

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）
総合研究報告書

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

研究要旨

【研究目的】

平成 27 年からの健やか親子 21(第 2 次)において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題の一つに設定された。平成 28 年には児童福祉法が改正され、妊娠期からの切れ目のない支援を強く目指したものになっている。児童虐待からみた妊娠期中の関連要因はいくつか指摘されている。そこで本研究班においては、妊娠届、妊婦健康診査、出産状況等から子育て困難(児童虐待を含めた)を見いだせる要因を明らかにし、その支援対策を検討することを目的とした。そのために研究を下記に分担して行った。

- I : 妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することが子育て困難に関与すること
- II : 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方
- 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)の検討
- IV : 周産期メンタルヘルス(MH)に効果的な保健指導のあり方
- V : 公開シンポジウム

- I : 妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1 : A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について
特定妊婦の出産後の養育状況を検討することを目的とした。

1-2 : 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

「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した。

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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かに関する研究は少ない。すでに妊娠期に、医療機関、行政機関において社会的なリスクの把握が行われているが、「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。

1-4：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

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が注力されてきたが少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境が変化している。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。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

「要保護・要支援の母親」を誰でも効果的に抽出できる様に、大阪府作成「アセスメントシート（妊娠期）」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにすることを目的とした。

2-2：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ことを目的とした。

2-3：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の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。

2-4：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 6 か月児健診、3 歳児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を目的とした。

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

「子ども虐待による死亡事例等検証委員会報告」において死亡事例を予防するための支援策として妊娠から出産に至るまで、切れ目のない相談・支援が行える体制の整備と相談窓口の周知、産科医療機関と市町村母子保健主管部局との連携強化があげられている。そこで、支援を必要とする妊婦へ妊娠中から継続的支援を行っていくために、保健機関、医療機関における支援の実態について、事例検討、死亡事例検証報告の分析、保健師、看護師、医師等への面接調査、保健師への質問紙調査により明らかにすることを目的とした。

4-1：大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

大阪府#8000 のデータの中から0歳児と親の心の相談に焦点を当て、産科退院後の在宅新生児における育児において、育児不安の時期や状況を明らかにすることを目的とした。

4-2：「産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査」「地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出」

児童虐待防止の観点からもハイリスク妊婦の抽出は医療機関にとっては重要な事項であることは多研究にて論じられているところである。特に産婦人科医療機関でハイリスク妊婦を早期に覚知し、地域に繋げることが虐待防止に果たす役割は大きい。しかるに、各医療機関での認識が違ったり覚知しても地域に繋げることのできない施設があるという報告もあるため日本産科婦人科学会と協力して日本のすべての分娩施設にアンケートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査することとした。また、大阪泉南地域にある泉佐野市で産後うつの早期発見を目的に導入された産後2週間健診での育児困難事例についても検討した。

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の検討

5-1：ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

「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、出生後に養育支援が特に必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの確に把握するために、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的とした。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成において、欠如していた悪性腫瘍治療後妊娠の治療による妊娠への影響を明らかにして、チェックリスト完成と掲載を行い、さらに挙児可能な治療法を模索する。

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価
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。そこで、社会的リスクの有無による、周産期における母児の医学的リスクへの影響度を算出することを目的とした。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

本邦における医学的ハイリスク妊婦の管理および産後のフォローアップ期間について、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。

IV：周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：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

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会は、「心中以外の子どもの虐待死」について、生後1ヶ月未満(0ヶ月)の死亡事例が、全体の46.3%を占め、そのうち生後0日の死亡事例が80%以上を占めると報告している。また、大部分の加害者は実母(91%)で、その多くがいわゆる「望まない妊娠」であったことを指摘している。望まない妊娠の背景は、社会的要因と精神的要因に集約される。社会的要因には、本人とそのパートナーや家族の関係や健康状態、年齢、経済状態、婚姻状態はじめ、子育てを取巻く社会的環境などがあげられる。同様に、母体の精神的要因も多様で、軽度の抑うつ状態から高度な精神疾患までが含まれるが、望まない妊娠そのものが精神障害のリスク因子になるとの指摘もある。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。特に産後数週間から数ヶ月は女性のライフサイクルの中で、最も精神障害の発生率が高い時期にあたる。こうした精神的問題は、育児に障害をきたすことがあり、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている。これまでにいくつかの研究が、妊娠中の母体の精神的問題と育児との関係や、その後の発達に及ぼす影響を報告している。その結果、ネグレクトを含めた児童虐待のみならず、育児不安の多くは、妊娠中からの愛着形成の欠如が原因となることが明らかになっている。また、乳幼児期の体験は、児の脳の構造上の変調をきたすことが報告され、妊娠中のメンタルヘルスケアの重要性が指摘されている。これらのエビデンスがあるにもかかわらず、本邦では妊娠中や産後のメンタルヘルスに関するスクリーニングや具体的な介入方法が確立していない。また、実際に支援を必要とする妊産婦の割合も明らかではない。そこで本研究では、日本産婦人科医会の会員施設を対象に、前方視的アンケート調査を行い、メンタルヘルス介入が必要な妊産婦の割合を明らかにし、効果的な保健指導のあり方を検討した。

9：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

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。本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル作成・研修プログラム作成し、その効果を検証し、効果的な研修プログラムの均てん化を行うこととした。

10：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

11：「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

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。

「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全国から参加いただけた。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(別掲)を実施した。

【研究方法】

I：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1：A市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は医療機関と保健機関双方から『気がかりのある妊婦』としてあげられた妊婦を周産期ネットワーク部会で協議の上決定した。要保護・支援児童の母親が妊娠した場合には特定妊婦とした。特定妊婦への支援は妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。特定妊婦の出生児は、出生直後には要支援児童として登録し、支援を行った。1年後には要保護児童対策地域協議会実務者会議の進行管理会議で評価を行った。評価結果は要保護児童、要支援児童、終結、転出に区分した。

1-2：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

大阪府内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。

1-3：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：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府内の子ども家庭センター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 6 か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。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。

1-4：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。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

平成 25～27 年に大阪母子医療センターで周産期管理・分娩を行い、育児状況が分かっている母親を対象に、ケースコントロール研究を行った。主要評価項目は、要保護・要支援児の母親。評価する要因として、アセスメントシートにある 6 つの妊婦背景(虐待・DV 歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31 項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準にある項目とした。

まず、対象となった母親について、「アセスメントシート(妊娠期)」にある 31 項目について、診療録より該当の有無を判断した。そして、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)に分けて、「アセスメントシート(妊娠期)」にある 31 項目の各項目について、各

群の該当人数・比率を比較した。続いて、要保護児童対策地域協議会への通知基準である4項目を比較し、多変量解析によりオッズ比を算出した。なお、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)とは、大阪母子医療センターで管理し、妊娠中に社会的ハイリスクと認知された妊婦のうち、特定妊婦であった母親および分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援児童の母親と判明したものとした。また、要保護・要支援が必要でない母親(対照群)とは、同センターで管理した和泉市在住の妊産婦で、分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援が必要のない母親とした。なお、対照群において、母体情報が十分に得られなかった母体搬送例や転居例、死産・中絶例は除外した。本研究は、当院倫理委員会および総長の承認を得て行った。統計解析は、各群の母親の背景について、連続変数の比較は Mann-Whitney U 検定を、比率の比較は Fisher 正確確率検定を用いた。評価要因31項目の比較について、Fisher 正確確率検定を用いた。また、要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目のうち、3項目について、単変量解析は Fisher 正確確率検定を、多変量解析は多重ロジスティック回帰分析を用いた。

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

医療機関において助産師等が妊婦健診においてハイリスク妊婦を把握し、医療機関での相談や保健機関への連絡するためのモデル問診票、及び保健指導マニュアルを開発した。これを用いて、分析項目は、妊娠届出書によるリスク評価スコア、妊婦健診(前期・中期・後期)時の、モデル問診票への回答と担当者の判定、1か月健診時の EPDS と Bonding Scale によるリスク判定、支援の受け入れ状況、3～4か月児健診での子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因)を用いた。

2-3：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)に分けて検討する。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。

2-4：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

平成27年度においては、愛知県で協力の得られた11市町における妊娠届と3か月健診において把握される虐待との関連を解析した(N=6111)。平成28-29年度においては愛知県名古屋市において平成28年7月～10月の3歳児健診を受診したすべての母親を対象とし、データリンケージの同意を確認した。平成28年12月まで同意書の回答が得られた参加者について名古屋市から縦断データの提供をうけた(n=2558、同意率39.5%)。1歳6か月児健診、3歳児健診で子どもを育てにくいと回答した場合を虐待傾向とみなし、妊娠届の情報との関連を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方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

事例検討については、研究協力者から事例提供のあった3事例について検討した。死亡事例検証報告書は0歳児死亡27本について分析した。面接調査は、保健医療スタッフ5名に、質問紙調査は保健師519名に実施した。面接調査、質問紙調査の実施にあたって研究協力者の所属機関の倫理委員会の承認を得て行った。

4-1：大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談件数と親の心の相談の分析を行った。

4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

日本産科婦人科学会と協力して日本のすべての分娩施設にアンケートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査することとした。また、大阪泉南地域にある泉佐野市で産後うつを早期発見を目的に導入された産後2週間健診での育児困難事例についても検討した。

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の検討

5-1：ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

出生後に養育支援が特に必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの的確に把握するためにエビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的とした。データベースとして平成13～25年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース(JSOG-DB)を用いた。

平成13～17年、平成18～22年、平成23～25年のデータを、I期(n=180,280)、II期(n=295,820)、III期(n=395,785)として、各期毎にcase-control studyを行った。解析内容は(1)産科合併症につながる母体の背景因子、(2)母児の予後不良に繋がる産科合併症を含む母体の背景因子を明らかにすることである。母体においては転科または死亡、児においては周産期死亡を予後不良として、多変量解析を行った。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

①日産婦周産期データベースを用いて、子宮頸部手術(円錐切除術およびLEEP)後妊娠例と非施行妊娠例の周産期予後を検討した。②多施設共同研究によって、子宮頸部手術後妊娠の術式および妊娠中管理と、周産期予後を検討した。③腔式頸管縫縮術無効あるいは不能であった女性に対する腹式頸管縫縮術の効果を文献検索から収集した情報により、吟味する。

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

対象は、平成28年1月1日から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。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

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、妊娠合併症(pregnancy complication)、周産期リスク(perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy)、不良転帰(poor outcome)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10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。自施設における合併症妊娠の産後管理期間について文献的に検討した。

IV：周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：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

日本産婦人科医会の施設情報調査 2015(平成 27 年 1 月現在の施設情報)をもとに全国分娩取扱い施設に、前向きアンケート調査を実施した。本調査に個人情報に含まれず、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、承認を得て行った。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、アンケート調査を実施した。調査項目は分娩数、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦の数、年齢、理由、背景などが含まれる。保健指導法に関しては、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。

9：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

本分担研究では、下記のことを行い、有効な研修プログラムの均てん化につなげることにした。

1. 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の開発を開発
 2. 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の開発
 3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成
- 上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成した。
4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催
 5. 4. について研修参加者に対して研修前と研修 3 か月後に調査を行い、母子保健のメンタルケアに対する意識、行動変容の効果を検証する

上記 4. の研修内容は下記のようなものとした。

- 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

10：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

11：「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

平成 29 年 11 月 27 日東京にて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。

【研究結果】

I：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

4 年間(平成 24～27 年度)で特定妊婦は 163/5893(2.8%)であり、このうち要保護・支援児童の母親は 63/163(38.7%)であった。出生児の平成 28 年 3 月末時点(出生後 1 年超～2 年)における転帰は、要保護児童:21/72(29.2%)、要支援児童:13/72(18.1%)、終結:21/72(29.2%)、転出:17/72(23.6%)であった。特定妊婦とその他の妊婦に分けて、転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。要保護・要支援児童(98 人)のうち特定妊婦からの発生は 34 人(34.7%)であった。特定妊婦からの要保護・支援児童は 34/72(47.2%)であり、その他の妊婦からの 64/2852(2.2%)に比して有意に高頻度であった。以上の結果から、特定妊婦からは高い頻度で児童虐待が発生することが確認された。要保護・要支援児童(98 人)のうち特定妊婦からの発生は 34 人(34.7%)であった。

この結果から言えることは、要保護・要支援児童のうち約 1/3 は特定妊婦からであるが、特定妊婦に至らない社会的ハイリスク妊娠からどの程度、要保護・

要支援児童が発生するかは不明である。早急な妊娠中の社会的ハイリスク妊婦の評価、支援策の策定が強く望まれるが、そのためには社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)を把握するための効果的なアセスメントシートの作成が必須である。

1-2：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

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 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、大阪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原因は、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。

1-3：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 97 件中、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児の施設入所と関連する周産期因子として、以下の因子が抽出された。

- ・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(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))

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。

1-4：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

ある研究では社会的ハイリスク妊娠として若年、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定義としていた。また、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、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かわり方に濃淡をつけるものもあった。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た研究もあり、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た。さらには19歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因とするもの、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、初産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えるものもあった。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

「要保護・要支援の母親」を誰でも効果的に抽出できる様に、大阪府作製「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにすることを目的とした。平成25～27年に大阪母子医療センターで分娩管理し、育児状況が分かっている母親を対象に、ケースコントロール研究を行った。まず、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)を抽出し、アセスメントシートにある6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目について単変量・多変量解析によりオッズ比を算出した。要保護・要支援の必要性は、面談・電話対談・市からの情報提供により判断した。本研究は、当院倫理委員会の承認を得て行った。結果は、要支援群74人、対照群に578人が抽出された。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。また、通知基準である16歳

未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、MH問題・経済的困窮の粗オッズ比(95%信頼 区間)はそれぞれ 24(2.5-238)、95(44-203)、54(26-115)で、調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ 0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。妊娠期アセスメントシートにある要因は、概ね要保護・要支援に関連していた。虐待・DV歴・未受診または MH 問題・経済的困窮は要保護・要支援の関連因子だが、16歳未満の妊娠単独は関連因子でなかった。

アセスメントシートと要保護・要支援のリスク因子を検討した研究は少ない。妊娠中の要因によって子育て困難を予測することが出来れば、児童虐待の防止にも繋がるし、より効果的支援を必要な母児に届けることが出来るようになる。本研究は単施設での研究であり、本邦全体への普遍性は不明である。

2-2：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。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。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の感想が得られた。以上の結果から、妊婦健診において助産師等が問診することにより、妊婦の状況の変化を把握し適切なタイミングでの支援につながる可能性が示唆された。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 か月児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。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。1 回の妊娠届だけで、社会的ハイリスク妊娠を把握することは無理があることは予想される。医療機関における妊婦健康診査においても社会的ハイリスク妊娠を把握するスクリーニング体制の構築が望まれる所以である。

2-3：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。

2-4：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。

結論：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。

妊娠届と出生後の子育てが相当期間開いていても、妊娠届時の気持ちが子育てでの転帰を反映するということである。将来的には、より効果的なアセスメントシートが妊娠届時に用いられれば、より効率的に母児に育児支援を届けうることが期待される。

II:妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

事例検討、死亡事例検証報告書の分析から、妊娠期から父親への保健指導を考えていくこと、被虐待歴が推測され、精神的問題/疾患をもつ母親を妊娠初期(妊娠届出)に把握し、出産後の支援に向けて妊娠中から関係構築をはかっていくことが示され、支援が必要な妊婦の保健相談に活用するためのマニュアルを作成した。また、保健師への実態調査からは妊娠中における保健機関と医療機関の連携の難しさがあることが示された。

妊婦のメンタルヘルスについては、保健機関において重視している内容であることが示されたが、妊娠期からの保健機関と医療機関が連携した保健指導の具体的方略の検討が今後の課題である。保健相談に活用するためのマニュアルを作成したが、有用性の検証は出来ていない。

4-1：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

相談の4分の1以上が0歳児からで、新生児は年間500~600件で推移していた。2015年度は618件に達し、うち生後2週目の相談が252件(0歳児の40.8%)と最も多かった。親の心の相談は同年度に232件あり、うち0歳児は88件(38%)と最も多く、その35%が3か月未満であった。0歳児の親の心の相談の主訴は育児相談が40%で最も多かった。これらの相談は本来救急医療の対象ではなく、育児不安への対応は不十分と考えられた。本来は、子どもの病気相談システムであるが、その中に養育者のメンタルヘルス不調が寄せられることがある。生後2週間で養育者の相談はピークを迎える。このことは、すでに開始された産婦健康診査が2週間、4週間であることと符号

する。産科を退院後に、幅広く適切な家庭支援体制の構築と普及が必要である。

4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

アンケートの回答は 1538 施設より回答を得た。回答率は 63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 85%あり、周産期センターは 9%、と幅広い施設より回答があった。多くの症例は周産期センターで扱われていることが読み取れ、周産期センターは医学的ハイリスク以外のハイリスク妊婦を扱う最前線とも考えられた。また、平成 28 年 4 月～平成 29 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の検討

5-1：ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

(1)主要産科合併症 11 疾患(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎、前置胎盤、常位胎盤早期剥離(早剥)、DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫)と関連があるリスク因子として、特に、「本態性高血圧症」の合併は、妊娠高血圧症候群、早剥、DIC、子癇、肺水腫と多くの産科合併症で、強い関連が見られた。(2)児の予後不良につながる因子は、母体年齢 40 歳以上、本態性高血圧症、頸管無力症、妊娠高血圧症候群、切迫早産、肺水腫、早剥、羊水過多症、羊水過少症、胎児機能不全、子宮内感染、子宮破裂、DIC であった。さらに、このリストの妥当性を検証するために、モデル地域を設定し、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義して、施設規模別にハイリスク妊娠の実態調査を行ったところ、一次施設 13 施設 1,054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例における産科合併症とその中でリスク因子がある症例は、それぞれ 21.6%/50.9%、30.7%/60.5%、42.3%/69.8%となった。産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認めら

れた産科合併症の半数はリスク因子を有しており、二次施設や三次施設からのデータを中心に作成した JSOG-DB に基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも、一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。特に頻度が高かった妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水の主な産科合併症に関して、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った。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。以上より、本チェックリストの有用性が確認された。施設規模によらず、利用されることが期待される。実際には、社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠が共に認められた妊娠もよく経験される。このような検討も積み重なっていけば、より適切な支援体制となっていくことが期待される。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2%(390/1,488)は、未施行妊娠の10.7%(37,782/351,848)に比して、有意に高値を示した。Risk ratio (RR)は2.44と高い早産への寄与因子であることが示された。一方、子宮頸部手術後妊娠の術式別の早産率については、有意差を認めなかった。また20週ごろの頸管長は、早産の有無で有意差はみられなかった。さらに、予防的頸管縫縮術を行っても、早産率の低下は認めなかった。腹式頸管縫縮術の生児獲得率は90%で早産リスクも残るものの、他の方法で生児が得られない女性には考慮すべき手段であると考えられた。近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識してはいるものの $RR \geq 2$ の早産ハイリスク妊娠である。しかし、さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法はないが、流早産のために生児が得られない女性には、腹式頸管縫縮術が考慮される。子宮頸がんの若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されており、子宮頸部手術後妊娠に社会的ハイリスクが多いと考えられる。したがって、現状では子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。社会的ハイリスク妊娠は感染症も多く、HPV(ヒトパピローマウイルス)感染も危惧される。HPV感染→子宮頸部腫瘍→子宮頸部手術→早産となった場合、子育て困難の要因となりかねない。本研究班においても他の研究によって、早産は子育て困難の危険因子である可能性が指摘されている。

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

平成 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。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りリスクを検討した。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。高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が社会的ハイリスク妊娠に有意に高いとなると、子育て困難の要因にも繋がるのが危惧される。さらに精度の高い研究が望まれる。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

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、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。単一施設における検討では、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、産後のフォロー率が低いことが明らかとされた。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不調は大きな危険因子であることが示されている。にもかかわらず、母親のメンタルヘルスに関しては精神疾患でさえ出産後のフォローアップは事実上なされていない。産婦健康診査は 2 週間、4 週間での EPDS を求めており、スクリーニングが開始された。しかし、フォローアップ体制は決まっていない。精神科も含めた関係者で早急な体制作りが望まれる。

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

平成 27 年度の調査において、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は 4%で、全国で年間約 4 万人と推計され、未婚者が 18%で、貧困など生活面の問題を 15%程度が抱えていることが明らかになった。

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

り増加する傾向であった。要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所（2.4%）に比較し、病院（5.4%）では2倍以上で、特に大学病院（10.2%）と国立系病院（7.6%）に集中していた。要介入と判断された妊産婦への対応は、大部分の施設で助産師（87.4%）や産婦人科医師（53.0%）が行い、臨床心理士（14.3%）が行っていたのはわずかで、精神科医師への紹介も22.4%に止まっていた。以上より、育児支援ネットワークをはじめ地域の連携システムのより機能的な運用と妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や心理職等の早急な確保が望まれた。

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結果、スクリーニング検査（NICEの質問票、EPDS）を、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中から産褥期に行うことが望まれた。

これら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。

9：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年度に作成したメンタルヘルス不調の母親とその子どものフォローアップの体制のためのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア指導者研修を開催した。自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいというニーズは多く、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。研修前後の調査の比較では、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、研修会の有効性が示唆された。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展開していくことが有効であると考えられる。メンタルヘルスに注目することが社会的ハイリスク妊娠把握と支援の開始に有効であるという研究である。母児への支援提供者のスキルアップは望まれる部分であり、より有効な保健指導プログラム開発に繋がることが期待される。

10：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、④2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

11：「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

平成 29 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。

【結論】

- ①妊娠届、妊婦健康診査を通して社会的ハイリスク妊娠を把握すること、社会的ハイリスク妊娠から特定妊婦の把握も行えること、社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)から児童虐待が発生すること等を実証的に示すことができた。
- ②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検証は今後も課題であると考えられる。
- ③精神疾患あるいはメンタルヘルス不調が社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難、妊産婦の自殺に深く関与している事を実証的に示すことができた。
- ④医療・保健・福祉の連携は必要であるが、切れ目のない支援も含めての体制作りは限定的な試行錯誤が続いており、早急に全国的な体制整備が急務であることが示された。
- ⑤社会的ハイリスク妊娠、子育て困難は医療・保健・福祉関係者の関心も高まっており、今後の母子保健事業の大きな課題であることが再認識された。
- ⑥妊娠期間は母児の出産後の心身の健康状態、養育状況を把握することができるので、全国展開できるアセスメント方法、支援の在り方等の開発は喫緊の課題であり、それが実効性のある妊娠期からの切れ目のない子育て支援に繋がると考えられる。

分担研究者

木下 勝之

日本産婦人科医会

会長

佐藤 拓代

大阪母子医療センター

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 母体胎児医学科 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

福井 聖子

NPO 法人

小児救急医療サポートネットワーク

鍛冶 みか

和泉市生きがい健康部

健康づくり推進室 健康増進担当

中野 玲羅

大阪府泉佐野保健所 技師

中井 章人

日本医科大学 産婦人科 教授

林 昌子

日本医科大学 多摩永山病院

産婦人科

佐藤 昌司

大分県立病院周産期医療センター

副院長

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

塩之谷真弓

愛知県新城保健所 健康支援課長

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

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

天野 房子

西尾市健康課 主査

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

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

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

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

長野市保健所健康課

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
岡田 十三
社会医療法人愛仁会千船病院
産婦人科部長
亀谷 英輝
大阪府済生会吹田病院
周産期センター長・産科科長
中後 聡
社会医療法人愛仁会高槻病院
産婦人科部長
中村 哲生
大阪市立住吉市民病院 副院長
谷口 武
医療法人定生会谷口病院 理事長
山栴 誠一
阪南中央病院
産婦人科部長 周産期センター長 診療局長
早田 憲司
愛染橋病院 産婦人科部長
志村 研太郎
大阪産婦人科医会 会長
北田 文則
吹田徳洲会病院 副院長
仁木 敦子
大阪母子医療センター
母子保健情報センター母子保健調査室主査
廣部 真由子
済生会吹田病院 地域医療支援部
倉 朋子
りんくう総合医療センター
医療マネジメント課 地域医療連携室
上原 玲
愛染橋病院 医療事務部 医療福祉相談室 室長

青木 興子
阪南中央病院 医療福祉連携部
中辻 潔
市立住吉市民病院 医療ソーシャルワーカー
斉藤 りさ
社会医療法人愛仁会千船病院 産婦人科
地域医療部 医療福祉相談科
田口 眞規子
社会医療法人愛仁会 高槻病院
地域医療部 医療福祉相談科

背景

I：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することが子育て困難に関与すること

周産期医療は従来から“医学的ハイリスク妊娠の管理”に重点的に取り組んできた。その他の重点課題としては“搬送体制整備”、“周産期医療人供給体制”等を周産期医療整備計画に沿って整備してきた。

その結果、母児の予後は世界的にもトップレベルの医療を提供できるまでに発展した。こうした成果の一方で“児童虐待”という言葉が社会的に注目されるようになってきて、平成27年頃より周産期医療の現場において“妊産婦の自殺”が問題提起されるようになってきた。このような社会問題が決して稀でなくなってきた結果、平成12年には児童虐待の防止等に関する法律が制定された。この法律によって平成29年までに、『子ども虐待による死亡事例等の検証結果について』（第1～13次）が公表されるようになった。児童虐待(死)事例は大きな社会的関心事にもなり、その対策が望まれている。平成26年には児童福祉法が改正され、“要保護児童対策地域協議会(以下「要対協」とする)”が規定された。

さらに、平成21年の同法改正において“特定妊婦”が規定された。

大阪府においては『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書』が

平成21年から毎年報告されている。その中で、未受診妊娠は

①社会的問題でもあり、医学的問題でもあった、②児童虐待と強い関連性があった、③医療介入があれば、新生児予後は改善する、④医療・保健・福祉の連携が必要である等が明らかになった。

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

特定妊婦は児童福祉法において「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と規定されているが、具体的には明確で共通な認定基準は存在しない。ましてや「児童虐待の危険因子」と「妊娠中の要因」の関連性が科学的検証をもって示されているわけではなかった。本研究においては定期的な妊婦健康診査(以下妊婦健診とする)が困難である、あるいは出産後の育児困難が予想される妊娠を“社会的ハイリスク妊娠”仮に定義すると、“飛び込み出産”、“育児放棄”、“児童虐待”等は社会的ハイリスク妊娠の重篤例と考

えられるが、科学的にはこれらの因果関係は検証されていない。出産後の育児困難・児童虐待を妊娠中の要因から前方視的に追跡して実証した研究はないからである。一方、医学的ハイリスク妊娠は科学的な検証がなされ発展してきたが、社会的ハイリスク妊娠は科学的検証という観点からは未知の分野である。このような背景から、子育て困難事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に切れ目なく多職種で支援する母子保健システムの開発が望まれている。母子保健施策の中での医療・保健・福祉の役割と効果的な切れ目のない連携支援システムの確立は、喫緊の課題である。

II:妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

妊娠中からの母児支援という言葉は違和感の少ない言葉である。しかし、実際の妊婦さんあるいは母児に何を支援しなければならないのか？は個別事案なので戸惑いが大きい。どの職種がどのような事が出来るのかは今後の課題である。支援といっても母児から言わせると“おせっかい”の可能性もある。“健やか親子”を目指すような支援に繋げるためには母児と取り巻く多職種の関係者の間に大きな“信頼関係”構築が必要である。そのためには関係各位の連携と強い“信頼関係”構築のためのスキルアップが必要になる。妊娠・出産の時期によっても家庭環境、お母

さんのメンタルヘルスは変動がある。出産後は子どもの健康状態、発達状態に応じて養育者の負担も変わってくる。このような状況を考慮した保健指導體制構築が必要である。

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の検討

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

べきか等も検討課題である。また、現行の母子健康手帳を用いた妊婦健診において母体は1ヶ月健診で事実上、終了してしまう。お母さんの心身の健康が保たれてこそその育児と考えれば、医学的見地も兼ね備えた出産後のお母さんの保健指導が望まれる。

IV:周産期メンタルヘルス(MH)に効果的な保健指導のあり方

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

神科医師の医学的診断や治療を受けることが出来るので対応への迷いは少ない。精神科疾患ではないものの“こころの負担”あるいは“メンタルヘルス不調”を抱えたままであった場合、妊娠中の妊婦健診にも支障が出て、母児の医学的ハイリスク妊娠にもなりかねない。“こころの負担”が最重症化した場合、妊産婦の自殺・児童虐待死が危惧される。このように“養育者のこころの負担”は健やか親子実現への障壁となることが危惧される。従って、母親のためのメンタルヘルス対策は今後の母子保健の大きな課題である。

V:公開シンポジウム

本研究班が3年間の研究期間で得た成果は今後の母子保健活動に寄与できるものが少なからずあると考えた。そこで、全国の関係者向けに公開シンポジウムを実施することとした。

A. 研究目的

平成27年からの健やか親子21(第2次)において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題の一つに設定された。平成28年には児童福祉法が改正され、妊娠期からの切れ目のない支援を強く目指したものになっている。そこで本研究班においては、妊娠届、妊婦健康診査、出産状況等から子育て困難(児童虐待を含めた)を見いだせる要因を明らかにし、その支援

対策を検討することを目的とした。

B. 研究方法

I：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握

することが子育て困難に関与すること

1-1：A市要保護児童対策地域協議会

における特定妊婦の支援について

(担当：光田信明)

A市においては平成25年に要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）の部会として「周産期ネットワーク部会（以下、部会）」を設置した。これは、産科医療機関・母子保健・児童福祉による「特定妊婦」支援ためのネットワークづくりのために設けられた部会である。特定妊婦は医療機関と保健機関双方から『気がかりのある妊婦』としてあげられた妊婦を部会で協議の上、決定した。要保護・支援児童の母親が妊娠した場合には特定妊婦とした。特定妊婦への支援は妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。特定妊婦からの出生児は、出生直後には要支援児童として登録し、支援を行った。1年後には要対協実務者会議の進行管理会議で評価をおこなった。評価結果を要保護児童、要支援児童、終結、転出に区分した。

1-2：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、岡本陽子)

① 研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪府内の協力産科医療機関で妊娠分娩管理を行う全妊産婦。

平成28年1月以降各施設内の倫理委員会承認後より平成29年12月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1歳6か月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（表1）を解析する。

(表1)

匿名ID	
出生した医療機関名	単胎・多胎(胎の第 子)
出生年月日	20 (平成)年 月 日
出生体重	kg
性別	男・女・その他
乳幼児健康診査(3-4か月・乳児後期・1歳6か月)時の状況についてご記載下さい	
乳幼児健診受診	有・無
児の生死	生・死(死亡時年齢 歳 か月時)
要保護児童対策地域協議会対象者	有・無
出生届提出の有無	有・無
保健センターの支援状況	口支援終了(歳 か月時) 終了の判断理由
該当する状況?して下さい	
支援継続の理由	口受け入れ良好 口支援拒否 口支援拒否 口多機関で随時 口その他(下に記載下さい)
市町村外への転居	有・無
特記事項がありましたら、ご記載下さい	

1-3 : 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)

本研究は、大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した。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 年間に大阪府内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 6 か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。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内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 6 か月児健診の案内の中に、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 6 か月児健診の際に、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 χ^2 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下 Stata/MP 14.0 を使用して検討した。 $P < 0.05$ を有意水準とした。

1-4 : 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み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。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子 (担当：光田信明、金川武司)

平成 25～27 年に大阪母子医療センターで周産期管理・分娩を行い、育児状況が分かっている母親を対象に、ケースコントロール研究を行った。主要評価項目は、要保護・要支援児の母親。評価する要因として、アセスメントシートにある 6 つの妊婦背景(虐待・DV 歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス (MH) の状態、経済状況、家庭環境) 31 項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準にある項目とした。

まず、対象となった母親について、「アセスメントシート (妊娠期)」にある 31 項目について、診療録より該当の有無を判断した。そして、要保護・要支援が必要な母親 (要支援群) および要保護・要支援が必要でない母親 (対照群) に分けて、「アセスメントシート (妊娠期)」にある 31 項目の各項目について、各群の該当人数・比率を比較した。続いて、要保護児童対策地域協議会への通知基準である 4 項目を比較し、多変量解析によりオッズ比を算

出した。なお、要保護・要支援が必要な母親 (要支援群) とは、大阪母子医療センターで管理し、妊娠中に社会的ハイリスクと認知された妊婦のうち、特定妊婦であった母親および分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援児童の母親と判明したものとした。また、要保護・要支援が必要でない母親 (対照群) とは、大阪母子医療センターで管理した和泉市在住の妊産婦で、分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援が必要のない母親とした。なお、対照群において、母体情報が十分に得られなかった母体搬送例や転居例、死産・中絶例は除外した。本研究は、当院倫理委員会および総長の承認を得て行った (承認番号 977)。統計解析は、各群の母親の背景について、連続変数の比較は Mann-Whitney U 検定を、比率の比較は Fisher 正確確率検定を用いた。評価要因 31 項目の比較について、Fisher 正確確率検定を用いた。また、要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目であるの 3 つ基準について、単変量解析は Fisher 正確確率検定を、多変量解析はロジスティック多変量解析を用いた。そして、P 値 < 0.05 を有意とした。

2-2：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)

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た (図 1)。



図1. 開発した保健指導マニュアル

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(図2)。(倫理面への配慮)

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。

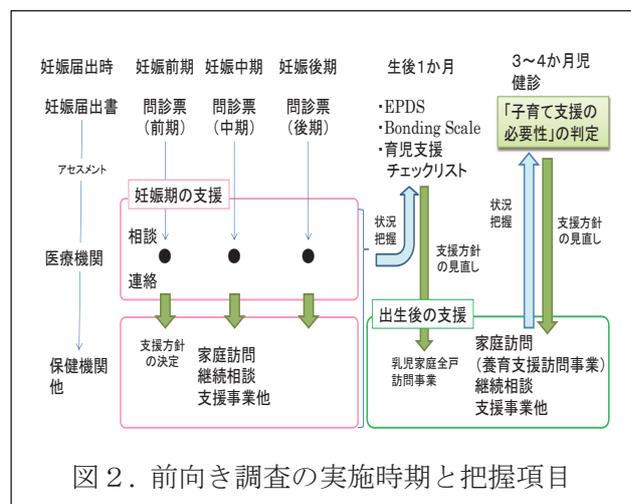


図2. 前向き調査の実施時期と把握項目

2-3: 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:光田信明、佐藤拓代、川口晴菜)

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。

2-4：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)

3か月児健診とのリンクは、愛知県における11市町(名古屋市、豊橋市、東郷町、大口町、半田市、西尾市、幸田町、設楽町、豊川市、蒲郡市、田原市)の協力を得て実施した。上記市町において、平成25年10月より平成26年2月までの3-4か月児健診を受けるすべての母親に対して虐待の状況を把握する項目を含む質問紙を郵送した。郵送の方法として、3-4か月児健診の案内に同封する場合と、別途封筒を用意し、郵送する場合と市町によって異なった。質問紙には妊娠届の情報とリンクできるようにあらかじめ

めIDを付与し、調査依頼文において、他の行政データとリンクすることを明記し、回答の上3-4か月児健診会場に持参するよう依頼した。そして、回答した質問紙を3-4か月児健診時に会場で回収した。

1歳6か月児および3歳児健診においては、愛知県名古屋市において平成28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歳児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、3か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児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(受付番号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、3か月児健診においては「揺さぶり」および「口塞ぎ」、1歳6か月児および3歳児健診においては「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。3 か月児では揺さぶりまたは口塞ぎ、1 歳 6 か月児および 3 歳児では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方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

(担当：上野昌江)

【平成 27 年度】

1. 「児童虐待による死亡事例等の検証」の分析

子どもの虹情報研修センター平成 20 年度から 26 年度の「児童虐待による死亡事例等の検証」の地方公共団体報告書 106 本のうち 0 歳児の死亡事例報告書 27 本 (29 事例) を抽出し分析した。

2. 保健師が支援した事例の検討

A 市において家庭児童相談室(以下家庭児相)、保健センターの保健師が妊娠中から支援した 2 事例の検討を行った。

【平成 28 年度】

1. 事例検討

平成 27 年度に継続し、A 市の家庭児童相談室および保健センターの保健師が、支援の必要な妊婦に対して妊娠期から継続的に支援を行って事例について検討し、虐待死亡事例との比較で

死亡が予防できた要因について検討した。

2. 保健機関、医療機関の専門職への面接調査

保健機関保健師、医療機関医師、看護師を研究協力者とし、インタビューガイドに基づき 1 時間～1 時間半程度の半構成的面接を実施した。面接内容は、①支援が必要であると判断した妊婦・家族の状況とそれに対するアセスメント、②妊婦とパートナーとの関係や家族関係を把握する方法、③支援を必要とする妊婦に対する具体的な支援内容、④関係機関との連携方法などであった。

【平成 29 年度】

1. 質問紙調査の実施

近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師を対象に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。

調査内容は、基本属性、妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているかについての項目、妊婦に保健指導として行っている内容、支援において困難に感じていることである。

4-1：大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

(担当：光田信明、福井聖子、金川武司)

大阪府#8000 では、電話相談時に相談員が記入する受付票を入力し、データとして保管している。この入力データをもとに、2 つの検討を行った。

1. 0 歳児の相談

対象を平成 17 年度～26 年度に大阪府

＃8000 に相談のあった事例のうち、「0歳児の相談」事例とした。主要評価項目は新生児期（月齢0ヶ月）および新生児期週数別相談件数で、度数分布表を作成し年次変化およびを相談件数の多い週齢を検討した。また、平成26年度について相談の主訴別に0歳児月齢別3ヶ月毎の件数および新生児期週数毎の件数についてクロス集計を行い、主訴と月齢・週齢との関連について検討した。

2.親の心の相談

対象を平成26年4月1日から平成27年3月31日に相談のあった事例のうち、「親の心の相談」と判断された事例とした。主要評価項目は年齢別および0歳児月齢別相談件数で、各項目の分布について検討した。また、相談時間帯・曜日・症状に気づいた時期・主訴についてクロス集計を行い、0歳児をもつ「親の心の相談」内容について傾向を検討した。

これら検討の統計解析は web 上の統計ソフト 5) を使用し、母比率の比較には Z 検定を用いた。それぞれ、p 値が 5%以下を有意差ありとした。

4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

(担当：荻田和秀)

本アンケートは日本産科婦人科学会拡大医療改革委員会の協力で平成28年1月現在分娩を取り扱っていると回答した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。回答率は63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が85%あり、周産期センターは9%、と幅広い施設より回答があった。

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

(担当：荻田和秀)

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（図1）

○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科婦人科学会発刊の「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。

(図1) 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃん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、今のあなたの気持ちから選んでください。

質問項目	Aほとんどいい も感じない	Bたまにいい も感じる	Cたまにいい も感じる	D全然そう 感じない
1 赤ちゃんを愛していると感じる。				
2 赤ちゃんのためにはいいことばかりだが、あなた自身は満足していないことがある。				
3 赤ちゃんのことが置立たいやいやになる。				
4 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。				
5 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。				
6 赤ちゃんの成長を楽しんでいる。				
7 一人の子でなかなか満足しない。				
8 赤ちゃんを愛してあげたいと感じる。				
9 この子がいいなかつたなあと思う。				
10 赤ちゃんをとても身近に感じる。				

りんくう総合医療センター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を検討

5-1:ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

(担当:松田義雄)

1.ハイリスク妊娠チェックリストの作成

データベースとして、平成13~25年のJSOG-DBを用いた。

先行研究が行なわれた平成13~17年(609施設, 281,310例)を基準として、平成18~22年(625施設, 357,111例)、平成23~25年(737施設, 455,211例)のデータを精製後、I期(n=180,280)、II期(n=295,820)、III期(n=395,785)に分けてcase-control studyを行った。p<0.05をもって有意差ありとし、リスク比(risk ratio, RR)で表した。

(倫理面への配慮)

国際医療福祉大学病院倫理委員会並びに日本産科婦人科学会倫理委員会の承認を得た研究である。

2.ハイリスク妊娠チェックリストの検証

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。統計学的検討にはx²検定を用いた。

3.産科主要3疾患における各リスク因子頻度の検討

2でリクルートされた症例を対象として、代表的な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疾患を産科主要3疾患として、リスク因子の頻度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(承認番号28-038)を得た研究である。

5-2:医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

(担当:板倉敦夫)

①平成25年および平成26年の日産婦周産期データベース登録例を対象とした。(除外:多胎妊娠、胎児形態異常例、データ欠落例、年齢:17歳未満、50歳以上、前置胎盤、胎盤早期剥離)。平成25年:登録症例186,234例中160,689例、平成26年:登録症例220,052例中192,647例を解析に供した。解析にあたり、頸管手術施行群お

よび非施行群で、頸管手術 (leep もしくは conization) 施行例は 1488 例であった。

母体年齢、初産、分娩週数、早産、胎胞脱出、治療的頸管縫縮術、前期破水、臨床的 CAM、頸管裂傷、妊娠高血圧症候群以上の項目を比較検討した。

②全国の周産期センターで子宮頸部手術後妊娠の妊娠経過に関する個票記載を依頼した。

③医学中央雑誌 Web および PubMed をサーチエンジンとして使用し、平成 23-29 年までの経腹縫縮術の症例報告を抽出した。

①、②ともに各施設及び日本産科婦人科学会の倫理委員会の承認を得て、施行した。

6 : 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

(担当 : 光田信明、松田義雄、川口晴菜)

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)(図 1)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。(表 1)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。(表 2)社会的リスクと関係する医学的リスクを評価した。統計学的解析には、Stata/MP14 を使い、 χ^2 検定、多重ロジスティック回帰分析を行った。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 972)を受け実施した。

(図 1) 大阪府のアセスメントシート(妊婦用)

図 1 は大阪府のアセスメントシート(妊婦用)のスクリーンショットである。表の上部には「妊婦氏名」、「妊婦年齢」、「妊婦人種」の欄がある。表の主体は「リスク項目」の列と「妊娠」、「分娩」、「ポスト」の各カテゴリーの列で構成されている。リスク項目は「母体自身の既往歴がある」、「母体自身のDV歴(加害・被害者)がある」、「胎児の先天性の異常がある」、「胎児の心臓の異常がある」、「胎児の心臓以外の異常がある」、「胎児の心臓以外の異常がある(自覚未読がある)」、「16歳未満の妊婦」、「2年前(16歳未満)妊婦(過去の若年妊娠を含む)…1年未満」、「胎児の染色体異常、中絶がある」、「胎児の染色体異常、中絶がある」、「胎児に於いて胎児心疾患的な異常」、「2年前までに胎児・中絶を繰り返す」、「飛び込み出産歴がある」、「胎児死亡の経緯」、「胎児の死亡に産後が関係している」、「妊娠中の不適切な生活・妊娠生活」、「精神疾患等(過去1年以内の産後うつ、産後経過含む)」、「アルコール依存症(過去1年以内)」、「過去の薬物・薬い(過去1年以内)」、「過去1年以内、不安がある」、「過去1年以内、産後経過がある」、「下記以外の経済的困難や社会的問題がある」、「過去1年以内、失業中」、「不安定な経済・失業中」、「経済不安・産後経過がない」、「過去1年以内、ステップファミリーの家の中が不安定」、「過去1年以内、不安定な生活環境」、「過去1年以内に該当しない別になる産後経過、産後経過がある」。

表の下部には「支援者等の状況」の欄があり、「家族、近親、遠方等の理由により、妊娠の父母(やうい)等の親族に頼ることができない」、「夫婦不和、親戚と同居している」、「パートナーまたは親戚の支援が限られる(一人のみが支援者)」、「地域や社会の支援を受けていない」。

表の最下部には「産後経過」の欄があり、「産後経過に関する情報は問診にて把握する」、「産後経過に関する情報は問診にて把握する」。

(表 1) 社会的リスク

生活歴	妊娠関連	精神・知的障がい	社会経済的因子	家庭環境	支援者
母体被虐歴	20週以降初診	精神疾患	生活保護	住所不定	支援者なし
パートナー被虐歴	未受診・受診中断	知的障がい	助産制度	ステップファミリー	
母体DV歴	望まない妊娠	訴えが多い	不安定就労	シングル	
母体の心中・自殺未遂歴	飛び込み分娩歴			家が不衛生	
兄弟の不審死	胎児に無関心・拒否的				
兄弟の虐待	若年(<20歳)				

(表2) 医学的リスク

母体基礎情報	母体基礎疾患	妊娠分娩経過	新生児情報
年齢	高血圧	悪阻	性別
人種	糖尿病	AC/CVS	児体重(10%tile未満)
経産回数	自己免疫疾患	切迫流産	Ap(1)<7
中絶歴	心疾患	切迫早産	Ap(5)<7
流産歴	円錐切除後	子宮収縮抑制剤使用	PH<7.0
BMI	バセドウ病	母体リンデロン投与	NICU・小児棟入院
妊娠方法	甲状腺機能低下症	HDP	
	精神疾患	GDM	
		FGR	
		HFD	
		多胎	
		頸管縫縮術	
		クラミジア陽性	
		胎児異常	
		胎児治療	
		胎盤位置異常	
		SA,AA,FD,NND	
		帝王切開	
		常位胎盤早期剥離	
		分娩時出血>1000ml	
		輸血	

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

7: 医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

(担当: 小川正樹)

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、妊娠合併症 (pregnancy complication)、周産期リスク (perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy)、予後不良または不良転帰 (poor outcome) 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 10 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。

東京女子医科大学病院で分娩した合併症妊娠管理の状況について文献的な検索をした。

また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。

(倫理面への配慮)

特に必要としない研究である。

IV: 周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8: 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)

日本産婦人科医会の施設情報調査 2015 (平成 27 年 1 月現在の施設情報) をもとに全国分娩取扱い施設に、前向きアンケート調査を実施した。本調査に個人情報に含まれず、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、承認を得て行った。

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い施設 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、アンケート調査を実施した。

調査項目は分娩数、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦の数、年齢、理由、背景などが含まれる。

保健指導法に関しては、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。

9：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)

本分担研究では、下記のことを行い、有効な研修プログラムの均てん化につなげることにした。

1. 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の開発

2. 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の開発

3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成

上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成

4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催

5. 4. について研修参加者に対して研修前と研修 3 か月後に調査を行い、母子保健のメンタルケアに対する意識、行動変容の効果を検証することとした。

上記 4. の研修内容は下記のようなものとした。

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。

10：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)

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。(倫理面への配慮)

特に必要としない研究である。

V. 公開シンポジウム

11：「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)

平成 29 年 11 月 27 日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：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

表 1 に各年度の特定妊婦数を示す。

4 年間（平成 24～27 年度）では 163/5893(2.8%)であり、要保護・支援児童の母親は 63/163(38.7%)であった。表 2 に出生児の平成 28 年 3 月末時点における転帰を示す。

- ・ 要保護児童:21/72(29.2%)、
- ・ 要支援児童:13/72(18.1%)、
- ・ 終結:21/72(29.2%)、
- ・ 転出:17/72(23.6%)であった。

表 3 は特定妊婦とその他の妊婦に分けて転帰をみたものである。その他の妊婦は表 2 の同時期における特定妊婦以外の妊婦とした。転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。特定妊婦からの要保護・支援児童は

34/72(47.2%)であり、その他の妊婦からの 64/2852(2.2%)に比して有意に高頻度であった。要保護・要支援児童のうち特定妊婦からの発生は 34/98(34.7%)であった。

表 1 年度別の特定妊婦数

	妊娠届出数	特定妊婦数	
		総数	要保護・支援児童の母
平成 24 年度	1623	27 (1.7%)	17 (63.0%)
平成 25 年度	1471	33 (2.2%)	13 (39.4%)
平成 26 年度	1434	39 (2.7%)	14 (35.9%)
平成 27 年度	1365	64 (4.9%)	19 (29.7%)

表 2 出生児の転帰

	特定妊婦数	平成 28 年 3 月末の評価			
		要保護児童	要支援児童	終結	転出
平成 25 年度	33	8	5	10	10
平成 26 年度	39	13	8	11	7
計	72	21	13	21	17

表 3 特定妊婦とその他の妊婦の転帰

	特定妊婦	その他	合計
要保護・支援児童	34	64	98
その他	38	2788	2826
合計	72	2852	2924

1-2：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か月児健診時の情報提供を依頼している。平成30年1月時点で保健センターからの情報提供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か月児健診時の情報は表1参照。

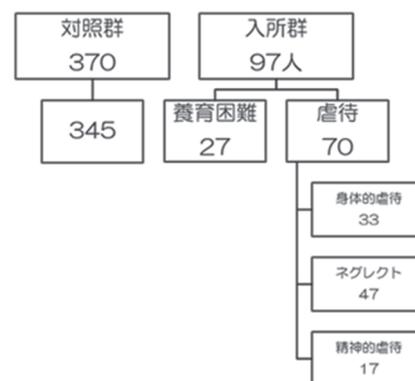
要保護児童対策協議会対象者（以下“要対協ケース”）の割合はハイリスク症例では18.3%（22/120）に対し、コントロール症例では1.4%（4/287）であり、従来の「医療従事者の感覚」によって要対協ケースにつながるハイリスク者は概ね拾い上げられているようである。一方、大阪母子医療センターの症例で「ハイリスクと考えていなかったが、要対協ケース」が4例あった。

（表1）3-4か月児健診時の情報

	出生届未提出	児の死亡	乳幼児健診未受診	要対協対象者	行政育児支援に問題あり	海外に転居
母子センター全数（331）	3	1	17	20	9	17
うち 母子センターハイリスク症例（44）	3	0	7	16	4	4
A病院ハイリスク症例（76）	0	0	4	6	7	7

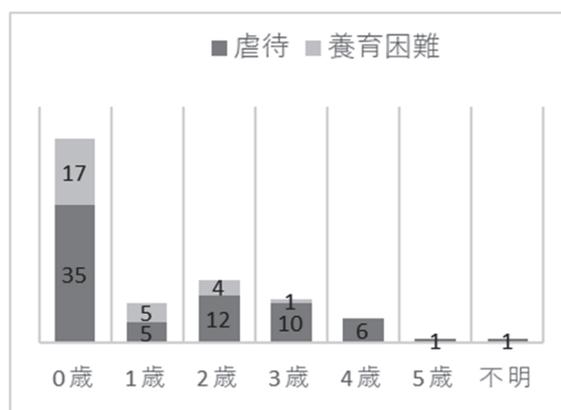
1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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）対象

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2）入所年齢毎の入所理由

続いて表1に、施設入所群と対象群の単変量解析の結果を示す。施設入所群と対象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 \geq 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)

関連が明らかに強い因子として、高血圧と尿蛋白陽性、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。

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
	\geq 20,<25	12.9	3.4-48.4	<0.001
	\geq 25	reference		
年齢差(父-母)	<10	reference		
	\geq 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	1	2.1	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
	\geq 4	10.7	1.9-59.7	0.007
経済的な問題	1	2.1	0.54-8.2	0.3
母の精神疾患	1	35.6	9.7-129.7	<0.001
初診週数	初診 \geq 20wks	13	1.6-104.7	0.02
受診回数	初診<20wksかつ受診<10	7.8	1.5-40.4	0.01
	初診<20wksかつ受診 \geq 10	Reference		
妊娠中の高血圧	1	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

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4)

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		
未入籍	≥10	16	2-114	0.005
	データ欠損	0.06	0.004-1.1	0.06
子どもの数	1	30	5-181	<0.001
	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	
初診週数 受診回数	初診≥20wks	47	4-592	0.003
	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		
未入籍	≥10	20	1-358	0.04
	データ欠損	32	1-722	0.03
子どもの数	1	0.7	0.06-8	0.8
	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	
初診週数 受診回数	初診≥20wks	4	0.06-278	0.5
	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

1-4：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、初産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えている。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

1. 対象

要支援群については、大阪母子医療センターで社会的ハイリスクと妊娠した妊婦192人のうち、実際に特定妊婦

として対応したのは、67人いた。出産後、さらに市からの情報により要保護・要支援児童の母親は7人であり、要支援群として74人の母親が同定された。また、対照群については、当院で分娩した妊産婦のうち、和泉市在住の母親が612人いた。うち、市からの情報により要保護・要支援児童の母親である14人は除外した。また、妊娠中の母体情報が不十分な20人を除外し、対照群としては578人の母親が同定された。

要支援群および対照群の背景を表3示す。要支援群は対照群に比して、年齢が有意に低く、中絶経験数が有意に多かった。また、要支援群は対照群に比して、特定妊婦の数も有意に多かった。

2. 6つの妊婦背景・31要因

6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目について、要支援群と対照群の比較を表4に示す。該当数が、要支援群に有意に多かったのは、24項目あった。逆に、該当数が、対象群に有意に多かったのは、1項目「訴えが多く、不安が高い」であった。

3. 要保護児童対策地域協議会への通知基準

要保護児童対策地域協議会への通知基準である4項目(表2)について、要支援群と対照群の比較を表5、表6に示す。「住所不定・居住地がない」については、該当する母親が対照群にい

なかったため、統計学的に比較することができなかったが、それ以外の3項目はいずれも、該当数が、要支援群に有意に多かった。しかし、ロジスティック解析による調整を行うと、「16歳未満の妊娠」単独では、有意な項目にならなかった。

表1 アセスメントシート（妊娠期）

アセスメントシート（妊娠期）			
妊婦氏名() 記入日() 記入者()			
※各要因について、『詳細』のそれぞれ該当する欄にシ点でチェックする。			
要 因	項 目	妊婦	
		あり	不明 なし
生活歴 (A)	①保護者自身に被害待歴がある		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある		
	③過去に心中未遂(自殺未遂)がある		
妊 娠 に関する要因 (B)	④胎児のきょうだいに不審死がある		
	⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある		
	⑥20週以降の届出		
	⑦妊婦健診未受診、中断がある		
	⑧望まない妊娠		
	⑨今までに妊娠・中絶をくりかえす		
	⑩飛び込み出産歴がある		
	⑪若年(20歳未満)妊娠		
	⑫16歳未満の妊娠		
	⑬40歳以上の妊娠		
心身の健康等	⑭胎児に対して無関心・拒否的な言動		
	⑮多胎や胎児に疾患や障がいがある		
	⑯妊娠中の不規則な生活・不衛生等		
	⑰精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)		
	⑱パーソナリティ障がい(疑いを含む)		
	⑲知的障がい(疑いを含む)		
	⑳訴えが多く、不安が高い		
	㉑身体障がい、慢性疾患がある		
	㉒生活保護受給		
	㉓不安定就労・失業中		
家 庭 に関する要因 (C)	㉔上記以外の経済的困難や社会的問題がある		
	㉕住所不定・居住地がない		
	㉖ひとり親・未婚・ステップファミリー		
そ の 他	㉗家の中が不衛生		
	㉘出産・育児に集中できない家庭環境		
	㉙上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある		
支援者等の状況			
支援者あり	<input type="checkbox"/> 死傷、失踪、送方等、警察等に頼ることができない <input type="checkbox"/> 夫婦不和、親戚と対立している <input type="checkbox"/> パートナーまたは実母等親戚一人のみが支援者 <input type="checkbox"/> 地域や社会的支援が得られない		
支援者なし	<input type="checkbox"/> 各機関等の関係機関の関わりが希薄である <input type="checkbox"/> 情報提供の機会が得られない		
※妊婦の「あり」と「不明」の該当項目により、要保護児童対策地域協議会事務局に報告する			
●赤：要保護児童 〇：16歳未満の妊婦			
●黄：要保護児童の申請・届出済項目 〇：17歳未満、かつ5項目以上該当かつ以上該当する妊婦			
●青：あり、かつ申請済項目あり 〇：17歳未満かつ申請済項目あり、かつ5項目以上該当かつ以上該当する妊婦			
●赤：上記の中からアセスメントに必要な情報が十分に提供できなかった妊婦			

表2 要保護児童対策地域協議会事務局 通知基準

	要支援群(n=74)		対照群(n=578)		P値
	該当人数(人)	比率	該当人数(人)	比率	
①保護者自身に被害待歴がある(疑いを含む)	16	21.6%	1	0.2%	<.0001
②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	22	29.7%	11	1.9%	<.0001
③過去に心中未遂(自殺未遂)がある	1	1.4%	2	0.3%	0.304
④胎児のきょうだいに不審死がある	2	2.7%	0	0.0%	0.013
⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある	15	20.3%	0	0.0%	<.0001
⑥20週以降の届出	20	27.0%	8	1.4%	<.0001
⑦妊婦健診未受診、中断がある	28	37.8%	1	0.2%	<.0001
⑧望まない妊娠	18	24.3%	8	1.4%	<.0001
⑨今までに妊娠・中絶をくりかえす	10	13.5%	4	0.7%	<.0001
⑩飛び込み出産歴がある	3	4.1%	0	0.0%	0.001
⑪若年(20歳未満)妊娠	35	47.3%	20	3.5%	<.0001
⑫16歳未満の妊娠	3	4.1%	1	0.2%	0.0052
⑬40歳以上の妊娠	5	6.8%	41	7.1%	1.0000
⑭胎児に対して無関心・拒否的な言動	6	8.1%	1	0.2%	<.0001
⑮多胎や胎児に疾患や障がいがある	16	21.6%	88	15.2%	0.1764
⑯妊娠中の不規則な生活・不衛生等	14	18.9%	0	0.0%	<.0001
⑰精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症含む)	32	43.2%	35	6.1%	<.0001
⑱パーソナリティ障がい(疑いを含む)	11	14.9%	23	4.0%	0.001
⑲知的障がい(疑いを含む)	9	12.2%	1	0.2%	<.0001
⑳訴えが多く、不安が高い	20	27.0%	227	39.3%	0.0423
㉑身体障がい、慢性疾患がある	20	27.0%	102	17.6%	0.0579
㉒生活保護受給	47	63.5%	19	3.3%	<.0001
㉓不安定就労・失業中	50	67.6%	23	4.0%	<.0001
㉔上記以外の社会的問題がある	13	17.6%	7	1.2%	<.0001
㉕住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
㉖ひとり親・未婚・ステップファミリー	58	78.4%	21	3.6%	<.0001
㉗家の中が不衛生	1	1.4%	0	0.0%	0.1135
㉘出産・育児に集中できない家庭環境	19	25.7%	34	5.9%	<.0001
㉙上記に該当しない気になる言動、背景、環境要因	27	36.5%	20	3.5%	<.0001

- ① 16歳未満の妊娠
- ②住所不定・居住地がない
- ③下記の示す生活歴(A)や妊娠に関する要因(B)のうち1項目該当し、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦

- ・保護者自身に被害待歴がある
- ・保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある
- ・胎児のきょうだいに不審死がある
- ・胎児のきょうだいへの虐待歴がある
- ・妊婦健診未受診、中断がある
- ・20週以降の届出
- ・望まない妊娠
- ・若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)
- ・胎児に対して無関心・拒否的な言動

- ④下記の示す心身の健康等要因 (C) や社会的・経済的要因 (D) や家庭・環境要因 (E) のうちに2つ以上該当し、かつ「支援者の状況」に1つでも該当する妊婦
- ・精神疾患等 (過去出産時の産後の うつ、依存症を含む)
 - ・パーソナリティ障がい (疑いを含む)
 - ・知的障がい (疑いを含む)
 - ・生活保護受給・不安定就労・失業中以外に経済的困窮や社会的問題がある
 - ・ひとり親・未婚・ステップファミリー

表3 母親の背景

	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値
	中央値	or 数 (範囲 or %)	中央値	or 数 (範囲 or %)	
母体年齢(歳)	27	14-47	33	15-45	<0.0001
経産婦(人)	48	65%	323	56%	0.170
中絶経験(人)	25	34%	72	12%	<0.0001
多胎(人)	3	4%	36	6%	0.607
分娩週数(週)	39.1	33.7-41.5	39.2	24.7-41.8	0.877
帝王切開(人)	16	22%	159	28%	0.128
出生体重(g)	2,920	1,622-3,894	2,975	652-4,016	0.378
男児(人)	43	61%	292	51%	0.131
SGA(人)	10	14%	57	10%	0.313
Ap5 分値<4点(人)	0	0%	2	0%	1.000
特定妊婦(人)	67	91%	8	0%	<0.0001

Ap: Apgar スコア

表4 評価要因 31 項目について要支援群および対照群の比較

	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
①保護者自身に被害歴がある(疑いを含む)	16	21.6%	1	0.2%	<.0001
②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	22	29.7%	11	1.9%	<.0001
③過去に心中未遂(自殺未遂)がある	1	1.4%	2	0.3%	0.304
④胎児のきょうだいに不審死がある	2	2.7%	0	0.0%	0.013
⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある	15	20.3%	0	0.0%	<.0001
①20週以降の届出	20	27.0%	8	1.4%	<.0001
②妊婦健診未受診、中断がある	28	37.8%	1	0.2%	<.0001
③望まない妊娠	18	24.3%	8	1.4%	<.0001
④今までに妊娠・中絶をくりかえす	10	13.5%	4	0.7%	<.0001
⑤飛び込み出産歴がある	3	4.1%	0	0.0%	0.001
⑥若年(20歳未満)妊娠	35	47.3%	20	3.5%	<.0001
⑦16歳未満の妊娠	3	4.1%	1	0.2%	0.0052
⑧40歳以上の妊娠	5	6.8%	41	7.1%	1.0000
⑨胎児に対して無関心・拒否的な言動	6	8.1%	1	0.2%	<.0001
⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	16	21.6%	88	15.2%	0.1764
⑪妊娠中の不規則な生活・不衛生等	14	18.9%	0	0.0%	<.0001
⑫精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症含む)	32	43.2%	35	6.1%	<.0001
⑬パーソナリティ障がい(疑いを含む)	11	14.9%	23	4.0%	0.001
⑭知的障がい(疑いを含む)	9	12.2%	1	0.2%	<.0001
⑮訴えが多く、不安が高い	20	27.0%	227	39.3%	0.0423
⑯身体障がい・慢性疾患がある	20	27.0%	102	17.6%	0.0579
⑰生活保護受給	47	63.5%	19	3.3%	<.0001
⑱不安定就労・失業中	50	67.6%	23	4.0%	<.0001
⑲上記以外の社会的問題がある	13	17.6%	7	1.2%	<.0001
⑳住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
㉑ひとり親・未婚・ステップファミリー	58	78.4%	21	3.6%	<.0001
㉒家の中が不衛生	1	1.4%	0	0.0%	0.1135
㉓出産・育児に集中できない家庭環境	19	25.7%	34	5.9%	<.0001
㉔上記に該当しない気になる言動、背景、環境要因	27	36.5%	20	3.5%	<.0001

表5 通知基準について要支援群および対照群の比較

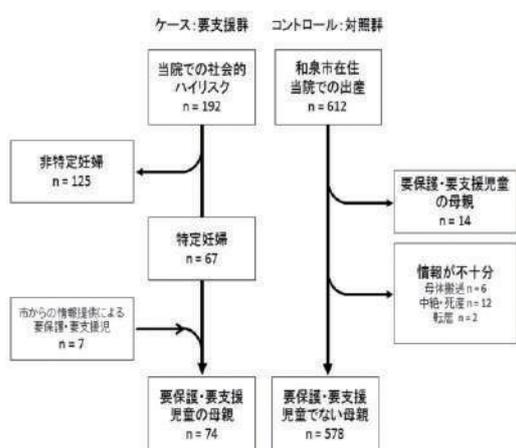
	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
16歳未満単独	3	4.1%	1	0.2%	0.005
住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
A or B 1点以上(虐待・DV歴・未受診)	6	8.1%	41	7.1%	<.0001
C or D or E 2点以上(精神疾患および経済的困窮)	38	51.4%	11	1.9%	<.0001

表6 通知基準について要支援群および対照群の単変量・多変量解析

	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	-	-	-	-
A or B 1点以上(虐待・DV歴・未受診)	95	(44-203)	66	(30-165)
C or D or E 2点以上(精神疾患および経済的困窮)	54	(26-115)	27	(9-86)

cOR: crude Odds ratio, aOR: adjusted Odds ratio

図1 要支援群と対照群
フローチャート



2-2 : 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)。

表 1. 妊婦健診における問診担当者の判定状況

妊娠届出スコア	妊婦健診での問診担当者の判定								
	前期(n=192)			中期(n=192)			後期(n=176)		
	順調	相談	他機関	順調	相談	他機関	順調	相談	他機関
	継続	連絡	連絡	継続	連絡	連絡	継続	連絡	連絡
ローリスク群 (0~1点)	136	24	0	136	19	0	118	22	0
	83.9%	14.9%	0.0%	87.2%	12.2%	0.0%	83.1%	15.5%	0.0%
ハイリスク群 (2~5点)	22	6	0	26	7	0	22	7	0
	78.6%	21.4%	0.0%	76.5%	20.6%	0.0%	71.0%	22.6%	0.0%
スーパーハイリスク 群(5点~)	1	2	0	0	1	1	0	3	0
	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	0.0%

妊娠届出時のスコアがローリスクであっても、モデル問診票を活用することで 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。

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。

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か月児健診時の、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)。

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た。3件とも3～4か月児健診時点で、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。

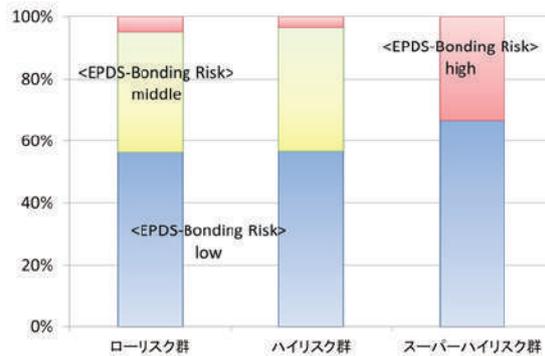
ハイリスク群($n=37$)で支援対象となった5件のうち、妊娠中に支援を受け容れた4件中、3～4か月児健診では3件が支援を必要とする要因はあるものの自ら対処が可能と判定され、1件は支援不要となった。妊娠中に受け入れがなかった1件は、支援不要との判定であった。妊娠中に支援事業の対象外と判断された32件中、2件において3～4か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定された(表4)。

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)。

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%

図 3. 妊娠届出スコアと EPDS-Bonding Risk



妊娠届出スコア	妊娠中の支援				出生後の支援			
	特定妊婦	要対協	受け容れあり	対象外	受け容れあり	受け容れなし	対象外	対象外
ローリスク群 (0～1点)	185	0	4	0	10	0	3	172
ハイリスク群 (2～5点)	37	2	4	1	6	0	0	31
スーパーハイリスク群(6点～)	3	3	3	0	2	1	0	0
	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%

表 4. 妊娠中の支援の受け入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	
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

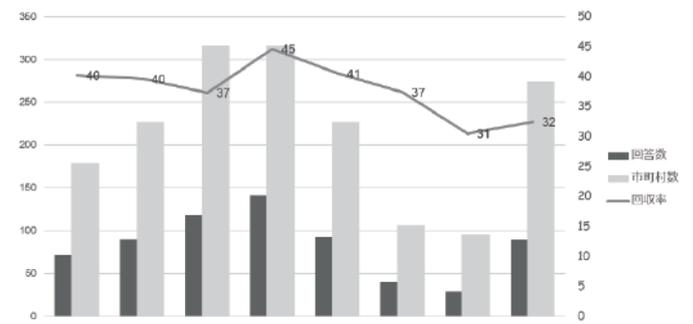
表 5. 出生後の支援の受け入れ状況と支援の必要性の判定の関連 (p=0.003)

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	
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

2-3 : 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

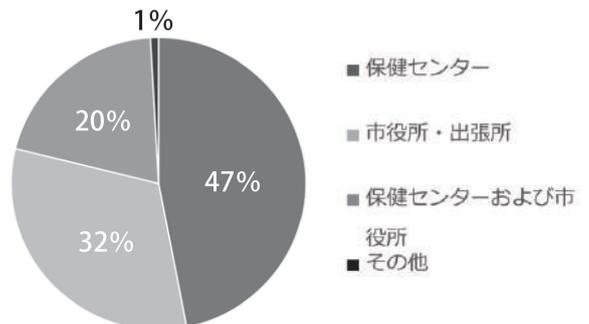
全国市区町村アンケートの回答率は、671カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44万2636人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く45%であり、四国は31%と最も低かった(図1)。

【図1 都道府県地方区分別アンケート回収率】



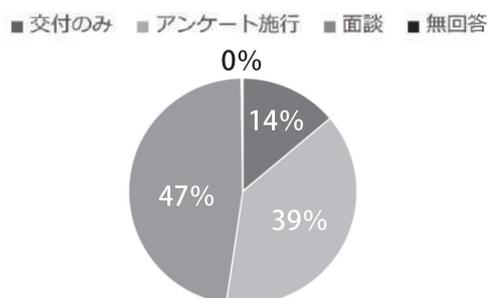
妊娠届け出(母子健康手帳交付)の窓口は、保健センターのみが315カ所(47%)、市役所や出張所のみ214カ所(32%)、両方136カ所(20%)であった。その他、保健所、教育委員会、市民センター、児童館、医療福祉センター、本庁、電子申請等が挙げられた(図2)。

【図2：母子健康手帳交付の窓口】



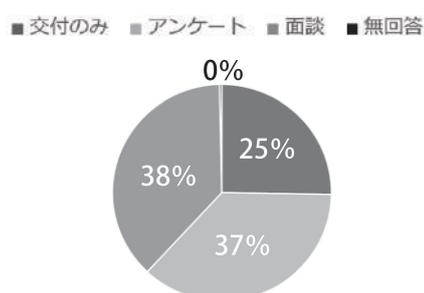
保健センターでは、母子健康手帳交付のみは14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた(図3)。

【図3：保健センターにおける母子健康手帳交付時の対応】



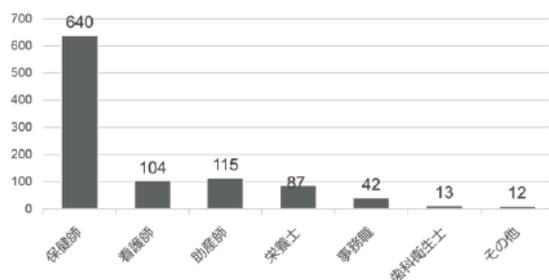
また、市役所・出張所では、母子健康手帳交付のみが25%と、保健センターを比較して多かった(図4)。

【図4：市役所・出張所における母子健康手帳交付時の対応】



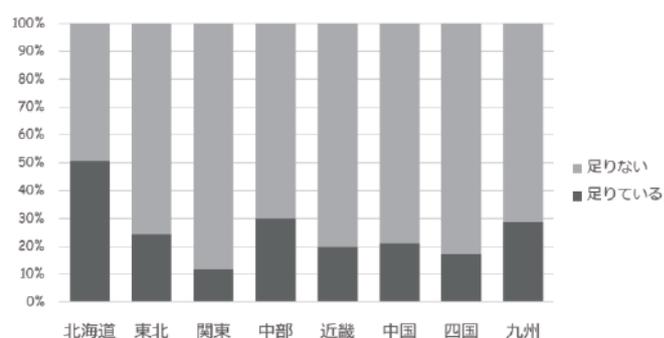
面談に携わる職種は保健師が最も多く、次いで助産師、看護師、栄養士等が挙げられた(図5)。

【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%がたりていると感じていた(図6)。

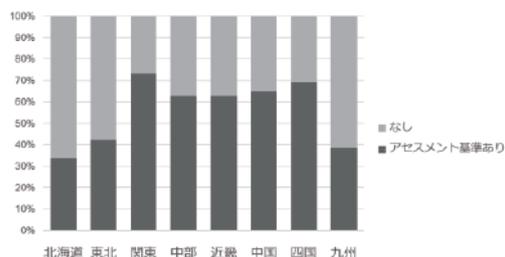
【図6：母子保健担当充足度】



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】

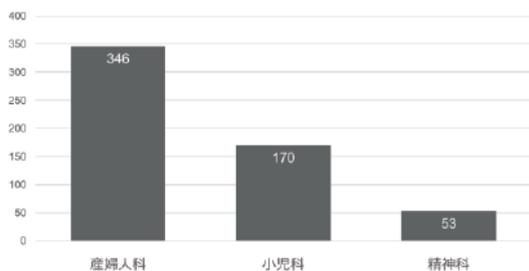


要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が424カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが245カ所(50%)、関係者の非協力227カ所(47%)、関係機関の非協力119カ所(24%)であった。

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。

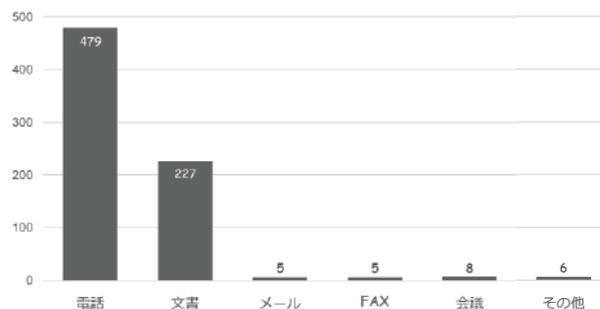
日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった(図8)。

【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)。

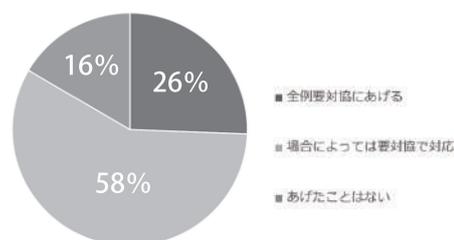
【図9 医療機関からの初回連絡方法】



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、場合によって要対協で対応しているが58%と大半を占めた(図10)。

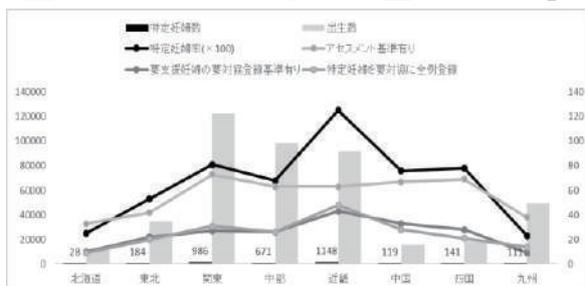
【図10 特定妊婦の対応】



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】

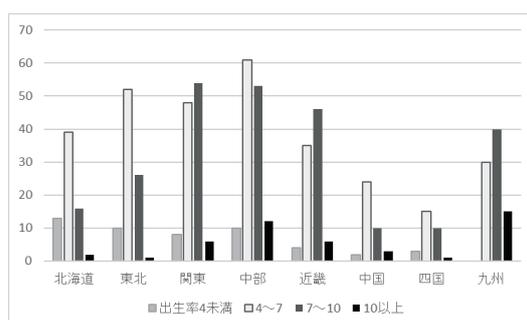


要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは 12%に過ぎず、担当している医師は、小児科 55 人、産婦人科 11 人、内科 7 人、精神科 5 人、医師会長 4 人、診療所医師 3 人、保健所医師 2 人であった。

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】

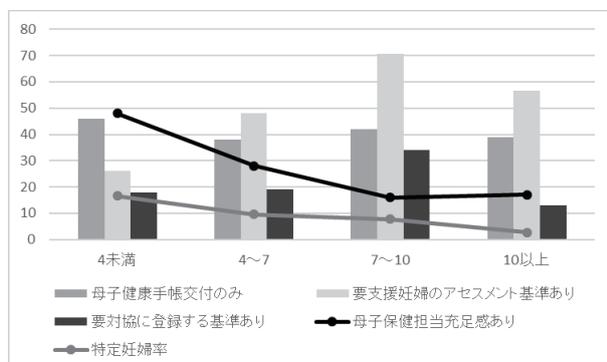


出生率が 7-10%の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と 10%以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高いほど低かった(表 1) (図 13)。

【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	18
	アンケート	37	257	233	37
	面談	51	302	247	43
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	12
	一部	28	175	146	27

【図 13 出生率毎の対策と母子保健担当充足感、特定妊婦率】



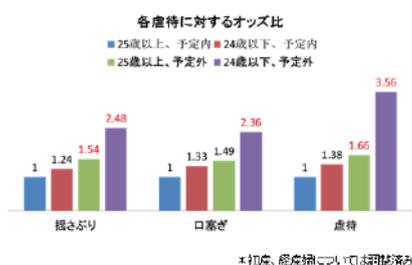
2-4：妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証

3か月児健診では、回答者は6420名で、対象者の91%であった。このうち、妊娠届データとリンクできたのは、6111名分(回答者の95%)であった。

妊娠時の情報と虐待(揺さぶりまたは口塞ぎ)との関連について、若年齢、既婚以外、初産、妊娠時嬉しくない、が有意に関連していた。うつ症状はp値が0.06で弱い関連であった。精神疾患の既往は関連がなかった。

これらの組み合わせでみたときに、若年齢(24歳以下)でかつ妊娠時うれしくない、の場合に、どちらもそうでない場合に比べて、虐待のリスクは3.6倍で有意であった(下図)。

組み合わせで考える：若く、予定外妊娠の場合にハイリスクである



また、妊娠届を提出したときの週数、里帰りの有無、困ったときに助けてくれる人の有無、については有意な関連はみられなかった。

名古屋市における1歳6か月児および3歳児健診における解析では、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6か月で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6か月	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6か月および3歳時の子育て困難感との関連(オッズ比)

	1歳6か月	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方

3: 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

【平成27年度】

平成20-26年度の報告書うち0歳児の報告書は27本、29事例であった。日月齢は、0日2事例(6.9%)、0か月4事例(13.8%)、1-11か月23事例(79.3%)であった。

0歳児死亡事例の加害者は、母親14事例(48.3%)、父親11事例(37.9%)、母親・父親2事例(6.9%)、不明2事例(6.9%)であった。日月齢別では、0日・0か月は4事例(不明を除く)とも母親であったが、1-11か月では父親が

11事例(52.2%)と過半数以上であった。月齢別では、3-5か月で父親が5事例(62.5%)と多くなっていた。

母または父に精神的問題がある7事例のうち、母親の精神的問題(産後うつなど精神疾患含む)ありは5事例であり、これらの事例の子どもの月齢はいずれも2か月以上、妊娠中、出産後において関係機関と何らかのかかわりがある事例であった。

アザ・骨折、不適切な養育などがあった8事例のうち、乳児早期の家庭訪問等で子どもの顔面にアザがあることが確認できていたのが5事例あった。

事例検討では、父親からの暴力が予想され乳児早期に一時保護になった事例は、妊娠中から妊婦への夫の暴力が確認されていたため、乳児早期に母親の相談から子どもの安全を確保できた。母親との妊娠中からの関係づくりが重要であることが示された。

【平成28年度】

検討した事例から、妊娠中から把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。しかし、出産後の継続支援の難しさがあった。

保健師への面接調査から、妊娠届出時に全数面接を行い、支援が必要な妊婦に担当保健師が妊娠中からかかわることが必要である。また地域のネットワーク構築が重要であることが示された。

医療機関スタッフへの面接からは

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

事例検討、面接調査の内容を踏まえ、「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)を作成した。主な内容として、妊娠中からつながりにくい背景を理解し、保健指導のポイントとして次の7つを示した。

- ①妊娠中からつながり続ける。
- ②母親が出向く機関とつながる。
- ③母親が役に立つと感じる存在になる。
- ④母親の負担にならない出産・育児準備を一緒に進める。
- ⑤母親が自分で決めるのをぎりぎりまで待つ。
- ⑥母親の育児力を見つけ出す。
- ⑦母親のできているところに着目し伝える。

【平成29年度】

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。

4-1: 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

1. 0歳児の相談

平成17年度～26年度に大阪府#8000に相談のあった事例は、331,594件で、そのうち対象となった「0歳児の相談」事例は計46,344件(年平均10,521件)であった。

新生児期(月齢0ヶ月)相談件数は、0歳児相談件数の5%以下であるが、件数は年々増加し、平成26年度は618件に達した。また、新生児期週数別相談件数は、生後2週が252件(40.8%)と最も多く、3週でやや少なくなり4週では2,3週より有意に少なかった(表1)。

主訴別にみた新生児期週数毎の件数は、育児相談は2週目に最も多く、月齢別の場合とは異なる傾向が認めら

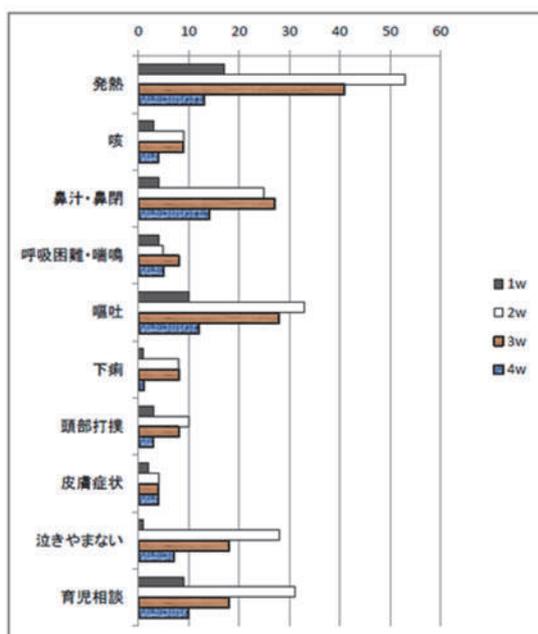
れた（図1）。

（表1）0ヶ月児の週数別件数及び比率

日齢	件数	%	4週との 有意差
1週	77	12.5%	
2週	252	40.8%	**
3週	200	32.4%	**
4週	89	14.4%	
合計	618	100%	

** p < 0.01

（図1）主訴別にみた新生児期週数毎の件数



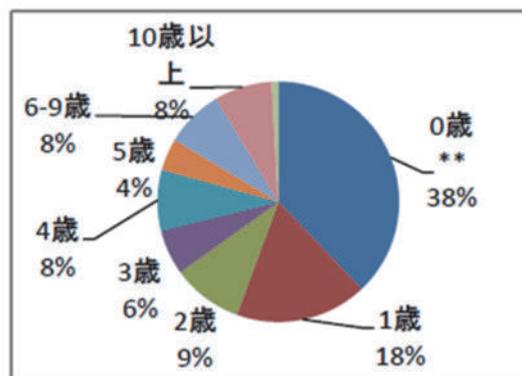
2. 親の心の相談

平成26年4月1日から平成27年3月31日に相談のあった事例は、45,167件で、そのうち対象となった「親の心の相談」とされた事例は232件であった。年齢別相談件数は、0歳児が88件（38%）を占めていた（図2）。

相談者については、197件（85.3%）は母親、32件（13.9%）は父親で特に0-2ヵ月と3-5ヵ月はともに14.8%

とやや率は高く、この中には母親の心の問題を心配した相談も含まれていた。

（図2）「親の心の相談」における子どもの年齢(n=232)



4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

本アンケートは日本産科婦人科学会拡大医療改革委員会の協力の下、平成28年1月現在分娩を取り扱っていると回答した2429施設を対象に委員に相談した内容でアンケートを送付し、1538施設より回答を得た。回答率は63%だった。回答施設の属性を図1に示す。

また、回答施設の分娩数は、診療所や一般病院などの一次施設からの回答が85%あり、周産期センターは9%、年間550件以上の分娩数を扱っている施設は26%だった。（図2）回答施設は日本の周産期事情をある程度反映しているのではないかと考える。

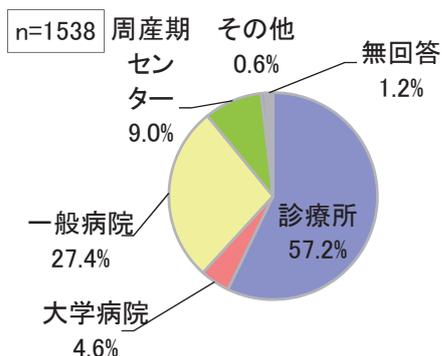


図1 回答施設の属性

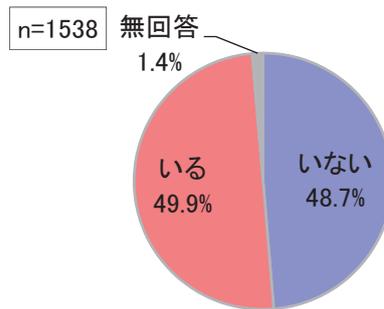


図4 未受診妊婦を取り扱っているか

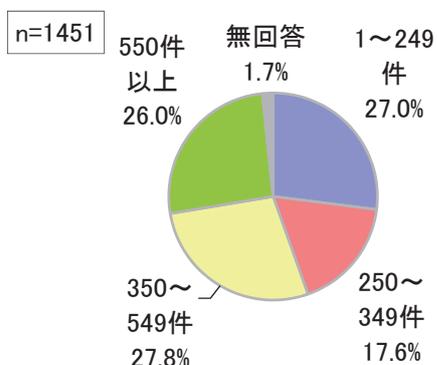


図2 回答施設の規模

MSWがいる施設は33.9%に過ぎない(図5)

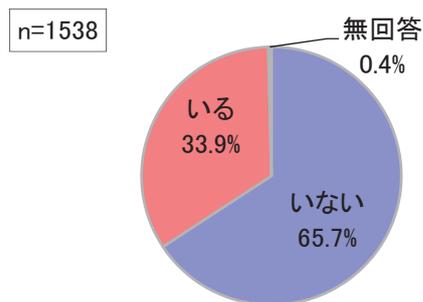


図5 院内にMSWはいるか

「母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクと考えるか」という問いには、ほぼ93%の先生方が「考えている」と回答している。(図3)

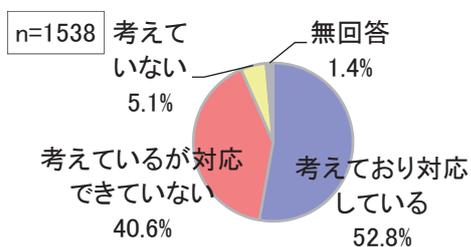


図3 母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクと考えるか

回答のあった施設のうち37.2%がその後の児童虐待を覚知していると回答している。

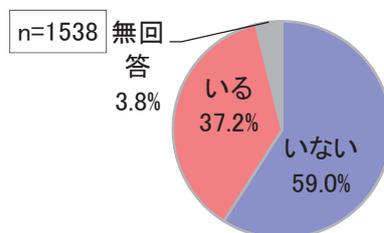


図6 自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか

実際、未受診妊婦は約半数の施設で経験している(図4)が、

また、回答のあった施設の行政や地域

の福祉窓口との関わりを調べるために特定妊婦などを通告する場所を知っているか(図7)、福祉から患者を紹介されたことがあるか(図8)及び昨年度の児童福祉法の改正について知っているかの問いの答えを図9に示す。

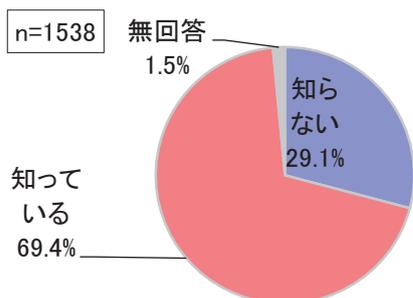


図7 通告する場所を知っているか？

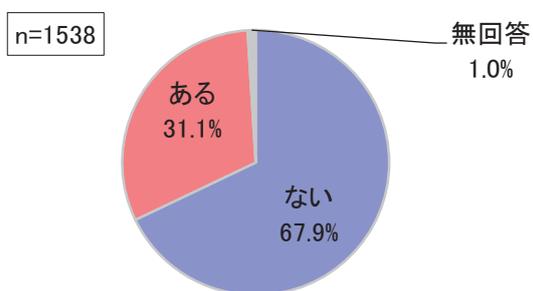


図8 福祉からの紹介経験

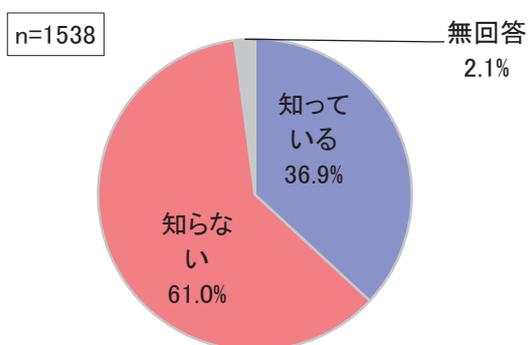


図9 児童福祉法改正を知っているか

これを分析してみると、行政との連携の最前線はやはり周産期センターが最も多く、一次施設は周産期センターを通して行政と関わっていると考えられる。

また、育児支援の難しい児の分娩後の行き先に関して以下の問いを設けた。児童相談所などへの乳児の引き取りに至った症例を経験している施設は約20%あり(図10)、特別養子縁組に至った症例を経験した施設は14.8%となっている(図11)。

その内訳を問うた設問では児相などの公的施設>本人の探した私的団体>施設の探した私的団体という結果となった(図12)。

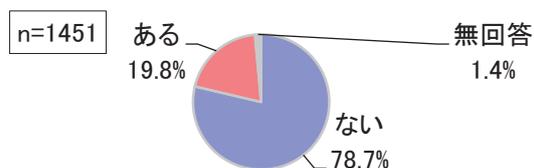


図10 児童相談所への引き取りを経験

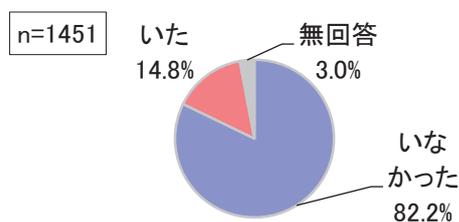


図11 特別養子縁組を経験

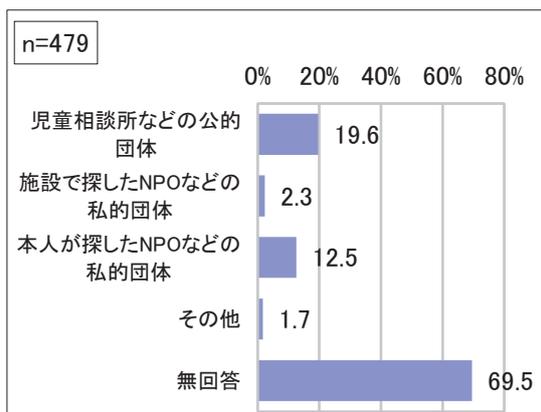
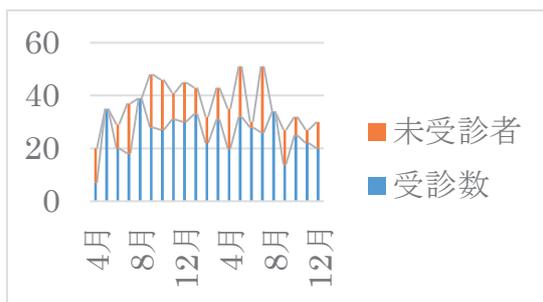


図 1 2 どの施設へ収容したか

4-2-2 : 地域における産後 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、平成 28 年 4 月～平成 29 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産婦は 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を検討

5-1 : ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

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

(2)母体の予後不良につながる因子は、本態性高血圧症、妊娠高血圧症候群、

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

さらに、このリストの妥当性を検証するために、モデル地域を設定し、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義して、施設規模別にハイリスク妊娠の実態調査を行ったところ、一次施設13施設1,054症例、二次施設4施設264症例、三次施設3施設298症例における産科合併症とその中でリスク因子がある症例は、それぞれ21.6%/50.9%、30.7%/60.5%、42.3%/69.8%となった。産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認められた産科合併症の半数はリスク因子を有しており、二次施設や三次施設からのデータを中心に作成したJSGO-DBに基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも、一次施設において十分リスク症例を

抽出できる可能性が示された。

特に頻度が高かった妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水の主な産科合併症に関して、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った。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。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

① 37週未満の早産のリスク比は2.44 (26.2/10.7)であった。胎胞形成、頸管縫縮術にも、両群間に有意差がみられた。しかし、母体年齢、初産率、妊娠高血圧症候群発症頻度にも有意差がみられた。(表1)

② 3つの総合周産期センター、9つの地域周産期センターから回答を得た。26715分娩で332症例の子宮頸部手術後妊娠を認めた。その中で異所性妊娠、データの重複を除いた330症例で検討を加えた。(表2)

手術法は7種類にも分散しており、方法別の早産率に差を認めなかった。

さらに 35.6% (115/330 例) において手術法が不明であり、子宮頸部手術に関する十分な情報が分娩施設へ伝わっていない例が多いことが分かった。さらに、妊娠 20 週ごろの頸管長と分娩週数には有意な相関はみられなかった。

表 1 円錐切除後頸部手術施行の有無による予後

	頸部手術 非施行例 (N=351,848)	頸部手術 施行例 (N=1,488)	P
母体年齢	32 ± 5	34 ± 4	<0.0001
初産	182,393 (51.8%)	612 (41.2%)	<0.0001
分娩週数	38 ± 2	37 ± 3	<0.0001
早産, <36 週	37,782 (10.7%)	390 (26.2%)	<0.0001
胎胞脱出	1,242 (0.35%)	19 (1.28%)	<0.0001
治療的頸管 縫縮術	1,212 (0.34%)	31 (2.08%)	<0.0001
前期破水, 14-42 週	37,289 (10.6%)	326 (21.9%)	<0.0001
前期破水, 14-36 週	10,951 (3.6%)	218 (17.7%)	<0.0001
前期破水, 14-33 週	4,700 (1.53%)	145 (11.8%)	<0.0001
臨床的 CAM	2,240 (0.64%)	29 (1.95%)	<0.0001
頸管裂傷	2,948 (0.84%)	17 (1.14%)	NS
妊娠高血圧 症候群	19,115 (5.4%)	36 (2.4%)	<0.0001

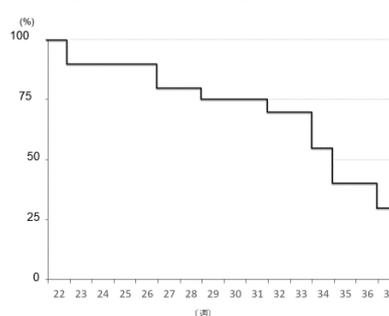
表 2 多施設共同研究による子宮頸部手術の切除方法

cold メスによる円錐切除	17 例
電気メスによる円錐切除	59 例
レーザー円錐切除	15 例
超音波メスによる円錐切除	24 例
LEEP	46 例
下平式	31 例
蒸散法	18 例
不明	115 例

好気性菌 (*Gardnerella vaginalis*) 嫌気性菌 (*Bacteroides* 属、*Prevotella* 属など) が検出されている症例と検出されなかった症例での早産率を比較したが有意差はみられなかった。

③ キーワードから抽出した 35 報から、目的に適合していないなどの理由で除外し、残った 13 報、20 症例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膈的頸管縫縮術を行ったあるいは、子宮腔部が消失して経膈的縫縮術が困難と考えられた例であった。経膈的縫縮術では、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 1)

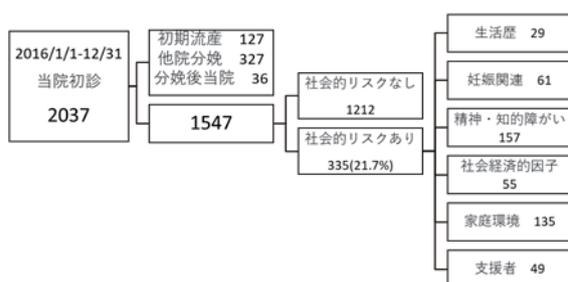
図 1 経膈的予防的頸管縫縮術の妊娠予後



6 : 社会的リスクにおける母体および 児の周産期における医学的リスク 評価

平成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1)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。

(表1) 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	
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
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

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。

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 2)

(表 2) 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)

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。

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回帰分析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析 (表 3) 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) 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 3) 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		
母体基礎情報	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	
母体基礎疾患	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	
	バセドウ病	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	
妊娠分娩経過	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	
	頭管縫縮術	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	
	新生児情報	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 4) 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)

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回帰分析に
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
母体基礎 情報	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
母体基礎 疾患	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
	バセドウ病	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
妊娠分娩 経過	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	
新生児情 報	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)

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

1) 合併症妊娠に関するレビュー

(1)子宮頸管手術（特に子宮腔部円錐切除術）の影響について

子宮腔部円錐切除術は、子宮頸管組織の減少をもたらす。その結果、子宮頸管組織におけるコラーゲン組織は減少し、子宮頸管熟化の主体が消失する。そのため、正常な子宮頸管熟化プロセスは破綻すると考えられる。さらに、頸管腺減少により上行性感染防止の機序は破綻し、早産や母児感染症のリスクが増大することが指摘されている²⁻⁴⁾。一方で、原因は不明であるものの、子宮腔部円錐切除術患者においては腔内細菌層の変化がもたらされ、より早産リスクは増加することが示されている⁵⁾。早産だけではなく後期流産のリスクも明らかに増加することが指摘されている⁶⁻⁸⁾。この流産リスクは、子宮腔部円錐切除術より

妊娠までの期間によることも明らかとされている。特に術後 2.5 カ月以内での妊娠では、術後 10 カ月以降の妊娠と比して、有意に早産が増えることが指摘されている⁹⁾。一方で術後 1 年以内の妊娠と 1 年以後の妊娠では早産リスクに有意差は認められないこと¹⁰⁾から、術後早期の妊娠に関しては、流産リスクが高いと認識すべきと考えられる。

子宮腔部円錐切除術の手術方法に関しては、組織の切除容積が増加するほど早産リスクは増加する¹¹⁾。また Laser knife に比して、cold knife では、術後の子宮頸管の狭窄を来す率が有意に増加する。子宮頸管狭窄では、正常な熟化過程の破綻を来すことより、子宮破裂、産道損傷を来すことが指摘されている¹²⁾。また、これを回避する目的で帝王切開分娩が選択されても、術後の悪露滞留による子宮内感染リスクは増大することが推定される。したがって、cold knife による手術例、および頸管狭窄症例はハイリスクと捉えるべきと認識される。

(2)子宮筋腫の妊娠経過に対する影響について

子宮筋腫は高齢妊娠では一般的に合併する疾患であり、本邦における高齢妊娠が増加している現状においては、十分に注意すべき疾患と認識される。子宮筋腫を合併する妊娠では、流産や、胎盤位置異常、胎位異常は高率に伴うことが指摘されている¹³⁾。しかしその原因については明らかと

されていない。特に径 8cm 大以上の子宮筋腫を合併する妊婦では、妊娠期間中における常位胎盤早期剥離の発症率が有意に増加する¹⁴⁾。これは子宮における血流の影響が推定されているが、原因は明らかとされていない。同様に胎児発育不全も増加することが知られている¹⁵⁾。子宮底部または子宮体部に子宮筋腫が位置する場合には、帝王切開率は有意に上昇する¹⁵⁾。また分娩時および後産期における出血のリスクは増大する¹⁵⁾。一方で、早産期前期破水や妊娠高血圧症候群の発症率は低下することが指摘されている¹⁵⁾。したがって、径 8cm 大以上の比較的に大きな子宮筋腫を合併する症例、胎盤異常や胎位異常、および胎児発育不全を伴う子宮筋腫合併妊娠はハイリスクとして捉えるべきである。

(3)子宮筋腫核出術の既往が妊娠経過に与える影響について

高齢妊娠の増加により子宮筋腫核出術後妊娠も増加している。子宮筋腫核出術は、子宮筋の切開を伴うことから、米国においては子宮筋切開術 (hysterotomy) として、帝王切開術後妊娠と同等に扱われている。したがって、ACOG では、妊娠 37~38 週での帝王切開が推奨されている¹⁶⁾。さらに、子宮内腔面に達するような子宮筋腫核出術症例においては、帝王切開術後と同様に癒着胎盤のリスクは増大することより、高次施設での管理が望ましい。古典的子宮縦切開術が施行された帝王切開術後妊娠では、子宮破

裂のリスクを回避する目的で、妊娠 36 週時点での選択的帝王切開術後が推奨されている¹⁶⁾が、子宮筋腫核出術後妊娠でも同様の対応が望まれる。したがって、子宮筋腫核出術後の妊娠においては、たとえ腹腔鏡下手術であっても慎重な対応が必要とされるハイリスク妊娠と理解すべきである。

(4)子宮動脈塞栓術の妊娠に対する影響について

近年の Interventional radiology (IVR) の進歩により、様々な疾患において子宮動脈塞栓術 (uterine arterial embolization: UAE) が施行されている。しかし UAE の既往のある妊婦における周産期予後は明らかとされていない。Goldberg らは、UAE を施行された婦人における次回妊娠経過を示した症例報告を総括した結果¹⁷⁾、次回妊娠における帝王切開施行率が 58%と高率であることを示している。また妊娠経過中の胎位異常、胎児発育不全、早産症例が非常に高率であることを指摘している¹⁸⁾。一方で、症例報告のみではあるものの、UAE 後妊娠において、子宮破裂や、癒着胎盤、子宮外妊娠などの妊娠経過異常が数多く認められている事が指摘されている¹⁹⁾。したがって、現時点では、エヴィデンス・レベルとしては高くないものの、UAE 後の妊娠はハイリスク症例として捉えられるべきである。

(5)自己免疫疾患 (特に全身性エリテマトーデス) が妊娠に与える影響について

全身性エリテマトーデス（SLE）や特発性血小板減少性紫斑病などの自己免疫疾患は、以前であれば妊娠許可基準の範囲外であったが、病態解明により一部においてガイドラインが作成されるなどして、妊娠中に遭遇することも多くなっている。また、管理基準の変更により妊娠中に禁忌となる薬剤を使用しながらの妊娠も増加している。アザチオプリン、シクロスポリン、およびタクロリムスを使用しながらの妊娠も散見される。しかし、SLEを合併した場合の周産期罹患率は、合併していない場合に比して20倍と高率である²⁰⁾。本症合併妊娠における早産率は50%であるとする報告も認められるが²¹⁾、その主要なリスク因子は、ループス腎炎と推定される²²⁾。SLEにおいてループス腎炎を合併している場合、妊娠中における増悪因子の1つであり注意が必要となる。特に高活動性のSLEでは多診療科を含めた嚴重な管理が必要とされる。特にプレドニゾロンで15mgより多くの服薬量で管理されている症例においては、妊娠中に介入が必要とされることが多く、母体ケアにおいては十分な注意が必要とされる。したがって、プレドニン20mg以上を服用中の妊娠は、ハイリスクであると捉えるべきである。一方で抗血小板療法である低用量アスピリンの服用では、妊娠中における妊娠高血圧症候群の発症を有意にあげることが知られており²³⁾、考慮すべきである。

2) 合併症妊娠の産後管理状況²⁴⁾

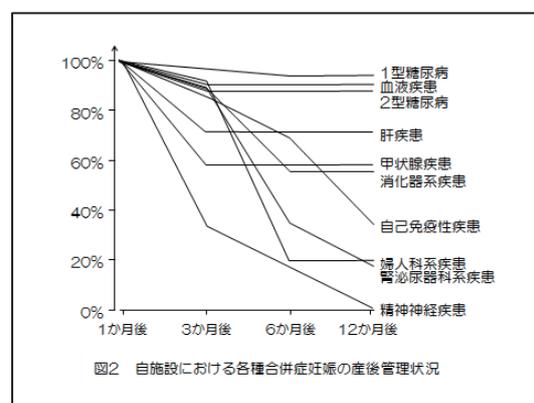
(1)合併症疾患内訳

なんらかの合併症を有する妊婦が、のべ237名含まれており、内訳は、1型糖尿病：36名、2型糖尿病：17名、バセドウ病を含む甲状腺疾患：43名、うつ病を含む精神神経疾患：30名、慢性腎臓病を含む腎泌尿器科疾患：29名、子宮頸部異形成を含む婦人科系疾患：26名、特発性血小板減少性紫斑病などの血液疾患：11名、炎症性腸疾患などの消化器系疾患：9名、肝炎キャリアなどの肝疾患：7名であった。

(2)産後フォローアップ期間

各合併症疾患についてのフォローアップ期間を産後1か月健診時を100%とした場合の3か月後、6か月後、12か月後にフォローされている^{図2}に示した。

産科関係の疾患においては、すべての産科合併症において、産後1か月後でフォローが終了していた。しかし、輸血後症例においてのみ3か月までフォローされていた。妊娠高血圧症候群では産後1か月までに血圧の正常化を認めているものはその後の自診療科管理はなされていなかった。



3) ハイリスク妊娠の産後管理に関するレビュー

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。

総括した論文の一覧を表 1 文献 25-41) に示す。

表 1 被虐待経験を有する妊婦の産後のフォローアップ期間と産褥うつ病との関係

筆頭著者	研究年	著者国名	産後フォローアップ期間	研究方法	有意差	文献
Plaza	2012	スペイン	2 日	横断研究	有り	26
Buist	1998	オーストラリア	2 週間	横断研究	有り	27
Meltzer-Brody	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	28
Seng	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	29
Dennis	2013	カナダ	8 週間	縦断研究	有り	30
Cohen	2002	カナダ	10 週間	横断研究	無し	31
Malta	2012	カナダ	4 か月	縦断研究	有り	32
Sexton	2015	国名不明	4 か月	横断研究	有り	33
Gilson	2008	オーストラリア	6 か月	縦断研究	有り	34
Robertson-Blackmore	2013	国名不明	6 か月	縦断研究	無し	35
Grote	2012	米国	6 か月	縦断研究	有り	36
Records	2009	米国	8 か月	縦断研究	有り	37
Madigan	2014	国名不明	12 か月	縦断研究	有り	38
Meltzer-Brody	2013	オランダ	4 年	縦断研究	有り	39

産後の期間では、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。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 39)。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。

2) Svare JA, Andersen LF, Langhoff-Roos J, Jensen ET, Bruun B, Lind I, Madsen H. The relationship between prior cervical conization, cervical microbial colonization and preterm premature rupture of the membranes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1992 Oct 23;47(1):41-5.

3) Masamoto H, Nagai Y, Inamine M, Hirakawa M, Okubo E, Ishisoko A, Sakumoto K, Aoki Y. Outcome of pregnancy after laser conization: implications for infection as a causal link with preterm birth. J Obstet Gynaecol Res. 2008 Oct;34(5):838-42.

4) Hassan S, Romero R, Hendler I, Gomez R, Khalek N, Espinoza J, Nien JK, Berry SM, Bujold E, Camacho N, Sorokin Y. A sonographic short cervix as the only clinical manifestation of intra-amniotic infection. J Perinat Med. 2006;34(1):13-9.

5) Svare J, Andersen LF, Langhoff-Roos J, Madsen H, Jensen ET, Bruun B, Lind I. Uro-genital microbial colonization and threatening preterm delivery. Acta

- Obstet Gynecol Scand. 1994 Jul;73(6):460-4.
- 6) Kyrgiou M, Mitra A, Arbyn M, Stasinou SM, Martin-Hirsch P, Bennett P, Paraskevaidis E. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Oct 28;349:g6192.
- 7) Sjøborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, Nygård G, Hole S, Tanbo T. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):423-8.
- 8) Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Sep 18;337:a1343.
- 9) Founta C, Arbyn M, Valasoulis G, Kyrgiou M, Tsili A, Martin-Hirsch P, Dalkalitsis N, Karakitsos P, Kassanos D, Prendiville W, Loufopoulos A, Paraskevaidis E. Proportion of excision and cervical healing after large loop excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG*. 2010 Nov;117(12):1468-74.
- 10) Himes KP, Simhan HN. Time from cervical conization to pregnancy and preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):314-9.
- 11) Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, Evans H, Peebles D, Singh N, Walker P, Patnick J, Sasieni P; PaCT Study Group. Risk of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ*. 2014 Nov 5;349:g6223.
- 12) Ogawa M, Konishi Y, Obara M, Tanaka T. Uterine rupture at parturition subsequent to previously repeated cervical surgeries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Sep;80(9):869-70.
- 13) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.
- 14) Exacoustòs C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1993 Jul;82(1):97-101.
- 15) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.
- 16) ACOG committee opinion no.

- 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol.* 2013 Apr;121(4):908-10.
- 17) Goldberg J, Pereira L, Berghella V. Pregnancy after uterine artery embolization. *Obstet Gynecol.* 2002 Nov;100(5 Pt 1):869-72.
- 18) Goldberg J, Pereira L, Berghella V, Diamond J, Daraï E, Seiner P, Seracchioli R. Pregnancy outcomes after treatment for fibromyomata: uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jul;191(1):18-21.
- 19) Pron G, Mocarski E, Bennett J, Vilos G, Common A, Vanderburgh L; Ontario UFE Collaborative Group. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicenter trial. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):67-76.
- 20) Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Aug;199(2):127.e1-6.
- 21) Chakravarty EF, Colón I, Langen ES, Nix DA, El-Sayed YY, Genovese MC, Druzin ML. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Jun;192(6):1897-904.
- 22) Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010 Nov;5(11):2060-8.
- 23) Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014 May 20;160(10):695-703.
- 24) 小川正樹、松田義雄：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。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）「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（H27-健やか一般-001）」総括・分担研究報告書 149-156頁
- 25) Hutchens BF, Kearney J, Kennedy HP. Survivors of Child Maltreatment and Postpartum Depression: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(6):706-722.
- 26) Plaza A, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Childhood physical abuse as a common risk factor for depression

- and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):329-335.
- 27) Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32(4):479-487.
- 28) Meltzer-Brody S, Bledsoe-Mansori S, Johnson N, et al. A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(3):211.e1-e7.
- 29) Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(1):57-68.
- 30) Dennis C, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence Against Women.* 2013;19(4):503-517. <https://doi.org/10.1177/1077801213487057>.
- 31) Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Arch Womens Ment Health.* 2002;4(3):83-92.
- 32) Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:153
- 33) Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord.* 2015;174:562-568.
- 34) Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse Negl.* 2008;32(9):869-877.
- 35) Robertson-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(10):e942-e948.
- 36) Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(7):563-573.
- 37) Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the

first 8 months after birth. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(3):181-190.

38) Madigan S, Wade M, Plamondon A, et al. Course of depression and anxiety symptoms during the transition to parenthood for female adolescents with histories of victimization. Child Abuse Negl. 2014;38(7):1160-1170.

39) Meltzer-Brody S, Boschloo L, Jones I, Sullivan PF, Penninx BW. The EPDS-lifetime: assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. Arch Womens Ment Health. 2013;16(6):465-473.

40) Plaza A, Garcia-Esteve L, Ascaso C, et al. Childhood sexual abuse and hypothalamus-pituitary-thyroid axis in postpartum major depression. J Affect Disord. 2010;122(1-2):159-163.

41) Garabedian MJ, Lain KY, Hansen WF, Garcia LS, Williams CM, Crofford LJ. Violence against women and postpartum depression. J Womens Health. 2011;20(3):447-453.

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8: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. アンケート回収率

2453 施設中 1073 施設 (44.0%) より有効回答を得た。

2. メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦

各施設から集計された分娩数は 38,895 件で、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦は 1551 名 (4.0%) であった。これらの対象妊婦は有効回答があった 1073 施設のうち、474 施設 (44.2%) より報告された。

3. メンタルヘルス介入が必要と考えられた理由

介入が必要と考えられた理由を表 1 に示す。実際に精神疾患の診断を受けていた妊婦は 459 名で、介入が必要と考えられた妊婦の 29.6% をしめていた。精神疾患のうち 60.1% にあたる 276 名は薬物投与を受けていた。また、394 名 (25.4%) で精神疾患の既往があった (表 1)。

一方、産婦人科医師が抑うつ状態や精神的不安があると判断したものは 595 名 (38.4%) で、他の身体問題による精神不安と判断したものは 251 名 (16.2%) であった。

4. 患者背景

社会的な背景で最も多かったものは未婚者で、280 名 18.1% を占めていた (表 2)。また、「貧困等生活面の問題がある」妊婦が 232 名 15.0% で、「両親が離別している」、「実母と折り合いが悪い」、「夫との葛藤がある」など、家族関係に関する問題を有するものが、それぞれ 181 名 (11.7%)、176 名 (11.3%)、168 名 (10.8%) と上位

を占めていた。

精神疾患とその既往がなかった381例では、「実母と折り合いが悪い」と「近所との付き合いがない」の項目の頻度が、それ以外の対象者（119例10.2%、95例8.1%：データ非表示）に比較し有意に増加していた（表2）。

5. 自治体ごとの検討

自治体ごとに、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分布を表3に示す。要介入の割合は、全国平均の4.0%に比較し、0.6%から8.6%に分布している。地域ごとでは、関東、九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった（表4）。

5. 介入が必要な妊婦へ対応した職種と頻度（図5）

表5（1）（2）に、自治体ごとにメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦へ対応した職種を示す。介入が必要と考えられた妊婦が報告された施設は1073施設中477施設（44.5%）で、実際に対応した職種は助産師417施設（87.4%）、産婦人科医師253施設（53.0%）、看護師218施設（45.7%）、臨床心理士68施設（14.3%）、その他が132施設（27.7%）となっていた（表5（2））。

いずれの自治体でも、助産師が対応していた施設が多く、その傾向に大きな差はなかった。一方、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応した施設の割合は、自治体間で大きく異なっていた。18自治体では、臨床心理士が対応した施設がないと回答されていた（表5（1）（2））。

また、産後精神科医師に紹介したとする施設は106施設で、対象者の報告があった477施設中、22.2%に止まっていた（表6）。紹介した施設数が少なく、自治体ごとの頻度にも大きな乖離があった。

6. 施設ごとの検討

病院、診療所に分類し、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合を検討すると、病院（5.4%）では、診療所（2.4%）の2倍以上にのぼっていた（表7）。

病院を運営母体で分類すると、大学病院や国立系の病院で高率であった（表8）。また、周産期機能で分類すると、一般病院に比較し、周産期母子医療センターの指定を受けている病院で高率となっていた。

介入が必要な妊婦へ対応した職種と割合を、表9にその内訳を示す。病院、診療所ともに助産師が最も多く対応しており、その傾向に大きな差はなかった。診療所に比較し病院では、臨床心理士が対応する施設が多く、運営母体ごとの集計では都道府県立病院（57%）、機能的な分類では総合周産期母子医療センター（42%）で高率であった。

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19施設（57.6%）、地域周産期母子医療センターで24施設（38.1%）、一般病院で21施設（22.8%）、診療所で42施設（14.5%）になっていた。

7. 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ヶ月に行うことが推奨され、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ことが勧められている^{9, 10)}。

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（図1、2）⁹⁾。また、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（図3）も、多くの国で妊娠中から用いられている¹⁰⁾。

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（図4）や大阪府で実際用いられているアセスメントシート（図5）、あるいは育児支援チェックリスト（図6）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（図7）が勧められている¹⁰⁾。

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。

8. 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8)。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9)。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9)。

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る。

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¹¹⁾。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9)。

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。

表1 メンタルヘルスに介入が必要と考えられた理由(n=1551)

	n	%
精神疾患	459	29.6%
服薬あり	276	17.8%
精神疾患の既往	394	25.4%
抑うつ・精神不安の疑い	595	38.4%
他の身体的問題による	251	16.2%
重複回答あり		

表2 社会的背景

	total(n = 1551)		精神疾患なし(n = 381)	
	n	%	n	%
結婚なし	280	18.1%	74	19.4%
貧困等生活面の問題がある	232	15.0%	65	17.1%
母子手帳発行なし	27	1.7%	5	1.3%
未受診	36	2.3%	9	2.4%
妊娠葛藤	107	6.9%	25	6.6%
両親離婚	181	11.7%	42	11.0%
実母と折り合いが悪い	176	11.3%	53	13.9%*
夫との葛藤がある	168	10.8%	50	13.1%
幼児期から否定的な養育	86	5.5%	19	5.0%
近所との付き合いがない	146	9.4%	51	13.4%*
重複回答あり				p < 0.05

表5 自治体ごとの対応者とその割合(2)

自治体	施設数 回答施設	要介助者 あり施設	対応者(%)				
			産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
滋賀	17	8	4(50)	8(100)	5(63)	0	1(13)
京都	17	7	3(43)	7(100)	2(29)	1(14)	1(14)
大阪	67	28	14(50)	28(100)	11(39)	5(18)	11(39)
兵庫	52	13	5(38)	10(77)	4(31)	0	2(15)
奈良	11	3	3(100)	3(100)	2(67)	0	1(33)
和歌山	11	2	1(50)	2(100)	1(50)	0	0
鳥取	6	5	3(60)	5(100)	4(80)	1(20)	0
島根	9	2	1(50)	2(100)	0	0	1(50)
岡山	20	11	7(64)	9(82)	4(36)	1(9)	7(64)
広島	29	12	8(67)	10(83)	5(42)	1(8)	4(33)
山口	19	10	5(50)	9(90)	3(30)	0	2(20)
徳島	8	2	0	2(100)	1(50)	0	1(50)
香川	15	5	3(60)	5(100)	3(60)	1(20)	1(20)
愛媛	19	11	5(45)	9(82)	4(36)	2(18)	6(55)
高知	7	4	2(50)	2(50)	3(75)	0	1(25)
福岡	60	19	11(58)	19(100)	11(58)	2(11)	7(37)
佐賀	4	2	1(50)	1(50)	1(50)	0	1(50)
長崎	25	9	4(44)	7(78)	4(44)	0	3(33)
熊本	16	11	4(36)	9(82)	6(55)	1(9)	2(20)
大分	20	15	5(33)	8(53)	3(20)	0	2(13)
宮崎	17	6	2(33)	8(133)	3(50)	1(17)	2(33)
鹿児島	16	6	4(67)	6(100)	4(67)	0	1(17)
沖縄	16	8	6(75)	7(88)	4(50)	5(63)	0
全国	1073	477	253(53)	417(87)	218(46)	68(14)	132(28)

表3 自治体ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要妊産婦数

自治体	回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)	回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)
北海道	33.0	1111	46	4.1	43.6	514	17	3.3
青森	32.3	356	18	5.0	27.9	462	15	3.2
岩手	54.3	541	21	3.9	45.9	2612	89	3.4
宮城	40.9	902	49	5.4	52.7	1553	35	2.3
秋田	42.3	179	1	0.6	37.9	368	12	3.3
山形	32.1	292	8	2.7	50.0	316	6	1.9
福島	31.0	471	17	3.6	35.3	172	9	5.2
茨城	48.1	925	57	6.2	42.9	182	5	2.7
栃木	53.7	754	22	2.9	50.0	686	33	4.8
群馬	38.5	505	11	2.2	51.8	1072	27	2.5
埼玉	37.2	2084	154	7.4	50.0	535	18	3.4
千葉	36.7	1437	36	2.5	47.1	192	4	2.1
東京	41.5	4130	231	5.6	62.5	366	8	2.2
神奈川	44.1	2764	86	3.1	52.8	925	28	3.0
山梨	20.0	115	2	1.7	43.8	231	5	2.2
長野	50.0	803	43	5.4	46.9	2041	51	2.5
静岡	29.5	774	16	2.1	15.4	168	3	1.8
新潟	42.5	886	25	2.8	49.0	499	21	4.2
富山	45.5	292	14	4.8	32.0	589	49	8.3
石川	42.9	304	12	3.9	57.1	555	16	2.9
福井	52.6	231	10	4.3	45.9	421	36	8.6
岐阜	49.0	853	27	3.2	37.2	441	6	1.4
愛知	43.0	2275	77	3.4	45.7	772	63	8.2
三重	51.3	817	12	1.5	43.7	38895	1551	4.0

表4 地域ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

地域	分娩数	介入数	要介入割合
北海道・東北	3854	160	4.2
関東	14311	658	4.6
東海・北陸	5458	177	3.2
近畿	5825	174	3.0
中国・四国	3961	137	3.5
九州	5486	245	4.5
全国	38895	1551	4.0

表5 自治体ごとの対応者とその割合(1)

自治体	施設数 回答施設	要介助者 あり施設	対応者(%)				
			産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
北海道	32	15	5(33)	15(100)	8(53)	3(20)	3(20)
青森	10	4	1(25)	3(75)	1(25)	0	2(50)
岩手	19	10	5(50)	10(100)	1(10)	0	2(20)
宮城	18	12	7(58)	10(83)	4(33)	5(42)	2(17)
秋田	11	1	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
山形	9	3	1(33)	3(100)	1(33)	1(33)	1(33)
福島	13	7	4(57)	6(86)	3(43)	0	2(29)
茨城	24	10	7(70)	10(100)	5(50)	2(20)	2(20)
栃木	22	8	4(50)	5(63)	5(63)	1(13)	0
群馬	15	7	5(71)	6(86)	3(43)	1(14)	1(14)
埼玉	35	21	10(48)	15(71)	11(52)	2(10)	3(14)
千葉	40	16	13(81)	14(88)	7(44)	3(19)	3(19)
東京	80	41	27(66)	38(93)	22(54)	10(24)	16(39)
神奈川	55	30	17(57)	24(80)	12(40)	6(20)	12(40)
山梨	3	1	1(100)	0	0	0	0
長野	23	15	8(53)	15(100)	10(67)	1(7)	4(27)
静岡	23	7	6(86)	7(100)	4(57)	2(29)	3(43)
新潟	20	10	5(50)	9(90)	4(40)	0	3(30)
富山	10	6	4(67)	6(100)	1(17)	1(17)	2(33)
石川	15	8	1(13)	6(75)	4(50)	0	2(25)
福井	10	4	3(75)	2(50)	1(25)	1(25)	2(50)
岐阜	24	11	3(27)	8(73)	5(45)	1(9)	1(9)
愛知	61	25	12(48)	23(92)	15(60)	4(16)	8(32)
三重	20	6	2(33)	4(67)	2(33)	2(33)	2(33)

表6 精神科へ紹介した施設とその割合

自治体	施設数	%	施設数	%	
北海道	0	0	滋賀	1	13
青森	1	25	京都	1	14
岩手	0	0	大阪	3	11
宮城	3	25	兵庫	2	15
秋田	1	100	奈良	0	0
山形	0	0	和歌山	1	50
福島	1	14	鳥取	1	20
茨城	3	30	島根	1	50
栃木	1	13	岡山	4	36
群馬	0	0	広島	3	25
埼玉	5	24	山口	1	10
千葉	3	19	徳島	0	0
東京	19	46	香川	1	20
神奈川	11	37	愛媛	2	18
山梨	1	100	高知	2	50
長野	5	33	福岡	3	16
静岡	2	29	佐賀	0	0
新潟	2	20	長崎	2	22
富山	1	17	熊本	1	9
石川	0	0	大分	3	20
福井	2	50	宮崎	2	33
岐阜	2	18	鹿児島	1	17
愛知	6	24	沖縄	2	25
三重	0	0	全国	106	22

表7 施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

施設	回答施設数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
病院	338	43.5	20385	1108	5.4
診療所	735	43.8	18510	443	2.4
合計	1073	43.7	38895	1551	4.0

表8 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

施設機能	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9 施設ごとの対応者とその割合

施設	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	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)				

NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドラインで推奨されるうつ病に関する2項目質問票

- 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まれたことがありますか？
- 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まれたことがありますか？



質問に対し、1つでも「はい」があるか、うつ病を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図1. NICEのうつ病包括的2項目質問法 (文献8より引用)

NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドラインで推奨される全般性不安障害を評価するための質問例

- 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありませんでしたか？
- 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないことはありませんでしたか？



質問に対し、1つでも「はい」があるか、不安障害を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

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答え下さい。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) 物事が進んでいく時、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) ほんの少し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) ほんの少し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、めったになかった。
 いいえ、全くなかった。
- 6) するこ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、眠りにくかった。
 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、惨めになったりした。
 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、泣いてきた。
 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。
 ほんの少しあった。
 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。
 めったになかった。
 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)

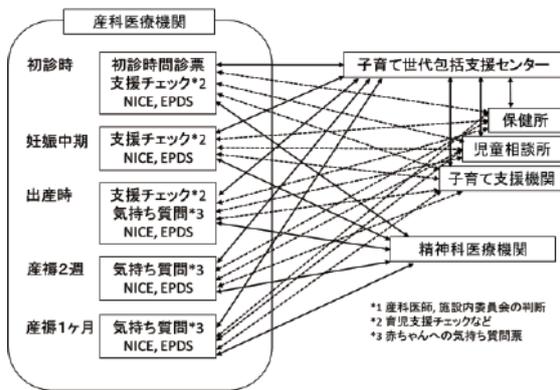


図8. 従来型の管理のフローチャート

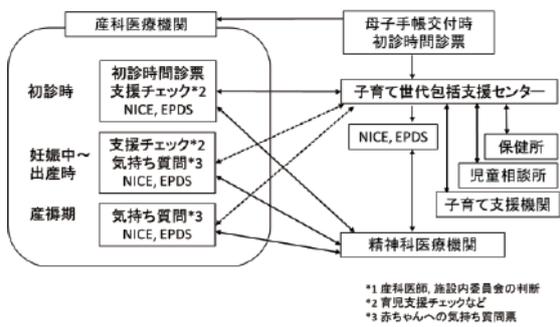


図9. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

9: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

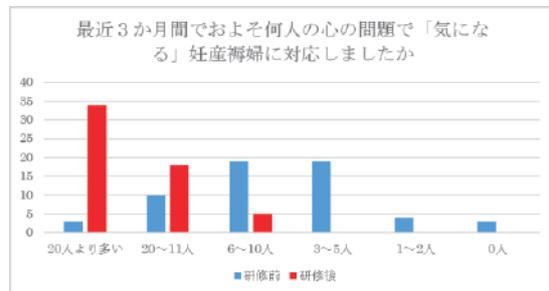


図2

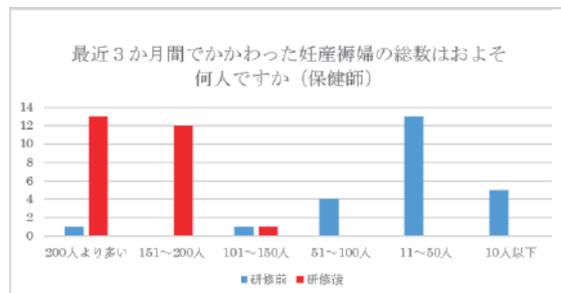


図3

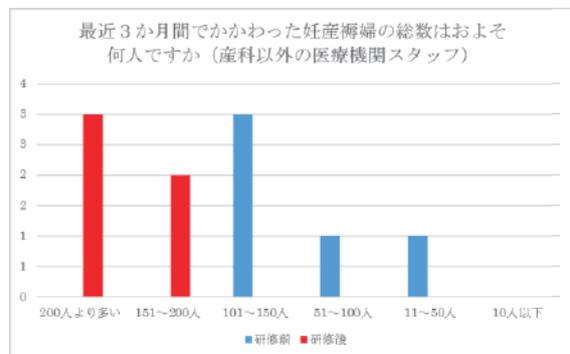
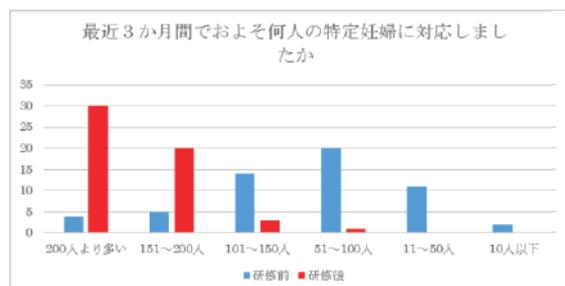


図4



10：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。

総括した論文の一覧を表 1 (文献 2-18)に示す。産後の期間では、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。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

11：「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	このシンポジウムで知った	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	現在も苦慮	もともと連携は円滑	連携するケースがない
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

【社会的ハイリスクについて】

- 社会的ハイリスクは身体的(医学的)リスクを上昇させると思うか？
思う(428) 思わない(3)
わからない(27) 記載なし(10)
- 分娩取扱施設では、産後いつまで社会的ハイリスク妊娠をフォローアップすべきと考えるか？
1 か月健診まで(156)
最初の乳幼児健診まで(130)
1 年ぐらい(89)
授乳を終えるまで(39)

その他(60)

個別対応(21)

地域との連携確立まで(10)

就学まで(6)

3-6 カ月(5)

小児科・精神科に繋ぐまで(2)

期限不要(8)

わからない・その他(8)

記載なし(13)

●妊娠出産にかかる費用について、国や行政のサポートは充分と思うか？

思う(127)

思わない(257)

わからない(70)

記載なし(14)

●ハイリスク妊産婦に対応するスタッフは足りていると感じるか？

足りている(8)

不足している(411)

わからない(39)

記載なし(10)

【妊産婦の自殺・メンタルケアについて】

●妊産婦が通院する精神科医療機関の確保が簡単ではない現状を知っていたか

	知っていた	このシンポジウムで知った	わからない	記載なし
全体 (468)	334	97	21	16
医療機関 (168)	124	31	7	6
保健センター (133)	96	26	7	4

●妊産婦への投薬の考え方が諸外国と日本で大きく異なることを知っていたか

	知っていた	このシンポジウムで知った	わからない	記載なし
全体 (468)	162	207	51	48
医療機関 (168)	68	64	19	17
保健センター (133)	38	67	16	12

●職業上で妊産婦の自殺ケースに関わったことはあるか？

ない (361)

ある(95)

●日本で 2016 年以前に自殺が妊産婦死亡の原因として正確に統計を取られていなかったことを知っていたか？

	知っていた	このシンポジウムで知った	わからない	記載なし
全体 (468)	151	270	26	21
医療機関 (168)	97	59	4	8
保健センター (133)	55	65	6	7

●自殺が妊産婦死亡原因の第 1 位になると考えられることを知っていたか？

知っていた(223)

このシンポジウムで知った(205)

わからない(16)

記載なし(24)

●自殺予防の観点からどの部門が主となってケースに関わるべきと思か？

地域の母子保健担当者(219)

分娩取扱の産科医療機関(111)

母を診ている精神科医療機関(106)

地域の精神保健担当者(57)

児を診ている小児科医療機関(13)

その他(31)：チームで(18)

ケースバイケース(6)

その他(7)

記載なし(68)

●精神疾患が無いと思われていた自殺ケースでは、自殺予防にどのように関われば良いと思うか？

(自由記載 120)

アセスメント・スクリーニングの充実(49)

妊婦・家族・社会への周知教育(17)

支援・面談などを継続的に行う場の整備(24)

地域・医療・保健の連携(23)

相談窓口・施設の開設充実(10)

支援する側が問題意識を持つ(9)

精神科を受診しやすいシステム(6)

専門知識を持つ・研修を行う(6)

限界がある・困難である(4)

過去のケースの検討(3)

その他

D. 考察

I : 妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1 : A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は児童福祉法第6条3の第5項(平成21年4月1日)において『出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦』とされている。今回、【児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(平成28年6月3日)】の[児童虐待の発生予防の項目]内において、以下のように記載されている。児童福祉法第6条の3第5項に規定する要支援児童等(支援を要する妊婦、児童及びその保護者)と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連

する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するよう努めることとする(児童福祉法第21条の10の5第1項)。すなわち、特定妊婦への支援は子育て支援を通して、児童虐待の発生予防を期待する面がある。特定妊婦の同定と支援策策定が望まれる所以である。健やか親子21(第2次)においても基盤課題A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策、重点課題2:妊娠期からの児童虐待防止対策が提唱されている。しかしながら、特定妊婦を追跡した場合にどの程度児童虐待が発生するのか、特定妊婦支援が児童虐待発生防止に繋がるのかは不明である。今回の研究によって特定妊婦から出生した児童の転帰が判明した。特定妊婦からの要保護・支援児童は約半数(47.2%)に発生していた。これは関係機関が母児への支援を行っていたにもかかわらずの結果という背景を考えなければならない。特定妊婦以外の妊婦からは2.2%(64/2852)の発生率であり、この発症率の差からみても妊婦を取り巻く社会的要因分析から妊婦を社会的ハイリスク妊婦であるのかどうかをアセスメントすることの重要性が認識される。さらに、その他妊婦には特定妊婦ではないが、社会的ハイリスク妊娠である妊婦が相当数含まれている。特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊婦からの出生児の転帰調査も必要である。平成27年度当研究班によって大阪府の特定妊婦数は平成26年:352/36,244

(1.0%)、平成 27 年：470/38204 (1.2%)であった。本研究においては、この結果に比して約 2 倍の認定数となった。これは、特定妊婦の定義、アセスメント項目、関係機関の情報収集力等の差が考えられる。従って、関係機関で統一された評価方法が待たれるところである。

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

転出については詳細が不明な部分が多いのであるが、17/72(23.6%)という結果であった。この意味するところは今後も内容を明らかにする必要性があると考えられる。

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

1-2：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。

1-3：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。

1-4：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、育児ケアの問題点、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。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

妊娠期から、要支援・要保護児童の母親を抽出する試みは、以前よりなされてきた。オレゴン州の家庭訪問支援プログラムにおける産院でのスクリーニングやアメリカの Wessel により提唱されたプレネイタルビジット、愛知県の妊娠届書からのスクリーニング、大分県のペリネイタルビジット・ヘルシースタート専門部会による支援対象者選定時のポイント、そして、われわれと大阪府と共同で開発した「アセスメントシート（妊娠期）」がある。これらのスクリーニングツールのうち、海外で開発されたものについては、有用性について検証され、一定の有効性が証明されている。しかし、日本ではこれらの取り組みはごく最近のことであり、検証されていないか、もしくは、ごく少

数の人数によるアンケート調査でしか検証されていない。つまり、本邦のスクリーニングツールの項目については、海外で有用とされている項目を取り込みつつ経験則にもとづいて作成されており、科学的な根拠はない。われわれが大阪府と共同で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」も、長年、この分野で活動してきた医師、助産師、保健師の経験則にもとづいて項目が作成されており、科学的な検証がなされていない。そのため、本研究において統計学的に各項目を検証したことは、今後の「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて要支援・要保護児の母親を妊娠期にスクリーニングするにあたり、有意義な検討と思われる。

検討の中で、「アセスメントシート(妊娠期)」の項目には、一部は有意でなく不必要な項目も含まれることが示唆された。要支援群と対照群で差を認めなかった項目のうち、「40歳以上の妊娠」、「多胎や胎児に疾患や障がいがある」、「訴えが多く、不安が高い」、「身体障がい・慢性疾患がある」については、要支援群に限らず対照群にも該当するものが多かったが、項目内容から推測するに、それも当然と思われる。これらの要因については項目から削除することを検討したほうがいいかもしれない。また、「過去に心中未遂(自殺未遂)がある」、「家の中が不衛生」については、重要な項目とは思われるが、そもそも両群とも該当する数が少なかっ

た。これらの項目は、訴えを引き出すのが難しいためと思われる。よって、単に問診するだけでなく、聞き出す能力も必要であることが推測された。この「アセスメントシート(妊娠期)」は誰でも、要支援・要保護児童児の母親を抽出できるものを目指して作成されたものであるが、これらの項目については上手に聞き出す必要があり、問診能力の教育が必要で、スクリーニングツールとして限界と思われた。

支援を要する妊婦の抽出基準は、スクリーニングツールの要となる。例えば、愛知県の妊娠届書からのスクリーニングでは、各項目に重み付けを行い点数化し、何点以上ならハイリスクとして扱っている。「アセスメントシート(妊娠期)」では、要保護児童対策地域協議会への通知基準として、表2を使用して支援を要する妊婦を抽出している。概ね妥当であったが、「住所不定・居住地がない」は、対照群に該当者がいないため統計的には検討できなかった。その他の基準は有用であった。一方で、「16歳未満の妊娠」については、単独でも該当すれば通知することになっているが、多変量解析の結果、有意な基準にはならなかった。これは「16歳未満の妊娠」は支援を要する母親に間違いはないが、もし、家族の十分な支援体制が整っていれば、必ずしも公的支援が必要ではないためと考えられた。

2-2：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」平成29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 3)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、個別支援の受け容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・受け容れありと定義する。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・受け容れありとし、「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・受け容れなしとする。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。

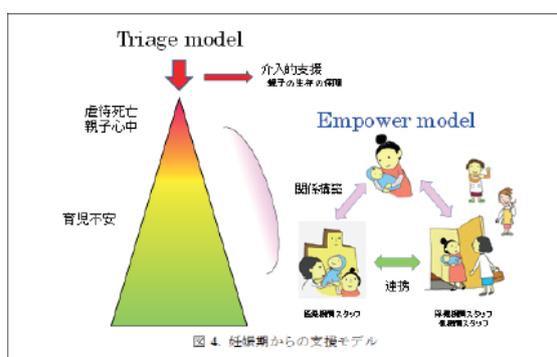
今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接（教室等を含む）を受け容れたか、または保健機関や関係機関の事業を利用したかについて、妊娠期および出産後に分けて個別ケースごとに入力を求め、いずれかの手段を利用または受け容れた場合に、「支援の受け容れあり」と集計した。

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。

3. 妊娠期からの支援モデル

0歳0か月の死亡例や親子心中の未然防止には、医療機関も含めた関係機関が共通のチェックリスト等を用いて、支援対象者をもれなく把握する体制 (Triage model) が不可欠である。しかし、支援を受ける妊産婦の心理社会的な状況や出生後に生ずる母親の育児不安は日々揺れ動き、支援者との信頼関係が結べない状況では支援を利用することができない。

すべての支援対象者を必要な支援につなげるためには、支援者との関係構築を結ぶことが重要である。14回の妊婦健診の機会に、まず医療機関の助産師等のスタッフが妊婦と信頼関係を結び、その関係を基礎に保健機関の保健師等との関係構築につなげる支援体制（Empower model）が、支援対象者をもれなく把握する体制とともに必要である（図4）。



2-3：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の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。

2-4：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

3か月、1歳6か月、3歳を通じて、「初産」「妊娠時、うれしくない」がリスク因子であることが確認された。また、後方視的調査ではリスク因子と思われた「うつ症状」については、有意な関連は確認されなかった。今回の研究では特に、妊娠時の気持ちについてまさにその時の情報について検討できているため、これまでの後方視的調査より妥当性の高いデータに基づいて虐待との関連を確認できたといえるだろう。それが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。

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どうなったのか、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方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

0歳児の死亡事例検証報告書の分析から保健指導の課題として、妊娠期から父親への保健指導を考えること、被虐待歴が推測され、精神的問題/疾患をもつ母親を妊娠初期（妊娠届出）に把握し、出産後の支援に向けて妊娠中から関係構築をはかっていくことが示された。

初年度のこのような課題について、保健機関、医療機関の保健師、看護師、医師への面接調査から、保健機関においては、妊娠届出時に全数面接を行い、支援が必要な妊婦に担当保健師が妊娠中からかかわることが必要であり、そのための地域でのネットワークの構築の重要性が示唆された。医療機関においても、初診時から関係構築を目指し、妊婦が一人の女性として大事な人であることをしっかり伝えていくことが大事であることが明らかになった。

3年目の研究では、これらのことが保健指導に含まれているかについて保健機関の保健師に質問紙調査を実施した。初年度の研究で課題となって

いたメンタルヘルスの課題についての「心療内科や精神科通院歴」の把握は妊婦、パートナーとも最も重視していることが明らかになった。さらに支援内容としては、「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 を発信してもらえる関係をつくる」、「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。

しかし、妊娠期における保健機関と医療機関の連携についてはまだ十分でないことも示され、さまざまな課題があると考えられる。それは、死亡事例検証のなかでも示されていた。医療機関と保健機関の連携があつたにもかかわらず死亡に至っている事例や、出産後継続した関わりを拒否する事例などである。妊娠期からの保健機関と医療機関が連携した保健指導の具体的方略の検討が今後の課題

である。

4-1: 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

産後うつの原因として母体側の要因は出産時に医療機関が把握可能であるが、在宅における新生児のケアは産科退院後であり、どの週数にどのような新生児に対する不安があるのか明確ではなかった。今回の結果により、新生児期に子どものケアに悩む相談のピークは生後 2 週目であることが明らかになった。また、新生児に関する育児不安の要因として、「泣きやまない」「なぜ泣いているのかわからない」「病気への心配」などが挙げられてきた^{2,6,7)}が、今回さらに日常の育児や比較的軽微な症状が親の心の問題につながっていることと、深刻と捉えていない相談事例においても健常な子どもの状態が把握できない状況があることが具体的に示された。

#8000 事業の目的は小児の夜間救急に関する受診やケアの相談である。しかし、保護者にとっては「子どもの病気やケガなど身体的問題で困ったことや不安なことを、家庭から直接電話で聞ける相談」と理解される。0 歳児の親は子どもの病気に対応した経験が乏しく、夜間の救急受診も経験がないため、電話相談のニーズは高い。週数で罹患率が大きく異なることはないが、電話の相談件数が第 4 週より第 2 週に多いこと、す

ぐ受診を勧める例が少ないことなどから、健常新生児の体の状態がわからないための相談が多いことが示唆される。「泣きやまない」「育児相談」も第2週にピークがあり、産科を退院後家庭で不慣れな育児に戸惑い、病気への過剰な心配や夜間に不安に駆られて、#8000を相談相手として選択したことが推察される。これらの事例は育児に戸惑う親の氷山の一角と考えられる。

今回集計した「親の心の相談」は表面的に子どもの病気の相談のようでありながら実際に話をよく聞くと、実態にそぐわない心配や不安感が高じたもの、母親の様子を見て心配した父親からの相談などを分類した。しかし「親の心の相談」は#8000事業本来の目的ではないため、明確な分類の基準はなく、精神疾患の有無なども不明である。今後分類の基準を明確化して推移を見守る必要がある。これらの症状は0歳児の相談全体でも1割前後を占め、医療機関側にとっては緊急性の低い症状であっても保護者にとっては相談を求めたいことであり、中には深刻な事例が潜んでいることが示めされた。今回の結果から在宅新生児のケアに必要な支援策を検討すると、まず育児に関する電話相談が恒常的に存在することが望ましい。新生児期の育児不安に対しては、電話訪問は家庭訪問より有効性が低いと報告されている(8,9)。広く育児不安解消を目指すには、健常な新生児に関しても生後2週

目から3週目に家庭訪問を検討すべきである。自己効力感が低い母親は育児不安が強い傾向にあることは明らかにされており(10)、保護者対応については子育てに自信を持たせるような支援が求められる。

産後うつの要因において母親の社会的・精神的要因への対策は福祉や行政との連携が重要になるが、以上のような新生児の育児不安に関する取り組みは医療保健機関が主体となって行動できる分野である。また新生児から乳児、幼児へと引き継ぐため、診療科間での情報交換や協力体制、医療機関から地域への受け皿への連携を含めたきめ細かな支援体制の構築が、核家族化・少子化時代の子育てに必要不可欠と考えられる。

4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

アンケート結果から分娩を扱っている施設の産婦人科医は、社会的経済的リスクが児童虐待につながると一般的に認識しているが、MSWが不在である施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能性があることがわかった。また、児相への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

4-2-2：地域における産後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を検討

5-1:ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

今回の解析に使用した JSOG-DB は、日本産婦人科学会周産期委員会が作成した「周産期登録」個票を医療施設で現場入力することにより作成されたものである。結果的には、ハイリスク症例が多く集まる施設からのデータ集積なので、厳密な意味での national data base ではない。しかも重症例を多く扱う施設からのデータ集積のため、症例の偏りがあることは止むを得ない。しかしながら、このように膨大な症例数からなる JSOG-DB は、これまで我が国に無く、周産期に関する最大のデータベースであることには間違いない。したがって、この JSOG-DB をより有効に利用するためには、そのままの形で使用するのではなく、データの精製や解析方法の工夫が必要である。

13年間にわたる約90万例を解析するにあたり、観察時期を3期に分け、各期において case 以外の症例を

control とした case-control study を行った。Rare disease consumption をする必要がないので、オッズ比(OR)はリスク比(RR)に代用できる。今回の研究は産科合併症の特徴を明確にし、その発症を予測する「年齢や不妊治療歴の有無を含む背景因子」を明らかにする目的で解析を行った。このため多変量解析の説明変数に入れる項目は、妊娠前の背景因子と基礎疾患に限定した。

全症例から頻度が多く重要な順に11疾患を選び、背景因子と基礎疾患について、コントロール群との統計学的差を RR、95%信頼限界(confidence interval、CI)で表した。その結果、喫煙がリスク因子である産科合併症が多くみられたものの、その他の背景因子や基礎疾患が産科合併症毎に、違うことが明らかになった。

前回の研究では、母子健康手帳に新たな情報を付け加えるという目的のために、この JSOG-DB を用いた。さらに、妊婦自身への啓発という目的もあったので、「a という因子があれば、b という産科合併症の発症は c 倍になる」という表現を用いて、「産科の病気と発症しやすい要因」を明らかにした。

今回は、「社会的リスク」との関連で、「医学的リスク」を医療従事者に理解されやすいように、作成するという目的で、リスク因子を大きくとらえた。その結果、以下の因子を「産科合併症と関連するリスク因子リスト」の項目とした。

母体年齢：
20歳未満、35-39歳、40歳以上、
喫煙
不妊治療：
排卵誘発剤、AIH、IVF-ET
肝・腎疾患
血液疾患
心疾患
甲状腺疾患、
子宮・付属器疾患
自己免疫疾患
本態性高血圧症
糖尿病

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

少ない症例は明らかにできなかったリスク比(RR)が、大規模データベースを取り扱うことで明らかにできたことが本研究の利点であるが、「原因」と「結果」が不明な疾患単位が存在すること、介入の影響が加味され

ていないなどの「限界」があることには留意しておく必要がある。

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

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

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

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

二次解析でも、頻度が高かった主要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補強するものである。

今回の研究結果を基にリスク因子の観点から産科合併症との関連を検討すると、35歳以上の妊娠、BMI>25、IVF-ETによる妊娠、糖尿病合併、子宮・付属器疾患合併といった因子があれば、切迫早産、前期破水・妊娠高血圧症候群の全てに気をつける必要がある。喫煙では、前期破水と妊娠高血圧症候群に、排卵誘発剤による妊娠では切迫早産に、甲状腺疾患の合併妊娠では前期破水に気をつける必要があることが明らかとなった。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識した治療を行ってはいると思われるもののRR \geq 2の早産ハイリスク妊娠であった。母体年齢等子宮頸部手術施行群、非施行群で有意差があり、背景が同一でなくさらなる検討を要すると考えられた。また、手術方法別のリスクには差がなく、頸管長や腔分泌物培養の結果、あるいは予防的頸管縫縮術でも早産率に差がみられなかった。腔分泌物培養の結果や妊娠20週時の頸管長計測などによる早産リスクの抽出はできなかった。しかし、円錐切除後妊娠で経腔的頸管縫縮術を行ったあるいは、子宮腔部が消失して経腔的縫縮術が困難で実施しなかった例で、流早産によって生児が

得られない場合には、腹式頸管縫縮術を考慮すべきと考えた。

子宮頸癌および子宮頸部病変は、多くが性交渉によって感染するHPVに由来している。近年の子宮頸癌および頸部病変の若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されている。社会的ハイリスクを有する女性では、その傾向が顕著であることはよく知られている。そのため子宮頸部手術後妊娠が多いことも、社会的ハイリスク妊娠での高い早産率の一因になっているとも考えられる。これらの妊娠管理を考える上では、特に重要である。

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクを少なくとも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。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

主に子宮に関する疾患を中心にレビューした。子宮腔部円錐切除術は、比較的によく実施される手術であり、若年妊娠でも増加している。一般には、高次医療機関で管理される症例が多いと考えられるが、今回の研究の結果、妊娠予後を悪化させるリスクの高いものと位置付けられ、ハイリスク妊娠と認識すべきであると考えられた。同様に子宮筋腫核出術後妊娠についてもハイリスクと捉えるべきである。

一方、近年増加している子宮動脈塞栓術後の妊娠に関しては、不明のことが多く、信頼しうる系統的レビューは認めなかった。しかし、子宮破裂を来した症例が報告されていることから、よりハイリスクの妊娠と捉えるべきであることが示唆された。

また、SLE に代表される自己免疫疾患では、プレドニンの服用量によりリスクが異なることが示唆された。これは原疾患の活動性とも関連している。特にループス腎炎の合併は、周産期予後を悪化させることが指摘された。特に早産を高率に来すことは、注意すべき疾患であると考えられる。

ハイリスク妊娠とされる合併症妊娠患者の産後における基礎疾患の管理においては、糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患においてはフォローアップ率が低いことが示された。また精神疾患では、ほとんどフォローされていないことが明らかとされた。これは、当該病院の病院機能に依存しているものとも考えられる。当院では、腎泌尿器科疾患は、移植などの目的がなければ積極的に自院での長期管理はなされていないことに起因するものといえる。また、精神疾患などは、妊娠期間においてのみ必要とされることも多く、さらには個人の心療内科クリニックでの管理がなされている場合もあり、総合病院での管理がなされていないのかもしれない。

一方産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。今回の検討ではなされなかったが、既往妊娠で早産した妊婦が次回妊娠で反復する切迫早産を認める症例もあり、対策が求められるものと推定される。

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。

日本産婦人科医会の施設情報調査2015（平成27年1月現在の1010施設情報施設、419,558名の産褥婦における調査）によると、うち1.81%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%（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。被虐待体験は **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3億5千万人もの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。

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

介入が必要と医学的に判断される妊婦の半数は精神疾患とその既往があり、精神科医師などとの接点があるが、他の半数は専門医のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的低年齢で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や子ども虐待に関し、よりハイリスクと推察されている。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合を、自治体ごとに比較すると、0.6%から8.6%と10倍以上の差があった。地域ごとでは、北海道・東北、関東、九州で比較的高率で、東海北陸、近畿で低い傾向にあった。これらの地域差の原因を検討するため、社会的背景として指摘されている経済状況や婚姻状況と比較したが、自治体ごとの平均的指標と対象妊産婦の割合には有意な関連は認めなかった（県民一人当たりの所

得： $r = 0.126$ 、女性の生涯未婚率： $r = 0.181$ 、合計特殊出生率： $r = 0.193$ 。

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

メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦への対応には、専門的な知識と技術が必要になる。しかし、実際には助産師(87%)や産婦人科医師(53%)が対応することが多く、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応していた施設(14%)はわずかであった。実際、18自治体では、臨床心理士が対応したとする施設からの報告はなく、その配置や対応システムを検討する必要があると推察された。また、臨床心理士が対応した施設の割合は、運営母体ごとの集計では都道府県立病院(57%)、機能的な

分類では総合周産期母子医療センター(42%)で比較的高いものの、患者が集中する大学病院(27%)や国立系病院(17%)では平均的な数値に止まっていた。本調査では、実際の臨床心理士の配置を明らかにすることはできないが、患者が集中する施設では更なる臨床心理士配置の充実や施設内の連携システムの効率的な運用を検討する必要があるものと推察された。

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

以上の成績は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦の全てが、十分な支援を受け出産を終え退院しているわけではないことを示唆している。早急な改善には、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師の確保や地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また

同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師などへの教育も重要である。産婦人科医師や助産師などを対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

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、妊娠中から産褥期に行うことが望まれた。しかし、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。

図9のフローチャートは、これまで、産科医療機関が中心に行われ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体制を示している。しかし、これらが実現するためには適切な臨床心理専門職の配備、保健指導の強化とより慎重な周産期管理、産科医療施設と産科医療従事者の確保など課題は多い。

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。

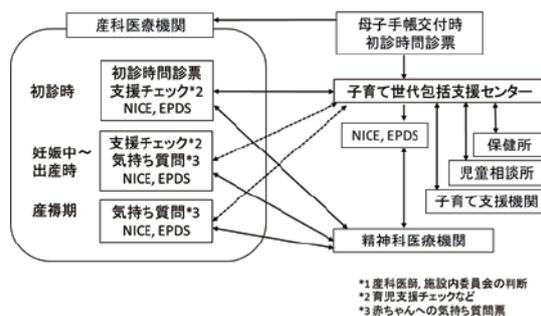


図9. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

9：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

誰が担当しても一定の水準で対応し、かつ、チーム内で情報共有する上では、マニュアルの情報内容をチーム内で共有することが有益であると考えられた。また、多職種連携の際にも、他の職種の役割・自分の職種の役割を認識した上で、問題を言語化し情報共有するためには、マニュアルの存在は有益であると考えられた。マニュアルの存在だけでは均てん化は難しく、母子保健関係者が参加し、妊産褥婦の妊産婦のメンタルケアについて学ぶ研修会の存在が有益であると考えられた。

平成 28 年度

アンケートの結果、今後自施設内や他機関関係者とメンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、大多数の母子保健関係者が他機関関係者との会合に参加する機会

が非常に少ないか全くないと答えていた。地域の多職種連携には、関係者の顔の見える関係づくりの場となると考えられ1,2、今回の研修会でもそのような会合について講義の中で紹介した。また、多くの参加者が研修会への満足度の結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアについてのニーズに合致していることが示唆された。

平成 29 年度

研修前後の調査結果の比較から、こころの問題で「気になる」妊産褥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た。また、産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産褥婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまで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た。さらに、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た。

以上、3年間の分担研究を通して、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のために、本分担研究で作成した研修プログラムによる研修会が有効であることが示唆された。このような研修会を通して、

周産期メンタルヘルス対応のスキルの均てん化が望まれる。本プログラムについては、今後厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業で均てん化を行っていく予定である。

10: 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平成 27 年に実施した 1010 施設、419,558 名の産褥婦における調査によると、うち 1.81%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% (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。被虐体験は **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3億5千万人もの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%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

11: 「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、日常的に妊産褥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。妊産褥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、それだけでは把握し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 : 妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること

1-1 : A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

1-2：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 か月児健診時点では、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。

1-3：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。

1-4：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。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

今回、われわれと大阪府で作成した「アセスメントシート（妊娠期）」の各項目について有用性を検討した。それにより、

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

以上のことが明らかになった。

2-2：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 を補完するものとして、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り、モデル問診項目の一般化により、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と考えられた。

2-3：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。

2-4：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

初産および望まない妊娠であった場合、生後3か月、1歳6か月または3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。この研究結果から妊娠届を活用したハイリスク群の抽出および適切な介入が求められる。

II：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

「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」について、主に保健機関での事例検討や、支援内容を中心に研究を行ってきた。保健機関においては、妊娠届出、母子健康手帳交付時の面接という全数の妊婦に出会う機会があり、その中から支援が必要な妊婦を把握するために重視している内容や妊娠期から妊婦に継続支援ができるような関係構築のための「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」などを行っているという実態が明らかになった。しかし妊娠期における保健機関と医療機関の連携はまだ十分とはいえ今後課題であることも示された。

4-1：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

#8000のデータの中から、育児不安は0歳児、特に生後2週目の時期に最も多いことが分かった。また、産科退院後に新生児の養育に戸惑いや不安を抱く親は多く、相談例の中には実は親の心の問題が潜んでいる例があることが分かった。このことは、産科から小児科につながる新生児期の支援体制の構築が急務であると考えられた。

4-2-1：産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦取り扱い状況の全国調査

アンケート結果からは分娩を扱っている施設の産婦人科医は社会的経済的リスクは児童虐待につながるとの認識が一般的であるが、MSW 不在などの施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能性があることがわかった。また、児相への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の 12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

4-2-2 : 地域における産後 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

育児困難事例の早期発見や産後うつスクリーニングには産後健診は有用であると考えられるが、EPDS などの質問票による陽性的中率などのスクリーニング感度は今後評価が必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を検討

5-1 : ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の作成と検証

エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的に 2001～2013 年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース(JSOG-DB)を用いて、約 90 万例の解析を行なった。その結果、主要産科合併症 11 疾患(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎、前置胎盤、常位胎盤早期剥離(早剥)、DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫と関連がある

リスク因子として、以下が明らかになった：母体年齢 (20 歳未満、35-39 歳、40 歳以上)、喫煙、不妊治療 (排卵誘発剤、人工授精、体外受精)、肝・腎疾患、血液疾患、心疾患、甲状腺疾患、子宮・付属器疾患、自己免疫疾患、本態性高血圧症、糖尿病

これらの結果を中心に、今回検討されなかったリスク因子を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト」(表 15)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。

表15. 産科合併症と関連するリスク因子

【母体年齢】	: 20歳未満, 35-39歳 (40歳以上)
【妊娠前BMI】	: 25以上
【嗜好】	: 喫煙
【不妊治療】	: 排卵誘発剤, AIH, IVF-ET
【既往歴】	: 血栓症
【合併症】	: 糖尿病, 本態性高血圧症 血液疾患, 自己免疫疾患 抗リン脂質抗体症候群, 悪性腫瘍 甲状腺疾患, 心疾患 肝・腎疾患 子宮疾患 (特に, 円錐切除術後, 筋腫核出術後)

今回の研究は、日本産科婦人科学会周産期データベース登録に協力いただいた全ての施設の協力の成果であり、ここに深甚なる謝辞を示す。

5-2 : 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、早産に対応可能な周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。通常の方法では流早産となって生児が得ら

れない場合には、腹式頸管縫縮術は考慮すべき方法と考えた。

6:社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的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。

7:医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

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

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

産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3か月までの管理がなされていないことが明らかとな

った。どのような産科合併症において産後の管理が必要なかを明らかにしていく必要があるものと考えられた。

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8:メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は4.0%で、全国で年間約4万人と推計される。

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。

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

本研究では、母子保健領域において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたサポートの推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するため、研修プログラムを作成し、その効果検証を行った。自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいと考えている母子保健関係者は多く、そのようなニーズに対して、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。研修前後の調査の比較では、メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥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褥婦への対応件数、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、研修会の有効性が示唆された。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。

10：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

11：「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褥婦の定義
- 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

3年間にわたり「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」を担当させていただいた。以下に総括的成果を述べさせて

いただく。

①妊娠届、妊婦健康診査を通して社会的ハイリスク妊娠を把握する事、社会的ハイリスク妊娠から特定妊婦把握も行えること、社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)から児童虐待が発生すること等を実証的に示すことができた。

②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検証は今後も課題であると考えられる。

③精神疾患あるいはメンタルヘルス不調が社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難、妊産婦の自殺に深く関与している事を実証的に示すことができた。

④医療・保健・福祉の連携は必要であるが、切れ目ない支援も含めての体制作りは限定的な試行錯誤が続いており、早急に全国的な体制整備が急務であることが示された。

⑤社会的ハイリスク妊娠、子育て困難は医療・保健・福祉関係者の関心も高まっており、今後の母子保健事業の大きな課題であることが再認識された。

⑥妊娠期間は母児の出産後の出産後の心身の健康状態、養育状況を把握することができるので、全国展開できるアセスメント方法、支援のあり方等の開発は喫緊の課題であり、それが実効性のある妊娠期からの切れ目ない子育て支援に繋がると考えられる。

“児童虐待”、“妊産婦メンタルヘルス問題”の多くは根底に“現代の本邦の子育て状況”が大きく関与している。

“子育て困難”事案は、最終的には里親制度、施設入所等の母児分離、親権停止もやむを得ないかもしれないが、多くの母児は生活を共にしていく。この過程に如何なる支援が求められているのか？可能であるのか？効果があるのか？が今強く求められている。“健やか親子”、“児童の健全な育成”という言葉は誰もが賛成する理念である。では具体的には何なのか？となると個々の児童、養育者、家庭によって異なる。この多様性によって社会が形成されているとも言える。従って、何をもって“子育て困難”というのか？“支援”というのか？議論が必要である。そこを医療・保健・福祉関係者が理解しておかないと、“要らぬおせっかい”、“社会による家庭への不当介入”になってしまいかねない。児童虐待をとってみても“身体的虐待”は客観的に評価しやすいし、あつてはならぬこととして介入しやすい。しかし、“ネグレクト”、“心理的虐待”の客観的評価はより困難である。私見ではあるが、児童虐待防止法の言うところの“児童虐待”がなければ、“健やか親子”、“児童の健全な育成”が達成されているかと言えばそうではないと考える。最近の児童虐待のとらえ方は **Maltreatment**(マルトリートメント)という言葉に変わりつつある。“不適切な養育”、“愛着障害”というような概念である。我々の目指すべき方向は健やかでない子育てがないようにするのはもちろんのこと、

健やかな子育てを目指した支援を考えるべきである。従って、ハイリスクアプローチによる子育て支援はもちろんであるが、ポピュレーションアプローチで健やかな子育てを考えたい。そのような観点に立てば、妊娠・出産に関与する周産期医療は母児の身体的健康を提供する義務を負っている。一方で、出産後の養育環境を推察することも可能である。本研究班の成果でも、妊娠中の要因が出産後の子育て状況予測に役立つことが実証的に示された。従来は、妊娠期間に副次的にそのような情報を行政と共有することもあったが、今後は産後の子育て状況予測を“能動的な周産期業務として行う必要がある”と考える。本研究班の成果からは児童虐待防止のために、“産後の子育て状況予測”を行う必然性は示された。医療・保健・福祉の連携と言われて久しいが、今後は周産期医療関係者の業務として全国展開を可能にする精度の高い研究が求められる。本来的には、医療は医学的診療が主たる業務である。行政の保健・福祉担当者にとっては、例えば、社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)把握・支援は日常業務である。今後は、子育て世代包括支援センターはこうした業務の中心となっていくことが求められている。このことが、連携構築を進める上では課題となってくる。すなわち、医療の現場では社会的ハイリスク妊娠等の把握・支援は明確な業務とはなっていない現実がある。しかし、出産後に

行政が子育て支援業務を開始するスタイルではまさに“切れ目のある子育て支援”となってしまう。“妊娠期からの切れ目のない子育て支援”の方向性を進めるためには、“周産期医療現場の業務”に子育て支援をにらんだ把握・支援が責務として認知されるように環境整備しなくてはならない。社会的ハイリスク妊娠の多くは、アセスメントしなければ、把握できない。妊婦健康診査において、血圧・検尿・体重測定は妊娠悪阻、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等を見つける最も簡便なアセスメントツールとなっている。社会的ハイリスク妊娠把握のためのアセスメントシートも同様の観点から作成される必要がある。アセスメントシートがなければ、社会的ハイリスク妊娠、特定妊婦、子育て困難等を支援するどころか、把握することさえできない。本研究班は妊娠中の要因から出産後の養育者の子育て状況を予測することを研究していたが、副次的な成果として、出産早期(1ヶ月以内)の新生児の状況が養育者の子育て困難に関与していることが示唆された。新生児の先天異常、予期せぬ異常妊娠・出産の結果としての新生児疾患が養育者の子育て困難に関与している可能性である。例えば、出産後早期の段階で新生児が障がいを持った場合などである。新生児の状況が養育者のメンタルヘルスに影響する可能性を考慮しなくてはならないことを示唆している。これも、今後の課題提示と

考えることができる。

稿を終えるにあたり、本研究班に多大なご協力いただいた多数の医療・保健・福祉関係各位に感謝申し上げます。大いなる有効な連携が実現できました。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談（#8000）に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生 58(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
- 11) 第 8 回日本こども虐待医学会学術集会：性虐待の被害経験がある妊婦への支援 福岡 2016 年 7 月 22 日
- 12) 第 57 回日本母性衛生学会：要支援妊婦を支える 東京 2016 年 10 月 14-15 日

- 13) 第 57 回日本母性衛生学会：母子健康手帳の有効活用を目指して～リーフレットを用いた広報の実際～
東京 2016 年 10 月 14-15 日
- 14) 第 57 回日本母性衛生学会：当院における若年妊婦の妊娠分娩経過と社会的背景 東京 2016 年 10 月 14-15 日
- 15) 第 57 回日本母性衛生学会：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」に寄せられる「着床出血」相談
東京
2016 年 10 月 14-15 日
- 16) 第 13 回日本周産期メンタルヘルス研究会：大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」東京
2016 年 11 月 19-20 日
- 17) 第 13 回日本周産期メンタルヘルス研究会：産科医療で行う妊産婦のメンタルヘルスの重要性と課題～妊産婦こころの相談センターをはじめ～
東京 2016 年 11 月 19-20 日
- 18) 第 22 回日本こども虐待防止学会
学術集会：望まない妊娠への支援—母親にならないということ— 大阪
2016 年 11 月 27 日
- 19) 日本子ども虐待防止学会第 22 回
学術集会おおさか大会：和泉市要保護
児童対策地域協議会における特定妊
婦への支援について・第 1 報 大阪
2016 年 11 月 25-26 日
- 20) 日本子ども虐待防止学会第 22 回
学術集会おおさか大会：和泉市要保護
児童対策地域協議会における特定妊
婦への支援について・第 2 報
大阪 2016 年 11 月 25-26 日
- 22) 日本子ども虐待防止学会第 22 回
学術集会おおさか大会：大阪府未受診
妊娠調査から見えてきた児童虐待
大阪 2016 年 11 月 25-26 日
- 23) 日本子ども虐待防止学会第 22 回
学術集会おおさか大会：望まない妊娠
への支援—母親にならないということ— 大阪 2016 年 11 月 25-26 日
- 24) 母と子のメンタルヘルスフォーラム：シンポジウム(3)社会的ハイリスク妊娠におけるこころの問題 東京
2015 年 7 月 5 日
- 25) 第 21 回日本女性心身医学会研修
会：特定妊婦って何？ 東京
2015 年 7 月 25 日
- 26) 第 32 回三重県生涯教育特別研修
セミナー：次世代の母子保健政策—社
会的ハイリスク妊娠支援— 三重
2015 年 7 月 30 日
- 27) 長崎県産婦人科医会・児童虐待対
策研修会：社会的ハイリスク妊娠から
見えてきた次世代の母子保健支援
長崎 2015 年 9 月 27 日
- 28) 母子愛育会地域母子保健 3「乳幼児
保健(低出生体重児、発達障害児、児童
虐待の支援)」：妊娠期からの虐待予防
大阪 2015 年 10 月 21 日
- 29) 平成 27 年度家族計画・母体保護法
指導者講習会シンポジウム：若年妊娠
について：(3)若年妊娠と児童虐待
東京 2015 年 11 月 28 日
- 30) 平成 27 年度 守口市児童虐待防
止地域協議会関係機関職員研修会：
「特定妊婦の連携と支援」～気になる

妊婦を地域の連携で支える～

大阪 2015年12月1日

31)池田市医師会月例学術講演会：未受診妊娠から見えてきた次世代の母子保健対策 大阪 2016年1月20日

32)日本看護協会「地域母子保健の推進」シンポジウム～妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援 に向けて～：

大阪府立母子保健総合医療センターの取り組み医師の立場から

東京 2016年1月28日

33)四条畷保健所平成 27 年度 児童虐待予防研修会地域における“特定妊婦”への支援を考える：『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告』から見えてくる問題と課題 大阪 2016年2月18日

34)平成 27 年度岐阜県医師会母体保護法指定医師研修会：若年妊娠者に対する社会的支援 岐阜 2016年2月21日

35)大阪府 医療機関向け研修会児童虐待の予防・早期発見のために妊婦と子どもへの支援における医療機関の役割：産婦人科医、小児科医に伝えたい、子ども虐待の予防・早期発見の大切さ 大阪 2016年2月25日

36)平成 27 年度自殺対策強化事業にかかる市町村説明会：妊産婦メンタルヘルスケア体制強化事業 大阪 2016年2月29日

37)第 20 回島根県母性衛生学会学術集会周産期における母親のメンタルヘルス：切れ目のない次世代の母子保健対策を目指して 島根 2016年3月13日

38)宮崎県産婦人科医会性教育研修会：未受診妊娠・児童虐待から見た若年妊娠 宮崎 2016年3月19日

39)平成 27 年度沖縄県医師会母体保護法指定医師研修会：若年妊娠からみた次世代の母子保健事業～未受診妊娠、児童虐待から見えてきた社会病理～ 沖縄 2016年3月7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くつかが実証的に示せた。
- ・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。