

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

主催

厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」光田班

日時 平成29年11月27日(月) 開場12時45分

開演 13時15分～17時15分

会場 品川インターシティホール

第1部:妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防(13:15～15:30)

座長: 松田 義雄 (JCHO 三島総合病院 病院長)・藤原 武男 (東京医科歯科大学大学院 教授)

基調講演: 「周産期医療と児童虐待」

光田 信明 (大阪母子医療センター)

講演 1: 「社会的ハイリスク妊娠とは？」

倉澤 健太郎 (横浜市立大学)

講演 2: 「妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について」

川口 晴菜 (大阪母子医療センター)

講演 3: 「支援を要する妊婦への個別保健指導」

和田 聡子 (大阪母子医療センター)

講演 4: 「県内統一の妊娠届書を活用した支援～小児科医の立場から～」

山崎 嘉久 (あいち小児保健医療総合センター)

討論 (15分)

第2部:妊産婦の自殺を防ぐ(15:45～17:15)

座長: 板倉 敦夫 (順天堂大学 教授)・萩田 和秀 (りんくう総合医療センター 産婦人科部長)

行政講演: 「自殺対策の最新動向」

宮原 真太郎 氏 (厚生労働省 自殺対策推進室長)

基調講演: 「妊産婦のメンタルヘルス」

木下 勝之 先生 (日本産婦人科医会 会長)

講演 1: 「妊産婦の自殺-その実態」

竹田 省 先生 (順天堂大学 特任教授 日本産科婦人科学会)

講演 2: 「妊産婦メンタルヘルスを支える保健指導」

立花 良之 先生 (国立成育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)

講演 3: 「こころを支える-大阪府の試み」

堤 俊仁 先生 (大阪精神科診療所協会 会長)

お問い合わせ 大阪母子医療センター産科内「光田班 公開シンポジウム」事務局 TEL 0725-56-1220 (内線7538)
後 援 日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会・日本看護協会・日本こども虐待防止学会

会場のご案内

品川インターシティホール
〒108-0075 東京都港区港南2-15-4



- JR山手線・京浜東北線・横須賀線
- 菊水本駅・東横本駅
「品川駅」港南口より徒歩5分
- 東横線・山手線新線「品川駅」
港南口より徒歩5分
- 京浜本線「品川駅」港南口より徒歩8分
- 京浜本線「北品川駅」より徒歩10分



～社会的ハイリスク妊娠の支援によって
児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ～

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

基調講演
周産期医療と児童虐待
公開用

厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と
効果的な保健指導のあり方に関する研究」
公開シンポジウム

大阪母子医療センター
産科 光田信明

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

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

考えなければならぬとしたら、

- どのような根拠があるのでしょうか？

健やか親子21 (第2次)



健やか親子21

健やか親子21(第2次)
シンボルマーク

基盤課題 A

切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策

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

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

目標

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



重点課題②

妊娠期からの児童虐待防止対策

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

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

目標 児童虐待のない社会の構築



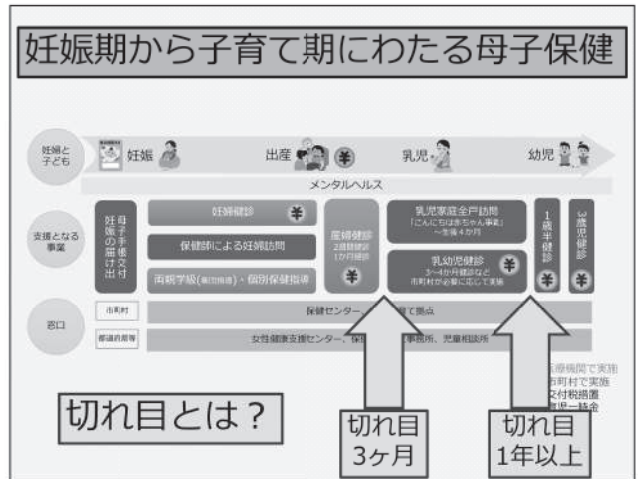
重点課題①
育てにくさを感じる親に寄り添う支援



親子それぞれが発信する様々な育てにくさ*のサインを受け止め、丁寧に向き合い、子育てに寄り添う支援を充実させることを重点課題の一つとします。

*育てにくさとは、子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの原因、親の原因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など様々な要素を含みます。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合等もあられます。

目標 親や子どもの多様性を尊重し、それを支える社会の構築



大阪府未受診妊婦調査からでたキーワード

独居、支援者なし、未入籍、精神疾患、人工妊娠中絶、DV、出会い系サイト、貧困、自殺、不登校、リフトカット、児童院、母子、未受診妊娠・飛び込み出産と児童虐待は強い関連性がある

若くして1ヶ月検診、産後うつ、母子不妊症、前回は未受診妊娠、1ヶ月健診未受診、家出、健康保険証不取得、揺さぶられっ子症候群、望まぬ妊娠

児童虐待を受けた場合の影響をみます

The Bucharest Early Intervention Project

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

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

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

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

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

BEIPの結果

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

子どもを健やかに育むために ～愛の鞭ゼロ作戦～

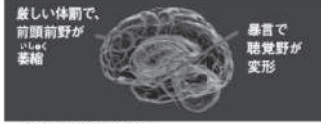
体罰・暴言は子どもの脳の発達に深刻な影響を及ぼします。

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

●子ども時代の辛い体験により傷つく脳

・厳しい体罰により、前頭前野 (社会生活に極めて重要な脳部位) の容積が19.1%減少 (Tomoda A et al., NeuroImage, 2009)

・言葉の暴力により、聴覚野 (声や音を知覚する脳部位) が変形 (Tomoda A et al., NeuroImage, 2011)



提供: 福井大学 友田明美教授

早期介入の利点

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

小括

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

医療・保健・福祉の連携

児童福祉法等の一部改正 平成28年

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

児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について 平成28年6月3日

Ⅱ 児童子育て世代包括支援センターの法定化 (平成29年4月1日施行)

虐待の発生予防

1 (1) 改正の趣旨

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

このため、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」について、おおむね平成32年度末までに全国展開を目指していくこととしており、全国展開に向けて、同センターの設置根拠を設け、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととする。

(2) 改正の概要

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

(※) 法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。

2 支援を要する妊婦等に関する情報提供（平成28年10月1日施行）

(1) 改正の趣旨

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

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

(2) 改正の概要

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

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

3 母子保健施策を通じた虐待予防等（公布日施行）

(1) 改正の趣旨

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

(2) 改正の概要

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

対応策

(4) 精神疾患のある養育者等の支援を必要としている家庭への対応

- 妊娠・出産・産後の管理が可能な産科や精神科が併設された医療機関に早期からつなげ、精神保健の観点からの支援が必要。
- 養育者の生育歴に着目し、子どもの頃の成長・発達の状態を踏まえた精神面のリスクアセスメントが必要。

(5) きょうだいの虐待死をうけて、虐待の再発を防止するための対応

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

(6) 学齢期以降の子どもに対する支援のあり方

- 学校のみで家庭状況の把握が困難な際には、関係機関と情報共有していくことが重要。
- 身体的虐待と考えられる状況を把握した際は、医療機関への受診の有無によらず、継続的な確認とリスクアセスメントが必要。

産婦健康診査(平成29年4月～)の目的

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

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

小括

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

要支援妊婦に対する対策の現状

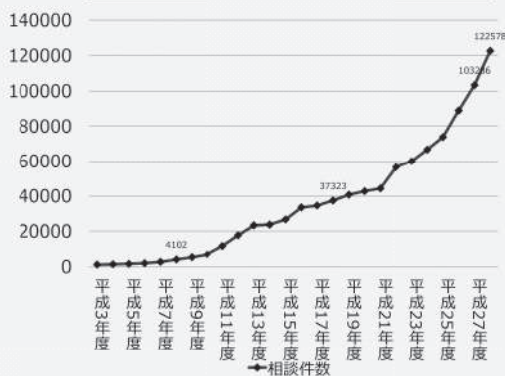
全国市町村アンケート：実施平成29年3月
調査期間：平成27年度(平成27年4月～平成28年3月)

小括

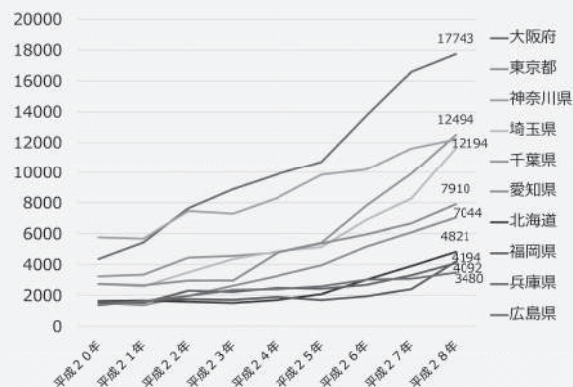
- 母子保健分野では医療・保健・福祉には関連性がある
- 全国的には妊娠届時アセスメントの実際はバラツキが多い
- 特定妊婦、要保護児童対策地域協議会の運用もバラツキが多い
- アセスメント基準の設定が必要である
- お母さんとの信頼関係の構築が大切である
- 個人情報保護の尊重は大きな課題である

子ども虐待による死亡事例等の 検証結果等について 第1～13次報告

児童虐待相談件数の推移



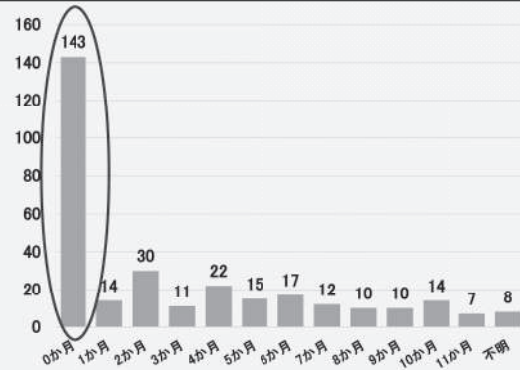
児童虐待相談対応件数(第13次)



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

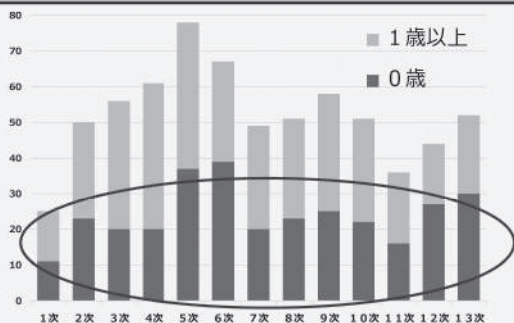
| 区分 | 人数 | 構成割合 |
|-----|-----|-------|
| 総数 | 678 | 100% |
| 0歳 | 313 | 46.2% |
| 0か月 | 143 | 45.7% |
| 0日 | 124 | 86.7% |

0歳児死亡の月齢別分布(心中以外)



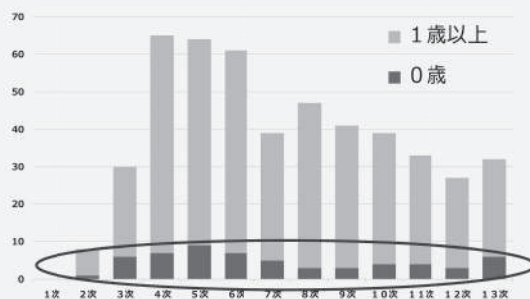
子ども虐待による死亡事例等の検証結果(第13次報告まで)

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布
(心中以外)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第13次報告までの累計)

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布
(心中)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第13次報告までの累計)

特定妊婦って何でしょうか？
誰が？、いつ？決めるのでしょうか？

特定妊婦とは？

児童福祉法第6条3の第5項中(平成21年4月1日)

出産後の養育について
出産前において支援
を行うことが特に必要と
認められる妊婦

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



そうした根拠はあるのか？

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

特定妊婦と児童虐待の因果関係

児童福祉法第25条の7

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

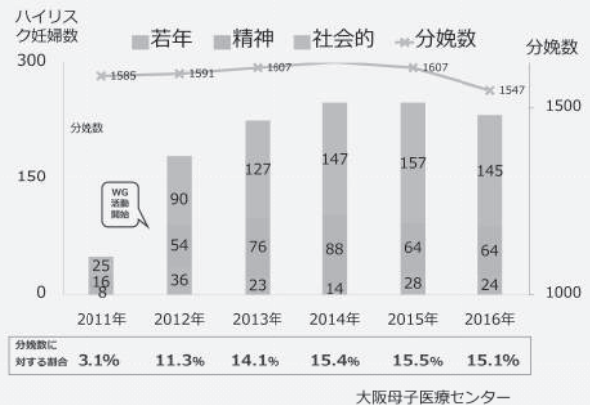
『ハイリスク妊産婦の把握』とは？

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



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

分娩数と社会的ハイリスク妊婦の数の変化



小括

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

妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン
大阪府

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

平成26年度大阪府内での
 3死亡+1重大事例は
 すべて特定妊婦でした

アセスメントシート

妊娠期からの子育て支援のための 医療機関と保健・福祉機関の連携について

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

大阪府アセスメントシート

6つの妊婦背景(31項目)から構成

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

母子手帳交付時に、
 保健師によって面談により評価

日本産婦人科医会「妊産婦メンタルヘルスクエアマニュアル」 p97

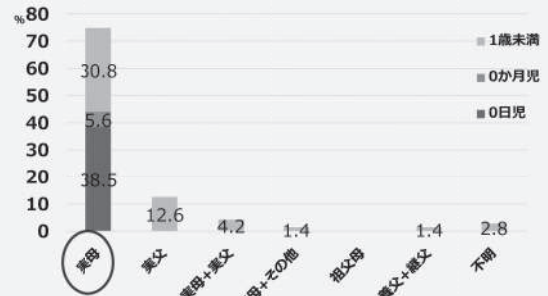
小括

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

今、なぜ妊産婦の
 メンタルヘルスなのか？

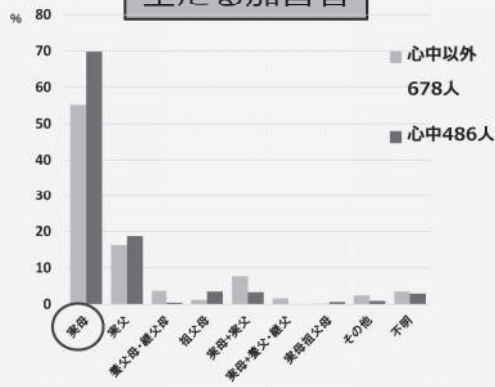
児童虐待死亡報告書からみた こころの問題

0日・0か月・0歳児事例の加害者 (心中以外)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第8~13次)

主たる加害者



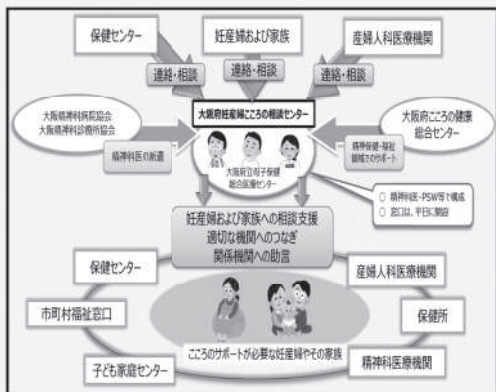
子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5~13次)

精神疾患のある実母の診断名

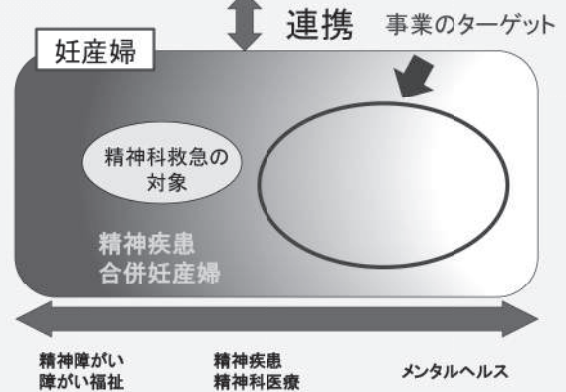
| 区 分 | 心中以外 45例 | 心中 64例 |
|------------------------------|-------------|-----------|
| 統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害 | 21 | 11 |
| 気分〔感情〕障害 | 20 | 40 |
| 神経症性障害、ストレス関連障害 及び身体表現性障害 | 10 | 17 |
| 生理的障害及び身体的要因に関連した 行動症候群 | 4 | 4 |
| 成人の人格及び行動の障害 | 3 | 2 |
| 知的障害<精神発達遅滞> | 1 | 0 |
| 心理的発達の障害 | 0 | 1 |
| 詳細不明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

子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5次~13次)

大阪府妊産婦こころの相談センター



育児支援



社会的ハイリスク妊産婦の支援によって 児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ

社会的ハイリスク妊娠とは



横浜市立大学産婦人科
倉澤健太郎

ぼんやりとしたイメージ

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

妊婦
産婦

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

すこやか

0日死亡

社会的ハイリスク妊娠

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

光田班の基本コンセプト

<参考>
不育症とは

不育症には治療法があります

妊娠はするけれども、流産、死産や新生児死などに繰り返し陥り結果的に子供を持たない場合、不育症と呼びます。

習慣（あるいは反復）流産はほぼ同意語ですが、これらには妊娠22週以降の死産や生後1週間以内の新生児死は含まれません。不育症はより広い意味で用いられています。

実は学会でも何回流産を繰り返すと不育症と定義するか未だ決まっていません。しかし、一般的には3回連続した流産・死産があれば不育症と診断し、原因を探ります。また1人目が正常に分娩しても、2人目、3人目が続けて流産や死産になった際、続発性不育症として検査をし、治療を行なう場合があります。

HP「不育ラボ」より

不育症でお悩みの方

- 不育症のリスク因子（検査費等）
- 流産回数との関係
- 治療成績
- 研究班からの進捗

不育症Q&A

研究者リンク

現在実施中の臨床試験

ハイリスク妊産婦に対する支援

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



児童福祉法第6条3の5項

特定妊婦 出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦

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

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

6

社会的ハイリスク妊娠

光田先生スライド

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

母児の妊娠転帰・育児に影響する

育児困難・児童虐待(死)・自殺・心中

『ハイリスク妊産婦の把握』とは?

光田先生スライド

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



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

分担研究者による定義づけ

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

9

分担研究者による定義づけ

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

10

| 項目 | 評価 | 備考 |
|----------------------|----|----|
| 1. 妊婦の健康状態(産前産後) | | |
| 2. 妊婦の生活状況(産前産後) | | |
| 3. 妊婦の精神状態(産前産後) | | |
| 4. 妊婦の社会関係(産前産後) | | |
| 5. 妊婦の経済状況(産前産後) | | |
| 6. 妊婦の教育状況(産前産後) | | |
| 7. 妊婦の職業状況(産前産後) | | |
| 8. 妊婦の妊娠経過(産前産後) | | |
| 9. 妊婦の出産経過(産前産後) | | |
| 10. 妊婦の産後経過(産前産後) | | |
| 11. 妊婦の育児状況(産前産後) | | |
| 12. 妊婦の児童虐待状況(産前産後) | | |
| 13. 妊婦の自殺リスク(産前産後) | | |
| 14. 妊婦の心中リスク(産前産後) | | |
| 15. 妊婦の他殺リスク(産前産後) | | |
| 16. 妊婦の児童虐待リスク(産前産後) | | |
| 17. 妊婦の自殺リスク(産前産後) | | |
| 18. 妊婦の心中リスク(産前産後) | | |
| 19. 妊婦の他殺リスク(産前産後) | | |
| 20. 妊婦の児童虐待リスク(産前産後) | | |

11

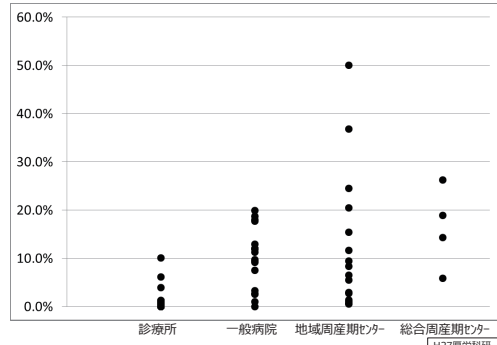
社会的ハイリスク妊娠の推定値

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

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

光田先生スライド

医療機関別に見た社会的ハイリスク妊娠の割合



H27厚労科研 光田

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

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

「自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか」(37%)

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

「MSWがいない」(66%)

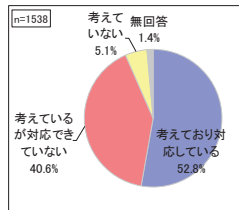
出生児を児童相談所等の公的施設を通じて引き取った(20%)

特別養子縁組を行った(15%)

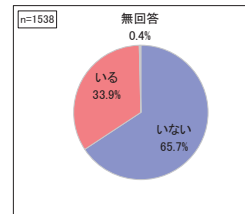
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦へのアプローチの現状

社会的経済的リスクを持った妊婦は
見守りの必要があると考えるか？



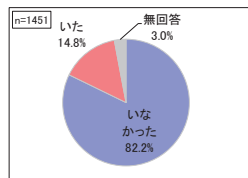
自施設にMSWはいるか？



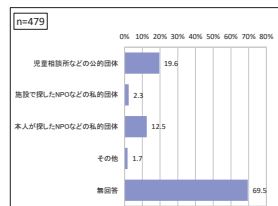
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦から生まれた児をどう扱っているか？

特別養子縁組になった症例はあったか



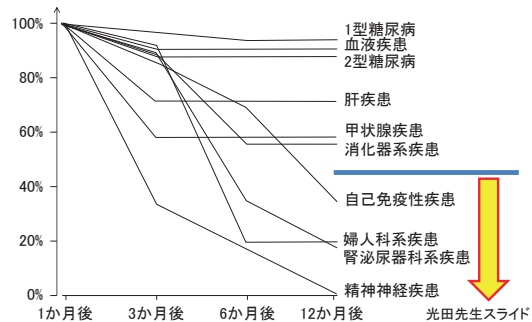
どこ施設へ収容されたか



光田先生スライド

医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

東京女子医大 小川正樹



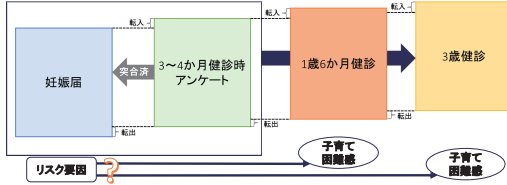
光田先生スライド

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

目的

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

データ・研究デザイン



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

H28厚労科研 光田班 伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

測定内容

アウトカム変数:1歳6か月健診:3歳児健診時の子育て困難感

「子育てについて困難を感じるがありますか」

→母親が「はい」「何ともいえない」「いいえ」で回答

子育て困難リスク群

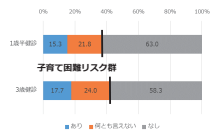
曝露変数:妊娠届で把握している項目

- 母親の年齢
- 妊娠届出時の週数
- 妊娠がわかったときの気持ち:「うれしかった」「予想外だがうれしかった」「予想外だったので戸惑った」「困った」「何ともいえない」「その他」
- 出生順位
- 里帰り出産の予定
- 困ったときに助けてくれる人の有無
- 現在の困っていること・悩んでいること・不安なことの有無: 1) 妊娠・出産について 2) 経済的なこと、3) 自分の身体のこと、4) 夫婦(パートナー)関係のこと、5) 家族関係のこと、6) 育児の仕方、7) その他
- 既往歴もしくは治療中の病気の有無
- 過去1年間のうつ傾向:2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状の有無

H28厚労科研 光田班 伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

結果

子育て困難感



本研究から言えること

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

子育て困難感を予測する妊娠届の項目(ロジスティック回帰分析)

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

H28厚労科研 光田班

伊丹・藤原(2017)第76回公衆衛生学会総会

通知基準(要支援群のオッズ比)

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

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

まとめ

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

妊婦健康診査における 要支援妊産婦の抽出と支援について



大阪母子医療センター 産科 川口晴菜

はじめに

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

目的

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



検討内容①

- ◆どのような対象を将来の児童虐待ハイリスクとするか？

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」
『平成28年度厚生労働省科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）』

入所群



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

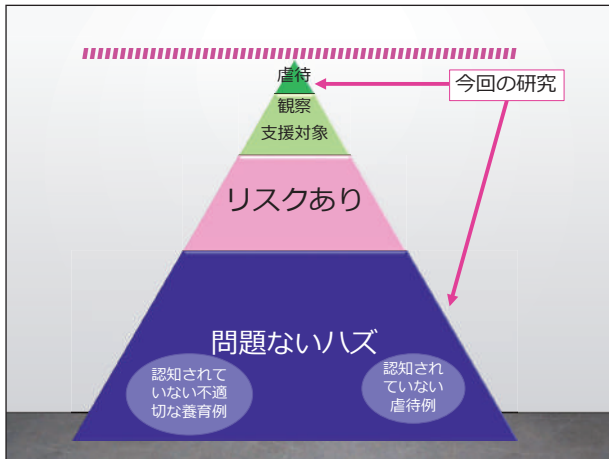
* 除外：母子健康手帳の複写がないもの

対照群



モデル地区
同研究の対照群となることに同意
(3歳半健診)

* 除外：モデル地区の要保護児童対策協議会に登録されているもの。



検討項目

◆ 背景因子

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

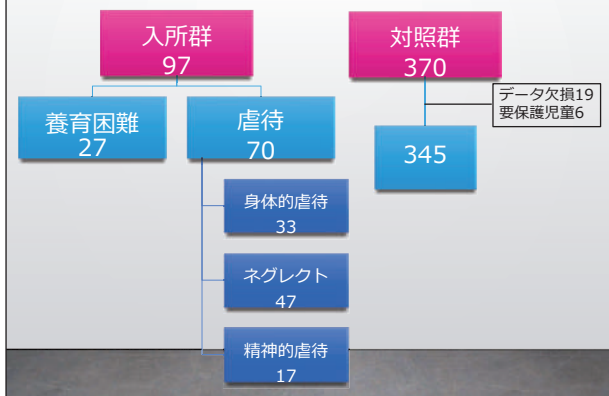
◆ 妊娠中の因子

初診週数、受診回数、妊娠中の尿蛋白、高血圧
分娩方法、輸血

◆ 児に関する因子

出生週数、出生体重、先天性疾患、多胎

結果：対象



■ 背景因子

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

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

■ 妊娠中の因子

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

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

■ 児に関する因子

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

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

入所群と対照群の比較 (多変量) 調査時点の年齢で調整

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

多重ロジスティック回帰分析

虐待や養育困難のリスクファクター

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

要保護・要支援児童の母親に関連するリスク因子

- 妊娠期アセスメントシートを用いた解析 -
(大阪母子医療センター金川らの研究より)

研究対象

期間：2013 - 2015年

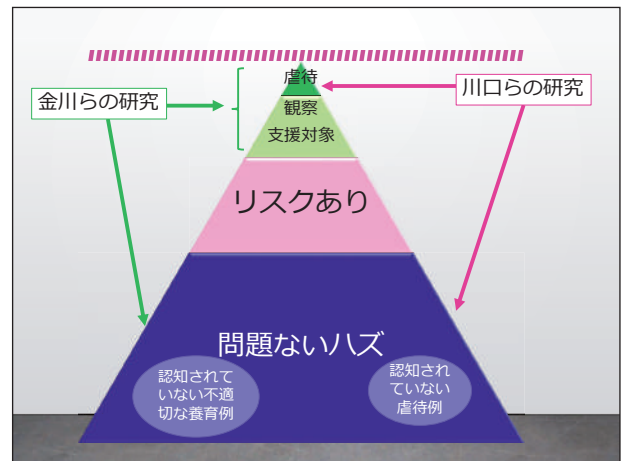
対象：大阪母子医療センターで管理

1-3歳時の育児状況が分かっている母親

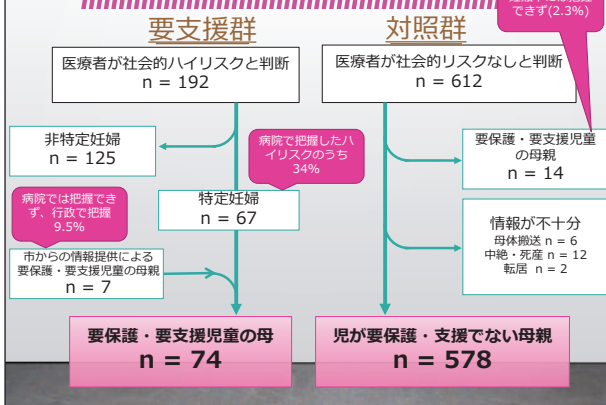
検討項目：

アセスメントシート(妊娠期):31項目

⇒『虐待ハイリスク妊婦』を効果的に抽出するために、当センターと大阪府で共同開発



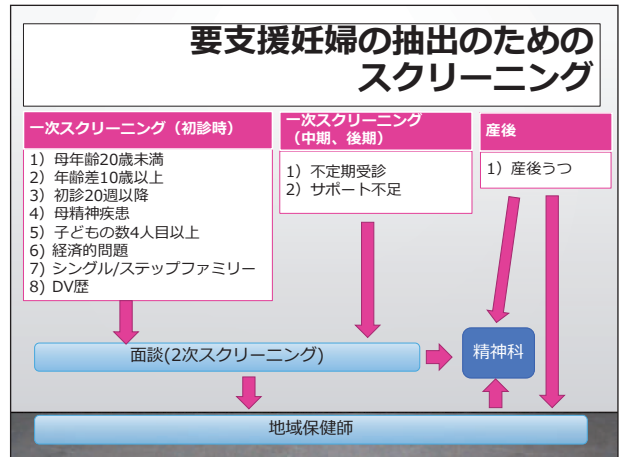
結果：対象



検討項目:アセスメントシート(妊娠期)

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

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



検討内容②

◆全産科医療機関で、どのように抽出するか？

大阪母子医療センターにおける要支援妊婦の抽出

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

育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するためのスクリーニング項目の検討

(大阪母子医療センター岡本らの研究より)

- ・2013年5月-2014年8月 当センターで生児を分娩した母

医療者が、妊娠中に将来育児支援必要と判断した高リスク群 274人

医療者が問題ないと判断した低リスク群 1667人

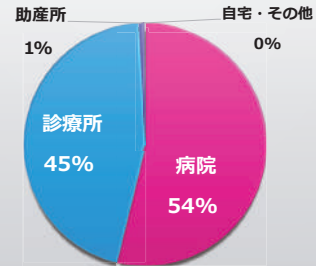
全体の14%

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

社会的ハイリスクの抽出に手慣れた面接者が選んだ項目

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

日本における分娩場所 (2015年 人口動態統計)



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

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

『平成28年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業研究』山藤班分担研究

First step 問診票のスコア化 (3医療機関で実施)

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

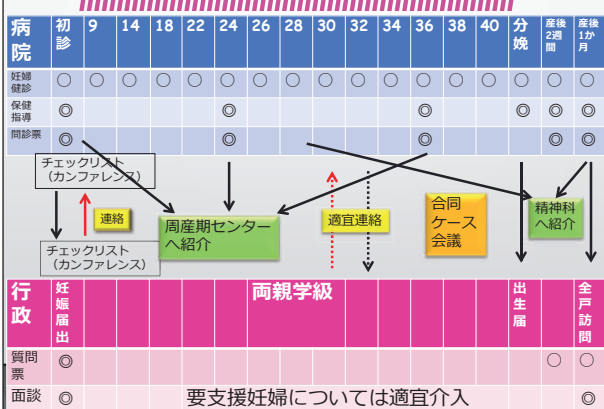


- すでに面接等により対象を選定し、行政機関と連携している施設での慣れたスタッフによる要支援妊婦の抽出

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

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

医療機関と保健機関の連携フロー図



まとめ

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



今後の展望

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

公開シンポジウム
第1部 妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

支援を要する妊婦への個別保健指導
大阪母子医療センターでの取り組み

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター
母性外来 看護師長 和田聡子

すこやかな妊娠と出産のために

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



産科診療の場では、
しばしば…

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

「この妊婦さん、なんとなく気になる…」

チームで対応
その後の連携の仕組み
一連の流れをつくる

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ
保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個人の感覚も大事だけど、
みんなで気づくことができるようにする
→業務化

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

この妊婦さん
なんとなく気になる

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

初診時の様子

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

問診票に基づいてお話を聴いていく
 例えば…
 ひらがなが多い、空欄が多い、覚えていない
全体的な印象をみる
 例えば…
 目線・表情・話し方・服装・同伴者

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

個別相談での状況について
 適宜医師・診察介助者に伝え
 情報共有する

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

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

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

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

これまでにかった病気等について教えてください。

| 年(歳) | 病気等 | 治療 |
|------|------|----|
| 18歳 | パニック | 内服 |
| 27歳 | うつ | 入院 |

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個別相談で大まかな情報を得る（社会的リスクを把握）

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

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

助産師・看護師による個別面談



1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

パートナーとの関係を知る

妊婦全員にDVスクリーニング

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



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

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

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

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

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

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

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

3. 支援のためのシステム

システム①

カルテ記録の工夫

電子カルテ上、看護記録のテンプレートを作成

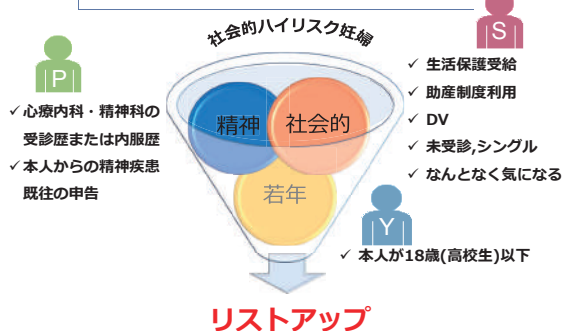
- ✓標準化
個別の話は長文になりやすいが、
一定の能力があれば誰もができるように
- ✓体系化
必要な情報を漏れなく。
個別相談での保健指導項目に合わせて
作成している。
- ✓一目でわかる化
長文を読まずとも、記号やアイコンで一目瞭然
急な受診や電話の際にも背景をすぐ把握する



3. 支援のためのシステム

システム②

情報を共有し、支援の方向性を統一
するためにリストアップする



3. 支援のためのシステム

システム③

社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ
で活動する

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





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

公開シンポジウム
社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ

県内統一の妊娠届書を 活用した支援

～小児科医の立場から～



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



妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している：1,671市区町村(96.0%)
(一部窓口で把握している場合も含む)
厚生労働省 平成27年度母子保健事業の実施状況

愛知県における妊娠届出書の統一項目

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

妊娠届出書による状況把握 (平成27年度)

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

愛知県健康福祉部
児童家庭課調べ

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

行政が把握した支援を要する妊婦

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

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

妊娠期からの支援の実施状況

支援の必要性が高いと想定される774人について集計

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

医療機関と行政機関の連携に関する課題

個人情報保護に関する課題

【医療機関から】

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

【市町村(保健機関)から】

- ・個人情報保護の理由で医療機関と情報共有できない
- ・医療機関間で認識に温度差がある

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

児童福祉法改正(平成28年10月1日施行)

医療機関と行政機関の連携に関する課題

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

妊婦への支援の困難さ

【医療機関から】

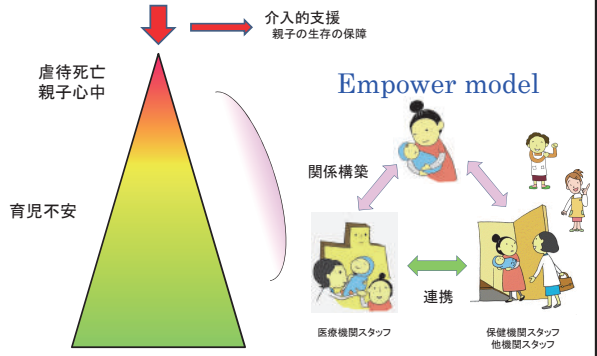
- ・支援が必要な人こそ危機感を持っていない
- ・連絡や訪問を拒否されてしまうケースが多い

【市町村(保健機関)から】

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

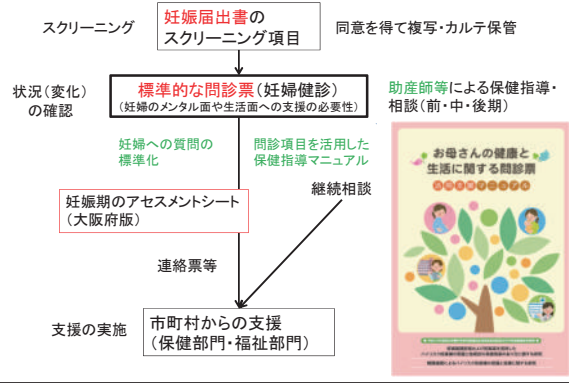
妊娠期からの支援モデル

Triage model



妊婦健診におけるモデル問診票の開発と支援

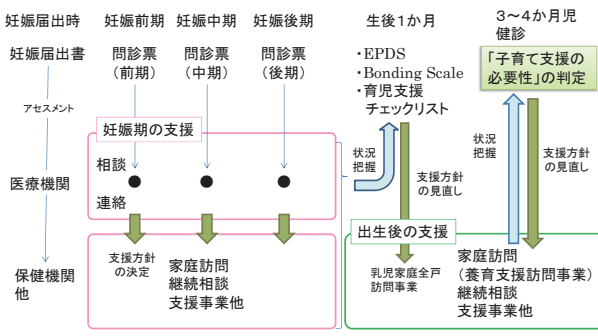
「妊婦健康診査および妊婦層を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者: 光田信明)



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

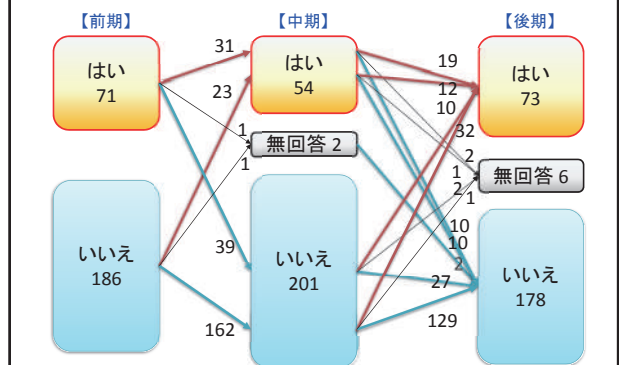
モデル問診票の試行と評価 (2016年7月～11月実施)

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



問診に見る妊婦の気持ちの揺らぎ (n=257)

最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。



モデル問診票を用いた支援の評価 (2016年7月～11月実施)

＜主な分析項目＞

妊娠届出書のスコア: 妊娠届出時

- 1: ローリスク群 (0～1点)、2: ハイリスク群 (2～5点)、3: スーパーハイリスク群 (6点以上)

問診の回答と担当者の判定: 妊婦健診(前期・中期・後期)

- 1: 順調、2: 相談継続、3: 他機関連絡

EPDSとBonding Scaleによるリスク判定: 生後1か月時

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

支援の受け入れ状況: 妊娠中および出生後

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

子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因): 3～4か月児健診

- 1: 支援不要、2: 自ら対処可能、3: 保健機関継続支援、4: 他機関連携支援

モデル問診票の試行状況と従事者の感想

| | 問診担当者の判定 | | | | | | | | |
|------------------|------------|-------|-------|------------|-------|-------|------------|--------|-------|
| | 前期 (n=149) | | | 中期 (n=151) | | | 後期 (n=135) | | |
| 妊娠届出スコア | 順調 | 相談継続 | 他機関連絡 | 順調 | 相談継続 | 他機関連絡 | 順調 | 相談継続 | 他機関連絡 |
| ローリスク群 (0～1点) | 99 | 20 | 0 | 102 | 17 | 0 | 89 | 17 | 0 |
| ハイリスク群 (2～5点) | 21 | 6 | 0 | 23 | 7 | 0 | 19 | 7 | 0 |
| スーパーハイリスク群 (6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% |

産科クリニック (年間出生250名) 問診票に記入してもらったことで、あまり気にしていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができました。

妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。

民間総合病院 (年間出生800名)

助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。

妊娠届出時と3～4か月健診時の状況

| 妊娠届出スコア | 子育て支援の必要性(親・家庭の要因) | | | |
|------------------|--------------------|--------|----------|---------|
| | 支援不要 | 自ら対処可能 | 保健機関継続支援 | 他機関連携支援 |
| ローリスク群 (0～1点) | 138 | 111 | 23 | 4 |
| ハイリスク群 (2～5点) | 33 | 26 | 5 | 2 |
| スーパーハイリスク群 (6点～) | 3 | 1* | 0 | 1 |
| | 100.0% | 80.4% | 16.7% | 2.9% |
| | 100.0% | 78.8% | 15.2% | 6.1% |
| | 100.0% | 33.3% | 0.0% | 33.3% |

妊娠届出スコアとEPDS-Bonding Risk



支援の必要性の判定と関連した問診内容 (ローリスク群)

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

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

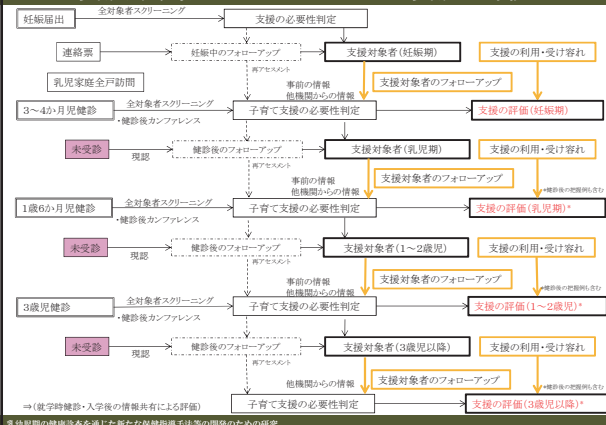
妊娠中と出生後の支援に対する評価

| 妊娠届出スコア | 妊娠中の支援 | | | | 出生後の支援 | | | |
|------------------|--------|------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| | 特定妊婦 | 要対協 | 受け入れあり | 受け入れなし | 受け入れあり | 他機関事業利用 | 受け入れなし | 受け入れなし |
| ローリスク群 (0～1点) | 138 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 23 | 2 |
| ハイリスク群 (2～5点) | 33 | 2 | 0 | 4 | 5 | 5 | 6 | 0 |
| スーパーハイリスク群 (6点～) | 3 | 3 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | 100% | 100% | 33.3% | 100% | 0.0% | 100% | 0.0% | 0.0% |

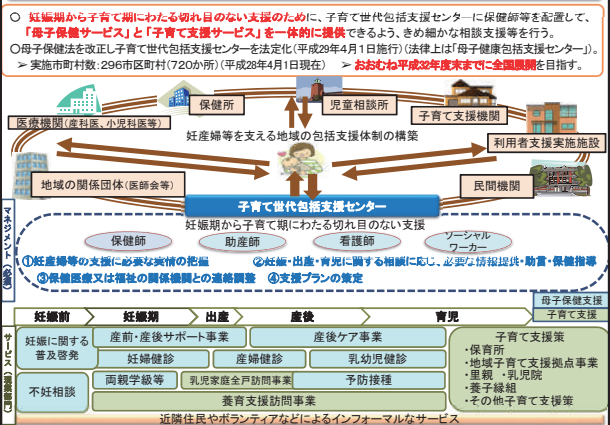
支援の受け入れと支援の必要性の関連 (ハイリスク群)

| ハイリスク群 | 支援の必要性の判定 | | | | 合計 | p=0.012 |
|--------|-----------|--------|----------|----|---------|---------|
| | 支援不要 | 自ら対処可能 | 保健機関継続支援 | 合計 | | |
| 妊娠中の支援 | 1 | 3 | 0 | 4 | p=0.006 | |
| 受け入れあり | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| 受け入れなし | 24 | 2 | 2 | 28 | | |
| 対象外 | 26 | 5 | 2 | 33 | | |

支援対象者のフォローアップと支援の評価



子育て世代包括支援センターの全国展開



Take home message

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

平成27年度～平成29年度「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者:光田信明)の分担研究として実施。

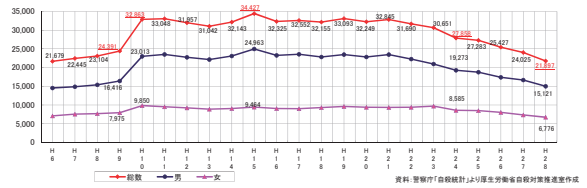
自殺対策の最新動向について

平成29年11月27日(月)

厚生労働省大臣官房参事官(自殺対策担当)
宮原 真太郎

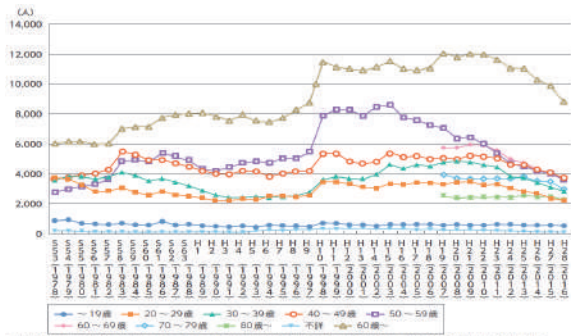
我が国における自殺の状況と自殺対策の経緯

- 自殺者数は5年連続で年間3万人を下回ったものの、依然として深刻な状況にある。
- 平成28年4月1日、自殺対策は内閣府から厚生労働省に移管。改正自殺対策基本法(議員立法)が施行。

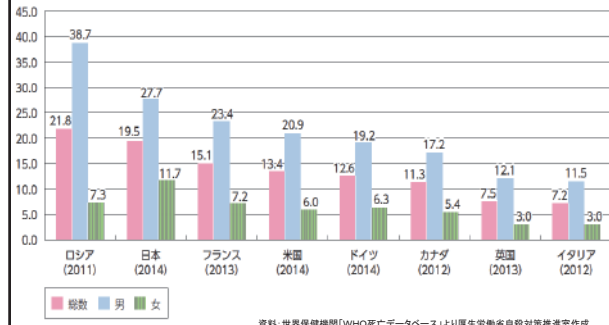


- 平成18年 6月 自殺対策基本法成立(議員立法、10月施行)
- 10月 自殺予防総合対策センターの設置
- 平成19年 6月 「自殺総合対策大綱」(閣議決定)
- 平成21年度 「地域自殺対策推進基金」(内閣府100億円)の設置
- 平成24年 8月 自殺総合対策大綱改定(閣議決定)
- 平成27年 6月 自殺総合対策の更なる推進を求める決議(参議院厚生労働委員会)
- 平成28年 3月 自殺対策基本法一部改正立法成立(議員立法、4月1日施行)
- 4月 自殺対策が内閣府から厚生労働省に移管
自殺総合対策推進センターとして機能強化
- 平成29年 7月 「自殺総合対策大綱」(閣議決定)

年齢階級別(10歳階級)の自殺者数の推移



主要国の自殺死亡率



自殺は、G7各国においても若年層の死因の上位を占めるが、日本だけが第1位となっており、死亡率も高い。

先進国の年齢階級別死亡者数及び死亡率(15～34歳、死因の上位3位)

| | 日本 | | | フランス | | | ドイツ | | | カナダ | | |
|-----|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|-----|-------|-------|------|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 自殺 | 4,557 | 17.8 | 事故 | 1,955 | 12.7 | 事故 | 1,710 | 9.1 | 事故 | 1,924 | 20.4 |
| 第2位 | 事故 | 1,775 | 6.9 | 自殺 | 1,286 | 8.3 | 自殺 | 1,450 | 7.7 | 自殺 | 1,066 | 11.3 |
| 第3位 | 悪性新生物 | 1,339 | 5.2 | 悪性新生物 | 1,089 | 7.1 | 悪性新生物 | 881 | 5.2 | 悪性新生物 | 528 | 5.6 |

| | アメリカ | | | イギリス | | | イタリア | | | 韓国(参考) | | |
|-----|------|--------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|--------|-------|------|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 事故 | 30,708 | 25.1 | 事故 | 2,038 | 12.1 | 事故 | 1,589 | 12.3 | 自殺 | 2,580 | 16.3 |
| 第2位 | 自殺 | 11,648 | 13.3 | 自殺 | 1,120 | 6.6 | 悪性新生物 | 889 | 6.9 | 事故 | 1,225 | 8.7 |
| 第3位 | 殺人 | 6,263 | 8.5 | 悪性新生物 | 1,070 | 6.3 | 自殺 | 920 | 4.8 | 悪性新生物 | 874 | 6.2 |

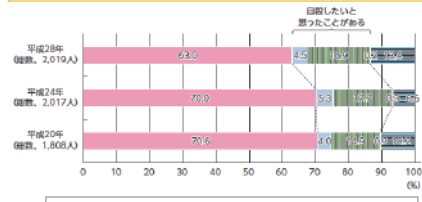
※ ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)の第10回修正版)の第18章(死因、傷病及び異常臨床所見、異常検査所見)を参照し、他に分類されないものを「該当するもの」として記載するもの

(資料出所: 平成29年版「自殺対策白書」、WHOより作成)

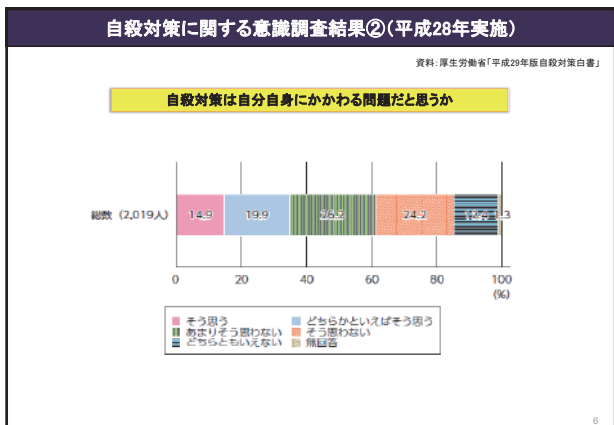
自殺対策に関する意識調査結果①(平成28年実施)

資料: 厚生労働省「平成28年版自殺対策白書」

これまでの人生のなかで本気で自殺したいと思ったことがあるか



自殺は「誰にでも起こり得る危機」



自殺対策基本法の一部を改正する法律 (平成28年3月30日公布、4月1日施行)

基本理念の追加(第2条)

自殺対策は、まぎるごとの包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きていく希望を持って暮らすことができるよう、その助けとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨とし、実施されなければならない。

○自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の諸領域施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。

自殺予防週間・自殺対策強化月間(第7条)

○自殺予防週間(9月10日～9月16日)を設け、啓発活動を広く展開 ○自殺対策強化月間(3月)を設け、自殺対策を集中的に展開

都道府県自殺対策計画等(第13条)

○新編標準・市町村は、それぞれ新編標準自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定めるものとする

都道府県・市町村に対する交付金の交付(第14条)

○国は、自治体等が自殺対策に、市町村自殺対策計画に基づいて、自治体地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その協力的かつ協力的な取組等を推進する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

【調査研究等の推進(体制の整備)(第15条)

① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用(先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供)

② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備

【心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等】(第17条)

学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵(かん)養等に資する教育・啓発、困難な事象、強い心理的負担を受けた場合等における対応の仕方等を身に付ける等のための教育・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める

【医療提供体制の整備】(第18条)

自殺のおそれがある者への医療提供に関する情報の収集、整理及び提供等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を定

必要な組織の整備(第25条)

○政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

自殺総合対策大綱の見直しについて

自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法第12条に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として策定。旧大綱は、平成24年8月閣議決定。おおむね5年を目途に見直し。

＜大綱策定までの経過・スケジュール＞

- 平成28年9月27日 第17回自殺総合対策会議 (会長: 厚生労働大臣。関係閣僚で構成)
 - 平成29年夏頃を目途に、新たな自殺総合対策大綱を策定できるよう、厚生労働省において、有識者から意見を幅広く聴取することを決定 → 検討会設置へ
- 平成29年4月26日第6回「有識者検討会」で報告書まとめ(5月15日公表)
 - 厚生労働省において、平成28年の自殺対策基本法の改正の趣旨や報告書を踏まえ、大綱素案を作成
- 平成29年6月14日～27日 パブリックコメント(大綱素案)
- 平成29年7月25日 第18回自殺総合対策会議(大綱案の決定) → 同日閣議決定

「自殺総合対策大綱」(概要)

※下欄は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

| | |
|--|--|
| <p>第1 自殺総合対策の基本理念</p> <p>誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す</p> <p>自殺対策は、社会における「生きることの障害要因」を減らし、「生きることの障害要因」を減らすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる</p> <p>障害要因: 過労、生活困窮、育児や介護疲れ、しりめや孤立等 促進要因: 自己肯定感、情緒できる人間関係、危機回避能力等</p> | <p>第4 自殺総合対策における当面の重点施策</p> <ol style="list-style-type: none"> 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す 自殺総合対策の推進に関する調査研究等を推進する 自殺対策に係る人材の確保、養成及び関係職員の研修等を行う 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する 適切な精神保健医療福祉サービスを届けられるようにする 社会全体の自殺リスクを低下させる 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ 遺された人への支援を充実する 民間団体等との連携を強化する 子ども、若者の自殺対策を更に推進する 地域課題による自殺対策を更に推進する |
| <p>第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識</p> <p>自殺は、その多くが追い込まれた末の死である</p> <p>年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態にはまだ続いている</p> <p>地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する</p> | <p>第5 自殺対策の数値目標</p> <p>先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年度に、自殺者数を平成27年水準の70%以下に抑え、自殺率(100万人当たり)を平成27年18.5⇒13.0以下(WHO: 41.5(1.2013)、米13.4(2014)、韓12.6(2014)、日11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))</p> |
| <p>第3 自殺総合対策の基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 生きるごとの包括的な支援として推進する 関係機関との有機的な連携を強化して総合的に取り組む 対応の迅速化を図り、心身の被害を効果的に軽減させる 学校・子育てを担い、推進する 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する | <p>第6 推進体制等</p> <ol style="list-style-type: none"> 国における推進体制 地域における多層的な自殺対策の推進 施策の評価及び管理 大綱の見直し |

第3 自殺総合対策の基本方針

5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

＜関係団体＞

保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の自殺対策に係る専門職の職能団体や大学・学術団体、直接関係はしないがその活動内容が自殺対策に寄与し得る業界団体等の関係団体は、国を挙げて自殺対策に取り組むことの重要性に鑑み、それぞれの活動内容の特性等に応じて積極的に自殺対策に参画する。

＜民間団体＞

地域で活動する民間団体は、直接自殺防止を目的とする活動のみならず、保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の関連する分野での活動もひいては自殺対策に寄与し得るということを理解して、他の主体との連携・協働の下、国、地方公共団体等からの支援も得ながら、積極的に自殺対策に参画する。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

自殺総合対策における当面の重点施策(ポイント)

●自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺を巡る現状を踏まえて、更なる取組が求められる施策 ※各施策に担当府省を明記 ※補助的な役割指の盛り込み(例: よいネットやライターの健康相談ダイヤルの認知拡大)

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| <p>1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する</p> <p>地域自治体等が、自殺対策の推進に主体的に取り組むよう、調査研究や実践的取組の支援を行う</p> | <p>2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す</p> <p>自殺予防週間や自殺対策強化月間等の機会に、自殺の実態や自殺の防止に関する啓発を行う</p> | <p>3. 自殺総合対策の推進に関する調査研究等を推進する</p> <p>自殺の実態や自殺の防止に関する調査研究や実践的取組の支援を行う</p> | <p>4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び関係職員の研修等を行う</p> <p>自殺対策の推進に資する人材の確保、養成及び関係職員の研修等を行う</p> | <p>5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する</p> <p>心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する</p> | <p>6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする</p> <p>適切な精神保健医療福祉サービスの提供を推進する</p> |
| <p>7. 社会全体の自殺リスクを低下させる</p> <p>ICT(インターネット)を活用した自殺対策の推進</p> | <p>8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ</p> <p>自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための支援を行う</p> | <p>9. 遺された人への支援を充実する</p> <p>遺された人への支援を充実する</p> | <p>10. 民間団体等との連携を強化する</p> <p>民間団体等との連携を強化する</p> | <p>11. 子ども、若者の自殺対策を更に推進する</p> <p>子ども、若者の自殺対策を更に推進する</p> | <p>12. 自殺対策に係る推進体制を更に充実させる</p> <p>自殺対策に係る推進体制を更に充実させる</p> |

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
(15)妊産婦への支援の充実

妊娠前から出産後の養育に支援が必要な妊婦、妊婦健診を受けずに出産に至った産婦といった特定妊婦等への支援の強化を図るため、関係機関の連携を促進し、特定妊婦や飛び込み出産に対する支援を進める。

また、出産後間もない時期の産婦については、産後うつ等の予防を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後の初期段階における支援を強化する。

生後4か月までの乳児のいる全ての家庭を訪問する、「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」において、子育て支援に関する必要な情報提供等を行うとともに、産後うつ等の予防等も含めた支援が必要な家庭を把握した場合には、適切な支援に結びつける。

産後に心身の不調又は育児不安等を抱える者等に対しては、退院直後の母親等に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保するとともに、産後ケア事業の法律上の枠組みについて、今後の事業の実施状況等を踏まえ検討する。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

12

SOSの出し方に関する教育

地域の相談機関や抱えた問題の解決策を知らないがゆえに支援を得ることができず自殺に追い込まれる人が少なくないことから、学校において、命や暮らしの危機に直面したとき、誰にどうやって助けを求めればよいかの具体的かつ実践的な方法を学ぶと同時に、つらいときや苦しいときには助けを求めてもよいということを学ぶ教育(SOSの出し方に関する教育)を推進する。問題の整理や対処方法を身につけることができれば、それが「生きることの促進要因(自殺に対する保護要因)」となり、学校で直面する問題や、その後の社会人として直面する問題にも対処する力、ライフスキルを身につけることにもつながると考えられる。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

13

11(6)若者の特性に応じた支援の充実

若者は、自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向もあると言われている。そのため、自宅への訪問や街頭での声がけ活動だけではなく、ICTも活用した若者へのアウトリーチ策を強化する。

支援を必要としている人が簡単に適切な支援策に係る情報を得ることができるようにするため、インターネット(スマートフォン、携帯電話等を含む。)を活用した検索の仕組みなど、支援策情報の集約、提供を強化する。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

14

大綱における指標

- 自殺予防週間(9/10～16)・自殺対策強化月間(3月)
→国民の約3人に2人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す
- ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守る人
→国民の約3人に1人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す
- よりそいホットライン:24時間365日の無料電話相談(0120-279-338)
フリーダイヤル つなぐ ささえる
こころの健康相談統一ダイヤル:地方公共団体の電話相談の全国共通ダイヤル
おなのおう まもろうと こころ
(0570-064-556)
→国民の約3人に2人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す

15

自殺総合対策の基本方針

～関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む①

〈様々な分野の生きる支援との連携を強化する〉

自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題のほか、地域・職場の在り方の変化など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係しており、自殺に追い込まれようとしている人が安心して生きられるようにして自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要である。また、このような包括的な取組を実施するためには、様々な分野の施策、人々や組織が密接に連携する必要がある。

例えば、自殺の危険性の高い人や自殺未遂者の相談、治療に当たる保健・医療機関においては、心の悩みの原因となる社会的要因に対する取組も求められることから、問題に対応した相談窓口を紹介できるようにする必要がある。また、経済・生活問題の相談窓口担当者も、自殺の危険を示すサインやその対応方法、支援が受けられる外部の保健・医療機関など自殺予防の基礎知識を有していることが求められる。

こうした連携の取組は現場の実践的な活動を通じて徐々に広がりつつあり、また、自殺の要因となり得る生活困窮、児童虐待、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティ等、関連の分野においても同様の連携の取組が展開されている。今後、連携の効果を更に高めるため、そうした様々な分野の生きる支援にあたる人々がそれぞれ自殺対策の一翼を担っているという意識を共有することが重要である。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

16

「地域自殺対策計画の策定に向けて取組をお願いしたい事項」(抄)
(平成29年6月15日全国自殺対策主管課長等会議資料より)

自殺対策には、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が必要であり、庁内でも、保健福祉関係部署だけでなく、子ども・子育て支援関係部署や教育関係部署、産業関係部署や住民窓口関係部署、さらには総合的な政策関係部署まで、様々な部署が関係してくる。首長のリーダーシップの下、庁内の自殺対策に係る関係部署を洗い出し、これらの連携体制を構築しておくことが考えられる。

併せて、庁内の関係部署が行う様々な事業の中から、自殺対策に資する事業を洗い出しておくことも有用と考えられる。

また、自殺対策には、庁内の関係部署だけでなく、医療機関やこころの悩みに係る相談機関、生活問題、教育問題、労働問題、法律問題等の相談機関や児童に関する相談機関、女性のための相談機関、さらには警察、消防、NPO団体など、様々な機関が関わってくる。改めて関係組織の取組を洗い出し、これらの連携体制を構築しておくことが考えられる。

17

自殺総合対策の基本方針
～関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む②

<「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組や生活困窮者自立支援制度などとの連携>

制度の狭間にある人、複合的な課題を抱え自ら相談に行くことが困難な人などを地域において早期に発見し、確実に支援していくため、地域住民と公的な関係機関の協働による包括的な支援体制づくりを進める「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組を始めとした各種施策との連携を図る。

「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた施策は、市町村での包括的な支援体制の整備を図ること、住民も参加する地域づくりとして展開すること、状態が深刻化する前の早期発見や複合的課題に対応するための関係機関のネットワークづくりが重要であることなど、自殺対策と共通する部分が多くあり、両施策を一体的に行うことが重要である。

加えて、こうした支援の在り方は生活困窮者自立支援制度においても共通する部分が多く、自殺の背景ともなる生活困窮に対してしっかりと対応していくためには、自殺対策の相談窓口で把握した生活困窮者を自立相談支援の窓口につなぐことや、自立相談支援の窓口で把握した自殺の危険性の高い人に対して、自殺対策の相談窓口と協働して、適切な支援を行うなどの取組を引き続き進めるなど、生活困窮者自立支援制度も含めて一体的に取り組む、効果的かつ効率的に施策を展開していくことが重要である。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

18

妊産婦のメンタルヘルス —児童虐待予防と妊産婦の自殺を防ぐ—

日本産婦人科医会
木下勝之

平成29年11月27日
厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業光田班

日常診療における 妊産婦の背景

1. 心身ともに健康に見える妊産婦

- 女性は養育者から愛されて育ち、特に母親との温かい思い出や良好な関係があり、夫との間に愛情と信頼がある場合、妊娠・出産は喜ばしいものとなる。
- 育児は自分を愛し、育てた母親の慈しみと重なり合い、喜びと希望を持って当たることができる。

2. 妊娠・出産に葛藤がある妊婦の場合

- 夫婦、姑との関係がうまくいってない。
- 計画してない望まぬ妊娠である。
- 就労女性に妊娠は、保育所がない、仕事と育児の両立、夫との家事の分担などで悩む
- 心に葛藤があっても、誰にも言わずに、日常生活を淡々と過ごしている。

3. 両親の別離や母親からの少女期の否定的養育経験や虐待の経験がある場合

心の世代間伝達の影響は大きく、自分が妊娠した時、親としてのモデルが描けないし、親としての役割意識を築くことができないため、生まれた子供に愛着を感じないし、適切な育児ができない—社会的ハイリスク妊娠

- 年々、このような女性が母親になる例が増えている。

4. 妊娠する前に精神科に通院していた妊婦

イライラが激しく、夫に暴力をふるうが、投薬を受けて、落ち着いている。

うつ症状が激しく、死にたいと口にしていたが、投薬で、落ち着いており、日常生活は普通に過ごし過ぎている。

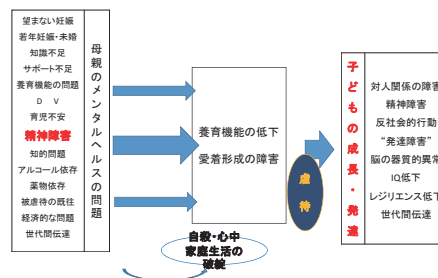
妊娠中及び産後の女性には、

- 心身ともに健康に見える妊婦群から
- 症状は示していないが、子供の時のネガティブな養育体験、両親の離別を経過するなどの、社会的ハイリスク妊婦群も存在し
- 妊娠中に、初めて、精神障害から精神疾患を患う妊婦や、心の病で悩んだ経験のある妊婦群もいる

このように、幅広いスペクトラムの妊婦の対象群が存在する

親から世代間伝達を受けた心の影響は、妊婦の、胎児・乳幼児の子育ての姿勢や実際に大きく影響する。

母親のメンタルヘルスの問題は、どのように子に影響するか



親の周産期精神障害による母子への影響

1. 夫婦間の葛藤、家庭生活を不能とし、育児もないがしろにされ、さらに社会的機能ができなくなる
2. 妊産婦の自殺
3. 子の前での配偶者暴力による乳幼児への心理的虐待、子への直接的なネグレクト、暴力による虐待
4. 虐待による児死亡

5. 妊婦の不安は、胎児に影響する

妊娠32週時の質問で得た心の不安の強さが、出生後81か月の子供の行動や情緒障害(過活動、情緒障害、関係性の障害)と密接に関係していたと報告(O'Connorら)

妊娠中の不安は、産後の不安やうつ病よりも強い相関がある

妊婦個人の心の悩み・葛藤、うつ病に対して薬物療法、精神療法も含めて、精神科医との連携で、手を差し伸べる必要がある

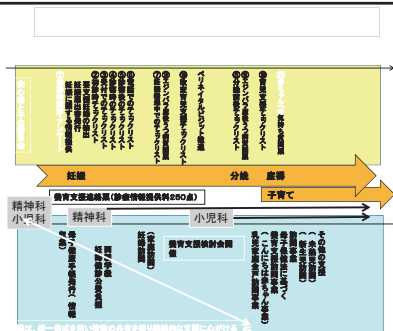
⇒ うつ病による母親の自殺予防

母と子の関係性障害が危惧されれば、妊婦のメンタルヘルスのサポートにより、生まれてくる子に対する計り知れないほど深い思いと愛情の発現こそ、子供の成長発育に最も重要である脳の健全な発育に必須であることを理解させて、愛着形成の援助を行う必要があり、出産後も ケアをつづけることが重要である

⇒ 乳幼児虐待、ネグレクトの予防

妊産婦メンタルヘルスの重要性と必要性

支援が必要な妊産婦の抽出・通知
(情報提供 & 共有・支援依頼)



妊婦、産後の母
3つの質問票によるスクリーニング

三つの質問票

育児支援チェックリスト

産後うつ病質問票 (EPDS)

赤ちゃんへの気持ち質問票

母親への質問表の利用

1. **育児支援チェックリスト**
(夫や周囲からの情緒的サポートの有無をふくめ、育児環境要因の把握)
2. **エジンバラ産後うつ病質問表**
(母親のイライラや抑うつ感を含めた精神面の評価)
母親は自ら抑うつ感を訴えて病院に来ることはないの
で、点数化して診断する。
(30点満点で9点以上をうつ病とする)
3. **赤ちゃんへの気持ち質問表**
(子供に対する愛情と育児評価)
子どもへの否定的な感情は乳幼児の虐待と関係がある。
0～3点 通常0点から高くて4～5点以内

妊婦、産後の母 3つの質問票によるスクリーニングの結果

- I. **Negative**— 心身ともに健康に見えるグループ
- II. **Positive**— 抑うつ 不安
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク
- III. **精神疾患の既往**
精神疾患の初期

Effect of perinatal mental disorder on the fetus and child

Louise M Howard,
Peter Piot
Alan Stain
PlumX Metrics

The Lancet
15 November 2014

143 の論文のサマリーより Key messages

1. 国際的に明確なエビデンスによれば、周産期精神障害は、青年期にまで持続することのある、広範囲な子供への負の影響のリスクと関連している。

2. しかし、そのリスクは避けられないわけではない。
母親の精神障害が重症ではなく、また慢性で長い経過でなければ、あるいは、他の悪条件がなければ、子への影響は一般的には小さいかあるいは、中等度である。

3. この種の研究は、母親に焦点が当てられていたが、近年増加している証拠によれば、父親の精神的健康もまた、子どもの発育障害と関連している。

4. この関連のメカニズムは、複雑であり、広く遺伝子から、他の生物学的、環境因子を含んでいる。

5. 研究は、子へのリスクを減らし、病んでいる親の症状を減じる
うでの、介入の効果を調査することを、最優先すべきである。

6. 「どのような親であるか」は、周産期精神障害の子へのリスクを
説明する上で、修正可能なカギとなる道筋であり、介入の際は、
特に親に的を絞るべきである。

7. 介入は、さらに悪条件が重なる場所では、最も重要になる。
例えば、子へのリスクが最も高い、社会経済的に劣っている
人々の地域等である。
また特に、低所得諸国や中所得の国々のように、数々のリスクが
存在して、資源の乏しい所では、さらに革新的な戦略が必要である。

低所得国

US\$ 1,006以上
US\$ 1,915以下

ウズベキスタン、インド、ガーナ、カ
メルーン、コートジボワール、ナイ
ジェリア、ニカラグア、パキスタン、
パプアニューギニア、ベトナム、ボ
ンジュラス、ポリビア、モルドバ、モ
ンゴル

中所得国

US\$1,916以上
US\$3,975以下

アルメニア、イラク、インドネシア、
ウクライナ、エジプト、エルサルバ
ドル、ガイアナ、カーボベルデ、
グアテマラ、グルジア、コンボ、コン
ゴ共和国、シリア、スリランカ、スワ
ジランド、トルクメニスタン、トンガ、
パラグアイ、フィジー、フィリピン、
ペルー、マーシャル諸島、ミクロ
ネシア、モロッコ

国連及び世銀の分類による

例 うつ病

低所得及び中所得諸国

ヘルスワーカーの存在で対応

妊産婦の自殺も大きな割合を占める

高所得諸国

妊産婦の自殺⇒向精神薬のリスクと

副作用の問題に対応が必要

うつ病

妊婦の胎児と生まれた子への影響

1. 子どもを可愛がり、自分で育てることが
出来ない状況では、幼児期から青年後期
までに、うつ病発症率を上げるリスクが高い
2. 妊産婦の疾患の持続により、
家庭は社会経済的に恵まれない

LMICsでは

周産期のうつ病

乳幼児の成長不良や発育阻害と関係がある
合併症が増える

HIV感染の9割は、サハラ砂漠の南に居住
妊娠中にHIVの感染が発見されると、うつ病発症の
リスクが高まる。

抗レトロウイルス療法を忠実に受けない傾向があるので、
母親に忠実に精神的健康に注意を払う必要あり

周産期精神疾患による子への負の影響は避けられ得る

治療可能な要因とは

親の子育ての質、
社会的サポート
親の疾患の期間と重症度

早期介入の必要性が高い
有効な状況判断を行う
両親への対処と育児スキルの向上を指導する

父親の精神疾患の影響

うつ病の影響

頻度高い
子どもに負の影響

対応 母親にとって、特にパートナー/配偶者の社会的サポートが必要
パートナー/配偶者の暴力は、周産期精神疾患の
高いリスクファクターとなる

周産期精神疾患の英国社会と公共サービスへ与える経済的損失

長期的損失は、毎年80億ポンド(1兆2080億円)以上と推定

周産期精神疾患に対応するための事業が足りない
政府、専門機関、組織による喫緊の行動が必要

NICE(英国国立医療技術評価機構)による産前産後のメンタルヘルスに関する手引き

高所得諸国 実現可能性のある介入が進められている

低中所得諸国

収入の損失、家族と子供の健康と栄養が不足のため、
周産期精神疾患の経済的損失は大きい、⇒
社会的介入により、母子の身体的精神的健康改善が可能となる。
その結果、様々な新しい持続可能な開発が可能となる。

周産期メンタルヘルスの重要性

周産期メンタルヘルスプロジェクト (日本産婦人科医会)

目的: 心理社会的ハイリスク妊産婦(子どもの養育や愛着形成に問題が起きそうな妊産婦)を、
早期に発見して適切な支援に結びつけていくための
体制を作る

○全ての妊産婦を対象にしたスクリーニング
:特定妊婦、精神障害合併妊産婦の把握

○心理・社会的状態を共通の尺度で評価
:3つの質問票
育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)、
赤ちゃんへの気持ち質問票

○多職種連携での切れ目のない支援
:産科医療機関でのケア、地域でのケア、専門的ケア(精神科)

①妊産婦メンタルヘルスマニュアルの作成、
配布、出版

②教育・研修システム:
・産科医、保健師、助産師を対象とした講習
・専門看護師・助産師・心理士の育成
・精神科医、小児科医を交えた研修
・妊産婦や家族への啓発活動

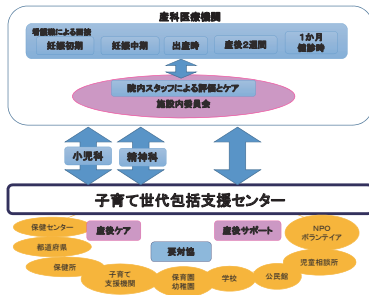
③連携システム
産科医療機関ー行政機関ー精神科ー小児科
ーその他の関連機関・事業



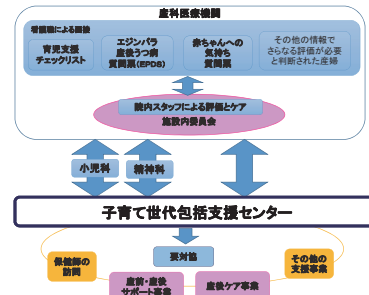
妊産婦メンタルヘルスマニュアル(目次)

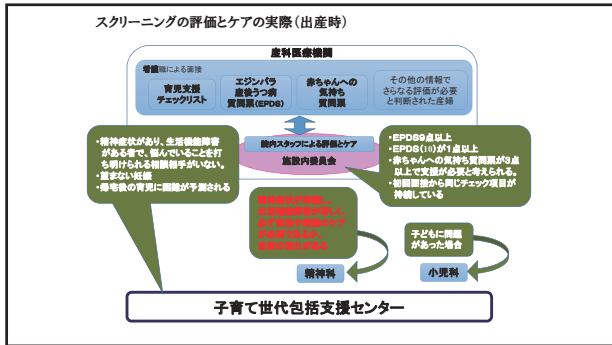
- I. 本マニュアルについて
- II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性
- III. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識
 1. 妊産婦の心理
 2. 妊産婦メンタルヘルスマニュアルの不調と障害
 3. 母子の関係性(母子相互作用)
 4. 乳幼児の発達
- IV. 妊産婦メンタルヘルスマニュアルの実践
 1. 妊産婦への対応の基本
 2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング
 3. 精神科への紹介が必要なケース
 4. 小児科へつなぐ
 5. 助産師・看護師・保健師の役割
 6. 特定妊婦について
- V. 妊産婦メンタルヘルスマニュアルにおける多職種協働チームの意義と実際

スクリーニングとケアの時期



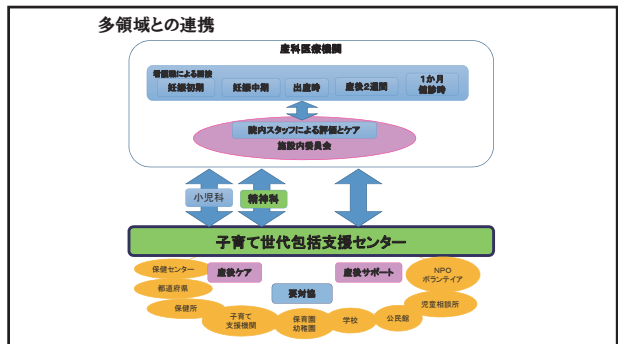
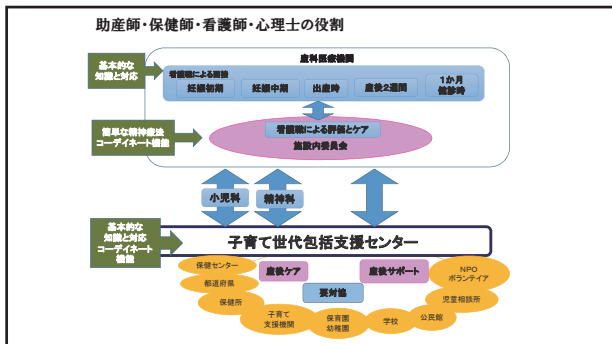
三つの質問票によるスクリーニングとケアの実際(出産時)





周産期の精神障害

- 妊娠前から精神障害に罹患している場合 (精神疾患合併妊娠)
 - 気分障害、神経症性障害、統合失調症
 - 妊娠前からの精神症状のコントロール、適正な薬物療法、周産期特有の精神症状の変化への対応、養育機能の評価や養育支援を進めていくための多職種による連携が必要
- 妊娠中もしくは出産後に新たに精神障害を発症する場合
 - 妊娠うつ病、産後うつ病、産褥精神病
 - 産科スタッフによる早期発見、早期支援により速やかに精神科医療につなぐためのシステムが必要



精神科との連携

産科側 (対象: 都内の分娩施設185: 回収率74%)

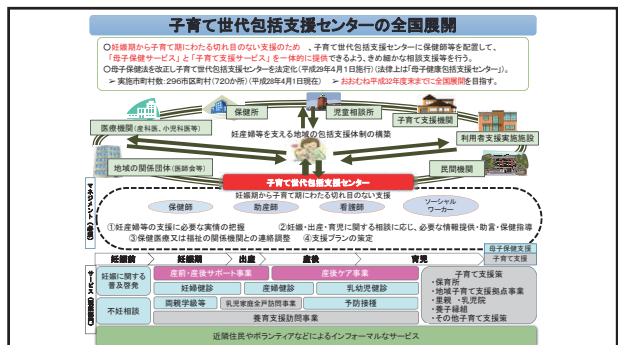
- ・精神科医に紹介する際に困ったこと 重症度の判断が難しい 54%
- ・精神科との連携 十分には取れていない+とれていない 67%

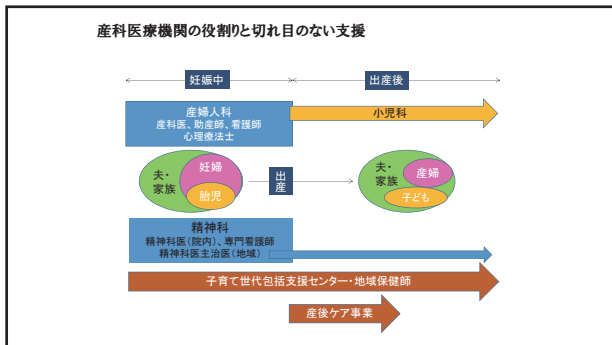
鈴木俊治他、周産期医学 45: 1802-1806, 2015

精神科側 (対象: 都内の精神科病院68: 回収率57%)

- ・診療を継続する場合に対応に苦慮したこと 薬剤の調整 83%
- ・産科との連携 67%

竹内 崇、精神医学 58: 141-148, 2016





精神疾患の妊産婦に対して、産科又は産婦人科の外来における指導に係る評価を新設する。

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1(月1回) 1,000点

産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村(特別区を含む。)又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

今後の方向性

○教育・研修プログラムの作成

- ・日本看護協会、日本助産学会、日本助産師会との協力
- ・セミナーの開催、Webを使った研修
- ・専門のスキルをもった看護師、助産師、心理士の養成

○多領域連携システムの構築

- ・行政の支援システムとの連携
- ・精神科関連諸団体との協力
- ・周産期の精神障害の取り扱いと地域の精神科医療システムとの連携
- ・小児医療との連携

妊婦 3つの質問票によるスクリーニング

- I. Negative—心身ともに健康に見えるグループ
- II. Positive—抑うつ 不安
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク
- III. 精神疾の既往
精神疾患の初期

3つの質問票によるスクリーニングで、
Negativeである
心身ともに健康に見えるグループ
への対応

現実社会の教育現場の実態

子どもが可愛くない⇒ネグレクト
愛着障害
乳幼児虐待
DV
不登校、引きこもり
拒食症
いじめといじめられ
子供の自殺等

55

現代社会では
健全な母子関係を築くことが
難しくなった背景

1. 少子化社会、核家族化

57

- ①数少ない、貴重な子供に、親が甘えて、子は、親に甘えられない。
育児ノイローゼや児童虐待が起きやすい
- ②子は成長に応じた気持ちを持っている。しかし、親は子供の気持ちを
理解しようとしにくい。その結果、親の葛藤が子供に向きやすい

③家庭内の仕事は、無駄が多くても、コツコツとやり遂げなければ、
動かない。でも、夫から、合理的にとか、無駄を省けとか、
ビジネスライクを求められると、子供の心が緊張しやすい

④核家族化のために、孫、親、祖父母同居等の、基本的な家族構造
が確立しにくい。その結果、子供の成長に伴う心の変化によって、親
の葛藤が再燃しやすい。 (渡辺久子先生による)

2. ITC・AI時代のスマホ社会

60

総務省白書 28年版
「少子高齢化等我が国が抱える課題の解決とICT」

第1部
～IoT・ビッグデータ・AI～ネットワークとデータが創造する新たな価値～

Key words

IoT (internet of Things)
ビッグデータ
AI(人工知能) --- ロボット

ネットワーク
データ

スマートフォン社会の到来
生活の中心になりつつあるスマホ

ヒアリングから得られた
ミレニアル世代(20代)のネット利用傾向

SNS LINE, Face book, Twitter, Instagram
動画
ネットショッピング
情報収集・検索

(出典)総務省「スマートフォン経済の現在と将来に関する調査研究」(平成29年)

スマホを未就学児に使わせる親
総務庁の調査(2015)

| 年齢 | 使用者頻度 |
|-------|-------|
| 0、1歳児 | 10%台 |
| 3歳児 | 35.4% |
| 5歳児 | 41.5% |

現代では、それぞれさらに20%増えている。

保護者意識調査

対象: 0～6歳の未就学児の保護者1,149人

目的: 生活習慣とインターネット利用について

方法: ウェブアンケート方式

大学教授などの専門家で作る「子どもたちのインターネット利用について考える研究会」(子どもネット研、座長・坂元章・お茶の水女子大学教授)

67

調査結果

スマホを使っている子供は56%。

0～6歳の子供の割合が半数を超える。

利用を始める年齢は2歳が最多で、約6割が2歳までに使い始めていた。

若い親は、乳児にスマホを持たせると、泣き止むので、育児にスマホをつかう。

端末内に保存された動画や写真も含め、

動画を見ている子供が多かった。

68

親子関係への影響

遠藤さんは

「スマホが家族の会話を奪うのではなく、子どもへの無関心や放置がスマホへの依存を生む」と指摘する。

「スマホの使いすぎを心配する保護者には、子どもと話す時間が減っていないかを気にかけてほしい」と話す。

⇒ **子どもとのコミュニケーション不足**

69

考察

年齢別の情報端末の利用率は、2015年の総務省調査に比べ、

0～6歳のすべての年齢で今回の調査の方が高く、1歳、3歳、6歳児では約30ポイント上回った。

子どもネット研では「低年齢化が進んだ」「**子どもとのコミュニケーション不足**」とみる。

現在の日本社会の異常な状況

71

世界のICTインテリジェント化とAIネットワーク化に関する人の知能の進化は止まることはなく、経済的繁栄には貢献している。

しかし、

生物界で人間の脳の発達は一番ゆっくりしており、人の心と精神の世界は、知能による進化に追いついていかない。

72

スマホに没頭する幼児・学童は、母と子のコミュニケーションは少なく、母子関係を基盤とする、健全な人間関係性が築けないことが多い。

しかし、大人はスマホ1台あれば一人で便利に生活できる。その結果、人と人、男と女等、両者間の関係性を身に付けるチャンスは減り、人は孤独になり、心を病む機会が増えている。

73

総務省の対応

- インテリジェント化が加速するICTの未来に関する研究会
(平成27年1月27日)
- ICTインテリジェント化影響評価検討会議
(平成28年2月2日)
- AIネットワーク化検討会議報告書2016
(平成28年6月20日)

74

「智連社会における人間像」と題して検討

- ICT・AIネットワークシステムが人間の生活をいかに豊かにし、幸せにするかの議論
- 雇用の形態がいかにかわるか
- 人の知能をロボットが代用してくれて、仕事量が減るから自由な時間ができる等の議論が中心である

75

ICT, AI, ロボットを統括する 総務省の委員会で議論すべき内容

76

日本社会は、インターネットが普及し、ICT・AIの時代になり、スマホ社会になった。

これからは、親子、兄弟、男女、人と人との関係性は希薄となり、男も女も結婚せず、家庭を持たず、子どもも作らず、益々少子化が進むと危惧される。

一方、スマホの乳幼児・学童への弊害は大きく、母子関係をはじめ、人と人との関係性を身に付ける機会は減る。

77

インターネット社会は、さらに展開し発展することを止めることはできない。

それでも、人間社会は、母子関係から始まり、人と人が直接接して会話をすることを通し、他人との健全な関係性を身に付けることで、成立させている生物である。

そこで、スマホ世界の高いハードルを越えて、健全な人との関係性を身に付けて、住みよい、豊かな社会を創造するためには、いかなる方策を取り、実践すべきかに関して国を挙げて、議論を盛り上げるべきである。

78

IOTインテリジェント化と
AIネットワーク社会になっても
人的資源の確保と人の質的向上による
健全な人間関係の社会構築こそが
国の繁栄の基本である

79

James J Heckman

Giving Kids A Fair Chance
子供たちに公平なチャンスを与える
「幼児教育の経済学」

80

1. 幸せな人生を送れるかどうかは、IQテスト
や学力検査で測定される認知的スキルだ
けでは決まらない。

肉体的・精神的健康、根気強さ、注意深さ、意
欲、自信、協調性といった非認知的要素が必要
である。

81

2. 認知的スキルも社会的情動的スキルも
幼少期に発達し、その発達が家庭環境と
その生活の質によって左右される。

82

3. 幼少期の介入に力を注ぐ公共政策によっ
て、問題を改善することが可能である。

83

Center on the Developing Child, Harvard University
National Scientific Council on the Developing Child
National Forum on Early Childhood Policy and Programs

「From Best Practice to
Breakthrough Impacts」
最善の方法から革新的な効果へ
子供たちと家族のより確かな未来のために
—科学に基づいたアプローチ—

84

行動科学と社会科学
神経科学
分子生物学
エピジェネティクスの成果

数10年にわたる研究
乳幼児の脳の発達と行動の研究に基づく
知見をまとめた

55

早期幼児発達学

56

親と子の応答しあえる関係と
子供の生活上の前向きな経験により、
健全な強い脳の構造は作られていく

脳の基礎は母と子の力で幼少期に作られる

57

- 胎児期に脳の基本的構造を備えて生まれてくる。
- 人が行う精緻な働きを発揮するには、
神経細胞のネットワークを整える必要がある。
- 神経細胞の数は、胎内にいるうちにピークに達し、その後は
徐々に減っていく。
シナプスの数も、1〜3歳までに急激に増やした後は、
徐々に刈り込んで pruning 減っていく。
(prune:余分なものを取り除く、刈り込む、切り取る)

58

- 人の機能を持ち、調整するために、脳内では不要な
回路を除き、神経細胞の再編成を行う。
- また、神経伝達物質(GABA)の反応も、興奮が年齢
とともに抑制的に働くようになることで、必要以上に
情報が広がることを防いでいる。

59

幼少期の経験は、脳に影響を及ぼす

60

父母、兄弟はもとより、親戚、幼児教育者、看護婦、ソーシャルワーカー、クラブのコーチ、近隣の住民等、社会ではその他の大事な役割を果たす大人たちともかかわることになる。

スマホとでなく、人々との関係:

知的、社会的、感情的、行動的な成長など、
すべての発達過程に影響を及ぼす。

幼少期における周りとの関係の質と安定性は、将来的な成長結果の基盤となる。

そのカギは**教育**である

何処で

家庭で
学校で

両親学級で
妊婦健診・保健指導の場で

誰に

妊婦と親へ

母に
父に
子供に

教師に

何を

- 母親の存在と子育ての意義
- 子の成育は子の脳の発育である事
- 子にレジリエンスを身に付けさせること

我々が教えて、
妊婦が理解して、実践すべきこと

1. 母親の存在意義

妊娠中も、出産後も、胎児と子は心身共に母に依存している存在であり一対である

母親は、母と子は一対の関係にあることを自覚すること

母の子育の意義を理解し、その役割を自覚すること

97

子供たちは、先ず家族との
関わりあいの中で発育する

-サーブとリターンの関係-

98

子と母や父のように
子を大事に思う人との間の
サーブとリターンの関係

子供のサーブ: パブパブ言ったり、
表情やジェスチャーで、
又泣くことで。

応答してあげる大人のリターン:
アイコンタクトや言葉をかけ、抱っこしてあげる。
言葉にして話しかける
ジェスチャーや感情表現することで。

99

出生後の子供の脳の構造上、機能上の発達は、
子供と両親あるいは地域の養育者との間で、大人が愛情を基本に子供を**大事に世話し、育てること**と、それに対して、子供が**反応すること**の相互作用で出来上がっていく。

100

長く一緒にいる人と子供との間で、自然にこの関係が続くと、コミュニケーションや社会的能力の発達を促す神経結合が強化される。

101

大人の応答が不安定であったり不適切、また応答が帰ってこない。

⇒

子供の脳の発達が滞る。
後の学習、行動、健康を害する。

この親と子のサーブアンドリターンによる、お互いの活発なやり取りは、健やかな発達に必要不可欠で、正しく脳の構成を作り上げるものである。

102

2. 子どもの人生で試練・困難に打ち勝つ力である「レジリエンス(回復力)」を身に付けさせること

103

苦悩や困難の経験がどんなものであれ、それを乗り越えられる人に共通点がある

104

子に支えや基盤をあたえ、保護してくる大人の存在こそ、子が成長過程における、発達妨害をやわらげ、計画力、正しい行動、変化への適応能力などの習得を助ける。

そのような大人の存在こそが、子の人生で、必ず遭遇する、試練や困難な状況への対処ができる力を身に付ける基本である。

この、支えてくれる親や大人との良い経験や関係により、子が獲得する、試練・困難への適応能力・克服能力は、「レジリエンス」(立ちなおりの力)と呼ばれ、子供の基盤を作る。

105

3. 幼少期から成人早期に至る、**前頭前皮質**の発達を促す

実行機能と自己制御能力の中枢を刺激する日常生活を送ること

107

- **前頭前野:**
- 思考や創造性を担い、複雑な認知行動を抑制する作用をつかさどる中枢。
- 前頭前野の再編成は生後3~4歳の、遅い時期に行われる。
- ストレスが強い乳幼児期を送り、再編成が遅れた子供は切れる状況が起る。

108

- 子供たちは、この能力を持って生まれるわけではなく、種々の事柄に反応し、その能力を形作り、発達され得る基盤となる「可能性」を持って生まれる。

実行機能と自己制御の基盤作りは、幼少期におけるもっとも重要で、最も難しいタスクの一つである。

100

基礎の先の能力(推理力、語学力、感情的回復、社会適応力などの回路)を作る機会は、幼少期中期から思春期、成人にいたる健全な発達に必須の要素である。

110

実行機能と自己抑制力を育てる基本

1. 親は、友達をつくり、共感する心や他人の痛みを感じることができるよう教えること。
2. 他人を助けることを教え、年齢相応のボランティアワークに参加させること。
3. 家庭で、あるいは、自分のことで、決まりきった仕事を最後まで続けさせること。
4. 学ぶこと、スポーツ、レクリエーション、休息。
5. 健康に食べ、運動し、休む等自分の一日を自分で決めて実行させる。

6. 小さな目標を立てさせて、実行させる。
7. 自分の体験をポジティブに取られることを身に付ける。
8. 将来のことを希望的に見ることを身に付ける。
9. 自分を発見する機会を作る。
10. 変化は人生の一部であることを受け入れる

成長の結果とは、

自信、精神的な健康状態、学習意欲、学校の成績、将来の職場での行動力と衝動の抑制や問題解決能力、身体的健康のリスクに関する行動、友人や大切な人と関係を作る力を持った人となり、よい親になることである。

113

妊婦 3つの質問票によるスクリーニング

- I. Negative—心身ともに健康に見えるグループ ⇒ 親の教育で対応
- II. Positive—抑うつ 不安 ⇒ 妊産婦メンタルヘルスケアで対応
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク
- III. 精神疾の既往 ⇒ 妊産婦メンタルヘルスケアで対応
精神疾患の初期

おわりに

115

過去10年にわたる、乳幼児の脳の脳神経科学と行動科学の成果は、親や養育者である大人との間の相互の関わり合い(サーブアンドリターン)を基礎とした子育てによって、子の脳は健康に発育し、機能を発揮し、健全な子として成長することを証明した。

116

この事実から、どんなにICT・AIの時代が到来しスマホの社会になっても、母親の存在意義はスマホを介することなく、子と直接接し、話しかけ、健全な母子関係を築くことである。

そのように育つ子供は、成長とともに、他人との健康な人間関係のもとで、生活することが可能となる。

117

2017年11月22日
厚生労働科学研究費補助金
教育医療克服等次世代育成
基金研究事業
光田班報告

妊産婦の自殺—その実態

順天堂大学医学部産婦人科学講座 特任教授
埼玉医科大学総合医療センター 客員教授
竹田 省

母体安全への提言2016

妊産婦死亡症例検討評価委員会(厚生労働省化学研究班:池田智明)・
日本産婦人科医会(平成29年8月)

| 原因 | 頻度 (%) |
|-------------|--------|
| 産科危機的出血 | 23% |
| 脳出血 | 15% |
| 羊水塞栓 (心肺虚脱) | 13% |
| 大血管 | 10% |
| 心 | 10% |
| 肺疾患 | 8% |
| 感染症 | 7% |
| 偶発 | 7% |
| その他 | 8% |
| 不明 | 9% |

| 原因 | 頻度 (%) |
|-------------|--------|
| 羊水塞栓症 (子宮型) | 49% |
| 子宮破裂 | 10% |
| 弛緩出血 | 10% |
| 胎盤早期剝離 | 8% |
| 子宮内反症 | 6% |
| その他 | 17% |

妊産婦死亡の原因別頻度 (n=277) 2010-2016年 277例
妊産婦死亡の原因別頻度: 産科危機的出血の原因別頻度 (n=84)

妊産婦の死亡診断(死体検案)書の書き方 (厚生労働省)

- 我が国の死因統計(人口動態統計)は ICD-10 (2003版)を適用していたが、2017年1月1日より死亡診断がICD-10(2013年版)に基づく
- ICD-10(2013年版)1)は、**間接産科的原因**の規定に適合するという前提で、**自殺を含む外因死等を妊産婦死亡に含めるべきであることが追記**
- 循環器疾患・悪性疾患などの疾患が妊娠の生理的作用によって増悪することも知られ、以前から妊娠中又は妊娠終了後1年未満の**間接産科的妊産婦死亡あるいは後発妊産婦死亡**となっていた
- 「自殺」だけでなく、妊娠中又は妊娠終了後1年未満に妊娠の生理的作用によって悪化した「**悪性疾患**」「**既往疾患**」などによる死亡も**妊産婦死亡、後発妊産婦死亡である**ことを再認識し、死亡診断書(死体検案書)を作成する
- 出産後1年未満の妊産婦が死亡した場合は、死亡原因が産科的死亡原因であるか否にかかわらず、妊娠又は分娩(妊娠満週数、産後満日数)について、死亡診断書等に記載すること

*「妊産婦死亡」は、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の死亡 ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く、直接産科的死亡と間接産科的死亡
*「後発妊産婦死亡」は、妊娠終了後満42日以後1年未満における直接又は間接産科的原因による死亡

後期妊産婦死亡とメンタルヘルス

Mental health matters

産後42日以降産後1年未満の死亡原因
1) 悪性腫瘍28%
2) メンタルヘルス関連疾患23% (うち14%が自殺)

1 in 7 women died by Suicide
7名のうち1名は自殺による

妊産婦の異状死調査

・2005～2013年の10年間
東京都23区の妊産婦の突然死の実態調査
・妊婦と産褥婦1年未満
(妊産婦死亡+後発妊産婦死亡)

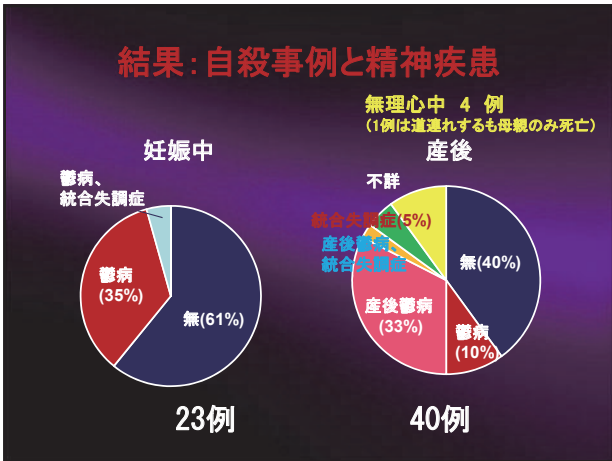
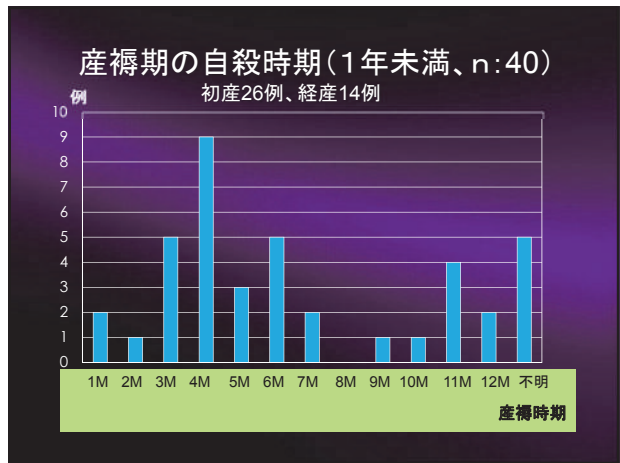
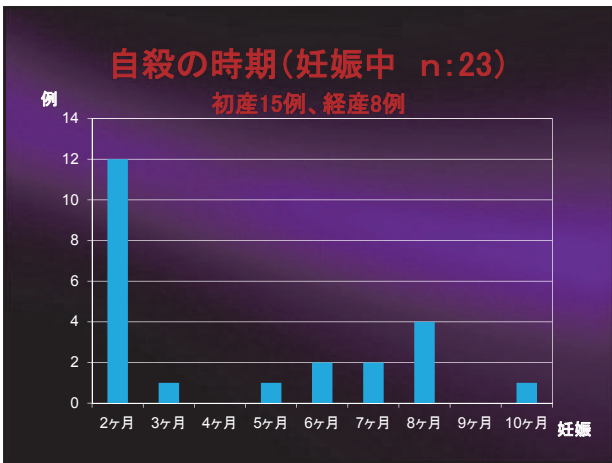
東京都監察医務院
引地和歌子、福永龍繁
順天堂大学産婦人科 竹田 省

結果:自殺の手段(妊娠中/産後)

妊娠中: 縊死, 飛び降り, 飛び込, ガス

産後: 縊死, 飛び降り, 飛び込, ガス, 薬物

23例 (妊娠中) 40例 (産後)



日本における妊産婦の自殺調査

- 大阪市(2012-2014年)**
 - 自殺は9例
 - 同年齢層の女性の総自殺者数の4.5%を占めていた。
 - 全国の妊娠可能年齢女性の自殺者数から妊産婦の自殺者数を推測すると、おおむね年間60-80人となる。
- 東京都23区(2005-2014年)**
 - 自殺は63例で、出生10万対の自殺率は8.7であった。
 - 妊娠中が23例(36.5%)、産褥(産褥1年以内)が40例(63.5%)
- 三重県(2013-2014年)**
 - 自殺は4例で、自殺の妊産婦死亡率は14.1/10万出産
 - 対象期間の総出産数は28,215例

妊産婦のメンタルヘルスを支える 保健指導 (スライド抜粋)

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
立花良之

妊娠期からの切れ目のない支援 には早く「気づく」ことが必要

- 産後うつ病のハイリスク者に妊娠期から気づく:
リスク因子を念頭に置いた対応が重要

産後うつ病の妊娠中のリスク因子

- ・妊娠中のEPDS
- ・初産婦
- ・家族のまとまりを感じられない
- ・現在の精神科通院歴

Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, Inoue E, Ota E, Yoshida K, Kasai K, Okuyama M, Kubo T
Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo.
PLOS ONE; doi: 10.1371/journal.pone.0142410, 2015.

2

母子保健の多職種連携のモデル構築

- ・世田谷区
地域の産科医・助産師・小児科医・精神科医・世田谷区役所健康づくり課・子ども家庭課などと連携し、区役所会議室を借りて、毎月1回症例検討会を実施。
- ・須坂市
須坂市役所健康づくり課と県立須坂病院、長野県精神保健福祉センターの協働で、毎月1回県立須坂病院会議室で地域母子保健関係者が、特定妊婦や要支援・要保護児童とその家族のサポートについて協議している。
産科—地域母子保健—小児科の切れ目のない支援を精神科医療がバックアップするモデル構築を行った。

須坂市で平成25年度からはじまった妊娠・出産包括支援モデル事業の取り組み

- 1 母子保健コーディネーターの配置
★須坂市健康づくり課 母子支援係の保健師を位置づける
①母子手帳交付時に「妊婦さんおたずね表」とEPDSに記入してもらい全数面接を実施。
- ②周産期メンタルヘルス実務検討会の運営

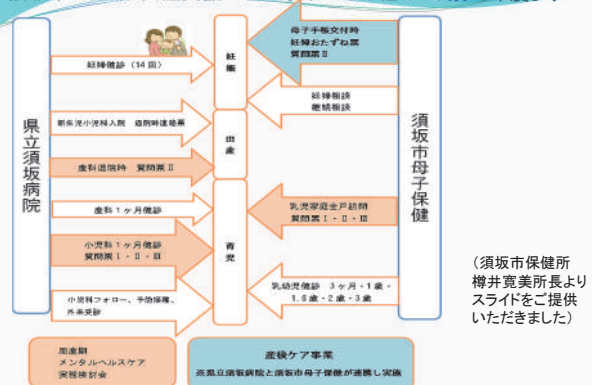


妊婦さんの面接をする母子保健コーディネーター

(須坂市保健所 榊井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

4

須坂市の妊娠・出産支援モデル事業の取り組み・平成26年度より



多職種で検討する支援計画 「周産期メンタルヘルスクエア実務検討会」の定期開催

- ◆ 内容
要支援者について、各機関の関わり報告や、今後の支援方針の検討と確認
(要支援者の状況: EPDS高得点・メンタルヘルス不調・育児不安・家族関係・経済的問題等)
- ◆ 頻度: 概ね 月1回 県立須坂病院で開催
- ◆ 検討会メンバー
県立須坂病院 小児科・産科医師 助産師・看護師(病棟・外来)
MSW
保健師(須坂市・小布施町・高山村)
精神科医2名

(須坂市保健所 榊井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

6

周産期メンタルヘルスカケア実務検討会 定期開催の成果

- ・ハイリスクの母親に対し、妊娠期から地域の多職種が連携して、産後も母子をサポートする切れ目のない支援の仕組みが整備された。
- ・要支援者の情報を一元化でき、支援の方向付けと役割分担を多職種で出来る。
- ・事例検討を重ねることで、支援実施者の事例理解の力が高くなっている。

(須坂市保健所 樽井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

7

「母と子のサポートネットせたがや」



母と子のサポートネットせたがや

- 平成24年よりメンタルヘルス不調の母親のサポートのための連携モデルの構築を行ってきた。
- 平成25年に多職種連携のためのマニュアル作成
- 情報サイト「母と子のサポートネットせたがや」ホームページの開設
- 母子保健関係者が集い、連携の仕方について協議したり、症例について話し合ったりできる場の調整: 現在、月に一度世田谷区役所で開催している。

関係者からよく聞かれる 多職種連携についての課題

- 精神疾患のことが良くわからない。どのような時が介入すべき時なのかわからない。
- 「気になる妊婦」「気になる母親」がいた時に、どこにつなげばよいのかわからない。
- 「気になる妊婦」「気になる母親」にどのように対応すればよいのかわからない。
- 連携の際に他の職種がどのようなことをやっているのかわからない。
- 連携の中で自分の職種が果たす役割がわからない。

10

母子保健関係者向けの母親のメンタルケアの 研修パッケージの作成: マニュアル作成

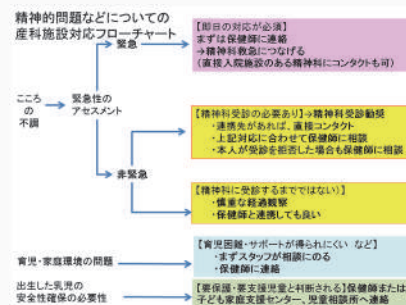


世田谷区では「母と子のサポートネットせたがや ところの問題で気になる母親に対する対応の手引き」を作成。世田谷区の母子保健関係者に配布。(平成25年)

長野県では、「産後うつ病対応マニュアル」を刊行し、長野県下の全産科医療機関・保健所に配布。(平成26年)

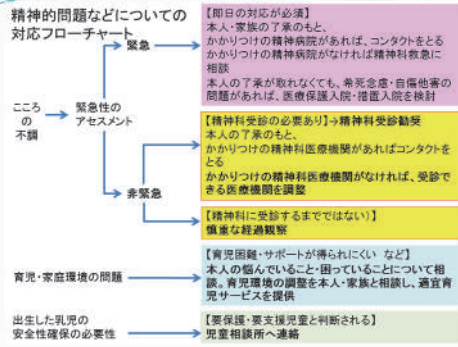
平成28年に医歯薬出版より「ところの問題を持つ母親のサポートハンドブック 気づいて・つないで・支える多職種地域連携」を刊行。(平成28年)

産科医療機関用対応フローチャート



・立花良之、妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方、精神医学, 127-133, vol.58, No.2, 2016
・日本周産期メンタルヘルス学会編 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド CQ5 ¹²

保健師用対応フローチャート



・立花良之、小泉典章「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学、97-103、vol.31.No.2、2016
 ・日本周産期メンタルヘルス学会編 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド CQ5

世田谷区・須坂市・長野市での、周産期メンタルケアのネットワーク作りで見えてきたこと

- 医療・保健・福祉の連携構築のため、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくりの重要性
- メンタルヘルス不調の母親に対する地域での一貫した対応の仕方についての整備、マニュアルやガイドラインの作成
- 均てん化のための研修会の整備

立花良之、他. メンタルヘルス不調の母親とその子どもの支援のための妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて. 子どもの虐待とネグレクト: 日本子ども虐待防止学会学術雑誌 18(3), 362-366, 2016-12

母子保健メンタルケア指導者研修 厚生労働省子どもの心診療拠点病院 事業で実施

- 68名の保健師・産科医・助産師・看護師・精神科医・保育士などが参加。



会場 国立成育医療研究センター病院 講堂

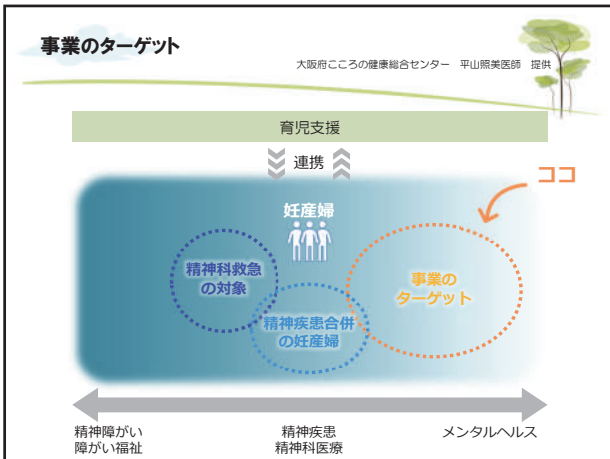
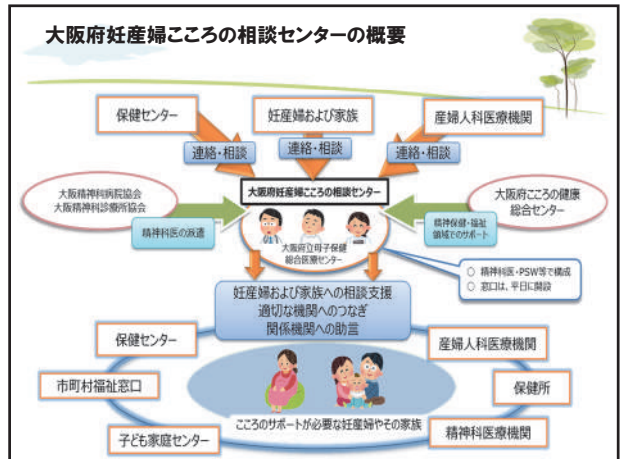
妊産婦のメンタルヘルスを支える 保健指導の研修会の効果検証

- 参加者が心理社会的リスクのある妊産婦に対し、医療・保健・福祉で連携して対応するためのスキル向上に、研修プログラムが有効であったことが明らかになった。
- 研修を受けることで、周産期関係者のメンタルヘルスクアに対する意識の向上や多職種連携のスキルが向上することが示された。
- 多職種連携では、どのような状況のときに、どのタイミングで、どの職種と連携する必要があるか、また、他の職種・機関がどのような役割を果たしているかを理解する必要がある。
- 妊産婦メンタルヘルスを支える母子保健関係者の共通認識の形成として、研修会は有効であると考えられた。
- 今後も均てん化のために、厚生労働省の子どもの心の診療拠点病院事業で引き続き研修会を開催していく予定である。

平成29年11月27日(月)
 社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ公開シンポジウム

大阪府妊産婦こころの相談センター 活動報告

(公)大阪精神科診療所協会会長
堤俊仁



妊産婦への周知方法

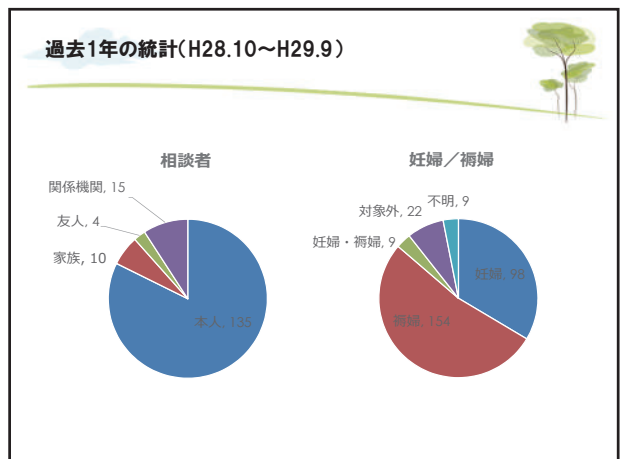
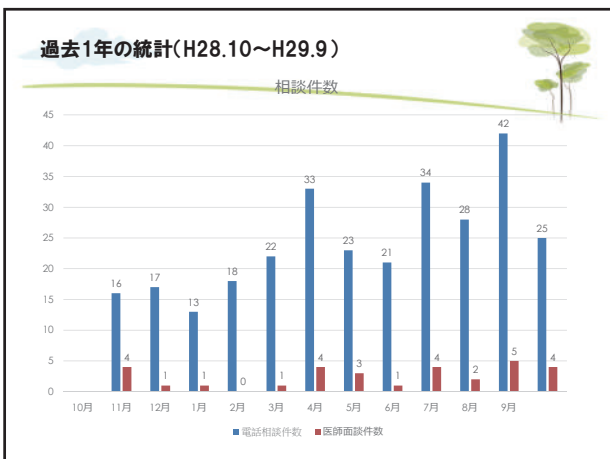
行政

- 母子健康手帳を交付時にカードを配布
- 大阪府のホームページに掲載

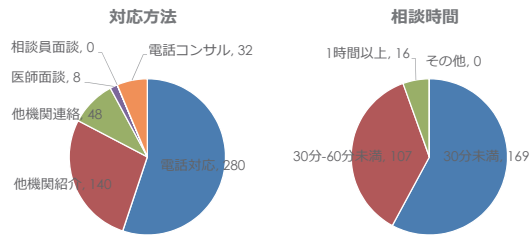
このような検索ワードで上位にヒット
 大阪 産後うつ

産科医療機関

- ポスターの掲示
- カードの配布



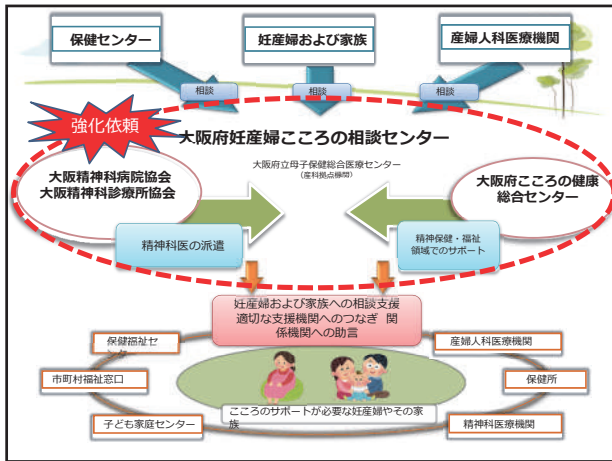
過去1年の統計(H28.10~H29.9)



社会的背景の相談内容



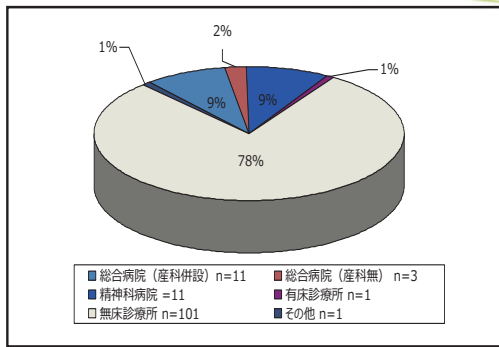
心理社会的背景
= 家族関係の葛藤、孤立
= 支援者の不在



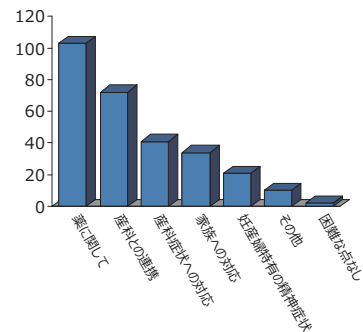
大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」

- 2016年2月18日 大阪府委託事業「妊産婦こころの相談センター」開設
- 同センターでは、精神的に不安定な妊産婦とその関係者・機関からの相談に応じ、必要時には精神科医療機関へ繋ぐことを目的としている
- センター開設に合わせて、大阪府内精神科医療機関での妊産婦の診察の現状や問題点・課題を知るために、現状調査を行った

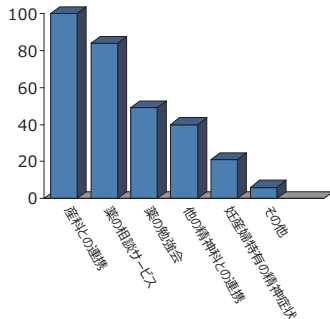
結果：回答施設
有効回答数：128 (23.8%)



精神症状を伴う妊産婦の診療で困難を感じる点 (複数選択可)



精神症状を伴う妊産婦の診療で
整備が求められるシステム(複数選択可)



妊産婦こころの相談センター支援事業
大精診の取り組み

- 平成27年2月より大阪府の「妊産婦メンタルケア連携事業」に参画。
- 活動内容
- 週に1回相談センターにて、精神科医による面接相談(大精診、大精協で交代制)
 - 精神科医の立場から相談員へのアドバイス。

妊産婦メンタルストレス支援事業
の新たな展開

- 平成29年10月より、産後2週間から1か月での産褥婦健診事業が大阪府下の一部の市町村でスタート。今後全市町村に展開される。
- 健診項目にエジンバラ産後うつ病質問票を含むメンタルヘルスに関する質問項目が設定された。
- 一定の支援が必要と判定された方の一部が最寄りの精神科医療機関に受診を勧められることとなった。
- 大精診の会員診療所にも、緊急に受診が必要と判定された産褥婦の受診依頼が来る可能性が生じる。

アンケート調査の概要
妊産婦メンタルストレス支援に関して

- 妊産婦・産褥婦メンタルケアに関して、大精診会員の意識調査を行い、回答の傾向や会員の意見から今後の課題を抽出する。
- あわせて本事業についての大精診会員への啓発を目的としてアンケート調査を企画。
- 調査項目は全11問 すべて選択肢方式 一部自由記載
- 発送数: 311 回答数: 94 回答率: 30.2%
- アンケートの結果は、平成29年11月11日に実施予定の大阪府妊産婦こころの相談センター主催研修会の場で発表する。

アンケートの内容①

1. 通院中の患者から育児希望を相談されたらどう対応しますか
2. 通院中の患者さんから妊娠を告げられた時どう対応しますか
3. 妊娠をした通院患者の治療を続けると回答した方にお尋ねします。投薬をどうしますか。(複数回答)
4. 設問3で、「病状や疾患によって対応が異なる」または「その他」と回答された方にお尋ねします。疾患ごとの対応について
5. 妊娠中の患者さんを新患として治療を引き受けますか。(複数回答)
6. 産褥期(産後1年以内)のメンタルストレスの緊急事例の治療を引き受けますか(複数回答)

アンケートの内容②

7. 妊娠と薬情報センターについて知っていますか?(複数回答)
8. 平成28年の児童福祉法改正に伴い、「支援を要する妊婦等」が把握された場合、「特定妊婦」として市町村に情報提供することが努力義務となったことをご存知ですか
9. 妊産婦、授乳期の女性に対する向精神薬治療についての研修を受けたことがありますか。
10. 大精診の卒後研修のテーマとして「向精神薬と妊娠・授乳」に関する研修には関心がありますか。
11. 妊産婦、授乳期のメンタルヘルスに関して、ご意見を自由記載

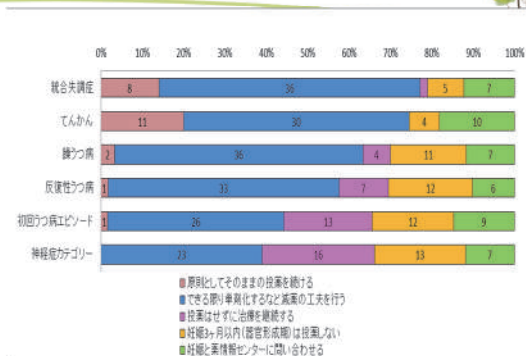
アンケートを通じて明らかになった点①

- ・ 通院中の患者の育児希望には90%以上の精神科医が自身で対応すると回答。
- ・ 妊娠を告げられた場合には引き続き治療を担当するものは63%程度だった。リスクを説明し判断を患者に委ねるが21%あった。
- ・ 妊娠中の向精神薬の投薬に関しては、単剤化や病状や疾患によって対応が異なるという回答が80%以上を占めた。
- ・ 初回うつ病では「投薬しない」、「妊娠初期は投薬しない」が50%以上を占め、疾病リスクよりも向精神薬投与によるリスクを多くとる傾向があることがうかがわれた。
- ・ 新患として妊婦を引き受けるかという設問に51%が引き受けると回答。
- ・ 産褥期の緊急事例についても、地域の産科医療機関からなら引き受けるといものが34%あり、緊急時入院先の確保や家族の協力という条件があれば引き受けると72%が協力的であった。
- ・ 一方で授乳しないという条件を付けたものが14%あった。

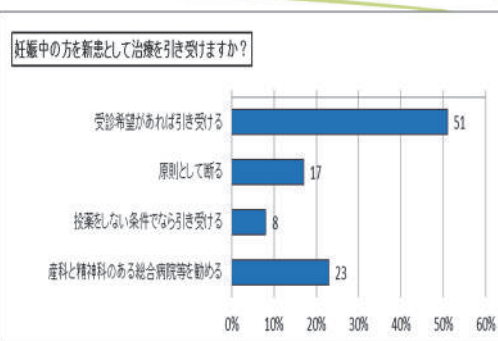
アンケートを通じて明らかになった点②

- ・ 妊娠と薬情報センターについては、知らないと利用したことがないという回答が63%を占め、十分に活用されていない実情。
- ・ 「支援を要する妊婦等」が把握された場合の市町村への通報努力義務を知らなかったものが70%以上を占めており、精神科医にも児童福祉法改正の普及が必要。
- ・ 向精神薬と妊娠・授乳に関しての研修にはほとんどの精神科医を強い関心があることが分かった。

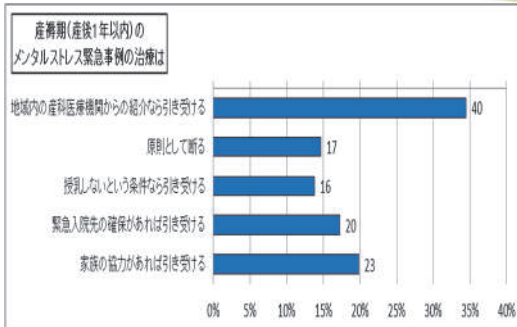
設問4「病状や疾患によって対応が異なる」場合



5. 妊娠中の患者さんを新患として治療を引き受けますか。(複数回答)



6. 産褥期(産後1年以内)のメンタルストレスの緊急事例の治療を引き受けますか(複数回答)



妊娠・授乳期の添付文書の問題点

- ・ 「投与薬(投与しないこと等の文言がある)」と記載された医薬品が諸外国と比べて多い。
日本 全医薬品の約25%
FDA(米国食品医薬品局) 約5%
- ・ 諸外国では妊娠・授乳期に安全とされている医薬品の一部が、特に根拠も示されずに、製造業者や輸入業者の判断で、日本では禁忌となっている。
- ・ 「有益性投与」と記載された医薬品も多い
一般的に医師は危険性が有益性を上回る物質を患者に投与しないので判断根拠にならない。

(向精神薬と妊娠・授乳 南山堂)

産褥期の精神症状の調整と授乳の両立

- 日本
「母乳中に薬物が移行する」という理由でほとんどの向精神薬で禁止。
- 諸外国
一部の薬物を除いて新生児の血中濃度(母体の1%以下)は低く、薬物濃度は乳児の摂取量のみ依存せず排泄能力も重要とされ、授乳婦に対する向精神薬使用を問題視することはほとんどない。
(向精神薬と妊娠・授乳 南山堂)

周産期うつ病

- 時点有病率 妊娠期 11% 産後(出産から3か月以内) 13%
- 産後うつ病の半数は妊娠期から始まっている。
- 妊娠期にうつ病を有する患者は産後にも高率にうつ病を有する。
- 妊娠期の抑うつ・不安は胎生期のみならず新生児期、幼児期、学童期を通じて子供の心身両面で発育障害の重大なリスク因子である。
- 東京都監察医務院などの調査で自殺で亡くなった妊産婦が東京23区で2005~14年の10年間に計63人(「妊娠中」の女性23人と「出産後1年未満」の女性40人)が分かった。出産数に占める割合は10万人あたり8.5人となり、出血などによる妊産婦死亡率の約2倍に上る。
- 自殺の時期では、「妊娠2カ月」の12人、「出産後4カ月」の9人が多かった。

(兵庫医大 清野仁美先生のスライドより改変)

妊娠中のうつ病治療

- 疾患と薬物治療のどちらも、妊婦及び胎児へのリスクを伴う。
- 妊婦と胎児に対する疾患リスクを最小化するための症状の緩和が治療の目標となる。
- 向精神薬使用の最適化のためのポイント
 - ① 妊婦が許容できる副作用の範囲内で最良の効果がある用量を探る。
 - ② 妊娠中の薬物動態の変化を考慮して、定期的、継続的に症状判定を行い、最適な効果を維持するための調整をおこなう。
 - ③ 出産後、母乳育児期に際してあらためて容量調整を行う。
(Angelotta C, et al Birth Defects Res. 2017;109:879-887)

診療報酬上のインセンティブが必要ではないか

- うつ病等で自殺のおそれのある妊産婦を地域の医療連携で支えることが求められている。
- 現在の診療報酬でも、精神科医に患者を紹介した産科医は、診療情報提供料250点と精神科医療連携加算200点が算定できるが、紹介を受け診療を行う精神科医にはまったく手当てがない。
- うつ病等の精神障害の疑いにより精神科医連携加算を算定されて紹介された患者を積極的に受け入れ、早急に診察した場合には、精神科医もかかりつけ医等連携加算200点を算定できるようにしていただきたい。