

第5章 社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際

I. 連携とは

「連携」とは、同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと（新村，2018，P3126）と定義される。医療においては、「チーム医療」の必要性から医療者間の「連携」が注目されるようになった。筒井らは、「連携」を異なる専門職や機関（組織）がより良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動することと定義している（筒井，東野，2006）。吉池らは連携について、「共有化された目的を持つ複数の人及び機関が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」と定義し、協働を実現するための過程を含む手段的概念であるとしている。連携の過程には、①単独解決できない課題の確認、②課題を共有しうる他者の確認、③協力の打診、④目的の確認と目的の一致、⑤役割と責任の確認、⑥情報の共有、⑦連続的な協力関係の展開の7段階が示されている（吉池，栄，2009）。

連携・協働・連帯のそれぞれの定義

連携：連絡をとり協力し合って物事を行うこと、同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと¹⁾。

協働：協力して働くこと²⁾。

連帯：物事を行うためにむすびつくこと。また、二人以上が連合して事に当たり同等の責任を帯びること³⁾。

【引用文献】

新村 出．(2018)．*広辞苑*（第7版）．P3126．東京：岩波書店

筒井 孝子，東野 定律．(2006)．全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究．*日本公衆衛生雑誌*，53(10)，762-776．

吉池 毅．栄 セツコ．(2009)．保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理：精神保健福祉実践における「連携」に着目して．*桃山学院大学総合研究所紀要*，34(3)，109-122．

1) 新村 出．(2018)．*広辞苑*（第7版）．P3126．東京：岩波書店

2) 新村 出．(2018)．*広辞苑*（第7版）．P769．東京：岩波書店

3) 新村 出．(2018)．*広辞苑*（第7版）．P3128．東京：岩波書店

II. 連携体制の構築に向けて

社会的ハイリスク妊婦においては妊娠早期から地域と産科機関の多職種・多機関の連携が必要になってくる。地域での母子健康手帳交付時や産科施設の初診時は多くの妊婦が訪れる機会であり、妊婦と対面するチャンスである。妊娠早期から、妊婦の身体的異常だけでなく社会的な問題も把握するように努め、把握した場合は、さまざまな職種・機関に情報提供を行い話し合いの場を設け、ともに協力して支援を行うことが必要である。また、関係機関に対しては情報提供のフィードバックをすることや、お互いの役割を再確認し役割分担して支援を提供することも重要である。地域・医療機関等の垣根を越え、普段

から顔が見え何でも相談できる関係を築いていくことが、支援にとって欠かせないのではないだろうか。

連携に必要な関係性として「顔の見える関係」という概念がよく見られる。「顔の見える関係」とは、どのような状況であるのか。森田ら(2012)は「顔の見える関係」について、①単に名前と顔が分かるという関係ではなく、②考え方や価値観、人となりがわかる関係、さらに③信頼感をもって、一緒に仕事ができる関係を含む概念であると示している。このような「顔の見える関係」が構築されることにより、①安心して連絡しやすくなる、②役割を果たせるキーパーソンがわかる、③相手に合わせて自分の対応を変える、④同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる、⑤責任をもった対応をする、といった連携を円滑にする機能が生まれることも言及している。

細田(2012)は、「専門性志向」と「協働志向」というチーム医療の要素からチーム医療の困難性を示している。専門家としての知識や技術を果たすという「専門性志向」と協力して業務を行おうという「協働志向」のバランスを達成するためには、共通の目標を持ち、患者の最善の利益のために協働することが述べられている。各職種が専門性を発揮しながら、それぞれの役割を委譲することなく対等な立場での活動がチーム医療の基盤となる。

多職種連携に向けて、連携を実現するためには、専門職間のコミュニケーション実践が重視され、それぞれの専門職はこの能力が必要となる。近年、多職種連携に特化した教育として、多職種協働教育の重要性が認識されるようになった。多職種連携教育は、専門職間連携教育(Inter-professional Education)と示され、英国のUK Centre for the Advancement of Interprofessional Educationは、複数の専門職が連携およびケアサービスの質の改善を目的に、共に働くために共に学び、お互いから学び合いながら、他の専門職について学ぶことであると示されている(内海他,2015)。チームが有する障壁を排除するために、協働実践のための役割と責任を持ち、職種間コミュニケーションをとるためのトレーニングを積極的に推進することは必須であると考えられる。

【文献】

森田 達也・野末 よし子・井村 千鶴.(2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? . Palliative Care Research, 7(1), 323-333.

細田 満. 「チーム医療」とは何か: 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. 東京: 日本看護協会出版会.

内海 美保, 孫 大輔, 川村 和美, 中島 美津子.(2015). 効果的なIPWに向けたIPEの取り組み. 薬学雑誌, 135(1), 131-135.

Ⅲ. 産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦に対する支援体制の実態を明らかにすることを目的とし、全国の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所に対し、2019年9月～10月にかけて無記名自記式調査を実施し、732施設から回収し(回収率29.1%)、714施設から有効回答を得た(有効回答率97.8%)。

(1) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制

①社会的ハイリスク妊婦のスクリーニング実施率

妊婦に対して社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている施設は426施設(60.6%)であっ

た。施設形態別に比較すると、周産期母子医療センター 136 施設 (79.1%)、周産期母子医療センター以外の病院 (以下その他の病院) 126 施設 (62.4%)、診療所 132 施設 (53.4%)、助産所 32 施設 (39.0%) であり、施設形態別で違いがあった (表 1)。

表 1 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実施設数 (n=714)

	全施設 (n=714)	周産期母子 医療センター (n=172)	その他の 病院 (n=206)	診療所 (n=250)	助産所 (n=86)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
実施	426 (60.6)	136 (79.1)	126 (62.4)	132 (53.4)	32 (39.0)
未回答	11	0	4	3	4

②産科施設内における連携体制

表 2 に示すように、総合周産期母子医療センターでは 44 施設 (93.6%)、地域周産期母子医療センターでは 116 施設 (93.5%) で、施設内の多職種との支援検討の場があった。地域周産期母子医療センターにおいて精神科医師との支援検討の場を設けている施設は 44 施設 (35.5%)、臨床心理士との支援検討の場は 46 施設 (37.1%) であった。その他の病院では 147 施設 (72.4%)、診療所 125 施設 (51.0%) で看護職以外の他職種 (医師と看護職の 2 職種を含む) との支援検討の場があった (表 3)。

表 2 総合 / 地域周産期母子医療センターにおける支援検討の場 (n=172)

	総合周産期母子 医療センター (n=48)	地域周産期母子 医療センター (n=124)
	n (%)	n (%)
施設内の多職種との支援検討の場		
あり	44 (93.6)	116 (93.5)
支援検討の場に参加している職種 (複数回答)		
産科医師	38 (79.2)	99 (79.8)
医療ソーシャルワーカー	41 (85.4)	97 (78.2)
精神科医師	26 (54.2)	44 (35.5)
臨床心理士	32 (66.7)	46 (37.1)
小児科医師	28 (58.3)	85 (68.5)

表 3 その他の病院・診療所における支援検討の場 (n=456)

	その他の病院 (n=206)	診療所 (n=250)
	n (%)	n (%)
施設内の他職種との支援検討の場		
あり	147 (72.4)	125 (51.0)
支援検討の場に参加している職種		
産科医師	135 (91.8)	124 (99.8)
産科医師以外の職種	12 (8.2)	1 (0.2)

(2) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設と多機関との連携

①産科施設と多機関との連携

表4のように産科施設と多機関との支援検討の場があるとした施設は、全体で510施設(73.0%)であったが、施設形態で違いがみられた。定期的にあると回答した施設は全体で213施設(30.5%)であった。また、産科施設と施設外の多機関で最も多い機関は市町村(母子保健担当)で469施設(92.0%)であった(表5)。

表4 多機関と支援を検討する場がある施設(N=714)

	全施設 (n=714)	周産期母子 医療センター (n=172)	その他の 病院 (n=206)	診療所 (n=250)	助産所 (n=86)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
あり	510 (73.0)	152 (89.4)	157 (77.0)	148 (60.2)	53 (67.1)
定期的(複数回答)	213 (30.5)	54 (31.8)	69 (33.8)	71 (6.5)	19 (3.8)
必要時(複数回答)	324 (46.4)	113 (66.5)	98 (48.0)	78 (30.2)	35 (43.0)
未回答	15	2	2	3	7

表5 支援検討している機関(n=510)

	n (%)
市町村(母子保健担当)	469 (92.0)
市町村(子育て世代包括支援センター)	241 (47.3)
児童相談所	232 (45.5)
都道府県保健所	161 (31.6)
他施設の精神科	63 (12.4)
他施設の小児科	49 (9.6)

②産科施設と市町村情報共有

2018年に分娩が0件であった5施設と社会的ハイリスク妊婦が0人であった施設を除き、社会的ハイリスク妊婦の情報を市町村へ情報提供したことがある施設は608施設(96.2%)であった。そのうち、市町村からの支援経過などの報告(フィードバック)があった施設は559施設(93.3%)であった。図1は産科施設から市町村への情報提供件数と市町村からのフィードバック件数の比較を示している。産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には403設(79.3%)合計6561件、分娩入院中326施設(63.1%)合計7603件、退院後423施設(85.8%)合計

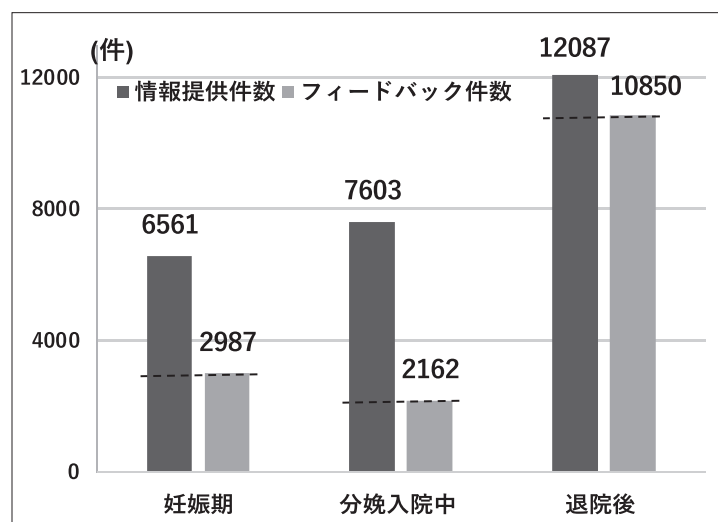


図1 産科施設から市町村への情報提供件数とフィードバック件数の比較

12087 件で行われていた。市町村からのフィードバックは妊娠中には合計 2987 件、分娩入院中には合計 2162 件、退院後は合計 10850 件であった。

(3) 調査からわかったこと

産科施設において、社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングが十分に行われていないこと、施設内外の多職種多機関連携が十分でないことが明らかになった。