

メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築

研究分担者 片岡 弥恵子（聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学）

研究協力者 柳村 直子（日本赤十字医療センター助産師）

研究要旨

本研究は、メンタルヘルスの問題等社会的ハイリスク妊産婦と家族への支援において、①地域の医療施設、自治体、産後ケア施設等との連携・協働の現状と課題を明らかにし、②その課題を解決するために医療施設内での改善を実装することを目的とした研究を実施した。①では、7名の助産師に半構成的インタビューを行った結果、【支援体制の課題】【連携の課題】【支援者の課題】の3つのコアカテゴリと10のカテゴリが抽出された。中でも「情報共有」は連携支援の鍵となっていた。②は、A周産期センターにおいて、社会的ハイリスク妊産婦のスクリーニングシステムを改善し、評価を行う実装研究であった。スクリーニングツールの項目の再検討、ツールのタブレット化、判定プロトコルの作成等を導入とし、評価は、組織的アウトカム、実装アウトカムを測定した。実装戦略は4点を計画した。その結果、「育児支援シート」の記入もれはほとんどなくなり、スクリーニング判定プロトコルどおりに判定できた割合が高くなった。タブレット式を使用した妊産婦のスクリーニング実績は、毎月の検討委員会に報告することができた。改善したスクリーニングシステムはWifi環境を整備して継続することが期待される。

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。東京都では、平成 28 年 4 月時点で、28 区市町村にて 102 か所設置された。また、出産後に育児支援が必要な場合には、産後ケアを受けることが可能となり、宿泊やサービスも展開されている。

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、医療機関内、そして地域の自治体、保健所・保健センター、助産所や産後ケアセンター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。

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）と家族への支援体制の構築に向けて、本研究の目的は 2 点とした。研究 1 の目的は、医療機関、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。これらの課題から、妊婦への継続的な支援において鍵となる「情報共有」を強化した取り組みについて検討した。研究 2 の目的は、医療機関内の情報共有を強化した社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステムを A 周産期センターにて実装し、その評価を行った。

【研究 1】

B. 研究方法

研究デザインは、インタビューによる質的記述研究である。対象は、医療施設、自治体、産後ケア事業に関わる助産師とした。

- 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。医療者は、特定妊婦等の支援や連携に関する文献や報告書を検索、または特定妊婦等の支援や連携をテーマとしている研究者・実践者から紹介してもらった。

研究対象候補者には、研究の趣旨と研究者のメールアドレスを伝え、候補者から参加の意思があれば、研究者に連絡してもらった。インタビューは、候補者の都合のよい場所（個室）を指定してもらい、研究者または共同研究者が出向いた。インタビューの前に、再度文書および口頭にて研究説明を行い、同意が得られたら同意書に署名してもらった。

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、研究対象者の地域の特性、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、改善策などで構成した。インタビューは 1 時間程度を予定し、研究対象者の承諾が得られたら、IC レコーダーにて録音を行った。連携・協働体制を示す資料など提供可能なものを持参してもらった。

解析方法は、萱間(2007)の質的データ分析方法を参考にし⁴⁾、分析を行った。まず、インタビューの録音データから逐語録を作成し、次に、逐語録を熟読し、連携・協働に関する現状と課題に関する要素や内容を抽出、データのコードを作成した。そして、類似性、相違性を検討し

ながら分類し、抽象度を上げ、カテゴリー化する。カテゴリー間の関係性を分析し、連携・協働に関する課題を明らかにし、その対応について示唆を得た。

分析は、2名以上でメンバーチェックを行い、確実性を確保した。個別に構造化した体験を該当する研究対象者に返し、体験の捉え方に差異がないか確認を依頼し、真実性の確保に努めた。また、インタビューの実施に先立って、プレインタビューを実施し、効果的なインタビュー方法や内容についてのフィードバックから、インタビューガイドの修正を行った。

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する。研究対象者には、研究の目的と方法、依頼内容、以下の倫理的配慮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、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号：17-A087）。

C. 研究結果

研究対象者は、7名の助産師であった。研究対象者の年齢は、30歳代2名、50歳代2名、60歳代1名、40歳代2名であった。精神科クリニックで勤務している助産師1名（A氏）、産後ケア事業に関わる助産師2名（B氏、E氏）、自治体で母子保健に従事している助産師2名（C氏、D氏）、助産所で妊娠期・分娩期の支援を行っている（F氏）、自宅分娩・新生児訪問を行っている（G氏）であった。

分析の結果、【支援体制の課題】、【連携の課題】、【支援者の課題】の3つのコアカテゴリ、10のカテゴリを抽出した。研究対象者である助産師の語りは「」を用いて斜体で示した。また研究者が文脈から確認し、語りがわかりやすいように補足したところは（）で示した。

1. 支援体制の課題

1) [自治体による支援の差]

母子保健事業、妊娠・出産包括支援事業等は、区市町村によって、支援の柱は同じであっても実際のサービスに大きな差がある現状が示された。その差異は、「不公平」と語られ、自治体に限定されない開かれた支援の場の必要性が強調された。また、自治体によってハイリスクへの対応の可否、迅速性も大きく異なっている様子が示された。

「不公平感というか、区民なら安い値段で使えるけど、区民じゃないと自費になっちゃうのでなかなか（利用できない）。みんなに開かれている場ってというのがあったらいいと思う」（C）

「（産後ケア入院について）A区は自己負担1日1万円7日まで、初産、経産どちらでも。B区は自己負担は3割だったかな。C区は初産に限りかつ3日までに限定されている」（E）

「地域によってまちまちです。特定妊婦さんとか虐待リスクがありそうな方に要対協（要保護児童対策地域協議会）を立ちあげてほしいと言ったときに、“それは必要ないと思います”と、会ってもいないのに。すぐに動いてくれて、様々な人を集めてくれるところもあります」（A）

2) [必要な人への必要な情報・支援・周知の不足]

地域の中で、妊産婦のリスクや状況にあった利用できる支援、それに関する情報提供が十分ではないこと[必要な人への必要な情報・支援の不足]が語られた。具体的には、ハイリスクでなくても利用できる支援の場の不足が指摘された。一方、うつ病などのメンタルヘルスの問題を抱えている場合は、逆に支援の場を利用してきていないという課題も示された。自治体の支援やサービスが周知されておらず、必要な人

が必要なものを活用しにくい状態にあることが語られた。

「(ハイリスクに) ひっかからなくても、不安な人って結構いる。だけど、区がやっている産後ケアとか受けることができない。そういう集えるところ、行けるところとかがあるといいんだろうな」(C)

「子育て広場を勧めたとしても、行くパワーがないんだと思うんですよ。そこがすごく、どうしたらいいんですかね。一人じゃ出れないんですよ」(D)

「(自治体のサービスが) いろいろあり過ぎてよくわからないと思います。“結局私は、だれを頼ったらいいのですか？” って言われます。わかりにくいんですよ。もっと図式化するなり、こんなことで困ったらこっちに行つてとか。人としゃべるのは嫌だな、出掛けるのは億劫だな、ということだったら〇〇へ、とかやってくれたらいい」(D)

3) [助産師の支援期間が限定されていること]

子ども家庭センターなどにおける支援では、助産師の訪問の目安は6か月となっており、その後は保育士、場合によっては臨床心理士の支援に移行する。しかし、生後6か月は離乳食の開始など新しい育児の局面を迎える。切れ目ない支援という視点では、助産師が期限を限定せずに支援を継続できることへの要望が語られた。

「期間が6か月って決まっているんですよ。関係性が作られるようになって、心を開いてくれたなってタイミングで終わってしまったりとか。もう少し見守りたいなって感じることもある」(C)

「ぷつって切れちゃう感じが。期間っていうのが決まっているので。もうちょっと長い目でサポートできたらいいな」(C)

3. 連携の課題

1) [多機関連携の不均衡]

メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦への支援は、保健センター、子ども家庭支援センター、病院、精神科クリニックの有機的な連携は必須である。しかし、それらがつながっていなかったり、一方通行であったり、十分に生かされていない現状が語られた。連携において、お互いに垣根を低くすることに努めること、顔の見える関係を構築していくことが重要であることも語られていた。

特に、病院やクリニックから保健センターなどに情報提供したりするが、逆に保健センターからの情報提供やフィードバックが少ないことが指摘された。また、病院から精神科クリニックへの紹介も少ないことが示された。

「(精神科クリニックに) 保健センターなどから紹介はないです。院長も本来は地域からくるケールがあってもいいと思うんだけど、残念ながらないねって。こちらから保健師さんに連絡とったりするのですが」(A)

「産後うつ病の方。医療機関からくるケースって少なく、ご自分で(クリニックを) 見つけてくる人の方が多いんですよ。よく話を聴くと、妊娠中から症状が出てたりとかあるので」(A)

「(保健センターに紹介したケースについて) その人がどういう介入を受けてどういう予後をとっているのかは全然わからなくて。もうちょっと垣根を低くしてもらえたらいいな」(A)

「病院が主体となって事例検討会を1か月、2か月に1回やっているんです。でも、保健師さんの参加が少ないのが残念です。夜にやっているからかもしれませんが」(D)

「もっとなんかね。一堂に会してできたらいいな」

いの。悪口的な聞こえ方になってくるんですよ。あそこでミルク足されたとか、そのせいで母乳が出なくなったとか。実はあの時本当の疲れていたってわかれば、誤解も解ける」(D)

「保健所とは紙のやり取りはするけど、あんまり顔は見えなよね。顔が見えるようで見えないよね」(E)

2) [支援の必要性や緊急度の認識の違い]

支援機関や支援者によって、ケースの緊急度の認識が異なり、「あまり伝わらない」「状況に応じて対応してほしい」との要望が出され、それぞれの支援機関のやり方やペースを超えて、適切に対応することの難しさが指摘された。また、各職種によって、視点の違い、支援の必要性の査定が異なることが語られた。しかし、助産師と保健師の間に基本的な信頼関係があると、認識の違いも埋めることができることが示されていた。

「こっちがすぐにでもっていう感じで提案しても、2週間、3週間先になってしまった。状況に応じて対応してほしい」(A)

「保健師さんの印象と実際にここにきた時が違う場合がある。意外と保健師さんが言うほどじゃないって方が多かったです。やっぱりその辺で、保健師さんと助産師が見る目はちょっと違うかなと感じる」(B)

「精神疾患の方とかすごく手がかかるだろうって思いがちだけど、そうじゃない人の方が大変だったりするので、普通の人の方がよっぽど大変とかっていう場合もある。その辺りの(事務方との)認識の違いは、なんか大変」(B)

「こちらが(産後ケアセンターに)来てっていうと、やはり保健師も来ないといけないだろうなみたいに(思うだろう)。そう。どうて

もいいことと呼んだりしないよねみたいな感覚っていうか、そのあたりのすり合わせはできてるんだと思う」(B)

「訪問に行くと、EPDSが高かったり、誰かになにも聞けないみたいな人もいたり、妊婦面接での評価がいまいちなのかなって思うことが最近続いていた」(G)

「(産後ケアについて)『休めればいい』って言われるんだけど、でも違うんだよなって。休んで元気になってお家に帰ることはできても、結局家に帰ってどうやって子育てするので、わからない人が多いなって」(G)

「(助産院では)私があなたの担当ですって形で、携帯電話の番号も教えるんです。妊娠中から、お産のときも携帯に電話かかってくるし、産後も、1か月健診までの間も、『臍がとれました』『うんちがでません』『おっぱいが張って痛いです』とか。何かあると連絡があります。困ったことがあったら、いつでも連絡してって。お守り置いておくみたいな気持ちでって毎回言うんです」(G)

小さい子は(低出生体重児)、おっぱいのこととかもお母さんが相談したかったりするから助産師が行くんだけど、その後のフォローは保健師さんの方が強いので、一緒に行くってこともあります」(F)

3) [複雑なケースの連携の困難性]

メンタルヘルスの問題や虐待リスクの高い母親、家族は、複雑な背景を持っていることが少なくない。住民票はA区にあるが、住居はB市である、母親も家族もメンタルヘルスの問題を抱えているなど対応や連携が難しいケースがあることが示された。

「住民票は何区にあるけど、移住地はこっぺ時は、本当だったら移住地の方が対応した方がいいと思いますが、住民票がないと動け

ませんということも実際はあります」(A)

「周りの人からもうらう情報と本人から聞くことが違ったりする。うつ症状で会話が全然出てこなかったりすると本人からの情報はないから、家族から聞かないといけないこともあって」(A)

「家族絡みで病んでいる人が多い印象です。両親とか、家族とかもうつだったり。要するにキーパーソン、支援者がいない」(B)

「住所不定の方がいて、どれも嘘だっということがわかったんですね。連携機関から情報があったのですが、彼女の話が本当に嘘なのか、どれを信じていいかわからなくなったんですよ」(E)

4) [縦割りという障壁]

同じ自治体の中でも、担当する課が異なると、支援が切れてしまう、継続していない現状もあることが指摘された。特に産後ケアは、有料であることもあり、必要な人が利用するというより、利用したい人がするシステムとなっており、コーディネータを中心とした支援との連携が薄いことが課題であると語られた。

「産後ケアは、これがちょっとぶち切れで。産後ケアは、あくまでもママが行きたいですと言う必要があります。これは、A課という所なんですけど、そこは保健師さんが窓口ではないのです」(D)

「特にメンタルヘルスの問題があるお母さんは特にそうだと思うのですが、(産後ケア)施設だけではどうしようもなく、上の子をケアしてくれる所も必要だったりとか(略)全部それが連携していないから、全部違う方向から行かなくちゃならない。そういう意味では大変。その辺り、コーディネータしてくれる人がいればいいと思うのだけど」(B)

4. 支援者の課題

1) [切れ目のない支援の理想と現実のギャップ]

コーディネータ役の相談員は、ハイリスクのスクリーニングから継続的な支援を中心的に行う役割を担っている。しかし、実際は、母子手帳配布時の相談等に時間をかけられず、マニュアルありきのルーティンワークになってしまっているという現実が示された。一人の妊婦を継続的に支援することが難しく、助産師によってはやりがいを見いだせず、離職する人も少なくないことが語られた。

「思い描いていたのと違うっていう人も結構多いみたいです。時間かけてしっかりお話ししたいのですが、マニュアルありきみたいな感じになってしまって」(C)

「深く切り込んでいくみたいなのができず、助産師としてやりがいとか、感じられないなど。デスクワークという感じがあるので。でも責任だけ重い」(C)

「一人の助産師が理想としては妊娠中から関わるのをやりたい人多いんだと思います。だけど、まだ分断されているので。なかなか全部がうまくいって難しい」(C)

「意外と離職率が高い。前任の人は1年で辞めてしまった。多分、やりがいが本能的に感じられずに」(C)

2) [支援者が巻き込まれる可能性]

メンタルヘルスの問題を持った妊婦への支援は、容易ではなく、距離を保つことが難しかったり、巻き込まれることもあることが示された。「ちょっとしんどいなと感じる」「疲弊してしまう」ことがあると語られた。

「統合失調症の方とか、リストカットしちゃうとか。こっちも揺さぶられる感じはすごくありますね。(略)対象のママさんとの距離

感みたいなのが難しいし、同調しすぎちゃう
というか」(C)

「巻き込まれちゃったりすることがある。ち
よっと自分の中ではしんどいなって感じる
ことも」(C)

「一人勤務だから、どうしても手がかかっ
たり、こだわりが強くて、1回行くと(訪室す
ると)なかなか帰ってこれなかったりちよ
っと難しい」(B)

「やっぱりすごくエネルギー取られちゃう
から、(スタッフが)疲弊しちゃうの。本当に
いろんな人がいるから。大きな声を出したり
する人もいて、そうすると他の部屋にも聞こ
えちゃう。途中で薬を飲んでることがわか
ったり」(E)

「操作されちゃうときも。こっちが振り回さ
れて。名指してあの助産師はいい、この助産
師はだめとか言ってくるから、チームワーク
が悪くなっちゃうの」(E)

3) [支援者である助産師のメンタルヘルスに 関する知識・技術の不足]

助産師は、妊娠・分娩・産褥期の女性と家族
の支援の専門家であるが、メンタルヘルスの問
題や対応に関しての知識や技術は十分とは言
えないことが指摘された。

「精神科の知識は、やはり精神科の看護師さ
んと比べるとかなり劣っている部分があり
ます。周産期のメンタルヘルスの問題はうつ
病だけでないことも知らなきゃいけない。強
迫障害の方もいて、赤ちゃんを落としそうな
んですって本当に強迫的に怖くなっちゃう
人もいますし」(A)

「エジンバラをやるようになったけど、スク
リーニングして終わりという所も結構多い
ので。点数が高い人は、看護師、助産師が30
分でも話を聴くとかだけでも違うと思うの

です」(A)

「助産師って、精神的な病を抱えたりとか、
傾向がある人に関してはあまり得意じゃな
いというのが実情で、どう対応したらいいか
わからないってところは、やっぱりすごく難
しかった」(B)

D. 考察

本研究では、コアカテゴリ【支援体制の課題】
は[自治体による支援の差][必要な人への必
要な情報・支援・周知の不足][助産師の支援期
間が限定されていること]の3カテゴリ、【連携
の課題】には、[多機関連携の不均衡][支援の
必要性や緊急度の認識の違い][複雑なケース
の連携の困難性][縦割りという障壁]の4カテ
ゴリ、【支援者の課題】は[切れ目のない支援の
理想と現実のギャップ][支援者が巻き込まれ
る可能性][支援者である助産師のメンタルヘ
ルスに関する知識・技術の不足]の3カテゴリ
が抽出された。

1. 多機関・多職種連携の基盤となるもの

多機関・多職種連携は、メンタルヘルスの問
題を抱える妊婦と家族にとって必須である。黒
川・入江⁵⁾は、特定妊婦に対する保健師の支援
として【閉ざされないサポートづくり】や【安
全のためのネットづくり】を抽出しており関係
機関と連携し、情報共有しながら協働する保健
師の支援の特性を示した。しかし、本研究にお
いて、現状の中では[多機関連携の不均衡][支
援の必要性や緊急度の認識の違い]があり、保
健所・保健センターと医療施設や産後ケア施設
の連携の課題があげられた。各職種は、異なる
役割を持ち、置かれた状況も大きく異なってい
るため、[支援の必要性や緊急度の認識の違い]
が生じ、連携支援の障壁となっていた。これに
対し、お互いの状況を理解しながら信頼関係を

築くことは連携の基盤となり、認識の違いを埋めることにもつながることも本研究にて示された。大友・麻原⁶⁾は、母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携の条件として、虐待予防のために協力する意識を高めること、互いに信じて支え合うことをあげている。常日頃から顔の見える関係づくりは、互いの努力があってこそ達成され、それこそが切れ目ない支援のベースとなる。

2. 垣根を越えた柔軟な支援体制の構築

虐待の相談件数は増え続け、日々痛ましい事件が後を絶たない。健やか親子 21<第2次>の目標に虐待による死亡数の減少が掲げられているが、これを達成するためには新たな方略を検討する必要があるだろう。本研究にて、[自治体による支援の差]や[複雑なケースの連携の困難性]、[縦割りという障壁]で示されたように、現在ある体制や制度の枠や壁の存在が明らかになった。そしてこれらの枠や壁は、支援や連携を阻む重大な要因となっていた。今後、その枠に捉われず柔軟な支援活動こそが、切れ目ない支援を達成し、虐待を減らすことに寄与すると考えられる。

3. 助産師の能力向上にむけて

助産師にとってメンタルヘルスの問題を抱える妊産婦や家族の支援は、容易なものではない。経験がある助産師であっても、メンタルヘルスについて専門的に学んだ人は少なく、[支援者である助産師のメンタルヘルスに関する知識・技術の不足]が示された。正確な知識や技術に裏打ちされた適切な支援ができてこそ、妊産婦の安全や健康に貢献することができる。さらに、知識の不足は、[支援者が巻き込まれる可能性]を高めることも危惧される。今後、さらに増加が見込まれるメンタルヘルスに問

題を抱える妊産婦に対応するため、助産師の教育体制を整え、能力向上を目指していく必要がある。

E. 結論

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・協働の課題は、【支援体制の課題】【連携の課題】【支援者の課題】について9つのカテゴリが明らかになった。今後これらの課題を解決していくために、支援者間の信頼関係を強め、より柔軟な支援体制の構築が望まれる。

【研究2】

本研究は、A周産期センターにて実施した実装研究である。介入は、2013年に導入された社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステムの改善を行った。具体的には、「育児支援シート」のタブレット化、「育児支援シート」の項目の再検討、スクリーニング判定のプロトコルの作成、助産師とのスクリーニング面談の記録用テンプレートの作成であった。

研究参加者は、妊婦はA周産期センターで分娩予定の妊婦であり、日本語で書かれたスクリーニング内容と質問紙の理解と回答ができること、研究の趣旨に同意が得られることを条件とした。

組織的アウトカムは、妊婦全員に対してスクリーニングができること、助産師が正確にスクリーニング判定し適時に支援を開始できること、さらに、スクリーニングの実績を集計し、他職種で構成される支援カンファレンスにて毎月報告することを設定した。Implementation Outcomes（実装アウトカム）は、①

Acceptability (受容性)、②Feasibility (実行可能性)、③Appropriateness (適切性)、④Fidelity (忠実性)、⑤Penetration (浸透度)とした。

実装戦略は、主に4点を計画した。

1) Educational meetings and materials

・新しいスクリーニングシステムについて助産師に教育する。

・スクリーニング判定のプロトコルの作成し、面談室に設置する。

2) Audit and Feedback

・研究期間中の実施状況を調べ、プロジェクトチーム及び助産師にフィードバックする。

3) Consensus processes and opinion leaders

・プロジェクトチームの結成、定期的なミーティング、支援カンファレンスでの報告と検討、管理者への報告

4) Provide interactive assistance

・プロジェクトチームへの参与、助産師への教育の実施、面談等に関する相談

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号：18-A083）。

C. 研究結果

本プロジェクトの実装チームを結成し、役割を明確化した後、開始した。2019年1月～7月準備、8月～10月実装を行った。

1) 忠実性および浸透度

「育児支援シート」の記入もれはほとんどなくなった(97.7%)。スクリーニング判定プロトコルどおりに判定できた割合が高くなった(96.1%)。スクリーニングおよび支援について、定期の支援カンファレンスで報告することができた。

2) 受容性および実行可能性

タブレット式に対する妊婦の受容性、実行可能性は、8月、10月とも同様に高かった。しか

し、タブレット式に対する助産師の受容性、実行可能性は、8月と比べ、10月は低くなっていた。

3) スクリーニング実績の報告

スクリーニング実績及びその結果について、タブレットを使用した妊婦では、すべて支援カンファレンスにて報告することができた。

D. 考察

社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステムの改善に対する全体的な評価は、開始してまだ2ヶ月のため難しい。しかし、使用する助産師の受容性、実行可能性、適切性、浸透度はスクリーニング方法のタブレット式以外は高かった。利用する妊婦はタブレット式に対する受容性、実行可能性は高い結果であった。また、育児支援シートの記入を拒否する人がいないという結果から、妊婦健康診査を受診している妊婦やその家族からスクリーニングシステムは受け入れられていることがわかる。

また、スクリーニングシステムの改善後は、多職種に対し浸透したと評価することができる。スクリーニング判定記録をテンプレートにしたことで、多職種の人が目にするようになった。妊婦から得た情報は、必要なときに短時間で効率的に情報収集できるよう、それまでに得られた情報が常に整理された状態で保存されている必要があるが、今回の記録の統一化は多職種での情報共有に役に立っていると思われる。助産師以外の医療者の受容性、浸透度は高い結果につながったと考えられる。

このスクリーニングシステムの改善を行ったことで、A総合周産期センターでは「切れ目のない育児支援」の活動は活性化し、産後までのスクリーニングシステムが確立した。妊婦のスクリーニングシステムの改善がきっかけとなり、産後まで発展したことはよい方向に向か

っていると思われる。今後は、対応が標準化できるよう産科スタッフへの教育を推進する。

研究の限界は、QI サイクルが 2 回しか回せず、実装化の評価には期間が短かったことである。タブレット式スクリーニング方法以外の変更したスクリーニングシステムをこのまま使用し、評価を続けていくことが望まれる。

またタブレット式スクリーニング方法は、WiFi 環境の改善を待ち、再度実施していけるよう助産師への周知も含め、準備を整えていきたい。次回の電子カルテ更新時に導入してもらえるよう、タブレット式スクリーニング方法の実績を作っていくことが求められる。

E. 結論

タブレット式スクリーニングを含めたスクリーニングシステムの改善によって、組織的アウトカムは上昇した・タブレット式スクリーニングは、利用する妊婦の受容性は高く、使用する助産師の適切性、実行可能性も上昇していた。

【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

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>

3) 厚生労働省. 健やか親子 21 (第 2 次)「健やか親子 2 1」の基盤課題・重点課題と目標.

<http://sukoyaka21.jp/about>

4) 萱間真美 (2007) . 質的研究実践ノート一

研究プロセスを進める clue とポイント. 医学書院.

5) 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—妊娠から子育てへの継続したかかわり—, 日本看護科学学会, 37, p.114-122.

6) 大友光恵, 麻原きよみ (2013) . 虐待予防のために母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携システムの記述研究, 33(1), p.3-11.