

〔研究報告〕

妊娠期からの切れ目ない支援を目指した A 総合病院小児科の 育児支援の現状と課題

中村 彩乃 布原 佳奈

Current Status and Challenges of Childcare Support by the Department of Pediatrics at A General Hospital for Seamless Support Starting from Pregnancy

Ayano Nakamura and Kana Nunohara

要旨

本研究の目的はハイリスクカンファレンスを起点とした、A 総合病院小児科での育児支援の現状を踏まえ、小児科で実施する育児支援の課題を明らかにし、総合病院の小児科で実施する妊娠期からの継続した育児支援の方向性の検討をすることである。

育児支援を受けた母親 5 名を対象に質問紙調査を行い、その結果を小児科スタッフと共有、感想を出し合った。さらに小児科スタッフの認識する課題を把握するために小児科スタッフとの育児支援に関しての意見交換を行なった。データは、意味を損ねないように要約し、趣旨が類似するものを集めてサブカテゴリ、さらに類似したサブカテゴリを集めてカテゴリを生成し、小児科の育児支援の課題を明らかにした。

育児支援に対する母親の評価から小児科スタッフが感じたことは、【小児科の育児支援が母親に受け入れられ、プラスに評価されていることを実感する】等 3 つ、小児科スタッフの認識する育児支援の現状は【妊娠中のハイリスクカンファレンスから 1 か月健診までの継続した小児科の関わりがある】等 4 つ、課題は、【外来で関わる際に、育児支援に関する記録は多いが、系統的に分類されていないため情報収集に時間がかかる】【個々の育児支援終了が個人の感覚に委ねられている】等 9 つ、理想の育児支援は【病院での支援だけではなく、地域とのつながりを考える】等 6 つのカテゴリが生成された。これらの結果から、育児支援の介入の記録が系統的に分類されていないため、小児科で実施する育児支援の課題は、育児支援として可視化出来ない・育児支援終了の目安が曖昧である・1 か月健診以降の育児支援が難しい、の 3 つが明らかになった。

以上より、総合病院小児科で実施する育児支援の方向性は、妊娠期からの継続した支援を通して、育児支援の内容や実績などの情報を集約し、生活の拠点となる地域で暮らす家族が適切なサポートを受けながら育児ができるように支えることである。

キーワード：育児支援、小児科、妊娠期からの継続した支援

I. はじめに

内閣府（2022）によると少子化や核家族化、晩婚化・離婚率の上昇とステップファミリーの増加があり、子どもを生き育てる環境が変化しており、身近に子育て支援者がいな

いなど、子育ての難しい環境となっている。厚生労働省（2014）は、2015 年度から健やか親子 21 の基盤課題の一つに切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策を掲げているが、母親と子どもに接する専門職が場面によって異なっ

おり、継続した支援は難しい現状にある。2009年に改正された児童福祉法に特定妊婦が明記され、「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」とされている。自治体が主体となり医療機関・児童相談所などが妊娠期から連携して継続した支援が行われている。さらに、特定妊婦ほどのハイリスクではないが、周産期のメンタルヘルスや社会的な問題を抱えた、支援を必要とする妊婦も増加している(服部ら, 2019; 服部ら, 2015; 西村ら, 2022)ため、妊娠期からの継続した育児支援はますます必要となっている。しかし、心理社会的なリスク要因を持つ妊産婦の場合、総合病院で出産後は医療の介入が必要ではないため、生活の拠点となる地域に戻ってからの生活を小児科が継続的に支援していくことが難しく、小児科での継続した支援の報告もみられない。

筆者が研修生として本研究を実施したA総合病院は、地域完結型医療を推進する地域支援総合病院である。産科24床、小児科20床(うち4床は新生児室)を持ち、研究開始の約6年前より、総合病院であることを生かした産科と小児科の連携と妊娠期からの継続した支援ができるように体制づくりを進め、研究開始時は3つのことを実施していた。1つ目は産科助産師、ソーシャルワーカー、小児科スタッフが参加し、妊娠中の母親の情報を共有するハイリスクカンファレンスである。これは隔週で月に2回実施され、対象者は産科外来助産師によって抽出され、情報提供が行われる。このカンファレンスで取り扱うハイリスクは、母子ともに身体的なリスクは低いが、経済的な問題・複雑な家族形態・母親のメンタル不調など心理・社会的なハイリスク要因を有している。2つ目は出産後に産科病棟に小児科保育士が訪問し、産科病棟に入院しているすべての母親を対象に退院後に利用できる電話相談の紹介である。電話相談は匿名で受け付け、窓口を保育士としている。一般的な育児の悩みは保育士で対応し、赤ちゃんの便秘や哺乳量に関しては小児科看護師、または小児科医につなぐことができる仕組みになっている。3つ目は1か月健診に産科外来に小児科スタッフが出向き、1か月健診の受付で育児に関する相談ごとの問診票を回収している。この問診票は出産後の電話相談案内時に渡されており、問診票に書かれた悩み事を、小児科スタッフが内容別に医師・助産師・小児科スタッフに振り分けて、相談に応じ、悩み事を解決して1か月健診を終えることができるようにしていた。さらに、健診に来た全員と小

児科スタッフが育児に関する話を話す時間を設けていた。このように、A総合病院では産科と小児科が連携した妊娠期からの継続した育児支援ができるような体制がある。

さらに小児科として上記3つに加えて、ハイリスクカンファレンス後に、妊娠期から小児科での継続的な育児支援が必要であると育児支援チーム内で判断した場合は、対象の母子に対し担当看護師を1名選定し、担当看護師が産科外来に出向き妊婦と継続的な面談を行うなど、独自の小児科の育児支援のシステムがある。小児科スタッフは看護師16名、助産師2名、保育士4名の合計22名で構成されている。なお、小児科では病棟と外来は一元化されており、小児科スタッフが病棟業務と外来業務を行っている。小児科には、育児支援チームがあり、看護師6名、助産師1名、保育士1名で構成され、小児科で実施する育児支援の中心的役割を担っている。

筆者は小児科師長より、産科と小児科の連携した育児支援のシステムはあるがうまく稼働していない気がするかと相談を受け、研修生として小児科での育児支援の様子を見学し、小児科スタッフにヒアリングを実施した。すると、ハイリスクカンファレンス後、小児科としてどのような支援が必要と判断し、妊娠期からの介入をスタートさせていたのかということが記録に残っていないことがわかった。また、行われている育児支援が小児科スタッフ間で共有されておらず、支援内容が育児支援チームの当該母子の担当看護師以外では把握できないため、担当看護師不在時に小児科スタッフが一貫した育児支援を実施することが難しいという状況があった。さらに、育児支援の終了の判断は担当看護師に一任されており、担当看護師が育児支援の継続や終了を判断することが難しいと感じていることが分かった。小児科で実施している育児支援に対して小児科スタッフ間に迷いや自信が持てない様子があり、筆者が中心メンバーとなり小児科の育児支援について研究的に取り組むことになった。

本研究の目的はハイリスクカンファレンスを起点とした、A総合病院小児科で実施されている育児支援の現状を踏まえて、小児科で実施する育児支援の課題を明らかにすることで、総合病院の小児科で実施する妊娠期からの継続した育児支援の方向性の検討をすることである。

本研究における「育児支援」は心理社会的なリスク要因を持つ妊産婦・家族を対象に、家族の置かれた環境や、家族の育児の力に配慮した支援を小児科スタッフがすることである。

II. 研究方法

1. 第1段階：育児支援に対する母親の評価の把握

小児科での育児支援を受け、2021年10月から11月に、育児支援チームの担当看護師によって小児科での育児支援の終了と判断された母親5名を対象に、質問紙調査を実施した。

質問項目は、小児科でどのような育児支援を受けたか、育児支援が必要だと感じた時期はいつか、小児科での育児支援に満足しているか、育児について不安に思うことはあるかとした。これら4つの質問項目は3～4件法で回答を求めた。小児科で受けた具体的な育児支援の内容、育児支援の感想や要望については自由記載とした。選択肢のある質問項目は単純集計し、自由記載は記述のままデータとした。

育児について不安に思うことはあるか、の低位項目に「育児の不安がたくさんあって困っている」「これからも育児支援を受けたい」という選択肢を設けた。回答内容から育児支援の必要性が判断された場合、個人が特定できるよう、連結可能匿名とした。

2. 第2段階：育児支援に対する母親の評価の共有と小児科スタッフの認識する育児支援に関する現状と課題の把握

小児科スタッフ22名を対象とした。2021年12月と2022年1月の既存の病棟会後に話し合いの時間を45分程度持ち、下記の内容で話し合いを実施した。話し合いの内容はICレコーダーで録音し、逐語録を作成し、データとした。

- 1) 育児支援に対する母親の評価を共有し、評価に対する感想を出し合った。
 - 2) 小児科スタッフとは以下の内容で話し合いを行った。
 - (1) 小児科スタッフの認識する小児科の育児支援の現状を明らかにするために、育児支援の具体的なエピソード、うまくできていると感じていることについて。
 - (2) 小児科スタッフの認識する現在の育児支援の課題を明らかにするために、困難に感じていること、迷っていることについて。
 - (3) 小児科スタッフの考える小児科での理想の育児支援を明らかにするために、対象の母親にとっての育児支援のスタートやゴール、小児科での育児支援の取り組みの目的・目標や、理想の育児支援について。
- 話し合いのデータは、問いごとに意味を損ねないように要

約しそれぞれの趣旨が類似するものを集めてサブカテゴリ、さらに類似したサブカテゴリを集めてカテゴリを生成した。

3. 第3段階：小児科で実施する育児支援の課題の明確化

第1・2段階から得られた結果から、筆者が小児科で実施する育児支援の課題を整理し、2022年3月、育児支援チームと共有し、課題の明確化を行った。

4. 倫理的配慮

A総合病院の院長および看護部長、小児科・産婦人科師長に本研究の趣旨や目的、方法、倫理的配慮について承諾を得た。小児科スタッフには本研究の趣旨や目的、方法、研究への参加は自由意思であることや倫理的配慮を口頭および書面で説明し、研究協力の同意を得た。また、対象となる母親にはプライバシーの確保できる空間で研究の目的、方法と個人の人権の擁護・個人情報の取り扱いや研究参加を断った場合でも診療や看護ケアに影響はなく、不利益を被ることがないことを、書面と口頭にて説明した。

本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会より、2021年3月に承認を得た（通知番号2021-A005M-2）。また、当該病院の倫理委員会の承認を2021年9月に得て（通知番号2021-006）実施した。

III. 結果

1. 育児支援に対する母親の評価

質問紙は5名に配布し、産後1～4か月の4名の母親から回答があった（回収率80%、すべて有効回答）。対象者は20代から40代で、ハイリスク要因としては、ステップファミリー、過去に心療内科の受診歴がある、子どもが好きではないとの妊婦健診時の発言、妊娠中の喫煙がやめられない、などであった。

小児科でどのような育児支援を受けたか（複数回答可）は、4名が「沐浴」と回答し、3名が「小児科の看護師・保育士とお話した」、2名が「育児の不安や悩みを聞いてもらった」と回答した。小児科で受けた具体的な育児支援の自由記載には、「赤ちゃんとお母さんに負担のない沐浴方法」「スムーズに沐浴するための方法」と回答があった。

育児支援が必要だと感じた時期はいつか（複数回答可）は、「入院中」が3名、「退院2週間以内」が1名、「退院2週間～1か月健診まで」が1名、「生後3か月以降」が1名であった。また、すべての母親が、小児科での育児

支援に満足しているかについて、「満足している」と回答し、育児について不安に思うことはあるかについて、「不安があるが、何とかかなりそう」と回答した。

育児支援の感想や要望の自由記載では「積極的に話しかけてもらえて助かった」「心配なこと不安に思っていることに寄り添ってもらえた」「自分が抱えていた不安を感じ取って優しい言葉をかけてくれる人がとても多くてとても気持ちが救われた」という意見があった。

2. 小児科スタッフが認識する育児支援の現状と課題

話し合いの参加者は、1回目（2021年12月）が育児支援チームメンバー6名を含む計12名、2回目（2022年1月）が育児支援チームメンバー4名を含む計12名であった。

1回目の話し合いで母親への質問紙調査の結果を筆者が15分程度説明後、結果についての小児科スタッフのコメントを聴取した。所要時間は15分であった。その後、(1)小児科スタッフの認識する小児科の育児支援の現状、(2)小児科スタッフの認識する育児支援の課題についての意見交換を行った。所要時間は15分程度であった。2回目の話し合いで、(3)小児科スタッフの考える小児科での理想の育児支援を明らかにするために、育児支援のスタートやゴール、目的・目標についての討議し、理想の育児支援について意見交換を行った。所要時間は30分程度であった。カテゴリを【】で示す。

1) 育児支援に対する母親の評価から小児科スタッフが感じたこと

育児支援に対する母親の評価から小児科スタッフが感じたことは、7つのサブカテゴリと3つのカテゴリが生成され、カテゴリは【退院直後だけでなく、生後3か月以降の育児支援の必要性を感じる】【育児手技の指導だけではない小児科の育児支援がある】【小児科の育児支援が母親に受け入れられ、プラスに評価されていることを実感する】であった（表1）。

2) 小児科スタッフの育児支援の現状と課題および理想の育児支援について

(1) 小児科スタッフの認識する育児支援の現状

小児科スタッフの認識する育児支援の現状は、8つのサブカテゴリと4つのカテゴリが生成され、カテゴリは【小児科で妊娠中のハイリスクカンファレンスから1か月健診までの継続した関わりができるシステムがある】【母親との実際の関わりや会話を大切にされた個別性のある支援を行っている】【1か月健診以降も電話相談や予防接種の機会を育児支援に生かしている】【小児科病棟と外来で情報共有と連携ができる】であった（表2）。

(2) 小児科スタッフの認識する育児支援の課題

小児科スタッフの認識する育児支援の課題は、23のサブカテゴリと9つのカテゴリが生成され、カテゴリは【一般業務と並行して育児支援のための時間やスタッフの確保が難し

表1 育児支援に対する母親の評価から小児科スタッフが感じたこと

n=12

カテゴリ	サブカテゴリ	() 要約数
退院直後だけでなく、生後3か月以降の育児支援の必要性を感じる	退院後のフォローが必要である (1)	
	生後3か月以降の育児支援が求められており、必要性を感じる (3)	
育児手技の指導だけではない小児科の育児支援がある	母親の不安は育児手技以外のところにあることが分かる (2)	
	何気ない会話を通した母親との時間の共有が育児支援につながる (1)	
小児科の育児支援が母親に受け入れられ、プラスに評価されていることを実感する	育児支援では、手技の指導だけではなく相談しやすい環境づくりが大切 (1)	
	小児科での育児支援が母親からプラスに評価されていることを実感する (6)	
	実施してきた育児支援が母親に受け入れられていることを知る (4)	

表2 スタッフの認識する小児科の育児支援の現状

n=12

カテゴリ	サブカテゴリ	() 要約数
小児科で妊娠中のハイリスクカンファレンスから1か月健診までの継続した関わりができるシステムがある	妊娠中のハイリスクカンファレンスから継続した関わりを持つことができて (2)	
	入院中から1か月健診まで継続して関わることでできるシステムがある (1)	
母親との実際の関わりや会話を大切にされた個別性のある支援を行っている	母親との実際の関わりから個別性をとらえて支援を考えている (2)	
	何気ない母親との会話から個別性をとらえるため、会話を大切にされた支援を行っている (4)	
1か月健診以降も電話相談や予防接種の機会を育児支援に生かしている	1か月健診以降も保育士の電話相談を利用した育児支援の体制がある (7)	
	必要時、予防接種を当院で進め、継続した関わりができる (1)	
小児科病棟と外来で情報共有と連携ができる	小児科病棟と外来のスタッフの一元化をしており、情報共有ができて (2)	
	病棟と外来での情報共有、意見交換ができて (1)	

い】【外来で関わる際に、育児支援に関する記録は多いが、系統的に分類されていないため情報収集に時間がかかる】【育児支援終了の目安がなく、終了の判断が個人の感覚に委ねられている】【電話相談や予防接種、特定の外来フォローの対象でなければ、小児科での1か月健診以降の育児支援が明確ではない】【地域と連携していくことの難しさがある】【個々の育児支援の目標設定が発達や状況によって変化するため、小児科としての育児支援の目標を設定することが難しい】【育児支援のゴールは一律ではなく、決めることができない】【育児支援のゴールは対象の様子や状況によって変化するものである】【育児支援のゴールは母親か小児科スタッフのどちらかの「もう大丈夫」という感覚で判断されている】であった(表3)。

(3) 小児科スタッフの考える小児科での理想の育児支援

小児科スタッフの考える小児科での理想の育児支援は、21のサブカテゴリと6つのカテゴリが生成され、カテゴリは【子どもと家族が安心して日々を送ることのできる環境を整え、健やかな成長を支える】【母親や家族が適切なサポートを受けながら子育てができるよう支援する】【病院での支援だ

けではなく、地域とのつながりを考える】【育児支援は時期に限らず、支援が必要とアセスメントした時から始まる】【育児支援の範囲を年齢で区切るのではなく、育児をしているすべての母子を対象としている】【すべての母親に妊娠前から小児科での育児支援が開始できる】であった(表4)。

3. 小児科で実施する育児支援の解決すべき課題の明確化

筆者が表2・3・4で示した、育児支援に対する母親の評価から小児科スタッフが感じたこと、育児支援の現状、課題、理想のカテゴリを用いて整理し、小児科で継続する育児支援を充実させるために解決すべき3つの課題を抽出した。2022年3月に育児支援チームのメンバーで共有し、話し合いを行った。参加者は5名で、所要時間は15分であった。3つの課題と関連したカテゴリを確認し、課題の明確化を行った(表5)。

1) 育児支援の介入の記録が系統的に分類されておらず、育児支援として可視化出来ない

小児科で実施する育児支援は母親だけではなく、家族も支援の対象としているため取り扱う情報は、母親の育児技

表3 小児科スタッフの認識する現在の育児支援の課題

n=12

カテゴリ	サブカテゴリ	() 要約数
一般業務と並行して育児支援のための時間やスタッフの確保が難しい	外来の診療の中で母親との会話に時間を確保することがむずかしい (3) 外来や病棟でも育児支援のために確保出来る時間が限られてしまう (2) 急性期の病棟で育児支援にスタッフを確保することが難しい (2)	
外来で関わる際に、育児支援に関する記録は多いが、系統的に分類されていないため情報収集に時間がかかる	支援内容に関する記録が多いため、外来では関わるときに十分な情報が収集できない (1) 育児支援に関する記録は多いが、系統的に分類されていないため、外来で情報収集する時間が取れず、うまく関わることができない (1)	
育児支援終了の目安がなく、終了の判断が個人の感覚に委ねられている	育児支援終了を個人の主観で判断している (2) 育児支援終了に小児科スタッフの共通認識がない (1) 育児支援終了の目安がなく、母親の表情・言動、子どもの清潔さで育児支援終了の判断をしている (2) 母親の心身の健康状態や家族のサポートにも影響を受けるため、育児支援終了のはっきりとした目安がなく、個人の感覚になっている (1)	
電話相談や予防接種、特定の外来フォローの対象でなければ、小児科での1か月健診以降の育児支援が明確ではない	1か月健診までは悩み事によって産科や小児科など相談先が明確になっている (1) 電話相談や予防接種、診療以外での1か月以降の小児科での育児支援の場がない (4) 問題が顕在化している対象のみが外来でのフォローの対象となり、身体的な問題がないと継続した育児支援が難しい (2)	
地域と連携していくことの難しさがある	看護師と保健師の育児支援に関する視点の違いがある (2) 病院と保健センターとの連携がスムーズになると良い (1) 保健センターと相互の情報共有に期待しているが、現在は難しい (2)	
個々の育児支援の目標設定が発達や状況によって変化するため、小児科としての育児支援の目標を設定することが難しい	育児支援の目標は発達段階や母親の悩みで変化し、個々にあるため、小児科としての育児支援の目標設定が難しい (2) 個々に異なる育児支援の目標があるため、小児科としての育児支援の目標設定への迷いがある (1)	
育児支援のゴールは一律ではなく、決めることができない	病気のような完治の目安がなく、育児支援のゴールをスタッフで決めることはできない (1) 個々にゴールがあり、育児支援に一律のゴールは存在しない (1)	
育児支援のゴールは対象の様子や状況によって変化するものである	育児支援のゴールは対象や母親の現在の状況によって異なる (2) 育児支援のゴールは対象となる子どもの発達段階によって変化する (2)	
育児支援のゴールは母親か小児科スタッフのどちらかの「もう大丈夫」という感覚で判断されている	育児支援のゴールは母親の大丈夫という感覚を小児科スタッフが確認できたときである (3) ゴールは母親や子どもの様子を見ながら担当するスタッフが大丈夫と思えたタイミングとなる (2)	

表4 スタッフの考える理想の小児科での育児支援

n=12

カテゴリ	サブカテゴリ	() 要約数
子どもと家族が安心して日々を送ることのできる環境を整え、健やかな成長を支える	家族が安心して過ごすことのできる環境を整えることを目的としている (6)	
	育児支援の目的は子どもの健やかな成長を支えること (1)	
母親や家族が適切なサポートを受けながら子育てができるよう支援する	目標は育児の不安を軽減していくための支援の実施をすること (2)	
	親の問題が子どもに直結しており、育児支援は家族単位での支援を考える必要がある (1)	
	家族が社会資源やサポートの活用ができるように支援することが育児支援の目標である (2)	
	受診のタイミングを家族で判断できるようになることが育児支援の目標である (1)	
	家族が子どもを受け入れ、育てることができるようにすることが育児支援の目標である (2)	
病院での支援だけでなく、地域とのつながりを考える	小児科が相談先になるとなり、家族が家族に適した育児手技の獲得できるようになることが、育児支援の目標である (1)	
	1か月以降、診療以外のフォローは地域保健師となる (1)	
	1か月健診以降や電話相談の他に家族がつながる場所を作ることができるよう、地域との連携を考える必要がある (2)	
	母親と病院だけではなく保健センターのつながりを作る必要がある (1)	
育児支援は時期に限らず、支援が必要とアセスメントした時から始まる	子どもの成長に伴い、生活の拠点は地域に気なるため、家族が地域にアクセスできるようにしていく (1)	
	育児支援のスタートは小児科が関わり、支援が必要とアセスメントした時からとする (2)	
	育児支援の開始は妊娠期や乳児期に限らず、支援が必要とアセスメントした時からとする (1)	
育児支援の範囲を年齢で区切るのではなく、育児をしているすべての母子を対象としている	子どもの年齢ではなく、母親が育児をしている限りは育児支援の対象となる (2)	
	成長発達に合わせた長期的な育児支援が必要である (1)	
	小児科の受診範囲 (15歳) までを育児支援の範囲と捉えている (3)	
すべての母親に妊娠期から小児科での育児支援が開始できる	育児支援の対象期間を子どもの年齢で区切ることはできない (2)	
	育児支援のスタートは妊娠期であると感じる (3)	
	すべての母親の妊娠期からの育児支援が開始できるとよい (4)	
	出産後不安なく育児に移行するため妊娠期から小児科での育児支援ができるとよい (1)	

表5 小児科で継続する育児支援を充実させるために解決すべき3つの課題

課題	課題の根拠
育児支援の介入の記録が系統的に分類されておらず、育児支援として可視化出来ない	小児科では【育児手技の指導だけではなく小児科の育児支援がある】【母親との実際の関わりや会話を大切にしたい個別性のある支援を行っている】ため、母親の反応やアセスメントなど記録は多いが、看護記録の一部であり、まとまっていない。そのため、【外来で関わる際に、支援内容に関する情報が多いが、まとまっていないため情報収集に時間がかかる】。さらに【育児支援終了の判断が個人の感覚に委ねられている】ため支援の一連の流れで見ることができない。
育児支援終了の目安が曖昧である	【育児支援のゴールは一律ではなく、決めることができない】【育児支援のゴールは対象の様子や状況によって変化するものである】【個々の育児支援の目標設定が発達や状況によって変化するため、小児科としての育児支援の目標を設定することが難しい】、と認識され、明確な設定がないことが迷いにつながっている。また、【育児支援のゴールは母親かスタッフのどちらかの「もう大丈夫」という感覚で判断されている】と曖昧な感覚である。
1か月健診以降の育児支援が難しい	【小児科で妊娠中のハイリスクカンファレンスから1か月健診までの継続した関わりができるシステムがある】が、【電話相談や予防接種、特定の外来フォローの対象でなければ、小児科での1か月健診以降の育児支援が明確ではない】ことが明らかになり、母親の育児支援の評価からも【退院直後だけでなく、3か月以降の育児支援の必要性を感じる】。

術獲得や子どもの哺乳量や皮膚の様子だけでなく、家族の子どもを受け入れや準備状況、住居環境やなど多岐にわたっている。そして小児科では【育児手技の指導だけではなく小児科の育児支援がある】【母親との実際の関わりや会話を大切にしたい個別性のある支援を行っている】と一般的な育児技術の指導ではなく、個別性の高い支援を提供しているため、母親の言動や思いなど、小児科スタッフとの対応やアセスメントなど記録が多くなる。それらに対するアセスメントは子どもの看護記録の一部となっており、育児支援の記録として1か所に記載されていない。そのため、【外来で関わる際に、育児支援に関する記録は多いが、系統的に分類されていないため情報収集に時間がかかる】と担当看

護師以外が関わることに困難があった。また、担当看護師が育児支援終了の判断を行っているが、【育児支援終了の目安がなく、終了の判断が個人の感覚に委ねられている】こともあり、育児支援がどのように行われて、どのように終了したのかという一連の流れが見えないことが課題であった。

2) 育児支援終了の目安が曖昧である

これまでの育児支援は主に担当看護師が1か月健診時に顕在した問題がなければ、継続した支援を一旦終了と判断していることが多いが、小児科スタッフとの話し合いからは【育児支援のゴールは対象の様子や状況によって変化するものである】【育児支援のゴールは一律ではなく、決めることができない】【個々の育児支援の目標設定が発達や状況

によって変化するため、小児科としての育児支援の目標を設定することが難しい】と育児支援のゴールに明確な設定がなく、小児科スタッフの中で育児支援のゴール設定に迷いがあることがわかった。また、【育児支援のゴールは母親かスタッフのどちらかの「もう大丈夫」という感覚で判断されている】と母親の様子を見ながら判断しているが、この「大丈夫」という感覚も曖昧であり、小児科スタッフは育児支援終了の判断が難しいと感じていた。

3) 1か月健診以降の育児支援が難しい

育児支援に対する母親の評価から、【退院直後だけでなく、生後3か月以降の育児支援の必要性を感じる】と1か月健診以降の継続した支援の必要性を感じたが、地域への連携については相互の情報共有や保健師との視点の違いなどがあり、【地域と連携していくことの難しさがある】と困難感があつた。また、現在は、【小児科で妊娠中のハイリスクカンファレンスから1か月健診までの継続した関わりができるシステムがある】と支援のシステムの中心は妊娠期から産後の1か月健診までであったことが明らかになり、【電話相談や予防接種、特定の外来フォローの対象でなければ、小児科での1か月健診以降の育児支援が明確ではない】ため、1か月健診以降も支援を継続できる仕組みがないことが課題である。

IV. 考察

A総合病院小児科では母親や家族に合った育児の提案が出来るように、妊娠期から関係を作り、個別性の高い支援を行っており、支援を受けた母親から肯定的に評価されていることが明らかになった。そして、今回、明らかになった小児科育児支援の3つの課題に取り組むことで、継続した育児支援の充実を図ることができると考える。A総合病院の小児科育児支援の課題を解決するための育児支援を検討し、総合病院の小児科で実施可能な妊娠期からの継続した育児支援の方向性について述べる。

1. A総合病院小児科育児支援の3つの課題を解決するための育児支援の方策

1) 育児支援の情報と内容を可視化する

A総合病院小児科では、【母親との実際の関わりや会話を大切にされた個別性のある支援を行っている】と個別性の高い育児支援の提供を行っているが、【育児支援終了の目安がなく、終了の判断が個人の感覚に委ねられている】こ

ともあり、育児支援の内容がカルテの看護記録にすべて残ることはなく、担当看護師のみが育児支援の内容を把握していたと考えられる。家族の状況や住居環境など育児支援に必要な情報は多岐にわたっているが、それらに対するアセスメントは看護記録に点在しており、育児支援の記録として1か所に記載されていない。また、ハイリスクカンファレンス後、小児科の介入がなぜ必要であるかの判断をし、育児支援がどのように行われて、どのように終了したのかという一連の流れがカルテからの情報収集だけでは十分に見えないことが、小児科スタッフの育児支援の迷いにつながっていたのではないかと考えられる。これらのことから、短時間で、支援の必要性や介入の経過などの情報が1つのシートで確認でき、育児支援の内容を可視化することの重要性は高いと考える。

A総合病院では産科と小児科の連携した育児支援を実施しているが、育児支援を実施する際に小児科が母親のフィジカルな情報だけでなく、心理・社会的な背景や情報を得ようとする妊娠初期から産科のカルテをさかのぼり、時間を要していた。A総合病院に限らず、一般的な電子カルテの構造として、妊娠・分娩・産褥・新生児期の情報は産科カルテの別々なシートに書き込まれ、出産後は子どもの母親として小児科カルテに情報が書き込まれる。家族を単位とする育児支援であるが、母親と子どもの情報が点在し、情報の集約が難しい構造がある。また、産科のカルテの妊婦健診シートに記載された数か月分のデータから育児支援に関連する家族の様子や妊婦の思いを抽出し、情報を集約していく作業は容易ではない。そのため、小児科で、いくつものカルテを見ながら家族の様子を把握し、母親の様子から現在必要な育児支援を考えるには時間を要してしまうことが容易に推測される。藤田ら(2018)は、小児科外来は、保護者への育児支援、育児相談する時間がないと述べ、三国ら(2016)は育児相談の所要時間は10分程度であったとしている。育児相談の10分の時間を捻出することが難しい小児科で、時間をかけてカルテをさかのぼり、育児支援の情報を統合させていくことはできない。そのため、妊娠期から継続して育児支援を行うときには、育児支援という視点で母子および家族の情報の集約が必要であると考えられる。

2) 病院での育児支援の終了の目安を明確にする

担当看護師によって小児科での育児支援の終了と判断された母親を対象に質問紙調査を実施し、すべての母親から

「不安はあるがなんとかなりそう」という回答があったことから、担当の育児支援終了のタイミングと母親の「大丈夫」という感覚はおおむね一致していたのではないかと考えられる。しかし、育児支援の終了に関して、【育児支援終了の目安がなく、終了の判断が個人の感覚に委ねられている】と小児科スタッフの育児支援に対する迷いにつながっていた。また、実施している育児支援が共有されておらず参考できないため、個人で育児支援の終了を判断することが難しいと感じていたのではないかと考える。さらに、育児支援のゴールの認識も【育児支援のゴールは一律ではなく、決めることができない】【育児支援のゴールは対象の様子や状況によって変化するものである】【育児支援のゴールは母親かスタッフのどちらかの「もう大丈夫」という感覚で判断されている】と、いうように小児科スタッフによって様々で、個々のスタッフの感覚的な判断に委ねられ、その判断が記録に残らないため、共有が難しいということにつながっているのではないかと考えられた。

一般的に育児支援を終了と判断するとその後小児科とのつながりは薄くなり、実際に困難なく育児を継続していくことができたのを知ることができず、提供した育児支援が適切であったかの評価が難しい。そのため、小児科では、対象の家族が、育児支援終了後も安心して生活の拠点となる地域での子育てを継続するための支援が必要である。さらに、小児科スタッフが、小児科での育児支援終了を感覚ではなく、客観的に設定できるようにしていく必要があると考えられる。

3) 1か月健診以降も継続した育児支援を家族が受けられるような連携体制を作る

育児支援に対する母親の評価から、生後3か月以降も育児支援を必要としていることが明らかになった。これは、神谷(2020)が、約半数の母親が3・4か月健診～1年まで困りごとがあるとした結果とも一致していた。

小児科スタッフの考える理想の育児支援から、育児支援の目的について【子どもと家族が安心して日々を送ることのできる環境を整え、健やかな成長を支える】としており、目標は、【母親や家族が適切なサポートを受けながら子育てができるよう支援する】としていた。家族が、子どもを受け入れ、受診のタイミングや社会資源のサポートを受けられるような育児の基盤を生活の拠点となる地域で作っていくことが必要である。子どもが育っていく場は自宅周辺の地域であり、大浦ら(2020)は地域交流のない母親は地域交流のある母親よ

り育児困難感が多いと述べており、【病院での支援だけではなく、地域とのつながりを考える】必要があり、小児科スタッフは子どもと家族の生活の拠点となる地域へのつながりが重要であるとしている。しかし、【地域と連携していくことの難しさがある】と看護師と保健師の視点の違いや情報共有について困難感があった。同様に服部ら(2019)は行政との連携で困難に感じていることとして「母と子の健康サポート事業」の依頼票のみで状況が伝わるか不安があったとしている。今回の研究で対象となった母親や家族のように心理・社会的なリスクがある場合、どのように小児科がリスクを捉え、これまでどのような対応をしてきたのかという育児支援の内容と実績、また、今後どう支援していく必要があると考えているのかということ地域の関係者に情報提供できるような体制づくりが必要である。

上記について、一般的な総合病院小児科でも同様な状況がある。1か月健診までは病院との接点を持つことができるが、1か月健診以降は里帰り先から生活の拠点となる地域に戻ることや予防接種や体調不良時の受診などでは自宅周辺のクリニックを利用するなど、総合病院小児科での継続した育児支援をすることは難しくなる。そのため、総合病院から保健師につなぐだけでなく、母親や家族が地域の小児科クリニックや子育て支援センターに相談できるような情報共有や連携を図り、妊娠期からの切れ目ない支援を受けられるようにしていく必要があると考える。

2. 総合病院において妊娠期から切れ目ない支援を実施するための小児科の育児支援の方向性

小児科の育児支援は家族を支援の対象とし、家族が子どもを受け入れ、育児の手技獲得にとどまらず、【子どもと家族が安心して日々を送ることのできる環境を整え、健やかな成長を支える】ことを目的としていることが明らかになった。育児支援に対する母親の評価からは、小児科で受けた育児支援について、「赤ちゃんとお母さんに負担のない沐浴方法」「スムーズに沐浴するための方法」があり、小児科の行っていた育児支援が一般的な育児技術の指導だけではなく、家族が継続できる個別性の高い支援内容となっていたと考えられた。小児科スタッフの認識する【母親との実際の関わりや会話を大切にされた個別性のある支援を行っている】には、妊娠中から母親や家族と顔見知りになり、面談の回数を重ねることで、信頼関係を築くことができ、母親の生い立ちや家族の関係性などの把握ができ、信頼関係

の形成や不安に寄り添った支援が可能であると考えられた。

三国ら(2016)は育児相談の利用者が担当者に期待する資質として「話を聞いてくれる」が挙げられ、本研究でも話を聞くことで、「自分が抱えていた不安を感じ取って優しい言葉をかけてくれる人がとても多くてとても気持ちが救われた」という母親の評価につながっていた。ベネッセの調査(2015)では育児の不安を相談する相手としては「配偶者」「自分の親」「友人・知人」が上位3名であり、小児科・産科の看護師、助産師はインターネットや書籍よりも少ない結果であった。医療の専門職に相談することを躊躇してしまう育児の相談も、妊娠中から信頼関係ができていないスタッフのいる小児科であれば、相談のハードルも下がるのではないだろうか。三国ら(2016)は育児相談の担当者に期待する資格・条件で最も多かったのは「助産師・看護師等の有資格者」であったと述べている。また、小池ら(2017)は子育て相談を利用していない理由に、敷居が高い、どこに聞けばいいかわからないということがあったと述べている。今回の育児支援の対象となった心理・社会的に問題を抱えた家族は相談相手が少ないといわれているが、妊娠期からの継続した関係があれば、母親は小児科スタッフを相談の窓口の一つと考えることができるのではないだろうか。

高橋(2018)は病院で子どもと家族にかかわることのできる時は限られており、子どもの成長発達の線路上における「点」であり、生活の拠点となる地域ではどのような暮らしなのか広い視野で捉える必要があると述べている。心理社会的リスク要因を持つ家族に対し、総合病院小児科の育児支援は、妊娠期から、母親や家族の地域での暮らしを捉え、病院内の育児支援にとどまらず、家族がスムーズに生活の拠点となる地域に戻り、適切なサポートを受けながら生活していくことを視野に入れた関わりが必要であると考えられる。

V. 結論

A 総合病院の小児科で実施されていた育児支援は母親と子どもの生活を個別的に支えるような支援内容となっており、育児支援を受けた母親の満足度は高かった。しかし、小児科スタッフとの話し合いから、育児支援の介入の記録が系統的に分類されておらず、育児支援として可視化出来ない・育児支援終了の目安が曖昧である・1か月健診以降の育児支援が難しいという解決すべき3つの課題が明らかとなった。

総合病院の小児科で妊娠期からの継続した育児支援を

実施するためには、育児支援の内容や実績などの情報を集約し、病院内の育児支援にとどまらず、家族の生活拠点となる地域の関係者とも共有することで、家族が適切なサポートを受けながら育児ができるように支えることである。

謝辞

本研究にご協力いただきましたお母様方に厚く御礼申し上げます。A 総合病院小児科のみなさまには本研究の遂行にあたり多大なご助言、ご協力頂きました。心より感謝申し上げます。

なお、本研究は2022年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科修士論文を一部加筆・修正したものである。この論文の一部を日本小児看護学会第33回学術集会にて発表した。本研究に関連する利益相反は存在しない。

文献

- ベネッセ教育総合研究所. (2015). 産前産後の生活とサポートについての調査. 2023-10-5. <https://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail.php?id=4704>
- 藤田優一, 北尾美香, 植木慎吾ほか. (2018). 小児科外来の看護師が認識する「保護者の小児科外来に対する満足度」の関連要因. 武庫川女子大学看護学ジャーナル, 4, 47-54.
- 服部律子, 布原佳奈, 名和文香ほか. (2015). 地域における母子保健活動の充実に向けた研修会. 岐阜県立看護大学看護実践研究指導事業報告書, 平成26年度, 69-77.
- 服部律子, 武田順子, 名和文香ほか. (2019). 助産師が認識する「気になる母子」への対応と他機関との連携に関する研究. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 63-73.
- 神谷摂子. (2020). 子育て中の母親が感じる出産施設退院後から出生後1年までの困難と求める支援. 愛知県立大学看護学部紀要, 26, 123-135.
- 小池由佳, 角張慶子, 齋藤裕. (2017). 少子地域における子育てと地域子育て支援サービス利用の現状: 0~2歳児の保護者を対象としたアンケート調査結果から. 人間生活学研究, (8), 63-72.
- 厚生労働省. (2014). 「健やか親子21(第2次)」についての検討会報告書(概要). 2023-8-9. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000064817.pdf>
- 三国久美, 草薙美穂, 澤田優実ほか. (2016). 小児科外来における

育児相談の実態と利用者による評価. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 23, 43-48.

内閣府. (2022). 令和4年版 少子化社会対策白書. 2023-8-9. <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w2022/r04pdfhonpen/r04honpen.html>

西村香織, 北島友香, 工藤里香ほか. (2022). 看護者が感じる気がかりな妊婦の概念導出. 日本母性看護学会, 22(2), 1-8.

大浦早智, 小西清美, 長嶺絵里子. (2020). 子育て中の母親の育児困難感と背景要因: 地域交流の有無による比較. 母性衛生, 61(1), 28-40.

高橋久子. (2018). 病院で行う育児支援. 小児看護, 41(2), 206-211.

(受稿日 令和5年8月24日)

(採用日 令和6年1月22日)

Current Status and Challenges of Childcare Support by the Department of Pediatrics at A General Hospital for Seamless Support Starting from Pregnancy

Ayano Nakamura and Kana Nunohara

Nursing of Children and Child Rearing Families, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to clarify issues in childcare support provided in the pediatric department of a general hospital by examining the direction of ongoing childcare support provided from the gestational period, starting with a high-risk conference.

A questionnaire survey was administered to five mothers who had received childcare support, and the results were shared with the pediatric staff, who shared their impressions. In addition, we exchanged opinions with the pediatric staff regarding childcare support to understand the issues that they recognized. The data were summarized so as not to detract from their meaning, and subcategories were generated by collecting subcategories with similar purposes. Further categories were generated by collecting similar subcategories to identify issues in childcare support provided in pediatrics.

Three categories of pediatric staff comments on the evaluation of mothers' childcare support were generated, indicating that pediatric childcare support was accepted and positively evaluated by mothers.

The current status of childcare support as perceived by the pediatric staff included four categories, such as "the pediatric department is involved continuously from high-risk conferences during pregnancy to one-month checkups," and nine categories of issues (e.g., "There are many records related to childcare support when involved in the outpatient setting, but they are not systematically categorized, so it takes time to gather information") and the ideal childcare support was "the community is not only support at the hospital, but also a connection to the community". Ideal childcare support was generated in six categories (e.g., "consider not only support in the hospital, but also connections with the community") which revealed three issues in childcare support provided by pediatricians: records of childcare support interventions are not systematically categorized and cannot be visualized as childcare support; the guidelines for the end of childcare support are unclear; and there is difficulty in providing childcare support after the one-month checkup.

Based on the above, the direction of childcare support provided by the pediatric departments of general hospitals is to consolidate information on the content and performance of childcare support through continuous support from the pregnancy period and to support families living in the community as a base of life so that they can raise their children with appropriate support.

Key words: childcare support, pediatrics, continuous support from pregnancy