

研究報告

産後早期退院の条件に関する選好と支援体制 — 医療職種別の視点から —

Preference regarding conditions for postpartum early discharge and support system :
View of medical profession

坂梨 薫 ¹⁾ Kaoru Sakanashi	勝川 由美 ¹⁾ Yumi Katsukawa	臼井 雅美 ¹⁾ Masami Usui
鍋田 美咲 ¹⁾ Misaki Nabeta	大賀 明子 ²⁾ Akiko Ohga	永井 祥子 ¹⁾ Shoko Nagai

キーワード：医療職種、産後早期退院、出産後支援体制、コンジョイント分析

Key Words：medical profession, postpartum early discharge, postpartum support system, conjoint analysis

産後早期退院の条件を探るため、「3日目退院の条件」を設定し、複数条件の組合せ（退院後の支援、児の体重、血清ビリルビン値、育児技術到達度）について、順序型回答法を用いたコンジョイント分析を行った。助産師、産科医師、小児科医師は「退院後の支援」、新生児科医師は「育児技術到達度」が重要としていた。各々の属性で最も好まれたのは、産後ケア施設入所、体重増加、ビリルビン値15mg/dl未満、育児技術70%であり全ての医療職者が同一であった。退院後の支援条件から、母子の健やかな成長を保証する医療的モデルと、母子一体の関係を支援する生活モデルの支援の重要性を示唆した。また、生活モデルについては、地域の子育て支援実践者や母親たちが支援者として参入できるシステムの必要性、医療施設と地域の連携では、継続的ケアの課題を解決するための「産後ケア施設」と「育児支援拠点施設」複合型の「母子支援施設」の設置を提案した。

Abstract

In the present study, we set “conditions for discharge on the third day” in order to investigate conditions for early postnatal discharge, and conducted a conjoint analysis using rank order responses for combinations of multiple conditions (support following discharge, infant body weight, serum bilirubin, attainment of childcare skills). Midwives, obstetricians, and pediatricians emphasized “support following discharge”, while neonatologists emphasized “attainment of childcare skills”. The most preferred conditions for each attribute were admission to a postnatal care facility, body weight increase, bilirubin levels <15 mg/dl, and 70% attainment of childcare skills, and these conditions were the same for all medical professionals. The conditions of support following discharge indicated the importance of support for a medical care model that ensures the well-being of mothers and children as well as a lifestyle model that promotes the mother-child relationship. In addition, we described the need in the lifestyle model for a system in which parenting support workers in the community and mothers can participate as providers of support. Moreover, in cooperation between medical facilities and the community, we proposed the establishment of “mother and child support facilities”, a combination of “postnatal care facilities” and “childcare support centers”, for resolution of the issue of continuing care.

Received : November. 30, 2010

Accepted : March. 4, 2011

1) 横浜市立大学医学部看護学科母性看護学領域

2) 西部文理大学看護学部 (元横浜市立大学医学部看護学科母性看護学領域)

I はじめに

諸外国における分娩後（帝王切開を除く）の入院期間は、アメリカ24～36時間、イギリス6時間～2日、韓国1日、オーストラリア2～3日、フィンランド3～4日¹⁾であり、退院後のケアとしては外来受診、訪問指導、産後ケア施設への入所²⁾³⁾などいろいろな方法がとられている。一方、わが国の産後入院期間は5～7日と諸外国と比較すると長いのが特徴であり、入院期間中は、母親が母乳育児や育児技術の習得という課題に適応し、退院後のセルフケアを獲得するための重要な期間として、また、新生児の胎外生活適応への援助など助産師を中心に手厚い支援が行われている。しかし、わが国の産後入院日数の設定に根拠はなく、一律に7日前後と決められていた現状があり、健康な母子にとって何日の入院日数が良いのか論じた研究は少ない⁴⁾⁵⁾。

現在、母子の順調な経過や母親の希望を裏付けとして、出産後の入院期間を短縮する医療機関が増加している。その背景には、1996年の3991施設から2008年には2713施設⁶⁾と22年間で分娩を取り扱う施設が約32%減少したことがあげられる。これは、大学病院を除く分娩施設の平均医師数が2人以下⁷⁾と極めて少ないということが大きな誘因であり、分娩を取り扱う施設の減少と産科医師の不足は、周産期医療に大きな問題を与えている。現に、ある自治体では当該地域における一施設の分娩件数を増やそうという施策を打ち出している。その施策とは、入院期間を2～3日に短縮し、退院後は地域の助産師が自宅を訪問し指導を行いフォローするものであり、訪問する助産師には行政が指導料を補助するというシステムである。その一方、増加する分娩の対応に迫られた施設が自ら、地域の助産師と連携し入院期間を短縮するというケースも見られている⁸⁾。

今後、分娩を取り扱う施設が減少していく中、妊産婦が安心して分娩場所を選択できる環境を整える必要性から入院期間の短縮が迫られてくることは必至であり、入院期間が短くなることで、新しく母親になる人々やその家族に対する教育や支援を提供する機会が少なくなることは否めない。そこで、わが国において、産後入院期間の短縮化を導入する際、母子にどのような条件が満たされれば可能となるのか、周産期医療に携わる医療職者の考えを明らかにする必要がある。しかし、産後入院の短縮化に向けた基礎データとして、出産後の母子の状態を相対的重要度の側面から量的に評価した研究はまだ行われていない。筆者らはすでに母子の早期退院を実施している諸外国の課題を基に、周産期医療に携わる医療職者に産後早期退院の選好を明らかにするために、退院後の支援の充実、新生児の体重減少および黄疸の状況、母親の育児技術到達状況を「3日目退院の仮想条件」として設定し、順序型の回答法を採用した調査を行った⁹⁾。順位すべてを回答した1692人の分析から、3日目退院で重要視するのは「退院後の支援」「育児

技術到達度」「児の体重」「血清ビリルビン値」の順という結果が得られた⁹⁾。

しかし、産後早期退院の判断を行う場合、医療職者であっても診療科の異なる医師や助産師では、専門性や職種の違いにより選好の順序が異なる可能性が考えられる。産後早期退院の可能性について、周産期医療に携わる全ての職種の選好順位を分析することは、母子双方の視点から退院後に必要な支援を見いだすことができ、産後早期退院後の支援体制構築に寄与すると考える。

本研究の目的は、周産期医療に携わる医療職者間における産後早期退院の選好の違いを明らかにしたうえで、早期退院後の支援体制について考察するとともに、子育て支援をふまえた地域連携型の産後支援システムの試案を提言することである。

II 研究方法

1. 研究方法：郵送法を用いた自記式質問紙調査

2. 対象と調査方法：2009年1月現在、産科医療補償制度に加入している全国の病院1184施設の看護管理者に調査票を送付し、各産科病棟の看護管理者・産科医長・新生児診療担当医師各1名と助産師3名に依頼書と調査票の配付を依頼し、無記名によるアンケート調査を実施した。看護管理者以外へのアンケート送付数は5920票である。

3. 調査期間：2009年2月1日～3月15日

4. 調査票の概要

医師・助産師の早期退院選好については、「3日目退院の仮想条件」を設定し、順序型の回答法を採用したコンジョイント分析を行った。調査票中では、回答者に産後3日目に母子の早期退院の複数の条件について、最も退院を許可できる条件を有する組み合わせを1位として順に2位、3位と回答するよう依頼した。母子の前提条件は、①満期産の正常分娩、②新生児の出生時体重3000g、③産後2日まで母子ともに正常な経過をたどっている、の3点とした。

本研究で用いた属性は「退院後の支援」「児の体重」「血清ビリルビン値」「育児技術到達度」の4つである(表1)⁹⁾。それぞれの属性の水準は表1に示すとおりである。血清ビリルビン値の水準についてはAAP (American Academy of Pediatrics) guidelines for PERINATAL CARE sixth edition¹⁰⁾に記載してある38週以上（もしくは相当）のローリスク新生児に対する光線療法開始基準を根拠とした。

4つの属性の異なる水準の組み合わせで想定される「退院許可の条件」は全部で54通り（ 2×3^3 ）あるが、回答者が1～54位全ての順位を判断することは難しい。そこで、まずシミュレーションカード用に6枚の水準の組み合わせ

表1 産後早期退院の選好における属性と水準

属 性	水 準	水 準 の 詳 細
退院後の支援	助産師による訪問看護 外来受診 産後ケア施設入所	「助産師による訪問看護」：退院後1週間以内に2回の訪問 「外来受診」：産褥6~7日目に分娩施設又は、近隣のクリニックで受診 「産後ケア施設入所」：一定数の助産師もしくは看護師が24時間母子のケア及び指導を行い、入院時と同様のサービスを提供する施設に最低1週間以上宿泊
児の体重	減少 横ばい 増加	「減少」：前日の体重減少率から1%以上減少（最大で出生時より10%に止まる） 「横ばい」：前日の体重減少率から1%未満の体重増減 「増加」：前日の体重減少率から1%以上の体重増加
血清ビリルビン値	血清ビリルビン値15mg/dl未満 血清ビリルビン値18mg/dl未満	
育児技術到達度	30% 50% 70%	育児技術：一連の授乳行動が自立していることを100%とした場合 「30%」：一緒に行えばできる 「50%」：少しの介助があればできる 「70%」：助言があればできる

注：（坂梨薫：産後早期退院の可能性と助産師の役割。助産雑誌，64（4）：309，2010）

表2 産後早期退院の選好における水準の組み合わせ

ケース*1	退院後の支援	児の体重 (前日比)	血清ビリルビン値 (mg/dl)	育児技術到達度
1	外来受診	横ばい	15mg/dl未満	70%
2	外来受診	減少	18mg/dl未満	50%
3	産後ケア施設入所	減少	15mg/dl未満	70%
4	産後ケア施設入所	横ばい	18mg/dl未満	30%
5	産後ケア施設入所	増加	15mg/dl未満	50%
6	助産師による訪問看護	増加	18mg/dl未満	70%
7	助産師による訪問看護	減少	15mg/dl未満	30%
8	助産師による訪問看護	横ばい	15mg/dl未満	50%
9	外来受診	増加	15mg/dl未満	30%
10*2	外来受診	減少	18mg/dl未満	30%
11*2	産後ケア施設入所	減少	18mg/dl未満	70%

①満期産の正常分娩
②新生児の出生体重3000g.
*1 前提条件：③産後2日目まで母子共に正常経過
*2：ホールドアウトカード

のデータを提示し、直行計算の作成でホールドアウトカードを2枚指定した。その上で、4つの属性各々の水準の組み合わせから直行配列表により想定した11種のカードを調査に用いた（表2）。

5. 分析方法

11種への選好順位を欠落なくすべて回答した調査票を有効回答とし、「3日目退院の仮想条件」の選好順位について、各属性の相対的な重要度を知るために職種別にコンジョイント分析を行った。コンジョイント分析はSPSS Statistics 17.0を用いて行い、属性ごとの部分効用は最小二乗法により推定した。

6. 倫理的配慮

本研究は横浜市立大学医学部倫理審査会の承認（倫理審査番号：A09122005）を得て実施した。調査は、研究の主旨、自由意思に基づく参加の保証、匿名性や守秘性の厳守、データの管理と破棄について記載した文面を用いて説明し、参加の同意は質問紙の回答をもって得られたものとした。なお、調査に関する質問や問い合わせには研究代表者が対応した。

III 結果

1184施設に郵送し446施設（回収率37.6%）より回答が得られた。446施設に依頼した調査票2230票において「産後3日目に許可できる条件」11種への選好順位を欠落なくすべて回答した助産師1303人（97.4%）、産科医師227人（50.9%）、新生児診療担当医師162人（36.3%）（小児科医師120人（26.9%）、新生児科医師42人（9.4%））を有効回答として分析した。

1. 職種別産後早期退院の選好状況

まず、表3に示す平均相対重要度とは、コンジョイント分析で設定した各属性について、回答者がいずれの属性を重要視しているかを相対的に示す指標である。「平均相対重要度」はすべての有効回答者の個別の相対重要度の平均値であり、高い値がより重要視されていることを示す。尚、各々の職種の定数項、Pearson's R, Kendall's tauにおいて、全体の回答がコンジョイント・モデルによる予測値に一致している傾向が示されている（表3）。

相対重要度の平均値から、職種別選好をみると全ての職種において4つの属性を重要視していたが、助産師、産科医師、新生児診療担当医師ともに最も重要と考えていたのは「退院後の支援」であり、3職種ともに平均値は30を超えていた。その中でも助産師の平均値が33.870と高かった。他の属性と比較すると重要さの値が低かったのは「血清ビリルビン値」であり、職種間でみると新生児診療担当医師は平均値19.610であり、助産師、産科医師より高く、一番低かったのは助産師の12.646であった（表3）。

次いで、選好順位の2位をみると、助産師と新生児診療担当医師は「育児技術到達度」であり、産科医師は「児の体重」であった。しかし、「育児技術到達度」についてみると新生児診療担当医師は25.331であり、産科医師は25.853と平均値は産科医師の方が高かった。産科医師が2位に挙げた「児の体重」は、助産師、新生児診療担当医師

表3 職種別産後早期退院の選好状況

属 性 水 準	全体 (N=1692)		助産師 (N=1303)		産科医師 (N=162)		新生児診療担当医師 (N=162)		
	部分効用値	平均相対重要度	部分効用値	平均相対重要度	部分効用値	平均相対重要度	部分効用値	平均相対重要度	
退院後の支援	助産師による訪問看護	-0.126		-0.088		-0.206		-0.320	
	外来受診	-0.748	33.248	-0.827	33.870	-0.438	31.899	-0.546	30.271
	産後ケア施設入所	0.847		0.915		0.644		0.866	
児の体重	減少	-0.939		-0.905		-1.036		-1.079	
	横ばい	0.347	24.181	0.346	23.566	0.308	27.325	0.409	24.788
	増加	0.593		0.560		0.728		0.670	
血清ビリルビン値	15mg/dl未満	0.466	13.614	0.399	12.646	0.553	14.922	0.882	19.610
	18mg/dl未満	-0.466		-0.399		-0.553		-0.882	
育児技術到達度	30%	-1.211		-1.248		-1.074		1.097	
	50%	0.177	28.957	0.175	29.917	0.140	25.853	0.246	25.331
	70%	1.034		1.073		0.933		0.851	
定数項	値	有意確率	値	有意確率	値	有意確率	値	有意確率	
Pearsonの R	4.84	0.995	4.86	0.990	4.81	0.998	4.69	0.997	
Kendallのタウ	0.944	0.000	0.944	0.000	1.000	0.000	0.944	0.000	
ホールドアウトに対するKendallのタウ	1.000		1.000		1.000		1.000		

コンジョイント分析

表4 小児科医師と新生児科医師の産後早期退院の選好状況

属 性 水 準	小児科医師 (N=120)		新生児科医師 (N=42)		
	部分効用値	相対重要度	部分効用値	相対重要度	
退院後の支援	助産師による訪問看護	-0.306		-0.360	
	外来受診	-0.703	32.959	-0.098	22.592
	産後ケア施設入所	1.008		0.458	
児の体重	減少	-1.047		-1.169	
	横ばい	0.403	23.556	0.426	28.308
	増加	0.644		0.743	
血清ビリルビン値	15mg/dl未満	0.869	19.338	0.919	20.389
	18mg/dl未満	-0.869		-0.919	
育児技術到達度	30%	1.061		-1.201	
	50%	0.242	24.147	0.259	28.711
	70%	0.819		0.942	
定数項	値	有意確率	値	有意確率	
Pearsonの R	4.71	0.998	4.64	0.990	
Kendallのタウ	0.944	0.000	0.944	0.000	
ホールドアウトに対するKendallのタウ	1.000		1.000		

コンジョイント分析

は選好順位3位であった。「児の体重」については助産師の平均値が23.566と低かった(表3)。

効用値は、回答者によりプラスの方向に評価されたものとマイナスの方向に評価されたものを相対的に表している。すなわち、プラスの方向に評価された水準は「より好まれている」ことを示し、反対にマイナスの方向に示された水準は「より好まれていない」ことを示している。表3より、部分効用値の結果をみると、助産師、産科医師、新生児診療担当医師ともに「退院後の支援」では「産後ケア施設入所」が最も好まれており、次いで「助産師による訪問看護」、「外来受診」の順であった。同様に、「児の体重」では「増加」、「血清ビリルビン値」では「15mg/dl未満」、「育児技術到達度」では「70%」が好まれていた。

2. 小児科医師と新生児科医師の産後早期退院の選好状況

周産期総合医療センターや大学病院では、新生児診療担当医師は小児科医師ではなく新生児科医師が新生児の退院

についての意思決定を行っているケースが多い。そこで、新生児診療担当医師を小児科医師と新生児科医師に分けて分析した。また、両者の回答がコンジョイント・モデルによる予測値に一致している傾向が、表4の定数項、Pearson's R, Kendall's tauの値において示されている。

小児科医師の選好順位は、「退院後の支援」32.959、「育児技術到達度」24.147、「児の体重」23.566、「血清ビリルビン値」19.338であった。新生児科医師の選好順位の1位は28.711の「育児技術到達度」、2位は28.308の「児の体重」であり、1位と2位の平均値は類似していた。3位は「退院後の支援」で平均値は22.592と低かった。4位は小児科医師と同様の「血清ビリルビン値」であったが、平均値は20を超えており重要度は高く示されていた。新生児科医師は4属性全ての平均値が20台であった(表4)。

新生児診療担当医師である、小児科医師および新生児科医師の部分効用値も助産師と産科医師と同様の順位で、「退院後の支援」では「産後ケア施設入所」が最も好まれ

ており、次いで「助産師による訪問看護」、「外来受診」の順であった。同様に、「児の体重」では「増加」、「血清ビリルビン値」では「15mg/dl未満」、「育児技術到達度」では「70%」が好まれていた（表4）。

IV 考察

周産期医療に携わる、助産師、産科医師、小児科医師、新生児科医師の産後早期退院に関する4つの属性の重要性についてはすべてを重視していた。しかし、選好順位をみると助産師と小児科医師は一致していたが、産科医師、新生児科医師は選好順位が異なっていた。また、助産師、産科医師、小児科医師の4属性の相対重要性平均値は10台から30台で1位と4位の幅が見られたが、新生児科医師は4属性全ての平均値が20台で属性全てが平均的に重要と考えていることが明らかになった。

各々の職種の選考順位では、助産師、産科医師、小児科医師ともに産後早期退院の選好順位の1番目は「退院後の支援」であった。退院後の支援内容には、母親の身体的回復のための家事支援、母乳育児や母子間の愛着のための育児支援、子どもの生活に慣れるための支援や母親への精神的サポートなどが考えられる。妊娠は生理的な過程であるため、産後の身体的回復については軽視されがちであるが、産後の母親の健康感の調査では、睡眠不足、腰痛¹¹⁾、会陰損傷の後遺症では会陰部の疼痛や違和感が2ヵ月持続する¹³⁾ことが明らかにされており、マイナートラブルといわれる身体症状に悩まされている母親は多く、慢性的に移行するケースもみられる。

また、施設で出産し退院した母親にとって育児不安が最も強い時期は退院後1~2週間¹⁴⁻¹⁶⁾といわれ、この期間は医療施設における支援者の手を離れることや退院後自らの日常生活の場や生活時間に戻ることへの不安などから、母親にとって危機的な時期である。さらに、子育て意識調査によると、約8~9割の母親が「子どもがかわいくてたまらない」という肯定的な感情を持つ反面、子育てに対しての不安や困惑、困難感、不適格感などの否定的な思いを持つ母親も約5割から6割を占めている¹⁷⁾。この母親の育児への否定的な思いは、育児不安や暴言・暴力などの虐待、ネグレクトといった近年の社会的問題につながる一つの要因と考えられている。加えて、少子化により子どもや子育てに慣れていない親が多くなった上に、核家族化や地域社会の交流の少なさから、サポート機能の希薄さと子育て家族の孤立化という問題も挙げられている。

産後早期退院先進国である欧米諸国においても早期退院に伴う母親の再入院、母乳育児率の低下、育児技術の未熟さ、産褥期うつ病などの問題を挙げ¹⁸⁻²⁰⁾、退院後のフォローの必要性を述べている。助産師、産科医師、小児科医師は早期退院を行った場合、母子への危険性を回避するため「退院後の支援」を優先したと考える。

一方、新生児科医師の「退院後の支援」の選好順位は3位であった。新生児科医師は主にNICUに入院する未熟児や疾患をもつ新生児が対象であり、児の退院後は経過の把握や発達の状態などのフォローアップが行われているため、すでに退院後の支援が行われているという前提があったものとする。また、「育児技術の到達度」を最優先した理由として、NICUに入院する新生児は長期に及ぶ母子分離を余儀なくされており、退院が間近になると、母親は正常児とは成長発達がやや異なる我が子の育児に慣れるために母子入院を推奨される。NICUに入院した新生児にとって、母親の育児知識や技術の習得は退院後の児の成長や発達に大きく影響を及ぼすことから、正常新生児についても母親の育児技術の到達度を最優先したものと見える。加えて、助産師と新生児診療担当医師は産科医師より「育児技術到達度」の選好順位が高かった。退院後の生活を考えた場合、核家族化が進む中で、出産後の支援が身内から得られない背景を持つ人は増加している。さらに、身内から支援を受けることができてもその支援内容は家事に関することが多いという報告²¹⁾もあることから、入院中における母親の育児技術の習得状況は重要といえる。助産師が「育児技術到達度」を重視したのは、育児技術を身につけることは新生児への対応に関する不安の軽減や育児の自信につながると考えることからの判断であり、新生児診療担当医師については、全面的生活を母親に依存して成長していく新生児の立場からの視点が影響したものとする。一方、産科医師は「育児技術到達度」より「児の体重」を優先しており、新生児の体重減少が及ぼす医学的視点を重視したものと推察できる。

周産期医療に携わる各々の医療職者が産後早期退院で最優先した条件である「退院後の支援」は母親にとっては生活や子育てにかかわる内容であり、母親の「育児技術到達度」は、新生児にとっては健やかな成長を育んでいく上で欠くことのできないものである。産後早期の支援は、母体の養生、子育て支援、新生児の胎外生活適応と健やかな成長の側面からとらえていくことが必要となる。産後は身体的かつ精神的に不安定な時期にも関わらず、核家族化に伴う家庭内支援者の不在による母親への育児責任の全面的な負担、加えて、少子化により自らの出産で初めて新生児に触れ育児を経験するという背景を持つ母親が増加している。奥山は²²⁾母子間の愛着形成の基礎として、妊娠の喜び、悪阻の苦しみ、胎動の喜び、子どもに対する期待、分娩時の痛みや喜びを分かち合い、その気持ちに寄り添い、支える人の必要性を述べている。つまり、妊娠期の女性や胎児、そして出産期の女性に身近な存在である助産師の役割は重要といえる。現在、助産師による妊婦健康診断（助産外来）や院内助産、産後2週間健診を行う施設もあるが、出産から始める支援ではなく妊娠中から産後まで継続した、母親の思いに配慮した情緒的ケアや相談機能を備えたシステムが構築されているとはいいたい。利用者の立

場で、妊娠・出産・育児を連続して扱い母子一体関係を支援するために、縦割りの保健・医療モデル的アプローチではなく、ヘルスプロモーション理念に基づいた生活全般を視野にいたした生活モデルアプローチへの変革の必要性も指摘されている²³⁾。妊娠期、出産期、産褥期および退院後早期は母体の回復状況や新生児の黄疸、栄養法などの判断の必要性から、専門的知識を持つ助産師による医療モデル、生活モデルに依拠した支援が必至となる。産後の支援は、出産から始まるものではなく妊娠期から継続して行われるべきものである。施設に勤務する助産師も入院中のみの支援に集中するのではなく、妊娠期は助産外来において、入院中は出産、産後の母子の支援、退院後は産後2週間健診等の産後の定期的な外来受診や家庭訪問の場で医療モデルと生活モデル両面に依拠した継続的な支援体制を構築することが必要であり、その拡充と整備が急務といえる。

また、退院後これから長く続く子育ては地域と連携した、生活モデルを中心とした継続的支援システムの構築も必要であろう。助産師に依存するだけでは長期的な母子の健全な育成と子育てへの不安の解消にはつながらない。そこで、地域に存在する子育て支援の実践者や子育て経験のある母親たちが支援者として参入できるシステムが必要といえる。そこには、医療機関と地域の連携が不可欠であり、地域と連携した支援システムについては、医療と地域の継続的ケアの課題を解決するために、妊娠期から退院後まで一貫した支援機能を持つ「産後ケア施設」と「育児支援拠点施設」複合型である「母子支援施設」を提案する。助産師も施設内のみの支援にとどまらず、地域の子育て支援実践者による住民活動との協働による産後の育児支援のシステムづくりを進めていくことが望まれる。

加えて、「母子支援施設」での支援や訪問看護を担う看護職者および地域の子育て経験者に対しては、リプロダクティブヘルスの専門家、支援者としての視点を持って母子のケアを行うための研修を行うことも必要である。

「血清ビリルビン値」については、すべての職種ともに選考順位4位であったが、小児科医師、新生児科医師は助産師や産科医師より相対重要度の平均値は高かった。今回調査に用いたのは、AAPが示す黄疸管理のガイドラインが示したローリスク新生児に対する光線療法開始基準である、生後72時間の血清ビリルビン値が18mg/dl以下であれば退院が可能¹⁰⁾という判断に依拠した。加えて、72時間の血清総ビリルビン値が13mg/dlで退院した例においても高ビリルビン血症の危険因子とはなっていなかった²⁴⁾という報告や母乳と黄疸の関連において、48時間以内の早期退院と48時間以上の入院期間での差は重要ではなく、退院後のフォローと母乳の確立が重要²⁴⁾との報告もある。これらのことから、3日目退院の仮想条件としての血清ビリルビン値は他の属性より重要度が低く示されたものと考えられる。但し、黄色人種では黄疸のピークが生後72～120時間といわ

れているため、退院後に黄疸にピークを迎えることになる²⁵⁾。そのため、退院に当たっては高ビリルビン血症をきたすリスクの評価を行うこと、退院後も新生児の日齢とリスク評価に基づいた経皮黄疸計によるフォローアップなどを行うことが必要条件とされる²⁵⁾ことから、新生児診療を担当する小児科医師や新生児科医師の相対重要度の平均値が高く示されたと判断できる。

新生児黄疸は生理的な現象ではあるが、母乳育児を進める上でも適切な対応が必要となるため、施設内における助産師の専門的な支援が入院中のみでなく継続して受けられるような退院後の継続看護体制を整えることが必須であろう。

また、「児の体重」「血清ビリルビン値」「育児技術到達度」の部分効用値は医療職者の判断として当然といえる結果であった。「退院後の支援」では、「産後ケア施設入所」が好まれていた。しかし、産後ケア施設は根拠法令がないため、消防法上ではケア付き宿泊に分類され、旅館業法による旅館業や飲食営業届出が必要であり、産業分類において宿泊施設とされており²⁶⁾、医療法の施設として承認されていないという課題がある。わが国において「産後ケア施設」を将来的に拡充していくためには、今後法的な整備の必要性が望まれる。

今後、産後早期退院が進んで行く可能性の中で、諸外国の教訓から母体の全身の復古状態や新生児の生理的変化を明示した産後退院のガイドラインを作成する必要があると考える。その上で、産後早期退院先進国である韓国やイギリスが行っている、母体の養生や育児支援を行う産後ケア施設などの設置、入院施設と連携した訪問看護体制のシステム化といった退院後の支援をわが国に運用できるシステム開発が必要となる。

V 結論

産後早期退院は、母親の健康や育児技術の獲得、新生児の黄疸などの課題を含んでいる。今回の調査結果から、周産期医療に携わる医療職者は、「退院後の支援」「児の体重」「血清ビリルビン値」「育児技術到達度」の4つをすべて重要と考えていたが、助産師、産科医師、小児科医師は「退院後の支援」を、新生児科医師は「育児技術の到達度」を最も重要としていた。また、産後の支援として、一定数の助産師もしくは看護師が24時間母子のケア及び指導を行う施設への入所や退院後助産師による訪問などの、諸外国で行われている支援体制を整えることができれば早期退院は可能であると考えていることが明らかになった。

結果の考察から、退院後支援については、退院後からではなく妊娠期からの継続と医療機関と地域が連携した産後支援システムの必要性、さらに支援においては健康な産後と新生児の健やかな成長を保証するための医療モデルと、母子一体の関係を支援する生活モデルに基づいた全人的な

支援の重要性を示唆した。加えて、地域と連携した支援システムについては「産後ケア施設」と「育児支援拠点施設」複合型の「母子支援施設」を提案した。

今回は早期退院の可能性について医療者側の意見を求め、退院後の支援のあり方について考察したが、今後は利用者である妊産婦や母親、住民活動家である育児支援実践者の意見など継続した調査を行い、母親達のニーズに沿ったより良い産後の支援システムの構築を提唱していきたい。

本研究は、平成20～22年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究C一般<研究代表者：坂梨薫><課題番号：20530468>により実施された。

(本論文の要旨は第50回日本母性衛生学会学術集会で発表した)

引用文献

- 中林正雄, 中津裕子, 潮田千寿子, 他: 妊婦のリスク評価に関する基礎的研究—諸外国の分娩事情に関する調査—, 平成15年厚生労働科学特別研究報告書. 4-5, 2004.
- 坂梨薫, 勝川由美, 白井雅美, 他: 韓国の産後ケア施設の現状と課題—わが国への産後ケア施設導入に向けての考察—, 母性衛生. 51(2): 482-489, 2010.
- NHS, Maternity Matters: Choice, Access and Continuity of Care in a Safe Service. Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity, London. 12-16, 2007.
- 藤澤典恵, 木村幸子, 小嶋泰代, 他: 入院期間の検討—褥婦のアンケート調査から—, 愛知母性衛生学会誌. 14(1): 75-80, 1996.
- 桑名佳代子, 坂本めぐみ, 兼宗美幸, 他: 病院における分娩後の母子の在院日数決定に関する要因, 母性衛生. 39(2): 273-282, 1998.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室: 平成20年医療施設調査(静態・動態)・病院報告の概況. 24, 2010.
- 海野信也: 産科医療の現状と改革への提言, 日医雑誌. 136(4): 48-55, 2007.
- 加藤尚美, 福島富士子, 市川香織, 他: 産後早期退院者への支援体制に関する研究, 母性衛生. 50(3): 145, 2009.
- 坂梨薫: 産後早期退院の可能性と助産師の役割—産後ケア施設の拡充を視野に入れて—, 助産雑誌. 64(4): 307-312, 2010.
- American Academy of Pediatrics: guidelines for PERINATAL CARE sixth edition, American Academy of Pediatrics. 251-301, 2007.
- 関島英子, 齋藤益子, 木村好秀, 他: 1ヵ月の乳児を持つ母親の健康観と胎児感情に関する検討, 母性衛生. 47(1): 62-70, 2006.
- 村井みどり, 楠見由里子, 伊東元: 妊婦及び産婦における腰痛の実態調査, 茨城県立医療大学紀要. 10: 47-53, 2005.
- 島田真理恵: 分娩時の会陰損傷による後遺症の経過に関する研究, 母性衛生. 45(4): 454-463, 2005.
- 島田三恵子, 渡部尚子, 神谷整子, 他: 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—初経産別, 職業の有無による検討—, 小児保健研究. 60(5): 671-679, 2001.
- 片岡千雅子, 佐藤喜根子, 佐々木富士子, 他: 妊娠・分娩・産褥期における婦人の気分・感情状態の経時的変化—POMS (Profile of Mood States) を用いた質問紙による把握—, 母性衛生. 41(1): 85-94, 2000.
- 岡本ひとみ, 森津三百合, 中村洋子, 他: 退院1ヵ月健診までの褥婦の不安の内容と時期, 第31回母性看護集録集. 26-28, 2000.
- ベネッセ教育研究センター: 第3回幼児の生活アンケート報告書 国内調査. 87, 2006.
- Brown S, Lumley J, Small R: Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes, Paediatr Perinet Epidemiol. 12(1): 49-71, 1998.
- Daniel S, Zivanit E, Ido L, et al: Predicting the Risk of Jaundice in Fullterm healthy Newborns: A Prospective Population-Based Study, Journal of Perinatology. 19(8): 564-567, 1999.
- Committee on Fetus and Newborn: Hospital for Healthy Term Newborns, PEDIATRICS. 113(5): 1434-1436, 2004.
- 小笹幸子, 田邊美智子: A県内の「産後の里帰り」における実母の育児視線の実態, 第12回日本母性看護学会学術集会抄録集. 56, 2010.
- 奥山真紀子: 虐待予防における分娩機関の役割, 周産期医学. 36(8), 951-955, 2006.
- 櫃本真聿: ヘルスプロモーションに基づいた妊娠出産期における児童虐待予防対策, 周産期医学. 36(8): 947-950, 2006.
- Petrone. E, Mansi. G, Tosco. A, et al: Early hospital discharge of the healthy term neonate: the Italian perspective, Minerva Pediatr. 60(3): 273-276, 2008.
- 神農英雄: 早期退院に対応した, 退院前後の新生児黄疸のチェック体制, 助産雑誌. 63(12): 1086-1090, 2009.
- 福島富士子: 次世代育成政策における産後育児支援体制の評価に関する研究, 厚生労働科学研究補助金政策科学研究事業平成19年度総括報告書. 82-84, 2008.