

## 研究

### 1. ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究

(1) 主要産科合併症 11 疾患（妊娠高血圧症候群，前期破水，切迫早産，頸管無力症，絨毛膜羊膜炎，前置胎盤，常位胎盤早期剥離（早剥），DIC，癒着胎盤，子癇，肺水腫）と関連があるリスク因子として，以下が明らかになった：母体年齢（20 歳未満，35-39 歳，40 歳以上），喫煙，不妊治療（排卵誘発剤，人工授精，体外受精），肝・腎疾患，血液疾患，心疾患，甲状腺疾患，子宮・付属器疾患，自己免疫疾患，本態性高血圧症，糖尿病．特に，「本態性高血圧症」の合併は，妊娠高血圧症候群，早剥，DIC，子癇，肺水腫と多くの産科合併症で，強い関連が見られた．初産/経産別に産科合併症との関連をみてみると，初産婦でリスクが高い産科合併症は，妊娠高血圧症候群，前期破水，絨毛膜羊膜炎，子癇，肺水腫であり，経産婦では切迫早産，頸管無力症，前置胎盤，早剥，癒着胎盤であった．

(2) 母体の予後不良につながる因子は，本態性高血圧症，妊娠高血圧症候群，肺水腫，胎児機能不全，子宮破裂，DIC，羊水塞栓症であった．III 期では，本態性高血圧症と子宮破裂は有意な因子ではなくなり，母体管理法の進歩が窺えた．一方，児の予後不良につながる因子は，母体年齢 40 歳以上，本態性高血圧症，頸管無力症，妊娠高血圧症候群，切迫早産，肺水腫，早剥，羊水過多症，羊水過少症，

胎児機能不全，子宮内感染，子宮破裂，DIC であった．III 期では，妊娠高血圧症候群は有意な因子ではなくなり，周産期管理の向上が寄与している可能性が考えられた．

### 2. 医学的ハイリスクチェックリスト作成

研究 1：腹腔鏡下子宮筋腫核出術後の 296 妊娠の予後を検討した．子宮破裂はみられなかったが，4 例(1.3%)に癒着胎盤を認めた．1 例で子宮温存が可能であったが，3 例は子宮摘出が必要であった．研究 2：6584 分娩の中から抽出した 51 例（0.77%）の悪性腫瘍治療後妊娠予後を検討した．妊娠中の母体の再発はみられず 50 例で生児を得た．8%に早産がみられたが，いずれも円錐切除術後であった．

### 3. 医学的ハイリスク妊娠に関する研究 — 主に子宮疾患を中心とした検討 —

子宮疾患（筋腫核出術や子宮腔部円錐切除術の既往、子宮筋腫）、子宮動脈塞栓術は、周産期転帰に重篤な疾患を認めることより、また、SLE についても、ループス腎炎の併発は、予後を悪化させる因子でありハイリスク妊娠と捉えるべきであることが示された。

## III. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦

## への保健指導の開発及び全国展開

・今回の調査において、メンタルヘル스에問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は4.0%で、全国で年間約4万人と推計された。

・妊娠中、精神疾患の診断を受けていた妊婦は約30%で、精神疾患の既往があったものは25%であった。

・社会的背景では未婚者が18%を占め、約10%程度で貧困など生活面の問題と家族関係に問題を抱えていることが明らかになった。

・半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精神科医師等のメンタルヘルスケアの専門職とコンタクトがあると推測されたが、他の半数は専門職のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性があった。

・精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的若年で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や子ども虐待に関し、よりハイリスクと推察された。

・介入が必要と考えられた妊産婦に対応していたのは、約80%が産婦人科医療従事者(医師、助産師、看護師)で、精神科医師や臨床心理士など専門職が対応している施設はわずかであった。

・精神科医師への紹介は22.4%に止まり、紹介先がないとする回答も寄せられていた。

## 2. メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と効果検証についての研究

## 1.産科医療機関におけるメンタルヘルス不調の妊産婦の支援のためのマニュアル作成

マニュアルでは、母子保健関係者が知っておくべきメンタルケアについての基礎知識を概説してある。

## 2.保健師活動におけるメンタルヘルス不調の妊産婦の支援のためのマニュアル作成

## 3.4. 研修パッケージの作成及び研修会の開催

今年度に作成したマニュアルをもとに、まず、長野市の保健師・助産師を対象とした研修会を平成27年6月22日に開催した。さらに、均てん化のために、広域(全国)の母子保健関係者を対象とした研修会として、「母子保健メンタルケアゲートキーパー研修会」を平成27年9月12日に開催した。

## D.考察

### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

#### 1. 社会的ハイリスク妊娠の推定値

大阪府の総出生数はおよそ70,000件である。社会的ハイリスク妊娠という見極めは今回の結果が最低値であり、今後医療機関・行政の認知が浸透すれば、増加すると推定する方が自然と考えられる。社会的ハイリスク妊娠がおよその概算で10%とすれば、大阪府では7,000件、全国では10万件の規模になることが推定される。総分娩数に占める社会的ハイ

リスク妊娠の割合を医療機関別に見てみると、診療所(1.2%)、一般病院(10.5%)、地域周産期母子医療センター(10.5%)、総合周産期母子医療センター(17.5%)であったことから以下のような推察ができる。社会的ハイリスク妊娠は周産期医療の中で決してまれな少数派ではなく一般的日常診療という位置づけになっている。医学的ハイリスク妊娠であれば、より高次の医療機関への集中化がおきて自然と思われる。しかし、社会的ハイリスク妊娠の場合はそのような動きにはなっていない。社会的ハイリスク妊娠に対する支援は医師、看護師、助産師といった医療職だけでは困難であり、ケースワーカーや時には保健師との協働作業が必要になるので、認知度が進んで行けば多職種を擁する周産期母子医療センターの関与が大きくなっていくことが予想される。特定妊婦はわずか2年分の調査であるが、増加：26ヶ所、不変：8ヶ所、減少：6ヶ所であった。これは、特定妊婦自身が増加したのか、関係機関の認定が浸透したかの可能性がある。いずれにしても、当面は特定妊婦の認定は増加すると考える方が自然である。すると、大阪府においては700件、全国ではおよそ1万件規模の特定妊婦が推定される。

要保護・支援児童は要保護児童対策地域協議会(要対協)の台帳に記載される。

『特定妊婦』も要対協の台帳に記載される。そのために、特定妊婦が"児童虐待発症予想妊婦"との誤解をされるかもしれない。しかし、法的には児童福祉法第6

条3の第5項中(平成21年4月1日)に"出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦"と規定されている。つまり、子育て支援を想定した妊娠中からの切れ目のない支援が求められる妊婦という理解が大切である。

## 2. 社会的ハイリスク妊産婦～出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

妊娠期からの支援を必要とする事例を早期に的確に把握し関わっていく体制において、産婦人科医療機関は中心的な役割を担っている。妊婦への各種相談や支援は従来から産婦人科医療機関では行われてきていたが、妊婦への積極的な周知や行政等関係各機関とのスムーズな連携のために、近年システム化の重要性が言われてきた。これを受けて、厚生労働省は「妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について」通達など様々な妊娠中からの支援対策を要請し、日本産婦人科医会は「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」を立ち上げ対応することとなった。大阪府では、大阪産婦人科医会が《安心母と子の委員会》を設置して妊婦相談事業と地域との連携の仕組みを作成し、平成24年9月より運営を開始している。また大阪府による『妊娠SOS(産婦人科医療機関を受診していない妊婦向け相談事業)』も平成23年10月から開始され、大阪府立母子保健総合医療センター内に専用回線電話等を用いて保健師が対応し

ている。しかし、妊婦側のどの要因が育児困難や虐待に関してどのような意味を持つのか、プライバシーの問題などから調査は困難であり、客観的なデータは少ない。早期からの介入が謳われ、未受診妊婦調査や虐待死亡報告の分析から妊婦相談事業が開始されたものの、産科医療現場での社会的ハイリスク妊婦への対応は依然手探りである。この課題に対して「産婦人科医療機関が把握した妊婦情報」と「育児期に行政機関が把握した児の情報」を比較することで、「虐待に対するハイリスク群」を的確に抽出するための「社会的ハイリスク妊産婦」の定義（いかなるハイリスク要因を以て虐待ハイリスク群とするのが有効か）を行い、その抽出方法を検討する根拠となるデータを得ることを本研究の目的とした。本年度は各地方自治体保健センターとデータ登録センターとの間で、情報提供の仕組みの調整を行っている。また共同研究施設では順次倫理委員会申請が行われている。当センターでは既に対象者のエントリーを開始している。次年度に対象者の半数程度の3-4カ月乳幼児健診時の情報が得られる予定である。

### 3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

大阪府子ども家庭センターにて管理し、施設入所となる虐待事例や養育困難事例は、母子健康手帳を複写している。既に虐待、養育困難によって施設に入所するというアウトカムの悪い症例と、ノーマルコントロールの2群での母子健康手帳から判明する情報の解析を行うことで、妊娠中から介入すべき項目を明らかにすることを目的とした。虐待群の選定は、本来であれば、一定期間内に虐待や養育困難で施設入所となったもの全数を調査することが望ましい。しかし、大阪府には8か所の子ども家庭センターが存在するが、保健師が常駐しているのは2か所であり、2か所のみから調査協力が得られたため、大阪府下の全数調査とはなっていない。さらに、母子健康手帳の複写がないものが存在し、それには、そもそも母子健康手帳の取得のないもの、入所時に母子健康手帳の提出がないもの、施設入所の際に各施設に母子健康手帳の複写を譲渡したため複写のないものが該当する。今回の調査では、複写のあるもの100例を虐待群として設定した。また、ノーマルコントロールの設定については、大阪府和泉市において一定期間内に三歳半健診を受ける全数とし、研究への協力は任意とした。この対象の中には、すでに把握されている要保護、要支援児童、育児不安などで継続支援しているものも含まれるため、調査の後にそれらをグループ化して情報の解析を行うこととした。また、把握されていないが虐待の疑いのあるものは今回の調査から除外できないことが問題である。

マルコントロールの2群での母子健康手帳から判明する情報の解析を行うことで、妊娠中から介入すべき項目を明らかにすることを目的とした。虐待群の選定は、本来であれば、一定期間内に虐待や養育困難で施設入所となったもの全数を調査することが望ましい。しかし、大阪府には8か所の子ども家庭センターが存在するが、保健師が常駐しているのは2か所であり、2か所のみから調査協力が得られたため、大阪府下の全数調査とはなっていない。さらに、母子健康手帳の複写がないものが存在し、それには、そもそも母子健康手帳の取得のないもの、入所時に母子健康手帳の提出がないもの、施設入所の際に各施設に母子健康手帳の複写を譲渡したため複写のないものが該当する。今回の調査では、複写のあるもの100例を虐待群として設定した。また、ノーマルコントロールの設定については、大阪府和泉市において一定期間内に三歳半健診を受ける全数とし、研究への協力は任意とした。この対象の中には、すでに把握されている要保護、要支援児童、育児不安などで継続支援しているものも含まれるため、調査の後にそれらをグループ化して情報の解析を行うこととした。また、把握されていないが虐待の疑いのあるものは今回の調査から除外できないことが問題である。

### 4. 若年妊娠における社会的ハイリスク要因の検討

分娩退院後の児の行き先が乳児院であ

ることを、ハイリスク妊娠と考えた場合、この社会的ハイリスク妊娠抽出のためのアセスメントシートによる項目陽性数が有意に高いことが示された。18歳未満の妊産婦は、本アセスメントシートの項目陽性数が多く、96%が何らかの陽性項目を認め、改めて18歳未満の妊産婦はハイリスク妊娠であることが認識された。本研究は18歳未満の妊婦を対象にしたもので、妊婦全員との比較検討はない。よって、若年妊娠が社会的ハイリスクに相当するかどうかは妊婦全体を対象としたアセスメントシートの評価を行い、比較検討する必要があると思われる。

#### 5. 機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究

愛知県内の市町村（政令市・中核市を含む）では、平成24年度から愛知県が作成した妊娠届出書標準様式を用いて特定妊婦や要支援家庭の早期の把握と支援に取り組んでいる。また共通様式の項目から妊娠時のリスク要因と生後3~4か月における養育状況との関連を調べ、妊娠届出時のスクリーニング基準が作成された。平成25年度~26年度に研究分担者らはこの基準等を用いた妊娠期からの支援対象者の把握とその実用性に関して検討した。その結果、市町村と医療機関が連携した支援は、出生後に開始されることが多く、妊娠中にはあまり実施されていないこと、3~4か月児健診までに転居する家族の少なくないことが明らかとなった。また、妊娠期からの支援を担う

現場担当者（産科医療機関助産師と市区町村保健師ら）によるフォーカスグループディスカッションにおいて、医療機関での妊婦健診は、その実施回数が最大14回と多いこと、妊婦健診受診票の健診結果が国保連合会の業務等として定期的に保健機関に報告されているなどから、ハイリスク妊婦の状況変化等を医療機関と保健機関で共有するのに適した機会ではないかとの気づきがあった。一方、市町村が医療機関に妊婦健診として委託している項目は母体や胎児の身体状況のみである。妊婦健診時、助産師は妊婦からの求めに応じて相談に応じているが、対応は個々のスキルに委ねられており、妊婦のリスク要因の変化の把握方法も、市町村にリスク要因を伝える手段もシステム化されていない。これらの課題に対し、機関連携によるハイリスク妊婦への支援モデルとして、妊娠届出書でスクリーニングされたリスク要因を医療機関でも共有し、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、リスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡し、行政機関（保健機関や福祉機関等）からの支援につなげるモデルを考案した。本年度の分担研究では、妊婦健診において、妊婦のメンタル面や生活面での状況変化を医療機関が把握し、保健機関等からの支援につなげるため、助産師等が活用する標準的な問診票の開発を行った。先行研究において各種のチェックリストは開発されているものの、妊婦健診において、妊娠の経過に伴う妊

婦の状況変化を助産師等が把握し、保健指導を行うために活用できる問診票は認められない。このため研究協力者によるワーキング会議のブレインストーミングから、実務経験に基づいた帰納的な手法で問診項目を作成することとした。

研究協力者の助産師や保健師は、日常の妊婦健診や診療場面で、メンタル面や生活面でのハイリスク妊婦と出会い、継続的な相談や保健機関との連携による支援を試みている実務担当者である。医療機関からの連絡が有効であったケースだけでなく、出産後に対処困難な状況に陥ったケースも熟知している。ワーキング会議では、先行研究も参考にしながら数十以上の項目について検討を重ねた。その結果、問診項目は①基本情報(学歴など)、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊婦の状態、⑤産後の生活準備、⑥妊娠のうけとめ、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居の категорияに整理することができた。さらに問診項目のみでは把握しにくい状況を医療機関のスタッフの観察で把握する項目として、妊娠中の服装・身なり、母子健康手帳の親の記入欄の記録状況、妊婦健診の受診状況が重要であることが共有された。これらの検討から、実際の妊婦健診場面での活用を想定して、質問数、質問文と選択肢の文言等を整え、かつ妊娠経過に伴う妊婦の変化に応じた3種類(前期11問、中期8問、後期10問)の問診票を決定した。

本研究で開発された問診項目は経験豊富な助産師・保健師の実務体験に基づいている。それぞれの問診項目と選択肢の回答から妊婦とその家族の状況をしっかりと把握するには、回答の背景として予測される状況を理解しておく必要がある。すべての産科医療機関において妊婦健診で問診票を活用し、保健機関等の支援につなげるためには、予測される妊婦の状況や背景等を解説した保健指導マニュアル(仮称)が必要である。

本年度中に研究協力者の医療機関において、前期・中期・後期の妊婦を対象に、問診票の質問のわかりやすさ、回答しやすさなどについて質問紙を用いた妥当性の検証を終える予定である。来年度には、モデル地域の医療機関の問診票として試行し、同時に保健機関への連絡を含めた支援モデルの有効性について検討する予定である。

## 6. 妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証

本研究により、これまでの後方視的調査から推測してきたリスク因子である「24歳以下」「初産」「妊娠時、うれしくない」がリスク因子であることが確認された。また、後方視的調査ではリスク因子と考えていた「うつ症状」については、有意な関連は確認されなかった。

今回の研究では特に、妊娠時の気持ちについてまさにその時の情報について検討できているため、これまでの後方視的

調査より妥当性の高いデータに基づいて虐待との関連を確認できたといえるだろう。

## 7. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

### 1. 「児童虐待による死亡事例検証等の検証」の分析

1) 0歳児死亡事例における父親の関与  
子どもの月齢が1-11か月の死亡事例において父親が加害者であったのが11事例(52.2%)と過半数を占めていた。これは厚生労働省1次から11次報告における父親が加害者の割合の16.3%と比べても高く0歳児死亡事例の特徴と考えられる。このなかには、父親/パートナーの妊娠中からの暴力が確認されていて乳児への虐待も予想できた事例や母親と一緒にネグレクトに至った事例も含まれるが、父親が実際に育児を行い、虐待に至った事例も多い。妊娠中からの継続した保健指導のなかに父親/パートナーへの具体的支援を検討していくことが必要である。

### 2) 母親の精神的問題への対応

母親に精神疾患または精神的問題がある(予測される)事例が5事例あった。これらの事例はいずれも妊娠中または出産後、医療機関や保健機関への相談があり、各機関のスタッフも気になりつつ対応を検討している間に死亡にいたっていた。

3) 0歳児検証報告書における妊娠中、出産後の状況の記載について

0歳児で死亡した事例の約3割に妊娠中、出産後の情報が記載されていなかった。0歳で死亡した事例の妊娠中、出産後の関わりはきわめて重要である。

## 2. 保健師が妊娠中から支援した事例の検討

### 1) 情報収集

事例検討した2事例では、妊娠届出時に任意にアンケートの記載を求め、その情報から支援を必要とする妊婦の把握に努めていた。

### 2) 情報のアセスメント

若年妊婦は、初産婦である可能性も高く、子育てに必要な能力(子どもの発育・発達に関する知識、調乳・沐浴などのスキル、泣きや体調不良への対応など)や経験が妊婦に備わっているかを判断し、妊婦本人や夫、親族へ支援をする必要がある。

### 3) 対象者との関係づくり

今回の事例においても、保健師は妊婦の病歴や疾患のもたらす辛さを聞き取り、その疾患を背景とした子育てに対する妊婦の不安な気持ちに寄り添っていた。また、健診や医療機関受診、市役所での手続きに同行する等、妊婦の生活を支援する関わりも行いながら、対象者との関係を構築していた。

4) 対象者が主体的に虐待予防行動をとれる支援

今回の事例では児の父親が虐待者であったが、母親が父親の虐待から児を守ることができるように支援することも保健師の役割であろう。

## 5) 機関連携

連絡を密に取り合うことによって、ケースの情報を適宜共有するとともに、多面的なアセスメントによりケースを見立てることができる。さらに、機関の役割を超えた対応をとることができる。

### 3. 死亡事例検証報告書の分析、事例検討からの知見と課題

0歳児の死亡事例検証報告書の分析から妊娠期からの保健指導の課題として以下の2点が抽出された。

- ・妊娠期から父親への保健指導を考えて行くこと。
- ・被虐待歴が推測され、精神的問題/疾患をもつ母親を妊娠初期（妊娠届出）に把握し、出産後の支援に向けて妊娠中から関係構築をはかっていくこと。

次年度はこれらの課題に対して、妊娠期、出産後の支援を行っている保健・医療職へのインタビューなどを行い、効果的な保健指導のあり方について検討していきたい。

### 8. 保健機関における妊娠届出及び妊婦健診情報の利活用と妊婦支援の研究

妊娠11週以内の妊娠届出率は、2次医療圏で大阪府平均より高い、または少ない市町村があるなど様々であった。妊娠届出は、胎嚢が確認されてから市町村に妊娠届出をするよう指導する医療機関がある一方、医療機関の妊娠証明が不要な市町村があることから、医療圏ごとに医療機関と市町村の方針が異なっている可能性があると考えられた。特に、大阪府

平均より高い市町村が多いB医療圏と、低い市町村が多いG医療圏の状況をさらに検討する必要がある。

平成26年度の妊娠11週以内妊娠届出率と妊婦健診受診回数は相関がなく、妊婦健診公費負担額と妊婦健診受診回数も相関が見られなかった。さらに、大阪府は平成22年度から4年間で、最も妊婦健診公費負担額が増額した都道府県であり、公費負担額増加率と妊娠11週以内妊娠届出率、妊婦健診受診回数を検討したが、全く相関は見られなかった。妊娠11週以内の妊娠届出と妊婦健診受診を促す要因は、妊婦健診公費負担額のさらなる増額なのか、あるいは他の要因が何か、検討することが必要である。

妊娠11週以内の妊娠届出率は乳幼児健診受診率と弱い正の相関があり、4か月児健診から幼児期の健診で相関が弱まっていた。11週以内の妊娠届出をしやすくする要因は乳児期の健診受診につながっている可能性があり、子どもに対する健康行動を促進するには、早期の妊娠届出を促す働きかけが重要と考えられた。

### 9. 児童虐待防止のためのクラウド化情報システムによるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究

児童虐待につながる可能性のある妊婦については受診コンプライアンスや受診態度、分娩前後の言動が覚知の端緒になると考えられるが、それを地域にどうつなげてゆくかが課題であることは論を俟たない。泉南地区で運用されているネッ



トワークシステムはセキュリティにも十分配慮したシステムで、これを活用して医療機関の間での情報のやりとりが即時性をもって可能であることがわかった。大阪府の未受診妊娠調査では、児童虐待の地域内の連鎖、世代間の連鎖があるのではないかと推測しており、当該妊婦が分娩すれば終わりというわけでもない。今後、児童相談所や保健センター、地域の福祉と情報をやりとりするスキームが構築できれば、さらにパワフルな虐待防止のためのツールが出来るのではないかと考える。更には、社会的経済的ハイリスク妊婦のみならず、一般妊婦の電子母子手帳や子育てツールとしても極めて有効ではないかと推測され、現在厚生労働省が推進しているお薬手帳のクラウド化と同様に母子健康手帳のクラウド化にもつながるスキームといえる。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

### 1. ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究

今回の解析に使用した JSOG-DB は、日本産婦人科学会周産期委員会が作成した「周産期登録」個票を医療施設で現場入力することにより作成されたものである。結果的には、ハイリスク症例が多く集まる施設からのデータ集積なので、厳密な意味での national data base ではない。しかも重症例を多く扱う施設からのデータ集積のため、症例の偏りがあるこ

とは止むを得ない。しかしながら、このように膨大な症例数からなる JSOG-DB は、これまで我が国になく、周産期に関する最大のデータベースであることには間違いはない。したがって、この JSOG-DB をより有効に利用するためには、そのままの形で使用するのではなく、データの精製や解析方法の工夫が必要である。例えば、喫煙がリスク因子である産科合併症が多くみられたものの、その他の背景因子や基礎疾患が産科合併症毎に、違うことが明らかになった。今回は、「社会的リスク」との関連で、「医学的リスク」を医療従事者に理解されやすいように、作成するという目的で、リスク因子を大きくとらえた。その結果、以下の因子を「産科合併症と関連するリスク因子のチェックリスト」の項目とした。

母体年齢：20 歳未満、35-39 歳、40 歳以上

喫煙

不妊治療：排卵誘発剤、AIH, IVF-ET

肝・腎疾患

血液疾患

心疾患

甲状腺疾患、

子宮・付属器疾患

自己免疫疾患

本態性高血圧症

糖尿病

次いで、母体の予後不良につながる因子を検討したところ、本態性高血圧症、妊娠高血圧症候群、肺水腫、胎児機能不

全、子宮破裂、DIC、羊水塞栓症であった。III期では、本態性高血圧症と子宮破裂は有意な因子ではなくなり、母体管理法の進歩が窺えた。一方、児の予後不良につながる因子は、母体年齢40歳以上、本態性高血圧症、頸管無力症、妊娠高血圧症候群、切迫早産、肺水腫、早剥、羊水過多症、羊水過少症、胎児機能不全、子宮内感染、子宮破裂、DICであった。III期では、妊娠高血圧症候群は有意な因子ではなくなり、周産期管理の向上が寄与している可能性が考えられた。

これらの結果を中心に、今回検討されなかったリスク因子を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト（産科合併症と関連するリスク因子リスト）」を作成予定である。このリストの妥当性を評価するために、「社会的リスク」「医学的リスク」の有無によって4群を分け、「要支援事例」の頻度を各群で比較する。さらにモデル県（地区）を想定して、施設規模別（総合周産期医療センター、地域周産期医療センター、その他の総合病院、診療所）に、「ハイリスク妊娠チェックリスト」に該当する症例の頻度を明らかにするなど想定している。

## 2. 医学的ハイリスクチェックリスト作成

研究1：今後早期産が増加することが予想されるため、筋腫核出後妊娠は早期産・未熟児に対してミドルリスクを想定すべきと考えた。

研究2：悪性腫瘍治療後妊娠の予後は概

ね良好であるが、円錐切除後妊娠は早産ハイリスク妊娠として、介入対象と考えるべきであろう。

## 3. 医学的ハイリスク妊娠に関する研究—主に子宮疾患を中心とした検討—

今回の研究では、主に子宮に関する疾患を中心にレビューした。子宮腔部円錐切除術は、比較的によく実施される手術であり、若年妊娠でも増加している。一般には、高次医療機関で管理される症例が多いと考えられるが、今回の研究の結果、妊娠予後を悪化させるリスクの高いものと位置付けられ、ハイリスク妊娠と認識すべきであると考えられた。同様に子宮筋腫核出術後妊娠についてもハイリスクと捉えるべきである。一方、近年増加している子宮動脈塞栓術後の妊娠に関しては、不明のことが多く、信頼しうる系統的レビューは認めなかった。しかし、子宮破裂を来した症例が報告されていることから、よりハイリスクの妊娠と捉えるべきであることが示唆された。また、SLEに代表される自己免疫疾患では、プレドニンの服用量によりリスクが異なることが示唆された。これは原疾患の活動性とも関連している。特にループス腎炎の合併は、周産期予後を悪化させることが指摘された。特に早産を高率に来すことは、注意すべき疾患であると考えられる。

## III. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

## 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

本調査では、産科医療機関に従事する産婦人科医師が、メンタルヘルスに問題があり介入が必要と医学的に判断される妊婦の頻度を前方視的に調査し、その社会的背景を明らかにした。その結果、平成27年11月1日より11月30日の1ヶ月間に全国で分娩した妊婦のうち、4.0%に介入が必要と判断された。また、社会的背景としては約20%が未婚者で、貧困や家族との葛藤など家庭環境に問題を抱えていることが明らかになった。

### 1. 精神疾患の頻度と傾向

メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦のうち、約30%はすでに精神疾患を有し、26%は精神疾患の既往があった。双方合わせると介入が必要な妊産婦のうち、約半数はすでに精神科医師にコンタクトしていた妊産婦であった。一方、他の半数の妊産婦では、抑うつ感情や精神不安、あるいは他の身体問題による精神不安が疑われるものの、メンタルヘルスケアの専門医による診断を受けていないか、精神疾患と診断されることなく妊娠が経過していた。いずれにしろ、こうした妊産婦が分娩後に精神科医師等のメンタルヘルスケアの専門職とコンタクトせず、何ら介入のないまま経過したとすれば、その後の育児障害や子ども虐待に繋がるリスクが増加することが危惧される。精神疾患とその既往を持つ約50%の対象者にすでに精神科主治医がいると仮

定しても、実際、精神科医師に紹介している施設は22.4%に止まり、30%程度の妊産婦が専門医のアドバイスを受けることなく、育児に臨んでいたと推計された。

### 2. 年齢分布とその傾向

メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦は20歳未満から40歳以上まで全年齢階層に分布していた。年齢分布を全国平均(厚生労働省人口動態統計2013年)と比較すると、20歳未満で5倍以上、40歳以上で約2倍の発生率になっていた。また、精神疾患とその既往がなかった妊産婦では、それ以外の妊産婦に比較し、年齢が低い傾向(最頻値、中央値25-29歳)にあった。子ども虐待の加害者であった実母も、比較的若年(最頻値25-29歳)であることが報告されている。

### 3. 社会的背景

精神的要因と社会的要因は密接に関連する。メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦は、18%が未婚で、貧困など生活面の問題に加え、「両親が離別している」、「実母と折り合いが悪い」、「夫との葛藤がある」など、家庭、特に家族関係に関する問題を抱えていた。この傾向には、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が報告した「心中以外の子どもの虐待死」の加害者であった実母の背景と共通点が多い。加害者であった実母の50%以上にうつ病や精神疾患が認められ、約40%は「一人親」で、約20%が生活保護世帯で、14-15%に親族間のトラブルを抱えていた。本調査で抽出されたメ

メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦は、頻度こそ低いものの、同様の社会的背景を持ち、児童虐待に繋がるリスクを持つ可能性が示唆される。メンタルヘルス介入が必要と判断されたものの精神疾患とその既往がなかった妊産婦では、その他の対象者に比較し、未婚率が高い傾向で、実母と折り合いが悪く、近所との付き合いがない。これらは妊産婦がより孤立しやすいことを示唆し、極めて深刻な状況に陥るリスクを内包しているということが出来る。

#### 4. メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦への対応

介入が必要と考えられた妊産婦に対応していたのは、約80%が産婦人科医療従事者（産婦人科医師、助産師、看護師）で、精神科医師や臨床心理士などメンタルヘルスケアの専門職が対応している施設はわずかであった。また、精神科医師への紹介は22.4%に止まっていた。こうした妊産婦に対し、メンタルヘルスケアの専門職にアドバイスを求めることは重要である。本邦の周産期医療供給体制を勘案すると、すべての施設に専任の精神科医師や臨床心理士を配置することは難しい。また、マンパワーの問題からも、全ての対象を産婦人科医療従事者でメンタルヘルスケアの対応することは困難と思われる。したがって、メンタルヘルスケアの専門職や専門施設あるいは行政等との連携体制を確立する必要がある。しかし、現状では妊娠中のメンタルヘルスケアを専門に扱う精神科医師や臨床心理

士の所在や数は明確にされておらず、全ての地域で行政の連携システムが機能しているとはいえない。実際、本研究に寄せられた自由意見では、半数で育児支援ネットワークをはじめ地域の連携システムが機能していると回答しているが、同数でシステムの機能的な運用やメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師等の確保が望まれていた。

メンタルヘルスケアを専門とする精神科医師等の確保とともに、連携システムをより機能的に運用することは、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦のみならずその子どもを守るために、極めて重要である。したがって、精神科医師等の確保とともに、連携システムをより機能的運用させることは急務と言える。

#### 2. メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と効果検証についての研究

3つの地域で周産期の母親やこどもの支援についての医療・保健・福祉のネットワークづくりを行い、それをもとに多職種連携のマニュアル作りを行った。

「うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による市有縁体制（周産期G・Pネット）構築の推進に関する研究」によれば、多職種連携の際に対応に苦慮する原因として、「どのような症状があれば」「どのタイミングで」「どのように対応し」「どこに連携すればいいのか」わからないということが多かつ

た。また、マニュアルの存在だけでは均てん化は難しく、母子保健関係者が参加し妊産褥婦のメンタルケアについて学ぶ研修会の存在が有益であると考えられた。

## 総括

『妊婦健康診査および妊婦届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究』における平成 27 年度の成果から考察を進める。ハイリスク妊娠には従来の“医学的ハイリスク妊娠”に加え、“社会的ハイリスク妊娠”が周産期医療の大きな課題となっていることが見えてきた。社会的ハイリスク妊娠そのものが医学的ハイリスクを併発したり、その逆も危惧される。時間軸からみると、周産期医療(特に母体)において多数例は出産から産褥 1 ヶ月健診で一端終了していた。しかし、子育て困難、児童虐待は家族・近所・病院・警察等からの通告等によって顕性化する前から(妊娠中からも)開始している事例は少なくない。母体のメンタルヘルス障害も妊娠中(あるいは妊娠前)の要因の関与が考えられる。正常新生児においては周産期医療と小児期医療も連続的ではなかったために、母児のこのような予後と妊娠中の要因の因果関係はほとんど明らかになっていない。そこで本研究班の大きな課題は連続的な時間軸で母児の予後と妊娠中の要因の関連性を見出していくことになる。こうした検証がなされていけば、社会的ハイリスク妊娠、特定妊婦の

客観的認定基準が策定できる。さらには対応システム構築に繋がることを期待できる。社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠のそれぞれが母児の予後に如何に相互作用するかということも大きな課題となる。いずれにしても、社会的ハイリスク妊娠、特定妊婦は当面増加することが予想され、尚かつその対応は周産期医療の中に一定のウエイトを占めてくると考えられる。このような支援体制は医療機関のみで完結出来ないわけで、ここで医療・保健・福祉の効果的な連携が望まれることになる。

平成 28 年 4 月から大阪府内全域において社会的ハイリスク妊娠に対する新しい制度設計が予定されている。光田信明はこのガイドライン策定に参画したので、その概要をご紹介します。大阪府内で妊娠届けが出された場合、妊婦と保健師等専門職との面談で得られた情報をもとにアセスメントシート(資料 1)によってリスク評価を行う。1 個でもリスク要因があった場合には『ハイリスク妊婦』としてフォロー対象となる。その後、医療機関と行政機関の相互連携において『要フォロー妊婦』・『特定妊婦』に分類される。このアセスメントによって基本的には全ての社会的ハイリスク妊娠がフォローになる。今後、各自治体において追跡・検証が行われる予定である。

社会的ハイリスク妊娠対応において大きな課題に母体のメンタルヘルスが挙げられる。母児の最悪予後は母体の自殺、児童虐待死、心中である。母にメンタル

ヘルス障害があれば、このような事態には至らないにしても、良好な親子の愛着形成や子どもの成育に大きな影響を及ぼす事が危惧される。社会的ハイリスク妊娠におけるメンタルヘルス障害の大部分は精神科疾患と診断されるわけではなく、“こころに負担を抱えた妊婦”あるいはコミュニケーション障害とでもいうべき段階と考えられる。今後、これらは精神疾患として捉えられる可能性はあるとは考える。しかし、従来精神科対象の多くは、精神疾患合併妊娠・マタニティブルーズ・産褥精神病といった範疇であり、その他の“こころに負担を抱えた妊婦”に対しては、継続診療、効果的治療はされてこなかった。現時点において、本邦において妊娠中も産褥も母体メンタルヘルスの統一したスクリーニングは行われていない。すなわち、スクリーニングが行われていない状況下では、重症化して顕性化した状況でしかメンタルヘルス問題の多くを取り扱えていない。幸いにも顕性化しなかったものの本来は支援が必要であった事例は多数存在していることが予想される。そのような顕性化していない“こころの負担”を抱えた妊婦さんをどのように見つけ、支援していくかが大きな課題である。この問題に関わる場合、多職種であることは必須であるが、家族、友人等との連携の在り方も必要にある。まずは、母のこころの声を捉えてくみ上げる妊婦健康診査が望ましいと考えられる。ここで、平成 28 年 2 月から大阪府で開始された【妊産婦メンタ

ルケア体制強化事業】(資料 2)を紹介する。これは、大阪府から大阪府立母子保健総合医療センターへの委託事業としてスタートした事業である。「大阪府妊産婦こころの相談センター」(光田信明代表)という名称で電話相談、面談相談を想定している。概略は“こころの負担”を感じる全ての妊産褥婦さんを対象としている。妊産褥婦本人だけではなく、家族、医療機関、行政等の関係者からも受け付ける。相談員として精神科医、産婦人科医、保健師、心理士など多職種が連携した相談窓口である。妊婦さん等への周知としてはポスター、妊娠届け提出時に妊婦さんに専用カードをお渡ししている。このような試みは都道府県単位では初めてであり、今後の成果が期待されている。

現行の母子健康手帳では多数の身体的健康褥婦さんは産褥 1 ヶ月健診で医療機関からは離れてしまう。最近一部の医療機関では産褥 2 週間健診を提唱している。こうした取り組みも母の“こころの負担”軽減に効果的かもしれない。健やか親子 21(第 2 次)では切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策が唱われている。本研究班もそうした目標を意識して成果を積み上げていきたいと考えている。

## E. 結論

### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

1. 社会的ハイリスク妊娠は全国でおよそ 10 万人、特定妊婦はおよそ 1 万人規

模であることが推定された。今後は客観的認定基準の策定が早急に望まれる。さらに、対応ガイドラインの策定、対応職種等も大きな課題となる。

2. 社会的ハイリスク妊産婦～出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査  
来年度以降、立案した計画にしたがって、研究協力の同意を得た対象者の児の3-4 か月乳幼児健診時の情報の収集から開始する予定である。

3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

来年度、調査内容についての検討を行い、妊娠中から支援を行うべき妊婦の選定に必要な項目を明らかにする。

4. 若年妊娠における社会的ハイリスク要因の検討

アセスメントシートを用いて、18歳未満の若年妊婦を対象に乳児院への入所との関連を検討した。乳児院への入所可能性が高い若年妊婦は、項目陽性数が有意に高いことが示された。今後、更に症例数を増やして、長期的な転帰も含めた検討が望まれる。

5. 機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究

機関連携によるハイリスク妊婦への支援モデルとして、妊娠届出書でスクリーニングされたリスク要因を医療機関でも共有し、妊婦健診で助産師等が行う保健

指導や相談場面を活用して、リスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルを考案し、妊婦健診で用いる標準的な問診票を開発した。今後、質問項目の妥当性の検証を経て、モデル地域で試行する予定である。次年度は、問診票の有効性の検討とともに、問診票を活用した保健指導マニュアル（仮称）の開発を予定している。

6. 妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証

妊娠届における若年齢（24歳以下）と妊娠時うれしくないの組み合わせで3-4か月時の虐待を予測できることがわかった。愛知県における虐待ハイリスク群を把握するアルゴリズムにおいて、これらの組み合わせについてより重みをつけるべきことが明らかとなった。

7. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

地方自治体の虐待死亡事例検証報告から0歳児死亡事例の分析と妊娠中から保健師が支援した事例の検討を行った。0歳児死亡事例の加害者は、父親が全体で約4割、1か月以上の児では5割を超えていた。妊娠期から父親への保健指導を考えて行くことが必要である。また、母親の精神的問題/疾患がある事例が5事例あった。精神的問題/疾患をもつ母親を妊娠初期に把握し、出産後の支援に向けて妊娠中から関係構築をはかっていくこ

とが必要である。

## 8. 保健機関における妊娠届出及び妊婦健診情報の利活用と妊婦支援の研究

大阪府市町村において妊婦健診受診や乳幼児健診受診などの母子の健康行動につながる要因は、妊娠 11 週以内の妊娠届出を行いやすくする要因と関係があることが示唆された。二次医療圏で特徴があることから、今後は医療機関や市町村の取り組みや方針等を把握し、妊娠期から健康行動を促す方策と妊婦支援についての研究をすすめる予定である。

## 9. 児童虐待防止のためのクラウド化情報システムによるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究

社会的経済的ハイリスク妊婦の医療機関の間での情報共有により、より目の細かい見守り体制の構築が可能になると考えられ、今後実証する予定である。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

### 1. ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究

エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的に 2001～2013 年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース (JSOG-DB) を用いて、約 90 万例の解析を行なった。その結果、主要産科合併症 11 疾患 (妊娠高血圧症候群, 前期破

水, 切迫早産, 頸管無力症, 絨毛膜羊膜炎, 前置胎盤, 常位胎盤早期剥離 (早剥), DIC, 癒着胎盤, 子癇, 肺水腫) と関連があるリスク因子として、以下が明らかになった: 母体年齢 (20 歳未満, 35-39 歳, 40 歳以上), 喫煙, 不妊治療 (排卵誘発剤, 人工授精, 体外受精), 肝・腎疾患, 血液疾患, 心疾患, 甲状腺疾患, 子宮・付属器疾患, 自己免疫疾患, 本態性高血圧症, 糖尿病。

これらの結果を中心に、今回検討されなかったリスク因子を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト (産科合併症と関連するリスク因子リスト)」を作成予定である。

### 2. 医学的ハイリスクチェックリスト作成

子宮筋腫核出術後妊娠は、癒着胎盤のリスクが高く、円錐切除後妊娠は現在でも早産ハイリスク妊娠として対応すべきである。

### 3. 医学的ハイリスク妊娠に関する研究—主に子宮疾患を中心とした検討—

これまで、医学的なハイリスクと考えられてきた妊娠合併症等を文献的に総括した。子宮疾患 (筋腫核出術や子宮腔部円錐切除術の既往、子宮筋腫) では、早産のリスクが高くなる事があらためて示された。また、子宮動脈塞栓術は、周産期転帰に重篤な疾患を認めることより、併せてハイリスク妊娠と捉えるべきである。SLE についても、ループス腎炎の併



発は、予後を悪化させる因子であり注意が必要であると判断された。

次年度は、これらの疾患を含めた「ハイリスク妊娠チェックリスト」を作成し、実際の臨床現場に適応してみることで、リストの有効性について検討したいと考えている。

### Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

#### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は4.0%で、全国で年間約4万人と推計される。精神疾患の診断を受けていた妊婦は約30%で、精神疾患の既往があったものは25%であった。社会的背景としては18%が未婚者で、貧困など生活面の問題と家族関係に問題を抱えていることが明らかになった。半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精神科医師とコンタクトがあると推測されたが、他の半数はメンタルヘルスケアの専門職のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的若年で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や児童虐待に関し、よりハイリスクと推察された。介入が必要と考えられた妊婦に対応していたのは、約80%が産婦人科医療従事者で、精神科医師や臨床心理士など専門職が対応している施設はわずかで、精神科医師へ

の紹介は22%の施設に止まっていた。以上より、育児支援ネットワークをはじめ地域の連携システムのより機能的な運用と妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師等の早急な確保が望まれた。

#### 2. メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と効果検証についての研究

本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル・研修プログラムを作成した。マニュアル・研修プログラムは、妊産褥婦のメンタルケアの対応についての均てん化に有益であると考えられた。今年度作成したマニュアル・研修プログラムの有効性について、平成28年度に検証予定である。

F.健康危険情報  
なし

#### G.研究発表

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

1) 母と子のメンタルヘルスフォーラム：シンポジウム(3)社会的ハイリスク妊娠におけるこころの問題 東京

2015.7.5

2) 第 21 回日本女性心身医学会研修会：  
特定妊婦って何？ 東京 2015.7.25

3) 第 32 回三重県生涯教育特別研修セミナー：  
次世代の母子保健政策－社会的ハイリスク妊娠支援－ 三重 2015.7.30

4) 長崎県産婦人科医会・児童虐待対策研修会：  
社会的ハイリスク妊娠から見えてきた次世代の母子保健支援 長崎  
2015.9.27

5) 母子愛育会地域母子保健 3「乳幼児保健(低出生体重児、発達障害児、児童虐待の支援)」：  
妊娠期からの虐待予防 大阪  
2015.10.21

6) 平成 27 年度家族計画・母体保護法指導者講習会シンポジウム：  
若年妊娠について：(3) 若年妊娠と児童虐待 東京  
2015.11.28

7) 平成 27 年度 守口市児童虐待防止地域協議会関係機関職員研修会：  
「特定妊婦の連携と支援」～気になる妊婦を地域の連携で支える～ 大阪 2015.12.1

8) 池田市医師会月例学術講演会：  
未受診妊娠から見えてきた次世代の母子保健対策 大阪 2016.1.20

9) 日本看護協会「地域母子保健の推進」シンポジウム～妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援 に向けて～：  
大阪府立母子保健総合医療センターの取り組み医師の立場から 東京 2016.1.28

10) 四条畷保健所平成 27 年度 児童虐待予防研修会地域における“特定妊婦”への支援を考える：  
『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告』から見えてく

る問題と課題 大阪 2016.2.18

11) 平成 27 年度岐阜県医師会母体保護法指定医師研修会：  
若年妊娠者に対する社会的支援 岐阜 2016.2.21

12) 大阪府 医療機関向け研修会児童虐待の予防・早期発見のために妊婦と子どもへの支援における医療機関の役割：  
産婦人科医、小児科医に伝えたい、子ども虐待の予防・早期発見の大切さ 大阪  
2016.2.25

13) 平成 27 年度自殺対策強化事業にかか  
る市町村説明会：  
妊産婦メンタルヘルスケア体制強化事業 大阪 2016.2.29

14) 第 20 回島根県母性衛生学会学術集会  
周産期における母親のメンタルヘルス：  
切れ目のない次世代の母子保健対策を  
目指して 島根 2016.3.13

15) 宮崎県産婦人科医会性教育研修会：  
未受診妊娠・児童虐待から見た若年妊娠  
宮崎 2016.3.19

16) 平成 27 年度沖縄県医師会母体保護法指定医師研修会：  
若年妊娠からみた次世代の母子保健事業～未受診妊娠、児童虐待から見えてきた社会病理～ 沖縄  
2016.3.37

# 資料 1

妊娠期からの子育て支援のための  
医療機関と保健・福祉機関の連携について

平成28年3月  
大阪府