

2013 年度 聖隷クリストファー大学大学院

保健科学研究科 博士論文

産科医療施設に勤務する助産師の乳幼児虐待予防に向けた連携のプロセス

10D005 唐田順子

目 次

第1章 序論

第1節 研究の背景	1
1. わが国における児童虐待の現状	1
2. 虐待先進国アメリカ・イギリスにおける児童虐待の対策の変遷と現状	2
3. 戦後日本の児童虐待対策の変遷	3
1) 養護問題から児童虐待問題へー児童虐待への急速な関心の高まりー	
2) 児童虐待防止法制定後の取り組み	
3) 早期発見・早期対応から発生予防へ	
4. わが国の周産期医療・母子保健の特徴と諸外国との相違点	6
1) わが国の主な母子保健施策と周産期医療システム	
2) イギリスの周産期医療システムと母子保健	
3) アメリカの周産期医療システムと母子保健	
4) わが国の周産期医療・母子保健と欧米との相違点	
5. 児童虐待の発生予防における産科医療施設の役割	9
第2節 本研究の目的	10
第3節 用語の定義	11
第4節 本論文の構成	11

第2章 文献検討

第1節 わが国における「児童虐待」に関する論文数の推移	12
第2節 関連学問分野における研究の概観	13
1. 法学分野における研究の概観	13
2. 心理学分野における研究の概観	13
3. 医学分野における研究の概観	14
4. 社会福祉学分野における研究の概観	14
5. 教育学分野における研究の概観	16
6. 社会学分野における研究の概観	16
第3節 児童虐待の発生予防に関する文献の検討	17
1. 児童虐待予防の3段階についての研究	17
2. 児童虐待事例のリスク要因を究明する研究	18
3. リスクアセスメントに関する研究	20
4. 介入による発生予防についての研究	21
第4節 本研究の意義	24

第3章 研究デザイン	25
第1節 研究の枠組み	25
1. 産科医療施設を2つに分けて研究する根拠	25
2. 本研究の枠組み	26
第2節 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる理論的根拠	27
1. 本研究とシンボリック相互作用論	27
2. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる根拠	28
1) グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性	
2) M-GTA の特性	
3) 本研究に M-GTA を用いる根拠	
第3節 研究方法	34
1. 研究協力者の設定と選定方法	34
1) 研究協力者の条件設定	
2) 研究協力者の選定方法	
(1) 研究1 総合病院（産産婦人科病棟・外来）	
(2) 研究2 産科単科病院・診療所	
2. データ収集方法	35
3. データ収集期間	35
4. 倫理的配慮	35
5. M-GTA による分析のプロセス	35
6. M-GTA における「研究する人間」の意義と本研究における 「研究する人間」の明確化	36
7. 質の確保	37
第4章 研究1 総合病院における研究結果	38
第1節 研究協力者の概要	38
第2節 研究1-1 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師の「気になる」への気 づきから情報提供するケースとして確定するプロセス	39
1. 研究目的	39
2. 分析焦点者と分析テーマ	39
3. 結果	39
1) ストーリーライン	
2) 各カテゴリーと概念	
3) 概念の対極例とその意味	

第3節 研究1-2 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス	・ ・ ・ ・ ・ 55
1. 研究目的	・ ・ ・ ・ ・ 55
2. 分析焦点者と分析テーマ	・ ・ ・ ・ ・ 55
3. 結果	・ ・ ・ ・ ・ 55
1) ストーリーライン	
2) 各カテゴリーと概念	
3) 対極概念による「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展しないプロセス	
第4節 産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（研究1-1と1-2の統合）	・ ・ ・ ・ ・ 73
第5章 研究2 院産科病院・診療所における研究結果	・ ・ ・ ・ ・ 77
第1節 研究協力者の概要	・ ・ ・ ・ ・ 77
第2節 研究2-1 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師の「気になる」親子への気づきから情報提供するケースとして確定するプロセス	・ ・ ・ ・ ・ 77
1. 研究目的	・ ・ ・ ・ ・ 77
2. 分析焦点者と分析テーマ	・ ・ ・ ・ ・ 77
3. 結果	・ ・ ・ ・ ・ 78
1) ストーリーライン	
2) 各カテゴリーと概念	
3) 概念の対極例とその意味	
第3節 研究2-2 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス	・ ・ ・ ・ ・ 93
1. 研究目的	・ ・ ・ ・ ・ 93
2. 分析焦点者と分析テーマ	・ ・ ・ ・ ・ 93
3. 結果	・ ・ ・ ・ ・ 93
1) ストーリーライン	
2) 各カテゴリーと概念	
3) 対極概念による「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展しないプロセス	

第4節 産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（研究2-1と2-2の統合）	・・・108
--	--------

第6章 考察	・・・112
--------	--------

第1節 総合病院、産科単科病院・診療所における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』の各々の考察と差異・共通点	・・・112
--	--------

1. 総合病院における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス	・・・112
---------------------------------------	--------

- 1) 総合病院における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスと連携に関する先行研究との関係
- 2) どのようにして「気になる親子」に気づくのか
- 3) 情報提供するか否かの結論を出すために「現在この状態」ではなく、長期的な視座に立ち退院後の子育てを見据えるためには
- 4) 同意のハードルを越えるためには何が必要か
- 5) 親子のなりゆきを知ることが、そのように支援に還元される経験的な学びとなるのか
- 6) 協働機関として頼もしい存在として認識するためには
- 7) 連携が発展するために相乗効果を生む「顔の見える関係」
- 8) 連携の看護職者への有用性
- 9) 対極例・対極概念からみたプロセスの阻害因子

2. 産科単科病院・診療所における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス	・・・123
---	--------

- 1) 産科単科病院・診療所における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスと連携に関する先行研究との関係
- 2) どのようにして「気になる親子」に気づくのか
- 3) 担当者が中心となり確認・判断・対応を担うことによる窓口の一本化
- 4) 院長という権限者に働きかけることの重要性
- 5) 電話での情報提供がやり取りを交えた情報交換・相談へ発展する
- 6) 外部から「変化の始点となるきっかけ」を与えることの重要性
- 7) 守秘義務・個人情報保護に関する混乱を解く必要性
- 8) 対極例・対極概念からみたプロセスの阻害因子

3. 「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスの総合病院と産科単科病院・診療所の差異と共通点	・・・130
--	--------

- 1) 総合病院と産科単科病院・診療所の差異
- 2) 総合病院と産科単科病院・診療所の共通点

第2節 産科医療施設（総合病院）における乳幼児虐待発生予防に向けた実践モデルの提案	・ ・ ・ ・ ・ 134
1. 提案する実践モデルの全体像	・ ・ ・ ・ ・ 134
2. 連携の発展段階ごとの実践モデルの提案	・ ・ ・ ・ ・ 135
第3節 産科医療施設（産科単科病院・診療所）における乳幼児虐待発生予防に向けた実践モデルの提案	・ ・ ・ ・ ・ 142
1. 提案する実践モデルの全体像	・ ・ ・ ・ ・ 142
2. 連携の発展段階ごとの実践モデル	・ ・ ・ ・ ・ 143
第4節 本研究の限界と課題	・ ・ ・ ・ ・ 149
第7章 結論	・ ・ ・ ・ ・ 151
謝辞	・ ・ ・ ・ ・ 153
文献	・ ・ ・ ・ ・ 154
資料 資料1 研究1-1 総合病院 生成概念一覧表	
資料2 研究1-1 総合病院 分析ワークシート抜粋	
資料3 研究1-2 総合病院 生成概念一覧表	
資料4 研究1-2 総合病院 分析ワークシート抜粋	
資料5 研究2-1 産科単科病院・診療所 生成概念一覧表	
資料6 研究2-1 産科単科病院・診療所 分析ワークシート抜粋	
資料7 研究2-2 産科単科病院・診療所 生成概念一覧表	
資料8 研究2-2 産科単科病院・診療所 分析ワークシート抜粋	
資料9-1 調査依頼書（施設長・看護部長宛）	
資料9-2 調査対象者選定のお願い（施設長・看護部長宛）	
資料10 調査依頼書（本人用）	
資料11 同意書	

第1章 序論

第1節 研究の背景

1. わが国における児童虐待の現状

2011年度の児童相談所における児童虐待相談対応件数は59,919件にのぼり、児童虐待の防止等に関わる法律（以下、児童虐待防止法とする）施行前の1999年度に比べ5.1倍となり、児童虐待相談対応件数を統計的に把握し始めた1990年の1,101件から、一度も減少することなく年々増加している（厚生労働省，2012a）。

2010年度の児童虐待相談56,384件の詳細をみると（厚生労働省，2012b）、虐待を受けた子どもの年齢構成は、0～3歳未満11,033件（19.6%）、3歳～就学前児童13,650件（24.2%）、小学生20,584件（36.5%）、中学生7,474件（13.3%）、高校生・その他3,643件（6.5%）で、小学生が最も多く、小学校就学前の子どもの合計が43.8%と多い状況であった。虐待の種類は、身体的虐待が21,559件（38.2%）、ネグレクト18,352件（32.5%）、心理的虐待15,068件（26.7%）、性的虐待1,405件（2.5%）であった。主たる加害者は、実母34,060件（60.4%）、実父14,140件（25.1%）、実父以外の父3,627件（6.4%）と実母が圧倒的に多かった。虐待相談の対応の内訳をみると、一時保護12,673件（22.5%）、施設入所等4,436件（7.9%）であり、それ以外の約70%は在宅で支援を受けている状況であった。

児童虐待によって最悪の事態に至った死亡事例から具体的な対応策を学ぶために、2004年から児童虐待死亡事例の検証が開始された。「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第8次報告）」（厚生労働省，2012c）によると、2010年4月1日から2011年3月31日の1年間に発生または表面化した児童虐待による死亡事例（心中以外）は51人であった。1年間の統計結果が初めて公開された第2次報告（2005年）50人と比べて減少はみられない。年齢では0歳児の乳児の死亡事例が23人（45.1%）と約半数を占めていた。そのうち1か月未満の子どもが12人で（0歳児の52.2%）最多であった。1歳児が17.6%、2歳児が13.7%、3歳児が7.8%で、3歳児未満で84.3%を占めていた。死亡につながった虐待の種類は、身体的虐待が32人（62.7%）、ネグレクトが14人（25.7%）であった。主たる加害者は、実母が30人（58.8%）、実父が7人（13.7%）、実母の交際相手が4人（7.8%）であった。死亡事例の多い0歳児のうち1か月未満の事例では、加害者は全員母親であった。日齢0日で死亡した事例9例のうち、1例を除くと医療機関では出産していなかった。「母子健康手帳未発行」、「妊婦健康診査（以下、妊婦健診とする）未受診」が8例、「望まない妊娠」が5例という母親の状況であった。生後1か月以降11か月の事例11例では、月齢は分散しており、加害者については実母が6例、実父が4例、養父が1例であった。加害の動機としては、「泣き止まないことにいらだったため」3例、「精神症状による行為」2例、「保護を怠ったことによる死亡」2例、「不明」3例であった。

以上のように児童虐待の相談件数は、児童虐待相談件数を統計的に把握し始めた 1990 年から 2011 年まで一度も減少することなく年々増加しており、小学生が最も多いが、就学前の子どもの合計は半数近くにのぼっていた。死亡事例については、特に 1 歳未満の乳児が 45.1%と約半数を占め、身体的に未熟で侵襲の大きい乳児の被害が多いという傾向であった。主たる加害者は実母が最も多いという状況である。

2. 虐待先進国アメリカ・イギリスにおける児童虐待の対策の変遷と現状

アメリカの小児科医ケンブが 1962 年に「打撲児症候群 The Battered Child Syndrome」を発表し、それを引き金に全米で児童虐待対策が進んでいった。1963 年から 1967 年の 5 年間で、全州に児童虐待通報法が制定された。1974 年に連邦法として児童虐待防止対策法が制定され、「児童虐待・ネグレクトの全米対策センター National Center Child Abuse and Neglect (NCCAN)」が連邦機関内に設置され、専門家の通報が義務づけられた。これにより、児童虐待通報は 1968 年に 10,931 件だったのが 1997 年には 3,195,000 件へと劇的に増加した(コービー, 2000/2002)。そのうち児童虐待と実証される件数は 1/3~1/4 であり、子どもが保護されれば、その後は裁判所が関わり、保護者への改善命令を発して必要な民間福祉サービスが提供され、その効果を見定め、最終的な家族再統合の判断も行う(津崎, 2008a)。保護された子どもは約 8 割が養育里親制度を利用されていた(湯沢, 2002)。1997 年に養子縁組および安全家庭法が制定され、不必要な家庭外措置を避け在宅支援をし、家庭外措置を委託した場合も速やかに家族と再統合を目指し、家族再統合が不可能な場合はタイムリーな養子縁組成立等をする 것을基本方針として、支援が行われている。

イギリスでは 1883 年に児童虐待防止協会(National Society for prevention of Cruelty to children: NSPCC)が設立され、NSPCC の活動の影響もあり、1889 年に「子どもに対する残虐行為防止法」が制定された。1945 年におきたデニス・オニール事件を契機に 1948 年「児童法」の制定および子ども部局が創設された(コービー, 2000/2002)。1974 年におきたマリア・コールウェル事件は、多くの専門職者が関わっていたにもかかわらず死亡に至ってしまったことから一般市民の批判をあびた。「子ども虐待防止制度」が創設され、虐待の危機にある子どもへの保護やサービスを促進、改善することを目的に、児童虐待登録システムが作られた。翌 1975 年に制定された「児童法」では、子どもの福祉を促進することを最優先すること、子どもの希望を確かめ、それを十分に考慮することが自治体の義務であることが示された(櫻谷, 2009)。1989 年に制定された「児童法」(The Children Act)は、子育て支援を積極的に展開することで、家族の子育て力を高め虐待から子ども予防し保護するという「予防ケア」としての子育て支援を理念とした。しかし財源的裏づけが弱く抜本的な解決には至らなかった。1997 年政権が交代し、児童貧困対策を最優先課題とし積極的に取り組む姿勢をみせた。1991 年「ワーキング・トゥギャザー」(政

府による虐待対応のガイドライン）が発表され、ソーシャルワーカーと警察が連携し対応することが義務づけられた。2000年、ビクトリア・クリンビエ事件がおきた。この事件は、ビクトリアがこれまでの虐待の中でも最悪と評される状態であったこと、多くの専門機関が関与しており多くの救済の機会があったにもかかわらず防止できなかったことが、社会に大きな衝撃を与えた。この事件の調査報告であるラミング報告で、責任の所在の明確化、児童虐待防止と子育て支援の統合、全国児童データベースの設置が提言された（田邊，2008）。2003年、児童社会サービス改革案録書「すべての子どもはかけがえのない存在である」（Every Child Matter：ECM）が発表された。ECMの理念と目的は、すべての子どもと子ども期（Childhood）を対象とする。「子どもの保護」と「子どもの潜在能力を引き出すこと」であり、「安全保障」と平等な「機会提供」である。これらの目的を実現するにあたって幼少期に早期予防介入を実施するというものである。2004年、ECMで提言された改革案は「児童法」で立法化された。以上のようにイギリスでは、大きな児童虐待死亡事件を受け調査が行われ、調査報告書の提言に沿って改革が進められてきた。

3. 戦後日本の児童虐待対策への変遷

1) 養護問題から児童虐待問題へー児童虐待への急速な関心の高まりー

戦後の日本では、1947年に公布された児童福祉法において児童虐待行為の禁止と要保護児童発見者の通告、児童相談所の対応義務が明記され、児童虐待に対する取り組みが行われていた。しかしこの頃、児童福祉関係者の間では児童養護の問題が中心に取り上げられていた。厚生労働省による児童相談所の統計でも、児童虐待は児童養護の下部カテゴリーと捉えられていた。当時の論調では、貧困が子どもに集約的に現れた家族の養育機能障害の問題であるとし、そうした点に行政的な施策が及んでいないことが問題の根源だとされていた（山野，2006）。

その後、児童虐待に対する本格的な取り組みが行なわれるようになったのは、1985年を過ぎた頃からである。大阪市中央児童相談所の職員を中心とした困難事例の検討会メンバーにより、「大阪市児童相談所紀要ー特集児童虐待の処遇について」が1989年に発行された。実務上欠かせない児童虐待に対処するための有効な対応方法がまとめられている。発行後、全国の児童相談所から送付依頼が来るほど（津崎，2008b）、当時の児童相談所には児童虐待に対応するための知識が少なかったといえる。

同時期、大阪府は府下の児童相談所、保健所、小児科医等の児童関連機関における児童虐待の実態調査を行い、「被虐待児のケアに関する調査報告書」を1989年に報告した。1990年に「児童虐待防止協会（大阪）」が、1991年に「子どもの虐待防止センター（東京）」が設立され、児童虐待の問題が広く社会にも認知されるようになった。1990年に厚生省（現：厚生労働省）により、初めて児童相談所の児童虐待相談対応件数が報告され、統計による実態把握が開始された。これは現在も児童虐待の実態に使用される指標となっている。

1997年に児童福祉法が改正され、児童相談所の施設入所等の措置決定の客観化を図り、児童虐待対応のバックアップの仕組みが講じられた。さらに地域に密着した相談支援のために児童家庭支援センターが創設された。同年、児童相談所への通告義務の周知の徹底、立ち入り調査や職権一時保護の活用等、子どもの安全確保を最優先させた積極的な取り組みを促す「児童虐待等に関する児童福祉法の適切な運用について」の厚生省児童家庭局長通知が発令された。1999年には、厚生省（現厚生労働省）が「子ども虐待対応の手引き」を発行し、全国の児童相談所を中心とした対応機関が適切な対応ができるように、整備をスタートさせた。

1990年代からマスコミの報道が急激に増加し、新聞やテレビで特集が組まれることも多くなった。上野（2003）は、朝日新聞の見出しに児童虐待の言葉が記載されている記事件数は、1989年4件から1999年には126件と急激に増加していることを示した。このようなマスコミの報道の増加により人々の児童虐待に対する関心が急速に高まっていった。

2) 児童虐待防止法制定後の取り組み

社会的な関心の高まりの中、2000年に議員立法で児童虐待防止法が成立した。この法律は児童虐待の定義を明文化し、児童虐待の禁止、国および地方公共団体の責務、学校の教職員、保健・医療・福祉関係の専門職者による発見機能の強化、通告義務と通告者を特定しないこと、立ち入り調査、警察の協力等が定められた。また附則第二条に、施行3年後に施行状況を勘案し、必要な措置を講ずるための法改正を行うことが明記された。

2004年度の改正では、同居人の虐待の放置等も含めた児童虐待の定義の見直し、虐待と思われる場合も対象に含めた通告義務の範囲の拡大、市町村を虐待通告先に追加し市町村の相談対応を明確化、要保護児童対策地域協議会の法定化等が変更された。この改正により、援助の仕組みを市町村と児童相談所という二元体制に大きく変更を図り、困難ケースや権限、保護などの絡むケースは児童相談所が対処し、在宅での支援が必要なケースは主に市町村が地域ネットワークを活用して援助するという構図が作られた（津崎，2008b）。

2007年度の改正では、児童安全確認等のための児童相談所の立ち入り調査等の強化、保護者に対する面会・通信等の制限の強化、保護者に対する指導に従わない場合の措置の明確化等が変更された。

児童虐待防止法の改正時はそれに伴い児童福祉法も改正を行ってきた。2007年の改正に続き、2008年児童福祉法の改正が行われ、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業等子育て支援事業の法定化および努力義務化、要保護児童対策地域協議会の機能強化、里親制度の改正等家庭的養護の拡充等が変更された。出産後の養育について出産前において特に支援が必要と認められる妊婦を「特定妊婦」とし、要保護児童対策の対象者として明記された。これらの改正により、児童虐待の発生予防に向けた対策がスタートした。

2011年の改正は民法の一部改正を伴い、親の親権について見直しが行われた。児童虐待

防止法では、親権停止の審判等の児童相談所長の請求権付与、児童に必要な措置に対する親の不当な妨げを規定、児童に親権者等がない場合の児童相談所長の親権代行の規定等が変更された。民法では2年以内の期間に限定した親権停止制度の新設、法人または複数の未成年後見人の許容等が改正された。

3) 早期発見・早期対応から発生予防へ

1990年代に社会的関心の高まりをみせた児童虐待は、2000年の児童虐待防止法の成立からわずか12年で3度の改正を行い対策を強化してきた。子どもの安全を最優先に、児童相談所を中心とした困難ケースの対応策の整備が進んできた。2004年の児童虐待防止法・児童福祉法の改正により、市町村の役割が強化され、要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）が法定化され、在宅支援が可能なケースに関しては児童相談所と連携をとりながら地域のネットワークにより問題点を把握し適切な支援を講じることとなった。2010年の市町村の虐待相談対応件数は67,232件で、児童相談所の相談件数を上回っている（厚生労働省、2012b）。2004年時点での要保護児童対策地域協議会の設置率は39.8%であったが、2007年の児童福祉法の改正により設置が努力義務化となり、2010年度は98.7%の設置率となっている（厚生労働省、2012b）。要保護児童対策地域協議会は子育てに関わる関係機関である、市町村、保健機関、学校教育機関、民生・児童委員、保育所、医療機関、民間団体、児童相談所、弁護士会、警察等の関係者がメンバーとなり、多様な視点の情報を共有化し、ケースの理解・援助方針を多角的・総合的に検討し、要保護児童とその家族を生活圏で支援している。取り組みの成果として、要保護児童対策地域協議会スタートアップマニュアルに以下の6点が紹介されている（厚生労働省、2007）。

- ①ネットワークの拠点機関が明らかになり、情報が素早く集約され早期発見・早期介入が可能となり放置がなくなった。
- ②定期的な情報交換で、担当者だけが抱え込まず組織的な対応が進み担当者の負担が軽減された。
- ③定期的な会議の開催で、ケースの重症化を防止できた。
- ④多機関の連携が進み、支援の多角的・総合的な検討が可能になった。
- ⑤担当者の児童虐待や要保護児童に対する認識が高まった。
- ⑥子どもを取り巻く状況を多方面から分析可能になった。

以上のような取り組みが行われても、児童虐待の相談件数および死亡事例の減少がみえない状況であった。そこで2008年、児童福祉法の改正が行われ、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）がスタートした。生後4か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し相談・情報提供を行うことで、乳児家庭の孤立化を防ぎ健全な育成環境を図ること、また支援が必要な家庭を早期発見し適切なサービス（養育支援訪問事業等）につなげることで、児童虐待の発生予防を目的としていた。出産後の養育について出産前において特に支援が必要と認められる妊婦を「特定妊婦」とし、要保護児童対策の対象者として位置づけ、妊娠期からの支援を可能にした。2008年以降、児童虐待の発生予防に対する取り

組みが本格化した。しかし関連機関への周知が徹底していないこと、乳児の死亡事例は減少しないことから、2011年7月「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について」という児童家庭局通知が発令され、関係機関の連携強化に努めることになった（厚生労働省、2011）

これまで述べたように児童虐待対策は法改正を伴いながら強化され、発生予防という新たな段階に入ったといえる。

4. わが国の周産期医療・母子保健の特徴と欧米との相違点

児童虐待の発生予防を検討する際に、発生を予防する時期やそれに関わる機関や専門職の役割等を確認しておく必要がある。前項でも述べたようにわが国では、特定妊婦を早期発見し適切な支援を行う発生予防の取り組みが開始された。妊娠期から乳幼児期までの親子の支援を理解するために、わが国と、児童虐待研究の先進国であるイギリス、アメリカの周産期医療システムと保健活動について概観し、その相違点を確認する。

1) わが国の主な母子保健施策と周産期医療システム

わが国の母子保健施策は母子保健法をはじめとし、児童福祉法、少子化対策基本法、地域保健法等を根拠とし、思春期から妊娠、出産、乳幼児期を通じて体系的に展開されている（図1-2）。

わが国では妊娠が判明したら市区町村（市区町村役所や保健センター）に妊娠の届出をし、母子健康手帳の交付を受ける。妊娠期の登録は99.8%とほぼ全例に（厚生労働省、2013）、母子健康手帳を活用した妊娠管理、胎児の健康管理がなされている。自治体はこの届出により妊婦を把握し、妊娠から育児期までの一貫した母子保健サービスを開始する。近年、この母子健康手帳交付時に妊婦に対してアンケートを実施し、心身の健康状態および社会的状況のアセスメントを行い、要支援家庭の把握の機会としている自治体も多い（東京都、2009）。2009年から妊婦健診に要する費用の助成が開始され、多くの自治体では14回の受診票が発行され実質無料化となった。

妊婦は自己の希望する産科医療機関を選択し、妊婦健診を受診する。妊娠期から分娩後の産褥期まで、母子の健康管理は主に産科医療施設が担当している。産科医療施設では医師の診察だけでなく、助産師による保健指導や母親学級、産後の授乳指導、育児指導等が行われ、妊娠・出産・育児に関する知識や技術の指導、不安や悩みに対する相談等を行い、母親自身が自立して健康管理や子育てができるように支援している。わが国では産科医療施設（助産院を含む）での分娩が99%と（母子衛生研究会、2012）、ほぼ全例を産科医療施設が分娩を取り扱っている。このように妊婦は、妊娠健診、分娩による入院をとおして、専門家と関わり相談・指導を受ける機会がある。しかし産科医療施設での支援は、母子の1か月健診で終了することがほとんどである。

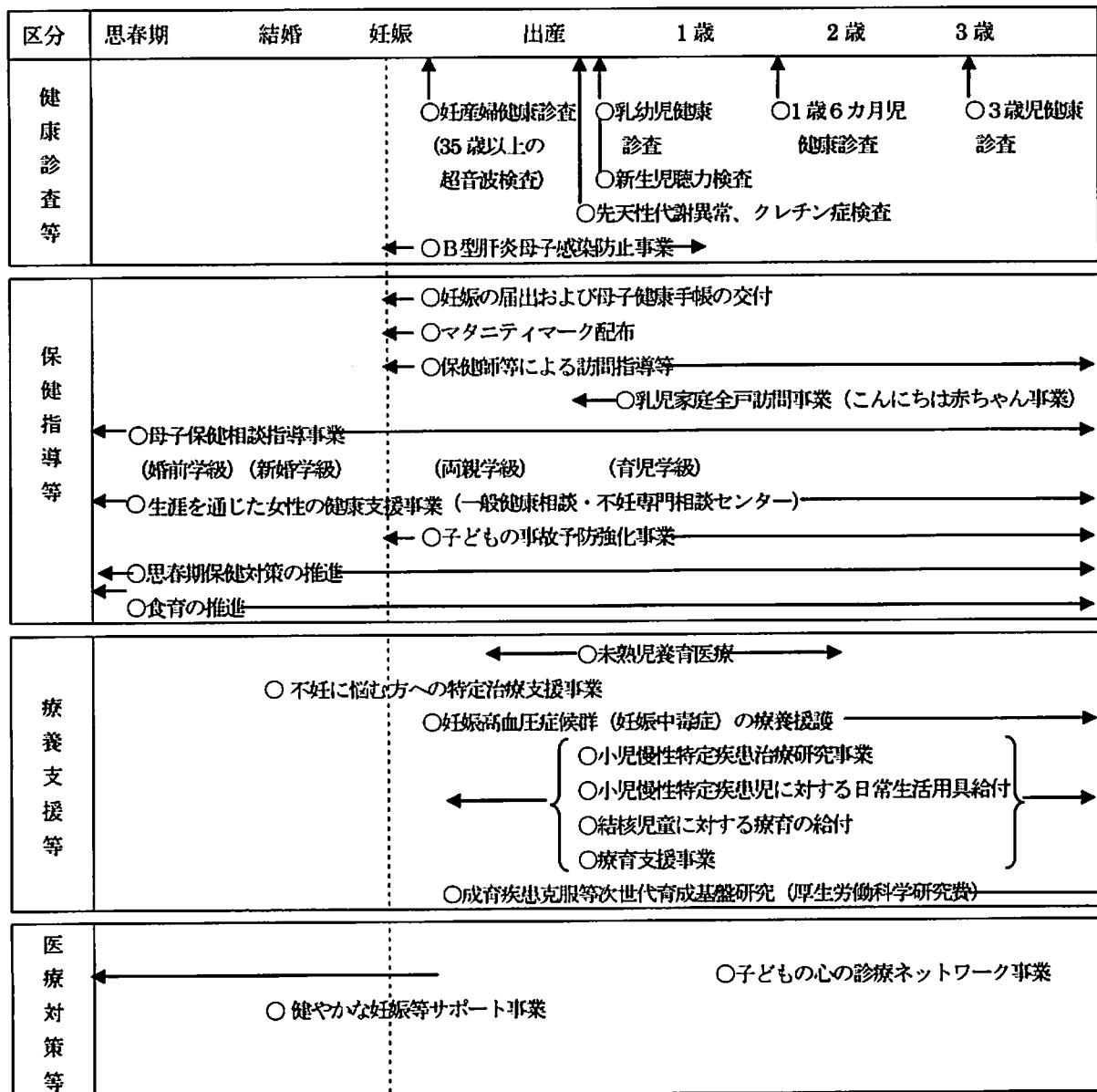


図 1-2 わが国の主な母子保健施策

(厚生労働統計協会編 (2012). 国民衛生の動向. 厚生指標 増刊. 59(9). 103.)

産科医療施設を退院し地域に戻った親子は、母子健康手帳（または別冊）に添付されている出生連絡票（新生児訪問依頼票）のハガキを投函することで、新生児訪問を受けることができる。このように新生児訪問はハガキを出した希望者に実施されている。2008年から乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）が開始され、生後4か月までの親子に対して相談や情報提供を行っている。乳児家庭全戸訪問事業の実施率は2011年7月時点で92.3%であり（厚生労働省, 2012d.）生後4か月までにほとんどの家庭が訪問を受けている状況だといえる。またこの事業は、支援が必要な家庭を早期発見し適切なサービスにつなげることという児童虐待のスクリーニングも目的としている。

子どもに対しては乳幼児健診が行われ、その受診率は乳児健診95.4%、1歳6か月健診94.4%、3歳児健診91.9%であり、諸外国と比べ健診率が高いのが特徴である（厚生労働

省，2013)。近年では乳幼児健診は子どもの異常の早期発見という目的だけでなく、乳幼児健診を通じて親の不安や悩みに応え、育児不安の軽減、子育て支援という目的が大きくなっている（都築，2009）。このように子どもの健診を通じて専門家と接する機会があり、相談・指導の機会をもつことができる。

以上述べたように、わが国では妊婦のほぼ全例が母子健康手帳の交付を受け、産科医療施設で分娩を行う。妊婦健診、分娩での入院期間、乳幼児健康診査、乳児家庭全戸訪問事業の機会に専門家と接する機会があり、不安や悩みを相談・指導を受けることができる。

2) イギリスの周産期医療システムと母子保健

イギリスの医療補償制度は、国民保健サービス（National Health Service ; NHS）という制度が基本となっている。NHSにより、全国民に対し原則無料で医療が提供される。国民は自分の登録 GP（一般医 ; general practitioner）をもち、まず最初に GP の診療所を受診し、必要な場合は GP が病院に紹介するというシステムである（勝川，2013）。

妊娠が判明したら、登録している GP 診療所か地域助産師の診察を受ける。ローリスクの場合は、地域助産師や GP による妊婦健診を継続する。正常な妊娠の場合、妊婦健診は全妊娠期間で、初産婦は 10 回、経産婦 7 回の受診が推奨されている。分娩 98% が、オープンシステムの医療機関で行われ、その他自宅出産も行われている（日高，2006）。

リスクをもつ妊婦の場合は GP や助産師から産科専門医に紹介され、妊婦健診や分娩は産科専門医が担当し、助産師、小児科医、麻酔科医などの職種がチームで管理する。

産後は 6 時間～24 時間で退院し、退院後は妊娠中に担当していた地域専門助産師が 10 日まで 3 回の家庭訪問を行い、新生児のケアや母体の健康診査、育児相談、母乳育児支援等を行う。その後産褥 28 日まで必要に応じて家庭訪問を行い、育児指導等の援助を提供している。産後 6～8 週時の健康診査の結果問題がなければ、助産師による母子のフォローアップは終了する。その後は子どもが 5 歳まで、ヘルスビジターという日本でいう保健師が定期的な家庭訪問を行い、子どもの健康と発達の全般に関わっている。

イギリスでは妊娠期から産後まで地域助産師が一貫して援助を提供しており、産後は家庭訪問を行い、個々の家庭の状況に合わせた育児相談・指導を行っている。その後は地域の保健師に引き継がれ、子どもが就学前までは支援が継続されている。

3) アメリカの周産期医療システムと母子保健

アメリカには国民皆保険の制度がなく、個々の収入・資産レベルにより医療保険を選ぶ。民間の保険会社が提供する指摘医療保険が全人口の約 60% をカバーしている。アメリカでの出産費用は非常に高価である（國光，2009）。

妊娠すると、自分の医療保険のプランに沿って主担当者（産婦人科医（80～90%）、助産師（10～20%）、まれに家庭医）を選び、診療所（オフィス）で妊婦健診を受ける。妊

婦健診の回数は、日本とほぼ同様である。分娩は主担当者があらかじめ提携している病院で行う。病院での分娩が98.8%である。通常分娩後24時間で退院し、退院後の訪問等の支援は行われていない。主担当者が産科医師の場合、妊婦健診から分娩、産後の健診まで医師が担当する。この場合、妊産婦が助産師に会うことは一切ない（岸，2013）。出産後は、医師のもとで乳幼児の健診が約2か月ごとに予防接種とともに行われる。

4) わが国の周産期医療・母子保健と欧米との相違点

イギリスでは地域助産師が一貫して妊娠から出産後の育児期まで地域で支援していたが、わが国では妊娠が判明すると産後の退院まで産科医療機関で管理されている。分娩による入院期間は、日本では4日～6日であり、イギリス・アメリカの6～24時間とは比較にならないほど長いという相違点がある。このように日本では、妊娠期から分娩後早期の時期は産科医療施設の支援が中心となることが特徴である。

またイギリスでは分娩による入院期間は短いものの、産後10日間は家庭訪問により専門家の支援を受けられる。退院直後の不安や戸惑いが軽減され、育児への適応がスムーズに行われるための支援が十分である。一方日本では、産後の入院期間に専門家による支援は得られるものの、家庭と病院との環境が大きく異なり、退院直後の不安や戸惑いが大きいことは指摘されている（島田ら，2001；島田ら，2006）。産後早期の地域での支援の少ないこともわが国の特徴であるといえる。

5. 児童虐待の発生予防における産科医療施設の役割

わが国においては、子育てのスタートである妊娠・出産管理を主に産科医療施設で行う。日本の医療機関では、妊婦健診は医師の診察だけでなく、助産師による保健指導や相談が行われている場合が多い。母親学級も開催され、単に健診を行うだけでなく、分娩や子育てに向けた準備等についての相談・指導が含まれている。分娩後は4～6日の入院期間があり、授乳や育児に関わる技術や知識を身につけられるよう、指導や見守りが行われる。母親の母体の回復に対して、母親役割の受容に関するアセスメントを行い必要時援助を行っている。

産科医療施設では妊婦健診や分娩前後の入院期間をとおして、親子に関わる機会が多い。親子との触れ合いの多さを活かして、養育支援が必要な親子を早期に発見し、適切な支援を行うために保健・福祉機関と連携を図り児童虐待の発生予防に努める役割があるといえる。

第2節 本研究の目的

1. 研究目的

本研究の目的は、産科医療施設に勤務する助産師が妊婦健診や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき他機関に情報提供し連携が発展するプロセスを質的研究方法で分析し、その連携のプロセスを究明することである。分析結果をもとに連携の推進のための実践モデルを検討し、産科医療施設における施設の規模や特徴に合わせた乳幼児を対象とした虐待の発生予防に向けた連携推進実践モデルを提案する。

2. 研究の問い

- 1) 産科医療施設に勤務する助産師が、外来や入院中にどのようにして「気になる親子」に気づき、それを判断するのか。
- 2) 「気になる親子」を保健機関等につなぐ連携のプロセスには、どのような構造があるのか。
- 3) 連携のプロセスには、どの要因が最も影響力があるのか、また施設規模等の差はあるのか。

第3節 用語の定義

以下は、本研究で用いる用語の定義である。

「気になる親子」：現在のところ明らかな虐待の所見はないが児童虐待のリスク因子が存在したり、親子の様子に違和感や不自然さを感じ、他機関へ情報提供したいと感じる親子とする。

「つなぐ」：気になる親子を特定し、保健機関等の他機関に情報提供すること。

「連携のプロセス」：気になる親子に気づき、追加情報の収集や確認の行動を経て、気になる親子を判断し、保健機関等に情報提供すること。また、その後継続的な情報交換関係を維持すること、発展的連携活動を行うことへのプロセスも含める。

「援助」：対象者のニーズを満たす、あるいは看護の目標を達成するために行う行為であり対象者の観察やモニタリング、見守りを含める。

「支援」：対象者のニーズを満たすため、あるいは対象者を望ましい状態にするために行う直接的・間接的な行為とする。援助より広い概念であり、多職種・組織間の連携を含める。

「産科医療施設（総合病院）」：医療法による19床以上の病院であり、複数の診療科目を有する施設で、診療科目の中に産科のある施設である。ハイリスクな母子の治療を行う周産期母子医療センターを厚生労働省から指定されている施設も含める。新生児を中心に治療・看護するNICU病棟は含めない。

「産科医療施設（産科単科病院・診療所）」：医療法による19床以上の病院であるが診療

科目が主に産婦人科単科の施設と、医療法による 19 床未満の診療所で診療科目が主に産婦人科単科の施設である。いわゆる個人病院と称される施設を指す。

「看護職者」：本研究では、産科医療施設に勤務する助産師・看護師として用いる。

第 4 節 本論文の構成

本論文の構成は以下とする。

第 1 章では研究の背景として、わが国の児童虐待の現状および児童虐待への対策の変遷を把握し、日本の周産期医療・母子保健の特徴をふまえたうえで産科医療施設に課せられた課題を確認する。そして本研究の目的を述べる。

第 2 章では、児童虐待に関する先行研究を検討する。まず関連学問分野でどのような研究成果が得られているか概観した後、本研究の主題である児童虐待の発生予防に関する文献を検討し、本研究の意義を確認する。

第 3 章では、本研究の研究方法を説明する。本研究で産科医療施設を総合病院と産科単科病院・診療所の 2 つに分け研究した理由、データの分析方法に修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチをなぜ用いたか等を論じる。

第 4 章は、総合病院における研究結果を述べる。研究はさらに 2 つの研究に分かれており、研究 1-1 「“気になる親子” に対する気づきから、情報提供ケースとして確定するプロセス」、研究 1-2 「“気になる親子” を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス」である。まず研究協力者の概要を述べ、各々の研究結果を述べ、その後、研究 1-1、1-2 を「“気になる親子” の気づきから連携が発展するプロセス」として統合した研究結果を述べる。

第 5 章は、産科単科病院・診療所における研究結果を述べる。研究はさらに 2 つの研究に分かれており、研究 2-1 「“気になる親子” に対する気づきから、情報提供ケースとして確定するプロセス」、研究 2-2 「“気になる親子” を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス」である。まず研究協力者の概要を述べ、各々の研究結果を述べ、その後、研究 2-1、2-2 を「“気になる親子” の気づきから連携が発展するプロセス」として統合した研究結果を述べる。

第 6 章では、研究 1、研究 2 の総合病院、産科単科病院・診療所の研究結果を各々考察する。その後、「“気になる親子” の気づきから連携が発展するプロセス」の総合病院と産科単科病院・診療所の差異を検討する。そして、総合病院、産科単科病院・診療所における乳幼児虐待発生予防に向けた実践モデルを検討し、本研究の限界と課題を述べる。

第 7 章では、本研究の結論を述べる。

第2章 文献検討

児童虐待は小児科医ケンプが1962年に「打撲児症候群 The Battered Child Syndrome」(Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller&Silver. 1962)を報告して以降、社会的な関心が高まり欧米を中心に多くの分野で膨大な研究が行われてきた。日本では1990年代から、数多くの研究が発表されている。これは、1990年代に入り、マスメディアによる報道や民間団体による防止活動が活発化したことや、1994(平成6)年に、国際連合において「子どもの権利条約」を批准したことなどが背景である。多分野の研究から、どのような研究がおこなわれてきたか、その概観をみてみたい。

第1節 わが国における「児童虐待」に関する論文数の推移

児童虐待は複合的な問題を持ち、その研究分野は多岐にわたるため広い専門分野を検索できるデータベース CiNii を使用し、「児童虐待」というキーワードで論文検索を行った(検索年月日;2013.5.26)。

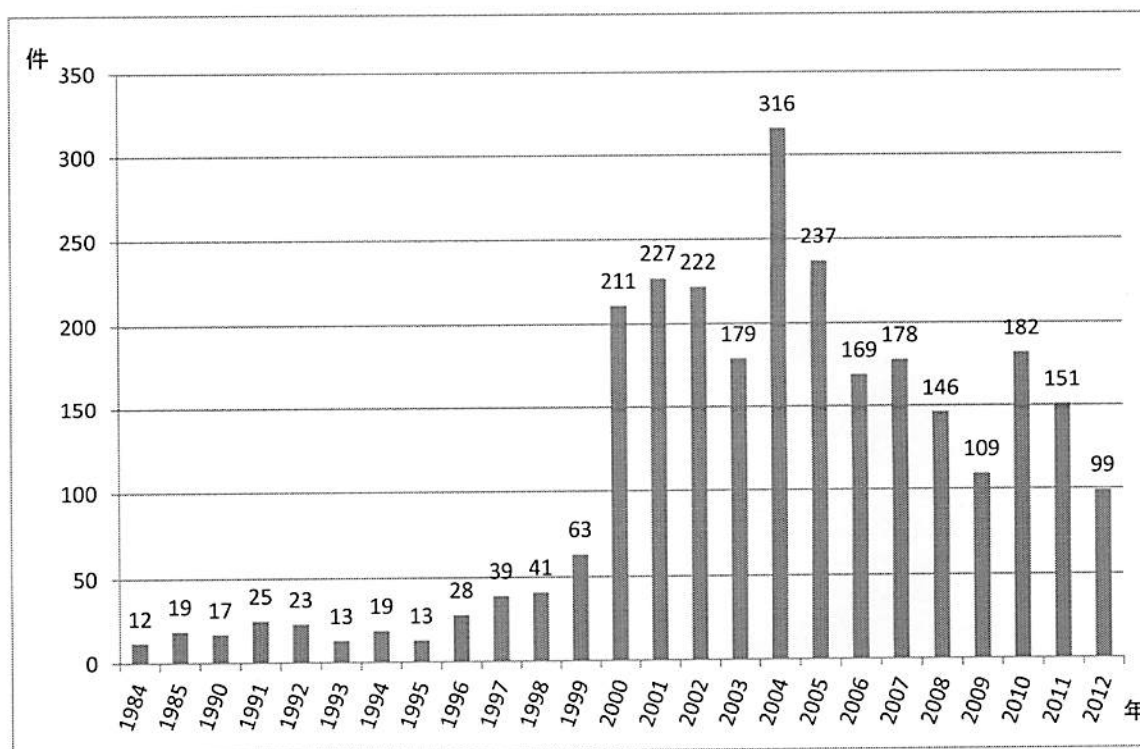


図2-1 わが国における「児童虐待」に関する論文数の推移

2710本の論文が検索された。1年間のデータの揃う2012年度までのデータを用いてグラフを作成した(図2-1)。

1984(昭和59)年以前は13本で、最も古い文献は1809年のもので、イギリスの児童虐待防止会の紹介であった。1985~1989年までは19本、1990(平成2)年以降は毎年論文

が発表されており、1996(平成 8)年から増加傾向を示し、児童虐待防止法が施行された 2000(平成 12)年は前年度の 3 倍の 211 本の論文が発表された。2004(平成 16)年度の論文が最も多く 316 本であった。この年は児童虐待防止法が改正された年である。それ以降の改正の年である 2007(平成 19)年、2011(平成 23)年に大きな増加はみられていない。2004(平成 16)年の改正で大幅に論文数が増加したのは、児童虐待の対応機関として市町村が加わり、その役割と課題を論じるものが多く発表されたためである。児童虐待防止法が施行された 2000 年以降はそれ以前と比較すると急激な増加を示し、それ以降年間約 100 本を超える論文が発表されている。

第 2 節 関連学問分野における研究の概観

1. 法学分野における研究の概観

法律関係における研究では、わが国の児童虐待防止に関する法律の特徴および長所・短所を分析するために諸外国の法律と比較するものや、児童虐待の事例が発覚以降どのように対応されていったかを刑事事件の判例を含めて丁寧に分析しているもの等がある。

研究の知見として、リスク発見・予防への法的な対応の遅れ、児童福祉法・虐待防止法の児童の定義が 18 歳未満であることによる 18・19 歳における虐待に対する法的課題（古橋，2010）、児童虐待と非行・犯罪との関連（法務省法務総合研究所研究部，2001）、親子分離と家族の再統合を児童相談所という同じ機関で行うことの困難性と役割過重（古橋，2010；倉田，2011）、司法機関と行政機関の適切な連携の必要性（倉田，2011）、等が報告されている。

2. 心理学分野における研究の概観

心理学の分野の研究は、児童虐待をする親の特徴、児童虐待の世代間連鎖、虐待を受ける子どもの特徴、被虐待体験が子どもにおよぼす影響、被虐待児への治療的アプローチ、虐待をする親への治療的アプローチ等、多岐にわたっている。

子どもを虐待する親の特徴として、依存性が高い、衝動性や攻撃性が高い、若年等の社会的な未熟性、精神疾患がある等があげられている（西澤，1994）。児童虐待の世代間連鎖については、おおむね 30%程度の割合で発生することが明らかされている（Gil, 1979; Kaufman, and Zigler, 1987; Oliver, 1993; Dixon, Browne and Hamilton-Giachritsis, 2005a, 2005b, 西澤, 1994; 藤野, 2008）。虐待を受けるも子どもの特徴は、周産期や乳児期の健康上の問題、未熟児あるいは低出生体重児、育てにくい子ども、年齢の幼さ、身体的あるいは精神的障害等（西澤，1994；Perrin, 1999／2003）が示されている。被虐待体験が子どもの発達に与える影響は、幼児期は反応性愛着障害、小学生になると多動性障害、思春期に向けて解離性外傷後ストレス障害となり非行に移行するという症状の変化を呈して長期的な影響があること（杉山 2006）、感情調整機能の障害（Garbarino, Guttman and

Seeley, 1986)、自己存在の不安定さ、虐待関係の再現傾向（西澤, 1994）等が報告されている。被虐待児への治療的アプローチは、トラウマの心理療法（西澤, 1999）、行動療法および認知療法的技法を取り入れたもの（WHO, 2006/2011）等が示されている。親への治療的アプローチは、さまざまであるが、成功した治療法にはすべて、その根底に、親の変化を促進するような環境を整え、彼らが成長し、発達し、成熟していくための新しいルートを切り開くことが共通していると Steel（1997/2003）は述べている。

3. 医学分野における研究の概観

医療機関は虐待を受けた子どもが受診する場合が多く、受傷の原因が虐待であるか否かを判断しなければならない機関である。そのため臨床医学分野では、患者の臨床症状と画像検査等との関連や、検査方法の開発等、診断の精度を上げるための研究および治療法についての研究が多くなされている。多くは、症例研究であり、医療機関が携わった症例の特徴や虐待の方法の特定等を紹介するものが多い。

脳神経学分野では、子どもの被虐待体験は脳の器質・機能的障害を起こすことが報告されている（友田, 2011）。

法医学はこれまで死亡した症例の死亡の原因を追究する学問であったが、児童虐待事例を取り扱うようになり、関係の論文を概観すると、生体における受傷原因の追究という臨床法医学といわれる分野が注目を浴びるようになった。

精神医学では、親の精神疾患が児童虐待におよぼす影響が検討され、特に児童虐待の死亡事例において精神疾患・障害、メンタルヘルスの問題がある母親が 25～40%を占めるとの報告がある（松宮, 2012）。子どもの被虐待体験がその後のメンタルヘルスに与える影響、虐待状況にある親・子どもへの治療や介入等が検討されている。

4. 社会福祉学分野における研究の概観

児童虐待の対応の中心を担うのが社会福祉分野の専門職であり、多くの研究がなされている。児童相談所を対象とした研究として、児童相談所の対応の実態や課題、各専門職の役割と課題、他機関との連携等がある。その他、要保護児童対策協議会（市町村児童虐待防止ネットワーク）の実態や課題、一時保護施設における援助の実態や課題、児童福祉施設における援助の実態や専門職の役割、家族統合プログラムや親支援プログラム、里親制度等がある。

児童相談所を対象とした研究では、諸外国との比較において児童福祉司の数が少なく担当ケースが多い、児童福祉司の一般行政職の占める割合が高く専門性・継続性に乏しいといった児童相談所の構造的問題が指摘されている（高橋ら, 2003；才村, 2011）。児童相談所の数および職員数は年々増加しているが（厚生労働省, 2012b）諸外国にはまだまだおおよぼ、職員は初期対応に追われ子どもや保護者に対する支援、家族統合へのアプロ

一ちまで手に負えない状況が指摘されている（才村ら，2006）。他機関との連携においては、立ち入り捜査における警察との連携の必要性、保護者への指導勧告における家庭裁判所のとの連携の必要性が報告されている（山本・佐藤，2009）。児童相談所における保健師は発令区分が何であったとしても、医療・保健分野機関との連携や窓口機能、育児支援活動等保健師としての専門性の中で独自の役割とニーズを担っていることが示されている（佐藤・山本，2009）。

市町村虐待防止ネットワークについては、2010年度の全国の市町村における要保護児童対策協議会設置率は98.7%であった（厚生労働省，2012b）。市町村と児童相談所の対立（安部 2005）、マネジメント力やアセスメント力の不足（加藤，2004）が指摘されており、要保護児童対策協議会を円滑に機能させるためには、協議の対象を家族だけでなくメンバーを含め、可能な限り複数で取り組み、疑念は可能な限り言語化することが必要であり、それによりメンバーが内発的な力で参画し会が活発に機能することの重要性が明らかになった山野，2009）。

児童養護施設における研究では、入所している被虐待児童の行動や情緒等の特徴を捉えるもの、児童養護施設の実態調査等が行われている。被虐待児の行動や情緒の特徴として、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動が高いこと（坪井，2005）、逸脱・暴力行動化傾向、生活意欲の喪失、親密な人間関係の障害、自己中心的傾向、身体症状化傾向、偽成熟化傾向が（西澤，1997）、報告されている。児童養護施設の実態調査では、子どもの情緒・行動面の問題への対応などに職員が精神的負担を感じていることが明らかになっているが（才村，2005）、効果的な援助の方法は解明されていない。

家族統合プログラムや親支援については、児童相談所で家族統合に向けて援助が実施されているのが4.5%にすぎないという状況であるが（才村ら，2006）、カナダで開発されたノーボディズ・パーフェクト（Nobody's Perfect）、オーストラリアで開発されたリプルP（前向き子育てプログラム）、アメリカで開発されたCNP（コモンセンス・ペアレンティング）の実証研究が行われ、どれも親の養育態度、親子関係の改善がみられるとの報告がある（野口，2008；柴田，2006；柳川ら，2009）。日本子ども虐待防止センターが開発したMCG（母と子の関係を考える会 Mother and Child Group）は、多くの保健機関で実施され虐待の早期発見、親の養育態度の改善、親のストレス軽減に効果を得ている（広岡，2001；村家・山田・矢野，2007）。わが国における親支援プログラム効果の検証研究はまだまだ開始されたばかりで、実施件数が少ない状況である。今後の検証が待たれるところである。オーストラリアで開発されたトリプルPに関しては、20年にわたり実践および研究が行われ、現在では世界各国で実施され、エビデンスの高いプログラムの効果や費用対効果が実証されている（Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R. and Lau, J., 2003；Mihalopoulos, C., Sanders, M. R. Turner, K. M., Murphy-Brennan, M. and Carter, R., 2007；Sanders, M. R., 1999）。

里親については制度改正に伴う運用に関する総説的な論文が多く、里親のもつ問題や里親支援の方法・効果、里親養育の評価等に関して実証的な研究は少ない現状である。このような状況の中で得られている知見として、諸外国に比べ日本の里親養育実施の低さ、児童相談所の里親制度運用の問題、専門里親に対する研修充実の必要性、里親に対する支援充実の必要性等がある（湯沢ら，2003；津崎，2004；奈良・阿部・鈴木，2011）。

上記以外に、虐待先進国であるイギリスの制度を丁寧分析し、日本の制度への示唆を得る研究もみられる（田邊，2006；田澤，2006）。

5. 教育学分野における研究の概観

教育分野では、児童虐待に対する学校の対応の実態調査、教員の認識、近年導入されているスクールソーシャルワーカーの活動や効果等の研究が行われている。

児童虐待に関する学校の対応についての調査（玉井，2004）により、教員は虐待の通告義務があることは周知されているが、実際に虐待のケースに遭遇した場合は通告よりもまず学校内で対処しようとする認識があることが指摘され、関連機関へ通告・連絡・相談されていたのは6割程度であったと報告された。その後文部科学省の追調査（文部科学省，2006）では、関連機関への通告・連絡・相談は7～8割に上昇したが、通告義務の周知が低下したこと、市町村虐待防止ネットワークの存在を知らない教職員が半数を占める等が明らかになった。研修の一層の充実、関連機関の専門性を認識した学校における指導体制の検討、スクールソーシャルワークのあり方の検討が提言された。

スクールソーシャルワーカーの活用についての研究では、学校独自の文化の中で、教員との連携に多くの時間を割き関係性を構築し、協働してケース支援にあたることで、保護者や関連機関との関係づくりや連携が取れ、支援の効果が得られ、学校現場のチーム体制化が進んでいることが明らかになった（茶屋道・岩永 2011；岩永・茶屋道，2011；山野・厨子，2009）。

6. 社会学分野における研究の概観

社会学の研究では、児童虐待がどのように社会的な問題として捉えられるようになったのか、多くの研究やマスコミ報道を分析し、以下のように説明している。日本の1990年代以降の研究は、虐待のトラウマの深刻さとそのケアの必要性を訴えた内容で、問題が家族の病巣にあるとする見方から、カウンセリングや家族療法を施し個人や家族関係を変化させることが虐待の連鎖を断ち切るのに必要であるという主張が導かれている。トラウマという解釈資源が広範に利用可能になることで、児童虐待は、第一義的には社会の側の問題ではなくなり、社会の予防的まなざしを必要とする家族の病として人々に了解されることになる。そして、そのような虐待のサインを逃さないための地域における発見・通報システムの構築が進められてきている。児童虐待施策における保護者個人の責任制や『ころ』

の問題への過度な焦点のあてかたは、こうした家族の社会経済的な困難さや社会的資源の不足の問題から、注意をそらす社会的装置にさえなり始めていると警告を鳴らし、社会政策の側から問題を根本的に捉えなおすべきだと主張している（上野・野本，2003；上野，上野・山野・ペルトン・村田・美馬，2006）。児童虐待防止の研究や社会風潮が、ある側面に焦点にあたることにより、見えなくなった「もう一つの現実」（内田，2009）を捉える必要性を示唆している。

第3節 児童虐待の発生予防に関する文献の検討

児童虐待の発生予防に関する文献について、まず発生予防の考え方を導入した虐待予防の3段階についての研究、次いで予防のために児童虐待発生の背景を知るための研究、リスクアセスメントの研究、介入による研究について検討する。

1. 児童虐待予防の3段階についての研究

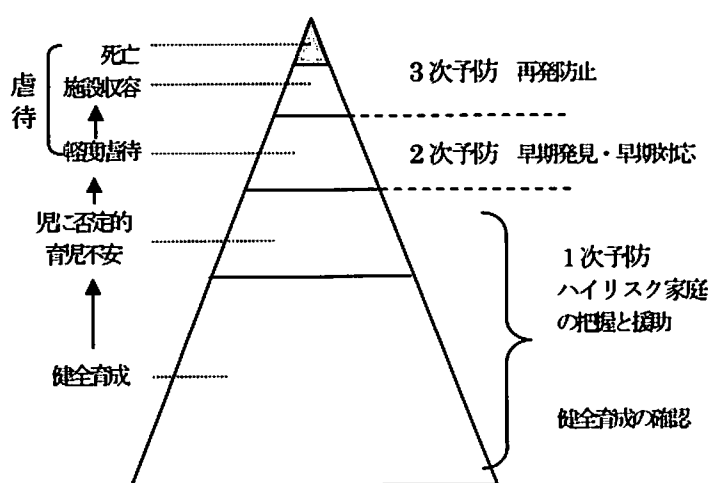


図2-2 虐待の進行と予防

*松井・谷村（2000）児童虐待と発生予防から転記

図2-2は児童虐待防止を論じる際、よく用いられるこれは、松井・谷村（2000）が考案し、公衆衛生の予防の3段階に即して考えられた。1次予防は発症前の対応、すなわちハイリスク家庭の把握と健全育成の確認で、2次予防は早期発見・早期治療、すなわち児童虐待の早期発見と早期対応、第3次予防は悪化・再発防止、すなわち児童虐待の再発防止である。松井らは児童虐待の予後がよくないことから、虐待発生防止のため地域

システム構築を目的として、虐待防止活動を先進的に行っている大阪、和歌山、栃木、群馬の4地区の小児医療機関の実態調査と、被虐待児への対応を調査した。その結果、保健所・保健センターは家庭訪問や乳幼児健診等の母子保健活動で虐待家庭を発見し、児童相談所へつなぎ、施設保護や在宅乳幼児への治療的援助を系統的行っていた。保育所では児童虐待の把握、児への配慮は可能であるが、家庭への特別な対応は困難であると回答された。保育所は福祉事務所、児童相談所との連携はとれているが、保健所・保健センターとは連携が少ないとの結果であった。これらの結果から、児童虐待の1次予防は現行の母子保健サービスを基盤とすること、健全育成のためにハイリスク家庭の把握と支援までの地域システムを受け持つ中核は、保健所・保健センターが適切だとした。そして、1次予防を中心とした地域の連携体制が必須であり、保健所・保健センターを中核機関とした予

防システムとして以下のシステムを提案した。保健所・保健センターではハイリスク家庭の連絡を受け、保健師訪問で確認、支援計画を組む。支援活動は保健所の多くの機能の活用と同時に地域内の保育所、福祉行政、その他と連携する。保健師は健診や訪問を通して対象児の健全育成と養育環境の改善を評価し、①問題が解消したか、②継続支援が必要か、③虐待に進行したか、などを判断する。虐待に進行した場合には虐待対応の中核機関である児童相談所に通告し、協力して早期対応を行う。

現在児童虐待の発生予防は母子保健を中心として行われているが、松井らの研究により、1次～3次予防の各々にはどの対応機関が適切か、どのような支援が必要か区別して検討する基礎を作った。本研究は、1次予防の中核機関である保健所・保健センターへのハイリスク家庭の連絡という段階の課題を検討するものと位置づけることができる。

2. 児童虐待事例のリスク要因を究明する研究

予防の最上のアプローチを決定する際には、親子関係において虐待のリスクを高めるような、社会的および個人的要因について考察することが最も重要である（Donnelly, 1997/2003）。欧米ならびに日本でも、児童虐待のリスク要因を解明する研究が行われている。

小林（1993）は、大阪府における6歳以下の被虐待児318人のケース記録データを分析し、乳幼児虐待のハイリスク要因として、望まぬ妊娠・未熟児・児の発達の遅れ・母子分離等の周産期の要因、育児能力の問題等の養育状況の要因、性格の問題（未熟・攻撃性）・精神疾患等の親の要因、ひとり親家庭等の家族形態、経済不安・夫婦不和・近隣友人からの孤立等の生活の状況と、5つに大分類し45の要因を示した。そしてこれらのリスク要因が重なったときに、虐待が起こるとされている。小林らの追調査が和歌山県（下山田・柳川・小池, 1994）、栃木県（下泉, 1995）、群馬県（大川, 1995）、滋賀県（長谷部, 1997）で実施され、同様の知見が得られている。

斎藤（2001）は、全国の養護施設に入所している被虐待児579人と虐待を受けていない統制群263人の背景を統計的に分析し、児童虐待の発生を導きやすい要因、被虐待児の入所時身体状況と情緒・行動上の特徴、被虐待児の親の特徴を明らかにした。児童虐待の発生を導きやすい要因として、①未熟児、育児困難児、出生後の慢性疾患をもつ子ども、②望まない妊娠で出生した子ども、③義父、義母、義理の同胞と同居していた子ども、④性的虐待は女兒、身体的虐待は男児、⑤身体的虐待とネグレクトは小学生以下の児童、心理的虐待は小学生から中学生、性的虐待は中学生以上、の5点が示された。被虐待児の親の特徴として、①夫婦関係の破綻・混乱、再婚、②精神疾患の罹患（父親はアルコール乱用、母親はうつ病）、③問題行動（暴力、怠惰等）・生活困難、④身体的虐待では父親のDV、性的虐待被害児の実母の異性関係問題、ネグレクトは両親の失踪、⑤23～38%は実父自身が被虐待経験をもつ、の5点が明らかになった。

松井（2000）は、全国の300床以上の小児科を併設した550の地域中核病院を対象とし

た調査を毎年行い、虐待の要因を統計的に分析している。未熟児が被虐待児の43%を、双胎児が10%を占めていた。虐待のハイリスク項目として、望まぬ妊娠・出産、多胎で特に双胎児間に差がある場合、親の精神疾患、親の育児知識不足、孤立家庭、経済的に不安定、反社会的生活等、の15項目を明らかにした。

WHO (Kahane, T., Butchart, A., Harvey, P. A., Mian, M. and FuRniss, T., 2006/2011) は2006年に、児童虐待に関する世界中からのエビデンスをもとに発生予防と防止介入についての指針を出した。その中で、児童虐待の受けやすさとリスク要因をエコロジカルモデルで説明している。モデルは、第一レベルである個人要因から第五レベルの社会要因までが互いに絡み合っていることを図で示した(図2-3)。

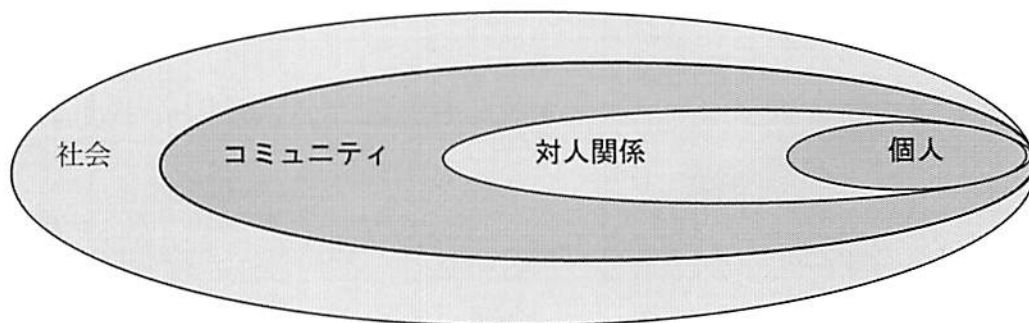


図2-3 子ども虐待におけるリスク要因のエコロジカルモデル

*Kahane, T. ら(2006/2011) エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入、より転記

「個人の要因」は、①親と保護者におけるリスク要因として、新生児と心理的な結びつきを築くことが難しい、子どもの頃虐待を受けた経験をもつ、子どもの要求や行動の理解ができない、子どものしつけに体罰を使う、社会的な孤立、若年で教育の欠如による養育スキルの乏しさ、困難な経済状況等、②子どもにおけるリスク要因として、望まない妊娠により産まれた子ども、期待どおりでない子ども、世話の欲求水準が高い乳児、ずっと泣き続けなだめるのが難しい、多産児の一人等である。「関係性の要因」は、親子間の愛着の欠如とボンディング形成の失敗、家族の身体・発達・精神的な健康問題、家族崩壊、家庭内暴力、地域の中での孤立、支援ネットワークの欠如等である。「コミュニティ要因」は、地域環境の特性が暴力の容認、不適切な住居、福祉支援サービスの不足、高い失業率、貧困等である。「社会要因」は、低い生活水準・社会経済上の不平等・不安定をもたらす社会・経済・健康・教育政策、対人的暴力を促進・称賛する社会・文化規範、性役割分業を厳格に求める社会文化的規範等である。

現在では、児童虐待はさまざまな要因が複合的に絡み合っているということが解明されている。個人の要因にだけ解決策を見出すのではなく、地域、社会的な要因を含めて支援をしていく必要がある。

3. リスクアセスメント指標に関する研究

虐待のリスク要因の研究成果をふまえ、虐待のハイリスク状態にある親子を早期に発見し対応を開始するために、客観的に親子のリスクを捉えることのできるリスクアセスメント指標の研究が進み、活用されその成果が検証されてきた。

小林・佐藤ら（1997, 2008）は、大阪府下の保健所で1年以上援助を行った養育問題のある事例の2回の調査で明らかになったリスク要因のうち、多変量解析等で虐待への移行度が高い項目と、サンフランシスコの児童救急サービスにおける虐待の通報時での状況把握のためのアセスメントを参考に、虐待の重症度の評価を行うアセスメント指標を作成した。アセスメント指標は改訂を重ね、最終的に4カテゴリー29の評価項目から成る。リスク因子が12個以上では重度であると考えられ、不明でチェックできない項目が多い場合も重度の場合が多いという結果であり、保健機関が発見し支援する虐待事例を客観的に評価するツールとして有効であるとした。

中板ら（2000, 2002）は先行研究をもとに、「家庭基盤」、「親準備精」、「親子の愛着形成」、「育児力」、「子どもの健康問題」の5カテゴリー120項目から成る虐待リスクチェックシートを作成した。このチェックシートは保健師が記入し、それ以外に母親が記入するアンケート形式のスクリーニングシートを作成し、「家庭の問題」、「親子の愛着形成」、「育児負担」、「育児上の悩み」を把握できるようにした。乳児健診で活用し、点数評価をした上で、高得点群を中心に虐待予防検討会においてチームでアセスメントを行い、援助方針の検討を行い、援助を実施し評価をするというシステムを構築した。乳児健診時と1歳6か月健診時の結果を比較し、6点以上を高得点群とした場合、70%のスクリーニングを可能とし、それにチームアセスメントを加えることで、1歳6か月時点での見落とし事例は1例もなく、予備群を100%抽出可能としたとしている。また、母親が記入するスクリーニングシートは自己の育児を振り返る機会となり、早期に相談援助関係を築けることを報告した。

児童虐待事例には母親の精神疾患罹患者が多く（斎藤, 2001）、重症の愛着形成障害ではその大部分に重度の産後うつ病の合併があること（Kumar, 1997）、出産後3カ月以内の早期に発病する産後うつ病は、育児機能の乳児の発達に否定的な影響を与えること（Murray, Cooper and Hipwell., 2003）が明らかになり、母親のメンタルヘルスの把握により乳幼児の虐待予防を目指した研究が進んできた。Cazdow, Armstrong, Fraser (1999) は周産期の児童虐待リスクの諸要因を検討し、経済状況、住居、出産直後の対人関係と並んで、エジンバラ産後うつ質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale : 以下、EPDSとする）で測定された産後早期の母親のうつ症状が、虐待のリスク指標と有意な関連をもっていたと報告した。杉宮・山下・吉田（2003）は、保健機関に出産後120日以内に行われる初回家庭訪問を受けた母親にEPDS、ボンディング（子どもとの情緒的な絆）質問票、育児についての聞き取り調査を実施した。その結果、EPDSで把握された抑うつ症状はボ

ンディング質問票の乳児への拒絶・怒りの感情と特に関連をもつ可能性が指摘され、EPDSにより母親の産後うつ病傾向をモニターし適切な介入を行うことは、児童虐待の予防につながることを示した。山下・吉田（2004）は、同じ調査結果から、虐待のリスクの有無に最も寄与したのはボンディング質問票の得点であったことから、虐待のリスクアセスメントのためには EPDS だけでなく、愛着等の多次元の質問項目による評価が必要であると指摘した。その後、「産後のメンタルヘルスと育児支援マニュアル」が吉田（2007）により作成され、全国の母子訪問担当者を対象にセミナーが実施され、市町村による EPDS の使用率は 3 割に達していることが報告された（上別府，2008）。反面、全国の周産期医療センターを指定された医療機関の調査では、母親の精神的スクリーニングの実施率は 15%前後と低く、周産期のメンタルヘルスに関する対策が遅れていることが指摘された（上別府，2009）。中板・佐野（2012）は、妊娠期から産後 4 カ月までの母親 2638 人を対象に、母子健康手帳交付時、産後 1 カ月時、産後 4 カ月時と 3 回の調査を行い、EPDS と産後うつ傾向を予測しうる要因を前方視的に調査し、母親の産後うつ傾向を予測する妊娠期の要因として、「望まない妊娠」、「愛情不足体験の認知」、「夫（パートナー）が相談者あるいは協力者として機能していない」が挙げられた。これらの要因の妊娠期からの早期対応が必要であると報告した。

上記に述べたリスクアセスメント指標に関する研究は母子保健分野からの報告が圧倒的に多く、産科医療施設にける研究は数本報告されているのみで、その知見は十分蓄積されていない（新井・片岡，2010；平岡ら，2006；益田・玉熊・村松，2008，高野・守屋・雨宮，2005）。

以上のように、社会経済的な問題からメンタルヘルス至るまで多角的な視点でリスクをスクリーニングしていくことが、児童虐待のリスクをもつ親子を発見し適切な介入を可能にすることが示唆されており、わが国の母子保健活動には徐々に浸透しつつあるが、医療機関においては取り組みが遅れている現状である。

3. 介入による発生予防についての研究

1) Olds らの Nurse-Family Partnership (アメリカ)

介入によって児童虐待を予防するという研究が世界各国で行われており、エビデンスの高い研究として、Olds らの研究がある (Olds, L. D., Henderson, R. C. and Chamberlin, J. R., 1986; Olds, L. D. et al., 1997; Olds, L. D., 2002; Olds/西澤, 2012)。Olds らは 1977 年にニューヨーク州のエルミラにおいて低所得層の白人の初めて親になる人 400 人を対象に、1987 年にテネシー州のメンフィスで低所得層のアフリカ系アメリカ人 (妊娠期 1138、産後 743 人) を対象に、1994 年にコロラド州のデンバーでラテン系アメリカ人 735 人を対象に、家庭訪問プログラムを実施し、その効果を検証した。研究はランダム化コントロール研究で行われた。家庭訪問プログラムは、Nurse-Family partnership; NFP (以下 NFP

とする)と呼ばれ、看護師が妊娠期から乳児期に家庭訪問を行うというものである。看護師の家庭訪問は、妊娠期のできるだけ早い時期に開始され、子どもの誕生から2年間継続される。妊娠期の母親がこのプログラムに登録した直後の1ヶ月間は週に1回の頻度で、その後出産までは2週間に1回のペースで、子どもの誕生から6週間は週に1回、その後子どもが2歳になるまでの期間は1か月に1回の訪問を行う。この家庭訪問での看護師の目標は、①母親の妊娠期の健康状態をよりよいものにし、正常な出産につながるよう支援する、②子どもが2歳になるまでのより適切な養育を提供できるように親を支援する、③親の経済的な自立性の向上である。この目標に向けて看護師は、妊娠中の喫煙や飲酒、薬物の使用をできるだけ少なくするよう援助したり、産科的な合併症を発見した場合はプライマリーケアの専門家による治療につなげたり、親に対し乳児が示すコミュニケーションのサインの多様性、乳児の泣き声の違いを認識できるように援助したり、親が学校に通ったり仕事を探したり、あるいは次の子どもを妊娠したりする際により賢明な選択ができるよう支援する。家族や親族を、必要に応じて保健機関や福祉機関に結びつける。看護師は、子どもに対する親の関わりを引き出し、母親や父親の長所に焦点を当てることによって親の行動の変化を促進するというものである。

3つの研究の全てにおいて以下のNFPの効果が確認された。①妊娠期の健康に有意な改善が認められた。母親の喫煙率を下げ、過度な体重増加を減少させ、妊娠期の高血圧症の発症率を低下させた。②子どもの外傷の発生率を有意に減少させた。③短い期間での第2子の出産率が有意に減少した。第1子と第2子出産の間隔がより長くなった。④母親の職業の復帰の有意な上昇がみられた。特に子どもが1歳以降の段階で効果が大きい。

Oldsらは、これまでの研究の15年後の長期的な効果の検証を行い(Olds, L. D. et al., 1997; Olds, L. D., 2002, Olds/西澤, 2012)、対照群に比べて、第2子出産までの間隔が長く子どもの数が少ない、福祉を受けている人が少ない、アルコールや薬物の使用が少ない、犯罪する人が少ない、子どもの虐待やネグレクトの発生が低いという結果が得られ、NFPによる長期的な効果が検証されている。1996年以降、全米でプログラムが導入されるようになり、近年ではイギリス、オーストラリア、オランダ、カナダ等で実施されている。

NFPによる効果が高いことが示されてきたが、このプログラムのためには介入する看護師がトレーニングを受け、プログラムが厳密に実施される必要があることが指摘されている(Olds/西澤, 2012)。そのためプログラム実施にあたっては看護師のトレーニングやプログラムの設計等、十分な準備が必要である。また、プログラムの実施対象はハイリスク家庭であり、一般のローリスクの家庭ではない。わが国においてこのプログラムを地域全体で取り組むことは、対象の選定や登録手続き等の倫理的問題があり困難ではないかと予測される。しかしハイリスクな家庭に対して、このプログラムの手法を導入することは可能ではないかと考える。

2) Browne らによる CARE プログラム : Child Assessment Rating and Evaluation programme) 公衆衛生学的アプローチ (イギリス)

Browne ら (2006/2012) によって開発された CARE プログラム (Child Assessment Rating and Evaluation programme) は、1 歳以下の全ての家庭を対象とした家庭訪問プログラムである。子ども、親、家族とその生活環境の特徴によってニーズを見極め、多様な専門職による支援へつなげる。CARE プログラムの目的は、子どもの健康、子どもの虐待やネグレクトの予防であり、親とのパートナーシップが原則である。親に自分たち自身の状況を認識できる手段を提供し、親が保健専門職と協働しながら子育ての課題に気づき、その課題を解決できるように力をつけるものである。CARE プログラムの概要は、子どもが 1 歳までに、4 回の家庭訪問と 1 回のクリニックでのアセスメントが保健師・助産師によって行われる。家庭訪問によるアセスメントは、新生児期 (生後 10~15 日目)、4~6 週目、3~5 カ月、12 カ月目の 4 回行われる。クリニックでのアセスメントは 7~9 カ月に行われる。CARE プログラムの 2 つの主要な観察の要素は、ニーズの指標と乳児の愛着についてのアセスメントである。どちらも親と共に取り組み観察する。プログラムの主な特徴は、保健師が乳児の情緒的発達を評価し、親が子育てに関する自分の感情、心配や不安を表出することを助けることができるように、訪問の枠組み (時間と内容) が決められていることである。初回の訪問で親に、妊娠や子育ての時期に最もストレスをもたらす状況についての質問が記された「あなたのニーズを知るために」という冊子を紹介し、親に渡して次回訪問までに考えておくよう伝える。その後の 2 回の訪問で、冊子を使ってニーズの確認や話し合いを行う。その他、子どもの健康状態や発達のアセスメント、家族の健康状態のアセスメント、EPDS (産後 4~6 週目家庭訪問時)、子どもの愛着行動の観察と話し合い、子どもに対する親の行動の話し合い、子どもの健康状態を促すための知識提供、必要な追加サービスの確認等が行われる。「あなたのニーズを知るために」というニーズ指標の確認には、親が否定的に「判定」せられていると不安やストレスを増大させないように、継続的な支援の必要性を見極めるためのものであることを強調することが重要であるとし、親に対して温かく見守っているという姿勢でプログラムを行うことが重要であるとしている。

CARE プログラムの評価として、保健師が 2 年間プログラムを行った 1541 家族のデータを用いて、プログラムが子どもに危害をおよぼすリスクのある家族を見極めるのに効果的であったとしているが、今後サンプル数を増やした評価が必要であるとしている。

イギリスでは出産後 24 時間程度で退院し、産後 6~8 週までは助産師による定期的な家庭訪問が、それ以降子どもが 5 歳までは保健師による定期的な家庭訪問が行われる。この CARE プログラムは、従来行っている地域で用いられる標準的な家庭訪問として実施できるため、導入しやすいプログラムだといえる。

第4節 本研究の意義

これまで述べたように、児童虐待の発生予防には虐待事例の背景要因を把握し、リスク因子に基づいたアセスメント指標を活用し、早期にリスクの高い親子を発見し、適切な介入につなげる必要性が先行研究で示された。また特定のハイリスク家庭に焦点を絞り妊娠期から介入プログラムを実施することや、公衆衛生学的に地域で子育てする家庭を訪問し、定期的なアセスメントと介入を親と共に協働する方法が有効であることが報告された。これらの報告は、その多くが母子保健・精神保健、心理学、児童福祉分野からであり、産科医療分野からの報告は極めて少ない。

わが国の出産の周産期医療システムは、ほぼ全例が産科医療施設で妊娠・分娩管理を行い、分娩後は4・5日間入院し退院後の子育てに備えた教育が行われる。このように周産期において、親子にとって最も身近な専門職は産科医療施設の助産師や医師であるといえる。わが国の児童虐待対策は2007年の児童福祉法の改正により、子育て家庭全戸訪問事業の開始、「特定妊婦」という概念の導入と要保護児童対策地域協議会の対象への設定により、発生予防という段階がスタートした。このような状況の中、出産期の親子の最も身近な産科医療施設が児童虐待発生予防のために、早期に児童虐待のリスクをもつ親子を発見し、その先の支援のために他機関と連携していくことは非常に重要である。小林（2007, 2010）は乳幼児の虐待死亡事例において、死亡までに関わった機関として保健機関と医療機関が多いことを示し、児童虐待の死亡減少の鍵機関は保健と医療であり、乳児期初期の死を防ぐには、虐待が起きる前にハイリスク児を把握することが重要であり、それが行えるのは産科医療機関しかないと述べている。このように児童虐待の発生予防のために「気になる親子」に気づき、保健・福祉機関に連携することは産科医療施設にとって重要な役割であるといえる。

しかし、産科医療施設でリスクをもつ親子、すなわち「気になる親子」がどのように発見され、他機関へ連携されていくにかを明らかにした研究はみられない。この連携のプロセスを明らかにすることで、産科医療施設で「気になる親子」を発見し連携を促進するための有効な実践モデルを検討し、乳児の虐待発生予防に貢献することができる。本研究では、産科医療施設の特徴に合わせた実践モデルを検討するために、産科医療施設について周産期母子医療センターを含む総合病院と産科単科病院・診療所（いわゆる個人病院といわれる施設）に分け、研究結果を示し双方の差異に注目して方略を検討する。

第3章 研究デザイン

第1節 研究の枠組み

1. 産科医療施設を2つに分けて研究する根拠

本研究の目的は、産科医療施設において「気になる親子」に気づき、関連機関と連携するプロセスを質的研究で明らかにし、その連携のプロセスにはどのような構造があるのかを分析する。それをもとに、産科医療施設で「気になる親子」を発見し連携を促進するための有効な実践モデルを検討する。

産科医療施設と一概にいても、施設規模や看護職員の数、取り扱う出産のリスク等が病院と診療所ではかなり異なる。わが国の分娩の約47.3%を担うのは診療所である。しかし助産師の就業割合は、病院62.8%、診療所24.5%と、助産師の就労が病院に偏在している傾向にある（日本看護協会 2012）。診療所と病院では、助産師と看護師の割合がかなり違うということである。診療所は医師が個人で開業している場合が多く、医師個人の価値観や診療方針により、提供される看護も変化する。例えば自然出産や母乳育児を推奨する診療所もあれば、母親の分娩疲労の回復を第一に母子異室制で出生後から赤ちゃんにミルクを飲ませるといった方針等である。一方、周産期母子医療センターはハイリスクな母子の治療を行っている。親は不安を抱えている場合が多く、新生児とも長期の母子分離を余儀なくされることから、虐待のリスクも高いと認識されている。このように産科医療施設には、個人で開業している産科単科病院・診療所とローリスク出産を取り扱う総合病院、ハイリスク出産を取り扱う周産期医療センター指定の総合病院と3つに分類できるのではないかと考えた。

研究開始時点は3つの施設に合わせた連携促進モデルを検討するため、各々でインタビューデータを分析する予定であった。しかし、インタビューを開始しデータが収集され、データを見比べてみると、周産期センターと総合病院の2つの施設の助産師の語りにはほとんど差がなかった。その理由は、周産期母子医療センターは単独の病院でなく総合病院に1つの機能として認定されていること、病院の規模は様々で周産期母子医療センターを指定されていない総合病院と同程度の規模の病院も多いこと、2つの施設とも助産師の管理は看護部が行い、看護部、病棟師長、一般看護職者と、指示命令系統が同じで、管理体制、教育体制も類似していたこと等、が考えられる。また不安の強いと予想されたハイリスク母子に関しては、長期母子分離になった母親は産科病棟から退院後NICU（新生児集中治療室）で継続支援され、他機関に情報提供する場合はNICUの看護師から行われるため、産科病棟では最終的な連携のプロセスに至っていない状況が考えられる。2つの施設の助産師の語りに差がなかったことから、2つの施設のデータを一緒にして分析を実施した。

上記の理由により、周産期母子医療センターを含めた総合病院と産科単科病院・診療所

の2つに分けて研究することにした。

2. 本研究の枠組み

本研究の枠組みを図3-1に示す。研究は大きく分けて、総合病院（産婦人科病棟・外来）と産科単科病院・診療所の2つの柱からなる。

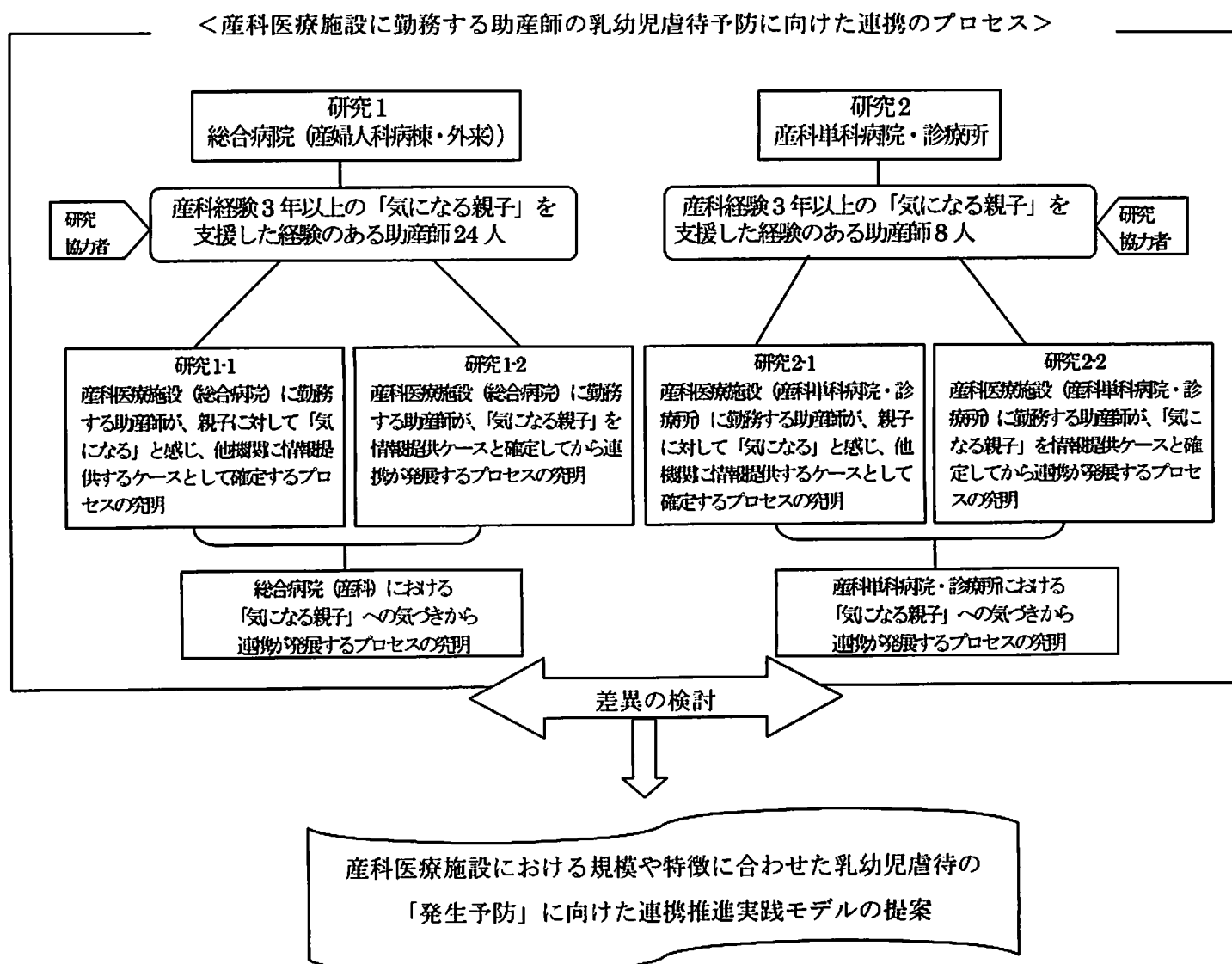


図3-1 本研究の枠組み

研究1は産科医療施設（総合病院）に勤務する産科経験3年以上の「気になる親子」を支援した経験をもつ助産師24人にインタビューデータをもとに、助産師が「気になる親子」に気づいてから連携が進展するプロセスを明らかにするものである。この研究は、さ

らに2つに分かれ、研究1-1は『産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師の「気になる親子」への気づきから情報提供ケースとして確定するプロセス』である。「気になる親子」に気づいてから連携が発展するプロセスの前半部分をなす。研究1-2は『産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス』である。「気になる親子」に気づいてから連携が発展するプロセスの後半部分をなす。研究1-1と1-2を合わせると、『総合病院（産科）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』の実践理論が生成される。

研究2は産科単科病院・診療所に勤務する産科経験3年以上の「気になる親子」を支援した経験をもつ助産師8人にインタビューデータをもとに、助産師が「気になる親子」に気づいてから連携が発展するプロセスを明らかにするものである。この研究は、さらに2つに分かれ、研究2-1は『産科単科病院・診療所に勤務する助産師の「気になる親子」への気づきから情報提供ケースとして確定するプロセス』である。「気になる親子」に気づいてから連携が発展するプロセスの前半部分をなす。研究2-2は『産科単科病院・診療所に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス』である。「気になる親子」に気づいてから連携が発展するプロセスの後半部分を構成する。研究2-1と2-2を合わせると、『産科単科病院・診療所における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』の実践理論が生成される。

研究1、2の結果から2つの差異や共通点を検討し、産科医療施設における規模や特徴に合わせた乳幼児虐待の「発生予防」に向けた連携推進実践モデルを提案する。

第2節 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる理論的根拠

産科医療施設において児童虐待のリスクをもつ親子、リスクとまではいかないが「何か気になる」と感じる親子を発見し、そのようなケースを他機関に情報提供することで他機関との連携がスタートする。これまで、「気になる親子」を情報提供ケースとしてどのように確定し連携がとられていくのか、具体的な実践モデルとして活用できる知見は示されていなかった。したがって、産科医療施設で実践されている現象を説明できる実践理論を生成する必要がある。この現象における存在概念は、現時点では明らかになっていないため、質的な研究でこの現象がどのような概念（変数）と概念（変数）で構成され、その概念間の関係を明らかにする必要がある。

1. 本研究とシンボリック相互作用論

本研究では、シンボリック相互作用論を理論基盤に持つグラウンデッド・セオリー・アプローチの1つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下 M-GTA とする）を用いる。シンボリック相互作用論は、Blumer（1969/1991）によると、①人間は一定の「意味」にもとづいて行為すること、②「意味」は社会的相互作用過程のうちにお

いて生じること、③そのような「意味」が人間によって解釈されることを3つの前提を有している。シンボリック相互作用論では、人間は環境に直接的ではなく、言葉やジェスチャーなどのシンボルを間にはさんで間接的にかかわり、物理的環境そのものではなくシンボルの世界、意味の領域に住む。人間の行為は、刺激に意味づけを付与し、その意味に基づいて展開される。人間を受け身的存在ではなく積極的、主体的な存在としてとらえ、人間の主体的ありかたを社会的相互作用場面において明らかにすることが課題となる。人間はその意味付け、とらえ直しにもとづいて自らの行為を形成する。そして、ほかの人間に働きかけ、他者の期待を修正・変更し、されに社会の規範の修正・変更を行うことができるようになる。そこにおいて人間は社会によって作られるだけではなく、社会を作り上げる存在となる(Blumer, H.1969/1991; 船津, 2000)。このように Blumer は人間社会を行為する人間からなり、人間の行為によって社会が構成され则认为。また、シンボリック相互作用の水準にある人間集団とは、ひとつの巨大な過程であり、人々がその中で、対象に意味を付与することで、自分の世界の中にある対象を、形成したり維持しあり変容させたりする過程なのである。

このようなシンボリック相互作用論の基本的な考え方と、本研究の研究疑問を照らし合わせてみる。本研究は産科医療施設に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、どのようにして他機関へ情報提供するケースとして確定するのか、情報提供後はどのようにして他機関と連携を発展させていくのかを明らかにすることが課題である。このプロセスは、助産師が「気になる親子」を発見する、他機関の専門職と連携を発展させるという主体的な行為を医療施設内外の社会的相互作用場面において明らかにすることであり、シンボリック相互作用論の明らかにする課題そのものである。また助産師が「気になる」と感じる場面には、その助産師なりの意味づけがある。そしてその意味づけによって行為が行われる。それは他者との相互作用によって意味づけの変更や強化が行われ、行為が継続的過程をなす。ある一人の助産師の意味づけを他の看護職者に相談する等の相互作用を通じて、その意味づけが指示されたり変更されたりしながら次の行為が起こる。このように相互作用が繰り返され行為が形成する。そしてこれらを過程とみなすことができる。本研究で明らかにしたい過程(プロセス)を形成する行為の中の意味づけを理解するという課題は、シンボリック相互作用論の課題に適合し、この理論を背景にもつ M-GTA を用いることは適切であるといえる。

2. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる根拠

1) グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性

M-GTA は Glaser と Strauss (1967/1996) が考案したグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下 GTA とする)をもとに、木下(1999, 2003, 2007)が考案した研究方法である。まず、M-GTA も備えている GTA の本来的特性を確認する。

GTA とは、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法である (Glaser, & Strauss, 1967/1996; 木下, 1999; 戈木, 2006)。GTA は、Glaser と Strauss の対立によりいくつかのタイプに分化した。しかし GTA の共通した方法論としての特性を、木下 (2003) は以下の 5 点としている。①データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法、②分析においては、コーディング方法としてのオープンコーディングと (軸足・) 選択的コーディング、③分析の基軸となる継続的比較分析、④理論的サンプリング、⑤分析の終了を判断する規準としての理論的飽和化である。GTA のゴールは現象に根ざした抽象概念 (カテゴリー) を生成し、その関係性を詳細に説明することにより理論を構築することである (山本・萱間・太田・大川, 2002)。GTA での「概念」とは、データを解釈して得られる仮説的なものであり一定程度の現象の多様性を説明できるものである。「理論」とは、説明的な概念によって構成されるものである (木下, 2003)。「カテゴリー」とは、理論の礎石となる重要な構成要素であり概念より抽象度が高い。

1 つめのデータに密着した理論生成という点は、データをもとに (grounded on data) 丁寧に解釈を積み上げて理論の形にまとめて行く研究のあり方である。データに密着した分析という鉄則はどのタイプの GTA でも基礎となる。

2 つめのコーディングは、データから概念を生成する作業であり、M-GTA 以外の GTA ではこの際データを切片化する。できるだけ説明力の高い概念を作るためにいろいろな可能性に対して研究者の視野をできるだけオープンにする。次いで概念と概念の関係性に注目しながら中核カテゴリーの選定を行い、ストーリーラインの構築、反証事例の探索とその統合、妥当化のための作業など (山本ら, 2002)、理論を生成するための作業を行う。

3 つ目の継続的比較分析について Glaser と Strauss (1967/1996) は、「比較分析は理論産出のための戦略的方法である」と述べており、さまざまな事実がどこで類似し、どこで相違しているか、ということと比較することによってカテゴリーのさまざまな特性を産み出すことができ、この特性がカテゴリーの一般性と説明力を高めるとしている。継続比較法は、GTA の分析プロセスにおける概念形成の部分において主要な頭の働かせ方である (山本ら, 2002)。

4 つめの理論的サンプリングとは、理論を産出するために行うデータ収集のプロセスである。このプロセスを通じて分析者はデータの収集と分析を同時に行い、どのデータを次に収集すべきか、それはどこで見つけてくるべきか、といった決定を行う。カテゴリーの諸特性を可能な限り数多く、しかもできるだけ広範囲にわたって産出するのに役立つものである (Glaser, & Strauss, 1967/1996)。

5 つめの理論的飽和とは、あるカテゴリーに関連のあるデータにいろいろあたってみても、そのカテゴリーの諸特性をそれ以上発展させることができない状態 (Glaser, & Strauss, 1967/1996) であり、分析終了の判断の基準となる。

5 つの特性をふまえた上で GTA によって、得られた理論の理論特性として次の 5 項目が

挙げられている (Glaser, & Strauss, 1967/1996 ; 木下, 2003)。①データに密着した分析から独自の説明概念をつくって、それらによって統合的に構成された説明力の優れた理論である。②継続比較分析法による質的データを用いた研究で生成された理論である。③人間と人間の直接的なやりとり、すなわち社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効であって、同時に研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内において説明力に優れた理論である。④人間の行動、他者との相互作用の変化を説明できる動態的説明理論である。⑤実践的活用を促す理論である。

さらに、実践的に適用されるためには、次の4つの相互に深い関連をもつ内容特性を備えた理論として展開されている必要がある。①理論が活用される特定の対象領域と緊密に適合したものでなければならない、②その特定の対象領域に関心をもつ一般の人々にも平易に理解できるものでなければならない、③その特定領域内の、あるタイプの状況にだけでなく、さまざまな幅広い日常生活状況に対して十分適用可能な一般性をもち合わせていなくてはならない、④その理論を用いた者が、時とともに変化して行く日常生活の構造と展開を部分的にせよコントロールできるようにならなくてはならない。

以上が理論生成方法としてのGTAの基本特性と、得られた理論の備えていなければならない特性である。

GTAがシンボリック相互作用論を基礎理論に持つことから、研究対象の現象がプロセス的性格をもつもの、現象が社会的相互作用の中で展開されるもの、コンテキストと結びつけて人の行為を明らかにするものに適した方法であるといわれている。

2) M-GTAの特性

本研究で採用するM-GTAの特性を確認する。

木下(2003)は、M-GTAの主要特性として次の7項目を挙げている。①グラウンデッド・セオリー(GTAで得られた理論)の理論特性5項目と内容特性4項目を満たす。②データの切片化をしない。③データの範囲、分析テーマの設定、理論的飽和化の判断において方法論的限定を行うことで、分析過程を制御する。④データに密着した分析をするためのコーディング法を独自に開発した。⑤「研究する人間」の視点を重視する。⑥面接調査に有効に活用できる。⑦解釈の多重的同时並行性を特徴とする。推測的、包括的思考の同時並行により理論的サンプリングと継続比較分析を実行しやすくしている。

「研究する人間」とは、誰が、何のために、なぜ、その研究をするのかという問いを明確にしたものであり、これを設定することで、研究の計画段階、インタビューの実施段階、データの分析段階、理論の生成段階、結果を現場に還元する段階において、研究の問いから外れることなく、研究に一貫性をもたせる。M-GTAでは、研究全体の基礎的位置づけにある。

データを切片化せず、データに密着した分析をするためのM-GTA独自のコーディング方法とは、分析ワークシートを用いてデータを分析する方法である(図3-2)。分析ワーク

シートを用いて、コーディングを行いながらデータの意味を読み取る。「分析テーマ」と「分析焦点者」を設定し、データをこの 2 点から徹底的に読み取り解釈し、概念を生成する。M-GTA では、結果がデータの解釈から生成された概念を最小単位として構成される。その概念が説明力をもつためにはデータに密着した分析が不可欠である。「分析テーマ」は、何を明らかにしたいのかを常に意識し、自分で確認しながら分析を進めるためのものであり、「分析焦点者」は自分を行為の当事者化して分析を進めることを助け、その研究の目的に沿う分析になる。分析ワークシートは、概念名、定義、具体例、理論的メモで構成される（図 3-2）。データを「分析テーマ」と「分析焦点者」に照らしてみていき、関連がある部分に着目する。その部分になぜ注目したのかを考え、そのデータの意味を解釈する。そのデータを具体例欄に入れ、その内容を簡潔な文章で定義欄に記入する。そしてその定義をさらに凝縮した言葉で、概念名欄に記入する。理論的メモには定義以外の解釈や対極概念のヒント、概念と概念の関係等を記入する。自分の思考を徹底的に言語化する作業を行う。1 つの概念を生成した後は、他の具体例がないかの検討と並行して、概念と概念の関係を検討し始める。ワークシートでデータから説明力のある概念を生成しつつ、同時に抽象度を上げた概念間の比較検討も行う。

方法論的限定とは、「分析テーマ」を設定し、それに合わせて一般化を試みるデータの範囲を限定することで、領域密着型の理論生成を可能にすることである。データの分析は、「この範囲に関して」という条件のもとで進める。分析結果は最終的に内発的理論に支えられた理論的飽和化と、外的にデータの範囲を設定する方法論的限定のバランスでこの最適化を判断する。

M-GTA における継続的比較分析は、5 つのレベルで行われる。まずデータの中の具体例と生成途上の概念との比較であり、その過程では具体例と具体例の比較も行われる。また、データの中の対極例との比較も行う。概念の定義を基準としてデータの中に対極例がないか比較検討していく。データの解釈が恣意的にならないために非常に重要な比較である。第 2 のレベルの比較は、概念と概念の関係の比較である。自分が創り始めた概念を個別比較し、何か関係のありそうなまとまりがあるか、または関係のありそうな概念、対極にある概念を想起しその視点を入れてデータを比較検討していく。第 3 のレベルは、複数の概念のまとまりはカテゴリーとなるが、そのカテゴリーの生成途中で行われる比較で、生成途上のカテゴリーを起点にさらに関係する概念が他にもあるかどうかの比較である。第 4 レベルと第 5 レベルはほぼ一体化している。カテゴリーが生成されると、カテゴリー相互の関係を比較する。そうしながら、コアになるカテゴリーはないか比較検討する（木下，2007）。このような継続的比較分析を行い、データから理論が生成される。

M-GTA が適している研究は、①人間と人間が直接的にやり取りをする社会的相互作用に関わる研究、②ヒューマンサービス領域、③研究対象とする現象がプロセスの性格をもっているとされている（木下，2003）。

概念名	○○○○○○○○○○○○○○○○
定義	<hr/> <hr/>
具体例	<ul style="list-style-type: none"> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>(データの一部. 追加記入していく)</p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> <hr/> <hr/> <p>(解釈の検討記録、その時の疑問、アイディアなどを記録)</p>

図 3-2 M-GTA で用いる分析ワークシート (木下, 2003, 2007 より転記)

3) 本研究に M-GTA を用いる根拠

本研究がテーマとする、「気になる親子」の発見と情報提供ケースとして確定し、他機関と連携するという行為は、人と人、組織と組織が何らかの相互作用を持ち行われているものである。助産師が、「気になる親子」にどう気づき、それを「つなげる」に至るまでにどのような行動や判断を伴うのか、この行為はプロセス的性格を強く持っている。また助産師と対象の親子、助産師と助産師、助産師と周囲の医療・保健・福祉職者という、人間と人間が直接やり取りをする社会相互作用性の要素が強い。このような研究対象となる現象が、GTA に適しているからである。研究対象領域ではまだ明らかになっていない現象であり、実践的な理論を生成するためには、データから実践理論を生成する GTA が適している。研究から得られた結果から、産科医療施設における「気になる親子」の気づきを促進し、連携推進のための実践に活かされることが期待できる。このように実践の改善に活用されることができることも、GTA に適しているといえる。

ではなぜ M-GTA を用いるのかであるが、データを切片化せず、文脈をそのままのコンテキストで概念化できるからである。そうすることで、研究協力者の体験した現象を大切に分析できる。そのために、M-GTA では以下の工夫がされている。まず、「研究する人間」の視点を取り入れる。すなわち誰が、何のために、研究を行っているのかを常に意識し、意義と目的をふまえた具体的な問を立て、それに向かう存在として「研究する人間」を研究の中心に据えることで、データの意味の解釈を深めることができる。また、M-GTA では「分析テーマ」と「分析焦点者」を設定して分析を進めていく。「分析テーマ」を設定することで、データに対してどのような“角度”で分析に入るのか定める。分析テーマの設定はデータに密着した分析を行うために必要な作業である。「分析テーマ」は分析の成否にかかわる重要なもので、自分の問題関心を「問い」の形にしたもので、かつ、データに即してみたいけるように、データの具体的で多様な内容を検討して行けるようにバランス設定されたものである。「分析焦点者」は、一定の条件設定で定義される集合的他者で、面接対象者の選定の基準になり、データの解釈の際に経由する視点となり、分析結果の一般化可能な範囲を規定するものとなる。データを解釈する際、「その人間からみればどういう意味になるのか」をいう観点で考える。この 2 つを設定することで、研究テーマに沿った、データに密着した深い解釈で分析ができるのである。このように、データを切片化せずデータの厳密性の担保された方法論であることが、M-GTA を用いる根拠である。

もう一つは、データの範囲を限定することにより領域密着型の理論を生成するという志向である。本研究の目的は、M-GTA を用いることによりデータの範囲を限定し、産科医療施設の規模や特徴に合わせた「気になる親子」の発見から他機関への連携を促進するための実践モデルを検討することにある。産科医療施設を規模や特徴に合わせ、2 つに分けデータの範囲を限定したうえで分析することにより、その特徴に合わせた領域密着理論が生成でき、それをもとに実践モデルを検討することができると考えたからである。

他の質的研究方法との比較で、以下の方法を検討した。現象学的方法では個人の主観的な体験を取り扱い、その体験にどのような意味があるのかを分析する。本研究のような多くの人に関わるプロセス性のある現象を取り扱うには適していないと考えた。エスノグラフィーでは特定集団の文化・人々の行動パターンの意味を分析する。この方法も相互作用の中で展開されるプロセス性のある現象には適さないと考えた。KJ 法ではある程度現象の構造が図式化されその関連性を検討することができると考えたが、M-GTA のような継続比較分析による深い解釈ができにくいと考えた。事例研究ではある特定の事例を取り上げ、その背景にまで注目して分析されるため、本研究のように限定はされているが産科医療施設に勤務する助産師という一定の領域に密着した理論を生成しようとする研究には適さないと考えた。これらの質的研究は、実践理論の生成を目指していない点も、今回の研究目的に沿わないと考えた。以上のように他の質的研究方法を検討した結果、本研究では M-GTA を用いることにした。

第3節 研究方法

1. 研究協力者の設定と選定方法

1) 研究協力者の条件設定

研究対象者は、産科医療施設に勤務する「気になる親子」を支援した経験をもつ、産科経験年数3年以上の助産師で、施設の看護管理者の推薦を受けた人とした。産科経験3年以上とした根拠は、3～5年は一般に中堅看護師といわれ、ベナー（2005）は、中堅看護師は長期目標をふまえて状況の意味を知覚し、状況を局面の視点ではなく全体として捉え実践を行うと述べているからである。「気になる親子」に気づき保健機関等につなげる「連携」という行動ができるのは、親子の子育てという長期目標をふまえて状況の意味を知覚できる中堅助産師であると考えたからである。

2) 研究協力者の選定方法

(1) 研究1 総合病院（産婦人科病棟・外来）

産科医療保障制度に加入している、関東1都6県および東海4県の総合病院、周産期母子医療センター（以下周産期センターとする）の中から、施設を無作為に選定し、看護管理者に依頼文・研究協力者選定依頼文を送付し、研究協力者を推薦可能な場合は返信用ハガキでの通知を依頼した。合計173通の依頼文を送付した。

産科医療保障制度とは、日本医療評機能価機構が運営する、分娩時に発症した重度の脳性麻痺児への補償と、原因分析・再発防止を目的とした補償制度である（<http://www.sunka-hp.jcqh.or.jp/>）。現在、分娩を取り扱う産科医療施設の90%以上が加入しており、加入機関の名称・連絡先等が一般公開されている。この制度加入分娩機関から調査依頼施設を選定した理由は、この制度に加入しているのは分娩取り扱い施設であること、加入率が高く全国の分娩取り扱い施設を反映していること、加入機関の名称・連絡先等が公開されている点からである。

推薦可能の意思を示した施設の看護管理者へ、調査協力補者宛ての依頼文・インタビュー内容・返信ハガキを送り、調査協力候補者への配布を依頼した。協力可能な候補者には希望連絡先・日時をハガキに記入した上で返信を依頼した。協力の意志のあった候補者に希望された連絡方法で連絡をとり、インタビュー日時を決定した。なおハガキの返信に際しては目隠しシールを用い、個人情報の保護に努めた。

(2) 研究2 産科単科病院・診療所

上記の総合病院（産科）と同様の手続きを経て、合計103通の依頼文を送付したが全く協力が得られなかった。

次の方法として、研究者の知人を介して研究協力者を紹介していただく機縁法を用いた。研究者の知人に調査の概要を説明し、研究協力者の条件に合う方を紹介していただいた。紹介の具体的な方法は、研究者の知人から研究協力候補者に研究の概要を説明した上で研

究の協力の了解を得てもらい、希望連絡先・日時を聞き、それを研究者に伝えるよう依頼した。研究協力候補者へ、希望された連絡方法で連絡を取り、インタビュー日時を決定した。研究協力者本人への調査の説明と同意は面談日に行った

2. データ収集方法

インタビューは半構造化面接により行った。面接は各施設内でプライバシーの保たれる個室で実施した。主なインタビュー内容は、①気になる親子に気づいたのはどのようなことからか、②気になる親子を他機関に情報提供しようと思った理由やきっかけ、③実際にはどのような手順を経て情報提供が行われたのか等であるが、できるだけ研究協力者の語りを遮らず、自由に語ってもらえるように配慮した。インタビュー内容は研究協力者の許可を得て録音した。

3. データ収集期間

1) 研究 1 総合病院（産科）

データは 2011 年 9 月から 2012 年 5 月にかけて収集した。

2) 研究 2 産科単科病院・診療所

データは 2012 年 2 月から 2012 年 7 月にかけて収集した。

4. 倫理的配慮

インタビュー実施前に研究協力者に対して協力依頼説明書を用いて、①調査の目的、②調査方法・所要時間、③自由意思による協力であること、④途中辞退を含む辞退する権利があること、⑤得たデータは研究目的以外には使用しないこと、⑥プライバシーへの配慮を行うこと、⑦答えたくない質問にはこたえなくてもいいこと、⑧研究結果の公表の了解等の倫理的配慮を説明し、同意書への署名を得た。研究計画書は聖隷クリストファー大学研究倫理審査委員会の承認を得た（研究 1：認証番号 11004、研究 2：認証番号 11004・11042）。

5. M-GTA における分析のプロセス

M-GTA では、分析に際して分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマとは、データを分析する際、データに密着した解釈ができるようなレベルまで絞り込んだテーマのことである。これにより、データをどのような視点で分析するかが定まってくる。分析焦点者は分析結果の中心に位置する人間であり、通常、面接調査の対象者となる。分析焦点者を設定することで、分析の焦点が明確になり分析が促進される。また、研究の目的に沿う分析になることを助け、生成された概念が実践にも応用しやすくなる。研究 1・1・1・2・2・1・2・2 の各々の分析テーマ、分析焦点者は各々研究結果の章で述べる。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ①IC レコダーに録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。
- ②1 人目の分析として、分析テーマに照らしてディテールの豊富で多様な具体例がありそうなものから分析を開始した。
- ③逐語を熟読し、分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、なぜそこに注目するのか、その部分の意味は何かなどの問いかけをし解釈した。それを1つの具体例とし、かつ、他の具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。
- ④概念を生成する際は、分析ワークシートを使用し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した。
- ⑤データ分析を進める中で、新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。
- ⑥概念名や定義は、追加される具体例を的確に表現できるように見直し修正した。
- ⑦解釈が恣意的に進まないよう、生成した概念の定義に照らし合わせてデータを継続比較分析し、類似例だけでなく対極例を探し、分析ワークシートに加えた。対極例は理論的メモに記載し、その解釈を行った。具体例が豊富にでてこなければ、その概念は有効でないと判断した。
- ⑧概念を数個生成した時点から、常に概念と他の概念との関係性を検討し、理論的メモ・理論ノートに記載した。
- ⑨複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、そのプロセスを説明する結果図と文章化したストーリーラインを作成した。

6. M-GTA における「研究する人間」の意義と本研究における「研究する人間」の明確化

M-GTA における「研究する人間」の意義は、誰が、何のために、研究を行っているのかを常に意識し、意義と目的をふまえた具体的な問を立て、それに向かう存在として「研究する人間」を研究の中心に据えることで、データの意味の解釈を深めることができることである。

本研究における「研究する人間」は、この研究に対して以下のような考え方をもち、それを意識し研究に取り組む人である。研究者は助産師である。妊娠・出産・子育ては一連の流れで営まれ、子育ては決して出産後、地域でスタートするのではない。子育ては妊娠期からすでにスタートしている。子育てのスタートラインに関わる専門職として、助産師は妊娠期から子育てに向けた支援を行うことが必要であり、それが児童虐待防止にもつながると考えている。助産師や看護師が日々の援助の中で、子育て支援、虐待予防へと視点を広げ、「気になる親子を」発見し、他機関へつなぎ適切な支援を受けられるようにすることで、親子が地域で自立した子育てができると信じ、この研究に取り組んでいる。このような立場から、助産師や看護師が臨床の場面で親子に出会い、どのようにして「気になる」

と感じるのか、「気になる親子」を他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス、情報提供から連携が発展するプロセスはどのようなものを明らかにしたい。

7. 質の確保

M-GTA の研究手法の適切な実施については、研究計画から概念の生成、結果図、ストーリーラインの作成までの過程において、M-GTA に精通した質的研究者のスーパービジョンを受けた。研究計画の段階、分析の初期段階の2回 M-GTA 研究会において発表し、M-GTA の創設者である木下康仁先生をはじめとするスーパーバイザーおよび研究会のメンバーからグループスーパービジョンを受けた。

概念生成、カテゴリー生成、結果図の作成という各分析過程において、小児看護、母性看護(助産)、母子保健を専門とする研究者と検討し、結果の妥当性を検討しながら進めた。

第4章 研究1 総合病院（産婦人科病棟・外来）における研究結果

第1節 研究協力者の概要

総合病院の24人の助産師（内訳：総合病院8、周産期センター指定総合病院16）から本研究への同意が得られ、インタビューを行った。研究協力者の概要を以下に示す（表4-1）。年齢は28歳～57歳で、平均年齢42.4（±8.48）歳であった。経験年数は6年～31年で、平均15.0（±8.08）年であった。院内に虐待防止委員会が設置されていたのは、8施設であった。

表 4-1 研究協力者の概要

事例	年齢	経験年数 (年)	病院区分	インタビュー時間 (分)	院内虐待防止 委員会設置の有無
1	40代前半	16	周産期センター	104分	有
2	30代後半	12	総合病院	68分	無
3	50代後半	11	周産期センター	97分	無
4	30代前半	6	周産期センター	88分	無
5	20代後半	5	周産期センター	74分	有
6	30代前半	11	周産期センター	84分	無
7	40代前半	7	周産期センター	76分	有
8	40代前半	17	周産期センター	58分	有
9	50代後半	30	周産期センター	76分	有
10	40代後半	19	総合病院	73分	無
12	30代前半	7	総合病院	69分	無
12	30代後半	15	周産期センター	67分	有
13	40代前半	16	総合病院	51分	無
14	40代後半	23	総合病院	103分	無
15	20代後半	5	周産期センター	67分	無
16	40代後半	10	周産期センター	56分	無
17	50代前半	20	周産期センター	76分	無
18	30代後半	6	総合病院	94分	無
19	50代前半	28	周産期センター	80分	有
20	40代前半	16	周産期センター	56分	有
21	50代前半	22	周産期センター	69分	無
22	40代前半	15	総合病院	52分	無
23	50代前半	31	総合病院	107分	無
24	50代前半	27	総合病院	66分	無

第2節 研究 1-1 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師の「気になる親子」への 気づきから情報提供ケースとして確定するプロセス

1. 研究目的

産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、妊婦健診や分娩前後の入院期間中に「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとしてどのように確定していくのか、そのプロセスを明らかにする。

2. 分析焦点者と分析テーマ

1) 分析焦点者

本研究における分析焦点者は、『産科医療施設（総合病院）に勤務し、「気になる親子」を支援する助産師』である。

2) 分析テーマ

本研究における分析テーマは、『産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス』である。

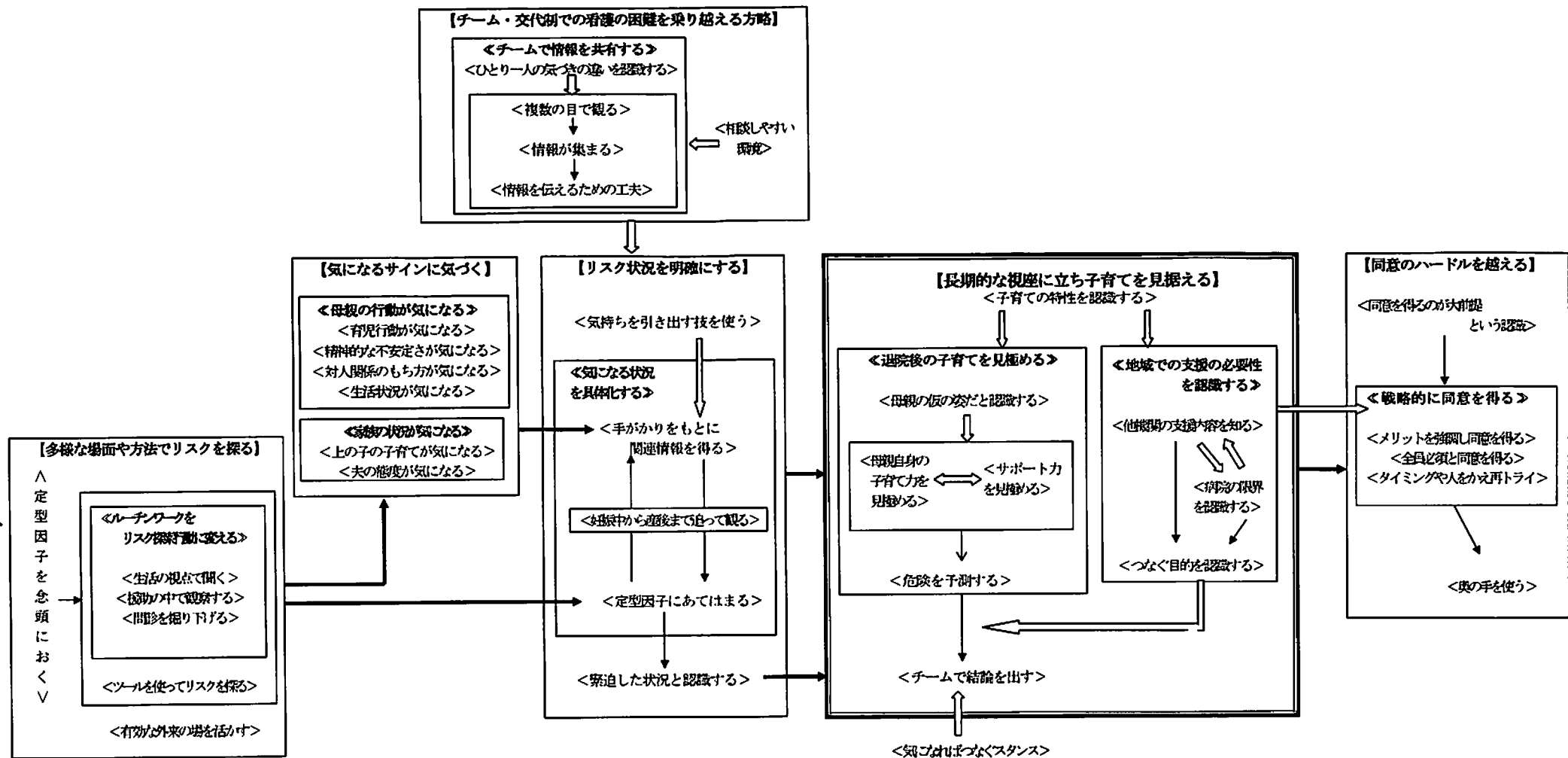
3. 結果

分析の結果、37の概念、8つのサブカテゴリー、6つのカテゴリーが生成された。M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを図式化した結果図（図 4-1）を示す。＜＞は概念、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリーを表し、ゴシック体で表記する。

1) ストーリーライン

産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスは、親子のサインに気づいて、あるいは情報が児童虐待のリスクの定型因子に合致して、追加情報によりリスク状況を確認した後に行われる【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことを中心としたものであった。これは、退院後の子育てを見極め、地域での支援の必要性を含めチームで情報提供をするか否かの結論を出すことであった。

このプロセスは、産科外来や病棟での多様な場面での母親との出会いから始まる。出会いに際して、あらかじめ児童虐待の要因である＜定型因子を念頭におく＞という準備をし、問診や妊婦健診、授乳の援助を行いながら、＜生活の視点で聞く＞、＜ケアの中で観察する＞、＜問診を掘り下げる＞といった＜ルーチンワークをリスク探索行動に変える＞。また、病院独自のチェックリストを用いるといった＜ツールを使ってリスクを探る＞、＜有



< > : 概念 < > : サブカテゴリー 【 】 : カテゴリー : コアカテゴリー → : 変化の方向 ⇒ : 影響の方向

図4-1 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供する場合として確定するプロセス

効な外来の場を活かす>ことを行い、【多様な場面や方法でリスクを探る】。

リスクを探ることにより「母親の行動が気になる」、「家族の状況が気になる」と感じ、【気になるサインに気づく】ことができていた。そして、気づきを、次の「気になる状況を具体化する」につなげていた。

児童虐待の「定型因子にあてはまる」情報を得たり、親子の様子が「気になる」と感じても、具体的な親子の状況は不明のことが多く、「手がかりをもとに関連情報を得る」ことを「気になる状況を具体化する」。これは「妊娠期から産後まで追って観る」ことで、継続的に実施されていた。「気持ちを引き出す技を使う」ことで、情報収集は促され、得られた情報により複合的なリスク因子の存在や、「緊迫した状況と認識する」状況に至っていないか、【リスク状況を明確にする】。明確化したリスクが「緊迫した状況と認識する」場合は、直ちに次のプロセスに進んでいた。

外来も病棟も多くの助産師や看護師が交代で勤務しているため、「ひとり一人の気づきの違いを認識する」ことを前提に、「複数の目で観る」ことで「情報が集まる」。集まった情報は、申し送りや伝達のためのノートの活用等「情報を伝えるための工夫」をし、「チームで情報を共有する」といった【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】がされていた。このためには、職場に連携の窓口者がいたり、人間関係が良好であるといった「相談しやすい環境」が必要であった。

リスクの状況が明確にされると助産師は、入院中の「母親の仮の姿だと認識する」ことを前提に、「母親自身の子育て力を見極める」、「サポート力を見極める」と2つの力を見極め、「危険を予測する」ことで、「退院後の子育てを見極める」。その状況をもとに、情報提供すべき「気になる親子」なのか否かの「チームで結論を出す」。「他機関の支援内容を知る」ことは、「つなぐ目的を意識する」こと、すなわち「気になる親子」に対して、何のために、どのような支援が必要なのかを認識させ、情報提供への動機づけとなっていた。この「地域での支援の必要性を認識する」ことは、「気になる親子」と「チームで結論を出す」ことに影響していた。これらのプロセスは長く続く子育てという「子育ての特性を認識する」ことが基盤となり【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことを可能にしていた。病院によって「気になればつなぐスタンス」や、逆に大きな問題がなければつながないといったスタンスが存在し、情報提供への垣根の高低に影響していた。

気になる親子の情報提供をするためには、【同意のハードルを越える】必要があり、「同意を得るのが大前提という認識」の上で、母親・家族の状況に応じて、「メリットを強調し同意を得る」、「全員必須と同意を得る」、「タイミングや人をかえ再トライ」と「戦略的に同意を得る」。同意が得られない場合は情報提供できない場合があった。しかし、同意が得られていないことを明示した上で情報提供するという「奥の手を使う」場合もあった。【同意のハードルを越える】ことで、最終的な情報提供ケースと確定していた。

2) 各カテゴリーと概念

以下に1つ1つのプロセスとしてのカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、調査協力者の語りを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。語りはポイントを落とした文字で示し、()は文脈を明確にするために研究者が補った。

(1)【多様な場面や方法でリスクを探る】

助産師が産婦人科外来や病棟の分娩室、褥室(産後の母親の病室)、新生児室で親子に出会い、妊婦健診や保健指導、授乳・育児への援助を行う。このような多様な場面で多様な方法でリスクの探索を行うことである。1つのサブカテゴリー、6つの概念からなる。

母親や家族から情報を集めリスクを探るために、助産師がこれまでの経験や学習で得た児童虐待の<定型因子を念頭におく>ことで、情報収集前の準備をし、得た情報を頭の中のリスク因子と照らし合わせる事が可能となる。

若年だったりとか、未婚であつたりとか、よくいわれているようなケースに関しては、やっぱり気をつけてみていきますね。(事例17)

離婚しているとか、シングルだとかというような、まず最初のそこら辺のリスク、ハイリスクといわれる、リスクの表がありますよね、ああいうのにひっかかるような人たちに関しては、ちょっと要注意だね、というような目線は持ちますね。(事例23)

問診や保健指導、病棟での授乳援助や育児援助等をとおして、より具体的な家族の生活状況を聞く<生活の視点で聞く>こと、親子に何か気になる点はないか育児は順調か等を観察する<援助の中で観察する>こと、問診票を活用し情報を掘り下げて収集する<問診を掘り下げる>ことで、日常援助をリスク探る行動に変える<<ルーチンワークをリスク探索行動に変える>>が行われていた。

胎児とお母さんだけでなく、ご主人何時に帰って来てんの?とか、後、上のお子さんどこ行ってんのとか、えー保育園とか、えー一家にいるのとか、えー姑って大変だねとか、生活全体を見るので。(事例2)

看護の視点ですよ。だから、看護の視点というと、生活、暮らし。この人が、妊娠中の生活と暮らしが成り立つようにというのと、生まれた後は育児、子育ての、子どもが生まれた中での生活、暮らしが成り立っていつているのか。衣食住含めて。そういう視点で。(事例9)

(母子)同室してる時どんな風に過ごしてるかなとか、声掛けながらできてるかなとか、実際、赤ちゃん見て、お着物・おむつの当て方、後はベッド周りっていうんですかね、そういう所を観たりとか。(事例1)

授乳のときの、新生児室で授乳時なんかに見ていたりとか、接しているときとか、そのときに、どうもよく眠れていない、顔色が悪いんだとか、そういったところでも見ていきます。(事例3)

妊婦健診の10週以降は必ず助産師が関わるんですけど、その最初の関わりのところ、問診票を

記入していただくんですね。お産は何回かとか、アレルギーどうかっていうのに混じって、(妊娠が分かった時の)感想はどうだったかとか、計画的だったのかとか、そういったこととか、後は産後の手伝いがあるのかとか、後は母乳でするのかどうするかっていうのを考えてますかとか、そういうことをもれなく聞くような形で、まず情報をとるんですね。その中で、経済的な問題がありそうだなとか、実は夫婦の中に問題がありそうだとか、そういったことを発見してしまった時に、それをさらに突っ込んで聞いたりとかして。(事例 11)

日常援助の場面でリスクを探る以外に、病院独自のハイリスクチェックリストや EPDS, DV スクリーニング等の＜ツールを使ってリスクを探る＞ことを行っていた。

リスクを探る場は多くあるが、中でも外来は母親自身が背負っている日常生活を観察しやすく有用な場として認識し＜有効な外来の場を活かす＞ことを行っていた。

グレーゾーンという、何か、ハイリスクだと最初にわからなかった人でも、実は精神疾患があったり、すごく育児不安が強かったりという人に関しては、今年、保健師さんと共同でチェックリストを作って、それを5月くらいから使い始めて、そこが拾い上げられるように、だいたいみんなの中でなってきた。(事例 8)

病棟は DV スクリーニングをやってまして、そこで査定をして、プラスの方に2点以上をプラスとして、プラスの方について個人的に面談するんですね。そこでどういう感じなのかっていうのを踏み込んでいくので。(事例 13)

外来で接するっていうのは、自分の生活の中で外来に来ていらっしゃるの、自分の背負っている日常生活をくっつけて外来にいらっしゃるの、外来で接することでキャッチするのが、しやすいかもしれないというふうには思います。(事例 10)

(2)【気になるサインに気づく】

外来や病棟での問診やさまざまな援助の中でリスクを探っている際に、母親や家族の小さなサインに対して「気になる」と感じている状況である。2つのサブカテゴリー、6つの概念からなる。

妊婦健診や入院中の生活の中で、看護職者が母親の行動に対して「気になる」と感じている状況である《母親の行動が気になる》は、具体的には以下の4つのサインであった。育児場面で母親の言動や行動に対する＜育児行動が気になる＞は、例えば、1回指導すれば通常1・2回の体験でできるようになるオムツ交換の習得に3日間かかったり、母親自身の行動を優先し赤ちゃんを預けることが多い等である。相談・指導場面で質問が多く不安が強い言動や、うつ的な言動や行動に対する＜精神的な不安定さが気になる＞は、例えば、会話の際じっとして落ち着いて話ができない目を合わせられない、育児不安は産後日数が経つにつれ増えてくる等である。母親の他人と交流できない、依存的・攻撃的な態度等に対する＜対人関係の持ち方が気になる＞。母親や家族の衣食住等の暮らしぶりに対する＜生活状況が気になる＞。例えば、身体がタバコ臭い、妊娠中にも関わらず睡眠時間が

短い、ベッドサイドが汚い等である。

中期以降の初めての健診だったり、飛び込み分娩じゃなくても。初診が遅い。その理由を聞くと、仕事だったりということもありましたね。(事例 5)

赤ちゃんに集中してないというか、ですね。(赤ちゃんを) 預けるとか、後はそこにいるけど手も出てないし、例えば携帯をやってて、視線を送ってないとか、触れてないとか。(事例 20)

対スタッフであったり、対赤ちゃんであったりもするんですけど、表情もなく、ちょっとぼーっと、疲れ果てて。夜中にソファーとかでちょっとぼーっと見てたりとかすると、大丈夫かなって気になりますし。あとは対スタッフでも、能面のような顔をしてお話をされる方も、無表情になってしまったりする方もいらっしゃるの、やはりそういう方は気になりますね。何か裏に疾患が隠されているのかもしれないとも思います。(事例 12)

会話の中で、攻撃的な面が見えるとか、クレームじゃないですけど、細かく言ってくるとか。大丈夫かなあいたいところとかですかね。(事例 7)

表情ですとか、それから通常の受け答えをみても、何かこの方は、こう人との間に壁をもったりとか、コミュニケーションを取っていくのが難しい方なのかなあという風にお見受けをしていたんです。(事例 14)

やっぱり見た目ですね。やっぱり妊婦健診にいらっしゃったときに歯がないとか。すごくたばこ臭いとか。母子手帳にも、遠くに置いてても臭いがすごくするぐらいたばこ臭い母子手帳を持ってるとか。(事例 4)

見るからに不潔な人、臭う人。体臭がする人。年に数人もいないですけど。(事例 11)

助産師が家族の状況が気になると感じている「**家族の状況が気になる**」は、具体的には以下の2つサインであった。母親が直接上の子に接している場面や母親の語った子育ての様子から、看護職者が「**気になる**」と感じる「**上の子の子育てが気になる**」は、例えば、上の子に厳しい、上の子を激しく怒鳴る、上の子が落ち着きがない等である。母親や医療者に対する夫の非常識な態度に対して「**気になる**」と感じる「**夫の態度が気になる**」は、例えば、母親に執拗につきまとう、医療者にクレームをつける等である。

お子さんをお連れになっていたんです一緒に健診の時に。初診で9月3日、新学期が始まったばかりなんです、何故か、小学校中学年と思われる子どもと一緒に連れて来んです。それで、「何でかな～」ってまず思ったんですね。(事例 6)

(妊婦健診に) 子どもを連れてくるんだけど、お母さんが子どもに対しての怒り方がすごいんです。子どもね、不安定なんです。だから悪さするんです、落ち着かなかったり。(事例 16)

旦那さんが必要以上に、妊婦健診のときについて来たり。赤ちゃんの成長を見たくてついて来るといふ雰囲気ではなくて、健診をする医者にも食ってかかるような感じの態度だったり。あとは、内診台とかの方にまで入りたがる。(事例 4)

旦那さんの身なりとか、クレームですね。すごく質問されたり、攻撃的に物を言われたりとかというのもあると思うんですけど。(事例 8)

(3)【リスク状況を確認する】

気になるサインに気づいたり、定型因子に合致した情報を得た場合に、具体的な追加情報を得てリスクの状況を確認することである。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

気になるサインはリスク因子にあてはまらない気づきのレベルであり、さらなる情報を必要とする状況である。そのため、気になるサインの＜手がかりをもとに関連情報を得る＞。状況が具体化すると、気になるサインは、＜定型因子にあてはまる＞場合が多い。例えば＜夫の態度が気になる＞はDVであることが判明したり、＜精神的な不安定さが気になる＞は母親の精神疾患が判明したりする。また、リスクを探ってすぐに＜定型因子にあてはまる＞場合も、追加情報を得てみると、複数のリスク因子の存在が明らかになることがある。外来の妊婦健診で気になるサインやリスク因子を発見した場合は、産後の入院期間や退院後の健診まで継続的に状況を具体化する＜妊娠中から産後まで追って観る＞ことで、＜気になる状況を具体化する＞。母親の気持ちを引き出すために看護職者は、話をよく聞く、さり気なく気づかう、予測をして引き出す、時や場をつくる等の＜気持ちを引き出す技を使う＞ことで、関連情報を得ていた。

本当にそれこそ救急車で、飛び込みで来て、全く健診を受けていない、で、飛び込み出産で来たという方なんかの場合。(事例 7)

望まない妊娠・出産ですね。「私、産みたくない。」「胎動があっても可愛くない、可愛いと思えない。」「嫌だ。」「気持ち悪い。」っていう言動。そして産まれた時も、会わない、抱っこしない、ですね。表情ですね。表情がないですね。(事例 16)

未婚ってということ事態で、もう経済的な問題は大丈夫なのか、誰が手伝ってくれるかっていうのは聞くパターンになっているので。未婚で子どもを育てている間は、誰が働いてお金もらうのとかっていうのを聞きながら、そういうところまで根掘り葉掘りじわじわ、本人が不快に思わない程度までは掘り下げて聞いていくので。(事例 1)

中期ぐらいになると、今度助産外来が入るので、そこでハイリスクなどに挙げたような方については、その部分がどうかっていうのはフォローしています。それで、いろいろと情報をまたさらに、週数がいったところで、変わったかとか、逆に深刻になっているのかというのが明らかになってくるので。(事例 13)

外来通院中から気になる親子は吸い上げられていて、それで病棟に入院してきたら、また関わりをしていくような流れでこの病院はやっているんですけども。(事例 11)

何か些細なことでもいいから、あったら、お話を聞きますよと言うと、最初は「大丈夫です」だったのが、だんだん接する時間を多くしたり、あとは検温で、はいで終わりじゃなくて、「ちょっとおっぱい見せてもらっていいですか」をきっかけに、自分も座って、今聞く時間、私あるよ、みたいな感じで、何でも話してっていうような感じには、伝えていっていたんです。そうしたらぼろっぼろっと……。 (事例 18)

昔ながらの乳房マッサージを、1日1回は必ずやっています。コミュニケーションツールとして。それと、ケアされた感があるなっていうのは（思います）。多分。だから、そこで（お母さんの気持ち）ぼろっと出てきたりとかっていうのはあると思います。（事例10）

初期の観察や問診、追加で得た情報により複数のリスク因子の存在が確認され、すぐに地域の支援を思いめぐらせるほど深刻な問題状況を確認する＜緊迫した状況と認識する＞は、例えば妊婦健診未受診で飛び込み出産、父親が不明で路上生活で住所をもたない、上の子が不審死を遂げている等であり、直ちに次のプロセスに進んでいた。

4日目あたりから、寝れずに夜間歩いたり、人が部屋に入ってきますという訴えが出てきて、明らかにメンタル症状があつて。最後の方は、おっぱいは全然吸わせることはしないし、（赤ちゃんが）泣いていても、そっちのけで喋ったり。ミルクあげましょうって言って、「ああ」みたいな。結局子どもに目が向いてないっていう状態だったので。（事例15）

（上の子は児童相談所が入って養護施設に預けていて）実は今の妊娠もシングルで、という状況が分かります。それで、パートナーもどうもはっきりしないということで。今のパートナーとも関係性が悪くて、という人がいて。この2回目の子の出産を誰がどうフォローするのかと。（事例23）

（4）【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】

新人・ベテランの混在チームで看護を提供する、日勤・夜勤の交代勤務で看護を提供する、妊娠期から分娩期への移行で外来から病棟へ看護提供の場や提供者が変わるという病院の体制において、情報の伝達が途切れ、情報の共有化がされないことを防ぐための工夫である。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

病院ではチームで医療や看護が提供される。このような環境の中、親子のリスク状況を明確にするために＜チームで情報を共有する＞。看護チームには新人からベテランまで混在する。当然「気になる」と感じる部分や感度が異なる。＜一人ひとりの気づきの違いを認識する＞ことを前提に、看護職者が得た気づきやリスク因子を、他の看護職者に共有・確認してもらうために、カンファレンスや申し送りというチームの場にもっていき、＜複数の目で観る＞ことで継続的に観察・確認し、＜情報が集まる＞。その情報を他の看護職者や医師等に伝えるため、または外来から病棟に伝えるため、申し送りやノート等を活用し＜情報を伝えるための工夫＞をしていた。このためには、気軽に相談できる人間関係や相談窓口となる人・システム等＜相談しやすい環境＞が必要であった。

やっぱりみんながみんな同じレベルでお母さんたちを見れるとは限らないので・・・。（事例1）

スタッフの察知能力というのに関しては、個人差がすごくある部分はありますね。（事例23）

次の勤務の方に、日中はこうだったので、夜はどうか、ちょっとお願いしますと言うと、徐々に徐々にそれを発信して行って、できるだけ、スタッフ間でみんな…。1人だけの見方だと、ちょっと固定観念が出てきちゃうので、いろんな助産師さんの視野で観てもらって、言葉かけしてもらったりとかするようにはしているんですけど。（事例18）

この人は情報用紙を送ろうと思うみたいなことを、書いておいたり、カードックスとかに挟んでおくと、みんなが情報を（寄せてくれて）例えば育児の記録を細かく書いてくれたりだとか、赤ちゃんに対しての様子を書いたりだとか。（事例 4）

カンファレンスに挙げるので、その場でみんなで話し合いをして、「私、こういう場面見たよ」なんて言って。「私、昨日こうだったよ」なんていう意見が聞かれたり。そうすると、だんだんその人のことがわかってくる。（事例 12）

こういう人が入院してきたら注意ですって、予定日を書いたカレンダーを助産師がつくっているの。伝達されるようにはしています。（事例 3）

気になる人がいれば、こちら（外来）でもしっかり問題点を把握して、この人は気になるケースなので、みんなで関わろうみたいなことで、気になるケースを上げるリストというのがあって。そういうのに載つけて、みんなで共有できるようにしているので。（事例 19）

相談しやすいと思いますね。「私ちょっと困っちゃった」みたいな、「この人こうなんだよね」みたいなことを言った時に、「それさあ」とか、みんなで記録しながら話をしたり、「カンファにあげる？」みたいな感じで、「じゃあ明日のカンファに上げようか」みたいな感じでアドバイスしてくれたり。（事例 17）

そういったのは全部〇〇さんがやっているんですよね。私たちも、最後は「〇〇さあん」っていうふうに頼ってる。相談はしやすいかな。（事例 5）

(5)【長期的な視座に立ち子育てを見据える】（コアカテゴリー）

これからスタートする生活の中で繰り返し広げられる長い子育てを、母親自身の力や周囲のサポートを受けながら行っていけるかを、看護職チームとして判断することである。このプロセスの中心的なカテゴリーである。2つのサブカテゴリー、8つの概念、2つの影響概念からなる。

妊婦健診や入院中の生活の中で、赤ちゃんに愛情を示したり、医療者に従順である母親の姿は地域生活の中での普段の姿とは異なり、家事や子育てに追われない日常から切り離された環境の中で見せる＜母親の仮の姿だと認識する＞ことを前提に、《退院後の子育てを見極める》ことが行われていた。具体的には、退院後の地域での生活スタイルや心身の状態、育児技術、経済・社会的状況等をふまえ＜母親自身の子育て力を見極める＞こと、家族や周囲のサポートで子育ての環境を整えられるか、サポートの量や質等の＜サポート力を見極める＞こと、その2つのバランスから＜危険を予測する＞ことであった。それらをもとに、情報提供すべき「気になる親子」か否か＜チームで結論を出す＞。＜母親の仮の姿だと認識する＞ことができない場合は、「（飛び込み出産でも）入院中あんなに頑張っているやあって、愛着もあるし、育児技術も習得してある一定のこともちょうんとできていたのに。どうやら子どもを置いて遊びに行っちゃったとか（後で聞いて）（事例 1）」と語られるように情報提供に至らず、その後他機関からの情報提供により虐待状況が確認されることがあった。

つくっているというか、多分、自然……なんだろうが、やっぱり診てもらっているという意識があるので、特殊な人だったりとかすると、ここでしか自分は多分診てもらえないだろうと思って、いろんなことを言う、好き放題なことを言うけど、自分はここでつていうときには、やっぱりそこに多分、規制入るから医師の前ではそういうことは言わなかったりとかしますよね。で、こちらの言うことは、はい、はいと言って聞いて。(事例 9)

入院中つていうそういう限られた期間、限られた空間、ご飯の用意もしなくてもいい、赤ちゃんしか見なくてもいいつていう状況では、すごく子どもに対して愛情をもって接している方でも、うーん。(事例 10)

育児が、できるかできないか。技術的な問題だけじゃなくて、見通しを立てる力であるとか、そういった能力がこの人にあるかないかとか、子どもに合わせた行動調整ができるかというのも……。 (事例 1)

先を予測するしかないよね。この人ならこれぐらいアドバイスして、こういう状況下にしたらなんとかやっていけそうかなとか。いや、それでも無理でしょうつて。やっぱり、もう少し手厚くしないとちょっと危険かも、みたいなのがあれば。(事例 19)

(家族が) 常に一緒にいられるのかですとか、(母親自身で) やはりできないのであれば、もう四六時中一緒にいて、強力なサポーターとして。なので、お母(祖母)さんと娘さん(母親)との関係性ですとか、そういったところも、やっぱり見ていかないと、家族として成り立たないのでは意味がないし、というところで、そういうところを全体的に見ていきますけどね。(事例 12)

周りに頼れる人がいなさそうとか。人はいても、関係性がいまひとつ心理的に頼れる人がいなさそうであったり。その割に本人の育児力はまだ育っていないようなケースとかだと、情報をつないでおこうかという気持ちになって。(事例 20)

疲れたからきょうはミルクをやるのをやめる、おむつを替えるのをやめてしまうとかつていうことも考えられたので、そうなってくると、ネグレクトは、今後の可能性があるということで。(事例 22)

奥さんがそうやって(夫から)暴力を振るわれているので、多分、子どもにも行くんじゃないかということで。(事例 24)

あとはカンファレンスとか、リーダーさんに言うと、じゃあそうして(新生児連絡票を勧めて) みようかつていう話になったりだとか。(事例 5)

スタッフと相談して、じゃあこの人は退院のときに心配だからやっぱり保健師が入ったほうがいいとか、確認していきますね。(事例 9)

看護職者が<他機関の支援内容を知る>ことは、他機関から必要な支援を受けて親が子育てできためだと<つなぐ目的を認識する>ことにつながっていた。一方、病院の援助期間だけで、退院後の子育てを支えるのは無理であると<病院の限界を認識する>ことと相互に影響しあい、それが<つなぐ目的を認識する>ことを高めていた。《地域での支援の必要性を認識する》ことは、<チームで結論を出す>ことに影響していた。

よっぽどひどいケースだと、(妊娠中に) 訪問してくれるんです。すると、劣悪な環境とかもある

んです。これで子育てされては困るっていうと、お掃除をしてくれるような行政もあるんですよ。育児できる環境になるまで、ヘルパーさんみたいな人が毎日、1日1回は行ってくれるとかっていう感じで。(事例1)

具体的に地域にどんな制度があるとか、所得がどれくらいだったらどのくらいの負担なのかっていう自己負担の額とあって、そんなのを知ってるのは、子ども家庭支援なんです。(事例2)

(出産)準備のことから、生まれた後も、顔見知りの保健師さんだと、介入もスムーズなので。生まれた後も、赤ちゃんのお世話に行くからねというような話もしておいて。(事例7)

(退院したら何もかも母親自身で頑張るしかない状況)そういうときにね、ちょっと声を出せる、相談できる場所をつくっておく。困ったときに、困ったんだと言える場所につなげておくことしかできないと思っているので。(事例23)

生活が(病院の中にいる)私にはもう見えない、お家(うち)での生活が。本当に生活に入ってもらえる保健師さんに何とかしてもらわなければもう(病院の中にいる)自分の力では何ともならないんだなと思ったんです。(事例8)

私たちもなかなか、白衣を脱いで外に行くっていうところまで難しいじゃないですか。だから、これはもう(保健センターに)バトンタッチが必要だとなり。(事例14)

病院によっては、「気になる」と感じた親子はそのままにせず、退院後も他機関にフォローしてもらうために情報提供するという<気になればつながり>があり、チームで結論を出す際に、情報提供する方向に影響を与えていた。逆に大きな問題がなければつながないというスタンスも存在し、それは情報提供しない方向へ影響していた。

気になるけれども書かないは、この病院に来てからはない気がします。「ああこんな小さなことでも書くんだ」、前の職場ではあんまり気にしてなかったような感じのケースも書いていると思うんで、フォローという形につなげていると思うので。(事例11)

どちらかというと(情報提供)する方向にありますね。念のためなんて言って(事例12)

《退院後の子育てを見据える》、《地域での支援の必要性を認識する》には、地域生活の中で長期的に続くという<子育ての特性を認識する>ことが基盤になっていた。子育ての特性が認識できることは、長期的な視座に立ち判断することを促していた。

やっぱり、長い目で、もちろん育児って一時ではなくて続いていくものだから、その継続の中の一環で、病院は一時しかいないけど、本当にその人の生活の主体は地域なんだなと。(事例8)

もともと子育てって、いつまでも子育てって終わりがなく、正しいとか正しくないもないし、って思っているんですね。だから、子育ては、本当にスタンスが長いから、今のここだけを見ていてもだめなんだって思うから……。 (事例9)

(6)【同意のハードルを越える】

チームで情報提供するという結論を出した後、母親や家族から情報提供に対する同意を得て、他機関への情報提供ケースと確定することである。1つのサブカテゴリー、5つの

概念からなる。

看護職者が他機関に情報提供する際は、＜同意を得るのが大前提という認識＞を持ち、**「戦略的に同意を得る」**。具体的には、看護職者が母親・家族に対し他機関の支援のメリットの部分**を強調し意図的に同意を得る**＜メリットを強調し同意を得る＞や、同意を拒否しそうな母親・家族に対し、「あなたが特別なのではなく、全員やっているから」と、相手の警戒心を軽減させ同意を得る＜全員必須と同意を得る＞や、一度断られても母親が不安を自覚するタイミングを図ったり、説明する看護職者を代えて再度試みる＜タイミングや人をかえ再トライ＞と、さまざまな戦略で同意を得ていた。

情報提供をするには、本人さんの同意が得られないといけないので、地域にお話ししておいていいですかっということを確認して、いいですって言った方は（情報提供用紙を）書きます。（事例 5）

情報提供に関する同意が得られているとかっていうところも、ちゃんとしないと。問題に、個人情報の問題があるから、そこもちゃんと情報提供していいですかと確認して。（事例 8）

「めっちゃめっちゃいいサービスだから受けた方がいいけれども、名前とか言っていていいですか」っていう。ポジティブな感じで言って。（事例 2）

赤ちゃんの体重の増えとか、いろいろなところからもって行って、赤ちゃんの育児をする上で、手助けになると思うから、保健師さんに早めに家庭訪問に来てもらいませんか？って言うてみたりとか、大体そうすると、「いいですよ」なんて言い方次第では OK をいただけて。（事例 11）

その相手の状況にもよるんですけども、「皆さん送らせていただけてますのでね」、なんていう感じで軽くお話をして、もうそれで同意を得たという方向にさせていただくケース、逃げちゃいそうな感じの場合は「みんなやってるよ」、みたいな。（事例 12）

（同意を得るコツは）話し方をもうちょっと変えるか、で、その人がだめなら違う人が行って、ちょっと話してみようとか、あとは「ちょっと私では無理そうなのでお願いします」ということもなきにしもあらずだと思うんですけど。（事例 17）

戦略的に同意を得ようと試みても拒否される場合がある。病院によっては同意が得られない場合は情報提供しないということが取り決められていた。例えば、「一切情報も送ってほしくないって、もうきっぱり言われてしまったので。こちらとしては、支援を受けてほしかったんですけど、（同意を）断られたので（事例 1）」という語りのように、情報が提供できないことは看護職者にとって、支援が閉ざされたと感じることであった。一方、同意を得られなくても、それを明示したうえで情報提供する＜奥の手を使う＞場合もあった。自治体によっては情報提供用紙の同意の確認欄に、「同意は得られていないが情報提供する」という選択肢で、情報提供を可能にしていた。このようにさまざまな方略で【同意のハードルを越える】ことで、最終的に情報提供ケースと確定していた。

もともとネグレクト傾向だから、いっぱい介入されてるケース、来てほしくないって思っているような人だったら、「え、保健師？ もういい」とかっておっしゃる方もいて。そういったケースは、この用紙に、同意がないっていうふうにかける、そういう選択肢もついているので。（事例 10）

1回か2回、お母さんに内緒で送ったこともあるんです。それは、お母さんがうつ病か何かで、ちょっと赤ちゃんも見てもらいたいもので、早々に入って（訪問して）もらってもいいですかとお母さんに聞いたんですけど、拒否をされて。旦那さんもちっと精神疾患があったものですから、ちょっと放っておけないなと思って。本人は了承していませんという一文を添えて（情報提供用紙を）出した人がいます。（事例 24）

3) 概念の対極例とその意味

M-GTA ではデータを概念の定義に照らし合わせ、類似例と対極例を継続比較検討していく。対極例を検討する意義は、解釈が分析する人間によって恣意的に偏る危険を回避するためである。すなわち、分析者の関心に都合のよいデータ部分だけを選び抜いて結果をまとめたのではないことを保証することになる（木下，2003）。

今回の分析で対極例が確認された概念は 12 概念であった。この分析において概念の対極例が意味することは、助産師が親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定して行くプロセスの流れが途切れること、その概念部分でそのプロセスが阻害されるということであった。確認された 12 の概念のうち、8 つがコアカテゴリーである【**長期的な視座に立ち子育てを見据える**】に存在していた。このプロセスには、阻害される要因が多数存在することを意味している。

以下に概念の対極例を、調査協力者の語りをを用いて説明する。

(1) 【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】カテゴリーに存在する対極例

【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】カテゴリーに存在する対極例は、**《チームで情報を共有する》**の対極例である**《情報が共有化されない》**、**《情報を伝えるための工夫》**の対極例である**《情報が伝わらない》**、**《相談しやすい環境》**の対極例である**《相談しやすい環境がない》**の 3 つが生成された。

個人で情報を持ち、情報が集まらずチームで**《情報が共有化されない》**状況や、情報を得てカルテ、カンファレンスや申し送りといった伝える工夫をしても**《情報が伝わらない》**場合があった。また、個人で「気になる」と感じていても、**《相談しやすい環境がない》**ため、情報の共有に影響していた。情報が共有化されない結果、退院後の子育ての見極めを誤る結果となったことが語られていた。

師長が、お母さん（実祖母）とのルートは作ってくれて。そしたら、やっぱりお母さん（実祖母）も、その時に（母親の育児が）「ちょっと心配だ」という風なことをおっしゃっていたらしいんですよね。入院中から。（でも）私たちの耳には入ってないので、分からないんですけど。（事例 14）

（サポートの状況の情報は）そこはね共有してなかったんですよ。（事例 14）

（気になるケースが）スルーする場合もあったりするので。この前もシングルの人で、妊娠中、切迫（早産）で入院をしたときには、シングルで未入籍という情報があったんだけど、出産のとき

にはその情報が消えていて（情報提供できなかった・・・）。(事例 23)

多分、(スタッフは) 気づけてはいたけど、システム化されていなかったの、何か、ばらばらにみんな動いていたんですよね。この人は危ないよって気づいて、どうするどうするっていう感じになって、結局、保健師さんに伝えそびれちゃってというような状況だった。(事例 7)

(2)【長期的な視座に立ち子育てを見据える】カテゴリーに存在する対極例

【長期的な視座に立ち子育てを見据える】カテゴリーに存在する対極例は、＜子育ての特性を認識する＞の対極例である＜子育ての特性を認識できない＞、＜母親の仮の姿だと認識する＞の対極例である＜母親の仮の姿に惑わされる＞、＜母親自身の子育て力を見極める＞の対極例である＜母親自身の子育て力の見極めができない＞、＜サポート力を見極める＞の対極例である＜サポート力が見極められない＞、＜チームで結論を出す＞の対極例である＜チームで結論が出せない＞、＜他機関の支援内容を知る＞の対極例である＜他機関の支援内容がわからない＞、＜病院の限界を認識する＞の対極例である＜病院で何とかする＞、＜気になればつなぐスタンス＞の対極例である＜明らかな問題がなければ送らないスタンス＞の 8 つが生成された。

現在の親子の状態しか観察・援助できず、長期的な子育てを前提とした認識がもてない＜子育ての特性を認識できない＞ことで、母親に対し「気になる」と感じてはいても、母親が病院で見せる大丈夫そうなサインに惑わされる＜母親の仮の姿に惑わされる＞状況となる。母親の仮の姿に惑わされたということは、親子の退院後の情報が他機関から提供されることで確認できていた。また、情報共有不足、情報量不足により、＜母親自身の子育て力の見極めができない＞場合や、母親の子育て力に応じた正確な＜サポート力が見極められない＞場合がある。「気になる」と感じてチームで情報提供するレベルが悩み、入院中に＜チームで結論が出せない＞場合もある。以上のような状況で、情報提供が必要か否かの判断を見誤ることがある。

施設（病院）にいと特別、特になのかもしれないですけど、妊娠中のこと、お産のこと、限定なのかなって。その後の育児のことって、やっぱり浅いのかな。病院だと特に。(事例 8)

本当に現在の（状態）だけで、しかもここの病棟だと、分娩室と別個になっているから、お産のことすら考えられないくらい、そのくらい特化されて。産後何日目の今しか考えられなくて。(事例 12)

（飛び込み出産でも）入院中あんなに頑張っているやあって、まあ愛着も見られたし、愛着行動もあるし、育児技術も取得してある一定のこともちょうどできてるのに。（どうやらなんか子どもを置いて遊びに行っちゃったとか）(事例 1)

金髪で刺青があって、そんな感じの人だったんですけど、おっぱいも凄くよく出るし、赤ちゃんにもちゃんとあげていて、凄くじゃないっていう認識を持った人だったんです。（ノーフォローで）6 か月後くらいだったと思うんですけどね。（虐待）っていうことがありました。(事例 14)

このケース（母親は乳頭形態が母乳保育に難しいタイプで不器用である。さらに全く周囲からのサ

ポートが得られない)の場合は、本当は退院の時にそう(ミルクに)すべきだったんです。母乳外
来までの6日間を、その状況で、彼女はすごくイライラしていたと思うんですけど、それで過させ
てしまったっていうのは、あります。(事例14)

複雑な背景で、家出同然な感じで。実母と全然連絡が取れていなくて。ただもう30代に入られ
ていたので、若い方ではないので、そこもスルーなんですよね。この人のための家族支援はどうか
という風な話も、別に気にせず。(ノーフォローで)6か月後くらいだったと思うんですけどね。(唐
待)っていうことがありましたね。(事例15)

この人は危ないよって気づいていて、じゃあ何か、どうするどうするという感じになって、結局、
保健師さんに伝えそびれちゃってというような状況。(事例7)

＜他機関の支援内容がわからない＞場合は、母親にどのようなサポートを受けられるか
を提示できない状況となり、地域の支援へつなぐことができない状況であった。他機関が
どのような支援を母親に行っているかわからないため、**＜病院で何とかする＞**という認識
をもつ場合もあり、結果的に何のために地域の支援につなげるのか、連携の目的の認識を
もちにくい状況となっていた。

保健センターがどういうことを支援してくれるかというのを私自身はイメージがつかなかった。
こういうところもありますよっていうふうで紹介するには、やっぱり具体的にどういうサポートが
得られるかっていうところまで確認しないと、ちょっと紹介するのどうなのかなと思いつつでは
ありましたね。(事例20)

私も、(産後入院の)5日間で何とかしなければいけないとかっていうのは多分あったんじゃない
かなと思うんです。(事例9)

病院によっては 大きな問題・**＜明らかな問題がなければ送らないというスタンス＞**が
あり、このスタンスがあると、「気になる」と感じて情報提供への垣根が高い状態とな
っていた。

(高齢出産で仕事を優先して妊娠に適した生活が送れていない人)それはつながらないケースがほ
とんどです。そこまでであれば、問題が明確化されていないんです。明確なことにならないと、やは
り保健センターには伝えづらいっていうのがあるので。(事例14)

もともとメンタルをもってる方ですね。お薬を、うつ病のお薬を飲んで、母乳も与えられなく
て、その方は、すごくおっぱいをあげないことに対し、「いいんだろいうか」って悩んでたんです。
「おっぱいあげることも、抱くことが一番大事だよ」って言ったら、「ああいいんだ」って吹っ
切れたんです。それで育児が上手くいくように入院中になったんですけども、やっぱり退院してか
らのことが、今度は私の目の届かないところなので、地域の人に見てもらったらいいなっていうケ
ースだったんですけど、退院前にそれ程大きな問題がなかったので、「まあ大丈夫だろう」っていう
判断で、私の方からは地域に連絡する必要はないって思って、しなかったですよ。気になるけど、
連絡しなかったっていう事例です。(事例17)

(3) 【同意のハードルを乗り越える】カテゴリーに存在する対極例

【同意のハードルを乗り越える】カテゴリーに存在する対極例は、＜メリットを強調し同意を得る＞の対極例である＜説明の仕方によっては拒否される＞、＜戦略的に同意を得る＞の対極例である＜同意が得られず支援の道が閉ざされる＞の2つが生成された。

メリットを強調するような説明の仕方ができず、情報提供に対する同意を＜説明の仕方によっては拒否される＞状況である。すると、＜同意が得られず支援の道が閉ざされる＞ことになる。

助産師の説明の仕方によって、かなり拒否されちゃう。まあ、他人が（訪問で家に）入ることなのであれなの（抵抗があるかもしれない）ですけど、やっぱり言い方だと思うんですね。（事例18）

断られちゃったって、同意も得られないっていった時に、病院としてはいろいろなことをやってフォローしたかったけどできなかった。（事例1）

保健センターが入って関わってくると面倒になるから嫌だっていうような状態だったので、（情報）提供できないっていうような状態になって。（事例23）

第3節 研究2-2 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス

1. 研究目的

産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから、他機関とどのように連携を発展させていくのか、そのプロセスを明らかにする。

2. 分析焦点者と分析テーマ

1) 分析焦点者

本研究における分析焦点者は、『産科医療施設（総合病院）に勤務し「気になる親子」を支援する助産師』である。

2) 分析テーマ

本研究における分析テーマは、『産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから、連携が発展するプロセス』である。

3. 結果

分析の結果、32の概念、7つのサブカテゴリー、6つのカテゴリーが生成された。M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを図指化した結果図（図4-2）を示す。＜＞は概念、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリーを表し、ゴシック体で表記する。

1) ストーリーライン

産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから他機関と連携を発展させていくプロセスは、他機関から情報がフィードバックされ、【親子のなりゆきを知る】ことにより、医療施設における支援に経験的な学びが還元され、協働していく相手としての他機関理解が深まり、連携が進化し単なる情報・アセスメントのやり取りではなく、【新たな段階の連携が生まれる】ことであった。すべての変化は【親子のなりゆきを知る】ことが、大前提であった。

確定した情報提供ケースの状況から、緊急に複数の機関に介入を要請した方がいいか、出生連絡票を利用した新生児訪問でいいか等＜ケースのリスクレベルを判断する＞。＜リスクレベルに合わせた支援を依頼する＞ことを決定し、情報提供用紙等と看護要約を作成し＜最終的な手続きをとる＞。この作業は受け持ちの助産師、看護師、師長、メディカル・ソーシャル・ワーカー（以下MSWとする）が、各々の＜院内の役割分担で動く＞ことで、ケースの【リスクのレベルを判断した上でつなぐ】行動をとっていた。

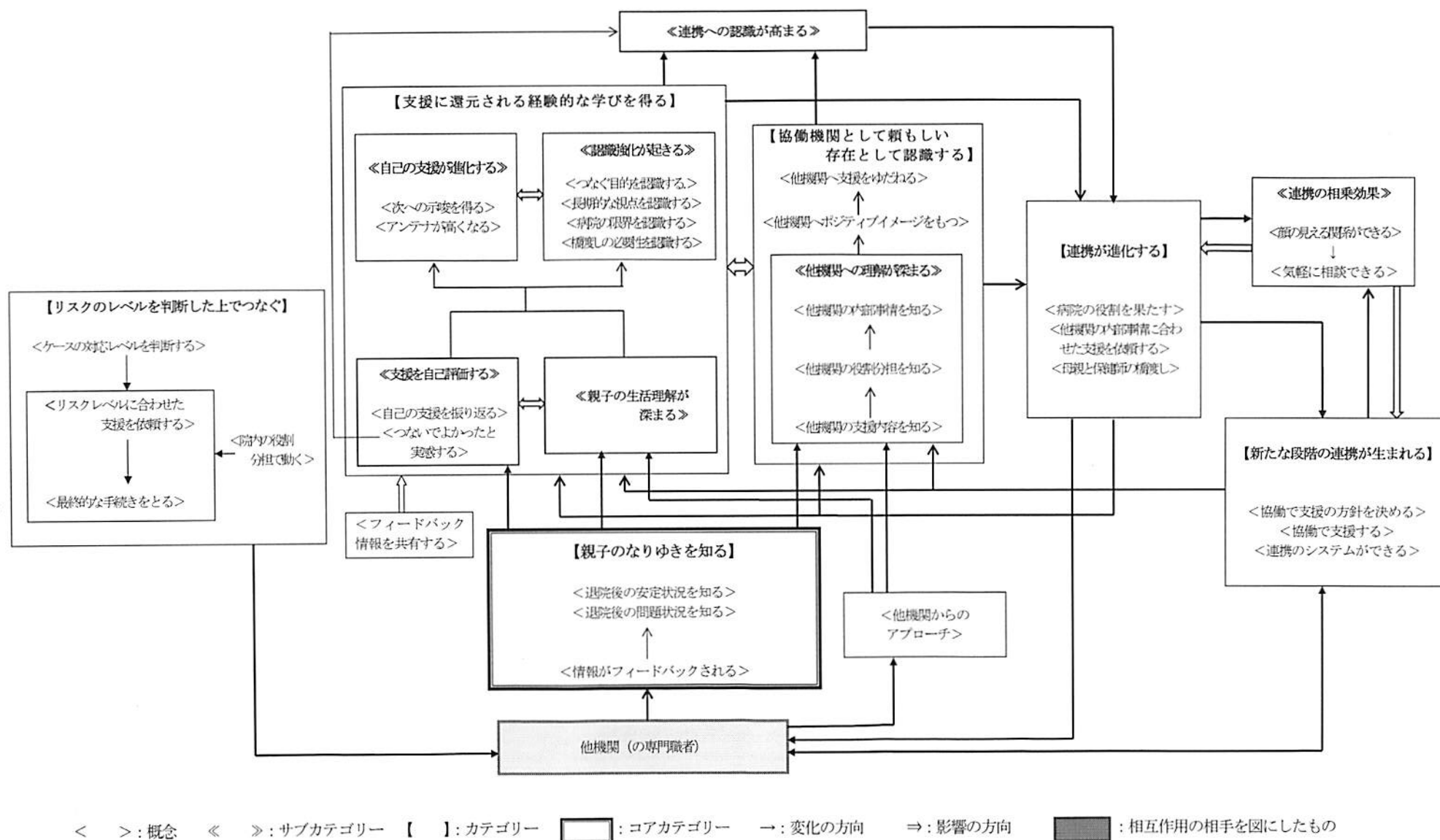


図4-2 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス

他機関に情報提供後、他機関の専門職者から支援の結果が書面や電話で＜情報がフィードバックされる＞。その情報により助産師は、ネグレクトが発見されたり、継続支援が必要な状況等の親子の＜退院後の問題状況を知る＞。あるいは順調に子育てができている等の＜退院後の安定状況を知る＞。産科医療施設では、他機関からの情報フィードバックにより、退院後親子がどのような経過をたどり、現状において問題が発生しているのか、順調に子育てできているのか、【親子のなりゆきを知る】。助産師は他機関からの情報提供から継続支援が開始されたこと等を知り、＜つないでよかったと実感する＞。また、自分は親子にどのように関わればよかったか、改善点はないか等＜自己の支援を振り返る＞といった、＜支援を自己評価する＞。同時に、フィードバックされた情報により＜親子の生活理解が深まる＞。そして、気になる親子発見のための＜アンテナが高くなる＞、＜次への示唆を得る＞といった＜自己の支援が進化する＞。また、＜橋渡しの必要性を認識する＞、＜病院の限界を認識する＞、＜長期的な視点を認識する＞、＜つなぐ目的を認識する＞といった＜認識強化が起きる＞。助産師は、妊娠・出産に関わった親子の退院後のなりゆきを知り、支援の振り返りを行うという体験を重ねながら、【支援に還元される経験的な学びを得る】。この過程は多くの看護スタッフが働く環境において、他機関からの＜フィードバック情報を共有する＞ことで可能となり、スタッフに情報が共有されない場合はこの進化は望めなくなる。

他機関からの情報フィードバックにより、【親子のなりゆきを知る】だけでなく、他機関がどのような支援を行ったのか、＜他機関の支援内容を知る＞ことができる。そこから＜他機関の役割分担を知る＞。また、新生児訪問依頼ハガキへ施設からの一筆がなければ新生児訪問は3か月後くらいになる場合がある等の＜他機関の内部事情を知る＞という、＜他機関への理解が深まる＞。そして、＜他機関へポジティブイメージをもつ＞ことで、助産師は＜他機関に支援をゆだねる＞ことができる。助産師は他機関に対して、信頼して退院後の親子の支援を任せられる【協働機関として頼もしい存在と認識する】。

時には他機関の方から、ケースの情報提供や問い合わせ、支援依頼といった＜他機関からのアプローチ＞があり、＜親子の生活理解が深まる＞、＜他機関への理解が深まる＞ことにつながっていた。

【支援に還元される経験的な学びを得る】、【協働機関として頼もしい存在と認識する】ことで、助産師の＜連携の認識が高まる＞。

＜連携の認識が高まる＞ことにより、助産師は単にケースの情報提供を行うだけでなく、他機関の支援を認識した上で＜病院の役割を果たす＞、＜他機関の内部事情に合わせて支援を依頼する＞、＜母親と保健師の橋渡し＞を行っており、【連携が進化する】。進化した連携を経験するうちに、他機関と＜顔の見える関係ができる＞ことで、＜気軽に相談できる＞ようになり、さらに連携が発展するという＜連携の相乗効果＞が起きる。

連携がさらに進化すると、合同でカンファレンスを行い＜協働で支援の方針を決める＞、

＜協働で支援する＞ことを行い、児童虐待発生予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有といった＜連携のシステムができる＞。徐々に連携が発展し【新たな段階の連携が生まれる】。

2) 各カテゴリーと概念

以下に1つ1つのプロセスとしてのカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、調査協力者の語りを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。語りはポイントを落とした文字で示し、()は文脈を明確にするために研究者が補った。

(1) 【リスクのレベルを判断した上でつなぐ】

情報提供ケースの状況からリスクのレベルを判断した上で、そのレベルに合わせた支援を依頼することである。4つの概念からなる。

助産師が、情報提供確定ケースに対して、緊急に複数の他機関に介入を要請した方がいいか、妊娠中から協働支援が必要か、退院後早期の家庭訪問が必要か、出生連絡票による新生児訪問依頼でいいか等の＜ケースのリスクレベルを判断する＞。そして、ケースの＜リスクのレベルに合わせた支援を依頼する＞。具体的には、退院後すぐの家庭訪問、病院への保健師の訪問、妊娠期からの継続支援、合同カンファレンスの開催等を指す。助産師や看護師、院内の他職種者が、情報提供をするために情報提供用紙や看護要約を記入し、他機関に電話やファックス、郵送等で情報を提供する＜最終的な手続きをとる＞。その際、病院内の役割分担に従って＜院内の役割分担で動く＞。

これ（夫のDVがあつて、上の子への虐待の危険があるケース）は保健所だけでなく警察も入ったほうがいいかもしれないねって言って、連絡をしました。（事例21）

未妊健で飛び込みの方だと全然情報がないので、入院を延ばしてでも保健師さんに来てもらいます。（事例1）

精神疾患が入院してから判明して、言動からすごく不安が強いとか、（育児手技的に）心配だというようなケースに関しては、保健センターにすぐ訪問に行ってもらうように連絡をしているので。（事例8）

養育が難しい。地区担当の保健師が定期的に家庭訪問しただけでは済まないケース。だから家族がいたとしても養育の支援者にはなり得ないかもしれない、子どもは絶対に児童相談所が関与しなければいけないというケースのときには、合同カンファレンスを開いています。（事例9）

そのケースに関わったスタッフがサマリーを書いて、副師長が確認して、ソーシャルワーカーに送ります。そして、ソーシャルワーカーから保健センターにファクスしてくれますね。（事例12）

お産をとった助産師がプライマリーになるものですから、そのプライマリーがそういう（病院での気になる状況の）情報を書いて、情報提供します。（事例24）

外（他機関）との連絡はやっぱり上の方がとるので、入院中の経過をサマリーに書いて、よろしく願いますとか、入院中のケアプランを立てたりということはやりますけど、外との接触というのは師長や上の方がやります。（事例 4）

（ハイリスクで子育てが）もう無理なタイプの人は乳児院に依頼し、児童相談所に入ってもらったり、そういうの（他機関との連絡調整）はソーシャルワーカーのほうがプロフェッショナルなので、こちらは話を聞けども、社会資源をうまく活用するのは、ソーシャルワーカーがプロなので、ソーシャルワーカーにつながります。（事例 19）

以上のプロセスを経て、他機関へ情報を提供していた。

（2）【親子のなりゆきを知る】（コアカテゴリー）

助産師が、情報提供した親子が退院後どのような経過をたどり、現在、問題が発生しているのか、順調に子育てできているのか等の状況を知ることである。なりゆきには、ネグレクトが発見されたり、最悪の状況としては子どもが死亡する等の問題状況と、順調に子育てできている等の安定状況がある。3つの概念からなる。【親子のなりゆきを知る】ことは、その後の支援に還元されていくさまざまな変化を起こす源であり、プロセス全体のコアとなるカテゴリーである。

まず、他機関の専門職者から産科医療施設の助産師・他の専門職者に対して、提出された情報提供用紙の返事が記載されて戻ってきたり、電話等で支援の状況や親子の様子が報告され＜情報がフィードバックされる＞。他機関からの情報により助産師は、退院後の親子の子育ての状況が、不安定で問題が生じている＜退院後の問題状況を知る＞。逆に親子の子育ての状況が安定している＜退院後の安定状況を知る＞場合もある。他機関からの情報により、退院後の親子の子育ての状況や支援の内容を具体的に知る。

訪問に行っただったかっていうお返事はいただいています。（事例 22）

サマリーが返ってきて、この状態で問題がなかったですよという事例もあれば、要フォローをしていきますとか、また続けて訪問に行きますという連絡はもらうので。（事例 23）

返ってきた返事には、とても心配だから継続して見ていくし、もうお父さんが赤ちゃんにどなった手が出そうになっているということをお母さんが言っているの、深く綿密に関わっていくということを、それ（訪問の結果報告等）を説んだりすると、ちょっとドキッとして。（事例 10）

育児の状況としては、不衛生が発覚したり、結局 DV があったから、児童相談所が関わって、結局保護されたというような経過を知ることが出来た。（事例 11）

心配なことはたくさんあるみたいで訪問すると訴えてはくるけれど、一つ一つをちゃんとアドバイスしたらできていますよっていうような報告を受けると、安心はしますね。（事例 22）

（保健所・保健センターからの）返事の中では、あんまり、悪い返事って来ないんです。大体、お母さんの表情もよくて赤ちゃんの発育も順調でというケースが多いものですから、そこで安心も得られます。（事例 24）

(3)【支援に還元される経験的な学びを得る】

助産師が妊娠・出産にかかわった親子の退院後のなりゆきを知り、支援の自己評価や親子の生活理解の深まりをとおして自己の支援の進化や連携に対する認識の強化が起き、他機関とのやり取りの体験による学びが支援に活かされることである。5つのサブカテゴリー、7つの概念からなり、1つの影響概念をもつ。

他機関からの情報提供された親子のなりゆきや、他機関の支援内容を知ることで、助産師は情報提供したことが、他機関の専門職者の継続支援へつながったり、支援により親子の状況が安定していることを知りくつないでよかったと実感する。それと同時に、助産師は、親子の気になるサインに気づけていたか、病院での自己の支援が有効だったか、改善点はないか等＜自己の支援を振り返る＞。以上のように、他機関から提供された情報により助産師は、＜支援を自己評価する＞ことを行っていた。

返事には多機関で連携してこのケースについては虐待予防していきますっていう風に、いろんな機関がチームを組みます、みたいな感じで。やっぱり相当重いケースなんだな、つなげてよかったなとは思いました。(事例 10)

気にかけていた方が上手く育児ができてるとか、虐待になっていない、(赤ちゃんを)可愛がってしっかり楽しんで育児をしているよって返ってくると、「ああ知らせてよかったと安心してね。保健師さんに見守られているんだなあ」って分かれるとやる気が出ます。(事例 16)

そうする(退院後の親子の状況を知ることができる)と、ずっと先を見ると、今の病院での関わりとかというのはそれで有効だったのか、もうちょっとこういう視点があったほうがいいのかというところの振り返りになるので。(事例 8)

(これぐらいで送って)「よかったのかな」と思うし。(これぐらいの心配は)そんなに気にしなくてもいいとか、判断基準になりますよね。送った結果は。(事例 15)

助産師は退院後の親子の状況を知ること、親子が地域でどのような生活をしているのか＜親子の生活理解が深まる＞。

人って、その場その場で見せる顔って違うと思うんです。病院で話してくれているその(母親の)姿と、実際の家に帰ってその地域で(の姿と)。結構出し方が違う人って多いんです。逆に地域で見せている顔を(保健センターなどが)伝えてくれると、病院では、「え？」って驚いちゃうこともあるけど、「そういう(病院で見せない)面もあるんだ」って(理解できる)。きっと病院よりは、そこ(地域)がもともと本人の持っている素じゃないかなって思うから。(事例 9)

生活するのに困らない程度のお金があって、家族の支援もあるというのじゃないところで暮らしている人たちは、こっちが要求するレベルに到達できなくても仕方がないし、こっちがおりなきやしようがないし。いろんな人から助けてもらうことで生命を維持できるんだよねっていう見方に変わったかなと思いました。(事例 10)

【親子のなりゆきを知る】ことで親子の生活の理解が深まり、支援の自己評価をとおし

て、助産師の「気になる親子」に対する気づきの感度が高くなる＜アンテナが高くなる＞ことや、＜次への示唆を得る＞ことができる。以上のように、【親子のなりゆきを知る】ことは＜自己の支援が進化する＞ことへつながっていた。

それ（情報提供したケース）を、1回で訪問が終わりでもよかった事例、もっと（地域の支援が）続いていく事例っていうのを知ること、自分のアンテナを、こういう事例は送ってよかったんだっていうような感覚とか知識とかを培う（ことができた）。（事例4）

この人はこんなことを言っているとか、会話の中から気になることを拾い出せるようになったと思います。みんな一生懸命うちに帰って（からのことを）この人はこんなことを言っていましたとか、ということをやちゃんと情報収集してくるようになったと思います。家に帰ってからのことを一生懸命気にかけてくれるようになった。（事例8）

同じようなケース（新生児訪問を待たず家庭訪問を依頼したケース）があれば、やはり訪問をするようにお願いしたほうがいいということが、みんなの共通意識の中にあります。（事例11）

（情報のフィードバックは）私たちの反省材料になるし、またこれが活かされて次のステップになるし、こういう場合はああしようこうしようってケアにつながっていく。（事例16）

【親子のなりゆきを知る】ことで親子の生活の理解が深まり、支援の自己評価をとおして支援の有効性や改善点を明らかにすることにより、親子理解のための認識や連携に対する認識が強くなる＜認識強化が起きる＞。具体的には、以下の4つの認識である。

他機関の支援へスムーズにバトンタッチすることが困難なケースに対し、助産師が母親と他機関の専門職者との間を仲介することの必要性を認識する＜橋渡しの必要性を認識する＞。助産師が、病院は来院された人に対して援助を提供する場であり、病院での入院・フォロー期間だけで、「気になる」と感じた親子の退院後の子育てを支援するのには限界があると認識する＜病院の限界を認識する＞。助産師が、子育ては地域の生活の中で長期的に続くものであることを認識する＜長期的な視点を認識する＞。助産師が、何のために他機関と連携をとり、親子を支援していくのかという目的を認識する＜つなぐ目的を認識する＞。

高年初産とか精神科疾患がある人だと、他者の受け入れというのがなかなかできにくくて、この病院のここだというのが強いと、それをどう保健師さんと交わりながら、うまく保健師さん、地域にゆだねていくかというところが、必要なと感じますね。（事例9）

1ヶ月健診が終わっちゃうともう終診っていう形になっちゃうので、そこで、産科として手を出せる部分はそこまになっちゃうので。（事例1）

（子育ては）その後が長いので、そっからのことはちょっと私たちも、もう情報がなくなっちゃって、関わりがなくなっちゃう状態ですね。私たちも何かない限り、育児相談っていうのを作っても、そういう風に相談が向こうから来ないと、もう分からない状態ですよ。（事例16）

そのときだけではなくて、この先ずっと。地域が主体で、生活の場は地域だからというところを考えなければいけないんだなと（思います）。（事例8）

今ここだけを見ているだけでもだめだよ、子育ては長いから先のことを考えて、本当に、そこも考えながら見ていかないと、やっぱり判断はできないから。(事例 9)

私たちは、虐待というか、小さい生命を守らなきゃいけないので。(事例 3)

もともとの根本にあるのが、せつかく生まれてきてくれた赤ちゃんなので、育児をお母さんが楽しくできればそれにこしたことはないと思っています。その楽しく子育てをしていくための手段としての、そっち(地域)の助けを求めるといことなのかなって思っています。(事例 5)

このカテゴリーへの影響概念として、＜フィードバック情報を共有する＞がある。助産師が、他機関からフィードバックされた情報を、看護職チームで共有することである。多くの看護スタッフが働く病院という環境において、フィードバック情報がスタッフに共有されなければ、経験的な学びが得られず支援を改善することができなくなる。

スタッフがほとんどみんな集まるような会議で、こういう継続(自治体と病院の合同の)会議に私は行っていて、こういう結果が今回出ていて、というところは返して。(事例 8)

(家庭訪問を)「依頼したよ」とか、その後、「こんな風に(保健センターから返事が)来てたよ」みたいなことを、連絡ノートで師長さんが書いてくれたり(します)。(事例 17)

(4)【協働機関として頼もしい存在として認識する】

助産師が妊娠・出産に関わった親子の退院後のなりゆきとそれに伴う他機関の支援の状況を知ること、他機関の支援内容や役割分担、内部事情に対する理解が深まり、他機関に対し肯定的な印象をもち、協働して親子を支援するパートナーとして頼れる存在として捉えることである。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

他機関から情報提供された【親子のなりゆき】やそれに伴う他機関の支援の状況を知ること、他機関に関する支援内容や役割分担や内部事情など、《他機関への理解が深まる》。具体的には、以下の3つの理解が段階的に進んでいく。

まず、他機関とのやり取りをとおして、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、助産師が＜他機関の支援内容を知る＞。すると、連携先の他機関の各々が親子に対してどのような支援を分担しているのか＜他機関の役割分担を知る＞。さらに他機関とのやりとりが進むと、他機関の支援に関する組織内の事情を知る＜他機関の内部事情を知る＞。具体的には、親子に問題がなければ新生児訪問は2・3か月後くらいになる、早く新生児訪問に行って欲しい時は医療施設がハガキに一筆追加した方がいい、気になるケースを全て養育支援連絡票で情報提供すると保健師が対応できなくなる等を指す。

保健センターの方も、母子手帳交付のときに(ハイリスクケースは)把握はしているかなと思うんですけど。(事例 5)

保健センターのフォローはそこ(新生児訪問)で終わりじゃなくて、健診だとか予防接種だとかいうところでも、フォローしていきますというような形なので。(事例 24)

今の子ども虐待のルールにのっとると、児童相談所に言っておかないと通報義務みたいなところ

は児童相談所になるので。虐待が疑われたり、DV家庭で育つ子ども、DVの家庭に帰る新生児なんかは、児童相談所にも言い（通報し）ます。もちろん保健師さんと児童相談所2か所。（事例2）

政令指定都市なので、市の中に保健所と保健センターがあるんです。市の保健所と、各区の保健センターがばらばらにあるんです。だから、大まかなハイリスクは保健所が担当しているんですが、ちょっとした生活支援なり育児支援のサポート的なフォローはセンターがやるというように分かれていて。（事例7）

保健師さんが言ってたんですが、あれ（出生連絡票のハガキ）を出しても、普通だと3カ月後くらいに訪問に来るとというのが現状ですと。それ（ハガキ）に、「早く来てほしい」とか、「心配だから」とか書くと、早く来てくれるっていうことを教えてもらいました。（事例5）

保健所の方からも、何でも構わずそのチェック項目が一つでもついたら養育支援連絡票を送ることにされると、アフターフォローが大変になるという話もカンファレンスの中であって。例えば不妊治療とかいう項目もあるんです。不妊治療なんて結構みなさんやっているので、それを全員、養育支援連絡票を送ると、向こう（保健所）も相当…（大変になるとわかりました）。（事例7）

《他機関への理解が深まる》と、助産師は、他機関全体や他専門職者に対して、尊敬できる、心強い、頑張っている等の《他機関へポジティブイメージをもつ》。そして助産師が、病院の限界を認識したとき、退院後の親子に対する支援を《他機関へ支援をゆだねる》ことができるようになる。

特に〇〇市は（児童虐待予防に）割と関心が高いので、（情報提供ケースの支援依頼に）受け入れがいい感じがします。そうすると、違う〇〇県の人に（情報提供用紙を）書くというときでも、きつとこういうのを送っても嫌がられはしないよね、みたいに（思います）。地域の保健師との連携がいいと、うまくキャッチしてもらえる人が絶対にいるだろうと（思います）。（事例10）

保健師さんが少ないから大変なのだろうなって、つくづく思います。でもすごく（児童虐待への取り組みを）頑張っているよなって思います。（事例21）

退院した後は私たちが関わることができないから、できるだけ地域の人をお願いしようということ。（事例18）

保健センターは、連絡をもらったら行ってくれるので。福祉にもつなげてくれるし、そういうことができる場所なので、そこへつなげるしかないというか。（事例23）

(5)＜他機関からのアプローチ＞

他機関の方から先に、助産師に情報提供や問い合わせ、支援依頼等があることである。このアプローチにより、＜親子の理解が深まる＞、＜他機関の支援内容を知る＞ことが促進される。

地域から、「最近（お母さんの）お腹が大きいか、妊婦健診行ってなさそうだけど」みたいな感じで（連絡が入ります）。上の子の健診が滞っているから行政では目をつけてたら、どうも（お母さんの）お腹が大きくなってきたって。〇〇病院で診てくれないかって言って、保健師さんが（妊婦

健診未受診の母親を）健診に連れて来るケースもあつたりします。（事例 1）

精神疾患は、ほとんど保健師さんの方から紹介で（妊婦健診に）来るパターンが多いんです。こういう方が妊娠しているんですけど、いらっしゃる場合が多いので。（事例 7）

(6)《連携への認識が高まる》

【支援に還元される経験的な学びを得る】こと、他機関を【協働機関として頼もしい存在として認識する】こと、＜つないでよかったと実感する＞ことで、連携を進めていく必要性の認識が高まることである。サブカテゴリーレベルの概念である。

（情報提供した人の）その後の様子がわかると、結局 DV があつたから児童相談所が関わって結局保護されたというような経過を知ることが出来て。それがこっち（病院）で早く発見してつないでいこうという意識に循環されるのだと思う。還元されるというか。（事例 11）

すごく心配性なお母さんも中にはいて。結構前までは一緒に悩んでいる部分がスタッフには見られたんですけど、保健センターと情報のやり取りをして、ここを退院しても次でちゃんとフォローしてくれるところがあるからねっていう声かけができるようになった。（事例 24）

(7)【連携が進化する】

他機関からの情報フィードバックにより退院後の親子のなりゆきを知ることで、経験的な学びが支援に還元され、協働機関としての他機関の理解が深まる。これにより、医療施設での支援が単にケースの発見や情報提供を行うだけでなく、他機関の支援を認識した上で、一步進んだ他機関への働きかけや親子への支援を行うことである。以下の具体的な支援の内容を示す 3 つの概念からなる。

一つめは、助産師が連携における他機関の役割分担を認識した上で、病院が行なわなければならないと認識する支援に取り組む＜病院の役割を果たす＞である。二つめは、助産師が他機関の内部事情に合わせた支援を依頼する＜他機関の内部事情に合わせて支援を依頼する＞である。具体的には、新生児訪問を早期に実施してほしい場合は依頼ハガキに一筆添えたり電話で伝える、保健所だけに支援依頼が集中しないように保健センターにも支援依頼をする、家庭訪問を希望する場合ハイリスクでなければ情報提供用紙でなく新生児訪問依頼のハガキを活用する等を指す。三つめは、保健機関の支援へスムーズに移行できない母親への保健師の介入を容易にするため、助産師が母親と保健師との間をとりもつ＜母親と保健師の橋渡し＞である。具体的には、妊娠期の早い段階から病院で母親と保健師の顔合わせをすること、保健師と一緒に家庭訪問すること等を指す。

（妊婦健診を未受診の人は）地域に帰ると、本人さんがつかまりにくくなってしまうということを（保健師さんが）おっしゃって、だから病院で情報を聞いてもらえるとありがたいと。確かにそうだと思って。病院にはそういう（退院すると所在の分からなくなる可能性のある親子の情報を収集することや、入院中に保健師との面談を設定するという）役割もあるんだなって思って、保

健師さんに病院に来てもらっています。(事例 5)

事例を見たときに、「この人はこういう風にして地域がサポートしている、だから病院としてはこういう情報をもっと提供していけば大丈夫かな」とか、病院が今すべきことというのが明らかになったかなというのは思います。(事例 9)

保健センターと保健所さんとの話し合いの中で、気になる人はちょっと（新生児訪問依頼票のハガキに）一筆添えてもらえると、保健センターの家庭訪問でもただの新生児訪問ではなくて、ちょっと注意して行動を見たりとかするから、そういう（ハイリスクな）エピソードがあったら書いておいてもらえるといいということがあったので、（ハガキを）預かって書いてこっちで出しています。

(事例 7)

住所は〇〇市なんだけど、実家が△△市で、依頼があれば（市を越えて家庭訪問に）行ってくれるみたいなので、事前に〇〇市の保健所に連絡をして、実家の△△市保健所の保健師さんと連携をとってもらって。家庭訪問を依頼しました。(事例 19)

若年の妊婦のときは、助産師が段取りをしてここ（病棟）でお話をしましたね。本人と、本人のお母さんと相手のお母さんと。保健師さん 2 人が入って。顔合わせみたいな感じで、これからこの保健師さんが担当になりますっていう感じで導入していきました。(事例 6)

精神科疾患のお母さんと、若年の妊婦さんのところに自分が家庭訪問をして、なるべく妊娠中に顔合わせを保健師さんとさせていくんです。産後で、保健師さんがいきなり家庭訪問するとちょっとこうなる（拒否される）。「病院の人が行くよ」というと、それは了承されるので、私が一回行って（家庭訪問して）、地域の保健師さんと一緒にまた行って、「この人（が担当保健師さん）だよ」と紹介して、つないでいて、バトンタッチします。(事例 9)

(8)《連携の相乗効果》

進化した連携を経験するうちに、他機関の専門職者と顔の見える関係ができ、気になるケースについて気軽に相談できるようになり、さらに連携が発展することである。2 つの概念からなる。

助産師が、連携の体験をとおして他機関の専門職者とお互いに顔見知りになり、相談しやすい関係ができる<顔の見える関係ができる>と、他機関の専門職者に親子に対する対応や情報提供に関して、小さなことでも気兼ねせず、すぐに<気軽に相談できる>ようになる。

保健師さんが「何かあったら言ってくださいね」と声をかけてくれ、保健師さんと顔見知りになると、じゃあちょっと連絡したりということが出てくる。児童相談所の人とも、「この間はお世話になりました」みたいな感じになり、こういう場合はどうしたらいいんでしょうねと相談できる。相談ができるようになってきたと思うんです。(事例 9)

顔がわかるのがやっぱり一番いいですね。電話して、「〇〇です」と言ったときに、向こうも、「あぁ」って言ってもらえたり、というのはあります。(事例 23)

こういうケースで、こんな感じで、「それはどういう風に動いたらいいの」という相談はさせてもらっています。(事例 17)

本当にちょっと気になるぐらいでも相談というか、「こんな人がいたんだけど」というようなことは伝えられる(相談できる)かな。(事例 23)

(9)【新たな段階の連携が生まれる】

進化した連携を継続するとお互いに顔の見える関係ができ、連携の相乗効果で情報交換がスムーズとなりさらに連携が進化し、多機関合同でカンファレンスを行い支援の方針を決定し、共に支援を行ったり、児童虐待予防のための発見、情報提供、継続的な情報共有という連携のシステムができ、新たな段階の連携へと発展することである。3 つの概念からなる。

産科医療施設のケース関係者と他機関の関係者が合同カンファレンスを開催し、多機関でケースの支援の方針を決定する<協働で支援の方針を決める>。助産師が妊娠・出産に関わった親子を、情報交換し合いながら他機関と一緒に支援する<協働で支援する>。児童虐待発生予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有という連携のシステムができていく<連携のシステムができる>。具体的には、ハイリスクケースの発見のためのチェックリストの共同作成、情報提供用紙の作成、定例会議の開催等を指す。

市役所が入っているケースの場合は、その市役所と何回か連絡をとって話し合いをします。(意見の)ぶつけ合いもしながら。「私はおばあちゃんの家へ訪ねていってみたいです」と市役所の人が言ったり、こっち(病院)は、「もう一回、児相(児童相談所)に交渉ができるかを考えてみます」とか(一緒に検討しています)。(事例 3)

(精神疾患合併の妊婦がいて) 師長と保健所の人で情報交換をし合っていて、その方は妊娠中に入院したり、症状がある方だったので。出産後どうしていくのか、お産をどういう方向に持っていくのかというカンファレンスを、保健師さんとソーシャルワーカーと、精神保健担当の保健師さんと病院でカンファレンスを開いたんです。病院としてはこういうプランで、保健所としてはこういうプランっていうので話し合って(決めました)。(事例 4)

子ども家庭支援センターに連絡してケースの状況を伝え、ヘルパーやベビーシッターが派遣できないのか、どういう支援があるかっていうのを事前に調べてもらうように依頼して。はじめ家庭訪問する予定だったんです。でもこのケースの場合、ご主人が忙しいから、平日職員が(自宅に)来られても対応できないし支援につながらないと思い、一緒に検討してるうちに、今日はどうかということになり、精神科受診の後だったら絶対夫婦でいるし、私も行けるので、支援につながりやすいっていうタイミングを2人でねらって、今日の支援につなげました。(事例 2)

DV で本人が逃げたいけど逃げられないような場合は、あらかじめ段取りを組んで、保健師さんと。入院のときに必ずこれとこれを持ってきてくださいと。そして、そのまま退院時に逃げるというようなこともありましたね。(事例 7)

拡大カンファレンスというのを市でやっているのです。2カ月に1回なのですが、(日程を決めて)それに関係機関が集まるというような形になっています。こちら(病院)から気になるケースの紹介をします。出席するのは、紹介するケースの地区の担当の保健師さんと、保健所の保健師さんと、周産期の師長とNICUの師長と担当のナースと、という感じで、カンファレンスを開くというのを設けているので。(事例7)

グレーゾーンというか、ハイリスクだと最初にわからなかった人でも、実は精神疾患があったり、すごく育児不安が強かったりという人に関しては、今年、保健師さんと共同でチェックリストを作って、それを5月くらいから使い始めて。(事例8)

3) 対極概念による「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展しないプロセス

24事例のうち、連携が発展するプロセスに全く至っていないと思われるケースが3事例あった。この3事例は、他機関から情報がフィードバックされず親子のなりゆきが分からないことによって、最終的に助産師の連携へのモチベーションが低下するという一方通行の悪循環というプロセスに至っていた。また、他の事例でも対極例の存在があり、連携が発展するプロセスがさまざまな要因で阻害される場合があることを意味している。対極例の具体例も多く存在するため対極概念として扱い、連携が発展しないプロセスの結果図を示し、ストーリーライン、各カテゴリーと概念を紹介する。

分析の結果、10の概念、4つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーが生成された。結果図(図4・3)を示す。

(1) ストーリーライン

産科医療施設(総合病院)に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから他機関との連携が発展しないプロセスは、他機関から<情報がフィードバックされない>ことで、<<親子のなりゆきがわからない>>ため支援の振り返りができず<支援の評価や課題がわからない>ことで、<情報提供に確信が持てない>状況になる。また、退院後の子育てを理解するための<長期的な視点がもてない>状況にもなる。情報のフィードバックがないことは、退院後の親子のなりゆきを知ることによって起きる<<支援に還元される学びが生まれない>>ことであった。一方、<情報がフィードバックされない>ことで、親子にどのような支援が行われたのか知ることができず<他機関の支援内容がわからない>、<他機関の役割分担がわからない>と<<他機関理解が深まらない>>状況となり、次第に<他機関にネガティブイメージをもつ>。自己の支援への<<支援に還元される学びが生まれない>>こと、<<他機関理解が深まらない>>ことは、<<連携へのモチベーションが低下する>>ことにつながっていた。

助産師は情報提供する時点で、もし情報がフィードバックされたら自己の支援への気づ

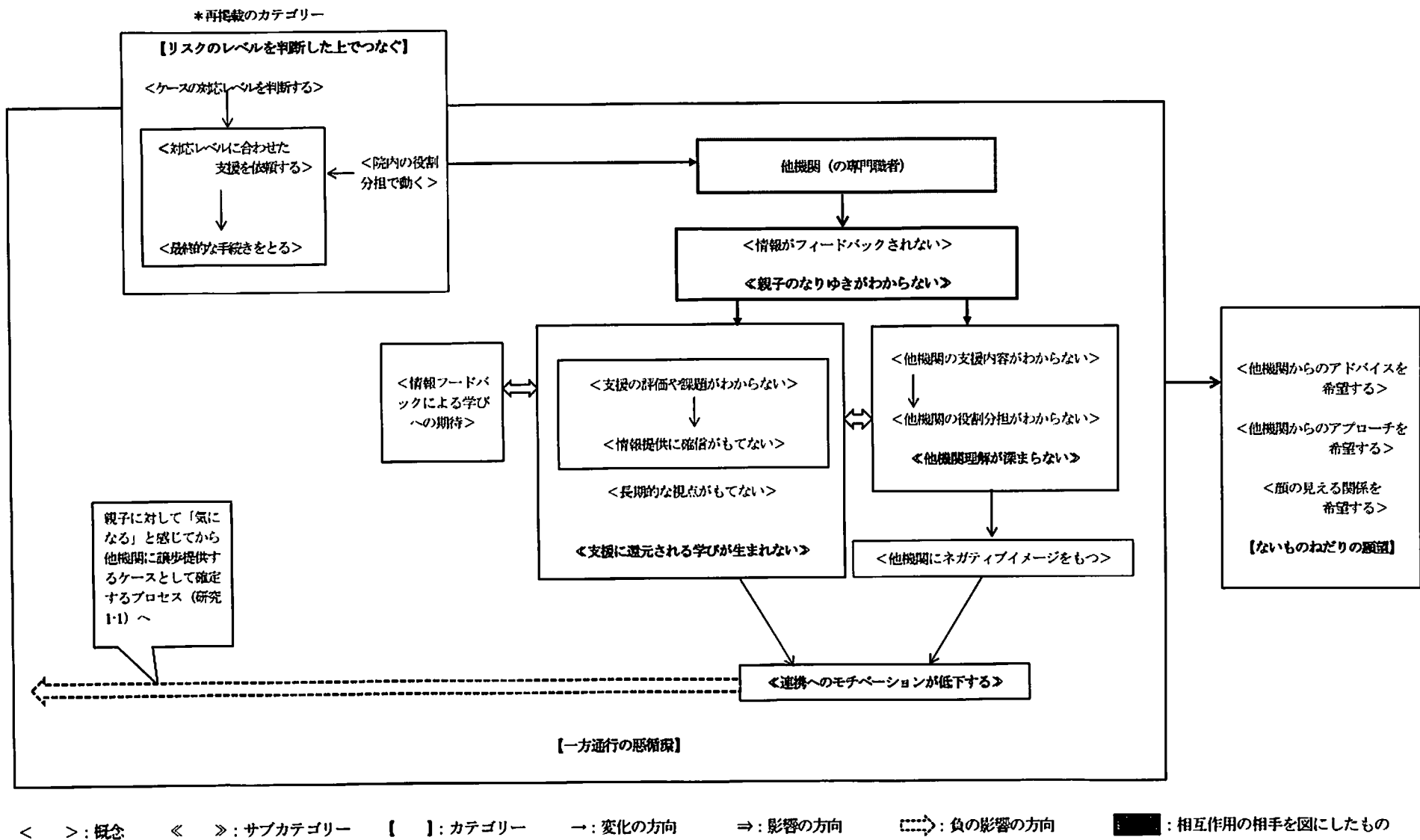


図 4-3 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展しないプロセス

対極概念による結果図

きが得られると＜情報フィードバックによる学びへの期待＞をもっている。情報が得られず、＜支援に還元される学びが生まれない＞ことで期待が裏切られる状況となり、＜連携へのモチベーションが低下する＞。

他機関にケースの情報提供をしてから、他機関からの情報のフィードバックが得られず、＜連携のモチベーションが低下する＞状況でも、日常の援助の中で親子の様子が気になる場合は、リスク状況を明確にし、長期的な視点で退院後の子育てを見極め、同意のハードルを越えて情報提供ケースとして確定するプロセス（研究 1・1）に戻っていき、情報提供ケースと確定した場合は【リスクのレベルを判断した上でつなぐ】。しかし他機関から情報のフィードバックがなく、病院からの【一方通行の悪循環】に陥っていく。

【一方通行の悪循環】を打破したいという気持ちから、助産師は＜他機関からのアドバイス希望する＞、＜他機関からのアプローチ希望する＞、＜顔の見える関係を希望する＞と、情報フィードバックのない他機関に対し、【ないものねだりの願望】を抱くようになる。

(2) カテゴリーと概念

以下にカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、研究協力者の語りをを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。

①【一方通行の悪循環】

他機関から＜情報がフィードバックされない＞ことで、退院後の＜親子のなりゆきがわからない＞状況で、自己の支援の振り返りができないため支援への学びの還元が生まれず、また他機関の理解も深まらず＜連携へのモチベーションが低下する＞。しかし、継続する日常の援助の中で親子の様子が気になる場合は、リスク状況を明確にし、長期的な視点で退院後の子育てを見極め、同意のハードルを越えて情報提供ケースとして確定するプロセス（研究 1・1）に戻っていき、情報提供ケースと確定した場合は他機関へ情報提供される。しかし他機関から＜情報がフィードバックされない＞ことで、助産師の連携へのモチベーションは低下し連携が発展する方向への変化が起こらず、病院からの一方的な情報提供と情報のフィードバックがないことによる負の連鎖が起こることである。4 つのサブカテゴリー、7 つの概念からなる。

他機関の専門職者から産科医療施設の看護職者、他の専門職者に対して、情報提供した親子の退院後の様子や支援の状況の報告がない＜情報がフィードバックされない＞状況のため、退院後の親子の様子がわからない＜親子のなりゆきがわからない＞状況となる。

（ケースの退院後の情報は）すごく知りたいんです。本当は。だけど、退院後の情報はもう分らないです。地域に行っちゃうと、その方がどうなっていたのかっていうことは、実は知りたいです。知りたいけど、知る術もないし。（事例 6）

毎回サマリーをあれだけ送って、しかも返事が返ってくるように、わざわざ用紙までつけて送
てるにもかかわらず返事が返ってこない。(事例 12)

他機関からの情報のフィードバックがないことで、助産師が、情報提供してよかったの
か否か、今後どのような点に注意して親子を支援すればいいか等、**<支援の評価や課題が
わからない>**。そのため、他機関への情報提供がこれでよかったのか**<情報提供に確信が
もてない>**。助産師は退院後の親子の子育ての状況がわからないため、子育てが地域の生
活の中で長期的に続くものであるという認識がもてず**<長期的な視点がもてない>**。他機
関からの、情報フィードバックがないことは**《支援に還元される学びが得られない》**こと
につながっていた。

連絡をして、その後フィードバックがないから、やっぱりどうだったのか(情報を送ってよかつ
たのか、そうでないか)というところはわからないですけど。(事例 12)

本当に何が問題なのかっていうのを、今の状態じゃ見つけられない。本当にこの人問題だったんだっ
ていうのが、(情報が戻ってこないから)結果もなにも分からないから分からない。(事例 15)

自分なりには(情報提供は)やっているつもりなのですが、果たして保健師さんが欲しい情報
をちゃんと送ることができるかという不安も、なきにしもあらずなんです。中には、「もうちょ
っとこういうところはどうだったのかな」ということを、保健師さんが思うのかもしれないと思
うので。(事例 18)

この(情報提供の)お手紙でよかったのかなっていうような。これで、向こうの人はわかってくれ
たのかなっていうような、確信もてない……。 (事例 22)

その先(退院後)も長いですね。まあでも、育児なんか想像もできないです。(事例 10)

妊娠期に関わることもできなかったし、退院してからの人に関わることもなかなかできなかった
ですし。そういう(長期的な)視点が伸ばせないですね。(事例 14)

他機関からの情報がフィードバックされないことで、他機関が親子に対してどのような
支援を行っているのか、助産師が**<他機関の支援内容がわからない>**状況となる。支援内
容だけでなく、他機関の各々が親子に対してどのような支援を分担しているのか**<他機関
の役割分担がわからない>**。他機関からの情報フィードバックは退院後の親子の状況が分
からないだけでなく、**《他機関理解が深まらない》**ことにもつながっていた。さらに、助
産師が他機関に対する理解が深まらないことで、他機関全体や他専門職者に対して否定的
なイメージをもつ**<他機関にネガティブイメージをもつ>**こととなっていた。

(保健センターから返事がないので)どこまで、対処してくれてるのかわからないので私たち
には。(事例 15)

向こう(保健センター)の状況を知ること(が必要)です。(お母さんに)紹介するにも、どうい
うことをしているところか知らないと伝えられないので。(事例 20)

これは県の保健所の方に管轄が、「これはどっちなの？」みたいな。市町村保健師で動けるのか、
中央の保健所なのか、その辺が私たちよくわからなくて。疾患によっても、年によっても違う(制

度変更があった年により異なる)ので。それは臨床の現場ってあまり知らないんです。「何でも保健所でいいだろう」と電話すると、「それは市町村だ」と言われたり、市町村はすごく簡単に事がいくことが、県の方に出すと動いてもらえないとか、そういうのがあってどこを使えばいいのかわからない。(事例 17)

保健センターと保健所ですね。その区分けが、私もあんまりはつきりしていなくて、ほとんどセンターのほうに送るケースが多いんですけど。(事例 24)

私たちの中でも、母子連絡票を作成して、保健師さんをお願いしたから、退院後は大丈夫だろうというような安心感があるとは言いきれないかなっていうのはありますね。(事例 14)

(保健師さんからの連絡は全くない)なので、そこでもう切れちゃっているという感じです。連携がとれているというより、こっち(病院側)も申しわけないですけど、退院した後はお願いねっていうふうな形でずうっとなっている状況なので。(事例 18)

他機関からの情報のフィードバックがないことで、自己の支援への学びが還元されないこと、他機関への理解が深まらないことによる他機関への否定的なイメージができることにより、助産師の《連携のモチベーションが低下する》。

どこまでやってくれてるのか分からないでいると、やり甲斐にならない。「送ってよかったね」ってどうしても言えない。動機づけにならないですね。(事例 15)

助産師は情報提供する際、もし他機関からの情報フィードバックが得られたら、「気になる親子」の発見から連携へのプロセスに関する自身の支援に教育的効果があると期待する<情報フィードバックによる学びへの期待>をもっている。それが支援に還元される学びが得られないことで裏切られる形となり、連携へのモチベーションがさらに低下する。

自分たちがこういうの(情報提供用紙)を送って、その後どういう対応をしてくれたのかっていうところのフィードバックがあると、さらに私たちも、よかったなとか、もうちょっと頑張ろうかなっていうモチベーションにつながるのになって思ったりはします。(事例 5)

自分が違和感をもったケースのその後がどうだったのかというのを追えることによって、自分の経験を固めることができるというんですか。あの違和感って当たっていたんだと思う経験ってすごく重要なような気がします。その先の自分の経験に生かせる。地域でのことは地域でしかわからないから、そこがわかればもっと長い目で(子育て)全体を見られる助産師が育つかないとも思いますね。(事例 12)

②【ないものねだりの願望】

病院から情報提供を行なっても他機関から情報のフィードバックがないという一方通行状態は、徐々に連携へのモチベーションを低下させていく悪循環に陥る。【一方通行の悪循環】を打破したいという気持ちから、他機関からのアドバイスやアプローチ、他機関との顔の見える関係づくりを願うことである。しかしその願いは、この一方通行の関係からは実現可能性が低い状況である。3つの概念からなる。

助産師が産科医療施設からの情報提供について、他機関からのアドバイスを求める<他機関からのアドバイスを希望する>。具体的には、見落としケースについて、不足していた情報について、入院中の援助の強化点等へのアドバイスを指す。他に、病院から情報提供するだけでなく、先に他機関の方から情報提供、問い合わせ、支援依頼があることを願う<他機関からのアプローチを希望する>。他機関の専門職者と顔の見える関係性が構築されていないので、助産師がお互いの顔がわかり相談しやすい関係性を願う<顔の見える関係を希望する>。以上3つの願望である。

もっとこういう風に対応してくれた方がよかったとか、市の方から。そういうのがあったら、ダイレクトに、タイムリーに来てくれると、すごくありがたいと思う。そういった連携方法っていうのは、構築できないのかなって。(事例6)

保健センターから、「この人、見落としした」、「こんなケースあった」と言ってくれたら嬉しいです。そうしたら勉強になるので、ぜひそういうフィードバック（が欲しい）。(事例12)

妊婦健診のときに先に（保健センターから）そういった情報があればいいのになってというのは思っています。(事例5)

あちら（保健センター）の、「もっと教えて」って来てくれたら。私たちの情報提供を待ってるんじゃないかって、「どうですか」って来て欲しい。(事例16)

お互い顔が見えない中でやっているの、顔が見えるような状況であると、きっとより情報を共有したりとか、その方（親子）のために、自由にというか、その（お互いの）立場を利用しながら動けるのかなと思うんですけども。(事例20)

書面上でのやりとりしかしていないので、何か月に1回、保健センターの人と交流を持って、お互いにここのところはこうしていきたいねとか、こうすればいいのかな、とかっていうような話し合いの場というのを持てると、また、お互いに必要な情報を提供できたり（すると思います）。(事例22)

第4節 産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（研究1-1と1-2の統合）

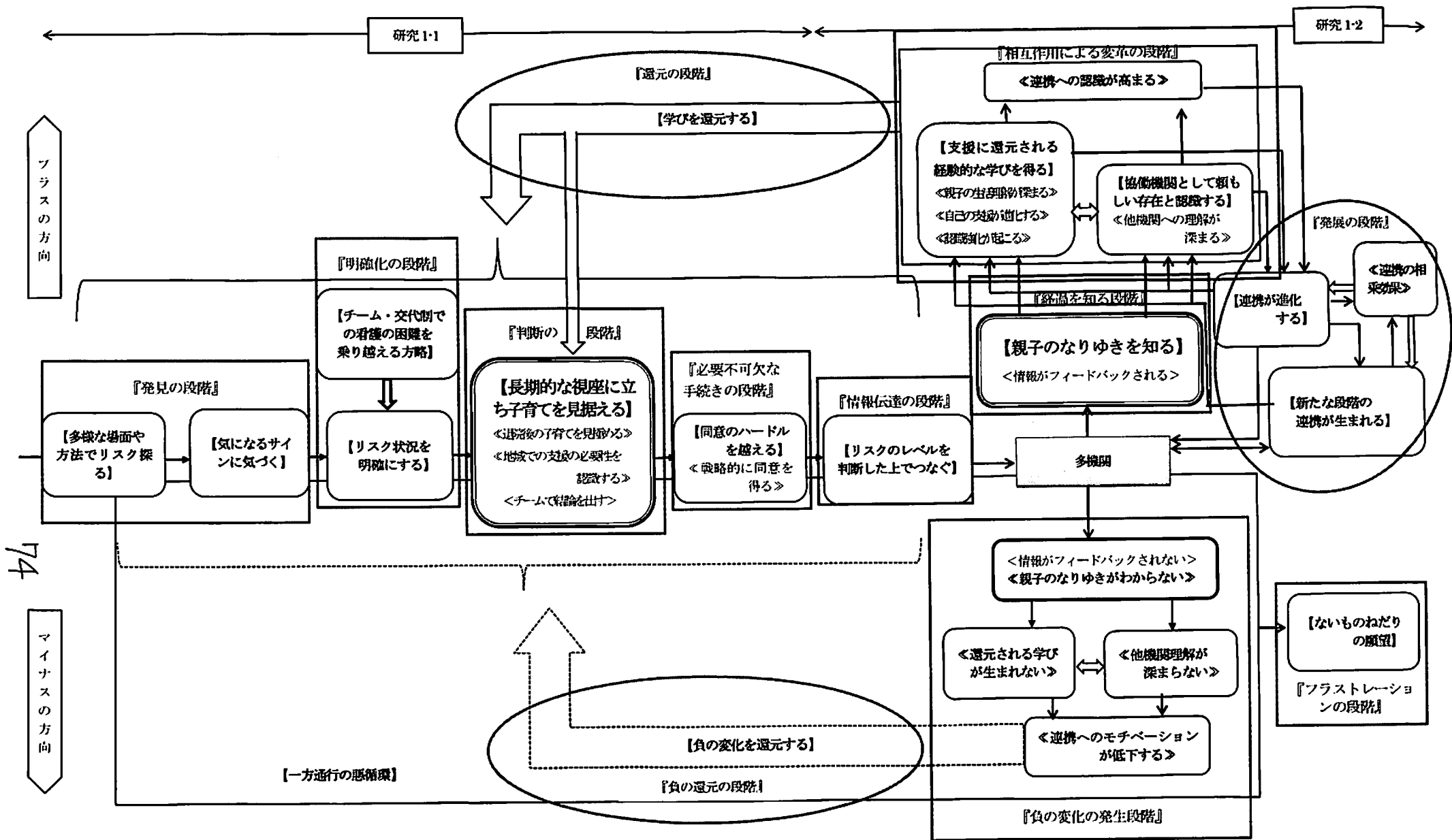
1. 産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（統合結果）

研究1-1と1-2の統合結果である『産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』を、生成したコアカテゴリーとカテゴリー、主要なサブカテゴリー、主要な概念の関係で説明する（図4-4）。

＜＞は概念、＜＜＞はサブカテゴリー、【】はカテゴリー、『』はカテゴリーのまとまりを表す。ゴシック体で表記する。

産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、【多様な場面や方法でリスクを探る】ことで、【気になるサインに気づく】という、『発見の段階』からスタートする。児童虐待の要因を念頭におき、日々の援助の中でリスクを探索し【気になるサインに気づく】。次に、小さなサインを手がかりに関連情報を集め、【リスク状況を明確にする】『明確化の段階』へと進む。総合病院ではチームで医療・看護が提供され多くの助産師や看護師が勤務する。このような環境で【リスク状況を明確にする】ために、【チーム・交代性での看護の困難を乗り越える方略】をとる。そして、コアカテゴリーである【長期的な視座に立ち子育てを見据える】という『判断の段階』で、「気になる親子」を特定する。＜＜退院後の子育てを見極める＞＞ことで、＜チームで結論を出す＞。＜地域での支援の必要性を認識する＞ことは、「気になる親子」を特定することを促す。最後に＜＜戦略的に同意を得る＞＞ことで、【同意のハードルを越える】。そして、この『必要不可欠な手続きの段階』を経て、「気になる親子」が情報提供ケースとなる。ここまでの段階は、主に母親と助産師、助産師と助産師・看護師の相互作用であり、病院の中で展開される。

助産師と他機関の専門職者との相互作用が、情報提供ケースの【リスクのレベルを判断した上でつなぐ】、『情報伝達の段階』からスタートする。他機関の専門職者は提供された情報をもとに支援を実施する。支援後、親子の状況や行った支援や今後の支援の方針について＜情報がフィードバックされる＞。フィードバックされた情報により助産師は、コアカテゴリーである【親子のなりゆきを知る】『経過を知る段階』へ進む。【親子のなりゆきを知る】ことは、＜＜親子の生活理解が深まる＞＞、＜＜自己の支援が進化する＞＞、＜＜認識強化が起こる＞＞という【支援に還元される経験的な学びを得る】。＜他機関への理解が深まる＞ことで、【協働機関として頼もしい存在として認識する】。支援への学びと他機関への肯定的認識により、＜＜連携への認識が高まる＞＞。以上のように、【親子のなりゆきを知る】ことにより助産師の認識や行動が変化する『相互作用による変革の段階』となる。そして徐々



< > : 概念 < > : サブカテゴリー 【 】 : カテゴリー : コアカテゴリー → : 変化の方向 ----> : 負の変化の方向 ⇒ : 影響の方向 -.-.-> : 負の影響の方向

図 4-4 産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師の「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス
生成したコアカテゴリーとカテゴリー・主要なサブカテゴリー・概念の関係

に【連携が進化する】ことで、【新たな段階の連携が生まれる】。《連携の相乗効果》も働いて『発展の段階』となる。

他機関との連携により得た「学び」は、『発見の段階』、『明確化の段階』、『判断の段階』、『必要不可欠な手続の段階』、『情報伝達の段階』5つの段階各々に、【学びを還元する】『還元の段階』となり、情報提供以前のプロセスに戻っていき、新たな親子に出会うことでプロセスは巡回していく。連携の経験により得た支援に還元される学びは、5つの段階の中でも特に、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】力を伸ばしていく。

他機関からの＜情報がフィードバックされない＞場合は、【親子のなりゆきがわからない】状況となり、《還元する学びが生まれない》、《他機関理解が深まらない》ことで、《連携のモチベーションが低下する》という【負の変化】が起き、『負の変化の発生段階』となる。この負の変化は、『発見の段階』、『明確化の段階』、『判断の段階』、『必要不可欠な手続の段階』、『情報伝達の段階』5つの段階各々に、【負の変化を還元する】『負の還元の段階』となり、情報提供以前のプロセスに戻っていき【一方通行の悪循環】の状態に陥る。この状態が継続すると、助産師は【ないものねだりの願望】を抱き『フラストレーションの段階』となる。

以上に述べたように、「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、【親子のなりゆきを知る】ことを基盤とした連携による経験的な学びが、支援に還元されることにより【長期的な視座に立ち子育てを見据える】力を育み、学びが循環されながら連携が発展していくプロセスであることが明らかになった。

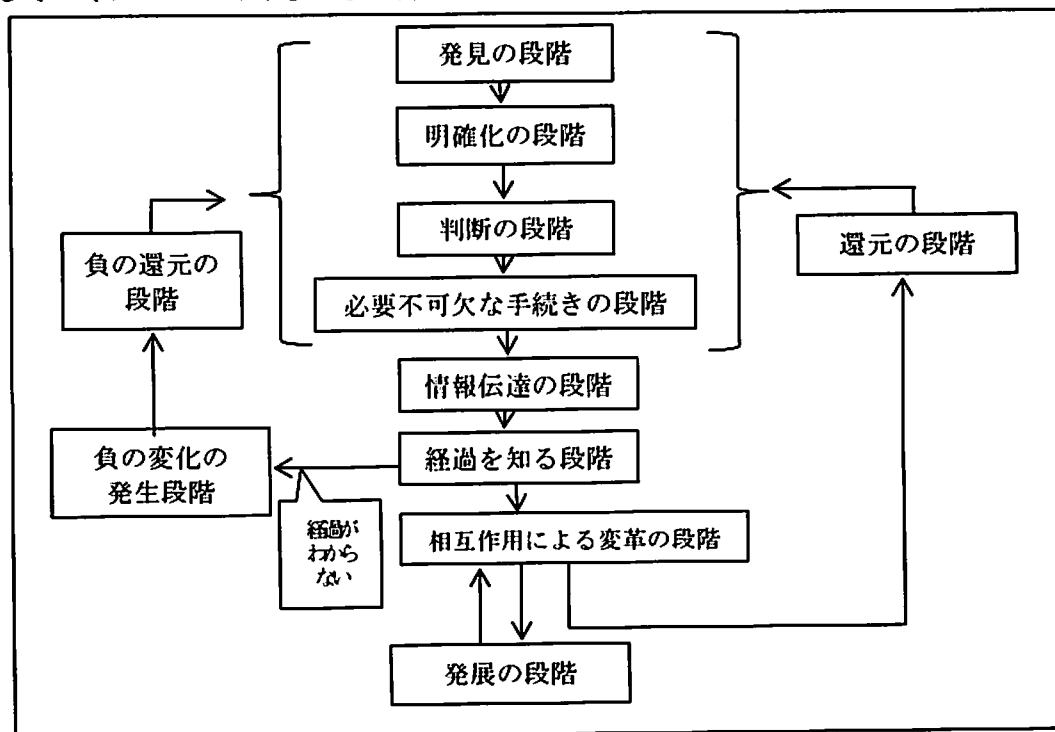


図 4-5 プロセス発展段階として捉えた『産科医療施設（総合病院）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』

カテゴリーのまとまりであるプロセスの発展段階のみを図 4-5 に示した。

コアカテゴリーを中心に表現すると、「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、助産師が日常のあらゆる援助の中でリスクを探り、【**長期的な視座に立ち子育てを見据える**】ことで「気になる親子」を特定し、同意を得て情報を提供し、【**親子のなりゆきを知る**】ことを基盤とした連携による経験的な学びが、支援に還元さえることにより【**長期的な視座に立ち子育てを見据える**】力を育み、「学び」が循環されながら連携が発展していくプロセスであった。

研究 1-1 と 1-2 を統合することで、両者をつなぐ新たなカテゴリーとして、【**学びを還元する**】、【**負の変化を還元する**】という 2 つを生成した。

第5章 第2研究 産科単科病院・診療所における研究結果

第1節 研究協力者の概要

産科単科病院・診療所に勤務する8人の助産師から本研究への同意が得られ、インタビューを行った。研究協力者は全て助産師であった。年齢は29歳～61歳で、平均年齢45.3（±11.7）歳であった。経験年数は6年～36年で、平均16.9（±9.63）年であった（表5-1）。対象者の所属は、医療法に規定された19床以下である診療所が7施設、20床以上の病院（産婦人科単科）が1施設であった。

表 5-1 研究協力者の概要

事例	年齢 (歳)	経験年数 (年)	施設の医療法 区分	インタビュー 時間(分)
1	40歳代前半	12	診療所	106分
2	50歳代前半	26	診療所	107分
3	30歳代前半	10	診療所	73分
4	40歳代後半	15	診療所	101分
5	20歳代後半	6	診療所	60分
6	60歳代前半	36	診療所	86分
7	40歳代前半	15	病院（産婦人科単科）	96分
8	60歳代前半	15	診療所	99分

第2節 研究 2-1 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師の「気になる親子」への気づきから情報提供ケースとして確定するプロセス

1. 研究目的

産科単科病院・診療所に勤務する助産師が、妊婦健診や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとしてどのように確定していくのか、そのプロセスを明らかにする。

2. 分析焦点者と分析テーマ

1) 分析焦点者

本研究における分析焦点者は、『産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務し、「気になる親子」を支援する助産師』である。

2) 分析テーマ

本研究における分析テーマは、『産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス』である。

3. 結果

分析の結果、31の概念、1つのサブカテゴリー、8つのカテゴリーが生成された。M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを図式化した結果図（図 5-1）を示す。＜＞は概念、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリーを表し、ゴシック体で表記する。

1) ストーリーライン

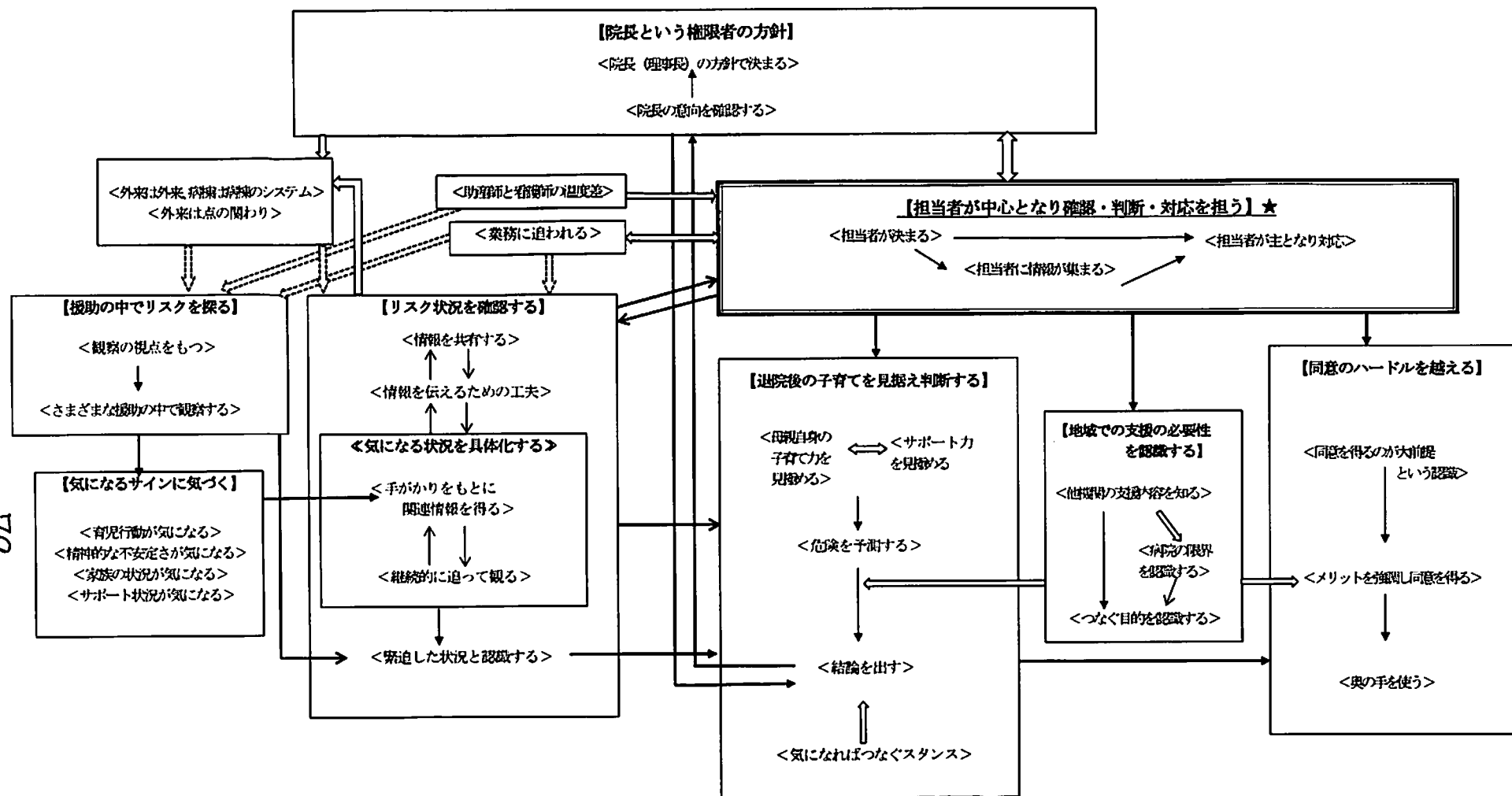
産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスは、助産師が親子のサインに気づいた後、気づきを確認するために看護職者間で情報共有しているうちに担当者が決まり、その【**担当者が確認・判断・対応を担う**】ことを中心としたものであった。担当者はリスクを確認し、退院後の子育てを見据え「気になる親子」と判断し、同意を得て情報提供ケースとして確定していた。その確定プロセスには、【**院長という権限者の方針**】から大きな影響を受けていた。

このプロセスは、あらかじめ母親の赤ちゃんへの接し方や、家族の面会時の様子、児童虐待のリスク要因等の＜**観察の視点をもつ**>という準備をし、外来や病棟での問診や保健指導、授乳援助等＜**さまざまな援助の中で観察する**>こと、すなわち【**援助の中でリスクを探る**】ことから始まる。

リスクを探ることにより、母親の＜**育児行動が気になる**>、母親の＜**精神的な不安定さが気になる**>、＜**家族の状況が気になる**>、＜**サポート状況が気になる**>と感じ、【**気になるサインに気づく**】ことができていた。

リスクを探索し、気になる状況が＜**緊迫した状況と認識する**>場合は、直ちに次のプロセスへと進んでいた。気になるサインは具体的な親子の状況は不明のことが多く、＜**手がかりをもとに関連情報を得る**>ことを、妊娠期から退院後の健診等まで＜**継続的に追って観る**>ことで、《**気になる状況を具体化する**》。得た情報は申し送りやカルテにメモを貼る等の＜**情報を伝えるための工夫**>をし、看護職者間で＜**情報を共有する**>。新たな情報を得た場合は継続的に＜**情報を共有する**>ことが繰り返され、【**リスク状況を確認する**】。

施設によっては院長の方針により、外来には外来のスタッフが、病棟には病棟のスタッフが固定化された＜**外来は外来、病棟は病棟のシステム**>や、外来の看護職者は医師の診察の介助にとどまる＜**外来は点の関わり**>状況があった。＜**外来は外来、病棟は病棟のシステム**>では、病棟の助産師は親子との出会いが入院した時点からのスタートとなり、退



< > : 概念 < > : サブカテゴリー 【 】 : カテゴリー □ : コアカテゴリー → : 変化の方向 ⇒ : 影響の方向 ⇨ : 強い影響の方向

図 5-1 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス

院までの短い期間しか親子に関われないこと、＜外来は点の関わり＞では、母親との関わりが短時間で話を聞くことが十分できないこと、これ等のことからリスクへの気づきや状況確認が困難な状況であった。しかし＜外来は点の関わり＞でなく、問診や保健指導を行っている施設もあり、施設によって状況が異なっていた。

看護職者間で情報を共有しているうちに、日勤勤務が多い助産師や師長に＜担当者が決まる＞。担当者が決まるとそれ以後、＜担当者に情報が集まる＞こととなり、＜担当者が主となり対応＞していた。すなわち、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことになり、以下のことを中心的役割をとり行っていた。産科単科病院・診療所には＜助産師と看護師の温度差＞が存在し、関心の高い助産師が主に担当者になり対応していた。

担当者も他の看護職者とともに追加情報を得てリスク状況を確認し、＜母親自身の子育て力を見極める＞、＜サポート力を見極める＞と2つの力のバランスを見極め、＜危険を予測する＞ことを行い、情報提供すべきケースか否かの＜結論を出す＞という【退院後の子育てを見据えて判断する】行動をとっていた。担当者が役割を担うことは、＜業務に追われる＞看護職者を補完していた。施設によっては、＜気になればつなぐスタンス＞や、逆に大きな問題がなければつながないスタンスが存在し、情報提供への垣根の高低に影響していた。

＜他機関の支援内容を知ること＞は、＜病院の限界を認識する＞ことにつながり、＜つなぐ目的を認識する＞。すなわち「気になる親子」に対して【地域での支援の必要性を認識する】ことで、情報提供することへの動機づけとなっていた。病院の限界を認識できない場合は、自施設での育児相談や家庭訪問等でフォローしようとしていた。

情報提供が必要だと担当者が結論を出しても、＜院長の意向を確認する＞必要があり、最終的には＜院長の方針で決まる＞。このように院内のシステムや他機関への情報提供は【院長という権限者の方針】が影響していた。反面、助産師に任せる院長もあり、助産師に役割と権限が移譲されている施設もあった。

気になる親子の情報を提供をするためには、【同意のハードルを越える】必要があり、＜同意を得るのが大前提という認識＞をもち、＜メリットを強調し同意を得る＞。同意が得られない場合は、支援の道が閉ざされる場合があった。担当者の中には＜同意を得るのが大前提という認識＞が低い人もおり、通常から同意を得ずに＜奥の手を使う＞ことで情報提供を可能にしていた。以上のように最終的には同意のハードルを越えて、他機関に情報提供するケースとして確定していた。

2) 各カテゴリーと概念

以下に1つ1つのプロセスとしてのカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、研究協力者の語りを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。語りはポイントを落とした文字で示し、()は文脈を明確にす

るために研究者が補った。

(1)【援助の中でリスクを探る】

産婦人科外来や病棟の入院中に親子に出会い、妊婦健診での問診や保健指導、授乳・育児援助、退院指導等、さまざまな援助の中でリスクの探索を行うことである。2つの概念からなる。

助産師はまず、親子に出会った時どのような視点で観るのかという＜観察の視点をもつ＞。具体的には、家族の面会時の様子、赤ちゃんへの接し方、児童虐待のリスク因子等を指す。そして、外来での問診や保健指導、入院中の授乳援助や保健指導等というさまざまな援助の中で、母親の話を聞いたり、行動を観察するという＜さまざまな援助の中で観察する＞。

私たちが実際に関わっていて、この人はって思うことに関しては、やっぱりサポート体制があるかっていうところと、後はいろいろと指導しながら関わっていく中で、育児行動がうまくできているのかとか、愛着のある言動が聞かれないとか、そういったところで、ちょっとこの方は今後も追っていかないといけないっていうところで、観る視点ではありますね。個人病院なので、大きな、絶対にこの虐待のリスト（行政と一緒に作成したチェックリスト）に上がるっていうような大きな要因になるような方はそんなにはいないんですけども。時々やっぱり精神疾患を抱えた方とか、だけどサポートがないとか、そういったところもあるので（事例3）

シングルであるとか年が若いとか逆に年がいていとか、経済的にどうなのかとか、それから、家族構成上、この人、援助が得られるのかなとか。それとか多産。（事例6）

何で気づくって……。でもやっぱり授乳しているときにお話を聞いたりとか、退院指導のときに、家に帰ってからのサポートのこととかを聞いて、ちょっとやっぱり気になる。（事例5）

陣痛室にいる間で対応をしてく中で、余りにも、ちょっと受け答えがとか、質問がすごく多いとか、的を外れた質問をしてくるとか。そういうことをみんなが、多分、接していく中で、この人はちょっとというのを、感じてきているんじゃないかなと思います。（事例7）

(2)【気になるサインに気づく】

外来や病棟での問診やさまざまな援助の中でリスクを探っている際に、母親と家族の小さなサインに対して「気になる」と感じている状況である。4つの概念からなる。

＜育児行動が気になる＞は、育児場面における母親の言動や行動、胎児に対する母親の妊娠管理行動に対して、助産師が「大丈夫だろうか」と気になる状況である。具体的には、育児に不慣れ、育児に積極的でない、児への否定的な言動、妊婦健診の定期受診ができない、育児に柔軟に対応できない等を指す。＜精神的な不安定さが気になる＞は、助産師が母親から話を聞いたり、相談・指導をする中で不安が強い言動やうつ的な言動や行動、目が合わない、落ち着きがない等に対して「気になる」と感じている状況である。＜家族の

状況が気になる>は、助産師が母親の家族の状況に対して、「気になる」と感じている状況である。具体的には、家族の不仲、DV、シングル、父親の違うきょうだい、多産等を指す。<サポート状況が気になる>は、助産師が、親子に対する家族等のサポート状況に関して「気になる」と感じている状況である。援助の中でリスクを探り、上記に述べた4種類の気になるサインに気づいていた。

気になるなってしまうケースは、やっぱりすごい育児が不慣れで、ちょっと不安そうな表情を見せたり、疲労度が強いような人は、この人大丈夫かなって思うんだけど。(事例1)

産んでからおっぱいをあまりあげたくないって言って、ずっと(赤ちゃんを)預けっ放しにしたりとか、部屋にいて、それこそぬいぐるみの人形は抱っこするけど赤ちゃんは抱っこしないっていう感じで。(事例4)

子どもに見られていると、自分が責められている感じがして怖いとかっていうお母さんなんかもいました。赤ちゃんに、大きい目で見られると、自分が母親としてちゃんとできているのか責められている感じがするっていうお母さんなんかもいて。(事例3)

精神的におかしいかなと思うようなことがありますよね。何となく、ここ(外来の保健指導室)へ来ていても視線が合わないような、何かちょっとこれは問題があるなというような感じがすることもあります。(事例6)

分娩時に点滴のラインをとろうとしたら、腕とか肩にあざがあったんですよ。夫のDVじゃないか、何か怪しいね、あの患者さんって言っていたんですけど。(事例5)

もう別れるのこの人と、なんて言いながら、子どもを産んじやったような人とか。(事例8)

40歳代の初産婦さんがいたので、そうすると、もう(親は)70とかになりますよね。そうすると、母は病気なので、育児を手伝ってもらえませんか、入院中ですか。ご主人もそれぐらいになっちゃうと、管理職とかについている人が多かったりとかすると、手伝ってもらえないとか。そうすると、まるっきり一人でお家に帰って、何でもやらなきゃってなっちゃう。(事例7)

実家は遠方で、こちらで出産。ご主人は常に(仕事で)外に出ている人で、自分一人。それで、お母さん(祖母)はといたら、あんな親は見たくもないみたい。だから生まれたことも言わないという人で、すごく気になった。(事例8)

(3)【リスク状況を確認する】

気になるサインに気づいた後、具体的な追加情報を得て関係する看護職者間でリスクの状況を確認することである。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

助産師が親子に対して「気になる」と感じた後、具体的な親子の状況を確認するために、気づいたことを手掛かりにして<手がかりをもとに関連情報を得る>。その後も継続的に観察し、リスク状況の確認を行う<継続的に追って観る>。具体的には、外来から病棟への観察継続、入院から退院までの観察継続、退院後の電話訪問、母乳相談、産後2週間健診、育児相談等を指す。継続的に関連情報を得ることで<<気になる状況を具体化する>>。

退院後は、自宅に帰るか、実家に帰るか。実家に帰る場合は、どのくらい実家にいるのか。お母さん（祖母）とかが手伝ってくれるんですよね、とか。後は、自宅に帰る人は、ご主人の勤務状況。何時に出て何時に帰ってくるかっていうのを聞いて。（事例 1）

あんまり汚い格好をしていると、経済的にこの人どうなのかとか、聞いてみたくなる。見るからに連れてくる子が汚っぽいのに、子どもをたくさん産んじやってどうなのというようなときは、いろいろと聞いてみたりしますよね。（事例 6）

外来から保健センターに（情報を）送るようなことは、ないような気がします。とりあえず、（気になったケースでも）入院生活を送ってみて（決めます）。（事例 7）

（外来で気になった母親は）4日、もしくは5日間なりの入院期間の中で、ここでもいろいろと保健指導をしたり、様子を覗いていたりするんですけど、そのときの様子とかを見ていて、あら、案外大丈夫じゃない、とか、やっぱり心配とか。（事例 8）

助産師は「気になる」と感じた情報を、他の看護職者に伝えるため、外来での気になる情報を病棟の看護職者に伝えるために＜情報を伝えるための工夫＞を行っていた。また、個人で「気になる」と感じた情報を、申し送りや休憩時間等に提供し合い＜情報を共有する＞。共有した情報を＜情報を伝えるための工夫＞をし、外来や病棟と異なる部署でも＜情報を共有する＞ことを行っていた。

ノートはあります。分娩室用と、どこでどの人（看護職者）が電話をとってもいいようにノートがあって、予定日と問題になることは一言で書けるようにして。もっともっと大変な人のことは日誌に張り紙がしてある。この方から電話が来たらちょっと注意だから、こういう方だから、とか。（事例 2）

ちょっと気になる方は、外来が終わった段階ですぐに上（病棟）に上がって来て、こういう人がいますと。後はそのまま申し送りを、私たちが毎日毎日、その人はこういう人ですっていう情報を送るんです。なので、スタッフ全員が把握できるようになっています。（事例 3）

先生（医師）のところにしている人もいるし、助産外来で覗いている人もいるので、ああ、あのね、みたいに。あそこではどうだった、こうだったみたいなのを、わりと共有していると思います。みんな、情報は。（事例 4）

（褥婦担当とベビー室は）申し送りは、一緒に聞かないんです。聞かないから、送る感じですね。送ったり、送られたり。情報として共有する。（事例 7）

「気になる」と感じた時点、気になる状況を具体化した時点で、ただちに地域での支援を思いめぐらせるほど、深刻な問題状況が発生しており、助産師が＜緊迫した状況と認識する＞場合もあった。その場合は直ちに次の判断の段階に進んでいた。

急に過換気になって、不安になって。部屋をあけて、「誰か助けて」って言ったり。ナースコールを担当の人（看護師）が押してきて、行ったら、本人（母親）が、ハアハア、ハアハアして、過換気。もう、「苦しい」って言って。眠ったほうがいいからって言っても、眠りたくない。「眠ると死んじゃう」って言う。そんな感じで、これはおかしいって。（事例 1）

30 何週になってから来た人で、それこそ未婚で、親が連れてきて、どうも妊娠しているみたいだ
って言って。母子手帳ももらっていないので、こっちから保健センターに連絡して。(事例 6)

(4)【援助の中でリスクを探る】、【気になるサインに気づく】、【リスク状況を確認する】に マイナスの影響を与える 3 つの概念

施設では院長の方針により、外来と病棟の看護単位が分かれて固定化されている<外来
は外来、病棟は病棟のシステム>があり、この場合、病棟の助産師は親子との出会いが入
院した時点からのスタートとなり、退院までの短期間でリスクを探ることから、リスク状
況を確認する必要があった。外来の妊婦健診において看護職者は医師の診察の介助にとど
まる<外来は点の関わり>は、親子と関われる時間が短く、「気になる」と感じることがで
きにくい環境であった。外来で助産師が問診をとり、保健指導を行う施設もあり、施設に
より状況が異なっていた。近年では分娩の集約化が進み、分娩を取り扱う施設では業務が
繁雑となっている。<業務に追われる>状況では、助産師が業務に追われて、「気になる」
と感じた親子の情報を収集したり、チームで話し合う等が行えず、「気になる」と感じて
も情報提供するか否かの判断に至らない場合がある。

(診療所) のシステム上、妊娠中から関わるのが少ないので、お産に入っていきなり、一期一
会じゃないけれども、その短い時間に。(事例 2)

当院では、外来スタッフと病棟スタッフが、結構分かれてしまっている部分が多くて。なるべく
助産師は病棟でお産を中心にやっている感じで。外来スタッフは、看護師がほとんどメインでやっ
ているんです。(事例 3)

外来っていったって、先生の診療がちょっとで終わっちゃうから、その看護婦さんも、その診
療介助についているぐらいだから、そんなに長く関われないんですよ。外来で、そういう相談コー
ナーも特にもないから。(事例 1)

外来は本当に外来で診療介助みたいな感じになっているので。もっと外来から、もうちょっと関
われたらって。(事例 5)

うちなんて、お産難民をつくらないための施設のようなものだから、もう本当に忙しくて。母子
同室で予約でやっている施設は、(気になる親子の情報提供を) ぼっちやっているとと思うんだけど、
もう本当に、手のすき間からこぼれているんじゃないかなっていう感じはあるんです。(事例 2)

現場が忙し過ぎて、退院すると「はい、おめでとうございます」って、そこからの関係ってま
ず持つことがなかったので、よっぽど気になる人じゃない限りは。まあうまくやっているのかなっ
て、普通の生活を送れているのかなっていうぐらいで。そこまで帰ってからのことに興味を持つこ
とが余りなかったのかもしれないなって。(事例 3)

(5)【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】(コアカテゴリー)

担当者が決定し、担当者が主となりリスク状況の確認や情報提供するケースか否かの判

断、母親・家族・他機関との対応等を担うことである。3つの概念、1つの影響概念からなる。

看護職者間で情報共有しているうちに、「気になる」と感じた親子を、退院まで追って関わっていく担当者が、日勤勤務が多い助産師や師長に決まる<担当者が決まる>。すると、他の看護職者から<担当者に情報が集まる>。「気になる」と感じるケースの担当者になった助産師は、集まった情報をもとに<担当者が主となり対応>する。具体的には、最終判断をする、母親・家族から同意を取る、書類を作成する、他機関に電話をかける等を指す。

みんな勤務がばらばらだから、一人（の助産師）で追いかけるのはできないから、自然に2人ぐらいかな。さっき言った（緊迫した）ケースも、（日勤が多い）私と婦長さんみたいな感じに、自然になっちゃったし。（事例1）

お産の件数が多いのもあって、（スタッフは）なかなかじっくり関わることができなくて。私は今（師長なので）、なるべく、ある程度、勤務につくというよりは、全体を見て、気になる患者さんがいればその人につきっきりになるような感じの勤務の仕方をしているので。なので（私が担当して）。情報としてみんなこっち（私）に持って、上げてくるので。（事例3）

そういう人たち（担当者）に情報を入れてくる。カルテに誰々が担当なんて書いていないんだけど、そんな大きい病院じゃないから、（担当者が）分かるから、みんな言ってきてくれる（事例1）

みんなが、雑談のように、ちょっとこの人は注意したほうがいいよとか、そんな感じですかね。後は、ベビー室からとかからも、抱き方がちょっと慣れないとか、何か怖そうとか、そういうのも、やっぱり（担当者の）師長さんに上がってくる感じ。（事例7）

退院の日はスタッフが少なくて、お産が多いと、その人（気になるケース）に誰も関われないと思ったから。その前日のいろんな、保健センターと先生（医師）とのやりとりを、全部私が知っているから、私が行ったほうが話がわかりやすいと思った。対応が不十分になっちゃうと思った。それで出（休日だけど出勤し）ていきました。（事例1）

関わったことで何かが変わったかとかっていうところも、また情報として（担当者の私に）入ってくるので、じゃあ今後この人は、このまま継続して地域にも送って、もうちょっと継続してもらったほうがいいかなっていうところに結びついたりしますかね。（事例3）

助産師と看護師では、親子に対して「気になる」ことを探索したり、状況を確認し情報提供ケースとして判断することに対して認識の差<助産師と看護師の温度差>がある。具体的には看護師より助産師の方がこのことに関心が高く、積極的に対応している状況であり、「気になる」と感じる親子の担当は助産師になることが多い。

（看護師は）同じように（気になるケースに関して）話はしますが、追いはしないね。そこまでの仕事はしていないですね。何かで動くとしたら、助産師の方ですね。やっぱり必要性の度合いっていうのが判断できるのかもしれないけど、これは本当に動かないといけないぞって。（事例2）

（看護師は）気にはなっているような感じはするね。何かちょっとおかしいよねとかっていう表現

はするから。だけどそれを、報告というか、吸い上げてこっちへ言ってくれるとかというところまではいかないかな。(事例 6)

(6)【退院後の子育てを見据えて判断する】

母親自身の子育て力とサポート力のバランスを見極め、退院後の子育ての危険を予測し、情報提供するケースか否かを判断することである。5つの概念からなる。

助産師は「気になる」と感じた親子のリスク状況を確認した上で、退院後の生活の中で母親が子育てできるかどうかを、母親の育児技術、生活状況等をふまえて＜母親自身の子育て力を見極める＞。それと同時に、家族や周囲のサポートを受けて子どもが育てられる＜サポート力を見極める＞。両者のバランスを考慮し、退院後の子育ての＜危険を予測する＞。そして、チームまたは担当者単独で他機関へ情報提供するという＜結論を出す＞。

全くサポートがなくても自分で育てていくという意志が明らかに見えていて、この人は大丈夫ってところは私たちも判断するので。(事例 3)

結局実家に帰っていてもしょっちゅう電話がかかってくるんですよ。余りに電話がかかってくるので。7回以上電話がかかってくる、質問の内容は全く同じとかね。そういう風だったので、保健センターに、ちょっとこれはっていうことで…。(事例 4)

退院指導が終わって旦那さんだけちょっと来てもらって、この後の育児とかはどうですかって、何かお手伝いの方とかどうされるんですか、みたいな話を聞いたんですけど。旦那さんもへらへらして。仕事もフリーターらしくて。「僕、家にいるし」みたいな感じで、「何とかできますから」、みたいな感じで。お母さん(祖母)とかお手伝いの方はいらっしゃいますかって聞いても、別に、みたいな感じで、「ええっ」と思って。(事例 4)

(気になったケースでも)入院生活を送ってみて、お母さんたちとか、家族のサポートがあって、大丈夫そうだね、という人もいます。(事例 7)

夫のDVを受けていそうとか、そういう感じになってくると、子どももDVとかネグレクトみたいな感じになってもっていうので、送っていますけど。(事例 5)

(妊娠期に自分のお腹を叩いた)その人は、生まれてから、家に帰ってから子どもに対してそういう、何か出ちやいかんと思って、この子がいるからという感じで、(虐待を)やっちゃいかんと思って、(連絡票を)出しましたけど。(事例 6)

その勤務で働いている人の中で話し合いをしたり、じゃあこれを出す必要があるのかっていう検討をしたりっていう形ですかね。(事例 3)

(赤ちゃんに興味を示さず、育児に消極的)という方だったので、その退院指導のときも、お子さんの育児も大変でしょうから、すぐ新生児訪問で保健師さんに行ってもらいましょうかって言った。(事例 4)

「気になる」と感じた親子はそのままにせず、退院後も他機関にフォローしてもらうために情報提供するという助産師や施設全体の＜気になればつなぐスタンス＞があり、情報

提供することを容易にしていた。逆に大きな問題がなければつながらないスタンスも存在し、その場合は情報提供を困難にしていた。

ちょっと気になるなというケースは、連絡をとります。(事例 6)

(気になったケースでも) 入院生活を送ってみて、お母(祖母)さんたちとか、家族のサポートがあって大丈夫そうだね、という人もいるので。でも一応、送っておこうかという感じですかね。(事例 7)

(7)【地域での支援の必要性を認識する】

産科単科病院・診療所の限界を知ったうえで、何のために、どのような支援が必要かを認識することである。これは情報提供することへの動機づけとなっていた。3つの概念からなる。

助産師が、地域で生活する親子に対する他機関の支援内容を知っている<他機関の支援内容を知る>ことは、何のために他機関に情報提供するのか、すなわち他機関から必要な支援を受けて母親が子育てできるようになるためであるという<つなぐ目的を認識する>ことである。<つなぐ目的を認識する>ことは、助産師が認識することにつながっていた。また、<他機関の支援内容を知る>ことは、「気になる」と感じた親子の退院後の子育てを支援するのには、病院(診療所)では限界があると<病院の限界を認識する>ことになり、さらに<つなぐ目的を認識する>ことにつながっていた。

退院後の人(精神疾患のお母さん)は、精神科の病院の受診をコーディネートしてくれたりとかはありますよ。(事例 1)

保健師さんが、産む前に訪問してくれるケースもありますし。それから、産んだときに連絡をくださいで、病院で、こちらで(一度面談して)っていうのもある。そこで、産んでからの訪問を約束して。(事例 6)

病院側は、(退院後は)自分たちが見られない分、やっぱり後のサポートを(保健センターに)任せることしかできないので。(事例 2)

(診療所に勤務する)自分たちが直接できなかったにしても、サポート体制をそのまま継続していけるような状況ができればっていうところに関心をもてるようになりましたね。(事例 3)

その(産後1か月健診)後はやっぱりもうわからなくなっちゃうので、やっぱり保健センターに……。 (事例 5)

ここ(診療所)で接するのはせいぜい4日から5日なんです。入院期間がね。だものだから、その間に全部というのは難しいですよ。後はやっぱり行政に……。 (事例 6)

(退院して)手を離れてしまうとね。私たちは施設の中にいる人間だから、手を離れてしまう。(事例 8)

(8)【院長という権限者の方針】

産科単科病院・診療所に勤務するスタッフ全員が従わなければならない、院長（理事長）の診療所の理念や経営・治療・支援等の方針である。外来での診療体制システムや他機関との連携を要する決定に対して大きな影響を与えていた。2つの概念からなる。

院内の通常業務以外のことに對して、助産師が院長に報告・相談し、院長の意向を確認し許可を得る＜院長の意向を確認する＞ことが行われていた。具体的には、他機関への情報提供、家庭訪問、院外の会議への出席等に対して意向を確認していた。そして院長（理事長）の方針で、診療所における親子への治療・支援の方針、他機関への情報提供の可否等、さまざまなことが＜院長（理事長）の方針で決まる＞。反面、他機関連携は助産師に任せる院長もあり、助産師に役割が委譲されている施設もあった。

産婦人科医院に勤めているスタッフとしてだと、やっぱり勝手には動けないので、訪問するにしたら、一言、院長に連絡をして、させていただくという許可を得てからでないと、やっぱり動けないですよ。（事例2）

（院長に相談したら）基本はオーケーですね。この人だめとは言われたことがないと思います。でも院長先生には必ず相談しますね。（事例5）

ただそれ（保健センターとの交流）も、病院長が動いてくれないことには、私たちだけじゃ動けないんですよ。やっぱり、いい（不要だ）よそれはと言われたら終わりですからね。変なPRは医院の中ではできないので。パンフレットも置けないし。それも医者（院長）の意向。開業医だから。（市のパンフレットも）置いていない。置けない。置いちゃいけない。（事例2）

うちのオーナー（理事長）の考え方です。オーナー（理事長）の考えを、すごく細かく出されているわけじゃないですけど、妊婦さんに、保健指導が必要であるとか、友達づくりが必要であるとか、産後のお母さんたちに援助が必要だとか、マタニティーブルーを起こさないようにしてあげなくてはいけないとか。そういうのは、オーナー（理事長）の考え方です。それを私は受けて、やっています。（事例8）

(9)【同意のハードルを越える】

情報提供するという結論を出した後、母親や家族から情報提供に対する同意を得て、他機関への情報提供ケースと確定することである。3つの概念からなる。

助産師は他機関に情報提供する際、母親や家族の同意を得ることが大前提であるという＜同意を得るのが大前提という認識＞をもっている。そのためできるだけ同意を得るために、母親・家族に対して地域支援のメリットの部分を強調して説明し、意図的に同意を得る＜メリットを強調し同意を得る＞。同意が得られない場合は支援の道が閉ざされることもあった。同意を得ていないことを示して情報提供する＜奥の手を使う＞場合もあった。助産師の中には、通常、情報提供の同意を得ずに、新生児訪問の同意を得て、保健師に訪問依頼の連絡の際に便乗して情報提供するという＜奥の手を使う＞人もいた。

ご本人に同意をとらなきゃいけないんです、これ（情報提供の用紙）を出すときに。（事例 1）

情報提供についての同意っていうのを、本人とか若年だったりするとご両親にとったりとかもするので。一応、同意を得られた人だけ、今は提出している感じですね。（事例 3）

地域に保健婦さんがいて、そういう人が訪問して様子を見てくれたりするんですと言って。そういう人が気をつけて見に来てくれて、プロの人だから、すごい言葉とか言ってくれるから、ちょっと連絡をとって来てもらうのがいいと思うんです。来てもらうに当たって、私から、ママのお産がこうだったとか、ちょっと今はこういうことで困っているとか、情報を入れてもいいですかって聞くと、ほとんど 100% 近く、「はい、いいです」って言ってくれる。（事例 1）

（同意をとる時には）家に帰ってから、そういう訪問に来てくれるからって言ったと思います。（家に帰ってサポートが得られる）と言っています。いい感じのことを強調して・・・。（事例 5）

（保健師さんに訪問に）行ってもらうには、はがきが必要に、新生児訪問連絡票が要ります…。はがきを出してもらえば来てもらえるからって。このはがきを出しておけば来てもらえるから出しましょうかって言って、今、書いておいてもらえば、私が投函しておきますよって言って…。そこで名前を書いてもらって。気になるケースだから、これは絶対に出すしかないと思って。（事例 4）

これは本人には言ってありませんということは言います。これは本人には言っていないけど、気になったのでちょっと連絡しますのど。（事例 6）

3) 概念の対極例とその意味

M-GTA ではデータを概念の定義に照らし合わせ、類似例と対極例を継続比較検討していく。対極例を検討する意義は、解釈が分析する人間によって恣意的に偏る危険を回避するためである。すなわち、分析者の関心に都合のよりデータ部分だけを選び抜いて結果をまとめたのではないことを保証することになる（木下，2003）。

今回の分析で対極例が確認された概念は 10 概念であった。この分析において概念の対極例が意味することは、対極例によって異なり次の 2 つに大別された。1 つは、助産師が親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定して行くプロセスの流れが阻害されるもの、2 つ目は、逆にプロセスを促進するものであった。

以下に概念の対極例を、協力者の語りをを用いて説明する。

(1) 【リスク状況を確認する】カテゴリーに存在する対極例

【リスク状況を確認する】カテゴリーに存在する対極例は、＜手がかりをもとに関連情報を得る＞の対極例である＜関連情報が得られない＞、＜継続的に追って観る＞の対極例である＜妊娠期から気になれば他機関に情報提供する＞の 2 つが生成された。

助産師が親子に出会っても、外来からの関わりがほとんどなく、関わる時間が短かくリスクの状況を確認できるほど＜関連情報が得られない＞状況にある。プロセスを阻害する対極例である。

(経済的に問題があるかは) 院中に、そこまでどんな感じかっていうのがわからない。誰と同居しているとか、帰ったら、旦那さんは何時に帰ってくるのとか、すぐ自宅に帰るのとか、そのくらいの情報しか得られなくて、実際に家を見ていないから、私たちはそこまでつかみにくい。(事例 1)

ただもう一步、もうちょっと踏み込めないっていうか、(診療所) のシステム上、妊娠中からかわることが少ないので、お産に入っていくなり、一期一会じゃないけれども、その短い時間に、ずうっと流れて見ているわけじゃないから。(事例 2)

助産師が親子に対して「気になる」と感じた場合は、産後まで継続的に追わず<妊娠期から気になれば他機関に情報提供する>。プロセスを促進させる対極例である。

気がついた場合はそうですね。妊娠の時から保健センターに連絡してますね。産後うつみたいになってくれば別ですけど、そういう人も、もうめったにないものでね。今まで、お産後、急に困っちゃって電話したというのはなかったような気がします。ここ 2～3 年でね。つながっているケースで、生まれまして、今はこういう状況ですという報告はしますけどね。(事例 8)

(2) 【援助の中でリスクを探る】、【気になるサインに気づく】、【リスク状況を確認する】カテゴリーにマイナスの影響を与える概念の対極例

【援助の中でリスクを探る】、【気になるサインに気づく】、【リスク状況を確認する】カテゴリーにマイナスの影響を与える概念の対極例は、<外来は外来、病棟は病棟のシステム>の対極例である<外来も病棟もどちらも勤務>、<外来は点の関わり>の対極例である<外来でも妊婦に関わる>の 2 つが生成された。

外来と病棟の勤務が分かれておらずどちらも勤務する<外来も病棟もどちらも勤務>の診療所のシステムは、プロセスを促進する対極例である。

クリニックなので、外来業務は外来業務、病棟は病棟という業務ではないので、あらゆるスタッフが、あらゆる仕事をする。だから、私も外来に行って、保健指導をするというようなことをするんですけども。(事例 8)

外来でも点のかかわりではなく、助産師が問診や保健指導に関わる時間をもつ<外来でも妊婦に関わる>施設もある。プロセスを促進する対極例である。

(外来で) 問診をするときに、結構時間をかけて問診をするので。(事例 3)

ここ(外来の保健指導室)で、前期と後期で、20 週ぐらいの妊婦さんと 30 週ぐらいの妊婦さんに、2 回、前期の保健指導と後期の保健指導というので当たるんですけども。(事例 6)

(3) 【退院後の子育てを見据え判断する】カテゴリーに存在する対極例

【退院後の子育てを見据え判断する】カテゴリーに存在する対極例は、<気になればつなぐスタンス>の対極例である<明らかな問題がなければつながないスタンス>が生成された。

大きな問題、明らかな問題がなければ、気になるサインがあっても情報提供しないとい

うスタンスである。プロセスを阻害する対極例である。

本当にちょっとこの人は気になるって、明らかにみんなが気づくような人しか紹介（情報提供）していないと思います。（事例 5）

（4）【地域での支援の必要性を認識する】カテゴリーに存在する対極例

【地域での支援の必要性を認識する】カテゴリーに存在する対極例は、＜他機関の支援内容を知る＞の対極例である＜他機関の支援内容が分からない＞、＜病院の限界を認識する＞の対極例である＜自施設のみでフォローする＞の 2 つが生成された。

＜他機関の支援内容が分からない＞は、助産師が「気になる親子」に対する他機関の支援内容を知らない状況である。他機関の支援内容がわからない場合は、助産師が他機関に頼らず、親子の退院後の子育てが大丈夫のように、自分の勤務する診療所のみで支援しようとする＜自施設のみでフォローする＞という動きにつながっていく。自施設のフォローとは、具体的には電話訪問、家庭訪問、1 歳までの育児相談等である。どちらもプロセスを阻害する対極例である。

保健センターでどうやるかっていうのをわかっていないんですね。（事例 2）

うちのスタッフも、私以外は余り知らないと思いますよ。保健師が何をしているか。（事例 4）

（退院後 2・3 週間目で）電話訪問は必ず入っていたので、その声の感じとかで気になる人は、私は訪問したんだよね。院長に相談して。ちょっと行かせていただきますって言って。自分の時間で行ったんだけど。何か気になったんだよね、お母さんが。そうだね、自分たちの手で（フォローしようとしてる）。（事例 2）

（気になる）本人に（退院後数か月して）、ここでお産をして何カ月ぐらいになるけど、どうです？
って。言動とかがやっぱり気になる方に関しては、こちらからちょっと、育児、今困っていることはないですかとか、育児に関してじゃなくて、おっぱいでトラブルがあれば来ていいですよとか、そういったところで来てもらったときに、また話をしたりとかっていうところで、ちょっとフォローはしていました。（事例 3）

（5）【院長という権限者の方針】カテゴリーに存在する対極例

【院長という権限者の方針】カテゴリーに存在する対極例は、＜院長（理事長）の方針で決まる＞の対極例である＜助産師への役割と権限の委譲＞が生成された。

院長が、診療所における親子への支援をある程度、助産師に任せることである。具体的には分娩期の援助、育児相談等の退院後プログラム、他機関との連携等である。このような状況になるためには、院長と助産師の信頼関係が必要である。プロセスを促進する対極例である。

すごく理解がある院長先生なので、もうお産に関しては「助産師さん」みたいな感じなので。「先生、こうしましょう」って言うと、「じゃあそうしよう」みたいなところもある（事例 3）。

もう何でも（退院後の育児相談等）好きなようにやってくれって感じなんです。先生（院長）としては、先生（院長）はお産が終わればいいって。回っているからいいかな。（事例 4）

(6)【同意のハードルを越える】カテゴリーに存在する対極例

【同意のハードルを越える】カテゴリーに存在する対極例は、＜同意を得るのが大前提という認識＞の対極例である＜同意を得ずに情報提供するというスタンス＞、＜メリットを強調し同意を得る＞の対極例である＜同意が得られず支援の道が閉ざされる＞の2つが生成された。

日頃から、母親・家族に情報提供のための同意を得ずに、他機関に情報提供するという＜同意を得ずに情報提供するというスタンス＞の助産師がいた。具体的には、母親に新生児訪問を勧め、訪問依頼の連絡をする際に保健師に情報を提供するという方法である。保健師の訪問に対する同意は得ている状況であった。

母親や家族から同意が得られない場合は、＜同意が得られず支援の道が閉ざされる＞状況となっていた。プロセスを阻害する対極例である。

（保健センターに電話をするときのご本人さんへの同意っていうのは）得ていないです。たまに得ていることがあります。私から連絡しておきましょうか、とかって言って、得ていることはあります。時々ですね。（事例 4）

結局その人（中絶を希望しそれが不可能で、産んだら施設に預けると言っていたが、自分で子育てすることになった人）は、「保健センターに連絡しますか」って言ったら、本人が「いいです」ということで、しなかったんですね。でも、今思えばやっぱりでも一報入れておいたほうがいいのかなっていうところはあったんですけど。（事例 5）

第3節 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから連携が発展するプロセス

1. 研究目的

産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから、他機関とどのように連携を発展させていくのか、そのプロセスを明らかにする。

2. 分析焦点者と分析テーマ

1) 分析焦点者

本研究における分析焦点者は、『産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務し「気になる親子」を支援する助産師』である。

2) 分析テーマ

本研究における分析テーマは、『産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから、連携が発展するプロセス』である。

3. 結果

分析の結果、27の概念、5つのサブカテゴリー、7つのカテゴリーが生成された。M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを図式化した結果図（図5-2）を示す。＜＞は概念、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリーを表し、ゴシック体で表記する。

1) ストーリーライン

産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから他機関と連携を発展させていくプロセスは、他機関に情報提供する際の電話での【やり取りを交えた情報提供】、情報のフィードバックによる【親子のなりゆきを知る】、【変化の始点となるきっかけ】の3つにより、医療施設における支援に【経験的な学びが還元される】、【協働機関として頼れる存在として認識する】ことで、連携が進化し、【新たな段階の連携が生まれる】ことであった。

確定した情報提供ケースの状況から、気をつけて観察する必要がある、子どもの世話の確認が必要等、＜ケースのリスクレベルを判断する＞。情報提供はまず電話で行われ、＜電話での情報提供が相談を兼ねる＞。情報提供の手続きや今後の支援について相談し、＜リスクレベルに合わせた支援を依頼する＞。この【やり取りを交えた情報提供】では、最終的に＜書類を送る＞手続きをとっていた。

他機関に情報提供後、他機関の専門職者から支援の結果が書面や電話で＜情報がフィー

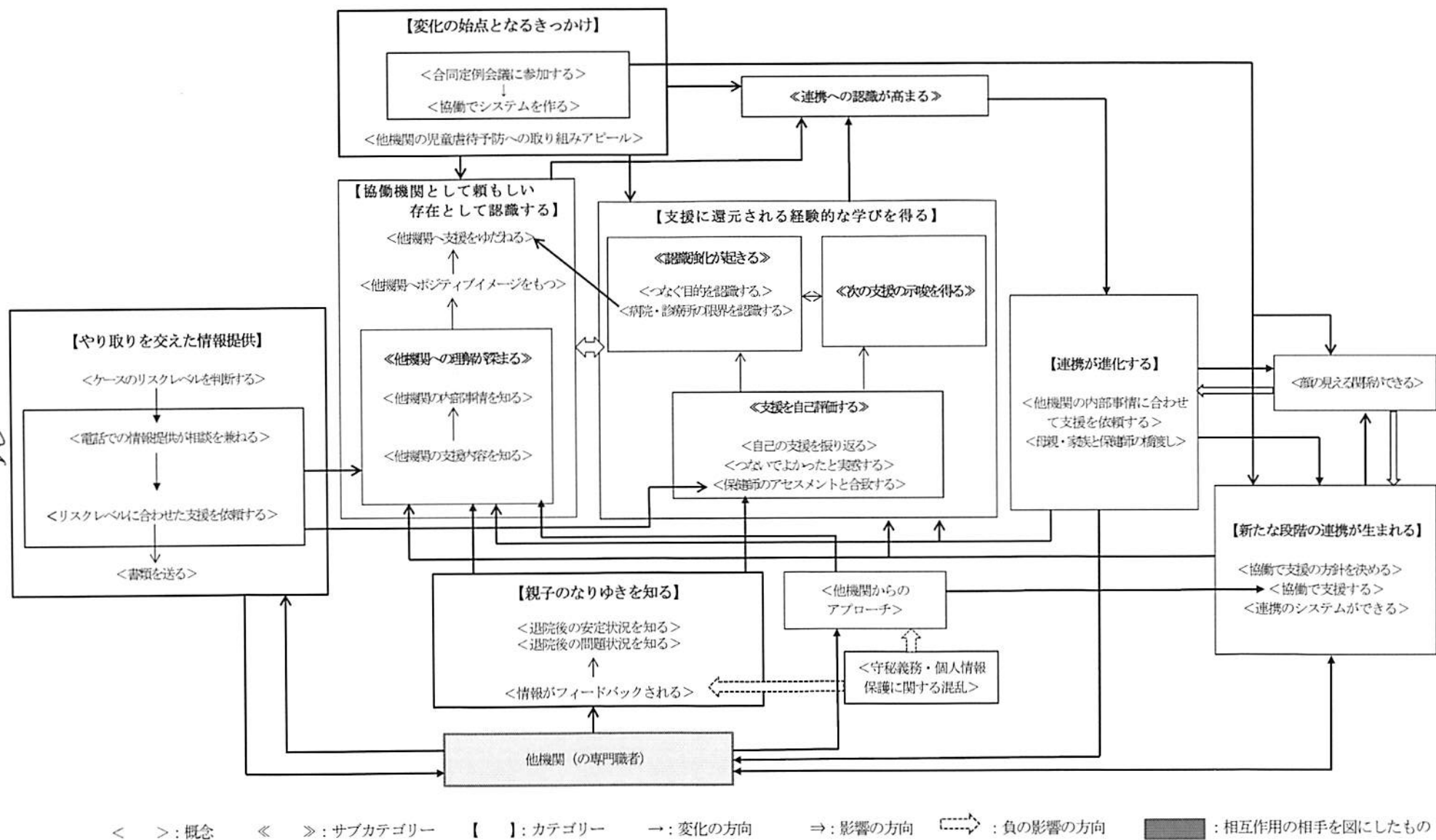


図5-2 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス

ドバックされる」。その情報により助産師は、児の体重が増加していない、児の死亡が確認された等の親子の「退院後の問題状況を知る」。あるいは精神状態が安定し落ち着いて子育てができている等の「退院後の安定状況を知る」。医療施設では、他機関からの情報フィードバックにより、退院後親子がどのような経過をたどり、現状において問題が発生しているのか、順調に子育てできているのか、【親子のなりゆきを知る】。他機関からの情報フィードバックにより、【親子のなりゆきを知る】だけでなく、他機関がどのような支援を行ったのか「他機関の支援内容を知る」ことができる。また、他機関との情報のやり取りをとおして「他機関の内部事情を知る」。他機関の支援内容や内部事情を知ることで、「他機関への理解が深まる」。そして、「他機関へポジティブイメージをもつ」ことで、助産師は「他機関に支援を委ねる」ことができる。助産師は他機関に対して、信頼して退院後の親子の支援を任せられる【協働機関として頼もしい存在と認識する】。また、【やり取りを交えた情報提供】の際、他機関の専門職者と触れ合うことによっても、「他機関への理解が深まる」。他機関の支援内容が理解できない場合は、親子を「他機関の支援に委ねる」ことができず自施設のみで母乳・育児相談を活用し継続的に支援をしようとする閉ざされた動きとなる。

助産師の情報提供ケースに関するアセスメントは【やり取りを交えた情報提供】の際、「保健師のアセスメントと合致する」ことで、リスク発見の自己評価となる。助産師は、他機関からの情報フィードバックにより継続支援が開始されたこと等を知り、「つないでよかったと実感する」。また、自分は親子にどのような支援をすればよかったか、改善点はないか等「自己の支援を振り返る」といった、「支援を自己評価する」。そして、気になる親子発見のための「次の支援への示唆を得る」。また、「病院・診療所の限界を認識する」、「つなぐ目的を認識する」といった「認識強化が起きる」。助産師は、妊娠・出産に関わった親子の退院後のなりゆきを知り、支援の振り返りを行うという体験を重ねながら、【支援に還元される経験的な学びを得る】。

他機関との連携を発展させるための助産師のさまざまな【変化の始点となるきっかけ】は、保健センターが呼びかけた保健・医療・福祉の機関が介する「合同定例会議に参加する」、多職種協働でリスクアセスメントシート等の作成を行う「協働でシステムを作る」や、「他機関の児童虐待予防への取り組みアピール」を感じることであった。

【変化の始点となるきっかけ】や【協働機関として頼もしい存在と認識する】、【支援に還元される経験的な学びを得る】ことで、助産師の「連携の認識が高まる」。

「連携の認識が高まる」ことにより、助産師は単にケースの情報提供を行うだけでなく、「他機関の内部事情に合わせて支援を依頼する」、「母親と保健師の橋渡し」を行っており、【連携が進化する】。進化した連携を経験するうちに、他機関と「顔の見える関係ができる」ことで、相談しやすい関係となり連携が発展することを促進していた。

時には他機関の方からケースの支援依頼や問い合わせといった「他機関からのアプロ

一チ>があり、助産師が依頼された支援を実行することで<協働で支援する>ことになっていた。他機関からの問い合わせに対して<守秘義務・個人情報保護に関する混乱>があり、求められた情報を提供しないという状況となり、多機関での継続的な情報共有を阻害する方向へ影響していた。また、他機関の情報のフィードバックにも影響し、助産師が情報提供しても情報がフィードバックされない場合があった。

連携がさらに進化すると、<協働で支援の方針を決める>、<協働で支援する>ことを行い、児童虐待発生予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有といった<連携のシステムができる>。徐々に連携が発展し【新たな段階の連携が生まれる】。<合同定例会議に参加する>ことをとおしく<連携のシステムを作る>ことは、<連携のシステムができる>ことに働きかけ、【新たな段階の連携が生まれる】ことにつながっていた。

2) 各カテゴリーと概念

以下に1つ1つのプロセスとしてのカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、調査協力者の語りを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。語りはポイントを落とした文字で示し、()は文脈を明確にするために研究者が補った。

(1) 【やり取りを交えた情報提供】

情報提供ケースの状況からリスクのレベルを判断した上で、まず、電話で他機関に情報提供し、その際、今後の情報提供の手続きや今後の支援について相談し、ケースのリスクレベルに合わせた支援について書類を送付して依頼することである。4つの概念からなる。

まず、助産師が情報提供ケースのリスクに対して、どの程度対応が緊迫しているか<ケースのリスクレベルを判断する>。具体的には、訪問時、気をつけて観察する必要がある、子どもの世話ができていないか確認が必要である等を指す。その後、他機関の専門職者に、電話で「気になる親子」の情報を提供する際、今後の情報提供の手続きや支援の方法等を相談する<電話での情報提供が相談を兼ねる>状況となっていた。助産師は、相談の内容に沿って他機関の専門職者に対して、<リスクのレベルに合わせた支援を依頼する>。具体的には、十分な観察、頻繁な訪問、子どもの成長・発達の確認等を指す。最終的には、必要時情報提供の書類や看護要約（サマリー）を他機関に送る<書類を送る>ことで、情報提供の手続きは完了する。

他の病院から紹介されてきた人（母親）で、精神（疾患）の既往があるケースで、本人がすごくおかしいわけでもないけど、ちょっと気をつけて（保健師さんに）見てほしいと思って。（事例1）

このケースは保健センターに（出生連絡票・新生児訪問依頼の）ハガキを（お母さんが）出しても、ただ赤ちゃんの体重が2400g 台だっという気持ちで行かれる（家庭訪問される）と、対応しきれない可能性がある。（事例4）

保健センターに電話して、こういう人がいるんですと電話で軽く説明をして。サマリーが必要で
すかと聞いて、必要ですと言われたら（サマリーを）書きます。そのときは、いろいろと地域の育
児のお手伝いの制度もあるからみたいな感じで言ってくれました。（事例 1）

こちら（診療所）から、何カ月だけはこちらの実家にいるんですけど、その後がフォローがなく
なるので、どうしたらいいでしょうかって（電話で）相談をしました。（事例 3）

保健婦さんに、こういう（精神疾患の）既往のある人だから、ちょっとそういう目で見てほしいと。
改めての訪問はしなくてもいいけれど、ちょっとそういう目で見ていてほしいということを、紹介状
を交えて電話で言った（情報提供した）。（事例 1）

（母親に）精神疾患があつて、だけど自身の親子関係がうまくいっていないくて、そういったところ
で、なるべく頻繁に市のほうから訪問してもらって、子どもがしっかり育っているかどうかという
ところだけでもしっかり見てもらわないといけないので。（事例 3）

まずどこの保健センターでも、電話で（家庭訪問を）約束。その後サマリーを送ります。（事例 1）
産褥期には、このリスクアセスメントシートを結構、市の方に提出していますね。（事例 3）

（2）【親子のなりゆきを知る】

助産師が、情報提供した親子が退院後どのような経過をたどり、現在、問題が発生してい
るのか、順調に子育てできているのか等の状況を知ることである。なりゆきには、子ども
の体重増加不良が発見されたり、最悪の状況としては子どもが死亡する等の問題状況と、
順調に子育てができている等の安定状況がある。3つの概念からなる。

他機関に情報提供後、他機関の専門職者から助産師に、退院後の親子の様子や支援の状
況の＜情報がフィードバックされる＞。その情報により助産師は、退院後の親子の子育て
の状況が不安定で問題が生じている＜退院後の問題状況を知る＞。具体的には、児の体
重が増えていない、最悪の場合は児の死亡を知ることである。一方、退院後の親子の子育
ての状況が安定している＜退院後の安定状況を知る＞場合もある。

割と厳密に（情報のフィードバックを）くれるところ（保健センター）だと、「どうですか」っ
て向こう（保健センター）から（電話が来ます）。今日も電話が保健センターから、「診察に行きま
したかね」って電話をくれたり。（事例 6）

（情報提供したケースは）保健センターから（家庭訪問した結果の）返事が返ってくるので、師長
さん宛てに、保健センターから返事が返ってくるから。（事例 7）

（診療所の）母乳外来から1週間後ぐらいに保健師が（家庭訪問に）行ったら、体重がその（母
乳外来の）ときより減っていて、それでミルクをもっと足しましょうと指導して。3日後ぐらいに、
夜中にすごく吐いたから救急で子ども病院を受診したらしいです。そうしたら、（赤ちゃんの）体重
が増えていないのは問題だということで、即入院になったそうです。（事例 4）

（退院後）4カ月ぐらいで、虐待みたいな感じで。（赤ちゃんが）病気を持っていることで、育児
に対して不安を持って。（赤ちゃんを殺して）自分も自殺未遂みたいなことがありました。（事例 7）

その汚いっぽい人。家庭訪問したときは、お風呂場でちゃんとお風呂に入れるようなセットもあった、それなりに片づけてありましたっていう返事でした。(事例6)

(3)【協働機関として頼もしい存在として認識する】

助産師が妊娠・出産に関わった親子の退院後のなりゆきとそれに伴う他機関の支援の状況を知ること、また情報提供の際の他機関とのやり取りで、他機関の支援内容や内部事情に対する理解が深まり、他機関に対し肯定的な印象をもち、退院後の親子の支援を任せてもいいと考えられるほど、協働して親子を支援するパートナーとして頼れる存在として捉えることである。1つのサブカテゴリー、4つの概念からなる。

助産師は、情報提供の際の他機関とのやり取りや、情報フィードバックの際のやり取りをとおして、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか＜他機関の支援内容を知る＞。他機関の支援内容を知るうちに、支援に関する＜他機関の内部事情を知る＞ようになる。具体的には、産後のヘルパー利用には審査があり退院直後の利用が困難であること、保健師が多忙であること、早めに新生児訪問に行ってほしい場合は連絡票の提出だけでなく電話連絡があった方がいい等を指す。他機関とのやり取りにより次第に＜他機関への理解が深まる＞。

保健師さんが産む前に訪問してくれるケースもあります。それから、産んだときに連絡をください(と言われ)、病院で(一度面談して)というのもある。そこで、産んでからの訪問を約束して。

(事例6)

保健師さんたちは、母子健康手帳をもらいに妊婦さんが(保健センターに)行きますので、そのときに会ってお話するじゃないですか。(事例8)

ヘルパーみたいな、生後間もない時期から来てくれるの(市のサービス)があるんです。それをお願いしたいと(保健師さんに)言ったら、それは審査を通さないとできないんですって。大体短くても1週間ぐらいはその審査に必要ですと。でも、保健師さんが口をきけば、そこまではかからないと思うって言うのです。(事例1)

(親子の様子に)何かあれば、保健センターが、「気になる」と思えば、母子手帳に付いている(出生連絡票・新生児訪問依頼)のハガキの表に、「保健師行き」って書くんです。(事例4)

助産師の他機関への理解が深まると、他機関の専門職者に対して、「すごい」、「尊敬できる」等の肯定的な印象をもつ＜他機関へポジティブイメージをもつ＞。すると、助産師が病院・診療所の限界を認識したとき、退院後の親子に対する支援を＜他機関に支援を委ねる＞ことができる。他機関とのやり取りをとおして、他機関の支援内容を知ることで【協働機関として頼もしい存在として認識する】ことにつながっていく。

(ケースの)「住所は」と聞かれて、どこどこでした(と言ったら)、「あそのマンションは結構いいマンションだから」と。地域のことがすごくよく分かっているんです。「じゃあ経済的には大丈夫ですね、きっと」って感じで。私たちが見ない面を、保健婦さんは広い面で見ているって、やっ

ぱり頭のいい人だなんて思う。保健師さんって。(事例 1)

行政も、今は感じ悪くないもんね。すごく腰も低いし、すぐ対応はしてくれるので。(事例 6)

時々精神疾患を抱えた方で、だけどサポートがない、そういったこともあるので、どうしても退院した後は、私たちが関われない部分が多いので、そういうところは市のほうに任せているところがありますね。(事例 3)

(3)【支援に還元される経験的な学びを得る】

助産師が妊娠・出産にかかわった親子の退院後のなりゆきを知り、支援の自己評価を行い次の支援への示唆を得たり、連携の目的、病院・診療所の限界に対する認識が強化されたりと、支援に活かされような学びを得ることである。3 つのサブカテゴリー、5 つの概念からなる。

助産師は情報提供の際の他機関とのやり取りや、他機関からフィードバックされた親子のなりゆきや支援の状況を知ることにより、《支援を自己評価する》。具体的には、以下の3つの状況を指す。助産師は、情報提供ケースと判断したアセスメントが正しかったか自己評価する。具体的には、助産師が情報提供ケースと判断したリスクの査定が、保健師の査定と一致しているか確認し、＜保健師のアセスメントと合致する＞ことで正しかったと自己評価する。情報提供したことが地域の支援につながったと知り、情報提供の有効性を実感する＜つないでよかったと実感する＞。助産師が、退院後の親子の情報を知ること、親子の気になるサインに気づけていたか、病院・診療所での自己の支援が有効だったか、改善点はないか等＜自己の支援を振り返る＞。

ちょっとした気づきでも、医療者と医療者じゃない保健センターの職員が見たときでも、(同じように)「あれ？」と思うような事例もあるんだというのを最近思ったんです。(事例 3)

見るからに連れてくる子が汚いっぽいのに、子どもをたくさん産んで大丈夫かなというときは、いろいろと(子育ての状況などを)聞いてみます。そういう(多産で子どもの世話が行き届いていない)ケースで(保健センターに)電話(情報提供)しても、大体もうひっかかっている。行政の方にひっかかっている。(事例 6)

(精神疾患があっても)入院中、脱走もしていないし、こんな軽いけど、一応保健婦さんに言っ(て情報提供して)おこうと思って(情報提供したら)。保健婦さんからそういう風に(夜間精神科の救急を受診したと)言われる(報告される)と、ああ、やっぱり言っておいてよかったんだって思うときがある。(事例 1)

サポート体制がないと送った(情報提供した)ものに関して、「うまく(子育て)できています」と返答が返ってくることも結構あるんですけど。「何もなかったからよかったね」ということで終わることのほうが多いですかね。(事例 3)

(保健センターから家庭訪問後の返信が返ってきて、親子の様子がわかると)自分が気になっていたところが(どうだったのかが)解決するし、情報提供して、これぐらいだったら大丈夫かもし

れないと思ったところが、(退院後の地域では) 実は問題視されていた部分だったという気づきにもなる。(事例 3)

(退院後の親子の様子がわかることは) もし、同じようなケースがあった場合に、自分の対応はあれでよかったのか、もし、ああしておけばよかったのかとか (分かります)。(事例 4)

助産師が退院後の親子の状況を知り、自己の支援の評価を行うことは、**《次の支援の示唆を得る》**につながる。サブカテゴリーレベルの概念である。

(保健センターから家庭訪問後の返信が返ってきて、親子の様子がわかると) 今後、もうちょっとこういう視点で患者さん(親子)を見たほうが良いという自分の学びに、フィードバックされてくるものなのかなと感じます。(事例 3)

(退院後の親子の状況がわかると) 次に生かせる。今回の事例を通して(得た)反省点を、次にこういう事例があったときに、どう対処するかというのに活かせたりすると思うんです。(事例 5)

他機関からの情報フィードバックにより親子のなりゆきを知り、支援の自己評価をとおして支援の有効性や改善点を明らかにすることにより、助産師の中に、以下の 2 つの**《認識強化が起きる》**。助産師が病院・診療所の支援だけで、気になる親子の退院後の子育てを支援するのは無理であると認識する**《病院・診療所の限界を認識する》**。何のために他機関と連携をとり、親子を支援していくのかという**《つなぐ目的を認識する》**。

(退院後 1 か月くらいかけて支援して母乳が飲めるようになった) でもずっと(診療所で)抱えるわけにもいかないから。(事例 2)

ここ(診療所)で接するのはせいぜい 4 日から 5 日なんです。入院期間がね。だから、その間に全部(子育てがちゃんとできるように)というのは難しいですよ。(事例 6)

(連携プロジェクト会議で親子の退院後の問題状況を知って) 家に帰ってからのこと(支援)まで、(診療所に勤務する)自分たちが直接できないにしても、サポート体制をそのまま継続していけるような状況ができればということに関心を持つように、持てるようになりましたね。(事例 3)

とにかく、家に帰って無事に子育てしてもらいたいというだけのことなんですよ。(事例 6)

(4)【変化の始点となるきっかけ】

他機関との連携が発展するために、助産師や施設全体がさまざまな変化を起こすが、その始まりとなるできごとである。3 つの概念からなる。

助産師や施設の児童虐待への取り組みの変化のきっかけは、行政の呼びかけで始まった児童虐待予防のための医療・保健・福祉機関の**《合同定例会議に参加する》**、連携を進めるために、他機関の専門職者と一緒に組織的な枠組みを作る**《協働でシステムを作る》**ことであつたり、他機関からの児童虐待発生予防のための取り組みの推進を呼びかけられる**《他機関の児童虐待予防への取り組みアピール》**を感じることであつた。

市からの呼びかけから、この地域の医療機関が結構集まるようになったので、それで少し(連携が)進み始めていますね。(事例 3)

3つの市や町が集まって、医療機関と保健センターの職員、あとは児童相談所の職員も来て、こういった項目をこういうリスクに上げるかっていうこととかを話し合いながら1年かけてやってきたんです。この書類の様式は、一応妊娠期から気になった場合には提出してもいいし、妊娠期から産褥に使えるような形ででき上がっていますね。(事例3)

(児童相談所の方から) こういったところを医療機関でもちょっと見てほしいと。ちょっとした気づきでもいいから、もうちょっと地域に送って(情報提供して)、早目早目の対処をしてください、みたいことを言われました。私たちが予防のところにいるって自覚しました。(事例3)

(保健センターへよく情報提供するようになったのは) 向こう(保健センター)が児童虐待予防で、すごく(病院・診療所の)情報を求めているというのがわかってきたからでしょうね。(事例6)

(5)《連携への認識が高まる》

情報提供の際の他機関とのやり取りや、【親子のなりゆきを知る】こと、他機関からの働きかけにより、【協働機関として頼もしい存在と認識する】、【経験的な学びが支援に還元される】という変化が起き、連携の必要性や支援についての認識が高くなることである。サブカテゴリーレベルの概念である。

(産科の) 1カ月健診で赤ちゃんがこういう風に体重が増えていて、(育児の状況は) こうでしたと。私が送った(情報提供し) ケースは、1カ月健診のときにはなるべくお母さんと会って、退院後どうだったかを聞いて、それを保健師さんに打って(文書を作成して)送っています。(事例1)

今後もう少し虐待を予防していくために、地域と医療機関が連携するためにはどうしたらいいかという話し合いまで進めばいいなという願望があるので。このまま(市の連携プロジェクト会議に)継続して参加しようかなとは思っています。(事例3)

(6)【連携が進化する】

他機関からの情報フィードバックにより退院後の親子のなりゆきを知ることで、経験的な学びが支援に還元され、他機関を協働する相手として頼もしいと感じられることで、医療施設での支援が単にケースの発見や情報提供を行うだけでなく、一歩進んだ他機関への働きかけや親子への支援を行うことである。2つの概念からなる。

連携が進化した段階とは、一つは助産師が<他機関の内部事情に合わせて支援を依頼する>ことである。具体的には、母親から同意が取れない場合は新生児訪問依頼ハガキを活用する、保健センター同士の情報交換ができない場合は産科施設から連絡する等を指す。もう一つは、退院後の保健師の支援をスムーズに受け入れられるように、助産師が母親・家族と保健師との間をとりもつ<母親と保健師の橋渡し>である。具体的には、入院中に保健師との顔合わせを段取りすること等を指す。

(親子が) その後(実家から現住所に戻った後)も追って見てもらうために、保健センター同士が動けなければ私たち(診療所)の方からそっち(現住所)の市に連絡します。(事例1)

母子健康手帳に出生連絡票がありますよね。あれを出すようにというのを、私たちは退院の指導のときに、必ず伝えるんです。保健師さんの方から連絡が来たような方の場合には、ぜひ、〈出生連絡票・新生児訪問依頼のハガキを出すように〉言ってくださいね、こちら（診療所）から、（母親に）許可を得て、出しちゃってくださいねという風に（保健師さんから）言われるので、そんなことをしたこともあります。保健師さんに来てもらうように、出しておくからねって。（事例 8）

母親は精神症状のあるときとないときの波が激しかったので、保健婦さんとの時間調整とか、お母さんとまず会わせて、本人がよさそうなときに会わすとか（そういう風にしました）。（事例 1）

（保健師さんが）一度そういう（面談の）時間をつくってくれますかという依頼があるものですから、お母さんと保健師さんの間に入って。お母さんに、「保健師さんが一度行きたいと言っているけどいいかね」と言うと、そんなに拒否するケースもなかったので、「ええ、じゃあ」ということで。（病院で面談してもらっていました。）（事例 6）

(7)＜顔の見える関係ができる＞

助産師が、連携の体験をとおして他機関の専門職者とお互いに顔見知りになり、相談しやすい関係ができることである。連携が発展することを促進する。

（保健師さんは）いつも話し合い（市の連携プロジェクト会議）に参加されている方なので、電話をしてもスムーズに対応してもらえるとというのもありますし、みんな言っていた意見でした。顔が見えて話ができるというのは、全く今までとは違うと言っていました。（事例 3）

向こう（保健センター）も、会ったりしている間に、言いやすくなってくるじゃない。向こう（保健センターも）電話しやすくなるでしょうし。（事例 6）

(8)＜他機関からのアプローチ＞

他機関から助産師に対し、情報提供を含めた支援依頼や情報の問い合わせがあることである。これにより「他機関への理解が深まる」ことにつながっていく。

精神疾患は、ほとんど保健師さんの方から紹介で（妊婦健診に）来るパターンが多いんです。こういう方が妊娠しているんですけど、いらっしゃる場合が多いので。（事例 7）

（保健師の介入を拒否するケースは）保健師さんたちは、手を差し伸べられなくなってしまうもので、そちら（の診療所）で出産するから、どんな状況か教えてくださいとか。私たち（保健師）が（お母さんに）手を差し伸べても受け入れてくれないから、そちら（診療所）でよろしくとか、そんなことはあります。（事例 8）

(9)＜守秘義務・個人情報保護に関する混乱＞ 上記＜他機関からのアプローチ＞・＜情報がフィードバックされる＞への影響概念

他機関から産科医療施設に対する親子の問い合わせに関して、どの程度情報提供しているのか、守秘義務や個人情報保護法には抵触しないのか、戸惑いを感じたり、誤った対応

をとる等、混乱した状況にあることである。他機関相互の情報交換を阻害する要因である。

その後（退院後）の経過も、プライバシーにうるさいから、いちいちこうなりましたって、保健師さんから言ってこないんですよ、全然。（事例 1）

個人情報の問題があって、どこまでお産の情報を保健センターに流すべきかっていうのは、すごく戸惑ったというのがありました。（事例 2）

（10）【新たな段階の連携が生まれる】

進化した連携を継続したり、合同定例会議の参加や多職種での協働作業により、お互いに相談しやすい顔の見える関係ができことで連携が促進され、多機関とのやり取りで支援の方針を決定し、共に支援を行ったり、児童虐待予防のための発見、情報提供、継続的な情報共有という連携のシステムができ、新たな段階の連携へと発展することである。3 つの概念からなる。

新たな段階の連携とは以下の 3 つの状況を指す。一つめは、医療施設の助産師・医師と他機関の専門職者がやりとりをし、ケースの支援の方針を決定する＜協働で支援の方針を決める＞である。二つめは、情報提供した親子を、他機関の専門職者と情報交換しあいながら一緒に支援する＜協働で支援する＞である。三つめは、児童虐待予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有という＜連携のシステムができる＞ことであり、具体的にはハイリスクケース発見のためのチェックリストの作成、情報提供用紙の作成、情報の流れの取り決め、定例会議の開催等を指す。

（保健センターに精神症状のある母親に関する情報提供をした際）退院後住む実家にそういう人（ヘルパー）を派遣したとしても、24 時間その人と赤ん坊の安全を見守れるわけではないと、保健師は点でしか訪問できないから。そういう人を病院は退院させるんですかと言われましたので、院長に言い、主治医と相談して、心療内科に（退院前に）行ってもらうことになって。それを保健師さんに伝えて。赤ちゃんは病院でしばらく預かりますと言ったら、「そうですね」となって。じゃあ、私（保健師）も退院のときに行きますって。保健師さんが。直接来てくれました。（事例 1）

保健センターで家庭訪問して、こういうことが気になったので、1 カ月健診のときに私たちのほうでフォローをお願いしますっていう返事が返ってきたりするので。私たちの方から、こういう言動があったり、子どもに対しての育児行動がこんな感じなので、先生（医師）からも話を聞いたりフォローをお願いしますって、産科の先生（医師）や小児科の先生（医師）に言って（フォローしています）。（事例 3）

（お母さんは）何回も同じことを聞いてくるし、さっきの電話の人と違うことを言われるとか、さっきの電話の人はこう言ったとかと言ってくるらしいので、保健センターとうち（診療所）と、ミルクの足し方を同じ説明にしないと、母親がまた保健師さんと病院（診療所）が違うことを言うということになるので。同じ説明をしましょうと示し合わせて。母乳を飲ませた後のミルクの量を統一したんです。保健センターと。（お母さんに）聞かれたら保健センターもそう言ってもらって、うち（診

療所)の方でもそう言いますね、みたいにしてお対応したケースだったんです。(事例 4)

まずこれ(支援連絡票)を提出する前に一度(保健センターに)電話をして、こういった患者さんがいますというのを情報として送って、その上でこれ(支援連絡票)を郵送すると、大体2~3日以内ぐらいに、すぐに(家庭訪問に)行ってくれるような形になって、今度は保健センターのほうから訪問した後の継続看護依頼書みたいなものが来て、今はこういう風にしていましたという、その後の継続したケアもこちらの方に連絡が来るようになっているので。(事例 3)

(情報提供の電話で、保健センターから)担当が誰々でというような返事をもらうもので、何かあったときは(担当者に)連絡するし、生まれたときも(担当者に)連絡します。(赤ちゃんが生まれて)連絡すると、入院中に保健師さんが一回来てくれて、生まれてからのフォローもしていただけるというのが多いですね。(事例 6)

3) 対極概念による「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展しないプロセス

8 事例のうち、連携が発展するプロセスに全く至っていないと思われるケースが 2 事例あった。この 2 事例は、他機関からの情報フィードバックがないことで、親子のなりゆきもわからず、多機関への理解も深まらず、他機関とあまり接触がない状況であった。そのためか、2 事例中 1 事例は自施設で継続的に支援するという閉鎖された方向へ向かっていた。また、他の事例でも対極例の存在があり、連携が発展するプロセスがさまざまな要因で阻害される場合があることを示している。対極例を概念として扱い、連携が発展しないプロセスの結果図を示し、ストーリーライン、各カテゴリーと概念を紹介する。分析の結果、6 つの概念、1 つのサブカテゴリー、1 つのカテゴリーが生成された。結果図(図 5・3)を示す。

(1) ストーリーライン

産科医療施設(産科単科病院・診療所)に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから他機関との連携が発展しないプロセスは、他機関から<情報がフィードバックされない>ことで、<親子のなりゆきが分からない>ため支援の振り返りができず<支援への示唆が得られない>ことにより、助産師の支援が改善されない状況であった。一方、<情報がフィードバックされない>ことで、親子にどのような支援が行われたのか知ることができず<他機関の支援内容がわからない>状況になり、他機関への理解が深まらない。親子に対して他機関がどのような支援をしてくれるのかがわからないため、退院後も自施設で「気になる親子」を支援しようと、<自施設でフォローする>ことになっていた。情報提供しても、情報がフィードバックされないため、その後、他機関の専門職者とは接点がなく、<顔の見える関係ができない>。顔の見える相談しやすい関係がないことは、連携を阻害する方向に影響していた。このように、情報がフィード

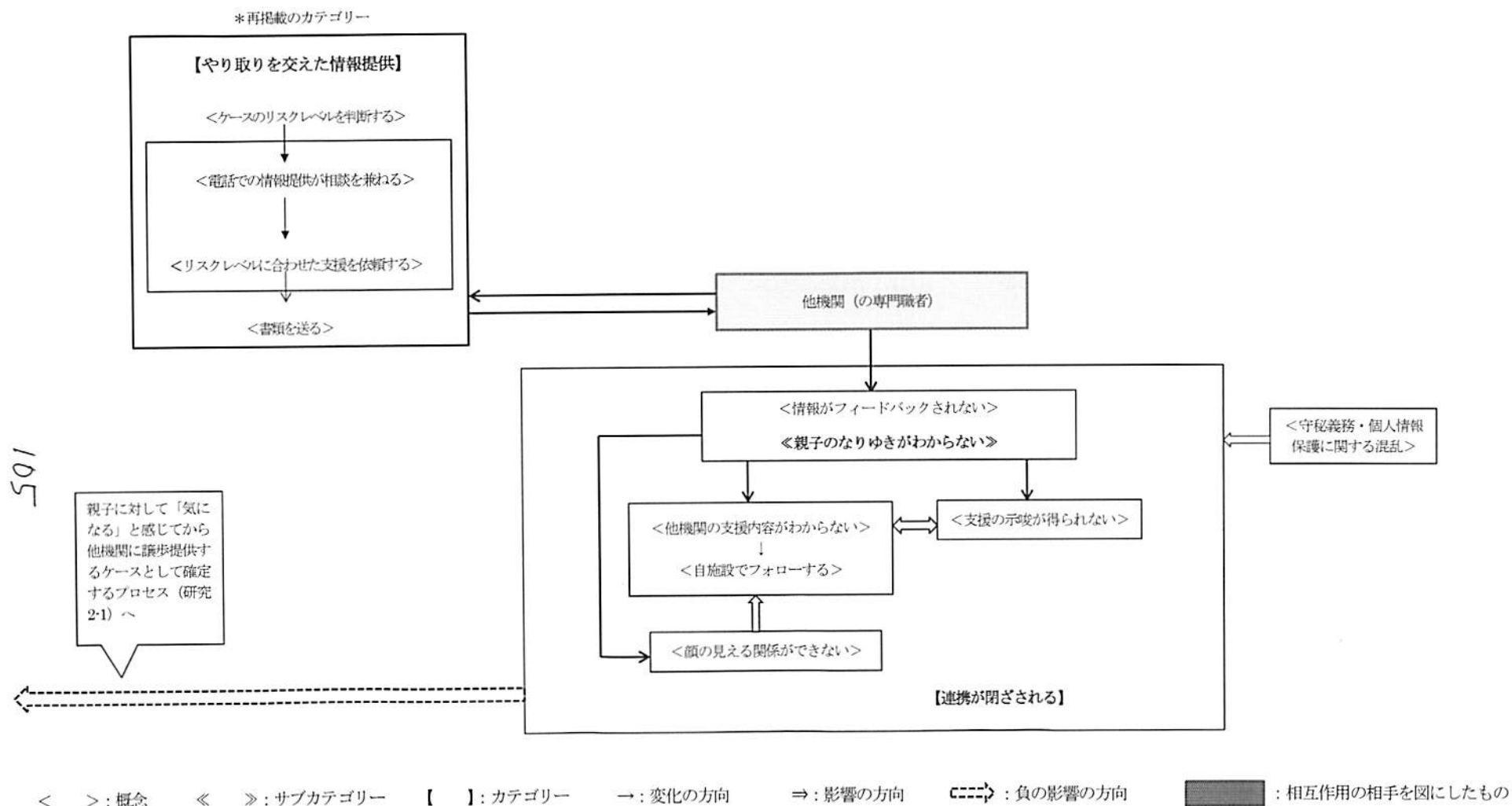


図 5-3 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師が、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから連携が発展しないプロセス

対極概念による結果図

バックされないことで自己の支援への学びがなく、他機関理解も進まないため、自施設で何とかフォローしようとする【連携が閉ざされる】状況に陥っていた。

(2)各カテゴリーと概念

以下にカテゴリーを、サブカテゴリー、概念、研究協力者の語りをを用いて説明する。ゴシックで示した概念、サブカテゴリーは説明しているカテゴリーに属するものである。

①【連携が閉ざされる】

他機関から＜情報がフィードバックされない＞ことで、退院後の＜親子のなりゆきがわからない＞状況となり、自己の支援の振り返りができず、支援への学びが得られない。また他機関が退院後の親子にどのような支援を提供しているのか理解も深まらない。気になる親子を産後健診、母乳外来等をとおして自施設でフォローしようとし、他機関との連携が発展する方向ではなく、自施設内で「気になる親子」支援し問題状況を解決しようとする閉鎖された動きとなることである。6つの概念、1つのサブカテゴリーからなる。

他機関の専門職者が助産師に対して、情報提供した親子の退院後の様子や支援の状況の報告がない＜情報がフィードバックされない＞状況にあり、それにより相互の情報共有ができず、助産師は退院後の＜親子のなりゆきがわからない＞状況となる。

（保健センターに情報提供した後）音沙汰が全然なくて、最終的に（赤ちゃんが退院後すぐに）亡くなった話を（警察から）聞いたから。（事例4）

（DVの疑いのあるケースを）〇〇市の保健センターに連絡（情報提供）したんです。だけど保健センターから、（家庭）訪問を断られたという報告が来て、（そのケースの退院後の状況は）結局わからずじまいなんです。（事例5）

他機関からの情報のフィードバックがないことで、助産師は他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、＜他機関の支援内容がわからない＞。すると、助産師は他機関に情報提供するのではなく、自施設で「気になる親子」に対する退院後の支援を行おうとする＜自施設でフォローする＞ことになる。具体的には、電話訪問、家庭訪問、産後健診・母乳外来での支援、育児相談プログラムの活用等を指す。

保健センターがどういう動きをしてくれているかわからなかった。（事例7）

（退院後2・3週間目で）電話訪問は必ずしていたので、その時の声の感じで気になる人は、私は保健センターでどうやって支援するのかをわかっていないんですね。だから、私たちの医院で何とかしようよと思っているのかもしれない。（事例2）

（気になるケースや不安なケースは）とりあえず、（病院に）来てくださいと言っています。何かあったら、来てくださいと。母乳相談にまず来てくださいと。母乳でもミルクでも何でも。（赤ちゃんの）体重が増えてるか測りに来てもらうという感じです。とりあえず、いつでも聞いていますよ。日中なんですけれど、何か心配なことがあれば来てくださいと（言っています）。（事例7）

他機関からの情報のフィードバックがなく、退院後の親子の状況がわからないことは、自己の＜支援の示唆が得られない＞状況となる。現状の支援を継続することになり、自施設でフォローすることを促進する場合があった。

（情報提供の後）何も連絡がないと、（情報提供したことは）どうなんだろうで終わっちゃって。

（事例 5）

フィードバックがないということは、経過がいいのかなって思うようにしている。（事例 1）

他機関から情報がフィードバックされず、他機関の専門職者と交流する機会がない場合は、相談しやすい＜顔の見える関係ができない＞ことになる。連携を阻む方向へ影響し、それが自施設のフォローにつながる場合があった。

保健センターと一緒に交流する場もないし、お話する機会もない。顔もわからない。だから、もっと交流し合える状況があれば（連絡しやすいかもしれません）。（事例 2）

連携の関連機関が、どの程度情報提供していいのか、守秘義務や個人情報保護法には抵触しないのか、戸惑いを感じたり、誤った対応をとる等、混乱した状況にある＜守秘義務・個人情報保護に関する混乱＞は、多機関相互の情報交換を阻害する要因となっていた。情報フィードバックを阻害する方向へ影響している。

その後（退院後）の経過も、やっぱりプライバシーとかにうるさいから、いちいちこうなりましたって、保健師さんから言ってこないんですよ、全然。（事例 1）

（赤ちゃんの死亡事例の情報を教えてくれなかったのは）向こう（保健センター）もね、多分ね。その情報を流しちゃっていいのかってところなのか。判断も難しかったのか。（事例 6）

第4節 産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（研究2-1と2-2の統合）

1. 産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス（統合結果）

研究2-1と2-2の統合結果である『産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』を、生成したコアカテゴリーとカテゴリー、主要なサブカテゴリー、主要な概念で説明する（図5-4）。ここでは、カテゴリー間のまとまりを分析し、プロセスの発展段階として検討した結果も示す。

<>は概念、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリー、『』はカテゴリーのまとまりのプロセスの発展段階を表す。ゴシック体で表記する。

産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、【援助の中でリスクを探る】ことで、【気になるサインに気づく】という『発見の段階』からスタートする。次に、小さなサインを手がかりに関連情報を集め【リスク状況を明確にする】『明確化の段階』へと進む。【リスク状況を明確にする】ために、看護職者が情報共有している際に、日勤が多い助産師や師長に＜担当者が決まる＞。担当者が決定後は、コアカテゴリーである【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことになる。担当者が中心に、【退院後の子育てを見据えて判断する】。担当者が「気になる親子」と判断後、＜院長の意向を確認する＞。最終的には【院長という権限者の方針】で決定する『判断の段階』で、「気になる親子」が特定される。【地域での支援の必要性を認識する】ことは、「気になる親子」を特定することを促す。最後に【同意のハードルを越える】『必要不可欠な手続きの段階』を経て、「気になる親子」が情報提供ケースとなる。ここまでのプロセスは、主に母親と助産師、助産師と看護職者の相互作用であり、病院・診療所の中で展開される。

情報提供ケースと決定後は、まず電話で情報提供し、他機関の専門職者と今後の支援の相談を行う【やり取りを交えた情報提供】という『情報交換の段階』からスタートする。【やり取りを交えた情報提供】は＜他機関への理解が深まる＞ことを促進する。他機関の専門職者は提供された情報をもとに支援を実施する。支援後、親子の状況や行った支援や今後の支援の方針について＜情報がフィードバックされる＞ことで、【親子のなりゆきを知る】『経過を知る段階』へ進む。フィードバックされた情報により【親子のなりゆきを知る】と同時に他機関の支援内容を知り、＜他機関への理解が深まる＞ことで【協働機関として頼もしい存在と認識する】。【親子のなりゆきを知る】ことは、＜次の支援の示唆を得る＞、＜認識強化が起きる＞という【支援に還元される経験的な学びを得る】。他機関への肯定的な認識と支援への学びにより、＜連携への認識が高まる＞。以上のように【親

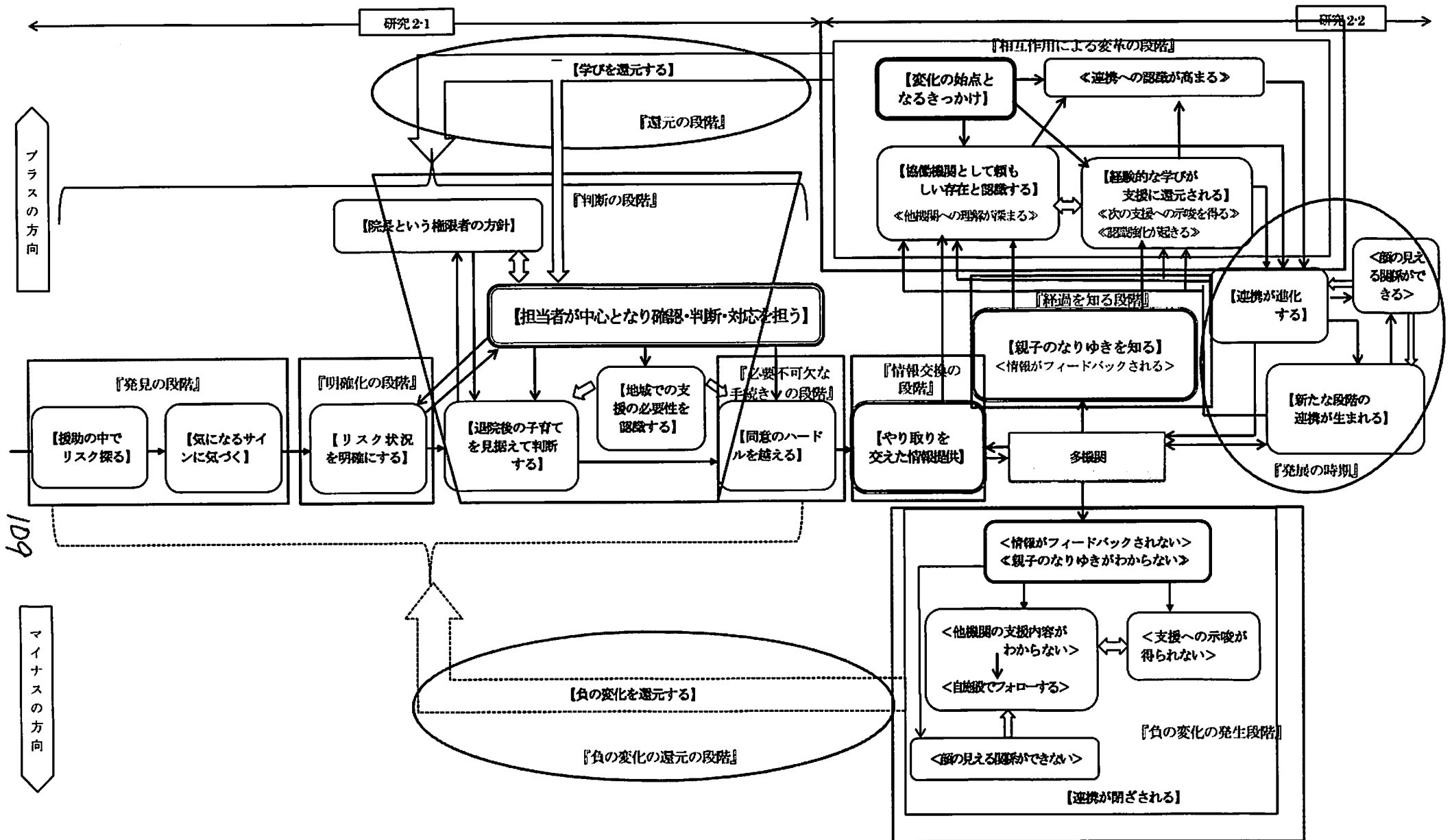


図 5-4 産科医療施設（産科単科病院・診療所）に勤務する助産師の「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス

生成したコアカテゴリーとカテゴリー・主要なサブカテゴリー・概念の関係

子の成り行きを知る】ことで、助産師の認識や行動が変化する『相互作用による変革の段階』となる。他機関との合同定例会議の参加のよびかけ等【変化の始点となるきっかけ】は、『相互作用による変革の段階』を促進する。そして徐々に【連携が進化する】ことで、【新たな段階の連携が生まれる】『発展の段階』となる。他機関との連携により得た「学び」は、『発見の段階』、『明確化の段階』、『判断の段階』、『必要不可欠な手続の段階』、『情報交換の段階』5つの段階各々に、【学びを還元する】『還元の段階』となり、情報提供以前のプロセスに戻っていき、新たな親子に出会うことでプロセスは巡回していく。連携の経験により得た支援に還元される学びは、5つの段階の中でも特に、『判断の段階』にある【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】力を育む。情報提供以降のプロセスは、主に助産師と他機関の専門職者との相互作用であり、病院・診療所の中・外で展開される。

他機関からの＜情報がフィードバックされない＞場合は、＜親子のなりゆきがわからない＞ことで、＜他機関の支援内容がわからない＞、＜自施設でフォローする＞状況になる。一方、＜支援の示唆が得られない＞という【連携が閉ざされる】負の変化が起きる『負の変化の発生段階』となる。この負の変化は、『発見の段階』、『明確化の段階』、『判断の段階』、『必要不可欠な手続の段階』、『情報交換の段階』5つの段階各々に、【負の変化を還元する】『負の還元の段階』となり、情報提供以前のプロセスに戻っていく。

カテゴリーのまとめりであるプロセスの発展段階のみを図5-5に示した。

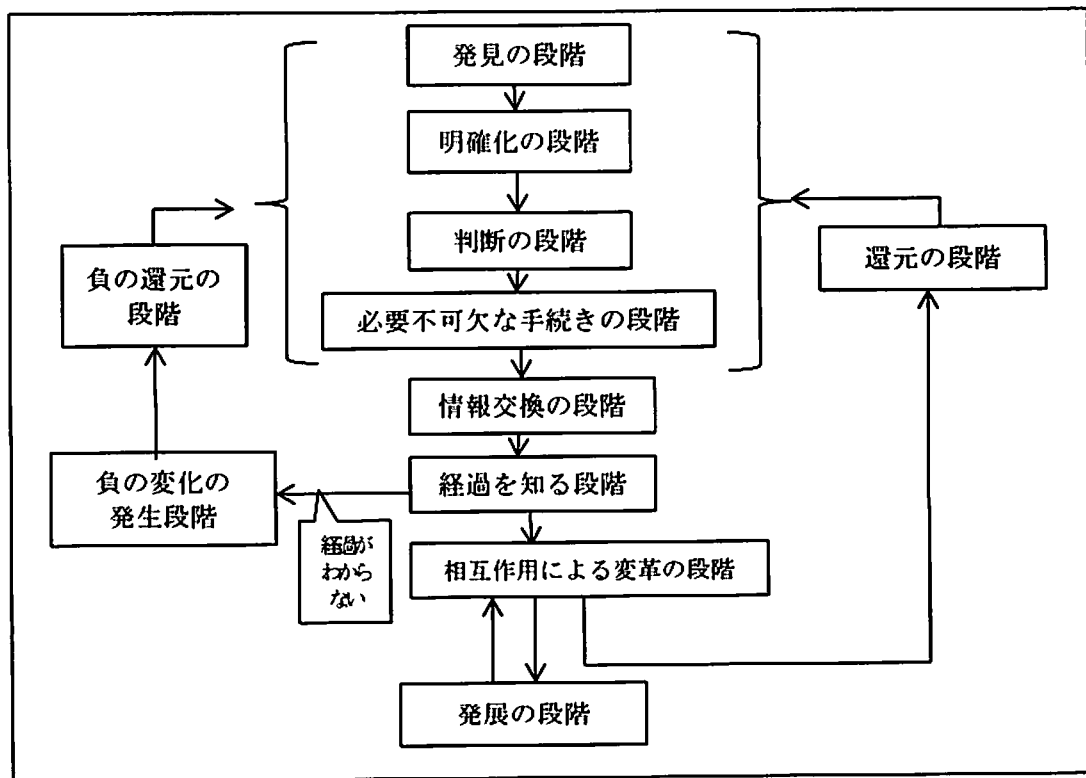


図 5-5 プロセス発展段階として捉えた『産科医療施設（産科単科病院・診療所）における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』

コアカテゴリーの関係で表現すると、「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、他機関との【やり取りを交えた情報提供】、【親子のなりゆきを知る】、【変化の始点となるきっかけ】の3つにより、経験的な学びが支援に還元されることで、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】力を育み、学びが循環されながら連携が発展していくプロセスであることが明らかになった。

研究2-1と2-2を統合することで、両者をつなぐ新たなカテゴリーとして、【学びを還元する】、【負の変化を還元する】という2つを生成した。

第6章 考察

第1節 総合病院、産科単科病院・診療所における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』の各々の考察と差異・共通点

1. 総合病院における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス

1) 総合病院における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスと連携に関する先行研究との関係

総合病院における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』を、コアカテゴリーの関係で表現すると、助産師が日常のあらゆる援助の中でリスクを探り、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことで「気になる親子」を特定し、同意を得て情報を提供し、【親子のなりゆきを知る】ことを基盤とした連携による経験的な学びが、支援に還元されることにより【長期的な視座に立ち子育てを見据える】力を育み、「学び」が循環されながら連携が発展していくプロセスであった。

「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスを、カテゴリー間のまとまりを検討し、プロセスの発展段階として捉えた結果、『発見の段階』→『明確化の段階』→『判断の段階』→『必要不可欠な手続きの段階』→『情報伝達の段階』→『経過を知る段階』→『相互作用による変革の段階』→『発展の段階』→『還元の段階』となる(図4-5)。

ヘルスケア領域での連携の形成プロセスを Germain (1984) は、①打ち合わせ、②専門的助言、③協力、④チームワークの具体的な行為や活動を含んだプロセスとしている。前田(1990)は、連携には①連絡、②連携、③統合の3つの発展的段階があるとした。山中(2003)は、Germainと前田のプロセスを、「連携」が開始され、進展していく過程に焦点づけて、その行為・活動を分析しているが、「連絡」や「打ち合わせ」以前にそれらの行為を促す前駆条件があると指摘し、Germainと前田のプロセスに基づきながらも「連携」の形成プロセスを再構成している。山中(2003)による連携の形成プロセスは、①援助者自身の限界の認識、②他者の援助に関する情報への接触、③援助者間の目標の共有、④情報や判断の単発的な交換、⑤相互性の深化、である。山中(2003)が連携の前駆条件として挙げたのは、①と②である。①の「援助者自身の限界の認識」は、援助者が自分の援助方法、力量、知識、経験に疑問を抱くあるいはその限界を認識することとした。②の「他者の援助に関する情報への接触」は、連携に進展するために他の援助者の専門性や具体的な活動に関する情報が獲得されている必要があり、そのための行動であるとした。

山中(2003)の連携の形成プロセスと、本研究のプロセスの発展段階とを比較してみる。山中の連携形成プロセスの①援助者自身の限界の認識、②他者の援助に関する情報への接触、③援助者間の目標の共有の3つは、本研究の『判断の段階』にあたると思われる。『判断の段階』には、＜病院の限界を知る＞、＜他機関の支援内容を知る＞、＜つなぐ目的を

認識する>という概念が存在し、「気になる親子」を特定すること、すなわち連携が発展する方向へ向かっていた。目標の共有は、本研究の場合「児童虐待の発生を予防する」という共通目標が設定されている活動であるため、本研究のプロセス発展段階には挙がっていないが、<つなぐ目的を認識する>という概念が、目標の共有にあたるといえる。山中（2003）は、目標の共有は「連携」の始まるどこか早い時期で行われる必要があると指摘しているが、本研究では『判断の段階』で、目標の共有が行われていた。④情報や判断の単発的な交換は、『情報提供の段階』、『経過を知る段階』にあたるといえる。山中（2003）は、この段階では相互性は低いが、他援助者からクライアントの状態理解が深まり、これまで得ていなかった情報や判断を得ることができれば、相互利益性が生じるとしている。親子のなりゆきを知ることが、《親子の生活理解が深まる》や《自己の支援が進化する》ことに向かっていることは、相互利益性が生じている状況だといえる。⑤情報や判断の交換の定着化、⑥相互性の深化は、『相互作用による変革の段階』、『発展の段階』にあたるといえる。相互性の深化を山中（2003）は、合同の定期的なカンファレンス、継続性によって相互補完性、相互作用性がしだいに増す段階としている。『相互作用による変革の段階』は相互利益性が高まっている状況だといえ、それにより『発展の段階』に存在する<母親と保健師の橋渡し>といった相互補完的行動がとれているといえる。<連携のシステムができる>ことは、相互作用性が深まっている相互性の深化といえる。『発見の段階』が先行研究による連携の形成プロセスに入っていないのは、連携の中心にすでにクライアントが置かれているからである。児童虐待の発生予防においては、連携により支援を提供するクライアントを発見することが、連携のスタートであるという特徴をもつ。

以上のように、本研究で得られた『総合病院における「気になる親子」への気づきから「連携」の研究における課題は、連携の有用性のクライアント・援助者双方からの実証、促進・阻害要因の解明であるとの指摘がある（山中，2003；吉池・栄，2009）。本研究は、『相互作用による変革の段階』に含まれるカテゴリーの各概念および『相互作用による変革の段階』のプロセスへの影響が分析されたことで、連携の援助者への有用性が明らかになった。また、対極例や対極概念の存在により、連携が阻害されるプロセスが明らかになった。連携の促進・阻害要因についても具体的な内容が示されたことは、重要な知見が得られたと評価できる。これらの知見は、次項以降のプロセス発展の各段階の具体的説明で述べる。

児童虐待の発生予防に関する支援システムについて、栗原ら（2010）は、周産期のメンタルヘルスと児童虐待予防に関し先駆的な取り組みを行っている9医療施設へのインタビュー調査を行い、その基本構造を明らかにした。基本構造は、「疑いを持つ」→「情報を収集する」→「複数で検討する」→「専門職へ連携する」→「支援を継続する」というプロセスであり、これが循環しているとした。本研究で得られたプロセスは、栗原らの示したこの基本構造に類似しており、虐待発生予防のための基本的な構造をふまえているといえ

る。「疑いを持つ」が【多様な場面や方法でリスクを探る】に、「情報を収集する」が【リスク状況を明確にする】にあたり『発見の段階』であるといえる。「複数で検討する」が【長期的な視座に立ち子育てを見据える】に相当し『判断の段階』である。「専門職へ連携する」は【リスクのレベルを判断した上でつなぐ】、【親子のなりゆきを知る】、【支援に還元される学びを得る】、【協働機関として頼もしい存在として認識する】にあたり『情報提供の段階』、『経過を知る段階』、『相互作用による変革の段階』である。「継続的に支援する」は【連携が進化する】、【新たな段階の連携が生まれる】にあたり、『発展する段階』だといえる。栗原らはこの基本構造1つ1つのプロセスの具体的な内容は示していない。本研究は、児童虐待発生予防のための基本的なプロセスの具体的な内容を明らかにできたといえる。

次から、「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスの具体的な発展段階について考察を行う。

2) どのようにして「気になる親子」気づくのか：『発見の段階』

(1) ルーチンワークを活かすために必要な児童虐待の視点

産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師は、外来や病棟で日頃行われるさまざまな援助を単なる援助に終わらせず、リスクを探る行動に変えていた。それを可能にしていたのは、＜定型因子を念頭におく＞という助産師の準備であった。虐待対応組織を有する施設は院内教育が活発であるとされており（栗原ら，2010）、研究協力者24人のうち8人の勤務施設は院内に虐待防止委員会が設置されていた。また、研究協力者は「気になる親子」を支援した経験をもっていた。このことから、研修や経験によって児童虐待に関する知識を有していたことが、＜定型因子を念頭におく＞ことを可能にしたのだと考える。このように、日々の援助の中で「気になる親子」に気づくためには、児童虐待に関するリスク因子をはじめとした知識が必要である。栗原ら（2010）は、児童虐待予防システムの基本構造の第1段階である「疑いを持つ」ためには虐待の視点をもつことが必要であるとしており、＜定型因子を念頭におく＞必要性が裏づけられたといえる。＜ツールを使ってリスクを探る＞ことは、児童虐待の視点をもちこむための手段であるといえる。このようにリスクを探るためには、児童虐待の視点であるハイリスクの＜定型因子を念頭におく＞こと、アセスメント＜ツールを使ってリスクを探る＞ことが重要であることが示唆された。

(2) リスクを探るために有効な外来という場を活かす

リスクを探る場として、外来が有効であることが本研究で明らかになった。一定期間関わることでできる入院生活と異なり外来の妊婦健診では短時間の関わりであり、リスクを探ることは困難ではないかと予想していたが、「親子の背負っている日常生活をくっつけて外来に来るからキャッチしやすい」と語られるように、親子の日常生活を把握しやすい外来の有効性が示された。助産師は、来院時の服装や匂い、医療者に対する態度、上の子への接し方、夫の母親への態度などから「気になる」サインを感じとっていた。近年では、助産師外来

の設置が増えており（日本看護協会，2011）、外来でゆつくりと妊婦に関わることができるようになってきていることが、外来が有効なリスク探索の場になりうる要因であると推察する。外来で親子の日常生活を推察し、リスクを探る場として有効に活用していく必要がある。

（3）リスク因子にあてはまらない小さなサインに気づく

気になるサインはリスクの定型因子にはあてはまらない気づきのレベルであり、さらなる情報を必要とする。小さなサインに対して「気になる」と感じることができるのは、助産師が自分自身の中に規準となる親子の姿を内在させ、それと照らし合わせ違和感をもつことができるからだろう。渡辺（2001）は、患者の様子が「何か変」という感覚から始まる看護師の臨床判断の1つには、「通常とは異なるという感覚」があり、「何か変」と感じたら、その「何か」の裏付けを求める行動をとることを明らかにした。本研究における「気になる」という感覚は親子との出会いの初期に感じられ、その後それを手がかりに関連情報と得るというプロセスへ移行していた。これは渡辺のいう「通常とは異なるという感覚」、すなわちこれまでの経験則において規準とされている範囲からの逸脱感により、「気になる」と感じること、「何か」の裏付けを求める行動だといえる。このような行動がとれたのは、研究協力者の臨床経験が平均15.0年であり、かつ「気になる親子」を支援した経験があり、経験の中で培った規準と照らし合わせることができたからではないかと推察する。

3) 情報提供するか否かの結論を出すために、「現在のこの状態」ではなく、長期的な視座に立ち退院後の子育てを見据えるためには：『判断の段階』

（1）子育ての特性を認識することの重要性

産科医療施設では妊娠診断から始まり分娩を経て、産後4・5日で退院する対象者が次から次へと入院し退院していく。多くの場合、産後1か月健診で親子との関係は終結する。個別性はあるものの妊産褥婦という母子と家族に対し、同様の援助が繰り返される。自ら関心をもち情報を得なければ退院後の親子の成長を知る機会ほとんどなく、長期的な視座をもつことは困難である。病産院の援助は入院中の母子の状況を中心に実施され子育てを見据えた支援とはいいいがたいと指摘され（唐田，2008）、産科医療施設の特徴の1つは、長期的な視座をもちにくい環境であるといえる。その困難の克服を可能にしていたのが、＜子育ての特性を認識する＞であった。子育てが地域の生活の中で長期的に継続するという認識であるが、これは退院後の親子の成長の事例を知ることによって可能になる。そのためには、他機関からの親子に関する情報のフィードバックは非常に重要な意味を持つ。その他、産科医療施設の助産師が新生児・乳児の家庭訪問を実施できるシステムが、行政と産科医療施設が協力し合い構築されると、退院後の親子の状況や子育ての特性に対する理解が促進されるのではないかと考える。

(2) 「母親の仮の姿」に惑わされないことの重要性

退院後の子育てを見極めるためには、入院中の「**現在この状態**」の母親の姿は、家事や上の子の世話がないう非日常的な環境で見せる「仮の姿」だと認識する重要性が明らかになった。「仮の姿」に惑わされた場合は情報提供に至らないこともわかった。情報提供に至らなかったケースの中にはその後虐待状況の出現もあり、この認識の重要性がわかる。入院期間の親子の姿が「仮の姿」であったことが判明するためには他機関からの退院後の親子の情報提供が必要であり、入院中と退院後のギャップが確認されることで、入院中の母親の姿は「仮の姿」という認識が助産師の中に根づくことと推察する。Benner (1984/2005) は、臨床知識はある特別な経験が範例となり高まることを示している。退院前後の親子の姿のギャップは、これまでの経験による状況判断のための予備知識を反証する範例となりえたといえる。このような臨床知識を培うためには、他機関からの情報のフィードバックが不可欠である。

(3) 他機関の支援内容を知ること、病院の限界を認識することの重要性

＜他機関の支援内容を知る＞ことは、入院（通院）している親子にはこんな支援が必要だからとくつなぐ目的を認識する＞ことに向かい、また＜病院の限界を認識する＞ことにもつながり、情報提供する動機づけになっていた。山中（2003）は連携の形成プロセスの連携のための前駆条件として、「援助者自身の限界の認識」、「他者の援助に関する情報への接触」の2点を挙げている。＜病院の限界を認識すること＞は、病院だけで退院後の親子を支援することは無理であることという認識であり、山中のいう「援助者自身の限界の認識」にあたり、＜他機関の支援内容を知る＞ことは、山中のいう「他者の援助に関する情報への接触」といえ、この2つの認識は連携を促進するために必要な要素だといえる。そしてそれは、連携にとって不可欠な要素である共通の目的（Germain, 1984；久保, 2000, 松岡, 2000；山中, 2003；吉池・栄, 2009）、すなわちくつなぐ目的を認識する＞ことを促進していた。

(4) ＜気になればくつなぐスタンス＞の組織環境をつくる

病院によって＜気になればくつなぐスタンス＞と大きな問題がなければくつながないスタンスがあった。＜気になればくつなぐスタンス＞がある場合は、「気になる親子」を情報提供する傾向にあり、大きな問題がなければくつながないスタンスは情報提供がなされない傾向にあった。李・八重田・奥野（2008）は、リハビリテーション関連事業者の連携の程度に最も影響をおよぼしていた要因は「機関の態度」であり、連携に積極的な組織は連携の程度が高いことを示している。＜くつなぐスタンス＞は病棟全体の雰囲気のようなものであり、李らのいう「機関の態度」と同様の要因だといえる。連携を促進するためには、病棟全体に＜気になればくつなぐスタンス＞のような、組織の土壌をつくる必要があると示唆された。

4) 同意のハードルを越えるためには何が必要か：『必要不可欠な手続きの段階』

(1) 戦略的に同意を得る

＜同意のハードルを越える＞ことが、情報提供ケースとして確定する最後のプロセスであった。そして、同意が得られなければ情報提供できないと取り決められている施設もあり、そのハードルは高いことが明らかになった。助産師は母親や家族から同意を得ることが情報提供のための大前提であることを、個人情報保護という観点から強く認識していた。だからこそできるだけ同意が得られるよう、さまざまな工夫を凝らし戦略的に同意を得ていた。同意を得るために行われていた戦略は、＜メリットを強調し同意を得る＞、＜全員必須と同意を得る＞、＜タイミングや人をかえ再トライ＞であった。他機関の支援の＜メリットを強調し同意を得る＞ことは、他機関の支援内容を知らなければできないことであり、それを具体的に知ることが必要である。そしてそのサービスを受けることは母親や家族にとってどのように助けになるのか、具体的に説明する必要がある。＜全員必須と同意を得る＞は、同意を拒否しそうな母親や家族に対して用いられていた。このように誰にでも同じ戦略で同意を得るのではなく、母親や家族の特徴に合わせて同意を得る方法を変えていく必要がある。また、一度断られたからとあきらめるのではなく＜タイミングや人をかえ再トライ＞する粘り強さで試みることも必要である。

(2) 情報提供が守秘義務や個人情報保護義務違反にならないことを知る

上述したように、母親や家族から同意が得られなければ情報提供しない場合があり、助産師は支援が閉ざされたと感じる実態があることが本研究で明らかとなった。厚生労働省（2011）は2011年7月に通知を発令し、保健・医療・福祉の連携体制の整備の重要性を説明し、母親・家族の同意が得られなくても市町村の母子保機関に必要な情報を提供ができること、逆に医療機関に情報提供の求めがあった場合、同意がなくても情報提供が可能であることを示した。その翌年2012年11月にも通知（厚生労働省、2012e）を発令し、児童相談所・市町村と医療機関との相互の情報提供による情報共有の重要性を説明し、母親や家族の同意が得られなくても情報提供が違法にはならないことが示された。本研究の調査期間は2011年9月からであり、2011年7月の通知が出された直後であった。しかしインタビューした医療機関では、同意が得られなくても情報提供が可能であるという認識はなかった。これは、通知が出されても、すぐに医療現場には浸透しないという実態を示している。宮本（2008）によると、医師は通告義務を知っているが、実際に通告することについて60%前後は抵抗があるとし、その理由の1つに家族とのトラブルの心配を挙げている。2012年11月の通知は、このような医師の心配にも対応するためであるといえよう。通知を根拠に、チームで情報提供するという結論に至っても同意が得られず断念するというケースがないよう、児童虐待の発生予防のための情報提供が、守秘義務・個人情報保護義務違反にならないことを周知していく必要がある。

(3) 第3の選択肢を選べる情報提供用紙の工夫

＜同意を得るのが大前提という認識＞を軽減できる具体策として、本研究のインタビュー事例で紹介された、情報提供用紙の同意確認欄の選択肢に「同意は得ていないが情報提供する」を示しておくという方法がある。この選択肢があることで、助産師に同意を得なくても情報提供ができる場合があることを示すこととなり、情報提供するか否かの選択肢から、第3の選択肢を得ることができる。そうすることで、同意のハードルは低くなるのではないだろうか。

5) 親子のなりゆきを知ることが、どのように支援に還元される経験的な学びとなるのか：『相互作用による変革の段階』

(1) 親子の生活理解が深まる

助産師は、他機関の専門職者から書面や電話で退院後の親子の状況や支援内容を伝えられ、親子が地域でどのような生活をしているかの理解が深まる。先に述べたように、産科医療施設では長期的な視座をもちにくい環境にある上、入院中の母親は家事や上の子の世話がない非日常的な環境の中で「仮の姿」を助産師にみせている場合がある。家庭訪問をした保健師から、具体的な生活の様子を聞くことや、時には一緒に家庭訪問をすることで、「病院で仕事している時では見えなかった家庭環境っていうのが見えて、わあ、こんなところで生活しているんだこのお母さんさんと思ったり」と語られるように、家庭の様子が一目でわかる体験をし、親子の生活の理解が深まっている。そして、「こっちが要求する（健康管理）レベルに到達できなくても仕方がないし、こっちがおりなきやしょうがないし。いろいろな人から助けってもらうことで生命を維持できるんだよねという見方に変わりました」と、助産師の親子に対する見方の変化が起き、支援の変化につながっている。Benner (1984/2005) は、経験を積むことにより看護師は状況把握の仕方や行動に変容が起こるとし、経験とは理論にニュアンスや微妙な違いを加える数多くの現実的な状況に遭遇することで、先入観や理論を改良すると述べている。具体的な親子の様子を知ることが、現実的な状況への遭遇となり、親子の見方を改良することにつながったのだといえる。

(2) 自己の支援が進化する

他機関の専門職者から退院後の親子の問題状況や安定状況が報告され、助産師は退院後の親子のなりゆきを知ることができる。情報提供したケースについて、他機関から濃厚な支援を継続していくという報告を受ければ、比較的高いリスクのケースだったことを再認識し、情報提供してよかったと自己評価する。さらに、入院中の親子の様子と退院後のなりゆきを結びつけて自己の経験として蓄積していく。退院後の親子の状況をふまえ、自己の支援は有効だったか、改善点はないかを検討し、次の判断基準となるための経験として蓄積されていくのである。そして、「気になる親子」に対する気づきの感度が高くなる。「この人が家に帰ってからはどうなるのかなっていう想像をして・・・」という語りのように、入院中の

親子に対して、退院後の状況を予測した上で気づきにつなげていた。退院後の親子の生活理解が深まることで、退院後の予測ができるようになるということである。Benner (1984/2005) は、予測や予期は体験談報告を検討していく中で、新たに生じる疑問とつき合わせていくことで発展し、検証されていくのであり既知の理論や一般論では無理であると述べている。他機関からフィードバックされた退院後の親子の状況を具体的に知ることで、入院中の自己の支援に対する疑問とつき合わせることで、予測や予期の力が培われていったのだといえる。そして経験から、「気になる親子」の発見に対する示唆を得て、同様の事例があった場合は確信を持って判断できるようになってくる。

(3) 認識強化が起き、情報提供前の認識をも高める

退院後の親子の生活理解が深まり、自己の支援の有効性や改善点が明らかになることにより、＜長期的な視点を認識する＞、＜橋渡しの必要性を認識する＞、＜病院の限界を認識する＞、＜つなぐ目的を認識する＞の4つの認識が強化される。長期的な視点をもつことは、情報提供前のプロセスのコアカテゴリー【長期的な視座に立ち子育てを見据える】のベースとなる視点であった。長期的に継続する子育てを認識することであり、情報フィードバックからの学びが、情報提供以前のプロセスに連携が促進される方向に還元されていく。＜病院の限界を認識する＞も情報提供前の同じカテゴリーに属しており、この概念は山中(2003)のいう連携のための前駆条件でもあり、連携への直接的動機づけであった。連携による学びが、連携の動機を高めるよう還元される。＜つなぐ目的を認識する＞も、情報提供以前の同じカテゴリーに属しており、連携の促進に向け還元されていく。

＜橋渡しの必要性を認識する＞は、他者を受け入れにくい、退院後は連絡がつきにくいといった親子の特性に合わせ、他機関の専門職者である保健師との橋渡しの必要性を認識することである。これは連携における相互補完性であるといえ、山中(2003)の連携の形成プロセスの最終段階である「相互性の深化」における認識だといえる。

6) 協働機関として頼もしい存在として認識するためには：『相互作用による変革の段階』

他機関から退院後の親子の情報がフィードバックされ際、他機関の支援内容や今後の支援の方針も知ることができ、助産師は、他機関の支援内容や役割分担、内部事情を知ることができる。他機関の役割分担や内部事情を知ることが、それに合わせた支援を依頼することへとつながり、山中(2003)のいう相互補完性を発揮した状態であるといえる。そして、他機関理解の深まりは、情報提供以前のプロセスの【長期的な視座に立ち子育てを見据える】の＜他機関の支援内容を知る＞に還元され、「気になる親子」が特定されることを促す。

他機関理解が深まると、他機関にポジティブイメージをもち肯定的に捉え、他機関に支援をゆだねることができるようになる。助産師自身の限界を補う存在として支援をゆだねるという相互補完性を発揮した状態だといえる。

7) 連携が発展するために相乗効果を生む「顔の見える関係」

相互作用による変革の段階を経ると、他機関の役割分担を認識した上で病院の役割を果たしたり、他機関の内部事情に合わせた支援を依頼したり、母親と保健師の橋渡しを行ったり、連携の進んだ相互補完性を発揮した支援を行う。さらに連携が進むと、協働で支援の方針を決め支援することや、定期的な合同会議の開催による継続的な情報交換や、発見、情報提供、継続的な情報共有のシステムを作るという相互作用性の高い支援を行っている。

大友（2013）は、児童虐待予防のために継続的に定期的な会議をもつ、あるいは必要時連絡を取り合う関係にある保健センター勤務保健師 5 人、医療機関勤務助産師 7 人を対象にインタビュー調査を行い、質的分析で助産師、保健師の連携システムの構造を明らかにした。システムは、条件、方法、目的に構造化され、方法の内容に、最初に妊娠・出産・産後のケアで＜母親と信頼関係を築いた助産師が保健師と母親の関係を結びつける＞等からなる【助産師と保健師の双方が母親と信頼関係をつくる】があることを明らかにした。本研究でも、＜母親と保健師の橋渡し＞を行っており、信頼関係構築のために、助産師と保健師が双方で補完し合って支援を行っていることがわかる。

分析の結果、連携の発展に相乗効果を発揮していたのが、「顔の見える関係」ができたことであった。顔の見える関係とは、連携の体験をとおして他機関の専門職者とお互いに名前と顔の一致する顔見知りになり、相談しやすい関係ができることである。久保（2000）は、連携を「保健・医療・福祉の各専門職ないし各機関が、ある目標に向けて互いに協力をしながら業務を遂行すること」と定義し、「お互いに協力しながら」と他職種との関係性を重視している。連携の強弱に影響を与える要因の、専門職間の目標の一致または合意、連携に対する意欲や動機、多職種に対する理解と説明の 3 つは、専門職間の信頼関係が基礎的に支えるものであり、不可欠であるとしている。すなわち、信頼関係が連携を強化するということになる。久保（2000）のいう信頼関係は、一定の距離を保ちながら、それぞれの専門職の役割を認識し、専門職個人を尊重しながら強固なパートナーシップを保つことである。「顔の見える関係」は、信頼関係を築く基礎でもあり、連携にとっては必要不可欠である。

8) 連携の助産師への有用性

連携の体験を通して助産師はさまざまな学びを得るが、それは『相互作用による変革の段階』に位置する各概念である。＜親子の生活理解が深まる＞、＜自己の支援を振り返る＞、＜つないでよかったと実感する＞、＜次への示唆を得る＞、＜アンテナが高くなる＞、＜病院の限界を認識する＞、＜つなぐ目的を認識する＞＜長期的な視点を認識する＞、＜橋渡しの必要性を認識する＞、＜他機関の支援内容を知る＞、＜他機関の役割分担を知る＞、＜他機関の内部事情を知る＞、＜他機関へポジティブイメージをもつ＞、＜他機関に支援をゆだねる＞、＜連携への認識が高まる＞の 14 は、連携の助産師への有用性の具体

的な内容となる。＜親子の生活理解が深まる＞、＜自己の支援を振り返る＞、＜つないでよかったと実感習得する＞、＜次への示唆を得る＞、＜アンテナが高くなる＞の 5 つは、新しい知識の習得、技量・能力の向上をもたらす。＜病院の限界を認識する＞、＜他機関の支援内容を知る＞、＜他機関の役割分担を知る＞、＜他機関の内部事情を知る＞、＜他機関へポジティブイメージをもつ＞、＜他機関に支援をゆだねる＞の 6 つは、自己の限界を認識する、他機関の支援内容を知ることにより、助産師の役割の明確化につながる。全ての概念は、情報提供前のプロセスに還元され、『発見』や『明確化』、『判断』、『必要不可欠な手続きという段階』の支援に関して、技量・能力の向上につながる。特に、『判断の段階【長期的な視座に立ち子育てを見据える】』カテゴリの支援は学びの還元が多く、技量・能力の向上に有用である。

9) 対極例・対極概念からみたプロセスの阻害因子

(1) 対極例の意味と本研究で生成された対極例

本研究において生成された対極例は、23 であった。プロセス前半の『親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定するプロセス』には 12、後半の『情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス』には 11 生成された。以下に、前半・後半プロセスに分け、プロセスにおける対極例の意味を考察する。

(2) 『親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定するプロセス』で生成された対極例

『親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定するプロセス』で生成された 12 の対極例は、3 つのカテゴリに属し、【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】に 2 つ、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】に 8 つ、【同意のハードルを越える】に 2 つである。そのカテゴリ部分でプロセスが阻害される可能性を有している。特に【長期的な視座に立ち子育てを見据える】という『判断の段階』には、8 つの対極例があり、総合病院において困難なプロセスの段階であることがわかる。

【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】という『明確化の段階』には、＜情報が伝わらない＞、＜情報が共有化されない＞、2 つの対極例があった。これは組織内のコミュニケーションの問題と捉えることができる。総合病院の場合、勤務する助産師や看護師の数が多く、新人からベテランまでさまざまなレベルの看護職者がチームで勤務する。夜勤と日勤の交代勤務で情報をつなぎながら援助していく。このような勤務環境の中で、情報が伝わるように、気になる人の情報を書き込むノートを作成する、分娩者一覧に情報を書き込む、カルテに目印をつける、申送りで引き継ぐ等の具体的な工夫がなされていた。工夫をしても情報が伝わらないケースがあったり、連携の窓口担当者がスタッフに情報を伝えず、チームで情報が共有できない状況が生じていた。＜情報を伝える工夫＞が徹底されることと、得た情報を個人のものとして留めず、チームスタッフ間で共有す

ることの認識を強化していく必要がある。「気になる親子」と特定するためのアセスメントに際して、多角的な情報は不可欠である。せっかく得られた情報が、伝達という段階で失われ、チームで結論を出す際に誤った判断をしないようにするためにも、情報の共有化が重要である。

【長期的な視座に立ち子育てを見据える】には、＜子育ての特性を認識できない＞、＜母親の仮の姿に惑わされる＞、＜母親自身の子育て力が見極められない＞、＜サポート力を見極められない＞、＜他機関の支援内容を理解していない＞、＜入院期間で何とかする＞、＜チームで結論が出せない＞、＜明らかな問題がなければつながらないスタンス＞の 8 つの対極例があった。＜子育ての特性を認識できない＞、＜母親の仮の姿に惑わされる＞、＜母親自身の子育て力が見極められない＞、＜サポート力を見極められない＞の 4 つは、退院後の子育ての状況が理解できていない状況の時に発生する状況だといえる。上記（第 2 節－1－6）－(2) で考察したように、他機関からの情報のフィードバックにより退院後の親子の生活の状況を具体的に知ることが、経験知となりこれらの力を育んでいく。本研究の協力者 24 人のうち、情報提供までのプロセスはほぼ全員の協力者が語ってくれたが、連携の発展の語りが得られなかった協力者が 3 人いた。これは、情報のフィードバックがないことで、その先の発展がなく負の変化が生じていたためであった。それ以外にも、連携先である地域により対応が異なり、連携が発展する場合としない場合があり、対極例が語られることになったと考える。筒井・東野（2006）の全国の市区町村保健師 1,3024 人を対象とした連携の実態に関する調査では、連携していない職種の 4 番目に「助産師」が挙がり 42.3%の保健師が「連携していない」と回答していた。母子保健の主な展開主体である市区町村保健師の結果であることを考えると、母子保健機関と産科医療施設との連携は活発に行われていない現状であるといわざるを得ない。このような母子保健機関と産科医療施設の連携の実態であると、産科医療機関が情報提供しても、その後の親子の状況の情報フィードバックがなされていないことは十分考えられる。退院後の親子の子育ての状況を予測して、入院中の親子を「気になる親子」と特定するためには、保健機関が産科医療施設に情報をフィードバックするように働きかける必要がある。本研究により、情報のフィードバックがその後の連携の発展に、また「気になる親子」の発見、特定にどのように影響するのか具体的なプロセスが明らかになった。このような知見を保健機関に提供し、情報フィードバックに対する認識を高める必要がある。

＜チームで結論が出せない＞は、看護職者の多くが「気になる」、「おかしい」、「危ない」と感じながらも、どうするか結論を出せないまま親子は退院になってしまったという状況であった。本研究の結果では、病棟に児童虐待の連携についての相談窓口となる助産師を配置している施設もあり、窓口者がいると＜相談しやすい環境＞となっていた。「気になる」と感じたことを、身近に相談できる人がいれば結論が出せないということには至らないだろう。児童虐待の連携においては、院内外の窓口を一般化することが望ましく（小林, 2012）、

その役割を担うのは、助産師、MSW、心理士等施設の特性に適した人材をあてるのが妥当である（栗原，2010）とされている。本研究の施設でも MSW や助産師がその役割を担っていたが、窓口担当者がいない施設には早期に設置されることが望まれる。

＜明らかな問題がなければつながらないスタンス＞は、「気になる」と感じて情報提供しないケースもあるということの意味する。情報提供に対するハードルの高い状況である。これは、情報のフィードバックが少なく、どの程度の状況で情報提供していいのか確認が取れないことが原因であると考えられる。

（3）『情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス』で生成された対極概念

上記でも述べたが、本研究の協力者 24 人のうち、連携の発展の語りが得られなかった協力者が 3 人いた。その他にも連携が発展しないことを経験した人がいたために、対極例の具体例が多く語られた。筒井・東野（2006）の全国の市区町村保健師調査の結果で、助産師との連携がないとした保健師が 42.3% もおり、産科医療施設と保健機関の連携が活発でない地域が存在することが推察される。保健機関から退院後の親子の情報がフィードバックされず、それを基盤として支援に還元される学びが得られず、他機関の理解も深まらず、連携へのモチベーションが低下するという、一方通行の悪循環に陥っていた。連携の発展するプロセスのコアカテゴリーは【親子のなりゆきを知る】ことであり、それが得られない場合は、プロセス全体に負の変化をもたらすことがわかった。榮（2010）は先行研究をもとに、連携が促進される要因、阻害される要因の整理を行い、連携の促進要因には組織レベルでの情報共有が必要であることが示された。保健機関が産科医療施設に情報のフィードバックが活発に行われる必要である。そのためには保健機関が情報フィードバックの重要性を具体的に示していく必要がある。

2. 産科単科病院・診療所における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス

産科単科病院・診療所における「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスは、総合病院のプロセスと同様のカテゴリー、概念も多い。そのため産科単科病院・診療所に特徴的な部分の考察を行う。

1) 産科単科病院・診療所における「気になる親子への気づきから連携が発展するプロセスと連携に関する先行研究との関係

産科単科病院・診療所における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』を、コアカテゴリーの関係で表現すると、助産師が援助の中でリスクを探り、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】。【院長という権限者の方針】に従ったうえで同意をとり、他機関との【やり取りを交えた情報提供】、【親子のなりゆきを知る】、【変化

の始点となるきっかけ】の3つにより、経験的な学びが支援に還元されることで、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】力を育み、学びが循環されながら連携が発展していくプロセスであることが明らかになった。

「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスを、カテゴリー間のまとまりを検討し、プロセスの発展段階として捉えた結果、『発見の段階』→『明確化の段階』→『判断の段階』→『必要不可欠な手続きの段階』→『情報交換の段階』→『経過を知る段階』→『相互作用による変革の段階』→『発展の段階』・『還元の段階』となる（図 5-6）。産科単科病院・診療所のプロセスの発達段階は、総合病院のものと、情報提供をする段階が異なるだけで、ほぼ同様の流れであった。したがって、産科単科病院・診療所のプロセスの展開段階は、基本的な連携の形成プロセスをふまえているといえる。

2) どのようにして「気になる親子」に気づくのか：『発見の段階』

(1) 観察の視点に児童虐待の視点をもつことの必要性

産科単科病院・診療所に勤務する助産師は、外来や病棟で日頃行なわれるさまざまな援助の中で、親子の社会・経済的背景や子どもへの接し方、理解力、精神症状といった観察の視点を持ち観察していたが、リスクアセスメントシートを用いていた人はいなかった。観察の視点には児童虐待のリスク要因にあがるものも多く含まれていた。栗原ら（2010）は、発見のための疑いを持つためには児童虐待の視点を持つことが必要であると述べているが、本研究の協力者たちはある程度、児童虐待の視点を持って日常の援助の中で観察が行なっていた。それは、「気になる親子」の支援を経験したことがあること、平均年齢 45.3 歳、平均経験年数 16.9 年とベテランの助産師であるからではないかと考える。リスクアセスメントシートは使用されていなかったが、看護職者全員が同様に「気になる親子」に気づくためには、児童虐待の視点を観察の視点に組み込むために、リスクアセスメントシートの使用も検討していく必要がある。

(2) 援助の中でリスクを探ることに影響する産科医療の現状

【援助の中でリスクを探る】ことに負の影響を与えていたのが、＜外来は外来、病棟は病棟のシステム＞、＜外来は点のかかわり＞、＜業務に追われる＞、＜助産師と看護師の温度差＞であった。わが国に分娩の 47.3%を担うのは診療所であるが、助産師の就業割合は病院 62.8%、診療所 24.5%と偏在している（日本看護協会，2012）。診療所に勤務する助産師の数は、病院に比べて少ないというのが現状である。産科単科病院は個人病院で、実情は診療所と同様であると推察する。このように助産師の数が少ないと、助産師は分娩に関わる業務に配置されることが多く、外来や産後の母子の援助は看護師が担当していることが多い。特に外来は医師が診察していることもあり、母親の疑問には医師が答えることができるため、助産師が配置されていない病院も多い。また、産科医不足から近年分娩を取り扱わない病院が増え、分娩の集約化が起きている。分娩を取り扱っている病院・診

療所は分娩数が増加しているのが現状である。これに伴い産後の入院期間の短縮化も起きている。このように、助産師の偏在化、分娩の集約化、産褥入院期間の短縮化が、＜外来は外来、病棟は病棟のシステム＞、＜外来は点のかかわり＞、＜業務に追われる＞という状況に影響を与えていることも考えられる。このように厳しい状況の中、産科医の負担の軽減と安全で快適な分娩場の確保のため、正常分娩は積極的に助産師を活用するという方針が厚生労働省から発表され（厚生労働省、2009）、院内助産所、助産師外来の開設に助成も行われるようになった。助産師外来の設置は増えており（日本看護協会、2011）、産科単科病院・診療でも設置数は増えている。助産師外来が設置されている施設では、助産師外来での関わりの中で、リスクを探ることが重要になる。

児童虐待のハイリスクケースは、早期に地域の専門職者と信頼関係を築き長期の支援を可能とし虐待を予防する目的から、妊娠期から地域での支援をスタートすることが重要であるといわれている（中板、2005）。外来で「気になる」サインに気づくことは非常に重要である。助産師外来の設置されていない、＜業務に追われ＞、＜外来は点のかかわり＞の状況の中でも、児童虐待のリスクアセスメントについての学習をし、そのリスクを理解した上で妊婦を観察することができれば、「気になる」サインに気づくことにつながるのではないだろうか。

＜外来は外来、病棟は病棟のシステム＞は、病棟勤務の助産師にとっては、親子との出会いが入院した時点からのスタートとなり、退院までの短い期間しか親子に関わることができず、「気になる親子」と特定することや、ハイリスクケースの場合は退院後の支援体制を他機関に要請することが困難な場合もあった。できるだけ外来で「気になるサイン」に気づき、それを担当者に相談できるように、上述した外来の看護職者の児童虐待のリスクアセスメントの知識をもつことによって、リスクを探ることが必要である。

＜助産師と看護師の温度差＞は、児童虐待の予防のための取り組みに対する認識が、助産師と看護師の間で異なり、助産師の方が関心が高く積極的に取り組んでいる状況を示す。外来には助産師の配置がない場合は、親子への児童虐待防止の視点が薄れることになる。そうならないためにも、外来のスタッフに児童虐待のリスクアセスメントについての研修を行う等、知識を普及していく必要がある。

3) 担当者が中心となり確認・判断・対応を担うことによる窓口の一本化：『判断の段階』

産科単科病院・診療所では、「気になるサイン」に気づいた後、リスク状況を確認するため、関連情報を得てスタッフ内で情報を共有する間に、日勤勤務が多い助産師、師長等に担当者が決定していた。助産師が少ない施設では、必然的にその数人の助産師の誰かが担当になっていった。担当者を中心に、追加情報を得てリスク状況を確認し、情報提供ケースと判断し、母親・家族に同意を得て、他機関に連絡をするまでを担当していた。児童虐待の連携においては、院内外の窓口を一般化することが望ましく（小林、2012）、その役

割を担うのは、助産師、MSW、心理士等施設の特性に適した人材をあてるのが妥当である（栗原，2010）とされているが、産科単科病院・診療所においては、窓口の一本化ができていく状況であるといえる。また、産科単科病院・診療所は施設規模が小さく、施設にMSW や心理士がいることは稀である。そのため、児童虐待予防に関心の高い助産師で、日勤で継続して観察することのできる者や、師長が担当者の役割を担うことは、産科単科病院・診療所の施設の特性に適した人材が選ばれているといえる。しかし、情報収集、判断、対応の役割を担当者が一手に引き受けていると、他の看護職者の関心が低下することが懸念される。担当者が決まるのは、親子に「気になるサイン」を見つけてからとなるため、サインに気づくためには、看護職者全員が、ある程度児童虐待のリスク等の知識を有する必要がある。

4) 院長という権限者に働きかけることの重要性：『判断の段階』

「気になる親子」を他機関に情報提供するという最終決定をはじめ、施設の理念や経営・治療・支援の方針に、院長の方針が大きな影響を与えていた。施設によっては、助産師に役割と権限が一部移譲されている施設もあった。協働に関連した仕事は多くの場合、所属機関の本来の業務とは別に担わなければならない、このため、所属機関の理解なしには他施設・機関との長期的な協働は維持しにくいとされている（渋沢，2002）。個人病院においては、所属機関の理解とは院長（理事長）の理解のことを指す。児童虐待の予防という他機関との連携を伴う本来業務とは別の仕事を担うためには、院長の理解を得ることが重要である。行政が産科医療施設に、児童虐待発生予防における産科医療施設の役割を説明することや、日本産婦人科医会等の医師の団体が主導をとり、施設への呼びかけを行う等、積極的な働きかけが必要である。

5) 電話で情報提供がやり取りを交えた情報交換・相談へ発展する

産科単科病院・診療所では、ほぼ全ての事例で、ケースの情報提供は電話で行われ、その後で書類を出すという手順が踏まれていた。電話では情報を伝えた後、必要があれば他機関の専門職者が質問をして追加情報を得て親子の状況を明確化したり、助産師は今後の支援や手続きについて相談するといった、やり取りが行なわれていた。同意の得られていないケースの場合は、この電話のやりとりで＜奥の手を使う＞ための方法として、新生児訪問依頼のハガキを必ず出してもらうこと等の内部事情を教えてもらっていた。このやり取りで、他機関の支援内容や内部事情を知ることができ、他機関への理解が深まることになり、連携の発展段階を進めることに影響していた。連携には連携機関相互の信頼関係が重要であることがいわれているが（久保，2000）、電話でのやり取りは、その信頼関係の第一歩になっているのではないかと考える。＜顔の見える関係ができる＞といかないまでも、電話での【やり取りを交えた情報提供】には連携を発展させる効果があることを考え

ると、産科医療施設にとって最も身近な情報提供先である保健機関センターから、気軽に相談しながら情報提供ができる雰囲気づくりを行っていく必要がある。

6) 外部から「変化の始点となるきっかけ」を与えることの重要性

行政からの児童虐待予防のための定例合同会議の呼びかけや、児童虐待予防のためのシステム作りへの参画、保健センターの熱心な取り組み姿を知ること、保健センターからの情報提供の要請や情報提供用紙の紹介、といった他機関からの働きかけがきっかけとなり、助産師の児童虐待予防の認識を前向きに変えていた。産科医療施設には、安全でより満足できる出産のための医療・看護を提供するという第一の使命がある。上記にも述べた分娩の集約化、産褥入院期間の短縮化等により産科医療施設での業務は多忙を極め厳しい状況である。多忙な状況の中、児童虐待予防のための協働は本来業務とは別に担う必要があり（渋沢、2002）、強い動機づけがなければ、それに取り組むことはなかなか困難ではないかと考える。「情報提供するようになったのは、向こう（保健センター）が児童虐待予防で、すごく（病院・診療所の）情報を求めているというのがわかってきたからでしょうね」という語りからわかるように、他機関から産科単科病院・診療所の取り組みが求められていることを分かり、情報提供を行うよう行動が変容できていた。これは、助産師が児童虐待の発生予防において、産科医療施設の果たすべき役割を認識できたから起こった変化であるといえる。なぜ、産科医療施設が児童虐待予防に取り組む必要があるのか、産科医療施設の情報提供がどのように活用され、虐待予防にどのように役立っているのか、具体的に説明し助産師や院長の理解を得ていく必要がある。そのためには、児童虐待対応の主要機関である児童相談所や保健所等から、産科医療施設からの情報提供が有効活用された例や、逆に情報提供がなかったことで対応が遅れ対応困難となった事例等、具体的な事例を示し、児童虐待発生予防における産科医療施設の役割を理解できるような機会をもつことが必要である。

行政からの保健・医療・福祉機関の定例合同会議の呼びかけや、児童虐待予防に向けたシステム作りへの参画は、児童虐待についての系統的な講義や事例検討等を通じて、児童虐待発生予防における産科医療施設の役割の理解につながったといえる。一般的な事例を検討するのではなく、その地区の行政からの呼びかけで開始された会議であるため、その地区に発生した児童虐待事例の検討であり、当事者感覚をもち込むことができ、児童虐待発生予防に関与する機関としての自覚を促すことにつながったのではないかと考える。また、会議は地域の担当保健師とく顔見知りの関係をつくる機会となり、相談しやすい関係づくり、信頼関係づくりという連携の基礎（久保、2000）が作られることになったと考える。この様な取り組みを、全国の自治体で展開されることが望まれる。

以上のように、他機関からの外的な刺激が産科単科病院・診療所の児童虐待発生予防の取り組みに対する強い動機づけになることが明らかになった。

7) 守秘義務・個人情報保護に関する混乱を解く必要性

本研究で、産科単科病院・診療に保健機関から養育困難ケースに対する問い合わせがあった際、本人の同意を得ていないということで情報提供を断るという対応がされていたことが語られた。また、情報提供の電話でのやり取りの際に、他機関の方からの情報提供がないことも語られた。「こっち（診療所）は情報を流すんです。でも、向こう（保健センター）の情報はあんまり言ってくれない。そういうところはすごく不満に思う。こう、一方的に流している（感じがします）」という語りができるように、情報の交換ができず、一方通行の感じを受け不満を持っていた。前述しているが、厚生労働省（2011）は2011年7月、2012年11月（厚生労働省，2012e）に通知を発令し、児童相談所・市町村と医療機関との相互の情報提供による情報共有の重要性を説明し、母親や家族の同意が得られなくても情報提供が違法にはならないことが示した。本調査は1度目の通知の直後から開始したが、どの施設でも母親・家族から同意を得ず情報提供できることは周知されておらず、なんとか同意を得られるよう努力されていた。同意が得られないときは、情報提供されない場合があった。現段階では、「気になる親子」を発見し情報提供に至るプロセスの最後は、同意を得るという大きなハードルが待ち受けている状況となっている。守秘義務・個人情報保護に関する混乱を早急になくし、必要な情報を保健・医療・福祉機関で共有し合える環境を作る必要がある。そのためにも、厚生労働省通知の内容を分かりやすく、医療施設だけでなく、保健機関にも周知していく必要がある。現場で悩んでいることが解決できるような、事例形式やQ&A形式で紹介する等、具体的な内容で守秘義務・個人情報に関する情報を提供する必要がある。

8) 対極例・対極概念からみたプロセスの阻害因子

(1) 対極例の意味と本研究で生成された対極例

本研究において生成された対極例は、16であった。プロセス前半の『親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定するプロセス』には10、後半の『情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス』には6生成された。産科単科病院・診療のみ存在する対極例を以下に、前半・後半プロセスに分け、プロセスにおける対極例の意味を考察する。

『親子に対して「気になる」と感じ情報提供ケースとして確定するプロセス』には、10の対極例があったが、総合病院の対極例のように1つのカテゴリーに集中するのとは異なり、散在していた。

【援助の中でリスクを探る】に影響していた＜外来も病棟もどちらも勤務＞、＜外来でじっくり関わる＞は、リスクを探ることにプラスの影響を与えていた。多くの産科単科病院・診療では、外来と病棟の勤務者が固定され交流がなく、外来は医師の診察介助で妊婦とは短時間の関わりとなる状況であるが、院長の方針により診療・看護配置のシステムが異なり、援助の中でリスクを探りやすい状況にあるといえる。施設によって診療・

看護配置のシステムの違いに合わせ、「気になるサイン」に気づくための方略を変えていく必要がある。

【リスク状況を確認する】には、＜関連情報が得られない＞、＜妊娠期からつなぐ＞の2つの対極例があった。＜関連情報が得られない＞ことには、外来と病棟の勤務者が固定され、病棟勤務の助産師は親子との出会いが分娩で入院してからスタートし、信頼関係が構築しにくくなかなか踏み込んで情報を収集できない状況であった。限りある状況の中で、効率よく必要な情報を得るためには、児童虐待の視点であるリスクアセスメントの知識を得ることが必要だと考える。＜妊娠期からつなぐ＞は、＜継続的に追って観る＞の対極例である。親子のリスクのレベルにもよると思われるが、ハイリスクな親子は妊娠期から他機関に情報提供し、医療と保健双方で親子を支援している状況がわかる。近年、虐待の発生予防のためには、妊娠期からの情報提供が望まれているが（中板，2005）、その取り組みが行なえている。

【院長という権限者の方針】には＜助産師への役割と権限の移譲＞があった。院長が、産科単科病院・診療における親子への支援の一部を助産師に任せることである。具体的には分娩期の援助や育児相談等の退院後のプログラム、他機関との連携等である。プロセスを促進する方向へ影響していた。院長の方針で決定することであるため、施設により、院長により異なる状況であるといえる。どちらの場合でも、児童虐待予防についての系統的な知識、発生予防のための産科医療施設の役割、連携の業務に対する理解が得られるよう、研修や保健・医療・福祉の合同会議の開催等が必要である。

【地域での支援の必要性を理解する】には、＜他機関の支援内容がわからない＞、＜自施設のみでフォローする＞の2つの対極例があった。＜他機関の支援内容が分からない＞ことは、他機関への理解が深まらず、何のために地域の機関に情報提供するのか目的が認識できず、地域での支援の必要性を認識できない状況に陥っていた。連携の目的が分からず、地域の支援の必要性を感じないことが、＜自施設のみでフォローする＞という行動につながっていた。産科単科病院・診療には、産後の電話訪問や母乳外来、育児相談、1歳くらいまでの育児教室等、さまざまなプログラムが開催されていた。院長が許可をすれば、プログラムの開催に柔軟に対応できるという特徴がある。＜自施設のみでフォローする＞は、「気になる親子」の情報を他機関に提供せず、自施設のプログラムでフォローしたり、直接家庭訪問を行うという状況であった。児童虐待は、経済的な問題、育児不安や精神疾患等の精神の問題、親の成育歴の問題、家族関係の問題等多くの原因が複雑に絡み合っており、複数の機関で対応することが原則である（小林，2013；中板，2005）。他機関、特に最も身近な保健センターへの情報提供は、複数機関の支援の第一歩となる。しかし、産科単科病院・診療には、他機関が親子にどのような支援をしてくれるかが分からず、自施設のみでフォローしていた。お互いの情報交換ができていないことで、他機関の支援内容を知ることができないことが原因であると考えられる。自施設のみでフォローする

ことにならないよう、他機関の支援内容を知ることができる機会を増やすことが重要となる。そのためには、他機関で把握したハイリスクケースの情報提供を産科単科病院・診療におこない互いに情報交換すること、地域の支援の内容を伝達する研修会を開催すること等が考えられる。お互いが触れ合うことで、顔の見える関係をつくることが重要となる。

【同意のハードルを越える】には、＜同意を得ずにつなぐスタンス＞という対極例があった。特定の助産師から出た対極例であったが、同意を得る行為は相手に失礼になるという考え方であった。同意は得ずに保健センターに電話で情報提供し、家庭訪問を依頼する。母親には新生児訪問依頼のハガキを出してもらうようにすることで、保健師の訪問可能となる。同意が得られない場合の奥の手を使っている状況であった。柳川ら（2002）は、情報伝達の主旨についてのインフォームド・コンセントは必須であり、養育者と援助機関が継続的な関係を保つためには、「両親は一緒に歩いていくパートナーである」という認識が必要であると述べている。産科医療機関においては、地域の保健師は今後両親と一緒に歩いていくパートナーとして紹介し、児童虐待のリスクケースとしてではなく、「援助を必要としている家族」（小林，2013）として捉え、同意を得ていく必要がある。共に歩むパートナーを紹介する形で同意が得られれば、退院後の保健師の支援の受け入れにもつながって行くと考える。

3. 「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスにおける総合病院と産科単科病院・診療所の差異と共通点

1) 総合病院と産科単科病院・診療所の差異

(1) 情報提供の方法が異なる

プロセス全体を、カテゴリーのまとまりを検討し、連携の発展段階として大きく捉えた結果は、総合病院も産科単科病院・診療所も、『発見の段階』→『明確化の段階』→『判断の段階』→『必要不可欠な手続きの段階』→『情報伝達の段階』（総合病院）・『情報交換の段階』（産科単科病院・診療所）→『経過を知る段階』→『相互作用による変革の段階』→『発展の段階』・『還元の段階』の9つの段階であった。9つの段階のうち8つの段階は同じであり、ほぼ同様の過程を経て循環するプロセスであるといえる。唯一異なる段階は5段階めで、総合病院は『情報伝達の段階』、産科単科病院・診療所は『情報交換の段階』であった。総合病院は書類での情報提供が基本で、電話で情報提供する事例はほとんどなかった。それに比べ産科単科病院・診療所は全例まず電話で情報提供し、その後書類を送る手順をとっていた。電話での情報提供はその会話の中で、お互いに情報や判断を確認しあい、相談することができ、情報提供の電話で情報交換が行われている状況であった。この電話で他機関の支援内容も分かり、他機関理解の深まりにつながっていた。一方、総合

病院は書類での情報提供であるため、他機関からの情報のフィードバックがあるまで親子のその後の状況や他機関の支援内容がわからない状況であった。そして、その情報のフィードバックがない場合は連携が発展しない状況に陥っていた。

産科学的に問題がある（異常妊娠・分娩等）妊婦は周産期医療センターへ、経済・社会的問題がある妊婦は助産施設に指定されている総合病院を受診している場合が多く、産科単科病院・診療所は比較的ローリスクなケースを扱っていると考えられ、「気になる親子」の数が総合病院に比べ少ないのではないかと推察する。稀なケースであるため、その対応を電話で相談を兼ねて情報提供していると考えられる。電話の際の相手の対応も、電話を繰り返してできるかどうかにかかってくる。「行政も、今は感じ悪くないもんね。すごく腰も低いし、すぐ対応してくれるので」と語られるように、電話の対応がいいことがうかがえ、助産師は電話をしてよかったと感じたのではないだろうか。電話での情報提供が、情報交換、情報共有、他機関理解の深まりにつながる結果から、情報提供はできれば電話で行っていくことが望まれる。そして、電話を受ける他機関は情報や判断を交換し、電話したことで産科医療施設が児童虐待発生予防の対応について、何か知識が得られるような関わりをすることが重要である。

(2) 総合病院は外来を有効なリスク探索の場として活かしていたが、産科単科病院・診療所では外来でのリスク探索は困難な施設もあった

総合病院では服装や臭い、上の子への接し方等の生活の状況が分かりやすい外来の場をリスク探索において有効に活用していた。一方、産科単科病院・診療所では、外来と病棟の看護師の配置が固定化された上、外来での看護職者の妊婦への関わりが医師の診察介助のみと短時間の関わりにならざるを得ない状況であった。

産科単科病院・診療所では、短いかかわりの中でもリスクを探ることができるよう、児童虐待のリスクアセスメントツールを念頭において観察する等の工夫が必要である。

(3) 総合病院では、チーム・交代制勤務の困難を乗り越える方略でリスク状況を明確にし、チームで結論を出していた。産科単科病院・診療所では担当者が中心に確認・判断・対応を担っていた

総合病院ではスタッフの数も多く、新人からベテランまでさまざまなレベルの看護職者がチームで勤務する。そのため、「気になるサイン」に気づく感度もさまざまである。そのため複数の目で観察し、情報を共有しあい、リスク状況を確認する必要があった。そして確認したリスク状況から、退院後の子育てを見極めチームで結論を出していた。一方、産科単科病院・診療所では、スタッフ間で情報共有する際に担当者が決定し、それ以降、担当者に情報が集中する。その情報から担当者が「気になる親子」と判断し、母親・家族から同意を得て、他機関に情報提供の電話を入れるまで担っていた。窓口の一本化ができや

すい状況であった。

施設の規模に応じた効果的な対応がなされている状況だといえる。

(4) 産科単科病院・診療所では院長という権限者の影響が大きい

産科単科病院・診療所では施設の方針を決定するのは、院長である。児童虐待の発生予防のための取り組みを推進するか否かは、院長が決定することになる。産科単科病院・診療所で児童虐待の発生予防の取り組みを進めるためには、院長の理解を得ることが必要不可欠になる。行政、産婦人科医会等が医師の理解を得るために、働きかける必要がある。

(5) 総合病院では「親子のなりゆきを知る」ことのみにより支援に還元される経験的な学びを得ていたが、産科単科病院・診療所は「やり取りを交えた情報提供」、「親子のなりゆきを知る」、「変化の始点となるきっかけ」により、支援に還元される経験的な学びを得ていた

総合病院では情報のフィードバックが得られないと、その先の連携が発展しなかった。他機関はこの結果を受け止め、情報をフィードバックすることの重要性を認識し、産科医療施設に退院後の親子の状況や実施した支援、今後の支援方針を具体的に提供することが必要である。総合病院でも、情報提供を電話で行う工夫をし、他機関と直接接する機会を増やしていくよう工夫する必要がある。

産科単科病院・診療所は、3つのルートで支援に還元される経験的な学びが得られていることが明らかになった。各々、他機関との接触が必要なものである。他機関との接触を継続し、支援に還元される学びを得ていくことが大切である。

1) 総合病院と産科単科病院・診療所の共通点

総合病院、産科単科病院・診療所の各々のプロセスで考察した内容から、2つの施設の共通点を以下に列挙する。

- (1) 親子に対して「気になる」と感じ、情報提供ケースと確定するためには、「**現在の状態**」ではなく、退院後長期に続く子育てを予測し、【**長期的な視座に立ち子育てを見据える**】ことが重要である。
- (2) 他機関から情報がフィードバックされることで【**親子のなりゆき**】を知ることは、親子の生活理解を深め、自己の支援を振り返ることで次への支援の示唆を得、他機関への理解が深まるという、「支援に還元される経験的な学びを得る」ことであった。学びが還元されることにより、連携への意欲が高まる共に、学びが活かされ進化した連携が展開され、次第に連携が発展していく循環するプロセスであった。
- (3) 他機関からの情報のフィードバックがなく【**親子のなりゆき**】がわからない場合は、自己の支援への学びが得られず、他機関理解が深まらず、「負の変化」が生まれ、支援

へ負の還元を起こしており、情報のフィードバックの重要性が明らかになった。

- (4) 親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスにとって、母親・家族に対して情報提供の同意を得ることは「ハードル」といえるほど、乗り越えなければならない課題であり、戦略的に乗り越えることが重要である。
- (5) 産科医療施設には守秘義務・個人情報保護に関する知識の混乱があり、ハイリスクケースが情報提供されない場合もあった。情報提供に係る守秘義務・個人情報保護の取り扱いについて正しい知識を普及していく必要がある。
- (6) 「顔の見える関係」ができることは、相互関係性を高め連携を発展される効果があり、産科医療施設の助産師と他機関の専門職者が、早期に「顔の見える関係」になることが重要である。

研究 1・2 で得られた結果と考察から、総合病院における児童虐待発生予防に向けた実践モデルを提案し、今後の対策を検討する。

1. 提案する実践モデルの全体像

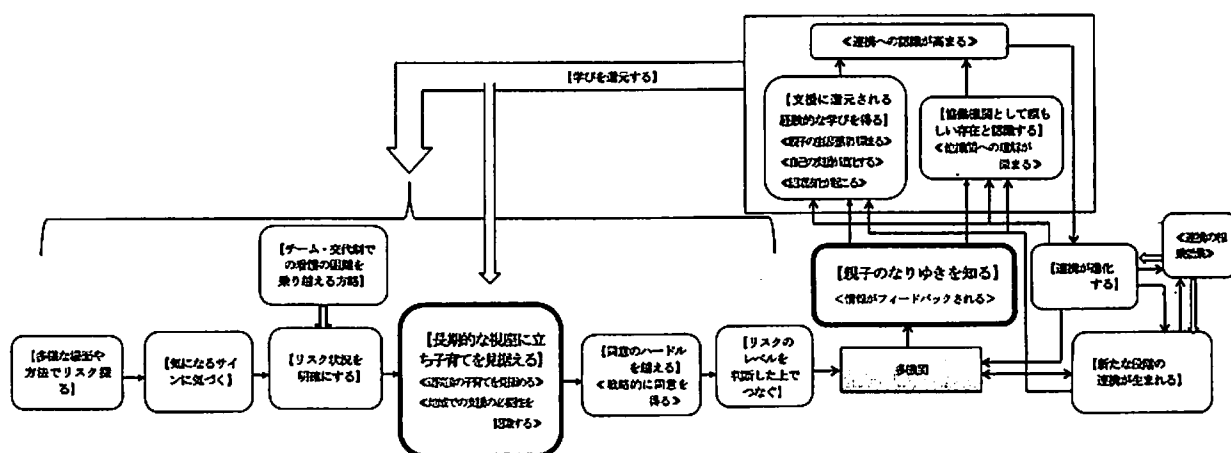


図6-1 M-GTAによって導き出された産科医療施設（総合病院）に勤務する助産師の乳幼児虐待発生予防に向けた「氣になる親子」への気づきから連携が実現するための実践モデル

産科医療施設（総合病院）の臨床現場でそれを活用するために、具体的な行動レベルとして表した実践モデルを、図 6-2～10 に示す。さらに、実践モデルを実行するにあたり、今後の対策を加えた。

2. 連携の発展段階の段階ごとの実践モデルの提案

1) 『発見の段階』実践モデル

『発見の段階』の実践モデルを図 6-2 に示す。モデル実践のためには、児童虐待に関する知識を得ることが必要であり、研修会の開催等の対策が必要である。

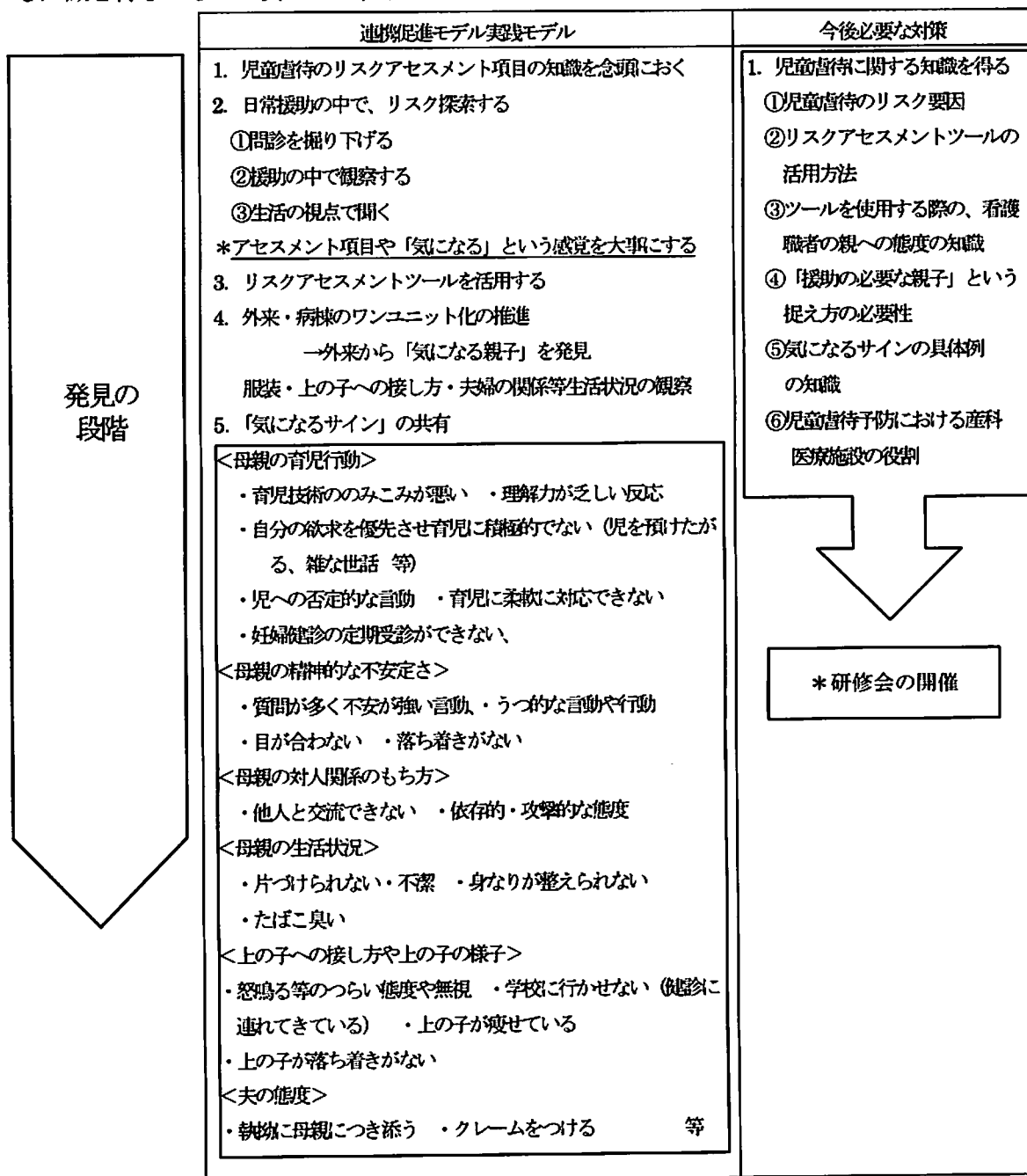
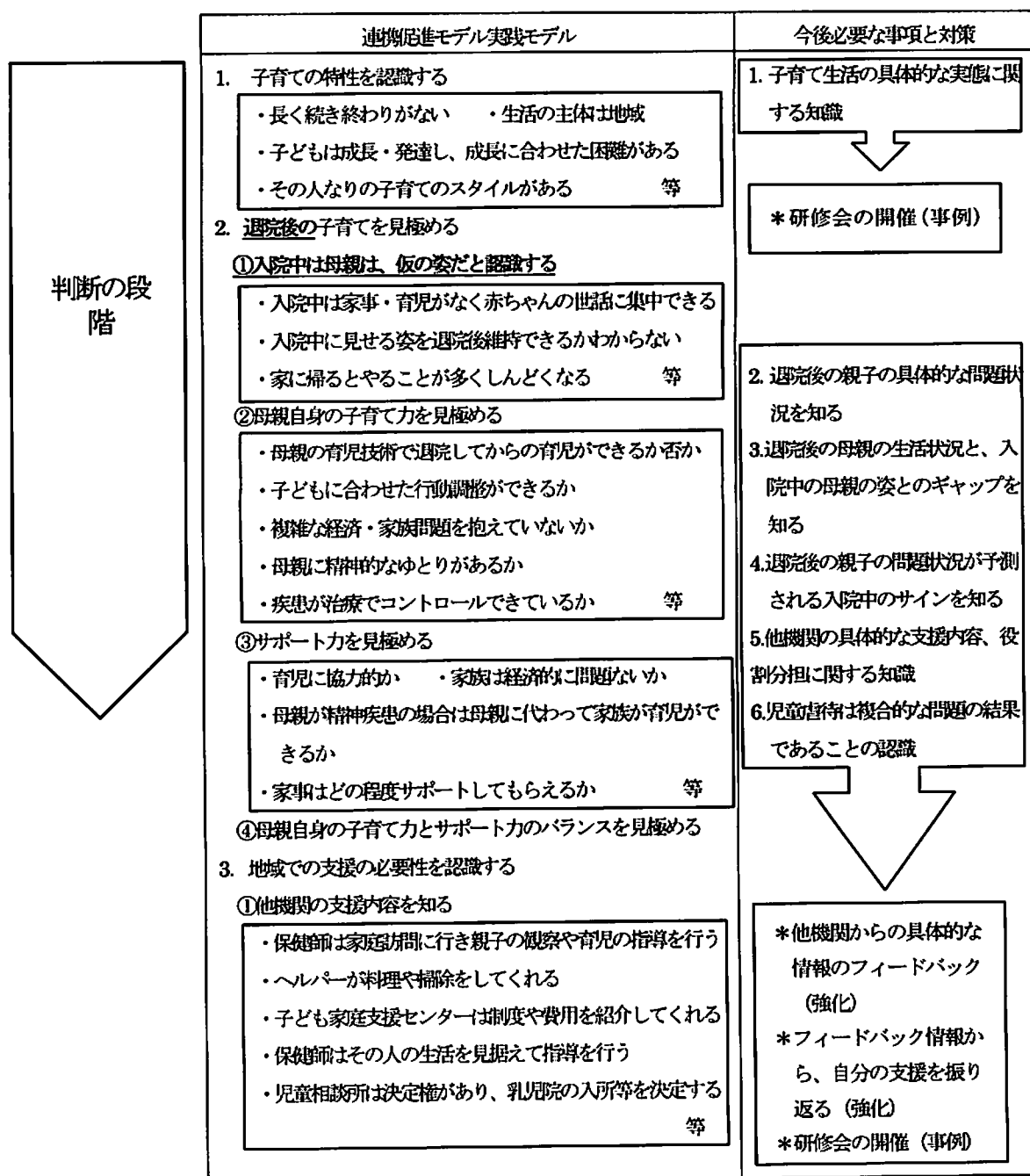


図 6-2 『発見の段階』実践レベル

『判断の段階』の実践モデルを図 6-4 に示す。モデル実践のためには、子育て生活の具体的な実態に関する知識を得るために、事例検討形式の学習会の開催が必要である。退院後の親子の具体的な問題状況や、入院中と退院後の母親の姿のギャップ、退院後の親子の問題状況が予測される入院中のサイン、他機関の支援内容や役割分担、児童虐待は複合的な問題の結果起きていることの認識、に関連する具体的な情報や知識が必要である。それに対しては、他機関からの具体的な情報のフィードバックを強化すること、フィードバック情報をもとに自己の支援を振り返ることを強化する。さらに、研修会の機会をもち、児童虐待は何故起こるのか、対応の具体例等を学ぶ必要がある。



<p>②病院の限界を認識する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院では家での生活が見えない ・入院中の4・5日ですることには限界がある ・看護職者は病院から外に出られない、訪問できない ・1か月健診を過ぎたら関係性が終わってしまう 等 <p>③連携の目的を認識する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育児が軌道に乗るまで保健師に見守ってもらう ・育児不安や経済困難で育児ができなくならないように ・お母さんが地域で楽しく育児ができるように ・退院後のお母さんが相談できる場所をつくるため 等 <p>4. 危険を予測する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の人はネグレクトが怖い ・子どもが成長・発達すると対応が難しい ・眠れないのはマタニティブルーの前兆 ・夫が怒鳴る姿からDVを予測する 等 <p>5. 「気にならばつなぐスタンス」組織環境をつくる</p> <p>大きな問題がなければつなげないスタンスでは、見逃しの可能性が大きくなることを認識する</p>	
---	--

図 6-4 『判断の段階』実践モデル

『必要不可欠な手続の段階』実践モデルを図 6-5 に示す。モデル実践のためには、「気になる親子」を「援助を必要としている親子」と捉える対象の捉え方の変換の必要性、他機関の支援内容の知識、児童虐待発生予防に関する守秘義務・個人情報保護に関する知識が必要であるため、研修会等で強化する必要がある。また、情報提供用紙の選択肢に「同意が得れていないが、情報を提供する」という選択肢を追加する工夫が必要である。

必要不可欠な手続 きの段階	連携促進モデル実践モデル	今後必要な事項と対策
	<p>1. 同意を得る必要性を認識する</p> <p>2. 戦略的に同意を得る</p> <p>①メリットを強調し同意を得る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の相談者として保健師の存在を紹介 ・赤ちゃんの様子を覗けると紹介（保健師） ・家庭訪問をしてけると紹介（保健師） 等 <p>②全員必須と同意を得る（受け入れの悪そうな母親・家族）</p> <p>③タイミングや人をかえ再トライ</p> <p>3. 同意の得られなかった場合の対応方法を理解する</p> <p>同意が得られなかったことを伝え、情報提供する</p>	<p>1. 「援助を必要としている親子」という対象の捉え方の知識</p> <p>2. メリットを強調するためにも、他機関の支援内容の知識</p> <p>3. 児童虐待発生予防に関する守秘義務・個人情報保護に関する知識</p> <p>4. 情報提供用紙の工夫</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> *研修会の開催（事例） *啓蒙パンフレット等

図 6-5 『必要不可欠な手続の段階』実践モデル

『情報伝達の段階』実践モデルを図 6-6 に示す。モデル実践のためには、情報フィードバックによる親子の状況に合わせた支援内容の理解を強化する必要がある。産科単科病院・診療所の研究において、電話での情報提供が支援に還元される学びにつながっていたことから、総合病院でもできるだけ電話で情報提供を行い、やり取りを交えた上方交換・相談に発展させていく必要がある。

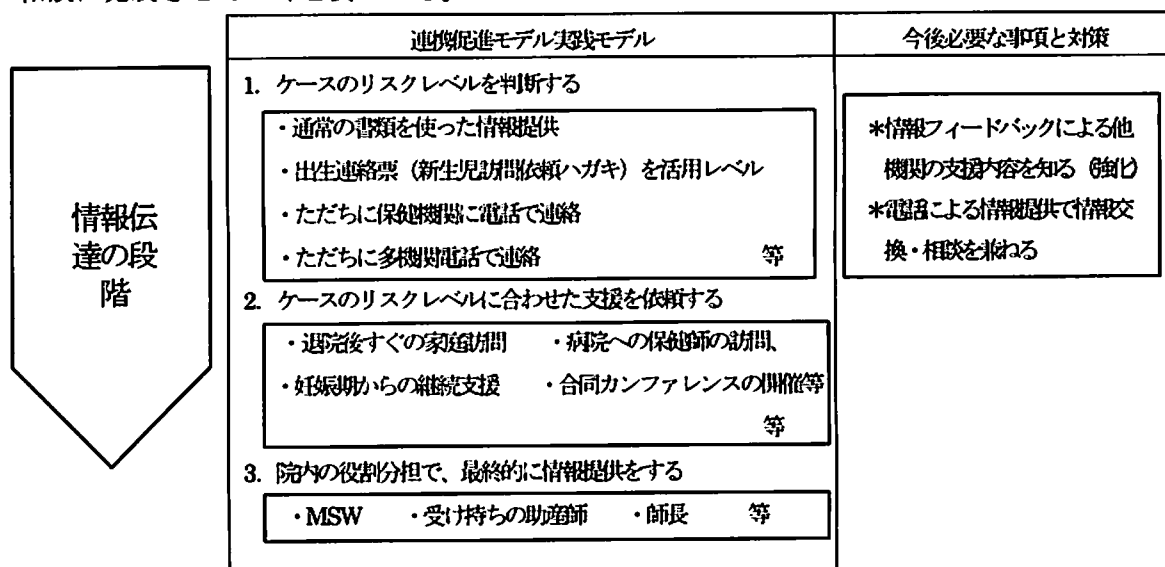


図 6-6 『情報伝達の段階』実践モデル

『経過を知る段階』実践モデルを図 6-7 に示す。モデル実践のためには、他機関が情報をフィードバックすることが絶対条件である。産科医医療施設（総合病院）で連携が発展するためには、『経過を知る段階』経ることが必要であった。言い換えれば、経過を知らなければその後の連携の発展は望めない。そのためには、他機関が情報のフィードバックの効果の認識をもつ、情報提供ケースの情報フィードバックを強化する必要がある。

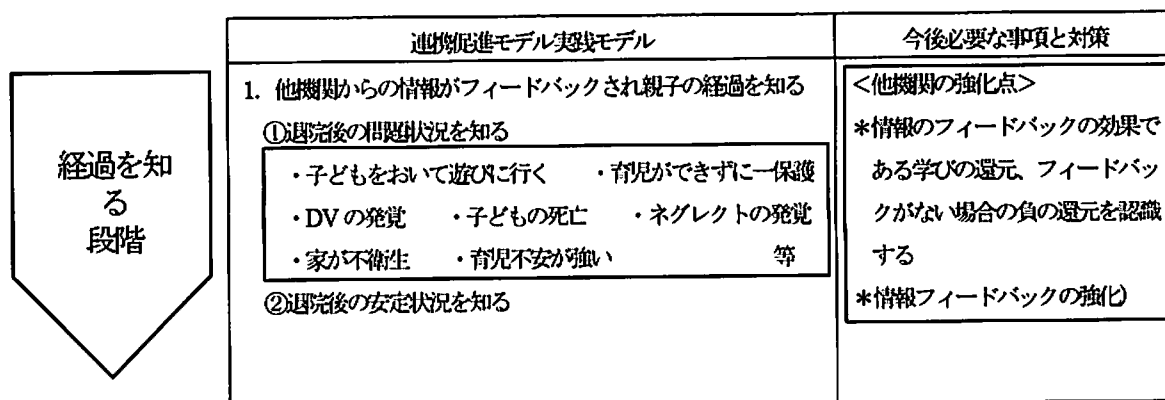


図 6-7 『経過を知る段階』実践モデル

『相互作用による変革の段階』実践モデルを図6-8に示す。情報フィードバックにより、退院後の親子の状況や支援の内容を知った場合は、経験的な学びを得ていた。この段階が強化されるためには、1つ前の『経過を知る段階』の他機関の情報フィードバックが確実に行われる必要がある。情報からの学びは継続が必要である。

相互作用による変革の段階	連携促進モデル実践モデル	今後必要な事項と対策
	<p>1. 今後の支援に還元される経験的な学びを得る</p> <p>①親子の生活理解を深める</p> <p>②自己の支援を振り返る</p> <div data-bbox="480 602 1018 730"> <ul style="list-style-type: none"> ・有効だったか ・不足点はないか ・もっとできることはなかったか ・どのように関わればよかったか <p>等</p> </div> <p>③アンテナが高くなる</p> <p>④次の支援への示唆を得る</p> <div data-bbox="480 819 1018 947"> <ul style="list-style-type: none"> ・次のケースへの指標 ・親子の生活を想像する材料 ・同様ケースへの知識の活用 ・情報提供するか否かの判断基準の蓄積 <p>等</p> </div> <p>6. 他機関への理解を深める</p> <p>①他機関の支援内容を知る</p> <p>②他機関の役割分担を知る</p> <p>③他機関の内部事情を知る</p> <div data-bbox="480 1117 1027 1335"> <ul style="list-style-type: none"> ・親子に問題がなければ新生児訪問は3か月後くらいになる ・早く新生児訪問に行って欲しい時は医療施設側がシガキに一筆追加する必要がある ・気になるケースを全て養育支援連絡票で情報提供すると保健師が対応できなくなる <p>等</p> </div> <p>7. 他機関に対して、共に支援していくパートナーとしての認識を持つ</p> <div data-bbox="480 1417 1023 1507"> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職として尊敬できる ・心強い ・適切な支援につなげてくれる <p>等</p> </div> <p>8. 連携への認識を高める</p>	<div data-bbox="1054 501 1358 685"> <p>*情報のフィードバックから退院後の親子の状況・支援の内容を知ること、学びを継続する（継続）</p> </div>

図6-8 『相互作用による変革の段階』実践モデルを

『発展の段階』実践モデルを図 6-9 に示す。今後は発展した連携を継続し、定着化していく必要がある。

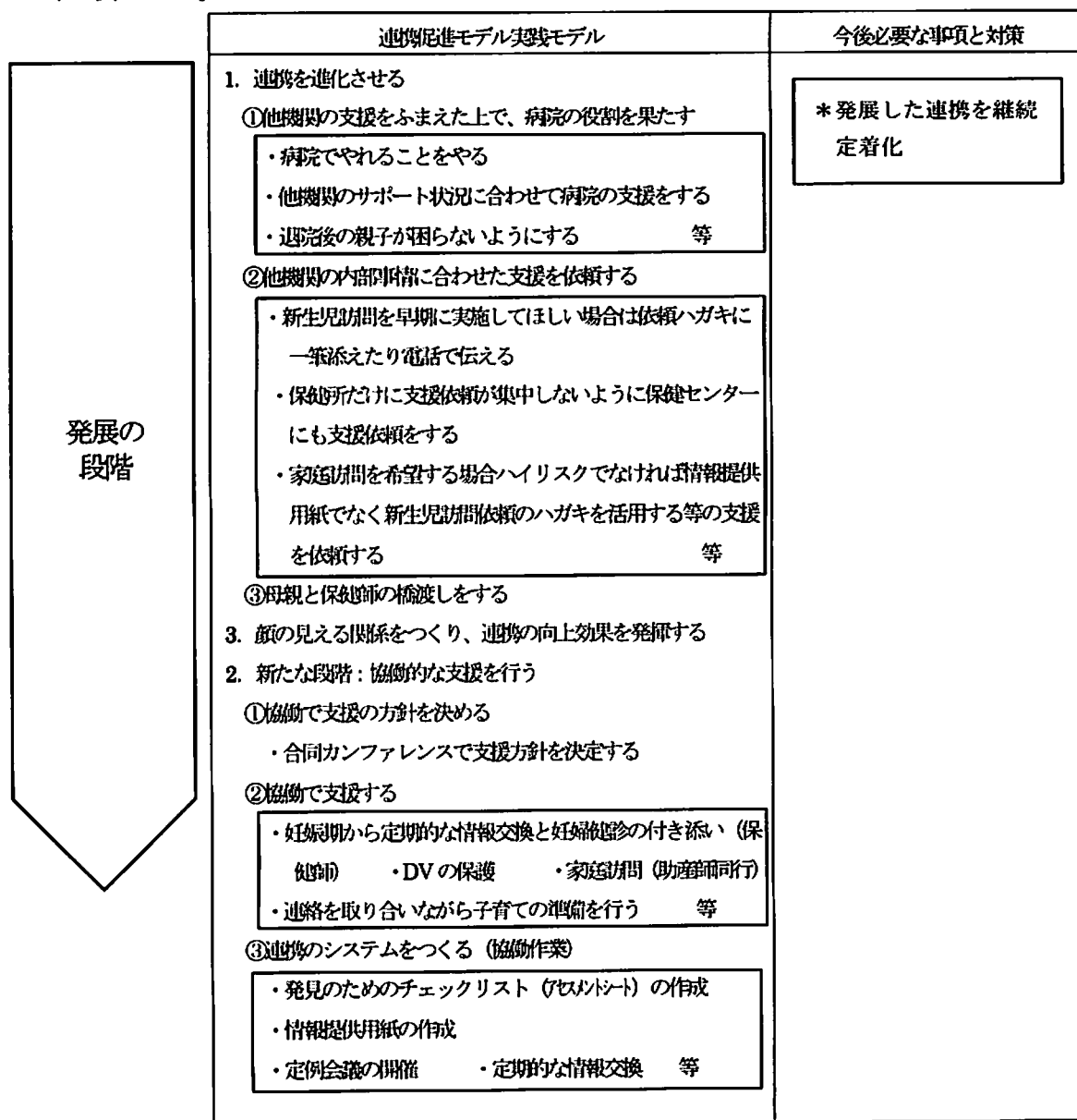


図 6-9 『発展の段階』実践モデル

『還元の段階』実践モデルを図 6-10 に示す。今後は連携での学びが還元さえるよう、このプロセスを継続し、定着化していく必要がある。

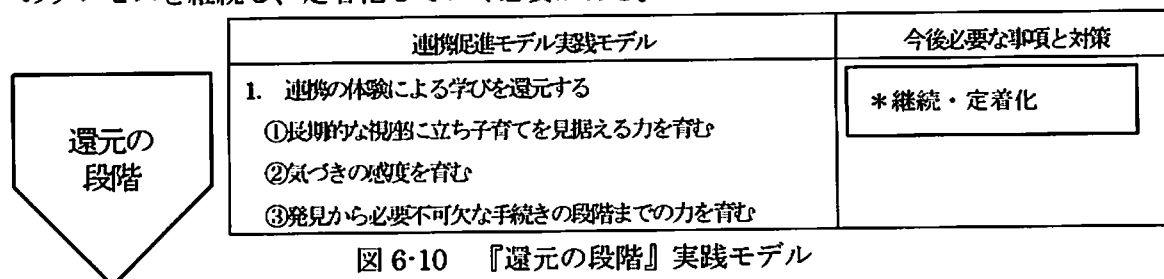


図 6-10 『還元の段階』実践モデル

以上が、総合病院（産婦人科病棟・外来）に勤務する助産師の日々の実践からボトムアップ的に描き出した実践モデルの提案である。

第3節 産科医療施設（産科単科病院・診療）における児童虐待発生予防に向けた実践モデルの提案

研究1・2で得られた結果と考察から、産科単科病院・診療における児童虐待発生予防に向けた実践モデルを提言し、今後の対策を検討する。

図6-11にM-GTAによって導き出された産科医療施設（総合病院）における児童虐待発生予防に向けた、「気になる親子」への気づきから連携が発展するための実践モデルを示す。

1. 提案する実践モデルの全体像

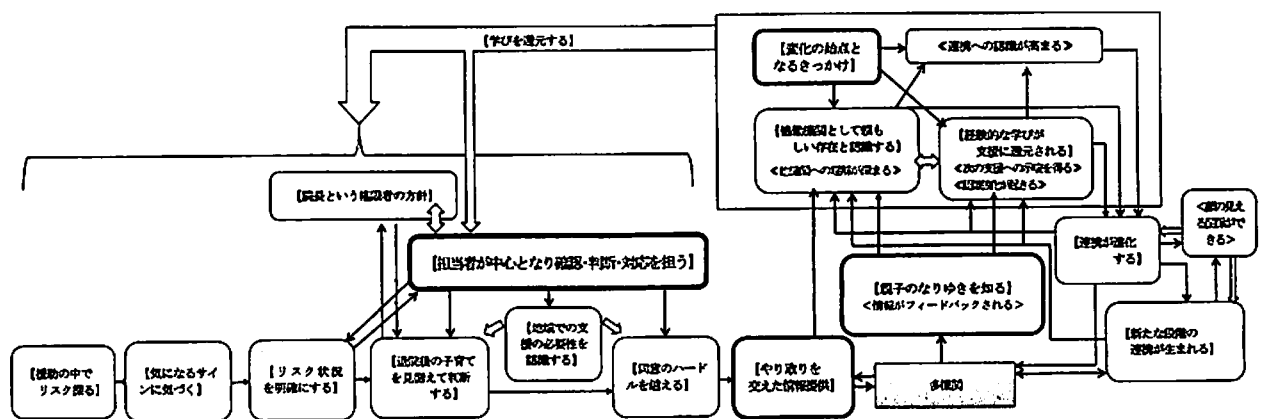


図6-11 M-GTAによって導き出された産科医療施設（産科単科病院・診療）に勤務する助産師の乳幼児虐待発生予防に向けた「気になる親子」への気づきから連携が発展するための実践モデル

産科医療施設（産科単科病院・診療）の臨床現場でそれを活用するために、具体的な行動レベルとして表した実践モデルを、図 6-12～20 に示す。さらに、実践モデルを実行するにあたり、今後の対策を加えた。

2. 連携の発展段階の段階ごとの実践モデルの提案

1) 『発見の段階』実践モデル

『発見の段階』の実践モデルを図 6-12 に示す。モデル実践のためには、児童虐待に関する知識を得ることが必要であり、研修会の開催等の対策が必要である。

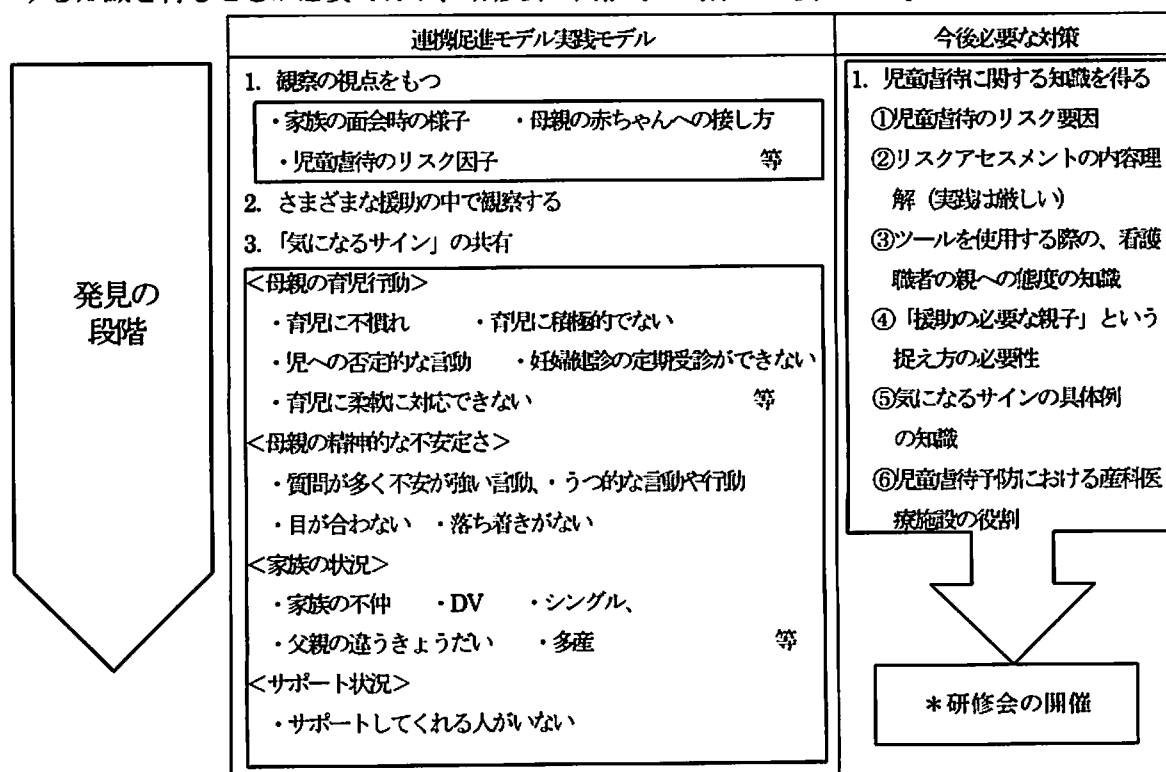


図 6-12 『発見の段階』実践レベル

『明確化の段階』の実践モデルを図 6・13 に示す。モデル実践のためには、日々の実践の中で、母親と信頼関係を築くためのコミュニケーション技術を磨くこと、何でも相談しやすいチームの関係づくりの対策が必要である。

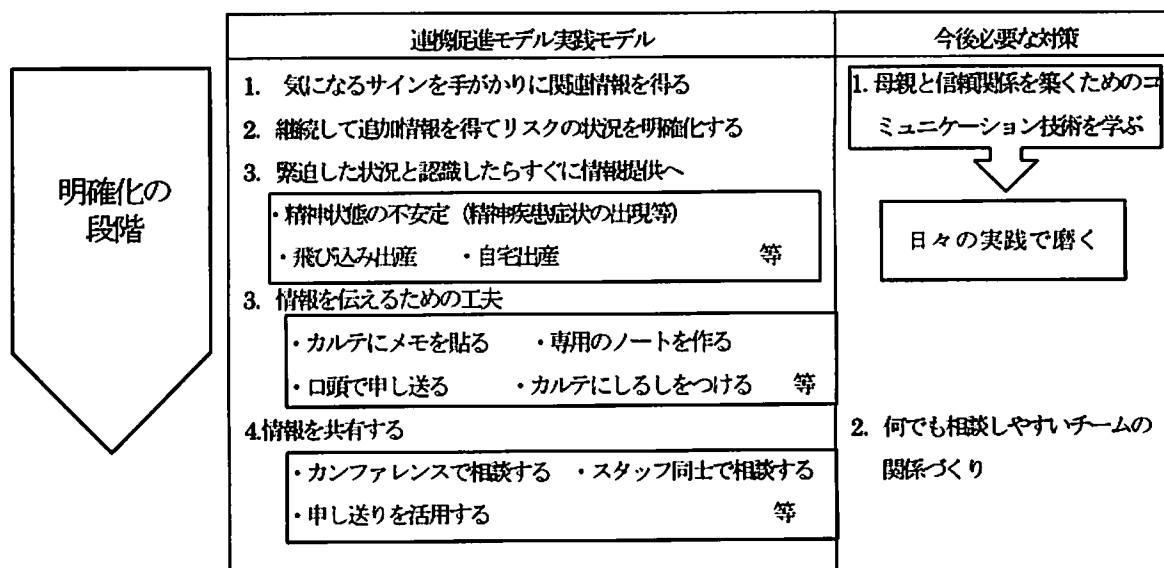
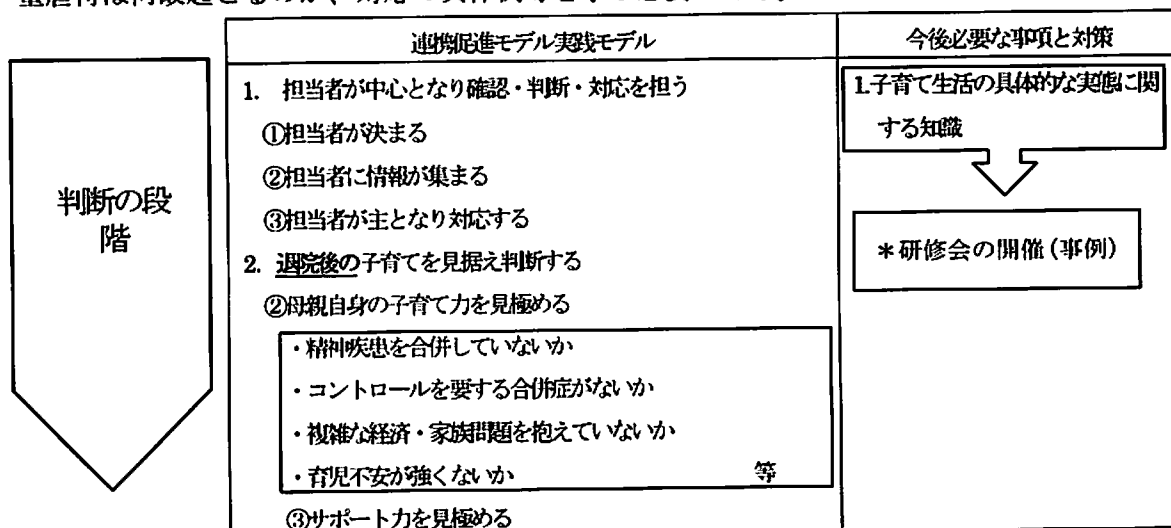


図 6・13 『明確化の段階』実践モデル

『判断の段階』の実践モデルを図 6・14 に示す。モデル実践のためには、子育て生活の具体的な実態に関する知識を得るために、事例検討形式の学習会の開催が必要である。退院後の親子の具体的な問題状況や、入院中と退院後の母親の姿のギャップ、退院後の親子の問題状況が予測される入院中のサイン、他機関に支援内容や役割分担、児童虐待は複合的な問題の結果起きていることの認識、に関連する具体的な情報や知識が必要である。それに対しては、他機関からの具体的な情報のフィードバックを強化すること、フィードバック情報をもとに自己の支援を振り返ることを強化する。さらに、研修会の機会をもち、児童虐待は何故起こるのか、対応の具体例等を学ぶ必要がある。



『必要不可欠な手続の段階』実践モデルを図 6-15 に示す。モデル実践のためには、「気になる親子」を「援助を必要としている親子」と捉える対象の捉え方の変換の必要性、他機関の支援内容の知識、児童虐待発生予防に関する守秘義務・個人情報保護に関する知識が必要であるため、研修会等で強化する必要がある。

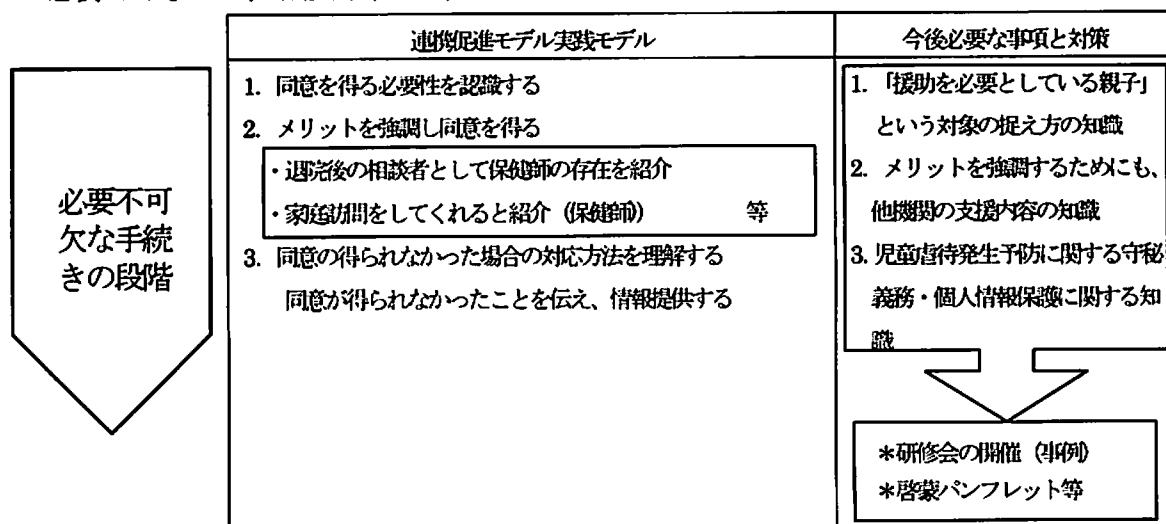


図 6-15 『必要不可欠な手続の段階』実践モデル

『情報交換の段階』実践モデルを図 6-16 に示す。モデル実践のためには、情報フィードバックによる親子の状況に合わせた支援内容の理解を強化する必要がある。現在行っている電話での情報提供は情報交換や相談に発展し、支援に還元される学びにもつながっているため、今後も継続・強化していく必要がある。

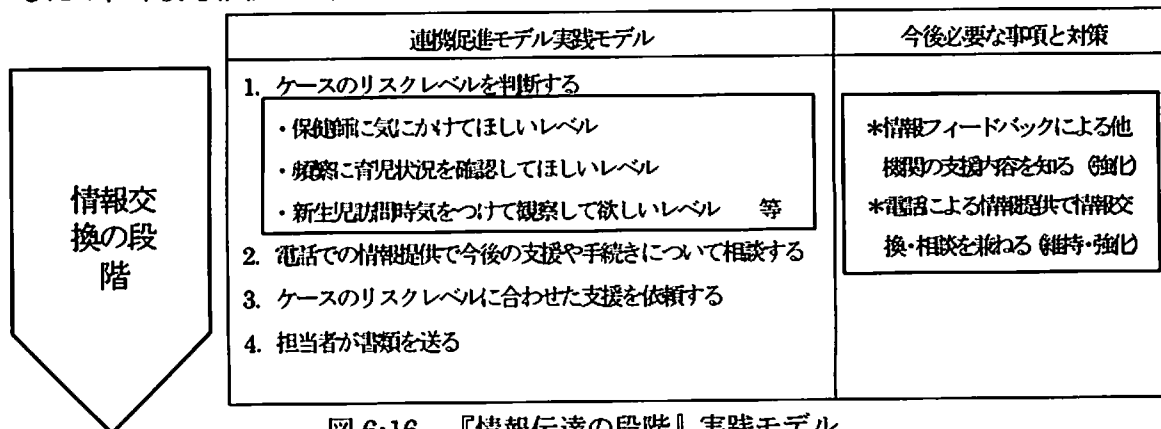


図 6-16 『情報伝達の段階』実践モデル

『経過を知る段階』実践モデルを図 6-17 に示す。モデル実践のためには、他機関が情報をフィードバックすることが絶対条件である。産科単科病院・診療で連携が発展するためには、『経過を知る段階』経ることは、支援に還元する学びを得るために重要な要因の 1 つであった。他機関が情報フィードバックを確実にを行うためには、他機関が情報のフィードバックの効果の認識をもつ、情報提供ケースの情報フィードバックを強化する必要がある。

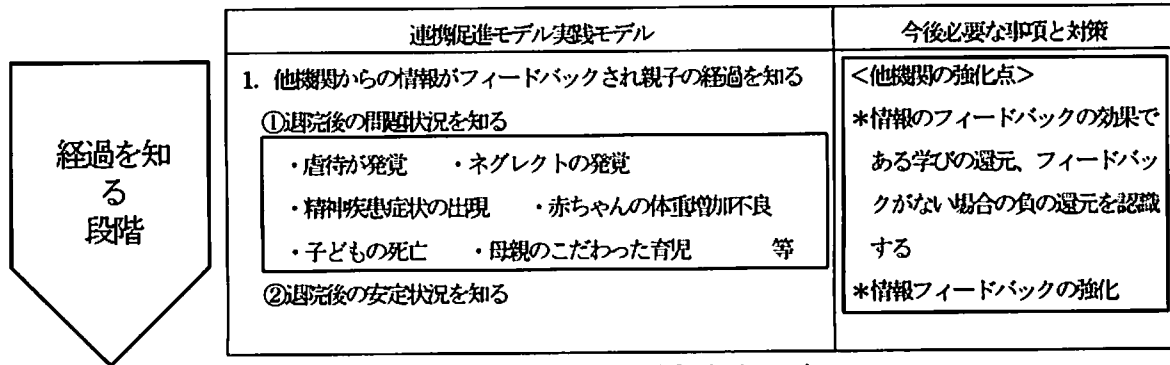
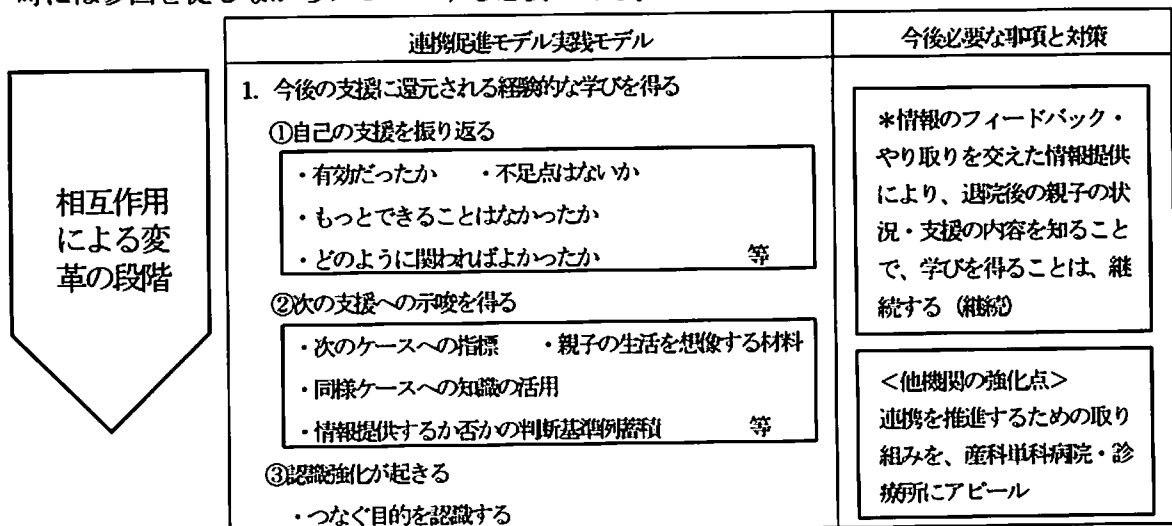


図 6-17 『経過を知る段階』実践モデル

『相互作用による変革の段階』実践モデルを図 6-18 に示す。情報フィードバックにより、退院後の親子の状況や支援の内容を知った場合は経験的な学びを得ていた。この段階が強化されるためには、1 つ前の『経過を知る段階』の他機関の情報フィードバックが確実に行われることが必要である。また、電話でのやり取りを交えた情報提供は、支援に還元される学びにつながっているため、電話での情報提供時の情報交換や相談を継続・強化する必要がある。

他機関から変化の始点となるきっかけを与えられたことで、学びへとつながっていた。連携に関する他機関からの呼びかけには、積極的に参加していく必要がある。他機関が真剣に児童虐待発生予防に取り組む姿は、助産師の連携への意欲を高めていた。以上 2 つのことから、他機関は、産科単科病院・診療に連携を促進するための取り組みを積極的に、時には参画を促しながらアピールする必要がある。



<ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所の限界を認識する 	
2. 他機関への理解を深める	
①他機関の支援内容を知る	
②他機関の内部事情を知る	
<ul style="list-style-type: none"> ・親子に問題がなければ新生児訪問は3か月後くらいになる ・早く新生児訪問に行って欲しい時は医療施設側へのガキに一票追加する必要がある	等
<ul style="list-style-type: none"> ・気になるケースを全て養育支援連絡票で情報提供すると保健師が対応できなくなる	等
7. 他機関に対して、共に支援していくパートナーとしての認識を持つ	
<ul style="list-style-type: none"> ・専門職として尊敬できる ・心強い ・判断が正確 ・対応が早い	等
8. 変化の始点となるきっかけをつかむ	
①合同定例会議に参加する	
②協働でシステム作りを行う	
<ul style="list-style-type: none"> ・リスクアセスメントシート、情報提供用紙の作成 ・情報提供後の情報フィードバックの流れ	
③他機関の児童虐待予防への取り組みアピール	
9. 連携への認識を高める	

図 6-18 『相互作用による変革の段階』実践モデルを

『発展の段階』実践モデルを図 6-19 に示す。今後は発展した連携を継続し、定着化していく必要がある。

発展 の 段階	連携促進モデル実践モデル	今後必要な事項と対策
	1. 連携を進化させる <ul style="list-style-type: none"> ①他機関の内部事情に合わせた支援を依頼する <ul style="list-style-type: none"> ・母親から同意が取れない場合は新生児訪問依頼へガキを活用する ・保健センター同士の情報交換ができない場合は産科施設から連絡する ②母親と保健師の橋渡しをする 3. 顔の見える関係をつくり、連携の向上効果を発揮する 2. 新たな段階：協働的な支援を行う <ul style="list-style-type: none"> ①協働で支援の方針を決める <ul style="list-style-type: none"> ・電話で支援の方針を決める ②協働で支援する <ul style="list-style-type: none"> ・他機関からの支援依頼を受けて支援する ・母親への指導の内容を統一する ・連絡を取り合いながら見守る 	<ul style="list-style-type: none"> * 発展した連携を継続定着化

<p>③連携のシステムをつくる（協働作業）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発見のためのチェックリスト（バスマインド）の作成 ・情報提供用紙の作成 ・定例会議の開催 ・定期的な情報交換 等 	
---	--

図 6-19 『発展の段階』実践モデル

『還元の段階』実践モデルを図 6-20 に示す。今後は連携での学びが還元さえるよう、このプロセスを継続し、定着化していく必要がある。また、担当者以外のスタッフの連携への力を伸ばすために、担当者が学んだ知識の伝達を行っていく必要がある。

還元の 段階	連携促進モデル実践モデル	今後必要な事項と対策
	<p>1. 連携の体験による学びを還元する</p> <p>①担当者の気づき・判断・対応の力を育む</p> <p>②発見から必要不可欠な手続きの段階までの力を育む</p>	<ul style="list-style-type: none"> *継続・定着化 *担当者以外のスタッフへの学びの伝達

図 6-20 『還元の段階』実践モデル

以上が、産科単科病院・診療に勤務する助産師の日々の実践からボトムアップ的に描き出した実践モデルの提案である。

第 4 節 本研究の限界と課題

本研究で得られた結果は、産科医療施設、総合病院と産科単科病院・診療所に各々限定され、説明力をもつものである。各々の研究では、研究協力者のデータから概念がこれ以上生成できない状況に至ることができたが、産科単科病院・診療所では研究協力者を得ることが困難で、総合病院の研究協力者数と差がある。産科単科病院・診療所の研究協力者は、「気になる親子」を支援した経験はあるが、連携が発展している施設、連携が始まったばかりの施設、あまり連携が発展していない施設とバリエーションに富み、データの解釈に一定の多様性をもたせることができ、対極例の生成によりデータが恣意的に生成することを防ぐことができた。この結果を豊富な具体例で支持するためには、研究協力者数を増やして確認することが必要である。

本研究で提案した実践モデルは、質的分析から得られた連携のプロセスから導き出したものであり、モデルを使用し検証するには至っていない。今後は、モデルを実践するために、本研究で得られた知見を組み入れた産科医療施設に勤務する助産師向けの研修プログラムを作成し、検証していきたい。

本研究は、「気になる親子」の発見者としての産科医療施設に勤務する助産師に焦点があ

たっているが、今後は、産科医療施設の最も身近な連携先である保健機関の保健師に焦点をあて連携が発展するプロセスを研究することで、医療・保健、双方の視点で連携を発展するためにどのような方略があるかを検討することが必要である。

第7章 結論

本研究は、産科医療施設に勤務する助産師が妊婦健診や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき他機関に情報提供し連携が発展するプロセスを質的研究で明らかにすることが目的である。産科医療施設に勤務する 32 人の助産師を対象に、半構造化面接インタビューを行い、インタビュー内容から逐語録を作成し M・GTA の手法で分析した。産科医療施設を総合病院（対象助産師 24 人）と産科単科病院・診療所（対象助産師 8 人）に分け分析を行い、各々の施設のプロセスと施設間の差異や共通点、2 つの施設を統合したプロセスを検討した。その結果、以下の点が明らかになった。

1. 総合病院における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』は、助産師が日常の多様な場面や方法でリスクを探り、「気になるサイン」に気づき【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことで「気になる親子」を特定し、同意を得て情報を提供し、【親子のなりゆきを知る】ことを基盤とした連携による経験的な学びが、支援に還元されることによって【長期的な視座に立ち子育てを見据える】力を育み、学びが循環し連携が発展していくことであった。
2. 産科単科病院・診療所における『「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセス』は、助産師が援助の中でリスクを探り、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことで「気になる親子」を特定し、【院長という権限者の方針】に従ったうえで同意を得て情報提供し、他機関との【やり取りを交えた情報提供】、【親子のなりゆきを知る】、【変化の始点となるきっかけ】により、経験的な学びが支援に還元されることで、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】力を育み、学びが循環し連携が発展していくことであった。
3. 総合病院と産科単科病院・診療所の分析結果の統合による『産科医療施設に勤務する助産師の乳幼児虐待予防に向けた連携のプロセス』は、以下である。

助産師が日常の援助の中においてさまざまな方法で気になるサインに気づく「発見の段階」からスタートする。次に関連情報を集めリスクの「明確化の段階」へ進む。そして、長期的な視座で退院後の子育てを見据えるという「判断の段階」で、気になる親子を特定する。同意のハードルを越える「必要不可欠な手続きの段階」を経て、気になる親子が情報提供ケースとなる。助産師と他機関の専門職者との連携が、総合病院では「情報伝達の段階」、産科単科病院・診療所では「情報交換の段階」から始まり、共に、親子のなりゆきを知る「経過を知る段階」へ進む。他機関との相互作用により、支援に還元される経験的な学びを得る「相互作用による変革の段階」によって、連携が進化する「発展の段階」となる。

「相互作用による変革の段階」で得た支援に還元される学びは、長期的な視座や、助

産師の気づき・判断・対応の力へ還元される「還元の段階」に至り循環する。

退院後の親子の経過がわからない「経過を知る段階」が得られない場合は、還元される学びが得られず「負の変化の発生段階」となり、その負の変化が発見や判断に還元される「負の還元の段階」となり、連携を阻害する。

4. 産科医療施設に勤務する助産師は長期的な視座をもちにくい状況があり、「現在この状態」ではなく、退院後長期に続く子育てを予測し、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことが重要である。「気になる親子」を発見し、判断し、連携を発展させていくためには、他機関からの退院後の親子の情報提供による【親子のなりゆきを知る】ことが極めて重要である。
6. 産科医療施設には守秘義務・個人情報保護に関する知識の混乱があり、ハイリスクケースが情報提供されない場合もあった。情報提供に係る守秘義務・個人情報保護の取り扱いについて正しい知識を普及していく必要がある。
7. 産科医療施設と他機関の間に「顔の見える関係」ができることは、相互関係性を高め連携を発展される効果があり、両機関の専門職者が、早期に「顔の見える関係」になることが重要である。
8. 総合病院では、経験の異なる多人数のスタッフがチームで看護を提供するため、一人ひとりの気づきの違いを認識し、複数の目で観察し、情報を共有し合うという方略を取っていた。チーム内で相談しやすい環境を作るために、連携担当の窓口者の配置等が必要である。
9. 産科単科病院・診療所においては、担当者が情報の確認、判断、対応を担っていた。窓口の一本化ができており、効率的だが、担当者でないスタッフの乳幼児虐待発生予防に対する関心が低下することが懸念され、担当者からの学びの伝達や研修等が必要である。院長という権限者の影響が大きく、乳幼児虐待発生予防への取組の方針も院長の方針次第という傾向もあるため、行政や医師会等から院長への働きかけが必要である。

児童虐待の発生予防において産科医療施設には、早期に発見し情報提供することが求められているが、助産師はどのように「気になる親子」に気づき、どのようなプロセスを経て情報提供に至るのか、またその後他機関とどのような連携がもたれ、どのように発展していくのか、詳細は明らかにされていない。本研究は、産科医療施設に勤務する助産師の日々の実践から、「気になる親子」への気づきから連携が発展するプロセスを明らかにすることができた。

謝辞

本研究を進めるにあたりインタビューにご協力くださいました助産師の皆様に深く感謝いたします。温かい受け入れは、研究をやり遂げる原動力になりました。

M-GTA へ私を導いていただき、いつも励まし、適切な助言をいただいた市江和子先生に深く感謝申し上げます。

4年間温かく見守っていただきました、瀧松加寸子先生に感謝いたします。

分析においては、M-GTA 研究会において2度の発表の機会を与えていただき、スーパーバイザーによる貴重なアドバイスをいただきました。研究会会員の皆様からはグループディスカッションによる多くの示唆をいただきました。木下康仁先生ならびに M-GTA 研究会の皆様方に感謝申し上げます。

文 献

- 安部計彦. (2005) .虐待防止ネットワークを考える.母子保健情報, 50, 127-129.
- 新井香里, 片岡弥恵子. (2010) .産褥早期における児童虐待の早期発見に向けたケンプ・アセスメントの実用の可能性.日本助産学会誌, 24(2), 215-226.
- Benner, P./井部俊子 (1984/2005) .ベナー看護論：初心者から達人へ.医学書院, 東京.
- Blumer, H. (1969) /後藤将之. (1991) .シンボリック相互作用論ーパースペクティブと方法.1-77, 勁草書房, 東京.
- 母子衛生研究会. (2012) .母子保健の主なる統計.47-48,母子保健事業団.
- ブライアン・コービー. (2000/2002) .萩原重夫 (訳) ,子ども虐待の歴史と理論. (pp173-196) , 明石書店.
- Browne, K.D., Douglas, J., Hamilton-Giachitsis, C. and Hegarty, J. (2006) /上野昌江, 山田和子監訳. (2011) .保健師・助産師による子ども虐待予防「CARE プログラム」ー乳幼児と親のアセスメントに対する公衆衛生学的アプローチ.明石書店.東京.
- Cazdow, S. P., Armstrong, K. L., and Freser, J. A. (1999) . Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse and Neglect, 23(9), 845-853.
- 茶屋道拓哉, 岩永靖. (2011) .スクールソーシャルワーカーの視座とかかわりに関する実践分析 (2)ー子どもや家庭への視座と関わり、価値観ー.応用障害心理学研究, 10, 115-126.
- Dalziel, k.,Segal, L. (2012) .Home Visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes.Arch Dis Child, 97(9), 787-798.
- Dixon, L., Browne, K. D., Hamilton-Giachritis, C. E.(2005a). Risk factors of parents abused as children; a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment(part I). Journal of Child Psychology and psychiatry, 46(1),47-57.
- Dixon, L.,Hamilton-Giachritis, C. E. Browne, K. D., (2005b).Behavioural measures of parents abuse as children ; a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment(part II). Journal of Child Psychology and psychiatry, 46(1),58-68.
- Donnelly, A. C. (1997) /坂井聖二監訳 (2003) .身体的虐待及びネグレクトの予防に関する概論.Helfer, E, M., Kempe, S, R., Hrugman, D, R.編.子どもの虐待防止センター監修.虐待された子どもーザ・バッタード・チャイルド第5版.1077-1101.明石書店, 東京.
- 藤野京子. (2008) .児童虐待は後年の生活に及ぼす影響について.犯罪心理学研究, 46(1), 31-43.
- 船津衛. (2000) .ジョージ・H ミードー社会的自我論の展開ー.96-133, 東信堂, 東京.
- 古橋エツ子. (2010) ,児童虐待における法的課題ー諸外国の比較をふまえてー.京都学園法学,3号,157-171.
- Garbarino, J.,Guttman, E., Seeley, J. (1986) The Psychologically Battered Child :

- Strategies for Identification, Assessment and Intervention, San Francisco, Jossey-Bass.
- Germain, C. (1984) Social Work Practice in Health Care, New York, Free Press.
- Gil, David G. (1979) .Violence Against Children. Journal of Marriage and the Family, 33(4), 637-648.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) / 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳 (1996) .データ対話型理論の発見－調査からいかに理論をうみだすか－, 新曜社, 東京.
- 長谷部みさ. (1997) .滋賀県の母子保健における養育問題実態調査 (第 2 報)－養育問題の内容とその背景、援助効果について－.第 44 回小児保健学会講演集, 84-85.
- 日高陵好. (2006) .各国からの報告①英国－整った周産期医療安全基盤－助産師への職責の重みと支援システム 助産雑誌, 60(7), 574-579.
- 平岡えり子, 大竹静香, 鈴木律子, 森本俊子, 堀雅弘, 松林正. (2006) .周産期からの児童虐待防止システム構築への取り組み－周産期チェックリストの作成－.子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 119-124.
- 広瀬智子. (2001) .虐待問題を抱える親へのアプローチ－MCG の活動の意味と実際－.小児看護, 24(13), 1756-1765.
- 法務省. (2001).法務総合研究所研究部報告 11－児童虐待に関する研究 (第 1 報告) .
<http://www.moj.go.jp/content/000074918.pdf>,
- 岩永靖, 茶屋道拓哉. (2011) .スクールソーシャルワーカーの視座とかかわりに関する実践分析 (1)－学校現場への視座とかかわり－.応用障害心理学研究, 10, 105-114.
- 上別府圭子. (2008) .平成 19 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書「周産期のメンタルヘルスと育児支援のシステム構築に関する研究」, 財団法人子ども未来財団.
- 上別府圭子. (2009) 平成 20 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書「周産期のメンタルヘルスと育児支援のシステム構築に関する研究」, 財団法人子ども未来財団.
- Kahane, T., Butchart, A., Harvey, P. A., Mian, M. and FuRniss, T. (2006) / 小林美智子監修. (2011) .エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入－その実践とさらなるエビデンスの創出に向けて－.23-39.明石書店.
- 唐田順子. (2008) .病産院における子育てを見据えた産褥期の支援の実態と助産師の役割認識.母性衛生.49(2), 357-365.
- 加藤耀子. (2004) .日本における児童虐待防止における在宅支援の課題－市町村虐待防止ネットワークの個別事例ネットワーク会議のあり方」.ソーシャルワーク研究, 30(2), 41-47.
- 勝川由美. (2013) .イギリスの周産期医療システムと助産師活動.成田伸 (編).助産師基礎教育テキスト第 3 巻周産期における医療の質と安全 (pp84-97) .日本看護協会出版会.
- Kaufman, J., Zigler, E. (1987) .Do abused children become abusive parents? . American Journal of Orthopsychiatry, 57, 186-192.
- Kempe, C., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. & Silver, H. K. (1962) .The

- Battered Child Syndrome. JAMA, 181(1),17-24.
- 木下康仁. (1999) .グラウンデッド・セオリー・アプローチ, 弘文堂, 東京.
- 木下康仁. (2003) .グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い, 弘文堂, 東京.
- 木下康仁. (2007) .ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて, 弘文堂, 東京.
- 岸利江子. (2013) .アメリカの周産期医療システムと助産師活動.成田伸 (編) .助産師基礎教育テキスト第3巻周産期における医療の質と安全 (pp69-83) .日本看護協会出版会.
- 小林美智子. (1993) .児童虐待の実態と予防.周産期医学, 23(6), 897-902.
- 小林美智子, 佐藤拓代, 納谷保子, 鈴木敦子. (1997) .母子保健分野における子ども虐待重症度の評価.平成9年厚生省心身障害研究効果的な親子のメンタルヘルスケアに関する研究分担研究: 虐待の予防に関する研究報告書.21-31.
- 小林美智子. (2007) .どう関わるかー子ども虐待 今後の展望.小児科臨床, 60(4), 853-866.
- 小林美智子. (2010) .虐待問題が日本の社会に鳴らした警告ー虐待防止法までの10年、その後の10年、そしてこれからの10年.子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 8-24.
- 小林美智子. (2012) .児童虐待とは.医療, 66(6), 243-249.
- 厚生労働省. (2007) .要保護児童対策地域協議会スタートアップマニュアル.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv14/>
- 厚生労働省医政局看護課 (2009) .院内助産所・助産師外来について.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1104-3j.pdf>.
- 厚生労働省 (2011) (2013-6-1) .妊娠・出産・育児期に養育を特に支援する家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv110805-3.pdf>.
- 厚生労働省. (2012a) .児童相談所での児童虐待相談対応件数.<http://www.mhlw.go.jp/f/houdou/2r9852000002fxos-att/2r9852000002fy23.pdf>
- 厚生労働省. (2012b) .児童虐待の現状と対応ー厚生労働省による行政説明資料 H24 児童相談所所長研修ー.<http://www.crc-japan.net/contents/situation/pdf/20120426.pdf>
- 厚生労働省. (2012c) .子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第8次報告)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/8-2.pdf>
- 厚生労働省. (2012d) .乳児家庭全戸訪問事業の実施状況 (別添3) .<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002rr3u-att/2r9852000002rxut.pdf>
- 厚生労働省. (2012e) .児童虐待防止のための医療機関との連携強化に関する留意事項について.<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv121203-1.pdf>.
- 厚生労働省. (2013) .平成23年度地域保健・健康増進事業に関する結果の概要・地域保健編.<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/11/dl/kekka1.pdf>
- 厚生労働統計協会編. (2012) .国民衛生の動向.厚生指標 増刊,59(9),103.

- 久保元二. (2000) 保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題. 右田紀久恵・小寺全世・白澤政和 (編) 21 世紀への架け橋～社会福祉がめざすもの～第 3 巻社会福祉援助と連携. 中央法規出版, 108-123.
- Kumar, R. C. (1997) . "Anybody's Child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- 國光文乃. (2009) . 米国における母子保健医療と出産の諸状況 公衆衛生, 73(8), 622-625.
- 倉田賀世. (2011). 社会保障法学的見地からみた児童虐待法制のあり方. 法政論叢, 47(2), 102-118.
- 栗原佳代子, 杉下佳文, 池田真理, 山崎あけみ, 古田正代, 山本弘江, 大塚寛子, 上別府圭子. (2010) . 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (2) . 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 69-77.
- Leung C. Sanders M. R. Leung S, Mak R. Lau J. (2003) . An outcome evaluation of the plementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Fam Process*, 42(4), 531-44.
- 前田信雄. (1990) . 保健医療福祉の統合. 勁草書房, 東京.
- 益田早苗, 玉熊和子, 村松仁. (2012) . 産科施設における妊娠期からの子ども虐待スクリーニング調査—スクリーニング方法と有用性の検討—. 武蔵野大学看護学部紀要, 6, 11-19.
- 松井一郎, 谷村雅子. (2000) . 児童虐待と発生予防. 母子保健情報, 42, 59-68.
- 松宮透高 (2012) . 児童虐待と親のメンタルヘルス問題の接点—先行研究に見るその実態—. 人間と科学県立広島大学保健福祉学部誌, 12(1), 103-115.
- 松岡千代. (2000) . ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理—. 社会福祉学, 40(2), 17-38.
- Mihalopoulos C, Sanders M. R., Turner K., M., Murphy-Brennan, M., Carter, R. (2007) . Does the triple P-Positive Parenting Program provide value for money? . *Aust N Z J Psychiatry*, 41(3), 239-46.
- 宮本信也. (2008) 医療現場における実態: 小児医療からのレポート. 津崎哲郎. 橋本和明 (編) . 児童虐待はいま—連携システムの構築に向けて— (pp.129-139) . ミネルヴァ書房.
- 村家朋子, 山田恵子, 矢野純子, 葉山博子, 中原民子, 玉作恵子, ... 清水洋子. (2007) . 虐待防止事業「マザーグループ」の評価と有用性に関する研究. 子どもの虐待とネグレクト, 9(2), 225-235.
- Murray, L., Cooper, P., Hipwell, A. (2003) . Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Health*, 6, s71-77.
- 中板育美, 東條敏子, ほか東京都南多摩保健所保健師一同. (2000) . 児童虐待を予防するためのスクリーニング・介入システム. 保健婦雑誌, 57(13), 1036-1043.
- 中板育美. (2002) . 子ども虐待予防活動の展開その 1 ; 虐待予防システムの開発とトライアル. 公衆衛生, 66(7), 531-533.
- 中板育美. (2005) . 専門性を生かした予防活動のために. 地域保健, 36(10), 8-13.

- 中板郁美, 佐野信也. (2012) .産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究 : 子ども虐待防止の視点から.小児保健研究, 71(5), 737-747.
- 奈良隆正, 阿部好恵, 鈴木幸雄. (2011) .里親のソーシャルサポートと情緒的疲弊に関する実証研究.帯広大谷短期大学紀要, 48, 47-54.
- 日本看護協会. (2007) .看護にかかわる主要な用語の解説ー概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈ー.日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2011) .平成 22 年度版院内助産システム推進プロジェクト答申.
<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/toshin22.pdf#search='%E6%97%A5%E6%9C%AC%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%8D%94%E4%BC%9A+%E5%8A%A9%E7%94%A3%E5%B8%AB%E5%A4%96%E6%9D%A5+%E5%A0%B1%E5%91%8A'>.
- 日本看護協会. (2012) .助産関連平成 23 年度事業報告／平成 24 年度活動計画.
<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/h24.pdf>.
- 西澤哲. (1994) .子どもの虐待ー子どもと家族への治療的アプローチー.19-53, 誠信書房, 東京.
- 西澤哲. (1997) .虐待の心理的影響と子どもの心理療法.小児の精神と神経, 37(2), 137-143.
- 西澤哲. (1999) .トラウマの臨床心理学.135-214, 金剛出版, 東京.
- 野口啓示. (2008) .被虐待児の家族支援ー家族再統合実践モデルと実践マニュアルの開発.Pp219, 福村出版, 東京.
- Olds, L. D., Henderson, R. C. and Chamberlin, J. R., (1986) .Preventing Child Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *Pediatrics*,78, 65-78.
- Olds, L. D., Eckerirode, J., Henderson, R. C., Kitzman, H. J., Powers, J. J., Cole, R., Sidora, MK., Morris, O., Pettitt, M. L. and Luckey, D. (1997) .Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Courseand Child Abuse and Neglect : Fifteen-Year Follow-up of a Randomized Trial.*JAMA*, 27(8), 637-643.
- Olds, L. D. (2002) .Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication.*Prevention Science*, 3(3), 153-172.
- Olds, L. D. (2012) /西澤哲訳.子ども虐待の予防方法としての家庭訪問プログラム.子どもの虐待とネグレクト, 14 (2), 118-134.
- Oliver, J. E.(1993). Intergenerational Transmission of Child Abuse: Rates, Research, and Clinical Implications. *American Journal of Psychiatry*, 150(9),1315-1324.
- 大川秀美. (1995) .群馬県における被虐待児・放置児の実態調査.第 42 回小児保健学会講演集, 258-259.
- 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的研究.日本看護科学会誌, 33(1), 3-11.
- Perrin, S. L., Perrin, R. (1999) /伊藤友里. (2003), 子ども虐待問題の理論と研究.130-143, 明石書店, 東京.

- 李美貞, 八重田淳, 奥野英子. (2008) 知的障害者の職業リハビリテーション関連事業者の連携関連要因. 職業リハビリテーション, 21(2), 2-9.
- セ木グレイスヒル滋子. (2006) . グラウンデッド・セオリー・アプローチ理論を生みだすまで. 新曜社, 東京.
- 才村純. (2005) . 子ども虐待ソーシャルワーク論. 有斐閣, 東京.
- 才村純, 澁谷昌史, 柏女霊峰, 庄司順一, 有村大士, 佐久間てる美, . . . 吉田恒雄. (2006) . 児童相談所における家族再統合援助実施体制のあり方に関する研究. 日本子ども家庭総合研究所紀要第 42 集, 147-175.
- 才村純. (2011) . 子ども虐待防止制度の現状と課題. 月報司法書士, 1467, 10-15.
- 斎藤学. (2001) . 全国養護施設に入所してきた被虐待児とその親に関する研究. 子どもの虐待とネグレクト, 3(3), 332-360.
- 榮セツコ. (2010) . 「連携」の関連要因に関する一考察ー精神障害者退院促進支援事業をもとにー. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3), 3-25.
- 櫻谷真理子. (2009) . イギリスの児童保護の現状と課題ービクトリア・クリンビエ、ベビー P 事件を基にー. 立命館産業社会論集, 45(1), 35-51.
- Sanders, M. R. (1999) . Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 2(2), 71-90.
- 佐藤和宏・山本恒雄. (2009) . 児童相談所における保健師の役割について. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 第 45 集, 385-391.
- 佐藤拓代. (2008) . 保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のためのシステム的な地域保健活動の構築. 子どもの虐待とネグレクト, 10(1), 66-74.
- 柴田俊一. (2006) . 親教育プログラム Nobody's Perfect の短期的効果について. 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 114-118.
- 渋谷田鶴子. (2002) . 対人援助における協働. 精神療法, 28(3), 270-277.
- 島田三恵子, 渡部尚子, 神谷整子, 中根直子, 戸田律子, 縣俊彦. . . 鈴木幸子. (2001) . 産後 1 ヶ月間の母子の心配事と子育て支援のニーズに関する全国調査ー初経産別, 職業の有無による検討ー. 小児保健研究, 60(5), 671-679.
- 島田三恵子, 杉本充弘, 縣俊彦, 新田紀枝, 関和男, 大橋一友. . . 盛山幸子. (2006) . 産後 1 ヶ月間の母子の心配事と子育て支援のニーズおよび育児環境に関する全国調査ー「健やか親子 21」5 年後の初経産別、職業の有無による比較検討ー. 小児保健研究, 65(6), 752-762.
- 下泉秀夫, 宮本信也. (1995) . 栃木県における小児虐待の実態 (その 2) . 第 42 回小児保健学会講演集, 256-257.
- 下山田洋三, 柳川俊彦, 小池通夫. (1994) , 和歌山県の被虐待児症候群の実態調査 (第 2 報) . 小児保健学会講演集, 176-177.
- Steel, B. F. (1997) / 坂井聖二監訳 (2003) . 虐待者の治療再考. Helfer, E. M., Kempe, S. R.,

- Hrugman, D, R.編.子どもの虐待防止センター監修.虐待された子ども－ザ・バッタード・チャイルド第5版.1054-1073, 明石書店, 東京.
- 杉山登志郎. (2006) .発達障害としての子ども虐待.子どもの虐待とネグレクト, 8(2), 202-212.
- 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子. (2003) .出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害－自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討－.精神科診断学, 14(1), 49-57.
- 高橋重宏, 才村純, 澁谷昌史, 前橋信和, 中谷茂一, 森成樹, ... 有村大士. (2003) .児童相談所の海外の動向も含めた実施体制のあり方の検討.平成 15 年厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 分担研究報告書.48-84.
- 高野さは子, 守屋まさ子, 雨宮久美子. (2005) .病院内における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の有用性について.山梨病院年報, 32, 56-58.
- 玉井邦夫. (2004) .児童虐待に関する学校の対応についての調査研究.平成 14～15 年度文部科学省科学研究費補助金報告書.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/06060513/001/005.htm
- 田邊泰美. (2006) .イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク.明石書店, 東京.
- 田邊泰美. (2008) .イギリスの取り組みと教訓.津崎哲郎.橋本和明(編).児童虐待はいまー連携システムの構築に向けてー(pp.188-202).ミネルヴァ書房.
- 田澤あけみ. (2006) .20 世紀児童福祉の展開ーイギリス児童虐待防止の動向から探る.ドメス出版, 東京.
- 東京都. (2009) .母子保健事業における要支援家庭の早期発見・支援のポイント (pp2・5) .
- 友田明美. (2011) .児童虐待が脳におよぼす影響.小児の精神と神経, 51(1), 38-42.
- 坪井裕子. (2005) .Child Behavior Checklist/4・18 (CBCL) による被虐待児の行動と情緒の特徴ー児童養護施設における調査の検討ー.教育心理学研究, 110-121.
- 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), 762-775.
- 津崎哲雄. (2004) .わが国における里親制度の基本問題ー宇都宮里子障害致死事件に学ぶー.福祉社会研究, 4・5, 1-19.
- 津崎哲郎. (2008a) .児童虐待に対する援助の仕組みとその課題.津崎哲郎.橋本和明(編).児童虐待はいまー連携システムの構築に向けてー(pp.16-26).ミネルヴァ書房.
- 津崎哲郎. (2008b) .日本における児童虐待問題への取り組み.津崎哲郎.橋本和明(編).児童虐待はいまー連携システムの構築に向けてー(pp.3-15).ミネルヴァ書房.
- 都築千景. (2009) 子育て支援の場としての乳幼児健診のこれからと保健師の役割 保健師ジャーナル, 65(6), 478-483.
- 内田良. (2009) .「児童虐待」へのまなざしー社会現象はどう語られるのかー.世界思想社, 東京.

- 上野加代子, 野村知二. (2003) .児童虐待の構築―捕獲される家族―.世界思想社, 東京.
- 上野加代子, 山野良一, リーロイ・H・ペルトン, 村田泰子, 美馬達哉. (2006) .児童虐待のポリティクス―「こころ」の問題から「社会」の問題へ―.明石書店, 東京.
- 渡辺かづみ. (2001) .患者の様子が『何か変』という看護師の感覚から始まる臨床判断のプロセス.平成 23 年度兵庫県立看護大学大学院博士論文.
- WHO. (2006) /小林美智子監修 (2011) .エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入―その実践とさらなるエビデンスの創出に向けて―.99-124, 明石書店, 東京.
- 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子, 大川貴子. (2002) .グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス.文弘堂, 東京.
- 山本恒雄, 佐藤和宏. (2009) .児童相談所と警察・家庭裁判所等の司法機関との連携について.日本子ども家庭総合研究所紀要第 45 集, 331-365.
- 山中京子. (2003) .医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成.社会問題研究, 53(1), 1-22.
- 山野則子. (2009) .子ども虐待を防ぐ市町村ネットワークとソーシャルワーク.明石書店, 東京.
- 山野則子, 厨子健一. (2009) .スクールソーシャルワーカーの役割に関する新たなモデルの探求―学校配置直後の役割に着眼して―.社会問題研究, 58, 59-69.
- 山野良一. (2006) .児童虐待は「こころ」の問題か.上野加代子 (編) .児童虐待のポリティクス. (pp57-62) .明石書店.
- 山下洋, 吉田敬子. (2004) 自己記入式質問紙を活用した産後うつ病の母子訪問地域支援プログラムの検討―周産期精神医学の乳幼児虐待発生予防への寄与.子どもの虐待とネグレクト, 6(2), 218-231.
- 柳川敏彦, 北野直美, 小池通夫, 南弘一, 泉鉉吉, 吉川徳茂. (2002) .虐待予防の連携のあり方と援助方法―病院―保健所連携の構築―.子どもの虐待とネグレクト, 4(1), 162-169.
- 柳川敏彦, 平尾恭子, 加藤則子, 北野尚美, 上野昌江, 白山真知子, ...梅野裕子. (2009) .児童虐待予防のための地域ペアレンティング・プログラムの評価に関する研究―「前向き子育てプログラム(トリプル P)」の有用性の検討.子どもの虐待とネグレクト, 11(1), 54-68.
- 吉田敬子. (2007) .育児機能低下と乳児虐待の評価パッケージ作成と、それを利用した助産師と保健師による母親への介入のための教育と普及.平成 16～18 年度厚生労働省科学研究費補助金 (子ども家庭総合事業) 総合研究報告書.
- 吉池毅志, 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.
- 湯沢雅彦. (2002) .平成 13・14 年度厚生労働省科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 里親委託と里親支援に関する国際比較研究―総合研究報告書―,202-212.

湯沢擁彦，津崎哲雄，高橋由紀子，松浦千誉，菊池緑，ヘネシー澄子，... 鈴木博人.2003）．
里親委託と里親支援に関する国際比較研究.厚生労働科研（子ども家庭総合研究事業）平成 14 年度研究報告書.

資 料

資料 1 研究 1-1 総合病院 生成概念一覧表

資料 2 研究 1-1 総合病院 分析ワークシート抜粋

資料 3 研究 1-2 総合病院 生成概念一覧表

資料 4 研究 1-2 総合病院 分析ワークシート抜粋

資料 5 研究 2-1 産科単科病院・診療所 生成概念一覧表

資料 6 研究 2-1 産科単科病院・診療所 分析ワークシート抜粋

資料 7 研究 2-2 産科単科病院・診療所 生成概念一覧表

資料 8 研究 2-2 産科単科病院・診療所 分析ワークシート抜粋

資料 9-1 調査依頼書（施設長・看護部長宛）

資料 9-2 調査対象者選定のお願い（施設長・看護部長宛）

資料 10 調査依頼書（本人用）

資料 11 同意書

No	概念名	定義
1	母親の仮の姿だと意識する	妊婦健診や入院中の生活の中で、赤ちゃんに愛情を示したり、医療者に従順である母親の姿は、家庭とは異なり家事や上の子の世話などがなく、医療者に観られているという、日常から切り離された環境の中で見せる仮の姿であるということを意識したうえで、様々な判断に臨むこと。
	対極	＜対極例：母親の仮の姿に感わされる—6＞ 母親が病院で見せる子育てが大丈夫そうなサインに感わされること。＊退院後の情報を得ることで、感わされていたことが分かる。→退院後の情報との照らし合わせの重要性を示す。
2	定型因子を念頭におく	看護職者がこれまでの経験や学習で得た児童虐待のハイリスク因子を念頭においた上で、母親や家族から情報を集めること。
3	定型因子にあてはまる	看護職者が観察や問診等で得た情報が、念頭においていた児童虐待のハイリスク因子合致すること。具体的なリスクの状況や他のリスクの存在は不明で、今後追加情報を得る必要がある状況。
4	緊迫した状況と認識する	観察や問診で得た情報が、複数の定型因子にあてはまり、すぐに地域での支援を思いめぐらせるほど深刻な問題状況が発生しており緊迫した状況として、看護職者が認識すること。
5	育児行動が気になる	育児場面における母親の言動や行動、胎児に対する母親の妊娠管理行動に対して、看護職者が「大丈夫だろうか？」と気になる状況。具体的には、育児技術のみ込みが悪い、自分の欲求を優先させ育児に積極的でない、育児に柔軟に対応できない、妊婦健診の定期受診ができない、児への否定的な言動、理解力が乏しい反応等。
6	上の子の子育てが気になる	妊婦健診や入院中の面会の際、母親が直接上の子に接している場面や母親の語った子育ての様子から、看護職者が気になると感じる状況。具体的には怒鳴ったり等のつらい態度や無視、学校に行かせない、上の子が癪せている、上の子が落ち着きがない等。(10/23)
7	複数の目で観る	看護職者がもった違和感や気づきを、他の看護職者に共有・確認してもらうために、カンファレンスや申し送りというチームの場にもっていき、複数の看護職者で継続的に観察・確認すること。
8	情報が集まる	カルテやチームの場(カンファレンス等)に看護職者・他職種者から判断するための情報が集まり、看護職者間で情報を共有化すること。
	対極	＜対極例：情報が共有化されない—2、得られた情報が伝わらない—1＞ 一人が情報をもち共有化されていない。入退院をし、情報が消えてしまった。
9	チームで結論を出す	チームで話し合っ、他機関へ情報提供するという結論を出すこと
	対極	＜対極例：チームで悩んでいるうちに結論を出しそびれる—2、単独で結論を出す—1＞ 情報提供するか悩んでいる状況が語られていた。連絡票を書くか・書かないかの二者択一だとこのような状況が発生しやすいと考えられる。
10	つなぐ目的を認識する	何のために他機関に情報提供するのか、すなわち他機関から必要な支援を受けて母親が子育てできるようになるためであることを、認識すること
11	気になればつなぐスタンス	「気になる」と感じた親子はそのままにせず、退院後も他機関にフォローしてもらうために情報提供するという看護職者のスタンス
	対極	＜対極例：明らかな問題がなければ送らないスタンス—7＞ 大きな問題がなければ、明らかな問題がなければ、気になるサインがあっても送らないというスタンス、として語られている。情報提供への垣根が高い状態であるといえる。
12	他機関の支援内容を知る	看護職者が、退院後の親子を含めた、地域で生活する親子に対する他機関の支援内容を知っていること
	対極	＜対極例：他機関の支援内容が分からない—1＞ 他機関の支援内容を理解していないことによって、母親にどのようなサポートを受けられるかを提示できない。それは同意を得る際のメリットを強調でないことへも影響する。
13	手がかりをもとに関連情報を得る(1/12)	看護職者が親子に対して「気になる」と感じたり、定型のリスク因子に気づいた後、具体的な親子の状況を確認するために、気づいたことを手掛かりに、複合的なリスクの因子は存在しないか、子育ての環境が整っているか等の関連情報を得ること。
14	援助の中で観察する	看護職者が、外来や入院中の援助の中で、親子に何か気になる点はないか、育児が順調か等を観察すること

No	概念名	定義
15	ひとり一人の気づきの違いを認識する	看護職者の親子に対して「気になる」と感じる部分の差や、「気になる」と感じる感度の差等、同じ看護チームのメンバーでも、ひとり一人対象をみる視点が違うことを認識すること
16	精神的な不安定さが気になる	看護職者が母親から話を聞いたり、相談・指導をする中で、質問が多く不安が強い言動や、鬱的な言動や行動に対して「気になる」と感じている状況
17	情報を伝えるための工夫	看護職者が「気になる」と感じた情報を、他の看護職者や医師等に伝えるための工夫。また、外来での気になる情報を病棟に伝える工夫
18	夫の態度が気になる	看護職者が妊婦健診や入院中の生活の場面で、母親や医療者に対する夫の非常識な態度に対して「気になる」と感じている状況。具体的には、執拗に母親につき添う、クレームをつける、など
19	生活状況が気になる	看護職者が妊婦健診や入院中の生活の場面で、母親や家族の衣食住等に関わる暮らしぶりに対して「気になる」と感じている状況。具体的には、片づけられない、身なりが整えられない、たばこ臭い、など。
20	対人関係のもち方が気になる	看護職者が妊婦健診や入院中の生活の場面で、母親の対人関係のもち方に対して「気になる」と感じている状況。具体的には、他人と交流できない、依存的・攻撃的な態度など
21	サポート力を見極める	看護職者が、親子に対して気になると感じた場合、家族や周囲のサポートを受けて子どもが育てられるか、子育ての環境を整えられるかを見極めること
	対極	＜対極例：部分的な情報で、かつ母親の育児力に応じた正確なサポート力が見極められていない＞ サポート力を見極めができないと、地域支援につながらず、問題状況が発生したことが語られている。サポート力を見極めることの重要性が示されている。
22	問診を掘り下げてリスクを探る	看護職者が親子と出会うとき、問診票を活用し情報を掘り下げて収集し、親子のリスクを探し出すこと。
23	生活の視点で聞く	看護職者が親子と出会うとき、気になるサインに気づけるように、より具体的な家族の生活の状況を聞くこと
24	母親自身の子育て力を見極める	退院後の地域の生活の中での様々な条件の中で、母親が子育てができるかどうかを、母親の生活スタイルや心身の状態、育児技術、経済・社会的状況等をおふまえて見極めること(10/18)
	対極	＜対極例：分娩・妊娠管理が中心で退院後の母親の子育て力の見極めができない―1、情報共有不足、アセスメント不足で子育て力の見極めができない―2、入院期間の中で中途半端で大丈夫か？のままだ見極めできない―1＞見極めができないと、サポート力と同様、退院後深刻な状況になる場合がある。
25	子育ての特性を認識する	地域の生活の中で、長期的に続くという子育ての特性を認識した上で、情報提供すべきかの判断のプロセスに臨むこと
26	病院の限界を認識する	看護職者が、病院での入院・フォロー期間だけで、「気になる」と感じた親子の退院後の子育てを支援するには限界があると認識していること。病院は来院された人に対して援助を提供する場であることからくる限界を認識していること
	対極	＜対極例：入院期間に何とかしなければと完結させていた―1＞ 以前の話として語られていた。連携がとれるようになる前、自分が連携するようになる前の。
27	ツールを使ってリスクを探る	看護職者が、チェックリスト等のツールを使って、それを手掛かりとしてリスクを探ること
28	メリットを強調し同意を得る	看護職者が他機関に情報提供するため、母親・家族に対しメリットの部分の強調して説明し、意図的に同意を得ること
	対極	＜対極例：看護職者の説明の仕方(メリットを強調できない)で同意を拒否される―1＞ この語りにより、戦略的に説明しなければ同意は得られない場合があることが示された。
29	相談しやすい環境	気になると感じるケースについて、気軽に相談できる人間関係や相談窓口(助産師・看護師)があることによって、相談しやすい環境があること
30	奥の手を使う	母親・家族から情報提供の同意を拒否された場合、看護職者が同意を得なくても情報提供することを選ぶこと。それにより退院後の支援の道が閉ざされないこと

No	概念名	定義
31	妊娠中から産後まで追って観る	看護職者が、外来の妊婦健診で「気になる」と感じた親子を、情報提供が必要なケースか見極めるために、産後の入院期間・退院後の健診まで継続的に観察すること
32	「全員必須」と同意を得る	看護職者が他機関に情報提供するため、特に同意を拒否しそうな母親・家族に対し、「あなたが特別なのではなく、全員やっているから」と、相手の警戒心を軽減させ同意を得ること
33	同意が得られず支援の道が閉ざされる(対極)	母親や家族から同意が得られず、他機関との連携の道・退院後の支援への道が閉ざされること
34	危険を予測する	看護職者が妊娠中や出産での入院中に得た情報から、退院後の子育てに危険を予測すること
35	タイミングや人を代え再トライ	看護職者が他機関に情報提供するための同意を得るため、一度断られても母親が不安を自覚するタイミングを図ったり、説明する看護職者を代えて再度試み、同意を得ること
36	気持ちを引き出す技を使う	看護職者がより具体的な情報として母親の気持ちを引き出すために、さまざまな工夫をすること。具体的には、話をよく聞く、さり気なく気づかう、予測をして引き出す、時や場をつくる等
37	同意を得るのが大前提という認識	看護職者が、他機関に情報提供する際は、母親や家族の同意を得ることが大前提であることを認識すること
38	有効な外来の場を活かす	「気になる」と感じるサインを探るために、外来は母親自身が背負っている日常生活を観察しやすく有用な場であることを認識し、看護職者がその場を活用すること。 * 有用な点: 母親の背負っている日常生活が観やすい、個別に関われる

概念名	母親の仮の姿だと認識する
相互作用	看護職者と母親(相互作用の中での看護職者の観察・直観)
定義	妊婦健診や入院中の生活の中で、赤ちゃんに愛情を示したり、医療者に従順である母親の姿は地域の暮らしの中での姿とは異なり、家事や上の子の世話などがなく、医療者に観られているという、日常から切り離された環境の中で見せる仮の姿であるということを認識した上で様々な判断に臨むこと。(10/23)
バリエーション(抜粋)	<p>1.入院している期間の母親が見せる、母親役割を示している親の姿、お母さんの姿っていうのは、入院中はこうでしただけの話で、その後にきちんとそれが維持されるかどうかっていうのは、難しいなー、ちょっと違うだろうなー。だから仮の姿かもしれないなって。(1-29)</p> <p>2.入院中って赤ちゃんのことしかしなくてもいいわけですから、だから赤ちゃんのことに逆に集中できるし。(1-29)</p> <p>3.入院中は頑張っていやってるけど、やっぱ生活の中に普段の生活の中に戻っていくと、やっぱり子どもの世話であるとか、上の子の世話であるとか、その赤ちゃんの世話をする中で、やっぱ気持ちって変わってくんだろうな、変わっちゃうのが当然なんだろうなって私は思ってます。(1-29)</p> <p>4.入院している間とはということも足し算しながら、私は見えていますけども。(3-13)</p> <p>5.病院ではこういうふうな発言でこういう行動なんだけれども、地域で生活している中で、それと一致しているのか一致していないのか。病院と、うち(家)、外では全然また違うんじゃないですか。全然違うので、そこがちゃんと一致しているのか違うのかというのを、うん(意識して...)。(9-12)(10/23)</p> <p>6.つくっているというか、多分、自然……なんでしょうが、やっぱり見てもらっているという意識があるので、ここでもし、特殊な人だったりとかすると、ここでしか自分は多分見てもらえないだろうと思って、いろんなことを言う、好き放題なことを言うけど、自分はここでっていうときには、やっぱりそこに多分、規制入るから医師の前ではそういうことは言わなかったりとかしますよね。で、こちらの言うことは、はい、はいと言って聞いて。(9-13)(10/23)</p> <p>7.入院中っていうそういう限られた期間、限られた空間、ご飯の用意もしなくてもいい、赤ちゃんしか見なくてもいいっていう状況では、すごく子どもに対して愛情をもって接している方でも、うーん。(11-31・10/30)</p> <p>8.守られてるのかなと。お母さんの負担がすごく少ない。入院生活っていうのは。だから、そこではきちんと愛情も出せるし、やらなきゃいけないことはやれてるお母さんたちが、おうちに帰るとやっぱりしんどくなっちゃうんだなっていうのは感じたことはありました。(11-31)(10/30)</p> <p>9.いい子でいられる。すぐに相談もできるでしょうし、私たちに。ご飯も出てくるし。洗濯だって自分のものだけで済んだりすると、楽は楽ですね。(11-34)(10/30)</p> <p>10.入院中は、その辺(気になると感じる部分)は出ないこともあります。あのー休めてますし。(14-36)(11/16)</p> <p>○とても判断に揺らいでいる文脈で語られていた。一時的に見せる「愛情を示す」「育児の技術ができる」「頑張って赤ちゃんの世話をする」姿の反面、この入院環境は非日常的で、それを意識して判断していかないといけないと感じているようだ。(6/11)</p> <p>○上記のような環境で、帰ってからの子育てが大丈夫かどうかを判断するのは難しいと思っている。(6/11)</p> <p>○非日常的な環境での母親の姿を意識しなければ、その姿はどう映るのか。育児がちゃんとできる大丈夫なサインとして映るのではないか。そのような語りが事実述べられている。上記した「愛情を示す」「育児の技術ができる」「頑張って赤ちゃんの世話をする」がそうだ。これらは、入院生活を非日常的と意識して母親をみないと惑わされる可能性を示す。→これらは対極例とする。(10/24)</p> <p>○非日常的な環境を意識するということは、日常的な環境を意識する場面もあるということか？これはこの概念1の対極例になるのでは。→次に探してみる。(6/12)</p> <p>○「非日常的な環境を意識すること」と「日常生活環境を意識すること」は、同時に意識し、そのバランスで判断を下していくということになるのか？その他にも意識するべき要因もあるのか？</p>

理論的メモ

○どうして「非日常的な環境を意識する」ことが重要だと感じたのかは、「その後の姿を追っていくと」・・・(1-29)で述べられている。退院後の日常的な生活を追う(知る)ことが、入院中の母親の姿を「非日常的な環境での姿」と意識しなければならないという思いにつながっているということだろう。この概念が生まれるきっかけになる看護職者の体験がどのようなものか、今後データをあたってみる。(6/12)

○この親子を他機関に情報提供するかどうかの判断のための重要な視点の1つだといえる。判断のためには、これ以外にも重要な視点があるのだろうか？今後データを意識して見ていく必要がある。(6/12)

○3の「生活の中に戻っていくと・・・」は、入院生活の非日常性を意識した後、退院後の生活の日常性の中に戻って行った時を比較に出して、非日常性を意識することの重要性を述べている。非日常性と日常性のバランス全体を述べているように感じる。この概念にいれることが適切か？もう少し様子を見て検討する。理論的メモ5番目に述べている、バランスそのものを述べているようだ。3は概念1とその対極例を同時に述べているような感じか？一分けるのか統合するのか、もしくはカテゴリーのレベルか、今後考えていく。(6/12) → 「生活の中に戻っていく・・・」の部分に対極例のバリエーションとする。

<概念名の変更>(10/23)

○入院中は非日常的であり、この環境下で母親は仮の姿で暮らしていることを、全体的には述べているように感じる。バリエーション1の「仮の姿」という言葉を用いて、in-vivo的な概念にすることの方が、インパクトもあり意味が通じやすいように感じるため、概念名を変更する。

○分析9さんは、入院中の非日常性ではなく、地域での生活ぶり入院中の生活が異なることを述べていた。データを確認する。(10/23) → バリエーションが見つかる。

<定義の変更>(10/23)

分析9さんのバリエーション5・6が入ったら、概念の示す範囲が広がったので、それに合わせて定義を変更する。

<対極例1~3>(10/30) 旧概念2「母親の仮の姿に感わされる」から移動(以下の3つ)

1.赤ちゃんを産んだ時って、みんな反応は比較的その「可愛い」って言ったり、「私がちゃんと健診を受けなかったから・・・」って自責を言ってみたりとかいうことは、多く見られるんですけど。「赤ちゃん可愛い」って言って「育てます」とかって言うけど。「まあ飛び込みだったけど結構上手くやってるね」っていうケースもあるんですね。(でも追ってくとやっぱりちょっとボロが出てくるっていうのがあって・・・)(1-29)

2.(飛び込み出産でも)入院中あんなに頑張っているやあって、まあ愛着も見られたし、愛着行動もあるし、育児技術も習得してある一定のこともちゃんとできてるのに。(どうやらなんか子どもを置いて遊びに行っちゃったとか)(1-33)

3.初診が遅いけど、生まれた後にはすごく赤ちゃんかわいがっている方がいらっやあって。で、私たちはそれで、あれ、じゃあいいんじゃないかっていうふうに思ったんですけど、その時には。(入院中は)本当に普通な感じだったので。ちゃんと愛情もかけて育てていると。本当に入院中の生活だけ見てれば、赤ちゃんに話しかけて愛情をすごく感じていらっやる方だし、ちゃんと育てていく面では、まあ心配はなさそうだなっていうふうに私は思った。(でも妊婦健診をきちんと受けないことがリスクに挙がると聞いて・・・)(5-52・53・56)

○バリエーション10は一見、母親の仮の姿だと意識されているようには感じないかもしれないが、このように語れること自体、入院中の生活は、赤ちゃんを預けて寝ることもでき、気になると感じる部分が出現しにくい、仮の姿を見せられる状況であることを意識されているからだと考え。(11/16)

<対極例4>(11/18)

・金髪で、刺青があって、そんな感じの人だったんですけど。見た目によらず、おっぱいも凄いよく出るし、赤ちゃんにもちゃんとあげて、凄いじゃないっていう認識を持った人だったんですよ。(ノーフォローで)6か月後くらいだったと思うんですけどね。(虐待)っていうことがありましたね。(15-111・113)

・入院中は、「あんな感じの(金髪・刺青)人だけど、赤ちゃんの添い寝もしているし、よく関わっているし、完全母乳で、いいな。やっぱり人はみかけによらないんだな」って思っていたんですよ。だけど(虐待が発覚した)。(15-107)

○上記の例は母親の仮の姿に感わされ、他の気になるサインを追求せず、情報提供せず母親が虐待に至ったことと語られている。

<対極例5>(12/6)

・(入院中は)普通だったんですよ。家庭に帰ると、おかしくなっちゃんだらうね。子どももね、不安定でね。(入院中は)安定してたから(情報提供しなかった)。(17-186・196)

○入院中は安定していたという「母親の仮の姿」に感わされて、上の子が不安定だというサインを見逃し、情報提供していないという。入院中という上の子の世話がない日常とは切り離された状況の中で、母親の下の子の育児が安定しているという認識が欠けていたということで、対極例として挙げられると考える。

概念名	メリットを強調し同意を得る
相互作用	看護職者と母親・家族(直接的な説明)
定義	看護職者が他機関に情報提供するため、母親・家族に対しメリットの部分に強調して説明し、意図的に同意を得ること(10/22)
	<p>2.初産婦さんだったら、保健センターは専門家がいる、子育て、保健師という看護職がいるから、いろんな困ったことがあったりすると相談に乗ってもらえるということで。それに健診の後でも親切にいろいろしてもらえるから、ちょっとお産の様子とかの連絡を入れたいでもいいかしら、みたいな感じで。もう明らかに相談相手がいないような、孤立してるかなみたいな人だったら、もうそれですぐついてきて、お願いしますって言われる場合もあります。(11-56)(11/6)</p> <p>3.赤ちゃんの体重の増えとか、いろいろなところからもっていったら、赤ちゃんの育児をする上で、手助けになると思うから、保健師さんに早めに家庭訪問に来てもらいませんか？って言うてみたりとか、大体そうすると、「いいですよ」なんて言い方次第ではOKをいただけて。(12-48)(11/8)</p> <p>5.その相手の状況にもよるんですけども、「あなたの場合は、やっぱり保健師からよくこの後も一緒にサポートしてもらったら、すごく心強いと思うから、送らせてね」みたいな感じで。不安に思っていて、問題なさそうだなっていう感じであれば、しっかり見てもらってねという形で、そういうふうにご同意を得ます。(13-90)(11/10)</p> <p>7.「〇〇さん、ちょっとサポート少ないし、保健師さんに1週間に1ぺんとか、2週間に1ぺんとか訪問してもらえ、と赤ちゃんの体重測ったり、いろいろな相談に乗ってもらえるサービスあるんだけどどうかな？」って言うて、「うん」って言わせちゃうみたいな感じに大体してます。(1-15)</p> <p>10.赤ちゃんって成長していくよね、そうすると、もっと、今はわからないことがあれば、24時間、ぽつと看護師さんがいてアドバイスをしてくれるけど、おうちに帰るとなかなかそういう人がいないよね、だけど、やっぱり赤ちゃんが成長することによって、いろんな悩みとか不安があると思うから、できれば、まずは自分でやるのが大切だけど、いざというときに、やっぱり連絡をとって教えてくださいって、こういうことだよと教えてくれる人がいるって心強くないかなとか、そういう持っていく方ですね。(19-32)(12/16)</p> <p>12.専門的な知識のある方がいたほうが、アドバイスを受けていただけたほうがいいんじゃないですかと言ったら、ご本人から、「そうですね、うちの両親は大分前に育児をした人なので、今の知識のある方にちょこっと来てもらうといいかもしれないですね」と言っ。(19-95)(12/16)</p> <p>13.保健師さんと顔をつないでないと、何かあなたに合ったサポートとかがあったら、紹介してもらえたりとかすると思うから、ぜひ一度、電話を、こちらから情報を入れさせてくださいっていいかどうかということ、確認をしました。(21-22)(12/18)</p> <p>23.10代の子とかは、まだ若いし、育児のこととかわからないでしよって、(保健師さんから)いろいろと教えてもらってねという、結構、すうと、みんな、受け入れ良好という感じなので。(7-91)(1/2)</p> <p>24.保健師さんに困ったときには助けてもらえたほうがいいから、ひとりで悩んでいても仕方がないので早目に訪問に行ってもらおうか、と言うと、じゃあそうしてという感じの。(8-35)(1/2)</p>
理論的メモ	<p>○同意を得る部分は、このプロセスの分析に入れないようにしようと思ったが、相互作用の相手が母親であり、情報提供するというケースとして断定するためには必要なプロセスであるため、分析テーマを若干変更し、この部分まで含めることとした。(10/22)</p> <p>○10/22まで、同意を得るプロセス部分は削除して分析してきたので、これまでの9分析も再度見直し、バリエーションを検討していく。(10/22)</p> <p><対極例>(12/16)説明の仕方によっては拒否されるという対極例 ・助産師の説明の仕方によって、かなり拒否されちゃう。まあ、他人が入ることなのであれなんですけど、やっぱり言い方だと思うんですね。(19-31)</p> <p>○メリットを強調するような説明をせず、情報提供への同意を拒否されてしまう場合があることが語られている。そして、戦略的に説明することが同意を得るコツであることが、この語りから分かる。</p> <p>○バリエーション14は、最後につらさの共感が述べられているが、共感した上でつらさを軽減するための支援としてのメリットを強調しているように語られている。(12/21)</p>

研究1-2 総合病院 生成概念一覧表

資料3

No	概念名	定義
1	ケースのリスクレベルを判断する	看護職者が、情報提供確定ケースに対して、緊急に複数の他機関に介入を要請した方がいいか、妊娠中から協働支援が必要か、退院後早期の家庭訪問が必要か、出生連絡票による新生児訪問依頼でいいか等のリスクのレベルを判断すること。
2	リスクのレベルに合わせた支援を依頼する	看護職者が判断した、情報提供確定ケースのリスクレベルに合わせた支援を他機関に依頼すること。具体的には、退院後すぐの家庭訪問、病院への保健師の訪問、妊娠期からの継続支援、合同カンファレンスの開催等を指す。
3	情報がフィードバックされる	他機関の専門職者から医療施設の看護職者・他の専門職者に対して、提出された情報提供用紙の返事が記載されて戻ってくる。また、電話等で支援の状況や親子の様子が報告されること。
4	他機関の支援内容を知る	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、その内容を知ること。
5	他機関からのアプローチ	他機関の方から先に、看護職者に情報提供や問い合わせ、支援依頼等があること。
6	つないでよかったと実感する	看護職者が情報提供したことで、他機関の専門職者の継続支援へつながったり、支援により親子の状況が安定していることを知り情報提供してよかったと実感すること。
7	最終的な手続きをとる	看護職者や院内の他職種者が、情報提供をするために情報提供用紙や看護要約を記入し、他機関に電話やファックス、郵送等で情報を提供すること。
8	退院後の問題状況を知る	看護職者が、退院後の親子の子育ての状況が不安定で問題が生じていることを、他機関の情報提供により具体的に知ること。
9	退院後の安定状況を知る	看護職者が退院後の親子の子育ての状況が安定していることを、他機関からの情報提供により具体的に知ること。
10	つなぐ目的を認識する	看護職者が、何のために他機関と連携をとり、親子を支援していくのかという目的を認識すること。
11	病院の役割を果たす	看護職者が連携における他機関の役割分担を認識した上で、病院が行なわなければならないと認識する支援に取り組むこと。
12	連携のシステムができる	児童虐待予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有という連携のシステムができていないこと。具体的には、ハイリスクケースの発見のためのチェックリストの作成、情報提供用紙の作成、定例会議の開催等である。
13	協働で支援する	看護職者が妊娠・出産に関わった親子を、情報交換し合いながら他機関と一緒に支援すること。
14	院内の役割分担で動く	医療施設と他機関が連携をする際、医療施設内の役割分担がある程度決定しており、その分担に従って行動すること。
	対極例	＜連携窓口の看護職者が自分たちだけで背負う＞という対極例
15	長期的な視点を認識する 9/8	看護職者が子育ては地域の生活の中で、長期的に続くものであることを認識すること。
16	母親と保健師の橋渡し	保健機関の支援へスムーズに移行できない母親への保健師の介入を容易にするため、看護職者が母親と保健師との間をとりもつことである。具体的には、妊娠期の早い段階から病院で母親と保健師の顔合わせをすること、保健師と一緒に家庭訪問すること、等である。
17	他機関の役割分担を知る	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、連携先の他機関の各々が親子に対してどのような支援を分担しているのかを知ること。
18	自己の支援を振り返る	看護職者が、退院後の親子の情報をすることで、親子の気になるサインに気づけていたか、病院での自己の支援が有効だったか、改善点はないか等を振り返ること。
19	橋渡しの必要性を認識する	看護職者が、他機関の支援へスムーズにパトタッチすることが困難なケースに対し、母親と他機関の専門職者との間を仲介することの必要性を認識すること。
20	協働で支援の方針を決める	医療施設のケース関係者と他機関の関係者が合同カンファレンスを開催し、多機関でケースの支援の方針を決定すること。
21	顔の見える関係ができる	看護職者が、連携の体験をとおして他機関の専門職者とお互いに顔見知りになり、相談しやすい関係ができること。

No	概念名	定義
22	フィードバック情報を共有する	看護職者が、他機関からフィードバックされた情報を、チームで共有すること。具体的には窓口担当者から伝える、返信書類をスタッフ全員が見れるようにファイルに綴る等である。
	対極例	＜フィードバック情報が共有されない。という対極例＞
23	他機関の内部事情を知る	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関の支援に関する組織内の事情を知ること。具体的には、親子に問題がなければ新生児訪問は3か月後くらいになる。早く新生児訪問に行つて欲しい時は医療施設側がハガキに一筆追加する必要がある、気になるケースを全て養育支援連絡票で情報提供すると保健師が対応できなくなる等を指す。
24	他機関の内部事情に合わせた支援を依頼する	看護職者が他機関の内部事情に合わせた、新生児訪問を早期に実施してほしい場合は依頼ハガキに一筆添えたり電話で伝える、保健所だけに支援依頼が集中しないように保健センターにも支援依頼をする、家庭訪問を希望する場合ハイリスクでなければ情報提供用紙でなく新生児訪問依頼のハガキを活用する等の支援を依頼すること。
25	次への示唆を得る	看護職者が退院後の親子の状況を知り、親子の生活理解が深まることや支援の評価を行うことで次の支援への気づきを得ること。
26	親子の生活理解が深まる	看護職者が、退院後の親子の状況を知ること、親子が地域でどのような生活をしているのか理解が深まること。
27	他機関にポジティブイメージをもつ	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関全体や他専門職者に対して、尊敬できる、心強い、頑張っている等の肯定的なイメージをもつこと。
28	連携への認識が高まる	看護職者が、他機関とのやり取りをとおして、情報提供の有効性を実感したり、他機関の支援を頼もしく感じたり、最悪の事例を知る等により連携を進めていく必要性の認識が高まること。
29	アンテナが高くなる	看護職者が、チェックリストを用いたり、退院後の親子の状況を知ることにより、「気になる親子」に対する気づきの感度が高くなること。
30	気軽に相談できる	看護職者が他機関とのやり取りをとおして顔の見える関係ができ、他機関の専門職者に親子に対する対応や情報提供に関して、小さなことでも気兼ねせず、すぐに相談できるようになること。
31	病院の限界を認識する	看護職者が、病院での入院・フォロー期間だけで、「気になる」と感じた親子の退院後の子育てを支援するのには限界があると認識していること。病院は来院された人に対して援助を提供する場であることからくる限界を認識していること。
32	他機関へ支援をゆだねる	看護職者が病院・診療所の限界を認識したとき、退院後の親子に対する支援を他機関に任せること。
以下 対極概念		
33	情報のフィードバックによる学びへの期待	看護職者が、もし他機関からの情報フィードバックが得られたら、「気になる親子」の発見から連携へのプロセスに関する自身の支援に教育的効果があると期待していること。
34	支援の評価や課題がわからない	他機関からの情報のフィードバックがないことで、看護職者が、情報提供してよかったのか否かや、今後どのような点に注意して親子を支援すればいいか等、支援の評価や課題がわからない状態。
35	他機関からのアドバイスを希望する10/3	看護職者が、医療施設からの情報提供について他機関からのアドバイスを求めていること。具体的には、見落としケースについて、不足していた情報について、入院中の援助の強化点等へのアドバイスを指す。
36	情報提供に確信がもてない	看護職者が他機関への情報提供がこれでよかったのか、情報のフィードバックがないため確実な感触がもてない状況。
37	情報がフィードバックされない対極概念3	他機関の専門職者から医療施設の看護職者・他の専門職者に対して、情報提供用紙した親子の退院後の様子や支援の状況の報告がないこと。
38	長期的な視点がもてない対極概念15	看護職者が、子育ては地域の生活の中で長く続くものであることを認識すること。
39	連携へのモチベーションが低下する対極概念28	他機関からの「情報のフィードバックがない」ことで、自己の支援への学びが還元されないこと、他機関への理解が深まらないことによる他機関への否定的なイメージができることにより、看護職者の連携への意欲が低下すること。
40	他機関の支援内容がかわからない対極概念4	看護職者が、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、その内容がわからないこと。

No	概念名	定義
41	他機関の役割分担がわからない 対極概念17	看護職者が、連携先の他機関の各々が親子に対してどのような支援を分担しているのか知らないこと。
42	他機関にネガティブイメージをもつ 対極概念27	看護職者が他機関に対する理解が深まらないことで、他機関全体や他専門職者に対して、否定的なイメージをもつこと。
43	他機関からのアプローチを希望する 対極概念5	病院から情報提供するだけでなく、先に他機関の方から情報提供、問い合わせ、支援依頼があることを願うこと。
44	顔の見える関係を希望する 対極概念21	相談しやすい関係ができていないため、相談しやすい顔の見える関係性を希望すること。他機関の専門職者と顔の見える関係性が構築されていないので、看護職者がお互いの顔がわかり相談しやすい関係性を願うこと。

概念名	退院後の問題状況を知る
相互作用	看護職者と他機関の専門職者
定義	<p>看護職者が、退院後の親子の子育ての状況が不安定で問題が生じていることを、他機関の情報提供により具体的に知ること。(10/8)</p> <p>／看護職者が、退院後の親子の問題状況を他機関の情報提供により知ること。(3/12)</p> <p>／看護職者が、退院後の親子の問題状況を他機関の情報のフィードバックにより知ること。(3/3)</p>
バリエーション(抜粋)	<p>1.後から「どうやらなんか子どもを置いて遊びに行っちゃった」とか、そういうのを後から、1か月2か月してから聞くこともあるんですね。(1-33)</p> <p>2.「〇〇さんですけど、訪問に行ったら、ちゃんと連絡して行ったのに、お婆ちゃんしかなくて本人は遊びに行ってた」とか。返信ですね。地域からの返信の報告ですね(それで知りました)。(1-45・46)</p> <p>3.もう子育てできないので、児相に一時保護したっていうのは、ないわけではないです。虐待ではないと思うんですけど、まあ、精一杯精一杯でこの人もう無理じゃないって、で虐待になる前っていうので保護しましたっていうのを、報告があったっていうことはあります。(1-119)</p> <p>4.不慣死？子どもがもう心肺停止で運ばれて来たって。子どもが運ばれてきて心肺停止で、あの一証拠はつかめなかったけど、かなりグレイにしているけれども黒に近いねっていうような、虐待で亡くなったかかっていう報告がチラッと聞こえてきたりすることもあるので…。(1-120)</p> <p>5.子どもを置いて逃げちゃったっていうお母さんも、私がこう担当していた人だったんで。(1-122)</p> <p>6.ホントにホントにノーマークで、全然誰も何も思わなくて、んーっと、実は保健センターに〇〇病院で出産したこういうお母さんがいて、育児が大変で大変でって言って泣きついてきたじゃないですけど、困り果てちゃってうちに連絡があったんだけど、入院中はどうだったんですか？っていうことがたまにあります。(1-49)→概念16ノーマークケースへの問い合わせから移動3/12</p> <p>7.そういうの(児童虐待の深刻な事例)やっぱり、児童相談所さん(会議)のときに、いろいろな事例を分析したときに、ああ、産んだ後に自宅で、産んだ後に、やっぱり死体遺棄をしちゃって、で、結局殺人というか、そういうのになってしまった(と分かった)。9-65 →概念36「最悪の帰結を知る」から移動</p> <p>8.返ってきた返事には、とても心配だから継続して見ていくし、もうお父さんが赤ちゃんにどなったりとか、手が出そうになっていることがあるからっていうことをお母さんが言っているの、深く綿密にかかわっていくっていうことを、それ(訪問の結果報告等)を読んだりすると、ちょっとどきっとして。11-73・9/1</p> <p>9.育児の状況としては、不衛生だったりとかが発覚したりとか。結局DVがあったから、児童相談所が関わって、結局保護されたというような経過を知ることが出来てしまったりとか、そういった効果はあると思います。12-67/68・9/6 →概念6「つないだ効果を実感する」と重複</p> <p>10.DVの方は、子どもが生まれたら夫が変わると大体信じてらっしゃるので。うまく二人で子育てできるといいですねっていうので帰したとしても、結果的に訪問してくださったりとか、その後の状況で警察がからんできたりすると、あーやっぱり、再発というか、止められないんだなあということを改めて考えさせられたケースもありましたし。12-70・9/6</p> <p>11.(退院後)ネグレクトになっちゃった人とかですよ。育児に関して気を張りつめすぎて、もう考えたくなくなって、放棄したみたいな方もいらっしゃったので。12-84・9/6</p> <p>12.(退院)3か月後に、赤ちゃんが亡くなって運ばれてきたんですよ。救急に。小児科の先生に「覚えてる？」とか言われて、「ああ」とか言って、警察も来たんですよ。一番最初のお子さんの時に立ち会ってるのが私だったので、「どんな具合でしたか？」っていうのは聞かれて。18-112・9/15</p> <p>13.担当の保健師さんがその人についてはついてたんですけど、こういう状況で生まれましたと。今回もちょっとIUGRでちっちゃく生まれてっていうようなことを、入院中の様子とかを送って。4か月か6か月ぐらいのときに、突然、病院に自家用車で来て、子どもを抱っこしてきて、そうしたらもう子どもが死んでたっていうような事例があって。4-14・9/16</p>

14. やっぱりおうちの中はぐちゃぐちゃで、上の子もちゃんと育児はできていないようだ。で、どうやらこのお父さんはしゃべらないうちの、本当にお世話しなきゃいけないうちの子どもは凄く可愛がらしいんです。ただ、自我が出てきて、これ嫌だとか、こうしたいとかっていうふうになってくると、かわいくなって、子どもに手を上げたりもしてるみたいなんです。なので、赤ちゃんっていうよりは、その生まれた赤ちゃんよりは、上の子たちのほうが心配だっというような報告で、で、これからも見ていくっていうようなので。4-38・9/16

15. 結局、子どもは多分乳児院。そうだ、乳児院に行っちゃって、お母さんは入院ですね。メンタルの病棟に。うちの病院には精神科がないんで、違うところなんですけど。6-139・9/21

16. 「順調ですよ」とかいう報告をいただいていたら、ある日保健師さんの方から、「私、どうやら嫌われちゃったみたいで、連絡が取れなくなりました」って。少し踏み込んだ多分指導をされたんだと思うんです。車上生活をされていたんですが、いなくなっちゃって、どこに行ったのか分からないっていうケースがありあましたね。15-89・9/23

17. 退院後、結局育児放棄になっちゃったって言うのを聞いて、「ああやっぱりそうだったか」っていうのがあったんですけど。16-24・9/23

18. 妄想っていうか、幻覚・幻聴なのか、それがひどくなっちゃって、子どものことよりそっちになっちゃって、子どもの世話を一切できなくなって、やっぱり入院拒否があったみたいなんですけど、ご主人と相談して、半無理やりかな、分からないけど連れて行って入院になりましたって言う感じではおっしゃっていたので、「ああそうなんだ」って。16-26・9/23

20. 「経産婦だから、育児とかそういうのは大丈夫だろう」って思っていたんだけど、結局は、お金も大変で、ミルクを買う余裕はない、自分たちの食べてるものを咀嚼してあげれば大丈夫だろうみたいな感じで、っていう風には、後で(退院後3か月で乳児が死亡したとき)聞いたんですけど。18-113・9/15

理論的メモ

○後から、退院後の子育てに問題状況が発生したことを知ったことが語られている。情報のフィードバックがあるからこそ知れることである。

○情報提供がないから退院後の子育ての状況が分からない、という状況が対極例か？今後その視点でもデータを追う。(3/3)

<定義の変更> (3/12)

○概念16からバリエーション6が移動してきたため、退院後の問題状況を知るのが情報のフィードバックだけでなく、他機関からの問い合わせ、情報提供にもよるため、それを含めた定義とする。

○この概念はどこへ向かうか？アセスメントの力がつくことに向かうのではないか？次の支援に向けての力へ還元されていく。9/1

○バリエーション8と9は、情報提供したケースがやっぱり問題状況が確認されたという語り。つないでよかったという評価を含んでいる。その前のバリエーションは情報提供しなかったケースに問題状況が発覚したことを知るものと、事例として退院後問題状況があることを知るものとに分かれる。もしかしたら、バリエーション8・9は「つないだ効果を実感する(認識する)」に変更が必要かもしれない。今後検討する。9/5

○この概念は、つなぐ目的を認識するにつながっているのではないか。9/6

○バリエーション10と11は、看護職者のアセスメント力につながっている。

<対極例> (9/6): 「退院後の大丈夫な状況を知る」 → 全て概念56「退院後の安定状況を知る」へ移動する 9/29

定義: 看護職者が、退院後の親子の大丈夫な状況を他機関の情報フィードバックや情報提供により知り、安心すること。(9/6)

→ 概念9として、概念生成する。9・30

○バリエーション12は、院内の小児科医・警察からの情報提供により状況を知ることとなった。乳児の死亡という最悪の状況を知ることとなった。これを受けて、つなぐ目的が強化された語りがある。問題状況を知ることは、つなぐ目的に関連している。また自己の援助の振り返りや課題の認識に向かっている。9/15

概念名	次への示唆を得る
相互作用	看護職者と他機関の専門職者
定義	<p>看護職者が退院後の親子の状況を知り、親子の生活理解が深まることや支援の評価を行うことで次の支援への気づきを得ること。10/10</p> <p>／看護職者が、退院後の親子の状況を知り、支援の評価を行うことで次の支援への示唆を得ること。10/3</p> <p>／連携先からの情報フィードバックあるいは一緒に家庭訪問をして、その後の親子の情報(訪問結果等)を知ること、次の支援への示唆を得ること(8/29)</p>
バリエーション	<p>1.次にこの経験を生かしていくための、少し、指標というか、示唆にはなるかなと思います。11-69</p> <p>2.助産師外来で話しているお母さんたちが、何を抱えているのかっていうのを想像するのの一つの助けにはなっているかなと。11-96</p> <p>3.同じようなケース(新生児訪問を待たず家庭訪問を依頼したケース)があれば、やはり訪問をするようにお願いしたほうがいいっていうことが、みんなの共通意識の中にあります。12-65・9/6</p> <p>4.DVの方は、(うまく二人で子育てできるといいですねっていうので帰したとしても、結果的に訪問してくださったりとか、その後の状況で警察がからんできたりすると、)あーやっぱり、再発というか、止められないんだなあということを改めて考えさせられた。12-70・9/6</p> <p>5.そのようなケースにまた当たった時に、こういう風に訪問してくれてこうなったんだっていうような経験知的なものになっていきます。14-96</p> <p>6.次に事例を送るときに、間違いなくっていうか、この事例は送っていい事例だっていうのを、回数を重ねることに確信を持てるっていうか。4-136</p> <p>7.(情報のフィードバックは)私たちの反省材料になるし、またこれが活かされて、次のステップになるし、こういう場合はあしようこうしようって。ケアにつながっていく。17-162</p>
理論的メモ	<p>○経験から示唆を得るということか？結果を知ることから示唆を得ている。経験が次へ活かせるもとなる。経験したことが意味づけられる。そのためには情報のフィードバックが必要だということだ。この概念の必修前提条件が「結果(帰結)を知ること」になるだろう。8/30</p> <p>○2では、示唆を得る経験が情報のフィードバックでなく、家庭訪問の体験である。いずれにしても、親子の退院後の様子(結果)を知ることには変わりはない。8/30</p> <p>○対極としては「示唆が得られない」という状況になるのだろう。そういう語りがないか探していく。8/30</p> <p>○バリエーション4は、示唆を得たとは表現していないが、DVのケースに関して再発は防げないと認識するほど、示唆を得ていると捉える。9/6</p> <p>○この概念のバリエーションは、あまり具体的ではなく大きく示唆を得たことが語られている。9/10</p> <p>○バリエーション6:「確信を持てるっていうか」という言葉が出るということは、現在は確信がまだもてていないということだろう。他機関からの情報のフィードバックは自分自身のアンテナへの確信をもつことにつながる。9/16</p>

No	概念名	定義
1	情報を伝えるための工夫	看護職者が「気になる」と感じた情報を、他の看護職者に伝えるための工夫。また、外来での気になる情報を病棟に伝える工夫。
2	精神的な不安定さが気になる	看護職者が母親から話を聞いたり、相談・指導をする中で不安が強い言動や、うつ的な言動や行動、目が合わない、落ち着きがない等に対して「気になる」と感じている状況。
3	緊迫した状況と認識する	すぐに地域での支援を思いめぐらせるほど、深刻な問題状況が発生しており緊迫した状況だと看護職者が認識すること。
4	同意を得るのが大前提という認識	看護職者が他機関に情報提供する際は、母親や家族の同意を得ることが大前提であることを認識すること。
	対極	＜同意を得ず情報提供するというスタンス＞
5	サポート力を見極める	看護職者が、母親が家族のサポートを受けて子どもが育てられるかを見極めること。
6	育児行動が気になる	育児場面における母親の言動や行動、胎児に対する母親の妊娠管理行動に対して、看護職者が「大丈夫だろうか」と気になる状況。具体的には、育児に不慣れ、育児に積極的でない、児への否定的な言動、妊婦健診の定期受診ができない、育児に柔軟に対応できない等。
7	情報を共有する	看護職者が「気になる」と感じた情報を提供し合い、共有すること。
8	担当者が決まる	「気になる」と感じた親子を、退院まで追って関わっていく担当者が自然に決まること。
9	担当者に情報が集まる	担当者に他の看護職者から情報が集まること。
10	結論を出す	チームまたは担当者単独で他機関へ情報提供するという結論を出すこと。
11	サポート状況が気になる	看護職者が、親子に対する家族等のサポート状況に関して「気になる」と感じている状況
12	メリットを強調し同意を得る	看護職者が他機関に情報提供するため、母親・家族に対してメリットの部分を強調して説明し、意図的に同意を得ること。
	対極	＜同意が得られず支援の道が閉ざされる＞
13	奥の手を使う	看護職者が同意を得なくても、情報提供することを選ぶこと。それにより退院との支援の道が閉ざされないこと。
14	担当者が主に対応	「気になる」と感じるケースの担当者になった看護職者が、主に一人でいろいろな対応を行うこと。具体的には、最終判断をする、母親・家族から同意を取る、書類を作成する、他機関に電話をかける等。
15	手がかりをもとに関連情報を得る	看護職者が親子に対して「気になる」と感じた後、具体的な親子の状況を確認するために、気づいたことを手掛かりに関連情報を得ること。
	対極	＜関連情報を得られない＞という対極例
16	院長(理事長)の方針で決まる	院長(理事長)の方針で、診療所における親子への治療・支援の方針等、さまざまなことが決定すること。
	対極	＜助産師への役割と権限の移譲＞という対極例
17	院長の意向を確認する	院内の通常業務以外のことに對して、看護職者が院長に報告・相談し、院長の意向を確認し許可を得ること。具体的には、他機関への情報提供、家庭訪問、院外の会議への出席等。(2/22)
18	さまざまな援助の中で観察する	看護職者が、外来での問診や保健指導、入院中の授乳援助や保健指導等というさまざまな援助の中で、母親の話を聞いたり、行動を観察することで、「気になる」点に気づくこと。(2/23)
19	観察の視点をもつ	看護職者が親子に出会った時どのような視点で観るか、観察の視点をもつこと。具体的には、家族の面会時の様子、赤ちゃんへの接し方、虐待のリスク因子等。(2/3) (2/14)
20	病院の限界を認識する	看護職者が「気になる」と感じた親子の退院後の子育てを支援するには、病院(診療所)では限界があると認識すること。
	対極	＜自施設のみでフォローしようとする＞という対極例
21	母親自身の子育て力を見極める	退院後の生活の中で、母親が子育てができるかどうかを、母親の育児技術、生活状況、サポートの状況をふまえて見極めること。

No	概念名	定義
22	つなぐ目的を認識する	何のために他機関に情報提供するのか、すなわち他機関から必要な支援を受けて母親が子育てできるようにするためであることを、看護職者が認識すること。(2/3)
23	危険を予測する	看護職者が得た情報から、退院後の子育てに危険を予測すること。(2/3)
24	気になればつなぐスタンス	「気になる」と感じた親子はそのままにせず、退院後も他機関にフォローしてもらうために情報提供する看護職者のスタンス(2/3)
	対極	明らかな問題がなければつながないスタンス
25	他機関の支援内容を知る	看護職者が、気になる親子を含めた地域で生活する親子に対する他機関の支援内容を知っていること。
	対極	＜他機関の支援内容が分からない＞という対極例
26	家族の状況が気になる	看護職者が母親の家族の状況に対して「気になる」と感じている状況。具体的には、家族の不仲、DV、シングル、父親の遠きょうだい、多産等等。
27	継続的に追って観る	看護職者が、妊娠期または産後の入院期間で「気になる」と感じた親子を、その後も退院後の健診等まで継続的に観察し、状況の確認を行うこと。具体的には、外来から病棟への観察継続、入院から他院までの観察継続、退院後の電話訪問、母乳相談、産後2週間健診、育児サロン等
	対極	＜妊娠期から気になれば他機関に情報提供する＞という対極例
28	外来は外来、病棟は病棟のシステム	診療所のシステムとして外来と病棟の看護単位が分かれており、固定化されていること。(2/24)
	対極	＜外来も病棟もどちらも勤務＞という対極例
29	外来は点の関わり	外来の妊婦健診では看護職者は親子と関われる時間が短く、「気になる」と感じるのができにくい環境であること。
	対極	＜外来でも妊婦に関わる＞という対極例
30	業務に追われる	看護職者が業務に追われて、「気になる」と感じた親子の情報を収集したり、チームで話し合う等が行えず、「気になる」と感じて情報提供するか否かの判断に至らないこと。
31	助産師と看護師の温度差	助産師と看護師では、親子に対して「気になる」ことを探索したり、状況を確認し情報提供ケースとして判断することに対して認識の差があること。具体的には看護師より助産師の方がこのことに関心が高く、積極的に対応している状況。

概念名	担当者が主に対応
相互作用	看護職者(特定の)と母親・家族
定義	「気になる」と感じるケースの担当者になった看護職者が、主に一人でいろいろな対応を行うこと。具体的には、最終判断をする、母親・家族から同意を取る、書類を作成する、他機関に電話をかける等。(2/24)
バリエーション	<p>1.(精神状態が緊迫したケースで、診療内科受診して、退院するのに)私、一応、担当で、その日は休みだけ出ていたんですよ。だって、ほかの人はみんな仕事で忙しいから、そんなややこしいことに関わりたくもないから…。(1-52)(2/24)</p> <p>2.(診療内科を受診したケースは)保健師さんには、もちろん言わなきゃっていうことで、退院の前日に保健センターに(私が)電話しました。(1-55)(2/24)</p> <p>3.(情報提供には)同意が必要なんですよ。そうしないと入りにくいんですよ。で、(実母に私が)了解を得て。(1-74)(2/24)</p> <p>4.退院の日はいわゆる休診日なんだけれども、スタッフがいっぱいなくて、多分、お産がいっぱいだと、その人に誰も関われないと思ったから。婦長さんも水曜日は出ているんだけれども、婦長さんに任せちゃうと、きつてできないと思って。で、その前日のいろんな、保健所と先生のやりとりを、全部私が知っているから、私が行ったほうが話がわかりやすいと思った。対応が不十分になっちゃうと思った。他の人だと。それで出(休日だけ出勤し)ていった。(1-104)(2/24)</p> <p>5.(スタッフには)任せられないと思いました。だって、他のスタッフはその人の現状をそこまで知らないから。うわさには知っていても。やっぱり、そういう人ってタイミングが必要だから、何時に連れていくとか、何時にすぐこれをやってとか、保健師さんが来るからここで会わせなきゃとか、そういう微調整をしっかりとやらないと、全ての計画が狂っちゃうっていうか。(1-113)(2/24)</p> <p>6.そういうちょっと気になる人には、それも最近なんだけど、産後健診に来たときに、ちょっと私に声をかけてください、2階に声をかけて、みたいにして、で……それで見ると全然変わっていて、よくなっているっていうのが、すぐ、一目でわかる。そうしたら、じゃあ、もういいかなって思っちゃう。で、あとはそういう気になる人には、紹介まではしないけど、ちょっとっていう人は、絶対に新生児訪問を受けてくださいねって言っている。絶対、絶対。(1-141)(2/24)</p> <p>7.関わったことで何かが変わったかとかっていうところも、また情報として入ってくるので、じゃあ今後この人は、やっぱり話を聞いてもらう必要があったのかとかって判断すると、やっぱりそのまま継続して地域にも送って、もうちょっと継続してもらったほうがいいのかっていうところに結びついたりしますかね。(3-99)(2/24)</p> <p>8.うちのスタッフも、私以外は余り知らないと思いますよ。保健師が何をしているか。なので、保健センターに連絡したほうがいいんじゃないかな、みたいな、私がよく言っているもんだから。しつこいからじゃない。保健センターにさ、みたいに。言ったほうがいいんじゃない、この人って言って、余りにも言っているからだと思いますけど。(4-278・279)(2/24)</p> <p>9.(保健センターとの連絡や情報提供については、一手に引き受けている感じに)そうになっているね。(看護師さんも)保健師さんから電話がありましたって言うのも、まあ、出るという感じですね。(もう一人の助産師より)でも私のほうが主になっちゃっているかなという感じ。(もう一人の助産師も)やってはくれますけど、どうしてもね、(私が主にやる)そんな感じになっちゃって。(6-82・83・85)(2/16)</p> <p>10.母乳とか、指導面。そういうのは、そこら辺は、仕事ははっきりと(看護師と分担されて)、だから日曜日でもマッサージをしなきゃいけないと、自分の領域で、これは行かないといけないと思って。別に勤務じゃなくても出ていて見なきゃいけないという、そういう状況なんですよ。(6-95)(2/24)</p> <p>11.(情報提供するという最終的に判断するのは)そうですね。師長、部長。(7-97)(2/24)</p> <p>12.(情報提供の同意を聞いても)家族が、別にいいですとか、本人が別にいいですとか、言っちゃうんですよ。私たちは、どうしても送りたいとか思うのに、嫌みたい。そういうときは、(担当の師長さんは)どうしているんだろう。どうしているんだろう。何か、雑談程度に、別にいいですって断られちゃうのよなって、(師長は)言うんですよ。(7-179・184)(2/24)</p>

理論的メモ	<p>○バリエーション1は、担当になった場合は、緊迫したケースの対応に休日を返上して出勤する場合もあることが語られている。(2/24)</p> <p>○バリエーション6は、施設に助産師が2人しかおらず、外来での中期・末期の保健指導、病棟での乳房ケアや指導等は助産師の担当と決まっている。気になる親子の対応については助産師の中でも担当が自然に決まっており、この人が一手に引き受けている感じとなっている。(2/24)</p> <p>○バリエーション9は、概念8「自然に担当者が決まる」と重複している。(2/24)</p> <p>○バリエーション10は、母乳や指導という援助しか出てこないが、母乳の援助や指導の中で「気になる」と感じたり、追加情報を得たりする場合が多く、この援助の担当を含めて情報提供の役割を担っている意味がこもっている。(2/25)</p> <p>○バリエーション12は、担当者が自然に師長や部長になっていて、その担当者が最終的な判断をしている。概念12「チームで結論を出す」の単独で判断を決めるという対極例でもある。(2/24)</p> <p>○バリエーション13は、担当者ではない看護職者の言葉。担当である師長が母親や家族に同意をとっているのか、どのような方法で取っているのか、断られた時はどうしているのかを知らない状況である。こういう状況だと、担当者が不在時や、交代する際に情報提供が困難になっていくことが予想される。(2/24)</p> <p>○担当者が決まれば、担当者が自発的に対応している様子が分かる。スタッフは「気になる」情報を伝えたり、相談したりすればその後はお任せ的な雰囲気もある。分析7では担当である師長に情報を提供した後は、師長がどのように同意を得ているのかスタッフは分かっていない。診療所の場合は規模が小さいので、師長が担当になった場合は師長自らケースに対応している様子が分かる。(2/25)</p>
-------	--

概念名	院長の意向を確認する
相互作用	看護職者と院長
定義	院内の通常業務以外のことに對して、看護職者が院長に報告・相談し、院長の意向を確認し許可を得ること。具体的には、他機関への情報提供、家庭訪問、院外の会議への出席等。
バリエーション	<p>1.(保健センターに連絡する時は院長に)言わないといけないですね。一応。全部知っていないといけないので。(2-252)</p> <p>2.(退院後2・3週間目で)電話訪問は必ず入れていたので、その声の感じとかで気になる人は、私は訪問したんだよね。訪問していましたね。院長と相談して。ちょっと行かせていただきますって言って。(2-192・193)</p> <p>3.産婦人科医院に勤めているスタッフとしてだと、やっぱり勝手には動けないので、訪問するにしたって、一言、院長に連絡をして、させていただくという許可を得てからでないと、やっぱり動けないのは動けないですよ。(2-284)</p> <p>4.先生(院長)にも患者さんの情報は、これ(情報提供用紙)を送るなら送るように、地域のほうと連携をとっていきまうって報告をしたりとかして、まあ先生も、じゃあそれをお願いしますってこっちに依頼してくれている部分もあるので。(3-149)</p> <p>5.最初にこういうこと(保健センターとの周産期の虐待予防プロジェクト会議への出席)をやりまうってというのは、病院(院長)のほうに許可をとっている感じになりますね。(3-154)</p> <p>6.気になる方には(ご本人に)一度連絡をしてみまうって言うと、じゃあ連絡して聞いてみてくださいとか、先生(院長)が言ってくれるので。(3-168)</p> <p>7.(最終的に情報提供するというのは)師長と、あとは先生(院長)が話し合って、じゃあこの人はちょっと紹介しましょうってことで、スタッフがちょっと気になるっていうのを先生(院長)に言ってやっていますね。(5-67)</p> <p>8.(院長に相談したら)基本はオーケーですね。この人だめとは言われたことがないと思います。でも院長先生には必ず相談しますね。(5-84)</p>
理論的メモ	<p>○これも「院長」というキーワードが出てくるが、概念23「院長の方針で決まる」とは異なり、相談や報告を院長が受け、院内のことを掌握しようとしている動きといえる。診療所の最高決定者としては当然のことかもしれない。(1/29)</p> <p>○院長は院内で起きていることを掌握するために看護職者に報告・相談させているが、これは看護職者にとってはどのような動きになるのか、考えてみる。通常業務以外に、親子に対してこうしたいと思うことに對して、院長の意向を確認し許可を得ることではないか。(1/29)</p> <p>○分析2の診療所では師長さんの存在があまり感じられず、院長が診断・治療だけでなく、看護の部分に入り込んでいるようだ。(1/29)</p> <p>○この概念は、概念23「院長の方針で決まる」とどのような関係にあるだろうか。前後の関係にあるのだろう。「院長の意向を確認し」、「院長の方針で決定」という流れだろう。(1/29)</p> <p><定義の変更>(2/22)</p> <p>○意味が通じやすいように文章を整えた。</p>

No	概念名	定義
1	電話での情報提供が相談を兼ねる	看護職者が他機関の専門職者に、電話で「気になる親子」の情報を提供する際、そこで情報の確認や支援の方法等を相談すること。
2	他機関の内部事情を知る	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関の支援に関する組織内の事情を知ること。具体的には、産後のヘルパー利用には審査があり退院直後の利用が困難であること、保健師が多忙であること、早めに新生児訪問に行ってほしい場合は連絡票の提出だけでなく、電話連絡があった方がいい等を指す。
3	協働で支援の方針を決める	医療施設の看護職者・医師と他機関の専門職者がやりとりをし、ケースの支援の方針を決定すること。
4	他機関の支援内容を知る	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、その内容を知ること。
5	母親・家族と保健師の橋渡し	退院後の保健師の支援をスムーズに受け入れられるように、看護職者が母親・家族と保健師との間をとりもつこと。具体的には、入院中に保健師との顔合わせを段取りすること等である。
6	情報がフィードバックされる	他機関の専門職者から、看護職者に情報提供後の親子の様子や支援の状況が報告されること。
7	守秘義務・個人情報保護に関する混乱	他機関から産科医療施設に対する親子の問い合わせに関して、どの程度情報提供していいのか、守秘義務や個人情報保護法には抵触しないのか、戸惑いを感じたり、誤った対応をとる等、混乱した状況にあること。
8	他機関にポジティブイメージをもつ	看護職者が他機関とのやり取りをとおして、他機関の専門職者に対して、すごい、尊敬できる等の肯定的な印象をもつこと。
9	ケースのリスクレベルを判断する	看護職者が、情報提供ケースに対して、気をつけて観察する必要がある、訪問時子どもの世話ができていないか確認が必要等のリスクのレベルを判断すること。
10	リスクのレベルに合わせた支援を依頼する	看護職者が判断した、情報提供確定ケースのリスクの段階に合わせた支援を他機関に依頼すること。具体的には、十分な観察、頻繁な訪問、子どもの成長・発達の確認等を指す。
11	つないでよかったと実感する	看護職者が情報提供したことで、他機関の支援につながり情報提供をしてよかったと感じること。
12	他機関からのアプローチ	他機関から看護職者に対し、情報提供を含めた支援依頼や情報の問い合わせがあること。
13	合同定例会議に参加する	行政の呼びかけで始まった医療・保健・福祉機関の合同の定例会議に参加すること。
14	つなぐ目的を認識する	看護職者が、何のために他機関と連携をとり、親子を支援していくのかという目的を認識すること。
15	協働でシステムを作る	看護職者が連携を進めるために、他機関の専門職者と一緒に組織的な枠組みを作ること。具体的には、発見のためのアセスメント指標の作成、情報提供のための書類の作成等を指す。
16	連携のシステムができる	児童虐待予防のための、発見、情報提供、継続的な情報共有という連携のシステムができていくこと。具体的には、ハイリスクケース発見のためのチェックリストの作成、情報提供用紙の作成、情報の流れの取り決め、定例会議の開催等を指す。
17	病院・診療所の限界を認識する	看護職者が病院・診療所の支援だけで、気になる親子の退院後の子育てを支援するのは無理であると認識していること。
18	他機関の支援にゆだねる	看護職者が病院・診療所の限界を認識したとき、退院後の親子に対する支援を他機関に任せること。
19	顔の見える関係ができる	看護職者が、連携の体験をとおして他機関の専門職者とお互いに顔見知りになり、相談しやすい関係ができること。
20	退院後の問題状況を知る	看護職者が退院後の親子の子育ての状況が不安定で問題が生じていることを、他機関の情報提供により具体的に知ること。
21	協働で支援する	看護職者が情報提供した親子を、他機関の専門職者と情報交換しあいながら一緒に支援すること。

No	概念名	定義
22	書類を送る	看護職者が電話での情報提供と相談を受けた後、必要時情報提供の書類や看護要約(サマリー)を他機関に送ること。
23	他機関の内部事情に合わせた支援を依頼する	看護職者が他機関の組織の事情に合わせて、支援を依頼すること。具体的には、母親から同意が取れない場合は新生児訪問依頼ハガキを活用する、保健センター同士の情報交換ができない場合は産科施設から連絡する等を指す。
24	連携への認識が高まる	他機関とのやり取りや、他機関からの働きかけにより、看護職者が、気になる親子の発見、情報提供・継続的な情報交換という連携の過程や必要性についての認識が高くなること。
25	自己の支援を振り返る	看護職者が、退院後の親子の情報を知ること、親子の気になるサインに気づけていたか、病院での自己の支援が有効だったか、改善点はないか等を振り返ること。
26	次の支援への示唆を得る	看護職者が退院後の親子の状況を知り、自己の支援の評価を行うことで次の支援への気づきを得ること。
27	看護職者と保健師のアセスメントが合致する	看護職者が「気になる親子」とアセスメントし保健機関に情報提供した際、保健機関の保健師もその親子のリスクを認識していることが判明し、両者の親子に対する査定が一致すること。
28	退院後の安定状況を知る	看護職者が退院後の親子の子育ての状況が安定していることを、多機関からの情報提供により具体的に知ること。
29	他機関の児童虐待予防への取り組みアピール	他機関から看護職者に対して、児童虐待発生予防のための取り組みの推進をよびかけられること。

以下、対極概念

30	他機関の支援内容がわからない 対極概念4	看護職者が、他機関が親子に対してどのような支援を行っているのか、その内容がわからないこと。
31	情報がフィードバックされない 対極概念6	他機関の専門職者が看護職者に対して、情報提供した親子の退院後の様子や支援の状況の報告がないこと。それにより相互の情報共有ができず、看護職者は親子のなりゆきがわからない状況となる。
32	自施設でフォローする 対極概念18	他機関がどのような支援をしているのか等の他機関理解が低いため、情報提供するのではなく、自施設で「気になる親子」に対する退院後の支援を行うこと。具体的には、電話訪問、家庭訪問、産後健診・母乳外来での支援、育児相談プログラムの活用等を指す。
33	顔の見える関係ができない 対極概念19	他機関の専門職者と交流する機会がなく、相談しやすい関係づくりができていないこと。
34	支援への示唆が得られない 対極概念26	他機関からの情報のフィードバックがなく、退院後の親子の状況がわからず、自己の支援への示唆が得られない状況。

概念名	最終的な手続きをとる 10/11 → 電話での情報提供が相談を兼ねる 10/20 (概念22と統合)
相互作用	看護職者と他機関の専門職者
定義	看護職者が他機関の専門職者に、電話で「気になる親子」の情報を提供する場合、そこで情報の確認や支援の方法等を相談すること。10/20 ／看護職者が必要時、情報提供用紙、看護要約(サマリー)を作成し、他機関に電話や郵送等で情報を提供すること。10/11
バリエーション	<p>1.退院の前日、つまり生後4日目の日に保健センターに電話、まず電話をするんです。ああいうの(情報提供)って。訪問してほしいからっていうことで。1-55/58・10/11</p> <p>2.最初は実家の保健センターに(電話して)、結局は両方(実家の地区の保健センターと現住所の保健センターの両方)に電話しました。1-60・10/11</p> <p>3.保健センターに電話して、こうこう、しかしか、こういう人がいるんですと電話で軽く説明を、まずするんです。サマリーが必要ですかと聞いて、必要ですと言われて、(サマリーを書いて)行く(情報提供する)んです。1-62・10/11 → 概念22「書類を送る」と重複</p> <p>4.(保健センターに情報提供の)電話して相談したときは、いろいろと地域の、そういう育児のお手伝いの制度、そういう制度もあるからみたいな感じで言ってくれた。1-62・10/20</p> <p>5.〇〇市にも電話して、その現住所の管轄のところに。「ああ、わかりました」と、言われて。同じ内容のもの(サマリー)を郵送した。サマリーを。〇〇市にも。1-80・10/11 → 概念22「書類を送る」と重複</p> <p>6.まずどこの保健センターでも、電話で(家庭訪問の)約束(をします)。その後、サマリーを送ります。1-157・10/11 → 概念22「書類を送る」と重複</p> <p>7.保健婦さんに言った(情報提供した)方がいいねとなったら、電話をする。退院のときに電話をするとか、そういう方法は決まっていなくて、電話した方がいいかな、どうかなって迷っていたら退院のときに電話するけれども、もう電話しちゃおうっていう場合は、退院の日じゃなくても電話をする。あとは保健センターも、土日が休みだから、それ以外で電話するから。1-204・10/11</p> <p>8.保健婦さんに、こういう既往のある人だから、ちょっとそういう目で見てほしいと。改めての訪問はしなくてもいいけれど、ちょっとそういう目で見てほしいということ、紹介状を交えて電話で言って(情報提供した)相談した。そうすると、そういうケースは、本人には了承を得ていない、その人(精神疾患の既往のあるケース)は別に平気そうだったけど(様子を観てほしい)、そういう場合はそういう風に(同意を得ていないことを)言えば、新生児訪問で必ずその地区担当の保健師がしっかり行きます。そこで上手く訪問の段取りをつけてっちゃうんです。そういう手もあります。その人はそういう風にしました。で、新生児訪問(依頼)のハガキを必ず出してもらうようにしてくださいって言われた。1-214・10/20</p> <p>9.(里帰り出産した親子の退院直後の地域の支援を)保健センターに相談したことがあって、里帰りでこちらに帰ってきている間に1度こちらから(実家地区の保健センターが)訪問してくれて、その結果を今度は違う市(現住所)のほうに(情報を)送ってくれるということになりました。3-67・10/13 → 概念3「協働で支援の方針を決める」と重複</p> <p>10.こちら(診療所)から、何カ月だけはこちらの実家にいるんですけど、その後がフォローがなくなるので、どうしたらいいでしょうかって(電話で)相談をした。3-70・10/13</p> <p>11.気になる(保健センターに)電話をするんですけど、とりあえず電話を試みるのです。6-4・10/14</p> <p>12.(保健師さんに訪問に)行ってもらうには、新生児訪問連絡票が要ります。(お母さんには)このハガキを出しておけば(家庭訪問に)来てもらえるから出しましょうと言って。今、書いてもらえば、私が投函しておきますと言って、そこ(病室)で名前を書いてもらって、じゃあお預かりしますねと預かって、それを出す(投函する)。(その後)保健センターに電話して、ハガキが出てありますからその家に行って(家庭訪問して)ほしいと伝えました。4-19/21・10/16 → 概念23「他機関の内部事情に合わせた支援を依頼する」</p> <p>13.(保健センターに)電話をしたんです。(保健師さんに)気になるケースの入院中のちょっとしたエピソードはお話しました。入院中に病院を飛び出そうとしたり、赤ちゃんを抱っこしようとしなかったというエピソードはお話して、そこが気になるんですと。4-115/116・10/16</p> <p>14.ご本人がいいですって言ったら(情報提供に同意したら)、電話で保健センターに連絡をしてという感じです。お住まい(現住所)の保健センターに、住所と患者さんの名前と、いつ出産したか、気になっている情報を言って(提供して)。5-47/49・10/17</p>

理論的メモ	<p>○事例1では電話でまず情報提供するというのが定番になっているようだ。しかしその電話での情報提供が相談の昨日も果たしているような感じた。同時に「情報提供電話で相談する」という概念が生成されるか？今後の分析で比較確認し、生成を決定する。10/11</p> <p>○バリエーション9の事例は、気になると感じ保健師に介入してもらった方がいいケースは、新生児訪問依頼票（修正連絡票）のハガキを母親・家族に投函してもらい、一方看護職者は電話で保健センターに情報を提供するという方法が最終的な手続きである。10/16</p>
-------	--

概念名	守秘義務・個人情報保護に関する混乱 10/17
相互作用	看護職者と他機関の専門職者
定義	他機関から産科医療施設に対する親子の問い合わせに関して、どの程度情報提供していいのか、守秘義務や個人情報保護法には抵触しないのか、戸惑いを感じたり、誤った対応をとる等、混乱した状況にあること。 10/17
バリエーション	<p>1. 個人情報の問題があって、どこまでお産の情報を保健センターに流すべきかっていうのは、すごく戸惑っててというのがありました。2-72・10/17</p> <p>2. 保健センターから問い合わせがあっても、こちらで答えられないと。2-73・10/17</p> <p>3. 保健センターから(ケースの入院中の状況はどうだったか)問い合わせがあって、教えられないと、多分言ったと思います。これはやっぱり言えない、と答えましたが、それでよかったか、そこもわかんないです。2-79/81/82・10/17</p> <p>4. 逆に保健センターから先に連絡が入った場合、お産の状況を聞きたいといったときはどうすればいいんだろう。向こう(保健センター)としてはこの情報が参考になるから、必要なわけなんですよ。どうしたらいいんだろうっていう感じ。2-286/288・10/17</p> <p>5. ○○さんですけど、今日(妊婦健診に)来てくれてお会いしたら、目が合わないし何か変な感じがするんですがと(言う(情報提供する))と、そうですね、○○に母子手帳をもらいに来て会っていますと言うから、多分(いろいろな情報を)聞いているんだと思うんです。こっち(診療所)は情報を流すんです。でも、向こうの情報はあんまり言ってくれない。そういうところはすごく不満に思う。こう、一方的に流している(感じがします)。6-13・10/15 →旧概念35「一方通行の情報提供」から移動</p> <p>6. (保健センターの)情報をこっち(病院・診療所)に割と返してくれない。秘密というか、守秘(義務)で言えませんみたいながあると、「うん？」と思うところがある。6-14・10/15 →旧概念35「一方通行の情報提供」から移動</p> <p>7. 去年、退院して1カ月ぐらいで(赤ちゃんが)亡くなったというケースがあったんです。それも(保健センターに情報提供して)追っていたんです。1カ月(健診を)過ぎると、うち(診療所)なんか(縁が)切るじゃないですか。1カ月健診までは来ていても。どこからか(赤ちゃんの死亡のことが)耳に入って保健センターに問い合わせをしたら、はい、そういうことがありましたと言われて。どういう経緯でしたか、こっち(診療所)としては何か…(問題がありましたか)と聞いても、それは言えませんという返事で。私たちにしてみれば、お産もとりあげたしずっと関わっていたから、どうして言ってくれないのという不満はあります。6-15・10/15 →旧概念35「一方通行の情報提供」から移動</p> <p>8. 赤ちゃんが亡くなったんですよ。その人(親子)はね。(妊娠・出産に関わった看護職者としては)どういうことだったのか知りたいというのはあります。だけど、(保健センターは)それは言って(説明して)もらえなかった。先生(医師)も、「どうしてだろう」って言っていたけど。6-16・10/15 →旧概念35「一方通行の情報提供」から移動</p> <p>9. 心配していたのは虐待とか、育児放棄とかだった。私たち(の援助)も関係してくるんだと思うんです。だからどうして(赤ちゃんが死亡したの)か、そこを(知りたい)。何かで親が手を下しちゃったのか、事故なのかというのは、知りたいと私たちの中にもあるんだけど、(保健センターからは)そういうことを言ってもらえなかった。6-19・10/15 →旧概念35「一方通行の情報提供」から移動</p> <p>10. その後(退院後)の経過も、やっぱりプライバシーとかにうるさいから、いちいちこうなりましたって、保健婦から言ってこないんですよ、全然。1-83・10/20</p> <p>11. (赤ちゃんの死亡事例の情報を教えてくれなかったのは)向こう(保健センター)もね、多分ね。その情報を流しちゃっていいのかっていうところなのか。判断も難しかったのか。6-20・10/20</p>
理論的メモ	<p>○特に、産科医療施設で特に問題としていなかったケース等について、保健センターの方から問い合わせがあった場合は混乱するようである。情報提供したケースは同意を得ているので、特に戸惑いはなく、その後の情報交換は比較的なされている。10/17</p> <p>○この概念は、情報のフィードバックを妨げ、看護職者が退院後の親子のなりゆきを知ることを阻んでいる。10/19</p> <p>○個人情報保護と守秘義務に関する混乱だろう。10/19</p>

平成 23 年〇月〇日

院長・看護部長 様

産科医療施設に勤務する看護職者の「気になる親子」に対する「気づき」から
「連携」に至るプロセス—周産期からの児童虐待予防を目指して—

インタビュー調査へのご協力のお願い

拝啓 晩夏の候、皆様にはますますご清栄のことと存じます。

平成 20 年度の児童相談所の虐待対応件数は 42,662 件にのぼり、児童虐待予防への取り組みは社会的に重要な課題であるといえます。児童虐待の死亡事例の分析では、0 歳児、特に 1 か月未満の児の死亡が多く、妊娠期からの支援を必要とする家庭の早期発見の方策の検討の必要性が指摘されています。虐待予防に先駆的な取り組みをしている施設の調査では、予防は産科が主となり、虐待発見は小児科を主とした全科におよんでいたことが確認されました。しかしこのような先駆的な取り組みは全国的には進んでいないのが現状です。このようなことから、児童虐待の予防、特に出産後間もない乳児の虐待予防には、産科医療施設で「気になる親子」に気づき、保健機関等につなげ地域の支援をスタートさせることが重要であると考えます。

本研究の目的は、産科医療施設に勤務する看護職者が妊婦健康診査や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき保健機関等につなげるという「連携」に至るプロセスを、インタビュー調査をもとに明らかにし、産科医療施設における連携推進実践モデルを開発するための基礎資料とすることです。質的研究で得られるリアリティのある「連携」に至るプロセスを明らかにすることで、なぜ連携が進まないのかを考察できればと思います。

つきましては、研究の目的をご理解いただき、インタビュー対象者をご紹介いただけるようお願い申し上げます。

調査に際しましては、聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認を得ており、倫理的な配慮を十分行ったうえで実施していく予定です。調査対象者選定の条件、インタビューの内容（概要）、倫理的配慮、調査までの流れ等は、別紙「調査対象者選定のお願い」に示しました。それをご拝読いただき、ご検討のうえ、ご協力いただける場合は同封しました「返信用ハガキ」に施設名等の必要事項をご記入いただき、〇月〇日までにご返送ください。

敬具

平成 23 年〇月末日

聖隷クリストファー大学大学院 博士後期課程保健科学研究科看護学分野

唐田順子

この調査について、ご質問やご意見がございましたら下記にご連絡ください

〒350-1336 埼玉県狭山市柏原新田 311-1

西武文理大学看護学部

唐田順子

Tel・Fax : 04-2969-1128 Email : 10d005@g.seirei.ac.jp

院長・看護部長 様

産科医療施設に勤務する看護職者の「気になる親子」に対する「気づき」から
「連携」に至るプロセス—周産期からの児童虐待予防を目指して—

調査対象者選定のお願い

研究の目的をご理解いただき、調査対象者の条件を満たすスタッフをご紹介ください。

1. 研究目的

産科医療施設に勤務する看護職者が妊婦健康診査や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき保健機関等につなげるという「連携」に至るプロセスを明らかにし、産科医療施設における連携推進実践モデルを開発するための基礎資料とする。

「気になる親子」とは、現在のところ、明らかな虐待や、または疑いをもつような所見はないが、親子の様子で気になる点がある状態。具体的には、虐待につながりやすいハイリスクな要因がある親子、親子関係などに何らかの不自然な様子が感じられる親子、育児不安が強い親子、サポートが少なく孤立した育児に陥りやすい親子等をさす。

2. 調査対象者の条件

産（婦人）科外来、産（婦人）科病棟に勤務し、これまでに「気になる親子」を支援した経験を持つ、産科経験年数3年以上程度の看護職者（助産師、看護師）。

3. 調査方法・所要時間

個別面接インタビュー調査 1時間程度

4. インタビュー内容（概要）

以下をもとに、自由にお話ししていただきます。

＜最も印象に残った「気になる親子」のケースを想起して＞

- ・「気になる親子」に気づいたのはどのようなことからでしたか
- ・「気になる親子」と判断するまでにはどのような行動をとりましたか
- ・実際に連絡はどのような手順を経て行われたのですか 等

＜これまでの自分の経験を振り返って＞

- ・これまでに「気になる親子」に気づいた時、全てが保健機関等に連絡されましたか、されなかったとしたら、連絡されたケース、されなかったケースの違いはどんなことでしたか
- ・産科医療スタッフにとって、どんな環境があれば連携が進むと思いますか 等

5. 倫理的配慮

- 1) 調査は、聖隷クリストファー大学の倫理審を受け承認を得ています。
- 2) インタビュー調査実施前に、研究者から研究の目的について説明します。
- 3) 調査への参加は、本人の自由意志によるものであり、説明を聞いて、辞退、インタビューの途中中断も可能であることを説明します。
- 4) 同意が得られる場合は同意書にサインしていただき、同意書を2枚作成し、一枚は調査対象者、一枚は研究者が持ち、同意の内容が確認できるようにします。
- 5) 調査は個別インタビュー調査で、1時間程度時間を必要とするため、時間的な拘束はあります、その他、特に調査対象者が不利益を被ることはないことを説明します。
- 6) インタビュー中、答えたくない質問があった場合は答えなくていいことを説明します。

- 7) インタビューの録音は同意を得た上で行います。
- 8) 調査で得られた情報は、研究の目的以外には使用しません。
- 9) 情報の分析や調査結果の公表に際して、参加していただいた方のプライバシー保護のため、個人が特定できないよう、個人名および施設名は全て仮名とし、個人が特定されるような内容は記述しません。
- 10) この調査に対する質問はご自由で、同意書や依頼文にある調査の問合せ先に問いあわせくださるよう説明します。
- 11) この調査の結果を含めた研究成果は、専門学会誌等に発表させていただきます。
- 12) 得られた情報は研究中は鍵のかかる棚に保管し、情報流出を防止する。研究終了後は、専門学会誌等への発表終了後すみやかに破棄します。

6. 調査までの流れ

1) 研究者から以下の書類が送付される。

- | | | |
|--|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none">①調査への協力をお願い（施設長・看護管理者用）②調査対象者選定をお願い（施設長・看護管理者用）③返信用ハガキ④目隠しシール | } | 今回の送付物 |
|--|---|--------|



検討いただき、調査参加可能な場合は

2) 返信用ハガキに必要事項を記入し郵送する。 *調査に不参加の場合はハガキの返送は不要です



3) 研究者から調査対象候補者用の以下の書類が送付される。

- ①調査への協力をお願い
- ②インタビュー内容
- ③返信用ハガキ
- ④目隠しシール



4) 看護管理者から調査対象候補者へ、①～④の書類を渡してもらう。



調査対象候補者が書類を読み検討し、同意できる場合は

5) 返信用ハガキに必要事項を記入し郵送する。



6) 調査対象候補者の希望する連絡方法で研究者が連絡し、調査の目的・倫理的配慮等を候補者に直接説明し、内諾を得る。



7) 面接当日、研究者が施設を訪問しインタビューを実施する。

インタビュー実施前に、再度「調査対象者へ調査協力へのお願い」を示し説明し、同意を得た上で、同意書にサインをいただき手渡しで回収する。



8) インタビュー開始

*インタビューの実施に際しましては、調査対象者に緊張せず参加いただき、プライバシーの確保ができるために、貴施設内の個室（カンファレンスルーム等）で実施させていただきたく、お願い申し上げます。

平成 23 年〇月〇日

インタビューを受けてくださる候補の方へ

産科医療施設に勤務する看護職者の「気になる親子」に対する「気づき」から
「連携」に至るプロセス—周産期からの児童虐待予防を目指して—

インタビュー調査へのご協力をお願い

平成 20 年度の児童相談所の虐待対応件数は 42,662 件にのぼり、児童虐待予防への取り組みは社会的に重要な課題であるといえます。児童虐待の死亡事例の分析では、0 歳児、特に 1 か月未満の児の死亡が多く、妊娠期からの支援を必要とする家庭の早期発見の方策の検討の必要性が指摘されています。虐待予防に先駆的な取り組みをしている施設の調査では、予防は産科が主となり、虐待発見は小児科を主とした全科におよんでいたことが確認されました。しかしこのような先駆的な取り組みは全国的には、進んでいないのが現状です。このようなことから、児童虐待の予防、特に出産後間もない乳児の虐待予防には、産科医療施設で「気になる親子」に気づき、保健機関等につなげ地域の支援をスタートさせることが重要であると考えます。

本研究目的は、産科医療施設に勤務する看護職者が妊婦健康診査や分娩前後の入院期間中に、「気になる親子」に気づき保健機関等につなげるという「連携」に至るプロセスを、インタビュー調査をもとに明らかにし、産科医療施設における連携推進実践モデルを開発するための基礎資料とすることです。質的研究で得られるリアリティのある「連携」に至るプロセスを明らかにすることで、なぜ連携が進まないのかを考察できればと思います。

つきましては、研究の目的をご理解いただき、インタビュー調査へのご協力をお願いいたします。

「気になる親子」とは、現在のところ、明らかな虐待や、または疑いをもつような所見はないが、親子の様子で気になる点がある状態。具体的には、虐待につながりやすいハイリスクな要因がある親子、親子関係などに何らかの不自然な様子が感じられる親子、育児不安が強い親子、サポートが少なく孤立した育児に陥りやすい親子等をさします。

調査に際しましては、聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認を得ており（認証番号 1104）、倫理的な配慮を十分行っただうえで実施していきます。具体的な配慮は以下になります。

- 1) インタビュー調査前に、研究者から研究の目的について説明させていただきます。
- 2) 調査への参加は、本人の自由意志によるものです。説明を聞いて、辞退されてもかまいません。同意書を交わした後での辞退やインタビューの途中で中断することも可能です。
- 3) 同意が得られる場合は同意書にサインしていただき、同意書を 2 枚作成します。一枚は調査対象者、一枚は研究者が持ち、同意の内容が確認できるようにします。
- 4) 調査は個別インタビュー調査で、1 時間程度時間を必要とします。時間的な拘束はあ

- りますが、その他、特に調査対象者が不利益を被ることはありません。
- 5) インタビュー中、答えたくない質問があった場合は答えなくてもかまいません。
 - 6) インタビューの録音は同意を得た上で行います。
 - 7) 調査で得られた情報は、研究の目的以外には使用しません。
 - 8) 情報の分析や調査結果の公表に際して、参加していただいた方のプライバシー保護のため、個人が特定できないよう、個人名および施設名は全て仮名とし、個人が特定されるような内容は記述しません。
 - 9) この調査に対する質問はご自由にお願ひします。同意書や依頼文に、調査の問合せ先が記入されていますので、お気軽にお尋ねください。
 - 10) この調査の結果を含めた研究成果は、専門学会誌等に発表させていただきます。
 - 11) 得られた情報は研究中は鍵のかかる棚に保管し、情報の流出を予防します。研究終了後は、専門学会誌等への発表終了後すみやかに破棄します。

調査方法は個別の面接インタビューで、所要時間は1時間程度です。

インタビューの内容は、別紙「インタビュー内容」をご覧ください。一応このような項目をお聞きする予定ですが、思いついたことを自由にお話ししていただいてもかまいません。

インタビューする場所は、施設内の個室（カンファレンスルーム等）をお願いする予定です。

ご参加いただける場合は、返信用ハガキに希望連絡先等の必要事項を記入の上、

〇月〇頃までに郵送ください。研究者から連絡をさせていただき、調査の目的・倫理的配慮等を説明させていただいたうえで、調査にご了解いただきましたら、面接日の調整をさせていただきます。

インタビュー調査へのご協力をお願いいたします。

敬具

平成23年〇月〇日

聖隷クリストファー大学大学院 博士後期課程保健科学研究科看護学分野

唐田順子

この調査について、ご質問やご意見がございましたら下記にご連絡ください

〒350-1336 埼玉県狭山市柏原新田 311-1

西武文理大学看護学部

唐田順子

Tel・Fax : 04-2969-1128 Email : 10d005@g.seirei.ac.jp

同 意 書

研究テーマ：産科医療施設に勤務する看護職者の「気になる親子」に対する「気づき」から
「連携」に至るプロセス－周産期からの児童虐待予防を目指して－

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること
10. 得られたデータの研究後の処理について

会話の録音 ☐同意します ☐同意しません

私は上記内容について、唐田順子 から説明を受けて納得し了承しましたので、
この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） _____
署名年月日 平成 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） _____
説明年月日 平成 年 月 日
研究者（署名） _____
署名年月日 平成 年 月 日

研究責任者：聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程保健科学研究科 唐田順子
【調査の問合せ先】

〒350-1336 埼玉県狭山市柏原新田 311-1 西武文理大学看護学部 唐田順子

Tel・Fax：04-2969-1128 Email：10d005@g.seirei.ac.jp