

器系の安定やストレスからの保護、疾患発生の予防や軽減に寄与する。

早産児は、出産予定日まで胎内で快適な刺激を受け、自らも自発的な行動をしている胎児と違い、治療やケア上で不快な刺激を受けやすく、鎮静や抑制を余儀なくされるため、脳の成熟が妨げられ、筋骨格の2次的な廃用をおこしている可能性が高い。そのため、ディベロップメンタルケアは、児の安静や安楽を提供でき、また、適切な時期に過大なストレスにならないように必要な刺激を与えていくことも可能とする。

B-3. ディベロップメンタルケアの内容

DCには、ポジショニング、ハンドリング、環境調整、ケアパターンの調整、癒しのケア、カンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援、ファミリーケアなどが挙げられる。これらのケア内容は、例えば、発達の促進として適切な時期に必要な刺激を与えることや児と親の相互作用を築くこと、家族の育児力を高めるために、ポジショニングやハンドリング、カンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援を行うというように目的に沿って行われる。そのため、ポジショニングは、患者の個別性だけではなくその目的により方法が異なってくる。今回の研修ではこれらの中でもポジショニングとハンドリングに焦点を当て行われたものである。

C：ディベロップメンタルケアと虐待

NICUの導入と医療の進歩により低出生体重児や重症新生児仮死、染色体・先天異常系疾患の新生児の生命予後が改善されてきている。しかし、低出生体重児やNICUに入室した経験を持つ児における虐待事例が多くみられるようになった。低出生体重児が被虐待児となるリスクは正常児のおおよそ4倍から6倍程度と推測されている。また、たとえ出生体重が2,500g異常であっても、母子分離が長期にわたる新生児にも、虐待に関して未熟児と同等のリスクがあることが明らかになっている。そして、虐待された未熟児は問題を持たない児は少なく、発育発達の遅れがある児、またたとえ治療可能であっても何らかの疾患を有し育児困難が予測される例が多いと言われている。

D：参加した研修

- ・児／家族中心アプローチ
- ・長期療育計画への家族援助

- ・ポジショニングとハンドリングの実技練習
- ・症例検討と臨床課題
- ・胎児・早産時行動特性・感覚衝撃機序、正期産児との違い

E：考察

安楽な体位を整える Positioned というように側臥位や腹臥位の静的肢位を設定することも大切であるが、児が胎外での環境に適応できるという意味を考えた Positioning という児の安定性と自由性を促進するために、良肢位をとるための過程や胎外環境における重力の中で感覚機能や運動機能の発達を促進するためのケアを行うことも大切になるということを学んだ。長期にわたるポジショニングによって、タオルやコットの端の方に体の一部をつけ、安心する体勢を患児自身がとり続けることにより、発達の段階で異常行動を起こすことがあるということを知った。看護師のケアが児の将来を大きく左右していくということを改めて感じた。より良いケアを行うこと、またそれを家族にも指導することでその後の発達を促進することにつながる。身体的な成長、発達遅延や程度、これから起こりうる障害が虐待の誘因とならないとは限らない。常に最善のケアを追求し、実施していきたい

F：結論

ポジショニングやハンドリングなどのDCは、NICU入院患児の成長・発達を促進するために大切なケアである。より良いケアを効果的に導入することにより、低出生体重児や長期入院患児の運動機能や感覚機能に代表される神経学的予後に大きく影響を与える。出生後、新生児は重力、肺呼吸、環境の影響などを受ける。早産児や新生児仮死による脳への衝撃により神経系の脳の発達が未熟であることから、胎外環境への適応がスムーズに行うことが難しい。これは、乳児期や幼児期にまで影響し、体幹や四肢のバランスがとれないことにより歩行困難、歩き方がぎこちないなどという形で発達遅延や発達障害が現れることがある。そのため、新生児期からそれぞれの患児の特性に応じ、目的に沿った方法でより良いポジショニングやハンドリングを行うことが大切になる。また、家族の育児力を高めるためにも有効である。

NICUスタッフが以上のようなより良いDCを実践することは発達遅延や発達障害を予防するだけではなく、患児と家族の愛着や育児における障害

因子を軽減し、虐待予防にもつながっていくといった医療支援が可能であると考えられる。当院でより良いポジショニングやハンドリングを患児に実践していけるよう研修内容を病棟へ還元し、スタッフ全員が同一の知識や技術をもってケアが提供できるよう働きかけていかなければならないと考える。

研究 1-F: NICU・GCU における看護師・助産師の医療サービス向上の検討および専門職間交流の展望に関する報告
鈴木 享子 (亀田医療大学)

A: はじめに

NICU・GCU における看護業務は、児と母親およびその家族を対象とし、妊娠期から子育て期に至る継続ケアである。出生前後の急性期から退院後の適応期までケアは多種にわたり、そこに働く看護師・助産師だけでは専門性が充分活用できないことに遭遇する。一方、地域の助産師には、長い経験から特化した技術を持つものも多い。母乳ケア技術もその中のひとつであり、病院間の垣根を越えてアウトソーシングできる分野と考えている。

今回、出生前後の急性期から退院後の適応期まで、NICU・GCU の看護師、助産師と地域の熟練助産師など外部からの医療専門職による連携する NICU 母乳ケアが可能かについて検討した。

そのはじめとして、経験豊富な助産師による母乳ケア講座を開き、若い看護師・助産師に実践指導を行った。今後、これら専門職間交流が講習会だけでなく、NICU 入院中の新生児や母親にできるよう検討していく。

B: NICU の早産児の母への母乳ケアの可能性

早産児の母親の母乳は、①消化管粘膜透過性を早期に低下させ病原体の侵入を防ぐ、②小腸粘膜上皮の乳頭分解酵素活性を早期に誘導する、③サイトカイン (ECF, TGF- α) が高値で産後 28 日まで持続して腸管を修復する 1)、などの点で優れている。さらにスキン・ツ・スキケア (カンガルー・マザーケア) によって気管支小腸乳房経路を介する母子免疫システムが確立し、常在菌に対する免疫を獲得し、それによって遅発性敗血症のリスクが低下する 1) とされている。

一方、早産児の母親は患児が NICU に入院した場合、母子分離や患児の吸綴による乳房の直接刺激がないため、母乳分泌を促すためには、適切な母

乳搾乳ケアの提供が欠かせない。しかしながら、産科・NICU に十分な経験を持った助産師が常時勤務しているとは限らない。

そこで、母乳ケアに十分な経験を持った院外の助産師による NICU 助産師・看護師への教育によって確実に分娩前後のケアが提供できるマンパワーを育成することや、NICU に入院した早産児の母親へのオープンシステムによる直接の母乳ケアの指導が日常化すると、母親の退院後の母乳育児へのスムーズな適応に有効であると考ええる。

さらに、我が国の NICU・GCU 退院児と母親にとって手薄である退院後の自宅での育児生活適応期の支援を、入院中にケアを受けた既知の地域の熟練助産師が、居宅訪問や産後ケアハウスなどで適切にケアを提供し母親が育児に対する自己効力感を高めることは、今日の切実な課題であると考ええる。

C: 母乳ケア講習会の実施結果

母乳ケアの医療専門職間交流のひとつとして、平成 25 年 11 月 9 日 13 時より 15 時 30 分まで、国立国際医療研究センター病院の研修室において、経験のある院外助産師による母乳ケア公開講習会を開催した。

1. 実施方法

1) 参加者

病院内 NICU・GCU 看護職 (看護師長 1 名、看護師 18 名、助産師 4 名の計 23 名) のうち経験年数 2 年以下の 4 名。

病院内産科婦人科看護職 (看護師長 1 名、助産師 24 名の計 25 名) のうち経験年数 4 年以下の 3 名。

元保健所保健師 1 名 (停年退職後)。

2) 講師

一人は、助産師歴 40 年で大学病院などで助産業務の後、大学助産学専攻科で助産学を担当し開業助産師歴 10 年の熟練母乳ケア提供者。

もう一人は、大学病院などで助産業務の後、出張専門の開業助産師歴 25 年の地域開業助産師。計 2 名。

2. 講習内容

前半は分娩直後からの母乳ケア概論および母乳ケアの基礎理論、具体的なケア技術と技術論、母親へのセルフケアを指導する方法を、スライドを用いて説明を行った (III. 講習会・勉強会の資

料の3. 母乳ケア公開講座)。その他参考資料として、母乳育児成功のために(WHO/ユニセフ共同声明)を配布した。スライドによる学習のあと、シミュレーターを用いて母乳ケア技術の習得を行った。巻末の資料参照)。

後半は、退院後の母親からの訴えや、母親が投げかける疑問への応え方・考え方を、具体的な実例を上げて説明し、質疑応答を行った。

1) テーマ:「母乳ケアは赤ちゃんの助けで一緒にすすめるもの」

下位項目としては、以下の2項目で構成した。

(1) 乳汁が作られる仕組みを知って活用しよう

(2) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

2) 乳汁が作られる仕組み

二つの側面があり、「生成機能」と「乳汁の質の制御」である。各々の母と子のカップルの固有の周産期の経過に応じたオーダーメイドの薬膳的有用性があること。特に早産児や難産児には回復力を助長する成分組成となっていること。

気管支小腸乳房回路を介する母子免疫システムによって遅発性肺血症リスクが低下すること。

(1) 乳房組織の解剖生理学の基礎知識

(2) 周産期における母体の内分泌の変化と泌乳

(3) 乳汁分泌の母体内フィードバック機構2)

(4) 乳腺腺房の構造と生理機能

(5) 哺乳刺激によるプロラクチン動態

(6) 母乳産生のコントロール機構

3) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

(1) 正常産の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、早期授乳(出生後2時間以内)、母児同室、乳管開通、易吸啜状態の保持、頻回授乳の重要性と見通し説明する。

(2) 早産児の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、*児の呼吸・循環状態に応じた対応、早期搾乳介助(出生後2時間以内)、NICUへ届ける、3時間ごとの搾乳介助で乳頭刺激による催乳感覚、射乳反射の発現が確認できるレベルまで、母体の内分泌機構への刺激を促進するための時との早期接触、感覚的な児情報(泣き声・画像)を伝達し、説明する。

(3) 扁平乳頭・陥没乳頭の手当法

ポリエチレン製の突出促進の道具

(4) 産褥早期の乳房ケアのプロトコール(S式)

条件として、①安楽であること、②母体本来の生理的経過にもとづく母乳泌乳機能を助長する、③簡便であり短時間で提供可能、④セルフケア能

力を引き出せる、⑤日常的看護業務に容易に取り入れる、方法を提示した。

プロトコールに基づき、prospectiveに産褥6日まで追跡した2事例の母乳泌乳経過を示し、正常経過の母体の生理的母乳分泌のエビデンスを示した。

核となる手技は、①基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化、②開通ケアによる乳管開通促進であるが、母親を検温で訪室した際に約5分も要しない。入院中の乳房の総ケア時間は、65分ほどである。

(5) 母親の乳房へのセルフケア

おっぱい体操と称して、①基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化に相当する状況を、母親自身でできる。(4)で助産師がケア提供し体得した感覚を母親自身が観察学習(モデリング)し、授乳のたびに直接体験学習する中で自己効力感を高めてゆく方法である。親しみやすいキーワードで構成した、リズムカルに「歌う」ように実践できるセルフケア法を説明する。

3. 退院後の母親が抱く母乳ケアへの不安や疑問

出張開業の地域熟練助産師が、その活動の中で頻回に寄せられる母親からの母乳ケアに関する訴えや質問を集約して紹介し、母親へ指導する対処法について説明した。

若手の看護師、助産師は、病院での母乳ケア提供する場面で抱いた疑問を解消し、母親に効力感を持って自己肯定的に育児に向かえるようなコミュニケーションスキルについても学習できた。

D: 今後の課題

母乳ケアのアウトソーシングの可能性

早産児の母親は潜在的に小さな児を産んだということへの気持ちが強く、母親にのみできる母乳を搾乳して与えることへの欲求は強いと思われる。それを少しでも支えるため、分娩直後からの産科病棟助産師とNICU看護師・助産師との緊密な連携が日常化し、母親が自己効力感を知覚しつつ母乳哺育が順調に経過し退院が完遂できるための母乳ケアのプロトコールの定着は重要である。

児の面会時を利用した綿密な母乳ケアは、母親への母乳分泌の内分泌刺激の要因であり、自己効力感を醸成する要因でもあり有効な医療サービスと考える。

また、退院後の適応期に、入院中からの連続

性ある継続ケアの必要度が高い母子カップルが存在する。このような対象には、地域の熟練助産師が、入院中から母乳ケアチームに加わり、退院後も居宅訪問型ケア、あるいは産後ケアハウス入所型ケアなど、選択できることによってより効果的な

育児支援が提供できると考える。

母乳ケアをアウトソーシングすることは、患儿、患儿の母のみならず、医療スタッフへの恩恵も大きいと考える。それらを実現するためには、関係機関の調整やシステム創設が必要と考える。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

研究2：NICU 及び GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービス向上のための研究（総合）

研究分担者 赤平 百絵（国際医療研究センター病院 小児科）

研究要旨

新生児治療室に入院した児（以下、入院新生児）やその家族を支援するために、多種専門職による退院支援・福祉サービスの介入や充実は重要である。そのために医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を日常業務と平行して定期的に行い、入院新生児の情報共有、必要な社会資源の抽出を行っている。多種専門職会議による退院支援は入院新生児に恩恵があるばかりでなく、新生児特定集中治療室退院調整加算（退院調整加算）を得ることができる。しかし、施設基準などの算定には制約があり、実施施設にもかかわらず加算が取れず、実態と伴っていないことがある。今後、退院調整加算を契機に多種専門職会議がどの規模の新生児治療室でも実現できるよう、算定基準の改訂が望まれる。また、育児不安解消のための産後ケア施設の充実、すみやかな退院に重要である。しかしながら、実施体制の充足困難や経営的観点から、実施はいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。今後の産後ケア施設の制度の助成金を含めた見直しが必要と思われた。一方出産した病院内の母児同室制度による育児支援は、産後ケアの形態の選択肢になりうると思われた。

研究 2-A：国際医療研究センター病院の NICU・GCU における多種専門職会議と新生児特定集中治療室退院調整加算

芳田 玲子（医療ソーシャルワーカー）
加藤 美鈴（看護部・退院調整）
松村 幸子（看護部・退院調整）
須貝 和則（診療情報管理専門職）

A:はじめに

医療・福祉・個人の抱える社会背景の多様化、複雑化が進み、NICU・GCU における多種専門職による包括的な入院新生児および家族の支援は必須である。国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）では、すでに医師、看護スタッフ、臨床心理士による多種専門職会議で社会面の評価を標準化した評価票を用いて行い、必要な場合には迅速に医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）や退院調整看護師に連絡していた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）600 点が算定されることになった。そこで、従来施行していた多種専門職会議の業務形態を再構築し、合わせて退院調整加算の算定率について検討した。

B:多種専門職会議

当センター病院は NICU6 床、GCU8 床を有し、常勤医 2-3 名、小児科レジデント 4-5 名、初期研修医 2-3 名、看護師・助産師 25 名と臨床心理士（非常勤）1 名により構成される。1 週間に 1 時間ほどの多種専門職会議で、医療上の協議はもちろんのこと、家族背景や社会上の問題について情報共有し、必要がある場合には臨床心理士によるカウンセリングや MSW や退院調整看護師による支援を迅速に行ってきた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、退院調整加算 600 点が認められるようになった。当科では、従来の患児・家族の評価に加えて、それらをより標準化するために、入院時アセスメントシート、入院経過スクリーニングシート、退院支援計画書の評価票を作成した。特に入院時の評価項目をより簡便にし、多種専門職会議に、MSW と退院支援看護師が参加することで、該当項目をより明確にし、包括的に討議ができるようになった。また、急な対応が必要な場合には、迅速に MSW へ知らせる機能を確立した。

C:新生児特定集中治療室退院調整加算(退院加算)

2012年9月から2013年10月までの退院加算に申請した206名全員の申請は算定された。申請に至らなかったのは11名であり、書類未作成や事務手続きに関連することが原因であった。その中に出生後1日未満で原疾患の治療のため転院したものも含まれている。

当センター病院が加入しているDPCにおける退院調整加算の算定率は93.3%と非常に高かった。

D:考察

多種専門職会議の必要性が言われて久しい。しかしながら、NICUという忙しい日常業務のなかで定期的に組み入れていくのには、各医療スタッフの努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されたことで、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することで、早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準等を示す。

(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。

多種専門職会議を定期的に行っている施設の中には、上記基準に該当せず算定できないNICUもある。多種専門職会議は入院新生児に対する寄与は大きく、今後、それが一般化され活用されるべく施設基準の緩和が望まれる。

E:結論

1. NICU・GCUにおける退院支援・福祉サービスの向上のために、多種専門職会議は必須のものである。
2. 退院加算による診療報酬増加は、多種専門職会議を強く推進し、社会資源、福祉の早期介入がより容易になった。

2-A 国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み

田中 瑞恵(国際医療研究センター小児科)

A:背景と目的

核家族化、母体年齢の増加、育児支援者の高齢化や近くにいないなどにより、産後の育児支援が得られない家庭が増えている。特に、NICU・GCUに長期入院している新生児の家族は育児不安が大きいと思われる。しかしながら、看護職のマンパワー不足や診療報酬の問題から、院内母児同室の実現は難しかった。そこで我々は、医師・看護職・医療事務と一体になり、母児同室制度を共同で作成し、2013年4月より運用を開始している。

B: 院内母児同室制度の設置まで

院内母児同室支援を考えるワーキンググループを立ち上げ、メンバーとして小児科医師、産科病棟師長、小児科病棟師長、病院医事課が担当になった。

対象はNICU・GCUに長期入院した児とその母で、児は退院に向けて特別な医療処置の必要はなく、母は疾患がない場合を想定した。目的は母の育児能力の向上であるため、小児科病棟か産科病棟のどちらが適切かを協議した。小児科病棟の場合には、現時点では母児同室用に独立した部屋がなく、母は付添者ということで付添用ベッド(簡易ベッド)になり、育児環境に適さないこと、当院では病棟看護師とNICUGCU看護師が異なり、継続性ではデメリットが多いなどの意見が出た。一方産科病棟での母児同室する場合には、母親は入院理由になる疾患がなく分娩でもないため、入院扱いにならないという問題が生じた。また、育児環境に近い個室(特別室)を確保したほうが望ましいとの意見もあった。産科婦人科の混合病棟を利用する場合、特別室の空き状況など考慮して週末にかけて行うことにした。

また、今回の指導料徴収にあたっては、厚労省の保険局医療課を経験している者に聞いて、入院費、指導料徴収の整合性を検討した。

- ・入院新生児：保険扱い、別途特別室料(1日9,000円)を徴収
- ・母親：支援料として(2泊3日18,840円(食事代含む))を徴収
支援料内訳(指導料5,000円×3日+食事代640円(食事療養費額)×6食)
- ・2泊3日の母児同室の総費用:45,840円(9,000円×3日+18,840円)

以上より2泊3日の母児同室の総費用は45,840円と有料になり、支払能力のない家族には利用できないことになった。

病棟選定も議論を要した。母親は交流期間の長いNICU・GCUスタッフからのケアが一番望ましいと思われたが、当院のように産科病棟を選定した場合、NICU・GCUに新生児が入院しているあいだから育児手技を開始し、その後産科スタッフへ適切に申し送りをする事で、母親の育児不安の軽減と育児手技習得は図られると判断した。

該当児は当センター病院で出生し、母親が産科を退院して2週間以上が経過した児である。

参考資料として、母児同室の清算までの流れ、母児同室支援申込書や家族に説明用のパンフを作成した。

該当する児はNICU・GCUから産科病棟へ転棟する前から育児指導評価票を用いて、母の育児の熟練度を評価した。

C: 母児同室施行例の検討

母児同室を開始した2013年4月から12月までの間に、4名の母親（双胎1組を含む5名の新生児）が母児同室を利用した。

C-1: 児の背景（5名）

全員早産低出生体重児であった。在胎週数は30週から33週で、出生時体重は1,503gから2,022gであった。双胎は2組いたが、1組は双胎の退院時期が大きく異なるため、退院が早かった児のみ母児同室を行った。母児同室に移行したのは、日齢30日から81日で、修正では37週から42週であった。体重は2,546gから3,676gであった。

C-2: 母の背景（4名）

母4名全員が初めての子であった。母の年齢は31歳から44歳で、不妊治療は2名が受けていた。妊娠期の合併症は切迫早産が4名、重症高血圧症が2名、切迫早産による管理が3名、胎盤早期剥離が1名であった。分娩形式は緊急帝王切開が3名で子宮収縮抑制剤中止後の経膈分娩が1名であった。

D: 考察

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。

今回は母の育児不安を軽減することを第一の目的にした。理想としては、母児同室を希望する家庭に対し、いつでも（専用の病室を確保）、どの家族にも（院内出生などの条件をつけない）、金銭的な負担を少なく（保険適応の範囲で）、サービスを提供していくことである。しかしながら現行の保健収載を考慮したうえで、母親への育児の指導料という形式に落ち着いた。

制度を開始して9か月間に母4名の利用があった。2泊3日で5万円近い実費がかかることは、利用を妨げる要因かもしれない。特に父母とも精神疾患をかかえている場合は、経済的に困窮している家庭が多く、事実上利用できないというジレンマがある。一方で、助産所で産褥ケアを行う場合はさらに費用がかかると試算されている。

今後利用者を増やすためには、該当児の条件の拡大（例：母が退院してから2週間以上経過を短くする、院外出生を受け入れるなど）することもひとつの方法といえる。さらに利用者の要望を参考に改善していく必要があると思われる。

E: 結論

院内母児同室を現行の保険制度に照らし合わせて制度化した。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員、早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

2-C 産褥ケア施設の現状の検討：
橋本 初江（橋本助産院、東京都助産師会理事）
片岡 優華（首都大学東京大学院博士後期課程）

A:はじめに
平成 26 年度厚生労働省の母子保健対策として「地域における切れ目ない妊娠・出産の支援の強化」を図ることがうたわれ予算化されている。東京都では、平成 19 年度にモデル事業として「子育てスタート支援事業」を開始し、平成 22 年度から本格実施をしている。産科医療機関からの退院直後の母子に心身のケアや育児サポート等を行う産後ケア事業の委託先として、助産院が有力候補であるが、この事業の一環として補助金を利用できる産後ケア事業として実施できている所は限られている。その現状と課題について検討する。

B:子育てスタート支援事業
この事業は区市町村が、出産や子育てに関し、家族等による援助を受けられない等、特に支援一定期間、通所（デイケア）、宿泊（ショートステイ）により、育児に関する負担感の軽減を図ることで、安心して育児に向き合える環境を整えることを目的としている。
対象者は若年親、望まない妊娠による出産、多胎児出産、強い育児不安又は家族・親族等から支援を受けられない事情等のために、区市町村において継続的な支援を特に要すると認めた妊娠期から出産後概ね6 か月までの妊婦・母児である。ただし、経過が順調であって医療的処置の必要のないものに限る。
期間は、デイケアは妊娠期及び出産日から6 か月までの間の14 日間以内、ショートステイは同期間で1回あたり7 日以内である。（必要に応じては延長可）。
実施体制としては常勤職員一名以上配置し、この他に専任職員を配置するものとする。助産師等は24 時間常駐させること。医師及びカウンセリングの行える臨床心理士と連携できる体制を整備すること。等の体制整備を行う事ができると、委託事業として補助金を受け取ることができる。

C:産後ケア事業
産後ケア施設とは、褥婦が新生児と産科病院を退院したあと、親戚等の支援が得られない、育児手技そのものに不安がある場合などに、褥婦と新生

児と一緒に数日間利用する施設である。
一般社団法人日本産後ケア協会によると、2014 年5 月時点で、全国にある産後ケア施設は表 I の通りである。
全国で産後ケア事業を行っている施設は101 施設あり、そのうち81 施設は助産所であった。産後ケア委託事業としては23 施設が区市町村からの実施し、補助金の利用がされていた。1泊2日ショートステイの利用料金については施設によって大差がみられるが、平均はおおよそ30,000～50,000 円程度であり、補助金がある場合には3,000～10,000 円程度であった。

表 I 全国の産後ケア施設の概要

エリア	施設数	利用料金 (1泊2日)	補助金の 有無
北海道	2	64,000～	無
東北	4	20,000～	無
	1	3,000	有（※助産師会から補助）
中部・上信越	16	20,000～	無
	8	10,000～	有（静岡県7）
東京	13	18,000～	無
	2	3,200～	有
関東（東京除く）	14	10,000～	無
	7	3,000～	有（全横浜市）
近畿	20	24,000～	無
中国・岡山	1	問い合わせ	無
	4	10,000～	有
九州	7	18,000～	無
	2	3,000～	有

*病院・助産院含む、利用料金は表示あるものを集計

D:考察
核家族が進む中、産後の褥婦および新生児の育児支援を家族や親戚内で求めることが難しい時代になってきている。産後の母親のニーズとし、育児を手伝ってもらいながら、まずは自分の身体の回復をしたいとの声が多くなっている。
現時点で産後ケアを行っている施設は全国で101 施設とまだまだ少ないが、年々増加してきている。そのうち81 施設は助産所であったため、助産所を利用した産後ケア施設の可能性は大きいと思われる。しかし、産後ケア委託事業として実施され、助産所で補助金を利用できる施設は22 施設と少ない現状であった。横浜市や静岡県内ではモデル事業として多くの施設が実施できていた。助産所等が委託事業者となり、補助金を利用でき

るようになることが普及を進める一歩として望まれるが、子育てスタート支援事業としての実施体制を整えることは、規模の小さい助産所等では難しい現状がある。先に述べた実施体制を整えることは規模の小さい助産所等では難しいのではないかと考える。

1泊2日ショートステイを実施し、経営が成り立つ入院費を試算したところ、1泊数万円かかる。全国の利用料金を見ても30,000～50,000円であり、利用をするにはかなりの金額負担が生じることになる。補助金の割合は国が4分の1、地方自治体が4分の1、家庭が2分の1の実費であり、補助金が得られてもなお、家族の負担が大きい現状ではある。さらに、地方自治体の経済的負担も決して少なくない。東京都でも推進をしているが現時点で2か所しか委託事業として実施できていない現状である。

東京都助産師会としても産後ケア事業の必要性は感じているが、新たに産後ケア事業の為に助産所を作るとなると、分娩室などの設備が必要になり難しいと考える。世田谷区の武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町は旅館として建設し、産後ケア事業を実施している。目的に応じた助産所の設備等、制度上の工夫を行う事も必要と考える。

また、東京都では対象者として産後6か月としているが、本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、経過が順調であって医療的処置の

必要のないものに限る。とあるため、障害を抱えて退院した母児の場合には対象外となるケースもあると考えられる。障害を抱える母児を対象とした産後ケアの必要性が考えられるが、そのような施設はまだまだ少ない。そのような場合に対応できる施設の制定や補助等も今後検討していく必要があると考える。我々が実施している院内母子同室制度などの病院内での支援の場所も選択肢として挙げることができるが、実施体制を充足させることは、病院での人的、経営的視点からも難しく委託事業として行う事を断念しているところも多いのが現実である。

E：結論

助産所・産科施設等を利用した産後ケア事業は、実施体制の充足や経営的観点からも、いまだ厳しい状況にあり、普及を妨げているのではないかと考える。

本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、現在の産後ケア事業では退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、障害を抱えて退院した母児の場合には更なる産後ケアが必要であるため、更なる制度や施設の充実をしていく必要がある。

F：参考になるサイト

一般社団法人 日本産後ケア協会

<http://sango-care.jp>

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

研究3：NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待予防についての研究（総合）

研究分担者 御牧 信義（倉敷成人病センター 小児科）

研究要旨

子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第1次から第10次報告の累計）によると、心中以外の虐待死事例で死亡した子どもの全数は546人、年齢は0歳が240人（44.0%）と最も多い。それらのうち、0日・0か月児の死亡事例の111例（20.3%）であり、さらに日齢0日児事例が94人（17.2%）ある。

今回2施設での乳児・子ども虐待予防に対する周産期スクリーニングシステムの導入や子ども虐待防止委員会の取り組みを紹介する。国際医療研究センター病院では、NICU・GCU入院新生児の社会的リスクの高い児の適切な外来フォローについて言及した。倉敷成人病センターでは、出生前の虐待対応開始のためのシステム作りを行った。さらに、子ども虐待防止委員会設置前後における院内職員の子どもの虐待の意識調査を行った。虐待ハイリスク児を早期に発見し、予防することを目的に、妊娠中・産後の全数スクリーニング（周産期全数スクリーニング）を行っており、リスク因子のあるケースは虐待ハイリスクとして虐待通告や母子支援などの介入している。また、医療機関で追跡不能になったケースでは保健所と連携して去就を追跡している。周産期全数スクリーニングの実施は職員の意識づけにも効果をもたらした。また、ソーシャルワーカーによる代理通告に一本化することで、一般職員が虐待通告することの助けになり、臨床現場の医師への有効な支援策になった。

研究3-1A：NICU 及び GCU 入院新生児の周産期危険因子とフォローアップ体制について

西端みどり

（国際医療研究センター小児科）

○研究施設の特徴：国際医療研究センターは東京都新宿区の中央に位置し、NICU6床、GCU8床を有する地域周産期母子センターがある。年間入院数は250～300名を推移し、新宿区だけでなく広く都内から入院を受け入れている。また、外国人の出産も多い。

NICU・GCUに入院した新生児が、早期に必要な退院支援・福祉サービスを受受できるよう、入院時評価票を用いて社会的にリスクのある児を抽出した。それらの児が退院後の外来で適切なフォローアップが行われているかについて検討した。

対象は、2011年1月から2013年5月までに、国際医療研究センター病院 NICU に入院した新生児431名で、そのうち97名が該当した。

乳児院へ転院した6名は全員妊婦健診未受診かつ未入籍であった。それら6名を除く91名について

検討したところ、83名は外来受診を継続し、8名が中断した。保健師介入は、外来継続の83名中24名に、外来中断の8名中5名に行われていた。

外来中断した8名のうち、6名において連絡が取れなくなり、2名（双胎）が母国に帰国した。新生児が退院する前に、適切な保健師による地域介入・連携にもかかわらず、外来中断するものが多かった。今後、さらに適切なフォロー体制を確立することが必要と思われた。

研究3-1B：一般病院における子ども虐待防止スクリーニングシステムの構築

—— 同意通告と代理通告 ——

御牧 信義

（倉敷成人病センター小児科）

○研究施設の特徴：倉敷成人病センター（当院）は、岡山県南西部の倉敷市のほぼ中心に位置し、近隣に総合周産期・地域周産期センター所有の大規模病院が2施設、個人産科病院と助産院がある。その中で当院はローリスクの出産を扱っている。

倉敷市の平成 25 年の出生数は 4532 人、そのうち
当院の分娩件数は 1517 件と約 3 分の 1 であった。

妊娠中に始まり出産後にも継続する子ども虐待
予防システムを構築した。そこでの子ども虐待発
見率は悉皆調査で 1.0%であった。子ども虐待防止
委員会設置前と後で子ども虐待通告率は 0.6→
1.3%と倍増した。職員の子ども虐待防止への意識
向上には法人認可の子ども虐待防止委員会の設置が
有効であった。保護者と医療者による同意に基づ
く通告後も保護者との関係性を概ね維持すること
が可能だった。
(図 1、表 1—5 参照)

研究 3-1C: 院内職員に対する子ども虐待に関する
意識調査
河本 聡志 (倉敷成人病センターリハビリテーシ
ョン科技師長)

倉敷成人病センター全職員を対象としたアンケ
ート調査により、子ども虐待防止委員会設置前後
の子ども虐待対応に関する職員の意識の変化を検
討した。設置後は前に比較して、子ども虐待の早
期発見努力・通告義務に関する意識の向上を認め
られた。医療機関における子ども虐待対応に関す
る意識向上には虐待防止マニュアルによる周知徹
底、定期的な研修会開催に加えて、日常業務の中
で発生する子ども虐待対応に対する子ども虐待防
止委員会の積極的関与が大切であると考えられた。
(図 2-6 参照)

研究 3-2A: 医療機関における追跡不可能症例に関
する検討 — 医療機関と保健所の連携 —
御牧 信義 (倉敷成人病センター小児科)

医療機関における追跡不能例の院内データベー
スと保健所のもつデータベースを比較検討するこ
とで、医療機関の追跡不能例の 87.1%について去
就を明らかにすることが可能であった。このよう
な医療機関と保健所の連携は、子ども対応の地域
的広がりを目指す取り組みに寄与しうると考えら
れる。
(表 6—9、図 7 参照)

研究 3-2B: 子ども虐待防止の早期対応に係る周産
期における全数スクリーニングの検討

高橋 澄子 (倉敷成人病センター看護部)

妊娠 34 週に妊婦と褥婦に対して始まる子ども
虐待に関する周産期全数スクリーニングにより、
虐待通告が必要例は 1.3%、母子支援が必要な例は
12.8%であった。虐待対応システムには母子支援シ
ステムの併設が不可欠である。
(図 8、表 2、3 参照)

研究 3-2C: 子ども虐待防止における代理通告の
有用性の検討
岩藤 幸男 (倉敷成人病センター総合相談室 MSW)
御牧 信義 (倉敷成人病センター小児科)

当院では子ども虐待の通告の一法として子ども
虐待防止委員会メンバーとしての医療ソーシャル
ワーカー (以下、MSW) による同意通告を導入
し、そのメリット・デメリットを検討した。同意
通告により一般職員が虐待通告することに大きな
助けとなることがわかった。通告に関連して院外
からの問い合わせに MSW が対応するため、臨床
現場での通告者への物理的および精神的ストレス
の軽減に大きく寄与していると考えられた。特に
多忙な医師には有効な支援策と考えられた。
その反面、対応を MSW に一本化するため、仕
事が集中するため、複数の MSW による情報共有
により、仕事量の分散が重要と考えられた。
(図 9—11、表 10 参照)

研究 3-2D: 妊娠中に始まる子ども虐待予防に関す
る周産期全数スクリーニングが職員の意識に与え
る影響の検討
御牧 信義 (倉敷成人病センター小児科)
高橋 澄子 (倉敷成人病センター看護部)

虐待ハイリスク例や母子支援必要例が妊娠中に
9.8%、産直後に 10.9%の頻度で、早期発見され
た。妊娠中に始まる周産期全数スクリーニングに
より、子ども虐待ハイリスク例あるいは母子支援
必要例の早期発見・早期対応が可能と考えられた。
また本スクリーニングにより、子ども虐待、早
期母子支援に対する職員への意識付け効果がある
ことが示唆された。本スクリーニングは、職員へ
の負荷となる場合もあり、職員の負担軽減につい
ての配慮が必要である。
(図 12、表 2、3、11、12 参照)

研究3-1B: 一般病院における子ども虐待防止スクリーニングシステムの構築
— 同意通告と代理通告 — (御牧 信義)

図1 倉敷成人病センター子ども虐待対応システム

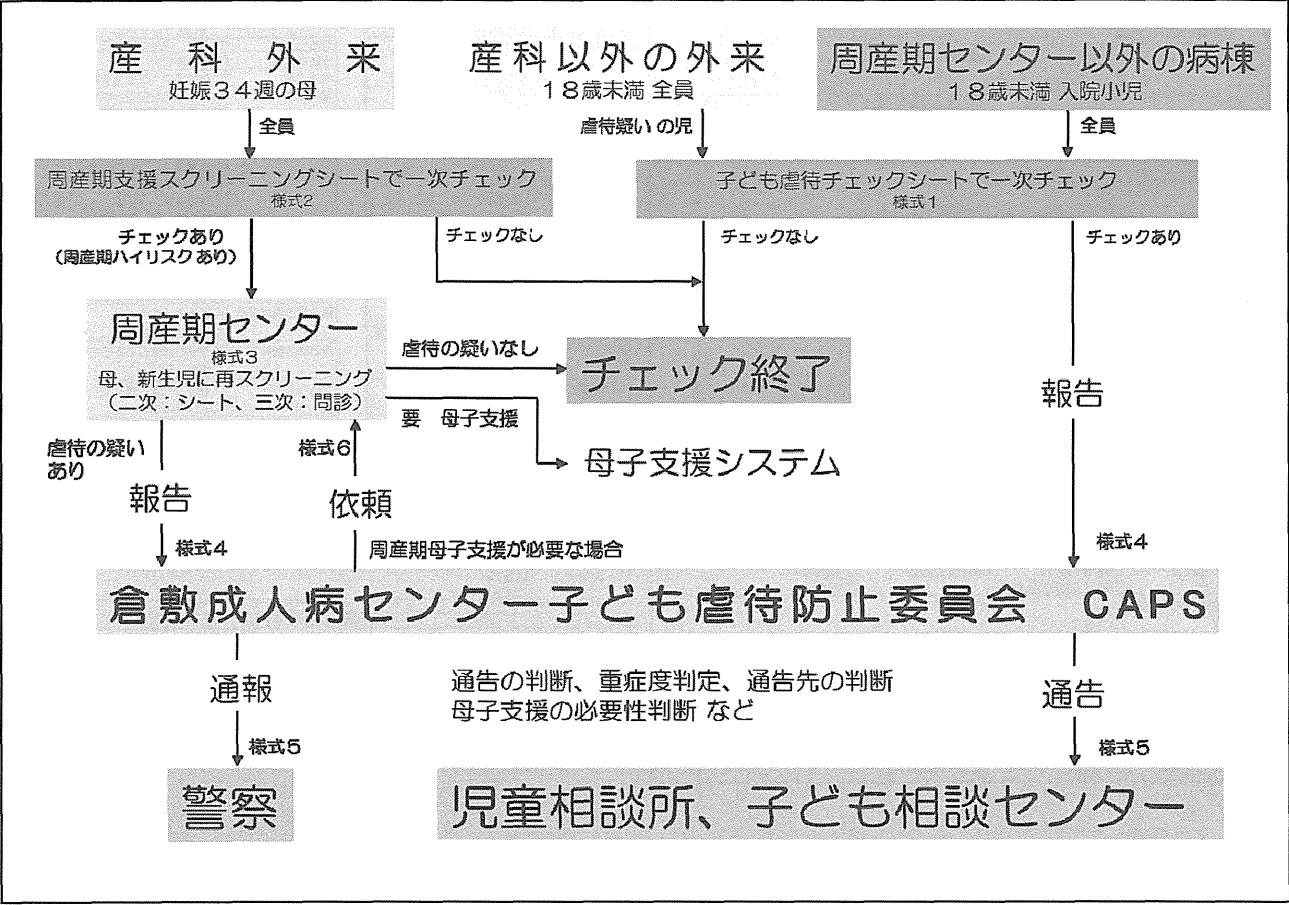


表1 スクリーニング期間と対象

調査期間		
H24/4 (CAPS設置) ~H24/10		
対象		
当院で出生した全新生児		913人
小児入院患者 (18歳未満)		368人
外来小児患者 (18歳未満)		5,524人
合計		6,805人

表3 周産期支援スクリーニングシート（新生児用）

[illegible][illegible]

表4 CAPS設置後の子ども虐待スクリーニング成績
(H24/4～10)

部署	人数	周産期 母子支援	CAPS^ 報告	院外^ 通告	同意 通告
周産期	913(全)	117 (12.6%)	12 (1.3%)	0	0
小児入院*	368 (全)	0	6 (1.6%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)
小児外来*	5,524(才)	0	5	3	3
合計	6,805	57	25	5	4

表5 同意通告4例のまとめ

症例	虐待 重症度	一時保護 の有無	警察へ 通報	同意通告後 の関係維持
1	1	—	—	可能
2	2	—	—	可能
3	3	—	—	可能
4	5	入院保護	+	可能→困難

研究 3-1C. 院内職員に対する子ども虐待に関する意識調査（河本 聡志）

図2 児童虐待の早期発見義務

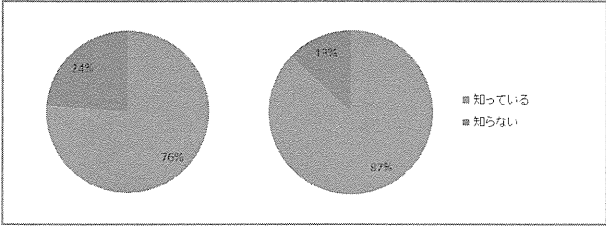


図3 虐待が疑われた時の対応について

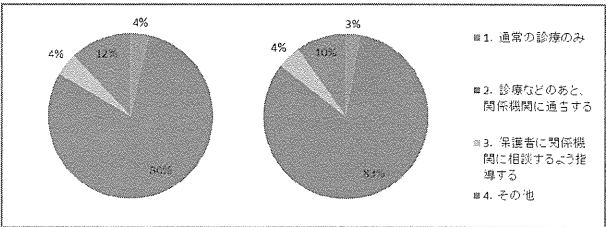


図4 通告先

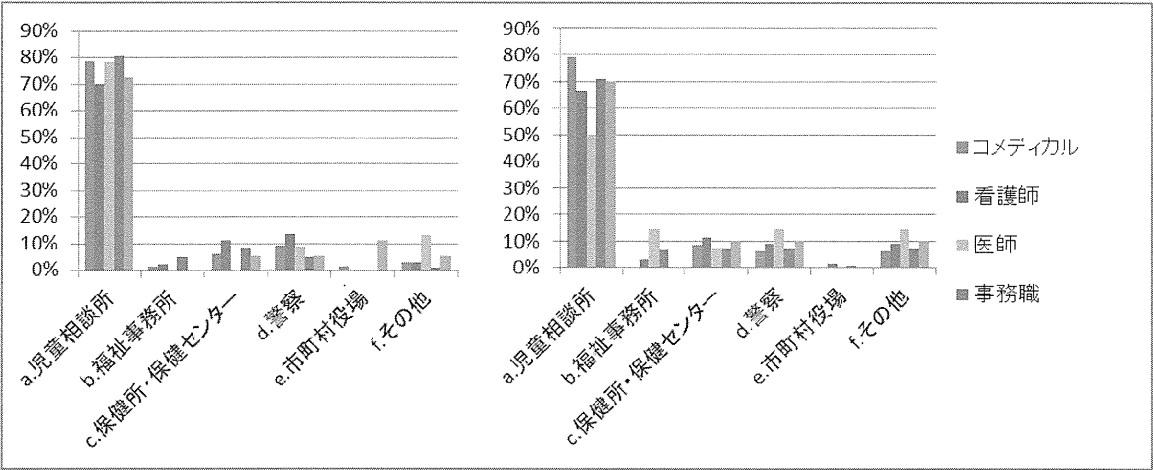


図5 通告しない主な理由（複数回答）

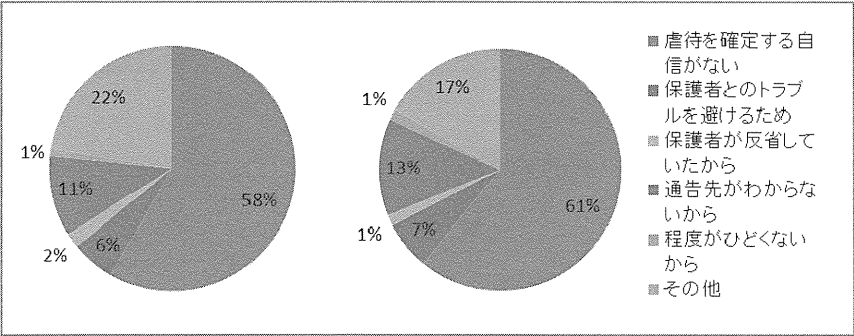
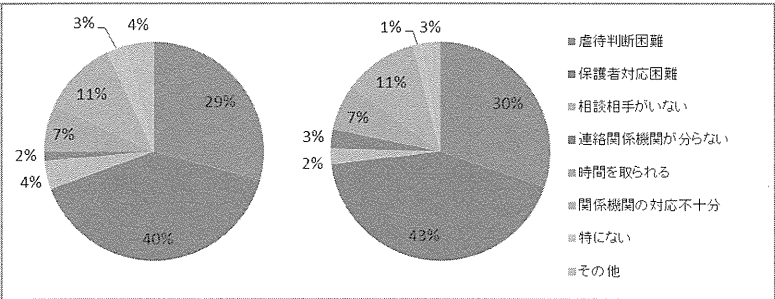


図6 児童虐待への対応の際に困ったこと（複数回答）



研究3-2A：医療機関における追跡不可能症例に関する検討～医療機関と保健所の連携～

(御牧 信義)

表6 要支援と判定された理由（重複あり）

育児の方法がわからない	4 例
出産前からかわいくないと言動	1 例
DV(父→母)	1 例
母の育児能力、理解力の欠如	1 例
子どもの病状より自分の都合優先	1 例
ネグレクト疑い	3 例
支払い能力なし	1 例
母のストレス	1 例
保健所より支援依頼あり	1 例

表7 医療機関で追跡不能となる主な理由

・医療機関が要支援児と考えていても外来受診が途絶える場合
・医療機関から保健所に支援依頼している例で、こんにちは赤ちゃん事業、 1 歳 6 か月健診、3 歳健診等が終了し保健所から医療機関への情報伝達ができない場合
・受診する医療機関が変更される場合
・その他

表8 医療機関での追跡不能例31例 （平成24年4月～同25年12月）

	87.1%					
保健所（支所）	A	B	C	D	E	計
保健所対応が終了	5	4	1	1	2	13
保健所対応が継続	2	2	3	6	1	14
保健所が元々、未対応	0	0	0	3	0	3
保健所介入を拒否	1	0	0	0	0	1
計	8	6	4	10	3	31
病院フォロー中を確認	2	4	0	8	1	15

表9 医療機関および地域での追跡不能例の頻度

総数	病院で 追跡不能	地域でも 追跡不能
12,578	31 (0.25%)	4 (0.04%)
	405人に1人	3144人に1人

図7 医療機関と保健所間のデータ流れの比較

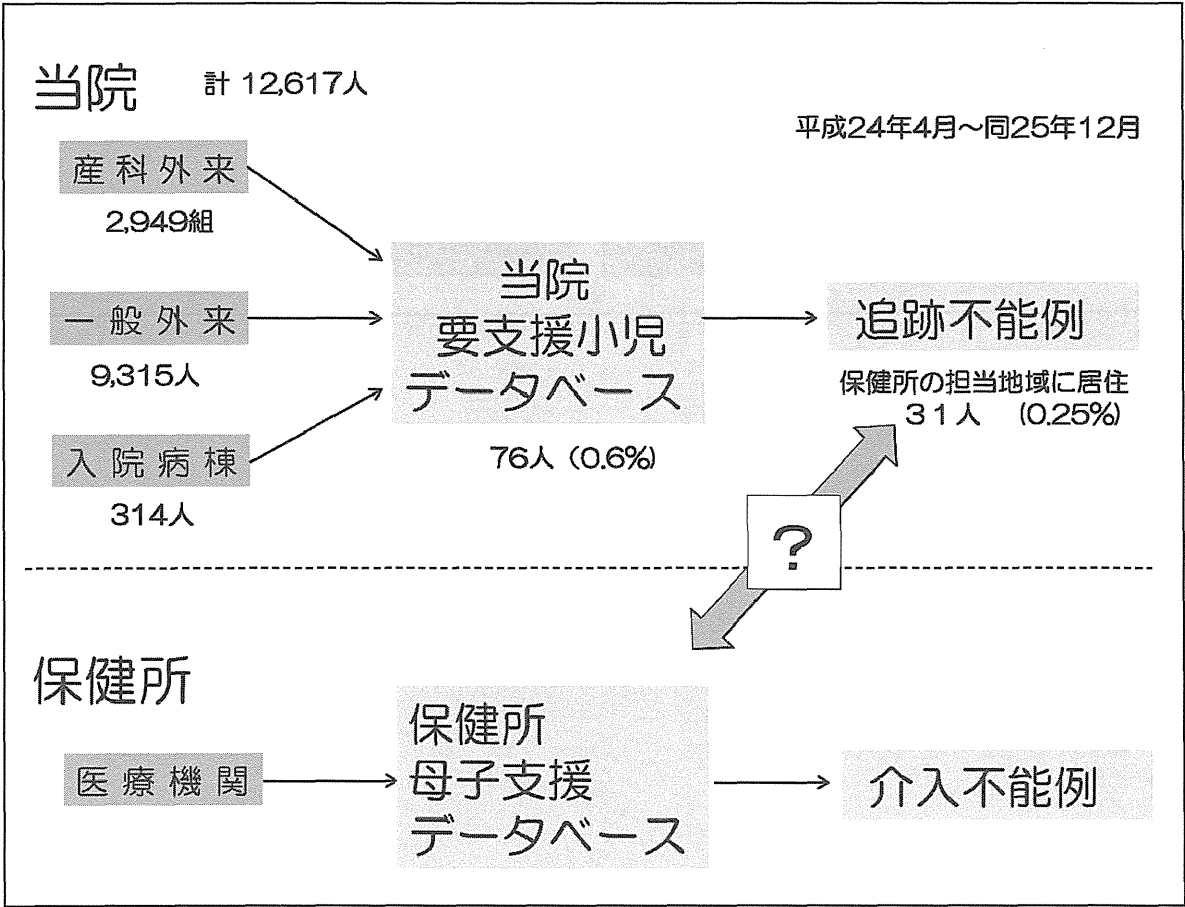


図8 周産期全数スクリーニングシステムの概要

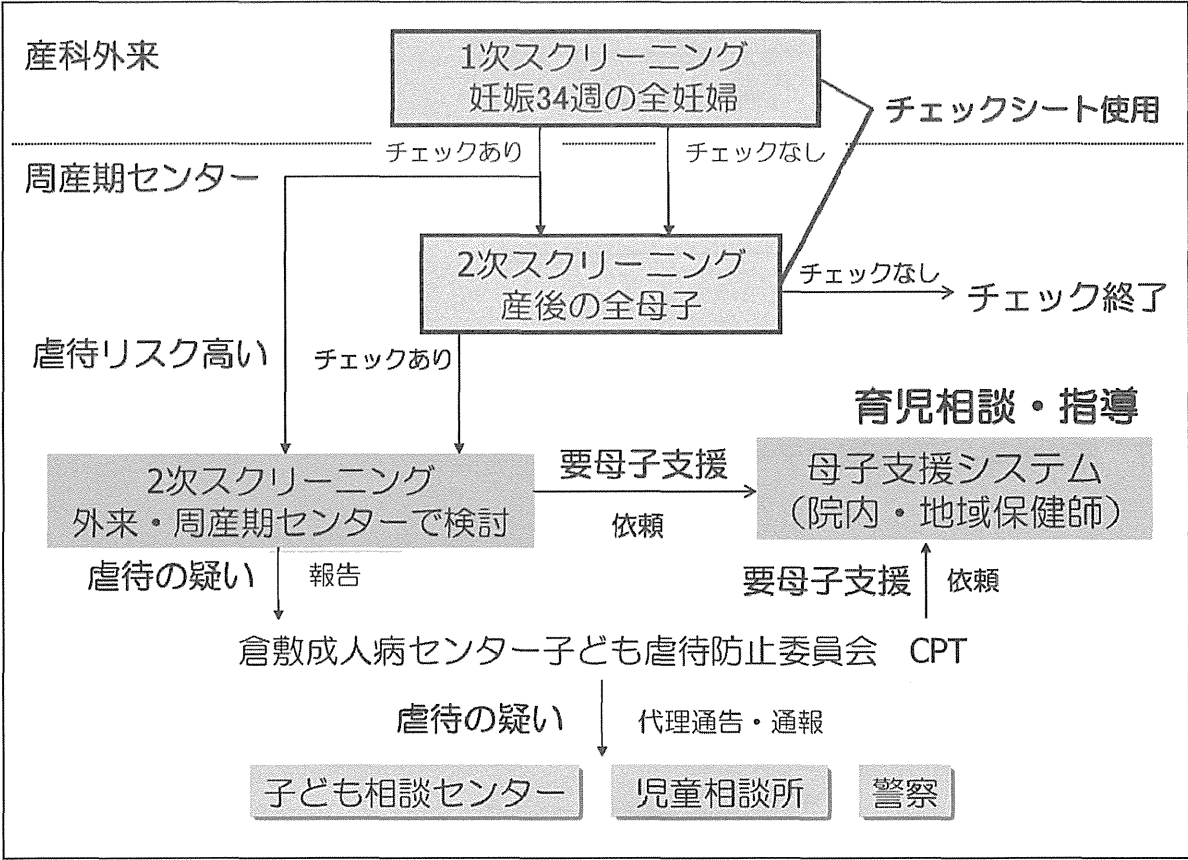


図9 代理通告の情報の流れ (院内→院外)

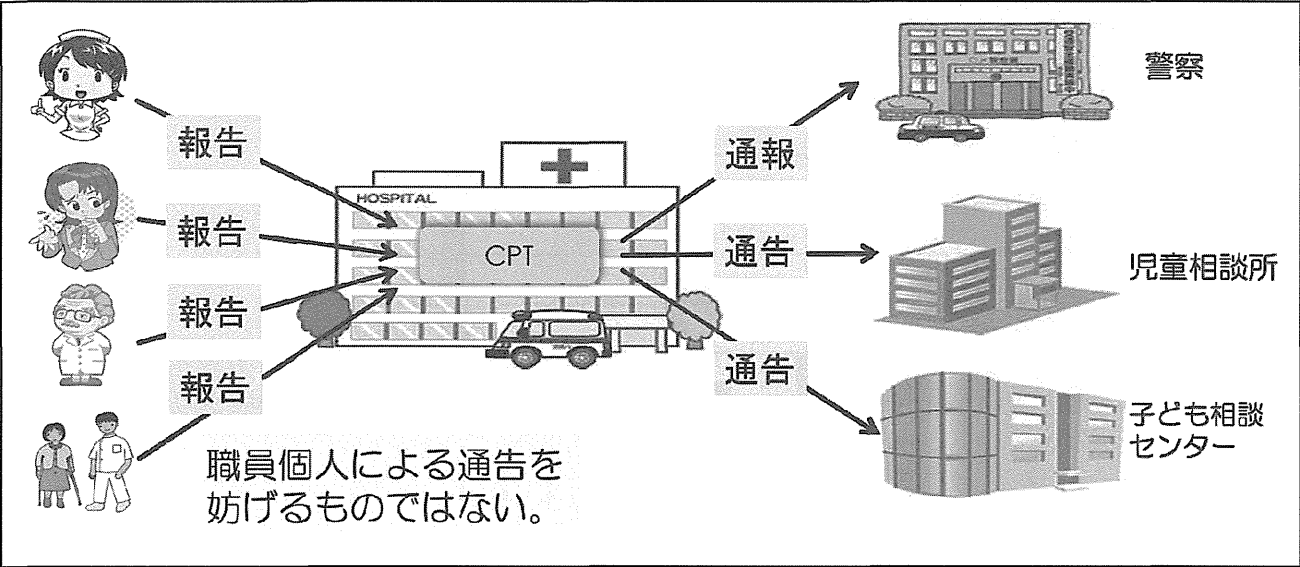


図10 代理通告の情報の流れ (院外→院内)

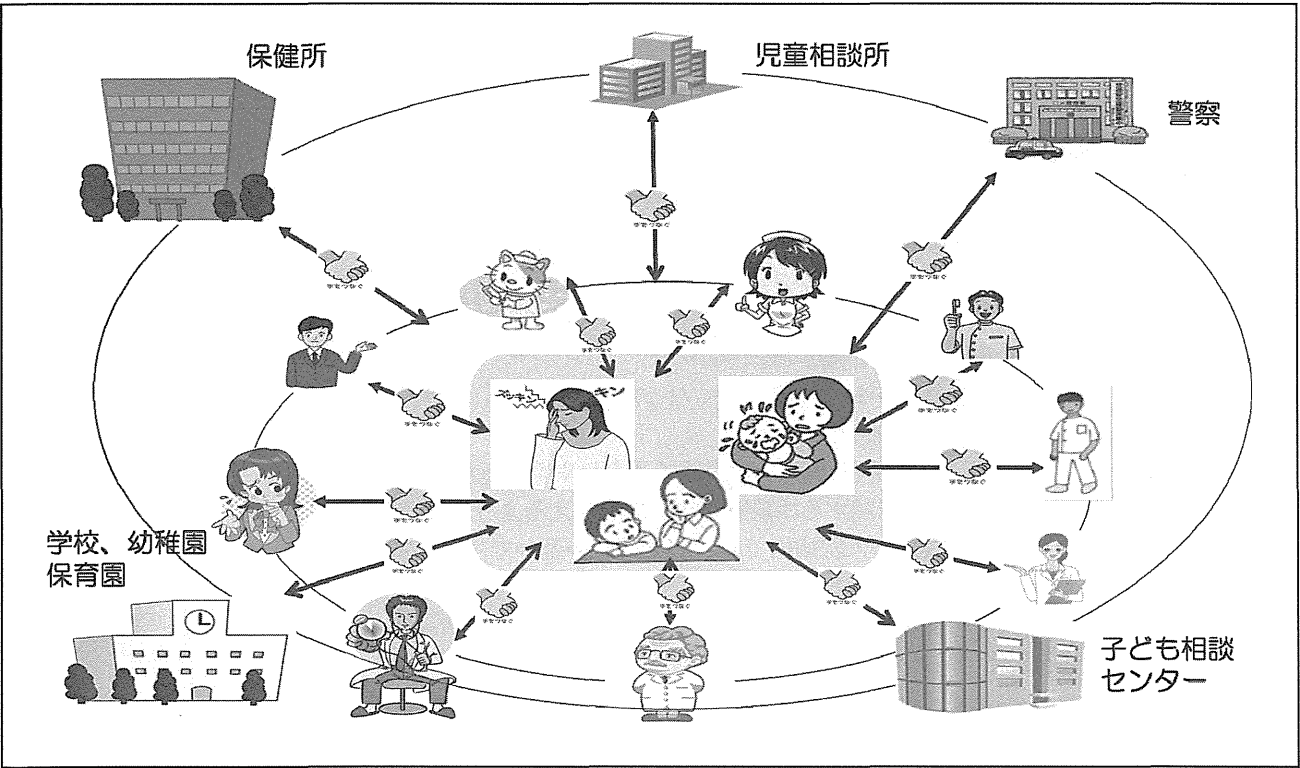


図11 保護入院期間中の MSW 対応回数の推移

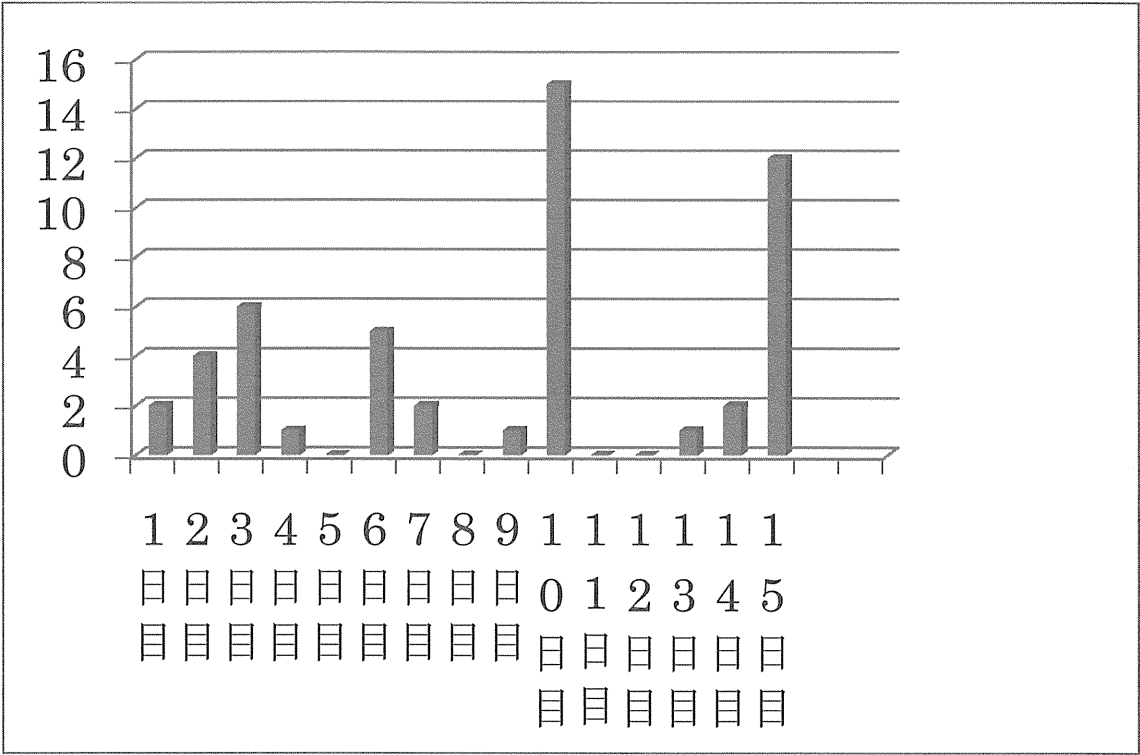


表10 代理通告導入後の 院内・院外各所への聞き取り結果

医療機関全体：	情報の集約がより容易になる発見・通告者の通常業務負担軽減が図れる 院外機関から病院に連絡しやすくなる MSW に業務負担が集中する傾向があるのが問題
医師：	診療業務への影響がほぼ無かった 責任を個人が負う意識が無くなった
医師以外の医療機関関係者：	代理通告担当者（MSW）が明確で通告しやすかった CPT を虐待に関する相談窓口としてとらえるようになった 虐待入院例の入院病棟では、同意通告か否かでストレスに差はなかった。
代理通告担当者（MSW）：	拘束時間が長く、厳しい
代理通告担当 MSW 以外の MSW：	担当 MSW と情報共有はできるがすべての例に完全対応には自信がない 担当 MSW が不在の際の代理対応で困ることがある 代理通告対応はある程度の経験が必要 経験がある MSW 間であっても共有が困難な情報もある。
院外機関：	代理通告担当者（MSW）が明確で連絡しやすい 時間外での緊急連絡へ対応を希望 複数の MSW での対応への希望

研究3-2D: 妊娠期に始まる子ども虐待予防に関する周産期全数スクリーニングが職員の意識に与える影響の検討 (御牧 信義、高橋 澄子)

図12 周産期全数スクリーニングシステム

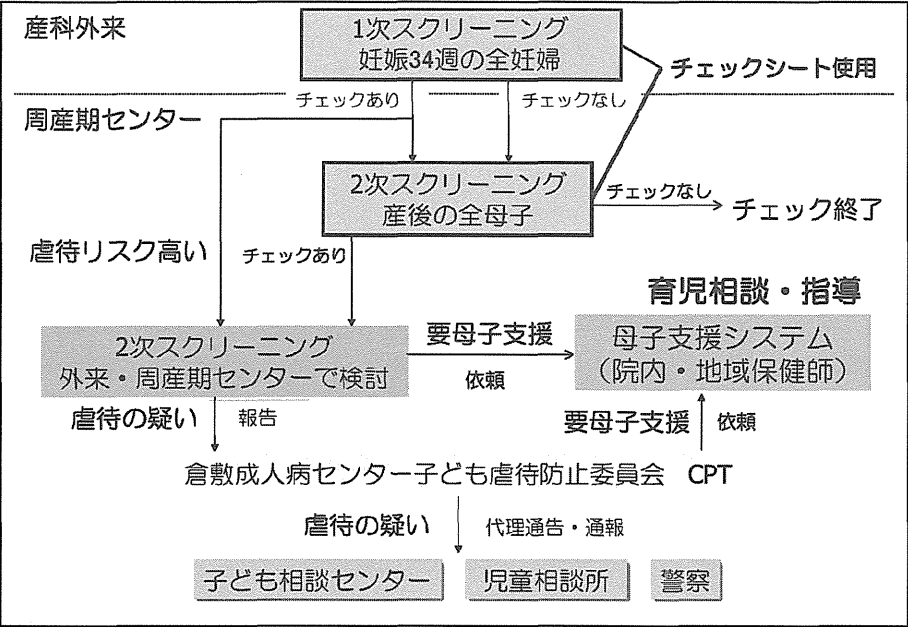


表11 全数スクリーニング結果

1 次スクリーニングで1項目以上チェックあり	290 例 (9.8%)
2、3 次スクリーニングで	
母子支援が必要	320 例 (10.9%)
地区担当保健師に依頼	66 例 (2.1%)
CPT 報告	22 例 (0.7%)
院外機関への虐待通告	0 例

表12 周産期全数スクリーニングシステムに従事する看護師、助産師への聞き取り調査結果

メリット:

- ・スタッフ自身の子ども虐待、母子支援への意識が高くなった
- ・周産期ハイリスク例あるいは虐待疑い例に対する対応への理解が進んだ
- ・母子関係の背景因子への理解が広がった
- ・周産期医療に携わる新人に対する教育的価値を認める。

デメリット:

- ・全数スクリーニング実施による、内容のデータベース化に係る職員の負担が過大