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

(健やか次世代育成総合研究事業)

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

平成２９年度　研究報告書

平成３０年(２０１８年)3月

主任研究者　光田信明

(大阪母子医療センター　産科主任部長)

目　　次

Ⅰ．総合研究報告

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に関する研究 ---------- 1

光田　信明

Ⅰ．妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性 ---------- 14

１．支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究 ---------- 77

倉澤健太郎

２．社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査 ---------- 82

光田信明

３．妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定 ---------- 87

光田信明

４．機関連携による妊娠期からの支援に関する検討 ---------- 94

山崎嘉久

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 ---------- 103

藤原武男

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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 ----- 108

上野昌江

７．市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査 ------- 116

佐藤拓代

８．地域における産2週間健診によるハイリスク産婦の抽出 ---------- 129

荻田和秀

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9．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 ---------- 133
松田義雄

10．社会的リスクを有する母体および児の周産期における ---------- 138
医学的リスク評価
松田義雄・光田信明

11．妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成 ---------- 144
板倉敦夫

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12．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 - 147
木下勝之

13．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 ---------- 175
立花良之

14．医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて
適切なフォローアップ期間の検討― ---------- 182
小川正樹

Ⅴ．公開シンポジウム

15．「社会的ハイリスク妊娠支援によって児童虐待･妊産婦自殺を防ぐ」 --- 192
参加者アンケート集計報告
光田信明

(資料)シンポジウム配布資料

厚生労働省科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
総括研究報告書

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

研究代表者　光田　信明
地方独立行政法人　大阪府立病院機構　大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科主任部長

研究の目的

Ⅰ．妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

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に繋げる。医療機関と保健機関の連携によるハイリスク妊婦の把握、および支援の評価を明らかにすること。

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究
周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

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

光田：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定
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。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討
医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討する。

藤原：妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証
愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と 1 歳半健診、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。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

多職種による妊娠中からの切れ目ない母児支援を目指した。

上野：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
市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、保健指導として妊婦にどのような支援を行っているのかについて明らかにする。

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査
平成 28 年に児童福祉法･母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。事業主体は市区町村であり、平成 29 年度事業が開始される前の母子保健事業の現状を調査する。

荻田：地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出
泉佐野市では平成 28 年度より産後 2 週間健診を開始した。産後 2 週間健診において育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげることが可能かどうかを検討。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

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すため。

松田：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

「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、妊娠中から的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。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価
周産期における医学的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。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成
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おり、昨年の本研究において、円錐切除後妊娠は早産ハイリスクであり、RR≧2.0 以上で HRP list に加えるべきと判断された。他の医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストに記載されている因子は、様々なリスクを伴ってはいるが、生児を得ることは可能である。しかし、円錐切除後妊娠に関しては、一部これまでの方法では、生児を得ることが困難であり、なんらかの早産リスク軽減のための新しい手段が必要となる。そこで、腹式頸管縫縮術に関する知見を収集して、その有効性について検討を行った。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

妊産褥婦のメンタルヘルス問題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。見逃されがちな母親の“こころの負担”が最も重症化した場合、妊産褥婦の自殺・児童虐待死が危惧されるため妊娠中からの母体への支援のありかたを検討する。

木下：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

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。妊娠中のうつ病は約 10%、産褥期では約 10-15%で発症し、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。

本研究では、年間約 4 万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が 0.6%から 8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、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。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。

本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

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

平成 27 年度に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。

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー ―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―

本邦における医学的・社会的ハイリスク妊婦の産後のフォローアップ期間について児童虐待予防等の観点から、どのようにすべきかについての文献的な系統的総括を行った。特に、世代間移行が認められる被虐体験妊婦のフォローアップについて重点的に検討した。

Ⅴ．公開シンポジウム

2017 年 11 月 27 日、東京で開催した公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」において、シンポジウム参加者に対してアンケート調査を行った。

研究結果の概要

Ⅰ．妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

「社会的ハイリスク妊産婦」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点（精神状態・性格・依存性・身体合併症・虐待・被虐待・妊娠状況・受診状況、妊娠出産の受け止め)、養育状況の問題点（児への感情・育児ケアの問題家事・児を守る人的資源)、家庭環境の問題点（夫婦関係・経済状況・居住状況・相談相手はいるか)、子供の問題点（多胎・分離の必要性・健康状態)、その他（援助協力を発信，受容できるか）などの問題点を含んでいるものを指す。

社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが、分娩後の支援・介入がさらに重要であ

る。本人のみならず，出生する児が社会的に身体的に危険にさらされることは、なんとしても避けなければならない。当該研究班では、これまで「社会的ハイリスク妊娠」を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があると考える。「社会的ハイリスク妊産婦」とは、今後、「子育てに困難を感じる妊産婦」と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、「社会的ハイリスク妊産婦」は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3 年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

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

要保護児童対策協議会対象者（以下“要対協ケース”）の割合はハイリスク症例では 22/120(18.3%)に対し、コントロール症例では 4/287(1.4%)であり、従来の「医療従事者の感覚」によって要対協ケースにつながるハイリスク者は概ね拾い上げられているようである。一方母子医療センターの症例で「ハイリスクと考えていなかったが、要対協ケース」が 4 例あった。出生届未提出はハイリスク症例のみに 3 例発生していた。乳幼児健診未受診はハイリスク症例で 11/120(9.2%)、コントロール症例では 10/287(3.5%)であった。行政育児支援に問題ありは 11/120(9.2%)と 5/287(1.7%)、市外に転居は 11/120(9.2%)、13/287(4.5%)であった。症例数が少ない最大の原因は、本人の同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で情報提供が得られない地方自治体がある状況である。今後はさらに漏れなく大規模な研究体制が望まれる。

光田：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、虐待が 70 件、養育困難が 27 件であった。対象群は、345 例であった。多重ロジスティック回帰分析によって、若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診が遅い(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待と深い関連があることが示された。妊娠中の高血圧と先天性疾患が有意な因子となったということは出生後の児童の状況と子育て困難発生とが関連性があるという可能性を示唆している。このことは、周産期母子医療センターにおける養育者についても子育て支援の観点をより一層深めなければならない事が示唆される。今回の検討は、虐待や養育困難で施設入所にまで至ったいわゆる超ハイリスクを対象としている。虐待予防の観点からは、虐待に至る前の介入が望まれるため、妊娠中から支援を必要とする母児の抽出に必要な因子は、今回の検討で把握された因子を最低限とし、さらに広げる必要があると考えられる。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも 15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。出生後の支援はロウリスク群:13/185(7.0%)、ハイリスク群:6/37(16.2%)、スーパーハイリスク群:3/3(100%)であり、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。妊娠届出書のリスク評価スコア、1 か月健診時の EPDS 等のリスクスケール、および 3～4 か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

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

１歳 6 か月、3 歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%であった。妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること、初産、既往歴もしくは治療中の病気があること、里帰り出産の予定であった。3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること、初産、思いがけない妊娠であった。妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが 1 歳 6 か月のときにも 3 歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

上野：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」、パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「無職」、家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済な不安定さがある」などが多かった。妊婦に対する保健指導としては、「妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。保健機関において効果的な保健指導を行っていくためには医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことが重要である。

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

全国市町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。妊娠届け出の窓口は、保健センターのみが 315 カ所(47%)、市役所や出張所のみ 214 カ所(32%)、両方 136 カ所(20%)であった。保健センターでは、母子健康手帳交付のみは 14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた。また、市役所出張所では、交付のみが 25%であった。面談に携わる職種は保健師が最も多かった。母子保健担当保健師の充足感は 25%であり、出生率が高い程不足と感じている割合が増加した。また、平成 27 年度の特定妊婦新規登録数は 3,388 人(0.77%)であった。出生率が多い程特定妊婦は少なかった。特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会で取り扱っている所は 26%であった。要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは 12%であった。出生率が上昇するほど母子保健担当者の充足度が低下し、特定妊婦率が低値であったことから、マンパワー不足により抽出が不十分である可能性が示唆された。妊娠期からの切れ目ない支援を実現するためには、母子保健担当の増員に加え一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

荻田：地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

2016 年 4 月～2017 年 12 月までを集計してみたところ、対象者(当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つもの）775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した褥婦は 542 人(70%)に達した。そのうち 2 名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告している。産後 2 週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は 2 名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがおり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

松田：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

産科合併症の中で頻度が高い 3 疾患を主要 3 疾患としたところ、 その頻度は切迫早産 320 症例(19.8%)、 妊娠高血圧症候群 79 症例(4.9%)、 前期破水 57 症例(3.5%)であった。リスク因子の頻度を検討したところ、切迫早産では、35-39 歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤･IVF-ET による妊娠、糖尿

病の合併、子宮･付属器疾患の合併の頻度が高かった。 妊娠高血圧症候群では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮･付属器疾患の合併の頻度が高かった。 前期破水では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮･付属器疾患の合併の頻度が高く、これらは施設規模によらなかった。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」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。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

2016 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。単変量解析にて、社会的リスクを有する者は、社会的リスクのないものと比較して自然妊娠が多く、経産婦が多かった。妊娠経過については、社会的リスクがある方が有意に子宮収縮抑制剤の使用が多かった。しかし、帝王切開率は、社会的リスクがないもので有意に少なく、分娩時出血も少ない傾向であった。児の予後に関して、両群で差を認めなかった。母体基礎情報で補正し、多重ロジスティック回帰分析にて社会的リスクと関連する医学的なリスクを検討した。慢性高血圧(aOR6.3(2.4-16.5))、子宮収縮抑制剤使用(aOR1.7(1.1-2.7))が有意な因子として抽出された。以上から社会的リスクによって、妊娠に関連した医学的リスクのうち、高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が有意に多くなることが分かった。その他の因子に関しては社会的リスクの有無によって差は認めなかった。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

2011 年以降の円錐切除後妊娠における腹式頸管縫縮術の症例報告は、合計 35 報ヒットした。抄録から不適当な 2 件の除いた 32 件について、本文を取り寄せて、症例の経過を吟味した結果、適合する報告は 13 報、20 例が抽出された。また PubMed でも、1 報 5 例抽出され、合計 20 例の詳細について、それぞれの論文から情報を収集した。奇しくもすべてわが国からの報告であった。その中で 90%（18 例）の症例で生児を得ることができ、55%（11 例）で、妊娠 34 週まで維持することができた。近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、早産ハイリスク妊娠である。しかし、通常の予防的頸管縫縮術に関しては、早産予防の有用性は見いだせない。そこで、経腟的頸管縫縮術が困難、あるいは効果なく行った経腹的頸管縫縮術は早産予防効果が確認された。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、子宮頸部手術後妊娠で、経腟的頸管縫縮術が困難あるいは、不能な例に対しては、腹式頸管縫縮術が、オプションとして選択肢となりうると考えた。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

木下：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

スクリーニング検査（NICE の質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１ヶ月に行うことが望まれる。スクリーニング検査の導入は、２次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。要介入妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、女性の BMI が高い自治体は男性の喫煙率も高く、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。精神疾患と早産が関連する可能性があり、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められると推察された。以上を円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。産科医療機関が中心になっていた

従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦のへの対応(サービス)向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

立花：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
地域母子保健活動の研修プログラムについて、その効果を研修前・研修3か月後で比較した。
研修会の参加者は62名であり、そのうち研修前後の調査票に回答した56名の内訳は、助産師18名、看護師6名、産科医1名、保健師26名、小児科医1名、精神科医1名、医療ソーシャルワーカー6名、管理栄養士1名であった。メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも　統計的に有意に増加した。こころの問題で「気になる」妊産褥婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから研修会によりメンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆される。今回の研修では、プログラム全体としての効果は示唆されたものの、プログラムの個々の内容についての有効性について検証できていない。妊産婦のメンタルケアへの対応を行う保健機関・医療機関が増えつつあるが、まだ、対応が行われていないところも多い。そのような保健機関・医療機関に対し、周産期のメンタルヘルス対応のスタートアップとして、本研修のような周産期メンタルケアの研修パッケージの実施は有効であると考えられる。今後、プログラムの内容を改良していくうえで、個々の内容の有効性についての検証が必要であると考えられる。周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―
平成24（2012）年から5年間で該当するものは、77件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている16文献を対象に総括した。産後2日から最長では4年という横断・縦断研究であった。観察期間は、①産褥8週間以内：5研究、②4-6か月以内：5研究、③8-12か月以内：2研究、④2年以上：1研究となっていた。産褥うつ病と自身の被虐体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが12件で、その他4件は関連性を認めなかった。一方、4年間の管理を実施した研究では4年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた。文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後1か月健診だけでなく産後1年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児・新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望ましいことが示唆された。

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

日　　時：平成29年11月27日（月）13:15～17:15
会　　場：品川インターシティホール
〒108-0075　東京都港区港南2-15-4

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防(13:15～15:30)
座長：藤原　武男　先生(東京医科歯科大)
松田　義雄　先生(JCHO三島総合病院)

基調講演：「周産期医療と児童虐待」
光田　信明　先生(大阪母子医療センター)
講　演１：「社会的ハイリスク妊娠とは？」
倉澤　健太郎　先生（横浜市立大学)
講　演２：「妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について」
川口　晴菜　先生（大阪母子医療センター)
講　演３：「支援を要する妊婦への個別保健指導」
和田　聡子　先生（大阪母子医療センター)
講　演４：「県内統一の妊娠届書を活用した支援～小児科医の立場から～」
山崎　嘉久　先生（あいち小児保健医療総合センター)
討　論：15 分

第 2 部：妊産婦の自殺を防ぐ(15:45-17:15)
座長：荻田　和秀先生(りんくう総合医療センター)
板倉　敦夫先生(順天堂大学)
行政講演：自殺対策の最新動向
宮原　真太郎　先生(厚生労働省自殺対策推進室長)
基調講演：「妊産婦のメンタルヘルス」
木下　勝之　先生(日本産婦人科医会)
講　演１：妊産婦の自殺-その実態
竹田　省　先生(日本産科婦人科学会)
講　演２：妊産婦メンタルヘルスを支える保健指導
立花　良之　先生(国立成育研究センター)
講　演３：こころを支えるー大阪府の試み
堤　俊仁　先生(大阪精神科診療所協会)

社会的ハイリスク妊娠と児童虐待、妊産婦の自殺の関連性について当研究班の成果を中心に発表がなされた。

参加者 591 人中、有効回答数は 468（有効回答率 79.2%）であった。
アンケート集計結果からは、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後の課題と考える

①客観的な判断基準・支援を必要とする妊産褥婦の定義
②本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導
③ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
④相談窓口や継続的地域支援システムの整備
⑤児童福祉法改正の周知（医療機関-地域行政間の情報伝達円滑化のため）
⑥医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設（学校・民生委員 etc.）との連携
⑦マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化する

研究の実施経過

Ⅰ．妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

倉澤：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服など次世代育成基盤研究事業「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」平成 27・28 年度総括・分担研究報告書より各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

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

大阪府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」と認識された妊産褥婦を抽出し、抽出された「社会的ハイリスク妊婦」に関して居住地の保健センターに「乳幼児健診時の児の情報」を依頼する。また大阪母子医療センターにおいて同一症例登録期間に分娩となった全妊婦（ハイリスク妊婦を除く）を正常コントロールとし、同様に児の情報提供を依頼する。提供された児の情報と妊娠分娩期の母の情報をリンクして、どのリスク項目や医学的情報が虐待行動や育児行動の違いと関連があるかについての解析を行い、「社会的ハイリスク妊婦」の抽出についての有用性を検討する。

光田：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

入所群：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府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、児童養護施設や乳児院に入所にとなった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。
対照群：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、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。

山崎：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3～4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群（0～1 点）、2:ハイリスク群（2～5 点）、3:スーパーハイリスク群（6 点以上）>、妊婦健診時（前期・中期・後期）の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1 か月健診時の母親に対する EPDS と Bonding Scale によるリスク判定を行った。

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

愛知県名古屋市において 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多変量解析により分析した。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

上野：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

近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師であり、調査回答時点で母子保健業務に従事しているものとした。

調査方法
1）データ収集方法
235 か所市区町村母子保健担当課の長に「研究協力に関する事前依頼文書」「調査票」、「研究協力可否のはがき」を送付し、協力できると回答があった 75 か所(31.9%)の市区町村保健師 519 名に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。
2）調査内容
・基本属性：年齢、性別、経験年数、職位、所属区分、妊婦の保健指導に関する学習ニーズ 11 項目、仕事に対する思い 17 項目
・妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているか：研究者らで作成した妊婦、パートナー、家族について重視していること 43 項目
・妊婦に保健指導として行っている内容 32 項目
・支援において困難に感じていることの自由記載

佐藤：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査
対象は、全国の市町村母子保健担当者で、対象市区町村は 1741 カ所である。調査期間は、平成 27 年度(平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月)である。評価項目は、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わ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の対応である。

荻田：地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出
平成 28 年 4 月より産後 2 週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目を
〇産婦に対し：
問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む)、赤ちゃんへの気持ち質問票
〇乳児に対し：
体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討
松田：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
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、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。これらに因子に加えて、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。昨年度は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性が示されたので、今年度はこのリストの妥当性を更に確認するために、モデル地域で疾患別にみたリスク因子の頻度を主とした調査を追加した。

松田：社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価
対象は、2016 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日の 1 年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は

除外した。妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行い、症例が分娩に至ったのちに周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析した。

板倉：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成
医学中央雑誌 Web を用いて腹式頸管縫縮術の症例報告を抽出し、全文を取り寄せて内容を吟味して、円錐切除術後の早産ハイリスクの妊婦のリスク軽減への有用性を検討した。また英文論文については PubMed を用いて、検索を行った。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

木下：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
保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設情報調査 2015 をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した。　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。

立花：メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と効果検証についての研究
平成 27 年度、28 年度に作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する対応の研修プログラムを使い平成 28 年 12 月 4 日に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修」の効果検証を行った。研修 3 か月後に、郵送調査を実施し、研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容に対する効果について検証することとした。研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容について、下記の 3 つの質問に回答してもらった。
アンケート質問項目
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。
1．20 人より多い　2．20～11 人　3. 6～10 人　5．3～5 人　6．1～2 人　7．0 人
2) 最近 3 か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか。
1. 200 人より多い　2．151～200 人　3．101～150 人　4．51～100 人
5．11～50 人　6．10 人以下
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。
1. 10 人より多い　2．6～10 人　3．3～5 人　4．1～2 人　5．0 人　6．特定妊婦の意味を知らない

小川：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―
医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥（postpartum）、ケア（perinatal care）、児童虐待（child abuse or maltreatment）のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 5 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

Ⅴ．公開シンポジウム
2017 年 11 月 27 日に東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。回収したアンケート用紙を後日集計した。

分担研究者

木下　勝之
　日本産婦人科医会
　会長
佐藤　拓代
　大阪母子医療センター
　母子保健調査室　室長
松田　義雄
　独立行政法人　地域医療機能推進機構
　三島総合病院　院長
上野　昌江
　大阪府立大学地域保健学域看護学類
　教授
山崎　嘉久
　あいち小児保健医療総合センター
　保健センター長
板倉　敦夫
　順天堂大学 教授
小川　正樹
　東京女子医科大学
　産婦人科臨床教授
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
倉澤　健太郎
　横浜市立大学大学院
　医学研究科・生殖成育病態医学
　講師

研究協力者

岡本　陽子
　大阪母子医療センター
　産科　副部長
金川　武司
　大阪母子医療センター
　産科　副部長
川口　晴菜
　大阪母子医療センター
　産科　診療主任
和田　聡子
　大阪母子医療センター
　母性外来　師長
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
新家　早苗
　山田産婦人科　病棟主任
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
木村　有紀枝
　田原市 健康課　主任
鈴木　里依
　田原市健康課　主査

田中　敦子
　安城市子育て健康部健康推進課
　母子保健係　主査
高橋　陽子
　豊川市保健センター母子保健係　主任
緒方　京
　愛知県立大学看護学部　講師
神谷　摂子
　愛知県立大学看護学部　講師
佐々木 渓円
　横浜創英大学
　こども教育学部幼児教育学科
　准教授
山本　由美子
　あいち小児保健医療総合センター
　保健センター保健室　補佐
山下　智子
　あいち小児保健医療総合センター
　保健センター保健室　技師
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
桂　　大輔
　滋賀医科大学母子診療科
　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
保科　朋子
　須坂市健康福祉部健康づくり課
樽井　寛美
　長野県看護協会
鹿田　加奈
　長野市保健所健康
山下　さや香
　長野市保健所健康課
町田　和世
　長野市保健所健康課
清水　美枝子
　長野市保健所健康課真島保健センター
堤　　俊仁
　つつみクリニック　院長
　大阪精神科診療所協会会長

背景

Ⅰ．妊娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

平成 28 年度の当研究班報告書において特定妊婦からの要保護･支援児童発生に非常に強い関連性があることが明らかにされた。しかしながら、特定妊婦はあくまで少数である。経験的ではあるものの、特定妊婦はアセスメント方法がなくても、多くの関係者からみれば、子育て困難が予想されやすい。多数は特定妊婦ではない社会的ハイリスク妊娠(SHP;Social high risk pregnancy)である。今年度の研究においては社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難等の関連性についての検討を深めた。さらに、関係者、関係団体での効率的連携のためには共通言語が必要である。医療･保健･福祉の連携のためには、SHP の定義、クライテリア、用語等を整理するところから始めなければならないと強く認識している。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

当研究班の大きな課題は社会的ハイリスク妊娠に対する保健指導のあり方である。医療･保健･福祉の連携が強く指摘されながらも、なかなか効果的な連携体制ならびに保健指導が確立されない。これはある意味もっともなところがある。医学的ハイリスク妊娠(MHP;Medical high risk pregnancy)に対する医学的検査、治療方針等は検査値という数値が評価要因になるので、普遍的な指針を作りやすい。しかし、SHP はそうではない。そもそも、“健やか親子”と一口に言っても、個々の母児の目指す方向性には多様性がある。もちろん、同一の価値基準のゴールなどあるわけがないし、目指す必要もない。SHP を構成する要因も各家庭で別個の状況が存在している。要因そのものも“値”ではないので、母児に画一的保健指導が有効なわけがなく、現場では個別支援とならざるを得ない。2017 年からは子育て世代包括支援センターの設置が開始されている。今後の子育て支援の柱になっていくのであろうが、その実態は見えてこない。そのような背景を理解した上で、妊娠中からの切れ目ない支援のあり方を検討した。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

周産期医療以外においても、生活環境によって疾病の発生状況等が異なることはよく知られている。SHP の母児にとって妊娠期間は医学的予後に関与する時間的経過なのか？そうではないのか？という疑問は考えやすい。児童虐待は個人の生涯に亘る影響を与えることが、明らかになってきた。SHP は児童虐待と関連性があるとすれば、母児の妊娠予後に

影響がある可能性も否定はできない。従って、このSHPとMHPの関連性検討も必要であると考えられる。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

お母さんのメンタルヘルスは妊娠の予後、育児困難、児童虐待、さらには自殺等への関与が明らかになりつつある。私見ではあるが、古典的精神科疾患合併妊娠と妊産褥婦のメンタルヘルス不調は同一ではないと考える。例えば、高血圧合併妊娠は妊娠高血圧症候群とは同一ではない。妊婦自身の成育環境、妊娠中の家庭環境によってメンタルヘルス不調が出現してくる。さらには、妊娠の予後によってメンタルヘルス不調が出てくることも経験するところである。流産後、死産後、胎児･新生児の先天疾患、脳性麻痺発症等の妊娠転帰によってこころの変調が出現してくる妊産褥婦も報告されている。妊産婦死亡統計には従来自殺は含まれていなかった。散発的な報告から推測するならば、年間100規模の自殺者が出ている可能性がある。現時点での我国の妊産婦死亡は年間40人程度であり、それを上回る自殺者が出ているとしたら何らかの防止策が早急に構築されなければならない。2017年からは妊産婦死亡に自殺者も含められることになった。このような背景からも妊産婦のメンタルヘルス対応は喫緊の課題である。

Ⅴ．公開シンポジウム

本研究班の成果が出始めて、周産期関連学会においても特定妊婦、社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、妊産婦自殺等が報告されるようになってきた。そこで、我々の結果を中心にシンポジウムを企画した。

A. 研究目的

Ⅰ．娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待･妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

(担当：倉澤健太郎)

これまで、周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

2．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、岡本陽子、川口晴菜、和田聡子)

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。

3．妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

(担当：光田信明、川口晴菜)

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』(第 13 次報告)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 58%を占め、うち 43%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、2009 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)。2016 年度の調査によると、大阪府内の全分娩数 71000 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使用等、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。すでに妊娠期に、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。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。

4．機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

(担当：山崎嘉久)

愛知県では、すべての市町村において統一した妊娠届出書の問診項目を用いて、保健機関等の行政機関がハイリスク妊婦を把握・支援につなげる取り組みが始まっている。しかし、行政機関からの妊婦への支援には様々な課題があり、中には、妊娠中は医療機関に任せ、生まれてから支援するという方針もある。また、妊娠期からの支援を評価する方法も確立されていない。本研究では、初年次に妊婦健診で助産師等が用いるモデル問診票とその活用マニュアルを開発し、2年次より研究協力者の医療機関と保健機関において、支援対象者を把握し、その後の支援に対する評価に関する前向き調査を実施した。本報告では、前向き調査から得られた結果について示す。本研究の目的は、医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討することとした。

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

(担当：藤原武男)

虐待のリスク因子は妊娠期から存在しており、妊娠届を活用して虐待ハイリスク群を抽出し、妊娠期から妊婦をサポートすることで虐待予防できる可能性がある。

愛知県ではこのような考えから妊娠届を統一し、県内での移動があってもスムーズにハイリスク群を把握できる体制をとっている。また、乳幼児健診データの電子化にも以前から取り組んでいる。しかしながら、妊娠届と乳幼児健診のデータをリンクさせ、どのような妊婦が健診時に把握される虐待ハイリスク群かについての検討はほとんどなされて来なかった。折しも健やか親子２１＜第２次＞により、親子関係の評価として「子育て困難感」について健診で評価することが求められている。子育て困難感がそのまま虐待というわけではないが、子育て困難感を抱える親は虐待のリスクは高いと考えられ、妊娠届で得られる情報から子育て困難感を1歳半または3歳児に感じる母親はどのような母親なのか、を明らかにすることで妊娠期からの虐待予防につながる可能性がある。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、妊娠届の情報と子育て困難感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。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

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)

地域の母子保健活動において、妊娠中から社会的リスクの高い妊婦を把

握し、効果的な保健指導を行っていくことが必要である。昨年度、保健師、看護師、医師へのインタビュー調査に『妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術』マニュアルを作成した。本年度は、市区町村保健師のマニュアルの活用に向け、妊娠期の支援状況についての実態把握を行った。市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、妊婦に対する保健指導としてどのような支援を行っているのかについて明らかにすることを目的とした。その結果に基づき、妊婦に対する保健指導において支援の必要性をアセスメントする指標の精錬や支援のあり方を検討する資料になるものと考える。

7．市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査
(担当 :佐藤拓代、光田信明、川口晴菜、岡本陽子、金川武司、和田聡子)

平成 28 年に児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村であり、平成 29 年度事業が開始される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。

8．地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出
(担当：荻田和秀)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局が平成 28 年 1 月に改訂した「妊娠・出産包括支援事業概要」1）の中で①産前産後サポート事業、②産後ケア事業、③妊娠・出産包括支援緊急整備事業、④妊娠・出産包括支援推進事業、の 4 つが条文化されているが、これに先立つ平成 26 年 4 月に日本産婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期メンタルヘルス学会の 3 学会で「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015」が立ち上げられ、その報告書 2）では精神障害のハイリスク妊婦の抽出（妊娠期）には妊娠初期、中期、末期の 3 回、包括的質問（英国国立医療技術評価機構・NICE のガイドラインで推奨されるうつ病・全般性不安障害を評価するための 2 項目質問票）の使用、産後うつ病の抽出（産褥期）には Whooley うつ病スクリーニングやエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が推奨された。これらに先駆けて泉佐野市では平成 28 年度より育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげる事が可能かどうかを検討するため、産後 2 週間健診を開始した。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討
9．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

(担当：松田義雄、村上　節)

出生後に支援が必要な家庭（要支援事例）を、妊娠中から的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，2001 年より開始されたわが国では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．初年度、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．その結果明らかにされた諸因子に，未検討で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．2 年目は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性を示した.最終年である本年度は、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の検討を行った。

10. 社会的リスクを有す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、光田信明、川口晴菜)

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。

本研究の目的は、社会的リスクが、周産期における母児の医学的リスクにどのように影響するか検討することである。

11. 妊産婦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)

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おり、昨年の本研究において、円錐切除後妊娠は早産ハイリスクであり、RR≧2.0 以上で HRP list に加えるべきと判断された。他の医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストに記載されている因子は、様々なリスクを伴ってはいるが、生児を得ることは可能である。しかし、円錐切除後妊娠に関しては、一部これまでの方法では、生児を得ることが困難であり、なんらかの早産リスク軽減のための新しい手段が必要となる。そこで、腹式頸管縫縮術に関する知見を収集して、その有効性について検討を行った。

Ⅳ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

(担当：木下勝之、中井章人)

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。妊娠中のうつ病は約 10%、産褥期では約 10–15%で発症し、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。本研究では、年間約 4 万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が 0.6%から 8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、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。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

13. 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)

健やか親子 21（第 2 次）において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題となっている。周産期は心理社会的な負荷やホルモンバランスの乱れなどから、メンタルヘルス不調を来しやすい時期である。周産期においてメンタルヘルス不調の母親には、産科医・助産師・保健師などさまざまな職種がかかわるが、対応方法がまちまちで、精神的な問題が見過ごされることもあり、また、問題が見つかったとしても多機関との連携システムが未整備のため不十分な対応に終わってしまうことが多い。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碍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」1 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。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。

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。

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー - 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討 -（担当：小川正樹）

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、2015 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。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。平成 27 年度に研究分担者は、医学的ハイリスク妊娠、特に子宮疾患を中心とした系統的レビューを実施し、子宮疾患（筋腫核出術や子宮腟部円錐切除術の既往、子宮筋腫）、子宮動脈塞栓術は、周産期転帰に重篤な疾患を認めること、また、SLE についても、ループス腎炎の併発は、予後を悪化させる因子でありハイリスク妊娠と捉えるべきであることが示された。また平成 28 年度は、単一施設におけるハイリスク妊娠の産後管理状況について後方視的に検討し、合併症妊娠である糖尿病、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。すなわち、産後 12 か月時点での受診率は、精神神経疾患：0%、腎泌尿器科疾患：17%、婦人科疾患：19%、自己免疫性疾患 34%、という結果であった。産褥うつ病の発症などに関与する、きわめて重要な疾患である精神疾患と自施設でのフォローが可能であるはずの婦人科疾患における産後フォロー率がきわめて低いことは、妊産褥婦の心のケアを考えた場合において見逃せない結果であった。そこで、本年度は、この医学的または社会的ハイリスク妊娠の産後のフォローは如何にすべきかについての文献的なレビューを実施した。

Ⅴ．公開シンポジウム

15.「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」参加者アンケート集計報告

(担当：光田信明、 岡本陽子)

3 年間の班研究の成果報告として、公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」を開催した。全国から「社会的ハイリスク妊娠」の支援に携わっている多職種の方々に参加いただけた。そこで、現場の現状・課題、当班研究に求められているものを探るべく、シンポジウム参加者アンケートを実施した。

B. 研究方法

Ⅰ. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服など次世代育成基盤研究事業「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」平成 27・28 年度総括・分担研究報告書より各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

2. 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

①研究対象者

第①段階 : 社会的ハイリスク妊産婦の抽出 : 大阪府下の協力産科医療機関で妊娠分娩管理を行う全妊産褥婦。2016 年1月以降各施設内の倫理委員会承認後(承認番号 866)より 2017 年 12 月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1 歳半乳幼児健診を迎えるまでを研究機関とした。

第②段階 : 第①段階で妊娠分娩管理期間中に「社会的ハイリスクを有する」と認識され、住所地の保健センター・児童相談所などの行政関係者に情報提供を行う者、および第①段階と同一期間に大阪母子医療センターで妊娠分娩管理を行った全妊婦（ハイリスクを除く）をコントロールとした。

除外基準は特に設けない。情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とする。

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

3. 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、大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認(承認番号 887)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、児童養護施設や乳児院に入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群 : 大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、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。

情報収集の方法は、施設入所群においては、子ども家庭センターで施設入所の際に提出されて複製されている母

子健康手帳および子ども家庭センターの虐待に関する資料より、対象の母親の妊娠期・分娩・産後の情報、児の産後の情報収集を行った。情報入力は、協力の得られた大阪府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歳半健診の際に、和泉市保健センター職員が調査用紙回収する方法で取得した。また、対照群の中には、和泉市の要保護児童対策地域協議会で要保護もしくは要支援症例として取り扱っている症例も含まれるため、その対象については、和泉市保健センター職員が選別して、今回の検討からは除外した。
両群の比較には、名義変数は X2 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、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。統計処理に関しては、本研究の分担研究者である、東京医科歯科大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。

4．機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3～4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。
分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群（0～1 点）、2:ハイリスク群（2～5 点）、3:スーパーハイリスク群（6 点以上）>、妊婦健診時（前期・中期・後期）の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1 か月健診時の母親に対する EPDS と Bonding Scale によるリスク判定（EPDS Bonding risk）<1:low risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点未満）、2:middle risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点以上）、3：high risk 群（EPDS9 点以上）>、妊娠中および出生後の支援の受け入れ状況<1:受け容れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4：対象外>、および、3～4 か月児健診時の子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）：<1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、4：他機関連携支援>である。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 2017028）。

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

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。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、個人情報を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（承認番号 716）。本研究では、妊娠届の情報として、母親の年齢、妊娠届出時の週数、妊娠がわかったときの気持ち、出生順位、里帰り出産の予定、困ったときに助けてくれる人の有無、困りごと・悩み・不安の有無、既往歴もしくは治療中の病気の有無、過去 1 年間のうつ傾向（母親が自記式で回答）を用いた。また、アウトカムとなる虐待傾向は、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多変量ロジスティック回帰分析で検討した。

Ⅱ. 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

1. 対象者

近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師であり、調査回答時点で母子保健業務に従事しているものとした。

2. 調査方法

1）データ収集方法

235 か所市区町村母子保健担当課の長に「研究協力に関する事前依頼文書」「調査票」、「研究協力可否のはがき」を送付し、協力できると回答があった 75 か所(31.9%)の市区町村保健師 519 名に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。

2）調査内容

・基本属性：年齢、性別、経験年数、職位、所属区分、妊婦の保健指導に関する学習ニーズ 11 項目、仕事に対する思い 17 項目

・妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているか：研究者らで作成した妊婦、パートナー、家族について重視していること 43 項目

・妊婦に保健指導として行っている内容 32 項目

・支援において困難に感じていることの自由記載

3）データ分析方法

対象者の属性と妊娠中の情報の重視度および支援・実施状況の関係について、カテゴリー変数は $\chi 2$ 検定または Fisher の直接確率法による検定を行い、順序分類データと正規分布しない量的データは Mann-Whitney の U 検定、正規分布する量的データには t 検

定を用いた。

4）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 17013)。

7．市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

対象は、全国の市区町村母子保健担当者で、対象市区町村は 1741 カ所である。評価項目としては、アンケートを用いて以下の項目を検討する。

① 市区町村基本情報
② 貴管轄内の周産期関連施設
③ 妊娠届受付
④ 支援を要する妊産婦への対応
⑤ 支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携
⑥ 特定妊婦や要保護児童対策地域協議会（要対協）について

都道府県地方区分別に、北海道(北海道)、東北(青森、岩手、福島、宮城、秋田、山形)、関東(東京、神奈川、千葉、茨城、栃木、群馬、埼玉)、中部(新潟、富山、石川、福井、長野、山梨、岐阜、静岡、愛知)、近畿(大阪、滋賀、奈良、和歌山、兵庫、京都、三重)、中国(岡山、広島、山口、鳥取、島根)、四国(徳島、香川、高知、愛媛)、九州(福岡、大分、佐賀、鹿児島、熊本、宮崎、長崎、沖縄)に分けて検討する。また、出生率(出生数／人口×1000)によって 4 つのグループ(出生率 4 未満、4－7、7－10、10 以上)に分け検討する。なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行い、回答により同意を得たものとした。

8．地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

大阪府泉佐野市では母子保健法第 10 条を根拠法令としつつ、平成 28 年 4 月より産後 2 週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目を

◯産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む)、赤ちゃんへの気持ち質問票

◯乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）

として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル･平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。当院では泉佐野市に出生届が出ている妊産婦の 4 1 %の分娩を取り扱っており、産後健診が見守りに繋げる方法として妥当かどうかを検討した。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9．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

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．まず、産科合併症の頻度について検討を行い、その中で、特に頻度が高い3疾患について、リスク因子の頻度を施設規模別に検討した。さらに各リスク因子のオッズ比を、施設規模別に検討した。(倫理面への配慮) 滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た研究である．

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

対象は、平成 28 年 1 月 1 日から平成 28 年 12 月 31 日の 1 年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は除外した。社会的リスクに関する情報は、妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシート(妊婦用)の項目を確認することで把握した。社会的リスクは6つのカテゴリーに分類した。医学的リスクに関しては、対象が分娩に至ったのち、当センターで入力している周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収した。社会的リスクと関係する医学的なリスクを評価した。統計学的解析には、Stata/MP14 を用い、X2 乗検定、多重ロジスティック回帰分析を行った。

11. 妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

① 医学中央雑誌 Web をサーチエンジンとして使用し、2011-2017 年までの経腹縫縮術の症例報告を抽出した。様々な試みを行った上で最終的な検索式は、(開腹/AL or 腹式/AL or 経腹) and (子宮頸管縫縮術/TH or 頸管縫縮術/AL) and (円錐切除術)とした。

② PubMed を用いて、腹式頸管縫縮術の有効性を検討すべく、検索式として、(("cerclage") AND "abdominal") AND conization とした。

Ⅳ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12．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

保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル―産後ケアへの切れ目ない支援に向けて―」などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。 効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設

情報調査 2015 をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した。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は含まれず、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。

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

平成 27 年度、28 年度に作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する対応の研修プログラムを使い平成 28 年 12 月 4 日に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修」の効果検証を行った。研修 3 か月後に、郵送調査を実施し、研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容に対する効果について検証することとした。　研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容について、下記の 3 つの質問に回答してもらった。

アンケート質問項目

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。

1．20 人より多い　2．20～11 人　3．6～10 人　5. 3～5 人　6. 1～2 人　7. 0 人

2）最近 3 か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか。

1. 200 人より多い　2．151～200 人
3．101～150 人　4．51～100 人
5．11～50 人　6．10 人以下

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。

1. 10 人より多い　2．6～10 人　3．3～5 人　4．1～2 人　5．0 人
6．特定妊婦の意味を知らない

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討 -

医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥（postpartum）、ケア（perinatal care）、児童虐待（child abuse or maltreatment）のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近5年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

Ⅴ．公開シンポジウム

15.「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」参加者アンケート集計報告

2017 年 11 月 27 日に東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。

回収したアンケート用紙を後日集計した。

C. 研究結果

Ⅰ. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

平成 27 年度総括・分担研究報告書において各分担研究報告を検討したところ、「社会的ハイリスク妊娠の推定値」では若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などをハイリスクの定義としていた。そして、調査の結果、社会的ハイリスク妊娠の頻度は 8.7%であり特定妊婦が 1.0～1.2%であることが明らかになった。「社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査」では、産婦人科医療機関にける認識したものをハイリスク妊産婦と定義しているが、調査対象妊産婦から、リスクアセスメントシートを活用している。このアセスメントシートは生活歴 (A)、妊娠に関する要因 (B)、心身の健康など要因 (C)、社会的・経済的要因 (D)、家庭的・環境的要因 (E)、その他 (F) に加えて支援者などの状況も聞き取っている。そして、16 歳未満の妊婦あるいは住所不定・居住地がない場合は単独で要保護児童対策地域協議会調整機関に報告するなど、チェックされた該当項目により対応にグラデーションがあり、工夫されている。「妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定」に関する研究では、児童虐待防止の観点から、大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象としている。検討項目としては、母子手帳、子ども家庭センターの虐待に関する資料を用いて、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済的な問題について行っている。「若年妊娠における社会的ハイリスク要因の検討」では、19 歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因として詳細に検討している。 「機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究」では、妊婦健診において支援につなげるべき妊産婦のメンタル面や生活面での状況変化をとらえやすくするため、標準的な問診票の開発に取り組んでいる。妊娠前期、中期、後期の 3 段階に分けで変化を観察することができるよう問診項目を盛り込んでおり、カテゴリーとして①基本情報 (学歴など)、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊娠の状況、⑤産後の生活の準備、⑥妊娠の受け止め、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、

⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居、に分類している。「妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証」では、3－4か月の乳幼児健診の際に、過去1か月における「揺さぶり」「口塞ぎ」が1回でもあった場合を虐待とし、若年齢、既婚以外、所産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えている。

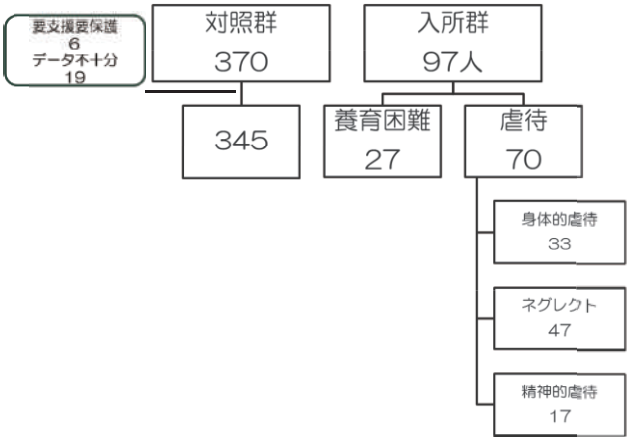
2. 社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

協力産科医療機関は 3 施設。随時、地域保健センターに3-4か月健診時の情報提供を依頼している。2018 年 1 月時点で保健センターから情報提供があったのは 407 例（ハイリスク群は 120 例、その他 287 例）であり、得られた 3-4 か月健診時の情報は表 3 参照。要保護児童対策協議会対象者（以下“要対協ケース”）の割合はハイリスク症例では 18.3%（22/120）に対し、コントロール症例では 1.4%(4/287)であり、従来の「医療従事者の感覚」によって要対協ケースにつながるハイリスク者は概ね拾い上げられているようである。一方母子医療センターの症例で「ハイリスクと考えていなかったが、要対協ケース」が 4 例あった。

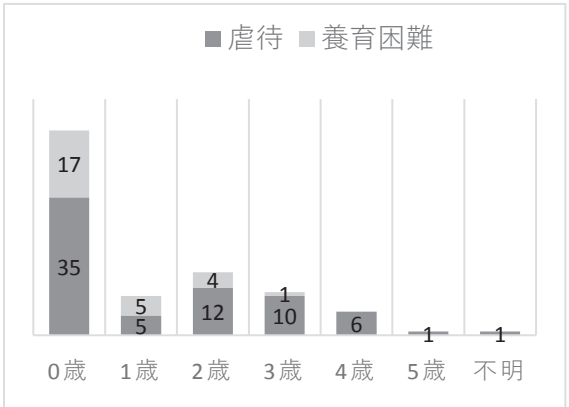
3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

入所群は 97 件であり、虐待によるものが 70 件、養育困難が 27 件であった。対象群は、370 例であり、うち和泉市で要保護、要支援となっている 6 例、無記名の 1 例、データ欠損多数の 18 例を除外し、検討には 345 例を使用した。(図 1)入所年齢毎の入所理由を図 2 に示す。0 歳が最も多く、かつ年齢が低いほど養育困難での入所の割合が多かった。

(図 1)　対象



(図 2)



続いて表 1 に、施設入所群と対照群の単変量解析の結果を示す。施設入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母の年齢が若いこと、父の年齢が若いこと、年の差婚、多産、経済的問題、

母の精神疾患合併、未入籍、初診週数が遅い、受診回数が少ない、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白陽性を認めること、早産、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、が挙げられた。

表１:施設入所群と対照群の比較
（単変量解析）

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

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

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

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

表２　施設入所と対照群の比較
（多変量解析）

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

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

関連が明らかに強い因子として、②高血圧と尿蛋白陽性、③早産と帝王切開が挙げられたため、高血圧、早産をそれぞれ因子として使用した。また、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。
若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(4人以上)(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診週数が遅いこと(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、児の先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。

続いて、入所理由が、虐待によるものか養育困難によるものかによって周産期因子に差があるのか検討した。入所理由が、虐待であった場合には、『若年妊娠』、『年の差婚』、『未入籍』、『多産』『母の精神疾患』、『初診が遅い』『希少受診』が施設入所に関連する周産期因子であった。(表 3)一方、入所理

由が養育困難であった場合には、『年の差婚』、『母の精神疾患』、『妊娠中の高血圧』、『児の先天疾患』が施設入所に関連する因子であり、虐待による入所と養育困難による入所では、周産期因子に違いがあることが判明した。

表 3：虐待群と対照群の比較(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	307	19-4983	<0.001
	≧20,＜25	30	6-154	<0.001
	≧25	Reference		
年齢差(父ー母)	<10	Reference		
	≧10	16	2-114	0.005
	データ欠損	0.06	0.004-1.1	0.06
未入籍		30	5－181	＜0.001
子どもの数	1	0.2	0.03-1.1	0.06
	2	reference		
	3	1	0.2-6	0.8
	≧4	12	1-139	0.049
経済的な問題		3	0.7-15	0.1
母の精神疾患		53	10-272	<0.001
初診週数 受診回数	初診≧20wks	47	4-592	0.003
	初診<20wksかつ 受診<10	20	2-145	0.005
	初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧		4	0.3－43	0.3
早産		2	0.2-20	0.6
低出生体重児		4	0.7-19	0.1
先天性疾患		4	0.3-38	0.3

aOR:adjusted Odds Ratio,CI; Confidence interval

表４：養育困難と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	10	0.3-310	0.2
	≧20,＜25	7	0.5-64	0.2
	≧25	reference		
年齢差(父ー母)	<10	reference		
	≧10	20	1-358	0.04
	データ欠損	32	1-722	0.03
未入籍		9	0.7－112	0.09
子どもの数	1	0.7	0.06-8	0.8
	2	reference		
	3	3	0.4-21	0.3
	≧4	12	0.9-154	0.06
経済的な問題		0.6	0.03-13	0.8
母の精神疾患		41	5 -323	<0.001
初診週数 受診回数	初診≧20wks	4	0.06-278	0.5
	初診<20wksかつ 受診<10	7	0.4-129	0.2
	初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧		25	2-391	0.02
早産		10	0.3-317	0.2
低出生体重児		0.7	0.03-14	0.8
先天性疾患		28	3-274	0.004

aOR:adjusted Odds Ratio,CI; Confidence interval

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

１．妊婦健診でのモデル問診票を用いた支援対象者の把握

妊婦健診時に、モデル問診表を用いて助産師等が問診し、基本的には「妊娠期のアセスメントシート」（大阪府作成）[1)]を用いてリスク要因をアセスメントし、問題がない場合は<1:順調>、医療機関で相談を継続する必要がある場合は<2:相談継続>、保健機関等に連絡して支援を開始する場合は<3:他機関連絡>のいずれかに判定した。医療機関が、相談継続と判定した数は、妊娠届出書スコアがローリスク群では、妊娠前期 24 人(14.9%)、妊娠中期 19 人(12.2%)、妊娠後期 22 人(15.5%)であり、ハイリスク群では、それぞれ 6 人(21.4%)、7 人(20.6%)、7 人(22.6%)、スーパーハイリスク群では、2 人(66.7%)、1 人(50.0%)、3 人(100.0%)であった。今回調査では、<3:他機関連絡>の判定は、スーパーハイリスク群の中期の 1 件のみであった（表 1)。

妊娠届出時のスコアがローリスクであっても、モデル問診を活用することで 15%程度が、医療機関での継続相談の対象となった。一方、今回調査において、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の 1 件のみであった。

モデル問診票の項目の中で、「最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。」の質問は、EPDS から作成した項目であり、前期、

中期、後期のすべてで尋ねている。

この質問に「はい」と回答した妊婦は、横断分析では、前期 71 人(27.6%)、中期 54 人(21.0%)、後期 72 人(27.6%)と中期で減少傾向が認められ、後期で割合が増加した。

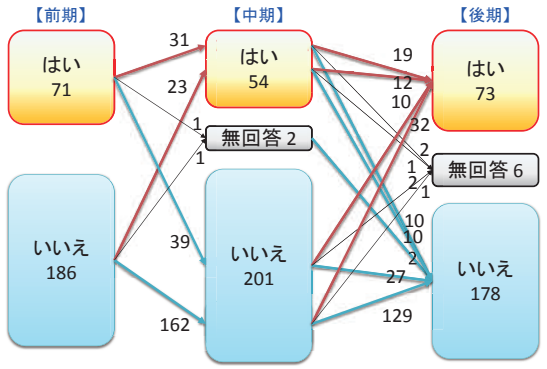


図 2. 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。に対する回答の縦断　データ分析（n=257)。

個々の妊婦の縦断データを分析した結果、前期で「はい」と回答したうち 39 人が中期では「いいえ」となり、後期では 10 人が再び「はい」、27 人が「いいえ」(2 人が無回答）となるなど、同じ妊婦の回答が時期によって大きく異なっていた。モデル問診票の利用により、妊婦の気持ちの揺らぎを示すことができた（図 2)。

2．妊娠期ならびに乳児期に実施した支援の評価

妊娠届出時のスコアがローリスク群（0〜1 点）185 名、ハイリスク群（2〜5 点）37 名、スーパーハイリスク群（6 点以上）3 名について、3〜4 か月児健診時点での状況を子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）を用いて示した（表 2)。

妊娠届出時に、ローリスク群であった 185 例のうち、3〜4 か月児健診で 5 例が保健機関継続支援と判定され、すなわち支援対象者となった。

表 2. 妊娠届出スコア別の 3〜4 か月児健診の状況

妊娠届出スコア		子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）			
		支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	他機関連携支援
ローリスク群（0〜1点）	185	149	31	5	0
	100.0%	80.5%	16.8%	2.7%	0.0%
ハイリスク群（2〜5点）	37	30	5	2	0
	100.0%	81.1%	13.5%	5.4%	0.0%
スーパーハイリスク群（6点〜）	3	1*	0	1	1
	100.0%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%

*子の要因（その他）で支援対象

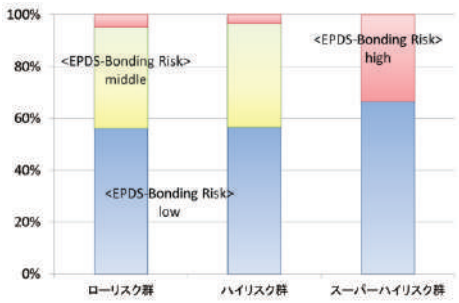


図 3. 妊娠届出スコアと EPDS-Bonding Risk

その理由を分析するため、妊娠届出スコアと EPDS Bonding Risk との関連を分析したところ、ローリスク群は、ハイリスク群と同等の EPDS Bonding Risk の状況にあり、ローリスク群においては、EPDS Bonding Risk と支援の必要性の判定に関連が認められた（図 3)。

一方、ローリスク群において、前期の問診項目のうち「実母に相談できない（p=0.001)」、中期の「夫・実母以外の相談相手がいない（p=0.030)」、「経済状況が将来に向けて心配（p=0.006)」、および、後期の「夫・実

母以外の相談相手ない（p=0.042）」、「身体症状数が多い（p=0.021）」は、3〜4 か月健診時の、支援の必要性の判定と関連していた。医療機関での問診から、将来の支援対象者が把握できる可能性が示唆された。

なお、ローリスク群の妊娠届出書のリスク評価項目のうち、精神疾患の既往（p=0.000）との関連が認められたものの、援助者の有無や経済困窮とは関連がなかった。

妊娠中と出生後の支援の状況を妊娠届出スコア群別に示す（表 3）。

た。3 件とも 3〜4 か月健診時点で、何らかの支援が必要な状況にあった。

また、ハイリスク群では、特定妊婦に該当したケースが 2 件あり、妊娠中に支援対象となった 5 件中、電話相談や家庭訪問などの個別支援を受け容れたのが 4 件は、受け容れなしが 1 件であった。出生後の支援は 6 件とも受け容れありであった。

支援を評価する方法を検討するため、ハイリスク群に対して支援の受け容れ状況と 3〜4 か月児健診時の支援の必要性の判定（親・家庭の要因）の関係を分析した。

表 3. 妊娠中と出生後の支援の受け容れ状況

妊娠届出スコア		特定妊婦	要対協	妊娠中の支援 受け容れあり	受け容れなし	対象外	出生後の支援 受け容れあり	他機関支援	受け容れなし	対象外
ローリスク群（0〜1点）	185	0	0	4	0	181	10	0	3	172
	100.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	97.8%	5.4%	0.0%	1.6%	93.0%
ハイリスク群（2〜5点）	37	2	0	4	1	32	6	0	0	31
	100.0%	5.4%	0.0%	10.8%	2.7%	86.5%	16.2%	0.0%	0.0%	83.8%
スーパーハイリスク群（6点〜）	3	3	1	3	0	0	2	1	0	0
	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%

スーパーハイリスク群の 3 件は、妊娠中の支援を 3 件とも受け容れており、出生後の支援は 2 件が受け容れあり、1 件は他機関のみでの支援を受けていた。

ハイリスク群（n=37）で支援対象となった 5 件のうち、妊娠中に支援を受

表 4. 妊娠中の支援の受け容れ状況と支援の必要性の判定の関連（p=0.005）

ハイリスク群	支援の必要性の判定（3〜4か月児健診）			
妊娠中の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	1	3	0	4
受け容れなし	1	0	0	1
対象外	28	2	2	32
	30	5	2	37

表 5. 出産後の支援の受け容れ状況と支援の必要性の判定の関連（p=0.003）

ハイリスク群	支援の必要性の判定（3〜4か月児健診）			
出生後の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	4	0	2	6
受け容れなし	0	0	0	0
対象外	26	5	0	31
	30	5	2	37

け容れた 4 件中、3〜4 か月児健診では3件が支援を必要とする要因はあるものの自ら対処が可能と判定され、1件は支援不要となった。妊娠中に受け入れがなかった 1 件は、支援不要との判定であった。妊娠中に支援事業の対象外と判断された 32 件中、2 件において 3〜4 か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定された（表 4)。
出産後に支援対象となった6件のうち2 件は、3〜4 か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定され、4 件は支援不要と判定された（表 5)。

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

約 6480 名の対象者のうち、2558 名から同意を得た（同意率 39.5%)。1 歳 6 か月、3 歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%であった。なんとも言えないと合わせると、1 歳半で 38.1%。、3 歳で 43.4%が子育て困難群と考えられた。

表１．子育て困難感の分布

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

妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること（オッズ比[OR]: 2.1、95%信頼区間[CI]: 1.8-2.6)、初産（OR: 1.9、95%CI: 1.5-2.3)、既往歴もしくは治療中の病気があること（OR: 1.5、95%CI: 1.2-1.9)、里帰り出産の予定（OR: 1.3、95%CI: 1.1-1.6）であった。3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること（OR: 2.1、95%CI: 1.7-2.5)、初産（OR: 2.0、95%CI: 1.6-2.4)、思いがけない妊娠（OR: 1.3、95%CI: 1.0-1.6）であった。

表２　妊娠届の情報と 1 歳半および 3 歳時の子育て困難感との関連（オッズ比）

	1 歳半	3 歳
困りごと・悩み・不安がある	2.1 (95%信頼区間：1.8-2.6)	2.1 (95%信頼区間：1.7-2.5)
初産	1.9 (95%信頼区間：1.5-2.3)	2.0 (95%信頼区間：1,6-2.4)
里帰り出産の予定あり	1.3 (95%信頼区間：1.1-1.6)	NS
既往歴、治療中の病気あり	1.5 (95%信頼区間：1.2-1.9)	NS
思いがけない妊娠	NS	1.3 (95%信頼区間：1,0-1,6)

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

519 名のうち 415 名（80.0%）から回答があった。

1）対象者の基本属性

対象者の平均年齢は 37.4 歳であった。年齢区分別にみると 30 歳代が 31.6%と最も多く、次いで 40 歳代 28.0%、20 歳代 27.0%であった。所属機関は市町村 60.5%、政令市 26.7%、中核市 12.3%であった。保健師としての経験年数の平均は 12.2±9.7 年で、職位はスタッフが 75.7%であった。

2) 妊婦に対するアセスメントツール、チェックリストの使用状況

支援の必要な妊婦をアセスメントするツールやチェックリストありは、、アセスメントツール 317 人(76.4%)、チェックリスト 321 人(77.3%)であり、7 割以上が何らかのツールを活用していた。

表 1　対象者の基本属性

n=415

項目			人数または平均値±SD	%
性別		男性	4	1.0
		女性	409	98.6
		不明	2	0.5
年齢			37.4±9.8	
	年齢区分	20歳代	112	27.0
		30歳代	131	31.6
		40歳代	116	28.0
		50歳代	44	10.6
		60歳以上	8	1.9
		不明	4	1.0
所属機関		政令市	111	26.7
		中核市	51	12.3
		市	212	51.1
		町村	39	9.4
		不明	2	0.5
保健師経験年数			12.2±9.7	
	経験年数区分	0～4年	113	27.2
		5～9年	78	18.8
		10～14年	57	13.7
		15～19年	54	13.0
		20～24年	45	10.8
		25～29年	27	6.5
		30年以上	24	5.8
		不明	17	4.1
看護師経験		有り	195	47.0
		無し	214	51.6
		不明	6	1.4
職位		スタッフ	314	75.7
		管理職（係長以上）	75	18.1
		その他	23	5.5
		不明	3	0.7

表 2　アセスメントツールやチェックリストの有無

n=415

項目		人数	%
アセスメントツール			
	有り	317	76.4
	無し	66	15.9
	わからない	26	6.3
	不明	6	1.4
チェックリスト			
	有り	321	77.3
	無し	72	17.3
	わからない	11	2.7
	不明	11	2.7

3) 1 年間に支援した妊婦の状況

1 年間に妊婦を支援した経験のある保健師は 333 人(80.2%)であり、支援件数は 3,042 件で(外れ値を除く)、保健師一人当たり 9.4 件／人であった。

支援した妊婦の把握経路は、「妊娠届出時の面接」が最も多く 2,026 件(66.6%)、次いで「きょうだい児からの継続支援」336 件(11.4%)、「医療機関からの連絡・紹介」340 件(11.2%)であった。保健機関と医療機関の連携が求められているが、妊娠中の医療機関からの紹介は1割程度という実態が示された。支援対象である妊婦との関係は、「保健師との関係が良好」1,457 件(47.9%)と半数を占め、「支援の効果実感」808 件（26.6%）となっていた。しかし一方で、「連絡がとりにくい」560 件(18.4%)や「保健師の関わりを拒否している」218 件(7.2%)など妊娠中からの支援の難しい事例もあることが示された。支援の方法では、「電話」が 3,187 件(104.8%)と最も多く、1 事例に対して複数回行われていた。次いで「他機関・部署からの情報収集」2,255 件(74.1%)、「家庭訪問(面談ができた)」1,714 件(56.3%)、「保健センターでの面談」1048 件（34.5%）などであった。

表３　1年間に支援した妊婦の状況

n=415

項目		人数または平均値±SD	%
1年間の妊婦支援経験	有り	333	(80.2)
	無し	62	(14.9)
	不明	20	(4.8)
支援した妊婦事例数	総数	3,042	
	保健師一人当たり(※1)	9.4	
件数区分	0件	2	(0.5)
	1～10件	245	(59.0)
	11～20件	44	(10.6)
	21～30件	15	(3.6)
	31～40件	6	(1.4)
	41～50件	7	(1.7)
	51件以上	5	(1.2)
	不明	91	(21.9)
把握経路(※2)	妊娠届出時面接	2,026	(66.6)
	医療機関連絡	340	(11.2)
	関係機関連絡	203	(6.7)
	きょうだいからの継続	346	(11.4)
事例の概況(※2)	連絡がとりにくい	560	(18.4)
(複数回答可)	関わりを拒否	218	(7.2)
	機関連携ができている	988	(32.5)
	保健師との関係良好	1,457	(47.9)
	支援の効果実感	808	(26.6)
支援の形式(※2)	家庭訪問(面談可)	1,714	(56.3)
(複数回答可, 延べ)	家庭訪問(面談不可)	476	(15.6)
	保健センター面談	1,048	(34.5)
	医療機関で面談	267	(8.8)
	電話	3,187	(104.8)
	メールや手紙等	390	(12.8)
	他機関から情報収集	2,255	(74.1)

※1　1年間に支援された妊婦の事例数に記載のあったもののうち、外れ値(±3SD以上)の数値を除いた322件で除した数値
※2　支援した妊婦事例の総数に対する割合

4）支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していること

保健師が妊婦に対して支援の必要性を見極める際に、妊婦自身の状況として重視している内容は、「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」362 件(87.2%)、「胎児に対する愛

着が感じられない」333 件(80.2%)、「心療内科、精神科への通院歴がある」354 件(85.3%)、「妊娠届出の遅れ」321 件（77.3%)、「胎児のことを意識しない自分中心の行動」309 件（74.5%)、「物事への理解力や習得力に不安」287 件（69.2%）などが多かった。一方インタビュー結果から導き出した「パートナーとの年齢差が大きい」、「初対面から気持ちをさらけ出す」、「妊婦に会わない服装」などは 20%以下とこの項目を「かなり重視している」と回答した保健師は少なかった。

図1　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて重視していること

5）妊婦のパートナーについて重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、パートナーの情報として重視している内容では、「きょうだい児に不適切な育児をしている」ことを「かなり重視している」のは 348 件(83.9%)で最も多く、次いで「言動が粗暴で、人を寄せ付けない雰囲気がある」277 件(66.7%)、「心療内科、精神科への通院歴がある」273 件(65.8%)、「無職」246 件（59.3%）などであった。

6）家族や家庭について重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、家族や家庭の情報として重視している内容では、「夫婦関係で問題がある(不和や DV、依存など)」を「かなり重視している」のは 352 件(%)、「生活の実態を把握しにくい」243 件(58.6%)、「胎児の発育が不良である」209 件(50.4%)、「経済的な不安定さがある」193 件（46.5%)、「転居を繰り返している」180 件(43.4%)などが多かった。

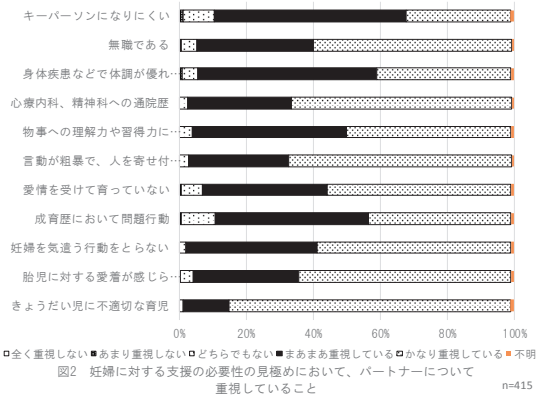


図2　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて、パートナーについて重視していること　n=415

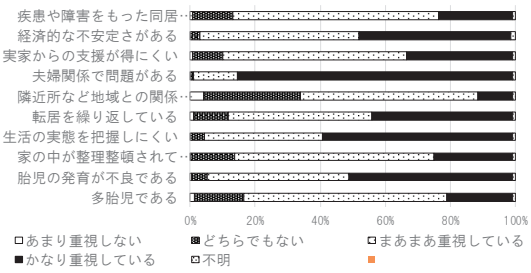


図3　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて、家族や家庭について重視していること　n=415

7）妊婦に対する保健指導の内容

妊婦に対する保健指導として、実際に行っている内容で「かなり行っている」項目は、「妊娠中から支援すること

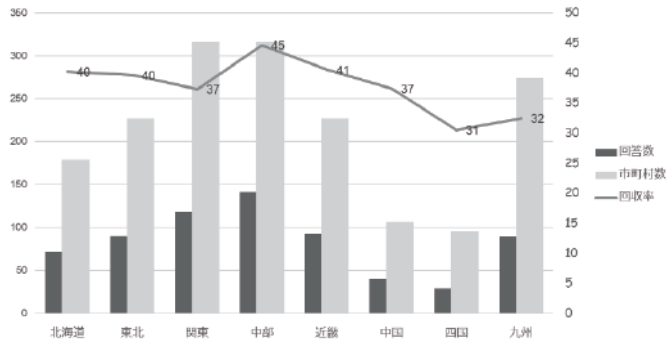
を伝える」236 件(56.9%)、と「妊婦の心身の健康を気遣う」236 件 (56.9%)、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」209 件 (50.4%)、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」209 件(50.4%)、「妊婦の体験や思いに共感する」192 件 (46.3%) 等が多かった。

図4　妊婦に対する保健指導として実際に行っていること　n=415

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

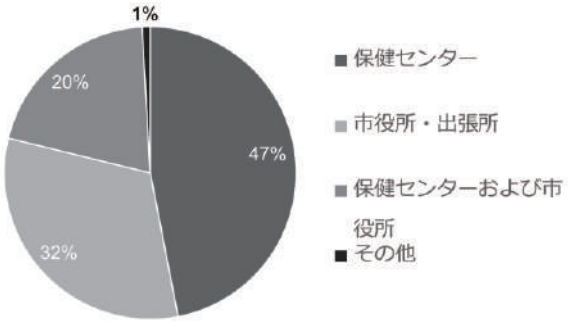
全国市区町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44 万 2636 人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く 45%であり、四国は 31%と最も低かった(図 1)。

【図 1　都道府県地方区分別アンケート回収率】



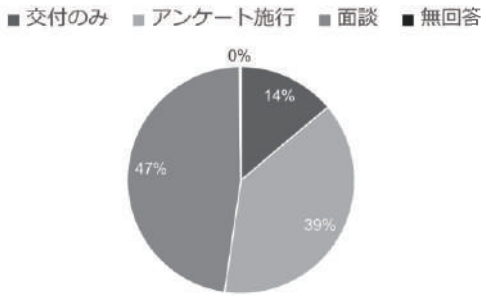
妊娠届け出(母子健康手帳交付)の窓口は、保健センターのみが 315 カ所(47%)、市役所や出張所のみ 214 カ所(32%)、両方 136 カ所(20%)であった。その他、保健所、教育委員会、市民センター、児童館、医療福祉センター、本庁、電子申請等が挙げられた(図 2)。

【図 2：母子健康手帳交付の窓口】



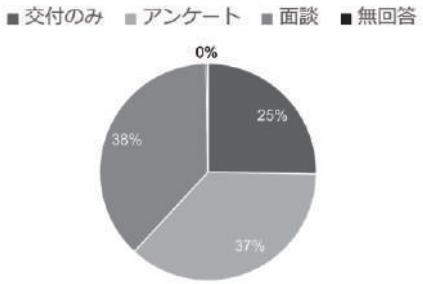
保健センターでは、母子健康手帳交付のみは 14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた(図 3)。

【図 3：保健センターにおける母子健康手帳交付時の対応】



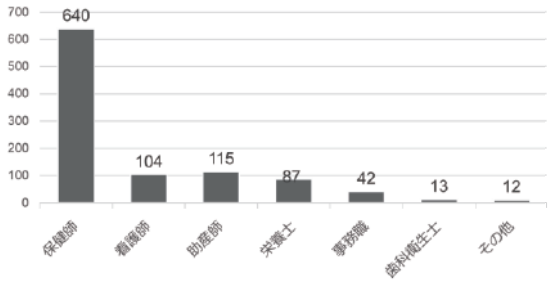
また、市役所・出張所では、母子健康手帳交付のみが 25%と、保健センターを比較して多かった(図 4)。

【図 4：市役所・出張所における母子健康手帳交付時の対応】



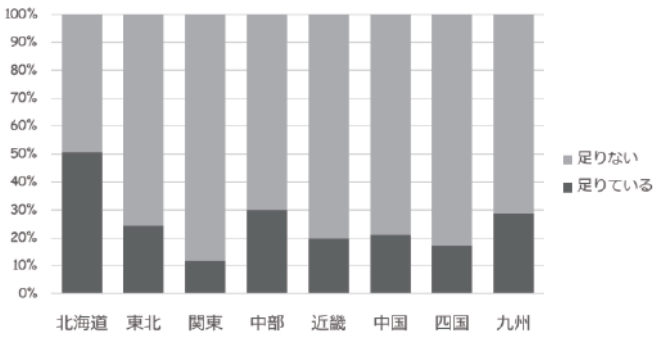
面談に携わる職種は保健師が最も多く、次いで助産師、看護師、栄養士等が挙げられた(図 5)。

【図 5：面談者の職種　重複あり】



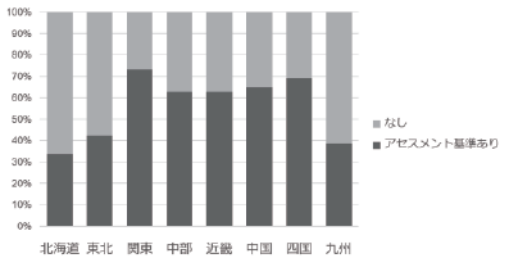
母子保健担当保健師の充足感について確認したところ、足りているもしくは何とか足りているが合わせて 25%と低値であった。都道府県地方区分別には、関東で 12%と最も低く、次いで、四国、近畿中国が 20%程度と低値であった。逆に北海道では 50%がたりていると感じていた（図 6)。

【図 6：母子保健担当充足度】



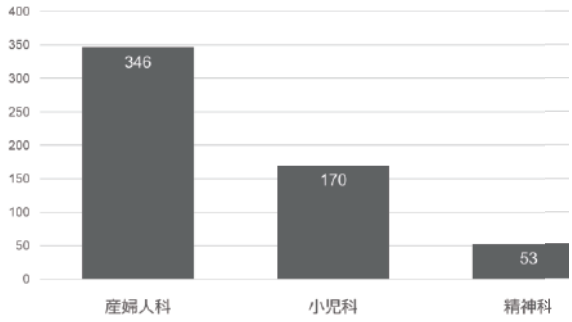
母子保健担保健師の実数(中央値、範囲)は、北海道 3(1－18)、東北 3(0－60)、関東 6(1－73)、中部 4(0－244)、近畿 5(1－237)、中国 3(1－60)、四国 5(1－44)、九州 2(1－31)であり、充足度と実数には隔たりがあった。要支援妊婦のアセスメント基準を決めている市区町村は 372 カ所(56%)であった。決定の方法は、担当者会議により決定している所が 185 カ所(49.7%)と約半数であった。スコア化によって決定しているところは92カ所(24.7%)であった。都道府県地方区分別には、関東が最も多く 73%であった。ついで中部、近畿、中国、四国は 60-70%程度であったが、九州、東北、北海道は半数未満であった(図 7)。

【図 7 都道府県地方区分別要支援妊婦のアセスメント基準の有無】



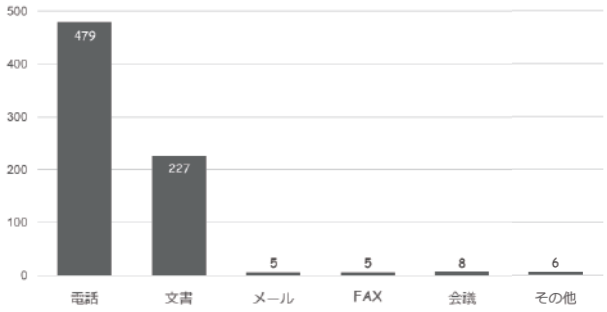
要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が 424 カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが 245 カ所(50%)、関係者の非協力 227 カ所(47%)、関係機関の非協力 119 カ所(24%)であった。また、対応を拒否された場合には、560 カ所(91%)が追加行動を行っていた。その内容は、要保護児童対策協議会にあげる 300 カ所、児童福祉主担課と協力 290 カ所、医療機関と連携 124 カ所、保育園と連携 12 カ所、その他(出生後すぐから訪問、とりあえず訪問、担当者変更、関係機関と連携)等が挙げられた。　日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371 カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった（図 8)。

【図 8　連携の取れている診療科　重複あり】



医療機関からの、要支援妊婦に対する初回の連絡方法は、電話が最も多く、次いで文書であった（図 9)。

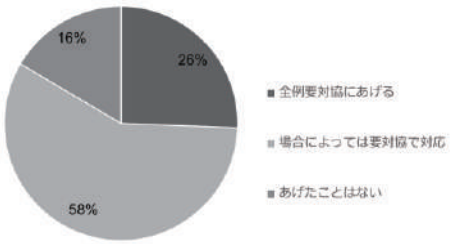
【図 9　医療機関からの初回連絡方法】



出生数に関しての情報が欠損していた 16 カ所を除き、655 カ所において、平成 27 年度の特定妊婦新規登録数は 3,388 人(0.77%)であった。

特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会(要対協)で取り扱っている所は 26%であり、場合によって取り扱っているが 58%と大半を占めた(図 10)。

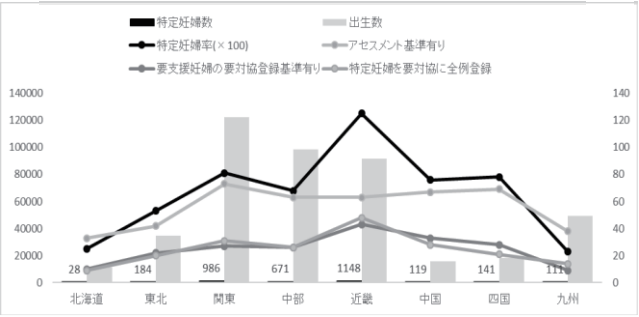
【図 10　特定妊婦の対応】



次いで都道府県地方区分別の特定妊婦数の割合と、要支援妊婦のアセスメント基準の有無、特定妊婦の要対協登録の有無を比較した。特定妊婦率(特定妊婦数/出生数)は、近畿で 1.25%と最も多く、関東 0.81%、四国 0.78%、中国 0.76%、中部 0.68%であり、北海道 0.25%、九州 0.23%と地域格差を認めた。特定妊婦は、要対協に全例登録して管理することが定められているが、全例登録している割合は、特定妊婦の率と同様の地域格差があり、近畿で最も多く 48.4%、関東 31.0%、中国

28.2%、四国 20.7%、東北 20.2%、九州 14.1%、北海道 8.6%であった。また、要支援妊婦のアセスメント基準を設定していない、要支援妊婦を要対協に登録する基準のないところで、特定妊婦の率が低く、基準のあるところで多い傾向があった(図 11)。

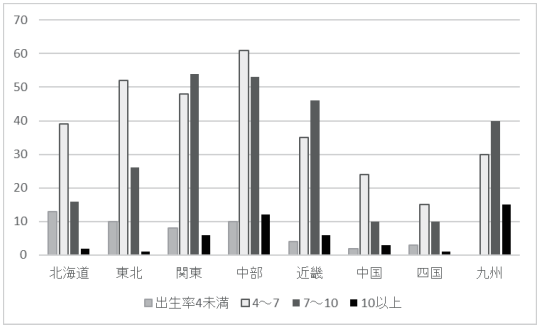
【図 11 都道府県地方区分別　特定妊婦率および要支援妊婦アセスメント基準、特定妊婦の要対協登録の有無】



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

次に、出生率毎に母子健康手帳交付時の対応、母子保健担当者数、母子保健担当者の充足度、支援を要する妊婦へのアセスメント基準の有無、特定妊婦数、特定妊婦の要保護児童対策地域協議会での取り扱いの有無について検討した。都道府県地方区分別の出生率を図 12 に示す。関東、近畿、九州で特に出生率が高値であった。出生率（中央値,範囲）は北海道 5.9（2.1-10.7)、東北 6.1（0.9-10.9)、関東 7.1（0.9-16.6)、中部 6.8（1.3-13.1)、近畿 7.2(3.0-14.1)、中国 6.1(2.3-10.5)、四国 6.3(3.3-11.1)、九州 7.5(4.2-13.3)であった。

【図 12 都道府県地方区分別出生数】



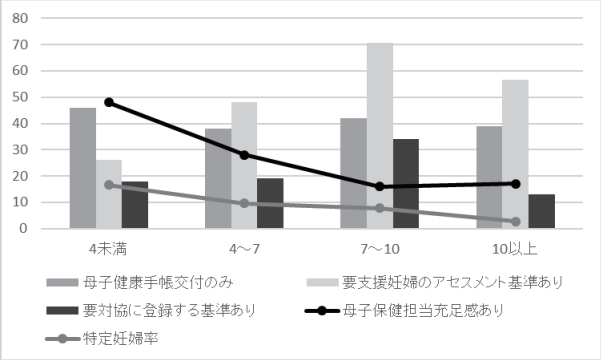
出生率が 7-10‰の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と 10‰以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。

出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高い程低かった(表 1)（図 13)。

【表 1　出生率毎の検討】

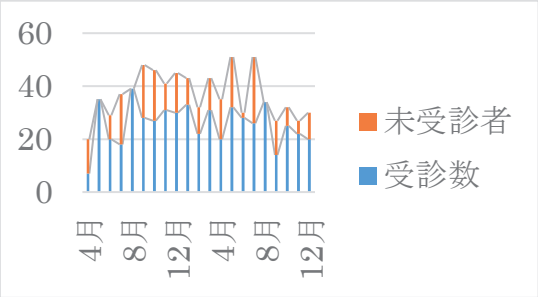
出生率		4未満	4~7	7~10	10以上
市町村数		50	304	255	46
出生数		1686	71134	338410	30274
母子健康手帳交付(重複あり)	交付のみ	23	123	108	18
	アンケート	37	257	233	37
	面談	51	302	247	43
母子保健担当者数(中央値, 範囲)		2(1-10)	3(0-30)	6(0-244)	4(1-24)
母子保健担当充足感あり		24(48%)	92(28%)	41(16%)	8(17%)
要支援妊婦のアセスメント基準あり		13(26%)	147(48%)	180(70.6%)	26(56.5%)
要支援妊婦の要対協登録基準あり		9(18%)	59(19%)	87(34%)	6(13%)
特定妊婦数		28(1.66%)	684(0.96%)	2593(0.77%)	83(0.27%)
特定妊婦を要対協に登録	全数	7	68	77	12
	一部	28	175	146	27

【図 12　出生率毎の対策と母子保健担当充足感、特定妊婦率】



8. 地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

大阪府泉佐野市にあるりんくう総合医療センターで集計した「赤ちゃんへの気持ち質問票」について、2016 年 4 月～2017 年 12 月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つもの）775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した褥婦は 542 人（70%）に達した。



また、赤ちゃんへの気持ち質問票で見守りが必要とした産婦は 6 名、児の体重増加不良が認められた 2 名をフォローしたが、そのうち 2 名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告しているが、これらの 2 名は妊娠中の受診コンプライアンスに異常はなく、妊娠合併症や社会的経済的リスクを認めなかった。この間、児や産婦自身の有害事象は発生していないが、事前に見守りが必要だと考えられた対象産婦 4 名は受診していなかった。

Ⅲ. 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

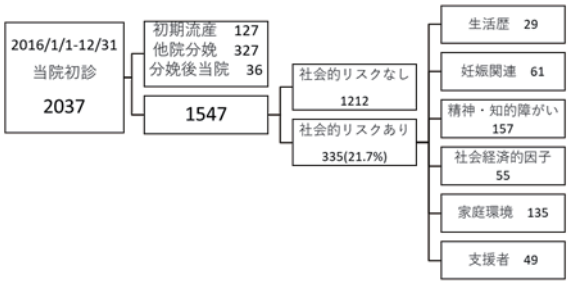
一次施設 13 施設 1054 症例，二次施設 4 施設 264 症例，三次施設 3 施設 298 症例において検討を行った。昨年度の研究では、一次施設 13 施設 1054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例における産科合併症とその中でリスク因子がある症例は、それぞれ 21.6%/50.9%, 30.7%/60.5%, 42.3%/69.8%であり、産科合併症でリスク因子を有する症例の頻度は、施設規模で違いが見られたが、一次施設で認められた産科合併症の半数はリスク因子を有していて，三次施設とほぼ同等であった。産科合併症の頻度は切迫早産 320 症例（19.80%）、妊娠高血圧症候群 79 症例(4.89%)、前期破水 57 症例(3.53%)、絨毛膜羊膜炎 31 症例(1.92%)、頸管無力症 18 症例(1.11%)、前置胎盤 18 症例(1.11%)、常位胎盤早期剥離 10 症例(0.62%)、播種性血管内凝固症候群 7 症例(0.43%)、肺水腫 6 症例(0.37%)、癒着胎盤 4 症例(0.25%)、子癇 1 症例

(0.06%)であった。頻度が高かった3疾患を主要な産科合併症とし、検討を行ったところ、3 疾患におけるリスク因子の頻度は表 1 の通りであった。切迫早産では、35-39 歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤による妊娠、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった。前期破水では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった 。妊娠高血圧症候群では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった 。各リスク因子のオッズ比の、施設規模別検討でも、各疾患について、各リスク因子、各施設規模において同様の傾向を認めることが多かった。切迫早産では、血液疾患合併のオッズ比が 4.69、DM のオッズ比が 3.30、排卵誘発剤のオッズ比が 2.87、子宮付属器疾患合併のオッズ比が 2.01 と高かった。前期破水では DM のオッズ比が 7.02、血液疾患合併のオッズ比が 6.33 と高かった。妊娠高血圧症候群では DM のオッズ比が 5.30、20 歳未満の妊娠がオッズ比 3.61、IVF-ET による妊娠のオッズ比が 3.14、BMI>25 がオッズ比 2.72 と高かった。

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。なお、同期間に 2 回分娩に至った症例 2 例を含んでいる。1 つでも社会的リスクを有する者は、335 人(21.7%)であり、リスク 2 つ以上有する者は 86 人(5.6%)であった。社会的リスクのカテゴリー毎の該当数は、生活歴に関するリスク 29 人、妊娠関連 61 人、精神・知的障がい 157 人、社会経済的要因 55 人、家庭環境 135、支援者 49 であった。(図 1)

(図 1) 研究対象者における社会的リスクの内訳



社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度を検討した。(表 3)母体年齢、母体精神疾患は社会的リスクの一要因であるため、医学的リスクとして検討には含んでいないが、参考として頻度を示した。社会的リスクを有する症例に有意に多い因子は、母体基礎情報では、外国人、経産婦、中絶歴、

自然妊娠であった。母体基礎疾患では、高血圧合併が有意に多かった。妊娠分娩経過においては、子宮収縮剤抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Ca ブロッカー内服)の使用が有意に多かった。また、帝王切開率や分娩時大量出血は、社会的リスクがない方が有意に多かった。その他の妊娠分娩経過や新生児の予後に関して社会的リスクと関係のある因子は認めなかった。

(表 3) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度（単変量解析）

		total	社会的リスクあり	社会的リスクなし	P
	N	1547	335	1212	
母体基礎情報	年齢(20歳未満)	23	23	0	
	人種(日本人以外)	46	18(5.4)	28(2.3)	0.003
	経産回数(初産)	781	152(45.4)	629(51.9)	0.035
	流産歴	359	65(19.4)	294(24.3)	0.06
	中絶歴	185	67(20)	118(9.7)	＜0.001
	BMI(≧25)	173	42(12.7)	131(10.9)	0.48
	妊娠方法(自然妊娠)	317	295(88.1)	933(77.0)	＜0.001
母体基礎疾患	高血圧	20	12(3.6)	8(0.7)	＜0.001
	糖尿病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.78
	自己免疫疾患	26	7(2.1)	19(1.6)	0.51
	心疾患	55	10(3.0)	45(3.7)	0.52
	円錐切除後	33	8(2.4)	25(2.1)	0.72
	バセドウ病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.77
	精神疾患	122	87(26.0)	35(2.9)	
	甲状腺機能低下症	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
妊娠分娩経過	悪阻	34	11(3.3)	23(1.9)	0.13
	AC/CVS	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
	切迫流産	225	42(12.5)	183(15.1)	0.24
	切迫早産	308	69(20.6)	239(19.7)	0.72
	子宮収縮抑制剤使用	123	36(10.8)	87(7.2)	0.03
	母体リンデロン投与	95	20(6.0)	75(6.2)	0.89
	HDP	163	39(11.6)	124(10.2)	0.46
	GDM	134	32(9.6)	102(8.4)	0.51
	FGR	155	28(8.4)	127(10.5)	0.25
	HFD	75	18(5.4)	57(4.7)	0.61
	多胎	116	21(6.3)	95(7.8)	0.33
	頸管縫縮術	24	7(2.1)	17(1.4)	0.37
	クラミジア陽性	28	9(2.7)	19(1.6)	0.17
	胎児異常	225	44(13.1)	181(14.9)	0.41
	胎児治療	27	7(2.1)	20(1.6)	0.59
	胎盤位置異常	38	6(1.8)	32(2.6)	0.37
	SA,AA,FD,NND	78	14(4.2)	64(5.3)	0.42
	分娩週数(中央値)		39(13－41)	38(14－41)	0.54
	早産	207	42(13.1)	165(14.4)	0.6
	帝王切開	452	76(22.7)	376(31)	0.003
	緊急帝王切開	232	44(57.9)	188(50)	0.21
	常位胎盤早期剥離	12	3(0.9)	9(0.7)	0.78
	分娩時出血＞1000ml	295	44(13.4)	251(20.9)	0.004
	輸血	22	4(1.2)	18(1.5)	0.69
新生児情報	性別(男児)	795	182(45.3)	613(49.1)	0.38
	児体重(＜10%tile)	197	40(12.4)	157(13.6)	0.78
	Ap(1)＜7	103	15(4.7)	88(7.7)	0.13
	Ap(5)＜7	33	5(1.6)	28(2.4)	0.46
	PH<7.0	22	6(1.9)	16(1.5)	0.52
	NICU、小児病棟入院	257	60(18.5)	197(17.1)	0.34

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

次いで、社会的リスクを一つでも有するものとそうでないものの2群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析で $p<0.3$ であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表 4)社会的リスクを有するもので有意に上昇する医学的リスクは、高血圧合併妊娠、子宮収縮抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Ca ブロッカー内服)

であった。

(表 4) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度（多変量解析）

	cOR	aOR	95%CI	*P*
高血圧合併	5.6	6.3	2.4-16.5	<0.001
甲状腺機能低下	0.6	0.8	0.4-1.6	0.58
悪阻	1.8	1.7	0.8-3.7	0.17
切迫流産	0.8	0.8	0.5-1.2	0.22
子宮収縮抑制剤使用	1.6	1.7	1.1-2.7	0.03
胎児発育不全	0.8	0.7	0.5-1.2	0.23
帝王切開	0.7	0.7	0.5-1.0	0.09
分娩時出血＞1000ml	0.6	0.7	0.5-1.1	0.1
Ap(1)<7	0.6	0.7	0.4-1.2	0.18

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

さらに、社会的リスクを 2 つ以上もつものと社会的リスクのない 2 群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析（表 5）で p＜0.3 であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表 6) その結果、高血圧合併のみが、関連する因子であった。(aOR6.6(1.4-32.0), *P* <0.001)

(表 5) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度：社会的リスク２つ以上の場合(単変量解析)

		社会的リスク>2	社会的リスクなし	*P*
母体基礎情報	N	86	1212	
	年齢(20歳未満)	19	0	
	人種(日本人以外)	3(3.5)	28(2.3)	0.49
	経産回数(初産)	38(44.2)	629(51.9)	0.17
	流産歴	13(15.1)	294(24.3)	0.05
	中絶歴	26(30.2)	118(9.7)	<0.001
	BMI(≧25)	10(12.2)	131(10.9)	0.72
	妊娠方法(自然妊娠)	84(97.7)	933(77.0)	<0.001
母体基礎疾患	高血圧	4(4.7)	8(0.7)	<0.001
	糖尿病	3(3.5)	19(1.6)	0.18
	自己免疫疾患	2(2.3)	19(1.6)	0.59
	心疾患	4(4.7)	45(3.7)	0.66
	円錐切除後	3(3.5)	25(2.1)	0.38
	バセドウ病	2(2.3)	19(1.6)	0.59
	精神疾患	24(27.9)	35(2.9)	
	甲状腺機能低下症	1(1.2)	78(6.4)	0.05
妊娠分娩経過	悪阻	3(3.5)	23(1.9)	0.31
	AC/CVS	4(4.7)	78(6.4)	0.51
	切迫流産	9(10.5)	183(15.1)	0.24
	切迫早産	23(26.7)	239(19.7)	0.12
	子宮収縮抑制剤使用	13(15.1)	87(7.2)	0.008
	母体リンデロン投与	6(7.0)	75(6.2)	0.77
	PIH	11(12.8)	124(10.2)	0.45
	GDM	7(8.1)	102(8.4)	0.93
	FGR	10(11.6)	127(10.5)	0.74
	HFD	6(7.0)	57(4.7)	0.34
	多胎	5(5.8)	95(7.8)	0.5
	頸管縫縮術	1(1.2)	17(1.4)	0.85
	クラミジア陽性	6(7.0)	19(1.6)	<0.001
	胎児異常	8(9.3)	181(14.9)	0.15
	胎児治療	1(1.2)	20(1.6)	0.73
	胎盤位置異常	0	32(2.6)	
	SA,AA,FD,NND	3(3.5)	64(5.3)	0.47
	分娩週数(中央値)	38(21-41)	38(14－41)	
	早産	14(16.9)	165(14.4)	0.54
	帝王切開	17(19.8)	376(31)	0.03
	緊急帝王切開	9(52.9)	188(50)	0.82
	常位胎盤早期剥離	0	9(0.7)	
	分娩時出血＞1000m	14(16.9)	251(20.9)	0.38
	輸血	1(1.2)	18(1.5)	0.81
新生児情報	性別(男児)	47(54.7)	613(49.1)	0.53
	児体重(＜10%tile)	10(11.9)	157(13.6)	0.67
	Ap(1)＜7	5(6.0)	88(7.7)	0.59
	Ap(5)＜7	3(3.6)	28(2.4)	0.51
	PH<7.0	3(3.8)	16(1.5)	0.11
	NICU、小児病棟入院	15(18.1)	197(17.1)	0.82

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

(表 6) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度：社会的リスク 2 つ以上の場合(多変量解析)

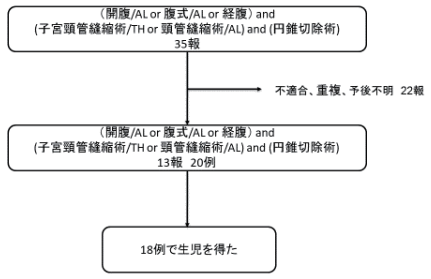
	cOR	aOR	95%CI	*P*
高血圧合併	7.3	6.6	1.4-32.0	<0.001
糖尿病合併	2.3	1.3	0.2-7.3	0.74
切迫流産	0.7	1.7	0.8-3.7	0.09
切迫早産	1.5	0.5	0.2-1.1	0.45
子宮収縮抑制剤使用	2.3	2.1	0.8-5.4	0.13
胎児異常	0.6	0.56	0.2-1.3	0.17
帝王切開	0.5	0.6	0.3-1.1	0.08
PH<7.0	2.7	2.1	0.6-8.1	0.3

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

11. 妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

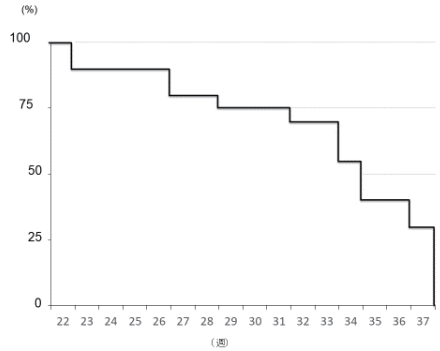
双方のサーチエンジン合計で、35 報抽出した。すべての報告の抄録を確認し、目的に適合していない、重複、予後の記載がない報告を除外したところ、13 報、20 症例が残った。これらすべての報告の全文を取り寄せ、症例に関して詳細に吟味した。いずれの症例も前回妊娠で経腟的頸管縫縮術を

図1 経腹的頸管縫縮術の検索及び解析結果



行ったか、あるいは子宮腟部が消失しており、縫縮を行わず、生児が得られていない。経腹的縫縮術では、90%（18 例）で生児が得られ、そのうち 34 週まで妊娠維持可能であった症例は、55%（11 例）であった。

図2 経腹的予防的頸管縫縮術の妊娠予後



Ⅳ. 妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

１. 推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１ヶ月に行う。妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認する。 スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構（NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence）の簡便な包括的２項目質問法が勧められている。また、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）も、多くの国で妊娠

中から用いられている。一方、社会的背景（望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など）を踏まえたものに関しては、初診時問診票モデル案や大阪府で実際用いられているアセスメントシート、あるいは育児支援チェックリストが妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票が勧められている。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICE の質問票で、１つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医への受診が勧められている。また、EPDS は９点以上で、「うつ病の可能性が高い」とするが、点数とうつ病の重症度に関連はなく、8 点以下で必ずしもうつ病を否定できない。また、不安障害や精神遅滞など他の精神疾患でも高値となることがある。いずれにしろ、これらの判定には精神科への受診が必要になる。初診時問診票や育児支援チェックリストは患者の背景因子を評価するもので、メンタルヘルスへの介入の必要性を検討するためには、前述の NICE の質問や EPDS と合わせて総合的に評価する必要がある。初診時問診票や育児支援チェックリストで要支援妊婦と判定される場合、施設内で生活状況、心理状態の把握に努め、傾聴を主体とした支援の継続が求められる。また、生活機能障害が著しい場合は、母子保健支援連絡票（妊婦・産婦・新生児）やアセスメントシート（支援を要する妊婦のスクリーニング；厚生労働省）などを用い子育て世代包括支援センターに情報提供し、保健師の訪問支援などを依頼する。

２．メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性

メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、自治体により異なり 0.6%から 8.6%に分布している。これら要介入妊産婦の頻度と、自治体ごとの経済的指標、身体的指標、疾病発生率などを比較した。自治体ごとの平均年収（厚労省；賃金構造基本統計調査 2016）と要介入妊産婦の割合を比較すると、年収の増加にともない要介入妊産婦の割合が減少する傾向であった。

身体的特徴との比較では、要介入妊産婦の割合は自治体ごとの女性の BMI（厚労省；国民健康・栄養調査 2012）の増加に伴い増加する傾向であった。また、自治体ごとの出生体重 2000g 未満で早産と考えられる児の出生率（厚労省；人口動態調査 2015）と要介入妊産婦の割合には、有意な正の相関が認められた。　各自治体の医師数や助産師数と要介入妊産婦の割合を比較すると、千出生あたりの助産師数（厚労省；衛生行政報告例：就業助産師数都道府県別 2012）が少ない自治体で、要介入妊産婦の割合が増加する傾向であった。

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

研修会の参加者は 62 名であり、そのうち研修前後の調査票に回答した

56 名の内訳は、助産師 18 名、看護師 6 名、産科医 1 名、保健師 26 名、小児科医 1 名、精神科医 1 名、医療ソーシャルワーカー6 名、管理栄養士 1 名であった。

各質問についての回答の結果は図 1 から図 4 のとおりである。また、図 1 から図 4 の質問項目について、研修前、研修後の結果の t 検定を行ったところ、いずれも $p<0.001$ であった。

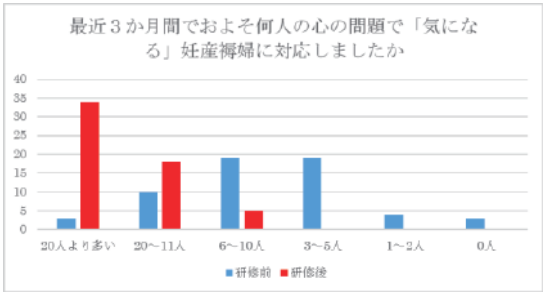


図 1

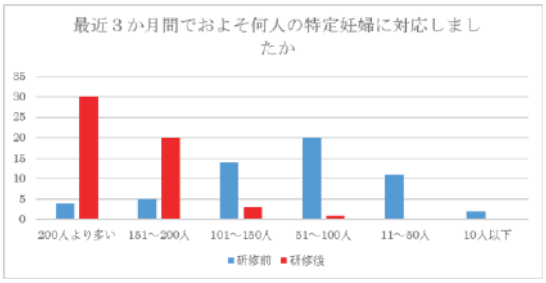


図 4

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―

平成 24（2012）年から平成 29（2017）年までの検索期間で該当した総説および原著論文は、77 件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている 16 文献を対象に総括した。産後の

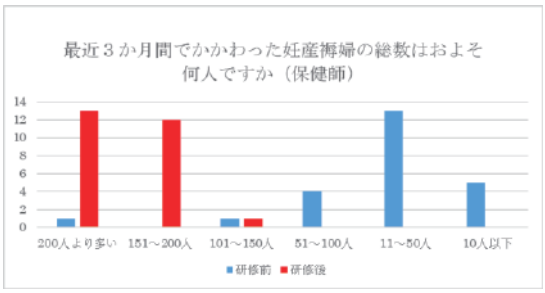


図 2

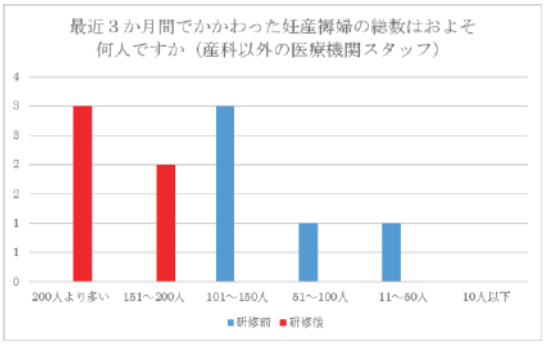


図 3

期間では、産後早期の 2 日から最長では 4 年という研究もある。一部期間の特定されていない論文もありおおむね産後 1 年以内の論文がほとんどであった。この論文内では産褥うつ病と自身の被虐体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。また最長 4 年間の追跡をした Meltzer-Brody, et al.（2013）は 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた 16)。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。

Ⅴ．公開シンポジウム

15.「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」参加者アンケート集計報告

参加者 591 人中、有効回答数は 468（有効回答率 79.2%）であった。

「公開シンポジウム」アンケート集計結果

アンケート配布 591 件（一般参加者 569、関係者 14、報道・取材関係 8）

アンケート回収 470 件、有効回答数 468

性別と年代

	20代	30代	40代	50代	60歳以上	記載なし	合計
女性	50	110	141	78	14	2	395
男性	5	7	4	8	4	0	28
記載なし	0	13	14	14	3	1	45
合計	55	130	159	100	21	3	468

居住地

北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	沖縄	記載なし
1	21	344	45	20	11	6	10	1	9

職場・職種

	医療機関	保健センター	保健所	児童相談所	教育機関	行政機関	報道機関	その他	記載なし	合計
医師	26	0	3	0	0	0	0	0	0	29
看護師	16	2	0	0	1	3	0	0	0	22
保健師	5	105	27	7	2	43	0	0	0	189
助産師	105	18	0	1	22	5	0	7	1	159
MSW	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
公務員	-	3	0	2	1	15	0	0	0	21
その他	6	3	0	1	4	4	1	6	3	28
記載なし	0	2	1	0	3	1	0	0	3	10
合計	168	133	31	11	33	71	1	13	7	468

【児童虐待予防のための妊娠期からの支援について】

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に、医療機関の役割は重要と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	467	0	0	1
医療機関 (168)	168	0	0	0
保健センター (133)	133	0	0	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にアセスメント基準は有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	459	1	6	2
医療機関 (168)	167	0	1	0
保健センター (133)	130	0	3	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にスコアリングは有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	392	6	63	8
医療機関 (168)	144	4	18	2
保健センター (133)	109	2	21	1

●支援を必要とする妊産褥婦の把握で何が困難と思うか？(複数可)

マンパワーが足りない(258)
客観的な判断基準がない(216)
対象者が非協力 (181)
誰が判断したらいいかわからない(55)
その他(69)：
支援者のスキルの差(16)
支援者(機関)間の温度差(10)
他機関との連携の不備(7)
支援者(機関)間の判断基準の違い(7)
機関内部の連携の不備(4)
個人情報の取り扱い(3)
対象者の枠組み設定(2)
支援に対する報酬や業務の位置づけがない(1)
家族親族の理解(1)
社会の理解(1)
その他(13)

●妊婦健診を受診していない妊婦を把握するにはどうすればいいと思うか？

（自由記載）(145)

・保健機関−医療機関の連携(42)
・地域住民・民生委員などのコミュニケーションに期待(26)
・届出や受診がなければ把握は難しい(20)
・(妊娠届出があれば) 保健機関が把握
・指導する(19)
・ネット・マスコミ・実店舗などでの広報(18)
・相談窓口(16)
・妊娠前からの教育・指導(16)
・民間団体・学校・保育園幼稚園・産科小児科以外の医療現場との連携(15)
・(受診 歴があれば)医療機関が把握・指導する(8)
・その他

【平成 28 年 10 月児童福祉法改正について】

(支援を要する妊婦等を把握した医療機関等は市町村に情報提供するよう努めなければならず、同意がない場合にも守秘義務違反にあたらない)

●児童福祉法のこの改正を知っていたか？

	知っていた	このシンポジウムで知った	わからない	記載なし
全体 (468)	340	112	3	13
医療機関 (168)	94	67	2	5
保健センター (133)	108	20	1	4

●児童福祉法の改正後に医療機関と保健機関等の連携状況は変わったか（1 つ選択）

かなり改善された(56)

現在も苦慮することがある(129)
その理由：
医療機関からの情報提供に問題(42)
機関毎・地域毎に認識に差がある(21)
保健機関の対応に不満(8)

対象者本人との関係性(説明・同意・拒否など) (5)
連携のハードルが高い(4)
←余程のケースしか連携できない
マンパワー不足(4)
法改正が周知されていない(2)　他

もともと連携は円滑である(86)

連携するケースに出会ったことがない(10)

わからない(136)

その他(26)
変化なし(8)
やや改善/増加(8)　他

記載なし(31)

	かなり改善	現在も苦慮	もともと連携は円滑	連携するケースがない
全体 (468)	56	129	86	10
医療機関 (168)	22	42	42	5
保健センター (133)	21	45	20	1

D. 考察

Ⅰ．娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する

研究

周産期領域におけるハイリスク妊産婦に対してローリスクと呼ばれる集団があるが、厳密にいえば分娩後大量出血に陥ることもあるので、妊産婦はいつでもハイリスクになりえる。リスク評価としては、従来医学的ハイリスク、社会的ハイリスクに分類されることが多かったが、社会的ハイリスクとは、経済的理由などの社会的問題を抱えている妊産婦だけでなく精神疾患合併妊娠など医学的な要因も内包していることがある。また、社会的経済的な問題を抱えている妊産婦が、感染症を呈している頻度が高い、切迫早産に陥りやすいなど、医学的な介入を要することも少なくない。児童福祉法第 6 条では「特定妊婦」として出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されているが、現場では特定妊婦と特定妊婦未満の線引きに苦慮している。大阪では支援を要する妊婦を「ハイリスク妊婦」、「要フォロー妊婦」「特定妊婦」と傾斜をつけて妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関の連携を強化している。具体的には、ハイリスク妊婦は、保健センターにおいて、医療機関などからの情報提供、妊娠届出票やアンケートなどをもとにし、アセスメントシート（妊娠期）のリスク項目を抽出し、アセスメントの結果、フォローの必要があると判断された妊婦としている。要フォロー妊婦は、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、保健センターなどによるフォロー継続とした妊婦、または協議会調整機関に報告し、協議会実務者協議で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦である。特定妊婦は児童福祉法にその規定はあるが、具体化したものとして、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、協議会調整機関に報告することとし、実務者会議で検討の結果、特定妊婦として台帳に登録、進行管理となった妊婦である。つまり、この場合のハイリスク妊婦は特定妊婦に至る 2 段階手前の状態としての運用がなされている。当該研究班では、これまで社会的ハイリスク妊娠を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があるという考え方である。身体的な疾病のように明確な定義や病態があるわけではないが、頻度や対応方法、介入による改善の程度など各研究者が努力を重ねてきた。「社会的ハイリスク」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点（精神状態，性格，　依存性，身体合併症，虐待，被虐待，妊娠状況，受診状況妊娠出産の受け止め）、養育状況の問題点（児へ の感情，育児ケアの問題家事，児を守る人的資源）、 家庭環境の問題点（夫婦関係，経済状況，居住状況，　相談相手はいるか）、子供の問題点（多胎，分離の必要性，健康状態）、その他（援助協力を発信，受容できるか）などの問題点を含んでいるものを指す。社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが，分娩後の支援・介入がさらに重要である。本人のみならず，出生する児が社会的に 身体的に危険にさらされることは，なんとしても避けなけ

ればならない。医療者から見た「社会的ハイリスク妊産婦」対応は、虐待になる前の子どもを助けるために、子育てに問題を抱えそうな妊産婦をどのように拾い上げるのかということである。したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3 年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

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

乳幼児健診未受診者の多くは「市外に転居したため当該市町村での健診がない」「児が医療機関に入院・受診中のため当該市町村での健診がない」であり、abuse に関連するものではなかった。また「ハイリスクと考えていなかったが要対協ケース」については胎児疾患症例やスタッフが見落としていたケースと考えられ、妊娠中からの対応について検討が必要である。

3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待と深い関連があることが示された。本研究で検討した因子は、背景因子、妊娠による因子、児の問題の 3 つに大別される。背景因子として、若年もしくは年の差婚、未入籍、経済的な問題、母の精神疾患等があり、妊娠に関連する因子については、高血圧、尿蛋白、早産、児の問題として、低出生体重児、早産児、多胎、先天疾患等が挙げられる。そもそもの背景に加え、妊娠中の問題および出産後児の育てにくさにつながるような児の先天疾患等が合わさると、将来的に虐待や養育困難となる例を多く認めることが判明した。入所理由が虐待によるものか養育困難によるものかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。虐待では、若年、未入籍、多産、母の精神疾患という背景に加え、妊婦健診が不十分な場合に、将来的な虐待のリスクになることが判明した。一方、養育困難では、母の精神的もしくは身体的疾患に加え、児の疾患等によって養育自体が困難となり施設入所となる背景が伺えた。

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

1．妊婦健診における助産師等による問診

今回、モデル問診票を用いた医療機関では、妊娠届出時のリスク判定がローリスク群であっても、モデル問診を活用することで 15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。一方、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の 1 件のみであった。

保健機関等への連絡が少数であった理由として、前向き調査担当者に活用支援マニュアルの内容がまだ十分に周知されていなかったこと、および本人同意で前向き調査

を実施したため、本人同意が得られにくいケースが除外されていたことが考えられた。

モデル問診票の対象者となった妊婦の縦断データは、妊婦の気持ちの揺らぎを反映していると考えられる。つまり、問診項目は、それぞれをチェック項目としてではなく、こうした変化から妊婦と会話を取り交わすことから状況を把握するものである。

モデル問診票を利用した医療機関スタッフからは、「問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。」「妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。」（年間出生 250 名の産科クリニック）など、スタッフ間で共通の項目で問診することが、妊婦健診業務の標準化につながる可能性を示唆する意見が認められた。一方、「助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。」（年間出生 800 名の民間総合病院）など、多忙な臨床業務の中でハイリスク妊婦の把握と支援に充てるための、財源の根拠を求める意見も認められた。

本研究班の成果を報告した公開シンポジウム（「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」2017 年 11 月 27 日、品川インターシティホール）への参加者アンケートでは、妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だとの意見が多くを占めていた。本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊婦健診における標準的な問診票の開発と展開が望まれる。

２．妊娠期からの支援の評価方法

厚生労働省の調査（2015 年度）では、妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握しているのは 1,671 市町村（96.0%）であった。しかし、把握した情報の活用は必ずしも十分ではなく、現場には「支援が必要な人こそ危機感を持っておらず、連絡や訪問を拒否されてしまう」、「保健機関では、病院での対応状況が分からず、どのようなケースを連絡すべきか悩む」などの課題がある。児童虐待の発生予防を目指し妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」の全国展開が始まっている。そのガイドラインには、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標に沿って評価指標を用いた事業評価が示されているが、それぞれの地域においてどのような指標を用いて、どのようにデータを集積すればよいのか、現場には多くの戸惑いがある。今回、妊娠期や出産後の保健機関や関係機関からの支援を評価するために、個別支援の受け容れや支援事業の利用に関する状況を、乳幼児健診事業の評価に関する研究班の成果[2)]を用いて整理した。すなわち、支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けて集計するものである。具体的には、電話相談では、「1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. しな

表 7. 支援の利用・受入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受け容れ状況
電話相談	1.相談した、2.相談できなかった、3.つながらなかった、4.しなかった
家庭訪問	1.継続訪問した、2.1回で終了した、3.行ったが会えなかった、4.行かなかった
面接（教室等含む）	1.面接した、2.面接しなかった
保健機関事業	1.利用した、2.利用しなかった
他機関事業	1.利用した、2.利用しなかった

かった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1. 相談した」を支援の利用・受け容れありと定義する。家庭訪問では、「1. 継続訪問した、2. 1回で終了した、3. 行ったが会えなかった、4. 行かなかった」に区分し、「1. 継続訪問した」を支援の利用・受け容れありとし、「2. 1回で終了した」の場合は、状況確認の結果その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け容れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する考え方である。

今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接（教室等を含む）を受け容れたか、または保健機関や関係機関の事業を利用したかについて、妊娠期および出産後に分けて個別ケースごとに入力を求め、いずれかの手段を利用または受け容れた場合に、「支援の受け容れあり」と集計した。今回の集計では、対象者全体の傾向を示すにとどめたが、医療機関や保健機関別に分析することや、支援策別に分析することで、各機関の取り組みの評価や支援策の効果の判定に活用できる可能性がある。

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

妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが 1 歳 6 か月のときにも 3 歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。また、思いがけない妊娠が 3 歳時の子育て困難感のリスクになることもわかり、妊娠届で把握できるリスク要因がその後の子育てに長期的に影響を及ぼす可能性が示唆された。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。里帰り出産の予定がある場合、1 歳半の子育て困難感に関連が見られたことは重要である。これまで母子保健行政においては里帰り出産を予定しない場合に妊婦の母親のとの関係性を表していると考えられてきたが、本研究結果から示唆されるのは地域のサポートの欠如の代理指標となりうるということである。地域のサポートがないために里帰り出産を予定しているとすれば、1 歳半での子育て困難感との関連について説明できるからである。今後は妊婦に対してどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。ハイリスク妊婦にどのような保健師が、何を家庭訪問で伝えたのか、それによってどのような他機関連携に繋がったのか、そして妊婦および子どもの健康状況はどうなったのか、についてシステマティックにデータを収集し解析していくことが望まれる。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

今回の調査結果から、母子保健業務を担う保健師の約 8 割に、妊婦に対する支援経験があることが明らかになった。支援の対象となる妊婦の把握経路では、約 7 割が妊娠届出時の面接であり、この場面で必要な情報を収集し、適切なアセスメントができるかが重要であると示唆された。一方で、医療機関や他機関からの連絡による把握は約 1 割程度であった。養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供については「子どもの虐待による死亡事例等の検証結果」が報告されるたびに通知等がだされ、平成 24 年 11 月の通知では「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」において連携強化が示されている。本調査から保健機関における妊娠中からの連携の難しさがあることが示された。支援が必要な妊婦の情報は保健機関の妊娠届出時の面接だけでは把握しきれない内容であるため、医療機関と連携することが特に重要である。妊娠中からの保健機関と医療機関の連携強化の具体的方略が必要であると考える。また、事例への支援状況から、約半数の事例において保健師は妊婦と良好な関係をつくりながら支援を行うことができているものの、約 2 割の事例では連絡がとりにくく、関わりを拒否も 7.2%あったことが示された。妊娠中から保健機関だけでかかわることの難しさがあらためて確認される結果であった。関係性をつくる、関係性を継続することが難しい事例への支援のあり方について検討していくことが効果的な保健指導につながっていくと考えられる。妊娠中からの妊婦との関係づくりについて今後の課題である。妊婦に対する支援の必要性の見極めについて、どのような情報を重視しているかでは、妊婦や家族の「心療内科や精神科の通院歴」の情報を重視しており、メンタルヘルスの課題がある場合に、子ども虐待につながりやすいことについては理解されていることが示された。また、妊娠届出の遅れだけでなく、きょうだい児への育児や夫婦関係の問題、経済的な不安定さ、転居を繰り返すなどの生活の実態を把握ことが挙げられ、妊婦本人だけではなく妊婦を取り巻く家族や基盤となる生活に捉えて、支援の必要性を見極めようとしている実態が明らかになった。保健機関における従来の妊娠届出時のアンケートやチェックリストにおいてもこれらの項目は含まれているが、これらの内容の重み付けについては、実証的な研究を積み重ね、さらに検討していくことが必要である。妊婦に対する支援の内容では、「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」「SOS を発信してもらえる関係をつくる」、「妊婦の体験や思いに共感する」などが挙げられていた。妊娠中から保健師は、妊婦にとっての理解者・支援者であるという役割を明確にし、支援を受け取ってもらうための関係づくりに注力している実態が明らかになった。支援が難しい事例に対しては妊娠中から援助関係をつくことは、出産後の母子への支援が円滑にできるために重要なことである。これまで妊娠中の支援は妊婦健診など医療機関が中心であったが、保健機関においても医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことがますます重要である。今年度の調査結果を踏まえ、昨年度に作成した「妊娠中、出産後の保

健相談において活用できる支援技術」マニュアル(案)を精錬していく必要がある。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

平成 21 年の児童福祉法改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦については「特定妊婦」として要対協の支援対象となった。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で実際特定妊婦を全例要対協に登録している市区町村は 1/4 に過ぎず、出生数が多くマンパワーの少ない市区町村では特に対策は不十分である可能性が示唆された。市区町村にとって、母子健康手帳の交付が妊婦との最初の接触であり、多くは、次回の接触は産後になる。母子健康手帳交付の際に妊婦に対するアセスメントを行うことで支援の必要な妊婦を抽出する試みが多くの市区町村で行われているが、母子健康手帳の交付を保健センターのみに集約しているところは約半数であり、保健センターで交付しても、交付のみでアセスメントを行っていないところが 14%存在した。地理的な問題から、母子健康手帳の交付は、市役所や出張所でも行われているが、市役所や出張所では、さらに交付のみに留まるところが 25%であり、妊娠届け出時点でのアセスメントが不十分となっている可能性があった。

都道府県地方区分別毎の検討では、要支援妊婦のアセスメント基準や要支援妊婦の要対協への登録基準が決まっている方が、特定妊婦を全例要対協の対象として管理している割合が多く、かつ特定妊婦の割合も増加した。特定妊婦は近畿で最も多く、北海道、九州で少ない傾向にあったが、特定妊婦の多い地方に、社会的なリスクや虐待予備群が多いというわけではなく、特定妊婦の数が多いことは、妊娠期からアセスメントを行い、要支援妊婦や特定妊婦として支援する体制が整っていることを示している可能性があった。出生率毎の検討では、出生率がある程度多いところで、要支援妊婦のアセスメント基準が定められ、要対協への登録の基準が決められている割合が多かった。また、特定妊婦率は、出生数が多い程低くなっており、これは出生数が多くなることで母子保健担当のマンパワー不足によって対応が不十分であるため、実際は特定妊婦として支援の必要な妊産婦の抽出ができていない可能性が示唆された。

8. 地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

産後 2 週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は 2 名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがおり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

「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.その為，昨年度は一般産科診療所や助産施設を中心とした一次施設の症例にどの程度当てはまるのか検証したところ，産科合併症に関与するリスク因子の抽出率(保有率)が三次施設とほぼ同等であった。本年度の、主要 3 疾患における各リスク因子の頻度の検討においても、一次施設と三次施設で同等性がみられたことは，リスク因子と産科合併症の関連性が普遍であることを示しており、施設規模にかかわらず，本チェックリストを使用できる可能性を示唆している.オッズ比による検討では、DM の合併は、切迫早産、前期破水、妊娠高血圧症候群の共通した強いリスク因子であり、血液疾患合併は切迫早産と前期破水に共通する強いリスク因子であることが明らかとなった。他にも主要 3 疾患との関連が示唆されたリスク因子はあるが、明確にするためには更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

10. 社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクを少なくとも 1 つ有する妊婦は、当センターでは 335 人(21.7%)であった。社会的なリスクを有することにより上昇する医学的なリスクは高血圧合併と子宮収縮抑制剤使用のみであり、悪阻、切迫早産、切迫流産、胎児死亡、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎児発育不全、早産等主な産科合併症との関連は認めなかった。一方、帝王切開に関しては、むしろ社会的リスクがある方が有意に少ない傾向にあったが、多変量解析によって有意差は認めなかった。帝王切開の施行理由には、社会的なリスクというよりは医学的なリスクが強く関係することが考えられた。今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

11. 妊産婦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、RR≧2 の早産ハイリスク妊娠である。しかし、他の HRP-list に掲載されているリスク異なり、一部の女性では、医原性の頸管無力症による流早産のためにこれまでの早産予防策では生児が得られない。この点が他の HRP-list 掲載の他の因子と異なる。このため、これまでとは異なる早産予防効果のある方策の提供が必要である。今回網羅的文献検索と報告内容の吟味によって、腹式頸管縫縮術の効果が確認された。出版バイアスはあるものの、通常の方法では生児を得ることができない女性の 90%で生児を得ることができる手段として、今後この手術方法の普及が期待される。社会的ハイリスクを有する女性では、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。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により、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。前年までの検討では、一定頻度で生児を得ることができなかったが、腹式頸管縫縮術は、これの克服に重要な手段であることが、確認された。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12．メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査（NICE の質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１ヶ月に行うことが望まれた。本調査では、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は、自治体ごとにその頻度が 0.6％から 8.6％と大きく異なっている。この頻度のばらつきの一部は、産科医療従事者の主観的判断により抽出されているためと推察され、全産科医療機関で統一されたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になるものと思われた。しかし、スクリーニング検査の導入は、２次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になり、その後の対応に課題を残す。

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g 未満の出生児が有意に増加していた。また、産科医療従事者のうち助産師が少ない自治体で要介入妊婦の割合が増加する傾向があり、産科医療従事者のみによる対応に限界がある可能性が示された。

１．　管理指針の課題

1)　精神疾患の診断と対応

NICE の質問票や EPDS は、うつ病や不安障害など精神疾患のハイリスクを抽出するスクリーニング法で、確定診断や重症度を判断するものではない。実際、その診断には DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoders-5）においては、重症度を３段階に分類する評価法や GAF 尺度（Global Assessment of Functioning）により評価する方法が提唱されている。しかし、これらは精神科専門医により行われるもので、産婦人科医に馴染みはない。一方、昨年までの調査では、メンタルヘルスへの介入が必要と考えられた妊産婦に、臨床心理技術者が対応したものは全体の 14.3％で、精神科医に診療依頼されたものも約 20％に止まっている。この結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の専門職が不足していることを推察させる。今後、スクリーニング検査が全例に行われるようになれば、その診断と重症度に応じた治療を検討しなければならない妊産婦が増加することは明らかである。したがって、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

2)　精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦の抽出ツールが異なり、かつ、対応が異なるためそのスクリーニングとその後の流れは複雑になる。5 回のスクリーニング時期に少なくとも２種

類の検査が行われ、陽性者への対応は３通りになる。精神科医に協力を依頼するもの、子育て世代包括支援センターに連絡するもの、そしてその両方にコンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す（図 13）。メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する（図 14）。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

また、全ての産科医療機関で、妊娠初期に要支援妊婦を抽出する初診時問診票（図４、５）や育児支援チェックリスト（図６）が導入されれば、子育て世代包括支援センターへのアクセスが初診時に集約できる可能性がある。妊娠期から産褥期まで、５回のスクリーニングが提唱されているが、この回数も状況に応じ減少させることができる（図 14）。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時問診票（図４、５）などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になろう（図 14）。さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない 15)。子育て世代包括支援センターが、相談者に NICE の質問票や EPDS を用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる（図 14)。産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦のへの対応（サービス）向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

２．全国展開への課題

1)　臨床心理専門職の配備

本研究の全国調査では、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、全出生の 4%で、総合・地域の周産期母子医療センターで 6.5%、一般病院で 4.4%、診療所で 2.4%と高次施設で高率であった（表１）6, 7, 16)。しかし、実数で見ると、総合・地域の周産期母子医療センターが管理した要介入妊婦の実数は 534 名で、全体（1551 名）の 34%に過ぎない。

周産期体制整備指針では、総合周産期母子医療センターなどの診療体制として産科医、助産師などに加え、臨床心理士等の臨床心理技術者の配置を求めている。しかし、それ以外の施設、特に診療所では、施設内で精

神科医や臨床心理士などの臨床心理技術者と協働管理することは難しい。実際、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57.6%、地域周産期母子医療センターで38.1%と比較的高率だが、一般病院では22.8%、診療所では14.5%に止まっている6, 7, 16)。

全ての産科医療機関に妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする臨床心理技術者を配備することは困難で、要介入妊婦を全て高次施設に集約することも地域によってはアクセスの観点17)から難しい。したがって、要介入妊婦への対応をより充実するには、周産期母子医療センター以外で管理される要介入妊婦への支援を補完するシステムが必要になる。これらについても、上述の子育て世代包括支援センターに臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで解決に近づくことが期待される。

2) 保健指導の強化とより慎重な周産期管理

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均BMIが高い自治体で増加する傾向がある。また、平均年収や男性の喫煙率（厚生労働省；国民生活基礎調査2016年）と女性のBMIには有意な相関があり、平均年収が低く、喫煙率が高いほど、BMIが増加している（図15）。精神疾患とBMIに明確な関連があるわけではないが、健康増進の観点からもり、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。また、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g未満の出生児が有意に増加していた。出生体重2000g未満の多くは早産児である。早産児は脳性麻痺や神経発達障害などと密接に関連する。医療的な支援を要する児の出産は、母親の精神状態や生活機能をさらに圧迫するリスクがある。精神疾患と早産が関連するとすれば、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められることになる。本研究の要介入妊婦の割合は、産科医療従事者の主観的判断によるものである。上述のスクリーニング検査が導入され、より客観的なデータが集積され、詳細な検討が行われることが望まれる。

3)産科医療施設と産科医療従事者の確保

本研究の全国調査で、最も要介入妊産婦に対応していたのはいずれの施設においても助産師であった（表２）。全国の産科医療機関で働く助産師数は、過去10年間で34%増加している（図15, 日本産婦人科医会施設情報調査より）。しかし、自治体ごとの千出生あたりの助産師数13)は、22名から44名と約２倍の格差があり、助産師が少ない自治体で要介入妊産婦の割合が増加する傾向がある（図12）。したがって、自治体（地域）によってはメンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。産科医師不足とその偏在は顕著で18)、産科診療所では産科医の高齢化と助産師確保が問題になっている。産科診療所は全国の分娩の約50%を担い、特に人口密度の低い地域の産科医療を支えている。上述のごとく、要介入妊産婦や生活機能障害による要支援妊婦を臨床心理技術者が配備され、精神科の併設された周産期母子医療センターなどに集約することは困難で、地域によっては診療所機能の維持とそこで働く助産師の確保も重要な課題になろう。稿を閉じるに臨み、

本研究にご理解をいただいた日本産婦人科医会常務理事会、研究データの収集にご協力頂いた事務職員に深謝する。

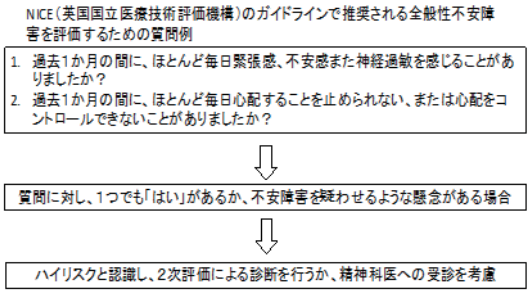
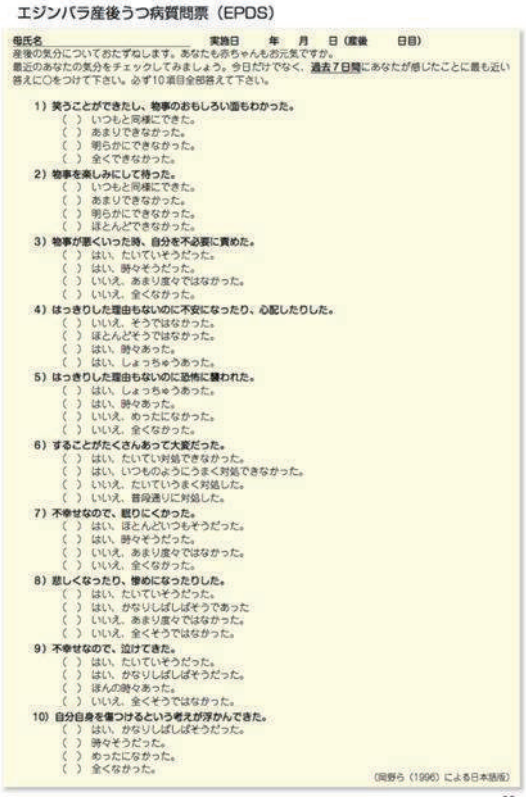


図2. NICEの不安についての2項目質問票（文献8より引用）


エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

母氏名＿＿＿

初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）

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。
医療施設・市町村・保健所等が連携して支援させていただきます。

記入日　平成　年　月　日　　カルテNo.　　妊婦健診補助券番号

1	フリガナ		生年月日	年齢	職業
	妊婦氏名		S H		
	婚姻状況	①既婚（ 初婚 ・再婚 ） ②未婚（入籍予定 あり ・ なし ）			
	健康保険の種別	①社会保険 ②国民健康保険 ③いずれでもない（ ）			
2	住民票のある住所	（〒 ）			
3	現住所 （上記と異なる場合）	（〒 ） この住所に何年お住まいです （ ）年			
4	連絡先	自宅電話番号 / 携帯電話番号 / メールアドレス			
	緊急連絡先	連絡先氏名 / 電話番号 / 携帯電話番号 / メールアドレス			
5	フリガナ 夫氏名 （パートナー）		生年月日	年齢	職業
6	家族構成	本人を含めた総家族数（ ）人 （妊婦さんからみた続柄で同居者に○をつけてください。） 夫・パートナー・子ども（ ）人・父親・母親・祖父・祖母・夫（パートナー）の父、夫の母・夫の祖父・夫の祖母・ その他（ ）			
7	婦省先	①妊婦さんの方 ②夫（パートナー）の方 ③婦省しない			
	住 所	（〒 ） 連絡先氏名 / 電話番号			
8	今回の妊娠について	現在の妊娠週数のことなど：妊娠 週 単胎 ・ 多胎（ ）胎			
		分娩予定日：平成 年 月 日			
		今回の妊娠は不妊治療ですか：はい いいえ			
		妊娠：今回が初めて・（ ）回目 流産：なし（ ）回、中絶：なし（ ）回、早産：なし（ ）回、死産：なし（ ）回			
		分娩：今回が初めて・（ ）回目 頻繁ですか：はい いいえ（理由： ）			
		妊婦健診の医療機関名：未定			
		分娩予定の医療機関名：未定			
9	アレルギーについて	ない ある			
10	1）妊娠期間中に転出する予定がありますか。	予定はない 少しある わからない 予定がある（ 月 日）			
	2）妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。（複数回答可）	いる場合：夫・パートナー 自分の両親や姉妹 夫・パートナーの両親や姉妹 その他（ ） わからない いない			
	3）夫（パートナー）に何でも打ち明けることができますか。	はい 少しは内緒がある わからない 打ち明けない いない			
	4）困った時に相談する人はいますか。	いる場合：夫・パートナー 自分の両親や姉妹 夫・パートナーの両親や姉妹 その他（ ） わからない いない			
	5）生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	不安はない 少しある わからない 考えたことが無い 多いにある			
	6）妊娠がわかった時の気持ちは？	とても嬉しかった 予想外だったが嬉しかった わからない 困った たいへん困った			
	7）今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。	はい（施設名： ） わからない ない			
	8）常用している薬がありますか。	ない 睡眠薬 安定剤 わからない薬 その他（ ）			
	9）今までの病気について	ない ある（ ）			
	10）今治療中の病気がありますか	ない ある（ ）			
	11）本人のたばこ	吸わない やめた 吸う（ ）本/日			
	12）夫（パートナー）のたばこ	吸わない やめた 吸う（ ）本/日			
	13）その他の同居者のたばこ	吸わない やめた 吸う（ ）本/日			
	14）本人のアルコール	飲まない やめた 飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
	15）夫（パートナー）のアルコール	飲まない やめた 飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
	16）現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などありますか。それは何ですか。	ある場合：妊娠・出産について / 経済的なこと / 自分の身体のこと / 夫婦（パートナー）関係 / 家族関係のこと / 育児の仕方 / その他（ ） ない			
	17）この一年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「哀くみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	ない どちらかといえばない どちらかといえばある ある			
11	行政等への情報提供について	承諾する 承諾しない			

図４．初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）（文献９より引用）

アセスメントシート②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式）

※このシートは、妊娠期から出産後の育児について留意点がかかりやすく、より支援が必要であることを判断するための指標です

初診氏名（ ） 記入者1（ ） 記入者2（ ）

＊各要因について、【妊婦】と【パートナー】のそれぞれ該当する欄に○点でマックスする。

要因	リスク項目	妊娠			4～1ヶ月		
		あり	不明	なし	あり	不明	なし
生活環境（ハード）	1）住環境 自身に重篤病歴がある						
	2）家族 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慮死がある						
	4）胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
	5）過去にいやな体験がある（自殺未遂がある）						
妊娠に対する受容（ハード）	1）16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歳）						
	3）20歳以降の届出						
	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						
	9）40歳以上の妊娠						
	10）多胎妊娠で産後や睡眠が心配される						
	11）妊娠中の不規則な生活・不摂生等						
心身の健康状態（ハード）	1）精神疾患等（過去出産時の産後うつ、統存症を含む）						
	2）トーコフリア・陣痛へ恐れ（恐怖心）						
	3）知的障がい（疑いを含む）						
	4）認知が多く、不安が強い						
	5）身体障がい・慢性疾患がある						
経済状況（ハード）	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・転職中						
環境（ハード）	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						
	その他（ ）家族に集中できない家庭環境						
行動（ソフト）	1）上記に該当しないが気になる言動や背景、環境がある						
	（ ）						

支援者等の状況

支援者	・配偶、家族、遠方等の理由により、妊娠の父母・身内等の援助に頼ることが不安がない ・妊娠不安、葛藤が見受けられる ・パートナーまたは妊娠の事実等親族への告知が支援者 ・地域や社会の支援を受けていない
関係機関	・母子センター等の関係機関の関わりを観察する ・情報提供の同意が得られない

＊妊娠カードの「あり」は「不明」の場合も含む。多胎妊娠は妊娠届出数の増加に伴い増加する傾向

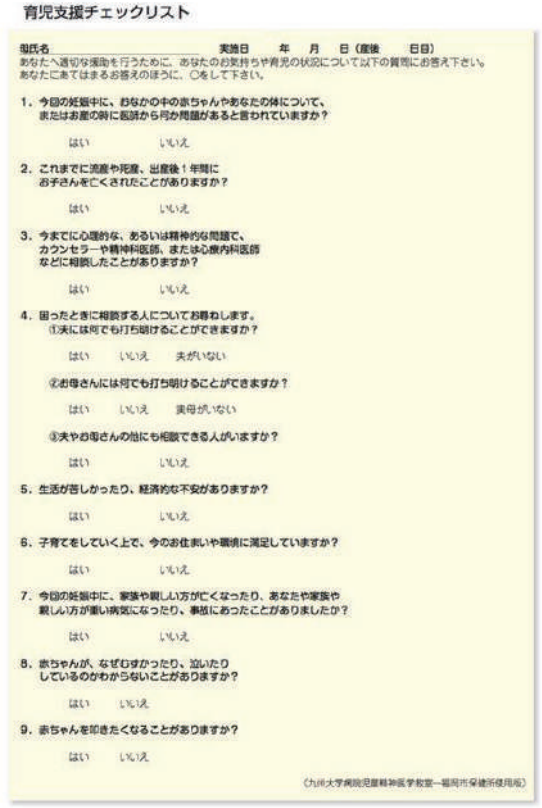
■：要対応 ■：要観察 ■：支援の必要性は低いが、かつ支援や支援の必要性は高まる可能性

■：要対応 ■：要観察 ■：支援の必要性は低いが、かつ支援や支援の必要性は高まる可能性

■：要対応 ■：要観察 ■：支援の必要性は低いが、かつ支援や支援の必要性は高まる可能性

※アセスメントに必要な情報が十分に把握できるかどうか判断

図５．初診時（妊娠初期）アセスメントシート（大阪府様式）（文献９より引用）



育児支援チェックリスト

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　実施日　年　月　日（産後　日目）

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下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1．今回の妊娠中に、おなかの中のあちゃんやあなたの体について、またはお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？
はい　いいえ

2．これまでに流産や死産、出産後1年間におチさんをに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、今のお仕事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

8．赤ちゃんが、なぜむずかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？
はい　いいえ

9．赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？
はい　いいえ

（九州大学病院児童精神医学教室―福岡市保健所使用版）

図６．育児支援チェックリスト（文献９より引用）

赤ちゃんへの気持ち質問票

母氏名＿＿＿＿＿＿　実施日　年　月　日（産後　日目）

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？
下におげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近い と感じられる表現に○をつけて下さい。

	ほとんどいつも強くそう感じる	たまにそう感じる	たまにしかそう感じない	全然そう感じない
1）赤ちゃんをいとおしいと感じる。	( )	( )	( )	( )
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）赤ちゃんに対して励りがこみあげる	( )	( )	( )	( )
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）赤ちゃんをとても身近に感じる。	( )	( )	( )	( )

（吉田ら（2003）による日本語版）

図７．赤ちゃんへの気持ち質問票（文献９より引用）

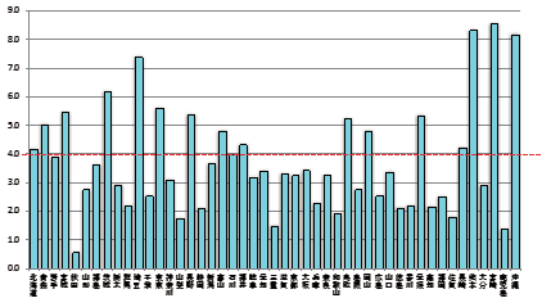


図8. 自治体ごとのメンタルヘルス要介入妊婦の割合

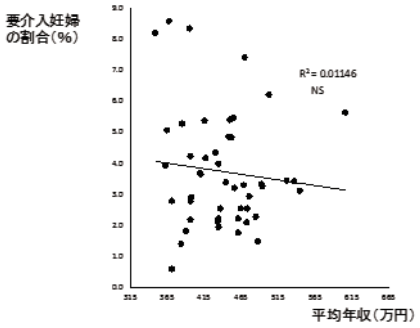


図9. 自治体ごとの平均年収とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

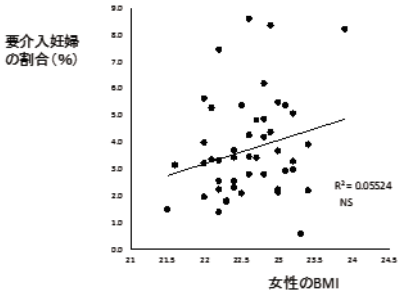


図10. 自治体ごとのBMIとメンタルヘルス要介入妊婦の割合

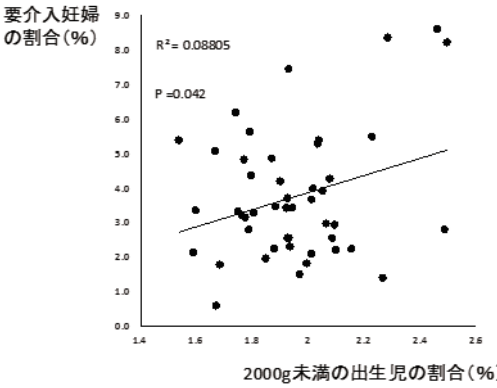


図11. 自治体ごとの低体重児とメンタルヘルス要介入妊

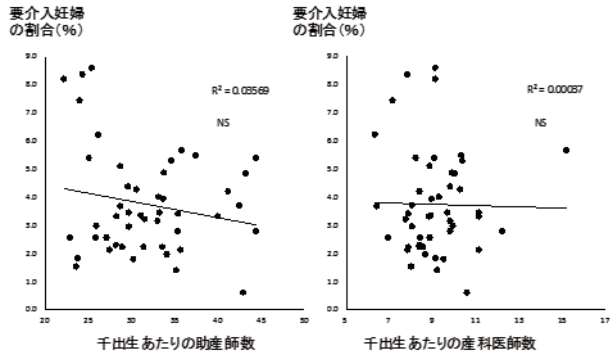


図12. 自治体ごとの医療従事者の分布とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

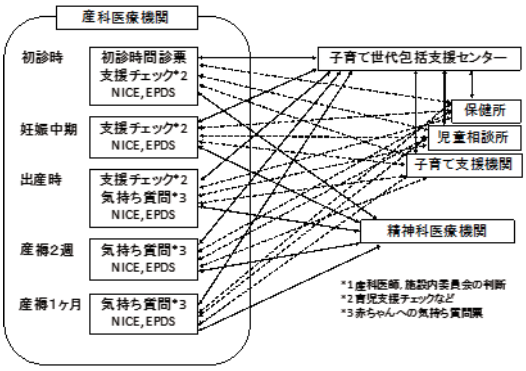


図13. 従来型の管理のフローチャート

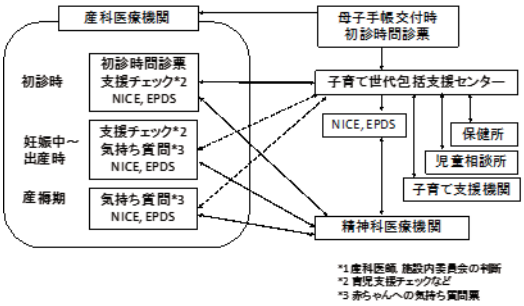


図14. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

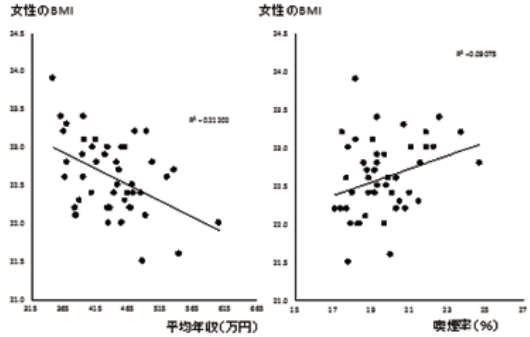


図15. 自治体ごとの女性のBMIと平均年収, 喫煙率

表1 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2 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)

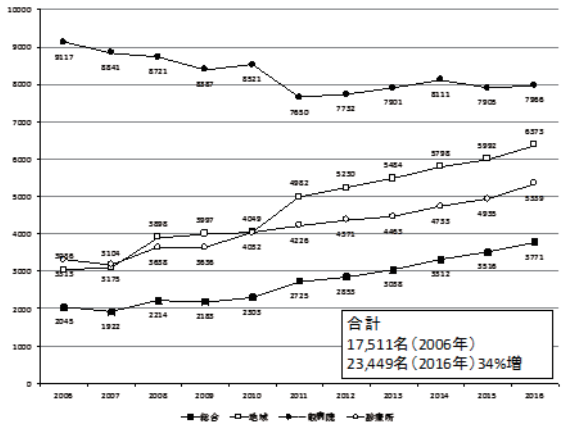


図16. 施設ごとの助産師数の推移

13. 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

メンタルヘルス不調の妊産婦に対する医療・保健・福祉が連携して対応する地域母子保健活動の研修プログラムについて研修会を開催し、その効果を研修前・研修 3 か月後で比較した。メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加した。こころの問題で「気になる」妊産褥婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから、研修会により、メンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆される。本研修では、メンタルヘルス不調への早期介入のため、メンタルヘルス不調をきたしやすいリスク因子について取り上げ、また、エジンバラ産後うつ病質問票や心理社会的リスク因子についてのスクリーニングについても取り上げた。メンタルヘルス不調に対してはスクリーニングを行わないと多忙な周産期の臨床現場や健診の場では見過ごすことも多く、スクリーニングの導入が望まれる。産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産褥婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまでかかわりの乏しかった周産期のメンタルケアを行うようになった参加者が多かったことが示唆される。産科スタッフ以外の参加者について、問２で研修前後の変化を保健師とそれ以外の医療スタッフに分けて検証したが、どちらも研修後に妊産褥婦の対応件数が増加していた。保健師についての妊産褥婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の自治体で妊産婦のメンタルケア対策を開始したところが多かったことが示唆される。また、産科以外の医療スタッフについての妊産褥婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の所属する医療機関で妊産婦のメンタルヘルスに対する対応を始めたことが示唆される。近年、妊産婦のメンタルケアへの対応を行う保健機関・医療機関が増えつつあるが、まだ、対応がおこわ慣れて

いないところも多い。そのような保健機関・医療機関に対し、周産期のメンタルヘルス対応のスタートアップとして、本研修のような周産期メンタルケアの研修パッケージの実施は有効であると考えられる。特定妊婦の対応件数の増加から、本研修が参加者の特定妊婦への対応についてのスキル向上に効果があったことが示唆される。本研修では、日本周産期メンタルヘルス学会の診療ガイドのクリニカルクエスチョン 6 でも掲載された、世田谷区で作成された「“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”への対応の指標」を紹介し、心理社会的ハイリスクの妊産婦に対してどのような時にどのような機関と連携してどのように対応するかについてフローチャートについて解説した。特定妊婦への対応は様々な職種が関わるが、それぞれの職種がどのように連携し対応すればよいかの共通認識を持つことで、連携がスムーズになると考えられる。今回の研修では、プログラム全体としての効果は示唆されたものの、プログラムの個々の内容についての有効性について検証できていない。今後、プログラムの内容を改良していくうえで、個々の内容の有効性についての検証が必要であると考えられる。

周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

14. 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―

近年、妊婦のメンタルヘルス異常は妊娠分娩産褥の合併症の重要なものとなっている 。一方、児童虐待は母体の精神疾患との関連性が指摘されている。本邦では、児童虐待の早期発見および適切な予防のため、厚生労働省の指導に基づき、要保護児童対策地域協議会が設置され支援している。また妊娠中からの早期発見に向けて特定妊婦が指定され、妊娠中に特定した場合に産科医療施設は要保護児童対策地域協議会に報告し情報提供する必要性がある。日本産婦人科医会が 2015 年に実施した 1010 施設、419558 名の産褥婦における調査によると、うち 1.81 パーセントが妊娠産褥期間に精神科受診を必要とすることが明らかとなった。また要保護児童対策地域協議会への情報提供し得た率は 0.07 パーセント（1500 名に 1 名の割合）であるとされている。産褥うつ病に代表される精神神経疾患は、妊娠中の様々なイベントである、望まない妊娠、家庭内不和、被虐体験などに関連するとされている。一方で、早産や緊急帝王切開分娩、常位胎盤早期剥離、胎児・新生児発育等の異常などの疾患によっても誘発されることがある。平成 28 年度の報告で明らかにしたが、単一施設の検討では、産後 1 年後の合併症妊娠のフォローアップ率は、精神神経疾患で極端に低く、ほぼ 0%であった。同様に産婦人科が主体となるはずの婦人科疾患合併妊娠におけるフォローアップ率も同様に 20%前後で少なく、このような疾患のフォローアップが望まれる。本研究では、これまでの先行研究をまとめ、産褥うつ病に代表される精神神経疾患の発生と、被虐体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らか

となった。被虐体験はchild abuseよりはmaltreatmentに近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。うつ病は全世界で3億5千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている。特に産褥うつ病は、産後1年以内（主に3か月以内）に発生する中等度から重度のうつ状態と定義されている。産後の婦人の8〜19%人が産後のうつ症状を示し、産褥うつ病に移行すると考えられている。産褥うつ病は児に睡眠・食事・行動の問題を引き起こすことも明らかとなっている。長期的な罹患の結果、児に発達の異常、母子愛着形成の不全を引き起こし、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる。このことから世代を超えて引き継がれるものと認識される。以上の文献を考察した結果、産褥うつ病等の精神疾患などでは、産後3か月から1年までのフォローアップ健診が実施されることが望ましいと推察される。一方で、Woolhouse H et alは、産後早期のうつと4年後のうつ傾向について比較した結果、産後早期にうつになる率よりも4年後にうつになる率の方が高いことを明らかにした。特にこの傾向は第1児出産褥婦で高い傾向にあり、産後早期で13%が、4年後には23%の婦人がうつ傾向を示すことを報告している。この研究成果より、特に第1児出産褥婦では、産後18か月間までの重点的なフォローアップの必要性が示唆された。初産婦と経産婦では、産後フォローアップ期間を変更することも考慮すべきと判断された。また産後の長期フォロー時に必要となるスケールとしては、エジンバラ産褥うつ病質問票が多くの研究で使用されており、簡便で実用性は高い。また、科学的な物質である唾液中アミラーゼや、血中コルチゾールなどもスクリーニングに用いられ、今後の検討が必要である。フォローアップを担当する人員としては、産科医、小児科医、助産師、保健師等の職種が想定されるが、人数を考慮すると助産師・保健師・看護師等による問診がより現実的な対応になるものと推定される。一方で専門的な対応は精神科医に委ねられるべきである。

以上より、今後の母子健康手帳には、産後3・6・9・12か月までの項目を増やし、エジンバラ問診票を添付することで見やすい形式とし、より良い産後健診の充実につなげることが望まれるのではないだろうか。

Ⅴ．公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」参加者アンケート集計報告

支援を必要とする妊産褥婦の把握について困難と考えられている点は「客観的な判断基準」と「マンパワー」であった。「支援を必要とする妊産褥婦（以下　対象者）」とはどのような人々なのかについて定義は未だなく、支援者（支援機関）毎に対象者の認識は異なる。認識が異なれば判断基準も異なり、支援者間の温度差が現れたり連携に困難が生じる可能性もある。客観的な基準がなければ対象者の把握は支援者の主観やスキルに依存する部分が多くなり、支援者の負担が大きくなるだけでなく、すべての妊産褥婦に手が回らず対象者の把握に漏れが

生じるかもしれない。対象者を客観的に（もしくは支援者の共通認識として）判断する方法としてアセスメント基準が求められている。一方スコア化して振り分けることの有用性には懐疑的な支援者も一定数いる。アセスメント基準を策定するには裏付けとなるデータが必要であり、データをもとに改定していかなければならない。根拠となるデータからスコア化の有用性が示されれば、対象者の把握も簡便かつ幅広く行うことができるかもしれない。マンパワー不足に対して「支援を正式に業務と位置づけること」「支援に対する報酬を設定し予算化すること」「専門知識を持つ者を増やすために研修を実施すること(精神科関連において特に要望が多い)」などの意見があった。対象者を把握するために医療機関の役割は重要視されている。妊婦健診実施施設では助産師や看護師が中心となって心理社会面やメンタル面の状況を把握するための問診や相談が有用と考えられ、実際に行っている施設も多い。一方マンパワーやスキルの問題で全妊婦に手が回らないという意見もあった。メンタル面においては EPDS や育児支援チェックリストといった既存のチェックリストが幅広く利用されていた。分娩取扱施設での対象者フォローアップについては「1ヶ月検診まで」「最初の乳幼児健診まで」の意見が多く、地域の母子保健担当との連携を念頭においた意見と思われる。より長期間の関わりを求める意見もあり、多業種で関わることは重要であるけれども、分娩後に産科施設が長期に関わるのは現実的に難しいという意見もあった。医療機関が対象者を把握したとしても、その情報が他機関と情報共有されなければならない。個人情報保護の観点や関心の薄さから対象者の情報を保健機関に提供しない医療機関もあれば、情報提供したあとの保健機関の対応に不満を持つ医療機関もあり、他機関同士の連携に苦慮している支援者は多い。個人情報提供については児童福祉法改正の周知を求める声もあり、広報活動が必要と思われる。この度のアンケートでも保健センターに比し医療機関でこの改正が知られていないことが示された（保健センター81.2%(108/133)、医療機関56.0%(94/168)）。妊産婦の精神科受診・投薬についての現状や妊産婦死亡における自殺の扱いについては、日常的に妊産褥婦と関わっている支援者においてもあまり周知されていないことがわかった。精神科医療機関の確保困難については医療機関・保健センターとも現状を知る者の割合に差がみられないが、投薬の考え方や自殺統計については医療機関に比し保健センターで知られていないことが示された。妊産褥婦のメンタルヘルスは近年注目されており、各種ガイドラインでメンタル不調者の把握が推奨され、産後健診事業(EPDS の積極的活用)が開始され、支援者が関わるメンタル不調の対象者は今まで以上に増加すると思われる。精神科という専門性に支

援者が困難を感じているのであろうか、専門知識を持つための研修・アセスメント方法の充実・相談窓口の開設・精神科を受診しやすいシステムなどを求める意見があった。
社会的ハイリスク・妊産婦のメンタルケアを通しての意見として以下のようなものがあった。
医療-保健機関の連携は重要であるが、それだけでは把握仕切れないケースも多い。多面的に把握し関わるために、周辺住民や民生委員・学校・保育所・民間団体など地域全体で見守ることが期待される。そのためには　①本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導　②ネット・マスコミ・実店舗などでの広報　③相談窓口や継続的地域支援システムの整備　など　が求められる。

E. 結論

Ⅰ. 娠届、妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠(SHP)を把握することと子育て困難に至ることの関連性

1. 支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

本年度は、具体的な社会的ハイリスクの定義を明確化することは困難であった。本研究については引き続き 1 年程度の検討を重ねる予定である。

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

3-4 か月健診時点では、従来の方法による社会的ハイリスク者に、出生届未提出・要保護児童対策協議会対象者が多く存在した。乳幼児健診未受診に関しては現段階では要保護児童対策協議会対象者との関連は不明であるが、乳児後期・1 歳 6 か月健診の受診状況と併せて検討していきたい。

3. 妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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

4. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討した。モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも 15% 程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。妊娠届出書のリスク評価スコア、1 か月健診時の EPDS 等のリスクスケール、および 3〜4 か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況

を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

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

妊娠届で困ったことがあった、初産、里帰り出産予定、既往歴あり、そして望まない妊娠であった場合、生後１歳半または 3 歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

Ⅱ．妊娠中からの母児支援に関する保健指導のありかた

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

近畿 2 府 4 県の市区町村母子保健担当保健師に質問紙調査を行い 415 名から回答があった。支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」などであった。パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「無職」などであった。家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済な不安定さがある」などが多かった。また、妊婦に対する保健指導としては、妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。妊娠中からの支援について困難も多いが、妊婦と援助関係をつくり、出産後も継続した関係ができるよう支援していることが明らかとなった。これらの内容を妊娠中からの効果的な保健指導に反映していくことが必要である。

7. 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

市区町村における要支援妊婦、特定妊婦の現状が明らかになった。母子保健担当者の充足度は、出生率が上昇するほど低下しており、妊娠中からの対応が不十分である可能性があった。妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防を実現するためには、市区町村における母子保健担当の増員に加え、一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

8. 地域における産 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

産後 2 週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は 2 名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがおり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

Ⅲ．社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠(MHP)を検討

9. 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

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」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.

10．社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的リスクを少なくとも 1 つ有する妊婦は、当センターでは 335 人(21.7%)であった。社会的なリスクを有することにより上昇する医学的なリスクは高血圧合併と子宮収縮抑制剤使用のみであり、悪阻、切迫早産、切迫流産、胎児死亡、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎児発育不全、早産等主な産科合併症との関連は認めなかった。一方、帝王切開に関しては、むしろ社会的リスクがある方が有意に少ない傾向にあったが、多変量解析によって有意差は認めなかった。帝王切開の施行理由には、社会的なリスクというよりは医学的なリスクが強く関係することが考えられた。今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

11．妊産婦医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

社会的ハイリスクに多い子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、周産期センターでの妊娠管理が勧められ、生児が得られない場合、次回妊娠では腹式頸管縫縮術が、生児を得るための、オプションになりうる。

Ⅳ．妊産褥婦メンタルヘルスに関する研究

12．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のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、2 次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。各自治体の子育て世代包括支援センターで、ワンストップ機能を確立し、臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで、これらの問題は解決に近づくことが期待される。

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

本研究で実施した母子保健メンタルケア指導者研修を実施し、その効果を検証した。その結果、参加者の周産期メンタルヘルスケアに対する意識向上、周産期メンタルヘルス対応のスタートアップ、特定妊婦への対応スキルの向上に効果があることが示唆された。このような研修会は、周産期メンタルヘルスケアの均てん化に有効であると考えられる。

14．医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―

文献的なレビューより、産褥うつ病に代

表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後 1 か月健診だけでなく産後 1 年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望まれる。

V．公開シンポジウム

15. 「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」

参加者アンケート集計報告

アンケート集計全体を通して、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後この分野において求められる課題と考える。

①客観的な判断基準・支援を必要とする妊産褥婦の定義
②本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導
③ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
④相談窓口や継続的地域支援システムの整備
⑤児童福祉法改正の周知（医療機関−地域行政間の情報伝達円滑化のため）
⑥医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設（学校・民生委員 etc.）との連携
⑦マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化する。

総括

平成 29 年度当研究班の成果をまとめてみると以下のようになる。

・社会的ハイリスク妊娠の定義作成に資する整理が進んだ。
・社会的ハイリスク妊娠が育児困難発生を推測可能であった。
・児童相談所入所児童発生には妊娠中要因も関与していることが実証された。
・妊娠届時のアセスメントに加えて妊婦健診中のアセスメントも必要であることが示された。
・母子保健支援事業において保健師のスキルアップの要点がまとめられた。
・全国の市区町村の社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦)に関する母子保健事業は未だ統一的な事業展開にはなっていないことが認識された。
・本邦では、医学的ハイリスク妊娠と社会的ハイリスク妊娠の関連性の報告はほとんど見られないが、一定の関連性を報告できた。
・メンタルヘルス不調妊婦への支援の保健指導体制確立への課題が指摘できた。
・社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、子育て困難に関与する母体要因のうち最大のものはメンタルヘルスであることを実証的に示すことができた。
・社会的ハイリスク妊娠に関しての関係者の関心は高くなっており、全国的な管理･支援体制の整備が望まれていることが確認された。

このような成果は内容的には新知見というよりも従来推測されてきたことが実証的に示されたと考えた方がよい。ただ、これによって今までされてきたこと、今後されようとしていることの裏付けがあるということになる。児童福祉法改正、子育て世代包括支援センター設置、産婦健康診査開始、診療報酬上の妊産婦配慮、妊産婦自殺対策等の方向性を指示する結果と考えられる。ただ、いずれも関係各位への認識状況、予算措置、人員配置運用体制の整備等は始まったばかりである。

今後の展望

これまでの報告において社会的ハイリスク妊娠は児童虐待・妊産婦の自殺における大きな関連要因であることが、実証的に示された。中でも母体メンタルヘルスの関与は大であることが強調された。社会的ハイリスク妊娠把握のためには、アセスメントをすることが必須である。妊娠糖尿病ならば血糖、妊娠高血圧症候群ならば血圧という客観的検査値が存在する。しかし、社会的ハイリスク妊娠アセスメントは面談が主体となる。これは、面談を行う医療職、保健師等の技量に左右される。さらには妊婦さんとの信頼関係によってもアセスメント結果は変わってくる。すなわち、効率的アセスメントを実行するためには有効性の高いアセスメントシート作成が必須となってくる。アセスメントシート作成のためには当研究班よりも大規模な研究が必須となる。そのためにも医療・保健・福祉関係者の共通言語、定義等の作成も必要になる。当研究班の成果は方向性は指示するものの限定的な医療機関、地域のみのものであり本邦全体を表した結果といて確定させるためにはさらなる精度と規模が望まれる。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談（#8000）に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生 58(1): 185-191, 2017.

2)中井章人、光田信明、木下勝之「メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究」日本周産期・新生児医学会雑誌、53(1): 43-49, 2017.

2. 学会発表

1)第 69 回日本産科婦人科学会：周産期の立場から　広島　2017 年 4 月 13-16 日

2)第 53 回周産期新生児学会：育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するためのスクリーニング項目の検討　横浜　2017 年 7 月 16-18 日

3) 第 53 回周産期新生児学会 : 妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について　横浜　2017 年 7 月 16-18 日

4) 第 53 回周産期新生児学会 : 育児支援が必要と思われる妊産婦を把握す

るためのスクリーニング項目の検討
横浜　2017 年 7 月 16-18 日
5)第 58 回日本母性衛生学会総会・学術集会 : 大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告(第 1 報)
神戸　2017 年 10 月 6-7 日
6)第 14 回周産期メンタル-ヘルス学会 : 大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告　大分　2017 年 10 月 28-29 日
7)第 14 回周産期メンタル-ヘルス学会 : 大阪府における妊産婦の支援事業　大分　2017 年 10 月 28-29 日
8)日本子ども虐待防止学会 第２３回学術集会 ちば大会：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子 千葉　2017 年 12 月 2-3 日
9)日本子ども虐待防止学会 第23回学術集会 ちば大会：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出　千葉　2017 年 12 月 2-3 日
10)日本子ども虐待防止学会 第２３回学術集会 ちば大会：若年妊婦の次の妊娠を防ぐために ― 児童虐待予防の観点から ―　千葉　2017 年 12 月 2-3 日

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が実証的に示せた。
・妊娠中の要因から養育困難を見出す可能が高まった。
・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。

参考文献

平成 29 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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科　主任部長　光田信明

支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

分担研究者　倉澤健太郎　横浜市立大学大学院 医学研究科生殖成育病態医学 講師

研究要旨
少子化や核家族化の進行などにより妊産婦や乳幼児を取りまく環境が変化している。「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がない。本研究事業の平成 27・28 年度総括・分担研究報告書を用いて、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について検討した。ある研究では社会的ハイリスク妊娠として若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などを定義としていた。また、産婦人科医療機関にける認識したものをハイリスク妊産婦と定義し、16 歳未満の妊婦あるいは住所不定・居住地がない場合は単独で要保護児童対策地域協議会調整機関に報告するなど、チェックされた該当項目によりかかわり方に濃淡をつけるものもあった。大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象とした研究もあり、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済的な問題について行っていた。さらには 19 歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因とするもの、３－４か月の乳幼児健診の際に、過去１か月における「揺さぶり」「口塞ぎ」が 1 回でもあった場合を虐待とし、若年齢、既婚以外、所産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えるものもあった。本年度は、具体的な社会的社会的ハイリスクの定義を明確化するまでには至らなかった。3 年の研究結果を踏まえて、本研究については引き続き 1 年程度の検討を重ねる予定である。

A. 研究目的

これまで、周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

B. 研究方法

厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服など次世代育成基盤研究事業「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」平成 27・28 年度総括・分担研究報告書より各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

C. 研究結果

平成 27 年度総括・分担研究報告書において各分担研究報告を検討したところ、「社会的ハイリスク妊娠の推定値」では若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などをハイリスクの定義としていた。そして、調査の結果、社会的ハイリスク妊娠の頻度は 8.7%であり特定妊婦が 1.0～1.2%であることが明らかになった。

「社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査」では、産婦人科医療機関にける認識したものをハイリスク妊産婦と定義しているが、調査対象妊産婦から、リスクアセスメントシートを活用している。このアセスメントシートは生活歴（A）、妊娠に関する要因（B）、心身の健康など要因（C）、社会的・経済的要因（D）、家庭的・環境的要因（E）、その他（F）に加えて支援者などの状況も聞き取っている。そして、16 歳未満の妊婦あるいは住所不定・居住地がない場合は単独で要保護児童対策地域協議会調整機関に報告するなど、チェックされた該当項目により対応にグラデーションがあり、工夫されている。

「妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定」に関する研究では、児童虐待防止の観点から、大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象として

いる。検討項目としては、母子手帳、子ども家庭センターの虐待に関する資料を用いて、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済的な問題について行っている。

「若年妊娠における社会的ハイリスク要因の検討」では、19 歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因として詳細に検討している。

「機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究」では、妊婦健診において支援につなげるべき妊産婦のメンタル面や生活面での状況変化をとらえやすくするため、標準的な問診票の開発に取り組んでいる。妊娠前期、中期、後期の 3 段階に分けで変化を観察することができるよう問診項目を盛り込んでおり、カテゴリーとして①基本情報（学歴など）、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊娠の状況、⑤産後の生活の準備、⑥妊娠の受け止め、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居、に分類している。

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

D. 考察

周産期領域におけるハイリスク妊産婦に対してローリスクと呼ばれる集団があるが、厳密にいえば分娩後大量出血に陥ることもあるので、妊産婦はいつでもハイリスクになりえる。リスク評価としては、従来医学的ハイリスク、社会的ハイリスクに分類されることが多かったが、社会的ハイリスクとは、経済的理由などの社会的問題を抱えている妊産婦だけでなく精神疾患合併妊娠など医学的な要因も内包していることがある。また、社会的経済的な問題を抱えている妊産婦が、感染症を呈している頻度が高い、切迫早産に陥りやすいなど、医学的な介入を要することも少なくない。

児童福祉法第 6 条では「特定妊婦」として出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されているが、現場では特定妊婦と特定妊婦未満の線引きに苦慮している。大阪では支援を要する妊婦を「ハイリスク妊婦」、「要フォロー妊婦」「特定妊婦」と傾斜をつけて妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関の連携を強化している。具体的には、ハイリスク妊婦は、保健センターにおいて、医療機関などからの情報提供、妊娠届出票やアンケートなどをもとにし、アセスメントシート（妊娠期）のリスク項目を抽出し、アセスメントの結果、フォローの必要があると判断された妊婦としている。要フォロー妊婦は、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、保健センターなどによるフォロー

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

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

「社会的ハイリスク」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点（精神状態，性格， 依存性，身体合併症，虐待，被虐待，妊娠状況，受診
状況妊娠出産の受け止め）、養育状況の問題点（児へ の感情，育児ケアの問題家事，児を守る人的資源）、 家庭環境の問題点（夫婦関係，経済状況，居住状況， 相談相手はいるか）、子供の問題点（多胎，分離の必要性，健康状態）、その他（援助協力を発信，受容できるか）などの問題点を含んでいるものを指す。

社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが，分娩後の支援・介入がさらに重要である。本人のみならず，出生する児が社会的に 身体的に危険にさらされることは，なんとしても避けなければならない。医療者から見た「社会的ハイリスク妊産婦」対応は、虐待になる前の子どもを助けるために、子育てに問題を抱えそうな妊産婦をどのように拾い上げるのかということである。

したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3 年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

E. 結論

本年度は、具体的な社会的ハイリスクの定義を明確化することは困難であった。本研究については引き続き 1

年程度の検討を重ねる予定である。

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
特になし
2. 学会発表
1) 倉澤健太郎：ハイリスク妊産婦に対する行政の事業展開について. 第 53 回日本周産期・新生児医学会学術集会（シンポジウム），横浜，2017,7.
2) 倉澤健太郎；社会的ハイリスク妊娠とは？「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」公開シンポジウム, 東京, 2017,11. 市民公開講座
3) 倉澤健太郎；周産期メンタルヘルスに光が当てられた背景. 第 95 回周産期救急連絡会，横浜，2017,11.
4) 倉澤健太郎；社会的ハイリスク妊娠とは. 周産期の母子保健における支援，東京，2018,2.
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

平成 29 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 大阪母子医療センター
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

分担研究者　佐藤拓代　大阪母子医療センター
母子保健情報センター　母子保健調査室長
川口晴菜　大阪母子医療センター産科　診療主任
和田聡子　大阪母子医療センター看護部　看護師長
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
中野玲羅　大阪府泉佐野保健所　技師
研究協力者　岡本　陽子　大阪母子医療センター産科　副部長

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」と認識された妊産褥婦を抽出し、抽出された「社会的ハイリスク妊婦」に関して居住地の保健センターに「乳幼児健診時の児の情報」を依頼する。また大阪母子医療センターにおいて同一症例登録期間に分娩となった全妊婦（ハイリスク妊婦を除く）を正常コントロールとし、同様に児の情報提供を依頼する。提供された児の情報と妊娠分娩期の母の情報をリンクして、どのリスク項目や医学的情報が虐待行動や育児行動の違いと関連があるかについての解析を行い、「社会的ハイリスク妊婦」の抽出についての有用性を検討する。

【結果】昨年度にひきつづき、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実施している。

【結語】2017 年末日をもって症例エントリーを終了した。今後はこれらの症例の分娩後に乳幼児健診時の情報の収集を継続し、リスク要因との関連を検討していく。昨年度と同様、同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で情報提供が得られない地方自治体があり、行政との連携は時として困難である。

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：大阪府下の協力産科医療機関で妊娠分娩管理を行う全妊産褥婦。2016 年 1 月以降各施設内の倫理委員会承認後より 2017 年 12 月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1 歳半乳幼児健診を迎えるまでを研究機関とした。

第②段階：第①段階で妊娠分娩管理期間中に「社会的ハイリスクを有する」と認識され、住所地の保健センター・児童相談所などの行政関係者に情報提供を行う者、および第①段階と同一期間に大阪母子医療センターで妊娠分娩管理を行った全妊婦（ハイリスクを除く）をコントロールとした。

除外基準は特に設けない。情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とする。

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

C. 研究結果（表 3）

協力産科医療機関は 3 施設。随時、地域保健センターに 3-4 か月健診時の情報提供を依頼している。

2018 年 1 月時点で保健センターから情報提供があったのは 407 例（ハイリスク群は 120 例、その他 287 例）であり、得られた 3-4 か月健診時の情報は表 3 参照。

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

D. 考察

乳幼児健診未受診者の多くは「市外に転居したため当該市町村での健診がない」「児が医療機関に入院・受診中のため当該市町村での健診がない」であり、abuse に関連するもので

はなかった。

また「ハイリスクと考えていなかったが要対協ケース」については胎児疾患症例やスタッフが見落としていたケースと考えられ、妊娠中からの対応について検討が必要である。

E. 結論

3-4 か月健診時点では、従来の方法による社会的ハイリスク者に、出生届未提出・要保護児童対策協議会対象者が多く存在した。乳幼児健診未受診に関しては現段階では要保護児童対策協議会対象者との関連は不明であるが、乳児後期・1 歳 6 か月健診の受診状況と併せて検討していきたい。

F. 健康危険情報　とくになし

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

症例数の確保に時間を要し、さらに乳幼児の情報は分娩後の調査となるため、最終的な検討にはしばらくの時間を要する。

本人の同意を得ているにも関わらず「個人情報保護」の名目で情報提供が得られない地方自治体がある状況は昨年度と変わらず、本調査において大きな制限となっている。

3 施設から症例を集積しているが、各施設での「社会的ハイリスク者」の認識は均一ではないことは問題点である。

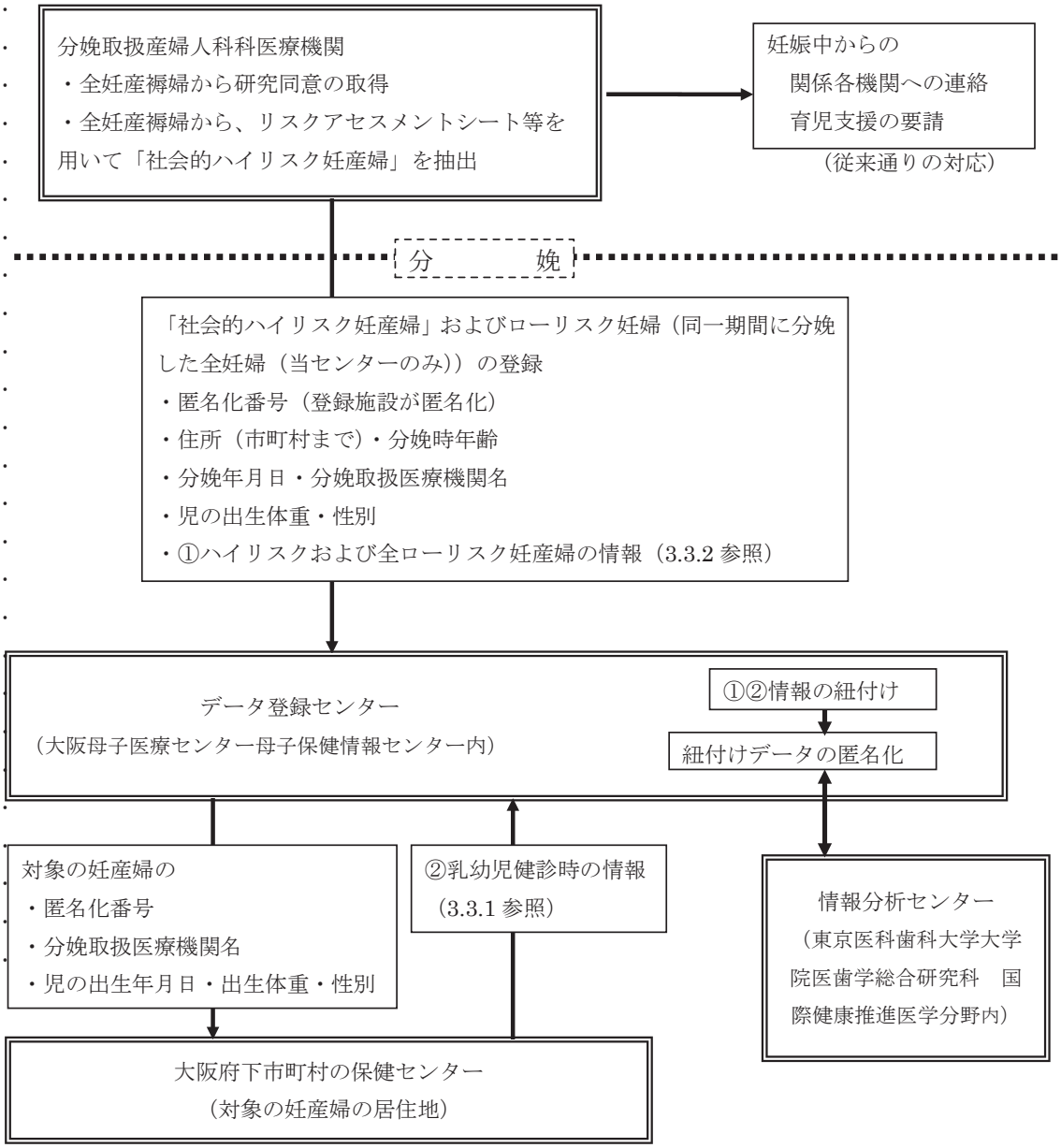
J. 今後の展開

今後はエントリーされた症例の分娩後に乳幼児健診時の情報の収集を実施し、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

1) 妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制について（大阪府保健医療室健康づくり課母子グループ）
2) 医療機関（医科・歯科）における子ども虐待予防・早期発見・初期対応の視点～妊娠期から乳幼児期の連携を中心に～（大阪府保健医療室健康づくり課母子グループ）
3) 子ども虐待対応の手引き～平成 25 年 8 月厚生労働省の改正通知（日本子ども家庭総合研究所）

（表１）


分娩取扱産婦人科科医療機関
・全妊産褥婦から研究同意の取得
・全妊産褥婦から、リスクアセスメントシート等を用いて「社会的ハイリスク妊産婦」を抽出
妊娠中からの
関係各機関への連絡
育児支援の要請
（従来通りの対応）
分　　娩
「社会的ハイリスク妊産婦」およびローリスク妊婦（同一期間に分娩した全妊婦（当センターのみ））の登録
・匿名化番号（登録施設が匿名化）
・住所（市町村まで）・分娩時年齢
・分娩年月日・分娩取扱医療機関名
・児の出生体重・性別
・①ハイリスクおよび全ローリスク妊産婦の情報（3.3.2 参照）
データ登録センター
（大阪母子医療センター母子保健情報センター内）
①②情報の紐付け
紐付けデータの匿名化
対象の妊産婦の
・匿名化番号
・分娩取扱医療機関名
・児の出生年月日・出生体重・性別
②乳幼児健診時の情報
（3.3.1 参照）
情報分析センター
（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内）
大阪府下市町村の保健センター
（対象の妊産婦の居住地）

(表 2)

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

(表 3)

	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
母子センター全数　　(331)	3	1	17	20	9	17
うち 母子センターハイリスク症例 (44)	3	0	7	16	4	4
A病院ハイリスク症例　　(76)	0	0	4	6	7	7

平成 29 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

妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

研究協力者　大阪母子医療センター産科　診療主任　川口晴菜

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使用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与しているかに関する研究は少ない。すでに妊娠期に、医療機関、行政機関において社会的なリスクの把握が行われているが、「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」を的確に抽出する手法を開発することが必要である。
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。
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、児童養護施設や乳児院に入所にとなった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。
◆対照群：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、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、虐待が 70 件、養育困難が 27 件であった。対象群は、345 例であった。多重ロジスティック回帰分析によって、若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診が遅い(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。
今後の展望として、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』(第 13 次報告)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 58%を占め、うち 43%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、2009 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)。2016 年度の調査によると、大阪府内の全分娩数 71000 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使用等、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。すでに妊娠期に、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。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、大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した。この研究は、後方視的な症例対照研究である。研究対象は以下の 2 群とする。

◆入所群：平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月の 3 年間に大阪府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、児童養護施設や乳児院に入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：大阪府和泉市にて 3 歳半健診の際に、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。

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

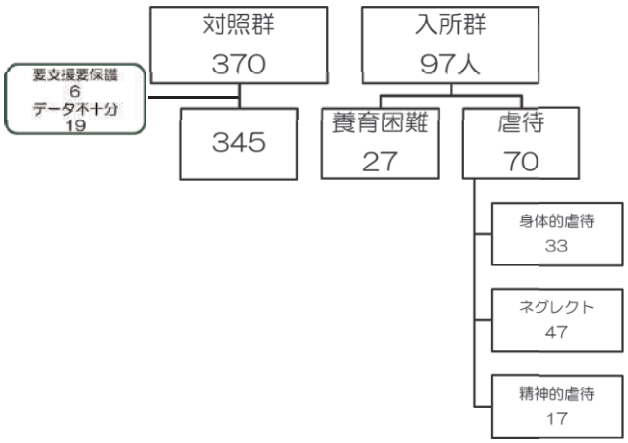
の産後の情報収集を行った。情報入力は、協力の得られた大阪府下の子供家庭センター2 か所それぞれに勤務する保健師に、調査用紙への入力を委託し、個人情報の保護に努めた。対照群については、大阪府和泉市の 3 歳半健診の案内の中に、郵送で本研究への協力の依頼および調査用紙(別添2)を同封し、同意を得たもののみについて3歳半健診の際に、和泉市保健センター職員が調査用紙回収する方法で取得した。また、対照群の中には、和泉市の要保護児童対策地域協議会で要保護もしくは要支援症例として取り扱っている症例も含まれるため、その対象については、和泉市保健センター職員が選別して、今回の検討からは除外した。

両群の比較には、名義変数は X2 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、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。統計処理に関しては、本研究の分担研究者である、東京医科歯科大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。

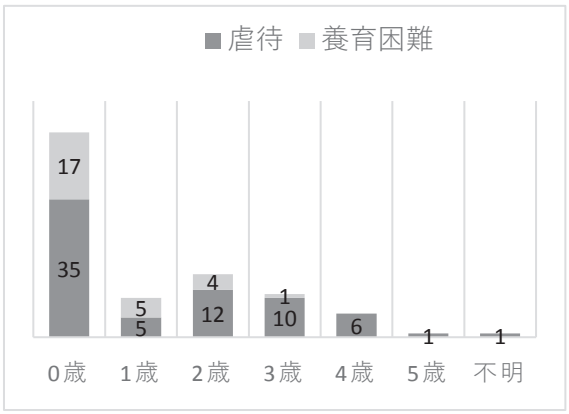
C. 研究結果

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。(図 1)入所年齢毎の入所理由を図 2 に示す。0 歳が最も多く、かつ年齢が低いほど養育困難での入所の割合が多かった。

(図 1)　対象



(図 2)



続いて表 1 に、施設入所群と対照群の単変量解析の結果を示す。施設入所群と対照群で有意差を認めた項目は、母の年齢が若いこと、父の年齢が若いこと、年の差婚、多産、経済的問題、母の精神疾患合併、未入籍、初診週数が遅い、受診回数が少ない、妊娠中に高血圧を認めること、妊娠中の尿蛋白

陽性を認めること、早産、帝王切開、多胎、児の先天疾患の合併、が挙げられた。

表１:施設入所群と対照群の比較(単変量解析)

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

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

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

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

表 2　施設入所と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	89.6	11.5-699.4	<0.001
	≧20,＜25	12.9	3.4-48.4	<0.001
	≧25	reference		
年齢差(父一母)	<10	reference		
	≧10	9.7	1.8-53.3	0.009
	データ欠損	1.5	0.1-15.3	0.7
未入籍		21	4.6－96	＜0.001
子どもの数	1	0.3	0.06-1.2	0.09
	2	reference		
	3	2.0	0.6-6.6	0.3
	≧4	10.7	1.9-59.7	0.007
経済的な問題		2.1	0.54-8.2	0.3
母の精神疾患		35.6	9.7-129.7	<0.001
初診週数 受診回数	初診≧20wks	13	1.6-104.7	0.02
	初診<20wksかつ 受診<10	7.8	1.5-40.4	0.01
	初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧		7.9	1.2-50.7	0.03
早産		3.1	0.4-23.6	0.3
低出生体重児		2.4	0.6-10.6	0.2
先天性疾患		6.2	1.2-32.9	0.03

aOR:adjusted Odds Ratio,CI: Confidence interval

関連が明らかに強い因子として、②高血圧と尿蛋白陽性、③早産と帝王切開が挙げられたため、高血圧、早産をそれぞれ因子として使用した。また、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。

若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(4人以上)(aOR11,(95%CI2-60))、年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診週数が遅いこと(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、児の先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。

続いて、入所理由が、虐待によるものか養育困難によるものかによって周産期因子に差があるのか検討した。入所理由が、虐待であった場合には、『若年妊娠』、『年の差婚』、『未入籍』、

『多産』『母の精神疾患』、『初診が遅い』『希少受診』が施設入所に関連する周産期因子であった。(表 3)一方、入所理由が養育困難であった場合には、『年の差婚』、『母の精神疾患』、『妊娠中の高血圧』、『児の先天疾患』が施設入所に関連する因子であり、虐待による入所と養育困難による入所では、周産期因子に違いがあることが判明した。

表 3 : 虐待群と対照群の比較(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	307	19-4983	<0.001
	≧20, < 25	30	6-154	<0.001
	≧25	Reference		
年齢差(父ー母)	<10	Reference		
	≧10	16	2-114	0.005
	データ欠損	0.06	0.004-1.1	0.06
未入籍		30	5－181	<0.001
子どもの数	1	0.2	0.03-1.1	0.06
	2	reference		
	3	1	0.2-6	0.8
	≧4	12	1-139	0.049
経済的な問題		3	0.7-15	0.1
母の精神疾患		53	10-272	<0.001
初診週数 受診回数	初診≧20wks	47	4-592	0.003
	初診<20wksかつ 受診<10	20	2-145	0.005
	初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧		4	0.3－43	0.3
早産		2	0.2-20	0.6
低出生体重児		4	0.7-19	0.1
先天性疾患		4	0.3-38	0.3

aOR:adjusted Odds Ratio,CI; Confidence interval

表 4 ：養育困難と対照群の比較(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	10	0.3-310	0.2
	≧20, < 25	7	0.5-64	0.2
	≧25	reference		
年齢差(父ー母)	<10	reference		
	≧10	20	1-358	0.04
	データ欠損	32	1-722	0.03
未入籍		9	0.7－112	0.09
子どもの数	1	0.7	0.06-8	0.8
	2	reference		
	3	3	0.4-21	0.3
	≧4	12	0.9-154	0.06
経済的な問題		0.6	0.03-13	0.8
母の精神疾患		41	5 -323	<0.001
初診週数 受診回数	初診≧20wks	4	0.06-278	0.5
	初診<20wksかつ 受診<10	7	0.4-129	0.2
	初診<20wksかつ受診≧10	Reference		
妊娠中の高血圧		25	2-391	0.02
早産		10	0.3-317	0.2
低出生体重児		0.7	0.03-14	0.8
先天性疾患		28	3-274	0.004

aOR:adjusted Odds Ratio,CI; Confidence interval

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、やはり虐待と深い関連があることが示された。本研究で検討した因子は、背景因子、妊娠による因子、児の問題の 3 つに大別される。背景因子として、若年もしくは年の差婚、未入籍、経済的な問題、母の精神疾患等があり、妊娠に関連する因子については、高血圧、尿蛋白、早産、児の問題として、低出生体重児、早産児、多胎、先天疾患等が挙げられる。そもそもの背景に加え、妊娠中の問題および出産後児の育てにくさにつながるような児の先天疾患等が合わさると、将来的に虐待や養育困難となる例を多く認めることが判明した。入所理由が虐待によるものか養育困難によるものかにおいて、関連する周産期因子には違いを認めた。虐待では、若年、未入籍、多産、母の精神疾患という背景に加え、妊婦健診が不十分な場合に、将来的な虐待のリスクになることが判明した。一方、養育困難では、母の精神的もしくは身体的疾患に加え、児の疾患等によって養育自体が困難となり施設入所となる背景が伺えた。

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

公開シンポジウム 2017　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

1. 論文発表

投稿準備中

2. 学会発表

1)妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出　日本子ども虐待防止学会 2017　川口晴菜、金川武司、岡本陽子、和田聡子、光田信明

2)

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

この研究の問題点は、対照群においては、任意の質問紙調査であり、self-selection bias があることである。また、施設入所群では、母子健康手帳の複写のあるものに限定しているため、複写のないものは、一時保護の時点で母子健康手帳を受理していない、紛失、未提出であり、よりリスクが高い可能性があることである。また、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 0~5 歳とばらつきがあることである。多重ロジスティック回帰分析の際に、年齢によって補正している。さらに、母子健康手帳に記載されている情報のみの検討であるため、その他の因子については検討されていないことである。しかしこの点は利点でもある。つまり、母子健康手帳は誰もが持っている既存のツールであり、今回判明した虐待に関連する周産期因子は、すぐに利用可能である。また、別の利点として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、今までに国内からの報告がないことである。

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える。

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 13 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

平成 29 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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科　主任部長　光田信明

機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

分担研究者　あいち小児保健医療総合センター　保健センター長　山崎　嘉久
研究協力者　　同　　保健センター保健室補佐　山本由美子
　　同　　保健センター保健室技師　山下　智子
愛知県衣浦東部保健所　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　病棟主任　新家　早苗
厚生連渥美病院　３階西病棟課長　山元　歩
渡辺マタニティクリニック　看護師長　本村　直子
西尾市健康課　主査　天野　房子
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　神谷　摂子

【目的】医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討する。
【方法】平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3～4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。分析項目は、妊娠届出書によるリスク評価スコア、妊婦健診（前期・中期・後期）時の、モデル問診票への回答と担当者の判定、1 か月健診時の EPDS と Bonding Scale によるリスク判定、支援の受け入れ状況、3 ～ 4 か月児健診での子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）を用いた。
【結果】モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも 15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化

に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。

妊娠届出書のリスク評価スコア、1 か月健診時の EPDS 等のリスクスケール、および 3〜4 か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

愛知県では、すべての市町村において統一した妊娠届出書の問診項目を用いて、保健機関等の行政機関がハイリスク妊婦を把握・支援につなげる取り組みが始まっている。しかし、行政機関からの妊婦への支援には様々な課題があり、中には、妊娠中は医療機関に任せ、生まれてから支援するという方針もある。また、妊娠期からの支援を評価する方法も確立されていない。

本研究では、初年次に妊婦健診で助産師等が用いるモデル問診票とその活用マニュアルを開発し、2 年次より研究協力者の医療機関と保健機関において、支援対象者を把握し、その後の支援に対する評価に関する前向き調査を実施した。本報告では、前向き調査から得られた結果について示す。

A. 研究目的

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討すること。

B. 研究方法

平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3〜4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。

分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群（0〜1 点）、2:ハイリスク群（2〜5 点）、3:スーパーハイリスク

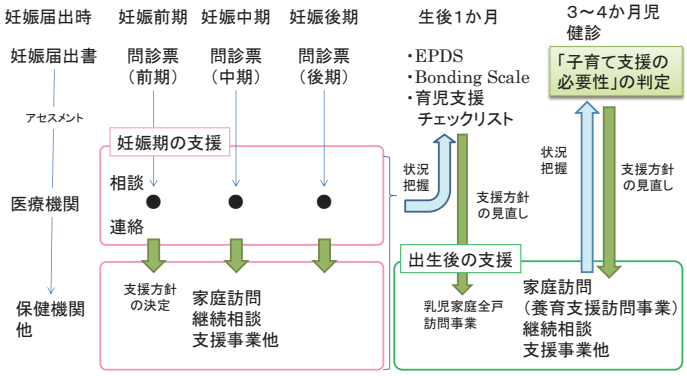


図 1. 前向き調査の実施時期と把握項目

表 1. 妊婦健診における問診担当者の判定状況

	妊婦健診での問診担当者の判定								
	前期(n=192)			中期(n=192)			後期(n=176)		
妊娠届出スコア	順調	相談継続	他機関連絡	順調	相談継続	他機関連絡	順調	相談継続	他機関連絡
ローリスク群（0～1点）	135	24	0	136	19	0	118	22	0
	83.9%	14.9%	0.0%	87.2%	12.2%	0.0%	83.1%	15.5%	0.0%
ハイリスク群（2～5点）	22	6	0	26	7	0	22	7	0
	78.6%	21.4%	0.0%	76.5%	20.6%	0.0%	71.0%	22.6%	0.0%
スーパーハイリスク群（6点～）	1	2	0	0	1	1	0	3	0
	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	0.0%

群（6 点以上）>、妊婦健診時（前期・中期・後期）の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1 か月健診時の母親に対する EPDS と Bonding Scale によるリスク判定（EPDS Bonding risk）<1:low risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点未満）、2:middle risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点以上）、3：high risk 群（EPDS9 点以上）>、妊娠中および出生後の支援の受け入れ状況<1:受け容れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4：対象外>、および、3～4 か月児健診時の子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）：<1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、4：他機関連携支援>である（図 1）。

（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 2017028）。

C. 研究結果

1．妊婦健診でのモデル問診票を用いた支援対象者の把握

妊婦健診時に、モデル問診表を用いて助産師等が問診し、基本的には「妊娠期のアセスメントシート」（大阪府作成）[1]を用いてリスク要因をアセスメントし、問題がない場合は<1:順調>、医療機関で相談を継続する必要がある場合は<2:相談継続>、保健機関等に連絡して支援を開始する場合は<3:他機関連絡>のいずれかに判定した。医療機関が、相談継続と判定した数は、妊娠届出書スコアがローリスク群では、妊娠前期 24 人(14.9%)、妊娠中期 19 人(12.2%)、妊娠後期 22 人(15.5%)であり、ハイリスク群では、それぞれ 6 人(21.4%)、7 人(20.6%)、7 人(22.6%)、スーパーハイリスク群では、2 人(66.7%)、1 人(50.0%)、3 人(100.0%)であった。今回調査では、<3:他機関連絡>の判定は、スーパーハイリスク群の中期の 1 件のみであった（表 1）。

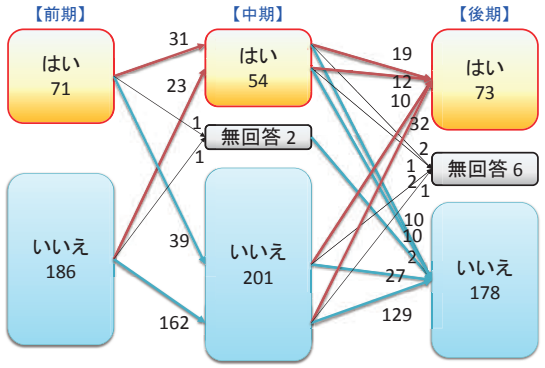


図 2. 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。に対する回答の縦断データ分析（n=257）。

妊娠届出時のスコアがローリスクであっても、モデル問診を活用することで 15%程度が、医療機関での継続相談の対象となった。一方、今回調査において、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の 1 件のみであった。

モデル問診票の項目の中で、「最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。」の質問は、EPDS から作成した項目であり、前期、中期、後期のすべてで尋ねている。

この質問に「はい」と回答した妊婦は、横断分析では、前期 71 人（27.6%）、中期 54 人（21.0%）、後期 72 人（27.6%）と中期で減少傾向が認められ、後期で割合が増加した。

個々の妊婦の縦断データを分析した結果、前期で「はい」と回答したうち 39 人が中期では「いいえ」となり、後期では 10 人が再び「はい」、27 人が「いいえ」（2 人が無回答）となるなど、同じ妊婦の回答が時期によって大きく異なっていた。モデル問診票の利用により、妊婦の気持ちの揺らぎを示すことができた（図 2）。

表 2. 妊娠届出スコア別の 3〜4 か月児健診の状況

妊娠届出スコア		子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因） 支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	他機関連携支援
ローリスク群（0〜1点）	185	149	31	5	0
	100.0%	80.5%	16.8%	2.7%	0.0%
ハイリスク群（2〜5点）	37	30	5	2	0
	100.0%	81.1%	13.5%	5.4%	0.0%
スーパーハイリスク群（6点〜）	3	1*	0	1	1
	100.0%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%

*子の要因（その他）で支援対象

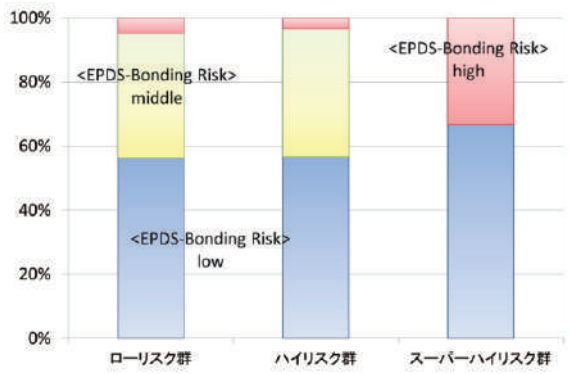


図 3. 妊娠届出スコアと EPDS-Bonding Risk

2．妊娠期ならびに乳児期に実施した支援の評価

妊娠届出時のスコアがローリスク群（0〜1 点）185 名、ハイリスク群（2〜5 点）37 名、スーパーハイリスク群（6 点以上）3 名について、3〜4 か月児健診時点での状況を子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）を用いて示した（表 2）。

妊娠届出時に、ローリスク群であった 185 例のうち、3〜4 か月児健診で 5 例が保健機関継続支援と判定され、すなわち支援対象者となった。

その理由を分析するため、妊娠届出スコアと EPDS Bonding Risk との関連を分析したところ、ローリスク群は、ハイリスク群と同等の EPDS Bonding Risk の状況にあり、ローリスク群においては、EPDS Bonding Risk と支援の必要性の判定に関連が認められた（図 3）。

一方、ローリスク群において、前期の問診項目のうち「実母に相談できな

表 3. 妊娠中と出生後の支援の受け容れ状況

妊娠届出スコア		特定妊婦	要対協	妊娠中の支援 受け容れあり	受け容れなし	対象外	出生後の支援 受け容れあり	他機関支援	受け容れなし	対象外
ローリスク群（0～1点）	185	0	0	4	0	181	10	0	3	172
	100.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	97.8%	5.4%	0.0%	1.6%	93.0%
ハイリスク群（2～5点）	37	2	0	4	1	32	6	0	0	31
	100.0%	5.4%	0.0%	10.8%	2.7%	86.5%	16.2%	0.0%	0.0%	83.8%
スーパーハイリスク群（6点～）	3	3	1	3	0	0	2	1	0	0
	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%

い（p=0.001）」、中期の「夫・実母以外の相談相手がいない（p=0.030）」、「経済状況が将来に向けて心配（p=0.006）」、および、後期の「夫・実母以外の相談相手ない（p=0.042）」、「身体症状数が多い（p=0.021）」は、3～4 か月健診時の、支援の必要性の判定と関連していた。医療機関での問診から、将来の支援対象者が把握できる可能性が示唆された。

なお、ローリスク群の妊娠届出書のリスク評価項目のうち、精神疾患の既往（p=0.000）との関連が認められたものの、援助者の有無や経済困窮とは関連がなかった。

妊娠中と出生後の支援の状況を妊娠届出スコア群別に示す（表 3）。

スーパーハイリスク群の 3 件は、妊娠中の支援を 3 件とも受け容れており、出生後の支援は 2 件が受け容れあり、1 件は他機関のみでの支援を受けていた。3 件とも 3～4 か月健診時点で、何らかの支援が必要な状況にあった。

また、ハイリスク群では、特定妊婦に該当したケースが 2 件あり、妊娠中に支援対象となった 5 件中、電話相談や家庭訪問などの個別支援を受け容れたのが 4 件は、受け容れなしが 1 件であった。出生後の支援は 6 件とも受け容れありであった。

支援を評価する方法を検討するため、ハイリスク群に対して支援の受け容れ状況と 3～4 か月児健診時の支援の必要性の判定（親・家庭の要因）の

表 4. 妊娠中の支援の受け容れ状況と支援の必要性の判定の関連（p=0.005）

ハイリスク群	支援の必要性の判定（3～4か月児健診）			
妊娠中の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	1	3	0	4
受け容れなし	1	0	0	1
対象外	28	2	2	32
	30	5	2	37

表 5. 出産後の支援の受け容れ状況と支援の必要性の判定の関連（p=0.003）

ハイリスク群	支援の必要性の判定（3～4か月児健診）			
出生後の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	4	0	2	6
受け容れなし	0	0	0	0
対象外	26	5	0	31
	30	5	2	37

関係を分析した。

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

出産後に支援対象となった6件のうち 2 件は、3〜4 か月児健診では保健機関継続支援が必要と判定され、4 件は支援不要と判定された（表 5）。

D. 考察

１．妊婦健診における助産師等による問診

今回、モデル問診票を用いた医療機関では、妊娠届出時のリスク判定がローリスク群であっても、モデル問診を活用することで15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。一方、問診担当者が保健機関等に連絡が必要と判定したのは、中期の 1 件のみであった。

保健機関等への連絡が少数であった理由として、前向き調査担当者に活用支援マニュアルの内容がまだ十分に周知されていなかったこと、および本人同意で前向き調査を実施したため、本人同意が得られにくいケースが除外されていたことが考えられた。

モデル問診票の対象者となった妊婦の縦断データは、妊婦の気持ちの揺らぎを反映していると考えられる。つまり、問診項目は、それぞれをチェック項目としてではなく、こうした変化から妊婦と会話を取り交わすことから状況を把握するものである。

モデル問診票を利用した医療機関スタッフからは、「問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。」「妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。」（年間出生 250 名の産科クリニック）など、スタッフ間で共通の項目で問診することが、妊婦健診業務の標準化につながる可能性を示唆する意見が認められた。一方、「助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。」（年間出生 800 名の民間総合病院）など、多忙な臨床業務の中でハイリスク妊婦の把握と支援に充てるための、財源の根拠を求める意見も認められた。

本研究班の成果を報告した公開シンポジウム（「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」2017 年 11 月 27 日、品川インターシティホール）への参加者アンケートでは、妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だとの意見が多くを占めていた。本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊

表 7. 支援の利用・受入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受け容れ状況
電話相談	1.相談した、2.相談できなかった、3.つながらなかった、4.しなかった
家庭訪問	1.継続訪問した、2.1回で終了した、3.行ったが会えなかった、4.行かなかった
面接（教室等含む）	1.面接した、2.面接しなかった
保健機関事業	1.利用した、2.利用しなかった
他機関事業	1.利用した、2.利用しなかった

婦健診における標準的な問診票の開発と展開が望まれる。

2．妊娠期からの支援の評価方法

厚生労働省の調査（2015 年度）では、妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握しているのは 1,671 市町村（96.0%）であった。しかし、把握した情報の活用は必ずしも十分ではなく、現場には「支援が必要な人こそ危機感を持っておらず、連絡や訪問を拒否されてしまう」、「保健機関では、病院での対応状況が分からず、どのようなケースを連絡すべきか悩む」などの課題がある。児童虐待の発生予防を目指し妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」の全国展開が始まっている。そのガイドライン[3]には、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標に沿って評価指標を用いた事業評価が示されているが、それぞれの地域においてどのような指標を用いて、どのようにデータを集積すればよいのか、現場には多くの戸惑いがある。

今回、妊娠期や出産後の保健機関や関係機関からの支援を評価するために、個別支援の受け容れや支援事業の利用に関する状況を、乳幼児健診事業の評価に関する研究班の成果[2]を用いて整理した。すなわち、支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けて集計するものである（表 6）。具体的には、電話相談では、「1.相談した、2.相談できなかった、3.つながらなかった、4.しなかった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1.相談した」を支援の利用・受け容れありと定義する。家庭訪問では、「1.継続訪問した、2.１回で終了した、3.行ったが会えなかった、4.行かなかった」に区分し、「1.継続訪問した」を支援の利用・受け容れありとし、「2.１回で終了した」の場合は、状況確認の結果その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け容れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する考え方である。

今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接（教室等を含む）を受け容れたか、または保健機関や関係機

関の事業を利用したかについて、妊娠期および出産後に分けて個別ケースごとに入力を求め、いずれかの手段を利用または受け容れた場合に、「支援の受け容れあり」と集計した。

今回の集計では、対象者全体の傾向を示すにとどめたが、医療機関や保健機関別に分析することや、支援策別に分析することで、各機関の取り組みの評価や支援策の効果の判定に活用できる可能性がある。

E. 結論

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討するために開発したモデル問診票を用いた介入による評価方法を検討した。

モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも 15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。

妊娠届出書のリスク評価スコア、1か月健診時の EPDS 等のリスクスケール、および 3〜4 か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

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

1) 山崎嘉久：県内統一の妊娠届出書を活用した支援 〜小児科医の立場から. 日本周産期・新生児医学会雑誌 2018：53(5):1422-1424

2. 学会発表

1) 山下智子、山本由美子、塩之谷真弓、山崎嘉久他：医療機関と保健機関の連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する検討 〜県内統一の妊娠届出書とモデル問診票を用いた 3〜4 か月時点までの前向き調査〜 第 65 回日本小児保健協会学術集会. 2018 年 6 月, 米子市

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

妊婦健診を実施する医療機関の状況は個別性が高く、助産師等がハイリスク妊婦を把握し関係機関の支援につなげるモデルを全医療機関に展開するためには、経済的なインセンティブが不可欠である。医療経済的な視点からの介入研究も必要といえよう。

J．今後の展開

本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊婦健診における標準的な問診票の開発と研究協力機関での継続的な活用、他地域での展開が望まれる。

参考文献

1）大阪府：妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関連携について．平成 28 年 3 月
2）平成 27 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）【成育疾患克服等総合研究事業】「乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究」班編．標準的な乳幼児健康診査モデル作成に向けた提言．2016.
3）平成 28 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子育て世代包 括支援センターの業務ガイドライン案作成のための調査研究」子育て世代包括支援センター業務ガイドライン 2017 年

平成 29 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

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多変量解析により分析した。
結果：1 歳 6 か月、3 歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%であった。妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること、初産、既往歴もしくは治療中の病気があること、里帰り出産の予定であった。3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること、初産、思いがけない妊娠であった。
結論：妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが 1 歳 6 か月のときにも 3 歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。

A. 研究目的

虐待のリスク因子は妊娠期から存在しており、妊娠届を活用して虐待ハイリスク群を抽出し、妊娠期から妊婦をサポートすることで虐待予防できる可能性がある。

愛知県ではこのような考えから妊

娠届を統一し、県内での移動があってもスムーズにハイリスク群を把握できる体制をとっている。また、乳幼児健診データの電子化にも以前から取り組んでいる。しかしながら、妊娠届と乳幼児健診のデータをリンクさせ、どのような妊婦が健診時に把握される虐待ハイリスク群かについての検討はほとんどなされて来なかった。

折しも健やか親子２１＜第２次＞により、親子関係の評価として「子育て困難感」について健診で評価することが求められている。子育て困難感がそのまま虐待というわけではないが、子育て困難感を抱える親は虐待のリスクは高いと考えられ、妊娠届で得られる情報から子育て困難感を1歳半または3歳児に感じる母親はどのような母親なのか、を明らかにすることで妊娠期からの虐待予防につながる可能性がある。

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、妊娠届の情報と子育て困難感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。

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、個人情報を削除した上でデータを東京医科歯科大学にパスワードを付したエクセルデータとして CD で郵送した。

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

本研究では、妊娠届の情報として、母親の年齢、妊娠届出時の週数、妊娠がわかったときの気持ち、出生順位、里帰り出産の予定、困ったときに助けてくれる人の有無、困りごと・悩み・不安の有無、既往歴もしくは治療中の病気の有無、過去1年間のうつ傾向（母親が自記式で回答）を用いた。

また、アウトカムとなる虐待傾向は、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多変量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%）。

1 歳 6 か月、3 歳時での子育て困難

感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%であった。なんとも言えないと合わせると、1 歳半で 38.1%。、3 歳で 43.4%が子育て困難群と考えられた。

表１．子育て困難感の分布

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

妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること（オッズ比[OR]: 2.1、95%信頼区間[CI]: 1.8-2.6）、初産（OR: 1.9、95%CI: 1.5-2.3）、既往歴もしくは治療中の病気があること（OR: 1.5、95%CI: 1.2-1.9）、里帰り出産の予定（OR: 1.3、95%CI: 1.1-1.6）であった。

3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること（OR: 2.1、95%CI: 1.7-2.5）、初産（OR: 2.0、95%CI: 1.6-2.4）、思いがけない妊娠（OR: 1.3、95%CI: 1.0-1.6）であった。

表２　妊娠届の情報と 1 歳半および 3 歳時の子育て困難感との関連（オッズ比）

	1 歳半	3 歳
困りごと・悩み・不安がある	2.1 (95%信頼区間：1.8-2.6)	2.1 (95%信頼区間：1.7-2.5)
初産	1.9 (95%信頼区間：1.5-2.3)	2.0 (95%信頼区間：1,6-2.4)
里帰り出産の予定あり	1.3 (95%信頼区間：1.1-1.6)	NS
既往歴、治療中の病気あり	1.5 (95%信頼区間：1.2-1.9)	NS
思いがけない妊娠	NS	1.3 (95%信頼区間：1,0-1,6)

D. 考察

妊娠届出時に困りごと・悩み・不安があると回答した母親、初産の母親は子どもが 1 歳 6 か月のときにも 3 歳のときにも、子育て困難感が高くなることが明らかとなった。

また、思いがけない妊娠が 3 歳時の子育て困難感のリスクになることもわかり、妊娠届で把握できるリスク要因がその後の子育てに長期的に影響を及ぼす可能性が示唆された。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。

里帰り出産の予定がある場合、1 歳半の子育て困難感に関連が見られたことは重要である。これまで母子保健行政においては里帰り出産を予定しない場合に妊婦の母親のとの関係性を表していると考えられてきたが、本研究結果から示唆されるのは地域のサポートの欠如の代理指標となりうるということである。地域のサポート

がないために里帰り出産を予定しているとすれば、１歳半での子育て困難感との関連について説明できるからである。

今後は妊婦に対してどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。ハイリスク妊婦にどのような保健師が、何を家庭訪問で伝えたのか、それによってどのような他機関連携に繋がったのか、そして妊婦および子どもの健康状況はどうなったのか、についてシステマティックにデータを収集し解析していくことが望まれる。

E. 結論

妊娠届で困ったことがあった、初産、里帰り出産予定、既往歴あり、そして望まない妊娠であった場合、生後１歳半または3歳までの虐待リスク群であることが明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kobayashi M, Ogawa K, Morisaki N, Tani Y, Horikawa R, Fujiwara T*. Dietary n-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Late Pregnancy and Postpartum Depressive Symptom among Japanese Women. Front Psychiatry. 2017;8:241. *Corresponding author.
2. Isumi A, Fujiwara T. Synergistic Effects of Unintended Pregnancy and Young Motherhood on Shaking and Smothering of Infants among Caregivers in Nagoya City, Japan. Front Public Health. 2017;5:245.
3. Ito J, Fujiwara T*, Monden Y, Yamagata T and Ohira H. Association of Oxytocin and Parental Prefrontal Activation during Reunion with Infant: A Functional Near-Infrared Spectroscopy Study. Front Pediatr. 2017;5:271. *Corresponding author.
4. Araki M, Yasuda Y, Ogawa T, Tumurkhuu T, Ganburged G, Bazar A, Fujiwara T*, Moriyama K*. Associations between malocclusion and oral health-related quality of life in Mongolian adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(8):902.*Corresponding author
5. Aida J, Matsuyama Y, Tabuchi T, Komazaki Y, Tsuboya T, Kato T, Osaka K, Fujiwara T. Trajectory of social inequalities in the treatment of dental caries among preschool children in Japan. Community Dent Oral Epidemiol. 2017;45(5):407-412. doi: 10.1111/cdoe.12304.
6. 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. 2017;27(10):492-498.
7. Ichikawa K, Fujiwara T, Kawachi I. It Takes a Village. Fixed effects analysis of neighborhood collective efficacy and children’s development. J Epidemiol. 2017;27(8):368-372.
8. Fujiwara T, Takamoto I, Amemiya A, Hanazato M, Suzuki N, Nagamine Y, Sasaki Y, Tani Y, Yazawa A, Inoue Y, Shirai K, Shobugawa Y, Kondo N, Kondo K. Is a hilly neighborhood environment associated with diabetes mellitus among older people? Results from the JAGES 2010 study. Soc Sci Med. 2017;182:45-51.
9. Fujiwara T, Yagi J, Homma H, Mashiko H, Nagao K, Okuyama M; Great East Japan Earthquake

Follow-up for Children Study Team. Suicide risk among young children after the Great East Japan Earthquake: A follow-up study. Psychiatry Res. 2017;253:318-324.

10. Miura A, Fujiwara T*. Intimate Partner Violence during Pregnancy and Postpartum Depression in Japan: A Cross-sectional Study. Front. Public Health. 2017;5:81. *Corresponding author
11. Okuzono S, Fujiwara T*, Kato T, Kawachi I. Spanking and subsequent behavioral problems in toddlers: A propensity score-matched, prospective study in Japan. Child Abuse Negl. 2017;69:62-71. *Corresponding author
12. Morisaki N, Kawachi I, Oken E, Fujiwara T. Social and anthropometric factors explaining racial/ethnical differences in birth weight in the United States. Sci Rep. 2017;7:46657.
13. Ogawa K, Morisaki N, Saito S, Sato S, Fujiwara T, Sago H. Association of Shorter Height with Increased Risk of Ischaemic Placental Disease. Paediatr Perinat Epidemiol. 2017 (3):198-205.
14. 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. 2017;43(3):406-414.
15. 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. 2017;11(2):207-215.
16. 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. 2017;27(5):201-208. *Corresponding author
17. Tabuchi T, Fujiwara T, Shinozaki T. Tobacco price increase and smoking behavior changes in various subgroups: A nationwide longitudinal 7-year follow-up study among a middle-aged Japanese population. Tobacco Control. 2017 Jan;26(1):69-77.
18. 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. 2017;27(1):30-35. *Corresponding author
19. Kinomoto-Kondo S, Umehara N, Sato S, Ogawa K, Fujiwara T, Arata N, Sago H. The effects of gestational transient thyrotoxicosis on the perinatal outcomes: a case-control study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(1):87-93.

2. 学会発表

1. 伊角彩、藤原武男. 妊娠届から 3 歳時の子育て困難を予測できるか？：愛知県での前方視的コホート研究より. 第 76 回日本公衆衛生学会総会. 2017 年 10 月 31 日―11 月 2 日、鹿児島.（口演発表）

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

平成 29 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 大阪母子医療センター
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　　兵庫医療大学看護学部

研究要旨
【目的】市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、保健指導として妊婦にどのような支援を行っているのかについて明らかにする。
【方法】近畿 2 府 4 県の市区町村母子担当課の保健師に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。調査内容は、基本属性、妊婦と家族の情報をどの程度重視しているか、妊婦に保健指導として行っている内容、支援において困難に感じていることである。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 17013)。
【結果】
支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」、パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科へへの通院歴がある」「無職」、家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済な不安定さがある」などが多かった。妊婦に対する保健指導としては、「妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。
【考察】
保健機関において効果的な保健指導を行っていくためには医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことが重要である。

A. 研究目的

地域の母子保健活動において、妊娠中から社会的リスクの高い妊婦を把握し、効果的な保健指導を行っていくことが必要である。昨年度、保健師、

看護師、医師へのインタビュー調査に『妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術』マニュアルを作成した。本年度は、市区町村保健師のマニュアルの活用に向け、妊娠期の支援状況についての実態把握を行った。

市区町村で実施される妊娠期の母子保健事業（妊娠届出、妊産婦健康診査、妊産婦の訪問指導等）において保健師が妊婦に対して支援の必要性のアセスメントを行う際に、妊婦や家族のどのような情報を重視しているのか、妊婦に対する保健指導としてどのような支援を行っているのかについて明らかにすることを目的とした。

その結果に基づき、妊婦に対する保健指導において支援の必要性をアセスメントする指標の精錬や支援のあり方を検討する資料になるものと考える。

B. 研究方法

1. 対象者

近畿2府4県の市区町村母子担当課の保健師であり、調査回答時点で母子保健業務に従事しているものとした。

2. 調査方法

1）データ収集方法

235か所市区町村母子保健担当課の長に「研究協力に関する事前依頼文書」「調査票」、「研究協力可否のはがき」を送付し、協力できると回答があった75か所(31.9%)の市区町村保健師519名に無記名自記式質問紙を送付し郵送で回収した。

2）調査内容

・基本属性：年齢、性別、経験年数、職位、所属区分、妊婦の保健指導に関する学習ニーズ11項目、仕事に対する思い17項目

・妊婦と家族の情報の情報をどの程度重視しているか：研究者らで作成した妊婦、パートナー、家族について重視していること43項目

・妊婦に保健指導として行っている内容32項目

・支援において困難に感じていることの自由記載

3）データ分析方法

対象者の属性と妊娠中の情報の重視度および支援・実施状況の関係について、カテゴリー変数はχ^2検定またはFisherの直接確率法による検定を行い、順序分類データと正規分布しない量的データはMann-WhitneyのU検定、正規分布する量的データにはt検定を用いた。

4）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17013)。

C. 研究結果

519名のうち415名（80.0%）から回答があった。

1）対象者の基本属性

対象者の平均年齢は37.4歳であった。年齢区分別にみると30歳代が31.6%と最も多く、次いで40歳代28.0%、20歳代27.0%であった。所属機関は市町村60.5%、政令市26.7%、中核市12.3%であった。保健師として

の経験年数の平均は 12.2±9.7 年で、職位はスタッフが 75.7%であった。

2) 妊婦に対するアセスメントツール、チェックリストの使用状況

支援の必要な妊婦をアセスメントするツールやチェックリストありは、、アセスメントツール 317 人(76.4%)、チェックリスト 321 人(77.3%)であり、7 割以上が何らかのツールを活用していた。

表１　対象者の基本属性

n=415

項目		人数または平均値±SD	%
性別	男性	4	1.0
	女性	409	98.6
	不明	2	0.5
年齢		37.4±9.8	
年齢区分	20歳代	112	27.0
	30歳代	131	31.6
	40歳代	116	28.0
	50歳代	44	10.6
	60歳以上	8	1.9
	不明	4	1.0
所属機関	政令市	111	26.7
	中核市	51	12.3
	市	212	51.1
	町村	39	9.4
	不明	2	0.5
保健師経験年数		12.2±9.7	
経験年数区分	0～4年	113	27.2
	5～9年	78	18.8
	10～14年	57	13.7
	15～19年	54	13.0
	20～24年	45	10.8
	25～29年	27	6.5
	30年以上	24	5.8
	不明	17	4.1
看護師経験	有り	195	47.0
	無し	214	51.6
	不明	6	1.4
職位	スタッフ	314	75.7
	管理職（係長以上）	75	18.1
	その他	23	5.5
	不明	3	0.7

表２　アセスメントツールやチェックリストの有無

n=415

項目	人数	%
アセスメントツール		
有り	317	76.4
無し	66	15.9
わからない	26	6.3
不明	6	1.4
チェックリスト		
有り	321	77.3
無し	72	17.3
わからない	11	2.7
不明	11	2.7

3）1 年間に支援した妊婦の状況

1 年間に妊婦を支援した経験のある保健師は 333 人(80.2%)であり、支援件数は 3,042 件で(外れ値を除く)、保健師一人当たり 9.4 件／人であった。

支援した妊婦の把握経路は、「妊娠届出時の面接」が最も多く 2,026 件(66.6%)、次いで「きょうだい児からの継続支援」336 件(11.4%)、「医療機関からの連絡・紹介」340 件(11.2%)であった。保健機関と医療機関の連携が求められているが、妊娠中の医療機関からの紹介は1割程度という実態が示された。

支援対象である妊婦との関係は、「保健師との関係が良好」1,457 件(47.9%)と半数を占め、「支援の効果実感」808 件（26.6%）となっていた。しかし一方で、「連絡がとりにくい」560 件(18.4%)や「保健師の関わりを拒否している」218 件(7.2%)など妊娠中からの支援の難しい事例もあることが示された。

支援の方法では、「電話」が 3,187 件(104.8%)と最も多く、1 事例に対して複数回行われていた。次いで「他機関・部署からの情報収集」2,255 件(74.1%)、

「家庭訪問(面談ができた)」1,714 件(56.3%)、「保健センターでの面談」1048 件（34.5%）などであった。

表３　1年間に支援した妊婦の状況

n=415

項目		人数または平均値±SD	%
1年間の妊婦支援経験	有り	333	（ 80.2 ）
	無し	62	（ 14.9 ）
	不明	20	（ 4.8 ）
支援した妊婦事例数	総数	3,042	
	保健師一人当たり(※1)	9.4	
件数区分	0件	2	（ 0.5 ）
	1～10件	245	（ 59.0 ）
	11～20件	44	（ 10.6 ）
	21～30件	15	（ 3.6 ）
	31～40件	6	（ 1.4 ）
	41～50件	7	（ 1.7 ）
	51件以上	5	（ 1.2 ）
	不明	91	（ 21.9 ）
把握経路(※2)	妊娠届出時面接	2,026	（ 66.6 ）
	医療機関連絡	340	（ 11.2 ）
	関係機関連絡	203	（ 6.7 ）
	きょうだいからの継続	346	（ 11.4 ）
事例の概況(※2)	連絡がとりにくい	560	（ 18.4 ）
（複数回答可）	関わりを拒否	218	（ 7.2 ）
	機関連携ができている	988	（ 32.5 ）
	保健師との関係良好	1,457	（ 47.9 ）
	支援の効果実感	808	（ 26.6 ）
支援の形式(※2)	家庭訪問(面談可)	1,714	（ 56.3 ）
（複数回答可，延べ）	家庭訪問(面談不可)	476	（ 15.6 ）
	保健センター面談	1,048	（ 34.5 ）
	医療機関で面談	267	（ 8.8 ）
	電話	3,187	（ 104.8 ）
	メールや手紙等	390	（ 12.8 ）
	他機関から情報収集	2,255	（ 74.1 ）

※1　1年間に支援された妊婦の事例数に記載のあったもののうち、外れ値(±3SD以上)の数値を除いた322件で除した数値
※2　支援した妊婦事例の総数に対する割合

4）支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していること

保健師が妊婦に対して支援の必要性を見極める際に、妊婦自身の状況として重視している内容は、「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」362 件(87.2%)、「胎児に対する愛着が感じられない」333 件(80.2%)、「心療内科、精神科への通院歴がある」354 件(85.3%)、「妊娠届出の遅れ」321 件（77.3%）、「胎児のことを意識しない自分中心の行動」309 件（74.5%）、「物事への理解力や習得力に不安」287 件（69.2%）などが多かった。一方インタビュー結果から導き出した「パートナーとの年齢差が大きい」、「初対面から気持ちをさらけ出す」、「妊婦に会わない服装」などは 20%以下とこの項目を「かなり重視している」と回答した保健師は少なかった。

図1　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて重視していること

5）妊婦のパートナーについて重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、パートナーの情報として重視している内容では、「きょうだい児に不

適切な育児をしている」ことを「かなり重視している」のは 348 件(83.9%)で最も多く、次いで「言動が粗暴で、人を寄せ付けない雰囲気がある」277 件(66.7%)、「心療内科、精神科への通院歴がある」273 件(65.8%)、「無職」246 件（59.3%）などであった。

6）家族や家庭について重視していること

保健師が支援の必要性を見極める際に、家族や家庭の情報として重視している内容では、「夫婦関係で問題がある(不和や DV、依存など)」を「かなり重視している」のは 352 件(%)、「生活の実態を把握しにくい」243 件(58.6%)、「胎児の発育が不良である」209 件(50.4%)、「経済的な不安定さがある」193 件（46.5%）、「転居を繰り返している」180 件(43.4%)などが多かった。

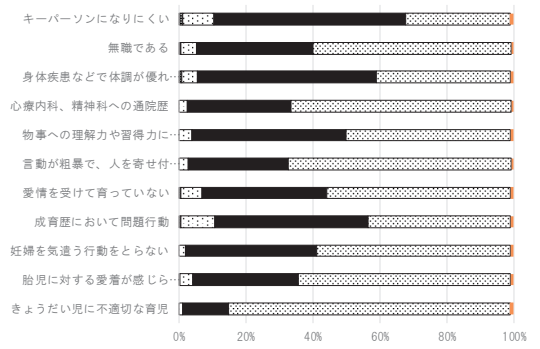


図2　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて、パートナーについて重視していること　n=415

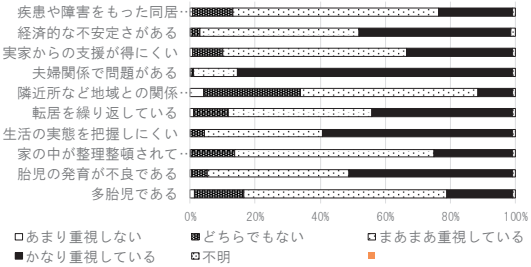


図3　妊婦に対する支援の必要性の見極めにおいて、家族や家庭について重視していること　n=415

7）妊婦に対する保健指導の内容

妊婦に対する保健指導として、実際に行っている内容で「かなり行っている」項目は、「妊娠中から支援することを伝える」236 件(56.9%)、と「妊婦の心身の健康を気遣う」236 件（56.9%)、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」209 件（50.4%)、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」209 件(50.4%)、「妊婦の体験や思いに共感する」192 件（46.3%）等が多かった。

図4　妊婦に対する保健指導として実際に行っていること　n=415

D. 考察

今回の調査結果から、母子保健業務を担う保健師の約 8 割に、妊婦に対する支援経験があることが明らかになった。支援の対象となる妊婦の把握経路では、約 7 割が妊娠届出時の面接であり、この場面で必要な情報を収集し、適切なアセスメントができるかが重要であると示唆された。一方で、医療機関や他機関からの連絡による把握は約 1 割程度であった。養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供については「子どもの虐待による死亡事例等の検証結果」が報告されるたびに通知等がだされ、平成 24 年 11 月の通知では「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」において連携強化が示されている。本調査から保健機関における妊娠中からの連携の難しさがあることが示された。支援が必要な妊婦の情報は保健機関の妊娠届出時の面接だけでは把握しきれない内容であるため、医療機関と連携することが特に重要である。妊娠中からの保健機関と医療機関の連携強化の具体的方略が必要であると考える。

また、事例への支援状況から、約半数の事例において保健師は妊婦と良好な関係をつくりながら支援を行うことができているものの、約 2 割の事例では連絡がとりにくく、関わりを拒否も 7.2%あったことが示された。妊娠中から保健機関だけでかかわることの難しさがあらためて確認される結果であった。関係性をつくる、関係性を継続することが難しい事例への支援のあり方について検討していくことが効果的な保健指導につながっていくと考えられる。妊娠中からの妊婦との関係づくりについて今後の課題である。

妊婦に対する支援の必要性の見極めについて、どのような情報を重視しているかでは、妊婦や家族の「心療内科や精神科の通院歴」の情報を重視しており、メンタルヘルスの課題がある場合に、子ども虐待につながりやすいことについては理解されていることが示された。また、妊娠届出の遅れだけでなく、きょうだい児への育児や夫婦関係の問題、経済的な不安定さ、転居を繰り返すなどの生活の実態を把握ことが挙げられ、妊婦本人だけではなく妊婦を取り巻く家族や基盤となる生活に捉えて、支援の必要性を見極めようとしている実態が明らかになった。保健機関における従来の妊娠届出時のアンケートやチェックリストにおいてもこれらの項目は含まれているが、これらの内容の重み付けについては、実証的な研究を積み重ね、さらに検討していくことが必要である。

妊婦に対する支援の内容では、「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」「SOS を発信してもらえる関係をつくる」、「妊婦の体験や思いに共感する」などが挙げられていた。妊娠中から保健師は、妊婦にとっての

理解者・支援者であるという役割を明確にし、支援を受け取ってもらうための関係づくりに注力している実態が明らかになった。支援が難しい事例に対しては妊娠中から援助関係をつくることは、出産後の母子への支援が円滑にできるために重要なことである。これまで妊娠中の支援は妊婦健診など医療機関が中心であったが、保健機関においても医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことがますます重要である。

今年度の調査結果を踏まえ、昨年度に作成した「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」マニュアル(案)を精錬していく必要がある。

E. 結論

近畿2府4県の市区町村母子保健担当保健師に質問紙調査を行い 415 名から回答があった。

支援が必要な妊婦の見極めにおいて重視していることとしては「きょうだい児に対して不適切な育児をしている」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「胎児への愛着が感じられない」などであった。パートナーに対しては「言動が粗暴で人を寄せ付けない雰囲気がある」、「心療内科、精神科への通院歴がある」「無職」などであった。家族や家庭については、「夫婦関係に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済な不安定さがある」などが多かった。

また、妊婦に対する保健指導としては、妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「SOS を発信してもらえる関係をつくる」などが多かった。

妊娠中からの支援について困難も多いが、妊婦と援助関係をつくり、出産後も継続した関係ができるよう支援していることが明らかとなった。これらの内容を妊娠中からの効果的な保健指導に反映していくことが必要である。

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

特になし。

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：本調査は市区町村保健師がアセスメントや支援において重要視している内容について分析したものであり、個別の事例への詳細な支援について把握できていない。

利点：保健師の重視している点が明らかになり、これらの視点を共有できる

指標を作成するための基礎資料として有用である。

J. 今後の展開

今回得られた結果から、昨年作成した「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」マニュアルを精錬し、市区町村保健師が保健指導で活用できるよう、研修などを行っていくことが必要である。

参考文献

1)厚生労働省(2017)：子ども虐待による死亡事例等の検証結果について第 13 次報告.2016
2)鷲山拓男(2004)：子どもの虐待と母子・精神保健－虐待問題に取り組む人のための「覚え書き」. 萌文社, 2004

平成 29 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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科主任部長　光田信明

市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

研究分担者　光田　信明　大阪母子医療センター 産科　主任部長
佐藤　拓代　大阪母子医療センター
母子保健情報センター　母子保健調査室長
研究協力者　金川　武司　大阪母子医療センター 産科　副部長
岡本　陽子　大阪母子医療センター 産科　副部長
川口　晴菜　大阪母子医療センター 産科　診療主任
和田　聡子　大阪母子医療センター 看護部　看護師長

研究要旨
【目的】平成 28 年に児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。事業主体は市区町村であり、平成 29 年度事業が開始される前の母子保健事業の現状を調査する。
【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 カ所である。調査期間は、平成 27 年度(平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月)である。評価項目は、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わ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の対応である。
【結果】全国市町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。妊娠届け出の窓口は、保健センターのみが 315 カ所(47%)、市役所や出張所のみ 214 カ所(32%)、両方 136 カ所(20%)であった。保健センターでは、母子健康手帳交付のみは 14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた。また、市役所出張所では、交付のみが 25%であった。面談に携わる職種は保健師が最も多かった。母子保健担当保健師の充足感は 25%であり、出生率が高い程不足と感じている割合が増加した。また、平成 27 年度の特定妊婦新規登録数は 3,388 人(0.77%)であった。出生率が多い程特定妊婦は少なかった。特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会で取り扱っている所は 26%であった。要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは 12%であった。
【結論】出生率が上昇するほど母子保健担当者の充足度が低下し、特定妊婦率が低値であったことから、マンパワー不足により抽出が不十分である可能性が示唆された。妊娠期からの切れ目ない支援を実現するためには、母子保健担当の増員に加え一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

A. 研究目的

平成 28 年に児童福祉法・母子保健法が改正され、妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防が求められている。一連の事業主体は市区町村であり、平成 29 年度事業が開始される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、対象市区町村は 1741 カ所である。評価項目としては、アンケートを用いて以下の項目を検討する。

① 市区町村基本情報
② 貴管轄内の周産期関連施設
③ 妊娠届受付
④ 支援を要する妊産婦への対応
⑤ 支援を要する妊産婦に関する医療機関との連携
⑥ 特定妊婦や要保護児童対策地域協議会（要対協）について

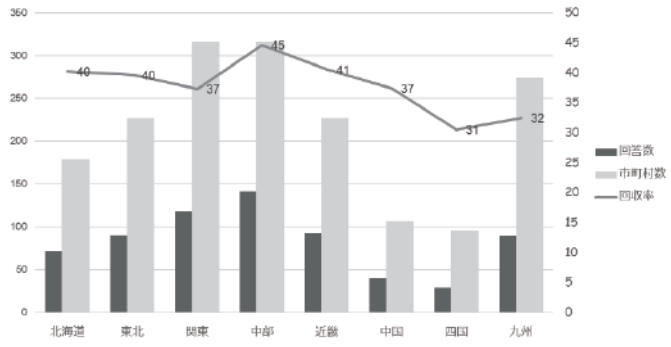
都道府県地方区分別に、北海道(北海道)、東北(青森、岩手、福島、宮城、秋田、山形)、関東(東京、神奈川、千葉、茨城、栃木、群馬、埼玉)、中部(新潟、富山、石川、福井、長野、山梨、岐阜、静岡、愛知)、近畿(大阪、滋賀、奈良、和歌山、兵庫、京都、三重)、中国(岡山、広島、山口、鳥取、島根)、四国(徳島、香川、高知、愛媛)、九州(福岡、大分、佐賀、鹿児島、熊本、宮崎、長崎、沖縄)に分けて検討する。

また、出生率(出生数／人口×1000)によって 4 つのグループ(出生率 4 未満、4－7、7－10、10 以上)に分け検討する。なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行い、回答により同意を得たものとした。

C. 研究結果

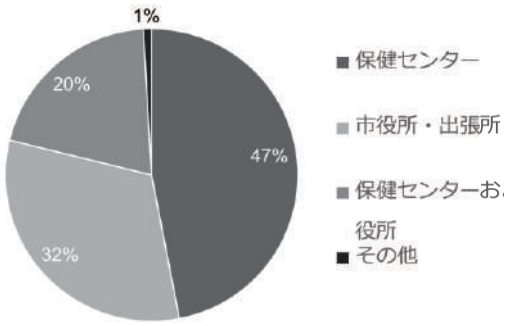
全国市区町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44 万 2636 人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く 45%であり、四国は 31%と最も低かった(図 1)。

【図 1　都道府県地方区分別アンケート回収率】



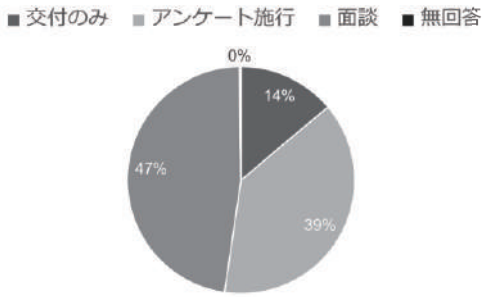
妊娠届け出(母子健康手帳交付)の窓口は、保健センターのみが 315 カ所(47%)、市役所や出張所のみ 214 カ所(32%)、両方 136 カ所(20%)であった。その他、保健所、教育委員会、市民センター、児童館、医療福祉センター、本庁、電子申請等が挙げられた(図 2)。

【図 2：母子健康手帳交付の窓口】



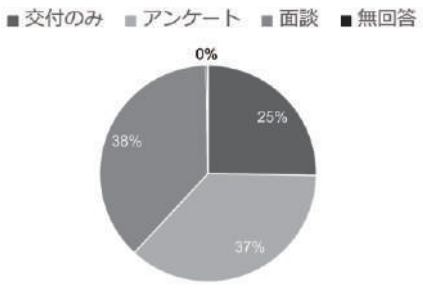
保健センターでは、母子健康手帳交付のみは 14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた(図 3)。

【図 3：保健センターにおける母子健康手帳交付時の対応】



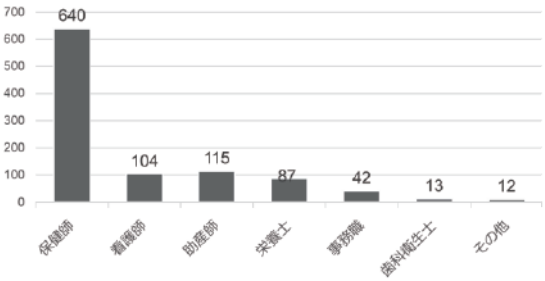
また、市役所・出張所では、母子健康手帳交付のみが 25%と、保健センターを比較して多かった(図 4)。

【図 4：市役所・出張所における母子健康手帳交付時の対応】



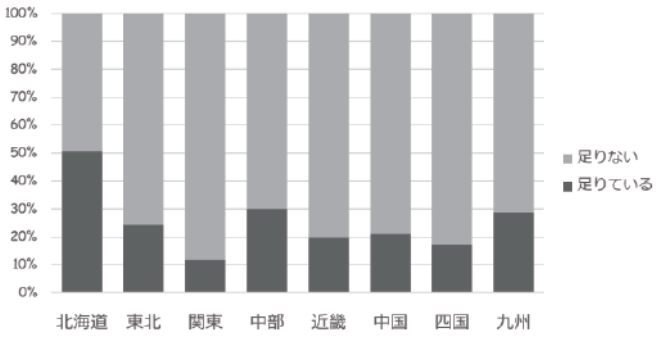
面談に携わる職種は保健師が最も多く、次いで助産師、看護師、栄養士等が挙げられた(図 5)。

【図 5：面談者の職種　重複あり】



母子保健担当保健師の充足感について確認したところ、足りているもしくは何とか足りているが合わせて 25%と低値であった。都道府県地方区分別には、関東で 12%と最も低く、次いで、四国、近畿中国が 20%程度と低値であった。逆に北海道では 50%がたりていると感じていた（図 6)。

【図 6：母子保健担当充足度】

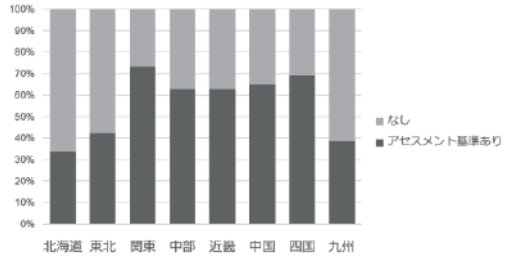


母子保健担保健師の実数(中央値、範囲)は、北海道 3(1－18)、東北 3(0－60)、関東 6(1－73)、中部 4(0－244)、近畿 5(1－237)、中国 3(1－60)、四国 5(1－44)、九州 2(1－31)であり、充足度と実数には隔たりがあった。

要支援妊婦のアセスメント基準を決めている市区町村は 372 カ所(56%)であった。決定の方法は、担当者会議により決定している所が 185 カ所

(49.7%)と約半数であった。スコア化によって決定しているところは 92 カ所(24.7%)であった。都道府県地方区分別には、関東が最も多く 73%であった。ついで中部、近畿、中国、四国は 60-70%程度であったが、九州、東北、北海道は半数未満であった(図 7)。

【図 7 都道府県地方区分別要支援妊婦のアセスメント基準の有無】

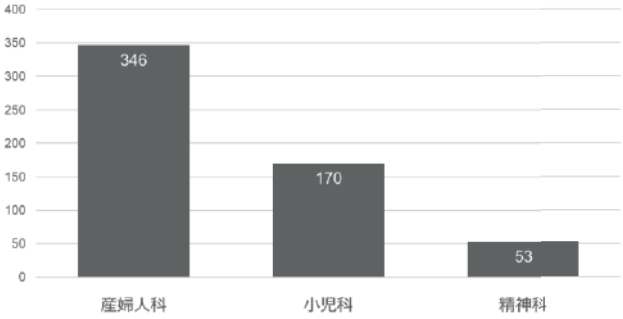


要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が 424 カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが 245 カ所(50%)、関係者の非協力 227 カ所(47%)、関係機関の非協力 119 カ所(24%)であった。

また、対応を拒否された場合には、560 カ所(91%)が追加行動を行っていた。その内容は、要保護児童対策協議会にあげる 300 カ所、児童福祉主担課と協力 290 カ所、医療機関と連携 124 カ所、保育園と連携 12 カ所、その他(出生後すぐから訪問、とりあえず訪問、担当者変更、関係機関と連携)等が挙げられた。

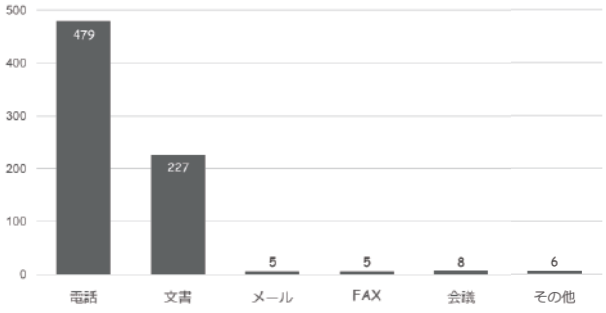
日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371 カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった(図 8)。

【図 8　連携の取れている診療科　重複あり】



医療機関からの、要支援妊婦に対する初回の連絡方法は、電話が最も多く、次いで文書であった（図 9)。

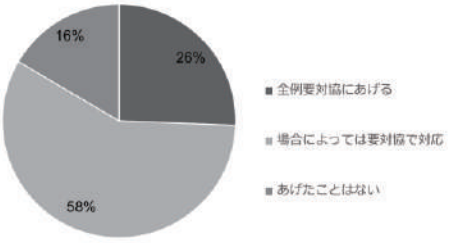
【図 9　医療機関からの初回連絡方法】



出生数に関しての情報が欠損していた 16 カ所を除き、655 カ所において、平成 27 年度の特定妊婦新規登録数は 3,388 人(0.77%)であった。

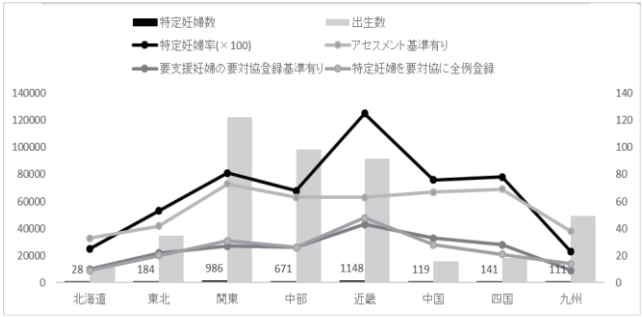
特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会(要対協)で取り扱っている所は 26%であり、場合によって取り扱っているが 58%と大半を占めた(図 10)。

【図 10　特定妊婦の対応】



次いで都道府県地方区分別の特定妊婦数の割合と、要支援妊婦のアセスメント基準の有無、特定妊婦の要対協登録の有無を比較した。特定妊婦率(特定妊婦数/出生数)は、近畿で 1.25%と最も多く、関東0.81%、四国0.78%、中国 0.76%、中部 0.68%であり、北海道 0.25%、九州 0.23%と地域格差を認めた。特定妊婦は、要対協に全例登録して管理することが定められているが、全例登録している割合は、特定妊婦の率と同様の地域格差があり、近畿で最も多く 48.4%、関東 31.0%、中国 28.2%、四国 20.7%、東北 20.2%、九州 14.1%、北海道 8.6%であった。また、要支援妊婦のアセスメント基準を設定していない、要支援妊婦を要対協に登録する基準のないところで、特定妊婦の率が低く、基準のあるところで多い傾向があった(図 11)。

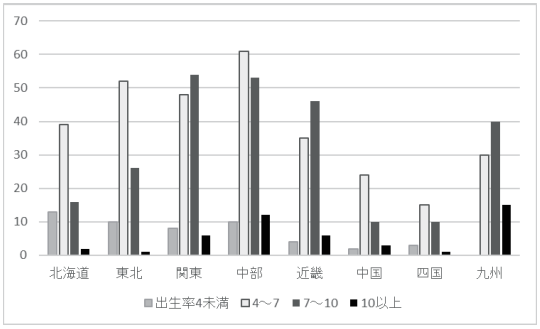
【図 11 都道府県地方区分別　特定妊婦率および要支援妊婦アセスメント基準、特定妊婦の要対協登録の有無】



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

次に、出生率毎に母子健康手帳交付時の対応、母子保健担当者数、母子保健担当者の充足度、支援を要する妊婦へのアセスメント基準の有無、特定妊婦数、特定妊婦の要保護児童対策地域協議会での取り扱いの有無について検討した。都道府県地方区分別の出生率を図 12 に示す。関東、近畿、九州で特に出生率が高値であった。出生率（中央値,範囲）は北海道 5.9（2.1-10.7)、東北 6.1（0.9-10.9)、関東 7.1（0.9-16.6)、中部 6.8（1.3-13.1)、近畿 7.2(3.0-14.1)、中国 6.1(2.3-10.5)、四国6.3(3.3-11.1)、九州 7.5(4.2-13.3)であった。

【図 12 都道府県地方区分別出生数】

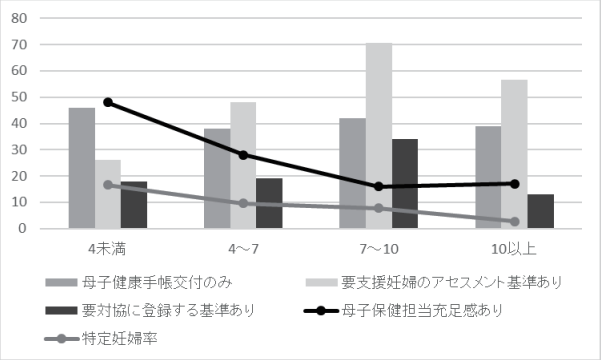


出生率が 7-10‰の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と 10‰以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高い程低かった(表 1)（図 13)。

【表 1　出生率毎の検討】

出生率		4未満	4~7	7~10	10以上
市町村数		50	304	255	46
出生数		1686	71134	338410	30274
母子健康手帳交付(重複あり)	交付のみ	23	123	108	18
	アンケート	37	257	233	37
	面談	51	302	247	43
母子保健担当者数(中央値, 範囲)		2(1-10)	3(0-30)	6(0-244)	4(1-24)
母子保健担当充足感あり		24(48%)	92(28%)	41(16%)	8(17%)
要支援妊婦のアセスメント基準あり		13(26%)	147(48%)	180(70.6%)	26(56.5%)
要支援妊婦の要対協登録基準あり		9(18%)	59(19%)	87(34%)	6(13%)
特定妊婦数		28(1.66%)	684(0.96%)	2593(0.77%)	83(0.27%)
特定妊婦を要対協に登録	全数	7	68	77	12
	一部	28	175	146	27

【図 12　出生率毎の対策と母子保健担当充足感、特定妊婦率】



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」として要対協の支援対象となった。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で実際特定妊婦を全例要対協に登録している市区町村は 1/4 に過ぎず、出生数が多くマンパワーの少ない市区町村では特に対策は不十分である可能性が示唆された。

市区町村にとって、母子健康手帳の交付が妊婦との最初の接触であり、多くは、次回の接触は産後になる。母子健康手帳交付の際に妊婦に対するアセスメントを行うことで支援の必要な妊婦を抽出する試みが多くの市区町村で行われているが、母子健康手帳の交付を保健センターのみに集約しているところは約半数であり、保健センターで交付しても、交付のみでアセスメントを行っていないところが 14%存在した。地理的な問題から、母子健康手帳の交付は、市役所や出張所でも行われているが、市役所や出張所では、さらに交付のみに留まるところが 25%であり、妊娠届け出時点でのアセスメントが不十分となっている可能性があった。

都道府県地方区分別毎の検討では、要支援妊婦のアセスメント基準や要支援妊婦の要対協への登録基準が決まっている方が、特定妊婦を全例要対協の対象として管理している割合が多く、かつ特定妊婦の割合も増加した。特定妊婦は近畿で最も多く、北海道、九州で少ない傾向にあったが、特定妊婦の多い地方に、社会的なリスクや虐待予備群が多いというわけではなく、特定妊婦の数が多いことは、妊娠期からアセスメントを行い、要支援妊婦や特定妊婦として支援する体制が整っていることを示している可能性があった。

出生率毎の検討では、出生率がある程度多いところで、要支援妊婦のアセスメント基準が定められ、要対協への登録の基準が決められている割合が多かった。また、特定妊婦率は、出生数が多い程低くなっており、これは出生数が多くなることで母子保健担当

のマンパワー不足によって対応が不十分であるため、実際は特定妊婦として支援の必要な妊産婦の抽出ができていない可能性が示唆された。

E. 結論

市区町村における要支援妊婦、特定妊婦の現状が明らかになった。母子保健担当者の充足度は、出生率が上昇するほど低下しており、妊娠中からの対応が不十分である可能性があった。妊娠期からの切れ目ない妊産婦支援による児童虐待予防を実現するためには、市区町村における母子保健担当の増員に加え、一定の評価方法で要保護児童対策地域協議会に登録するなど多機関で支援する体制作りが必要であると考えられる。

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. 公開シンポジウム 2017　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

2. 論文発表

1) 佐藤拓代：妊娠・出産・育児への切れ目ない支援。月刊母子保健。Vol701：12-15。2018
2) 佐藤拓代：保健機関における母子支援の現在。こころの科学　そだちの科学。Vol30：50-53。2018
3) 佐藤拓代：虐待をする親の背景と理解。小児保健研究。Vol76（6）：538-537。2017
4)佐藤拓代：母子保健からみた虐待予防。教育と医学。Vol65（5）：32-37。2017
5)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。日本周産期・新生児医学会雑誌。Vol52（5）：1456-1458。2017
6)佐藤拓代：子どもの虐待予防。健康づくり。No.478：12-15。2018
7)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～。大阪公衆衛生。Vol88：25-26。2017
8) 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。Vol.1：22-28。2017

3. 学会発表

1)佐藤拓代：フィンランドのネウボラから学ぶ日本の母子保健の未来。第 76 回日本公衆衛生学会総会。座長。2017
2)佐藤拓代：新しい子育て支援における産前・産後サポート、産後ケア事業の効果的な展開。第 76 回日本公衆衛生学会総会。座長。2017
3)佐藤拓代：子育て世代包括支援センターと妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援。第 76 回日本公衆衛生学会総会。シンポジスト。2017
4) 佐藤拓代：生後 0 日の虐待死亡を防ぐ思いがけない妊娠への支援を

考える。日本子ども虐待防止学会第23回学術集会おおさか大会。座長。2017

5) 佐藤拓代：虐待をする親の背景と理解。第64回日本小児保健協会学術集会。シンポジスト。2017

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

問題点は、アンケート回収率が38.5%と低値であり、全国調査ではあるが、全体の傾向を反映していない可能性がある。また、母子保健に力を入れている市区町村、マンパワーのある市区町村からの返答率が高い可能性がある。さらに、今回は都道府県地方区分によって検討したが、都市部か地方による格差、都道府県毎の格差等が関与する可能性がある。

利点は、回答率は38.5%ではあるが、総数 671 市区町村の詳細な調査であり、母子保健事業の現状や問題点が明らかになった点である。

J. 今後の展開

ハイリスク妊婦、特に社会的ハイリスク妊婦への支援は、妊娠早期から把握し開始される必要がある。妊娠届出時の保健師等専門職による全数面接は、平成26年度の厚生労働省モデル事業妊娠・出産包括支援事業から取り組みが広がり、平成29年4月から市区町村の設置が努力義務となった子育て世代包括支援センターの業務の一つに位置づけられた。また、子育て世代包括支援センターは、平成32年度末までの全国展開が目指されている。

このように、妊娠期からの妊婦支援について、子育て世代包括支援センター設置が努力義務となる以前の全国の状況が把握されたことから、今後は本調査結果の周知を図り、効果的な妊娠期からのハイリスク妊婦の支援が地域差がなく行われるよう取り組みの支援を行う必要がある。

■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ください。

□分娩取扱い医療機関：＿＿ヶ所　そのうち助産施設：＿＿ヶ所
□妊婦健診のみ取扱い医療機関：＿＿ヶ所
□助産所：＿＿ヶ所　そのうち助産施設：＿＿ヶ所

【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

【3】-③面談を実施している場合のみお答えください。
担当職種をお教えください。(複数回答可)

□保健師 □助産師 □看護師
□その他 ( )

【4】支援を要する妊産婦への対応についてお尋ねします。

【4】-①貴市区町村内の保健師数についてお教えください。

総数： ＿＿＿人 そのうち母子保健担当：
＿＿人

【4】-②保健師の充足感はいかがでしょうか？

□足りている □なんとか足りている □もう少し欲しい □まったく足りていない

【4】-③支援を要する妊婦のアセスメント基準を決めていますか？
決めている場合はその基準について教えてください。（提出可能であれば返信封筒に入れてください)

□決めていない
□決めている
□スコア化している
□スコア化せず担当者会議で検討
□その他

【4】-④支援を要する妊婦の情報収集で困ったことはありますか？

□ない □ある

【4】-⑤情報収集における問題点をお教えください。(複数回答可)

□個人情報保護
□関与機関の非協力
□妊産婦の非協力
□関係者(家族、友人等)の非協力
□その他
（
）

【4】-⑥妊娠中の保健師の支援を拒否された場合の対応についてお教えください。

□追加行動は取れない

□追加行動をしている

□要保護児童対策地域協議会(要対協)にあげる
□児童福祉主担課に支援依頼する
□その他 (　　)

【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

【6】-④支援中の妊婦が特定妊婦となった場合、母子保健部署の役割は何でしょうか？（複数回答可）

□主担当機関　□見守り機関　□アセスメント機関
□その他（　　）

【6】-⑤要対協の実務者会議(毎回)に正式な委員として医師は参加していますか？

□参加していない
□参加している (複数回答可)
□小児科医師　□産婦人科医師　□精神科医師　□その他
（　　）

【7】産後母子事業(出産後 1 年以内)についてお尋ねします。

【7】-①産後ケア事業(訪問・デイケア・宿泊)についてお教えください。

□産後ケア事業を行っていないし、予定もない
□産後ケア事業を検討中である(時期未定)
□産後ケア事業を準備している(平成 29 年度中)
□産後ケア事業を行っている

【7】-②産後ケア事業を検討・準備・行っている場合にご回答お願いします。(複数回答可)

□訪問 (アウトリーチ)型　□デイケア型　□宿泊型

【7】-③産後 2 週間健診補助についてお教えください。

□行っていない、予定もない
□検討中である (時期未定)
□準備している (平成 29 年度中)
□行っている

【7】-④産後 1 ヶ月健診補助についてお教えください。

□行っていない、予定もない
□検討中である (時期未定)
□準備している (平成 29 年度中)
□行っている

【7】-⑤産後 2 週間健診補助を行う場合についてお教えください。

□健診の依頼内容は決まっていない
□健診の依頼内容は決まっている

□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)

【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 29 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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科　主任部長　光田信明

「　地域における産後２週間健診によるハイリスク産婦の抽出　」

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
A. 研究目的
泉佐野市では平成２８年度より育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげる事が可能かどうかを検討するため、産後２週間健診を開始した。
B. 研究方法
成 28 年 4 月より産後 2 週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目を
◯産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む)、赤ちゃんへの気持ち質問票
◯乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）
として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。
C. 研究結果
2016 年 4 月～2017 年 12 月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つもの）775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した褥婦は 542 人（70%）に達した。そのうち２名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告している。
D. 考察
産後２週間健診の受診率は、７０％に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は２名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがおり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

A. 研究目的

厚生労働省雇用均等・児童家庭局が平成 28 年 1 月に改訂した「妊娠・出産包括支援事業概要」[1] の中で①産前産後サポート事業、②産後ケア事業、③妊娠・出産包括支援緊急整備事業、④妊娠・出産包括支援推進事業、の 4 つが条文化されているが、これに先立つ平成 26 年 4 月に日本産婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期メンタルヘルス学会の 3 学会で「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015」が立ち上げられ、その報告書[2] では精神障害のハイリスク妊婦の抽出（妊娠期）には妊娠初期、中期、末期の 3 回、包括的質問（英国国立医療技術評価機構・NICE のガイドラインで推奨されるうつ病・全般性不安障害を評価するための 2 項目質問票）の使用、産後うつ病の抽出（産褥期）には Whooley うつ病スクリーニングやエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が推奨された。

これらに先駆けて泉佐野市では平成２８年度より育児困難例や産後うつ病の早期発見により地域保健システムの見守り事業につなげる事が可能かどうかを検討するため、産後２週間健診を開始した。

B. 研究方法

大阪府泉佐野市では母子保健法第 10 条を根拠法令としつつ、平成 28 年 4 月より産後2週間サポート事業を地区医師会が請負い実施している。当該地域で行う産後2週間サポート事業手引では、必須項目を

◯産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む）、赤ちゃんへの気持ち質問票

◯乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）

として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。

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	Aほとんどいつも強く感じる	Bたまに強くそう感じる	Cたまに少しそう感じる	D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 赤ちゃんをとても身近に感じる。				

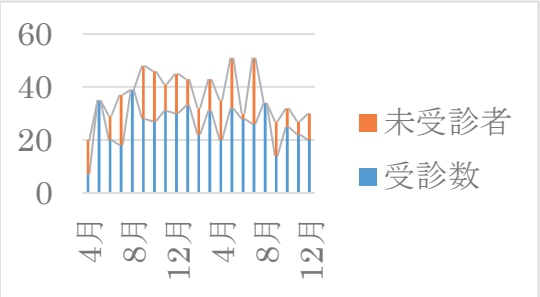
図１　赤ちゃんへの気持ち質問票

当院では泉佐野市に出生届が出ている妊産婦の４１％の分娩を取り扱っており、産後健診が見守りに繋げる方法として妥当かどうかを検討した。

C. 研究結果

大阪府泉佐野市にあるりんくう総合医療センターで集計した「赤ちゃんへの気持ち質問票」について、2016 年 4 月～2017 年 12 月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つ

もの）775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した褥婦は 542 人（70%）に達した。



また、赤ちゃんへの気持ち質問票で見守りが必要とした産婦は６名、児の体重増加不良が認められた２名をフォローしたが、そのうち２名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告しているが、これらの２名は妊娠中の受診コンプライアンスに異常はなく、妊娠合併症や社会的経済的リスクを認めなかった。
この間、児や産婦自身の有害事象は発生していないが、事前に見守りが必要だと考えられた対象産婦４名は受診していなかった。

D. 考察

産後２週間健診の受診率は、７０％に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は２名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがおり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

E. 結論

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

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

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

今回のデータは EPDS ではなく赤ち

ゃんの気持ち質問票によるものであり、またフォロー期間が短く、中期予後については不明である。

J. 今後の展開

このシステムを用いた EPDS によるスクリーニングが有効かどうか、陽性対照者（EPDS>１０点）についての背景やフォローを続けてゆきたい。

参考文献

1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長：母子保健医療対策等総合支援事業の実施について, 平成 17 年 8 月 23 日雇児発第 0823001 号（平成 28 年 1 月 20 日改訂版）
2) 竹田 省，他：妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015 報告書，日産婦誌 68 巻 1 号，2016

平成 29 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（健やか次世代育成総合研究事業)
「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　大阪母子医療センター
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　桂　大輔　滋賀医科大学　母子診療科　助教
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、妊娠中から的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. これらに因子に加えて, 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. 昨年度は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性が示されたので, 今年度はこのリストの妥当性を更に確認するために, モデル地域で疾患別にみたリスク因子の頻度を主とした調査を追加した.

結果：産科合併症の中で頻度が高い 3 疾患を主要 3 疾患としたところ, その頻度は切迫早産 320 症例（19. 8%）, 妊娠高血圧症候群 79 症例(4. 9%), 前期破水 57 症例(3. 5%)であった. リスク因子の頻度を検討したところ, 切迫早産では, 35-39 歳の妊娠, BMI, 排卵誘発剤・IVF-ET による妊娠, 糖尿病の合併, 子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった. 妊娠高血圧症候群では, 35-39 歳の妊娠, 40 歳以上の妊娠, BMI, 喫煙, IVF-ET による妊娠, 糖尿病の合併, 子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった. 前期破水では, 35-39 歳の妊娠, 40 歳以上の妊娠, BMI, 喫煙, IVF-ET による妊娠, 糖尿病の合併, 甲状腺疾患の合併, 子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く, これらは施設規模によらなかった.

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」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.

A.　研究目的

出生後に支援が必要な家庭（要支援事例）を、妊娠中から的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，2001 年より開始されたわが国では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）

初年度、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.

2 年目は、このチェックリストが、一次施設においても十分リスク症例を抽出できる可能性を示した.

最終年である本年度は、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の検討を行った。

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.

まず、産科合併症の頻度について検討を行い、その中で、特に頻度が高い 3 疾患について、リスク因子の頻度を施設規模別に検討した。

さらに各リスク因子のオッズ比を、施設規模別に検討した。

（倫理面への配慮）

滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た研究である.（承認番号 28-038）

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 症例において検討を行った。

昨年度の研究では、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%であり、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て，三次施設とほぼ同等であった。

産科合併症の頻度は切迫早産 320 症例(19.80%)、妊娠高血圧症候群 79 症例(4.89%)、前期破水 57 症例(3.53%)、絨毛膜羊膜炎 31 症例(1.92%)、頸管無力症 18 症例(1.11%)、前置胎盤 18 症例(1.11%)、常位胎盤早期剥離 10 症例(0.62%)、播種性血管内凝固症候群 7 症例(0.43%)、肺水腫 6 症例(0.37%)、癒着胎盤 4 症例(0.25%)、子癇 1 症例(0.06%)であった。

頻度が高かった 3 疾患を主要な産科合併症とし、検討を行ったところ、3 疾患におけるリスク因子の頻度は表 1 の通りであった。

切迫早産では、35-39 歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤による妊娠、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった (図 1)。

前期破水では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった (図 2)。

妊娠高血圧症候群では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、それは施設規模によらなかった (図 3)。

各リスク因子のオッズ比の、施設規模別検討でも、各疾患について、各リスク因子、各施設規模において同様の傾向を認めることが多かった。切迫早産では、血液疾患合併のオッズ比が 4.69、DM のオッズ比が 3.30、排卵誘発剤のオッズ比が 2.87、子宮付属器疾患合併のオッズ比が 2.01 と高かった（表２）。前期破水では DM のオッズ比が 7.02、血液疾患合併のオッズ比が 6.33 と高かった（表３）。妊娠高血圧症候群では DM のオッズ比が 5.30、20 歳未満の妊娠がオッズ比 3.61、IVF-ET による妊娠のオッズ比が 3.14、BMI>25 がオッズ比 2.72 と高かった（表 4)。

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.

その為, 昨年度は一般産科診療所や助産施設を中心とした一次施設の症例にどの程度当てはまるのか検証したところ， 産科合併症に関与するリスク因子の抽出率（保有率）が三次施設とほぼ同等であった。

本年度の、主要 3 疾患における各リスク因子の頻度の検討においても、一次施設と三次施設で同等性がみられたことは， リスク因子と産科合併症の関連性が普遍であることを示しており、施設規模にかかわらず， 本チェックリストを使用できる可能性を示唆している.

オッズ比による検討では、DM の合併は、切迫早産、前期破水、妊娠高血圧症候群の共通した強いリスク因子であり、血液疾患合併は切迫早産と前期破水に共通する強いリスク因子であることが明らかとなった。他にも主要 3 疾患との関連が示唆されたリスク因子はあるが、明確にするためには更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

E. 結論

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」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.

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.1447-0756.2012.01990.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

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, 43(5):805-811, 2017

2- Sameshima, Hiroshi; Saito, Shigeru; ○Matsuda, Yoshio; Kamitomo, Masato; Makino, Shintaro; Ohhashi, Masanoa; Kino, Emi; KANAYAMA, NAOHIRO; Takeda, Satoru Annual Report of Perinatology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2016: Overall report on comprehensive retrospective study of obstetric management of preterm labor and preterm, premature rupture of membrane
J Obstet Gynaecol Res 2017
doi:10.1111/jog.13515

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
J Obstet Gynaecol Res 43(1):100-105, 2017

4- ○松田義雄
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
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」（主任研究者　光田信明）
平成 28 年度 総括・分担研究報告書　137-144　2017 年 3 月

5- 光田信明、○松田義雄　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ハイリスク評価＿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」（主任研究者　光田信明）
平成 28 年度 総括・分担研究報告書　157-161　2017 年 3 月

6- ○松田義雄、川口晴菜、米山万里枝
要支援妊婦の抽出を目的とした医療機関における「問診票を用いた情報の把握」および行政機関との連携方法の開発　平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業　「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究　（研究代表者山縣然太朗）
平成 28 年度 総括・分担研究報告書　87-97　2017 年 3 月

7- ○松田義雄, 米山万里枝
第 57 回日本母性衛生学会学術集会シンポジウム（3）ハイリスク母児への早期介入を目的とした妊娠時からの支援　座長まとめ
母性衛生　58(1):　11 -15 2017

8- 川口晴菜、○松田義雄
なぜ今メンタルヘルスなのか？　要支援妊婦に対する妊娠初期からの対応　周産期医学　47：619-22, 2017

9- 三谷穣　○松田義雄 胎児機能不全　特集/回旋異常、肩甲難産、分娩時の異常に強くなる！異常に移行させない 分娩時“先読み”ポイント＆手技　ペリネイタルケア　36（2）：20-26、2017

10- 三谷穣、○松田義雄　吸引分娩　連載 講座 産科医療補償制度に学ぶ 助産師のための妊娠・分娩マネジメント講座　ペリネイタルケア 36(4):396-400, 2017

2. 学会発表

11−桂大輔、小野哲男、○松田義雄他　施設規模別の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

第 69 回日本産科婦人科学会学術講演会

2017 年

表1.主要な産科合併症の各施設規模におけるリスク因子の頻度

		20歳未満	35-39歳	40歳以上	BMI	喫煙	排卵誘発剤	AIH	IVF-ET	血栓症	DM	HTN	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・付属器疾患
切迫早産	1次施設	0.0%	19.8%	3.0%	13.2%	3.0%	4.2%	2.4%	4.8%	1.2%	2.4%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%	2.4%	0.6%	0.6%	8.4%
	2次施設	4.9%	23.0%	6.6%	9.8%	8.2%	3.3%	1.6%	6.6%	0.0%	8.2%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	1.6%	3.3%	1.6%	0.0%	16.4%
	3時施設	0.0%	25.0%	2.2%	9.8%	3.3%	7.6%	1.1%	12.0%	0.0%	8.7%	0.0%	3.3%	1.1%	0.0%	0.0%	2.2%	1.1%	4.3%	12.0%
	全	0.9%	21.9%	3.4%	11.6%	4.1%	5.0%	1.9%	7.2%	0.6%	5.3%	0.0%	1.9%	0.3%	0.0%	0.6%	2.5%	0.9%	1.6%	10.9%
前期破水	1次施設	0.0%	7.7%	11.5%	11.5%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	3.8%
	2次施設	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.0%	60.0%
	3時施設	0.0%	34.6%	15.4%	7.7%	3.8%	0.0%	0.0%	11.5%	0.0%	26.9%	0.0%	3.8%	0.0%	3.8%	0.0%	3.8%	3.8%	0.0%	11.5%
	全	0.0%	21.1%	12.3%	8.8%	5.3%	1.8%	1.8%	8.8%	0.0%	12.3%	0.0%	3.5%	0.0%	1.8%	1.8%	7.0%	1.8%	0.0%	12.3%
妊娠高血圧症候群	1次施設	2.4%	31.0%	11.9%	33.3%	7.1%	4.8%	2.4%	11.9%	4.8%	7.1%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	7.1%
	2次施設	11.1%	50.0%	0.0%	16.7%	5.6%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%
	3時施設	0.0%	42.1%	0.0%	31.6%	5.3%	5.3%	5.3%	42.1%	0.0%	26.3%	5.3%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	10.5%	5.3%	5.3%	5.3%
	全	3.8%	38.0%	6.3%	29.1%	6.3%	3.8%	2.5%	17.7%	2.5%	11.4%	2.5%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%	1.3%	7.6%

表2.切迫早産の各リスク因子のオッズ比

	全施設			一次施設			二次施設			三次施設		
	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値
20歳未満	0.49	0.15 to 1.66	0.25				3.15	0.58to 17.10	0.18			
35-39歳	0.81	0.60 to 1.11	0.19	0.78	0.51to 1.19	0.24	0.67	0.31to 1.45	0.31	0.97	0.51to 1.84	0.92
40歳以上	0.42	0.21 to 0.83	**<0.05**	0.37	0.14to 1.01	0.05	0.94	0.24to 3.69	0.93	0.24	0.05to 1.15	0.07
BMI	0.82	0.56 to 1.21	0.33	0.97	0.59to 1.62	0.92	0.72	0.26to 2.01	0.53	0.55	0.24to 1.26	0.16
喫煙	1.31	0.68 to 2.52	0.41	0.72	0.26to 1.99	0.53	3.57	0.93to 13.80	0.06	1.49	0.34to 6.58	0.60
排卵誘発剤	2.87	1.49 to 5.54	**<0.01**	2.08	0.84to 5.10	0.11	3.58	0.23to 54.90	0.36	4.08	1.11to 15.00	**<0.05**
AIH	1.55	0.58 to 4.18	0.38	2.61	0.78to 8.69	0.12	2.15	0.16to 48.40	0.63	0.65	0.06to 6.70	0.72
IVF-ET	1.14	0.68 to 1.90	0.63	0.84	0.37to 1.90	0.68	0.85	0.18to 3.93	0.83	1.15	0.50to 2.65	0.74
血栓症	0.59	0.17 to 3.06	0.53	1.39	0.24to 8.22	0.72						
DM	3.30	1.71 to 6.39	**<0.01**	2.69	0.75to 9.73	0.13	8.53	1.40to 52.00	**<0.05**	1.68	0.63to 4.47	0.30
HTN												
血液疾患	4.69	1.43 to 15.40	**<0.05**	1.73	0.18to 16.80	0.64	2.88	0.29to 28.30	0.36	12.50	0.73to 216.00	0.08
自己免疫疾患	0.34	0.04 to 3.05	0.34							0.47	0.03to 6.46	0.57
抗リン脂質抗体症候群												
悪性腫瘍	1.11	0.21 to 5.94	0.91	1.00	0.09to 11.30	1.00	0.96	0.07to 13.30	0.97			
甲状腺疾患	1.07	0.47 to 2.41	0.87	2.21	0.65to 7.57	0.21	0.58	0.10to 3.48	0.56	0.37	0.07to 1.79	0.22
心疾患	0.98	0.25 to 3.83	0.98	1.23	0.13to 11.60	0.86	0.85	0.02to 43.20	0.94	0.25	0.02to 3.00	0.27
肝・腎疾患	2.67	0.85 to 8.38	0.09	0.85	0.09to 7.83	0.89				4.37	0.77to 25.00	0.10
子宮・付属器疾患	2.01	1.29 to 3.13	**<0.01**	2.22	1.13to 4.38	**<0.05**	2.48	0.91to 6.77	0.08	0.93	0.42to 2.08	0.86

表3.前期破水の各リスク因子のオッズ比

	全施設			一次施設			二次施設			三次施設		
	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値
20歳未満												
35-39歳	0.92	0.47 to 1.83	0.82	0.30	0.07to 1.32	0.11	0.91	0.04to 20.60	0.95	2.81	1.02to 7.75	**<0.05**
40歳以上	1.64	0.63 to 4.28	0.31	1.99	0.53to 7.51	0.31				3.05	0.64to 14.60	0.16
BMI	0.60	0.23 to 1.58	0.30	0.97	0.28to 3.33	0.96				0.35	0.07to 1.79	0.21
喫煙	1.67	0.49 to 5.75	0.41	1.33	0.17to 10.40	0.79	5.60	0.23to 135.00	0.29	1.74	0.19to 16.20	0.63
排卵誘発剤	0.59	0.07 to 4.83	0.63	1.86	0.24to 14.60	0.56						
AIH	1.20	0.15 to 9.80	0.86	2.91	0.35to 24.30	0.32						
IVF-ET	0.82	0.28 to 2.37	0.71	0.60	0.07to 5.28	0.64	12.10	0.33to 440.00	0.18	0.50	0.11to 2.20	0.36
血栓症												
DM	7.02	2.89 to 17.00	**<0.01**							10.00	3.35to 31.80	**<0.01**
HTN												
血液疾患	6.33	1.27 to 31.60	**<0.05**							5.86	0.46to 74.70	0.17
自己免疫疾患												
抗リン脂質抗体症候群	6.22	0.54 to 71.10	0.14							6.30	0.34to 117.00	0.22
悪性腫瘍	1.31	0.13 to 13.40	0.82									
甲状腺疾患	2.57	0.80 to 8.24	0.11	2.85	0.33to 24.80	0.34				1.16	0.13to 10.80	0.89
心疾患	1.95	0.23 to 16.50	0.54							2.19	0.22to 21.70	0.50
肝・腎疾患												
子宮・付属器疾患	1.86	0.78 to 4.43	0.16	0.89	0.11to 7.16	0.91				0.75	0.19to 2.96	0.68

表4.妊娠高血圧症候群の各リスク因子のオッズ比

	全施設			一次施設			二次施設			三次施設		
	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値
20歳未満	3.61	1.01 to 12.90	**<0.05**	1.81	0.21to 15.40	0.59	12.70	1.87to 86.20	**<0.01**	0.00	0.00to Inf	1.00
35-39歳	1.77	1.05 to 2.98	**<0.05**	1.68	0.79to 3.55	0.18	3.78	1.30to 11.00	**<0.05**	1.50	0.43to 5.28	0.52
40歳以上	1.04	0.37 to 2.91	0.94	3.37	1.12to 10.20	**<0.05**				4.36	0.33to 58.20	0.27
BMI	2.72	1.58 to 4.67	**<0.01**	4.03	1.95to 8.29	**<0.01**	1.61	0.41to 6.36	0.50	3.06	0.76to 12.40	0.12
喫煙	1.68	0.61 to 4.68	0.32	1.79	0.43to 7.42	0.42	1.00	0.10to 10.20	1.00	4.36	0.33to 58.20	0.27
排卵誘発剤	1.54	0.42 to 5.67	0.52	1.87	0.38to 9.20	0.44				7.29	0.64to 82.50	**<0.01**
AIH	1.52	0.31 to 7.48	0.61	1.76	0.21to 14.80	0.60				2.57	0.13to 51.30	0.54
IVF-ET	3.14	1.55 to 6.34	**<0.01**	2.40	0.80to 7.24	0.12	0.92	0.09to 9.81	0.94	26.80	5.84to 123.00	**<0.01**
血栓症	2.11	0.38 to 11.90	0.40	3.51	0.45to 27.60	0.23						
DM	5.30	2.26 to 12.40	**<0.01**	7.14	1.42to 36.00	**<0.05**	1.84	0.15to 22.50	0.63	21.40	4.10to 112.00	**<0.01**
HTN	1.78	0.26 to 12.00	0.56							0.14	0.01to 3.49	0.23
血液疾患												
自己免疫疾患	1.98	0.21 to 18.30	0.55							8.15	0.45to 149.00	0.16
抗リン脂質抗体症候群												
悪性腫瘍												
甲状腺疾患	0.43	0.08 to 2.24	0.32							2.97	0.41to 21.40	0.28
心疾患	4.01	0.76 to 21.20	0.10	9.99	0.93to 108.00	0.06				22.16	1.74to 282.00	**<0.05**
肝・腎疾患	1.17	0.13 to 10.80	0.89							4.81	0.15to 158.00	0.38
子宮・付属器疾患	0.66	0.26 to 1.70	0.39	0.79	0.19to 3.34	0.75	1.75	0.32to 9.71	0.52	0.16	0.02to 1.64	0.12

図1.切迫早産における各リスク因子の頻度

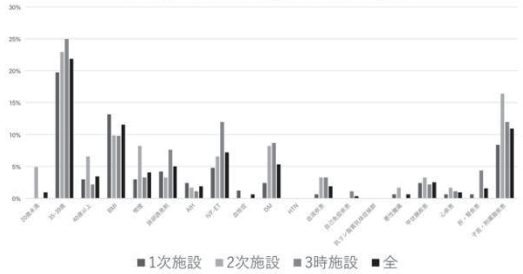


図2.前期破水における各リスク因子の頻度

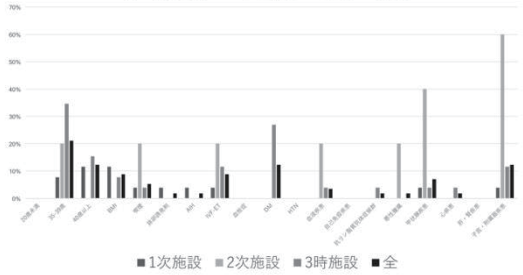
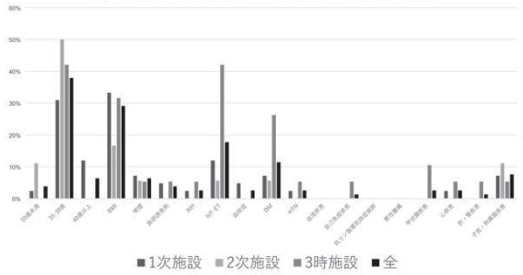


図3.妊娠高血圧症候群における各リスク因子の頻度



平成 29 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）」

「社会的リスクを有する母体および児の周産期における医学的リスク評価」

研究代表者：光田信明　(地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター)
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)
研究協力者：川口晴菜　(地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター)

研究要旨
背景：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。
目的：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。
方法：対象は、2016 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日の 1 年間に当センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は除外した。妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行い、症例が分娩に至ったのちに、周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析した。
結果：2016 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に当センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。単変量解析にて、社会的リスクを有する者は、社会的リスクのないものと比較して自然妊娠が多く、経産婦が多かった。妊娠経過については、社会的リスクがある方が有意に子宮収縮抑制剤の使用が多かった。しかし、帝王切開率は、社会的リスクがないもので有意に少なく、分娩時出血も少ない傾向であった。児の予後に関して、両群で差を認めなかった。母体基礎情報で補正し、多重ロジスティック回帰分析にて社会的リスクと関連する医学的なリスクを検討した。慢性高血圧(aOR6.3(2.4-16.5))、子宮収縮抑制剤使用(aOR1.7(1.1-2.7))が有意な因子として抽出された。
考察：社会的リスクによって、妊娠に関連した医学的リスクのうち、高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が有意に多くなることが分かった。その他の因子に関しては社会的リスクの有無によって差は認めなかった。

A. 研究目的

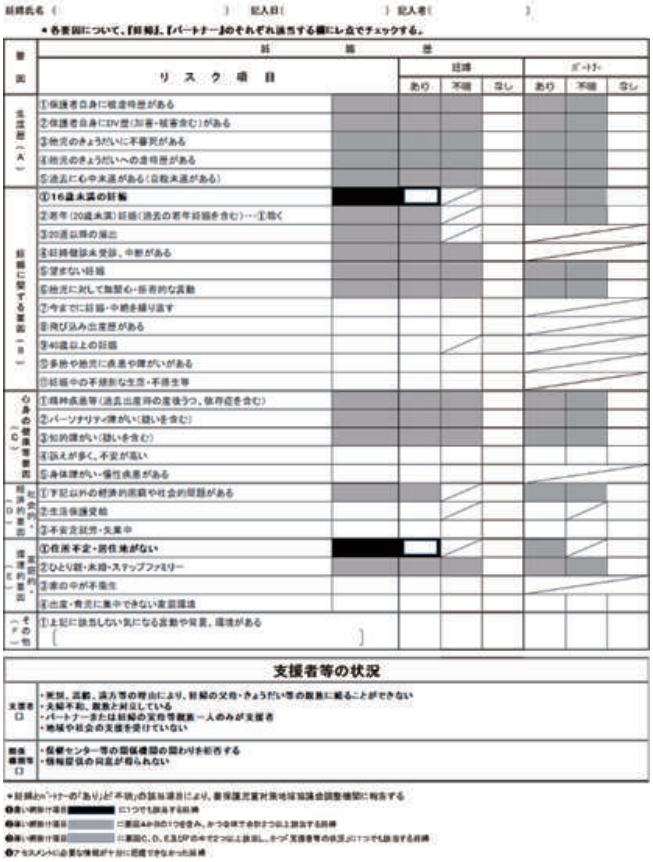
周産期における医学的なリスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠(未受診、若年妊娠、DV、経済的な問題、精神的な問題、支援不足など)については、母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。社会的ハイリスクのなかには、妊婦健康診査の未受診に伴って医学的リスクの評価や対応が不十分となるため、結果的に医学的にもハイリスクとなりうる症例が存在し、増悪している可能性がある。さらに、育児に着目した場合、社会的ハイリス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。

本研究の目的は、社会的リスクが、周産期における母児の医学的リスクにどのように影響するか検討することである。

B. 研究方法

対象は、2016 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日の 1 年間に当センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は除外した。社会的リスクに関する情報は、妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシート(妊婦用) (図 1)の項目を確認することで把握した。社会的リスクは 6 つのカテゴリーに分類した。(表 1)医学的リスクに関しては、対象が分娩に至ったのち、当センターで入力している周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収した。(表 2)社会的リスクと関係する医学的なリスクを評価した。統計学的解析には、Stata/MP14 を用い、X2 乗検定、多重ロジスティック回帰分析を行った。

(図 1) 大阪府のアセスメントシート(妊婦用)



＊妊婦とパートナーの「あり」が「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

(表 1)　社会的リスク

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

(表 2)　医学的リスク

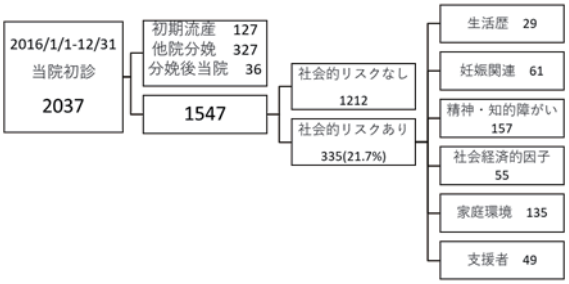
母体基礎情報	母体基礎疾患	妊娠分娩経過	新生児情報
年齢	高血圧	悪阻	性別
人種	糖尿病	AC/CVS	児体重(10%tile未満)
経産回数	自己免疫疾患	切迫流産	Ap(1)＜7
中絶歴	心疾患	切迫早産	Ap(5)＜7
流産歴	円錐切除後	子宮収縮抑制剤使用	PH<7.0
BMI	バセドウ病	母体リンデロン投与	NICU・小児棟入院
妊娠方法	甲状腺機能低下症	HDP	
	精神疾患	GDM	
		FGR	
		HFD	
		多胎	
		頸管縫縮術	
		クラミジア陽性	
		胎児異常	
		胎児治療	
		胎盤位置異常	
		SA,AA,FD,NND	
		帝王切開	
		常位胎盤早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

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

C. 研究結果

2016 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に当センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。なお、同期間に 2 回分娩に至った症例 2 例を含んでいる。1 つでも社会的リスクを有する者は、335 人(21.7%)であり、リスク 2 つ以上有する者は 86 人(5.6%)であった。社会的リスクのカテゴリー毎の該当数は、生活歴に関するリスク 29 人、妊娠関連 61 人、精神・知的障がい 157 人、社会経済的要因 55 人、家庭環境 135、支援者 49 であった。（図 2）

（図 2）研究対象者における社会的リスクの内訳



社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度を検討した。(表 3)母体年齢、母体精神疾患は社会的リスクの一要因であるため、医学的リスクとして検討には含んでいないが、参考として頻度を示した。

社会的リスクを有する症例に有意に多い因子は、母体基礎情報では、外国人、経産婦、中絶歴、自然妊娠であった。母体基礎疾患では、高血圧合併が有意に多かった。妊娠分娩経過においては、子宮収縮剤抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Ca ブロッカー内服)の使用が有意に多かった。

また、帝王切開率や分娩時大量出血は、社会的リスクがない方が有意に多

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

かった。その他の妊娠分娩経過や新生児の予後に関して社会的リスクと関係のある因子は認めなかった。

(表3) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度（単変量解析）

		total	社会的リスクあり	社会的リスクなし	*P*
	N	1547	335	1212	
母体基礎情報	年齢(20歳未満)	23	23	0	
	人種(日本人以外)	46	18(5.4)	28(2.3)	0.003
	経産回数(初産)	781	152(45.4)	629(51.9)	0.035
	流産歴	359	65(19.4)	294(24.3)	0.06
	中絶歴	185	67(20)	118(9.7)	＜0.001
	BMI(≧25)	173	42(12.7)	131(10.9)	0.48
	妊娠方法(自然妊娠)	317	295(88.1)	933(77.0)	＜0.001
母体基礎疾患	高血圧	20	12(3.6)	8(0.7)	＜0.001
	糖尿病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.78
	自己免疫疾患	26	7(2.1)	19(1.6)	0.51
	心疾患	55	10(3.0)	45(3.7)	0.52
	円錐切除後	33	8(2.4)	25(2.1)	0.72
	バセドウ病	25	6(1.8)	19(1.6)	0.77
	精神疾患	122	87(26.0)	35(2.9)	
	甲状腺機能低下症	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
妊娠分娩経過	悪阻	34	11(3.3)	23(1.9)	0.13
	AC/CVS	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
	切迫流産	225	42(12.5)	183(15.1)	0.24
	切迫早産	308	69(20.6)	239(19.7)	0.72
	子宮収縮抑制剤使用	123	36(10.8)	87(7.2)	0.03
	母体リンデロン投与	95	20(6.0)	75(6.2)	0.89
	HDP	163	39(11.6)	124(10.2)	0.46
	GDM	134	32(9.6)	102(8.4)	0.51
	FGR	155	28(8.4)	127(10.5)	0.25
	HFD	75	18(5.4)	57(4.7)	0.61
	多胎	116	21(6.3)	95(7.8)	0.33
	頸管縫縮術	24	7(2.1)	17(1.4)	0.37
	クラミジア陽性	28	9(2.7)	19(1.6)	0.17
	胎児異常	225	44(13.1)	181(14.9)	0.41
	胎児治療	27	7(2.1)	20(1.6)	0.59
	胎盤位置異常	38	6(1.8)	32(2.6)	0.37
	SA,AA,FD,NND	78	14(4.2)	64(5.3)	0.42
	分娩週数(中央値)		39(13－41)	38(14－41)	0.54
	早産	207	42(13.1)	165(14.4)	0.6
	帝王切開	452	76(22.7)	376(31)	0.003
	緊急帝王切開	232	44(57.9)	188(50)	0.21
	常位胎盤早期剥離	12	3(0.9)	9(0.7)	0.78
	分娩時出血＞1000ml	295	44(13.4)	251(20.9)	0.004
	輸血	22	4(1.2)	18(1.5)	0.69
新生児情報	性別(男児)	795	182(45.3)	613(49.1)	0.38
	児体重(＜10%tile)	197	40(12.4)	157(13.6)	0.78
	Ap(1)＜7	103	15(4.7)	88(7.7)	0.13
	Ap(5)＜7	33	5(1.6)	28(2.4)	0.46
	PH<7.0	22	6(1.9)	16(1.5)	0.52
	NICU、小児病棟入院	257	60(18.5)	197(17.1)	0.34

次いで、社会的リスクを一つでも有するものとそうでないものの2群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析で p＜0.3 であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表4)

社会的リスクを有するもので有意に上昇する医学的リスクは、高血圧合併妊娠、子宮収縮抑制剤(塩酸リトドリン点滴、硫酸マグネシウム点滴、Caブロッカー内服)であった。

(表4) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度（多変量解析）

	cOR	aOR	95%CI	*P*
高血圧合併	5.6	6.3	2.4-16.5	<0.001
甲状腺機能低下	0.6	0.8	0.4-1.6	0.58
悪阻	1.8	1.7	0.8-3.7	0.17
切迫流産	0.8	0.8	0.5-1.2	0.22
子宮収縮抑制剤使用	1.6	1.7	1.1-2.7	0.03
胎児発育不全	0.8	0.7	0.5-1.2	0.23
帝王切開	0.7	0.7	0.5-1.0	0.09
分娩時出血＞1000ml	0.6	0.7	0.5-1.1	0.1
Ap(1)<7	0.6	0.7	0.4-1.2	0.18

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

さらに、社会的リスクを2つ以上もつものと社会的リスクのない2群において、多重ロジスティック解析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析（表5）で p＜0.3 であったものを因子として使用した。また、母体の基礎情報で調整した。(表6)
その結果、高血圧合併のみが、関連する因子であった。(aOR6.6(1.4-32.0), *P* <0.001)

(表5) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度：社会的リスク2つ

以上の場合(単変量解析)

		社会的リスク>2	社会的リスクなし	P
母体基礎情報	N	86	1212	
	年齢(20歳未満)	19	0	
	人種(日本人以外)	3(3.5)	28(2.3)	0.49
	経産回数(初産)	38(44.2)	629(51.9)	0.17
	流産歴	13(15.1)	294(24.3)	0.05
	中絶歴	26(30.2)	118(9.7)	<0.001
	BMI(≧25)	10(12.2)	131(10.9)	0.72
	妊娠方法(自然妊娠)	84(97.7)	933(77.0)	<0.001
母体基礎疾患	高血圧	4(4.7)	8(0.7)	<0.001
	糖尿病	3(3.5)	19(1.6)	0.18
	自己免疫疾患	2(2.3)	19(1.6)	0.59
	心疾患	4(4.7)	45(3.7)	0.66
	円錐切除後	3(3.5)	25(2.1)	0.38
	バセドウ病	2(2.3)	19(1.6)	0.59
	精神疾患	24(27.9)	35(2.9)	
	甲状腺機能低下症	1(1.2)	78(6.4)	0.05
妊娠分娩経過	悪阻	3(3.5)	23(1.9)	0.31
	AC/CVS	4(4.7)	78(6.4)	0.51
	切迫流産	9(10.5)	183(15.1)	0.24
	切迫早産	23(26.7)	239(19.7)	0.12
	子宮収縮抑制剤使用	13(15.1)	87(7.2)	0.008
	母体リンデロン投与	6(7.0)	75(6.2)	0.77
	PIH	11(12.8)	124(10.2)	0.45
	GDM	7(8.1)	102(8.4)	0.93
	FGR	10(11.6)	127(10.5)	0.74
	HFD	6(7.0)	57(4.7)	0.34
	多胎	5(5.8)	95(7.8)	0.5
	頸管縫縮術	1(1.2)	17(1.4)	0.85
	クラミジア陽性	6(7.0)	19(1.6)	<0.001
	胎児異常	8(9.3)	181(14.9)	0.15
	胎児治療	1(1.2)	20(1.6)	0.73
	胎盤位置異常	0	32(2.6)	
	SA,AA,FD,NND	3(3.5)	64(5.3)	0.47
	分娩週数(中央値)	38(21-41)	38(14－41)	
	早産	14(16.9)	165(14.4)	0.54
	帝王切開	17(19.8)	376(31)	0.03
	緊急帝王切開	9(52.9)	188(50)	0.82
	常位胎盤早期剥離	0	9(0.7)	
	分娩時出血＞1000m	14(16.9)	251(20.9)	0.38
	輸血	1(1.2)	18(1.5)	0.81
新生児情報	性別(男児)	47(54.7)	613(49.1)	0.53
	児体重(＜10%tile)	10(11.9)	157(13.6)	0.67
	Ap(1)＜7	5(6.0)	88(7.7)	0.59
	Ap(5)＜7	3(3.6)	28(2.4)	0.51
	PH<7.0	3(3.8)	16(1.5)	0.11
	NICU、小児病棟入院	15(18.1)	197(17.1)	0.82

AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

(表 6) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度：社会的リスク 2 つ以上の場合(多変量解析)

	cOR	aOR	95%CI	P
高血圧合併	7.3	6.6	1.4-32.0	<0.001
糖尿病合併	2.3	1.3	0.2-7.3	0.74
切迫流産	0.7	1.7	0.8-3.7	0.09
切迫早産	1.5	0.5	0.2-1.1	0.45
子宮収縮抑制剤使用	2.3	2.1	0.8-5.4	0.13
胎児異常	0.6	0.56	0.2-1.3	0.17
帝王切開	0.5	0.6	0.3-1.1	0.08
PH<7.0	2.7	2.1	0.6-8.1	0.3

※人種、初産、中絶歴、流産歴、妊娠方法で補正(年齢、精神疾患は社会的リスクの一因子であるため除外)

D. 考察・結論

社会的リスクを少なくとも 1 つ有する妊婦は、当センターでは 335 人(21.7%)であった。社会的なリスクを有することにより上昇する医学的なリスクは高血圧合併と子宮収縮抑制剤使用のみであり、悪阻、切迫早産、切迫流産、胎児死亡、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎児発育不全、早産等主な産科合併症との関連は認めなかった。一方、帝王切開に関しては、むしろ社会的リスクがある方が有意に少ない傾向にあったが、多変量解析によって有意差は認めなかった。帝王切開の施行理由には、社会的なリスクというよりは医学的なリスクが強く関係することが考えられた。今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

G. 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なリスクの比較的高い周産期センター単一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。

一方、単一施設で、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。また、データ入力については、不備がないかを 2 人の助産師により再確認を行っている。

J. 今後の展開

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、つまり医学的リスクも社会的リスクもないもの、社会的リスクのみあるもの、医学的リスクのみあるもの、医学的リスクと社会的リスクの合併の 4 群において、子ども虐待への関係を検討する必要がある。

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 29 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

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　順天堂大学　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】　医学中央雑誌 Web を用いて腹式頸管縫縮術の症例報告を抽出し、全文を取り寄せて内容を吟味して、円錐切除術後の早産ハイリスクの妊婦のリスク軽減への有用性を検討した。また英文論文については PubMed を用いて、検索を行った。
【結果】　2011 年以降の円錐切除後妊娠における腹式頸管縫縮術の症例報告は、合計 35 報ヒットした。抄録から不適当な 2 件の除いた 32 件について、本文を取り寄せて、症例の経過を吟味した結果、適合する報告は 13 報、20 例が抽出された。また PubMed でも、1 報 5 例抽出され、合計 20 例の詳細について、それぞれの論文から情報を収集した。奇しくもすべてわが国からの報告であった。その中で 90%（18 例）の症例で生児を得ることができ、55%（11 例）で、妊娠 34 週まで維持することができた。
【結論】　近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、早産ハイリスク妊娠である。しかし、通常の予防的頸管縫縮術に関しては、早産予防の有用性は見いだせない。そこで、経腟的頸管縫縮術が困難、あるいは効果なく行った経腹的頸管縫縮術は早産予防効果が確認された。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、子宮頸部手術後妊娠で、経腟的頸管縫縮術が困難あるいは、不能な例に対しては、腹式頸管縫縮術が、オプションとして選択肢となりうると考えた。

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おり、昨年の本研究にお

いて、円錐切除後妊娠は早産ハイリスクであり、RR≧2.0 以上で HRP list に加えるべきと判断された。

他の医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストに記載されている因子は、様々なリスクを伴ってはいるが、生児を得ることは可能である。しかし、円錐切除後妊娠に関しては、一部これまでの方法では、生児を得ることが困難であり、なんらかの早産リスク軽減のための新しい手段が必要となる。そこで、腹式頸管縫縮術に関する知見を収集して、その有効性について検討を行った。

B. 研究方法

① 医学中央雑誌 Web をサーチエンジンとして使用し、2011-2017 年までの経腹縫縮術の症例報告を抽出した。様々な試みを行った上で最終的な検索式は、(開腹/AL or 腹式/AL or 経腹) and (子宮頸管縫縮術/TH or 頸管縫縮術/AL) and (円錐切除術)とした。

② PubMed を用いて、腹式頸管縫縮術の有効性を検討すべく、検索式として、(("cerclage") AND "abdominal") AND conization とした。

C. 研究結果

双方のサーチエンジン合計で、35 報抽出した。すべての報告の抄録を確認し、目的に適合していない、重複、予後の記載がない報告を除外したところ、13 報、20 症例が残った。これらすべての報告の全文を取り寄せ、症例に関して詳細に吟味した。いずれの症例も前回妊娠で経腟的頸管縫縮術を行ったか、あるいは子宮腟部が消失しており、縫縮を行わず、生児が得られていない。経腹的縫縮術では、90%（18 例）で生児が得られ、そのうち 34 週まで妊娠維持可能であった症例は、55%（11 例）であった。

図1 経腹的頸管縫縮術の検索及び解析結果

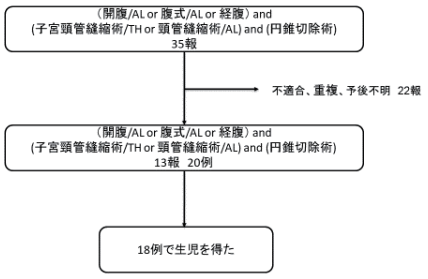
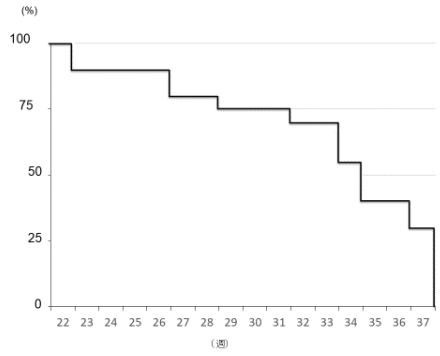


図2 経腹的予防的頸管縫縮術の妊娠予後



D. 考察

子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、RR≧2 の早産ハイリスク妊娠である。しかし、他の HRP-list に掲載されているリスク異なり、一部の女性では、医原性の頸管無力症による流早産のためにこれまでの早産予防策では生児が得られない。この点が他の HRP-list 掲載の他の因子と異なる。このため、これまでとは異なる早産予防効果のある方策の提供が必要である。

今回網羅的文献検索と報告内容の吟味によって、腹式頸管縫縮術の効果が確認された。

出版バイアスはあるものの、通常の方法では生児を得ることができない女性の 90%で生児を得ることができる手段として、今後この手術方法の普及が期待される。

社会的ハイリスクを有する女性では、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。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により、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。前年までの検討では、一定頻度で生児を得ることができなかったが、腹式頸管縫縮術は、これの克服に重要な手段であることが、確認された。

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、周産期センターでの妊娠管理が勧められ、生児が得られない場合、次回妊娠では腹式頸管縫縮術が、生児を得るための、オプションになりうる。

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

円錐切除後妊娠で生児が得られない女性に対する腹式頸管縫縮術がオプションになりうることを広報する。さらに、腹腔鏡下手術による頸管縫縮術の有効性について検討する。

参考文献

なし

平成 29 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　大阪母子医療センター
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
○ メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。
○ スクリーニング検査（NICE の質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１ヶ月に行うことが望まれる。
○ スクリーニング検査の導入は、２次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。
○ 地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。
○ 要介入妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、女性の BMI が高い自治体は男性の喫煙率も高く、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。
○ 精神疾患と早産が関連する可能性があり、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められると推察された。
○ 以上を円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。
○ 産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦のへの対応（サービス）向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

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。妊娠中のうつ病は約10%、産褥期では約 10–15%で発症し、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1-5)。

本研究では、年間約４万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が 0.6%から 8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、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 6, 7)。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。

本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

B. 研究方法

保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編 8)、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」9)などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。

効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設情報調査 2015 をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した 6, 7)。

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は含まれず、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。

C. 研究結果

１．推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１

ヶ月に行う。妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認する 8, 9)。

スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構（NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence）の簡便な包括的２項目質問法が勧められている（図１、２）8)。また、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（図３）も、多くの国で妊娠中から用いられている 9)。

一方、社会的背景（望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など）を踏まえたものに関しては、初診時問診票モデル案（図４）や大阪府で実際用いられているアセスメントシート（図５）、あるいは育児支援チェックリスト（図６）が妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票（図７）が勧められている 9)。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICE の質問票で、１つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医への受診が勧められている。また、EPDS は９点以上で、「うつ病の可能性が高い」とするが、点数とうつ病の重症度に関連はなく、８点以下で必ずしもうつ病を否定できない。また、不安障害や精神遅滞など他の精神疾患でも高値となることがある。いずれにしろ、これらの判定には精神科への受診が必要になる。

初診時問診票や育児支援チェックリストは患者の背景因子を評価するもので、メンタルヘルスへの介入の必要性を検討するためには、前述の NICE の質問や EPDS と合わせて総合的に評価する必要がある。初診時問診票や育児支援チェックリストで要支援妊婦と判定される場合、施設内で生活状況、心理状態の把握に努め、傾聴を主体とした支援の継続が求められる。また、生活機能障害が著しい場合は、母子保健支援連絡票（妊婦・産婦・新生児）やアセスメントシート（支援を要する妊婦のスクリーニング；厚生労働省）などを用い子育て世代包括支援センターに情報提供し、保健師の訪問支援などを依頼する。

２．メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性

メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、自治体により異なり 0.6％から 8.6％に分布している（図８）。これら要介入妊産婦の頻度と、自治体ごとの経済的指標、身体的指標、疾病発生率などを比較した。

自治体ごとの平均年収（厚労省；賃金構造基本統計調査 2016）10)と要介入妊産婦の割合を比較すると（図９）、年収の増加にともない要介入妊産婦

の割合が減少する傾向であった。

身体的特徴との比較では、要介入妊産婦の割合は自治体ごとの女性のBMI（厚労省；国民健康・栄養調査2012）11)の増加に伴い増加する傾向であった（図10）。また、自治体ごとの出生体重 2000g 未満で早産と考えられる児の出生率（厚労省；人口動態調査 2015）12)と要介入妊産婦の割合には、有意な正の相関が認められた（図11）。

各自治体の医師数や助産師数と要介入妊産婦の割合を比較すると（図12）、千出生あたりの助産師数（厚労省；衛生行政報告例：就業助産師数都道府県別2012）13)が少ない自治体で、要介入妊産婦の割合が増加する傾向であった。

D. 考察

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査（NICEの質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後２週、産後１ヶ月に行うことが望まれた。本調査では、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は、自治体ごとにその頻度が0.6%から 8.6%と大きく異なっている 6, 7, 16)。この頻度のばらつきの一部は、産科医療従事者の主観的判断により抽出されているためと推察され、全産科医療機関で統一されたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になるものと思われた。しかし、スクリーニング検査の導入は、２次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になり、その後の対応に課題を残す。

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g 未満の出生児が有意に増加していた。また、産科医療従事者のうち助産師が少ない自治体で要介入妊婦の割合が増加する傾向があり、産科医療従事者のみによる対応に限界がある可能性が示された。

１．管理指針の課題

1) 精神疾患の診断と対応

NICE の質問票や EPDS は、うつ病や不安障害など精神疾患のハイリスクを抽出するスクリーニング法で、確定診断や重症度を判断するものではない。実際、その診断には DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoders-5）においては、重症度を３段階に分類する評価法や GAF 尺度（Global Assessment of Functioning）により評価する方法が提唱されている 14)。しかし、これらは精神科専門医により行われるもの

で、産婦人科医に馴染みはない。

一方、昨年までの調査では 6, 7, 16)、メンタルヘルスへの介入が必要と考えられた妊産婦に、臨床心理技術者が対応したものは全体の 14.3%で、精神科医に診療依頼されたものも約 20%に止まっている。この結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の専門職が不足していることを推察させる。

今後、スクリーニング検査が全例に行われるようになれば、その診断と重症度に応じた治療を検討しなければならない妊産婦が増加することは明らかである。したがって、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

2) 精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦の抽出ツールが異なり、かつ、対応が異なるためそのスクリーニングとその後の流れは複雑になる。5 回のスクリーニング時期に少なくとも 2 種類の検査が行われ、陽性者への対応は 3 通りになる。精神科医に協力を依頼するもの、子育て世代包括支援センターに連絡するもの、そしてその両方にコンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す（図 13)。メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。

これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する（図 14)。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

また、全ての産科医療機関で、妊娠初期に要支援妊婦を抽出する初診時問診票（図４、５）や育児支援チェックリスト（図６）が導入されれば、子育て世代包括支援センターへのアクセスが初診時に集約できる可能性がある。妊娠期から産褥期まで、５回のスクリーニングが提唱されているが、この回数も状況に応じ減少させることができる（図 14)。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時問診票（図４、５）などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て

世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になろう（図 14）。

さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない 15)。子育て世代包括支援センターが、相談者に NICE の質問票や EPDS を用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる（図 14）。

産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦のへの対応（サービス）向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

２．全国展開への課題

1）臨床心理専門職の配備

本研究の全国調査では、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、全出生の 4%で、総合・地域の周産期母子医療センターで 6.5%、一般病院で 4.4%、診療所で 2.4%と高次施設で高率であった（表１）6, 7, 16)。しかし、実数で見ると、総合・地域の周産期母子医療センターが管理した要介入妊婦の実数は 534 名で、全体（1551 名）の 34%に過ぎない。

周産期体制整備指針では、総合周産期母子医療センターなどの診療体制として産科医、助産師などに加え、臨床心理士等の臨床心理技術者の配置を求めている。しかし、それ以外の施設、特に診療所では、施設内で精神科医や臨床心理士などの臨床心理技術者と協働管理することは難しい。実際、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 57.6%、地域周産期母子医療センターで 38.1%と比較的高率だが、一般病院では 22.8%、診療所では 14.5%に止まっている 6, 7, 16)。

全ての産科医療機関に妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする臨床心理技術者を配備することは困難で、要介入妊婦を全て高次施設に集約することも地域によってはアクセスの観点 17)から難しい。したがって、要介入妊婦への対応をより充実するには、周産期母子医療センター以外で管理される要介入妊婦への支援を補完するシステムが必要になる。これらについても、上述の子育て世代包括支援センターに臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで解決に近づくことが期待される。

2）保健指導の強化とより慎重な周産期管理

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向がある。ま

た、平均年収や男性の喫煙率（厚生労働省；国民生活基礎調査 2016 年）と女性の BMI には有意な相関があり、平均年収が低く、喫煙率が高いほど、BMI が増加している（図 15）。精神疾患と BMI に明確な関連があるわけではないが、健康増進の観点からもり、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。

また、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g 未満の出生児が有意に増加していた。出生体重 2000g 未満の多くは早産児である。早産児は脳性麻痺や神経発達障害などと密接に関連する。医療的な支援を要する児の出産は、母親の精神状態や生活機能をさらに圧迫するリスクがある。精神疾患と早産が関連するとすれば、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められることになる。

本研究の要介入妊婦の割合は、産科医療従事者の主観的判断によるものである。上述のスクリーニング検査が導入され、より客観的なデータが集積され、詳細な検討が行われることが望まれる。

3）産科医療施設と産科医療従事者の確保

本研究の全国調査で 6, 7, 16)、最も要介入妊産婦に対応していたのはいずれの施設においても助産師であった（表２）。全国の産科医療機関で働く助産師数は、過去 10 年間で 34%増加している（図 15, 日本産婦人科医会施設情報調査より）。しかし、自治体ごとの千出生あたりの助産師数 13)は、22 名から 44 名と約２倍の格差があり、助産師が少ない自治体で要介入妊産婦の割合が増加する傾向がある（図 12)。したがって、自治体（地域）によってはメンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。

産科医師不足とその偏在は顕著で 18)、産科診療所では産科医の高齢化と助産師確保が問題になっている。産科診療所は全国の分娩の約 50%を担い、特に人口密度の低い地域の産科医療を支えている。上述のごとく、要介入妊産婦や生活機能障害による要支援妊婦を臨床心理技術者が配備され、精神科の併設された周産期母子医療センターなどに集約することは困難で、地域によっては診療所機能の維持とそこで働く助産師の確保も重要な課題になろう。

稿を閉じるに臨み、本研究にご理解をいただいた日本産婦人科医会常務理事会、研究データの収集にご協力頂いた事務職員に深謝する。

E. 結論

メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導

入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、２次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。

各自治体の子育て世代包括支援センターで、ワンストップ機能を確立し、臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで、これらの問題は解決に近づくことが期待される。

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 53(1): 43 - 49 2017

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、今後スクリーニング検査を導入していく上で、およその対象者数を明らかにし、その課題を抽出した。

J. 今後の展開

スクリーニング検査を導入し、その効果を検証する。また、行政、自治体と連携し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦への対応の向上を図る。

参考文献

1)　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
2) 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
3)　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.
4)　光田信明．飛び込み出産．母子保健情報 67: 19-23. 2013.
5)　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.
6)　木下勝之，中井章人．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 年度厚生労働省科学研究報告書（主任：光田信明）
7)　中井章人，光田信明，木下勝之．メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究，日本周産期・新生児医学会雑誌　53(1): 43 -49 2017
8)　産婦人科診療ガイドライン産科編 2017（編集・監修日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会）．妊娠中の精神障害のリスク評価の方法は？．公益社団法人日本産科婦人科学会事務局．東京．2017

9)　日本産婦人科医会．妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル―産後ケアへの切れ目ない支援に向けて―．公益社団法人日本産婦人科医会．東京．2017
10）厚生労働省；賃金構造基本統計調査
http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2016/index.html
11）厚生労働省；平成 24 年国民健康・栄養調査
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001041744&requestSender=dsearch
12)　厚生労働省；人口動態調査（2015 年）
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/
13)　厚労省；衛生行政報告例：就業助産師数都道府県別
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf#search=%27
14）日本精神神経学会：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き―第 5 版．医学書院．2014
15) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局「子育て世代包括支援センター」と利用者支援事業等の関係等について．平成 27 年 9 月．
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf#search
16) 木下勝之，中井章人．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 28 年度厚生労働省科学研究報告書（主任：光田信明）
17) 中井章人．地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究．平成 26 年度厚生労働省科学研究報告書（主任：田村正徳）
18) 中井章人、海野信也．全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究−日本産科婦人科学会医療改革委員会・日本産婦人科医会勤務医部会共同調査−．日本周産期・新生児医学会誌 2015; 50: 1281-1288.

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

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

⇩

質問に対し、1つでも「はい」があるか、うつ病を疑わせるような懸念がある場合

⇩

ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図1．NICEのうつ病包括的2項目質問法（文献8より引用）

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

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

⇩

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

⇩

ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図2．NICEの不安についての2項目質問票（文献8より引用）

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　実施日　　年　　月　　日（産後　　日目）

産後の気分についておたずねします。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ょう。今日だけでなく、**過去７日間**にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1）笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
（ ） いつもと同様にできた。
（ ） あまりできなかった。
（ ） 明らかにできなかった。
（ ） 全くできなかった。

2）物事を楽しみにして待った。
（ ） いつもと同様にできた。
（ ） あまりできなかった。
（ ） 明らかにできなかった。
（ ） ほとんどできなかった。

3）物事が悪くいった時、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、心配したりした。
（ ） いいえ、そうではなかった。
（ ） ほとんどそうではなかった。
（ ） はい、時々あった。
（ ） はい、しょっちゅうあった。

5）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、いつものようにうまく対処できなかった。
（ ） いいえ、たいていうまく対処した。
（ ） いいえ、普段通りに対処した。

7）不幸せなので、眠りにくかった。
（ ） はい、ほとんどいつもそうだった。
（ ） はい、時々そうだった。
（ ） いいえ、あまり度々ではなかった。
（ ） いいえ、全くなかった。

8）悲しくなったり、惨めになったりした。
（ ） はい、たいていそうだった。
（ ） はい、かなりしばしばそうであった
（ ） いいえ、あまり度々ではなかった。
（ ） いいえ、全くそうではなかった。

9）不幸せなので、泣けてきた。
（ ） はい、たいていそうだった。
（ ） はい、かなりしばしばそうだった。
（ ） ほんの時々あった。
（ ） いいえ、全くそうではなかった。

10）自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
（ ） はい、かなりしばしばそうだった。
（ ） 時々そうだった。
（ ） めったになかった。
（ ） 全くなかった。

（岡野ら（1996）による日本語版）

図３．エジンバラ産後うつ病質問票（文献９より引用）

初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）

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。
医療施設・市町村・保健所等が連携して支援させていただきます。

記入日　平成　　年　　月　　日　　カルテNo.　　妊婦健診補助券番号

1	フリガナ		生年月日	年齢	職業	
	妊婦氏名		S H			
	婚姻状況	①既婚（ 初婚 ・再婚 ）　②未婚（入籍予定 あり ・ なし ）				
	健康保険の種別	①社会保険　②国民健康保険　③いずれでもない（ ）				
2	住民票のある住所	（〒 ）				
3	現住所 （上記と異なる場合）	（〒 ） この住所に何年お住まいです ）年				
4	連絡先	自宅電話番号	携帯電話番号	メールアドレス		
	緊急連絡先	連絡先氏名	電話番号	携帯電話番号	メールアドレス	
5	フリガナ		生年月日	年齢	職業	
	夫氏名 （パートナー）					
6	家族構成	本人を含めた総家族数（ ）人 （妊婦さんからみた続柄で同居者に○をつけてください。） 夫・パートナー・子ども（ ）人・父親・母親・祖父・祖母・夫（パートナー）の父、夫の母・夫の祖父・夫の祖母・ その他（ ）				
7	帰省先	①妊婦さんの方　②夫（パートナー）の方　③帰省しない				
	住 所	（〒 ）　連絡先氏名 電話番号				
8	今回の妊娠について	現在の妊娠週数のことなど	妊娠＿＿＿週　単胎 ・ 多胎（ ）胎			
		分娩予定日	平成　年　月　日			
		今回の妊娠は不妊治療ですか	は い　いいえ			
		妊娠：今回が初めて・（ ）回目 流産：なし・（ ）回、中絶：：なし・（ ）回、早産：なし・（ ）回、死産：なし・（ ）回				
		分娩：今回が初めて・（ ）回目 順調ですか：はい　いいえ（理由： ）				
		妊婦健診の医療機関名	未定			
		分娩予定の医療機関名	未定			
9	アレルギーについて		ない　ある			
10	1）妊娠期間中に転出する予定がありますか。		予定はない　少しある　わからない　予定がある（ 月 日）			
	2）妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。（複数回答可）		いる場合：夫・パートナー　自分の両親や姉妹　夫・パートナーの両親や姉妹 その他（ ） わからない　いない			
	3）夫（パートナー）に何でも打ち明けることができますか。		はい　少しは内緒がある　わからない　打ち明けない　いない			
	4）困った時に相談する人はいますか。		いる場合：夫・パートナー　自分の両親や姉妹　夫・パートナーの両親や姉妹 その他（ ） わからない　いない			
	5）生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。		不安はない　少しある　わからない　考えたことが無い　多いにある			
	6） 妊娠がわかった時の気持ちは？		とても嬉しかった　予想外だったが嬉しかった　わからない　困った　たいへん困った			
	7）今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。		はい（施設名：　　）　わからない　ない			
	8）常用している薬がありますか。		ない　睡眠薬　安定剤　わからない薬　その他（ ）			
	9）今までの病気について		ない　ある（ ）			
	10）今治療中の病気ありますか		ない　ある（ ）			
	11）本人のたばこ		吸わない　やめた　吸う（ ）本/日			
	12）夫（パートナー）のたばこ		吸わない　やめた　吸う（ ）本/日			
	13）その他の同居者のたばこ		吸わない　やめた　吸う（ ）本/日			
	14）本人のアルコール		飲まない　やめた　飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
	15）夫（パートナー）のアルコール		飲まない　やめた　飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
	16）現在、「困っていること」、「悩んでいること」「不安なこと」などありますか。それは何ですか。		ある場合：妊娠・出産について　経済的なこと　自分の身体のこと 夫婦（パートナー）関係　家族関係のこと　育児の仕方 その他（ ） ない			
	17）この一年間に、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」などの症状がありますか。		ない　どちらかといえばない　どちらかといえばある　ある			
11	行政等への情報提供について		承諾する　承諾しない			

図４．初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）（文献９より引用）

アセスメントシート②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式）

＊このシートは、妊娠期から出産後の育児について養育負担がかかりやすく、より支援が必要であることを判断するための指標です

妊婦氏名（　　）　記入日（　　）記入者（　　）

＊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	リスク項目（妊娠歴）	妊婦 あり	妊婦 不明	妊婦 なし	パートナー あり	パートナー 不明	パートナー 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						
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						
	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						
	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□	・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 ・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

＊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

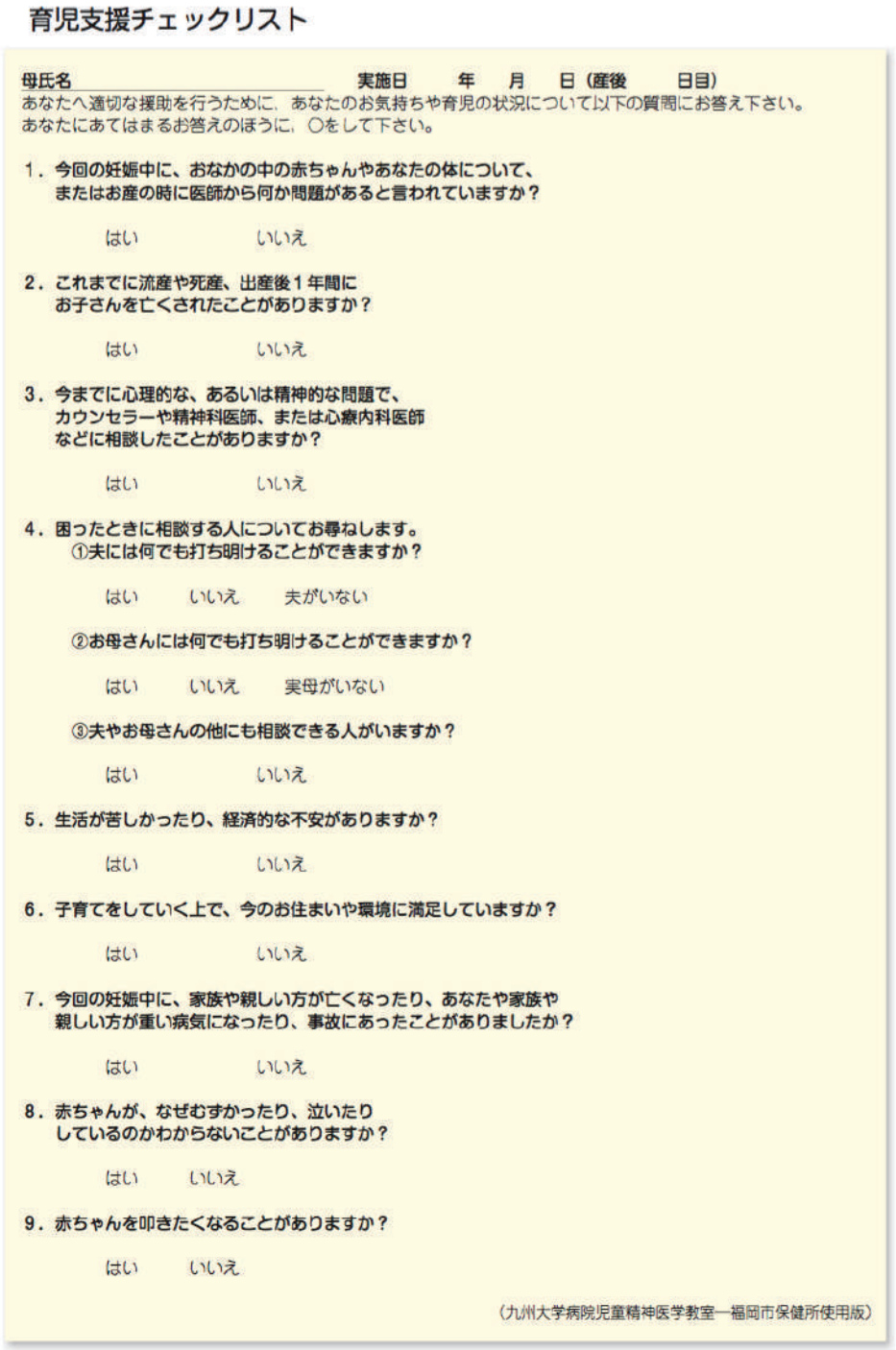
❶濃い網掛け項　に1つでも該当する妊婦

❷薄い網掛け項　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

❸薄い網掛け項　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

❹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

図５．初診時（妊娠初期）アセスメントシート（大阪府様式）（文献９より引用）



育児支援チェックリスト

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　実施日　　年　月　日（産後　　日目）

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下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

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、
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？

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

8．赤ちゃんが、なぜむずかったり、泣いたり
しているのかわからないことがありますか？

はい　　いいえ

9．赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？

はい　　いいえ

（九州大学病院児童精神医学教室―福岡市保健所使用版）

図６．育児支援チェックリスト（文献９より引用）

赤ちゃんへの気持ち質問票

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　実施日　年　月　日（産後　日目）

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、いまのあなたの気持ちにいちばん**近い**と感じられる表現に○をつけて下さい。

	ほとんどいつも強くそう感じる	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）赤ちゃんをいとおしいと感じる。	（　）	（　）	（　）	（　）
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）赤ちゃんをとても身近に感じる。	（　）	（　）	（　）	（　）

（吉田ら（2003）による日本語版）

図７．赤ちゃんへの気持ち質問票（文献９より引用）

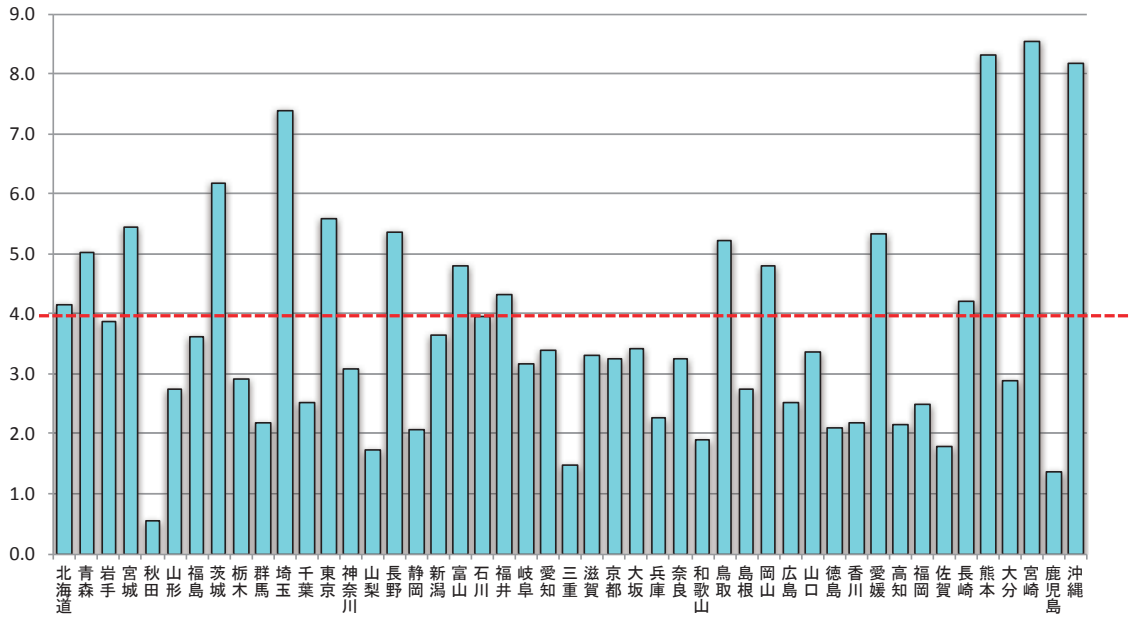


図8. 自治体ごとのメンタルヘルス要介入妊婦の割合

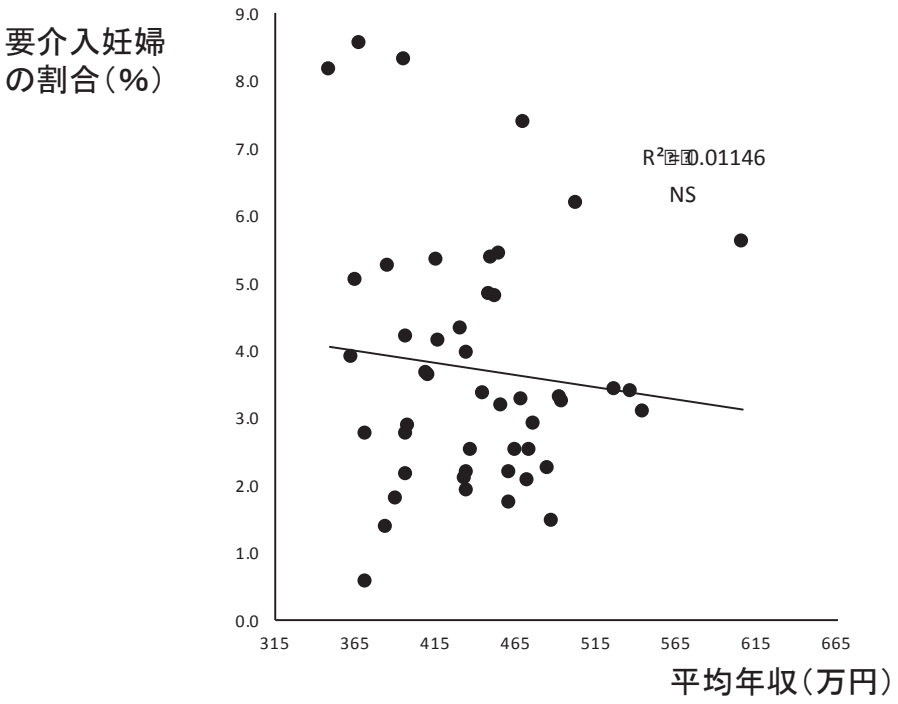


図9．自治体ごとの平均年収とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

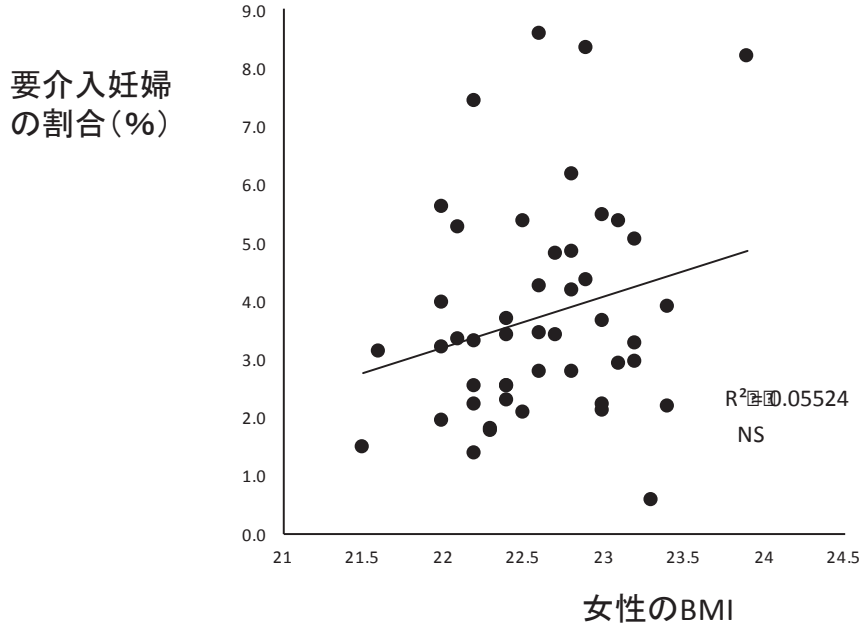


図10. 自治体ごとのBMIとメンタルヘルス要介入妊婦の割合

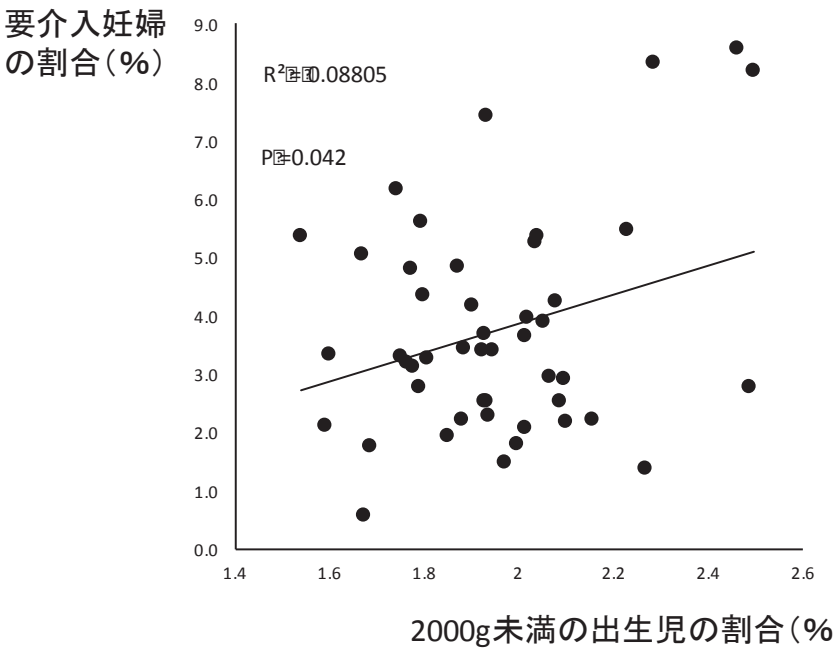


図11．自治体ごとの低体重児とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

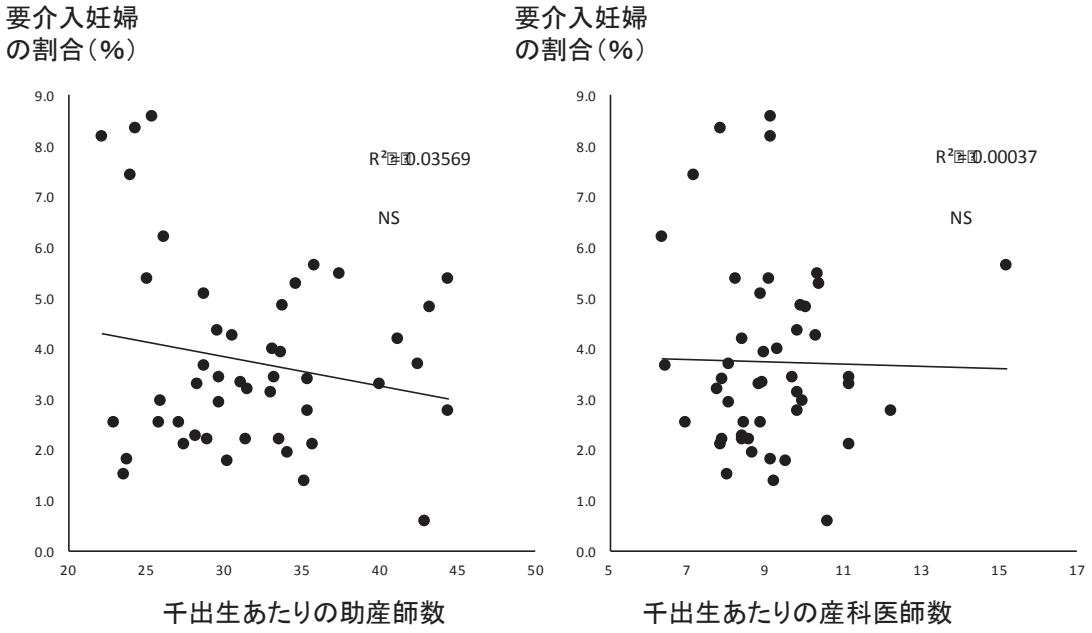


図12. 自治体ごとの医療従事者の分布とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

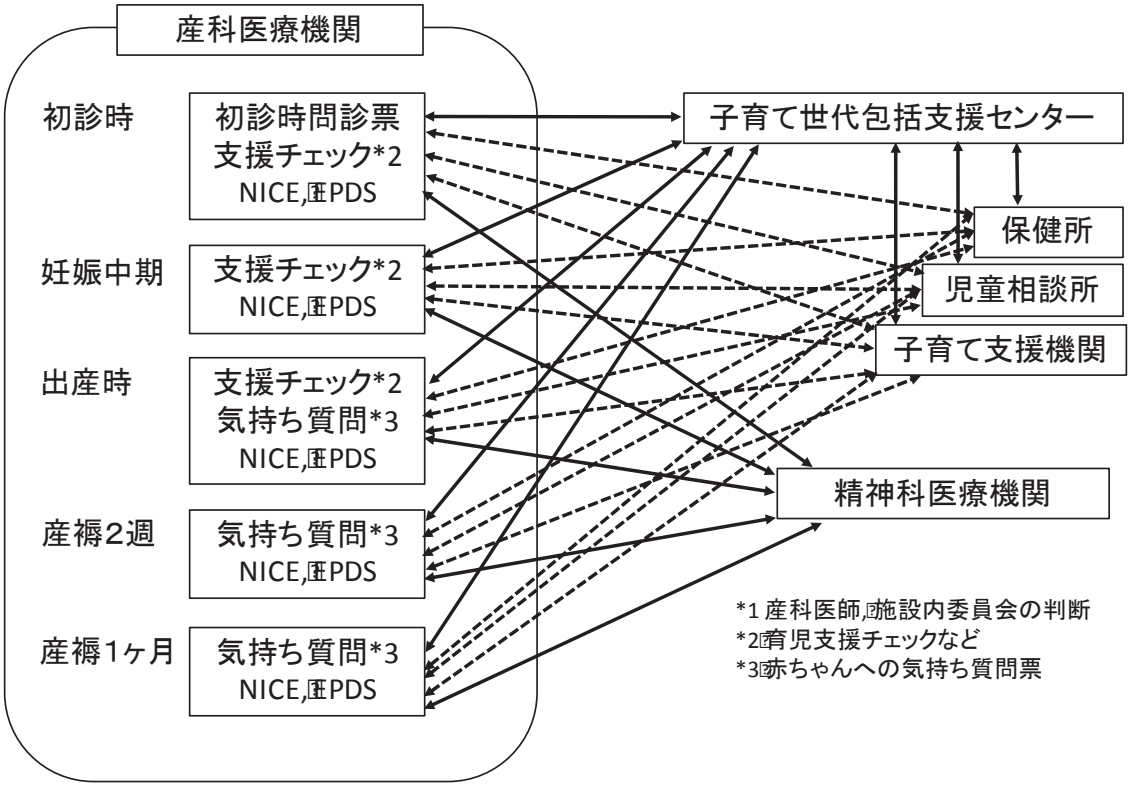


図13.　従来型の管理のフローチャート

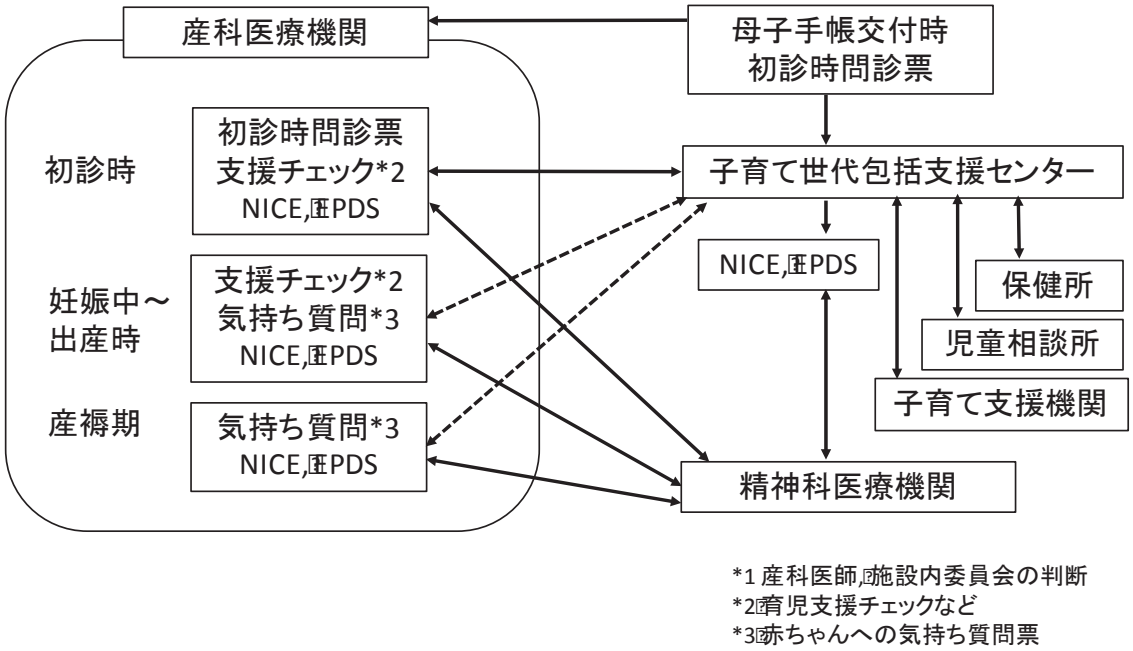


図14.　子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

表1　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2　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)

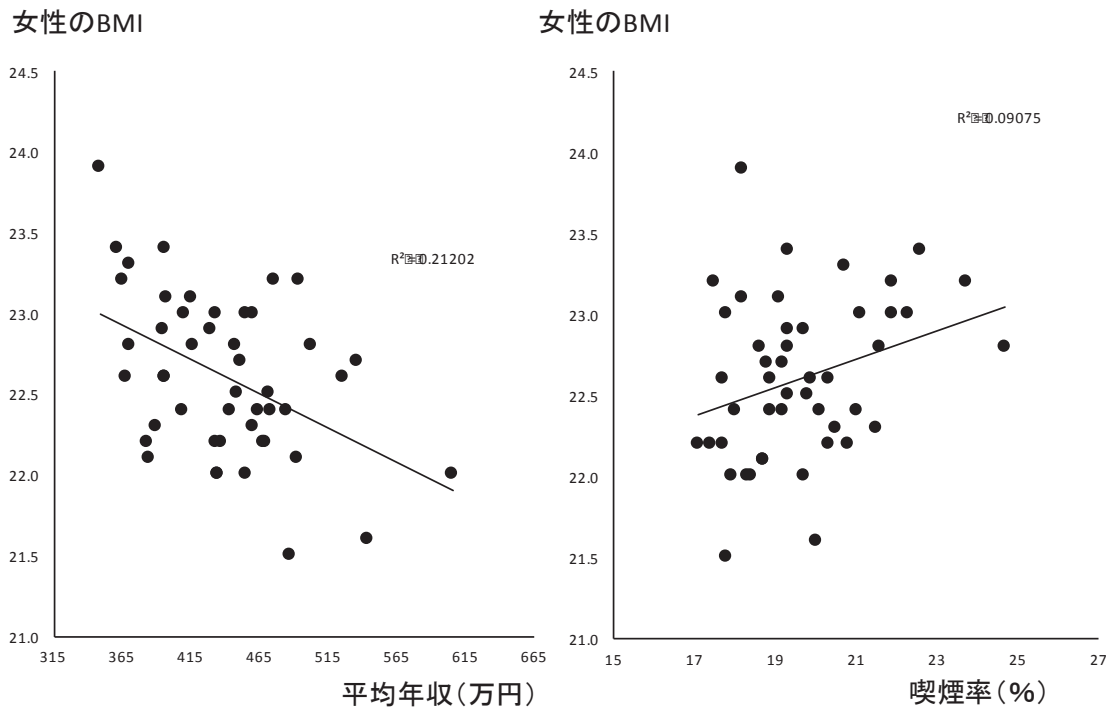


図15.　自治体ごとの女性のBMIと平均年収，喫煙率

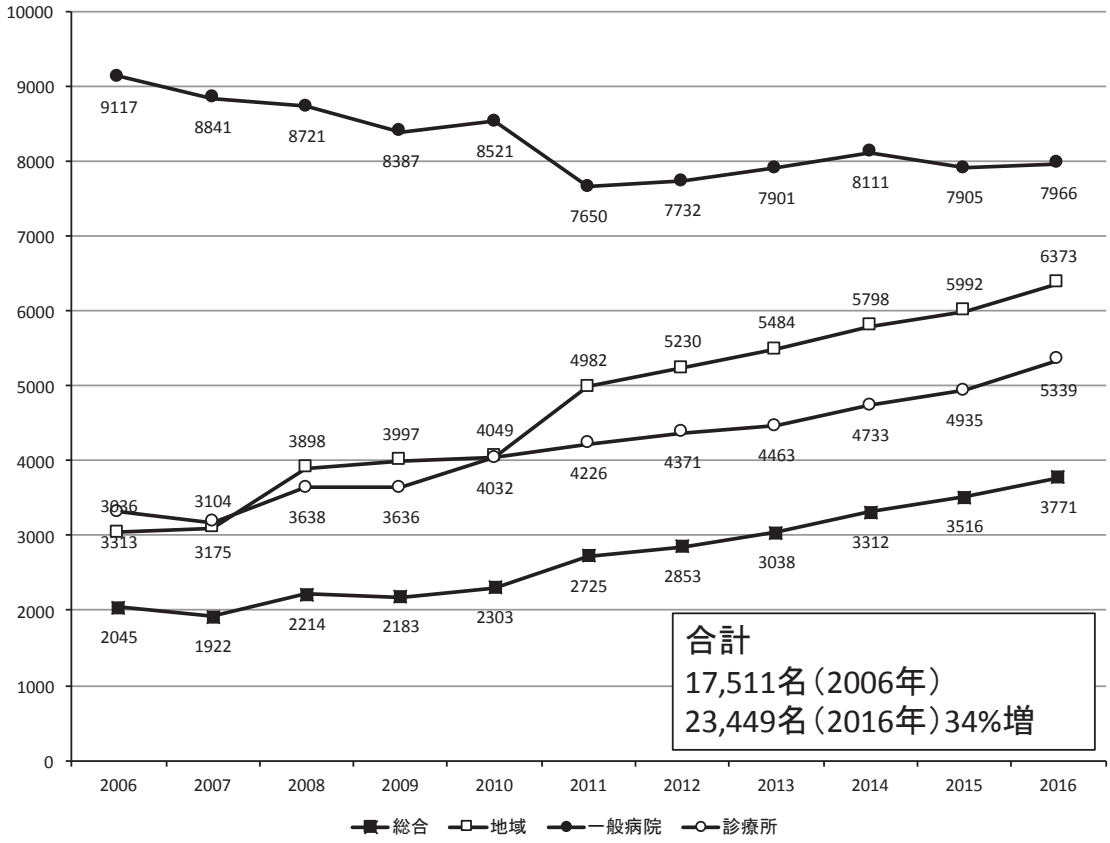


図16.　施設ごとの助産師数の推移

平成 29 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 大阪母子医療センター
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
保科朋子　　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　　長野県看護協会
鹿田加奈　　長野市保健所健康課
山下さや香　長野市保健所健康課
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

平成 27 年度に本分担研究者が実施した母子保健メンタルケア・ゲートキーパー研修を発展させ、平成 28 年度に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の研修プログラムを作成し、その研修会「母子保健メンタルヘルス指導者研修」を開催した。研修前・研修後にアンケートを実施し、参加者の周産期メンタルヘルスケアに対する意識・行動変容を検証した。その結果、メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加した。

周産期におけるメンタルヘルスケアの対応スキルを均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

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碍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」[1]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。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。

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。

B. 研究方法

平成 27 年度、28 年度に作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する対応の研修プログラムを使い平成 28 年 12 月 4 日に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修」の効果検証を行った。研修 3 か月後に、郵送調査を実施し、研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容に対する効果について検証することとした。

研修によるメンタルケアに対する意識・行動変容について、下記の 3 つの質問に回答してもらった。

アンケート質問項目

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。

1. 20 人より多い　2. 20〜11 人　3. 6〜10 人　5. 3〜5 人　6. 1〜2 人　7. 0 人

2)　最近 3 か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか。

1. 200 人より多い　2. 151〜200 人　3. 101〜150 人　4. 51〜100 人
5. 11〜50 人　6. 10 人以下

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。

1. 10 人より多い　2. 6〜10 人　3. 3〜5 人　4. 1〜2 人　5. 0 人
6. 特定妊婦の意味を知らない

C. 研究結果

研修会の参加者は 62 名であり、そのうち研修前後の調査票に回答した 56 名の内訳は、助産師 18 名、看護師 6 名、産科医 1 名、保健師 26 名、小児科医 1 名、精神科医 1 名、医療ソーシャルワーカー6 名、管理栄養士 1 名であった。

各質問についての回答の結果は図 1 から図 4 のとおりである。また、図 1 から図 4 の質問項目について、研修前、研修後の結果の t 検定を行ったところ、いずれも $p<0.001$ であった。

D. 考察

メンタルヘルス不調の妊産婦に対する医療・保健・福祉が連携して対応する地域母子保健活動の研修プログラムについて研修会を開催し、その効果を研修前･研修 3 か月後で比較した。メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加した。

こころの問題で「気になる」妊産褥婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから、研修会により、メンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆される。

本研修では、メンタルヘルス不調への早期介入のため、メンタルヘルス不調をきたしやすいリスク因子について取り上げ、また、エジンバラ産後うつ病質問票や心理社会的リスク因子についてのスクリーニングについても取り上げた。メンタルヘルス不調に対してはスクリーニングを行わないと多忙な周産期の臨床現場や健診の場では見過ごすことも多く、スクリーニングの導入が望まれる。

産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産褥婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまでかかわりの乏しかった周産期のメンタルケアを行うようになった参加者が多かったことが示唆される。産科スタッフ以外の参加者について、問２で研修前後の変化を保健師とそれ以外の医療スタッフに分けて検証したが、どちらも研修後に妊産褥婦の対応件数が増加していた。保健師についての妊産褥婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の自治体で妊産婦のメンタルケア対策を開始したところが多かったことが示唆される。また、産科以外の医療スタッフについての妊産褥婦の対応件数増加については、本研修後に参加者の所属する医療機関で妊産婦のメンタルヘルスに対する対応を始めたことが示唆される。近年、妊産婦のメンタルケアへの対応を行う保健機関・医療機関が増えつつあるが、まだ、対応がおこわ慣れていないところも多い。そのような保健機関・医療機関に対し、周産期のメンタルヘルス対応のスタートアップとして、本研修のような周産期メンタルケアの研修パッケージの実施は有効であると考えられる。

特定妊婦の対応件数の増加から、本研修が参加者の特定妊婦への対応についてのスキル向上に効果があったことが示唆される。本研修では、日本周産期メンタルヘルス学会の診療ガイドのクリニカルクエスチョン6でも掲載された、世田谷区で作成された「“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”への対応の指標」を紹介し、心理社会的ハイリスクの妊産婦に対してどのような時にどのような機関と連携してどのように対応するかについてフローチャートについて解説した。特定妊婦への対応は様々な職種が関わるが、それぞれの職種がどのように連携し対応すればよいかの共通認識を持つことで、連携がスムーズになると考えられる。

今回の研修では、プログラム全体としての効果は示唆されたものの、プログラムの個々の内容についての有効性について検証できていない。今後、プログラムの内容を改良していくうえで、個々の内容の有効性についての検証が必要であると考えられる。

周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

E. 結論

本研究で実施した母子保健メンタ

ルケア指導者研修を実施し、その効果を検証した。その結果、参加者の周産期メンタルヘルスケアに対する意識向上、周産期メンタルヘルス対応のスタートアップ、特定妊婦への対応スキルの向上に効果があることが示唆された。このような研修会は、周産期メンタルヘルスケアの均てん化に有効であると考えられる。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
1) 立花良之「育児困難と母親の発達障害」、最新醫學別冊　診断と治療のABC130「発達障害」

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
問題点：特記すべきことなし。
利点：周産期メンタルヘルスケアの地域の指導者を養成することで、効率的な均てん化が期待できる。

J. 今後の展開
本研究で作成した研修プログラムについては、今後厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業などの研修会を通して均てん化を行っていく予定である。

参考文献
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

図１

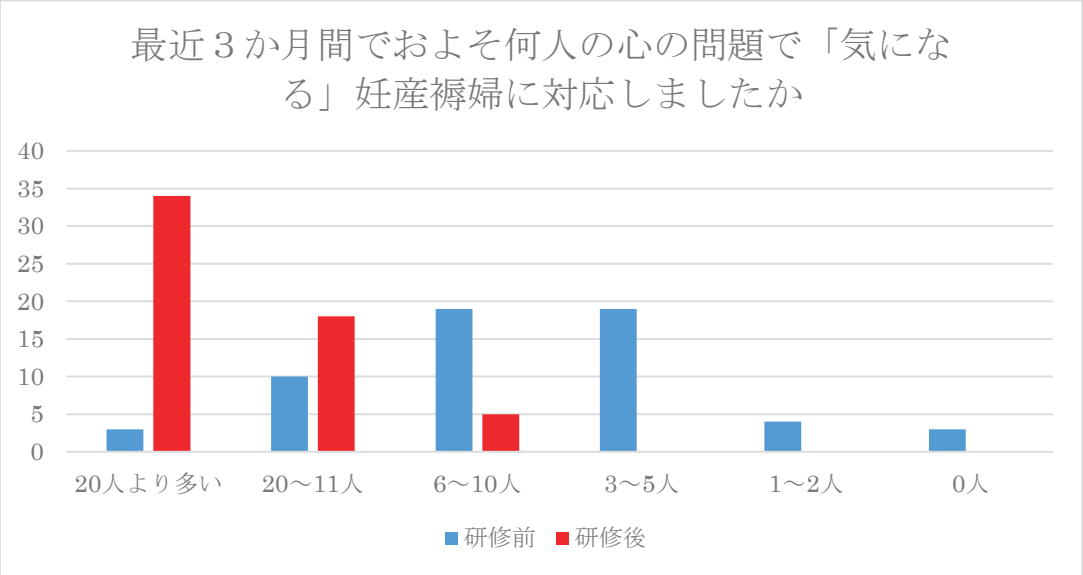

最近３か月間でおよそ何人の心の問題で「気になる」妊産褥婦に対応しましたか
40
35
30
25
20
15
10
5
0
20人より多い
20～11人
6～10人
3～5人
1～2人
0人
研修前
研修後

図２

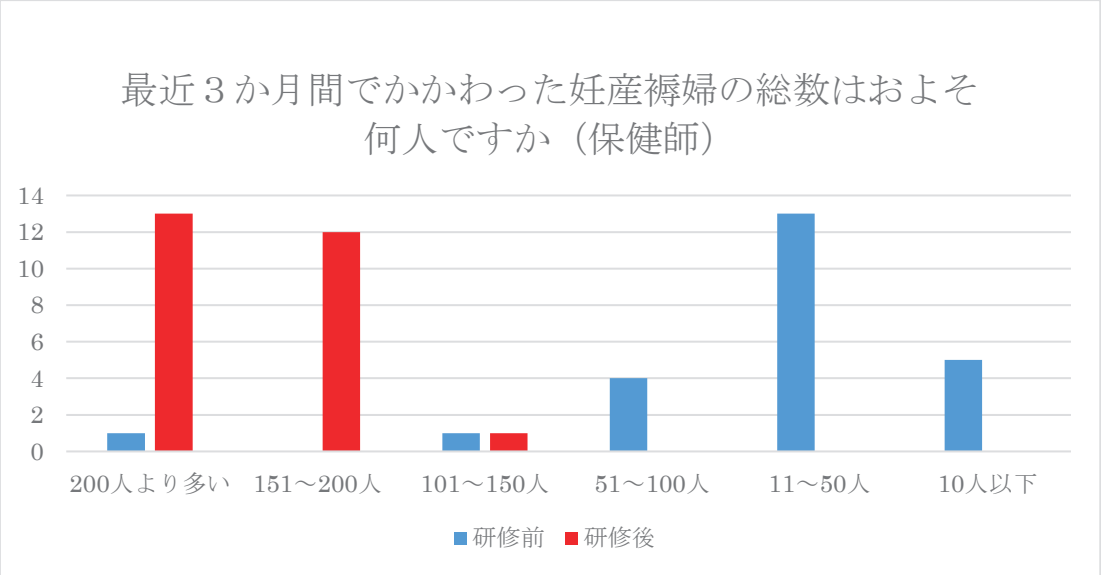

最近３か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか（保健師）
14
12
10
8
6
4
2
0
200人より多い
151～200人
101～150人
51～100人
11～50人
10人以下
研修前
研修後

図３

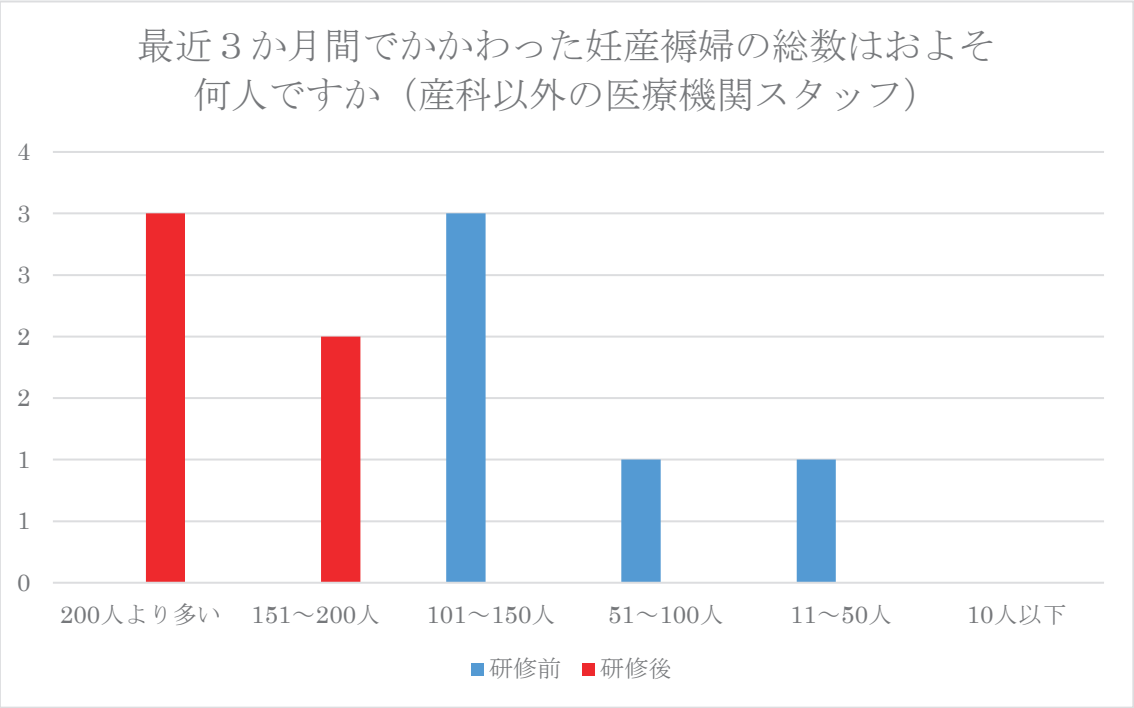
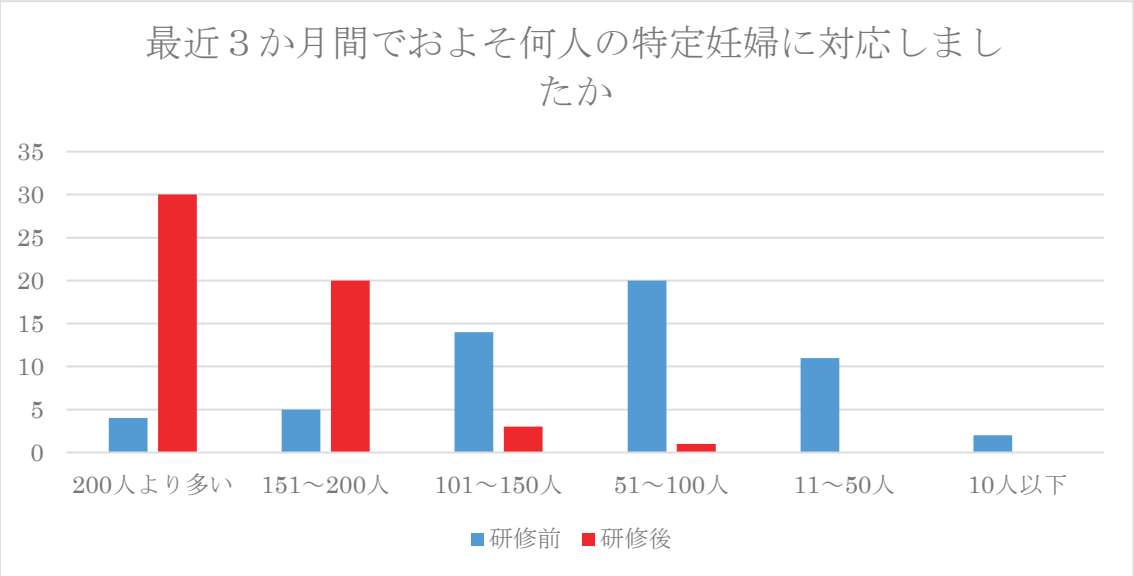

最近３か月間でかかわった妊産褥婦の総数はおよそ何人ですか（産科以外の医療機関スタッフ）
4
3
3
2
2
1
1
0
200人より多い
151～200人
101～150人
51～100人
11～50人
10人以下
研修前
研修後

図４


最近３か月間でおよそ何人の特定妊婦に対応しましたか
35
30
25
20
15
10
5
0
200人より多い
151～200人
101～150人
51～100人
11～50人
10人以下
研修前
研修後

平成 29 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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科　主任部長　光田信明

「医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー
―主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討―」

分担研究者　小川正樹（東京女子医科大学母子総合医療センター）

研究要旨
【目的】本邦における医学的・社会的ハイリスク妊婦の産後のフォローアップ期間について児童虐待予防等の観点から、どのようにすべきかについての文献的な系統的総括を行った。特に、世代間移行が認められる被虐体験妊婦のフォローアップについて重点的に検討した。
【方法】医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥（postpartum）、ケア（perinatal care）、児童虐待（child abuse or maltreatment）のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 5 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。
【結果】平成 24（2012）年から 5 年間で該当するものは、77 件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている 16 文献を対象に総括した。産後 2 日から最長では 4 年という横断・縦断研究であった。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。産褥うつ病と自身の被虐体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。一方、4 年間の管理を実施した研究では 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた。
【結語】文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後 1 か月健診だけでなく産後 1 年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児・新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望ましいことが示唆された。

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、2015 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。

平成 27 年度に研究分担者は、医学的ハイリスク妊娠、特に子宮疾患を中心とした系統的レビューを実施し、子宮疾患（筋腫核出術や子宮腟部円錐切除術の既往、子宮筋腫）、子宮動脈塞栓術は、周産期転帰に重篤な疾患を認めること、また、SLE についても、ループス腎炎の併発は、予後を悪化させる因子でありハイリスク妊娠と捉えるべきであることが示された。また平成 28 年度は、単一施設におけるハイリスク妊娠の産後管理状況について後方視的に検討し、合併症妊娠である糖尿病、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。すなわち、産後 12 か月時点での受診率は、精神神経疾患 : 0%、腎泌尿器科疾患 : 17%、婦人科疾患 : 19%、自己免疫性疾患 34%、という結果であった。産褥うつ病の発症などに関与する、きわめて重要な疾患である精神疾患と自施設でのフォローが可能であるはずの婦人科疾患における産後フォロー率がきわめて低いことは、妊産褥婦の心のケアを考えた場合において見逃せない結果であった。

そこで、本年度は、この医学的または社会的ハイリスク妊娠の産後のフォローは如何にすべきかについての文献的なレビューを実施した。

B. 研究方法

医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、産褥（postpartum）、ケア（perinatal care）、児童虐待（child abuse or maltreatment）のキーワー

ドを入力し、抽出された論文および総説を最近 5 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

（倫理面への配慮）

特に必要としない研究である。

C. 研究結果

平成 24（2012）年から平成 29（2017）年までの検索期間で該当した総説および原著論文は、77 件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている 16 文献を対象に総括した。

総括した論文の一覧を表 1　文献 2-18)に示す。産後の期間では、産後早期の 2 日から最長では 4 年という研究もある。一部期間の特定されていない論文もありおおむね産後 1 年以内の論文がほとんどであった。この論文内では産褥うつ病と自身の被虐体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。また最長 4 年間の追跡をした Meltzer-Brody, et al.（2013）は 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた 16)。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。

D. 考察

近年、妊婦のメンタルヘルス異常は妊娠分娩産褥の合併症の重要なものとなっている 19)。一方、児童虐待は母体の精神疾患との関連性が指摘されている 20-22)。

本邦では、児童虐待の早期発見および適切な予防のため、厚生労働省の指導に基づき、要保護児童対策地域協議会が設置され支援している。また妊娠中からの早期発見に向けて特定妊婦が指定され、妊娠中に特定した場合に産科医療施設は要保護児童対策地域協議会に報告し情報提供する必要性がある。

日本産婦人科医会が 2015 年に実施した 1010 施設、419558 名の産褥婦における調査によると、うち 1.81 パーセントが妊娠産褥期間に精神科受診を必要とすることが明らかとなった。また要保護児童対策地域協議会への情報提供し得た率は 0.07 パーセント（1500 名に 1 名の割合）であるとされている 23)。

産褥うつ病に代表される精神神経疾患は、妊娠中の様々なイベントである、望まない妊娠、家庭内不和、被虐体験などに関連するとされている。一方で、早産や緊急帝王切開分娩、常位胎盤早期剥離、胎児・新生児発育等の異常などの疾患によっても誘発されることがある 24)。

平成 28 年度の報告で明らかにしたが、単一施設の検討では、産後 1 年後の合併症妊娠のフォローアップ率は、精神神経疾患で極端に低く、ほぼ 0% であった。同様に産婦人科が主体となるはずの婦人科疾患合併妊娠におけるフォローアップ率も同様に 20%前後で少なく、このような疾患のフォローアップが望まれる。本研究では、こ

れまでの先行研究をまとめ、産褥うつ病に代表される精神神経疾患の発生と、被虐体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らかとなった。被虐体験は child abuse よりは maltreatment に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。

うつ病は全世界で3億5千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている 25)。特に産褥うつ病は、産後1年以内（主に3か月以内）に発生する中等度から重度のうつ状態と定義されている 26)。産後の婦人の 8〜19%人が産後のうつ症状を示し、産褥うつ病に移行すると考えられている 27, 28)。産褥うつ病は児に睡眠・食事・行動の問題を引き起こすことも明らかとなっている 29)。長期的な罹患の結果、児に発達の異常 30)、母子愛着形成の不全を引き起こし 31)、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる 32)。このことから世代を超えて引き継がれるものと認識される。以上の文献を考察した結果、産褥うつ病等の精神疾患などでは、産後3か月から1年までのフォローアップ健診が実施されることが望ましいと推察される。一方で、Woolhouse H et al は、産後早期のうつと4年後のうつ傾向について比較した結果、産後早期にうつになる率よりも4年後にうつになる率の方が高いことを明らかにした 33)。特にこの傾向は第 1 児出産褥婦で高い傾向にあり、産後早期で 13%が、4 年後には 23%の婦人がうつ傾向を示すことを報告している。この研究成果より、特に第 1 児出産褥婦では、産後 18 か月間までの重点的なフォローアップの必要性が示唆された。初産婦と経産婦では、産後フォローアップ期間を変更することも考慮すべきと判断された。

また産後の長期フォロー時に必要となるスケールとしては、エジンバラ産褥うつ病質問票が多くの研究で使用されており、簡便で実用性は高い。また、科学的な物質である唾液中アミラーゼや、血中コルチゾールなどもスクリーニングに用いられ、今後の検討が必要である 34, 35)。

フォローアップを担当する人員としては、産科医、小児科医、助産師、保健師等の職種が想定されるが、人数を考慮すると助産師・保健師・看護師等による問診がより現実的な対応になるものと推定される。一方で専門的な対応は精神科医に委ねられるべきである 36)。

以上より、今後の母子健康手帳には、産後 3・6・9・12 か月までの項目を増やし、エジンバラ問診票を添付することで見やすい形式とし、より良い産後健診の充実につなげることが望まれるのではないだろうか。

E. 結論

文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後 1

か月健診だけでなく産後１年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Current status of non-invasive prenatal testing in Japan. Samura O, Sekizawa A, Suzumori N, Sasaki A, Wada S, Hamanoue H, Hirahara F, Sawai H, Nakamura H, Yamada T, Miura K, Masuzaki H, Nakayama S, Okai T, Kamei Y, Namba A, Murotsuki J, Tanemoto T, Fukushima A, Haino K, Tairaku S, Matsubara K, Maeda K, Kaji T, **Ogawa M**, Osada H, Nishizawa H, Okamoto Y, Kanagawa T, Kakigano A, Kitagawa M, Ogawa M, Izumi S, Katagiri Y, Takeshita N, Kasai Y, Naruse K, Neki R, Masuyama H, Hyodo M, Kawano Y, Ohba T, Ichizuka K, Kido Y, Fukao T, Miharu N, Nagamatsu T, Watanabe A, Hamajima N, Hirose M, Sanui A, Shirato N, Yotsumoto J, Nishiyama M, Hirose T, Sago H. J Obstet Gynaecol Res. 2017;43(8):1245-1255.

2) Factors that influence proper management after repair of uterine rupture in the second trimester: rupture site or size, and involvement of protruding membrane. **Ogawa M.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;207:238.

3) Genetic Counseling for Couples Seeking Noninvasive Prenatal Testing in Japan: Experiences of Pregnant Women and their Partners. Watanabe M, Matsuo M, **Ogawa M**, Uchiyama T, Shimizu S, Iwasaki N, Yamauchi A, Urano M, Numabe H, Saito K. J Genet Couns. 2017;26(3):628-639.

4) Factors affecting parental decisions to terminate pregnancy in the presence of chromosome abnormalities: a Japanese multicenter study. 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. Prenat Diagn. 2016;36(12):1121-1126.

5) Standard curves of placental weight and fetal/placental weight

ratio in Japanese population: difference according to the delivery mode, fetal sex, or maternal parity. **Ogawa M,** Matsuda Y, Nakai A, Hayashi M, Sato S, Matsubara S. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;206:225-231.

6) A survey on awareness of genetic counseling for non-invasive prenatal testing: the first year experience in Japan. 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. J Hum Genet. 2016 ;61(12):995-1001.

7) Factors related to deterioration of renal function after singleton delivery in pregnant women with chronic kidney disease. Fukasawa Y, Makino Y, **Ogawa M**, Uchida K, Matsui H. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(2):166-70.

8) Fetal cell-free DNA fraction in maternal plasma is affected by fetal trisomy. 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. J Hum Genet. 2016;61(7):647-52.

9) 小川正樹、橋本誠司【合併症妊娠における情報提供】腎移植後平成 28 年 10 月周産期医学 46(10),1273-1276

10) 小川正樹【ハイリスク妊娠の外来診療パーフェクトブック】13.胎児発育不全平成 28 年 9 月産婦人科の実際 65(10),1319-1327

11) 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 提言を受けて平成 28 年 7 月周産期医学 46(7),887-889

2. 学会発表

1) ◎小川正樹：ACHD 妊娠出産症例の現状と問題点　平成 29 年 6 月　第 16 回成人先天性心疾患セミナー(東京都)

2) ◎小川正樹：母体搬送システムにおける諸問題　平成29年 5月　第33回東京産婦人科医会・東京産科婦人科学会合同研修会並びに第 382 回東京産科婦人科学会例会(東京都)

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

文献的な総括により、医学的・社会的ハイリスク妊婦における産後健診の長期化および複数回化が望まれることが明らかとなった。

J. 今後の展開

今後臨床の場に応用するに当たり、具体的な運用方法の検討が求められる。

参考文献

1) Obstetric Care Consensus No. 2: Levels of maternal care. Obstet Gynecol. 2015 Feb;125(2):502-15.

2) Hutchens BF, Kearney J, Kennedy HP. Survivors of Child Maltreatment and Postpartum Depression: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. 2017;62(6):706-722.

3) Plaza A, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. Psychiatry Res. 2012;200(2-3):329-335.

4) Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. Aust N Z J Psychiatry. 1998;32(4):479-487.

5) Meltzer-Brody S, Bledsoe-Mansori S, Johnson N, et al. A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. Am J Obstet Gynecol. 2013;208(3):211.e1-e7.

6) Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. J Midwifery Womens Health. 2013;58(1):57-68.

7) Dennis C, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. Violence Against Women. 2013;19(4):503-517. https://doi.org/10.1177/1077801213487057.

8)
Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R,

Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? Arch Womens Ment Health. 2002;4(3):83-92.

9) Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. BMC Pregnancy Childbirth.2012;12:153

10) Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. J Affect Disord. 2015;174:562-568.

11) Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. Child Abuse Negl. 2008;32(9):869-877.

12) Robertson-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. J Clin Psychiatry. 2013;74(10):e942-e948.

13) Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. Depress Anxiety. 2012;29(7):563-573.

14) Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(3):181-190.

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

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

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

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

19) O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and

aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Jan;28(1):3-12.

20) Choi H, Yamashita T, Wada Y, Narumoto J, Nanri H, Fujimori A, Yamamoto H, Nishizawa S, Masaki D, Fukui K. Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Apr;64(2):120-7.

21) Kamibeppu K, Furuta M, Yamashita H, Sugishita K, Suzumiya H, Yoshida K. Training health professionals to detect and support mothers at risk of postpartum depression or infant abuse in the community: a cross-sectional and a before and after study. Biosci Trends. 2009 Feb;3(1):17-24.

22) Konishi A, Yoshimura B. Child abuse and neglect by mothers hospitalized for mental disorders. Arch Womens Ment Health. 2015 Dec;18(6):833-4.

23) Suzuki S, Sekizawa A, Tanaka M, Okai T, Kinoshita K. Current status of women requiring perinatal mental health care for protecting their children in Japan. Asian J Psychiatr. 2016 Aug;22:93.

24) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2010 Jan;202(1):5-14.

25) World Health Organization. Depression. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/.

26) US National Library of Medicine. Postpartum depression. https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007215.htm.

27) Centers for Disease Control and Prevention. Depression among women of reproductive age. http://www.cdc.gov/reproductivehealth/depression/.

28) American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 630: screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125(5):1268-1271.

29) National Institute of Mental Health. Postpartum depression facts. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml.

30) Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. Nurs Res. 1995;44(5):298-304.

31) Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-

mother attachment: A meta-analytic investigation. J Child Psychol Psychiatry. 2000;41(6):737-746.

32) Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(5):460-470.

33) Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. BJOG. 2015 Feb;122(3):312-21.

34) Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 May 31;16(1):124.

35) Williams ME, Becker S, McKinnon MC, Wong Q, Cudney LE, Steiner M, Frey BN. Emotional memory in pregnant women at risk for postpartum depression. Psychiatry Res. 2015 Oct 30;229(3):777-83.

36) Byatt N, Levin LL, Ziedonis D, Moore Simas TA, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: A systematic review. Obstet Gynecol. 2015;126(5):1048-1058.

平成 29 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(健やか次世代育成総合研究事業)
「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 大阪母子医療センター
統括診療局長　兼　産科　主任部長　光田信明

公開シンポジウム
「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」
参加者アンケート集計報告

研究協力者　岡本　陽子　大阪母子医療センター産科　副部長

研究要旨

2017 年 11 月 27 日、東京で開催した公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」において、シンポジウム参加者に対してアンケート調査を行った。参加者 591 人中、有効回答数は 468（有効回答率 79.2%）であった。

アンケート集計結果からは、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後の課題と考える。

① 客観的な判断基準・支援を必要とする妊産褥婦の定義
② 本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導
③ ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
④ 相談窓口や継続的地域支援システムの整備
⑤ 児童福祉法改正の周知（医療機関-地域行政間の情報伝達円滑化のため）
⑥ 医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設（学校・民生委員 etc.）との連携
⑦ マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化する。

A. 研究目的

3 年間の班研究の成果報告として、公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」を開催した。全国から「社会的ハイリスク妊娠」の支援に携わっている多職種の方々に参加いただけた。そこで、現場の現状・課題、当班研究に求められているものを探るべく、シンポジウム参加者アンケートを実施した。

B. 研究方法

2017 年 11 月 27 日に東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受

付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。回収したアンケート用紙を後日集計した。

C. 研究結果

アンケート集計結果は巻末に付記する。

D. 考察

支援を必要とする妊産褥婦の把握について困難と考えられている点は「客観的な判断基準」と「マンパワー」であった。「支援を必要とする妊産褥婦（以下　対象者）」とはどのような人々なのかについて定義は未だなく、支援者（支援機関）毎に対象者の認識は異なる。認識が異なれば判断基準も異なり、支援者間の温度差が現れたり連携に困難が生じる可能性もある。客観的な基準がなければ対象者の把握は支援者の主観やスキルに依存する部分が多くなり、支援者の負担が大きくなるだけでなく、すべての妊産褥婦に手が回らず対象者の把握に漏れが生じるかもしれない。

対象者を客観的に（もしくは支援者の共通認識として）判断する方法としてアセスメント基準が求められている。一方スコア化して振り分けることの有用性には懐疑的な支援者も一定数いる。アセスメント基準を策定するには裏付けとなるデータが必要であり、データをもとに改定していかなければならない。根拠となるデータからスコア化の有用性が示されれば、対象者の把握も簡便かつ幅広く行うことができるかもしれない。

マンパワー不足に対して「支援を正式に業務と位置づけること」「支援に対する報酬を設定し予算化すること」「専門知識を持つ者を増やすために研修を実施すること(精神科関連において特に要望が多い)」などの意見があった。

対象者を把握するために医療機関の役割は重要視されている。妊婦健診実施施設では助産師や看護師が中心となって心理社会面やメンタル面の状況を把握するための問診や相談が有用と考えられ、実際に行っている施設も多い。一方マンパワーやスキルの問題で全妊婦に手が回らないという意見もあった。メンタル面においてはEPDS や育児支援チェックリストといった既存のチェックリストが幅広く利用されていた。分娩取扱施設での対象者フォローアップについては「1ヶ月検診まで」「最初の乳幼児健診まで」の意見が多く、地域の母子保健担当との連携を念頭においた意見と思われる。より長期間の関わりを求める意見もあり、多業種で関わることは重要であるけれども、分娩後に産科施設が長期に関わるのは現実的に難しいという意見もあった。

医療機関が対象者を把握したとしても、その情報が他機関と情報共有されなければならない。個人情報保護の観点や関心の薄さから対象者の情報を保健機関に提供しない医療機関もあれば、情報提供したあとの保

健機関の対応に不満を持つ医療機関もあり、他機関同士の連携に苦慮している支援者は多い。個人情報提供については児童福祉法改正の周知を求める声もあり、広報活動が必要と思われる。この度のアンケートでも保健センターに比し医療機関でこの改正が知られていないことが示された（保健センター81.2%(108/133)、医療機関 56.0%(94/168)）。

妊産婦の精神科受診・投薬についての現状や妊産婦死亡における自殺の扱いについては、日常的に妊産褥婦と関わっている支援者においてもあまり周知されていないことがわかった。精神科医療機関の確保困難については医療機関・保健センターとも現状を知る者の割合に差がみられないが、投薬の考え方や自殺統計については医療機関に比し保健センターで知られていないことが示された。妊産褥婦のメンタルヘルスは近年注目されており、各種ガイドラインでメンタル不調者の把握が推奨され、産後健診事業(EPDS の積極的活用)が開始され、支援者が関わるメンタル不調の対象者は今まで以上に増加すると思われる。

精神科という専門性に支援者が困難を感じているのであろうか、専門知識を持つための研修・アセスメント方法の充実・相談窓口の開設・精神科を受診しやすいシステムなどを求める意見があった。

社会的ハイリスク・妊産婦のメンタルケアを通しての意見として以下のようなものがあった。

医療-保健機関の連携は重要であるが、それだけでは把握仕切れないケースも多い。多面的に把握し関わるために、周辺住民や民生委員・学校・保育所・民間団体など地域全体で見守ることが期待される。そのためには　①本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導　②ネット・マスコミ・実店舗などでの広報　③相談窓口や継続的地域支援システムの整備など　が求められる。

E. 結論

アンケート集計全体を通して、以下のようなキーワードが浮かび上がった。今後この分野において求められる課題と考える。

① 客観的な判断基準・支援を必要とする妊産褥婦の定義
② 本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導
③ ネット・マスコミ・実店舗などでの広報
④ 相談窓口や継続的地域支援システムの整備
⑤ 児童福祉法改正の周知（医療機関-地域行政間の情報伝達円滑化のため）
⑥ 医療機関・地域母子保健以外の地域住民・施設（学校・民生委員 etc.）との連携
⑦ マンパワー不足に関して、専門知識を持つ者の育成・妊産婦支援事業を正式な業務と認定し予算化す

る。

（文責：岡本陽子）

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 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

「公開シンポジウム」アンケート集計結果

アンケート配布 591 件（一般参加者 569、関係者 14、報道・取材関係 8）

アンケート回収 470 件、有効回答数 468

	20 代	30 代	40 代	50 代	60 歳以上	記載なし	合計
女性	50	110	141	78	14	2	395
男性	5	7	4	8	4	0	28
記載なし	0	13	14	14	3	1	45
合計	55	130	159	100	21	3	468

居住地

北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	沖縄	記載なし
1	21	344	45	20	11	6	10	1	9

職場・職種

	医療機関	保健ｾﾝﾀｰ	保健所	児童相談所	教育機関	行政機関	報道機関	その他	記載なし	合計
医師	26	0	3	0	0	0	0	0	0	29
看護師	16	2	0	0	1	3	0	0	0	22
保健師	5	105	27	7	2	43	0	0	0	189
助産師	105	18	0	1	22	5	0	7	1	159
MSW	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
公務員	－	3	0	2	1	15	0	0	0	21
その他	6	3	0	1	4	4	1	6	3	28
記載なし	0	2	1	0	3	1	0	0	3	10
合計	168	133	31	11	33	71	1	13	7	468

【児童虐待予防のための妊娠期からの支援について】

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に、医療機関の役割は重要と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	467	0	0	1
医療機関 (168)	168	0	0	0
保健センター (133)	133	0	0	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にアセスメント基準は有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	459	1	6	2
医療機関 (168)	167	0	1	0
保健センター (133)	130	0	3	0

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にスコアリングは有用と思うか？

	思う	思わない	わからない	記載なし
全体 (468)	392	6	63	8
医療機関 (168)	144	4	18	2
保健センター (133)	109	2	21	1

●支援を必要とする妊産褥婦の把握で何が困難と思うか？(複数可)

マンパワーが足りない(258)　客観的な判断基準がない(216)　対象者が非協力 (181)

誰が判断したらいいかわからない(55)

その他(69)：支援者のスキルの差(16)　支援者(機関)間の温度差(10)

他機関との連携の不備(7)　支援者(機関)間の判断基準の違い(7)

機関内部の連携の不備(4)　個人情報の取り扱い(3)

対象者の枠組み設定(2)　支援に対する報酬や業務の位置づけがない(1)

家族親族の理解(1)　社会の理解(1)　その他(13)

●妊婦健診を受診していない妊婦を把握するにはどうすればいいと思うか？（自由記載）(145)

・保健機関-医療機関の連携(42)
・地域住民・民生委員などのコミュニケーションに期待(26)
・届出や受診がなければ把握は難しい(20)
・(妊娠届出があれば) 保健機関が把握・指導する(19)
・ネット・マスコミ・実店舗などでの広報(18)
・相談窓口(16)
・妊娠前からの教育・指導(16)
・民間団体・学校・保育園幼稚園・産科小児科以外の医療現場との連携(15)
・(受診歴があれば)医療機関が把握・指導する(8)
・その他

【平成 28 年 10 月児童福祉法改正について】

（支援を要する妊婦等を把握した医療機関等は市町村に情報提供するよう努めなければならず、同意がない場合にも守秘義務違反にあたらない）

●児童福祉法のこの改正を知っていたか？

	知っていた	このシンポジウムで知った	わからない	記載なし
全体 (468)	340	112	3	13
医療機関 (168)	94	67	2	5
保健センター (133)	108	20	1	4

●児童福祉法の改正後に医療機関と保健機関等の連携状況は変わったか（1 つ選択）

かなり改善された(56)

現在も苦慮することがある(129)

その理由： 医療機関からの情報提供に問題(42)
機関毎・地域毎に認識に差がある(21)
保健機関の対応に不満(8)
対象者本人との関係性(説明・同意・拒否など) (5)
連携のハードルが高い(4)←余程のケースしか連携できない
マンパワー不足(4)　法改正が周知されていない(2)　他

もともと連携は円滑である(86)

連携するケースに出会ったことがない(10)

わからない(136)

その他(26)

変化なし(8)　やや改善/増加(8)　他

記載なし(31)

	かなり改善	現在も苦慮	もともと連携は円滑	連携するケースがない
全体 (468)	56	129	86	10
医療機関 (168)	22	42	42	5
保健センター (133)	21	45	20	1

【社会的ハイリスクについて】

●社会的ハイリスクは身体的（医学的）リスクを上昇させると思うか？

思う(428)　思わない(3)　わからない(27)　記載なし(10)

●分娩取扱施設では、産後いつまで社会的ハイリスク妊娠をフォローアップすべきと考えるか？

1か月健診まで(156)　最初の乳幼児健診まで(130)　1年ぐらい(89)　授乳を終えるまで(39)

その他(60)

個別対応(21)　地域との連携確立まで(10)　就学まで(6)　3-6カ月(5)　小児科・精神科に繋ぐまで(2)　期限不要(8)　わからない・その他(8)

記載なし(13)

●妊娠出産にかかる費用について、国や行政のサポートは充分と思うか？

思う(127)　思わない(257)　わからない(70)　記載なし(14)

●ハイリスク妊産婦に対応するスタッフは足りていると感じるか？

足りている(8)　**不足している**(411)　**わからない**(39)　記載なし(10)

【妊産婦の自殺・メンタルケアについて】

●妊産婦が通院する精神科医療機関の確保が簡単ではない現状を知っていたか

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

●妊産婦への投薬の考え方が諸外国と日本で大きく異なることを知っていたか

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

●職業上で妊産褥婦の自殺ケースに関わったことはあるか？

ない (361)　ある(95)

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

を知っていたか？

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

●自殺が妊産婦死亡原因の第 1 位になると考えられることを知っていたか？

知っていた(223)　このシンポジウムで知った(205)　わからない(16)　記載なし(24)

●自殺予防の観点からどの部門が主となってケースに関わるべきと思か？

地域の母子保健担当者(219)　分娩取扱の産科医療機関(111)　母を診ている精神科医療機関(106)　地域の精神保健担当者(57)　児を診ている小児科医療機関(13)

その他(31)：チームで(18)　ケースバイケース(6)　その他(7)

記載なし(68)

●精神疾患が無いと思われていた自殺ケースでは、自殺予防にどのように関わればいいと思うか?(自由記載　120)

アセスメント・スクリーニングの充実(49)　妊婦・家族・社会への周知教育(17)

支援・面談などを継続的に行う場の整備(24)　地域・医療・保健の連携(23)

相談窓口・施設の開設充実(10)　支援する側が問題意識を持つ(9)

精神科を受診しやすいシステム(6)　専門知識を持つ・研修を行う(6)

限界がある・困難である(4)　過去のケースの検討(3)

その他

以下はケースに関わっている方への質問

★妊婦健診従事者へ

●妊婦健診でチェックリストや問診票を利用しているか?（複数選択可）

1)チェックリストを利用　(108)

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）　(87)

育児支援チェックリスト（九州大学病院児童精神医学研究室）　(42)

赤ちゃんへの気持ち質問票　(9)

その他（独自のリストなど）　(14)

DV スクリーニング　(2)

記載なし　(2)

2)問診票を利用 (98)

a)身体面について　(62)

b)メンタル面について　(59)

c)心理社会面について　(50)

d)その他　(9)：経済面(2)　社会背景(1)　DV スクリーニング(1)　サポート体制(1)　他(4)

記載なし(28)

3)チェックリストや問診票は利用していない(19)

●妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だと思うか？

はい(168)　いいえ(0)　わからない(2)　記載なし(297)

その他(2)：　技術が必要(1)　個別対応(1)

●妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行っているか？

業務として行っている(131)　医師のみで対応している(1)

妊婦から質問があれば対応している(25)　必要ない(0)

必要だと思うが現実には難しい(10)

その他(8)：　一部の妊婦のみ対応(5)　スタッフや MSW が対応(2)　コストが取れない(1)

医療機関の実態が判らない(1)　他(1)（複数回答あり）

記載なし(310)

★★職種を問わずケースに関わっている方へ（複数選択可）

★多職種の検討会を行っている方へ

●参加している職種

助産師看護師(151) 保健師(137) MSW(116) 産科医(107) 小児科医(85) 精神科医(53)

その他(62)：

（ケースワーカー(9) 心理士(14) 児童相談所(8) 精神保健福祉士(7)
子育て支援センター(7) 児童福祉部門(5) 保育士(4) 薬剤師(3) その他(30)）

記載なし(287)

●現在参加していないが参加が望ましいと思う職種：

精神科医(79) 小児科医(53) 産科医(48) MSW(27) 助産師看護師(19) 保健師(17)

その他（11）：

（臨床心理士(4) 精神保健福祉士(1) 精神科/リエゾン看護師(1) 管理栄養士(1)、
他医療機関の MSW(1)、地域支援者(2)、福祉部門(1)）

記載なし(355)

●検討会の開催頻度 ：ケースがある時・不定期（56） 月 1 回(46) 月 2 回(19)
2-3 か月に 1 回(12) 半年に一回(12) 年に 1 回(3) その他(3)

●検討会で主導をとっている職種

保健師(46) MW・Ns(42) MSW(26) 医師(16) 保健センター(3) 保健所(1)
行政(要対協職員・児相・児童虐待部門など)(11) ケースによる(1) その他(11)

●連携において現在問題になっていること（自由記載）

機関間の連携不足(11)（特に精神科） 時間/マンパワー不足(9) 単なる情報提供(5)
主導者不在(3) 対象者の基準の違い(2)機関内の連携不足(2) 過去の課題が活かされない(2) 対象者との関係(1) 他

★多職種の検討会をこれから試みたい場合

開催する上で、現在問題になっていること（自由記載）

時間/マンパワー不足(11) 機関間の連携不足(8) 問題意識の欠如(5) 主導者不在(4)
専門家/専門知識の欠如(4) 対象者との関係(4) 機関内の連携不足(3)
情報共有/検討の方法（3） 他

公開シンポジウム

社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ

主 催

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

日時 平成29年11月27日（月） 開場12時45分

開演 13時15分～17時15分

会場 品川インターシティホール

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防（13:15～15:30）

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

基調講演：「周産期医療と児童虐待」
光田 信明（大阪母子医療センター）

講 演 1：「社会的ハイリスク妊娠とは？」
倉澤 健太郎（横浜市立大学）

講 演 2：「妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について」
川口 晴菜（大阪母子医療センター）

講 演 3：「支援を要する妊婦への個別保健指導」
和田 聡子（大阪母子医療センター）

講 演 4：「県内統一の妊娠届書を活用した支援～小児科医の立場から～」
山崎 嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

討論（15分）

第2部：妊産婦の自殺を防ぐ（15:45～17:15）

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

行政講演：「自殺対策の最新動向」
宮原 真太郎 氏（厚生労働省 自殺対策推進室長）

基調講演：「妊産婦のメンタルヘルス」
木下 勝之 先生（日本産婦人科医会 会長）

講 演 1：「妊産婦の自殺-その実態」
竹田 省 先生（順天堂大学 特任教授 日本産科婦人科学会）

講 演 2：「妊産婦メンタルヘルスを支える保健指導」
立花 良之 先生（国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科 医長）

講 演 3：「こころを支える-大阪府の試み」
堤 俊仁 先生（大阪精神科診療所協会 会長）

会場のご案内

品川インターシティホール
〒108-0075 東京都港区港南2-15-4

●JR山手線・京浜東北線・横須賀線・
京武本線・東海道本線
「品川駅」港南口より徒歩5分
●東海道・山陽新幹線「品川駅」
港南口より徒歩5分
●京急本線「品川駅」港南口より徒歩8分
●京急本線「北品川駅」より徒歩10分

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

品川インターシティホール　2017年11月27日(月)

～社会的ハイリスク妊娠の支援によって
児童虐待･妊産婦自殺を防ぐ～

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

基調講演
周産期医療と児童虐待
公開用

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

大阪母子医療センター
産科　光田信明

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

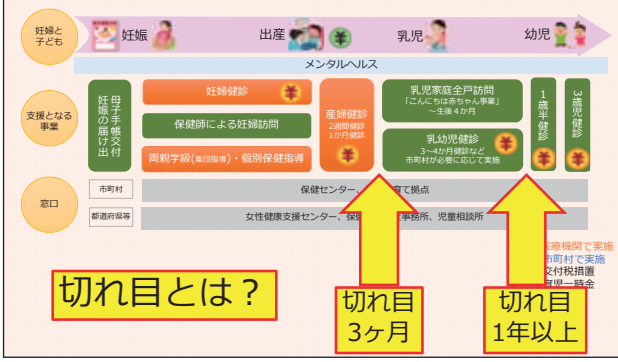
- 周産期医療は母児の身体的健康を大きな課題としてきました。
- なぜ今、周産期医療が児童虐待を考えなければならないのでしょうか？

考えなければならないとしたら、
- どのような根拠があるのでしょうか？

健やか親子21
（第2次）

健やか親子21（第2次）
シンボルマーク

妊娠期から子育て期にわたる母子保健



大阪府未受診妊婦調査からでたキーワード

独居、支援者なし、未入籍、精神疾患、
人工妊娠中絶、DV、出会い系サイト、貧困、
自殺、いじめ、不登校、リストカット、乳児院、
母子
助産
若年、生活保護、住所不定、出生届未提出、
前回未受診妊娠、1ヶ月健診未受診、家出、
健康保険証不取得、揺さぶられっ子症候群、
望まぬ妊娠

未受診妊娠・飛び込み出産と児童虐待は強い関連性がある

児童虐待を受けた場合の影響を見てみます

The Bucharest Early Intervention Project

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

【対象・方法】
遺棄児童136人→ 施設群：68人
里親群：68人
(ブカレストにある6つの施設・31か月以下の
スクリーニングによって遺伝疾患・FAS・小
NIG(施設経験のない、家族と生活する児)：72人
①42ヶ月時点BSID-Ⅱ(DQ),54ヶ月時点のWPPSI-R(IQ)を調査し、それぞれの群での違いを検討
②FCGにおいて、里親に預けられた月齢の違いによってその後のDQ/IQの違いを検討

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

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

BEIPの結果

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

子どもを健やかに育むために
～愛の鞭ゼロ作戦～

早期介入の利点

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

小括

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

医療・保健・福祉の連携

児童福祉法等の一部改正
平成28年

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

児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について
平成28年6月3日

Ⅱ 児童子育て世代包括支援センターの法定化（平成29 年４月１日施行）
虐待の発生予防
１ ⑴ 改正の趣旨
地域のつながりの希薄化等により、妊産婦・母親の孤立感や負担感が高まっている中、妊娠期から子育て期までの支援は、関係機関が連携し、切れ目のない支援を実施することが重要となっている。
このため、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」について、おおむね平成32 年度末までに全国展開を目指していくこととしており、全国展開に向けて、同センターの設置根拠を設け、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととする。
⑵ 改正の概要
市町村は、母子保健に関し、支援に必要な実情の把握等を行う「子育て世代包括支援センター」（※）を設置するように努めなければならないこととする（母子保健法第22 条）。
（※）法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。

2 支援を要する妊婦等に関する情報提供（平成28 年10 月１日施行）
⑴ 改正の趣旨
虐待による児童の死亡事例については、０歳児の割合が４割強を占めており、この背景としては、母親が妊娠期から一人で悩みを抱えているケースや、産前産後の心身の不調、家庭環境の問題などがあると考えられる。また、妊娠の届出がなく母子健康手帳が未発行である、妊婦健診が未受診であるといった妊婦については、市町村で状況を把握できない場合がある。
こうした課題に対応するためには、妊婦等自身からの相談を待つだけでなく、支援を要する妊婦等に積極的にアプローチすることが必要であり、その前提として、そうした妊婦等を把握しやすい機関等からの連絡を受けて、市町村がその状況を把握し、妊娠期からの必要な支援につなぐことが重要である。このため、支援を要する妊婦等に日頃から接する機会の多い、医療機関、児童福祉施設、学校等が、支援を要する妊婦等を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めることとする。
⑵ 改正の概要
児童福祉法第６条の３第５項に規定する要支援児童等（支援を要する妊婦、児童及びその保護者）と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するよう努めることとする（児童福祉法第21 条の10 の５第１項）。
また、刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、こうした情報提供を妨げるものと解釈してはならない（同条第２項）。

3 母子保健施策を通じた虐待予防等（公布日施行）
⑴ 改正の趣旨
妊娠の届出や乳幼児健診等の母子保健施策は、市町村が広く妊産婦等と接触する機会となっており、悩みを抱える妊産婦等を早期に発見し相談支援につなげるなど、児童虐待の予防や早期発見に資するものであることから、母子保健施策と児童虐待防止対策との連携をより一層強化することとする。
⑵ 改正の概要
国及び地方公共団体は、母子保健施策を講ずるに当たっては、当該施策が乳幼児の虐待の予防及び早期発見に資するものであることに留意することとする（母子保健法第５条第２項）。

対応策

（4）精神疾患のある養育者等の支援を必要としている家庭への対応
○ 妊娠・出産・産後の管理が可能な産科や精神科が併設された医療機関に早期からつなげ、精神保健の観点からの支援が必要。
○ 養育者の生育歴に着目し、子どもの頃の成長・発達の状況を踏まえた精神面のリスクアセスメントが必要。
（5）きょうだいの虐待死をうけて、虐待の再発を防止するための対応
○ 過去に虐待のおそれ・疑いがあった養育者には、生まれてくる子どもの安全を第一に、危機感を関係者の中で共有し、妊娠期から虐待を防止するための支援策の検討が必要。
（6）学齢期以降の子どもに対する支援のあり方
○ 学校のみで家庭状況の把握が困難な際には、関係機関と情報共有していくことが重要。
○ 身体的虐待と考えられる状況を把握した際は、医療機関への受診の有無によらず、継続的な確認とリスクアセスメントが必要。

産婦健康診査(平成29年4月～)の目的

産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、産後2週間、産後1ヶ月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査(母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等)の重要性が指摘されている。
このため、産婦健康診査の費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備する。

小括

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

要支援妊婦に対する対策の現状

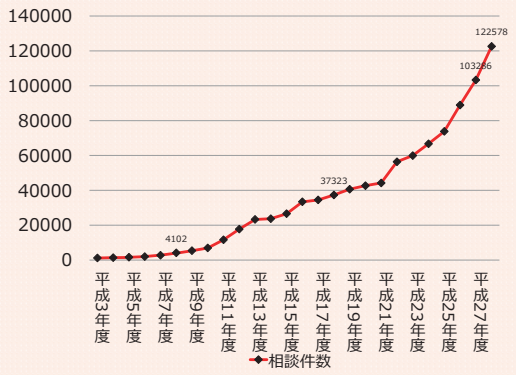
全国市町村アンケート：実施平成29年3月
調査期間：平成27年度(平成27年4月～平成28年3月)

小括

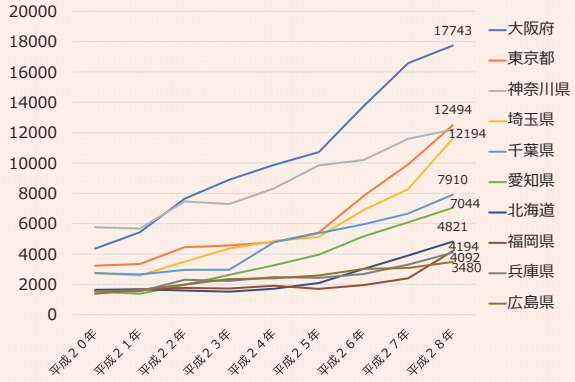
- 母子保健分野では医療･保健･福祉には関連性がある
- 全国的には妊娠届時アセスメントの実際はバラツキが多い
- 特定妊婦、要保護児童対策地域協議会の運用もバラツキが多い
- アセスメント基準の設定が必要である
- お母さんとの信頼関係の構築が大切である
- 個人情報保護の尊重は大きな課題である

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第1～13次報告

児童虐待相談件数の推移



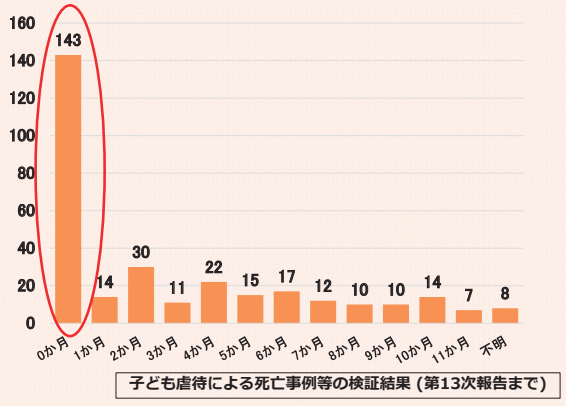
児童虐待相談対応件数(第13次)



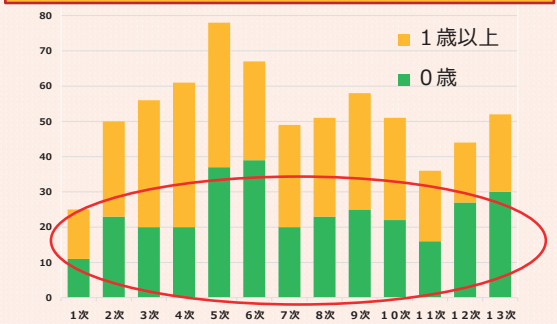
第１次報告から第13次報告までの「心中以外の虐待死」総数に対する０歳児の割合

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

0歳児死亡の月齢別分布(心中以外)

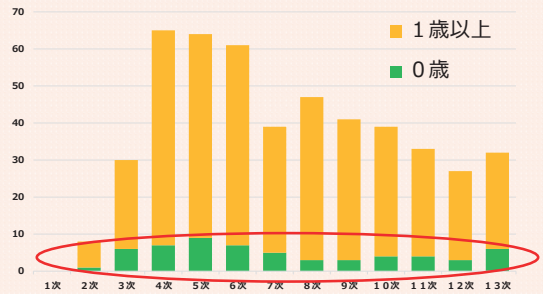


虐待死のうち0歳と1歳以上の分布（心中以外）



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第１３次報告までの累計）

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布（心中）



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第１３次報告までの累計）

特定妊婦って何でしょうか？
誰が?、いつ?決めるのでしょうか？

特定妊婦とは？

児童福祉法第6条3の第5項中(平成21年4月1日)

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

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

そうした根拠はあるのか？

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

特定妊婦と児童虐待の因果関係

児童福祉法第25条の7

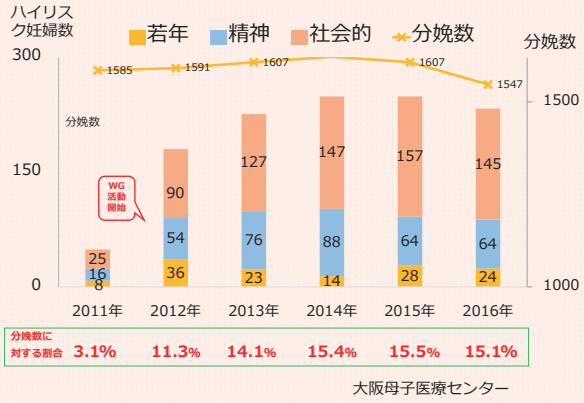
市町村は、要保護児童若しくは要支援児童及びその保護者又は特定妊婦に対する支援の実施状況を的確に把握するものとし、第二十五条第一項の規定による通告を受けた児童及び相談に応じた児童又はその保護者について、必要があると認めたときは、次の各号のいずれかの措置を採らなければならない。

『ハイリスク妊産婦の把握』とは?

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

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

分娩数と社会的ハイリスク妊婦の数の変化



大阪母子医療センター

小括

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

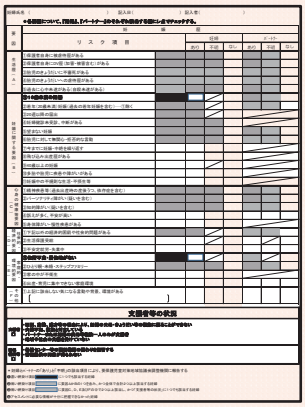
妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン

大阪府

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

平成26年度大阪府内での
3死亡+1重大事例は
すべて特定妊婦でした

アセスメントシート



妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健･福祉機関の連携について

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

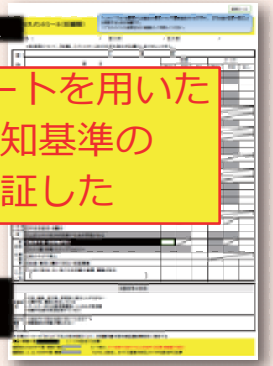
大阪府アセスメ ントシート

6つの妊婦背景（31項目）から構成

1.
2.
3.
4.
5.
6.

アセスメントシートを用いた
要対協への通知基準の
妥当性を検証した

母子手帳交付時に、
保健師によって面談により評価



日本産婦人科医会「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」 p97

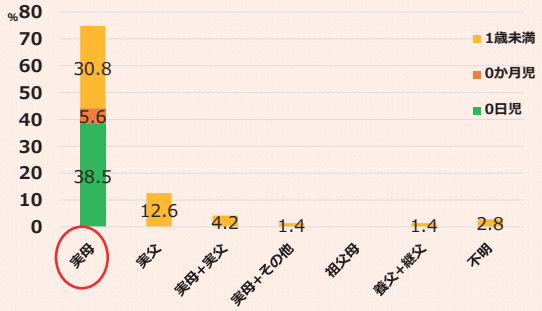
小括

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

今、なぜ妊産婦の
メンタルヘルスなのか？

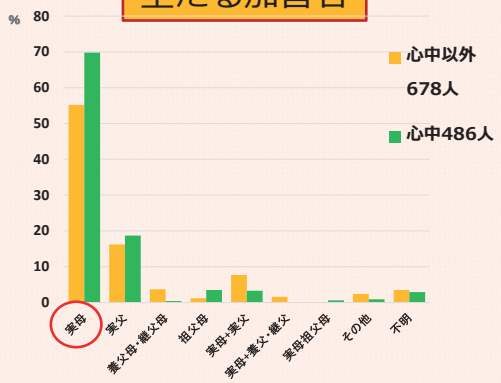
児童虐待死亡報告書からみたこころの問題

０日・０か月・0歳児事例の加害者（心中以外）



子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第8～13次）

主たる加害者



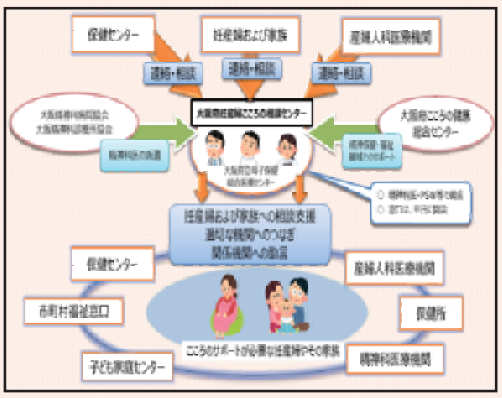
子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第5～13次）

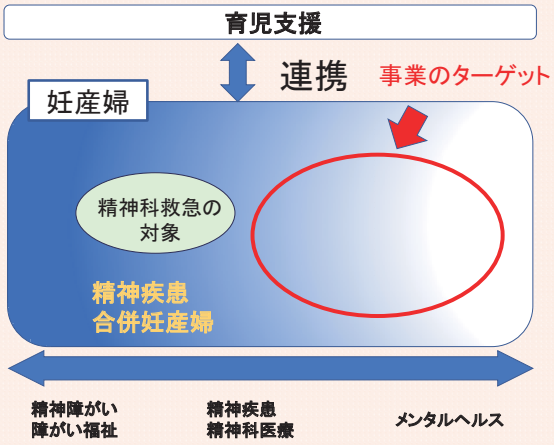
精神疾患のある実母の診断名

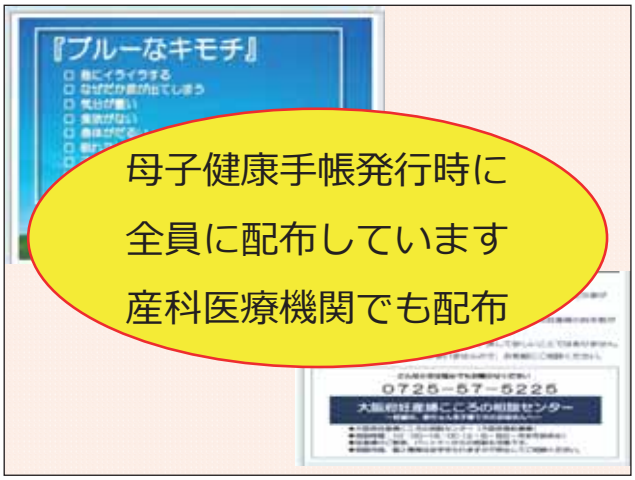
区　分	心中以外 ４５例	心中 ６４例
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	21	11
気分［感情］障害	20	40
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	10	17
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	4	4
成人の人格及び行動の障害	3	2
知的障害＜精神発達遅滞＞	1	0
心理的発達の障害	0	1
詳細不明の精神障害	4	6

子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第5次～13次）

大阪府妊産婦こころの相談センター







小括

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

光田班の成果

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

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援

平成29年度公開シンポジウム

社会的ハイリスク妊産婦の支援によって
児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ

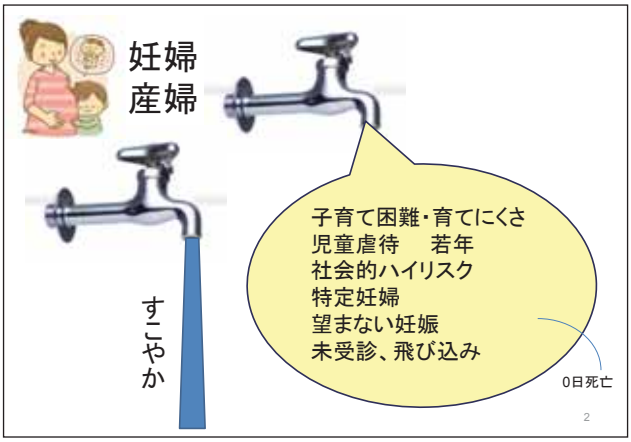
社会的ハイリスク妊娠とは

横浜市立大学産婦人科
倉澤健太郎

ぼんやりとしたイメージ

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

1



2

社会的ハイリスク妊娠

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

光田班の基本コンセプト

3

ハイリスク妊産婦に対する支援

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

児童福祉法第6条3の5項

特定妊婦	**出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦**
要支援児童	保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童に該当するものを除く）
要保護児童	保護者のない児童又は保護者に監護させることが不適当であると認められる児童

6

社会的ハイリスク妊娠

光田先生スライド

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

母児の妊娠転帰・育児に影響する

育児困難・児童虐待(死)・自殺・心中

『ハイリスク妊産婦の把握』とは?

光田先生スライド

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

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

分担研究者による定義づけ

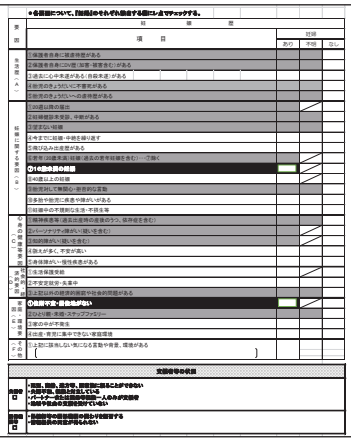
- 妊娠届を行わない、遅い
- 妊婦健診を適切に受けない
- 児童虐待につながるもの
- 産科医療機関で「社会的ハイリスクを有する」と認識されたもの
- 医療機関と保健機関から「気がかり」のある妊婦

9

分担研究者による定義づけ

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

10



11

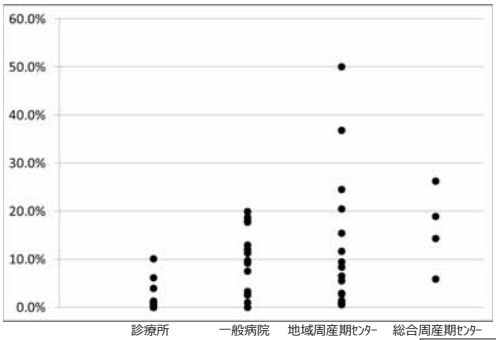
社会的ハイリスク妊娠の推定値

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

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

光田先生スライド

医療機関別に見た社会的ハイリスク妊娠の割合



H27厚労科研　光田班

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

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

「自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか」(37%)

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

「MSWがいない」(66%)

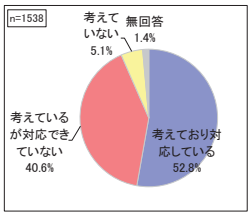
出生児を児童相談所等の公的施設を通じて引き取った(20%)

特別養子縁組を行った(15%)

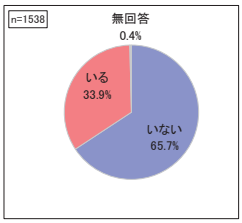
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦へのアプローチの現状

社会的経済的リスクを持った妊婦は見守りの必要があると考えるか？



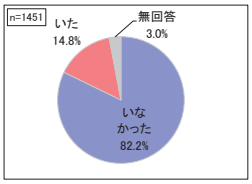
自施設にMSWはいるか？



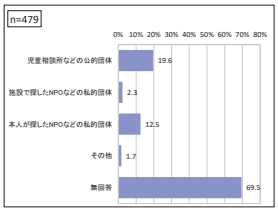
光田先生スライド

社会的経済的リスク妊婦から生まれた児をどう扱っているか?

特別養子縁組になった症例はあったか



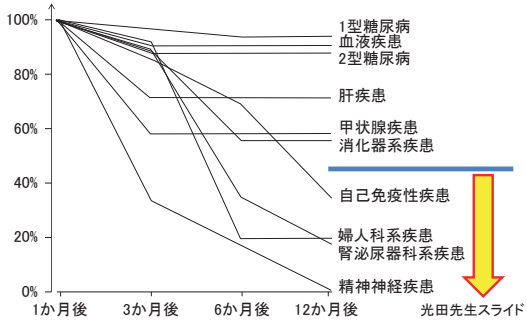
どこの施設へ収容されたか



光田先生スライド

医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討

東京女子医大　小川正樹



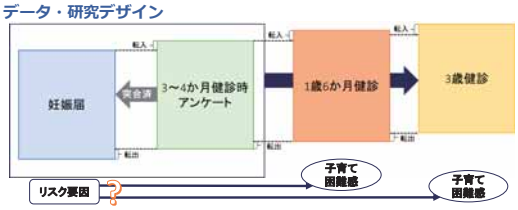
光田先生スライド

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

目的

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

データ・研究デザイン



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

H28厚労科研　光田班

伊角・藤原（2017）第76回公衆衛生学会総会

測定内容

アウトカム変数：1歳6か月健診・3歳児健診時の子育て困難感

「子育てについて困難を感じることがありますか」

→母親が「「はい」「何ともいえない」」「いいえ」で回答

子育て困難リスク群

曝露変数：妊娠届で把握している項目

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

H28厚労科研　光田班

伊角・藤原（2017）第76回公衆衛生学会総会

結果

子育て困難感

本研究から言えること

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

子育て困難感を予測する妊娠届の項目（ロジスティック回帰分析）

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

H28厚労科研　光田班

伊角・藤原（2017）第76回公衆衛生学会総会

H28厚労科研　光田班

通知基準（要支援群のオッズ比）

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

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

まとめ

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

22

公開シンポジウム　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

妊婦健康診査における
要支援妊産婦の抽出と支援について

大阪母子医療センター　産科　川口晴菜

はじめに

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

目的

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

検討内容①

◆どのような対象を将来の児童虐待ハイリスクとするか？

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

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

入所群

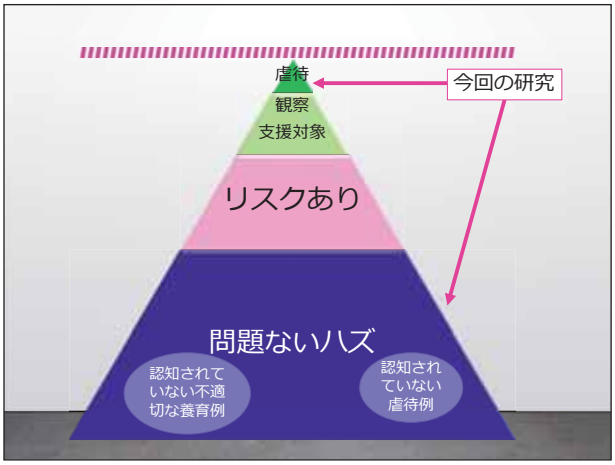
平成25年4月～平成28年3月
大阪府下2か所の児童相談所から施設入所になった症例(0-5歳)

＊除外：母子健康手帳の複写がないもの

対照群

モデル地区
同研究の対照群となることに同意
(3歳半健診)

＊除外：モデル地区の要保護児童対策協議会に登録されているもの。



検討項目

◆**背景因子**

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

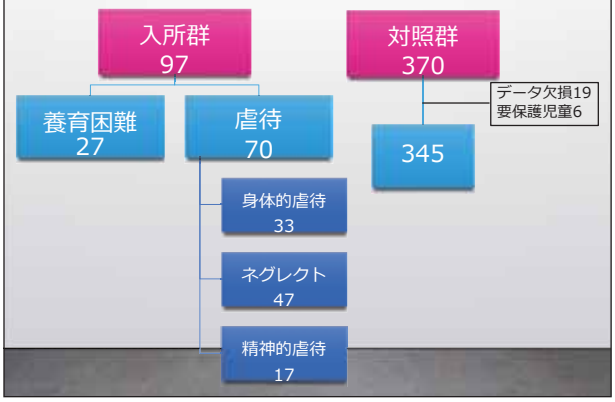
◆**妊娠中の因子**

初診週数、受診回数、妊娠中の尿蛋白、高血圧
分娩方法、輸血

◆**児に関する因子**

出生週数、出生体重、先天性疾患、多胎

結果：対象



■背景因子

N(%) or Median(range)

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

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

■妊娠中の因子

N(%) or Median(range)

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

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

■児に関する因子

N(%) or Median(range)

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

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

入所群と対照群の比較（多変量）

調査時点の年齢で調整

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

多重ロジスティック回帰分析

虐待や養育困難のリスクファクター

『母の若年』『未入籍』『初診週数が遅い』『母の精神疾患』『多産』

『受診回数が少ない』『年の差婚』

『妊娠中の高血圧』『先天性疾患』

要保護・要支援児童の母親に関連するリスク因子

- 妊娠期アセスメントシートを用いた解析 -

（大阪母子医療センター金川らの研究より）

研究対象

期間： 2013 - 2015年

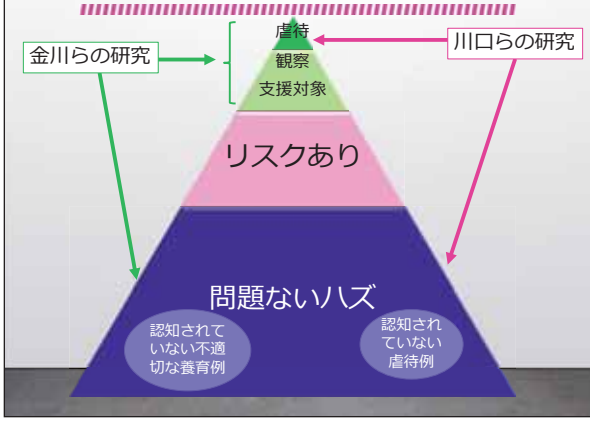
対象：大阪母子医療センターで管理

1-3歳時の育児状況が分かっている母親

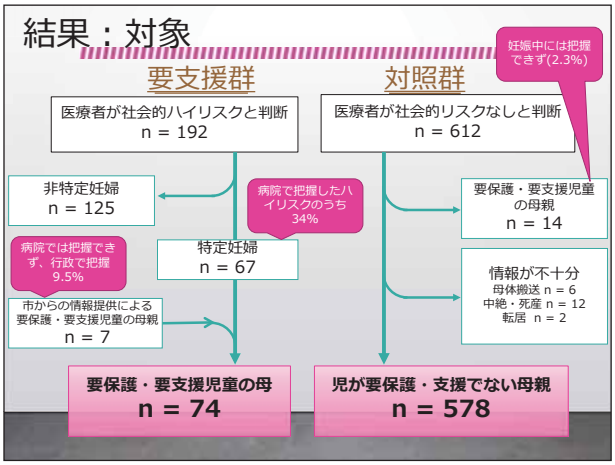
検討項目：

アセスメントシート(妊娠期):31項目

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



結果：対象



検討項目:アセスメントシート(妊娠期)

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

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

要支援妊婦の抽出のための スクリーニング

一次スクリーニング（初診時）
1）母年齢20歳未満
2）年齢差10歳以上
3）初診20週以降
4）母精神疾患
5）子どもの数4人目以上
6）経済的問題
7）シングル/ステップファミリー
8）DV歴

一次スクリーニング（中期、後期）
1）不定期受診
2）サポート不足

産後
1）産後うつ

面談(2次スクリーニング) → 精神科

地域保健師

検討内容②

◆全産科医療機関で、どのように抽出するか？

大阪母子医療センターにおける 要支援妊婦の抽出

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

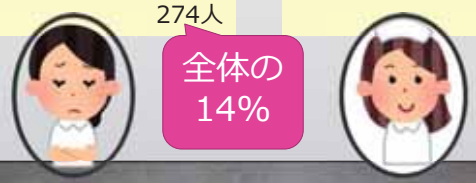
育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するための スクリーニング項目の検討

(大阪母子医療センター岡本らの研究より)

- 2013年5月-2014年8月　当センターで生児を分娩した母

医療者が、妊娠中に将来育児支援必要と判断した高リスク群 274人

医療者が問題ないと判断した低リスク群 1667人



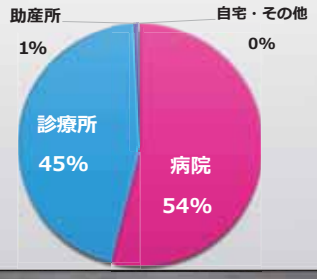
全体の 14%

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

社会的ハイリスクの抽出に手慣れた面談者が選んだ項目

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

日本における分娩場所
（2015年　人口動態統計）



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

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

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

First step　問診票のスコア化（3医療機関で実施）

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

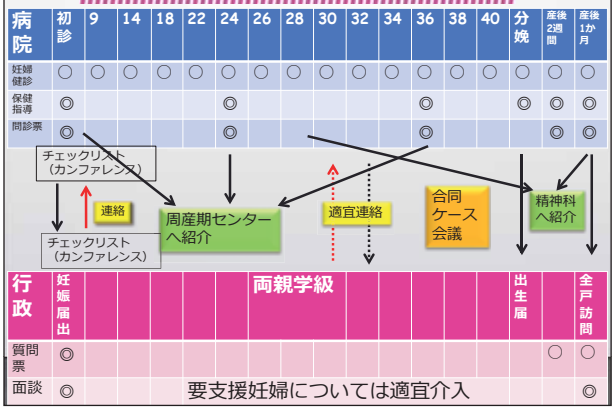
↕ 比較

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

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

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

医療機関と保健機関の連携フロー図



まとめ

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

今後の展望

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

於:品川インターシティホール　　平成29年11月27日(月)

公開シンポジウム
第1部 妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

支援を要する妊婦への個別保健指導

大阪母子医療センターでの取り組み

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

すこやかな妊娠と出産のために

✓妊娠に気づいた女性は母子手帳を取得し

✓妊婦健診を定期的に受診する。

✓産科医師の診察、助産師の保健指導が行われる。

産科診療の場では、しばしば…

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

「この妊婦さん、なんとなく気になる…」

チームで対応
その後の連携の仕組み
一連の流れをつくる

1.支援を要する妊婦に気づく工夫

2.支援を要する妊婦へ
保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムつくり

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

この妊婦さん
なんとなく気になる

個人の感覚も大事だけど、
みんなで気づくことができるようにする
→業務化

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

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

初診時の様子

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

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

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

個別相談での状況について適宜医師・診察介助者に伝え情報共有する

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

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

✓既往歴で精神疾患等は書きづらいことが多い
→記載例に精神疾患を載せることで少し書きやすくする
✓妊婦自身の生育や生活について語れる場を作る

✓問診票は記載後回収して終わらない
→空欄なくすべて記載していても、必ず言葉で問診をとる
→「話してくれてありがとう」

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

これまでにかかった病気等について教えてください。

年(歳)	病気等	治療
18歳	パニック	内服
27歳	うつ	入院

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

個別相談で大まかな情報を得る（社会的リスクを把握）

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

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

助産師・看護師による個別面談

1．支援を要する妊婦に気づく工夫

パートナーとの関係を知る

妊婦全員にDVスクリーニング

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

1回目	2回目	3回目
初診時	妊娠中期(28w頃)	産褥1日目

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

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

1.支援を要する妊婦に気づく工夫

2.支援を要する妊婦へ
保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムつくり

2．支援を要する妊婦へのかかわり

✓生まれてくる赤ちゃんの「お母さん」としてではなく

一人の女性として「あなたのことを支援したい」

ことを伝える

✓保健指導を通して

「専門家としてあなたの身体のことを大事にしたい」

というメッセージを伝える

2．支援を要する妊婦へのかかわり

✓担当者を決めて

信頼関係をつくる

✓妊婦の抱えている問題に、

妊婦と同じ視線で向き合う

✓受診が途切れがちなら電話や手紙で、

待っていること伝える

✓信頼関係は大事だが、

依存関係にはならない

✓時には担当者を複数にし、

役割を変えて対応する

1.支援を要する妊婦に気づく工夫

2.支援を要する妊婦へ
保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムつくり

3．支援のためのシステム

システム①

カルテ記録の工夫
電子カルテ上、看護記録のテンプレートを作成

✓**標準化**

個別の話は長文になりやすいが、
一定の能力があれば誰もができるように

✓**体系化**

必要な情報を漏れなく。
個別相談での保健指導項目に合わせて
作成している。

✓**一目でわかる化**

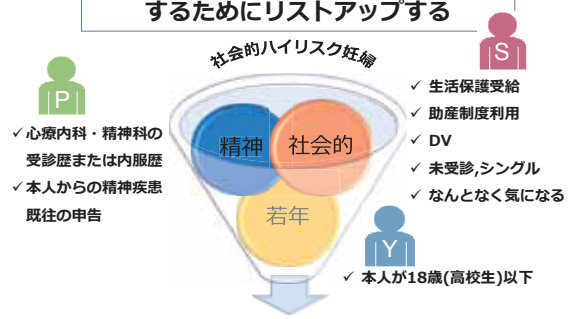
長文を読まずとも、記号やアイコンで一目瞭然
急な受診や電話の際にも背景をすぐ把握する

妊支　育支

3．支援のためのシステム

システム②

情報を共有し、支援の方向性を統一するためにリストアップする



✓心療内科・精神科の受診歴または内服歴
✓本人からの精神疾患既往の申告

✓ 生活保護受給
✓ 助産制度利用
✓ DV
✓ 未受診,シングル
✓ なんとなく気になる

✓ 本人が18歳(高校生)以下

リストアップ

3．支援のためのシステム

システム③

社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループで活動する

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

✓ 医療機関でしか把握できないことがあるが、
医療機関でできることは限られる

✓ 医療機関で終わらず、生活の場（家族、地域社会）
に支援をつないでいかなくてはならない

✓ 医療機関も、保健も、福祉行政も、
妊婦さんにとって自分たちの得になるように
利用してほしいというメッセージを伝える

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

県内統一の妊娠届書を活用した支援

～小児科医の立場から～

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

中日新聞 夕刊
妊婦さん困りごと
届け出書にアンケート
孤立対策 早期に
愛知 県内で統一 虐待も予防

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

愛知県における妊娠届出書の統一項目

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

妊娠届出書による状況把握（平成27年度）

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

愛知県健康福祉部
児童家庭課調べ

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

行政が把握した支援を要する妊婦

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

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

妊娠期からの支援の実施状況

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

医療機関と行政機関の連携に関する課題

個人情報保護に関する課題

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

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

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

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

児童福祉法改正（平成28年10月1日施行）

医療機関と行政機関の連携に関する課題

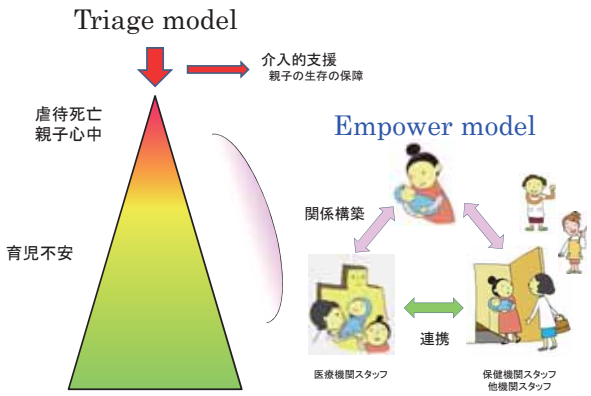
あいち小児保健医療総合センター主催
「周産期医療現場スタッフと取り組む子育て支援に関する研修会」参加者アンケート(2015.12.14)

妊婦への支援の困難さ

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

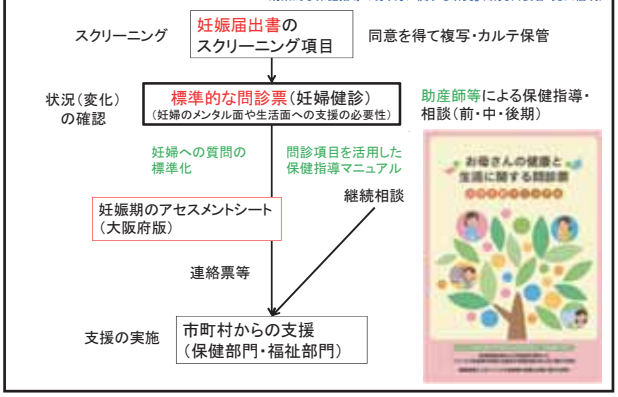
【市町村(保健機関)から】
・特に困り感がなく、保健師の支援を必要としていないという人が多い
・病院でどのような対応しているかが分からない
・妊娠届出の後、妊婦と関わる機会がなく、受診状況や生活状況の変化を把握することが難しい

妊娠期からの支援モデル



妊婦健診におけるモデル問診票の開発と支援

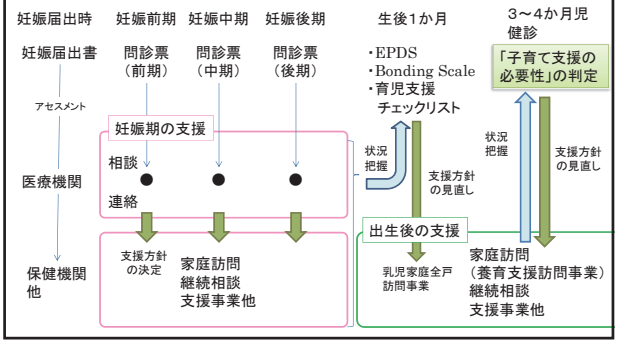
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者:光田信明)



質問カテゴリー	質問<選択肢>	前期	中期	後期
妊婦の妊娠のうけとめ	妊娠について、今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		
妊婦の妊娠のうけとめ	胎動を感じるときに、どのように思いますか。<嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない>			1
現在の妊婦の状態	マタニティライフを楽しんでいますか。<はい・いいえ・どちらでもない>		1	
現在の妊婦の状態	身体的な不調はありますか。<はい(内容:)・いいえ>	2	3	2
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
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あてはまるものはありますか(複数選択可)。<まじめ ・ 楽天的 ・せっかち ・のんびりや ・マイペース ・人みしり ・社交的 ・こわがり ・短気 >	4		
パートナーの妊娠のうけとめ	あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持だと思いますか。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>	5		
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>	6		
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	
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>	7	5	4
妊婦の相談者・家族関係	困ったときに相談する人について、①~③の質問にお答えください。 ①夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。<はい・いいえ・夫(パートナー)はいない> ②(あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか。<はい・いいえ・実母はいない> ③夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。<はい(相談できる人の続柄・関係:)・いいえ>	8	6	5
妊婦の支援者	困ったときに助けてくれる人はいますか(複数選択)。<夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・その他()>	9	7	6
経済状況	経済的なことで困っていますか。<困っていない・今は良いが、将来的には心配・毎日の生活に困る>	10	8	7
妊婦の学歴	あなたの最終卒業学校はどれですか。<中学・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他( )>	11		
産後の生活準備	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。<はい(内容:)・いいえ> ③母乳で育てることについてどう思いますか。<ぜひ母乳で育てたい・母乳ができれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない>			8
産後の生活準備	赤ちゃん用品の準備はできましたか。<はい・いいえ>			9
転居	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。<いいえ・はい> ①住所の変更・変更した(する)時期( ) 新住所( ) ②氏名の変更・変更した(する)時期( ) 新氏名( ) ③あなたの電話番号の変更・変更した(する)時期( ) 新電話番号( ) ④夫(パートナー)の電話番号の変更・変更した(する)時期( ) 新電話番号( )			10

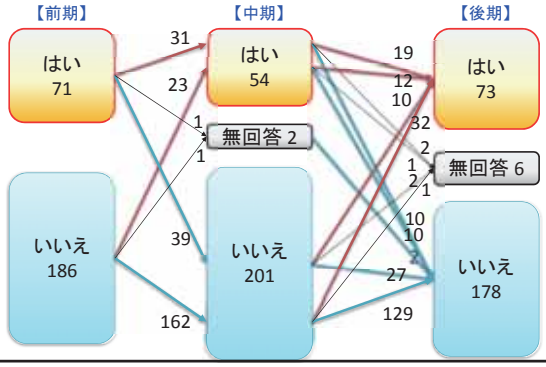
モデル問診票の試行と評価 (2016年7月~11月実施)

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



問診に見る妊婦の気持ちの揺らぎ (n=257)

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



モデル問診票を用いた支援の評価　（2016年7月～11月実施）

＜主な分析項目＞

妊娠届出書のスコア：妊娠届出時
1:ローリスク群（0～1点）、2:ハイリスク群（2～5点）、
3:スーパーハイリスク群（6点以上）

問診の回答と担当者の判定：妊婦健診（前期・中期・後期）
1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡

EPDSとBonding Scaleによるリスク判定：生後1か月時
1:<low risk>　EPDS＜9点かつBonding＜2点
2:<middle risk>　EPDS＜9点かつBonding≧2点
3:<high risk>　EPDS≧9点

支援の受け入れ状況：妊娠中および出生後
1:受け容れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4:対象外

子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）：3～4か月児健診
1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、
4:他機関連携支援

モデル問診票の試行状況と従事者の感想

	問診担当者の判定								
	前期（n=149）			中期（n=151）			後期（n=135）		
妊娠届出スコア	順調	相談継続	他機関連絡	順調	相談継続	他機関連絡	順調	相談継続	他機関連絡
ローリスク群（0～1点）	99	20	0	102	17	0	89	17	0
	83.2%	16.8%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	82.4%	15.7%	0.0%
ハイリスク群（2～5点）	21	6	0	23	7	0	19	7	0
	77.8%	22.2%	0.0%	76.7%	23.3%	0.0%	73.1%	26.9%	0.0%
スーパーハイリスク群（6点～）	1	2	0	0	1	1	0	3	0
	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	0.0%

産科クリニック（年間出生250名）

問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。

妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。

民間総合病院（年間出生800名）

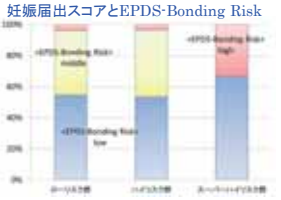
助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。

妊娠届出時と3～4か月健診時の状況

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

*子の要因（その他）で支援対象

妊娠届出スコアとEPDS·Bonding Risk



支援の必要性の判定と関連した問診内容（ローリスク群）

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

※妊娠届出書の経済困窮とは関連なし

ローリスク群のEPDS·Bonding Riskと支援の必要性の判定に関連あり

妊娠中と出生後の支援に対する評価

				妊娠中の支援		出生後の支援		
妊娠届出スコア		特定妊婦	要対協	受け容れあり	受け容れなし	受け容れあり	他機関事業利用	受け容れなし
ローリスク群（0～1点）	138	0	0	1	1	6	23	2
	100%	0.0%	0.0%	0.7%	0.7%	4.3%	16.7%	1.4%
ハイリスク群（2～5点）	33	2	0	4	5	5	6	0
	100%	6.1%	0.0%	12.1%	15.2%	15.2%	18.2%	0.0%
スーパーハイリスク群（6点～）	3	3	1	3	0	3	0	0
	100%	100%	33.3%	100%	0.0%	100%	0.0%	0.0%

支援の受け容れと支援の必要性の関連（ハイリスク群）

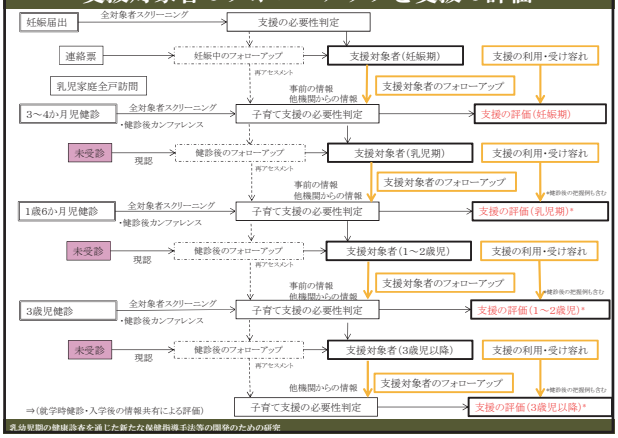
ハイリスク群	支援の必要性の判定			
妊娠中の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	1	3	0	4
受け容れなし	1	0	0	1
対象外	24	2	2	28
	26	5	2	33

p=0.012

ハイリスク群	支援の必要性の判定			
出生後の支援	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
受け容れあり	3	0	2	5
他機関事業利用	6	0	0	6
対象外	17	5	0	22
	26	5	2	33

p=0.006

支援対象者のフォローアップと支援の評価

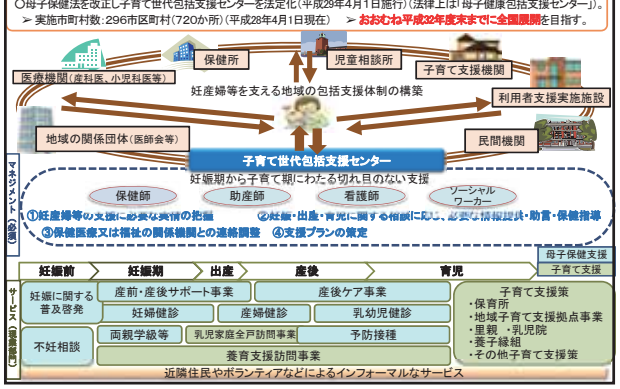


子育て世代包括支援センターの全国展開

○ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、子育て世代包括支援センターに保健師等を配置して、「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援等を行う。

○母子保健法を改正し子育て世代包括支援センターを法定化（平成29年4月1日施行）（法律上は「母子健康包括支援センター」）。

➢ 実施市町村数：296市区町村（720か所）（平成28年4月1日現在）　➢ おおむね平成32年度末までに全国展開を目指す。



県内統一の妊娠届書を活用した支援 ～小児科医の立場から～

Take home message

・妊娠期からの支援には、親子の生存を保障するTriage modelを補完するために、妊産婦と支援者との関係構築をめざすEmpower modelの体制構築が必要である。

・モデル問診項目の一般化によって、妊婦健診における助産師等看護職の役割が明確となる可能性がある。

・妊娠届出時から3～4か月児健診受診までの医療機関と保健機関データを連結することで、妊娠期からの支援の評価が可能となる。

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

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

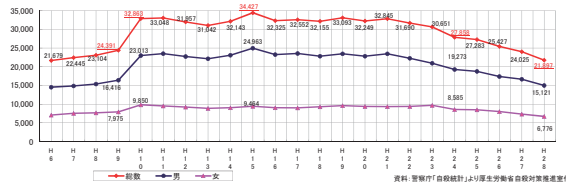
自殺対策の最新動向について

平成29年11月27日（月）

厚生労働省大臣官房参事官（自殺対策担当）
宮原 真太郎

我が国における自殺の状況と自殺対策の経緯

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



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

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

1

年齢階級別（10歳階級）の自殺者数の推移

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

2

主要国の自殺死亡率

資料：世界保健機関「WHO死亡データベース」より厚生労働省自殺対策推進室作成
※ 2016年の人口動態統計によると、日本の自殺死亡率は、16.8

3

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

先進国の年齢階級別死亡者数及び死亡率（15～34歳、死因の上位3位）

	日本 2014			フランス 2013			ドイツ 2014			カナダ 2012		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	4,557	17.8	事故	1,955	12.7	事故	1,710	9.1	事故	1,924	20.4
第2位	事故	1,775	6.9	自殺	1,286	8.3	自殺	1,450	7.7	自殺	1,066	11.3
第3位	悪性新生物	1,339	5.2	腫瘍※99※	1,089	7.1	悪性新生物	981	5.2	悪性新生物	528	5.6

	アメリカ 2014			イギリス 2013			イタリア 2012			韓国（参考） 2013		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	事故	30,708	35.1	事故	2,038	12.1	事故	1,589	12.3	自殺	2,580	18.3
第2位	自殺	11,648	13.3	自殺	1,120	6.6	悪性新生物	889	6.9	事故	1,225	8.7
第3位	殺人	8,303	9.5	悪性新生物	1,070	6.3	自殺	620	4.8	悪性新生物	874	6.2

※ ICD－10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類の第10回修正版）の第18章「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」に該当するもの

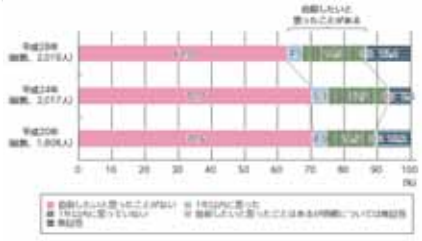
（資料出所：平成29年版「自殺対策白書」、WHOより作成）

4

自殺対策に関する意識調査結果①（平成28年実施）

資料：厚生労働省「平成29年版自殺対策白書」

これまでの人生のなかで本気で自殺したいと考えたことがあるか



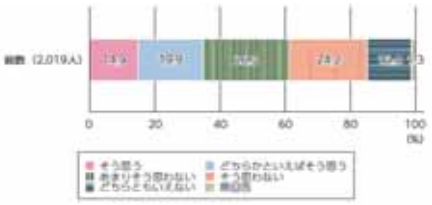
自殺は「誰にでも起こり得る危機」

5

自殺対策に関する意識調査結果②（平成28年実施）

資料：厚生労働省「平成29年版自殺対策白書」

自殺対策は自分自身にかかわる問題だと思うか



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

基本理念の追加（第2条）

○ 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人が自殺のリスクを抱えることのないよう、社会における様々な分野における総合的な取組として実施されるべきことを旨として、実施されなければならない

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

自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

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

都道府県自殺対策計画等（第13条）

○ 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定めるものとする

都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

○ 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて地域地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

〔調査研究等の推進・体制の整備〕（第15条）
① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用の推進・先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供
② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備

〔心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等〕（第17条）
学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵（かん）養等に資する教育・啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める

〔医療提供体制の整備〕（第18条）
自殺のおそれがある者への医療提供に関する施策として、良質かつ適切な精神医療提供体制の整備、精神科医とその地域における心理、保健福祉等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を規定

必要な組織の整備（第25条）

○ 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

自殺総合対策大綱の見直しについて

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

＜大綱策定までの経過・スケジュール＞

○平成28年9月27日　第17回自殺総合対策会議
（会長：厚生労働大臣。関係閣僚で構成）
→ 平成29年夏頃を目途に、新たな自殺総合対策大綱を策定できるよう、厚生労働省において、有識者から意見を幅広く聴取することを決定 → 検討会設置へ

○平成29年4月26日第6回「有識者検討会」で報告書まとめ（5月15日公表）
→ 厚生労働省において、平成28年の自殺対策基本法の改正の趣旨や報告書を踏まえ、大綱素案を作成

○平成29年6月14日～27日　パブリックコメント（大綱素案）

○平成29年7月25日　第18回自殺総合対策会議（大綱案の決定） → 同日閣議決定

「自殺総合対策大綱」（概要）

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

➢ 自殺対策は、社会における「**生きることの阻害要因**」を減らし、「**生きることの促進要因**」を増やすことを通じて、**社会全体の自殺リスクを低下**させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

➢ 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

➢ 年間自殺者数は減少傾向にあるが、**非常事態はいまだ続いている**

➢ 地域レベルの実践的な取組を**PDCAサイクルを通じて推進**する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. **生きることの包括的な支援**として推進する
2. **関連施策との有機的な連携を強化**して総合的に取り組む
3. **対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動**させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. **地域レベルの実践的な取組への支援を強化する**
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な**精神保健医療福祉サービス**を受けられるようにする
7. **社会全体の自殺リスクを低下**させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進する**
12. **勤務問題による自殺対策を更に推進する**

第5 自殺対策の数値目標

➢ 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**
（平成27年18.5 ⇒ 13.0以下）

（WHO：仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012)）

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における**計画的な自殺対策の推進**
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

第3　自殺総合対策の基本方針
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

自殺総合対策における当面の重点施策（ポイント）

●自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺を巡る現状を踏まえて、更なる取組が求められる施策　※各施策に担当府省を明記　※補助的な評価指標の盛り込み（例：よりそいホットライン中心の健康相談統一ダイヤルの認知度）

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する	2.国民一人ひとりの気づきと見守りを促す	3.自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する	4.自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る	5.心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する	6.適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
・地域自殺実態プロファイル、地域自殺対策の政策パッケージの作成 ・地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成 ・地域自殺対策推進センターの支援 ・自殺対策の啓発資材の配布、普及啓発の促進	・自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施 ・児童生徒の自殺対策に資する教育の実施 （SOSの出し方に関する教育の推進） ・自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及 ・うつ病等についての普及啓発の推進	・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用 （厚生労働白書自殺実態連プロワクト） ・先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供 ・子ども・若者の自殺調査・死因究明制度との連動 ・オンライト施設の形成等により自殺対策の関連情報を安全に集積・管理・分析	・医療等に関する専門家となる医学・薬学・看護学校等と連携した自殺対策教育の推進 ・自殺対策の連携調整を担う人材の養成 ・かかりつけ医の資質向上 ・教職員に対する普及啓発 ・地域保健・産業保健スタッフの資質向上 ・ゲートキーパーの養成 ・家族や知人等を含めた支援者への支援	・職場におけるメンタルヘルス対策の推進 ・地域におけるの健康づくり推進体制の整備 ・学校における心の健康づくり推進体制の整備 ・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進	・精神科医療、保健、福祉等の連携性の向上、専門職の配置 ・精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等 ・うつ病、統合失調症、アルコール依存症、ギャンブル依存症等のハイリスク者対策

7.社会全体の自殺リスクを低下させる	8.自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ	9.遺された人への支援を充実する	10.民間団体との連携を強化する	11.子ども・若者の自殺対策を更に推進する	12.勤務問題による自殺対策を更に推進する
・ICT（インターネットＳＮＳ等）の活用 ・ひだり、団塊世代、性犯罪・性被害の相談窓口、性的マイノリティに対する支援の充実 ・相談員の多様な予段の確保、アウトリーチの強化 ・関係機関等の連携による重な情報共有の開始 ・自殺対策に資する居場所づくりの推進	・地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備 ・医師と地域の連携推進により各段階の切れ目ない支援の強化 ・医療所づくりの連動による支援 ・救急等の地近な支援者に対する支援 ・学校、職場等での事後対応の促進	・遺族の自助グループ等の運営支援 ・学校、職場等での事後対応の促進 ・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等 ・遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上 ・遺児等への支援	・民間団体の人材育成に対する支援 ・地域における連携体制の確立 ・民間団体の相談事業に対する支援 ・民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援	・いじめを苦にした子どもの自殺の予防 ・学生・生徒への支援充実 ・SOSの出し方に関する教育の推進 ・子どもへの支援の充実 ・若者への支援の充実 ・若者の特性に応じた支援の充実 ・知人等への支援	・長時間労働の是正 ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進 ・ハラスメント防止対策

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
（15）妊産婦への支援の充実

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

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

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

12

SOSの出し方に関する教育

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

13

11（6）若者の特性に応じた支援の充実

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

14

大綱における指標

○自殺予防週間（9/10～16）・自殺対策強化月間（3月）
→国民の約3人に2人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す

○ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守る人
→国民の約3人に1人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す

○よりそいホットライン：24時間365日の無料電話相談（0120－279－338）
（フリーダイヤル つなぐ ささえる）
こころの健康相談統一ダイヤル：地方公共団体の電話相談の全国共通ダイヤル
（おこなおう まもろうよ こころ）
（0570－064－556）
→国民の約3人に2人以上が聞いたことがあるようにすることを目指す

15

自殺総合対策の基本方針
～関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む①

〈様々な分野の生きる支援との連携を強化する〉

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

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

16

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

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

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

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

17

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

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

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

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

18

妊産婦のメンタルヘルス
ー児童虐待予防と妊産婦の自殺を防ぐー

日本産婦人科医会
木下勝之

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

日常診療における妊産婦の背景

1. 心身ともに健康に見える妊産婦

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

2. 妊娠・出産に葛藤がある妊婦の場合

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

3. 両親の別離や母親からの少女期の否定的養育経験や虐待の経験がある場合

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

- 年々、このような女性が母親になる例が増えている。

4. 妊娠する前に精神科に通院していた妊婦

イライラが激しく、夫に暴力をふるうが、投薬を受けて、落ち着いている。

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

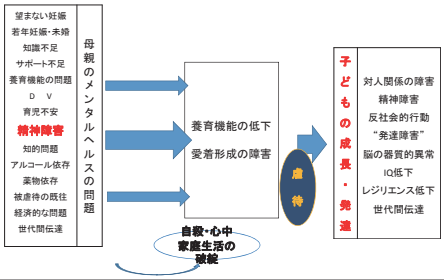
妊娠中及び産後の女性には、

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

このように、幅広いスペクトラムの妊婦の対象群が存在する

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

母親のメンタルヘルスの問題は、どのように子に影響するか



親の周産期精神障害による母子への影響

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

5. 妊婦の不安は、胎児に影響する

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

妊娠中の不安は、産後の不安やうつ病よりも強い相関がある

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

⇒ うつ病による母親の自殺予防

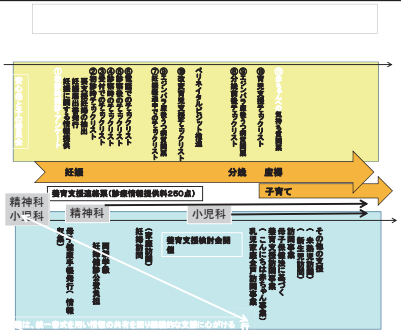
.

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

⇒乳幼児虐待、ネグレクトの予防

妊産婦メンタルヘルスの
重要性と必要性

支援が必要な妊産婦の抽出・通知
（情報提供＆共有・支援依頼）



妊婦、産後の母
3つの質問票によるスクリーニング

三つの質問票

育児支援チェックリスト

産後うつ病質問票（EPDS）

赤ちゃんへの気持ち質問票

母親への質問表の利用

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

妊婦、産後の母　3つの質問票によるスクリーニングの結果

Ⅰ.　Negative一 心身ともに健康に見えるグループ

Ⅱ.　Positive一抑うつ　不安
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク

Ⅲ.　精神疾患の既往
精神疾患の初期

Effect of perinatal mental disorder on the fetus and child

Louise M Howard,
Peter Piot
Alan Stain
PlumX Metrics

The Lancet
15 November 2014

143 の論文のサマリーより
Key messages

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

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

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

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

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

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

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

低所得国	US$ 1,006以上 US$ 1,915以下	ウズベキスタン、インド、ガーナ、カメルーン、コートジボワール、ナイジェリア、ニカラグア、パキスタン、パプアニューギニア、ベトナム、ホンジュラス、ボリビア、モルドバ、モンゴル
中所得国	US$1,916以上 US$3,975以下	アルメニア、イラク、インドネシア、ウクライナ、エジプト、エルサルバドル、ガイアナ、カーボヴェルデ、グアテマラ、グルジア、コソボ、コンゴ共和国、シリア、スリランカ、スワジランド、トルクメニスタン、トンガ、パラグアイ、フィジー、フィリピン、ベリーズ、マーシャル諸島、ミクロネシア、モロッコ

国連及び世銀の分類による

例　うつ病

低所得及び中所得諸国
ヘルスワーカーの存在で対応
妊産婦の自殺も大きな割合を占める

高所得諸国
妊産婦の自殺⇒向精神薬のリスクと副作用の問題に対応が必要

うつ病

妊婦の胎児と生まれた子への影響

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

LMICsでは

周産期のうつ病
乳幼児の成長不良や発育阻害と関係がある
合併症が増える
HIV感染の9割は、サハラ砂漠の南に居住
妊娠中にHIVの感染が発見されると、うつ病発症のリスクが高まる。
抗レトロウイルス療法を忠実に受けない傾向あるので、母親に忠実に精神的健康に注意を払う必要あり

周産期精神疾患による子への負の影響は避けられ得る

治療可能な要因とは

- 親の子育ての質、
- 社会的サポート
- 親の疾患の期間と重症度

早期介入の必要性が高い

- 有効な状況判断を行う
- 両親への対処と育児スキルの向上を指導する

父親の精神疾患の影響

うつ病の影響

- 頻度高い
- 子どもに負の影響

対応　母親にとって、 特にパートナー/配偶者の社会的サポートが必要

パートナー/ 配偶者の暴力は、周産期精神疾患の高いリスクファクターとなる

周産期精神疾患の英国社会と公共サービスへ与える経済的損失

長期的損失は、毎年80億ポンド（1兆2080億円）以上と推定

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

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

高所得諸国　実現可能性のある介入が進められている

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

周産期メンタルヘルスの重要性

周産期メンタルヘルスプロジェクト（日本産婦人科医会）

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

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

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

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

①妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルの作成、配布、出版

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

③連携システム
産科医療機関－行政機関－精神科－小児科
－その他の関連機関・事業

妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル(目次)

Ⅰ. 本マニュアルについて

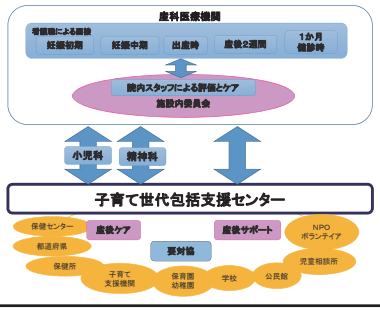
Ⅱ. 妊産婦メンタルヘルスの重要性

Ⅲ. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識
1. 妊産婦の心理
2. 妊産婦メンタルヘルスケアの不調と障害
3. 母子の関係性(母子相互作用)
4. 乳幼児の発達

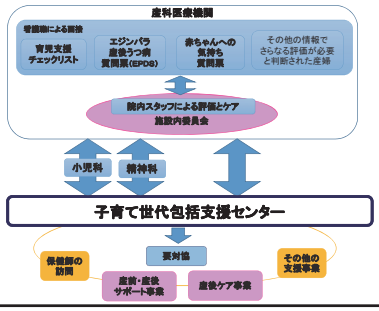
Ⅳ. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際
1. 妊産婦への対応の基本
2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング
3. 精神科への紹介が必要なケース
4. 小児科へつなぐ
5. 助産師・看護師・保健師の役割
6. 特定妊婦について

Ⅴ. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際

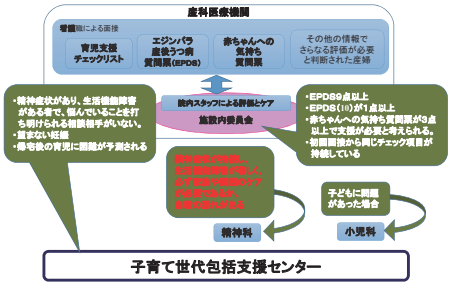
スクリーニングとケアの時期



三つの質問票によるスクリーニングとケアの実際(出産時)



スクリーニングの評価とケアの実際（出産時）



周産期の精神障害

●妊娠前から精神障害に罹患している場合
（精神疾患合併妊娠）

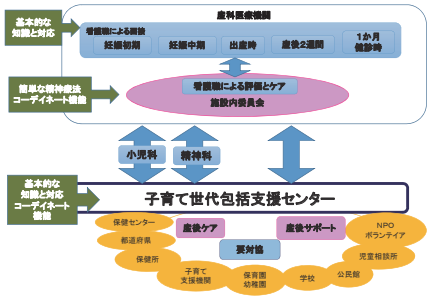
気分障害、神経症性障害、統合失調症

妊娠前からの精神症状のコントロール、適正な薬物療法、周産期特有の精神症状の変化への対応、養育機能の評価や養育支援を進めていくための多職種による連携が必要

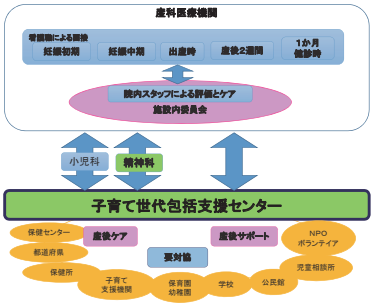
●妊娠中もしくは出産後に新たに精神障害を発症する場合

妊娠期うつ病、産後うつ病、産褥精神病
産科スタッフによる早期発見、早期支援により、速やかに精神科医療につなぐためのシステムが必要

助産師・保健師・看護師・心理士の役割



多領域との連携



精神科との連携

産科側（対象：都内の分娩施設185：回収率74%）

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

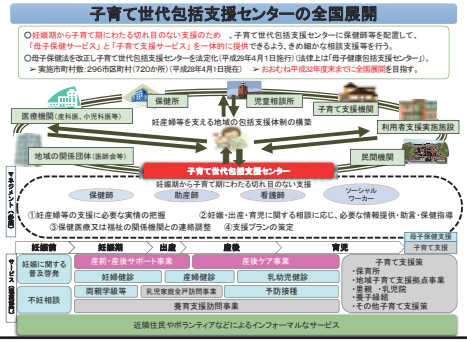
鈴木俊治他、周産期医学 45: 1802-1806, 2015

精神科側（対象：都内の精神科病院68：回収率57%）

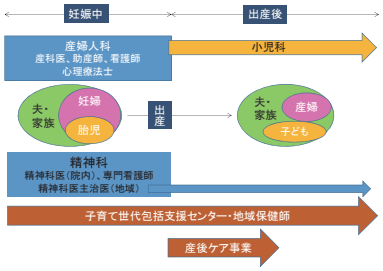
・診療を継続する場合に対応に苦慮したこと
薬剤の調整　83%
産科との連携　67%

竹内 崇、精神医学 58: 141-148, 2016

子育て世代包括支援センターの全国展開



産科医療機関の役割と切れ目のない支援



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

（新）ハイリスク妊産婦連携指導料1（月1回）1,000 点

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

今後の方向性

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

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

妊婦　3つの質問票によるスクリーニング

Ⅰ．　Negativeー 心身ともに健康に見えるグループ

Ⅱ．　Positiveー抑うつ　不安
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク

Ⅲ．　精神疾の既往
精神疾患の初期

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

現実社会の教育現場の実態

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

55

現代社会では
健全な母子関係を築くことが
難しくなった背景

1. 少子化社会、核家族化

57

①数少ない、貴重な子供に、親が甘えて、子は、親に甘えられない。
育児ノイローゼや児童虐待が起きやすい

②子は成長に応じた気持ちを持っている。しかし、親は子供の気持ちを
理解しようとしない。その結果、親の葛藤が子供に向きやすい

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

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

2. ITC・AI時代のスマホ社会

60

総務省白書　28年版
「少子高齢化等我が国が抱える課題の解決とICT 」

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

61

Key words

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

ネットワーク
データ

62

スマートフォン社会の到来
生活の中心になりつつあるスマホ

63

ヒアリングから得られた
ミレニアル世代（20代）のネット利用傾向

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

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

64

スマホを未就学児に使わせる親

総務庁の調査（2015）

65

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

現代では、それぞれさらに20%増えている。

66

保護者意識調査

対象：0～6歳の未就学児の保護者1,149人

目的：生活習慣とインターネット利用について

方法：ウェブアンケート方式

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

67

調査結果

スマホを使っている子供は56%。
0～6歳の子供の割合が半数を超える。
利用を始める年齢は2歳が最多で、約6割が2歳までに使い始めていた。
若い親は、乳児にスマホを持たせると、泣き止むので、育児にスマホをつかう。
端末内に保存された動画や写真も含め、動画を見ている子供が多かった。

68

親子関係への影響

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

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

⇒ 子どもとのコミュニケーション不足

69

考察
年齢別の情報端末の利用率は、2015年の総務省調査に比べ、
0～6歳のすべての年齢で今回の調査の方が高く、
1歳、3歳、6歳児では約30ポイント上回った。

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

現在の日本社会の異常な状況

71

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

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

72

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

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

73

総務省の対応

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

74

「智連社会における人間像」と題して検討

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

75

ICT，AI，ロボットを統括する総務省の委員会で議論すべき内容

76

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

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

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

77

インターネット社会は、さらに展開し発展することを止めることはできない。

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

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

78

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

79

James J Heckman

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

80

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

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

81

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

82

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

83

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

「From Best Practice to
Breakthrough Impacts」
最善の方法から革新的な効果へ

子供たちと家族のより確かな未来のために
－科学に基づいたアプローチ－

84

行動科学と社会科学
神経科学
分子生物学
エピジェネティクスの成果

数10年にわたる研究
乳幼児の脳の発達と行動の研究に基づく
知見をまとめた

85

早期幼児発達学

86

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

脳の基礎は母と子の力で幼少期に作られる

87

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

88

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

89

幼少期の経験は、脳に影響を及ぼす

90

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

スマホとでなく、人々との関係：
知的、社会的、感情的、行動的な成長など、
すべての発達過程に影響を及ぼす。

幼少期における周りとの関係の質と安定性は、将来的な成長結果の基盤となる。

91

そのカギは教育である

何処で
家庭で
学校で
両親学級で
妊婦健診・保健指導の場で

93

誰に
妊婦と親へ
母に
父に
子供に
教師に

何を
〇母親の存在と子育ての意義
〇子の成育は子の脳の発育である事
〇子にレジリエンスを身に付けさせること

95

我々が教えて、
妊婦が理解して、実践すべきこと

96

1. 母親の存在意義

妊娠中も、出産後も、胎児と子は心身共に母に依存している存在であり一対である

母親は、母と子は一対の関係にあることを自覚すること

母の子育の意義を理解し、その役割を自覚すること

97

子供たちは、先ず家族との
関わりあいの中で発育する

−サーブとリターンの関係−

98

子と母や父のように
子を大事に思う人との間の
サーブとリターンの関係

子供のサーブ: バブバブ言ったり、
表情やジェスチャーで、
又泣くことで。

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

99

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

100

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

101

大人の応答が不安定であったり不適切、また応答が帰ってこない。

⇒

子供の脳の発達が滞る。

後の学習、行動、健康を害する。

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

102

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

103

苦悩や困難の経験がどんなものであれ、それを乗り越えられる人に共通点がある

104

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

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

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

106

3. 幼少期から成人早期に至る、前頭前皮質の発達を促す

実行機能と自己制御能力の中枢を刺激する日常生活を送ること

107

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

108

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

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

109

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

110

実行機能と自己抑制力を育てる基本

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

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

成長の結果とは、

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

113

妊婦　3つの質問票によるスクリーニング

Ⅰ. Negative― 心身ともに健康に見えるグループ　⇒　親の教育で対応

Ⅱ. Positive―抑うつ　不安　⇒妊産婦メンタルヘルスケアで対応
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク

Ⅲ. *精神疾の既往*　⇒妊産婦メンタルヘルスケアで対応
精神疾患の初期

おわりに

115

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

116

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

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

117

2017年11月22日
厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成
基盤研究事業
光田班報告

妊産婦の自殺ーその実態

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

竹田 省

母体安全への提言2016

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

妊産婦死亡の原因別頻度(n=277)

妊産婦死亡の原因別頻度：
産科危機的出血の原因別頻度(n=84)

2010ー2016年　277例

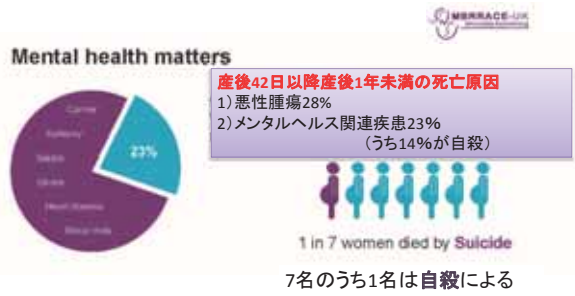
妊産褥婦の死亡診断（死体検案）書の書き方
（厚生労働省）

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

＊「**妊産婦死亡**」は、**妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の死亡**　ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く、**直接産科的死亡と間接産科的死亡**

＊「**後発妊産婦死亡**」は、**妊娠終了後満42日以後1年未満**における直接又は間接産科的原因による死亡

後期妊産婦死亡とメンタルヘルス



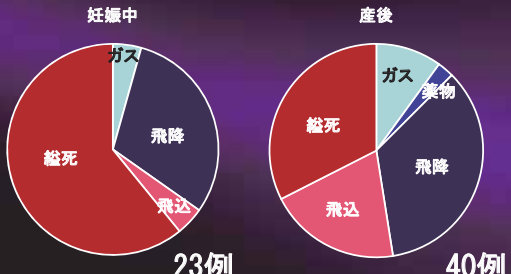
7名のうち1名は**自殺**による

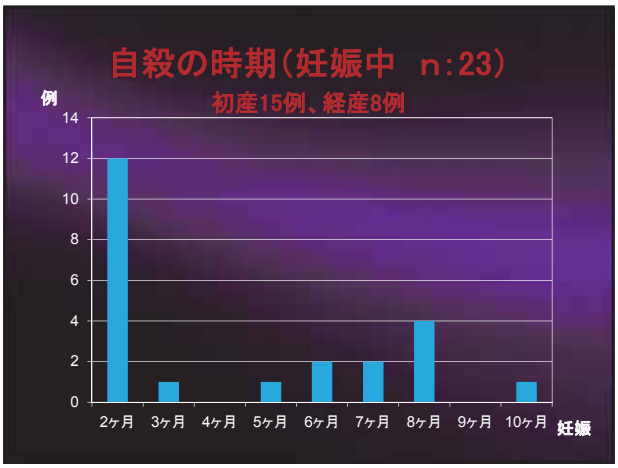
妊産褥婦の異状死調査

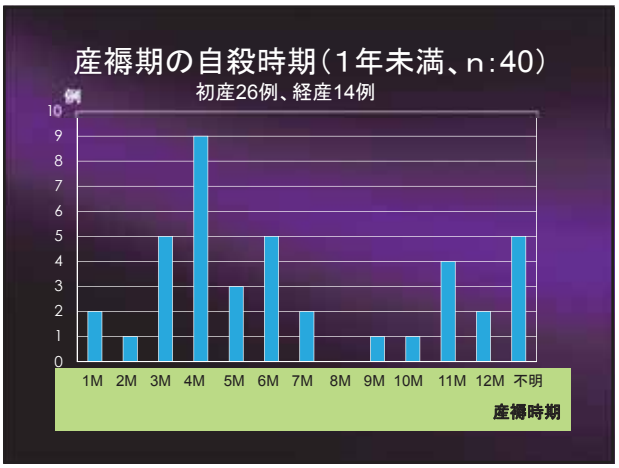
- 2005～2013年の10年間
  東京都23区の妊産婦の突然死の実態調査
- 妊婦と産褥婦1年未満
  （妊産婦死亡＋後発妊産婦死亡）

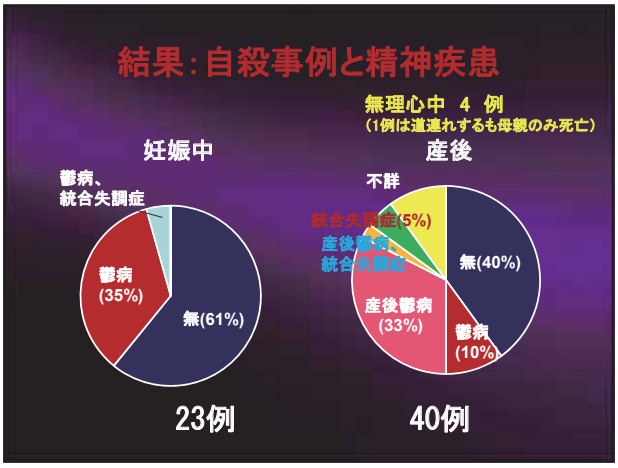
東京都監察医務院
引地和歌子、福永龍繁
順天堂大学産婦人科　竹田　省

結果：自殺の手段（妊娠中/産後）









日本における妊産婦の自殺調査

1. **大阪市（2012-2014年）**
- 自殺は9例
- 同年齢層の女性の総自殺者数の4.5%を占めていた。
- 全国の妊娠可能年齢女性の自殺者数から妊産褥婦の自殺者数を推測すると、おおむね年間60－80人となる。

2. **東京都23区（2005-2014年）**
- 自殺は63例で、出生10万対の自殺率は8.7であった。
- 妊娠中が23例（36.5%）、産褥（産褥1年以内）が40例（63.5%）

3. **三重県（2013-2014年）**
- 自殺は4例で、自殺の妊産婦死亡率は14.1/10万出産
- 対象期間の総出産数は28,215例

妊産婦のメンタルヘルスを支える保健指導（スライド抜粋）

国立成育医療研究センター
こころの診療部　乳幼児メンタルヘルス診療科
立花良之

妊娠期からの切れ目のない支援には早く「気づく」ことが必要

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

産後うつ病の妊娠中のリスク因子
- ・妊娠中のEPDS
- ・初産婦
- ・家族のまとまりを感じられない
- ・現在の精神科通院歴

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

2

母子保健の多職種連携のモデル構築

- 世田谷区

地域の産科医・助産師・小児科医・精神科医・世田谷区役所健康づくり課・子ども家庭課などと連携し、区役所会議室を借りて、毎月1回症例検討会を実施。

- 須坂市

須坂市役所健康づくり課と県立須坂病院、長野県精神保健福祉センターの協働で、毎月1回県立須坂病院会議室で地域母子保健関係者が、特定妊婦や要支援・要保護児童とその家族のサポートについて協議している。

産科―地域母子保健―小児科の切れ目のない支援を精神科医療がバックアップするモデル構築を行った。

須坂市で平成25年度からはじまった妊娠・出産包括支援モデル事業の取り組み

1　母子保健コーディネーターの配置
★須坂市健康づくり課　母子支援係の保健師を位置づける
①母子手帳交付時に「妊婦さんおたずね表」とEPDSに記入してもらい全数面接を実施。

②周産期メンタルヘルス実務検討会の運営

妊婦さんの面接をする母子保健コーディネーター

（須坂市保健所　樽井寛美所長よりスライドをご提供いただきました）

4

須坂市の妊娠・出産支援モデル事業の取り組み：平成26年度より

（須坂市保健所
樽井寛美所長より
スライドをご提供
いただきました）

多職種で検討する支援計画
「周産期メンタルヘルスケア実務検討会」の定期開催

◆ **内容**
要支援者について、各機関の関わり報告や、今後の支援方針の検討と確認
（要支援者の状況：EPDS高得点・メンタルヘルス不調・育児不安・家族関係・経済的問題等）

◆ **頻度：概ね　月1回　県立須坂病院で開催**

◆ **検討会メンバー**
県立須坂病院　小児科・産科医師　助産師・看護師（病棟・外来）
MSW
保健師（須坂市・小布施町・高山村）
精神科医2名

（須坂市保健所　樽井寛美所長よりスライドをご提供いただきました）

6

周産期メンタルヘルスケア実務検討会
定期開催の成果

・ハイリスクの母親に対し、妊娠期から地域の多職種が連携して、産後も母子をサポートする切れ目のない支援の仕組みが整備された。

・要支援者の情報を一元化でき、支援の方向付けと役割分担を多職種で出来る。

・事例検討を重ねることで、支援実施者の事例理解の力が高くなっている。

（須坂市保健所　樽井寛美所長よりスライドをご提供いただきました）

7

「母と子のサポートネットせたがや」

母と子のサポートネットせたがや

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

関係者からよく聞かれる多職種連携についての課題

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

10

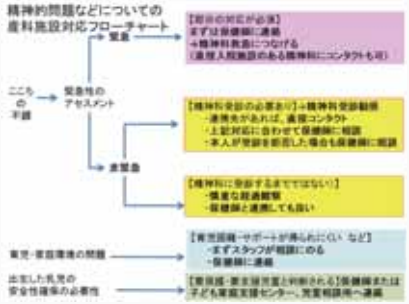
母子保健関係者向けの母親のメンタルケアの研修パッケージの作成：マニュアル作成

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

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

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

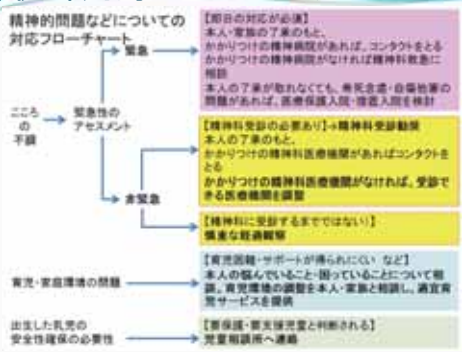
産科医療機関用対応フローチャート



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

12

保健師用対応フローチャート



・立花良之、小泉典章「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学、97-103、vol.31.No.2、2016

・日本周産期メンタルヘルス学会編　周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド CQ5

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

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

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

母子保健メンタルケア指導者研修 厚生労働省子どもの心診療拠点病院事業で実施

- 68名の保健師・産科医・助産師・看護師・精神科医・保育士などが参加。

会場　国立成育医療研究センター病院　講堂

妊産婦のメンタルヘルスを支える保健指導の研修会の効果検証

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

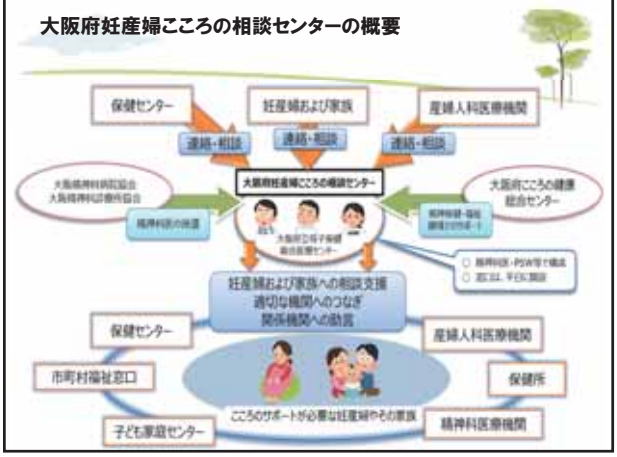
平成29年11月27日(月)

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

大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告

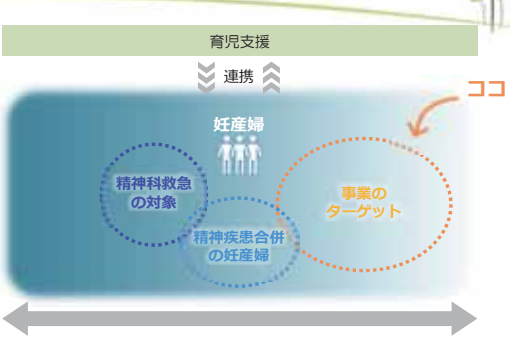
（公）大阪精神科診療所協会会長
堤俊仁

大阪府妊産婦こころの相談センターの概要



事業のターゲット

大阪府こころの健康総合センター　平山照美医師　提供



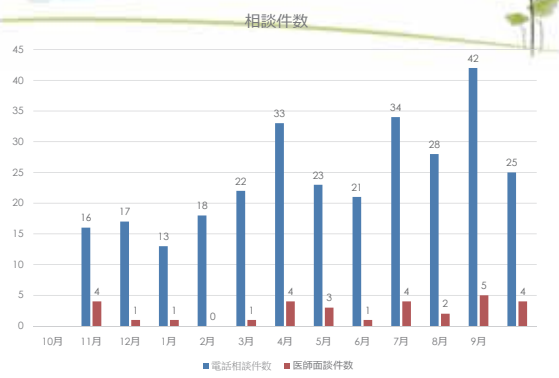
妊産婦への周知方法

行政
- 母子健康手帳を交付時にカードを配布
- 大阪府のホームページに掲載

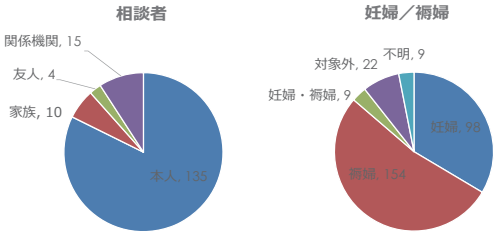
産科医療機関
- ポスターの掲示
- カードの配布

このような検索ワードで上位にヒット

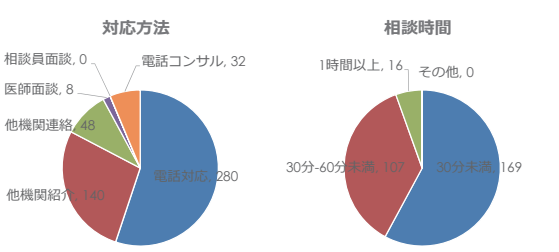
過去1年の統計（H28.10～H29.9）



過去1年の統計（H28.10～H29.9）



過去1年の統計（H28.10～H29.9）

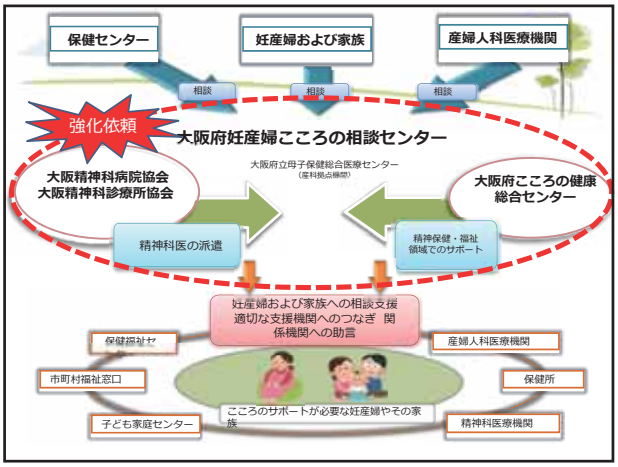


社会的背景の相談内容

心理社会的背景

＝家族関係の葛藤、孤立

＝支援者の不在

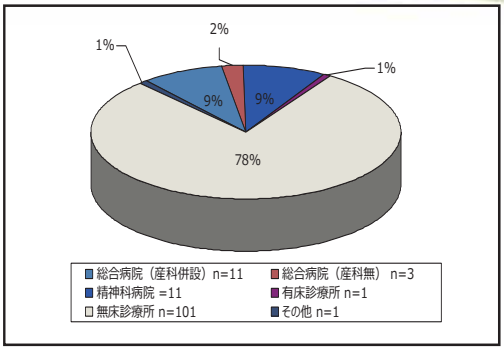


大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」

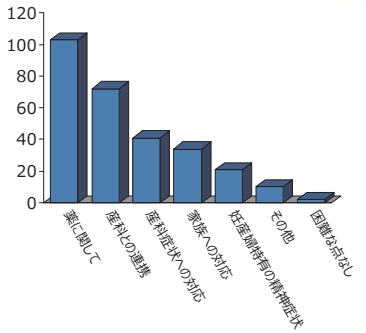
- 2016年2月18日　大阪府委託事業
  「妊産婦こころの相談センター」開設
- 同センターでは、精神的に不安定な妊産褥婦とその関係者・機関からの相談に応じ、必要時には精神科医療機関へ繋ぐことを目的としている
- センター開設に合わせて、大阪府内精神科医療機関での妊産褥婦の診察の現状や問題点・課題を知るために、現状調査を行った

結果：回答施設

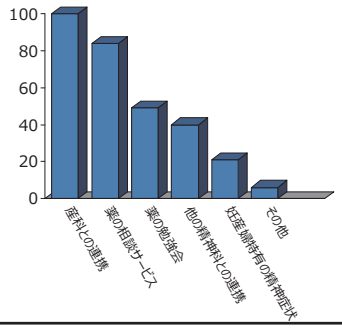
有効回答数：128（23.8%）



精神症状を伴う妊産婦の診療で困難を感じる点（複数選択可）



精神症状を伴う妊産婦の診療で整備が求められるシステム（複数選択可）



妊産婦こころの相談センター支援事業 大精診の取り組み

- 平成27年2月より大阪府の「妊産婦メンタルケア連携事業」に参画。

活動内容

- 週に1回相談センターにて、精神科医による面接相談（大精診、大精協で交代制）
- 精神科医の立場から相談員へのアドバイス。

妊産婦メンタルストレス支援事業 の新たな展開

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

アンケート調査の概要 妊産婦メンタルストレス支援に関して

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

アンケートの内容①

1.通院中の患者から挙児希望を相談されたらどう対応しますか

2.通院中の患者さんから妊娠を告げられた時どう対応しますか

3. 妊娠をした通院患者の治療を続けると回答した方にお尋ねします。投薬をどうしますか。（複数回答）

4. 設問3で、「病状や疾患によって対応が異なる」または「その他」と回答された方にお尋ねします。疾患ごとの対応について

5. 妊娠中の患者さんを新患として治療を引き受けますか。（複数回答）

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

アンケートの内容②

7. 妊娠と薬情報センターについて知っていますか？（複数回答）

8. 平成28年の児童福祉法改正に伴い、「支援を要する妊婦等」が把握された場合、「特定妊婦」として市町村に情報提供することが努力義務となったことをご存知ですか

9. 妊産婦、授乳期の女性に対する向精神薬治療についての研修を受けたことがありますか。

10. 大精診の卒後研修のテーマとして「向精神薬と妊娠・授乳」に関する研修には関心がおありですか。

11. 妊産婦、授乳期のメンタルヘルスに関して、ご意見を自由記載

アンケートを通じて明らかとなった点①

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

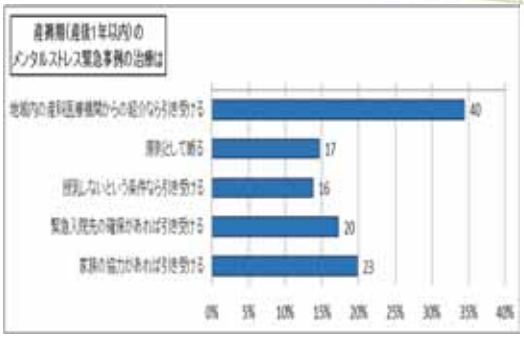
アンケートを通じて明らかになった点②

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

設問4「病状や疾患によって対応が異なる」場合

5. 妊娠中の患者さんを新患として治療を引き受けますか。(複数回答)

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



妊娠・授乳期の添付文書の問題点

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

(向精神薬と妊娠・授乳　南山堂)

産褥期の精神症状の調整と授乳の両立

- 日本

「母乳中に薬物が移行する」という理由でほとんどの向精神薬で禁止。

- 諸外国

一部の薬物を除いて新生児の血中濃度（母体の1％以下）は低く、薬物濃度は乳児の摂取量のみに依存せず排泄能力も重要とされ、授乳婦に対する向精神薬使用を問題視することはほとんどない。

（向精神薬と妊娠・授乳　南山堂）

周産期うつ病

- 時点有病率　妊娠期　11％　産後（出産から3か月以内）13％
- 産後うつ病の半数は妊娠期から始まっている。
- 妊娠期にうつ病を有する患者は産後にも高率にうつ病を有する。
- 妊娠期の抑うつ・不安は胎生期のみならず新生児期、幼児期、学童期を通じて子供の心身両面で発育障害の重大なリスク因子である。
- 東京都監察医務院などの調査で自殺で亡くなった妊産婦が東京23区で2005～14年の10年間に計63人（「妊娠中」の女性23人と「出産後1年未満」の女性40人）が分かった。出産数に占める割合は10万人あたり8．5人となり、出血などによる妊産婦死亡率の約2倍に上る．
- 自殺の時期では、「妊娠2カ月」の12人、「出産後4カ月」の9人が多かった。

（兵庫医大　清野仁美先生のスライドより改変）

妊娠中のうつ病治療

- 疾患と薬物治療のどちらも、妊婦及び胎児へのリスクを伴う。
- 妊婦と胎児に対する疾患リスクを最小化するための症状の緩和が治療の目標となる。
- 向精神薬使用の最適化のためのポイント

①妊婦が許容できる副作用の範囲内で最良の効果がある用量を探る。

②妊娠中の薬物動態の変化を考慮して、定期的、継続的に症状判定を行い、最適な効果を維持するための調整をおこなう。

③出産後、母乳育児期に際してあらためて容量調整を行う。

（Angelotta C, et al　Birth Defects Res. 2017;109:879-887）

診療報酬上のインセンティブが必要ではないか

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

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	育児困難と母親の発達障害	神尾 陽子	最新精神医学別冊 発達障害 診断と治療のABC 130	最新医学社		2018	123-129
倉澤健太郎	産後メンタルヘルスどう支える？		ペリネイタルケア	メディカ出版		2018	In press
光田信明	妊娠期からの子育て支援－社会的ハイリスク妊娠への支援－	日本発達障害連盟	発達障害白書 2018年版	明石書店	東京都	2017	66-67

雑誌

発表者 氏名	論文ﾀｲﾄﾙ名	発表誌名	巻号	ﾍﾟｰｼﾞ	出版年
倉澤健太郎	産後メンタルヘルスどう支える？	ペリネイタルケア	In press		2018
山崎嘉久	県内統一の妊娠届出書を活用した支援　～ 小児科医の立場から～	日本周産期 新生児医学会	第53巻 5号	1422-1424	2018
金川武司 和田聡子 光田信明	エキスパートに聞く　合併症妊娠のすべて -妊娠前からのトータルケア-DV(家庭内暴力)	診断と治療社 産科と婦人科	vol85 No5	572-577	2018
佐藤拓代	子どもの虐待予防	健康づくり	No.478	12-15	2018
佐藤拓代	妊娠・出産・育児への切れ目ない支援	月刊母子保健	Vol701	12-15	2018
佐藤拓代	保健機関における母子支援の現在	こころの科学 そだちの科学	Vol30	50-53	2018
佐藤拓代	虐待をする親の背景と理解	小児保健研究	第76巻 6号	538-537	2017
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～	大阪公衆衛生	Vol88	25-26	2017
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	Vol.1	22-28	2017
佐藤拓代	母子保健からみた虐待予防	教育と医学	第65巻 5号	32-37	2017
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	日本周産期 新生児医学会	第52巻 5号	1456-1458	2017
川口晴菜松 田義雄	【なぜ今メンタルヘルスなのか？】 要支援妊婦に対する妊娠初期からの対応	周産期医学	第47巻 5巻	619-22	2017
松田義雄 米 山万里枝	第57回日本母性衛生学会学術集会シンポジウム（3） ハイリスク母児への早期介入を目的とした 妊娠時からの支援　座長まとめ	母性衛生	第58号 1巻	11-15	2017
岡本陽子和 田聡子光田 信明	【なぜ今メンタルヘルスなのか？】 地域における妊産婦メンタルヘルスケアの取り組み 大阪府(解説/特集)	周産期医学	第47号 5巻	639-642	2017
岡本陽子和 田聡子光田 信明	【周産期メンタルケア-多職種連携の作り方-】 大阪府の妊産婦メンタルケア体制強化事業(解説/特集)	精神科治療学	第32巻 6号	796-800	2017

光田信明	産科 周産期メンタルヘルスケアの必要性 【妊娠中からリスク因子を把握し，育児不安例などを広く抽出して早期に対応】	日本医事新報	第4816号	57-58	2016
和田聡子 光田信明	医療・保健・福祉が連携した特定妊婦の支援と児童虐待対策	ペリネイタルケア	第35巻 12号	1170-1175	2016