

要約

対象：2007年1月1日から2009年12月31日の3年間に、当院で分娩した精神疾患合併32例（全分娩件数の1.9%）とした。

結果：母体平均年齢は30.1歳、当院産科初診時妊娠週数は平均23.3週であった。

精神科診断はICD-10で分類するとF1：1例、F2：6例、F3：10例、F4：11例、F6：4例であった。人工乳が9例でありその主な理由は、向精神薬内服継続であった。

小児科入院を要した児は15例であり主な理由は、早産低出生体重児、離脱症候群疑いであった。施設（婦人保護施設、乳児院）に入所した群(n=10)は入所の必要性のなかった群(n=22)に比べ、若年、未入籍、当院産科初診時妊週数が遅いものが多かった。

結語：当院の精神疾患合併妊婦は1.9%であり、既報告より少なかった。周産期管理を含めて、産科と精神科と小児科と福祉職員の連携が重要である。

Abstract

We aim to identify the characteristics and problems of the antenatal patients with psychiatric disorders and attempt to identify psychiatric supports needed in the department of psychiatry and obstetrics and gynecologist (OBGY).

32 antenatal patients with psychiatric disorders out of 1688 women given birth in the hospital. Information including, maternal age, the time of initial contact with the OBGY, psychiatric diagnosis, presence of breast feeding, presence of ones child hospitalization in the pediatric diagnosis, and child rearing environment were obtained from the participants.

As a result 32(1.9%) antenatal patients possessed symptoms of psychiatric disorders. The average maternal age was 30.1±5.5years old. The initial contact with the OBGY was 23.3±9.2 weeks into their pregnancy. The breakdown of the psychiatric disorder was F1(1 woman),F2(6),F3(10),F4(1) and F6(4) according to the ICD-10.

15 children were required to hospitalize. 9 children were bottle-fed mostly in order to keep mothers medication. After discharged, 2 children were placed into child living support facilities, 8 children and mothers went to maternal and child living support facilities.

Many mother of children placed in facilities were young, unmarried, and delayed contact with the OBGY.

Conclusion is that the 1.9% antenatal patients possessed psychiatric disorders in our hospital were possibly under diagnosed compared to previous report. The children placed in these facilities were likely to have limited support.

緒言

近年、本邦における北村らの報告では妊娠中の精神疾患合併妊婦の頻度は 12.1%である¹⁾。また Gaynes らは妊娠中のうつ病(大うつ病、小うつ病)、の有病率は 8.5-11.0%と報告しており、精神疾患の有病率はそれ以上であると推察される²⁾。

国立国際医療研究センター病院は、東京都新宿区に所在し、30 を超す診療科を有し、精神科、産婦人科、小児科が併設された国立高度専門医療センターである。総合病院の精神科では、精神疾患を合併した妊婦の周産期の精神状態を管理する機会が多い。精神疾患合併妊婦は周産期において医学的管理だけでなく養育支援も含めた生活のサポートが重要である。当院では精神科と産科と小児科が併設されており、婦人保護施設に近いことから、紹介される妊婦が多く、必要と判断された者が精神科にコンサルトされる。今回は当院の診療録を振り返り精神科と産科と小児科と福祉の連携の一助としたい。

方法および対象

2007 年 1 月 1 日から 2009 年 12 月 31 日の 3 年間に、当院で分娩した 1688 例中、精神疾患合併妊婦は 32 例であった。精神疾患合併妊婦 32 例(全体の 1.9%)を対象とした。精神疾患合併妊婦とは周産期データベースを含むカルテから精神疾患のキーワードのあるものを抽出し、カルテを一つ一つみて診断したものである。通院治療を要していない既往精神疾患およびてんかんは除外した。

調査内容は、母体の年齢、婚姻、産科初診時妊娠週数、精神科診断(ICD-10による複数の疾患を認めた場合は主要な疾患 1 つとした)、分娩週数、出生体重、児の小児科入院の有無、母乳栄養の状況、養育環境とした。当院診療録より後方視的に検討した。また精神疾患合併妊婦(n=32)と精神疾患を合併していない妊婦(n=1656)との両群間で母体の年齢、分娩数週、出生体重に差異がみられるかを t 検定を用いて検討した。精神疾患合併妊婦のなかで児が施設(婦人保護施設または乳児院)入所した群(n=10)と入所しなかった群(n=22)について、母体の年齢、産科初診時妊娠週数を wilcoxon rank-sum test、婚姻、母乳栄養の状況、小児科入院の有無を Fisher の直接確率計算法で検討した。5%を有意水準とした。

結果

2007 年 1 月 1 日から 2009 年 12 月 31 日の 3 年間に当院で分娩した精神疾患合併妊婦は 32 例(全分娩件数の 1.9%)であった。母体の平均年齢は 30.1±5.5 歳(19~40 歳)であった。当院産科初診時週数は 23.3±9.2 週(6 週~40 週)であった。32 例中、26 例(81%)が精神疾患合併のため他院産科より当院へ紹介された。内、妊娠 16 週以前に紹介されたのは 5 例のみであった。患者の精神科的診断を ICD-10 の診断基準に沿って分類したところ、F1:1 例、F2:6 例、F3:10 例、F4:11 例、F6:4 例であった(図 1)。

精神疾患の診断時期は妊娠前が 31 例であり、妊娠中が 1 例であった。32 例のうち 17 例が当院の産婦人科医より紹介されて精神科診察を受けるに至った。内、外来通院中または入院中に 1 回のみ診察をしたものが 12 例、定期的に精神科外来を受診したものが 5 例であった。また、他院の精神科外来に通院していたものが 32 例中 20 例であった。32 児のうち小児科入院を要した児は 15 例であった。その理由は、早産低出生体重児 5 例、症状は認められないものの離脱症候群が危惧された児 3 例、高 Bil 血症 2 例、CRP 高値 1 例、呼吸障害 1 例、哺乳力低下 1 例、胎便吸引症候群 1 例、母子分離 1 例であった。また、人工栄養が 9 例であった。人工栄養の理由は、向精神薬内服継続のためが 6 例、母子分離が必要と判断されたもの 2 例、乳房に触れられたくないものが 1 例であった。

退院後の経過については、母と自宅退院したものが 22 例、母と児が婦人保護施設に入所したもの 8 例、児のみが乳児院に入所したもの 2 例であった。精神疾患合併妊婦 (n=32) とその他の妊婦 (n=1656) の両群間で母体平均年齢、分娩週数、出生体重に有意差を認めなかった (表 1)。児が施設 (婦人保護施設、乳児院) に入所した群 (n=10) と入所の必要性のなかった群 (n=22) を比較すると、施設入所した群では母が若年、未入籍、当院産科初診時週数が遅いものが多かった (表 2)。

症例提示

以下、乳児院に保護された例 (症例 1) と精神疾患が妊娠中に顕在化した例 (症例 2) につき、具体例を提示する。なお、病態に直接関係のない内容は適宜変更し、患者のプライバシーに十分に配慮した。

< 症例 1 : 乳児院に保護された事例 >

23 歳女性 うつ病 未婚 初産

既往歴 : 特記事項なし 精神科的負因 : 不明

生活歴 : 地元の中学校、高校卒業した。

現病歴 : 15 歳時、他院を受診し、抑うつ症状が認められ、うつ病と診断されたが、通院は続けなかった。etizolam、alprazolam を友人から入手し自己判断で内服していた。妊娠を自覚していたが、妊娠健診は一度も受診せず、陣痛発来後に救急要請した。妊娠 40 週相当であり当院で出産した。分娩直後から児の養育を拒否し、断乳を希望した。児と接触せず、ガラス越しでの面会にとどまった。児は哺乳力良好であり活気あり、小児科入院の必要性はなかった。母体は本人希望で産後 3 日目に退院となった。児は日齢 8 日に乳児院入所となった。産後 1 ヶ月健診は受診しなかった。

< 症例 2 : 精神疾患が妊娠中に顕在化した事例 >

28 歳女性 適応障害 未婚 初産

既往歴：特記事項なし 精神科的負因：不明

生活歴：学童期に実父および実兄からの性的虐待を受けていた。

現病歴：妊娠初期は人工妊娠中絶の希望があったが、交際相手との話しあいの後、妊娠を継続した。産婦人科医院にて健診を受けていたが、経済的な理由で婦人保護施設に入所するため公的病院である当院産科へ、妊娠 30 週で紹介された。妊娠 37 週の妊婦健診時に、過去に受けた虐待を訴え、そして人工栄養を希望し、当院産科から紹介され精神科を受診した。妊娠という心的ストレスに対する反応として生じた抑うつ症状が認められ適応障害と診断されて、外来通院し、入院中は精神科医が病室に訪問し面接した。胸を触られたくないとの理由から人工乳とした。本人と交際相手と産科医と福祉職員が話あったうえで、婦人保護施設に入所となった。

考察

当院の精神疾患合併妊婦は 3 年間の総分娩件数の 1.9%であるが、北村らは妊娠中の精神疾患合併妊婦の発生は 12.1%と報告¹⁾しており、当院での調査に比べて多い。北村らの報告では、助産師が精神科医指導のもと、感情病および統合失調症面接基準 SADS、現在症診察表 PSE を用いた精神科面接を全妊婦に行っており、当院に比べてより濃密なスクリーニングを試みている。

当院では産婦人科医により必要と判断された者が精神科を受診する仕組みであった。周産期データベースを含む診療録調査と産婦人科からの紹介により精神科合併妊婦のスクリーニングを試みたが、実際には我々が拾い上げられなかったケースが多数存在した可能性が考えられた。今後さらに精神科合併妊婦の有病率について考察をすすめるためには、前向き調査による、SADS や PSE を用いた精神科面接や妊娠中の全妊婦へエジンバラ産後うつ病自己調査票 (EPDS)を行っていくことが有用と考えられた。また、精神疾患合併妊婦のために紹介されてくることが多い埼玉医科大学では、3年間で3238名の妊婦が来院し132名(4.1%)が精神疾患合併妊婦であり、全例1回は埼玉医科大学の精神科受診をしているという³⁾。さらに、妊娠期にうつ病に罹患した女性では、産後うつ病になる率は高くなるとの報告がある⁴⁾ことから、産後1ヶ月健診やその後の精神科での追跡が重要となると考える。

当院では神疾患合併妊婦(n=32)と精神疾患を合併していない妊婦では母体平均年齢、分娩週数、出生体重に有意差を認めなかった。赤崎らは、精神科病棟に入院し出産した28例の女性患者を後方視的に調査し、経過安定群と不安定群にわけて比較検討を試みている。その結果、安定群と不安定群の間で、在日日数の平均、Apgar score 1分および5分、入院形態に有意差を認め、産科と精神科との連携は、出産前後のみならず、妊娠前から導入していく必要があること、精神疾患合併の女性の社会生活においては、結婚・妊娠・出産・育児を視野にいれた包括的医療を提供することが重要であると報告している⁵⁾。精神疾患合併妊婦32例中、小児科入院15例、未婚15例と半数近く占めて

おり、また未婚者の3分の2は施設入所していた。施設入所した群では、母が若年、未婚、産科初診時週数が遅かったものが多かった。サンプル数が少ないため、今後大規模な調査が望まれるが、施設入所した群では社会的サポートが少ないと考えられた。これらのケースでは、精神科と産科と小児科と福祉職員の連携も要し、多くの医療資源が必要である。

症例提示の精神疾患の顕在化した1例では、妊娠したことにより、過去の性的虐待の葛藤が思い出され、不適応になった症例であった。神経症や人格障害などでは、その成因には親との葛藤を認めるケースも多く、十分な配慮が必要である。また妊娠を契機にそれらの問題が表面化することも多く、その場合には早期に家族関係も含めた介入が必要となる⁵⁾との報告もあり、妊娠したことで問題が表面化する例もあるため、産科医と精神科医の連携の必要性がある。

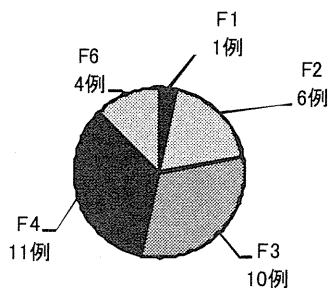
結語

当院の精神疾患合併妊婦は1.9%であり、kitamuraらの報告より少なかった。当院の現行の連携システムでは、精神疾患合併妊婦を十分に診断しきれていない可能性が考えられる。退院後、施設入所した群では、社会サポートが少ないと考えられた。これらのケースでは長期的な視野のもと、産科と精神科と小児科と福祉の連携が重要である。

参考文献

- 1) Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al: Multicenter prospective study of perinatal depression in Japan. incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. Arch Womens Ment health 9:121-130, 2006
- 2) Gaynes BN, et al. Perinatal depression ; prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evid Rep/Technol Assess(Summ) 2005:1-8
- 3) 新澤麗, 難波聡, 三木明德, 他. 精神疾患合併妊婦 133 例の転帰と問題点. 産婦人科の実際 60 巻 3 号 491-496(2011)
- 4) Suppaseemanot W: Depression in pregnancy: Drug safety and nursing management. MCN Am J Matren Child Nurs 31:10-15; quiz 16-17, 2006
- 5) 赤崎安昭ら 精神疾患を合併した女性患者の出産 28 症例の後方視的調査を通して、総合病院精神医学 19 巻 2 号 151-165, 2007
- 6) 伊藤耕一、小山司 周産期医療をとりまく環境とメンタルヘルス 精神疾患合併妊婦のケア-精神科医の立場から- 周産期医学 vol.38 No5 2008-5 535-539

(図1) 精神疾患合併妊婦の精神科的診断 (ICD-10 の診断基準に沿って分類)



- F0 症状性を含む器質性精神障害
- F1 精神作用物質による精神および行動の障害
- F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
- F3 気分障害
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6 成人の人格および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達障害
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒障害

(表1) 精神疾患合併妊婦とその他の群での比較

	精神疾患合併妊婦 (n=32)	その他の妊婦 (n=1656)	p 値
母体年齢* (歳)	30.1±5.5	31.0±5.4	0.62
分娩週数* (週)	38.4±2.0	38.4±3.8	0.32
出生体重* (g)	3025.0±410.2	2900.0±631.0	0.18

* : 平均±標準偏差

(表 2) 施設入所した群と入所しなかった群の比較

	施設入所した群 (n=10)	入所しなかった群 (n=22)	p 値
母体年齢中央値 (四分位範囲) (歳)	28.5(23 - 29)	33(28-35)	0.03
未婚	10	5	<0.01
産科紹介週数中央値 (四分位範囲) (歳)	32.5 (28-35)	20(11-25)	<0.01
小児科入院	6	9	0.45
人工乳	5	4	0.01

経済的社会的問題点を抱える妊婦の予後と 支援の現状

*Perinatal outcomes in pregnant women with socioeconomic problems :
Issues on social support*

水主川 純
KAKOGAWA Jun

定月みゆき
SADATSUKI Miyuki

箕浦 茂樹
MINOURA Shigeki

永 井 書 店

特集

社会医学的ハイリスク妊娠とその対策

経済的社会的問題点を抱える妊婦の予後と支援の現状

*Perinatal outcomes in pregnant women with socioeconomic problems :
Issues on social support*

水主川 純
KAROGAWA Jun

定月みゆき*
SADATSUKI Miyuki

箕浦 茂樹**
MINOURA Shigeki

独立行政法人国立国際医療研究センター産婦人科 *病棟医長 **科長

経済的困窮、社会的孤立、未入籍などの経済的社会的問題と周産期異常の関連性が報告されている。妊婦が抱える経済的社会的問題に応じた支援をより早期から開始し、定期的な妊婦健康診査の受診を促すためには、医療機関と行政機関の連携が重要である。分娩後も継続的な支援が望まれる。経済的社会的問題を次世代へ連鎖させることなく、適切な養育環境を確保することは社会全体で取り組むべき課題であろう。

Key Words

経済的社会的問題、周産期予後、社会保障制度、虐待

■ ■ ■ はじめに

日々生活している社会環境には、経済的困窮、社会的孤立、Domestic violence (DV) など多様な経済的社会的問題が存在している。妊婦が経済的社会的問題を抱えている場合、その問題は妊娠生活だけでなく、周産期予後、分娩後の養育環境に影響を及ぼす可能性がある。経済的社会的問題に伴う母児のリスクを軽減するためには、状況に応じた支援が重要である。本稿では経済的社会的問題を抱える妊婦の予後と支援の現状について概説する。

■ ■ ■ 経済的社会的問題を抱える妊婦

経済的社会的問題と周産期異常の関連性についてさまざまな報告がされている¹⁾⁻⁶⁾。「経済的社会的問題を抱える妊婦」の定義は明らかではない

と思われるが、周産期管理や支援に関連する主な経済的社会的問題を表1にあげる。これらの問題を一つだけ抱えている場合もあれば、複雑に関与する複数の問題を抱えている場合も少なくない。

経済的問題には、失業、不安定な就労、低収入、浪費、借金などがあげられる。社会的問題は多岐にわたる。児の父親との関係については、交際終了、音信不通などの状況では妊娠や出産に関する協力を得ることが難しい。児の父親と連絡が取れず、妊娠継続を希望していないにも関わらず、分娩を選択せざるを得ない場合がある。インターネットカフェ、路上などを生活拠点とする妊婦は、経済面だけでなく、居住場所の確保という点においても生活維持が困難な状況に置かれていると思われる。

社会的孤立の背景には、生活環境や社会環境が影響する。家出、児の父親と音信不通などの事情で誰にも相談できず、孤立している場合がある。母国語以外での意思疎通が難しい外国人妊婦は、

表1 主な経済的社会的問題

◆ 経済的問題
・失業、不安定な就労、低収入、浪費、借金など
◆ 社会的問題
・児の父親との関係：未入籍、離婚調停中、不倫、音信不通(交際終了後、妊娠を告げた後)児の父親が誰であるか不明など
・若年
・Domestic violence
・犯罪：窃盗、違法ドラッグの使用、不法滞在など
・生活環境：住所不定、インターネットカフェや路上などでの生活
・社会的孤立：家出、核家族化、日本語によるコミュニケーションが難しい、行政機関の介入拒否など
・育児能力：育児知識の不足、既存児への虐待歴や乳児院入所など

周囲に支援者がいない場合、孤立しがちである。その一方、行政機関による介入を拒み、孤立している者もいる。

育児能力に関しては、育児知識の不足や混乱により育児を行うことができない場合と、育児をしようとしなかった場合がある。今までに分娩した児を実家や児童養護施設などで養育している妊婦は、育児能力に問題が潜んでいる可能性がある。

■ ■ ■ 経済的社会的問題と周産期予後

前述したそれぞれの経済的社会的問題に関連する周産期異常が報告されている。例えば、妊娠中のDV被害は、早産⁷⁾、低出生体重児⁷⁾、腹部外傷、常位胎盤早期剝離や切迫早産に伴う入院⁸⁾の頻度が高いと報告されている。また、妊娠中の覚醒剤使用は、早産、帝王切開、新生児仮死や新生児死亡のリスクが高くなる⁹⁾。

一方、経済的社会的問題のために、妊婦健康診査(以下、妊婦健診)受診の初診時期が遅延したり、不定期受診や未受診となる場合がある。それに伴い、適切な周産期管理が行うことができず、周産期異常のリスクが高くなる¹¹⁾²⁾。未受診妊婦や飛び込み分娩では、早産や妊娠高血圧症候群などの産科合併症³⁾⁻⁵⁾、自宅・救急車内などでの施設外分娩³⁾、低出生体重児³⁾⁵⁾、NICU入院³⁾⁵⁾の頻度が高い。また、感染症のスクリーニング、治療、母児感染予防が適切に施行されず、新生児が先天

梅毒¹⁰⁾やHIV感染¹¹⁾と診断されたと報告されている。

表1にあげた経済的社会的問題を一つでも抱える妊婦は、必ずしも医学的にハイリスクであるとは限らない。実際には、それぞれの妊婦が抱える経済的社会的問題の重症度や複雑さ、それらの問題に対する介入状況が周産期予後に影響していると思われる。

■ ■ ■ 経済的社会的問題を抱える妊婦への支援

経済的社会的問題を抱える妊婦が家族や行政機関などに問題について相談することにより、状況に応じた支援が可能になる。家族による金銭面や生活面での支援で、問題が解決する場合もある。

経済的問題に対する支援に関しては、妊婦健診の公費負担が拡充されており、事前申請により出産育児一時金を直接医療機関へ支払う制度を利用できる。経済的社会的問題の状況によっては、生活保護、入院助産、婦人保護施設などの社会保障制度も利用できる。

医療扶助、出産扶助は生活保護法による制度である。医療扶助は、医療を要する場合に原則として投薬、手術、入院などの現物支給であり、出産扶助は原則として現金給付である。児童福祉法による入院助産は、保健上必要があるにも関わらず経済的理由により病院や助産所での分娩が困難な妊産婦を対象とし、指定された助産施設での入

院・分娩に関する費用を助成する制度である。

売春防止法により設置される婦人保護施設は、家庭環境の破綻、生活の困窮など、さまざまな事情により社会生活を営む上で困難な問題を抱えている女性を保護する施設である。婦人保護施設入所中は居室と食事が無料で提供され、必要に応じて日用品や被服なども支給されている。

DV被害に関しては、配偶者暴力相談支援センターを通じた相談、一時保護、自立生活の促進などの支援や婦人保護施設、民間シェルターなどへの入所による安全な生活確保のための支援が行われている。

児の養育に関し、特別養子や普通養子による養子縁組、児童福祉法による里親制度などの利用を希望する場合は、民間の斡旋団体や都道府県の児童相談所など状況に応じた部署での相談や支援が可能である。

■ ■ ■ 経済的社会的問題を抱える 妊婦への支援の現状と問題点

1. 妊娠・分娩に関して

当科で診療した経済的社会的問題を抱える妊婦に関する検討では、社会保障制度の利用開始は定期的な妊婦健診受診や周産期管理の契機となっていた¹⁾。社会保障制度による支援は、妊婦が抱える経済的社会的問題に関するリスクを軽減し、より安定した妊娠生活を送る上で役割は大きいと考えられる。

わが国の社会保障制度は、基本的に自己申請により利用が可能となる。社会保障制度を利用する妊婦は、妊娠中期以降に利用を開始することが多い¹⁾²⁾と指摘されている。この現状は、社会保障制度に関する情報が十分に周知されていないこと、不定期な妊婦健診受診に伴い社会保障制度に関する相談時期が遅れることが影響していると思われる。また、入院助産に関しては、助産施設の減少に伴い居住地から遠方の医療機関での妊婦健診や分娩を余儀なくされる場合があり¹⁾²⁾、助産施設の増加が望まれる。

DV被害妊婦に関しては、加害者による生活の

拘束のため妊婦健診受診が阻害される傾向にある¹²⁾。妊婦健診受診が不定期である妊婦を診療する際、DV被害者である可能性を考慮しなければ、被害を見逃す可能性がある。医療従事者がDVに関する認識を向上し、妊婦健診時に相談しやすい環境を整備することにより、DV被害からの早期救済が重要である。

妊娠中から行う支援は、妊娠生活や分娩に関するものだけではない。経済的社会的問題のために、妊娠中から分娩後の育児に関する支援を行うことが特に必要である妊婦は特定妊婦とされている。妊娠届の提出時、母子健康手帳の交付時に特定妊婦であると判断された場合、行政機関と医療機関の連携により家庭環境に関する情報を把握する体制を確立し、妊娠中から育児に関する支援を行うことが重要である。

飛び込み分娩の症例に関しては、分娩後数日間という限られた時間で経済的社会的問題への対応を迫られ、かなりの労を要する。飛び込み分娩の症例には、経済的社会的問題の認識が乏しい場合が少なくない。また、その経済的社会的問題が複雑な場合も多く、限られた時間では現状だけでなく、潜在化した問題の評価が不十分になる可能性がある。

したがって、経済的社会的問題を抱える妊婦に対し、できるだけ早期から支援を開始し、定期的な妊婦健診受診を促すことが重要である。東京都新宿区保健所では、経済的社会的問題について福祉事務所への相談を促すための情報提供用紙(図1)を作成し、新宿区内の医療機関で配布している¹³⁾。経済的社会的問題を抱える妊婦に、相談窓口や支援に関する情報を分かりやすく確実に伝えるためには、医療機関と行政機関の連携だけでなく、教育機関や地域社会と連携した取り組みも必要であろう。

一方、経済的社会的問題を抱える妊婦が支援を拒み、対応に苦慮する場合がある。経済的社会的問題を抱える妊婦は精神疾患合併症例も多く²⁾⁶⁾、問題への認識不足や精神症状の悪化などにより支援を拒むことがある。また、明確な理由なく、

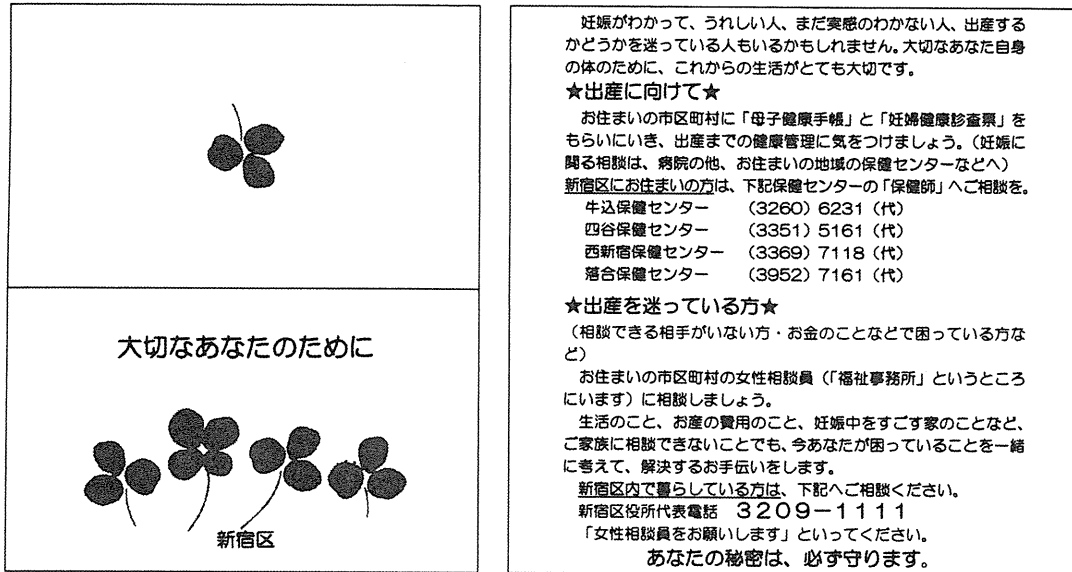


図1 東京都新宿区において作成された情報提供用紙
左図：表面、右図：裏面、情報提供用紙は名刺サイズであり、見開きになっている。
福祉事務所への相談を促すメッセージと具体的な連絡法が記載されている。
(水主川純ほか：日本周産期新生児医学会雑誌，2010¹³⁾による)

「他人にあれこれ言われる必要はない」、「勝手な事をした場合は訴える」などと支援を拒否する者を認める。このような主張を繰り返す妊婦に関しては、支援の必要性に関する理解を得られず、介入が困難であるのが現状である。

2. 退院後の生活に関して

妊娠・分娩・産褥・新生児の経過は連続しており、その生活と経済的社会的問題は切り離せない。したがって、経済的社会的問題や孤立感を抱えこまないようにするために、退院後の生活や育児を継続的に見守り、支援していくことが重要である。

社会保障審議会による「子ども虐待による死亡事例などの検証結果などについて」では、乳幼児虐待(心中を除く)の死亡事例67例中、39人が0歳児であった。主な虐待者は実母が最多であり、実母の妊娠期・周産期の主な問題点は望まない妊娠、妊婦健診未受診であったと報告されている¹⁴⁾。未受診妊婦の対応では、分娩直後から医療機関と行政機関が連携し、安全な養育環境の確保や虐待

発生の予防に努める。

経済的社会的問題を抱える妊婦の中には、飛び込み分娩を繰り返す者、養育意思に乏しく複数の児を乳児院へ入所させている者などを認め、もの考え方に問題が潜んでいると思われる場合がある。生活環境が大きく変化しないまま再度妊娠しないような継続的支援が行われ、支援を契機に生活が再構築されることが望まれる。

■■■ おわりに

周産期はライフサイクルの中で次世代へ繋ぐ時期である。妊婦が抱える経済的社会的問題は、経済的困窮、DV、社会的孤立、乳幼児虐待など現代のさまざまな社会問題が反映されている。これらの問題が周産期を通じて次世代へ連鎖することなく適切な養育環境を確保していくためには、周産期医療の現場だけでなく社会全体で取り組んでいくことが重要であろう。

文 献

- 1) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹ほか: 経済的・社会的問題を抱えた妊婦の周産期予後と支援の現状に関する検討. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1094-1096, 2010.
- 2) 倉澤健太郎, 奥田美加, 平原史樹ほか: 助産制度利用者の問題点. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1091-1093, 2010.
- 3) 山田 俊, 長 和俊, 水上尚典ほか: 札幌圏における未受診妊婦の実態調査. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1097-1099, 2010.
- 4) 光田信明: 社会的リスクと周産期医療 大阪府における未受診妊婦調査 母体側からみた分析. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1086-1090, 2010.
- 5) 荻田和秀: 社会的リスクと周産期医療 大阪府における未受診妊婦調査 未受診妊婦の新生児予後. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1083-1085, 2010.
- 6) 永野玲子, 星野裕子, 稗田 潤ほか: 当院における出産後虐待予想ケースへの介入について. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1077-1082, 2010.
- 7) Neggers Y, Goldenberg R, Hauth J, et al: Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand 83: 455-460, 2004.
- 8) Shah PS, Shah J: Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. J Womens Health 19(11): 2017-2031, 2010.
- 9) Good MM, Solt I, Kim MJ, et al: Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol 116: 330-334, 2010.
- 10) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹ほか: 梅毒感染妊婦7例の周産期予後に関する検討. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1263-1266, 2010.
- 11) 中西美紗結, 水主川純, 箕浦茂樹ほか: 当院におけるHIV感染妊婦37例の臨床的背景と周産期予後の後方視的検討. 日本周産期新生児医学会雑誌 47(1): 73-77, 2011.
- 12) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹ほか: 妊娠中に支援機関に保護されたDomestic violence被害妊婦14例に関する検討. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(1): 54-57, 2010.
- 13) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹ほか: 妊婦健康診査未受診妊婦に関する問題点とその対応策. 日本周産期新生児医学会雑誌 46(4): 1160-1162, 2010.
- 14) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会: 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第6次報告. 4-6, 2010.

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
平成 23 年度 分担研究報告書

「妊娠期から行う児童虐待予防のための介入法構築に関する研究」

児童虐待の発生や重症化に関連する個人的・社会的要因を明らかにするための研究

分担研究者 新保 卓郎 国立国際医療研究センター医療情報解析研究部部長
研究代表者 水主川 純 国立国際医療研究センター産婦人科医師

研究要旨

妊娠期から児童虐待を予防するためには、児童虐待の発生や重症化に関連する個人的・社会的要因を明らかにすることが重要であると考えられる。児童虐待の発生や重症化の関連要因について検討した。2007年1月から2010年12月の間に国立国際医療研究センターで出生した児のうち、児童相談所へ通告した症例89例（以下、児童相談所通告群）と児童相談所へ通告しなかった症例400例（以下、対照群）を対象とし、後方視的調査により児童相談所への通告の関連要因について検討をおこなった。また、児童相談所通告群に関し、乳児院へ入所した56例（以下、入所あり群）と入所しなかった33例（以下、入所なし群）に分類し、後方視的調査により乳児院入所の関連要因を明らかにするための検討をおこなった。児童相談所通告群では、母体平均年齢は対照群より有意に低く、未入籍症例、児の父親と音信不通である症例、人工妊娠中絶経験者、精神疾患、NICU入院症例が対照群よりも有意に多かった。多重ロジスティック回帰分析で、精神疾患はオッズ比6.3（95%信頼区間1.7～24.0）、児の父親と音信不通である症例はオッズ比5.8（95%信頼区間1.2～27.9）であった。入所あり群では、平均母体年齢は入所なし群より有意に高く、妊婦健診未受診妊婦、Apgar score 1分後6点以下の症例、NICU入院症例が入所なし群より有意に多かった。多重ロジスティック回帰分析で、妊婦健診未受診妊婦はオッズ比5.7（95%信頼区間1.5～21.9）であった。これらの要因を解決・軽減する介入法を構築し、妊娠期から虐待予防に取り組むことが重要であると考えられた。医療、行政、福祉の連携による妊婦健診未受診の予防、望まない妊娠症例への支援、産科、小児科、精神科の連携による精神疾患合併妊娠症例への育児支援の強化が望まれる。

A. 研究目的

社会保障審議会による「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」

(1)では、虐待（心中を除く）の死亡事例中、39人(59.1%)が0歳児、そのうち0ヶ月児が26人であり、実母の妊娠期・周産

期の主な問題点として望まない妊娠、妊婦健診未受診が挙げられた。子ども虐待を予防するためには、医療機関と関係機関が連携し、望まない妊娠や妊婦健診未受診を予防することが重要である。

子ども虐待の要因として、保護者に関する要因では未婚妊娠(2)、若年出産(2)、反社会的行動(2)、被虐待歴(2)、精神疾患(3,4)、経済的困窮(2,4)、domestic violence(以下、DV)被害(2,5,6)、児に関する要因としては、1歳未満(2)、先天的障害・行動情緒問題(2,7)など様々な報告がされている。しかし、児童虐待の発生や重症化に関連する個人的・社会的要因は未だ明確になっていないとされている。妊娠期から児童虐待予防をおこなうためには、児童虐待の発生や重症化に関連する個人的・社会的要因を明らかにし、それらの要因を解決・軽減する介入が必要であると考えられる。児童虐待の発生や重症化の関連要因を検討することを目的とした。

B. 研究方法

〔研究1〕児童虐待の発生の関連要因を明らかにするための検討

2007年1月1日から2010年12月31日の間に国立国際医療研究センター(以下、当院)で出生した児のうち、児童相談所へ通告した症例89例(以下、児童相談所通告群)と児童相談所へ通告しなかった症例400例(以下、対照群)を対象とした。診療録から後方視的調査をおこない、母体の背景、周産期事象、児に関する診療情報について、両群を比較検討した。データは平均±標準偏差で示した。統計学

的解析には Student's t test、 χ^2 検定あるいは Fisher の直接確率計算法を用い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。以上の解析で児童相談所への通告の関連要因として考えられた因子を用い、多重ロジスティック回帰分析をおこなった。

〔研究2〕児童虐待の重症化の関連要因を明らかにするための検討

〔研究1〕に示した児童相談所へ通告した症例89例に関し、乳児院へ入所した56例(以下、入所あり群)と入所しなかった33例(以下、入所なし群)に分類し、母体の背景、周産期事象、児に関する診療情報について、両群を比較検討した。データは平均±標準偏差で示した。統計学的解析には Student's t test、 χ^2 検定あるいは Fisher の直接確率計算法を用い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。以上の解析で乳児院入所の関連要因として考えられた因子を用い、多重ロジスティック回帰分析をおこなった。

なお、〔研究1〕および〔研究2〕は、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

(倫理面への配慮)

個人情報への取扱いに十分注意を払い、プライバシーが侵害されないように配慮した。

C. 結果

〔研究1〕児童虐待の発生の関連要因を明らかにするための症例対照研究

母体背景を表1に示す。平均母体年齢に関し、児童相談所通告群は 27.2 ± 6.3 歳、

対照群では 31.7 ± 5.2 歳であり、児童相談所通告群で有意に低かった ($p < 0.01$)。母体の年齢分布は、児童相談所通告群では 10 代、20 代の症例が対照群よりも有意に多く ($p < 0.01$)、児童相談所通告群における 10 代、20 代の頻度はそれぞれ 14.6%、51.6% であった。分娩歴、外国籍症例に関し、両群間に有意差は認めなかった。人工妊娠中絶経験者は、児童相談所通告群は 39 例、対照群は 54 例であり、児童相談所通告群で有意に多かった ($p < 0.01$)。また、2 回以上の人工妊娠中絶経験者に関しても、児童相談所通告群は対照群より有意に多かった (児童相談所通告群 17 例、対照群 33 例 : $p = 0.01$)。

婚姻状況に関し、未入籍症例は児童相談所群では 76 例、対照群では 13 例であり、離婚歴を認めた症例は児童相談所通告群では 30 例、対照群では 7 例であり、児童相談所通告群で未入籍症例や離婚歴を認める症例が有意に多かった ($p < 0.01$)。児の父親と音信不通である者は、児童相談所群では 53 例、対照群では 6 例であり、児童相談所通告群で有意に多かった ($p < 0.01$)。社会保障制度の利用者は、児童相談所通告群では 31 例、対照群では 6 例であり、児童相談所通告群で有意に多かった ($p < 0.01$)。

母体合併症を表 2 に示す。児童相談所通告群ではクラミジア子宮頸管炎 (児童相談所通告群 14 例、対照群 2 例 : $p < 0.01$)、梅毒 (児童相談所通告群 5 例、対照群 1 例 : $p < 0.01$)、C 型肝炎ウイルス (児童相談所通告群 8 例、対照群 2 例 : $p < 0.01$)、精神疾患 (児童相談所通告群 31 例、対照群 5 例 : $p < 0.01$) が有意に多かった。その

他、妊娠高血圧症候群、切迫早産、妊娠糖尿病、胎児発育不全、甲状腺疾患などの合併症に関しては、両群間に有意差は認めなかった。

早産および分娩様式を表 3 に示す。平均分娩週数に関し、児童相談所通告群は 38.5 ± 2.3 週、対照群では 39.1 ± 1.5 週であり、児童相談所通告群で有意に早かった ($p = 0.03$)。早産は、児童相談所通告群では 12 例、対照群では 22 例であり、児童相談所通告群で有意に多かった ($p = 0.02$)。分娩様式に関し、両群間に有意差は認めなかった。

新生児所見を表 4 に示す。平均出生体重に関し、児童相談所通告群は $2,959.0 \pm 384.3$ g、対照群では $3,032.4 \pm 419.5$ g であり、両群間に有意差は認めなかった。低出生体重児は、児童相談所通告群では 15 例、対照群では 40 例であり、両群間に有意差を認めなかったが ($p = 0.09$)、児童相談所通告群で多い傾向にあった。Apgar score 6 点以下の症例に関し、1 分後、5 分後ともに両群間に有意差は認めなかった。NICU に入院した児は、児童相談所通告群では 42 例、対照群では 40 例であり、児童相談所通告群で有意に多かった ($p < 0.01$)。

多重ロジスティック回帰分析で、精神疾患合併症例はオッズ比 6.3 (95%信頼区間 1.7~24.0, $p = 0.01$)、児の父親と音信不通である症例はオッズ比 5.8 (95%信頼区間 1.2~27.9, $p = 0.01$) であり、児童相談所への通告に関連する独立した要因であった。

[研究 2] 児童虐待の重症化の関連要因を

明らかにするための検討

母体背景を表 5 に示す。平均母体年齢に関し、入所あり群は 28.3 ± 6.5 歳、入所なしでは 25.3 ± 5.5 歳であり、入所なし群で有意に低かった ($p=0.02$)。分娩歴、人工妊娠中絶経験者、未入籍症例、児の父親と音信不通である症例、外国籍症例、社会保障制度の利用者に関し、いずれも両群間に有意差は認めなかった。妊婦健診未受診妊婦は、入所あり群では 21 例、入所なし群では 3 例であり、入所あり群で有意に多かった ($p<0.01$)。

母体合併症を表 6 に示す。妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児発育不全、感染症、精神疾患、甲状腺疾患などの合併症に関し、両群間に有意差は認めなかった。

早産および分娩様式を表 7 に示す。平均分娩週数は、入所あり群では 38.3 ± 2.3 週、入所なし群では 38.8 ± 2.3 週であり、早産は入所あり群 8 例、入所なし群では 4 例であり、両群間に有意差は認めなかった。分娩様式に関しても、両群間に有意差は認めなかった。

新生児所見を表 8 に示す。平均出生体重に関し、入所あり群は $2,926.9 \pm 549.3$ g、入所なし群では $3,013.6 \pm 473.1$ g であり、両群間に有意差は認めなかった。低出生体重児は入所あり群では 10 例、入所なし群では 5 例であり、両群間に有意差は認めなかった。Apgar score 1 分後 6 点以下の症例に関しては、入所あり群では 8 例、入所なし群では認めず、入所あり群で有意に多かったが ($p=0.02$)、Apgar score 5 分後 6 点以下の症例に関しては、入所あり群では 1 例、入所なし群では認めず、両群間に有意差は認めなかった。NICU に入

院した児は、入所あり群では 32 例、対照群では 10 例であり、入所あり群で有意に多かった ($p=0.02$)。

多重ロジスティック回帰分析で、妊婦健診未受診はオッズ比 5.7 (95%信頼区間 1.5~21.9, $p=0.01$) であり、乳児院入所に関連する独立した要因であった。

入所あり群に関し、27 例は養育意志がないため入所となり、8 例は分娩直後から児の母親による面会、授乳ともにおこなわれず、3 例は分娩後入院中に母のみが無断離院した。育児環境や育児能力に問題があると判断された 29 例中、3 例は児の母親に反社会的行動を認めた。また、7 例は母児ともに退院した後に育児困難が明らかになり、児童相談所へ通告した。

入所あり群の経産婦 24 例のうち、今回の分娩までに出生した児を自ら養育していた者は 2 例のみであり、そのうち 1 例は、今回の分娩を契機に児を就学させていないことが明らかになった。また、15 例の経産婦は、今回の分娩までに出生した児を乳児院や児童養護施設で養育中であった。

D. 考察

児童虐待の発生や重症化に関連する個人的・社会的要因について検討した。児童虐待の要因として、未婚妊娠や若年出産が挙げられている (2)。今回の検討において、児童相談所通告群は、対照群よりも有意に平均母体年齢が低く、未入籍症例の頻度が高く、同様の傾向にあった。また、経済的困窮も児童虐待と関連すると報告されている (2,4)。今回の検討では、対象症例の家庭における収入に関する検

討はおこなっていないが、児童相談所通告群では、若年、未入籍症例、児の父親と音信不通である症例が有意に多く、児童相談所通告群の経済基盤は脆弱であると推察された。児童相談所通告群では対照群と比較し、有意に社会保障制度の利用者が多いことも、児童相談所通告群の経済基盤の脆弱性を示唆していると考えられた。

社会保障審議会による「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(1)では、実母の妊娠期・周産期の主な問題点として望まない妊娠が挙げられている。わが国の生殖可能年齢女性の人工妊娠中絶経験率は5.5%であると報告されている(8)。今回の検討において、児童相談所通告群における人工妊娠中絶経験者の頻度は有意に高く、43.8%であった。また、人工妊娠中絶を2回以上経験している者の頻度は児童相談所通告群では19.1%、対照群では8.3%であり、児童相談所通告群で有意に高く、その頻度は2.3倍であった。今回の検討では、望まない妊娠の正確な頻度は明らかではないが、児童相談所通告群のうち、27例(30.3%)は養育意志がないために乳児院に入所しており、望まない妊娠が影響していたと思われた。

Wenmanら(9)は、妊婦におけるクラミジア子宮頸管炎の頻度は1%未満であったと報告している。今回の検討におけるクラミジア子宮頸管炎の頻度は、対照群では0.5%であったが、児童相談所通告群では15.7%であり、有意に高かった。感染症に関し、児童相談所通告群では、クラミジア子宮頸管炎だけでなく、梅毒やC型肝炎ウイルスも有意に高頻度であ

った。児童相談所通告群では、人工妊娠中絶や性感染症の頻度が高く、健康に関する安全な行動が不十分である可能性があると考えられた。健康に関する安全な行動が不十分となる状況として、本人の安全な行動に対する認識が低い状況とDV被害などにより他者から安全な行動を阻害される状況が挙げられる。DV被害は、性感染症のリスクが高まると報告されており(10)、児童虐待に関連する要因として挙げられている(2,5,6)。今回の検討では、児童相談所通告群においてDV被害が明らかに確認された症例は3例であった。しかし、当院では妊婦に対するDVスクリーニングを施行しておらず、潜在化したDV被害を把握できていない可能性があると考えられた。

精神疾患(2,3)は虐待の要因として報告されている。永野ら(11)は、分娩後の児童虐待を予想し、医療ソーシャルワーカーによる介入をおこなった32例中、18例が精神疾患合併妊娠症例であり、14例の介入起点が精神疾患であったと報告している。今回の検討において、児童相談所通告群では精神疾患症例が対照群よりも有意に多く、多重ロジスティック解析においても、児童相談所への通告に関連する独立した要因であった。しかし、入所あり群と入所なし群の比較検討では、精神疾患に関して両群間に有意差を認めなかった。子ども虐待予防のためには、妊娠中から精神疾患合併妊娠症例への育児支援をおこなうことが重要であると考えられた。しかし、精神疾患に関し、児童虐待の重症化に関連する疾患別、病状、家族などの支援状況などの要因は明らか

になっていない。今後、更なる検討により、より重点的な介入を要する要因を明確化し、それらの因子を認める妊婦に対し、妊娠期から支援や育児能力の評価を積極的におこなうことが必要であろう。

今回の検討において、児童相談所通告群では、未入籍症例、児の父親と音信不通である者ともに対照群より有意に多かったが、ロジスティック解析においても、児童相談所への通告に関連する独立した要因であることが示された要因は、児の父親と音信不通である者であった。Tanら(12)は、児の父親の一部あるいは全ての情報が欠如している妊婦では、早産、胎児発育不全、低出生体重児、新生児仮死、周産期死亡などの周産期異常のリスクが高くなると報告している。児の父親との関係に関連する児童虐待や周産期異常を予防するためには、児の父親と音信不通である妊婦に対し、妊娠期から医療機関と行政機関の連携による支援が必要であろう。また、望まない妊娠や予想外の妊娠であった場合、その妊娠に対して責任ある行動を取れるような教育や情報提供を男性および女性に対しておこなうことが重要であると考えられた。

10代妊婦(13)や妊婦健診受診が不適切である妊婦(14)では、早産の頻度が高いと報告されている。今回の検討において、児童相談所通告群では、10代妊婦や定期的に妊婦健診を受診していなかった症例が多かったことが、児童相談所通告群における早産症例が対照群より有意に多いことに影響したと考えられた。また、児童相談所通告群においてNICU入院症例が有意に多かったことに関しては、

児童相談所通告群で早産が有意に多かったことや母体に投与中の精神疾患の治療薬による薬物離脱症候群の可能性を考慮した症例が多かったことが影響したと考えられた。

今回の入所あり群と入所なし群の検討において有意差を認めた要因は、母体年齢、妊婦健診未受診妊婦、Apgar score1分後6点以下の症例、NICU入院症例の4つの要因であった。入所あり群において、母児の周産期管理を施行されていない妊婦健診未受診妊婦が入所なし群よりも有意に多かったことが、Apgar score1分後6点以下の症例、NICU入院症例が入所あり群で有意に多くなった一因であると考えられた。入所なし群の母体平均年齢は、入所あり群より有意に若かったが、それ以外の背景は入所あり群と同様であった。入所あり群の症例の中に、退院後に養育困難が明確化した症例を認めており、入所なし群の母児も継続的な見守りや支援を続けていくことが重要であろう。

「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(1)では、日齢0日の死亡事例の子どもを殺害した動機として、「育児をする気がなかった」、「育てられないと思った」などが挙げられている。今回の検討においても、入所あり群では27例は養育意志がなく、8例は分娩直後から児の母親による面会、授乳ともにおこなわれなかった。これらの症例が医療機関以外での分娩であった場合、児の安全が確保されなかった可能性があると考えられる。多重ロジスティック回帰解析においても、妊婦健診未受診妊婦は乳児院入所に関連する独立した要因であり、

子ども虐待による日齢 0 日での死亡事例を予防するためにも、妊婦健診未受診の予防強化が望まれる。

今回の検討では、児童虐待の発生に関連する要因の検討として、児童相談所への通告の観点から検討した。児童相談所への通告は、明らかな児童虐待症例から児童虐待の疑い症例も含まれており、児童相談所への通告が必ずしも児童虐待の発生とは限らない。妊娠期における児童虐待予防策が確立されていない現状では、言語による意思表示が困難である胎児期から乳児期の症例を虐待から守るためには、虐待疑い症例を含め早期からの対応が重要である。今回の検討は、妊娠期から児童虐待予防をおこなうことを目的としている。したがって、今回の検討で明らかになった要因に基づき、より早期から児童虐待予防に取り組むことが重要であると考えられた。また、そのような取り組みを通じ、児童虐待の発生に関連する発生要因について更なる検討が必要であると考えられた。

見守りや支援により児の安全が確保されない児童虐待症例は、児童相談所の介入により乳児院などの施設へ入所する。今回の検討において、児童虐待の重症化に関連する要因の検討として、乳児院入所の観点から検討した。しかし、今回の検討では、入所あり群 56 例中 27 例は養育意志を認めず、乳児院へ入所していた。そのため、子ども虐待による児への身体的・精神的な影響の重症化だけでなく、児の母親の養育意志も反映されたと考えられた。入所あり群において、妊娠中から母親が養育意志を認めなかったことが、

妊婦健診未受診妊婦、新生児仮死、NICU 入院が有意に多いことにも影響したと思われる。養育意志がない症例、今まで養育した子どもに対する虐待や育児困難を認める経産婦に関しては、介入がおこないきやすい。今後、このような明らかな介入すべき点を認めない症例における虐待や育児困難の発生や重症化に関する更なる検討が必要であると考えられた。

E. 結論

児童相談所への通告に関連する要因として、母体年齢、人工妊娠中絶経験、未入籍、児の父親と音信不通である症例、社会保障制度の利用、性感染症、精神疾患、NICU 入院が示され、精神疾患と児の父親と音信不通であることは独立した関連要因であった。また、乳児院入所に関連する要因として、母体年齢、妊婦健診未受診妊婦、Apgar score1 分後 6 点以下の症例、NICU 入院が示され、妊婦健診未受診妊婦は独立した関連要因であった。妊娠期から虐待予防ためには、これらの要因を解決・軽減する介入法を構築することが重要であると考えられた。医療、行政、福祉の連携による妊婦健診未受診の予防、望まない妊娠症例への支援、妊娠期から産科、小児科、精神科の連携による精神疾患合併妊娠症例に対する育児支援の強化が望まれる。

F. 文献

1. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果などについて第 6 次報告. 2010