

表3. 正期産児とNICU退院児の母のPSI、子ども総研式の得点の違い

		正期産児		NICU退院児		t 値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
PSI	PSI総点	34.96	(29.81)	36.30	(30.85)	-0.25
	子ども側面	34.05	(29.36)	35.11	(30.40)	-0.21
	C1: 親を喜ばせる反応が少ない	35.95	(25.09)	38.11	(27.42)	-0.50
	C2: 子どもの機嫌の悪さ	44.00	(35.98)	43.60	(30.33)	0.07
	C3: 子どもが期待どおりにいかない	33.69	(29.91)	39.81	(30.80)	-1.24
	C4: 子どもの気が散りやすい/多動	39.61	(28.68)	38.04	(29.76)	0.32
	C5: 親につきまとう/人に慣れにくい	53.82	(30.89)	43.60	(30.12)	2.05 *
	C6: 子どもに問題を感じる	39.44	(25.34)	48.51	(33.65)	-1.94
	C7: 刺激に敏感/ものに慣れにくい	45.38	(29.91)	39.56	(33.41)	1.11
	親側面	38.90	(30.99)	38.22	(31.45)	0.13
	P1: 親役割によって生じる規制	49.37	(31.86)	50.08	(28.21)	-0.14
	P2: 社会的孤立	37.90	(29.87)	39.49	(33.15)	-0.31
	P3: 夫との関係	41.75	(27.45)	39.22	(30.58)	0.53
	P4: 親としての有能さ	46.19	(27.52)	39.49	(31.06)	1.37
	P5: 抑うつ・罪悪感	41.38	(30.07)	36.80	(31.22)	0.92
	P6: 退院後の気落ち	46.89	(31.10)	44.01	(32.16)	0.56
	P7: 子どもに愛着を感じにくい	34.60	(28.66)	35.49	(30.31)	-0.19
	P8: 親の健康状態	51.71	(32.66)	49.87	(30.83)	0.36
子ども総研	育児困難感 I	3.15	(0.87)	3.02	(1.10)	0.75
	育児困難感 II	3.00	(0.77)	2.98	(1.03)	0.07
	夫・父親の役割の問題	3.07	(0.94)	3.00	(1.02)	0.30
	家庭機能の問題	3.03	(0.88)	2.85	(1.03)	1.17
	母親の抑うつ傾向	3.21	(0.99)	3.28	(1.20)	-0.40
	Difficult Baby	3.25	(1.09)	3.20	(1.02)	0.34
	夫の心身不調	2.82	(1.06)	2.81	(1.24)	0.04
	子どもの心身状態	3.21	(0.87)	3.36	(1.10)	-0.96

\*  $p < .05$

表5. PSIと子ども総研式の相関係数 (Pearson)

PSI	子ども総研							
	育児困難感 I	育児困難感 II	夫・父親の役割問題	夫の心身不調	Difficult Baby	母親の抑うつ傾向	家庭機能の問題	子どもの心身状態
PSI総点	0.70 ***	0.52 ***	0.65 ***	0.55 ***	0.60 ***	0.43 ***	0.42 ***	0.54 ***
子ども側	0.61 ***	0.46 ***	0.55 ***	0.49 ***	0.47 ***	0.45 ***	0.33 ***	0.64 ***
C1: 親を喜ばせる反応が少ない	0.42 ***	0.23 *	0.38 ***	0.45 ***	0.27 ***	0.05	0.28 ***	0.24 ***
C2: 子どもの機嫌の悪さ	0.42 ***	0.30 **	0.48 ***	0.38 ***	0.33 ***	0.52 ***	0.22 **	0.51 **
C3: 子どもが期待どおりにいかない	0.44 ***	0.30 ***	0.43 ***	0.39 ***	0.32 ***	0.10	0.26 ***	0.42 **
C4: 子どもの気が散りやすい/多動	0.22 **	0.20	0.17	0.08	0.19 *	0.19 *	0.00	0.04
C5: 親につきまとう/人に慣れにくい	0.43 ***	0.24 *	0.30 ***	0.36 ***	0.34 ***	0.53 ***	0.24 ***	0.47 ***
C6: 子どもに問題を感じる	0.51 ***	0.45 ***	0.46 ***	0.33 ***	0.44 ***	0.29 ***	0.23 ***	0.49 ***
C7: 刺激に敏感/ものに慣れにくい	0.38 ***	0.22 *	0.35 ***	0.38 ***	0.36 ***	0.30 ***	0.26 ***	0.54 ***
親側面	0.69 ***	0.52 ***	0.68 ***	0.55 ***	0.60 ***	0.36 ***	0.46 ***	0.44 ***
P1: 親役割によって生じる規制	0.38 ***	0.28 **	0.40 ***	0.27 ***	0.30 ***	0.31 ***	0.28 ***	0.32 ***
P2: 社会的孤立	0.49 ***	0.33 ***	0.45 ***	0.42 ***	0.51 ***	0.23 ***	0.36 ***	0.31 ***
P3: 夫との関係	0.50 ***	0.32 ***	0.70 ***	0.60 ***	0.33 ***	0.29 ***	0.45 ***	0.32 ***
P4: 親としての有能さ	0.73 ***	0.58 ***	0.49 ***	0.43 ***	0.47 ***	0.36 ***	0.26 ***	0.33 ***
P5: 抑うつ・罪悪感	0.53 ***	0.54 ***	0.44 ***	0.45 ***	0.42 ***	0.27 ***	0.28 ***	0.34 ***
P6: 退院後の気落ち	0.56 ***	0.42 ***	0.32 ***	0.40 ***	0.46 ***	0.40 ***	0.36 ***	0.33 ***
P7: 子どもに愛着を感じにくい	0.45 ***	0.39 ***	0.46 ***	0.35 ***	0.39 ***	0.21 **	0.15	0.25 ***
P8: 親の健康状態	0.35 ***	0.33 ***	0.37 ***	0.35 ***	0.44 ***	0.27 ***	0.36 ***	0.35 ***

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

表4. 栄養方法によるPSIと子ども総研式の得点の違い

		母乳		混合		人工乳		F 値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
PSI	PSI総点	30.08	(28.27)	33.61	(30.27)	44.00	(29.86)	1.56
	子ども側面	29.38	(29.72)	33.31	(28.40)	45.33	(28.76)	2.32
	C1: 親を喜ばせる反応が少ない	32.42	(25.78)	35.87	(27.09)	49.35	(27.89)	3.39 *
	C2: 子どもの機嫌の悪さ	36.88	(31.63)	45.93	(28.73)	50.82	(31.14)	2.03
	C3: 子どもが期待どおりにいかない	36.23	(30.09)	36.56	(32.49)	47.00	(27.80)	1.10
	C4: 子どもの気が散りやすい/多動	34.09	(30.25)	43.77	(29.53)	39.81	(28.24)	1.32
	C5: 親につきまとう/人に慣れにくい	47.07	(31.12)	37.33	(27.22)	56.35	(27.96)	3.46
	C6: 子どもに問題を感じる	37.44	(29.90)	48.91	(31.45)	57.70	(33.67)	4.01 *
	C7: 刺激に敏感/ものに慣れにくい	40.10	(34.24)	33.91	(29.81)	58.22	(29.15)	4.53 *
	親側面	31.81	(27.34)	36.74	(30.57)	51.48	(32.45)	3.36 *
	P1: 親役割によって生じる規制	44.45	(27.29)	50.79	(29.99)	54.41	(29.80)	1.18
	P2: 社会的孤立	34.17	(31.45)	34.52	(30.61)	54.78	(30.69)	4.09 *
	P3: 夫との関係	36.33	(27.03)	38.98	(32.38)	49.57	(30.67)	1.67
	P4: 親としての有能さ	31.09	(26.42)	41.70	(28.46)	59.00	(28.93)	8.20 ***
	P5: 抑うつ・罪悪感	36.08	(30.77)	35.52	(28.30)	51.57	(30.84)	2.61
	P6: 退院後の気落ち	45.53	(31.30)	41.15	(30.15)	50.00	(31.88)	0.66
	P7: 子どもに愛着を感じにくい	29.00	(26.91)	35.67	(30.46)	49.96	(28.68)	4.50 *
	P8: 親の健康状態	49.95	(30.78)	50.09	(32.23)	48.74	(28.22)	0.02
子ども総研	育児困難感 I	2.81	(0.96)	3.02	(1.06)	3.48	(0.95)	3.73 *
	育児困難感 II	2.81	(0.92)	3.00	(1.10)	3.21	(0.80)	0.95
	夫・父親の役割の問題	2.71	(0.94)	3.11	(0.92)	3.43	(1.16)	3.07
	家庭機能の問題	2.71	(0.85)	2.82	(1.05)	3.43	(0.99)	4.91 **
	母親の抑うつ傾向	3.17	(1.11)	3.28	(1.07)	3.35	(1.43)	0.25
	Difficult Baby	3.20	(1.01)	3.20	(1.04)	3.13	(1.10)	0.04
	夫の心身不調	2.64	(1.19)	2.71	(1.16)	3.04	(1.22)	0.96
	子どもの心身状態	3.15	(1.01)	3.29	(1.12)	3.52	(0.95)	1.05

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

図1. 正期産児とNICU退院児の母のPSI得点

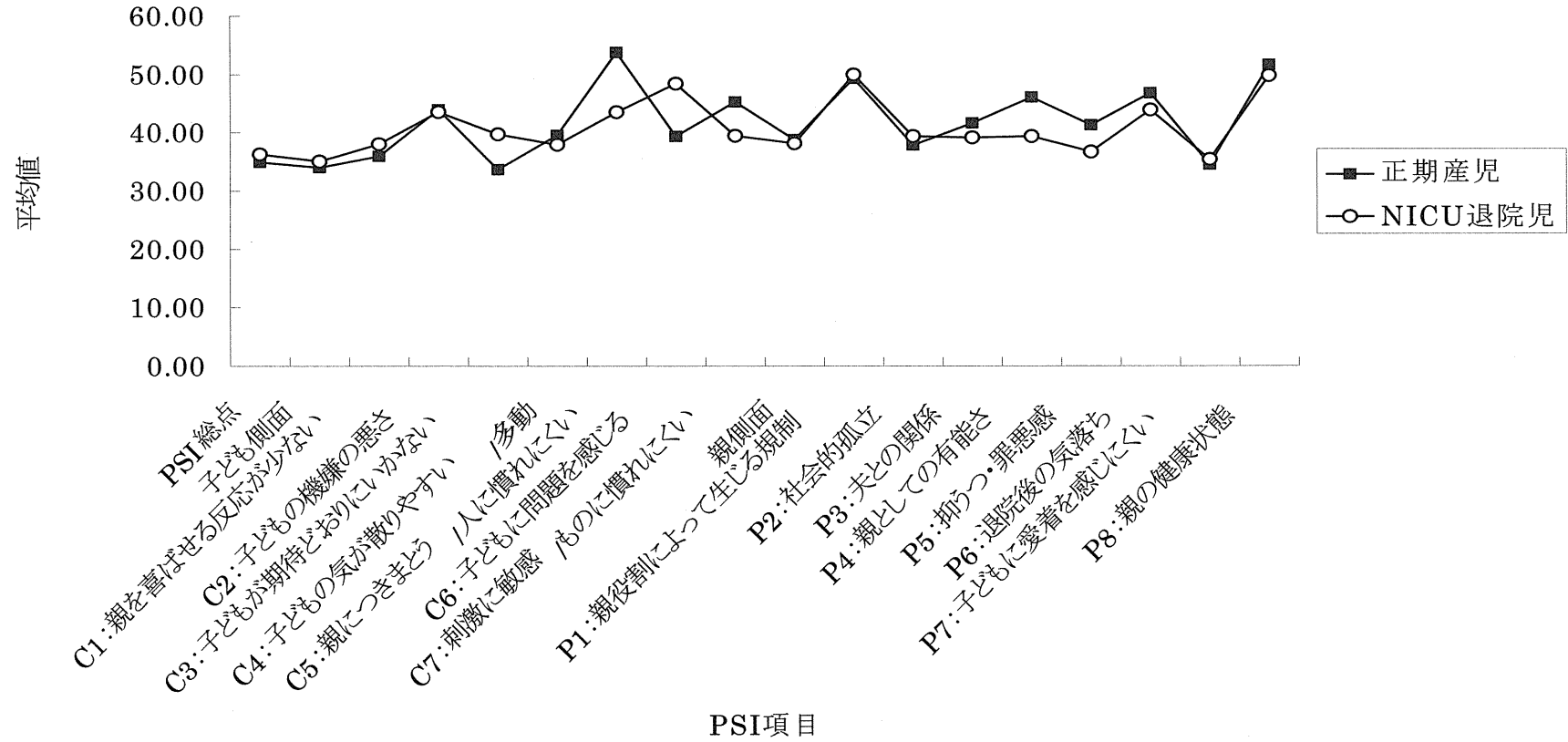


図2. 正期産児とNICU退院児の母の子ども総研式の得点

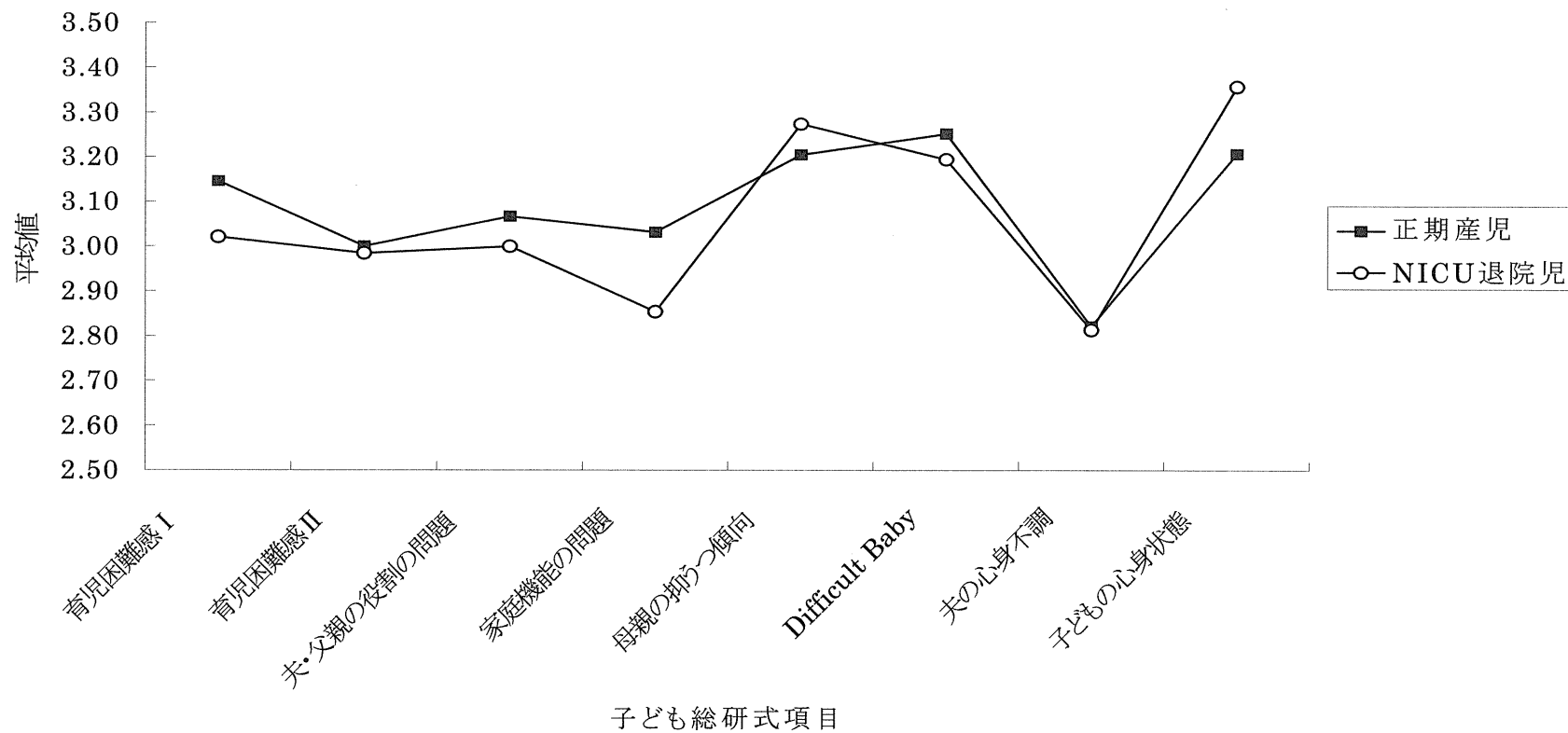


図3. 栄養方法によるPSI得点の違い

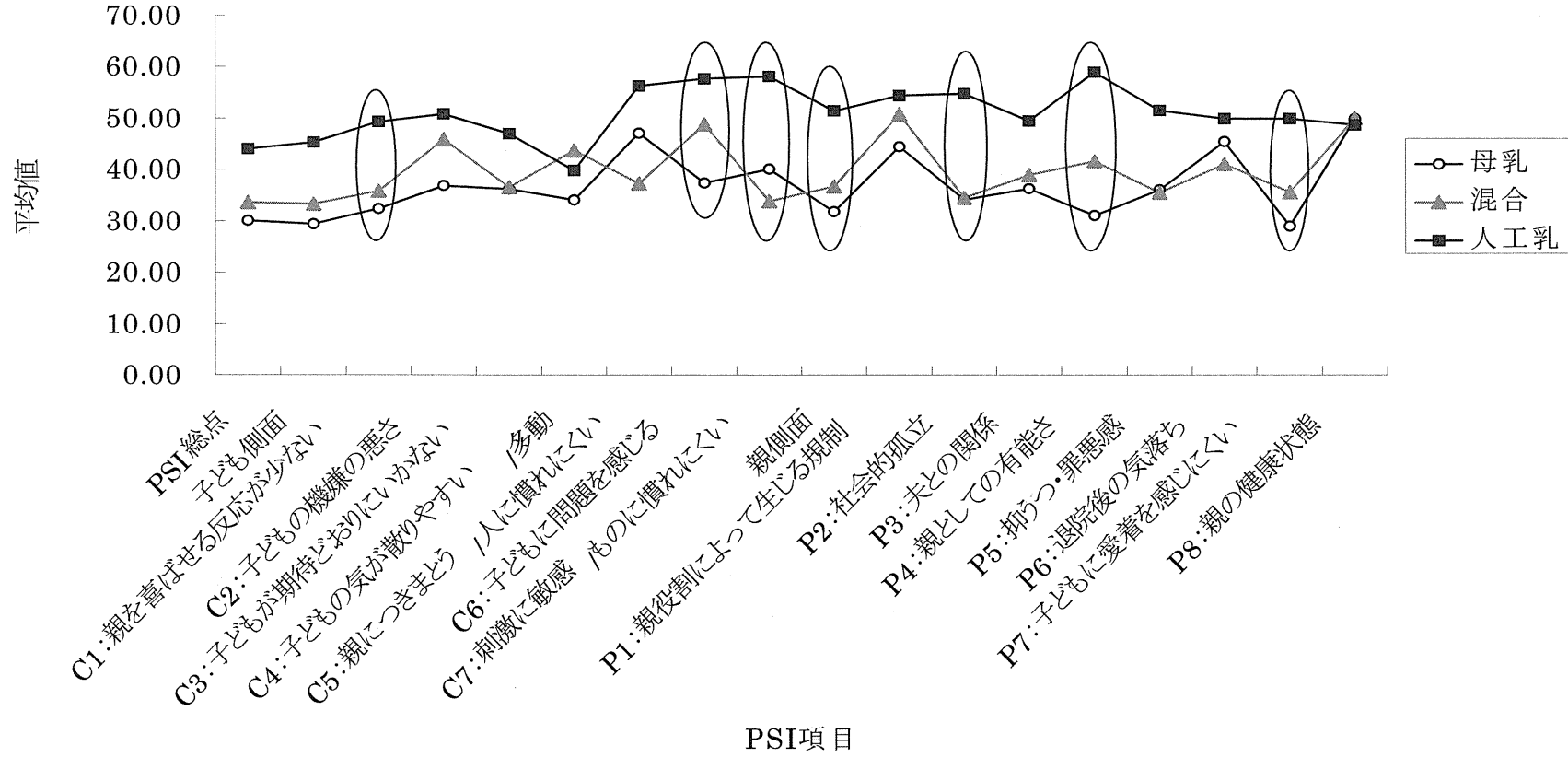
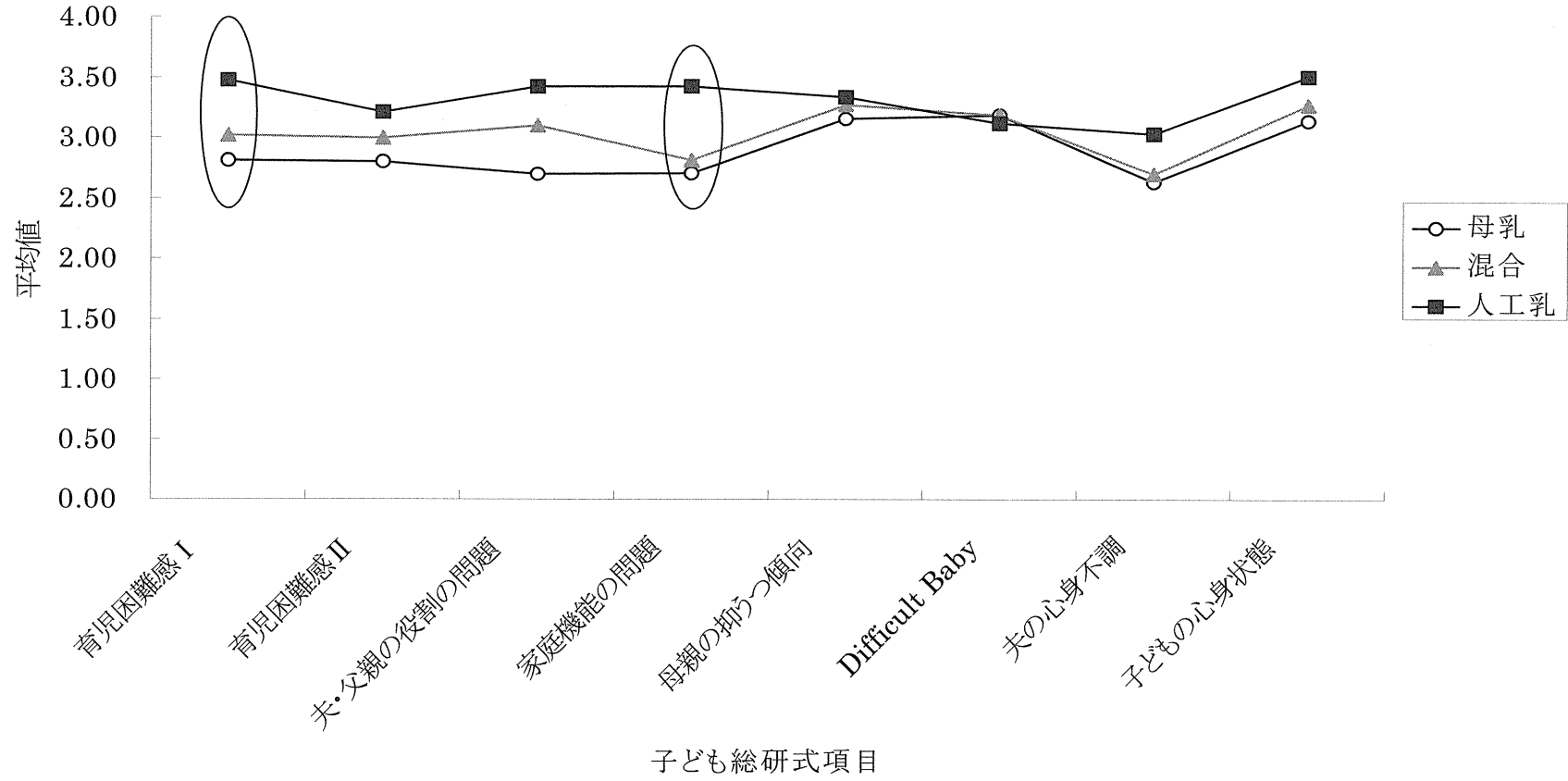


図4. 栄養方法による子ども総研式の得点の違い



## 分担研究報告書 出生児フォローアップシートの電子化

研究分担者 楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター  
研究協力者 鷺尾 洋介 東京女子医科大学母子総合医療センター

### 研究要旨

多数例での出生後の栄養法別の HTLV-1 母子感染率をコホート研究で検証するためには、抗 HTLV-1 抗体陽性の母体から出生した児を登録し、その予後を 3 歳までフォローアップする登録用データベースが必要である。そこで、を作成した。ウェブにデータベースを構築するに当たり、以下の条件をクリアすることとした。研究への参加同意が得られた段階で Web に母体情報を登録。登録時にユニーク ID を発行。以後のフォローアップはこのユニーク ID で実施する。Web 上には個人情報を持たせない。項目名も略語を用いる。ID が不明な場合にも、検索機能を持たせる。Web にアクセスするためには、施設 ID と個人 ID が必要。研究班 HP とは別のサーバーにデータベース構築。このような条件の下、フォローアップに必要な登録システムを完成させた。

### A. 研究の背景と目的

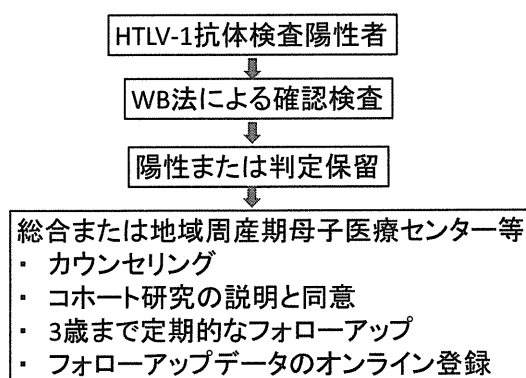
HTLV-1 は母子感染が主であり、しかも感染経路として母乳の関与が大きい。そのため、人工乳で哺育することで母子感染率を低下させることが示された。また、短期の母乳哺育であれば、人工乳と大きく感染率が変わらないことも報告された。さらに、凍結融解母乳でも感染防止効果があると考えられている。そこで、本研究では、多数例での出生後の栄養法別の HTLV-1 母子感染率をコホート研究で検証する。そのため、抗 HTLV-1 抗体陽性の母体から出生した児を登録し、その予後を 3 歳までフォローアップする必要がある。そこで、フォローアップのための登録用データベースを作成した。

### B. 研究方法

図 1 が本研究でのフォローアップの概要で

ある。

図 1 フォローアップ概要



このフォローアップを行うために必要なオンラインの登録システムを作成した。ウェブにデータベースを構築するに当たり、以下の条件をクリアすることとした。



- 1) フォローアップに必要なデータ項目を決定し、そのデータをインターネットを介して登録可能なシステムを構築する。
- 2) 登録データを可能な限り匿名化し、情報漏洩への対策を最大限講じる。
- 3) フォローアップ対象児が移動後も継続してフォローアップが可能なように設計する。

### C. 研究結果

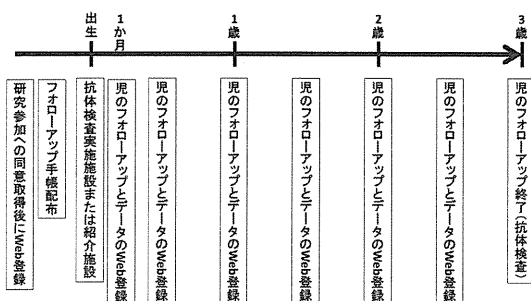
1) ウェブサイトに登録用のデータベースが以下のように構築された。

- 研究への参加同意が得られた段階でWebに母体情報を登録
- 登録時にユニークIDを発行
- 以後のフォローアップはこのユニークIDで実施する
- Web上には個人情報を持たせない、項目名も略語を用いる
- IDが不明な場合にも、検索機能を持たせる
- Webにアクセスするためには、施設IDと個人IDが必要
- 研究班HPとは別のサーバーにデータベース構築

2) フォローアップ項目と登録データ

- 母体情報
  - 母親の年齢、抗体検査結果(WB、PCR)、妊娠、分娩経過の異常の有無
- 母親が選択した児の栄養方法
  - 母乳、短期母乳、冷凍母乳、人工乳
- 出生時
  - 在胎期間、出生体重、出生時身長、出生時頭囲、NICU入院歴
- フォローアップ時
  - 受診日、体重、身長、頭囲
  - 栄養方法(フォローアップ手帳と照合)
  - 身体状況(アレルギー疾患の有無等)
  - 前回の健診以降の外来受診および入院歴、保育施設への通園の有無、同居者
  - 精神運動発達(チェックリスト方式)
  - 母体の精神状態
    - エジンバラ出産後うつ病評価尺度(生後1か月)、PSI育児ストレスインデックス(1歳)
- フォローアップ終了時
  - 通常のフォローアップに加えて新版K式発達テスト、抗体検査、PCR

3) フォローアップスケジュール



### D. 考察

今回のシステムは、データの匿名化による安全性と、実際のフォローアップが確実に、しかも容易に行えるように考慮した。そのため、ウェブ上のデータは全て略語化され、データを見ただけでは意味の無いデータベースとなっている。さらに、ウェブへのアクセスも、施設および個人のIDを要求することから、アクセスのログ管理が確実に可能である。セキュリティの強化は時として使用者にとっては過剰な負担となる。そこで、入力時にはマウスでクリックするだけで多くの項目を入力でき、労力を軽減できる。また、入力ミスを避けるために、全ての入力項目は一定の範囲内のみを受けつけるようになっている。また、矛盾する入力値についてもエラーとなる。さらに、必須項目については、デフォルトでは終われない構造となっている。

このように本システムは、安全性と利便性を持ったものである。

### E. 結論

HTLV-I抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究のためのウェブ登録システムが構築できた。今後はこのシステムを使用してフォローアップを行うことが可能である。

## 分担研究報告書

### HTLV-1抗体検査後の栄養方法選択支援に関する看護職の教育プログラムの作成と評価

研究分担者 福井トシ子（公益社団法人 日本看護協会）

研究協力者：有森直子（聖路加看護大学）、井本寛子（日本赤十字社医療センター）、大賀明子（西武文理大学）、市川香織（社団法人日本助産師会）、江藤宏美（聖路加看護大学）、吉江悟（東京大学 高齢社会総合研究機構）、稲葉一人（中京大学）

#### 研究要旨

本研究は、HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究（平成 23～26 年）の分担研究（抗体陽性妊婦へのカウンセリング担当養成）である。

**目的：**HTLV-1 抗体陽性（判定保留も含む）と判定された妊婦とその家族が直面する葛藤に、納得して意思決定できるようにカウンセリングを行う看護職を養成する。本年度は、HTLV-1 抗体陽性妊婦の主に栄養方法の選択に関する意思決定支援教育プログラム（以後教育プログラム）の開発と試行及びその精練のための評価を目的とした。

**方法：**第一段階、本研究分担研究協力者（臨床助産師、教育・研究に携わる看護教員、職能団体役員）が、「教育プログラム」を作成した。第二段階、総合周産期母子医療センター及び研究協力施設に所属する看護職を対象に 1 日の教育プログラム（午前：講義による①HTLV-1 の基本的知識、②意思決定支援の具体的な展開方法、午後：相談事例に基づく意思決定支援のロールプレイ）を実施し、評価（結果評価・実施評価）を行った。本報告書においては、実施評価のみを報告する。

**結果：**教育プログラムは、東京と神戸にて 2 回（1 月 29 日、2 月 26 日）各 30 人定員（計 61 人）を対象に開催された。44 施設の総合周産期母子医療センター及び研究協力施設から、受講生が参加していた。3 割の受講生はこれまでに HTLV-1 の相談対応を経験していた。教育プログラムの内容・方法論に対する評価は、ロールプレイの評価が高く、意思決定支援ツールであるオタワ個人意思決定ガイド（以後、ガイド）の臨床での活用が支持された。第 1 回目のプログラムの課題は、意思決定支援ガイドの具体的な展開方法の理解不足であり、第 2 回目のプログラムでは受講生自らの意思決定困難場面に対して、ガイドを使用する内容を追加修正し研修を開催した。

次年度以降、①受講生のプロセス評価も反映してプログラムを修正、②受講生が今後担当した事例から本プログラムを評価、③教育プログラムの普及（本プログラム教材の普及：DVD 化、教育プログラム 3 回／年開催予定、HP による情報発信、e ラーニングの検討）、④プログラム修了生に対するフォローアップ（HTLV-1 に関する新規情報の提供と困難事例への対応）を予定している。

#### I. 研究の背景

HTLV-1 は主として母乳を介して母から子へ約 15～20%程度感染すると言われているが、人工栄養、短期母乳栄養、凍結解凍母乳栄養などの栄養法を選ぶことによって、母子感染率が 3%程度にまで減少すると報告されている。これらの報告は一定の地域あるいは少数例での検討であり、どの栄養方法が最も感染率を減少させることができるのか、現状では感染率を推測することが困難である。そこで、HTLV-1 抗体陽性の産婦から出生したこどもの適切な栄養方法を明らかにすることで、将来の感染者を減少させることを目的としたコホート研究が行われることになった。

しかし、流行地とされている地域では、人工

栄養の選択が一般的とされており、妊娠中に HTLV-1 抗体検査をする時や、抗体が陽性であると判明した時の妊婦に対する支援は必ずしも十分とは言えない。また、抗体陽性である妊婦が生まれてくるこどもの栄養を、どの栄養方法にするか、その選択に対する支援は、HTLV-1 抗体陽性妊婦に栄養方法の選択を説明する医療者の価値観が入っていたことは否めない。また、HTLV-1 抗体陽性妊婦に対する支援体制の確立が急務な状態にある。

HTLV-1 抗体陽性であることが判明した妊婦は、生まれてくるこどもの栄養方法を妊娠中に決めなければならない。そのためには、必要な選択肢（人工栄養、短期母乳栄養、凍結解凍母乳栄養など）に関する情報が提供されるのみでなく、妊婦自身が自己の価値観を再確認するプロセスが必要

となる。この過程は、こどもの将来の健康に関わる代理意思決定という難しさをもつ。このような意思決定の困難さに対して、専門職とともにプロセスを共有する、共有意思決定支援 (shared decision making、以後SDM) という概念が注目されている。またSDMの概念を具体的なツールにした「オタワ個人意思決定ガイド」は臨床の困難な意思決定場面に使用されている。日本においては、情報・知識をいかにわかりやすくクライアントに提供するかを介入とした意思決定支援の研究報告はあるものの、決定のプロセスを重視し継続的に支援者が関わる包括的な決定支援および、その教育プログラムは十分に普及されていない。

HTLV-1抗体陽性妊婦から出生した児の、栄養方法に対するエビデンスを得るためには、医療者の価値観に左右されることなく、HTLV-1抗体陽性妊婦のこどもの栄養方法の選択が行えるように意思決定支援を行うことが求められる。そのため、「HTLV-1抗体陽性妊婦カウンセリング担当者養成」が分担研究として位置付けられた。本研究では、HTLV-1抗体陽性妊婦が、こどもの栄養方法を選択するときの支援について焦点をあて、HTLV-1抗体陽性妊婦カウンセリング担当者養成に寄与すべく研究を行った。

## II. 目的

HTLV-1抗体陽性 (以後、抗体陽性妊婦) と判定された妊婦とその家族が直面する葛藤に、納得して意思決定できるようにカウンセリングを行う看護職者を養成する。本年度は、HTLV-1抗体陽性妊婦の、主に栄養方法の選択に関する意思決定支援教育プログラム (以後教育プログラム) の開発と試行及びその精練のための評価を目的とした。

本研究における意思決定とは、抗体陽性妊婦が「分娩・産褥期を迎えるまでに (意思決定するまでに期限がある)」という状況下で、HTLV-1についての必要な知識を得て、こどもの栄養方法を、抗体陽性妊婦が自ら意思決定できることを指している。意思決定支援は、抗体陽性妊婦が栄養方法を選択し、選択した方法を実践できるような、継続的支援体制の整備も含む。

## III. 方法

### III-1. 第一段階：教育プログラムの作成過程

教育プログラムの作成は、まず一般教育目標 (表1) を定め、受講生の到達度評価となる「結果評価」を作成した。その目標にそって教育内容を構成した。次に受講生の利便を考慮し、教育効果について検討し、効率性を重視した1日のプログラムを設定した (表2)

表1 一般教育目標

看護職者はHTLV-1抗体検査後の授乳方法を選択する妊婦に対して、共有意思決定を基盤にした支援について理解する。

- 1) 個人の意思決定を支援する「オタワ意思決定支援概念枠組み (以後、ODSF)」を理解する。
- 2) 個人のニーズを把握する「decision conflict scale」と「オタワ個人意思決定ガイド」の具体的な内容を理解する。
- 3) 共有意思決定支援の必要性とその概要 (概念) について理解する。
- 4) 共有意思決定支援：EBMに基づいた情報の提供
  - (1) HTLV-1 (疫学、検査方法、ガイドライン) について理解する。
  - (2) HTLV-1抗体検査を受けた女性の体験について理解する。
- 5) 共有意思決定支援：コミュニケーション・スキル
- 6) 共有意思決定支援：決定およびその帰結を支持するために必要となるマネジメント
- 7) 評価：個人の意思決定を評価する指標と尺度を理解する。
- 8) 評価：共有意思決定を評価する指標を理解する。

表2 意思決定支援教育プログラムの作成

時間	担当者	内容	資料
9:00	市川	オリエンテーション	プログラム
9:05	福井	あいさつ	
9:10	有森	研究参加への説明と同意	研究同意書
9:15～9:30	市川	事前アンケート	事前結果評価：栄養方法に関する知識、ケーススタディ
9:30～10:55	井本	HTLV-1の理解【教育目標 4】	●PPT資料●HTLV-1母子感染に関する保健指導とカウンセリング●資料編 ●板橋研究班の資料
10:55～11:15		休憩	
11:15～12:15	有森	意思決定支援—オタワ意思決定支援を中心に— 教育目標 1,2,3,5】	PPT資料オタワ意思決定支援ガイド
12:15～12:30	有森 井本	講師によるロールプレイのデモンストラーション【教育目標 7,8】	ロールプレイ資料
12:30～13:20		昼食&グループミーティング	
13:20～13:30	吉江	ロールプレイの進め方	
13:30～14:15	RP 1回目	準備(10分)→RP(10) →立て直し (5) →RP(10)→フィードバック (10)	オタワ個人意思決定ガイドバランスシート
14:15～15:00	RP 2回目	準備(10分)→RP(10) →立て直し (5) →RP(10)→フィードバック (10)	評価用紙
15:00～15:20		振り返り	
15:20～15:30		休憩	
15:30～16:00	吉江	事後アンケート	事前結果評価：栄養方法に関する知識、ケーススタディ
16:00～16:30		全体フィードバック	実施評価
16:30～17:00	稲葉	受講生からのフィードバック【教育目標 6】	
17:00	福井	あいさつ	

### Ⅲ-2. 第二段階：教育プログラム評価

本研究は、①結果（アウトカム）評価、②実施（プロセス）評価の2つの視点から評価を行った。

#### Ⅲ-2-1. データの収集と分析方法

##### Ⅲ-2-1-1. 対象・開催日

対象：全国の総合周産期母子医療センター及び研究協力施設に勤務する助産師・看護師定員1回につき30人。ただし講義のみの聴講（午前の部）は100人まで可とした。リクルートは、総合周産期

母子医療センター・研究協力施設所属長に研究依頼を送付し広報を依頼した。個人の申し込みはウェブ上で行った。

日時・研修開催場所：第1回目 2012年1月29日（日）東京、第2回目 2012年2月26日（日）神戸

##### Ⅲ-2-1-2. デモグラフィックデータ

初日のオリエンテーション時に、年齢、所属（専門領域）、学歴、職歴、今回のプログラムへの関心度等について収集した。

### Ⅲ-2-1-3. プログラム評価 (資料1. 研修プログラム)

本研究における評価方法は以下の「結果評価」と「実施評価」の2点より行った。さらに、セミナー終了後、ファシリテーターによりセミナー受講の感想について意見交換を行った。

#### 1) 結果評価

本研究の教育プログラムの受講生に、質問紙(試験問題)による同一の事前・事後テストを行った。

紙上事例(資料2. ロールプレイシナリオ)は、非流行地の初妊婦が一次医療の場のスクリーニングで陽性となり、紹介された総合病院での再検査後も陽性判定となった事例とした。

この状況において以下の視点から評価した。

- (1) 個人の意味決定に関するニーズアセスメントの視点の広がりとう妥当性
- (2) 意思決定支援の視点の広がりとう妥当性
- (3) 情報知識の提供におけるEBMの活用スキル
- (4) 共有意思決定支援におけるコミュニケーション・スキルの視点の広がり

#### 2) 実施評価

プログラムの内容、教授方法、教材等における評価を4段階リッカート尺度質問項目として、終了後に受講生からのコメント等も含めて収集し、質的に内容分析を行った。

以下、具体的な質問項目を示す。

- (1) 学習の内容について
  - ① 期待にこたえられていたか、② 理解しやすさ、③ 実践に役立つか、④ 意思決定支援への興味、⑤ 内容のわかりやすさとその理由、⑥ 内容の分かりにくさとその理由、⑦ 今の自分の臨床に役に立った科目とその理由
- (2) 事前・事後の問題について
  - ⑧ 問題の難易度事
- (3) 教材について
  - ⑨ 映像や文字の見やすさ
- (4) 授業の進め方について
  - ⑩ ケーススタディという学習法が適しているか
  - ⑪ 自己学習に要した時間
  - ⑫ チューターの対応
- (5) その他
  - ⑬ 本セミナーにおけるeラーニングの活用(自由記載含む)
  - ⑭ 追加を希望する内容
  - ⑮ セミナーの価格
  - ⑯ セミナーの満足度

### Ⅲ-3. 研究の倫理的配慮

本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査を受

け承認されたのち実施した(承認番号11-050)。

## Ⅳ. 結果

### Ⅳ-1. 第一段階: 教育プログラムの作成

本研究分担研究協力者(臨床助産師、教育・研究に携わる看護教員、職能団体役員)が、6回にわたる話し合いと、デモンストレーションを重ね「教育プログラム」を作成した。

一般教育目標(表1)とそこから導かれたプログラム(表2)、その他、セミナーに必要な資料を作成した。本報告では、結果に関連する資料のみ添付する(資料1~9)。

### Ⅳ-2. プログラム実施方法

表2のプログラムにそって実施した。ロールプレイ(以後、RP)は、意思決定支援の講義を前提に、意思決定支援ガイド(資料3. オタワ意思決定支援ガイド: 医療従事者けワークシート)、HTLV-1に関する基礎資料を活用して、研究協力者が相談場面のデモンストレーションを行い、その後受講生同士がRPを実施する方法をとった。

研修受講生は、それぞれ妊婦役、看護職の役割になるという経験をした。

#### Ⅳ-2-1. 受講生の背景

「HTLV-1抗体陽性妊婦の意思決定支援担当者養成研修」受講生は、東京会場29人、神戸会場32人、合計61人であった。このほかに、講義部分のみの聴講者が両会場あわせて14人存在した。ここでは全日程の研修に参加し、研究参加への同意を得たもの(資料4. 研修参加説明書・同意書)を研修受講生とした。その背景は、表3のとおりである。

受講生の平均年齢は40.2歳であり、年齢は24歳~55歳(SD8.6)。会場別では東京が40.9歳(26歳~55歳)、神戸が39.5歳(24歳~53歳)であった。専門職としての経験は、助産師として参加した者は57人(東京28人、神戸29人)で、看護師として参加したものは4人(東京1人、神戸3人)であった。これらの受講生の臨床経験では、看護師経験を持つものが23人(東京8人、神戸15人)おり、その経験年数は平均5.7年(1年~23年)、助産師としての経験を持つものは57人(東京28人、神戸29人)で経験年数の平均は15.2年(1年~28年)であった。このほかに、母性看護専門看護師や新生児集中ケア・感染管理・不妊症看護などの認定看護師資格を有するものや保健師免許を有する受講生が存在した。

受講生の所属施設は多岐にわたっており、44施設からの参加があった。このうち、協力病院からの受講生は24施設30人であった。協力病院からは全日程の研修参加以外に講義のみの聴講者が6

人いた。したがって、聴講も含めた協力病院からの受講生は、東京会場14施設23人、神戸会場10施設13人である。

施設の分類では、総合周産期母子医療センターが47人(77.0%)、地域周産期母子医療センターが2人(3.3%)、周産期センター以外の大学病院が3人(4.9%)、周産期センター以外の総合病院が7人(11.5%)、その他が2人(3.3%)であり、これは他科との混合病棟などであった。受講生の現在の勤務場所は、産褥期の対象をケアしている病棟が最も多く、36人(59.0%)、次いで分娩室・分娩棟35人(57.4%)、産婦人科外来34人(55.7%)、MFICU28人(45.9%)、NICU・GCU6人(9.8%)と続いた。この他にも、小児科外来、看護管理部門、その他がそれぞれ1人(1.6%)ずつ存在した。

HTLV-1に関する経験に関しては、これまでに

HTLV-1 事例との遭遇経験を有する受講生は 51 人 (83.6%) おり、東京会場では 22 人 (75.9%) であったのに対し、神戸会場では 29 人 (90.6%) と神戸会場に遭遇経験をもつ割合が高い傾向にあった。また、実際に HTLV-1 陽性妊産婦に対する相談経験を有する受講生は、19 人 (31.1%) であり、約 3 割はすでに HTLV-1 抗体陽性妊婦の意思決定支援を行っていた。この割合は、東京会場 9 人 (31.0%)、神戸会場 10 人 (31.3%) と開催地による違いはなかった。

将来的に HTLV-1 抗体陽性妊婦の意思決定支援を担当していく予定があるか、また、その役割を担うことになるかについては、45 人(73.8%) が予定ありと回答していた。会場別では、予定があると回答した受講生は、東京 21 人 (72.4%)、神戸 24 人 (75.0%) であった。

表 3 受講生の背景

n=61 人(%)

		東京	神戸	全体
受講生	参加人数	29人	32人	61人
	平均年齢	40.9歳	39.5歳	40.2歳
	範囲	26歳～55歳	24歳～53歳	24歳～55歳
職種	助産師 (人)	28	29	57
	看護師 (人)	1	3	4
所属	総合周産期母子医療センター	27(93.1)	20(62.5)	47 (77.0)
	地域周産期母子医療センター	0	2( 6.3)	2 ( 3.3)
	大学病院 (周産期以外)	0	3( 9.4)	3 ( 4.9)
	総合病院 (周産期以外)	2( 6.9)	5(15.6)	7 (11.5)
	その他	0	2( 6.3)	2 ( 3.3)
勤務場所 (重複回答)	(産褥) 病棟	12 (41.4)	24 (75.0)	36 (59.0)
	分娩室 (棟)	12 (41.4)	23 (71.9)	35 (57.4)
	産婦人科 外来	17 (34.5)	17 (53.1)	34 (55.7)
	MFICU	14 (48.3)	14 (43.8)	28 (45.9)
	NICU・GCU	5 (17.2)	1 ( 3.1)	6 (9.8)
	小児科 外来	1 ( 3.4)	0 ( 0.0)	1 (1.6)
	看護管理部門	1 ( 3.4)	0 ( 0.0)	1 (1.6)
	その他	0 ( 0.0)	1 ( 3.1)	1 (1.6)
HTLV-1の事例との遭遇経験	あり	22 (75.9)	29 (90.6)	51 (83.6)
	なし	7 (24.1)	3 ( 9.4)	10 (16.4)
HTLV-1ポジティブの産婦からの相談経験	あり	9 (31.0)	10 (31.3)	19 (31.1)
	なし	20 (69.0)	22 (68.8)	42 (68.9)
HTLV- I に関する相談者の役割を担う予定	あり	21 (72.4)	24 (75.0)	45 (73.8)
	なし	6 (20.7)	7 (21.9)	13 (21.3)
	N.A.	2 ( 6.9)	3 ( 4.9)	1 ( 3.1)

表4 研修受講生の所属施設

ABC順 \*は受講生複数施設

下線は協力病院を示す

<u>総合母子保健センター 愛育病院(*)</u>	<u>大阪大学医学部付属病院</u>
青森県立中央病院	<u>大阪府立母子保健総合医療センター</u>
<u>獨協医科大学病院</u>	大阪市立総合医療センター
福岡大学病院	<u>独立行政法人国立病院機構佐賀病院</u>
福島県立医科大学附属病院	<u>埼玉医科大学総合医療センター</u>
兵庫医科大学病院	<u>聖隷福祉事業団</u>
<u>兵庫県立こども病院(*)</u>	聖路加国際病院(*)
かみや母と子のクリニック(*)	<u>仙台赤十字病院</u>
<u>神奈川県立こども医療センター</u>	静岡赤十字病院
金沢大学	愛仁会高槻病院
<u>北里大学病院(*)</u>	帝京大学医学部附属病院(*)
財団法人 倉敷中央病院	<u>東邦大学医療センター大森病院</u>
<u>杏林大学医学部付属病院(*)</u>	東海大学医学部付属病院
京都第一赤十字病院(*)	<u>東京大学医学部付属病院</u>
<u>九州大学病院</u>	東京女子医科大学病院(*)
<u>長浜赤十字病院</u>	東京都立小児総合医療センター(*)
独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	<u>富山大学附属病院(*)</u>
人古屋大学医学部附属病院(*)	<u>富山県立中央病院</u>
<u>人古屋第二赤十字病院</u>	医療法人あかね会土谷総合病院
<u>日本赤十字社医療センター</u>	和歌山県立医科大学付属病院
西脇市立西脇病院	<u>山形県立中央病院</u>
<u>沖縄県立中部病院(*)</u>	<u>山口県立総合医療センター</u>
	合計44施設
<u>函館中央病院</u>	八木助産院
姫路赤十字病院	富山県厚生部健康課
京都民医連中央病院	神戸市看護大学
公立八鹿病院	

講義のみの聴講者所属施設 合計7施設

## IV-2-2. 実施評価 (表5)

実施評価で、「とてもそう思う」、「そう思う」と回答した受講生が多かった順に、「受講して意思決定に興味をわいたか」58人(95.1%)、「内容が今後のあなたの実践に役立つか」が57人(93.4%)、「理解しやすい内容か」、「このコースの内容を学ぶ方法としてケーススタディ、ロールプレイは適していたか」、「チューターの対応が適切だったか」については56人(91.8%)、「内

容が期待したものに沿っていたか」が55人(90.2%)、「コースに満足したか」が53人(86.9%)であった。

また、「全くそう思わない」、「あまりそう思わない」と回答が多かった項目は、「このコースを学ぶ方法としてeラーニングは適しているか」が23人(37.7%)、「映像や文字が見やすかったか」が11人(18.0%)であった。

表5 実施評価

n=61

	全くそう思わない	あまりそう思わない	そう思う	とてもそう思う	NA
内容はあなたの期待したものに沿っていたか	0	4	28	27	2
理解しやすい内容だったか	0	3	36	20	2
内容は、今後のあなたの実践に役立つか	0	2	26	31	2
受講して、意思決定支援に興味がわいたか	0	1	31	27	2
映像や文字は見やすかったか	0	11	38	10	2
このコースの内容を学ぶ方法として、ケーススタディ・ロールプレイは適していたか	1	2	26	30	2
チューターの対応は適切だったか	0	1	29	27	4
このコースの内容学ぶ方法として、e-ラーニングは適しているか	1	22	35	1	2
このコースに満足(やってよかった)したか	0	3	31	22	5

IV-2-2-1. 学習の内容について

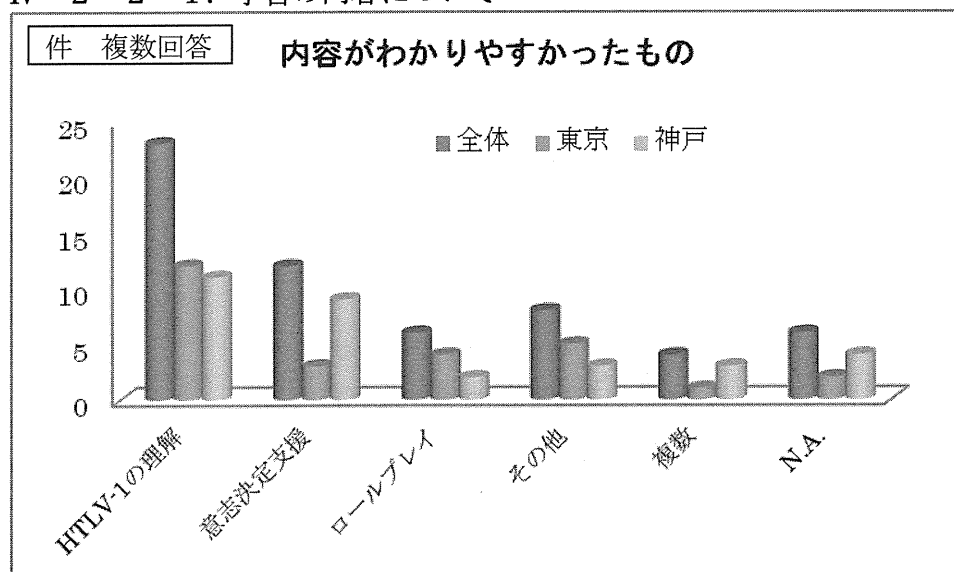


図2 内容のわかりやすさとその理由

内容の分かりやすさでは、HTLV-1の基礎知識に関する講義を上げたものが多かった(図2)。この理由について「基本的な知識、最新の考え方を知ることができて良かった。」という一般的なものから、「事前に資料を読んできたこともあると思うが、資料がありわかりやすかった。」「自己学習はしていたが、講義を受けたことにより理解が深まった。」といった事前課題との関連において理解のしやすさを評価していた。ホームページ上における動画やマニュアル、ガイドラインといった情報発信の活用が研修とあわせて効果的であった。また、一つの内容だけでなく、研修全体の内容や複数の内容を評価する受講生もいた。

また、わかりにくかった内容として意志決定支援を上げるものが多かった(図3)。この理由

には「時間が足りなかった。なぜオタワの意思決定なのか」「ワークシートの記入例、バランスシートの記入例など使用法をくわしく知りたかった。」というものや「シートを個人で書くときは質問の意図がわからず難しかったが、ロールプレイでは使いやすかった。」というものがあげられていた。事前学習を課していた基礎知識の提供とは異なり、後に続くロールプレイでの実践と関連する内容であるため、講義そのもので理解を得る限界は存在するが、実際に実践してみることで理解を深められる内容であると言える。また一方で、この設問に対する回答には無回答も多く、「なし」と明記する回答も見られた。無回答の多くには、わかりにくかった内容がなかったとする受講生が多く含まれていると推察できる。



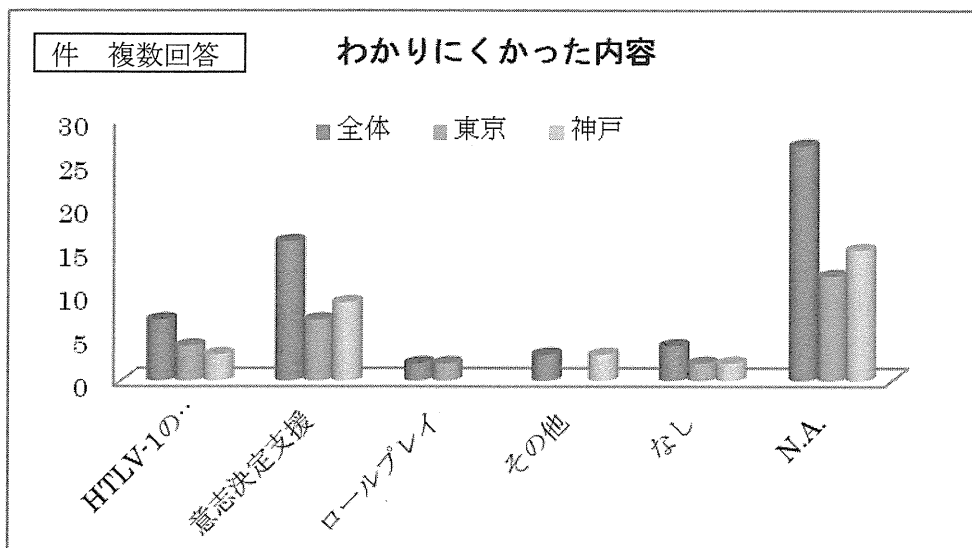


図3 内容のわかりにくさとその理由

現在の自分の臨床において役だったものとして、HTLV-1の知識や意志決定支援をあげたもののほかに、ロールプレイを役だったと評価するものが多かった(図4)。その理由は、「実際に患者さんと話していくときに、一方的に話を進めるのではなく、相手の考えや気持ちを引き出すことの大切さを再認識した。」「自分の傾向を知ることができた。」「助産師のコミュニケーションの特徴に気がつくことができた。」「違う立場に立ってみると少し考え方や相手にどのよう

な態度を取れば良いか考えた。」といった、現在の自分自身の臨床実践の振り返りにつながったということからの評価があった。またこれは「今後もATL妊婦の相談を受けた時に活用していきたい。」、あるいは「実際こんな質問が来たら、どのような問題とぶつかるのか、課題が見えて良かった。」というように、HTLV-1抗体陽性妊婦をはじめとするさまざまな意志決定支援を必要とする対象に、今まさに遭遇する可能性を持つ受講生にとって役だったと言える。

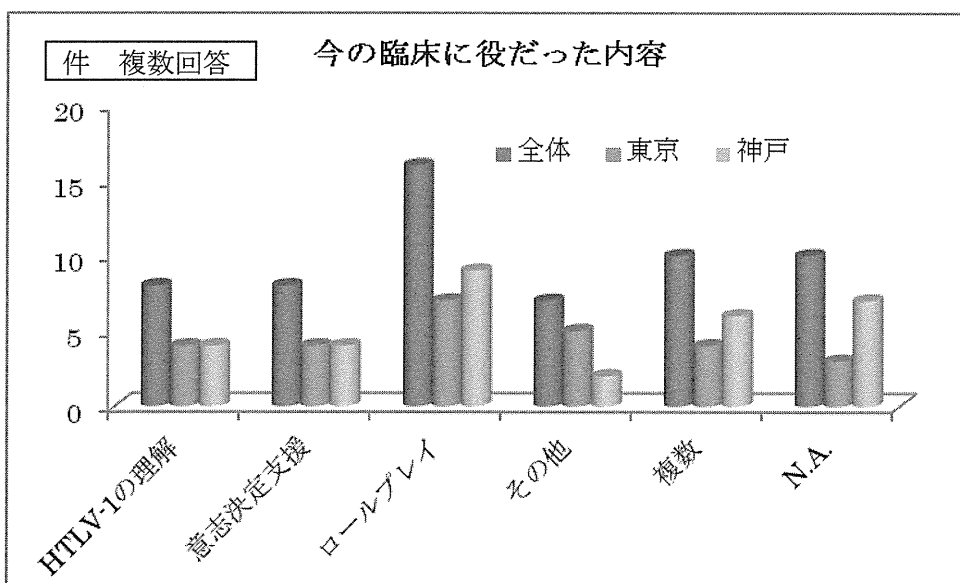


図4 今の臨床に役立った内容

#### IV-2-2-2. セミナーの価値

「このコースに料金を払うとしたら、いくらであれば申し込みますか」という問いに対しては、5000円と回答するものの人数は最も多かった。平均価格は、全体では6,898.2円であり、

東京6,395.8円、神戸は7,300.0円と神戸の方がやや高い評価であった(表6)。中には、できるだけ多くの研修生に受講してほしいので「無料」で開催してほしいという意見も存在した。

表6 セミナーの価格評価 (平均)

セミナーの価格評価	東京 n=24	神戸 n=30	全体 n=54
平均±標準偏差 最低～最高	6395.8±4172.8円 1500～18000円	7,300.0±3,495.3円 4000～15000円	6,898.2±3,800.9円 1500～18000円

#### IV-2-3. 受講生からの感想とそれに対するファシリテーターによるフィードバック

本プログラムでは、グループで RP (ロールプレイ) を実施し、その後各グループからの発表を通して、受講生全体で体験を共有する機会を設けた。さらに、RP 以外の一日のプログラムを通しての感想も受講生全体で共有する機会を設けた。

その進行はメディエーターの経験をもつ稲葉一人氏が担当し、学習体験に対して受講生の発言を要約したり、意味づけてフィードバックした (表7)。このプログラムの目標とのすり合わせのために、講義担当者からコメントを求めたり、「共有意思決定」が成立するための関係性構築とそれを可能にするためのコミュニケーション・スキルについての追加説明を行った (表8)。以上の内容は、1回目 (東京) では、口頭説明し、2回目 (神戸) では、パワーポイントに示しながら解説した。

受講生は、RP を通してクライアントの抱える課題 (葛藤) について具体的に理解していた。特に2回目では、受講生自身が妊婦役割もとり、事例の追体験をする受講生もいた。また、支援者としての自らの課題として、情報提供とクライアントの価値観を尊重していく支援の難しさ

にも直面していた。

支援者の役割を行って明らかになったこととして、(栄養方法の選択が) 人それぞれの決定で良いのかという迷いや、会話の先取りなど、自らのコミュニケーションの傾向に気付いていた。さらにグループ内の RP での振り返りから、支援者の立場からは見えなかったクライアントの認識など RP の方法論から学ぶことも語られた。ファシリテーターからは、共有意思決定支援において、よく使うフレーズや質問に備えるなど、具体的なアドバイスを提示した。

さらに、ファシリテーターは、意思決定のプロセスで生じてくる支援について、「確率の伝え方」「継続的に関わりをもつこと」「決定はかわること (変わっていいこと)」「言葉ではなく感情に着目する事」などについて説明した (表9)。これは選択肢の情報提供 (メリット・デメリット) にとどまらない、コミュニケーションを基盤にした信頼関係を築きつつ、クライアントの意思決定のプロセスを共有し支援する「共有意思決定 (shared decision making)」の概念と RP の体験で語られた内容を各発表者の発言を要約することでつなげて、今回のプログラムの意義を受講生に再認識する機会を与えていた。

表7 意思決定過程の共有に関する受講生の感想

<産婦（クライアント）の抱える課題への気づき>

- 選択肢があるほど、当事者である妊婦の生活への影響は、不確かさを増す。
- 短期母乳を選択しても、母乳授乳を継続したいと気持ちに変化することがある
- 人工乳を選択し、分娩後早期に乳汁分泌抑制剤を服用しても乳房緊満の可能性はある
- 当事者たちが納得いく結果を得ようと思った時、多かれ少なかれ難しい「決断」を迫られる。
- 妊婦自らが意思決定を行い納得のいく栄養法を選択し、必要なケアを受けるために、妊婦自分の置かれた状況を妊婦自身が正しく理解する必要がある。

<支援する看護者としてのみえてきた課題>

- 関係者は、妊婦自身の意思決定にどのように関わっていくべきか。母乳か、人工乳か、母乳も短期母乳か、冷凍母乳か、人工乳や短期母乳を選択したときの乳房のケアや身体への影響、気持ちの変化、乳汁分泌抑制剤服用による副作用、それに代わるケア方法の選択はどうするか。
- 人工栄養にしても、母乳授乳にしても気持ちの変化による決定の変更、そのものの継続または、中止と言ったさまざまな複雑な状況に対して、難しい決断を、限られた情報と時間、不確かさの中で支援をしていくことが求められている。
- 妊婦自身が正しい情報を入手して、活用する方法を知り、妊婦自身の価値や信念を明らかにしながら決断をしていくことを支援する。
- 支援者には、妊婦自身が栄養を選択する前提となる情報提供の義務がある。
- このプロセスには、多くの倫理的・経済的・社会的課題が含まれているため、意思決定の過程を支援することは、重要である。

<支援者として意思決定への気づき>

- 妊婦自身の意思決定へのプロセスに、支援者が関与し、その意思決定のプロセスを支援者が共有していることは、その後の妊婦の気持ちの変化にも対応できるものであり、このことは意思決定の共有と言える。

表8 ロールプレイを実施して明らかとなったコミュニケーション・スキル

\*東：東京セミナー、神：神戸セミナーを反映

## 1. 自分のコミュニケーション傾向に気付く

### 1-1 コミュニケーションの型（フレーム）に気付く（よくある、看護職、助産師のパターン）

- ・会話の当初から、方向付けをしたいという誘惑に駆られる。（東）
- ・問われると、答えてしまうという傾向がある。（東）
- ・問いを出して、答えを迎えにいく傾向がある。（神）
- ・「人それぞれであっていいのか」という迷いがある。そのために、当事者の揺れに付き合うことが難しい。（東）
- ・当事者の中央にある軸を見つけることが難しい。（東）
- ・その人の思いを先取りしてしまう傾向がある—たとえば、この人は母乳を望んでいると、先に想定してしまう。よく聴いてみると違う場合もある。（東）
- ・明白なエビデンスがある場合や、優劣が明確な選択肢がある場合ではない、今回のような場合に、医療職は、とまどってしまう。（神）

### 1-2 自分のコミュニケーションの癖に気付く

- ・言いにくい場合に、語尾を曇らせてしまう。（神）
- ・下を向いて話してしまう。（神）
- ・想定外の質問を受けると目が泳いでしまう。（神）

→「我々は、自己を洞察している深さにおいてしか相手の問題は理解できない」

## 2 当事者（妊婦）役から見たロールプレイの振り返りを参考にする。

- 大きな問題を抱えている本人は、冒頭からの医療者の説明、特に数字は頭に入っていない。（東）
  - 自分がなにを望んでいるかは、最初から決められていない。また、決めてきても、それは不安と迷いの中での暫定的、条件的な判断で、受け手の対応で十分変わり得る。（東）
- 意思決定プロセスは相互に影響しあう動的なプロセス

## 3. ファシリテーターからのアドバイス：コミュニケーション・スキルのコツ

### 3-1 よく使うフレーズを用意しよう

- 「お迷いになっておられるのですね。それは十分理解できます。」
- 「お困りの点を一緒に考えましょう。」・「そのように心が動くのですね。」
- 「どのような経過でここにお越しになったか、その経緯についてお話ししていただけますでしょうか。」
- 「先生からどのようなお話をお聞きになっているのでしょうか。」
- 「迷っていらっしゃるの、どのような点でしょうか。」

### 3-2 当事者からよく出てくる、対応に困る質問に備えよう

- 「他の妊婦さんは、どうされるのですか。」
- 「助産師さんは、どのように考えられますか。ご自身が私だとすると、何を選びますか。」