

3. 地域における母子保健活動の充実に向けた研修会

地域における母子保健活動の充実に向けた研修会

キーワード： 育児支援 多職種連携 小児在宅支援

I. はじめに

子育ては、地域で生活する家族が主体となるため、医療施設でのケア・ケアだけでなく、常に対象者である家族に視点をおいた多職種による継続的な支援が重要であるとされている。岐阜県における出生の動向（平成28年）は、出生率7.6、出生数15,381名であり、いずれも減少傾向にある。しかしながら、母親が35歳以上である出生数は3,827名であり10年前の約1.4倍であること、妊娠28週未満の出生は104件（平成26年は47件）と増加しており、出生数は減ってもハイリスク化は進んでいる。また子ども相談センターが対応した児童虐待の相談対応件数は平成26年で996件（前年度比27.9%増）であり、支援が必要とされる対象者は増加傾向にあると考えられる。

岐阜県の周産期医療の現状は、分娩取り扱い施設と産婦人科医は減少しているが、県内に勤務する助産師総数は600名（平成26年）と緩やかに増加している。助産師の勤務先は、病院50.7%、診療所34.5%であり偏在は依然として続いているが、自施設内のケアの質向上だけでなく、他施設や地域との連携について関心が高まっている（平成28年度看護実践指導事業報告書より）。また、平成25年度より岐阜県母と子の健康サポート事業（以下母子サポ）が市町村に委譲されたこと、さらに平成32年度までに子育て世代地域包括支援センターの開設、産前産後のサポートや産後ケアの提供が求められていることから、地域の保健師の母子保健への学習のニーズが非常に高まっている。そのため本学では、県内で実践されている先進的な育児支援活動を紹介し、小グループで母子に関わる専門職者同士が交流する機会を提供してきた。これらは本学の看護実践指導事業の研修会の位置づけでこれまでに9回、開催しており、看護を中心とした多職種が集い、子育て支援者同士の連携づくりの一助となっている。大学でこのような研修会を開催することは、無料で気軽に参加できるメリットは大きいですが、地域的なアクセスが限られ、遠方の地域からは参加しにくいという声がみられた。そこで研修会は、学内で1回、県内の医療圏域より毎年1つ選定し、その圏域の専門職を報告者として招き、現地で開催するようになっている。

今年度は、1回目を平成29年11月に中濃圏域にて、2回目は平成30年3月に本学にて実施した。本報告書においては、平成29年3月に開催した2回目の研修会と今年度1回目の研修会の結果を報告する。

II. 担当者

育成期看護学領域：布原佳奈、服部律子、名和文香、山本真実、武田順子、松山久美、澤田麻衣子
看護研究センター：小森春佳

III. 研修会の開催

1. 目的

本学の育成期看護学領域では、これまで「地域で取り組む育児支援」というテーマで岐阜県での実践事例を学び、看護職および地域での子育て支援者との顔の見える連携が図れる研修会を継続的に企画してきた。平成29年3月には、ハイリスク母子への妊娠期からの継続的な支援としてNICUでのケアから地域につながるケア、そして在宅での支援について県内での実践をもとに学ぶことを目的とした。平成29年11月には、妊娠期から始まる切れ目のない継続的な育児支援について中濃地域での実践をもとに学ぶことを目的とした。

2. 研修会の日時・場所

1) 平成28年度第2回研修会

日時：平成29年3月10日（金） 13:30～16:30

場所：岐阜県立看護大学 講義室105

2) 平成29年度第1回研修会

日時：平成29年11月15日（水） 13:30～16:30

場所：広見公民館ゆとりピア 2階 視聴覚室

3. プログラム

1) 平成28年度第2回研修会

「地域で取り組む育児支援－NICUから小児在宅支援へ－」

13:30～13:35 はじめに

- 13:35～14:15 生まれる前から始める家族支援
長良医療センター 新生児集中ケア認定看護師 天坪歩美
- 14:15～14:55 NICU から地域へつなぐ看護
大垣市民病院 NICU 看護師長 服部京子
- 14:55～15:35 NICU 退院後の在宅生活と必要な支援 家族支援を中心に
岐阜県看護協会 重症心身障がい在宅支援センターみらい
家族支援専門看護師 市川百香里
- 15:35～15:45 休憩
- 15:45～16:30 グループディスカッション・まとめ
- 2) 平成 29 年度第 1 回研修会**
「地域で取り組む育児支援ー妊娠期から育児期までの子育て支援ー」
- 13:30～13:35 はじめに
- 13:35～14:15 妊娠期から育児期までの継続的な支援
(医) 葵鐘会 看護副部長 ローズベルクリニック 堤正子
- 14:15～14:55 美濃加茂市との協働 あじさい子育て広場開設への取り組み
一般社団法人岐阜県助産師会 助産師 澤田未緒
- 14:55～15:35 可児市 マイナス 10 か月からの子育て支援
可児市 健康増進課 助産師 山本ちひろ
- 15:35～15:45 休憩
- 15:45～16:30 グループディスカッション ・ まとめ

IV. 研修会の内容

1. 平成 28 年度第 2 回研修会

1) 参加者

助産師 2 名、保健師 8 名、看護師 6 名、教員 9 名 計 25 名

2) 報告内容

(1) 生まれる前から始める家族支援

(長良医療センター 新生児集中ケア認定看護師 天坪歩美)

①長良医療センター・NICU の概要

- ・病床数 468 床、一般病床、重症心身障がい者病棟、結核病棟
- ・政策医療に基づく医療・看護の提供
- ・NICU 6 床、GCN 12 床
- ・地域周産期母子医療センターの役割を担う
- ・主な入院対象児：低出生体重児、疾患新生児、外科疾患患児
- ・病棟目標：後遺症なき生存

②周産期医療の現状

- ・NICU での救命後、人工呼吸器や気管切開、経管栄養などの医療的ケアを必要としたまま退院する子どもの数が増えている。NICU 入院中の長期人工換気患者が退院できない理由は、家族の受け入れ不良、家族の希望なしが多い。
- ・超低出生体重児の出生数は、35 年間で約 2 倍になっている。超低出生体重児の割合が増加している。超低出生体重児の長期予後では、学習障害や注意欠陥多動性障害が増加している。
- ・子どもの虐待リスク要因の、子ども側のリスク要因として低出生体重児がある。NICU 卒業生にみられる子どもの虐待の特徴として、極低出生体重児が 47% を占めている。

以上の現状より、周産期医療を取り巻く現状は、以下の 4 点である。

- ・重症児の退院には、地域で暮らすためのハード面の充実以前に、家族の受け入れが重要である。
- ・超低出生体重児の増加に伴い、長期に及ぶ発達支援やフォローが必要である。
- ・NICU 入院による母子分離や低出生体重児の育児の困難さが虐待の要因となりうる。

③NICU 看護・GCU 看護で大切にしていること

- ・NICU はそれぞれの家族にとって新しい家族が育っていく場所であり、新生児と同様に家族を擁護し、母子関係確立のためのケアが必要である。
- ・「子どもを家に連れて帰りたい」と家族が思えるように、早期から退院を意識した家族介入（ファミリーケア）をすることが重要である。

- ・多様化する価値観に対し、それぞれのケースに柔軟に対応していくことが求められる。
- ④出産前から退院に向けた取り組み
- ・出産前の看護は、日々の情報共有、周産期カンファレンス、プレネイタルビジット、産前訪問を行っている。
 - ・急性期の看護は、正確な情報提供により子どもの状態を知ってもらうこと、早期から両親と子どもの愛着形成を促すこと、家族と看護師の信頼関係を形成することを行っている。
 - ・急性期を脱した後の看護は、子どもの状態に合わせてファミリーケアを提供し、家族も共にケアをする一員として巻き込んでいくことを行っている。
 - ・退院前の看護は、育児練習入院を行っていること、地域と連携を行うことである。
- ⑤出生後に13トリソミーの診断を受けた事例
- ・産科スタッフとの密な情報共有により、タイムリーに母の心情が把握でき、ファミリーケアを考慮できた。産科とNICUの協働のために、互いが必要とする情報を明確にすることが必要である。
 - ・「家に連れて帰りたい」という気持ちにもっていくために、家族の強みを活用することが大切である。(この事例の場合、同胞に会わせたいという母親の強い気持ちが退院する思いを継続させたと考える。)
 - ・家族の揺れる気持ちに寄り添い、目標や望む退院の方向性を頻回に確認することで意思決定に寄り添う。そのためには、NICU・GCU看護師として、家族との信頼関係の形成はケアの根底として欠かすことができない。どのような感情も話していいんだと思ってもらえることが大切である。
 - ・母親の子どもの受け入れには、ショック→否認→悲しみ→適応→再起という経過がみられた。看護師はその経過を客観的にとらえ、段階に応じた関わりをすることで、役割やケア介入の方法を柔軟に変化させることが必要である。
- (2) NICUから地域へつなぐ看護

(大垣市民病院 NICU 看護師長 服部京子)

①大垣市民病院 NICU の現状

- ・岐阜県の西部に位置し、西濃医療圏 40 万人の中核的基幹病院の役割を担っている。
- ・NICU12床、GCU12床の合計 24 床
- ・平成 27 年度 分娩件数 674 件、NICU 入院患者数 221 人、院外搬送数 58 件
- ・近年の NICU は、医療機器・医療材料にあふれる生活環境であり、実生活とはかけ離れた入院生活が長期化する傾向がみられた。
- ・NICU スタッフは、「地域」「子育て」を理解し、患者家族の立場に立った支援が実現できなければならない。
- ・NICU/GCU に入院する児は、発達段階において、何らかの問題を生じる可能性があり、退院後の生活の場である「地域」と連携し、退院支援することが重要である。NICU/GCU での在宅退院支援では、入院中に児と家族の「生活」を踏まえた退院指導ができていない。

②退院前後家庭訪問

- ・医療的ケアの継続を必要とする患者に対して、退院前後に NICU/GCU 看護師が地域支援者とともに家庭訪問を実施する。
- ・ねらいは、以下の 4 点である。
 家族が退院後の生活をイメージできて、退院準備ができる
 育児予定環境や生活環境、屋内や屋外への移動のための移手段・方法等の確認を行い、家族とともに療養環境を整備することで在宅移行に不安がないよう支援できる
 地域保健師や訪問看護師などの地域支援者とともに家庭訪問することで、「地域」で必要な情報を共有でき、顔の見える連携が実現できる。
 退院前から病院と地域が連携し支援を行うことで、「地域へのバドン移行」がスムーズとなり、患者家族が生活の場できめ細やかな支援を受けることができる。
- ・対象患者は、医療的ケアの継続が必要な児、発達遅延が予測され継続した支援が必要な児、育児支援が不足している児である。
- ・退院前後家庭訪問の流れは、NICU に入院し、急性期を脱すると GCU に転床する。GCU 入室した時点で退院支援スクリーニングカンファレンスを行い、必要であればフローに沿って動き、該当しなければ育児指導をして退院を迎える。
- ・退院支援スクリーニングカンファレンスは、主治医と NICU/GCU 看護師で話し合う。訪問の必要があれば、所轄の保健所へ連絡を行い、保健所より地域の保健センターに連絡してもらう。ケースワーカー等に入ってもらい、訪問看護師の介入を依頼する。小児を担当する訪問看護師が少ないため、要望があれば NICU の見学、臨床工学技士による人工呼吸器の説明も行ってい

る。一緒に訪問する場合でも、NICU スタッフは訪問看護師の後方支援を行う。

- ・拡大カンファレンスでは、医師、保健師、訪問看護師、消防署職員、子ども相談センター、NICU 看護師、小児科病棟看護師、救急外来看護師などで行う。
- ・緊急時の連絡のフォローも作成し、固定電話から 119 番にかけると住所もわかるようになっている。救急隊もとも拡大カンファレンスで情報共有しているため、症状と対応を理解してもらっている。救急隊が児を搬送したら、NICU に連絡が入り、主治医にも連絡ができる。
- ・退院前家庭訪問では、訪問で得た情報から、患者に応じたオーダーメイドの退院指導を行い、退院後の生活をイメージしながら面会時間を過ごす。
- ・退院後家庭訪問では、地域で暮らす子どもが地域の支えで生活できるよう見守っている。

③家庭訪問状況と看護師の学び

- ・家庭訪問対象患児は 38 名であり、退院前訪問 32 回、退院後訪問 98 回行った。
- ・訪問理由は、発達障がいなどであり、育児不安なども増えている。
- ・退院前家庭訪問での看護師の気づきは、退院後の患者の生活を全くイメージできていなかったこと、地域のことを全く知らなかったことなどであった。
- ・退院前家庭訪問に行き行って感じたことは、患者家族の生活の実際を見て、在宅療養をイメージすることができたなどであった。
- ・退院前家庭訪問に行き行って学んだことは、育児環境が整っているのは当たり前と考えていたが、訪問したことでそれぞれの家族によって違うことに驚き、気づかされたなどであり、家族と相談しながら育児方法を検討するようになったという意見があった。

④退院前後家庭訪問に関する考察

- ・訪問を経験することで、退院支援をする役割を担っていることの自覚が芽生えた。
- ・NICU 看護師は「情報収集を積極的に行う」ようになり、退院に向けた意思決定への支援も行えるようになった。
- ・患者ごとに問題や不安はさまざまであり、それぞれに柔軟に対応するためには患者の価値観・生活に合わせた育児支援が必要であり、退院後の生活に残された課題への対処が必要である。
- ・訪問を経験したすべての看護師が学んでいるわけではないため、病棟全体で退院支援に取り組む必要がある。

⑤今後の課題

- ・岐阜県下の NICU/GCU から退院する児が同じようなケアが受けられるシステムの構築
- ・家族支援を含めた、レスパイトの体制整備
- ・多職種とのタイムリーな情報共有（記録）のありかた
- ・就園・就学支援、障がいをもった児が通園・通学できるための支援のあり方

⑥まとめ

- ・在宅（地域）へつなぐには、顔の見える関係作りが必要である。
- ・「病院」を地域に持ち出すことはできない。「地域」でいかに支援を行うかを入院中から考えていく必要がある。
- ・成長発達に伴い、医療、養育、療育と変化していく。今後、それぞれの関係機関との連携が必要となる。

(3) NICU 退院後の在宅生活と必要な支援 家族支援を中心に

(岐阜県看護協会 重症心身障がい在宅支援センターみらい

家族支援専門看護師 市川百香里)

①在宅支援を始めたきっかけ

- ・障がいをもつ子どもの長期入院は、2007 年 3 月時点で全体の 15%を占めており、その最高年齢は 7 歳に達している。また、6 歳まで入院が継続され、NICU で死亡した例もある。

②NICU の入院が長期化していた原因

- ・子どもと長期間離れているために、わが子への愛着形成の希薄さと、その子どもが家族構成員の一員として認識されない状況下での家族が成立していること。
- ・子どもの反応が乏しいために親子の関係性が育ちにくいこと。
- ・生活の拡大というより、病気の治療、生命の維持に重きをおくため、病院に入院していたほうが安心であり、家では生活できないという意識が医療者にあること。

③在宅で支援が必要な子どもと家族たち

- ・岐阜県の在宅重症心身障がい者児 676 人。
- ・NICU 入院経験のある超・準超重心児が増加している。

④在宅支援をすることによってみえてきたこと

- ・不安はつきものだが、家族を少し調整するだけで意外に解決することも多い。
- ・子どもの命に常に向き合っている。

- ・病院側が思っている大変と在宅で暮らしている家族の大変とは少し乖離している。
- ・自分の子どもをみんなに知ってもらいたいと思っている。

⑤病院から退院支援

- ・重度の障がいがあるときは、早期に介入する。
- ・いきなり在宅療養の話はしない。まして在宅生活がすばらしいと話さない。
- ・まず親子関係を構築する。
- ・親の意思決定を支える。揺らいで当然である。
- ・余裕とゆとりをもって支援する。

⑥退院後の在宅における家族への支援

- ・退院直後はできるだけ自宅に頻回に訪問する。
- ・外来受診時は、看護師が在宅の様子を聞く。
- ・地域の支援者との定期的な情報交換をする。
- ・病院で退院時に習得してきたことを、すぐには変えない。
- ・その家庭に応じたケアの方法をアドバイスする。

⑦家族のとらえかた

- ・家族を「個人-家族-地域社会」のダイナミズムの中で理解する。
- ・家族は個人を含むシステムであり、また家族は地域社会を含んだ地域社会に内包されている。
- ・家族は発達している。
- ・NICU入院中の子どもはまだ家族システムの構成員になっていない場合が多い。

⑧障がいをもつ子と家族

- ・家族システムが新しい家族メンバーを受け入れにくい。
- ・家族は発達の危機と状況危機に陥りやすい。
- ・出産直後からの障がい、入院の長期化で、その子が存在しない状態での家族システムが形成される。
- ・養育者特に母親が役割過重になりやすい。
- ・兄弟は知らず知らず我慢を強いられやすい。
- ・子どもの障がいは簡単には受容できない。

⑨在宅生活における必要な家族支援

- ・主たる養育者の役割過重による調整、家族間の役割調整、レスパイトケア
- ・兄弟、祖父母に対する支援
- ・次の出産に関する支援

⑩まとめ

- ・NICUに入院経験のある子どもをもち、在宅で支援が必要な家族は、入院直後もしくは障がいその他の病気の告知を受けたときに最大の危機的状況に陥っている。
- ・家族に寄り添うことが必要だが、その子のことをまず理解することが必要である。
- ・在宅生活を支援するには、医療モデルではなく、生活モデルで展開することが必要である。

⑪課題

- ・連携のシステム作り
- ・歩く重症心身障がい児の支援
- ・子どもから成人への移行をどう支えるか。

3) 意見交換

三者による報告の後、3グループに分かれて意見交換を行った。

それぞれの立場から活動する中で感じている子育て支援の現状と課題を共有し、さらに病院から在宅への移行に向けての支援、多職種との連携、家族を含めた支援等について意見交換を行った。

(1) 病院から在宅への移行に向けての支援

- ・退院前に在宅に向けて専門職の顔合わせを行った。しかし、あまり介入してほしくないという家族もいた。在宅の支援を導入するときどのような取り組みが行われたのか。
- ・これから病院から在宅へ移行する際のカンファレンスを行うが、退院調整のスタッフ、市町村保健師、県の保健師、訪問看護師、病棟看護師、両親などが入る予定である。このような話し合いは初めてである。
- ・病院は閉鎖的な環境であり、あまりみられたくないという意識がある。現在、関係者はNICUにいつでも来てもらえるようにした。入院中に直接来ていただくことで、家族との関係が築ける。例えば、訪問看護を必要としていけば、入院中に訪問看護師に来ていただき、退院までには家族との関係が築けている。そんな状態で退院していただく。消防関係も何かのトラブルを見越して紹介しておく。そうしないと顔のみえる関係作りができない。
- ・病院の環境は在宅では作れないので、在宅の環境を病院へ持ち込むしかない。在宅であればどの

ようにするのか、どのような工夫が必要なのか、病院側も知りたい。GCUでは自宅の環境に近い状態で過ごしていただいている。点滴棒は使用しない、訪問看護で出せる材料の中で使えるものを考える。保健師にもどんな社会資源が使えるのか、確認している。地域によって使用できる社会資源が異なる。

- ・岐阜県内でも社会資源が充実している市町村もあるが、社会資源が不足している地区もある。
- ・NICUは常時4:1であればいいので、いつでもスタッフが外来に行ける。師長は人数に入っていないので、人が足りなければ師長が外来に行く。親は外来でみせる顔と在宅でみせる顔は違う。外来に行くことでいろいろな情報が得られる。
- ・外来看護師と病棟看護師とは常に情報を共有している。
- ・退院前訪問を繰り返し行ったことで、病院と顔つなぎができて電話しやすくなった。
- ・地区により、病院と地域との連携の状態が異なる。特に岐阜地区はカバーする地域が広く、ハードルが高いように感じる。医療ケアの度合いが高いと保健師がかかわるのに躊躇されることがあった。ケアは看護師も介入するので、成長発達の追跡などを保健師に行ってもらいたい。行政も医療もカバーしあっていけば、うまく地域で生活できるのではないかと。学校が難しい。吸痰が必要な児童を普通学級に入れるようにしてもらえないか、看護師を配置できないかなど、今後検討してほしい。知的に問題ないのであれば、特別支援学校ではなくて普通学級に入れてもらいたい。
- ・岐阜地区の総合病院で、病院と地域と顔が見える関係を作ろうという顔合わせがあった。地域の保健師と病院との関係がないので、よい機会であった。通常、母子サポがあっても地域の中にある病院以外の病院との直接のやり取りはない。
- ・母子サポを依頼しても支援までに時間がかかることがある。病棟を出ても、病院内で時間を要しているのか。保健所では1~2日で市町村に連絡している。里帰りをしており、電話訪問で対応しているケースもある。
- ・病院側ですぐに対応してほしい場合は、市町村に電話連絡することもある。依頼書が遅くなることもあるが、「早めに訪問してください」と記入してあると早めの対応がしやすい。
- ・在宅へ移行してすぐではなく、就園、就学前に支援が必要なこともある。家族が学校まで送り迎えできず、学校に通えないとどうするのかなど。
- ・病院側の窓口がわかりにくい。NICUなのか、GCUなのか。担当看護師、病棟師長、医師、退院調整の職員、外来なのか。依頼を受けた後の返事をどこにしてよいのか、分からない。
- ・岐阜県の小児在宅パスのようなものを作成中である。NICUをもっている総合病院と県の保健医療か、医師会、地域のクリニックなどで活動を行っている。統一した対応ができるよう整備していきたい。
- ・精神疾患をもつ母親との関わりが難しい。母親の個性があり、地域につなぐことが増えている。
- ・住民票と実際の居住地が異なり、保健師の介入もしづらい状況もある。
- ・新生児がNICUに入院中、母親が先に退院し、退院後は1度も面会に来なかった事例があった。退院後に面会に来ないからといって愛情がないわけではない。もっと深くかかわらないといけない。「本当に子どもが欲しかったのか」など、つっこんで聞く人が必要である。

(2) 多職種との連携

- ・退院前訪問をして職種によって退院後の生活を見る視点が異なることを知った。病棟看護師は疾患に関することに目がいく。訪問看護師は母の心身の状態に関して気づく。保健師は発達支援や社会的な情報提供に目がいく。育児をする中で適した場所なのかなどの環境をみる。例えば酸素を使用していると火から3m離す必要があるなど。病棟看護師が気づかないような気づきが得られる。
- ・重症度が高くない新生児でも、多職種のカンファレンスの調整に時間がかかり、時期がずれてしまうことがある。看護師から師長、医療ソーシャルワーカー、市町村保健師につなぐこと、地域の情報収集に時間がかかる。
- ・以前は時間がかかっていた。10日間くらいかかったこともあった。今は、同時進行ですすめている。医療ソーシャルワーカーと市町村保健師には同時に連絡している。また、拡大カンファレンスをしようと考えたときは、GCU転院の時点で日程調整している。消防署には公文書が必要である。
- ・退院の予定の1か月前にGCUに異動し、2週間前に家庭訪問に行く。医師とも相談しながら現在に至る。
- ・病棟看護師と訪問看護師が訪問すると加算がとれるようになったので、家庭訪問がしやすくなった。
- ・母親に看護師ではなく、保健師に「発達大丈夫」と言ってもらえたことがうれしかったと言われた。

- ・保健師は生活環境をみることはできるが、医療的なことにやや弱いので、一緒に関わることでカバーできれば良いと思う。
- ・訪問看護につなげると費用がかかる。虐待を疑う事例は、経済的に弱い家庭が多いため、公的な支援を活用するしかない。地域の開業医も巻き込む。忙しいのはいつもであり、みんなでカバーして時間を作ってやっていくしかない。今いる人数でどうしたらできるかを考える。
- ・保健師は医療的なスキルがないので、保健師の役割について考える時がある。しかし保健師は生活をみていける。兄弟の成長をみていける。疾患を持った児だけでなく、家族を含めてみていける。そこに保健師としての役割があると考えている。しかし、経験の浅い保健師も同様にみていけるのか難しい。
- ・東濃地区の総合病院では、NICUを退院した児の集まりに保健所の保健師も入っている。そこで保健師との関係性ができるのがよい。
- ・保健師として、疾患をもった児の接着剤のような存在になり、必要な制度・支援につなげる役割を担っていきたい。
- ・もっと医療連携をうまく活用したい。病院という閉鎖的な空間の中では限界がある。周産期を理解しているスタッフが少ないのではないのか？訪問看護師が見守りという形で介入することもできる。意外とサービスは増えている。
- ・MSWとの連携がうまくいっていない現状がある。どれだけ外部の人と交渉する力があるのか。自分の力だけで解決しようとするのが難しい。
- ・保健師が助産師、看護師と接する機会が少ない。保健師の視点で関わっている。支援をつないだり、かぶったりするとよいと思う。一緒に同行訪問する機会があるとよい。

(3) 家族を含めた支援

- ・長期間入院していると、病棟稼働率が低下する。5年入院していると家族の一員ではなくなってしまふ。面会も少なくなってくる。家族とどうしたら退院できるかを何回も話し合っ、一つずつ解決していった。試験外泊を4回、3か月くらいかけて行い、訪問看護師や保健師につないだ。少しずつ自信になっていった。
- ・「大丈夫」とは言わない。大丈夫じゃないから。どうしてほしいのかを聞く。地域で過ごすことが大切である。
- ・面会に母親が来られなくて、育児指導が進まない。
- ・いつ指導するというと母親も逃げたくなくて面会に来れない。受容するまで待つ。病院から連絡が来ないと、母親も心配になり面会に来る。担当看護師は焦るけど、待つしかない。
- ・家族が児を受け入れる前に、無理に在宅への移行をすすめると、追い出されたという思いになる。看護師は在宅が良かれと思ってすすめるが、家族は追い出されたと思い、関係性が悪くなり、家族の負担も大きい。
- ・家族が児を自宅に連れて帰りたいと思うタイミングで在宅に移行できるとよい。
- ・母親の「自分で育てたい」という気持ちは大事にするが、他の家族資源はあるか、家を訪問して生活、養育環境を確認する必要がある。母親や家族の強みを引き出し、支えていけるとよいのではないか。
- ・家族には力がある。子どもにも力がある。それを看護職が意識して関わるとよい。「本当にこれでよかったのか？」と振り返って検討することが次につながる。
- ・母親の話から学ぶことがある。母親を支えることが大切だと思った。

4) アンケート結果

研修終了後にアンケートを行った。有効回答数 15 であった。

- (1) 今回のテーマ
よかった 15
- (2) 今回のプログラム
よかった 13 ふう 1 未回答 1
- (3) 日程
よかった 12 1~2月を希望する 1 未回答 2
- (4) 今後このような研修会に参加したいか
是非したい 10 できればしたい 4 未回答 1
- (5) 研修会での学び

- ・それぞれの職種が互いの動きを十分把握できていないのが現状であると思った。
- ・産前からの退院支援の実践、退院後訪問や外来、小児科との連携について学ぶことができた。
- ・家族看護の視点でも貴重な話を聞くことができた。
- ・NICUから在宅への移行、在宅での現状など詳細がよくわかり学ぶことが多かった。
- ・症例数は多くないと思うが、きめの細かい支援の必要性を学ぶことができた。

- ・多職種の意見を聞くことができ学びとなった。
- ・母と子を支援していくことについて、病院と地域だけではなく、病院の中での連携も大切なのだと気がついた。
- ・一步踏み出し、関わりを持つようとする事の大切さを改めて学んだ。
- ・産科とNICUとの連携体制、家族との関わりについて事例を通して学べた。また、退院支援内容や制度の構築方法を知ることができた。
- ・母親の声が聞けて地域の支援者として「大丈夫」「在宅へ」と簡単に言えないことに気がついた。
- ・母子サボや小児慢性特定疾患事業を展開する中、医療機関の業務内容や温かい思いがとてもよく分かった。
- ・顔のみえる関係が大切だと分かった。
- ・事例を通して母親の様々な思いを知ることができた。病棟の中にいるだけでは分からないこと、気づかないことを、病棟から地域へ看護師が出ていき、家族を知ること、とりまく環境を知ること、関わる人や職種を知り働きかけること、その一步がとても大切だと分かった。

(6) 研修会への希望

- ・事例報告会を行いたい。
- ・地域連携や退院支援の事例を共有する場がほしい。
- ・訪問看護や保健師、NICU看護師と顔合わせをする機会、地域と病院をつなげられる関係作りを行ってほしい。
- ・多胎ネットの取り組みや気になる妊婦への取り組みについて、行政を巻き込んで開催できる研修会を希望する。
- ・看護師だけではなく、地域医療にかかわる様々な職種（救急救命士や臨床工学技士など）が参加・討論できる機会があるとよいと思う。
- ・分からないから、経験がないからという理由で地域の受け入れが困難にならないように、お互いの職種を理解し、何が困難なのかを直接聞き、もっとお互いが理解できる機会があるとよい。

2. 平成 29 年度第 1 回研修会

1) 参加者

助産師 12 名、保健師 14 名、看護師 1 名、その他 2 名、教員 9 名 計 38 名

2) 報告内容

(1) 妊娠期から育児期までの継続的な支援

(葵鐘会 看護副部長 ローズベルクリニック 堤正子)

①近年の妊婦の傾向

- ・特定不妊治療を受けた妊婦の増加
- ・赤ちゃん、育児をみた経験がない妊婦の増加
- ・妊娠中から育児の不安を抱いている
- ・妊婦の年齢幅が広い (10 代から 40 代)
- ・精神疾患合併妊婦の増加

②ローズベルクリニックでの取り組み

- ・助産師外来 (妊娠初期、30 週頃、36 週頃)
- ・教室受講の勧め (母親学級、母乳育児教室、両親教室)
- ・妊娠初期から産後 1 か月健診までのメンタルヘルスケアチェック
- ・産後のフォロー (産後の教室、母乳外来)
- ・小児科でのフォロー
- ・妊娠初期からの地域との連携

③メンタルヘルスケアのアンケート

妊産褥婦のメンタルヘルス状態を把握するために、各期に自己記入式質問票を使用している。

- ・心の状態質問票…うつ病や不安障害の評価
- ・エジンバラ産後うつ病質問票…うつ病、不安障害のスクリーニング
- ・育児支援チェックリスト…育児を困難にする背景や要因のチェック
- ・赤ちゃんへの気持ち質問票…否定的な気持ちの有無・虐待の可能性の有無

④妊産褥婦のメンタルヘルスケアチェックとフォロー方法

- ・妊娠初期：こころの状態質問票
- ・妊娠中期：エジンバラ産後うつ病質問票
- ・妊娠後期：エジンバラ産後うつ病質問票
- ・産後 2 週間健診：エジンバラ産後うつ病質問票

- ・産後1か月健診：赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病質問票
 - ・妊娠初期に要フォローの対象者になれば、初期からメンタルヘルスの状態を記入し、ファイリングされて継続的にフォローされる。
 - ・ファイルを作成する基準は、こころの状態質問票が陽性、エジンバラ産後うつ病質問票が基準値以上になったとき、育児支援チェックリスト、赤ちゃんへの気持ち質問票から育児困難が考えられる場合、また望まない妊娠や相談相手がいないなど、精神症状がある、経済的・社会的問題があるなど助産師が必要とした場合としている。
 - ・要フォローとなった場合は、助産師による丁寧な面談が行われる。その際の注意事項は、助産師外来は家族同伴でもよいがメンタルヘルスに関する面談は本人のみと行うこと、本人の気持ちを傾聴すること、質問票やEPDSの点数は伝えないが、少しお疲れの様ですので少しお話しませんか等、必ず本人にフィードバックすることである。
 - ・フォローの方法は、ローズベルクリニックに再診を勧める、行政に連絡して支援を依頼する、ローズベルクリニックで産後ケア入院を勧める、専門医受診を勧めるなどである。
 - ・今までエジンバラ産後うつ病質問票だけではみえない赤ちゃんに対する思いや育児の妨げになっている環境などが早期から分かることで、行政との連携時に具体的なサポートが早期から行えることにつながるとよいと考える。
- (2) 美濃加茂市との協働 あじさい子育て広場開設への取り組み

(一般社団法人岐阜県助産師会 助産師 澤田未緒)

①美濃加茂市との協働とその経緯

- ・2015年、美濃加茂市の担当者に「助産師会のブースを出したい」と話をする。
- ・2016年、美濃加茂市の担当者から電話があり、母子保健に関して、美濃加茂市版ネウボラにゼヒ分娩・入院・デイケアを取り入れてほしい、[みのかも定住自立圏]を視野に入れる、子育て世代が増えている美濃加茂市がモデルになる、助産師の人材活用等について、話をする。
- ・2017年、助産師駐在の育児相談に関し、予算案が通過する。
- ・2017年3月、担当者募集、説明会実施
- ・2017年5月、アピタ美濃加茂店の店内に「あじさい子育て広場」オープン!
- ・美濃加茂市・岐阜県助産師会・アピタ美濃加茂店の三者間で「妊娠・出産・子育てに関する協定」を締結する。今年度の事業内容は、マタニティクラスの講師、マタニティヨガの講師、パパママクラスの講師を助産師会から派遣する、「あじさい子育て広場」での子育て相談、母子保健啓発イベントの開催です。
- ・あじさい子育て広場は、アピタ美濃加茂店の1回キッズランドにて、月曜日から金曜日の10時から15時まで行なっている。相談担当者は、岐阜県助産師会会員レギュラーメンバー5名とサポートメンバー5名であり、1年ごとの登録制で、カンファレンスや研修会への参加を義務付けており、報酬もある。

②活動内容

- ・相談内容は、乳幼児の身体計測・健康状態、母乳育児・離乳食、産後の体調についてである。
- ・利用者は、美濃加茂市内が3分の2ほど、美濃加茂市外が3分の1であり、乳幼児とその母親である。
- ・担当者間で、情報共有としてのカンファレンスや研修会への参加を行っている。

③美濃加茂市の先駆的な取り組みについて

- ・自治体、専門職団体、地域商業施設間の3者間で協定を締結している。
- ・市民が保健センターに足を運ぶだけでなく、保健センターから出て市民のもとに出向くよう心掛けている。

④岐阜県助産師会にとっての可能性

- ・自治体からの委託を受けて活動することで、助産師への期待や信頼に対する喜びと感謝を感じた。助産師会の知名度がアップした。また委託金の存在も大きかった。
- ・開業ではない地域での新しい活動形態となり、助産師にとって地域活動が行いやすくなった。
- ・新しいことへの挑戦で会員のモチベーションがアップした。
- ・自治体とともに活動することで地域からの要望ニーズが把握しやすくなった。

⑤今後の展望と課題

- ・保健師は地域をみること、ヘルスプロモーションの理念を得意としている。助産師は個人をみること、個別性あるケア、リアルタイムのケアを得意としている。得意なところを出し合って、協働し地域の母子への支援を行っていききたい。
- ・あじさい子育てひろば開所日の拡大、マタニティクラスや小中学校での性教育講師など事業内容を拡大したい。

- ・目の前のケアだけでなく、世の中・地域が助産師に求めていることにふれる場、考える場として地域での活動を行いたい。
 - ・助産師会としての課題は、もともと事務所の機能を持っていないためマネジメントや経理部門がないことや、公平性と質の確保、担当者の就労の安定、またはマンパワーの確保と育成などである。
- (3) 可児市 マイナス 10 か月からの子育て支援 (可児市 健康増進課 助産師 山本ちひろ)

①可児市の概要

- ・人口約 10 万人、自然や緑が豊かな街、県下最大の工業団地、住宅団地を有する。
- ・将来の人口予測では、人口減少特に 15 歳未満の急激な減少により、少子高齢化がすすむのではないかと。
- ・出生数はわずかな減少、合計特殊出生率は平成 27 年度 1.48 であり、全国の 1.42 をわずかに上回っているが人口の維持には及ばない数値である。
- ・可児市の世帯数は増加しているが、世帯当たりの人口数は核家族化の影響により減少しており、平成 17 年度以降、3 人を割り込んでいる。
- ・平成 25 年に行ったアンケートでは、子どもや子育てに関する悩みは、「子育てやしつけの方法」が最も多く、次いで「子どもの気持ちや子どもへの接し方」であり、身近な相談相手や支援者が少なくなっていることが背景にあるのではないかと考える。

②可児市の子育て支援

- ・「マイナス 10 か月から つなぐ まなぶ かかわる 子育て」という取り組みをすすめている。子育ては生まれてから始まるのではなく、お腹に宿ったときマイナス 10 か月からすでに始まっていることに重点を置き、その時から子どもと子育て家庭が地域や社会とつながり、子育ての大切さを学びながら、みんなで子育てに関わっていくという取り組みをしている。
- ・母子健康手帳交付の際、すべての妊婦に対し面接を行い、継続支援が必要な妊婦の把握と、マイ保健師・助産師の紹介を行っている。
- ・継続支援が必要な妊婦に対して、妊婦訪問を行う。産後の新生児訪問も同じ保健師・助産師がおこなうことで、相談しやすい関係作りと異常の早期発見に努めている。
- ・妊娠期から関係機関と連携し、必要な支援がスムーズに提供できるよう努めている。
- ・母子健康手帳交付の際、地区担当保健師、助産師の似顔絵と連絡先がかかれたマグネットを渡している。また、訪問や面接の際は、名刺を渡して自己紹介し、相談先を明確にし、母親が妊娠期から不安や悩みを相談しやすい環境を整えている。

③可児市の妊婦支援

- ・平成 24 年より可児市の管理基準に該当する妊婦に対して、妊婦訪問を開始した。平成 26 年より県下統一妊娠届出書により点数をつけ、ハイリスク妊婦を抽出した。平成 28 年より可児市の管理基準の見直し、新基準で妊婦訪問を行っている。
- ・可児市ハイリスク妊婦管理基準(旧)では多胎妊娠、精神疾患及び不安が強い妊婦、生活背景に問題がある妊婦、若年妊婦をハイリスクとして妊婦訪問を行っていた。新基準では、面接時に保健師が気になった項目を追加した。社会性の乏しさ、知的レベルが低い、不適切な育児行動がある、複雑な婚姻関係などである。妊娠届出書だけでは把握しきれない部分を可児市独自の母子管理表で補っている。
- ・母子手帳交付時に把握したハイリスク妊婦への支援時期や支援内容の支援基準を作成している。
- ・可児市の母子健康手帳の交付数は、平成 28 年度は 814 で年々減少傾向である。精神症状がある妊婦と、精神疾患の既往がある妊婦は増加傾向である。
- ・県下統一妊娠届出書の回答では、母親の年齢が 24 歳以下と妊娠が分かったときにうれしかった以外の感想を示した妊婦の割合が多い。可児市では、15 歳から 19 歳までの 10 代の母の出生数割合が高いため、10 代の妊婦はそれだけでハイリスクにあげて支援している。また妊娠が分かったときの気持ちでは、予想外だったので戸惑ったなどの回答をした妊婦に対しては、面接の際に妊娠の受け入れ状況を確認し、支援を行っている。
- ・妊娠届出書において、困っていることや不安なことを聞く項目では、「妊娠・出産について」という回答が最も多く、次いで「経済的なこと」であった。面接の際に困り具合を確認し、生活困窮のレベルであれば支援を行っている。
- ・妊娠届出書におけるリスク配点では、3 点以上を支援の対象としており、約 3 割である。
- ・平成 28 年度より、妊婦訪問の拡充のため母子保健推進員と妊婦訪問を分担している。リスク配点 3~5 点は母子保健推進員によるプレパママ訪問であり、リスク配点 6 点以上は地区担当保健師による訪問を行っている。

- ・妊婦訪問の効果として感じていることは、産後早期からの支援に結びついていること、母親との信頼関係の構築ができること、虐待予防となること、関係機関との連携が強化できることである。
- ・新生児訪問の実施状況では、母子保健推進員と地区担当保健師、スマイルママとあって育児経験のある担当者による訪問を行っている。実施時期は、生後 28 日までの新生児期の訪問が増えた。

④可児市 マイナス 10 か月からの子育て

- ・妊娠期からの継続支援の評価として、健やか親子 21 の指標に基づくアンケート結果をみる。「妊娠出産において満足していますか？」という問いでは、はいが約 8 割であった。「この地域で子育てをしたいか？」という問いでは、はいが約 7 割であった。「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間があるか？」という問いでは、はいが約 8 割であった。虐待につながるような家庭での育児環境をきく項目では「感情的な言葉でどなった」や「乳幼児だけを残して外出した」などの回答もある。
- ・関係機関との連携では、母子サポでは情報をもらうことで共通認識をもって妊婦支援ができています。特定妊婦支援については特定妊婦基準を設けて妊娠期から関わりをもっている。また産前訪問研修会は平成 27 年度より毎年 1 回開催し、可児市内のクリニックより講師を招き実際に顔を合わせて関係作りを行っている。

⑤今後の課題

- ・子育て世代包括支援センターや産後ケア事業を立ち上げていきたい。
- ・妊婦へのポピュレーションアプローチで妊婦全体の力を底上げするような取り組みを行ないたい。
- ・妊婦をとりまく家族や地域へのアプローチを行いたい。
- ・医療機関との連携では、産科だけではなく、精神科や小児科との連携を深めていきたい。
- ・思春期支援では、望まない妊娠、若年妊娠、性感染症予防のためにも思春期からの健康教育を考えていきたい。

3) 意見交換

三者による報告の後、4 グループに分かれて意見交換を行った。

それぞれの立場から活動する中で感じている子育て支援の現状と課題を共有し、妊娠期からの子育て支援、妊娠期の集団での支援、産後ケア事業、多職種連携、病院間の連携、助産師の活動などについて意見交換を行った。

(1) 妊娠期からの子育て支援

- ・子育て支援の拠点となる施設を作るのも大切だが、施設に来られない人もいると考えられるため、支援の穴に落ちる人がいないような取り組みが大切である。
- ・子育て支援にもっと財政を動かしていきたい。専門職が支援するのにボランティアはおかしい。
- ・子育てに関する情報発信で、10 代や 20 代はアプリケーションが活用できる。しかし、40 代は紙面での発信が必要である。多くの手段が必要である。
- ・子育ては、市民が協力して行う。もっと助産師を活用してほしい。地域で長年活動している助産師も多い。助産師の支援を受けて高額な費用負担があれば、利用しにくい。委託事業をもっと展開してほしい。
- ・母子は地域の基本である。母子の生活が安定すると地域全体が活性化するのではないか。母子保健の意義をもっと伝えて、母子保健施策を充実させたい。
- ・妊娠期の妊婦から子育てへの支援を行いたい。
- ・妊婦さんが市町村の保健指導事業に参加してくれることが少ない。妊婦さんが普段利用していると思われる商業施設での相談事業は、妊婦さんが相談のために、わざわざ出向く必要がなく、地域での生活の中で相談できる場である重要であると感じる。
- ・ある市では、子育て支援センターでマタニティ教室を行っている。妊娠期からの子育て支援センターの利用により、産後の相談がしやすいのではないか。妊娠期に一度活用したことがあると、出産後も利用しやすいのではないか。
- ・育児サークルも対象者によって細分化されてきた。シングル、高齢、3 人目以上など。細分化されているサークルのほうが、ニーズに合うこともある。
- ・妊娠初期にこころの状態を把握することが、今後の支援に役立つ。
- ・母親のニーズが一番世の中を動かすには効果的であり、国の政策が根拠になれば、さまざまな活動が行えるのではないか。
- ・母子健康手帳交付時には、保健師による面談を全員に行っている。なるべく気になることがある場合は、その場で今後の関わりについても伝えるが、妊娠届出書の点数を確認するのは後に

なるため、いざ関わりたいと思っても難しいこともある。

- ・マイ保健師制度を設けている。マイ保健師は、主担当と副担当の2人体制としている。母子のみの地区担当制としており、年度ごとに担当地区が変わることもあるが引き継げるようにしている。
 - ・病院や保健センターに行くほどではないけど、聞きたいこと（生活の知恵を含めて）を聞ける、ふらっと立ち寄れる場所があるとよいのではないか。小学校区に1つくらいの割合で。
- (2) 妊娠期の集団での支援
- ・地域の母親学級への参加が少ない時もある。参加者が集まらないため、プログラムの継続が困難な場合もある。通院している産科医療施設にも母親学級があり、地域での集団での支援への理解が乏しいのではないか。
 - ・地域では、クッキング教室などもしている。実際に体験できることへのニーズが高い。
 - ・クッキング教室では、貧血予防を目的としているが、助産師の講話、母親同士の交流も目的としている。
 - ・以前は、両親学級は産科医療施設ではなく、地域で行っていた。今は、両親学級は産科医療施設でも行っている。時代の流れに合わせてニーズをとらえていく必要がある。
 - ・マタニティクラスを計画しても、参加者を集めるのが難しい。専門職としては、「もっとこういうことも知っていてほしい」と思うが、当事者の妊婦としては「困っていない、こんなもん」という思いのようで、支援に結びつかない。
- (3) 産後ケア事業
- ・産後ケア事業が10～20%しか使用されていない。施策化するのには保健師しかできないので、活用しやすい工夫をしてほしい。
 - ・退院した母子に対して、母親が休める環境を提供している。気軽に母親が休めるように。
 - ・児の退院後に、他の病院に教育入院するケースもある。母子同室で1日過ごしてもらおうと、児が夜泣くことを知らない母親もいる。
- (4) 多職種連携
- ・地域で活動している助産師でも、保健師との信頼関係の構築は難しいと感じてしまう。
 - ・助産師は目の前にいる支援を必要としている人の支援は得意だが、横の連携は苦手なのではないか。保健師は、根気よく長年にわたり、家族全体を支えるのが得意である。また、家族の自立に向けての関わりが得意である。支援が重なること、助産師から地域へとつなぐことが大切である。
 - ・保健師は、何とか生活でいっている人には早急な対応ができないことが多いが、支援が必要な人への支援は早いのではないか。ある市では、母子保健の担当保健師が増えてきた。総合病院の退院カンファレンスにもすぐに対応し、マンパワーがそろっている市もある。
 - ・助産師の質を向上させることと、保健師との連携が大切である。
 - ・保健師の訪問などでもなかなか対象者に会えないケースでは、主任児童委員、民生委員とも連携することで、状況把握に役立つのではないか。
 - ・市町村の保健師とのよい連携があるため、対象者への支援ができる。産科医療施設に保健師が来て、会議をすることもある。何度か保健師と話をする中で、お互いに信頼関係ができ、情報共有ができるようになった。母子手帳交付時に気になったケースの情報を、産科医療施設に連絡してもらえらる。助産師として非常に心強い。
 - ・ハイリスクなケースでも、地域への情報提供を拒否される場合がある。
 - ・地域への情報提供で、一番早いのが電話だが、リスクもある。保健師が産科医療施設に行き、面談してはどうか。
 - ・文書が増えているので、文書での連携は負担がある。電話連絡のほうが負担は少ない。
 - ・助産師と保健師で認識が異なることもある。保健師がそれほど問題視していなかったが、助産師は気になる場合もある。認識のずれはあって当たり前だが、意見交換する必要がある。
 - ・対象が、病院でみせる姿と、自宅での姿は違う。違って当たり前である。情報交換が必要である。
 - ・産科医療施設から、対象者の同意が得られないという理由で、母子サポの連絡が来ないことがある。法律では問題ないとされているが、連絡が来ないと連携が難しい。
 - ・継続支援の必要な対象については、分娩介助した助産師と担当保健師が、一緒に家庭訪問ができる体制、人員を確保してほしい。そうすることで、病院勤務の助産師も、地域・家庭での生活を知ることができ、病院内のケアも変わるのではないか。
- (5) 病院間の連携
- ・ハイリスク妊産褥婦が、クリニックから周産期母子医療センターへ転院される場合の支援について。母子健康手帳交付時の状況や、クリニック受診時などの情報が、周産期母子医療センタ

- 一へはいかない。看護サマリは送らなくて、医師の紹介状のみだからではないか。
 - ・ハイリスク妊産褥婦が、周産期母子医療センターへ搬送となると、非常にバタバタして情報が間に合わない。後からでもよいので、情報提供していけるとよいのではないか。
- (6) 助産師の支援
- ・ある市では、助産師が乳児訪問を行い、報償費をもらっている。こうした地域の助産師と連携した支援が他の市でもできるとよいが、市町村により支援が異なっている。助産師として乳児訪問に関わりたいと思っても、需要がなく、行政の活動に入り込みにくい。
 - ・マイ助産師制度が必要ではないか。妊婦 1 人に対して、助産師 3~4 名のチームで関わる。メンタル面のことや悩みを初めてあるスタッフに一から話すのは難しい。だからこそ、チームで妊娠期から育児期まで関わり、常に「同じ顔」ということを大切にする。
 - ・病院内のシステムとして、助産師 4~5 人に対して妊婦 50 人などグループ制で対応すると、チームで顔の知れたスタッフに対応してもらえるなどの利点が大いではないか。

4) アンケート結果

研修終了後にアンケートを行った。有効回答数 23 であった。

- (1) 今回のテーマ
 - よかった 22、ふつう 1
- (2) 日程
 - よかった 22、午前中を希望 1
- (3) 研修会のプログラム
 - よかった 22、記載なし 1
- (4) 今後このような研修会に参加したいか
 - ぜひ参加したい 17、できれば参加したいしたい 4、記載なし 2
- (5) 研修会での学び
 - ・ハイリスク妊産褥婦の基準や、メンタル面のとらえ方などについて勉強になった。
 - ・保健師と助産師との連携の大切さを改めて実感した。まだ実際に連携する事例に関わっていないが、機会があれば支援を必要とする母子のために積極的に動いていきたいと感じた。
 - ・「つながる」ことの大切さを改めて感じた。それぞれの職種が抱えている母子保健や子育て支援への思いを、まずは出会って聞いて結びつけていくことで、想いを少しずつでも形にして前進できると感じた。
 - ・各地域の差を知ることができた。横のつながりが大切であると実感した。
 - ・保健師、助産師だけではなく、子育て支援に携わる市民活動団体や、行政の担当者、地域づくりに携わる方にも参加してほしい。
- (6) 今後の展望
 - ・発達支援教室のあり方を、他市や病院での取り組みなど学びたい。
 - ・若年妊婦への支援に関する研修会を企画してほしい。
 - ・妊娠期、産後の保健指導についても勉強したい。
 - ・保健師、助産師だけではなく、子育て支援に携わる市民活動団体や、行政の担当者、地域づくりに携わる方にも参加してほしい。

V. 教員の自己点検評価

1. 実践現場・看護職に与えた影響

研修会終了直後にアンケートをとっているため本研修の成果が、実践現場への直接的な影響としての記載はみられなかったが、テーマに関する学びの実感、連携の重要性、今後の活動意欲については高まったと判断できる。本事業の積み重ねにより、医療施設と地域、1次・2次医療施設と3次医療施設といった施設や職種を超えた円滑な連携につながると考えている。

2. 看護職の研修としての有用性

地域における母子保健活動充実に向けた研修会という事業であり、毎回、保健師、助産師、看護師の3職種の参加があり、本来の母子保健活動、とりわけ周産期看護活動のあり方を考えることができたことは、県内の育児支援に関わる看護職にとって有用であったと考える。研修会では実践報告後に小グループになり、多職種によるグループ交流会を設けている。グループ交流会では、教員がファシリテータとなり参加者の興味関心に沿って気軽に率直な意見交換ができています。最前線で働く保健師、助産師、看護師など多職種が集う機会は少ないため、日ごろの困りごとや疑問の解決の場となっており、名刺交換をする場面もしばしば見受けられ、研修会終了後もお互いに聞きあえる関係につながっている様子である。今後も継続した取り組みが必要だと考えている。

3. 本事業を通して捉えた看護職の生涯学習のニーズ

先駆的な実践をしている他施設や他市の複数の報告から学ぶこと、多職種が集うグループ交流会という研修会の方法は看護職者のニーズに合っていると考える。看護職者は多職種による育児支援の重要性を十分に理解しており、それぞれの職種がその思いを形にしたいと考えていることから、①専門職者に関わらずNPOや行政も交えた支援者同士の関係作り、②連携を妨げる小さな障壁の乗り越え方に対する学習ニーズがある。

4. 本学の研究・教育に与えた影響

NICUの看護職による退院前退院後訪問は全国的にも先駆的な試みであり、教員にとっては実例および看護実践の展開方法を知ること、多職種が連携した子ども・家族中心の看護を学ぶ重要な機会となった。また妊娠期から継続した支援ということで、クリニックの具体的な実践、市の取り組みの工夫、助産師会と市が連携したユニークな支援など、多様な育児支援活動の実際を知ることができ、看護学生、助産師学生に地域の助産師の活動、助産師と保健師の連携の実践例を伝えることができ、大変役立った。岐阜県内の育児支援の現状と課題を知ること、参加された看護職者との関係作りをすることは、共同研究「気になる母子への切れ目ない支援体制の充実に向けた検討」、および臨床と行う「周産期メンタルヘルスケア研究」にも関連し、研究の推進についても本事業は好影響があると考えられる。

表1 これまでの研修会「地域で取り組む育児支援」のサブテーマと開催場所

年	場所	サブテーマ
25年度	高山市民文化会館 岐阜県立看護大学	お母さんと赤ちゃんにやさしい地域づくり 地域で支える子育て 医療施設と地域保健の連携と協働を目指して
26年度	恵那文化センター 岐阜県立看護大学	医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して 同上
27年度	関市保健センター 岐阜県立看護大学	同上 同上
28年度	岐阜県立看護大学 同上	母親のメンタルヘルス NICUから小児在宅支援へ
29年度	広見公民館ゆとりピア 岐阜県立看護大学	妊娠期から育児期までの子育て支援 産後ケア（予定）

表2 過去9回の研修会の参加者の推移（名）

年	保健師	助産師	看護師	その他	本学学生	本学教員	計
25年度	3	9	0	0	0	5	17
	12	4	1	0	0	4	21
26年度	5	9	1	保育士1	0	7	23
	8	12	0	保育士1	5	7	33
27年度	6	6	0	一般人1	0	7	20
	14	6	1	0	0	10	31
28年度	16	16	1	MSW1、心理士1 PT1、総合相談員1	3	7	47
	8	2	6	0	0	9	25
29年度	14	12	1	栄養士1 社会教育主事1	0	9	38
計	86	76	11	9	8	65	255
	33.7%	29.8%	4.3%	3.5%	3.1%	25.5%	100%

VI. 今後の課題と発展の方向性

今年は参加者の利便性を考慮して、中濃圏域で研修会を開催した。当初の見込み以上38名の参加者があり、開催場所としては適切かつ効果的であったが、施設の予約のために直接出向く必要があり、教員の負担が大きかったことは課題である。

1. 研修のテーマについて

本事業は平成25年から「地域で取り組む育児支援」を研修会のメインテーマとしている。最初の3年間は「医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」という比較的大きめなサブテーマを掲

げて岐阜・西濃、東濃、中濃、飛騨の各圏域で研修会を開催してきた。

一巡した平成 28 年度からは、その時々の特ピックスをふまえたテーマを明確に掲げた研修会を岐阜・西濃と中濃圏域で開催しており、参加者数は増加傾向である。特に、「母親のメンタルヘルス」については、平成 28 年の研修会で取り上げたが、その時の参加者が 47 名と過去最大であったこと、平成 29 年に産婦人科医会からは妊産婦のメンタルヘルスマニュアル、周産期メンタルヘルス学会からも「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」が相次いで公表されたことにより、全国的にも関心が高まっているため、今後は東濃あるいは飛騨圏域での開催を検討していきたい。

また、同じく平成 29 年には厚労省より子育て世代包括支援センター業務ガイドラインが発刊され、各自治体は平成 32 年度までの開設に向けて準備を進めており、岐阜県としての見解や方針を聞きたいとの声も聞かれているため、引き続きニーズに合ったテーマを選定していく予定である。このように圏域を横断して継続的に多職種による子育て支援の研修会を主催することは、大学だからこそできる強みであり、地域の看護を中心とした専門職者が参集して家族中心のケアを考える機会を作ること重要である。

2. 参加者の確保について

県内の各医療圏域で研修を実施することで、地域で働く看護職を中心とした専門職者の参加が期待できる。今後は子育て支援に関わる行政や NPO に対しても研修会への参加を呼び掛けていきたい。また研修会に託児をつけることで、子育て世代にある支援者が参加しやすい環境づくりを心掛けていきたい。

3. 実施場所について

研修会は、岐阜県内の各圏域 2 か所を選び毎年実施している。県内看護職が参加しやすいことを意図しており、今後も学外での開催を継続していく。