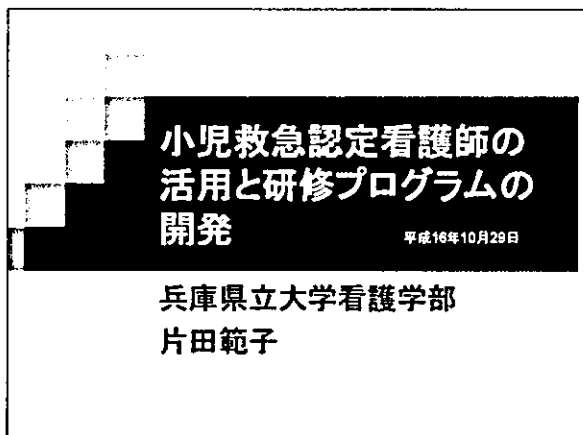


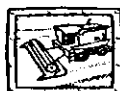
## 小児救急看護師の活用と教育プログラム

兵庫県立大学看護学部長 片田 範子



**片田** それでは表題にありますように、小児救急認定看護師の活用という面から、いったい私たちはどういうふうにも実際の医師の不足ということから生じている、あるいは本当に不足だけで生じている問題なのだろうかという観点から、小児救急認定看護師のプログラムに至り、どういうことを目指しているかということに関してご説明させていただきたいと思います。

### 方法



- 専門病院・小児救急指定病院の院長・看護部長、該当診療科担当者からの聞き取り
- カナダ・オンタリオ小児病院、救急体制の視察
- 小児専門病院と小児救急指定病院の医師・看護師への質問紙調査
- 小児救急関連看護エキスパートグループによる教育ニーズの特定と必要な教育方法の検討
- 全国的な小児救急認定看護師教育の申請と開始

この2年間の過程のなかで、実際に私たちの研究班には17名の協力者たちがいらっしゃいます。

大学と多くの実践の看護師にご協力をいただきながら調査・検討を進めてまいりました。小児救急のことに関しては、「健やか親子21」のなかでもたいへん大きな問題です。それに今、紙面を騒がせておりますので、実際に小児救急を何とかしなければいけないという課題は、医療全体の問題です。まずは院長、看護部長等実際に直面しておられる現場からの聞き取りから入りました。次に先進国で具体的には救急体制がどういうふうに行われているのか、現地での見学と聞き取りを行いました。前の二つを踏まえながら、医師、看護師の質問紙調査を行い、それから先ほど来、申し上げています、実際には15名の看護エキスパートのグループとそこに看護の研究者が入りまして、全体で19名のグループで、その検討を加えてまいりました。実際には今年、日本看護協会認定看護師制度に、小児救急認定看護師教育の申請が受理され、12月15日の会報に載るだろうと思っています。ですから今ここでお示しいたしますのは後者の三つの部分に限らせていただきます。

### 質問紙調査の回収率

- 送付先88施設
- 看護師長39名(39施設)→44%
- 看護師203名(55施設)→46%(63%)
- 医師110名(37施設)→28%(42%)



質問紙調査をさせていただいたのは一昨年です。

その中で小児救急を実施している88施設に送らせていただき、ご協力を得られたのは39施設です。そして看護師203名、医師110名の方たちから回答を得、今その結果を申し上げます。

### 小児救急患者や家族への指導や対応への困難 64-84%

- 虐待の可能性
- 電話対応
- 今時の親への対応(意識の変化)
- 人手、マンパワー不足
- 知識不足



小児救急の現状がいま問題になっていますが、実際に看護師が苦勞していることは何なのかというと、指導や対応への困難を感じている人たちが64~84%いらっしゃいます。その大きなものは、虐待の可能性があるときにどういうふうに対応したらいいのかわからない。電話相談をやれと言われていますが、具体的に電話で、どこまでが相談できるのかということを含めてわからない。又、今どきの親への対応がこれまでと全然違うので、どういうふうに対応したらいいのかわからない。実際に現場では人手が足りない。マンパワーがないが故に、自分たちがやりたいことができない。全般的に家族への対応とか子どもの緊急度についての知識が不足していると感じておられます。

### 小児救急看護に関する教育システムニーズ

- オリエンテーション有り36%<無し~少々56
- 継続教育 有り13%<無し72%
- 体系的教育プログラムへの希望有り78%(RN)
- 体系的教育機関への派遣希望有り87%(師長)



そうなりますと、小児救急看護に関する教育システムのニーズがどのくらいあるのか。その質問紙でお聞きしたことからすると、オリエンテーションが小児救急に関連してあるとおっしゃった方は36%いらっしゃいます。ですけれども、ないから1回ぐらいいは入れていると言っておられるのが56%。継続教育になりますと、継続的としてやっているとおっしゃる方たちが13%、なしが72%になります。実際に看護師自身が、もし体系的な私たちで小児救急のことに関してプログラムがあったら必要だと思うかというところは、78%の方たちが必要であり、自分たちは受けたいとおっしゃっています。体系的な教育機関があれば、そこに看護師たちを派遣して下さるかと師長たちに伺いましたら、87%がぜひ派遣したいという回答を得ました。88病院のなかの39病院という少ない回答ではありますが、先ほど申し上げました、その他のヒアリングとか、その他の専門病院の部長さん方にお聞きしても、やはり同じようなニーズはあるということは伺っています。

### 小児救急医療現場のマンパワー

- 看護師19名/unit 内小児経験者3名弱
- 医師4名、臨床検査技師1名、放射線技師1名
- 小児の受診率: 平日 昼間12%  
夜間27%
- 土曜 昼間23%  
夜間44%
- 日曜 昼間47%  
夜間41%



では実際マンパワーはどうなっているかですが、看護師を救急の専任として置いていらっしゃる施設が19名、うち小児経験者は3名弱、どちらかという2名に近いという施設もあります。これは実際に病棟単位の回答ですので、日勤とか夜勤というかたちになってくると、たぶん数名の方たちがそこに勤務しているという状況で、必ずしも小児経験者がそこにいるとは限らないという現状がございます。受診率もそこで見られていますように、土曜、日曜、夜間、あるいは昼間という、休

み体制部分に増加しています。

**電話相談** N=35(回収率43.6%)


- 電話相談への対応をしている施設:74.4%
- 電話対応を行っている職種:看護師63%,医師31%

しかし

- 電話対応への人員配置をしている:2施設のみ

ということは

- 救急外来の合間を縫って電話への対応をしている現状



電話相談をやらなければならない現状がだんだん増えてきています。電話相談への対応をしているとお答えになった施設は74%です。ところが実際にどういう対応なのかということになりますと、一応取って、ああ、そうですか。それではおいで下さいというような対応しか今のところは出来ませんとおっしゃっている施設のほうが多い。電話対応を行っている職種は看護師63%、医師31%とお答えになって下さるのですが、電話対応への人員配置をしているとお答えになった施設は2施設のみです。ということは、救急外来の合間を縫って電話への対応をしているというのが現状です。電話口の患者にも病棟にいる患者たちにも十分なかたちでの対応ができていくかという点への疑問が残ります。

**指導や説明** 1次! MD=110, RN=203  
薬の効果、飲ませ方、症状への対処、帰宅後の対処、今後の生活の注意点

- 実際に行っているRN<行っても良いDR  
43-88%<77%-91%
- 医師の指示必要RN>DR  
52-80%>25-60%
- 医師の指示不要RN<DR  
17-45%<18-66%
- 対応可能?時間が無い?自信がない?

そうしますと、今度は指導や説明というものに関して、医師が実際に看護師がやってもいいと思っているか、看護師が実際にやっているか、それか

ら医師の指示が必要かどうかということをお願いしました。この質問は、看護師が十分自分で判断し得るであろうと想定して行った質問です。これらの項目に関して、もちろん看護師は行っているはずだと思うのですが、それでも実際に行っていると答えられた看護師は43~88%と幅があります。しかし、行ってもいい、もっとやってほしいと思っている医師は77~91%で、どちらかという医師の積極性があります。次はこれらに関しての医師の指示の必要性です。薬や飲ませ方にしても、薬を処方するのは医師であるという根底がありますから、そのことに関してはもちろん医師は関わるということをお聞きしたつもりですが、それも含めて答えて下さっているかが疑問ではあります。ここで言いたいのは、どちらかという指示は必要だと思っていらっしゃる看護師たちのほうが多く、医師はどちらかという、もうそのことに関してはやってもいいのではないだろうか、看護師たちに任せますよというお答えのほうが多い。

**指導や説明** 2次~3次 MD=110, RN=203  
薬の効果、飲ませ方、症状への対処、帰宅後の対処、今後の生活の注意点

- 実際に行っているRN<<行っても良いDR  
45-79%<<66%-83%
- 医師の指示必要RN>>DR  
66-87%>>26-56%
- 医師の指示不要RN<<DR  
9-30%<<11-58%
- 対応可能?時間が無い?自信がない?

ですから同じように、医師の指示は不要だとお答えになっていらっしゃる方たちもこのようなかたちで逆になっているということです。そうすると看護師には対応可能なのだろうか。時間はあるのだろうか。あるいは自信がないのだろうか。この辺のところ課題になってきます。二次、三次救急もやはり同じような状況があります。

### 小児救急医療が抱える課題

- 人手不足→小児の医師不足だけではなく他のコメディカルの不足
- 救急室・救急外来の多様性→
  - 特に夜間の救急現場への小児人口の増加
  - 成人との混合
- 経験不足→医師・看護師ともに小児の経験不足
- 必要なケア提供内容・方法の複雑化→
  - 虐待、電話相談、家庭での育児能力
- 救急外来受診の小児病状の幅の広さ→
  - 第一次>第二次>第三次

そうなりますと、実際の問題は人手不足です。これは医師不足だけではなく、他のコメディカルの不足があります。救急外来の多様性は、特に夜間の救急外来、あるいは土日の救急外来現場の小児の人口が増加する。しかし、ほとんどの救急外来は成人との混合です。そこに配置されている看護師たちは、先ほどお示しましたように、おおむね成人系の看護師たちです。ところが救急外来における小児人口は40%から、あるところでは80%までが小児だと言われています。つまりアンバランスがあるということです。経験不足のことに関しては、本当に第三次救急が必要となる小児はごくごく少数です。そうなってくると、そのような小児に出会うことはまれであるという病院もあります。このようなかたちで実際に虐待電話相談、家庭での育児能力は本当に複雑な指導の能力が必要になってきていますし、第一次から第三次まで全部抱えているのが小児医療です。成人の救急とは違う部分だろうと思います。

### 小児救急看護認定看護分野

1. 第一次、第二次救急において、対面及び電話相談に関わらず、優れたアセスメント能力を持ち、救急外来を受診する小児と家族のニーズに対応し、適切なケアを提供できる能力→
    - 小児トリアージ①現状、急変の予測
    - ②必要な診療科の見立て
- 
- 適切かつ効率的な小児救急現場の運営を通して円滑に各医療者の円滑な役割遂行を促進する

このようなかたちで小児救急の看護認定の領域を実際的に教育していかないと、実際に看護師たちがそこに配置されて、そこで動けるという実感をお持ちになっていられない。それから看護師たちは実際に知識、技術が必要であると言っています。医師はもっと看護師に役割を取ってほしいと言っている。ここのギャップを埋めていくために看護師たちを準備させていただかないと、十分に協力できません。大切な部分を、赤い字で示しましたが、小児トリアージで今の状態、それから急変の予測、必要な診療科の見立てができる。これがないと円滑な運営ができないだろうと考えました。

### 小児救急看護認定看護分野

2. 第三次救急を必要とする急変において適切かつ小児の発達に応じた救命救急処置を含めてケアを提供出来る能力→
    - 小児の救命救急状態への変化を予測し適切に対応し、次へつなげることが出来る
- 
- 医療システムへの信頼を快復し安心出来る医療環境の提供

2番目には、救命救急状態になった場合、具体的にそれを処置することができる人たちを育てないと、安心した医療環境の提供ができない。

### 小児救急看護認定看護分野

3. 救急外来を受診する小児患者・家族への指導を通して、家庭での育児力の向上に対する社会資源となりうる能力→
    - 家庭における症状管理、日常的な健康問題や対応についての指導、育児不安の理解者であり、介入法を持つ
- 
- 他の看護師への技術提供を通して看護師による相談機能を発揮し医師の有効時間利用を促進する

3番目は家庭における症状管理、日常的な健康問題や対応について指導、育児不安の理解者、あるいは介入方法を持つことをしないと、家族への

対応ができないし、親御さんたちへのヘルプができない。そこに看護師が十分に発揮できれば、医師たちがそこにわずらわされることがないだろうと思います。

### 小児救急看護認定看護分野

#### 4. 救急外来において小児虐待の早期発見と適切な介入を通して小児虐待の憎悪を予防する能力

- 法的・倫理的状況把握技術
- 福祉との連携方法
- 多職種との協働



虐待の防止、育児不安・困難等への介入を通して関連諸機関との連絡・連携役割をとる

4番目が、今、いわゆる虐待が大きな課題となっています。その部分に十分に知識を持ち、早期発見ができ、そして予防していく手立てを打てるということは、虐待の早期発見、予防にも大きく貢献することができると思います。

看護師たちに伺うと、救急現場では今虐待は大変多く、疑わしいケースも含めるとすごく多いと言われています。そういう意味で虐待の早期発見とお互いに協力し合いながら対応できる能力をつくることは急務だろうと思います。

### 小児救急看護認定看護教育課程

#### 目的

1. 少子・核家族化する小児・育児環境の中で社会問題となっている小児の救急において、最新の身体・心理・社会的知識・技術を持ち自律して対応出来る看護師を育成する。
2. 看護師のみならず多職種との協働を通して小児救急医療の水準の向上を図る。
3. 救急外来を通して虐待の早期発見、家庭における初期対応能力を高める役割を担い、子どもと家族のおかれている環境の改善に取り組む。

### 小児救急看護認定看護分野

#### 専門科目

1. 小児救急における病態とケア
2. 小児救急看護技術
3. 家族看護
4. 子どもの虐待
5. 家族における初期対応指導
6. 救急技術指導
7. 小児に特徴的な集団災害看護



### 小児救急看護認定看護分野

- 平成16年月12月に決定予定
- 期間:6ヶ月
- 必須共通科目90時間(予定)
- 専門基礎科目90時間
- 専門科目180時間
- 学内演習/実習240時間
- 総時間数600時間(予定)



いま申し上げた4つの部分を集約すると、この状態になります。実際に教育課程とした部分は6か月、600時間、あるいは630時間ぐらいのものであり、実践演習、それから実習を含んだかたちで認定していくという部分です。

## 小児救急看護認定看護教育課程

### 専門基礎科目

1. 現代の子どもと救急医療の実態
2. 救急に必要な子どもの成長発達
3. 小児救急における薬理
4. 子ども・家族への接近法
5. 子どもの権利と社会



これは専門基礎科目の部分です。いま申し上げたように、先ほど赤字で書いてあった4つの領域をカバーできる教育プログラムを考えています。ですから虐待とか家族、技術の部分が必要になるだろうと考えました。

## 小児救急看護認定看護教育課程

### 学内演習

1. 多様な状況下でのフィジカルアセスメント
2. 救急外来での発達に応じたコミュニケーション技術
3. 虐待を疑われる小児・家族への対応
4. 家族に向けての家庭で出来る初期対応指導
5. 電話相談への対応
6. 他の医療者、関係機関との調整・相談・教育



学内演習の部分は実際に相談をするシュミレーションやロールプレイを行っていく。

## 小児救急看護認定看護教育課程

### 臨地実習

1. 一次救急と二次救急
2. 三次救急・救命救急対応
3. 虐待対応
4. 搬送の実際
5. 相談・指導・教育

専門病院救急外来、一般病院救急外来、児童相談所、保健所、消防署、など救急医療システムと関連する施設において、見学、実習を行う予定。

それから臨地実習の部分ですと、具体的に自分

で見て、それから自分でやって、そして確認をもらう、この3ステップをしない限りはできないと考えています。

## 小児救急現場におけるコミニカルの連携

- 医師職にかかる「煩雑な」されど必要なケアを担う
- 場の調整役割をとることによって多職種が円滑に効率的に機能遂行を実現する
- 小児救急現場において必要な技術について他の看護師、親・家族・子どもへ伝える役割をとる

医師職にかかる煩雑と言われている部分は、親御さんたちにとってみたら、あるいは子どもたちにとってみたら、生活をしていく上でとても大切な部分であり、その部分を看護職が担えるところだろうと思います。場の調整役割をきちんと取る人がそこに専任したかたちでないで、多職種が円滑にかつ効率的に機能遂行ができない。小児救急現場において必要な技術について、ほかの看護師、あるいは親、家族、子どもに伝える役割を取るというように連携を促進していく力になっていけるのではないかと考えます。以上です。(拍手)

**柳澤** 小児救急の現場を看護面から見たときの問題点を取り上げて、そういう面を解決していくための、きちんとした体系的な教育カリキュラムが必要で、そういうコースを取った看護師さんに対しては小児救急認定看護師というシステムまで提案していただきました。それでは次に移ります。

**片田** それでは西田先生をご紹介させていただきます。西田美佐先生は現在国立国際医療センター研究所代謝疾患研究部栄養障害研究室長でいらっしゃいます。女子栄養大学を卒業なさったあと、女子栄養大学で勤務なさり、それから順天堂大学でも勤務をなさり、現在の職を担っていらっしゃいます。どうぞよろしくお願いいたします。

## 小児の栄養ケアの立場から 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向けて

国立国際医療センター研究所代謝疾患研究部栄養障害研究室長 **西田 美佐**

### 小児栄養ケアの立場から -小児医療における栄養ケアシステム/協働モデルの 開発に向けて-

分担研究者	西田美佐	国立国際医療センター研究所
研究協力者	埴ちはる	日本子ども家庭総合研究所
	田中 京	独立行政法人国立病院機構本部医療部医務課
	飯塚 隆	国立成育医療センター栄養管理部
	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
	車間かおる	国立国際医療センター研究所
	高尾 俊	お茶の水女子大学生活科学部食物栄養学科臨床栄養学

**西田** 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り、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と考えております。

### 目的

子どもと親が安心して医療を受けられるための;

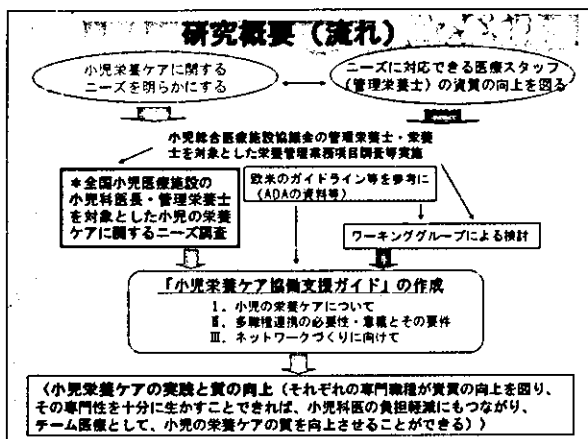
1. 小児の栄養ケアシステムの開発
2. 小児の栄養ケアに関する多職種協働モデルの開発
3. 小児の栄養ケアに関するネットワークづくり

そのため本分担研究では、子どもと親が安心して医療を受けられるための小児栄養ケアシステムの開発、小児の栄養ケアに関する多職種協働モデルの開発、小児の栄養ケアに関するネットワークづくりに向けて研究を行ってまいりました。

### 研究内容

- I. 日本における小児栄養ケアの現状把握  
実施状況、ニーズや優先課題の明確化
- II. “小児栄養ケア協働支援ガイド”作成  
管理栄養士等医療スタッフの資質向上に向けて
- III. 小児の栄養ケアに関するネットワークづくり  
国立成育医療センターを中心とした  
ネットワークづくりとその中期的な活動計画の提案

ここに、お示したのは研究の柱です。まず日本における小児栄養ケアの現状把握、そして小児栄養ケア協働支援ガイドの作成、小児栄養ケアに関するネットワークづくりを目指して研究を進めてまいりました。本日はこの3年間の研究の概要と、小児の栄養ケアシステムについて簡単にご説明させていただくとともに、全国の医療施設の小児科医長と管理栄養士を対象に実施しました「小児の栄養ケアの現状とニーズに関する調査」の主な結果、そして今後の展望について発表させていただきます。



このスライドは、3年間の研究の概要を図示したものです。小児の栄養ケアに関するニーズを明らかにし、そのニーズに対応できる医療スタッフ、ここでは特に管理栄養士の資質の向上を図ることを目的とし、まず小児総合医療施設協議会の管理栄養士・栄養士全員を対象として杉山らの「栄養ケア・マネジメント項目」を用いた調査票を引用して栄養管理業務項目調査を実施しました。小児医療の現場で栄養ケアがどのように展開されているかを把握するのがねらいです。その結果を踏まえて、全国の200床以上の小児科を設置する医療施設を病院要覧から1000施設を系統抽出して郵送調査を行い、小児科医長と栄養管理部門の責任者(管理栄養士)の方に回答をいただきました。また3年間の成果として、管理栄養士が調査等により把握した現状やニーズに対応できるよう、その資質の向上の一助として、欧米のガイドライン等を参考にしたり、小児総合医療施設協議会の管理栄養士によるワーキンググループにより検討してきたことを基に「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成中です。さらにこの研究班の終了後も小児栄養ケアに関する検討が継続するように、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の準備を進めております。そしてその中期的な活動計画を提案することにより、小児栄養ケアの実践と質の向上のための基盤づくりをすすめたいと考えてきました。この研究班開始当初から小児医療全体、そして小児科医の負担軽減にどのように貢献できるかということが繰り返し問われてきましたが、管理栄養士を含む

それぞれの専門職種が資質の向上を図り、その専門性を十分に生かすことができれば、小児科医の負担軽減にもつながり、チーム医療として小児の栄養ケアの質を向上させることができると考えてきました。

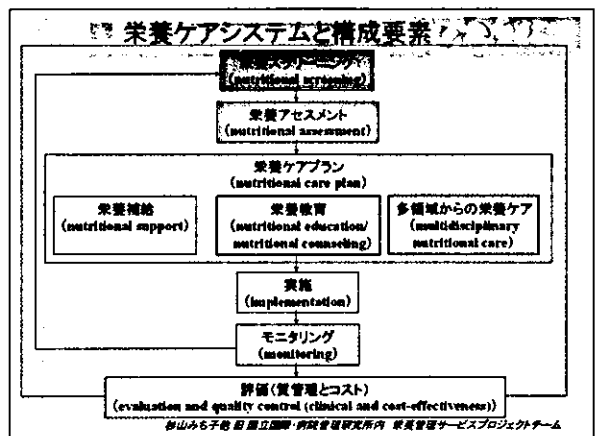
**栄養ケアシステムとは**  
Nutrition Care and Management(NCM)

■ 定義:

ヘルスケア・サービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うためのシステム。

杉山みち子他 旧国立医療・病院管理研究所内 栄養管理サービスプロジェクトチーム

ではここで「栄養ケアシステム」とはどのようなものかということについて簡単に説明させていただきます。栄養ケアシステムとは「ヘルスケア・サービスの一環として個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上機能的な方法、手順を効率的に行うためのシステム」であるという、杉山らの栄養ケア・マネジメントの定義や枠組を引用しました。



システムとは全体としての目的を持つ複数の構成要素から形成されるもので、各構成要素は互いに関連性を持ち、定められた機能を果たすとされます。まず栄養スクリーニングを行い、対象者の栄養状態のリスクを判定します。次に栄養アセスメントとして、栄養リスク者の改善指標やその程



度を評価、判定するために臨床診査、臨床検査、身体計測、あるいは食事調査などを行います。こうしたアセスメントの結果に基づいて栄養ケアプランを立てるわけですが、一人の対象者に1つの実行可能な栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる人々で協議し、決定した内容を文章化した栄養ケアプランを作成します。この中には、いつ、どこで、誰が、何を、どのように実施するかということが最低限記録される必要があり、プランは主として栄養補給、栄養教育、他領域からの栄養ケアの三つの柱で策定されます。この栄養ケアプランに基づいて栄養ケアが実施され、モニタリングされます。モニタリングでは栄養ケアプラン実施上の問題がなかったかを評価し、判定します。ここで修正の必要があれば直ちに修正します。そして最終的に栄養ケアプランの有効性については栄養状態、疾病状態、そしてQOLなどの改善目標がどの程度達成されたかによって評価します。さらに経済的には合併症や在院日数、再入院、医薬品の利用などの面から評価を行います。

業務項目			業務内容		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
栄養ケアに関する業務	6	29			
給食・栄養補給に関する業務	6	17			
給食以外の材料資源管理	2	5			
衛生管理	1	5			
人事労務管理	2	8			
財務管理	1	6			
運営業務	1	6			
一般への教育・研究	1	2			
計	7	78			

これは、初年度に日本小児総合医療施設協議会の管理栄養士を対象に行った調査項目です。杉山らが開発した栄養ケア・マネジメント業務項目を用いました。7つの大項目、20の中項目、78の小項目から構成されています。この中で栄養ケアに関する業務の中、小項目を示したものが次のスライドです。

業務項目(中)	業務内容(小項目)
スクリーニング	データ入手、分析と評価、文書化・報告書作成
アセスメント	臨床診査、臨床検査データの入手、エネルギー代謝測定、身体計測、食事調査、他の専門職との連携、評価・文書化・書類作成
ケアプラン	内容の検討、カンファレンス、準備・調剤・実施、文書化・報告書作成
栄養教育	準備(資料作成等)、個人栄養指導、集団栄養指導、在宅訪問栄養指導、調理実習、文書化・報告書作成
モニタリング	臨床診査、臨床検査データの入手、エネルギー代謝測定、身体測定、食事調査、カンファレンス、文書化・報告書作成、問題チェックおよび改善等
評価	総合評価

杉山, 2001

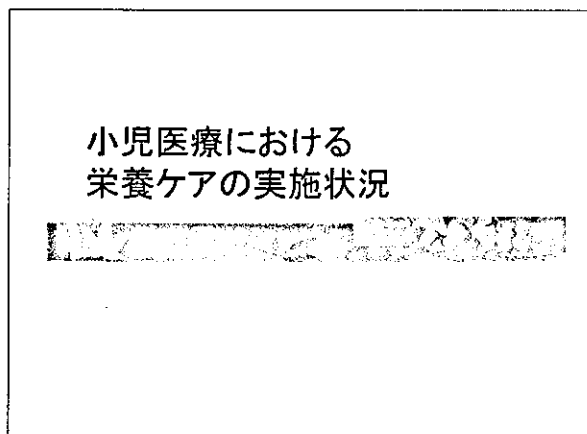
栄養ケアに関する業務として、先ほどのスライドにお示ししました栄養ケアシステムの構成要素であるスクリーニング、アセスメント、ケアプラン、栄養教育、モニタリングについてその実施状況を把握することにしました。

栄養ケアに関する調査項目		
大項目	中項目	小項目
栄養アセスメント	3	24
栄養ケアプラン	1	6
栄養ケア(栄養・食教育等)の実施	4	23
チーム医療	1	4
学習会・研究・研修等	1	6
計	5	63

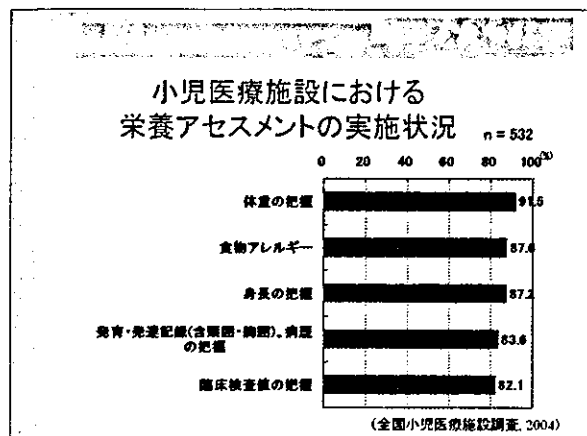
「小児の栄養ケア」の観点から本研究で新たに作成したのがこちらです。プレ調査や文献調査等により、「小児」の栄養ケアに関連する項目を63項目抽出しました。

小児の栄養アセスメントに関する中・小項目	
中項目	小項目
体格・成長発達・身体機能等	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、臨床検査値、身体機能、身体活動の把握、等。
疾患別	食物アレルギー、肥満、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、等。
食・生活状況	家族などの食生活支援状況の把握、食事調査・食生活問診、等。

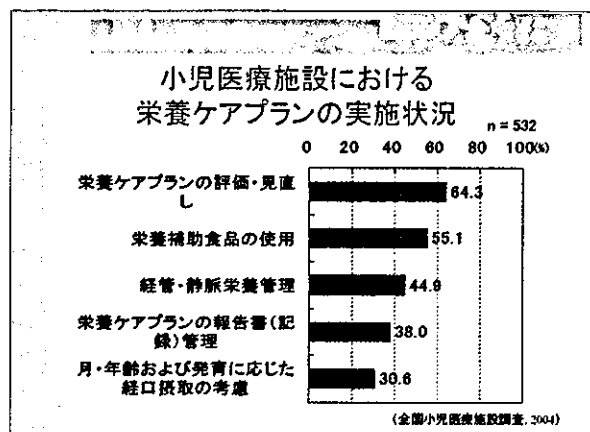
小児の栄養ケアの特徴について、栄養アセスメントに関する中・小項目を例にお示しします。例えば、小児は成長発達の段階にあることから、「発育・発達記録や病歴の把握」という成長のプロセスを捉えることや、「成長曲線を用いたアセスメント」を行うことなどが小児特有の項目です。また、疾患別の項目としては、「食物アレルギー」、「I型糖尿病」、「腎臓疾患」、「先天性代謝疾患」、そして「肥満」など、小児にとって重要とされる疾患を調査項目に入れるようになりました。食生活状況に関しても、小児の場合は本人だけではなく家族の支援が非常に重要ということで「家族などの食生活支援状況の把握」等の項目が入っています。



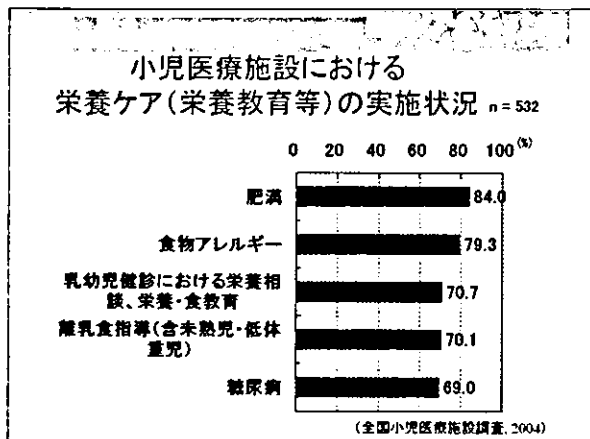
これらの項目を用いて全国の小児科医、および管理栄養士を対象に行った調査の主な結果について、以下に紹介させていただきます。まず栄養ケアの実施状況です。



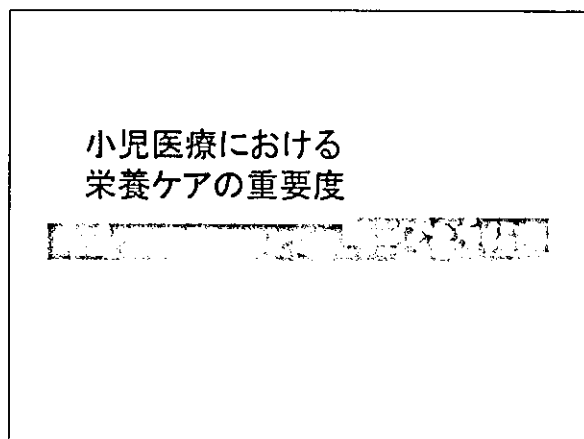
以下の図には、先のスライドでお示した各大項目別に、上位5位までに挙げた小項目について実施率の高い順に示してあります。栄養アセスメントの実施状況では、「体重の把握」が最も多く、91.5%の施設で、次いで「食物アレルギー」のアセスメントが87.6%の施設で実施されていました。「身長」の把握は87.2%、「発育・発達記録、病歴の把握」は83.6%、「臨床検査値の把握」は82.1%の施設で実施されていました。



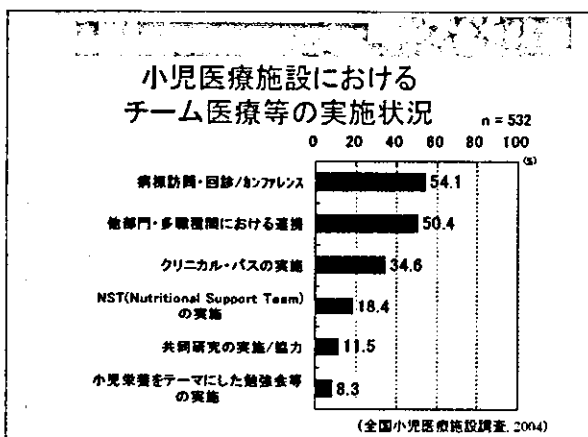
栄養ケアプランに関しては、「ケアプランの評価や見直し」、「栄養補助食品の使用」、「経管・静脈栄養管理」、「栄養ケアプランの報告書管理」、「月・年齢および発育に応じた経口摂取の考慮」の順で実施されていました。



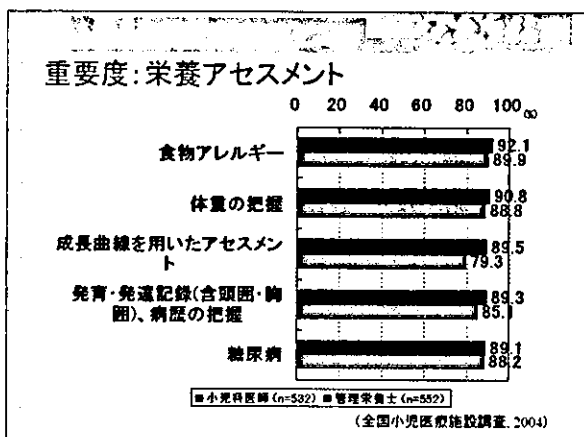
栄養ケア(栄養教育等)の実施状況については、「肥満の個別栄養教育」、「食物アレルギーの個別栄養教育」、「乳幼児健診における栄養相談・栄養食教育」、「離乳食指導」、「糖尿病の個別栄養教育」の順で実施されていました。



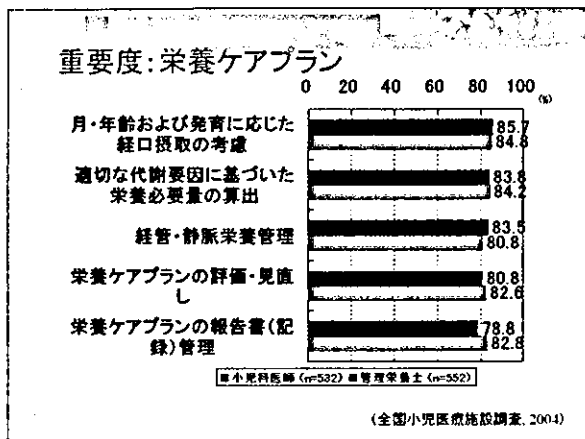
以上の結果は施設全体としての傾向(実施状況)でしたが、次は小児医療における栄養ケアの重要度について、小児科医と管理栄養士による回答を、お示ししてあります。



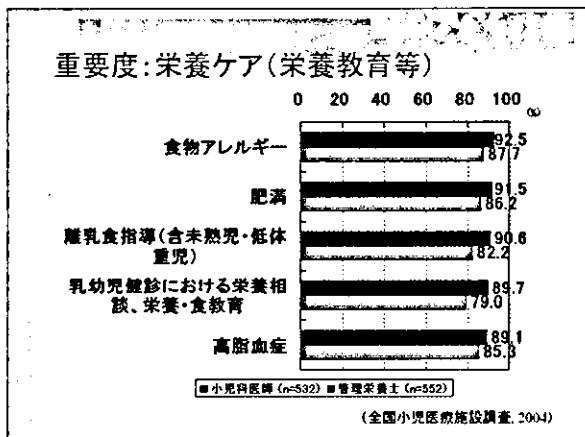
チーム医療等の実施状況に関しては、全体に他の大項目よりも実施状況は低率で、「病棟訪問回診/カンファレンス」、「他部門・多職種間における連携」が約半数、「クリニカルパスの実施」が約3割の施設で実施され、「NST(Nutritional Support Team)の実施」は約2割にとどまっていた。



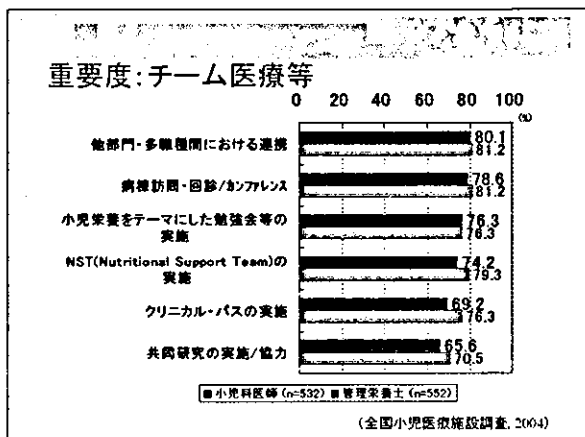
まず栄養アセスメントについて、「大いに重要である」または「重要である」とする回答率が最も高かった項目は、「食物アレルギー」次いで「体重の把握」、「成長曲線を用いたアセスメント」、「発育・発達記録、病歴の把握」、「糖尿病」の順でした。



栄養ケアプランについてはこのスライドにお示ししたとおりです。



栄養ケア(栄養教育等)の重要度に関しては、やはり「食物アレルギー」とする回答が最も多く、次いで「肥満」、「離乳食指導」、「乳幼児健診における栄養相談」、「栄養・食教育」、「高脂血症」の順で、小児科医、管理栄養士ともに多いという状況でした。

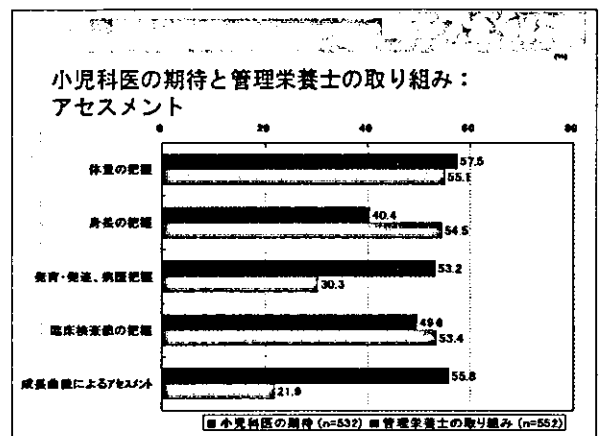


チーム医療等の重要度に関しては、実際の実施状況に比べかなり高く評価されていました。

### 小児科医の管理栄養士への期待と管理栄養士の取り組みの実際

#### 栄養アセスメントについて

続いて、小児科医の管理栄養士への期待と管理栄養士の取り組みの実際について、比較した結果をお示しします。



ここでは、特に、栄養アセスメントの小項目についてお示ししてあります。グラフ上段は小児科医の管理栄養士への期待度を、「大いに期待する」から「全く期待しない」までの4段階の回答のうち、「大いに期待する」と、「期待する」を合わせた結果です。グラフ下段は管理栄養士の回答で、やはり4段階の回答を設定したのですが、各項目の管理栄養士の実施状況について、「該当患者全てに実施」と、「該当患者の一部に実施」との回答を合わせた結果です。「体重の把握」に関しては小児科医の期待も、管理栄養士の実施も高率ですが、「発育・発達の把握、病歴の把握」や、「成長曲線によるアセスメント」などは、小児科医の期待度が高いにも拘らず、管理栄養士は十分に対

応できていないという状況でした。このような結果の背景には、人員不足など管理栄養士の力だけではすぐに解決できない問題もありますが、期待されていながらも現段階では十分に対応できていない、ギャップのある項目について、管理栄養士が責任を持って担当していけるよう力量形成していく必要があると考えております。

### 小児栄養ケア協働支援ガイドの構成

- I. 小児の栄養ケアについて
- II. 多職種連携の必要性・意義とその要件
- III. ネットワークづくりに向けて

これらの調査結果を踏まえて、小児の栄養ケアをめぐる基本的事項や他部門・多職種間の連携の必要性・意義を明らかにするとともに、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の検討やネットワークづくりを進め、それらを盛り込んだ「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成しています。ガイドは、この研究班で検討してきた内容を基に、ここにお示した3つのパートから構成されます。

### ガイドに盛り込む必要性が高い項目(1)

- 栄養アセスメント
    - 食物アレルギー (81.8%)
    - 糖尿病 (78.2%)
    - 体重の把握 (77.1%)
    - 腎臓疾患 (76.7%)
    - 成長曲線を用いたアセスメント (75.0%)
  - 栄養ケアプラン
    - 月・年齢、発育に応じた経口摂取の考慮 (70.7%)
    - 適切な代謝要因に基づいた栄養必要量の算出 (69.7%)
    - 経管・静脈栄養管理 (67.1%)
    - 栄養ケアプランの評価・見直し (63.7%)
    - 栄養ケアプランの報告書(記録)管理 (61.7%)
- (全国小児医療施設調査, 2004)

小児の栄養ケアについて、ガイドに盛り込む必要性が高い項目については、先ほどの調査で小児科医、管理栄養士のニーズを確認しています。大

項目ごとに上位5位までの結果を示しましたが、( )内の数字は、小児科医による回答率です。栄養アセスメントについては、「食物アレルギー」、「糖尿病」、「体重の把握」、「腎臓疾患」、「成長曲線を用いたアセスメント」の順に盛り込む必要があるとの回答率が高く、栄養ケアプランについてはここにお示したとおりです。

### ガイドに盛り込む必要性が高い項目(2)

- 栄養ケア(栄養教育等)
    - 食物アレルギー (79.1%)
    - 肥満 (77.8%)
    - 高脂血症 (76.1%)
    - 糖尿病 (75.9%)
    - 離乳食指導(含未熟児・低体重児) (75.2%)
  - チーム医療等
    - NST(Nutritional Support Team)の実施 (56.2%)
    - 他部門・多職種間における連携 (53.8%)
    - 病棟訪問・回診:カンファレンス (53.2%)
    - クリニカル・パスの実施 (51.9%)
    - 小児栄養をテーマにした勉強会等の実施 (43.0%)
- (全国小児医療施設調査, 2004)

栄養ケア、チーム医療等についてもここにお示したとおりです。栄養教育等、栄養ケアに関しては「食物アレルギー」が最も高率でした。

### 小児栄養ケアの多職種協働モデルにおける事例

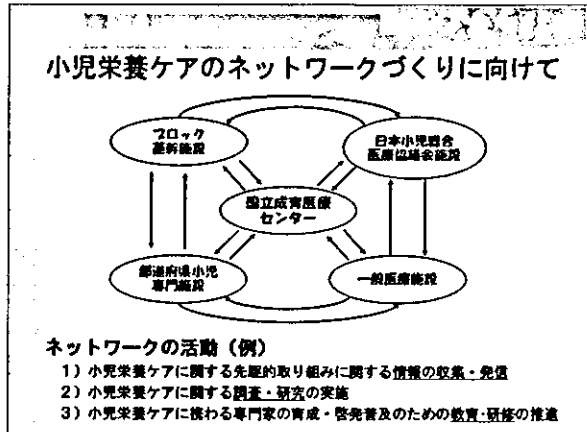
#### <海外における事例>

- Kilo CM. Improving care through collaboration. *Pediatrics*, 1999 Jan; 103 (1 Suppl E):384-93
- HI's BTS (Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series) Model (協働改善モデル): 医師と医療従事者が共に早期改善を目指し、システムを改善。20~40の組織が6~12ヶ月間、一つのテーマ(病院での待ち時間短縮、帝王切開率低減、喘息ケア改善等)について協働で取り組む。協働で取り組むことによって、より良い結果が得られる。
  - 小児の栄養ケアに関する取り組み例: CHWのPICUにおいて、24時間以内に75%の心血管患児の経腸栄養を開始する目標を設定。栄養士がPICUを巡回、除が基準が満たされなければ自動的に栄養アセスメント・ケアが開始されるようアルゴリズムを開発、看護フローシートを(経腸栄養の開始を含めるため)修正。モニタリング、臨床医との対面ミーティング等を行った結果、24時間以内に経腸栄養を開始された患児は50~90%に増加、入院から食物が摂取できるまでの日数が12~4日に短縮、感染症の罹患率が、ほぼ半減した。

また、小児栄養ケアの多職種協働モデルにつきましても、ワーキンググループのメンバーとともに検討を進めて参りました。子どもの体や心の健康状態、家族や地域のサポートを含む社会・経済問題が子どもの栄養状態には非常に大きく関わっています。このことから管理栄養士が、小児科医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、臨床心理士などと連携しつつ、ニーズにあった栄養ケアプランを作成、実施、評

## 小児の栄養ケアの立場から

価していく必要がありますので、他部門・多職種の協働が非常に大事です。スライドにもお示したように、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他部門と連携した場合の成果に関する報告が見られるようになってきております。



最後に、現在国立成育医療センターを中心として、小児栄養ケアに関するネットワークづくりを進めたいと考えております。小児の栄養ケアが重要だと申しまして、それぞれの職場で管理栄養士の配置も十分とは言い難い状況の中で、日々目の前にある業務に忙殺されていることもあると思います。従ってネットワークを通じて、小児の栄養ケアに関する先駆的な取り組みに関する情報の収集・発信をしたり、小児栄養ケアに関する調査研究を実施したり、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などを進めていければ、と思っております。小児医療における栄養ケアのシステムづくりについてはまだ基盤整備の第一歩を踏み出したところですが、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、多職種との協働のなかでその専門性を生かしていけるシステムづくりが推進されていくことを願っております。以上です。(拍手)

**片田** ありがとうございました。医療というのはとても多くの職種で成り立っているところで、お互いのやっていることを本当に理解し合っている

のだろうかということ、いままた改めて考えるものがあります。横尾先生をご紹介申し上げます。横尾先生は現在広島大学保健学科で母性の教授をしていらっしゃいます。横尾先生は聖路加看護大学の修士課程を修学なさり、その後博士を取得していらっしゃいます。臨床のご経験は大阪府立母子保健総合医療センターにてNICUのお仕事を長くしておられました。NICUの認定看護師の教育プログラムの分野特定をなさったのも横尾先生でいらっしゃいますので、今日はNICUから出てきたお子さんたちの支援についてご発表いただきます。よろしくお願いいたします。

## 訪問看護と子育て支援

広島大学保健学科教授 横尾 京子

子どもと親が安心して  
医療を受けられるための  
医師・看護師・コメディカルの役割と協働  
**訪問看護と子育て支援**

広島大学大学院保健学研究科  
横尾 京子

第51回日本小児保健学会 2004・10・29

**横尾** 私は「訪問看護と子育て支援」という観点から、医師、コメディカルとの協働、あるいはチーム医療について考えてみたいと思います。

### 訪問看護制度とは

医療保険・介護保険を問わず、医師の指示に基づき、居宅において療養世話または必要な診療の補助を行って、保険からの支払いをうけるもの。基本方針は、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す。

その前に改めて訪問看護制度を見てみますと、医療保険、介護保険を問わず、医師の指示に基づき、居宅において療養上の世話、または必要な診療の補助を行うということで、その利用者の有する能力に応じて自立した日常生活ができるように支えるものであります。

### 訪問看護制度の拡大

- 1992年4月 老人保健法・指定老人訪問看護制度  
在宅寝たきり高齢者
- 1994年10月 健康保険法・指定訪問看護制度  
年齢制限なし  
神経難病などの在宅療養者
- 2004年4月 介護保険法  
65歳以上の要介護者

この訪問看護制度は1992年に老人保健法が改定になりました。在宅の寝たきりの高齢者の方が対象でしたので、94年に健康保険法の改定によりまして年齢制限が取れましても、まだイメージとしては、介護保険で高齢者の方が対象、というのが多くの方々が訪問看護について認識しているところではないかと思えます。本研究に先立ち文献等で調べましても、小児領域の訪問看護制度を実施しているステーションは少なかったのですが、私どもも改めて平成16年3月に全国の訪問看護ステーションを対象に調査をいたしました。

### 小児訪問看護の実施状況

全国の看護協会訪問看護ステーション  
実施:161施設中62施設(39%)

訪問看護の依頼元(n=32施設・85人)

小児が入院していた病院	66%
地域保健所・保健センター	15%
家族	13%
療育センター・養護学校・ 児童相談所	

(平成16年3月実施)

日本看護協会を母体とする訪問看護ステーションは全国に161ヶ所でしたが、そのなかで小児の訪問看護を過去に実施したことがある、あるいは現在実施していると回答されたのは62施設で39%でした。その39%のなかで現在実施しているとの回答は約半分の32施設で、小児の数は85人でした。この場合、依頼は小児が入院していた病院が66%と多かったのですが、地域の保健所、保健センター、あるいは家族から、また長期にわたる場合には療育センターや養護学校、児童相談所からも依頼がありました。訪問看護制度では医師の指示書が必要ですのでこの辺りも広く医師との協働が不可欠です。

### 小児訪問看護の実施状況

利用開始年齢	1歳 17%
	6歳まで各年齢 6%前後
利用期間	1年未満・1年 各31%
	2年 13%
主疾患	脳・神経系疾患 59%
	先天異常 20%
	低出生体重児 7%

利用開始年齢は一番多かったのが1歳児17%、2～6歳までの各年齢はそれぞれ6%前後で、乳幼児期に開始されています。利用期間は1年未満と1歳が各々31%で、約60%が1年間になります。主疾患は脳神経系疾患が最も多く59%、低出生体重児は現段階では少なく、7%でした。

### 小児訪問看護の実施状況

1か月の訪問回数	平均 8±6.4
	8回 28% 4回 20%

#### 実施されていた医療処置

吸引＋経管栄養	24%
人工呼吸器＋吸引＋経管栄養	14%
酸素投与＋吸引＋経管栄養	14%

訪問の回数ですが、1か月の訪問回数は平均8回でした。最も多いのが月8回で28%、週2回の割合で訪問していたことになります。次に多かったのが週1回で20%、残りは週3回と月2回が7%でした。実際にどのようなことを受けているか、その内容は、すべて医療処置を目的としたことでした。その中でも吸引と経管栄養の実施が24%、人工呼吸器が14%、酸素投与が14%でした。

### 小児訪問看護の実施状況

- ・小児訪問看護の実施は約39%
- ・対象は医療的ケアが必要な小児  
(育児支援のための活用はない)



育児支援のための依頼には  
理解を求める必要がある

調査結果をまとめてみますと、小児訪問看護実施の経験があるステーションは約39%で、その2分の1が現在実施されており、対象は医療的なケアが必要な小児で、いわゆる育児支援型の訪問はなかったということです。社会問題でもある育児不安等に応じていく訪問看護制度を行うことには、訪問看護師やステーションからの理解も必要であるということを感じました。





特に「訪問はどのような人がしてくれますか」というのは、当初はお手伝いさんだというような誤解もありましたので、こういうことも含めて活用されやすいようなパンフレットを作成しました。

### 連携・協働上の方針

- 1) 退院前合同カンファレンスの実施と相互理解
- 2) 訪問看護師による退院前訪問と親の意向を尊重した計画立案
- 3) コーディネータは親子に最も利益をもたらしかつ、気安い立場の職種が担当
- 4) 可能な範囲で訪問時間を親の希望に合わせる
- 5) 可能な範囲で受診に同行
- 6) 必要時、合同カンファレンスを実施

さらに医師、訪問看護師、保健師、ここでは省略させていただきますが、利用者の訪問看護師への認識がヘルパーというように誤解されていたこともあり、地域の小児科かかりつけ医師と協働をするうえでの方針として、必ず退院前の合同カンファレンスを実施して相互理解を深める、親の意向を尊重した計画を立案する、コーディネータは親子に最も利益をもたらしかつ気安い立場の職種が担当、というように決めました。現在18ケースについて訪問看護をしていますが、その活動を通して医師にインタビューをいたしましたので、その結果をご報告したいと思います。

### 訪問看護活用の意義 医師にとって

- 1) 指示書に対する報告以外に、リアルタイムな報告があり、家庭での様子や問題点が把握できる。
- 2) 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る。
- 3) これらを踏まえて、より必要とされる部分での介入ができる。
- 4) 外来受診までの間の様子が心配になることがあるが、定期的に介入してもらえることで安心していられる。

訪問看護活用の意義は医師から見ると、「指示書に対する報告以外にリアルタイムな報告があって、家庭での様子や問題点が把握できる」「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る」「これらを踏まえてより必要とされる部分での介入が自分として可能になった」「外来受診までの間の様子が非常に心配になることがあるが、定期的に介入してもらえると自分自身も安心した」という回答が得られました。子ども、親、家族全体を見るという点において、看護師から見える部分、医師から見える部分、そしてそれを補完し合いながら、より優れたケアを提供していくというかたちが見えてきたと思いますし、さらに、親だけではなく、医師にとっても「安心な医療」が実現できていると実感致しました。

### 訪問看護活用の意義 親子にとって

- 1) 外来場面では、緊張もあって、医師に聞きたいことを聞くことができない場合、聞き忘れる場合、聞いたがよく覚えていない場合など、訪問看護師が同行していると、一緒に聞いてもらえる。
- 2) 家庭の中で実際に困っていることを相談できる相手になっている。
- 3) 家庭での手技などの確認ができ、カテーテル挿入が困難な場合も、母親が安心できる。

(医師へのインタビューより)

親子にとっての訪問看護の意義ですが、医師の立場から見ると、「外来場面では同行を訪問看護師がしてくれたので、聞くことができないときに聞いてくれる、聞き忘れたことを促してくれる、あるいは忘れたことを後でゆっくり話をしてくれるなど、一緒に聞いてもらえることで非常に安心である」「家庭の中で実際に困っていることをその時々相談できる相手になってくれているのでとても助かる」「医療的なケアが必要な場合も含めて、家庭での手技を専門職が確認できる、例えば、カテーテルの挿入の困難な場合でも、母親が安心してその指導を受けながらできる」ということで、ここでも「安心」というキーワードが出てきます。

## 訪問看護師への期待

これまで数ヶ月ごとに書面上でしかやりとりがなく互いの顔がみえなかったが、リアルタイムな連携がとれるようになった。

今後も在宅医療やNICU退院後の育児支援における最初のコーディネータの役割をとり、また、状況に応じて役割交代の橋渡しをして欲しい。

(医師へのインタビューより)

訪問看護師への期待ですが、「これまで数か月ごとに書面上でしかやりとりがなかったのだが、互いの顔が見えるようになった」結構メールでやりとりをすることもありますので、「リアルタイムな連携がとれるようになった」「今後も在宅医療、NICU退院後の育児支援における最初のコーディネーターをとってほしい」「状況に応じて役割交代の橋渡しをしてほしい」というように、訪問看護師へのすばらしい期待がありました。研究過程で、特に意義深く感じられたのは、協働する方法、協働することの意味がお互いに理解しあえたということでした。

## モデルを実践して

- 1) 指示書を小児用に変更しなければ指示したい内容が表現し難く、形式的になりやすい。小児用を作成中
- 2) 介護保険のような道筋が制度として必要。
- 3) 乳児医療に頼る限界。育児保険は不可能だろうか？
- 4) 訪問看護ステーションについてさらに広報し、他施設、多数の医師に詳細を知らせる必要がある。
- 5) 保健師の役割が不十分。訪問看護からの自立には重要な役割がある。
- 6) 繋げば・紹介すれば終わりではなく、関心を持ち合うことが重要。

(医師・看護師・母親へのインタビューより)

このモデルを通して、課題がみえてきました。第一点は指示書ですが、小児用として書きにくい。精神には特別なものがありますので、小児専門ということで、第二点は介護保険のような道筋が制度として必要ということですが、これもコーディネーターをだれが取るかということが最終的に決まりましたので、道筋ができました。乳児医療に

今回は頼っており、対象にならない方は今回の研究助成金を使用して訪問活動を実施いたしました。育児保険のようなものは不可能だろうかというのが提案です。もちろん私費では可能ですが、さらに多施設、多数の医師に詳細を知らせる、保健師の役割を明確にする、紹介すれば終わりではなくて、関心を持ち合うことが重要ということが課題とされました。

## 本研究から得られた 若手医師育成についての確信

このままでは、役立たないだろう。しかし、このような連携でNICUを退院した子ども、親子を社会の中で育てていくためのフォローや連携をとっていることを大学の授業で紹介し、そのすばらしさを広め、理解されれば、周産期医療・小児医療を目指す人が育成されると思う。

(医師へのインタビューより)

本研究が若手小児科産科医師の育成にどのように役立つかということですが、医師は「このままでは役立たないだろう。しかしこのような連携でNICUを退院した親子を社会の中で育てていくためのフォロー、連携をとっていることを大学の授業で紹介、あるいはカリキュラムに組み込む。そしてそのすばらしさを広め、理解されれば、周産期医療、小児医療を目指す人が育成されると思う」と回答しています。協働をするという実践現場での医師としてのやりがいを伝えていくこと、そして実践を通して協働する喜びを伝えていくことも、若手医師の育成につながると思います。(拍手)

**片田** ありがとうございました。実際に協働することによって色々なすき間が埋められていくということだろうと聞いておりました。では最後のシンポジストの齋藤先生、お願いいたします。齋藤先生は厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課課長補佐をしておられます。慶應義塾大学医学部をご卒業後、厚労省にお入りになっていらっしゃる。いろいろな課を担当なさっていて、2000年にハーバード大学で公衆衛生修士を取得し

ておられます。外国にもいろいろなかたちで行って  
おられるようです。では厚労省の立場からご所  
見も含めて、どういうふうにお考えになるのかと  
いうことをいただきたいと思います。よろしくお  
願いいたします。