

継続的な支援が必要な家族に関わる助産師のための  
保健師との連携指標の開発

A model of activity for collaboration  
between midwives and public health nurses  
giving continuous family support

令和元年度

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

看護学専攻

岡田 尚美

## 目次

I. 序論	1
II. 文献検討	2
1. 国内の助産師と保健師の連携，看護職の連携指標・尺度に関する研究動向	2
2. 看護職の連携に関する諸外国の研究動向	5
3. 助産師と保健師の連携上の課題	6
III. 研究目的	8
IV. 用語の定義	8
1. 継続的な支援が必要な家族	8
2. 連携	8
3. 連携指標	8
V. 研究概要	8
VI. 本研究における調査のプロセス	10
VII. 第1段階（連携指標の項目案の作成）	10
1. 第1段階の目標	10
2. 第1段階-1（助産師の面接調査による連携指標の原案の作成）	11
3. 第1段階-2（研究者，助産師および保健師の面接調査による連携指標の項目案の作成）	14
VIII. 第2段階（連携指標の確定）	16
1. 第2段階の目標	16
2. 研究方法	16
3. 結果	18
IX. 第3段階（連携指標を活用する上での課題の検討）	21
1. 第3段階の目標	21
2. 研究方法	21
3. 結果	22

X. 考察	24
1. 研究手法の検討	24
2. 研究参加者の検証	25
3. 助産師のための保健師との連携指標項目の適切性	26
4. 連携指標の活用と課題	32
5. 本研究の限界と今後の課題	33
XI. 結論	34
XII. 謝辞	35
XIII. 文献	37

図

図 1 研究の概要

図 2-1 研究参加者 A の連携過程の 7 段階分類

図 2-2 研究参加者 A の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

図 3-1 研究参加者 B の連携過程の 7 段階分類

図 3-2 研究参加者 B の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

図 4-1 研究参加者 C の連携過程の 7 段階分類

図 4-2 研究参加者 C の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

図 5 研究参加者 D の連携過程の 7 段階分類

図 6-1 研究参加者 E の連携過程の 7 段階分類

図 6-2 研究参加者 E の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

図 7-1 研究参加者 F の連携過程の 7 段階分類

図 7-2 研究参加者 F の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

図 8 研究参加者 G の連携過程の 7 段階分類と分類不能な項目

表

表 1 研究参加者の属性 第 1 段階-1

表 2-1 連携指標項目の原案-1 (原案項目 1~36)

表 2-2 連携指標項目の原案-2 (原案項目 37~77)

表 2-3 連携指標項目の原案-3 (原案項目 78~104)

- 表 3 連携指標の項目案
- 表 4 第 1 回全国調査研究参加者の属性
- 表 5 第 1 回全国調査結果 連携指標項目に対する同意の程度
- 表 6 第 2 回全国調査研究参加者の属性
- 表 7 第 2 回全国調査結果 連携指標項目に対する同意の程度
- 表 8 継続的な支援が必要な家族に関わる助産師の保健師との連携  
指標
- 表 9 医療機関受診時から退院までの連携指標に対する実施状況  
(連携指標項目 1～15)
- 表 10 医療機関受診時から退院までの連携指標の実施していない  
理由 (連携指標項目 1～15)
- 表 11 医療機関受診時から退院まで (事例会議を行う場合) の連携  
指標に対する実施状況 (連携指標項目 16～21)
- 表 12 医療機関受診時から退院まで (事例会議を行う場合) の連携  
指標の実施していない理由 (連携指標項目 16～21)
- 表 13 退院後の連携指標に対する実施状況 (連携指標項目 22～26)
- 表 14 退院後の連携指標の実施していない理由  
(連携指標項目 22～26)
- 表 15 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・主  
任等が実施すべき内容の実施状況 (連携指標項目 27～37)
- 表 16 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・  
主任等が実施すべき内容の実施していない理由  
(連携指標項目 27～37)
- 表 17 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施  
すべき内容の実施状況 (連携指標項目 38～45)
- 表 18 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施  
すべき内容の実施していない理由 (連携指標項目 38～45)

## 1. 序論

我が国は医療の進歩などにより乳児死亡率が先進国の中でも低く、母子保健の水準はきわめて高い。しかし、1990年には合計特殊出生率が1.57に低下し、少子化が社会問題化している。少子化による子育ての知恵伝承の低下、子育て世代の相互交流の希薄化が進行している。育児不安や困難感を抱く母親の増加が報告され（原田、2019）、さらに、シングルマザーや精神疾患、経済的問題など、社会的ハイリスクな妊産褥婦の存在が指摘されている（岡田、2016a）。児童相談所における児童虐待相談件数は増加し続けており、特に虐待死亡事例では0歳児が最も多い現状である（厚生労働省、2019）。

2011年には、厚生労働省より、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の通達がなされた。次いで2012年には、虐待事案に限らず養育支援が必要な家庭に対する連携体制の整備に関わる通達がなされている。さらに、2016年には、要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進についての通知がなされ、市町村や病院、診療所における情報提供や連携のあり方が示された。

我が国においては、少子化の進行、様々な課題を抱える家族が指摘され、それに対する施策が策定されている。少子化による社会基盤の脆弱化が推測され、安定した社会の継続のためにも安心して出産・子育てができる環境づくりが望まれる。子育て支援は、可能な限り早期の妊娠期から、出産期、育児期を通じた支援であることが望ましい。分娩取扱医療機関の助産師（以下、助産師とする）は、妊娠・出産期を通して、家族に最も近い職種のひとつである。課題を抱える家族に対しては、支援関係を結んだ助産師が、他職種・機関との連携を通して家族の支援者を増やしていく必要があると考える。出産後に地域へ戻った家族へは、保健機関の保健師（以下、保健師とする）が最も身近な職種のひとつとなる。助産師と保健師の相互が円滑な連携をはかることにより、家族にとって切れ目のない支援を行うことができる。育児不安や困難、虐待を未然に防ぐ手立てとなるといえる。

しかし、現状では、相互の連携を阻害する要因があり（岡田，2015），連携が円滑にはかかられているとは言い難い．相互の連携については、連絡票などを用いた情報提供・共有のツールはあるものの、連携活動は各々に任されている状況である．熟練の助産師や保健師は、経験から培った知識や技を駆使して連携活動を行っていると思定されるが、明文化がなされていない．連携活動の実態を捉えることで、相互の理解や伝承に役立つと考える．連携活動の基軸となり、共通認識が可能なツールとなる、指標を見出すことが望まれる．

## II. 文献検討

### 1. 国内の助産師と保健師の連携，看護職の連携指標・尺度に関する研究動向

助産師と保健師の連携の内容について、金浜他（2005）は、問題の明確化と支援方法の検討、栗原他（2010）は関係先への連絡を示していた．他に、連携機関への訪問（金浜他，2005；栗原他，2010；高谷・安藤，2010），カンファレンス・会議等の実施（栗原他，2010；門馬・塚田・田中・渡辺・寒河江，2010；高谷・安藤，2010），電話や訪問等による情報共有や報告書の送付（大友・麻原，2013；玉城，2014），同行訪問や相互フォロー（金浜他，2005；大友・麻原，2013）が報告されていた．また、渥美・安齋（2013）は、連携機関の見極め、巻き込み、橋渡し、支援方針の合意、専門的役割の発揮、連携のルール化という時間経過を伴う連携の段階を明らかにしていた．玉城（2014）は、連携は事例への支援の終了とともに終結するのではなく、評価を含むと示唆していた．さらに、大友・麻原（2013）は、連携の条件を、協力する意識を高める、互いを信じて支え合うこととしていた．また、岡田・和泉・松原・波川（2012）は、保健師が連携をはかるには、連携相手と関わり続ける必要があると述べている．助産師が保健師へ情報提供をする、あるいは情報共有をすることは、連携のきっかけに過ぎず、連続的な相互のつながりが必須であると考えられる．事例を通じた情報共有のみではなく、相互

の支え合い、継続的なつながりを示していた。また、連携の段階を示し、事例の関わり後の評価も連携に含めている点に特徴があるといえる。

添田・望月・茂木・深澤（2018）は、総合周産期母子保健センターの助産師を含むチームによる「継続看護連絡票」を用いた保健師との連携の現状を示している。また、唐田・市江・濱松・山田（2018）は、産婦人科病院・診療所の助産師への面接調査から、「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するまでのプロセスを明らかにしている。助産師が、継続的な支援が必要な家族に対してアセスメント表を用いて把握し、連絡票などにより保健師へ情報提供・共有する点においては、近年明らかとなってきた。

以上より、助産師と保健師相互の連携についての文献は散見されるが、その多くは連携の重要性を説いたもの、事例への支援内容を記述したものである。また、連携の要素や段階を記載していても、支援事例の情報提供あるいは共有のみに留めたものが多い。一連のプロセスである連携を具体的に表しているとは言い難い。「連携」は、地域保健分野において比較的新しい概念といわれている（上林，2004）。また、連携の概念やプロセス全体が十分理解されていない（磯・小松崎・真田・飯島，2010）と指摘されている。さらに、「連携」について定義している文献（栗原他，2010；渥美・安齋，2013）は少数であった。そのため、連携の捉えは様々で、定義は統一化しておらず（中村・岡田・藤田，2012）、共通認識が充分ではないと考えられる。連携は一時的なものではなく、妊娠期から養育期までのすべての時期を通した連携のプロセスに沿った具体的な活動内容を明らかにする必要があると考える。また、相互交流や定期的に集まる情報交換会等でお互いに評価をする場が連携には必須である（荒井・安武・笠置・岡光，2008）との指摘もあり、日常的な連携内容や連携を円滑に行うための組織への働きかけについても明文化する必要があるといえる。保健師は、日常的に多職種・機関と連携をはかっている（筒井，2006）。妊娠から出産に主に関わる助産師は、支援事例について、保健師への連携のきっかけをつくる必要があるといえる。しかし、助産師は、多職種と率先して連携することに特化した教育を受けていな

いと指摘されており（村上，2014），実践に活用可能なツールを開発することが急務であると考えられる。また，近年は子育て世代包括支援センターの助産師および保健師を対象とした研究（槻木他，2019）もなされており，新設機関を含めて親子を取り巻く関係機関が円滑な連携をはかれるよう研究を遂行していく必要があるといえる。

国内において，連携に関する研究は様々な分野で数多く行われているが，連携指標・尺度に関する研究は限定される。連携指標については，在宅療養を要する療養者の支援における看護職と介護職の連携指標（原口他，2018），特別養護老人ホームの看取りにおける看護・介護連携指標（長畑，2015）などである。連携尺度は，保健師の連携活動尺度（筒井，2004），発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師と保育士の連携活動自己評価尺度（大塚・巽・坪見，2019），看護師と医師の連携・協働尺度（Ushiro，2009），在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度（福井，2014），緩和ケアに関する地域連携評価尺度（森田・井村，2013），ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度（山内・長畑・松田，2016），医療介護福祉の地域連携尺度（阿部・森田，2014），口腔ケアにおける看護師と歯科医師の連携尺度（中島・窪田・町島，2016）についての研究が行われている。また，協働尺度としては，分娩期における産科医と助産師の協働尺度（小田柿，2018）に関する研究がある。保健師と保育士は，情報交換，適切な頻度での関わり，相手職種への理解，支援結果のやりとり，ルールの整備など事例を通じた連携を行っていた。保健師と職種を問わない相手との連携は，事例を通じた連携に限らず，他職種との親睦会への参加や他機関への挨拶回りなど，所属外での日常の連携の基盤づくりが含まれていることが特徴であった。介護職と看護師は，ともにケアの実践，役割分担，信頼関係の構築などの連携の基盤づくりが示され，産科医と助産師は，助け合い，チームとして対等な立場，自由な意見交換，責任や権限の共有が含まれていた。連携または協働の指標，尺度に関する研究は行われているが，公表数は少なく，指標や尺度について十分な検証がなされているとは言い難い。



また、養育期の家族に関わる研究は少数であり、助産師と保健師に特化した研究はみられなかった。

以上より、国内の助産師と保健師の連携、看護職の連携指標・尺度に関する研究では、事例を介した連携活動の他、日常的な連携相手との関わりから連携の基盤をつくり、信頼関係を構築することが示されていた。業務外に互いに顔を合わせ、連携の基盤を構築する点に我が国の連携の特徴があるといえる。

## 2. 看護職の連携に関する諸外国の研究動向

諸外国の研究においては、看護職が妊娠期から母親への支援を開始し（Kemp et al, 2012）、家庭訪問などによる継続的な支援が効果的であること（Vanderburg, Wright, Bosto , & Zimmerman, 2010）が示されている。また、Scherf and Reid（2006）は、支援が必要な母子が退院するにあたり、医療機関の看護職が保健師との連携をはかる必要があることを指摘している。Schmied et al.（2010）は、多職種連携には、相互の関係構築が必要であると述べている。しかし、ノルウェーの保健師と助産師に関する調査では、連携体制が不十分であると指摘されている（Clancy, Gressnes , & Svensson, 2012）。いずれも要支援の事例には、継続的な関わりが必要であるとしているが、連携活動の具体的内容に焦点を当ててはいない。

Barimani and Hylander（2012）は、保健師と助産師との連携による母子支援の効果を示し、情報提供、関係の成立と維持、調整が連携の戦略であることを示している。医療機関の医師と看護職の連携については、①一緒に計画を立案、②率直な話し合い、③意思決定の責任の共有、④良好な関係、⑤互いの領域からの検討、⑥互いの仕事の調整という6つの要素が示されている（Baggs, 1994）。また、Petri（2010）は、多職種連携の概念分析により、多職種連携を成功させるために必要な要素は、専門職間の教育、役割認識、対人関係スキル、意図的な行動、サポートであると述べている。いずれも連携の戦略や要素を示しているが、具体的な連携活動は示していない。

連携・協働尺度についての研究は散見されるが、看護師間 (Dougherty & Larson, 2010)、看護師と医師間 (Hojat et al, 1999; Weiss & Davis, 1985)、医療関係者間 (Adams, Bond & Arber, 1995)、多職種チーム間 (Kenaszchuk, Reeves, Nicholas & Zwarenstein, 2010; Orchard, King, Khalili & Bezzina, 2012) などであり、助産師と保健師に焦点化した研究は見当たらなかった。看護師と医師間の連携が相互の話し合いの他、互いの意見の主張、提案などである一方、看護師間是对話、プロセスの共有、調整や互いの尊重といった、同等の立場による内容であった。看護師間については、専門性として、互いの尊重の他、連携の意欲、新任者への指導や連携のサポートにおけるリーダーシップについても述べられており、看護師同士の成長も含まれていた。また、職種を限定しない多職種チーム間の連携には、助け合い支える、尊敬と信頼、相互の開放と正直さなどの項目がみられた。

「連携」と統一化された概念で用いられることがある (吾妻・神谷・岡崎・遠藤, 2013)。「協働」は、それぞれの特徴を生かし、対等の立場で協力することと述べられている (栗原他, 2010)。我が国も諸外国においても共通して協働の意味合いが含まれている研究がみられた。また、連携の内容には行動レベルと認識レベルがある (吉池・栄, 2009) が、我が国と諸外国で共通する点であった。

以上より、諸外国においては、医療機関の看護職が保健師との連携をはかる必要性を説いたもの、要支援者へ継続的に関わる必要性を説いたもの、保健師と助産師の連携による効果を明確化したもの、連携・協働尺度研究はみられるが、助産師と保健師に特化して連携の詳細を明らかにした研究は見当たらない。連携モデルや結果に関する研究は限られている (Schmied et al, 2010) との指摘もあり、具象化した研究が必要であるといえる。

### 3. 助産師と保健師の連携上の課題

助産師と保健師の連携については、担当者が不明確であること (渥美・安齋, 2013)、お互いの業務内容がわからないこと (大友・麻原, 2013)、支援

方法の視点の違い（玉城，2014）などの課題がある．さらに，連絡調整に時間を要すること（玉城，2014）も示され，個人の認識の課題と制度および環境面の課題から，タイムリーな連携が危ぶまれる現状が明らかとなっている．また，連携についての評価が不十分である（玉城，2014）と指摘されている．さらに，連携のための時間の不足（大友・麻原，2013）も日常的なつながりを困難にしていた．そして，気軽に連絡できる関係の構築や日常から互いに専門性の理解を重ねること（大平他，2007），会議・研修会などの充実（渥美・安齋，2013；金浜他，2010；大平他，2007）の必要性が示唆されている．また，Polivka（1995）も，連携先の実態を把握し，活動を促進することの必要性を示している．鄭・福澤（2016）は，母子連絡票の提出経験のある助産師への質問紙調査から，行政保健師との連携が取れていると認識している者が多いことを明らかにした．しかし一方，行政保健師への調査では，助産師との円滑な連携が取れていない現状が指摘されている（福澤・鄭，2017）．服部他（2019）は，助産師への質問紙調査から，保健師との連携について，直接的な連携が取れていない，退院後の保健師のケアの現状が不明などの課題があることを明らかにしている．そして，助産師は，保健師との連携方法を検討する中で，共通認識が可能なツールの必要性を感じていた（岡田，2016b）．

以上より，助産師と保健師の連携体制は，システムとして十分に構築されているとは言い難い．要支援者が増える現状（下垣・原，2013）においては，今後さらに連携に関する熟練した技や知識を明文化し，それを伝承していく必要があるといえる．そして，連携活動の内容を具体的に示し，連携活動を方向づける指標開発の必要性があると考えられる．連携指標の開発により，助産師が日常の連携活動の意味や効果を捉えやすくなり，実践の評価に活用することもできるといえる．また，新任教育に活用可能であり，連携活動の質の向上に役立つと考えられる．そして，連携指標に沿った実践が行われることにより，継続的な支援が必要な家族に関わる看護職の切れ目のない支援が行われ，育児不安や困難，児童虐待の予防になるといえる．

連携には、連携者相互の理解と関係性が欠かせない。保健師の連携については、筒井（2004）の連携活動尺度、大塚他（2019）の保育士との連携活動自己評価尺度が散見されるが、尺度や指標に関する助産師に特化した研究は見当たらない。本研究では、特に不明瞭である助産師に特化して保健師との連携指標を開発することとする。

### Ⅲ．研究目的

本研究では、妊娠期から養育期において継続的な支援が必要な家族に関わる助産師のための保健師との連携指標を開発することを目的とした。

### Ⅳ．用語の定義

#### 1. 継続的な支援が必要な家族

妊娠，出産，養育の時期を通して，何らかの支援を受けなければ適切な養育と子どもの健全な発育・発達が困難である，妊産褥婦と出生児，きょうだい，および子どもの父親などの養育に関わる者を含む集団とした。

#### 2. 連携

単なる情報共有ではなく，異なる機関に属する助産師と保健師が，共通の目的・目標を達成するために，対等な立場で協力し合って活動を行うプロセスとした。

#### 3. 連携指標

助産師が，保健師と連携する際に行う具体的な活動の内容を，目的や方法を含めて示すものとした。

### Ⅴ．研究概要

本研究では，consensus methods のひとつであるデルファイ法を用いて連携指標を作成した。consensus method は，誰もが納得できるような結論が出ていない事柄について，コンセンサスを形成するための研究手法であり（Jones & Hunter, 1995），明確化されていない助産師と保健師の連携指標

の開発に適した方法であると考えた。

consensus method のねらいは、ある論点について専門家やそれ以外の人たちがどの程度合意できるのかを明らかにすることにある。その特徴は、各専門家に質問紙への回答を数回にわたって依頼し、合意を得るまで何度もやりとりする。また、質問紙への回答を分析し、新しい質問紙とともに専門家にフィードバックを行う。これにより、グループの視点を知ったうえで、自分の意見を再構成できる特徴がある (Polit & Beck, 2008)。

デルファイ法は、国内では 1990 年代に初めて登場し、その後 2010 年代にかけて急増して活用されている (藤田・植木・北尾・前田・藤原, 2018)。デルファイ法は、①回答者の匿名性により、有力な人物の発言などに全体の意見がひきずられにくい、②全体の回答のフィードバックにより、回答者同士の相互作用を促す、③回答者は主観判断で意思決定するが、統計的に判断が引き出せるという 3 つの長所がある (川口, 2008)。

Pope and Mays (1996, 大滝訳, 2008) は、段階的に進めるデルファイ法の手順を下記の通り示しており、本研究における連携指標の開発を、この手順を参考に作成した。

第 1 段階: ある事柄に関して関係者を招いてその知識や経験に基づいた意見を出してもらい、整理・統合してアンケート用の項目や文章にまとめる。アンケートに協力してもらおう専門家を選ぶ。

第 2 段階: 参加者にアンケートを配布し、各項目の内容への同意の程度の点数を集計し、アンケートを作り直す。

第 3 段階: 作り直したアンケートを参加者に配布し、再度各項目の内容について同意の程度を点数で示してもらい、前回の全体の回答結果も示し、それを参考にして自分の点数を変えることができる。点数を集計し、コンセンサスの程度を検討し、ある程度のコンセンサスが得られた時点でこの作業を終了する。

なお、本研究では、Pope and Mays (1996, 大滝訳, 2008) に則り、「同意」を研究参加者個人が同意すること、「コンセンサス」を複数の人の意見

がまとまることとした。

## VI. 本研究における調査のプロセス

本研究の目的を達成するために、以下のように段階的に研究を行った。研究の概要を図 1 に示す。

### 第 1 段階：連携指標の項目案の作成

1. 経験年数 5 年以上の助産師に面接調査を行い、保健師との具体的な連携活動の内容および現状の課題などを明らかにし、連携指標項目の原案を作成する。
2. 助産師または保健師の経験を有する研究者および、後期中堅期以降の 11 年以上の経験を有する助産師または保健師を対象に面接調査を行い、連携指標項目の原案を提示し、項目の内容や表現方法に対する適切性を問う。その結果を踏まえて連携指標項目を精選し、連携指標の項目案を作成する。

### 第 2 段階：連携指標の確定

助産師を対象とした全国調査を実施し、第 1 段階で作成した連携指標の項目案をもとに、コンセンサスの得られた連携指標を確定する。

### 第 3 段階：連携指標を活用する上での課題の検討

助産師を対象とした全国調査により、連携指標に対する実施状況と実施していない理由を明らかにし、連携指標を活用する上での課題を検討する。

## VII. 第 1 段階（連携指標の項目案の作成）

### 1. 第 1 段階の目標

連携指標の項目案を作成することである。第 1 段階-1 では、連携指標項目の原案を作成、第 1 段階-2 では、第 1 段階-1 で作成した原案を精選し、連携指標の項目案を作成することを目標とした。

## 2. 第1段階-1（助産師の面接調査による連携指標の原案の作成）

### 1) 研究方法

#### (1) 研究参加者

Benner（2001，井部監訳，2005）のドレファスモデルを参考に，経験豊富といわれる経験年数5年以上の助産師10名程度とした．なお，分娩取扱医療機関の看護管理者に対して趣旨を説明して紹介を依頼し，同意が得られた者とした．研究参加者が十分に得られない場合は，機縁法を用いることとした．

#### (2) データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構造化面接調査を研究参加者1名につき1～2回行った．了解を得た上で面接内容をICレコーダーに録音またはメモをとった．

#### (3) データ収集項目

基本属性（年代，所属科，看護職経験年数，役職など），継続的な支援が必要な家族に対して保健師との連携がはかれた事例およびはかれなかった事例を想起してもらい，その理由および目的を含めた連携に関わる具体的な活動の実際，連携に対する認識，連携における課題，連携に必要な環境，保健師への意見・要望，保健師との日常的な関わりなどとした．なお，プレイインタビューを研究参加者と同条件の者1名に行い，インタビューガイドの妥当性を検証した上で実施した．

#### (4) 分析方法

面接内容の逐語録を作成し，データとした．事例毎に連携に関連のある文脈を取り出し，語りの表現を損なわないように留意してコード化した．要約的内容分析（Krippendorff，1980，三上・椎野・橋元訳，1989）を参考に，意味の類似性に基づき整理統合して抽出項目とした．連携の展開過程の7段階（吉池・栄，2009）を踏まえて，連携指標の項目案を作成した．なお，指導教授のスーパーバイズを受け，複数名で分析を行った．

## 2) 倫理的配慮

研究参加者に口頭および書面で研究の趣旨，参加への拒否・中断，その場合の不利益はないこと，本研究以外でデータを使用しないこと，結果の公表，個人情報の保護などを説明し，同意を得た上で署名を得た．データ入力時には任意の記号表記とし，所属機関や個人が特定できないようにした．また，記録物および録音媒体は鍵のかかる場所に保管した．なお，研究に先立ち，北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得た（承認番号 14N040040）．

## 3) 第 1 段階-1 の結果

調査期間は，2015 年 4 月～11 月であり，研究参加者は 7 名であった．7 名の結果を分析した所，データの飽和がみられたため本段階の調査は終了とした．研究参加者の年代は，30 歳代 3 名（42.8%），40 歳代 2 名（28.6%），50 歳代 2 名（28.6%）であり，職位は師長 1 名（14.3%），主任 1 名（14.3%），スタッフ 5 名（71.4%）であった．また，所属施設は病院 6 名（85.7%），診療所 1 名（14.3%）であった（表 1）．助産師平均経験年数は 15.7 年，半構造化面接調査を 1 名につき 1 回行い，平均面接時間は 50 分であった．

面接調査で語られた内容は，継続的な支援が必要な家族であると把握した経緯，家族の状況，病棟内での情報共有，先輩・上司への相談，外来との情報共有，支援の方向性の決定，記録の管理などであった．また退院前に，家族への情報提供に対する説明と同意，保健師への情報提供内容の検討，連絡をする保健師を確認し電話や文書を用いた連絡，保健師への連絡時の配慮や依頼方法，保健師の家族への支援の確認，保健師への情報提供，保健師との家族への支援の方向性の確認などを行っていた．さらに，主体的に事例会議（名称は様々であり，ケース会議とも表現した）を行っている研究参加者もあり，会議を行う際の参加者および日程などの決定や会議実施時の配慮，会議の経過なども語られた．所属施設内に地域連携室がある研究参加者は，会議の企画の相談や地域連携室業務の把握なども行っていた．さらに，家族か



ら情報収集する際の配慮，保健師との継続的な電話などでの情報共有，保健師からの情報伝達がなされるための調整，保健師が入院中に家族と面会する際の同席，保健師への産後 1 か月健診の結果の伝達，退院後の家族の経過の確認，支援内容の評価などを行っていた．指導的立場の助産師は，保健師との連携の必要性についてスタッフへ伝え，連携の場面を見せ，事例会議の企画や調整について助言を行っていた．また，勤務時間内に連携活動が行えるような調整や保健師と顔を合わせる機会の企画などを行っていた．スタッフは，管理者へ連携のための時間確保に理解を求め，家族の状況を把握するためのチェックリストを作成し，連携をはかる保健師の業務や要望を把握し，保健師と顔を合わせる会への参加などを行っていた．可能な場合は保健師とともに家族への家庭訪問を行い，保健センターの教室へ参加している研究参加者もいた．

抽出された項目を吉池・栄（2009）による連携の展開過程の 7 段階「単独解決できない課題の確認」「課題を共有し得る他者の確認」「協力の打診」「目的の確認と目的の一致」「役割と責任の確認」「情報の共有」「継続的な協力関係の展開」に当てはめて分析を行った．なお，助産師と保健師の連携に関する具体的な内容を示す先行研究が見当たらないこと，本面接から得られた抽出項目が助産師の連携内容を具体的に指し示していることから，抽出された項目を連携指標項目の原案とすることとした．研究参加者の語りから得られた連携内容の分類を研究参加者毎に図 2-1，2-2，3-1，3-2，4-1，4-2，5，6-1，6-2，7-1，7-2，8 に示す．しかし，段階を跨ぐ項目がみられたこと，保健師との連携が必要な事例や連携の基盤づくりの項目などが分類できないことから，新たな分類に整理した．その結果，「保健師との連携が必要な事例」「連携体制の整備，アセスメント」「協力の打診，情報提供」「役割確認，情報共有，支援の方向づけ」「継続的な協力関係の展開」「連携の基盤，環境」に分類された．

助産師は，保健師との連携の必要性を感じ，それぞれの方法で連携をはかっていた．様々な課題を抱える家族を把握し，退院後の継続した支援が必要

と捉えた場合は、保健師へつないでいた。しかし、連絡を連携と捉えている者、個々の事例に留まらない所属施設外の連携活動をしているなどの多様な捉えや現状が明らかとなった。また、連携に影響する要素として、保健師を知っているか否か、スタッフや先輩および上司間の雰囲気、保健師からの働きかけ、会議の有無などが語られた。連携を促進する要素については、保健師と顔を合わせる機会の有無、上司の理解などが挙げられた。

継続的な支援が必要な家族に関わる助産師の保健師との連携指標の原案として、連携が必要な事例を含めた 104 項目が生成された（表 2-1, 2-2, 2-3）。その内訳は、保健師との連携が必要な事例として 20 項目（うち、妊産婦に関する 9 項目、新生児に関する 2 項目、家族に関する 9 項目）、連携体制の整備、アセスメントとして 16 項目、協力の打診、情報提供として 6 項目、役割確認、情報共有、支援の方向づけとして 23 項目、継続的な協力関係の展開として 12 項目、連携の基盤、環境として 27 項目であった。なお、得られたデータからは「家族」の捉えが多様であったため、以後の調査では本研究の用語の定義とは異なるが、妊産褥婦および新生児以外の家族構成員を「家族」と表記することとした。

### 3. 第 1 段階-2（研究者、助産師および保健師の面接調査による連携指標の項目案の作成）

#### 1) 研究方法

##### (1) 研究参加者

専門家調査には、最低 3～5 名以上の研究者と実践者からなる専門家が必要といわれている（Lynn, 1986）。助産師と保健師の各々 5 名程度とし、次の 2 つの条件の何れかを満たす者とした。①助産師または保健師の経験を有する研究者であること、②佐伯・和泉・宇座・高崎（2004）の先行研究を参考に、後輩育成の課題をもつ、後期中堅期以降の 11 年以上の経験を有する助産師または保健師であること。

研究参加者は、助産師の面接調査と同様の方法および機縁法により得た。

## (2) データ収集方法

面接により自己記入式質問紙調査票を渡し、記入方法、回収方法・時期を口頭および書面で説明した。後日、記載内容を確認し、構造化面接を行った上で、調査票を回収した。

## (3) データ収集項目

基本属性（助産師、保健師または研究職経験年数）、連携指標の項目の原案に対する表現の適切性、項目の過不足およびその理由や修正内容などについての意見とした。各項目の表現の適切性は、「適切である」「どちらかといえば適切である」「どちらかといえば適切ではない」「適切ではない」の4件法による回答とした。調査票回収時に、構造化面接により「どちらかといえば適切ではない」「適切ではない」を選択した項目についての理由および修正内容について、データを得た。

## (4) 分析方法

表現の適切性の程度を集計した上で、「どちらかといえば適切ではない」「適切ではない」の選択理由および修正内容を検討し、項目を精選した。なお、指導教授のスーパーバイズを受け、複数名で分析を行った。

## 2) 倫理的配慮

研究参加者に口頭および書面で研究の趣旨、参加への拒否・中断、その場合の不利益はないこと、本研究以外でデータを使用しないこと、結果の公表、個人情報の保護などを説明し、同意を得た上で署名を得た。データ入力時には任意の記号表記とし、所属機関や個人が特定できないようにした。また、記録物は鍵のかかる場所に保管した。なお、研究に先立ち、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得た（承認番号14N040040）。

## 3) 第1段階-2の結果

調査期間は、2016年2月～3月であり、研究参加者は10名であった。経

験年数 11 年以上の助産師 2 名，助産師の経験を有する研究者 2 名，経験年数 11 年以上の保健師 1 名，保健師の経験を有する研究者 4 名，助産師および保健師の経験年数 11 年以上の者 1 名であった。

連携指標項目の原案について，連携指標に含める範囲を再検討すること，活動に限定すること，時間経過に沿うこと，不明瞭な表現，用語の統一などに関するデータを得た。調査方法は 4 件法であったが，「適切ではない」と「どちらかといえば適切はでない」の判断が難しい，項目内容は「どちらかといえば適切である」と判断するが，理解しにくい表現のため適切性を欠くなどの理由で，複数項目に明確な回答が得られない研究参加者がいた。項目の不足に対する意見はなく，追加項目はなかった。また，「事例」と「家族」の捉えが不明確との回答を得た。

特に「適切ではない」項目は，助産師の活動内容とは言い切れない事例の内容であり，連携指標に含める項目を検討し，除外項目とした。さらに不適切な項目を除外し，同じ意味内容の項目を統合し表現を精錬して，47 項目の連携指標の項目案を作成した。時間経過に沿い，医療機関受診時から退院まで 21 項目，退院後 6 項目，そして連携の体制づくり 20 項目（指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容 7 項目，病棟または外来スタッフが実施すべき内容 13 項目）に分類された（表 3）。また，連携指標全般に関する意見として，所属施設外の活動などは連携指標項目として適切であると考えるが，実状に沿わない場合が想定されるとの意見を得た。

## Ⅷ. 第 2 段階（連携指標の確定）

### 1. 第 2 段階の目標

第 1 段階で作成した連携指標の項目案をもとに，コンセンサスの得られた連携指標を確定すること。

### 2. 研究方法

#### 1) 第 1 回全国調査

#### (1) 研究参加者

全国の分娩取扱医療機関 2,431 施設（公益社団法人日本産科婦人科学会医療改革委員会運営ホームページ「周産期医療の広場」掲載，2015 年 1 月現在）から層化無作為法により抽出した半数の 1,216 施設（病院 515 施設，診療所 701 施設）に対し，各施設 1 名の助産師を対象とした．各施設に協力依頼書および自己記入式質問紙調査票を送付し，管理者から研究の趣旨を説明してもらい，同意の得られた保健師と連携している助産師とした．

#### (2) データ収集方法

研究参加者に，調査票を記入してもらった．回収は，研究者への個別の郵送法とした．

#### (3) 調査内容

基本属性（年代，職位，施設内の所属，所属機関，勤務経験のある機関），連携指標項目についての同意の程度（「同意する」「どちらかといえば同意する」「どちらかといえば同意しない」「同意しない」の 4 件法），自由記載（「どちらかといえば同意しない」「同意しない」の理由，項目全体への意見，不足項目），再調査への協力の可否，協力可の場合の連絡先とした．なお，同意の程度は，第 1 段階-2 の結果を踏まえ，実施の有無に関わらず，実施すべき内容について同意できるかを尋ねた．また，再調査の協力の有無を確認し，有の場合は連絡先記載票への記入を依頼した．なお，「事例」については，前段階の結果を踏まえ，「妊産褥婦および子どもとその家族を含めた支援の対象者」とすると説明を加えた．

#### (4) 分析方法

「同意する」「どちらかといえば同意する」を肯定的評価とした．コンセンサスを示す同意率の設定には確立した値がない（Polit & Beck, 2008）ため，先行研究（藤田・藤原，2013；加藤・山内，2017）を参考に各項目の同意率 80% 以上の場合にコンセンサスが得られたと設定した．同意率 80% 未満の項目および追加項目については，自由記載に基づき，項目の修正または追加・削除を行い，第 2 回調査票を作成した．なお，分析には，指導教授の

スーパーバイズを受け行った。

## 2) 第 2 回全国調査

### (1) 研究参加者

第 1 回全国調査の研究参加者で再調査の協力の同意が得られた者とした。

### (2) データ収集方法

研究参加者に、第 1 回全国調査の結果と自己記入式質問紙調査票を送付した。回答は、第 1 回全国調査の結果を参照し、前回の意見を変更してもよいことを示した上で、調査票により回答を得た。回収は、研究者への個別の郵送法とした。

### (3) 調査内容

基本属性（第 1 回全国調査と同様）、第 1 回全国調査により修正した連携指標項目に対する、同意の程度および自由記載（第 1 回全国調査と同様）とした。

### (4) 分析方法

第 1 回全国調査と同様に行った。なお、コンセンサスが得られない場合は、第 2 回と同様の調査を繰り返すこととした。

## 3) 倫理的配慮

第 1 回および第 2 回全国調査ともに、調査票に協力の自由と匿名性の確保を含めた倫理的配慮を記述した書面を同封し、調査票の返送をもって協力の同意が得られたとみなした。調査票および連絡先記載票は、照合不可となるよう、鍵のかかる別々の場所に保管した。なお、研究に先立ち、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得た（承認番号 16N024022）。

## 3. 結果

### 1) 第 1 回全国調査

調査期間は、2016年10月～12月であり、研究参加者336名（有効回答率28.6%）から回答が得られた。年代は、20歳代7名（2.1%）、30歳代52名（15.5%）、40歳代127名（37.8%）、50歳代134名（39.9%）、60歳代16名（4.7%）であった。職位は、部長6名（1.8%）、師長133名（39.6%）、副師長35名（10.4%）、主任47名（14.0%）、スタッフ108名（32.1%）、その他7名（2.1%）であった。施設内の所属は、病棟199名（59.2%）、外来13名（3.9%）、病棟および外来113名（33.6%）、その他11名（3.3%）であった。また、所属機関は病院197名（58.6%）、診療所139名（41.4%）であり、勤務経験のある機関（重複回答あり）は病院211名（62.8%）、診療所50名（14.9%）、その他35名（10.4%）であった（表4）。勤務経験のある機関のその他は、教育機関、保健センター、新生児訪問や母親教室を行う行政からの個人委嘱者、訪問看護ステーションなどであった。また、助産師経験平均年数は、21年11か月であった。

連携指標項目に対する同意の程度を表5に示す。45項目については同意率が80%以上であった。「事例についての情報を収集し整理する」は同意率100%であり、その他の項目も同意率が90%を超えるものが多くを占めていた。一方、「事例の情報を保健師と継続的に電話等で共有する」「事例への支援の方向性について、保健師と継続的に電話等で共有する」は同意率90%に満たず、その理由として、保健師へ支援を移行した後、継続的に関わり続ける必要性を感じない、其々の職種の役割であるなどの自由記載がみられた。また、電話ではなく文書として連携を取り続けている状況もみられた。「日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師・看護職以外の職種に伝える」も同意率が90%弱であり、「医師・看護職以外の職種」へ連携の必要性を伝える必要性を感じないなどの自由記載がみられた。「必要時には、保健師とともに事例の家庭訪問を行う」は、医療機関の助産師の役割ではなく保健師へ依頼している、保健師との情報共有で良いと考える、人数や時間の都合で不可能である、システムがつくられていないなどの理由で同意率が65.1%であった。しかし、自由記載の中には、現実には難しいが同伴訪問が

できたら理想的であるとの意見もあった。また、「保健センター等で行われる母子関係の教室に参加する」は、時間がない、情報や内容の情報を得るのみで良い、保健師の活動と考える、必要性を感じない、参加の目的が不明確であるなどの理由で、同意率が 79.8%であった。同意率が 80%に満たない、助産師が保健師業務に直接関わる 2 項目を除外項目とした。また、退院後の連携指標項目であった「保健師からの情報が確実に伝わるように病棟や外来内で調整する」を、指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容に移行した。追加項目に関する結果はみられず、自由記載の結果から数項目の表現を修正して、45 項目が作成された。

## 2) 第 2 回全国調査

調査期間は、2017 年 4 月～5 月であった。第 1 回全国調査で再調査の同意が得られた 226 名中、172 名（回収率 76.1%）から回答があり、171 名（有効回答率 75.7%）を分析対象とした。年代は、20 歳代 5 名（2.9%）、30 歳代 23 名（13.5%）、40 歳代 71 名（41.5%）、50 歳代 65 名（38.0%）、60 歳代 7 名（4.1%）であった。職位は、部長 2 名（1.2%）、師長 69 名（40.3%）、副師長 21 名（12.3%）、主任 25 名（14.6%）、スタッフ 48 名（28.1%）、その他 6 名（3.5%）であった。施設内の所属は、病棟 99 名（57.9%）、外来 7 名（4.1%）、病棟および外来 63 名（36.8%）、その他 2 名（1.2%）であった。また、現所属機関は病院 104 名（60.8%）、診療所 67 名（39.2%）であり、勤務経験のある機関（重複回答あり）は病院 116 名（67.8%）、診療所 31 名（18.1%）、その他 4 名（2.3%）であった（表 6）。助産師経験平均年数は、21 年 2 か月であった。

連携指標項目案に対してすべてが同意率 80%以上であったため（表 7）、調査終了と判断した。連携指標項目は、【医療機関受診時から退院まで】の「保健師との連絡・調整窓口を決める」「緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える」などの 21 項目、【退院後】の「保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る」などの 5 項目、



連携の体制づくりとして【指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容】の「勤務時間内に連携活動ができるよう調整する」「保健師からの情報を担当者に確実に伝達する体制を整える」などの 11 項目，連携の体制づくりとして【病棟または外来のスタッフが実施すべき内容】の「報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する」などの 8 項目となった。助産師が家族の退院前に医療機関内外の連携体制を整え，退院後も連携をはかる項目がみられた。また，連携の基盤となる体制づくりの項目もみられた。指導的役割を担う者が実施すべき項目には，連携という側面からスタッフを育成する内容が含まれていた。スタッフが実施すべき項目には，自己研鑽の内容が含まれていた。コンセンサスが得られ，確定した連携指標を表 8 に示す。

## IX. 第 3 段階（連携指標を活用する上での課題の検討）

### 1. 第 3 段階の目標

助産師を対象とした全国調査により，連携指標に対する実施状況と実施していない理由を明らかにし，連携指標を活用する上での課題を検討する。

### 2. 研究方法

第 2 段階における第 2 回全国調査に合わせて，継続的な支援が必要な事例がある場合に，連携指標に対する実施状況（「いつも実施している」「どちらかといえば実施している」「どちらかといえば実施していない」「全く実施していない」の 4 件法とその理由）を尋ねた。実施すべきと考えるが，「どちらかといえば実施していない」および「全く実施していない」場合の理由について，回答を求めた。理由は，第 2 段階での自由記載および先行研究（岡田，2016a）をもとに，「時間がない」「人手不足」「所属施設の規則外」「上司（または管理者）の理解が得られない」「他の職種が既に役割を担っている」「その他」を複数回答可の選択肢とし，「その他」で自由記載を求めた。記述統計および自由記載で得た回答をもとに，連携指標に同意するが実施し

ていない理由について分析を行った。

倫理的配慮は、第2段階と同様である。

### 3. 結果

#### 1) 医療機関受診時から退院まで（連携指標1～15）の連携指標の実施

結果を表9および表10に示す。事例についての情報収集や整理、病棟・外来間での情報・目標共有の実施は、おおよそ90%が「いつも実施している」または「どちらかといえば実施している」であった。しかし、「保健師が退院前の事例と面会の必要がある時は、妊産褥婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する」「保健師が入院中に事例と面会する際には状況に応じて同席する」「保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする」「事例の退院後の目標を保健師と確認しあう」「退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する」は、「全く実施していない」「どちらかといえば実施していない」が20%を超えていた。実施していない理由は、順に人手不足、時間がない、他の職種が既に役割を担っているなどであった。また、家族が連携を望まない、担当保健師との関係が密ではない、保健師により対応が異なる、休日は保健師との連絡が取れないなどの家族および保健師側の理由が挙げられた。

#### 2) 医療機関受診時から退院まで（事例会議を行う場合）の連携指標の実施

結果を表11および表12に示す。「助産師が調整役を担い地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する」「助産師が調整役を担う場合は、医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す」について、「全く実施していない」「どちらかといえば実施していない」がそれぞれ50.6%、45.5%であった。その他の4項目は、「全く実施していない」「どちらかといえば実施していない」が22.4～36.4%であった。実施していない理由は、他の職種が既に役割を担っているが最も多く、人手や時間の不足、所属施設の規則外であることの他に、地域連携室がない・機能していない、前例がない、検討会議

の依頼がないなどであった。

### 3) 退院後の連携指標の実施

結果を表 13 および表 14 に示す。「事例の方法を必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する」は 90.6%が「いつも実施している」または「どちらかといえば実施している」であった。一方、「福祉関係者や児童相談所等の関係者に、必要に応じて保健師とともに情報提供をする」「必要に応じて、事例の産後 1 か月健診の結果を保健師へ情報提供する」は、「全く実施していない」または「どちらかといえば実施していない」がそれぞれ 29.7%、18.2%であった。実施していない理由は、時間や人手不足、他の職種が既に役割を担っている他、退院後の経過報告がない、保健師との考えの相違、スタッフの認識不足などの相互の意識の相違・低さなどであった。また、現在は実施していないが、今後実施を予定しているとの記載もみられた。

### 4) 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容の実施

結果を表 15 および表 16 に示す。「保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す」は、「いつも実施している」または「どちらかといえば実施している」が 94.5%であった。一方、「保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する」「日常的に連携の必要性を医療機関内の MSW と共有する」「事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける」「スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える」の順に、「全く実施していない」「どちらかといえば実施していない」が 49.7%、43.1%、38.0%、37.4%であった。実施していない理由は、順に人手不足、時間がない、他の職種が既に役割を担っている、所属施設の規則外であり、担当者が実施、代替の会議の出席などの自らは実施していないが、助産師として、あるいは組織として対応している内容がみられた。その他、実施するためのマニュアルがない、スタッフの意識不足、未経験などであった。

## 5) 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施すべき内容の実施

結果を表 17 および表 18 に示す。「報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する」は、「いつも実施している」または「どちらかといえば実施している」が 97.5%であった。「日常的な関わりを通して、保健師に助産師の業務や役割を伝える」「保健師活動を知る機会（例：ネットワーク会議・看護協会研修等）に参加する」「地域連携室がある場合は、業務と役割・機能を理解する」「母子保健に関する情報（情勢や施策等）を保健師と共有する」の順に、「全く実施していない」または「どちらかといえば実施していない」が 34.4%，34.0%，27.1%，26.1%であった。実施していない理由は、時間や人手不足，所属施設の規則外である他，保健師と直接会う機会がない，システムが整っていないなどであった。また，代替の会議への出席，担当者との役割分担による実施もみられた。

## X. 考察

### 1. 研究手法の検討

デルファイ法は、個人の中にある価値観や判断基準について言語化し、さらに匿名での多数決をとることで集団としての価値観や判断基準を明確化できる研究手法といわれている（藤田他，2018）。本研究では、熟練の助産師あるいは保健師，または 2 職種の資格を有した研究者という専門家に対して連携に関する調査を実施した。明確化されていない連携についての熟練者または研究者の価値観や判断基準を明らかにし，特定の他者に影響を受けることなく適切性のある結果を導くことができたと考える。また，藤田他（2018）は，デルファイ法の最終段階の研究参加者を 50～60 名程度確保できれば十分であると述べている。最終研究参加者は 171 名であり，特異な意見を有する者に影響を受けない結果が得られる人数であったといえる。また，川口（2008）がデルファイ法の長所として掲げた，統計的な判断ができたと

考える。

第 2 段階では、項目についてコンセンサスが得られるまで調査を繰り返す計画であった。第 2 回全国調査の結果より、45 項目すべての同意率が 80% 以上であったため、調査を終了した。これは、第 1 段階-1 および 2 の専門家調査により、精練された項目となっていたためと推察される。

## 2. 研究参加者の検証

本研究の研究参加者の助産師は、分娩取扱医療機関の病院と診療所所属者を対象とした。出産場所の 99.3% を病院と診療所が占めており（政府統計の総合窓口，2017），継続的な支援が必要な家族を保健師と連携して支援していく要の立場であるといえる。

第 1 段階-1 の連携指標項目の原案作成に関わる研究参加者の属性は、30 歳代から 50 歳代と幅広く、平均経験年数は 15.7 年と十分な助産師経験を有する対象であった。また、スタッフおよび指導的立場である師長および主任が含まれており、それぞれの立場からの視点でのデータが得られたといえる。所属施設として診療所が少なく、多少の偏りが想定されるが、連携活動を具体的に示す十分な項目が得られたと考える。

第 1 段階-2 の連携指標項目案の作成に関わる研究参加者は、後輩育成の課題をもつ、後期中堅期以降の助産師または保健師、助産師または保健師の経験を有する研究者であった。保健師および研究者からのデータが得られたことで、客観性のある項目案の検討ができたと考える。また、連携指標項目案の内容に留まらず、表現や記載順など細部に渡るデータを得られる専門家であったといえる。連携指標項目に対する適切性の回答が得られない研究参加者がいたが、調査方法が最適ではなかったといえる。しかし、連携指標項目内容や表現についての結果が得られ、また連携指標全般についての意見が得られたことから分析を行うことができた。

第 2 段階の第 1 回全国調査における研究参加者は、助産師経験平均年数が 22 年弱であり、50 歳代が最も多く、指導的立場である部長・師長・副師

長・主任が6割を超える経験豊かな対象であった。施設内の所属が病棟に次ぎ、病棟および外来が多かったのは、施設内で通院、入院する妊産褥婦の支援が円滑にできるよう一元化をはかっているためと想定される。また、保健センターや新生児訪問などの経験者、教育機関や訪問看護ステーションで勤務経験のある者もあり、現職以外でも十分な他職種・機関との連携をはかってきた研究参加者が含まれていたといえる。

第2段階の第2回全国調査の研究参加者は、第1回全国調査より165名減少した。再度調査に協力可能とし、回答した参加者である。業務の多忙さなどにより2回の調査への負担感から減少したと推察される。助産師経験平均年数は21年を超え、指導的立場である部長・師長・副師長・主任などのスタッフを育成する者からの回答も得られた。

### 3. 助産師のための保健師との連携指標項目の適切性

助産師への面接調査から得られた項目は、連携内容を具体的に指し示していたことから、抽出された項目を連携指標項目として用いたことは適切であったと考える。本研究参加者の中には、連絡することを連携と捉えていた者もいたが、連携の展開過程7段階が網羅される豊富な連携指標項目となった。抽出された項目を連携の展開過程の7段階に当てはめたが、項目の重複や分類不能な項目がみられた。これは、助産師が状況を確認しながら、家族や連携者に応じて、並行して複数の目標を目指す活動を行うため、明確に分類できなかったと推察される。また、事例に特化しない連携促進のための活動が含まれていたため、連携の展開過程の分類には適さなかったと考える。再分類の結果、「単独解決できない課題の確認」が「保健師との連携が必要な事例」、「課題を共有し得る他者の確認」が「連携体制の整備、アセスメント」に含まれ、「協力の打診」が「協力の打診、情報提供」、「目的の確認と目的の一致」「役割と責任の確認」「情報の共有」が「役割確認、情報共有、支援の方向づけ」となり、「連続的な協力関係の展開」は変更なし、そして新たに「連携の基盤、環境」が加わったといえる。さらに第1段階-2では、時

系列での表記を検討し、「医療機関受診時から退院まで」「退院後」となり、それらの基盤となる「連携の体制づくり」に分類された。

次に、除外された連携指標項目について考察する。

第 1 段階-1 での抽出項目では、連携が必要な具体的な事例が示された。これは、特定妊婦として示されている若年、経済的問題、妊婦の心身の不調など（厚生労働省，2018）と一部が共通していた。家族の犯罪歴や宗教上の理由での医療の拒否事例は、研究参加者にとり印象深く想起しやすく、項目となった事例が限定されたと考える。そして、第 1 段階-2 の連携指標項目案の精選により、連携指標に含めるには助産師の活動とはいえず、除外項目となった。連携が必要な具体的な内容は、連携指標項目 1 の情報収集および整理する事例の内容になるといえ、連携時には情報提供のための連絡票に関する研究（添田他，2018）などの結果を併せて活用すべきと考える。

妊娠中から保健師との連携を開始する、保健師との積極的な連携の必要性の認識、ケース会議の際の具体的内容などの項目が除外項目となった。他項目と抽象度や表現の程度が異なるものであったといえ、前段階での分析が充分ではなかったと考える。また、保健師との定型様式の作成、医療機関外への助産師についての発信、管理者への連携のための時間確保の要請、会議以外での保健師との面会などについての項目が除外された。助産師の連携の現状は様々であり（岡田，2016b）、除外項目は連携のシステムや施設環境が整った先駆的な内容であったため、同意率が低かったと考える。

第 2 段階では、2 項目が同意率 80%に満たず、除外項目となった。「必要時には、保健師とともに事例の家庭訪問を行う」は、業務時間の都合上の問題の他、家庭訪問は保健師業務であるとの認識、システムの不備などの理由で除外項目となった。一方で、助産師の産後訪問の必要性は示され実施されており（長谷川，2005）、さらに、保健師との同伴訪問が望ましいとの意見もあり、その必要性を感じていたといえる。金浜他（2005）は、育児不安を抱えた母親への支援として同伴訪問の実施とその効果について述べているが、その体制の不備を指摘している。保健師への情報提供を拒否する家族も

おり、妊娠・出産期に最も身近な支援者であった助産師が、保健師と同伴して家族への支援者を増やすことは意義深いと考える。また、同伴訪問によって、家族を中心とした支援の輪が広がるばかりでなく、専門職相互の理解が深まるといえる。特に、多問題を抱え、他者との信頼関係の獲得が困難な家族に対して有効である同伴訪問について、助産師の配置、システム整備が望ましい。

「保健センター等で行われる母子関係の教室に参加する」は、業務時間の都合上の問題の他、保健センター実施の教室は保健師業務であるとの認識、必要性を感じないなどの理由で除外項目となった。項目についての理解が、助産師が外部講師などの担当者として参加、あるいは教室の内容を知るための見学の両者が想定される。表現が不明瞭であり、研究参加者の共通認識が困難であったことが、同意率の低下につながった可能性が否めない。なお、同意率は79.8%と80%を下回り除外項目とはなったが、必要性を感じている助産師が80%弱いるといえる。分娩取扱医療機関においても、家族への知識や技術の啓蒙を目的とした教室が実施されており、保健センター実施の教室の理解を深め、連携や役割分担をしていくことが望ましいと考える。一方、保健機関の教室実施者も助産師実施の教室などに参加し、家族が利用可能な社会資源の理解を深める必要があるといえる。助産師と保健師共同の教室も開催されており(野口他, 2008)、地域の実情に応じた展開が望まれる。

除外項目となった2項目は、コンセンサスは得られなかったが、今後その必要性が増すものと推測され、所属施設外活動における保健師との連携を模索していく必要があると考える。

以下、確定した連携指標項目について、分類毎に考察する。

#### 1) 医療機関受診時から退院まで

項目1~3は事例についての情報収集や整理、施設内での情報や目標の共有であった。助産師が妊娠中から継続的な支援が必要な事例であると判断する、連携の開始段階といえる。金浜他(2005)の述べる、問題の明確化と支援方法の検討をしていたと考える。項目4は、保健師との窓口の決定であっ



た。大平他（2007）は、担当窓口を明確にする必要性を述べている。また、情報提供に関する病院・診療所に求める内容として、市町村との連絡窓口の決定が示されており（厚生労働省，2016），これに準じていたといえる。項目 5 は、家族へ保健師の役割伝達と情報提供することへの同意の獲得であった。服部他（2019）は、助産師が行政との連携で困難に感じていることのひとつに、本人の同意が取れないことがあるとしている。事例に対して同意を得ることは、今後の主な支援者となる保健師への移譲に必要なことであるといえる。項目 6～9 は、保健師への情報提供およびその方法、依頼事項であった。保健師へ情報提供する内容を整理して必要な情報を伝え、緊急性がある場合にはその旨を明確に確実に伝え、家庭訪問や医療機関への訪問を依頼する項目であった。保健師は、助産師からタイムリーに情報提供がなされ、必要な情報が得られ支援に役立っていると認識しており（福澤・鄭，2017），情報提供を円滑にする内容であったといえる。また、保健師は連携機関への訪問を行っているが（金浜他，2005），本研究においても助産師が保健師の医療機関への訪問を依頼する項目にコンセンサスが得られた。項目 10～11 は、医療機関内で保健師とともに行う内容であった。事例への直接的な橋渡しと保健師と直接顔を合わせる機会であった。大友・麻原（2013）は、助産師と保健師の双方が事例と信頼関係をつくることが連携方法のひとつであるとしている。事例と保健師が面会する場に、関係が構築されている助産師が同席することで、3者間の信頼関係の構築が促進されると考える。そして、直接顔を合わせることは、主な支援者が助産師から保健師へ移譲する際に有効な方法であるといえる。保健師は、助産師と情報共有の必要性や支援の優先順位を共有し連携できていると認識している（福澤・鄭，2017）。保健師と電話や文書のみではなく関係職種とともに情報共有することは、共通の理解を促す効果があるといえる。項目 12～14 は、事例の環境や目標の確認、保健師との役割分担であった。退院後の事例の状況を想定し、退院調整を行っていたと考える。項目 15 は、連携内容の記録であった。先行研究では明確にはみられない項目であり、支援記録に含めて助産師が意識的に行ってい

た内容であるといえる。項目 16～21 の事例会議実施時の項目は、参加勧奨、地域連携室への相談、事例会議での役割、留意事項であった。助産師が会議の企画・運営を担う場合は、地域連携室とも調整する項目であった。地域連携室が存在する施設では、役割を確認しながら有効な活用が望ましいといえる。

## 2) 退院後

項目 22～25 は退院後の保健師との継続的な関わりであった。また、必要に応じて保健師とともに他職種への情報提供を行う項目であった。家族の状況の変化について継続的に電話でやりとりする、退院後の家族の経過報告の文書を受け取り経過を確認するなど、退院後も継続的に家族の確認をしていた。連携をはかるには、連携相手と関わり続ける必要性がある（岡田他，2012）が、直接的な支援を保健師へ移譲した後も、情報を確認する項目がみられた。保健師が助産師から情報を受理する方法は、文書が多く電話は少数との調査（福澤・鄭，2017）もあるが、両方の手段を利用して連携していた項目であった。項目 26 は、事例の経過による支援内容の振り返りであった。連携活動には、評価が含まれており（玉城，2014）、本研究においても、連携を含めた事例の支援についての評価項目にコンセンサスが得られた。そして、支援を評価し改善することで、より円滑な連携、ひいては事例への最善の支援ができると考える。

## 3) 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容

項目 27～29 は、連携についてのスタッフへの理解、時間や情報伝達の調整であった。所属施設内で連携活動を円滑に行うために指導的および調整の役割をはたす項目であったといえる。項目 30～33 は、スタッフへの連携に関する教育内容であった。連携に関する知識や技術を伝達し、連携場面に立ち合わせるにより熟練度を上げていたと考えられる。項目 34～37 は、

施設内の他職種との連携体制づくり，保健師との事例に留まらない課題共有の企画であった．連携に関わる多職種との調整を行い，保健師との連携強化をはかることで，連携基盤や環境づくりを行っていたといえる．

#### 4) 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施すべき内容

項目 38～39 は施設内の上司や先輩，地域連携室との関係強化であった．事例への支援のみではなく，連携に関わる技術を学ぶ自己研鑽が含まれていた．項目 40～45 は，保健師との視点の確認，役割の認識，事例に留まらない情報共有などであった．保健師の連携項目（筒井，2004）と同様に，連携職種の活動を知る機会への参加がみられた．また，顔の見える連携尺度に「他の職種の役割がわかる」項目があるが（福井，2014），本結果でも保健師の業務や役割を把握する項目がみられた．他職種との連携の阻害要因として，話し合いの場の不十分さ，支援方法の視点の差が指摘されているが（玉城，2014），本研究ではこれらを補う機会の項目にコンセンサスが得られた．

連携のプロセスを辿ると，事例の把握，病棟・外来での共有，施設内の他職種への関わり，情報提供することの家族の同意の獲得，保健師への連絡，家族への支援と並行した保健師との継続的な関わり，保健師への支援の移譲，退院後の情報収集および支援の評価であったといえる．また，所属施設内の連携に関わる環境の整備，所属施設外の保健師との特定の事例を介さない日常的な関わりの項目がみられた．事例を通した連携のみではなく，環境づくり，基盤づくりとして組織への働きかけを指導的立場の者およびスタッフが言いシステムを確立させることで，保健師とのより円滑な連携がはかれるといえる．

助産師の保健師との連携において，直接的な連携不足，退院後の保健師の関わりが不明であるとの指摘（服部他，2019）があるが，本研究から導き出された連携指標項目を実践することで，これらの課題に対応できると考える．

#### 4. 連携指標の活用と課題

保健医療福祉の実践現場では、多職種連携は当然であるが、実践先行で理論が後追いしている傾向が否めず、多職種連携を巡る理論や概念の整理が不十分であるといわれている（松岡，2013）。本研究で開発された連携指標は具体的内容であるため、連携に取り組もうとしている、あるいは連携の理解を深めたいと考えている、または実践した連携内容を評価したいと考える助産師には、特に有用であると考えられる。また、医師と看護職の協働内容（Weiss & Davis, 1985）とは異なり、助産師と保健師が対等な立場であり、根底に看護職同士の理解があることが特徴と考える。加藤（2010）は、助産師の専門性の高いところは助産師を活用し、地域の保健師の専門性の高いところは保健師に委ねながら協働で事例への支援を行い、業務の重ならない部分と重なっている部分を認め合う必要性があると述べている。本研究結果でも、連携指標にコンセンサスは得られたが、助産師と保健師の役割確認を重ね、柔軟に対応していくことが求められる。連携指標の活用により、継続的な支援が必要な家族のための助産師と保健師の指針となり、切れ目のない支援につながると考える。

第3段階の結果より、連携指標として実施すべきと考えるが、必ずしも実施しているわけではない項目があることが明らかとなった。所属施設内での情報共有や事例の目標の共有、事例への関わりや連携への理解の促し、上司への相談などは実施率が高かった。これらは連携の一部ではあるが、事例への支援として実施している活動といえる。一方、事例会議の企画や運営、保健師との課題共有の機会の企画、事例に特化しない保健師との関わりについては、他と比較して実施率が低い傾向にあった。複雑な問題を抱える家族については、連携者が課題や目標を協議して共有する場が必要であり（渥美・安齋，2013）、実施を阻害する要因を検討し、積極的に実施していく必要があると考える。また、連携者間では気軽に連絡できる関係の構築が必要である（大平他，2007）。事例を介した保健師との関係構築のみならず、顔を合わせる機会をもつことは、連携を促進させる要素であるといえる。他職種が

既に役割を担っていることが未実施の理由に挙げられていたが、積極的に会議などの企画・運営に携わり、助産師も自らの役割を認識して連携活動を行う必要があると考える。機会がない、依頼がないなどの理由も散見されたが、連携の必要性をさらに認識し、自ら、あるいは所属、組織として活動を検討していく必要があるといえる。

職員数や時間の不足、所属施設の規定により、所属施設外との関わりが制限されている場合もある。助産師の適正な配置を行政および施設管理者へ求める提言（公益社団法人日本看護協会，2014）もなされているが、多重課題を抱える家族への支援が必要な中で、社会全体で検討すべき課題である。助産師が必要と考える活動を保障するため、地域全体のシステムの整備や政策への提言など、検討していく必要がある。これらは助産師個人が担えるものではなく、組織的な対応が必要である。本研究結果から得られた、所属施設内で連携の必要性を説く、事例会議の参加促進や企画の実施も組織の意識向上のきっかけになるといえる。また、可視化された連携指標は、業務内容を明示しやすく、管理者の理解を促す媒体のひとつになり得ると考える。時間の不足については、開発した連携指標の有用性を高めて活用していくことで、連携の熟練度が増し、時間の有効活用につながると推察される。

事例検討会の実施は、診療所に比較して病院が有意に高い（岡田，2016b）。診療所は継続的な支援が必要な家族を対象とする機会が病院と比較して少ないと推察される。しかし、少子化による知恵伝承の低下などで複雑な課題を抱えた家族は増加することも想定され、必要時に円滑な連携がはかれるよう体制を整える必要があるといえる。

また、保健師との考えの相違、保健師と直接面会する機会がないなどの連携を阻害する理由もあった。連携指標をもとに相互理解を深め、意識的に顔を合わせる機会を設定して、理解し合える関係の構築が必要であるといえる。

## 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究の研究参加者は、保健師との連携を積極的にはかっている、あるいは

は連携の意識が高い者が多く含まれていた可能性がある。特に、全国調査では、連携のシステムが整い、連携の体制づくりができており、連携指標項目に同意を得やすい研究参加者が多かったと推察される。また、地域連携室や医療ソーシャルワーカー（MSW）が存在しない施設に所属する研究参加者には回答し難かったといえる。さらに、職員数の差や所属施設の規模、連携する保健師の状況が、実施状況に影響を与えていたと想定される。今後は、地域連携室の有無や職種・職員数の差異、保健師との関係性の違いなどの特徴に合わせて、連携指標を活用できるよう検討していく必要がある。また、研究参加者として、連携相手である保健師が第1段階-2のみであったため、保健師が必須と捉える項目が含まれていない可能性も考えられる。連携は相互理解が必要であり、保健師の立場からみた助産師との連携指標を検討していく必要性が示唆された。Pope and Mays（1996，大滝訳，2008）は、consensus methodで結論が得られても、それですべてが完了するわけではなく、コンセンサスを普及させ実践に結び付けることが最終的な目的であると述べている。本研究結果で得た連携指標を実践に活用して評価し、現実性・有用性を高めていく必要がある。また、さらに検証を重ね、尺度を開発することも望ましいと考える。

今後さらに、少子化、出産年齢の上昇による子どもに関わった経験のない親、子育てと介護などの複数の課題を抱える家族、さらには低出生体重児などの課題を抱える家族、疾患や貧困などの課題を抱える家族などへの対応が求められると想定される。児童相談所、子育て世代包括支援センターなどとの連携とともに医療機関、保健機関相互の円滑な連携が急務であり、本研究で得られた連携指標を応用して多職種・機関連携の基盤を構築していく必要があると考える。

## XI. 結論

妊娠期から養育期において継続的な支援が必要な家族に関わる助産師のための保健師との連携指標を開発することを目的とし、デルファイ法を用いて

研究を行った。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 継続的な支援が必要な家族に関わる助産師のための保健師との連携指標として、医療機関受診時から退院までの 21 項目、退院後の 5 項目、連携の体制づくりの 19 項目が得られた。事例を通じた連携のみではなく、連携の体制づくりとして、指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容、および病棟または外来のスタッフが実施すべき内容が連携指標に含まれていた。
2. 連携指標としてコンセンサスが得られ実施すべきと判断しているが、事例会議を行う場合の関係者への参加勧奨、会議の企画相談、保健師との課題共有の機会の企画について実施率が 60%に満たなかった。助産師が必要と考える活動を保障するため、地域全体でのシステムの整備などを検討する必要がある。
3. 助産師は、保健師との同伴訪問、保健センター実施の教室への参加など、所属施設外での保健師との連携を模索していく必要があることが示唆された。
4. 本研究で開発した連携指標を実践に活用した結果をもとに評価を行い、現実性・有用性を高めていく必要がある。また、保健師の立場からみた助産師との連携指標を検討し、相互の円滑な連携をはかっていく必要性が示唆された。

## **XII. 謝辞**

本研究を行うにあたり、多くの方々に御協力、御配慮をいただきましたことを心から感謝いたします。ご多忙中に貴重な時間を割いてインタビューに御協力くださった助産師、保健師、研究者の皆様、研究の趣旨を理解し御協力くださいました、分娩取扱医療機関の管理者の皆様には感謝とともに御礼申し上げます。

そして、終始一貫して御指導いただきました、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科の三國久美教授に深謝申し上げます。また、博士論文審査委員

の山田律子先生，西基先生，温かな励ましと多くの示唆を与えてくださった  
北海道医療大学大学院看護福祉学研究科の先生方，大学院生の皆様に心から  
感謝申し上げます。



### XIII. 文献

- 阿部泰之, 森田達也 (2014). 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発.  
*Palliative Care Research*, 9 (1), 114-120.
- Adams, A., Bond, S., & Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organizational features of acute hospital wards. *International journal of nursing studies*, 32(6), 612-627.
- 荒井葉子, 安武繁, 笠置恵子, 岡光京子 (2008). 児童虐待防止のための医療機関と地域保健機関の看護職の支援と連携. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 8 (1), 101-115.
- 渥美綾子, 安齋由貴子 (2013). 行政保健師が行う個別支援における連携内容. 日本地域看護学会誌, 16 (2), 23-31.
- 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 遠藤圭子 (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要, 7, 23-33.
- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- Barimani, M., & Hylander, I. (2012). Joint action between child care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 1-11.
- Benner, P. (2001) / 井部俊子 (監訳) (2005). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 医学書院, 11-32.
- 鄭香苗, 福澤雪子 (2016). 母子保健支援連絡票を通して考える行政保健師との連携に関する臨床助産師の認識. 第46回(平成27年度)日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション, 192-195.
- Clancy, A., Gressnes, T., & Svensson, T. (2012). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian

- municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (3) , 659-668.
- Dougherty, M, B.,& Larson, E, L.(2010). The nurse-nurse collaboration scale. *The Journal of nursing administration*, 40(1), 17-25.
- 藤田優一，藤原千恵子（2013）. 入院している小児のサークルベッドからの転落に関する危険因子. *日本小児看護学会誌*, 22（1）, 32-39.
- 藤田優一，植木慎悟，北尾美香，前田由紀，藤原千恵子（2018）. 看護師を対象とするデルファイ法を用いた国内文献の研究手順の実態. *武庫川女子大学看護学ジャーナル*, 3, 35-42.
- 福井小紀子（2014）. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学会雑誌*, 16（1）, 5-11.
- 福澤雪子，鄭香苗（2017）. 周産期の継続支援と連携・協働の現状に関する行政保健師の認識. 第47回（平成28年度）日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション, 75-78.
- 原田正文（2019）. 親として育つことを支える 育児不安・困難感解消のための親支援 今なぜ，日本のママたちが“非常事態！?”なのか 育児不安・困難感を抱く母親の現状とその背景. *保健師ジャーナル*, 75(4), 284-288.
- 原口道子，中山優季，松田千春，村田加奈子，板垣ゆみ，小倉朗子（2018）. 在宅医療を要する療養者の支援における看護職と介護職の連携指標の開発 信頼性・妥当性の検討. *日本在宅看護学会誌*, 6（2）, 35-44.
- 長谷川充子（2005）. 出産後の継続支援を始めよう 母子訪問を始めよう. *ペリネイタルケア*, 24（2）, 123-128.
- 服部律子，武田順子，名和文香，布原佳奈，松山久美，田中真理,.. 澤田麻衣子（2019）. 助産師が認識する「気になる母子」への対応と他機関との連携に関する研究. *岐阜県立看護大学紀要*, 19（1）, 63-73.
- Hojat, M., Filds, S., Veloski, J., Griffiths, M., Cohen, M., & Plumb.(1999). Psychometric properties of an attitude scale

measuring physician nurse collaboration. *Evaluation & Health professions, 22*(2), 208-220.

磯玲子, 小松崎愛美, 真田育依, 飯島節 (2010). 高齢者介護関連文献における「連携」の内容分析. *リハビリテーション連携科学, 11*, 152-157.

Jones, J. , & Hunter, D. (1995). Consensus Methods for medical and health services research. *British Medical Association, 311*, 376-380.

金浜弘美, 千葉亜弥子, 武田リカ, 小舘千公, 藤倉睦子, 熊谷佳保里 (2005). 育児不安を抱えた母親への継続看護－他職種との連携と今後の課題－. *日本看護学会論文集 地域看護, 36*, 73-75.

唐田順子, 市江和子, 濱松加寸子, 山田和子 (2018). 産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス－子ども虐待の発生予防を目指して (第1報)－. *日本看護研究学会雑誌, 42* (1), 75-85.

加藤広美, 山内豊明 (2017). デルファイ法による脳卒中患者に必要なフィジカルアセスメントの検討 (第2報) -12脳神経を除く全身に焦点をあてて-. *日本看護科学会誌, 37*, 234-243.

加藤尚美 (2010). 保健師と助産師とのさらなる協働を 助産師が考える地域母子支援の形. *保健師ジャーナル, 66* (1), 26-30.

川口孝泰 (2008). データの収集. 南裕子, 野嶋佐由美 (編), *看護における研究第2版* (pp. 164-165), 東京: 日本看護協会出版会.

Kemp, L. , Harris, E. , McMahon, C. , Matthey, S. , Vimpani, G. , Anderson, T. , ... Aslam, H. (2012). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 13*, 1850-1861.

Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale

for interprofessionl collaboration. *BMC Health service research*,  
10(1), 1-15.

公益社団法人日本看護協会（2014）. 助産師の必要人数算出に関する提案.  
〈 [https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/  
2014/pdf/hitsuyoninzu.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2014/pdf/hitsuyoninzu.pdf)〉 [2019, October 20]

公益社団法人日本産科婦人科学会. 周産期医療の広場 〈[http://shusanki.\\_  
org/index.html](http://shusanki.org/index.html)〉 [2015, February 1]

厚生労働省（2016）. 要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る 保  
健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について. 〈[https://  
www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000  
-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000146793.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000146793.pdf)〉  
[2019, August 1].

厚生労働省（2018）. 「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保  
健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」の一部改正に  
ついて. 〈[https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000336009.  
pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000336009.pdf)〉 [2019, August 1].

厚生労働省（2019）. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について  
（第15次報告）【全体版】  
〈<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/00053868.pdf>〉  
[2019, August 1].

Krippendorff, K. (1980) / 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 (訳) (1989).  
メッセージ分析の技法. 第1版, 勁草書房, 21-183.

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... 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) - 医療機関からの検討 -. 子ども  
の虐待とネグレクト, 12 (1), 69-77.

Lynn, MR. (1986). Determination and quantification of content validity.  
*Nursing Research*, 35, (6), 382-385.

- 松岡千代 (2013). 多職種連携の新時代に向けて：実践・研究・教育の課題と展望. *リハビリテーション連携科学*, 14 (2), 181-194.
- 門馬君枝, 塚田祐子, 田中純, 渡辺道子, 寒河江かよ子 (2010). 若年妊婦へのソーシャルサポートー地域保健師との連携を通してー. *栃木母性衛生*, 36, 49-53.
- 森田達也, 井村千鶴 (2013). 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research*, 8 (1), 116-126.
- 村上明美 (2014). 第54回日本母性衛生学会学術集会シンポジウム [1] すべての妊産婦と新生児に助産師のケアを提供する助産師教育体制の構築 すべての妊産婦と新生児に助産師のケアを提供するための助産師教育の役割と課題. *母性衛生*, 55 (2), 277-279.
- 長畑多代 (2015). 福祉の現場から 生活の場である特別養護老人ホームの看取りにおける看護・介護連携指標の開発. *地域ケアリング*, 17(14), 94-97.
- 中島富有子, 窪田恵子, 町島希美絵 (2016). 「病棟看護師の口腔ケアにおける歯科医師連携尺度」の開発. *日本健康医学会雑誌*, 25(2), 114-120.
- 中村誠文, 岡田明日香, 藤田千鶴子 (2012). 「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観ー概念整理と心理臨床領域における今後の課題ー. *鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要*, 7, 3-13.
- 野口純子, 篠原佐智子, 今田節子, 中橋尚子, 真鍋由紀子, 池添紀美代 (2008). 助産師が企画した地域で行う両親学級の実践活動の評価. *香川母子衛生学会誌*, 8 (1), 33-38.
- 小田柿ふみ (2018). 分娩期における産科医と助産師の協働尺度の開発. *母性衛生*, 59 (1), 74-80.
- 大平肇子, 今田葉子, 永見桂子, 村本淳子, 前原澄子, 吉川由希子... 藤田徹 (2007). 保健師の視点からみた医療過疎地域における母子ケアのための保健師と助産師の連携. *三重県立看護大学紀要*, 11, 9-19
- 岡田尚美 (2015). 母子の支援に携わる保健師および助産師の連携・協働に

- 関する文献レビュー．北海道医療大学看護福祉学部学会誌，11（1），77-83.
- 岡田尚美（2016a）．分娩取扱医療機関の助産師が捉える保健師との連携．北海道医療大学看護福祉学部学会誌，12（1），35-40.
- 岡田尚美（2016b）．分娩取扱医療機関に所属する助産師の保健師との連携－病院と診療所における比較－．日本地域看護学会誌，19（3），33-40.
- 岡田尚美，和泉比佐子，松原三智子，波川京子（2012）．母親を育児サークルへ「つなげる」保健師の支援－軽微な育児不安や孤立感をもつ母親への行為に焦点を当てて－．日本地域看護学会誌，15（1），119-125.
- Orchard,C,A., King, G, A., Khalili, H., & Bezzina, M, B. (2012).  
Assesment of internprofessional team collaboration scale  
(AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of continuing education in the health professions, 32(1), 58-67.*
- 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.
- 大塚敏子，巽あさみ，坪見梨香（2019）．発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師－保育士連携活動自己評価尺度の開発．日本地域看護学会誌，22（1），4-12.
- Petri,L.(2010) .Concept analysis of interdisciplinary collaboration.  
*Nursing Forum, 45(2), 73-82.*
- Polit, D. F, & Beck, C. T. (2008). Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Eighth Edition. philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 474-486.
- Polivka, B. J. (1995). A conceptual model for community interagency collaboration. *Journal of Nursing Scholarship, 27, 185-190.*
- Pope, E., & Mays, N.（1996）／大滝純司（訳）（2008）．質的研究実践ガイド 保健医療サービス向上のために．第2版．医学書院，44-46.

- 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵 (2004). 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達－経験年数群別の比較－. 日本地域看護学会誌, 7 (1), 16-22.
- Schef, R.F. , & Reid. K.W. (2006). Going home: what NICU nurse need to know about home care. *Neonatal Network*, 25 (6), 421-425.
- Schmied, V. , Mills, A. , Kruske, S. , Kemp, L. , Fowler, C. , & Homer, C. (2010). The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3516-3526.
- 政府統計の総合窓口 (2017). 人口動態調査 人口動態統計確定数出生  
<[https:// www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053064&stat\\_infid=000031743392&result\\_back=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053064&stat_infid=000031743392&result_back=1)> [2019, August 1].
- 下垣巻, 原ゆかり (2013). 妊娠期からの継続支援の必要な事例のリスク要因. 島根母性衛生学会雑誌. 17, 65-68.
- 添田わかな, 望月善子, 茂木絵美, 深澤一雄 (2018). 総合周産期母子医療センターにおける継続看護連絡票を用いた他職種連携～心身医療的検討を中心に～. 女性心身医学, 22 (3), 285-291.
- 高谷若恵, 安藤直美 (2010). 多問題家族の妊娠・出産・子育てに寄り添う中規模公立病院における福祉分娩の実際と課題 助産師外来の役割と地域連携の重要性. 助産雑誌, 64 (5), 420-424.
- 玉城三枝子 (2014). ハイリスク母子の保健・医療・福祉の連携の現状－若年の母の場合－. 沖縄の小児保健, 41, 22-33.
- 槻木直子, 岩國亜紀子, 川下菜穂子, 小巻京子, 箕浦洋子, 宮川幸代, 山本あい子, 工藤美子 (2019). 子育て世代包括支援センターで活動する看護職が提供している妊娠期からの切れ目ない子育て支援. 兵庫県立

- 大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 26, 41-59.
- 筒井孝子 (2004). 地域保健サービスの担当職員における連携評価指標開発に関する統計的研究. 〈[https://www.niph.go.jp/soshiki/04toukatsu/pdf/hokenshi\\_15.pdf](https://www.niph.go.jp/soshiki/04toukatsu/pdf/hokenshi_15.pdf)〉 [2019, August 1].
- 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), 762-776.
- 上林美保子 (2004). 行政保健師の行う「連携」の概念に関する研究－地域看護分野と社会福祉分野の文献検討を中心に－. 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 1-16.
- Ushiro, R. (2009). Nurse-Physician collaboration scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1497-1508.
- Vanderburg, S. , Wright, L. , Bosto, S. , & Zimmerman, G. (2010). Maternal child home visiting program improves nursing practice for screening of woman abuse. *Public Health Nursing*, 27(4), 347-352.
- Weiss, S., & Davis, H. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing research*, 34, 299-304.
- 山内加絵, 長畑多代, 松田千登勢 (2016). ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度原案の内容妥当性・表面妥当性の検討. 大阪府立大学看護学雑誌, 22 (1), 55-62.
- 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.



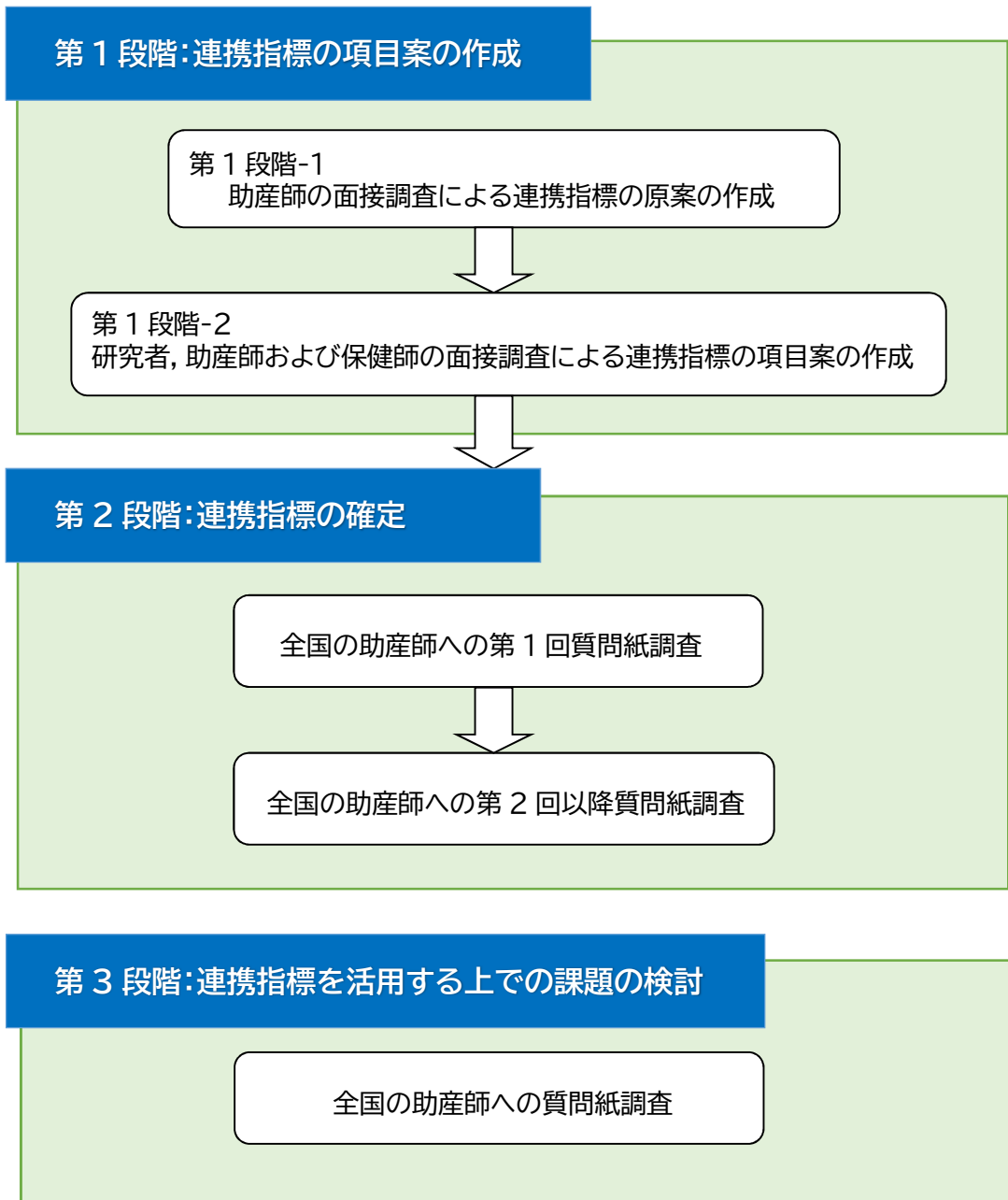


図1 研究の概要

### 連携過程の7段階

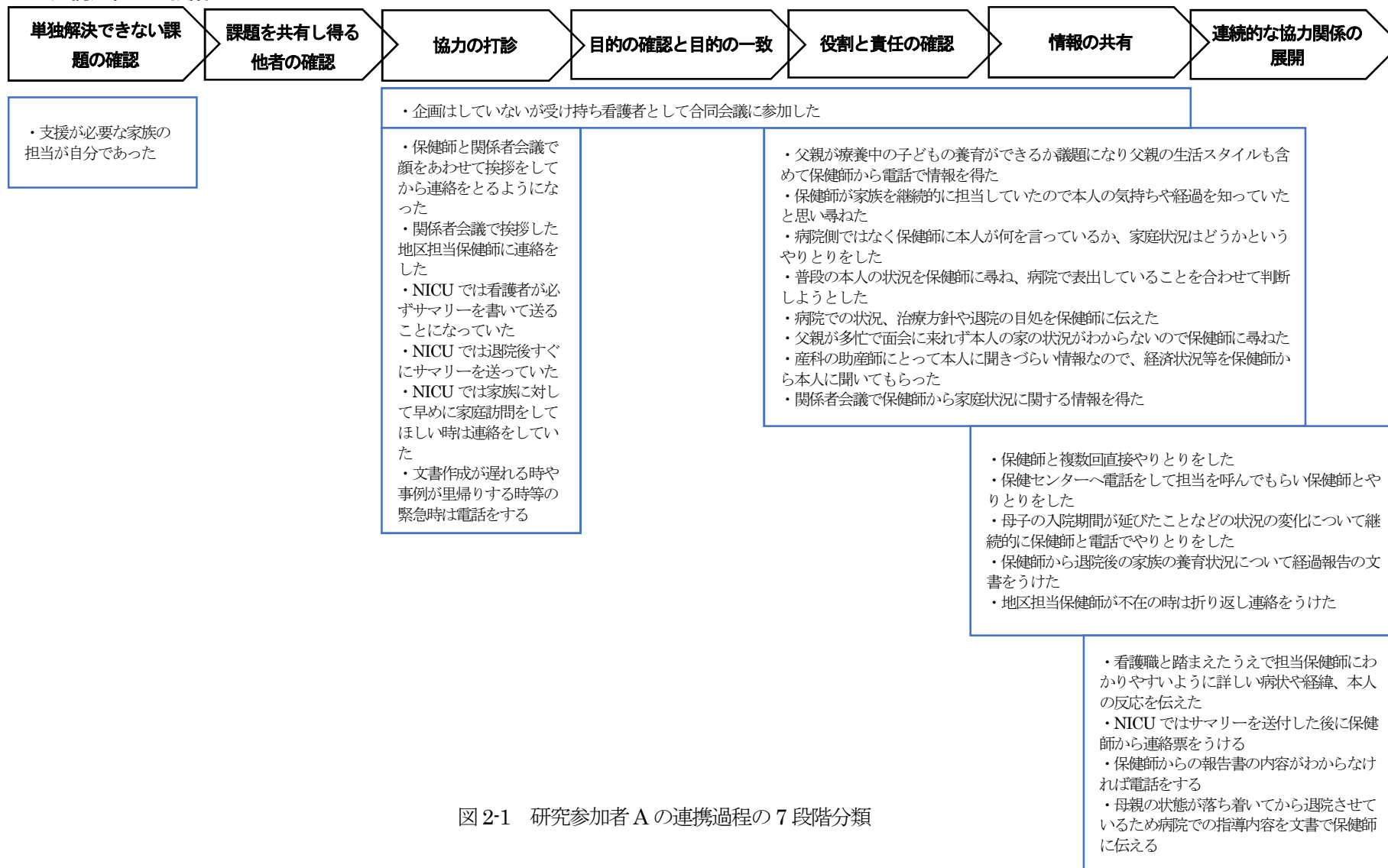


図 2-1 研究参加者 A の連携過程の 7 段階分類

<p>事例の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族背景が複雑で、父母の問題のみではなく新生児以外の子どもが在宅療養をしている事例であった</li> <li>・母親が入院すると療養が必要な子どもの世話をする人がいなくなる家庭であった</li> <li>・入院期間が延びることによる経済的な問題を抱える家庭であった</li> <li>・病院内だけでは解決できない家族の課題があると判断された</li> <li>・地域からもハイリスク、介入が必要だといわれ継続的にフォローしていた家族であった</li> <li>・療養中の子どもの社会的入院は望ましくないため父親が養育をする状況の家族であった</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が地域でどのような暮らしをし、現状をどのように捉えているか確認したほうが良いと話を聞いた</li> <li>・保健師にも参加してもらったほうが良いと話があり、合同会議を行った</li> <li>・助産師と小児科の CNS の先輩が合同会議を企画して日時や場所を設定し医師やソーシャルワーカー、行政へ連絡をとった</li> <li>・病院に CNS が増えてきており事例の情報を得た CNS の先輩が連携の企画等をしてくれた</li> <li>・助産師、事例の事情を知る CNS と小児科のスタッフ、産科医師、小児科医師、地域の保健師、ソーシャルワーカーが合同会議に出席した</li> <li>・助産師、CNS と小児科スタッフ、産科医師、小児科医師、地域の保健師、ソーシャルワーカーによる会議を複数回開催した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科病棟も保健師も忙しくない時間だと思ったので午後の早い時間に保健師に電話をしていた</li> <li>・保健師がいつでも連絡してよいと言ったため時間はあまり気にしなかった</li> <li>・保健師の忙しい時間帯がわからないため電話をする日時を迷いながら連絡していた</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科病棟では会議や電話以外での保健師との関わりをしていない</li> <li>・NICU では保健師からの連絡票をみて行動をおこなっていない</li> <li>・日常業務が多忙なために連携活動を充分にしていない</li> <li>・文書による連絡や関係者会議以外で保健師に会うことはなかった</li> <li>・母親の状況が落ち着いてから退院させているため緊急時以外は電話をしない</li> <li>・地域連携室はあったが連携時に関わろうとしなかった</li> <li>・健康で退院していく方が多かったため地域連携室が関わることもなかった</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・先輩が関係者会議を開催し情報交換の場を設けてくれ企画力が大事だと学んだ</li> <li>・時間外や継続的な活動、単独の連携はスタッフの疲弊を招くためしない</li> <li>・師長や先輩が連携のための時間を確保できるよう配慮してくれると活動できる</li> <li>・連携は単独でも師長と二人でもできない</li> <li>・保健師やソーシャルワーカーとの連携が必要だということを病棟のスタッフに理解してもらう</li> <li>・自分ひとりが事例に関わるわけではなく、継続的に関われない</li> <li>・保健師が病院側をどう思っているのか、どのような関わりを持ちたいと思っているのかかわからないで活動している</li> <li>・保健師が病院に出向いてくることは業務としてどうなのかかわからず活動している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養している子どもについて他部署が関わっており情報交換をしたほうが良いと師長などから話を聞いた</li> <li>・多職種の連携が必要だと CNS の先輩の意見を聞いた</li> <li>・NICU では師長が自分の看護の結果がわかるため保健師からの報告書を絶対にみるようにと促していた</li> <li>・CNS の先輩も保健師と継続的に関わった</li> </ul>

図 2-2 研究参加者 A の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

### 連携過程の7段階

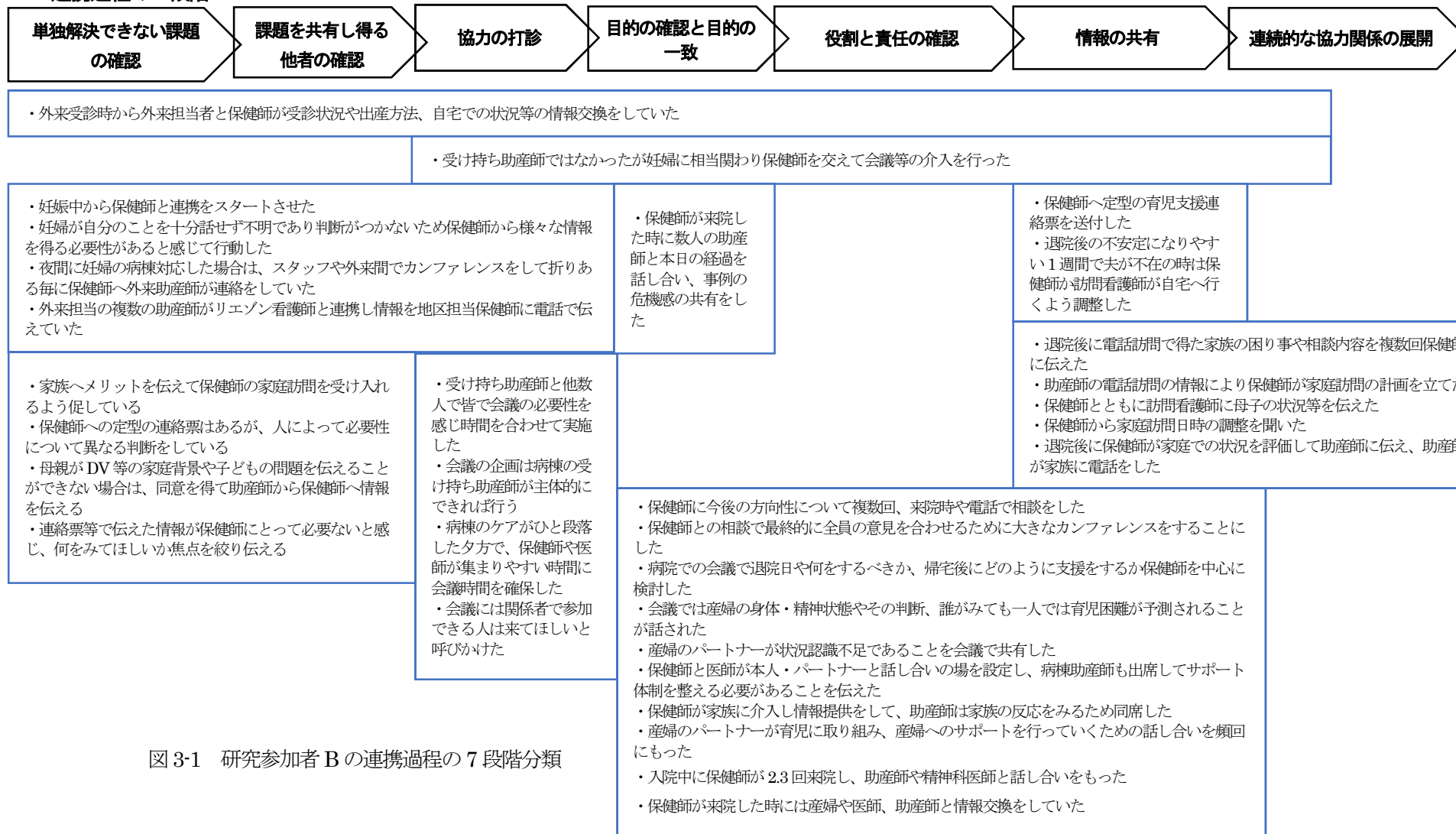


図 3-1 研究参加者 B の連携過程の 7 段階分類

### 事例の把握

- ・妊娠中の外来受診時から明らかに支援が必要だと皆が思い、病棟に情報提供を繰り返した妊婦であった
- ・精神的な診断がつくと予測されたがフォローされず症状が不安定な妊婦であった
- ・パートナーの妊婦への認識不足や実家のサポートが得られず、ひとりでは育児ができない妊婦であった
- ・母子手帳交付時に行政の保健師が支援が必要な事例と気づき家庭訪問をしていた
- ・妊娠中に夜間、不安症状等を拙く訴えて病院に来る妊婦であった
- ・精神科医師から自然分娩は困難と判断され経過予測が立ちづらい妊婦であった
- ・表出することをどのように捉えたらよいか精神科医師も困難である妊婦であった
- ・自分についての語りが少なく明確ではないことが多い妊婦であった
- ・パートナーの付き添いが少なく精神科の診断が真調に至らなかった妊婦であった
- ・体調の回復や育児技術の取得が遅く入院期間が延びた産婦であった
- ・育児困難が想定され入院期間が通常よりも延長した家族であった
- ・子どもと二人にできる時間の見極めや命の危険がない養育についての判断をしなければならぬ事例であった

- ・退院後1週間で来院するよう家族へ促した
- ・産科は基本的に出産後1か月まで支援を行うが、必要時に延長することもある
- ・家族の自宅での育児が困難であるため、サポートを受けられる環境に変えたほうが良いと促した

- ・保健師とは電話や面接、文書で関わった
- ・産科では保健師へ情報をタイムリーに伝えたい場合は、文書はタイムラグが生じるため電話をすることが多い
- ・どの程度の情報があれば連携しやすいかわからずいたため、保健師と直接話す機会を活用した

- ・保健師が支援者の案を提示して精神専門の訪問看護につなげてくれた
- ・入院中に退院の目途がつく前の早期に保健師が来院した
- ・病棟助産師は訪問看護師と直接話をしなかったが、保健師が医師とのやりとりを含めて訪問看護師へ情報提供をした

- ・保健師が精神専門の訪問看護につなげた
- ・訪問看護師に母子について最低限の確認事項を伝えた

- ・会議の企画は病棟師長に通していたため、ともに活動してくれた
- ・産科の助産師と看護師および医師、小児科医師、精神科医師、リエゾン専門看護師、外来担当者、地区担当保健師、精神専門の訪問看護の管理者および複数のスタッフが会議に参加した

図 3-2 研究参加者 B の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

### 連携過程の7段階



<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年妊娠・シングルマザー・未熟児・精神疾患を抱えた母親・周囲のサポートがないと育児困難と思われる親は保健師と連携する</li> <li>・できる限り早期に保健師の目を通してほしい、訪問の優先順位を高くしてほしい家族について保健師に支援を依頼したいと思ふ行動する</li> <li>・助産師の行っていたケアが退院後も損なわれないよう地域と連携しようという意識を高めた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有料であるため情報提供を拒否する親については保健師へ電話をする</li> <li>・家族の個人情報保護は必要だが、情報提供は電話でも良いと保健師が言ったため積極的に電話をする</li> <li>・保健師へ電話で情報提供する場合は家族の住所・帰省場所を伝え依頼する</li> <li>・保健師への情報提供は育児支援連絡票がメインである</li> <li>・保健師に電話で情報提供する場合は基本的には退院前日か当日である</li> <li>・退院時点の母子の最終状況を育児支援連絡票に記入して送付する</li> <li>・母子の担当者が退院当日に替わる場合は、前日まで長く関わっていた助産師が退院前日に保健師に電話で情報提供をする</li> <li>・産褥婦を看ていた病棟リーダーが、育児支援連絡票を記載するか保健師へ電話をする</li> <li>・保健師への連絡は臨機応変に一番長く関わっていた助産師が育児支援連絡票の記載や電話をする</li> <li>・保健師へ電話することは全く苦ではなく、困ったら電話をする</li> <li>・診療所のスタッフで保健師に連絡することが苦痛であったり敷居が高いと思っている者はいなく行動する</li> <li>・重症な家族は出産後に保健師へ連絡をする</li> <li>・妊婦健診の時に要チェックな家族は妊娠中から心配であることを保健師に連絡する</li> <li>・保健師の勤務時間内に連絡するように、意識的に伝えることをまとめている</li> <li>・保健師とは電話で話をするのが一番気軽に早い対応ができる</li> <li>・保健師への文書が期日中に書けない場合には記載の予定を明確にしておく</li> <li>・育児支援連絡票に記載する助産師はリーダーか一番長く関わる者が行う等、自然に割り出す</li> <li>・育児支援連絡票の記載者は自薦他薦で適任者を決める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師へは出産状況や身体的な問題などを伝える</li> <li>・未熟児についてはお退院時の体重と授乳状況などの経過を保健師へ伝える</li> <li>・問題の多い家族に対しては保健師と連携する助産師を固定する</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当保健師が家族の入院中に病院訪問した際、家庭訪問予定日を教えてくれ、両者で家族に支援している</li> <li>・保健師と交流し情報提供をする際の誤解を認識した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の産科は1か月健診が区切りであるため、その後は地域で看てもらおうと割り切る</li> <li>・退院後は保健師に看てもらえれば安心と捉えている</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師へ文書で情報提供した時必ず文書で返信を受ける</li> <li>・情報提供した後心配のある家族については、保健師が継続支援するとの報告をうける</li> <li>・里帰りをしている家族に対しては保健師が手配して家庭訪問に行ってくれるため安心して情報提供している</li> </ul>
---	--	---	---

図 4-1 研究参加者 C の連携過程の 7 段階分類

・全戸訪問しているが早期に家庭訪問してほしい 家族はピンポイントに保健師へ連絡する

- ・うつ病や精神的に不安定、パニック障害などは退院後の子どもとの愛着を早く見てほしいと強調する
- ・双子の子育てにプレッシャーを感じ負担がみられる母親については退院後の精神状態を確認してほしいと保健師に支援を依頼した
- ・精神疾患をもつ母親への対応をスタッフ同士で勉強し支援した後、保健師へ早期対応を電話で依頼する
- ・精神疾患をもつ母親に対応することが増え一生懸命に関わるが、退院後は支援が継続できるよう保健師に依頼する

**【所属施設の環境】**

- ・院長の理解があり研修に参加することで看ることができるフィールドを広げた

図 4-2 研究参加者 C の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

### 連携過程の7段階

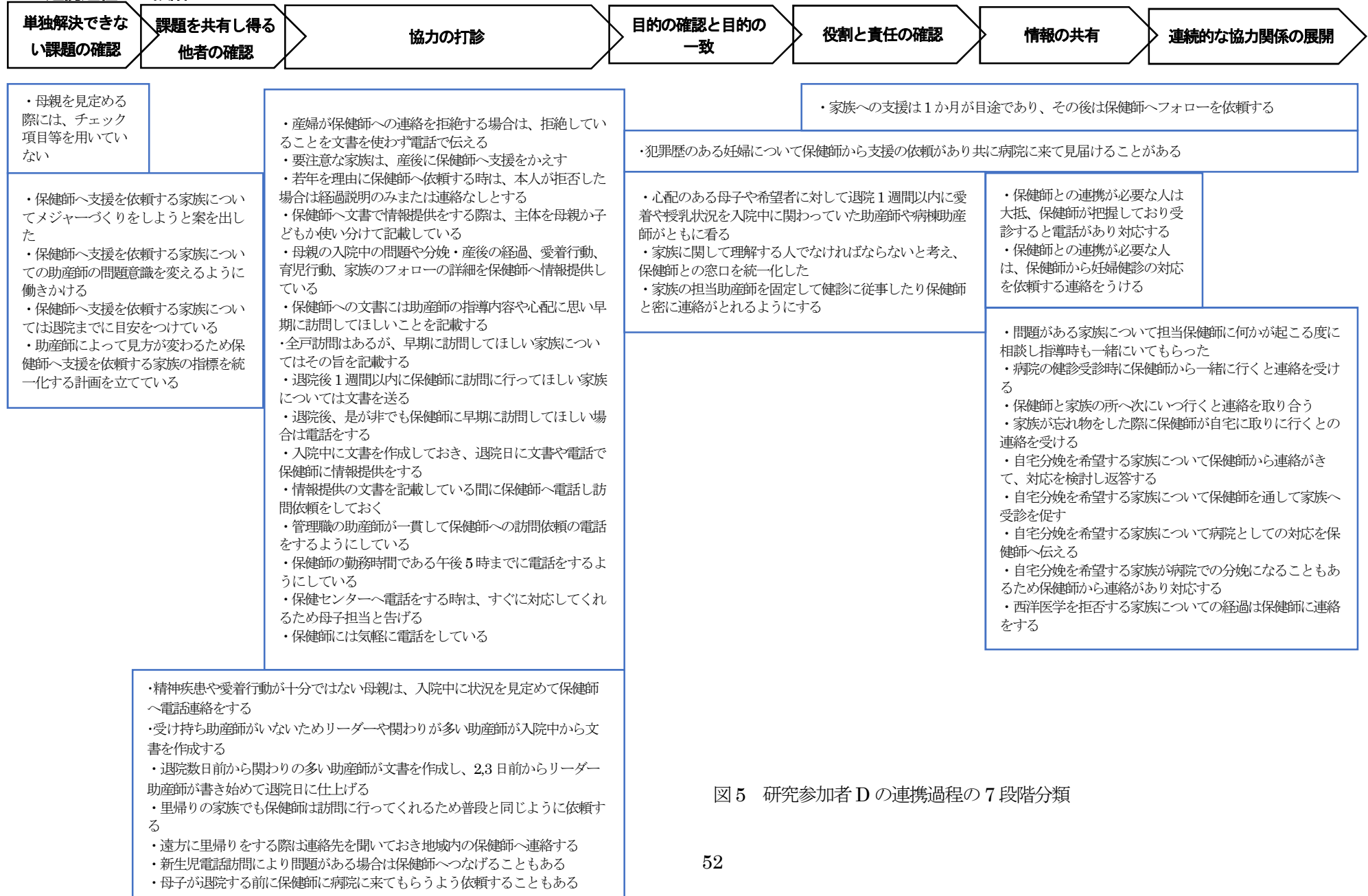


図5 研究参加者Dの連携過程の7段階分類



### 連携過程の7段階

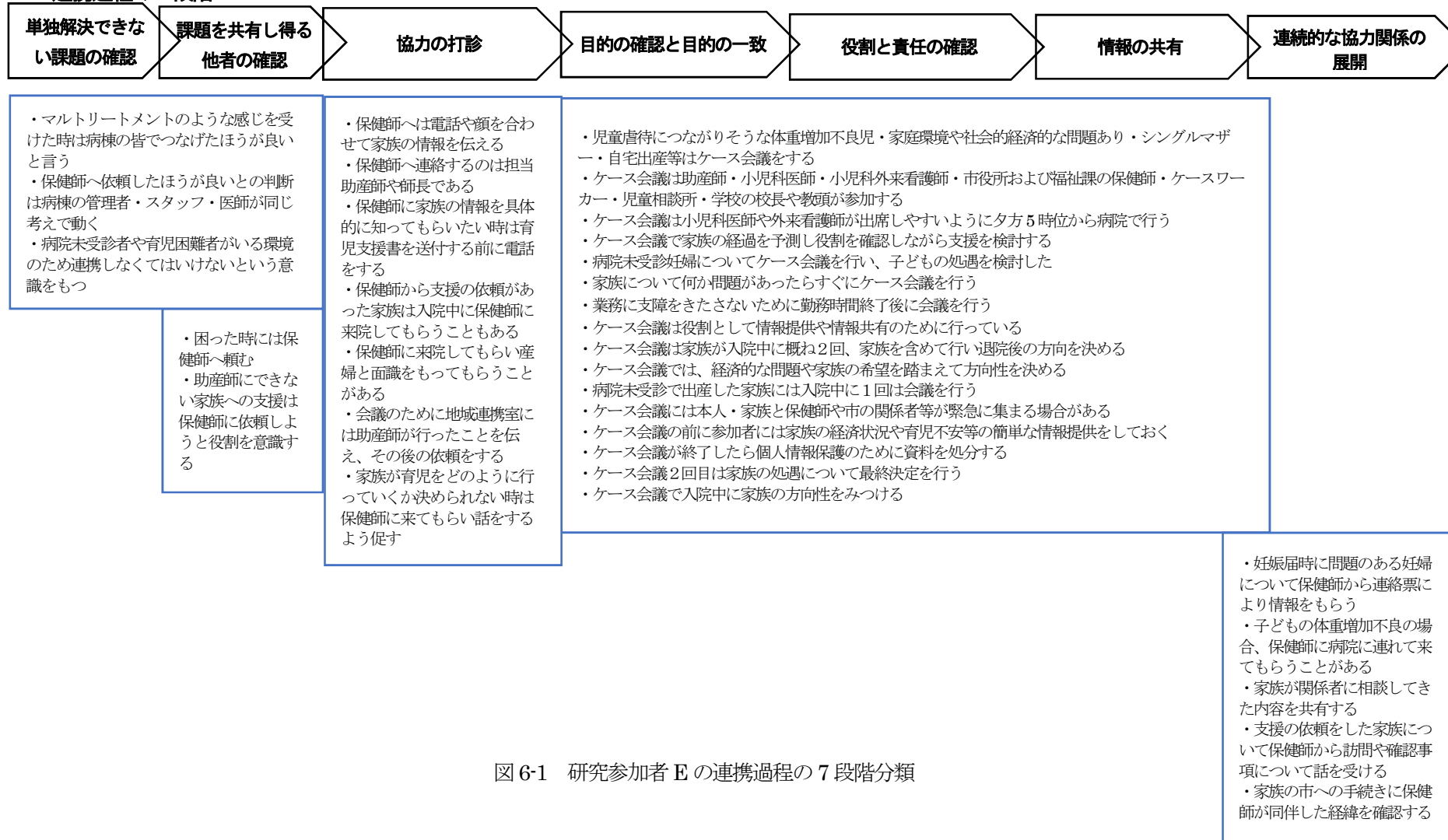


図 6-1 研究参加者 E の連携過程の7段階分類

<p>事例の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケース会議をする事例には統合失調症でパートナーに基礎疾患があり生活に困難がある母親がいる</li> <li>・連携事例は医療ネグレクト・マルトリートメント・統合失調症等である</li> <li>・長期にケース会議を行うのは統合失調症がある家族である</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者につなげたほうが良いと判断した場合は地域連携室から市に協力を依頼し会議を開催する</li> <li>・産婦の情報を得ることと面識をもつため保健師に来院を促すことがある</li> <li>・会議のために医師の日程調整や場所の確保、関係者への依頼を行う</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題のある家族について保健師に情報提供していることを外来と病棟で共有しあう</li> <li>・保健師が普段困っていることを知りたくてアンケート調査を行った</li> <li>・母乳指導の内容や流行している疾患の情報を保健師へ情報発信しようとしている</li> <li>・保健師業務についてわかっており、連携で困ることはない</li> <li>・保健師からの養育支援書の返信や電話のやりとりで関係性をつくる</li> <li>・家族について保健師と連携をはかったことを次の連携につなげる</li> <li>・ケース会議の発言内容について議事録を作成し、スタッフが話し合いの経過や関係者の見解をわかるようにする</li> <li>・ケース会議の内容は師長・主任のみではなくスタッフも意識的に知り解決策を知るべきと考え働きかける</li> <li>・ケース会議に学習のために担当以外の助産師が参加できるようにし、参加者の意見を聞いてもらう</li> <li>・助産師と保健師間の連携の実態について他地域で話をする</li> <li>・他地域の助産師に育児支援連絡票を保健師へ送付するよう促す</li> <li>・退院後の家族の経過を母性を学ぶ看護学生に意識的に伝える</li> <li>・保健師を病院の助産師外来に来るよう促し、母乳支援を知ってもらう</li> <li>・保健師が参加する助産師外来の講師をスタッフにするよう促す</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・道主催で保健師と助産師で地域の母子に提供する内容について話し合いがもたれた</li> <li>・保健師の新生児訪問時に大変と考える母乳支援について会議で話し合いがもたれた</li> <li>・母乳育児について助産師・保健師・産婦が共有できる媒体について話し合い、母乳シートが開発された</li> <li>・会議で開発した母乳シートに母親・保健師・助産師が其々記入して情報を共有している</li> <li>・会議で開発した母乳シートをもとに母乳率を把握して会議で報告し情報共有している</li> <li>・保健所主催の会議が年数回あり、妊婦の問題について提示した</li> <li>・道主催の会議で保健師と未受診妊婦対策マニュアルを作成した</li> </ul>

図 6-2 研究参加者 E の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

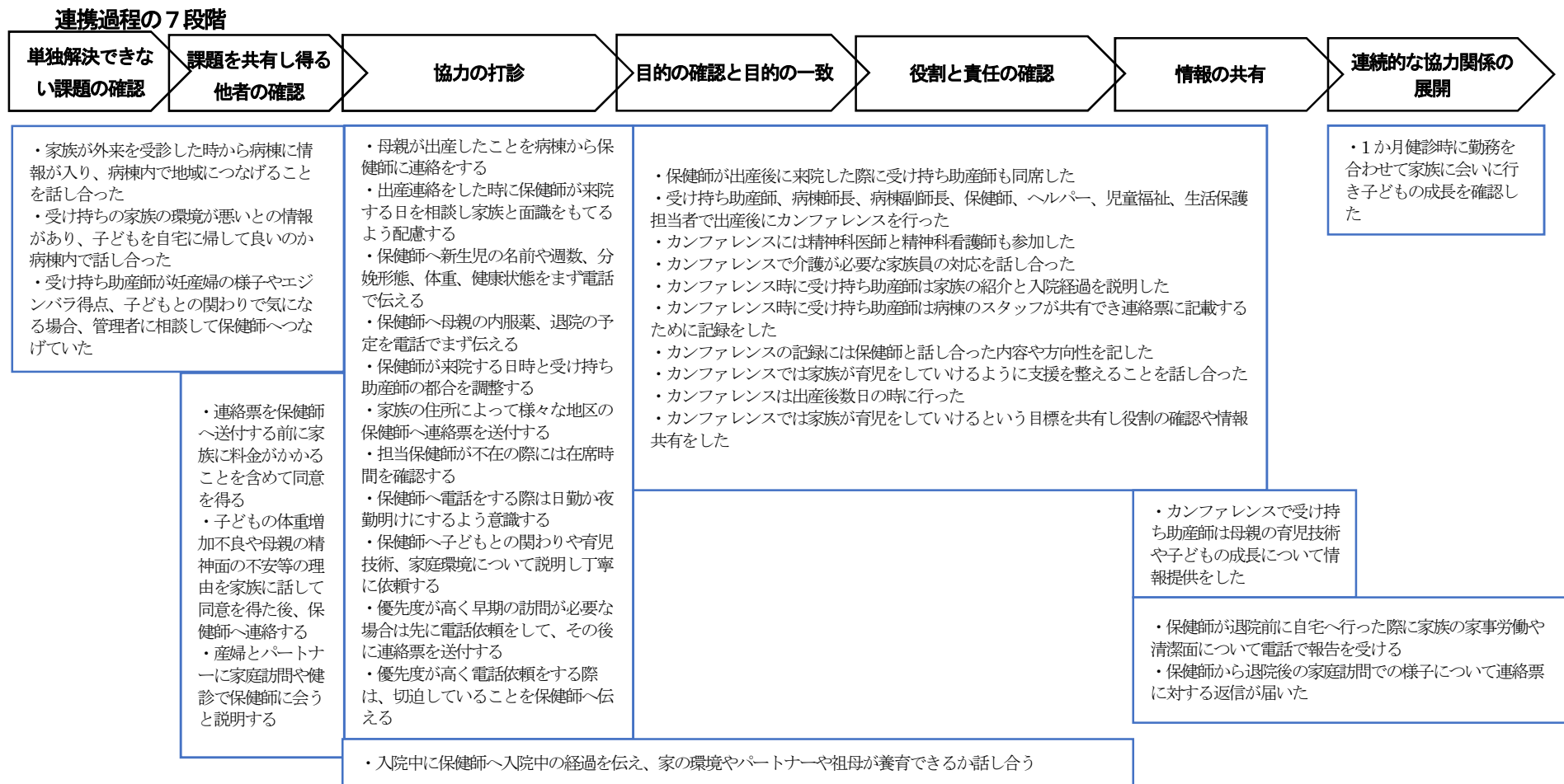


図 7-1 研究参加者 F の連携過程の 7 段階分類

#### 事例の把握

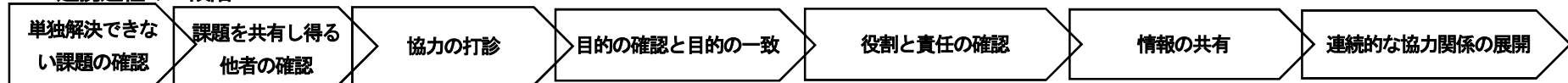
- ・保健師と連携が必要な事例には法律で決められている低出生体重児がある
- ・保健師と連携が必要な事例には精神科に通院し妊娠に気が付かず介護が必要な母親がおり生活保護を受けていた母親がいた
- ・保健師と連携した事例は精神疾患がありパートナーが知的障害、生活保護を受けていた
- ・保健師と連携した事例は妊娠に気が付かず出産直前に産婦人科を受診した母親だった
- ・子どもの心疾患や多肢等でも保健師へ連絡票を送付していた
- ・保健師へ電話および連絡票を送付する事例は精神疾患、子どもの奇形、支援者がいない、育児用品を揃えていない、水道をとめられている場合等がある

- ・家族の受診時に日勤だったため担当助産師になり継続的に関わった
- ・カンファレンスは業務が落ち着いた午後1時や2時に設定していた
- ・連携する事例があった際に保健師と電話で話し、来院した際に初めて顔を合わせる
- ・保健師が積極的に活動しているため積極的に連携をはかっていた

- ・カンファレンスの場所や日時は病棟の師長・副師長が調整した
- ・月100件程の出産がある病院では受け持ち助産師の余裕がなく必要性が高い場合のみ主任助産師が一括して連絡票を提出していた
- ・支援が必要な家族について保健師へ電話連絡する場合、副師長が行うことが多かった
- ・連携方法を学ぶ機会はなかったが、必要時に師長、副師長、先輩に相談したり病棟内カンファレンスを行った
- ・病棟カンファレンスに参加し連携方法を学ぶ機会がある
- ・保健師が企画した勉強会に参加し保健師に会う機会があった
- ・師長、副師長も保健師とは事例を通して顔を合わせる
- ・師長や副師長が保健師との面識があり連携を意識的に行っていた

図 7-2 研究参加者 F の連携過程の 7 段階に分類不能な項目

### 連携過程の7段階



- ・気になる家族については、外来から保健師へ電話か、養育支援連絡票で連絡している
- ・事例の情報提供をする際は住所を伝えて担当保健師につないでもらう
- ・保健師の知りたい情報を電話などで伝える
- ・妊娠から産褥まで看ることができる強みがあり、経過をみて必ず家庭訪問をしてほしい時はしっかりと伝える

- ・広汎性発達障害の妊婦が36週の時担当地区の保健師と精神科医師、助産師、看護師でカンファレンスを行った
- ・事例のカンファレンス1回目は、外来助産師が妊娠中の経過、保健師がグループホームでの作業の様子、精神科医師が夫やキーパーソンのことを情報提供し、情報を整理した
- ・カンファレンスではまず自己紹介を促し、ケースとどのように関わっているのか資料を持参してもらい簡単に経過を話してもらう
- ・事例のカンファレンスで情報を整理した後、どのように連携をとっていくべきか確認した
- ・事例のカンファレンス2回目は、産後の変化を情報共有し、保健師が地域でどのように関わっていくかを具体的に決めた
- ・事例のカンファレンス2回目で、助産師は病院外に出られず限界があるため保健師へ依頼し、医師と調整をはかる方向付けを明確にした
- ・事例のカンファレンス2回目で、方向付けとそれぞれの役割を確認した
- ・事例については、担当者の顔見せと役割の明確化のために2回ぐらいカンファレンスを行う
- ・カンファレンスでは、お互いに情報共有と困り事を話し合い、どう家族を支えていくかをメインに誰が情報不足点を確認するか検討する
- ・カンファレンスでは、産後の課題も整理し支援をいつ行うか約束し、産後のカンファレンスにつなげる

- ・事例の経過について保健師から電話で報告を受ける
- ・1か月健診の経過を保健師にすべて返す

### 7段階に分類不能な項目

- ・管内の打ち合わせ会議では、現場スタッフと保健センターの母子担当保健師、保健所保健師で情報交換、事例提供と経過報告、打ち合わせを行い始めた
- ・病院で行っている指導や妊産婦の行動を情報提供してほしいと保健師が希望したためスタッフに伝え密に情報提供するようにした
- ・共感が得られる保健所の保健師にタイムリーに働きかけ、保健所主催で打ち合わせ会議の回数が増えた
- ・地域ぐるみで家族をサポートできるネットワークの必要性を保健師に伝えている
- ・副師長として、現場でスタッフと一緒に活動しながら保健師と連携している
- ・副師長または副師長が一任する助産師がカンファレンスの企画、調整を行う
- ・カンファレンスは各所への連絡と時間調整、運営を病棟の助産師が行う
- ・保健師に必要なことから来院してほしいという進め方から連携を始めた
- ・病院で始めた性教育に保健師に見学に来てもらい顔を見せる中で交流を始めた
- ・病院で行う企画に保健師に対し意図的に協働や見学に誘う
- ・母子について地域に発信する際には保健師に声をかける
- ・勉強会を開催する時には保健師に得意分野について講師を意図的に依頼する
- ・事例や会議以外でも保健師とのつながりをつくろうとしている
- ・母親教室など保健師とともに行うことができるものがたくさんあると思いを検討している
- ・保健師との関わりでは、地域の家族をどのように支えていくのか自由に話し合いネットワークをつくっていくように動く

図8 研究参加者Gの連携過程の7段階分類と分類不能な項目

表 1 研究参加者の属性 第 1 段階-1

<i>N</i> =7	
項目	人数(%)
年代	
30歳代	3 ( 42.8 )
40歳代	2 ( 28.6 )
50歳代	2 ( 28.6 )
職位	
師長	1 ( 14.3 )
主任	1 ( 14.3 )
スタッフ	5 ( 71.4 )
所属施設	
病院	6 ( 85.7 )
診療所	1 ( 14.3 )

表 2-1 連携指標項目の原案-1(原案項目 1~36)

保健師との連携が必要な事例

妊産婦

1. 若年
2. シングルマザー
3. 身体の疾患あり
4. うつまたは精神症状が不安定
5. 統合失調症
6. 訴えの表出がなく、考えていることがわからない
7. 飛び込み出産
8. 産後の体調の回復遅延あり
9. 育児技術の取得が遅い

新生児

10. 未熟児
11. 疾患や奇形等のため生活への影響あり

家族

12. 父またはパートナーのサポートがない
13. 父またはパートナーに障がいあり
14. 家族背景が複雑
15. 家庭内暴力あり
16. 経済的な問題あり
17. 子どもとの生活が困難と想定される
18. 新生児以外の子どもの問題がある
19. 宗教上の理由で医療を拒否する
20. 子どもに関わる家族員に犯罪歴あり

連携体制の整備・アセスメント

21. 必要時には、妊娠中から保健師との連携を開始する
22. 継続的な支援が必要な家族に対しては保健師との積極的な連携が必要と認識する
23. 保健師と連携が必要との判断は病棟または外来全体で協議する
24. 事例の状況を病棟または外来全体で把握する
25. 外来受診時には外来と病棟間で医療機関の受診状況や出産方法、自宅の状況等の情報交換をする
26. 外来受診時には外来と病棟間で支援の方向性を決定する
27. 保健師との連絡窓口を決定する
28. 保健師への情報提供者は受け持ち助産師、リーダー、長期に関わった助産師、師長等、臨機応変に決める
29. 保健師へ情報提供できるよう伝えるべき下記(30~33)の内容について焦点を絞り整理する
30. 分娩状況・健康状態・愛着行動
31. 新生児の体重・健康状態
32. 医療機関での指導内容
33. 家庭環境
34. 情報提供文書に記載する内容を精査する
35. 妊産婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る
36. 家族の住所により、連絡をする保健師を確認する

注) 第1段階-2での除外項目、表現変更項目、他項目と統合

表 2-2 連携指標項目の原案-2(原案項目 37~77)

保健師との連携が必要な事例

協力の打診、情報提供

- 37. 有料である情報提供文書を拒否する家族については、電話で情報提供する
- 38. 情報提供文書を記載している間に電話で家庭訪問の依頼をしておく
- 39. 保健師へ電話をする場合は、午後の早い時間等、考慮して行う
- 40. 早期の家庭訪問が必要な場合は、電話で明確にその旨を伝える
- 41. 早期の家庭訪問が必要な場合は、文書にその旨を強調して記載する
- 42. 保健師が退院前の家族と面識をもつ必要がある時は、医療機関への訪問を依頼する

役割確認・情報共有・支援の方向づけ

- 43. 情報提供した後に、保健師が継続支援をすることを確認する
- 44. 保健師から家族の地域での生活状況、家庭環境について情報を得る
- 45. 保健師へ治療方針や退院の目処について情報提供する
- 46. 家族が地域で生活するために利用できるサービスの情報を得る
- 47. 家族が望む退院後の生活について保健師と共有する
- 48. 家族の経過を確認して今後を予測し、支援方法を検討する
- 49. 家族が子育てをしていく環境が整っていることを確認する
- 50. 誰がどのように家族を支援するか確認する
- 51. 家族の情報不足な点を明確にして、どのように収集するか確認する
- 52. 家族の目標を共有して役割の確認を行う
- 53. 家族の希望を踏まえて方向性を決める
- 54. 今後の支援の確認および外来・病棟全体で情報を共有できるように連携内容を記録に残す

(ケース会議を行う場合)

- 55. ケース会議は病棟・外来のスタッフ、師長、保健師、医師、ソーシャルワーカー、福祉関係者等家族を取り巻く関係者で開催する
- 56. 地域連携室がある場合は、ケース会議の企画を相談する
- 57. ケース会議に際して参加者・日時・場所を確認する
- 58. ケース会議は妊娠中と退院前の2回程度行う
- 59. ケース会議は関係者の業務に支障をきたさない時間に行う
- 60. ケース会議の前に、家族の状況や課題について参加者に簡単な情報提供をしておく
- 61. 初回のケース会議では自己紹介およびどのような関わりをしているか発言できるよう促す
- 62. ケース会議では関係者が情報提供しあい、情報を整理する
- 63. ケース会議終了時には個人情報保護のため、資料を処分する
- 64. ケース会議では課題を整理して、次回会議の調整を行う
- 65. 最終のケース会議では、家族の処遇について最終決定を行う

連続的な協力関係の展開

- 66. 経済状況等の家族に聞きにくい情報を保健師から聞いてもらえるよう依頼する
- 67. 家族の今後の方向性について面接や電話で相談する
- 68. 家族の状況の変化について継続的に電話でやりとりする
- 69. 保健師が医療機関を訪問した際には経過を確認しあい、家族の課題について共有する
- 70. 保健師から連絡がある際に情報が伝わるように調整しておく
- 71. 保健師が入院中に家族と面会する際には可能な限り同席する
- 72. 保健師が医療機関を訪問する際に、医師等とともに情報交換をする
- 73. 訪問看護師等の他関係者に、保健師とともに情報を提供する
- 74. 産後1か月健診の結果を確認し報告する
- 75. 退院後の家族の経過報告の文書を受け取り、経過を確認する
- 76. 保健師からの経過報告の文書の詳細がわからない場合は、電話で確認する
- 77. 退院した後の家族の経過報告から、自分の支援内容を振り返る

注) 第1段階-2での除外項目、表現変更項目、他項目と統合



表 2-3 連携指標項目の原案-3(原案項目 78~104)

---

保健師との連携が必要な事例

---

連携の基盤・環境

(師長・主任等の場合)

- 78. 保健師との連携の必要性についてスタッフにアドバイスをする
- 79. 新人教育のために連携活動の実際を見せる
- 80. ケース会議の企画や調整についてアドバイスをする
- 81. ケース会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける
- 82. 勤務時間内に連携活動を協力し合いながらできるよう調整する
- 83. 質向上のため保健師の報告内容を確認するようアドバイスをする
- 84. 保健師と定期的に会える会議を企画する
- 85. 家族に関わる地域全体の会議を定例にするよう行政に働きかける
- 86. 連携が可能な助産師がいることを、医療機関外に積極的に発信する

(病棟または外来のスタッフの場合)

- 87. 管理者へ連携のための時間確保に理解を求める
- 88. 文書の書き方等、連携を促してくれる上司や先輩をつくる
- 89. 医療機関内の地域連携室業務を知っておく
- 90. ケース会議や連携の必要性を医師や看護師等に伝える
- 91. 保健師と連携する家族を早期に判断するためのチェックリストを作成する
- 92. ケース会議等で保健師の業務や担当を把握しておく
- 93. ケース会議以外の会議等で保健師と顔見知りになる
- 94. 母子保健に関する情報を意図的に保健師へ発信する
- 95. 保健師からどのように、どの程度の情報提供をしてほしいか確認しておく
- 96. 保健師が医療機関に対して望む、家族への支援内容を把握しておく
- 97. 家族が退院後に里帰りする場合の保健師の窓口を確認しておく
- 98. 日頃から保健師と交流して現状を話し合っておく
- 99. 看護協会等の保健師と会える機会に積極的に参加する
- 100. 行政開催のネットワーク会議等に参加する
- 101. 可能であれば保健師とともに家庭訪問を行う
- 102. 保健センターで行われる教室等に参加する
- 103. 保健師に助産師外来の見学を勧め、助産師の業務を知ってもらう
- 104. 保健師とともに母乳状況について共有できる定型様式を作成する

---

注) 第1段階-2での除外項目、表現変更項目、他項目と統合

表 3 連携指標の項目案

**医療機関受診時から退院まで**

1. 事例についての情報を収集し整理する
2. 事例についての情報を、関係する病棟や外来内で共有する
3. 事例についての方向性を、関係する病棟や外来内で共有する
4. 保健師との連絡・調整窓口を決める
5. 妊産褥婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る
6. 事例に関する情報（妊娠・分娩状況、健康状態、親子関係、家庭環境等）を保健師へ提供する
7. 緊急性がある場合は、情報提供文書の送付前に保健師へ電話で家庭訪問の依頼をする
8. 緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える
9. 保健師が退院前の事例と面識をもつ必要がある時は、妊産褥婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する
10. 保健師が入院中に事例と面会する際には、状況に応じて同席する
11. 保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする
12. 事例の子育て環境を保健師とともに確認する
13. 事例の退院後の目標を保健師と共有する
14. 退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する
15. 今後の支援の確認ができるように連携内容を記録する

**【事例（ケース）会議を行う場合】**

16. 医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す
17. 地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する
18. 事例会議で事例の状況や課題について情報提供をする
19. 事例会議では関係者に情報提供を促し、課題を整理する
20. 事例会議では個人情報の管理について留意するよう周知する
21. 事例会議では、必要に応じて次回会議の調整を行う

**退院後**

22. 事例の情報を保健師と継続的に電話等で共有する
23. 事例への支援の方向性について、保健師と継続的に電話等で共有する
24. 保健師からの情報が確実に伝わるように病棟や外来内で調整する
25. 訪問看護師等の他関係者に、状況に応じて保健師とともに情報提供をする
26. 必要に応じて、事例の産後1か月健診の結果を確認し保健師に報告する
27. 保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る

**連携の体制づくり**

**【指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容】**

28. 保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す
29. 勤務時間内に連携活動を協力し合いながらできるよう調整する
30. 新人助産師を連携活動の場面に立ち会わせる
31. 事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける
32. スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える
33. 支援の評価のため、事例が退院した後の保健師からの報告内容を確認するようスタッフに促す
34. 保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する

**【病棟または外来スタッフが実施すべき内容】**

35. 連携のための報告文書や電話等での情報提供の内容を上司や先輩に相談する
36. 地域連携室がある場合は、医療機関内の地域連携室の業務と役割・機能を理解する
37. 事例会議や連携の必要性を医療機関内の看護職に伝える
38. 事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師に伝える
39. 事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師・看護職以外の職種に伝える
40. 継続的な支援が必要な事例を早期に判断するための視点を保健師と共有する
41. 保健師と共有するべき事例の情報を精査する
42. 母子保健における保健師の業務や役割を把握する
43. 母子保健に関する情報を保健師と共有する
44. 保健師活動を知る機会（例：ネットワーク会議・看護協会研修等）に参加する
45. 必要時には、保健師とともに事例の家庭訪問を行う
46. 保健師との関わりを通して、助産師の業務や役割を周知する
47. 保健センター等で行われる母子関係の教室に参加する

表4 第1回全国調査研究参加者の属性

N=336	
項目	人数(%)
年代	
20歳代	7 ( 2.1 )
30歳代	52 ( 15.5 )
40歳代	127 ( 37.8 )
50歳代	134 ( 39.9 )
60歳代	16 ( 4.7 )
職位	
部長	6 ( 1.8 )
師長	133 ( 39.6 )
副師長	35 ( 10.4 )
主任	47 ( 14.0 )
スタッフ	108 ( 32.1 )
その他	7 ( 2.1 )
施設内の所属	
病棟	199 ( 59.2 )
外来	13 ( 3.9 )
病棟および外来	113 ( 33.6 )
その他	11 ( 3.3 )
所属機関	
病院	197 ( 58.6 )
診療所	139 ( 41.4 )
勤務経験のある機関 <sup>1)</sup>	
病院	211 ( 62.8 )
診療所	50 ( 14.9 )
その他	35 ( 10.4 )

1) 重複回答あり

表5 第1回全国調査結果 連携指標項目に対する同意の程度

項 目	同意率 (%)	同意する	人数(%) N=336(無回答は除いた数と割合)		
			どちらかといえ ば同意する	どちらかといえ ば同意しない	同意しない
医療機関受診時から退院まで					
1. 事例についての情報を収集し整理する	100.0	308 ( 91.9 )	27 ( 8.1 )	0	0
2. 事例についての情報を、関係する病棟や外来内で共有する	99.7	308 ( 91.9 )	26 ( 7.8 )	0	1 ( 0.3 )
3. 事例についての目標を、関係する病棟や外来内で共有する	99.4	280 ( 84.1 )	51 ( 15.3 )	2 ( 0.6 )	0
4. 保健師との連絡・調整窓口を決める	99.7	293 ( 87.5 )	41 ( 12.2 )	1 ( 0.3 )	0
5. 妊産婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る	99.7	292 ( 87.2 )	42 ( 12.5 )	1 ( 0.3 )	0
6. 事例に関する情報(妊娠・分娩状況、健康状態、親子関係、家庭環境等)を保健師へ提供する	99.7	305 ( 91.0 )	29 ( 8.7 )	1 ( 0.3 )	0
7. 緊急性がある場合は、情報提供文書の送付前に保健師へ電話で家庭訪問の依頼をする	98.5	308 ( 92.2 )	21 ( 6.3 )	4 ( 1.2 )	1 ( 0.3 )
8. 緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える	99.4	315 ( 94.3 )	17 ( 5.1 )	2 ( 0.6 )	0
9. 保健師が退院前の事例と面会の必要がある時は、妊産婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する	97.3	279 ( 83.3 )	47 ( 14.0 )	7 ( 2.1 )	2 ( 0.6 )
10. 保健師が入院中に事例と面会する際には状況に応じて同席する	97.0	266 ( 79.6 )	58 ( 17.4 )	7 ( 2.1 )	3 ( 0.9 )
11. 保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする	99.4	282 ( 84.7 )	49 ( 14.7 )	1 ( 0.3 )	1 ( 0.3 )
12. 事例の子育て環境を保健師と共有する	99.1	276 ( 82.6 )	55 ( 16.5 )	3 ( 0.9 )	0
13. 事例の退院後の目標を保健師と共有する	97.9	241 ( 72.2 )	86 ( 25.7 )	7 ( 2.1 )	0
14. 退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する	97.6	242 ( 72.7 )	83 ( 24.9 )	6 ( 1.8 )	2 ( 0.6 )
15. 今後の支援の確認ができるように連携内容を記録する	99.7	283 ( 85.0 )	49 ( 14.7 )	1 ( 0.3 )	0
16. 医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す	92.3	211 ( 62.8 )	99 ( 29.5 )	23 ( 6.8 )	3 ( 0.9 )
17. 地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する	94.0	211 ( 63.2 )	103 ( 30.8 )	15 ( 4.5 )	5 ( 1.5 )
18. 事例会議で事例の状況や課題について情報提供をする	97.6	268 ( 80.0 )	59 ( 17.6 )	8 ( 2.4 )	0
19. 事例会議では関係者に情報提供を促し、課題を整理する	95.8	259 ( 77.3 )	62 ( 18.5 )	14 ( 4.2 )	0
20. 事例会議では個人情報の管理について留意する	97.9	296 ( 88.1 )	33 ( 9.8 )	7 ( 2.1 )	0
21. 事例会議では、必要に応じて次回会議の調整を行う	95.8	256 ( 76.2 )	66 ( 19.6 )	12 ( 3.6 )	2 ( 0.6 )
退院後					
22. 事例の情報を保健師と継続的に電話等で共有する	87.8	202 ( 60.3 )	92 ( 27.5 )	37 ( 11.0 )	4 ( 1.2 )
23. 事例への支援の方向性について、保健師と継続的に電話等で共有する	88.0	194 ( 58.1 )	100 ( 29.9 )	36 ( 10.8 )	4 ( 1.2 )
24. 保健師からの情報が確実に伝わるように病棟や外来内で調整する	93.4	226 ( 67.7 )	86 ( 25.7 )	21 ( 6.3 )	1 ( 0.3 )
25. 訪問看護師等の他関係者に、状況に応じて保健師とともに情報提供をする	92.2	213 ( 63.8 )	95 ( 28.4 )	23 ( 6.9 )	3 ( 0.9 )
26. 必要に応じて、事例の産後1か月健診の結果を保健師へ情報提供する	97.3	263 ( 78.5 )	63 ( 18.8 )	6 ( 1.8 )	3 ( 0.9 )
27. 保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る	97.9	245 ( 73.1 )	83 ( 24.8 )	7 ( 2.1 )	0
連携の体制づくり					
【指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容】					
28. 保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す	99.7	297 ( 88.4 )	38 ( 11.3 )	1 ( 0.3 )	0
29. 勤務時間内に連携活動ができるよう調整する	99.4	291 ( 86.6 )	43 ( 12.8 )	1 ( 0.3 )	1 ( 0.3 )
30. スタッフを連携活動の場面に立ち合わせる	93.4	241 ( 72.2 )	83 ( 24.9 )	7 ( 2.1 )	3 ( 0.9 )
31. 事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける	97.0	228 ( 68.1 )	97 ( 29.0 )	10 ( 3.0 )	0
32. スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える	96.4	223 ( 66.6 )	100 ( 29.9 )	11 ( 3.3 )	1 ( 0.3 )
33. 支援の評価のため、事例が退院した後の保健師からの報告内容を確認するようスタッフに促す	96.4	230 ( 69.3 )	90 ( 27.1 )	11 ( 3.3 )	1 ( 0.3 )
34. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の看護職に伝える	96.4	227 ( 68.2 )	94 ( 28.2 )	12 ( 3.6 )	0
35. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師に伝える	95.2	216 ( 64.7 )	102 ( 30.5 )	16 ( 4.8 )	0
36. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師・看護職以外の職種に伝える	87.3	159 ( 47.9 )	131 ( 39.5 )	33 ( 9.9 )	9 ( 2.7 )
37. 保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する	96.1	195 ( 58.6 )	125 ( 37.5 )	9 ( 2.7 )	4 ( 1.2 )
【病棟または外来スタッフが実施すべき内容】					
38. 報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する	98.8	288 ( 86.2 )	42 ( 12.6 )	4 ( 1.2 )	0
39. 地域連携室がある場合は、業務と役割・機能を理解する	96.7	260 ( 78.1 )	62 ( 18.6 )	8 ( 2.4 )	3 ( 0.9 )
40. 継続的な支援が必要な事例を早期に判断するための視点を保健師と共有する	99.4	264 ( 79.0 )	68 ( 20.4 )	2 ( 0.6 )	0
41. 保健師と共有するべき事例の情報を検討する	99.1	263 ( 78.7 )	68 ( 20.4 )	3 ( 0.9 )	0
42. 母子保健における保健師の業務や役割を把握する	99.4	256 ( 76.9 )	75 ( 22.5 )	2 ( 0.6 )	0
43. 母子保健に関する情報(情勢や施策等)を保健師と共有する	99.1	259 ( 77.5 )	72 ( 21.6 )	3 ( 0.9 )	0
44. 保健師活動を知る機会(例:ネットワーク会議・看護協会研修等)に参加する	94.0	175 ( 52.4 )	139 ( 41.6 )	13 ( 3.9 )	7 ( 2.1 )
45. 必要時には、保健師とともに事例の家庭訪問を行う	65.1	91 ( 27.3 )	126 ( 37.8 )	84 ( 25.2 )	32 ( 9.6 )
46. 保健師との関わりを通して、助産師の業務や役割を伝える	93.0	203 ( 61.7 )	103 ( 31.3 )	16 ( 4.9 )	7 ( 2.1 )
47. 保健センター等で行われる母子関係の教室等に参加する	79.8	115 ( 34.6 )	150 ( 45.2 )	49 ( 14.8 )	18 ( 5.4 )

※No.45 および 47 は除外項目

表 6 第 2 回全国調査研究参加者の属性

N=171	
項目	人数 (%)
年代	
20歳代	5 ( 2.9 )
30歳代	23 ( 13.5 )
40歳代	71 ( 41.5 )
50歳代	65 ( 38.0 )
60歳代	7 ( 4.1 )
職位	
部長	2 ( 1.2 )
師長	69 ( 40.3 )
副師長	21 ( 12.3 )
主任	25 ( 14.6 )
スタッフ	48 ( 28.1 )
その他	6 ( 3.5 )
施設内の所属	
病棟	99 ( 57.9 )
外来	7 ( 4.1 )
病棟および外来	63 ( 36.8 )
その他	2 ( 1.2 )
所属機関	
病院	104 ( 60.8 )
診療所	67 ( 39.2 )
勤務経験のある機関 <sup>1)</sup>	
病院	116 ( 67.8 )
診療所	31 ( 18.1 )
その他	4 ( 2.3 )

1) 重複回答あり

表7 第2回全国調査結果 連携指標項目に対する同意の程度

項 目	同意率 (%)	人数 (%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
		同意する	どちらかといえば同意する	どちらかといえば同意しない	同意しない
<b>医療機関受診時から退院まで</b>					
1. 事例についての情報を収集し整理する	100.0	161 ( 97.6 )	4 ( 2.4 )	0	0
2. 事例についての情報を、関係する病棟や外来内で共有する	100.0	158 ( 95.8 )	7 ( 4.2 )	0	0
3. 事例についての目標を、関係する病棟や外来内で共有する	99.7	145 ( 88.1 )	19 ( 11.6 )	0	0
4. 保健師との連絡・調整窓口を決める	98.8	148 ( 89.7 )	15 ( 9.1 )	2 ( 1.2 )	0
5. 妊産婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る	99.4	150 ( 90.9 )	14 ( 8.5 )	1 ( 0.6 )	0
6. 事例に関する情報(妊娠・分娩状況、健康状態、親子関係、家庭環境等)を保健師へ提供する	100.0	153 ( 93.3 )	11 ( 6.7 )	0	0
7. 緊急性がある場合は、情報提供文書の送付前に保健師へ電話で家庭訪問の依頼をする	97.9	156 ( 94.3 )	6 ( 3.6 )	3 ( 1.8 )	0
8. 緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える	99.4	155 ( 93.9 )	9 ( 5.5 )	1 ( 0.6 )	0
9. 保健師が退院前の事例と面会の必要がある時は、妊産婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する	95.8	143 ( 85.6 )	17 ( 10.2 )	7 ( 4.2 )	0
10. 保健師が入院中に事例と面会する際には状況に応じて同席する	97.6	139 ( 83.2 )	24 ( 14.4 )	3 ( 1.8 )	1 ( 0.6 )
11. 保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする	98.2	137 ( 82.0 )	27 ( 16.2 )	3 ( 1.8 )	0
12. 事例の子育て環境を保健師と確認しあう	99.4	143 ( 86.7 )	21 ( 12.7 )	0	1 ( 0.6 )
13. 事例の退院後の目標を保健師と確認しあう	98.7	123 ( 74.5 )	40 ( 24.2 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
14. 退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する	97.0	126 ( 76.4 )	34 ( 20.6 )	3 ( 1.8 )	2 ( 1.2 )
15. 今後の支援の確認ができるように連携内容を記録する	98.2	144 ( 87.8 )	17 ( 10.4 )	3 ( 1.8 )	0
16. 助産師が調整役を担う場合は、医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す	91.6	103 ( 61.7 )	50 ( 29.9 )	10 ( 6.0 )	4 ( 2.4 )
17. 助産師が調整役を担い地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する	95.2	103 ( 61.7 )	56 ( 33.5 )	6 ( 3.6 )	2 ( 1.2 )
18. 事例会議で事例の状況や課題について情報提供をする	98.8	141 ( 84.9 )	23 ( 13.9 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
19. 事例会議では関係者に情報提供を促し、課題を整理する	98.2	134 ( 80.7 )	29 ( 17.5 )	1 ( 0.6 )	2 ( 1.2 )
20. 事例会議では個人情報の管理について留意する	99.4	147 ( 88.0 )	19 ( 11.4 )	0	1 ( 0.6 )
21. 事例会議では、必要に応じて次回会議の調整を行う	96.4	130 ( 77.8 )	31 ( 18.6 )	4 ( 2.4 )	2 ( 1.2 )
<b>退院後</b>					
22. 事例の情報を必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する	98.2	141 ( 86.0 )	20 ( 12.2 )	3 ( 1.8 )	0
23. 事例への支援の方向性について、必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する	96.9	136 ( 82.9 )	23 ( 14.0 )	5 ( 3.0 )	0
24. 福祉関係者や児童相談所等の関係者に、必要に応じて保健師とともに情報提供をする	96.3	123 ( 75.0 )	35 ( 21.3 )	5 ( 3.0 )	1 ( 0.6 )
25. 必要に応じて、事例の産後1か月健診の結果を保健師へ情報提供をする	98.8	142 ( 87.1 )	19 ( 11.7 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
26. 保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る	98.7	135 ( 83.3 )	25 ( 15.4 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
<b>連携の体制づくり</b>					
<b>【指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容】</b>					
27. 保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す	100.0	154 ( 93.3 )	11 ( 6.7 )	0	0
28. 勤務時間内に連携活動ができるよう調整する	100.0	147 ( 89.1 )	18 ( 10.9 )	0	0
29. 保健師からの情報を担当者に確実に伝達する体制を整える	100.0	148 ( 89.7 )	17 ( 10.3 )	0	0
30. スタッフを連携活動の場面に立ち会わせる	99.4	129 ( 77.7 )	36 ( 21.7 )	1 ( 0.6 )	0
31. 事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける	98.8	133 ( 80.1 )	31 ( 18.7 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
32. スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える	96.4	117 ( 70.5 )	43 ( 25.9 )	6 ( 3.6 )	0
33. 支援の評価のため、事例が退院した後の保健師からの報告内容を確認するようスタッフに促す	98.2	127 ( 76.5 )	36 ( 21.7 )	2 ( 1.2 )	1 ( 0.6 )
34. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の看護職に伝える	100.0	129 ( 77.7 )	37 ( 22.3 )	0	0
35. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師に伝える	100.0	118 ( 71.5 )	47 ( 28.5 )	0	0
36. 日常的に連携の必要性を医療機関内のMSWと共有する	98.8	121 ( 75.2 )	38 ( 23.6 )	0	2 ( 1.2 )
37. 保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する	100.0	120 ( 71.9 )	47 ( 28.1 )	0	0
<b>【病棟または外来スタッフが実施すべき内容】</b>					
38. 報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する	100.0	151 ( 92.6 )	12 ( 7.4 )	0	0
39. 地域連携室がある場合は、業務と役割・機能を理解する	98.1	146 ( 89.0 )	15 ( 9.1 )	2 ( 1.2 )	1 ( 0.6 )
40. 継続的な支援が必要な事例を早期に判断するための視点を保健師と共有する	98.8	139 ( 84.8 )	23 ( 14.0 )	2 ( 1.2 )	0
41. 保健師と共有するべき事例の情報を検討する	99.4	141 ( 86.0 )	22 ( 13.4 )	1 ( 0.6 )	0
42. 母子保健における保健師の業務や役割を把握する	100.0	139 ( 84.8 )	25 ( 15.2 )	0	0
43. 母子保健に関する情報(情勢や施策等)を保健師と共有する	99.4	134 ( 81.7 )	29 ( 17.7 )	1 ( 0.6 )	0
44. 保健師活動を知る機会(例:ネットワーク会議・看護協会研修等)に参加する	97.6	121 ( 73.8 )	39 ( 23.8 )	3 ( 1.8 )	1 ( 0.6 )
45. 日常的な関わりを通して、保健師に助産師の業務や役割を伝える	98.7	125 ( 76.2 )	36 ( 22.0 )	2 ( 1.2 )	1 ( 0.6 )

注) 斜体; 表現変更項目

表 8 継続的な支援が必要な家族に関わる助産師の保健師との連携指標

医療機関受診時から退院まで

1. 事例についての情報を収集し整理する
2. 事例についての情報を、関係する病棟や外来内で共有する
3. 事例についての目標を、関係する病棟や外来内で共有する
4. 保健師との連絡・調整窓口を決める
5. 妊産褥婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る
6. 事例に関する情報（妊娠・分娩状況、健康状態、親子関係、家庭環境等）を保健師へ提供する
7. 緊急性がある場合は、情報提供文書の送付前に保健師へ電話で家庭訪問の依頼をする
8. 緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える
9. 保健師が退院前の事例と面会の必要がある時は、妊産褥婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する
10. 保健師が入院中に事例と面会する際には状況に応じて同席する
11. 保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする
12. 事例の子育て環境を保健師と確認しあう
13. 事例の退院後の目標を保健師と確認しあう
14. 退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する
15. 今後の支援の確認ができるように連携内容を記録する
16. 助産師が調整役を担う場合は、医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す
17. 助産師が調整役を担い地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する
18. 事例会議で事例の状況や課題について情報提供をする
19. 事例会議では関係者に情報提供を促し、課題を整理する
20. 事例会議では個人情報の管理について留意する
21. 事例会議では、必要に応じて次回会議の調整を行う

退院後

22. 事例の情報を必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する
23. 事例への支援の方向性について、必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する
24. 福祉関係者や児童相談所等の関係者に、必要に応じて保健師とともに情報提供をする
25. 必要に応じて、事例の産後1か月健診の結果を保健師へ情報提供する
26. 保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る

連携の体制づくり

【指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容】

27. 保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す
28. 勤務時間内に連携活動ができるよう調整する
29. 保健師からの情報を担当者に確実に伝達する体制を整える
30. スタッフを連携活動の場面に立ち合わせる
31. 事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける
32. スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える
33. 支援の評価のため、事例が退院した後の保健師からの報告内容を確認するようスタッフに促す
34. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の看護職に伝える
35. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師に伝える
36. 日常的に連携の必要性を医療機関内のMSWと共有する
37. 保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する

【病棟または外来スタッフが実施すべき内容】

38. 報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する
39. 地域連携室がある場合は、業務と役割・機能を理解する
40. 継続的な支援が必要な事例を早期に判断するための視点を保健師と共有する
41. 保健師と共有すべき事例の情報を検討する
42. 母子保健における保健師の業務や役割を把握する
43. 母子保健に関する情報（情勢や施策等）を保健師と共有する
44. 保健師活動を知る機会（例：ネットワーク会議・看護協会研修等）に参加する
45. 日常的な関わりを通して、保健師に助産師の業務や役割を伝える

表9 医療機関受診時から退院までの連携指標に対する実施状況(連携指標項目1~15)

項 目	人数(%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
	実施状況(事例がある場合)			
	1 いつも 実施している	2 どちらかと いえば 実施している	3 どちらかと いえば 実施していない	4 全く 実施していない
1. 事例についての情報を収集し整理する	127 ( 77.4 )	35 ( 21.3 )	2 ( 1.2 )	0
2. 事例についての情報を、関係する病棟や外来内で共有する	124 ( 75.2 )	38 ( 23.0 )	3 ( 1.8 )	0
3. 事例についての目標を、関係する病棟や外来内で共有する	81 ( 49.1 )	66 ( 40.0 )	18 ( 10.9 )	0
4. 保健師との連絡・調整窓口を決める	119 ( 72.1 )	34 ( 20.6 )	11 ( 6.7 )	1 ( 0.6 )
5. 妊産褥婦または家族に保健師の役割を伝え、情報提供の同意を得る	125 ( 75.8 )	34 ( 20.6 )	4 ( 2.4 )	2 ( 1.2 )
6. 事例に関する情報(妊娠・分娩状況、健康状態、親子関係、家庭環境等)を保健師へ提供する	132 ( 80.5 )	30 ( 18.5 )	1 ( 0.6 )	1 ( 0.6 )
7. 緊急性がある場合は、情報提供文書の送付前に保健師へ電話で家庭訪問の依頼をする	139 ( 83.7 )	21 ( 12.7 )	2 ( 1.2 )	4 ( 2.4 )
8. 緊急性がある場合は、保健師へ電話等で明確に緊急性を伝える	137 ( 83.0 )	22 ( 13.3 )	3 ( 1.8 )	3 ( 1.8 )
9. 保健師が退院前の事例と面会の必要がある時は、妊産褥婦または家族の同意を得て保健師の医療機関への訪問を依頼する	96 ( 58.9 )	33 ( 20.2 )	17 ( 10.4 )	17 ( 10.4 )
10. 保健師が入院中に事例と面会する際には状況に応じて同席する	88 ( 54.7 )	39 ( 24.2 )	17 ( 10.6 )	17 ( 10.6 )
11. 保健師が医療機関を訪問する際に、関係職種とともに情報交換をする	79 ( 49.4 )	44 ( 27.5 )	21 ( 13.1 )	16 ( 10.1 )
12. 事例の子育て環境を保健師と確認しあう	87 ( 53.0 )	59 ( 36.0 )	12 ( 7.3 )	6 ( 3.7 )
13. 事例の退院後の目標を保健師と確認しあう	57 ( 34.8 )	58 ( 35.4 )	35 ( 21.3 )	14 ( 8.5 )
14. 退院後の支援に向けた保健師との役割分担について確認する	65 ( 39.6 )	57 ( 34.8 )	28 ( 17.1 )	14 ( 8.5 )
15. 今後の支援の確認ができるように連携内容を記録する	110 ( 66.7 )	36 ( 21.8 )	12 ( 7.3 )	7 ( 4.2 )



表 10 医療機関受診時から退院までの連携指標の実施していない理由(連携指標項目 1~15)

N=65	
理 由	人数
人手不足	26
時間がない	18
他の職種が既に役割を担っている	7
所属施設の規則外	5
保健師に任せている	5
システムが整っていない	5
上司の理解が得られない	2
情報共有のみで問題がない	2
担当保健師との関係が密ではない	2
保健師により対応が異なる	2
他職種の協力が得られない	2
休日は保健師との連絡が取れない	1
保健師の状況がわかりにくい	1
家族が連携を望まない	1
退院後は情報が入手できない	1
前例がない	1

※重複回答あり

表 11 医療機関受診時から退院まで(事例会議を行う場合)の連携指標に対する実施状況  
(連携指標項目 16~21)

項 目	人数(%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
	実施状況(事例がある場合)			
	1 いつも 実施している	2 どちらかと いえば 実施している	3 どちらかと いえば 実施していない	4 全く 実施していない
16. 助産師が調整役を担う場合は、医療機関内外の関係者に事例会議の参加を促す	32 ( 20.5 )	53 ( 34.0 )	24 ( 15.4 )	47 ( 30.1 )
17. 助産師が調整役を担い地域連携室がある場合は、事例会議の企画を相談する	36 ( 24.0 )	38 ( 25.3 )	26 ( 17.3 )	50 ( 33.3 )
18. 事例会議で事例の状況や課題について情報提供をする	89 ( 58.2 )	27 ( 17.6 )	9 ( 5.9 )	28 ( 18.3 )
19. 事例会議では関係者に情報提供を促し、課題を整理する	72 ( 47.4 )	36 ( 23.7 )	13 ( 8.6 )	31 ( 20.4 )
20. 事例会議では個人情報の管理について留意する	98 ( 64.5 )	20 ( 13.2 )	8 ( 5.3 )	26 ( 17.1 )
21. 事例会議では、必要に応じて次回会議の調整を行う	65 ( 43.0 )	31 ( 20.5 )	20 ( 13.2 )	35 ( 23.2 )

表 12 医療機関受診時から退院まで(事例会議を行う場合)の連携指標の実施していない理由  
(連携指標項目 16～21)

N=73	
理 由	人 数
他の職種が既に役割を担っている	38
人手不足	17
時間がない	15
所属施設の規則外	14
地域連携室がない・機能していない	4
現状は電話での連携で充分である	2
前例がない	2
上司の理解が得られない	1
保健師を会議毎に来てもらうことはできない	1
検討会議の依頼がない	1
システムが整っていない	1

※重複回答あり

表 13 退院後の連携指標に対する実施状況(連携指標項目 22～26)

項 目	人数(%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
	実施状況(事例がある場合)			
	1 いつも 実施している	2 どちらかと いえば 実施している	3 どちらかと いえば 実施していない	4 全く 実施していない
22. 事例の情報を必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する	101 ( 63.1 )	44 ( 27.5 )	8 ( 5.0 )	7 ( 4.4 )
23. 事例への支援の方向性について、必要に応じて保健師と継続的に電話や文書等で共有する	91 ( 56.9 )	49 ( 30.6 )	14 ( 8.8 )	6 ( 3.8 )
24. 福祉関係者や児童相談所等の関係者に、必要に応じて保健師とともに情報提供をする	64 ( 40.5 )	47 ( 29.7 )	19 ( 12.0 )	28 ( 17.7 )
25. 必要に応じて、事例の産後1か月健診の結果を保健師へ情報提供する	79 ( 49.7 )	51 ( 32.1 )	19 ( 11.9 )	10 ( 6.3 )
26. 保健師からの退院後の事例の経過報告の内容を確認し、支援内容を振り返る	59 ( 37.1 )	57 ( 35.8 )	31 ( 19.5 )	12 ( 7.5 )

表 14 退院後の連携指標の実施していない理由(連携指標項目 22~26)

N=72	
理 由	人 数
時間がない	19
人手不足	18
他の職種が既に役割を担っている	18
退院後の経過報告がない	8
所属施設の規則外	6
システムが整っていない	2
継続的には実施していない	2
上司の理解が得られない	1
保健師との考えの相違がある	1
スタッフの認識が不足している	1
今後、実施する予定である	1

※重複回答あり

表 15 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容の実施状況(連携指標項目 27～37)

項 目	人数(%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
	実施状況(事例がある場合)			
	1 いつも 実施している	2 どちらかと いえば 実施している	3 どちらかと いえば 実施していない	4 全く 実施していない
27. 保健師との連携の必要性についてスタッフに理解を促す	109 ( 66.9 )	45 ( 27.6 )	6 ( 3.7 )	3 ( 1.8 )
28. 勤務時間内に連携活動ができるよう調整する	85 ( 52.1 )	61 ( 37.4 )	12 ( 7.4 )	5 ( 3.1 )
29. 保健師からの情報を担当者に確実に伝達する体制を整える	86 ( 53.4 )	55 ( 34.2 )	13 ( 8.1 )	7 ( 4.3 )
30. スタッフを連携活動の場面に立ち会わせる	52 ( 32.7 )	60 ( 37.7 )	32 ( 20.1 )	15 ( 9.4 )
31. 事例会議にスタッフの参加を促し、関係者の意見を聞く機会を設ける	52 ( 32.9 )	46 ( 29.1 )	36 ( 22.8 )	24 ( 15.2 )
32. スタッフに事例会議の企画や調整の方法を具体的に伝える	38 ( 24.1 )	61 ( 38.6 )	29 ( 18.4 )	30 ( 19.0 )
33. 支援の評価のため、事例が退院した後の保健師からの報告内容を確認するようスタッフに促す	64 ( 40.0 )	62 ( 38.8 )	22 ( 13.8 )	12 ( 7.5 )
34. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の看護職に伝える	62 ( 39.0 )	60 ( 37.7 )	19 ( 11.9 )	18 ( 11.3 )
35. 日常的に事例会議や連携の必要性を医療機関内の医師に伝える	60 ( 38.0 )	59 ( 37.3 )	23 ( 14.6 )	16 ( 10.1 )
36. 日常的に連携の必要性を医療機関内のMSWと共有する	56 ( 37.1 )	30 ( 19.9 )	27 ( 17.9 )	38 ( 25.2 )
37. 保健師と母子保健に関する課題を共有できる機会を企画する	36 ( 22.6 )	44 ( 27.7 )	40 ( 25.2 )	39 ( 24.5 )

表 16 連携の体制づくりとして指導的役割を担う師長・副師長・主任等が実施すべき内容の実施していない理由(連携指標項目 27～37)

N=117	
理 由	人 数
人手不足	53
時間がない	47
他の職種が既に役割を担っている	20
所属施設の規則外	14
MSWがない	11
担当者を決めて役割分担をしている	7
上司の理解が得られない	6
実施していないかわりに他の会議には出席している	2
他職種が必要性を感じていない	2
経験がない	2
他職種と勤務時間が合わない時がある	1
スタッフに意識の統一がみられず、導く手立てがない	1
実施するためのマニュアルがない	1
地域により対応部署が異なり、部署について理解不足がある	1
所属内の職種が少ない	1
職種間の業務内容がわからない	1
会議の依頼がない	1
今後、実施する予定である	1

表 17 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施すべき内容の実施状況  
(連携指標項目 38~45)

項 目	人数(%) N=171(無回答は除いた数と割合)			
	実施状況(事例がある場合)			
	1 いつも 実施している	2 どちらか いえば 実施している	3 どちらか いえば 実施していない	4 全く 実施していない
38. 報告文書や電話等で情報提供する内容を上司や先輩に相談する	121 ( 75.1 )	36 ( 22.4 )	3 ( 1.9 )	1 ( 0.6 )
39. 地域連携室がある場合は、業務と役割・機能を理解する	68 ( 45.0 )	42 ( 27.8 )	13 ( 8.6 )	28 ( 18.5 )
40. 継続的な支援が必要な事例を早期に判断するための視点を保健師と共有する	71 ( 44.4 )	63 ( 39.4 )	17 ( 10.6 )	9 ( 5.6 )
41. 保健師と共有するべき事例の情報を検討する	76 ( 48.4 )	60 ( 38.2 )	14 ( 8.9 )	7 ( 4.5 )
42. 母子保健における保健師の業務や役割を把握する	57 ( 36.1 )	69 ( 43.7 )	27 ( 17.1 )	5 ( 3.2 )
43. 母子保健に関する情報(情勢や施策等)を保健師と共有する	56 ( 35.7 )	60 ( 38.2 )	30 ( 19.1 )	11 ( 7.0 )
44. 保健師活動を知る機会(例:ネットワーク会議・看護協会研修等)に参加する	49 ( 30.8 )	56 ( 35.2 )	30 ( 18.9 )	24 ( 15.1 )
45. 日常的な関わりを通して、保健師に助産師の業務や役割を伝える	35 ( 22.3 )	68 ( 43.3 )	29 ( 18.5 )	25 ( 15.9 )



表 18 連携の体制づくりとして病棟または外来のスタッフが実施すべき内容の実施していない理由  
(連携指標項目 38～45)

N=96	
理 由	人 数
時間がない	42
人手不足	32
所属施設の規則外	12
地域連携室がない、機能していない	7
他の職種が既に役割を担っている	5
機会がない	5
保健師と直接会う機会がない	4
上司の理解が得られない	2
システムが整っていない	2
担当者を決めて役割分担をしている	2
他の会議には出席するようにしている	2
保健師が多忙である	1
担当者が決まっていない	1
保健師の活動内容がわからない	1
意識が低い	1
保健師の勤務時間と合わない	1

※重複回答あり