

～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～

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

基調講演
周産期医療と児童虐待
公開用

厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「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」
公開シンポジウム

大阪母子医療センター
産科 光田信明

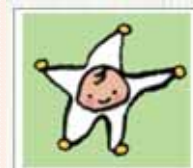
妊婦健康診査および妊娠届を活用した
ハイリスク妊産婦の把握と
効果的な保健指導のあり方
に関する研究

- 周産期医療は母児の身体的健康を大きな課題としてきました。
- なぜ今、周産期医療が児童虐待を考えなければならないのでしょうか？

考えなければならないとしたら、

- どのような根拠があるのでしょうか？

健やか親子21
(第2次)



健やか親子21

健やか親子21(第2次)
シンボルマーク

基盤課題 A

切れ目ない妊産婦・乳幼児への
保健対策

妊娠・出産・育児期における母子保健対策の充実に取り組むとともに、各事業間や関連機関間の連携体制を強化します。

また、情報を有効に活用し、母子保健事業の評価・分析体制をつくり、切れ目ない支援ができる体制を目指します。

目標 安心・安全な妊娠・出産・育児のための
切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実



重点課題④

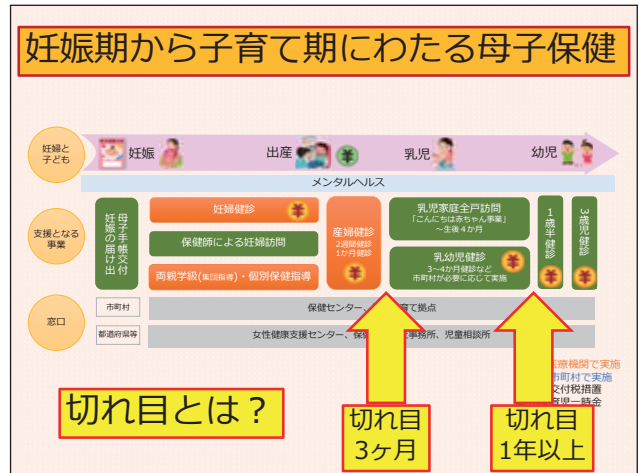
妊娠期からの児童虐待防止対策

児童虐待の発生を防止するためには、妊娠期の母親に向けた情報提供等、早期からの手助けが重要です。

また、できるだけ早期に発見・対応するために新生児訪問等の母子保健事業と関係機関の連携を強くしていきます。

目標 児童虐待のない社会の構築





大阪府未受診妊婦調査からでたキーワード

独居、支援者なし、未入籍、精神疾患、人工妊娠中絶、DV、出会い系サイト、貧困、自殺、いじめ、不登校、リフトカット、産院、母子、助産、児童虐待は強い関連性がある

若年、生活保護、母子手帳、出生届不提出、前回未受診妊娠、1ヶ月健診未受診、家出、健康保険証不取得、揺さぶられっ子症候群、望まぬ妊娠

児童虐待を受けた場合の影響をみます

The Bucharest Early Intervention Project

ルーマニア政府の協力
調査機関：Harvard Medical School, Thlane University Health Science Center, University of Maryland等米国の機関
遺棄児童の認知力についての研究

【対象・方法】
遺棄児童136人 → 施設群：68人
里親群：68人
(ブカレストにある6つの施設・31か月以下の児童) スクリーニングによって遺伝疾患・FAS・小児自閉症

NIG(施設経験のない、家族と生活する児)：72人
①42ヶ月時点BSID- II (DQ), 54ヶ月時点のWPPSI-R(IQ)を調査し、それぞれの群での違いを検討
②FCGにおいて、里親に預けられた月齢の違いによってその後のDQ/IQの違いを検討

・研究班独自プログラム
・46%はシングルマザー
・30-66歳(mean48)
・SWが訪問・サポート

Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children:The Bucharest Early Intervention Project. Science 2007 vol318

BEIPの結果

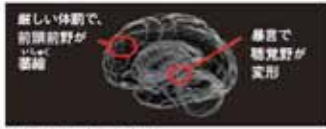
- 人間の精神的・肉体的(脳)発育は **2歳**くらいまでに臨界点がある
- 子どもの成育環境には**家庭**が必要である

子どもを健やかに育むために ～愛の鞭ゼロ作戦～

体罰・暴言は子どもの脳の発達に深刻な影響を及ぼします。

脳画像の研究により、子ども時代に辛い体験をした人は、脳に様々な変化を生じていることが報告されています。親は「愛の鞭」のつもりだったとしても、子どもには目に見えない大きなダメージを与えているかも知れないのです。

●子ども時代の辛い体験により傷つく脳



提供：藤井大平 立川明典教授

・厳しい体罰により、前頭前野（社会生活に極めて重要な脳部位）の容積が19.1%減少
(Tomoda et al., *NeuroImage*, 2017)

・言葉の暴力により、聴覚野（声や音を覚覚する脳部位）が変形
(Tomoda et al., *NeuroImage*, 2017)

早期介入の利点

結局、周産期医療者は児童虐待関係者にバトンタッチしていくことになるが、**乳児期の成育環境がその後の発達を決定的にしてしまう**ことを念頭においておかなければならない。
ひょっとしたら、エピジェネティクスのような影響もあるかもしれない。

小括

- 妊娠期から乳児期に切れ目なく健やかな養育環境が必要である
- 児童虐待が起きなければ課題がないのではない

医療・保健・福祉の連携

児童福祉法等の一部改正 平成28年

全ての児童が**健全に育成**されるよう、**児童虐待について発生予防から自立支援**まで一連の対策の更なる強化等を図るため、児童福祉法の理念を明確化するとともに、**母子健康包括支援センター**の全国展開、市町村及び児童相談所の体制の強化、**里親委託**の推進等の所要の措置を講ずる。

児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について 平成28年6月3日

II 児童子育て世代包括支援センターの法定化（平成29年4月1日施行）

虐待の発生予防

1 (1) 改正の趣旨

地域のつながりの希薄化等により、妊産婦・母親の孤立感や負担感が高まっている中、妊娠期から子育て期までの支援は、関係機関が連携し、**切れ目のない支援**を実施することが重要となっている。

このため、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」について、おおむね平成32年度末までに全国展開を目指していくこととしており、全国展開に向けて、同センターの設置根拠を設け、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととする。

(2) 改正の概要

市町村は、母子保健に関し、支援に必要な実情の把握等を行う「子育て世代包括支援センター」（※）を設置するように努めなければならないこととする（母子保健法第22条）。

（※）法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。

2 支援を要する妊婦等に関する情報提供（平成28年10月1日施行）

(1) 改正の趣旨

虐待による児童の死亡事例については、0歳児の割合が4割強を占めており、この背景としては、母親が妊娠期から一人で悩みを抱えているケースや、産前産後の心身の不調、家庭環境の問題などがあると考えられる。また、妊娠の届出がなく母子健康手帳が未発行である、妊婦健診が未受診であるといった妊婦については、市町村で状況を把握できない場合がある。

こうした課題に対応するためには、妊婦等自身からの相談を待つだけでなく、支援を要する妊婦等に積極的にアプローチすることが必要であり、その前提として、そうした妊婦等を把握しやすい機関等からの連絡を受けて、市町村がその状況を把握し、妊娠期からの必要な支援につなぐことが重要である。このため、支援を要する妊婦等に日頃から接する機会が多い、医療機関、児童福祉施設、学校等が、支援を要する妊婦等を把握した場合には、その情報を市町村に提供するように努めることとする。

(2) 改正の概要

児童福祉法第6条の3第5項に規定する要支援児童等（支援を要する妊婦、児童及びその保護者）と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するように努めることとする（児童福祉法第21条の10の5第1項）。

また、刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、こうした情報提供を妨げるものと解釈してはならない（同条第2項）。

3 母子保健施策を通じた虐待予防等（公布日施行）

(1) 改正の趣旨

妊娠の届出や乳幼児健診等の母子保健施策は、市町村が広く妊産婦等と接触する機会となっており、悩みを抱える妊産婦等を早期に発見し相談支援につなげるなど、児童虐待の予防や早期発見に資するものであることから、母子保健施策と児童虐待防止対策との連携をより一層強化することとする。

(2) 改正の概要

国及び地方公共団体は、母子保健施策を講ずるに当たっては、当該施策が乳幼児の虐待の予防及び早期発見に資するものであることに留意することとする（母子保健法第5条第2項）。

対応策

(4) 精神疾患のある養育者等の支援を必要としている家庭への対応

○ 妊娠・出産・産後の管理が可能な産科や精神科が併設された医療機関に早期からつなげ、精神保健の観点からの支援が必要。

○ 養育者の生育歴に着目し、子どもの頃の成長・発達状況を踏まえた精神面のリスクアセスメントが必要。

(5) きょうだいの虐待死をうけて、虐待の再発を防止するための対応

○ 過去に虐待のおそれ・疑いがあった養育者には、生まれてくる子どもの安全を第一に、危機感を関係者の中で共有し、妊娠期から虐待を防止するための支援策の検討が必要。

(6) 学齢期以降の子どもに対する支援のあり方

○ 学校のみで家庭状況の把握が困難な際には、関係機関と情報共有していくことが重要。

○ 身体的虐待と考えられる状況を把握した際は、医療機関への受診の有無によらず、継続的な確認とリスクアセスメントが必要。

産婦健康診査（平成29年4月～）の目的

産後うつ等の予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、産後2週間、産後1ヶ月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等）の重要性が指摘されている。

このため、産婦健康診査の費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備する。

小括

- 改正児童福祉法においては児童虐待予防が強く唱われている
- 児童虐待発生を予め把握し、防止するために関係機関の情報共有の重要性が指摘されている
- 今後の子育て支援は子育て支援包括支援センターが中心となっていく

要支援妊婦に対する対策の現状

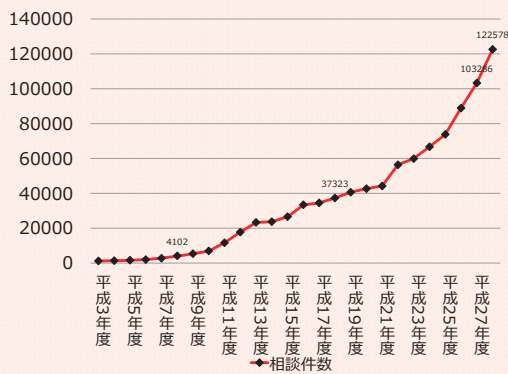
全国市町村アンケート：実施平成29年3月
調査期間：平成27年度（平成27年4月～平成28年3月）

小括

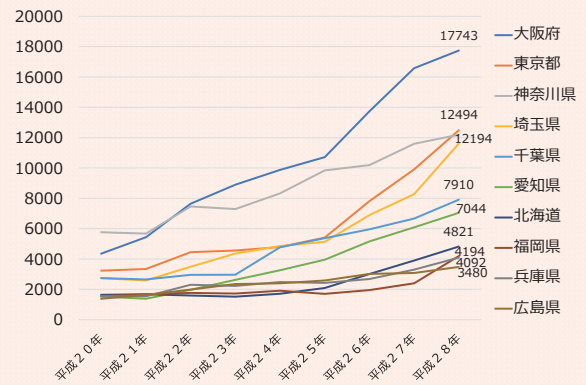
- 母子保健分野では医療・保健・福祉には関連性がある
- 全国的には妊娠届時アセスメントの実際はバラツキが多い
- 特定妊婦、要保護児童対策地域協議会の運用もバラツキが多い
- アセスメント基準の設定が必要である
- お母さんとの信頼関係の構築が大切である
- 個人情報保護の尊重は大きな課題である

子ども虐待による死亡事例等の 検証結果等について 第1～13次報告

児童虐待相談件数の推移



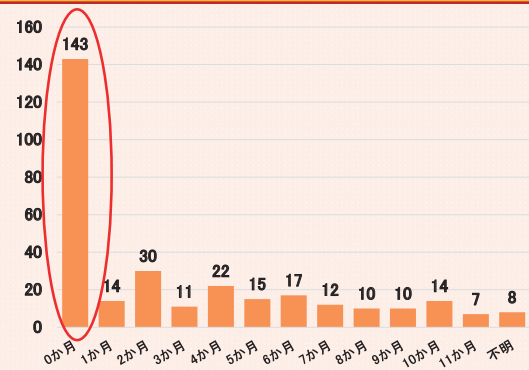
児童虐待相談対応件数(第13次)



第1次報告から第13次報告までの 「心中以外の虐待死」総数に対する 0歳児の割合

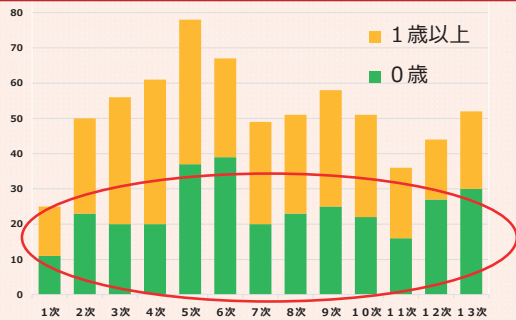
区分	人数	構成割合
総数	678	100%
0歳	313	46.2%
0か月	143	45.7%
0日	124	86.7%

0歳児死亡の月齢別分布(心中以外)



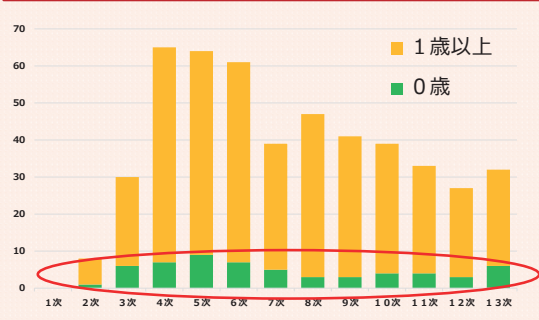
子ども虐待による死亡事例等の検証結果(第13次報告まで)

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布
(心中以外)



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次報告までの累計)

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布
(心中)



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次報告までの累計)

特定妊婦って何でしょうか？
誰が？、いつ？決めるのでしょうか？

特定妊婦とは？

児童福祉法第6条3の第5項中(平成21年4月1日)

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

- 出産後の養育状況を出産前に判断出来るのか？
- 又は、判断しないとイケないのか？
- さらには、出産前に支援がないと遅いのか？



そうした根拠はあるのか？

特定妊婦の定義は未だ明確ではありません。
児童虐待予備軍でもありません。
確実なことは
要対協の台帳に載れば、
特定妊婦です。

特定妊婦と児童虐待の因果関係

児童福祉法第25条の7

市町村は、要保護児童若しくは要支援児童及びその保護者又は特定妊婦に対する支援の実施状況を的確に把握するものとし、第二十五条第一項の規定による通告を受けた児童及び相談に応じた児童又はその保護者について、必要があると認めるときは、次の各号のいずれかの措置を採らなければならない。

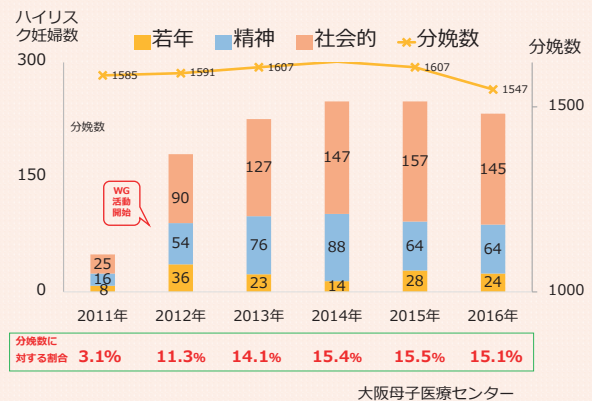
『ハイリスク妊産婦の把握』とは？

- ハイリスクは良くない予後を危惧する状況である
- 良くない予後(予後不良)とはどのような状況でしょうか？
- 予後不良とは出産後の母児の状況が望ましくないことを指している
- 出産後の望ましくない母児の状況とは？
- 出産後の母児の状況を把握しないとイケない
- 予後不良の最悪は母体の自殺と児童虐待である
- 妊娠中の要因と母児の予後不良の関連性(因果関係)は？



児童虐待関係者から見ると妊娠中からすでに児童虐待をうかがわせる要因が存在しており、妊娠中から『切れ目のない支援』が望まれるとなっている

分娩数と社会的ハイリスク妊婦の数の変化



小括

- 特定妊婦は児童虐待との強い関連性が示された
- 特定妊婦把握には社会的ハイリスク妊娠の把握が必要である
- 母子保健分野において医療・保健・福祉は関連性がある
- およそ、社会的ハイリスク妊娠は15%、特定妊婦は社会的ハイリスク妊娠の15%(全体の2%)と推定される

妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン

大阪府

大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会
児童虐待事例等点検・検証専門部会
死亡事例等検証報告書

平成26年度大阪府内での
3死亡+1重大事例は
すべて**特定妊婦**でした

アセスメントシート

妊娠期からの子育て支援のための
医療機関と保健・福祉機関の連携について

支援を要する妊婦	内容
『ハイリスク妊婦』	母子保健主管課において妊娠届出票やアンケート、医療機関等からの情報提供等をもとに、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。
『要フォロー妊婦』	母子保健主管課において『ハイリスク妊婦』をアセスメントし、組織判断した結果、母子保健主管課等によるフォロー継続とした妊婦、または要保護児童対策地域協議会調整機関(以下「協議会調整機関」)に報告し、要保護児童対策地域協議会実務者会議(以下「実務者会議」)で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦
『特定妊婦』(※2)	母子保健主管課において、『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、進行管理することとなった妊婦

大阪府アセスメントシート

6つの妊婦背景(31項目)から構成

1. アセスメントシートを用いた
2. 要対協への通知基準の
3. 妥当性を検証した
- 4.
- 5.
- 6.

母子手帳交付時に、
保健師によって面談により評価

日本産婦人科医会「妊産婦メンタルヘルスクアマニュアル」 p97

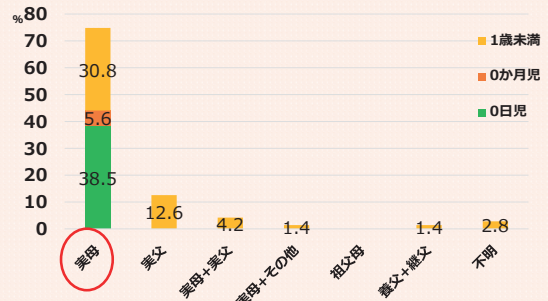
小括

- 社会的ハイリスク妊娠、特定妊婦把握において**妊娠届時**に行うアセスメントは必要である
- アセスメントシートの**有用性**はある
- 大規模な**追加検証**によって、精度の高いアセスメントシートが求められる

今、なぜ妊産婦のメンタルヘルスなのか？

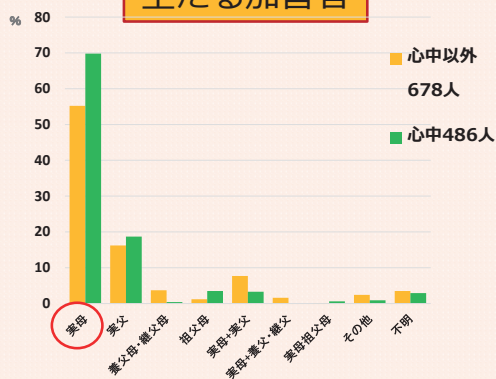
児童虐待死亡報告書からみた こころの問題

0日・0か月・0歳児事例の加害者 (心中以外)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第8~13次)

主たる加害者



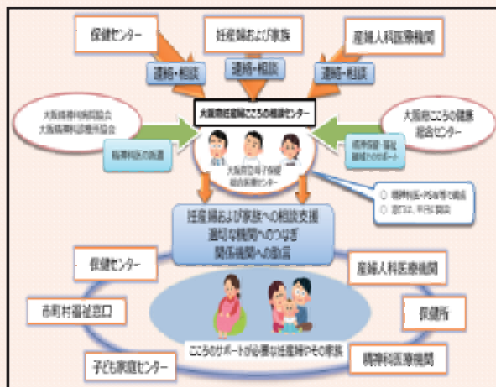
子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5~13次)

精神疾患のある実母の診断名

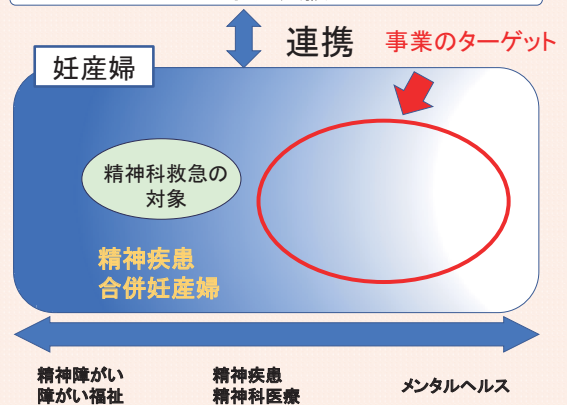
区 分	心中以外 45例	心中 64例
統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	21	11
気分〔感情〕障害	20	40
神経症性障害、ストレス関連障害 及び身体表現性障害	10	17
生理的障害及び身体的要因に関連した 行動症候群	4	4
成人の人格及び行動の障害	3	2
知的障害<精神発達遅滞>	1	0
心理的発達の障害	0	1
詳細不明の精神障害	4	6

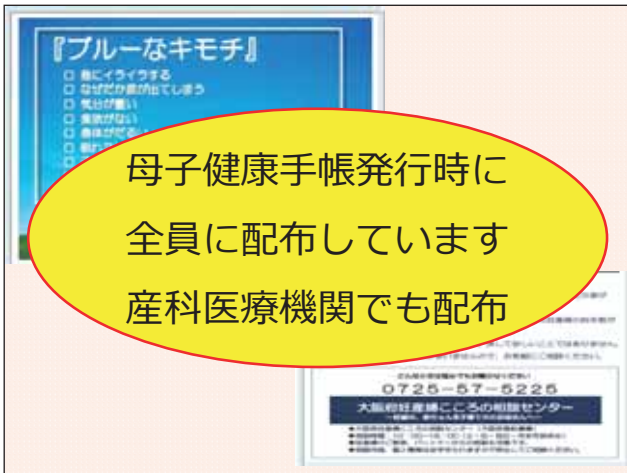
子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5次~13次)

大阪府妊産婦こころの相談センター



育児支援



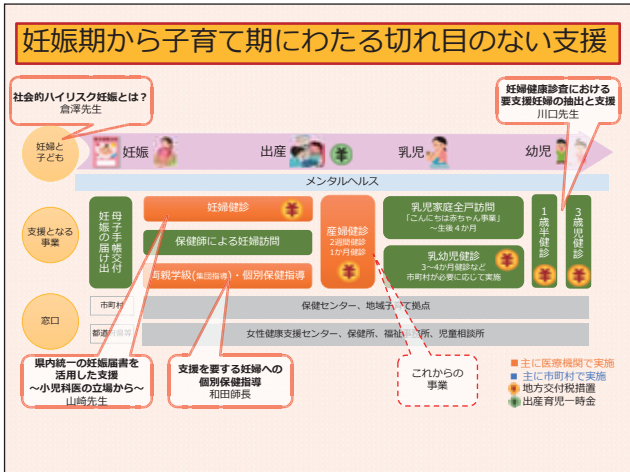


小括

- 社会的ハイリスク妊娠、児童虐待においては母親のメンタルヘルスの関与が大きい
- 児童虐待(死)、妊産婦自殺抑止・防止対策が望まれている

光田班の成果

- 社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)は児童虐待と関連性(因果関係)がある
- 社会的ハイリスク妊娠をアセスメントすることは可能である
- 医療・保健・福祉の連携構築には課題が山積している
- 妊産婦メンタルヘルスは母児の予後に強く関わる



社会的ハイリスク妊産婦の支援によって 児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ

社会的ハイリスク妊娠とは



横浜市立大学産婦人科
倉澤健太郎

ぼんやりとしたイメージ

- ハイリスク妊娠⇔ローリスク妊娠
- 社会的⇔経済的
- 精神的⇔身体的 どちらも医学的？
- 特定妊婦、要フォロー妊婦、ハイリスク妊婦
- 望まない妊娠⇔予期せぬ妊娠
- 子育て困難
- 定義、頻度、病態、治療法、予後は？

妊婦
産婦

子育て困難・育てにくさ
児童虐待 若年
社会的ハイリスク
特定妊婦
望まない妊娠
未受診、飛び込み

すこやか

0日死亡

社会的ハイリスク妊娠

- 将来虐待につながる可能性のある妊産婦
- 虐待とは→ 身体的、心理的、性的、ネグレクト
- 不適切な養育、愛着障害→マルトリートメント

光田班の基本コンセプト

<参考>
不妊症とは

不妊症には治療法があります

不妊症でお悩みの方

- 不妊症とは
 - ・受精のしにくさ
 - ・流産の多い状態
 - ・流産原因
 - ・染色体の異常
- 不妊症Q&A
- 研究機関リンク
- 産科系専門の臨床試験

HP「不育ラボ」より

ハイリスク妊産婦に対する支援

- 厚生労働省(母子保健法、児童福祉法)
雇用均等・児童家庭局総務課少子化総合対策室
雇用均等・児童家庭局総務課虐待対策推進室
雇用均等・児童家庭局母子保健課(こども家庭局)
- 内閣府(子ども子育て支援法 関連法案)
子ども子育て本部
- 文部科学省(学校教育法)
初等中等教育局幼児教育課



児童福祉法第6条3の5項

特定妊婦 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

要支援児童 保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童(要保護児童に該当するものを除く)

要保護児童 保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童

6

社会的ハイリスク妊娠

光田先生スライド

- Socioeconomical risk
- 身体的疾病ではない
- 妊産婦・児童の健やかな生活が困難に晒される要因が関与している
- 母体のメンタルヘルスの関与は大きい
- 妊婦自身の成育状況
- 行政(保健・福祉)が関与の主体

母児の妊娠転帰・育児に影響する

育児困難・児童虐待(死)・自殺・心中

『ハイリスク妊産婦の把握』とは?

光田先生スライド

- ハイリスクは**良くない予後**を危惧する状況である
- 良くない予後(予後不良)とはどのような状況でしょうか?
- 予後不良とは出産後の母児の状況が望ましくないことを指している
- 出産後の望ましくない母児の状況とは?
- 出産後の母児の状況を把握しないとイケない
- 予後不良の最悪は**母体の自殺と児童虐待**である
- **妊娠中の要因と母児の予後不良の関連性(因果関係)は?**



児童虐待関係者から見ると妊娠中からすでに児童虐待をうかがわせる要因が存在しており、妊娠中から『**切れ目のない支援**』が望まれるとなっている

分担研究者による定義づけ

- 妊娠届を行わない、遅い
- 妊婦健診を適切に受けない
- 児童虐待につながるもの
- 産科医療機関で「社会的ハイリスクを有する」と認識されたもの
- 医療機関と保健機関から「**気がかり**」のある妊婦

9

分担研究者による定義づけ

- 妊娠について戸惑っている、困っている
- 精神的な不調を自覚している
(開発した問診票項目より)
- 保健師が、支援が必要と判断する
- 子どもが1歳半、3歳時の子育て困難感
- 大阪府作成「アセスメントシート」項目

10

*各項目について、把握がとれなかった場合は該当する欄にチェックする。		把握	把握	把握	把握
項目	把握	把握	把握	把握	把握
1. 妊婦健診の回数					
2. 妊婦健診の遅延					
3. 妊婦健診の回数					
4. 妊婦健診の遅延					
5. 妊婦健診の回数					
6. 妊婦健診の遅延					
7. 妊婦健診の回数					
8. 妊婦健診の遅延					
9. 妊婦健診の回数					
10. 妊婦健診の遅延					
11. 妊婦健診の回数					
12. 妊婦健診の遅延					
13. 妊婦健診の回数					
14. 妊婦健診の遅延					
15. 妊婦健診の回数					
16. 妊婦健診の遅延					
17. 妊婦健診の回数					
18. 妊婦健診の遅延					
19. 妊婦健診の回数					
20. 妊婦健診の遅延					
21. 妊婦健診の回数					
22. 妊婦健診の遅延					
23. 妊婦健診の回数					
24. 妊婦健診の遅延					
25. 妊婦健診の回数					
26. 妊婦健診の遅延					
27. 妊婦健診の回数					
28. 妊婦健診の遅延					
29. 妊婦健診の回数					
30. 妊婦健診の遅延					
31. 妊婦健診の回数					
32. 妊婦健診の遅延					
33. 妊婦健診の回数					
34. 妊婦健診の遅延					
35. 妊婦健診の回数					
36. 妊婦健診の遅延					
37. 妊婦健診の回数					
38. 妊婦健診の遅延					
39. 妊婦健診の回数					
40. 妊婦健診の遅延					
41. 妊婦健診の回数					
42. 妊婦健診の遅延					
43. 妊婦健診の回数					
44. 妊婦健診の遅延					
45. 妊婦健診の回数					
46. 妊婦健診の遅延					
47. 妊婦健診の回数					
48. 妊婦健診の遅延					
49. 妊婦健診の回数					
50. 妊婦健診の遅延					
51. 妊婦健診の回数					
52. 妊婦健診の遅延					
53. 妊婦健診の回数					
54. 妊婦健診の遅延					
55. 妊婦健診の回数					
56. 妊婦健診の遅延					
57. 妊婦健診の回数					
58. 妊婦健診の遅延					
59. 妊婦健診の回数					
60. 妊婦健診の遅延					
61. 妊婦健診の回数					
62. 妊婦健診の遅延					
63. 妊婦健診の回数					
64. 妊婦健診の遅延					
65. 妊婦健診の回数					
66. 妊婦健診の遅延					
67. 妊婦健診の回数					
68. 妊婦健診の遅延					
69. 妊婦健診の回数					
70. 妊婦健診の遅延					
71. 妊婦健診の回数					
72. 妊婦健診の遅延					
73. 妊婦健診の回数					
74. 妊婦健診の遅延					
75. 妊婦健診の回数					
76. 妊婦健診の遅延					
77. 妊婦健診の回数					
78. 妊婦健診の遅延					
79. 妊婦健診の回数					
80. 妊婦健診の遅延					
81. 妊婦健診の回数					
82. 妊婦健診の遅延					
83. 妊婦健診の回数					
84. 妊婦健診の遅延					
85. 妊婦健診の回数					
86. 妊婦健診の遅延					
87. 妊婦健診の回数					
88. 妊婦健診の遅延					
89. 妊婦健診の回数					
90. 妊婦健診の遅延					
91. 妊婦健診の回数					
92. 妊婦健診の遅延					
93. 妊婦健診の回数					
94. 妊婦健診の遅延					
95. 妊婦健診の回数					
96. 妊婦健診の遅延					
97. 妊婦健診の回数					
98. 妊婦健診の遅延					
99. 妊婦健診の回数					
100. 妊婦健診の遅延					

11

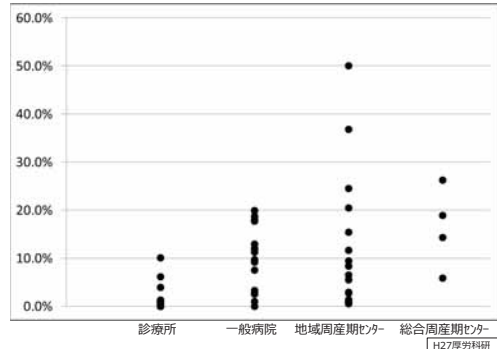
社会的ハイリスク妊娠の推定値

- 対象：大阪府内分娩取扱い医療機関146ヶ所
- 回収：63施設(43.2%)
- 内訳：診療所25/75(33.3%)、病院18/47(38.3%)、
地域周産期センター16/18(88.9%)
総合周産期センター4/6(66.7%)
- 分娩数：平成26年 36,244(62施設)
平成27年 38,204(63施設)

- 社会的ハイリスク妊娠
平成26年：3,146/36,244(8.7%)
平成27年：3,320/38,204(8.7%)
- 特定妊婦
平成26年：352/36,244 (1.0%)
平成26年：352/3,146 (11.2%)
平成27年：470/38,204 (1.2%)
平成27年：470/3,320 (14.2%)

光田先生スライド

医療機関別に見た社会的ハイリスク妊娠の割合



H27厚労科研 光田照

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

分娩施設2429施設を対象にアンケートを送付し、1538施設より回答を得た(63%)。

「自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか」(37%)

母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクであると認識している一方、「考えているが対応出来ていない」(40%)

「MSWがいない」(66%)

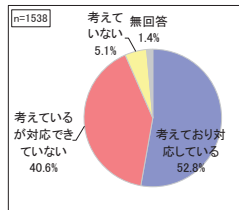
出生児を児童相談所等の公的施設を通じて引き取った(20%)

特別養子縁組を行った(15%)

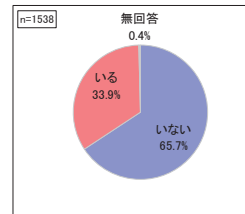
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦へのアプローチの現状

社会的経済的リスクを持った妊婦は
見守りの必要があると考えるか？



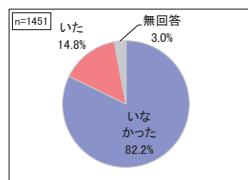
自施設にMSWはいるか？



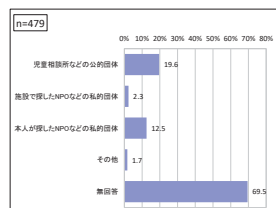
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦から生まれた児をどう扱っているか？

特別養子縁組になった症例はあったか



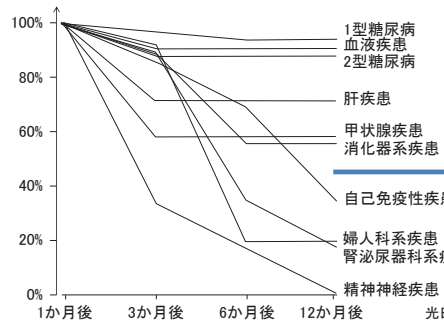
どの施設へ収容されたか



光田先生スライド

医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

東京女子医大 小川正樹



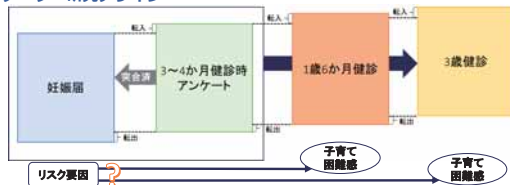
光田先生スライド

妊娠届から3歳時の子育て困難を予測できるか？：愛知県での前方視的コホート研究より

目的

妊娠届と乳幼児健診を突合したデータを用いて、1歳6か月健診時と3歳健診時の子育て困難感に関して、妊娠届で把握できるリスク要因を探求する。

データ・研究デザイン



- 対象: 愛知県名古屋市において2013年10月から2014年2月の間に3~4か月健診に対象となったすべての母親(本分析対象者:2,007名)
- 妊娠届のデータ(母親のID)と1歳6か月健診・3歳児健診(子どものID)のデータを母子手帳のIDを用いて突合

H28厚労科研 光田班

伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

測定内容

アウトカム変数:1歳6か月健診・3歳児健診時の子育て困難感

「子育てについて困難を感じるがありますか」

→母親が「はい」「何ともいえない」「いいえ」で回答

子育て困難リスク群

曝露変数:妊娠届で把握している項目

- 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:「うれしかった」「予想外だがうれしかった」「予想外だったので戸惑った」「困った」「何とも言えない」「その他」
- 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
- 現在の困っていること・悩んでいること・不安なことの有無: 1) 妊娠・出産について 2) 経済的なこと、3) 自分の身体のこと、4) 夫婦(パートナー)関係のこと、5) 家族関係のこと、6) 育児の仕方、7) その他
- 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: 2週間以上続く「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」などの症状の有無

H28厚労科研 光田班

伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

結果

子育て困難感



子育て困難感を予測する妊娠届の項目(ロジスティック回帰分析)

妊娠届の項目	子育て困難リスク	
	1歳半	3歳
困りごと・悩み・不安があること	○ 2.3倍	○ 2.3倍
初産	○ 1.8倍	○ 2.0倍
里帰り出産の予定あり	○ 1.3倍	○ 1.2倍
既往歴もしくは治療中の病気があること	○ 1.5倍	
妊娠がわかったときの気持ち(思いがけない妊娠)		○ 1.3倍

H28厚労科研 光田班

伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

本研究から言えること

妊娠届と乳幼児健診を突合したデータを用いることで、3歳時までの子育て困難感リスク群を把握でき、虐待リスクのある親に早期支援・介入ができる可能性が示唆された

通知基準(要支援群のオッズ比)

	cOR (95%信頼区間)	aOR (95%信頼区間)
16歳未満単独	24 (3-238)	0.49 (0.03-15.23)
住所不定・居住地がない	-	-
虐待・DV歴要因 もしくは 未受診妊婦が1項目以上該当	95 (44-203)	66 (30-165)
精神疾患 もしくは 経済的困窮要因が2項目以上該当	54 (26-115)	27 (9-86)

※ reference: 対照群、上記4項目で調整-; 該当数が少なく統計処理不能
cOR: crude Odds ratio, aOR: adjusted Odds ratio

まとめ

- 社会的ハイリスク妊娠の定義について現状を報告した。
- 本年度に、さらに研究班内で文言修正を試み、班研究報告書に織り込みたい。
- 重要なのは、特定妊婦と同様にレッテル張りさせずに、リスク要因をアセスメントし、適切に地域全体で支えることである。

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



大阪母子医療センター 産科 川口晴菜

はじめに

- 『児童虐待による死亡事例等の検証結果等について』（第12次報告）によると、虐待死の約35%が生後0か月であり、妊娠期から支援を開始する必要があることは明白である。

目的

- 妊婦健康診査において、妊娠中から支援の必要な妊婦を抽出するための方法を確立すること。



検討内容①

- ◆どのような対象を将来の児童虐待ハイリスクとするか？

- 児童虐待と関連する因子はいくつも挙げられている。
- どの因子がどの程度寄与しているのかは不明。
- 妊娠期に、医療機関や行政機関で把握されている社会的および医学的なリスクの中から、**「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」**を的確に抽出する方法を開発することが必要。

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

入所群



平成25年4月～平成28年3月
大阪府下2か所の児童相談所から
施設入所になった症例(0-5歳)

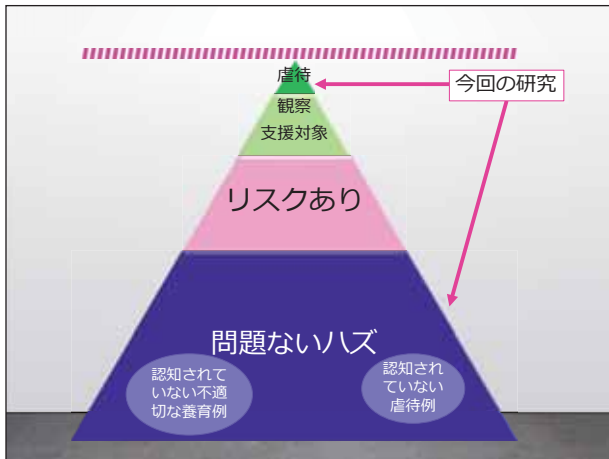
* 除外：母子健康手帳の複写がないもの

対照群



モデル地区
同研究の対照群となることに同意
(3歳半健診)

* 除外：モデル地区の要保護児童対策協議会に登録されているもの。



検討項目

◆ 背景因子

母親の年齢、父親の年齢、父母の年齢差、未入籍
経済的問題、母の精神疾患、子どもの数

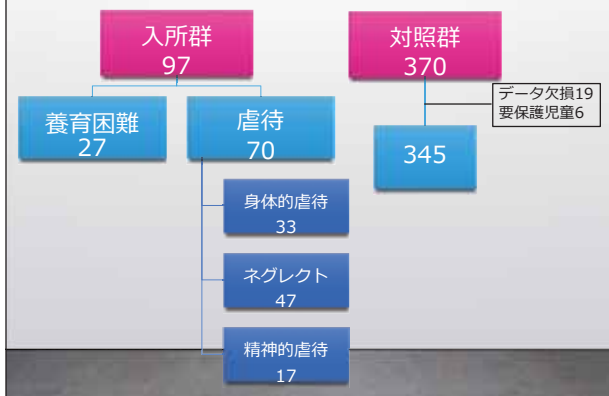
◆ 妊娠中の因子

初診週数、受診回数、妊娠中の尿蛋白、高血圧
分娩方法、輸血

◆ 児に関する因子

出生週数、出生体重、先天性疾患、多胎

結果：対象



■ 背景因子

	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

連続変数：Wilcoxon rank sum test
名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

■ 妊娠中の因子

	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

連続変数：Wilcoxon rank sum test
名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

■ 児に関する因子

	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

連続変数：Wilcoxon rank sum test
名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

入所群と対照群の比較 (多変量) 調査時点の年齢で調整

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

多重ロジスティック回帰分析

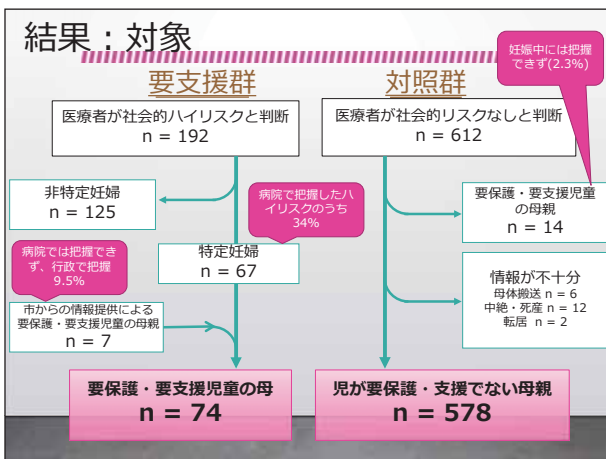
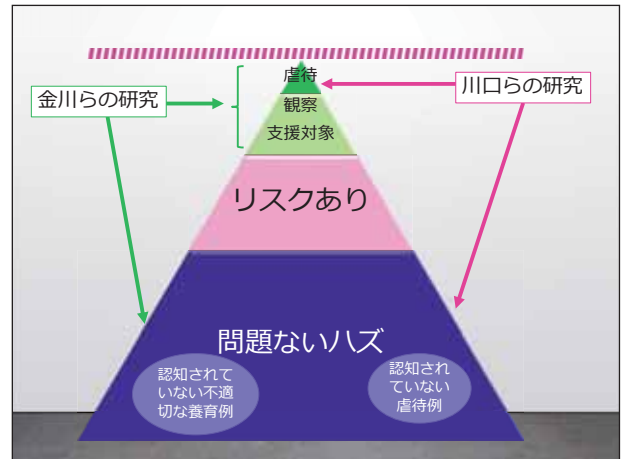
虐待や養育困難のリスクファクター

『母の若年』『未入籍』『初診週数が遅い』『母の精神疾患』『多産』『受診回数が少ない』『年の差婚』『妊娠中の高血圧』『先天性疾患』

要保護・要支援児童の母親に関連するリスク因子
- 妊娠期アセスメントシートを用いた解析 -
(大阪母子医療センター金川らの研究より)

研究対象
期間：2013 - 2015年
対象：大阪母子医療センターで管理
1-3歳時の育児状況が分かっている母親
検討項目：

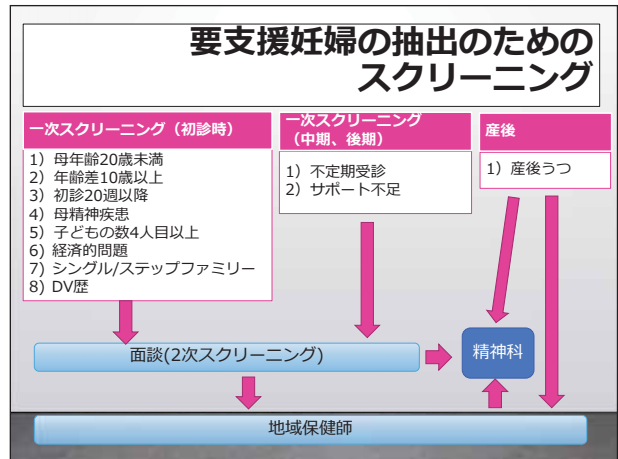
アセスメントシート(妊娠期):31項目
⇒『虐待ハイリスク妊婦』を効果的に抽出するために、当センターと大阪府で共同開発



検討項目:アセスメントシート(妊娠期)

- 生活歴(被虐待歴・DV歴)
- 妊娠要因(初診週数≥20週・希少受診・望まぬ妊娠 多数の中絶歴・若年妊娠・胎児疾患or多胎)
- 支援者状況要因(支援者なし)
- 心身の健康要因 (精神疾患or知的障がい・慢性疾患)
- 社会的・経済的要因(経済的困窮)
- 家庭・環境要因 (シングルorステップファミリー)

	要保護・要支援 N=74	対照群 N=578	aOR(95%CI)	P
被虐歴	16(21.6%)	1(0.2%)	7.5(0.6-98.0)	0.1
DV歴	22(30.1%)	11(1.9%)	17.2(3.7-79.5)	<0.001
シングル ステップファミリー	57(78.1%)	21(3.6%)	18.6(5.1-68.4)	<0.001
サポート不足	37(50.7)	23(4.0)	3.6(1.0-12.8)	0.046
繰り返す中絶	10(13.7%)	4(0.7%)	4.6(0.2-90.7)	0.32
母20歳未満	35(48%)	20(3.5%)	3.2(0.8-12.8)	0.09
経済的問題	58(79.5)	30(5.2%)	11.1(2.9-42.5)	<0.001
精神疾患・知的障がい	39(53.4)	53(9.2%)	6.9(2.0-24.6)	0.003
慢性疾患	20(27.4%)	102(17.7%)	7.2(1.5-35.6)	0.015
初診20週以降	19(26%)	8(1.4%)	2.6(0.3-23.0)	0.4
不定期受診	27(37%)	1(0.2%)	36.4(2.0-655)	0.015
望まぬ妊娠	17(23.3%)	8(1.4%)	2.9(0.4-20.3)	0.28



検討内容②

◆全産科医療機関で、どのように抽出するか？

大阪母子医療センターにおける要支援妊婦の抽出

- ・時期：初診時、妊娠20週頃、妊娠28週頃、妊娠36週頃
- ・実施者：助産師・看護師
- ・一定の間診票はなく、面談で話を聞いていく形式
- ・VAWS(DVスクリーニング)(初診、妊娠36週、産褥)
- ・カンファレンスで、支援が必要な妊婦を抽出
- ・地域保健センターと協力して支援

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

(大阪母子医療センター岡本らの研究より)

- ・2013年5月-2014年8月 当センターで生児を分娩した母

医療者が、妊娠中に将来育児支援必要と判断した高リスク群 274人

医療者が問題ないと判断した低リスク群 1667人

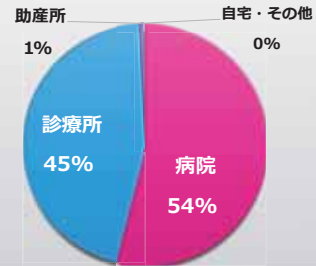
全体の14%

	高リスク群 N=274	低リスク群 N=1667	aOR(95%CI)	P
被虐歴	8(2.9%)	4(0.2%)	2(0.05-90)	0.7
DV歴	48(17.5)	7(0.4%)	32(10-101)	<0.001
シングル	52(19%)	11(0.7%)	11(4-32)	<0.001
ステップファミリー	33(12%)	14(0.8%)	21(8-54)	<0.001
サポート不足	98(35.8%)	31(1.9%)	16(8-31)	<0.001
初診時年齢<20歳	18(6.6%)	7(0.4%)	21(5-84)	<0.001
初診時年齢≥45歳	5(1.8%)	6(0.4%)	15(3-77)	0.01
経済的問題	102(37.2%)	30(1.8%)	22(12-43)	<0.001
精神疾患	117(42.7%)	19(1.1%)	126(66-241)	<0.001
身体疾患	10(3.7)	27(1.6%)	3(0.9-11)	0.07
初診12週以降/不定期受診	32(11.7%)	2(0.1%)	81(14-472)	<0.001
望まぬ妊娠	31(11.3%)	6(0.4%)	5(1-22)	<0.001
産後精神病	50(18.3%)	22(1.3%)	3(1.2-9.6)	0.02

社会的ハイリスクの抽出に手慣れた面談者が選んだ項目

『DV歴』 『シングル』 『ステップファミリー』
 『サポート不足』 『望まぬ妊娠』
 『初診時年齢<20歳および≥45歳』
 『経済的問題』 『精神疾患』
 『初診12週以降/不定期受診』
 『産後精神病』

日本における分娩場所 (2015年 人口動態統計)



- マンパワーの少ない、社会的なリスクの評価に不慣れた産科医療機関でも活用しやすい問診票を作成し、スコア化によって簡便に対象を抽出する。

要支援妊婦の抽出を目的とした医療機関における「問診票を用いた情報の把握」および行政機関との連携方法の開発

『平成28年度厚生労働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研究』山縣班分担研究

First step 問診票のスコア化 (3医療機関で実施)

- 妊婦健康診査で施行する問診票 (初期、中期、後期、産後1か月)
- 保健指導、医学的な情報をもとにしたチェックリスト ⇒スコア化

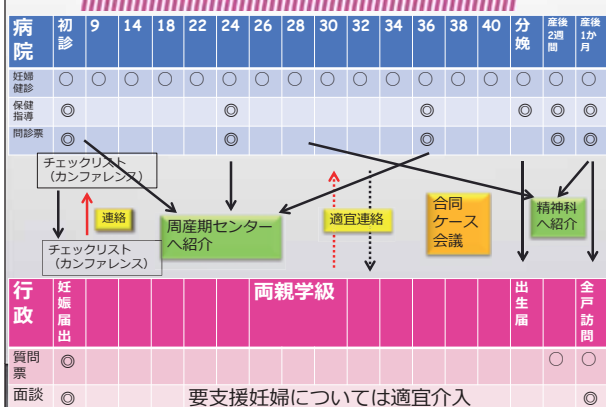


- すでに面談等により対象を選定し、行政機関と連携している施設での慣れたスタッフによる要支援妊婦の抽出

Second step スコア化した問診票等のツールを用いた検証 (2医療機関で実施)

- 現在社会的な背景についての問診や面談を行っていない産科診療所において、スコア化した問診票およびチェックリストを使用して要支援妊婦を抽出し、行政機関との連携を図ることの検証

医療機関と保健機関の連携フロー図



まとめ

- 『母若年』 『父母の年齢差』 『多産』 『母精神疾患』 『初診週数が遅い』 『受診回数が少ない』 『DV歴』 『シングル・ステップファミリー』 が児童虐待と関連の強い因子として挙げられた。

今後の展望

- 今回判明した項目を利用してスクリーニングを行う。
- マンパワーの少ない産科医療機関でも抽出できる問診票およびスコアリングを作成し、全国展開する。

公開シンポジウム
第1部 妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

支援を要する妊婦への個別保健指導
大阪母子医療センターでの取り組み

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
母性外来 看護師長 和田聡子

すこやかな妊娠と出産のために

- ✓妊娠に気づいた女性は母子手帳を取得し
- ✓妊婦健診を定期的に受診する。
- ✓産科医師の診察、助産師の保健指導が行われる。



産科診療の場では、しばしば…

産科医学的なことだけではなく、
出産・育児について関わる妊婦の背景や
生活状況、家族などについても、
広く深く相談を受ける

「この妊婦さん、なんとなく気になる…」

チームで対応
その後の連携の仕組み
一連の流れをつくる

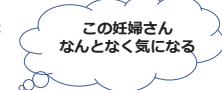
1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ
保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個人の感覚も大事だけど、
みんなで気づくことができるようにする
→業務化



- 問診票
- VAWS (DVスクリーニング)
- 個別相談
- 看護記録の統一

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

初診時の様子

- ① 問診票の記載
- ② 個別相談（診察前）
- ③ 医師の診察
- ④ エコー検査
- ⑤ 個別相談（診察後）

問診票に基づいてお話を聞いていく

例えば…
ひらがなが多い、空欄が多い、覚えていない
全体的な印象をみる
例えば…
目線・表情・話し方・服装・同伴者

診察の結果を受けて

・医師の説明をどう理解しているか
・心配なこと、相談したいことはないかを聴く
・まずはすべてを受け入れる
・いつでも相談に来ていいことを伝える

個別相談での状況について
適宜医師・診察介助者に伝え
情報共有する

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

問診票⇒言い出しにくいことを書きやすくする工夫
話題（相談）のきっかけになる項目を工夫

- ✓ 既往歴で精神疾患等は書きづらいことが多い
→記載例に精神疾患を載せることで少し書きやすくする
- ✓ 妊婦自身の生育や生活について語れる場を作る
- ✓ 問診票は記載後回収して終わらない
→空欄なくすべて記載していても、必ず言葉で問診をとる
→「話してくれてありがとう」

初診の問診は関係をつくる貴重なタイミング
問診票は話の“きっかけ”にすぎない

これまでにかかった病気等
について教えてください。

年(周)	病気等	治療
18歳	パニック	内服
27歳	うつ	入院

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個別相談で大まかな情報を得る（社会的リスクを把握）

- ✓ 望んだ妊娠かどうか
- ✓ パートナーとの関係に問題はないか
- ✓ 実母との関係性に気がりはないか
- ✓ 親や家族や職場へ妊娠の話をしているか
- ✓ 現在の生活の状況に気がりはないか
- ✓ 過去も含めて精神的な問題を抱えていないか
- ✓ 経済的な心配はないか

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

助産師・看護師による個別面談



1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

パートナーとの関係を知る

妊婦全員にDVスクリーニング

「女性に対する暴力スクリーニング尺度
(Violence Against Women Screen : VAWS)」¹⁾



- ・全員に実施し、時期による変化をみる
- ・初診時・28週・産褥1日目(入院中)・産褥1か月
- ・点数はあくまでも目安であり、話は本人の主観である
- ・点数化して終わるのではなく、必ず話をきく

¹⁾ 日本助産師会 聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班。
E B M の手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン、金原出版株式会社、2004。

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

- ✓生まれてくる赤ちゃんの「お母さん」としてではなく
一人の女性として「あなたのことを支援したい」
ことを伝える
- ✓保健指導を通して
「専門家としてあなたの身体のことを大事にしたい」
というメッセージを伝える

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

- ✓担当者を決めて
信頼関係をつくる
- ✓妊婦の抱えている問題に、
妊婦と同じ視線で向き合う
- ✓受診が途切れがちなら電話や手紙で、
待っていること伝える
- ✓信頼関係は大事だが、
依存関係にはならない
- ✓時には担当者を複数にし、
役割を変えて対応する

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ 保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

3. 支援のためのシステム

システム①

カルテ記録の工夫

電子カルテ上、看護記録のテンプレートを作成

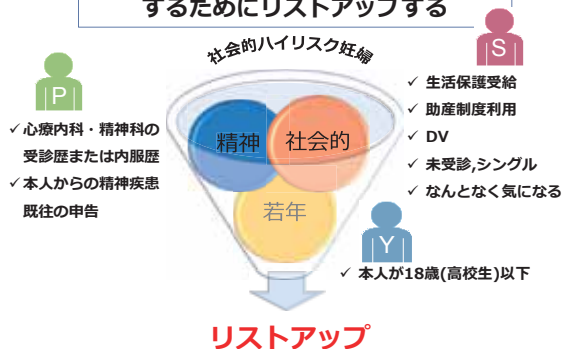
- ✓標準化
個別の話は長文になりやすいが、
一定の能力があれば誰もができるように
- ✓体系化
必要な情報を漏れなく。
個別相談での保健指導項目に合わせて
作成している。
- ✓一目でわかる化
長文を読まずとも、記号やアイコンで一目瞭然
急な受診や電話の際にも背景をすぐ把握する



3. 支援のためのシステム

システム②

情報を共有し、支援の方向性を統一
するためにリストアップする



3. 支援のためのシステム

システム③

社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ
で活動する

- 患者をリストアップし、
情報の共有・方針の確認
- 多部門・多職種の参加
産科医師
小児科医師
公衆衛生医師
院内の保健師
医療ソーシャルワーカー
看護師・助産師 ←外来・分娩部・産前病棟・産褥病棟





- ✓ 医療機関でしか把握できないことがあるが、
医療機関でできることは限られる
- ▼
- ✓ 医療機関で終わらず、生活の場（家族、地域社会）
に支援をつないでいかななくてはならない
- ▼
- ✓ 医療機関も、保健も、福祉行政も、
妊婦さんにとって自分たちの得になるように
利用してほしいというメッセージを伝える

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

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～

あいち小児保健医療総合センター
副センター長 山崎嘉久
achemec@gmail.com

中日新聞
夕刊
2025年12月14日

**届け出書にアンケート
孤立対策 早期に**

豊田県内で統一「虐待も予防」

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：1,671市区町村(96.0%)
(一部窓口で把握している場合も含む)
厚生労働省 平成27年度母子保健事業の実施状況

愛知県における妊娠届出書の統一項目

- 2 愛知県独自に追加した事項
- 1) 既婚・未婚
 - 2) 健康保険の種類
 - 3) 順調な妊娠か否か
 - 4) 初産・経産の別
 - 5) 流産・早産・死産、妊娠中絶、不妊治療の状況
 - 6) 妊娠が分かった時の気持ち
 - 7) 里帰りの予定の有無
 - 8) 困ったときに助けてくれる人の有無
 - 9) 「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」
 - 10) 喫煙、飲酒の習慣
 - 11) 既往歴
 - 12) 最近1年間のうつ症状の有無

妊娠届出書による状況把握 (平成27年度)

妊娠届出書の質問項目	割合
① 未婚(再婚・死別)	7.2%
② 母親の年齢が24歳以下	11.2%
③ パートナーが無職、(ひとり親の場合)母親が無職	1.2%
④ 経済的に困っている	9.6%
⑤ 困った時に助けてくれる人がいない	3.2%
⑥ 妊娠中の喫煙、飲酒、妊娠前の喫煙	11.9%
⑦ 中絶2回以上	1.5%
⑧ 精神疾患の既往あり	2.9%
⑨ 妊娠が分かった時、うれしくない(予想外だったので戸惑った、困った、何とも思わない、その他)	7.9%
⑩ 夫婦関係で困っている	1.3%
⑪ ここ1年間にうつ状態が2週間以上続いたことがある	6.8%
⑫ 妊娠届出時の妊娠週数が20週以降	1.0%
⑬ その他(面接時気になる、多胎、ステップファミリー等)	12.6%

愛知県健康福祉部
児童家庭課調べ

- ・ローリスク (0～1点) 35,432名 (74.0%)
- ・ハイリスク (2～5点) 11,293名 (23.6%)
- ・スーパーハイリスク (6点以上) 1,127名 (2.4%)
- 計47,852名 (100.0%)

行政が把握した支援を要する妊婦

平成27年度 愛知県健康福祉部児童家庭課集計 妊娠届出数 30,376人(集計可能であった43市町村)

妊娠届出書によるスクリーニング点数	6点以上	6点未満
特定妊婦として要保護児童対策地域協議会で検討	92人	89人
特定妊婦だが保健機関での管理	27人	1人
特定妊婦としなかった	565人	29,602人

妊娠期からの支援の実施状況

支援の必要性が高いと想定される774人について集計		
1	妊娠中から支援を開始	378人 (48.8%)
2	支援関係者と検討し、出産直後からの支援開始方針	195人 (25.2%)
3	妊娠中からも出産後も、支援ができなかった	154人 (19.9%)
内	ア 本人が拒否し、乳幼児全戸訪問事業等で状況把握	8人
	イ 支援開始前に転出したため、転出先に連絡	17人
	ウ 支援開始前に転出したが、転出先市町村に連絡なし	75人
訳	エ 妊娠が継続されなかった	33人
	オ その他	10人
カ	不明	11人
4	その他(産後の手帳交付、特別な支援は不要と判断等)	47人 (6.1%)

医療機関と行政機関の連携に関する課題

個人情報保護に関する課題

あいち小児保健医療総合センター主催
「産産期医療現場スタッフと取り組む子育て支援に関する研究会」参加者アンケート(2015.12.14)

- 【医療機関から】
- ・母の同意が得られない時に情報が共有できない
 - ・同意がないとの理由で市町村への連絡が断られた

- 【市町村(保健機関)から】
- ・個人情報保護の理由で医療機関と情報共有できない
 - ・医療機関間で認識に温度差がある



支援を要する妊婦等(特定妊婦・要支援児童)を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供するよう努めるものとする。

児童福祉法改正(平成28年10月1日施行)

医療機関と行政機関の連携に関する課題

あいち小児保健医療総合センター主催
「周産期医療現場スタッフと取り組む子育て支援に
関する研修会」参加者アンケート(2015.12.14)

妊婦への支援の困難さ

【医療機関から】

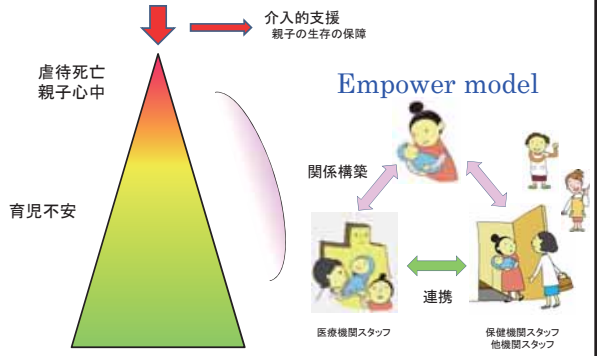
- ・支援が必要な人こそ危機感を持っていない
- ・連絡や訪問を拒否されてしまうケースが多い

【市町村(保健機関)から】

- ・特に困り感がなく、保健師の支援を必要としていないという人が多い
- ・病院でどのような対応しているかが分からない
- ・妊娠届出の後、妊婦と関わる機会がなく、受診状況や生活状況の変化を把握することが難しい

妊娠期からの支援モデル

Triage model



妊婦健診におけるモデル問診票の開発と支援

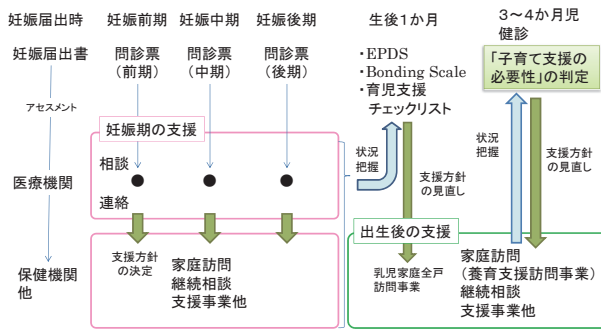
「妊婦健康診査および妊婦層を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者: 光田信明)



質問カテゴリー	質問<選択肢>	前期	中期	後期
妊婦の妊娠のうけとめ	妊娠について、今どんなお気持ちですか。<嬉しいとまどっている・困っている・なんとも思わない>	1		
妊婦の妊娠のうけとめ	胎動を感じるときに、どのように思いますか。<嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない>			1
現在の妊婦の状態	マタニティライフを楽しんでいますか。<はい・いいえ・どちらでもない>		1	
現在の妊婦の状態	身体的な不調はありませんか。<はい・いいえ>		2	3
現在の妊婦の状態	最近、「眠れない」「イライラする」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。<はい・いいえ>		3	4
妊婦の自己評価	次の方で、あなたの性格にどちらかというとあてはまるものはありますか(複数選択可)。<まじめ・楽天家・せっかち・のびのびや・マイペース・人柄よし・実直・こだわり・野郎>		4	
パートナーの妊娠のうけとめ	あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか。最もあてはまるものを選んでください。<喜んでいて・まどっている・困っている・なんとも思っていない・わからない>		5	
パートナーの妊娠状況	夫(パートナー)に治療中の病気はありませんか。<はい(受診・治療状況)・いいえ>		6	
パートナーとの関係	夫(パートナー)に治療中の病気はありませんか。<はい(受診・治療状況)・いいえ>		2	
産後の準備	赤ちゃんについて、夫(パートナー)と話し合っていますか。<はい・いいえ>		7	5
上の子の世帯	上の子どもについて困っていることはありますか。<はい()・いいえ・上の子はいない()>		7	5
妊婦の相談者・家族関係	困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。 ①夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。<はい・いいえ・夫(パートナー)はいない()> ②(あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか。<はい・いいえ・実母はいない()> ③夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。<はい(相談できる人の続柄・関係)・いいえ>		8	6
妊婦の支援者	困ったときに助けてくれる人はいますか(複数選択)。<夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・その他()>		9	7
経済状況	経済的なことで困っていますか。<困っていない・今は良いが、将来的には心配・毎日の生活に困る>		10	7
妊婦の学歴	あなたの最終卒業学校はどれですか。<中学・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他()>		11	
産後の生活準備	①あなたが考える赤ちゃんの生活は、どのようなイメージですか。(例:かわいくて楽しそう、毎日泣いて大変、考えたくない) ②子どもの育児について心配なことはありますか。<はい(内容)・いいえ> ③母乳で育てることについてどう思いますか。<ぜひ母乳で育てたい・母乳ができれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない>			8
産後の生活準備	赤ちゃん用品の準備はできましたか。<はい・いいえ>			9
転居	転居に、住所・電話番号等、氏名を変更した、あるいはその予定はありますか。<はい・いいえ> ①住所の変更・変更した(する)時期() 新住所() ②氏名の変更・変更した(する)時期() 新氏名() ③あなたの電話番号の変更・変更した(する)時期() 新電話番号() ④夫(パートナー)の電話番号の変更・変更した(する)時期() 新電話番号()			10

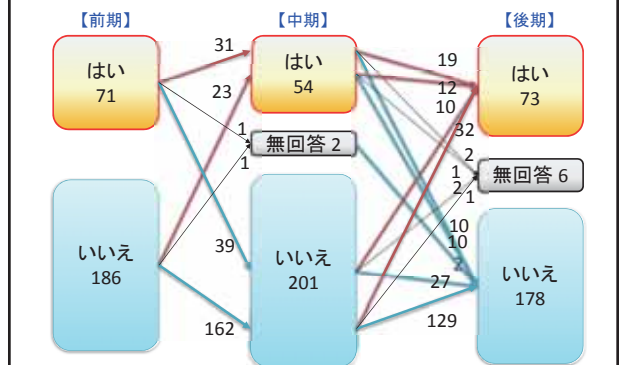
モデル問診票の試行と評価 (2016年7月～11月実施)

<対象>協力病院(4施設)において妊婦届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた677名のうち、研究協力自治体(4市)の生後3～4か月児健診を受診した174名



問診に見る妊婦の気持ちの揺らぎ (n=257)

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。



モデル問診票を用いた支援の評価 (2016年7月～11月実施)

＜主な分析項目＞

妊娠届出書のスコア: 妊娠届出時

- 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)

問診の回答と担当者の判定: 妊婦健診(前期・中期・後期)

- 1: 順調、2: 相談継続、3: 他機関連絡

EPDSとBonding Scaleによるリスク判定: 生後1か月時

- 1: <low risk> EPDS<9点かつBonding<2点
- 2: <middle risk> EPDS<9点かつBonding≥2点
- 3: <high risk> EPDS≥9点

支援の受け入れ状況: 妊娠中および出生後

- 1: 受け入れあり、2: 受け入れなし、3: 他機関事業利用、4: 対象外

子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因): 3～4か月児健診

- 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

モデル問診票の試行状況と従事者の感想

妊娠届出スコア	問診担当者の判定					
	前期(n=149)		中期(n=151)		後期(n=135)	
	順調	相談継続	他機関連絡	順調	相談継続	他機関連絡
ローリスク群 (0～1点)	99	20	0	102	17	0
ハイリスク群 (2～5点)	21	6	0	23	7	0
スーパーハイリスク群 (6点～)	1	2	0	0	1	1
	83.2%	16.8%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%
	77.8%	22.2%	0.0%	76.7%	23.3%	0.0%
	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%
					0.0%	100.0%
						0.0%

産科クリニック (年間出生250名) 問診票に記入してもらったことで、あまり気にし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。

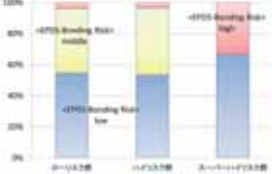
民間総合病院 (年間出生800名) 助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。

妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。

妊娠届出時と3～4か月健診時の状況

妊娠届出スコア	子育て支援の必要性(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)	138	111	23	4
ハイリスク群 (2～5点)	33	26	5	2
スーパーハイリスク群 (6点～)	3	1*	0	1
	100.0%	80.4%	16.7%	2.9%
	100.0%	78.8%	15.2%	6.1%
	100.0%	33.3%	0.0%	33.3%

妊娠届出スコアとEPDS-Bonding Risk



支援の必要性の判定と関連した問診内容(ローリスク群)

時期	問診内容
前期	実母に相談できない、経済状況が将来に向けて心配、身体症状数が多い
中期	夫・実母以外の相談相手がない、経済状況が将来に向けて心配、身体症状数が多い、支援者数が少ない
後期	夫・実母以外の相談相手なし、経済状況が将来に向けて心配、身体症状数が多い

※妊娠届出書の経済困窮とは関連なし
ローリスク群のEPDS-Bonding Riskと支援の必要性の判定に関連あり

妊娠中と出生後の支援に対する評価

妊娠届出スコア	妊娠中の支援		出生後の支援	
	受け入れあり	受け入れなし	受け入れあり	受け入れなし
ローリスク群 (0～1点)	138	0	1	1
ハイリスク群 (2～5点)	33	2	4	5
スーパーハイリスク群 (6点～)	3	3	3	0
	100%	0.0%	0.7%	0.7%
	100%	6.1%	12.1%	15.2%
	100%	100%	33.3%	100%

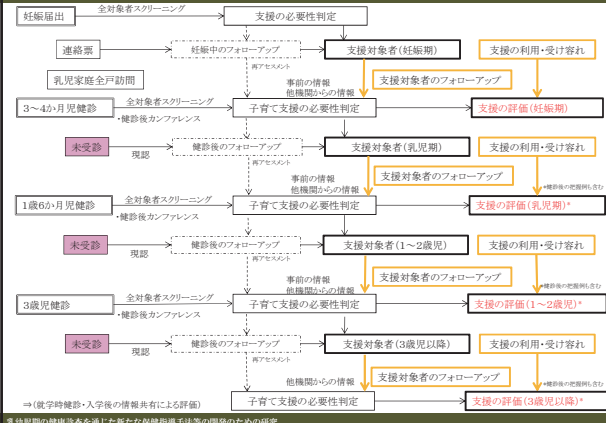
支援の受け入れと支援の必要性の関連(ハイリスク群)

妊娠中の支援	支援の必要性の判定			合計
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	
受け入れあり	1	3	0	4
受け入れなし	1	0	0	1
対象外	24	2	2	28
	26	5	2	33

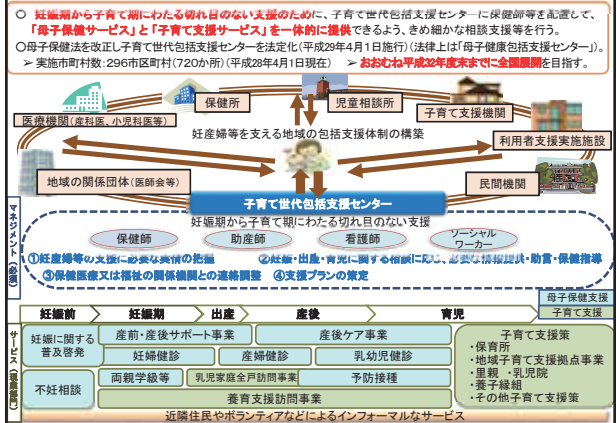
p=0.012

p=0.006

支援対象者のフォローアップと支援の評価



子育て世代包括支援センターの全国展開



Take home message

- ・妊娠期からの支援には、親子の生存を保障するTriage modelを補完するために、妊産婦と支援者との関係構築をめざすEmpower modelの体制構築が必要である。
- ・モデル問診項目の一般化によって、妊婦健診における助産師等看護職の役割が明確となる可能性がある。
- ・妊娠届出時から3～4か月児健診受診までの医療機関と保健機関データを連結することで、妊娠期からの支援の評価が可能となる。

平成27年度～平成29年度「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)の分担研究として実施。