

ていた。

条件付き賛成では「本人の了承と医師の指導があれば」という意見であった。

わからない理由としては「今回麻酔をしなかったの」ということであった。

助産所助産師に会陰裂傷縫合術を受けてよかったかどうかの7段階のライカートスケール結果は、平均値は6.7ポイント、最小値5、最大値7ポイントと、縫合をして良かったという評価を示した。

自由記載の意見内容を見ると、助産所助産師が縫合することに安心や信頼があるとする意見は下記の通りであった。

「安心して任せられる」「縫わなくてよいかなど思ったが、助産師さんに縫ってもらえるならと思い縫った」「産後すぐに対応してもらえるのは安心し、精神面へのメリットは大きい」「縫合前は恐怖心が強かったが信頼できる助産師さんに縫ってもらえるのは良かった」「縫合のやり方を丁寧に事前に説明してくれた」「事前にも事後にも縫合の説明と縫合部の説明をしてもらい安心できた」

お産の一連の流れとして縫合をとらえている意見は、「助産所で出産したので、縫合は一連の流れと思う」であった。その他は、「痛みも気にならなくなり、以前経験したようなひきつれもなかった」「必要最低限の縫合」「治りがよく負担がなかった」などが記載されていた。

## ② 助産所で出産した女性へのアンケート調査 (表5)

アンケートの対象となった妊婦の背景は、助産所出産が初めての女性は56.6%、初産婦73名(19.8%)、経産婦295名(79.9%)、回答なし1名であった。

## 会陰縫合に関する調査

「会陰裂傷あり」は、135名(36.6%)、「会陰切開あり」は、4名(1.1%)、「会陰縫合あり」は、51名(13.8%)であった。

助産所助産師が縫合をすることについては、賛成197名(53.4%)、反対14名(3.8%)、条件付き賛成67名(18.2%)、わからない86名(23.3%)、無回答5名(1.7%)であった。賛成と条件付き賛成を合わせると、71.6%が賛成であった。

賛成理由の内訳では「必要な処置として当然」「出産直後その場ですぐ処置でき、産婦の負担軽減に繋がる」「産後の生活の質の確保」「治癒過程の快適性」「知識・技術がある」「自然裂傷の縫合は助産所助産師で可能」があった。

条件付き賛成では、「産婦の同意」「技術の保証」「安全性」「確かな技術」「助産師の必要性の判断」「治癒過程の快適性」「医師との協働システム」があった。

反対理由では、「縫合しないで自然に治したい」「助産所なのだから」があった。

わからない理由では、「判断できない」「助産師か医師か選べるとよい」「クリップでもよい」があった。

## 局所麻酔に関する調査

助産所助産師が局所麻酔使用することに関する女性たちの意見は、「賛成」156名(42.3%)、「反対」28名(7.6%)、「条件付き賛成」53名(14.4%)、「わからない」124名(33.6%)、不明8名(2.2%)であった。初経別、過去に助産所出産経験の有無による意見の違いはなかった。

賛成の理由は、麻酔によって「痛みが軽減される」、「産婦の同意があれば賛成」「出産直後その場ですぐ(産婦の負担軽減)」「知

識・技術がある」「助産師に任せる」があった。

条件付き賛成では、「痛みが軽減するなら」「同意があれば」「知識・技術があれば」「母子に必要であれば」が挙がっていた。

反対の理由では、「痛みをそれほど感じないから」「技術への不安」「自然なお産を望む」ことが挙がっていた。

わからない理由では、「メリットもデメリットもある」「麻酔への不安」「痛みが軽減できるならいいがわからないから」「状況によるのでわからない」「麻酔のことがわからない」「麻酔が効かない経験から」が挙がっていた。

### ③ 助産所管理者へのアンケート調査

アンケート調査に回答した助産所は、167 施設であった。助産所の開業年は1928 年～2012 年で、開設者以外の助産師数は0～10 名であった。2012 年の年間分娩件数は、不明の7 施設を除き、0～188 件(平均28 件、中央値20 件)であった。

連携医療機関数は1 助産所につき病院等医療機関数は1～5 施設、最頻値は2 施設であった。

会陰裂傷に関して医療機関と文書で取り決めを交わしている助産所は少数であった。取り決めは連携医療機関の医師と口頭で交わしている場合も多く、Ⅰ度あるいはⅠ～Ⅱ度裂傷は医師の了承のもとで助産師が縫合している場合もあった。Ⅰ～Ⅱ度をクレンメで対応し、Ⅱ～Ⅲ度裂傷や止血する必要がある場合のみ医師に縫合を依頼しているという回答も複数あった。縫合は絶対に助産師がしないとの取り決めがある場合は少数であった(表6)。

会陰裂傷が生じ、医師に縫合を依頼する

場合でも、往診は依頼できないという助産所は71 施設であった。往診を依頼した場合と、産婦を受診させた場合とで縫合されるまでの時間は、往診では5～60 分であったが、受診では5 分～10 時間であった。いずれも最頻値は30 分であったが、受診のほうが縫合までの時間が長い場合がみられた。助産所管理者が会陰縫合に関して望んでいる連携像とは、「複雑裂傷・出血事例は医師」が135 施設、「治癒過程は医師が診察してほしい」が36 施設、「縫合のみならば嘱託医療機関以外の近医で行えるとよい」が30 施設であった。他に「局所麻酔の処方」を望む声は72 施設、「抗生剤の処方」は69 施設であった。

会陰裂傷縫合に関する自施設と連携医療機関の協力度を10 段階評価で聞いたところ、平均5.6 (SD±3.2) 点と協力度は中程度であった。会陰裂傷縫合術を含めた助産所と連携医療機関の全体的な関係の良好さを10 段階で聞いたところ、平均8.1 (SD±1.9) 点と良好であった。助産所と医療機関が定期的に会合などを開催している助産所は118 施設あった。助産所と嘱託医療機関との間の会陰裂傷縫合に関する取り決めに関しては表6 に示す通りであった。明文化しているもの、暗黙の了解のもの、明文化していないもの、縫合はすべて医師としていることなど多様な取り決めであった。

医師との連携に関しては、助産所と医療機関のコミュニケーションをよくすることの重要性が述べられていた。つまりスタッフが日頃からコミュニケーションを図ってお互いの考えや医療機関の現状や助産所助産師の技術や姿勢や、助産所

で出産することを選択する女性の意見を知り合うことを重視していた。また学習会や事例検討会をもったり、検討会でなくとも事例の転機を報告したり聞きに行ったりする機会を持つようにもしていた(表7)。

医師との連携における課題については医療機関との上下関係や助産所への無理解、医師により考え方に違いがあること、医療機関の状況によって連携の方針に差があることや、地域の医師の高齢化によって嘱託医関係が危うくなっている現状であった。(表8)

## 研究2

山梨大学医学部附属病院および大津市民病院への聞き取り調査から以下のようなことが判った。

### 1. 助産師の自律した活動を認める産科医師の必要性

山梨大学医学部附属病院では、「正常な妊娠・分娩経過は、助産師主導で行われるのは当たり前である。また、たとえ医師主導の分娩であっても、本質的に助産師のかかわりは変わらない。どのような妊娠・分娩でも医師と助産師の協働関係は常に必要である。」という産科医師と助産師の共通認識のもと、大学の講座として院内助産所について研究的な取り組みに着手し、どのような状況であっても助産師が助産師らしく活動できるような場を医師とともに創り出していた。

助産師が自己の能力を自覚できる機会としては、大学で提供される助産師外来担当者養成講座や院内助産所担当者養成講座があり、受講後に受けるそれぞれの資格認定試験に合格することで、助産師

が自己の実践能力を自ら査定できる機会ととらえていると考えられた。

一方、大津市民病院では、院内助産所を開設する前より助産ケアを重視した助産師の活動が展開されていたが、助産師の専門性を理解し、それを支えようとする産科部長の後押しがあって、より自律した助産師活動に取り組むに至り、院内助産所が開設された。そのことがさらに院内助産所を担当する助産師をはじめ、病棟全体の助産師の「助産の専門性」に対する気づきを高め、さらなる専門性を追求する環境を創り出していた。

この病院では、助産師が実践能力を向上させる機会として、院外で提供されている様々な研修を受講することが多く、助産師が受講した研修の認定証等を妊産婦や家族、医師等の目につく病院内に掲示しておくことで助産師の実践能力を自他ともに認識できる工夫をしているのと考えられた。

### 2. 学び続ける病棟文化

山梨大学医学部附属病院は、チーム医療のパートナーとして助産師との連携方法を探るべく、産科医師が中心となってシステマティックに助産師外来および院内助産所の構築を行っていた。大学の講座における「院内助産所事業」と位置づけて研究的に取り組み、評価委員会を立ち上げ、行政からの補助金を獲得して、院内助産所システムを構築していた。同時に、それは院内助産所の担い手である助産師の教育の機会を提供する場でもあると考えられた。助産師の実践能力を保証するための「助産師外来担当助産師資格」や「院内助産所担当助産師資格」の

試験は、助産師が抱く自己の資質をもっと高めたいという学習意欲の向上につながり、学び続けることの必要性を病棟全体に浸透させる機会になっていたと考えることができる。

大津市民病院では、明確な助産師アイデンティティを有する産科師長（当該病院では産科科長）の強いリーダーシップのもと、助産師は院外で行われる研修会に積極的に参加し、Off the Job Trainingによって実践能力を習得するのと並行して、病棟においてはOn the Job Training (OJT)によって助産師を育成するという院内外での学習のバランスを取りながら助産師の資質を高めていると考えられた。具体的なOJTの方略には、日々の勤務の引き継ぎ時に、助産師が担当した分娩の経過をスタッフ全員で振り返り、助産師のかかわりの評価を行うことや、産科医師と助産師との合同ミーティングですべての症例について双方の立場から意見交換を行うことなどがあり、チーム全体で実際の症例からの学びを共有していると考えられた。

このように助産師が学び続ける姿勢を産科医師に示すことは、助産師の実践能力の向上や助産ケアの質の向上だけではなく、助産師が産科医師から信頼を獲得することにつながり、助産師外来・院内助産所を円滑に運営する重要な要素であると考えられた。

### 3. 院内助産所を開設しての成果

今回調査協力を得た2施設の産科医師は、院内助産所で扱われる分娩のほうが妊産婦の出産満足度や達成感が高いと感じていた。また、産科師長は、新卒の助

産師たちが「院内助産所があるからここに就職したい」とか「院内助産所でお産が出来る助産師になりたい」という理由で当該施設に就職を希望することや、院内助産所を始めてから助産師の職務満足度が高まりモチベーションが向上したこと、助産師の離職率が低くなったことなどを指摘していた。

## D. 考察

### 研究1

助産師主体の分娩管理において助産師による会陰裂傷縫合術を受けた妊婦148名において、会陰裂傷縫合術における医師の介入の程度について検討した。会陰裂傷縫合術の研修を受けた後の助産師では、約75%の助産師が全ての縫合を施行できていた。さらに、この内、約35%は医師の分娩室内立会いを必要としていなかった。会陰裂傷縫合術における医師の介入は、裂傷の程度が強い場合、膣壁や小陰唇裂傷を認めた場合に高頻度になっていた。

助産師による会陰裂傷縫合術に伴う重篤な合併症は発生しておらず、必要要件（チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究 平成22～23年度総合研究報告書 P.37 別紙4）を満たせば安全に行える手技であると考えられた。

どれくらいの経験を積めば助産師が完全に独り立ちして会陰縫合を行えるかに関しては、個人の能力と症例数および症例にあたる機会の間隔等が左右しているようであった。

また、助産師にて実施された局所麻酔の件数は122件で、合併症を認めなかった。会陰縫合と同様に必要な知識と経験を積む

機会を増やすことが今後求められる。

妊婦へのアンケート調査からは、縫合を受けた女性も助産所出産した女性も、助産師が局所麻酔をして縫合することについて、賛成が条件付きを含めて7割と多数であった。この条件とは、安全性を確保するための助産師の知識と技術の確かさ、産婦の同意があることなどである。

## 研究2

継続して助産師外来、院内助産所を行っている施設への聞き取り調査からは、助産師の自立した活動を認める産科医師の存在、助産師の知識、技術の向上に向けた取り組みとその姿勢、産科医師とのミーティング等を通じた意見交換等の重要性が判った。

周産期におけるチーム医療では、産科医師と助産師が専門職としてそれぞれの役割を認め合い、責任を自覚し、妊産婦や家族に対するかかわりの方向性を一致させていくことが望ましいと考える。

## E. 結論

助産師による会陰裂傷縫合術及びそれに伴う局所麻酔は、必要要件を満たせば安全に行えることが判った。しかしながら、助産師による会陰裂傷縫合術を一般化するためには、助産師が局所麻酔と会陰裂傷縫合術を研修するための教育機関としての研修施設の設置と十分な教育研修と正しい普及法が必要である。

助産師による会陰縫合を含めた助産師主体の分娩管理を安心・安全に行うためには、産科医師と助産師が専門職としてそれぞれの役割を認め合い、責任を自覚し、妊産婦や家族に対するかかわりの方向性を

一致させたチーム医療を実践することが大切である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

表 1. 助産師主導の分娩と会陰裂傷縫合術・背景

対象総数	218
妊婦年齢（歳）	32.0±4.7
助産師経験年数	16.2±7.8
会陰切開数	28 (12.8%)
医師立会状況	
無し	48 (22%)
分娩室内	157 (72%)
病院内	13 (6%)

表 2. 助産師主導の分娩における会陰裂傷縫合術

会陰裂傷程度	n	対応した医療者	n
裂傷なし	11	縫合なし	11
小陰唇裂傷のみ	2	医師縫合	2
切開創のみ	12	全て助産師	7
		全て医師	5
I 度	101	縫合なし	4
		一部助産師	16
		全て助産師	67
		全て医師	14
II 度	92	一部助産師	18
		全て助産師	40
		全て医師	34
III 度	0	全て医師	0
総数	218		218
助産師が全て縫合した総数	114 (52.3)		
この内医師立会なし総数	42 (36.8)		

表 3. 助産所群における会陰縫合術

総数 28 名	裂傷なし	0 名	縫合なし	0 名
	小陰唇裂傷のみ	0 名	医師縫合	0 名
	切開創のみ	0 名	全て助産師	0 名
			全て医師	0 名
	I 度	17 名	縫合なし	0 名
			一部助産師	2 名 膣壁裂傷
		全て助産師	15 名	
		全て医師	0 名	
II 度	11 名	一部助産師	2 名 膣壁裂傷	
		全て助産師	9 名	
		全て医師	0 名	
III 度	0 名	全て医師	0 名	

表 4. 助産師主導の分娩と局所麻酔

	全体	助産所群
総数	193	18
施行者		
全て助産師	122	16
一部助産師	6	2
全て医師	65	0
麻酔薬		
1%キシロカイン	134	2
0.5%キシロカイン	16	16
1%カルボカイン	43	0
合併症		
無	193	18
有	0	0
全て助産師中 医師立会なし	34 (27.9%)	11(68.8%)

表 5. 助産所で出産した女性および助産所助産師に縫合を受けた女性への「助産師が会陰縫合および局所麻酔をすること」についてのアンケート調査

		助産所で出産した女性の意見 N=369	助産所助産師の縫合を受けた女性の意見 N=28
会 陰 縫 合	賛成	197人 (53.4%) 「必要な処置として当然」「出産直後その場ですぐ(産婦の負担軽減)」「産後の生活の質の確保」「治癒過程の快適性」「知識・技術がある」「自然裂傷の縫合は助産所助産師に」「助産所助産師がいい」「医療行為の拡大」	24人 (86%) 「移動が負担なので」「その場で手当てしてほしい」「信頼する助産師なので」「お産の一連で助産師がやるのは自然なこと」「早く治るので」
	条件付き賛成	67人 (18.2%) 「産婦の同意」「技術の保証」「安全性」「確かな技術」「助産師の必要性の判断」「治癒過程の快適性」「医師との協働システム」	4人 (14%) 「縫うことで回復が早まるなら」「本人の了承と医師の指導があれば」「縫合の教育・研修を受けているならば」
	反対	14人 (3.8%) 「縫合しないで自然に治したい」「助産所なのだから」	0
	わからない	86人 (23.3%) 「判断できない」「助産師か医師か選べるとよい」「クリップでもよい」	0
局 所 麻 酔	賛成	156人 (42.3%) 「痛みが軽減される」、「産婦の同意があれば賛成」「出産直後その場ですぐ(産婦の負担軽減)」「知識・技術がある」「助産師に任せる」	25人 (89%) 「痛みが軽減できるなら」「痛みを感じずに縫合してもらいたい」「麻酔なしは痛かった」「助産院で縫合するなら麻酔をすることは自然なこと」
	条件付き賛成	53人 (14.4%) 「痛みが軽減するなら」「同意があれば」「知識・技術があれば」「母子に必要であれば」	2人 (7%) 「本人の了承と医師の指導があれば」
	反対	28人 (7.6%) 「痛みをそれほど感じないから」「技術への不安」「自然なお産を望む」	0
	わからない	124人 (33.6%) 「メリットもデメリットもある」「麻酔への不安」「痛みが軽減できるならいいがわからないから」「状況によるのでわからない」「麻酔のことがわからない」「麻酔が効かない経験から」	1人 (4%) 「今回麻酔をしなかったので」



表 6. 助産所と嘱託医療機関との間の会陰裂傷縫合に関する取り決めについて

取り決めていない	取り決め特になし。
	できる範囲は助産所で施行。特別なとり決めはなし。過去に搬送して縫合してもらったことはなし。
	特にとりきめはないが、必要な場合依頼するか 嘱託医に電話し搬送する
クレンメやミューヘル使用 裂傷程度によって受診や搬送	傷口を合わせ圧迫しクレンメ又はミッヘルで止める。
	I度クレンメ使用、II度以上搬送する。
	II度まではクレンメなどで良い。それ以上の裂傷は搬送して縫合を受けるように取り決めをした。
	会陰裂傷に対してクレンメで手当てし止血しないようならば受診するよう指示されている。
	クレンメでとめ、24～48時間で取り除く。特に取り決めはなし。
小さな裂傷の場合（I度、II度）はクレンメで止める。III度以上の場合は医師に相談。	
助産師が縫合している	緊急処置として縫合実施する。
	具体的取り決めなし。臨時応急処置として承認。
助産師の縫合・麻酔は不可	嘱託医からは切開、縫合絶対ダメといわれている。
	I度程度であれば縫合可。但し麻酔薬の使用は不可。麻酔が必要な場合やII度以上の裂傷の場合は搬送。
医師が縫合	同じ施設にクリニックと助産院が共存し全分娩に嘱託医が立ち会うので、縫合術は医師が担当
	嘱託医療機関の病棟処置室にて病棟担当医が処置をし、抗生剤の処方を受けて帰る。
	助産師が同行受診し医師により縫合
	2度以上は搬送して縫合。I度は状況で搬送。日帰り入院扱い。料金は¥15000くらい。
	分娩後又は翌日に診察。医師が必要と認めた場合は縫合を実施する。
	助産師の判断で縫合が必要な時に依頼。軽度の場合はクリップで様子観察。
	縫合が必要なケースと判断した場合、助産師側より本人の意思確認の上医師に依頼する。
会陰縫合が必要な場合は搬送するように指示されている。止血が必要な場合も搬送	
暗黙裡にI度は助産師が縫合	助産師の判断にゆだねられている。取り決めはなし。II度は病院受診
暗黙裡にI～II度は助産師が縫合	裂傷I～IIについては助産所にてクリップまたは縫合膣壁裂傷等は助産師の判断で病院
	2～3針ですむ場合は助産師が縫合し、複雑な場合は嘱託医依頼し縫合してもらう。
	I～II度であれば助産師が行い、III度以上または膣壁裂傷が伴えば医師に往診を依頼。
	縫合（II度まで）、クレンメにておさえる。特に取り決めはないが、縫合は許可されている。

	以前の嘱託医から縫合指導があり表皮をあわせる程度の1~3針まで助産師実施。
	膣内はバイクリルで縫合し、皮膚はクレンメ使用
	取り決めはないが、簡単な縫合ですむ裂傷の場合、助産師が行ない、Ⅱ度以上で複雑な場合は搬送し縫合依頼し数時間で助産所に戻る。
	話し合いの中で「裂傷のある方すべてを依頼されても」という医師からの言葉があり、Ⅱ度までならばバイクリルで縫合している。
医師の了解のもと助産師が縫合	<p>暗黙の了解でナート糸は借用しています。</p> <p>口頭で嘱託医に許可をもらい必要時助産師が縫合。(縫合の手技は勤務助産師の時に医師の技術を見ておぼえた。体験件数が多いので縫合介助も多く経験している)。クレンメも使用している</p> <p>産科医師立ち会いのもと助産師が縫合(ただし日勤のみ。夜間は医師に余裕があるときのみ実施)。</p> <p>産婦に病院受診するか助産師が縫合するか選択してもらう。助産師が縫合した場合、医師には分娩の報告の際、縫合の件についても報告する。</p>
研修はしている	嘱託医師より会陰縫合の勉強会をしてもらった
医師に電話報告	電話で経過を報告。
取り決めあり Ⅰ度は助産師が縫合	<p>クレンメ、2-3針縫合なら助産院で縫合可能も、それ以上は病院にて処置するとの取り決めあり</p> <p>助産所で縫合可能もⅡ度以上なら搬送</p> <p>嘱託医に浅い傷の縫合に関しては了解済み。初産で複雑な裂傷の縫合を嘱託医療機関に依頼</p>
取り決めあり Ⅰ~Ⅱ度は助産師が縫合	<p>Ⅰ度、Ⅱ度の場合縫合している。取り決めの文章は「軽度裂傷の縫合はできる」としている</p> <p>会陰Ⅰ度の裂傷の縫合は助産院で行なうことを契約書に明記しています。</p> <p>開業時よりⅢ度以上は病院搬送(口頭にて)一度もありませんが…。Ⅰ度程度は許可あり。</p> <p>裂傷は縫合する様指示されている。裂傷の程度によっては搬送する。</p> <p>母子健康センター嘱託医の指導、研修後、許可されている。助産師が麻酔なしで会陰裂傷Ⅰ~Ⅱの縫合を実施している。特に問題なく経過しております。2012年1月~12月(123人)会陰裂傷Ⅰ度23人、会陰裂傷Ⅱ度5人実施し医師に報告した。</p>

表 7. 連携医療機関と助産所の関係を築くための工夫や連携がうまくいっている点

- 1 研修会、事例検討会、医療機関医師との情報交換、交流会をよくしていること。
- ・事例について不明な点があれば常に電話などで確認をとりあっている。
  - ・出産する母親の意思や状態からどこで出産するかを共に話し合いが出来るので、産婦が納得でき安心も出来る。
  - ・1年に1~2回の食事会・学習会の参加。
  - ・いつでも問題が発生した時は対応してもらえます。嘱託医が不在でも他の医師が対応してくれます。分娩後、本人が助産所管理を望まれ、可能な時には退院（早期）ができます。電話での相談が可能です（医師直通）。細かい規制はありません。助産師の責任の上での判断に多くまかされています。
  - ・いつ何時にも、搬送に対しては一発返事。その他、外来での心配事にもていねいにこたえてくれます。なるべく顔のみえる関係を大半にし、嘱託医の当直を手伝ったり研修会案内をいただいたり、親の会になるべく出席して連携をとっている。
  - ・医師とよりよく話をしたり、顔見知りになること。何でも相談出来るように。
  - ・医療機関の定期受診日は必ず付き添い、コミュニケーションをまめにとる
  - ・可能な限り医療機関での健診につきそい、直接情報をもらっている。搬送後は医療機関の判断を信頼しまかせる。
  - ・月1回の連絡会（学習会）を行っている。
  - ・月1回医療機関を訪問し、分娩状況を報告する。妊婦の状況を受ける。
  - ・月末に月内分娩経過を必ず報告に行く。
  - ・交流会などには殆ど顔を出して、先生、助産師、事務の人達に挨拶をする。
  - ・助産師としての職能を磨いて、信頼を得ること（医師、妊産婦とその家族）。感謝の気持ちを忘れず、礼儀をしっかりとすること。
  - ・嘱託医師については忙しいなか、リスクが高くなる一歩手前で必ず相談し、受診するようにしている。また病院健診については必ず（分娩が重ならなければ）同行し、問題点があればその場で本人、家族と話し合うようにしている。嘱託医療機関（周産期センター）については産科部長と直接連絡ができるように図って頂いている。
  - ・嘱託医療機関の先生方とNCPRや、超音波検査研修会などを行っています。
  - ・度々顔を出して、話す機会を多くする。搬送事例をカンファレンスにかけてもらう。
  - ・年に2~3回の飲食会。・月に1回のカンファレンス。・助産師会（市）を通じてのスタッフの連携
  - ・病院が主催する周産期研修会等に必ず出席し、その後の親睦会等にも参加し、交流を深めている。
  - ・勉強会等に出席することで顔の見える連携になっていると思います。
- 2 役割分担の明確化
- ・20年以來の連携なので信頼関係もあり、正常範囲以外は医療機関に転送依頼し出産後のケアは助産所で実施。
  - ・お互いが、お互いの立場を尊重する。助産師は自己の能力の限界を知る。本音で語る。
  - ・マイナートラブルでも医師の領域のものは速やかに医師に診てもらおう。・搬送の時期、遅くなり過ぎない様、時期の判断を適確にする。
  - ・最近では医師の健診が必要な時は連携医に行き、連携医からは乳房ケアの必要な褥婦さんを送って来るようになりました
  - ・腰痛やおっぱい等、外来で保健指導が十分にできないときは当助産所へ紹介されてくる。又、GBSな

どにより病院出産をした翌日でも患者希望により産後ケアを助産所に紹介してくれる。

- ・常時医師に連絡がとれる状態にある。自宅分娩予定で予定日超過になった妊婦が誘発する事になれば、オープンシステムを使って分娩にかかわれる。
- ・嘱託を受けてくれている部長先生が、自分達は異常を診察し治療する所である。だから、何かあったら来て下さいと、とても良心的である。

### 3 理解、合意がなされていること

- ・3者で話し合います（医師、妊婦さん、助産師）
- ・同じ方向性をもっている
- ・お互いにやっていることが理解しあっている…と思う。
- ・セミオープンでお願いした患者のお産を“助産院流のお産で、我スタッフにも勉強させて下さい”と言って側臥位分娩をやらせて下さったり、その後病院内でもその試みをされたとのこと
- ・医師の意見と助産師の思いに関して相互理解
- ・嘱託医とは診療時間外でもいつでも相談できる受け入れがある。連携医療機関に搬送を依頼したら「どうぞすぐ来てください」と受け入れ良く、断られたことがない。
- ・先天性心疾患の児が出生した際、異常に気付きすぐに嘱託医 NICU 医長へ連絡したが、その病院が満床で引き受けられないとの返答があったが、初期対応の NICU 医長が自ら大学病院の NICU 医長へ往診を指示。大学病院の NICU 医長と若手医師の2名が往診。助産院で診察後、専門病院まで救急車で付き添って搬送して下さった。その後、児は予後良好で、とても状態の良い発育をとげている。
- ・早目に受診し、必要時は自分も一緒に同行し、説明し、方針を決めるようにしている。
- ・登録助産師制度により、オープンシステムができること。
- ・当地域では、市の産婦人科医会の年間活動計画の中に“地域母子保健の充実”という項目があり、助産所で分娩する妊産婦の安全の確保をうたっている。
- ・必ず立ち合えるし、分娩介助も出来るので転院しても産婦さんが安心して分娩が出来る。
- ・妊産婦の安全を考えて話し合いがされています。医療機関での検査結果はコピー等をし、双方で確認、保管しています。
- ・妊婦が医療機関を受診した時、必ず結果を書いて妊婦に持たせてくれる。ややこしい場合は電話をしてくれる。当助産所で産める様に妊婦をはげまして帰してくれる（37週の時）
- ・嘱託医師の医療、理念に基づき、助けられていることで連携が成り立っている。まれな例だと考える。他にその様な医師がおられることを発掘してほしい。

### 4 協働体制をとっている

- ・クリニックの安全対策委員会に参加している。
- ・忙しい時には勤務パートにも行っています。助産師会からその他講習会の情報を提供して喜ばれています。
- ・医療機関内でも働いている。私の判断、行動をいつもみてもらっているし、時には意見を求められることもある。病院が忙しい時には、できるだけ協力をしている。
- ・連携医療機関側に当院で出産した助産師がおり、情報交換ができやすい。
- ・連携医療機関側の助産師が協力してくれる。
- ・連携医療機関側の助産師と本音の話ができる。

表 8. 助産所助産師が医療連携において困難に感じていること

<p><b>1 関係性がよくない 情報共有や相談がしにくい</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介状を不要としている反面、異常が無い限り医師と会話する機会が無いので、情報の共有に乏しい気がする。</li> <li>・当直の医師により対応が異なる。</li> <li>・ひとつのことに対する見解がちがうと、それをディスカッションする時がなく、誤解が誤解をうむ事があった。</li> <li>・特定の医師とだけの関係にとどまっており、その医師がいなければ電話も通せない。</li> <li>・何か問題のある事象が発生すると、一度にすべての連携を失うことが予想される。</li> <li>・GBS 陽性の点滴を受ければ助産所での分娩可能となっているが現実的には医師により意見が違い点滴を受けにくい。</li> <li>・非常勤の当直医師の場合、応じてもらえない時がある。</li> <li>・先生が休診の日などの連絡にスムーズにいかないことがある。</li> <li>・総合病院との連携は会議等の意見交換でも常に縦の関係であり、一方的な意見（指示）内容である。</li> <li>・緊急性の観点から嘱託医への依頼が困難な事例もあり、嘱託医だけに頼れない助産院の状況をわかって欲しい。</li> <li>・助産院の希望、患者さんの希望を自由に言える雰囲気がない。</li> </ul> <p><b>2 継続ケアの困難性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転院の場合も直接介助や立会い等がもう少しできるといいかな…と思う。</li> <li>・搬送した際、助産所助産師が産婦につき添うと、搬送先のスタッフと産婦の信頼関係を作りづらいと立会を拒否される。</li> <li>・24 週以降の病院受診回数が多く、助産院での健診回数が少なくなり、情報や妊婦の体をみる機会が少ない。</li> <li>・医療機関の中で行われることは医療機関に責任があるとして、オープンシステム、入院中のケアができない。</li> </ul> <p><b>3 アクセスの悪さ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先が遠いので、近くにあれば良いと思う。妊婦さんにも負担である。</li> <li>・距離、医療圏がちがうため、搬送後の転院先が本人の家から遠方になってしまう。</li> <li>・住所地の範囲では嘱託医の要件に該当する医療機関には嘱託医を受けてもらえず。</li> <li>・「嘱託医を 1 か所にしないと契約できない」と言われ契約できていない。高速を使って 1 時間 15 分くらいかかる市外の方もあり、嘱託医を 1 か所にすることは不可能。</li> </ul> <p><b>4 その他</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院は NICU が無い施設なので、その時期の出産が課題。</li> <li>・医院の医師の世代交代があり、依頼しにくくなった。</li> <li>・医師の高齢化で継続に問題</li> <li>・初期検査を他院でうけてから嘱託医を受診しても、再度検査が必要となり妊婦の負担が増す。</li> <li>・オープンシステムの中に助産院がくみ込まれていない。</li> <li>・地域の拠点病院があるが、診療所などは病診連携は明文化されているが、助産院は対象外となっている。</li> </ul>
---

23 年度「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」及び  
24 年度「看護師特定能力養成調査試行事業」修了者を対象とした卒後研修（off-JT）の評価

研究協力者 山田 巧（東京医療保健大学東が丘看護学部 准教授）  
研究協力者 岩本 郁子（東京医療保健大学東が丘看護学部 講師）  
研究協力者 山西 文子（東京医療保健大学東が丘看護学部 教授）  
研究協力者 草間 朋子（東京医療保健大学東が丘看護学部研究科長）

**研究要旨：**

【目的】23年度「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」及び24年度「看護師特定能力養成 調査試行事業」の指定を受けた養成課程（大学院修士課程）の修了者（以下、養成事業修了看護師）を対象として、2つの調査を実施した。1）卒後研修（off-JT）に対する評価：卒後研修（off-JT）の一つとして、「臨床薬理学講座」研修を企画・開催し、受講生の研修に対する有用性、難易度、満足度についての評価を行った。2）卒後研修（off-JT）に関するニーズ：卒後研修（off-JT）として希望する研修内容および研修形式等について調査した。

【方法】2つの調査ともに、平成25年度に開催した「臨床薬理学講座」研修に参加した養成事業修了看護師45名を対象とし、研修修了直後に自記式質問紙を配布し回答してもらい回収した。

【結果】回答者は、23年度養成事業修了看護師18名、24年度養成事業修了看護師22名の合計40名（89%回収率）であった。1）卒後研修（off-JT）に対する評価：研修内容は有用であり満足するものであったと回答していた。「臨床薬理学講座」は16カテゴリーの教育内容から構成したものであったが抗菌薬や肺炎などの感染症に用いられる薬剤、循環器系疾患領域の抗凝固療法や高血圧に関する薬剤に対する理解が困難であるという回答であった。2）卒後研修（off-JT）に関するニーズ：研修内容に関しては、「アセスメント」、「病態機能学」、「臨床薬理学」、「マネジメント」のニーズが高く、「疾病予防」、「医療倫理」、「NP論」、「NP実践に関連する法令」、「医療安全」のニーズは低かった。研修形式としては、開催日は土日開催を希望しており、複数回にわたる研修の場合は1か月程度の間隔を空けて研修日を設けることを希望していた。開催頻度は、年間2回程度を希望していた。研修参加に係る費用は自己負担が多いが、一部の受講者は出張扱いで週休振替の措置を受けていた。

【考察】臨床薬理学に関する卒後研修（off-JT）としては、養成事業修了看護師に日常的に必要とされる抗菌薬や、循環器系疾患領域の抗凝固療法や高血圧に関する薬剤に関する理解が困難であったことから、養成課程の教育のさらなる強化が必要と思われる。今後の研修に対するニーズに関しても、「アセスメント」、「病態機能学」、「臨床薬理学」、「マネジメント」など養成事業修了看護師に不可欠な内容の希望が多かったことから、今後は、演習を通してPOL（Problem-Oriented Learning）の研修方法等を取り入れていく必要があるものと思われる。

## A. 研究目的

23年度「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」の指定を受けた養成課程（大学院修士課程）の修了者（以下、養成事業修了看護師）が臨床現場に出て活動を開始してから2年が経過した。養成事業修了看護師は所属している施設により研修体制には差はあるものの、医師の初期臨床研修のように各診療科をローテーションしながら高度な臨床実践能力を必要とする行為を確実に実施できるようにする上で必要とされる医学的な知識や技術を修得するためのOJT研修を取り入れている（藤内,2010）。しかし、施設間で指導体制にばらつきがあり（石川,2013；島田,2013）、養成事業修了看護師の高度な臨床実践能力の質の担保とさらなる質の向上を目指した卒後の継続研修の充実が不可欠であり（草間,2013）、卒後研修プログラムの構築が喫緊の課題である。

そこで、23年度「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」及び24年度「看護師特定能力養成 調査試行事業」の指定を受けた養成課程（大学院修士課程）の修了者を対象とし、以下の二つの調査を実施した。

### ① 卒後研修（off-JT）に対する評価

養成事業修了看護師に対する卒後研修（off-JT）としては、すでに「医療面接講座」「認知症講座」「臨床薬理学講座」が行われている。今回は、「臨床薬理学講座」研修に参加した養成事業修了看護師を対象に研修の有用性、難易度、満足度についての評価を行った。「臨床薬理学講座」研修は、養成課程修了時点で養成事業修了看護師のニーズの高い研修である。

### ② 卒後研修（off-JT）に関するニーズ

現在は、上記の3つの講座を開講しているが、今後、養成事業修了看護師として活動していく上で、卒後研修（off-JT）として希望する研修内容および研修形式等について調査した。

## B. 研究方法

1. 研究対象者：23年度特定看護師（仮称）養成 調査試行事業及び24年度看護師特定能力養成調査試行事業修了者（2年課程）のうち、平成「25年度臨床薬理学講座」に参加した45名
2. 調査日：平成25年8月4日
3. データ収集方法：対象者に自記式質問紙を受講直後に配布し、回答してもらい回収した。
4. 倫理的配慮  
東京医療保健大学東が丘看護学部研究倫理・安全委員会の許可を受けて行った。

## C. 研究結果

1. 「臨床薬理学講座」研修に対する養成事業修了看護師の評価に関する調査（表1）

1) 質問紙への回答者：「臨床薬理学講座」は4日に分けて実施された。質問紙に回答した養成事業修了看護師は、最終日である4日目の参加者45名のうち、23年度養成事業修了看護師18名、24年度養成事業修了看護師22名の合計40名（回収率89%）であった。

2) 「臨床薬理学講座」は表1に示す16のカテゴリーの内容で構成されている。各カテゴリーの教育内容について、有用性、満足度、難易度の3つの項目に関して評価を得た。各項目とも1～5のリカー尺度で回答を得た。有用性については、1（全く役に立たない）・2（あまり役に立たない）・3（どちらとも言えない）・4（役に立つ）・5（非常に役に立つ）、満足度については1（全く満足していない）・2（あまり満足していない）・3（どちらとも言えない）・4（満足している）・5（非常に満足している）、難易度については1（全く難しい）・2（あまり難しい）・3（どちらとも言えない）・4（難しい）・5（非常に難しい）とし、各尺度を点数化し評価結果とした。有用性および満足度に関しては点数が高いほど効果が高かったことを示し、難易度に関し

ては、点数が高いほど理解が困難であることを示す。結果を表1に示す。

### (1) 有用性

「臨床薬理学講座」の16カテゴリーの教育内容の有効性についての評価結果(数値は平均得点)は、①抗菌薬4.42、②高血圧4.32、③心筋梗塞・脂質異常症4.25、④抗凝固薬・抗血小板薬4.23、④輸液電解質・栄養4.23、⑥肺炎4.19、⑦喘息・COPD3.98、⑧薬物動態・相互作用3.91、⑨悪心嘔吐・便秘下痢3.84、⑩不眠症・せん妄3.67、⑪ステロイド外用3.58、⑫処方基礎3.47、⑬てんかん3.44、⑭疼痛3.32、⑮糖尿病3.23、⑯心不全・不整脈2.78であった。

### (2) 満足度

「臨床薬理学講座」の16カテゴリーの教育内容の満足度についての評価結果(数値は平均得点)は、①抗菌薬4.22、②心筋梗塞・脂質異常症4.14、③高血圧4.07、④抗凝固薬・抗血小板薬3.38、④肺炎3.38、⑥喘息・COPD3.67、⑦薬物動態・相互作用3.63、⑧輸液電解質・栄養3.60、⑨ステロイド外用3.51、⑩悪心嘔吐・便秘下痢3.36、⑪処方基礎3.33、⑫不眠症・せん妄3.31、⑬てんかん3.07、⑭疼痛2.84、⑮糖尿病2.80、⑯心不全・不整脈2.10であった。

### (3) 難易度

「臨床薬理学講座」の16カテゴリーの教育内容の難易度についての評価結果(数値は平均得点)は、①抗菌薬3.36、②肺炎3.26、③薬物動態・相互作用3.26、④抗凝固薬・抗血小板薬3.20、⑤高血圧3.18、⑥てんかん3.11、⑦喘息・COPD3.11、⑧不眠症・せん妄3.07、⑨心筋梗塞・脂質異常症3.07、⑩ステロイド外用2.89、⑪疼痛2.82、⑫悪心嘔吐・便秘下痢2.80、⑬輸液電解質・栄養2.77、⑭処方基礎2.65、⑮糖尿病2.55、⑯心不

全・不整脈2.30であった。

## 2. 卒後研修(off-JT)に関するニーズ調査(表2)

### 1) 必要と思われる研修項目

日本NP協議会作成による「NP資格認定試験の出題科目」(日本NP協議会,2013)を参考に、9個のカテゴリー、66個の大項目(「NP論:大項目5個」「疾病予防:大項目4個」「医療倫理:大項目1個」「医療安全:大項目1個」「病態機能学:大項目2個」「臨床薬理学:大項目6個」「アセスメント:大項目3個」「マネジメント:大項目28個」「NP実践に関連する法令:大項目16個」)について、研修ニーズを把握するための質問紙を作成し、対象者には卒後研修を希望する研修項目を3つ選択してもらった。その結果を表2に示す。%は40名の対象者のうちでそれぞれの項目を研修希望項目として選択した人数の割合を示す。

最も研修ニーズが多かった項目は、「(医師による)診断に必要な臨床検査」32名(80%)であり、「治療・処置の基本」29名(73%)、「フィジカルアセスメント」28名(70%)、「初期救急患者のマネジメント」27名(68%)、「輸液・輸血、血液浄化」25名(63%)、「薬物療法の計画」「2次救急患者のマネジメント」「内分泌、代謝疾患をもつ患者のマネジメント」「感染症をもつ患者のマネジメント」がいずれも24名(60%)が続いた。

9つのカテゴリー毎に研修を希望する者の割合を算出した。最も希望者が多かったカテゴリーは「アセスメント:大項目3個」58%であり、次いで「病態機能学:大項目2個」51%、「臨床薬理学:大項目6個」43%、「マネジメント:大項目28個」41%、「疾病予防:大項目4個」24%、「医療倫理:大項目1個」18%、「NP論:大項目5個」16%、「NP実践に関連する法令:大項目16個」15%、「医療安全:大項目1個」15%の順であった。



表 1 : 「臨床薬理学講座」研修の評価結果

教育内容	有用性	満足度	難易度
抗菌薬	4.42	4.22	3.36
心筋梗塞・脂質異常症	4.25	4.14	3.07
高血圧	4.32	4.07	3.18
抗凝固薬・抗血小板薬	4.23	3.88	3.2
肺炎	4.19	3.88	3.26
喘息・COPD	3.98	3.67	3.11
薬物動態・相互作用	3.91	3.63	3.26
輸液電解質・栄養	4.23	3.6	2.77
妊婦・ステロイド外用	3.58	3.51	2.89
悪心嘔吐・便秘下痢	3.84	3.36	2.8
処方の基礎	3.47	3.33	2.65
不眠症・せん妄	3.67	3.31	3.07
てんかん	3.44	3.07	3.11
疼痛	3.32	2.84	2.82
糖尿病	3.23	2.8	2.55
心不全・不整脈	2.78	2.1	2.33

### 3. 研修の形式に関するニーズ

#### 1) 研修期間 (図 1)

「臨床薬理学講座」に関する研修内容は、16 カテゴリーが含まれるものであり、研修を4日間に分割して実施した。具体的には、2日連続の研修を2回行い、1回目と2回目の研修を1か月あけて実施した。研修期間に関しては、今回の方法が良いと答えた受講者は34名(85.0%)であり最も多かった。2回に分けず4日間連続が良いと答えた受講者は5名(12.5%)、2か月間をあけた方が良いと答えた受講者は1名(2.5%)であった。

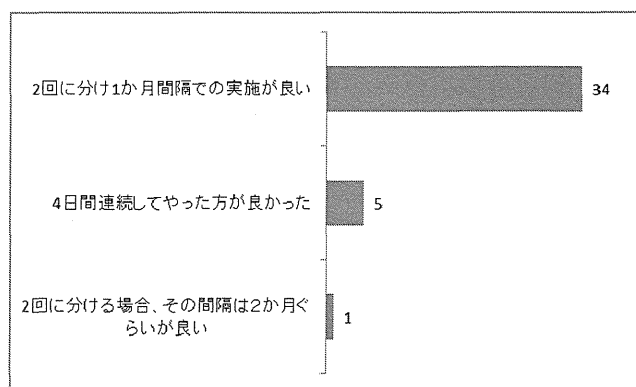


図1: 研修期間(N=40)

#### 2) 研修の時期 (図 2)

研修の時期(開催日)については、土曜日が良い20名(50.0%)、土曜日のみが良い9名(22.5%)、日曜日のみが良い3名(7.5%)、平日のみが良いと答えた受講者は8名(20%)であった。

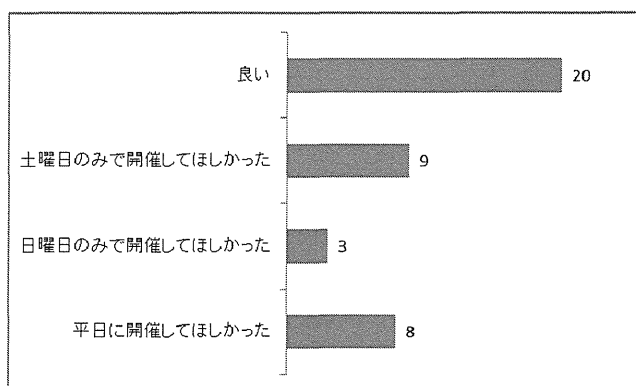


図 2: 研修の時期(N=40)

表2：今後希望する研修 (off-JT)

N=40

順位	カテゴリー	研修項目	選択者数	希望率	平均	順位	カテゴリー	研修項目	選択者数	希望率	平均
1	アセスメント	診断に必要な臨床検査	32	80%	58%	26	疾病予防	スクリーニングの実施と予防	14	35%	24%
3		フィジカルアセスメント	28	70%		35		疾病予防の基本	10	25%	
35		医療面接	10	25%		44		予防接種	8	20%	
10	病態機能	症状・症候と疾患	23	58%	51	生活・職場環境に関連した疾患の予防		6	15%		
17		人体の構造と機能	18	45%	47	医療倫理	医療の倫理と患者の人権、インフォームドコンセント	7	18%	18%	
6	臨床薬理	薬物療法の計画	24	60%	43%	35	NP論	医療資源の活用	10	25%	16%
14		薬物有害反応	22	55%		41		チーム医療	9	23%	
15		薬力学	19	48%		47		NPの役割・責務	7	18%	
17		薬物動態	18	45%		57		患者・家族の背景の理解	3	8%	
26		患者教育	14	35%		57		患者・家族の健康教育	3	8%	
47		薬物療法の概念	7	18%		21		法令	感染症対策	16	
2	マネジメント	治療・処置の基本	29	73%	29	災害関係	13		33%		
4		初期救急患者のマネジメント	27	68%	32	医療保険	12		30%		
5		輸液・輸血、血液浄化	25	63%	35	成人・高齢者保健	10		25%		
6		2次救急患者のマネジメント	24	60%	41	社会福祉・介護	9		23%		
6		内分泌、代謝疾患をもつ患者のマネジメント	24	60%	44	がん対策	8		20%		
6		感染症をもつ患者のマネジメント	24	60%	47	地域保健	7		18%		
10		臨床判断・推論	23	58%	51	薬事関連	6		15%		
10		呼吸器疾患をもつ患者のマネジメント	23	58%	57	倫理	3		8%		
10		循環器疾患をもつ患者のマネジメント	23	58%	60	医療従事者の職務と役割	2		5%		
15		消化器疾患をもつ患者のマネジメント	19	48%	60	医事関連	2		5%		
19		食事・栄養療法の基本	17	43%	60	母子保健	2		5%		
19		周手術期患者のマネジメント	17	43%	60	学校保健	2		5%		
21		創傷・褥創の処置	16	40%	60	産業保健	2		5%		
21		免疫に関連した疾患をもつ患者のマネジメント	16	40%	60	臓器移植対策	2		5%		
24		腎・泌尿器、生殖器疾患をもつ患者のマネジメント	15	38%	66	看護職の職務と役割	1		3%		
24		神経、筋、骨格系の疾患をもつ患者のマネジメント	15	38%	51	医療安全	医療の質と安全の確保	6	15%	15%	
26	死	14	35%								
29	ホスピス・緩和ケア	13	33%								
29	血液・造血器疾患をもつ患者のマネジメント	13	33%								
32	がん患者のマネジメント	12	30%								
32	頭頸部疾患をもつ患者のマネジメント	12	30%								
35	精神疾患をもつ患者のマネジメント	10	25%								
35	皮膚疾患をもつ患者のマネジメント	10	25%								
41	瘻孔・ストーマの管理	9	23%								
44	リハビリテーション	8	20%								
51	放射線治療を受ける患者のマネジメント	6	15%								
51	内視鏡治療を受ける患者のマネジメント	6	15%								
56	インターベンショナルラジオロジー (IVR) 処置を受ける患者のマネジメント	5	13%								

%：希望率 40名に対する希望者の割合

### 3) 年間の研修参加可能回数 (図 3)

年間の研修への参加可能回数については、年 1 回 9 名(22.5%)、年 2 回 22 名(55.0%)、年 3 回 6 名(15.0%)、年 4 回 2 名(5.0%)、年 5 回 1 名(2.5%)であった。

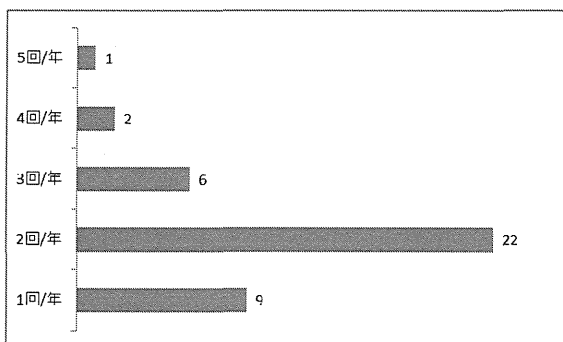


図 3: 年間の研修参加可能回数(N=40)

### 4. 研修参加への支援

#### 1) 経済的支援 (図 4)

研修に係る参加費については、自己負担 30 名(75%)、施設からの補助あり 10 名(25%)であった。旅費については参加費同様、自己負担 30 名(75%)、施設からの補助あり 10 名(25%)であった。

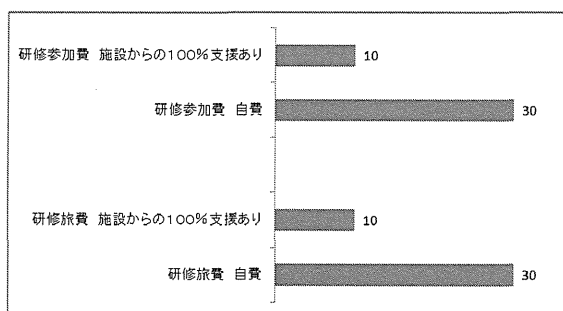


図 4: 研修参加への経済的支援(N=40)

#### 2) 研修日の勤務の扱い (図 5)

研修に参加した日の勤務の取り扱いについては、年休扱い 31 名(77.5%)、出張扱い 9 名(22.5%)であった。出張扱いの受講者のうち 5 名は年休振替を別の日に受けており 4 名は年休の振替がなかった。

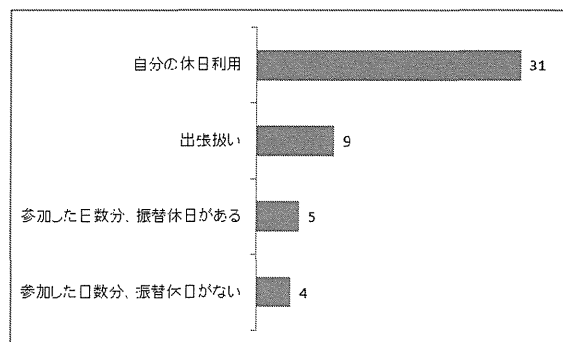


図 5: 研修日の勤務の扱い(N=40)

### D. 考察

#### 1. 「薬剤投与関連」に関する知識の理解度を高めるために

「臨床薬理学講座」研修は 16 のカテゴリーから構成されているが、抗菌薬や肺炎などの感染症に対する薬剤、循環器系疾患領域の抗凝固療法や高血圧に関する薬剤についての理解度が低かった。「疼痛」、「糖尿病」、「心不全・不整脈」に関連した薬剤に関しては理解の程度は高かったが、有用性、満足度の評価はともに低かった。

「疼痛」、「糖尿病」、「心不全・不整脈」については、プライマリー・慢性領域のみならず、クリティカル領域においても多くの患者に処方される事例も多く、重要な「薬剤投与関連」の知識であるといえる。

今回は、オムニバス形式で、16 カテゴリーの研修内容を複数の講師が担当しており、有用性、満足度には各講師のプレゼンテーションの方法や、研修の際に配布された講義資料、使われた教材に対する評価が関連していることも否定できない。今回の研修は、すべて講義形式で行われたが、事例等を対象にしたケースメソッド方式や参加型教育プログラムといった、受講者が能動的に参加できる研修形式を検討し、受講者のニーズに合った内容と研修方法をさらに検討していくことが重要と言える(橘,2007; 池田,2005)。

2. 高度な臨床実践能力を必要とする行為実施に必要な知識や技術獲得のための研修 (off-JT)

「アセスメント」、「病態機能学」、「臨床薬理学」、「マネジメント」に関する研修のニーズが希望率 40%以上と高く、臨床推論や処置に必要とされる医学的な知識・技術に関する研修ニーズが高かった。矢崎(2012)は、これから求められる看護職の能力として、患者の病態を医学的な視点からの確にとらえて判断する高度な診察能力が必要であると述べており、これを習得するための研修ニーズが高いことが明らかになった。

また、今回の卒後研修の一環として、「臨床看護学講座」に関する研修を計画し、その研修の受講直後の調査にもかかわらず、今後も「臨床薬理学」に関する研修ニーズは依然と高かった。1 回限りの研修ではなく、同じテーマの研修を繰り返し行い研修をシリーズ化していくことも必要であると思われる、また、研修方法も工夫するなどの必要がある(藤内, 2012)。単なる集合教育ではなく、ケースメソッドを取り入れた演習形式の研修方法が妥当と考える。

一方、「疾病予防」、「医療倫理」、「NP 論」、「NP 実践に関連する法令」、「医療安全」についてのニーズは、上述の 4 つのカテゴリーと比較し、希望率が 30%未満でありニーズとしては低かった。今回の調査対象は、23 年度「特定看護師(仮称)養成 調査試行事業」及び 24 年度の「看護師特定能力養成調査試行事業」の指定を受けた養成課程の修了者(2 年課程)であり、最低 5 年以上の看護師としての臨床経験を有するものであった。研修ニーズの低かった内容は、看護師として従事している時代から研修を受ける機会もあり、日々の業務を遂行する上で特に必要とされる医学的な知識を習得できる研修を優先して企画してほしいという意向が反映したものと考える。しかし、研修ニーズが低かった

カテゴリー「NP 実践に関連する法令」の大項目に含まれる「感染症対策」については 16 名(40%)が失語研修を希望しており、基準や判断、ガイドラインの背景となっている法的根拠についても関心が高いことが明らかになった。今後は、各高度な臨床実践能力を必要とする行為に関連した医学的な知識と、それに関連した「法令」、「医療安全」、「医療倫理」についても同じ研修で扱うなどの研修内容の組み方にも工夫も必要である。

3. 研修の形式に関するニーズと研修参加への支援のあり方

今回の調査対象は、23 年度「特定看護師(仮称)養成 調査試行事業」及び 24 年度の「看護師特定能力養成 調査試行事業」の指定を受けた養成課程の修了者で、課程修了後 1 年目と 2 年目にある者であった。調査時点で、OJT による卒後研修中の者もあり、平日の研修参加が困難なために研修の開催日として土・日曜日を歓迎した者が多かったと考えられる。また、今回の「臨床薬理学講座」は 16 のカテゴリーから構成されており 4 日間にも及ぶ研修であり、連続した研修の場合には業務に支障をきたす場合が考えられ、2 日ずつ 2 回に分けた研修が、受講者のニーズに合致していたものと思われる。この場合には、1 か月程度の期間をあけた研修間隔が出席しやすいと判断されたものと思う。このように、研修日数が数日に及ぶシリーズ化した研修プログラムについては、1 か月程度の期間を空けて土・日曜日に開催するスケジュールが相互研修のスタイルとしては好ましいと考えられる。

年間の研修希望回数は 2 回と回答したものが最も多かった。今回の受講者は日本全国から参加しており、研修参加費や旅費の捻出も必要となることから、半年に 1 回程度の研修が経済的な面からも参加しやすいと思われる。今後は、卒後研修の対象者のニーズの高