

要旨

【目的】

本プロジェクトは、A病院版 Continuity and coordination of care を基盤とした「助産師外来」における継続ケアを促進するプログラムを実装戦略とし、妊娠中に診断された糖代謝異常に関するエビデンスに基づいた実践転移の実装と評価を目的とした。

【方法】

A病院の助産師外来において、WHOのContinuity and coordination of careの枠組みを基盤とした継続ケア促進プログラムを実装し、糖代謝異常をもつ女性に対する支援の質改善を図る実装研究を行った。臨床能力の高いラダーレベルIII相当の助産師外来担当助産師を中心に継続ケアプログラムを実施し、準備期間を含めた1か月ごとのQIサイクルを設定し実装を4クール行った。実装アウトカムとして忠実性、実行可能性、適切性、受容性、到達度の5項目を、臨床アウトカムとして助産師の知識・経験・自信・職務満足度、糖代謝異常をもつ女性の退院時および1か月健診時母乳率、体重増加コントロール、LGA出生率、患者経験価値・満足度を測定した。

【結果】

糖代謝異常をもつ女性32名、助産師28名が参加し、4回のQIサイクルを通じて助産師外来の受診率(10.4%→16.0%)と糖代謝異常患者の受診数(7名→22名)が増加した。助産師の知識、経験、自信、職務満足度は向上し、患者満足度も高く(10点満点中平均9.33±0.96)、71.9%が他者に勧めると回答した。しかし、完全母乳率やLGA出生率などの臨床アウトカムには有意差が見られなかった。継続的なケアの必要性や助産師外来のタイムマネジメントが問題点として挙げられた。プログラムは実行可能で適切であり、受け入れられやすいものであったと評価された。本プロジェクトの促進因子には、病院受診フローの改善、経験豊富な助産師の高いスキルと適応力、受診フローの改定、全妊婦への交互受診推奨が挙げられる。一方、外来における助産師外来の周知不足、分娩予約数の少ない時期でのプロジェクト実施時期、医師側のタスクシフト必要性の低さ等が阻害因子となった。

【結論】

本研究は、ハイリスク妊娠である糖代謝異常をもつ女性に対する「治療中心」であったケアを、将来のII型糖尿病へのリスクを見据えた「生活」に焦点を当て、女性の一生の健康を支えるケアへと大幅にシフトさせた。それにより、包括的な介入が可能となり、ハイリスク妊婦に対する助産師の新たな専門的役割が確立された。助産師の知識とやりがいが増すとともに、タスクシフトが進行した。プログラムは高評価を得たものの、実行可能性と介入の忠実性に課題も残った。臨床アウトカムでは一部指標で改善傾向が見られた。未だ交互受診は普及しておらず、今後、糖代謝異常女性へのケア体制の普及と助産師主導のケア強化が課題となる。本プロジェクトは助産師主導の新たなケアモデルの可能性を示し、継続的な改善と拡大により、多くの妊婦とその家族の健康増進に寄与することが期待される。

Abstract

Objective: This study aims to test the effectiveness of strategies to optimize midwifery continuity of care (MCC) for women with hyperglycemia (Aim 1) and to achieve better clinical effectiveness over a standard implementation approach (Aim 2). The project implemented and evaluated an evidence-based practice transfer program for pregnant women with hyperglycemia at a maternity service facility hospital in Tokyo, Japan.

Methods: The implementation strategy was based on the WHO's Continuity and Coordination of Care framework and Proctor's implementation framework. The hospital-based approach to provide MCC included training, practice facilitation and health coaching, reminders and prompts, and monitoring and feedback. Implementation was monitored using formative evaluation for up to four months, employing both qualitative and quantitative research methods. Outcome measures were identified via document analysis, surveys, and interviews. The study used monthly QI cycles and measured implementation outcomes (fidelity, feasibility, penetration, appropriateness, acceptability, and reach) and clinical outcomes (midwives' knowledge, experience, confidence, job satisfaction, breastfeeding rates, weight gain, LGA birth rates, and patient experience and satisfaction).

Results: 32 women with hyperglycemia and 28 midwives participated. Hospital visits increased from 12.5% to 16.0%, and the number of pregnant women with hyperglycemia seen rose from 15 to 22 over four QI cycles. Midwives' knowledge, experience, confidence, and job satisfaction improved. Patient satisfaction was high (MD 9.33±0.96 out of 10), with 71.9% recommending the service. However, there were no significant differences in clinical outcomes. Cost-effectiveness analysis suggested the new MCC model tended to be less expensive than standard physician-led care.

Discussion: The program was evaluated as feasible, appropriate, and acceptable. Challenges included continuous care needs and time management. Facilitators included hospital system improvements and experienced midwives; barriers included lack of patient awareness and timing issues. Future improvements include strengthening early midwife intervention, enhancing MCC, providing patient information, increasing awareness of midwife-led options, and offering effective learning opportunities.