

東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	子育て世代包括支援センターにおける初回妊婦面談の対話(ダイアログ)の実践モデルの検討
作成者(著者)	渡邊, 幸恵
公開者	東邦大学
発行日	2024.03
掲載情報	東邦大学大学院看護学研究科 博士論文 内容の要約.
資料種別	学位論文
内容記述	主査: 岸恵美子 / タイトル: 子育て世代包括支援センターにおける初回妊婦面談の対話(ダイアログ)の実践モデルの検討 / 著者: 渡邊幸恵 / 本文ファイル: 要約
著者版フラグ	none
報告番号	32661甲第1123号
学位授与年月日	2024.03.13
学位授与機関	東邦大学
メタデータのURL	https://mylibrary.toho-u.ac.jp/webopac/TD28229636

第 I 章 序論

地域の人間関係の希薄化、核家族化により妊産婦の社会的孤立が問題となっている。妊産婦のうつ発症率は15～20%(吉田,山下,鈴宮,2017)であり、2015～2017年の妊産婦死亡の原因は身体的異常より自殺の方が2倍となっていたというデータもある(公益社団法人日本産婦人科医会,2018)。さらに年々、児童虐待相談対応件数が増加(厚生労働省,2021)し、特に死亡事例は0歳(特に月齢0か月児が5割を占める)が多い(厚生労働省,2019)ことなど、さまざまな妊娠・出産・子育ての課題に対して解決されていない現状がある。さらに妊娠・出産等に関わる母子保健事業は、母子健康手帳の交付、妊婦健康診査、母親学級等、多くの関係機関が関わっており、妊婦の情報が機関の間で十分に共有し活用されず、支援が必要な者に対する有効な支援ができていないとの指摘されてきた(一瀬,2016)。

このような状況から、妊娠期から母子を地域で支える切れ目ない支援の整備が必要とされ、2016年6月に母子保健法が改正され、2017年4月から子育て世代包括支援センター(以下、包括支援センターとする)の設置が努力義務とされた(厚生労働省,2017)。包括支援センターの設置により、自治体では地域の実情に応じて、妊娠・出産・育児の関係者間の情報共有とそれにもとづく適切な支援の提供など、より切れ目のない連携の強化ができることになった。子育て世代包括支援センター業務ガイドライン(以下、業務ガイドラインとする)(厚生労働省,2017)によると、支援対象者は原則全ての妊婦(産婦:産後1年以内)、乳幼児(入学前)とその保護者が対象とされ、支援はリスクの有無にかかわらず、予防的な視点を中心としたポピュレーションアプローチを基本とする。

我が国の包括支援センターの創設過程で参考にされた、フィンランド公営の出産・子育て家族サポートセンターである「ネウボラ」は、地域のワンストップ拠点として同じ担当者(ネウボラ保健師)が、妊娠期から就学前まですべての家族を切れ目なく継続的にサポートし、妊婦期には10回程度、個別に面談しながら対話を重ねて相互の信頼関係を築いていくという(高橋,2015)。妊娠期の個別面談は包括支援センターでも、妊婦の継続的な状況の把握のために行われている。実施のタイミングは、妊娠届出・母子健康手帳交付等の機会(87.8%)や産婦訪問(来所を含む85.4%)で多く実施されており、母子手帳交付時の面談は、ほぼ全ての妊婦と接点を持つことができる貴重な機会であると位置づけされている(厚生労働省,2017)。包括支援センターの妊婦面談の面談者は、母子保健コーディネーターが担っている自治体が多いが、その母子保健コーディネーターは保健師・助産師以外の職種が担っている場合もある(横山,2018)。包括支援センターでは、切れ目ない支援をコーディネーター等複数の者が関わり、関係者が必要な情報を共有し、切れ目ない支援に当たることが現実的である(一瀬,2016)とされ、妊婦面談の面談者が継続的な支援者とはならないことがある。さらにローリスク妊婦の場合には、継続的な面談が設けられていない自治体がある。

以上のことから、「ネウボラ」では同じ担当者が、妊娠期に面談を重ねて妊婦と関係を

構築して、継続的なサポートを提供することが可能であるが、包括支援センターでは初回妊婦面談の1度で妊婦との関係を構築し、切れ目ない支援につながるようにしなければならない。

母子健康手帳交付時の妊婦の状態は、妊娠初期であることが多く、望んだ妊娠であってもつわりなどの体調の変化からアンビバレントな心理状態になる(新道,2000)と報告されている。また、蘇武(2020)は母子健康手帳交付時の面談の課題を、リスクアセスメントを含む把握事項、説明事項が多く、初対面で関係づくりをしながら面談を行う難しさがあると指摘している。さらに、高木,東野,山田(2019)は母子健康手帳交付の面談の1度だけでは時間や情報に限界があり、継続した支援につなげることは難しいと述べている。特に情報収集や情報提供の場面では、妊婦へ質問することや説明が多くなり、妊婦が一方向的に話されたという印象が残りやすいと推察する。周産期女性のネガティブサポートの調査によると、妊娠期と産後1か月期のネガティブサポートを構成するカテゴリでは【対象者不在の情報提供】、【共感の欠如したかかわり】となっており、この時期は医療者とのかかわりを求めているが、相手の状況を聞くプロセスを経ることなく一方的に与える情報提供は、混乱を招くことになり、さらに自身の存在が無視されたような対応と感じ、否定的な効果を生んでいた(相川,2004)ことが明らかになっている。Sundereen(1994)は、関係開始の対応を医療者と患者の人間関係の雰囲気決定し、その後の関係に大きく影響を与えるとして、その重要性を指摘している。さらに、関係初期に患者と看護師の互いが抱く先入観についての研究では、双方の先入観がその後6か月間ほとんど変化せず、援助関係に影響を与えているという(Forchuk,1994)。

これらのことから、初回妊婦面談は妊婦との関係開始の場面であり、その面談の印象がその後の援助関係に大きな影響を与える。しかし、包括支援センターでは1度の面談で妊婦と関係の構築をすることが必要であり、面談者は初対面であるという状況を踏まえ、妊婦の体調や背景を考慮しながら面談を行うことが必要になる。

そのため、本研究では対話(ダイアログ)という概念に注目する。この対話(ダイアログ)は、「ネウボラ」でも「信頼関係」とともに重視されており(高橋,2015)、我が国では、「向かい合って話し合うこと」(広辞苑,2018)の意味として使用されていることが多いが、David Bohm(1997/2016)や William Isaacs(1999/2016)は、「対話」は単に合意点をさがすことではなく、価値観を共有しながら協働行動を行うこと、Paulo Freire(1979/2018)は、対話とは人と人がお互いに出会い、お互いの知恵を共有するような行為であるという。つまり対話(ダイアログ)は、人と人が互いの考えを共有することであり、初回妊婦面談で妊婦が一方向的に聞くだけではない対話(ダイアログ)がある面談にできれば、妊婦との関係の構築の一助になると考える。

母子健康手帳交付に関する研究は、妊娠届出時における情報把握項目や市町村の対応を明らかにしたもの(益邑ら,2013; 益邑,2014)や、妊婦の支援の必要性を見極めるための実態

(足立,上野,2019)、市町村の妊娠届出の活用に関する研究(服部,名和,武田,松山,布原,田中,2017)などのリスクアセスメントにつながる内容の研究が多く、初回妊婦面談の全体の構成や特徴は明らかになっていない。さらに、業務ガイドライン(厚生労働省,2017)では、妊婦面談の相談対応は、利用者目線で対応することが信頼関係構築の基本であると明記されているものの、どのようなコミュニケーションを使用して、初対面の妊婦と関係づくりをしていくのかなどの方法が示されていないため、面談者個人の経験知で初回妊婦面談を実施している可能性がある。

そこで本研究では、母子保健コーディネーターが初回妊婦面談を受ける妊婦をどのように捉え、妊婦の対応をしているのかその特徴と包括支援センターにおける初回妊婦面談の全体の構成を、対話（ダイアログ）の視点から明らかにする。これらを統合し、母子保健コーディネーターが初回妊婦面談で対話（ダイアログ）を活用した面談を実施するための実践モデルを作成する。

第Ⅱ章 文献検討

1. 子育て世代包括支援センター

1) 子育て世代包括支援センターのできた経緯

従来、妊娠期から子育て期にわたるまでの支援は、例えば、妊娠期であれば主に産科医療機関、出産後は行政機関（保健センター等）や小児科医療機関といったように、ライフステージごとに行政、民間を問わずに様々な機関によって担われてきた(高屋,2018)。しかし、その機関の情報は十分に共有し活用されず、支援が必要な者に対する有効な支援につながっていないとの指摘がされていた。そのことから地域の実情に応じて、地域における妊娠・出産・育児の関係者間の情報共有とそれにもとづく適切な支援の提供など、より切れ目のない連携の強化が求められていた(一瀬,2016)。また、少子化が改善されない中で、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」が2015年6月に閣議決定され、妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援では、支援ニーズの高い妊婦への支援実施率100%や「子育て世代包括支援センター」の整備を図ることと明記された。2015年3月に定められた「少子化社会対策大綱」でも少子化対策推進のなかで、「子育て世代包括支援センター」の整備などにより、切れ目のない支援体制を構築していくことが明記された。子育て世代包括支援センターは、少子化危機対策として政策議論で構想された「妊娠・出産包括支援」が基になっている。この「妊娠・出産包括支援」は2014年に創設され、妊婦健康診査や乳児家庭全戸訪問事業などの既存の母子保健サービスに加え、①妊婦等の支援ニーズに応じ、必要な支援につなぐ母子保健コーディネーターの配置、②産科医療機関の退院直後に母乳ケアや母子の心身のケア、育児サポートなどを行う産後ケア事業、③妊婦の孤独感の解消を図るために相談支援を行う産前・産後サポート事業、④不妊に悩む人への支援の強化、の4つを柱とし、各地域の特性に応じた妊娠から出産、子育て期までの切れ目のない支援を行うものとしてモデル事業が行われた(一瀬,2016; 高橋,2018a; 高屋,2018)。

子育て世代包括支援センター（以下、包括支援センター）は、2015年度から実施されている妊娠・出産包括支援事業と、2016年度から開始された子ども・子育て支援新制度の利用者支援や子育て支援などを包括的に運営する機能を担うもので、専門知識を活かしながら利用者の視点に立った妊娠・出産・子育てに関する支援のマネジメントを行うことが期待されている(一瀬,2016)。包括支援センターの役割は、妊婦や乳幼児等の状況を継続的・包括的に把握し、妊婦や保護者の相談に保健師等の専門職が対応するとともに、必要な支援の調整や、関係機関に連絡調整するなどして、妊婦や乳幼児等に対して切れ目のない支援を提供し、育児不安や虐待の予防に寄与することである。包括支援センターの支援対象者は、原則全ての妊婦（産婦：産後1年以内）、乳幼児（入学前）とその保護者を対象とすることを基本としている。その中で妊娠期から子育て期、特に3歳までの子育て期について重点を置く。その支援は、妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無にかかわらず、予防的な視点を中心とし、全ての妊婦・乳幼児等を対象とするポピュレーション

ンアプローチを基本とする(厚生労働省,2017)。包括支援センターは令和 2 年(2020)末までに全国市区町村への設置が進められていたが、令和 3(2021)年 4 月 1 日現在では 92.1%の設置率(佐藤拓代,2022)になっておりで全国に広まっている。

2) 子育て世代包括支援センターの支援内容と課題

包括支援センターで提供している子育て支援について槻木ら(2019)は、「対象者が安心してすごせるように相談できる状態を整え、丁寧に相談に応じる」、「対象者の健康を保ち、子育て環境が整えられるように情報を提供し共に考える」、「適切な時期に必要な支援を行うため、継続的に支援の必要性を見極める」、「必要な支援をスムーズに行うため、関係部署・機関・担当者と連携し、準備・手配する」という支援が行われていると述べている。包括支援センターの具体的な運用は各市町村に任せられており、様々な取り組みがされている。大阪府の豊中市では、市民のニーズ調査を実施した後、その回答をもとに「子育て包括支援センター豊中モデル」を構築した。具体的な取り組みとしては、子育て情報ポータルサイトの充実を図り、その上で母子健康手帳交付時の全数面接では、その情報ツールを用いて、対象者に情報提供を行いながら妊婦面談を行い、さまざまな相談にも応じている。この地域では母子保健コーディネーターは地区担当の保健師が担い、助産師は出産への不安や卒乳等の個別相談事業を担当し、子育て支援コーディネーターには社会福祉職を配置している。そして、母子健康手帳別冊の裏面には、地区担当保健師名と助産師・社会福祉職の名前を記入し、妊娠中から担当者が継続して支援していくことを伝えている(岸田,横山,2018)。支援プランの作成には、妊婦用「ママと赤ちゃんのスマイル親子プラン」を作り、妊婦自身に目標を書いてもらうとともに、妊娠中の一般的な準備内容、働くママや上の子がいるママの準備項目を確認している。妊婦面談で把握した内容により、市の独自のアセスメントシートを用いて、リスク要因とその項目の数によりリスク分類(A~D)をし、保健師として判断した支援プランの作成を行っている(岸田,横山,2018)。A~C までは何からの支援が必要と判断された妊婦であり、妊娠中の支援時期や内容も決められている。しかし、D の通常フォロー妊婦は、新生児訪問はがきの勧奨のみであり、妊娠中に電話などで状況を確認する支援はされていない。D の通常のフォロー妊婦となっていた中に、産後強い育児不安や育児ストレスを抱える産婦が出現していることが判明しており、予防策として妊娠期からのポピュレーションアプローチをどのように行っていくか検討しているところである(岸田,横山,2018)。また、高知県梶原町では、保護者への産後ケアニーズ調査や妊娠届出時の妊婦アンケートから、母子保健活動の現状把握を行い、妊娠期からの精神不安を感じている母親の割合が高く(49%)、産後 2 か月までに育児の困りごとがあると回答した母親が全体の 30%、特に初産の場合は約 60%と高い結果であるという経緯があり、「ゆすはら子育て世代包括支援センター」の設置に至った。取り組みの現状は、同センターの地域の妊産婦およびその家族との顔の見える関係づく

りを大切にし、妊娠届出時の全数面接では、地区担当保健師と母子保健コーディネーターが2名体制で実施している。また、妊婦の全数訪問の実施や図書館複合施設の施設内に地域子育て支援センターを設置し、家族全体への支援と拠点づくりに取り組んでいる(畠山ら,2018)。

また、ガイドラインに基づいた必須業務の実施状況について、妊産婦および乳幼児等の実情の把握をする場面は、「面談・面接」で対象は「妊産婦」、時期は「妊娠期」でその中でも「妊娠届出」が多いことが明らかになっているなど、実施されている現状が示されている(西野,井上,古川,2022)。包括支援センターは、それぞれの地域で切れ目のない支援に向けて工夫がされることで、「支援もれが減り妊娠期から育児期までの支援がつながり始めた」、「母親の育児行動に変化が見られた」、「活動が受け入れられていると感じた」こと(槻木ら,2019)や関係機関との連携がより円滑になった(高木ら,2019)ことが明らかになっており成果が表れている。包括支援センターの課題として、西野ら(2022)は妊産婦等の支援ニーズ・満足度の把握についての課題は、妊娠届出時の情報収集のみではニーズの抽出に限界があり、対象者と継続的なやりとりが必要になるものの連絡の取りづらさにより、対象者の状況が十分に把握できていないと述べている。また、特に問題ない母子に関しては、従来通り出生届と母子手帳にある出産通知表の送付のみになっており、「少し気になる」レベルの母子の情報はなかなか周知されにくい状況である(高木ら,2019)と指摘している。さらに高城、三輪(2018)は、フィンランドのネウボラと我が国の保健・医療・福祉のシステム上の大きな違いを指摘している。一例をあげると、フィンランドでは妊婦健康診査は保健師が行うように教育を受け、ネウボラにおいて実施されているが、我が国では妊婦健康診査は医療機関で行われている。我が国において、フィンランドのネウボラのように、全てをワンストップ拠点で行うことを前提とすることは現実的ではなく、医療を含めた包括的なシステムづくりが求められていると述べている。

このように、包括支援センターの支援内容は、ガイドラインに基づいた必須業務を行っていることが示され、豊中市や梶原町のように各市町村で運営方法は様々で工夫した取り組みがなされていることが明らかになっていた。しかし、妊産婦のニーズの抽出や継続的なやりとりがしにくいことが包括支援センターの課題となっていた。

包括支援センターに関連した先行研究では、包括支援センターの活動内容(畠山ら,2018;岸田,横山,2018;坂本,藤邊,2022;槻木ら,2019)や事業の解説(北澤,2018;前川,2017;佐藤,2018,2021,2022;高橋,2018a;高屋,2018)が多い。また、支援を受ける妊婦の調査は、母子保健コーディネーターが捉える母親達の悩みの実態(山下,山崎,松岡,金子,2023)が明らかにされているが、地域が限定された調査であり、包括支援センターで支援を受ける妊婦の実態や支援の評価は十分に行われていないといえる。妊婦健診の満足度を調査した先行研究では、「ケアの満足度」と「医療者との関係の満足度」に強い相関があった(飯田,2010)と述べられている。このように、妊婦が支援者との関係に満足して

いる場合は、支援にも満足する可能性が高くなる。そのため、包括支援センターの事業内容やシステムの評価だけでなく、包括支援センターで活動する専門職が対象者のニーズを把握し継続したかわりができるようになり、妊婦が満足する支援を提供するためにも、専門職と対象者の関係に着目していくことが必要である。

2. 子育て支援を担う専門職の役割

1) 母子保健コーディネーター

母子保健コーディネーターは、2014年度に創設された「妊娠・出産包括支援モデル事業」において設けられたもので、その役割は、妊娠期からの妊婦や家族の相談支援ニーズを踏まえた情報提供を行う。担当地域のすべての妊婦の支援台帳を作成し、切れ目なくその状況を把握し関連機関に情報提供をするとともに、母子等へ情報提供する。関係機関と連携・調整し、必要に応じた定期的なフォローを実施することである(一瀬,2016)。また、母子保健コーディネーターに求められている役割を Atsuko Hiraoka, Keiko Shimada(2017)は、保健分野での支援を受けた経験がまだ少ない母子にとって、ゲートキーパー的な存在であり、支援利用経験の浅い母子を、本人が求める支援に必要とされる時期まで継続的に繋がることができるように調整する役割であることを明らかにしている。

2015年度からは母子保健コーディネーターをさらに発展させ、子ども子育て支援新制度の利用者支援事業の母子保健型として、継続可能な事業となった(一瀬,2016)。包括支援センターでは、その職員の配置について、保健師等を1名以上配置することが記載されており、保健師・助産師等のこれまでの母子保健活動の経験を活かすことで、包括支援センターの業務を効果的かつ効率的に展開することができる。さらに、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーなどの福祉職を配置することが望ましいとされている(厚生労働省,2017)。現在、母子保健コーディネーターを担う専門職の内訳のデータはないが、妊娠届出の受理をする職種は保健師が83.5%、助産師が30.2%というデータ(足立,上野,2018)より、母子保健コーディネーターは主に保健師や助産師が担っていることが多いと推測される。

包括支援センターで活動している保健師や助産師が感じている課題として、助産師は子どもに関する知識を習得することであり、保健師は妊娠期や産褥期の身体支援に関する知識を習得することである。これに加えて、保健師、助産師ともに精神疾患を抱える人に対応する力や対象者が相談に行こうと思えるような寄り添う面談スキルを上げることが課題である(槻木ら,2019)と指摘されている。

保健師、助産師以外の母子保健コーディネーターの活動については明らかになっていないが、母子保健コーディネーターは保健師、助産師以外の専門職が担う可能性がある。そのため、母子保健コーディネーターになるすべての専門職がそれまでの経験知によらずに良い面談を実施するために活用するモデルとなるものが必要ではないかと考える。

2) 地域の母子支援を担う保健師と助産師

これまでも保健師と助産師は、地域の母子支援を担う看護職として活躍してきた。助産師の就業場所は約70%が医療機関であり、地域で働く開業助産師は少数である。医療機関の助産師は退院後の母子に継続して関わるのが難しい、一方で保健機関の保健師は、母子健康手帳交付時に、妊娠中に支援が必要な妊婦を把握したあと、産褥早期のかかわりが少ないという状況があった(加藤,2010)。助産師と保健師はそれぞれの活動場所の違いから、母子支援に関する問題を抱えている。地域で働く助産師と保健師は、よりよい母子支援のため情報の交換やそれぞれの専門性をお互いが理解して連携するという必要性を感じ(谷合,2004;大友,麻原,2013)、助産師、保健師それぞれ相手に期待することや連携するにあたって助産師と保健師の関係構築の希望が報告されてきた(大平ら,2008)。保健師と助産師の連携の効果については、医療機関から保健機関への報告件数や家庭訪問につなげた件数で報告されている(岡本,2005;金浜,千葉,武田,2006;沼田,2006)。

加藤(2010)は、地域母子保健における保健師と助産師の役割を、その教育課程や活動の違いから、保健師は保健指導を中心とした地域看護活動を、助産師は個を対象にしたケア・支援を多く求められると述べている。また、新生児訪問実施者の経験知を検討した、湯川(2008)は家庭訪問時の対応を保健師は「聞く・確認する」という行動が多く、助産師は「話す・説明する」という行動が多いということ、保健師は「継続」の視点で対応し、助産師は「今の健康状態」の視点で対応していることを明らかにし、その専門性の違いによる視点や対応の違いを明らかにしている。

母子保健コーディネーターが助産師の場合、医療機関で助産師業務をしていた助産師が、地域の母子支援の経験が少ない状態で包括支援センターの妊婦面談を実施していることが考えられる。また、母子保健コーディネーターは保健師・助産師以外の専門職でも担うことができるため、面談者の専門性により妊婦を見る視点や対応の違いが生じている可能性がある」と推察される。

3. 妊婦への関わり方と相互作用

1) 妊婦への関わり方に関する先行研究

妊婦への関わり方に関する先行研究は、助産師は医療機関の助産師外来、妊婦健康診査と保健指導を通じての関わりについて調査がされている。助産師の保健指導実施における妊婦への関わり方は、「妊婦の話を傾聴し尊重した態度で接する」、「笑顔で話しやすい雰囲気をつくる」、「背景の理解度・反応から対象者の全体像を捉えて個別性のある指導をする」、「妊婦に寄り添い継続的に関わる」、「他職種と連携をとる」「努力や成果を褒め妊婦健診が楽しみとなるように導く」が明らかになっている(四宮,安田,百田,酒井,2018)。

妊婦が妊婦健康診査で医療者に求めているのは、「話しやすい(聞きやすい)こと」「自分に声をかけてもらい確認してもらいたいこと」、「不安や疑問を相談できること」、「分かりや

すく説明してもらうこと」、「自分を知ってくれていること」であり、妊婦は医療者に対して話しやすい（聞きやすい）ことは、妊婦が安心と思えるためには必要なことであり満足につながると報告されている(槻木ら,2017)。

妊婦健康診査の満足度に関しては、「良好な相互作用」「励まし」「尊重」と強い相関があり、「医療者への信用」「意思決定への支援」「負担が少ない」は中程度の相関がある(飯田,2010)、とされており、妊婦と医療者との関係性がケアの満足度に影響を与えていると考えられる。妊婦は妊婦健康診査において、ルーチン的な指導を受けることを有益に感じていないこと(坂梨,水流,成田,斎藤,村上,2001)、妊婦の一番関心のあるテーマを取り扱わず妊婦の要求がかなわない保健指導は、妊婦にとって意味のある行為とは受け止められない(蹴上,1997)ことから、妊婦健康診査はルーチン的でなく、妊婦の関心・要求に合わせた個別的な関わりが求められていることがわかると報告している(槻木ら,2017)。

2008年厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」で、院内助産所・助産外来の普及が推奨され年々増加している。日本看護協会の調査(2016)では、病院の半数以上に助産外来が開設されており、この助産外来は話しやすい雰囲気などから妊婦の満足は高いとされている(竹田ら,2010；菅沼,隅田,田中,2005)。高木,小林,小室(2012)は、妊婦にとって助産外来を受診することは、妊娠経過が順調であることを身体的側面から確認するという意味のみではなく、「気持ちのゆとり」や「助産師とのつながり」といった精神的側面への影響をもたらしていたことを明らかにしている。助産師は妊婦に対して指導するという一方的な立場に立つのではなく、妊婦と同じ視点に立ち共に考えることができる姿勢が求められると示唆されている(高木,小林,小室 2012)。

また、塩沢,行田,横山(2017)は助産外来を継続して受診することにより生じた妊婦の気持ちを調査し、妊婦は助産外来のゆとりある健診時間と質問のしやすい環境から聞きやすさ・話しやすさを実感したことで、妊婦に満足感が生じ、助産師にも健診のゆとりは妊婦と向き合う丁寧な対応につながったと指摘している。

島内(1975)は、患者・看護婦間の相互受容関係は両者の接触時間や頻度にあまり関係なく、両者のかかわりの質に依存していることを明らかにしている。さらに、鈴井(1998)は、理想的な人間関係の構築方法として、妊婦と接する回数を1回でも多くすることが考えられるが、それは基本的に妊婦に受け入れられる人柄があつて初めて築き上げられるものである報告している。

また、乳児家庭全戸訪問では、助産師の専門知識・技術・コミュニケーション技術を駆使して母親のニーズに対応していること、助産師による訪問は母親の心理面に良い結果をもたらしていると報告されている(藤川ら,2018)。藤川らは同一の調査の中で少数ではあるが、「対応への不満」もあつたと述べており、「話しをきかれるだけであつた」、「子どもをもっと見てほしかった」、「助産師の言葉が押しつけに感じた」という意見から、助産師は一方的に聞きたいことを聞き、伝えたいことだけを話して訪問を終えたと母親が感

じている状況もあったと指摘している。

さらに、周産期女性を対象としたソーシャル・サポートがネガティブに働くネガティブサポートの調査によると、妊娠期と産後 1 か月期のネガティブサポートを構成しているカテゴリでは【対象者不在の情報提供】【共感の欠如したかわり】となっており、この時期は医療者とのかわりを求めているが、相手の状況を聞くプロセスを経ることなく一方的に与える情報提供は、混乱を招くことになり、さらに自身の存在が無視されたような対応は、否定的な効果を生んでいたとしている(相川,2004)。助産師のネガティブサポートの認識を千葉(2011)は、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】の 5 つのカテゴリが抽出されたとし、【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】は、助産師は対象者の価値観や感じていることなど相手の話を聞く前に、今後起こりうる可能性のある身体症状やリスク、妊娠経過、生活改善方法など、どうしても今伝えておかなければならないからと自身の思いを先行させ情報提供をしていたと振り返っていたことを明らかにした。ネガティブサポートであった援助行為として、【母乳育児支援】、【関わり方・説明】、【ADL 拡大】、【退院指導】、【バースレビュー】であると認識しており、この 5 項目の中で大きな割合を占めたのは【母乳育児支援】が 60%であったという。助産師の受け止めとして、<母乳育児を押し付けていた><コミュニケーション能力が未熟だった>などのサブカテゴリがあり、助産師は援助行為の仕方を見直す機会になっていた。また、自己の行動変容には、<聞き方の工夫>として、褥婦の気持ちを聞く、相手を待つ、自分から先に話さない、という 3 つのカテゴリなどが上げられた。認識変容には、改善と具体策の検討が必要なが含まれ、【母乳育児の改善】【コミュニケーション能力の改善】などで、【コミュニケーション能力の改善】では、言い方、話し方、間を持つことが大事で、精神的にナイーブになっている時には、なおさら大事であると認識するようになったことがあげられている。

さらに、千葉(2010)は、妊産褥婦が認識するネガティブサポートを調査した相川の論文(2004)と比較し、助産師は対象者からの何かしらの否定的な反応からネガティブサポートを認識している。しかし、どのような行為をネガティブサポートと認識するかは、妊産褥婦の認識と助産師の認識の間に相違点があった。妊産褥婦は助産師が相手のことを考えずに、「一方的、押し付ける」ような関わりをネガティブサポートと認識していたが、助産師は対象者のためにと意図的に受け入れがたいつらさを与える関わりをネガティブサポートと認識していた。なぜ両者の認識に違いが生じてしまうのかに関しては明らかにしていないが、ネガティブサポートに関連する要因はコミュニケーションであると考えられている。また、助産師が対象者にケアの根拠や裏付けのある言動の意図を伝えていな

い状況が推測されている。助産師の認識やケアの改善には、両者の意思疎通が円滑に行われ、認識の食い違いが生じないことが必要である、と報告している。

保健師の妊婦への関わり方に関する先行研究は、黒川,入江(2017)が、特定妊婦に対する妊娠期から出産後の子どもの養育支援を含む支援プロセスや吉岡ら(2017)は、産後に児童虐待の可能性が高い判断した特定妊婦の特徴を明らかにしている。西山,渡井(2018)は、就労妊婦に対する母親学級と評価に関する調査、産後うつ病予防に向けた母親に対する保健師の支援(武井,宮村,2019)や精神的な問題を持つ妊産婦の支援体制を作るための調査(佐世,森岡,藤野,2022)がある。保健師の場合は、妊婦との直接的な支援を通じた関わり方に関する調査はほとんどなく、特定妊婦や産後うつ病などのハイリスク妊婦をアセスメントする際の判断項目や効果的な支援内容を検討するための調査がされていた。

2) 母子支援における相互作用に関する先行研究

看護における「人間関係」「相互作用」をキーワードにした文献検索では、精神科領域と看護学教育分野の事例検討、事例研究として相互作用を促進あるいは阻害する要素、看護師あるいは患者の反応を扱った学会抄録などの短報が多く報告されている。ここでは主に母子保健コーディネーターを担っている保健師と助産師を対象とした相互作用とコミュニケーション・スキルを実証的に研究したものを検討する。

妊婦との相互作用に関する先行研究では、跡上(1997)は、保健指導場面で妊婦と助産師の相互作用の分析し、妊婦の意図に沿った要求を解釈しその過程で蓄積されたやりとりは結果として「対話」に発展し、互いの間に距離を近づけるといふ。このようなかわりを持つことで妊婦はより自由に自分の要求を表示することが可能になり信頼につながったとした。「対話が成立した妊婦」のグループにおいて、助産師が妊婦と同一の視座に立つことで、産婦との間に信頼と対話が成立し、保健指導を通じて助産師との関わりを妊婦は意味あるものと捉えることを明らかにした。しかし、妊婦が助産師に信頼をもてなかった場合には、妊婦と助産師の間に不快と不信を感じ、その指導に対しても懐疑を抱き拒否を示したという。一度、信頼を損なうと修復は容易ではなく、保健指導の意味を見出せなければ保健指導は形骸化してしまうと報告した。

また、授乳場面の助産師とケアの受け手の相互作用では、助産師とケアの受け手の事実の判断や解釈の表出強度という視点で分析されており、表出強度が同じ中程度の「つりあった相互作用」では、双方が意見を出し合ったり解釈を楽しむことで対等な相互作用が起こり、母親の不安や疑問の表出につながっていた。その結果、タイムリーな授乳指導へつながり、母親に安心感を与え、疑問や不安を解消できたという。しかし、助産師が強くケアの受け手が弱い表出強度の場合は、助産師主導のやりとりになり、疑問や不安が表出されず、「お仕着せの相互作用」になったという。その対応は「事象」としての「授乳問題」は解決に向かっても、母親は納得しない状況や迷ったままの状況を生んでいると指摘し

ている(野口,跡上 1997;石井,島袋,緒方 2008)。

授乳場面に関しては、コミュニケーション・スキルの観点からも調査されており、村井,島袋(2020)は、授乳場面における産褥早期の初産の褥婦と看護者間のコミュニケーション過程を、産褥 1 日目は褥婦と看護者の視線は殆ど交わず、下を向いて授乳している褥婦に看護師は傍でコミュニケーション・スキルを使い分けて授乳技術の指導を実施していたが、このケアを褥婦は肯定的に捉えていた。3 日目は褥婦が授乳に慣れて顔を上げコミュニケーションを求めている様子を示すが、看護者は技術指導が不要になり褥婦から目を離す・独語を呟き乳房ケアに集中する行動が増え、そのため褥婦は期待外れな対応に不満を抱いていることが示されたと述べている。

保健師と妊婦との相互作用に関する先行研究は、育児相談場面での相互作用が明らかになっており、保健婦は母親の求めることに、母親に必要なことを中核として展開されており、保健婦は母親が求めることだけでなく、相互作用を行う中で真に必要としていることを判断しニーズを充足される働きかけとしていることを明らかにした(吉田,1999)。また、新生児訪問における信頼関係構築プロセスを調査した大西ら(2012)は、母親の反応から保健師が判断した信頼関係は「人と人の一般的な関係」を通じ、サービス受給者と専門職という関係を経て、共同の関係に発展していくと考えられ、それぞれを前後しながら質的に深まり発展することを明らかにしている。

妊婦の支援における助産師のかかわりは、概ね肯定的に捉えられていることが明らかになっている。一部では対応の不満もあったが、その不満の要因は、情報提供やアドバイスをする場面において、支援者側が一方的に「伝達」という形になってしまった場合に起こりやすいと考えられる。特に、個人に対する保健指導では、集団指導と違い参加者の声や考えを聞いていくというプロセスや、説明する方法を工夫することが難しく一方的な「伝達」になりやすい。さらに、現在行われている健康診査は、スクリーニングを主体にしており、助産師は妊婦の話を傾聴しようとしても、先回りをしてアセスメントしながら聴いてしまう状況に陥りやすい。そして、保健指導は、行動変容を促す内容や授乳指導では手技などの専門的な内容もあり、説明しなければならないことが優先されることもある。このような状況は、妊婦には一方的な説明や伝達と捉えられてしまい、妊婦は支援者側の話の流れに合わせるしかなく、思いや考えの表出はされなくなってしまうと考える。これらの状況は、先行研究では時間的余裕や継続性というものが解決に導く可能性が示唆されているが、短時間でも効果的な声掛けや方法があるという報告もある。妊婦に一方的と捉えられてしまった場合には、信頼関係を築いていくことは困難となるため、情報提供や説明が多い場面での支援あり方について検討していく必要がある。

相互作用に関する先行研究は、助産師の場合は医療機関の妊婦健康診査や助産師外来、授乳指導を通じて調査されたもので、妊婦と助産師の相互作用の一部を反映しているにすぎない。保健師に関する先行研究は、支援の受け手である妊婦を対象にした研究は少な

く、さらに調査対象の自治体では、保健師は低出生体重児や若年出産などのリスクの高い母子への対応している状況もあり、対象が限定的になっている。

また、関係開始段階という視点や支援者が意図したかかわりや対応を妊婦がどのように捉えているのかという点を分析したものはほとんど見られなかった。そのため、妊婦と母子保健コーディネーターの間に何が起こり、言語的・非言語的な方法を用いて何が伝わり、感じているのか明らかにすることは相互の思いの理解につながり、母子保健コーディネーターの専門性への示唆を得るものになると考える。

4. 対話（ダイアログ）

1) 対話（ダイアログ）の概念

対話（ダイアログ）とは、広辞苑(2018)では、「向かい合って話し合うこと」といわれているが、さまざまな定義がある。David Bohm(1997/2016)と William Isaacs,(1999/2016)は、「対話」は流れと定義し「対話」と「会話」を区別した。会話は2つ以上の相違する意見のあいだで合意点を見出すことであり、また、「対話」は単に合意点をさがすことではなく、価値観を共有しながら協働行動を行うことができるようになることをめざしていると述べている。さらに、Bakhtin(1981)は、「対話」は意識と意識のコミュニケーションそのものであり、個人のうちにあるプロセスではないとした。「対話」を作りだす要素として、PaoloFreire(1970/2016)は、対話は人びとのあいだの信頼を必要としており、Bakhtin(1981)は、話し手が聞いてもらえて、受け入れられていると感じたかどうかにかかっている、話し手が「聴かれている」と感じるには、応答されていなければならないと述べている。また、Olson,M,Seikkula,J.Ziedonis,D(2014)は、対話実践に関して「当人やその家族が話を聴いてもらい、尊重され認められたと感じるように援助するためのアプローチであり、基本的な特徴は、参加者それぞれが話を聴いてもらい、応答してもらっていると感じることである」として、対話の目的を「話を聴くこと、そして必要に応じて放っておけば症状として、身体化してしまう当人の苦悩に対して、言葉を見つけることを手伝うことである。重点においていることは、～に対して行うことよりも、～とともにいること」であると提唱している。

対話ではないものには、「議論」「説得」「説明」があり、モノログと呼ばれる。さらに、オープンダイアログの文脈では、モノログを「予め決まった結論を相手に押しつける」、「相手の意見を変えさせる」、「結論を出すことを目的とする」ことであるといわれている(斎藤,2018b)。モノログとは「対話」と比較すると、対人関係ではいろいろな見方ができるはずのことを支配し、コントロールすることによって、相手を黙らせることを意味していることであり、つまり「相手を受け身にさせる」こと(Bratan,1988/,2016)をいい、モノログ的な話し合いは、患者の行動と診断ばかりが注目され、患者はモノログ的な話しぶりに沿って会話するしかなく、新しいアイデアは生まれないと報告している

(Bratan,1988/2016)。

2) 対話（ダイアログ）を用いた支援とその効果

フィンランドでは、この「対話」という考え方が対人支援に組み込まれている。例えば、母子保健や精神医療システムの中にも、その目的や支援体制に違いがあるものの「対話」というものが支援として根付いている。

フィンランドの母子保健システムである「ネウボラ」では、妊娠から就学前まで、かかりつけの専門職（主に保健師）が担当の母子および家族に寄り添い支える制度である。母親は妊娠がわかれば向かう先は病院ではなくネウボラであり、ワンストップ拠点として妊娠期から切れ目のない支援が開始される(高橋,2015)。ネウボラの始まりは、1920年代にフィンランドがロシアからの独立や内戦などで国内が疲弊し、妊婦死亡率や新生児の死亡率が極めて高かったことから、母子の無料相談所として病院内に設置されたことが始まりといわれている。1944年には、法律で市町村に設置が義務付けられ、2015年にはフィンランド国内に800か所以上の出産・子どもネウボラがある(榊原,2016)。このネウボラの特徴は、妊娠初期から女性「全員」と専門職との個別・対面での対話を積み重ね、「妊婦全員」1人ひとりにていねいに寄り添うことにある(高橋,2015)。個別に対応する目的は、1人・1家族ごとの状況や支援のニーズを的確に把握し支援の質を高めるためであるとされる。フィンランドでも、1970年代までは健診の目的は、身体的チェックとどまっていたというが、核家族化の進展や若者の都市への移動、離婚の増加など、子育て家族の問題が多様化したことを受け、ネウボラでメンタルヘルスや生活面のリスクに目を向けるようになり、サービスの高度化を図った。こうした努力が、1970年代には1.5まで低下した合計特殊出生率が、2008年には1.8まで回復したということを報告している(榊原,2016)。

さらに、ネウボラでは担当保健師制がとられ、従事する保健師は通常、保健師と助産師の2つの免許をもっており、内診や超音波検査などの一般診療により妊婦健診を実施するとともに、妊婦・家族の健康相談や両親学級、出産前後には家庭訪問も行っていると報告されている(横山,2017)。また、ネウボラ保健師は、個別の対話セッションで、妊婦とその家族の状況を継続的に把握し、気がかり、不安、困りごとなどを気兼ねなく話せるような関係性を重視している(高橋,2018b)という。ネウボラ保健師の専門技能に2000年代半ばから、「対話（ダイアログ）性」という要素が組み込まれており、ネウボラにおける「対話（ダイアログ）」を高橋(2018b)は、親や家族、本人たちが漠然とした不安や気になっていること、自分自身や子育ての状況について、自分の言葉で語れるように、言語化の力をつけるプロセス、であると述べている。さらに、対話（ダイアログ）とは治療の技法ではなく、相手（本人）が語りやすいように接する専門性が前提であり、本人の目線に寄り添いながら、本人が自分の言葉で語ることを促し、親自身が腑に落ちる形で、親と

しての成長ができるように支えることであるとも述べている(高橋,2018c)。

ネウボラ保健師活動の有効性を「主観的健康観」で調査した横山(2018)によれば、フィンランドのネウボラを利用する4カ月児を持つ母親と日本の母親の健康状態を比較すると、「主観的健康観」はフィンランドの母親の方が有意に高いことが明らかになっている。また、保健師から情報を得ていると回答した者がフィンランドでは9割であったのに対し、日本の母親は1割に満たさず有意に少ないことも明らかにしている。ネウボラ保健師からの情報は母親の主観的健康観を高める上で重要な役割を果たしており、フィンランドの担当保健師による継続的な支援は、母親の健康を保持する上でも効果が認められていることを報告している(横山,2018)。このようにネウボラでは、利用者が自分自身のことや家族のことを語れるよう、利用者を尊重する丁寧な対応が重視され、集団ではなく個室での個別の面談という設定によって、ネウボラでのやり取りが情報提供にとどまらず、対話的になりやすいと報告している(高橋,2018b)。

同じくフィンランドではオープンダイアログ(以下、ODとする)という対話(ダイアログ)を用いた支援がある。ODは、フィンランド西ラップランド・トルニオ市の精神科病院(ケロブダス病院)で始められ、1980年代から効果を上げつつ、フィンランドでは公的な医療サービスとして組み込まれている(齋藤,2015)。その治療対象となるのは、発症初期の精神病、統合失調症だけでなく、うつ病、PTDS、家庭内暴力など、薬物依存症も治療されている(齋藤,2015)。ODの流れは、まず患者や家族から電話を受け、治療チームが招集され24時間以内に初回のミーティングを行う。患者や家族から、電話を受ける人は様々な専門職(医師・看護師・心理士・PSW精神保健福祉士)が受けるが、フィンランドではほとんど看護師が行っているといわれる。このミーティングの参加者は、患者本人、家族、親せき、医師、看護師、心理士など、患者の関係者であれば誰でも参加できることになっている(齋藤,2015)。ミーティングを行う場所は、本人の自宅で行われることが多いが、別にどこの場所でもよい(病院やホテルの場合もある)とされ、そこでは開かれた対話が行われ、危機が解消されるまで毎日続けられる。治療に関するあらゆる決定は、本人を含む全員が出席したうえでされ、スタッフ限定のミーティングではなく、入院をした場合も同じチームが関わりを持ち続ける(齋藤,2015)。ODの効果は、精神病を発症した患者に対する治療成績を改善させることであり、入院率、再発率、薬物療法の必要性が大幅に減ったと報告している(Seikkula et al.,2001b)。

ODは単なる「技法」ではなく、3つの側面があるといわれ、地域の精神医療の「サービス提供システム」であり「対話実践」の技法であり、その背景になる「世界観」を意味する場合もある。「短期間で成果が出せる」といった、効率性の問題ではなく、クライアントや参加した関係者、さらにはセラピスト側の満足度が高く、双方向的に変化が起こるといった優れた面があることが報告されている(オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン,2018)。オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン(2018)によると、このOD

の対話実践はライセンスがなくても実践できるものである。OD の 7 つの原則は OD の骨格をなすもので、これらの原則に根ざした実践があって蓄積されてきたといわれる。この 7 つの原則は、①即時対応、②社会的ネットワークの視点を持つ、③柔軟性と機動性、④責任を持つこと、⑤心理的連続性、⑥不確実性に耐える、⑦対話主義、で OD における実践を可能にする精神医療システムや対話実践の理念や思想を表しているものである(オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン,2018)。また、OD における対話実践の実践度を Olson,M et,al(2014)は 12 の基本要素にまとめている。①二人(あるいはそれ以上)のセラピストがチームミーティングにいること、②家族と社会ネットワークが参加すること、③開かれた質問をすること、④クライアントの発言に応答すること、⑤今この瞬間を重視すること、⑥多様な観点を明るみに出すこと、⑦対話のなかで関係が強調される点を使うこと、⑧問題発言や問題行動に淡々と応答し、その意味を注意深く応答すること、⑨症状ではなく、クライアントの自身の言葉と物語を重視すること、⑩治療ミーティング内で専門職同士の会話(リフレクション)を行うこと、⑪透明であること、⑫不確かさに耐えること、となっているが、これら 12 の実践度の要素は分離されず、むしろしばしば重なり合い同時に生じると報告されている。

3) オープンダイアログ (OD) に関する研究の動向

国外では Tomi Bergstrom らによるオープンダイアログの有効性・長期予後を示す疫学研究 (ODLONG 研究) がエビデンスレベルの高い研究として示され、精神病未治療期間 (DUP) が 3 カ月に減少、統合失調症の発病率の減少(Aaltonen,et al.,1997)、慢性統合失調症の病院への収容が減少(Tuori,1994)したという結果がある。また、OD の有効性をまとめた斎尾(2018)によると、統合失調症による危機からの回復(再発、症状の残存、雇用状態)は、再発・症状の残存は API 群・ODAP 群に少なく、雇用状態もよい。入院になるケース、抗精神病薬の使用は通常の治療群に多く、API 群・ODAP 群からは少ないこと、通常の治療群では家族治療ミーティングが行われることが少なかった(API 群 26 回、比較群はおおよそ 9 回)という結果であった。ODLONG 研究は、方法論でいくつかの(前駆症状の定義、総合失調症様障害や短期精神病性障害の発生が極めて高いや対照群がないなどの)不十分な点があるが、精神病初回エピソードに対する OD の有効性・長期予後を示す研究としては最善のエビデンスであると報告している(斎尾,2018)。

国内でのオープンダイアログの取り組みに関する研究は、精神保健福祉センターの訪問支援に OD 的対話を取り入れた実践例(石川,2018)や精神科アウトリーチ支援を行っている訪問看護ステーション内のミーティングでの応用例(下平,2017)、スクールカウンセリングでの実践例(長沼,植村 2017)があり実践をまとめた先行文献が多い。「対話」や「オープンダイアログ」に関する研究動向をまとめている門間ら(2018)も、論文のタイプは OD の考え方や理論的基盤に関する論文、日本のケアに OD を導入し実践する際の

考え方や留意点・工夫、ODの実践例・試行例、特定領域におけるODの魅力・親和性、ODとの共通点を探るなどに分かれ、和文献にみる現段階でのOD論文は、多領域からODの関心が示されているものの、実践との共通点を探るもの、またODを用いた実践例などが多いと報告している。

このように、我が国ではODの介入研究はまだ少なく、有効性が確立されているとは言いきれない。しかし、精神科領域以外での実践例もあることから、ODのシステムをすべて取り入れたものではなく、ODの7つの原則や対話実践の基本要素の考え方を状況に合わせて部分的に取り入れたケアの実践は可能であると考えられる。

このフィンランドの「ネウボラ」と「オープンダイアログ」という2つの支援には、「心理的連続性」という同じ担当者やチームが、最初からずっと担当するということが原則としてある。同じ担当者との継続した対話（ダイアログ）の積み重ねが、信頼関係の構築につながるということである。オープンダイアログ対話実践のガイドライン第1版（以下、ガイドラインとする）(ODNJP,2018)によると、基本的な考え方とやり方をしっかり理解して、クライアント側からのフィードバックを受けながら対話を実践すれば、初心者でもクライアントとの対話を深めることができると記述されており、我が国の母子支援への活用も可能であると考えられる。

しかし、現在の我が国の支援体制を考えると、包括支援センターができたことにより、他職種との連携やシステム間が円滑になり支援がつながるようになったが、支援者と支援対象者の人間関係のつながりや関係の構築に対する対話の実践方法は十分に検討されていないと考える。

第三章 研究目的と意義

1. 研究目的

本研究では、母子保健コーディネーターが初回妊婦面談を受ける妊婦をどのように捉え、妊婦の対応をしているのかその特徴と包括支援センターにおける初回妊婦面談の全体の構成を、対話（ダイアログ）の視点から明らかにする。

これらを統合し、母子保健コーディネーターが初回妊婦面談で対話（ダイアログ）を活用した面談を実施するための実践モデルを作成する。

2. 用語の操作的定義

文献検討により、本研究において主要な概念である下記の用語について以下のように操作的に定義する。

- 1) 対話（ダイアログ）：母子保健コーディネーターと妊婦がコミュニケーションを通じてお互いの考えを共有する過程。

- 2) 母子保健コーディネーター：子育て世代包括支援センターにおいて、妊娠期からの妊婦や家族の相談支援ニーズを踏まえた情報提供を行う。担当地域のすべての妊婦の支援台帳を作成し、切れ目なくその状況を把握し関連機関に情報提供をするとともに、母子等へ情報提供する。関係機関と連携・調整し、必要に応じた定期的なフォローを実施する。以上の業務を担い、母子健康手帳交付時などの妊娠中に、妊婦の状況把握のための面接を行う保健師や助産師等の専門職のこと。
- 3) 初回妊婦面談：子育て世代包括支援センターで母子手帳交付時や妊娠期に行う初回の面談のこと。
- 4) 初回妊婦面談の全体の構成：母子保健コーディネーターが、面談開始から終了する過程で話題にしている内容の流れと妊婦との関係を表したもの。
- 5) 会話スキル：母子保健コーディネーターが初回妊婦面談の対話がある場面で使用しているコミュニケーション技術であり、構え、間合い、言語的コミュニケーション技術、非言語的コミュニケーション技術、アサーティブネスが含まれる。

3. 研究の意義

本研究の意義は、子育て世代包括支援センターにおける初回妊婦面談の全体の構成を明らかにし、対話（ダイアログ）の実践モデルを作成することで、妊婦の状況の把握や情報提供が多い初回妊婦面談で、母子保健コーディネーターが対話（ダイアログ）のある妊婦面談を実施することができる。対話（ダイアログ）のある妊婦面談が実施できると、妊婦のニーズに合った満足度の高い面談となる。このような面談が行えると、妊婦は包括支援センターの支援とつながり、必要な時に自ら包括支援センターに相談することができ、ハイリスクに移行させない予防的な支援になる。母子保健コーディネーターは保健師や助産師だけでなく、看護師や社会福祉士などの専門職が担うことができる。そのため面談者の経験知に左右されずに対話（ダイアログ）がある妊婦面談を行うための資料となる。

さらには、母子保健コーディネーターの妊婦面談におけるコミュニケーション・スキルの向上が期待でき、保健師・助産師基礎教育や卒後教育の対話（ダイアログ）を実践することを目指した教育システムの一助とすることができる。

近年は情報化が進み、全世代でスマートフォンが普及したことにより、コミュニケーション

ンの伝達は電子メールや SNS を介したものが増え、対面で人の表情を見ながらという機会が減っている。さらに最近では、オンライン診察や相談などが行われるようになってきており、対面はさらに減る傾向にある。そのため、対面の相互作用がもたらす対話（ダイアログ）が明らかになることは、対人支援の場面でも活用することができ、汎用性が高く本研究の意義は高いと考える。

4. 本研究における「対話（ダイアログ）が実践できる妊婦面談」の概念図

本研究を進めるにあたりその前提となる、「妊婦面談の流れと対話（ダイアログ）における基本姿勢」、「対話（ダイアログ）の実践要素」を示し、本研究における「対話（ダイアログ）が実践できる妊婦面談」の概念図を作成する。この概念図の作成には、「オープンダイアログ対話実践のガイドライン第1版(ODNJP,2018)」、「開かれた対話と未来 今この瞬間に他者を思いやる(Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil 2014/2019)」、「オープンダイアログにおける対話実践の基本要素—よき実践のための基準—(Olson, M et, al ,2014)」、「日本におけるオープンダイアログの現在(斎藤,2019)」を参考にした。

1) 7つの原則

OD の7つの原則は、OD の実践において重視されており、ガイドライン（オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン,2018）を参考にすることで、OD を実践することは誰でも可能であると考えられている。7つの原則は、①即時対応、②社会的ネットワークの視点を持つ、③柔軟性と機動性、④責任を持つこと、⑤心理的連続性、⑥不確実性に耐える、⑦対話主義、で OD における実践を可能にする精神医療システムや対話実践の理念や思想を表しているとされる(斎藤,2019)。7つの原則の内容を、以下に示す。

- (1) 「即時対応」は必要に応じてただちに対応することであり、OD では電話を受けたスタッフが責任をもって治療チームを招集してミーティングを開くことである。
- (2) 「社会的ネットワークの視点を持つ」は、OD では、危機的状況はクライアントの人間関係の中で起きているという発想から、そのネットワークを修復し再生することでクライアントの問題が解決するという考えである。
- (3) 「柔軟性と機動性」は、そのときどきのニーズに合わせて、どこでも、何にでも柔軟に対応することである。今ある制度の中でできる工夫をなんでも試す、または新しいサービスを創り出すことである。
- (4) 「責任を持つこと」は、OD の治療チームは必要な支援全体に責任をもって関わることである。他機関、他部門の支援が必要なきときは、そこにクライアントをまわすのではなく、その人を治療ミーティングに招いて、ともに対話をする。
- (5) 「心理的連続性」は、クライアントをよく知っている同じ治療チームが最初からずっと続けて対応していく、異動等があっても可能な限り誰か 1 人はチームに残って

橋渡し役をする。

(6)「不確実性に耐える」は、答えのない不確かな状況に耐えることで、すぐに解決したくなる気持ちを手放し、結論や解決を急がないこと。対話をする中でこそ、そのクライアントと家族ならではの独自の道筋が見えてくること。

(7)「対話主義」は、これは対話続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続けることである。対話をするとは、何かの手段ではなく、それ自体が目的であり、解決はその先にあられるものである。スタッフはいかなる状況にあるクライアント、家族、関係者とでも対話を続けられるよう、対話の力を磨き続ける。

このODの7つの原則は、原則1)～5)はODの実践を可能にする精神医療システムと原則6)原則7)は、ODにおける対話実践の理念・思想を表している。この原則について共通理解を持ち対話を続け、今できる小さなことからでも実践し続けていくことで、新たな変革の一步を踏み出せるといわれている。

妊婦面談における対話(ダイアログ)の7つの原則は、対話の実践の土台となる原則であり、母子健康手帳交付のため妊婦が地域の保健センター等に来所する場面から始まる。原則1)「即時対応」と原則3)「柔軟性と機動性」は、妊婦面談で示される妊婦のニーズに、すぐに対応することや面談後も何かしらの相談のために来所されたり、問い合わせがあったときには、すぐに対応することにあたる。また、妊婦の取り巻く環境の人間関係を把握する中で、その修復する必要がある場合には妊婦のつながりのある人々を巻き込みながら支援につないでいくということであり、原則2)「社会的ネットワークの視点を持つ」ことも必要とされる。原則4)「責任を持つこと」は、妊婦面談では母子保健コーディネーターが、妊婦の状況の把握とともに今後の支援プランを作成していくが、その支援に責任を持つことであると考え。原則5)「心理的連続性」は、現在の包括支援センターの場合は、妊娠期に担当した母子保健コーディネーターが育児期にも関わるといふ支援体制ではないため、支援者の心理的連続性を保つことは困難である。しかし、支援の始まりである妊娠期に支援者との関係性が築かれるように関わることは、その後の支援につながるということであり心理的連続性をもたらすものとする。原則6)「不確実性に耐える」と原則7)「対話主義」では、妊婦は今後の妊娠経過も不確実であるという状況を抱えており、先の見えないことに対する不安や心配事が生じていることも多い。しかし、結論を急がずこれからどのようにしていきたいのかという思いや気持ちを妊婦自ら言語化できるようにサポートしていくことにあたることを考える。

このように妊婦面談における対話(ダイアログ)の7つの原則は、妊婦面談の対話(ダイアログ)を実践するために必要な原則であると考え。また、妊婦面談が終わった後にも築かれた関係性を維持していくために、この7つの原則を持ち続けることが必要であると考え。

2) 「妊婦面談の流れと対話（ダイアログ）の基本姿勢」と「対話（ダイアログ）の実践要素」の作成

(1) 対話の目的と OD の基本プロセス

対話は、「変えること」「治すこと」「(何か)を決定することではなく、対話を続け、広げ、深めることを目指し、「議論」「説得」「説明」は対話の妨げにしかならないことを理解する。その際、クライアントの主観を大切に「正しさ」や「客観的事実」はいったん忘れ、対話が安心・安全の場になることを大切にすることを目的としている。OD の基本的プロセスは、「導入」、「聞くこと話すこと」、「リフレクティング」、「しめくり」と進んでいく。「導入」では、時間と状況が許す限り、丁寧に行い、自己紹介をする。OD では職域間のヒエラルキーは否定されるので、スタッフ同士も「先生」と敬称は付けずに「さん」付けで呼び合う。そして、ファシリテーターから「開かれた質問」を投げかけ、ここでの質問では話題や話者を限定することは好ましくないとされている。問いかけを受けてクライアントが話を始めたら、しっかり傾聴する、そして傾聴したら必ず応答しなければならない、この際は「聞くことと話すことは丁寧に分ける」姿勢が推奨される。具体的には、誰かが話しているときは、他の人がその話にむやみに遮らずにじっくり聞く姿勢を示す。はじめは、クライアントに質問と傾聴を重ねながら、つらさや苦しさの言語化と共有を図る。患者の訴えを症状名で判断するのではなく、患者の主観世界を共有すること、患者の主観は何も知らない立場であるから、それについて「教えてもらう」姿勢を維持する必要がある、それを「無知の姿勢」と呼び、自らの専門性を脱ぎ捨て、無知の姿勢から問いかけを重ねることが推奨される。これまで伝統的な精神医学教育の中では、「異常体験を詳しく聴くべきではない」という教訓が伝えられてきたが、OD では、異常体験についても詳細に掘り下げて聴取することが推奨されている。対話においては、「今この瞬間」に交わされている言葉や感情に焦点化することが重要とされる。これは、拙速に意見をまとめて結論を出すのではなく複数の視点を引き出す（ポリフォニー）ことが望ましいためである。「ポリフォニー」は必ずしも調和を目指す必要はなく、それぞれの「違い」を尊重する姿勢である。聴取の姿勢に関しては、クライアントの話を傾聴することはもちろんのこと、その内容について応答を返す必要がある。その際は治療者の湧きおこる感情にも注意を向け、その上で治療者の感情や個人的な事情を交えて応答してよいとされる。これは従来の心理療法教育の中では治療者の個人的な感情や情報の開示は、治療関係を混乱することを避けるため、治療者は感情や個人情報を開示しない「中立的態度」を維持すべし、というのが心理療法家の常識であったが、OD では中立性を放棄することがフラットな治療関係を維持していくために必要なこととされている。そして、「リフレクティング」と続くが、OD におけるリフレクティングは、患者や家族の訴えを聞き、当事者の目の前で専門家同士が意見交換をし、そ

れに対して患者や家族が感想を述べるという過程を繰り返すことである。リフレクティングは、クライアントや家族の目の前で、専門家同士がやり取りをしつつ、ケースカンファレンスをするようなイメージである。リフレクティングの意義は、対話に対するさまざまな「差異」を導入し、新しいアイデアをもたらすところ、参加メンバーの内的対話を活性化すること、当事者が意思決定するための「空間」をもたらすこと、などが指摘されている。このリフレクティングのタイミングや回数は自由に設定することが可能で、ミーティングの締めくくりの過程の一部としては始める場合が多いという。このリフレクティングは専門家間だけで対話をするが、その内容は「今、その場で話されたこと」について感想を交わし、必要な場合には治療方針も話す。過去の話題や診断で話すことはせず、本人の「困っていること」に焦点を当て、本人が苦しんでいることに共感を示したり、努力していることを評価したりする。基本的にはマイナス評価は控え、対応に不適切な面が目立ったとしても、それを直接には指摘せず、そのような対応に対しても一定の共感を示してから提案をするようなやり方をする。しかし、リフレクティングはアドバイスのための時間ではないため、アイデアを熱心に語りすぎないように注意し、時間が長くなりすぎるのは好ましくない。一般的には、リフレクティングでは、言葉は短いほどよいとされており、さまざまなアイデアの断片を「お盆に乗せる」という表現がよく用いられる。「しめくり」ではミーティングの感想や、今後の方針について決めたりする。

(2) ODにおける対話実践の実践度に関わる12の基本的要素

ODにおける対話実践の実践度に関わる12の基本的要素（以下、12の基本的要素とする。）は、ODの3つの側面である「対話実践」「サービス提供システム」「世界観」のうちの「対話実践」に関わる必須要素を示したものである。Olson, M et, al (2014)が作成したものを、ガイドラインでは、オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン(2018)が日本版用に順番や解説部分をアレンジしている。ガイドラインでは、【1】本人のことは本人のいないところでは決めない、【2】答えのない不確かな状況に耐える、が対話実践に関わる要素であるため強調されている。あとの10要素はODの治療ミーティングの大まかな流れに沿うように示されている。【3】治療ミーティングを継続的に担当する2人（あるいはそれ以上）のスタッフを選ぶ、【4】クライアント、家族、つながりのある人々を、最初から治療ミーティングに招く、【5】治療ミーティングを「開かれた質問」からはじめる、【6】クライアントの語りのすべてに耳を傾け、応答する、【7】対話の場で今まきにおきていることに焦点を当てる、【8】さまざまな物の見方を尊重し、多様な視点を引き出す、【9】対話の場では、お互いに人間関係をめぐる反応や気持ちを大切に扱う、【10】一見、問題に見える言動であっても病気のせいにはせず、困難な状況への自然な意味のある反応であることと捉えて、対応する。

【11】 症状を報告してもらうのではなく、クライアントの言葉や物語に耳を傾ける、
【12】 治療ミーティングではスタッフ同士が、参加者たちの語りを聞いて心が動かされたこと、浮かんできたイメージ、アイディアなどを、参加者の前で話し合う時間とする（リフレクティング）が 12 の基本的要素として示されている。この 12 の基本的要素は 12 要素が分離されず、むしろしばしば重なり合い同時に生じると報告されている。

(3) 本研究の「妊婦面談の流れと対話（ダイアログ）の基本姿勢」と「対話（ダイアログ）の実践要素」

OD では対象が精神疾患や問題を抱え、その治療のために対話のミーティングが専門家チームにおいて行われているものである。本研究は、包括支援センターで行われる妊婦を対象にしたポピュレーションアプローチがその現象となるため、OD の基本プロセスや 12 の基本的要素をそのまま適応することは難しい。そのため、妊婦面談の場面に合うよう内容や表現を見直し修正する。

本研究では、対話（ダイアログ）を母子保健コーディネーターと妊婦がコミュニケーションを通じてお互いの考えを共有する過程と定義し、対話（ダイアログ）の目的を、母子保健コーディネーターと妊婦が対話を通じて、妊婦がまた相談に行こうと思える関係性を築くことを目指したもので、対話は専門職からの一方的な情報提供でないこと、議論や説得は、対話の妨げになることを理解して実施し、対話の場が妊婦にとって安心・安全の場になることを目指して行うものとする。

対話（ダイアログ）が実践できる妊婦面談の流れとして、OD の場合は、専門家がチームとなって対象に関わっていく、しかし、妊婦面談の場合、参加者は妊婦以外に家族が参加することはあるが、専門家は母子保健コーディネーターが 1 名で面談を実施するケースが多いことが想定される。そのため OD の基本プロセスである「リフレクティング」の実施はできないことから、対話（ダイアログ）が実践できる妊婦面談の流れとして、「導入」、「問いと応答」、「言語化と共有」進み、「問いと応答」

「言語化と共有」という過程から「対話」が得られ「しめくくり」という流れで実施されると仮定する。対話（ダイアログ）の基本姿勢は、妊婦面談の対話（ダイアログ）が「安心・安全の場」となるために「安心と安全の確保」に努め、妊婦の背景や情報を「無知の姿勢」で問いかけ、妊婦の語りを「傾聴」し「応答」しながら、妊婦が自ら「言語化」できるようにサポートし、不安や困っていることがあれば、それに「共感」し、努力を認めていくなどの「承認」をしていくという姿勢で取り組むこととする。

さらに、12 の基本的要素の【3】治療ミーティングを継続的に担当する 2 人（あるいはそれ以上）のスタッフを選ぶ、に関しても支援者側の人数の違いにより、(3) は

除くこととする。【12】治療ミーティングではスタッフ同士が、参加者たちの語りを聞いて心が動かされたこと、浮かんできたイメージ、アイデアなどを、参加者の前で話し合う時間とする（リフレクティング）、に関しては、リフレクティングの実施できないが、リフレクティングにおける、本人の「困っていること」に焦点を当て、共感を示し、努力していることを承認するという姿勢は、妊婦面談の流れの中で「しめくり」等で示すことが可能であるため、対話（ダイアログ）の実践要素としては除くが対話（ダイアログ）の基本姿勢とする。

これらのことから、本研究では「対話（ダイアログ）の実践要素」として、【1】本人と一緒に今後のプランを考える、【2】答えのない不確かな状況に耐える、【3】可能な限り家族にも参加を促す、【4】妊婦面談を「開かれた質問」からはじめる、【5】妊婦の語りのすべて耳を傾け、応答する、【6】妊婦面談で話されていることに焦点を充てる、【7】さまざまな物の見かたを尊重し、多様な視点を引き出す、【8】面談で築かれる関係性のため、反応や気持ちを大切に扱う、【9】どのような内容の語りでも、意味のあるものであるととらえて対応する、【10】質問に答えてもらうのではなく、妊婦の言葉や物語に耳を傾ける。この10項目を「対話（ダイアログ）の実践要素」とする。

3) 本研究における「対話（ダイアログ）が実践できる妊婦面談」の概念図（図1）

(1) で示した「妊婦面談における対話（ダイアログ）の7つの原則」、(2) 「妊婦面談の流れと対話（ダイアログ）の基本姿勢」と「対話（ダイアログ）の実践要素（10項目）」を概念図（図1）として示す。母子保健コーディネーターは対話（ダイアログ）の目的を理解し、「対話（ダイアログ）の基本姿勢」で妊婦面談に臨み、妊婦面談の中で対話（ダイアログ）の実践要素が実践され、この10項目の要素は同時に行われ、時には重なり合って実践されることで、対話（ダイアログ）となる。その妊婦面談を受けた妊婦は、また相談に行こうと思うことができ、母子保健コーディネーターとの関係性が築かれる。

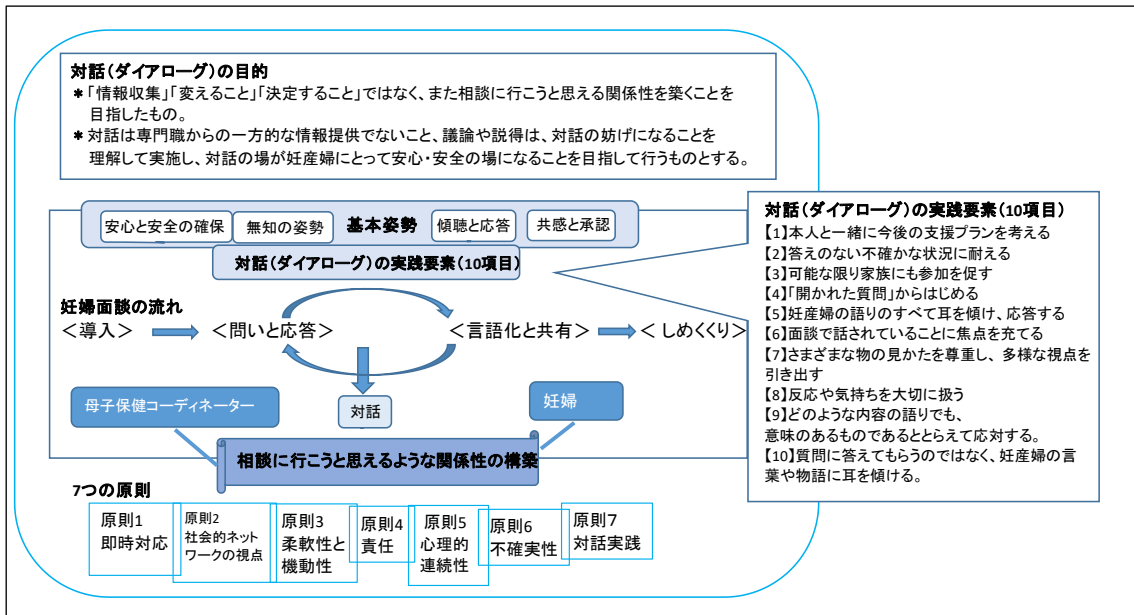


図1 本研究における「対話(ダイアログ)が実践できる妊婦面談」の概念図

第IV章 研究方法

1. 本研究の構成 (図2)

本研究では研究目的を明らかにするために2段階の調査で構成し、第1段階では、包括支援センターにおける初回妊婦面談の全体の構成と母子保健コーディネーターが活用している会話スキルの特徴を対話(ダイアログ)の視点から明らかにする。第2段階は、母子保健コーディネーターが面談を受ける妊婦をどのように捉え、どのような意図をもって妊婦の対応しているのかその特徴を抽出する。そして、第1段階、第2段階の結果を統合し、子育て世代包括支援センターにおける初回妊婦面談の対話(ダイアログ)の実践モデルを作成する。

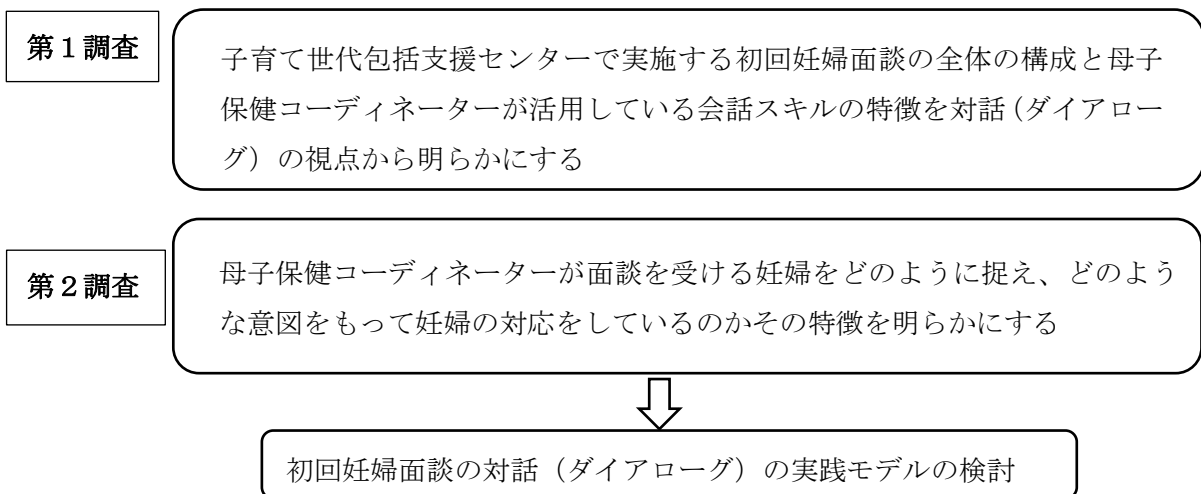


図2 本研究の構成図

この博士論文は、学術誌に掲載予定である。
そのため、研究方法の一部、結果、考察は論文が学術誌に掲載された後に公表する