なることがある	211	28.8
	医師・看護師間の情報の共有がなされていないことがある	317	43.1
医師・看護師間の信頼関係が不足していることがある	253	34.4	
それぞれの役割を曖昧にして行動する医師・看護師がいる	174	23.7	