

【事例3】 退院後も継続した家族への育児支援や心理的フォローが必要な場合

支援のポイント

- ・適切な時期のスクリーニングとカンファレンスで**退院調整の必要性を共通認識**できたため、早期退院調整に繋がった。
- ・父親と面談を行ったことで、家族内での協力体制の検討を促すことができた。
- ・**保健師が入院中から関わり**、母親が地域でのサポート体制を理解できたことが退院への意思決定の後押しとなった。
- ・医師や支援者と確認をしながら早期に療育施設と連絡、調整を行うことができた。

入院経過

月齢 2 か月 女児（第1子）
父親（40歳代前半、会社員、仕事は忙しく帰宅時間も遅い）
母親（30歳代後半、会社員、育児休暇は1年間取得予定）
母親の実家は市外で母方祖母は母親の兄家族と同居中、
父親の実家は近隣で
祖父母は70歳代後半



開業医にて妊婦健診を受けていたが、妊娠32週で胎動微弱となりF病院に母体搬送され胎児機能不全のため緊急帝王切開にて出生。1,200g台の極低出生体重児及び特有顔貌から染色体検査を行い、**21トリソミー（ダウン症）と診断**された。他の合併症はなかったが、無呼吸発作と哺乳不良で経過観察が必要であった。母親は出生後に診断を聞き、泣いていた。面会は、居住地が遠方のため2~3回/週程度だったが、「かわいい、抱っこできてうれしい。」と愛着行動も積極的にとれていた。主治医から退院についての話が出ると、母親は同席した看護師に退院後の育児や今後の生活への不安を話した。

退院スクリーニング

<初期スクリーニング：入院後1日目に実施>

出生時の基礎疾患（出生体重1,500g未満、染色体異常にチェック）、家族構成（核家族にチェック）から退院調整が必要となる可能性があるかと判断され要退院支援となった。

<再スクリーニング：コット移床時と退院についてのIC後に実施>

児の状況（哺乳・体重増加に観察が必要、継続する障がいチェック）、両親の育児状況（言葉で不安を表出にチェック）、退院後の養育環境（同居家族の協力が得られにくいチェック）から要退院調整と判断された。

<医療機関で把握している問題>

- ・哺乳が緩慢
- ・筋緊張低下により自らの表現が乏しい
- ・家族の育児手技の習得が不十分
- ・退院後の母親の**精神的・身体的サポート**の不足が心配される

<退院に向けての主治医からの説明>

呼吸状態が未熟で低体重で生まれたため保育器で管理した。まだ哺乳中・入眠中の無呼吸が見られる。呼吸状態が安定し哺乳が上達し、体重が増加すれば退院可能と判断される。育児は普通で良い。ダウン症は発達がゆっくりだが伸びていく場合も多い。適切な時期に療育が開始できるよう、退院後に療育施設の受診をすすめる。全国・地域での家族会などもある。

<家族の希望や受け止め>

<父親>

「自分は仕事が忙しく、自分の両親も高齢で育児を手伝ってあげられないから妻が心配。ダウン症については、今からいろいろ心配しても仕方ない。何か問題が生じた時にその都度考えていくしかない。」

<母親>

「飲ませるのがうまくないから、**退院後ちゃんと体重が増えるか心配**。ダウン症の子どもを育てていけるのか不安。1年後に仕事復帰できるのか？保育園に入れるのか？みんなどうやって育児をしているんでしょうか？」

<退院調整のアセスメント視点>

1. 医療的アセスメント

- ①退院後の哺乳状況・体重増加の確認が必要
- ②療育施設へ療育の依頼が必要
- ③かかりつけの小児科医へ予防接種や感染症対応などの依頼が必要

2. 家族に関するアセスメント

- ①家族内での協力体制の検討が必要
- ②母親の心理的フォロー必要
- ③退院後も、相談対応や情報提供などの継続した支援が必要

3. 地域連携のための調整事項

入院中早期から保健師と連携し退院後の支援体制を整える。

<意思決定のための支援>

<1回目>退院についてのIC（両親、主治医、PNs、退院支援看護師）

- ・両親に退院への不安と退院後の家族生活への希望を確認した。
- ・育児手技習得のために面会回数を増やすことを提案した。
- ・**地域で相談対応してくれる保健師の役割を説明し**、入院中から関わっていくことについて同意を得た。

<2回目>父親と面談（PNsが面談。仕事帰りに父親のみで面会に来た時、子どもを抱っこしてもらいながら実施した。）

- ・母親の不安についてどう感じているか傾聴した。
- ・家族内での協力体制の検討が必要であることを説明した。

<3回目>母親と面談（その日の担当看護師が面談。母親は授乳が終わって子どもを抱っこしながら実施した。）

- ・両親で話し合ったことを傾聴。「休日は父親も一緒に育児を行い、食事など家事は義母が担ってくれることになった。」「先のが心配だったけど先日保健師さんと電話で話して、**退院後もいろいろ相談にのってもらえるみたいだから少し安心した。**」「授乳はやっぱり心配。」と話される。
- ・退院への意思決定を確認できたが、授乳への不安が強かった。

<退院支援計画の主な内容>

- ・育児手技習得のための指導・支援
- ・家族内での協力体制の検討・支援
- ・退院後、担当保健師による早期訪問支援と継続した保健指導
- ・療育施設（専門的なりハビリテーション、医療機関）への紹介

-MEMO-



○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
入院当日 5日目 10日目 16日目 20日目	<p><初期スクリーニング> 基礎疾患から要退院支援となった。</p> <p>看護カンファレンスで PNs と退院支援看護師含め情報共有を行った。 主治医が養育医療意見書を作成し母親へ渡した。</p> <p><院内カンファレンス> 入院から2週間後に染色体検査の結果が届き、両親に説明した後にカンファレンスを実施した。両親、特に母親の精神的フォロー、退院後家族内のサポートについて情報収集をしていくこと、早期から保健師介入が必要になってくることを共通認識した。 PNsと退院支援看護師で退院支援計画書の作成を開始した。</p>	<p><退院支援と退院調整について説明> 「担当の保健師さんがいるんですか？分かりました。」 「小さくて触るのが怖いです。」</p> <p><母親の退院日> 「まだ体が本調子でないし、家も遠いので面会は2~3回/週になりそうです。搾乳もがんばってみます。」</p> <p><染色体検査結果の説明> 「私のせいでしょうか。」(涙) 子どものベッドサイドで「ごめんね。」(涙)</p> <p><カンガルーケア時> 「かわいいです。気持ち良くて寝ちゃいそうです。」</p> <p><保健師への情報提供について説明> 「役所に行った時にお話した人かな？よろしくお願いします。」</p>	<p>母親が養育医療の申請に来た際、保健師が面接相談を行った。 子どもが入院中でも産婦への訪問支援が受けられることを説明し、助産師による訪問の手続きを行った。</p>
ネットワーク 連絡会	<p><情報交換> NICU：子どもの病状と経過、家族状況、母親の面会頻度・育児状況 保健師：養育医療申請時の面接相談内容 保健師より退院前に NICU 面会の希望あり、退院の目途が付いたら退院支援看護師が担当保健師へ連絡し日程調整することとなった。それまで保健師は母親へ電話訪問を行いながら支援し必要時退院支援看護師と連絡をとっていくこととなった。</p>		
30日目 35日目 導入	<p><コット移床> <再スクリーニング> (PNs) 直母を含めた授乳と沐浴指導を開始した。吸綴が弱く直母量が少ないため、搾乳したものと不足分はミルクで補充した。</p> <p><退院に向けての IC> <再スクリーニング> (PNs)</p> <p><意思決定のための支援> P80 参照 PNs、退院支援看護師同席</p>	<p><コット移床し育児指導開始> 「ぜんぜんおっぱいが飲めないですね。泣いているのを見たことなく、飲ませるタイミングとか分かるようになるんでしょうか？」</p> <p><退院に向けての主治医からの説明> P81 参照</p> <p><意思決定のための支援> P82 参照</p>	<p><制度・サービス等について検討> 本児の場合、この時点で利用できる障害福祉サービスはない。通常の保健福祉サービスの中で支援を展開し個別ニーズに応じていく工夫が必要であった。</p> <p><産婦訪問> 保健師が母親へ電話連絡、その際母乳育児への不安を漏らしていたため、助産師と保健師が同行して訪問支援を行った。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
40日目 退院移行期	<p><院内カンファレンス> 退院に向けてのIC後に実施した。母親の育児手技習得状況、家族内のサポートについて情報共有した。</p>	<p>哺乳状況確認し、自律授乳となった。ただし、3時間以上覚醒しないようであれば、起こして哺乳させることとなった。</p>	<p><退院支援看護師が保健師へ連絡> 退院支援看護師から母親の育児習得状況、退院の目途など院内カンファレンスで検討した内容について説明し、保健師からは助産師訪問の状況について情報提供した。</p>
43日目	<p>退院目途、母子同室について検討した。 保健師のNICU面会や退院調整会議の必要性について共通認識した。 退院支援計画書の評価・修正を行った。</p>	<p><退院支援看護師が母親へ保健師のNICU面会と退院調整会議を説明> 「保健師さんが面会に来てくれるんですか？ よろしくお願いします。」</p>	
45日目	<p>退院支援看護師が保健師のNICU面会、退院調整会議の日程調整</p>		
53日目	<p>母親へ退院支援計画書を用いて調整内容について説明した。</p>		<p>退院調整会議の前にGCUで子ども・母親・父親・母方祖母と面会。</p>
退院調整会議	<p><参加者> 家族：両親、母方祖母 院内：NICU（主治医、PNs、看護師長）、小児科病棟看護師、退院支援看護師 地域：担当保健師</p> <p><内容> 情報交換（病状、今後予測される経過、家族の状況、母親の不安）退院後の支援体制と連携体制について検討した。</p>		
	<p><結果> 退院前に小児科病棟にて母子同室し体重増加・哺乳状況を確認することとなった。 退院後の発育フォローは当院小児科外来で行い1回/月受診すること、初回の外来受診は退院してから3週間後となり、1～2週目に保健師による訪問支援を行うこととなった。予防接種、発熱・風邪症状などはかかりつけの小児科医で対応してもらおう。保健師から近隣の小児科医が紹介され、かかりつけの小児科医を決めた。心配なことがあったら、NICUに連絡してもらいアドバイスを仰ぐことは可能であると両親に説明された。発達・リハビリテーションはG療育施設でフォローしてもらおう予定で、紹介状を持って退院後早めに受診し、その際保健師も同行することとなった。 保育園入園については、保健師が相談対応し、時期を見て他職種と連携して入園のサポートをしていくことが母親に説明された。</p>		
65日目	<p>会議後、日程調整し小児科病棟へ転棟、4日間母子同室した（病院の状況にあわせ日数を変更する）。 PNsが新生児等退院支援連携票を作成し送付した。 退院支援看護師が保健師へ電話で退院する旨を報告した。</p>	<p><母子同室 初日> 「24時間一緒にいるのは初めてなので緊張します。特に夜が心配です。」 <母子同室 3日目> 「飲ませるタイミングとか、だんだん分かってきました。」 啼泣がなくても、もぞもぞし始めたら母親が自主的に哺乳させ、体重増加を確認でき、退院となった。</p>	<p><退院支援看護師が保健師へ連絡> 母子同室の状況、及び退院日決定を連絡した。</p>
69日目 退院	<p>母親の授乳方法で体重増加を確認し退院した。</p>		

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
<p>69日 退院</p> <p>在宅 移行期</p>	<p>退院後、保健師から初回訪問の状況について退院支援看護師へ連絡があった。</p> <p>保健師からの情報を外来主治医と共有した。</p> <p>母親の不安もあり、外来受診は1回/2週とし、発育・発達のフォローを行った。体重増加は緩やかだが経過観察とし、母親の頑張りを支持した。</p> <p>主治医が療育施設への紹介状を母親へ渡した。</p>	<p>「保健師さんが、実際に家庭でどうすればいいか相談にのってもらえるので良かった。」</p>	<p>退院 1 週間後に保健師が家庭訪問、子どもの体重の増えや哺乳状況、母親の不安等について訪問結果を退院支援看護師へ電話連絡した。</p>
退院			
療育施設への保健師の同行受診			
<p>継続期</p>	<p>退院後の評価のため、退院支援看護師が外来受診時に母親と面談を行った。</p> <p>体重増加が順調となってきたこと、地域支援を受けながら母親の育児不安が軽減してきたことから、外来受診が1回/月となった。</p>	<p>「療育施設では保健師さんが家庭でどうしたらいいか質問してくれたのでわかりやすかった。訪問で確認してくれ、療育施設にも連絡してくれるので助かる。」</p> <p><地域の家族会に両親で参加></p> <p>「先輩お母さんから赤ちゃんの時の苦労話を聞き、自分と同じことで悩んだり不安だったことがわかった。」「他のお子さんともふれあうことができ、こんなふうに大きくなっていくのかな？とイメージできた。」</p> <p>「生活のことをいろいろ相談できたので、今後も参加していきたい。」</p>	<p>療育施設に同行し、一緒にリハビリテーションの説明を聞く。1回/月で理学療法開始した。保健師と療育施設が連絡を取り合い指導・支援の統一を図った。保健師は同行時に理学療法代表者と顔合わせを行い、今後も情報共有を行うことを確認した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療育施設での訓練：1回/月 ・保健師の家庭訪問：1回/月 ・必要時産後ケア事業や訪問看護の利用を紹介（P36 参照） ・集団が対象の保健事業（乳児健診や育児教室）への参加は、母親のストレスが高いため強制せず、家庭訪問で子どもの発達や発育を確認し、育児指導を行った。また、予防接種計画を確認しスケジュール管理を支援した。 <p>3 回目の家庭訪問では、母親へ地域の家族会への参加を勧めた。</p>
退院後 3 か月頃（生後 5~6 月 修正月齢 4 月）			

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
退院後 6 か月頃 (生後 8~9 月 修正月齢 7 月)			
	<p>1 回/月の外来受診で、発達・発育をフォローし、家族の相談対応を行った。</p>	<p>母親「まだ首が据わらない。離乳食もあまり食べてくれない。発達に個人差があるということは分かっているが、この子の発達がどうなるのか具体的な説明がなくて不安になる。」</p> <p>「保健師さんが家庭訪問や電話で相談のってくれ、その時は少しほっとする。」「育児休業も残りが少なく復職できるか心配。できれば、仕事をやめるのは避けたい。」</p> <p>父親「発達が遅れていることは仕方ないと思う。療育施設で医師の説明があるときは、必ず夫婦で行くようにしたい。」「妻の仕事については、本人の判断に任せたい。仕事を続けるならば、もっといろんな人からサポートが必要だろう。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の家庭訪問 (1 回/月) や電話相談 ・療育施設での理学療法 (1 回/週~月) ・親の会のつどい (1 回/月くらい) <p>保健師は発育・発達の遅れ、離乳食の進め方など、母親の不安を受け止め具体的な工夫点を提案しながら支援した。療育施設と連絡をとり、発達の目安を示し、家庭でできることを指導し評価を行うことで、母親の不安軽減に努めた。</p> <p>また、母親の復職に向けて保育所の情報提供と育児休業の延長について相談に応じた。</p>

結果

退院後は初回受診まで、母親から 1 回だけ排便コントロールについて NICU に電話相談があった。

退院直後は哺乳状況や体重増加の不安もあり、保健師と医療機関とで情報共有しながら統一した指導・支援に努めた。

保健師は、退院 1 週間後に初回訪問、その後は 1 回/月の家庭訪問を継続し、その他電話での相談対応、療育施設への同行、家族会の紹介などにより継続支援を行った。

出産前、母親は子どもが 1 歳になる頃に職場復帰をする予定であった。子どもの状態、母親の希望、家族の支援状況を確認しながら保健師がコーディネーターとなって療育施設、保育園、他の行政担当者と検討している。

まとめと評価

「退院に向けての IC」の後、PNs と退院支援看護師が両親と面談を行い、母親の不安をすくい上げ、退院支援スクリーニング票を用いて要退院支援と判断できた。また、PNs が中心となり看護師が時間をかけて再度両親と面談を行ったこと、**退院前に保健師が支援を行ったこと**が、意思決定において重要だったと考える。

退院調整のフロー図がシステム化されていることで、院内カンファレンスで退院調整について話し合わせ、保健師の早期介入の必要性について共通認識を持てた。

退院支援看護師が調整役となり、**未熟児等支援ネットワーク連絡会、退院調整会議、保健師と電話によるタイムリーな情報共有**を行ったことで、保健師の早期介入がスムーズに進んだと考える。

退院前に母子同室を行ったこと、退院後保健師が早期に家庭訪問したことにより、母親の退院後の不安を軽減できたと考える。

退院後は保健師がコーディネーターとなり、医療機関・療育施設と連絡を取り合いながら支援していった。保健師の関わりでタイムリーに家族会に参加することができ**ピア支援者**(同じような立場の人によるサポート)を得ることができた。

第 1 子であり育児経験がない両親には「普通の育児」のイメージができないと考えてよい。また、ダウン症・早産児では退院後も継続して関係機関が支援していく必要があることから、NICU における退院調整が重要であると言える。

【事例4】 妊娠期から、医療機関と地域の連携が必要な場合（特定妊婦）

支援のポイント

1. 妊娠早期から本人、家族とのコミュニケーションをとり信頼関係を構築する。
2. 特定妊婦と把握されたら、**妊娠中から早めに地域と連絡**を取り、連携して支援を行う。
 - ・ 病院と地域で情報共有を行いながら、妊産婦の心身の状態、家族の支援体制、課題となること等を共通認識する。
 - ・ 病院と地域で連携を取り、妊産婦のニーズに合わせて必要な支援を検討する。
3. 精神疾患の現病・既往歴のある妊婦は**妊娠・出産・子育てにより精神疾患が悪化しやすい**ので、現在の症状が安定していても、**妊娠中から早めに地域と連絡を取り、地域の保健師等と連携しながら支援**していく。

入院経過

Gさん（母親）：33歳（無職）
夫（父親）：35歳（土建業）
夫婦は2人暮らし
Gさん（母親）の実家は近所であるが、
Gさん（母親）の実母はリウマチで服薬中である。
夫（父親）の両親は他界している。



Gさんは2度の流産を経験して以降、うつ病と診断され服薬治療を受けていた。今回妊娠し、H病院の産科管理となる。妊娠以降はGさんが胎児への影響を心配し、服薬を自己中断していた。しかし、つわりがひどく精神状態が悪化し、妊娠中期には無気力状態となった。妊婦健診で**出産後の育児に不安を訴えていた**ことから、H病院のMSWが介入し市と連携を開始した。MSWから連絡を受け保健師が家庭訪問した際、Gさんは泣きながら育児不安を訴え、自己と子どもへの否定的な発言も聞かれたGさんは体調不良から妊婦健診に来院しない時もあり、また睡眠障害にて睡眠薬を指示量より多く内服したことから、H病院精神科を受診し服薬治療を再開した。

妊娠39週2日陣痛発来、分娩所要時間4時間で2,300gの男児を正常分娩で出生、子どもは薬物離脱症状観察のためGCUに入院した。子どもは初め易刺激性が見られたが、明らかな離脱症状はなく哺乳も良好であった。

母乳は相談のうえ、Gさんの精神状態、服薬状況から初乳のみとした。Gさんは**産後に不眠、倦怠感等を強く訴え**、ほとんど子どもの面会に来ることができず、面会しても表情は硬く子どもを見つめるのみだった。出生後、夫は仕事を休み毎日、実父母は1日おきにGCUに面会に来て育児指導を受け愛着もよかった。

—MEMO—



妊娠期～産後に産科で実施したスクリーニング

<初期スクリーニング（妊娠中期の産科外来で実施した初回保健指導にて）>

- ・産後、精神症状の悪化が予想される。実母も持病があり、**家族内での育児サポートが受けられない可能性がある。**
- ・夫（父親）の収入が不安定である。
- ・出産前から家族支援を調整し、**MSW に介入してもらい行政と連携を図っていく必要がある。**

<再スクリーニング（産後2日目産科病棟にて）>

- ・正常分娩であり、産後の身体的問題はない。
- ・子どもへの愛着行動が不足している。不眠、倦怠感等を訴え産後の精神状態が悪化傾向にある。母親が主体で育児遂行は不可能と考えられ、子どもの退院日までにサポート体制を整える必要がある。

<妊娠中に産科外来・MSW が把握している問題>

- ・産後の育児が困難となる可能性がある。
- ・実母に協力を得る必要がある。
- ・うつ病に対して夫は理解しているが症状悪化に対し困惑している。
- ・夫（父親）の収入が月々不定で経済的リスクがある。

<妊娠中に保健師が把握している問題>

- ・妊娠中の状況から出産後の育児は困難となることが予測される。
- ・Gさんの実母はリウマチで内服治療中、全面的な育児支援は困難が予測される。実父は健康だが育児経験がほとんどなかった。

<本人・家族の希望や受け止め>

Gさんは流産の経過があるため、家族ともに今回の妊娠をとっても喜んでいた。

<Gさん>

うつ病の悪化から「母親になるのに何もできない。母親に育てられない子どもは不幸だ。」と話し、子どもの存在に否定的だった。

<夫>

妻のうつ病が悪化したことに対して「自分もどうやって妻を支えて良いかわからない、疲れてしまう。」と困惑していた。「妻のことも、産まれてからのことも心配です。育児はできるだけ一緒にやりたいが妻が育てられる状況になかったら、子どもを預かってもらうこともできますか？」「子どもにどれくらいのお金がかかるか、経済面でも心配だ。」

<実母>

「可能な限り手伝いたいが、私もリウマチで抱っこも危ないしどこまでやれるか心配。」

<アセスメント視点>

1.母親に関するアセスメント

- ①うつ病の治療が再開できるような精神科受診の調整が必要
- ②休息、睡眠がとれるような環境づくりが必要
- ③Gさんの心の安定が子どもにとって大切であることを理解できるような支援が必要
- ④出産後の育児能力を確認する
- ⑤社会保障制度の申請が可能か確認する必要がある

2.家族に関するアセスメント

- ①家族のサポート力の把握が必要
- ②Gさんと夫の経済状況について把握が必要
- ③実父母のサポートと市での継続支援を受けられるよう、相談対応が必要

3.地域連携のための調整事項

- ①出産前から地域と連携し支援体制を整えることが必要
- ②ヘルパーや訪問看護などのサービス利用が可能か検討する。

<Gさんへの妊娠期の支援>

<産科外来>

妊婦健診時に情報収集と保健指導・相談を実施し不安の傾聴に努めた。Gさんの体調をみながら家族へベビー人形を使用して育児指導を実施し産後の育児のイメージがつかめるよう支援した。睡眠や体調を考慮しながらの育児や母乳の与え方等について家族と一緒に検討した。入院環境に対応できるように入院病棟、分娩室等の案内を実施した。精神科受診と受診後に治療方針や対応の統一に向けて多職種カンファレンスの調整を行った。

<保健師>

退院後の生活に向けて、妊娠中から関わり、家族内及びサービスの調整（児童福祉担当課、福祉担当課との連携）を図った。

出産後のGCUで実施した退院スクリーニング

<初期スクリーニング：出生日に実施>

子どもの基礎疾患なし、母親の精神疾患にチェックがつき、要退院支援と判断された。

<再スクリーニング：コット移床し生後2日目（育児指導開始時）に実施>

- ・Gさんの育児能力、育児不安、愛情表出にチェックがつき、要退院調整と判断された。
- ・経済面で不安を訴えていたが、出産前に医療費等の社会保障制度について説明を受け、不安消失した。
- ・実母の身体障がいチェックがついたが、育児支援は可能な状況だった。

<産科病棟で把握している問題>

- ・身体的には産後の経過は問題ないが、ナースコールが頻回で不安、不眠を訴え精神状態が安定していない。
- ・家族に促され3回面会に行ったが、子どもに関する発言は否定的で母親の役割遂行が困難である。

<GCUで把握している問題>

- ・母親への育児指導は困難である。
- ・子どもへの愛情表現がほとんどなく、退院後の育児放棄が心配される。
- ・夫と実父母の子どもへの愛着は良いが、育児手技習得には時間がかかることが予測される。
- ・実母は沐浴・長時間の抱っこは困難だが、他の育児は可能である。

<家族の希望や受け止め>

<Gさん>

「産んだ実感がわからない。赤ちゃんを見てもなんとも思わない。」

子どもが搾乳した初乳を飲んでいるのを見た時は「変な感覚だった。」

<夫>

「かわいいですね。頑張って育児覚えませす。」

<実母>

「できるだけ手伝ってあげたい。身体に負担がかからない育児の方法ってありますか？」

<アセスメント視点>

1. Gさんに関するアセスメント
 - ①Gさんへの育児指導は実施せず、面会時は傾聴・支持的な関わりが必要
 - ②Gさんの面会時に初乳を飲ませられるよう可能な限り調整する。
2. 家族に関するアセスメント
 - ①実母の身体的負担を最小限にできるような育児方法を検討し指導が必要
 - ②実父母の育児習得に時間がかかるため、入院期間延長の検討が必要
3. 地域連携のための調整事項
 - ①市へ情報提供票を送る。
 - ②市保健師へ連絡し GCU 面会、退院調整会議実施について検討する。

<出産後の家族支援>

<産科病棟>

- ・Gさんの訴えを傾聴し、不安の解消に努めた。

<GCU>

- ・Gさんの面会時は可能な限り落ち着いた環境となるよう配慮した。そばに寄り添いGさんの言動に対応した。
- ・退院後の育児を担う実父母の相談対応を行なった。沐浴は実母の負担を考慮し、夫と実父に指導した。授乳や抱っこは祖母が楽な方法を一緒に検討した。祖母の負担が軽減されるよう、家事も含め家族内での役割分担について一緒に検討した。

<退院支援計画の主な内容>


- ・家族内での協力体制の検討・相談支援
- ・社会保障制度等を活用しGさんへの支援を検討
- ・担当保健師と連携し地域関係機関による支援体制を整える。

○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
妊娠中期	<p>産科外来で妊娠中期の保健指導は実施した。</p> <p><初回リスクアセスメント> Gさんの病状から特定妊婦と判断し、MSWへ介入を依頼した。</p> <p><MSWはGさんと夫に面談></p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当保健師の介入について説明し了解を得た。 ・担当保健師へ連絡し情報共有を行った。 ・精神科受診が必要であり、かかりつけ医から紹介状をもらってくるよう説明した。 <p><院内カンファレンス> 主治医、外来助産師、病棟師長・助産師、MSWが参集し情報交換と支援の方向性を検討し以下を決定した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科受診を調整する。 ・Gさんの社会保障制度等の申請状況を確認しサービス導入を検討する。 ・Gさんと家族、地域関係者を含めた話し合いの場をもうける。 <p><妊婦健診の保健指導> 本院精神科を受診できるよう手続きした。</p>	<p><夫婦で保健指導を受けた></p> <p><Gさん> 「母親になるのに何もできない。母親に育てられない子どもは不幸だ。」 保健師の介入について「はい、お願いします。」</p> <p><夫> 「自分もどうやって妻を支えて良いかわからない、疲れてしまう。」と困惑していた。 「育児はできるだけ一緒にやりたいが仕事もあるので限界がある。」「産まれてみないと予測がつかない。」「自分の月収が決まってなくて日雇いみたいなもの。子どもにどれくらいのお金がかかるか、経済面でも心配だ。」</p> <p><妊婦訪問></p> <p><Gさん> 「私が子どもを育てて良いのでしょうか。」</p> <p><夫>（玄関先で） 「妻のことも、産まれてからのことも心配です。妻が育てられる状況になかったら、子どもを預かってもらうこともできますか?」</p> <p><保健指導（Gさんと実母で受診）> 精神科の紹介状を持参。「先日、不眠のため睡眠薬を指示量より多く内服した」と祖母が心配していた。</p> <p><精神科受診> 服薬治療、睡眠、休息が大切であることが説明され、服薬治療が再開となった。Gさんは「自傷行為はしない。」と約束した。</p>	<p><妊婦届出受理>（母子健康手帳と妊婦一般健康診査受診券の交付）、担当保健師が面談を行った。 面談後、面談結果を病院関係者と共有した。</p> <p><MSWから担当保健師へ連絡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関での妊婦健診、担当保健師との面接の状況を共有した。 ・妊婦訪問がうけられることを説明し訪問の調整を行った。 ・自立支援医療の受給の有無・障害者手帳の有無などの確認を依頼した。 <p><妊婦訪問1回目></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の体調、赤ちゃんへの思い、退院後の生活について確認した。 ・Gさんのつらい気持ちを傾聴した。 ・自立支援医療を受給していることで、その公費制度を活用してヘルパー利用や訪問看護をすることも可能であること、一次的に乳児院に子どもを預ける方法もあることを伝えた。 ・上記訪問結果を医療機関に情報提供した。 ・MSWと共に訪問看護利用の手続きを開始した。
妊娠後期	<p><妊娠後期の保健指導> 精神的には比較的安定してきたことを確認した。</p>	<p><保健指導（Gさんと実母で受診）> 「少し眠れるようになったが出産後のことを考えると気持ちが落ちる。」</p>	<p><妊婦訪問2回目> 出産や育児の物品の準備状況や育児環境の確認を行った。</p> <p><MSWから担当保健師へ連絡> 出産前調整会議開催について連絡し、地域側の参加者を調整していただくよう担当保健師に依頼した。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
出産前調整会議	<p><参加者> 院内：産科・GCU・精神科主治医、産科・GCUの看護師長・PNs、臨床心理士、MSW、NICUコーディネーター 地域：担当保健師・児童福祉担当者・担当訪問看護師</p> <p><内容> 情報交換（Gさんの病状と治療上の留意点、家族の状況）、退院後の支援体制と連携体制について検討した。</p> <p><結果> ・Gさんの精神状態と家族の状況から、家事援助が必要であったため、市町村の福祉担当課へ行きサービスの利用申請を行うこととした。また、訪問看護の利用も開始することとした。今後の状況により乳児院に入所することも検討する。 ・出産後、子どもの退院前に再度退院調整会議を行い、支援体制の最終確認を行うこととする。 ・医療機関での相談窓口等の確認</p>		
入院・出産			
0 生日	<p><GCUで初期スクリーニング> 産科病棟がMSWに正常分娩したことを連絡し、MSWは担当保健師に連絡した。</p>	<p>妊娠39週2日、陣痛発来し入院した。陣痛の痛みに伴い「もう無理、お腹切ってください。」と訴えたが分娩時間4時間で正常分娩した。</p> <p>「無事生まれたこと、途中くじけそうになったが最後まで頑張れたことがうれしい。立ち会ってくれた夫に感謝したい。赤ちゃんはかわいい。」と前向きな発言が聞かれた。</p> <p>子どもは薬物離脱症状の観察のためGCUに入院した。</p>	<p><MSWから担当保健師へ連絡> ・正常分娩で出生した。 ・子どもはGCUに入院した。 ・2回目の退院調整会議を行うことについて確認し、日程調整した。</p>
2 生日	<p><院内カンファレンス> 産科助産師、GCU看護師、主治医、臨床心理士、MSW、NICUコーディネーターでカンファレンスを行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> 産後の母親の身体的・精神的状態から退院後の育児が困難であると判断された。 家族へ育児指導をすすめると同時に、家族内での調整について支援が必要と判断された。 地域関係者と退院調整会議を行うことを確認した。 	<p>Gさんは不眠、倦怠感のほか産後貧血もあり体調の回復に時間を要した。</p> <p>産後2日目、GさんはGCUにいる子どもに面会した。搾乳した初乳を飲むのを見た時は少し表情が嬉しそうだったが、子どもが泣くと表情硬く見つめるだけで、夫に抱っこをすすめられたが「無理」と断った。</p> <p>産後3日目、Gさんは「赤ちゃんを見てもなんとも思わない。」と産科助産師に話していた。</p> <p><夫> 「かわいいですね。頑張って育児覚えまます。」と育児習得に積極的だった。</p>	

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
3 生 日	GCU で子ども、両親、祖母と面会し、その後退院調整会議に出席した。		
退院調整会議	<p><参加者> 家族：夫、実母 院内：産科・GCU・精神科主治医、産科・GCU の看護師長・PNs、臨床心理士、MSW、NICU コーディネーター 地域：担当保健師・児童福祉担当者・相談支援専門員・担当訪問看護師</p> <p><内 容> 情報交換（G さんの産後の病状、家族の育児状況）、家族の意向を確認し、退院後の支援体制と連携体制について最終調整した。</p> <p><結 果> ・夫は「実父母のサポートを受けながら、自宅で子どもを育てていきたい」と希望し、実母も同意見だった。 ・家族の育児習得に時間を要するため退院を延期し、8 生日で退院する予定とした。 ・自立支援医療を受給により 2 回/週はヘルパーを利用し家事援助を受ける。訪問看護は 2 回/週利用し、母の精神状態の確認と育児サポートを実施予定。退院後 3 日目に担当保健師が家庭訪問を行い、その後も電話相談や 1 回/月は家庭訪問し、母親と祖母の支援を行う予定。 ・精神科は母親の 1 か月健診時に受診し、その後は近医でフォローしてもらう予定とした。</p>		
5 生 日	エジンバラ産後うつ病質問票（以下 EPDS とする）：19 点	夫・実母「訪問看護やヘルパーさんにもきてもらえるので、安心です。」 実母「1 日ずっとみているのは大変そうで、心配です。」	
7 生 日	家族の育児習得状況と退院が決定したこと、EPDS の結果について、MSW が担当保健師へ連絡し、継続支援を依頼した。	子どもは薬物離脱症状なく、体重増加・哺乳状況ともに順調に経過した。 夫は毎日、実父母は 1 日おきに GCU で面会し育児指導を受け愛着もよかった。	<MSW から担当保健師へ連絡> ・家族の育児習得状況 ・退院が決定した。 ・継続支援を依頼した。
退院			
8 生 日	<1 か月健診> ・G さんの産褥経過は異常なし。精神的には服薬でコントロール良好と判断され、今後は近医でフォローしてもらうことになり、紹介状が渡された。 ・子どもは発育経過順調であり、今後は地域の小児科医でフォローしてもらうよう説明した。	G さん「夜もなんとか眠れています。母も夫もやってくれるので大丈夫です。私もやれることは手伝ってます。」 実母「夜は眠れているので、大丈夫です。抱っこは痛みがでるのでおいぢゃんが担当です。」	退院 3 日目に担当保健師が訪問看護師と家庭訪問を実施。 ・G さんの精神状況、児の体重増加、哺乳状況等を確認した。 ・EPDS：9 点であり、入院時よりは落ちついている。 ・ヘルパーによる家事援助 ・訪問看護利用 ・訪問結果を MSW に連絡した。 地域の担当保健師は、ヘルパー・訪問看護師と情報共有、電話相談と 1 回/月の家庭訪問により継続支援を行った。

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
		<p style="text-align: center;">退院後 3 か月頃</p> <p>子どもの成長発達は問題なし。 Gさん「最近夜泣きがひどく、ねむれない。何をしても泣きやまないことも多く、私が親になってはいけなかったのでしょうか。」 実母「最近子どもをみれないと横になっていることが多く心配です。」</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">要保護児童対策地域協議会にて検討</div>	<p style="text-align: center;">退院後 3 か月頃</p> <p><3～4か月健診受診> ・保育園の早期入園を検討した。 ・精神科クリニック受診を早めるよう説明する。精神科クリニックにも訪問時の情報を提供した。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・保育園入園を支援することとなった。 ・訪問時の状況を精神科医に伝え、内服薬調整となった。 ・その後も、ヘルパー・訪問看護師からの情報提供、電話・訪問による相談を継続した。 </div>
		<p style="text-align: center;">退院後 6 か月頃</p> <p>Gさんは夫、実母の育児協力も得て精神的には落ち着いてきて、少しずつ育児を手伝えるようになってきた。</p>	<p style="text-align: center;">退院後 6 か月頃</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2回/週の訪問看護およびヘルパー利用の継続 ・保健師による家庭訪問（1回/月）や電話相談を継続しながら支援した。 ・状況変化の都度、要保護児童対策地域協議会にて検討していった。

結果

退院後は実母が中心となり育児を行い、沐浴と夜の授乳は父親、受診や買い物など移動は実父が行い、家族内で役割分担されていった。Gさんは病状に波はあるが、体調が良い時にミルクづくりや授乳ができるようになっていった。

母子の1か月健診後はH病院でのフォローは終了した。市が中心となって精神科クリニックと連携し支援を継続していった。

Gさんの退院後は担当保健師がコーディネーターとなり児童福祉担当者、ヘルパー、訪問看護師、精神科医など関係者と連絡をとりながら家族とも情報共有をしながら支援に努めた。

要保護児童対策地域協議会では関係者で支援策について検討し、保育園入園について支援することが決まった。

まとめと評価

産科外来でスクリーニングを行い、直ちにMSWが担当保健師へ連絡したことがスピーディーな支援体制の構築（出産前にサービスの申請を行い、退院直後からヘルパー支援を受けることができたなど）につながったと考える。

Gさんのように出産前から継続支援が必要と判断される場合は、**妊娠期から地域と病院がタイムリーに情報共有しながら連携を図り支援チームを作っておくこと**、妊婦や家族の相談対応を行ないながら支援体制を整えていくことが重要であると言える。

地域の様々なサービスを利用する場合

妊産婦への支援は、地域によってサービス・事業の実情に差があるので、病院と地域が連携しながら、妊産婦のニーズに合わせて、下記を組み合わせる支援していきます。

【自立支援医療、障害福祉サービス受給者証、障害者手帳、市町村の利用認定などで利用できる事業】

- 訪問看護（P35,36,63,108 参照）

妊産婦医療費助成、自立支援医療 等で利用可能

- 障害福祉サービス（P37,101 参照）

ヘルパーによる家事援助（調理、洗濯、掃除、生活必需品の買い物など）

- 特定妊婦等に対する支援（P35,37,38 参照）

市町村が下記の支援が必要と認定した場合に利用可能

養育支援訪問：保健師、助産師等の専門職が家庭訪問し、養育上の問題の解決や負担軽減を図るための支援をする。

子育て世帯訪問支援事業：訪問支援員が家庭訪問し、家事・子育ての支援を実施する。

【すべての方が利用できる事業】

- 産婦・新生児訪問・こんにちは赤ちゃん訪問

助産師・保健師などが家庭訪問を行い、赤ちゃんの体重測定、育児・母親の体調についての相談、保健指導を行う。

- 産後ケア事業（P36,101 参照）

出産後1年未満の母子に対する心身のケアや育児のサポートを行い、産後も安心して子育てができるように支援する。

医療機関などに宿泊や通所（デイサービス）して受ける支援と、自宅で助産師等の家庭訪問による支援がある。

