

メンタルヘルス・育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築 — 1 地方における支援体制の現状と課題 —

研究分担者 平林 優子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）
研究協力者 芳賀 亜紀子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）
徳武 千足（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）
鈴木 泰子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

研究要旨

本研究は、妊娠中ならびに産後、育児期におけるメンタルヘルスの問題等社会的ハイリスク妊婦と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることを目的とした質的記述研究であり、本報告は、1地域の現状と課題について、それぞれ役割が異なる4名に半構成的インタビューを行った結果である。暫定的に、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】

【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリーについて、サブカテゴリーを抽出した。

【地域で構築してきた連携・支援体制】は、[地域の関係多職種の定期的な検討会] [地域独自に開発してきたチェックリスト] 他合計9のサブカテゴリーを抽出した。【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】では、特にメンタルヘルス面の特別な配慮を必要とする対象者に合わせた[支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ] 他合計4つのサブカテゴリーを抽出した。【連携・支援上の課題】は、[自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い]、[決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性] 他8つの課題が抽出された。

今後は立場の異なる研究対象者の分析を重ね、カテゴリーの洗練を行い、地域における連携・支援の現状と課題を明確にしていく必要がある。連携や支援においては、対象者を中心とした柔軟な情報共有と、状況に応じて役割をスムーズに移行するための体制づくりが必要である。

A. 研究目的

近年、メンタルヘルスの問題を有する妊産婦の増加は深刻である。周産期のメンタルヘルスの問題は、妊娠中のうつ病や不安障害、産後うつ病、強迫性障害、ボンディング障害など多様であり、重症化も危惧される。特にうつ病は、妊娠中に7-20%と高率に出現し、産後うつ病の最も強いリスクファクターであることが指摘されている¹⁾。また妊娠中の不安障害も妊婦・胎児に影響を及ぼし、強迫性障害と出生体重の関連や外傷後ストレス障害と子どもの情緒障害の関連も報告されている¹⁾。産後うつ病は、

近年注視されている母親の自殺との関連が強く、早期発見と早期対応の重要性が強調されている。

妊産婦のメンタルヘルス、特にうつ病とボンディング障害は、子どもの虐待やネグレクトとの関連が多数報告されている。子どもの虐待は通報の義務や支援の拡充など様々な取組みにもからわらず、児童相談所への相談件数は増え続けている。または虐待による死亡は0歳児が約6割と最も多く、若年妊娠、未婚、貧困、DVなど妊娠前からの潜在的なリスクが明らかにされている²⁾。妊産婦がおかれた状況や環境、

妊婦自身のメンタルヘルス、子どもの虐待は密接に関連しており、多面的な情報収集、柔軟で個別的な対応、多職種が協働しての支援が必須であると考えられる。

このような問題に対応するため、健やか親子21（第2次）の基盤課題では、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策を掲げており、各事業間や関連機関間の連携体制の強化を推進している³⁾。平成21年の児童福祉法の改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を特定妊婦と定義し、地域と医療機関との連携の必要性が示された。さらに、平成27年には、妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点として子育て世代包括支援センターの整備が開始され（「まち・ひと・しごと創生基本方針」）、5年後までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指していくとされている。

長野県では、平成29年4月1日現在で、22市町村35箇所が設置されており⁴⁾、1年前の16市町村25箇所から拡大してきている。また、子ども・子育て世代包括ケア推進事業として、長野県看護協会では、松本支部（2市5村）を実施地区として、平成28年度に『子育て支援体制の充実と虐待予防のための連携構築』事業を実施している⁵⁾。

しかしながら、これらの支援を効果的に活用するためには、自治体、保健所・保健センター、助産所や産後ケアセンター、医療機関など多機関連携が欠かせないが、その連携が円滑に行われているとは言えない状況がある。

本研究の目的は、メンタルヘルスの問題を有する、または虐待リスクが高い妊婦等社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援において、自治体、保健所・保健センター、子ども家庭支援センターなど地域の支援機関、医療施設、産

後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることである。

本研究によって、社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援に関する多施設連携・協働の課題が明確化されれば、連携・協働体制の構築を促進し、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策の効果的な運用に貢献することができる。引いては、子育て期の母親のソーシャルサポートを増やし、継続的な支援を展開することができ、母親の自殺、そして子どもへの虐待の減少に寄与する可能性が期待できる。

本報告は、片岡弥恵子分担研究者を主任研究者とする研究の一部であり、首都圏での状況と地方での状況を検討するための調査の一部である。本報告では4例の役割の異なる対象者による調査結果を示した。

B. 研究方法

研究デザインは、面接法による質的記述研究である。調査の対象の条件は以下のようである。

- 1) 妊産婦の継続的な支援に向けて、実際に医療施設と地域との連携・協働を行っている者
- 2) 医療施設と地域との連携・協働に関する十分な情報を持っている者

対象者は便宜的抽出法にて抽出した。本研究のテーマに関して精通する研究者・実践者からの情報を得て、研究対象候補者の所属する施設・機関の管理者に紹介依頼を行い、研究対象候補者の紹介を得たのち、研究対象候補者には研究説明を文書で渡し、研究参加の意思があった場合に、研究者との連絡をとれるようにしてもらった。

インタビューは、候補者の都合のよい日時と場所で行った。インタビューの前に、再度文書および口頭にて、研究の主旨、方法、倫理配慮等について説明を行い、同意が得られたら同意

書に署名を得た。

インタビューは、インタビューガイドに沿って半構成的に実施した。インタビューガイドは、研究対象者の職種、職歴（年数）、主な役割、妊娠期から育児期までの連携・協働の現状、支援の流れ、関連する組織、連携・協働体制、連携・協働に関する現状の課題、改善策、地域の特徴、などで構成した。インタビューは約1時間を予定し、研究対象者の承諾が得て、ICレコーダーで録音を行った。

分析方法は、萱間(2007)の質的データ分析方法を参考にした。インタビューの録音データと研究者の面接記録を情報元とし、記録を熟読し、連携・協働の現状と課題に関する文脈を抽出し、データのコードを作成した。コードの類似性、相違性を検討しながら分類し、抽象度を上げ、カテゴリー化した。コード、サブカテゴリー、カテゴリーの関係性を検討しながら実施した。

本研究は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮した。研究対象者には、研究の意義・目的、研究方法、依頼内容、倫理的配慮等について口頭及び文書で十分説明し、同意を得た。本研究は、片岡弥恵子分担研究者を主任研究とした、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：17-A087）ならびに、信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：3956）。

C. 研究結果

研究対象者は、新生児・NICU病棟看護管理者(A)、小児専門病院保健師(B)、総合病院産科病棟看護管理者(C)、総合病院助産外来看護師(D)の4名である。研究対象者の看護・保健での経験年数は、10-15年1名、20-25年1名、25-30年2名であった。

分析の結果、【地域で構築してきた連携・支

援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】、【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリと各サブカテゴリを抽出した。

今回の報告は、対象者が少なく、サブカテゴリー、カテゴリーの命名や関連性の検討は十分ではない。今後も対象者を増やして継続的に検討するため、今回はインタビュー項目の目的に沿った形での暫定的な結果である。

【 】カテゴリー、[]サブカテゴリー、具体的な語りを例として上げ、“ ”を用いた。ただし、語りの内容は逐語ではなく、意図を変更しない範囲で要約して記述している。

1 【地域で構築してきた連携・支援体制】

調査地域において、必要性により、あるいは地域性に応じて独自に構築してきた、周産期・子育て期に関わる連絡・支援体制があり、これらの体制は、地域の医療構造の特徴から構築されていたり、継続した情報共有、関係者間での有意義な情報交換や検討により、メンタルヘルスや育児の課題が予測される妊産婦や家族の発見、支援、連携を産む重要な役割を持っていた。

1) [医療機関の特性を活かした周産期医療連携体制と共通診療ノートシステム]

調査地域においては、医療機関の特性や、地域内の受診状況等から、医師が中心となり、地域の医療機関の特性を活かした周産期医療連携体制が構築されていた。これは、健診機関と分娩機関の役割分担の体制であり、健診機関は、妊娠の確認や予定日の確定、ローリスク妊婦の健診を担当し、分娩機関は、健診機関で妊娠が確定された妊婦の初期検査を実施し、ハイリスクはそのまま健診も行い、ローリスク、ハイリ

スクの妊婦の分娩を担当するというものである。

これに伴い、サブカルテのような役割として、『共通診療ノート』が作成され、健診機関と分娩機関の情報共有ならびに妊婦自身が記録を持つことで、意識の向上につながる目的をもつことに役立つものであった。

2) [地域の関係多職種の定期的な検討会]

調査地域では、『こどもカンファレンス』が定期的に行われており、該当地域の医療圏の周産期に関与する分娩機関の助産師、MSW、市町村保健師、賛同を得た医師、乳児院保健師などが参加して、学習会や事例検討会を実施していた。情報共有や、具体的な課題に対する方略の生成、各職種の役割理解、顔の見える有機的なネットワークづくりとして、支援連携に活かされている。直接現場での情報・課題を共有でき、さらに課題解決の場でもあり、地域で共通理解やスムーズな連携につながっていた。

また、当該地区の『要保護児童対策地域協議会』では、特定妊婦の会議を行っており、地域から病院、病院から地域の情報交換になっている。

“行っていることは、事例検討や勉強会などがあるが、年間計画を断って月1回の会議をしている。例えば先月サマリーに必要な情報共有のあり方を話し合ったり、サマリーを受け取る側の意見が聞けた (C)”

“他の市町村にも要対協はあるが、現時点で特定妊婦の会議をしているのは当該地区のみ。2-3年前から出席するようになった (C)”

3) [地域独自の妊婦の問診チェックリスト]

前項のカンファレンスの検討から、調査地域独自に課題解決の1つの方略として作成されたものである。調査地域の市町村や分娩機関、診療所において、できるだけ早期に、見守りや支援が必要な妊婦に適切に関わることを目的

とし、誰が問診しても必要な項目について漏れないように、市町村要チェックリスト (母子健康手帳配布時に保健師面談) と、医療機関用 (スタッフがチェックする) の2種類を作成した。6年ほど前より使用している。これは、スクリーニングとして使用し、必要時、医師やMSW、自治体保健師等必要な専門職につなげられるようになっている。

また、どの機関においても、共通した情報として使用でき、それぞれの場で実施と評価をし、『こどもカンファレンス』

で検討して、改訂を重ねている。現場での評価が共有されて改訂されるため、連携に役立っている。

“「こどもカンファレンス」で、できるだけピックアップして関わる必要があるという共通認識で妊産婦に関わることを目的に作成した (B、C、D)”

“様々な項目があるが、実際にはチェックしても拾いきれない部分があり、最近「なにか気になる」という項目を追加してもらった (D)”

4) [EPDSの地域・施設での活用]

今回調査に協力いただいた医療機関では導入を開始しているところと、していないところがあった。分娩する妊婦の基本的な状況が異なっていたためと考えられる。導入している医療機関では、EPDSでのスクリーニング結果は、関連職種にすぐにつなげ、退院後にも早期にフォローアップする体制を構築していた。

今後導入予定の施設においても、EPDSの利用について、より深い連携や、有効な支援への活用を期待しているが、点数を測ることが目的化するという危険についても認識し、施設内での学習会や活用方法の検討をはじめていた。

“EPDSを1年半前から導入している。9点以上のハイリスクは必ずカンファレンスを実施する。また本人同意の上医師、MSW、精神科につなぐ。また母乳外来は1週間以内に来てもらうようにし、早い人では3日後に予約を入れることがある

(C)。”

“新生児科でもハイリスクケース、予後があまりよくないケース、母親に精神的なリスクがあるケースなどにチェックをしてもらって、それを基に現在よりも一歩踏み込んだ面談をスタッフができるようなチャンスとして受け取っている。点数だけを出すのを目的としないように現在産科と新生児科でチームをつくって勉強会などを行っている。点数だけではなく、ツールとして地域でも病院でも少し踏み込んだ関わりにつながらないかなと思っているんですけど。(A)”

5) [ケースカンファレンスにおける連携]

様々な場で、支援が必要な妊産婦のケースカンファレンスが実施され、情報共有や、役割の確認、見通しづくり、課題検討等が行われている。当事者が含まれる退院カンファレンス等では、意思決定の場になることもあり、連携上の必要な役割を果たしている。

“病棟と外来では、外来スタッフやMSWを含めたカンファレンスが実施されたり、特別な支援が必要な人の情報がわかるような記録を特別に作っている (C)”。

“産科外来で特別な支援が必要そうな妊婦さんの情報共有や今後の支援や連携のあり方についてのカンファレンスを週1回実施している。産科医師・看護師、療育支援部保健師、遺伝カウンセラー、新生児科医師・看護師などが集合する (A)”

“月1回の病棟会でハイリスクケースの報告がある (D)”

“出産後の支援は課題だと思っている。主産後は日々変化していくため、その都度カンファレンスで対応している。(C)”

“助産師(師長・外来助産師)とMSWの情報交換を月1回実施 (C)”

6) [記録類や配置による院内連携]

病棟でも外来でも注目が必要な対象者については、「ハイリスク情報ファイル」を作成し、電子カルテ上ででもそのことがすぐに表示できるようにしていた。また、病棟のリーダーノートに特に配慮すべき患者について記載するようにしていた。

また、病棟助産師が外来にも出ており、外来

を受診する妊産婦の状況を把握しやすくなっていた。

7) [研修会による交流]

研修会は、知識の補完、スキルアップの場であるだけでなく、事例を通しての課題解決、顔の見える関係づくりによる連携強化と、相互の役割サポートにつながっていた。

特に子どもが疾患を持つ家族には特別な支援が必要なことが多い。保健師が関わる上で、疾患や治療、その後の経過の知識不足を補完したいニーズがあり、医療機関として、保健師向けの研修会を開催したり、保健師から家族全体のアセスメントや社会資源の活用における視点で研修会を開催し、専門機関や専門職の特色を活かした、相互の知識の補完や、現実的な介入への手段を持つことに貢献していた。

また、個々のケースの検討の中で、専門職間の検討を重ねていく中で、各人のスキルアップが図れていた。さらに、研修会で顔を合わせる中で、関係が作れることで、それぞれの現場に入りやすくなったり、相談や情報交換しやすい場としても活用され、相互支援を得られる安心から、一歩支援を踏み込んでみようというきっかけにもなっていた。

“新生児病棟と療育支援部で県内の保健師研修会を開催した。保健師さんからの聞き取りで、疾患とか、疾患を持った子どもの成長、どんなポイントで医者がフォローするかを聞きたいというニーズがすごくあり、超出生体重児のフォロー、その子たちの発達、心疾患、経管栄養の指導など、ドクターサイド、リハ、看護などを組み合わせて年2回研修会をやっている。今は21トリソミーのお子さんが多く、受け入れが難しかったりするので、医師、カウンセラー、ソーシャルワーカーに入ってもらおう企画をしている (A)”

“一方的に話すだけでなく、情報交換できたり、(市町村保健師に)子どもさんに少し会っていきませんか?といった話しもできるようになる。私としては、ただ連絡がいつているというしくみだけでなく、少し距離が近くなった気がする (A)”

“家族へのアプローチについて研修会の講師を

したり、特にケースで家族のアセスメントのグループワーク等に関わっている。病院ではかなり家族アセスメントのレベルがあがってきた。しかし、それだけに難しいケースが多くなってきたということ。相談が保健師に全部来ても、夜相談にのるとかはできない。スタッフにスキルアップしてもらう必要がある。(B)”

8) [当事者間と多職種間の交流の場づくり]

同じ疾患や状況の子どもと家族が集まれる機会をつくって当事者の情報交換や、多職種が関与する中で、親同士のつながりや様々な職種に支えられることを知る機会になっていた。

“21 トリソミーのお子さんはグループ外来などで、横のつながりができたりするので、保育園に入るまでの間いいのかなと思う。他のお母さんと連絡先を交換したり、先生とかいろんな人に話を聞いたり、遊び方をやったりとか (A)。”

9) [必要な職種とつながるしくみ]

必ず必要な職種に連絡ができるような仕組みをつくっていることが述べられていた。特に病院内で新しい役割や活動を行う場合には、その条件や連絡システムをつくることでつながるようにしていた。

また、病院によっては外来助産師が他職種と早急にかかわるリスクを判断し、必要な職種に即座につながるようにしていた。

また、対象となる妊産婦や家族のみではなく、スタッフへのフォローや相談口としての役割を担う専門家や、院外でも適切な人材を探すなど柔軟に必要な専門職につなげる工夫をしていた。

“行政(保健師)ではずっと自分から関わるケースをみつけて動く体制だったが、病院では要請があつて入る体制だった。院内での自分の役割を果たしていくため、問診のチェックリストが導入されたので、1つでもチェックが入ったら自分呼んでもらうしくみをいれてもらった。また産科のスタッフは詳細に情報を得ているため、チェックリストだけでなく、『気になれば』連絡をしてもらえるように伝えてある (B)”

“10代の妊娠であってもサポートがしっかりさ

れていれば経過を見るが、シングルマザー、父親が不明、妊娠していることを親に伝えていないなどのケースは早急な支援が必要で、その日のうちにMSWと連絡を取る。(D)

“明らかに難しいケースはMSWを通して保健師に連絡を取り、可能な訪問日を提案して早期に訪問してもらうようにする。(C)”

“遺伝カウンセラーには、染色体検査を受けたケースのアシスタントや、結果説明についてもらったり、個々の面談をしてもらったりしている。あとはスタッフが受け入れ困難なケースのお母さんの関わりで困ったりすると相談している。(A)”

“病院には精神科の先生がいないので、精神科を受診したほうがよいときには、病院の近所でよくお母さんの話を聞いてくれる女医さんがいるので、その先生につなげることも多い (A)”

2. 【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】

特別な支援が必要な妊産婦や家族について関わるには、不安が強かったり、精神的な状況に波があり、危険に陥る可能性がある対象者や家族に各職種が信頼されることが重要である。話ができ、役割を理解してもらうことが先決になり、個別の課題に踏み込んでいける。妊産婦や家族への接近や、専門職としての状況の把握、安心できる期間はオーバーラップして支援する体制をつくるなど、連携をしながらも、対象に合わせた柔軟な対応が必要となっており、連携・支援上の様々な配慮や工夫がされていた。

1) [専門職としての目で確認し、つなげる]

産科外来の問診結果や、カルテや他職種からの情報提供は得るが、それだけで支援の方向を判断せず、必ず専門職として自分の目で対象者に向かいあい、確認し、得た情報と総合的に判断するようにし、また、その結果をフィードバックするようにしていた。

“私のこだわりかもしれませんが、情報をうのみにしないで、必ず直接面談するようにしています。(B)” “助産師さんやお医者さんはユニホームを着て医療者の役割をもっているとお母さんに認識されている。私は、私服で話をし、『お医者

さんや看護師さんに聞けていますか？話せていますか』から話します (B)”

2) [支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ]

特別な支援が必要な妊産婦に、他職種の専門職が関わって役割を果たすには、不安や警戒心が強い対象者と近づき、役割を受け入れてもらったり、警戒を解き、信用してもらう必要がある。そのために、連携をとりながら、①関わる他職種・他機関の役割やメリットを説明し、役割を理解したり期待できる地盤をつくっておく、②自分だけが特別なことではなく、誰にも関わる役割として説明する、③対象者が受け入れやすい立場の人が説明する、④徐々に接近する、⑤常に情報を得るようにする、といった方法を取りながら、他職種が対象者に入りやすい方法をとっていた。

“まず、お母さんたちには、全員に保健師さんってどんな人なのか、保健師さんの役割や保健師さんにつながるメリットを説明するようにしていて、病院や市町村の保健師さんと関わることがよいことをわかってもらうようにしている (A)”

“保健師さんと関わりを拒むお母さんもいる。人に入ってほしくないとか。でもちらからもけっこう押します。保育園、小学校、健診や予防接種とかすぐあるかもしれないので顔合わせしましょう。安心材料が増えるかもしれないからって。(A)”

“保健師の産前訪問も昔より多くなっている。保健師による訪問を嫌がる人もいるので、助産外来で必要性理解するように説明をしている。自宅訪問に抵抗がある人は、健診に合わせて病院で保健師と面会することもある (D)”

“「病院には保健師がいて関わらせていただいている」と説明して、自分の役割を受け入れてもらいやすく (B)”

“無理そうな人には、けっこう医者とか、「師長」から言ってもらいます。”

“精神の人はコミュニケーションは難しい。波がある。気持ちが落ち着かない。1回では関係がつかれない。少しずつ関係が保てて、やっと育児に目を向けていく。それでも精神の周期を知って介入していくことが必要。(B)”

3) [支援が必要な家族に誰かが関わっているしくみをつくる]

病院から地域への移行は、情報を送れば十分にフォローできるとは限らない。対象によっては状況が悪化する危険性もある。状況の把握や支援の継続が適切にされているかを判断したり、必要に応じて医療機関でフォローできるような、オーバーラップした体制を整えることも必要であり、そのためには、医療機関が定期的に介入できるしくみをケースに合わせてつくることもあった。

“ケースによっては、このまま市町村に帰っただけでは大丈夫かなと思われるケース、上のお子さんから入るのを拒否しているケースもある。でもどこかに絶対つながっている必要がある。市町村では保健師が毎日訪問できるわけではないので。状況がわかってフォローできるように、病院の外来に来るしくみを作っておく。予防接種は他の病院でもできるんだけど、この病院に通うように計画してもらい、その際に病院の保健師に面談してもらって、家族の状況を判断できる仕組みを帰る前に作っておく (A)”

“治療を自己判断で中止したお母さんは、家族とも相談し、赤ちゃんは病院に継続してかかるように新生児科の医師と連携して体制を整え、市町村にもフォローを依頼した (B)”

4) [支援者の役割をスムーズに移行できるようにする]

特別な配慮が必要な妊産婦や家族は、入院から地域に支援を移行していく準備として、入院時から地域の保健師が関わられるようにしたり、施設と外の施設の連絡・連携体制をつくったり、状況によってはオーバーラップして支援の役割をとり、どの役割の施設、職種が重点的に関わることが適切なのかを、対象者の経過にしたがって検討し、個別に対応していた。その上で、次第に地域での支援の役割を移行していけるようにしていた。

また、施設等を利用する体験や説明を受けることで安心材料にすることもあった。施設を利

用する抵抗感を少なくして資源を活用しやすい基盤をつくっていた。

“産科がずっと関わるわけではない。精神科であっても、お母さんを診るのは、自宅から近いところ。お母さんが地域に戻った時にどうフォローするかをどうつくっていくかが役割。病院にかかっている間に、目にみえるチーム、みえないチームが受け入れてもらえるか、また、地域につなげていけるようなくみができたが大切 (B)”

“ハイリスクのケースだと、大丈夫になったら地域にゆだねていくのだが、ちょっと大変かもしれないが、重なるところを作っておく。お母さんの性格とかも知っている (病院の) 保健師が関わる場も重ねておいて、徐々に向こうにいきましょうって感じで最近やっている。病院の医師は、全部背負い込んだら・・・と言うけれど、このケースは必要なんですと交渉みたいにする感じ。(A)”

“乳児院はMSWが連絡をとってくれるが、妊娠中から共有しておくこともある。このような場所があることで安心を得ることもある (D)”

“育児の手技を学んだり、子どもと触れ合う機会として妊娠中に体験に行くこともあるが、乳児院に抵抗を感じる人もいるので、いろいろなパターンで対応している。気軽に見学に来てもらえるようにチラシを配ったりしている (C)”

3. 【連携・支援の課題】

1) [自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い]

自治体や組織・機関の違いによって、支援体制が異なっている場合があり、必ずしも検討したような方向で支援がされない場合もあったり、利用したい支援が異なったりする場合があった。また精神科疾患の妊婦が受診している開業医、医師の考え方も様々であり、医療機関の考えにより個々の対応を検討する必要があった。また、大きな組織になるといわゆる「縦割り」によって、対象者を総合的に支援するというよりも担当部署ごとへ連絡が必要となるという弊害も語られた。

また、実績をつみあげてケアの方策を発展させるには、ケースの振り返りを他部門と行うことが必要であるが、専門の科で行っていることを他科に容易には依頼できないことが述べら

れていた。また、病院医と開業医の連携を提案するなどは難しいと考えていた。

“地域の病院でも受診してもらってもマンパワーがほんとうにいろいろなので、小児外科、新生児のフォローで受診しましたって言ってもほぼ看護師も関わらない病院も実際にあって拾い上げられないこともある。そういう時には、ハイリスクケースは医師にお願いして予防接種だけ関わるとか (A)”

“精神疾患の妊婦が受診している開業医の先生の考えも様々で、そのまま継続して診てくれるところもあれば、他院への受診を促される場合もある。病院内での異なる科同士の連携もうまくとは限らない (D)”

“組織が大きくなると担当で分かれている。同じ職種で仲間であるが、組織の中では、担当が違っていると、「そのことは〇〇課だから」と言われる。そうなら中でつなげてくれれば良いと思ってしまふ (B)”

病院の精神科医とかかりつけの精神科医の連携がもっとあるとよいと思うが、内服状況の情報共有のみにとどまってしまっている (D)。

精神科の患者が産科に入院する場合は、精神科医とのカンファレンスを頻繁に実施する。ケースに合わせて行っている。本当は振り返りを行いたい気持ちはあるが、精神科医を巻き込んで行うことはなかなか難しい (C)。

2) [必要な時期に必要な資源や人材の不足]

支援をよりよくしていくためには、さらに必要な人材があるのだが、マンパワーを十分満たすのは容易でないことが挙げられた。地域に帰って支援を得ながらも自立して子育てをしていくためには、時間と人材を投入して準備する時間も必要である。しかし、経済的な面からマンパワーが削減される傾向もある。本当に必要な時期に必要な人材を投入することに診療報酬などでのカバーがされないことが課題であると語られた。

“本当は心理カウンセラーさんに入ってもらいたいんだけど、なかなかそこが難しい。けっこう入院日数が経過しているお母さんが、特にターミナルの患者さんやお母さんのメンタルが落ちているときに、人間関係をつくって入っていくのが難しいと思っている。保健師さんもじっくり話を聞いてくれる人としてはいるんだけど、そこはな

んでも看護師と保健師ができるわけではない。「診立て」をしてくれる人が必要だと思う (A) ”

“いろいろな病院との関わりを持つ中で、マンパワーが変化していく。以前はお任せできたものが、今はお願いできないとか。小児科も混合病棟になったりとか、その辺の難しさもわかるけど、社会として時間をかけるとき、手間をかけるときにはかけましょうといったことが必要なのでは。ひとりの人材が入ったら一気に変わることもあるじゃないですか。診療報酬のくくりとか、難しいなと思う (A) ”

“産後うつの人が増えてきた。これをしましょう。助成金出しますはよはいいいんだけど、産科だけではない。赤ちゃんを育てていかなきゃならないし、その子が病気になったらそこだって手当が必要。そういう手当を国がつくると必然的に充実した連携の仕組みができるのではないかと思います。人の努力で連携していくことも大事だけど、その努力以外のところで、手当があって仕組みがあれば。人はいないとか時間は割けませんってなっちゃうとそこにある大事な命や、お母さんも苦しくなる。苦しんだり辛い思いだけで育てていくのはきつと思う。(A) ”

“連携するところの部署のマンパワーやうまくつなぐ専門の人がもう少しいてくれるといいと思います。人がいないことには始まらない (A) ”

3) [決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性]

チェックリストや尺度の使用は、もともとは支援が必要な対象を早期に発見し、適切な判断のもとに連携・支援を開始できるようにするためのものであるが、それがシステム化されて、義務化されたとき、決められた手順を踏むことや数値を把握すること自体が目的となり、その行為自体に含まれる危険性が認識されなかったり、目的を見失う可能性を懸念していた。また繰り返し同じ尺度を使用することで、数値の信頼性にも疑問が生じることを危惧していた。

“もともとお子さんに問題があって、入院してくる妊産婦が、EPDS が高いのは当然。繰り返し実施するのはどうなんだろう。数週間のうちに複数回測定している病院があるが、妊娠中からつらい思いをしてようやくお産に至った家族に関わっているスタッフからみて、EPDS でもないだろうと思う気持ちもある (B) ”

“数値が低くても高くても、その先の家族の支援をどう行うかにつながっていない。誰がどう担うのか。精神科の診立ての必要性は数字で判断するのか? (B) ”

“妊婦健診は、2ヶ月先とかに結果が来る。今更こんな結果が来ても遅い。ということはないのか。データを取るだけになる危険をはらんでいるのではないかと心配。(B) ”

“産婦健診は2週間と1週間でEPDS を行い、助成券と一緒に結果を出す必要がある。病院では産後の入院中にチェックをしていて、市町村でも2ヶ月と4ヶ月で行っている。母の負担が懸念される。チェックだけでなく、サポート体制を地域で考えていかないと (D) ”

4) [資源の活用しにくさ]

産後のケアを継続し、出産後の負担を軽減しながら、子育ての自信をつけたり、そのスキルを養っていく「産後ケア」は、制度として提示されていても、種々の条件が必要であり、また経済的な面も関与して資源が活用しにくい現状にあった。

産後助産師が関わる時間には限界があり、その後は有効に資源を活用できることが必要だと考えるが、それが容易には進まない課題を語っていた。

“分娩後の5日間で本人に必要な性を理解してもらうことが難しい。その後産後ケアが活用できるとよいのだが (課題がある) (D) ”

“お母さんが自分で調べて手続きをしてもらおう。自分でできない人はMSW に入ってもらい進める。産後ケアを行う機関に限られるので、空き状況をみながらとなる。またメンタル面も含めて合併症があると受け入れが難しいケースがある (D) ”

“また整備が進んでおらず、一定地域に限られ、他地域では使えない。また調査地域においても、有床の助産院はなく、医療機関の実施も少なく、分娩数に対する活用には限界がある。さらに1泊2-3 万円の自己負担となり、家族に簡単に活用を進められない状況にある。制度の使えない自治体は、産後訪問に頼るしかなく、保健師にゆだねることになる (C) ”

5) [他職種・機関との情報理解と活用の課題]

退院時の情報が地域で活用するには、相互に理解できる情報である必要がある。また連携先の役割を認識している必要がある。

活用できる情報、情報提供の内容や目的を明確にしていかなど、それぞれの機関で実施してきた経過が活きないことになる。

また、緊急性や重要性が高いと判断して情報提供しても、連携先ではそのように受け取られず、方向性の認識にギャップがあることも課題となっていた。さらに情報提供しても、それが使われるのに時間を要し、その間に対象者を取りまく状況は変化しているという、タイムラグがあり、タイムリーに効果的に情報を活用する上で課題であると述べられた。

“病棟から地域に送られる退院時記録は、看護サマリーが用いられるが、略語や業界語が使われていて、地域では読めない。また身体状況や疾病の経過が主体である。地域で何をしてほしいのかは記載されていない。地域に渡すのが遅くなってしまうが、自分で必要な箇所を読むように翻訳して書き直し、プラスここをみてくださいというのを加えて送っている (B)”

“ここが危険とかりスクのとらえ方の温度差があつて難しいなと思うことがある。それなりにリスクをお伝えしたんだけど、あっさり転院になってしまい、実はお母さんが大変だったとか。逆もあると思う。うちがスルーしちゃったりとか、そのへんの情報共有って難しいなと思って。(A)”

6) [支援者につながらない困難なケース]

地域の保健師につながらないことで、サポートがなかなか受けられない家族もある。また、精神疾患で、受診が難しいケース、家族背景が複雑なケースなど、支援者につながらない事例への対応に苦慮していることが語られていた。

“保健師につなげられないケースの対応が課題。現時点では病院で対応している。医学的な問題がなくても小児科受診を継続してもらうなど、なんらかのサポートが続けられるようにして、その間に地域のサポート、受診行動がとれるように検討していく (C)”

“精神疾患の妊産婦で、病気があると思っていない人を病院にいかせるのは本当にたいへん。病気だとは思っていないわけだから。精神科や診療内科の受診は、敷居が高い。家族にアプローチするなど周囲にわかってもらうことも必要。家族から聞くととにかくあつたら行っていたという (B)”

7) [支援者個々人の感性や経験の問題]

特別な見守りや支援が必要ではないかとキヤッチするのは、問診チェックリストなど連携し共通化できるツールがあつたとしても、結局個人の感性や経験の問題になることもある。それらのことも加味して、他職種の目で見たり、経験したケースのアセスメントを共有していく必要がある。

また、メンタルヘルスの問題を持つ家族に深く入っていくことへのスタッフの苦手感などもあげられ、取り組みを始める検討をしていることも語られていた。

“(気になる人をピックアップする) その辺は感性でもあるじゃないですか。優秀でもそのあたりが苦手な人もいる。だからチェックリストは必要なんだけれども。(B)”

“自分は今まで地域で精神科をみていたので、判断できることもある。服薬終了(治療終了)と情報収集されていた患者が実は服薬中断だった。退院後の仕組みを急遽つくったが、経験していないと難しいこともある (B)”

“お母さんへの一歩踏み込んだ面談ってスタッフはしたいんだけど、苦手というか、ちょっと躊躇してしまうこともある (A)”

8) [地域性に関わる課題]

近隣とのつながりが強く、個人の情報が拡散しやすい地方であることが、連携や支援を活用しにくいという課題が挙げられた。

“『田舎なので』、〇〇市役所とか書いてある車を(家の前に)とめられるのは困るというんですね。何があつたの?って。頻繁に来れば何なのって。本当は助けてほしんだけど困る。(A)”

“長男の嫁で、何かと家に人が集まってくる。まだ気持ちの折り合いがつかないのに、周りからあれをやっておけばいいとか勧められて、そんなところだからなおさら不安がある (A)”

“地域の役場の窓口に行けば、何々さんの孫だわと一気にうわさが広まってしまうし、窓口なんか知っている人だらけで行けない。手帳なんて、この子の結婚に関わることだからそんなのいけないうって (A)”

“上の子どもを保育園に送りに行くのに、障害

のある子どもをつれていけない。都会でもそうだがかもしれないけど、田舎はなおさら周囲の目が気になる。発信しづらいっていうのがあるかもしれない (A)”

“でもお母さんたちは強くなっていくんですね。子どものために強くなっていきます。ここは整えた方がいいとか、自分の中で落ちたとか、地域で見守ってもらわないと逆に困るといのがわかったらすごくアクティブに動かれるんだけど、退院した直後、子どもをどう守ったらいいんだろうって (A)”

D. 考察

本報告では、暫定的に、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリーと各サブカテゴリーを抽出してきた。

1. 地域の現状から作り上げられる連携・支援体制

今回のひとつのカテゴリーである、【地域で構築してきた連携・支援体制】は、調査地域の特性、医療体制、現場から出された課題から創生されたものである。本地域では、総合母子周産期センター、ならびに地域周産期センターはじめ診療所との医療連携の上で、分娩施設、健診施設、あるいは特別な支援が必要な妊産婦の施設などの体制を整えてきた。多職連携も、地域の実情を踏まえたこの基盤の上で検討する必要がある。特に今回の結果の中で、[地域の関係多職種の定期的な検討会] (「こどもかんふぁ」) (要対協での特定妊婦の検討) などは、周産期や育児に関わる関係職種による有機的な連携で、情報交換や、現実的な課題解決方略を創生する場になっており、しかも地域全体での活用が可能な提案をもたらしていた。ここから作成された[地域独自の妊婦の問診チェックリスト]は、現場で活用され、検討会で評価され、必要な支援対象に有効に活用できるように柔

軟に変更されて地域全体に発信されている。

一方で、【連携・支援上の課題】で抽出された[決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性]では、特に今回は、EPDSの実施が取り上げられたが、対象の状況の選択、実施による負担、その後の介入方法などの課題が多く示されていた。こちらは提示されたシステムを、どう地域や施設、支援対象者の実情に密着させていくか、どう有効に活用するかが後付で検討されるものである。しかし、いずれも地域で検討する基盤があるため、有効性や危険性も共有し、対象と現実に見合った支援のツールとして地域で活かせるかを検討していけるものと考えられる。

福澤・鄭⁷⁾が、産科医療機関の助産師に行政保健師との連携について調査したところ、今後の連携において必要な取り組みで最も多く期待されたのは、「行政保健師との会議や交流の場が必要」であったが、今回の結果にも、顔の見える関係づくりの中で、地域に見合った情報交換や具体的な連携が進んでいることが示されていた。

2. 柔軟な支援体制の必要性

メンタルヘルスの課題や育児の困難感が予想される妊産婦においては、どこかに支援の手をつなげておくことが必要である。しかし、[支援につながらない困難なケース]にも対応しなければならない。今回、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】において、[支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ]が抽出された。黒川・入江⁵⁾は、特定妊婦に対する保健師の支援として《妊婦とのつながりづくり》《閉ざされないサポートづくり》を挙げているが、今回の結果でも、メンタルヘルス上の特別な支援が必要な妊産婦への、配慮ある介入方法や次第に必要な職種が入ってい

けるようなアプローチを行っていることが示された。また、[支援が必要な家族に誰かが関わっているしくみをつくる]では、支援がオーバーラップする時期があっても、家族がどこかでは支援につながっているしくみを個々に柔軟につくっていた。これには、診療を継続する医師や、地域の病院、地域の保健師等が状況を共有し方向性を理解していることが必要であり、施設全体、地域全体の理解や共有により、個々の柔軟な支援体制がえられるものと考えられる。

今回、連携・支援上の課題として、[自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い]が抽出され、その中でも組織の「縦割り」の対応の弊害も示されていた。ひとつの家族にとって有効な支援が行われるためには、全体を俯瞰しながら、誰かが横断的に関わる必要もある。現在の連携支援においては、その役割の認識の上で動く職種がいなければ、ひとつの家族の支援が「切れ目ない支援を」継続して受けるものにはならない。資源の柔軟な活用、状況を俯瞰できる職種の活動の検討、診療報酬の検討など、部署・診療科・施設や地域を越えた「柔軟」な支援をつくるための検討を行っていく必要がある。

3. 支援者の資質向上のとりくみ

今回、[支援者個々人の感性や経験の違い]が課題として挙げられていたが、支援・連携の能力向上のために、また、特別な配慮を要する対象者のケアや支援のスキルの向上のために、研修会の開催、検討会の開催などが有効な手段として挙げられていた。

個々の事例は複雑であり、マニュアルでは対応できないものである。どの検討においても、事例検討を主体に活用しているように、ケースを分析する経験、多職種とともに支援方法をつ

くっていく経験を積み重ねる機会が必要である。多職種がかかわる検討会は、視点の異なる考えを持つことができ、相互の役割理解も進むことになる。

E. 結論

メンタルヘルスや育児期の問題を持つ妊産婦の連携・支援においては、地域背景を含んだ【地域で構築してきた連携・支援体制】、支援対象者の特性に配慮した【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】、【支援・連携上の課題】が挙げられた。対象者を連携して支援していくには、地域に見合った連携方法を関係者が模索し、実践評価して、地域全体に有効なシステムをつくること、資源や人材の柔軟な活用、支援者の資質の向上をはかることが重要である。

【引用文献】

- 1) 日本周産期メンタルヘルス学会(2017). 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html (2017. 12. 1 アクセス)
- 2) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 (2016) .子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第13次報告) .
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329.html> (2017. 12. 1 アクセス)
- 3) 厚生労働省. 健やか親子 21 (第2次)「健やか親子 21」の基盤課題・重点課題と目標.
<http://sukoyaka21.jp/about> (2017. 12. 1 アクセス)
- 4) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センターの実施状況.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139067.html> (2017. 12. 1 アクセス)

5) 日本看護協会健康政策部保健師課 (2017) . 看護がつなぐ地域包括ケアの女神 平成 28 年度子どもと子育て世代を対象にした地域包括ケア推進 子どもと子育て世代包括ケア推進のためのモデル事業報告書. 日本看護協会.

6) 萱間真美 (2007) . 質的研究実践ノートー研究プロセスを進める clue とポイント. 医学書院.

7) 福澤雪子、鄭香苗 (2016) . 周産期の継続的支援と連携の現状に関する医療機関助産師の認識. 第 46 回日本看護学会論文集;ヘルスプロモーション,184-187.

8) 黒川恵子, 入江安子 (2017) . 特定妊婦に対する保健師の支援プロセスー妊娠から子育てへの継続したかかわりー, 日本看護科学学会, 37, p. 114-122.