

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(H27・健やか・一般・001)」

平成28年度

総括・分担研究報告書

平成28年(2017年)3月

主任研究者 光田信明

(大阪府立母子保健総合医療センター 統括診療局長 兼 産科主任部長)

## 目 次

### I. 総括研究報告

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 -----	1
---	---

光田 信明

### II. 分担研究報告

#### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討 -----	47
--------------------------------	----

佐藤拓代

2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った 妊婦取り扱い状況の全国調査 -----	53
---	----

光田信明、荻田和秀

3. 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 -----	58
--	----

光田信明

4. A市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について -----	65
--	----

光田信明

5. 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 -----	70
--------------------------------------	----

山崎嘉久

6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価 -----	79
--	----

上野昌江

(資料) 妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術(案)

7. 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 -----	98
--	----

藤原武男

8. 本邦の母子保健事業の現状調査 -----	105
-------------------------	-----

光田信明、佐藤拓代

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子	----	113
光田信明		
10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定	-----	125
光田信明		
II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究		
1. ハイリスク妊娠チェックリスト (産科合併症と関連するリスク因子リスト)の有用性に関する検証	-----	137
松田義雄		
2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成(新たな因子の検討)	---	145
板倉敦夫		
3. 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	-----	149
小川正樹		
4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク 評価	-----	157
光田信明、松田義雄		
III. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究		
1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開	--	162
木下勝之		
2. メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と 効果検証についての研究	-----	180
立花良之		
3. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と 育児不安の検討	-----	188
光田信明		
4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタル ヘルス対策	-----	198
光田信明		

# I. 総括研究報告



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)

総括研究報告書

妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な  
保健指導のあり方に関する研究(H27-健やか-一般-001)

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 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長

研究要旨

【研究目的】

平成 27 年からの健やか親子 21(第 2 次)において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題の一つに設定された。平成 28 年には児童福祉法が改正され、妊娠期からの切れ目のない支援を強く目指したものになっている。そこで本研究班においては、妊娠届、妊婦健康診査、出産状況等から子育ての困難さや潜在的に抱えている複合的な問題についての要因を明らかにし、その支援対策を検討することを目的とした。

【研究方法】

出産後の子育て困難に繋がるハイリスク妊娠を社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠に分けて検討する。妊婦の社会的ハイリスク要因をアセスメントする方法は行政の妊娠届と医療機関における妊婦健康診査の二通りである。両者においてアセスメントから知り得た情報の共有方法や出産後の育児状況の把握から「望ましい保健指導のあり方」を検討する。特に、妊娠中の要因と児の成育状況との関連性について実証的研究成果を得ることを目指す。なお、母体メンタルヘルスに問題がある場合、社会的ハイリスク状態である場合が多いため別個の検討課題として精神科疾患合併妊娠だけではなく、見過ごされがちな“こころの負担”を感じている妊産婦も包括的对象とする。

【結果・考察】

I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

日本産科婦人科学会との共同アンケート調査(1538/2429 施設回答)によって、分娩施設の 37%が児童虐待事例を経験しており、社会的ハイリスク妊娠の多くが周産期センターで支援を受けている実態が明らかとなった。社会的ハイリスク妊娠検証研究において大阪府の妊娠届時用アセスメントシートの要因が、統計学的に有意であると確認された。医療機関にて社会的ハイリスク妊娠であると判断した 192 人中 67 人(34.9%)が特定妊婦となっていた。妊娠中のアセスメントが特定妊婦の同定に有用であると示された。A 市における特定妊婦 72 例から出生した児童の追跡調査において、出生後 1 年以上の時点で 34 例 (47.2%)が要保護・支援児童であった。終結は 29.2%のみ(21/72)であった。

特定妊婦以外の妊婦からの要保護・支援児童は 2.2%(64/2852)という結果が得られた。この結果から特定妊婦と児童虐待発生の関連性を実証的に示すことができる。児童虐待相談所に一時保護となった0～5歳例（虐待保護およびその他の養護を含む）のうち、症例入所群97件（虐待:70件、養育困難:27件）を検討した。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母体年齢や父年齢が若い・父親の年齢が母親の年齢より10歳以上年上・未入籍・初診週数が遅い・妊娠中に高血圧や尿蛋白陽性を認める・経済的な問題がある・早産・出生体重2500g未満・帝王切開・多胎・児の先天疾患の合併・母の精神疾患の合併であった。今後の妊娠期における虐待予想モデルの作成に有用であると示された。妊婦の社会的ハイリスク状況把握のために問診票を作成し、追跡調査を実施中である。さらに、活用支援マニュアル(案)や社会的ハイリスク妊娠等の支援を必要とする妊婦への専門職用マニュアル(案)を作成した。3歳までの虐待リスク要因を妊娠届で把握する研究結果から、望まない妊娠の予後として4ヶ月、1歳半、3歳での子育ての困難さを確認できた。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

昨年作成したハイリスク妊産婦のチェックリストは施設規模によらず使用可能で、子宮頸部手術後妊娠を加え、チェックリストを完成させた。医学的ハイリスク妊娠の出産後の追跡調査において自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器科系疾患、精神科疾患の追跡率が50%以下であった。出産後の産婦健康診査に新たな課題が示された。

## III. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は4%で、全国で年間約4万人と推計された。要介入妊産婦は、病院は5.4%であり、診療所の2.4%の2倍以上であった。昨年度、本研究にて作成したマニュアルをもとに母子保健関係者を対象としたメンタルケア・サポーターを養成する「母子保健メンタルケア指導者研修」を実施した。研修前後における参加者の意識の変化について検証したところ、メンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考える参加者が大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。大阪府小児救急電話相談（#8000）は本来、新生児の相談窓口であるが、親のこころの相談も混在しており、産後2週間がピークであった。これは産後の子育て困難と“親のこころの負担”に関連性があることを示している。「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策は、妊産婦の自殺対策として都道府県レベルでは初めての事業で、現時点では数少ない有効性のある事業のひとつといえる。

## 【結論】

妊娠届や妊婦健康診査から社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦を同定できることが示された。また特定妊婦と児童虐待発生の関連性を示すことができる。今後の課題として社会的ハイリスク妊娠の抽出方法の検証を行い、全国システム策定が望まれる。次年度は継続中の研究成果をまとめ、妊娠期からの望ましい保健指導、さらには切れ目のない子育て支援体制づくりを予定している。

### 分担研究者

木下 勝之

日本産婦人科医会

会長

佐藤 拓代

大阪府立母子保健総合医療センター

母子保健情報センター長

松田 義雄

独立行政法人 地域医療機能推進機構

三島総合病院 院長

上野 昌江

大阪府立大学地域保健学域看護学類

教授

山崎 嘉久

あいち小児保健医療総合センター

保健センター長

板倉 敦夫

順天堂大学

教授

小川 正樹

東京女子医科大学

産婦人科臨床教授

荻田 和秀

りんくう総合医療センター

周産期センター産科医療センター長

兼 産婦人科部長

立花 良之

国立成育医療研究センターこころの診療部

乳幼児メンタルヘルス診療科

医長

藤原 武男

東京医科歯科大学大学院

医歯学総合研究科国際健康推進医学分野

教授

### 研究協力者

福井 聖子

大阪小児科医会 理事

岡本 陽子

大阪府立母子保健総合医療センター

産科副部長

金川 武司

大阪府立母子保健総合医療センター

産科副部長

川口 晴菜

大阪府立母子保健総合医療センター

産科診療主任

和田 聡子

大阪府立母子保健総合医療センター

母性外来師長

鍛冶 みか

和泉市生きがい健康部

健康づくり推進室 健康増進担当

中野 玲羅

大阪府泉佐野保健所 技師

中井 章人

日本医科大学産婦人科 教授

塩之谷真弓

愛知県新城保健所 健康支援課長

丸野 広子

八千代病院 副看護部長

新實 房子

山田産婦人科 看護師長

本村 直子

渡辺マタニティクリニック 看護師長

山元 歩

厚生連渥美病院 3階西病棟課長

天野 房子

西尾市健康課 主査

廣田 直子

田原市健康課 課長補佐兼係長

鈴木 里依  
田原市健康課 主査  
田中 敦子  
安城市子育て健康部健康推進課  
母子保健係 主査  
高橋 陽子  
豊川市保健センター母子保健係 主任  
緒方 京  
愛知県立大学看護学部 講師  
神谷 摂子  
愛知県立大学看護学部 講師  
佐々木 溪円  
あいち小児保健医療総合センター  
保健センター 医師  
山本 由美子  
あいち小児保健医療総合センター  
保健センター 主任主査  
山下 智子  
あいち小児保健医療総合センター  
保健センター 技師  
伊角 彩  
東京医科歯科大学  
国際健康推進医学分野  
土井 理美  
東京医科歯科大学  
国際健康推進医学分野  
三瓶 舞紀子  
国立成育医療研究センター研究所  
社会医学研究部  
村上 節  
滋賀医科大学産科学婦人科学講座  
教授  
小野 哲男  
滋賀医科大学産科学婦人科学講座  
助教  
中原 洋子  
大阪府立大学大学院  
看護学研究科

足立 安正  
兵庫医療大学  
伊勢 新吾  
和泉市教育委員会こども部  
こども未来室 保健師  
小泉 典章  
長野県精神保健福祉センター 所長  
鈴木 あゆ子  
須坂市健康福祉部健康づくり課  
赤沼 智香子  
須坂市健康福祉部健康づくり課  
浅野 章子  
須坂市健康福祉部健康づくり課  
樽井 寛美  
須坂市健康福祉部  
鹿田 加奈  
長野市保健所健康課  
清水 美枝子  
長野市保健所健康課真島保健センター  
町田 和世  
長野市保健所健康課  
堤 俊仁  
つつみクリニック 院長  
大阪精神科診療所協会会長  
後藤 彩子  
医療法人杏和会 阪南病院

背景

## I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

周産期医療は従来から“医学的ハイリスク妊娠の管理”に重点的に取り組んできた。その他重点課題としては“搬送体制整備”、“周産期医療人供給体制”等を周産期医療整備計画に沿って整備してきた。その結果、母児の予後は世界的にもトップレベルの医療を提供できるまでに発展した。こうした成果の一方で“児童虐待”という言葉が社会的に注目されるようになってきて、平成 27 年頃より周産期医療の現場において“妊産婦の自殺”が問題提起されるようになってきた。このような社会問題が決して稀でなくなってきた結果、平成 12 年には児童虐待の防止等に関する法律が制定された。この法律によって『子ども虐待による死亡事例等の検証結果について』(第 1 次～12 次)が公表されるようになった。児童虐待(死)事例は大きな社会的関心事にもなり、その対策が望まれている。平成 16 年には児童福祉法が改正され、“要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」とする)”が規定された。さらに、平成 21 年の同法改正において“特定妊婦”が規定された。大阪府においては『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書』が平成 21 年から毎年報告されている。その中で、未受診妊娠は①社会的問題でもあり、医学的問題でもあった、②児童虐待と強い関連性があった、③医療介入があれば、

新生児予後は改善する、④医療・保健・福祉の連携が必要である等が明らかになった。

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

特定妊婦は児童福祉法において「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と規定されているが、具体的には明確で共通な認定基準は存在しない。ましてや、「児童虐待の危険因子」と「妊娠中の要因」の関連性も明らかではない。本研究においては定期的な妊婦健康診査(以下妊婦健診とする)が困難である、あるいは出産後の育児困難が予想される妊娠を“社会的ハイリスク妊娠”と仮に定義すると、“飛び込み出産”、“育児放棄”、“児童虐待”等は社会的ハイリスク妊娠の重篤例と考えられるが、科学的にはこれらの因果関係は検証されていない。出産後の育児困難・児童虐待を妊娠中の要因から前方視的に追跡して実証した研究はないからである。一方、医学的ハイリスク妊娠は科学的な検証がなされ発展してきたが、社会的ハイリスク妊娠は科学的検証という観点から

は未知の分野である。このような背景から、子育て困難事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指し、妊娠中の医療・保健・福祉の役割と効果的な切れ目のない連携支援システムの確立は、喫緊の課題である。

## Ⅱ. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

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

の保健指導はどうあるべきか等も検討課題である。また、現行の母子健康手帳を用いた妊婦健診において母体は1ヶ月健診で事実上、終了してしまう。周産期からの切れ目のない子育て支援期間は、医学的ハイリスク妊娠においても社会的ハイリスク妊娠においても1年程度は必要であると考えている。

## Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

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

でも届かない結果になるのである。むしろ、精神疾患合併妊娠は精神科医師の医学的診断や治療を受けることが出来るので対応への迷いは少ない。精神科疾患ではないものの“こころの負担”を抱えたままであった場合、妊娠中の妊婦健診にも支障が出て、母児の医学的ハイリスク妊娠にもなりかねない。社会的ハイリスク妊娠であれば、“こころの負担”が顕性化するかも知れないし、“こころの負担”があれば社会的ハイリスク妊娠となるかもしれない。“こころの負担”が最重症化した場合、妊産婦の自殺・児童虐待死が危惧される。このように“こころの負担”は健やか親子課題実現への障壁となることが危惧される。従って、母親のためのメンタルヘルス対策は今後の母子保健の大きな課題である。

## A. 研究目的

### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

児童虐待(死)も妊産婦の“こころの負担”等のメンタルヘルス問題も多くは“子育て困難”による“愛着形成困難”とでもいうべき状況の下に発生していると想定される。そこで、母児の問題事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で切れ目なく支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行う。

#### 1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

(担当:佐藤拓代)

妊娠届出や妊婦健診受診を促す要因を明らかにすることによりサービスの隙間に落ちる妊婦をなくし、効果的な妊婦支援を行うための要因を検討する。

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

(担当:荻田和秀、光田信明)

全国の分娩施設にアンケートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査する。

#### 3-1. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

(担当:光田信明、佐藤拓代、藤原武男)

「産婦人科医療機関が把握した妊婦情報」と「育児期に行政機関が把握した児の情報」を比較することで、「虐待に対するハイリスク群」を的確に抽出するための「社会的ハイリスク妊産婦」の定義(いかなるハイリスク要因を以て虐待ハイリスク群とするのが有効か)を行い、その抽出方法を検討する根拠となるデータを得る。

#### 3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

(担当:光田信明)

社会的ハイリスク妊産婦の育児



状況や地域・行政からの支援状況を知るために、各家庭に対してアンケート調査を実施する。

4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について  
(担当：光田信明)

特定妊婦の出産後の養育状況を検討する。

5. 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  
(担当:山崎嘉久)

機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援のため、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、妊娠初期からのリスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルを開発する。

6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価  
(担当:上野昌江)

平成 27 年度の事例分析を踏まえ、支援が必要な妊婦に関わる専門職が活用できるマニュアル(案)を作成する。

7. 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  
(担当:藤原武男)

愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と 1 歳半児健診、3 歳児健診のデータをリンクし、妊娠届の情報と虐待傾向(「育てにくさ」を含む)との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク

群をより効率的に選定できる要因を明らかにする。

8. 本邦の母子保健事業の現状調査  
(担当:佐藤拓代、光田信明)

平成 28 年には児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村と考えられる。そこで、平成 29 年度事業が開始される直前にアンケート調査を行い、本邦の母子保健事業の現状を調査する。

9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子  
(担当:光田信明)

大阪府作製「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにする。

10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定  
(担当:光田信明)

虐待症例および対照群の周産期情報を比較することで、妊娠期からの支援を行う対象の選定に必要な項目やそれぞれの項目についての重要度を明らかにする。

II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証



するために、以下の研究を行う。

1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠  
チェックリストと産科合併症の関連  
性に関する検討

(担当:松田義雄)

出生後に支援が必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの確に把握するために、「社会的リスク評価」のみならず、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク評価」を加味する有用性を明らかにする。

2. 医学的ハイリスク妊産婦の  
チェックリスト作成

(担当:板倉敦夫)

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成において、欠如していた悪性腫瘍治療後妊娠の治療による妊娠への影響を明らかにして、チェックリスト完成を行う。

3. 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

(担当:小川正樹、松田義雄)

医学的ハイリスク妊娠の出産後に、次回妊娠へのリスク管理が行われているかについては不明のことが多い。次回妊娠へのリスクを評価する目的で、単一施設で出産したハイリスク妊産婦の産後の管理状況を明らかにする。

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

(担当:松田義雄、小川正樹、板倉敦夫、  
光田信明)

社会的ハイリスク妊産婦のなかには、妊婦健診未受診等に伴って医学的リスクの評価や対応が不十分となるため、結果的に医学的にもハイリスクとなりうる症例が存在し、増悪している可能性がある。そこで、社会的リスクの有無による、周産期における母児の医学的リスクへの影響度を検討する。

Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する  
研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中からの母体への支援の在り方を検討するために、以下の研究を行う。

1. メンタルヘルスに問題のある妊産  
婦への保健指導の開発及び全国展開  
(担当:木下勝之)

昨年度に行った全国調査データベースをもとに、メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開などの検討を行う。

2. メンタルヘルス不調の妊産婦に  
対する保健指導プログラムの開発と  
効果検証についての研究  
(担当:立花良之)

母子保健領域において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたサポートの推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するため、研修プログラムを作成し、その効果検証を行う。

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

(担当：光田信明)

#8000 は 15 歳未満の小児において夜間の病気やケガで困った時に保護者が利用する電話相談事業である。

大阪府#8000 のデータの中から 0 歳児、特に新生児の相談に焦点を当て、産科退院後の在宅新生児において、育児不安の時期や状況を明らかにする。

### 4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

(担当：光田信明)

「大阪府妊産婦こころの相談センター」開設後の運用実績から妊産婦に対するメンタルヘルス対策を検討する。

## B. 研究方法

### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

#### 1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の妊娠届出時期と妊婦健診受診回数等の母子保健活動と、妊娠届出受理や妊婦健診受診券交

付等に関する質問紙調査から検討を行った。

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

日本産婦人科学会と共同で平成 28 年 1 月現在分娩を取り扱っている 2429 施設を対象にアンケートを送付した。

#### 3-1. 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

本研究は、大阪府立母子保健総合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 866-2)。

##### ①研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪産婦人科医会が設置している《安心母と子の委員会》に参加する産科医療機関で当研究期間中に妊娠分娩管理を行う全妊産婦(約 10,000 人/年)。

第②段階：第①段階で妊娠分娩管理期間中に「社会的ハイリスクを有する」と認識され、住所地の保健センター・児童相談所などの行政関係者に情報提供を行う者、および第①段階で大阪府立母子保健総合医療センターにおいて妊娠分娩管理期間中に「ローリスク妊産婦(=リスクアセスメントで「リスク項目ゼロ」)」と認識された者を抽出した。除外基準は特に設けず、情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とした。評価内容は、育児期間における子ども虐待の有無であり、そ

の指標として、市町村で行われる乳幼児健診(3~4 か月・乳児後期・1 歳 6 か月)時における情報を解析した。

### 3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

本研究は、大阪府立母子保健総合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 863)。

平成 25 年 6 月~平成 26 年 4 月に当センターで出生した児について、その母のうち社会的リスク評価が行われた 862 人(うち社会的ハイリスクと認識された者は 114 人 13.2%)を対象とした。アンケート実施が不可能と考えられた者(詳細は下記※)を除いた 763 人にアンケート用紙を郵送し、郵送による返答を得た(連結可能匿名化)。社会的ハイリスク群とローリスク群に分類し、育児状況やサポートに関する項目について各群間で検討を行った。

※アンケート実施不可能者：死産・児や母の死亡・児が保護者と同居していないことが確認されている者(児の長期入院など)・その他

### 4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は医療機関と保健機関双方から『気がかりのある妊婦』としてあげられた妊婦を周産期ネットワーク部会で協議の上、決定した。要保護・支援児童の母親が妊娠した場合には特定妊婦とした。特定妊婦への支援は

妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。特定妊婦からの出生児は、出生直後には要支援児童として登録し、支援を行った。1 年後には要対協実務者会議の進行管理会議で評価をおこなった。評価結果は要保護児童、要支援児童、終結、転出に区分した。

### 5. 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

平成 28 年 7 月~平成 29 年 1 月に研究協力医療機関において、妊娠届出書を取り扱った妊婦のうち、研究同意が得られたケースを対象とし、平成 27 年度に本研究分担班で開発したモデル問診票(「お母さんの健康と生活に関する問診票」)の記載情報(妊娠前期)を把握する。また、他地域の事業や研究成果などを参考として研究協力者間で検討し、保健指導マニュアルを作成した。本研究は、あいち小児保健医療総合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 201622)。

### 6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

事例検討ならびに保健機関、医療機関の専門職への面接調査から支援が必要な妊婦への妊娠期からの効果的な支援について考察した。本研究は、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認番号16030)。

### 7. 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

愛知県名古屋市において平成 28 年 7 月～10 月の 3 歳児健診を受診したすべての母親を対象とし、データリンクページの同意を確認した。平成 28 年 12 月まで同意書の回答が得られた参加者について名古屋市から縦断データの提供をうけた (n=2558, 同意率 39.5%)。1 歳半児健診、3 歳児健診で子どもを育てにくいと回答した場合を虐待傾向とみなし、妊娠届の情報との関連を解析した。本研究は、国立成育医療研究センター倫理委員会で承認を受け実施した(受付番号 716)。

#### 8. 本邦の母子保健事業の現状調査

対象は、全国の市町村母子保健担当者で、対象市区町村は、1741 ヶ所である。評価項目としては、①市町村基本情報、②妊娠届受付、③支援を要する妊産婦への対応、④支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携、⑤特定妊婦や要対協について、⑥産後母子事業等である。

#### 9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)を抽出し、アセスメントシートにある 6 つの妊婦背景(虐待・DV 歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境) 31 項目および要対協への通知基準である項目について単変量・多変量解析によりオッズ比を算出した。要保護・要

支援の必要性は、面談・電話対談・市からの情報提供により判断した。本研究は、大阪府立母子保健総合医療センター倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号 977)。

#### 10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

本研究は、大阪府立母子保健総合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 887)。

この研究は、後方視的な症例対照研究である。研究対象は以下の 2 群とした。

◆入所群：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府内の子ども家庭センター 2 ヶ所に一時保護となった 0~5 歳児(虐待保護およびその他の養護含む)のうち、施設入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：A 市にて 3 歳半児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。A 市の「要対協」に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

### 1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

昨年度作製した「ハイリスク妊娠(HRP)チェックリスト」の妥当性を検証するためにモデル地域を設定し、総

合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義して、施設規模別にハイリスク妊娠の実態調査を行った。滋賀医科大学倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号 2838)。

## 2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

リスク因子の追加を目的に、これまで詳細な検討ができなかった子宮頸部手術後妊娠の予後を、以下の二つの方法で検討した。

① 日産婦周産期データベース(JSOG-DB)を用いて、子宮頸部手術(円錐切除術およびLEEP)後妊娠例と非施行妊娠例の周産期予後を検討した。②多施設共同研究によって、子宮頸部手術後妊娠の術式および妊娠中管理と、周産期予後を検討した。①、②ともに各施設及び日本産科婦人科学会の倫理委員会の承認を得て、施行した。

## 3. 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

東京女子医科大学病院で平成 25 年に分娩の管理をした妊婦で、産後の管理がなされたか否かを、フォローアップ期間について診療録を用いて後方視的に検討した。フォローアップ期間は、産後 3 か月、6 か月、12 か月時点での管理状況の有無により判断した。

本研究は、東京女子医科大学病院倫理委員会で承認を受け実施した(承認番号 2299)。

## 4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

縦断的観察研究である。対象は、大阪府立母子保健総合医療センター(当センター)で平成 28 年 1 月 1 日～平成 28 年 12 月 31 日に初診した妊婦であり、1600 人程度である。当センターで管理するも、他院での分娩となった症例は除外した。当センターにおいて、初診および妊娠中期、後期の保健指導の際に看護師、助産師による問診にて、大阪府作製のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行う。本研究は、実施機関である大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会で承認を受けて行う調査である。(承認番号 972)

## Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

昨年度に行った全国調査データベースは、産婦人科医会の施設情報調査 2015 で集計された全国の分娩取扱施設 2453 施設(病院 1044 施設、診療所 1409 施設)を対象に、平成 27 年 11 月 1 日から 11 月 30 日までの 1 ヶ月間に分娩管理した妊婦について、前方視的

アンケート調査を実施し作成された。調査内容には個人情報含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行われた。このデータベースをもとに、自治体ごと、施設特性ごとにメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の分布を検討した。

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

研修会プログラムを作成し、保健師・助産師・看護師をはじめとした母子保健関係者向けに研修会を実施し、その前後で、母子保健のメンタルケアに対する意識、均てん化への効果を検証した。なお本研究は、研修会の事前に国立成育医療研究センター倫理審査委員会承認を受け実施した(承認番号 1401)。研修会前に、事前にアンケートを配布した。また、研修会当日に、研修前後でアンケートを実施し、研修による母子保健のメンタルケアに対する意識・行動変容の効果について調べることにした。

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

各相談時や直後に相談員が記入する受付票から集計作業を行った。相談内容の分類において、受け答えに際し保護者の症状へのこだわりが強い場合や症状に比して不安感の非常に強い場合、明らかに保護者自身の精神的

不安があると感じられる場合などでは「親の心の相談」と分類した。この調査研究に当たっては、大阪府立母子総合医療センターの倫理委員会の承認を得た。(承認番号 H27-877)

## 4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

「大阪府妊産婦こころの相談センター」開設後の運用実績から相談事例報告を用いて分析した。

## C. 研究結果

### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

#### 1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の 11 週以内の妊娠届出率と妊婦健診の受診回数には、弱い正の相関が見られた。質問紙調査では、妊娠届出場所が保健センター等の母子保健担当部署では、保健師の全数面接が 92.9%で行われていた。妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前野受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

#### 2. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った妊婦

### 取り扱い状況の全国調査

アンケートの回答は 1538 施設より回答を得た。回答率は 63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 85%あり、周産期センターからは 9%であったが、幅広い施設より回答があった。このうち、97%の回答者が妊娠中の社会的経済的リスクは児童虐待につながるとの認識を示したが、約半数は医療ケースワーカー（MSW）不在などの理由から介入できていないと回答している。また、多くの症例は周産期センターで扱われていることが読み取れ、周産期センターは医学的ハイリスク以外の社会的ハイリスク妊婦を扱う最前線とも考えられた。

#### 3-1. 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

現段階で協力産科医療機関は3施設。ハイリスク群(n=10)、ローリスク群(n=25)について地域保健センターに3-4か月児健診時の情報提供を依頼した。ハイリスク群(10例)からの要保護児童対策地域協議会対象児童は3であった。ローリスク群(n=25)からは無かった。

#### 3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

郵送数 763 件、うち返信あり 356 件(46.7%)であった。返信のあった 356 件(ローリスク者 323 人、ハイリスク者 33 人)のうち、転居があったも

の割合は両群に有意差(p<0.0001)が見られた。育児相談相手の箇所数はハイリスク群で有意に少なく、相談相手として実父母やパートナーを挙げる者の割合がハイリスク群で有意に少なかった。一方、祖父母を相談相手として挙げる割合はローリスク群で有意に少なかった。

#### 4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

4 年間で特定妊婦は 2.8% (163/5893)であり、要保護・支援児童の母親は 38.7% (63/163)であった。

出生児の平成 28 年 3 月末時点における転帰を示す。要保護児童: 29.2% (21/72)、要支援児童: 18.1% (13/72)、終結: 29.2% (21/72)、転出: 23.6% (17/72)であった。特定妊婦とその他の妊婦(同時期における特定妊婦以外の妊婦)に分けて転帰をみた。転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。特定妊婦からの要保護・支援児童は 47.2% (34/72)であり、その他の妊婦からの 2.2% (64/2852)に比して有意に高頻度であった。要保護・要支援児童 98 人のうち特定妊婦からの発生は 34 人(34.7%)であった。

#### 5. 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

研究同意が得られたのは4医療機関で241名であった。このうち妊娠前期において232人(98.3%)が、妊娠を「嬉しい」と回答し、夫(パートナー)も225人(93.4%)が「喜んでいる」と回答し

ていた。現在の妊婦の状態について、67人(27.9%)の妊婦が「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」などの精神的な不調を自覚し、半数以上が何らかの身体的な不調を持っていた。相談相手として、夫(パートナー)は230人(95.4%)、実母は213人(88.4%)の回答であった。本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。また、研究協力者間で検討し、モデル問診票を一般化するための保健指導マニュアルを作成した。

#### 6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。このことは虐待死亡事例の0日死亡を予防することができたと考えられる。しかし、3事例とも出産後の継続した支援の難しさが示された。「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」としてマニュアルを作成した。

#### 7. 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

妊娠届で「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」と回答した場合に、1歳半児健診、3歳児健診で虐待傾向のリスクが高いことがわかり、妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

#### 8. 本邦の母子保健事業の現状調査

今年度は、計画立案およびアンケート調査発送・回収まで行った。

#### 9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

要支援群に74人、対照群に578人が抽出された。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。また、通知基準である16歳未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、MH問題・経済的困窮の粗オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ24(2.5-238)、95(44-203)、54(26-115)で、調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。妊娠期アセスメントシートにある要因は、概ね要保護・要支援に関連していた。虐待・DV歴・未受診またはMH問題・経済的困窮は要保護・要支援の関連因子だが、16歳未満の妊娠単独は関連因子でなかった。

#### 10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

入所群は97件であり、虐待によるものが70件、養育困難が27件であった。対象群は、345例であった。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、



母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より 10 歳以上年上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重 2500g 未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併であった。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

### 1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

一次施設 13 施設 1,054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例における産科合併症とその中でリスク因子がある症例は、それぞれ 21.6% / 50.9%、30.7% / 60.5%、42.3% / 69.8% となった。産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認められた産科合併症の半数はリスク因子を有していた。

### 2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2%(390/1,488)は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848)に比して、有意に高値を示した。Risk ratio (RR)は 2.44 と高い早産への寄与因子であることが示された。一方、子宮頸部手術

後妊娠の術式別の早産率については、有意差を認めなかった。また 20 週頃の頸管長は、早産の有無で有意差はみられなかった。さらに、予防的頸管縫縮術や腔分泌物培養の結果でも、早産の有無で差を認めなかった。

### 3. 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

合併症を有する妊婦が、のべ 237 名含まれており、1 型糖尿病：36 名、2 型糖尿病：17 名、甲状腺疾患：43 名、精神神経疾患：30 名、腎泌尿器科疾患：29 名、子宮頸部異形成を含む婦人科系疾患：26 名、血液疾患：11 名、消化器系疾患：9 名、肝炎キャリアなどの肝疾患：7 名であった。糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、フォロー率が低いことが明らかになった。

### 4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクの評価については、情報の欠損について再確認中である。対象者すべての分娩が完了するのが、平成 29 年 12 月末であり、結果については次回の報告書に記載予定である。

### Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

#### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。

要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所(2.4%)に比較し、病院(5.4%)では2倍以上で、特に大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)に集中していた。

要介入と判断された妊産婦への対応は、大部分の施設で助産師(87.4%)や産婦人科医師(53.0%)が行い、臨床心理士(14.3%)が行っていたのはわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。

精神科への紹介率は 22.2%に止まり、総合周産期母子医療センター等高次施設で 57.6%と高く、産科診療所では 14.5%と低く、自治体間でも異なっていた。

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

今後、自施設内や他機関関係者とメ

ンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、多くの参加者が研修会への満足度の結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアについてのニーズに合致していることが示唆された。

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

大阪府#8000における年間4万件以上の相談のうち4分の1以上が0歳児で、新生児の相談は平成17年より毎年500~600件認められた。

平成26年度新生児相談件数618件では、生後2週目の相談が252件(新生児の40.8%)と最も多かった。

新生児期の発熱・嘔吐の相談の多くは健常児の体温の高さや溢乳などの生理的現象に関する相談で、他も「鼻汁・鼻閉」「皮膚症状」などの軽微な症状や育児相談に類する相談が多かった。

症状へのこだわりや親の精神的不安の強い相談を「親の心の相談」に分類すると、平成26年度は新生児で9件(1.5%)の相談があった。

#### 4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

総相談件数は182件で、全体の44

件(24.2%)は 2 回目以降の継続相談案件であった。相談者は、妊産褥婦本人が 120 件(65.9%)、妊産褥婦の家族が 30 件(16.5%)、知人が 5 件(2.7%)、妊産褥婦に関わる医療・行政機関が 27 件(14.8%)であった。105 人(57.7%)が匿名であった。相談センターの存在を知った経路を尋ねているが(4-11 月集計)、産科医療機関から(22.2%)、テレビ新聞など(15.2%)、市町村から(11.4%)、ネット(10.1%)、その他(13.9%)、不明(27.2%)であった。妊娠中が 37 件(20.3%)、分娩後が 133 件(73.1%)、その他や不明が 12 件(6.6%)であった。精神症状についての相談が最も多く、精神科受診相談・薬・希死念慮・精神科救急についての相談も見られる。一方家族関係や育児についての悩みといった「社会背景」、メンタルとは異なる「身体症状」の訴えなど相談内容は多岐に渡る。1 回あたりの電話相談時間は 30 分未満(59%)、30~60 分(30%)、60 分以上(8%)、その他(3%)である。相談への対応方法は多くが電話相談で完結しているが、他機関を紹介・連絡する場合もある。紹介先としては市町村保健センター(47%)、精神科医療機関(17%)、保健所など(10%)、市町村児童相談所(9%)、精神科以外の医療機関(6%)、その他(11%)であった。

#### D. 考察

I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究  
子育て困難事例に至る要因を妊婦健

診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行った。

#### 1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

大阪府市町村の妊婦健診公費負担額・妊娠 11 週以内の妊娠届出率は、現時点では全国平均を上回っている。

妊婦への経済的支援は大きく改善していたが、妊娠 11 週以内妊娠届出率は医療圏ごとに高低の傾向があり、市町村に妊娠届出受理の要件と妊婦健診受診券交付の要件について調査を行ったところ、妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

妊娠 11 週以内の妊娠届率と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV 等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

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

アンケート結果から分娩を扱っている施設の産婦人科医は、社会的経済的リスクが児童虐待につながる一

一般的に認識しているが、MSW が不在である施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能性があることがわかった。また、児童相談所（児相）への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の 12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

### 3-1. 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

ハイリスク症例数が n=10 と未だ少なく、結論を出すに至らないが、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要対協対象者が 4 例存在した。

### 3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

ハイリスク・ローリスクともに約 2 割が分娩後 1.5 年以内に転居していた。1.5 歳までの児の入院率・予防接種率・乳幼児健診受検率は両群で有意差が見られなかった。ハイリスク群はローリスク群と比較して育児相談の相手先が少ない傾向にあった。さらに、ハイリスク群はローリスク群と比較して「パートナー」「実父母」を相談相手とすることが有意に少なく、本来育児相談相手となるべき人々に頼れず孤立しがちな状況を示していると考えられる。一方、ハイリスク群では「祖父母」を育児相談相手とすることが有意に多く、有意ではないが保健師・近所の人・病院関係者などそれほ

ど近しくない人に育児相談しなければならぬ状況が示された。

### 4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦は児童福祉法第 6 条 3 の第 5 項(平成 21 年 4 月 1 日)において『出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦』とされている。今回、【児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(平成 28 年 6 月 3 日)】の[児童虐待の発生予防の項目]内において、以下のように記載されている。「児童福祉法第 6 条の 3 第 5 項に規定する要支援児童等(支援を要する妊婦、児童及びその保護者)と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するよう努めることとする(児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項)」。すなわち、特定妊婦への支援は子育て支援を通して、児童虐待の発生予防を期待する面がある。特定妊婦の同定と支援策策定が望まれる所以である。健やか親子 21(第 2 次)においても基盤課題 A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策、重点課題 2:妊娠期からの児童虐待防止対策が提唱されている。しかしながら、特定妊婦を追跡した場合にどの程度児童虐待が発生するのか、特定妊

婦支援が児童虐待発生防止に繋がるかは不明である。今回の研究によって特定妊婦から出生した児童の転帰が判明した。特定妊婦からの要保護・支援児童は約半数(47.2%)に発生していた。これは関係機関が母児への支援を行っていた中での結果である。特定妊婦以外の妊婦からは 2.2%(64/2852)の発生率であり、この発症率の差からみても妊婦を取り巻く社会的要因分析から妊婦を社会的ハイリスク妊婦であるのかどうかをアセスメントすることの重要性が認識される。さらに、その他の妊婦には特定妊婦ではないが、社会的ハイリスク妊娠である妊婦が相当数含まれている。特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊婦からの出生児の転帰調査も必要である。平成 27 年度当研究班の調査より大阪府の特定妊婦数は、平成 26 年：1.0% (352/36,244)、平成 27 年：1.2% (470/38204)と報告されたが、本研究においては、この結果に比して約 2 倍の認定数となった。これは、特定妊婦の定義、アセスメント項目、関係機関の情報収集力等の差が考えられる。従って、関係機関で統一された評価方法が待たれるところである。

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

転出については詳細が不明な部分が多いのであるが、23.6% (17/72)とい

う結果であった。この意味するところは今後も内容を明らかにする必要性があると考えられる。

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

## 5. 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

### 1) モデル問診票の記入状況

今回、問診票の利用に同意が得られた妊婦(妊娠前期)のうち、232 人(98.3%)が妊娠を「嬉しい」と回答し、夫(パートナー)も 225 人(93.4%)が「喜んでいる」と回答していた。妊娠届出書に関するパイロット調査 2)では、「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)」との回答が 7.1%であったとのデータがあることから、同意が得られた妊婦のグループの特性について、妊娠届出書のデータを解析するなど分析が必要と考えられた。

一方、妊娠について「とまどっている」「困っている」と回答した妊婦 4 人について、相談者や支援者の状況について確認した結果、これらの妊婦全員が、夫(パートナー)や実母に「何で

も打ち明けることができる」と回答していた。また、妊娠を「とまどっている」3人の妊婦は、夫(パートナー)が困ったときに助けてくれる支援者であると回答していた。

現在の妊婦の状態について、うつ状態に関連する精神的状況を尋ねたところ、67人(27.9%)の妊婦が「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」などの精神的な不調を自覚しており、身体的な不調については、半数以上が何らかの不調を持っていた。これらの訴えと、支援の必要性の関連は今後検討することになるが、少なくとも妊婦健診の相談内容として重要な項目と言える。

本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。

## 2) 保健指導マニュアル作成

モデル問診票は、その開発経緯からも、特定の地域の医療機関と保健機関での活用を意図したものである。研究協力者間では、問診の意義や問診を用いた面談の場面、支援対象者の状況が共有できているものの、他地域の医療機関で利用するためには、問診項目の活用方法を明らかにする必要がある。このため、モデル問診項目の意義や活用方法をマニュアルとしてまとめる必要があった。

モデル問診項目は、スクリーニング項目として開発していないため、助産師等の担当者間のアセスメントを一定に揃えるためには、何らかの基準を用いる必要がある。研究班の全体会議での助言を得て、すでに大阪府内の医療機関と行政機関との連携に導入されているアセスメント項目を用いることとした。

アセスメント項目は、支援の必要な妊婦を把握するための要因を、生活歴(A)、妊娠に関する要因(B)、心身の健康等要因(C)、社会的・経済的要因(D)、家庭的・環境的要因(E)、その他(F)に分け、それぞれについて具体的なアセスメント項目が示され、家族や地域の支援者、関係機関との関係に関する状況も評価するものである。マニュアルでは、問診項目それぞれが、どのアセスメント項目を把握するために活用できるのかを示した。その検討過程において、カルテの基本情報とモデル問診項目を組み合わせることで、すべてのアセスメント項目の状況把握が可能であることが明らかとなった。今後の問診票の試行過程において、その有効性を明らかにする予定である。

## 6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

事例検討した事例から、妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。このことは虐待死亡事例の0日死亡を予防することができ

たとえ考えられる。しかし、3 事例とも出産後の継続した支援の難しさが示された。保健機関、医療機関及び関係機関とつながりにくい親の背景の厳しさを理解した支援が必要であると考える。

また、B 市、C 市の保健師への面接調査から、以下の共通点が示された。

- ・ 妊娠届出面接を全数に行い、支援が必要と判断した妊婦には、担当保健師が妊娠中からかかわる。
- ・ 保健師のかかわりだけでなく、医療機関と連携しながらかかわっていく。
- ・ 地域のなかで妊娠中からの支援をサポートするネットワーク(B 市: 周産期ネットワーク、C 市: 母子保健推進連絡会)をつくる。

また、医療機関スタッフへの面接からは、初診時から関係性の構築を大事にした丁寧で具体的な支援が行われていた。そのなかでも特に重要なことは、「妊婦のことを、子どもを産み、母親になっていく人としてでなく、一人の女性として、大事な人である」、「あなた自身が幸せになることを支える」ということが伝わるように支援していた。そして医療機関のスタッフとのかかわりが妊婦にとって「心地よい」と感じられるようにしていた。

支援が難しい妊婦や親への関わりにおいては、関係の取りにくさ、訪問拒否、自己中心的要求、指導の取りにくさなどに振り回されてしまいがちである。そのなかで家族の状況の複雑さ、人間関係の距離の取りにくさ、産

まれてくる子どもへの思いの希薄さ、自分のからだをいたわらない行動、産むことへの迷い、出産準備が進まないことなど感じる。その背景に被虐待歴など子ども時代に愛された経験がない、共感して対応してもらった経験の乏しさがあることを察知することが必要である。それを察知することにより、医療機関のスタッフが行っているような支援につながる方略が導き出されてくると考える。

支援がつながりにくい人への関わりにおいて以下のようなことが重要であると考えられる。

- ・ 妊婦、母親、家族のこれまでの(生育歴)の厳しさ、たいへんさ、しんどさを理解する
- ・ 妊婦、親が困っていることの相談にのる
- ・ ひとつひとつの心配ごと、不安に丁寧に対応する
- ・ できていること、できたことをきちんと言葉にして伝える、それをほめる
- ・ 一人の女性として大事な人であることを伝える
- ・ 妊婦が心地よいと感じられる関係をつくる
- ・ 妊婦のできることをみつけ、それを連携の糸口にする
- ・ 親が具体的にできることを、社会資源を総動員して行う

単にかかわりが難しい人、関係が取りにくい人、自己中心的な人としてみるのではなく、その内側にある、妊婦の子ども時代の辛い体験を予測しながら

ら、彼らが大事な人であることを伝え、彼らが心地よく思える関係をつくっていくことから支援がはじまっていくと考える。

このような支援について、「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」としてマニュアルを作成した。

〈マニュアルの内容〉

- ① つながりにくさの背景
- ② 妊娠中からの保健指導のポイント(面接調査の結果から導きだされた内容から)妊娠中からかかわり、つながり続けること
  - ・ 妊婦、親を支援する関係機関とつながっておく
  - ・ 妊婦、親が役に立つと感じる存在になる
  - ・ 妊婦、親が負担にならない出産準備を一緒に進める
  - ・ 妊婦、親のできる力を見つける

## 7. 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

この研究においてデータリンクージュにおいて同意を求めた場合、約40%の同意率であること、同意者の偏りはあまりないことがわかった。そして、同意を得ることのコスト(同意書の同封、返信用切手等)は膨大であった。この知見は非常に重要である。なぜなら、母子保健情報のビッグデータ化において同意を得るべきかについて貴重な示唆を与えるからだ。本研究のように妊娠届や産科受診データから虐待リスクを予測するような研究が今

後必要であると考えるが、その場合にデータリンクージュにおいても同意が必要か、については倫理指針の改定も参考にしながらさらに議論を深めていく必要があるだろう。

そしてデータリンクージュできた場合、妊娠届において望まない妊娠であった場合に1歳半、3歳まで子育て困難感としての虐待傾向が続いていた。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。今後はどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。母子関係という虐待を強く予測する情報が妊娠届で把握できるので、今後はこの情報を母子を「支える」「寄り添う」という視点で介入につなげ、子育て困難感の減少、そして虐待の減少につなげていく必要がある。

## 8. 本邦の母子保健事業の現状調査

平成21年の児童福祉法改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦については「特定妊婦」として要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。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で、支援を要する妊産婦の効率的な抽出方法・産後ケア、医療機関との連携のあり方が課題となっている。平成28年には児童福祉法・母子保健法の改正があり母子健康



包括支援センターの設置・運用が開始される。その課題解決に向けて、各市区町村の母子保健担当部署が工夫を凝らしながら、独自のノウハウで対応しているものと思われる。そこで、全国各市区町村の母子保健担当部署の母子保健事業の現状について調査することとした。

本アンケート調査で妊娠期から子育て支援までの現状が明らかになると考えられる。結果によって問題点、課題等が明らかになれば、医療・保健・福祉の連携を実効あるものにしていく方策がみえてくることも期待できる。

#### 9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

妊娠期から、要支援・要保護児童児の母親を抽出する試みは、以前よりなされてきた。オレゴン州の家庭訪問支援プログラムにおける産院でのスクリーニングやアメリカの Wessel により提唱されたプレネイタルビジット、愛知県の妊娠届書からのスクリーニング、大分県のペリネイタルビジット・ヘルシースタート専門部会による支援対象者選定時のポイント、そして、われわれと大阪府と共同で開発した

「アセスメントシート(妊娠期)」がある。これらのスクリーニングツールのうち、海外で開発されたものについては、有用性について検証され、一定の有効性が証明されている。しかし、日本ではこれらの取り組みはごく最近のことであり、検証されていないか、もしくは、ごく少数の人数によるアンケート調査でしか検証されていない。つまり、本邦のスクリーニングツールの項目については、海外で有用とされている項目を取り込みつつ経験則にもとづいて作成されており、科学的な根拠はない。われわれが大阪府と共同で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」も、長年、この分野で活動してきた医師、助産師、保健師の経験則にもとづいて項目が作成されており、科学的な検証がなされていない。そのため、本研究において統計学的に各項目を検証したことは、今後の「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて要支援・要保護児の母親を妊娠期にスクリーニングするにあたり、有意義な検討と思われる。

検討の中で、「アセスメントシート(妊娠期)」の項目には、一部は有意でなく不必要な項目も含まれることが示唆された。要支援群と対照群で差を認めなかった項目のうち、「40歳以上の妊娠」、「多胎や胎児に疾患や障がいがある」、「訴えが多く、不安が高い」、「身体障がい・慢性疾患がある」については、要支援群に限らず対照群にも該当するものが多かったが、項目内容から推測するに、それも当然と思われる。

る。これらの要因については項目から削除することを検討したほうがいいかもしれない。また、「過去に心中未遂(自殺未遂)がある」、「家の中が不衛生」については、重要な項目とは思われるが、そもそも両群とも該当する数が少なかった。これらの項目は、訴えを引き出すのが難しいためと思われる。したがって、単に問診するだけでなく、聞き出す能力も必要であることが推測された。この「アセスメントシート(妊娠期)」は誰でも、要支援・要保護児童の母親を抽出できるものを目指して作成されたものであるが、これらの項目については上手に聞き出す必要があり、問診能力の教育が必要で、スクリーニングツールとして限界と思われた。

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

要する母親に間違いはないが、もし、家族の十分な支援体制が整っていれば、必ずしも公的支援が必要ではないためと考えられた。

## 10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待、養育困難と深い関連があることが示された。本研究で検討した因子は、父母の背景、妊娠経過、児の問題の3つに大別される。父母の背景として、若年もしくは年の差婚、未入籍、経済的な問題、母の精神疾患等があり、妊娠経過については、高血圧、尿蛋白、早産、児の問題として、低出生体重児、早産児、多胎、先天疾患等が挙げられる。そもそもの背景に加え、妊娠中の問題および出産後児の育てにくさにつながるような児の先天疾患、早産、低出生体重等が合わさると、将来的に虐待や養育困難となる例を多く認めることが判明した。入所理由が虐待か養育困難か、虐待の種類が身体的虐待かネグレクトかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。特に養育困難やネグレクトでは父母の年齢差、母の精神疾患が強い関連があった。この研究の **limitation** は、入所群が母子健康手帳の複写のあるものに限定されている点であり、母子健康手帳の提出がないものの中には、飛びこみ分娩で入所時

に母子健康手帳の発行がないものや、母子健康手帳の提出拒否、母子健康手帳紛失等様々な原因があるが、複写のないものについては、その原因も不明であることである。対照群については、アンケート形式で任意の参加としており、選択バイアスがあることである。また、**strength** としては、虐待や養育困難での入所例についての情報を使用した検討であり、今まで報告がないこと、また、対照群を設定していることである。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

本研究は医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証することを目指している。

### 1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

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

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

中心としたデータベースであることは前述した通りである。

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

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

今回は一次解析の結果を示すにとどまったが、最終年度は、妊娠高血圧症候群や切迫早産などの主な産科合併症別に、リスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行うことで「この HRP チェックリストが施設規模によらず全施設で使用可能である」ことを検討する予定である。

同時に「社会的」リスクと「医学的」リスクの相互関連性も検討する予定で当該施設での倫理委員会で承認されたところである。

### 2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識した治療を行ってはいられると思われるものの  $RR \geq 2$  の早産ハイリスク妊娠であ

った。母体年齢等子宮頸部手術施行群、非施行群で有意差があり、背景が同一でなくさらなる検討を要すると考えられた。また、手術方法別のリスクには差がなく、頸管長や腔分泌物培養の結果、あるいは予防的頸管縫縮術でも早産率に差がみられなかった。さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法は見いだせていない。子宮頸癌および子宮頸部病変は、多くが性交渉によって感染する HPV に由来している。近年の子宮頸癌および頸部病変の若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されている。社会的ハイリスクを有する女性では、その傾向が顕著であることはよく知られている。そのため子宮頸部手術後妊娠が多いことも、社会的ハイリスク妊娠での高い早産率の一因になっているとも考えられる。これらの妊娠管理を考える上では、特に重要である。

### 3. 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

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

かとされた。これは、当該病院の病院機能に依存しているものとも考えられる。当院では、腎泌尿器科疾患は、移植などの目的がなければ積極的に自院での長期管理はなされていないことに起因するものといえる。また、精神疾患などは、妊娠期間においてのみ必要とされることも多く、さらには個人の心療内科クリニックでの管理がなされている場合もあり、総合病院での管理がなされていないのかもしれない。一方産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。今回の検討ではなされなかったが、既往妊娠で早産した妊婦が次回妊娠で反復する切迫早産を認める症例もあり、対策が求められるものと推定される。

### 4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

次年度に解析予定のデータに基づいて、考察をしていく予定である。

## Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中

からの母体への支援の在り方を検討するものである。

#### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

メンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられた妊産婦は、全分娩の4%で、全国で年間約4万人と推計される。社会的背景としては18%が未婚者で、貧困など生活面の問題を15%程度が抱えている。また、半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精神科医師などとの接点があるが、他の半数は専門医のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的低年齢で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や子ども虐待に関し、よりハイリスクと推察されている。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合を、自治体ごとに比較すると、0.6%から8.6%と10倍以上の差があった。地域ごとでは、北海道・東北、関東、九州で比較的高率で、東海北陸、近畿で低い傾向にあった。これらの地域差の原因を検討するため、社会的背景として指摘されている経済状況や婚姻状況と比較したが、自治体ごとの平均的指標と対象妊産婦の割合には有意な関連は認めなかった(県民一人当たりの所得： $r = 0.126$ 、女性の生涯未婚率： $r = 0.181$ 、合計特殊出生率： $r = 0.193$ )<sup>7-9</sup>。一方、対象妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体

で高率になる傾向があった( $r = 0.42$ ,  $p < 0.05$ )。このことは、各自治体における産婦人科医師の意識やスクリーニング方法に相違がある可能性を示唆している。より良い介入を行うためには、精神科受診歴のない妊産婦を含め、対象者を均一に抽出することは重要で、妊娠中に一定のスクリーニング法を導入することが必要と推察された。

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

メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦への対応には、専門的な知識と技術が必要になる。しかし、実際には助産師(87%)や産婦人科医師(53%)が対応することが多く、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応していた施設(14%)はわずかであった。実際、18自治体では、臨床心理士が

対応したとする施設からの報告はなく、その配置や対応システムを検討する必要があると推察された。また、臨床心理士が対応した施設の割合は、運営母体ごとの集計では都道府県立病院(57%)、機能的な分類では総合周産期母子医療センター(42%)で比較的高いものの、患者が集中する大学病院(27%)や国立系病院(17%)では平均的な数値に止まっていた。本調査では、実際の臨床心理士の配置を明らかにすることはできないが、患者が集中する施設では更なる臨床心理士配置の充実や施設内の連携システムの効率的な運用を検討する必要があるものと推察された。

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

以上の成績は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦の全てが、十分な支援を受け出産を終え退院しているわけではないことを示唆している。早急な

改善には、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師の確保や地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師などへの教育も重要である。産婦人科医師や助産師などを対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

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

研修会後に実施したアンケートでは、今後自施設内や他機関関係者とメンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、研修会の満足度についての結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアのスキルアップのニーズに合致していることが示唆された。研修会から3か月後に実施予定のアンケートで、今後本研究のプログラムを検証予定である。

以下に、アンケートの結果から明らかになった参加者のメンタルケアの実情を考察する。

参加者のほとんどが、一定数以上の

心の問題で「気になる」妊産褥婦に対応していることが明らかになった。また、直近の3か月間で特定妊婦に対応していると回答した参加者の割合は約4分の3であり、残りの約4分の1の参加者の中には特定妊婦の定義を把握していない者もいたと考えられる。母子保健関係者の間で特定妊婦についてのさらなる啓発が望まれる。

また、メンタルヘルス不調の母親に自施設内である程度対応していると答えた参加者は半数弱であり、メンタルケアに対する母子保健関係者の対応ができているところとできていないところに二分される現状が明らかになった。今後、メンタルケアをあまり実施しているといえない約半分の施設も、おのずとメンタルケアに取り組めるような保健システムを作っていくことが望まれる。

メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援についての会合が全くない、と3分の1弱の参加者が回答していた。メンタルヘルス不調の母親にはどの母子保健関係者も対応する機会があると考えられ、対応を協議する定期的な場を今後より多くの施設が持つことを推進する施策が望まれる。

また、大多数の母子保健関係者が他機関関係者との会合に参加する機会が非常に少ないか全くないと答えていた。地域の多職種連携には、関係者の顔の見える関係づくりの場となると考えられ、今回の研修会でもそのような会合について講義の中で紹介した。今後、地域での関係者間の会合が

持たれるような施策が望まれる。

次年度以後も、母子保健メンタルケア指導者研修を厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業の中で行っていく予定であり、今年度のアンケート結果や実施状況を踏まえ、次年度以後さらなる均てん化につなげていく。

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

産後うつにつながる母体側の要因は出産時に医療機関が把握可能であるが、在宅における新生児のケアは産科退院後であり、どの週数に新生児に対しどのような不安があるのか明確ではなかった。今回の結果により、新生児期に子どものケアに悩む相談のピークは生後2週目であることが明らかになった。また、新生児に関する育児不安の要因として「泣きやまない」「なぜ泣いているのかわからない」「病気への心配」などが挙げられてきたが、今回子どもの状態が病気の症状かどうか把握できない保護者が少なからずあることと、さらに日常の育児や比較的軽微な症状に対する心配が親の心の問題につながっていることが示された。

#8000事業は、核家族化・少子化の中乳幼児の子育て経験が乏しいまま成長し、夜間に子どもの病気やケガで対処に困惑し不安を感じる保護者が増加したことに対して、開始された。相談件数の推移では年度によりやや違いはあるが、全体として増加傾向で、

日々多くの利用がある。中でも0歳児の相談は開始当初より年齢別で最も多く、他府県でも同様の傾向である。0歳児の保護者は子育て自体が不慣れで病気の経験も乏しく、夜間の救急受診も経験がないため、家庭から心配になった時すぐに直接専門職と話ができる電話相談のニーズは高い。0歳児および新生児の相談件数の年次推移では、全体の相談件数と同様に増加し、全体に占める比率には特に大きな変動はなく、今まで特に注目して分析を行うことはなかった。しかし今回新生児に注目し週数別相談件数を集計すると、生後2週目が最も多く3週目と共に4週目より有意に多かった。0歳児全体では月齢が上がると件数は増加していた。

相談の主訴を検討すると、新生児においても発熱・嘔吐などの症状が多いが、週数別件数では2週目にピークがあり、4週目は少なかった。0歳児全体では発熱・嘔吐・下痢は月齢と共に件数が増加し、呼吸器症状や皮膚症状も3ヵ月以後の件数が多いように、疾患の増加と相談件数は一致した傾向を示していた。新生児期は週数で疾患の罹患率が大きく変わらないことと4週目には1ヵ月健診があることから、相談は病気の相談より保護者側の不安を反映している可能性が考えられた。相談員からは、新生児期は一見病気の症状のようでありながら、よく話を聞くと、体温の高さへの戸惑いや溢乳などの相談が多いことが指摘されている。#8000では新生児の受診の目

安として、哺乳力・機嫌・泣き声の強さなどから緊急性を判断し、新生児で病気が疑われる場合は受診を勧めることが多い。今回の結果すぐ受診を勧める例は、発熱で4分の1、嘔吐は1割に過ぎないことから、大半は相談員が受診の必要のある病気の症状と評価していないことが示された。その他の主訴として多い「泣きやまない」「育児相談」も第2週にピークがあり、産科を退院後家庭で不慣れな育児に戸惑い、病気への過剰な心配や夜間に不安に駆られて、#8000を相談相手として選択したと推察された。

相談内容を新生児と新生児以外の0歳児で比較すると、新生児では「家でのケアの方法など」の比率が高く、受診や薬についての相談が少なかったことより、やはり家庭で自分がどうすればいいか対応を知りたいという要望が多いことが示された。また「親の心の相談」は9例と少ないが、新生児以外の0歳児より有意に多いことが懸念された。相談の会話を通して、症状にこだわりが強い事例・不安感の強い口調・お風呂や授乳や接し方など次々に育児の相談が湧き出る事例・父親が母親の精神面を心配した事例などを「親の心の相談」としたが、病的と考えるにくい状態を発熱・嘔吐・けいれんといった病気の症状と受け止めて過剰に不安を抱き、日中の相談機関がわからない例が多かった。産後うつのような深刻な状態に至るには、家族背景などの要因も複合していると考えられるが、今回の結果からは、在宅で不



慣れな新生児の育児に戸惑うことが親の精神的問題につながる可能性が感じられた。

#8000 は子どもの病気やケガに対し電話直後の受診の判断やケアを求められる相談が中心で、大阪府は全体の件数が多く1件当たり数分で対応する場合が最も多い。育児不安に対して十分な聴き取りは困難で、心理や子育て環境にまで深く配慮することは難しい。現在育児に関する電話相談は平日日中に行われているものが多いが、夜間の恒常的な電話相談が開設されることが望まれる。家族以外に相談相手がない夜間に保護者を支えると共に、どのような不安が生じるのかなどの分析が行われれば、変化の激しい社会においてその時々時代に即した育児支援の対応策に反映されることが期待される。

また、新生児への支援策として電話訪問は家庭訪問より有効性が低いと報告されている。今回の結果から健常な新生児でも生後2週目から3週目に相談のニーズがあることが示された。保護者が新生児に不慣れな産科退院前後の時期に、健常新生児の見方や受け止め方を理解し、「泣く」「溢乳」などの生理的範囲のトラブルを落ち着いて受け入れられるような支援が行われれば、育児不安の軽減に有用と考えられた。周産期の親子を支援するためには、人的資源を有効に活用することが求められる。新生児から乳児、幼児へと引き継ぐため、産科と小児科の情報交換や協力体制、医療機関から地

域への受け皿への連携を含めたきめ細かな支援体制の構築が、核家族化・少子化時代の子育てに必要な不可欠と考えられた。

#### 4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

従来、本邦の妊産婦死亡統計には自殺は含まれていなかった。現在、妊産婦死亡はおよそ100万分娩からわずか40名程度まで減少している。しかし、近年正式な統計が取られていないものの妊産婦の自殺が散見されるようになってきた。平成28年4月には竹田らによって、東京都の妊産婦自殺が10年間(およそ100万分娩)に63名であったと報告された。さらに、子ども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)から読み取っても、出産後1年以内に毎年数名の心中が発生している。このことから考えても妊産婦の自殺は従来年間妊産婦死亡に匹敵する可能性が出てきた。大阪府においても、未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書さらに児童虐待、特定妊婦等の検証の延長線上で妊産婦のメンタルヘルス、自殺が大いなる懸念として関係者の間で共有された。そこで、大阪府の自殺対策担当部局の事業として『大阪府妊産婦こころの相談センター』を設置した。その事業目的は以下である。産前・産後は精神的に不安定な時期であり、産後うつについては10~20%が罹患するといわれている。精神的不安

定は母児の愛着生成にも影響し、育児困難、児童虐待に繋がりにかねないことから、妊産婦のこころの安定を得て、妊娠期から乳幼児育児期までの切れ目ない支援を目指すものである。また妊産婦の自殺は、家族を含む周囲への影響が著しく大きいため、産前・産後を通して、精神的なサポート体制を構築することで、自殺を防止する必要がある。このため、本事業では、大阪府立母子保健総合医療センターに大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、専任職員を配置することで、府内の精神的に不安定な妊産婦に対して、ワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を整備する。

#### 相談業務

- ・ 妊産婦、家族および関係機関からの電話相談に応じ、必要な際は、来所による相談支援や診療を行うとともに、継続支援が必要な妊産婦を、適切な機関(精神科医療機関、市町村、子ども家庭センター、保健所等)につなぐ。
- ・ 精神疾患専門領域の相談に対応するために、1週間に1日精神科医による診療・コンサルタント体制を整備する。

特に、精神科医師の団体である大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会が参画していただいたことは大きな意味がある。同時に、大阪府こころの健康総合センターの参画も大きな支えとなっている。

現在、大阪府の各市町村で妊娠届時

に母子健康手帳交付の際、カードを配布し、周知を図っている。

当初の目的である「必要に応じて関係機関に繋ぐ」ことが難しい例も少なくない。これは匿名の多さに依るものであるが、匿名だからこそ相談できる気楽さもあるようである。相談員は匿名のまま構わない内容であればそのまま相談を受け、必要に応じて名前や住所地を聞き取るようにしている。

電話回線が限られているため1件に多くの時間は割きにくい。1件の相談あたり概ね30分間を基本としているが、ようやく相談相手を見つけた安堵感からか話が切れない場合も多く、妊産婦の孤立が垣間見える。また流死産後の女性に関する相談もあった。妊娠とメンタルヘルスを考える際に外せない対象者であり、どのように対応していくかは今後の課題である。

主な対象としては、精神的に不安定な妊産婦と考えている。中には精神医療の導入が必要な方もおり、そういった方は精神科医療機関へつなげているが、当センターの事業は精神的に不安定な妊産婦を主体に育児支援に繋げることが大きな使命であると考えている。育児支援を通して、妊産婦の自殺や児童虐待の抑制に繋がればとの思いで日々運用しているが、まだまだ、課題山積で試行錯誤の日々である。

#### 総括

本邦の周産期医学は従来、以下のような課題に対応してきた。

- ・医学的問題
- ・搬送体制の整備問題
- ・人的供給体制の問題

1000g の超低出生体重児が生存出来るか？さらに、出生直後からの外科的・内科的疾患への対応をどうするか？近年では胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術(FLP)等の胎児医療も可能になってきた。こうした、医療の進歩に伴い、適切な母体搬送、新生児搬送が全国的に整備されてきた訳である。そうした中で周産期医療を担う人材不足は現時点においても大きな課題である。

このような経緯とは別個に、近年は“妊娠期からの切れ目ない育児支援”によって児童虐待予防・防止が指摘されるようになってきた。つまり、

- ・社会的ハイリスク妊娠
- ・子育て支援

が今後の周産期医療の大きな課題となっていくものと思われる。

我々の調査からも既に、全国の相当数の産婦人科医療機関で社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦を経験している。さらには、その延長線上で児童虐待も経験している。社会的ハイリスク妊娠は児童虐待という帰結からの課題として上がってきたのであるが、このように、社会的ハイリスク妊娠における妊産婦のメンタルヘルスも大きく問題視されてきた。妊産婦メンタルヘルス問題もその延長線上には“自殺”も課題としてあげられるようになってきた。すなわち“児童虐待”と“妊産婦の自殺”という母児の最悪の結末に“社会的

ハイリスク妊婦”あるいは“特定妊婦”が関与していると考えられるのである。しかしながら、妊娠中の要因と児童虐待において、科学的検証のある要因は証明されていない。あるいは妊娠中の要因と妊産婦の自殺についての科学的検証は行われていない。もし、予防・早期発見が成立するとしたら、因果関係のある要因が判明していないと効果的な対応は出来ない。従来の児童虐待検証から一定数の事例においては妊娠中の要因が出産後の児童虐待に関与していることが推定されてきた。そのような思いから健やか親子 21(第 2 次)においても“妊娠中からの児童虐待防止対策”、“切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策”が提唱されていると考える。その意図するところは理解しやすいが、実証的に因果関係を検証された結果ではなかった。本研究班の大きな目的は、“妊娠届”、“妊婦健康診査”という本邦で広く行き届いた母子保健システムを活用することで、“全ての児童が健全に育成される”母子保健対策を検討することであると考える。平成 28 年の児童福祉法等改正において、『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』と提唱されている。以下に、今回の研究で明らかになった項目につ

き、要約する。

#### (1) 妊娠中の要因と養育困難

##### ①A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦を追跡した結果、47.2% (34/72)が要保護・支援児童として1年以上経過していた。終結は29.2% (21/72)にすぎなかった。同時期のその他の妊婦(2852人)からの要保護・要支援児童は64人(2.2%)であった。従って、特定妊婦からは児童虐待に繋がる事例が約半数に昇ることが示された。多くの事例は、特定妊婦として妊娠中から支援を受けていたのであり、特定妊婦としての支援がなければ、さらに高頻度で児童虐待に繋がった可能性がある。要保護・要支援児童(98人)のうち特定妊婦からの発生は34人(34.7%)であったということは、妊娠中からの要因によって児童虐待に至る可能性は児童虐待全体のおよそ1/3程度と考えられる。

このような実証的成果が得られた意味は大きいと考えている。しかし、本研究においては介入後の結果であるし、特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊娠の転帰は検討されていない等の研究の限界はある。

##### ②妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

大阪府内の子ども家庭センターに一時保護(0歳～5歳例)された事例のうち虐待によるもの70件、養育困難によるもの27件の妊娠中の要因を検

証した研究である。0歳が最も多く、かつ年齢が低いほど養育困難での入所の割合が多かった。虐待の種類はネグレクトが最も多く、性的虐待は認めなかった。主な虐待者は、母親が最も多かった。施設入所群と対照群を比較検討した結果、母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より10歳以上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重2500g未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併が挙げられた。中でも母の精神疾患合併は検討区分により異なるが、Odds比は48倍～136倍と高かった。

本研究からは妊娠中の要因が重層的に児童虐待に至る可能性を示している。こうした、定量的検証からは今後の支援の有り様を策定していく上で大きな証左が得られたと考える。

##### ③妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

アセスメントシートにある6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目について検証した。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。要保護児童対策地域協議会への通知基準である16

歳未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、メンタルヘルス問題・経済的困窮の調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。

本研究からは大阪府版「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにできた。

#### ④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

ハイリスク症例数がn=10と未だ少なく、結論を出すに至らない、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要保護児童対策協議会対象者が4例存在した。

この結果は少数ではあるものの、特定妊婦からの児童虐待発生の頻度と近い結果が得られている。

この研究からの課題は[個人情報保護]問題である。本研究は倫理審査を受けた後に、対象妊産婦から自筆承諾書をいただいた上での追跡調査である。それにも関わらず、自治体からの資料提供は芳しくない。本研究班の目指す実証的検証結果を得るためには大きな課題である。今後も研究成果を得られるように働きかけを継続していく予定である。

#### ⑤妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証

妊娠届で「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」と回答した場合に、1歳半児、3歳児を育てにくいと回答する率が高いことがわかった。

この研究には妊娠届の情報のみであっても3歳時点の子育て困難に関連していることが示された。

#### ⑥大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

質問紙調査では、妊娠届出場所が保健センター等の母子保健担当部署では、保健師の全数面接が92.9%で行われていた。この面接時には後述するアセスメントシートを用いることが望ましい。

妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが46.5%、住民票がなくても受理する場合がある53.3%、妊婦健診受診券もVD等の事情に配慮して住民票がなくても発行する47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。このような対応は現実的であり、母子保健施策としては必要性の高い対応と考える。現在の妊婦健診は、妊娠届の受理がないことには開始されないのである。

#### (2)社会的ハイリスク妊娠

前述の研究成果から考えなければならぬことは、“社会的ハイリスク妊娠”を整理することである。

まず、以下のような検討が必要である。

- ・定義
- ・頻度
- ・アセスメント方法

### ①定義

近年“社会的ハイリスク妊娠”という言葉は多用されるようになってきた。しかし、コンセンサスのある定義は存在しない。同様に、法律用語としては存在しているが事実上、特定妊婦も然りである。児童虐待においては法律上の定義もあり、分類も可能である。すでに、20年程度の歴史的蓄積から一定のコンセンサスも得られている。定義とはならないが、以下に社会的ハイリスク妊娠の特徴を挙げる。

- ・妊産婦、児童の健やかな生活が困難に晒される環境要因が存在する
- ・社会的経済的問題がある
- ・身体的疾病ではない
- ・メンタルヘルス問題がある
- ・妊産婦の成育状況も影響する

### ②頻度

平成27年度報告書に報告してあるが、およそ10%弱であった。これは定義もなく、医療機関が社会的ハイリスク妊娠と判断するかどうかのみでアンケートしたものである。周産期母子医療センターでの対応が増加していた。荻田らの日本産婦人科学会との共同調査においても同様の傾向が確認されている。木下らの調査においても、要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所(2.4%)に比較し、病院(5.4%)では2倍以上で、特に大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)に集中していた。A市の特定妊婦は4年間で2.8%(163/5893)であった。現時点まで、行政単位での特定妊婦数データは乏し

く確定はできない。自然発生的結果ではあるが、“社会的ハイリスク妊娠”ないし“特定妊婦”も医学的高次医療機関に集積化しつつあることが推定される。必然的に周産期母子医療センターの課題のひとつになっていくことが推察される。今後もさらなる事例集積から定義・頻度が明らかになっていくことが期待される。

### ③アセスメント方法

アセスメントを行うためにはアセスメントを行うツールが必要である。さらに、どの時期に、どの職種が行うかである。妊娠届の際にはアセスメントを行わなくてはならないが、全ての市区町村の窓口で保健師による面談が行われているわけではない。医療機関では医師、看護職、時にはMSWがアセスメントを行う。以下に本研究班の成果を踏まえ概説する。

#### ③-1 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

大阪府のアセスメントシートの検証を実証的に行っており、本アセスメントシートの有効性を示すことができた。ただ、妊娠初期の1回のみで全てのアセスメントは出来ない。さらに、妊娠中の母児は妊娠経過ならびに環境も変化してゆく。そのためには、妊娠中から出産後までのアセスメントも必要になってくる。

#### ③-2 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

平成 27 年度に本研究分担班で開発したモデル問診票(「お母さんの健康と生活に関する問診票」)の記載情報(妊娠前期)を把握した上で、「お母さんの健康と生活に関する問診票」活用支援マニュアルを作成した。この際、妊娠期からの支援対象者のスクリーニングの標準化のために、大阪府の「アセスメントシート(妊娠期)」の項目を用いて、把握すべき状況をモデル問診票の各項目それぞれについて具体的に示した。

本研究によって、妊娠中のアセスメントを加え支援対象の絞り込みと支援内容を提案している。このような試みが検証されていけばより実効性の高い支援に繋げることができる。支援における行政の主体は保健・福祉が想定されている。医療機関との連携のためにはアセスメントシートは共通言語としての位置づけもある。今後も全国的コンセンサスを得たアセスメントシート作製が望まれる。

### ③-3 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術(案)が提案されている。これは妊娠中からの切れ目のない妊産婦支援である。これらの支援を実効性のあるものにするためには、“社会的ハイリスク妊娠”抽出のシステム構築が望まれる。

## (3)妊産婦メンタルヘルス

### ①メンタルヘルスに問題のある妊産

婦への保健指導の開発及び全国展開

平成 27 年度の調査において、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は 4%で、全国で年間約 4 万人と推計され、未婚者が 18%で、貧困など生活面の問題を 15%程度が抱えていることが明らかになった。精神科への紹介率は 22.2%に止まり、総合周産期母子医療センター(57.6%)等高次施設で高く、産科診療所(14.5%)では低く、自治体間でも異なっていた。産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことが望まれる。

### ②メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と効果検証についての研究

メンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者が大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。

### ③大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討

平成 26 年度新生児相談件数 618 件では、生後 2 週目の相談が 252 件(新生児の 40.8%)と最も多かった。新生児期では健常小児の状態把握に困惑し病気を心配する親が少なからず存在することが明らかになり、育児不安につながる可能性も示唆された。

#8000 は本来、新生児の相談窓口であるが、親のこころの相談も混在していた。さらに産後 2 週間がピークであった。これは産後の子育て困難と“親のこころの負担”に関連性があることを示している。

#### ④「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

妊産婦メンタルヘルス問題の充分な分析がない状況であったが、必要性を鑑みて事業が始まった。前述の#8000の研究もこうした事業の必要性を示していると考えられる。この種の事業は都道府県では初めてであるが、現場からは有益性を感じる結果が出ている。この事業のみでこの問題が解決するわけではないが、現時点では数少ない有効性のある事業と考えられる。

そもそも、妊産婦メンタルヘルスも判断基準も含めてコンセンサスのあるものは少ない。少なくとも、精神科疾患合併妊娠とイコールの課題ではない。妊娠の継続、出産、育児が関与して妊産婦自身の日常生活、あるいは育児に無視出来ない影響を及ぼす問題であろうと考える。妊娠・出産に限らず、進学、就職、結婚、引っ越し等の環境変化は一定のストレスになり得る。個人差は大きいのであるが、“こころの問題”にはなり得る。もちろん、個人本来の性格・人格によっても対人関係は変わってくる。しかし、妊娠・出産・育児は本人の意思とは関係なく時間軸は進行していく。そのような環

境の変化に対応しきれないと“子育て困難”、“うつ状態”状態が出現した場合に“児童虐待(死)”、“自殺”となってしまう可能性がある。今後も、事例集積・検証を行って望ましい管理指針策定が望まれる。

#### (4)医学的ハイリスクと社会的ハイリスクの関連性

##### ①ハイリスク妊娠チェックリスト(産科合併症と関連するリスク因子リスト)の有用性に関する検証

JSOG-DB に基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

##### ②医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2% (390/1,488) は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848) に比して、有意に高値を示した。

本研究は医学的ハイリスク妊娠のうち最大の問題である早産を検討したものである。子宮頸がんの若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されており、子宮頸部手術後妊娠に社会的ハイリスクが多いと考えられる。医学的ハイリスク要因と社会的ハイリスク要因が合併した場合に、早産に至るといふ事が推察され、リスク因子として「子宮頸部手術後妊娠」の追加の妥当性が示された。



### ③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

糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、フォロー率が低いことが明らかとされた。出産後の母親の追跡は従来から特定の疾患に対しては提唱されている。妊娠は一種の負荷テストと考えられ、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群等の発症はスクリーニングもされるほどである。出産後も、糖尿病、高血圧、腎機能異常等が出現してこないか追跡が勧められている。医学的疾患の多くは顕性の疾病には至っていない状況が多い。従って、治療対象に至っていない場合が多いので、追跡のみの場合には脱落してしまう事が多くなる。本研究からも精神疾患追跡は事実上困難であることが示された。そうなるとメンタルヘルス問題はどの職種が如何に追跡、支援するのかは早急な対応が望まれる。

### ④社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

平成 29 年度に社会的リスクと医学的リスクの関係について解析する予定である。社会的リスクと医学的リスクがオーバーラップした場合に母児の予後が増悪するのかどうかを検証することによって、今後の母子保健管理にフィードバックが期待されている。

### (5)産後ケア

#### ①本邦の母子保健事業の現状調査

平成 29 年 4 月から「子育て世代包括支援センター」が全国で開始される。平成 32 年までに設置予定である。その直前の市区町村 1741 ヶ所にアンケートを行った。平成 29 年に分析予定である。これによって、母児保健事業の現状の一端が判明すると思われる。

### E. 結論

#### I. 地域連携における子育て困難事例の把握と対応に関する研究

子育て困難事例に至る要因を妊婦健診から見出し、連続的に多職種で支援する母子保健システムの開発を目指すために以下の研究を行った。

#### 1. 大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

11 週以内の妊娠届と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

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

アンケート結果からは分娩を扱っている施設の産婦人科医は、社会的経済的リスクが児童虐待につながると一般的に認識しているが、MSWの不在である施設が多く、それらの症例は周産期センターに集中している可能

性があることがわかった。また、児相への引き取りが特別養子縁組よりも多く、アンケート期間においては養子縁組の 12.5%は本人が探した私的団体が仲介していた。

### 3-1. 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

ハイリスク症例数が  $n=10$  と未だ少なく、結論を出すに至らないが、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要保護児童対策協議会対象者が4例存在した。

### 3-2. 大阪府立母子保健総合医療センターで出生した児の育児状況アンケート調査

ハイリスク・ローリスクともに約2割が分娩後1.5年以内に転居していた。1.5歳までの児の入院率・予防接種率・乳幼児健診受検率は両群で有意差が見られなかった。ハイリスク群はローリスク群と比較して育児相談の相手先が少ない傾向にあった。「パートナー」「実父母」を相談相手に挙げる者が多く見られたのは、育児相談についての過去の調査内容にも合致する。そしてハイリスク群はローリスク群と比較して「パートナー」「実父母」を相談相手とすることが有意に少なく、本来育児相談相手となるべき人々に頼れず孤立しがちな状況を示していると考えられる。一方ハイリスク群では「祖父母」を育児相談相手とすることが有意に多く、有意ではないが保

健師・近所の人・病院関係者などそれほど近しくない人に育児相談しなければならない状況が示された。

### 4. A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

### 5. 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

モデル問診票の試行にあたり、大きな課題は認められていない。次年度は、前向き調査により対象者への支援状況や出産後の状況を分析し、有効性を検証する予定である。さらに、保健指導マニュアルを活用し、機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援モデルの他地域への展開を目指したい。

### 6. 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

事例検討した事例から、妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。しかし、出産後の継続した支援の難しさがあった。保健師への面接調査から、妊娠届出時に全数面接を行い、支援が必要な妊婦に担当保健師が妊娠中からかかわることが必要である。また地域のネットワーク構築が重要であることが示された。医療機関スタッフへの面接からは初診時から関

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

#### 7. 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

妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

#### 8. 本邦の母子保健事業の現状調査

次年度はアンケート集計ならびに分析を予定している。これによって、平成29年度の全国の市区町村における母子保健事業の現状・課題が明らかになる予定である。

#### 9. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

#### 10. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

施設入所群と対照群を比較することで、虐待と関連の深い因子が明らかとなった。この検討は、虐待や養育困難で施設入所にまで至ったいわゆる超ハイリスクを対象としている。虐待予防の観点からは、虐待に至る前の介

入が望まれるため、妊娠中から支援を必要とする母児の抽出に必要な因子は、今回の検討で把握された因子を最低限とし、さらに広げる必要があると考えられる。

## II. 医学的ハイリスク妊娠抽出に関する研究

本研究は医学的ハイリスクと社会的ハイリスク妊娠の関連性と母児予後を検証するために以下の研究を行った。

### 1. 施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討

二次施設や三次施設からのデータを中心に作成したJSOG-DBに基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

### 2. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

子宮頸部手術後妊娠の高い早産率から、リスク因子として「子宮頸部手術後妊娠」の追加の妥当性が示された。

### 3. 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

ハイリスク妊娠とされる合併症妊産婦患者の産後における基礎疾患の管理においては、糖尿病、血液疾患、肝

疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患では、フォロー率が低いことが明らかにされた。

#### 4. 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクがあれば医学的リスクが上昇することが示されれば、医療機関で医学的な情報のみでなく、社会的な情報も聴取することで、妊娠中産後の母児の周産期のリスクについて評価を行うことができる。かつ社会的リスクの程度に応じて、保健・福祉機関と連携し妊娠中から母児を支援することができると考えられる。

### Ⅲ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦メンタルヘルスは社会的ハイリスク妊娠でもあり医学的ハイリスク妊娠でもある事が示唆されている。こうした“こころの負担”が最重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧される。本研究は妊娠中からの母体への支援の在り方を検討するため以下の研究を行った。

#### 1. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開 メンタルヘルスに問題があり介入

が必要と考えられる妊産婦の割合は4%で、全国で年間約4万人と推計される。この割合は、自治体間で異なり、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。また、施設ごとの検討でも、対象者は診療所に比較し、病院では2倍以上で、特に大学病院と国立系病院に集中していた。

対象者への対応の大部分は助産師や産婦人科医師が行い、臨床心理士が行っていた施設はわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。また、精神科への紹介率は20%程度に止まり、高次施設で高く、産科診療所では低く、自治体間でも大きく異なっていた。

以上より、妊産婦のメンタルヘルスカを専門とする精神科医師等の確保と地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

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

自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開

催したいと考えている母子保健関係者は多く、そのようなニーズに対して、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。

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

新生児期では健常小児の状態把握に困惑し病気を心配する親が少なからず存在することが明らかになり、育児不安につながる可能性も示唆された。1ヵ月健診までの時期に、夜間も含めた相談体制をさらに充実させることが必要と考えられた。

### 4. 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

妊産婦のメンタルヘルス対策のひとつとして『大阪府妊産婦こころの相談センター』が稼働している。今後の検証作業は必要であるが、妊産婦のこころの安定に有益な事業と考える。

### 総括

“児童虐待”、“妊産婦メンタルヘルス問題”の多くは根底に“子育て困難”が大きく関与していると考えられる。最終的には里親制度、施設入所等の母子分離、親権停止もやむを得ないかもしれないが、多くの母子は生活を共にしていく。この過程に如何なる支援が求められているのか？可能であるの

か？効果があるのか？が今強く求められている。本研究班の今年度の成果から、特定妊婦というような養育困難が出産前から予想される場合にはおよそ半数が出産後1年以上経過しても養育困難が継続していることが確認された。すなわち、

- ・妊娠届、妊婦健康診査を用いたアセスメントを行う
- ・出産後の養育支援に繋ぐ
- ・児童虐待予防、妊産婦メンタルヘルスの安定に寄与する

という実効性のあるシステム構築の可能性がより高くなってきたと考える。次年度もさらなる成果を得るべく研究を継続させていく。

### F. 健康危険情報 なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生、58: 2017 (in press)
- 2) 中井章人、光田信明、木下勝之。「メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究」、日本周産期・新生児医学会雑誌、53:2017 (in press)

#### 2. 学会発表

- 1) 第8回日本こども虐待医学会学術集会：性虐待の被害経験がある妊婦へ

の支援 福岡 2016年7月22日

2) 第57回日本母性衛生学会：要支援妊婦を支える

東京 2016年10月14-15日

3) 第57回日本母性衛生学会：母子健康手帳の有効活用を目指して～リーフレットを用いた広報の実際～  
東京 2016年10月14-15日

4) 第57回日本母性衛生学会：当院における若年妊婦の妊娠分娩経過と社会的背景  
東京 2016年10月14-15日

5) 第57回日本母性衛生学会：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」に寄せられる「着床出血」相談  
東京  
2016年10月14-15日

6) 第13回日本周産期メンタルヘルス研究会：大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」  
東京  
2016年11月19-20日

7) 第13回日本周産期メンタルヘルス研究会：産科医療で行う妊産婦のメンタルヘルスの重要性と課題～妊産婦こころの相談センターをはじめ～  
東京 2016年11月19-20日

8) 第22回日本こども虐待防止学会学術集会：望まない妊娠への支援—母親にならないということ—大阪  
2016年11月27日

9) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：和泉市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦への支援について・第1報 大阪  
2016年11月25-26日

10) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：和泉市要保護

児童対策地域協議会における特定妊婦への支援について・第2報 大阪  
2016年11月25-26日

11) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：大阪府未受診妊娠調査から見えてきた児童虐待  
大阪 2016年11月25-26日

12) 日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会：望まない妊娠への支援—母親にならないということ—大阪  
2016年11月25-26日

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

- ・従来経験則から推定されていたいくつかの実証的に示せた。
- ・妊娠中の要因から養育困難を見出す可能性が高まった。
- ・後方視的データは多いが、事例数が多くない。
- ・個人情報保護の観点から事例データ収集に困難がある。

J. 今後の展開

妊娠期から子育てへ切れ目のない母子保健システムの開発を行う。

## Ⅱ . 分 担 研 究 報 告 書

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

大阪府における妊婦健診受診を促す要因の検討

分担研究者 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
母子保健情報センター長 佐藤 拓代

#### 研究要旨

【目的】妊娠届出や妊婦健診受診を促す要因を明らかにすることによりサービスの隙間に落ちる妊婦をなくし、効果的な妊婦支援を行うことを目的とする。

【方法】大阪府市町村の妊娠届出時期と妊婦健診受診回数等の母子保健活動と、妊娠届出受理や妊婦健診受診券交付等に関する質問紙調査から検討を行った。

【結果】大阪府市町村の妊娠 11 週以内の妊娠届出率と妊婦健診の受診回数には、弱い正の相関が見られた。質問紙調査では、妊娠届出場所が保健センター等の母子保健担当部署では、保健師の全数面接が 92.9%で行われていた。妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

【結語】11 週以内の妊娠届率と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV 等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

#### A. 研究目的

安心、安全な出産を行うには、できるだけ早期に妊娠届出を市町村に行い、妊婦健診を適切に受けることが重要である。妊娠届出により母子健康手帳と 14 回分の妊婦健診受診票が交付されることから、妊娠届出が遅いことは 14 回に満たない妊婦健診しか受診できないことになる。また、妊娠届出を受理する市町村の要件が超音波検

査で子宮に胎嚢が確認されてからなど厳しい要件の場合は妊婦健診受診券が交付されず、まして正常妊娠で健康保険が使えず、費用が高いため以後の妊婦健診を受診しないことも引き起こしかねない。

平成 27 年度の本研究から、大阪府市町村における全妊娠届出に対する妊娠 11 週以内の妊娠届出の割合はばらつきがあり、医療圏によって傾向が



あることが示唆された。そこで、大阪府市町村における妊娠届出受理と妊婦健診受診券交付等の状況から、妊婦健診受診を促す要因を検討することを目的とする。

## B. 研究方法

大阪府内 43 市町村から当センター母子保健情報センターに提供いただいている母子保健活動報告を分析するとともに、政令指定都市を含めた大阪府内 43 市町村を対象として、平成 27 年 12 月に郵送による妊娠届出等に関する質問紙調査を行い分析した。

## C. 研究結果

### 1. 大阪府における妊娠届出状況及び妊婦健診受診回数等

厚生労働省資料<sup>1)</sup>より全国と大阪府の妊婦健診公費負担額の推移を示す(図 1)。大阪府は、平成 22 年度は全国最下位であったが、年々増加し平成 27 年度は全国平均を上回った。

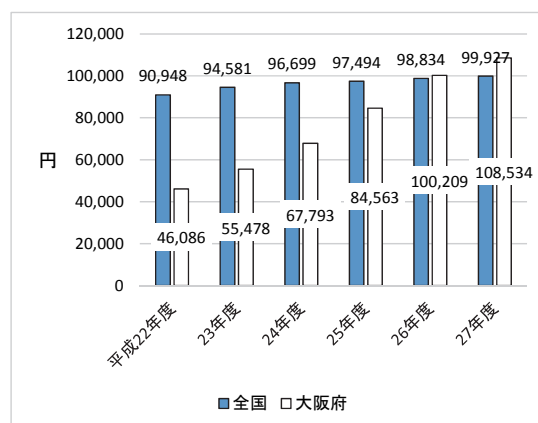
妊娠届出が妊娠 11 週以内になされた割合についても同様に推移を見ると、全国の増加率より増加率が高く、平成 22 年度・23 年度はほぼ全国と同じであったが、平成 26 年度は 1.8% 高くなっていた<sup>2)</sup>(図 2)。

妊婦健診受診回数は、全国より多い状況が続いているものの、平成 24 年度から平成 26 年度は 0.2 回減少した(図 3)。

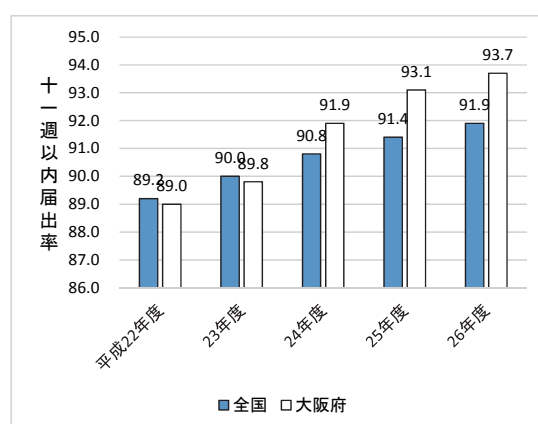
大阪府は妊婦健診公費負担額の増加が著しく、妊娠届出が 11 週以内の割合も増加していた。11 週以内妊娠届

出率と妊婦健診受診回数は、図 4 にしめすように関係が見られなかった。しかし、受診回数によって 2 群にわかれたことから、それぞれについて検討を行ったところ、図 5 に示すとおり受診回数 10 回以上では  $r=0.413$  ( $r^2=0.1706$ ) と弱い正の相関が、図 6 に示すとおり受診回数 8 回未満では  $r=0.3644$  ( $r^2=0.1328$ ) とやや正の相関がみられた。11 週以内の届出を促すことは、受診回数の増加を促すことが示唆された。

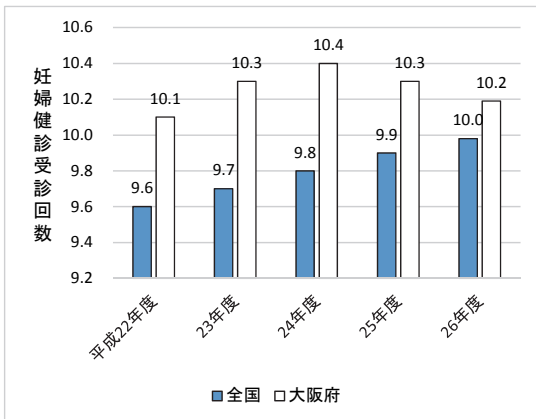
<図 1>妊婦健診公費負担額の推移



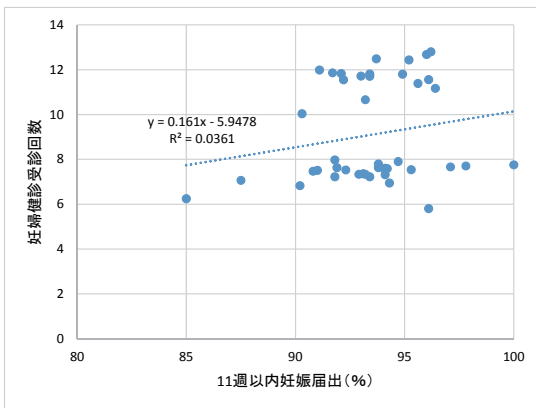
<図 2>妊娠 11 週以内の妊娠届出率の推移



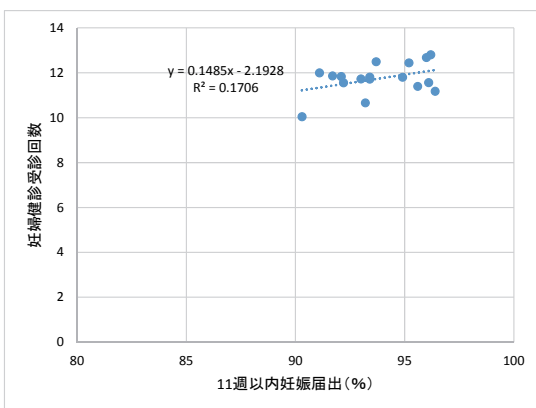
＜図 3＞妊婦健診受診回数の推移



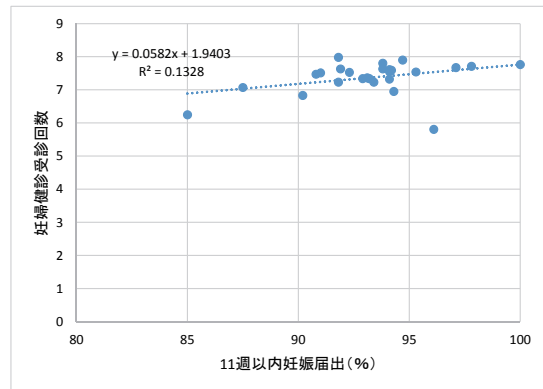
＜図 4＞大阪府の 11 週以内妊娠届出率と妊婦健診受診回数



＜図 5＞図 4 における妊婦健診受診回数 10 回以上



＜図 6＞図 4 における妊婦健診受診回数 8 回未満



## 2. 妊娠届出等に関する調査

43 カ所の全市町村から回答があった。妊娠届出受理場所は保健センター等の母子保健担当部署 97.7%、市区町村役所 25.6%、市区町村サービスコーナー等のその他が 23.3%であった(複数回答)。保健師等の全数面接は 32.6%で行われていたが、母子保健担当部署では 92.9%で行われていたが、市区町村では 18.2%にすぎなかった。

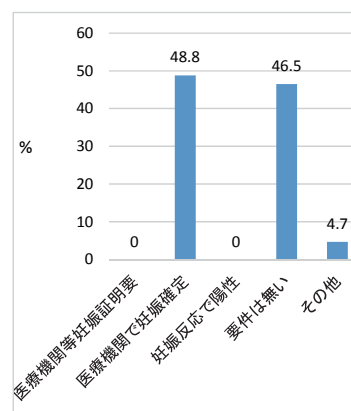
妊娠届出に必要な条件は、図 7 に示すように医療機関で妊娠が確定 48.8%であったが、特に要件はないとする市町村が 46.5%であった。妊娠届出時に住民票の確認を 2.3%は行っていなかったが、住民票がある必要があるが 44.2%であった(図 8)。しかし、「居住実態があればよい」、DV 等で住民票を移せない等の事情に配慮した「原則住民票がある必要がある」が併せて 53.5%であり、大阪府市町村では母子保健サービスの隙間から漏れ落ちるに妊婦を救う取り組みが半数以上で行われていた。

妊婦健診受診券は10万円以上の価値があり、発行要件をたずねた。住民票がある場合のみが52.4%であったが、47.6%でDV等では住民票がなくても発行する場合があるとしていた。

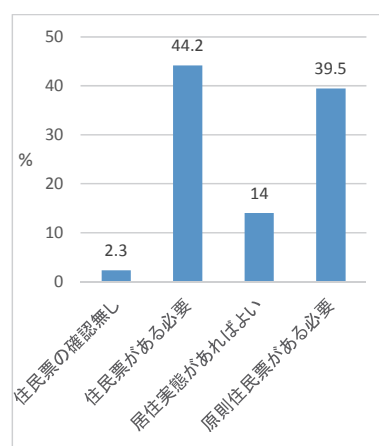
妊娠かどうか確認するための医療機関受診では健康保険が使えず全額自費となることから、経済的問題を抱えている妊婦がここで受診がとぎれ、妊娠届出を行わず以後の健診も行わない場合がある。そこで、妊婦健診受診券発行前の受診に対して、さかのぼって受診券が使用できるかたずねたところ、9.3%で使用できる場合があるとしていた。ただし、全ての医療機関ではなく、その医療機関に妊婦が問い合わせることで可能になる場合があるとしていた。貧困妊婦が妊娠届出や妊婦健診受診券発行につながるよう、市町村と医療機関の連携を検討する必要がある。

妊娠届出が行いやすいと考えられる届出要件がない市町村と、医療機関で妊娠確定の要件がある市町村の妊婦健診受診回数の比較を行ったが、有意差はみられなかった(図9)。

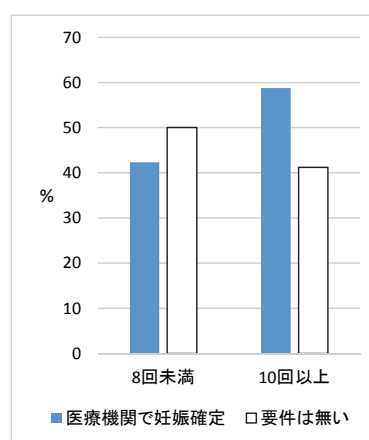
<図7>大阪府市町村の妊娠届出受理要件



<図8>大阪府市町村の妊娠届出時の住民票



<図9>大阪府市町村の妊娠届出受理要件と妊婦健診受診回数



#### D. 考察

大阪府市町村の妊婦健診公費負担額は、平成 22 年度は全国平均の 1 / 2 程度と低かったが 6 年間で倍増し、平成 27 年度は全国平均を上回っていた。妊娠 11 週以内の妊娠届出率は、平成 22 年度は全国平均より低かったが平成 24 年度以降は全国平均を上回っていた。

妊婦への経済的支援は大きく改善していたが、妊娠 11 週以内妊娠届出率は医療圏ごとに高低の傾向があり、市町村に妊娠届出受理の要件と妊婦健診受診券交付の要件について調査を行った。妊娠届出時に妊娠確定に関する要件がないのが 46.5%、住民票がなくても受理する場合がある 53.3%、妊婦健診受診券も VD 等の事情に配慮して住民票がなくても発行する 47.6%、受診券発行前の受診にも使用できる場合がある 9.3%などで、妊婦健診受診を促す取り組みがなされていた。

妊娠 11 週以内の妊娠届率と妊婦健診受診回数には弱い正の相関があることから、妊娠届出や妊婦健診受診券交付のハードルを低くするとともに、DV 等の状況に配慮した取り組みが必要と考えられた。

#### E. 結論

妊娠届出を行わない、または妊婦健診未受診者から母と子の健康や福祉の重大な問題が見られているが、大阪府の市町村では約半数が妊娠届出に要件がなく、妊婦健診受診券でも住民票がない等の事情に配慮して発行が

行われており、切れ目のない妊娠・出産・子育て支援を行うためには、市町村の工夫した取り組みが重要と考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 佐藤拓代。女性の貧困と若年出産の現状。公衆衛生、2016 ; Vol.80 (7) P486-490

2) 佐藤拓代。妊娠・出産期における子どもの貧困の発見と支援。都市問題、2016 ; Vol.107 (6) P23-27

3) 佐藤拓代。母子保健法 50 年の過去・現在・未来～切れ目のない妊娠・出産・子育て支援へ～、大阪府立母子保健総合医療センター雑誌、2015 ; Vol.31 (2) P7-15

4) 佐藤拓代。相談窓口の役割～「にんしん SOS」の活動を通して考える。母子保健、2016 ; Vol.685 P8

5) 佐藤拓代。思いがけない妊娠・出産と子ども虐待予防。近畿周産期精神保健研究会会誌、2017 ; Vol.1 P22-28

##### 2. 学会発表

1) 佐藤拓代。社会的ハイリスク病児への養育支援。第 119 回日本小児科学会学術集会、シンポジウム

2) 佐藤拓代。子どもの貧困～妊娠期からの気づきと支援～。第 75 回日本公衆衛生学会総会、教育講演

3) 中野玲羅、佐藤拓代。大阪府にお

ける妊娠届出や妊婦健診受診と乳幼児健診受診の分析。第 75 回日本公衆衛生学会総会、一般演題

4) 市川香織、佐藤拓代、草野恵美子、小倉加恵子、佐々木溪円、新美志帆、山崎嘉久。市町村におけるハイリスク妊婦の把握と継続支援に関する課題。第 75 回日本公衆衛生学会総会、一般演題。

5) 佐藤拓代、光田信明。思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」に寄せられる「着床出血」相談。第 57 回日本母性衛生学会、一般演題

6) 佐藤拓代。思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」と切れ目ない支援。第 52 回日本周産期・新生児医学会学術集会、シンポジウム

7) 佐藤拓代。オランダの予期せぬ妊娠への支援。日本子ども虐待防止学会第 22 回学術集会おおさか大会、シンポジウム

8) 政田陽子、植田早余子、加藤直子、中西眞弓、森澤薫美、吉田智子、渡邊寿美子、仁木敦子、佐藤拓代。思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」相談から見てきたこと第 4 報—機関連携を考える—。日本子ども虐待防止学会第 22 回学術集会おおさか大会、一般演題

9) 佐藤拓代。子どもの貧困～周産期からの気づきと支援～。第 212 回大阪小児科学会、教育講演

10) 佐藤拓代。妊娠・出産・子育ての切れ目ない子育て支援の推進。第 37 回奈良県公衆衛生学会、特別プログラム

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

妊娠届出と妊婦健診受診券交付の市町村における対応の違いと、妊婦健診受診状況に課題がある可能性がある。大阪府市町村の母子保健活動を把握していることから、これらを総合的に検討することができる。

J. 今後の展開

妊娠届出と妊婦健診受診状況、さらに保健機関でハイリスク妊婦と把握された妊婦のこれらの状況を把握し、効果的な保健と医療が連携した妊婦支援について検討を進める。

参考文献

- 1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 母子保健課. 妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる 調査結果について
- 2 厚生労働省地域保健・健康増進報告

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な  
保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 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

主任研究者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター産科 主任部長

分担研究者 荻田 和秀 りんくう総合医療センター

周産期センター産科医療センター長兼産婦人科部長

#### 研究要旨

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

#### 【はじめに】

児童虐待防止の観点からもハイリスク妊婦の抽出は医療機関にとっては重要な事項  
であることは多研究にて論じられているところである。特に産婦人科医療機関でハイ  
リスク妊婦を早期に覚知し、地域に繋げることが虐待防止に果たす役割は大きい。し  
かるに、各医療機関での認識が違ったり覚知しても地域に繋げることのできない施設  
があるという報告もある。

そこで当研究班は日本産科婦人科学会と協力して日本のすべての分娩施設にアンケ  
ートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児  
童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査することとした。

#### 【方法】

本アンケートは日本産婦科学会拡大医療改革委員会の協力で 2016 年 1 月現在分娩を  
取り扱っていると回答した 2429 施設を対象にアンケートを送付した。

#### 【結果】

アンケートの回答は 1538 施設より回答を得た。回答率は 63%であった。診療所や一  
般病院などの一次施設からの回答が 85%あり、周産期センターは 9%、と幅広い施設  
より回答があった。

このうち、97%の回答者が妊娠中の社会的経済的リスクは児童虐待につながるとの認  
識を示したが、約半数は MSW 不在などの理由から介入できていないと回答している。  
また、多くの症例は周産期センターで扱われていることが読み取れ、周産期センター  
は医学的ハイリスク以外のハイリスク妊婦を扱う最前線とも考えられた。

### A. 研究目的

児童虐待防止の観点からもハイリスク妊婦の抽出は医療機関にとっては重要な事項であることは多研究にて論じられているところである。特に産婦人科医療機関でハイリスク妊婦を早期に覚知し、地域に繋げることが虐待防止に果たす役割は大きい。しかるに、各医療機関での認識が違ったり覚知しても地域に繋げることのできない施設があるという報告もある。

そこで当研究班は日本産科婦人科学会と協力して日本のすべての分娩施設にアンケートを送付し、各施設での社会的経済的ハイリスク妊婦への対応や望まない妊娠、児童相談所への通告など出生児への介入や特別養子縁組の実態を調査することとした。

### B. 研究方法

本アンケートは日本産科婦人科学会拡大医療改革委員会の協力で2016年1月現在分娩を取り扱っていると回答した2429施設を対象にアンケートを送付し、1538施設より回答を得た。回答率は63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が85%あり、周産期センターは9%と幅広い施設より回答があった。

### C. 研究結果

本アンケートは当学会拡大医療改革委員会の協力で2016年1月現在分娩を取り扱っていると回答した2429施設を対象に昨秋委員の皆様にご相談した内容でアンケートを送付し、1538施設より回答を得た。回答率は63%だった。

回答施設の属性は図1に示す。

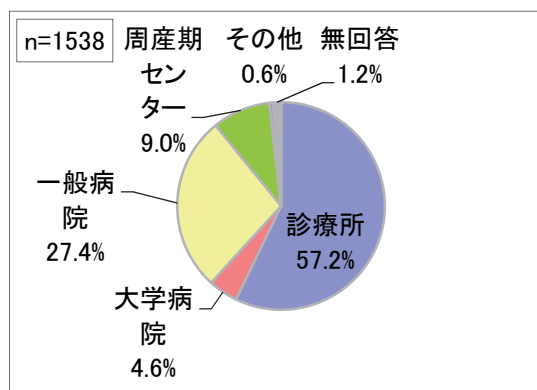


図1 回答施設の属性

また、回答施設の分娩数は以下にお示したとおりで、診療所や一般病院などの一次施設からの回答が85%あり、周産期センターは9%、年間550件以上の分娩数を扱っている施設は26%だった。

回答施設は日本の周産期事情をある程度反映しているのではないかと考えている。

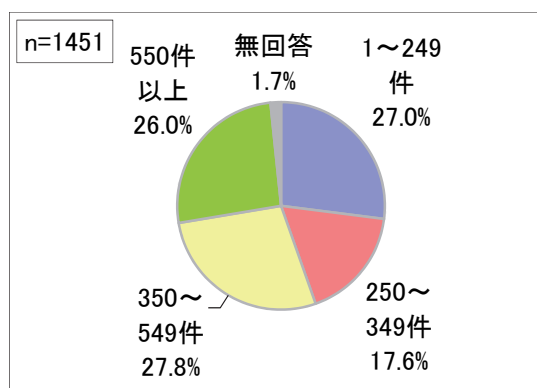


図2 回答施設の規模

母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクと考えるかという問いには図3の通りほぼ93%の先生方が考えていると回答している。



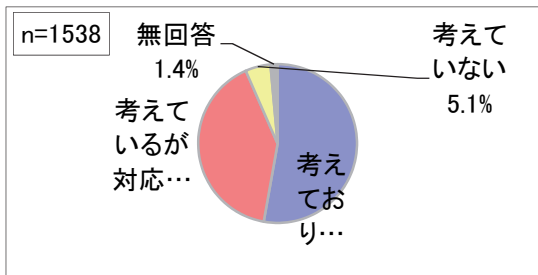


図 3 母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクと考えるか

実際、未受診妊婦は約半数の施設で経験している(図 4)が、

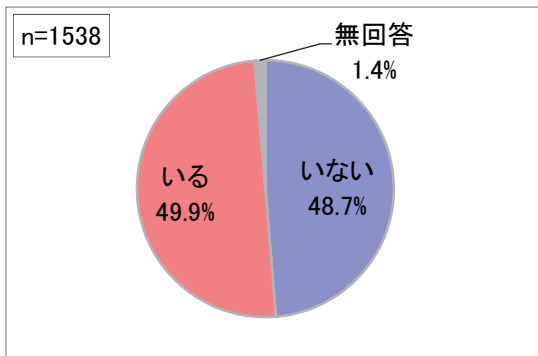


図 4 未受診妊婦を取り扱っているか

MSW がいる施設は 33.9%に過ぎない(図 5)

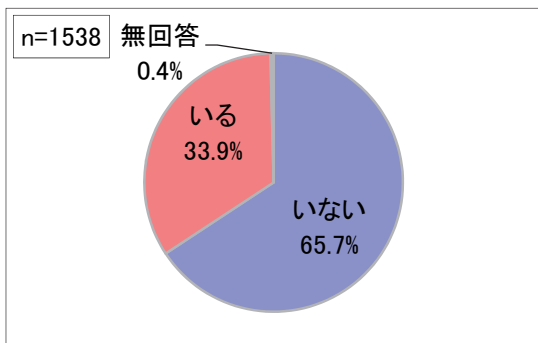


図 5 院内に MSW はいるか

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

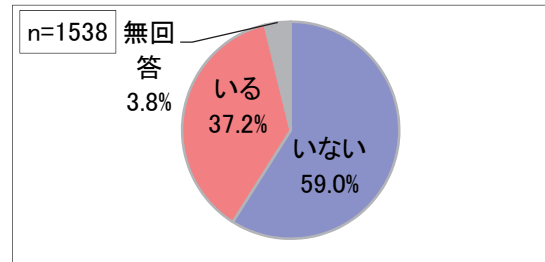


図 6 自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか

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

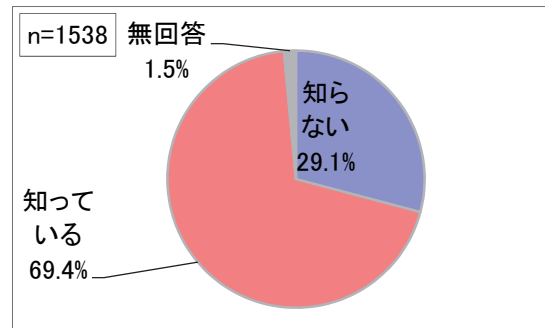


図 7 通告する場所を知っているか

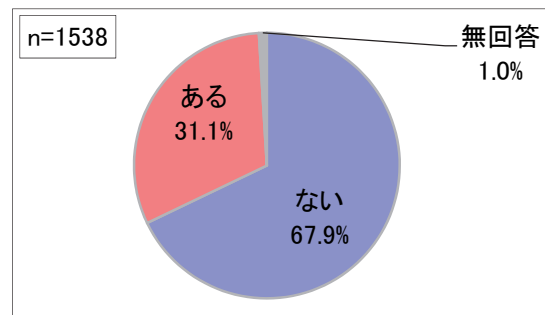


図 8 福祉からの紹介経験



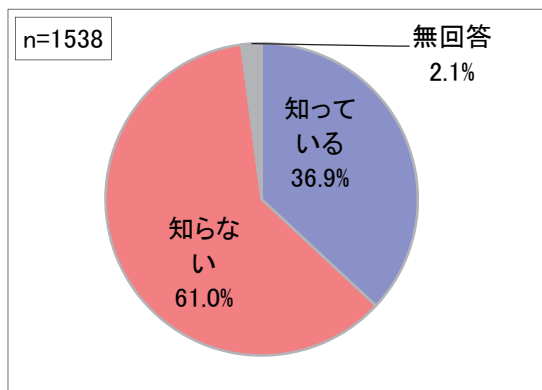


図 9 児童福祉法改正を知っているか

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

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

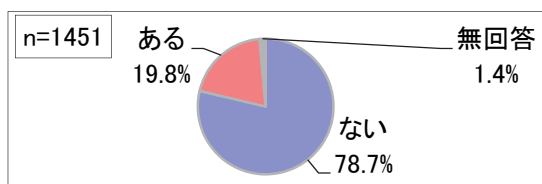


図 10 児童相談所への引き取りを経験

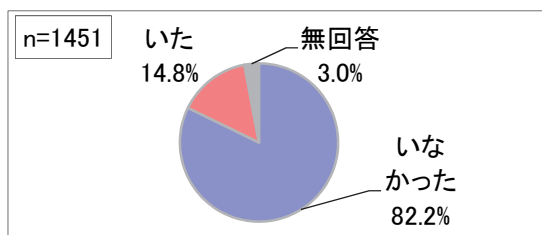


図 11 特別養子縁組を経験

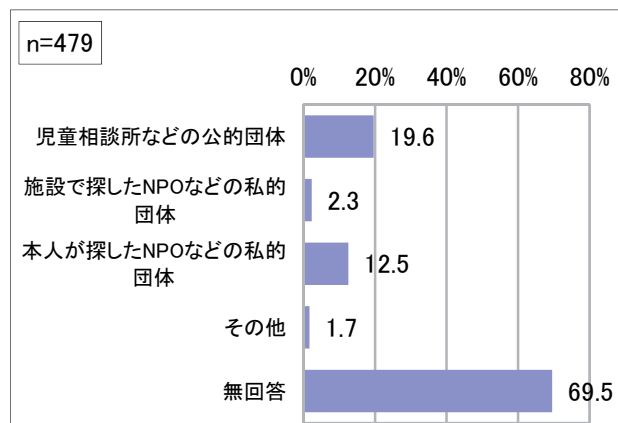


図 12 どの施設へ収容したか

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

## E. 結論

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

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

## 2. 学会発表

1)第 69 回日本産科婦人科学会学術集会にて発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

## J. 今後の展開

今回の結果をもとに、各地域での情報提供のあり方やスキームなどの工夫について調査・提言し、フィードバックする形で各地域に落とし込み、より綿密な連携のためのシステム作りに役立てたい。

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

**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**

研究責任者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長

研究分担者 佐藤 拓代 大阪府立母子保健総合医療センター

母子保健情報センター センター長

藤原 武男 東京医科歯科大学大学院

医歯学総合研究科国際健康推進医学分野 教授

研究協力者 岡本 陽子 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 副部長

川口 晴菜 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 診療主任

和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 看護師長

中野 玲羅 大阪府泉佐野保健所 技師

**研究要旨**

【目的】「産婦人科医療機関が把握した妊婦情報」と「育児期に行政機関が把握した児の情報」を比較することで、「虐待に対するハイリスク群」を的確に抽出するための「社会的ハイリスク妊産婦」の定義（いかなるハイリスク要因を以て虐待ハイリスク群とするのが有効か）を行い、その抽出方法を検討する根拠となるデータを得ること。

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

【結果】今年度は、研究協力の同意を得られた対象者の3～4か月健診時の情報収集を開始した。

【結語】次年度は3-4か月乳幼児健診時の対象者数の確保と、乳児後期以降の健診時の情報の収集を行う。一方、本人の同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で一部もしくは全部の情報提供が得られない地方自治体があり、行政との連携の困難さが浮き彫りになった。

また今年度は育児状況や行政からのサポートに関する家庭へのアンケート調査も実施した。この結果も併せて掲載する。

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

A. 研究目的

この調査・研究では、「産婦人科医療機関が把握した妊婦情報」と「育児期に行政機関が把握した児の情報」を比較することで、「虐待に対するハイリスク群」を的確に抽出するための「社会的ハイリスク妊産婦」の定義（いかなるハイリスク要因を以て虐待ハイリスク群とするのが有効か）を行い、その抽出方法を検討する根拠となるデータを得ることを目的とする。

B. 研究方法（表 1）

①研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪産婦人科医会が設置している《安心母と子の委員会》に参加する9産科医療機関\*で当研究期間中に妊娠分娩管理を行う全妊産婦（約10,000人/年）。

第②段階：第①段階で妊娠分娩管理期間中に「社会的ハイリスクを有する」と認識され、住所地の保健センター・児童相談所などの行政関係者に情報提供を行う者、および第①段階で大阪府立母子センターで妊娠分娩管理期間中に「ローリスク妊産婦（＝リスクアセスメントで「リスク項目ゼロ」）」と認識された者を抽出する。

\*9 産科医療機関：大阪府立母子保健総合医療センター・愛仁会千船病院・りんくう総合医療センター・済生会吹田病院・愛仁会高槻病院・大阪市立住吉市民病院・定生会谷口病院・阪南中央病院・愛染橋病院

除外基準は特に設けない。情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とする。

評価内容は、育児期間における子ども虐待の有無であり、その指標として、市町村で行われる乳幼児健診（3～4か月・乳児後期・1歳6か月）時における以下の情報（表 2）を解析する。

（倫理面への配慮）

大阪府立母子保健総合医療センターの倫理審査委員会で承認を受けた。

（承認番号866-2）

C. 研究結果

現段階で協力産科医療機関は3施設。ハイリスク群(n=10)、ローリスク群(n=25)について地域保健センターに3-4か月健診時の情報提供を依頼した。保健センターから得られた3-4か月健診時の情報は下表参照。

D. 考察 および E. 結論

ハイリスク症例数が n=10 と未だ少なく、結論を出すに至らないが、既に出生届未提出・乳幼児健診未受診・要保護児童対策協議会対象者が4例存在した。

F. 健康危険情報 とくになし

3-4か月健診	出生届未提出	児の死亡	乳幼児健診未受診	要対協対象者	行政育児支援に問題あり	市外に転居
ハイリスク群 (n=10)	1	0	1	3	3	1
ローリスク群 (n=25)	0	0	1	0	0	1

## G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

## I. 問題点と利点

協力可能な産科医療機関が少なく、症例数が不足している。更にハイリスク群ほど情報提供の同意が得られにくく、症例数の確保に時間がかかることが予想される。

一方、本人の同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で一部もしくは全部の情報提供が得られない地方自治体があり、行政との連携の困難さが浮き彫りになった。

## J. 今後の展開

さらに症例数を確保し、社会的ハイリスク者と関連するリスク項目を検討する。

参考文献 なし

大阪府立母子保健総合医療センター  
で出生した児の育児状況アンケート  
調査

## A. 研究目的

当センターでは妊婦健診受診者全員に対して社会的ハイリスク項目を

検討しており、その中から「社会的ハイリスクである」と認識された妊産婦に対しては積極的に地域や行政に連絡を取って育児のサポートを依頼している。

これらの社会的ハイリスク妊産婦の育児状況や地域・行政からの支援状況を知るために、各家庭に対してアンケート調査を実施した。

## B. 研究方法

2013.6-2014.4 に当センターで出生した児について、その母のうち社会的リスク評価が行われた 862 人（うち社会的ハイリスクと認識された者は 114 人 13.2%）を対象とした。アンケート実施が不可能と考えられた者（詳細は下記※）を除いた 763 人にアンケート用紙を郵送し、郵送による返答を得た（連結可能匿名化）。

社会的ハイリスク群とローリスク群に分類し、育児状況やサポートに関する項目について各群間で検討を行った。

※アンケート実施不可能者：死産・児や母の死亡・児が保護者と同居していないことが確認されている者（児の長期入院など）・その他

（倫理面への配慮）

大阪府立母子保健総合医療センターの倫理審査委員会で承認を受けた。

（承認番号 863）

## C. 研究結果

郵送数 763 件、うち返信あり 356 件、

46.7%であった。返信のあった 356 件（ローリスク者 323 人、ハイリスク者 33 人）のうち、転居があったものの割合は両群に有意差が見られたが（ $p<0.0001$ ）、児の入院歴やかかりつけの小児科がいるかどうかについては有意差が見られなかった（表 3）。乳幼児健診の受診率は、3-4 か月・乳児後期・1 歳 6 か月いずれも両群間で有意差を認めなかった（表 4）。

予防接種の接種率を尋ねたところ、定期接種（ヒブ・小児用肺炎球菌・3 または 4 種混合・BCG・MR）・任意接種（ $\alpha$ ・流行性耳下腺炎・B 型肝炎・水痘）ともに、両群間の有意差は見られなかった。

育児相談の相手について尋ねたところ（表 5）、担当保健師を持つ割合はハイリスク群に高かったが有意差は見られなかった。育児相談相手の箇所数はハイリスク群で有意に少なく、相談相手として実父母やパートナーを挙げる者の割合がハイリスク群で有意に少なかった（表 6）。一方祖父母を相談相手として挙げる割合はローリスク群で有意に少なかった。

#### D. 考察 および E. 結論

ハイリスク・ローリスクともに約 2 割が分娩後 1.5 年以内に転居していた。

1.5 歳までの児の入院率・予防接種率・乳幼児健診受診率は両群で有意差が見られなかった

ハイリスク群はローリスク群と比較して育児相談の相手先が少ない傾向にあった。「パートナー」「実父母」

を相談相手に挙げる者が多く見られたのは、育児相談についての過去の調査内容にも合致する。そしてハイリスク群はローリスク群と比較して「パートナー」「実父母」を相談相手とすることが有意に少なく、本来育児相談相手となるべき人々に頼れず孤立しがちな状況を示していると考えられる。一方ハイリスク群では「祖父母」を育児相談相手とすることが有意に多く、有意ではないが保健師・近所の人・病院関係者などそれほど近しくない人に育児相談しなければならない状況が示された。

#### F. 健康危険情報 特になし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

#### I. 問題点と利点

家庭からの自己申告による返答のため、育児状況についての情報に客観的な裏付けはない。乳幼児健診受診率や予防接種率に有意差が見られなかったのはこのためと思われる。相談相手についての回答は元来主観的な項目であるため、実情をよく示していると考えられる。

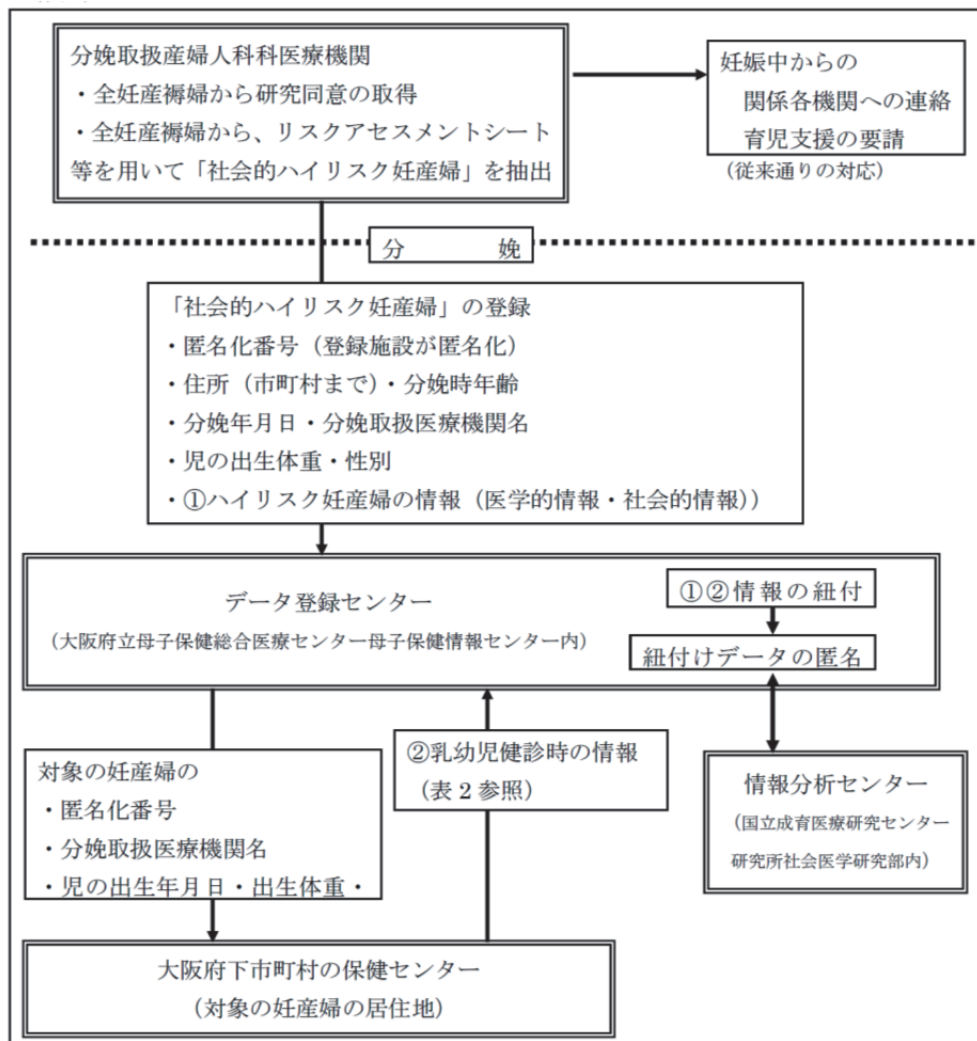
## J. 今後の展開

今回の結果を基に、妊娠中からハイリスク妊産婦の育児サポート状況に留意し行政へ繋いでいく。

## 参考文献

厚生労働省 21世紀出生児縦断調査 など

(表 1)



(表 2)

乳幼児健診	3・4か月	10か月	1歳半
児の生死	生 死 (死亡時年齢 ○歳○月 )		
要保護児童対策地域協議会対象者	有 無	有 無	有 無
乳幼児健診受診	有 無	有 無	有 無
出生届提出の有無	有 無		
保健センターの支援状況	受け入れ良好	受け入れ良好	受け入れ良好
	支援困難	支援困難	支援困難
	支援拒否	支援拒否	支援拒否
	多機関で関わり	多機関で関わり	多機関で関わり
	その他	その他	その他
市町村外への転居	有 無	有 無	有 無



(表 3)

	ローリスク (%)	ハイリスク (%)	Total	p 値 (カイ 2 乗)
転居あり	68 (21.1)	8 (24.2)	76	<b>&lt;0.0001</b>
入院あり	107 (33.1)	14 (42.4)	121	0.2811
かかりつけ小児科あり	288 (89.2)	29 (87.9)	317	0.8597

(表 4)

乳幼児健診の受診	ローリスク (%)	ハイリスク (%)	Total	p 値 (カイ 2 乗)
3~4 か月	295 (91.3)	28 (84.9)	323	0.3017
乳児後期	236 (73.1)	23 (69.7)	259	0.6128
1 歳 6 か月	303 (93.8)	30 (90.9)	333	0.7306

(表 5)

	ローリスク (%)	ハイリスク (%)	Total	p 値 (カイ 2 乗)
担当保健師がいる	170 (52.6)	24 (72.7)	194	0.1776
育児相談相手がいる	318 (98.5)	29 (87.9)	347	<b>0.0001</b>
育児相談相手の箇所数	2.48±0.06	1.82±0.19		<b>*0.0012</b>

\*t 検定

(表 6)

育児相談相手	ローリスク (%)	ハイリスク (%)	Total	p 値 (カイ 2 乗)
実父母	243 (75.2)	14 (42.4)	257	<b>&lt;0.0001</b>
夫・パートナー	189 (58.5)	13 (39.4)	202	<b>0.0347</b>
友人	166 (51.4)	13 (39.4)	179	0.1891
同胞	65 (20.1)	4 (12.1)	69	0.268
義父母	44 (13.6)	1 ( 3.0)	45	0.0811
祖父母	21 ( 6.5)	6 (18.2)	27	<b>0.0158</b>
保育園・幼稚園など	21 ( 6.5)	1 ( 3.0)	22	0.4302
その他の親戚	16 ( 5.0)	2 ( 6.1)	18	0.7822
地域行政 (含む保健師)	12 ( 3.7)	2 ( 6.1)	14	0.5091
近所の人	8 ( 2.5)	2 ( 6.1)	10	0.2353
職場の人	10 ( 3.1)	0 ( 0)	10	0.3052
病院関係者	4 ( 1.2)	1 ( 3.0)	5	0.4047

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

#### A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

研究責任者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長  
研究協力者 鍛冶 みか 和泉市生きがい健康部健康づくり推進室健康増進担当 統括主査  
伊勢 新吾 和泉市教育委員会こども部 こども未来室 保健師  
和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター看護部 看護師長

#### 研究要旨

##### 【目的】

特定妊婦の出産後の養育状況を検討することを目的とした。

##### 【方法】

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

##### 【結果】

4 年間で特定妊婦は 163/5893(2.8%)であり、要保護・支援児童の母親は 63/163(38.7%)であった。出生児の平成 28 年 3 月末時点における転帰を示す。要保護児童:21/72(29.2%)、要支援児童:13/72(18.1%)、終結:21/72(29.2%)、転出:17/72(23.6%)であった。

特定妊婦とその他の妊婦に分けて転帰をみた。その他の妊婦は同時期における特定妊婦以外の妊婦とした。転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。特定妊婦からの要保護・支援児童は 34/72(47.2%)であり、その他の妊婦からの 64/2852(2.2%)に比して有意に高頻度であった。要保護・要支援児童(98 人)のうち特定妊婦からの発生は 34 人(34.7%)であった。

##### 【結論】

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

## A. 研究目的

特定妊婦の、出産後の養育状況を検討することを目的とした。

## B. 研究方法

A市においては平成25年に要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）の部会として「周産期ネットワーク部会（以下、部会）」を設置した。これは、産科医療機関・母子保健・児童福祉による「特定妊婦」支援ためのネットワークづくりのために設けられた部会である。

特定妊婦は医療機関と保健機関双方から『気がかりのある妊婦』としてあげられた妊婦を部会で協議の上、決定した。要保護・支援児童の母親が妊娠した場合には特定妊婦とした。

特定妊婦への支援は妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。

特定妊婦からの出生児は、出生直後には要支援児童として登録し、支援を行った。1年後には要対協実務者会議の進行管理会議で評価をおこなった。評価結果は要保護児童、要支援児童、終結、転出に区分した。

## C. 研究結果

表1に各年度の特定妊婦数を示す。4年間では163/5893(2.8%)であり、要保護・支援児童の母親は63/163(38.7%)であった。

表2に出生児の平成28年3月末時点における転帰を示す。要保護児童:21/72(29.2%)、要支援児童:13/72(18.1%)、終結:21/72(29.2%)、

転出:17/72(23.6%)であった。

表3は特定妊婦とその他の妊婦に分けて転帰をみたものである。その他の妊婦は表2の同時期における特定妊婦以外の妊婦とした。転帰は要保護・支援児童とその他(終結、転出)とした。特定妊婦からの要保護・支援児童は34/72(47.2%)であり、その他の妊婦からの64/2852(2.2%)に比して有意に高頻度であった。要保護・要支援児童のうち特定妊婦からの発生は34/98(34.7%)であった。

## D. 考察

特定妊婦は児童福祉法第6条3の第5項(平成21年4月1日)において『出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦』とされている。今回、【児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(平成28年6月3日)】の[児童虐待の発生予防の項目]内において、以下のように記載されている。児童福祉法第6条の3第5項に規定する要支援児童等(支援を要する妊婦、児童及びその保護者)と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するよう努めることとする(児童福祉法第21条の10の5第1項)。すなわち、特定妊婦への支援は子育て支援を通して、児童

虐待の発生予防を期待する面がある。特定妊婦の同定と支援策策定が望まれる所以である。健やか親子 21(第 2 次)においても基盤課題 A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策、重点課題 2: 妊娠期からの児童虐待防止対策が提唱されている。しかしながら、特定妊婦を追跡した場合にどの程度児童虐待が発生するのか、特定妊婦支援が児童虐待発生防止に繋がるかは不明である。今回の研究によって特定妊婦から出生した児童の転帰が判明した。特定妊婦からの要保護・支援児童は約半数(47.2%)に発生していた。これは関係機関が母児への支援を行っていた中での結果である。特定妊婦以外の妊婦からは 2.2%(64/2852)の発生率であり、この発症率の差からみても妊婦を取り巻く社会的要因分析から妊婦を社会的ハイリスク妊婦であるのかどうかをアセスメントすることの重要性が認識される。さらに、その他妊婦には特定妊婦ではないが、社会的ハイリスク妊娠である妊婦が相当数含まれている。特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊婦からの出生児の転帰調査も必要である。平成 27 年度当研究班によって大阪府の特定妊婦数は平成 26 年:352/36,244 (1.0%)、平成 27 年: 470/38204 (1.2%)であった。本研究においては、この結果に比して約 2 倍の認定数となった。これは、特定妊婦の定義、アセスメント項目、関係機関の情報収集力等の差が考えられる。従って、関係機関で統一された評価方法が待たれるところである。

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

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

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

## E. 結論

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

## 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。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

## 2. 学会発表

1) 鍛冶みか、その他：和泉市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について 第1報 2016.11.25  
第22回日本子ども虐待防止学会 大阪

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

## I. 問題点と利点

特定妊婦の指定は客観性に乏しい。後方視的であるので支援がない場合には児童虐待が増加すると思われるが、限界がある。自治体単位の実証的研究は貴重である。

## J. 今後の展開

大阪府の市町村で同様の調査を平成29年度に追加する。

## 参考文献

1) 社会的ハイリスク妊娠の推定値  
平成27年度厚生労働省科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（H27-健やか-一般-001）」  
分担研究報告書 光田信明

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

表 1：年度別の特定妊婦数

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

表 2：出生児の転帰

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

表 3：特定妊婦・その他の妊婦の転帰

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な  
保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 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

分担研究者	山崎 嘉久	あいち小児保健医療総合センター	副センター長
研究協力者	塩之谷 真弓	愛知県新城保健所	健康支援課長
	丸野 広子	八千代病院	副看護部長
	新實 房子	山田産婦人科	看護師長
	本村 直子	渡辺マタニティクリニック	看護師長
	山元 歩	厚生連渥美病院	3階西病棟課長
	天野 房子	西尾市健康課	主査
	廣田 直子	田原市健康課	課長補佐兼係長
	鈴木 里依	田原市健康課	主査
	田中 敦子	安城市子育て健康部健康推進課母子保健係	主査
	高橋 陽子	豊川市保健センター母子保健係	主任
	緒方 京	愛知県立大学看護学部	講師
	神谷 摂子	愛知県立大学看護学部	講師
	佐々木溪円	あいち小児保健医療総合センター	医師
	山本由美子	同	保健センター 主任主査
	山下 智子	同	保健センター 技師

#### 研究要旨

【目的】機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援のため、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、妊娠初期からのリスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルを開発する。

【対象・方法】平成 28 年 7 月～平成 29 年 1 月に研究協力医療機関において、妊娠届出書を取り扱った妊婦のうち、研究同意が得られたケースを対象とし、平成 27 年度に本研究分担班で開発したモデル問診票（「お母さんの健康と生活に関する問診票」）の記載情報（妊娠前期）を把握する。また、他地域の事業や研究成果などを参考として研究協力者間で検討し、保健指導マニュアルを作成する。

【結果】研究同意が得られたのは 4 医療機関で 241 名であった。このうち妊娠前期において 232 人（98.3%）が、妊娠を「嬉しい」と回答し、夫（パートナー）も 225 人

(93.4%)が「喜んでいる」と回答していた。現在の妊婦の状態について、67人(27.9%)の妊婦が「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」などの精神的な不調を自覚し、半数以上が何らかの身体的な不調を持っていた。相談相手として、夫(パートナー)は230人(95.4%)、実母は213人(88.4%)の回答であった。本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。

また、研究協力者間で検討し、モデル問診票を一般化するための保健指導マニュアルを作成した。妊娠期からの支援対象者のスクリーニングの標準化のために、大阪府が開発したガイドラインに示されている「アセスメントシート(妊娠期)」の項目を用いて、把握すべき状況をモデル問診票の各項目それぞれについて具体的に示した。

**【結語】**モデル問診票の試行にあたり、大きな課題は認められていない。次年度は、前向き調査により対象者への支援状況や出産後の状況を分析し、有効性を検証する予定である。さらに、保健指導マニュアルを活用し、機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援モデルの他地域への展開を目指したい。

愛知県内の市町村では、平成24年度から共通の妊娠届出書の様式を用いて特定妊婦や要支援家庭の早期の把握と支援に取り組んでいる。しかし市町村と医療機関が連携した支援は、出生後に開始されることが多く妊娠中にはあまり実施されていない。

平成27年度の分担研究では、類似の先行研究による文献的検討とともに、研究協力者によるワーキング会議、機関連携によるハイリスク妊婦への支援モデルとして、妊娠届出書でスクリーニングされたリスク要因を医療機関でも共有し、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、リスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルを考案し、妊婦健診で用いる標準的な問診項目について検討した。その結果、妊娠前期10問、中期9問、

後期10問からなる問診票(「お母さんの健康と生活に関する問診票」)を開発し、研究協力者の医療機関においてモデル問診票の妥当性について検討した。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援のため、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、妊娠初期からのリスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルを開発することである。本年度は、平成27年度に開発したモデル問診票の有効性を検証するため、研究協力機関において本人同意に基づいて試行し、前期の問診票の記載状況を把握することとした。

また、モデル問診票の一般化を視野



に、すべての医療機関スタッフが問診項目の意義を理解し、医療機関の妊婦健診の際に問診票に基づいた保健指導ならびに保健機関への連絡を円滑に実施するためのマニュアルを作成する。

## B. 研究方法

モデル問診票の有効性を検証する基礎データとして、妊娠前期のモデル問診票に記載した内容を研究協力医療機関から集積し、状況を分析する。また、他地域での事業や研究成果などを参考として、研究協力者間のグループ討論により、問診票を活用するためのマニュアルを作成する。

### (倫理面への配慮)

あいち小児保健医療総合センターの倫理委員会で承認を受けた(承認番号 201622)。

## C. 研究結果

### 1) モデル問診票の記入状況

平成 29 年 1 月までに、調査協力医療機関に通院する 241 人の妊婦が、妊娠前期間診票に回答した。また、38 人の妊婦が妊娠中期間診票に回答したが、このうち 32 人は妊娠前期間診票にも回答していた。さらに、9 人の妊婦が妊娠後期間診票に回答したが、このうち 6 人は妊娠前期からすべての問診票に回答した。各調査協力医療機関では、引き続き、妊娠前期に新たに受診する妊婦に回答を依頼しているため、今年度は妊娠前期間診票で得ら

れた情報について、調査対象者の背景を分析した。

回答者のうち、調査協力自治体(安城市、豊川市、西尾市、田原市)に居住する妊婦は 149 人(61.8%)であった。愛知県外に居住する妊婦は、1 人のみであった。

質問カテゴリー<妊婦の妊娠のうけとめ>として「妊娠について、今はどんなお気持ちですか」との質問に対して、232 人(98.3%)が「嬉しい」と回答し、<パートナーの妊娠のうけとめ>として「あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持だと思えますか」との質問に対して、225 人(93.4%)が「喜んでいる」と回答した(表 1、表 2)。214 人(88.8%)の妊婦は、妊娠を「嬉しい」と受け止めて夫(パートナー)も「喜んでいる」としていた。3 人(1.3%)の妊婦が「とまどっている」と回答したが、このうち 2 人は夫(パートナー)が「喜んでいる」と回答し、残りの 1 人は夫(パートナー)の気持ちが「わからない」と回答した。さらに、1 人(0.4%)の妊婦は妊娠について「困っている」と回答し、夫(パートナー)の気持ちは「わからない」としていた。また、「なんとも思わない」と回答した妊婦はいなかったが、5 人の妊婦はいずれの選択肢も選択しなかった。一方で、夫(パートナー)が「とまどっている」と回答した妊婦 5 人(2.1%)の全員が、自身の妊娠に対するうけとめは「嬉しい」としていた。また、夫(パートナー)の妊娠に対する気持ち

が「わからない」と回答した妊婦 11 人 (4.6%) のうち 3 人は、他の質問に対して「夫 (パートナー) がいない」と回答していた。

表 1. 妊婦の妊娠のうけとめ

	件数	対有効	対全数
嬉しい	232	98.3%	96.3%
とまどっている	3	1.3%	1.2%
困っている	1	0.4%	0.4%
なんとも思わない	0	0.0%	0.0%
無効	5		2.1%

表 2. パートナーの妊娠のうけとめ

	件数	対全数
喜んでいる	225	93.4%
とまどっている	5	2.1%
困っている	0	0.0%
なんとも思わない	0	0.0%
わからない	11	4.6%

<妊婦の相談者・家族関係>として、夫 (パートナー)、実母、その他の相談相手の有無について質問した。その結果、相談相手として夫は 230 人 (95.4%)、実母は 213 人 (88.4%) であった。7 人 (2.9%) の妊婦は、夫 (パートナー) が「何でも打ち明けることができる」相手ではないと考えており、4 人 (1.7%) の妊婦は夫 (パートナー) がいないと回答した。また、16 人 (6.6%) の妊婦は実母が「何でも打ち明けることができる」相手ではないと考えていた。一方で、225 人 (93.4%) の妊婦は「夫 (パートナー) や実母以外にも相談できる人がいる」と考えており、その約半数は友人などを相談者として挙げていた (表 3)。

夫 (パートナー) と実母以外に相談できる人はいないとした 16 人 (6.6%) のうち 1 人の妊婦は、その他の相談相

手もいないとしていた。また、3 人の妊婦は夫 (パートナー) と実母のいずれも「何でも打ち明けることができる相談相手」と考えてなく、このうち 2 人は友人を相談相手としていた。さらに、<妊婦の支援者>として、「困ったときに助けてくれる人」を質問したが、助けてくれる人がいないとする妊婦は認められなかった。

表 3. 妊婦の相談者・家族関係

①夫 (パートナー) には何でも打ち明けることができますか。

	件数	対全数
はい	230	95.4%
いいえ	7	2.9%
夫 (パートナー) はいない	4	1.7%

② (あなたの) お母さんには何でも打ち明けることができますか。

	件数	対全数
はい	213	88.4%
いいえ	16	6.6%
実母はいない	12	5.0%

③夫 (パートナー) やお母さんの他にも相談できる人がいますか。

	件数	対全数
はい	225	93.4%
いいえ	16	6.6%

はいの続柄 (自由記載)

	件数	対「はい」	対全数
実父	19	8.4%	7.9%
きょうだい	62	27.6%	25.7%
義父母	38	16.9%	15.8%
義きょうだい	12	5.3%	5.0%
友人・同僚・先輩	122	54.2%	50.6%
その他	6	2.7%	2.5%

その他：祖母 2 件、親戚 1 件、医師 1 件、発達教室の先生 1 件、その他 1 件

妊婦の支援者は、夫 (パートナー) が、232 人 (96.3%)、実母 214 人 (88.8%) と多く、その他さまざまな支援者の回答が認められた (表 4)。全回答者が何らかの選択肢を選んでいった。

表 4. 妊婦の支援者

	件数	対全数
夫(パートナー)	232	96.3%
実母	214	88.8%
実父	145	60.2%
義母	132	54.8%
義父	83	34.4%
その他	45	18.7%

※全回答者が、いずれかの選択肢を選んでいた。

その他の内容

	件数	対全数
きょうだい	28	11.6%
義きょうだい	7	2.9%
友人・同僚・先輩	11	4.6%
その他	7	2.9%

その他：祖父母3件、叔父母2件、長女1件、保健師1件

夫(パートナー)を選択しなかった9人の回答

	件数	対該当者
実母	9	100.0%
実父	3	33.3%
義母	0	0.0%
義父	0	0.0%
友人・同僚・先輩	2	22.2%
きょうだい	1	11.1%
保健師	1	11.1%

実母を選択せず「実母はいない」としなかった15人の回答

	件数	対該当者
夫(パートナー)	15	100.0%
実父	2	13.3%
義母	6	40.0%
義父	1	6.7%
友人・同僚・先輩	1	6.7%
長女	1	6.7%

現在の妊婦の状態について、うつ状態に関連する精神的状況を尋ねたところ、67人(27.9%)の妊婦が「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」などの精神的な不調を自覚していた(表5)。

表 5. 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

	件数	対有効	対全数
はい	67	27.9%	27.8%
いいえ	173	72.1%	71.8%
無回答	1		0.4%

今回開発した問診票は、妊娠に伴う生理的な変化も確認しながら、支援につなげることを考えて作成した。<現在の妊婦の状態>として身体的な不調を質問したが、半数以上の妊婦が「嘔気(吐き気、151人(62.7%))」や「倦怠感(だるい、128人(53.1%))」を自覚していた。一方で、15人(6.2%)の妊婦は身体的な不調を感じていなかった(表6)。

表 6. 身体的な不調はありますか(複数選択可)。

	件数	対全数
吐き気	151	62.7%
だるい	128	53.1%
のどが渇く	58	24.1%
頭痛	48	19.9%
熱っぽい	40	16.6%
腹痛	39	16.2%
その他	34	14.1%

その他の内容

	件数	対全数
眠気	11	4.6%
腰痛	7	2.9%
便秘	6	2.5%
腹部張り	3	1.2%
唾液分泌亢進	3	1.2%
頻尿	2	0.8%
食欲低下	2	0.8%

1件：股関節痛、恥骨痛、貧血、鼻汁、咳嗽、胃痛、乗り物酔い

妊娠の家庭環境の変化は、他児との関係性や育児困難感を高める要因と

なる可能性も考えられる。そこで、本問診票は、同胞児に対する悩み事を問診で確認することで、包括的な家族支援につなげることも念頭において作成した。妊娠前期ではく上の子の世話>として「上の子どもについて困っていること」を質問したが、上の子がいる妊婦 129 人のうち 39 人 (30.2%) が悩み事を回答しており、その半数以上が児の発達過程に関する内容であった (表 7)。

表 7. 上の子どもについて困っていることはありますか。

	件数	対有効	対全数
はい	39	30.2%	16.2%
いいえ	90	69.8%	37.3%
上の子はない	110		45.6%
無回答	2		0.8%

はいの内容 (自由記載)

	件数	対有効	対全数
児の発達過程	22	56.4%	9.1%
(異常疑い)	2	5.1%	0.8%
食生活、口腔	4	10.3%	1.7%
生活習慣	3	7.7%	1.2%
親子の関係性	5	12.8%	2.1%
親の疲労感	4	10.3%	1.7%

本研究では社会的指標として、経済状況と学歴についても質問をした。6 人 (2.5%) の妊婦は「毎日の生活に困る」経済状況であると回答しており、このうち 1 人は「困ったときに助けてくれる人」は実母のみであった (表 4)。また、これら 6 人の妊婦は妊娠に対して「嬉しい」と感じていたが、1 人は夫 (パートナー) の妊娠に対する気持ちは「わからない」と回答していた。

表 8. 経済状況

	件数	対全数
毎日の生活に困る	6	2.5%
今は良いが将来的には心配	115	47.7%
困っていない	120	49.8%

表 9. 妊婦の学歴

	件数	対全数
中学	16	6.6%
高校	53	22.0%
専門学校	50	20.7%
短期大学	49	20.3%
大学	69	28.6%
大学院	3	1.2%
その他 (高等専門学校)	1	0.4%

また、妊婦は嬉しさだけでなく、生理的な変化や将来への不安や緊張感をもって受診することも想定される。そこで、円滑な保健医療者と妊婦との人間関係を構築する一助とするために、本問診票では妊娠<妊婦の自己評価>として 9 項目の性格に関する自己評価の回答を求めた。その結果、「マイペース (127 人 (52.7%))」と回答した妊婦が最も多く、「社交的 (39 人 (16.2%))」と回答した者が最も少なかった。その他の各項目には、20%~30%の妊婦が該当すると回答していた (表 10)。

表 10. 次のなかで、あなたの性格にどちらかというとはまるものはありますか (複数選択可)。

	件数	対全数
まじめ	74	30.7%
楽天的	57	23.7%
せっかち	60	24.9%
のんびりや	50	20.7%
マイペース	127	52.7%
人みしり	82	34.0%
社交的	39	16.2%
こわがり	47	19.5%
短気	55	22.8%

## 2) 保健指導マニュアル作成

研究協力者とともに計3回のワーキング会議で検討した。

問診項目のそれぞれについて、以下の項目を記述した。①質問と選択肢の意義・説明（質問を作成した経緯や質問の意義など、質問の概略）、②リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況、つまり望ましくない選択肢を回答する妊婦・家族にはどのような状況があるのか、それぞれについて具体的に記述した。また、望ましい回答であっても、他の質問や健診時の様子からリスクを考えるべき場合にはその状況を記述した。③リスクありに該当する場合の二次質問例（リスクが感じられた時に、支援につなげるために必要な状況を詳しく聞き出すための二次質問の例示）、④医療機関での保健指導や相談のポイント（支援が必要な状況に対して医療機関で可能な支援の方法などを具体的に記述）、および、⑤保健機関などに連絡すべき状況（リスクありの選択肢を選んだ際に、より早く保健機関に連絡し、保健機関からの支援につなげる状況を想定し、さらにどのような状況があれば、連絡すべきであるかの例示）である(図)。

また、妊娠期からの支援対象者のスクリーニングの標準化のために、大阪府が開発したガイドライン<sup>1)</sup>に示されている「アセスメントシート(妊娠期)」の項目を用いて、把握すべき状況をモデル問診票の各項目それぞれについて具体的に示した。



図 開発した保健指導  
マニュアル

## D. 考察

### 1) モデル問診票の記入状況

今回、問診票の利用に同意が得られた妊婦（妊娠前期）のうち、232人（98.3%）が妊娠を「嬉しい」と回答し、夫（パートナー）も225人（93.4%）が「喜んでいる」と回答していた。妊娠届出書に関するパイロット調査<sup>2)</sup>では、「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）」との回答が7.1%であったとのデータがあることから、同意が得られた妊婦のグループの特性について、妊娠届出書のデータを解析するなど分析が必要と考えられた。

一方、妊娠について「とまどっている」「困っている」と回答した妊婦4人について、相談者や支援者の状況について確認した結果、これらの妊婦全員が、夫（パートナー）や実母に「何

でも打ち明けることができる」と回答していた。また、妊娠を「とまどっている」3人の妊婦は、夫（パートナー）が困ったときに助けてくれる支援者であると回答していた。

現在の妊婦の状態について、うつ状態に関連する精神的状況を尋ねたところ、67人（27.9%）の妊婦が「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」などの精神的な不調を自覚しており、身体的な不調については、半数以上が何らかの不調を持っていた。これらの訴えと、支援の必要性の関連は今後検討することになるが、少なくとも妊婦健診の相談内容として重要な項目と言える。

本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。

## 2) 保健指導マニュアル作成

モデル問診票は、その開発経緯からも、特定の地域の医療機関と保健機関での活用を意図したものである。研究協力者間では、問診の意義や問診を用いた面談の場面、支援対象者の状況が共有できてはいるものの、他地域の医療機関で利用するためには、問診項目の活用方法を明らかにする必要がある。このため、モデル問診項目の意義や活用方法をマニュアルとしてまとめる必要があった。

モデル問診項目は、スクリーニング項目として開発していないため、助産師等の担当者間のアセスメントを一定に揃えるためには、何らかの基準を用いる必要がある。研究班の全体会議での助言を得て、すでに大阪府内の医療機関と行政機関との連携に導入されているアセスメント項目<sup>1)</sup>を用いることとした。

アセスメント項目は、支援の必要な妊婦を把握するための要因を、生活歴 (A)、妊娠に関する要因 (B)、心身の健康等要因 (C)、社会的・経済的要因 (D)、家庭的・環境的要因 (E)、その他 (F)に分け、それぞれについて具体的なアセスメント項目が示され、家族や地域の支援者、関係機関との関係に関する状況も評価するものである。マニュアルでは、問診項目それぞれが、どのアセスメント項目を把握するために活用できるのかを示した。その検討過程において、カルテの基本情報とモデル問診項目を組み合わせることで、すべてのアセスメント項目の状況把握が可能であることが明らかとなった。今後の問診票の試行過程において、その有効性を明らかにする予定である。

## E. 結論

妊娠届出書でスクリーニングされたリスク要因を医療機関でも共有し、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、リスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡するモデルの試行にあ

たり、大きな課題は認められなかった。

#### J. 今後の展開

本年度は、研究協力医療機関での前期のモデル問診票の状況把握までが実施できた。本研究は前向き調査であるため、これから、支援対象者を保健機関に連絡するなどの支援が始まる。今後、研究協力自治体への連絡状況や自治体の支援状況、そして出産後の状況を把握するなどモデル問診票の有効性を検証する予定である。

また、問診票を活用するための保健指導マニュアルを利用した他地域での展開を目指している。

#### 参考文献

- 1) 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（大阪府 平成28年3月）
- 2) 愛知県健康福祉部児童家庭課報告（平成25年8月）

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

分担研究者	上野 昌江	大阪府立大学大学院看護学研究科
研究協力者	中原 洋子	大阪市立大学大学院看護学研究科
	足立 安正	兵庫医療大学
	伊勢 新吾	和泉市教育委員会こども部こども未来室 保健師

#### 研究要旨

- 検討した事例から、妊娠中から把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。しかし、出産後の継続支援の難しさがあった。
- 保健師への面接調査から、妊娠届出時に全数面接を行い、支援が必要な妊婦に担当保健師が妊娠中からかかわることが必要である。また地域のネットワーク構築が重要であることが示された。
- 医療機関スタッフへの面接からは初診時から関係構築を目指し、妊婦が一人の女性として大事な人であることが伝わるようにかかわっていることが示された。

#### A. 研究目的

平成 27 年度の事例分析を踏まえ、妊娠中に把握した支援を必要としている妊婦と家族への支援を行った保健機関（子育て支援部門、母子保健部門）の保健師および医療機関の医師、助産師、看護師に面接調査を行い、具体的な支援内容を明らかにする。

その結果に基づき、支援が必要な妊婦への妊娠期からの効果的な支援について考察する。

それらを踏まえ、支援が必要な妊婦

にかかわる専門職が活用できるマニュアル(案)を作成する。

#### B. 研究方法

##### 1. 事例検討

昨年度に継続し、A 市において、家庭児童相談室および保健センターの保健師が、支援が必要な妊婦に対して妊娠期から継続的に支援を行って事例について検討し、①および②の観点から考察する。また、それらの事例と虐待死亡事例とを比較し、死亡が予防で



きた要因について検討する。

## 2. 保健機関、医療機関の専門職への面接調査

**研究協力者：**保健機関保健師、医療機関医師、助産師、看護師

**面接方法及び内容：**インタビューガイドに基づき1時間～1時間半程度の半構成的面接を実施する。

**インタビュー内容：**

- ① 支援が必要であると判断した妊婦・家族の状況とそれに対するアセスメント
- ② 妊婦とパートナーとの関係や家族関係を把握する方法
- ③ 支援を必要とする妊婦に対する具体的な支援内容
- ④ 関係機関との連携方法

**データ分析方法：**面接内容を録音し逐語録とし妊婦に対する具体的な支援内容、関係機関との連携方法について表現されている箇所を抽出し、内容ごとに記述する。

**倫理的配慮：**

兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号16030)。

	事例の概要	医療機関・保健機関の支援
1	妊婦および妊娠の経過：若年妊婦、妊娠18週で妊娠届出、パートナーからのDVあり	・妊娠中から医療機関と連携し、妊娠23週以降定期受診し、医療機関で出産 ・出産後夫婦関係悪化、パートナーへの子どもへの対応の危険を察知し、児を一時保護する
2	妊婦および妊娠の経過：妊娠9週で妊娠届出、精神疾患、被虐待歴が疑われる、育児支援者がいない	・妊娠中から保健師が家庭訪問を継続し、生活への支援を行う ・医療機関で出産 ・出産後も家庭訪問など支援継続するも母の精神疾患悪化し緊急入院、児は乳児院入所
3	妊婦および妊娠の経過：妊娠28週で妊娠届出、精神疾患あり医療機関通院中 第1子は施設入所中、第2子は生後6か月時SIDSで死亡、今回は第3子妊娠。妊娠回数不明	・妊娠中保健師の関わりはあるが、母の生活の詳細は不明 ・医療機関で出生 ・退院後1か月まで保健師の関わりがあるが、それ以降連絡が取れず ・他市に転出になりA市での支援は終了する

## C. 研究結果

### I. 事例検討

検討した事例の概要は表1のとおりである。

妊娠中から医療機関または保健機関でかかわりのある事例は妊婦に精神疾患または精神疾患の既往がある、パートナーからのDVがあるなど、1機関だけの対応では支援が困難な事例であり、機関が連携しながらかかわっていた。

また出生した子どもは、2事例が一時保護または乳児院措置となっていた。

### II. 保健機関、医療機関の専門職への面接調査

#### 1. 保健機関保健師への面接

〈研究協力者〉

- ・B市保健センター保健師
- ・C市保健センター保健師

〈面接結果〉

#### 1) B市における妊娠・出産・子育てシームレスケア

##### (1) 保健師による妊娠届出時面接全数実施

従来、市役所と保健センターで母子健康手帳を発行してきたが、平成28年4月より、保健師が常駐する保健センターのみで対応することで、全妊婦と面接を行い、支援が必要な妊婦をアセスメントして支援を開始する。

##### (2) 妊娠届出書およびアンケートによるリスクアセスメント

妊娠届出書は、若年、妊娠届出週数、高齢、職業の有無、中絶回数等の把握、アンケートからは、未婚、相談者の有無、困っていることや悩み、精神疾患

の既往など、基準に基づいてポイント化しリスクアセスメントする。

### (3) 妊婦の管理

全妊婦をシステム入力し管理する。うちリスクアセスメントによるハイリスク妊婦は、台帳でも管理し、課内でカンファレンス・処遇検討会議を実施し、地区担当保健師による継続支援を行う。

妊娠届出書やアンケートの項目に該当はしないが、面接した保健師が、妊婦に「何となく気になる」と感じたことから支援が必要と判断した場合、地区担当保健師にその理由をどのように伝えるかが課題である。リスク項目は、低リスクであっても、保健師の経験や直観を重要視してハイリスク妊婦とする。

現行のリスクアセスメント方法では、ハイリスク妊婦が全体の4割となり、地区担当保健師の要支援ケースが多く負担が大きい。今後、基準の見直しも必要と考えている。

### (4) 支援レター送付（全妊婦対象）

妊娠初期・中期・後期にそれぞれ1回、妊婦の体調を気遣うとともに、児への愛着形成を促す内容の支援レターを送付する。また、妊婦や家族から相談があれば記入し、担当保健師宛てに返送してもらう相談カードを同封している。ハイリスク妊婦には、地区担当保健師がメッセージを入れた支援レターを送付する。

相談カードの返送は全体の約5%であり、ハイリスク妊婦でない妊婦からの相談が多い傾向がある。支援が必要と判断したハイリスク妊婦からの相談は少なく、自ら支援を求めることは

ほとんどないと感じている。

### (5) 周産期虐待予防ネットワーク

医療機関からハイリスク妊婦の情報提供等による連携システムがあり、2か月毎に病院連絡会議を実施している。保健センターの妊娠届出時面接の全数実施により、支援が必要な妊婦を早期に把握できるようになったため、保健センターから医療機関に情報を提供する事例が増加している。

### (6) B市産後ケア事業

産後1か月まで母子を対象としている。市民病院で実施しているが、実績は少なく、アウトリーチ（家庭訪問での支援）のニーズが高いと感じる。自己負担額は、1泊5600円。

### (7) 子どもの発達支援

ハイリスク妊婦から生まれた子どもが発達課題を抱えることも多く、子育て期には発達支援を実施している。保健センターは、発達支援員（臨床心理士）4人が常勤配置されていて、発達支援教室や発達課題を抱えた子どもの保護者を対象にした家族交流会や、地域の幼稚園や保育所での巡回、出張相談を行っている。

## **2) C市における産後ケア事業の取り組み**

### (1) 妊娠の取り組みの再検討

#### ① これまでの取り組み

市民の利便性を考えて、市内8か所において妊娠の届出ができるようにしていた。また、保健師の駐在していない機関でも届出が可能であったため、事務的に届出を受理し、母子健康手帳を交付していた。届出時の記録

(アンケート結果)は保健センターに集約されるようにしていたので、支援が必要な妊婦に関する情報は収集できていたが、支援が必要な事例に保健センターがタイムリー支援することが難しい状況であった。

## ②妊娠期からの取り組みの充実

妊娠期から虐待を予防したいという保健師の思い、市長からの産後ケアセンターの設置についてトップダウンで保健センターへの指示、また市内の出産取り扱い医療機関から「子どもを育てられない」などの養育上の問題の見極めを、生まれてから急いでしないといけないう状況になる事例について「もっと早くできなかったのか」など医療機関からの要望があった。これらのことから妊娠期からの取り組みを強化した。

## (2) 妊娠期からの支援の取り組みの強化

### ①妊娠届出における全数面接

市内8か所で受理していた妊娠の届出を、保健センターと保健所の2か所に限定し、妊婦全員と面接する体制(保健師 or 母子保健コーディネーター)を整えた。全数面接するにあたっては、面接やアンケートに関するマニュアルを作成した。

### ②支援の必要性の判断

全数面接時に、特定妊婦のリスクアセスメントを実施する。年齢や妊娠週数、既往歴などのスクリーニング基準から、全数ではないが枚方市独自のアセスメント項目でも確認を行い、支援が必要な妊婦の把握に努めている。該当する妊婦には、できるだけその場で地区担当保健師と面談できるようにした。

## ③妊娠期からの支援

支援が必要だと判断された妊婦については、保健師全員がその情報を共有している。また、それら妊婦全員に対する支援計画を立案し、地区担当保健師が妊娠期から支援を行っている。

## (3) 産後ケア事業の開始

平成26年12月から市内の産科医療機関(5か所)と助産所(1か所)において、空きベッドを活用したショートステイ・デイサービスを実施する。※平成28年度に助産所が1か所増えて、実施機関は計7か所となっている。事業内容としては、①ショートステイ、②デイサービスがあり、利用料はそれぞれ①5,600円、②2,800円となっている。

## (4) 関係機関との連携

平成27年度から産前産後サポート部会として実施した。当初は産後ケア事業の機関毎の報告や交流であったが、平成28年度は妊娠中からの支援についても意見が出されるなど、医療機関と行政とのつながりが強くなるとともに、関係機関間のネットワークづくりにもなっている。このように、ネットワーク(母子保健推進連絡会)ができたことによって、産後ケア事業では精神疾患のある妊婦は対象にならないものの、うつ傾向くらいであれば受け入れてくれる医療機関も出てきた。

## 2. 医療機関の医師、助産師、看護師への面接

### (1) 初診時の問診票の活用

妊婦の病歴、妊娠歴、生活歴について把握する。質問項目は、あくまでも情報把握のきっかけとし、記入されたことを元に話をすすめる。

・過去の妊娠、出産歴について、「どんなお産だったか」、「その時の気持ちはどうだったか」、「パートナーはどうだったか」ということが聞けることをイメージして質問項目を作成した。

・感染症既往歴について、本人の母子手帳から情報が取れることから、「あなた自身の母子手帳があることを知っているのか」、「(あなたの)母子手帳を見たことがあるか」、「あなたのお母さんにあなたが生まれた時の話を聞いたことがあるか」と話を展開させることで、親に妊娠した事実を伝えていない場合や実母との関係が疎遠であること等が把握できる。

・その他の病歴について、精神疾患は、パニック障害やうつなど病名も例示することで、記入しやすいようにしている。病名を例示することで、現在、受診はしていないが、過去に治療歴があることなど、本人から病気のことを話すきっかけになっている。

## (2) 妊婦の状況をより深く把握する 少しの支えであっても支援を必要とする人を把握するのが産科外来であると考

・パートナーとの関係が不安定な時やシングルで出産を考えている妊婦に対して、「あなたは彼のことが好きなのか(好きだったのか)」と具体的に聞くこともある。

⇒産科外来という場は、体を開く場である。体を開く＝心を開く場であり、妊婦は話をしたい、聞いてもらいたいと思っていることが多い。

・子どもの母親になる人として接するのではなく、一人の女性として対等に聞くことで話してくれることが多い。

⇒医療者として、妊婦のことを、子ど

もを産み母親になっていく人としてではなく、ひとりの女性として私のことを大切にしてくれているというメッセージが伝わることで心を開いてくれる。面接では、妊婦のことを「知ろう」ということでなく、女性として、「良い妊娠生活を送る」、「良いお産ができる」ことを第一にしている。妊娠したのだから「母親になる」という概念にとらわれず、「あなた自身が幸せになることを支える場」が産科であるというスタンスで関わっている。

・外来では、妊婦に複数のスタッフが接してアセスメントし、一人で判断しないようにしている。予診、診察介助、廊下での待合い等、一人の妊婦を複数のスタッフが接して観察したことを統合させる。

⇒「何となく気になった…」だけで終わらせず、何がどう気になったのか、具体的に出し合い共有してアセスメントする。面接の際、妊婦の態度から、質問できないことがあった場合、なぜ聞けなかったのか、理由を明確にしてし、次回受診時に質問できるかどうかまで計画を立てる。質問できなかった理由としては、「質問しようとした時、それ以上は聞いてくれるなというオーラが出ていた」、「『まあまあそんな感じですよ』と濁された」、「常に斜めに構えていて、こちらを疑うような目で見ていた」、「早く終わらないかなというような態度があった」等がある。

## (3) 妊婦への具体的な支援

妊婦が、妊娠中から出産後も必要な支援を受け入れることができるよう、妊娠中からスタッフとの関係性を構築し、地域の保健・福祉スタッフにつなぐ。

①厳しい生育歴のある妊婦が、子ども時代にしてもらえなかったことをこれから経験していかなくてはならない困難に立ち向かうためには、サポートが必要である。地域の保健師のサポートがあることで、力の抜ける部分が出てくるということを伝える。

②妊婦が看護職との関係が心地良いと感じられるようにする。この心地良さを感じてもらえることで他機関のスタッフへバトンタッチできる。

③外来で担当スタッフと妊婦との関係性が上手く取れない場合、スタッフを交代させることで良好になる時がある。人が変わることで、妊婦が心地良く過ごすことにつながる。関わるスタッフによって妊婦の話す内容が違っていても、それは嘘ととらえない。それぞれに語ったことがその時の真実であり、本人が心地よく感じてもらえればそれでいい。

④医療機関は、妊婦の意思で受診してくる場であり、妊婦健診では、継続して会うことができるという強みがある。

#### (4) 妊婦とパートナーとの関係や家族関係を把握する

家族から状況を把握したい時や伝えたことがある時には、妊婦を通じて家族も一緒に受診してもらい面接する。

#### (5) 関係機関との連携

保健センター等の保健師からの情報提供は、妊婦の乱れた生活ぶりが指摘されるケースが多いが、医療機関からは、妊婦ができていることを見つけて報告するようにしている。子ども時代の生育歴から、厳しい生活をしてこなければならなかったことを想像す

ると、生き残ったサバイバーだと思える。今、一生懸命、生活していることを伝えている。

⇒保健センターと妊婦との心地よい関係性の構築につながる

#### D. 考察

事例検討した事例から、妊娠中から事例を把握し、保健機関と医療機関が連携してかかわることにより医療機関での出産に結びつけることができていた。このことは虐待死亡事例の0日死亡を予防することができたと考えられる。しかし、3事例とも出産後の継続した支援の難しさが示された。保健機関、医療機関及び関係機関とつながりにくい親の背景の厳しさを理解した支援が必要であると考ええる。

また、B市、C市の保健師への面接調査から、以下の共通点が示された。

- ・妊娠届出面接を全数に行い、支援が必要と判断した妊婦には、担当保健師が妊娠中からかかわる。

- ・保健師のかかわりだけでなく、医療機関と連携しながらかかわっていく。

- ・地域のなかで妊娠中からの支援をサポートするネットワーク（B市：周産期ネットワーク、C市：母子保健推進連絡会）をつくる。

また、医療機関スタッフへの面接からは、初診時から関係性の構築を大事にした丁寧で具体的な支援が行われていた。そのなかでも特に重要なことは、「妊婦のことを、子どもを産み、母親になっていく人としてでなく、一人の女性として、大事な人である」、「あなた自身が幸せになることを支える」ということが伝わるように支援していた。そして医療機関のスタッフ

とのかかわりが妊婦にとって「心地よい」と感じられるようにしていた。

支援が難しい妊婦や親への関わりにおいては、関係の取りにくさ、訪問拒否、自己中心的要求、指導の取りにくさなどに振り回されてしまいがちである。そのなかで家族の状況の複雑さ、人間関係の距離の取りにくさ、産まれてくる子どもへの思いの希薄さ、自分のからだをいたわらない行動、産むことへの迷い、出産準備が進まないことなど感じる。その背景に被虐待歴など子ども時代に愛された経験がない、共感して対応してもらった経験の乏しさがあることを察知することが必要である。それを察知することにより、医療機関のスタッフが行っているような支援につながる方略が導き出されてくると考える。

支援がつながりにくい人への関わりにおいて次のことが重要であると考える。

- ・妊婦、母親、家族のこれまでの（生育歴）の厳しさ、たいへんさ、しんどさを理解する
- ・妊婦、親が困っていることの相談にのる
- ・ひとつひとつの心配ごと、不安に丁寧に対応する
- ・できていること、できたことをきちんと言葉にして伝える、それをほめる
- ・一人の女性として大事な人であることを伝える
- ・妊婦が心地よいと感じられる関係をつくる
- ・妊婦のできる場所をみつけ、それを連携の糸口にする
- ・親が具体的にできることを、社会資源を総動員して行う

これらのことは図1に示した。単にかかわりが難しい人、関係が取りにくい人、自己中心的な人としてみるのではなく、その内側にある、妊婦の子ども時代の辛い体験を予測しながら、彼らが大事な人であることを伝え、彼らが心地よく思える関係をつくっていくことから支援がはじまっていくと考える。



図1 子ども時代の厳しい背景を推測する

このような支援について、「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」としてマニュアルを作成した。

#### 〈マニュアルの内容〉

- ① つながりにくさの背景
- ② 妊娠中からの保健指導のポイント（面接調査の結果から導きだされた内容から）
  - ・妊娠中からかかわり、つながり続けること
  - ・妊婦、親を支援する関係機関とつながっておく
  - ・妊婦、親が役に立つと感じる存在になる
  - ・妊婦、親が負担にならない出産準備を一緒に進める
  - ・妊婦、親のできる力を見つける

## E. 結論

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

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

医療機関スタッフへの面接からは初診時から関係構築を目指し、妊婦が一人の女性として大事な人であることが伝わるようにかかわっていることが示された。

## F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれていないため、関係しない。

## G. 研究発表

・足立安正、上野昌江、中原洋子、伊勢新吾：0歳児の死亡事例検討報告書の分析  
妊娠期からの予防的支援に向けて.日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術(案)



はじめに

子どもの生命が奪われるなど重大な子ども虐待事件も後を絶たず、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の第11次報告書によると、2013年の虐待による死亡の0歳児の割合は概ね4割を占め、0歳児の死亡事例のうち0日・0か月児事例が占める割合も約4割となっています。虐待死亡事例における加害者は実母が最も多く9割を占め、妊娠から出産に至るまでの切れ目ない相談・支援が行われる体制の整備が求められています。保健機関や医療機関では、妊婦健診や妊娠届出時の機会に支援が必要な妊婦を見極め、産婦人科医、看護職、助産師などによる支援が実施されています。しかしながら、「支援を必要とする親」への関わりに苦慮している現状があります。それは、生育歴や生活背景に問題を抱えている親の場合、信頼関係を築くことが難しいことから、関係が取りにくい、支援が受け入れられない、自己中心的な要求、指導が入りにくいなどが挙げられます。そこで、このような親への支援に関する研究を行い、導きだされた結果から本マニュアルを作成しました。本マニュアルは、妊娠中に把握した妊婦への支援を行った保健機関の看護職にインタビューした内容から、支援が必要な妊婦への妊娠期からの効果的な支援についてまとめています。日々、親に寄り添うために迷い、葛藤を抱えながら活動する保健機関の支援技術が伝えられることを願って作成しました。妊婦健診や妊娠届出時面接の際などに、支援が必要な母親をアセスメントする視点や、親との信頼関係を構築し、つながりを重要視した支援につなげるために参考にいただければ幸いです。

## 1 つながりにくさの背景

看護職は、妊娠届出時やその後の妊娠中に関わった母親の様子や行動、把握した生育歴などから、母親の生活全般をとらえ、支援が必要な母親をアセスメントしている。看護職が、支援が必要であると考えた理由としては以下に示した。これらの内容から母親が「生きづらさを抱えていることの察知」し、妊娠生活や育児する上での困難さを予測して支援していくことが必要である。

- (1) 家族状況が複雑
- (2) 人間関係における距離の取りにくさ
- (3) 生まれてくる子どもへの思いの希薄さ
- (4) 自分のからだをいたわらない行動
- (5) 産むことへの迷い
- (6) 出産準備が進まない

### (1) 家族状況の複雑さ

母親の支えになる家族がいるかどうかを把握し、妊娠中から出産後、子育てする上で母親が孤独にならないかをとらえる。家族がいても、母親との関係性が複雑で関係性にしんどさを抱えていることもあり、母親と関わりながら、家族状況をみていく。

#### ① パートナーがキーパーソンになりにくい

パートナーと母親との関係性が安定しない、パートナーが母親のことを理解して関わることができない等、母親にとってパートナーがキーパーソンになりにくい。

#### ② 経済的な不安定さがある

母親や夫の職が安定していないことや、シングルの時、生活の見通しが立ちにくく、妊娠や出産への不安を抱えやすい。

#### ③ 実家からの支援の得にくさ

実家との関係がよくなく、母親は悩みを抱えていたり、実家の両親といることがしんどいと感じている。妊娠中も両親との関係で気持ちが不安定になり、両親から離れて暮らそうとするなど、実家からの支援を得ることを考えていない。

## (2) 人間関係における距離の取りにくさ

初対面の時から自分のことをさらけ出す、反対にいつまでも気持ちを表そうとしないなど相手との距離の取りにくさがある。

### ① 初対面から気持ちをさらけ出す

妊娠届出時面接など、初めての出会いの場で突然、自身の虐待を受けて育った生育歴を語ったり、最初から自分の思ったことをストレートに表現し、人との距離感が取りにくい。

### ② 知らない人が関わることへの強い抵抗感

始めて関わる人に拒否反応を示し、新たな人とのつながりを求めようとしない。看護職以外の支援者にならざるを得ずとも断られることが多く、人間関係がひろがりにくい。

### ③ 困っていることをなかなか話さない

自分から、気持ちを表さず、相手に気持ちを伝えない。困ったことがあっても、話そうとしないので、看護職は母親の困りごとに近づきにくい。

## (3) 生まれてくる子どもへの思いの希薄さ

愛されて育っていない生育歴があることや、妊娠中の胎児を否定するような行動が見られ、胎児への思いの希薄さがうかがえる。

### ① 愛情を受けて育っていない

妊娠届出時のアンケートに答えた内容や、母親自身の子ども時代からの生育歴の語りから確認する。

### ② 生まれてくる子どものことを意識しない自分中心の行動

胎児のことを考えず、母親自身の感情に振り回されて取ってしまう行動をとる。

## (4) 自分のからだをいたわらない行動

母親の服装や行動に、からだの健康を保ちながら生活することに危うさがある。

### ① アンバランスな服装をしている

妊娠していても肌の露出の多い服装や、季節に合わない服装をする。

### ② 妊娠を気遣う行動がみられない

妊娠しても今までどおりの生活スタイルを続けていることや、からだのことを気遣う様子がない。

(5) 産むことへの迷い

① 妊娠届出の遅れがある

② アンケートに言語化しない思いを表出する

妊娠届出面接の時のアンケートの書きぶり（はい・いいえの中間に○をつけるなど）に出産することへの迷いが見られる。

③ 妊娠したことへのネガティブな思いがある

(6) 出産準備が進まない

初産婦にとって妊娠は未知の体験のため、出産やその後の生活のイメージが持てないことや準備しなくてもなるようになってきていることから出産準備が進まない。そのため、出産に向けて妊婦と一緒に準備していく必要がある。

① 出産後の育児がイメージできていない

出産やその後の生活や育児のイメージができないため、出産準備する必要性を感じにくく、準備が進まない。

② ぎりぎりまで出産準備をしない

出産直前まで産後の生活の準備に取りかかろうとせず、時には生まれてから育児用品を準備する場合もある。

## 2 妊娠中からの保健指導のポイント

背景につながりにくさのある親への支援は、時間をかけた関係づくりが基盤となる。妊娠中から出産後もつながり続けることができるように信頼関係を構築し、出産に向けて心身の準備を整え、出産後は母親が孤立することなく、育児できるよう支援する。

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

### (1) 妊娠中からつながり続ける

妊娠届出時等に出会った母親が、妊娠中や出産後に困難を抱えると予測した時、継続した支援を行うため、母親との信頼関係を構築してつながりが途切れないように関わる。母親は「人間関係における距離の取りにくさ」があり、関わりが困難になりやすいため、看護職は妊娠届出時等最初の出会いの場面から母親とつながり続けるための支援を行う。

#### ① 担当看護職に顔つなぎする

支援が必要な母親は、初めて出会う人に対して人見知りしやすいことや、関わる人が変わることに拒否することがあるため、可能な限り最初から担当看護職が面接して看護職のことを知ってもらい、その後もつながりやすくしておく。

#### ② 看護職が妊娠中から支援することを伝える

母親に看護職の役割と妊娠中から継続した支援をする目的を伝えて納得が得られるようにする。また、母親が警戒心を持たないよう、訪問は全員に行うもので特別に支援されるわけではないと伝える。

#### ③ 母親に必ず会えるタイミングを逃さない

電話をしても断られることが予測される時は直接訪問し、また母親の生活ペースに合わせて訪問するなど必ず会えるタイミングを見計らって関わるようにする。

### (2) 母親の出向く機関とつながる

看護職から母親に電話や家庭訪問をしてもつながれない時、母親が利用する機関を通じ

て母親につながるようにする。また母親が新しい機関と関わる際には、看護職が仲介してつながりを持たせる。

① 医療機関と連携しアプローチする

母親と関わりが持てない時、妊娠届出書に記載されている医療機関に連絡して、妊婦の状況を把握する。また、妊婦健診時に医師や助産師等から看護職を紹介してもらうことで、その後の連絡がつながりやすくなる。

② 庁内他部署に根回しして連絡を待つ

母親が市役所の生活保護などの窓口に来た時には看護職につないでもらうよう担当の窓口の職員に頼んでおく。

③ 母親が戸惑わないよう関係機関を調整する

母親の能力では困難な様々な手続きや医療機関の受診予約等、関係機関と調整したり、受診時、医療スタッフに子どもの症状の説明ができない時には、母親に代わって行う等、母親が戸惑うことのないよう支援する。

④ 関係機関の情報を統合してニーズをつかむ

母親のことを理解して関わるために、関係機関が持つ情報を統合させてニーズを把握する。特定妊婦として支援することで、関係機関間の連携がスムーズになり、情報共有しやすくなる。

⑤ 出産・育児に向けて関係機関が連携して関わる

母親に関わる機関が互いに母親の情報を共有して理解を深め、出産後の母親と子どもの安定した生活が送れるようそれぞれの役割を明確にして関わる。

⑤ 看護職以外の人と関わられるようにしていく

母親と子どもが新しい環境に慣れるまで付添ったり、初めて関わるスタッフへ母親に配慮することを伝えたりするなど、新しい出会いへの橋渡しをする。

(3) 母親が役に立つと感じる存在になる

母親が看護職とつながり続けたいと感じてもらうために、常に母親を主体にし、母親の困りごとには、すぐ応じることにとって看護職は役に立つと感じてもらえるように関わる。この支援は、一見、保健指導とはかけ離れた支援のように見えるかもしれないが、生きづらさを抱えた妊婦への支援において看護職をこのように認識してもらえるようになることが支援の継続の第一歩となる。

① はなしを一生懸命聞き続ける

母親は、人間関係の距離がとりにくく、自分の本心を言い表しにくいいため、看護職はこの人になら話してもいいと思ってもらえるように、ゆっくり時間をかけて一生懸命に話を聞くようにする。時に、看護職は数時間から半日かけて母親との面接を行なう場合もある。

② 母親の気になる行動を受けとめる

母親の全てを受けとめる姿勢を示し、母親にとって全てを受け止めてくれる人になることでつながりを深めていく。

③ 母親の大変な思いに共感する

看護職は母親の大変な状況に気づき、それを伝えて労い、母親のことを理解していると伝える。

④ SOSを発信してもらえる関係を作る

看護職は、母親に対して、役に立ちたいという思いを伝え、母親が困って連絡してきた時には、すぐに訪問し、看護職が母親にとって役に立つと思えるような体験と一緒に積み重ねていく。困りごとがあれば看護職に連絡する手段を覚えてもらい、つながり続ける関係を作る。妊娠中からこの関係を作ることで、産後も母親は看護職にSOSを発信してくるようになる。

⑥ 母親の心身の健康を気遣う

母親が出産した後も子どもを中心に关わるのではなく、母親のことを常に気遣い、母親を支援するために関わっていることを伝える。

⑥ 母親の言動から信頼関係の程度を把握する

看護職は妊娠中から、母親と関わりを続けるなかで、母親の看護職への態度や言動の変化をとらえ看護職への信頼の程度をみる。

⑦ これまでのエピソードから行動を予測して対応する

妊娠中から関わりを継続するなかで、母親の考えや行動パターンが読めるようになってくる。母親が取る行動を予測し、関係機関と連携しながら、危機的状況を避けるように対応しておくことや、母親が言葉で言い表さなくても、しんどい状況にないか気持ちをくみとる。

(4) 母親の負担にならない出産・育児準備を一緒にすすめる

看護職は、母親が出産や育児の準備が負担に感じないよう配慮しながら一緒に準備をしている。

① 出産に気持ちが向くよう寄り添って話を聞く

母親の気持ちが出産に向くよう、妊婦に寄り添って話を聞く。

② 妊婦健診の結果を一緒に聞く

母親に妊婦健診を受けるように促し、健診結果を理解できているかを妊婦と一緒に確認する。

③ 家族の育児協力体制を整える

母親が誰からどの程度の支援が得られるか具体的なプランを立てることができているのかを確認し、支援者がいない時は養育支援事業を紹介するなどして出産までに育児の協力体制を整える。また、母親の実母など協力者が不安を抱えている時、訴えに耳を傾け受け止める。

④ 出産・育児の準備状況を直接確認して一緒に考える

家庭訪問時に、母親の生活の基盤が整っているのか、実際に育児用品が揃っているのかを確認し、出産後すぐに育児できるように準備する。また、母親自身でできない時は、育児協力者である実母や関係機関の職員と連携しながら行う。

(5) 母親が自分で決めるのをぎりぎりまで待つ

母親が将来、主体的に子育てしていく力をつけるため、妊娠中から母親の主体性を尊重して関わる。母親の主体性を尊重することで、母親の思いを重視し、つながりを大事にする。待ちながら主体性を引き出す支援は産後の育児の自信につながると考える。

① リスクより妊婦のニーズを優先する

精神疾患のある母親の受診が途絶えている時など、母親に受診する気持ちがなく、強く受診を勧めることで追い込んでしまうと感じた時には、生命に関わらなければ母親の気持ちを優先する。また、看護職が何度連絡してもつながりがもてない母親の関わりにおいて、今は看護職を必要としていないと捉え、出産まで関わりを待つことがある。しかし、全く関わらないのではなく、母親とつながっている機関と連携をはかり、母親の状況を把握し生命の安全を確認する。

② 母親のペースを守り自分で決めるまで待つ

母親がどのサービスを利用するかなど、母親自身が選び、行動するまで待っている。看護職や他の支援者が焦って、勝手に行動して母親とのつながりが途切れないようにする。

③ 母親と胎児の健康に影響のあるぎりぎりのラインを察知してすぐに訪問する



待ち続けても、母親が動きだそうとしない時、母親の健康に影響のある状況が迫っている時には訪問し対応する。

#### (6) 母親の育児力を見つけ出す

母親の持てる能力が発揮できるような支援を行うためには、関わりのなかで気づいたり、感じたことから、子どもが育つ環境を整える能力や子どもを具体的に理解して関わる能力（育児力）を見つけ出していく。

##### ① 妊娠届出時のアンケートの書きぶりから知的レベルをよみとる

妊娠届出時のアンケートをみて、簡単な文字が書けていないことや、未記入の部分もわからなくて書けないというメッセージとして理解力の低さを読み取る。

##### ② コミュニケーション能力があることを見つける

母親の見た目の印象等から、コミュニケーションの取りにくさがあると捉えて関わりをもつが、実際に関わり続けるなかで、相手のことを気遣うことができるなど新たな能力に気づくことで、その能力に働きかける。

##### ③ 几帳面でやるべきことはやり遂げると感じる

妊娠中から長期間関わることで、看護職の話をよく覚えていると感じたり、金銭管理がしっかりできることに気づいている。

##### ④ 育児手技を実際にみて確認する

母親が子どもの頃から、きょうだいの世話をして育児の経験があるかを確認したり、家庭訪問を行い母親の育児手技を実際にみて確認をする。

##### ⑤ 子どもへの愛着を読み取る

母親の子どもに対する思いを聞いたり、子どもの発達から母親の子どもへの接し方を推測したりすることで子どもへの愛着をみる。

#### (7) 母親のできているところに着目し伝える

子どもの発育や発達が順調であるかを常に見守りながら、母親が自信をもって育児を続けることができるように、母親の能力に合わせて指導する。Browne (2006) らが、「親の育児能力を引き出すスキルとして彼らの能力を認め、それを彼らに伝えることである」と述べており、母親のできているところに着目し伝えることは育児能力を高めることにつながる。

① 母親と一緒に子どもの発育・発達を見守り続ける

家庭訪問時、子どもの身長・体重などを確認することや、乳幼児健診の受診状況、結果の把握、予防接種の接種状況などを確認することから、母親と一緒に子どもの発育・発達を保障する。

② 母親のできていることをほめて自信を持たせる

母親の生育歴から、子どもの頃からほめられた経験がなく自己肯定感が低いことを理解して、母親のできていることをほめ自信がもてるようにする。

③ 母親の能力に合わせて育児の手順を伝える

母親の能力に合わせて、具体的にわかりやすい言葉を使って、手とり足取り、繰り返し育児の手順を伝える。共感性の乏しい母親には、子どもの気持ちを代弁したり、子どもとの遊び方など関わり方を具体的に伝える。

④ 母親と子どもに合わせて関わり方のペースを変化させる

母親と子どもの生活が安定し、子どもの成長が確認できていること、虐待の傾向が見られていないことが確認できれば、これまでの支援のペースから間隔をあけつつ、母親がつながりのある機関との連携をはかり、母親の状況を知る機会がもてるようであれば、母親から連絡があるまで待つようにする。

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか一般-001)」

分担研究者：東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 教授 藤原武男

### 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

研究協力者 東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 伊角彩  
東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 土井理美  
国立成育医療研究センター研究所 社会医学研究部 三瓶舞紀子

#### 研究要旨

目的：愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と 1 歳半健診、3 歳健診のデータをリンケージし、妊娠届の情報と虐待傾向（育てにくさ含む）との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク群をより効率的に選定できる要因を明らかにすることである。

方法：愛知県名古屋市において 2016 年 7 月—10 月の 3 歳健診を受診したすべての母親を対象とし、データリンケージの同意を確認した。2016 年 12 月まで同意書の回答が得られた参加者について名古屋市から縦断データの提供をうけた(n=2558, 同意率 39.5%)。1 歳半健診、3 歳健診で子どもを育てにくいと回答した場合を虐待傾向とみなし、妊娠届の情報との関連を解析した。

結果：妊娠届で「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」と回答した場合に、1 歳半、3 歳児における虐待傾向のリスクが高いことがわかった。

結論：妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後 3 歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

#### A. 研究目的

これまでの研究で、3-4 か月健診を利用して揺さぶりといった虐待の実態を調査し、横断調査により妊娠時の状況を把握することで、妊娠届で把握できる項目から虐待ハイリスク群を

把握するアルゴリズムを創出した。その成果は現在、愛知県で妊娠届からハイリスク群を抽出するさいに活用されている。しかし、「思いだしバイアス」（過去のことを正確に思い出せない）があるため、妊娠届のデータを前向きに追跡する必要があること、そし

て1歳半、3歳児といった年齢における虐待においても妊娠届の情報が虐待ハイリスク群の同定に有効か、についてはほとんど研究がない。妊娠時の状況が長期的な虐待リスクの影響があるかどうかの検討という意味でも本研究は重要である。

本研究の目的は、愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と1歳半健診、3歳健診のデータをリンケージし、妊娠届の情報と虐待傾向（育てにくさ含む）との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク群をより効率的に選定できる要因を明らかにすることである。

## B. 研究方法

愛知県名古屋市において2016年7月より10月までの3歳児健診を受けた子どものすべての母親を対象とした（N≈6480）。3歳健診の案内に同意書を同封し、同意する場合は名古屋市宛ての返信用封筒に同意書を封入し返送するよう依頼した（資料1参照）。

同意が得られた参加者について、妊娠届、1歳半健診、3歳健診のデータをリンクさせ、個人情報削除した上でデータを東京医科歯科大学にパスワードを付したエクセルデータとしてCDで郵送した。

この研究は、国立成育医療研究センター倫理委員会で承認を得た（受付番号716）。

本研究では、妊娠届情報として妊娠が分かった時の気持ちに着目した。また、アウトカムとなる虐待傾向は、

1歳半および3歳児における「子育て困難感」とした。子育て困難感について「あり」「何とも言えない」と答えた群を虐待傾向群と定義した。

子育て困難感があった場合を虐待傾向群とし、妊娠届情報における妊娠が分かったときの気持ちとの関連をロジスティック回帰分析で検討した。

## C. 研究結果

約6480名の対象者のうち、2558名から同意を得た（同意率39.5%）。

妊娠届における妊娠した時の気持ちはうれしかったが77.4%、予想外だったが嬉しかったが16.9%、予想外だったので戸惑ったが4.3%であった。この割合は、昨年度の分担研究における妊娠届提出者全体の傾向と比較すると、やや嬉しかったと答えた母親が多いものの大きく変わらず、妊娠届提出時の気持ちによってデータリンケージへの同意についてバイアスはほとんどないと考えられた。

表1. 妊娠が分かったときの気持ち

	同意者	全体
嬉しかった	77.4%	74.5%
予想外だったが嬉しかった	16.9%	19.6%
予想外だったので戸惑った	4.3%	4.6%
困った	0.5%	0.5%
何とも思わない	0.2%	0.2%
その他	0.8%	0.6%

この分布から、「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」と答えた群を「望まない妊娠群」と定義した。

さらに、1歳半健診、3歳健診における子育て困難感については、以下の分布となっていた。

表2. 子育て困難感の分布

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

つまり、虐待傾向群は1歳半で38.2%、3歳で43.4%いると考えられた。

1歳半における子育て困難感と望まない妊娠であったかどうかとの関連をみると、望まない妊娠であった場合、妊娠がわかって嬉しかったと答えた場合に比べて虐待傾向が1.64倍 ( $p=0.01$ ) であった。

同様に、3歳における子育て困難感と望まない妊娠であったかどうかとの関連をみると、望まない妊娠であった場合、妊娠がわかって嬉しかったと答えた場合に比べて虐待傾向が1.53倍 ( $p=0.026$ ) であった。

#### D. 考察

まず、この研究においてデータリンクページにおいて同意を求めた場合、約40%の同意率であること、同意者の偏

りはあまりないことがわかった。そして、同意を得ることのコスト（同意書同封、返信用切手等）は膨大であった。この知見は非常に重要である。なぜなら、母子保健情報のビッグデータ化において同意を得るべきかについて貴重な示唆を与えるからだ。本研究のように妊娠届や産科受診データから虐待リスクを予測するような研究が今後必要であると考えますが、その場合にデータリンクページにおいても同意が必要か、については倫理指針の改定も参考にしながらさらに議論を深めていく必要があるだろう。

そしてデータリンクページできた場合、妊娠届において望まない妊娠であった場合に1歳半、3歳まで子育て困難感としての虐待傾向が続いていた。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。今後はどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。母子関係という虐待を強く予測する情報が妊娠届で把握できるので、今後はこの情報を母子を「支える」「寄り添う」という視点で介入につなげ、子育て困難感の減少、そして虐待の減少につなげていく必要がある。

#### E. 結論

妊娠届で望まない妊娠であった場合、生後3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Ogawa K, Morisaki N, Saito S, Sato S, Fujiwara T, Sago H. Association of shorter height with increased risk of pre-eclampsia, placental abruption, and small for gestational age infants. Paediatric and Perinatal Epidemiology. (in press)
2. Kato T, Fujiwara T, Kawachi I. Associations between mothers' active engagement with infants at 6 months and children's adjustment to school life at ages 5.5 and 11 years. Child: Care, Health and Development. (in press)
3. Baba S, Iso H, Fujiwara T. Area-level and individual-level factors for teenage motherhood: A multilevel analysis in Japan. PLoS One. (in press)
4. Mizuta A, Fujiwara T\*, Ojima T. Association between economic status and body mass index among adolescents: A community-based cross-sectional study in Japan. BMC Obesity (in press)
5. Morisaki N, Nagata C, Jwa SC, Sago H, Saito S, Oken E, Fujiwara T. Pre-pregnancy BMI specific optimal gestational weight gain for women in Japan. J Epidemiol. (in press)
6. Ichikawa K, Fujiwara T, Kawachi I. It Takes a Village. Fixed effects analysis of neighborhood collective efficacy and children's development. J Epidemiol. (in press)
7. 本間博彰、奥山真紀子、藤原武男、江津秀恵.  
「大災害と幼児のPTSD, -東日本大震災によりトラウマを受けた幼児の追跡研究-」.  
児童青年精神医学とその近接領域. 2016;57(2):283-97.
8. Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, Watt RG, Kondo N, Yamamoto T, Kondo K, Osaka K. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. Community Dent Oral Epidemiol. (in press) (IF2015=2.233)
9. Ogawa K, Jwa SC, Kobayashi M, Morisaki N, Sago H, Fujiwara T\*. Validation of a food frequency questionnaire for Japanese pregnant women with and without nausea and vomiting in early pregnancy. J Epidemiol. (in press) (IF2015=2.546) \*Corresponding author
10. Tani Y, Fujiwara T, Kondo N, Noma H, Sasaki Y, Kondo K. Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: The JAGES prospective cohort study. Am J Geriatr Psychiatry (2016) (in press) (IF2015=3.130)
11. Tani Y, Kondo N, Nagamine Y, Shinozaki T, Kondo K, Kawachi I, Fujiwara T\*. Childhood socioeconomic disadvantage is associated with lower mortality in older Japanese men: the JAGES cohort study. Int J Epidemiol (2016) (in press) (IF2015=7.522) \*Corresponding author
12. Isumi A, Fujiwara T\*. Association of Adverse Childhood Experiences with Shaking and Smothering Behaviors among Japanese Caregivers. Child Abuse Negl. 2016;57:12-20. (IF2015=2.397) \*Corresponding author
13. Amemiya A, Fujiwara T\*. Association between maternal intimate partner violence victimization during pregnancy and maternal abusive behavior towards infants at 4 months of age in Japan. Child

- Abuse Negl. 2016;55:32-9. (IF2015=2.397)  
\*Corresponding author
14. Yagi J, Fujiwara T\*, Yambe T, Okuyama M, Kawachi I, Sakai A. Social capital and behavior problem in Iwate. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (in press). (IF2014=2.537)  
\*Corresponding author
  15. Morisaki N, Fujiwara T\*, Horikawa R. The Impact of Parental Personality on Birth Outcomes: A Prospective Cohort Study. PLoS One. 2016;11(6):e0157080. (IF2015=3.057)  
\*Corresponding author
  16. Fujiwara T\*, Yagi J, Homma H, Mashiko H, Nagao K, Okuyama M, the Great East Japan Earthquake Follow up for Children Study Team. Symptoms of post-traumatic stress disorder among young children 2 years after the Great East Japan Earthquake. Disaster Medicine and Public Health Preparedness (in press). (IF2015=0.923) \*Corresponding author
  17. Fujiwara T\*, Morisaki N, Honda Y, Sampei M, Tani Y. Chemicals, Nutrition, and Autism Spectrum Disorder: A Mini-Review. Front Neurosci. 2016;10:174. (IF2015=3.398)  
\*Corresponding author
  18. Morisaki N, Kawachi I, Oken E, Fujiwara T. Parental Characteristics can Explain Why Japanese Women Give Birth to the Smallest Infants in the United States. Paediatr Perinat Epidemiol. (in press) (IF2015=2.958)
  19. Jwa, SC, Ogawa K, Kobayashi M, Morisaki N, Sago H, Fujiwara T\*. Validation of a food frequency questionnaire to assess vitamin intake of Japanese women in early and late pregnancy with and without nausea and vomiting. J Nur Sci (in press) \*Corresponding author
  20. Fujiwara T\*, Shimazu A, Tokita M, Shimada K, Takahashi M, Watai I, Iwata N, Kawakami N. Association of parental workaholism and body mass index of offspring: A prospective study among Japanese dual workers. Front Public Health. (in press) \*Corresponding author
  21. Nagaoka K, Fujiwara T\*. Impact of subsidies and socioeconomic status on varicella vaccination in Greater Tokyo, Japan. Front Pediatr. (in press)  
\*Corresponding author
  22. Kobayashi M, Jwa SC, Ogawa K, Morisaki N, Fujiwara T\*. Validity of food frequency questionnaires to estimate long-chain polyunsaturated fatty acid intake among Japanese women in early and late pregnancy. J Epidemiol. (in press) \*Corresponding author
  23. Fujiwara T\*, Yamaoka Y, Kawachi I. Neighborhood social capital and infant physical abuse: a population-based study in Japan. Int J Ment Health Syst. 2016 Feb 27;10:13. (IF2014=0.769) \*Corresponding author
  24. Ochi M, Fujiwara T\*. Association between parental social interaction and behavior problems in offspring: A population-based study in Japan. Int J Behav Med. (in press) (IF2014=2.126)  
\*Corresponding author
  25. Yamaoka Y, Fujiwara T\*, Tamiya N. Association between maternal postpartum depression and unintentional injury among 4-month-old infants in Japan. Maternal Child Health Journal. 2016;20(2):326-36. (IF2013=2.083)  
\*Corresponding author
  26. Fujiwara T\*, Yamaoka Y, Morisaki N. Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. Journal of

Epidemiology. 2016;26(1):4-13. (IF2014=3.022)

\*Corresponding author

## 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし



## 3歳児のお子様のお母様へ

日々、子育てに奮闘されていることと思います。

現在、子育て支援の一層の充実が求められているところです。

このたび、国立成育医療研究センターでは、愛知県と県内市町の協力を得て、1歳6か月児健診および3歳児健診のデータと妊娠届出時のデータを詳しく分析し、よりよい子育て支援にいかしていきたいと考えております。調査にあたっては、個人が特定されることはありません。

この取り組みにご賛同いただけない方は、データの分析対象から除外しますので、お手数ですが、以下の連絡先までご連絡いただければ幸いです。

また、ご不明な点がある場合も、以下の連絡先までご連絡いただければ幸いです。

重ねまして、調査へのご協力何卒よろしくお願い申し上げます。



国立成育医療研究センター研究所 社会医学研究部  
電話 03-3417-2663  
(担当：伊角、越智、三瓶)

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 本邦の母子保健事業の現状調査

研究分担者	光田 信明	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	主任部長
	佐藤 拓代	大阪府立母子保健総合医療センター		
		母子保健情報センター		センター長
研究協力者	金川 武司	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	副部長
	岡本 陽子	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	副部長
	川口 晴菜	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	診療主任
	和田 聡子	大阪府立母子保健総合医療センター	看護部	看護師長

#### 研究要旨

##### 【目的】

平成 28 年には児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村と考えられる。そこで、平成 29 年度事業が開始される直前にアンケート調査を行い、本邦の母子保健事業の現状を調査することを目的とした。

##### 【方法】

対象は、全国の市町村母子保健担当者で、対象市区町村は、1741 ヶ所である。評価項目としては、①市町村基本情報、②妊娠届受付、③支援を要する妊産婦への対応、④支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携、⑤特定妊婦や要保護児童対策地域協議会について、⑥産後母子事業等である。

##### 【結果】

今年度は、計画立案およびアンケート調査発送・回収まで行う。

##### 【結論】

次年度はアンケート集計ならびに分析を予定している。これによって、平成 29 年度の全国の市区町村における母子保健事業の現状・課題が明らかになる予定である。

## A. 研究目的

平成 28 年には児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村と考えられる。そこで、平成 29 年度事業が開始される直前にアンケート調査を行い、本邦の母子保健事業の現状を調査することを目的とした。

## B. 研究方法

対象は、全国の市区町村母子保健担当者で、対象者数は、1700 名と見積もられる。評価項目としては、アンケートを用いて以下の項目を検討する。

- ① 市町村基本情報
- ② 貴管轄内の周産期関連施設
- ③ 妊娠届受付
- ④ 支援を要する妊産婦への対応
- ⑤ 支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携
- ⑥ 特定妊婦や要対協について
- ⑦ 産後母子事業

アンケート内容は文末に添付とする。

そして、それぞれの項目についてクロス集計により本邦の母子保健事業の現状を検討する。

なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行い、回答していただいた事で同意を得たものとする。

## C. 研究結果

今年度は、計画立案およびアンケート調査発送・回収まで行う。現在回収中である

## D. 考察

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。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で、支援を要する妊産婦の効率的な抽出方法・産後ケア、医療機関との連携のあり方が課題となっている。平成 28 年には児童福祉法・母子保健法の改正があり母子健康包括支援センターの設置・運用が開始される。その課題解決に向けて、各市区町村の母子保健担当部署が工夫を凝らしながら、独自のノウハウで対応しているものと思われる。そこで、全国各市区町村の母子保健担当部署の母子保健事業の現状について調査することとした。

本アンケート調査で妊娠期から子育て支援までの現状が明らかになると考えられる。結果によって問題点、課題等が明らかになれば、医療・保健・福祉の連携を実効あるものにしていく方策がみえてくることも期待できる。

## E. 結論

次年度はアンケート集計ならびに分析を予定している。これによって、平成 29 年度の全国の市区町村における母子保健事業の現状・課題が明らかになる予定である。

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。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

## ■アンケート

※以下の設問は回答困難な場合は空欄のままにしておいてください。

件数などは平成 27 年度(2015 年 4 月～2016 年 3 月)の数で回答してください。

概数でも構いません。

回答部署

都道府県名： \_\_\_\_\_

市区町村名： \_\_\_\_\_

担当課名： \_\_\_\_\_

### 【1】 貴管轄内の平成 27 年(2015 年)度の人口と年間出生数をお教えてください。

人 口： \_\_\_\_\_ 人 (2015 年 3 月 31 日)

出生数： \_\_\_\_\_ 人 (2015 年 4 月～2016 年 3 月)

### 【2】 貴管轄内の周産期関連施設についてお教えてください。

分娩取扱い医療機関： \_\_\_\_\_ ケ所 そのうち助産施設： \_\_\_\_\_ ケ所

妊婦健診のみ取扱い医療機関： \_\_\_\_\_ ケ所

助産所： \_\_\_\_\_ ケ所 そのうち助産施設： \_\_\_\_\_ ケ所

### 【3】 妊娠届受付についてお尋ねします。

#### 【3】 -①妊娠届受付(母子健康手帳交付)を行っている部署と交付実数についてお教えてください。

保健センター： \_\_\_\_\_ 件

市区町村役場及び出張所： \_\_\_\_\_ 件

その他 ( \_\_\_\_\_ )： \_\_\_\_\_ 件

#### 【3】 -②妊娠届受付時の対応方法についてお教えてください。(複数回答可)

保健センター

母子健康手帳交付のみ

アンケート等でアセスメントする

面談でアセスメントする

市区町村役場及び出張所

母子健康手帳交付のみ

アンケート等でアセスメントする

面談でアセスメントする

その他 ( \_\_\_\_\_ )

母子健康手帳交付のみ

アンケート等でアセスメントする

面談でアセスメントする



**【5】 支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携についてお尋ねします。**

**【5】 -①日頃から貴部署と恒常的に綿密に連携出来ていると思える診療科はありますか？(複数回答可)**

ない (少数事例ならば、なしとしてください)

ある

産婦人科    小児科    精神科    その他  
( )

**【5】 -②支援を要する妊産婦について、保健機関から医療機関へ何件の問い合わせをしましたか？**

また、医療機関からの情報取得が困難な事例はありましたか？(例：個人情報保護等で情報提供を拒まれる)

問い合わせ事例数： \_\_\_\_\_ 件

困難事例： \_\_\_\_\_ 件

**【5】 -③医療機関から支援を要する妊産婦について、問い合わせが来ることがありますか？ある場合は、その方法もお教えてください。**

ない

ある

行政上の情報提供用紙使用 (特定妊婦としての通告を含む)

それ以外 (複数回答可)

最初の連絡手段    電話    文書    メール    その他  
( )

妊婦さんの同意あり： \_\_\_\_\_ 件    妊婦さんの同意なし： \_\_\_\_\_ 件

**【6】 特定妊婦や要対協についてお尋ねします。**

**【6】 -①支援を要する妊婦を要対協にあげる基準はありますか？**

ない

ある

資料提供出来ない

資料提供可能である (返信封筒に入れてください)

**【6】 -②特定妊婦を要対協の対象としていますか？**

要対協の対象としたことはない

全例要対協の対象として管理している

対象とすることがある

**【6】 -③平成 27 年度に新たに要対協に登録した特定妊婦の総数を教えてください。**

新規登録者数： \_\_\_\_\_ 人





**【7】 -⑥産後(1年以内)に利用できる母子支援事業で市区町村独自で実施中のものあるいは準備中のものはありますか？**

特にはない

行っている

⇒以下に具体的に記載をお願いします。もし、可能ならば資料提供お願い致します。

**【8】 社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)に対する独自の支援はありますか？**

特にはない

行っている

⇒以下に具体的に記載をお願いします。もし、可能ならば資料提供お願い致します。

ご回答有り難うございました。

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」

主任研究者 光田信明

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究(H27-健やか-一般-001)」

研究代表者:

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

分担研究者	光田 信明	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	主任部長
研究協力者	金川 武司	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	副部長
	岡本 陽子	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	副部長
	川口 晴菜	大阪府立母子保健総合医療センター	産科	診療主任
	和田 聡子	大阪府立母子保健総合医療センター	看護部	看護師長

#### 研究要旨

「要保護・要支援の母親」を誰でも効果的に抽出できる様に、大阪府作製「アセスメントシート(妊娠期)」の要因が、要保護・要支援の関連因子であるかを明らかにすることを目的とした。2013-2015年に当院で分娩管理し、育児状況が分かっている母親を対象に、ケースコントロール研究を行った。まず、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)を抽出し、アセスメントシートにある6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目について単変量・多変量解析によりオッズ比を算出した。要保護・要支援の必要性は、面談・電話対談・市からの情報提供により判断した。本研究は、当院倫理委員会の承認を得て行った。結果は、要支援群に74人、対照群に578人が抽出された。要保護・要支援の必要性が有意に高い要因は31項目中25項目に認められた。また、通知基準である16歳未満の妊娠、虐待・DV歴・未受診、MH問題・経済的困窮の粗オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ24(2.5-238)、95(44-203)、54(26-115)で、調整オッズ比(95%信頼区間)はそれぞれ0.49(0.03-15)、66(30-165)、27(9.2-86)であった。妊娠期アセスメントシートにある要因は、概ね要保護・要支援に関連していた。虐待・DV歴・未受診またはMH問題・経済的困窮は要保護・要支援の関連因子だが、16歳未満の妊娠単独は関連因子でなかった。

## A. 研究目的

周産期医療・小児医学の発達や医療システムの構築により、本邦の周産期死亡率・乳幼児死亡率は世界に誇れるレベルまで低下してきた。その一方で、児童虐待による新生児死亡・乳幼児死亡がクローズアップされるようになってきた。この児童虐待を防ぐために、「要保護児童対策地域協議会」が設置され、被虐待のおそれがある児童を「要保護児童」「要支援児童」として、医療機関と行政が協力して虐待予防に尽力するようになった。更に、「妊娠期からの切れ目ない子育て支援」が重要であることが認識され、「虐待ハイリスク」である妊婦(特定妊婦)を効果的に見出し、児童虐待を生み出さない様に妊婦を支援するようになってきた。しかし、この「虐待ハイリスク妊婦」の抽出は、経験豊富な医師、看護師・助産師、保健師に頼っているのが現状である。そこで、「虐待ハイリスク妊婦」を誰でも効果的に抽出できるように、われわれと大阪府と共同で「アセスメントシート(妊娠期)」(表1)を考案した。しかし、このアセスメントシートで確認すべき各項目の妥当性は未だ検証されていない。そこで、「アセスメントシート(妊娠期)」の各項目が要保護・要支援の関連因子であるか、また、大阪府が定める要保護児童対策地域協議会への通知基準が、要保護・要支援の関連因子であるか、明らかにすることを本研究の目的とした。

## B. 研究方法

2013年～2015年に当センターで周産期管理・分娩を行い、育児状況が分

かっている母親を対象に、ケースコントロール研究を行った。主要評価項目は、要保護・要支援児の母親。評価する要因として、アセスメントシートにある6つの妊婦背景(虐待・DV歴、年齢・健診受診歴・母児疾患歴、支援者状況、メンタルヘルス(MH)の状態、経済状況、家庭環境)31項目および要保護児童対策地域協議会への通知基準(表2)である項目とした。

まず、対象となった母親について、「アセスメントシート(妊娠期)」にある31項目について、診療録より該当の有無を判断した。そして、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)および要保護・要支援が必要でない母親(対照群)に分けて、「アセスメントシート(妊娠期)」にある31項目の各項目について、各群の該当人数・比率を比較した。続いて、要保護児童対策地域協議会への通知基準である4つ基準(表2)を単変量・多変量解析によりオッズ比を算出し、比較した。なお、要保護・要支援が必要な母親(要支援群)とは、当センターで管理し、妊娠中に社会的ハイリスクと認知された妊婦のうち、特定妊婦であった母親および分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援児の母親と判明したものとした。また、要保護・要支援が必要でない母親(対照群)とは、当センターで管理した和泉市在住の妊産婦で、分娩後に電話対談、面談、市からの情報提供を元に要保護・要支援が必要でない母親とした。なお、対照群において、母体情報が十分に得られなかった母体搬送例や転居例、死産・中絶例は除外

した。本研究は、当院倫理委員会および総長の承認を得て行った(承認番号977)。

統計解析は、各群の母親の背景について、連続変数の比較はMann-Whitney U検定を、比率の比較はFisher正確確率検定を用いた。評価要因31項目の比較について、Fisher正確確率検定を用いた。また、要保護児童対策地域協議会への通知基準である項目であるの3つ基準について、単変量解析はFisher正確確率検定を、多変量解析はロジスティック多変量解析を用いた。そして、P値 < 0.05を有意とした。

## C. 研究結果

### 1. 対象 (図1)

要支援群については、当院で社会的ハイリスクと妊娠した妊婦192人のうち、実際に特定妊婦として対応したのは、67人いた。出産後、さらに市からの情報により要保護・要支援児童の母親は7人であり、要支援群として74人の母親が同定された。また、対照群については、当院で分娩した妊産婦のうち、和泉市在住の母親が612人いた。うち、市からの情報により要保護・要支援児童の母親である14人は除外した。また、妊娠中の母体情報が不十分な20人を除外し、対照群としては578人の母親が同定された。

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

### 2. 6つの妊婦背景・31要因

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

### 3. 要保護児童対策地域協議会への通知基準

要保護児童対策地域協議会への通知基準である4つ基準(表2)について、要支援群と対照群の比較を表5、表6に示す。「住所不定・居住地がない」については、該当する母親が対照群にいなかったため、統計学的に比較することができなかったが、それ以外の3項目はいずれも、該当数が、要支援群に有意に多かった。しかし、ロジスティック解析による調整を行うと、「16歳未満の妊娠」単独では、有意な項目にならなかった。

## D. 考察

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

妊娠期から、要支援・要保護児童の母親を抽出する試みは、以前よりなされてきた。オレゴン州の家庭訪問支援プロ

グラムにおける産院でのスクリーニング<sup>1)</sup>やアメリカの Wessel により提唱されたプレネイタルビジット<sup>2)</sup>、愛知県の妊娠届書からのスクリーニング<sup>3)</sup>、大分県のペリネイタルビジット・ヘルシースタート専門部会による支援対象者選定時のポイント<sup>4)</sup>、そして、われわれと大阪府と共同で開発した「アセスメントシート(妊娠期)」がある。これらのスクリーニングツールのうち、海外で開発されたものについては、有用性について検証され、一定の有効性が証明されている。しかし、日本ではこれらの取り組みはごく最近のことであり、検証されていないか、もしくは、ごく少数の人数によるアンケート調査でしか検証されていない。つまり、本邦のスクリーニングツールの項目については、海外で有用とされている項目を取り込みつつ経験則にもとづいて作成されており、科学的な根拠はない。われわれが大阪府と共同で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」も、長年、この分野で活動してきた医師、助産師、保健師の経験則にもとづいて項目が作成されており、科学的な検証がなされていない。そのため、本研究において統計学的に各項目を検証したことは、今後の「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて要支援・要保護児の母親を妊娠期にスクリーニングするにあたり、有意義な検討と思われる。

検討の中で、「アセスメントシート(妊娠期)」の項目には、一部は有意でなく不必要な項目も含まれることが示唆された。要支援群と対照群で差を認めなかった項目のうち、「40歳以上の妊娠」、「多胎や胎児に疾患や障がいがある」、「訴え

が多く、不安が高い」、「身体障がい・慢性疾患がある」については、要支援群に限らず対照群にも該当するものが多かったが、項目内容から推測するに、それも当然と思われる。これらの要因については項目から削除することを検討したほうがいいかもしれない。また、「過去に心中未遂(自殺未遂)がある」、「家の中が不衛生」については、重要な項目とは思われるが、そもそも両群とも該当する数が少なかった。これらの項目は、訴えを引き出すのが難しいためと思われる。よって、単に問診するだけでなく、聞き出す能力も必要であることが推測された。この「アセスメントシート(妊娠期)」は誰でも、要支援・要保護児童児の母親を抽出できるものを目指して作成されたものであるが、これらの項目については上手に聞き出す必要があり、問診能力の教育が必要で、スクリーニングツールとして限界と思われた。

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

果、有意な基準にはならなかった。これは、「16歳未満の妊娠」は支援を要する母親に間違いはないが、もし、家族の十分な支援体制が整っていれば、必ずしも公的支援が必要ではないためと考えられた。

## E. 結論

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

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

以上のことが明らかになった。

## 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。

## G. 研究発表

1. 論文発表
- 1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生、58: 2017 (*in press*)

## 2. 学会発表

- 1) 平田瑛子、和田聡子、金川武司、光田信明、「当院における若年妊婦の妊娠分娩経過と社会的背景」、第 57 回日本母性衛生学会学術集会、東京、2016 年 10 月 14-15 日

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

## I. 問題点と利点

問題点として、本研究はケースコントロール研究自身の限界が挙げられる。すなわち、ケースである要支援・要保護時の母親の数が、記憶バイアスにより十分に抽出されていない可能性がある。一方で、コントロールは、市との強力な連携・情報交換により、確実に要保護・要支援でない母親を対象としており、信頼性のある検討を行うことができた。このことは利点と考えられる。

## J. 今後の展開

本研究によって、「アセスメントシート(妊娠期)」の各項目について、要保護・要支援の母親に関連する因子かどうか検討した。しかし、ケースコントロール研究のため、スクリーニングツールとしての有用性までは検討されていない。そこで「アセスメントシート(妊娠期)」が要保護・要支援の母親をスクリーニングすることができるかどうか、後方視的コホート研究

を予定している。そして、他の研究協力者により、「アセスメントシート(妊娠期)」が要保護・要支援の母親をスクリーニング可能性について前方視的研究を計画・実行中である。

#### 参考文献

- 1) M Lansing, BL Green, JM Tarte, et al : Oregon's Healthy Start 2007-2008 Status Report. NPC Research library state or us, 2009
- 2) Wessel MA.The prenatal pediatric visit : Pediatrics 32 : 926-930, 1963
- 3) 山崎嘉久ほか「早期ハイリスク家庭に支援できる体制づくりに関する研究～オレゴン州の虐待予防プログラムを参考にして妊娠時期からハイリスク家庭を把握できる体制を考える～」健やか親子 21 を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究平成 22 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総括・分担研究報告書、52-58、2011
- 4) 東保裕の介ほか :「大分県方式ベリネイタルピジット事業4年間の報告」日本小児科医会会報 31: 203-207, 2006

表1 アセスメントシート(妊娠期)

アセスメントシート(妊娠期)					
妊婦氏名 ( ) 記入日( ) 記入者( )					
*各要因について、『妊婦』のそれぞれ該当する欄にレ点でチェックする。					
要 因	妊 娠 歴			妊婦	
	項 目	あり	不明	なし	
生活 歴 (A)	①保護者自身に被虐待歴がある				
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある				
	③過去に心中未遂がある(自殺未遂)がある				
	④胎児のきょうだいに不審死がある				
	⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある				
妊 娠 に 関 す る 要 因 (B)	①20週以降の届出				
	②妊婦健診未受診、中断がある				
	③望まない妊娠				
	④今までに妊娠・中絶を繰り返す				
	⑤飛び込み出産歴がある				
	⑥若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・⑦除く				
	<b>⑦16歳未満の妊娠</b>				
	⑧40歳以上の妊娠				
	⑨胎児対して無関心・拒否的な言動				
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある				
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等				
心 身 の 健 康 等 要 因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後のうつ、依存症を含む)				
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)				
	③知的障がい(疑いを含む)				
	④訴えが多く、不安が高い				
	⑤身体障がい・慢性疾患がある				
社 会 的 ・ 経 済 的 要 因 (D)	①生活保護受給				
	②不安定就労・失業中				
	③上記以外の経済的困窮や社会的問題がある				
家 庭 ・ 環 境 要 因 (E)	<b>①住所不定・居住地がない</b>				
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー				
	③家の中が不衛生				
	④出産・育児に集中できない家庭環境				
そ の 他 (F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある { }				
支援者等の状況					
支援者 □	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死別、高齢、遠方等、原家族に頼ることができない</li> <li>・夫婦不和、親族と対立している</li> <li>・パートナーまたは実母等親族一人のみが支援者</li> <li>・地域や社会の支援を受けていない</li> </ul>				
関係機 関等 □	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師等の関係機関の関わりを拒否する</li> <li>・情報提供の同意が得られない</li> </ul>				
*妊婦の「あり」と「不明」の該当項目により、要保護児童対策地域協議会事務局に報告する					
①濃い網掛け項目 に1つでも該当する妊婦					
②要因AかBの中で薄い網掛け項目 を1つ含み、かつ主体で古計2つ以上該当する妊婦					
③要因C、D、E、Fの中で薄い網掛け に2つ以上該当し、かつ「支援者の状況」に1つでも該当する妊婦					
④上記にかかわらず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					



## 表 2 要保護児童対策地域協議会事務局 通知基準

- ① 16歳未満の妊娠
- ② 住所不定・居住地がない
- ③ 下記の示す生活歴(A)や妊娠に関する要因(B)のうち1項目該当し、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦
  - 保護者自身に被虐待歴がある
  - 保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある
  - 胎児のきょうだいに不審死がある
  - 胎児のきょうだいへの虐待歴がある
  - 妊婦健診未受診、中断がある
  - 20週以降の届出
  - 望まない妊娠
  - 若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)
  - 胎児対して無関心・拒否的な言動
- ④ 下記の示す心身の健康等要因(C)や社会的・経済的要因(D)や家庭・環境要因(E)のうちに2つ以上該当し、かつ「支援者の状況」に1つでも該当する妊婦
  - 精神疾患等(過去出産時の産後のうつ、依存症を含む)
  - パーソナリティ障がい(疑いを含む)
  - 知的障がい(疑いを含む)
  - 生活保護受給・不安定就労・失業中以外に経済的困窮や社会的問題がある
  - ひとり親・未婚・ステップファミリー

**表 3 母親の背景**

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

Ap: Apgar スコア

表 4 評価要因 31 項目について要支援群および対照群の比較

	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値	
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率		
<b>A</b>	①保護者自身に被虐待歴がある(疑いを含む)	16	21.6%	1	0.2%	<.0001
	②保護者自身に DV 歴(加害・被害含む)がある	22	29.7%	11	1.9%	<.0001
	③過去に心中未遂(自殺未遂)がある	1	1.4%	2	0.3%	0.304
	④胎児のきょうだいに不審死がある	2	2.7%	0	0.0%	0.013
	⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある	15	20.3%	0	0.0%	<.0001
<b>B</b>	①20週以降の届出	20	27.0%	8	1.4%	<.0001
	②妊婦健診未受診、中断がある	28	37.8%	1	0.2%	<.0001
	③望まない妊娠	18	24.3%	8	1.4%	<.0001
	④今までに妊娠・中絶をくりかえす	10	13.5%	4	0.7%	<.0001
	⑤飛び込み出産歴がある	3	4.1%	0	0.0%	0.001
	⑥若年(20歳未満)妊娠	35	47.3%	20	3.5%	<.0001
	⑦16歳未満の妊娠	3	4.1%	1	0.2%	0.0052
	⑧40歳以上の妊娠	5	6.8%	41	7.1%	1.0000
	⑨胎児に対して無関心・拒否的な言動	6	8.1%	1	0.2%	<.0001
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	16	21.6%	88	15.2%	0.1764
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	14	18.9%	0	0.0%	<.0001
<b>C</b>	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症含)	32	43.2%	35	6.1%	<.0001
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	11	14.9%	23	4.0%	0.001
	③知的障がい(疑いを含む)	9	12.2%	1	0.2%	<.0001
	④訴えが多く、不安が高い	20	27.0%	227	39.3%	0.0423
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	20	27.0%	102	17.6%	0.0579
<b>D</b>	①生活保護受給	47	63.5%	19	3.3%	<.0001
	②不安定就労・失業中	50	67.6%	23	4.0%	<.0001
	③上記以外の社会的問題がある	13	17.6%	7	1.2%	<.0001
<b>E</b>	①住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	58	78.4%	21	3.6%	<.0001
	③家の中が不衛生	1	1.4%	0	0.0%	0.1135
	④出産・育児に集中できない家庭環境	19	25.7%	34	5.9%	<.0001
<b>F</b>	①上記に該当しない気になる言動、背景、環境要因	27	36.5%	20	3.5%	<.0001
	支援状況					
	①育児支援者がいない	38	51.4%	23	4.0%	<.0001
	②関係機関の支援に拒否的	6	8.1%	2	0.3%	<.0001

**表 5 通知基準について要支援群および対照群の比較**

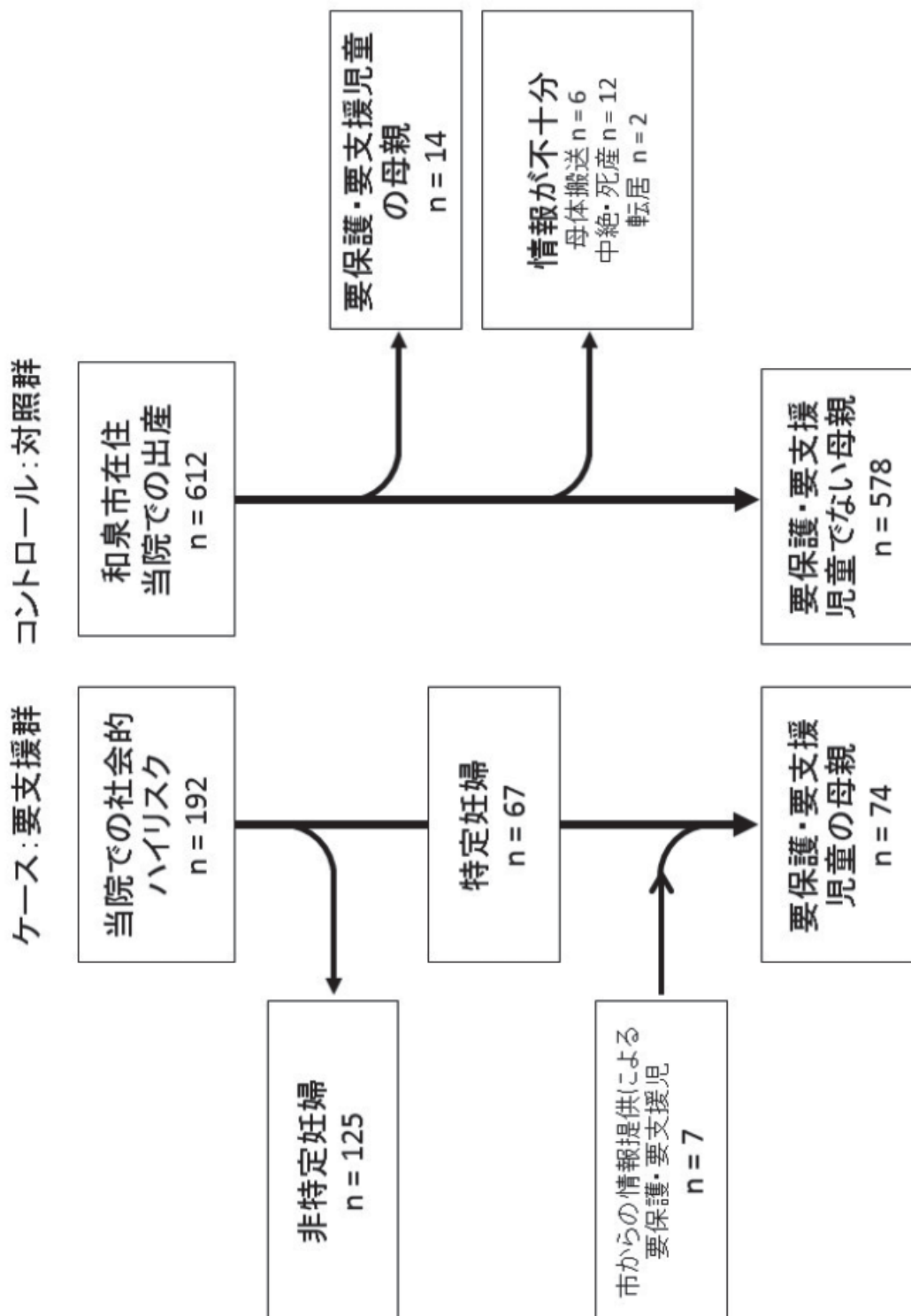
	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
16歳未満単独	3	4.1%	1	0.2%	0.005
住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
A or B 1点以上(虐待・DV歴・未受診)	6	87.8%	41	7.1%	<0.001
C or D or E 2点以上(精神疾患および経済的困窮)	38	51.4%	11	1.9%	<0.001

**表 6 通知基準について要支援群および対照群の単変量・多変量解析**

	cOR	(95%信頼区間)	aOR	(95%信頼区間)
16歳未満単独	24	(3-238)	0.49	(0.03-15.23)
住所不定・居住地がない	-	-	-	-
A or B 1点以上(虐待・DV歴・未受診)	95	(44-203)	66	(30-165)
C or D or E 2点以上(精神疾患および経済的困窮)	54	(26-115)	27	(9-86)

cOR: crude Odds ratio、aOR: adjusted Odds ratio

図1 要支援群と対照群 フローチャート



平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

分担研究者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長  
研究協力者 川口 晴菜 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 診療主任  
岡本 陽子 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 副部長  
和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 看護師長

#### 研究要旨

背景：望まない妊娠、若年、未入籍、精神疾患、初診が遅い、未受診、ステップファミリー、児の疾患、支援者不足、被虐歴、DV、前児への虐待、違法薬物の使用、タバコ、アルコールの妊娠中利用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与しているのか正確に示している研究はない。すでに妊娠中に、医療機関、行政機関社会的なリスクについての情報が把握されているが、それらの情報になかで、「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」を的確に抽出する手法を開発することが必要である。

目的：本研究では、虐待症例および対照群の周産期情報を比較することで、妊娠からの支援を行う対象の選定に必要な項目やそれぞれの項目についての重要度を明らかにすることを目的とする。

方法：研究対象は以下の 2 群とする。

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

◆対照群：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

結果：入所群は 97 件であり、虐待によるものが 70 件、養育困難が 27 件であった。対象群は、345 例であった。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より 10 歳以上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重 2500g 未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併であった。本研究で抽出された因子の組み合わせと因子ごとのスコア化によって妊娠期における将来の虐待予想モデルの作成を行うことができる。

## A. 研究目的

毎年、厚生労働省から『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について』が報告されているが、1)心中以外の虐待死において0歳が45%を占め、うち46%は0か月児であった。0か月の虐待死が多いことから、出産後から支援を開始するのでは不十分であり、妊娠期から支援を必要とする養育者を早期把握し、切れ目ない支援を行うことが必要であることは明白である。

虐待症例の背景の検討および未受診妊婦の背景の検討より、虐待症例と未受診妊婦のリスク要因はオーバーラップしていることが確認されており、妊娠中からの介入によって児童虐待の防止につながる可能性が示唆されている。大阪産婦人科医会では、平成21年より大阪府内の全産科医療機関を対象として妊娠22週以降分娩となった未受診妊婦の個票調査を行っている2)。平成28年度の調査によると、大阪府内の全分娩数71,000件中260件(3.7%)が未受診妊婦であった。それらの背景因子として、若年妊娠、高齢妊娠、未婚、無職もしくは非正規雇用、生活保護受給、精神疾患合併、母子健康手帳の未発行、多産などが挙げられた。また、望まない妊娠、若年、未入籍、精神疾患、初診が遅い、未受診、ステップファミリー、児の疾患、支援者不足、被虐待歴、DV、前児への虐待、違法薬物の使用、タバコ、アルコールの妊娠中利用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与

しているのか正確に示している研究はない。すでに妊娠中に、医療機関、行政機関社会的なリスクについての情報が把握されているが、それらの情報のなかで、「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」を的確に抽出する手法を開発することが必要である。本研究では、虐待症例および対照群の周産期情報を比較することで、妊娠期からの支援を行う対象の選定に必要な項目やそれぞれの項目についての重要度を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

本研究は、大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した。この研究は、後方視的な症例対照研究である。研究対象は以下の2群とする。

◆入所群：平成25年4月から平成28年3月の3年間に大阪府下の子ども家庭センター2か所に一時保護となった0歳～5歳例(虐待保護およびその他の養護含む)のうち、施設入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：大阪府和泉市にて3歳半健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要対協に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

情報収集の方法は、入所群においては、子ども家庭センターで施設入所の際に提出されて複製されている母子健康手帳および子ども家庭センターの虐待に関する資料より、対象の母親

の妊娠期・分娩・産後の情報、児の産後の情報収集を行った。(別添 1)情報入力は、協力の得られた大阪府下の子供家庭センター2 か所それぞれに勤務する保健師に、調査用紙への入力を委託し、個人情報の保護に努めた。対照群については、大阪府和泉市の3歳半健診の案内の中に、郵送で本研究への協力の依頼および調査用紙(別添 2)を同封し、同意を得たもののみについて3歳半児健診の際に、和泉市保健センター職員が調査用紙回収する方法で取得した。また、対照群の中には、和泉市の要対協で要保護もしくは要支援症例として取り扱っている症例も含まれるため、その対象については、和泉市保健センター職員が選別して、今回の検討からは除外した。

両群の比較には、名義変数は $\chi^2$ 乗検定を用い、連続変数はWilcoxon検定を用いた。施設入所に関連する周産期情報および母体背景の因子の検討には、多重ロジスティック回帰分析を用いた。また、調査時の児の年齢で補正した。統計処理に関しては、本研究の分担研究者である、東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科、国際健康推進医学分野(公衆衛生学担当)教授藤原武男先生の協力の元 Stata/MP 14.0 を使用して検討した。P<0.05 を有意水準とした。

### C. 研究結果

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

で要保護、要支援となっている6例、無記名の1例、データ欠損多数の18例を除外し、検討には345例を使用した。入所年齢毎の入所理由を図1に示す。0歳が最も多く、かつ年齢が低いほど養育困難での入所の割合が多かった。

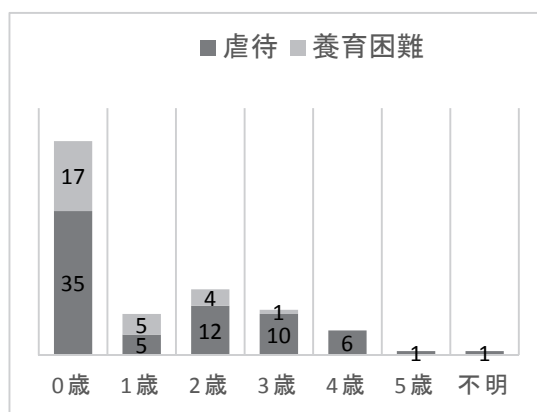


図1 入所年齢毎の入所理由

また、図2-1、2に虐待例における虐待の種類と主な虐待者を示す。虐待の種類はネグレクトが最も多く、性的虐待は認めなかった。主な虐待者は、母親が最も多かった。

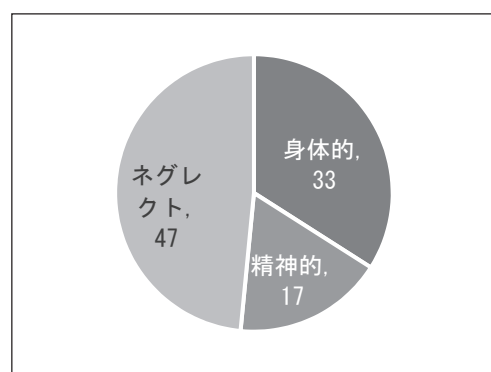


図2-1 虐待の種類



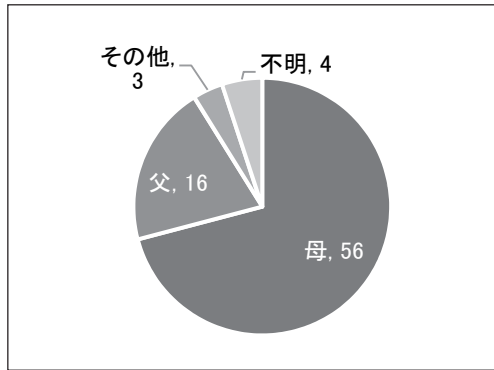


図 2-2 主な虐待者

続いて表 1 に、入所群と対照群の単変量解析の結果を示す。入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母体年齢が若いこと、父年齢が若いこと、父親の年齢が母親の年齢より 10 歳以上、未入籍、初診週数が遅い、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、経済的な問題があること、早産、出生体重 2500g 未満、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、母の精神疾患合併が挙げられた。母親の年齢に関して、高齢であることもリスクとして指摘されているが、本研究では母体 40 歳以上であることは施設入所と関連する項目ではなかった。 $(P=0.33)$  また、40 歳以上初産に限定した場合には、入所群で 1 例、対照群で 6 例と共に少なく有意差を認めなかった。 $(P=0.48)$

表 1：(入所群と対照群の比較)

	入所群 (N=97)	対照群 (N=345)	P
母年齢 (歳)	26 (14-40)	31 (17-43)	<0.001
父年齢 (歳)	29 (14-72)	33 (19-54)	<0.001
母<24歳	44 (45%)	18 (5%)	<0.001
父<24歳	25/75 (33%)	10/338 (3%)	<0.001
母≥40歳	1 (1%)	12 (3%)	0.208
父≥40歳	12/75 (16%)	40/338 (12%)	0.325
父-母≥10歳	15/75 (20%)	18/338 (5%)	<0.001
未入籍	47/96 (48%)	10 (3%)	<0.001
初産	31 (32%)	83 (24%)	0.116
初診13週以降	53/91 (58%)	36/324 (11%)	<0.001
高血圧	13/90 (14%)	5/341 (1%)	<0.001
尿蛋白陽性	56/90 (62%)	119/341 (35%)	<0.001
経済的問題	40/95 (42%)	28 (8%)	<0.001
分娩週数 (週)	38 (28-41)	39 (33-42)	<0.001
早産	23/96 (24%)	11 (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
帝王切開	42 (43%)	56/343 (16%)	<0.001
輸血	1/79 (1%)	4 (1%)	0.941
多胎児	10 (10%)	10 (3%)	0.002
先天性疾患	12/96 (13%)	10 (3%)	<0.001
母精神疾患	46 (47%)	13 (4%)	<0.001

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

表 2：施設入所と対照群の比較

	aOR	95% CI		P
高血圧	3.2	0.5	20	0.204
経済的問題	9.2	3	28.3	<0.0001
初診13週以降	13.2	4.5	38.6	<0.0001
父24歳未満	13.5	2.9	63.4	0.001
母24歳未満	7.3	2	26.9	0.003
父-母>10歳	8.8	1.8	43.4	0.008
母精神疾患	48.2	13.4	173.3	<0.0001
児の先天疾患	2.3	0.5	11	0.3
早産	19.3	3.6	102.2	0.001

aOR:adjusted Odds Ratio, CI: Confidence interval

関連が明らかに強い因子として、①母若年と未入籍、②高血圧と尿蛋白陽性、③早産、低出生体重児と帝王切開が挙げられたため、母若年、高血圧、早産のみを因子として使用した。母の精神疾患合併が Odds 比 48 倍と高かった。

父母が若いこと、父が母より 10 歳以上年上、初診週数が遅い、経済的な問題、早産が施設入所に関連する因子であった。

次に、施設入所と兄弟数について、検討した。調査対象の児を含めて子供が 2 人目までは、施設入所と対照群で有意差を認めなかったが ( $P=0.12$ )、子どもが 3 人以上になると、施設入所が有意に多くなり ( $P<0.0001$ )、3 人目以降で虐待や養育困難が増えることが示された。

続いて、入所理由が、虐待か養育困難かで周産期因子に差があるのか検討した。(表 3, 4)

表 3 : 虐待群と対照群の比較

	aOR	95% CI		P
高血圧	4	0.5	32.4	0.188
経済的問題	10.8	3.3	35.2	<0.0001
初診13週以降	13.9	4.3	44.7	<0.0001
父24歳未満	9.3	1.7	51.9	0.011
母24歳未満	10.9	2.7	44.3	0.001
父—母>10歳	7	1.2	40.7	0.029
母精神疾患	34.1	8.6	135.8	<0.0001
児の先天疾患	2.4	0.4	13.9	0.335
早産	24.5	4.1	146.4	<0.0001

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

表 4 : 養育困難と対照群の比較

	aOR	95% CI		P
高血圧	5.8	0.3	118.5	0.255
経済的問題	5.7	0.5	60.3	0.148
初診13週以降	19.5	2.5	154	0.005
父24歳未満	18.8	1.1	333.6	0.046
母24歳未満	3.2	0.3	38.1	0.359
父—母>10歳	46	2.2	946	0.013
母精神疾患	107.1	9.2	1250	<0.0001
児の先天疾患	24.1	1.5	392.8	0.025
早産	14.5	0.6	349.8	0.1

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

初診週数が遅いこと、父が若年、父が母より 10 歳以上年上、母の精神疾患の 3 項目は、虐待でも養育困難でも関連する因子であり、特に養育困難において、母の精神疾患は Odd 比 107 倍、父と母の年齢差が Odds 比 46 倍と高値であった。虐待においては、母が若年であり、経済的な問題があること、早産が関連する因子であった。養育困難では、母の年齢や経済的な問題は関連がなく、児の先天疾患が関連する因子であった。

さらに、虐待の種類で、関連する周産期因子に差があるか検討した。

(表 5、6)

表 5 : ネグレクトと対照群の比較

	aOR	95% CI		P
高血圧	6.3	0.4	92	0.182
経済的問題	33	5.7	190.3	<0.0001
初診13週以降	16.7	3.2	87.8	0.001
父24歳未満	13.9	1.4	142.4	0.027
母24歳未満	23.4	3.6	151	0.001
父—母>10歳	14.8	1.5	148.2	0.022
母精神疾患	136	15.3	1212.5	<0.0001
児の先天疾患	4.3	0.5	38	0.192
早産	62.9	4.9	816	0.002

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

表 6 : 身体的虐待と対照群の比較

	aOR	95% CI		P
高血圧	5.4	0.5	55.8	0.158
経済的問題	14.5	3.1	68.4	0.001
初診13週以降	8.4	1.9	36.7	0.005
父24歳未満	7	1	48	0.047
母24歳未満	20.5	3.7	112.7	0.001
父—母>10歳	0.6	0.02	15.3	0.77
母精神疾患	34	6.1	188.9	<0.0001
児の先天疾患	1.7	0.2	15.2	0.638
早産	26	2.9	233.4	0.004

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

身体的虐待、ネグレクトともに、経済的な問題、初診週数が遅い、父母が若年、母親の精神疾患、早産が関連する因子であった。特にネグレクトにおいて母の精神疾患は Odds 比 136 倍、早産 62 倍、経済的な問題 32 倍と高値であった。またネグレクトでのみ、父親が母親より 10 歳以上年上であるいわゆる年の差婚が有意に多かった。

#### D. 考察

施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待、養育困難と深い関連があることが示された。本研究で検討した因子は、父母の背景、妊娠経過、児の問題の 3 つに大別される。父母の背景として、若年もしくは年の差婚、未入籍、経済的な問題、母の精神疾患等があり、妊娠経過については、高血圧、尿蛋白、早産、児の問題として、低出生体重児、早産児、多胎、先天疾患等が挙げられる。そもそもの背景に加え、妊娠中の問題および出産後児の育てにくさにつながるような児の先天疾患、早産、低出生体重等が合わさると、将来的に虐待や養育困難となる例を多く認めることが判明した。入所理由が虐待か養育困難か、虐待の種類が身体的虐待かネグレクトかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。特に養育困難やネグレクトでは父母の年齢差、母の精神疾患が強い関連があった。この研究の

limitation は、入所群が母子健康手帳の複写のあるものに限定されている点であり、母子健康手帳の提出がないものの中には、飛びこみ分娩で入所時に母子健康手帳の発行がないものや、母子健康手帳の提出拒否、母子健康手帳紛失等様々な原因があるが、複写のないものについては、その原因も不明であることである。対照群については、アンケート形式で任意の参加としており、選択バイアスがあることである。また、strength としては、虐待や養育困難での入所例についての情報を使用した検討であり、今まで報告がないこと、また、対照群を設定していることである。

#### E. 結論

施設入所群と対照群を比較することで、虐待と関連の深い因子が明らかとなった。この検討は、虐待や養育困難で施設入所にまで至ったいわゆる超ハイリスクを対象としている。虐待予防の観点からは、虐待に至る前の介入が望まれるため、妊娠中から支援を必要とする母児の抽出に必要な因子は、今回の検討で把握された因子を最低限とし、さらに広げる必要があると考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

## 2. 学会発表 なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。） なし

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

### I. 問題点と利点

問題点は、対照群の調査時年齢は3歳であるが、施設入所症例の調査時年齢は0歳~5歳とばらつきがあることである。したがって、多重ロジスティック回帰分析の際に、調査時年齢によって補正している。また、施設入所群は母子健康手帳の複写があるもののみに限って検討しており、母子健康手帳の複写のないものの理由は今回の調査から不明であった。母子健康手帳の取得ないまま飛び込み出産や、母子健康手帳紛失等が含まれることが予想され、なおリスクの高い対象が捉えられていない可能性がある。今回の検討は、虐待、養育困難で施設入所となった超ハイリスク症例であり、育児が気になる程度の母児の抽出には不十分である可能性がある。

利点は、今まで列挙されてきた様々な虐待に関連する因子について、その関連が明らかとなり、且つどの因子がより強い関連を持つかが判明した。

### J. 今後の展開

今回抽出された因子の組み合わせと

因子の重みづけによって、妊娠期における将来の虐待予想モデルの作成を行うことができる。このモデルを利用することで、より効率的に妊娠期から産後通じて支援を行う対象を抽出できると考えられる。

### 参考文献

- 1) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第1~12次報告) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会
- 2) 未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書 大阪産婦人科医会 2016年3月

添付文書 1

■ 調査項目

対象番号
母子手帳交付の有無
母子手帳交付の県
母児手帳交付の市町村
父の有無(婚姻関係の有無)
母分娩時の年齢(不明ならば母の生年月日)
父の分娩時の年齢(不明ならば生年月日)
居住地の有無
妊婦健診施行施設の数(妊娠中の経過に、施行施設名 or 担当者記入がある。その数。)
妊婦健診の初診週数
妊婦健診の受診回数
血圧収縮期 140 以上もしくは拡張期 90 以上の有無
尿たんぱく+以上の有無
妊娠期間(分娩週数)
娩出日時(平成年月日)
分娩経過(特記事項あれば)
分娩方法
分娩時出血(量の記載があれば量。なければ少・中・多)
輸血の有無
児の性別
児の数
出生体重
身長
新生児仮死の有無
出産場所名称
退院時の児の体重
栄養法
出生時またはその後の異常の有無
退院場所
1 ヶ月健診受診の有無
1 ヶ月健診の児体重
1 ヶ月健診の児の身長
栄養方法

3～4ヶ月健診受診の有無
6～7か月健診受診の有無
1歳6か月健診受診の有無
1歳6か月健診体重
1歳6か月健診の身長
3歳半健診受診の有無
3歳半健診の体重
3歳半健診の身長
入所理由
虐待の種類
主な虐待者
入所時の年齢
入所時の住居地(市町村)
入所時の親の婚姻関係の有無
対象の兄弟数(本児含まない)
兄弟の入所の有無
母の被虐歴
母の精神疾患の有無
生保の有無
助産制度利用

## 保護者の皆様へ



このアンケートは、厚生労働省の研究で、和泉市保健センターの協力のもとに行うものです。和泉市で3歳半健診を受けるすべてお子様の保護者の方をお願いしています。

研究班では、支援の必要な妊婦さんを早期に見つけ、妊娠中からサポートをすることで、その後の育児においてより良い支援ができると考えています。

この研究の目的は、妊娠中からサポートを必要とする方を見つけるための項目を決めることです。

この度和泉市で3歳半健診を受けられる皆様の情報と、既に虐待等によって施設に入所しているお子さんの情報を比較します。300人程度のご協力をお願いする予定です。この研究への参加はあくまで任意のものであり、同意して頂ける方にのみをお願いしています。もし同意されなかった場合にも、健診において不利になることはありません。

ご回答いただきましたアンケートを、大阪府立母子保健総合医療センターで個人情報を除き匿名化して集計させていただきますので個人が特定されることはありません。このアンケートは、本研究目的以外には使用いたしません。なお、一旦同意をしても撤回したい場合には、下記の連絡先までご連絡ください。また、研究結果の報告後の撤回には応じられないことがあります。ご了承ください。

平成27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)

『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

大阪府立母子保健総合医療センター産科 川口 晴菜

光田 信明

連絡先：大阪府立母子保健総合医療センター

0725-56-1220





16) 出生した児の数は？	①単胎                      ②多胎( 2 ・ 3 ・ 4 以上 )
17) 児の出生体重は？	g
18) 児と同時に退院しましたか？	①はい                      ②いいえ
19) 児に先天的な問題がありますか？	①はい(                      ) ②いいえ
20) 産後、気分が沈んだり涙もろくなったり何もやる気になれないことは？	①はい(産後 1 か月以内のみ ・ 1 か月以降も続いた ) ②いいえ
21) 1 ヶ月健診での児の体重、栄養方法	g ( 母乳 ・ ミルク ・ 混合 )
22) 3~4 ヶ月健診に行きましたか？	①はい                      ②いいえ
23) 9~10 ヶ月健診に行きましたか？	①はい                      ②いいえ
24) 1 歳半健診に行きましたか？	①はい                      ②いいえ
25) 1 歳半健診の時の児の体重・身長は？	g/                              cm
26) 本児以外に兄弟姉妹はいますか？	①はい(                      人 ) ②いいえ
27) アンケートにお答えくださった保護者の方で、今までかかったことのある病気や治療中の病気はありますか。	①はい【①高血圧 ②心疾患 ③糖尿病 ④腎疾患 ⑤こころの病気(うつ病・パニック障害など) ⑥その他(                      )】 ②いいえ

ご協力ありがとうございました。

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

### ハイリスク妊娠チェックリスト (産科合併症と関連するリスク因子リスト) の 有用性に関する検証

研究分担者 松田 義雄 独立行政法人地域医療機能推進機構 三島総合病院 院長  
研究協力者 小野 哲男 滋賀医科大学産科学婦人科学講座 助教  
村上 節 滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授

#### 研究要旨

目的：「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」の一環として、出生後に支援が必要な家庭(要支援事例)を妊娠中からの確に把握するために「社会的リスク評価」のみならず、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク評価」を加味する有用性を明らかにすることを目的とした。

方法：2001~2013年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース(JSOG-DB)約90万例の検討を基に主要産科合併症11疾患(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎、前置胎盤、常位胎盤早期剥離(早剥)、DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫)と関連があるリスク因子は、母体年齢(20歳未満、35-39歳以上)、喫煙、不妊治療(排卵誘発剤、人工授精、体外受精)、肝・腎疾患、血液疾患、心疾患、甲状腺疾患、子宮・付属器疾患、自己免疫疾患、本態性高血圧症、糖尿病であることが明らかになった。これらの因子に加え、重要な因子と考えられるリスク因子(血栓症既往、悪性腫瘍、抗リン脂質抗体症候群)を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト」を作成した。今年度はこのリストの妥当性を検証するためにモデル地域を設定し、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義して、施設規模別にハイリスク妊娠の実態調査を行った。

結果：一次施設13施設1,054症例、二次施設4施設264症例、三次施設3施設298症例における産科合併症と其中でリスク因子がある症例は、それぞれ21.6% / 50.9%、30.7% / 60.5%、42.3% / 69.8%となった。産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認められた産科合併症の半数はリスク因子を有していた。

考察：二次施設や三次施設からのデータを中心に作成したJSOG-DBに基づく「医学的」ハイリスク妊娠チェックリストでも一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。最終年度は、妊娠高血圧症候群や切迫早産などの主な産科合併症別にリスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行うことで本チェックリストの有用性を確認する一方、「社会的」リスクと「医学的」リスクの関連性も検討する予定である。

## A. 研究目的

出生後に支援が必要な家庭(要支援事例)を妊娠中からの確に把握するためには、未婚や未受診といったいわゆる「社会的リスク」を中心にしてスクリーニングするほうが理にかなっているが「医学的リスク」の評価も無視するわけにはいかない。

日本産科婦人科学会周産期委員会作成による周産期データベース(JSOG-DB)は、平成13年より開始されたわが国で最大の周産期データベースである。残念ながら、全分娩登録ではなく、基幹病院を中心としたデータベースとはいうものの、これまでに国内外の多くの論文に掲載されているためエビデンスレベルの高いデータベースといえる。(1-8)

昨年われわれは、本研究の遂行にあたり、JSOG-DBを用いて、ハイリスク妊娠チェックリスト作成を前提とした基礎研究を行った。(9) その結果明らかにされた諸因子に、未検討ではあるが産科合併症に繋がり、重要と思われるいくつかの因子(血栓症既往、悪性腫瘍、抗リン脂質抗体症候群)を加えた「ハイリスク妊娠(HRP)チェックリスト」を作成した。(表1)

このチェックリストを参考に妊婦健診を行えば、産科合併症の早期発見・早期治療が可能になる。そればかりでなく、「社会的リスク」を有する妊婦がこのチェックリストで「医学的リスク」も拾い上げることができれば、更に個別化ができて、より効果的な妊娠指導に繋がること

想される。

今年度は本チェックリストの妥当性を検証するために、モデル地域において「施設規模別にみたハイリスク妊娠チェックリストと産科合併症の関連性に関する検討」を行った。

## B. 研究方法

平成28年6月1日から8月31日の期間中に滋賀県内の産科医療施設で分娩となった患者を対象とした。各施設に調査個表を配布し、症例ごとに産科合併症の有無(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症など)、リスク因子の有無(母体年齢、喫煙、不妊治療、高血圧など)を記載した。その上で施設規模別にその関連性を後方視的に検討した。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義した。統計学的検討には $\chi^2$ 検定を用いた。

(倫理面への配慮)

滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た研究である(承認番号2838)。

## C. 研究結果

一次施設13施設1054症例、二次施設4施設264症例、三次施設3施設298症例で検討した(表2)。産科合併症をもつ症例の割合は、一次施設では21.6%、二次施設では30.7%、三次施設では42.3%であった(表3)。リ

リスク因子をもつ症例の割合はそれぞれ 47.6%、51.1%、67.1%となった(表 4)。

産科合併症を有する症例のうちリスク因子を有した症例の割合(感度)は、一次施設では 50.9%、二次施設では 60.5%、三次施設では 69.8%であった(図 1)。一方、リスク因子を有する症例のうち産科合併症を認めた症例の割合(陽性的中率)は、一次施設では 23.1%、二次施設では 36.3%、三次施設では 44.0%であった(表 5)。

リスク因子をもった全 837 症例のうち産科合併症があったのは 253 症例(陽性的中率:30.2%)であり、リスク因子をもっていない全 779 症例のうち産科合併症があった 182 症例(23.4%)と比べて有意に高かった( $p < 0.01$ )(図 2)。一次施設に限定すると、リスク因子を有していた 502 症例のうち産科合併症がみられたのは 116 症例(23.1%)であり、リスク因子を有していない 552 症例のうち産科合併症がみられた 112 症例(20.3%)と比べて有意差は認めなかった( $p = 0.294$ )(図 3)。

#### D. 考察

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

このデータベースは、わが国最大の周産期データベースである。残念ながら、全分娩登録ではなく、病院を中心としたデータベースであることは前述した通りである。

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

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

今回は一次解析の結果を示すにとどまったが、最終年度は、妊娠高血圧症候群や切迫早産などの主な産科合併症別に、リスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行うことで「この HRP チェックリストが施設規模によらず全施設で使用可能である」ことを検討する予定である。

同時に「社会的」リスクと「医学的」リスクの相互関連性も検討する予定で当該施設での倫理委員会で承認されたところである。

#### E. 結論

概要に記述した。

## 参考文献

1. Yoshio Matsuda, Kunihiko Hayashi, Arihiro Shiozaki, Yayoi Kawamichi, Shoji Satoh and Shigeru Saito Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-cohort study J Obstet Gynaecol Res. 37(6):538-546, 2011.
2. Yoshio Matsuda, Kunihiko Hayashi, Arihiro Shiozaki, Yayoi Kawamichi, Shoji Satoh, and Shigeru Saito The impact of maternal age on the incidence of obstetrical complications in Japan J. Obstet Gynaecol Res. 37(10): 1409-1414. 2011.
3. Arihiro Shiozaki, Yoshio Matsuda, Shoji Satoh, Shigeru Saito Impact of fetal sex in pregnancy-induced hypertension/pre-eclampsia in Japan Journal of Reproductive Immunology 89:133-139, 2011.
4. Arihiro Shiozaki, Yoshio Matsuda, Kunihiko Hayashi, Shoji Satoh, Shigeru Saito Comparing of risk factors for major obstetric complications between Western countries and Japan: A case-cohort study. J. Obstet. Gynaecol. Res. 37(10):1447-1454, 2011.
5. Kunihiko Hayashi, Yoshio Matsuda, Yayoi Kawamichi, Arihiro Shiozaki, Shigeru Saito Smoking during pregnancy increases risks of obstetric complications: A case-cohort study of the Japan Perinatal Registry database J Epidemiol 2011;21(1):61-66.
6. Arihiro Shiozaki, Yoshio Matsuda, Shoji Satoh and Shigeru Saito Comparison of risk factors for gestational hypertension and preeclampsia in Japanese singleton pregnancies J. Obstet. Gynaecol. Res. 2012, doi:10.1111/j.14470756.2012.01990.x
7. 松田義雄 母子健康手帳の改訂に向けた産科合併症の特性に関する研究 厚生労働科学研究費補助金「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」平成 21 年度 総括・分担報告書（研究代表者 松田義雄）19-45
8. 松田義雄 母子健康手帳の改訂に向けた産科合併症の特性に関する研究 厚生労働科学研究費補助金「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」平成 20-22 年度 総括・分担報告書（研究代表者 松田義雄）39-46
9. 松田義雄 ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究 平成 27 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「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」（主任研究者 光田信明）平成 27 年度 総括・分担研究報告書 127-138 2016 年 3 月

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1- Yoshio Matsuda, Kemal Sasaki, Kaoru Kakinuma, Toshiyuki Kakinuma, Miki Tagawa, Ken Imai, Hiroaki Nonaka, Michitaka Ohwada, Shoji Satoh Magnitude of risk factors for the perinatal events in Japan: The introduction of a newly created perinatal event score J Obstet Gynaecol Res, in press
- 2- Yoshio Matsuda. Commentary: Severe fetal acidemia in cases of clinical chorioamnionitis in which the infant later developed cerebral palsy J Neurol Neuromed 1(1):28-30, 2016
- 3- Miki Tagawa, Yoshio Matsuda, Tomoko Manaka, Makiko Kobayashi, Michitaka Ohwada, Shigeki Matsubara, MD, An Exploratory Analysis of the Textual Data from the Mother and Child Handbook Using a Text Mining Method (II): The Monthly Changes in the Words Recorded by Mothers JOGR 2016 doi:10.1111/jog.13178
- 4- Masaki Ogawa, Yoshio Matsuda, Akihito Nakai, Masako Hayashi, Shoji Satoh, Shigeki Matsubara. Standard curves of placental weight and fetal/placental weight ratio in Japanese population: difference according to the delivery mode, fetal sex, or maternal parity. Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 206:225-231
- 5- Tetsuo Ono, Yoshio Matsuda, Kemal Sasaki, Shoji Satoh, Shunichiro Tsuji, Fuminori Kimura Takashi Murakami. Comparative analysis of cesarean section rates using Robson Ten Group Classification System and Lorenz curve in the main institutions in Japan. J Obstet Gynaecol Res 42(10): 1279–1285, 2016
- 6- Kotaro Fukushima, Seiichi Mokokuma, Yuzo Kitadai, Yukiko Tazaki, Masahiro Sumie, Noyuki Nakanami, Shin Ushiro, Yoshio Matsuda, Kiyomi Tsukimori. Analysis of antenatal-onset cerebral palsy secondary to transient ischemia in utero using a national database in Japan J Obstet Gynaecol Res 42(10):1297-1303, 2016
- 7- Jun Hasegawa, Ikuno Kawabata, Yoshiharu Takeda, Hiroaki Aoki, Takehiko Fukami, Atsushi Tajima A, Kei Miyakoshi, Katsufumi Otsuki, Norio Shinozuka, Yoshio Matsuda, Mitsutoshi Iwashita, Takashi Okai T, Akihito Nakai Improving the accuracy of diagnosing placenta previa on transvaginal ultrasound by distinguishing between the uterine isthmus and cervix: A prospective multicenter observational study Fetal Diagn Ther 2016 DOI: [10.1159/000446212](https://doi.org/10.1159/000446212)
- 8- Yoshio Matsuda, Tomoko Manaka, Makiko Kobayashi, Shuhei Sato, Michitaka Ohwada. An Exploratory Analysis of Textual Data from the Mother and Child Handbook Using the Text Mining Method: Relationships with Maternal Traits and Postpartum Depression. JOGR 2016; 42(6):655-660
- 9- Katsufumi Otsuki, Akihito Nakai, Yoshio Matsuda, Norio Shinozuka, Ikuno Kawabata, Yasuo Makino,

- Yoshimasa Kamei, Shiro Kozuma, Mitsutoshi Iwashita and Takashi Okai. Randomized trial of ultrasound-indicated cerclage in singleton women without lower genital tract inflammation JOGR 42(2):148-157, 2016
- 10- Fumika Tsuchiyama, Masaki OGAWA, Jun KONNO, Yoshio MATSUDA, Hideo MATSUI. Effects of Fetal Gender on Occurrence of Placental Abruption EC Gynaecology 2.3 (2016) 208-212
- 11- 松田義雄 ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究 平成27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「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」(主任研究者 光田信明) 平成27年度 総括・分担研究報告書 127-138 2016年3月
- 12- 松田義雄、川口晴菜、小川正樹、米山万里枝. 妊婦健診における情報収集と利活用に関する研究 平成27年度厚生労働科学研究費補助金健やか次世代育成総合研究事業「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(研究代表者 山縣然太郎) 平成27年度 総括・分担研究報告書 343-357 2016年3月
- 13- 松田義雄、川口晴菜、小川正樹、米山万里枝. 妊婦健診における情報収集と利活用に関する研究 平成27年度厚生労働科学研究費補助金健やか次世代育成総合研究事業「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(研究代表者 山縣然太郎) 平成25-27年度総括・総合研究報告書 ; 515-541, 2016年3月
- 14- 松田義雄、大槻克文、佐藤昌司、太田 創. 産科のデータベースと予後データのリンク及び評価 平成27年度厚生労働科学研究費補助金「我が国に適応した神経学的予後の改善を目指した新生児蘇生法ガイドライン作成のための研究」(研究代表者 楠田 聡) 平成27年度総合研究報告書 ; 69-82、 2016年3月
- 15- 松田義雄「正常臍帯血pHの脳性麻痺」日本産婦人科医会報2016 ; 68(7):12-13
- 16- 松田義雄、田川実紀. 胎児心拍と母体心拍の取り違い 胎児心拍数モニタリングを極める (絶対に見逃してはいけないCTG波形5) 助産雑誌 2016 ; 70(5):373-78
- 17- 松田義雄 臨床統計に馴染もう 学会発表と研究スタートアップ (監修 松田義雄、小林 浩 編著 成瀬勝彦) メジカルビュー社 東京 132-133、2016年
- 18- 松田義雄 早産 周産期医学必修知識 第8版(責任編集 松田義雄 他) 東京医学社 東京 302-303、2016年
- 19- 三谷穰,松田義雄 難治性の周産期 common diseaseへの挑戦 妊娠高

血圧症候群 既往常位胎盤早期剥離妊婦の管理 2016 ; 70(1) : 111-118

20- 三谷穰,松田義雄 変動一過性徐脈の発生の仕組みと対応 胎児心拍数波形の読み方と対応 臨床婦人科産科 2016 ; 70(7) : 600-608,

21- 三谷穰,松田義雄 産科合併症の管理 7.常位胎盤早期剥離 産婦人科の実際 2016 ; 65(10): 1251-63

2. 学会発表  
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

表1. 産科合併症と関連するリスク因子

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

平成27年度厚労科研 (光田班) 分担研究より

表2. 症例の内訳

	施設数	症例数
1次施設	13	1054
2次施設	4	264
3次施設	3	298
計	20	1616

表3. 施設規模別にみた産科合併症をもつ症例の割合

	総数	合併症あり	合併症なし	合併症割合
1次施設	1054	228	826	21.6%
2次施設	264	81	183	30.7%
3次施設	298	126	172	42.3%
合計	1616	435	1181	26.9%

表4. 施設規模別にみたリスク因子を有する症例の割合

	総数	リスク因子あり	リスク因子なし	リスク因子を有する割合
1次施設	1054	502	552	47.6%
2次施設	264	135	129	51.1%
3次施設	298	200	98	67.1%
合計	1616	837	779	51.8%



表5. 産科合併症に対するリスク因子の感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率の施設規模別比較

	感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率
1次施設	50.9%	53.3%	23.1%	79.7%
2次施設	60.5%	53.0%	36.3%	75.2%
3次施設	69.8%	34.9%	44.0%	61.2%
全体	58.2%	50.6%	30.2%	76.6%

図3. 1次施設におけるリスク因子の有無による産科合併症を有する割合の比較

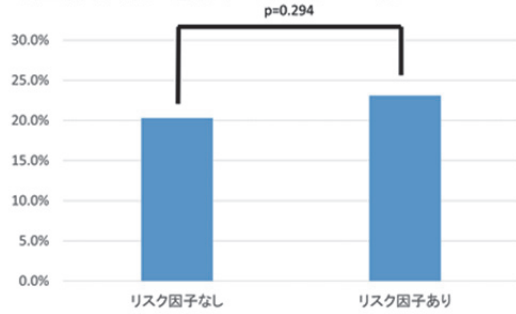


図1. 施設規模別にみた抽出率(感度)

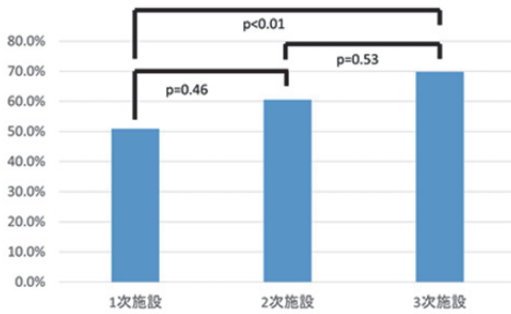
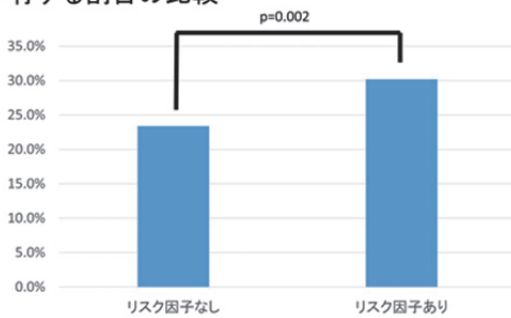


図2. リスク因子の有無による産科合併症を有する割合の比較



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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な  
保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科 主任部長 光田信明

### 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

分担研究者 板倉 敦夫 学校法人順天堂 順天堂大学 産婦人科学講座 教授

#### 研究要旨

【目的】 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成において、欠如していた悪性腫瘍治療後妊娠の治療による妊娠への影響を明らかにして、チェックリスト完成を行う。

【方法】 ①日産婦周産期データベースを用いて、子宮頸部手術（円錐切除術および LEEP）後妊娠例と非施行妊娠例の周産期予後を検討した。②多施設共同研究によって、子宮頸部手術後妊娠の術式および妊娠中管理と、周産期予後を検討した。

【結果】 子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2% (390/1,488) は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848) に比して、有意に高値を示した。Risk ratio (RR) は 2.44 と高い早産への寄与因子であることが示された。一方、子宮頸部手術後妊娠の術式別の早産率については、有意差を認めなかった。また 20 週ごろの頸管長は、早産の有無で有意差はみられなかった。さらに、予防的頸管縫縮術や腔分泌物培養の結果でも、早産の有無で差を認めなかった。

【結論】 近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識してはいるものの  $RR \geq 2$  の早産ハイリスク妊娠である。しかし、さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法は見いだせていない。子宮頸がんの若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されており、子宮頸部手術後妊娠に社会的ハイリスクが多いと考えられる。したがって、現状では子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。

#### A. 研究目的

晩婚・晩産化、若年層における子宮頸がん患者の増加に伴い、子宮頸部手術後妊娠例の増加が予想される。頸部手術後妊娠は早産ハイリスクであるこ

とが知られているが、本邦におけるその周産期事象に関する大規模調査研究は少ない。

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストには、不可欠な因子ではあるが、日本産科婦人科学会周産期データベースでは、平成 25 年から子宮頸部手術既往も、記載することになった。そのため、チェックリスト作成時には、この因子を組み込むことができなかった。さらに必要以上の頸部組織の切除は、早産リスクであることは、広く認知されるようになり、近年頸部病変には、Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) など、最小限の切除にとどめるよう心掛けるようになっており、最近の早産リスクは明らかではない。そこで、日本産科婦人科学会周産期データベースならびに、多施設共同研究によって、早産リスクの評価および早産の予防法についての検討を行った。

## B. 研究方法

① 平成 25 年および平成 26 年の日産婦周産期データベース登録例を対象とした。(除外：多胎妊娠、胎児形態異常例、データ欠落例、年齢：17 歳未満、50 歳以上、前置胎盤、胎盤早期剥離)。平成 25 年：登録症例 186,234 例中 160,689 例、平成 26 年：登録症例 220,052 例中 192,647 例を解析に供した。解析にあたり、頸管手術施行群および非施行群で、頸管手術 (leep もしくは conization) 施行例は 1488 例であった。母体年齢、初産、分娩週数、早産、胎

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

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

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

## C. 研究結果

### ①

表 1 周産期データベースによる頸部手術施行の有無による周産期予後

	頸部手術		P
	非施行例 (N=351, 848)	施行例 (N=1, 488)	
母体年齢	32 ± 5	34 ± 4	<0.0001
初産	182, 393 (51. 8%)	612 (41. 2%)	<0.0001
分娩週数	38 ± 2	37 ± 3	<0.0001
早産, <36 週	37, 782 (10. 7%)	390 (26. 2%)	<0.0001
胎胞脱出	1, 242 (0. 35%)	19 (1. 28%)	<0.0001
治療的頸管縫縮術	1, 212 (0. 34%)	31 (2. 08%)	<0.0001
前期破水, 14-42 週	37, 289 (10. 6%)	326 (21. 9%)	<0.0001
前期破水, 14-36 週	10, 951 (3. 6%)	218 (17. 7%)	<0.0001
前期破水, 14-33 週	4, 700 (1. 53%)	145 (11. 8%)	<0.0001
臨床的 CAM	2, 240 (0. 64%)	29 (1. 95%)	<0.0001
頸管裂傷	2, 948 (0. 84%)	17 (1. 14%)	NS
妊娠高血圧症候群	19, 115 (5. 4%)	36 (2. 4%)	<0.0001

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

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

表 2 多施設共同研究による子宮頸部手術の切除方法

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

手術法は 7 種類にも分散しており、方法別の早産率に差を認めなかった。さらに 35.6% (115/330 例) において手術法が不明であり、子宮頸部手術に関する十分な情報が分娩施設へ伝わっていない例が多いことが分かった。さらに、妊娠 20 週ごろの頸管長と分娩週数には有意な相関はみられなかった。

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

## D. 考察

子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識した治療を行ってはいると思われるものの  $RR \geq 2$  の早産ハイリスク妊娠であった。母体年齢等子宮頸部手術施行群、非施行群で有意差があり、背景が同一でなくさらなる検討を要すると考えられた。また、手術方法別のリスクには差がなく、頸管長や膈分泌物培養の結果、あるいは予防的頸管縫縮術でも早産率に差がみられなかった。さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法は見いだせていない。

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

## E. 結論

社会的ハイリスクに多い子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、早産に対応可能な周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

I. 問題点と利点

なし

J. 今後の展開

統計解析方法をさらに検討し、リスク解析を進め、早産リスク評価を深める。また、開腹頸管縫縮術など試験的に行われている早産予防策も有用性について検討する。

参考文献

なし

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

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

分担研究者 小川 正樹 東京女子医科大学 産婦人科臨床教授  
松田 義雄 JCHO 三島総合病院 院長

#### 研究要旨

【目的】ハイリスク妊娠の出産後に、次回妊娠へのリスク管理が行われているかについては不明のことが多い。次回妊娠へのリスクを評価する目的で、当院で出産したハイリスク妊婦の産後の管理状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】東京女子医科大学病院で平成 25 年に分娩の管理をした妊婦で、産後の管理がなされたか否かを、フォローアップ期間について診療録を用いて後方視的に検討した。フォローアップ期間は、産後 3 か月、6 か月、12 か月時点での管理状況の有無により判断した。自施設倫理委員会の承認は得ている。

【結果】合併症を有する妊婦が、のべ 237 名含まれており、1 型糖尿病：36 名、2 型糖尿病：17 名、甲状腺疾患：43 名、精神神経疾患：30 名、腎泌尿器科疾患：29 名、子宮頸部異形成を含む婦人科系疾患：26 名、血液疾患：11 名、消化器系疾患：9 名、肝炎キャリアなどの肝疾患：7 名であった。糖尿病、血液疾患、肝疾患、甲状腺、消化器疾患などでは非常に高率に長期間にわたりフォローアップされているが、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、フォロー率が低いことが明らかとされた。

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

産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。今後どのような産科合併症において産後の管理が必要なのかを明らかにしていく必要があるものと考えられた。

## A. 研究目的

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

米国においても同様の傾向が認められ、従来の周産期医療システムは、母体の管理よりも、新生児の管理に重点を置いていることが指摘されている。その結果、米国における妊産婦死亡率は、過去 12 年間で 75% も増加しており、早急な対策が求められている。この点において、米国産科婦人科学会 (ACOG) は、平成 27 年に妊産婦のリスクに応じた周産期ケアの重要性を認識し、妊産婦のリスクに応じて、産科医療レベルを分類し階層化することで、母体ケアを充分に行うシステムを作成することを推奨している[1]。すなわち、妊婦のリスクを充分に把握することと、産科医療施設のレベルを階層化することにより、必要な医療資源を効果的に配分することで、妊産婦死亡率の改善を図ろうとするものである。

本邦においてこれまで用いられてきた中林の妊娠リスクスコアは、主に妊産婦側が自主的に判断し、適切なレベルの医療施設へと誘導する目的で作成され運用されてきたものである。しかし、今後は医療側もこの妊産婦の

リスクを充分に把握することが求められる。一方で、ハイリスク妊娠の出産後に、次回妊娠へのリスク管理が行われているかについては不明のことが多い。

本研究では、次回妊娠へのリスクを評価する目的で、当院で出産したハイリスク妊婦の産後の管理状況を明らかにすることを目的に実施した。

## B. 研究方法

東京女子医科大学病院で平成 25 年に分娩の管理をした妊産褥婦で、産後の管理がどの程度なされたかを、自診療科管理または他診療科管理に分類し、そのフォローアップ期間について診療録を用いて後方視的に検討した。

フォローアップ期間は、産後 3 か月、6 か月、12 か月時点での管理状況の有無により判断した。自施設倫理委員会の承認は得ている (承認番号 2299)。

## C. 研究結果

### ①患者背景

当該期間に当院での分娩管理をした産婦は、796 名であり、単胎 760 名、双胎 35 名、品胎 1 名であった。年齢は  $34.1 \pm 4.9$  歳 (最小値: 15 歳、中央値: 34 歳、最大値: 48 歳) であった。受診理由は外来紹介: 452 名、母体搬送: 90 例であった。妊娠成立事由は、生殖補助医療による妊娠が 107 名で、内訳は顕微授精: 33 例、体外受精: 55 例、人工授精 19 例であった。産科合併症としては、胎児発育不全: 65 例、妊娠糖尿病: 39 例、頸管

長短縮症例 42 名を含めた切迫早産 123 例で、子宮頸管縫縮術症例は 5 症例であった。前置胎盤 7 症例、常位胎盤早期剥離 7 症例であり、妊娠高血圧症候群は 36 症例に認められた。分娩週数は、 $37.4 \pm 3.0$  週（最小値：22 週、中央値：38 週、最大値：41 週）で、早産 158 例（19.8%）を含み、その内訳は、22～27 週：18 例（2.3%）、28～31 週：27 例（3.4%）、32～33 週：24 例（3.0%）、34～36 週：89 例（11.2%）であった。分娩方法は、自然分娩：440 例、帝王切開：302 例、鉗子分娩：21 例、吸引分娩：32 例であった。分娩時に輸血を実施された症例が 15 名、死産または早期新生児死亡例が 10 名であった。

#### ②合併症疾患内訳

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

#### ③産後フォローアップ期間

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

割合を表 1 に示す。またこれをプロットしたものを図 1 にも示した。

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

#### D. 考察

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

一方産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの



管理がなされていないことが明らかとなった。今回の検討ではなされなかったが、既往妊娠で早産した妊婦が次回妊娠で反復する切迫早産を認める症例もあり、対策が求められるものと推定される。

#### E. 結論

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

産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。どのような産科合併症において産後の管理が必要なのかを明らかにしていく必要があるものと考えられた。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) Watanabe M, Matsuo M, **Ogawa M**, Uchiyama T, Shimizu S, Iwasaki N, Yamauchi A, Urano M, Numabe H, Saito K: Genetic counseling for couples seeking noninvasive prenatal testing in Japan: experiences of pregnant women

and their partners. **J Genet Couns.** in press

2) **Ogawa M**, Matsuda Y, Nakai A, Hayashi M, Sato S, Matsubara S: Standard curves of placental weight and fetal/placental weight ratio in Japanese population: difference according to the delivery mode, fetal sex, or maternal parity. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** in press

3) **Ogawa M**: Factors that influence proper management after repair of uterine rupture in the second trimester: rupture site or size, and involvement of protruding membrane. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** 2016;207:235-46

4) Tsuchiyama F, **Ogawa M**, Konno J, Mastuda Y, Matsui H: Effects of fetal gender on occurrence of placental abruption. **EC Gynaecology.** 2016;2:208-12.

5) Nishiyama M, Sekizawa A, Ogawa K, Sawai H, Nakamura H, Samura O, Suzumori N, Nakayama S, Yamada T, **Ogawa M**, Katagiri Y, Murotsuki J, Okamoto Y, Namba A, Hamanoue H, Ogawa M, Miura K, Izumi S, Kamei Y, Sago H.: Factors affecting parental decisions to terminate pregnancy in the presence of chromosome abnormalities: a Japanese multicenter study. **Prenat Diagn.** 36:1121-6,2016

6) Yotsumoto J, Sekizawa A, Suzumori N, Yamada T, Samura O, Nishiyama M, Miura K, Sawai H, Murotsuki J, Kitagawa M, Kamei Y, Masuzaki H,

- Hirahara F, Endo T, Fukushima A, Namba A, Osada H, Kasai Y, Watanabe A, Katagiri Y, Takeshita N, **Ogawa M**, Okai T, Izumi S, Hamanoue H, Inuzuka M, Haino K, Hamajima N, Nishizawa H, Okamoto Y, Nakamura H, Kanegawa T, Yoshimatsu J, Tairaku S, Naruse K, Masuyama H, Hyodo M, Kaji T, Maeda K, Matsubara K, Ogawa M, Yoshizato T, Ohba T, Kawano Y, Sago H; Japan NIPT Consortium: A survey on awareness of genetic counseling for non-invasive prenatal testing: the first year experience in Japan **J Hum Genet** 61:995-1001,2016
- 7) Suzumori N, Ebara T, Yamada T, Samura O, Yotsumoto J, Nishiyama M, Miura K, Sawai H, Murotsuki J, Kitagawa M, Kamei Y, Masuzaki H, Hirahara F, Saldivar JS, Dharajiya N, Sago H, Sekizawa A; Japan NIPT Consortium (Endo T, Fukushima A, Namba S, Osada H, Kasai Y, Watanabe A, Katagiri Y, Takesita N, **Ogawa M**, Okai T, Izumi SI, Hamanoue H, Haino K, Hamajima N, Nishizawa H, Okamoto Y, Nakamura H, Kanekawa T, Yoshimatsu J, Tairaku S, Naruse K, Masuyama H, Hyodo M, Kaji T, Maeda K, Matsubara K, Ogawa M, Yoshizato T, Ohba T, Kawano Y.. Fetal cell-free DNA fraction in maternal plasma is affected by fetal trisomy. **J Hum Genet.** 61:647-52,2016
- 8) Fukasawa Y, Makino Y, **Ogawa M**, Uchida K, Matsui H: Factors related to deterioration of renal function after singleton delivery in pregnant women with chronic kidney disease. **Taiwan J Obstet Gynecol.** 55:166-70,2016
- 10) **小川正樹**、橋本 誠司：【合併症妊娠における情報提供】腎移植後. **周産期医学** 2016;46:1273-6
- 11) **小川正樹**：【周産期管理がぐっとうまくなる!ハイリスク妊娠の外来診療パーフェクトブック】産科合併症の管理 胎児発育不全. **産婦人科の実際** 2016;65:1319-27
- 12) **小川正樹**：【妊娠時期別にみた分娩の対応-どうすれば児の予後を改善できるか?】37、38 週 母体・胎児 Term の見直し ACOG 提言を受けて. **周産期医学** 2016;46:887-9
- 13) **小川正樹**：【産婦人科処方実践マニュアル】(第1章)周産期分野 妊娠中の産科異常 常位胎盤早期剥離. **産科と婦人科** 2016;83(Suppl):27-31
- 14) 池田真理子、三谷穰、橋本誠司、**小川正樹**、松井英雄：妊娠 24 週で診断された大腸癌、肝転移、腹膜播種の 1 例. **東京産科婦人科学会会誌** 65:311-4,2016
- 15) **Ogawa M**, Mastuda Y, Konno J, Mitani M, Matsui H: Preterm placental abruption: Tocolytic therapy regarded as a poor neonatal prognostic factor. **Clin Obstet Gynecol Reprod Med** 2015;1:20-4.
- 16) Seki M, **Ogawa M**, Matsui H: Relationship between advanced maternal age and assisted reproductive technology: a retrospective single center study. **J Tokyo Wom Med Univ.** 2015;85:138-43.

- 17) Matsuda Y, **Ogawa M**, Nakai A, Tagawa M, Ohwada M, Ikenoue T: Severe fetal acidemia in cases of clinical chorioamnionitis in which the infant later developed cerebral palsy. **BMC Pregnancy Childbirth**. 15:124,2015
- 18) Matsuda Y, **Ogawa M**, Nakai A, Hayashi M, Satoh S, Matsubara S: Fetal/Placental weight ratio in term Japanese pregnancy: its difference among gender, parity, and infant growth. **Int J Med Sci**. 12:301-5,2015
- 19) Ryu N, **Ogawa M**, Matsui H, Usui H, Shozu M: The clinical characteristics and early detection of postpartum choriocarcinoma. **Int J Gynecol Cancer**. 25:926-30,2015
- 20) Sago H, Sekizawa A; Japan NIPT consortium; Yamada T, Endo T, Hukushima A, Murotsuki J, Kamei Y, Nanba S, Yotsumoto J, Osada H, Kasai Y, Watanabe A, Katagiri Y, Takesita N, **Ogawa M**, Tanemoto T, Samura O, Kitagawa M, Okai T, Izumi S, Hamanoue H, Hirahara F, Haino K, Suzumori N, Hamajima H, Nishizawa H, Okamoto Y, Nakamura H, Kanekawa K, Yoshimatsu J, Sawai H, Tairaku S, Naruse K, Masuyama H, Kaji T, Maeda K, Ogawa M, Yoshizato T, Miura K, Masuzaki H, Ohba T, Kawano Y, Nishiyama M: Nationwide demonstration project of next-generation sequencing of cell-free DNA in maternal plasma in Japan: one-year experience. **Prenat Diagn**. 35:1-6,2015
- 21) **小川正樹** :【周産期診療べからず集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[胎児] severe FGRの陣発時に早剥を見逃すべからず. **周産期医学** 2015;45(Suppl):247-8
- 22) **小川正樹** :【周産期診療べからず集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産科合併症] 乏尿の妊婦に子癇予防の硫酸マグネシウムを投与してはいけない **周産期医学** 2015;45(Suppl):225
- 23) **小川正樹** :【周産期診療べからず集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産科合併症] マグネシウム投与前に腱反射のチェック忘れるべからず. **周産期医学** 2015;45(Suppl):223-4
- 24) **小川正樹** :【周産期診療べからず集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産科合併症] 妊娠後期の出血や腹痛では常位胎盤早期剥離を念頭に入れた管理を行うことを忘れるべからず. **周産期医学** 2015;45(Suppl):191-2
- 25) **小川正樹** :【子宮頸部と峡部-妊娠・分娩期の生理と病理-】子宮頸管熟化機序と病態. **産婦人科の実際** 2015;64:1867-72
- 26) **小川正樹** :【我々はこうしている-ガイドラインには対応が示されていない症例にどう対応するか?】母体・胎児編 妊娠12週 26歳でリスクのない妊婦から染色体検査を依頼された. **周産期医学** 2015;45:273-5
- 27) **小川正樹** :【よくわかる検査と診断】(第1章)周産期分野 妊娠中の母体異常・胎児異常 常位胎盤早期剥離. **産科と婦人科** 2015;82(Suppl):23-6
- 28) 石谷健、鈴木志帆、高橋伸子、金

野潤、三谷穰、小川正樹、牧野康男、松井英雄：LigaSure Impact および Vagi-パイプを用いた前置癒着胎盤に対する cesarean hysterectomy. 産婦人科手術 26:125-129,2015

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

産科合併症および合併症疾患を有する褥婦の産後フォローアップ状況について単一施設における検討を行い、産科合併症におけるフォロー状況が明らかにされた。

J. 今後の展開

産科合併症を来した妊婦の次回妊娠における妊娠経過に関して明らかにすることが求められる。

図表

表 1 合併症妊娠の産後フォローアップ状況

	人数	1 か月	3 か月	6 か月	12 か月
1 型 DM	36	100%	97%	94%	94%
2 型 DM	17	100%	88%	88%	88%
甲状腺疾患	43	100%	58%	58%	58%
精神神経疾患	30	100%	33%	17%	0%
腎泌尿器科疾患	29	100%	90%	34%	17%
自己免疫性疾患	29	100%	86%	69%	34%
婦人科系疾患	26	100%	92%	19%	19%
血液疾患	11	100%	91%	91%	91%
消化器系疾患	9	100%	89%	56%	56%
肝疾患	7	100%	71%	71%	71%

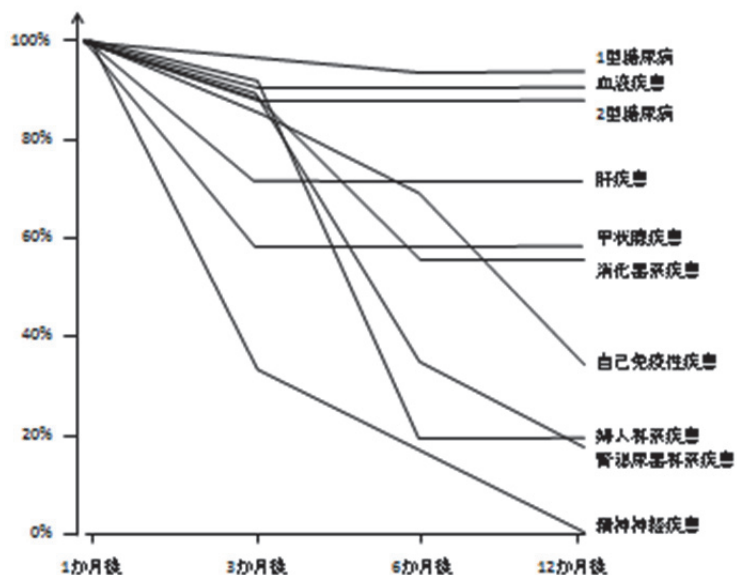


図 1. 合併症妊娠の産後フォローアップ状況（疾患別推移）

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
産科 主任部長 光田信明

### 社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

分担研究者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長  
研究協力者 川口 晴菜 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 診療主任  
岡本 陽子 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 副部長  
金川 武司 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 副部長  
和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 看護師長  
松田 義雄 独立行政法人地域医療機能推進機構 三島総合病院 院長

#### 研究要旨

周産期における医学的リスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠については、母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。社会的ハイリスクのなかには、妊婦健康診査の未受診に伴って医学的リスクの評価や対応が不十分となるため、結果的に医学的にもハイリスクとなりうる症例が存在し、増悪している可能性がある。さらに、育児に着目した場合、社会的ハイリスク家庭では児への虐待が問題となることがあり、妊娠中から社会的リスクを把握することで、ハイリスク症例を妊娠中から切れ目のない支援をするような体制づくりができると考えられる。この研究の目的は、社会的リスクの有無による、周産期における母児の医学的リスクへの影響度を算出することである。対象は、平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の 1 年間に当センターを初診した妊婦であり、1600 人程度である。妊娠中に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行う。症例が分娩に至ったのちに、周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析する。研究期間は、研究実施許可後～平成 30 年 3 月までとする。

社会的リスクと医学的リスクがオーバーラップした場合に母児の予後が増悪することが示されれば、社会的リスクを評価し対策を講じることが、医学的リスクの軽減や早期発見につながることを示唆すると考えられる。さらに、医療機関で医学的な情報のみでなく、社会的な情報も聴取することで、妊娠中産後の母児の周産期予後リスク評価を行うことができる。かつ社会的リスクの程度に応じて、保健・福祉機関と連携し妊娠中から母児を支援することができると考えられる。

## A. 研究目的

周産期における医学的なリスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠(未受診、若年妊娠、DV、経済的な問題、精神的な問題、支援不足など)については、母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。社会的リスクについては、子ども虐待の要因として挙げられるような項目が存在する。平成 26, 27 年大阪府内の分娩取り扱い施設 146 ヶ所に対して施行したアンケート調査によると、回収できた 63 施設(43.2%)のうち、社会的ハイリスク妊婦は、平成 26 年 3,146 件、平成 27 年 3,320 件であり、回答施設の分娩数から割り出した比率は共に 8.7%であった。社会的ハイリスクのなかには、妊婦健康診査の未受診に伴って医学的リスクの評価や対応が不十分となるため、結果的に医学的にもハイリスクとなりうる症例が存在し、医学的な問題が増悪している可能性がある。さらに、育児に着目した場合、社会的ハイリスク家庭では児への虐待が問題となることがあり、妊娠中から社会的リスクを把握することで、ハイリスク症例を妊娠中から切れ目のない支援をするような体制づくりができると考えられる。

この研究の目的は、社会的リスクの有無によって、医学的リスクが上昇す

るかを検証することであり、様々な社会的リスクと医学的リスクの関連について検討することである。

## B. 研究方法

縦断的観察研究である。対象は、当センターで平成 28 年 1 月 1 日～12 月 31 日に初診した妊婦であり、1600 人程度である。当センターで管理するも、他院での分娩となったものは除外する。当センターにおいて、初診および妊娠中期、後期の保健指導の際に看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシート(資料 1)に基づいた社会的リスクの評価を行う。

同症例が分娩に至ったのちに、周産期データベースから得られる医学的リスクについての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析する。なお、本研究は、実施機関である大阪府立母子保健総合医療センターの倫理委員会で承認を受け行う調査である。(承認番号 972) 社会的リスクの定義は以下の通りとする。

- ①生活歴：本人の被虐待歴、DV 歴、子供の不審死・虐待歴、心中未遂
- ②妊娠に関する要因：16 歳未満、40 歳以上、20 週以降の届出、妊婦健診未受診・中断、望まない妊娠、胎児に対して無関心、妊娠・中絶の反復、飛び込み出産歴  
妊娠中の不規則な生活
- ③心身の健康等要因：精神疾患、パーソナリティ障害、知的障害、訴え多く不安高い、身体障害・慢性疾患

資料1：大阪府アセスメントシート(妊婦版)

妊婦氏名 ( ) 記入日( ) 記入者( )

\* 各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にシ点でチェックする。

要 因	妊 婦 歴						
	リ ス ク 項 目	妊 婦			パ ー ト ナ ー		
		あり	不明	なし	あり	不明	なし
生活歴 (A)	①保護者自身に被害歴がある						
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある						
	③胎児のきょうだいに不審死がある						
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)						
妊娠に関する 要因 (B)	①16歳未満の妊娠						
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)…①除く						
	③20週以降の届出						
	④妊婦健診未受診、中断がある						
	⑤望まない妊娠						
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動						
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す						
	⑧飛び込み出産歴がある						
	⑨40歳以上の妊娠						
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある						
	⑪妊娠中の不規則な生活・不衛生等						
心身の健康等 要因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)						
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)						
	③知的障がい(疑いを含む)						
	④訴えが多く、不安が高い						
	⑤身体障がい・慢性疾患がある						
経済的・ 社会的 要因 (D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある						
	②生活保護受給						
	③不安定就労・失業中						
環境的・ 家庭的 要因 (E)	①住所不定・居住地がない						
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー						
	③家の中が不衛生						
	④出産・育児に集中できない家庭環境						
(F)その他	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある ( )						

支援者等の状況

支援者 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない</li> <li>・夫婦不和、親族と対立している</li> <li>・パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者</li> <li>・地域や社会の支援を受けていない</li> </ul>
関係 機関等 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センター等の関係機関の関わりを拒否する</li> <li>・情報提供の同意が得られない</li> </ul>

\* 妊婦とパートナーの「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1つでも該当する妊婦

②薄い網掛け項目 [ ] に要因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薄い網掛け項目 [ ] に要因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」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社会的経済的要因：生活保護、不安定就労・失業中

⑤家庭的環境的要因：住所不定、未婚・ステップファミリー、家の中が不衛生  
出産育児に集中できない家庭環境  
主要評価項目は、社会的リスクの有無によって以下の医学的リスクが増加するかである。

①妊娠前からの母体合併症(糖尿病、高血圧、甲状腺疾患、心疾患、腎疾患、自己免疫疾患、子宮疾患等)

②妊娠経過に関する要因(妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、切迫流早産、胎児死亡、胎児発育不全、Heavy for date、胎児異常)

③分娩に関する要因(分娩週数、緊急帝王切開、帝王切開、帝王切開の適応、器械分娩、輸血、分娩場所)

④児に関する要因(新生児死亡、出生体重、Apgar score(5 分值)、新生児集中治療室(NICU)入院)

#### C. 研究結果

社会的リスクの評価については、情報の欠損について再確認中である。対象者すべての分娩が完了するのが、平成29年12月末であり、結果については次回の報告書に記載予定である。

#### D. 考察

社会的リスクと医学的リスクがオーバーラップについて示されれば、社会的リスクを評価し対策を講じることが、医学的リスクの軽減や早期発見につながることを示唆すると考えられる。

#### E. 結論

社会的リスクがあれば医学的リスクが上昇することが示されれば、医療機関で医学的な情報のみでなく、社会的な情報も聴取することで、妊娠中産後の母児の周産期のリスクについて評価を行うことができる。かつ社会的リスクの程度に応じて、保健・福祉機関と連携し妊娠中から母児を支援することができると考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1)なし

##### 2. 学会発表

1)なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

#### I. 問題点と利点

問題点として、社会的なリスクや医学的リスクの比較的高い周産期センター単施設の検討であることが挙げられる。医学的リスクの評価は、一定基準に従えば、容易に選別できるが、社会的リスクの評価は、評価者の主観が介在する。単施設で、大阪府アセスメントシートの項目に入力する形で社会的リスクの抽出を行ったことで、

客観性の高いデータとなっていることが利点である。

#### J. 今後の展開

社会的リスクのうち医学的リスクと直結するものについては、妊娠初期に聴取すべき問題として抽出でき、今後の妊娠分娩管理に有用になる可能性がある。今回のアウトカムは社会的リスクと医学的リスクの関連についてであるが、アウトカムに子ども虐待を設定した場合、社会的リスクと医学的リスクの組み合わせによって、子ども虐待に寄与する割合が検討可能であると考えられる。

#### 参考文献

- 1) 未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書 大阪産婦人科医会  
2016年3月

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

分担研究者 木下勝之 日本産婦人科医会 会長

研究協力者 中井章人 日本医科大学産婦人科 教授

研究要旨

- 平成 27 年度の調査において、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は 4%で、全国で年間約 4 万人と推計され、未婚者が 18%で、貧困など生活面の問題を 15%程度が抱えていることが明らかになった。
- 自治体ごとのメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、0.6%から 8.6%に分布し、地域ごとでは、関東、九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった。
- メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。
- 要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所 (2.4%) に比較し、病院 ((5.4%) では 2 倍以上で、特に大学病院 (10.2%) と国立系病院 (7.6%) に集中していた。
- 要介入と判断された妊産婦への対応は、大部分の施設で助産師 (87.4%) や産婦人科医師 (53.0%) が行い、臨床心理士 (14.3%) が行っていたのはわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。
- 精神科への紹介率は 22.2%に止まり、総合周産期母子医療センター (57.6%) 等高次施設で高く、産科診療所 (14.5%) では低く、自治体間でも異なっていた。
- 以上より、地域の連携システムのより機能的な運用と妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や心理職等の早急な確保が望まれた。
- 多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

## A. 研究目的

妊娠、出産は母体の身体に大きな変化をもたらすと同時に、精神面にも影響を与える。特に産後数週間から数ヶ月は女性の生涯の中で、最も精神障害の発生率が高い時期にあたる。また、妊娠中の精神的問題は、愛着形成の欠如を招き、出産後の育児不安やネグレクトをはじめ、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている<sup>1-5)</sup>。したがって、メンタルヘルスに問題のある妊婦、褥婦に積極的な介入を行い、継続的支援を行うことは極めて重要な課題と言える。

本研究は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を目的に企図された。昨年度は、日本産婦人科医会の会員施設を対象に、前方視的アンケート調査を行いメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の割合を検討した。その結果、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の割合は4%で、全国で年間約4万人と推計され、未婚者が約20%を占め、貧困など生活面の問題を約15%程度が抱えていることが明らかになった<sup>6)</sup>。

本年度は同様のデータベースをもとに、地域や施設ごとの特徴を調査し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導や支援をより効率的に全国展開するための提案を行う。

## B. 研究方法

昨年度に行った全国調査データベースをもとに、自治体ごと、施設特性

ごとにメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の分布を検討した。

データベースは、産婦人科医会の施設情報調査 2015 で集計された全国の分娩取扱施設 2453 施設（病院 1044 施設、診療所 1409 施設）を対象に、平成 27 年 11 月 1 日から 11 月 30 日までの1ヶ月間に分娩管理した妊婦について、前方視的アンケート調査を実施し作成された。調査内容には個人情報に含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行われた（日産婦医会倫理委員会第 325 号）。

調査項目は分娩数、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦の数、年齢、理由、背景などが含まれる（表 1）。

## C. 研究結果

### 1. 平成 27 年度調査の概要

アンケート回収率は 43.7%（2453 施設中 1073 施設）で、集計された分娩数 38,895 件のうち、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦は 1551 名（4.0%）であった。また、社会的背景には、未婚者（18.1%）、貧困など生活面の問題（15.0%）があげられていた。

本調査は個票調査ではなく、同一施設で複数名の対象者があった場合、精神疾患合併やその既往歴があったものを明確に特定することはできないが、同一施設の報告で、明らかに精神疾患と診断されておらず、精神疾患の既往がなかったにも関わらずメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊

婦が 381 例 (1.0%) 含まれていた。これらの妊産婦では抑うつ感情や精神不安、あるいは他の身体問題による精神不安が疑われるものの、メンタルヘルスケアの専門医による診断を受けていないか、精神疾患と診断されることなく妊娠が経過していた。

## 2. 自治体ごとの検討

自治体ごとに、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分布を表 2、図 1 に示す。要介入の割合は、全国平均の 4.0% に比較し、0.6% から 8.6% に分布している (表 2、図 1)。地域ごとでは、関東、九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった (表 3、図 2)。

また、明らかに精神疾患と診断されておらず、精神疾患の既往がなかったにも関わらずメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦数、すなわち精神科への受診歴がなかった妊産婦数と全分娩数に対する割合を表 4 に示すが、自治体間で 0% から 5.9% とばらつきが大きい結果となった。

各自治体のメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦と、精神科受診歴のない妊産婦の割合には正の相関が認められた ( $r = 0.42, p < 0.05$ ) (図 3)。また、社会的背景として指摘されている経済状況や婚姻状況との関連を検討するため、各自治体の 1 人あたりの平均所得 7)、女性の生涯未婚率 8)、合計特殊出生率比較 9) と要介入者の割合を比較したが、いずれも有意な関連は認めなかった (図 4-6)。

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

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

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

## 3. 施設ごとの検討

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

病院を運営母体で分類すると、大学病院や国立系の病院で高率であった (表 8)。また、周産期機能で分類すると、一般病院に比較し、周産期母子

医療センターの指定を受けている病院で高率となっていた（表8）。

精神科受診歴のない妊産婦数と全分娩数に対するその割合を施設区分ごとに比較した（表9）。その結果、病院と診療所では差がなく、病院間の比較では運営母体に関わらず、周産期母子医療センターの指定を受けている施設で、わずかに増加するにとどまっていた。

介入が必要な妊婦へ対応した職種と割合を、表10にその内訳を示す。病院、診療所ともに助産師が最も多く対応しており、その傾向に大きな差はなかった。診療所に比較し病院では、臨床心理士が対応する施設が多く、運営母体ごとの集計では都道府県立病院（57%）、機能的な分類では総合周産期母子医療センター（42%）で高率であった。

産後精神科医師への紹介率は施設機能により異なり、総合周産期母子医療センターで19施設（57.6%）、地域周産期母子医療センターで24施設（38.1%）、一般病院で21施設（22.8%）、診療所で42施設（14.5%）になっていた。

#### D. 考察

メンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられた妊産婦は、全分娩の4%で、全国で年間約4万人と推計される。社会的背景としては18%が未婚者で、貧困など生活面の問題を15%程度が抱えている<sup>6)</sup>。また、半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精

神科医師などとの接点があるが、他の半数は専門医のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的 low年齢で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や子ども虐待に関し、よりハイリスクと推察されている<sup>6)</sup>。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合を、自治体ごとに比較すると、0.6%から8.6%と10倍以上の差があった。地域ごとでは、北海道・東北、関東、九州で比較的高率で、東海北陸、近畿で低い傾向にあった。これらの地域差の原因を検討するため、社会的背景として指摘されている経済状況や婚姻状況と比較したが、自治体ごとの平均的指標と対象妊産婦の割合には有意な関連は認めなかった（県民一人当たりの所得： $r = 0.126$ 、女性の生涯未婚率： $r = 0.181$ 、合計特殊出生率： $r = 0.193$ ）<sup>7-9)</sup>。一方、対象妊産婦の割合は、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率になる傾向があった（図3： $r = 0.42$ ,  $p < 0.05$ ）。このことは、各自治体における産婦人科医師の意識やスクリーニング方法に相違がある可能性を示唆している。より良い介入を行うためには、精神科受診歴のない妊産婦を含め、対象者を均一に抽出することは重要で、妊娠中に一定のスクリーニング法を導入することが必要と推察された。

施設の種類により、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分

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

メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦への対応には、専門的な知識と技術が必要になる。しかし、実際には助産師 (87%) や産婦人科医師 (53%) が対応することが多く、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応していた施設 (14%) はわずかであった。実際、18 自治体では、臨床心理士が対応したとする施設からの報告はなく、その配置や対応システムを検討する必要があると推察された。また、臨床心理士が対応した施設の割合は、運営母体ごとの集計では都道府県立病院 (57%)、機能的な分類では総合周産期母子医療センター (42%) で比較的高いものの、患者が集中する大学病院 (27%) や国立系病院 (17%) では平均的な数値であった。本調査では、実際の臨床心理士の配置を明らか

にすることはできないが、患者が集中する施設では更なる臨床心理士配置の充実や施設内の連携システムの効率的な運用を検討する必要があるものと推察された。

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

以上の成績は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦の全てが、十分な支援を受け出産を終え退院しているわけではないことを示唆している。早急な改善には、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師の確保や地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師などへの教育も重要である。産婦人科医師や助産師などを対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、

より即効的な対応策になるものと推察された。

#### E. 結論

メンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられる妊産婦の割合は4%で、全国で年間約4万人と推計される。この割合は、自治体間で異なり、精神科受診歴のない妊産婦がより多く抽出された自治体で高率で、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法の相違がこれらに影響している可能性があった。また、施設ごとの検討でも、対象者は診療所に比較し、病院では2倍以上で、特に大学病院と国立系病院に集中していた。

対象者への対応の大部分は助産師や産婦人科医師が行い、臨床心理士が行っていた施設はわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた。また、精神科への紹介率は20%程度に止まり、高次施設で高く、産科診療所では低く、自治体間でも大きく異なっていた。

以上より、妊産婦のメンタルヘルスカケアを専門とする精神科医師等の確保と地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

#### 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。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 木下勝之. 周産期に生じる精神科的な問題. 総合病院精神医学. 27: 194~197, 2015

2) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 日本小児科医会会報. 50: 19~23, 2015

3) 木下勝之. 乳幼児メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防  
日本医師会雑誌 144: 548~553, 2015

4) 中井章人, 光田信明, 木下勝之.  
メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究. 日本周産期・新生児医学会雑誌 2017 in press

##### 2. 学会発表

1) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 日本医師会母子保健講習会. 2015年2月

2) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 島根子育て支援フォーラム. 2015年3月

3) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 長崎県産婦人科医会学術集会. 2015年4月

4) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 京都産婦人科医会学術集会. 2015年4月

5) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 青森産婦



人科医会学術集会，2015年4月

6) 木下勝之．妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防．岡山医師会研修会，2015年5月

7) 木下勝之．妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防．三重県産婦人科医会学術集会，2015年5月

8) 木下勝之．妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防．日本小児科医会学術集会，2015年6月．

9) 木下勝之．児童虐待は子どもの脳の構造を壊す．Resilienceを獲得するために．第42回日本産婦人科医会学術集会2015年10月．

10) 木下勝之．周産期メンタルヘルスと児童虐待の予防 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会 2014年11月（大宮市）

11) 木下勝之．母親の愛情深い養育が乳幼児の脳の健全な発育に不可欠である—Resilienceを身に着ける— 第12回日本周産期メンタルヘルス学会 2015年11月（自治医大）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

本調査は、妊産婦へのスクリーニング調査ではなく、実際に精神科への受診奨励を行う産科医への調査である。したがって、正確な妊婦のメンタルステータスを評価しているわけではな

い。しかし、将来的に産婦人科と精神科が連携し、周産期メンタルヘルスネットワークを構築する際の、およその対象者（症例数）を推定することができる。また、地域や施設の特性を明らかにし、スクリーニングや保健指導をより効率的に全国展開する上で、有益な情報をもたらす。

J. 今後の展開

今年度得られたデータをもとに、産婦人科医師や助産師等を対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行く。

参考文献

1) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会．子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について．第10次報告．平成26年9月．

2) Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. Clinical Effectiveness in Nursing 8: 143-155, 2004.

3) 吉田敬子．母子の心の健康を求めて 妊産婦のメンタルヘルスの理論と実際 ハイリスク者の早期発見と育児支援におけるチーム医療の役割．日本医師会雑誌 137: 78-81, 2008

4) Kitamura T, Yamashita H, Yoshida K. Seeking medical support for depression

after the childbirth: A study of Japanese community mother of 3 month old babies. *The Open Women's Health Journal* 3: 1-4. 2009

5) 中板育美. 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究. 平成 18 年度厚生労働省科学研究報告書.

6) 光田信明. 飛び込み出産. *母子保健情報* 67: 19-23. 2013.

7) 杉下佳文. 妊娠中からの子ども虐待予防とスクリーニング. *母子保健情報* 67: 58-62. 2013.

8) Almas AN, Degnan KA, Walker OL, Radulescu A, Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Soc Dev* 24: 225-239. 2015

表1 アンケート調査

事務処理番号	貴施設名																														
妊産婦のメンタルヘルスに関する調査アンケート (FAX送信先:03-3269-4768)																															
1	平成27年11月1日より11月30日の1ヶ月間に貴施設で実施した分娩数 <span style="float: right;">分娩</span>																														
2	そのうちメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の数 <span style="float: right;">名</span>																														
3	介入が必要と考えられた妊産婦の年齢 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">20歳未満</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">25-29歳</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">35-39歳</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20-24歳</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">30-34歳</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">40歳以上</td> <td style="text-align: center;">名</td> </tr> </table>	20歳未満	名	25-29歳	名	35-39歳	名	20-24歳	名	30-34歳	名	40歳以上	名																		
20歳未満	名	25-29歳	名	35-39歳	名																										
20-24歳	名	30-34歳	名	40歳以上	名																										
4	その理由についてお答えください(重複回答可) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">精神疾患の合併</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">( 服薬有</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名 /</td> <td style="width: 24%; text-align: center;">服薬無し</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">名)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">精神疾患の既往 <span style="float: right;">名</span></td> </tr> <tr> <td colspan="6">抑うつ感情や精神不安が疑われる <span style="float: right;">名</span></td> </tr> <tr> <td colspan="6">他の身体的問題による精神不安 <span style="float: right;">名</span></td> </tr> </table>	精神疾患の合併	名	( 服薬有	名 /	服薬無し	名)	精神疾患の既往 <span style="float: right;">名</span>						抑うつ感情や精神不安が疑われる <span style="float: right;">名</span>						他の身体的問題による精神不安 <span style="float: right;">名</span>											
精神疾患の合併	名	( 服薬有	名 /	服薬無し	名)																										
精神疾患の既往 <span style="float: right;">名</span>																															
抑うつ感情や精神不安が疑われる <span style="float: right;">名</span>																															
他の身体的問題による精神不安 <span style="float: right;">名</span>																															
5	背景についてお答えください(重複回答可) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">結婚していない</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>貧困等生活面の問題がある</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>母子健康手帳発行なし</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>未受診妊婦である(健診回数3回以内)</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>妊娠葛藤(望まない妊娠)である</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>両親が離別している</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>実母と折り合いが悪い</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>夫との葛藤がある</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>幼児期に母親から否定的な養育をされた</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> <tr> <td>近所との付き合いがない等</td> <td></td> <td style="text-align: right;">名</td> </tr> </table>	結婚していない		名	貧困等生活面の問題がある		名	母子健康手帳発行なし		名	未受診妊婦である(健診回数3回以内)		名	妊娠葛藤(望まない妊娠)である		名	両親が離別している		名	実母と折り合いが悪い		名	夫との葛藤がある		名	幼児期に母親から否定的な養育をされた		名	近所との付き合いがない等		名
結婚していない		名																													
貧困等生活面の問題がある		名																													
母子健康手帳発行なし		名																													
未受診妊婦である(健診回数3回以内)		名																													
妊娠葛藤(望まない妊娠)である		名																													
両親が離別している		名																													
実母と折り合いが悪い		名																													
夫との葛藤がある		名																													
幼児期に母親から否定的な養育をされた		名																													
近所との付き合いがない等		名																													
6	介入が必要と考えられた妊産婦にどなたが対応しましたか(重複回答可) <div style="text-align: center;">産婦人科医師・助産師・看護師・臨床心理士など専任者・その他( )</div>																														
7	精神科医師に紹介した <span style="float: right;">はい・いいえ</span>																														
8	メンタルヘルスに問題がある妊産婦への対応やその仕組みについてご意見があればお聞かせください																														
<p>ご協力有難うございました。 <span style="float: right;">締め切り:平成27年12月25日</span></p> <p>このままFAXにて日本産婦人科医会宛(03-3269-4768)にご返送願います。</p> <p>(FAXがつながりにくい場合はFAX:03-3269-4730へご返信ください)</p>																															

表2 自治体ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要妊産婦数

	回答率 (%)	分娩数	要介入数	(%)		回答率 (%)	分娩数	要介入数	(%)
北海道	33.0	1111	46	4.1	滋賀	43.6	514	17	3.3
青森	32.3	358	18	5.0	京都	27.9	462	15	3.2
岩手	54.3	541	21	3.9	大坂	45.9	2612	89	3.4
宮城	40.9	902	49	5.4	兵庫	52.7	1553	35	2.3
秋田	42.3	179	1	0.6	奈良	37.9	368	12	3.3
山形	32.1	292	8	2.7	和歌山	50.0	316	6	1.9
福島	31.0	471	17	3.6	鳥取	35.3	172	9	5.2
茨城	48.1	925	57	6.2	島根	42.9	182	5	2.7
栃木	53.7	754	22	2.9	岡山	50.0	686	33	4.8
群馬	38.5	505	11	2.2	広島	51.8	1072	27	2.5
埼玉	37.2	2084	154	7.4	山口	50.0	535	18	3.4
千葉	36.7	1437	36	2.5	徳島	47.1	192	4	2.1
東京	41.5	4130	231	5.6	香川	62.5	366	8	2.2
神奈川	44.1	2784	86	3.1	愛媛	52.8	525	28	5.3
山梨	20.0	115	2	1.7	高知	43.8	231	5	2.2
長野	50.0	803	43	5.4	福岡	46.9	2041	51	2.5
静岡	29.5	774	16	2.1	佐賀	15.4	168	3	1.8
新潟	43.5	686	25	3.6	長崎	49.0	499	21	4.2
富山	45.5	292	14	4.8	熊本	32.0	589	49	8.3
石川	42.9	304	12	3.9	大分	57.1	555	16	2.9
福井	52.6	231	10	4.3	宮崎	45.9	421	36	8.6
岐阜	49.0	853	27	3.2	鹿児島	37.2	441	6	1.4
愛知	43.0	2275	77	3.4	沖縄	45.7	772	63	8.2
三重	51.3	817	12	1.5	全国	43.7	38895	1551	4.0

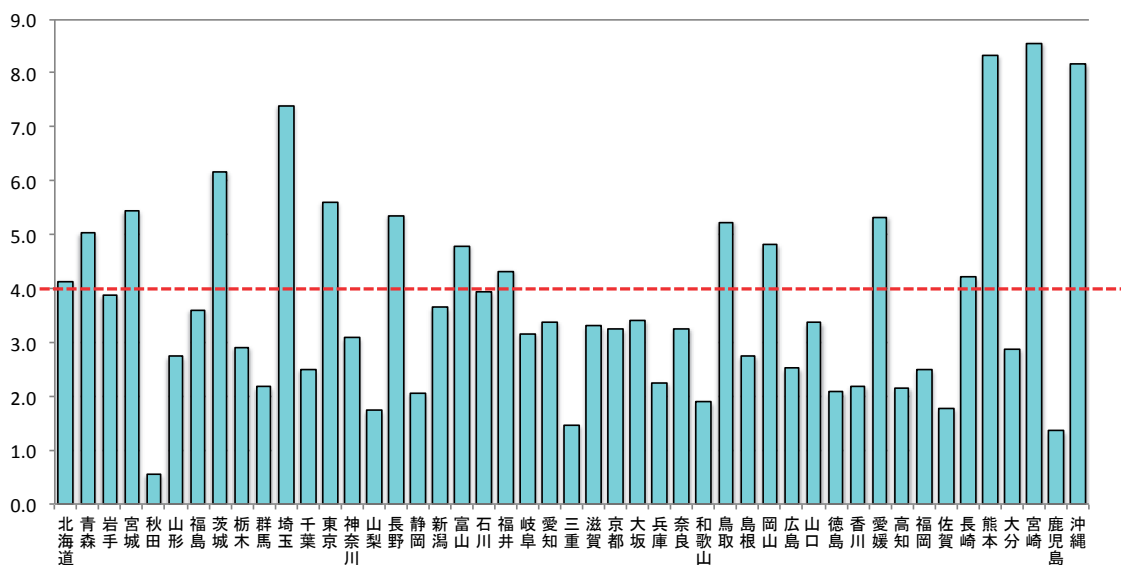


図1 自治体ごとのメンタルヘルス介入必要の割合 (%)

表3 地域ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

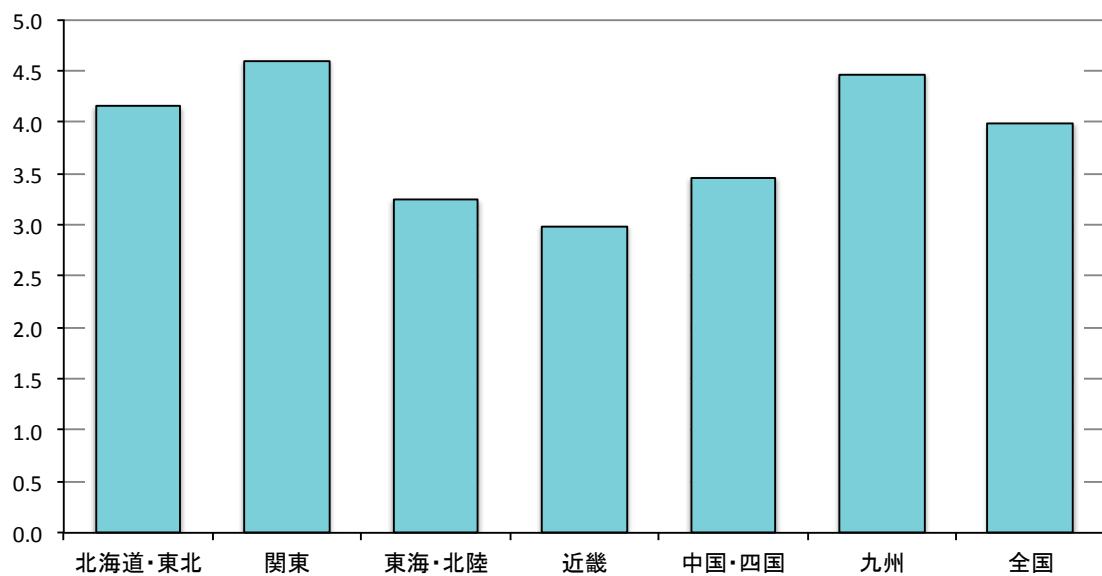


図2 地域ごとのメンタルヘルス介入必要割合(%)

表4 自治体ごとの受診歴のない妊産婦数とその割合

	受診歴のない 妊産婦数	頻度 (%)		受診歴のない 妊産婦数	頻度 (%)
北海道	10	0.9	滋賀	13	2.5
青森	5	1.4	京都	5	1.1
岩手	13	2.4	大坂	32	1.2
宮城	8	0.9	兵庫	17	1.1
秋田	0	0.0	奈良	0	0.0
山形	2	0.7	和歌山	2	0.6
福島	4	0.8	鳥取	4	2.3
茨城	8	0.9	島根	0	0.0
栃木	6	0.8	岡山	3	0.4
群馬	5	1.0	広島	9	0.8
埼玉	28	1.3	山口	5	0.9
千葉	2	0.1	徳島	0	0.0
東京	28	0.7	香川	1	0.3
神奈川	19	0.7	愛媛	8	1.5
山梨	0	0.0	高知	5	2.2
長野	11	1.4	福岡	11	0.5
静岡	5	0.6	佐賀	3	1.8
新潟	4	0.6	長崎	7	1.4
富山	3	1.0	熊本	35	5.9
石川	10	3.3	大分	4	0.7
福井	2	0.9	宮崎	5	1.2
岐阜	8	0.9	鹿児島	3	0.7
愛知	20	0.9	沖縄	3	0.4
三重	5	0.6	全国	381	1.0

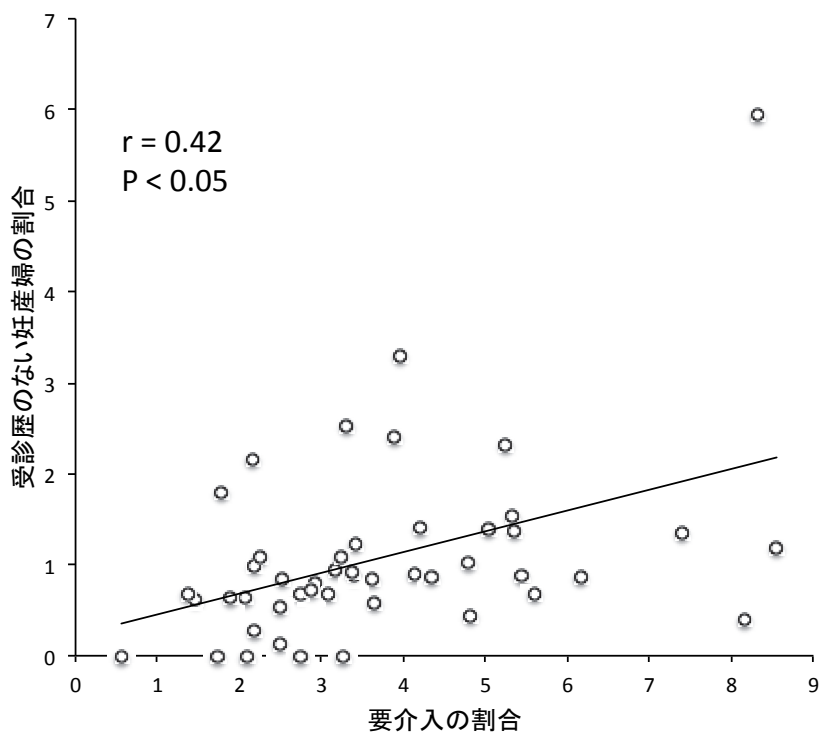


図3 メンタルヘルス介入必要頻度と受診歴のない妊産婦

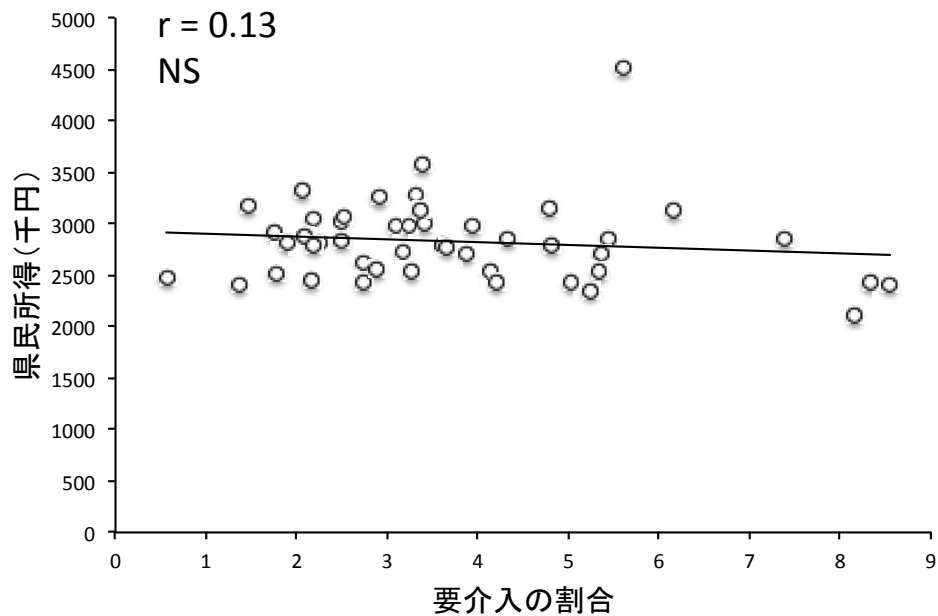


図4 メンタルヘルス介入必要頻度と各自治体の平均所得

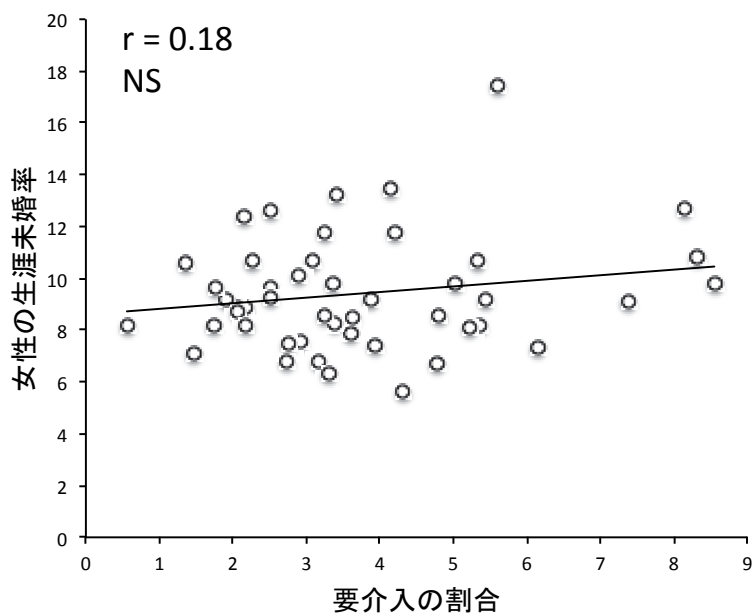


図5 メンタルヘルス介入必要頻度と各自治体の女性の生涯未婚率

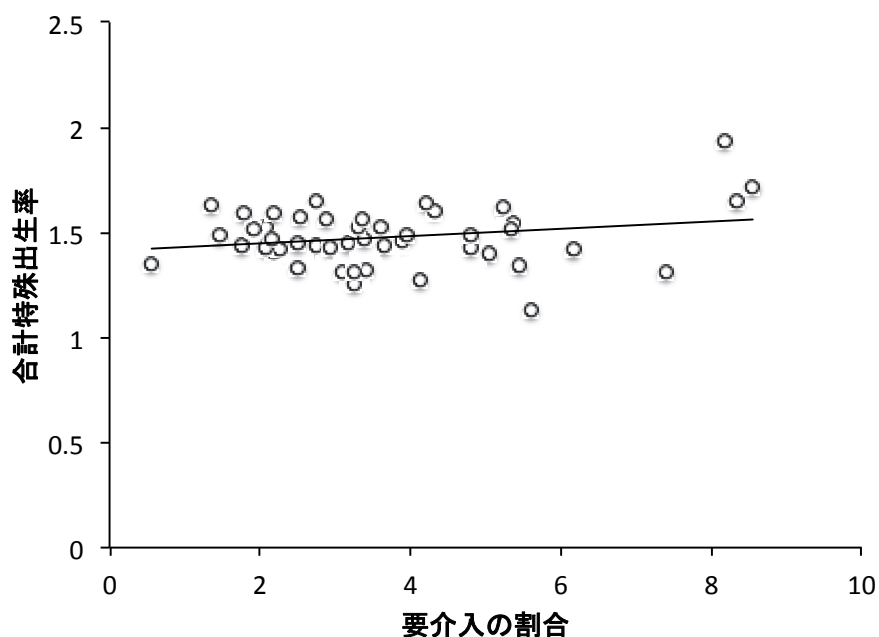


図6 メンタルヘルス介入必要頻度と各自治体の合計特殊出生率

表5 自治体ごとの対応者とその割合(1)

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



表5 自治体ごとの対応者とその割合(2)

	施設数		対応者(%)				
	回答施設	要介助者 あり施設	産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
滋賀	17	8	4(50)	8(100)	5(63)	0	1(13)
京都	17	7	3(43)	7(100)	2(29)	1(14)	1(14)
大坂	67	28	14(50)	28(100)	11(39)	5(18)	11(39)
兵庫	52	13	5(38)	10(77)	4(31)	0	2(15)
奈良	11	3	3(100)	3(100)	2(67)	0	1(33)
和歌山	11	2	1(50)	2(100)	1(50)	0	0
鳥取	6	5	3(60)	5(100)	4(80)	1(20)	0
島根	9	2	1(50)	2(100)	0	0	1(50)
岡山	20	11	7(64)	9(82)	4(36)	1(9)	7(64)
広島	29	12	8(67)	10(83)	5(42)	1(8)	4(33)
山口	19	10	5(50)	9(90)	3(30)	0	2(20)
徳島	8	2	00	2(100)	1(50)	0	1(50)
香川	15	5	3(60)	5(100)	3(60)	1(20)	1(20)
愛媛	19	11	5(45)	9(82)	4(36)	2(18)	6(55)
高知	7	4	2(50)	2(50)	3(75)	0	1(25)
福岡	60	19	11(58)	19(100)	11(58)	2(11)	7(37)
佐賀	4	2	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0
長崎	25	9	4(44)	7(78)	4(44)	0	3(33)
熊本	16	11	4(36)	9(82)	6(55)	1(9)	2(18)
大分	20	15	5(33)	8(53)	3(20)	0	2(13)
宮崎	17	6	2(33)	8(133)	3(50)	1(17)	2(33)
鹿児島	16	6	4(67)	6(100)	4(67)	0	1(17)
沖縄	16	8	6(75)	7(88)	4(50)	5(63)	0
全国	1073	477	253(53)	417(87)	218(46)	68(14)	132(28)

表6 精神科へ紹介した施設とその割合

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

表7 施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表8 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表9 施設ごとの受信歴のない妊産婦数とその割合

	受診無し	頻度
病院	201	1.0
診療所	180	1.0
運営母体による分類		
大学病院	24	1.0
国立系	15	1.4
都道府県立	11	0.8
市町村立	29	1.0
厚生連	7	1.1
済生会	10	1.5
社会保険	0	0.0
日赤	12	0.9
私立	71	1.0
その他	22	0.7
施設機能による分類		
総合周産期	44	1.2
地域周産期	67	1.1
一般	90	0.8

表10 施設ごとの対応者とその割合

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

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

分担研究報告書

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

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

分担研究者	立花良之	国立成育医療研究センター こころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科
研究協力者	小泉典章	長野県精神保健福祉センター
	鈴木あゆ子	須崎市健康福祉部健康づくり課
	赤沼智香子	須崎市健康福祉部健康づくり課
	浅野章子	須崎市健康福祉部健康づくり課
	樽井寛美	須崎市健康福祉部
	鹿田加奈	長野市保健所健康課
	清水美枝子	長野市保健所健康課真島保健センター
	町田和世	長野市保健所健康課

#### 研究要旨

本研究では、母子保健領域において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたサポートの推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するため、研修プログラムを作成し、その効果検証を行うこととした。

平成 27 年度に作成したメンタルヘルス不調の母親とその子どものフォローアップの体制のためのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア指導者研修を開催した。約 69 名の参加者があり、アンケートの有効回答は 62 名であった。

アンケートの結果、今後自施設内や他機関関係者とメンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、多くの参加者が研修会への満足度の結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアについてのニーズに合致していることが示唆された。研修会から 3 か月後に実施予定のアンケートで、今後本研究のプログラムを検証していく。今年度の研修のアンケート結果や実施状況をふまえ、次年度以後も、母子保健メンタルケア指導者研修を継続実施していく予定である。

## A. 研究目的

健やか親子 21（第 2 次）において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題となっている。

周産期は心理社会的な負荷やホルモンのバランスの乱れなどから、メンタルヘルス不調を来しやすい時期である。周産期においてメンタルヘルス不調の母親には、産科医・助産師・保健師などさまざまな職種がかかわるが、対応方法がまちまちで、精神的な問題が見過ごされることもあり、また、問題が見つかったとしても多機関との連携システムが未整備のため不十分な対応に終わってしまうことが多い。

平成 27 年度に本分担研究者は厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・共同による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」<sup>1</sup>で、母子保健メンタルケア・ゲートキーパー研修を開催した。その研修では、母子保健関係者のメンタルケア研修へのニーズが非常に高いことが明らかになり、均てん化のためには効率の良い研修形態が望ましいと考えられた。高齢者介護の領域においては、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言をはじめとした支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センターなどとの連携の推進役となる認知症サポート医を養成する仕組みをとっている。そのモデルを参考に、本研究では、母子保健メンタルケアにおいて、地域の関係職種への助言やそ

のほかの支援を行い、地域連携の推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するモデルの効果検証を行うこととした。平成 27 年度にメンタルヘルス不調の母親とその子どものサポートのためのマニュアルを作成している。今年度は、そのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア・サポーターを養成する研修会「母子保健メンタルケア指導者研修」を企画・実施し、研修会前後における参加者の意識の変化を検証することとした。

## B. 研究方法

1. 研修会プログラムを作成。
2. 保健師・助産師・看護師をはじめとした母子保健関係者向けに研修会を実施。
3. 研修会の前後で、母子保健のメンタルケアに対する意識、均てん化への効果を検証することとした。尚、本研究は研修会の事前に、国立成育医療研究センター倫理審査委員会で承認を受けた。研修会前に、事前にアンケートを配布した。また、研修会当日に、研修前後でアンケートを実施し、研修による母子保健のメンタルケアに対する意識・行動変容の効果について調べることにした。

### 研修プログラム

平成 27 年度に開発した、産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊産褥婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアル及び、保健師活動にお

ける、メンタルヘルス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルをもとに、研修会プログラムを作成した。

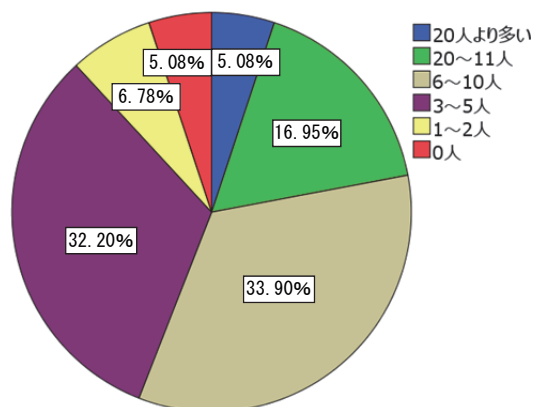
講義形式で 1) 母子保健のメンタルケアにおける医療・保健・福祉の連携と社会資源、2) 妊娠期・産後・育児期に起こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見立てと対応のポイント、3) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（小規模地域）、4) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（広域地域）、5) 地域での母子保健メンタルケア研修会開催にあたってのパッケージ例、6) 「妊娠期からの切れ目ない支援」のための地域母子保健計画策定とPDCA サイクルの考え方 について解説し、さらに、グループワークで地域母子保健におけるメンタルケアの連携体制構築についての課題整理と行動計画立案を行うものとした。

### C. 研究結果

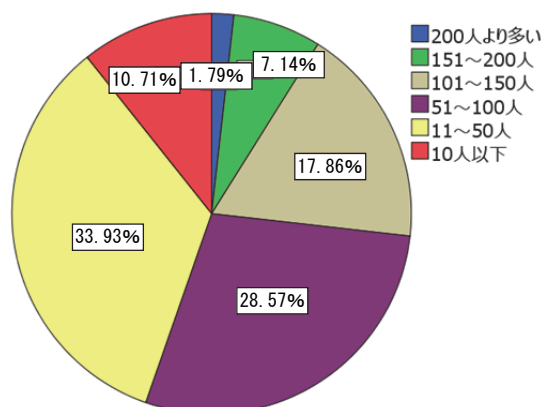
厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業の一部として、2016年12月4日（日）に、国立成育医療研究センター病院講堂にて、「母子保健メンタルケア指導者研修会」を実施した。66名の参加（その他に、オブザーバーとして、日本看護協会より1名、日本助産師会より2名が参加）があり、アンケートの有効回答は62名であった。

下記はそこで実施したアンケートの結果である。

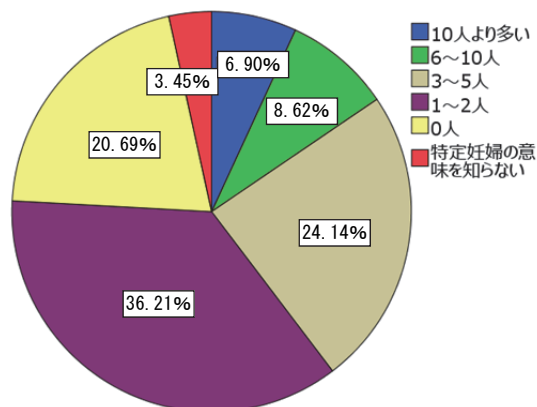
1) 最近3か月間でおよそ何人のこころの問題で「気になる」妊産褥婦に対応していましたか。



2) 最近3か月間がかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか。



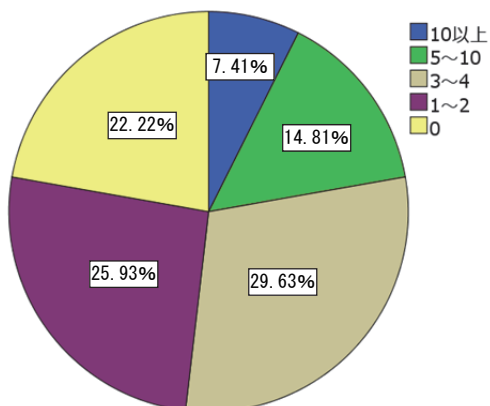
3) 最近3か月間でおよそ何人の特定妊婦に対応をしていますか。



#### 4-1) 医療関係者向け質問

この3か月間でおよそ何ケースを、保健師・子ども家庭支援センター（または類似機関）・児童相談所と連携して対応されましたか。

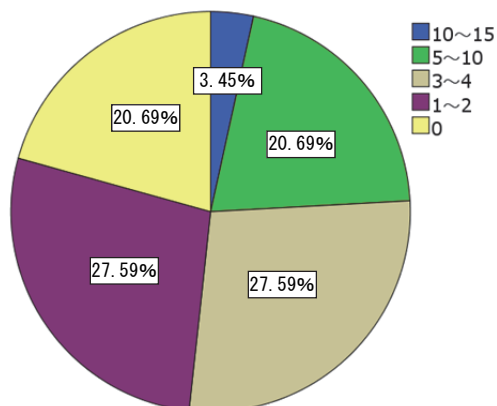
##### 保健師



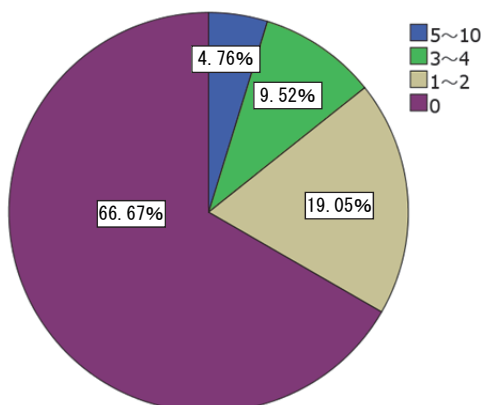
#### 5)自治体関係者向け質問

この3か月間でおよそ何ケースを、医療機関・子ども家庭支援センター（または類似機関）・児童相談所と連携して対応されましたか。

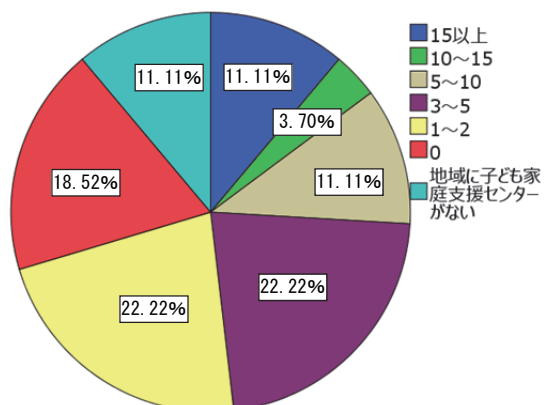
##### 医療機関



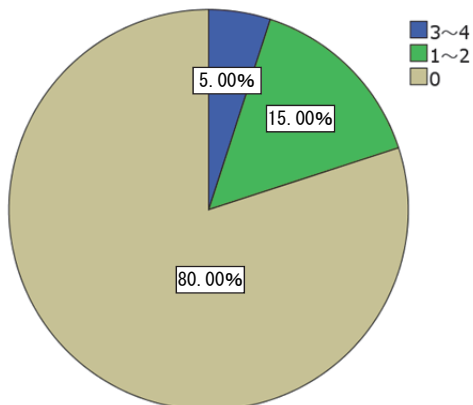
##### 子ども家庭支援センター



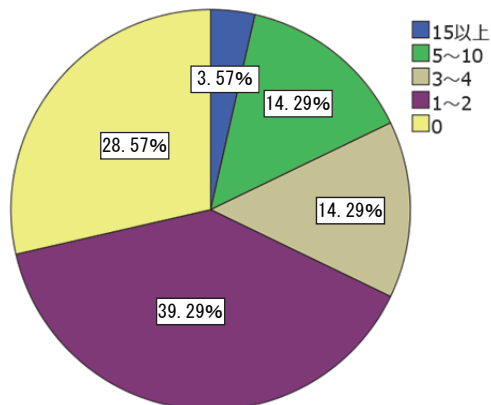
##### 子ども家庭支援センター



##### 児童相談所

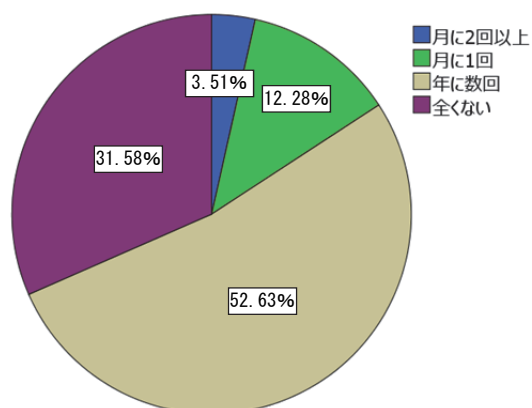
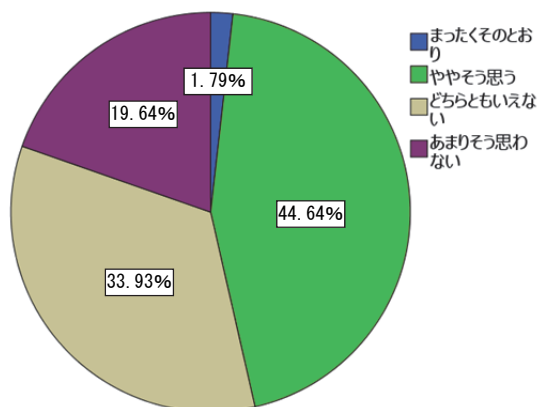


##### 児童相談所



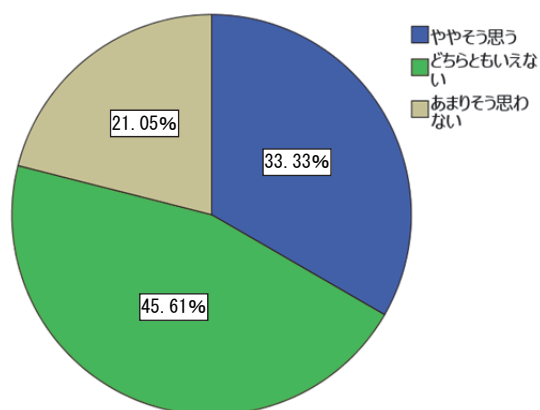
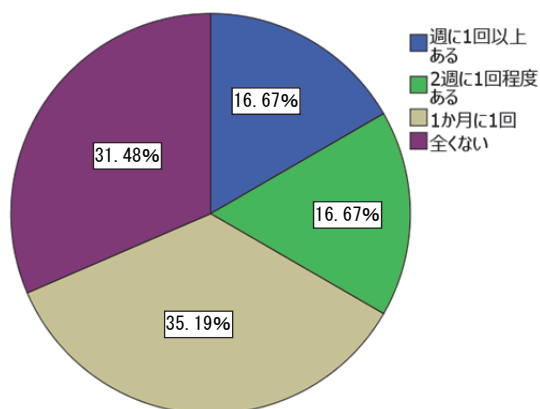


7) メンタルヘルス不調の母親に対するご自身の自施設内での対応について、十分行えていると思われますか。



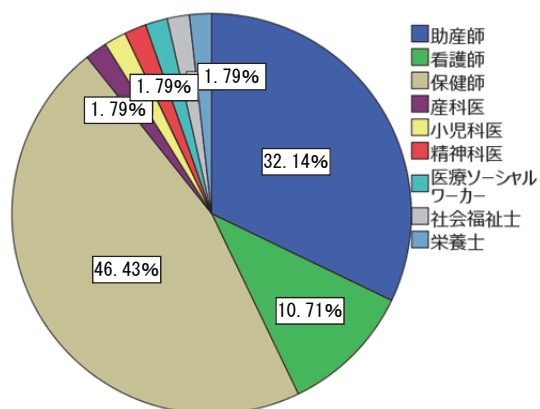
11) メンタルヘルス不調の母親への対応における他機関との連携について、うまくできていると思えますか。

8) 現在、地域でメンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援について、自施設内で会合が定期的にありますか。

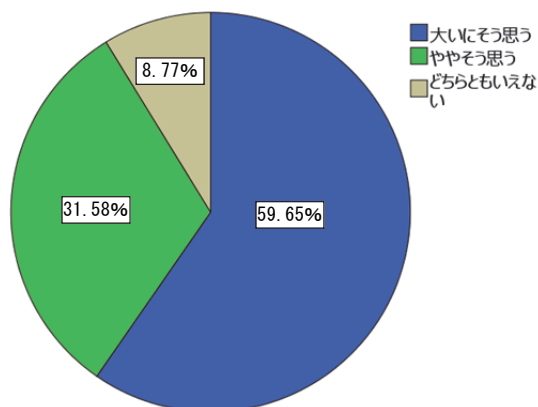


12) あなたの職種について教えてください。

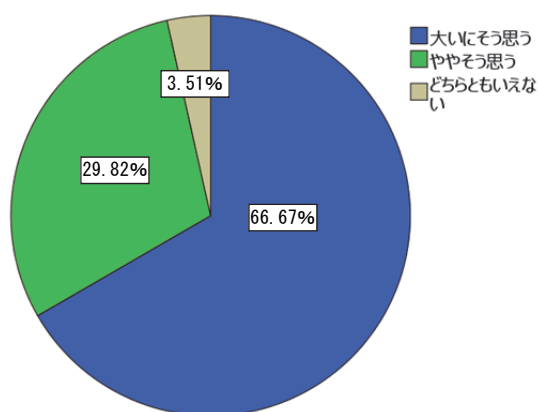
9) 現在、地域でメンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援について、他の施設関係者との会合にどの程度参加していますか。



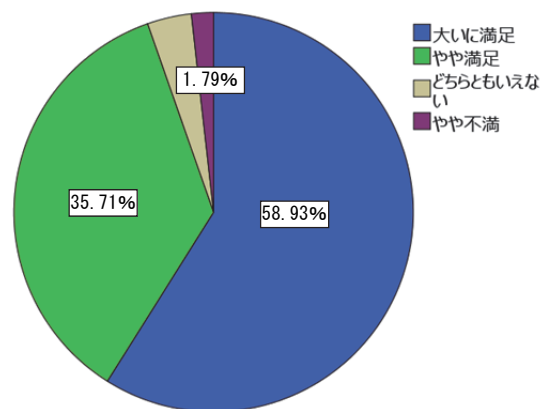
13) 今後、メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援について、自施設内で研修会・勉強会などを開催していきたいですか。



14) 今後、メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援について、ほかの機関の関係者と研修会や勉強会を行っていききたいですか。



15) 今回の研修会にご参加いただいて、いかがだったでしょうか。



#### D. 考察

研修会後に実施したアンケートでは、今後自施設内や他機関関係者とメンタルケアについての研修会や勉強会を開催したいと考えている参加者は大多数であり、メンタルケアのスキルアップへのニーズの高さが明らかになった。また、研修会の満足度についての結果から、本研究で実施したメンタルケアの指導者研修のような研修プログラムの提供が母子保健関係者のメンタルケアのスキルアップのニーズに合致していることが示唆された。研修会から3か月後に実施予定のアンケートで、今後本研究のプログラムを検証予定である。

以下に、アンケートの結果から明らかになった参加者のメンタルケアの実情を考察する。

参加者のほとんどが、一定数以上の心の問題で「気になる」妊産褥婦に対応していることが明らかになった。ま

た、直近の3か月間で特定妊婦に対応していると回答した参加者の割合は約4分の3であり、残りの約4分の1の参加者の中には特定妊婦の定義を把握していない者もいたと考えられる。母子保健関係者の間で特定妊婦についてのさらなる啓発が望まれる。

また、メンタルヘルス不調の母親に自施設内である程度対応していると答えた参加者は半数弱であり、メンタルケアに対する母子保健関係者の対応ができていところとできていないところと二分される現状が明らかになった。今後、メンタルケアをあまり実施しているといえない約半分の施設も、おのずとメンタルケアに取り組めるような保健システムを作っていくことが望まれる。

メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援についての会合が全くない、と3分の1弱の参加者が回答していた。メンタルヘルス不調の母親にはどの母子保健関係者も対応する機会があると考えられ、対応を協議する定期的な場を今後より多くの施設が持つことを推進する施策が望まれる。

また、大多数の母子保健関係者が他機関関係者との会合に参加する機会が非常に少ないか全くないと答えていた。地域の多職種連携には、関係者の顔の見える関係づくりの場となると考えられ<sup>1,2</sup>、今回の研修会でもそのような会合について講義の中で紹介した。今後、地域での関係者間の会合が持たれるような施策が望まれる。

次年度以後も、母子保健メンタルケ

ア指導者研修を厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業の中で行っていく予定であり、今年度のアンケート結果や実施状況を踏まえ、次年度以後さらなる均てん化につなげていく。

## E. 結論

自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいと考えている母子保健関係者は多く、そのようなニーズに対して、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。プログラムの有効性については、研修3か月後のアンケートを実施して検証予定である。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

(原著論文)

1. ○立花良之、小泉典章、樽井寛美、赤沼智香子、鈴木あゆ子、石井栄三郎、鹿田加奈 「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」、子ども虐待とネグレクト、362-366,Vol.18.No.3. 2016.

2. ○小泉典章、立花良之「精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支援」 子ども虐待とネグレクト、231-235、vol.18.No.2、2016

3. ○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

「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期 G-P ネット）整備についての研究」総合研究報告書, 2016.

（書籍）

1. 立花良之、母親のメンタルヘルス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 医歯薬出版、2016年

2) 学会発表

1. 立花良之、幼児期の発達障害児の診療、第 29 回日本総合病院精神医学会総会、2016年 11月 25日

2. 立花良之、妊娠期からの切れ目のない支援のための地域における医療・保健・福祉の連携づくりについて、第 13 回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会、東京 2016年 11月 19日

3. 立花良之、妊娠中や産後女性のこころの問題について、第 6 回内科疾患と妊娠フォーラム、2016年 9月 24日、東京

H. 参考文献

1. 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, 2016. 58(2): p. 127-133.

2. 立花良之、小泉典章、竹原健二、久保隆彦、森臨太郎、うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制(周産期 G-P ネット)整備についての研究. 平成 25~27 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と  
効果的な保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

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

分担研究者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長

研究協力者 福井 聖子 大阪小児科医会 理事

金川 武司 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 副部長

研究要旨

○在宅新生児の育児不安の状況を検討する目的で、大阪府小児救急電話相談(#8000)における平成 26 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日の新生児の相談の分析を行った。

○大阪府#8000 における年間 4 万件以上の相談のうち 4 分の 1 以上が 0 歳児で、新生児の相談は平成 17 年より毎年 500～600 件認められた。

○平成 26 年度新生児相談件数 618 件では、生後 2 週目の相談が 252 件(新生児の 40.8%)と最も多かった。

○新生児期の発熱・嘔吐の相談の多くは健常児の体温の高さや溢乳などの生理的現象に関する相談で、他も「鼻汁・鼻閉」「皮膚症状」などの軽微な症状や育児相談に類する相談が多かった。

○症状へのこだわりや親の精神的不安の強い相談を「親の心の相談」に分類すると、平成 26 年度は新生児で 9 件(1.5%)の相談があった。

○以上より、新生児期では健常小児の状態把握に困惑し病気を心配する親が少なからず存在することが明らかになり、育児不安につながる可能性も示唆された。

○1 ヶ月健診までの時期に、夜間も含めた相談体制をさらに充実させることが必要と考えられた。

A. 研究目的

核家族化が 2 世代から 3 世代を経過し少子化も進むなか、育児経験の乏しい親ばかりではなく、祖父母世代も育児に自信を持ってない状況が進んでいる。平成 13 年の「健やか親子 21」で

は主要課題に「育児不安の軽減」が挙げられたが、育児不安は依然として大きな課題で、虐待の要因<sup>1-3)</sup>や産後うつ<sup>2)</sup>の要因<sup>2)</sup>としても注目されている。母親の育児不安は生後 1 ヶ月以内が最も強いとされる報告<sup>4)</sup>や育児が最も

困難な時期は産科退院直後との指摘はある<sup>5)</sup>が、報告は1ヵ月健診時の調査によるものが多く<sup>3,6)</sup>、産科退院後から1ヵ月までにおける在宅新生児の状況を表した報告は見当たらない。

一方、小児救急医療の分野では、夜間の時間外受診における不要不急の軽症例増加が問題となり、その背景として親の育児不安<sup>7)</sup>や精神疾患の存在まで指摘されている<sup>8)</sup>。小児救急電話相談（以下、#8000）は夜間小児患者の適正受診と親の不安解消を目的に開設され、大阪府では20時から翌朝8時までの12時間連日相談を行ない、件数は年間4万件を超える。電話は家庭で困ったときすぐに利用できる手段であり、寄せられる声を集積すると家庭における子どものケアに関する悩みや困り事が分析可能となり、在宅子育ての状況把握に役立つ<sup>9)</sup>。

今回われわれは、大阪府#8000のデータの中から0歳児、特に新生児の相談に焦点を当て、産科退院後の在宅新生児において、育児不安の時期や状況を明らかにする目的で検討を行った。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象・データ収集法

#8000は15歳未満の小児において夜間の病気やケガで困った時に保護者が利用する電話相談である。各相談時や直後に相談員が記入する受付票から集計作業を行った。受付票は相談日時；曜日；患者の年齢；性別；居住地の市町村名；相談者の続柄；症状や訴え；相談内容の分類；対応；相談終

了時の印象などについて各項目の選択肢を選ぶ形式に加えて、簡単な内容の自由記載を行なうものである。選択肢と、自由記載の分類およびキーワードを別途電子媒体に入力し、データとして保管している。大阪府#8000の相談員は原則3年以上の小児科臨床の勤務経験者を採用し、年間2回以上の研修を受講している。電話相談事業は小児科医の後送支援体制を有しているが、実際は電話相談の95%以上は看護師が対応している。

### 2. 調査方法

#### 1) 電話相談件数の年次推移

対象は平成17年度～26年度の大阪府#8000全体の相談事例と0歳児の相談事例と新生児（月齢0ヵ月）の相談事例とした。度数分布表を作成し年次変化を検討した。

#### 2) 平成26年度における0歳児と新生児に関する電話相談

平成26年4月1日～平成27年3月31日の期間において、新生児の週数別相談件数を比較し相談件数の多い週齢を検討した。また相談の症状や訴えを主訴として、新生児期週数毎の件数および0歳児月齢別3ヵ月毎の件数についてクロス集計を行い、主訴と週齢・月齢との関連について検討した。主訴の選択肢における「育児相談」の項目は、睡眠・哺乳や食事・入浴など疾患の症状以外のケアなどの相談とした。相談内容の分類において、受け答えに際し保護者の症状へのこだわりが強い場合や症状に比して不安感の非常に強い場合、明らかに保護者自

身の精神的不安があると感じられる場合などでは「親の心の相談」と分類した。

### 3. 分析方法

相談件数と主訴の解析において、統計解析は web 上の統計ソフト<sup>10)</sup>を使用し、母比率の比較として Z 検定を用いた。それぞれ、p 値が 5%以下を有意差ありとした。

### 4. 倫理的配慮

これらの解析において、対象者は電話相談の時点で匿名であり、個人が特定されないため、調査による不利益は生じない。また、この調査研究に当たっては、大阪府立母子総合医療センターの倫理委員会の承認を得た（承認番号 H27-877）。

## C. 研究結果

### 1. 電話相談件数の年次推移

#8000 の相談件数は、平成 17 年度から変動はあるが全体として増加してきた。0 歳児の相談も徐々に増加し、平成 26 年では 13,010 件に達した。0 歳児の相談事例が全体に占める割合は、インフルエンザの流行した平成 21 年が 25.4%とやや低かったが、それ以外は毎年ほぼ一定で、全体の 27%～29%を占めていた（図 1）。新生児の相談件数は、0 歳児相談件数の 5%以下で比率に大きな変動はないが、件数は年々増加し、平成 26 年度は 618 件に達した（図 2）。

### 2. 平成 26 年度の 0 歳児と新生児の相談

平成 26 年度において新生児の相談

件数を週数別に比較すると、生後 2 週が 252 件（40.8%）と最も多く、3 週でやや少なくなり、4 週では 2,3 週より有意に少なかった（表 1）。

平成 26 年度の新生児における主訴別の相談件数を週数毎に比較すると、発熱・嘔吐・鼻汁鼻閉・泣き止まないなどが 2 週目に最も多く、4 週目は少なかった（図 3）。受付票の記載では内容の詳細は確認できないが、相談員は新生児で主訴が病気の症状と判断されれば受診を勧めるのに対し、電話の時点で受診を勧めた事例は発熱例で 124 件中 34 件（25.8%）、嘔吐では 83 件中 9 件（10.8%）に過ぎなかった。同じ主訴の項目を 0 歳児の月齢 3 ヶ月毎で比較すると、発熱・咳・嘔吐・下痢・皮膚症状などは月齢と共に増加し、0 歳児の週数別相談件数とは異なる傾向が認められた。泣きやまない・育児相談などは 0～2 ヶ月に多かった（図 4）。

相談内容を新生児と新生児以外の 0 歳児で比較すると（表 2）、新生児では「家でのケアの方法など」と「親の心の相談」が新生児以外の 0 歳児より比率が高く、「受診に関して」と「薬について」が少なかった。新生児で「親の心の相談」とされる 9 件の記載内容は「授乳後のゲップを嫌がるので、どうすればいいか悩む」「ミルクを何度も吐く」「父親からの相談。熱が心配。母親は（電話に）出ない」「体温が今は 37.5 度だが、高くなったらどうしたらいいか」「首を支えた抱き方をしなかった。何かあったらどうしようと

思うと眠れない」「手足を震わせるが  
けいれんか？ どうすればいい？」

「首のところに出っ張り。横ばかり向  
く。飲みが悪い。引越したばかり」  
などで、対応は「保健センターで相談」  
「出産した産科を受診」「1ヵ月健診で  
相談」などであった。

#### IV. 考察

産後うつにつながる母体側の要因  
は出産時に医療機関が把握可能であ  
るが、在宅における新生児のケアは産  
科退院後であり、どの週数に新生児に  
対しどのような不安があるのか明確  
ではなかった。今回の結果により、新  
生児期に子どものケアに悩む相談の  
ピークは生後2週目であることが明ら  
かになった。また、新生児に関する育  
児不安の要因として「泣きやまない」  
「なぜ泣いているのかわからない」  
「病気への心配」などが挙げられてき  
た<sup>8,11,12)</sup>が、今回子どもの状態が病気  
の症状かどうか把握できない保護者  
が少なからずあることと、さらに日常  
の育児や比較的軽微な症状に対する  
心配が親の心の問題につながってい  
ることが示された。

#8000 事業は、核家族化・少子化  
のなか乳幼児の子育て経験が乏しい  
まま成長し、夜間に子どもの病気やケ  
ガで対処に困惑し不安を感じる保護  
者が増加したことに対して、開始され  
た。相談件数の推移では年度によりや  
や違いはあるが、全体として増加傾向  
で、日々多くの利用がある。中でも0  
歳児の相談は開始当初より年齢別で

最も多く<sup>9)</sup>、他府県でも同様の傾向で  
ある<sup>13)</sup>。0歳児の保護者は子育て自体  
が不慣れで病気の経験も乏しく、夜間  
の救急受診も経験がないため、家庭か  
ら心配になった時すぐに直接専門職  
と話ができる電話相談のニーズは高  
い。0歳児および新生児の相談件数の  
年次推移では、全体の相談件数と同様  
に増加し、全体に占める比率には特に  
大きな変動はなく、今まで特に注目し  
て分析を行うことはなかった。しかし  
今回新生児に注目し週数別相談件数  
を集計すると、生後2週目が最も多く  
3週目と共に4週目より有意に多かつ  
た。0歳児全体では月齢が上がると件  
数は増加していた。

相談の主訴を検討すると、新生児に  
おいても発熱・嘔吐などの症状が多い  
が、週数別件数では2週目にピークが  
あり、4週目は少なかった。0歳児全  
体では発熱・嘔吐・下痢は月齢と共に  
件数が増加し、呼吸器症状や皮膚症状  
も3ヵ月以後の件数が多いように、疾  
患の増加と相談件数は一致した傾向  
を示していた。新生児期は週数で疾患  
の罹患率が大きく変わらないことと4  
週目には1ヵ月健診があることから、  
相談は病気の相談より保護者側の不  
安を反映している可能性が考えられ  
た。相談員からは、新生児期は一見病  
気の症状のようでありながら、よく話  
を聞くと、体温の高さへの戸惑いや溢  
乳などの相談が多いことが指摘され  
ている。#8000では新生児の受診の目  
安として、哺乳力・機嫌・泣き声の強  
さなどから緊急性を判断し、新生児で



病気が疑われる場合は受診を勧めることが多い。今回の結果すぐ受診を勧める例は、発熱で4分の1、嘔吐は1割に過ぎないことから、大半は相談員が受診の必要のある病気の症状と評価していないことが示された。その他の主訴として多い「泣きやまない」「育児相談」も第2週にピークがあり、産科を退院後家庭で不慣れな育児に戸惑い、病気への過剰な心配や夜間に不安に駆られて、#8000を相談相手として選択したと推察された。

相談内容を新生児と新生児以外の0歳児で比較すると、新生児では「家でのケアの方法など」の比率が高く、受診や薬についての相談が少なかったことより、やはり家庭で自分がどうすればいいか対応を知りたいという要望が多いことが示された。また「親の心の相談」は9例と少ないが、新生児以外の0歳児より有意に多いことが懸念された。相談の会話を通して、症状にこだわりが強い事例・不安感の強い口調・お風呂や授乳や接し方など次々に育児の相談が湧き出る事例・父親が母親の精神面を心配した事例などを「親の心の相談」としたが、病的と考えるにくい状態を発熱・嘔吐・けいれんといった病気の症状と受け止めて過剰に不安を抱き、日中の相談機関がわからない例が多かった。産後うつのような深刻な状態に至るには、家族背景などの要因も複合していると考えられるが、今回の結果からは、在宅で不慣れな新生児の育児に戸惑うことが親の精神的問題につながる可能性が

感じられた。

#8000は子どもの病気やケガに対し電話直後の受診の判断やケアを求められる相談が中心で、大阪府は全体の件数が多く1件当たり数分で対応する場合が最も多い<sup>9)</sup>。育児不安に対して十分な聴き取りは困難で、心理や子育て環境にまで深く配慮することは難しい。現在育児に関する電話相談は平日日中に行われているものが多いが、夜間の恒常的な電話相談が開設されることが望まれる。家族以外に相談相手がない夜間に保護者を支えると共に、どのような不安が生じるのかなどの分析が行われれば、変化の激しい社会においてその時々時代に即した育児支援の対応策に反映されることが期待される。

また、新生児への支援策として電話訪問は家庭訪問より有効性が低いと報告されている<sup>14,15)</sup>。今回の結果から健常な新生児でも生後2週目から3週目に相談のニーズがあることが示された。保護者が新生児に不慣れな産科退院前後の時期に、健常新生児の見方や受け止め方を理解し、「泣く」「溢乳」などの生理的範囲のトラブルを落ち着いて受け入れられるような支援が行われれば、育児不安の軽減に有用と考えられた。周産期の親子を支援するためには、人的資源を有効に活用することが求められる。新生児から乳児、幼児へと引き継ぐため、産科と小児科の情報交換や協力体制、医療機関から地域への受け皿への連携を含めたきめ細かな支援体制の構築が、核家族

化・少子化時代の子育てに必要不可欠と考えられた。

## E. 結論

#8000における新生児の相談は、生後2週目の時期に最も多かった。また、健常新生児の状態を病気の症状と判別できず養育に戸惑いや不安を抱く親は多く、親の心の問題につながる例があることが分かった。産科から小児科につながる新生児期の支援体制において、丁寧な子どもの見方を指導することが必要であると考えられた。

## 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。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 福井聖子, 三瓶舞紀子, 金川武司  
他. 母性衛生. 58. 2017 [in press](#)

### 2. 学会発表

1) 福井聖子 大阪府 #8000 に寄せられる新生児の相談. 大阪小児科医学会救急・新生児研修会. 2017年2月

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

## I. 問題点と利点

本調査は小児の夜間における病気や

ケガの電話相談である小児救急電話相談 #8000 のデータを元に解析したもので、育児不安に対する電話相談を標榜したものではない。育児や親の心の相談を目的にした電話相談事業に比べ、育児不安や心の不安の件数は少なく、また記録にも不安感に対するチェック項目はない。親の心の相談に関しても、定義付けは不十分で件数が多いか少ないかは評価できない。

しかしこのような位置づけにおいても、新生児の保護者から多くの電話が寄せられ、相談内容として健常と病的な区別ができない保護者が少なからず存在することを提示したことは重要である。さらに退院後すぐの時期に件数が多く、週齢が増すと減少することより、退院直後の家庭でのケアに戸惑い不安になる保護者が多いことを明確にした。

## J. 今後の展開

今回得られた結果より、1ヵ月健診までの時期に育児不安が強いことから、退院後の家庭訪問など産後すぐの母子に負担のかからない丁寧な育児支援策を広く展開することが必要である。

## 参考文献

1) 久世恵美子, 秦久美子, 中塚幹也. 産後1ヵ月の母親の「育児上のネガティブな出来事」の実態と背景因子 — 第1報: 「育児上のネガティブな出来事」の体験 — . 母性衛生. 2015, 56(2), 338-348.

- 2) 松本壽通. 虐待の予防：育児不安への対応. 小児科診療. 2005,8(2),289-296.
- 3) 宮岡久子, 佐藤君江, 堀越幸子. 褥婦の退院時と1ヵ月健診時における自己効力感と、1ヵ月健診時の育児不安および育児困難感との関連. 母性衛生. 2015, 55(4),776-782.
- 4) 多田裕. 育児上のトラブル解決法. 産婦人科治療. 2008,96(増刊), 851-854.
- 5) 森本眞寿代, 南里美貴, 山内翠, 他. 母親が入院中に受けたと認識する育児支援と産後1ヵ月までの育児不安との関連. 母性衛生. 2015,56(1),154-161.
- 6) 三品浩基, 高山ジョン一郎, 相澤志優, 他. 母親の育児不安と小児救急受診の関連. 小児保健研究. 2011, 70(1),39-45.
- 7) 成相昭吉. 1ヵ月乳児健診における母親の「育児不安」調査. 子どもの心とからだ日本小児心身医学会雑誌. 2012,21(2),240-245.
- 8) 福井聖子. 小児救急における電話相談. 小児看護. 2009,32(7),911-918.

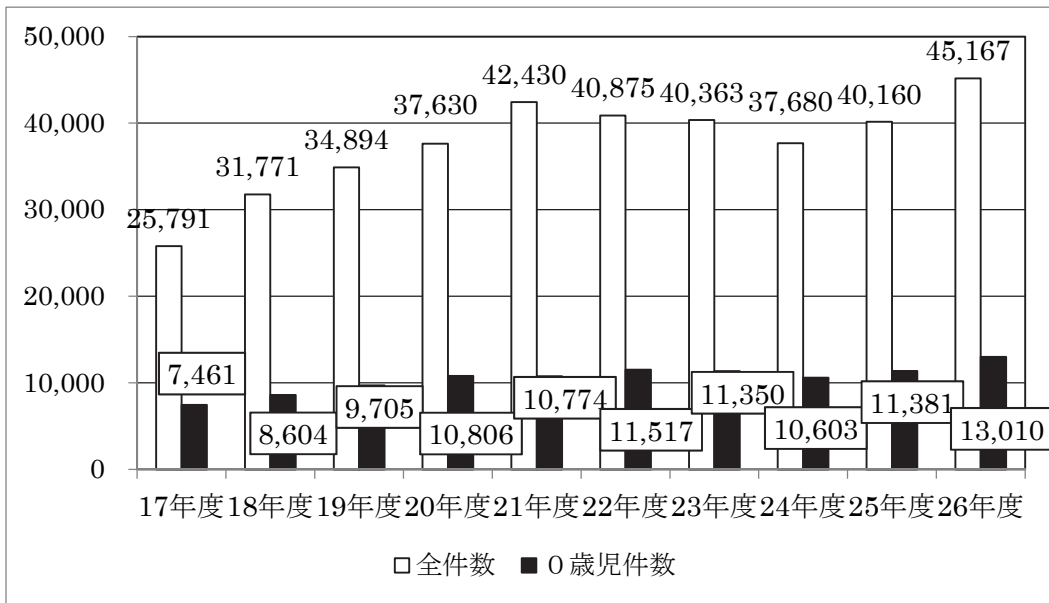


図1. #8000における全体および0歳児の相談件数の推移

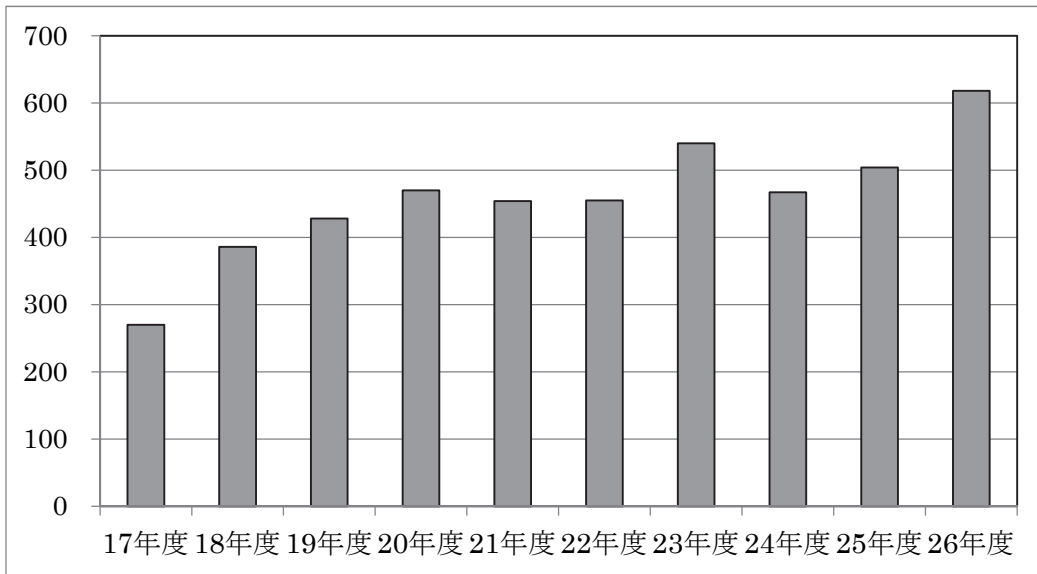


図2. #8000における新生児の相談件数の推移

表 1. 平成 26 年度における新生児の週齢別件数および比率

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

\*\* p < 0.01

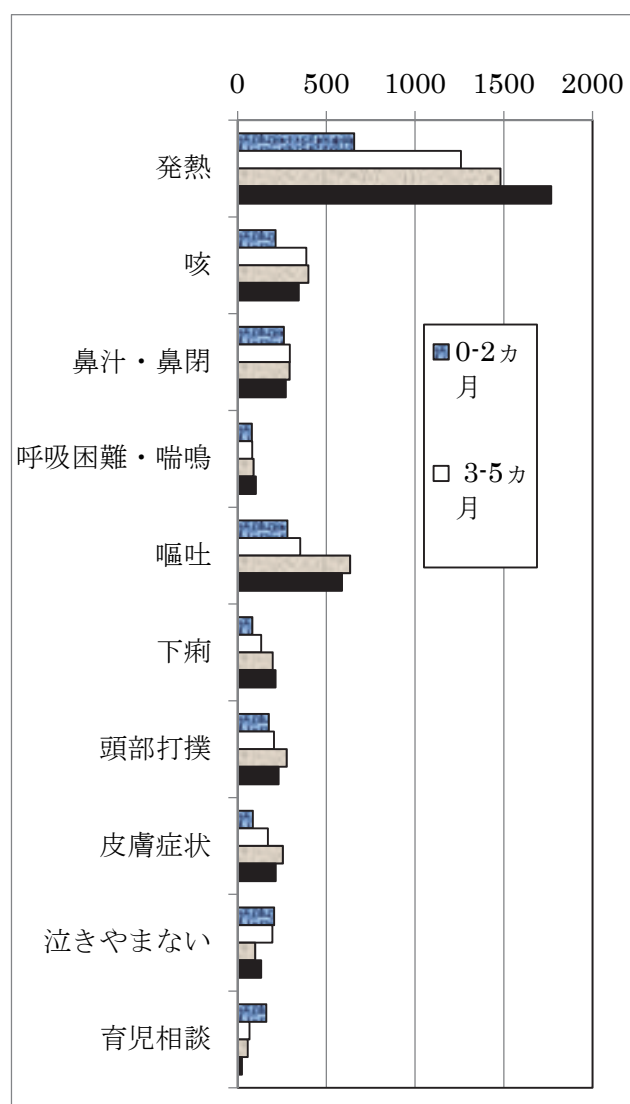
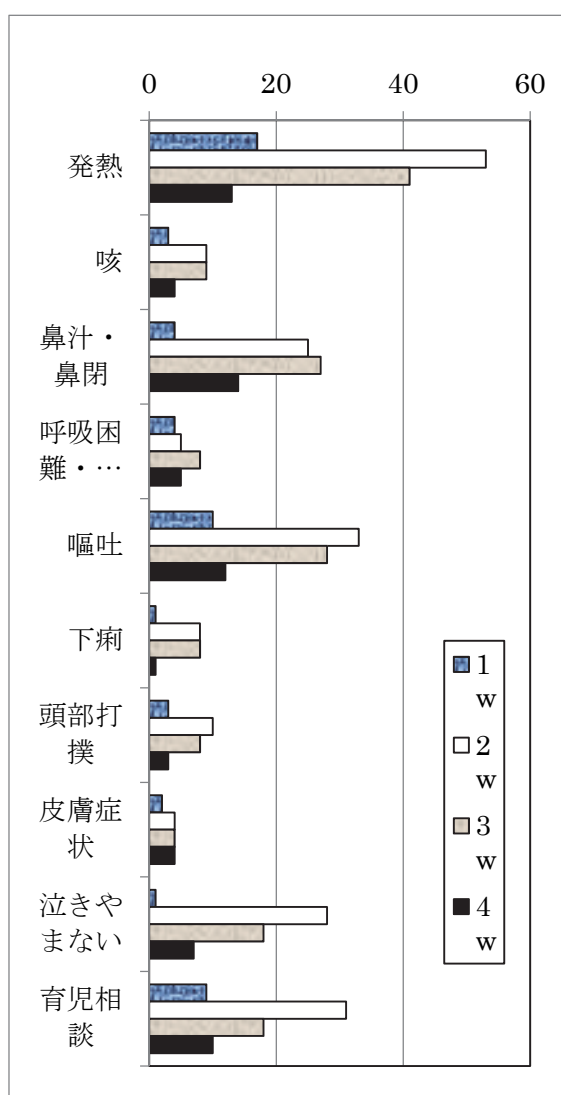


図 3. 相談主訴別にみた新生児の週数毎の件数 図 4. 相談主訴別にみた 0 歳児の、月齢 3 カ月毎の件数

表 2. 平成 26 年度における新生児と新生児以外の 0 歳児の相談内容の比較

項目	A.新生児	B.新生児以 外の0歳児	A.新生児	B.新生児以 外の0歳児	AとBの有 意差
	相談件数		相談件数		
受診に関して	399	9,234	64.6%	74.5%	p<0.01
家でのケアの方法など	173	2,736	28.0%	22.1%	p<0.01
薬について	5	336	0.8%	2.7%	p<0.01
今後の生活について	9	160	1.5%	1.3%	n.s.
親の心の相談	9	79	1.5%	0.6%	p<0.05
医療機関の案内	14	359	2.3%	2.9%	n.s.
その他	9	46	1.5%	0.4%	
相談内容合計	618	12,950	100.0%	104.5%	
相談件数合計	618	12,392	100.0%	100.0%	

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な  
保健指導のあり方に関する研究 (H27-健やか-一般-001)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター  
産科 主任部長 光田信明

### 「大阪府妊産婦こころの相談センター」運用からみた妊産婦メンタルヘルス対策

研究責任者	光田 信明	大阪府立母子保健総合医療センター産科	主任部長
研究協力者	岡本 陽子	大阪府立母子保健総合医療センター産科	副部長
	金川 武司	大阪府立母子保健総合医療センター産科	副部長
	川口 晴菜	大阪府立母子保健総合医療センター産科	診療主任
	和田 聡子	大阪府立母子保健総合医療センター看護部	看護師長
	堤 俊仁	つつみクリニック院長	大阪精神科診療所協会会長
	後藤 彩子	医療法人杏和会	阪南病院

#### 研究要旨

【目的】「大阪府妊産婦こころの相談センター」開設後の運用実績から妊産婦に対するメンタルヘルス対策を検討する。

【方法】平成 28 年 2 月～11 月の相談事例報告を用いて分析した。

【結果】総相談件数は 182 件で、全体の 44 件(24.2%)は 2 回目以降の継続相談案件であった。相談者は、妊産褥婦本人が 120 件(65.9%)、妊産褥婦の家族が 30 件(16.5%)、知人が 5 件(2.7%)、妊産褥婦に関わる医療・行政機関が 27 件(14.8%)であった。105 人(57.7%)が匿名であった。相談センターの存在を知った経路を尋ねているが(4-11 月集計)、産科医療機関から(22.2%)、テレビ新聞など(15.2%)、市町村から(11.4%)、ネット(10.1%)、その他(13.9%)、不明(27.2%)であった。妊娠中が 37 件(20.3%)、分娩後が 133 件(73.1%)、その他や不明が 12 件(6.6%)であった。精神症状についての相談が最も多く、精神科受診相談・薬・希死念慮・精神科救急についての相談も見られる。一方家族関係や育児についての悩みといった「社会背景」、メンタルとは異なる「身体症状」の訴えなど相談内容は多岐に渡る。1 回あたりの電話相談時間は 30 分未満(59%)、30～60 分(30%)、60 分以上(8%)、その他(3%)である。相談への対応方法は多くが電話相談で完結しているが、他機関を紹介・連絡する場合もある。紹介先としては市町村保健センター(47%)、精神科医療機関(17%)、保健所など(10%)、市町村児童相談所(9%)、精神科以外の医療機関(6%)、その他(11%)であった。

【結論】妊産婦のメンタルヘルス対策のひとつとして『大阪府妊産婦こころの相談センター』が稼働している。今後の検証作業は必要であるが、妊産婦のこころの安定に有益な事業と考える。

## A. 研究目的

「大阪府妊産婦こころの相談センター」(以下センターと略す)開設後の運用実績から妊産婦に対するメンタルヘルス対策を検討する。

## B. 研究方法

平成28年2月～11月の相談事例報告を用いて分析した。

## C. 研究結果

図1に月毎の相談件数を示す。総相談件数は182件で、全体の44件(24.2%)は2回目以降の継続相談案件であった。図2に相談者の区分を示す。相談者は、妊産褥婦本人が120件(65.9%)、妊産褥婦の家族が30件(16.5%)、知人が5件(2.7%)、妊産褥婦に関わる医療・行政機関が27件(14.8%)であった。図3に実名か匿名かの区別を示す。105人(57.7%)が匿名であった。相談センターの存在を知った経路を尋ねているが(4-11月集計)、産科医療機関から(22.2%)、テレビ新聞など(15.2%)、市町村から(11.4%)、ネット(10.1%)、その他(13.9%)、不明(27.2%)であった。図4に相談者が分娩前後であるかの区別を示す。妊娠中が37件(20.3%)、分娩後が133件(73.1%)、その他や不明が12件(6.6%)であった。相談内容の内訳は図5の通りである。精神症状についての相談が最も多く、精神科受診相談・薬・希死念慮・精神科救急についての相談も見られる。一方家族関係や育児についての悩みといった「社会背景」、メンタ

ルとは異なる「身体症状」の訴えなど相談内容は多岐に渡る。1回あたりの電話相談時間は30分未満(59%)、30～60分(30%)、60分以上(8%)、その他(3%)である。相談への対応方法(図6)は多くが電話相談で完結しているが、他機関を紹介・連絡する場合もある。紹介先としては市町村保健センター(47%)、精神科医療機関(17%)、保健所など(10%)、市町村児童相談所(9%)、精神科以外の医療機関(6%)、その他(11%)であった。

## D. 考察

従来、本邦の妊産婦死亡統計には自殺は含まれていなかった。現在、妊産婦死亡はおよそ100万分娩からわずか40名程度まで減少している。しかし、近年正式な統計が取られていないものの妊産婦の自殺が散見されるようになってきた。平成28年4月には竹田らによって、東京都の妊産婦自殺が10年間(およそ100万分娩)に63名であったと報告された。さらに、子ども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)から読み取っても、出産後1年以内に毎年数名の心中が発生している。このことから考えても妊産婦の自殺は従来年間妊産婦死亡に匹敵する可能性が出てきた。大阪府においても、未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書さらに児童虐待、特定妊婦等の検証の延長線上で妊産婦のメンタルヘルス、自殺が大いなる懸念として関係者の間で共有された。そこで、大阪府の自殺



対策担当部局の事業として『大阪府妊産婦こころの相談センター』が企画された。その事業目的は以下である。

産前・産後は精神的に不安定な時期であり、産後うつについては10～20%が罹患するといわれている。精神的不安定は母児の愛着生成にも影響し、育児困難、児童虐待に繋がりがねないことから、妊産婦のこころの安定を得て、妊娠期から乳幼児育児期までの切れ目ない支援を目指すものである。また妊産婦の自殺は、家族を含む周囲への影響が著しく大きいため、産前・産後を通して、精神的なサポート体制を構築することで、自殺を防止する必要がある。このため、本事業では、大阪府立母子保健総合医療センターに大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、専任職員を配置することで、府内の精神的に不安定な妊産婦に対して、ワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を整備する。

#### 相談業務

- ・妊産婦、家族および関係機関からの電話相談に応じ、必要な際は、来所による相談支援や診療を行うとともに、継続支援が必要な妊産婦を、適切な機関（精神科医療機関、市町村、子ども家庭センター、保健所等）につなぐ。
- ・精神疾患専門領域の相談に対応するために、1週間に1日精神科医による診療・コンサルタント体制を整備する。

以上の計画を基に、図6のような支援体制を整備した。特に、精神科医師の団体である大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会に参画していただ

けたことは大きな意味がある。同時に、大阪府こころの健康総合センターの参画も大きな支えとなっている。

現在、大阪府の各市町村で妊娠届時に母子健康手帳交付の際、図7のようなカードを配布し、周知を図っている。

当初の目的である「必要に応じて関係機関に繋ぐ」ことが難しい例も少なくない。これは匿名の多さに依るものであるが、匿名だからこそ相談できる気楽さもあるようである。相談員は匿名のまま構わない内容であればそのまま相談を受け、必要に応じて名前や住所地を聞き取るようにしている。

電話回線が限られているため1件に多くの時間は割きにくい。1件の相談あたり概ね30分間を基本としているが、ようやく相談相手を見つけた安堵感からか話が切れない場合も多く、妊産婦の孤立が垣間見える。また流死産後の女性に関する相談もあった。妊娠とメンタルヘルスを考える際に外せない対象者であり、どのように対応していくかは今後の課題である。

図8に当センターの対象者を示してある。主な対象としては、精神的に不安定な妊産婦と考えている。中には精神医療の導入が必要な方もおり、そういった方は精神科医療機関へつなげているが、当センターの事業は精神的に不安定な妊産婦を主体に育児支援に繋げることが大きな使命であると考えている。育児支援を通して、妊産婦の自殺や児童虐待の抑制に繋がればとの思いで日々運用している。

まだまだ、課題山積で試行錯誤の

日々である。相談員をはじめとする関係者と共に、よりよい成果を出せる事業にすべく努力の毎日である。

#### E. 結論

妊産婦のメンタルヘルス対策のひとつとして『大阪府妊産婦こころの相談センター』が稼働している。今後の検証作業は必要であるが、妊産婦のこころの安定に有益な事業と考える。

#### 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。

#### G. 研究発表

なし

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

1)岡本陽子、和田聡子、光田信明、他：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」、第13回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会、2016

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

#### I. 問題点と利点

匿名の場合には、適切な支援に繋げ

にくい場合がある。

今までにない妊産婦メンタルヘルス支援事業であり、他地域にとっても参考になり得る事業と考える。

#### J. 今後の展開

より効果的な対応マニュアルの策定が望まれる。

#### 参考文献

- 1)竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦、日産婦誌 68(9), 1815-1822, 2016
- 2) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 第12次報告 2016
- 3)大阪府:妊産婦こころの相談センター (<http://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/ninsanpukokoro/index.html>)

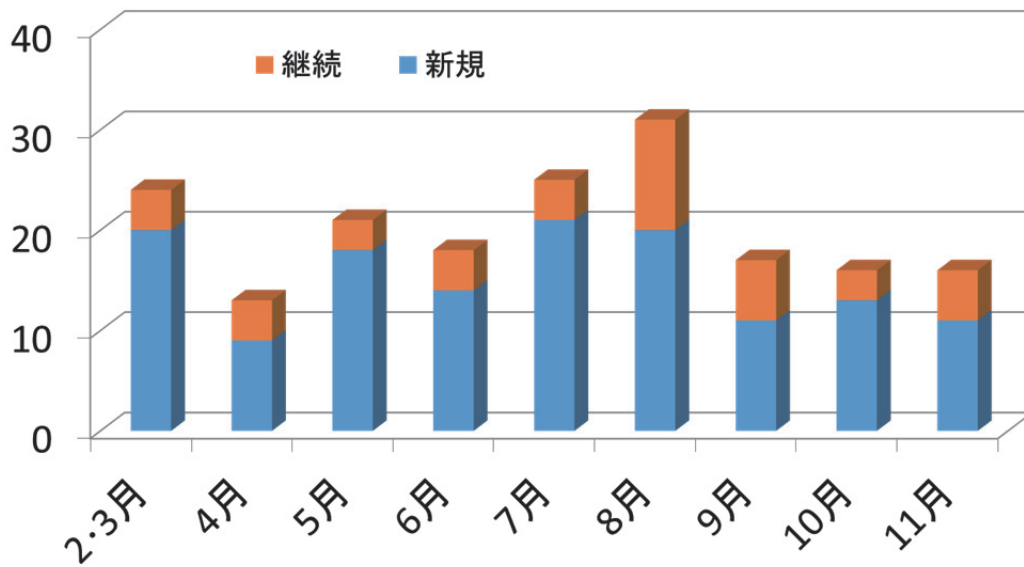


図1：毎月の相談件数

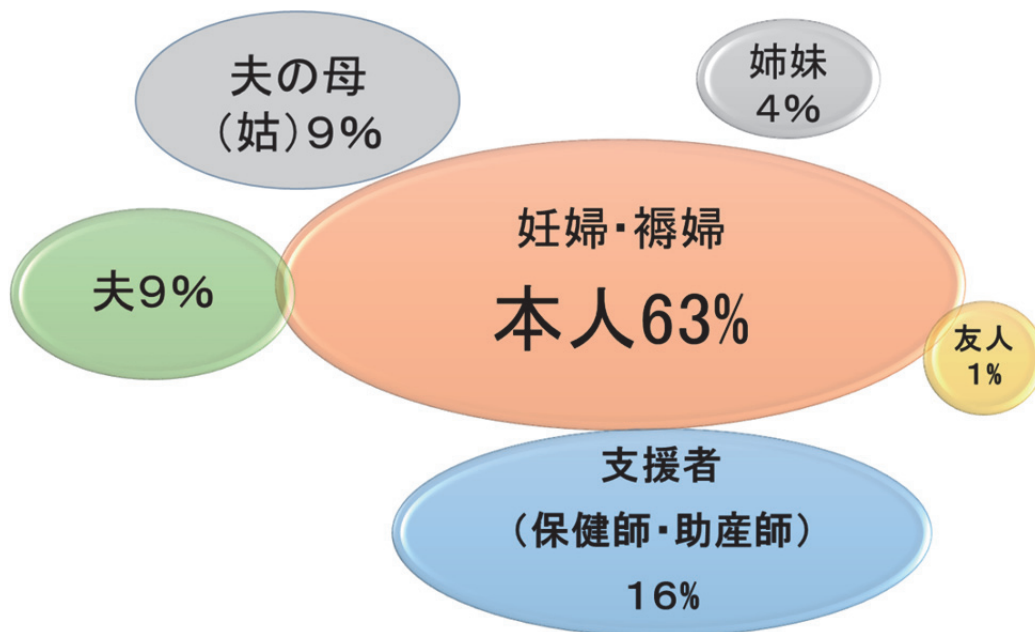


図2：相談者の区分

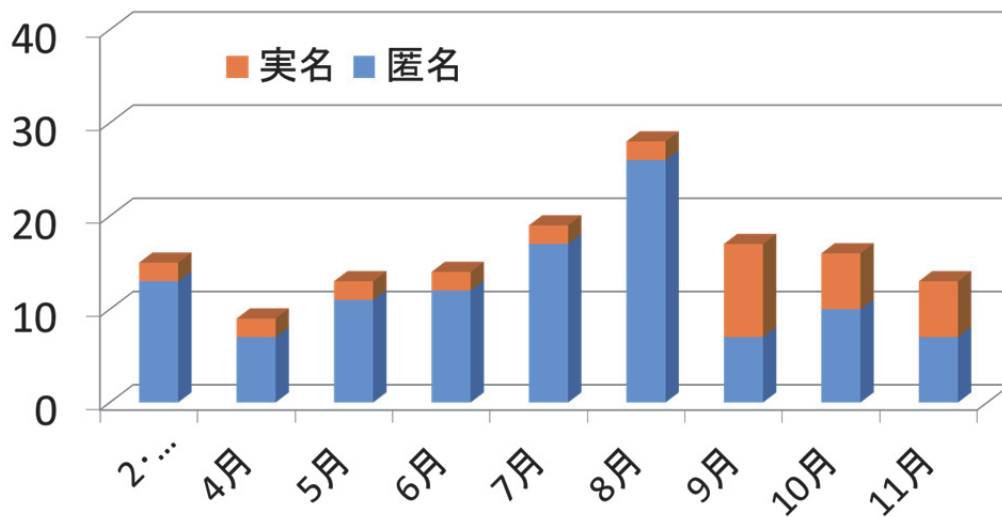


図3：実名か匿名かの区分

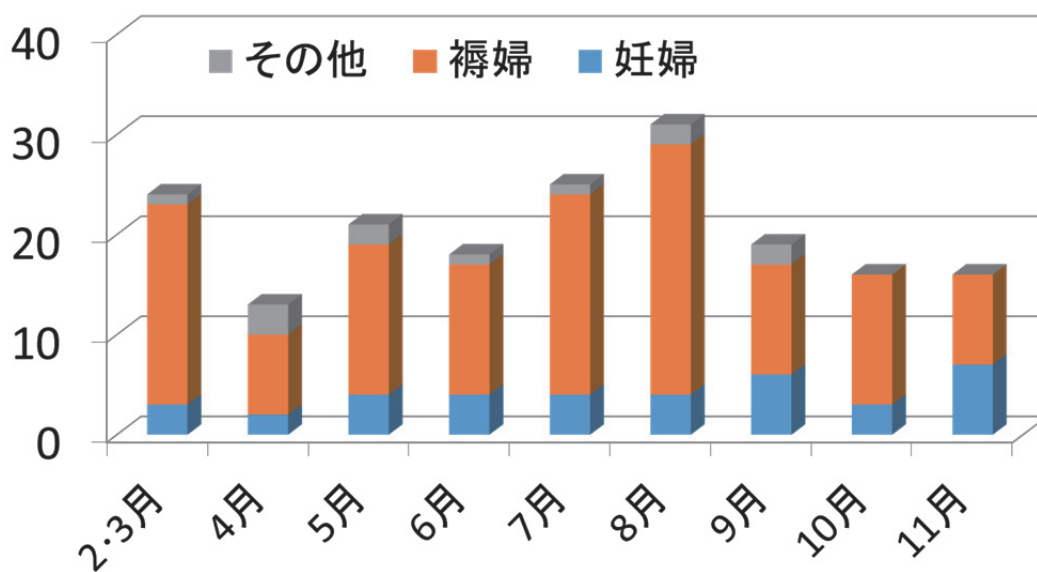


図4：相談者が妊婦であるかどうかの区分

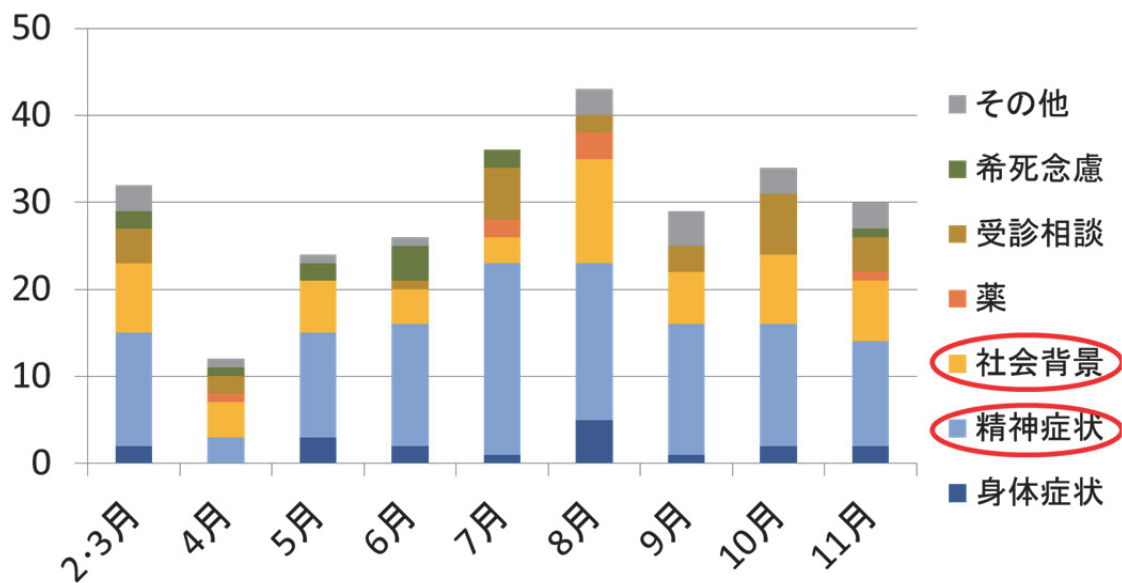


図 5 : 相談内容

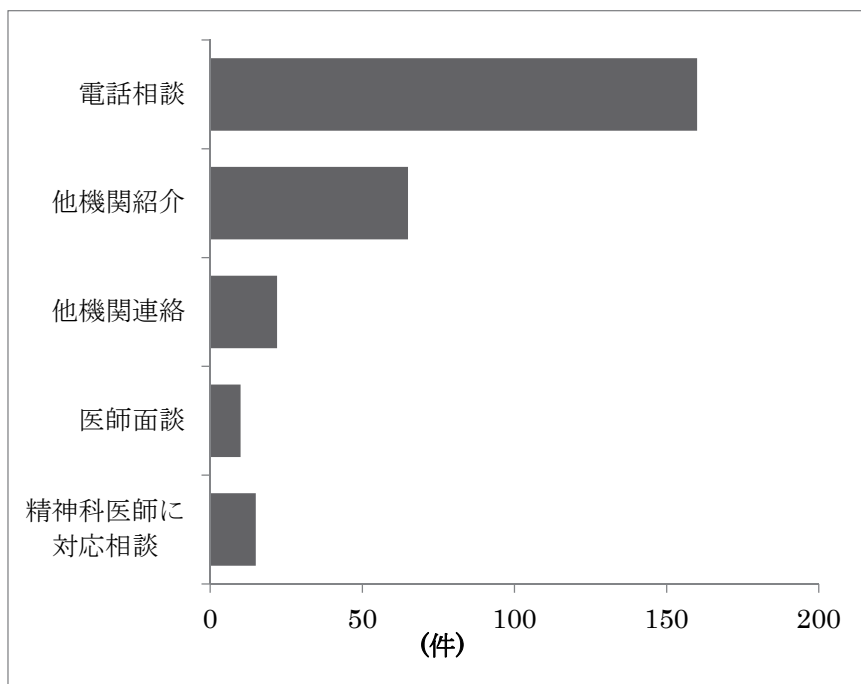


図 6 : 相談への対応方法(重複あり)

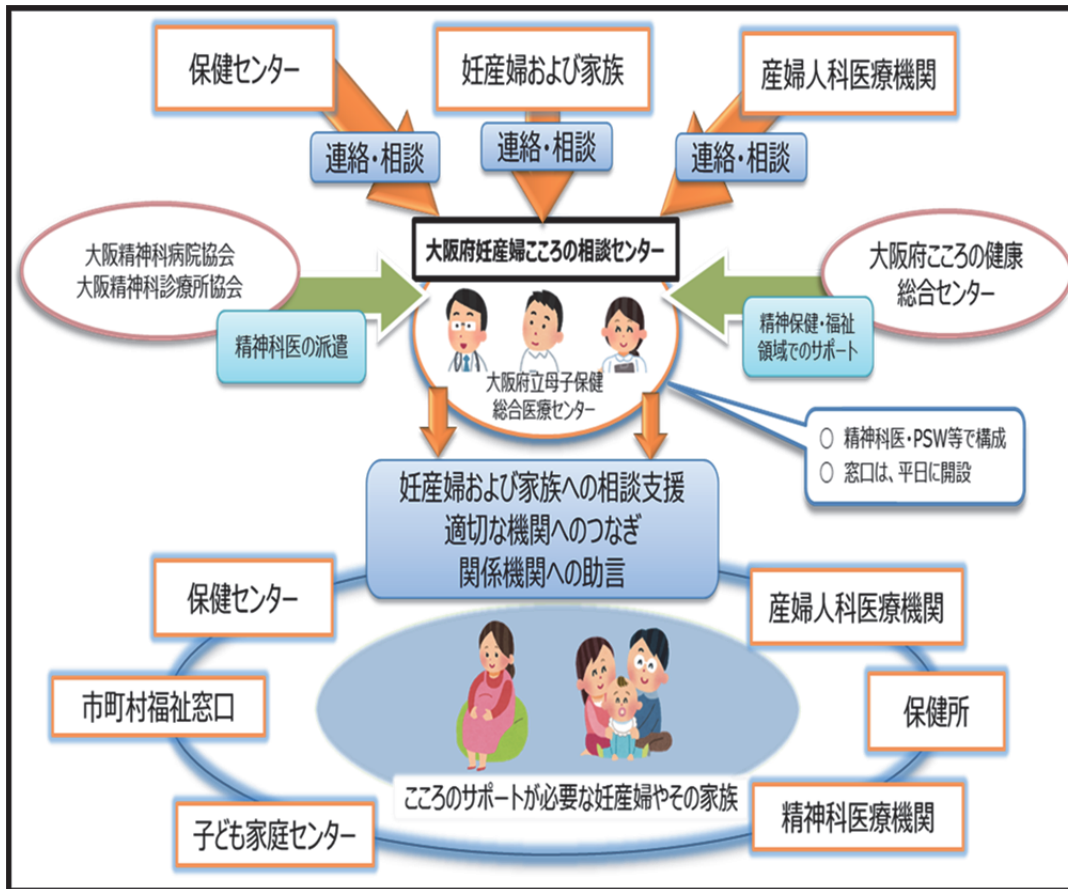


図 6 : 大阪府こころの相談センターにおける連携

## 『ブルーなキモチ』

- 急にイライラする
- なぜだか涙が出てしまう
- 気分が重い
- 食欲がない
- 身体がだるい
- 眠れない
- 子どもが可愛いと思えない
- 何もする気になれない
- 不安がいっぱい

あなたひとりで抱えこまないで

専門の相談員がおはなしをうかがいます  
あなたに必要な支援と一緒に考えます

『妊娠中や産後のうつ』をご存知ですか？

妊娠前とちがって、妊娠中や産後には『急にイライラする』『なぜだか涙が出てしまう』など、こころが不安定になることがあります。

また『眠れない』『食欲不振』などの身体の不調についても妊産婦の約半数が経験するといわれています。

こうした状態を「産前・産後うつ」といい、決して珍しいことではありません。ご心配なことがあれば何でもかまいませんので、お気軽にご相談ください。

どんな小さな悩みでもお聞かせください

0725-57-5225

大阪府妊産婦こころの相談センター

～妊娠中、赤ちゃんを子育て中のお母さんへ～

- ◆大阪府妊産婦こころの相談センター（大阪府委託事業）
- ◆相談時間：10：00～16：00（土・日・祝日・年末年始休み）
- ◆妊産婦のご家族、パートナーからの相談も可能です。
- ◆相談内容、個人情報必ず守られますので安心してご相談ください。

図 7：妊産婦用カード

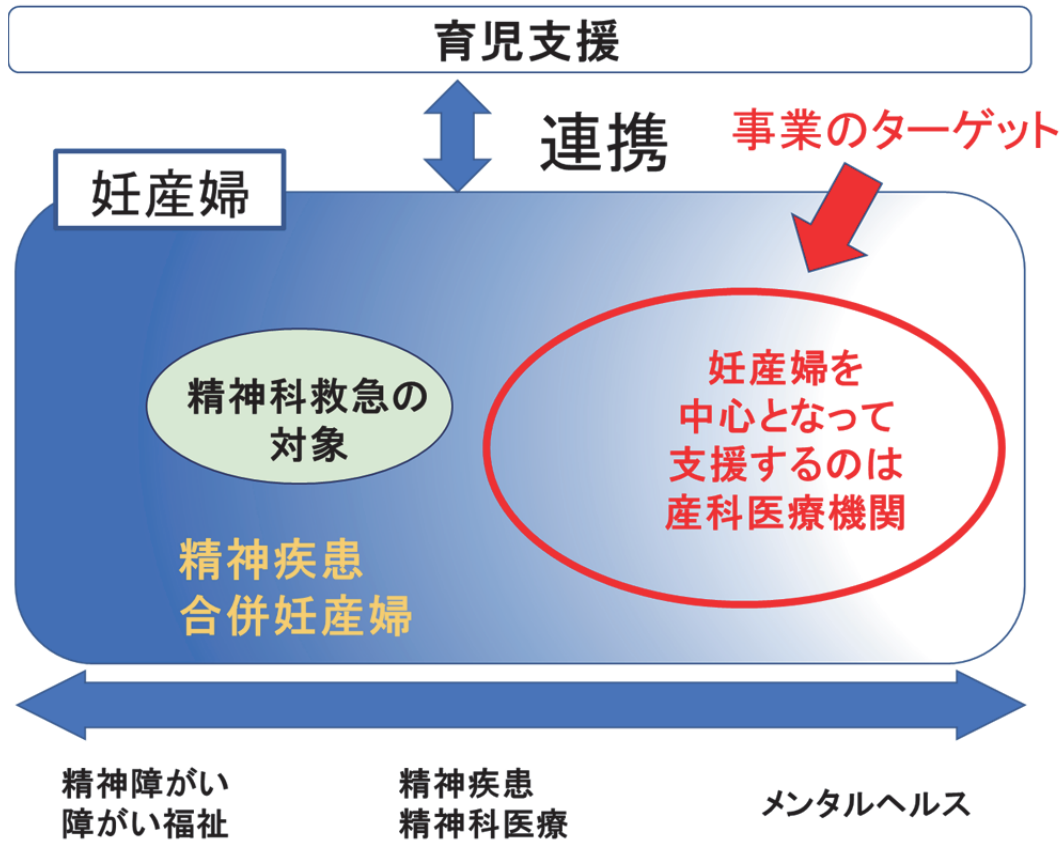


図 8：大阪府こころの相談センターの担う役割



# お母さんの健康と生活に関する問診票

活用支援マニュアル



● 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 ●

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

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

# 「お母さんの健康と生活に関する問診票」活用支援マニュアル 目次

## 第1章 マニュアルのコンセプト

1. マニュアルの目的 ..... 1
2. 妊娠期から子育て支援を始めるポイント ..... 2
3. 問診票を看護業務に活用するためのポイント ..... 4
4. 問診項目一覧 ..... 6  
お母さんの健康と生活に関する問診票様式（妊娠前期用・妊娠中期用・妊娠後期用）
5. 妊娠期のアセスメントシートの活用 ..... 10

## 第2章 問診項目ごとの活用方法

1. 妊娠について、今はどんなお気持ちですか。〈前期〉 ..... 13
2. 胎動を感じるときに、どのように思いますか。〈後期〉 ..... 16
3. マタニティライフを楽しんでいますか。〈中期〉 ..... 19
4. 身体的な不調はありますか。〈前・中・後期〉 ..... 22
5. 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。〈前・中・後期〉 ..... 25
6. あなたの性格にどちらかというとはまるものはありますか。〈前期〉 ..... 29
7. 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だと思えますか。〈前期〉 ..... 32
8. 夫・パートナーに治療中の病気はありますか。〈中期〉 ..... 35
9. 赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。〈中期〉 ..... 38
10. 上の子どもについて困っていることはありますか。〈前・中・後期〉 ..... 41
11. 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。〈前・中・後期〉 ..... 44
  - ①夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。
  - ②（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。
  - ③夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。
12. 困ったときに助けてくれる人はいますか。〈前・中・後期〉 ..... 48
13. 経済的なことで困っていますか。〈前・中・後期〉 ..... 52
14. あなたの最終卒業学校はどれですか。〈前期〉 ..... 55
15. 出産後について、①～③の質問にお答えください。〈後期〉 ..... 58
  - 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。
  - ②子どもの育児について心配なことはありますか。
  - ③母乳で育てることについてどう思いますか。
16. 赤ちゃん用品の準備はできましたか。〈後期〉 ..... 62
17. 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。〈後期〉 ..... 65

## 第3章 参考資料とその利用方法 ..... 69

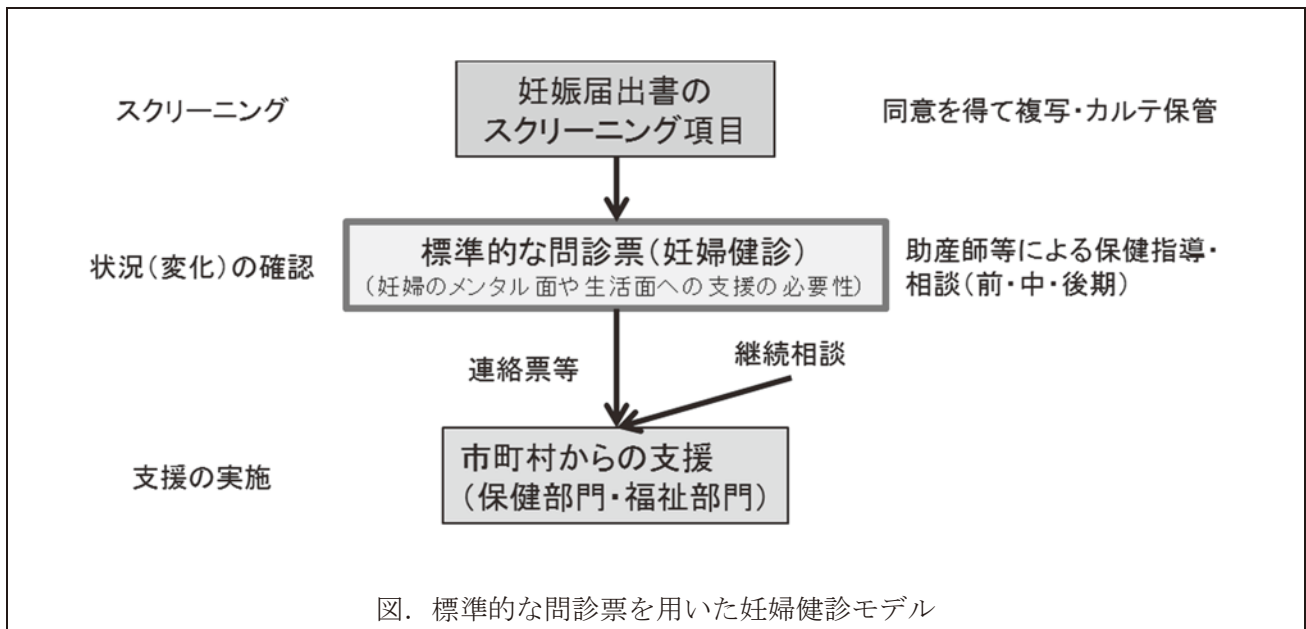
- 妊娠届出書（愛知県） ..... 71
- 分娩前後チェックリスト ..... 74
- 赤ちゃんの気持ち質問票 ..... 75
- エジンバラ産後うつ病質問票 ..... 76
- 育児支援チェックリスト（改変） ..... 78
- 女性に対する暴力スクリーニング尺度 ..... 79
- 子育て支援の必要性の判定 ..... 80



## マニュアルの目的

ハイリスク妊婦には、身体的リスクと心理社会的リスクへのアプローチが必要です。特に後者を視野に入れて、愛知県では、平成24年度から妊娠届出書の標準書式を用いて特定妊婦や要支援家庭の早期の把握と支援に取り組んでいます。妊娠届出書によるスクリーニング点数では、2～3割がハイリスク群に、数パーセントがスーパーリスク群にあたります。市町村は、妊娠届出者の1割を要支援妊婦と捉えています。しかし、このうち実際に妊娠期から支援を実施できたのはその3分の1程度で、妊娠中には支援ができなかったケースが1割ありました（平成26年度愛知県集計）。すなわち、支援が必要な状況を把握しても、すべてに支援が行き届いている状況にはありません。

ほとんどの要支援妊婦は、妊婦健診を受診しています。その状況を医療機関と保健機関がともに把握し、必要な支援につなげることを目指して、このマニュアルを作成しました。



標準的な問診票を用いた妊婦健診モデルを図に示します。まず、妊娠届出書のスクリーニング項目に基づいて、支援の必要性に関するアセスメントを行います。本人同意を得て妊娠届出書を複写し、カルテに保管しておきます。

妊娠経過に伴い生活状況も刻々と変化する中で、妊婦とこれを取り巻く状況は妊娠届出時とは違ってきます。妊婦健診に標準的な問診票を利用することで、こうした状況の変化を医療機関が把握し、妊婦のメンタル面や生活面への支援の必要性についてアセスメントすることができます。

妊娠中には、前期・中期・後期にそれぞれ特有な心身の変化が起きますが、助産師や看護師などのスタッフは、その時々々に保健指導を行うだけでなく、家庭や日常生活も含めた相談に耳を傾けることができます。次の妊婦健診に向けて相談を継続するとともに、必要な場合には連絡票などを用いて市町村に連絡します。必要な支援につなげるには、妊婦自身が市町村からの家庭訪問・相談や事業サービスを利用する気持ちになる必要があります。医療機関のスタッフは、妊婦の気持ちに寄り添い、相談を続けることで、妊婦の気持ちをエンパワーメントすることができます。

## 妊娠期から子育て支援を始めるポイント

### ○今、求められる妊娠期からの支援

平成 27 年 10 月の子ども虐待による死亡事例などの検証結果（第 11 次報告）では、心中以外の虐待死事例では 0 歳児が 44.4%と依然として最も高く、死亡した子どもの妊娠期の問題は、妊婦健診未受診 27.5%、望まない妊娠 22.8%、若年（10 代）妊娠、母親の精神疾患や抑うつなどがあり、母親が家庭環境や産前産後の心身の不調の問題を持ち、妊娠期から一人で悩みを抱えていたと考えられます。

要支援妊婦を医療機関と保健機関が共に把握し、医療機関では受診時に、保健機関では妊娠中からの定期的な家庭訪問などにより、協働で支援していく体制が求められています。

### ○要支援妊婦を把握していくチャンスを活かす

医療機関の受診時の様子や、今回紹介する標準的な問診票などを活用し、各医療機関において、要支援妊婦を把握していくシステムを整備します。

#### 1) 初回受診時を大切に、「妊娠届出書」を最大限活用しよう

医療機関に受診した妊婦が、今後も継続して妊婦健診を受けるとは限りません。初診時、受付時から院内のスタッフ全員で気になる妊婦（支援を要する妊婦）を把握する体制をつくります。相談時間や場所、スタッフを確保したり、助産師外来を活用したりして相談体制を整えましょう。

#### ポイント

要支援妊婦は定期的に受診しない可能性があるため、初回受診時を有効活用

➤妊婦健診の必要性和妊婦健診費用の 14 回の補助制度を伝え、初回受診時に面接をしましょう。

初回受診時は妊娠判定のみの場合も多く、受診費用に負担を感じる妊婦もいます。妊婦健診費用の補助を知らず、使い方が理解できないこともあるため、ていねいな説明が必要です。

初回受診時から経済的な問題がある場合、即、市町村保健機関と相談し、受診当日に妊娠届書を市町村に提出して即受診券を医療機関に届け、妊婦健診 1 回目の扱いとした事例もあります。

#### ポイント

「妊娠届出書」により要支援妊婦を把握し、同意の上で複写してカルテ保管

➤妊娠届出書を基に医療機関で個別相談を実施し、要支援妊婦を把握しましょう。

愛知県の妊娠届出書には重要なスクリーニング項目が盛り込まれています。医療機関において、要支援妊婦を妊娠届出時から把握し、支援を開始していくツールとして活用しましょう。

妊娠届出書の「問診項目欄」は医療機関の受診時に記入を依頼し、妊娠届出書の各問診項目や医療機関独自の問診項目について、妊婦と個別に相談する時間を確保し、記載内容やリスク項目について、妊婦に寄り添ってていねいに話を伺います。そして、妊婦の同意を得て妊娠届出書を複写し、初回の貴重な情報としてカルテに保管して活用しましょう。

#### 〈妊娠届出書から確認しておきたいこと〉

- ① 本人・パートナーの年齢や職業、婚姻状況、初回受診時の妊娠週数 : 20 週以降は要注意!
- ② 過去の出産、流産状況 : 若年出産や飛び込み、自宅出産の既往など
- ③ 今回の妊娠の受けとめ : 妊娠が分かった時の気持ちを確認
- ④ 困ったときの支援者の有無、里帰りの予定から実家や妊婦の両親との関係 : 被虐待歴など
- ⑤ 困ったことから、経済面、夫の支配やDV、家族関係の問題など
- ⑥ 本人の心身の状況 : 体調、既往歴、精神疾患やメンタルヘルスの症状の有無

## 2) 前期・中期・後期の標準的な問診票を最大限活用しよう (次頁以降を参照)

標準的な問診票を活用し、刻々と変化する妊婦の状況を把握し、必要な支援につなげます。

### ○要支援妊婦の気持ちをエンパワーメントして保健機関の支援につなげる

助産師や看護師として医療機関で妊婦と信頼関係を結ぶことが、必要時、保健師からの支援を受け入れる下地となります。妊婦と向き合い関係づくりをしていくポイントをご紹介します。

#### 1) 妊婦に寄り添い看護職との信頼関係を結び、医療機関内で支援していく体制をつくる

面接や相談、看護ケアの中で、妊婦が看護職に抱えている悩みをうちあける場合があります。この時が、たった一度のチャンスかもしれません。「よくお話していただきました」と、妊婦が相談できたその力を認め、具体的にその内容について聞いていきます。この時、「あなたをより理解し、あなたと一緒にどうしたらいいのかを考えていきたい」との思いをもって真摯に話を伺いましょう。

**ポイント** 妊婦に寄り添い抱えている問題をアセスメントし、看護職と信頼関係を結ぶ

#### ➤スクリーニング項目やポイントを理解し、妊婦と向き合しましょう

妊娠届出書や標準的な問診票、アセスメントシートの各項目や意味するものを理解しておきます。これにより、例えばDVの相談があった場合でも、妊婦の気持ちを受けとめつつさりと話しを進め、深くアセスメントすることで、看護職との信頼関係を結んでいくことができます。

#### 2) 要支援妊婦を市町村保健機関に連絡し、妊婦に支援の輪をつくる

医療機関が把握した要支援妊婦について、院内でとりまとめて共有するシステムを作り、妊婦の同意を得て保健機関に連絡し、妊娠中から保健機関と協働で妊婦を支援していきます。

**ポイント** 把握した要支援妊婦をタイムリーに保健機関につなぎ、妊娠中から協働で支援する

妊婦が未婚で支援者がいない、経済的な問題や精神疾患があるなどの心理社会的リスクのある場合、自ら相談したり思いを伝えたりすることが苦手で、支援を受けることに抵抗を示すことがあります。医療機関の中で看護職からの支援を安心して受け入れ信頼関係を結ぶことで、家庭においても保健機関の保健師からの支援を受け入れることにつながります。「あなたの持っている悩みや心配なことについて、家庭でも一緒に考えてもらえるように、保健師さんに支援をお願いしましょう」と同意を取り、保健機関に電話や連絡票などにより支援を依頼します。

#### 3) 保健から医療への連絡を受け、妊婦を見守り新たな支援のチャンスをつくる

保健機関や医療機関が把握した要支援妊婦に保健師が家庭訪問などを試みても、日中の不在や支援への拒否があって関わるできないことがあります。この場合は妊婦の状況を医療機関と保健機関の双方で情報交換し、医療機関で相談や見守りなどの支援を続けます。保健機関が支援できるように妊婦健診時や出産時の入院期間中に、生活面や精神面などについて保健師を含めて検討する場を設けることで、保健師による支援につなげる工夫をしていきましょう。

#### 4) 要支援妊婦などの医療からの情報提供や守秘義務について平成28年10月からの法整備

支援を要する妊婦等に関する情報提供 (児童福祉法改正により平成28年10月1日施行) : 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し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)。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 (児童福祉法第21条の10の5第2項)



## 問診票を看護業務に活用するためのポイント

### ○妊娠期から前期・中期・後期の標準的な問診票を最大限活用しよう

妊娠の経過の中で、妊婦の悩みや家族の状況が変化していくことはしばしば起こります。妊婦健診を、医学的チェックの場に加え、重要な妊婦支援のチャンスととらえ、各期の問診票も活用しながら妊婦に寄り添い、妊婦の生活や心身の状態の変化を把握しましょう。

#### ポイント

妊娠経過の中で問診票を活用し、妊婦を取り巻く状況変化に留意し寄り添います

### ○問診票で支援の必要性の要因を把握する各期でのポイント

#### 1) 前期・中期・後期の毎回問診での確認項目〈番号4・5・10・11・12・13〉

- ① 妊婦の身体面、精神面の問題変化；項目番号4・5：  
身体的な不定愁訴から精神的な不調がとらえられる場合もあります。基本的な生活状況や、バースプランなどから妊婦の気持ちや社会的背景をどう把握していくかを大切にしながら、支援内容を確認していくチャンスです。
- ② 上の子の世話などの困りごと；項目番号10：  
上の子どもの育児負担から経産婦の困り感や虐待事例もみられるので、支援できることを探り、地域情報も提供できることが必要となります。
- ③ 妊婦の相談者の有無、夫や実母との情緒の関係性；項目番号11・12：  
妊婦が一人で困りごとを抱え込まないように情緒的な支援の把握項目です。必要時は妊婦の生育歴も把握しながら、毎回変化の確認が必要です。
- ④ 経済的な状況；項目番号13：  
生活への困り具合を把握し、支援の必要性を見出すための項目です。

#### 2) 前期間診票（14週前後）の確認項目〈番号1・6・7・14〉

- ① 妊娠についての妊婦とパートナーの気持ち；項目番号1：  
「予想外だった」妊娠をどう支援するか、初診時からの気持ちの変化を把握します。
- ② 妊婦の性格傾向；項目番号6：  
信頼関係づくりに活用できます。支援者側から見た様子との違いがある時は、面談時に留意してコミュニケーションをとります。
- ③ パートナーの妊娠の受け止め；項目番号7：  
妊婦や夫がどういう気持ちか、夫婦の関係性や生活を左右する項目です。
- ④ 妊婦の学歴；項目番号14：  
支援対象を把握するに重要な項目です。生育歴や悩みを聞く糸口にもなります。

#### 3) 中期間診票（26週前後）の確認項目〈番号3・8・9〉

- ① マタニティライフを楽しんでいるか；項目番号3：  
否定的な回答の場合は、楽しめていない理由などより深く状況を伺います。

- ② パートナーの健康状況・パートナーとの関係性；項目番号8・9：  
状況によっては、胎児・家族全体に影響が及び、妊婦の不安と出産・育児のキーパーソンにも関係してきます。DVについては、妊婦の生活や精神面を左右する重要なポイントです。

#### 4) 後期間診票（36週前後）の確認項目＜番号：2・15・16・17＞

- ① 胎動の感じ方による妊娠の受けとめ；項目番号2：  
胎動の感じ方は、妊婦の胎児への思いを把握し、今後の親子関係支援に必要です。
- ② 育児のイメージや心配なこと、母乳育児への思い、出産後の生活準備；項目番号15・16：  
出産育児に専念できる家庭環境か、経済的な面も踏まえ把握することが大切です。育児に必要な準備状況を把握し、状況により支援に繋がります。
- ③ 妊娠中の住所や氏名、パートナーを含めた電話番号の変更；項目番号17：  
転居を繰り返すことは地域での孤立や支援が中断するハイリスク要因として把握します。

#### ポイント

医療機関現場で問診票を活用する時の利用時期や方法、注意点など

- 問診票利用の時期は、医療機関の状況に合わせて活用が可能です。
  - 前期・中期・後期の時期（週数）は、目安のひとつです。医療機関によっては、助産師外来などのゆっくりとお話が聴ける機会に合わせて利用されるとよいでしょう。
- 問診票は、問題点をチェックするためではなく、個別支援に繋げる目的で利用します。
  - 問診票は、医学的側面の内容からも精神的社会的側面の確認ができ、生活支援に繋がります。
- 問診票の活用については、医療機関内のチームで対応しましょう。
  - 問診票の回答状況により、医療機関の担当者が一人で困ったり抱え込まないように、チームで対応しましょう。医療機関内でスタッフの相談や状況を共有できるサポート体制を整え「お話しすると楽になるから師長がいる時に相談しましょう」などの環境づくりをして、次回に繋げていくことがとても大切です。
- 問診票活用時、記載時の注意点
  - 問診票は“妊婦自身が答える”ことが大前提です。（パートナーなどに尋ねる必要はありません）
  - 問診票では「DV」や「被虐待歴」と言うストレートな表現は控えていますが、問診票の質問について○印から十分に把握し、社会的・心理的・経済的問題への支援に繋げるように聞く必要があります。
  - 母子健康手帳の番号は妊娠中のどこか（出産まで）で記載できれば良いです。問診票の保管は、診療録に保存し、保健指導の内容などは産科医師、小児科医師、助産師、看護師などが把握できるようにします。



問診項目一覧

項目 番号	質問 カテゴリー	質問文 <選択肢>	前期	中期	後期
1	妊婦の妊娠のうけとめ	妊娠について、今は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		
2	妊婦の妊娠のうけとめ	胎動を感じるときに、どのように思いますか。 <嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない>			1
3	現在の妊婦の状態	マタニティライフを楽しんでいますか。 <はい・いいえ・どちらでもない>		1	
4	現在の妊婦の状態	次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか（複数選択可）。 前期 <だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他 [内容:] > 中期 <動悸・めまい・腰痛・体のかゆみ・おりものが気になる・その他 [内容:] > 後期 <頭痛・めまい・腹痛・吐き気・便秘・足のむくみ・その他 [内容:] >	2	3	2
5	現在の妊婦の状態	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。 <はい・いいえ>	3	4	3
6	妊婦の自己評価	次のなかで、あなたの性格にどちらかという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・マイペース・人みしり・社会的・こわがり・短気>	4		
7	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、どのような気持だと思えますか。最もあてはまるものを選んでください。 <喜んでいる・とまどっている・困っている・なんとも思っていない・わからない>	5		
8	パートナーの健康状況	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>		5	
9	パートナーとの関係・産後の準備	赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。 <はい・いいえ>		2	
10	上の子の世話	上の子どもについて困っていることはありますか。 <はい（ ）・いいえ・上の子はいない>	6	6	4
11	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（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。 <はい・いいえ・夫（パートナー）はいない> ② あなたの お母さんには何でも打ち明けることができますか。 <はい・いいえ・実母はいない> ③（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>	7	7	5
12	妊婦の支援者	困ったときに助けてくれる人はいますか（複数選択）。 <夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・その他（ ） >	8	8	6
13	経済状況	経済的なことで困っていますか。 <毎日の生活に困る・今は良いが、将来的には心配・困っていない>	9	9	7
14	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（ ） >	10		
15	産後の生活準備	出産後について、①～③の質問にお答えください。 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、考えたことがない（ ）） ② 子どもの育児について心配なことはありますか。（例：沐浴や入浴、授乳（ ）） ③ 母乳で育てることについてどう思いますか。 <ぜひ母乳で育てたい・母乳ができれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない>			8
16	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
17	転居	次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。 ①あなたのご住所 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ②あなたのお名前 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ③あなたの電話番号 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ④夫（パートナー）の電話番号 変更なし・妊娠中に変更した・妊娠中に変更する予定 ※ ①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。（ ）			10

〈診察券番号〉

〈母子手帳番号〉

〈お名前〉

〈お住まいの市町村〉



次の問1～問10について、該当する選択肢を○で囲み、[ ]には内容をご記入ください。

問1 妊娠について、今はどんなお気持ちですか。最もあてはまるものを選んでください。

嬉しい ・ とまどっている ・ 困っている ・ なんとも思わない

問2 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか（○はいくつでもつけて下さい）。

だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他 [内容: ]

問3 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。

はい ・ いいえ

問4 次のなかで、あなたの性格にどちらかというにあてはまるものはありますか（○はいくつでもつけて下さい）。

まじめ・楽天的・せっかち・のんびりや・マイペース・人みしり・社交的・こわがり・短気

問5 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。

喜んでいる ・ とまどっている ・ 困っている ・ なんとも思っていない ・ わからない

問6 上の子どもについて困っていることはありますか。

はい [内容: ] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問7 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

① 夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。

はい ・ いいえ ・ 夫（パートナー）はいない

②（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。

はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③ 夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。

はい [相談できる人の続柄・関係: ] ・ いいえ

問8 困ったときに助けてくれる人はいますか（○はいくつでもつけて下さい）。

夫（パートナー）・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他 [ ]

問9 経済的なことで困っていますか。

毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

問10 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 [ ]

ご記入いただき、ありがとうございました。

----- 【担当者記入欄】 -----

- 順調です。  
 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。  
 他機関の人とも、相談しましょう。

&lt;診察券番号&gt;

&lt;母子手帳番号&gt;

&lt;お名前&gt;

&lt;お住まいの市町村&gt;



次の問1～問9について、該当する選択肢を○で囲み、[ ]には内容をご記入ください。

問1 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

問2 赤ちゃんについて、夫(パートナー)と話し合っていますか。  
はい ・ いいえ

問3 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか(○はいくつでもつけて下さい)。  
動悸・めまい・腰痛・体のかゆみ・おりものが気になる・その他 [内容: ]

問4 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。  
はい ・ いいえ

問5 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

問6 上の子どもについて困っていることはありますか。  
はい [内容: ] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問7 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。  
はい ・ いいえ ・ 夫(パートナー)はいない

② (あなたのお母さん)には何でも打ち明けることができますか。  
はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。  
はい [相談できる人の続柄・関係: ] ・ いいえ

問8 困ったときに助けてくれる人はいますか(○はいくつでもつけて下さい)。  
夫(パートナー) ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他 [ ]

問9 経済的なことで困っていますか。  
毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

ご記入いただき、ありがとうございました。

----- 【担当者記入欄】 -----

- 順調です。
- 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。
- 他機関の人とも、相談しましょう。

〈診察券番号〉

〈母子手帳番号〉

〈お名前〉

〈お住まいの市町村〉



次の問1～問10について、該当する選択肢を○で囲み、[ ]には内容をご記入ください。

問1 胎動を感じるときに、どのように思いますか。最もあてはまるものを選んでください。

嬉しく思う ・ 嫌な感じがする ・ どちらでもない

問2 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか(○はいくつでもつけて下さい)。

頭痛 ・ めまい ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 便秘 ・ 足のむくみ ・ その他 [内容: ]

問3 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。 : はい ・ いいえ

問4 上の子どもについて困っていることはありますか。 : はい [内容: ] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問5 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

①夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。 : はい ・ いいえ ・ 夫(パートナー)はいない

②(あなたのお母さん)には何でも打ち明けることができますか。 : はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 : はい [相談できる人の続柄・関係: ] ・ いいえ

問6 困ったときに助けてくれる人はいますか(○はいくつでもつけて下さい)。

夫(パートナー) ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他 [ ]

問7 経済的なことで困っていますか。 : 毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

問8 出産後について、①～③の質問にお答えください。

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、赤ちゃんが毎日泣いて大変、考えたことがない ]

②子どもの育児について心配なことはありますか。 [ 例: 沐浴や入浴、授乳 ]

③母乳で育てることについてどう思いますか。

ぜひ母乳で育てたい ・ 母乳ができれば母乳で育てたい ・ 粉ミルクで育てたい ・ 特に考えはない

問9 赤ちゃん用品の準備はできましたか。 : はい ・ いいえ

問10 次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。

①あなたのご住所 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

②あなたのお名前 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

③あなたの電話番号 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

④夫(パートナー)の電話番号 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

[ ※ ①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。 ]

ご記入いただき、ありがとうございました。

----- 【担当者記入欄】 -----

- 順調です。
- 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。
- 他機関の人とも、相談しましょう。

## 妊娠期のアセスメントシートの活用

「妊娠期のアセスメントシート」を用いることで、医療スタッフの誰もが妊婦の支援の必要性を的確にアセスメントすることができます。アセスメントシートには、生活歴 (A)、妊娠に関する要因 (B)、心身の健康等要因 (C)、社会的・経済的要因 (D)、家庭的・環境的要因 (E)、その他 (F) の要因別と、支援者等の状況について、具体的なアセスメント項目が例示されています (p. 11)。

まず、診療録の既往歴、分娩・出産歴、家族歴や保険証の情報などから把握可能なアセスメント項目があります (下表)。

問診票の質問は、アセスメント項目と深い関係があり、問診票を用いて2次質問をすることで、アセスメントにつなげることができます。

例えば、妊婦の妊娠のうけとめ (「妊娠について、今はどんなお気持ちですか」「胎動を感じるたびに、どのように思いますか」) の質問に気になる回答や反応を認める場合、アセスメントシートの生活歴 (A) の、〈妊婦〉の①保護者自身に被虐待歴がある、②保護者自身に DV 歴 (加害・被害含む) がある、③胎児のきょうだいに不審死がある、④胎児のきょうだいへの虐待歴がある、⑤過去に心中未遂がある (自殺未遂がある) の要因や、妊娠に関する要因 (B) のうちの、⑤望まない妊娠の状況が把握される場合があります。特に、〈妊婦〉の⑤望まない妊娠は、これらの質問との関連が強い項目です。

また、アセスメントの結果、市町村からの支援が必要と判断した場合には、連絡票などを利用して市町村の支援につなげますが、中にはその連絡に同意が得られない場合があります。ぜひ支援を受けてもらいたいと感じる人ほど、同意が得られにくい場合もあります。「保健センター等の関係機関の関わりを拒否する」や「情報提供の同意が得られない」は、アセスメントシートの関係機関からの支援状況の重要なチェックポイントです。

表 診療録や保険証の情報などから把握可能なアセスメント項目

妊娠に関する要因 (B)	①16 歳未満の妊娠 ②若年 (20 歳未満) 妊娠 (過去の若年妊娠を含む) …①除く ③20 週以降の届出 ④妊婦健診未受診、中断がある ⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す ⑧飛び込み出産歴がある ⑨40 歳以上の妊娠 ⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある
心身の健康等要因 (C)	⑤身体障がい・慢性疾患がある
社会的・経済的要因 (D)	②生活保護受給
家庭的・環境的要因 (E)	②ひとり親・未婚・ステップファミリー

問診項目のそれぞれに対して〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉を添付しましたので、参考にしてください。

# アセスメントシート（妊娠期）

妊婦氏名（ ） 記入日（ ） 記入者（ ）

**\* 各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にレ点でチェックする。**

要 因	妊 娠 歴						
	リ ス ク 項 目	妊 婦			パ ー ト ナ ー		
		あり	不明	なし	あり	不明	なし
生活歴 (A)	①保護者自身に被虐待歴がある						
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある						
	③胎児のきょうだいに不審死がある						
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)						
妊娠に関する要因 (B)	①16歳未満の妊娠						
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・①除く						
	③20週以降の届出						
	④妊婦健診未受診、中断がある						
	⑤ ない妊娠						
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動						
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す						
	⑧飛び込み出産歴がある						
	⑨40歳以上の妊娠						
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある						
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等						
心身の健康等 要因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)						
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)						
	③知的障がい(疑いを含む)						
	④訴えが多く、不安が高い						
	⑤身体障がい・慢性疾患がある						
経済的・社会的 要因 (D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある						
	②生活保護受給						
	③不安定就労・失業中						
環境的・家庭的 要因 (E)	①住所不定・居住地がない						
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー						
	③家の中が不衛生						
	④出産・育児に集中できない家庭環境						
その他 (F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある { }						

## 支援者等の状況

支援者 □	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない</li> <li>・夫婦不和、親族と対立している</li> <li>・パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者</li> <li>・地域や社会の支援を受けていない</li> </ul>
関係機関等 □	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センター等の関係機関の関わりを拒否する</li> <li>・情報提供の同意が得られない</li> </ul>

\* 妊婦とパートナーの「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1つでも該当する妊婦
- ②薄い網掛け項目 [ ] に要因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薄い網掛け項目 [ ] に要因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」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

参考)

(大阪府のガイドライン：妊娠期のアセスメントシート)



支援を要する妊婦の妊娠期・出産期・退院期の支援（医療機関の役割）

	妊娠期の支援	出産期の支援	退院期の支援
ハイリスク妊婦	<input type="checkbox"/> 心配な情報がある妊婦について、「要養育支援者情報提供票」により母子保健主管課へ情報提供 <input type="checkbox"/> 特に10代で望まない妊娠をした妊婦については、早急に情報提供が必要 <input type="checkbox"/> 早期より保健指導、生活指導、福祉サービス利用を必要とする場合は、母子保健主管課、児童家庭相談主管課等に相談		
要フォロー妊婦	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査時の指導 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査時の母体の健康管理上の医学的な注意点や、妊婦の理解力を含めた反応等の状況について母子保健主管課等へ情報提供 <input type="checkbox"/> 母子保健主管課等が関係がとりにくく必要な情報がとれない妊婦について、受診時の面接設定 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査未受診時の母子保健主管課への連絡 <input type="checkbox"/> 必要時、母子保健主管課等と情報共有及び対応を協議するための会議の設定・参加	<input type="checkbox"/> 出産のために入院した段階で、母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 入院中に妊婦と母子保健主管課等の面接を設定 <input type="checkbox"/> 入院中の状況（育児の準備や、育児スキル、子どもへの対応状況）及び退院後に必要な支援等について、母子保健主管課に連絡 <input type="checkbox"/> 退院までに、子どもの事故予防や揺さぶられ症候群について、妊婦及びパートナー等の支援者にも指導 <input type="checkbox"/> 退院後の支援体制について母子保健主管課と連絡調整・協議	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、退院後の経過観察健診等（体重増加の確認や母乳外来など）を設定 <input type="checkbox"/> 経過観察健診、1か月健診等（以下「健診等」）における子どもの養育状況を確認し、母子保健主管課等に状況を連絡 <input type="checkbox"/> 健診等を未受診の場合、母子保健主管課等に連絡 <input type="checkbox"/> 健診等の際に、出生届を出していないことを母子健康手帳等で確認した場合は、母子保健主管課または児童家庭相談主管課に連絡

	妊娠期の支援	出産期の支援	退院期の支援
特定妊婦	<input type="checkbox"/> 16歳未満、住所不定・住居がない妊婦が受診した場合は、即、児童家庭相談主管課または母子保健主管課に連絡 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診時の状況により、健康な妊娠期を過ごせるよう必要な支援について妊婦等に助言・指導 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診時の状況（同伴者を含む）、母体の健康状況、医学的管理状況、医療機関の指示の遵守状況、支援者の有無や支援者の状況等を母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 母子保健主管課等が妊婦との接触が困難となっている場合は、妊婦健康診査時に面接できるよう調整 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査未受診時に母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 精神疾患等の治療が妊娠中にも継続して必要な場合等は、産科医療機関と精神科医療機関が連携し、各医療情報を共有 <input type="checkbox"/> 関係機関会議や個別ケース検討会議に参加、情報提供し、共同でアセスメント、支援プランの検討	<input type="checkbox"/> 妊婦の支援者等の育児スキルの評価が必要な場合、医療機関で可能な指導内容を母子保健主管課等と調整 <input type="checkbox"/> 出産のために入院した段階で、速やかに母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 育児に関する指導を行い医療機関として評価し、入院中の状況（育児に関する準備物品、育児スキル、子どもへの対応状況）と併せて退院後に必要な支援を個別ケース検討会議等で報告 <input type="checkbox"/> 安全に在宅生活に移行できるか判断が難しい場合は、育児指導の継続や育児環境整備のため、個別ケース検討会議等で入院の延長等を検討 <input type="checkbox"/> 飛び込み出産等の場合は、早急に児童家庭相談主管課または母子保健主管課へ連絡し、個別ケース会議には主治医のほか、妊婦にかかわる看護師等が参加できるように調整 <input type="checkbox"/> 児童相談所による一時保護となる場合、安全に子どもを保護する体制と、保護後の母等へのフォロー体制を検討	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、退院後の経過観察健診等（体重増加の確認や母乳外来など）を設定 <input type="checkbox"/> 経過観察健診、1か月健診等（以下「健診等」）の際、体重増加不良や体重減少がある場合等は、次回受診日を設定し、保健指導の支援により改善するよう助言。状況によっては、母子保健主管課へ連絡した上で、早め入院を勧め、子どもの授乳状況を評価 <input type="checkbox"/> 健診等での子どもの養育状況を確認し、母子保健主管課等に状況を連絡 <input type="checkbox"/> 健診等を未受診の場合、母子保健主管課等に連絡 <input type="checkbox"/> 健診等の際に、出生届を出していないことが母子健康手帳等で判明した場合は、母子保健主管課または児童家庭相談主管課に連絡 ※極端な体重増加不良や怪我が認められる場合は、児童家庭相談主管課もしくは子ども家庭センターへの通告が必要

※参考資料（日常の診療場面別に留意するポイントとして参照）

「医療機関（医科・歯科）における子ども虐待の早期発見・初期対応の視点～妊娠期から乳幼児期にかけて～」 <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00096974/gyakutaihonpen.pdf>  
 「医療機関用別冊シート 概要版」 <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00096974/bessatsu.pdf>

参考)

(大阪府のガイドライン：妊娠期のアセスメントシート)

問診項目ごとの  
活用方法





## 項目番号 ( 1 ) カテゴリー ( 妊娠のうけとめ )

## 質問文〈選択肢〉

妊娠について、今は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〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠届出書に同様の質問があります。保健機関では母子健康手帳交付時に、妊娠に対する気持ちを確認し、支援開始の時期を決める一つのポイントとしています。

望んだ妊娠であれば、嬉しいと率直に答えると思いますが、妊娠したことで不安や戸惑いを持ち、妊娠したことへの後悔、また若年など望まない妊娠であれば、今後虐待への危険性が高まります。特に妊娠初期は、気持ちが不安定で変化することも考えられます。嬉しいと思えない妊婦には、寄り添い、見守ることが大切です。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈とまどっている〉 予想外の妊娠。入籍の予定がない。家族に妊娠を伝えていない。経済不安。支援者がいない。多産。

〈困っている〉 望まない妊娠。中絶を考えている。経済困難。DV。離婚を考えている。

〈なんとも思わない〉 実感がわからない。

〈嬉しい〉 との回答であっても、本人は嬉しいがパートナーと入籍予定がなく、家族のサポートもない場合や、精神疾患がある場合、育児能力に心配がある場合などについては、状況を詳しく確認することが必要です。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

とまどっている場合は、「〇〇について、ご心配があるのですね。もう少し詳しくお聞きしても良いですか。」と具体的に何が心配なのか、状況や理由を聞きます。さらに「それを解決する方法や相談できる人はいますか？」と聞き、その後の支援が必要であるのかを確認します。

望まない妊娠については、「まずあなたは、どうしたいですか？あなたの身近な人との関係も含めて教えてください。」と伝え、「ご主人は妊娠について、どのように言っていますか？」未婚者には、「お母さんは知っていますか？」「相手の人は妊娠について、どのように言っていますか？」「ご主人（相手）と話し合うことができますか？」と具体的に妊婦自身の気持ちや家族状況を確認します。

「今後について、一緒に考えていきましょう。」と寄り添い、次へつなげるように、関係づくりをします。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

望まない妊娠と分かった場合は、一人で抱え込まずチームで対応しましょう。

ポイントとしては、話しやすい環境を整備し、傾聴し、信頼関係を構築していくことが大切です。傾聴後は、「言いにくいことをよくお話ししてくださいました。」と言葉をかけ、もう少し聞きたい場合は、「もう少し詳しくお聞きしても良いですか。」と、更に向き合ってお話をうかがいます。そして必ず、「今後のあなたと赤ちゃんについて、一緒に考えていきましょう。」と伝えます。

継続的な支援が必要な場合は、関係機関や行政と連携をする必要があります。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠初期の問診票で、望まない妊娠、精神疾患がある、DV等を保健機関へ伝えていないことを把握した場合は、早期に保健機関へ情報の提供が必要です。

連絡の同意については、「地域の保健機関は、妊娠、出産、育児について相談ができる、一緒に考えてくれる機関です。とても大切なお話なので、保健機関へお伝えさせていただきます。」「保健機関へ、あなたに電話をしていただくよう伝えます。」など、同意と保健機関から連絡することを伝えます。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目1（妊婦の妊娠のうけとめ）妊娠について、今はどんなお気持ちですか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 2 ) カテゴリー ( 妊娠のうけとめ )

## 質問文〈選択肢〉

胎動を感じるときに、どのように思いますか。  
〈嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

胎動は胎児への愛着という視点においても、妊婦が感じる胎動の受けとめ方は今後の母子支援に繋げる重要事項と考えます。妊娠経過に伴い、胎児が大きく成長するにつれて妊婦は胎動を大きく感じるようになります。特に妊娠後半期においては、妊婦の胎動の自覚は夜間に多く、夜、寝るときが激しく、胎動で夜間、熟睡できないなどの訴えをされる方もみえます。

胎動は、赤ちゃんとお母さんのコミュニケーションである事などを妊婦自身が理解し、赤ちゃんが生まれてくることを、前向きな気持ちで捉えられることが大切です。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

仕事をもち、忙しく時間にゆとりのない妊婦、核家族などで育児サポートが弱い状況や上の子どもがまだ小さいなど育児が大変な妊婦、夫婦関係や家族関係がうまくいっていない妊婦やシングルマザー、若年妊婦、精神疾患などのある妊婦、経済的に困っている妊婦などが該当します。

上記のような妊婦は、前向きに妊娠を受けとめられない状況のまま、妊娠継続となり、胎動をうまく受容できていない状況になる場合があります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

「胎動を嫌と感じるときは、どんなときですか?」「常にそう感じますか?」とうかがい、状況や気持ちを把握します。「常にではない場合は、どんなときが多いですか?」「胎動を痛みとして感じますか?」「胎動を感じた時、どんな気持ちになりますか?」と、どのように胎動を受けとめているのかをアセスメントします。

「胎動をゆっくり感じる時間やゆとりはありますか?」と聞くことで、忙しい生活面がみえてくることもあるでしょう。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント (例示)

エコー写真や動画などで胎児の大きさや動きなどを確認しながら、胎動を前向きな気持ちで捉えられるようにアプローチすることも良いと思います。

「胎動の 10 回カウント」(次ページコラム内参照)などを保健指導に取り入れて、胎動は赤ちゃんが元気に過ごせているかなどのバロメータでもあることを伝えることも良いと思います。

## ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

面接や保健指導を実施する経過で「赤ちゃんをかわいと思えない」「身体が辛いから早く出したい」「胎動が気持ち悪い」などと発言される場合は、生まれてくる児への愛着形成が乏しい等が考えられます。状況や背景などを踏まえて、保健機関に連絡し、情報共有をはかり支援する必要があると思います。

なお、連絡の同意をいただく場合、「当院では、地域の保健師さんや助産師さんとも連携しながら、妊娠中からの子育て支援をさせていただいています。地域でのサポートも活用しながら妊娠期を過ごして、子育てをしていきましょう。」などと、声をかけることで円滑に保健機関につなげることができています。

### コラム

面接や保健指導の中で胎動についてコミュニケーションをはかる際、「赤ちゃんは産まれる時に、お母さんの産道を回りながらでないと通れないことを知っています。そのために、お腹の中で何回も回る練習をして、産道を通りやすい体制をとる準備を始めているのだと思います。胎動を強く感じるのはそのせいかも知れませんね。とくにお母さんが夜、ふとんに入った時などは、子宮もリラックスできるので赤ちゃんにとっては最高の環境です。」や「赤ちゃんは、産まれて来たら、夜中に何回もおっぱいを欲しがります。その事をお母さんに知らせて、準備をして貰おうとサインを送っているのかもしれないですね。赤ちゃんに会えるのが楽しみですね。」また、「赤ちゃんはお母さんといっぱいお話がしたいんですね。」などと声かけをすることで、「赤ちゃんって賢いんですね。」や「だから私が寝ようとする、強い動きを感じるんですね。」など、胎動を前向きに捉える発言を聞くことができた時は嬉しく思います。

#### ☆「胎動の10回カウント」の方法☆

胎動の多い午後7時から11時までの間にリラックスできるタイミング（就寝前など）に、胎動カウントを開始して10回目を感じるまでに何分かかったかを記録する方法です。

\* 1時間で10回未満であれば、産科医師による精密な検査を必要とします。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目2（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。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済的 要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境的 要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。



## 項目番号 ( 3 ) カテゴリー ( 現在の妊婦の状態 )

## 質問文〈選択肢〉

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〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠中の生活では、妊婦として過ごすことを楽しめているかも、妊娠の受容を示すものと言えます。妊娠中期では、つわりなどのマイナートラブルによる身体的苦痛が軽減し、妊娠初期に比べ外出の機会が増え、胎動を感じ始めることから妊婦としての意識も高まりやすい時期です。この時期には、妊娠中ならではのおしゃれや妊婦仲間との会話、お産や新しい家族を迎える準備、赤ちゃん誕生後には難くなる今の家族メンバーでの活動（旅行、外食など）を楽しむことが比較的容易です。胎動による胎児とのコミュニケーションを楽しみとする妊婦もいます。その人なりの「楽しみ」を見出せているか否かは、計画外の妊娠であったとしても妊娠の受容や胎児との絆形成が進んでいるかを知る手掛かりとなります。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答する妊婦・家族には、妊娠を受容できない、もしくはマタニティライフを楽しむ余裕がないなどの状況が推察されます。その背景として、望まない妊娠や何らかの事情で家族に受容されていない妊娠、経済的不安、妊娠経過や胎児の異常に対する過剰な不安などが考えられます。場合によっては、DV が関連していたりレイプによる妊娠の可能性もあります。

〈どちらでもない〉では、妊娠自体は嬉しいが身体的変化に伴う負担が大きい、望んだ妊娠であるが上の子の世話や仕事が忙しく調整できないなど、身体・心理・社会的状態のバランスが不安定で、両価的な状態にある可能性があります。また、初妊・初産婦では、マタニティライフについての情報不足などにより、単にどのように楽しめばよいかわからない、というケースも考えられます。

〈はい〉との回答であっても、他の質問項目から上記のような要素を有するケースや健診時の表情が暗いなどの様子が認められる場合は、妊婦自身が「妊婦生活を楽しいと思えないのは妊婦として失格」などと思い込み、正直に回答できないなど、リスクの可能性を考える必要があります。妊婦健診などの場面で、超音波検査の画像を見ようとしなかったり、胎児の発育状態などを説明していてもうわの空で聞いていないなど胎児に対して無関心・拒否的な言動がみられる場合は特に注意しましょう。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

「想像していた妊婦生活（マタニティライフ）と比べて、違っていることはありますか？それはどんなところですか？」と聞くことで、妊婦がもっていたマタニティライフとのギャップが把握できます。特に、想像していたより妊娠の負担が大きいなど負のギャップがある場合は、思いを傾聴するとともに、具体的な支援の必要性を検討することができます。

「今、一番しんどい（困っている・不安な・気がかりな）ことはどんなことですか？」と質問することで、マタニティライフを楽しめない具体的な理由を探索することができます。また、一次質問の回答が〈はい〉



であっても、妊娠の負担感や不安、心配などをより軽減する支援について検討することができます。

超音波検査の画像や胎児の発育についての説明など胎児に無関心・拒否的な言動がみられる場合、「今はまだあまり赤ちゃんのことはお知りになりたくないですか？（知りたくないという回答があった場合、または曖昧な返答の場合）よろしかったらそう感じている理由をお聞かせくださいますか？」と、胎児への無関心や拒否感を「今は」「まだ」「あまり」などとやや柔らかい表現を添えて確認することにより、胎児に対する妊婦の率直な気持ちや、否定的な内容であっても妊婦が話しやすい雰囲気を作ることができます。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

まずは、妊婦健診受診時の状況により、マタニティライフを楽しめていない理由を身体面、心理社会的側面の多側面から探索します。項目番号（1）～（17）の回答内容を参照し、妊娠の捉え方、妊婦自身や夫・パートナーの状態、妊婦の性格、また夫婦や家族の関係性などについて、不安要素がないかどうかと関連付けて捉えることが重要です。

そして、マタニティライフにその妊婦なりの楽しみを見出せるよう、楽しめていない理由に応じて、その妊婦の生活状況に見合う具体策を妊婦と相談し、以下のような助言をします。

- ・妊娠に伴う身体・心理的变化の特徴や、健康管理上の医学的な注意点について
- ・家庭や職場での生活状況や支援者の有無・支援状況の確認、役割調整について
- ・母親学級等の受講勧奨など社会資源の活用について、など

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

〈いいえ〉と回答した場合、楽しめない理由の解決や、楽しめない理由を軽減する支援が容易な場合は問題ありませんが、容易でない場合は、妊娠中期に至ってもなお何らかの理由で妊娠を受容できない状況にある可能性があります。マタニティライフが楽しめないことの背景に、望まない妊娠や妊娠が受容できないことが確認された場合は、さらにその背景を確認し、保健機関へ連絡すべきと考えられます。

連絡の同意をいただく場合には、「お住まいの地域にあなたの気掛かりなことなどを個別に相談できる保健師がいます。」などと声をかけることで円滑につなげることができます。

#### ・その他

マタニティライフの楽しみ方は人それぞれですので、何が楽しいかはその妊婦さん次第です。母子健康手帳の自己記載内容なども、マタニティライフを楽しまれているかどうかの参考になります。

#### コラム

前回の妊娠で妊娠中期の死産を経験された妊婦 A さんに出会った時のことです。前回の経過をよく知っていたので、今回も同じ時期に差し掛かり、さぞ不安が強くマタニティライフが「楽しい」と感じてられないのでは？とっていました。しかし、あえて「マタニティライフは楽しめていますか？」とかがってみました。すると A さんは、前回経験した様々な思いや今回期待していることなど、今の心のうちを語ってくださいました。不安の裏側にあるものと向き合ってみると、その妊婦さんのより深い理解につながり、その人なりのマタニティライフの楽しみ方や、胎児との絆を形成していく支援の契機になるかもしれません。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目3（現在の妊婦の状態） マタニティライフを楽しんでいますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	◎		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○		
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○		
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号（ 4 ） カテゴリー（ 現在の妊婦の状態 ）

## 質問文〈選択肢〉

次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか（○はいくつでもつけて下さい）

妊娠前期：だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他(内容 )

妊娠中期：動悸・めまい・腰痛・体のかゆみ・おりものが気になる・その他(内容 )

妊娠後期：頭痛・めまい・腹痛・吐き気・便秘・足のむくみ・その他(内容 )

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠期は胎児の成長に伴う腹部の増大だけでなく、ホルモンバランスの変化によって心理的にも、マイナートラブルの出現によって日常生活や就労にも影響を受けやすい時期です。妊娠が経過していく中で心理的・身体的に様々な変化が起きやすいので、問診票で身体の変化をうかがい、妊娠の受容ができていないか把握し、支援の参考に役立てます。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

妊娠経過に伴う様々なマイナートラブルで、妊娠経過により症状が多彩に出現してきます。個人差はありますが不快感や症状の継続は日常生活に影響を及ぼしやすくなります。また、妊娠の受容を妨げたり、出産・育児に対する前向きな準備を遅らせたりすることもあります。症状があっても妊娠中だから仕方ないと我慢し、本人や家族が医療者に相談をためらうことなども考えられます。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

妊娠中の不規則な生活や不摂生(睡眠がとれているか、食事がとれているか)など具体的な質問をして問題を把握します。訴えが多く、不安が高い場合はメンタル的な問題や精神疾患が隠されていないか把握します。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

妊婦健診や助産師外来で問題を把握し、保健指導や相談を実施します。

**妊娠前期：**妊娠したことが明らかになっても、多くの妊婦が倦怠感やつわりなどの症状があり、身体的変化は顕著でないため、妊娠の実感がわからない場合があります。気分の変動が激しく、不快症状が強いと妊娠について否定的な感情が強くなりがちです。さらに、不快症状があっても無理をして家事や仕事をすることで、無力感を感じたり、悲観的になったり、イライラすることもあります。プロゲステロンの増加やつわりによる脱水や低栄養、電解質異常、疲労、感染症なども考えられます。疲れやだるさの程度・食事・水分の摂取状況・他の自覚症状などの有無と程度を把握します。夫や家族などの周囲が妊娠を祝福し、体調に気づかうように指導が必要です。

**妊娠中期：**妊娠前期の不快症状が徐々に消失し、胎動を感じ母親となる実感が芽生えはじめます。妊娠期の生理的な変化として皮膚の乾燥や肌着の刺激によって皮膚の搔痒感が生じることがあります。部位

の程度、湿疹や発赤の有無、乾燥の程度、セルフケアの方法を確認し、場合によっては皮膚疾患との鑑別も必要となります。外陰部の掻痒感は、おりものの量や性状も確認し、皮膚の清潔保持を指導します。

HCG やプロゲステロンなどのホルモンの影響による血管運動神経の不安定によるめまい・立ちくらみが生じる場合があります。適度な運動や同一姿勢を長時間取らないように指導します。

**妊娠後期：**腹部の増大や体重増加によって重心が前方へ移動することでからだのバランスをとるために、姿勢や骨盤を支える筋肉や靭帯結合組織が弛緩して支持力が低下するため、腰痛が生じやすくなります。疼痛の程度や日常生活への影響、家事や仕事で立ち仕事や同じ姿勢を続けていないか、予防・軽減の対処方法を指導します。

妊娠に伴う循環血液量や心拍出量、腎血流量の増加などによるナトリウムや水分の再吸収率の増加、増大した子宮による下大静脈の圧迫により下肢に浮腫が生じやすくなります。浮腫の程度と部位、体重増加、食事摂取や塩分摂取状況、運動習慣、休息・睡眠の状態、長時間の立位、排尿の状況を確認します。足をあげて休息することや、弾性ストッキングの着用を勧めます。

切迫早産の症状として子宮収縮と下腹部痛、性器出血を認めると早産に至る危険が高い場合があります。定期的な妊婦健診の必要性を伝え、自覚症状があれば随時受診をする必要性があることを伝えます。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

身体的症状については、病院で治療や保健指導をしていきます。精神的・社会的な問題を合わせて持っている場合は、保健機関と連絡を取っていきます。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目4（現在の妊婦の状態）身体的な不調はありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	◎	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	○		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。



## 項目番号（ 5 ） カテゴリー（ 現在の妊婦の状態 ）

## 質問文〈選択肢〉

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。

〈はい・いいえ〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠した女性は妊娠期間を通して、身体的変化や感情的変化を受容していきます。しかし、上手く受容できない場合や、社会的・経済的な要因などが背景にあることにより、様々な問題を引き起こすことがあります。気持ちを表出できる妊婦さんは把握し対処できますが、そうでない場合はその妊婦のメンタル的な問題を把握するのは困難です。

問診票により、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について話を伺い妊婦の精神面の状態を把握することで、支援につなげることができます。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

精神面での症状が続いている妊婦では、妊娠や出産、今後の育児について不安が強い場合や、うつ病などで精神科や心療内科への受診歴がある場合があります。望まない妊娠やシングルマザーでの出産、若年妊娠、離婚・再婚を繰り返し家庭環境に課題がある、支援者がいないといった社会的な問題を抱えている場合もあります。健診時に、お腹の子が可愛くないと話すなど、明らかに妊娠を受け入れていないと思われる妊婦はリスクがあると考えます。

夫やパートナーの収入が不安定な場合や、夫がうつ病などのため出産費用を払えないなど、経済的な問題がある場合も考えられます。

夫や家族内のDVや暴力、アルコール依存症や家庭不和、また、過去の虐待等による実母などとの関係のこじれなど、家族間の関係性の問題がある場合はリスクが高くなります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

眠れないなど、精神面の症状が続いていると答えた場合、「眠れない、イライラする、涙ぐみやすいなどの症状が続いているのですね。いつ頃からどんな様子なのか、教えていただけますか？」と、真摯な姿勢で精神の状況を伺います。「それは辛いことですね。こうした症状がでてきたことについて、何か心当りはありますか？」と、その背景にある心配事などについて確認します。こうしたオープンな質問により、「実は…」と、背景に隠されていた様々な困りごとについて把握できることがよくあります。

リスク把握のチャンスは、問診票についての質問だけでなく、バースプランの作成時、出産前から退院までどのように過ごしたいのか、夫の立会は希望されているのか、産後の授乳方法について（完全母乳希望、混合栄養希望、人工栄養希望）や産後の支援者の有無などを書いていただく中で、気持ちが表出されることもあります。

また、助産師外来でエジンバラ産後うつ病質問票を使い、最近の気分をチェックしながら支援のツ-

ルにするなど、様々な機会を生かしていきましょう。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント

妊婦健診の後、助産師外来で保健指導を行います。家族背景や妊婦が抱えている問題を把握します。同じスタッフが継続して関わった方が効果的です。

若年や未婚、支援者がいない、経済的に困難などの場合は、生活保護など社会資源の情報を伝えます。精神疾患の既往やうつ状態の強い方の場合は、専門機関を紹介する場合があります。助産師外来などを連絡なく受診しなかったり、母親教室受講を拒否されたりする方は、特別枠で保健指導をします。経産婦で上の子に対しての言葉づかいや態度、反応が少ない場合も要注意としてフォローしていきます。

#### ・医療機関で可能な支援方法

リスクのある妊婦に対して、個別に話を聞く時間を作ります。また、要支援妊婦については、受診した際、スタッフ一同で支援の視点で関わることを徹底します。

解決の糸口が見つからない場合は保健機関へ連絡をします。また、問題が大きい妊婦の場合は同意を取って、保健機関などと連携し、情報を交換しながら支援します。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況

パニック障害や過換気症候群、うつ病、統合失調症などの精神疾患を抱え、服薬中の方で、症状のコントロールが図られていない場合は保健機関に連絡し連携します。

妊婦に気分の不調や不眠、身体症状などがあり苦痛の訴えが多い場合、日常生活に漠然とした不安が強く支障がある場合、分娩への緊張が強く医療への不満の訴えが多い場合など、妊娠や出産後の生活に影響がある場合も、保健機関に支援を依頼します。

また、妊婦にキーパーソンとなる支援者がいない場合、例えば実母を亡くしている、実母や義母との関係性に問題がある、夫が妊娠や分娩に関心がない、夫が多忙やうつ病などがあり十分に妊産婦に関わっていない等、医療機関で対処できない場合も、早めに保健機関と連携します。

こうした時、妊婦の気持ちを受けとめながら、「妊娠・出産のご心配について、医療機関の私達も相談に乗らせていただきます。それに加えて、ご家庭でも、あなたのお話をしっかり聞いてくださる保健師さんをご紹介しますので、相談していきませんか。」と伝え、同意を取って連携して支援をしていくとよいでしょう。

#### ・その他

保健指導カルテに記録と同時に赤線を引いて他のスタッフにも分かるようにし、妊婦が精神疾患始め内服中である場合は、産科医や小児科医へ連絡します。

家庭訪問などの支援が必要な場合は、保健機関に連絡をします。

スタインのマタニティブルースコアを出産時の入院中、5日間、毎日実施する方法もあります。点数と母親の様子や状況を確認し、少なくともどこかの1日に合計点が8点以上あった場合、もしくは急上昇した時は、さらに丁寧な関わりをします。

## コラム

Y院では前期（20週）と後期（32週）にエジンバラスコアを書いています。9点以上の高得点者は前期の方が多いです。その理由を分析すると、初産婦の方は予想外の妊娠（望まない妊娠）やシングルマザー、未入籍で将来の見通しが立たない、つわりなどにより体調が安定していない時期であるためなどがありました。

経産婦さんは、再婚の方にスコアの増加がみられ、お互いの連れ子との関係、望まない妊娠による結婚などの方の場合は不安が多くみられました。

後期になるとこれらの問題が落ち着いてくることもあり、高得点者が減少することもあります。



〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目5（現在の妊婦の状態）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。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	○		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)	◎		
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	○		
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	◎		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○		
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中		○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	○		
	夫婦不和、親族と対立している	○		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者			
	地域や社会の支援を受けていない			
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する			
	情報提供の同意が得られない			

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 6 ) カテゴリー ( 妊婦の自己評価 )

## 質問文〈選択肢〉

次のなかで、あなたの性格にどちらかというとはまるものはありますか（〇はいくつでもつけて下さい）。

〈まじめ・楽天的・せっかち・のんびり・マイペース・人みしり・社交的・こわがり・短気〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠前期の妊婦は、妊娠に対する特殊な緊張感をもちながら受診し、医療従事者と出会うことも想定されます。この質問のように性格に焦点をあてた内容は、問診で目にするものは少なく、雑誌、インターネットや友人間などで取り上げられることが多い話題です。この質問を問診票に組み込む意義の一つは、妊婦と医療従事者が性格について話すことで、妊婦の緊張感を和らげ、妊婦と医療従事者の距離感を近くすることにあります。

一方で、妊婦に限らないことですが、医療機関での面接や問診では、患者が質問に正しく回答しない可能性も否定できません。しかし、その回答の真偽を医療従事者が把握することは難しいことがあります。そこで、この質問により、妊婦の回答と医療従事者が妊婦と接する中で把握した印象とを照らし合わせる事が可能となり、その妊婦の心理や生活の背景を読み取る一助になることも意図しています。

医療機関での面接以外の分野では、個人の性格を把握して社会活動に活かすことがあり、代表的な質問紙法には矢田部・ギルフォード性格検査（Y-G 検査）やミネソタ多面的人格目録（MMPI）などがあります。しかし、これらの方法は多くの回答時間を要するため、外来診療で実施することは非現実的です。また、上述した質問設定の意義を考えると、詳細な性格分析は必要ではありません。そこで、この質問では、妊婦が自分の性格をどのように考えているかを直接的に質問しています。なお、この質問の選択肢は、既存の質問紙などを参考に設定し、選択肢に直接的に組み込むと負のイメージが強い可能性がある「心配性」については、臨床心理士の助言により〈こわがり〉に置き換えました。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

妊婦の回答と健診時に医療従事者が把握した様子が矛盾するときは、妊婦が自己評価を正しくしていない可能性や正確に回答しなかった可能性を考慮する必要があります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

「(回答した選択肢について) パートナーや支援者(実母など)からは、どのように言われますか?」とうかがうことで、パートナーや支援者との関係性や、性格に関する客観的な評価を把握する糸口になります。

〈まじめ〉〈せっかち〉〈短気〉などに対して、「(気疲れやイライラについて) 気分を変える方法は何ですか?」と伺うこともできます。

しかし、いずれの性格にも長所と短所があり、どの性格が悪いということはありません。たとえば、〈短気〉と回答した妊婦では、自分自身が〈短気〉であることを認識しているため、その性格に対する対処

方法を既に身につけている場合もあります。しかし、二次質問によって、短所への対処が苦手な妊婦がいた場合、その性格によるストレスの受け止め方や対処法など、未知の体験に対する反応に性格がどのように影響するかを妊婦自身が理解したり医療従事者や支援者と対応方法を考えたりする糸口になることが、この二次質問の目的です。

## コラム

ある体験に対する人間の反応は、その人の性格に左右されやすいことが知られています。初妊婦にとって妊娠は未知の体験であり、気分の多様な変化や不安を経験します。また、経産婦にとっても、妊娠しながらの育児が未知の体験となることもあります。このため、妊婦が自分の性格を振り返り、医療者と共通認識をもつことは、妊婦の個別性を考慮した支援を実施しやすくなることが期待できます<sup>1,2)</sup>。

Y-G 検査を用いた竹らの報告<sup>1)</sup>では、妊娠中期から産後 1 か月までの不安は不安定積極型 (B 類: 外向的、情緒不安定)、安定消極型 (C 類: 内向的、情緒安定、受動的) の順に高く、B 類の妊婦は未来への不安よりも現在の事象に不安を感じやすいことが示されています。また、乳幼児の母親を対象とした調査では、心配性であると自己評価した者は育児で苛立つことが多いことが報告されています<sup>3)</sup>。

<sup>1)</sup> 竹明美 他. 初産婦の不安および気分の変化と YG 性格類型との関連. 旭川医科大学研究フォーラム 2003; 4: 30-37. <sup>2)</sup> 森久保俊満 他. 妊婦における Y-G 性格検査と自己評価の一致性および IUGR 妊娠妊婦における心理状態分析. 母性衛生 2003; 44: 64-68. <sup>3)</sup> 川崎佳代子 他. 育児感情・育児行動の実態及び関連する要因-4 歳未満の子供を育児中の母親の調査から-. 母性衛生 2000; 41: 158-169

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目6（妊婦の自己評価）次のなかで、あなたの性格にどちらかというとはあてはまるものはありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	○		
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	○		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない	○	不一致な場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する	○	不一致な場合に考慮
	情報提供の同意が得られない	○	不一致な場合に考慮

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 7 ) カテゴリー ( パートナーの妊娠のうけとめ )

## 質問文〈選択肢〉

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。

〈喜んでいる・とまどっている・困っている・なんとも思っていない・わからない〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児と一緒に過ごし、キーパーソンとなることが多いため、夫（パートナー）の妊娠についての受け入れができていないかどうかは、その後の経過に非常に大きく影響します。夫（パートナー）が妊娠を「喜んでいる」と妊婦が感じている場合は、妊婦自身も妊娠を受容でき、妊娠・出産・育児に前向きになれます。反対に夫（パートナー）が「とまどっている」「困っている」と感じた場合、妊婦がその先の妊娠・出産・育児に不安を感じ、前向きになれない可能性があります。また、妊娠初期は気分の変動も激しい時期でもあることから、妊婦自身の健康状態や妊娠生活への影響も出てくることもあります。妊婦にとって、精神的にも身体的にも不安定な時期に、支えてくれる人が妊娠を「喜んでいる」と感じることは、その後の生活の支えとなり、安定した生活を送るためには必要といえます。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈とまどっている〉〈困っている〉と回答する場合、予定外の妊娠の可能性が高く、夫（パートナー）に受け入れの準備が現時点ではできていないと感じている理由があることが考えられます。時間と共に次第に変化していく場合もあり、その場合は問題ないといえますが、妊娠後半になっても、妊婦が夫（パートナー）の妊娠の受け入れができていないと感じる場合、夫婦不和の可能性や、出産や育児に対して妊婦の不安が強くなりやすい状況となるため、サポート体制の確認が必要になります。

〈なんとも思っていない〉〈わからない〉と回答する場合、妊婦本人と夫（パートナー）のコミュニケーションが十分に取れているのか、関係性を把握する必要があります。夫（パートナー）の妊娠についての気持ちが〈なんとも思っていない〉、〈わからない〉と感じることは、妊娠についてしっかり話し合っていない可能性もあります。

〈とまどっている〉〈困っている〉〈なんとも思っていない〉〈わからない〉の回答の場合は、なぜ、そのように感じるのかを確認しておきます。しかし、妊娠の前期にこうした回答であっても、時間の経過とともに変化していくこともあるため、妊娠中期に項目番号 (9) カテゴリー：「パートナーとの関係・産後の準備」の時期でも再度確認をし、その時点で受け入れができていないと感じている場合は問題ないといえます。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

〈とまどっている〉〈困っている〉と回答した場合、未婚である場合は婚姻関係に至らない可能性もあります。なぜ、出産することに対して〈とまどっている〉〈困っている〉と感じているのかについて話を



聞く必要があるといえます。

婚姻関係にあるにもかかわらず〈とまどっている〉〈困っている〉と感じると回答した場合も、その背景にあるものを探る必要があります。

「ご主人（パートナー）は妊娠したことに〈とまどっている〉または、〈困っている〉と感じているようですが、そのように感じるのはどんなことからなのか教えていただけますか？」と聞き、関係性を確認し、個別に対応するが必要があります。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

未婚、婚姻関係に限らず、夫（パートナー）の受け入れ状態を確認できるよう、情報収集します。実際に夫（パートナー）の妊娠の受け入れができていないことが確認できた場合、以下のような対応を考えます。未婚で、結果的にパートナーの受け入れが得られず、未婚での出産・育児となる場合は、シングルマザーに対する支援が必要になります。婚姻関係にあっても何らかの理由で夫が妊娠に〈とまどっている〉〈困っている〉〈なんとも思っていない〉と感じる場合、その理由が夫の妊娠の受け入れができていない状況であれば、受け入れを促す支援を行います。妊婦健診に同行が可能であれば、エコーの映像を一緒に見せることや、胎児の状況の説明、妊婦にどのような支援が必要であるかなどを伝えられるとよいでしょう。また、同行が難しい場合でも、胎児の写真を妊婦から渡してもらうなど、新たな生命の存在を感じ、親になる意識を高められるような支援ができるとよいでしょう。また、妊婦にも同様に自宅などでの夫（パートナー）へどのような働きかけをしたらよいか支援します。

もし、受け入れられない背景にあるものが明らかになれば、そのことを解決できる方法を一緒に考え、関係機関と連携をはかる必要があるでしょう。受け入れられない背景には、夫（パートナー）の生育歴による影響の可能性もあるため、夫（パートナー）についての情報も可能な範囲で得られるとよいでしょう。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

夫（パートナー）の妊娠の受け入れが困難であり、未婚での出産が決まった場合、または、夫（パートナー）との間にDVがある、またDVなどが生じる可能性があるかと判断したときは、保健機関に連絡し連携を取ります。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。あなたの状況にあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑に次の機関につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目7（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、どのような気持だと思いますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	◎	◎	
	③胎児のきょうだいに不審死がある		○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある		○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等		/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない			
	夫婦不和、親族と対立している	○		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者			
	地域や社会の支援を受けていない			
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する			
	情報提供の同意が得られない			

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 8 ) カテゴリー ( パートナーの健康状態 )

## 質問文〈選択肢〉

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〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

夫 (パートナー) は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児を一緒に乗り越えていくキーパーソンとなることが多いため、夫 (パートナー) の健康状態は、胎児の発育や妊婦の生活に非常に大きな影響を与えます。胎児の発育や妊婦の生活に影響する夫 (パートナー) の健康状態、既往歴・現病歴、遺伝性疾患の有無については十分に把握する必要があります。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈はい〉と回答する場合、疾患の種類、程度によっても差がありますが、軽症で治療が可能な疾患に関してはさほど大きな影響は与えないことが多いといえます。身体障害があったり、治療が困難である場合、または長期間継続して通院治療が必要な慢性疾患の場合などは、夫 (パートナー) がキーパーソンとしての役割を遂行できない場合も考えられます。さらに、妊婦にとっても生活していく上で精神的、経済的、時間的な負担が生じる可能性があります。また、遺伝性疾患であれば、胎児への影響の可能性も考えられます。

精神疾患がある場合も同様に、妊婦やその他の家族の生活に負担が強えられる可能性が大きく、さらには、妊婦本人のみならず、他の家族へも同様に影響が生じる可能性があります。また、出産後、子どもの発達にも影響を与えらることもいわれており、精神疾患の影響が、妻や子どもに広がる可能性もあります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

「さしつかえなければ、ご主人 (パートナー) の病名や、治療について、生活の様子をお聞かせいただけますか?」「これにより、今、あなた自身が困っていることをもう少し教えていただけますか?」「あなたから見て、ご主人 (パートナー) は、自分の健康状態についてどのように捉えていると思いますか?」「ご主人は、あなたから見て、あなたやお子さんの将来についてどのように考えていると思いますか?」等、質問するとよいでしょう。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント (例示)

夫 (パートナー) の健康状態について、直接的な支援は難しいです。しかし、本人の訴えを傾聴し、少しでも気持ちを楽にすること、また必要時は保健機関や行政と連携することができます。産科医療機関で可能な範囲のこと (例えば、妊婦健診の受診時間の調整や変更等) をして、妊婦が健診を定期的に受診でき、無事に出産が迎えられるように配慮しましょう。また、夫 (パートナー) の病状によっては、関係する医療機関や行政と連携する必要があるでしょう。



・ **保健機関などに連絡すべき状況（例示）**

夫（パートナー）の病状が深刻（例えば、うつ状態がひどく、仕事に出かけられず経済的に困窮している。病状が受け入れられず母子に暴力をふるう状況であるなど）で、妊婦の生活に負担となっている場合や、DV 等に陥っていることが予測された時は保健機関に連絡しましょう。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。もしかしたらあなたにあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目8 (パートナーの健康状況) 夫・パートナーに治療中の病気はありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある		○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等		/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	◎	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 9 ) カテゴリー ( パートナーとの関係・産後の準備 )

## 質問文〈選択肢〉

赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。  
〈はい・いいえ〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児を一緒に乗り越えていくキーパーソンとなることが多いため、妊娠中、夫（パートナー）との関係が円滑で、出産後の状況について、夫（パートナー）と十分に話し合っていることが望ましいといえます。

この時点での夫（パートナー）との関係は、その先に続く出産や育児に対する考え方や、今後の生活を大きく左右することになります。妊娠中期になると、妊婦は胎動の自覚などから胎児の存在を意識し、感情も最も安定する時期になりますが、妊娠後期になると、再び不安定となり、肯定的感情と否定的感情に揺れることが多くなります。どちらの感情が強くなりやすいかは身体的変化や、出産に対する準備状況などが影響すると考えられているため、日ごろから、夫（パートナー）と出産や育児について話し合い、妊娠中期の感情が安定している時期に、出産・育児のための準備がしっかり整っていると、妊娠後期に不安定な感情が出現しにくく、出産や育児にスムーズに対応できるといえます。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答する場合、単に忙しくて夫（パートナー）と会話ができていない場合もありますが、関係性が十分にできていない場合や、夫婦不和、もしくは、夫（パートナー）が出産や育児に無関心である、また、妊娠初期に引き続き妊娠の受け入れがこの時点になってもできていないために話し合いができない可能性もあります。あるいは、夫の生育歴に影響していることもあります。話し合いが十分にできておらず出産・育児への準備が進まない場合には、妊婦の不安が大きくなることも考えられます。また、このまま夫（パートナー）の協力が得られない中で、出産や育児を迎えることになる可能性もあります。本来であれば、家族で子どもの誕生を迎えられる体制が整っていることが望ましいのですが、その準備が進まない背景には、何らかの理由がある可能性があります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

夫（パートナー）と話し合いができない状況となっている背景にあるものを探ります。「ご主人（パートナー）と赤ちゃんについて話し合うことができますか？」という質問をかわきりに、「ご主人のお帰りの時間やお仕事はいかがですか？」「出産や育児の準備を一緒に行っていますか？」と、仕事や協力についてうかがいます。そして、「ご主人はあなたの話をよく聞いてくれますか？」「ご主人は妊娠中のあなたをいたわってくれますか？」「さしつかえなければ、赤ちゃんについて話し合えない理由が何かあれば、教えてください。」など、質問するとよいでしょう。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

夫（パートナー）の態度など、気になっていること、心配なことはないか確認し、二人で話し合っていないだけでなく、夫（パートナー）が出産や育児に関して無関心な状況であれば、夫（パートナー）への働きかけも必要となります。妊婦健診に同行された時には、時期にあった出産や育児の準備の必要性、妊婦の妊娠に伴う負担などをお話しし、夫（パートナー）が妊婦や児に関心を持ってもらうような働きかけを行い、夫（パートナー）の役割について説明します。また、妊婦健診の同行が難しい場合は、夫（パートナー）が参加できるような両親教室などに参加を促します。しかし、日程の調整が難しければ個別指導をすることも検討しましょう。また、夫（パートナー）だけでなく、他に妊婦のキーパーソンとなりうる関係の人がいるかどうかについても確認をします。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

夫（パートナー）との関係性において、妊婦にDVなどが生じる可能性があるとは判断したときは、保健機関に連絡し連携を取ります。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。もしかしたらあなたの状況にあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目9 (パートナーとの関係・産後の準備) 赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	◎	◎	
	③胎児のきょうだいに不審死がある		○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある		○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等		/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない			
	夫婦不和、親族と対立している	◎		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者			
	地域や社会の支援を受けていない			
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する			
	情報提供の同意が得られない			

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号 ( 10 ) カテゴリー ( 上の子の世話 )

## 質問文〈選択肢〉

上の子どもについて困っていることはありますか。  
 〈はい ( )・いいえ・上の子はいない〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

核家族化が進み、祖父母などのこれまでの育児協力者が身近にいない、隣近所との付き合いも減りつつある、お互いの子育てに介入することも少なくなっている、身近な支援者となる夫やパートナーは仕事が忙しいなどの理由から、育児は母親にゆだねられることが多くならざるを得ない時代の中で、妊娠中の母親にとって上の子の世話は、身体的にも精神的にもかなりの負担であることを察することができます。また母親が妊娠したとたん上の子が赤ちゃん返りを起こすことも多く耳にします。

妊婦の家族形態や経済状況、体調なども考慮しながら上の子についても目を向けた支援が大切です。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

二人目以降の妊娠で、つわりや切迫流・早産などで治療や安静が必要な妊婦、年子などでまだ上の子どもが小さく世話が大変な妊婦、子どもがたくさんいる妊婦、上の子どもに障害などがある妊婦、核家族などで夫（パートナー）から、育児参加を得られない妊婦、経済的な問題などで、子どもを託児施設や一時保育施設に預けることの難しい妊婦、メンタル的な疾患や既往歴のある妊婦、ステップファミリー、シングルマザーなど、上の子どもの世話をしながら妊娠を継続していくことは、かなりのストレスを抱えながらの生活であることが予測できます。様々なストレスから、上の子どもに辛くあたりたりしていることもあります。また、その様な状態を妊婦自身が悩んでいることも多くあります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問

「夫（パートナー）の仕事は忙しいですか？」「上の子どもをお風呂に入れるなどの育児協力は得られる状況ですか？」「休みの日などは家事や育児を手伝ってもらえますか？」「子どもはパパと遊ぶことは好きですか？」と生活面での状況を把握します。

「上の子どもを保育園や一時保育施設に預けたりする事を考えたりする事はありますか？」「地域に子育てサークルなどがあることを知っていますか？」「体調の悪い時や産後などに活用すると便利な宅配サービスがあることを知っていますか？」「お産の時や産後の入院中、上の子どもの面倒をみってくれる人はいますか？」など、利用できる社会資源を伝え一緒に今後の生活を予測することで、妊娠中の不安が解消されることもあるでしょう。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

上の子どもが赤ちゃん返りなどの状態で悩んでいる場合は、母親の言葉を傾聴しながら、「赤ちゃん返りは一種の退行性現象で、子どもなりに考え、抵抗を試みている子どもからのサイン」であることを面接の中で伝え、母親に気づいてもらうこともよいでしょう。



子育ては、大変な事も多くあることを支援者（聞く手側）は十分理解し、母親の頑張りを認め、労をねぎらう姿勢で母親と向き合うことが大切だと思います。また、同じような環境で子育てをしているママ達が集うサークルなどへの紹介もよいと思います。

母親の体調不良などで、上の子どもの世話が困難な状況が伺える場合は、託児所や一時保育施設などの情報提供も大切です。

上の子どもの世話に協力的でないなどと、夫（パートナー）に不満を持つ妊婦には、夫（パートナー）にも母親教室や保健指導に参加してもらうなどで、育児協力の理解を深める可能性があることを紹介することもよいでしょう。

上の子どもの世話で悩んでいる妊婦には、面接にゆっくり時間をかけ、コミュニケーションを深めながら、上の子どもへの接し方も観察することも大切でしょう。また、ネグレクトなどの虐待の可能性も踏まえて、コミュニケーションを深める必要があります。

#### ・保健機関に連絡すべき状況（例示）

子育て協力者がいない状況で貧困などの他のリスクも伴う妊婦の場合は、保健機関などと情報共有をはかりながら、早期から継続的に見守る必要があります。

シングルマザーやステップファミリーなどで、上の子どもについて困っている母親の状況や、上の子どもへの関わり方などからネグレクトや虐待などの恐れや徴候がみられる場合は速やかに保健機関や福祉事務所などに情報提供をして支援に繋げることが重要です。上の子どもの世話を理由に産院を早期退院となったケースなどは、保健機関などに連絡し家庭環境を含めた早期の赤ちゃん訪問に繋げてサポートをする必要があります。

連絡の同意をいただく場合「今後も継続的に地域の力も借りて、一緒に子育てしていきましょう。何か困ったことがあったらいつでも連絡して下さいね。」とお話しさせていただくことで、同意を得やすくなります。

#### コラム

産後の入院期間中は、上の子ども泊まることができる配慮により一緒に過ごすことができる環境を作ると、妊婦さんが安心されることがよくあります。

妊娠期からの支援として、初産・経産婦を問わず 保健指導や面接時に、母子健康手帳交付時に配布されている、地域子育て支援センターなどが作成した副読本などの内容にある、子育てサポートの情報提供（上の子の遊び場・ファミリーサポート・子育て支援センター等）や「育児もしもしキャッチ」などの電話相談先を取り入れて案内することで育児不安の軽減を図りやすくなります。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 10 (上の子の世話) 上の子どもについて困っていることはありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○	○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○	○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済的 要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境的 要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	○		
	夫婦不和、親族と対立している	○		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	○		
	地域や社会の支援を受けていない			
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する			
	情報提供の同意が得られない			

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。



## 項目番号 ( 11 ) カテゴリー ( 妊婦の相談者・家族関係 )

## 質問文〈選択肢〉

困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

①夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。

〈はい・いいえ・夫（パートナー）はいない〉

②（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。

〈はい・いいえ・実母はいない〉

③夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。

〈はい（相談できる人の続柄・関係： ） ・ いいえ〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）、実母、家族との関係性を確認します。すでに妊娠届出票などから把握された「ひとり親・未婚・ステップファミリー」なども含まれます。【前期】では、夫（パートナー）との関係で支配の関係やDV、協力体制について把握します。【毎回】は、実母との関係性、家族の状況、家族関係は良好か（ステップファミリーなど）、家族への気持ちなど家族との関係性の把握は重要です。

①夫（パートナー）から情緒的なサポートを十分受けられるかどうかについての質問です。

②自分の母親から情緒的なサポートを十分受けられるかどうかについての質問です。

③夫（パートナー）や自分の母親以外の情緒的サポートの確認です。相談できる人がどんな関係にある人かをうかがいながら、家族のサポート体制を把握します。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

①「夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか」

〈いいえ〉と回答する妊婦・家族には、夫に話しをできない内容はどのようなことなのか、またできない理由があると推察されます。この質問項目は重要であり、夫から暴力を受けるので夫に負担になるようなことは話せないと回答することがあり、DV（家庭内暴力）が明らかになることがあります。また、心理的に支配されている場合は、妊婦自身が気づいていないこともあります。妊婦に主体性がないことで支援者が気づくこともあるでしょう。

〈夫（パートナー）はいない〉と回答する妊婦は、他に相談できる人や支援者の有無についての把握が必要です。生活面、経済面についても不安定な場合があり、精神的にも満たされていない可能性があります。どこで生活しているかを把握し、実母との関係性や支援者の情報も併せてアセスメントすることが必要です。

②「（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、母親に話をできない内容とその理由があるでしょう。妊娠前から話ができないのか、もっと以前からなのか、時期についても大切になります。これらのことは、母親自身の生育歴をうかがう中で、情緒的な関係性がとれないことや被虐待歴があったことが明らかになることが

あります。実母との関係性は里帰りを選ばない気持ちともつながります。出産後の支援の関係性も把握できるでしょう。

〈実母はいない〉と回答した場合は、悩みや心配ごとについて十分話を聞いてくれる人の存在や頼れる人の有無についての把握が必要です。できれば、死別・離別等が把握できると生育歴の把握につながります。事情により児童養護施設で生活してきた妊婦もいるでしょう。

③「夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、夫や実母以外の他者に話をできない内容や理由があることが想定されます。

\*上記3つの質問から、妊婦が心配や問題を抱えた時に打ち明けることができる人間関係を持っているかどうかわかります。相談できる人が誰もいない場合は、ひとりで問題を抱えることになり、負担が非常に大きくなります。その場合、保健師や助産師、看護師などが相談相手になることをしっかり伝えることが大切です。

〈はい〉の回答でも毎回の妊婦健診等で対人関係がとられているかを観察する必要があります。また、胎児の兄弟がいる場合は、兄弟の状況（発育発達・障害・被虐待歴）と併せてアセスメントすることが必要です。

### ・リスクありに該当する場合の二次質問例

①「夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか」

〈いいえ〉と回答した妊婦に対しては、「あなたは夫（パートナー）に悩みや心配事を打ち明けることができないのですね、それについて、何か思いあたることがありますか？」と、〈夫（パートナーはいない）〉と回答した妊婦には、「この子の父である方のことで、何か困っていることはありますか？」、「困ったことや心配ごとは誰に相談していますか？」と、父となる夫（パートナー）の関係性やそこにあるDVなどの課題を把握します。

②「（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、「あなたは、お母さんに悩みや心配事を打ち明けることができないのですね。それについて、何か思いあたることがありますか？それはいつ頃から続いていますか？」と、〈実母はいない〉と回答した場合は「いらっしやらない理由をお聞かせいただけますか。何歳頃のことでですか？」「心配ごとを相談してきた方はどなたでしょう？」「今は、相談できる人はどなたでしょう？」と、自分の母親からのサポートやこれまでの関係性、生育歴を確認します。

③「夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、「これからは、私があなたの相談相手になりますから、何でも話してくださいね」と、支援していくメッセージを伝えます。

※①～③質問例については、相談できる環境を確保し面接をしながら、ゆっくりと生育歴などを含めて聴いていく必要があります。

### ・医療機関での保健指導や相談のポイント

情緒的サポートは、母親の安心につながります。夫（パートナー）が仕事やその他のストレスを抱えている場合は頼れない要因になります。また家族の健康状態で介護が必要な人がいる場合もあります。

妊娠中に夫（パートナー）や実母との関係が不安定であることは、精神的な負担となり、安心して安全なマタニティライフを送ることが難しくなります。毎回の妊婦健診の機会に、医療従事者からサポートを得られることで安心した気持ちで過ごすことができます。また、母親自身の被虐待歴やDVの可能性が疑われた時は、同意を得て保健機関に連絡することにより、必要時にシェルターや母子生活支援施設につなげる準備ができます。この際、胎児の兄弟がいる場合は、兄弟の状況も把握し、早急に保健機関につなげる必要があります。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況

相談できる人がいない時やDVなどの心配な情報がある妊婦については、保健機関へ情報提供をする必要があります。特に10代で望まない妊娠をした妊婦については、早急に情報提供を行い、支援のネットワークを作っていく必要があります。

上の子ども達の被虐待歴を把握した場合は、慎重に丁寧な対応を心掛け、保健機関と連携をとることが大切です。

#### ・その他

相談者や家族関係など、妊婦やその家庭に踏み込んだ質問をすることに躊躇されることがあるかもしれませんが、「あなたと赤ちゃんの幸せな出産・育児を、あなたと一緒に支援したい」という気持ちで真摯に対応し、相談関係を結んでいくことが大切です。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 11 (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。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	◎		
	夫婦不和、親族と対立している	◎		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	◎		
	地域や社会の支援を受けていない	◎		無回答の場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する			
	情報提供の同意が得られない			

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 12 ) カテゴリー ( 妊婦の支援者 )

## 質問文〈選択肢〉

困ったときに助けてくれる人はいますか（複数選択）。

〈夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・その他（ ）〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

【毎回】妊婦をとりまく親族との人間関係及びサポート体制について把握します。同居家族・親族の居住地、両親らの健康状態や介護状態などについて把握できることがあります。また、夫（パートナー）が遠隔地で生活していたり、仕事が多忙であったり、仕事上のストレスを抱えているなども頼れない原因になります。支援をしてくれる人にどのような感情をもっているかも把握できると良いでしょう。【後期】産後に帰る家はあるか、身近に支援者や友人がいるか、支援のキーパーソンは誰であるかを把握します。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

助けてくれる人が選択されない場合は、項目 11 の質問と併せて総合的に支援者について把握をします。

また、誰を選択しているかによって、その支援内容を確認することで生活状況が理解できることがあります。複数選択している場合は親族間等での支援が受けられる良い環境にあると考えられます。

困った時の相談先として、スマホやインターネットのみを利用する場合も見受けられますが、孤立している可能性が高く、関係性がとりにくい、支援が必要な方と思われます。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

誰も選択されない妊婦には、「困った時はどうしていますか？」と心を添わせ、「これからは、私があるあなたと一緒に考えますよ。相談してくださいね。」と優しく声をかけます。若年の妊婦や被虐待歴のある妊婦、自己肯定感の低い妊婦の場合などは、人に頼らず、困ったと自分から相談しない傾向にあるため、毎回の妊婦健診や受診時などに、きめ細やかな声かけや母親に寄り添う姿勢が求められます。反対に依存的になることもあるので、妊婦に合わせた支援のネットワークをつくり、役割を確認しながら連携していくことが必要です。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント

助けてくれる人が少なく、支援が十分でない母親の場合、生育歴や生活背景、家庭環境を具体的に把握していくことが医療機関からの育児支援につながります。特に妊婦の生育歴をゆっくり聞く機会が持てると妊婦もその母親（祖母）も厳しい環境で育ち、甘えられる環境ではなく人に頼れなかった背景が浮き彫りになることがあります。常に妊婦の味方である姿勢で対応することで、少しずつ関係がとれていきます。



## ・保健機関などに連絡すべき状況

助けてくれる人が選択されない場合は、「身近に支援者がいない」こととなり、項目 11 の質問と併せて、医療機関や行政機関からの支援につなげる契機となります。この質問のリスクの他に、望まない妊娠、母子健康手帳発行の遅れ、妊婦健診の未受診や中断、生活面での経済的な問題を抱えている可能性がある場合は早期に保健機関への連絡が必要です。妊婦健康診査未受診時には、過去の受診時の状況（同伴者を含む）、支援者の状況、母体の健康状況、医学的管理状況などを保健機関へ連絡することが重要です。

### コラム：支援の契機のための場の設定

支援者がいないことを把握した場合は、妊婦健診時にゆっくり相談した後で「これからの妊娠生活、出産後の赤ちゃんとの暮らしを考えると、病院以外にも相談にのってもらえる人が必要だと思います。保健師さんが相談にのってくれます。私が信頼している保健師さんと会ってみませんか。」と医療機関や保健機関で会うための段取りが必要かもしれません。

また、保健機関の保健師等が妊婦との接触が困難となっている場合は、妊婦健診時に面接できるよう調整していくことが必要です。居住地の変更や連絡先の電話番号の変更などが起きる可能性が高いことも、自分から相談することのない方の特徴です。相談関係を結ぶための対応には細やかな配慮が必要です。

### コラム：保健機関からの支援につなぐ

妊娠前期からの継続的な母子支援が、産後の子育て支援につながることを踏まえて妊婦さんと関わることが大切です。問診票などから妊婦さんの背景（未婚、若年妊娠、初診での妊娠週数が中期程になっている、多産、妊娠中絶が多い、ステップファミリーなど）を捉え、気になる妊婦さんと感じたら早期に面接などの予定を入れて、助産録やバースプランを作成しながら関わることによりコミュニケーションが深まり、地域での子育て支援の紹介などがスムーズにできると思います。

また、保健機関の担当者と情報共有しながらサポート体制をつくることにより、妊婦健診時に医療施設で保健機関担当者を妊婦さんに紹介することなどができれば、妊婦訪問や、産後の新生児訪問に有効につながれると思います。

施設スタッフ（事務職員、看護師、助産師、医師など）全体で、受付始めあらゆる場面で、気になる妊婦さんのサポートを心がけていくことが大切だと思います。

### コラム：日常生活への支援が必要

被虐待歴がある、児童養護施設等で育った方、機能不全家庭で育った方（問診票から把握された妊婦）は、日常的で一般的な生活体験に乏しく、健康的な母親モデルもなく、愛着体験が持てず、相談できる人がほぼいないことがあり、若年妊婦の場合も同様の傾向がみられます。そのため、生活そのものについても初めてのことが多く、予想がつかないためにとまどって混乱したり、家事ができなかったりすることがあり、普通の生活を送ることにも困惑している実態があります。虐待を受けて育った人は、子育てに不安が強いことも報告されています。

そこで、出産に備えて、出会った医療関係者が妊婦と家族に寄り添い、日常生活も含めて支援内容は具体的に伝え、出来たことは一つずつ褒めて、妊婦が「相談してもいいんだ」と思ってもらえる関係性をつくった上で、「保健機関の〇〇さんも応援してくれるよ。電話は〇〇〇番」と、信頼関係の元でつないでいくことが何より大切です。

信頼できる相談相手がないことが多いことから、病院からつなぐことによる切れない支援がとても大切です。

### ☆事例紹介☆

陣痛を開始した産婦さんが、陣痛の合間でも「いかないで！」と助産師から離れることができず、異常に不安定な状態になり、助産師もとまどうほどの状況でした。

産後にゆっくりと話を伺うと、「幼い頃に母親から暴力を受けた経験や自身も虐待をするのではないか」と不安の訴えがあり、退院後の地域の保健センター保健師による支援につなげていくことができました。

妊娠中からのアセスメントができていれば、もう少し出産時の関わりも深めることができたのではないかと思った事例でした。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 12 (妊婦の支援者) 困ったときに助けてくれる人はいますか (複数選択)。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等		/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生		/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	◎	
	夫婦不和、親族と対立している	◎	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	◎	
	地域や社会の支援を受けていない	◎	無回答の場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。



項目番号 ( 13 ) カテゴリー ( 経済状況 )

**質問文〈選択肢〉**

経済的なことで困っていますか。

〈毎日の生活に困る・今は良いが将来的には心配・困っていない〉

**・質問と選択肢の意義・説明**

個人や家庭の経済的な状況は、尋ねる側に抵抗感があり、回答する側も答えにくい質問ですが、妊娠中の心身の健康や生活、出産、産後の育児に直接影響する重要な情報です。そこで、直接収入を尋ねるのではなく、毎日の生活に困っているか、どの程度困っているかを把握することに焦点を置き、妊娠中から産後までの経済的困難をおおよそ予測し、支援の必要性を見出すことにつなげます。

**・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況**

〈毎日の生活に困る〉〈今は良いが将来的には心配〉と回答する妊婦・家族は、例えば未婚、若年、ひとり親、経済的支援者がいないなどでは、安定した収入や雇用形態がない、生活保護受給世帯など、経済的に不安定な状況、もしくは経済的な不安の強い状況にあります。〈毎日の生活に困る〉では、安定した住居の確保や健康保険の加入状況の確認、生活保護受給などの直接的な経済支援が必要な場合もあります。世帯としての収入はあっても夫（パートナー）が家計の管理をすべて握り、生活費を妊婦に渡さない場合もあります。

〈今は良いが将来的には心配〉では、毎日の生活程度は何とかやりくりできているが、出産・育児用品の準備や産後の育児生活については不安がある、賃貸住宅の契約更新が近づいているが更新料が支払えないなど、ごく近い将来の経済的な不安が想定されます。例えば、妊婦自身の収入のみで生計が成り立っている場合、今は少し貯金があるが間もなく底をつく、今は自分の収入があるが産前産後休暇や育児休業に入って減収となると生活に困るなどの状況が考えられます。

〈困っていない〉との回答であっても、現在の経済状況や出産・育児に向けた支出額の認識が不足している場合があります。若年や未就労、非正規雇用などの場合は経済的に自立できているか、もしくは近い将来に安定した持続的収入が得られる予定はあるか、また、知的障害（疑いを含む）による認識不足や収入の不安定さ、経済的自己管理の困難さはないかについても確認が必要です。例えば、身体や髪、服装が衛生的でない（汚れている）、極端に季節や体型の変化に合わない服装をしているなど身だしなみが乱れている、妊婦健診をたびたびキャンセルする、つわりなどの不調がないにもかかわらず体重が減少するなどの様子がみられる場合は、〈毎日の生活に困る〉状況にある可能性があります。

**・リスクありに該当する場合の二次質問例**

〈毎日の生活に困る〉と回答した場合、「病院までの交通費、毎日の食事や衣類などの出費はどうされていますか？」と、具体的な暮らしの様子をうかがいます。これにより、妊婦の健康状態に直結する生活費や妊婦健診などの受診が確保できているか、どのようにやりくりをしているかを把握でき、経済的支援の緊急性や、妊婦と家族の経済的自律性を判断することに役立ちます。

〈今は良いが将来的には心配〉と回答した場合、ここでは、子どもの高校・大学への進学や就職・結婚、自分の老後といった遠い将来でなく、来月とか来年など、出産に向けての物品や入院・出産費用の準備、その後の育児生活といったごく近い将来に経済的な不安を感じている（または、実際にそれらの準備ができない現状にある）かについて尋ねます。

「経済面について〈将来的には心配〉とのことですが、もしよろしかったら具体的にはどのようなことが心配か、お話しいただけませんか？何か良い方法を一緒に考えることができるかもしれません。」と、心配している内容や状況について把握します。具体的に経済状況に関する不安を確認することにより、支援の緊急性と可能性、およびその具体策を検討することができます。

「あなたが産前産後休暇に入っても、経済的には困らなくて済みそうですか？」「出産・入院費用のほとんどは出産育児一時金などの直接支払制度で健康保険組合から支払われますが、それに加えて〇万円程度、自費での支払いが必要になります。準備の方は間に合いそうですか？」「育児用品の準備はどのように予定されていますか？」と、出産や育児への経済的を含めた準備についてうかがいます。これにより、今現在は経済的に困っていない場合であっても、妊婦の就業状況の変化や支出の増加により家庭の経済状況が変化する場合があります。この3つの質問例では、近い将来の経済状況の変化を具体的にイメージしてもらうことにより、その妊婦の今後の経済状況を把握でき、育児準備を含めた経済的支援の必要性と具体策を検討することができます。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

経済的困難が逼迫したケースでは、食生活の困窮による栄養状態の偏りや無理な就業、妊婦健診未受診などが起こり得ます。母体の健康状態に直接影響しますので、現在の経済状況でも実行可能な、具体的な生活方法を提案・助言しましょう。また、妊婦健診の必要性についても妊婦・家族の理解を得る必要があります。入院助産制度、生活保護など福祉サービス利用を必要とする場合は、緊急性を考慮し、速やかに妊婦の居住自治体の母子保健主管課、児童家庭相談主管課などに相談しましょう。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

〈毎日の生活に困る〉と回答した場合や、〈今は良いが将来的には心配〉の回答であっても母体の健康状態に影響がみられるなど、早急な経済的支援が必要な場合は、迅速に保健機関に連絡しましょう。

なお、連絡の同意をいただく場合に、「お母さんと赤ちゃんの健康を守るために生活を少し楽にする方法もあるので、専門の担当者に相談してみませんか？」「仕事に復帰できるようになるまで、利用できるサービスがあったら使ってみませんか？」などと声をかけることで円滑につなげることができます。

#### コラム

経済状況は尋ねづらい質問項目ではありますが、医療機関がこの状況を十分に理解していることは妊婦の安心や医療機関への信頼に直接つながります。妊婦への声かけ時には、妊娠中から産後の育児までの母と子の健康や生活を守るために必要な経済状況は十分か、金銭面の心配から不安な妊娠生活を送っていないかという部分に焦点をあて、親身に傾聴するよう留意します。家庭の経済レベルを評価することが目的ではないことを妊婦・家族に理解してもらい、具体的な生活状況をうかがうことにより、経済的困難が母と子の健康に影響する可能性や経済的支援の必要性・緊急性をアセスメントすることが重要です。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 13 (経済状況) 経済的なことで困っていますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○	○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○	○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○	○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	○	○	
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	◎	◎	
	②生活保護受給	※	◎	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	◎	◎	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	○	○	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○	○	
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 14 ) カテゴリー ( 妊婦の学歴 )

## 質問文〈選択肢〉

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〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

学歴を問う質問は、その人のこれまで歩んできた歴史を感じとることのできる質問です。文部科学省の学校基本調査によると、日本の高校進学率は昭和49年度には90%を超え、近年では定時制・通信制への進学を含めると約98%と高い水準にあります。高校へ進学することが当たり前の時代のなかで、最終卒業学校を「中学」と回答した妊婦は、何らかの事情により高校へ進学しなかったか、高校を中退した人達で、すでに社会的なリスクを抱えた状態で妊娠に至っている可能性があります。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

高校を卒業していない妊婦については、問題を重複して抱えている可能性がある妊婦として、本人だけでなく、夫（パートナー）や家族の状況も含めて、広い視野で聞き取りをする必要があります。特に、望まない妊娠、若年、シングルマザー、経済的困窮、夫婦や家族関係の不和、DV、孤立、精神疾患、知的障害、発達障害、薬物（タバコ含む）の常用などの問題を抱えていることが想定されます。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

最終卒業学校を「中学」と回答した妊婦については、社会的なリスクが高い可能性があるかと判断し、他の問診項目もあわせて丁寧に聞き取ることが必要です。

若年で未婚の場合は、項目番号1（妊婦の妊娠のうけとめ）と項目番号7（パートナーの妊娠のうけとめ）を活用し、妊娠継続に対する思いを丁寧に聞き取る必要があります。項目番号13（経済状況）も活用し、経済的な不安感があるようであれば、毎月の生活費が足りているか、分娩費用や育児用品の用意ができるかなどの聞き取りも必要になります。さらに項目番号11（妊婦の相談者・家族関係）、12（妊婦の支援者）も活用し、聞き取りを行います。妊婦をしっかりと支援してくれる人は誰か、過去に一人でも愛情のこもった養育をしてくれた人がいたかどうか、もし実家（双方）に頼れないのであればなぜなのか、そして虐待の体験の有無を聞いていきます。学歴にかかわらず、性虐待を体験している者もいるため、表情などに注意を払う必要があります。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

中学卒の妊婦のなかには、自己肯定感が低かったり、他者に支援を求めた経験がなかったり、人への信頼感を持つことに時間を要する場合があります。こちらの質問に対し、「わからん」「別に」という反応を示すことがあるかもしれません。このような妊婦には、いきなり質問から入らず、まずは妊婦に対して支援者側がどんな思いで面接をしており、どう関わりたいと思っているのか、という自身の思いを素直に語るところからはじめ、支援者自身を理解してもらう必要があります。これにより、妊婦は聞か



れる側から聞く側へ、支援者も聞く側から聞かれる側へとなり、一方的ではない対等な関係が成立し、その後の対話に変化が生じやすくなります。その上で、妊婦の困りごとに対し力になりたいことを伝え、「話してもいいかなと思う範囲でよいので、教えていただけませんか」と依頼します。

また、支援者側の常識や個人的な価値観を押し付けないように、注意を払う必要があります。誰もが母親から十分な愛情を注がれてきたわけではないことや、妊婦健診が大切なものであると捉えている人ばかりではないことなどを念頭に置き、相手の価値観を受け止める姿勢で聴いていきます。

そして、「この人の言う事なら聞いてみよう」というような信頼関係が得られるまでは、指導（～したほうがよい）や否定は避け、妊婦のできている部分をみつけて、その強みを具体的な言葉で褒め、強化していく対応を心がけます。指導を要する場合は、時には医師との役割分担を図り、看護職はあくまでも妊婦の良き理解者でいられるよう調整を図る必要があります。また、生活についての支援が必要な場合は、保健機関に連携を依頼します。

信頼関係が得られれば、中学卒の妊婦には、「将来、進学しようと計画しているかどうか」を確認します。この質問は、高校卒の妊婦にも聞けるとよいと思います。進学を計画していたら、それが実現可能性のある計画であるか、妊娠期や産後、育児に支障がないものであるか、一緒に考えていく姿勢で探索します。前向きな質問を投げかけることをきっかけにして、進学しなかった理由や今まで妊婦が生きてきた歴史を話してくれる機会にもなり、何より妊婦の理解につながります。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

最終卒業学校が中学卒の妊婦のうち、下記の内容があれば保健機関へ連絡すべき状況と判断します。

- (1) 望まない妊娠、または母子健康手帳未発行か発行の遅れがある場合
- (2) 妊婦健診未受診または中断、または診察予定日に受診しないことが多く健診間隔が2か月以上あく場合
- (3) 夫（パートナー）や祖父母等の家族、身近な人などの支援者がいない場合
- (4) 妊婦健診や分娩の費用、育児用品費用などが払えないほどの生活困窮がある場合
- (5) 保健指導などへの理解が難しく、妊娠中の生活や出産、育児に支障が生じる可能性がある場合

#### ・その他

妊婦の最終卒業学校を確認する質問は、支援する側にとって聞き取りにくい項目です。しかし、紙面アンケートの活用によって、回答する側はあまり抵抗なく記述できます。実際に、母子健康手帳交付の場面で学歴を質問項目に導入している市町村の現場では、質問項目に対しての苦情はなく、スムーズに実施できています。

#### コラム

T市の平成24年度乳児家庭全戸訪問の結果によると、「親の学歴」と「要支援」との間に有意に差があることが認められています。乳児家庭全戸訪問の結果が「要支援」であった割合は、「両親のいずれかが中卒以下」が72.3%を占めており、「高卒以上」(23.6%)に比べて有意に高い結果でした( $\chi^2$ 検定  $P < .001$ )。学歴と貧困、そして貧困と虐待の関連性は、多くの研究者が明らかにしており、学歴を問う質問は虐待予防として重要な質問項目であると考えます。

【引用文献】白石淑江(2015)；「児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援(その2)－妊娠届出書を活用した要支援家庭のふるい分け－」, 愛知淑徳大学論集－福祉貢献学部篇－第5部 pp.15-26

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 14 (妊婦の学歴) あなたの最終卒業学校はどれですか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	○		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	◎	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	◎	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	○	○	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○	/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 15 ) カテゴリー ( 産後の生活準備 )

## 質問文〈選択肢〉

出産後について①～③の質問にお答えください。

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、考えたことがない

〈 (自由記載) 〉

②子どもの育児について心配なことはありますか。

例：沐浴や入浴、授乳

〈 (自由記載) 〉

③母乳で育てることについてどう思いますか。

〈ぜひ母乳で育てたい・母乳ができれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠後期に赤ちゃんとの生活の具体的なイメージができていないか確認します。子育て経験がない初産婦のイメージが現実と解離している場合も少なくないため、パパママ教室の受講歴や生活の変化をどう捉えているか聞いていくことも大切です。未婚・シングルマザー・夫の不就労など、経済的な困窮のため育児について考える環境が整わずどうすればよいのかわからない場合もあり、項目番号 16 (産後の生活準備) の質問とともに十分に把握していく必要があります。また、被虐待歴のある事例や上の子のネグレクトなど虐待が疑われる事例が潜在している可能性もあり、情報を丁寧に聞いていく必要があります。

産後、育児支援のスタートとして母乳についてどう考えているかを確認する事によってより具体的な育児生活を思い描けているか知ることができます。特に経産婦の場合は前回出産時の育児経験から授乳時のトラブルや復職への思いなどについても聞くきっかけとなります。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

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

〈かわいくて楽しそう〉と回答する妊婦は、赤ちゃんとの生活についてポジティブなイメージで児への愛着形成が良好と思われる反面、現実的な育児の大変さをイメージできていないため、産後「こんなはずじゃなかった」とギャップを感じ、産後うつなどを発症する可能性もあると考えることができます。高齢出産で学歴の高い方は、思い通りに行かない育児や体調の回復が思わしくないことなどにより産後うつに注意が必要です。若年初産の方は思い通りにならない育児と自身の自由が奪われることによりネグレクトや虐待に注意が必要と考えます。

〈毎日泣いて大変〉と回答する妊婦は、経産婦であれば第1子の子育てイメージに加え、複数の子どもへの対応を想定し子育てイメージがより大変な印象になることも考えられます。初産であればネガティブなイメージしかもっておらず、児への愛着形成が弱い可能性も考える事ができます。虐待などに至る可能性も考えることができます。自身が育った環境において虐待などを受けていた可能性も考えることができます。

〈考えたことがない〉と回答する妊婦は、産後のイメージが全くないため適切な準備が整えられていない可能性が考えられます。イメージができない一因として知的障害や精神疾患などが隠れていることも考える必要があります。また望まない妊娠であった可能性もあり、妊婦の心のうちを聞いていく必要性を考えます。

妊娠中の生活に手一杯で産後のことまで考えが及んでいない可能性も考えられ現在の状況に問題がないか確認する必要があります。

②子どもの育児について心配なことはありますか

〈はい〉であれば、具体的な内容について確認し支援につなげていく必要があります。

〈いいえ〉であればイメージができていないのか、多くの支援があり問題のない状況であるのか2次質問で確認をしておくよよいでしょう。

③母乳で育てることについてどう思いますか

母乳を希望される場合が多いと推定されます。その中で母乳を希望しない場合は、上の子の授乳経験から育児生活が授乳のために束縛された状況があったり、母乳トラブルによる苦痛が多かったり、復職を予定されていたりすることもあるため、二次質問で産後のプランを聞いていく必要があります。

#### ・リスクありに該当する場合の二次質問例

赤ちゃんとの生活のイメージでは、〈かわいくて楽しそう〉と答えていた場合、初産の方であれば「実際赤ちゃんと接したことがありますか？」など、現実的にとらえることができているか聞いてみることも大切です。経産婦であれば「上のお子さんの育児はどうでしたか？」など実際の育児への思いを聞いてみるとよいでしょう。

〈毎日泣いて大変〉と答えていた場合、子育てにネガティブなイメージを持たれているようであれば、自身の生育環境または現在の子育て環境について質問して見る必要があります。「毎日大変と思われるのですね。どんな風に思っているのか聞かせてもらえますか？」などと、妊婦の思いをうかがってみるとよいでしょう。

〈考えたことがない〉と答えていた場合は、産後のイメージが全くないため適切な準備が整えられていない可能性が考えられます。妊娠中の生活に手一杯で産後のことまで考えが及んでいない可能性も考えられ、現在の状況に問題がないか確認する必要があります。「上の子の子育てで何か気になっていることはありますか？」「育児の準備で心配なことはありますか？」「子育てのことで説明をききたいことはありませんか？」など、具体的な支援につなげる質問をしていきましょう。

支援の手を求めている方は親身になって話しを聞けば、解決できることも多いですが、ネグレクトや自身の虐待経験など根の深い問題は深い信頼関係を築いていかないと話してもらうことが難しい場合もあります。傾聴の姿勢で否定せず、相手を受け入れ、ていねいにお話を聞いていきましょう。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

入院中に、できるだけ授乳に付き添い、不安の訴えがあれば傾聴する姿勢で関わるのが大切です。不安の残る育児スキル、児への愛着形成、不十分な育児の準備、家族の協力体制など退院後に支援の必要な事項について、できるだけ本人の同意をとり保健機関に状況を連絡し、退院後のフォローにつなげていきましょう。退院までに子どもの事故予防や乳幼児揺さぶられ症候群について妊婦・夫（パートナー）



などの支援者にも指導し、経過観察健診、1か月健診などにおける子どもの養育状況を確認し、保健機関に状況を連絡しましょう。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠後期であるにもかかわらず、赤ちゃんとの生活の具体的なイメージができていないことや、背景に若年出産・高齢出産・産後うつ・上の子のネグレクトが疑われる事例・愛着形成に問題が感じられる事例・貧困家庭・外国人・未婚・シングルマザーなどがあり、支援が必要な場合は保健機関に連絡します。妊娠中や出産後早期に産科医療機関での面接の場の設定ができると、家庭に帰ってからの支援につながりやすくなります。

#### ・その他

産後の生活をスムーズにスタートさせるために、妊娠後期に準備が整っているのか、支援が必要な事例であるのかについて、アセスメントしていくことが大切です。気になる事例には、ゆっくりと話を聞ける体制を整えておく事が理想ですが、慌ただしい業務の中では難しいこともあると思います。妊婦さんから声をかけやすい環境づくりも心がけていきましょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 15 (産後の生活準備) 出産後について、①～③の質問にお答えください。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	◎		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	◎	/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境	◎		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 16 ) カテゴリー ( 産後の生活準備 )

## 質問文〈選択肢〉

赤ちゃん用品の準備はできましたか。

〈はい・いいえ〉

## ・質問と選択肢の意義・説明

産後に赤ちゃんを迎えるための生活準備の実際について確認します。育児に必要なものがわかっているか、育児の準備が整わない場合は、その理由について把握する必要があります。経済的な困窮があるのか、就労等で多忙なのか、性格的にのんびりしているのか等々理由により支援の必要性が変わってくるため、何にどの程度困っているのかを把握することに焦点をおいて聞いていく必要があります。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答した場合：赤ちゃんへの無関心な態度の方は、被虐待歴・知的障害などにより育児に必要なものがわからず準備ができていないことが考えられます。若年初産や外国人の方はどうして良いのかわからない状態であることもあるでしょう。また、貧困等により準備ができない場合、未婚・シングルマザー等支援者がいないため準備ができないことも考えられます。また性格的にのんびりしているために計画性がなく、準備ができていないことも考えられます。計画性のない生活をしている方は、今後の育児にも影響を及ぼす可能性も大きく、様々な準備ができない可能性も考えられます。

〈はい〉と回答した場合でも、具体的な準備の実際を確認することで、産後の生活の予測が出来るでしょう。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

〈いいえ〉と回答した場合：

「赤ちゃん用品の準備をするために困ることはありますか」「出産までに準備は整えることができそうですか」など失礼のないよう言葉を選んで質問していくとよいでしょう。

支援の手を求めている方には親身になって話を聞けば、解決できることも多いですが、ネグレクトや自身の虐待経験など根の深い問題は深い信頼関係を気づいていかないと話してもらうことが難しい場合もあります。傾聴の姿勢で否定せず相手を受け入れてあげてください。妊婦さんの理解が不十分である場合は根気強く繰り返し説明する事も重要です。

〈はい〉と回答した場合：「ご自宅にはどんなものが増えたのですか？」一緒に確認し、楽しみに赤ちゃんを迎えられるように支援する。

## ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

育児生活がスムーズにスタートできるよう、妊娠中にできる準備について指導し状況によっては、パートナーやキーパーソンとなる支援者へも指導して行く事が重要です。入院中の状況（育児の準備や育児スキル、子供への対応状況）や退院後に必要な支援等について保健機関に連絡し、退院後の支援につなげていくことも必要です。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

赤ちゃん用品の準備が出来ない理由として、出産を受け入れられていない・若年出産・未婚・シングルマザー・外国人・貧困家庭・支援者がいない・計画性のない生活などの背景がある場合は、保健機関につなげる必要があります。「相談する事ができる保健師さんをご紹介しますので一度相談してみませんか」と声をかけ、同意をとって保健機関に具体的な状況を伝えます。

#### ・その他

貧困による場合は、経済問題には踏み込んでほしくない方もいるため踏み込みづらい質問ではありますが、支援が必要な事例であれば、医療機関に理解してもらえたという安心感と信頼に直接つながっていきます。助産師だけでなく他職種も交えて支援していける体制を整えていきましょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 16 (産後の生活準備) 赤ちゃん用品の準備はできましたか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	◎		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	◎	/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境	◎		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

## 項目番号 ( 17 ) カテゴリー ( 転居 )

## 質問文〈選択肢〉

次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。

①あなたのご住所 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

②あなたのお名前 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

③あなたの電話番号 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

④夫（パートナー）の電話番号 変更なし・妊娠中に変更した・妊娠中に変更する予定

※①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。  
( )

## ・質問と選択肢の意義・説明

妊娠中に住所を変更した、変更する予定と回答した妊婦については、転居を繰り返す可能性がある家庭かもしれないと判断し、詳しく聞き取りを行います。

厚生労働省が示す虐待のリスク要因を持つ家庭として、転居を繰り返す家庭があげられています。引越しはストレスがかかるものですが、特に妊娠中には心身ともに負担がかかり、流産等のリスクも高まります。そのため、妊娠中に転居する場合、入籍や急な転勤など必要に迫られての理由がほとんどだと思います。理由が不明確な、または安易と思われる転居は、今後も転居を繰り返す可能性があり、リスクの高い養育環境にあると考えます。

## ・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

転居を繰り返すことにより地域から孤立し、妊婦や家族を支えるべき支援力も低下していくことが想定されます。リスク要因を持つ妊婦・家庭は、自ら周囲に支援を求めることや各種サービスの利用に対して消極的な傾向にありますので、事態が重症化しやすいことを念頭に入れておきます。

特に住民票を移さないままに他市町村へ転出した場合、転出先の保健機関では妊婦・家族の情報が得られないことにより支援が遅れる可能性があり、所在不明となればさらにリスクは高まります。定期的な妊婦健診を受診しないなど、胎児や自分自身の健康の保持・増進に努力しないことも考えられます。また、生計者の失業や転職の繰り返しなどによる経済的な困窮やDVの可能性も視野に入れる必要があります。

## ・リスクありに該当する場合の二次質問例

妊娠中に、住所や電話番号、名前を変更した、もしくは変更する予定のある場合、理由を丁寧に聞き取ります。聞き取りをする際は、胎児や妊婦の健康面が心配であることや、安心安全な出産のために力になりたいことを伝えたいうえで、転居の理由を把握します。その際、転居先と住民票が同じ住所地であるかどうかを確認し、住民票を移さない転居の場合、その理由を確認します。特に住民票を移さずに他市町村へ転居する場合、所在不明となりやすいケースであるため、転居先の保健機関へつなぐことの同意を得ます。



転居すること自体、地域で孤立しやすく支援の手が入りにくい環境にあるため、質問番号5（妊婦の相談者・家族関係）や質問番号6（妊婦の支援者）を活用し、リスクなしであっても夫や家族・親族との関係も聞き取る必要があります。妊婦または夫（パートナー）が正規職員でない場合、経済的な不安についても確認する必要があります。

#### ・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

母子健康手帳交付後に住所や電話番号を変更した場合、保健機関では把握できないことが多いのが現状です。一方、医療機関では妊婦健診の未受診、中断がない限り妊婦に定期的に会うことができ、妊娠が進むに連れて妊婦や家族の様子や変化を把握できる唯一の機関です。

転居をした、またはする予定の妊婦を把握した場合は、まず転居先の市町村へ情報提供をしたほうがよいケースかどうか判断する必要があります。そしてケース連絡をした方がよいと判断した場合、本人の同意が得られるような信頼関係づくりを心がけることが大切です。最初からいろいろ聞きだすのではなく、安心して悩みや相談事を話してもらえるように、妊婦に転居への負担感や思い、産後の生活への見立て・困りごとなど、感じていることを吐き出してもらい、妊婦をねぎらうところからはじめます。その上で、問題解決に向けて適切な支援を受けられるよう、保健機関へつなぐことの同意を本人から得られるようにします。同意が得られないまま情報提供された場合、転居先の保健機関で支援を開始する際に十分な配慮が必要となるため、介入が遅れる可能性があります。そのため、妊婦に信頼できる支援者として認めてもらうことが大切です。

#### ・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠中に住所を変更した、あるいはその予定がある妊婦のうち、以下に該当する場合は転居先の保健機関などに連絡すべき状況であると判断します。

①住民票を移さずに異なる市町村に転居した（する予定の）場合、②面接などにより、転居を繰り返している実態が把握できた場合、③妊婦健診または産後健診（1か月時健診）が未受診や中断している場合です。

妊婦の中には住民票と居住地が異なる方がいます。住民票は実家に置き、実際は他市町村のパートナー宅に住んでいる場合などがあげられます。転居だけでは問診項目で居住実態は把握できないため、会話の中でさりげなく「今はどこにお住まいですか。」と居住実態を確認する必要があります。

#### ・その他

転居を繰り返したり、住民票を残して転居したりしている妊婦や家族の中には、DVや児童虐待、ストーカー行為などを理由に避難し、加害者に所在を知られることを危惧して転出・転入の届出を躊躇している場合があります。このようなケースを把握した場合は、DV対策などの担当福祉部門と連携し、妊婦の意向を確認しつつ、医療機関内の個人情報の取り扱いに十分注意する必要があります。

## コラム

所在不明児童とは、住民票があるのに乳幼児健康診査等の保健や福祉サービスに関する電話や家庭訪問等による連絡が取れない、学校に来ていなかったりする児童のことを言います。住民票を移さないまま居所を転々としていた家庭に児童虐待による死亡事件が発生したことを受け、厚生労働省では、居住実態が把握できない児童に関する実態調査を平成 26 年度に実施しました。その結果、海外に出国している場合や、住民票を残して住所地市町村内または他の市町村へ居所を移している場合が見受けられました。その 4 割以上が小学校就学前の乳幼児であることがわかっています。その中には虐待リスクがあると判断されていた家庭もあり、情報共有できる全国的な仕組みの創設が求められています。



〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 17 (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。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※	/	※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※	/	※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※	/	※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※	/	※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※	/	※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※	/	※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※	/	※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○	/	
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	/	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	◎	◎	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○	/	
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○	○	
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない	◎	
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する	◎	
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

参考資料と  
その利用方法



## 参考資料とその利用方法

### ○妊娠届出書（愛知県）

妊娠届出時は相談支援のきっかけとして重要なポイントである。支援が必要な家庭を早期に把握し、妊娠中や出産後早期から支援できるような仕組みづくりとして妊娠届出書様式の統一化がされた（H24年4月）。届出書の問診項目などは、リスク評価に利用することができる。

### ○分娩前後チェックリスト

産婦人科におけるハイリスク症例発見のためのチェックリスト。児童虐待などの社会的リスク妊娠の見分け方として使用されている。

### ○赤ちゃんの気持ち質問票：育児の負担や赤ちゃんへのさまざまな気持ちの評価

（吉田ら（2003）による日本語版）

赤ちゃんに対する愛着の気持ちについて質問されており、この得点が高いほど赤ちゃんへの愛着感情が持てなかったり、拒否的攻撃的であることを示しています。母親自身のこのような育児に対する否定的な気持ちを批判することなく受け止めることが必要です。また、高得点であることは、ネグレクトや虐待のリスクを示していると認識し、継続的に支援する必要があります。特に、質問3や5は身体的虐待のリスクを示す項目なので、1点以上の母親では具体的な育児行動も質問して、慎重にモニターする必要があるでしょう。

### ○エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）：母親の抑うつ感や不安の評価

（<http://www.yoshida-hospital.org/epds/doc/q.html>）（Coxら（1987）、岡野ら（1996）による日本語版）

産後のうつ病のスクリーニングに多く使われているものの一つです。EPDSの合計点数が、うつ病スクリーニングの区分点数である9点以上の結果が出た場合、うつ病の可能性が高いと考え、1点以上の質問項目につき、再度詳細に聞き取りを行います。その中での追加質問で本人の具体的な状態を明確にします。生活面においては、うつ病なのか不安なのか、症状の持続期間や症状の程度。家事機能、育児機能の評価をします。

産後うつ病の診断基準である、抑うつ気分と感情障害の2つの主症状が2週間以上続いている場合、うつ病と診断される可能性が高いと考えられます。また、重症度を検討し、日常生活が成り立たないような場合には、精神科受診など医療の必要性を検討します。

### ○育児支援チェックリスト（改変）：母親に対するサポートを含めた育児環境の評価

（九州大学病院児童精神医学研究室—福岡市保健所試用版）

母親のメンタルヘルスや母子の関わり合いは、周囲の家族状況や生活状況からも影響を受けています。産後うつ病や愛着形成に支障をきたしている母親では、ストレスとなる要因を多く持っています。これらの要因を把握し、それぞれに応じた対処を通じて、ストレスの軽減を図ることが重要です。特に母親を支えるサポートの状況については、十分なサポートが得られているかどうか情報を十分に取り、判断します。また、精神科受診歴がある場合は、特に医療機関との連携の必要性を判断します。ライフイベントが存在する場合は、母親の心にどのような影響を与え、現在も影響が残っているかどうかを検討します。

チェックリストは、育児を困難にする背景や要因を把握し、母親の抑うつ感情や乳児への否定的な気持ちの成り立ちを考察します。ストレスの軽減や母親への十分な支援に結びつける必要があります。

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

DV スクリーニングに有効なスクリーニング方法としてのひとつであり、日本で開発された唯一の DV スクリーニング用具である。

「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（2004 年版）」では、周産期のケアの場で、妊婦および産婦に対して、DV に関するスクリーニングを行う（推奨度 B：通常行われるべきである）こと、DV スクリーニングは全妊産婦を対象とする（推奨度 A：必ず行うべきである）ことを推奨している。また、スクリーニングの回数、場所など工夫と配慮が必要であるとし、スクリーニング用紙に自分で記入してもらう方法で行う（推奨度 B：通常行われるべきである）ことを推奨している。

#### ○子育て支援の必要性の判定

乳幼児健診において、個々の支援対象や方針を共有し、その集計値を事業評価に用いるために開発された判定区分である。子育て支援の必要性に対する判定は、まず、子育てが困難になるような子どもや親、家庭の要因があるかどうかを判断して、その要因や素因の特定を行う。

本来は、健診後の支援の必要性を判定するものであるが、妊娠期からの支援対象者に対しては、その支援に対する評価として、3～4 か月児健診での判定を用いることができる。

#### 〈参考文献〉

- 1) 吉田敬子、山下洋、鈴宮寛子 執筆，産後の母親と家族のメンタルヘルス，母子保健事業団，東京，平成 17 年 8 月
- 2) 鈴宮寛子、山下洋、上別府圭子、吉田敬子 執筆，産後の母親のメンタルヘルス支援活動，母子保健事業団，東京，平成 20 年 3 月
- 3) 公益社団法人 日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル—妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築を目指して—改訂版 平成 26 年 3 月 (分娩前後チェックリスト、育児支援チェックリスト)
- 4) 聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班 編，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 2004 年版，金原出版株式会社，東京，2004.
- 5) 愛知県母子健康診査マニュアル (改訂第 9 版)

## 妊娠届出書

市（町村）長殿

届出年月日 年 月 日

(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	個人番号
妊婦氏名	①既婚 ②未婚（入籍予定あり・なし）	年 月 日		
(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	
夫氏名 (パートナー)	年 月 日			
居住地	(〒 )	電話 携帯電話	( ) ( )	
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	満 週 ( か月)
	分娩予定日	平成 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	特記事項	①単胎 ②多胎 ( 胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	医療機関等の所在地・ 名称・医師又は助産師氏名		健康保険 の種類	①社保 ②国保 ③いずれでもない

\*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由 )
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 (出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他 (内容: )
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ
7 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい ( 人) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ①経済的なこと ⑦自分の身体のこと ⑧夫婦 (パートナー) 関係のこと ⑧家族関係のこと ⑨育児の仕方 ⑨その他 ( )
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい ( 本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10 現在、夫 (パートナー) や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
11 現在、アルコールを飲みますか。	①はい ( 回/週) ②いいえ
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名: 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気 (うつ病など) ・その他 ( ) それはいつ頃ですか: ( 年頃) ・現在治療中
13 この1年間に、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」などの症状はありますか。	①はい ②いいえ

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。

# 妊娠届出書とスクリーニングの関係

【標準様式】

## 妊娠届出書

市(町村)長殿

届出年月日 年 月 日

面接時の聞き取り

(ふりがな)	生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	( )	② 24歳以下 あり:2 なし:0	↓下記参照
(ふりがな)	生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)	( )	③ パートナーが無職、一 人親の場合は母親が無職 あり:1、なし:0	
居住地	電話 携帯電話	( )	
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	平成 年 月 日	⑫ 妊娠届を出した時の妊娠週数が 20週以降 あり:1、なし:0	
分産予定日	平成 年 月 日	性別に関する健康診断の有無	① 受けた ② 受けていない
特記事項	① 胎数 ( 胎 ) ② 多胎 ( 多胎 ):1点 ③ その他 ( 多胎 ):1点	経理に関する健康診断の有無	① 受けた ② 受けていない
医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険の種別	① 社保 ② 国保 ③ いずれでもない

・婚姻状況：結婚予定の具体的な時期。入籍による転居先。入籍予定なしの場合はその理由。  
・年齢：21歳以下か、高齢か  
・高校以下の場合には学校について  
※ できれば高校の卒業の有無を入れるとよい  
・職業：父も母も、常勤・派遣・パート・無職かどうか。  
母は妊娠・出産を機に退職するの  
・パートナーがいいる場合：生活の基盤・支援者はいるか

・務業：妊婦の電話か。妊婦と訪問などで連絡の取りやすい順を確認

・妊娠週数：妊娠届出の遅れの有無と、遅れている場合は、その理由

・多胎：分かった時の気持ち

・出産機関：出産可能な病院か、不可能なら出産病院を確認(紹介状はあるか等)、大きな産方の病院の場合は持病の関係か、早帰り出産か、  
・保険：施設しながら出産一時金・出産費用の話をし、保険の種類を確認。  
(勤務先が社会保険加入しているか、保険料の未払い、生保等)  
・外国人の場合は国籍

※多胎・ステツプファミリー等は、妊娠届出書とその他に該当しますが複数のリスクがあっても「1点」で計算します。



※あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由 )	つわりの程度について確認
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②産数 (出産回数 回)	・ステップファミリーか(住居と合わせて) ・死産や出生後の死にはあるか
3 流産・早産を経験したことがありますか。 ⑦中絶2回以上 あり:1、なし:0	①なし ②あり (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)	・中絶回数:同じパートナーか。なぜ今回は産もうと思ったのか ・流産・死産の時期(直近の場合は不安が強い) ・早産の理由(子宮頸管無力症等)
4 今回の妊娠は不妊治療をされましたか。	①はい ②いいえ	・はいの場合、妊娠への思いや不安 ・治療補助申請は済んでいるか
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。 ⑨妊娠がわかった時うれしくない(うれしかった・予想外だった)がうれしかった以外の回答全て) あり:2、なし:0	①うれしかった ②予想外だがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わな ⑥その他(内容: )	面談の中で ・愛憎や温かさ、肯定的な表現か ⑩うれしかった②予想外だった以外、妊娠を継続しようと思った理由
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ	・里帰り先:住所、連絡先、期間 ・支援者の有無
7 困った時に助けてくれる人はいいますか。	6. 7は関連付けて聞いていく ①はい ( 人) ②いいえ	・助けてくれる人:具体的に誰か ・家族関係、実母は含まれているか ・初産で里帰りのない場合:家族関係や事情、理由を確認する
⑤困った時に助けてくれる人がいない あり:1、なし:0 ⇒右の「②いいえ」:1点 8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑨妊娠・出産について ①経済的なこと ②自分の身体のこと ③夫婦(パートナー)関係のこと ④家族関係のこと ⑤育児の仕方 ⑥その他( )	・イ経済:妊婦健診受診票の範囲でも定期受診を勧める。出産 時命について。分娩費用は払えるか。 ・夫婦関係:安心できるか、身体や言葉の暴力、支配の関係を感ずるか。ケンカをした時の怒りの対処等 ・家族関係:人間関係について ・育児の仕方:具体的に不安に思うことは何か
④経済的に困っている あり:1、なし:0		・依存傾向、今後の禁煙希望 ・禁煙してのストレス
⑩夫婦関係で困っている あり:2、なし:0		・依存傾向、今後の禁煙希望 ・別室や換気扇下の喫煙等も確認
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。 ⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ あり:1、なし:0	①はい ( 本/日 ) ②妊娠してやめた ③いいえ ※①はい、②妊娠してやめたのどちらでもあれば1点 ②いいえ	・依存傾向、今後の禁煙希望 ・別室や換気扇下の喫煙等も確認
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ( 回/週) ①タバコはない場合も、飲酒をしなければ1点 ②いいえ	・依存傾向について ・いいえの場合も飲酒習慣があったか確認
11 現在、アルコールを飲みますか。 ⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ あり:1、なし:0	①なし ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ その他の( ) それはいっしょですか:( 年頃)・現在治療中	・心疾患等:状況や妊娠後の治療について具体的に確認 ・ここらの病名:治療中か、内服と受診病院、病名の確認(うつ病、統合失調症等) ・いつ頃から:いつ頃から調子が悪く、受診や診断はいつか、妊娠後の変化か。
12 今までにかかった病名や現在の病名はありますか。	○は「聞いてもよい」という同意。SOSでもある。 ○のない場合も、「...はありませんか」と確認する。 ①はい ②いいえ	・左記のどの症状が当てはまるのか ・妊娠前からか、妊娠後の変化か ・思いあたる理由について ・受診しているか
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみややすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。 ⑩この1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがある あり:2、なし:0		※面談の中で気にすること(妊婦の不安や気になる様子、付き添いの夫等の様子も含む)があれば記入し、点数化する。
⑩その他(面接時気になる、多胎、ステップファミリー等) あり:1、なし:0		※アルコール・タバコの習慣は妊娠中のタバコ・飲酒 妊娠前のタバコのうどちらでも1つ該当すれば1点で計算します。(P2 スクリーニング方法⑥ 参照)

合計 点 0-1点:ローリスク 2-5点:ハイリスク 6点以上:スーパーハイリスク

面接者 ( ) 地区担当保健師 ( )



## 分娩前後チェックリスト

- 母子健康手帳未発行・妊婦健康診査未受診・妊娠後期の妊娠届
- 妊婦健診を定期的に受けていない
- 妊娠中・産後の心身の不調がある
- とびこみ出産、墜落分娩等
- 子どもとの関わり方が不自然（こだわりや、子どもへの異常な関心、抱かない、可愛くないと言動など）
- 話の要領を得る受け答えができない
- 育児の協力者がいない
- 親に不眠や食欲不振、アルコール、薬物、タバコ等の嗜癖や極端な潔癖症がある
- 家庭内不和、DVがある
- 転居を繰り返す
- 地域や社会から孤立している
- 情報提供の同意が得られない
- 出生届出が遅い、出さない
- 未熟児、NICU 入院歴がある
- 育てにくい（ミルクを飲まない、よく泣く等）
- 体重増加が悪い
- 多胎妊娠・出産である
- 先天性疾患がある
- 胎児や出生した児に疾病、障害がある
- 身体発育の遅れがある

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

## 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか。

下にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけてください。

	質問項目	ほとんど いつも 強く感じる	たまに強く そう感じる	たまに少し そう感じる	全然そう 感じない
1	赤ちゃんをいとしいと感じる。				
2	赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。				
3	赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。				
4	赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわかない。				
5	赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。				
6	赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。				
7	こんな子でなかったらなあと思う。				
8	赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。				
9	この子がいなかったらなあと思う。				
10	赤ちゃんをととても身近に感じる。				

(吉田ら (2003) による日本語版)

## エンジンバラ産後うつ病質問票

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましよう。今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

- ( ) いつもと同様にできた
- ( ) あまりできなかった
- ( ) 明らかにできなかった
- ( ) 全くできなかった

2) 物事を楽しみにして待った

- ( ) いつもと同様にできた
- ( ) あまりできなかった
- ( ) 明らかにできなかった
- ( ) 全くできなかった

3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた

- ( ) はい、たいていそうだった
- ( ) はい、時々そうだった
- ( ) いいえ、あまり度々ではなかった
- ( ) いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

- ( ) いいえ、そうではなかった
- ( ) ほとんどそうではなかった
- ( ) はい、時々あった
- ( ) はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

- ( ) はい、しょっちゅうあった
- ( ) はい、時々あった
- ( ) いいえ、めったになかった
- ( ) いいえ、全くなかった

- 6) することがたくさんあって大変だった  
 はい、たいてい対処できなかった  
 はい、いつものようにはうまく対処できなかった  
 いいえ、たいていうまく対処した  
 いいえ、普段通りに対処した
- 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった  
 はい、いつもそうだった  
 はい、時々そうだった  
 いいえ、あまり度々ではなかった  
 いいえ、全くなかった
- 8) 悲しくなったり、惨めになったりした  
 はい、たいていそうだった  
 はい、かなりしばしばそうだった  
 いいえ、あまり度々ではなかった  
 いいえ、全くそうではなかった
- 9) 不幸せな気分だったので、泣いていた  
 はい、たいていそうだった  
 はい、かなりしばしばそうだった  
 ほんの時々あった  
 いいえ、全くそうではなかった
- 10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた  
 はい、かなりしばしばそうだった  
 時々そうだった  
 めったになかった  
 全くなかった

(<http://www.yoshida-hospital.org/epds/doc/q.html>) (Coxら(1987)、岡野ら(1996)による日本語版)

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

## 育児支援チェックリスト（改変）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えの方に○をしてください。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていませんか。 （ はい いいえ ）
2. これまでに流産や死産、出産後 1 年間にお子さんを亡くされたことがありますか。 （ はい いいえ ）
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか。 （ はい いいえ ）
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
  - ① 夫には何でも打ち明けることができますか。 （ はい いいえ 夫がいない ）
  - ② お母さんには何でも打ち明けることができますか。 （ はい いいえ 実母がいない ）
  - ③ 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 （ はい いいえ ）
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。 （ はい いいえ ）
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。 （ はい いいえ ）
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか。 （ はい いいえ ）

（九州大学病院児童精神医学研究室—福岡市保健所試用版）

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

## 女性に対する暴力スクリーニング尺度（VAWS）

以下のアンケートの7つの項目の当てはまる物に○をつけてください。

	項 目	よくある	たまにある	まったくない
1	あなたとパートナーの間でもめ事が起こったとき、話し合いで解決するのは難しいと感じることがありますか？			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、あなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？			
5	あなたは、気が進まないのに、パートナーから性的な行為を強いられることがありますか？			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいと引っ張るなど、強引にふるまうことがありますか？			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力をふるうことがありますか？			

女性に対する暴力に悩んでいる方、一人で悩まず、ご相談ください。

## 〈子育て支援の必要性の判定〉

「健やか親子 21」では、子育て支援に重点を置いた乳幼児健診が指標に位置付けられた。従来、疾病や発育、発達などのスクリーニングと保健指導を目的として、乳幼児健診などで用いられてきた保健指導区分では、子育て支援という新しい健康課題の判定や評価はできない。愛知県は、県内市町村や関係機関と協力して子育て支援の必要性を判定する区分<sup>1</sup>を開発し、実際の市町村の乳幼児健診後のカンファレンスや、保健所・県への集計値の報告に用いている。

「子育て支援の必要性の判定」では、支援の実現性を考慮した判定区分を用いる。子どもや親・家庭の状況、親子の関係性など、支援の必要な要因を認めない場合には「支援の必要性なし」とする。何らかの要因を認めたときに、保健機関からの助言や情報提供があれば、近隣のサポートをうけながら適切な資源を利用するなど、親自らが対処可能な場合には「自ら対処可能」と判定する。保健機関による個別支援（電話や家庭訪問、面接など一定の方針を立てて仕掛ける継続的な相談）や、事後教室などの支援事業（市町村ごとの年度計画による事業）が必要な場合は「保健機関継続支援」と判定する。さらに保健機関の個別支援と共に、療育機関や医療機関など他機関と連携した支援が必要ならば「機関連携支援」と判定する（下表）。乳幼児健診後のカンファレンスでは、多職種の視点を入れて判定することが基本である。

なお、実際の判定場面では、ただちに支援対象ではないものの、気になる状況（子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性など）の変化を、時期を決めて再アセスメントする必要のあるケースに出会う。こうした状況に気づくことは、潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージしながら行う保健指導の特徴である。この場合は、健診後のフォローアップ対象者として、期間や時期を決めて状況を確認し、最終的に4区分のいずれかに判定する。

表 子育て支援の必要性の判定

項目名	要因の視点	判定区分	判定の考え方
子の要因 (発達)	子どもの精神運動発達を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の必要性なし</li> <li>・助言・情報提供で自ら対処可能</li> <li>・保健機関の継続支援が必要</li> <li>・機関連携による支援が必要</li> </ul>	子どもの精神運動発達を促すため親のかかり方や受療行動等への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
子の要因 (その他)	発育・栄養・疾病・その他の子どもの要因に対する支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の必要性なし</li> <li>・助言・情報提供で自ら対処可能</li> <li>・保健機関の継続支援が必要</li> <li>・機関連携による支援が必要</li> </ul>	子どもの発育や栄養、疾病など子育てに困難や不安を引き起こす要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
親・家庭の 要因	親、家庭の要因を改善するための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の必要性なし</li> <li>・助言・情報提供で自ら対処可能</li> <li>・保健機関の継続支援が必要</li> <li>・機関連携による支援が必要</li> </ul>	親の持つ能力や疾病、経済的問題や家庭環境など子育ての不適切さを生ずる要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
親子の 関係性	親子関係の形成を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の必要性なし</li> <li>・助言・情報提供で自ら対処可能</li> <li>・保健機関の継続支援が必要</li> <li>・機関連携による支援が必要</li> </ul>	愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因への親子への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察により判定する。



また、支援が必要な要因について、1. 子の要因（発達）、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子の関係性のいずれかに分類する。本来は、子どもの要因により支援が必要となる状況（子の要因）、親や家庭などの要因に対して支援が必要となる状況（親・家庭の要因）、そして愛着や親子のかかわりなどの関係性に対して支援が必要となる状況（親子の関係性）の3要因に分けるべきであろうが、現在、乳幼児健診で取り扱う健康課題の中で、子どもの社会性の発達に対する支援が喫緊の課題となっていることから、子の要因を「発達」と「その他」に分けて区分してある。

子の要因（発達）とは、子どもの精神運動発達を促すため親のかかわり方や受療行動などへの支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定することである。ここでは、子どもが持つ特徴やこれに起因する子育ての困難さに対して、子どもの発達を促すために親の行動をどのように支援するののかとの視点に立ち、医学的に見て子どもの行動や様子が病気としてのスクリーニング基準を満たすかどうかは問わない。例えば、社会性の発達を含めた精神発達に問題があると判定してよいか迷うような気質、例えば人見知りや極端に強いものの、精神発達のゆがみや遅れとは言い切れないような場合に疾病スクリーニングの判定では困ることが多い。この区分を用いると、病名や障害名がつくかどうか医療や福祉とは別の視点に立つことができ、発達障害の初期症状であってもなくても、子の要因（発達）に区分し、フォローアップや支援を始めることができる。

子の要因（その他）とは、子どもの発育や栄養、疾病などが、親の子育てに困難や不安を引き起こす要因となる場合に判定する。低出生体重児、多胎児、慢性疾患児そして障害児など、子どもの状況は親の子育てに大きな負担となる。疾病の程度や親の周囲の人的支援者の存在によっては、疾病があっても支援不要の場合や、自ら対処できる場合もあるが、長期的な視点をもって、対象者の状況から頃合いを回りながら支援の必要性を検討することも必要である。なお、胎児の異常が妊娠中に把握されている場合には、特に留意すべきといえる。

親・家庭の要因とは、親の持つ能力や疾病、メンタル面、家庭の経済的問題や親子を取り巻く環境などにおいて、子育ての不適切さを生ずる要因である。このマニュアルで記述した妊娠期からの支援の必要性の項目は、多くがこの要因に該当する。妊娠期からの状況は出産後も継続することが多く、加えて子どもの要因や子どもとの関係性の要因が発生する。妊娠期から支援を始めることは、出産後の新たな問題に対処する準備ともなる。

親子の関係性の要因とは、愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因であり、親子関係の形成を促す支援の必要性を検討する。分娩後に用いる「赤ちゃんへの気持ち質問票」は、母と子の愛着形成の状況を把握するのに適したものである。「お母さんの健康と生活に関する問診票」の問診項目では、「胎動を感じるときに、どのように思いますか」などの妊婦の妊娠のうけとめ、「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」のパートナーの妊娠のうけとめの項目、「赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか」のパートナーとの関係・産後の準備の項目は、出産後の親と子のかかわりの促しを準備するという意味で、この要因に深く関係している。

子育てを困難にする要因は多種多様であるが、このように、子育ての要素である子どもと親（および家庭などを含めた環境）、そして両者の関係性に着目して判定している。支援対象とする要因を特定することで、支援の対象者がより明確になることが明らかとなっている。例えば、「体重増加不良」という健康課題を「支援の必要性」の視点で判定すると、子どもが飲まない、飲んでいるけど育たない、子ども



の疾患が原因で増加しないのであれば「子の要因」とする。一方、親の知識不足などで飲ます量が不適切、親の疾患、精神障害などが原因で適切な育児ができないのであれば「親・家庭の要因」に判定するなど、支援の対象を明確にするという意味である。また、子育て支援の必要性の判定を用いることで、支援の手段・介入方法を明確にし、支援の評価につなげることが可能となる。

多職種の視点を入れた判定について、現在、乳幼児健診には、医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、(管理)栄養士、臨床心理士、保育士などの多くの職種が関わっている。子育てを困難にする要因には、子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性など多種多様である。集団を対象とした保健指導においては、それぞれの健康課題について、職種や専門分野ごとに望ましい方向に向けた指導が行なわれる。しかし、個々の親子を対象とした支援においては、その状況を踏まえて、理想的ではなくとも、実現可能な支援方針を立てる必要がある。子育て支援の必要性の判定では、包括的に要因を捉えることで、親子が持つ多くの要因の中から、優先的な支援の方向性を見出すことができる。例えば、経済的に困窮し、支援者不在のケースにおいては、生活習慣や栄養などの細かな点で問題はあったとしても、あえて細々とした指導を行うのではなく、関係者との関係作りや福祉制度の利用を促す方針を、(多職種の)従事者間で共有する。また、親子の関係性に課題があり、親子遊びの事業に参加を促しても同意が得られにくいケースには、歯科衛生士から毎日の仕上げ磨きの提案を、親子のかかわりの視点をもって伝えることが実現可能な支援となる場合もある。

さらに、健診後に他機関と連携した支援においても、子育て支援の必要性の判定は有効となる。例えば、保健機関と保育園・幼稚園の間では情報共有の必要性は高いものの、親の同意など困難なことも多い。病気や障害というレッテルを貼った情報を伝えるという意図ではなく、支援の視点から情報を共有することは、支援者間だけでなく、被支援者である親の了解や納得も得られやすい可能性がある。

---

<sup>1</sup> 母子健康診査マニュアル：愛知県健康福祉部編 平成 23 年 3 月  
[http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/screening\\_manual.html](http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/screening_manual.html)

## 執筆者一覧

「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

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター

産科 主任部長 光田 信明

「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」

### 分担研究者

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

### 研究協力者

愛知県新城保健所	健康支援課長	塩之谷真弓
八千代病院	副看護部長	丸野 広子
山田産婦人科	看護師長	新實 房子
渡辺マタニティクリニック	看護師長	本村 直子
厚生連渥美病院	3階西病棟課長	山元 歩
西尾市健康課	主査	天野 房子
田原市健康課	課長補佐兼係長	廣田 直子
田原市健康課	主査	鈴木 里依
安城市子育て健康部健康推進課母子保健係	主査	田中 敦子
豊川市保健センター母子保健係	主任	高橋 陽子
愛知県立大学看護学部	講師	緒方 京
愛知県立大学看護学部	講師	神谷 撰子
あいち小児保健医療総合センター	医師	佐々木溪円
同 保健センター	主任主査	山本由美子
同 保健センター	技師	山下 智子

お母さんの健康と生活に関する問診票

活用支援マニュアル

発行日 平成29年3月31日

編集・発行 あいち小児保健医療総合センター

〒474-8710 愛知県大府市森岡町七丁目 426 番地

あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室

TEL : 0562-43-0500 FAX : 0562-43-0504

E-mail : hoken\_center@mx.achmc.pref.aichi.jp

別添 5  
研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
立花良之		立花良之	母親のメンタルヘルス 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	医歯薬 出版	東京都	2016年	
佐藤拓代	10代若年の出産	松本伊知朗 平湯真人 山野良一 中嶋哲彦	子どもの貧困ハンドブック	かがわ 出版	京都市	2016年	158-161
佐藤拓代	WHOの産後ケア ガイドライン	福井トシ子	臨床助産テキスト 第4巻 重要な周辺知識	メディカ 出版	大阪市	2016年	206-210

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
木下勝之 中井章人 光田信明	メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究	日本周産期・新生児医学会	第53巻 1号	43-49	2017年
福井聖子 金川武司	大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討	機関誌「母子衛生」	第58巻 1号	185-191	2017年
佐藤拓代	思いがけない妊娠・出産と子ども虐待予防	近畿周産期精神保健研究会誌	Vol.1	22-28	2017年
佐藤拓代	女性の貧困と若年出産の現状	公衆衛生	Vol.80 (7)	486-490	2016年
佐藤拓代	妊娠・出産期における子どもの貧困の発見と支援	都市問題	Vol.107 (6)	23-27	2016年
佐藤拓代	相談窓口の役割 「にんしんSOS」の活動を通して考える	母子保健	Vol.685	8	2016年
立花良之 小泉典章	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	子ども虐待とネグレクト	Vol.18 No.3.	362-366	2016年
小泉典章 立花良之	精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支援	子ども虐待とネグレクト	vol.18 No.2	231-235	2016年
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	vol.31 No.2	97-103	2016年
佐藤拓代	母子保健法50年の過去・現在・未来 ～切れ目のない妊娠・出産・子育て支援へ～	大阪府立母子保健総合医療センター雑誌	Vol.31 (2)	7-15	2015年