

入院前からはじめよう ～周産期の退院支援からの考察～

Let's start before hospitalization!

～ Consideration from cases of discharge support during perinatal period ～

医療福祉支援センター

小竹美千穂 小林裕子 高山洋子 仁科直美 犬飼清香
山田邦子 高橋まり子 山上栄子 池上俊彦

〈要旨〉 地域周産期母子医療センターである当院において身体・精神の疾患等のあるハイリスク妊婦の受入れ件数は年々増加している。また、若年、未婚、経済的困窮など社会的ハイリスク妊婦も増加しており、これらに対する子育て環境の整備も必要になっている。退院後の生活を想定し、地域の関係機関と連携した早期からの退院支援は、悪意のないネグレクトを含む虐待予防の視点からも重要である。

キーワード：子育て、連携、ネットワーク

1. はじめに

子どもが育つために必要な条件はいつの時代も変わらない。子どもが安全に育つことができ、また、親が安心して子どもを育てられるように仕組みやネットワークを地域の中で構築していく必要がある。

星（2011）は、育児期におけるサポートネットワークの構成について、母親が1歳未満の子どもを育てるときに相談したい相手として「情緒的なサポート」と、「道具的なサポート」の双方において、夫と自分の両親を頼りにする傾向があり、これらのサポート体制がない場合、保健師による全戸訪問だけでは母親が抱える困難や育児問題の早期発見が難しいので、出産後から1か月健診までの空白の期間の育児を想定した早期からの介入が必要であると述べている。¹⁾

当院は地域周産期母子医療センターとして、

ハイリスク妊婦を受け入れる社会的使命がある。また、平成19年より「助産施設」として経済的に困窮する妊婦を入院させ分娩させる役割も担っている。平成14年から22年までに長野県内の分娩を取り扱う病院が減少する中、周産期医療を担う限られた病床を適切に運用することが求められている。

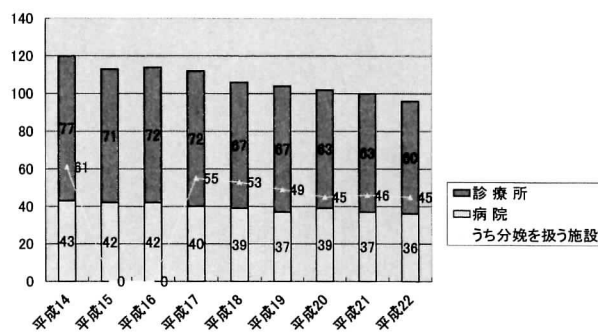


図2:産科・産婦人科を標榜する医療施設数と分娩取り扱い施設
(長野県医療推進課調べ:但し平成15、16年は統計データなし)

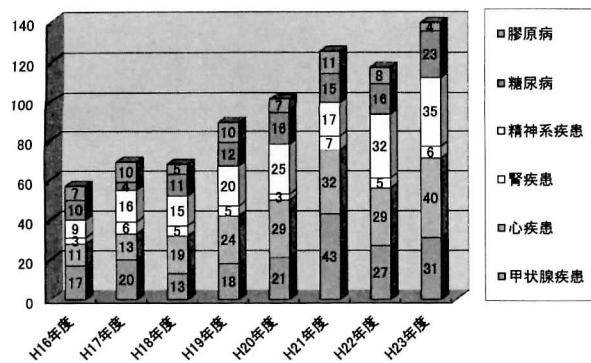


図1:信州大学医学部附属病院合併分娩件数

今回、夫や自身の親を頼れない妊婦症例に対し、妊娠中から院内外の関係機関とともに子育ての環境を検討しながら母親の育児に対する自己決定を支援し、サポートネットワークを構築することで、出産後予定通りの退院を実現することができた症例を振り返り、退院後の生活を想定した入院前の早期から行った周産期の退院支援の効果を検討する。

2. 方法

2009年～2012年にMSWが介入した周産期の退院支援症例のうち、初産で夫や妊婦の実親を頼れなかった例を抽出し、妊婦の抱える課題に対して、院内外の関係機関と連携して解決した支援の実際を電子カルテおよびSWレコードより振り返った。

倫理的配慮：事例をまとめるにあたり、対象者が特定されないよう配慮を施した。

3. 事例

1) Aさん30代独身、無職。アルコール依存症、統合失調症の診断で、精神科受診中。生活保護世帯。胎児の父は妊娠出産を知っているが関与せず。実母、兄妹は他界。実父、その他の親族は関与を拒否。頼りにする男性がいるが、同居・結婚の予定はない。妊娠中は、昼夜問わず毎日数回にわたり産科・精神科外来へ不安を訴える電話があった。

単身での育児の可否が課題となり、入院前から、当院助産師、精神科主治医、地域の関係者らと子育て支援体制を検討するためカンファレンスを開催し、ホームヘルプサービス、助産師訪問指導、訪問看護、保健師訪問等、可能な限りの支援体制を計画し、退院後すぐに利用できるよう準備した。出産後は入院中に育児練習を通して育児課題の抽出を行い、病棟スタッフの評価を中心に関係者らと支援のポイントを確認した。退院後は、毎日の子育て支援サービスと自立支援のホームヘルプサービス、保健師訪問、助産師の訪問指導、知人男性の夕方の訪問を中心としたネットワークで母子への子育て支援を継続した。1か月健診まではネットワーク機能の確認、保健師らとの情報共有と院内への報告を重ね一ヶ月健診を迎えた。



図3 事例1の経過と関係者

2) Bさん10代独身、無職。生活保護世帯。実父死亡、母不明。祖母、異母姉妹あり。胎児の父とは連絡取れず。子育てに必要な環境を考えることが困難で、社会経験の少なさから家事と育児の両立が課題となった。入院前から育児について、乳児院での育児体験を調整し、本人、保健師、生活保護およびこども福祉課の担当者らと協議を重ねた。安心して子どもと暮らすために母子ホームの利用を決め、引越しの段取り、母子ホーム入所後の保健師訪問、受診の送迎、バスの利用など本人と確認して入院、無事出産し退院の運びとなった。退院後は保健師および母子ホーム職員と情報共有しながら一ヶ月健診を迎えた。

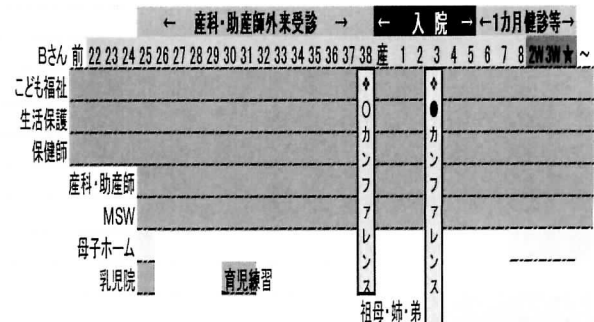


図4 事例2の経過と関係者

3) Cさん20代独身、無職。軽度知的障害あり、胎児の父とは既に連絡取れず。実父母は他界、その他の親族は関与していない。知人宅に居候中。幼少から18歳まで過ごした児童養護施設が障害年金の管理を継続している。知人宅を役場の福祉課担当ケースワーカーが訪問した際、お腹の大きいCさんに遭遇し行政機関を通じて当院初診となった。数回の墮胎、金銭トラブル等あり。知人より居候の継続を断られ住居探しが必要になった。外来中に助産師、地域の関係者らと子育ての環境整備について本人を交えて検討するためにカンファレンスを開催。住居が決まらないこと、育ててみたいという希望の反面、一人で育てることへの負担感から乳児院利用の希望があった。出産後は、病棟スタッフがご本人の希望に沿いながら児との関わりを支援した。Cさんは、児の1か月健診や受診時には乳児院スタッフと病院で待ち合わせ同行している。乳児院へ児のおもちゃやミトンを持参するなど、面会も不定期ではあるが実現している。

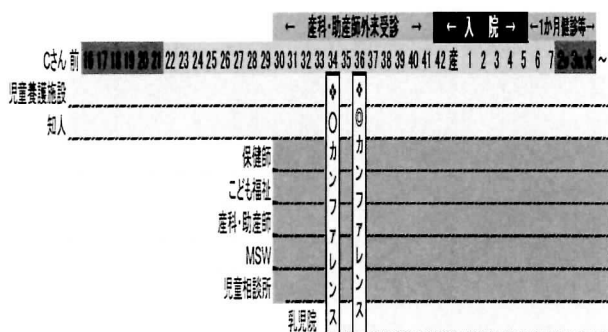


図5 事例3の経過と関係者

4. 結果

事例について入院前，入院中，退院後の地域と連携した支援の実際を振り返った。

1) 入院前

MSWは妊娠25週から30週で，介入依頼により介入した。その時点の妊婦とその家族の生活課題と支援状況，育児が加わった場合の支援体制，その実現性について，現在の支援者らと病棟スタッフ，MSWがカンファレンスの場で検討し，その際，悪意のないネグレクトを含む虐待予防の視点から，新生児が安全な環境で暮らすために，母とその家族によりできないことを列挙し，その問題解決の方法を協議し，具体的支援の方策を立てた。経過を追って検討する必要がある場合には，事例1のように入院前のカンファレンスを数回開催し協議した。カンファレンスには，病棟スタッフも参加し，入院後に評価すべきポイントについて共有した。

2) 入院中

病棟スタッフは，入院前に検討した退院後に起こり得る子育ての課題について，育児指導を通じてその評価を行った。育児手技については，母自身およびスタッフが別に評価し，そのズレを確認した。新生児が成長するために最低限必要な授乳ができるか評価し，母が不安に感じていることなどをMSWを通じて地域と共有し，計画した育児支援の方策で対応可能か，必要に応じてカンファレンスを開催し全体で協議した。いつ，どのように支援を始めるのか，より具体的に当事者と関係者が共有し準備した。

3) 退院後

退院後は，最初に訪問した関係者からMSWに報告があり，医師や助産師に確認すべき事柄があれば，迅速に院内の連絡調整を図り対応し

た。その後も日々の授乳量や体重について，保健師，ヘルパー，母子ホーム，あるいは乳児院の職員からMSWに報告があり，心配される事項があれば，医師や助産師と連絡をとり，受診や観察ポイントに関する指示を地域に連絡し，医療と保健，福祉が協働して支援できるよう調整した。

5. 考察

1) 周産期の退院支援

周産期の退院支援は，その字のごとく妊娠中，胎児のうちから始まっている。その対象は，胎児・新生児とその家族，その人たちを中心とした育児の環境である。介護保険や自立支援が適用されない，多くの支援を必要とする対象に対して早期から退院後の生活を想定した準備が必要になる。

手島（1998）は，「地域機関によるケアマネジメントと病院の退院計画は，互いに異なるメリットとデメリットを持っており，双方がその特質を生かしあい，補い合うことが必要だ」と述べている²⁾。医療機関の退院計画では，支援が必要な妊婦を早期に把握できることや援助を求めサービスを導入しやすい時期にあるためメリットが大きい。また，厚生労働省の平成22年の報告では，心中以外の児童虐待死亡例のうち約45%が0歳児であるとされており，初めて子育てをする家庭においては特に，虐待予防の視点からも退院前からの院内のスタッフ，地域の関係機関の関わりは必要である。しかし，その一方で，急性期医療を担当する入院期間が極めて短い大学病院のような特定機能病院では対象者の生活や環境条件，地域のサービス資源（特にインフォーマルな資源），中長期的なモニターが困難であり，地域におけるケアマネジメント機関がそのメリットを発揮するとしている³⁾。

以上より，多くのニーズを抱えた妊婦が集まる地域周産期母子医療センターであり助産施設である当院においては，対象となる母子の生活状況に応じた退院後の生活を想定し，早期から多くの機関と協力してその環境を整えていくことにより計画的な退院が可能になると考えられる。

2) 退院支援における連携と協働

各機関の自立性を発揮しやすい「連携」では

個々の課題に対しそれぞれの機関がその機能を自己完結型で提供することができるが、一機関が患者の生活全体を俯瞰して、過不足なく応じていくことは困難である。例えば、脳卒中で高度救命救急センターに運ばれた患者が、急性期医療を行い、その後、回復期リハビリ病院に転院し、生活動作などの回復を目的に、リハビリテーションを行うというのは医療連携の典型である。これに対してよりスムーズに「連携」ができるよう、それぞれの期間を繋げるためにネットワークの構築すなわちネットワークキングが行われる。ネットワークキングにより機関間の連携はより強固になり、また、新たな機能が生まれることも期待される。

一方「協働」では、各専門職の価値がチームの価値にとって代わる恐れがあるが、課題の共有ができることからニーズに適切に応えることが可能になる。例えば、脳卒中で高度救命救急センターに運ばれた患者の治療後の生活を検討するためには、治療の計画や見込み期間、リハビリテーションのゴール、居住地の在宅介護サービスの状況、この方が暮らしていけるかを機関の機能に拘らず、カンファレンスの場で個別の支援方法について検討する。各機関の担当者らが援助方針を共有し、役割分担して利用者への共通理解を促すことにより課題が抱えるニーズに応じることが可能になる³⁾。

3事例では、妊婦に係る関係機関が出産後の生活を検討するとき、機能をつなぎ合わせるだけでなく、チームとして援助していくためにカンファレンスにおいて援助方針の共有と役割分担をしていたと考えられた。

6. 結語

早期に起りうる問題を抽出し、その解決方法を検討して準備することは周産期の退院支援に限らない。広く一律に提供される介護保険サービスと異なり、周産期においては母子が退院する地域の子育て支援サービスは市町村によって異なる。同じ育児環境の問題を抱える家族であっても、潤沢な子育て支援サービスがあればその利用により問題解決できることがあり、逆にサービスがないためにその解決方法が限定されることもある。

子どもが安全に健やかに育てるよう、その母や家族と共に子育ての環境を整えるために早期から医療機関と地域が連携してネットワークをつくり、協働して援助することが重要である。

【引用文献】

- 1) 星 敦士『育児期のサポートネットワークに対する階層的地位の影響』人口問題研究 (J.of Population Problems) 67 - 1 (2011.3) pp.38~5 「特集：『第4回全国家庭動向調査 (2008年)』個票データを利用した実証的研究 (その2)」
- 2) 手島陸久, 退院計画研究会『退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム』: 1996中央法規
- 3) 高山恵理子『保健医療ソーシャルワーク実践』第3章第2節1

【参考文献】

- 熊谷忠和『保健医療ソーシャルワーク実践』第3章第2節5
太田義弘 編著『ソーシャルワーク実践と支援科学』第15章: 2009相川書房