

I. 総括研究報告

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

総括研究報告書

妊婦健康診査および妊娠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(H27-健やか-一般-001)

研究代表者 光田信明

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター
統括診療局長 兼 産科主任部長

研究要旨

【研究目的】

平成 27 年からの健やか親子 21(第 2 次)において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題の一つに設定された。平成 28 年には児童福祉法が改正され、妊娠期からの切れ目のない支援を強く目指したものになっている。そこで本研究班においては、妊娠届、妊婦健康診査、出産状況等から子育ての困難さや潜在的に抱えている複合的な問題についての要因を明らかにし、その支援対策を検討することを目的とした。

【研究方法】

出産後の子育て困難に繋がるハイリスク妊娠を社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠に分けて検討する。妊婦の社会的ハイリスク要因をアセスメントする方法は行政の妊娠届と医療機関における妊婦健康診査の二通りである。両者においてアセスメントから知り得た情報の共有方法や出産後の育児状況の把握から「望ましい保健指導のあり方」を検討する。特に、妊娠中の要因と児の成育状況との関連性について実証的研究成果を得ることを目指す。なお、母体メンタルヘルスに問題がある場合、社会的ハイリスク状態である場合が多いため別個の検討課題として精神科疾患合併妊娠だけではなく、見過ごされがちな“こころの負担”を感じている妊産婦も包括的对象とする。

【結果・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

日本産科婦人科学会との共同アンケート調査(1538/2429 施設回答)によって、分娩施設の 37%が児童虐待事例を経験しており、社会的ハイリスク妊娠の多くが周産期センターで支援を受けている実態が明らかとなった。社会的ハイリスク妊娠検証研究において大阪府の妊娠届時用アセスメントシートの要因が、統計学的に有意であると確認された。医療機関にて社会的ハイリスク妊娠であると判断した 192 人中 67 人(34.9%)が特定妊婦となっていた。妊娠中のアセスメントが特定妊婦の同定に有用であると示された。A 市における特定妊婦 72 例から出生した児童の追跡調査において、出生後 1 年以上の時点で 34 例 (47.2%)が要保護・支援児童であった。終結は 29.2%のみ(21/72)であった。

特定妊婦以外の妊婦からの要保護・支援児童は 2.2%(64/2852)という結果が得られた。この結果から特定妊婦と児童虐待発生の関連性を実証的に示すことができる。児童虐待相談所に一時保護となった0～5歳例（虐待保護およびその他の養護を含む）のうち、症例入所群97件（虐待:70件、養育困難:27件）を検討した。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母体年齢や父年齢が若い・父親の年齢が母親の年齢より10歳以上年上・未入籍・初診週数が遅い・妊娠中に高血圧や尿蛋白陽性を認める・経済的な問題がある・早産・出生体重2500g未満・帝王切開・多胎・児の先天疾患の合併・母の精神疾患の合併であった。今後の妊娠期における虐待予想モデルの作成に有用であると示された。妊婦の社会的ハイリスク状況把握のために問診票を作成し、追跡調査を実施中である。さらに、活用支援マニュアル(案)や社会的ハイリスク妊娠等の支援を必要とする妊婦への専門職用マニュアル(案)を作成した。3歳までの虐待リスク要因を妊娠届で把握する研究結果から、望まない妊娠の予後として4ヶ月、1歳半、3歳での子育ての困難さを確認できた。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

昨年作成したハイリスク妊産婦のチェックリストは施設規模によらず使用可能で、子宮頸部手術後妊娠を加え、チェックリストを完成させた。医学的ハイリスク妊娠の出産後の追跡調査において自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器科系疾患、精神科疾患の追跡率が50%以下であった。出産後の産婦健康診査に新たな課題が示された。

III. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

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%で、全国で年間約4万人と推計された。要介入妊産婦は、病院は5.4%であり、診療所の2.4%の2倍以上であった。昨年度、本研究にて作成したマニュアルをもとに母子保健関係者を対象としたメンタルケア・サポーターを養成する「母子保健メンタルケア指導者研修」を実施した。研修前後における参加者の意識の変化について検証したところ、メンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考える参加者が大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。大阪府小児救急電話相談（#8000）は本来、新生児の相談窓口であるが、親のこころの相談も混在しており、産後2週間がピークであった。これは産後の子育て困難と“親のこころの負担”に関連性があることを示している。「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策は、妊産婦の自殺対策として都道府県レベルでは初めての事業で、現時点では数少ない有効性のある事業のひとつといえる。

【結論】

妊娠届や妊婦健康診査から社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦を同定できることが示された。また特定妊婦と児童虐待発生の関連性を示すことができる。今後の課題として社会的ハイリスク妊娠の抽出方法の検証を行い、全国システム策定が望まれる。次年度は継続中の研究成果をまとめ、妊娠期からの望ましい保健指導、さらには切れ目のない子育て支援体制づくりを予定している。

分担研究者

木下 勝之

日本産婦人科医会

会長

佐藤 拓代

大阪府立母子保健総合医療センター

母子保健情報センター長

松田 義雄

独立行政法人 地域医療機能推進機構

三島総合病院 院長

上野 昌江

大阪府立大学地域保健学域看護学類

教授

山崎 嘉久

あいち小児保健医療総合センター

保健センター長

板倉 敦夫

順天堂大学

教授

小川 正樹

東京女子医科大学

産婦人科臨床教授

荻田 和秀

りんくう総合医療センター

周産期センター産科医療センター長

兼 産婦人科部長

立花 良之

国立成育医療研究センターこころの診療部

乳幼児メンタルヘルス診療科

医長

藤原 武男

東京医科歯科大学大学院

医歯学総合研究科国際健康推進医学分野

教授

研究協力者

福井 聖子

大阪小児科医会 理事

岡本 陽子

大阪府立母子保健総合医療センター

産科副部長

金川 武司

大阪府立母子保健総合医療センター

産科副部長

川口 晴菜

大阪府立母子保健総合医療センター

産科診療主任

和田 聡子

大阪府立母子保健総合医療センター

母性外来師長

鍛冶 みか

和泉市生きがい健康部

健康づくり推進室 健康増進担当

中野 玲羅

大阪府泉佐野保健所 技師

中井 章人

日本医科大学産婦人科 教授

塩之谷真弓

愛知県新城保健所 健康支援課長

丸野 広子

八千代病院 副看護部長

新實 房子

山田産婦人科 看護師長

本村 直子

渡辺マタニティクリニック 看護師長

山元 歩

厚生連渥美病院 3階西病棟課長

天野 房子

西尾市健康課 主査

廣田 直子

田原市健康課 課長補佐兼係長

鈴木 里依

田原市健康課 主査

田中 敦子

安城市子育て健康部健康推進課

母子保健係 主査

高橋 陽子

豊川市保健センター母子保健係 主任

緒方 京

愛知県立大学看護学部 講師

神谷 摂子

愛知県立大学看護学部 講師

佐々木 溪円

あいち小児保健医療総合センター

保健センター 医師

山本 由美子

あいち小児保健医療総合センター

保健センター 主任主査

山下 智子

あいち小児保健医療総合センター

保健センター 技師

伊角 彩

東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野

土井 理美

東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野

三瓶 舞紀子

国立成育医療研究センター研究所

社会医学研究部

村上 節

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

教授

小野 哲男

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

助教

中原 洋子

大阪府立大学大学院

看護学研究科

足立 安正

兵庫医療大学

伊勢 新吾

和泉市教育委員会こども部

こども未来室 保健師

小泉 典章

長野県精神保健福祉センター 所長

鈴木 あゆ子

須坂市健康福祉部健康づくり課

赤沼 智香子

須坂市健康福祉部健康づくり課

浅野 章子

須坂市健康福祉部健康づくり課

樽井 寛美

須坂市健康福祉部

鹿田 加奈

長野市保健所健康課

清水 美枝子

長野市保健所健康課真島保健センター

町田 和世

長野市保健所健康課

堤 俊仁

つつみクリニック 院長

大阪精神科診療所協会会長

後藤 彩子

医療法人杏和会 阪南病院

背景

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

周産期医療は従来から“医学的ハイリスク妊娠の管理”に重点的に取り組んできた。その他重点課題としては“搬送体制整備”、“周産期医療人供給体制”等を周産期医療整備計画に沿って整備してきた。その結果、母児の予後は世界的にもトップレベルの医療を提供できるまでに発展した。こうした成果の一方で“児童虐待”という言葉が社会的に注目されるようになってきて、平成 27 年頃より周産期医療の現場において“妊産婦の自殺”が問題提起されるようになってきた。このような社会問題が決して稀でなくなってきた結果、平成 12 年には児童虐待の防止等に関する法律が制定された。この法律によって『子ども虐待による死亡事例等の検証結果について』(第 1 次～12 次)が公表されるようになった。児童虐待(死)事例は大きな社会的関心事にもなり、その対策が望まれている。平成 16 年には児童福祉法が改正され、“要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」とする)”が規定された。さらに、平成 21 年の同法改正において“特定妊婦”が規定された。大阪府においては『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書』が平成 21 年から毎年報告されている。その中で、未受診妊娠は①社会的問題でもあり、医学的問題でもあった、②児童虐待と強い関連性があった、③医療介入があれば、

新生児予後は改善する、④医療・保健・福祉の連携が必要である等が明らかになった。

平成 26 年度には健やか親子 21(第 1 次)が終了し、平成 27 年度から健やか親子 21(第 2 次)が開始された。基盤課題 A:切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策、基盤課題 B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策、基盤課題 C:子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり、重点課題①育てにくさを感じる親に寄り添う支援、重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策が掲げられている。

特定妊婦は児童福祉法において「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」と規定されているが、具体的には明確で共通な認定基準は存在しない。ましてや、「児童虐待の危険因子」と「妊娠中の要因」の関連性も明らかではない。本研究においては定期的な妊婦健康診査(以下妊婦健診とする)が困難である、あるいは出産後の育児困難が予想される妊娠を“社会的ハイリスク妊娠”と仮に定義すると、“飛び込み出産”、“育児放棄”、“児童虐待”等は社会的ハイリスク妊娠の重篤例と考えられるが、科学的にはこれらの因果関係は検証されていない。出産後の育児困難・児童虐待を妊娠中の要因から前方視的に追跡して実証した研究はないからである。一方、医学的ハイリスク妊娠は科学的な検証がなされ発展してきたが、社会的ハイリスク妊娠は科学的検証という観点から

は未知の分野である。このような背景から、子育て困難事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指し、妊娠中の医療・保健・福祉の役割と効果的な切れ目のない連携支援システムの確立は、喫緊の課題である。

Ⅱ. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

現在の妊婦健診においては母児の“医学的ハイリスク妊娠”をスクリーニングするシステムが相当程度出来上がっている。必要に応じて高次医療機関である周産期母子医療センターも整備されている。ところが、社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠の関連性は本邦においては、科学的に実証研究されてきていない。未だ、社会的ハイリスク妊娠は上述のように定義さえ明らかでないのであるから、その医学的予後との関連も不明である。社会的ハイリスク妊娠の場合、定期的な各種妊婦スクリーニングも受けないまま診断・治療の遅れにも繋がるのが予想される。その結果は、医学的ハイリスク妊娠となっていくことが予想される。本研究は両ハイリスク妊娠の関係を検証することを目指している。現在の周産期医療においては妊娠中の望ましい妊婦健診を提唱しており、適切に保健指導にも介入している。社会的ハイリスク妊娠に医学的ハイリスク妊娠が重複した場合

の保健指導はどうあるべきか等も検討課題である。また、現行の母子健康手帳を用いた妊婦健診において母体は1ヶ月健診で事実上、終了してしまう。周産期からの切れ目のない子育て支援期間は、医学的ハイリスク妊娠においても社会的ハイリスク妊娠においても1年程度は必要であると考えている。

Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

従来は母親のメンタルヘルスというよりも妊娠中・産褥期精神疾患合併妊娠というような医学的ハイリスク妊娠としてのとらえ方が多かった。健やか親子21(第2次)のような課題が挙げられるに至った背景には母体の“こころの負担”とも呼ぶべき問題がある。このような「こころの問題」は精神医学における精神疾患と呼ぶべきかどうか疑問が残る。『子ども虐待による死亡事例等の検証結果について』においても『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書』においても精神疾患が危険因子として挙げられている。しかし、未受診妊娠事例において、多くが精神科を受診したとしても精神科疾患とは異なるという診断をされたり、投薬の必要はないとされている。では、母親と医療関係者、行政関係者との意思疎通が良好かと言えばそうでない事例が多い。母児に多職種が切れ目なく支援を届けようとし

でも届かない結果になるのである。むしろ、精神疾患合併妊娠は精神科医師の医学的診断や治療を受けることが出来るので対応への迷いは少ない。精神科疾患ではないものの“こころの負担”を抱えたままであった場合、妊娠中の妊婦健診にも支障が出て、母児の医学的ハイリスク妊娠にもなりかねない。社会的ハイリスク妊娠であれば、“こころの負担”が顕性化するかも知れないし、“こころの負担”があれば社会的ハイリスク妊娠となるかもしれない。“こころの負担”が最重症化した場合、妊産婦の自殺・児童虐待死が危惧される。このように“こころの負担”は健やか親子課題実現への障壁となることが危惧される。従って、母親のためのメンタルヘルス対策は今後の母子保健の大きな課題である。

A. 研究目的

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

児童虐待(死)も妊産婦の“こころの負担”等のメンタルヘルス問題も多くは“子育て困難”による“愛着形成困難”とでもいうべき状況の下に発生していると想定される。そこで、母児の問題事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で切れ目なく支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行う。

1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

(担当:佐藤拓代)

妊娠届出や妊婦健診受診を促す要因を明らかにすることによりサービスの隙間に落ちる妊婦をなくし、効果的な妊婦支援を行うための要因を検討する。

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

(担当:荻田和秀、光田信明)

全国の分娩施設にアンケートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査する。

3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

(担当:光田信明、佐藤拓代、藤原武男)

「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。

3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

(担当:光田信明)

社会的ハイリスク妊産婦の育児

状況や地域・行政からの支援状況を知るために、各家庭に対してアンケート調査を実施する。

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について
(担当：光田信明)

特定妊婦の出産後の養育状況を検討する。

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
(担当:山崎嘉久)

機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援のため、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、妊娠初期からの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開発する。

6. 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
(担当:上野昌江)

平成 27 年度の事例分析を踏まえ、支援が必要な妊婦に関わる専門職が活用できるマニュアル(案)を作成する。

7. 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
(担当:藤原武男)

愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と 1 歳半児健診、3 歳児健診のデータをリンクし、妊娠届の情報と虐待傾向(「育てにくさ」を含む)との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク

群をより効率的に選定できる要因を明らかにする。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査
(担当:佐藤拓代、光田信明)

平成 28 年には児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村と考えられる。そこで、平成 29 年度事業が開始される直前にアンケート調査を行い、本邦の母子保健事業の現状を調査する。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子
(担当:光田信明)

大阪府作製「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにする。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定
(担当:光田信明)

虐待症例および対照群の周産期情報を比較することで、妊娠期からの支援を行う対象の選定に必要な項目やそれぞれの項目についての重要度を明らかにする。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証

するために、以下の研究を行う。

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠
チェックリストと産科合併症の関連
性に関する検討

(担当:松田義雄)

出生後に支援が必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの確に把握するために、「社会的リスク評価」のみならず、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク評価」を加味する有用性を明らかにする。

2. 医学的ハイリスク妊産婦の
チェックリスト作成

(担当:板倉敦夫)

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成において、欠如していた悪性腫瘍治療後妊娠の治療による妊娠への影響を明らかにして、チェックリスト完成を行う。

3. 医学的ハイリスク妊娠の産後
フォロー期間に関する単一施設
における後方視的検討

(担当:小川正樹、松田義雄)

医学的ハイリスク妊娠の出産後に、次回妊娠へのリスク管理が行われているかについては不明のことが多い。次回妊娠へのリスクを評価する目的で、単一施設で出産したハイリスク妊婦の産後の管理状況を明らかにする。

4. 社会的リスクにおける母体および
児の周産期における医学的
リスク評価

(担当:松田義雄、小川正樹、板倉敦夫、
光田信明)

社会的ハイリスク妊婦のなかには、妊婦健診未受診等に伴って医学的リスクの評価や対応が不十分となるため、結果的に医学的にもハイリスクとなりうる症例が存在し、増悪している可能性がある。そこで、社会的リスクの有無による、周産期における母児の医学的リスクへの影響度を検討する。

Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する
研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中からの母体への支援の在り方を検討するために、以下の研究を行う。

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
(担当:木下勝之)

昨年度に行った全国調査データベースをもとに、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などの検討を行う。

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
(担当:立花良之)

母子保健領域において、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サポートの推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するため、研修プログラムを作成し、その効果検証を行う。

3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

(担当：光田信明)

#8000 は 15 歳未満の小児において夜間の病気やケガで困った時に保護者が利用する電話相談事業である。

大阪府#8000 のデータの中から 0 歳児、特に新生児の相談に焦点を当て、産科退院後の在宅新生児において、育児不安の時期や状況を明らかにする。

4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

(担当：光田信明)

「大阪府妊産婦こころの相談センター」開設後の運用実績から妊産婦に対するメンタルヘルス対策を検討する。

B. 研究方法

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. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の妊娠届出時期と妊婦健診受診回数等の母子保健活動と、妊娠届出受理や妊婦健診受診券交

付等に関する質問紙調査から検討を行った。

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

日本産婦人科学会と共同で平成 28 年 1 月現在分娩を取り扱っている 2429 施設を対象にアンケートを送付した。

3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

本研究は、大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号 866-2)。

①研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪産婦人科医会が設置している《安心母と子の委員会》に参加する産科医療機関で当研究期間中に妊娠分娩管理を行う全妊産婦(約 10,000 人/年)。

第②段階：第①段階で妊娠分娩管理期間中に「社会的ハイリスクを有する」と認識され、住所地の保健センター・児童相談所などの行政関係者に情報提供を行う者、および第①段階で大阪府立母子保健総合医療センターにおいて妊娠分娩管理期間中に「ローリスク妊産婦(=リスクアセスメントで「リスク項目ゼロ」)」と認識された者を抽出した。除外基準は特に設けず、情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とした。評価内容は、育児期間における子ども虐待の有無であり、そ

の指標として、市町村で行われる乳幼児健診(3~4 か月・乳児後期・1 歳 6 か月)時における情報を解析した。

3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

本研究は、大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号 863)。

平成 25 年 6 月~平成 26 年 4 月に当センターで出生した児について、その母のうち社会的リスク評価が行われた 862 人(うち社会的ハイリスクと認識された者は 114 人 13.2%)を対象とした。アンケート実施が不可能と考えられた者(詳細は下記※)を除いた 763 人にアンケート用紙を郵送し、郵送による返答を得た(連結可能匿名化)。社会的ハイリスク群とローリスク群に分類し、育児状況やサポートに関する項目について各群間で検討を行った。

※アンケート実施不可能者：死産・児や母の死亡・児が保護者と同居していないことが確認されている者(児の長期入院など)・その他

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は医療機関と保健機関双方から『気がかりのある妊婦』としてあげられた妊婦を周産期ネットワーク部会で協議の上、決定した。要保護・支援児童の母親が妊娠した場合には特定妊婦とした。特定妊婦への支援は

妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。特定妊婦からの出生児は、出生直後には要支援児童として登録し、支援を行った。1 年後には要対協実務者会議の進行管理会議で評価をおこなった。評価結果は要保護児童、要支援児童、終結、転出に区分した。

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

平成 28 年 7 月~平成 29 年 1 月に研究協力医療機関において、妊娠届出書を取り扱った妊婦のうち、研究同意が得られたケースを対象とし、平成 27 年度に本研究分担班で開発したモデル問診票(「お母さんの健康と生活に関する問診票」)の記載情報(妊娠前期)を把握する。また、他地域の事業や研究成果などを参考として研究協力者間で検討し、保健指導マニュアルを作成した。本研究は、あいち小児保健医療総合センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号 201622)。

6. 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

事例検討ならびに保健機関、医療機関の専門職への面接調査から支援が必要な妊婦への妊娠期からの効果的な支援について考察した。本研究は、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認番号16030)。

7. 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

愛知県名古屋市において平成 28 年 7 月～10 月の 3 歳児健診を受診したすべての母親を対象とし、データリンクページの同意を確認した。平成 28 年 12 月まで同意書の回答が得られた参加者について名古屋市から縦断データの提供をうけた (n=2558, 同意率 39.5%)。1 歳半児健診、3 歳児健診で子どもを育てにくいと回答した場合を虐待傾向とみなし、妊娠届の情報との関連を解析した。本研究は、国立成育医療研究センター倫理委員会にて承認を受け実施した(受付番号 716)。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査

対象は、全国の市町村母子保健担当者で、対象市区町村は、1741 ヶ所である。評価項目としては、①市町村基本情報、②妊娠届受付、③支援を要する妊産婦への対応、④支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携、⑤特定妊婦や要対協について、⑥産後母子事業等である。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)を抽出し、アセスメントシートにある 6 つの妊婦背景(虐待・DV 歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境) 31 項目および要対協への通知基準である項目について単変量・多変量解析によりオッズ比を算出した。要保護・要

支援の必要性は、面談・電話対談・市からの情報提供により判断した。本研究は、大阪府立母子保健総合医療センター倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号 977)。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

本研究は、大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号 887)。

この研究は、後方視的な症例対照研究である。研究対象は以下の 2 群とした。

◆入所群：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府内の子ども家庭センター 2 ヶ所に一時保護となった 0～5 歳児(虐待保護およびその他の養護含む)のうち、施設入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：A 市にて 3 歳半児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。A 市の「要対協」に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

昨年度作製した「ハイリスク妊娠(HRP)チェックリスト」の妥当性を検証するためにモデル地域を設定し、総

合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義して、施設規模別にハイリスク妊娠の実態調査を行った。滋賀医科大学倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号 2838)。

2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

リスク因子の追加を目的に、これまで詳細な検討ができなかった子宮頸部手術後妊娠の予後を、以下の二つの方法で検討した。

① 日産婦周産期データベース(JSOG-DB)を用いて、子宮頸部手術(円錐切除術およびLEEP)後妊娠例と非施行妊娠例の周産期予後を検討した。②多施設共同研究によって、子宮頸部手術後妊娠の術式および妊娠中管理と、周産期予後を検討した。①、②ともに各施設及び日本産科婦人科学会の倫理委員会の承認を得て、施行した。

3. 医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

東京女子医科大学病院で平成 25 年に分娩の管理をした妊婦で、産後の管理がなされたか否かを、フォローアップ期間について診療録を用いて後方視的に検討した。フォローアップ期間は、産後 3 か月、6 か月、12 か月時点での管理状況の有無により判断した。

本研究は、東京女子医科大学病院倫理委員会で承認を受け実施した(承認番号 2299)。

4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

縦断的観察研究である。対象は、大阪府立母子保健総合医療センター(当センター)で平成 28 年 1 月 1 日～平成 28 年 12 月 31 日に初診した妊婦であり、1600 人程度である。当センターで管理するも、他院での分娩となった症例は除外した。当センターにおいて、初診および妊娠中期、後期の保健指導の際に看護師、助産師による問診にて、大阪府作製のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行う。本研究は、実施機関である大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会で承認を受けて行う調査である。(承認番号 972)

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

昨年度に行った全国調査データベースは、産婦人科医会の施設情報調査 2015 で集計された全国の分娩取扱施設 2453 施設(病院 1044 施設、診療所 1409 施設)を対象に、平成 27 年 11 月 1 日から 11 月 30 日までの 1 ヶ月間に分娩管理した妊婦について、前方視的

アンケート調査を実施し作成された。調査内容には個人情報含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行われた。このデータベースをもとに、自治体ごと、施設特性ごとにメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の分布を検討した。

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

研修会プログラムを作成し、保健師・助産師・看護師をはじめとした母子保健関係者向けに研修会を実施し、その前後で、母子保健のメンタルケアに対する意識、均てん化への効果を検証した。なお本研究は、研修会の事前に国立成育医療研究センター倫理審査委員会承認を受け実施した(承認番号 1401)。研修会前に、事前にアンケートを配布した。また、研修会当日に、研修前後でアンケートを実施し、研修による母子保健のメンタルケアに対する意識・行動変容の効果について調べることにした。

3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

各相談時や直後に相談員が記入する受付票から集計作業を行った。相談内容の分類において、受け答えに際し保護者の症状へのこだわりが強い場合や症状に比して不安感の非常に強い場合、明らかに保護者自身の精神的

不安があると感じられる場合などでは「親の心の相談」と分類した。この調査研究に当たっては、大阪府立母子総合医療センターの倫理委員会の承認を得た。(承認番号 H27-877)

4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

「大阪府妊産婦こころの相談センター」開設後の運用実績から相談事例報告を用いて分析した。

C. 研究結果

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. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の 11 週以内の妊娠届出率と妊婦健診の受診回数には、弱い正の相関が見られた。質問紙調査では、妊娠届出場所が保健センター等の母子保健担当部署では、保健師の全数面接が 92.9%で行われていた。妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前野受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦

取り扱い状況の全国調査

アンケートの回答は 1538 施設より回答を得た。回答率は 63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 85%あり、周産期センターからは 9%であったが、幅広い施設より回答があった。このうち、97%の回答者が妊娠中の社会的経済的リスクは児童虐待につながるとの認識を示したが、約半数は医療ケースワーカー（MSW）不在などの理由から介入できていないと回答している。また、多くの症例は周産期センターで扱われていることが読み取れ、周産期センターは医学的ハイリスク以外の社会的ハイリスク妊婦を扱う最前線とも考えられた。

3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

現段階で協力産科医療機関は3施設。ハイリスク群(n=10)、ローリスク群(n=25)について地域保健センターに3-4か月児健診時の情報提供を依頼した。ハイリスク群(10例)からの要保護児童対策地域協議会対象児童は3であった。ローリスク群(n=25)からは無かった。

3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

郵送数 763 件、うち返信あり 356 件(46.7%)であった。返信のあった 356 件(ローリスク者 323 人、ハイリスク者 33 人)のうち、転居があったも

の割合は両群に有意差(p<0.0001)が見られた。育児相談相手の箇所数はハイリスク群で有意に少なく、相談相手として実父母やパートナーを挙げる者の割合がハイリスク群で有意に少なかった。一方、祖父母を相談相手として挙げる割合はローリスク群で有意に少なかった。

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

4 年間で特定妊婦は 2.8% (163/5893)であり、要保護・支援児童の母親は 38.7% (63/163)であった。

出生児の平成 28 年 3 月末時点における転帰を示す。要保護児童: 29.2% (21/72)、要支援児童: 18.1% (13/72)、終結: 29.2% (21/72)、転出: 23.6% (17/72)であった。特定妊婦とその他の妊婦(同時期における特定妊婦以外の妊婦)に分けて転帰をみた。転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。特定妊婦からの要保護・支援児童は 47.2% (34/72)であり、その他の妊婦からの 2.2% (64/2852)に比して有意に高頻度であった。要保護・要支援児童 98 人のうち特定妊婦からの発生は 34 人(34.7%)であった。

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

研究同意が得られたのは4医療機関で241名であった。このうち妊娠前期において232人(98.3%)が、妊娠を「嬉しい」と回答し、夫(パートナー)も225人(93.4%)が「喜んでいる」と回答し

ていた。現在の妊婦の状態について、67人(27.9%)の妊婦が「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの精神的な不調を自覚し、半数以上が何らかの身体的な不調を持っていた。相談相手として、夫(パートナー)は230人(95.4%)、実母は213人(88.4%)の回答であった。本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。また、研究協力者間で検討し、モデル問診票を一般化するための保健指導マニュアルを作成した。

6. 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

妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。このことは虐待死亡事例の0日死亡を予防することができたと考えられる。しかし、3事例とも出産後の継続した支援の難しさが示された。「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」としてマニュアルを作成した。

7. 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

妊娠届で「予想外だったので戸惑った」「困った」「何とも思わない」「そ

の他」と回答した場合に、1歳半児健診、3歳児健診で虐待傾向のリスクが高いことがわかり、妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査

今年度は、計画立案およびアンケート調査発送・回収まで行った。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

要支援群に74人、対照群に578人が抽出された。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。また、通知基準である16歳未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、MH問題・経済的困窮の粗オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ24(2.5-238)、95(44-203)、54(26-115)で、調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。妊娠期アセスメントシートにある要因は、概ね要保護・要支援に関連していた。虐待・DV歴・未受診またはMH問題・経済的困窮は要保護・要支援の関連因子だが、16歳未満の妊娠単独は関連因子でなかった。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

入所群は97件であり、虐待によるものが70件、養育困難が27件であった。対象群は、345例であった。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、

母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より 10 歳以上年上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重 2500g 未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併であった。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

一次施設 13 施設 1,054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例における産科合併症とその中でリスク因子がある症例は、それぞれ 21.6% / 50.9%、30.7% / 60.5%、42.3% / 69.8%となった。産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認められた産科合併症の半数はリスク因子を有していた。

2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2%(390/1,488)は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848)に比して、有意に高値を示した。Risk ratio (RR)は 2.44 と高い早産への寄与因子であることが示された。一方、子宮頸部手術

後妊娠の術式別の早産率については、有意差を認めなかった。また 20 週頃の頸管長は、早産の有無で有意差はみられなかった。さらに、予防的頸管縫縮術や腔分泌物培養の結果でも、早産の有無で差を認めなかった。

3. 医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

合併症を有する妊婦が、のべ 237 名含まれており、1 型糖尿病：36 名、2 型糖尿病：17 名、甲状腺疾患：43 名、精神神経疾患：30 名、腎泌尿器科疾患：29 名、子宮頸部異形成を含む婦人科系疾患：26 名、血液疾患：11 名、消化器系疾患：9 名、肝炎キャリアなどの肝疾患：7 名であった。糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、フォロー率が低いことが明らかになった。

4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクの評価については、情報の欠損について再確認中である。対象者すべての分娩が完了するのが、平成 29 年 12 月末であり、結果については次回の報告書に記載予定である。

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

自治体ごとのメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、0.6%から 8.6%に分布し、地域ごとでは、関東、九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。

要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所(2.4%)に比較し、病院(5.4%)では2倍以上で、特に大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)に集中していた。

要介入と判断された妊産婦への対応は、大部分の施設で助産師(87.4%)や産婦人科医師(53.0%)が行い、臨床心理士(14.3%)が行っていたのはわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。

精神科への紹介率は 22.2%に止まり、総合周産期母子医療センター等高次施設で 57.6%と高く、産科診療所では 14.5%と低く、自治体間でも異なっていた。

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

今後、自施設内や他機関関係者とメ

ンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、多くの参加者が研修会への満足度の結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアについてのニーズに合致していることが示唆された。

3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

大阪府#8000における年間4万件以上の相談のうち4分の1以上が0歳児で、新生児の相談は平成17年より毎年500~600件認められた。

平成26年度新生児相談件数618件では、生後2週目の相談が252件(新生児の40.8%)と最も多かった。

新生児期の発熱・嘔吐の相談の多くは健常児の体温の高さや溢乳などの生理的現象に関する相談で、他も「鼻汁・鼻閉」「皮膚症状」などの軽微な症状や育児相談に類する相談が多かった。

症状へのこだわりや親の精神的不安の強い相談を「親の心の相談」に分類すると、平成26年度は新生児で9件(1.5%)の相談があった。

4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

総相談件数は182件で、全体の44

件(24.2%)は 2 回目以降の継続相談案件であった。相談者は、妊産褥婦本人が 120 件(65.9%)、妊産褥婦の家族が 30 件(16.5%)、知人が 5 件(2.7%)、妊産褥婦に関わる医療・行政機関が 27 件(14.8%)であった。105 人(57.7%)が匿名であった。相談センターの存在を知った経路を尋ねているが(4-11 月集計)、産科医療機関から(22.2%)、テレビ新聞など(15.2%)、市町村から(11.4%)、ネット(10.1%)、その他(13.9%)、不明(27.2%)であった。妊娠中が 37 件(20.3%)、分娩後が 133 件(73.1%)、その他や不明が 12 件(6.6%)であった。精神症状についての相談が最も多く、精神科受診相談・薬・希死念慮・精神科救急についての相談も見られる。一方家族関係や育児についての悩みといった「社会背景」、メンタルとは異なる「身体症状」の訴えなど相談内容は多岐に渡る。1 回あたりの電話相談時間は 30 分未満(59%)、30~60 分(30%)、60 分以上(8%)、その他(3%)である。相談への対応方法は多くが電話相談で完結しているが、他機関を紹介・連絡する場合もある。紹介先としては市町村保健センター(47%)、精神科医療機関(17%)、保健所など(10%)、市町村児童相談所(9%)、精神科以外の医療機関(6%)、その他(11%)であった。

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
子育て困難事例に至る要因を妊婦健

診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行った。

1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の妊婦健診公費負担額・妊娠 11 週以内の妊娠届出率は、現時点では全国平均を上回っている。

妊婦への経済的支援は大きく改善していたが、妊娠 11 週以内妊娠届出率は医療圏ごとに高低の傾向があり、市町村に妊娠届出受理の要件と妊婦健診受診券交付の要件について調査を行ったところ、妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

妊娠 11 週以内の妊娠届率と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV 等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

アンケート結果から分娩を扱っている施設の産婦人科医は、社会的経済的リスクが児童虐待につながる一

一般的に認識しているが、MSW が不在である施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能性があることがわかった。また、児童相談所（児相）への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の 12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

ハイリスク症例数が n=10 と未だ少なく、結論を出すに至らないが、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要対協対象者が 4 例存在した。

3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

ハイリスク・ローリスクともに約 2 割が分娩後 1.5 年以内に転居していた。1.5 歳までの児の入院率・予防接種率・乳幼児健診受検率は両群で有意差が見られなかった。ハイリスク群はローリスク群と比較して育児相談の相手先が少ない傾向にあった。さらに、ハイリスク群はローリスク群と比較して「パートナー」「実父母」を相談相手とすることが有意に少なく、本来育児相談相手となるべき人々に頼れず孤立しがちな状況を示していると考えられる。一方、ハイリスク群では「祖父母」を育児相談相手とすることが有意に多く、有意ではないが保健師・近所の人・病院関係者などそれほ

ど近しくない人に育児相談しなければならぬ状況が示された。

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は児童福祉法第 6 条 3 の第 5 項(平成 21 年 4 月 1 日)において『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』とされている。今回、【児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(平成 28 年 6 月 3 日)】の[児童虐待の発生予防の項目]内において、以下のように記載されている。「児童福祉法第 6 条の 3 第 5 項に規定する要支援児童等(支援を要する妊婦、児童及びその保護者)と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するよう努めることとする(児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項)」。すなわち、特定妊婦への支援は子育て支援を通して、児童虐待の発生予防を期待する面がある。特定妊婦の同定と支援策策定が望まれる所以である。健やか親子 21(第 2 次)においても基盤課題 A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策、重点課題 2:妊娠期からの児童虐待防止対策が提唱されている。しかしながら、特定妊婦を追跡した場合にどの程度児童虐待が発生するのか、特定妊

婦支援が児童虐待発生防止に繋がるかは不明である。今回の研究によって特定妊婦から出生した児童の転帰が判明した。特定妊婦からの要保護・支援児童は約半数(47.2%)に発生していた。これは関係機関が母児への支援を行っていた中での結果である。特定妊婦以外の妊婦からは 2.2%(64/2852)の発生率であり、この発症率の差からみても妊婦を取り巻く社会的要因分析から妊婦を社会的ハイリスク妊婦であるのかどうかをアセスメントすることの重要性が認識される。さらに、その他の妊婦には特定妊婦ではないが、社会的ハイリスク妊娠である妊婦が相当数含まれている。特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊婦からの出生児の転帰調査も必要である。平成 27 年度当研究班の調査より大阪府の特定妊婦数は、平成 26 年：1.0% (352/36,244)、平成 27 年：1.2% (470/38204)と報告されたが、本研究においては、この結果に比して約 2 倍の認定数となった。これは、特定妊婦の定義、アセスメント項目、関係機関の情報収集力等の差が考えられる。従って、関係機関で統一された評価方法が待たれるところである。

終結はわずか、29.2%(21/72)に過ぎない。これも分娩後の母児に関係機関が支援を行った結果ということも併せて考えなければならない。母児への支援がなければ、終結はさらに少なかったことが予想される。

転出については詳細が不明な部分が多いのであるが、23.6% (17/72)とい

う結果であった。この意味するところは今後も内容を明らかにする必要性があると考えられる。

要保護・支援児童からみると、特定妊婦からの出生は 34.7% (34/98)であった。すなわち、特定妊婦への母児支援が完璧に児童虐待を防止したとしても、児童虐待全体への防止効果は 1/3 程度と推定される。しかし、特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊娠の関与を考慮すれば、この児童虐待防止寄与率はさらに高くなることが推定される。

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

1) モデル問診票の記入状況

今回、問診票の利用に同意が得られた妊婦(妊娠前期)のうち、232 人(98.3%)が妊娠を「嬉しい」と回答し、夫(パートナー)も 225 人(93.4%)が「喜んでいる」と回答していた。妊娠届出書に関するパイロット調査 2)では、「妊娠が分かった時、うれしくない(予想外だったので戸惑った、困った、何とも思わない、その他)」との回答が 7.1%であったとのデータがあることから、同意が得られた妊婦のグループの特性について、妊娠届出書のデータを解析するなど分析が必要と考えられた。

一方、妊娠について「とまどっている」「困っている」と回答した妊婦 4 人について、相談者や支援者の状況について確認した結果、これらの妊婦全員が、夫(パートナー)や実母に「何で

も打ち明けることができる」と回答していた。また、妊娠を「とまどっている」3人の妊婦は、夫(パートナー)が困ったときに助けてくれる支援者であると回答していた。

現在の妊婦の状態について、うつ状態に関連する精神的状況を尋ねたところ、67人(27.9%)の妊婦が「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの精神的な不調を自覚しており、身体的な不調については、半数以上が何らかの不調を持っていた。これらの訴えと、支援の必要性の関連は今後検討することになるが、少なくとも妊婦健診の相談内容として重要な項目と言える。

本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。

2) 保健指導マニュアル作成

モデル問診票は、その開発経緯からも、特定の地域の医療機関と保健機関での活用を意図したものである。研究協力者間では、問診の意義や問診を用いた面談の場面、支援対象者の状況が共有できているものの、他地域の医療機関で利用するためには、問診項目の活用方法を明らかにする必要がある。このため、モデル問診項目の意義や活用方法をマニュアルとしてまとめる必要があった。

モデル問診項目は、スクリーニング項目として開発していないため、助産師等の担当者間のアセスメントを一定に揃えるためには、何らかの基準を用いる必要がある。研究班の全体会議での助言を得て、すでに大阪府内の医療機関と行政機関との連携に導入されているアセスメント項目を用いることとした。

アセスメント項目は、支援の必要な妊婦を把握するための要因を、生活歴(A)、妊娠に関する要因(B)、心身の健康等要因(C)、社会的・経済的要因(D)、家庭的・環境的要因(E)、その他(F)に分け、それぞれについて具体的なアセスメント項目が示され、家族や地域の支援者、関係機関との関係に関する状況も評価するものである。マニュアルでは、問診項目それぞれが、どのアセスメント項目を把握するために活用できるのかを示した。その検討過程において、カルテの基本情報とモデル問診項目を組み合わせることで、すべてのアセスメント項目の状況把握が可能であることが明らかとなった。今後の問診票の試行過程において、その有効性を明らかにする予定である。

6. 支援を必要とする妊婦への妊娠からの継続的支援の実施と評価

事例検討した事例から、妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。このことは虐待死亡事例の0日死亡を予防することができ

たとえられる。しかし、3 事例とも出産後の継続した支援の難しさが示された。保健機関、医療機関及び関係機関とつながりにくい親の背景の厳しさを理解した支援が必要であると考える。

また、B 市、C 市の保健師への面接調査から、以下の共通点が示された。

- ・ 妊娠届出面接を全数に行い、支援が必要と判断した妊婦には、担当保健師が妊娠中からかかわる。
- ・ 保健師のかかわりだけでなく、医療機関と連携しながらかかわっていく。
- ・ 地域のなかで妊娠中からの支援をサポートするネットワーク(B 市:周産期ネットワーク、C 市:母子保健推進連絡会)をつくる。

また、医療機関スタッフへの面接からは、初診時から関係性の構築を大事にした丁寧で具体的な支援が行われていた。そのなかでも特に重要なことは、「妊婦のことを、子どもを産み、母親になっていく人としてでなく、一人の女性として、大事な人である」、「あなた自身が幸せになることを支える」ということが伝わるように支援していた。そして医療機関のスタッフとのかかわりが妊婦にとって「心地よい」と感じられるようにしていた。

支援が難しい妊婦や親への関わりにおいては、関係の取りにくさ、訪問拒否、自己中心的な要求、指導の取りにくさなどに振り回されてしまいがちである。そのなかで家族の状況の複雑さ、人間関係の距離の取りにくさ、産

まれてくる子どもへの思いの希薄さ、自分のからだをいたわらない行動、産むことへの迷い、出産準備が進まないことなど感じる。その背景に被虐待歴など子ども時代に愛された経験がない、共感して対応してもらった経験の乏しさがあることを察知することが必要である。それを察知することにより、医療機関のスタッフが行っているような支援につながる方略が導き出されてくると考える。

支援がつながりにくい人への関わりにおいて以下のようなことが重要であると考えられる。

- ・ 妊婦、母親、家族のこれまでの(生育歴)の厳しさを理解する
- ・ 妊婦、親が困っていることの相談にのる
- ・ ひとつひとつの心配ごと、不安に丁寧に対応する
- ・ できていること、できたことをきちんと言葉にして伝える、それをほめる
- ・ 一人の女性として大事な人であることを伝える
- ・ 妊婦が心地よいと感じられる関係をつくる
- ・ 妊婦のできることをみつけ、それを連携の糸口にする
- ・ 親が具体的にできることを、社会資源を総動員して行う

単にかかわりが難しい人、関係が取りにくい人、自己中心的な人としてみるのではなく、その内側にある、妊婦の子ども時代の辛い体験を予測しながら

ら、彼らが大事な人であることを伝え、彼らが心地よく思える関係をつくっていくことから支援がはじまっていくと考える。

このような支援について、「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」としてマニュアルを作成した。

〈マニュアルの内容〉

- ① つながりにくさの背景
- ② 妊娠中からの保健指導のポイント(面接調査の結果から導きだされた内容から)妊娠中からかかわり、つながり続けること
 - ・ 妊婦、親を支援する関係機関とつながっておく
 - ・ 妊婦、親が役に立つと感じる存在になる
 - ・ 妊婦、親が負担にならない出産準備を一緒に進める
 - ・ 妊婦、親のできる力を見つける

7. 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

この研究においてデータリンクージュにおいて同意を求めた場合、約40%の同意率であること、同意者の偏りはあまりないことがわかった。そして、同意を得ることのコスト(同意書の同封、返信用切手等)は膨大であった。この知見は非常に重要である。なぜなら、母子保健情報のビッグデータ化において同意を得るべきかについて貴重な示唆を与えるからだ。本研究のように妊娠届や産科受診データから虐待リスクを予測するような研究が今

後必要であると考えるが、その場合にデータリンクージュにおいても同意が必要か、については倫理指針の改定も参考にしながらさらに議論を深めていく必要があるだろう。

そしてデータリンクージュできた場合、妊娠届において望まない妊娠であった場合に1歳半、3歳まで子育て困難感としての虐待傾向が続いていた。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。今後はどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。母子関係という虐待を強く予測する情報が妊娠届で把握できるので、今後はこの情報を母子を「支える」「寄り添う」という視点で介入につなげ、子育て困難感の減少、そして虐待の減少につなげていく必要がある。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査

平成21年の児童福祉法改正により、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必要と認められる妊婦については「特定妊婦」として要保護児童対策地域協議会(以下、要対協)の支援対象となった。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で、支援を要する妊産婦の効率的な抽出方法・産後ケア、医療機関との連携のあり方が課題となっている。平成28年には児童福祉法・母子保健法の改正があり母子健康

包括支援センターの設置・運用が開始される。その課題解決に向けて、各市区町村の母子保健担当部署が工夫を凝らしながら、独自のノウハウで対応しているものと思われる。そこで、全国各市区町村の母子保健担当部署の母子保健事業の現状について調査することとした。

本アンケート調査で妊娠期から子育て支援までの現状が明らかになると考えられる。結果によって問題点、課題等が明らかになれば、医療・保健・福祉の連携を実効あるものにしていく方策がみえてくることも期待できる。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

本研究により、われわれと大阪府で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」の項目は、大部分が要保護・要支援の関連因子であることが分かった。また、要保護児童対策地域協議会への通知基準は、おおよそ適切であることが明らかになった。

妊娠期から、要支援・要保護児童児の母親を抽出する試みは、以前よりなされてきた。オレゴン州の家庭訪問支援プログラムにおける産院でのスクリーニングやアメリカの Wessel により提唱されたプレネイタルビジット、愛知県の妊娠届書からのスクリーニング、大分県のペリネイタルビジット・ヘルシースタート専門部会による支援対象者選定時のポイント、そして、われわれと大阪府と共同で開発した

「アセスメントシート(妊娠期)」がある。これらのスクリーニングツールのうち、海外で開発されたものについては、有用性について検証され、一定の有効性が証明されている。しかし、日本ではこれらの取り組みはごく最近のことであり、検証されていないか、もしくは、ごく少数の人数によるアンケート調査でしか検証されていない。つまり、本邦のスクリーニングツールの項目については、海外で有用とされている項目を取り込みつつ経験則にもとづいて作成されており、科学的な根拠はない。われわれが大阪府と共同で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」も、長年、この分野で活動してきた医師、助産師、保健師の経験則にもとづいて項目が作成されており、科学的な検証がなされていない。そのため、本研究において統計学的に各項目を検証したことは、今後の「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて要支援・要保護児の母親を妊娠期にスクリーニングするにあたり、有意義な検討と思われる。

検討の中で、「アセスメントシート(妊娠期)」の項目には、一部は有意でなく不必要な項目も含まれることが示唆された。要支援群と対照群で差を認めなかった項目のうち、「40歳以上の妊娠」、「多胎や胎児に疾患や障がいがある」、「訴えが多く、不安が高い」、「身体障がい・慢性疾患がある」については、要支援群に限らず対照群にも該当するものが多かったが、項目内容から推測するに、それも当然と思われる。

る。これらの要因については項目から削除することを検討したほうがいいかもしれない。また、「過去に心中未遂(自殺未遂)がある」、「家の中が不衛生」については、重要な項目とは思われるが、そもそも両群とも該当する数が少なかった。これらの項目は、訴えを引き出すのが難しいためと思われる。したがって、単に問診するだけでなく、聞き出す能力も必要であることが推測された。この「アセスメントシート(妊娠期)」は誰でも、要支援・要保護児童の母親を抽出できるものを目指して作成されたものであるが、これらの項目については上手に聞き出す必要があり、問診能力の教育が必要で、スクリーニングツールとして限界と思われた。

支援を要する妊婦の抽出基準は、スクリーニングツールの要となる。例えば、愛知県の妊娠届書からのスクリーニングでは、各項目に重み付けを行い点数化し、何点以上ならハイリスクとして扱っている。「アセスメントシート(妊娠期)」では、要保護児童対策地域協議会への通知基準として、表2を使用して支援を要する妊婦を抽出している。概ね妥当であったが、「住所不定・居住地がない」は、対照群に該当者がいないため統計的には検討できなかった。その他の基準は有用であった。一方で、「16歳未満の妊娠」については、単独でも該当すれば通知することになっているが、多変量解析の結果、有意な基準にはならなかった。これは、「16歳未満の妊娠」は支援を

要する母親に間違いはないが、もし、家族の十分な支援体制が整っていれば、必ずしも公的支援が必要ではないためと考えられた。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待、養育困難と深い関連があることが示された。本研究で検討した因子は、父母の背景、妊娠経過、児の問題の3つに大別される。父母の背景として、若年もしくは年の差婚、未入籍、経済的な問題、母の精神疾患等があり、妊娠経過については、高血圧、尿蛋白、早産、児の問題として、低出生体重児、早産児、多胎、先天疾患等が挙げられる。そもそもの背景に加え、妊娠中の問題および出産後児の育てにくさにつながるような児の先天疾患、早産、低出生体重等が合わさると、将来的に虐待や養育困難となる例を多く認めることが判明した。入所理由が虐待か養育困難か、虐待の種類が身体的虐待かネグレクトかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。特に養育困難やネグレクトでは父母の年齢差、母の精神疾患が強い関連があった。この研究の **limitation** は、入所群が母子健康手帳の複写のあるものに限定されている点であり、母子健康手帳の提出がないものの中には、飛びこみ分娩で入所時

に母子健康手帳の発行がないものや、母子健康手帳の提出拒否、母子健康手帳紛失等様々な原因があるが、複写のないものについては、その原因も不明であることである。対照群については、アンケート形式で任意の参加としており、選択バイアスがあることである。また、**strength** としては、虐待や養育困難での入所例についての情報を使用した検討であり、今まで報告がないこと、また、対照群を設定していることである。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

本研究は医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証することを目指している。

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

「HRP チェックリストの適切な活用が産科合併症の早期発見に繋がる」との仮説を検証するためには、現在進行している症例に対しての前方視的な観察による証明がより確実と思われるがその前段階の検証方法として、この研究を行った。

まず、HRP チェックリストの作成にあたっては、**JSOG-DB** を利用したが、このデータベースは、わが国最大の周産期データベースである。残念ながら、全分娩登録ではなく、病院を

中心としたデータベースであることは前述した通りである。

今回、一般産科診療所や助産施設を中心とした一次施設の症例にどの程度当てはまるのか検証したところ、産科合併症に關与するリスク因子の抽出率(感度)が 50%以上あったことは、施設規模にかかわらず、本チェックリストを使用できる可能性を示唆している。

今回の検討では、一次施設において、陽性的中率は有意ではなかったが、今後症例数の増加やリスク因子別の検討や重みづけを加えることで、一次施設で本チェックリストを使用できる可能性がある。

今回は一次解析の結果を示すにとどまったが、最終年度は、妊娠高血圧症候群や切迫早産などの主な産科合併症別に、リスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行うことで「この HRP チェックリストが施設規模によらず全施設で使用可能である」ことを検討する予定である。

同時に「社会的」リスクと「医学的」リスクの相互関連性も検討する予定で当該施設での倫理委員会で承認されたところである。

2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識した治療を行ってはいられると思われるものの $RR \geq 2$ の早産ハイリスク妊娠であ

った。母体年齢等子宮頸部手術施行群、非施行群で有意差があり、背景が同一でなくさらなる検討を要すると考えられた。また、手術方法別のリスクには差がなく、頸管長や腔分泌物培養の結果、あるいは予防的頸管縫縮術でも早産率に差がみられなかった。さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法は見いだせていない。子宮頸癌および子宮頸部病変は、多くが性交渉によって感染する HPV に由来している。近年の子宮頸癌および頸部病変の若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されている。社会的ハイリスクを有する女性では、その傾向が顕著であることはよく知られている。そのため子宮頸部手術後妊娠が多いことも、社会的ハイリスク妊娠での高い早産率の一因になっているとも考えられる。これらの妊娠管理を考える上では、特に重要である。

3. 医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

ハイリスク妊娠とされる合併症妊娠患者の産後における基礎疾患の管理においては、糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患においてはフォローアップ率が低いことが示された。また精神疾患では、ほとんどフォローされていないことが明らか

かとされた。これは、当該病院の病院機能に依存しているものとも考えられる。当院では、腎泌尿器科疾患は、移植などの目的がなければ積極的に自院での長期管理はなされていないことに起因するものといえる。また、精神疾患などは、妊娠期間においてのみ必要とされることも多く、さらには個人の心療内科クリニックでの管理がなされている場合もあり、総合病院での管理がなされていないのかもしれない。一方産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。今回の検討ではなされなかったが、既往妊娠で早産した妊婦が次回妊娠で反復する切迫早産を認める症例もあり、対策が求められるものと推定される。

4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

次年度に解析予定のデータに基づいて、考察をしていく予定である。

Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中

からの母体への支援の在り方を検討するものである。

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と考えられた妊産婦は、全分娩の4%で、全国で年間約4万人と推計される。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を15%程度が抱えている。また、半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精神科医師などとの接点があるが、他の半数は専門医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、比較的低年齢で、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ている。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合を、自治体ごとに比較すると、0.6%から8.6%と10倍以上の差があった。地域ごとでは、北海道・東北、関東、九州で比較的高率で、東海北陸、近畿で低い傾向にあった。これらの地域差の原因を検討するため、社会的背景として指摘されている経済状況や婚姻状況と比較したが、自治体ごとの平均的指標と対象妊産婦の割合には有意な関連は認めなかった(県民一人当たりの所得： $r = 0.126$ 、女性の生涯未婚率： $r = 0.181$ 、合計特殊出生率： $r = 0.193$)⁷⁻⁹)。一方、対象妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体

で高率になる傾向があった($r = 0.42$, $p < 0.05$)。このことは、各自治体における産婦人科医師の意識やスクリーニング方法に相違がある可能性を示唆している。より良い介入を行うためには、精神科受診歴のない妊産婦を含め、対象者を均一に抽出することは重要で、妊娠中に一定のスクリーニング法を導入することが必要と推察された。

施設の種類により、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分布は異なる。介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、診療所の2.4%に比較し、病院で5.4%と2倍以上におよんでいた。通常、産科診療所には精神科診療機能はなく、対象者がいる程度高次施設へトリアージされていた結果と推察される。病院の運営母体では、大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)でメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の頻度が高く、機能的な分類では周産期母子医療センターの指定を受けている施設(総合6.5%、地域6.6%)で高率であった。また、精神科受診歴のない妊産婦の割合と施設種類に大きな相違はなく、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法に大きな施設間格差はないものと推察された。

メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦への対応には、専門的な知識と技術が必要になる。しかし、実際には助産師(87%)や産婦人科医師(53%)が対応することが多く、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応していた施設(14%)はわずかであった。実際、18自治体では、臨床心理士が

対応したとする施設からの報告はなく、その配置や対応システムを検討する必要があると推察された。また、臨床心理士が対応した施設の割合は、運営母体ごとの集計では都道府県立病院(57%)、機能的な分類では総合周産期母子医療センター(42%)で比較的高いものの、患者が集中する大学病院(27%)や国立系病院(17%)では平均的な数値に止まっていた。本調査では、実際の臨床心理士の配置を明らかにすることはできないが、患者が集中する施設では更なる臨床心理士配置の充実や施設内の連携システムの効率的な運用を検討する必要があるものと推察された。

また、産後精神科医師に紹介したとする施設が 20%程度に止まっていることも、今後の課題である。この紹介率は施設機能に依存し、都道府県立病院や総合周産期母子医療センターなど高次施設で高い。高次施設には精神科が併設されている施設も多く、院内紹介を含め紹介率が高くなるものと推察される。一方で、産科診療所では紹介率が低く、精神科施設との連携に問題がある可能性が示唆される。実際、妊産婦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、産科診療所から精神科へ、いかに速やかに連携するかは、重要な課題と考えられた。

以上の成績は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦の全てが、十分な支援を受け出産を終え退院しているわけではないことを示唆している。早急な

改善には、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師の確保や地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師などへの教育も重要である。産婦人科医師や助産師などを対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

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

研修会後に実施したアンケートでは、今後自施設内や他機関関係者とメンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、研修会の満足度についての結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアのスキルアップのニーズに合致していることが示唆された。研修会から3か月後に実施予定のアンケートで、今後本研究のプログラムを検証予定である。

以下に、アンケートの結果から明らかになった参加者のメンタルケアの実情を考察する。

参加者のほとんどが、一定数以上の

心の問題で「気になる」妊産褥婦に対応していることが明らかになった。また、直近の3か月間で特定妊婦に対応していると回答した参加者の割合は約4分の3であり、残りの約4分の1の参加者の中には特定妊婦の定義を把握していない者もいたと考えられる。母子保健関係者の間で特定妊婦についてのさらなる啓発が望まれる。

また、メンタルヘルス不調の母親に自施設内である程度対応していると答えた参加者は半数弱であり、メンタルケアに対する母子保健関係者の対応ができているところとできていないところに二分される現状が明らかになった。今後、メンタルケアをあまり実施しているといえない約半分の施設も、おのずとメンタルケアに取り組めるような保健システムを作っていくことが望まれる。

メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援についての会合が全くない、と3分の1弱の参加者が回答していた。メンタルヘルス不調の母親にはどの母子保健関係者も対応する機会があると考えられ、対応を協議する定期的な場を今後より多くの施設が持つことを推進する施策が望まれる。

また、大多数の母子保健関係者が他機関関係者との会合に参加する機会が非常に少ないか全くないと答えていた。地域の多職種連携には、関係者の顔の見える関係づくりの場となると考えられ、今回の研修会でもそのような会合について講義の中で紹介した。今後、地域での関係者間の会合が

持たれるような施策が望まれる。

次年度以後も、母子保健メンタルケア指導者研修を厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業の中で行っていく予定であり、今年度のアンケート結果や実施状況を踏まえ、次年度以後さらなる均てん化につなげていく。

3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

産後うつにつながる母体側の要因は出産時に医療機関が把握可能であるが、在宅における新生児のケアは産科退院後であり、どの週数に新生児に対しどのような不安があるのか明確ではなかった。今回の結果により、新生児期に子どものケアに悩む相談のピークは生後2週目であることが明らかになった。また、新生児に関する育児不安の要因として「泣きやまない」「なぜ泣いているのかわからない」「病気への心配」などが挙げられてきたが、今回子どもの状態が病気の症状かどうか把握できない保護者が少なからずあることと、さらに日常の育児や比較的軽微な症状に対する心配が親の心の問題につながっていることが示された。

#8000事業は、核家族化・少子化の中乳幼児の子育て経験が乏しいまま成長し、夜間に子どもの病気やケガで対処に困惑し不安を感じる保護者が増加したことに対して、開始された。相談件数の推移では年度によりやや違いはあるが、全体として増加傾向で、

日々多くの利用がある。中でも0歳児の相談は開始当初より年齢別で最も多く、他府県でも同様の傾向である。0歳児の保護者は子育て自体が不慣れで病気の経験も乏しく、夜間の救急受診も経験がないため、家庭から心配になった時すぐに直接専門職と話ができる電話相談のニーズは高い。0歳児および新生児の相談件数の年次推移では、全体の相談件数と同様に増加し、全体に占める比率には特に大きな変動はなく、今まで特に注目して分析を行うことはなかった。しかし今回新生児に注目し週数別相談件数を集計すると、生後2週目が最も多く3週目と共に4週目より有意に多かった。0歳児全体では月齢が上がると件数は増加していた。

相談の主訴を検討すると、新生児においても発熱・嘔吐などの症状が多いが、週数別件数では2週目にピークがあり、4週目は少なかった。0歳児全体では発熱・嘔吐・下痢は月齢と共に件数が増加し、呼吸器症状や皮膚症状も3ヵ月以後の件数が多いように、疾患の増加と相談件数は一致した傾向を示していた。新生児期は週数で疾患の罹患率が大きく変わらないことと4週目には1ヵ月健診があることから、相談は病気の相談より保護者側の不安を反映している可能性が考えられた。相談員からは、新生児期は一見病気の症状のようでありながら、よく話を聞くと、体温の高さへの戸惑いや溢乳などの相談が多いことが指摘されている。#8000では新生児の受診の目

安として、哺乳力・機嫌・泣き声の強さなどから緊急性を判断し、新生児で病気が疑われる場合は受診を勧めることが多い。今回の結果すぐ受診を勧める例は、発熱で4分の1、嘔吐は1割に過ぎないことから、大半は相談員が受診の必要のある病気の症状と評価していないことが示された。その他の主訴として多い「泣きやまない」「育児相談」も第2週にピークがあり、産科を退院後家庭で不慣れな育児に戸惑い、病気への過剰な心配や夜間に不安に駆られて、#8000を相談相手として選択したと推察された。

相談内容を新生児と新生児以外の0歳児で比較すると、新生児では「家でのケアの方法など」の比率が高く、受診や薬についての相談が少なかったことより、やはり家庭で自分がどうすればいいか対応を知りたいという要望が多いことが示された。また「親の心の相談」は9例と少ないが、新生児以外の0歳児より有意に多いことが懸念された。相談の会話を通して、症状にこだわりが強い事例・不安感の強い口調・お風呂や授乳や接し方など次々に育児の相談が湧き出る事例・父親が母親の精神面を心配した事例などを「親の心の相談」としたが、病的と考えるにくい状態を発熱・嘔吐・けいれんといった病気の症状と受け止めて過剰に不安を抱き、日中の相談機関がわからない例が多かった。産後うつのような深刻な状態に至るには、家族背景などの要因も複合していると考えられるが、今回の結果からは、在宅で不

慣れな新生児の育児に戸惑うことが親の精神的問題につながる可能性が感じられた。

#8000 は子どもの病気やケガに対し電話直後の受診の判断やケアを求められる相談が中心で、大阪府は全体の件数が多く1件当たり数分で対応する場合が最も多い。育児不安に対して十分な聴き取りは困難で、心理や子育て環境にまで深く配慮することは難しい。現在育児に関する電話相談は平日日中に行われているものが多いが、夜間の恒常的な電話相談が開設されることが望まれる。家族以外に相談相手がない夜間に保護者を支えると共に、どのような不安が生じるのかなどの分析が行われれば、変化の激しい社会においてその時々時代に即した育児支援の対応策に反映されることが期待される。

また、新生児への支援策として電話訪問は家庭訪問より有効性が低いと報告されている。今回の結果から健常な新生児でも生後2週目から3週目に相談のニーズがあることが示された。保護者が新生児に不慣れな産科退院前後の時期に、健常新生児の見方や受け止め方を理解し、「泣く」「溢乳」などの生理的範囲のトラブルを落ち着いて受け入れられるような支援が行われれば、育児不安の軽減に有用と考えられた。周産期の親子を支援するためには、人的資源を有効に活用することが求められる。新生児から乳児、幼児へと引き継ぐため、産科と小児科の情報交換や協力体制、医療機関から地

域への受け皿への連携を含めたきめ細かな支援体制の構築が、核家族化・少子化時代の子育てに必要な不可欠と考えられた。

4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

従来、本邦の妊産婦死亡統計には自殺は含まれていなかった。現在、妊産婦死亡はおよそ100万分娩からわずか40名程度まで減少している。しかし、近年正式な統計が取られていないものの妊産婦の自殺が散見されるようになってきた。平成28年4月には竹田らによって、東京都の妊産婦自殺が10年間(およそ100万分娩)に63名であったと報告された。さらに、子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第12次報告)から読み取っても、出産後1年以内に毎年数名の心中が発生している。このことから考えても妊産婦の自殺は従来年間妊産婦死亡に匹敵する可能性が出てきた。大阪府においても、未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書さらに児童虐待、特定妊婦等の検証の延長線上で妊産婦のメンタルヘルス、自殺が大いなる懸念として関係者の間で共有された。そこで、大阪府の自殺対策担当部局の事業として『大阪府妊産婦こころの相談センター』を設置した。その事業目的は以下である。産前・産後は精神的に不安定な時期であり、産後うつについては10~20%が罹患するといわれている。精神的不安

定は母児の愛着生成にも影響し、育児困難、児童虐待に繋がりにかぬないことから、妊産婦のこころの安定を得て、妊娠期から乳幼児育児期までの切れ目ない支援を目指すものである。また妊産婦の自殺は、家族を含む周囲への影響が著しく大きいため、産前・産後を通して、精神的なサポート体制を構築することで、自殺を防止する必要がある。このため、本事業では、大阪府立母子保健総合医療センターに大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、専任職員を配置することで、府内の精神的に不安定な妊産婦に対して、ワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を整備する。

相談業務

- ・ 妊産婦、家族および関係機関からの電話相談に応じ、必要な際は、来所による相談支援や診療を行うとともに、継続支援が必要な妊産婦を、適切な機関(精神科医療機関、市町村、子ども家庭センター、保健所等)につなぐ。
- ・ 精神疾患専門領域の相談に対応するために、1週間に1日精神科医による診療・コンサルタント体制を整備する。

特に、精神科医師の団体である大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会が参画していただいたことは大きな意味がある。同時に、大阪府こころの健康総合センターの参画も大きな支えとなっている。

現在、大阪府の各市町村で妊娠届時

に母子健康手帳交付の際、カードを配布し、周知を図っている。

当初の目的である「必要に応じて関係機関に繋ぐ」ことが難しい例も少なくない。これは匿名の多さに依るものであるが、匿名だからこそ相談できる気楽さもあるようである。相談員は匿名のまま構わない内容であればそのまま相談を受け、必要に応じて名前や住所地を聞き取るようにしている。

電話回線が限られているため1件に多くの時間は割きにくい。1件の相談あたり概ね30分間を基本としているが、ようやく相談相手を見つけた安堵感からか話が切れない場合も多く、妊産婦の孤立が垣間見える。また流死産後の女性に関する相談もあった。妊娠とメンタルヘルスを考える際に外せない対象者であり、どのように対応していくかは今後の課題である。

主な対象としては、精神的に不安定な妊産婦と考えている。中には精神医療の導入が必要な方もおり、そういった方は精神科医療機関へつなげているが、当センターの事業は精神的に不安定な妊産婦を主体に育児支援に繋げることが大きな使命であると考えている。育児支援を通して、妊産婦の自殺や児童虐待の抑制に繋がればとの思いで日々運用しているが、まだまだ、課題山積で試行錯誤の日々である。

総括

本邦の周産期医学は従来、以下のような課題に対応してきた。

- ・医学的問題
- ・搬送体制の整備問題
- ・人的供給体制の問題

1000g の超低出生体重児が生存出来るか？さらに、出生直後からの外科的・内科的疾患への対応をどうするか？近年では胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術(FLP)等の胎児医療も可能になってきた。こうした、医療の進歩に伴い、適切な母体搬送、新生児搬送が全国的に整備されてきた訳である。そうした中で周産期医療を担う人材不足は現時点においても大きな課題である。

このような経緯とは別個に、近年は“妊娠期からの切れ目ない育児支援”によって児童虐待予防・防止が指摘されるようになってきた。つまり、

- ・社会的ハイリスク妊娠
- ・子育て支援

が今後の周産期医療の大きな課題となっていくものと思われる。

我々の調査からも既に、全国の相当数の産婦人科医療機関で社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦を経験している。さらには、その延長線上で児童虐待も経験している。社会的ハイリスク妊娠は児童虐待という帰結からの課題として上がってきたのであるが、このように、社会的ハイリスク妊娠における妊産婦のメンタルヘルスも大きく問題視されてきた。妊産婦メンタルヘルス問題もその延長線上には“自殺”も課題としてあげられるようになってきた。すなわち“児童虐待”と“妊産婦の自殺”という母児の最悪の結末に“社会的

ハイリスク妊婦”あるいは“特定妊婦”が関与していると考えられるのである。しかしながら、妊娠中の要因と児童虐待において、科学的検証のある要因は証明されていない。あるいは妊娠中の要因と妊産婦の自殺についての科学的検証は行われていない。もし、予防・早期発見が成立するとしたら、因果関係のある要因が判明していないと効果的な対応は出来ない。従来の児童虐待検証から一定数の事例においては妊娠中の要因が出産後の児童虐待に関与していることが推定されてきた。そのような思いから健やか親子 21(第 2 次)においても“妊娠中からの児童虐待防止対策”、“切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策”が提唱されていると考える。その意図するところは理解しやすいが、実証的に因果関係を検証された結果ではなかった。本研究班の大きな目的は、“妊娠届”、“妊婦健康診査”という本邦で広く行き届いた母子保健システムを活用することで、“全ての児童が健全に育成される”母子保健対策を検討することであると考える。平成 28 年の児童福祉法等改正において、『全ての児童が健全に育成されるよう、児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策の更なる強化等を図るため、児童福祉法の理念を明確化するとともに、母子健康包括支援センターの全国展開、市町村及び児童相談所の体制の強化、里親委託の推進等の所要の措置を講ずる』と提唱されている。以下に、今回の研究で明らかになった項目につ

き、要約する。

(1) 妊娠中の要因と養育困難

①A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦を追跡した結果、47.2% (34/72)が要保護・支援児童として1年以上経過していた。終結は29.2% (21/72)にすぎなかった。同時期のその他の妊婦(2852人)からの要保護・要支援児童は64人(2.2%)であった。従って、特定妊婦からは児童虐待に繋がる事例が約半数に昇ることが示された。多くの事例は、特定妊婦として妊娠中から支援を受けていたのであり、特定妊婦としての支援がなければ、さらに高頻度で児童虐待に繋がった可能性がある。要保護・要支援児童(98人)のうち特定妊婦からの発生は34人(34.7%)であったということは、妊娠中からの要因によって児童虐待に至る可能性は児童虐待全体のおよそ1/3程度と考えられる。

このような実証的成果が得られた意味は大きいと考えている。しかし、本研究においては介入後の結果であるし、特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊娠の転帰は検討されていない等の研究の限界はある。

②妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

大阪府内の子ども家庭センターに一時保護(0歳～5歳例)された事例のうち虐待によるもの70件、養育困難によるもの27件の妊娠中の要因を検

証した研究である。0歳が最も多く、かつ年齢が低いほど養育困難での入所の割合が多かった。虐待の種類はネグレクトが最も多く、性的虐待は認めなかった。主な虐待者は、母親が最も多かった。施設入所群と対照群を比較検討した結果、母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より10歳以上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重2500g未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併が挙げられた。中でも母の精神疾患合併は検討区分により異なるが、Odds比は48倍～136倍と高かった。

本研究からは妊娠中の要因が重層的に児童虐待に至る可能性を示している。こうした、定量的検証からは今後の支援の有り様を策定していく上で大きな証左が得られたと考える。

③妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

アセスメントシートにある6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目について検証した。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。要保護児童対策地域協議会への通知基準である16

歳未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、メンタルヘルス問題・経済的困窮の調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。

本研究からは大阪府版「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにできた。

④社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

ハイリスク症例数がn=10と未だ少なく、結論を出すに至らない、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要保護児童対策協議会対象者が4例存在した。

この結果は少数ではあるものの、特定妊婦からの児童虐待発生の頻度と近い結果が得られている。

この研究からの課題は[個人情報保護]問題である。本研究は倫理審査を受けた後に、対象妊産婦から自筆承諾書をいただいた上での追跡調査である。それにも関わらず、自治体からの資料提供は芳しくない。本研究班の目指す実証的検証結果を得るためには大きな課題である。今後も研究成果を得られるように働きかけを継続していく予定である。

⑤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

妊娠届で「予想外だったので戸惑った」「困った」「何とも思わない」「そ

の他」と回答した場合に、1歳半児、3歳児を育てにくいと回答する率が高いことがわかった。

この研究には妊娠届の情報のみであっても3歳時点の子育て困難に関連していることが示された。

⑥大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

質問紙調査では、妊娠届出場所が保健センター等の母子保健担当部署では、保健師の全数面接が92.9%で行われていた。この面接時には後述するアセスメントシートを用いることが望ましい。

妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが46.5%、住民票がなくても受理する場合がある53.3%、妊婦健診受診券もVD等の事情に配慮して住民票がなくても発行する47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。このような対応は現実的であり、母子保健施策としては必要性の高い対応と考える。現在の妊婦健診は、妊娠届の受理がないことには開始されないのである。

(2)社会的ハイリスク妊娠

前述の研究成果から考えなければならぬことは、“社会的ハイリスク妊娠”を整理することである。

まず、以下のような検討が必要である。

- ・定義
- ・頻度
- ・アセスメント方法

①定義

近年“社会的ハイリスク妊娠”という言葉は多用されるようになってきた。しかし、コンセンサスのある定義は存在しない。同様に、法律用語としては存在しているが事実上、特定妊婦も然りである。児童虐待においては法律上の定義もあり、分類も可能である。すでに、20年程度の歴史的蓄積から一定のコンセンサスも得られている。定義とはならないが、以下に社会的ハイリスク妊娠の特徴を挙げる。

- ・妊産婦、児童の健やかな生活が困難に晒される環境要因が存在する
- ・社会的経済的問題がある
- ・身体的疾病ではない
- ・メンタルヘルス問題がある
- ・妊産婦の成育状況も影響する

②頻度

平成27年度報告書に報告してあるが、およそ10%弱であった。これは定義もなく、医療機関が社会的ハイリスク妊娠と判断するかどうかのみでアンケートしたものである。周産期母子医療センターでの対応が増加していた。荻田らの日本産婦人科学会との共同調査においても同様の傾向が確認されている。木下らの調査においても、要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所(2.4%)に比較し、病院(5.4%)では2倍以上で、特に大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)に集中していた。A市の特定妊婦は4年間で2.8%(163/5893)であった。現時点まで、行政単位での特定妊婦数データは乏し

く確定はできない。自然発生的結果ではあるが、“社会的ハイリスク妊娠”ないし“特定妊婦”も医学的高次医療機関に集積化しつつあることが推定される。必然的に周産期母子医療センターの課題のひとつになっていくことが推察される。今後もさらなる事例集積から定義・頻度が明らかになっていくことが期待される。

③アセスメント方法

アセスメントを行うためにはアセスメントを行うツールが必要である。さらに、どの時期に、どの職種が行うかである。妊娠届の際にはアセスメントを行わなくてはならないが、全ての市区町村の窓口で保健師による面談が行われているわけではない。医療機関では医師、看護職、時にはMSWがアセスメントを行う。以下に本研究班の成果を踏まえ概説する。

③-1 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

大阪府のアセスメントシートの検証を実証的に行っており、本アセスメントシートの有効性を示すことができた。ただ、妊娠初期の1回のみで全てのアセスメントは出来ない。さらに、妊娠中の母児は妊娠経過ならびに環境も変化してゆく。そのためには、妊娠中から出産後までのアセスメントも必要になってくる。

③-2 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

平成 27 年度に本研究分担班で開発したモデル問診票(「お母さんの健康と生活に関する問診票」)の記載情報(妊娠前期)を把握した上で、「お母さんの健康と生活に関する問診票」活用支援マニュアルを作成した。この際、妊娠期からの支援対象者のスクリーニングの標準化のために、大阪府の「アセスメントシート(妊娠期)」の項目を用いて、把握すべき状況をモデル問診票の各項目それぞれについて具体的に示した。

本研究によって、妊娠中のアセスメントを加え支援対象の絞り込みと支援内容を提案している。このような試みが検証されていけばより実効性の高い支援に繋げることができる。支援における行政の主体は保健・福祉が想定されている。医療機関との連携のためにはアセスメントシートは共通言語としての位置づけもある。今後も全国的コンセンサスを得たアセスメントシート作製が望まれる。

③-3 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

妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術(案)が提案されている。これは妊娠中からの切れ目のない妊産婦支援である。これらの支援を実効性のあるものにするためには、“社会的ハイリスク妊娠”抽出のシステム構築が望まれる。

(3)妊産婦メンタルヘルス

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

平成 27 年度の調査において、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%で、全国で年間約 4 万人と推計され、未婚者が 18%で、貧困など生活面の問題を 15%程度が抱えていることが明らかになった。精神科への紹介率は 22.2%に止まり、総合周産期母子医療センター(57.6%)等高次施設で高く、産科診療所(14.5%)では低く、自治体間でも異なっていた。産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことが望まれる。

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

メンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者が大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。

③大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

平成 26 年度新生児相談件数 618 件では、生後 2 週目の相談が 252 件(新生児の 40.8%)と最も多かった。新生児期では健常小児の状態把握に困惑し病気を心配する親が少なからず存在することが明らかになり、育児不安につながる可能性も示唆された。

#8000 は本来、新生児の相談窓口であるが、親のこころの相談も混在していた。さらに産後 2 週間がピークであった。これは産後の子育て困難と“親のこころの負担”に関連性があることを示している。

④「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

妊産婦メンタルヘルス問題の充分な分析がない状況であったが、必要性を鑑みて事業が始まった。前述の#8000の研究もこうした事業の必要性を示していると考えられる。この種の事業は都道府県では初めてであるが、現場からは有益性を感じる結果が出ている。この事業のみでこの問題が解決するわけではないが、現時点では数少ない有効性のある事業と考えられる。

そもそも、妊産婦メンタルヘルスも判断基準も含めてコンセンサスのあるものは少ない。少なくとも、精神科疾患合併妊娠とイコールの課題ではない。妊娠の継続、出産、育児が関与して妊産婦自身の日常生活、あるいは育児に無視出来ない影響を及ぼす問題であろうと考える。妊娠・出産に限らず、進学、就職、結婚、引っ越し等の環境変化は一定のストレスになり得る。個人差は大きいのであるが、“こころの問題”にはなり得る。もちろん、個人本来の性格・人格によっても対人関係は変わってくる。しかし、妊娠・出産・育児は本人の意思とは関係なく時間軸は進行していく。そのような環

境の変化に対応しきれないと“子育て困難”、“うつ状態”状態が出現した場合に“児童虐待(死)”、“自殺”となってしまう可能性がある。今後も、事例集積・検証を行って望ましい管理指針策定が望まれる。

(4)医学的ハイリスクと社会的ハイリスクの関連性

①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)の有用性に関する検証

JSOG-DB に基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

②医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2% (390/1,488) は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848) に比して、有意に高値を示した。

本研究は医学的ハイリスク妊娠のうち最大の問題である早産を検討したものである。子宮頸がんの若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されており、子宮頸部手術後妊娠に社会的ハイリスクが多いと考えられる。医学的ハイリスク要因と社会的ハイリスク要因が合併した場合に、早産に至るといふ事が推察され、リスク因子として「子宮頸部手術後妊娠」の追加の妥当性が示された。

③医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、フォロー率が低いことが明らかとされた。出産後の母親の追跡は従来から特定の疾患に対しては提唱されている。妊娠は一種の負荷テストと考えられ、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群等の発症はスクリーニングもされるほどである。出産後も、糖尿病、高血圧、腎機能異常等が出現してこないか追跡が勧められている。医学的疾患の多くは顕性の疾病には至っていない状況が多い。従って、治療対象に至っていない場合が多いので、追跡のみの場合には脱落してしまう事が多くなる。本研究からも精神疾患追跡は事実上困難であることが示された。そうするとメンタルヘルス問題はどの職種が如何に追跡、支援するのかは早急な対応が望まれる。

④社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

平成 29 年度に社会的リスクと医学的リスクの関係について解析する予定である。社会的リスクと医学的リスクがオーバーラップした場合に母児の予後が増悪するのかどうかを検証することによって、今後の母子保健管理にフィードバックが期待されている。

(5)産後ケア

①本邦の母子保健事業の現状調査

平成 29 年 4 月から「子育て世代包括支援センター」が全国で開始される。平成 32 年までに設置予定である。その直前の市区町村 1741 ヶ所にアンケートを行った。平成 29 年に分析予定である。これによって、母児保健事業の現状の一端が判明すると思われる。

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

子育て困難事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行った。

1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

11 週以内の妊娠届と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV 等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

アンケート結果からは分娩を扱っている施設の産婦人科医は、社会的経済的リスクが児童虐待につながると一般的に認識しているが、MSW の不在である施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能

性があることがわかった。また、児相への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の 12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

ハイリスク症例数が $n=10$ と未だ少なく、結論を出すに至らないが、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要保護児童対策協議会対象者が4例存在した。

3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

ハイリスク・ローリスクともに約2割が分娩後1.5年以内に転居していた。1.5歳までの児の入院率・予防接種率・乳幼児健診受検率は両群で有意差が見られなかった。ハイリスク群はローリスク群と比較して育児相談の相手先が少ない傾向にあった。「パートナー」「実父母」を相談相手に挙げる者が多く見られたのは、育児相談についての過去の調査内容にも合致する。そしてハイリスク群はローリスク群と比較して「パートナー」「実父母」を相談相手とすることが有意に少なく、本来育児相談相手となるべき人々に頼れず孤立しがちな状況を示していると考えられる。一方ハイリスク群では「祖父母」を育児相談相手とすることが有意に多く、有意ではないが保

健師・近所の人・病院関係者などそれほど近しくない人に育児相談しなければならない状況が示された。

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦からは高い頻度で児童虐待が発生する。早急な妊娠中の社会的ハイリスク妊婦の評価、支援策の策定が強く望まれる。

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

モデル問診票の試行にあたり、大きな課題は認められていない。次年度は、前向き調査により対象者への支援状況や出産後の状況を分析し、有効性を検証する予定である。さらに、保健指導マニュアルを活用し、機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援モデルの他地域への展開を目指したい。

6. 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

事例検討した事例から、妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。しかし、出産後の継続した支援の難しさがあった。保健師への面接調査から、妊娠届出時に全数面接を行い、支援が必要な妊婦に担当保健師が妊娠中からかかわることが必要である。また地域のネットワーク構築が重要であることが示された。医療機関スタッフへの面接からは初診時から関

係構築を目指し、妊婦が一人の女性として大事な人であることが伝わるようにかかわっていることが示された。

7. 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

妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査

次年度はアンケート集計ならびに分析を予定している。これによって、平成29年度の全国の市区町村における母子保健事業の現状・課題が明らかになる予定である。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

各項目は、大部分が要保護・要支援の関連因子であることが分かったが、一部不要と考えられる項目があった。要保護児童対策地域協議会への通知基準は、おおよそ適切であるが、「16歳未満の妊娠」については、仮に該当しても、家族の支援が得られる場合には、必ずしも公的に見守る必要がない。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

施設入所群と対照群を比較することで、虐待と関連の深い因子が明らかとなった。この検討は、虐待や養育困難で施設入所にまで至ったいわゆる超ハイリスクを対象としている。虐待予防の観点からは、虐待に至る前の介

入が望まれるため、妊娠中から支援を必要とする母児の抽出に必要な因子は、今回の検討で把握された因子を最低限とし、さらに広げる必要があると考えられる。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

本研究は医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証するために以下の研究を行った。

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

二次施設や三次施設からのデータを中心に作成したJSOG-DBに基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の高い早産率から、リスク因子として「子宮頸部手術後妊娠」の追加の妥当性が示された。

3. 医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

ハイリスク妊娠とされる合併症妊産婦患者の産後における基礎疾患の管理においては、糖尿病、血液疾患、肝

疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患では、フォロー率が低いことが明らかにされた。

4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクがあれば医学的リスクが上昇することが示されれば、医療機関で医学的な情報のみでなく、社会的な情報も聴取することで、妊娠中産後の母児の周産期のリスクについて評価を行うことができる。かつ社会的リスクの程度に応じて、保健・福祉機関と連携し妊娠中から母児を支援することができると考えられる。

Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中からの母体への支援の在り方を検討するため以下の研究を行った。

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

が必要と考えられる妊産婦の割合は4%で、全国で年間約4万人と推計される。この割合は、自治体間で異なり、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。また、施設ごとの検討でも、対象者は診療所に比較し、病院では2倍以上で、特に大学病院と国立系病院に集中していた。

対象者への対応の大部分は助産師や産婦人科医師が行い、臨床心理士が行っていた施設はわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。また、精神科への紹介率は20%程度に止まり、高次施設で高く、産科診療所では低く、自治体間でも大きく異なっていた。

以上より、妊産婦のメンタルヘルスカを専門とする精神科医師等の確保と地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

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

自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開

催したいと考えている母子保健関係者は多く、そのようなニーズに対して、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。

3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

新生児期では健常小児の状態把握に困惑し病気を心配する親が少なからず存在することが明らかになり、育児不安につながる可能性も示唆された。1ヵ月健診までの時期に、夜間も含めた相談体制をさらに充実させることが必要と考えられた。

4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

妊産婦のメンタルヘルス対策のひとつとして『大阪府妊産婦こころの相談センター』が稼働している。今後の検証作業は必要であるが、妊産婦のこころの安定に有益な事業と考える。

総括

“児童虐待”、“妊産婦メンタルヘルス問題”の多くは根底に“子育て困難”が大きく関与していると考えられる。最終的には里親制度、施設入所等の母子分離、親権停止もやむを得ないかもしれないが、多くの母子は生活を共にしていく。この過程に如何なる支援が求められているのか？可能であるの

か？効果があるのか？が今強く求められている。本研究班の今年度の成果から、特定妊婦というような養育困難が出産前から予想される場合にはおよそ半数が出産後1年以上経過しても養育困難が継続していることが確認された。すなわち、

- ・妊娠届、妊婦健康診査を用いたアセスメントを行う
- ・出産後の養育支援に繋ぐ
- ・児童虐待予防、妊産婦メンタルヘルスの安定に寄与する

という実効性のあるシステム構築の可能性がより高くなってきたと考える。次年度もさらなる成果を得るべく研究を継続させていく。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生、58: 2017 (in press)
- 2) 中井章人、光田信明、木下勝之。「メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究」、日本周産期・新生児医学会雑誌、53:2017 (in press)

2. 学会発表

- 1) 第8回日本こども虐待医学会学術集会：性虐待の被害経験がある妊婦へ

の支援 福岡 2016年7月22日

2) 第57回日本母性衛生学会：要支援妊婦を支える

東京 2016年10月14-15日

3) 第57回日本母性衛生学会：母子健康手帳の有効活用を目指して～リーフレットを用いた広報の実際～
東京 2016年10月14-15日

4) 第57回日本母性衛生学会：当院における若年妊婦の妊娠分娩経過と社会的背景
東京 2016年10月14-15日

5) 第57回日本母性衛生学会：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」に寄せられる「着床出血」相談
東京
2016年10月14-15日

6) 第13回日本周産期メンタルヘルス研究会：大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」
東京
2016年11月19-20日

7) 第13回日本周産期メンタルヘルス研究会：産科医療で行う妊産婦のメンタルヘルスの重要性と課題～妊産婦こころの相談センターをはじめ～
東京 2016年11月19-20日

8) 第22回日本こども虐待防止学会学術集会：望まない妊娠への支援—母親にならないということ—大阪
2016年11月27日

9) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：和泉市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦への支援について・第1報
大阪
2016年11月25-26日

10) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：和泉市要保護

児童対策地域協議会における特定妊婦への支援について・第2報
大阪
2016年11月25-26日

11) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：大阪府未受診妊娠調査から見えてきた児童虐待
大阪 2016年11月25-26日

12) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：望まない妊娠への支援—母親にならないということ—
大阪 2016年11月25-26日

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

- ・従来経験則から推定されていたいくつかの実証的に示せた。
- ・妊娠中の要因から養育困難を見出す可能性が高まった。
- ・後方視的データは多いが、事例数が多くない。
- ・個人情報保護の観点から事例データ収集に困難がある。

J. 今後の展開

妊娠期から子育てへ切れ目のない母子保健システムの開発を行う。