

社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための
保健・医療連携システム構築に関する研究
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 副院長

【目的】

社会的ハイリスク妊婦と児童虐待の強い関連性(因果関係)を実証的に明らかにすることを目的とした。医療・保健・福祉が連携するためには「共通言語」が必要であるので、この研究によって全国の関連機関において適応可能な社会的ハイリスク妊婦の定義およびアセスメントシートの作成、医療・保健・福祉による切れ目のない連携支援体制の構築を目指した。

【方法】

社会的ハイリスク妊婦の位置づけ及び取り扱いに関する研究と社会的ハイリスク妊婦と子育て困難の関連性(因果関係)を都道府県単位で効果検証する前方視的研究により社会的ハイリスク妊婦の定義および「大阪府アセスメントシート」を基に作成した「社会的ハイリスクアセスメントシート改訂版」の有用性の検証と乳幼児の育児支援・保護状況の予測につながる妊娠中のハイリスク項目を検討する。

社会的ハイリスク妊婦の妊娠中管理ならびに関係機関との連携構築の指針となる「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」を作成する。

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究、特定妊婦支援の状況(A市)、妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況における妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡調査(B市)、本邦の母子保健事業の現状調査(2019)より子育て世代包括支援センターとの連携のあり方を検討する。また社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査を実施し、周産期メンタルヘルスヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組みを検討する。

【結果】

社会的ハイリスク妊婦の定義として「経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予想される妊産婦」と提案した。社会的ハイリスク妊婦と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究において研究参加医療機関より症例登録(7,390 症例)を終了した。

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する調査より施設区分ごとの回収率は、診療所 250/714 施設(35.0%)、周産期母子医療センター以外の病院 206/714 施設(28.9%)、周産期母子医療センター172/714 施設(24.1%)、助産所 86/714 施設(12.0%)であった。

社会的ハイリスク妊婦に対する施設内の多職種との検討の場があるのは、周産期医療センターでは161/171 施設(94.2%) に対して、その他の病院では147/203 施設(72.4%)、診療所で125/245 施設(51.0%)であった。全ての妊婦に対して社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている施設は、426/703 施設(未回答 11 施設)(60.6%)であった。施設形態別に比較すると、周産期母子医療センター136/172 施設(79.1%)、周産期母子医療センター以外の病院126/202 施設(未回答 4 施設)(62.4%)、診療所132/247 施設(未回答 3 施設)(53.4%)、助産所32/82 施設(未回答 4 施設)(39.0%)であり、施設形態別で違いがあった。

産科施設から市区町村への情報提供は妊娠中には403/525 施設(未回答 107 施設)(76.8%)合計6,561件、分娩後入院中326/535 施設(未回答 98 施設)(61.9%)合計7,603件、退院後423/519 施設(未回答 114 施設)(81.7%)合計12,087件で行われていた。市区町村からのフィードバックは妊娠中には合計2,987件、分娩入院中には合計2,162件、退院後は合計10,850件であった。

A市における特定妊婦支援について特定妊婦(平成29年度)は、53人で出産後4ヶ月の育児状況は終結14人(26%)、要支援 要支援22人(42%)、要支援 要保護9人(17%)、要保護 要保護8人(15%)であった。

B市における妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況について3歳6か月児健康診時点での累積要支援児童・要保護児童状況はローリスク妊婦(1.2%) < ハイリスク妊婦(7.3%) < 特定妊婦(少なくとも44.8%)と

なった。本邦の母子保健事業の現状調査より、アンケート同意があった市区町村は 383 か所(22%)であった。母子保健担当職員数は、100 出生数あたり 1 人もしくは 2 人が多かった。ほとんどの市区町村が母子健康手帳交付時に質問票・問診票・アセスメントシートを用いており、9 割の市区町村が面談を行っていた。子育て世代包括支援センターを含めた各事業は、約半数の市区町村で設置・実施されていた。特定妊婦の頻度は平均 2.4%であったが、特定妊婦疑いや台帳記載後の他機関への連絡は約半数にしか行われていなかった。各事業(子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産婦健診、産前・産後ケア)については、約半数の市区町村しか設置・実施されていなかった。メンタルヘルスに問題がある妊婦が増加していると感じている施設は 169/191(88%)であり、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のかかわりに困難を感じている施設は 193/194(99%)に上った。また、回答者は経験年数の長い医師が多く、重複の可能性があるものの、58/193(30%)の回答者がキャリアの中で妊産婦の自殺を経験しており、周産期メンタルヘルスの悪化、深刻度の高まりが伺われた。またメンタルヘルスの問題について相談できる精神科医がいる施設は、主に周産期を担当する MSW がいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも 63%であった。院内での周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。ハイリスク妊婦については院外との多職種とカンファレンスを行っている施設が多いが参加職種にはばらつきがあり、十分な体制ではない。地域の助産師が参加している施設は 15%(29/198)、地域の精神科医が 7%(14/198)にとどまっていた。一定の基準はなく、各病院の裁量で開催されているのが現状である。さらに精神疾患合併妊婦について地域の精神科医と診療情報を共有できているとした施設は 35%(67/194)に留まっている。児童虐待等の問題を児童相談所に相談したことがある施設は 82%に及び、病院からこどもを直接乳児院に入所させたことがある施設も 91%に及んだ。当日受入可能な精神科医療機関は 12/66(18%)であった。精神科受診のきっかけは「産婦人科からの紹介(31%)」、「紹介なし(28%)」、「保健師からの受診勧奨(19%)」であった。「本人が希望すれば妊娠中、授乳中に薬物療法を行う」精神科医療機関は 88%を占め、事前に「薬物療法のリスクとベネフィットを説明する」という回答も 80%でみられた。薬物療法のリスクとベネフィットの検討に際し、参考にするもので最も多く挙げられたものは「医療用医薬品の添付文書(62%)」、「医学書(58%)」、「国内外のガイドラインや治療指針(56%)」、「妊娠と薬情報センター(44%)」であった。分娩取扱機関でのメンタルヘルスの評価方法は「エジンバラ産後うつ病質問票」が 50/53(94%)であった。7.5%の施設ではメンタルヘルス評価を行っていなかった。精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、精神症状があり、生活に支障をきたしているレベル(77%)、自傷・自殺念慮がある(73%)、幻覚・妄想がある(60%)であった。

【結論】

産科施設において社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングが適切に行われておらず、行政との切れ目ない多職種連携が十分でないこと、また特定妊婦の頻度は平均 2.4%であり、「アセスメントシート(妊娠期)」が特定妊婦のスクリーニングツールとして有用だが行政によるアセスメントシートの評価だけでは不十分であることが明らかになった。特定妊婦の情報共有状況や各事業の設置率より多機関・多職種間における縦・横方向の連携については、未だ切れ目の解消には至っていない。産前・産後ともに地域での既存の多職種によるスムーズな連携構築が十分に行われていないことが課題である。また周産期メンタルヘルスにおいて問題の深刻化と地域連携体制の不備が伺われた。多職種による地域連携の標準化が急務であり、指針となる手引書の作成が進行中である。社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアは、精神科診療につなぐことが最終目標ではなく、妊婦・授乳婦と児のよりよい母子関係と社会的状況の構築を目指し、多職種による連携によってメンタルヘルスと社会的な問題に介入し、継続して支援することが重要であると考えられる。

分担研究者

藤原 武男
国立大学法人 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

中井 章人
学校法人 日本医科大学 医学部
産婦人科 教授

萩田 和秀
地方独立行政法人 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

佐藤 昌司
大分県立病院 副院長

前田 和寿
地方独立行政法人 国立病院機構
四国こどもとおとなの医療 センター
統括診療部長

菅原 準一
国立大学法人 東北大学
医学系研究科 母児医科学分野 教授

倉澤 健太郎
公立大学法人 横浜市立大学大学院
医学研究科 生殖成育病態医学 准教授

片岡 弥恵子
学校法人 聖路加国際大学大学院
看護学研究科 教授

佐藤 拓代
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子保健情報センター
顧問

中村 友彦
地方独立行政法人 長野県立病院機構
長野県立こども病院 病院長

清野 仁美
兵庫医科大学 精神科神経科 講師

協力研究者

岡本 陽子
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 産科 副部長

金川 武司
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 産科 副部長

川口 晴菜
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 産科 医長

和田 聡子
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 看護部 師長

植田 紀美子
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子保健調査室 室長

三代澤 幸秀
国立大学法人 信州大学 医学部
小児医学教室 助教

大塚 公美子
学校法人 聖路加国際大学大学院
看護学研究科

鍛冶 みか
和泉市生きがい健康部
健康づくり推進室 主査

仙田 信子
泉佐野市こども部 子育て支援課 主査

薬師寺 順子
大阪府 岸和田子ども家庭センター 所長

田口 眞規子
愛仁会井上病院
地域連携センター医療福祉相談科 MSW

A. 研究目的

近年、児童虐待や産後うつが増加が報告され、社会的ハイリスク妊娠は周産期医療・母子保健・福祉事業においても注目されている。そのため、健やか親子21(第2次)にも指摘されている『妊娠期からの切れ目のない子育て支援』の必要性が認識されてきた。一方で、本邦において妊娠期から継続して社会的ハイリスク群を把握するためのアセスメント体制は未だ構築されていない。平成27～29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」(以下「第一次光田班研究」)において、社会的ハイリスク妊婦とは「母子の健康、生存を脅かすリスクとして社会的環境による要因を有する妊婦」と定義することで一定の合意を得た。さらに、特定妊婦から出生した子どもが要保護児童対策地域協議会に登録される確率が有意に高率(34/72 vs 64/2852)であること、社会的ハイリスク妊娠把握においてアセスメントシート(大阪府作成)が有用であること、児童相談所入所児童を後方視的にみた場合に、若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い、児童の健康状態(先天疾患、早産、低出生体重など)等が確認できたこと、医療および保健機関の連携は全国的にはほとんど進んでおらず課題山積である等の成果が得られた。特に、出生後児童の健康状態が子育て困難に繋がることは周産期センター通院中養育者のメンタルヘルス問題を想起させる。

以上の結果を受けて、今年度からの研究目的を保健および医療機関で実施可能な社会的ハイリスク妊娠の把握のためのアセスメントシートの開発、医療・保健機関における社会的ハイリスク妊娠の情報共有による切れ目のない支援システムを開発し、子育て世代包括支援センターの事業システムを構築することとした。におけるアセスメントシートの開発においては、妊娠届や医療機関における妊婦健診等を実施可能なものを作成し、その妥当性を検証する。さらに、虐待の予測性についても検証する。における医療・保健機関における情報の共有に関しては定期

的な会議による共有システムからデータをクラウド化するシステムを想定し、自治体の状況に応じた多様なシステムのあり方を提言する。さらに共有された情報にもとづき、保健師、助産師が具体的な支援(適切な関係機関への紹介、簡単な認知行動療法など)をどのように行うのか、についてもマニュアル化を行う。以下に研究毎に示す。

社会的ハイリスク妊娠の定義およびアセスメントシートの作成

社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究(担当:倉澤健太郎)

わが国における母子保健行政の取り組みを振り返ってみると、周産期医療に対する取り組みとしては、かつて主に医学的なリスクに注力されていた。第二次世界大戦を終え、妊産婦手帳制度が始まったが、当時は高い乳児死亡率や妊産婦死亡率、妊婦の流産、早産、死産に対する対策が主であり、健診の徹底、予防接種の徹底、公費負担への取り組みが主であった。その後、1990年代に入り、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た。近年では、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。

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

本研究班の前身である、「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」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。

妊娠、出産、子育てに関する課題



社会的ハイリスク妊娠の妊娠中管理ならびに関係機関との連携構築指針の作成

「社会的ハイリスク妊産婦の支援と連携に関する手引書」の作成

(担当: 光田信明、片岡弥恵子、倉澤健太郎、中井章人、荻田和秀、佐藤拓代)

社会的ハイリスク妊産婦は、「経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予想される妊産婦」である特定妊婦を含む概念であり、虐待のリスクが高く、将来的に養育困難が予測される。社会的ハイリスク妊産婦は、複雑な問題を抱えていることが多く、妊娠期から出産、産褥・育児期まで切れ目のない継続的な支援が欠かせない。

妊娠期から育児期まで切れ目のない支援を実現するためには、医療機関、自治体、地域の支援機関において、多機関・多職種での連携及び協働が必須で

ある。妊娠届、母子手帳の配布時において各自治体では特定妊婦を把握し、妊娠期から産褥期までは主に医療機関にて関係性を構築しながらフォローし、育児期には自治体につないでいく。このような支援の流れは、実際には標準化されておらず、地域によって支援の内容及び方法に大きな差があることがわかっている。全国どこでも、妊婦を正確なアセスメントにより社会的ハイリスク妊婦を把握し、切れ目のない継続した支援を展開するためには、標準的な方法を具体的に示した手引書が必要である。

本研究の目的は、社会的ハイリスク妊婦への切れ目のない支援を実現するために、主に医療者に向けて連携・協働を主眼とした支援の内容及び方法を示した「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」(以下、手引書と示す)を作成することである。

社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

(担当: 光田信明、藤原武男、中井章人、荻田和秀、佐藤昌司、前田和寿、佐藤拓代)

妊娠期からの支援を必要とする事例を早期に的確に把握し関わる体制において、産婦人科医療機関は中心的な役割を担っており、妊婦への各種相談や支援は従来から産婦人科医療機関では行われてきたが、妊婦への積極的な周知や行政等関係各機関とのスムーズな連携のために、近年システム化の重要性が言われてきた。

大阪府では地域保健や福祉の担当部署により「支援を要する妊婦のスクリーニングのためのアセスメントシート」が作成された。このアセスメントシートは、社会的ハイリスク妊産婦を把握して関係各機関との連携を行うために主に行政で使用されているが、そのアセスメント項目は経験則から選択されたものであり、これらの項目が社会的ハイリスク妊産婦を把握するためにどの程度有効であるのかの実証は行われていない。

平成27年より「第一次光田班研究」では、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状況、および社会的ハイリスク妊産婦の持つリス

ク因子を調査し、1. 医療従事者の感覚によって拾い上げられた社会的ハイリスク妊産婦とコントロール群(=ハイリスク以外の全症例)では要保護児童対策協議会対象者(以下「要対協ケース」)の割合は明らかに異なること、2. 要対協ケースにつながるハイリスク者は8割方把握されていること、3. 一方コントロール群の中にも要対協ケースが少数ながら存在することなどが明らかになった。しかしアセスメント項目が多岐にわたるため、臨床現場でさらに簡便な形態のアセスメント方法が望まれる。

当研究では、「大阪府アセスメントシート」を基に作成した簡便な「社会的ハイリスクアセスメント改定版」の有用性を検証することを目的とする。

・子育て世代包括支援センターとの連携のあり方

1. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

(担当:片岡弥恵子、佐藤拓代、中井章人)

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦に対する妊娠期からの支援体制の実態を明らかにする。

2. A市における特定妊婦支援(担当:荻田和秀)

社会的ハイリスク妊婦に対する切れ目のない支援のためにはまず周産期医療現場でのスクリーニングが重要であるが、その後の育児支援状況のフィードバックと情報の共有が重要であると考えられる。そこで大阪府では特定妊婦への支援の強化を図るため、「産前・産後母子支援事業(モデル事業)」が平成29年度～平成30年度の2年間実施された。大阪府南部では大阪母子医療センターがコーディネーターとなり、二つの市でモデル事業を展開したのでそのうちのA市の取り組みについて調査・報告する。

3. 妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況～妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡～

(担当:佐藤拓代、光田信明)

妊娠期からの子育て困難を予測することができれば、児童虐待防止に繋がることを期待できる。今現時点においても、本邦における妊娠期の個人情報と出生後の子育て状況を突合した実証的証左は得られて

いない。なぜかと言えば、妊娠期(医療)と子育て期(行政)の個人情報の突合作業は個人情報保護の下では容易ではない。今回我々は一つの行政単位(B市)における行政内での妊娠期のアセスメントとその後の養育状況に関しての評価を突合させることを目的とした。具体的には、妊娠期のリスクアセスメントとその後の養育状況を比較検証し、妊娠期アセスメントの妥当性および妊娠期からの支援策について検討するとした。

4. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

(担当:光田信明)

平成21年の児童福祉法改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦については「特定妊婦」として要保護児童対策地域協議会(以下、要対協)の支援対象となった。また、健やか親子21(第2次)においても妊娠期からの切れ目のない育児支援を通して児童虐待防止が望まれている。そのため、児童福祉法は平成28年にも改正されているものの、医療・保健・福祉の連携不足による児童虐待が報告されている。母子保健事業は特に、医療機関と行政(市区町村)の保健事業の連携によって成果が期待できるのであるが、その体制(子育て世代包括支援センター設置、産前・産後ケア事業)等は整備途上である。こうした体制の実情を調査することにより実効性のある次世代母子保健事業構築に有用な提言をすることが可能となる。そこで、全国各市区町村の母子保健課の母子保健事業の現状について調査することを目的として、全国の市区町村母子保健担当者を対象にアンケート調査を行った。

・メンタルヘルス問題

1. 周産期メンタルヘルスヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み

(担当:中村友彦)

メンタルヘルスに問題のあるハイリスク妊婦が増加しており、妊産婦の自殺、乳幼児の虐待の増加が社会問題となっている。現状を分析するために全国の周産期センターを対象にアンケート調査を行った。

2. 社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査

(担当:清野仁美)

社会的ハイリスク妊産婦とは将来、児童虐待につながる可能性がある妊産婦を指す。平成27年より「第一次光田班研究」では、社会的ハイリスク妊産婦の持つ背景因子を調査し、母体のメンタルヘルスの不調が重要な因子の一つである可能性が示唆された。これは母体のメンタルヘルスの不調と、子どもに対する愛着(ボンディング)の障害や不適切な養育行動が何らかの関連を持つものと推測される。

社会的ハイリスク妊産婦への支援にはメンタルヘルスの不調に対するアセスメントとケアが必要と考えられるが、本邦においては、分娩取扱施設において適切なアセスメントと有効なメンタルヘルスケアがどの程度実施されているかは不透明である。さらに、精神疾患が疑われる妊産婦に対する精神科との診療連携方法はいまだ確立していない現状がある。我々は、分娩取扱施設および精神科医療機関を対象に、妊産婦のメンタルヘルスの不調と子どもに対する愛着(ボンディング)のアセスメント方法、さらに、メンタルヘルスに不調を認めた妊産婦に対するメンタルヘルスケアの体制、精神疾患が疑われる妊産婦に対する産科-精神科連携体制の実情のアンケート調査を行い課題の抽出を行う。その後、分娩取扱施設および精神科医療機関の医療従事者、行政の支援担当者を対象とした研修会を開催し、プレ・ポストテストを参加者に実施し研修会の効果を評価する。さらに、研修会実施後にアンケート調査を再施行し初回と比較検討する。

本研究結果に基づき、社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークにおける課題の抽出と有効なネットワーク構築の実現化を目指す。

B. 研究方法

・社会的ハイリスク妊娠の定義およびアセスメントシートの作成

社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究(担当:倉澤健太郎)

「第一次光田班研究」総括・分担研究報告書および総合研究報告書、ならび平成30年度より開始された本研究事業に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。

・社会的ハイリスク妊娠の妊娠中管理ならびに関係機関との連携構築指針の作成

「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

(担当:光田信明、片岡弥恵子、倉澤健太郎、中井章人、荻田和秀、佐藤拓代)

1. 手引書の作成方法

手引書の作成は、まず、産婦人科医師1名、助産師2名によってその構成を検討した。職種の紹介、支援体制や連携に関して、各専門職(産婦人科医師、小児科医師、精神科医師、MSW、地域保健師、助産師、看護師、児童福祉に携わる職種など)に執筆を依頼した。

基本的な知識に加え、できるだけ具体的に支援の方法を示すことを目指した。作成した手引書構成案は、各専門家への意見聴取、修正をコンセンサスが得られるまで繰り返した。

執筆者一覧

片岡 弥恵子(聖路加国際大学)

光田 信明(大阪母子医療センター)

佐藤 拓代(大阪母子医療センター)

倉澤 健太郎(横浜市立大学)

清野 仁美(兵庫県立医科大学)

薬師寺 順子(大阪府岸和田子ども家庭センター)

田口 眞規子(愛仁会井上病院)

和田 聡子(大阪母子医療センター)

平野 慎也(大阪母子医療センター)

上野 昌江(関西医科大学)

谷口 武(定生会谷口病院)

田中 由美(大阪府福祉部子ども室家庭支援課)

大塚 公美子(聖路加国際大学大学院)

・社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

(担当: 光田信明、藤原武男、中井章人、荻田和秀、佐藤昌司、前田和寿、佐藤拓代)

4 府県(大阪・大分・香川・宮城)において協力が得られた産科医療機関で生児を分娩する(した)妊婦全症例を対象とし、4 府県併せて1万例を目標とした。

・方法

1. 妊娠中に「大阪府アセスメントシート」を基に作成した簡便な「社会的ハイリスクアセスメント改定版」を用いて該当医療機関および市区町村でアセスメント項目を拾い上げ、スコア化を行う。また分娩後入院中にも上記を用いたアセスメントを行う

2. 産科医療機関での一か月健診時に、育児状況・児の健康状態・虐待傾向把握のためのアンケート調査を行う

3. 産科医療機関より母子手帳番号を市区町村保健センターに通知し、該当者の妊娠届出時のアセスメント、該当児の乳幼児健診時点での育児支援・保護状況などの情報を収集する

1・2 は産科医療機関から、3. は市区町村保健センターから各県データセンターに情報送付、各県データセンターで母子手帳番号を用いて両者と突合した後に、同番号を外して情報解析センターに送付する。これより1か月健診時の育児状況や、出産後3-4か月・1歳半時の育児支援・保護状況につながる妊娠期のアセスメント項目を検討する。

・症例登録期間

研究実施許可後平成31年4月から令和2年3月31日までとした。

・追跡期間

登録された症例の中で最も遅く出生した児が、1歳半健診を終了するまでとする。

・研究デザインと評価項目

妊娠中の社会的ハイリスク因子や医学的情報を原因変数、児の支援保護状況などを目的変数として多変量解析を行い、虐待を予測する社会的ハイリスクスコアを算出する。

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(承認番号 1125)。

大阪母子医療センターで倫理審査終了後、各府県での基幹施設の倫理審査を併せて行った(香川県承認番号 H30-38、大分県承認番号 30-70、宮城県承認番号 2018-4-108)。

大阪府・香川県

分娩取り扱い医療機関中、研究協力の同意を得た施設において、妊婦を対象に初診時、分娩時、一か月健診時にアンケート調査を行った。

各医療機関において、同意の得た妊婦を対象とした。

初診時

「社会的ハイリスクアセスメントシート改訂版」(初診時アンケート)を配付し記入してもらう。

分娩時

「社会的ハイリスクアセスメントシート改訂版」(分娩時アンケート)を記入してもらう

産後一か月健診時

「アンケート」を配付し記入してもらう。

宮城県

宮城県内の分娩取り扱い施設 31 施設に、令和元年 6 月に調査依頼およびアセスメントシートを発出した。登録終了後、調査結果について電子化を開始した。

大分県

令和2年3月31日までに妊娠届出が行われ、妊娠分娩管理した事例に関して以下の情報収集を行った。

・妊娠中: 「大阪府アセスメントシート」を基に作成した簡便な「社会的ハイリスクアセスメント改定版」を用いて該当医療機関および市区町村でアセスメント項目の拾い上げを行った。

・分娩後: 産科医療機関での一か月健診時に、母児の周産期(医学的)情報を把握し、さらに育児状況・児の健康状態・虐待傾向把握のためのアンケート調査を行った。さらに、産科医療機関より母子手帳番号を市区町村保健センターに通知し、該当者の妊娠届出時のアセスメント、該当児の乳幼児健診時点(3-4 か

月児健診、1歳6か月児健診)での育児支援・保護状況などの情報を収集することとした。また、産科医療機関(30施設)および県内行政機関(18ヶ所)の双方に対して研究のフローチャートをもとに説明会を行い、さらに逐次調査用紙および追加説明書を送付し、研究内容の確認および進捗状況の把握を図った。

子育て世代包括支援センターとの連携のあり方

1. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

(担当:片岡弥恵子、佐藤拓代、中井章人)

無記名自己記入式質問紙法を用いた量的記述的研究であった。データ収集期間は、令和元年9月～10月であった。研究対象者は、日本全国47都道府県の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所の看護職1名とした。

調査内容は、対象者・施設の属性、社会的ハイリスク妊婦の把握方法、社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制、社会的ハイリスク妊婦に関する産科施設と他施設・他機関の連携等であった。分析方法は度数及び記述統計量を算出した。

本研究は、聖路加国際大学大学院研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。(承認番号:19-A032)

2. A市における特定妊婦支援(担当:荻田和秀)

A市ではこのモデル事業に沿って特定妊婦の実務者会議を施行した。これはコーディネーターの医師をはじめ、市内2か所の産科医療機関の医師や助産師が会議に参加して年3回ずつ行われた。そのデータを匿名で集積し、特定妊婦の支援状況について調査を行った。

当調査は大阪府のモデル事業に則り、A市が匿名で行った集計に基づく。

3. 妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況～妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡～

(担当:佐藤拓代、光田信明)

妊娠期からの子育て困難を予測することができれば、児童虐待防止に繋がることを期待できる。今現時点においても、本邦における妊娠期の個人情報と出

生後の子育て状況を突合した実証的証左は得られていない。なぜかと言えば、妊娠期(医療)と子育て期(行政)の個人情報の突合作業は個人情報保護の下では容易ではない。今回我々は一つの行政単位(B市)における行政内での妊娠期のアセスメントとその後の養育状況に関しての評価を突合せせることを目的とした。具体的には、妊娠期のリスクアセスメントとその後の養育状況を比較検証し、妊娠期アセスメントの妥当性および、妊娠期からの支援策について検討することとした。

表1 大阪府リスクアセスメント(妊娠期)

アセスメントシート(妊娠期)		*このシートは、妊娠期から出産後の育児について養育負担がかかりやすく、より支援が必要であることを判断するための指標です					
妊婦氏名()		記入日()		記入者()			
*自費国について、「妊婦」、リポーター」のそれぞれ該当する欄にシドでチェックする。							
要因	リスク項目	妊婦			リポーター		
		あり	不明	なし	あり	不明	なし
生活歴(A)	保護者自身に被害歴がある						
	保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある						
	胎児のきょうだいへの不審死がある						
	胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
妊娠に関する要因(B)	過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)						
	16歳未満の妊婦						
	若年(20歳未満)妊婦(過去の若年妊婦を含む)・・・ 除く						
	20週以降の届出						
	妊婦健診未受診・中断がある						
	望まない妊娠						
	胎児に対して無関心・拒否的な言動						
	今までに妊娠・中絶を繰り返す						
	飛び込み出産歴がある						
	40歳以上の妊婦						
心身の健康等(C)	多胎や胎児に疾患や障がいがある						
	妊娠中の不規則な生活・不摂生等						
	精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)						
	パーソナリティ障がい(疑いを含む)						
経済的・社会的要因(D)	知的障がい(疑いを含む)						
	訴えが多く、不安が高い						
	身体障がい・慢性疾患がある						
	下記以外の経済的困難や社会的問題がある						
環境的要因(E)	生活保護受給						
	不安定就労・失業中						
	住所不定・居住先がない						
	ひとり親・未婚・ステップファミリー						
その他(F)	家の中が不衛生						
	出産・育児に集中できない家庭環境						
上記に該当しない類になる言動や背景、環境がある							
支援者等の状況							
支援者	死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父等・きょうだい等の職能に頼ることができない						
	失業不期、職歴と対立している						
関係機関等	リポーターまたは妊婦の親等複数一人のみが支援者						
	地域や社会の支援を受けていない						
保健センター等の関係機関の関わりを拒否する							
情報提供の再発が得られない							

* 妊婦とリポーターの「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調整機関に報告する
 ① 濃い網掛け項目 には1つでも該当する妊婦
 ② 薄い網掛け項目 には要因AかBの1つを含み、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦
 ③ 斜線網掛け項目 には要因C、D、E及びFの中で2つ以上該当し、かつ支援者等の状況「1」に1つでも該当する妊婦
 ④ アセスメントに必要な情報が十分に把握できなかった妊婦

4. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

(担当:光田信明)

対象は全国市区町村 1741カ所の母子保健担当者で、アンケート回答による横断研究である。平成31年3月に補足資料にあるアンケート調査用紙を配布し、同意を得た上で回答してもらい平成31年4月26

日までに回収した。

1. 本邦の母子保健事業の現状

評価項目は、アンケート調査(補足資料)にある、平成31年3月時点における母子保健事業の現状や妊娠から子育て期における医療・保健・福祉の連携状況について尋ねた以下の項目とした。

市区町村の概要

母子保健担当

子育て世代包括支援センター

市区町村子ども家庭総合支援拠点

福祉

特定妊婦

住民票と居住地問題

児童相談所

民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護

産前・産後支援

2. 各事業の設置・実施状況の関連

子育て包括センター設置している市区町村(A群)と子育て包括センター設置していない市区町村(B群)に分けて、各事業(子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産前・産後サポート事業、産後ケア事業、産婦健康診査事業)の実施率について Fisher 正確検定を用いて比較した。また、A群およびB群と各事業の実施状況との関連について対応分析を用いて検討した。 P 値 < 0.05 を有意差ありとした。

なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行った。また、本研究は、当センター倫理委員会の承諾を得て行った(承認番号 1172-2)。

メンタルヘルス問題

1. 周産期メンタルヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み

(担当: 中村友彦)

平成30年度に全国の周産期医療センターを対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。総合周産期母子医療センター108施設中65施設(60%)から地域周産期母子医療センター298施設中

133施設(45%)から回答を得た。

2. 社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査

(担当: 清野仁美)

大阪府内すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にて初回調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行う。研究参加への同意および調査の回答内容は郵送または Web にて回収する。

初回調査回収後に研究対象施設の医療従事者、行政の支援担当者を対象とした研修会を実施する。研修会は大阪府内で実施し、参加は自由意思で行い、交通費は参加者の自己負担とする。初回調査の同意が得られた研究対象施設の施設代表者に対し1年後に初回調査と同じ調査票を用いて再調査を実施し初回調査結果と比較し、研修会の有効性を検討する。

分娩取扱施設調査項目

分娩取扱施設におけるメンタルヘルスに関するアセスメント方法

分娩取扱施設におけるメンタルヘルスケア方法

分娩取扱施設における精神科医療機関・母子保健との連携状況

精神科医療機関に対する調査項目

精神科医療機関における精神疾患合併妊産婦の診療状況

精神科医療機関における妊娠中、授乳中の患者の診療内容

精神科医療機関における分娩取扱施設・行政との連携状況

(統計解析の方法)

SPSS を用いて解析を行う

(主要評価項目・副次的評価項目及び評価方法)

主要評価項目: 精神科医療機関で継続して診療する妊婦数(年間)、授乳婦数(年間)

副次的評価項目: 妊産婦のメンタルヘルスに関するアセスメント方法、メンタルヘルスの不調がある妊産婦に対するメンタルヘルスケア方法、精神科に紹介・相談する時の判断基準、精神科医療機関におけ

る妊産婦の診療までの日数、妊産婦の精神科受診の紹介経路、妊産婦の精神科診療内容
評価方法：調査票、プレテスト・ポストテスト
倫理面への配慮

本研究は兵庫医科大学倫理委員会(承認番号第3234号)、大阪母子医療センター倫理委員会(承認番号1300)において承認を受けている。

C. 研究結果

社会的ハイリスク妊娠の定義およびアセスメントシートの作成

社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究(担当：倉澤健太郎)

「第一次光田班」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、母子手帳の記載項目、虐待例の詳細、家族構成、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、カテゴリーとして基本情報(学歴など)、妊娠既往、生活習慣、現在の妊娠の状況、産後の生活の準備、妊娠の受け止め、支援者、家族や相談者、妊婦の自己評価、パートナーの健康状況、上の子の世話、分娩、経済状況、転居、に分類している。

「妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証」では、3～4か月の乳幼児健診の際に、過去1か月における「揺さぶり」「口塞ぎ」が1回でもあった場合を虐待とし、「若年齢、既婚以外、所産、妊娠時うれしくない」がハイリスクと考えている。

平成30年度から開始された本研究では、班研究会議内でも様々な定義に関する提案がなされた。とりわけ、「社会的」をどのように説明するかが議論の中心となったが、疾患ではない、とする意見もあった。多くは、社会的ハイリスク妊婦を社会的要因により妊娠・子育てに支障がでると思われる妊婦と定義づけを試みや、「母子の健康・生存を脅かすリスクとして社会的要因を有する妊娠」などとして、あえて「社会的」をそのまま解説文に入れ込むような試みもなされた。

・社会的ハイリスク妊娠の妊娠中管理ならびに関係機関との連携構築指針の作成

「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

(担当: 光田信明、片岡弥恵子、倉澤健太郎、中井章人、荻田和秀、佐藤拓代)

1. 手引書の構成

手引書の構成を表に示した。手引書は、5章から構成される。序章では、「手引書における理念・基本となる考え方」とし、第1次光田班の成果や、社会的ハイリスク妊娠の把握や支援の困難について記述した。第1章は、「社会的ハイリスクとは」とし、社会的ハイリスク妊婦の定義に加え、頻度、リスク因子を示し、実際に推奨されるスクリーニング/アセスメント方法について記述する。第2章は、「社会的ハイリスク妊婦への支援に関わる機関・職種」とした。各機関にどのような役割があるかを示した。さらに、支援に関わる職種について、仕事内容、どこにいるのか、社会的ハイリスク妊婦に対する支援で行っていること、他機関との連携をより円滑にする方法について、具体的にわかるよう記述した。お互いの職種について知ることは、連携の第1歩となる。第3章は、「社会的ハイリスク妊婦の支援」とし、医療機関での支援、地域での支援、そして連携の実際について示した。連携の実際は、事例を用いて解説した。第4章では、社会的ハイリスク妊婦の置かれる様々な状況について解説した。予定外の妊娠、メンタルヘルスに問題を抱える妊婦、ドメスティック・バイオレンスなどを取り上げた。また、児童相談所や児童福祉法による子育て支援サービスについても記述した。支援をする上で必要な知識も付与する。第5章は、用語集とし、多職種が共通言語となる用語について解説した。

表 社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書の構成

章	内容
序	手引書における理念・基本となる考え方
1	社会的ハイリスク妊婦とは
2	社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関・職種 ・社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関とその特徴 ・社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる職種の役割と特徴
3	社会的ハイリスク妊婦への支援 ・社会的ハイリスク妊婦への医療機関における支援 ・社会的ハイリスク妊婦への地域での支援 ・支援・連携の実際
4	社会的ハイリスク妊婦に関わるさまざまな支援・連携 ・妊娠 SOS ・産前・産後サポート事業 ・産後ケア事業 ・子育て世代包括支援センター ・児童相談所 ・児童福祉法による子育て支援サービス ・メンタルヘルスへの支援 ・ドメスティック・バイオレンスへの支援 ・里親制度と特別養子縁組
5	用語集

2. 手引書の執筆者

それぞれの章について、専門的な知識、支援の実際について熟知した支援者に依頼した。

・社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

(担当: 光田信明、藤原武男、中井章人、荻田和秀、佐藤昌司、前田和寿、佐藤拓代)

4 府県における登録数は、合計 7,390 例((大阪府 2,511 例、宮城県 1,700 例、香川県 379 例、大分県

2,800 例:令和2年3月末時点 暫定集計数)。

大阪府

調査協力を得た産婦人科医療機関は、5 施設であり妊娠中にエントリーされた妊婦数は、合計 2,511 例(令和2年3月末時点 暫定集計数)であった。

宮城県

宮城県内 19 施設(61.3%)から同意書を返送され、1700 例の登録を得ることができた。施設の内訳としては、7 病院(746 例)、12 診療所(954 例)であり、登録症例の地理的な分布は、都市部(仙台市)719 例、地方 981 例となっている。

香川県

香川県の分娩取り扱い医療機関は 17 施設(病院 13 施設、診療所 4 施設)であり、協力を得た産婦人科医療機関は、5 施設(30%)であった。アンケート期間は、令和元年 10 月から令和2年 3 月までの 6 ヶ月であり、香川県では 6 ヶ月間の分娩数は約 3500 件であった。現在まで妊娠初期にエントリーされた妊婦数合計 380 例中、同意を得られた妊婦数は 379 例(99.7%)であり香川県の該当期間の分娩数の約 10%であった。

大分県

大分県内のすべての分娩取り扱い機関(30 施設)から研究参加の同意を得た。登録数は、約 2800 例であり、当該時期の妊産婦の 88%から研究参加の同意が得られており、前方視的調査を遂行中である。

表 4 府県における登録状況

	登録数 (同意あり)	登録期間 年間分娩数 (2018 年)	参加協力施設数 /分娩取扱施設数
大阪	2,511 例	12 ヶ月 約 65,000	5/133()
宮城	1,700 例	10 ヶ月 約 16,000	19/31 (61.3%)
香川	379 例	6 ヶ月 約 7,000	5/17 (30%)
大分	2,800 例	11 ヶ月 約 9,000	30/30 (100%)

子育て世代包括支援センターとの連携のあり方

1. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

(担当:片岡弥恵子、佐藤拓代、中井章人)

無記名自己記入式質問紙法を用いた量的記述的研究であった。データ収集期間は、令和元年 9 月～10 月であった。研究対象者は、日本全国 47 都道府県の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所の看護職 1 名とした。

調査内容は、対象者・施設の属性、社会的ハイリスク妊婦の把握方法、社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制、社会的ハイリスク妊婦に関する産科施設と他施設・他機関の連携等であった。分析方法は度数及び記述統計量を算出した。

本研究は、聖路加国際大学大学院研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。(承認番号:19-A032)

1-1 回収率と属性

病院 998 施設、診療所 1,258 施設、助産所 256 施設、計 2,512 施設に配布し、716 施設から回収した(有効回収率 28.5%)。2 施設は施設形態が未回答であったため除外し、714 施設を対象とした。

施設形態別では、図 1 に示すように診療所 250/714 施設(35.0%)、周産期母子医療センター以外の病院 206/714 施設(28.9%)、周産期母子医療センター 172/714 施設(24.1%)、助産所 86/714 施設(12.0%)であった。

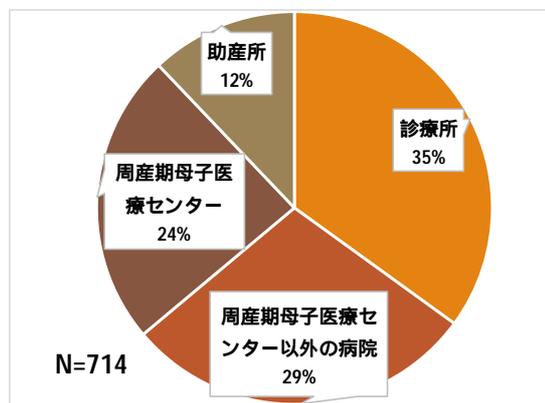


図 1 回答施設の施設形態

1 - 2 社会的ハイリスク妊婦の把握

全ての妊婦に対して社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている施設は 426/703 施設(未回答 11 施設)(60.6%)であった。施設形態別に比較すると、周産期母子医療センター136/172 施設(79.1%)、周産期母子医療センター以外の病院 126/202 施設(未回答 4 施設)(62.4%)、診療所 132/247 施設(未回答 3 施設)(53.4%)、助産所 32/82 施設(未回答 4 施設)(39.0%)であり、施設形態別で違いがあった(表 1)。

表1 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実施設数 (n=714)

	全施設 (n=714)	周産期母子 医療センター (n=172)	その他の 病院 (n=206)	診療所 (n=250)	助産所 (n=86)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
実施	426 (60.6)	136 (79.1)	126 (62.4)	132 (53.4)	32 (39.0)
未回答	11	0	4	3	4

妊産婦メンタルヘルスマニュアル(日本産婦人科医会,2017)は、初診時から産後 1 か月にかけて、それぞれの時期に使用するアセスメントツールを推奨している。妊娠中期に推奨されるアセスメントツールの組み合わせでスクリーニングを実施している施設は 19/703 施設(未回答 11 施設)(2.7%)、分娩後入院中は 32/703 施設(4.6%)、産後 2 週間は 139/703 施設(19.8%)、産後 1 か月は 167/703 施設(23.8%)であった。初診時もしくは妊娠初期にアセスメントツールを用いてスクリーニングを行っている施設は 207/703 施設(29.4%)であった。

1 - 3 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制

周産期医療センターは 161/171 施設(未回答 1 施設除く)(94.2 %)で施設内の多職種との支援検討の機会があった。地域周産期母子医療センター124 施設の中で、精神科医師との支援検討の場を設けている施設は 44/124 施設(35.5%)、臨床心理士との支援検討の場は 46/124 施設(37.1%)であった(表 2)。

看護職以外の他職種(医師と看護職の 2 職種を含む)との支援検討の場や機会が、その他の病院 147/203 施設(未回答 3 施設)(72.4%)、診療所 125/245 施設(未回答 5 施設)(51%)であった。

表 2 施設内における支援検討の場に参加する職種

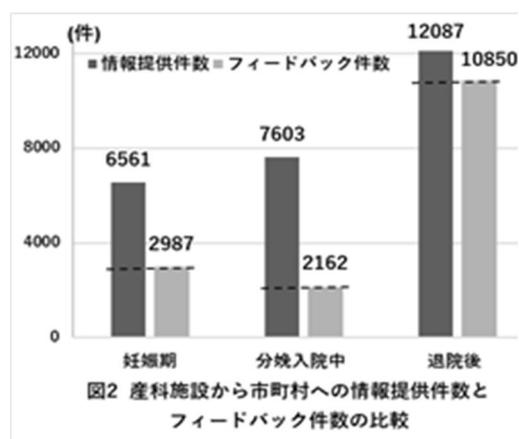
施設内における支援検討の場	(n=172)	
	総合周産期母子 医療センター (n=48)	地域周産期母子 医療センター (n=124)
	n (%)	n (%)
施設内の多職種との支援検討の場		
あり	44 (93.6)	117 (94.4)
支援検討の場に参加している職種(複数回答)		
産科医師	38 (79.2)	99 (79.8)
医療ソーシャルワーカー	41 (85.4)	97 (78.2)
精神科医師	26 (54.2)	44 (35.5)
臨床心理士	32 (66.7)	46 (37.1)
小児科医師	28 (58.3)	85 (68.5)

1 - 4 社会的ハイリスク妊婦に関する多機関の連携

1 - 4 - 1 産科施設と市区町村情報共有

2018 年に分娩が 0 件の 5 施設もしくはハイリスク妊婦が 0 人の 77 施設を除き、社会的ハイリスク妊婦の情報を市区町村へ情報提供したことがある施設は 608/625 施設(未回答 7 施設)(97.3%)で、そのうち市区町村からの支援経過などの報告(フィードバック)があった施設は 559/608 施設(91.9%)であった。

図 2 に、産科施設から市区町村への情報提供件数と市区町村からのフィードバック件数の比較を示す。産科施設から市区町村への情報提供は妊娠中には 403/525 施設(未回答 107 施設)(76.8%)合計 6561 件、分娩後入院中 326/535 施設(未回答 98 施設)(61.9%)合計 7603 件、退院後 423/519 施設(未回答 114 施設)(81.7%)合計 12087 件で行われていた。市区町村からのフィードバックは妊娠中には合計 2987 件、分娩後入院中には合計 2162 件、退院後は合計 10850 件であった。



1-4-2 多機関との支援検討の場や機会
産科施設と施設外の多機関と支援検討の場や機会があるとした施設は、全体で510/699施設(未回答15施設)(73.0%)であったが、施設形態で違いが見られた。定期的にあると回答した施設は全体で213/699施設(30.5%)であった(表3)。

表3 多機関との支援検討の場や機会の有無

多機関との支援検討の場や機会の有無 (n=714)		
	n	(%)
あり	510	(73.0)
定期的にあり	213	(30.5)
未回答	15	

1-4-3 里帰りや転居時の情報提供

社会的ハイリスク妊婦が里帰りや転居する際、現在妊婦の居住する市区町村へ連絡している施設は452/690施設(未回答24施設)(65.5%)であった。

居住している市区町村には情報提供していないが、受診予定の産科施設や里帰り予定の市区町村、転居予定の市区町村に情報提供を行っている施設は144/690施設(20.9%)であった。市区町村または受診予定の産科施設のどちらにも情報提供を行っていない施設は、93/690施設(13.5%)であった。

2.A市における特定妊婦支援 (担当:荻田和秀)

A市における平成24年からの7年間に通告された特定妊婦は213人にのぼり、事業が行われた2年間では126人であった。これは市の妊娠届出数の9%に達する(表1)。

表1 妊娠届に特定妊婦が占める割合

年度	妊娠届数	特定妊婦数	割合
平成24年度	831	7	1%
平成25年度	840	14	2%
平成26年度	858	20	2%
平成27年度	785	19	2%
平成28年度	799	27	3%
平成29年度	799	72	9%
平成30年度	574	54	9%
合計	5486	213	

このうち要保護となった乳児は50人に上った。特定

妊婦のうち、平成29年度と平成30年度を比べると、要保護の割合が13%から26%に増加した(表2)。

表2 特定妊婦の区分の内訳

年度	特定妊婦の人数	区分の内訳(人数)			区分の内訳(割合)		
		要保護	要支援	ケース前	要保護	要支援	ケース前
平成24年度	7	2	2	3	29%	29%	43%
平成25年度	14	4	5	5	29%	36%	36%
平成26年度	20	6	3	11	30%	15%	55%
平成27年度	19	6	6	7	32%	32%	37%
平成28年度	27	9	18	0	33%	67%	0%
平成29年度	72	9	63	0	13%	88%	0%
平成30年度	54	14	40	0	26%	74%	0%
合計	213	50	137	26			

要保護の割合が増えている理由は、既に要保護で管理しているケースが妊娠したことや、特定妊婦をきっかけに上の子の所属に確認し、虐待が把握された場合もあった(表3)。

表3 要保護の理由 内訳

	既に要保護ケースが妊娠	上の子の虐待と同時期に妊娠	特定妊婦をきっかけに上の子の虐待を把握	上の子が施設入所中	特定妊婦をきっかけに再発し、上の子の虐待あり	移管	管理中に要支援から要保護に区分変更	合計
平成29年度	2	1	1	0	1	1	3	9
平成30年度	5	4	3	2	0	0	0	14

大阪府では妊娠届出時、特定妊婦リスクアセスメントシートをつけることになっている。それに基づいて特定妊婦に多い項目を列挙すると、

- ひとり親・ステップファミリー
- 若年妊娠
- 胎児の兄弟への虐待
- 望まない妊娠
- 経済的困窮・社会的リスク
- 保護者の被虐待歴
- 精神疾患等

となった。

これら特定妊婦の産後の転機を調査すると、平成29年度では出産後終結したケースは14人25%であった。要支援を終結する場合、乳児全戸訪問、4か月健診を経て健康推進課が直接母子に会うなどして異常なしとしたケースや子育て支援課が上の子の所属情報で異常なしを確認後、実務者会議で終結を決定をするなどした。要支援を継続しているケースは22人あり、うち4か月健診が終了しているケースが18人であった。この中には再度妊娠し特定妊婦になった、DVの疑いがある、離婚したなどのケースが含まれる。

要支援から要保護に上げたケースは 9 人おり、上の子の虐待を把握した、4 か月健診で子を放置して上の子の送迎をしたことを把握した、低体重がある、面前DVなどを認めたため要保護とした。また、上の子の虐待があるなどの理由で要保護を継続しているケースは 8 人にのぼる(表 4)。

表 4 特定妊婦の転帰

妊娠中→産後の重症度変化	平成29年度		平成30年度	
	人数	割合	人数	割合
要支援→終結	13	25%	0	0%
要保護→要支援→終結	1	2%	0	0%
要支援→要支援	22	42%	8	50%
要支援→要保護	9	17%	1	6%
要保護→要保護	8	15%	7	44%
計	53		16	

更にこのうち平成 30 年度について犯罪に関わった特定妊婦は 54 人中 4 人いた。その内訳は覚醒剤使用歴 2 人 傷害罪 1 人 窃盗 1 人であった。

3. 妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況 ～妊娠期から 3 歳 6 か月児健康診査までの追跡～ (担当:佐藤拓代、光田信明)

対象(1,313 人)の妊娠届出のアセスメント結果は特定妊婦:29 人(1.9%)、ハイリスク妊婦:300 人(19.7%)、ローリスク妊婦:984 人(64.4%)であった。対象 1,313 人のうち、3 歳 6 ヶ月までに要保護・要支援児童になったのは 63 人(4.8%)であった。それぞれの内訳は特定妊婦:29 人(100%)、ハイリスク妊婦:22 人(7.3%)、ローリスク妊婦:12 人(1.2%)であった。特定妊婦から出生した児童の経緯は図 3 に示す。延べ人数からみて、終結は 4 ヶ月:0 人(0%)、1.6 歳:9 人(31.0%)、3.6 歳:10 人(34.5%)であった。転出は 4 ヶ月:2 人(6.9%)、1.6 歳:3 人(10.3%)、3.6 歳:6 人(20.7%)であった。

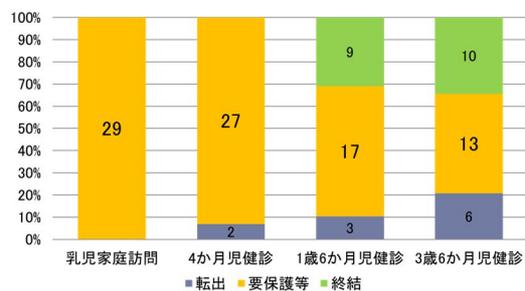


図 3 特定妊婦(29 人)の推移

ハイリスク妊婦(300 人)とローリスク妊婦(984 人)からの経緯を図 4 に示す。

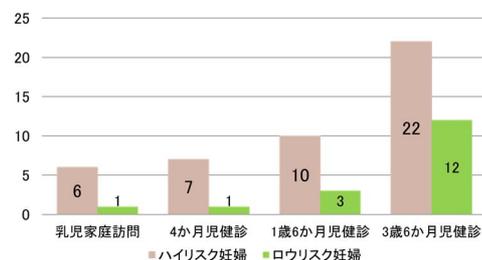


図 4 特定妊婦以外の要保護等の推移

4. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019) (担当:光田信明)

全国市区町村アンケートの回答率は 411 カ所(24%)で、同意があった市区町村は 383 カ所(22%)であった。

1. 本邦の母子保健事業の現状

市区町村の概要

回答のあった市区町村は、人口として 3666 万 2676 人(2018 年総人口 1 億 2644 万 3000 人¹⁾の 29%)、調査期間内の出生数は、27 万 6031 人(2018 年総出生数 91 万 8400 人²⁾の 30%)であった。

母子保健担当

母子保健担当部署の名称は同一でなく市区町村によって様々な名称が用いられていた。また、母子保健担当部署における母子保健担当職員数は、100 出生数あたり一人もしくは二人が多かった。母子保健担当部署の職種比率は、正規専任は半分に満たない状況であった。母子健康手帳交付時の対応としては、ほとんどの市区町村で、質問票・問診票やアセスメントシートが用意されていたがアセスメント基準を有するのは約 6 割に過ぎなかった。アセスメントの実施方法は、平成 28 年のときには、面談は約 5 割でしかなかったが平成 31 年には、9 割が面談に加えて質問表を用いて行っていた。人員や予算については約半分が不変であり、増加を予定している市区町村は 2~3 割に過ぎなかった。

子育て世代包括支援センター

子育て世代包括支援センターの設置状況を図 7 に示す。また、子育て世代包括支援センターの名称は同一でなく市区町村によって様々な名称が用いられ

ていた。子育て世代包括支援センターの職員数比率(各職員/全職員数)、職種比率(職種/全職員数)を図8、9に示す。また、子育て世代包括支援センターにおける妊娠中の情報の入手経路を図10に示す。

市区町村子ども家庭総合支援拠点

市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置状況を図11に示す。また、市区町村子ども家庭総合支援拠点の名称は同一でなく市区町村によって様々な名称が用いられていた。

福祉

家庭児童相談室の有無の設置状況を図12に示す。また、家庭児童相談室の名称を表4に示す。図13に家庭児童相談室の職種比率を示す。図14は要保護児童対策地域協議会(要対協)の調整機関を示している。図15、16に要対協実務者会議に医師の参加状況および参加医師の科を示す。

特定妊婦

特定妊婦判断基準がある市区町村は15%で、特定妊婦と最終的に決定している部署は、母子保健担当が約4割を占めていた(図18)。特定妊婦の比率は、全国平均が2.4%で1~3%が最も多かった。“特定妊婦の疑いあり”の把握機関、それぞれの担当者及び担当部署に連絡の有無について図20、21に示す。特定妊婦としての台帳記載後の妊婦本人、医療機関、担当者及び担当部署への通達の有無について図22~24に示す。特定妊婦から産まれた子どもの行政上の取扱いや台帳管理期間も半数が決まっていなかった。要保護・要支援児童をもつ母親が妊娠した場合の取扱い、要保護・要支援児童である児童が妊娠した場合の取扱い、要保護・要支援児童が産んだあとの産婦の取扱いも半数以上が事例ごとに判断されていた。

住民票と居住地問題

住民票がないが、居住地が管内の場合に主担当として支援するかどうかについては、半数以上が支援するが、実際に支援した件数は少なかった。同様に、住民票はあるが、居住地が管外の場合に住民票のある市としての支援するかどうかについては、8割が支援するが、実際に支援した件数は少なかった。

児童相談所

妊娠中から児童相談所が関わった事例の有無と件数を図34・35に示す。同様に、分娩入院期間中に児童相談所の一時保護によって医療機関で保護された新生児事例の有無と件数を図36・37に示す。

民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護

妊婦健診通院中の民間等あっせん団体が関わった事例を13%の市区町村が経験していた。経験件数はほとんどが、1件であった。同様に、出産直後から産科医療機関入院中に、養親が育児指導等に関わった事例の有無とについて図40・41に示す。

産前・産後支援

妊婦訪問事例および1ヶ月健診までに行政からの支援が別途必要であった事例を図42・43、産前・産後事業の実施の有無について図44~46に示す。

2. 各事業の設置・実施状況の関連

子育て包括センター設置している市区町村は、子育て包括センター設置していない市区町村に比較して、産婦健康診査事業を除いた他の事業の開始・設置率が有意に高かった。また、対応分析により、子育て包括センター設置している市区町村は、他の事業も行っているという特徴が分かった。

メンタルヘルス問題

1. 周産期メンタルヘルスヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み

(担当:中村友彦)

メンタルヘルスに問題がある妊婦が増加していると感じている施設は169/191(88%)であり、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のかかわりに困難を感じている施設は193/194(99%)に上った。また、回答者は経験年数の長い医師が多く、重複の可能性があるものの、58/193(30%)の回答者がキャリアの中で妊産婦の自殺を経験しており、周産期メンタルヘルスの悪化、深刻度の高まりが伺われた。またメンタルヘルスの問題について相談できる精神科医がいる施設は、主に周産期を担当するMSWがいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも63%であった。院内で

の周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。

ハイリスク妊婦については院外との多職種とカンファレンスを行っている施設が多いが参加職種にはばらつきがあり、十分な体制ではない。地域の助産師が参加している施設は 15%(29/198)、地域の精神科医が 7%(14/198)に留まっていた。一定の基準はなく、各病院の裁量で開催されているのが現状である。さらに精神疾患合併妊婦について地域の精神科医と診療情報を共有できているとした施設は 35%(67/194)に留まっている。

児童虐待等の問題を児童相談所に相談したことがある施設は 82%に及び、病院から子どもを直接乳児院に入所させたことがある施設も 91%に及んだ。

2. 社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査

(担当:清野仁美)

初回アンケート調査では大阪府内の精神科医療機関 66 施設、分娩取扱施設 53 施設の施設代表者から有効な回答を得た(回収率 22.6%)。

精神科医療機関の初回調査結果

精神科医療機関 66 施設の内訳は、総合病院(産科併設) 11 件、総合病院(産科無し) 4 件、精神科病院 10 件、精神科診療所 41 件であった。

これらの精神科医療機関のうち継続診療する妊婦数が「年間 1 人～5 未満」である施設が 65%、「年間 5 人以上」の施設は 20%であった。また、継続診療する授乳婦数が「年間 1～5 人未満」が 74%、「年間 5 人以上」は 12%であった。

妊婦・授乳婦の診療受け入れ状況は、当日受け入れが可能な精神科医療機関は 18%にとどまり、診療の受け入れ体制は時期や予約状況によって流動的と回答された施設が目立った。

妊婦・授乳婦が精神科医療機関を受診する経緯は、「産婦人科からの紹介(31%)」が最も多かったが、「紹介なし(28%)」で自ら受診するケースや、「保健師からの受診勧奨(19%)」もみられた。自由意見では、精神科への紹介や受診勧奨時に、分娩取扱施設の

医療者や保健師から妊婦・授乳婦・家族へどのように説明(疾病教育、心理教育を含む)がなされたかが、その後の妊婦・授乳婦・家族の精神科診療に対する認識に影響を与えていること、よって分娩取扱施設の医療者や保健師による適切な説明(疾病教育や心理教育を含む)が望まれること、妊産婦のメンタルヘルスクエアが「精神科医療に丸投げ」にならず産科医・助産師や保健師による包括的なケアが維持されたまま、そこにあらたに精神科医が支援者の一人として加わるという形が望まれるという意見が挙がった。

もともと通院していた精神疾患患者が治療経過中に妊娠・出産することは多くの精神科医療機関が経験していたが、通院中の患者であっても「妊娠・授乳中はすべて総合病院精神科に紹介する」という回答も一部みられ、その背景には「精神症状悪化時に妊婦を受け入れてくれる精神科入院施設が少ない」ため、精神科診療所では管理が難しいとの意見が挙がった。

薬物療法については「本人が希望すれば妊娠中、授乳中に薬物療法を行う」精神科医療機関は 88%を占め、事前に「薬物療法のリスクとベネフィットを説明する」という回答も 80%でみられた。薬物療法のリスクとベネフィットの検討に際し、参考にするもので最も多く挙げられたものは「医療用医薬品の添付文書(62%)」、次に「医学書(58%)」、「国内外のガイドラインや治療指針(56%)」と続き、「妊娠と薬情報センター」を利用すると回答した施設は 44%にとどまった。一方、「薬剤の安全性に関するエビデンスが不足している」など薬物療法が妊娠や胎児に及ぼす影響を懸念する意見は多く、妊婦・授乳婦の精神科診療を阻む一因であることが浮かび上がった。妊娠・授乳への薬剤の影響に関して産科医からの助言や治療方針の共有、薬剤師による情報提供を望む意見がみられた。

精神療法については、88%の精神科医療機関で支持的精神療法が実施されているが、周産期うつ病などに有効なエビデンスを持つ認知行動療法(20%)や、対人関係療法(9.1%)を実施できる施設は少なかった。疾病教育・心理教育なども含め十分な精神科外来での診療時間の確保が難しいとの意見が挙がった。

妊婦や授乳婦の診療を行う上で、精神科医療機関

が連携する専門職は産科(65%)、母子保健などの行政の担当者(67%)との回答が多く、ソーシャルワーカー(39%)、薬剤師(30%)との連携も行われており、特に総合病院では多職種者による妊産婦のメンタルヘルスケアの協働体制が構築されていると回答された。一方、地域における産科と精神科の連携、総合病院と診療所との連携方法が確立していないことも課題として挙げられ、精神科医のマンパワー不足によりカンファレンスへの参加時間が確保できないなどの意見があった。

分娩取扱施設の調査結果

分娩取扱施設 53 施設の内訳は「院内に精神科(心療内科)がない施設」が 30 件、「非常勤の精神科医による診察が可能」な施設が 5 件、「院内に精神科(心療内科)外来はあるが精神科入院病床はない施設」が 13 件、「院内に精神科入院病床がある施設」が 5 件であった。

メンタルヘルスの評価方法は「エジンバラ産後うつ病質問票」が 94%の施設で実施されていた。一方、同じ自己記入式の質問票である「育児支援チェックリスト」や「赤ちゃんへの気持ち質問票」の実施率は 22%にとどまり、リスク因子の評価や愛着(ボンディング)の評価は十分とはいえなかった。「助産師による面談」で評価していると回答された施設は 73.6%に上り、カンファレンスによる事例検討も 45.3%で行われていた。カンファレンスを実施している施設では、助産師(100%)、産科医(73%)、看護師(65%)、ソーシャルワーカー(46%)に次いで、精神科医(23%)、小児科医(23%)がカンファレンスに参加していると回答された。一方、7.5%の施設ではメンタルヘルスの評価を「実施していない」との回答がみられた。

メンタルヘルスに不調を呈する妊婦、授乳婦に対して分娩取扱施設内でも助産師(86%)、産科医(56%)がメンタルヘルスケアをしていると報告されており、院内に精神科医が勤務している、いないに関わらず、初期対応として周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが行われていることが明らかになった。主に助産師外来でのフォローアップや電話相談(電話訪問)、妊婦健診時から産後までプライマリーナーシング(担

当助産師/看護師が継続して関わる)、両親学級での啓発活動などによって実施されていた。自由意見では、メンタルヘルスの評価やケアを行う上での「マンパワー不足」、メンタルヘルスケアにだけでは解決しえない「社会的問題に対する介入をどのように行うか」が課題として挙げられた。

半数以上の分娩取扱施設が精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、

- 精神症状があり、生活に支障をきたしているレベル(77%)
- 自傷・自殺念慮がある(73%)
- 幻覚・妄想がある(60%)

であった。

しかしながら、「当日に紹介・相談できる精神科や相談窓口がある(28%)」施設は少なく、「2~3日以内に紹介・相談できる精神科や相談窓口がある(46%)」は過半数以下であり、「紹介・相談できる精神科や相談窓口はない」との回答が全体の 19%に上った。自由意見として、「緊急時や夜間に迅速に妊婦・産褥婦を診療してくれる精神科医療機関の不足」、「通常診療であっても精神科の診療予約が取りにくい」、「妊産婦のメンタルヘルスに関する専門性が乏しい」ことなどが挙げられた。結果として、メンタルヘルスに不調のある妊婦、あるいは精神疾患と診断された妊婦が軽症・重症問わず総合病院産科・精神科に集中し負担が増加している現状が報告された。

令和 2 年 3 月 28 日に研修会実施を予定していたが、COVID-19 感染拡大防止のため令和 2 年 12 月 5 日に延期された。よって、研修会のプレ・ポストテストの結果は得られていない。

D. 考察

社会的ハイリスク妊娠の定義およびアセスメントシートの作成

社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究(担当:倉澤健太郎)

「社会的ハイリスク妊娠」は、近年広く認識されるようになったものの、明確な定義付けはなされておらず、

産科婦人科学会の用語集にも収載されていない。広辞苑によると、定義 (definition) は、概念の内容を限定すること、とある。すなわち、ある概念の内包を構成する本質的属性を明らかにし他の概念から区別すること。その概念の属する最も近い類をあげ、さらに種差をあげて同類の他の概念から区別して命題化すること、ともある。本来、普遍的であることが多いが、社会通念の変化により、定義が時代的に変遷することもある。たとえば、いじめについては、児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査における定義では、これまで2回の変更が行われている。すなわち、昭和61年度に初めていじめが定義づけられたが、当時は「自分より弱い者に対して一方的に、身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、相手が深刻な苦痛を感じているものであって、学校としてその事実を確認しているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わないもの」としていた。当時は、学校がその事実を確認しているものに限定しており、いじめられた児童生徒の立場に立っていなかった。現在では、いじめ防止対策推進法の施行に伴い、平成25年度に定義されたものを採用している。つまり、「いじめとは、児童生徒に対して、当該児童生徒が在席する学校に在籍している等当該児童生徒と一定の人的関係のある他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為(インターネットを通じて行われるものも含む)であって、当該行為の対象となった児童生徒が心身の苦痛を感じているもの」とされた。

また、不育症についても、厚労科研による研究の成果として不育ラボにその定義が掲載されているが、幅広い解釈が可能で、将来的な解決すべき課題についても記述されている。つまり、「妊娠はするけれども、2回以上の流産、死産を繰り返して結果的に子供を持ってない場合、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、不育症はより広い意味で用いられています。日本、アメリカ、ヨーロッパでは2回以上の流産・死産があれば不育症と診断し、原因を探索する事を推奨しています。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。なお、妊娠反応は陽性だが、子宮内に赤ちゃんの袋(胎嚢)が見えずに終わる生化学的妊娠(化学流産)は、現在のところ流産には含めていません。しかし、2017年に欧州生殖医学会(ESHRE)は、生化学的妊娠も流産の回数に含めるとの認識を初めて示しました。繰り返す生化学的妊娠を不育症に含めるかは、今後の課題です。なお、繰り返す生化学的妊娠についての、明確な治療法についての指針やガイドラインは現在のところありません。これからの課題です。」とあり、今後の研究により、定義や取扱い、対策が変わりうる事が記載されている。

これらのことより、「社会的ハイリスク」の定義は、これまでなされていなかったこと、医療者のみで扱う用語ではなく、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、心理師、行政担当者など幅広い職種が利用する用語であることから、その全体を平易な言葉で俯瞰することが望ましいと考える。

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。

妊娠期からの子育て支援のための
医療機関と保健・福祉機関の連携について

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

特定妊婦は児童福祉法にその規定はあるが、具体化したものとして、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、協議会調整機関に報告することとし、実務者会議で検討の結果、特定妊婦として台帳に登録、進行管理となった妊婦である。つまり、この場合のハイリスク妊婦は特定妊婦に至る 2 段階手前の状態としての運用がなされている。

当該研究班では、これまで社会的ハイリスク妊娠を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があるという考え方である。身体的な疾病のように明確な定義や病態があるわけではないが、頻度や対応方法、介入による改善の程度など各研究者が努力を重ねてきた。

「社会的ハイリスク」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点(精神状態、性格、依存性、身体合併症、虐待、被虐待、妊娠状況、受診状況妊娠出産の受け止め)、養育状況の問題点(児への感情、育児ケアの問題家事、児を守る人的

資源)、家庭環境の問題点(夫婦関係、経済状況、居住状況、相談相手はいるか)、子供の問題点(多胎、分離の必要性、健康状態)、その他(援助協力を発信、受容できるか)などの問題点を含んでいるものを指す。

社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが、分娩後の支援・介入がさらに重要である。本人のみならず、出生する児が社会的に身体的に危険にさらされることは、なんとしても避けなければならない。医療者から見た「社会的ハイリスク妊産婦」対応は、虐待になる前の子どもを助けるために、子育てに問題を抱えそ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できる。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。

以上より、当該研究班としては「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」を社会的ハイリスク妊娠と呼びたい。要因は、内的・外的様々であり、医学的な疾病であることもあれば、身体的にも精神的にも問題はなくとも、言語の問題を抱える外国人も、情報へのアクセスに困難さが伴えばハイリスクとなりえる。そして、ハイリスク妊娠とする基準として、面接やアセスメントシートなどを活用して総合的に判断する必要がある。社会的ハイリスク妊娠は、大阪を参考に「要チェック妊婦」、「要フォロー妊婦」、「特定妊婦」と細分化が可能であるが、今後特定妊婦に至らないとしても、相応の協議会調整機関での共有などが行えるように個人情報保護の観点も考慮に入れながら、検討する必要性もあろう。

社会的ハイリスク妊娠の妊娠中管理ならびに関係機関との連携構築指針の作成

「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する

手引書の作成

(担当: 光田信明、片岡弥恵子、倉澤健太郎、中井章人、荻田和秀、佐藤拓代)

13名の執筆者に原稿を依頼し、取りまとめた。現在、執筆者11名の原稿が集まり、取りまとめを行っている。2名の執筆者に依頼中である。手引書は、基本的な知識を得ることができると同時に、事例等を用いて実際の支援や連携の方法が理解できる内容とした。さらに、図や表を使い、多忙の実践の場においてわかりやすく示すよう工夫した。今後、この手引書を推敲し完成させると同時に、実践で活用できるような媒体を考案する。

社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

(担当: 光田信明、藤原武男、中井章人、荻田和秀、佐藤昌司、前田和寿、佐藤拓代)

周産期情報と乳幼児情報を突合させる前向き研究であるために、個人情報の取り扱いはより慎重さが求められる。自治体とのやりとりでもその部分を問題視する指摘が多数寄せられている。倫理審査承認済み、妊婦同意取得済み、厚生労働省科学研究であること等を説明しても研究参加同意を得ることは困難となっている。

大阪府

平成30年(2018年)の大阪府の総人口は882万人、出生数は65446人であり、年々減少傾向にある。一方分娩取り扱い施設数は133か所である。このうち総合周産期母子医療センターは6か所、地域周産期母子医療センターは17か所である。

この度の調査に協力が得られた医療施設は大阪南部を中心に、総合周産期母子医療センターが1施設、病院が3施設、診療所が1施設の5施設である。大阪府内の分娩取り扱い施設が多いため調査協力を一斉に行うことが難しく、大阪母子医療センターを中心に近隣医療機関に個別に協力を要請した経緯がある。

調査のアウトカムである自治体からの情報提供であるが、自治体ごとに対応が異なり、個人情報保護を

理由に一切協力いただけない自治体から、全面的に協力いただける自治体まで様々である。また年度が代わると自治体の担当者も変わり、協力状況が変更となる恐れもある。

調査協力可能な医療機関の所在地は複数の自治体にまたがっており、そこに通院する妊婦もまた複数の自治体に居住している。情報提供可能な自治体と妊婦の居住地にミスマッチが発生しており、乳幼児健診時の情報提供がどの程度見込まれるかは、現段階では未知数である。

宮城県

協力医療機関の負担は大きく、医療資源が必ずしも十分でない地域における研究協力を得るためには、かなりの時間と労力を要した。今回の研究では自治体の協力が重要であったが、自治体ごとの対応が大きく異なり、個人情報保護の観点や他の国家プロジェクトによる研究協力事業との関係性などによって、全面的な協力を得るには至らなかった。

香川県

香川県は、人口95万7400人(令和元年6月1日現在)であり、日本で最も面積が小さい県である。分娩数は、全国的な少産少子化と同様減少傾向であり、現在では約7,000分娩である。

分娩施設も、医師の高齢化、助産師数の減少に伴い17施設で分娩を行っている。特徴的なのは、17施設のうち13施設(76.4%)が病院であり、診療所は4施設(23.6%)にすぎない。分娩数は、病院分娩が80%、診療所分娩が20%である。全国的には、病院分娩が50%、診療所分娩が50%(分娩に関する調査 - 日本産婦人科医会2017)であるので、病院分娩が多い地域となる。妊娠初期エントリー数が380例あり、これはこの期間の香川県の分娩数の10%である。今回のアンケート調査が低率であったのは、アンケート調査等の手続きが病院においては煩雑であったことも一要因であると考えられる。また同意を得られなかったのは1例(0.3%)であり、妊婦は非常に協力的であった。5施設のうち、4施設は一次施設であり、1施設は総

合周産期母子医療センターである。ハイリスク妊産婦数の予測であるが全国と同様、総合周産期母子医療センターに集中する傾向であるためこの1施設のハイリスク妊産婦数が高率であると思われる。

大分県

大分県内におけるすべての分娩取扱機関からの同意が得られた状況で研究開始となったが約12%の事例において研究同意が得られなかった。県内行政機関からの参加協力は得られているものの、個人情報保護の視点からデータ収集方法および首長の判断に依るところがあり、同意に流動的な行政機関があることが問題となっており、この点については引き続き参加を促していく。

・子育て世代包括支援センターとの連携のあり方

1. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

(担当:片岡弥恵子、佐藤拓代、中井章人)

1-1 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実態

初診時から産後1か月にかけて、妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル(日本産婦人科医会,2017)に沿ってスクリーニングを行っている施設は少数であることが明らかになった。研修会等の実施により、社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの必要性やガイドラインの普及が必要であると考えられる。

1-2 産科施設と市区町村の情報共有

産科施設から市区町村への情報提供は、8割以上の施設が行っていた。しかし産科施設への情報提供に対する市区町村からのフィードバック件数は、妊娠期では半数程度であり、妊娠期から適時に連携して支援できていない可能性が示唆された。

フィードバックが行われていない理由について、市区町村が求める情報と産科施設が提供する情報の相違(松田ら,2013)、マンパワーの不足が考えられる。市区町村がフィードバックできるような体制構築が求められる。具体的には、共通のシートの使用(小野ら,2018)等により妊娠期からの連携が促進されたと地域の取り組みが参考になる。

1-3 産科施設内外の多職種多機関連携

本研究により、産科施設内外の多職種他機関連携が十分でないことが明らかになった。村田(2012)は、連携協働の基本は、自分の専門分野を他の専門領域の人に適切に説明でき、同時に他職種がどのようなことを行っているかについて知ることだと述べており、第一に社会的ハイリスク妊婦に対する看護職自身の役割を理解し、他の職種や機関の役割を知ることが重要であると考えられる。その中には、連絡先や連絡手段などの具体的な連携手段も含まれると考えられ、それぞれの役割や連携方法に関するガイドライン等作成や普及が必要であると考えられる。

次に「顔の見える関係」を構築することが重要であると考えられる。「顔の見える関係」について、森田(2012)は名前と顔が分かる、考え方や価値観・人となり分かる、信頼感をもって一緒に仕事ができることであると示している。定期的に交流し「顔の見える関係」を築くことにより、相手の名前や顔だけでなく人柄を理解し安心して連絡できることにより連携が円滑になることが期待される。そのためには、健やか親子21(第2次)(厚生労働省,2019)でも推進されている要保護児童対策地域協議会への看護職の参加や、支援検討の場をより定期的に設ける体制構築が必要であると考えられる。

2. A市における特定妊婦支援(担当:荻田和秀)

この調査では、実務者会議を開催することで当該市内の医療機関との連携は密にする事が出来た。望まない妊娠を繰り返す特定妊婦もあり、医療・保健・福祉が同じ情報を共有することも可能になったと考える。

他方、居住地域が市外に移った特定妊婦はその後の状況が把握し辛く、支援の継続に難渋した事例もあった。産前・産後母子支援事業に医療機関が参画したことで、医師や助産師から直接意見を聞くことができ、妊婦の受診状況や身体的リスクを正確に把握することができた。また連絡がつかない妊婦、拘留中の妊婦については、医師や助産師から見た妊婦の状況を知ることができ、産後の関わりに活かすことがで

きた。要保護児童対策地域協議会実務者会議に医療機関が参画することは、特定妊婦の支援に有用で、モデル事業が終了した令和元年度も要支援児童対策協議会周産期支援部会の特定妊婦実務者会議として、医療機関と行政の会議を継続して行っている。

3. 妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況 ～妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡～ (担当:佐藤拓代、光田信明)

3歳6か月児健診時点での累積要支援児童・要保護児童状況はローリスク妊婦(1.2%)<ハイリスク妊婦(7.3%)<特定妊婦(少なくとも44.8%)となっている。B市の場合、特定妊婦は出生後一端全て要支援児童・要保護児童として要対協管理となる。従って、経時的に追跡していくと100%から始まり終結・転居に従い順次減少していく。ローリスク妊婦・ハイリスク妊婦からの要支援児童・要保護児童は順次積算されていくので異なった評価である。そこで、特定妊婦の場合は3歳時の要支援児童・要保護児童(13/29:44.8%)をもって最低(少なくとも)とした。これは転出児童は追跡できないことによる。そうした制限があるものの、3歳半時においても半数近くが要支援児童・要保護児童であったことは、妊娠期の特定妊婦把握がいかに意味があるのかを実証する結果であると考えられる。妊娠中の“特定妊婦”把握はローリスク妊婦(1.2%)、ハイリスク妊婦(7.3%)に比してきわめて高率に子育て困難を予想できていると考えてよい。ローリスク妊娠はほとんど子育て困難を危惧されていない妊婦であり、1.2%の子育て困難出現率であるならば、妊娠中の積極的介入支援が必要な妊婦が漏れる可能性が低いということになる。第一次光田班の成果では、特定妊婦とその他の妊婦ではその後の養育困難発症が大きく異なっていた(34/72:47.2% vs 64/2852:2.2%)ことが示されていた。本研究においては、その他の妊婦をローリスク(1.2%)・ハイリスク(7.2%)に分けて要支援児童・要保護児童出現率を出せたことの意味は大きい。ハイリスク妊娠についての妊娠期の評価は現時点では困難である。というのは、3歳半時点までの7.3%の子育て困

難を想定しながら妊娠中からどの程度の支援をすべきなのかは今後の検討課題と思われる。現時点において、特定妊婦は児童福祉法のいうところの『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』であったという証左が改めて得られたと考えられる。B市においても、特定妊婦に対して妊娠中から必要と考えられる支援を行っており、そのような支援がすべて無効であったとは考えづらく、何の支援もなかったならば、終結事例はさらに少なかったことが想定される。未だ課題となっていることの一つは特定妊婦から出生した児童をいつまで見守り、支援を続ける必要があるのかということである。本研究の結果から判断すれば、少なくとも3歳半以上に亘ることが見えてきた。支援のあり方(内容・期間も含めて)は大きな課題である。

本研究の制限として、平成25年当時の記録をその後の大阪府アセスメントシートに当てはめ直したもので評価し直していることである。この点については、大阪府アセスメントシートは本人記載のアンケート形式ではなく、面談を担当する保健師の判断と評価により進められる。本研究においては、特定妊婦はアセスメント実施時に判断がすんでおり、再評価で増減はなしである。従って、特定妊婦としての支援・追跡は変わらなかったということである。ローリスク・ハイリスク妊娠は本研究に際して分類しなおしたものであるので、支援の有り様は分かれている。大阪府アセスメントでの再評価は1人の保健師が全例を評価し直した。

妊娠中のアセスメント方法が現時点での大きな課題である。アセスメント項目の選定、アセスメント回数、医療・保健・福祉機関における各種情報(個人情報を含む)の経時的共有体制等が当面の問題と考える。本研究においてはアセスメント項目毎の検討はできていない。

4. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019) (担当:光田信明)

本研究により、全国各市区町村の母子保健課の母子保健事業の現状について、アンケート調査より明らかにした。

母子保健は、100 出生数あたりに 1~2 人の母子保健担当職員によって支えられていた。その少ない人数でも妊娠期からの切れ目のない育児支援に向けて努力されていることが推測された。すなわち、母子手帳交付の際に、質問・問診票を用いて対応しているのは 98%を占め、面談のうえアセスメントシートを用いた評価をしているのは約 60%、面談のうえ質問票を用いた評価をしているのは約 90%であった。これは、前回調査時(平成 29 年 市区町村母子保健事業調査)では、質問・問診票と面談による対応が 37%および 33%であったことと比較すると、支援を必要とする妊婦を抽出すべく努力している市区町村が増加したことを示している。このように、母子保健事業の負担が増す中で、人員数・予算はともに、不変が 50%であり、減少する 市区町村が 10~15%に認められた。

また、子育て支援を補強するために始まった多機関・多職種による連携事業を始めとした新たに導入された事業(子育て世代包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産婦健診、産前・産後ケア)については、どの事業も約半数の市区町村しか設置・開始されていなかった。これら事業の設置がすすんでいない理由は、今回の調査では分からなかったが、多機関・多職種の縦の切れ目解消には至っていない現状が分かった。また、これらの事業は連結して行われるものであるが、実施率が必ずしも一致していないのは興味深い。一方で、対応分析で示すように、子育て世代包括支援センターを設置している市区町村は、産婦健康診査を除いた産前産後サポート、産後ケア、家庭児童相談室、家庭相互支援拠点を設置していること多いこともわかり、子育て世代包括支援センター設置している市区町村は、積極的に他の事業を始めていることが示された。

特定妊婦については、頻度は 1~3%と回答する市区町村が最も多く、平均で 2.4%という値は、適切に特定妊婦を抽出することができているものと思われた。この背景には、母子手帳交付時に面談やアセスメントシートを用いた評価を行う市区町村が多くなったことが挙げられる。ただ、特定妊婦の決定方法・把握機関・連絡方法、要対協の実施方法・参加者、台帳管

理、児の扱いについては一定ではなかった。特に、特定妊婦の疑いがあっても把握機関が約半数が母子保健のみであり、台帳記載後も、医療機関に伝える市区町村は約半数であり、横の連携も不十分であることがわかった。

児童相談所が関わった事例はどの市区町村も 1 例はあり、支援を必要とする妊婦が必ず存在することが示された。それに付随して、民間あっせん団体が関わる事例も少なからず認められた。平成 28 年には、「民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律」が制定され、平成 30 年 3 月時点で、19 団体がこの法律により認可されているが、事業内容や専門性等の審査までされているわけではない。民間の業者に斡旋を依頼する場合は信頼できる場所を選ぶことを、医療機関に周知する必要がある。

また、各事業の名称が市区町村によってまちまちであることも分かった。これらの事業・相談場所は、医療機関や妊産婦から分かりやすいことが望ましいが、母子保健・各事業の名称が市区町村によって全く違っており、このことが、妊産婦や医療機関から相談しにくい、また、どこに相談したら良いかわからない原因になっていると思われた。

メンタルヘルス問題

1. 周産期メンタルヘルスヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み

(担当: 中村友彦)

周産期のメンタルヘルス問題は深刻化している。評価についてはエディンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)が普及し、各施設一定の手法で評価ができています。しかし、医療体制、多職種での連携などの対応は病院、地域ごとに異なり一貫していない。まずはハイリスク妊婦への対応を標準化する必要があると考えた。

オーストラリアでは、一般市民が受講可能な 12 時間の「メンタルヘルス・ファーストエイド(Mental Health First Aid MHFA)」とよばれる心の応急処置の方法を学ぶプログラムが開発されており、国民に広く普及し

ており、国民全体のメンタルヘルス向上に貢献している。米国・英国などでも MHFA は国家プロジェクトとして教育現場などに取り入れられている。

MHFA では、講義だけでなく、スモールグループでの議論、ロールプレイなど体験型学習によって、具体的な対処法を習得することができる。日本ではメンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパンが普及活動を担っているが自殺予防に主眼が置かれており周産期には用いられていない。我々はこの手法を周産期メンタルヘルスに関わる多職種連携の標準化に向けて利用したい。

令和元年 12 月 1 日に信州大学においてメンタルヘルス・ファーストエイドインストラクターである城西国際大学看護学部(母性看護学・助産学)の宮澤純子教授を講師に招き多職種を対象に周産期メンタルヘルス・ファーストエイドをテーマに講習会を行った。講習では時間の流れと多職種の取り組みを伝えるために、動画を積極的に使用して実際の状況をイメージしやすいように工夫した。その上でグループワークを行い、動画の要所で理想的な対応について多職種でディスカッションしてもらった。この試みは大変好評で、自分以外の職種の働きをイメージする助けになったようであった。今後はいろんな保育園や行政での対応など様々なシチュエーションをイメージできる動画スライドを制作し多くの職種に手法を伝えていきたい。また MHFA インストラクターを養成して啓発活動を進めていきたい。

2. 社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査

(担当:清野仁美)

本研究は進行中であるため、以下の考察は初回アンケート調査結果のみに基づく。

初回アンケート調査では、精神科医療機関の妊婦・授乳婦の診療体制について、迅速な診療受け入れを望む分娩取扱施設側のニーズとのずれが浮かび上がった。また、精神科医療機関の中でも妊婦や授乳婦の精神症状悪化時に入院の受け入れ先の確保が難しいと認識しており、薬物療法に対する懸念も

相まって、積極的な診療受け入れの障壁となっていることが考えられた。また、精神疾患の診断基準を満たさないレベルから重要例まで総合病院産科・精神科に集中し、更なる診療受け入れのタイムラグを生じている可能性があった。限りある精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、分娩取扱施設におけるメンタルヘルスの評価とケア、精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例の対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるようなシステムの構築が必要と考えられる。

分娩取扱施設におけるエジンバラ産後うつ病質問票の実施率の高さは、すべての妊産婦のメンタルヘルスに対する評価とケアの機会をもたらすことを可能にしている。今後は初期対応としての助産師を中心とした周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが更なる高い専門性を持ち、効果をもたらしていくことが望まれる。

一方、社会的ハイリスク妊産婦の支援においては、現状のメンタルヘルスの評価とケアのみならず、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着(ボンディング)の評価も必要である。愛着(ボンディング)に対する評価の視点を分娩取扱施設で持つことも重要であろう。愛着(ボンディング)の障害の背景に、母体のうつ病や被虐待体験などに伴うトラウマ関連疾患あれば精神科医療、望まない妊娠やパートナー間暴力、経済的困窮などがあれば社会福祉支援、子どもの疾患や発達の遅れなどがみられる場合は小児科医療と協働し支援することが望まれる。

精神科医療機関が抱える妊婦・授乳婦の薬物治療に対する懸念に対し、研修会の実施や妊娠と薬情報センターのさらなる活用を目指し、産科医や薬剤師からの積極的な情報提供やフィードバックを行うことも有効ではないかと思われる。

精神科紹介に際しては、分娩取扱施設や保健師によって適切な疾病教育・心理教育が施されると、妊婦・授乳婦と家族の精神科診療に対するスティグマが減り、支援の受け入れがスムーズになる可能性がある。いかにして切れ目ない支援を続けるかは、丁寧か

つ適切な紹介・受診勧奨と継続した多職種協働ケア体制の維持が重要であると考えられた。

また、初回アンケート調査から多職種ケア体制の基盤となるカンファレンスの実施が総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市区町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政-福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題である。社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアは精神科診療につながる事が最終目標ではなく、妊婦・授乳婦と児のよりよい母子関係と社会的状況の構築を目指し、多職種者の連携によってメンタルヘルスと社会的問題へと介入し、継続支援することが重要であると考えられた。

初回アンケート調査結果をふまえて次年度に研修会を実施し、再調査を行い比較検討する。

全体を通しての考察

第二次光田班 2 年目のまとめである。今回の研究班の最終年度成果を得るための 1 年であった。

『社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究』においてまず取り上げたのは、社会的ハイリスク妊娠の定義である。第一次光田班では問題点をあげる討議中心だったが今回は定義案を『経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予想される妊産婦』とした。特定妊婦は平成 16 年の児童福祉法改正で第 6 条 3 第 5 項に『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。同じく、要支援児童(第 5 項)・要保護児童(第 8 項)も要保護児童対策地域協議会(要対協)の枠組みで、要支援児童等と定められている。そのためかもしれないが、特定妊婦イコール児童虐待予備軍とのとらえ方もある。しかし、我々はあくまでも子育て困難が危惧される妊産婦ではあるが、児童虐待予備軍というくり方はすべきでないと考えている。特定妊婦はあくまで出産前の子育てに対しての危惧であり、出産後の児童虐待の事実認定を行える状況にはないと考えているからである。事実、出産前

には養育放棄を申し出ていた母親が出産後は健やかな育児を行った事例も多々ある。一方で、『妊娠期からの切れ目ない支援』が児童虐待予防に繋がるとの指摘は健やか親子 21(第 2 次)等からも発信されている。そこで、妊娠期から特に支援が必要な妊婦を把握する体制作りが望まれている。そのような妊婦把握に際して、特定妊婦は全国的にも統一的使用がなされているが、『気になる妊婦』、『ハイリスク妊婦・要フォロー妊婦・特定妊婦』(大阪府)等の呼称が使用されており、統一的な見解には至っていない。社会的ハイリスク妊娠のうち、最も危惧されるのは特定妊婦であるが、特定妊婦未満はどのように呼べばいいのか? どのように把握していくことが求められているのか? 課題は多い。今回の社会的ハイリスク妊娠の定義案提唱はこうした課題対応の前進を望むことが出来る。今後のご意見・ご助言・ご批判を期待するところである。

『手引書作成』は、各執筆者の協力のおかげで形になってきた。次年度には完成させ、有用なものにしていきたい。

当班の最大の研究課題である『社会的ハイリスク妊娠と子育て状況の前方視的研究』は令和 2 年 3 月 31 日をもって登録を終了した。合計 7390 例(暫定値)が登録された。今後は出産を迎え、子育て期間へと入っていく。この家庭での追跡が最も大切な研究成果になるわけであるが、ここで大きな問題が示されている。子育て期の状況は行政からのフィードバックからしか得ることはできないが、これに拒否の意向が出始めた。研究当初から危惧されたことではあるが、我々研究班からすれば、解決不能な部分になる。長い時間をかけて倫理審査を通し、妊婦さんに説明と同意を文書でいただいていた。その上で行政にも一定の理解を得てきたつもりではあったが、いよいよ子育て期の情報を回収する段階になって情報の提供困難との意向をいただいている。当然ながら、個人情報を含まない分析しかできない計画になっており、合理的説明をいただいているわけではない。『切れ目のない支援』を目指しているのに『切れ目のある研究』になる可能性が現実味をもってきた。残り 1 年の研究期間を掛け

て最大限の努力を積み重ねていくが、現状は厳しい状況がある。

『全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究』において医療機関から行政への情報は一定程度行われていても、結果としての返信機能が不十分である実態が示された。次年度は、さらに詳細な分析を目指したいと考えている。

『A市における特定妊婦支援』は地域の要対協ならではのデータが示された。予想されたことではあるが、特定妊婦から出生した児童の要対協での支援のあり方に大きな示唆を与えた。特定妊婦から出生したとはいえ、子育て状況はさまざまになっていく。要支援・要保護・要保護 要支援となっていくものの、行政の支援対象であることは変わりがない。1年経過しても終結は27%しかない。そもそも終結したとしても、その後要対協に再登録はあるのかはまったく未知である。私見の域を出ないが、特定妊婦から出生した児童は原則すべて要支援児童・要保護児童としての登録が必須である。少なくとも7割以上が要支援児童・要保護児童であったことを考慮すれば、終結は慎重であるべきであり、少なくとも多数は1年以上3歳半程度までを視野にいれた支援体制が必要と考える。

『妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況～妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡～』も同様の結果と考えられる。この研究によって示されたことは、特定妊婦の中期的転帰が示されたことである。3歳半時点での終結は半数に満たない。約半数近く(13/29:44.8%)が要支援児童・要保護児童状態であった。本研究においても、特定妊婦から出生した児童は少なくとも数年単位の支援が必要であることはほぼ間違いがない。本研究でもう一点新知見が得られた。それは、特定妊婦以外のローリスク妊婦をローリスク・ハイリスクに分けて子育て状況を明らかにしたことである。詳細は不明であるが、3歳半時までの要支援児童・要保護児童(累積数)がローリスク群:12/984(1.2%)、ハイリスク群:22/300(7.3%)を示したことである。妊娠期の子育て状況を推測した、ローリスク・ハイリスク・特定妊婦把握の意義が示されたと考えられる。今後の課題としてそれぞれを把握するた

めのアセスメントツールの開発の必要性を実証したものであると考える。妊娠期に社会的ハイリスク妊娠をアセスメントした結果、1313妊娠から63人(4.8%)が3歳までに要支援児童・要保護児童となったことから結果として、51/63人(81.0%)がハイリスクと特定妊婦から出生した児童であった。このことは、妊娠期の社会的ハイリスク妊娠把握が出生後の子育て困難の大多数を把握することに繋がる。我々の前方視的研究であるアセスメントツール開発の意義を示している。

『本邦の母子保健事業の現状調査(2019)』においては、特定妊婦の把握は全体で2.4%であった。これは最低レベルと考える。というのも、我々も社会的ハイリスク妊娠を考え出した当初はその程度であったが、関係者の意識の高まりと共に情報の掘り起こしが進んで次第に上昇してきた。これは社会的ハイリスク妊娠や特定妊婦というものは多機関・多職種連携が深まることによって自然と把握率が上昇していくからである。現時点では、本邦の特定妊婦はおおよそ5%程度ではないかと類推している。子育て包括センター設置している市区町村は、子育て包括センター設置していない市区町村に比較して、産婦健康診査事業を除いた他の事業の開始・設置率が有意に高かったという知見も初めて実証的に示すことができた。ここにいう他の事業とは、子ども家庭総合支援拠点(40% vs 6%)、家庭児童相談室(55% vs 14%)、産前・産後サポート事業(40% vs 10%)、産後ケア事業(60% vs 23%)である。次年度はより詳細な分析を考えている。

『周産期メンタルヘルスヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み』においては全国の周産期母子医療センターに通院中児童の養育者のメンタルヘルスに注目した。小児部門の医療関係者が養育者のメンタルヘルス支援に関与することは身近に感じていても対応しにくい課題である。このような実態を明らかにした上で、地域でのメンタルヘルス支援の有り様を提案しようとしている。最終年度は一定の成果が期待されるが、COVID-19対応をしながらの支援体制構築は困難も予想される。

『社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査』は今年度の光

田班の大きな課題に取り組んだ。大阪府という一定枠の中での産婦人科医師と精神科医師へのアンケート調査をおこなった。多くの医師は妊娠中の外来管理は取り組もうとしている現状が確認できた。しかしながら、入院となると問題が大きくなる。総合病院で精神科入院管理を行える施設には限りがあるし、産科的問題があると、一層門戸は狭くなる。今後の課題として 分娩取扱施設におけるメンタルヘルスの評価とケア、精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例の対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるようなシステムの構築があげられる。社会的ハイリスク妊産婦の支援においては、現状のメンタルヘルスの評価とケアのみならず、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着（ボンディング）の評価も必要である。精神科医療機関が抱える妊婦・授乳婦の薬物治療に対する懸念に対し、研修会の実施や妊娠と薬情報センターのさらなる活用を目指し、産科医や薬剤師からの積極的な情報提供やフィードバックを行うことも課題である。社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスカは精神科診療につなぐことが最終目標ではなく、妊婦・授乳婦と児のよりよい母子関係と社会的状況の構築を目指し、多職種者の連携によってメンタルヘルスと社会的問題へと介入し、継続支援することが重要である。

これらの課題は行政と体制作りしていくことが必要であるが、行政上精神科医療は保健所管轄であることが問題となる。政令市によるものを除けば、多くの保健所は県型保健所となる。母子保健事業は原則的には市区町村事業に移管されている。ここに行政の縦割りの切れ目がある。政令市であれば、保健所も母子保健事業も共に市の職員という位置づけなので、日頃から同胞意識は高くなる。ところが、県型保健所は多くの市区町村を管轄する立場であるので、顔の見える関係ではあっても、同胞意識よりも上下関係意識を持ってしまう可能性がある。すなわち、多数は保健所と保健センターの縦割りの中で精神医療と母子保健医療を協働していく必要があるにもかかわらず、未だ課題が多いことが伺える。本研究は、研修会を

通してのプレ・ポストテストも企画していたが COVID-19 対応により延期とした。次年度に実施する予定である。

大阪のお母さんを守ろう！産科-精神科-行政がつながる未来へ

妊産婦メンタルヘルスに関わる支援の在り方についての研修会

大阪の産婦人科と精神科と行政の連携体制構築

主催
厚生労働省科学研費補助金(産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))
「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健-医療連携システム構築に関する研究」研究班(代表研究者 光田 佑明)
分担研究:「社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスカと連携ネットワークに関する調査」(分担研究者 清野 仁夫)

対象者:産科および精神科の医療機関・母子保健行政機関に所属する医師・助産師・看護師・保健師・ソーシャルワーカー・行政官(先着450名・要事前申込み)

日時 2020年3月28日(土) 開場12時30分
開演 13時00分~16時30分
会場 心斎橋 TKPガーデンシティPREMIUM心斎橋 3F

参加費 無料

12:30~ 受付開始
13:00~13:10 開会
司会:大阪母子医療センター産科医師 金川 武司
13:10~14:25 講演
座長:大阪産婦人科協会 会長 志村 研太郎
大阪精神科診療所協会 会長 堀 俊仁
演題1「周産期における精神科連携の課題」
大阪母子医療センター副院長 光田 佑明
演題2「妊産婦の精神科診療における課題」
兵庫医科大学精神科神経科講師 清野 仁夫
(質疑応答 15分)
14:25~14:35 休憩
14:35~15:35 パネルディスカッション
テーマ「どうすれば、大阪府内の産科-精神科診療連携がうまくいくか?」
パネリスト:産科医師 谷口 武
大阪市立大学神経精神科講師 佐藤 彩子
大阪母子医療センター助産師 深妻 貴子
久保クリニックPSW 木本 依和
認定援助師MSW 土原 拓
和歌山保健センター保健師 総谷 みか
和歌山子ども未来室保健師 伊勢 新吾
16:00~16:20 大阪府妊産婦こころの相談センターの紹介
大阪府地域保健医療精神保健グループ 栗山 佳代
16:20~16:30 閉会

申込方法
下記の光田研博様宛、メール本文に下記①~③を
ご記入いただき送信してください。
Email:
osaka.mtsuda2020@gmail.com
件名「3/28光田研博様会中込み」
①氏名(フリガナ)
②所属先、所属先-職種
③ご同僚者氏名(フリガナ・所属先、所属先-職種)

会場のご案内
心斎橋 TKPガーデンシティPREMIUM心斎橋 3F
大阪市中央区南船場4丁目3-2 ヒューリック心斎橋
電話:06-6121-5047

お問い合わせ 大阪母子医療センター内「光田研 研修会」事務局
0725-56-1220(内線7538)
E-mail:osaka.mtsuda2020@gmail.com
後援 大阪府 大阪府産婦人科協会 大阪精神科診療所協会
大阪精神科診療所協会 大阪府産科協会

E. 結論

社会的ハイリスク妊娠の定義およびアセスメントシートの作成

社会的ハイリスク妊娠の位置づけ及び取り扱いに関する研究(担当:倉澤健太郎)

社会的ハイリスクとは、「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」であり、十分な支援ができるよう、今後さらなるエビデンスの蓄積と行政施策の推進が求められる。本年度からはこの出発点から議論がなされており、議論が平準化されるとおもわれる。今後はその要件、解説としてより具体的な内容に言及し、対応策につなげていきたい。

社会的ハイリスク妊娠の妊娠中管理ならびに係機関との連携構築指針の作成

「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

(担当: 光田信明、片岡弥恵子、倉澤健太郎、中井章人、荻田和秀、佐藤拓代)

社会的ハイリスク妊婦への切れ目ない支援を実現するために、「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」を作成してした。手引書は、5章から構成され、専門的な知識と支援の経験を持つ専門家 13名に執筆を依頼し第 1 校を作成した。今後、さらに推敲し完成させる。

社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

(担当: 光田信明、藤原武男、中井章人、荻田和秀、佐藤昌司、前田和寿、佐藤拓代)

本研究は社会的ハイリスク妊娠把握のためのアセスメント方法の開発に大きな成果が期待される。

大阪府・

産後一か月健診まで終了した症例から順次、データ整理を行っている。

香川県・大分県

事例の登録が終了し、各施設から産後一か月健診までの調査用紙の返信を開始している状況である。

宮城県

医療機関内のデータで帰結する調査研究に切り替え、アセスメントシートの回収率向上に努め、電子化およびデータクリーニングを令和 2 年度上半期で終了する予定である。

子育て世代包括支援センターとの連携のあり方

1. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

(担当: 片岡弥恵子、佐藤拓代、中井章人)

産科施設において、社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングが適切に行われておらず、病院、診療所において施設内・外の多職種連携が十分でないことが明らかになった。

2. A市における特定妊婦支援(担当: 荻田和秀)

社会的リスクをもった妊婦の見守りには医療・保健・福祉間の情報共有が必要であり、実務者会議を通じて情報共有が可能となり、育児支援に極めて有効である可能性が示唆された。

3. 妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況～妊娠期から 3 歳 6 か月児健康診査までの追跡～

(担当: 佐藤拓代、光田信明)

1. 妊娠期における社会的ハイリスク妊娠評価(ローリスク妊娠・ハイリスク妊娠・特定妊婦)は出生後の育児状況を反映しており、リスク評価重症度に応じて(3歳半時:1.2%、7.3%、44.8%) 要支援児童・要保護児童が出現していた。

2. 特定妊婦は少なくとも半数近い母児に、出生後 3 年半以上の支援が必要である。

3. 第一に特定妊婦への長期間の支援体制構築が急務である。

4. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

(担当: 光田信明)

全国各市区町村の母子保健事業の現状について、アンケート調査を行った。それにより、ほとんどの市区町村で母子手帳の交付時に、なんらかの質問表やアセスメントシートを用いて面談が行われていた。このことは、特定妊婦の頻度が平均 2.4%であることを考慮するに、支援が必要な妊婦の抽出に役立っていると思われた。しかし、各事業においては、多機関・多職種での縦・横の切れ目解消には至っていないことが明らかになった。

メンタルヘルス問題

1. 周産期メンタルヘルス問題に対する多職種での対応の標準化に向けた取り組み

(担当: 中村友彦)

全国の周産期医療センターを対象にしたアンケートからは、周産期のメンタルヘルス問題の深刻化と地域連携体制の不備が伺われた。多職種による地域連携の標準化が急務と考えられる。自殺予防に効果を

上げているメンタルヘルス・ファーストエイドの手法を周産期に応用することで多職種連携の標準化を目指す。

2. 社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査

(担当:清野仁美)

初回アンケート調査結果をふまえて次年度に研修会を実施し、再調査を行い比較検討する。

F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。必要に応じて、倫理審査を受けている。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 光田 信明、特集/妊娠期からできる虐待防止のための方策「気になる妊婦」をみつけるための連携と支援「気になる妊婦」からの虐待リスク～将来起こり得る虐待を防ぐための支援とは～
助産雑誌 74(5):322-327,2020.

2. 学会発表

1) 日本子ども虐待防止学会
第25回学術集会ひょうご大会:
「妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況について～妊娠期から3歳6か月児健康診査までの追跡～」
鍛治みか、光田信明、岡本陽子、金川武司、川口晴菜、和田聡子
2019年12月22日:兵庫

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