

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（健やか次世代育成総合研究事業）
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

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 大阪母子医療センター
統括診療局長 兼 産科主任部長

研究の目的

I. 妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

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に繋げる。医療機関と保健機関の連携によるハイリスク妊婦の把握、および支援の評価を明らかにすること。

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生き育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

光田：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

「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。

光田：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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ことを目的とする。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討する。

藤原：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

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歳半健診、3歳健診のデータをリンケージし、妊娠届の情報と虐待傾向（育てにくさ含む）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ことである。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

多職種による妊娠中からの切れ目ない母児支援を目指した。

上野：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

市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、保健指導として妊婦にどのような支援を行っているのかについて明らかにする。

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

平成 28 年に児童福祉法・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。事業主体は市区町村であり、平成 29 年度事業が開始される前の母子保健事業の現状を調査する。

荻田：地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

泉佐野市では平成 28 年度より産後 2 週間健診を開始した。産後 2 週間健診において育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげることが可能かどうかを検討。

III. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

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すため。

松田：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

「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」の一環として、出生後に支援が必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの的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ことを目的とした。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

周産期における医学的なリスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠については、母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。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算出することである。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

晩婚・晩産化、若年層における子宮頸がん患者の増加に伴い、子宮頸部手術後妊娠例の増加が予想される。頸部手術後妊娠は早産ハイリスクであることが知られており、昨年の本研究において、円錐切除後妊娠は早産ハイリスクであり、RR \geq 2.0 以上で HRP list に加えるべきと判断された。他の医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストに記載されている因子は、様々なリスクを伴ってはいるが、生児を得ることは可能である。しかし、円錐切除後妊娠に関しては、一部これまでの方法では、生児を得ることが困難であり、なんらかの早産リスク軽減のための新しい手段が必要となる。そこで、腹式頸管縫縮術に関する知見を収集して、その有効性について検討を行った。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦のメンタルヘルス問題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。見逃されがちな母親の“こころの負担”が最も重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧されるため妊娠中からの母体への支援のありかたを検討する。

木下：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

妊娠、出産は母体の身体に大きな変化をもたらすと同時に、精神面にも影響を与える。妊娠中のうつ病は約 10%、産褥期では約 10-15%で発症し、愛着形成の欠如を招き、出産後の育児不安やネグレクトをはじめ、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている。

本研究では、年間約 4 万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が 0.6%から 8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、妊産婦のメンタルヘルスカを専門とする精神科医師や心理職等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。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスカを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。

本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

立花：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

平成 27 年度にメンタルヘルス不調の母親とその子どものサポートのためのマニュアル作成している。今年度は、そのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア・サポーターを養成する研修会「母子保健メンタルケア指導者研修」を企画・実施し、研修会前後における参加者の意識の変化を検証することとした。

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

本邦における医学的・社会的ハイリスク妊婦の産後のフォローアップ期間について児童虐待予防等の観点から、どのようにすべきかについての文献的な系統的総括を行った。特に、世代間移行が認められる被虐待体験妊婦のフォローアップについて重点的に検討した。

V. 公開シンポジウム

2017 年 11 月 27 日、東京で開催した公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」において、シンポジウム参加者に対してアンケート調査を行った。

研究結果の概要

I. 妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

「社会的ハイリスク妊産婦」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点（精神状態・性格・依存性・身体合併症・虐待・被虐待・妊娠状況・受診状況、妊娠出産の受け止め）、養育状況の問題点（児への感情・育児ケアの問題家事・児を守る人的資源）、家庭環境の問題点（夫婦関係・経済状況・居住状況・相談相手はいるか）、子供の問題点（多胎・分離の必要性・健康状態）、その他（援助協力を発信、受容できるか）などの問題点を含んでいるものを指す。

社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが、分娩後の支援・介入がさらに重要であ

る。本人のみならず、出生する児が社会的に身体的に危険にさらされることは、なんとしても避けなければならない。当該研究班では、これまで「社会的ハイリスク妊娠」を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があると考え。「社会的ハイリスク妊産婦」とは、今後、「子育てに困難を感じる妊産婦」と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、「社会的ハイリスク妊産婦」は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

光田：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

要保護児童対策協議会対象者（以下“要対協ケース”）の割合はハイリスク症例では22/120(18.3%)に対し、コントロール症例では4/287(1.4%)であり、従来の「医療従事者の感覚」によって要対協ケースにつながるハイリスク者は概ね拾い上げられているようである。一方母子医療センターの症例で「ハイリスクと考えていなかったが、要対協ケース」が4例あった。出生届未提出はハイリスク症例のみに3例発生していた。乳幼児健診未受診はハイリスク症例で11/120(9.2%)、コントロール症例では10/287(3.5%)であった。行政育児支援に問題ありは11/120(9.2%)と5/287(1.7%)、市外に転居は11/120(9.2%)、13/287(4.5%)であった。症例数が少ない最大の理由は、本人の同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で情報提供が得られない地方自治体がある状況である。今後はさらに漏れなく大規模な研究体制が望まれる。

光田：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、虐待が70件、養育困難が27件であった。対象群は、345例であった。多重ロジスティック回帰分析によって、若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診が遅い(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。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、やはり虐待と深い関連があることが示された。妊娠中の高血圧と先天性疾患が有意な因子となったということは出生後の児童の状況と子育て困難発生とが関連性があるという可能性を示唆している。このことは、周産期母子医療センターにおける養育者についても子育て支援の観点をより一層深めなければならない事が示唆される。今回の検討は、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。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。出生後の支援はロウリスク群:13/185(7.0%)、ハイリスク群:6/37(16.2%)、スーパーハイリスク群:3/3(100%)であり、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。妊娠届出書のリスク評価スコア、1か月健診時のEPDS等のリスクスケール、および3~4か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

藤原：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

1歳6か月、3歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは15.7%、18.8%であった。妊娠届で把握されたリスク要因で1歳6か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること、初産、既往歴もしくは治療中の病気があること、里帰り出産の予定であった。3歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること、初産、思いがけない妊娠であった。妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが1歳6か月のときにも3歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

上野：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

支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」、パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「無職」、家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済的な不安定さがある」などが多かった。妊婦に対する保健指導としては、「妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOSを発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。保健機関において効果的な保健指導を行っていくためには医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことが重要である。

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

全国市町村アンケートの回答率は、671カ所(38.5%)であった。妊娠届け出の窓口は、保健センターのみが315カ所(47%)、市役所や出張所のみ214カ所(32%)、両方136カ所(20%)であった。保健センターでは、母子健康手帳交付のみは14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた。また、市役所出張所では、交付のみが25%であった。面談に携わる職種は保健師が最も多かった。母子保健担当保健師の充足感は25%であり、出生率が高い程不足と感じている割合が増加した。また、平成27年度の特妊婦新規登録数は3,388人(0.77%)であった。出生率が多い程特妊婦は少なかった。特妊婦を全例要保護児童対策地域協議会で取り扱っている所は26%であった。要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは12%であった。出生率が上昇するほど母子保健担当者の充足度が低下し、特妊婦率が低値であったことから、マンパワー不足により抽出が不十分である可能性が示唆された。妊娠期からの切れ目ない支援を実現するためには、母子保健担当の増員に加え一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

荻田：地域における産2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

2016年4月～2017年12月までを集計してみたところ、対象者(当院で分娩を行い、泉佐野市含む3市3町に住民票を持つもの)775人に対し、産後2週間サポートを利用した褥婦は542人(70%)に達した。そのうち2名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告している。産後2週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は2名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがあり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

III. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

松田：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

産科合併症の中で頻度が高い3疾患を主要3疾患としたところ、その頻度は切迫早産320症例(19.8%)、妊娠高血圧症候群79症例(4.9%)、前期破水57症例(3.5%)であった。リスク因子の頻度を検討したところ、切迫早産では、35-39歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤・IVF-ETによる妊娠、糖尿

病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。妊娠高血圧症候群では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。前期破水では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、これらは施設規模によらなかった。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」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。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

2016年1月1日から12月31日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037人であった。うち12週未満の初期流産(127人)、他院分娩(327人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36人)を除外し、1547人が対象となった。単変量解析にて、社会的リスクを有する者は、社会的リスクのないものと比較して自然妊娠が多く、経産婦が多かった。妊娠経過については、社会的リスクがある方が有意に子宮収縮抑制剤の使用が多かった。しかし、帝王切開率は、社会的リスクがないもので有意に少なく、分娩時出血も少ない傾向であった。児の予後に関して、両群で差を認めなかった。母体基礎情報で補正し、多重ロジスティック回帰分析にて社会的リスクと関連する医学的なリスクを検討した。慢性高血圧(aOR6.3(2.4-16.5))、子宮収縮抑制剤使用(aOR1.7(1.1-2.7))が有意な因子として抽出された。以上から社会的リスクによって、妊娠に関連した医学的リスクのうち、高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が有意に多くなることが分かった。その他の因子に関しては社会的リスクの有無によって差は認めなかった。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

2011年以降の円錐切除後妊娠における腹式頸管縫縮術の症例報告は、合計35報ヒットした。抄録から不適当な2件の除いた32件について、本文を取り寄せて、症例の経過を吟味した結果、適合する報告は13報、20例が抽出された。またPubMedでも、1報5例抽出され、合計20例の詳細について、それぞれの論文から情報を収集した。奇しくもすべてわが国からの報告であった。その中で90%(18例)の症例で生児を得ることができ、55%(11例)で、妊娠34週まで維持することができた。近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、早産ハイリスク妊娠である。しかし、通常の予防的頸管縫縮術に関しては、早産予防の有用性は見いだせない。そこで、経腔的頸管縫縮術が困難、あるいは効果なく行った経腹的頸管縫縮術は早産予防効果が確認された。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。したがって、子宮頸部手術後妊娠で、経腔的頸管縫縮術が困難あるいは、不能な例に対しては、腹式頸管縫縮術が、オプションとして選択肢となりうると考えた。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

木下：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

スクリーニング検査(NICEの質問票、EPDS)は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後2週、産後1ヶ月に行うことが望まれる。スクリーニング検査の導入は、2次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。要介入妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均BMIが高い自治体で増加する傾向があり、女性のBMIが高い自治体は男性の喫煙率も高く、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。精神疾患と早産が関連する可能性があり、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められると推察された。以上を円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。産科医療機関が中心になっていた

従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦への対応(サービス)向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

立花：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
地域母子保健活動の研修プログラムについて、その効果を研修前・研修3か月後で比較した。研修会の参加者は62名であり、そのうち研修前後の調査票に回答した56名の内訳は、助産師18名、看護師6名、産科医1名、保健師26名、小児科医1名、精神科医1名、医療ソーシャルワーカー6名、管理栄養士1名であった。メンタルヘルス不調の妊産婦への対応件数、これまで妊産婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加した。こころの問題で「気になる」妊産婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから研修会によりメンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆される。今回の研修では、プログラム全体としての効果は示唆されたものの、プログラムの個々の内容についての有効性について検証できていない。妊産婦のメンタルケアへの対応を行う保健機関・医療機関が増えつつあるが、まだ、対応が行われていないところも多い。そのような保健機関・医療機関に対し、周産期のメンタルヘルス対応のスタートアップとして、本研修のような周産期メンタルケアの研修パッケージの実施は有効であると考えられる。今後、プログラムの内容を改良していくうえで、個々の内容の有効性についての検証が必要であると考えられる。周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

平成24(2012)年から5年間で該当するものは、77件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている16文献を対象に総括した。産後2日から最長では4年という横断・縦断研究であった。観察期間は、①産褥8週間以内：5研究、②4-6か月以内：5研究、③8-12か月以内：2研究、④年以上：1研究となっていた。産褥うつ病と自身の被虐待体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが12件で、その他4件は関連性を認めなかった。一方、4年間の管理を実施した研究では4年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた。文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後1か月健診だけでなく産後1年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児・新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望ましいことが示唆された。

V. 公開シンポジウム

『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』

～社会的ハイリスク妊娠支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ～

日 時：平成29年11月27日(月)13:15～17:15

会 場：品川インターシティホール

〒108-0075 東京都港区港南2-15-4

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防(13:15～15:30)

座長：藤原 武男 先生(東京医科歯科大)

松田 義雄 先生(JCHO 三島総合病院)

基調講演：「周産期医療と児童虐待」

光田 信明 先生(大阪母子医療センター)

講演1：「社会的ハイリスク妊娠とは？」

倉澤 健太郎 先生(横浜市立大学)

講演2：「妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について」

川口 晴菜 先生(大阪母子医療センター)

講演3：「支援を要する妊婦への個別保健指導」

和田 聡子 先生(大阪母子医療センター)

講演4：「県内統一の妊娠届書を活用した支援～小児科医の立場から～」

山崎 嘉久 先生(あいち小児保健医療総合センター)

討論：15分

第2部：妊産婦の自殺を防ぐ(15:45-17:15)

座長：荻田 和秀先生(りんくう総合医療センター)

板倉 敦夫先生(順天堂大学)

行政講演：自殺対策の最新動向

宮原 真太郎 先生(厚生労働省自殺対策推進室長)

基調講演：「妊産婦のメンタルヘルス」

木下 勝之 先生(日本産婦人科医会)

講演1：妊産婦の自殺-その実態

竹田 省 先生(日本産科婦人科学会)

講演2：妊産婦メンタルヘルスを支える保健指導

立花 良之 先生(国立成育研究センター)

講演3：こころを支える一大阪府の試み

堤 俊仁 先生(大阪精神科診療所協会)

社会的ハイリスク妊娠と児童虐待、妊産婦の自殺の関連性について当研究班の成果を中心に発表がなされた。

参加者 591 人中、有効回答数は 468 (有効回答率 79.2%) であった。

アンケート集計結果からは、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後の課題と考える

- ①客観的な判断基準・支援を必要とする妊産婦の定義
- ②本人家族および社会に対する(妊娠前からの)教育・指導
- ③ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
- ④相談窓口や継続的地域支援システムの整備
- ⑤児童福祉法改正の周知(医療機関・地域行政間の情報伝達円滑化のため)
- ⑥医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設(学校・民生委員 etc.)との連携
- ⑦マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化する

研究の実施経過

I. 妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服など次世代育成基盤研究事業「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」平成 27・28 年度総括・分担研究報告書より各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

光田：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

大阪府下の協力産婦人科医療機関において「社会的ハイリスク妊婦」と認識された妊産婦を抽出し、抽出された「社会的ハイリスク妊婦」に関して居住地の保健センターに「乳幼児健診時の児の情報」を依頼する。また大阪母子医療センターにおいて同一症例登録期間に分娩となった全妊婦（ハイリスク妊婦を除く）を正常コントロールとし、同様に児の情報提供を依頼する。提供された児の情報と妊娠分娩期の母の情報をリンクして、どのリスク項目や医学的情報が虐待行動や育児行動の違いと関連があるかについての解析を行い、「社会的ハイリスク妊婦」の抽出についての有用性を検討する。

光田：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：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府下の子ども家庭センターに一時保護となった 0 歳～5 歳例(虐待保護およびその他の養護含む)のうち、児童養護施設や乳児院に入所となった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

対照群：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、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。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3～4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群 (0～1 点)、2:ハイリスク群 (2～5 点)、3:スーパーハイリスク群 (6 点以上) >、妊婦健診時 (前期・中期・後期) の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1 か月健診時の母親に対する EPDS と Bonding Scale によるリスク判定を行った。

藤原：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

愛知県名古屋市において 2016 年 7 月～10 月の 3 歳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。2016 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 歳半健診、3 歳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多変量解析により分析した。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

上野：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

近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師であり、調査回答時点で母子保健業務に従事しているものとした。

調査方法

1) データ収集方法

235 か所市区町村母子保健担当課の長に「研究協力に関する事前依頼文書」「調査票」、「研究協力可否のはがき」を送付し、協力できると回答があった 75 か所(31.9%)の市区町村保健師 519 名に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。

2) 調査内容

- ・基本属性：年齢、性別、経験年数、職位、所属区分、妊婦の保健指導に関する学習ニーズ 11 項目、仕事に対する思い 17 項目
- ・妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているか：研究者らで作成した妊婦、パートナー、家族について重視していること 43 項目
- ・妊婦に保健指導として行っている内容 32 項目
- ・支援において困難に感じていることの自由記載

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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 か所である。調査期間は、平成 27 年度(平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月)である。評価項目は、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わる医療機関との連携⑤特定妊婦や要保護児童対策地域協議会の対応である。

荻田：地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

平成 28 年 4 月より産後 2 週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目を

○産婦に対し：

問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む）、赤ちゃんへの気持ち質問票

○乳児に対し：

体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

松田：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

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)約 90 万例の検討を基に主要産科合併症 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、DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫)と関連があるリスク因子は、母体年齢(20 歳未満、35-39 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、糖尿病であることが明らかになった。これらに因子に加えて、重要な因子と考えられるリスク因子(血栓症既往、悪性腫瘍、抗リン脂質抗体症候群)を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト」を作成した。昨年度は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性が示されたので、今年度はこのリストの妥当性を更に確認するために、モデル地域で疾患別にみたリスク因子の頻度を主とした調査を追加した。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

対象は、2016 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日の 1 年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は

除外した。妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府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い、症例が分娩に至ったのちに周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析した。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

医学中央雑誌 Web を用いて腹式頸管縫縮術の症例報告を抽出し、全文を取り寄せて内容を吟味して、円錐切除術後の早産ハイリスクの妊婦のリスク軽減への有用性を検討した。また英文論文については PubMed を用いて、検索を行った。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

木下：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

保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設情報調査 2015 をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した。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。

立花：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

平成 27 年度、28 年度に作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する対応の研修プログラムを使い平成 28 年 12 月 4 日に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修」の効果検証を行った。研修 3 か月後に、郵送調査を実施し、研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容に対する効果について検証することとした。研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容について、下記の 3 つの質問に回答してもらった。

アンケート質問項目

- 1) 最近 3 か月間でおよそ何人のこころの問題で「気になる」妊産褥婦に対応していましたか。
1. 20 人より多い 2. 20~11 人 3. 6~10 人 5. 3~5 人 6. 1~2 人 7. 0 人
- 2) 最近 3 か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか。
1. 200 人より多い 2. 151~200 人 3. 101~150 人 4. 51~100 人
5. 11~50 人 6. 10 人以下
- 3) 最近 3 か月間でおよそ何人の特定妊婦に対応をしていますか。
1. 10 人より多い 2. 6~10 人 3. 3~5 人 4. 1~2 人 5. 0 人 6. 特定妊婦の意味を知らない

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥 (postpartum)、ケア (perinatal care)、児童虐待 (child abuse or maltreatment) のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 5 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

V. 公開シンポジウム

2017 年 11 月 27 日に東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。回収したアンケート用紙を後日集計した。

分担研究者

木下 勝之

日本産婦人科医会
会長

佐藤 拓代

大阪母子医療センター
母子保健調査室 室長

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

倉澤 健太郎

横浜市立大学大学院
医学研究科・生殖成育病態医学
講師

研究協力者

岡本 陽子

大阪母子医療センター
産科 副部長

金川 武司

大阪母子医療センター
産科 副部長

川口 晴菜

大阪母子医療センター
産科 診療主任

和田 聡子

大阪母子医療センター
母性外来 師長

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

新家 早苗

山田産婦人科 病棟主任

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

木村 有紀枝

田原市 健康課 主任

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
横浜創英大学
こども教育学部幼児教育学科
准教授

山本 由美子
あいち小児保健医療総合センター
保健センター保健室 補佐

山下 智子
あいち小児保健医療総合センター
保健センター保健室 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

桂 大輔
滋賀医科大学母子診療科
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

保科 朋子
須坂市健康福祉部健康づくり課

樽井 寛美
長野県看護協会

鹿田 加奈
長野市保健所健康

山下 さや香
長野市保健所健康課

町田 和世
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

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

背景

I. 妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

平成28年度の当研究班報告書において特定妊婦からの要保護・支援児童発生に非常に強い関連性があることが明らかにされた。しかしながら、特定妊婦はあくまで少数である。経験的ではあるものの、特定妊婦はアセスメント方法がなくても、多くの関係者からみれば、子育て困難が予想されやすい。多数は特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊娠(SHP; Social high risk pregnancy)である。今年度の研究においては社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難等の関連性についての検討を深めた。さらに、関係者、関係団体での効率的連携のためには共通言語が必要である。医療・保健・福祉の連携のためには、SHPの定義、クライテリア、用語等を整理するところから始めなければならないと強く認識している。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

当研究班の大きな課題は社会的ハイリスク妊娠に対する保健指導のあり方である。医療・保健・福祉の連携が強く指摘されながらも、なかなか効果的な連携体制ならびに保健指導が確立されない。これはある意味も

っともなところがある。医学的ハイリスク妊娠(MHP; Medical high risk pregnancy)に対する医学的検査、治療方針等は検査値という数値が評価要因になるので、普遍的な指針を作りやすい。しかし、SHPはそうではない。そもそも、“健やか親子”と一口に言っても、個々の母児の目指す方向性には多様性がある。もちろん、同一の価値基準のゴールなどあるわけがないし、目指す必要もない。SHPを構成する要因も各家庭で別個の状況が存在している。要因そのものも“値”ではないので、母児に画一的保健指導が有効なわけがなく、現場では個別支援とならざるを得ない。2017年からは子育て世代包括支援センターの設置が開始されている。今後の子育て支援の柱になっていくのであろうが、その実態は見えてこない。そのような背景を理解した上で、妊娠中からの切れ目ない支援のあり方を検討した。

III. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

周産期医療以外においても、生活環境によって疾病の発生状況等が異なることはよく知られている。SHPの母児にとって妊娠期間は医学的予後に関与する時間的経過なのか？そうではないのか？という疑問は考えやすい。児童虐待は個人の生涯に亘る影響を与えることが、明らかになってきた。SHPは児童虐待と関連性があるとすれば、母児の妊娠予後に

影響がある可能性も否定はできない。従って、この SHP と MHP の関連性検討も必要であると考えられる。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

お母さんのメンタルヘルスは妊娠の予後、育児困難、児童虐待、さらには自殺等への関与が明らかになりつつある。私見ではあるが、古典的精神科疾患合併妊娠と妊産褥婦のメンタルヘルス不調は同一ではないと考える。例えば、高血圧合併妊娠は妊娠高血圧症候群とは同一ではない。妊婦自身の成育環境、妊娠中の家庭環境によってメンタルヘルス不調が出現してくる。さらには、妊娠の予後によってメンタルヘルス不調が出てくることも経験するところである。流産後、死産後、胎児・新生児の先天疾患、脳性麻痺発症等の妊娠転帰によってこころの変調が出現してくる妊産褥婦も報告されている。妊産婦死亡統計には従来自殺は含まれていなかった。散発的な報告から推測するならば、年間 100 規模の自殺者が出ている可能性がある。現時点での我国の妊産婦死亡は年間 40 人程度であり、それを上回る自殺者が出ているとしたら何らかの防止策が早急に構築されなければならない。2017 年からは妊産婦死亡に自殺者も含まれることになった。このような背景からも妊産婦のメンタルヘルス対応は喫緊の課題である。

V. 公開シンポジウム

本研究班の成果が出始めて、周産期関連学会においても特定妊婦、社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、妊産婦自殺等が報告されるようになってきた。そこで、我々の結果を中心にシンポジウムを企画した。

A. 研究目的

I. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

(担当：倉澤健太郎)

これまで、周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生育する環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

2. 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、岡本陽子、川口晴菜、和田聡子)

この調査・研究では、「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目的とする。

3. 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、川口晴菜)

毎年、厚生労働省から『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について』(第13次報告)が報告されているが、1)心中以外の虐待死において0歳が58%を占め、うち43%は0か月児であった。0か月の虐待死が多いことから、出産後から支援を開始するのでは不十分であり、妊娠期から支援を必要とする養育者を早期把握し、切れ目ない支援を行うことが必要であることは明白である。

虐待症例の背景の検討および未受診妊婦の背景の検討より、虐待症例と未受診妊婦のリスク要因はオーバーラップしていることが確認されており、妊娠中からの介入によって児童虐待

の防止につながる可能性が示唆されている。大阪産婦人科医会では、2009年より大阪府内の全産科医療機関を対象として妊娠22週以降分娩となった未受診妊婦の個票調査を行っている²⁾。2016年度の調査によると、大阪府内の全分娩数71000件中260件(3.7%)が未受診妊婦であった。それらの背景因子として、若年妊娠、高齢妊娠、未婚、無職もしくは非正規雇用、生活保護受給、精神疾患合併、母子健康手帳の未発行、多産などが挙げられた。また、望まない妊娠、若年、未入籍、精神疾患、初診が遅い、未受診、ステップファミリー、児の疾患、支援者不足、被虐待歴、DV、前児への虐待、違法薬物の使用、タバコ、アルコールの妊娠中利用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与しているのか正確に示している研究はない。すでに妊娠期に、医療機関、行政機関社会的なリスクについての情報が把握されているが、それらの情報になかで、「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」を的確に抽出する手法を開発することが必要である。本研究では、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ことを目的とする。

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

(担当 : 山崎嘉久)

愛知県では、すべての市町村において統一した妊娠届出書の間診項目を用いて、保健機関等の行政機関がハイリスク妊婦を把握・支援につなげる取り組みが始まっている。しかし、行政機関からの妊婦への支援には様々な課題があり、中には、妊娠中は医療機関に任せ、生まれてから支援するという方針もある。また、妊娠期からの支援を評価する方法も確立されていない。本研究では、初年次に妊婦健診で助産師等が用いるモデル問診票とその活用マニュアルを開発し、2年次より研究協力者の医療機関と保健機関において、支援対象者を把握し、その後の支援に対する評価に関する前向き調査を実施した。本報告では、前向き調査から得られた結果について示す。本研究の目的は、医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討することとした。

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 (担当：藤原武男)

虐待のリスク因子は妊娠期から存在しており、妊娠届を活用して虐待ハイリスク群を抽出し、妊娠期から妊婦をサポートすることで虐待予防できる可能性がある。愛知県ではこのような考えから妊娠届を統一し、県内での移動があっても

スムーズにハイリスク群を把握できる体制をとっている。また、乳幼児健診データの電子化にも以前から取り組んでいる。しかしながら、妊娠届と乳幼児健診のデータをリンクさせ、どのような妊婦が健診時に把握される虐待ハイリスク群かについての検討はほとんどなされて来なかった。折しも健やか親子21<第2次>により、親子関係の評価として「子育て困難感」について健診で評価することが求められている。子育て困難感がそのまま虐待というわけではないが、子育て困難感を抱える親は虐待のリスクは高いと考えられ、妊娠届で得られる情報から子育て困難感を1歳半または3歳児に感じる母親はどのような母親なのか、を明らかにすることで妊娠期からの虐待予防につながる可能性がある。本研究の目的は、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歳半健診、3歳健診のデータをリンクし、妊娠届の情報と子育て困難感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ことである。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

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)

地域の母子保健活動において、妊娠中から社会的リスクの高い妊婦を把

握し、効果的な保健指導を行っていくことが必要である。昨年度、保健師、看護師、医師へのインタビュー調査に『妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術』マニュアルを作成した。本年度は、市区町村保健師のマニュアルの活用に向け、妊娠期の支援状況についての実態把握を行った。市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、妊婦に対する保健指導としてどのような支援を行っているのかについて明らかにすることを目的とした。その結果に基づき、妊婦に対する保健指導において支援の必要性をアセスメントする指標の精錬や支援のあり方を検討する資料になるものと考えた。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

(担当：佐藤拓代、光田信明、川口晴菜、岡本陽子、金川武司、和田聡子)

平成 28 年に児童福祉法・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であり、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ことを目的とした。

8. 地域における産 2 週間健診による

ハイリスク産婦の抽出

(担当：萩田和秀)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局が平成 28 年 1 月に改訂した「妊娠・出産包括支援事業概要」¹⁾の中で①産前産後サポート事業、②産後ケア事業、③妊娠・出産包括支援緊急整備事業、④妊娠・出産包括支援推進事業、の 4 つが条文化されているが、これに先立つ平成 26 年 4 月に日本産婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期メンタルヘルス学会の 3 学会で「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015」が立ち上げられ、その報告書²⁾では精神障害のハイリスク妊婦の抽出（妊娠期）には妊娠初期、中期、末期の 3 回、包括的質問（英国国立医療技術評価機構・NICE のガイドラインで推奨されるうつ病・全般性不安障害を評価するための 2 項目質問票）の使用、産後うつ病の抽出（産褥期）には Whooley うつ病スクリーニングやエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が推奨された。これらに先駆けて泉佐野市では平成 28 年度より育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげる事が可能かどうかを検討するため、産後 2 週間健診を開始した。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

(担当：松田義雄、村上 節)

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は、未婚や未受診といったいわゆる「社会的リスク」を中心にしてスクリーニングするほうが理にかなっているが、「医学的リスク」の評価も無視するわけにはいかない。日本産科婦人科学会周産期委員会作成による周産期データベース（JSOG-DB）は、2001年より開始されたわが国では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、基幹病院を中心としたデータベースとはいうものの、これまでに国内外の多くの論文に掲載されているためエビデンスレベルの高いデータベースといえる。初年度、われわれは、本研究の遂行にあたり、JSOG-DBを用いて、ハイリスク妊娠チェックリスト作成を前提とした基礎研究を行った。その結果明らかにされた諸因子に、未検討であるが産科合併症に繋がり、重要と思われるいくつかの因子（血栓症既往、悪性腫瘍、抗リン脂質抗体症候群）を加えた「ハイリスク妊娠(HRP)チェックリスト」を作成した。2年目は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性を示した。最終年である本年度は、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本チェックリストの有用性の検討を行った。

10. 社会的リスクを有する母体および

児の周産期における医学的リスク評価

(担当：松田義雄、光田信明、川口晴菜)

周産期における医学的リスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠(未受診、若年妊娠、DV、経済的な問題、精神的な問題、支援不足など)については、母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。社会的ハイリスクのなかには、妊婦健康診査の未受診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。さらに、育児に着目した場合、社会的ハイリスク家庭では児への虐待が問題となることがあり、妊娠中から社会的リスクを把握することで、ハイリスク症例を妊娠中から切れ目のない支援をするような体制づくりができると考えられる。

本研究の目的は、社会的リスクが、周産期における母児の医学的リスクにどのように影響するか検討することである。

11. 妊産婦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)

晩婚・晩産化、若年層における子宮頸がん患者の増加に伴い、子宮頸部手

術後妊娠例の増加が予想される。頸部手術後妊娠は早産ハイリスクであることが知られており、昨年の本研究において、円錐切除後妊娠は早産ハイリスクであり、RR \geq 2.0以上でHRP listに加えるべきと判断された。他の医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストに記載されている因子は、様々なリスクを伴ってはいるが、生児を得ることは可能である。しかし、円錐切除後妊娠に関しては、一部これまでの方法では、生児を得ることが困難であり、なんらかの早産リスク軽減のための新しい手段が必要となる。そこで、腹式頸管縫縮術に関する知見を収集して、その有効性について検討を行った。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12. 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、中井章人)

妊娠、出産は母体の身体に大きな変化をもたらすと同時に、精神面にも影響を与える。妊娠中のうつ病は約10%、産褥期では約10-15%で発症し、愛着形成の欠如を招き、出産後の育児不安やネグレクトをはじめ、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている。本研究では、年間約4万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が0.6%から8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、妊産

婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や心理職等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。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

13. 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)

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」が重点課題となっている。周産期は心理社会的な負荷やホルモンバランスの乱れなどから、メンタルヘルス不調を来しやすい時期である。周産期においてメンタルヘルス不調の母親には、産科医・助産師・保健師などさまざまな職種がかかわるが、対応方法がまちまちで、精神的な問題が見過ごされることもあり、また、問題が見つかったとしても多機関との連携システムが未整備のため不十分な対応に終わってしまうことが多い。平成27年度に本分担研究者は厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「うつ病の妊産褥婦に対する

医療・保健・福祉の連携・共同による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」1 で、母子保健メンタルケア・ゲートキーパー研修を開催した。その研修では、母子保健関係者のメンタルケア研修へのニーズが非常に高いことが明らかになり、均てん化のためには効率の良い研修形態が望ましいと考えられた。平成 27 年度にメンタルヘルス不調の母親とその子どものサポートのためのマニュアル作成している。今年度は、そのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア・サポーターを養成する研修会「母子保健メンタルケア指導者研修」を企画・実施し、研修会前後における参加者の意識の変化を検証することとした。

1. 研修会プログラムを作成
2. 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
3. 研修会の前後で、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することとした。尚、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で承認を受けた。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。

研修プログラム

平成 27 年度に開発した、産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊

産婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアル及び、保健師活動における、メンタルヘルス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルをもとに、研修会プログラムを作成した。

講義形式で 1) 母子保健のメンタルケアにおける医療・保健・福祉の連携と社会資源、2) 妊娠期・産後・育児期に起こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見立てと対応のポイント、3) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（小規模地域）、4) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（広域地域）、5) 地域での母子保健メンタルケア研修会開催にあたってのパッケージ例、6) 「妊娠期からの切れ目ない支援」のための地域母子保健計画策定と PDCA サイクルの考え方 について解説し、さらに、グループワークで地域母子保健におけるメンタルケアの連携体制構築についての課題整理と行動計画立案を行うものとした。

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討
- (担当：小川正樹)

地域における母体搬送システムは、最近 20 年間で十分に機能され運用されている。その結果、周産期死亡率は、著明な改善を示している。一方、妊産婦死亡率は、平成 19 年に 3.1 人と良好な指標を示したものの、その後の約 10 年間においては減少することなく、

むしろ増加しているようにも見受けられる。米国においても同様の傾向が認められ、従来の周産期医療システムは、母体の管理よりも、新生児の管理に重点を置いていることが指摘されている。その結果、米国における妊産婦死亡率は、過去 12 年間で 75% も増加しており、早急な対策が求められている。この点において、米国産科婦人科学会 (ACOG) は、2015 年に妊産婦のリスクに応じた周産期ケアの重要性を認識し、妊産婦のリスクに応じて、産科医療レベルを分類し階層化することで、母体ケアを充分に行うシステムを作成することを推奨している。すなわち、妊婦のリスクを充分に把握することと、産科医療施設のレベルを階層化することにより、必要な医療資源を効果的に配分することで、妊産婦死亡率の改善を図ろうとするものである。平成 27 年度に研究分担者は、医学的ハイリスク妊娠、特に子宮疾患を中心とした系統的レビューを実施し、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、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。また平成 28 年度は、単一施設におけるハイリスク妊娠の産後管理状況について後方視的に検討し、合併症妊娠である糖尿病、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とされた。すなわち、産後 12 か月時点での受診率は、精神神経疾患：0%、腎泌尿器科疾患：17%、婦人科疾患：19%、自己免疫性疾患 34%、という結果であった。産褥うつ病の発症などに関与する、きわめて重要な疾患である精神疾患と自施設でのフォローが可能であるはずの婦人科疾患における産後フォロー率がきわめて低いことは、妊産婦の心のケアを考えた場合において見逃せない結果であった。そこで、本年度は、この医学的または社会的ハイリスク妊娠の産後のフォローは如何にすべきかについての文献的なレビューを実施した。

V. 公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」 参加者アンケート集計報告 (担当：光田信明、岡本陽子)

3 年間の班研究の成果報告として、公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」を開催した。全国から「社会的ハイリスク妊娠」の支援に携わっている多職種の方々に参加いただいた。そこで、現場の現状・課題、当班研究に求められているものを探るべく、シンポジウム参加者アンケートを実施した。

B. 研究方法

I. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服など次世代育成基盤研究事業「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」平成 27・28 年度総括・分担研究報告書より各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

2. 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

①研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪府下の協力産科医療機関で妊娠分娩管理を行う全妊産婦。2016 年 1 月以降各施設内の倫理委員会承認後(承認番号 866)より 2017 年 12 月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1 歳半乳幼児健診を迎えるまでを研究機関とした。

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段階と同一期間に大阪母子医療センターで妊娠分娩管理を行った全妊婦（ハイリスクを除く）をコントロールとした。

除外基準は特に設けない。情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とする。

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)時における以下の情報を解析する。

3. 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、大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認(承認番号 887)を受け実施した。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 群とする。

◆入所群：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府下の子ども家庭センター 2 か所に一時保護となった 0 歳~5 歳例(虐待保護およびその他の養護含む)のうち、児童養護施設や乳児院に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：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、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。

情報収集の方法は、施設入所群においては、子ども家庭センターで施設入所の際に提出されて複製されている母

子健康手帳および子ども家庭センターの虐待に関する資料より、対象の母親の妊娠期・分娩・産後の情報、児の産後の情報収集を行った。情報入力は、協力の得られた大阪府下の子供家庭センター2か所それぞれに勤務する保健師に、調査用紙への入力を委託し、個人情報保護に努めた。対照群については、大阪府和泉市の3歳半健診の案内の中に、郵送で本研究への協力の依頼および調査用紙(別添2)を同封し、同意を得たもののみについて3歳半健診の際に、和泉市保健センター職員が調査用紙回収する方法で取得した。また、対照群の中には、和泉市の要保護児童対策地域協議会で要保護もしくは要支援症例として取り扱っている症例も含まれるため、その対象については、和泉市保健センター職員が選別して、今回の検討からは除外した。両群の比較には、名義変数はX²乗検定を用い、連続変数はWilcoxon検定を用いた。施設入所に関連する周産期情報および母体背景の因子の検討には、多重ロジスティック回帰分析を用いた。また、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。統計処理に関しては、本研究の分担研究者である、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(公衆衛生学担当)教授藤原武男先生の協力の元Stata/MP 14.0を使用して検討した。P<0.05を有意水準とした。

4. 機関連携による妊娠期からの支援

に関する検討

平成28年7月から平成29年12月までに、研究協力4医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた677名のうち、研究協力4自治体の生後3~4か月児健診を受診した225名を対象に分析した。

分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群(0~1点)、2:ハイリスク群(2~5点)、3:スーパーハイリスク群(6点以上)>、妊婦健診時(前期・中期・後期)の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1か月健診時の母親に対するEPDSとBonding Scaleによるリスク判定(EPDS Bonding risk)<1:low risk群(EPDS9点未満かつBonding Scale2点未満)、2:middle risk群(EPDS9点未満かつBonding Scale2点以上)、3:high risk群(EPDS9点以上)>、妊娠中および出生後の支援の受け入れ状況<1:受け容れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4:対象外>、および、3~4か月児健診時の子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因):<1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、4:他機関連携支援>である。あいち小児保健医療総合センターの倫理委員会で承認を受けた(承認番号2017028)。

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

愛知県名古屋市において 2016 年 7 月より 10 月までの 3 歳児健診を受けた子どものすべての母親を対象とした (N≈6480)。3 歳健診の案内に同意書を同封し、同意する場合は名古屋市宛ての返信用封筒に同意書を封入し返送するよう依頼した。同意が得られた参加者について、妊娠届、1 歳半健診、3 歳健診のデータをリンクさせ、個人情報削除した上でデータを東京医科歯科大学にパスワードを付したエクセルデータとして CD で郵送した。この研究は、国立成育医療研究センター倫理委員会で承認を得た (承認番号 716)。本研究では、妊娠届の情報として、母親の年齢、妊娠届出時の週数、妊娠がわかったときの気持ち、出生順位、里帰り出産の予定、困ったときに助けてくれる人の有無、困りごと・悩み・不安の有無、既往歴もしくは治療中の病気の有無、過去 1 年間のうつ傾向 (母親が自記式で回答) を用いた。また、アウトカムとなる虐待傾向は、1 歳半および 3 歳児における「子育て困難感」とした。子育て困難感について「あり」「何とも言えない」と答えた群を虐待傾向群と定義した。子育て困難感があった場合を虐待傾向群とし、妊娠届情報における妊娠が分かったときの気持ちとの関連を多変量ロジスティック回帰分析で検討した。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

1. 対象者

近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師であり、調査回答時点で母子保健業務に従事しているものとした。

2. 調査方法

1) データ収集方法

235 か所市区町村母子保健担当課の長に「研究協力に関する事前依頼文書」「調査票」、「研究協力可否のはがき」を送付し、協力できると回答があった 75 か所 (31.9%) の市区町村保健師 519 名に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。

2) 調査内容

- ・基本属性：年齢、性別、経験年数、職位、所属区分、妊婦の保健指導に関する学習ニーズ 11 項目、仕事に対する思い 17 項目

- ・妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているか：研究者らで作成した妊婦、パートナー、家族について重視していること 43 項目

- ・妊婦に保健指導として行っている内容 32 項目

- ・支援において困難に感じていることの自由記載

3) データ分析方法

対象者の属性と妊娠中の情報の重視度および支援・実施状況の関係について、カテゴリ変数は χ^2 検定または Fisher の直接確率法による検定を行い、順序分類データと正規分布しない量的データは Mann-Whitney の U 検定、正規分布する量的データには t 検

定を用いた。

4) 倫理的配慮

兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号 17013)。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

対象は、全国の市区町村母子保健担当者で、対象市区町村は 1741 カ所である。評価項目としては、アンケートを用いて以下の項目を検討する。

- ① 市区町村基本情報
- ② 貴管轄内の周産期関連施設
- ③ 妊娠届受付
- ④ 支援を要する妊産婦への対応
- ⑤ 支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携
- ⑥ 特定妊婦や要保護児童対策地域協議会(要対協)について

都道府県地方区分別に、北海道(北海道)、東北(青森、岩手、福島、宮城、秋田、山形)、関東(東京、神奈川、千葉、茨城、栃木、群馬、埼玉)、中部(新潟、富山、石川、福井、長野、山梨、岐阜、静岡、愛知)、近畿(大阪、滋賀、奈良、和歌山、兵庫、京都、三重)、中国(岡山、広島、山口、鳥取、島根)、四国(徳島、香川、高知、愛媛)、九州(福岡、大分、佐賀、鹿児島、熊本、宮崎、長崎、沖縄)に分けて検討する。また、出生率(出生数/人口×1000)によって 4 つのグループ(出生率 4 未満、4-7、7-10、10 以上)に分け検討する。なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行い、回答により同意を得たものとした。

8. 地域における産 2 週間健診による

ハイリスク産婦の抽出

大阪府泉佐野市では母子保健法第 10 条を根拠法令としつつ、平成 28 年 4 月より産後 2 週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目を

○産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談(抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む)、赤ちゃんへの気持ち質問票

○乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導(スキンケアなど)

として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。当院では泉佐野市に出生届が出ている妊産婦の 41% の分娩を取り扱っており、産後健診が見守りに繋げる方法として妥当かどうかを検討した。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

平成 28 年 6 月 1 日から 8 月 31 日の期間中に滋賀県内の産科医療施設で分娩となった患者を対象とした。各

施設に調査個表を配布し、症例ごとに産科合併症の有無（妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症など）、リスク因子の有無（母体年齢、喫煙、不妊治療、高血圧など）を記載した。その上で、施設規模別にその関連性を後方視的に検討した。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た。まず、産科合併症の頻度について検討を行い、その中で、特に頻度が高い3疾患について、リスク因子の頻度を施設規模別に検討した。さらに各リスク因子のオッズ比を、施設規模別に検討した。（倫理面への配慮）滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た研究である。

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

対象は、平成28年1月1日から平成28年12月31日の1年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12週未満の初期流産は除外した。社会的リスクに関する情報は、妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシート(妊婦用)の項目を確認することで把握した。社会的リスクは6つのカテゴリーに分類した。医学的リスクに関しては、対象が分娩に至ったのち、当センターで入力している周産期データベースから得られ

る医学的転帰についての情報を回収した。社会的リスクと関係する医学的なリスクを評価した。統計学的解析には、Stata/MP14を用い、X2乗検定、多重ロジスティック回帰分析を行った。

11. 妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

- ① 医学中央雑誌 Web をサーチエンジンとして使用し、2011-2017年までの経腹縫縮術の症例報告を抽出した。様々な試みを行った上で最終的な検索式は、(開腹/AL or 腹式/AL or 経腹) and (子宮頸管縫縮術/TH or 頸管縫縮術/AL) and (円錐切除術)とした。
- ② PubMed を用いて、腹式頸管縫縮術の有効性を検討すべく、検索式として、(("cerclage") AND "abdominal") AND conization とした。

IV. 妊産婦メンタルヘルスに関する研究

12. 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

保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設

情報調査 2015 をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した。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。

13. 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

平成 27 年度、28 年度に作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する対応の研修プログラムを使い平成 28 年 12 月 4 日に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修」の効果検証を行った。研修 3 か月後に、郵送調査を実施し、研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容に対する効果について検証することとした。研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容について、下記の 3 つの質問に回答してもらった。

アンケート質問項目

- 1) 最近 3 か月間でおよそ何人のこころの問題で「気になる」妊産婦に対応していましたか。
 1. 20 人より多い
 2. 20～11 人
 - 3.

6～10 人 5. 3～5 人 6. 1～2 人 7. 0 人

2) 最近 3 か月間にかかわった妊産婦の総数はおよそ何人ですか。

1. 200 人より多い
2. 151～200 人
3. 101～150 人
4. 51～100 人
5. 11～50 人
6. 10 人以下

3) 最近 3 か月間でおよそ何人の特定妊婦に対応をしていますか。

1. 10 人より多い
2. 6～10 人
3. 3～5 人
4. 1～2 人
5. 0 人
6. 特定妊婦の意味を知らない

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討 -

医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥 (postpartum)、ケア (perinatal care)、児童虐待 (child abuse or maltreatment) のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 5 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

V. 公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」参加者アンケート集計報告

2017 年 11 月 27 日に東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。

回収したアンケート用紙を後日集計した。

C. 研究結果

I. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

平成 27 年度総括・分担研究報告書において各分担研究報告を検討したところ、「社会的ハイリスク妊娠の推定値」では若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などをハイリスクの定義としていた。そして、調査の結果、社会的ハイリスク妊娠の頻度は 8.7%であり特定妊婦が 1.0~1.2%であることが明らかになった。「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」では、産婦人科医療機関にける認識したものをハイリスク妊産婦と定義しているが、調査対象妊産婦から、リスクアセスメントシートを活用している。このアセスメントシートは生活歴 (A)、妊娠に関する要因 (B)、心身の健康など要因 (C)、

社会的・経済的要因 (D)、家庭的・環境的要因 (E)、その他 (F) に加えて支援者などの状況も聞き取っている。そして、16 歳未満の妊婦あるいは住所不定・居住地がない場合は単独で要保護児童対策地域協議会調整機関に報告するなど、チェックされた該当項目により対応にグラデーションがあり、工夫されている。「妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定」に関する研究では、児童虐待防止の観点から、大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象としている。検討項目としては、母子手帳、子ども家庭センターの虐待に関する資料を用いて、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済的な問題について行っている。「若年妊娠における社会的ハイリスク要因の検討」では、19 歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因として詳細に検討している。「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」では、妊婦健診において支援につなげるべき妊産婦のメンタル面や生活面での状況変化をとらえやすくするため、標準的な問診票の開発に取り組んでいる。妊娠前期、中期、後期の 3 段階に分けて変化を観察することができるよう問診項目を盛り込んでおり、カテゴリーとして①基本情報 (学歴など)、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊娠の状況、⑤産後の生活の準備、⑥妊娠の受け止め、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、に分類している。「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」では、3-4か月の乳幼児健診の際に、過去1か月における「揺さぶり」「口塞ぎ」が1回でもあった場合を虐待とし、若年齢、既婚以外、所産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えている。

2. 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

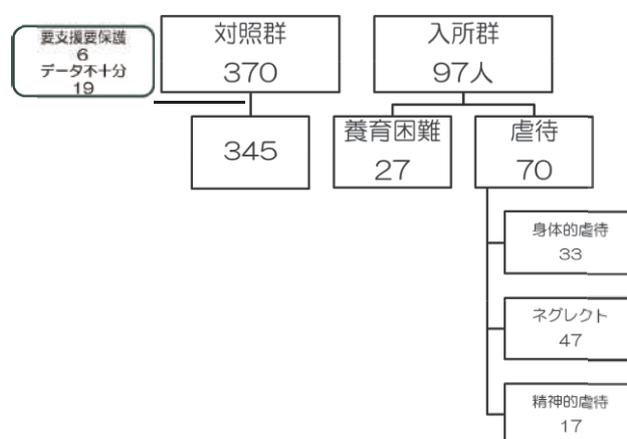
協力産科医療機関は3施設。随時、地域保健センターに3-4か月健診時の情報提供を依頼している。2018年1月時点で保健センターから情報提供があったのは407例（ハイリスク群は120例、その他287例）であり、得られた3-4か月健診時の情報は表3参照。要保護児童対策協議会対象者（以下“要対協ケース”）の割合はハイリスク症例では18.3%（22/120）に対し、コントロール症例では1.4%（4/287）であり、従来の「医療従事者の感覚」によって要対協ケースにつながるハイリスク者は概ね拾い上げられているようである。一方母子医療センターの症例で「ハイリスクと考えていなかったが、要対協ケース」が4例あった。

3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

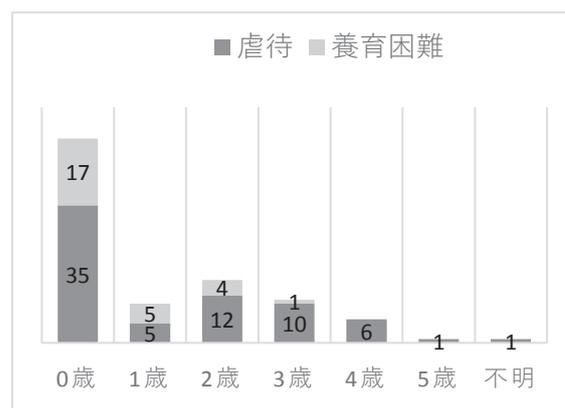
入所群は97件であり、虐待によるものが70件、養育困難が27件であった。対象群は、370例であり、うち和

泉市で要保護、要支援となっている6例、無記名の1例、データ欠損多数の18例を除外し、検討には345例を使用した。（図1）入所年齢毎の入所理由を図2に示す。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。

（図1）対象



（図2）



続いて表1に、施設入所群と対照群の単変量解析の結果を示す。施設入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母の年齢が若いこと、父の年齢が若いこと、年の差婚、多産、経済的問題、

母の精神疾患合併、未入籍、初診週数が遅い、受診回数が少ない、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、早産、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、が挙げられた。

表 1:施設入所群と対照群の比較
(単変量解析)

背景因子	施設入所群 (N=97)	対照群 (N=345)	P-value
母の年齢	26(14-40)	31(17-43)	<0.001
(母<20未満)	18(19%)	3(1%)	
父の年齢	29(14-72)	33(19-54)	<0.001
父-母≧10歳	15/75 (20%)	18/338 (5%)	<0.001
未入籍	47/96 (49%)	10 (3%)	<0.001
経済的問題	40/95 (42%)	28/343 (8%)	<0.001
母精神疾患	46 (47%)	13 (4%)	<0.001
子供4人以上	16 (16%)	10 (3%)	<0.001

妊娠中の因子	施設入所群 (N=97)	対照群 (N=345)	P-value
初診週数	13(7-40)	9(4-38)	<0.001
初診>12週	72/91(79%)	80/324(25%)	<0.001
受診回数	10(0-17)	13(7-20)	<0.001
尿蛋白陽性	56/90(62%)	119/341(35%)	<0.001
高血圧	13/90(14%)	5/341(1%)	<0.001
帝王切開	42(43%)	56/343(16%)	<0.001
輸血	1/79(1%)	4(1%)	0.941

児に関する因子	施設入所群 (N=97)	対照群 (N=345)	P-value
早産	23/96 (24%)	11 (3%)	<0.001
多胎児	10 (10%)	10 (3%)	0.002
先天性疾患	12/96 (13%)	10 (3%)	<0.001
出生体重 (g)	2790(828-4180)	3034(1222-4182)	<0.001
出生体重2500g未満	31 (32%)	28/343 (8%)	<0.001

単変量解析で有意差のあった項目について、多変量ロジスティック回帰分析を施行した。(表 2)

表 2 施設入所と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター	aOR	95%CI	P
母の年齢			
<20	89.6	11.5-699.4	<0.001
≧20,<25	12.9	3.4-48.4	<0.001
≧25	reference		
年齢差(父-母)			
<10	reference		
≧10	9.7	1.8-53.3	0.009
データ欠損	1.5	0.1-15.3	0.7
未入籍	21	4.6-96	<0.001
子どもの数			
1	0.3	0.06-1.2	0.09
2	reference		
3	2.0	0.6-6.6	0.3
≧4	10.7	1.9-59.7	0.007
経済的な問題	2.1	0.54-8.2	0.3
母の精神疾患	35.6	9.7-129.7	<0.001
初診週数			
初診≧20wks	13	1.6-104.7	0.02
初診<20wksかつ受診<10	7.8	1.5-40.4	0.01
初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧	7.9	1.2-50.7	0.03
早産	3.1	0.4-23.6	0.3
低出生体重児	2.4	0.6-10.6	0.2
先天性疾患	6.2	1.2-32.9	0.03

aOR:adjusted Odds Ratio, CI: Confidence interval

関連が明らかに強い因子として、②高血圧と尿蛋白陽性、③早産と帝王切開が挙げられたため、高血圧、早産をそれぞれ因子として使用した。また、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。

若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(4人以上)(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診週数が遅いこと(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、児の先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。

続いて、入所理由が、虐待によるものか養育困難によるものかによって周産期因子に差があるのか検討した。入所理由が、虐待であった場合には、『若年妊娠』、『年の差婚』、『未入籍』、『多産』、『母の精神疾患』、『初診が遅い』、『希少受診』が施設入所に関連する周産期因子であった。(表 3)一方、入所理

由が養育困難であった場合には、『年の差婚』、『母の精神疾患』、『妊娠中の高血圧』、『児の先天疾患』が施設入所に関連する因子であり、虐待による入所と養育困難による入所では、周産期因子に違いがあることが判明した。

表 3: 虐待群と対照群の比較(多変量解析)

リスクファクター	aOR	95%CI	P	
母の年齢	<20	307	19-4983	<0.001
	≥20, <25	30	6-154	<0.001
年齢差(父-母)	≥25	Reference		
	<10	Reference		
データ欠損	≥10	16	2-114	0.005
	データ欠損	0.06	0.004-1.1	0.06
未入籍	30	5-181	<0.001	
	子どもの数	1	0.2	0.03-1.1	0.06
	2	reference		
	3	1	0.2-6	0.8
	≥4	12	1-139	0.049
	経済的な問題	3	0.7-15	0.1
母の精神疾患	53	10-272	<0.001	
	初診≥20wks	47	4-592	0.003
初診週数 受診回数	初診<20wksかつ受診<10	20	2-145	0.005
	初診<20wksかつ受診≥10	Reference		
妊娠中の高血圧	4	0.3-43	0.3	
早産	2	0.2-20	0.6	
低出生体重児	4	0.7-19	0.1	
先天性疾患	4	0.3-38	0.3	

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

表 4 : 養育困難と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター	aOR	95%CI	P	
母の年齢	<20	10	0.3-310	0.2
	≥20, <25	7	0.5-64	0.2
年齢差(父-母)	≥25	reference		
	<10	reference		
データ欠損	≥10	20	1-358	0.04
	データ欠損	32	1-722	0.03
未入籍	9	0.7-112	0.09	
	子どもの数	1	0.7	0.06-8
	2	reference		
	3	3	0.4-21	0.3
	≥4	12	0.9-154	0.06
	経済的な問題	0.6	0.03-13	0.8
母の精神疾患	41	5-323	<0.001	
	初診≥20wks	4	0.06-278	0.5
初診週数 受診回数	初診<20wksかつ受診<10	7	0.4-129	0.2
	初診<20wksかつ受診≥10	Reference		
妊娠中の高血圧	25	2-391	0.02	
早産	10	0.3-317	0.2	
低出生体重児	0.7	0.03-14	0.8	
先天性疾患	28	3-274	0.004	

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

1. 妊婦健診でのモデル問診票を用いた支援対象者の把握

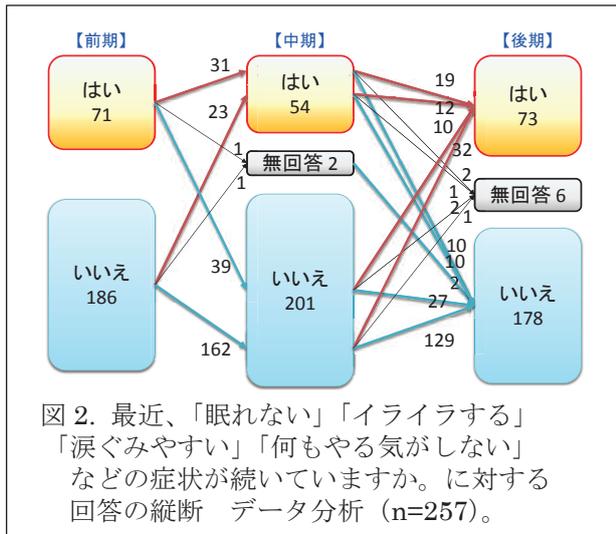
妊婦健診時に、モデル問診表を用いて助産師等が問診し、基本的には「妊娠期のアセスメントシート」(大阪府作成) ¹⁾を用いてリスク要因をアセスメントし、問題がない場合は<1:順調>、医療機関で相談を継続する必要がある場合は<2:相談継続>、保健機関等に連絡して支援を開始する場合は<3:他機関連絡>のいずれかに判定した。医療機関が、相談継続と判定した数は、妊娠届出書スコアがローリスク群では、妊娠前期 24 人(14.9%)、妊娠中期 19 人(12.2%)、妊娠後期 22 人(15.5%)であり、ハイリスク群では、それぞれ 6 人(21.4%)、7 人(20.6%)、7 人(22.6%)、スーパーハイリスク群では、2 人(66.7%)、1 人(50.0%)、3 人(100.0%)であった。今回調査では、<3:他機関連絡>の判定は、スーパーハイリスク群の中期の 1 件のみであった(表 1)。

妊娠届出時のスコアがローリスクであっても、モデル問診を活用することで 15%程度が、医療機関での継続相談の対象となった。一方、今回調査において、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の 1 件のみであった。

モデル問診票の項目の中で、「最近、「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」などの症状が続いていますか。」の質問は、EPDS から作成した項目であり、前期、

中期、後期のすべてで尋ねている。

この質問に「はい」と回答した妊婦は、横断分析では、前期 71 人 (27.6%)、中期 54 人 (21.0%)、後期 72 人 (27.6%) と中期で減少傾向が認められ、後期で割合が増加した。



個々の妊婦の縦断データを分析した結果、前期で「はい」と回答したうち 39 人が中期では「いいえ」となり、後期では 10 人が再び「はい」、27 人が「いいえ」(2 人が無回答) となるなど、同じ妊婦の回答が時期によって大きく異なっていた。モデル問診票の利用により、妊婦の気持ちの揺らぎを示すことができた (図 2)。

2. 妊娠期ならびに乳児期に実施した支援の評価

妊娠届出時のスコアがローリスク群 (0~1 点) 185 名、ハイリスク群 (2~5 点) 37 名、スーパーハイリスク群 (6 点以上) 3 名について、3~4 か月児健診時点での状況を子育て支援の必要性の判定 (親・家庭の要因) を用

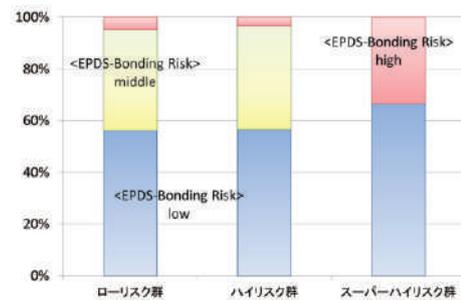
いて示した (表 2)。

妊娠届出時に、ローリスク群であった 185 例のうち、3~4 か月児健診で 5 例が保健機関継続支援と判定され、すなわち支援対象者となった。

表 2. 妊娠届出スコア別の 3~4 か月児健診の状況

妊娠届出スコア	子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因)			
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	他機関連携支援
ローリスク群 (0~1 点)	185 (100.0%)	149 (80.5%)	31 (16.8%)	5 (2.7%)
ハイリスク群 (2~5 点)	37 (100.0%)	30 (81.1%)	5 (13.5%)	2 (5.4%)
スーパーハイリスク群 (6 点~)	3 (100.0%)	1* (33.3%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)

*子の要因(その他)で支援対象



その理由を分析するため、妊娠届出スコアと EPDS Bonding Risk との関連を分析したところ、ローリスク群は、ハイリスク群と同等の EPDS Bonding Risk の状況にあり、ローリスク群においては、EPDS Bonding Risk と支援の必要性の判定に関連が認められた (図 3)。

一方、ローリスク群において、前期の問診項目のうち「実母に相談できない (p=0.001)」、中期の「夫・実母以外の相談相手がいない (p=0.030)」、「経済状況が将来に向けて心配 (p=0.006)」、および、後期の「夫・実

母以外の相談相手ない (p=0.042)」、
「身体症状数が多い (p=0.021)」は、
3~4 か月健診時の、支援の必要性の判
定と関連していた。医療機関での問診
から、将来の支援対象者が把握できる
可能性が示唆された。

なお、ローリスク群の妊娠届出書の
リスク評価項目のうち、精神疾患の既
往 (p=0.000) との関連が認められた
ものの、援助者の有無や経済困窮とは
関連がなかった。

妊娠中と出生後の支援の状況を妊
娠届出スコア群別に示す (表 3)。

た。3 件とも 3~4 か月健診時点で、何
らかの支援が必要な状況にあった。

また、ハイリスク群では、特定妊婦に
該当したケースが 2 件あり、妊娠中に
支援対象となった 5 件中、電話相談や
家庭訪問などの個別支援を受け容れ
たのが 4 件は、受け容れなしが 1 件で
あった。出生後の支援は 6 件とも受け
容れありであった。

支援を評価する方法を検討するた
め、ハイリスク群に対して支援の受け
容れ状況と 3~4 か月児健診時の支援
の必要性の判定 (親・家庭の要因) の

表 3. 妊娠中と出生後の支援の受け容れ状況

妊娠届出スコア	特定妊婦	要対協	妊娠中の支援			出生後の支援				
			受け容れあり	受け容れなし	対象外	受け容れあり	他機関支援	受け容れなし	対象外	
ローリスク群 (0~1点)	185	0	0	4	0	181	10	0	3	172
	100.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	97.8%	5.4%	0.0%	1.6%	93.0%
ハイリスク群 (2~5点)	37	2	0	4	1	32	6	0	0	31
	100.0%	5.4%	0.0%	10.8%	2.7%	86.5%	16.2%	0.0%	0.0%	83.8%
スーパーハイリスク群 (6点~)	3	3	1	3	0	0	2	1	0	0
	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%

スーパーハイリスク群の 3 件は、妊
娠中の支援を 3 件とも受け容れており、
出生後の支援は 2 件が受け容れあり、
1 件は他機関のみでの支援を受けてい

関係を分析した。

ハイリスク群 (n=37) で支援対象と
なった 5 件のうち、妊娠中に支援を受

表 4. 妊娠中の支援の受け容れ状況と支援
の必要性の判定の関連 (p=0.005)

ハイリスク群	支援の必要性の判定 (3~4か月児健診)			合計
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	
妊娠中の支援				
受け容れあり	1	3	0	4
受け容れなし	1	0	0	1
対象外	28	2	2	32
	30	5	2	37

表 5. 出産後の支援の受け容れ状況と支援
の必要性の判定の関連 (p=0.003)

ハイリスク群	支援の必要性の判定 (3~4か月児健診)			合計
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	
出生後の支援				
受け容れあり	4	0	2	6
受け容れなし	0	0	0	0
対象外	26	5	0	31
	30	5	2	37

け容れた 4 件中、3~4 か月児健診では3件が支援を必要とする要因はあるものの自ら対処が可能と判定され、1件は支援不要となった。妊娠中に受け入れがなかった1件は、支援不要との判定であった。妊娠中に支援事業の対象外と判断された 32 件中、2 件において 3~4 か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定された (表 4)。出産後に支援対象となった 6 件のうち 2 件は、3~4 か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定され、4 件は支援不要と判定された (表 5)。

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

約 6480 名の対象者のうち、2558 名から同意を得た (同意率 39.5%)。1 歳 6 か月、3 歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%であった。なんとも言えないと合わせると、1 歳半で 38.1%、3 歳で 43.4%が子育て困難群と考えられた。

表 1. 子育て困難感の分布

	あり	何とも言えない	なし
1 歳半	15.7%	22.4%	61.8%
3 歳	18.8%	24.6%	56.6%

妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること (オッズ比[OR]: 2.1、95%信頼区間[CI]: 1.8-2.6)、初産 (OR: 1.9、95%CI: 1.5-2.3)、既往歴もしくは治療

中の病気があること (OR: 1.5、95%CI: 1.2-1.9)、里帰り出産の予定 (OR: 1.3、95%CI: 1.1-1.6) であった。3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること (OR: 2.1、95%CI: 1.7-2.5)、初産 (OR: 2.0、95%CI: 1.6-2.4)、思いがけない妊娠 (OR: 1.3、95%CI: 1.0-1.6) であった。

表 2 妊娠届の情報と 1 歳半および 3 歳時の子育て困難感との関連 (オッズ比)

	1 歳半	3 歳
困りごと・悩み・不安がある	2.1 (95%信頼区間: 1.8-2.6)	2.1 (95%信頼区間: 1.7-2.5)
初産	1.9 (95%信頼区間: 1.5-2.3)	2.0 (95%信頼区間: 1.6-2.4)
里帰り出産の予定あり	1.3 (95%信頼区間: 1.1-1.6)	NS
既往歴、治療中の病気あり	1.5 (95%信頼区間: 1.2-1.9)	NS
思いがけない妊娠	NS	1.3 (95%信頼区間: 1.0-1.6)

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

519 名のうち 415 名 (80.0%) から回答があった。

1) 対象者の基本属性

対象者の平均年齢は 37.4 歳であった。年齢区分別にみると 30 歳代が 31.6%と最も多く、次いで 40 歳代 28.0%、20 歳代 27.0%であった。所属機関は市町村 60.5%、政令市 26.7%、中核市 12.3%であった。保健師としての経験年数の平均は 12.2±9.7 年で、職位はスタッフが 75.7%であった。

2) 妊婦に対するアセスメントツール、チェックリストの使用状況

支援の必要な妊婦をアセスメントするツールやチェックリストありは、アセスメントツール 317 人(76.4%)、チェックリスト 321 人(77.3%)であり、7 割以上が何らかのツールを活用していた。

表 1 対象者の基本属性

項目		人数または 平均値±SD		%
性別	男性	4	(	1.0)
	女性	409	(	98.6)
	不明	2	(	0.5)
年齢		37.4±9.8		
年齢区分	20歳代	112	(	27.0)
	30歳代	131	(	31.6)
	40歳代	116	(	28.0)
	50歳代	44	(	10.6)
	60歳以上	8	(	1.9)
	不明	4	(	1.0)
所属機関	政令市	111	(	26.7)
	中核市	51	(	12.3)
	市	212	(	51.1)
	町村	39	(	9.4)
	不明	2	(	0.5)
保健師経験年数		12.2±9.7		
経験年数区分	0~4年	113	(	27.2)
	5~9年	78	(	18.8)
	10~14年	57	(	13.7)
	15~19年	54	(	13.0)
	20~24年	45	(	10.8)
	25~29年	27	(	6.5)
	30年以上	24	(	5.8)
	不明	17	(	4.1)
看護師経験	有り	195	(	47.0)
	無し	214	(	51.6)
	不明	6	(	1.4)
職位	スタッフ	314	(	75.7)
	管理職 (係長以上)	75	(	18.1)
	その他	23	(	5.5)
	不明	3	(	0.7)

表 2 アセスメントツールやチェックリストの有無

項目		人数		%
アセスメントツール				
	有り	317	(	76.4)
	無し	66	(	15.9)
	わからない	26	(	6.3)
	不明	6	(	1.4)
チェックリスト				
	有り	321	(	77.3)
	無し	72	(	17.3)
	わからない	11	(	2.7)
	不明	11	(	2.7)

3) 1 年間に支援した妊婦の状況

1 年間に妊婦を支援した経験のある保健師は 333 人(80.2%)であり、支援件数は 3,042 件で(外れ値を除く)、保健師一人当たり 9.4 件/人であった。

支援した妊婦の把握経路は、「妊娠届出時の面接」が最も多く 2,026 件 (66.6%)、次いで「きょうだい児からの継続支援」336 件(11.4%)、「医療機関からの連絡・紹介」340 件(11.2%)であった。保健機関と医療機関の連携が求められているが、妊娠中の医療機関からの紹介は1割程度という実態が示された。支援対象である妊婦との関係は、「保健師との関係が良好」1,457 件 (47.9%)と半数を占め、「支援の効果実感」808 件 (26.6%)となっていた。しかし一方で、「連絡がとりにくい」560 件(18.4%)や「保健師の関わりを拒否している」218 件(7.2%)など妊娠中からの支援の難しい事例も示された。支援の方法では、「電話」が 3,187 件(104.8%)と最も多く、1 事例に対して複数回行われていた。次いで「他機関・部署からの情報収集」2,255 件(74.1%)、「家庭訪問(面談ができた)」1,714 件(56.3%)、「保健センターでの面談」1048 件 (34.5%) などであった。

表3 1年間に支援した妊婦の状況

		n=415	
項目		人数または 平均値±SD	%
1年間の妊婦支援経験	有り	333 (80.2)	
	無し	62 (14.9)	
	不明	20 (4.8)	
支援した妊婦事例数	総数	3,042	
	保健師一人 当たり(※1)	9.4	
件数区分	0件	2 (0.5)	
	1～10件	245 (59.0)	
	11～20件	44 (10.6)	
	21～30件	15 (3.6)	
	31～40件	6 (1.4)	
	41～50件	7 (1.7)	
	51件以上	5 (1.2)	
	不明	91 (21.9)	
把握経路(※2)	妊娠届出時 面接	2,026 (66.6)	
	医療機関 連絡	340 (11.2)	
	関係機関 連絡	203 (6.7)	
	きょうだい からの継続	346 (11.4)	
事例の概況(※2) (複数回答可)	連絡が とりにくい	560 (18.4)	
	関わりを 拒否	218 (7.2)	
	機関連携が できている	988 (32.5)	
	保健師との 関係良好 支援の効果 実感	1,457 (47.9)	
支援の形式(※2) (複数回答可, 延べ)	家庭訪問 (面談可)	1,714 (56.3)	
	家庭訪問 (面談不可)	476 (15.6)	
	保健セン ター 面談	1,048 (34.5)	
	医療機関で 面談	267 (8.8)	
	電話	3,187 (104.8)	
	メールや 手紙等	390 (12.8)	
	他機関から 情報収集	2,255 (74.1)	

※1 1年間に支援された妊婦の事例数に記載のあったもののうち、外れ値(±3SD以上)の数値を除いた322件で除した数値

※2 支援した妊婦事例の総数に対する割合

4) 支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していること

保健師が妊婦に対して支援の必要性を見極める際に、妊婦自身の状況として重視している内容は、「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」362 件(87.2%)、「胎児に対する愛

着が感じられない」333件(80.2%)、「心療内科、精神科への通院歴がある」354件(85.3%)、「妊娠届出の遅れ」321件(77.3%)、「胎児のことを意識しない自分中心の行動」309件(74.5%)、「物事への理解力や習得力に不安」287件(69.2%)などが多かった。一方インタビュー結果から導き出した「パートナーとの年齢差が大きい」、「初対面から気持ちをさらけ出す」、「妊婦に合わない服装」などは20%以下とこの項目を「かなり重視している」と回答した保健師は少なかった。



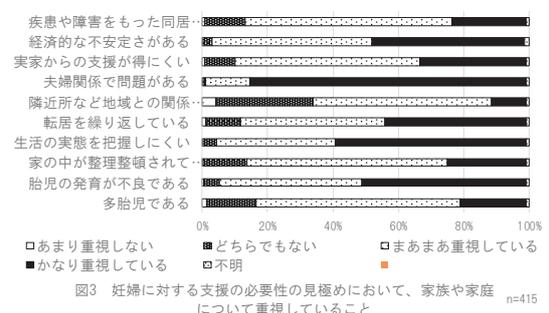
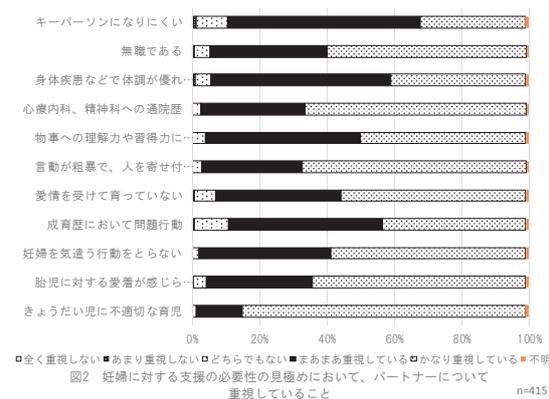
5) 妊婦のパートナーについて重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、パートナーの情報として重視している内容では、「きょうだい児に不適切な育児をしている」ことを「かなり重視している」のは348件(83.9%)で最も多く、次いで「言動が粗暴で、人を寄せ付けない雰囲気がある」277件(66.7%)、「心療内科、精神科への通

院歴がある」273件(65.8%)、「無職」246件(59.3%)などであった。

6) 家族や家庭について重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、家族や家庭の情報として重視している内容では、「夫婦関係で問題がある(不和やDV、依存など)」を「かなり重視している」のは352件(%)、「生活の実態を把握しにくい」243件(58.6%)、「胎児の発育が不良である」209件(50.4%)、「経済的な不安定さがある」193件(46.5%)、「転居を繰り返している」180件(43.4%)などが多かった。



7) 妊婦に対する保健指導の内容

妊婦に対する保健指導として、実際に行っている内容で「かなり行っている」項目は、「妊娠中から支援すること

を伝える」236件(56.9%)、と「妊婦の心身の健康を気遣う」236件(56.9%)、「SOSを発信してもらえらる関係をつくる」209件(50.4%)、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」209件(50.4%)、「妊婦の体験や思いに共感する」192件(46.3%)等が多かった。

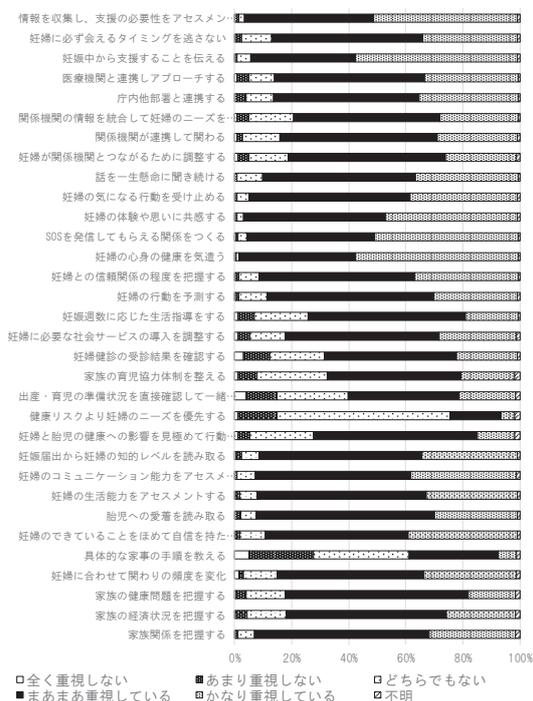
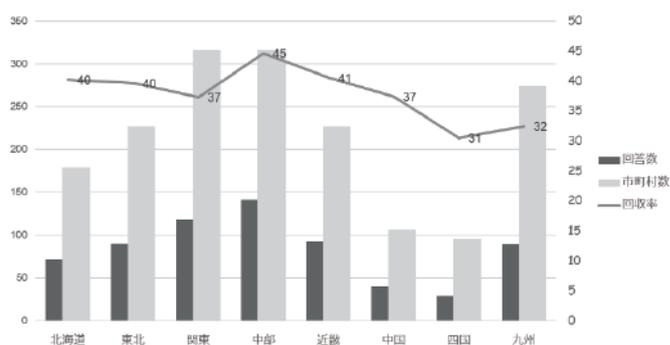


図4 妊婦に対する保健指導として実際に行っていること n=415

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

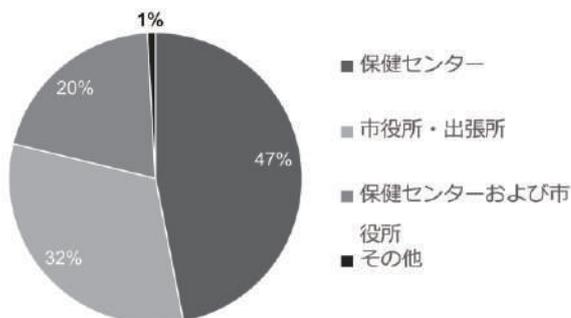
全国市区町村アンケートの回答率は、671カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44万2636人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く45%であり、四国は31%と最も低かった(図1)。

【図1 都道府県地方区分別アンケート回収率】



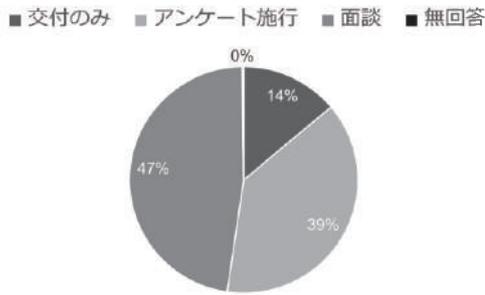
妊娠届け出(母子健康手帳交付)の窓口は、保健センターのみが315カ所(47%)、市役所や出張所のみ214カ所(32%)、両方136カ所(20%)であった。その他、保健所、教育委員会、市民センター、児童館、医療福祉センター、本庁、電子申請等が挙げられた(図2)。

【図2：母子健康手帳交付の窓口】



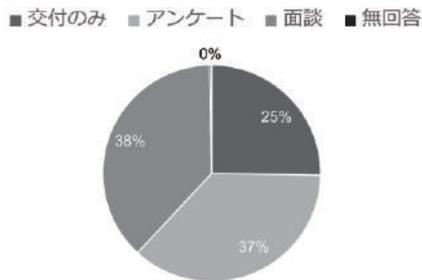
保健センターでは、母子健康手帳交付のみは14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた(図3)。

【図3：保健センターにおける母子健康手帳交付時の対応】



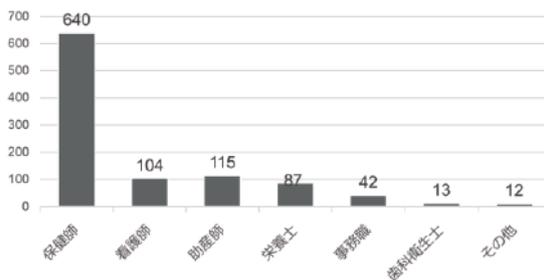
また、市役所・出張所では、母子健康手帳交付のみが25%と、保健センターを比較して多かった(図4)。

【図4：市役所・出張所における母子健康手帳交付時の対応】



面談に携わる職種は保健師が最も多く、次いで助産師、看護師、栄養士等が挙げられた(図5)。

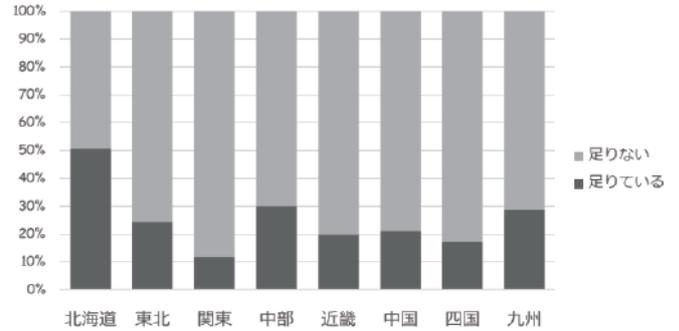
【図5：面談者の職種 重複あり】



母子保健担当保健師の充足感について確認したところ、足りているもしくは何とか足りているが合わせて25%と低値であった。都道府県地方区分別には、関東で12%と最も低く、次いで、四国、近畿中国が20%程度と低

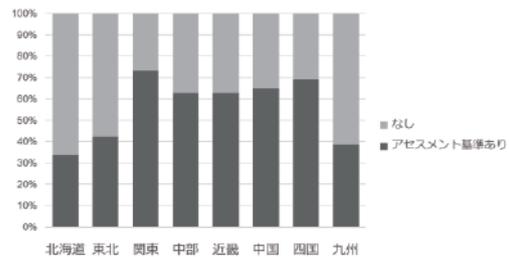
値であった。逆に北海道では50%が足りていると感じていた(図6)。

【図6：母子保健担当充足度】



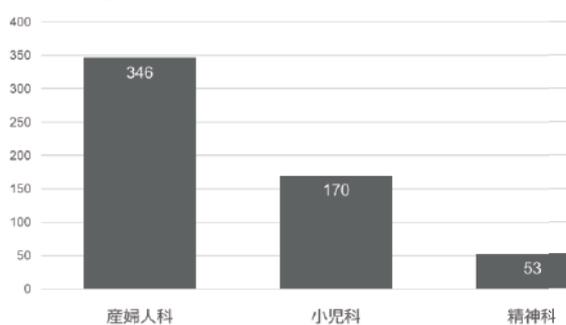
母子保健担保健師の実数(中央値、範囲)は、北海道3(1-18)、東北3(0-60)、関東6(1-73)、中部4(0-244)、近畿5(1-237)、中国3(1-60)、四国5(1-44)、九州2(1-31)であり、充足度と実数には隔たりがあった。要支援妊婦のアセスメント基準を決めている市区町村は372カ所(56%)であった。決定の方法は、担当者会議により決定している所が185カ所(49.7%)と約半数であった。スコア化によって決定しているところは92カ所(24.7%)であった。都道府県地方区分別には、関東が最も多く73%であった。ついで中部、近畿、中国、四国は60-70%程度であったが、九州、東北、北海道は半数未満であった(図7)。

【図7都道府県地方区分別要支援妊婦のアセスメント基準の有無】



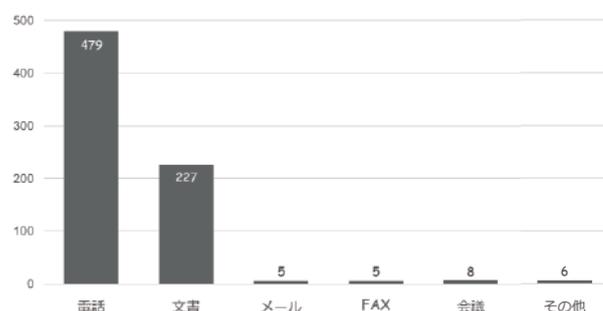
要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が424カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが245カ所(50%)、関係者の非協力が227カ所(47%)、関係機関の非協力が119カ所(24%)であった。また、対応を拒否された場合には、560カ所(91%)が追加行動を行っていた。その内容は、要保護児童対策協議会にあげる300カ所、児童福祉主担課と協力290カ所、医療機関と連携124カ所、保育園と連携12カ所、その他(出生後すぐから訪問、とりあえず訪問、担当者変更、関係機関と連携)等が挙げられた。日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった(図8)。

【図8 連携の取れている診療科 重複あり】



医療機関からの、要支援妊婦に対する初回の連絡方法は、電話が最も多く、次いで文書であった(図9)。

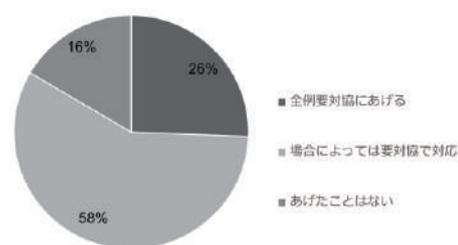
【図9 医療機関からの初回連絡方法】



出生数に関する情報が欠損していた16カ所を除き、655カ所において、平成27年度の特定妊婦新規登録数は3,388人(0.77%)であった。

特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会(要対協)で取り扱っている所は26%であり、場合によって取り扱っているが58%と大半を占めた(図10)。

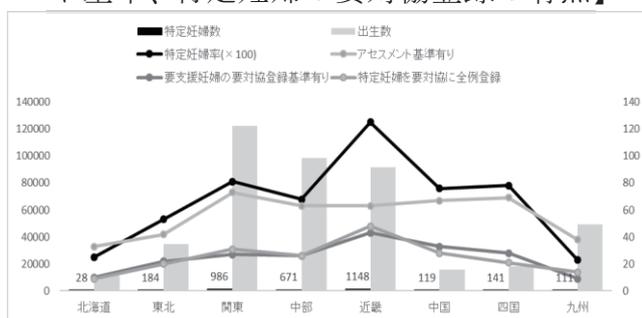
【図10 特定妊婦の対応】



次いで都道府県地方区分別の特定妊婦数の割合と、要支援妊婦のアセスメント基準の有無、特定妊婦の要対協登録の有無を比較した。特定妊婦率(特定妊婦数/出生数)は、近畿で1.25%と最も多く、関東0.81%、四国0.78%、中国0.76%、中部0.68%であり、北海道0.25%、九州0.23%と地域格差を認めた。特定妊婦は、要対協に全例登録して管理することが定められているが、全例登録している割合は、特定妊婦の率と同様の地域格差があり、近畿で最も多く48.4%、関東31.0%、中国

28.2%、四国 20.7%、東北 20.2%、九州 14.1%、北海道 8.6%であった。また、要支援妊婦のアセスメント基準を設定していない、要支援妊婦を要対協に登録する基準のないところで、特定妊婦の率が低く、基準のあるところが多い傾向があった(図 11)。

【図 11 都道府県地方区分別 特定妊婦率および要支援妊婦アセスメント基準、特定妊婦の要対協登録の有無】

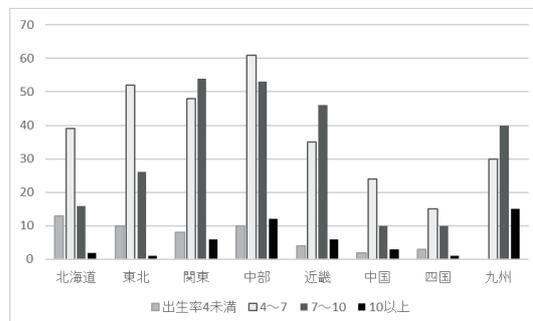


要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは12%に過ぎず、担当している医師は、小児科 55 人、産婦人科 11 人、内科 7 人、精神科 5 人、医師会長 4 人、診療所医師 3 人、保健所医師 2 人であった。

次に、出生率毎に母子健康手帳交付時の対応、母子保健担当者数、母子保健担当者の充足度、支援を要する妊婦へのアセスメント基準の有無、特定妊婦数、特定妊婦の要保護児童対策地域協議会での取り扱いの有無について検討した。都道府県地方区分別の出生率を図 12 に示す。関東、近畿、九州で特に出生率が高値であった。出生率(中央値,範囲)は北海道 5.9 (2.1-10.7)、東北 6.1 (0.9-10.9)、関東 7.1 (0.9-16.6)、中部 6.8 (1.3-13.1)、近畿 7.2 (3.0-14.1)、中国 6.1 (2.3-10.5)、

四国 6.3 (3.3-11.1)、九州 7.5 (4.2-13.3)であった。

【図 12 都道府県地方区分別出生数】

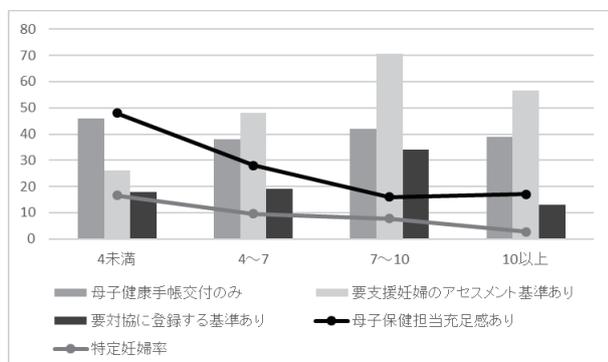


出生率が 7-10%の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と 10%以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高い程低かった(表 1) (図 13)。

【表 1 出生率毎の検討】

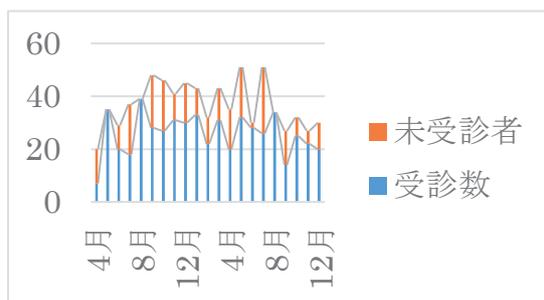
出生率	4未満	4~7	7~10	10以上
市町村数	50	304	255	46
出生数	1686	71134	338410	30274
母子健康手帳交付(重複あり)	交付のみ	23	123	108
	アンケート	37	257	233
	面談	51	302	247
母子保健担当者数(中央値,範囲)	2(1-10)	3(0-30)	6(0-244)	4(1-24)
母子保健担当充足感あり	24(48%)	92(28%)	41(16%)	8(17%)
要支援妊婦のアセスメント基準あり	13(26%)	147(48%)	180(70.6%)	26(56.5%)
要支援妊婦の要対協登録基準あり	9(18%)	59(19%)	87(34%)	6(13%)
特定妊婦数	28(1.66%)	684(0.96%)	2593(0.77%)	83(0.27%)
特定妊婦を要対協に登録	全数	7	68	77
	一部	28	175	146

【図 12 出生率毎の対策と母子保健担当充足感、特定妊婦率】



8. 地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

大阪府泉佐野市にあるりんくう総合医療センターで集計した「赤ちゃんへの気持ち質問票」について、2016年4月～2017年12月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む3市3町に住民票を持つもの）775人に対し、産後2週間サポートを利用した褥婦は542人（70%）に達した。



また、赤ちゃんへの気持ち質問票で見守りが必要とした産婦は6名、児の体重増加不良が認められた2名をフォローしたが、そのうち2名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告しているが、これらの2名は妊娠中の受診コンプライアンスに異常

はなく、妊娠合併症や社会的経済的リスクを認めなかった。この間、児や産婦自身の有害事象は発生していないが、事前に見守りが必要だと考えられた対象産婦4名は受診していなかった。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

一次施設 13 施設 1054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例において検討を行った。昨年度の研究では、一次施設 13 施設 1054 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%であり、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て、三次施設とほぼ同等であった。産科合併症の頻度は切迫早産 320 症例 (19.80%)、妊娠高血圧症候群 79 症例 (4.89%)、前期破水 57 症例 (3.53%)、絨毛膜羊膜炎 31 症例 (1.92%)、頸管無力症 18 症例 (1.11%)、前置胎盤 18 症例 (1.11%)、常位胎盤早期剥離 10 症例 (0.62%)、播種性血管内凝固症候群 7 症例 (0.43%)、肺水腫 6 症例 (0.37%)、癒着胎盤 4 症例 (0.25%)、子癩 1 症例

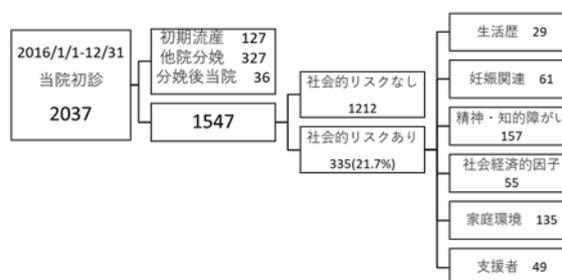
(0.06%)であった。頻度が高かった3疾患を主要な産科合併症とし、検討を行ったところ、3疾患におけるリスク因子の頻度は表1の通りであった。切迫早産では、35-39歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤による妊娠、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった。前期破水では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった。妊娠高血圧症候群では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった。各リスク因子のオッズ比の、施設規模別検討でも、各疾患について、各リスク因子、各施設規模において同様の傾向を認めることが多かった。切迫早産では、血液疾患合併のオッズ比が4.69、DMのオッズ比が3.30、排卵誘発剤のオッズ比が2.87、子宮付属器疾患合併のオッズ比が2.01と高かった。前期破水ではDMのオッズ比が7.02、血液疾患合併のオッズ比が6.33と高かった。妊娠高血圧症候群ではDMのオッズ比が5.30、20歳未満の妊娠がオッズ比3.61、IVF-ETによる妊娠のオッズ比が3.14、BMI>25がオッズ比2.72と高かった。

10. 社会的リスクを有す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28年1月1日から12月31日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037人であった。うち12週未満の初期流産(127人)、他院分娩(327人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36人)を除外し、1547人が対象となった。なお、同期間に2回分娩に至った症例2例を含んでいる。1つでも社会的リスクを有する者は、335人(21.7%)であり、リスク2つ以上有する者は86人(5.6%)であった。社会的リスクのカテゴリー毎の該当数は、生活歴に関するリスク29人、妊娠関連61人、精神・知的障がい157人、社会経済的要因55人、家庭環境135人、支援者49人であった。(図1)

(図1) 研究対象者における社会的リスクの内訳



社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度を検討した。(表3)母体年齢、母体精神疾患は社会的リスクの一要因であるため、医学的リスクとして検討には含んでいないが、参考として頻度を示した。社会的リスクを有する症例に有意に多い因子は、母体基礎情報では、外国人、経産婦、中絶歴、

自然妊娠であった。母体基礎疾患では、高血圧合併が有意に多かった。妊娠分娩経過においては、子宮収縮剤抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Ca ブロッカー内服)の使用が有意に多かった。また、帝王切開率や分娩時大量出血は、社会的リスクがない方が有意に多かった。その他の妊娠分娩経過や新生児の予後に関して社会的リスクと関係のある因子は認めなかった。

(表 3) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度 (単変量解析)

	total	社会的リスクあり	社会的リスクなし	P
N	1547	335	1212	
年齢(20歳未満)	23	23	0	
母体基礎情報				
人種(日本人以外)	46	18(5.4)	28(2.3)	0.003
経産回数(初産)	781	152(45.4)	629(51.9)	0.035
流産歴	359	65(19.4)	294(24.3)	0.06
中絶歴	185	67(20)	118(9.7)	<0.001
BMI(≧25)	173	42(12.7)	131(10.9)	0.48
妊娠方法(自然妊娠)	317	295(88.1)	933(77.0)	<0.001
母体基礎疾患				
高血圧	20	12(3.6)	8(0.7)	<0.001
糖尿病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.78
自己免疫疾患	26	7(2.1)	19(1.6)	0.51
心疾患	55	10(3.0)	45(3.7)	0.52
円錐切除後	33	8(2.4)	25(2.1)	0.72
パセドウ病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.77
精神疾患	122	87(26.0)	35(2.9)	
甲状腺機能低下症	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
悪阻	34	11(3.3)	23(1.9)	0.13
AC/CVS	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
切迫流産	225	42(12.5)	183(15.1)	0.24
切迫早産	308	69(20.6)	239(19.7)	0.72
子宮収縮抑制剤使用	123	36(10.8)	87(7.2)	0.03
母体リンデロン投与	95	20(6.0)	75(6.2)	0.89
HDP	163	39(11.6)	124(10.2)	0.46
GDM	134	32(9.6)	102(8.4)	0.51
FGR	155	28(8.4)	127(10.5)	0.25
HFD	75	18(5.4)	57(4.7)	0.61
多胎	116	21(6.3)	95(7.8)	0.33
妊娠分娩経過				
頸管短縮術	24	7(2.1)	17(1.4)	0.37
クラミジア陽性	28	9(2.7)	19(1.6)	0.17
胎児異常	225	44(13.1)	181(14.9)	0.41
胎児治療	27	7(2.1)	20(1.6)	0.59
胎盤位置異常	38	6(1.8)	32(2.6)	0.37
SA,AA,FD,NND	78	14(4.2)	64(5.3)	0.42
分娩週数(中央値)	39	13-41	38(14-41)	0.54
早産	207	42(13.1)	165(14.4)	0.6
帝王切開	452	76(22.7)	376(31)	0.003
緊急帝王切開	232	44(57.9)	188(50)	0.21
常位胎盤早期剥離	12	3(0.9)	9(0.7)	0.78
分娩時出血>1000ml	295	44(13.4)	251(20.9)	0.004
輸血	22	4(1.2)	18(1.5)	0.69
新生児情報				
性別(男児)	795	182(45.3)	613(49.1)	0.38
児体重(<10%tile)	197	40(12.4)	157(13.6)	0.78
Ap(1)<7	103	15(4.7)	88(7.7)	0.13
Ap(5)<7	33	5(1.6)	28(2.4)	0.46
PH<7.0	22	6(1.9)	16(1.5)	0.52
NICU、小児病棟入院	257	60(18.5)	197(17.1)	0.34

AC: amniocentesis, CVS: Chorionic Villi Sampling, HDP: hypertensive disorders of pregnancy, GDM: gestational diabetes mellitus, FGR: fetal growth restriction, HFD: heavy for date, SA: spontaneous abortion, AA: artificial abortion, FD: fetal death, NND: neonatal death, NICU: Neonatal Intensive Care Unit

次いで、社会的リスクを一つでも有するものとそうでないものの2群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析で $p < 0.3$ であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表 4)社会的リスクを有するもので有意に上昇する医学的リスクは、高血圧合併妊娠、子宮収縮抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Ca ブロッカー内服)

であった。

(表 4) 社会的リスクの有無による
医学的リスクの頻度 (多変量解析)

	cOR	aOR	95%CI	P
高血圧合併	5.6	6.3	2.4-16.5	<0.001
甲状腺機能低下	0.6	0.8	0.4-1.6	0.58
悪阻	1.8	1.7	0.8-3.7	0.17
切迫流産	0.8	0.8	0.5-1.2	0.22
子宮収縮抑制剤使用	1.6	1.7	1.1-2.7	0.03
胎児発育不全	0.8	0.7	0.5-1.2	0.23
帝王切開	0.7	0.7	0.5-1.0	0.09
分娩時出血>1000ml	0.6	0.7	0.5-1.1	0.1
Ap(1)<7	0.6	0.7	0.4-1.2	0.18

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

さらに、社会的リスクを2つ以上もつものと社会的リスクのない2群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析(表5)で $p < 0.3$ であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表6)その結果、高血圧合併のみが、関連する因子であった。(aOR6.6(1.4-32.0), $P < 0.001$)

(表 5) 社会的リスクの有無による
医学的リスクの頻度：社会的リスク
2つ以上の場合(単変量解析)

	社会的リスク>2	社会的リスクなし	P
N	86	1212	
年齢(20歳未満)	19	0	
人種(日本人以外)	3(3.5)	28(2.3)	0.49
経産回数(初産)	38(44.2)	629(51.9)	0.17
流産歴	13(15.1)	294(24.3)	0.05
中絶歴	26(30.2)	118(9.7)	<0.001
BMI(≥ 25)	10(12.2)	131(10.9)	0.72
妊娠方法(自然妊娠)	84(97.7)	933(77.0)	<0.001
高血圧	4(4.7)	8(0.7)	<0.001
糖尿病	3(3.5)	19(1.6)	0.18
自己免疫疾患	2(2.3)	19(1.6)	0.59
心疾患	4(4.7)	45(3.7)	0.66
円錐切除後	3(3.5)	25(2.1)	0.38
パセドウ病	2(2.3)	19(1.6)	0.59
精神疾患	24(27.9)	35(2.9)	
甲状腺機能低下症	1(1.2)	78(6.4)	0.05
悪阻	3(3.5)	23(1.9)	0.31
AC/CVS	4(4.7)	78(6.4)	0.51
切迫流産	9(10.5)	183(15.1)	0.24
切迫早産	23(26.7)	239(19.7)	0.12
子宮収縮抑制剤使用	13(15.1)	87(7.2)	0.008
母体リンデロン投与	6(7.0)	75(6.2)	0.77
PIH	11(12.8)	124(10.2)	0.45
GDM	7(8.1)	102(8.4)	0.93
FGR	10(11.6)	127(10.5)	0.74
HFD	6(7.0)	57(4.7)	0.34
多胎	5(5.8)	95(7.8)	0.5
頸管縫縮術	1(1.2)	17(1.4)	0.85
クラミジア陽性	6(7.0)	19(1.6)	<0.001
胎児異常	8(9.3)	181(14.9)	0.15
胎児治療	1(1.2)	20(1.6)	0.73
胎盤位置異常	0	32(2.6)	
SA,AA,FD,NND	3(3.5)	64(5.3)	0.47
分娩週数(中央値)	38(21-41)	38(14-41)	
早産	14(16.9)	165(14.4)	0.54
帝王切開	17(19.8)	376(31)	0.03
緊急帝王切開	9(52.9)	188(50)	0.82
常位胎盤早期剥離	0	9(0.7)	
分娩時出血>1000ml	14(16.9)	251(20.9)	0.38
輸血	1(1.2)	18(1.5)	0.81
性別(男児)	47(54.7)	613(49.1)	0.53
児体重(<10%tile)	10(11.9)	157(13.6)	0.67
Ap(1)<7	5(6.0)	88(7.7)	0.59
Ap(5)<7	3(3.6)	28(2.4)	0.51
PH<7.0	3(3.8)	16(1.5)	0.11
NICU、小児病棟入院	15(18.1)	197(17.1)	0.82

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

(表 6) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度：社会的リスク 2つ以上の場合(多変量解析)

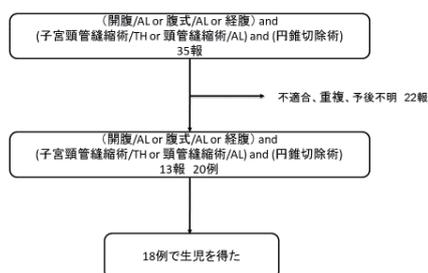
	cOR	aOR	95%CI	P
高血圧合併	7.3	6.6	1.4-32.0	<0.001
糖尿病合併	2.3	1.3	0.2-7.3	0.74
切迫流産	0.7	1.7	0.8-3.7	0.09
切迫早産	1.5	0.5	0.2-1.1	0.45
子宮収縮抑制剤使用	2.3	2.1	0.8-5.4	0.13
胎児異常	0.6	0.56	0.2-1.3	0.17
帝王切開	0.5	0.6	0.3-1.1	0.08
PH<7.0	2.7	2.1	0.6-8.1	0.3

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

11. 妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

双方のサーチエンジン合計で、35 報抽出した。すべての報告の抄録を確認し、目的に適合していない、重複、予後の記載がない報告を除外したところ、13 報、20 症例が残った。これらすべての報告の全文を取り寄せ、症例に関して詳細に吟味した。いずれの症例も前回妊娠で経腹的頸管縫縮術を

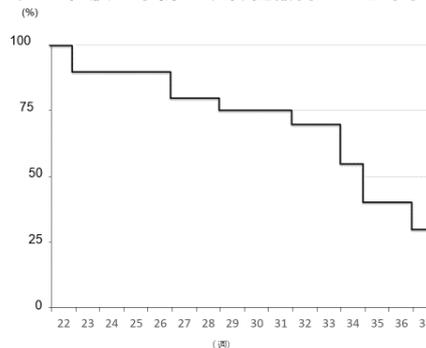
図1 経腹的頸管縫縮術の検索及び解析結果



行ったか、あるいは子宮腔部が消失しており、縫縮を行わず、生児が得られていない。経腹的縫縮術では、90% (18 例) で生児が得られ、そのうち 34 週

まで妊娠維持可能であった症例は、55% (11 例) であった。

図2 経腹的予防的頸管縫縮術の妊娠予後



IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12. 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

1. 推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後 2 週、産後 1 ヶ月に行う。妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認する。スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構 (NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence) の簡便な包括的 2 項目質問法が勧められている。また、エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) も、多くの国で妊娠

中から用いられている。一方、社会的背景（望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など）を踏まえたものに関しては、初診時間診票モデル案や大阪府で実際用いられているアセスメントシート、あるいは育児支援チェックリストが妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票が勧められている。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICE の質問票で、1 つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医への受診が勧められている。また、EPDS は 9 点以上で、「うつ病の可能性が高い」とするが、点数とうつ病の重症度に関連はなく、8 点以下で必ずしもうつ病を否定できない。また、不安障害や精神遅滞など他の精神疾患でも高値となることがある。いずれにしろ、これらの判定には精神科への受診が必要になる。初診時間診票や育児支援チェックリストは患者の背景因子を評価するもので、メンタルヘルスへの介入の必要性を検討するためには、前述の NICE の質問や EPDS と合わせて総合的に評価する必要がある。初診時間診票や育児支援チェックリストで要支援妊婦と判定される場合、施設内で生活状況、心理状態の把握に努め、傾聴を主体とした支援の継続が求められる。また、生活機能障害が著しい場合は、母子保健支援連絡票（妊婦・産婦・新生児）やアセスメントシート（支援を要する妊婦のスクリーニング；厚

生労働省）などを用い子育て世代包括支援センターに情報提供し、保健師の訪問支援などを依頼する。

2. メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性

メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、自治体により異なり 0.6% から 8.6% に分布している。これら要介入妊産婦の頻度と、自治体ごとの経済的指標、身体的指標、疾病発生率などを比較した。自治体ごとの平均年収（厚労省；賃金構造基本統計調査 2016）と要介入妊産婦の割合を比較すると、年収の増加にともない要介入妊産婦の割合が減少する傾向であった。

身体的特徴との比較では、要介入妊産婦の割合は自治体ごとの女性の BMI（厚労省；国民健康・栄養調査 2012）の増加に伴い増加する傾向であった。また、自治体ごとの出生体重 2000g 未満で早産と考えられる児の出生率（厚労省；人口動態調査 2015）と要介入妊産婦の割合には、有意な正の相関が認められた。各自治体の医師数や助産師数と要介入妊産婦の割合を比較すると、千出生あたりの助産師数（厚労省；衛生行政報告例：就業助産師数都道府県別 2012）が少ない自治体で、要介入妊産婦の割合が増加する傾向であった。

13. 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

研修会の参加者は 62 名であり、そのうち研修前後の調査票に回答した

56名の内訳は、助産師18名、看護師6名、産科医1名、保健師26名、小児科医1名、精神科医1名、医療ソーシャルワーカー6名、管理栄養士1名であった。

各質問についての回答の結果は図1から図4のとおりである。また、図1から図4の質問項目について、研修前、研修後の結果のt検定を行ったところ、いずれも $p < 0.001$ であった。

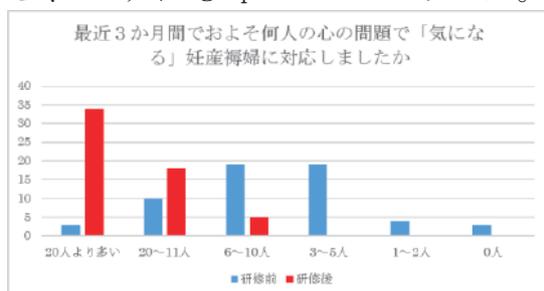


図1

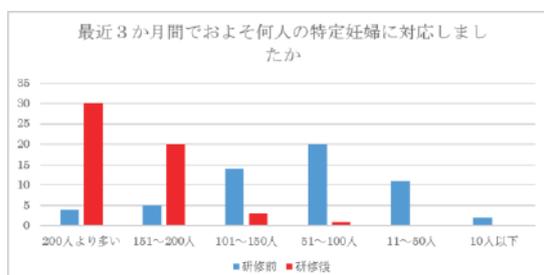


図4

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

平成24(2012)年から平成29(2017)年までの検索期間で該当した総説および原著論文は、77件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている16文献を対象に総括した。産後の

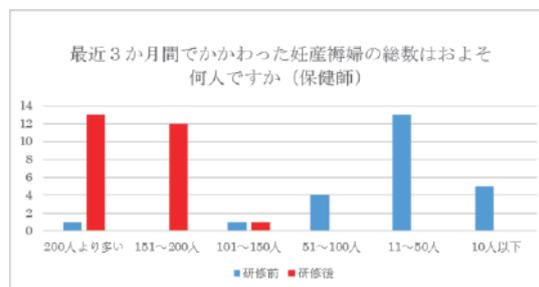


図2

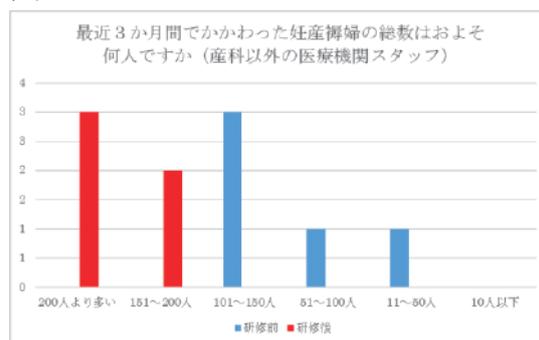


図3

期間では、産後早期の2日から最長では4年という研究もある。一部期間の特定されていない論文もありおおむね産後1年以内の論文がほとんどであった。この論文内では産褥うつ病と自身の被虐体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めなかったものが12件で、その他4件は関連性を認めなかった。また最長4年間の追跡をした Meltzer-Brody, et al.

(2013) は4年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた16)。観察期間は、①産褥8週間以内：5研究、②4-6か月以内：5研究、③8-12か月以内：2研究、④2年以上：1研究となっていた。

V. 公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」 参加者アンケート集計報告

参加者 591 人中、有効回答数は 468 (有効回答率 79.2%) であった。

「公開シンポジウム」アンケート集計結果

アンケート配布 591 件 (一般参加者 569、
関係者 14、報道・取材関係 8)

アンケート回収 470 件、有効回答数 468

性別と年代

	20代	30代	40代	50代	60歳以上	記載なし	合計
女性	50	110	141	78	14	2	395
男性	5	7	4	8	4	0	28
記載なし	0	13	14	14	3	1	45
合計	55	130	159	100	21	3	468

居住地

北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	沖縄	記載なし
1	21	344	45	20	11	6	10	1	9

職場・職種

	医療機関	保健センター	保健所	児童相談所	教育機関	行政機関	報道機関	その他	記載なし	合計
医師	26	0	3	0	0	0	0	0	0	29
看護師	16	2	0	0	1	3	0	0	0	22
保健師	5	105	27	7	2	43	0	0	0	189
助産師	105	18	0	1	22	5	0	7	1	159
MSW	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
公務員	-	3	0	2	1	15	0	0	0	21
その他	6	3	0	1	4	4	1	6	3	28
記載なし	0	2	1	0	3	1	0	0	3	10
合計	168	133	31	11	33	71	1	13	7	468

【児童虐待予防のための妊娠期からの支援について】

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に、

医療機関の役割は重要と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	467	0	0	1
医療機関 (168)	168	0	0	0
保健 センター (133)	133	0	0	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に

アセスメント基準は有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	459	1	6	2
医療機関 (168)	167	0	1	0
保健 センター (133)	130	0	3	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に

スコアリングは有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	392	6	63	8
医療機関 (168)	144	4	18	2
保健セン ター (133)	109	2	21	1

●支援を必要とする妊産褥婦の把握で何が

困難と思うか？(複数可)

- マンパワーが足りない(258)
- 客観的な判断基準がない(216)
- 対象者が非協力(181)
- 誰が判断したらいいかわからない(55)
- その他(69) :
 - 支援者のスキルの差(16)
 - 支援者(機関)間の温度差(10)
 - 他機関との連携の不備(7)
 - 支援者(機関)間の判断基準の違い(7)
 - 機関内部の連携の不備(4)
 - 個人情報の取り扱い(3)
 - 対象者の枠組み設定(2)
 - 支援に対する報酬や業務の位置づけがない(1)
 - 家族親族の理解(1)
 - 社会の理解(1)
 - その他(13)

●妊婦健診を受診していない妊婦を把握するにはどうすればいいと思うか？

(自由記載) (145)

- ・保健機関-医療機関の連携 (42)
- ・地域住民・民生委員などのコミュニケーションに期待 (26)
- ・届出や受診がなければ把握は難しい (20)
- ・(妊娠届出があれば) 保健機関が把握
- ・指導する (19)
- ・ネット・マスコミ・実店舗などでの広報 (18)
- ・相談窓口 (16)
- ・妊娠前からの教育・指導 (16)
- ・民間団体・学校・保育園幼稚園・産科小児科以外の医療現場との連携 (15)
- ・(受診歴があれば) 医療機関が把握・指導する (8)
- ・その他

【平成 28 年 10 月児童福祉法改正について】

(支援を要する妊婦等を把握した医療機関等は市町村に情報提供するよう努めなければならない、同意がない場合にも守秘義務違反にあたらない)

●児童福祉法のこの改正を知っていたか？

	知っていた	で知った	このシンポジウム	わからない	記載なし
全体 (468)	340	112	3	13	
医療機関 (168)	94	67	2	5	
保健センター (133)	108	20	1	4	

●児童福祉法の改正後に医療機関と保健機関等の連携状況は変わったか (1つ選択)

かなり改善された (56)

現在も苦慮することがある (129)

その理由:

- 医療機関からの情報提供に問題 (42)
- 機関毎・地域毎に認識に差がある (21)
- 保健機関の対応に不満 (8)

対象者本人との関係性

(説明・同意・拒否など) (5)

連携のハードルが高い (4)

←余程のケースしか連携できない

マンパワー不足 (4)

法改正が周知されていない (2) 他

もともと連携は円滑である (86)

連携するケースに出会ったことがない (10)

わからない (136)

その他 (26)

変化なし (8)

やや改善/増加 (8) 他

記載なし (31)

	かなり改善	現在も苦慮	連携は円滑	もともと	ケースがない	連携する
全体 (468)	56	129	86	10		
医療機関 (168)	22	42	42	5		
保健センター (133)	21	45	20	1		

D. 考察

I. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠 (SHP) を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する

研究

周産期領域におけるハイリスク妊産婦に対してローリスクと呼ばれる集団があるが、厳密に言えば分娩後大量出血に陥ることもあるので、妊産婦はいつでもハイリスクになりえる。リスク評価としては、従来医学的ハイリスク、社会的ハイリスクに分類されることが多かったが、社会的ハイリスクとは、経済的理由などの社会的問題を抱えている妊産婦だけでなく精神疾患合併妊娠など医学的な要因も内包していることがある。また、社会的経済的な問題を抱えている妊産婦が、感染症を呈している頻度が高い、切迫早産に陥りやすいなど、医学的な介入を要することも少なくない。児童福祉法第6条では「特定妊婦」とし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」と定義されているが、現場では特定妊婦と特定妊婦未満の線引きに苦慮している。大阪では支援を要する妊婦を「ハイリスク妊婦」、「要フォロー妊婦」「特定妊婦」と傾斜をつけて妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関の連携を強化している。具体的には、ハイリスク妊婦は、保健センターにおいて、医療機関などからの情報提供、妊娠届出票やアンケートなどをもとにし、アセスメントシート(妊娠期)のリスク項目を抽出し、アセスメントの結果、フォローの必要があると判断された妊婦としている。要フォロー妊婦は、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、保健センターなどによるフォロー継続とした妊婦、または協議会調整機関に報告し、協議会実務者協議で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦である。

特定妊婦は児童福祉法にその規定はあるが、具体化したものとして、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、協議会調整機関に報告することとし、実務者会議で検討の結果、特定妊婦として台帳に登録、進行管理となった妊婦である。つまり、この場合のハイリスク妊婦は特定妊婦に至る2段階手前の状態としての運用がなされている。当該研究班では、これまで社会的ハイリスク妊娠を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があるという考え方である。身体的な疾病のように明確な定義や病態があるわけではないが、頻度や対応方法、介入による改善の程度など各研究者が努力を重ねてきた。「社会的ハイリスク」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点(精神状態、性格、依存性、身体合併症、虐待、被虐待、妊娠状況、受診状況妊娠出産の受け止め)、養育状況の問題点(児への感情、育児ケアの問題家事、児を守る人的資源)、家庭環境の問題点(夫婦関係、経済状況、居住状況、相談相手はいるか)、子供の問題点(多胎、分離の必要性、健康状態)、その他(援助協力を発信、受容できるか)などの問題点を含んでいるものを指す。社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが、分娩後の支援・介入がさらに重要である。本人のみならず、出生する児が社会的に身体的に危険にさらされることは、なんとしても避けなけ

ればならない。医療者から見た「社会的ハイリスク妊産婦」対応は、虐待になる前の子どもを助けるために、子育てに問題を抱えそのような妊産婦をどのように拾い上げるのかということである。したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

2. 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

乳幼児健診未受診者の多くは「市外に転居したため当該市町村での健診がない」「児が医療機関に入院・受診中のため当該市町村での健診がない」であり、abuseに関連するものではなかった。また「ハイリスクと考えていなかったが要対協ケース」については胎児疾患症例やスタッフが見落としていたケースと考えられ、妊娠中からの対応について検討が必要である。

3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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

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、背景因子、妊娠による因子、児の問題の3つに大別される。背景因子として、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、妊娠に関連する因子については、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。入所理由が虐待によるものか養育困難によるものかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。虐待では、若年、未入籍、多産、母の精神疾患という背景に加え、妊婦健診が不十分な場合に、将来的な虐待のリスクになることが判明した。一方、養育困難では、母の精神的もしくは身体的疾患に加え、児の疾患等によって養育自体が困難となり施設入所となる背景が伺えた。

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

1. 妊婦健診における助産師等による問診
今回、モデル問診票を用いた医療機関では、妊娠届出時のリスク判定がローリスク群であっても、モデル問診を活用することで15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。一方、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の1件のみであった。

保健機関等への連絡が少数であった理由として、前向き調査担当者に活用支援マニュアルの内容がまだ十分に周知されていなかったこと、および本人同意で前向き調査

を実施したため、本人同意が得られにくいケースが除外されていたことが考えられた。

モデル問診票の対象者となった妊婦の縦断データは、妊婦の気持ちの揺らぎを反映していると考えられる。つまり、問診項目は、それぞれをチェック項目としてではなく、こうした変化から妊婦と会話を取り交わすことから状況を把握するものである。

モデル問診票を利用した医療機関スタッフからは、「問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。」

「妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。」(年間出生 250 名の産科クリニック)など、スタッフ間で共通の項目で問診することが、妊婦健診業務の標準化につながる可能性を示唆する意見が認められた。一方、「助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。」(年間出生 800 名の民間総合病院)など、多忙な臨床業務の中でハイリスク妊婦の把握と支援に充てるための、財源の根拠を求める意見も認められた。

本研究班の成果を報告した公開シンポジウム(「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」2017年11月27日、品川インターシティホール)への参加者アンケートでは、妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だとの意見が多くを占めていた。本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊婦健診における標準的な問診票の開発と展開が望まれる。

2. 妊娠期からの支援の評価方法

厚生労働省の調査(2015年度)では、妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握しているのは1,671市町村(96.0%)であった。しかし、把握した情報の活用は必ずしも十分ではなく、現場には「支援が必要な人こそ危機感を持っておらず、連絡や訪問を拒否されてしまう」、「保健機関では、病院での対応状況が分からず、どのようなケースを連絡すべきか悩む」などの課題がある。児童虐待の発生予防を目指し妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」の全国展開が始まっている。そのガイドラインには、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標に沿って評価指標を用いた事業評価が示されているが、それぞれの地域においてどのような指標を用いて、どのようにデータを集積すればよいのか、現場には多くの戸惑いがある。今回、妊娠期や出産後の保健機関や関係機関からの支援を評価するために、個別支援の受け入れや支援事業の利用に関する状況を、乳幼児健診事業の評価に関する研究班の成果²⁾を用いて整理した。すなわち、支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けて集計するものである。具体的には、電話相談では、「1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. しな

表 7. 支援の利用・受入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受け入れ状況
電話相談	1.相談した、2.相談できなかった、 3.つながらなかった、4.しなかった
家庭訪問	1.継続訪問した、2.1回で終了した、 3.行ったが会えなかった、4.行かなかった
面接(教室等含む)	1.面接した、2.面接しなかった
保健機関事業	1.利用した、2.利用しなかった
他機関事業	1.利用した、2.利用しなかった

かった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1. 相談した」を支援の利用・受け入れありと定義する。家庭訪問では、「1. 継続訪問した、2. 1回で終了した、3. 行ったが会えなかった、4. 行かなかった」に区分し、「1. 継続訪問した」を支援の利用・受け入れありとし、「2. 1回で終了した」の場合は、状況確認の結果その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け入れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する考え方である。

今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接(教室等を含む)を受け容れたか、または保健機関や関係機関の事業を利用したかについて、妊娠期および出産後に分けて個別ケースごとに入力を求め、いずれかの手段を利用または受け容れた場合に、「支援の受け入れあり」と集計した。今回の集計では、対象者全体の傾向を示すにとどめたが、医療機関や保健機関別に分析することや、支援策別に分析することで、各機関の取り組みの評価や支援策の効果の判定に活用できる可能性がある。

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

妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが1歳6か月のときにも3歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。また、思いがけない妊娠が3歳時の子育て困難感のリスクになることもわかり、妊娠届で把握できるリスク要因がその後の子育てに長期的に影響を及ぼす可能性が示唆された。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。里帰り出産の予定がある場合、1歳半の子育て困難感に関連が見られたことは重要である。これまで母子保健行政においては里帰り出産を予定しない場合に妊婦の母親との関係性を表していると考えられてきたが、本研究結果から示唆されるのは地域のサポートの欠如の代理指標となりうるということである。地域のサポートがないために里帰り出産を予定しているとすれば、1歳半での子育て困難感との関連について説明できるからである。今後は妊婦に対して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。ハイリスク妊婦にどのような保健師が、何を家庭訪問で伝えたのか、それによってどのような他機関連携に繋がったのか、そして妊婦および子どもの健康状況は怎么样了のか、についてシステムティックにデータを収集し解析していくことが望まれる。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

今回の調査結果から、母子保健業務を担う保健師の約 8 割に、妊婦に対する支援経験があることが明らかになった。支援の対象となる妊婦の把握経路では、約 7 割が妊娠届出時の面接であり、この場面で必要な情報を収集し、適切なアセスメントができるかが重要であると示唆された。一方で、医療機関や他機関からの連絡による把握は約 1 割程度であった。養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供については「子どもの虐待による死亡事例等の検証結果」が報告されるたびに通知等がだされ、平成 24 年 11 月の通知では「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」において連携強化が示されている。本調査から保健機関における妊娠中からの連携の難しさがあることが示された。支援が必要な妊婦の情報は保健機関の妊娠届出時の面接だけでは把握しきれない内容であるため、医療機関と連携することが特に重要である。妊娠中からの保健機関と医療機関の連携強化の具体的方略が必要であると考え。また、事例への支援状況から、約半数の事例において保健師は妊婦と良好な関係をつくりながら支援を行うことができているものの、約 2 割の事例では連絡がとりにくく、関わりを拒否も 7.2%あったことが示された。妊娠中から保健機関だけにかかわることの難しさがあらためて確認される結果であった。関係性をつくる、関係性を継続することが難しい事例への支援のあり方について検討していくことが効果的な保健指導につながっていくと考えられる。妊娠中からの妊婦との関係づくりについて今後の課題である。妊婦に対する支援の必要性の見極めについ

て、どのような情報を重視しているかでは、妊婦や家族の「心療内科や精神科の通院歴」の情報を重視しており、メンタルヘルスの課題がある場合に、子ども虐待につながりやすいことについては理解されていることが示された。また、妊娠届出の遅れだけでなく、きょうだい児への育児や夫婦関係の問題、経済的な不安定さ、転居を繰り返すなどの生活の実態を把握ことが挙げられ、妊婦本人だけではなく妊婦を取り巻く家族や基盤となる生活に捉えて、支援の必要性を見極めようとしている実態が明らかになった。保健機関における従来の妊娠届出時のアンケートやチェックリストにおいてもこれらの項目は含まれているが、これらの内容の重み付けについては、実証的な研究を積み重ね、さらに検討していくことが必要である。妊婦に対する支援の内容では、「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」「SOS を発信してもらえ関係をつくる」、「妊婦の体験や思いに共感する」などが挙げられていた。妊娠中から保健師は、妊婦にとっての理解者・支援者であるという役割を明確にし、支援を受け取ってもらうための関係づくりに注力している実態が明らかになった。支援が難しい事例に対しては妊娠中から援助関係をつくることは、出産後の母子への支援が円滑にできるために重要なことである。これまで妊娠中の支援は妊婦健診など医療機関が中心であったが、保健機関においても医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことがますます重要である。今年度の調査結果を踏まえ、昨年度に作成した「妊娠中、出産後の保

健相談において活用できる支援技術」マニュアル(案)を精練していく必要がある。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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実際特定妊婦を全例要対協に登録している市区町村は 1/4 に過ぎず、出生数が多くマンパワーの少ない市区町村では特に対策は不十分である可能性が示唆された。市区町村にとって、母子健康手帳の交付が妊婦との最初の接触であり、多くは、次回の接触は産後になる。母子健康手帳交付の際に妊婦に対するアセスメントを行うことで支援の必要な妊婦を抽出する試みが多く市区町村で行われているが、母子健康手帳の交付を保健センターのみに集約しているところは約半数であり、保健センターで交付しても、交付のみでアセスメントを行っていないところが 14%存在した。地理的な問題から、母子健康手帳の交付は、市役所や出張所でも行われているが、市役所や出張所では、さらに交付のみに留まるところが 25%であり、妊娠届け出時点でのアセスメントが不十分となっている可能性があった。

都道府県地方区分別毎の検討では、要支援妊婦のアセスメント基準や要支援妊婦の要対協への登録基準が決まっている方が、特定妊婦を全例要対協の対象として管理している割合が多く、かつ特定妊婦の割合も増

加した。特定妊婦は近畿で最も多く、北海道、九州で少ない傾向にあったが、特定妊婦の多い地方に、社会的なリスクや虐待予備群が多いというわけではなく、特定妊婦の数が多いことは、妊娠期からアセスメントを行い、要支援妊婦や特定妊婦として支援する体制が整っていることを示している可能性があった。出生率毎の検討では、出生率がある程度多いところで、要支援妊婦のアセスメント基準が定められ、要対協への登録の基準が決められている割合が多かった。また、特定妊婦率は、出生数が多い程低くなっており、これは出生数が多くなることで母子保健担当のマンパワー不足によって対応が不十分であるため、実際は特定妊婦として支援の必要な妊産婦の抽出ができていない可能性が示唆された。

8. 地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

産後 2 週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は 2 名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがあり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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)の有効性に関する検証

「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。その為、昨年度は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、産科合併症に関与するリスク因子の抽出率(保有率)が三次施設とほぼ同等であった。本年度の、主要 3 疾患における各リスク因子の頻度の検討においても、一次施設と三次施設で同等性がみられたことは、リスク因子と産科合併症の関連性が普遍であることを示しており、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。オッズ比による検討では、DM の合併は、切迫早産、前期破水、妊娠高血圧症候群の共通した強いリスク因子であり、血液疾患合併は切迫早産と前期破水に共通する強いリスク因子であることが明らかとなった。他にも主要 3 疾患との関連が示唆されたリスク因子はあるが、明確にするためには更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクを少なくとも 1 つ有する妊婦は、当センターでは 335 人(21.7%)であった。社会的なリスクを有することにより上昇する医学的リスクは高血圧合併と子宮収縮抑制剤使用のみであり、悪阻、切迫早

産、切迫流産、胎児死亡、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎児発育不全、早産等主な産科合併症との関連は認めなかった。一方、帝王切開に関しては、むしろ社会的リスクがある方が有意に少ない傾向にあったが、多変量解析によって有意差は認めなかった。帝王切開の施行理由には、社会的なリスクというよりは医学的なリスクが強く関係することが考えられた。今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

11. 妊産婦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、RR \geq 2 の早産ハイリスク妊娠である。しかし、他の HRP-list に掲載されているリスク異なり、一部の女性では、医原性の頸管無力症による流早産のためにこれまでの早産予防策では生児が得られない。この点が他の HRP-list 掲載の他の因子と異なる。このため、これまでとは異なる早産予防効果のある方策の提供が必要である。今回網羅的文献検索と報告内容の吟味によって、腹式頸管縫縮術の効果が確認された。出版バイアスはあるものの、通常の方法では生児を得ることができない女性の 90% で生児を得ることができる手段として、今後この手術方法の普及が期待される。社会的ハイリスクを有する女性では、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。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により、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。前年までの検討では、一定頻度で生児を得ることができなかったが、腹式頸管縫縮術は、これの克服に重要な手段であることが、確認された。

IV. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12. 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

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査（NICEの質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後2週、産後1ヶ月に行うことが望まれた。本調査では、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は、自治体ごとにその頻度が0.6%から8.6%と大きく異なっている。この頻度のばらつきの一部は、産科医療従事者の主観的判断により抽出されているためと推察され、全産科医療機関で統一されたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になるものと思われた。しかし、スクリーニング検査の導入は、2次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になり、その後の対応に課題を残す。

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均BMIが高い自治体で増加する傾向があり、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g未満の出生児が有意に増加していた。また、産科医療従事者のうち助産師が少ない自治体で要介入妊婦の割合が増

加する傾向があり、産科医療従事者のみによる対応に限界がある可能性が示された。

1. 管理指針の課題

1) 精神疾患の診断と対応

NICEの質問票やEPDSは、うつ病や不安障害など精神疾患のハイリスクを抽出するスクリーニング法で、確定診断や重症度を判断するものではない。実際、その診断にはDSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) においては、重症度を3段階に分類する評価法やGAF尺度 (Global Assessment of Functioning) により評価する方法が提唱されている。しかし、これらは精神科専門医により行われるもので、産婦人科医に馴染みはない。一方、昨年までの調査では、メンタルヘルスへの介入が必要と考えられた妊産婦に、臨床心理技術者が対応したものは全体の14.3%で、精神科医に診療依頼されたものも約20%に止まっている。この結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の専門職が不足していることを推察させる。今後、スクリーニング検査が全例に行われるようになれば、その診断と重症度に応じた治療を検討しなければならない妊産婦が増加することは明らかである。したがって、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

2) 精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦の抽出ツールが異なり、かつ、対応が異なるためそのスクリーニングとその後の流れは複雑になる。5回のスクリーニング時期に少なくとも2種

類の検査が行われ、陽性者への対応は3通りになる。精神科医に協力を依頼するもの、子育て世代包括支援センターに連絡するもの、そしてその両方にコンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す(図13)。メンタルヘル스에問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する(図14)。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

また、全ての産科医療機関で、妊娠初期に要支援妊婦を抽出する初診時間診票(図4、5)や育児支援チェックリスト(図6)が導入されれば、子育て世代包括支援センターへのアクセスが初診時に集約できる可能性がある。妊娠期から産褥期まで、5回のスクリーニングが提唱されているが、この回数も状況に応じ減少させることができる(図14)。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽

出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時間診票(図4、5)などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になろう(図14)。さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない(15)。子育て世代包括支援センターが、相談者にNICEの質問票やEPDSを用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる(図14)。産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦への対応(サービス)向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

2. 全国展開への課題

1) 臨床心理専門職の配備

本研究の全国調査では、メンタルヘル스에問題があり介入が必要と考えられた妊産婦は、全出生の4%で、総合・地域の周産期母子医療センターで6.5%、一般病院で4.4%、診療所で2.4%と高次施設で高率であった(表1)6, 7, 16)。しかし、実数で見ると、総合・地域の周産期母子医療センターが管理した要介入妊婦の実数は534名で、全体(1551名)の34%に過ぎない。

周産期体制整備指針では、総合周産期母子医療センターなどの診療体制として産科医、助産師などに加え、臨床心理士等の臨床心理技術者の配置を求めている。しかし、それ以外の施設、特に診療所では、施設内で精

精神科医や臨床心理士などの臨床心理技術者と協働管理することは難しい。実際、産後精神科医師への紹介率は施設機能により異なり、総合周産期母子医療センターで57.6%、地域周産期母子医療センターで38.1%と比較的高率だが、一般病院では22.8%、診療所では14.5%に止まっている(6, 7, 16)。

全ての産科医療機関に妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする臨床心理技術者を配備することは困難で、要介入妊婦を全て高次施設に集約することも地域によってはアクセスの観点(17)から難しい。したがって、要介入妊婦への対応をより充実するには、周産期母子医療センター以外で管理される要介入妊婦への支援を補完するシステムが必要になる。これらについても、上述の子育て世代包括支援センターに臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで解決に近づくことが期待される。

2) 保健指導の強化とより慎重な周産期管理

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均BMIが高い自治体で増加する傾向がある。また、平均年収や男性の喫煙率(厚生労働省;国民生活基礎調査2016年)と女性のBMIには有意な相関があり、平均年収が低く、喫煙率が高いほど、BMIが増加している(図15)。精神疾患とBMIに明確な関連があるわけではないが、健康増進の観点からもあり、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。また、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g未満の出生児が有意に増加していた。出生体重2000g未満の多くは早産児である。早産児は

脳性麻痺や神経発達障害などと密接に関連する。医療的な支援を要する児の出産は、母親の精神状態や生活機能をさらに圧迫するリスクがある。精神疾患と早産が関連するとすれば、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められることになる。本研究の要介入妊婦の割合は、産科医療従事者の主観的判断によるものである。上述のスクリーニング検査が導入され、より客観的なデータが集積され、詳細な検討が行われることが望まれる。

3) 産科医療施設と産科医療従事者の確保

本研究の全国調査で、最も要介入妊産婦に対応していたのはいずれの施設においても助産師であった(表2)。全国の産科医療機関で働く助産師数は、過去10年間で34%増加している(図15,日本産婦人科医会施設情報調査より)。しかし、自治体ごとの千出生あたりの助産師数(13)は、22名から44名と約2倍の格差があり、助産師が少ない自治体で要介入妊産婦の割合が増加する傾向がある(図12)。したがって、自治体(地域)によってはメンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。産科医師不足とその偏在は顕著で(18)、産科診療所では産科医の高齢化と助産師確保が問題になっている。産科診療所は全国の分娩の約50%を担い、特に人口密度の低い地域の産科医療を支えている。上述のごとく、要介入妊産婦や生活機能障害による要支援妊婦を臨床心理技術者が配備され、精神科の併設された周産期母子医療センターなどに集約することは困難で、地域によっては診療所機能の維持とそこで働く助産師の確保も重要な課題になろう。稿を閉じるに臨み、

本研究にご理解をいただいた日本産婦人科
 医学会常務理事会、研究データの収集にご協
 力頂いた事務職員に深謝する。

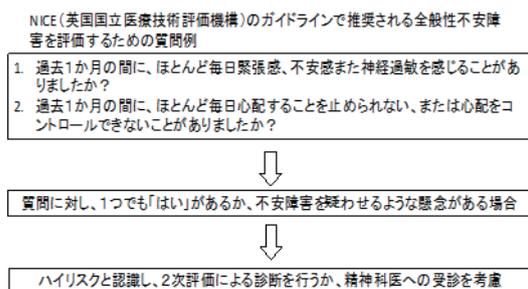


図2. NICEの不安についての2項目質問票 (文献8より引用)

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
 最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い
 答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えして下さい。

- 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
 () いつもと同様にできた。
 () あまりできなかった。
 () 明らかにできなかった。
 () 全くできなかった。
- 2) 物事を楽しみにして待った。
 () いつもと同様にできた。
 () あまりできなかった。
 () 明らかにできなかった。
 () ほとんどできなかった。
- 3) 物事が重くいつか、自分を不必要に責めた。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、時々そうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くなかった。
- 4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
 () いいえ、そうではなかった。
 () ほとんどそうではなかった。
 () はい、時々あった。
 () はい、しょっちゅうあった。
- 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
 () はい、しょっちゅうあった。
 () はい、時々あった。
 () いいえ、あつたになかった。
 () いいえ、全くなかった。
- 6) するごとがたくさんあって大変だった。
 () はい、たいてい対処できなかった。
 () はい、いつものようにうまく対処できなかった。
 () いいえ、たいていうまく対処した。
 () いいえ、普段通りに対処した。
- 7) 不幸せなので、寝りにくかった。
 () はい、ほとんどいつもそうだった。
 () はい、時々そうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くなかった。
- 8) 悲しくなったり、悔めになったりした。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くそうではなかった。
- 9) 不幸せなので、泣けてきた。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () 涙の塊々あった。
 () いいえ、全くそうではなかった。
- 10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () 時々そうだった。
 () あつたになかった。
 () 全くなかった。

(岡野ら (1996) による日本語版)

図3. エジンバラ産後うつ病質
 問票 (文献9より引用)

初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）

あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。秘密は厳守しますので、以下についてもご記入をお願いします。
医療施設・市町村・保健所等が連携して支援させていただきます。

記入日	平成 年 月 日	カルテ№	妊婦健康診査番号
1	氏名	フリガナ	姓 名
2	住所	〒	この住所に何年お住まいですか
3	連絡先	自宅電話番号	携帯電話番号
4	緊急連絡先	連絡先氏名	電話番号
5	氏名	フリガナ	姓 名
6	家族構成	本人を含めた家族構成()人 (妊婦さんからみた構成員で同居者に○をつけてください) 夫(パートナー) 子ども()人 父親・母親・祖父・祖母・夫(パートナー)の父・夫の母・夫の祖父・夫の祖母・その他()	
7	住居	①妊婦さんの方 ②夫(パートナー)の方 ③親戚など	連絡先氏名
8	現在の妊娠週数のことなど	妊婦 週	多胎()胎
9	分娩予定日	平成 年 月 日	予定がある(月 日)
10	今までの妊娠について	①既往 ②経過 ③経過 ④経過	⑤経過 ⑥経過 ⑦経過 ⑧経過
11	アレルギーについて	①アレルギー ②アレルギー	③アレルギー ④アレルギー

図 4. 初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）（文献 9 より引用）

育児支援チェックリスト

担当者 実施日 年 月 日 (産後 日目)
あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたに当てはまるお答えのほうに、○をして下さい。

- 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またはお産の時に医師から何か懸念があると告げられましたか？
はい いいえ
- これまでに流産や死産、出産後1年間に赤ちゃんを亡くされたことがありますか？
はい いいえ
- 今までに心臓的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？
はい いいえ
- 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
①夫には何でも打ち明けられることができますか？
はい いいえ 夫がいない
②夫やお母さんには何でも打ち明けられることができますか？
はい いいえ 実母がいない
③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？
はい いいえ
- 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？
はい いいえ
- 子育てをしていく上で、今の住まいや病院に満足していますか？
はい いいえ
- 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなった、または重傷や親しい方が重い病気になったり、事故にあつたことがありますか？
はい いいえ
- 赤ちゃんが、なげわすかたり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？
はい いいえ
- 赤ちゃんを泣かすくなくすることがありますか？
はい いいえ

(九州大学病院産科産科医学教室—福岡市保健所使用用)

図 6. 育児支援チェックリスト（文献 9 より引用）

アセスメントシート②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式）

※このシートは、産前産後から出産後の育児について育児支援が必要かどうかを、より正確に把握するために作成されています。

妊婦氏名	記入日	記入者
氏名	フリガナ	姓 名
住所	〒	この住所に何年お住まいですか
連絡先	自宅電話番号	携帯電話番号
緊急連絡先	連絡先氏名	電話番号
氏名	フリガナ	姓 名
家族構成	本人を含めた家族構成()人 (妊婦さんからみた構成員で同居者に○をつけてください) 夫(パートナー) 子ども()人 父親・母親・祖父・祖母・夫(パートナー)の父・夫の母・夫の祖父・夫の祖母・その他()	
住居	①妊婦さんの方 ②夫(パートナー)の方 ③親戚など	連絡先氏名
現在の妊娠週数のことなど	妊婦 週	多胎()胎
分娩予定日	平成 年 月 日	予定がある(月 日)
今までの妊娠について	①既往 ②経過 ③経過 ④経過	⑤経過 ⑥経過 ⑦経過 ⑧経過
アレルギーについて	①アレルギー ②アレルギー	③アレルギー ④アレルギー

※本表は、産前産後から出産後の育児について育児支援が必要かどうかを、より正確に把握するために作成されています。

1	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
2	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
3	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
4	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
5	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
6	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
7	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
8	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
9	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ
10	産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。	はい	いいえ

支援者の状況

① 配偶者、家族、友人等の状況により、妊婦の心身への負担を軽減することが期待できる。
② 夫(パートナー)が育児支援に協力する。
③ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
④ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑤ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑥ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑦ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑧ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑨ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。
⑩ 産前産後から出産後の育児について、何か不安や心配がある。

図 5. 初診時（妊娠初期）アセスメントシート（大阪府様式）（文献 9 より引用）

赤ちゃんへの気持ち質問票

担当者 実施日 年 月 日 (産後 日目)

あなたのお気持ちについてどのように感じていますか？
下におかれているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちに最も近いと思われる箇所○をつけて下さい。

- 赤ちゃんをとてもおもしろく感じる。 () () () ()
- 赤ちゃんのためにしんどいし辛いことがあるのに、おもしろく感じていていいからいいと思う。 () () () ()
- 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。 () () () ()
- 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。 () () () ()
- 赤ちゃんに対して喜びがこぼれる。 () () () ()
- 赤ちゃんの世話をしながらしている。 () () () ()
- こんな子でなかったらなあと思う。 () () () ()
- 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。 () () () ()
- この子がなかったらなあと思う。 () () () ()
- 赤ちゃんをとても身近に感じる。 () () () ()

図 7. 赤ちゃんへの気持ち質問票（文献 9 より引用）

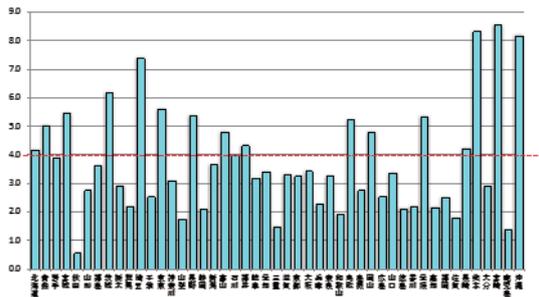


図8. 自治体ごとのメンタルヘルス要介入妊婦の割合

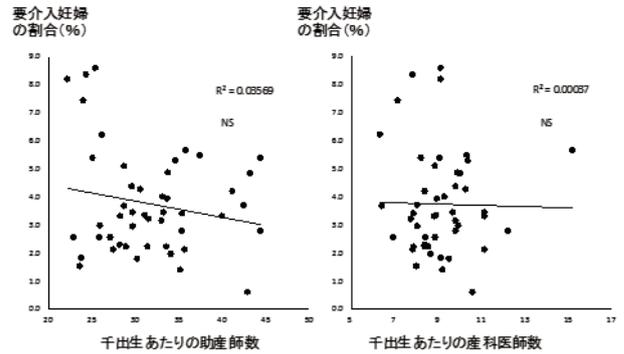


図12. 自治体ごとの医療従事者の分布とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

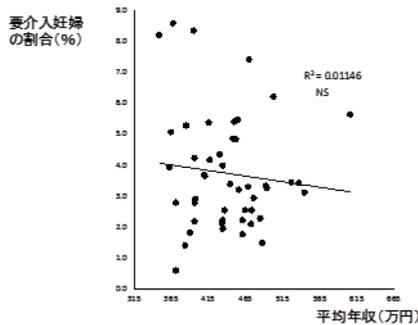


図9. 自治体ごとの平均年収とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

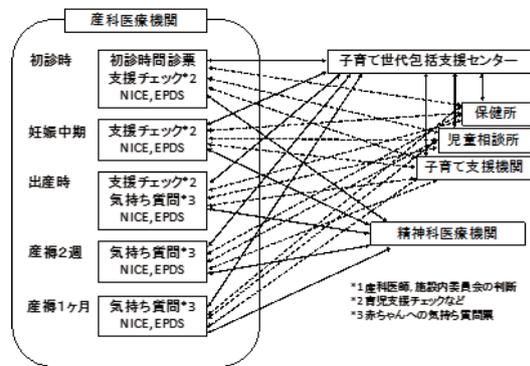


図13. 従来型の管理のフローチャート

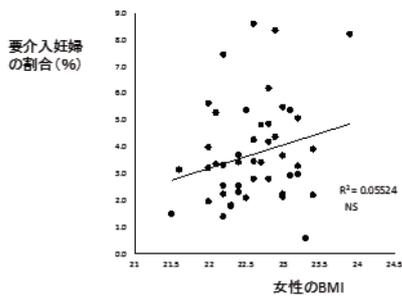


図10. 自治体ごとのBMIとメンタルヘルス要介入妊婦の割合

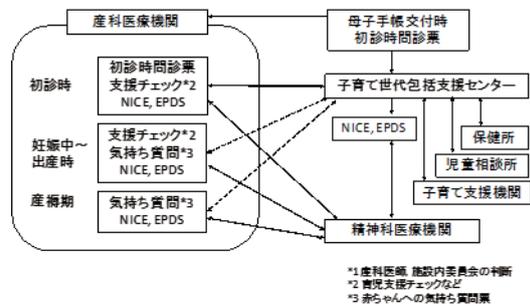


図14. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

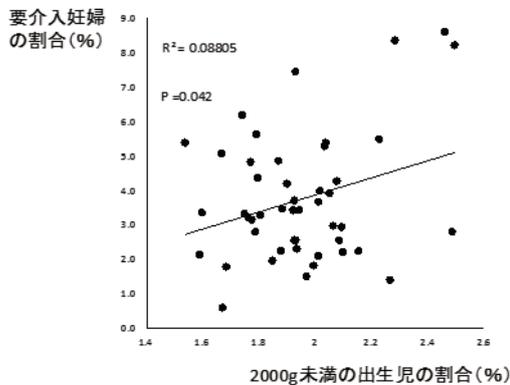


図11. 自治体ごとの低体重児とメンタルヘルス要介入妊婦

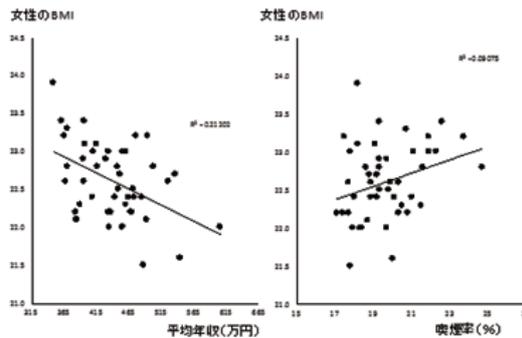


図15. 自治体ごとの女性のBMIと平均年収、喫煙率

表1 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
運営母体による分類					
大学病院	38	46.5	2395	244	10.2
国立系	16	49.0	1080	82	7.6
都道府県立	24	46.2	1318	69	5.2
市町村立	66	44.4	3048	156	5.1
厚生連	15	38.7	629	18	2.9
済生会	12	50.0	677	45	6.6
社会保険	2	18.2	62	1	1.6
日赤	19	43.3	1339	63	4.7
私立	84	40.5	6843	303	4.4
その他	62	45.2	3236	130	4.0
施設機能による分類					
総合周産期	37	55.8	3643	236	6.5
地域周産期	92	45.0	5998	398	6.6
一般病院	209	41.1	10744	474	4.4

表2 施設ごとの対応者とその割合

	要介助者がいた施設数		対応者(%)				
	医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他		
病院	188	116(62)	172(91)	85(45)	41(22)	64(34)	
診療所	289	137(47)	245(85)	133(46)	27(9)	68(24)	
運営母体による分類							
大学病院	30	22(73)	29(97)	18(60)	8(27)	20(67)	
国立系	12	8(67)	10(83)	7(58)	2(17)	5(42)	
都道府県立	14	10(71)	12(86)	4(29)	8(57)	3(21)	
市町村立	29	16(55)	27(93)	9(31)	8(28)	10(34)	
厚生連	4	2(50)	4(100)	2(50)	1(25)	0	
済生会	8	5(63)	8(100)	5(63)	1(13)	2(25)	
社会保険	1	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	
日赤	14	7(50)	12(86)	5(36)	2(14)	5(36)	
私立	45	19(42)	40(89)	24(53)	5(11)	8(18)	
その他	34	26(76)	29(85)	10(29)	6(18)	11(32)	
施設機能による分類							
総合周産期	33	23(70)	28(85)	16(48)	14(42)	13(39)	
地域周産期	63	42(67)	56(89)	28(44)	17(27)	26(41)	
一般	92	51(55)	88(96)	41(45)	10(11)	25(27)	

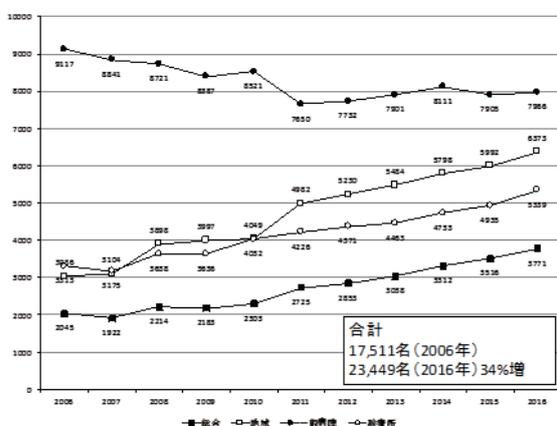


図16. 施設ごとの助産師数の推移

13. 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

メンタルヘルス不調の妊産婦に対する医療・保健・福祉が連携して対応する地域母子保健活動の研修プログラムについて研修会を開催し、その効果を研修前・研修3か月後で比較した。メンタルヘルス不調の妊産婦の対応件数、これまで妊産婦にあま

りかかわることのなかった母子保健関係者の妊産婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加した。こころの問題で「気になる」妊産婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから、研修会により、メンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆される。本研修では、メンタルヘルス不調への早期介入のため、メンタルヘルス不調をきたしやすいリスク因子について取り上げ、また、エジンバラ産後うつ病質問票や心理社会的リスク因子についてのスクリーニングについても取り上げた。メンタルヘルス不調に対してはスクリーニングを行わないと多忙な周産期の臨床現場や健診の場では見過ごすことも多く、スクリーニングの導入が望まれる。産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまでかかわりの乏しかった周産期のメンタルケアを行うようになった参加者が多かったことが示唆される。産科スタッフ以外の参加者について、問2で研修前後の変化を保健師とそれ以外の医療スタッフに分けて検証したが、どちらも研修後に妊産婦の対応件数が増加していた。保健師についての妊産婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の自治体で妊産婦のメンタルケア対策を開始したところが多かったことが示唆される。また、産科以外の医療スタッフについての妊産婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の所属する医療機関で妊産婦のメンタルヘルスに対する対応を始めたことが示唆される。近年、妊産婦のメンタルケアへの対応を行う保健機関・医療機関が増えつつあるが、まだ、対応がおこわ慣れて

いないところも多い。そのような保健機関・医療機関に対し、周産期のメンタルヘルス対応のスタートアップとして、本研修のような周産期メンタルケアの研修パッケージの実施は有効であると考えられる。特定妊婦の対応件数の増加から、本研修が参加者の特定妊婦への対応についてのスキル向上に効果があったことが示唆される。本研修では、日本周産期メンタルヘルス学会の診療ガイドのクリニカルクエスト6でも掲載された、世田谷区で作成された「“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”への対応の指標」を紹介し、心理社会的ハイリスクの妊産婦に対してどのような時にどのような機関と連携してどのように対応するかについてフローチャートについて解説した。特定妊婦への対応は様々な職種が関わるが、それぞれの職種がどのように連携し対応すればよいかの共通認識を持つことで、連携がスムーズになると考えられる。今回の研修では、プログラム全体としての効果は示唆されたものの、プログラムの個々の内容についての有効性について検証できていない。今後、プログラムの内容を改良していくうえで、個々の内容の有効性についての検証が必要であると考えられる。

周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

近年、妊婦のメンタルヘルス異常は妊娠

分娩産褥の合併症の重要なものとなっている。一方、児童虐待は母体の精神疾患との関連性が指摘されている。本邦では、児童虐待の早期発見および適切な予防のため、厚生労働省の指導に基づき、要保護児童対策地域協議会が設置され支援している。また妊娠中からの早期発見に向けて特定妊婦が指定され、妊娠中に特定した場合に産科医療施設は要保護児童対策地域協議会に報告し情報提供する必要がある。日本産婦人科医会が2015年に実施した1010施設、419558名の産褥婦における調査によると、うち1.81パーセントが妊娠産褥期間に精神科受診を必要とすることが明らかとなった。また要保護児童対策地域協議会への情報提供し得た率は0.07パーセント(1500名に1名の割合)であるとされている。産褥うつ病に代表される精神神経疾患は、妊娠中の様々なイベントである、望まない妊娠、家庭内不和、被虐待体験などに関連するとされている。一方で、早産や緊急帝王切開分娩、常位胎盤早期剥離、胎児・新生児発育等の異常などの疾患によっても誘発されることがある。平成28年度の報告で明らかにしたが、単一施設の検討では、産後1年後の合併症妊娠のフォローアップ率は、精神神経疾患で極端に低く、ほぼ0%であった。同様に産婦人科が主体となるはずの婦人科疾患合併妊娠におけるフォローアップ率も同様に20%前後で少なく、このような疾患のフォローアップが望まれる。本研究では、これまでの先行研究をまとめ、産褥うつ病に代表される精神神経疾患の発生と、被虐待体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らか

となった。被虐待は child abuse よりは maltreatment に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。うつ病は全世界で3億5千万人も疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている。特に産褥うつ病は、産後1年以内（主に3か月以内）に発生する中等度から重度のうつ状態と定義されている。産後の婦人の8~19%の人が産後のうつ症状を示し、産褥うつ病に移行すると考えられている。産褥うつ病は児に睡眠・食事・行動の問題を引き起こすことも明らかとなっている。長期的な罹患の結果、児に発達異常、母子愛着形成の不全を引き起こし、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる。このことから世代を超えて引き継がれるものと認識される。以上の文献を考察した結果、産褥うつ病等の精神疾患などでは、産後3か月から1年までのフォローアップ健診が実施されることが望ましいと推察される。一方で、Woolhouse H et al は、産後早期のうつと4年後のうつ傾向について比較した結果、産後早期にうつになる率よりも4年後にうつになる率の方が高いことを明らかにした。特にこの傾向は第1児出産褥婦で高い傾向にあり、産後早期で13%が、4年後には23%の婦人がうつ傾向を示すことを報告している。この研究成果より、特に第1児出産褥婦では、産後18か月間までの重点的なフォローアップの必要性が示唆された。初産婦と経産婦では、産後フォローアップ期間を変更することも考慮すべきと判断された。また産後の長期フォロー時に必要となるスケールとしては、エジンバラ産褥うつ病質問票が多くの研究で使用されており、簡便

で実用性は高い。また、科学的な物質である唾液中アミラーゼや、血中コルチゾールなどもスクリーニングに用いられ、今後の検討が必要である。フォローアップを担当する人員としては、産科医、小児科医、助産師、保健師等の職種が想定されるが、人数を考慮すると助産師・保健師・看護師等による問診がより現実的な対応になるものと推定される。一方で専門的な対応は精神科医に委ねられるべきである。

以上より、今後の母子健康手帳には、産後3・6・9・12か月までの項目を増やし、エジンバラ問診票を添付することで見やすい形式とし、より良い産後健診の充実につなげることが望まれるのではないだろうか。

V. 公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」

参加者アンケート集計報告

支援を必要とする妊産褥婦の把握について困難と考えられている点は「客観的な判断基準」と「マンパワー」であった。「支援を必要とする妊産褥婦（以下 対象者）」とはどのような人々なのかについて定義は未だなく、支援者（支援機関）毎に対象者の認識は異なる。認識が異なれば判断基準も異なり、支援者間の温度差が現れたり連携に困難が生じる可能性もある。客観的な基準がなければ対象者の把握は支援者の主観やスキルに依存する部分が多くなり、支援者の負担が大きくなるだけでなく、すべての妊産褥婦に手が回らず対象者の把握に漏れが

生じるかもしれない。対象者を客観的に（もしくは支援者の共通認識として）判断する方法としてアセスメント基準が求められている。一方スコア化して振り分けることの有用性には懐疑的な支援者も一定数いる。アセスメント基準を策定するには裏付けとなるデータが必要であり、データをもとに改定していかなければならない。根拠となるデータからスコア化の有用性が示されれば、対象者の把握も簡便かつ幅広く行うことができるかもしれない。マンパワー不足に対して「支援を正式に業務と位置づけること」「支援に対する報酬を設定し予算化すること」「専門知識を持つ者を増やすために研修を実施すること(精神科関連において特に要望が多い)」などの意見があった。対象者を把握するために医療機関の役割は重要視されている。妊婦健診実施施設では助産師や看護師が中心となって心理社会面やメンタル面の状況を把握するための問診や相談が有用と考えられ、実際に行っている施設も多い。一方マンパワーやスキルの問題で全妊婦に手が回らないという意見もあった。メンタル面においては EPDS や育児支援チェックリストといった既存のチェックリストが幅広く利用されていた。分娩取扱施設での対象者フォローアップについては「1ヶ月検診まで」「最初の乳幼児健診まで」の意見が多く、地域の母子保健担当との連携を念頭においた意見と思われる。より長期間の関わりを求める意見もあり、多業種で関わる

ことは重要であるけれども、分娩後に産科施設が長期に関わるのは現実的に難しいという意見もあった。医療機関が対象者を把握したとしても、その情報が他機関と情報共有されなければならない。個人情報保護の観点や関心の薄さから対象者の情報を保健機関に提供しない医療機関もあれば、情報提供したあとの保健機関の対応に不満を持つ医療機関もあり、他機関同士の連携に苦慮している支援者は多い。個人情報提供については児童福祉法改正の周知を求める声もあり、広報活動が必要と思われる。この度のアンケートでも保健センターに比し医療機関でこの改正が知られていないことが示された（保健センター 81.2%(108/133)、医療機関 56.0%(94/168)）。妊産婦の精神科受診・投薬についての現状や妊産婦死亡における自殺の扱いについては、日常的に妊産婦と関わっている支援者においてもあまり周知されていないことがわかった。精神科医療機関の確保困難については医療機関・保健センターとも現状を知る者の割合に差がみられないが、投薬の考え方や自殺統計については医療機関に比し保健センターで知られていないことが示された。妊産婦のメンタルヘルスは近年注目されており、各種ガイドラインでメンタル不調者の把握が推奨され、産後健診事業(EPDSの積極的活用)が開始され、支援者が関わるメンタル不調の対象者は今まで以上に増加すると思われる。精神科という専門性に支

援者が困難を感じているのであろうか、専門知識を持つための研修・アセスメント方法の充実・相談窓口の開設・精神科を受診しやすいシステムなどを求める意見があった。

社会的ハイリスク・妊産婦のメンタルケアを通しての意見として以下のようなものがあった。

医療・保健機関の連携は重要であるが、それだけでは把握仕切れないケースも多い。多面的に把握し関わるために、周辺住民や民生委員・学校・保育所・民間団体など地域全体で見守ることが期待される。そのためには ①本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導 ②ネット・マスコミ・実店舗などでの広報 ③相談窓口や継続的地域支援システムの整備などが求められる。

E. 結論

I. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

本年度は、具体的な社会的ハイリスクの定義を明確化することは困難であった。本研究については引き続き1年程度の検討を重ねる予定である。

2. 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

3-4か月健診時点では、従来の方法による

社会的ハイリスク者に、出生届未提出・要保護児童対策協議会対象者が多く存在した。

乳幼児健診未受診に関しては現段階では要保護児童対策協議会対象者との関連は不明であるが、乳児後期・1歳6か月健診の受診状況と併せて検討していきたい。

3. 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。

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討した。モデル問診票を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。妊娠届出書のリスク評価スコア、1か月健診時のEPDS等のリスクスケール、および3~4か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況

を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

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

妊娠届で困ったことがあった、初産、里帰り出産予定、既往歴あり、そして望まない妊娠であった場合、生後1歳半または3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

II. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

近畿2府4県の市区町村母子保健担当保健師に質問紙調査を行い415名から回答があった。支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」などであった。パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「無職」などであった。家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済的な不安定さがある」などが多かった。また、妊婦に対する保健指導としては、妊娠中から支援することを伝える、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOSを発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。妊娠中からの支援について困難も多いが、妊婦と援助関係をつくり、出産後も継続した関係

ができるよう支援していることが明らかとなった。これらの内容を妊娠中からの効果的な保健指導に反映していくことが必要である。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

市区町村における要支援妊婦、特定妊婦の現状が明らかになった。母子保健担当者の充足度は、出生率が上昇するほど低下しており、妊娠中からの対応が不十分である可能性があった。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を実現するためには、市区町村における母子保健担当の増員に加え、一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

8. 地域における産2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

産後2週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は2名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがあり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

III. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

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」チ

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。

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクを少なくとも1つ有する妊婦は、当センターでは335人(21.7%)であった。社会的なリスクを有することにより上昇する医学的なリスクは高血圧合併と子宮収縮抑制剤使用のみであり、悪阻、切迫早産、切迫流産、胎児死亡、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎児発育不全、早産等主な産科合併症との関連は認めなかった。一方、帝王切開に関しては、むしろ社会的リスクがある方が有意に少ない傾向にあったが、多変量解析によって有意差は認めなかった。帝王切開の施行理由には、社会的なリスクというよりは医学的なリスクが強く関係することが考えられた。今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

11. 妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

社会的ハイリスクに多い子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、周産期センターでの妊娠管理が勧められ、生児が得られない場合、次回妊娠では腹式頸管縫縮術が、生児を得るための、オプションになりうる。

IV. 妊産婦メンタルヘルスに関する研究

12. 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のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、2次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。各自治体の子育て世代包括支援センターで、ワンストップ機能を確立し、臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで、これらの問題は解決に近づくことが期待される。

13. 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

本研究で実施した母子保健メンタルケア指導者研修を実施し、その効果を検証した。その結果、参加者の周産期メンタルヘルスケアに対する意識向上、周産期メンタルヘルス対応のスタートアップ、特定妊婦への対応スキルの向上に効果があることが示唆された。このような研修会は、周産期メンタルヘルスケアの均てん化に有効であると考えられる。

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

文献的なレビューより、産褥うつ病に代

表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後1か月健診だけでなく産後1年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望まれる。

V. 公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」

参加者アンケート集計報告

アンケート集計全体を通して、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後この分野において求められる課題と考える。

- ①客観的な判断基準・支援を必要とする妊産婦の定義
- ②本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導
- ③ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
- ④相談窓口や継続的地域支援システムの整備
- ⑤児童福祉法改正の周知（医療機関-地域行政間の情報伝達円滑化のため）
- ⑥医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設（学校・民生委員 etc.）との連携
- ⑦マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化する。

総括

平成29年度当研究班の成果をまと

めてみると以下のようなになる。

- ・社会的ハイリスク妊娠の定義作成に資する整理が進んだ。
- ・社会的ハイリスク妊娠が育児困難発生を推測可能であった。
- ・児童相談所入所児童発生には妊娠中要因も関与していることが実証された。
- ・妊娠届時のアセスメントに加えて妊婦健診中のアセスメントも必要であることが示された。
- ・母子保健支援事業において保健師のスキルアップの要点がまとめられた。
- ・全国の市区町村の社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)に関する母子保健事業は未だ統一的な事業展開にはなっていないことが認識された。
- ・本邦では、医学的ハイリスク妊娠と社会的ハイリスク妊娠の関連性の報告はほとんど見られないが、一定の関連性を報告できた。
- ・メンタルヘルス不調妊婦への支援の保健指導体制確立への課題が指摘できた。
- ・社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難に関与する母体要因のうち最大のものはメンタルヘルスであることを実証的に示すことができた。
- ・社会的ハイリスク妊娠に関しての関係者の関心は高くなっており、全国的な管理・支援体制の整備が望まれていることが確認された。

このような成果は内容的には新知見というよりも従来推測されてきたことが実証的に示されたと考えた方がよい。ただ、これによって今までされてきたこと、今後されようとしていることの裏付けがあるということになる。児童福祉法改正、子育て世代包括支援センター設置、産婦健康診査開始、診療報酬上の妊産婦配慮、妊産婦自殺対策等の方向性を指示する結果と考えられる。ただ、いずれも関係各位への認識状況、予算措置、人員配置運用体制の整備等は始まったばかりである。

今後の展望

これまでの報告において社会的ハイリスク妊娠は児童虐待・妊産婦の自殺における大きな関連要因であることが、実証的に示された。中でも母体メンタルヘルスの関与は大であることが強調された。社会的ハイリスク妊娠把握のためには、アセスメントをすることが必須である。妊娠糖尿病ならば血糖、妊娠高血圧症候群ならば血圧という客観的検査値が存在する。しかし、社会的ハイリスク妊娠アセスメントは面談が主体となる。これは、面談を行う医療職、保健師等の技量に左右される。さらには妊婦さんとの信頼関係によってもアセスメント結果は変わってくる。すなわち、効率的アセスメントを実行するためには有効性の高いアセスメントシート作成が必須となってくる。アセスメントシート作成のためには当研究班よりも大規模

な研究が必須となる。そのためにも医療・保健・福祉関係者の共通言語、定義等の作成も必要になる。当研究班の成果は方向性は指示するものの限定的な医療機関、地域のみのものであり本邦全体を表した結果といて確定させるためにはさらなる精度と規模が望まれる。

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(1): 185-191, 2017.
- 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(1): 43-49, 2017.

2. 学会発表

- 1) 第 69 回日本産科婦人科学会：周産期の立場から 広島 2017年4月13-16日
- 2) 第 53 回周産期新生児学会：育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するためのスクリーニング項目の検討 横浜 2017年7月16-18日
- 3) 第 53 回周産期新生児学会：妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について 横浜 2017年7月16-18日
- 4) 第 53 回周産期新生児学会：育児支援が必要と思われる妊産婦を把握す

るためのスクリーニング項目の検討
横浜 2017年7月16-18日

5)第58回日本母性衛生学会総会・学術集会：大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告(第1報)

神戸 2017年10月6-7日

6)第14回周産期メンタルヘルス学会：大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告 大分 2017年10月28-29日

7)第14回周産期メンタルヘルス学会：大阪府における妊産婦の支援事業 大分 2017年10月28-29日

8)日本子ども虐待防止学会 第23回学術集会 ちば大会：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 千葉 2017年12月2-3日

9)日本子ども虐待防止学会 第23回学術集会 ちば大会：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出 千葉 2017年12月2-3日

10)日本子ども虐待防止学会 第23回学術集会 ちば大会：若年妊婦の次の妊娠を防ぐために ― 児童虐待予防の観点から ― 千葉 2017年12月2-3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。

参考文献