

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27年度～平成29年度 総合研究報告書

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

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

1. A市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について ---- 114
光田信明
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 ----- 119
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 ----- 124
光田信明
4. 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 ---- 131
光田信明
5. 機関連携による妊娠期からの支援に関する検討 ----- 143
山崎嘉久
6. 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 ----- 153
佐藤拓代
7. 妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および
保健指導の効果検証 ----- 166
藤原武男
8. 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 ----- 174
倉澤健太郎

(資料Ⅱ) 妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

9. 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 ---- 179

上野昌江

10. 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 ----- 185

光田信明

11. 産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った
妊婦取り扱い状況の全国調査、地域における産後2週間健診による
ハイリスク産婦の抽出 ----- 198

荻田和秀

(資料Ⅲ) 社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠の検討

12. ハイリスク妊娠チェックリスト
(産科合併症と関連するリスク因子リスト) の作成と検証 ----- 205

松田義雄

13. 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成 ----- 219

板倉敦夫

14. 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 ----- 223

光田信明、松田義雄

15. 医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究 ----- 229

小川正樹

(資料Ⅳ) 周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

16. 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 ----- 247

木下勝之

17. 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 ----- 265

立花良之

18. 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—
----- 271

小川正樹

(資料V) 公開シンポジウム

19. 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 ----- 282

光田信明

資料)

1. お母さんの健康と生活に関する問診票 (活用支援マニュアル)
2. 妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術

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

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

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

研究要旨

【研究目的】

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

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

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

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

特定妊婦の出産後の養育状況を検討することを目的とした。

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

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

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

望まない妊娠、若年、未入籍、精神疾患、初診が遅い、未受診、ステップファミリー、児の疾患、支援者不足、被虐歴、DV、前児への虐待、違法薬物の使用、タバコ、アルコールの妊娠中利用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与しているかに関する研究は少ない。すでに妊娠期に、医療機関、行政機関において社会的なリスクの把握が行われているが、「虐待に至る可能性のあるハイリスク群」を的確に抽出する手法を開発することが必要である。本研究では、虐待症例および対照群の周産期情報を比較することで、妊娠期からの支援を行う対象の選定に必要な項目やそれぞれの項目についての重要度を明らかにすることを目的とする。

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

これまで、周産期医療を改善させる取り組みとしては、主に医学的なリスクが注力されてきたが少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境が変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについて明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。

これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

医療機関と保健機関の機関連携による妊娠期からのハイリスク妊婦への支援方法について検討することを目的とした。

2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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

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

愛知県において妊娠時に把握しているリスク項目について、妊娠届と 1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診のデータをリンケージし、妊娠届の情報と虐待傾向（育てにくさ含む）との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク群をより効率的に選定できる要因を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

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

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

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

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

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

Ⅲ：社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠の検討

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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」の一環として、出生後に養育支援が特に必要な家庭(要支援事例)を、妊娠中からの的確に把握するために、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的とした。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

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

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価
周産期における医学的リスクについては、妊娠前からの母体の合併症、妊娠経過に関する問題、分娩に関する問題、胎児に関する問題など、それぞれのリスクが評価されており、リスクに伴った管理が行われている。しかし、社会的ハイリスク妊娠については母児の予後評価は十分とは言えず、その支援体制についても施設間の差異は大きい。そこで、社会的リスクの有無による、周産期における母児の医学的リスクへの影響度を算出することを目的とした。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

本邦における医学的ハイリスク妊婦の管理および産後のフォローアップ期間について、どのようにすべきかについての文献的な系統的総括を行った。

IV：周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

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

健やか親子 21（第2次）において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題となっている。

周産期は心理社会的な負荷やホルモンバランスの乱れなどから、メンタルヘルス不調を来しやすい時期である。周産期においてメンタルヘルス不調の母親には、産科医・助産師・保健師などさまざまな職種がかかわるが、対応方法がまちまちで、精神的な問題が見過ごされることもあり、また、問題が見つかったとしても多機関との連携システムが未整備のため不十分な対応に終わってしまうことが多い。本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル作成・研修プログラム作成し、その効果を検証し、効果的な研修プログラムの均てん化を行うこととした。

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

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

V：公開シンポジウム

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

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

【研究方法】

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

1-1：A市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

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

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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

対照群：大阪府和泉市にて 3 歳 6 か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

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

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

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

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

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

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

2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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

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

都道府県地方区分別に、北海道(北海道)、東北(青森、岩手、福島、宮城、秋田、山形)、関東(東京、神奈川、千葉、茨城、栃木、群馬、埼玉)、中部(新潟、富山、石川、福井、長野、山梨、岐阜、静岡、愛知)、近畿(大阪、滋賀、奈良、和歌山、兵庫、京都、三重)、中国(岡山、広島、山口、鳥取、島根)、四国(徳

島、香川、高知、愛媛)、九州(福岡、大分、佐賀、鹿児島、熊本、宮崎、長崎、沖縄)に分けて検討する。また、出生率(出生数/人口×1000)によって 4 つのグループ(出生率 4 未満、4-7、7-10、10 以上)に分け検討する。なお、対象者への説明・同意方法は、書面にて行い、回答により同意を得たものとした。

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

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

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

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

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

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

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

4-2-2：地域における産後 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

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

Ⅲ：社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠の検討

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

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

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

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

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

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価
対象は、平成28年1月1日から12月31日の1年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12週未満の初期流産は除外した。妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行い、症例が分娩に至ったのちに、周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析した。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

医学文献検索ネットワーク・システムであるPubMedおよび医療の最新の総説を検索するシステムであるUp To Dateを用いて、妊娠合併症(pregnancy complication)、周産期リスク(perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy)、不良転帰(poor outcome)のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近10年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。自施設における合併症妊娠の産後管理期間について文献的に検討した。

IV：周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

日本産婦人科医会の施設情報調査 2015(平成 27 年 1 月現在の施設情報)をもとに全国分娩取扱い施設に、前向きアンケート調査を実施した。本調査に個人情報に含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行った。産婦人科医会の施設情報調査 2015 で集計された全国の分娩取扱施設 2453 施設(病院 1044 施設、診療所 1409 施設)を対象に、平成 27 年 11 月 1 日から 11 月 30 日までの 1 ヶ月間に分娩管理した妊婦について、アンケート調査を実施した。調査項目は分娩数、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦の数、年齢、理由、背景などが含まれる。保健指導法に関しては、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編、日本産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。

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

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

1. 産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊産婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアルの開発を開発
 2. 保健師活動における、メンタルヘルス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルの開発
 3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成
- 上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成した。
4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催
 5. 4. について研修参加者に対して研修前と研修 3 か月後に調査を行い、母子保健のメンタルケアに対する意識、行動変容の効果を検証する

上記 4. の研修内容は下記のようなものとした。

- 1) 母子保健のメンタルケアにおける医療・保健・福祉の連携と社会資源、
- 2) 妊娠期・産後・育児期に起こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見立てと対応のポイント
- 3) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介(小規模地域)
- 4) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介(広域地域)

- 5) 地域での母子保健メンタルケア研修会開催にあたってのパッケージ例
- 6) 「妊娠期からの切れ目ない支援」のための地域母子保健計画策定と PDCA サイクルの考え方について解説し、さらに、グループワークで地域母子保健におけるメンタルケアの連携体制構築についての課題整理と行動計画立案を行う

10：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

—主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討—

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

V：公開シンポジウム

11：「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」

参加者アンケート集計報告

平成 29 年 11 月 27 日東京にて開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。回収したアンケート用紙を後日集計した。

【研究結果】

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

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

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

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

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

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

入所群 97 件中、虐待が 70 件、養育困難が 27 件であった。対象群は、345 例であった。多重ロジスティック回帰分析によって児の施設入所と関連する周産期因子として、以下の因子が抽出された。

- ・ 若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))
- ・ 未入籍(aOR21,(95%CI5-96))
- ・ 母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))
- ・ 多産(aOR11,(95%CI2-60))
- ・ 年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))
- ・ 初診が遅い(aOR13,(95%CI2-105))
- ・ 希少受診(aOR8,(95%CI2-40))
- ・ 妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))
- ・ 先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))

施設入所群と対照群を比較することで、今まで虐待と関連の深いといわれていた若年妊娠、経済的な問題、母の精神疾患、初診週数が遅い等の因子の多くが、やはり虐待と深い関連があることが示された。妊娠中の高血圧と先天性疾患が有意な因子となったということは出生後の児童の状況と子育て困難発生とが関連性があるという可能性を示唆している。このことは、周産期母子医療センターにおける養育者についても 子育て支援の観点をより一層深めなけ

ればならない事が示唆される。今回の検討は、虐待や養育困難で施設入所にまで至った、いわゆる超ハイリスクを対象としている。虐待予防の観点からは、虐待に至る前の介入が望まれるため、妊娠中から支援を必要とする母児の抽出に必要な因子は、今回の検討で把握された因子を最低限とし、さらに広げる必要があると考えられる。

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

ある研究では社会的ハイリスク妊娠として若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などを定義としていた。また、産婦人科医療機関にける認識したものをハイリスク妊産婦と定義し、16歳未満の妊婦あるいは住所不定・居住地がない場合は単独で要保護児童対策地域協議会調整機関に報告するなど、チェックされた該当項目によりかわり方に濃淡をつけるものもあった。大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象とした研究もあり、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済的な問題について行っていた。さらには19歳以下で受胎に至った妊産婦をハイリスク要因とするもの、3-4か月の乳幼児健診の際に、過去1か月における「揺さぶり」「口塞ぎ」が1回でもあった場合を虐待とし、若年齢、既婚以外、初産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えるものもあった。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

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

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

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

平成 28 年 7 月から平成 29 年 12 月までに、研究協力 4 医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた 677 名のうち、研究協力 4 自治体の生後 3～4 か月児健診を受診した 225 名を対象に分析した。モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも 15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。以上の結果から、妊婦健診において助産師等が問診することにより、妊婦の状況の変化を把握し適切なタイミングでの支援につながる可能性が示唆された。妊娠届出書のリスク評価スコア、1 か月健診時の EPDS 等のリスクスケール、および 3～4 か月児健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。妊娠期からの支援には、親子の生存を保障する Triage model を補完するために、妊産婦と支援者との関係構築をめざす Empower model の体制構築が必要である。1 回の妊娠届だけで、社会的ハイリスク妊娠を把握することは無理があることは予想される。医療機関における妊婦健康診査においても社会的ハイリスク妊娠を把握するスクリーニング体制の構築が望まれる所以である。

2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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

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

1 歳 6 か月、3 歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは 15.7%、18.8%

であった。妊娠届で把握されたリスク要因で 1 歳 6 か月時点の子育て困難感と有意な関連があったのは、困りごと・悩み・不安があること、初産、既往歴もしくは治療中の病気があること、里帰り出産の予定であった。3 歳時点の子育て困難感と関連があった要因は、困りごと・悩み・不安があること、初産、思いがけない妊娠であった。

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

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

Ⅱ:妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

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

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

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

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

する。産科を退院後に、幅広く適切な家庭支援体制の構築と普及が必要である。

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

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

アンケートの回答は 1538 施設より回答を得た。回答率は 63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 85%あり、周産期センターは 9%、と幅広い施設より回答があった。多くの症例は周産期センターで扱われていることが読み取れ、周産期センターは医学的ハイリスク以外のハイリスク妊婦を扱う最前線とも考えられた。また、平成 28 年 4 月～平成 29 年 12 月までを集計してみたところ、対象者(当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つもの)775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した褥婦は 542 人(70%)に達した。そのうち 2 名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告している。産後 2 週間健診の受診率は、70%に達し、概ね好評であったが、育児困難事例の発見は 2 名であった。また、見守りが必要な産婦は受診しないものがあり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

Ⅲ:社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠の検討

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

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

れた産科合併症の半数はリスク因子を有しており、二次施設や三次施設からのデータを中心に作成した JSOG-DB に基づく「医学的な」ハイリスク妊娠チェックリストでも、一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。特に頻度が高かった妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水の主な産科合併症に関して、合併症別に、リスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行った。切迫早産では、35-39 歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤・IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。妊娠高血圧症候群では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。前期破水では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、これらは施設規模によらなかった。以上より、本チェックリストの有用性が確認された。施設規模によらず、利用されることが期待される。実際には、社会的ハイリスク妊娠と医学的ハイリスク妊娠が共に認められた妊娠もよく経験される。このような検討も積み重なっていけば、より適切な支援体制となっていくことが期待される。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

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

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。単変量解析にて、社会的リスクを有する者は、社会的リスクのないものと比較して自然妊娠が多く、経産婦が多かった。妊娠経過については、社会的リスクがある方が有意に子宮収縮抑制剤の使用が多かった。しかし、帝王切開率は、社会的リスクがないもので有意に少なく、分娩時出血も少ない傾向であった。児の予後に関して、両群で差を認めなかった。母体基礎情報で補正し、多重ロジスティック回帰分析にて社会的リスクと関連する医学的なリスクを検討した。慢性高血圧(aOR6.3(2.4-16.5))、子宮収縮抑制剤使用(aOR1.7(1.1-2.7))が有意な因子として抽出された。以上から社会的リスクによって、妊娠に関連した医学的リスクのうち、高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が有意に多くなることが分かった。その他の因子に関しては社会的リスクの有無によって差は認めなかった。高血圧と子宮収縮抑制剤の使用が社会的ハイリスク妊娠に有意に高いとなると、子育て困難の要因にも繋がるのが危惧される。さらに精度の高い研究が望まれる。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

子宮疾患（筋腫核出術や子宮腔部円錐切除術の既往、子宮筋腫）、子宮動脈塞栓術は、予後を悪化させる因子でありハイリスク妊娠と捉えるべきであることが示された。単一施設における検討では、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、産後のフォロー率が低いことが明らかとされた。社会的ハイリスク妊娠、児童虐待においては母親のメンタルヘルス不調は大きな危険因子であることが示されている。にもかかわらず、母親のメンタルヘルスに関しては精神疾患でさえ出産後のフォローアップは事実上なされていない。産婦健康診査は 2 週間、4 週間での EPDS を求めている、スクリーニングが開始された。しかし、フォローアップ体制は決まっていない。精神科も含めた関係者で早急な体制作りが望まれる。

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

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

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

メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した結果、スクリーニング検査（NICEの質問票、EPDS）を、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中から産褥期に行うことが望まれた。

これらを円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。

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

平成27年度に作成したメンタルヘルス不調の母親とその子どものフォローアップの体制のためのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア指導者研修を開催した。自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいというニーズは多く、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。研修前後の調査の比較では、メンタルヘルス不調の妊産婦の対応件数、これまで妊産婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加し、研修会の有効性が示唆された。周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を展開していくことが有効であると考えられる。メンタルヘルスに注目することが社会的ハイリスク妊娠把握と支援の開始に有効であるという研究である。母児への支援提供者のスキルアップは望まれる部分であり、より有効な保健指導プログラム開発に繋がることが期待される。

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

平成24（2012）年から5年間で該当するものは、77件であり、産後のフォローアップ期間が明示されている16文献を対象に総括した。産後2日から最長では4年という横断・縦断研究であった。観察期間は、①産褥8週間以内：5研究、②4-6か月以内：5研究、③8-12か月以内：2研究、④2年以上：1研究となっていた。産褥うつ病と自身の被虐待体験との関連性において、該当期間

で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。一方、4 年間の管理を実施した研究では 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた。文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後 1 か月健診だけでなく産後 1 年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児・新生児異常や多くの産科合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望ましいことが示唆された。

V. 公開シンポジウム

11：「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」

参加者アンケート集計報告

平成 29 年 11 月 27 日東京で開催した公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」において、シンポジウム参加者に対してアンケート調査を行った。

【結論】

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

分担研究者

木下 勝之

日本産婦人科医会

会長

佐藤 拓代

大阪母子医療センター

母子保健調査室 室長

松田 義雄

独立行政法人 地域医療機能推進機構

三島総合病院 院長

上野 昌江

大阪府立大学地域保健学域看護学類
教授

山崎 嘉久

あいち小児保健医療総合センター

保健センター長

板倉 敦夫

順天堂大学 教授

小川 正樹

東京女子医科大学

産婦人科 母体胎児医学科 教授

荻田 和秀

りんくう総合医療センター

周産期センター産科医療センター長

兼 産婦人科部長

立花 良之

国立成育医療研究センターこころの診療部

乳幼児メンタルヘルス診療科

医長

藤原 武男

東京医科歯科大学大学院

医歯学総合研究科国際健康推進医学分野
教授

倉澤 健太郎

横浜市立大学大学院

医学研究科・生殖成育病態医学
講師

研究協力者

岡本 陽子

大阪母子医療センター

産科 副部長

金川 武司

大阪母子医療センター

産科 副部長

川口 晴菜

大阪母子医療センター

産科 診療主任

和田 聡子

大阪母子医療センター

母性外来 師長

福井 聖子

NPO 法人

小児救急医療サポートネットワーク

鍛冶 みか

和泉市生きがい健康部

健康づくり推進室 健康増進担当

中野 玲羅

大阪府泉佐野保健所 技師

中井 章人

日本医科大学 産婦人科 教授

林 昌子

日本医科大学 多摩永山病院

産婦人科

佐藤 昌司

大分県立病院周産期医療センター

副院長

村上 節

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

教授

小野 哲男

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

助教

桂 大輔

滋賀医科大学母子診療科 助教

塩之谷真弓

愛知県新城保健所 健康支援課長

山本 由美子

あいち小児保健医療総合センター

保健センター保健室 補佐

山下 智子

あいち小児保健医療総合センター

保健センター保健室 技師

丸野 広子

八千代病院 副看護部長

新實 房子

山田産婦人科 看護師長

新家 早苗

山田産婦人科 病棟主任

天野 房子

西尾市健康課 主査

本村 直子

渡辺マタニティクリニック 看護師長

山元 歩

厚生連渥美病院 3階西病棟課長

廣田 直子

田原市健康課 課長補佐 兼 係長

木村 有紀枝

田原市 健康課 主任

鈴木 里依

田原市健康課 主査

田中 敦子

安城市子育て健康部健康推進課

母子保健係 主査

高橋 陽子

豊川市保健センター母子保健係 主任

緒方 京

愛知県立大学看護学部 講師

神谷 摂子

愛知県立大学看護学部 講師

佐々木 溪円

横浜創英大学

こども教育学部幼児教育学科

准教授

伊角 彩

東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野

土井 理美

東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野

三瓶 舞紀子

国立成育医療研究センター研究所

社会医学研究部

中原 洋子

大阪府立大学大学院 看護学研究科

足立 安正

兵庫医療大学

伊勢 新吾

和泉市教育委員会こども部

こども未来室 保健師

小泉 典章

長野県精神保健福祉センター 所長

鈴木 あゆ子

須坂市健康福祉部健康づくり課

赤沼 智香子

須坂市健康福祉部健康づくり課

浅野 章子

須坂市健康福祉部健康づくり課

保科 朋子

須坂市健康福祉部健康づくり課

樽井 寛美

長野県看護協会

鹿田 加奈

長野市保健所健康課

山下 さや香

長野市保健所健康課

町田 和世

長野市保健所健康課

清水 美枝子

長野市保健所健康課真島保健センター

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

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

背景

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

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

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

さらに、平成21年の同法改正において“特定妊婦”が規定された。大阪府においては『未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書』が

平成21年から毎年報告されている。その中で、未受診妊娠は

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

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

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

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

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

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

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

Ⅲ：社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠の検討

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

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

IV: 周産期メンタルヘルス(MH)に効果的な保健指導のあり方

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

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

V: 公開シンポジウム

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

A. 研究目的

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

対策を検討することを目的とした。

B. 研究方法

I：妊娠届ならびに妊婦健康診査によって社会的ハイリスク妊娠を把握することが子育て困難に関与すること
1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について
(担当：光田信明)

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

(担当：光田信明、岡本陽子)

① 研究対象者

第①段階：社会的ハイリスク妊産婦の抽出：大阪府内の協力産科医療機関で妊娠分娩管理を行う全妊産婦。平成 28 年 1 月以降各施設内の倫理委員会承認後より平成 29 年 12 月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1 歳 6 か月児健診を迎えるまでを研究機関とした。

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

除外基準は特に設けない。情報提供に同意しなかった対象者のみ除外とする。評価内容は、育児期間における子ども虐待の有無であり、その指標として、市町村で行われる乳幼児健診（3～4 か月・乳児後期・1 歳 6 か月）時における以下の情報（表 1）を解析する。

(表 1)

匿名 ID	華胎・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	kg
性別	男 ・ 女 ・ その他
乳幼児健康診査 (3・4 か月・乳児後期・1 歳 6 か月) 時の状況についてご記載下さい	
乳幼児健診受診	有 ・ 無
児の生死	生 ・ 死 (死に時年齢 歳 か月時)
要保護児童対策地域協議会対象者	有 ・ 無
出生前理由の有無	有 ・ 無
保健センターの支援状況	口支援終了 (歳 か月時) 終了の判断理由
該当する状況? して下さい	
支援継続の理由	口受け入れ良好 口支援困難 口支援拒否 口多機関で関わり 口その他 (下に記載下さい)
市町村外への転居	有 ・ 無
特記事項がありましたら、ご記載下さい	

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

(担当：光田信明、川口晴菜)

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

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

◆対照群：大阪府和泉市にて3歳6か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

情報収集の方法は、施設入所群においては、子ども家庭センターで施設入所の際に提出されて複製されている母子健康手帳および子ども家庭センターの虐待に関する資料より、対象の母親の妊娠期・分娩・産後の情報、児の産後の情報収集を行った。情報入力は、協力の得られた大阪府内の子供家庭センター2か所それぞれに勤務する保健師に、調査用紙への入力を委託し、個人情報の保護に努めた。対照群については、大阪府和泉市の3歳6か月児健診の案内の中に、郵送で本研究への協力の依頼および調査用紙(別添2)を同封し、同意を得たもののみについて3歳6か月児健診の際に、和泉市保健

センター職員が調査用紙回収する方法で取得した。また、対照群の中には、和泉市の要保護児童対策地域協議会で要保護もしくは要支援症例として取り扱っている症例も含まれるため、その対象については、和泉市保健センター職員が選別して、今回の検討からは除外した。

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

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

(担当：倉澤健太郎)

これまで、周産期医療を改善させる取り組みとしては主に医学的なリスクに注力されていたが、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生み育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化している。児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明

確な基準がなく、試行錯誤が続いている。これまでの本研究班の研究により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

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

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

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

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

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討 (担当:山崎嘉久)

初年次に妊婦健診で助産師等が用いるモデル問診票とその活用マニュアルを開発した (図 1)。



図 1. 開発した保健指導マニュアル

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

れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4:対象外>、および、3～4 か月児健診時の子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因): <1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、4: 他機関連携支援>である (図 2)。(倫理面への配慮)

あいち小児保健医療総合センターの倫理委員会で承認を受けた。

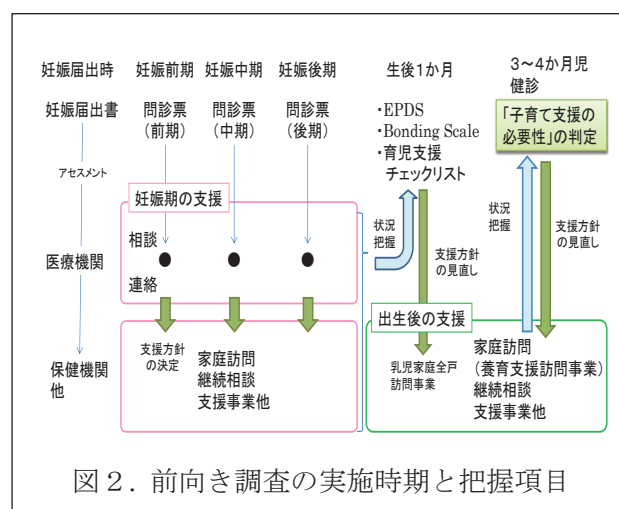


図 2. 前向き調査の実施時期と把握項目

2-3 : 市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

(担当 : 光田信明、佐藤拓代、川口晴菜)

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

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

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

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

(担当：藤原武男)

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

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

1歳6か月児および3歳児健診においては、愛知県名古屋市において平成28年7月より10月までの3歳児健診を受けた子どものすべての母親を対象とした(N≈6480)。3歳児健診の案内に同意書を同封し、同意する場合は名古屋市宛ての返信用封筒に同意書を封入し返送するよう依頼した。同意が得られた参加者について、妊娠届、3か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診のデータをリンクさせ、個人情報削除した上でデータを東京医科歯科大学にパスワードを付したエクセルデータとしてCDで郵送した。

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

本研究では、妊娠届の情報として、母親の年齢、妊娠届出時の週数、妊娠がわかったときの気持ち、出生順位、里帰り出産の予定、困ったときに助けてくれる人の有無、困りごと・悩み・不安の有無、既往歴もしくは治療中の病気の有無、過去1年間のうつ傾向(母親が自記式で回答)を用いた。また、アウトカムとなる虐待傾向は、3か月児健診においては「揺さぶり」および「口塞ぎ」、1歳6か月児および3歳児健診においては「子育て困難感」と

した。子育て困難感について「あり」「何とも言えない」と答えた群を虐待傾向群と定義した。3 か月児では揺さぶりまたは口塞ぎ、1 歳 6 か月児および 3 歳児では子育て困難感があった場合を虐待傾向群とし、妊娠届情報における妊娠が分かったときの気持ちとの関連を多変量ロジスティック回帰分析で検討した。

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

(担当：上野昌江)

【平成 27 年度】

1. 「児童虐待による死亡事例等の検証」の分析

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

2. 保健師が支援した事例の検討

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

【平成 28 年度】

1. 事例検討

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

死亡が予防できた要因について検討した。

2. 保健機関、医療機関の専門職への面接調査

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

【平成 29 年度】

1. 質問紙調査の実施

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

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

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

(担当：光田信明、福井聖子、金川武司)

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

1. 0 歳児の相談

対象を平成 17 年度～26 年度に大阪府

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

2.親の心の相談

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

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

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

（担当：荻田和秀）

本アンケートは日本産科婦人科学会拡大医療改革委員会の協力で平成28年1月現在分娩を取り扱っていると回答した2429施設を対象にアンケートを送付し、1538施設より

回答を得た。回答率は63%であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が85%あり、周産期センターは9%、と幅広い施設より回答があった。

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

（担当：荻田和秀）

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

○産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む）、赤ちゃんへの気持ち質問票（図1）

○乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）として制定している。この地域では日本産科婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュアル・平成26年3月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を採り入れており、要フォロー妊婦の抽出を試みた。

（図1） 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか。下記にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちについて「とてもいい」と感じるものと「そう感じる」と感じるものを選んでください。

質問項目	A ほとんどいい とても感じる	B どちらに も感じる	C どちらに も感じる	D ほとんど いい感じ ない
1 赤ちゃんをいとおしく感じる。				
2 赤ちゃんのためにいいことを あるに、おこなうてほしい。いかに ない時がある。				
3 赤ちゃんのことが嬉しい。いいやになる。				
4 赤ちゃんに対して何となく気持ちが わかない。				
5 赤ちゃんに対して、怒りを感じることがある。				
6 赤ちゃんの成長を感じることがある。				
7 赤ちゃんの成長を感じることがある。				
8 赤ちゃんの成長を感じることがある。				
9 この子育てが、自分にとっていいと感じる。				
10 赤ちゃんをとても身近に感じる。				

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

Ⅲ:社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

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

(担当: 松田義雄)

1. ハイリスク妊娠チェックリストの作成

データベースとして、平成13～25年のJSOG-DBを用いた。

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

(倫理面への配慮)

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

2. ハイリスク妊娠チェックリストの検証

平成28年6月1日から8月31日の期間中に滋賀県内の産科医療施設で分娩となった患者を対象とした。各施設に調査個表を配布し、症例ごと

に産科合併症の有無(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症など)、リスク因子の有無(母体年齢、喫煙、不妊治療、高血圧など)を記載した。その上で、施設規模別にその関連性を後方視的に検討した。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義した。統計学的検討には χ^2 検定を用いた。

3. 産科主要3疾患における各リスク因子頻度の検討

2でリクルートされた症例を対象として、代表的な産科合併症の頻度について検討を行い、その中で、特に頻度が高い3疾患を産科主要3疾患として、リスク因子の頻度を施設規模別に検討した。

(倫理面への配慮)

滋賀医科大学倫理委員会の承認(承認番号28-038)を得た研究である。

5-2: 医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

(担当: 板倉敦夫)

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

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

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

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

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

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

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

（担当：光田信明、松田義雄、川口晴菜）

対象は、平成 28 年 1 月 1 日から平成 28 年 12 月 31 日の 1 年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は除外した。社会的リスクに関する情報は、妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシート（妊婦用）（図 1）の項目を確認することで把握した。社会的リスクは 6 つのカテゴリーに分類した。（表 1）医学的リスクに関しては、対象が分娩に至ったのち、当センターで入力している周産期デー

タベースから得られる医学的転帰についての情報を回収した。（表 2）社会的リスクと関係する医学的なリスクを評価した。統計学的解析には、Stata/MP14 を用い、 χ^2 検定、多重ロジスティック回帰分析を行った。本研究は、大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認（承認番号 972）を受け実施した。

（図 1）大阪府のアセスメントシート（妊婦用）

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

(表2) 医学的リスク

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

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

7: 医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

(担当: 小川正樹)

医学文献検索ネットワーク・システムである PubMed および医療の最新の総説を検索するシステムである Up To Date を用いて、妊娠合併症 (pregnancy complication)、周産期リスク (perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy)、予後不良または不良転帰 (poor outcome) のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 10 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

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

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

(倫理面への配慮)

特に必要としない研究である。

IV: 周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

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

日本産婦人科医会の施設情報調査 2015 (平成 27 年 1 月現在の施設情報) をもとに全国分娩取扱施設に、前向きアンケート調査を実施した。本調査に個人情報に含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行った。

産婦人科医会の施設情報調査 2015 で集計された全国の分娩取扱施設 2453 施設 (病院 1044 施設、診療所 1409 施設) を対象に、平成 27 年 11 月 1 日から 11 月 30 日までの 1 ヶ月間に分娩管理した妊婦について、アンケート調査を実施した。

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

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

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

(担当：立花良之)

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

1. 産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊産婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアルの開発

2. 保健師活動における、メンタルヘルス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルの開発

3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成

上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成

4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催

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

上記 4. の研修内容は下記のようなものとした。

1) 母子保健のメンタルケアにおける医療・保健・福祉の連携と社会資源、2) 妊娠期・産後・育児期に起こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見立てと対応のポイント、3) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介(小規模地域)、4) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介(広域地域)、5) 地域での母子保健メンタルケア研修会開催にあたってのパッケージ例、6) 「妊娠期からの切れ目ない支援」のための地域母子保健計画策定と PDCA サイクルの考え方 について解説し、さらに、グループワークで地域母子保健におけるメンタルケアの連携体制構築についての課題整理と行動計画立案を行うものとした。

10：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討-

(担当：小川正樹)

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

(倫理面への配慮)

特に必要としない研究である。

V. 公開シンポジウム

11：「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」 参加者アンケート集計報告 (担当：光田信明、岡本陽子)

平成 29 年 11 月 27 日東京で開催した公開シンポジウムにおいて、来場者に対してアンケート調査を行った。受付時に配布したアンケート用紙に匿名で記入し、退場時に回収した。回収したアンケート用紙を後日集計した。

C. 研究結果

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

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について
表 1 に各年度の特定妊婦数を示す。

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

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

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

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

表 1 年度別の特定妊婦数

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

表 2 出生児の転帰

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

表 3 特定妊婦とその他の妊婦の転帰

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

協力産科医療機関は3施設。
 随時、地域保健センターに3-4か月児
 健診時の情報提供を依頼している。
 平成30年1月時点で保健センター
 からの情報提供407例（ハイリスク
 群は120例、その他287例）であり、
 得られた3-4か月児健診時の情報は
 表1参照。

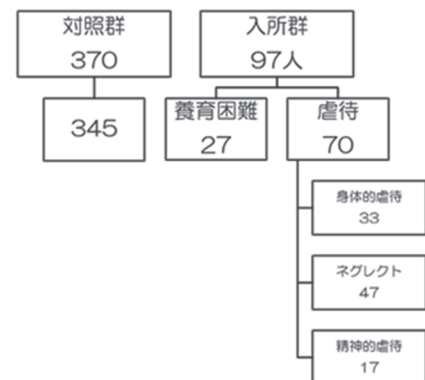
要保護児童対策協議会対象者（以下
 “要対協ケース”）の割合はハイリスク
 症例では18.3%（22/120）に対し、
 コントロール症例では1.4%（4/287）で
 あり、従来の「医療従事者の感覚」に
 よって要対協ケースにつながる
 ハイリスク者は概ね拾い上げられて
 いるようである。一方、大阪母子医療
 センターの症例で「ハイリスクと考
 えていなかったが、要対協ケース」が
 4例あった。

（表1）3-4か月児健診時の情報

	出生届 未提出	兄の死亡	乳幼児健診 未受診	要対協 対象者	行政官更支援 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

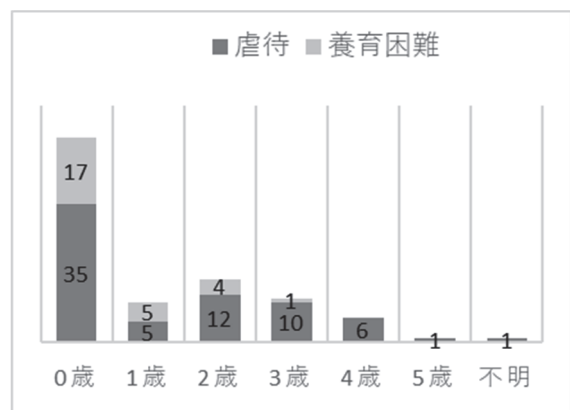
1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦 の抽出項目の選定

入所群は97件であり、虐待による
 ものが70件、養育困難が27件であ
 った。対象群は、370例であり、うち
 和泉市で要保護、要支援となっている
 6例、無記名の1例、データ欠損多数
 の18例を除外し、検討には345例を
 使用した。



（図1）対象

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



（図2）入所年齢毎の入所理由

続いて表1に、施設入所群と対照群の
 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 \geq 10歳	15/75 (20%)	18/338 (5%)	<0.001
未入籍	47/96 (49%)	10 (3%)	<0.001
経済的問題	40/95 (42%)	28/343 (8%)	<0.001
母精神疾患	46 (47%)	13 (4%)	<0.001
子供4人以上	16 (16%)	10 (3%)	<0.001

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

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

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

関連が明らかに強い因子として、高血圧と尿蛋白陽性、早産と帝王切開が挙げられたため、高血圧、早産をそれぞれ因子として使用した。

また、施設入所群は、入所時の児の年齢、対照群は調査時の児の年齢で補正した。

若年妊娠(aOR90,(95%CI12-699))、未入籍(aOR21,(95%CI5-96))、母の精神疾患(aOR36,(95%CI10-130))、多産(4人以上)(aOR11,(95%CI2-60))、

年の差婚(aOR10,(95%CI2-53))、初診週数が遅いこと(aOR13,(95%CI2-105))、希少受診(aOR8,(95%CI2-40))、妊娠中の高血圧(aOR8,(95%CI1-51))、児の先天性疾患(aOR6,(95%CI1-33))が、児の施設入所と関連する周産期因子として抽出された。

表 2：施設入所と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	89.6	11.5-699.4	<0.001
	≧20、<25	12.9	3.4-48.4	<0.001
	≧25	reference		
年齢差(父-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

続いて、入所理由が、虐待によるものか養育困難によるものかによって周産期因子に差があるのか検討した。入所理由が、虐待であった場合には、『若年妊娠』、『年の差婚』、『未入籍』、『多産』、『母の精神疾患』、『初診が遅い』、『希少受診』が施設入所に関連する周産期因子であった。(表3)一方、入所理由が養育困難であった場合には、『年の差婚』、『母の精神疾患』、『妊娠中の高血圧』、『児の先天疾患』が施設入所に関連する因子であり、虐待による入所と養育困難による入所では、周産期因子に違いがあることが判明した。(表4)

表 3：虐待群と対照群の比較
(多変量解析)

リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	307	19-4983	<0.001
	≥20, <25	30	6-154	<0.001
	≥25	Reference		
年齢差(父-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-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

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦 自殺を防ぐべき社会的ハイリスク 妊産婦に関する研究

平成 27 年度総括・分担研究報告書において各分担研究報告を検討したところ、「社会的ハイリスク妊娠の推定値」では若年、高齢、身体障がい、合併症、精神・こころ・性格・知能の問題があり育児の支援が必要となるレベルのもの、育児のサポートが乏しい、住所不定、貧困、飛び込み出産の既往、

未受診、医療費の未払い、暴力・非暴力の問題、違法行為、薬物依存、アルコール依存、子ども保護のための行政介入履歴、多対、早産、児の先天異常などをハイリスクの定義としていた。そして、調査の結果、社会的ハイリスク妊娠の頻度は 8.7%であり特定妊婦が 1.0～1.2%であることが明らかになった。

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

「妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定」に関する研究では、児童虐待防止の観点から、大阪府子ども家庭センターで管理し施設入所となった児童とその両親を対象としている。検討項目としては、母子手帳、子ども家庭センターの虐待に関する資料を用いて、①母子手帳の記載項目、②虐待例の詳細、③家族構成、④経済

的な問題について行っている。

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

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

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

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

1. 対象

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

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

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

2. 6つの妊婦背景・31要因

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

3. 要保護児童対策地域協議会への通知基準

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

表1 アセスメントシート（妊娠期）

[illegible]

	要支援群 (n=74)		対照群 (n=678)		P値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
①保護者自身に被害歴史がある(疑いを含む)	16	21.6%	1	0.2%	<.0001
②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	22	29.7%	11	1.9%	<.0001
③過去に心中未遂(自殺未遂)がある	1	1.4%	2	0.3%	0.304
④胎児のきょうだいに不審歴がある	2	2.7%	0	0.0%	0.013
⑤胎児のきょうだいの虐待歴がある	15	20.3%	0	0.0%	<.0001
①20歳以降の降出生	20	27.0%	8	1.4%	<.0001
②妊婦健診未受診・中断がある	28	37.8%	1	0.2%	<.0001
③望まない妊娠	18	24.3%	8	1.4%	<.0001
④今までに妊娠・中絶をくりかえす	10	13.5%	4	0.7%	<.0001
⑤飛び込み出産歴がある	3	4.1%	0	0.0%	0.001
⑥若年(20歳未満)妊娠	35	47.3%	20	3.5%	<.0001
⑦16歳未満の妊娠	3	4.1%	1	0.2%	0.0052
⑧40歳以上の妊娠	5	6.8%	41	7.1%	1.0000
⑨胎児に対して無関心・拒否的な言動	6	8.1%	1	0.2%	<.0001
⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	16	21.6%	88	15.2%	0.1764
⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	14	18.9%	0	0.0%	<.0001
①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症含)	32	43.2%	35	6.1%	<.0001
②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	11	14.9%	23	4.0%	0.001
③知的障がい(疑いを含む)	9	12.2%	1	0.2%	<.0001
④訴えが多く、不安が高い	20	27.0%	227	39.3%	0.0423
⑤身体障がい、慢性疾患がある	20	27.0%	102	17.6%	0.0579
①生活保護受給	47	63.5%	19	3.3%	<.0001
②不安定就労・失業中	50	67.6%	23	4.0%	<.0001
③上記以外の社会的問題がある	13	17.6%	7	1.2%	<.0001
①住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
②ひとり親・未婚・ステップファミリー	58	78.4%	21	3.6%	<.0001
③家の中が不衛生	1	1.4%	0	0.0%	0.1135
④出産・育児に集中できない家庭環境	19	25.7%	34	5.9%	<.0001
①上記に該当しない(気になる言動、背景、環境要因)	27	36.5%	20	3.5%	<.0001

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

④下記の示す心身の健康等要因（C）や社会的・経済的要因（D）や家庭・環境要因（E）のうちに2つ以上該当し、かつ「支援者の状況」に1つでも該当する妊婦

- ・精神疾患等（過去出産時の産後の うつ、依存症を含む）
- ・パーソナリティ障がい（疑いを含む）
- ・知的障がい（疑いを含む）
- ・生活保護受給・不安定就労・失業中以外に経済的困窮や社会的問題がある
- ・ひとり親・未婚・ステップファミリー

表 3 母親の背景

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

Ap: Apgar スコア

表 4 評価要因 31 項目について要支援群および対照群の比較

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

表 5 通知基準について要支援群および対照群の比較

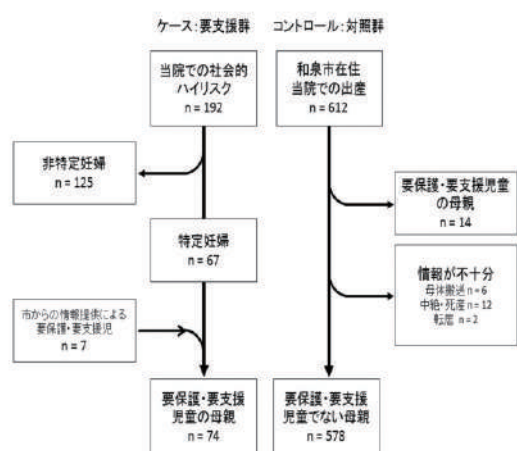
	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P 値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
16 歳未満単独	3	4.1%	1	0.2%	0.005
住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
A or B 1 点以上(虐待・DV 歴・未受診)	6	87.8%	41	7.1%	<0.001
C or D or E 2 点以上(精神疾患および経済的困窮)	38	51.4%	11	1.9%	<0.001

表 6 通知基準について要支援群および対照群の単変量・多変量解析

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

cOR:crude Odds ratio, aOR:adjusted Odds ratio

図1 要支援群と対照群
フローチャート



2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

1. 妊婦健診でのモデル問診票を用いた支援対象者の把握

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

の中期の 1 件のみであった（表 1）。

表 1. 妊婦健診における問診担当者の判定状況

	妊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)	136 83.9%	24 14.9%	0 0.0%	136 87.2%	19 12.2%	0 0.0%	118 83.1%	22 15.5%	0 0.0%
ハイリスク群 (2~5点)	22 78.6%	6 21.4%	0 0.0%	26 76.5%	7 20.6%	0 0.0%	22 71.0%	7 22.6%	0 0.0%
スーパーハイリスク 群(5点~)	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	5 100.0%	0 0.0%

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

モデル問診票の項目の中で、「最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。」の質問は、EPDS から作成した項目であり、前期、中期、後期のすべてで尋ねている。この質問に「はい」と回答した妊婦は、横断分析では、前期 71 人(27.6%)、中期 54 人(21.0%)、後期 72 人(27.6%)と中期で減少傾向が認められ、後期で割合が増加した。

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

2. 妊娠期ならびに乳児期に実施した支援の評価

妊娠届出時のスコアがローリスク群

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

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

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

一方、ローリスク群において、前期の問診項目のうち「実母に相談できない ($p=0.001$)」、中期の「夫・実母以外の相談相手がいない ($p=0.030$)」、「経済状況が将来に向けて心配 ($p=0.006$)」、および、後期の「夫・実母以外の相談相手ない ($p=0.042$)」、「身体症状数が多い ($p=0.021$)」は、3～4 か月児健診時の、支援の必要性の判定と関連していた。医療機関での問診から、将来の支援対象者が把握できる可能性が示唆された。

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

妊娠中と出生後の支援の状況を妊娠

届出スコア群別に示す(表 3)。

スーパーハイリスク群の 3 件は、妊娠中の支援を 3 件とも受け容れており、出生後の支援は 2 件が受け容れあり、1 件は他機関のみでの支援を受けていた。3 件とも 3～4 か月児健診時点で、何らかの支援が必要な状況にあった。また、ハイリスク群では、特定妊婦に該当したケースが 2 件あり、妊娠中に支援対象となった 5 件中、電話相談や家庭訪問などの個別支援を受け容れたのが 4 件は、受け容れなしが 1 件であった。出生後の支援は 6 件とも受け容れありであった。

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

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

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

表 2. 妊娠届出スコア別の 3～4 か月児健診の状況

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

図 3. 妊娠届出スコアと EPDS-Bonding Risk

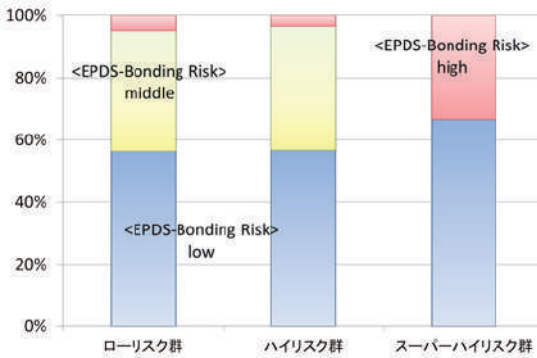


表 3. 妊娠中と出生後の支援の受け容れ状況

妊娠届出スコア	特定妊婦	要対協	妊娠中の支援			出生後の支援		
			受け容れあり	受け容れなし	対象外	受け容れあり	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	3
	100.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	97.8%	5.4%	1.6%
ハイリスク群 (2～5点)	37	3	0	4	1	33	6	0
	100.0%	8.1%	0.0%	10.8%	2.7%	88.9%	16.2%	0.0%
スーパーハイリスク群(6点～)	3	3	1	3	0	0	2	1
	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%

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 ($p=0.005$)

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

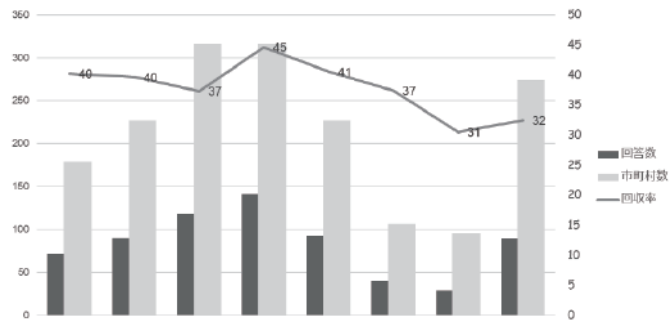
表 5. 出生後の支援の受け容れ状況と支援の必要性の判定の関連 ($p=0.003$)

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

2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

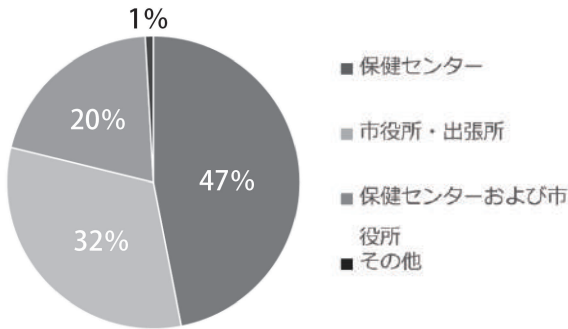
全国市区町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44 万 2636 人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く 45%であり、四国は 31%と最も低かった(図 1)。

【図 1 都道府県地方区分別アンケート回収率】



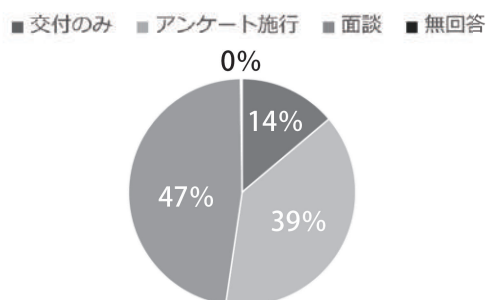
妊娠届け出(母子健康手帳交付)の窓口は、保健センターのみが 315 カ所(47%)、市役所や出張所のみ 214 カ所(32%)、両方 136 カ所(20%)であった。その他、保健所、教育委員会、市民センター、児童館、医療福祉センター、本庁、電子申請等が挙げられた(図 2)。

【図 2：母子健康手帳交付の窓口】



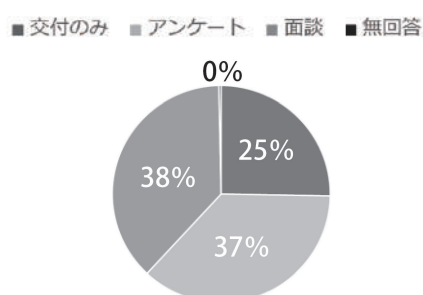
保健センターでは、母子健康手帳交付のみは14%であり、その他はアンケートや面談で評価していた(図3)。

【図3：保健センターにおける母子健康手帳交付時の対応】



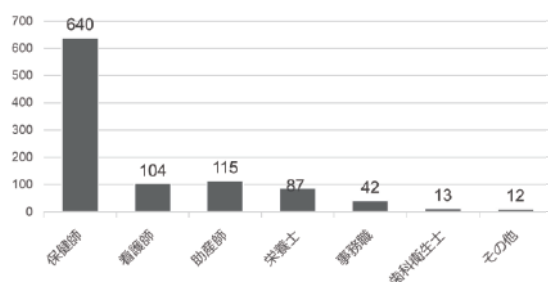
また、市役所・出張所では、母子健康手帳交付のみが25%と、保健センターを比較して多かった(図4)。

【図4：市役所・出張所における母子健康手帳交付時の対応】



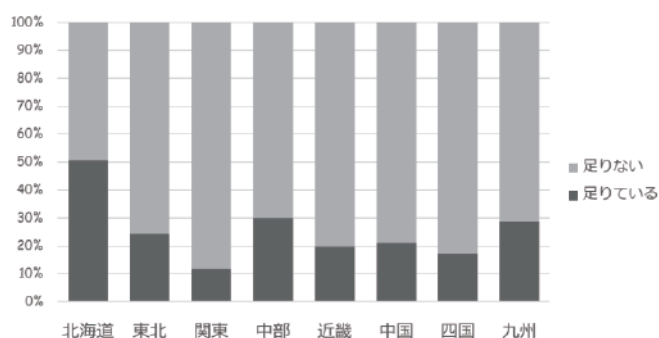
面談に携わる職種は保健師が最も多く、次いで助産師、看護師、栄養士等が挙げられた(図5)。

【図5：面談者の職種 重複あり】



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

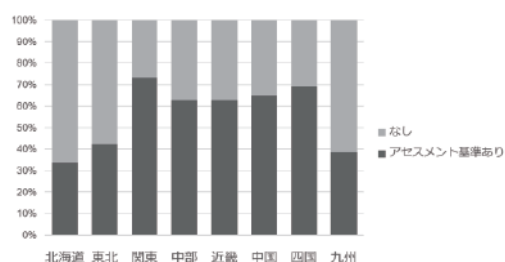
【図6：母子保健担当充足度】



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

要支援妊婦のアセスメント基準を決めている市区町村は372カ所(56%)であった。決定の方法は、担当者会議により決定している所が185カ所(49.7%)と約半数であった。スコア化によって決定しているところは92カ所(24.7%)であった。都道府県地方区分別には、関東が最も多く73%であった。ついで中部、近畿、中国、四国は60-70%程度であったが、九州、東北、北海道は半数未満であった(図7)。

【図 7 都道府県地方区分別要支援妊婦のアセスメント基準の有無】

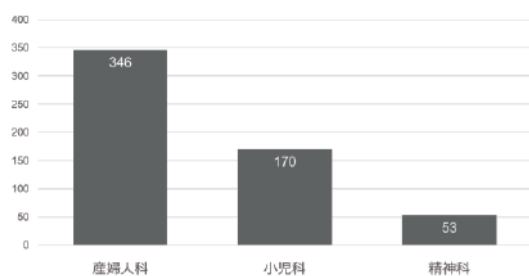


要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が 424 カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが 245 カ所(50%)、関係者の非協力 227 カ所(47%)、関係機関の非協力 119 カ所(24%)であった。

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

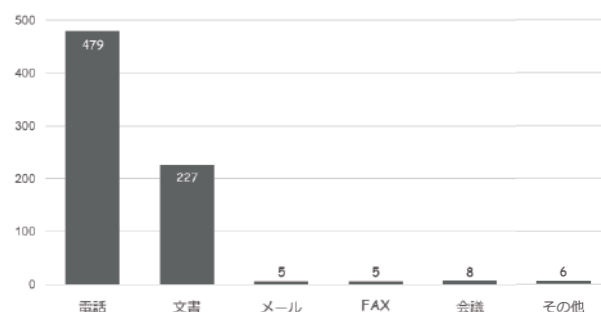
日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371 カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった(図 8)。

【図 8 連携の取れている診療科重複あり】



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

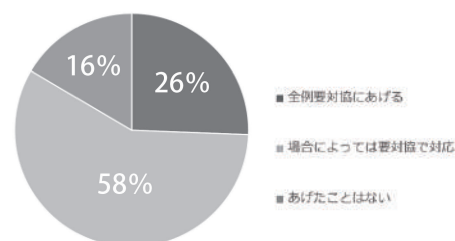
【図 9 医療機関からの初回連絡方法】



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

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

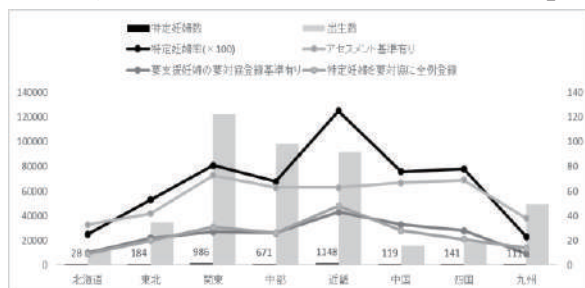
【図 10 特定妊婦の対応】



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

が、全例登録している割合は、特定妊婦の率と同様の地域格差があり、近畿で最も多く 48.4%、関東 31.0%、中国 28.2%、四国 20.7%、東北 20.2%、九州 14.1%、北海道 8.6%であった。また、要支援妊婦のアセスメント基準を設定していない、要支援妊婦を要対協に登録する基準のないところで、特定妊婦の率が低く、基準のあるところが多い傾向があった(図 11)。

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

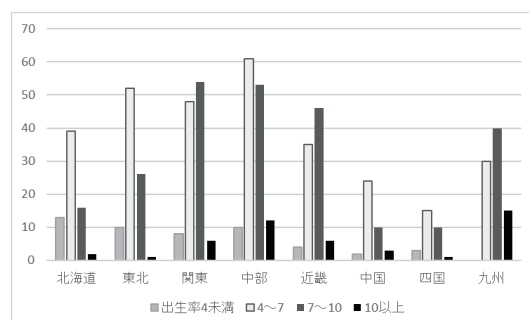


要保護児童対策地域協議会の構成員に医師が含まれているところは 12%に過ぎず、担当している医師は、小児科 55 人、産婦人科 11 人、内科 7 人、精神科 5 人、医師会長 4 人、診療所医師 3 人、保健所医師 2 人であった。

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

10.7)、東北 6.1 (0.9-10.9)、関東 7.1 (0.9-16.6)、中部 6.8 (1.3-13.1)、近畿 7.2 (3.0-14.1)、中国 6.1 (2.3-10.5)、四国 6.3 (3.3-11.1)、九州 7.5 (4.2-13.3)であった。

【図 12 都道府県地方区分別出生数】

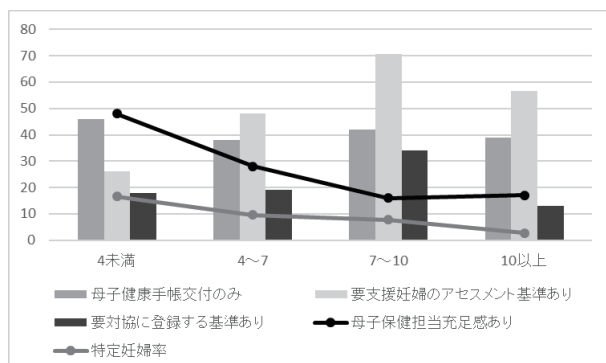


出生率が 7-10‰の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と 10‰以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高いほど低かった(表 1) (図 13)。

【表 1 出生率毎の検討】

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

【図 13 出生率毎の対策と母子保健担当充足感、特定妊婦率】



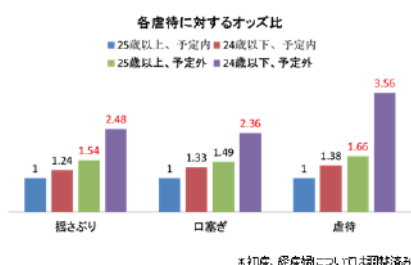
2-4：妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の同定に関する研究および保健指導の効果検証

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

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

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

組み合わせで考える: 若く、予定外妊娠の場合にハイリスクである



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

名古屋市における1歳6か月児および3歳児健診における解析では、約6480名の対象者のうち、2558名から同意を得た(同意率39.5%)。

1歳6か月、3歳時での子育て困難感が「ある」と答えたのは15.7%、18.8%であった。なんとも言えないと合わせると、1歳6か月で38.1%、3歳で43.4%が子育て困難群と考えられた。

表1. 子育て困難感の分布

	あり	何とも言えない	なし
1歳6か月	15.7%	22.4%	61.8%
3歳	18.8%	24.6%	56.6%

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

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

表 2. 妊娠届の情報と 1 歳 6 か月および 3 歳時の子育て困難感との関連 (オッズ比)

	1 歳 6 か月	3 歳
困りごと・ 悩み・不安 がある	2.1 (95% 信頼区間： 1.8-2.6)	2.1 (95% 信頼区間： 1.7-2.5)
初産	1.9 (95% 信頼区間： 1.5-2.3)	2.0 (95% 信頼区間： 1.6-2.4)
里帰り出産 の予定あり	1.3 (95% 信頼区間： 1.1-1.6)	NS
既往歴、 治療中の 病気あり	1.5 (95% 信頼区間： 1.2-1.9)	NS
思 い が け ない妊娠	NS	1.3 (95% 信頼区間： 1.0-1.6)

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

【平成 27 年度】

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

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

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

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

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

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

【平成 28 年度】

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

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

医療機関スタッフへの面接からは

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

事例検討、面接調査の内容を踏まえ、「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」マニュアル(案)を作成した。主な内容として、妊娠中からつながりにくい背景を理解し、保健指導のポイントとして次の 7 つを示した。

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

【平成 29 年度】

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

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

に問題がある」、「生活実態が把握しにくい」、「経済的な不安定さがある」などが多かった。

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

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

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

1. 0 歳児の相談

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

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

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

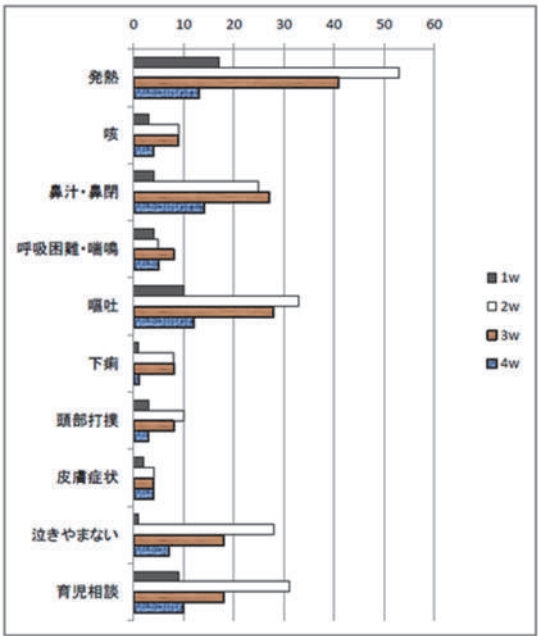
れた（図 1）。

（表 1）0 ヶ月児の週数別件数及び比率

日 齢	件 数	%	4週との 有意差
1週	77	12.5%	
2週	252	40.8%	**
3週	200	32.4%	**
4週	89	14.4%	
合 計	618	100%	

** p < 0.01

（図 1）主訴別にみた新生児期週数毎の件数



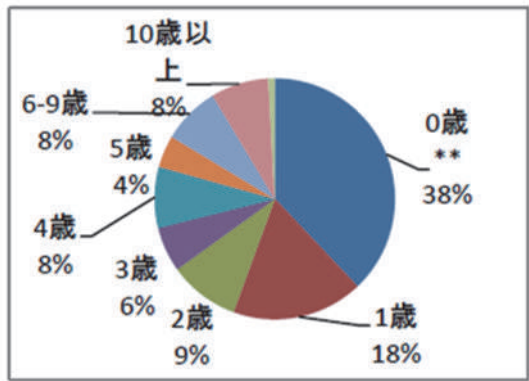
2. 親の心の相談

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

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

とやや率は高く、この中には母親の心の問題を心配した相談も含まれていた。

（図 2）「親の心の相談」における子どもの年齢(n=232)



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

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

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

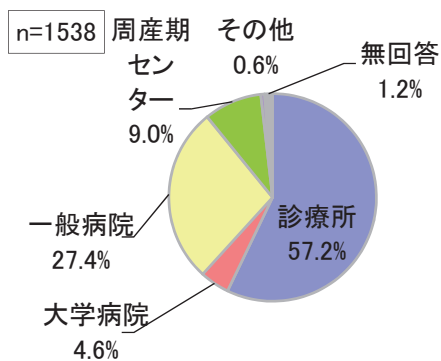


図 1 回答施設の属性

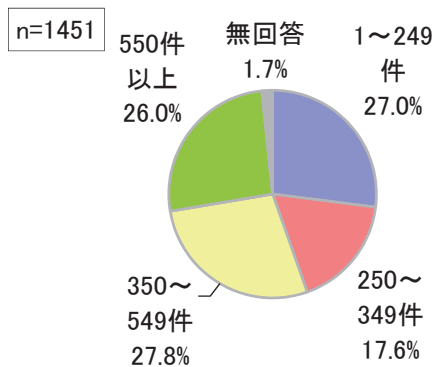


図 2 回答施設の規模

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

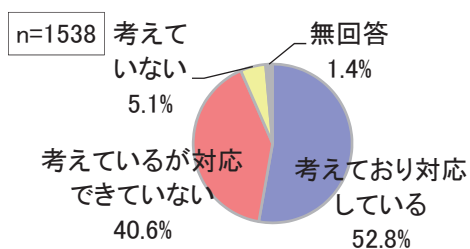


図 3 母体の社会的経済的リスクは児童虐待のハイリスクと考えるか

実際、未受診妊婦は約半数の施設で経験している(図 4)が、

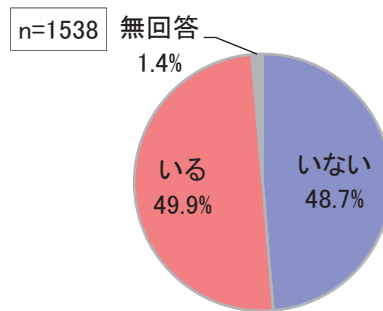


図 4 未受診妊婦を取り扱っているか

MSW がいる施設は 33.9%に過ぎない(図 5)

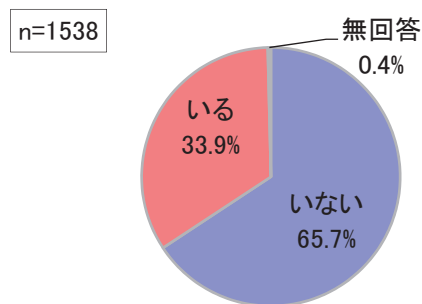


図 5 院内に MSW はいるか

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

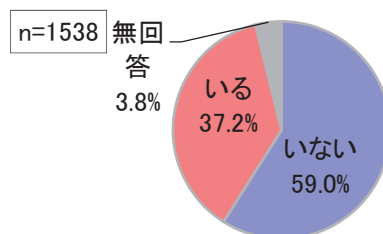


図 6 自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか

また、回答のあった施設の行政や地域

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

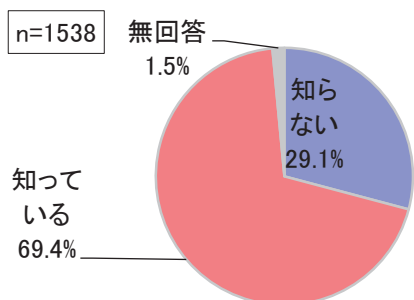


図7 通告する場所を知っているか？

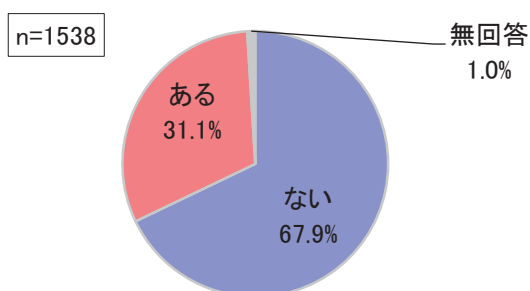


図8 福祉からの紹介経験

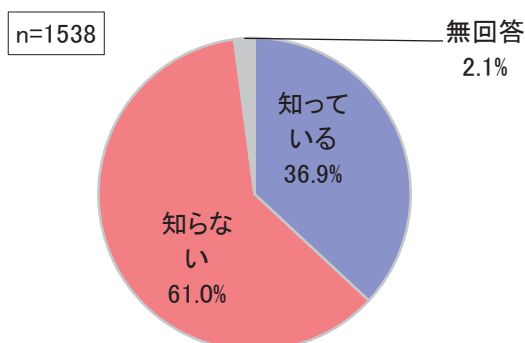


図9 児童福祉法改正を知っているか

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

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

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

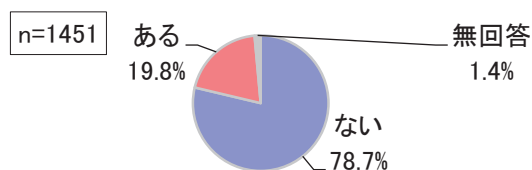


図10 児童相談所への引き取りを経験

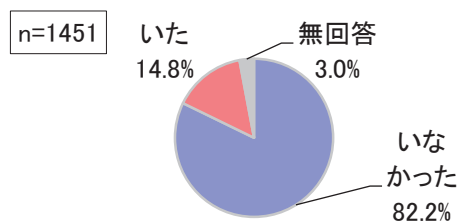


図11 特別養子縁組を経験

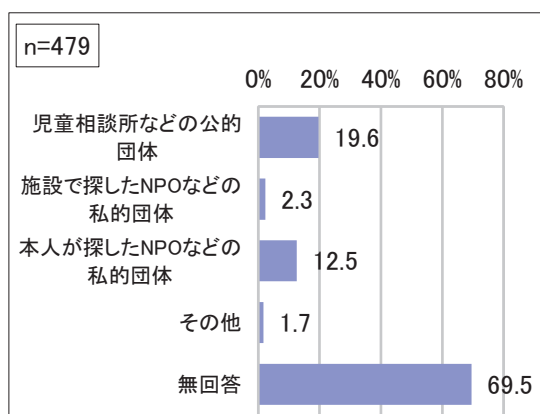
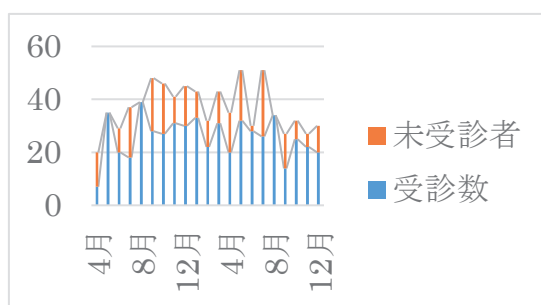


図 1 2 どの施設へ収容したか

4-2-2：地域における産後 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

大阪府泉佐野市にあるりんくう総合医療センターで集計した「赤ちゃんへの気持ち質問票」について、平成 28 年 4 月～平成 29 年 12 月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む 3 市 3 町に住民票を持つもの）775 人に対し、産後 2 週間サポートを利用した産婦は 542 人（70%）に達した。



また、赤ちゃんへの気持ち質問票で見守りが必要とした産婦は 6 名、児の体重増加不良が認められた 2 名をフォローしたが、そのうち 2 名を保健センターと連携して子ども家庭センターへ通告しているが、これらの 2 名は妊娠中の受診コンプライアンスに異常

はなく、妊娠合併症や社会的経済的リスクを認めなかった。

この間、児や産婦自身の有害事象は発生していないが、事前に見守りが必要だと考えられた対象産婦 4 名は受診していなかった。

Ⅲ:社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

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

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

(2)母体の予後不良につながる因子は、本態性高血圧症、妊娠高血圧症候群、

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

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

抽出できる可能性が示された。

特に頻度が高かった妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水の主な産科合併症に関して、合併症別にリスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行った。切迫早産では、35-39歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤・IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。妊娠高血圧症候群では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。前期破水では、35-39歳の妊娠、40歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ETによる妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、これらは施設規模によらなかった。

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

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

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

手術法は7種類にも分散しており、方法別の早産率に差を認めなかった。

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

表 1 円錐切除後頸部手術施行の有無による予後

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

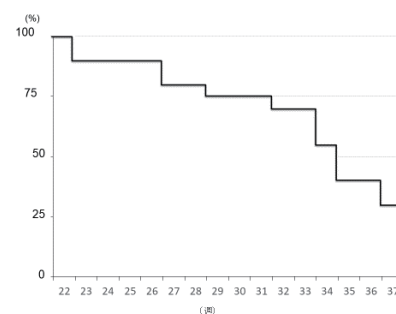
表 2 多施設共同研究による子宮頸部手術の切除方法

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

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

③ キーワードから抽出した 35 報から、目的に適合していないなどの理由で除外し、残った 13 報、20 症例の報告の全文を取り寄せ、症例に関して詳細に吟味した。いずれの症例も前回妊娠で経膈的頸管縫縮術を行ったあるいは、子宮腔部が消失して経膈的縫縮術が困難と考えられた例であった。経膈的縫縮術では、90% (18 例) で生児が得られ、そのうち 34 週まで妊娠維持可能であった症例は、55% (11 例) であった。(図 1)

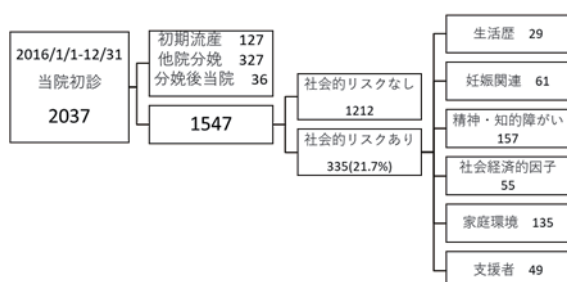
図1 経膈的予防的頸管縫縮術の妊娠予後



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

平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。なお、同期間に 2 回分娩に至った症例 2 例を含んでいる。1 つでも社会的リスクを有する者は、335 人(21.7%)であり、リスク 2 つ以上有する者は 86 人(5.6%)であった。社会的リスクのカテゴリー毎の該当数は、生活歴に関するリスク 29 人、妊娠関連 61 人、精神・知的障がい 157 人、社会経済的要因 55 人、家庭環境 135、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 1)
母体年齢、母体精神疾患は社会的リスクの一要因であるため、医学的リスクとして検討には含んでいないが、参考として頻度を示した。

(表 1) 社会的リスクの有無による
医学的リスクの頻度 (単変量解析)

		total	社会的リスクあり	社会的リスクなし	P
	N	1547	335	1212	
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
母体基礎疾患	妊娠方法(自然妊娠)	317	295(88.1)	933(77.0)	<0.001
	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)	
妊娠分娩経過	甲状腺機能低下症	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
	悪阻	34	11(3.3)	23(1.9)	0.13
	AC/CVS	91	13(3.9)	78(6.4)	0.08
	切迫流産	225	42(12.5)	183(15.1)	0.24
	切迫早産	308	69(20.6)	239(19.7)	0.72
	子宮収縮抑制剤使用	123	36(10.8)	87(7.2)	0.03
	母体リンデロン投与	95	20(6.0)	75(6.2)	0.89
	HDP	163	39(11.6)	124(10.2)	0.46
	GDM	134	32(9.6)	102(8.4)	0.51
	FGR	155	28(8.4)	127(10.5)	0.25
	HFD	75	18(5.4)	57(4.7)	0.61
	多胎	116	21(6.3)	95(7.8)	0.33
	頸管縫縮術	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
新生児情報	輸血	22	4(1.2)	18(1.5)	0.69
	性別(男児)	795	182(45.3)	613(49.1)	0.38
	児体重(<10%tile)	197	40(12.4)	157(13.6)	0.78
	Ap(1)<7	103	15(4.7)	88(7.7)	0.13
	Ap(5)<7	33	5(1.6)	28(2.4)	0.46
	PH<7.0	22	6(1.9)	16(1.5)	0.52
	NICU、小児病棟入院	257	60(18.5)	197(17.1)	0.34

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

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

Ca ブロッカー内服)の使用が有意に多かった。

また、帝王切開率や分娩時大量出血は、社会的リスクがない方が有意に多かった。その他の妊娠分娩経過や新生児の予後に関して社会的リスクと関係のある因子は認めなかった。

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

(表 2) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度 (多変量解析)

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

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

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

さらに、社会的リスクを 2 つ以上もつものと社会的リスクのない 2 群において、多重ロジスティック回帰分析にて関連する医学的リスクを検討した。単変量解析 (表 3) で $p < 0.3$ であったものを因子として使用した。また、

母体の基礎情報で調整した。(表 4) その結果、高血圧合併のみが、関連する因子であった。(aOR6.6(1.4-32.0), $P < 0.001$)

(表 3) 社会的リスクの有無による医学的リスクの頻度: 社会的リスク 2 つ以上の場合(単変量解析)

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

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

(表 4) 社会的リスクの有無による
医学的リスクの頻度:社会的リスク
2 つ以上の場合(多変量解析)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

1) 合併症妊娠に関するレビュー

(1)子宮頸管手術（特に子宮腔部円錐切除術）の影響について

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

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

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

(2)子宮筋腫の妊娠経過に対する影響について

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

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

(3)子宮筋腫核出術の既往が妊娠経過に与える影響について

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

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

(4)子宮動脈塞栓術の妊娠に対する影響について

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

(5)自己免疫疾患（特に全身性エリテマトーデス）が妊娠に与える影響について

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

2) 合併症妊娠の産後管理状況 **24)**

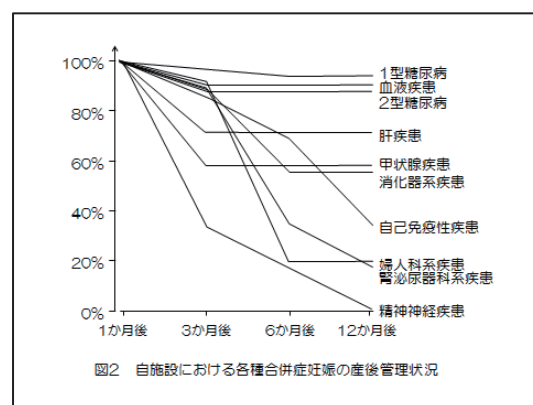
(1) 合併症疾患内訳

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

(2) 産後フォローアップ期間

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

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



3) ハイリスク妊娠の産後管理に関するレビュー

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

総括した論文の一覧を表 1 文献 25-41) に示す。

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

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

産後の期間では、産後早期の 2 日から最長では 4 年という研究もある。一部期間の特定されていない論文もありおおむね産後 1 年以内の論文がほとんどであった。この論文内では産褥うつ病と自身の被虐待体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。また最

長 4 年間の追跡をした Meltzer-Brody, et al. (2013) は 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた 39)。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。

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

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

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

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

Obstet Gynecol Scand. 1994 Jul;73(6):460-4.

6) Kyrgiou M, Mitra A, Arbyn M, Stasinou SM, Martin-Hirsch P, Bennett P, Paraskevaidis E. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Oct 28;349:g6192.

7) Sjøborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, Nygård G, Hole S, Tanbo T. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):423-8.

8) Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Sep 18;337:a1343.

9) Founta C, Arbyn M, Valasoulis G, Kyrgiou M, Tsili A, Martin-Hirsch P, Dalkalitsis N, Karakitsos P, Kassanos D, Prendiville W, Loufopoulos A, Paraskevaidis E. Proportion of excision and cervical healing after large loop excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG*. 2010 Nov;117(12):1468-74.

10) Himes KP, Simhan HN. Time from cervical conization to

pregnancy and preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):314-9.

11) Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, Evans H, Peebles D, Singh N, Walker P, Patnick J, Sasieni P; PaCT Study Group. Risk of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ*. 2014 Nov 5;349:g6223.

12) Ogawa M, Konishi Y, Obara M, Tanaka T. Uterine rupture at parturition subsequent to previously repeated cervical surgeries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Sep;80(9):869-70.

13) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.

14) Exacoustòs C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1993 Jul;82(1):97-101.

15) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.

16) ACOG committee opinion no.

560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol.* 2013 Apr;121(4):908-10.

17) Goldberg J, Pereira L, Berghella V. Pregnancy after uterine artery embolization. *Obstet Gynecol.* 2002 Nov;100(5 Pt 1):869-72.

18) Goldberg J, Pereira L, Berghella V, Diamond J, Daraï E, Seiner P, Seracchioli R. Pregnancy outcomes after treatment for fibromyomata: uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jul;191(1):18-21.

19) Pron G, Mocarski E, Bennett J, Vilos G, Common A, Vanderburgh L; Ontario UFE Collaborative Group. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicenter trial. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):67-76.

20) Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Aug;199(2):127.e1-6.

21) Chakravarty EF, Colón I, Langen ES, Nix DA, El-Sayed YY, Genovese MC, Druzin ML. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Jun;192(6):1897-904.

22) Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010 Nov;5(11):2060-8.

23) Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014 May 20;160(10):695-703.

24) 小川正樹、松田義雄：医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討。平成28年度厚生労働省科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（H27-健やか一般-001）」総括・分担研究報告書 149-156 頁

25) Hutchens BF, Kearney J, Kennedy HP. Survivors of Child Maltreatment and Postpartum Depression: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(6):706-722.

26) Plaza A, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Childhood physical abuse as a common risk factor for depression

and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):329-335.

27) Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32(4):479-487.

28) Meltzer-Brody S, Bledsoe-Mansori S, Johnson N, et al. A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(3):211.e1-e7.

29) Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(1):57-68.

30) Dennis C, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence Against Women.* 2013;19(4):503-517. <https://doi.org/10.1177/1077801213487057>.

31) Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Arch Womens Ment Health.*

2002;4(3):83-92.

32) Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:153

33) Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord.* 2015;174:562-568.

34) Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse Negl.* 2008;32(9):869-877.

35) Robertson-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(10):e942-e948.

36) Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(7):563-573.

37) Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the

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

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

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

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

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

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8:メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

1. アンケート回収率

2453 施設中 1073 施設 (44.0%) より有効回答を得た。

2. メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦

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

3. メンタルヘルス介入が必要と考えられた理由

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

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

4. 患者背景

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

を占めていた。

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

5. 自治体ごとの検討

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

5. 介入が必要な妊婦へ対応した職種と頻度（図 5）

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

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

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

6. 施設ごとの検討

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

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

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

産後精神科医師への紹介率は施設機能により異なり、総合周産期母子医療センターで 19 施設（57.6%）、地域周産期母子医療センターで 24 施設（38.1%）、一般病院で 21 施設（22.8%）、診療所で 42 施設（14.5%）になっていた。

7. 推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後2週、産後1ヶ月に行うことが推奨され、妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認することが勧められている^{9, 10)}。

スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構（NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence）の簡便な包括的2項目質問法が勧められている（図1、2）⁹⁾。また、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（図3）も、多くの国で妊娠中から用いられている¹⁰⁾。

一方、社会的背景（望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など）を踏まえたものに関しては、初診時間診票モデル案（図4）や大阪府で実際用いられているアセスメントシート（図5）、あるいは育児支援チェックリスト（図6）が妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票（図7）が勧められている¹⁰⁾。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICEの質問票で、1つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医へ

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

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

8. 精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦の抽出ツールが異なり、かつ、対応が異なるためそのスクリーニングとその後の流れは複雑になる。5回のスクリーニング時期に少なくとも2種類の検査が行われ、陽性者への対応は3通りになる。精神科医に協力を依頼す

るもの、子育て世代包括支援センターに連絡するもの、そしてその両方にコンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す(図8)。メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。

これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する(図9)。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

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

この回数も状況に応じ減少させることができる(図9)。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時間診票(図4、5)などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になろう。

さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない¹¹⁾。子育て世代包括支援センターが、相談者にNICEの質問票やEPDSを用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる(図9)。

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

表1 メンタルヘルスに介入が必要と考えられた理由(n=1551)

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

表2 社会的背景

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

表5 自治体ごとの対応者とその割合(2)

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

表3 自治体ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要妊産婦数

	回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)		回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)
北海道	33.0	1111	46	4.1	滋賀	43.6	514	17	3.3
青森	32.3	358	18	5.0	京都	27.9	462	15	3.2
岩手	54.3	541	21	3.9	大阪	45.9	2612	89	3.4
宮城	40.9	902	49	5.4	奈良	52.7	1553	35	2.3
秋田	42.3	179	1	0.6	兵庫	37.9	368	12	3.3
山形	32.1	292	8	2.7	山口	50.0	316	6	1.9
福島	31.0	471	17	3.6	鳥取	35.3	172	9	5.2
茨城	48.1	925	57	6.2	島根	42.9	182	5	2.7
栃木	53.7	754	22	2.9	岡山	50.0	686	33	4.8
群馬	38.5	505	11	2.2	広島	51.6	1072	27	2.5
埼玉	37.2	2084	154	7.4	山口	50.0	535	18	3.4
千葉	36.7	1437	36	2.5	徳島	47.1	192	4	2.1
東京	41.5	4130	231	5.6	香川	62.5	366	8	2.2
神奈川	44.1	2764	86	3.1	愛媛	52.8	525	28	5.3
山梨	20.0	115	2	1.7	高知	43.8	231	5	2.2
長野	50.0	803	43	5.4	徳島	46.9	2041	51	2.5
静岡	29.5	774	16	2.1	佐賀	15.4	168	3	1.8
新潟	42.5	686	25	3.6	長崎	49.0	499	21	4.2
富山	45.5	292	14	4.8	熊本	32.0	589	49	8.3
石川	42.9	304	12	3.9	大分	57.1	555	16	2.9
福井	52.6	231	10	4.3	宮崎	45.9	421	36	8.6
岐阜	49.0	853	27	3.2	鹿児島	37.2	441	6	1.4
愛知	43.0	2275	77	3.4	沖縄	45.7	772	63	8.2
三重	51.3	817	12	1.5	全国	43.7	38895	1551	4.0

表4 地域ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表5 自治体ごとの対応者とその割合(1)

	施設数 回答施設	要介助者 あり施設	対応者(%)				
			産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
北海道	32	15	5(33)	15(100)	8(53)	3(20)	3(20)
青森	10	4	1(25)	3(75)	1(25)	0	2(50)
岩手	19	10	5(50)	10(100)	1(10)	0	2(20)
宮城	18	12	7(58)	10(83)	4(33)	5(42)	2(17)
秋田	11	1	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
山形	9	3	1(33)	3(100)	1(33)	1(33)	1(33)
福島	13	7	4(57)	6(86)	3(43)	0	2(29)
茨城	24	10	7(70)	10(100)	5(50)	2(20)	2(20)
栃木	22	8	4(50)	5(63)	5(63)	1(13)	0
群馬	15	7	5(71)	6(86)	3(43)	1(14)	1(14)
埼玉	35	21	10(48)	15(71)	11(52)	2(10)	3(14)
千葉	40	16	13(81)	14(88)	7(44)	3(19)	3(19)
東京	80	41	27(66)	38(93)	22(54)	10(24)	16(39)
神奈川	55	30	17(57)	24(80)	12(40)	6(20)	12(40)
山梨	3	1	1(100)	0	0	0	0
長野	23	15	8(53)	15(100)	10(67)	1(7)	4(27)
静岡	23	7	6(86)	7(100)	4(57)	2(29)	3(43)
新潟	20	10	5(50)	9(90)	4(40)	0	3(30)
富山	10	6	4(67)	6(100)	1(17)	1(17)	2(33)
石川	15	8	1(13)	6(75)	4(50)	0	2(25)
福井	10	4	3(75)	2(50)	1(25)	1(25)	2(50)
岐阜	24	11	3(27)	8(73)	5(45)	1(9)	1(9)
愛知	61	25	12(46)	23(92)	15(60)	4(16)	8(32)
三重	20	6	2(33)	4(67)	2(33)	2(33)	2(33)

表6 精神科へ紹介した施設とその割合

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

表7 施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表8 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
運営母体による分類					
大学病院	38	46.5	2395	244	10.2
国立系	16	49.0	1080	82	7.6
都道府県立	24	46.2	1318	69	5.2
市町村立	66	44.4	3048	156	5.1
厚生連	15	38.7	629	18	2.9
済生会	12	50.0	677	45	6.6
社会保険	2	18.2	62	1	1.6
日赤	19	43.3	1339	63	4.7
私立	84	40.5	6843	303	4.4
その他	62	45.2	3236	130	4.0
施設機能による分類					
総合周産期	37	55.8	3643	236	6.5
地域周産期	92	45.0	5998	398	6.6
一般病院	209	41.1	10744	474	4.4

表9 施設ごとの対応者とその割合

	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)

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、不安感または神経過敏を感じることはありませんでしたか？
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はありませんでしたか？



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



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図2. NICEの不安についての2項目質問票(文献8より引用)

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名 実施日 年 月 日(産後 日目)

産後の気分についておたずねします。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) 物事が重くいった時、自分を必要に感じた。
() 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。
() はい、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。
() はい、たいていうまく対処した。
() はい、普通通りに対処した。

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。
() はい、あまり度々ではなかった。
() はい、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。
() はい、あまり度々ではなかった。
() はい、全くなかった。

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。
() 涙の時々あった。
() はい、全くそうではなかった。

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

(岡野ら(1996) による日本語版)

図3. エジンバラ産後うつ病質問票(文献9より引用)

図 4. 初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）
（文献 10 より引用）

6. 育児支援チェックリスト(文献10より引用)

図5. 初診時(妊娠初期)(大阪府様式)アセスメントシート

7. 赤ちゃんへの気持ち質問票（文献 10 より引用）

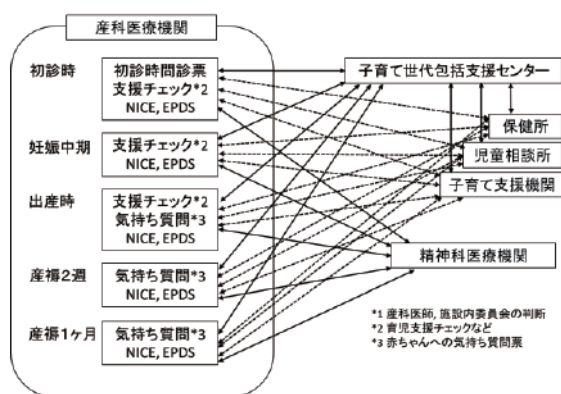


図8. 従来型の管理のフローチャート

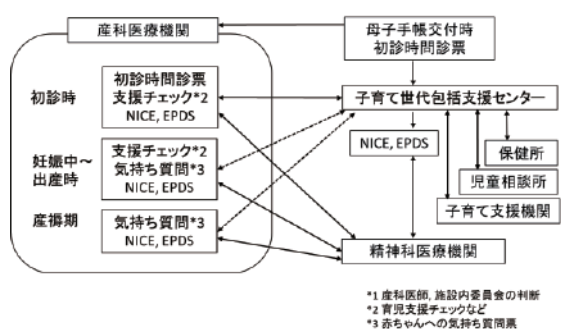


図9. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

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

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

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

図1

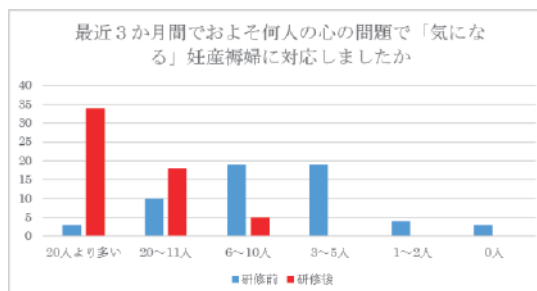


図2

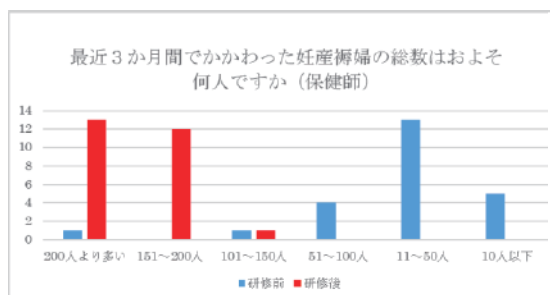


図3

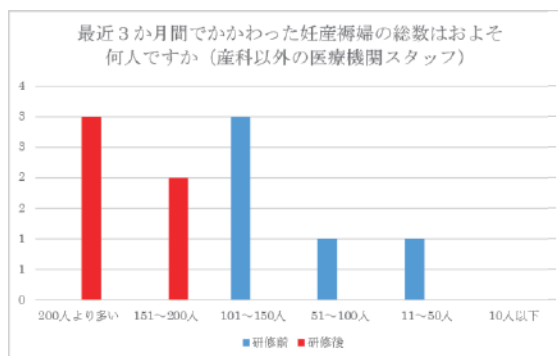
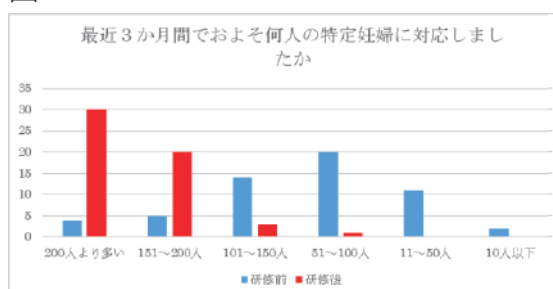


図4



10 : 医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討-

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

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

V. 公開シンポジウム

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

アンケート配布 591 件 (一般参加者 569、関係者 14、報道・取材関係 8) アンケート回収 470 件、有効回答数 468

性別と年代

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

居住地

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

職場・職種

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

【児童虐待予防のための妊娠期からの支援について】

●支援を必要とする妊産褥婦の把握に、医療機関の役割は重要と思うか？

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

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にアセスメント基準は有用と思うか？

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

●支援を必要とする妊産褥婦の把握にスコアリングは有用と思うか？

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

●支援を必要とする妊産褥婦の把握で何が困難と思うか？(複数可)

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

●妊婦健診を受診していない妊婦を把握するにはどうすればいいと思うか？ (自由記載) (145)

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

- ・(受診歴があれば)医療機関が把握・指導する(8)
- ・その他

【平成 28 年 10 月児童福祉法改正について】

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

●児童福祉法のこの改正を知っていたか？

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

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

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

【社会的ハイリスクについて】

●社会的ハイリスクは身体的(医学的)リスクを上昇させると思うか？

思う(428) 思わない(3) わからない(27) 記載なし(10)

●分娩取扱施設では、産後いつまで社会的ハイリスク妊娠をフォローアップすべきと考えるか？

1 か月健診まで(156)

最初の乳幼児健診まで(130)

1 年ぐらい(89)

授乳を終えるまで(39)

その他(60)

個別対応(21)

地域との連携確立まで(10)

就学まで(6)

3-6 カ月(5)

小児科・精神科に繋ぐまで(2)

期限不要(8)

わからない・その他(8)

記載なし(13)

●妊娠出産にかかる費用について、国や行政のサポートは充分と思うか？

思う(127)

思わない(257)

わからない(70)

記載なし(14)

●ハイリスク妊産婦に対応するスタッフは足りていると感じるか？

足りている(8)

不足している(411)

わからない(39)

記載なし(10)

【妊産婦の自殺・メンタルケアについて】

●妊産婦が通院する精神科医療機関の確保が簡単ではない現状を知っていたか

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

●妊産婦への投薬の考え方が諸外国と日本で大きく異なることを知っていたか

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

●職業上で妊産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よいと思うか？

(自由記載 120)

アセスメント・スクリーニングの充実(49)

妊婦・家族・社会への周知教育(17)

支援・面談などを継続的に行う場の整備(24)

地域・医療・保健の連携(23)

相談窓口・施設の開設充実(10)

支援する側が問題意識を持つ(9)

精神科を受診しやすいシステム(6)

専門知識を持つ・研修を行う(6)

限界がある・困難である(4)

過去のケースの検討(3)

その他

D. 考察

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

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

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

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

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

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

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

乳幼児健診未受診者の多くは「市外に転居したため当該市町村での健診がない」「児が医療機関に入院・受

診中のため当該市町村での健診がない」であり、abuse に関連するものではなかった。また「ハイリスクと考えていなかったが要対協ケース」については胎児疾患症例やスタッフが見落としていたケースと考えられ、妊娠中からの対応について検討が必要である。

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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

のリスクになることが判明した。一方、養育困難では、母の精神的もしくは身体的疾患に加え、児の疾患等によって養育自体が困難となり施設入所となる背景が伺えた。

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

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

児童福祉法第6条では「特定妊婦」として出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されているが、現場では特定妊婦と特定妊婦未満の線引きに苦慮している。大阪では支援を要する妊婦を「ハイリスク妊婦」、「要フォロー妊婦」「特定妊婦」と傾斜をつけて妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保

健・福祉機関の連携を強化している。具体的には、ハイリスク妊婦は、保健センターにおいて、医療機関などからの情報提供、妊娠届出票やアンケートなどをもとにし、アセスメントシート（妊娠期）のリスク項目を抽出し、アセスメントの結果、フォローの必要があると判断された妊婦としている。要フォロー妊婦は、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、保健センターなどによるフォロー継続とした妊婦、または協議会調整機関に報告し、協議会実務者協議で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦である。特定妊婦は児童福祉法にその規定はあるが、具体化したものとして、保健センターにおいて、ハイリスク妊婦をアセスメントし、組織判断した結果、協議会調整機関に報告することとし、実務者会議で検討の結果、特定妊婦として台帳に登録、進行管理となった妊婦である。つまり、この場合のハイリスク妊婦は特定妊婦に至る2段階手前の状態としての運用がなされている。

当該研究班では、これまで社会的ハイリスク妊娠を将来の虐待につながる可能性のある妊産婦と捉えて研究を行ってきた。未受診妊婦や飛び込み分娩、望まない妊娠、若年妊娠、特定妊婦の根底にあるのが子育て困難感や育てにくさであり、不適切な養育や愛着形成の障害が心理的、身体的、性的、ネグレクトにつながる可能性があるという考え方である。身

体的な疾病のように明確な定義や病態があるわけではないが、頻度や対応方法、介入による改善の程度など各研究者が努力を重ねてきた。

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

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

したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることが現時点では可能である。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリス

ク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。今後は、3年間の研究報告を全体的に俯瞰し、研究代表者、分担研究者との議論のうえ、さらに検討を重ねていく予定である。

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

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

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

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

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

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

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

1. 妊婦健診における助産師等による問診

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

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

モデル問診票の対象者となった妊婦の縦断データは、妊婦の気持ちの揺らぎを反映していると考えられる。つまり、問診項目は、それぞれをチェック項目としてではなく、こうした変化から妊婦と会話を取り交わすことから状況を把握するものである。モデル問診票を利用した医療機関スタッフからは、「問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。」「妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。」（年間出生 250 名の産科クリニック）など、スタッフ間で共通の項目で問診することが、妊婦健診業

務の標準化につながる可能性を示唆する意見が認められた。一方、「助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。」（年間出生 800 名の民間総合病院）など、多忙な臨床業務の中でハイリスク妊婦の把握と支援に充てるための、財源の根拠を求める意見も認められた。

本研究班の成果を報告した公開シンポジウム（「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」平成 29 年 11 月 27 日、品川インターシティホール）への参加者アンケートでは、妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だとの意見が多くを占めていた。本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊婦健診における標準的な問診票の開発と展開が望まれる。

2. 妊娠期からの支援の評価方法

厚生労働省の調査（2015 年度）では、妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握しているのは 1,671 市町村（96.0%）であった。しかし、把握した情報の活用は必ずしも十分ではなく、現場には「支援が必要な人こそ危機感を持っておらず、連絡や訪問を拒否されてしまう」、「保健機関では、病院での対応状況が分からず、どのようなケース

を連絡すべきか悩む」などの課題がある。児童虐待の発生予防を目指し妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」の全国展開が始まっている。そのガイドライン 3) には、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標に沿って評価指標を用いた事業評価が示されているが、それぞれの地域においてどのような指標を用いて、どのようにデータを集積すればよいのか、現場には多くの戸惑いがある。

今回、妊娠期や出産後の保健機関や関係機関からの支援を評価するために、個別支援の受け容れや支援事業の利用に関する状況を、乳幼児健診事業の評価に関する研究班の成果 2) を用いて整理した。すなわち、支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けて集計するものである。具体的には、電話相談では、「1.相談した、2.相談できなかった、3.つながらなかった、4.しなかった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1.相談した」を支援の利用・受け容れありと定義する。家庭訪問では、「1.継続訪問した、2.1回で終了した、3.行ったが会えなかった、4.行かなかった」に区分し、「1.継続訪問した」を支援の利用・受け容れありとし、「2.1回で

終了した」の場合は、状況確認の結果その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け容れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する考え方である。

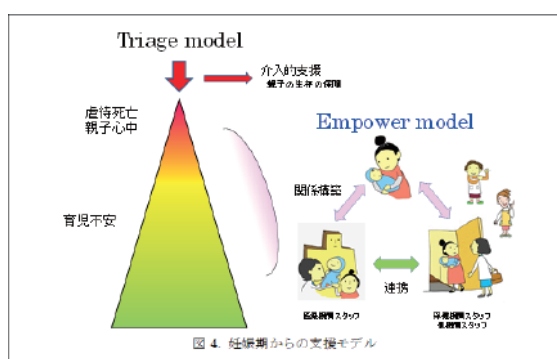
今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接（教室等を含む）を受け容れたか、または保健機関や関係機関の事業を利用したかについて、妊娠期および出産後に分けて個別ケースごとに入力を求め、いずれかの手段を利用または受け容れた場合に、「支援の受け容れあり」と集計した。

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

3. 妊娠期からの支援モデル

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

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



2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

平成21年の児童福祉法改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦については「特定妊婦」として要対協の支援対象となった。しかし、同法改正以降も従来の母子保健業務を中心とした保健師による妊婦への支援が行われる中で実際特定妊婦を全例要対協に登録している市区町村は1/4に過ぎず、出生数が多くマンパワーの少ない市区町村では特に対策は不十分である可能性が示唆された。

市区町村にとって、母子健康手帳の交付が妊婦との最初の接触であ

り、多くは、次回の接触は産後になる。母子健康手帳交付の際に妊婦に対するアセスメントを行うことで支援の必要な妊婦を抽出する試みが多く、多くの市区町村で行われているが、母子健康手帳の交付を保健センターのみに集約しているところは約半数であり、保健センターで交付しても、交付のみでアセスメントを行っていないところが14%存在した。地理的な問題から、母子健康手帳の交付は、市役所や出張所でも行われているが、市役所や出張所では、さらに交付のみに留まるところが25%であり、妊娠届け出時点でのアセスメントが不十分となっている可能性があった。都道府県地方区分別毎の検討では、要支援妊婦のアセスメント基準や要支援妊婦の要対協への登録基準が決まっている方が、特定妊婦を全例要対協の対象として管理している割合が多く、かつ特定妊婦の割合も増加した。

特定妊婦は近畿で最も多く、北海道、九州で少ない傾向にあったが、特定妊婦の多い地方に、社会的なリスクや虐待予備群が多いというわけではなく、特定妊婦の数が多いことは、妊娠期からアセスメントを行い、要支援妊婦や特定妊婦として支援する体制が整っていることを示している可能性があった。

出生率毎の検討では、出生率がある程度多いところで、要支援妊婦のアセスメント基準が定められ、要対協への登録の基準が決められている

割合が多かった。また、特定妊婦率は、出生数が多い程低くなっており、これは出生数が多くなることで母子保健担当のマンパワー不足によって対応が不十分であるため、実際は特定妊婦として支援の必要な妊産婦の抽出ができていない可能性が示唆された。

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

3か月、1歳6か月、3歳を通じて、「初産」「妊娠時、うれしくない」がリスク因子であることが確認された。また、後方視的調査ではリスク因子と思われた「うつ症状」については、有意な関連は確認されなかった。今回の研究では特に、妊娠時の気持ちについてまさにその時の情報について検討できているため、これまでの後方視的調査より妥当性の高いデータに基づいて虐待との関連を確認できたといえるだろう。それが3歳時の子育て困難感のリスクになることもわかり、妊娠届で把握できるリスク要因がその後の子育てに長期的に影響を及ぼす可能性が示唆された。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。

今後は妊婦に対してどのような介入を行ったかを明らかにし、介入効果を検証する必要があるだろう。ハイリスク妊婦にどのような保健師が、

何を家庭訪問で伝えたのか、それによってどのような他機関連携に繋がったのか、そして妊婦および子どもの健康状況はどうなったのか、についてシステムティックにデータを収集し解析していくことが望まれる。

II：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

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

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

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

いたメンタルヘルスの課題についての「心療内科や精神科通院歴」の把握は妊婦、パートナーとも最も重視していることが明らかになった。さらに支援内容としては、「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」「SOS を発信してもらえ関係をつくる」、「妊婦の体験や思いに共感する」などが挙げられていた。妊娠中から保健師は、妊婦にとっての理解者・支援者であるという役割を明確にし、支援を受け取ってもらうための関係づくりに注力している実態が明らかになった。支援が難しい事例に対しては妊娠中から援助関係をつくることは、出産後の母子への支援が円滑にできるために重要なことである。これまで妊娠中の支援は妊婦健診など医療機関が中心であったが、保健機関においても医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことがますます重要である。

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

である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4-2-2：地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出

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

Ⅲ:社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

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

今回の解析に使用した JSOG-DB は、日本産婦人科学会周産期委員会が作成した「周産期登録」個票を医療施設で現場入力することにより作成されたものである。結果的には、ハイリスク症例が多く集まる施設からのデータ集積なので、厳密な意味での national data base ではない。しかも重症例を多く扱う施設からのデータ集積のため、症例の偏りがあることは止むを得ない。しかしながら、このように膨大な症例数からなる JSOG-DB は、これまで我が国になく、周産期に関する最大のデータベースであることには間違いない。したがって、この JSOG-DB をより有効に利用するためには、そのままの形で使用するのではなく、データの精製や解析方法の工夫が必要である。13 年間にわたる約 90 万例を解析するにあたり、観察時期を3期に分け、各期において case 以外の症例を

control とした case-control study を行った。Rare disease consumption をする必要がないので、オッズ比(OR)はリスク比(RR)に代用できる。今回の研究は産科合併症の特徴を明確にし、その発症を予測する「年齢や不妊治療歴の有無を含む背景因子」を明らかにする目的で解析を行った。このため多変量解析の説明変数に入れる項目は、妊娠前の背景因子と基礎疾患に限定した。全症例から頻度が多く重要な順に11疾患を選び、背景因子と基礎疾患について、コントロール群との統計学的差を RR、95%信頼限界(confidence interval、CI)で表した。その結果、喫煙がリスク因子である産科合併症が多くみられたものの、その他の背景因子や基礎疾患が産科合併症毎に、違うことが明らかになった。前回の研究では、母子健康手帳に新たな情報を付け加えるという目的のために、この JSOG-DB を用いた。さらに、妊婦自身への啓発という目的もあったので、「a という因子があれば、b という産科合併症の発症は c 倍になる」という表現を用いて、「産科の病気と発症しやすい要因」を明らかにした。今回は、「社会的リスク」との関連で、「医学的リスク」を医療従事者に理解されやすいように、作成するという目的で、リスク因子を大きくとらえた。その結果、以下の因子を「産科合併症と関連するリスク因子リスト」の項目とした。

母体年齢：

20 歳未満、35-39 歳、40 歳以上、

喫煙

不妊治療：

排卵誘発剤、AIH、 IVF-ET

肝・腎疾患

血液疾患

心疾患

甲状腺疾患、

子宮・付属器疾患

自己免疫疾患

本態性高血圧症

糖尿病

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

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

ていないなどの「限界」があることには留意しておく必要がある。

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

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

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

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

二次解析でも、頻度が高かった主要 3 疾患における各リスク因子の頻度の検討においても、一次施設と三次施設で同等性がみられたことは、リスク因子と産科合併症の関連性が普遍であることを示しており、施設規模

にかかわらず、本チェックリストを使用できる可能性を補強するものである。

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

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

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

得られない場合には、腹式頸管縫縮術を考慮すべきと考えた。

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

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

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

今回の検討からは、社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

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

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

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

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

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

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

本邦では、児童虐待の早期発見お

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

日本産婦人科医会の施設情報調査2015（平成27年1月現在の1010施設情報施設、419,558名の産褥婦における調査）によると、うち1.81%が妊娠産褥期間に精神科受診を必要とすることが明らかとなった。また要保護児童対策地域協議会への情報提供し得た率は0.07%（1500名に1名の割合）であるとされている。

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

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

患の発生と、被虐待体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らかとなった。被虐待体験は **child abuse** よりは **maltreatment** に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。

うつ病は全世界で3億5千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている。特に産褥うつ病は、産後1年以内（主に3か月以内）に発生する中等度から重度のうつ状態と定義されている。産後の婦人の8～19%の人が産後のうつ症状を示し、産褥うつ病に移行すると考えられている。産褥うつ病は児に睡眠・食事・行動の問題を引き起こすことも明らかとなっている。長期的な罹患の結果、児に発達障害、母子愛着形成の不全を引き起こし、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる。このことから世代を超えて引き継がれるものと認識される。以上の文献を考察した結果、産褥うつ病等の精神疾患などでは、産後3か月から1年までのフォローアップ健診が実施されることが望ましいと推察される。一方で、Woolhouse H et al は、産後早期のうつと4年後のうつ傾向について比較した結果、産後早期にうつになる率よりも4年後にうつになる率の方が高いことを明らかにした。特にこの傾向は第1児出産産褥婦で高い傾向にあり、産後早期

で13%が、4年後には23%の婦人がうつ傾向を示すことを報告している。この研究成果より、特に第1児出産褥婦では、産後18か月間までの重点的なフォローアップの必要性が示唆された。初産婦と経産婦では、産後フォローアップ期間を変更することも考慮すべきと判断された。

また産後の長期フォロー時に必要となるスケールとしては、エジンバラ産褥うつ病質問票が多くの研究で使用されており、簡便で実用性は高い。また、科学的な物質である唾液中アミラーゼや、血中コルチゾールなどもスクリーニングに用いられ、今後の検討が必要である。

フォローアップを担当する人員としては、産科医、小児科医、助産師、保健師等の職種が想定されるが、人数を考慮すると助産師・保健師・看護師等による問診がより現実的な対応になるものと推定される。一方で専門的な対応は精神科医に委ねられるべきである。

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

IV:周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導のあり方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査（NICE の質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中から産褥期に行うことが望まれた。しかし、スクリーニング検査が全例に行われるようになれば、その診断と重症度に応じた治療を検討しなければならない妊産婦が増加することは明らかである。したがって、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

図 9 のフローチャートは、これまで、産科医療機関が中心に行われていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる体制を示している。しかし、これらが実現するためには適切な臨床心理専門職の配備、保健指導の強化とより慎重な周産期管理、産科医療施設と産科医療従事者の確保など課題は多い。

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

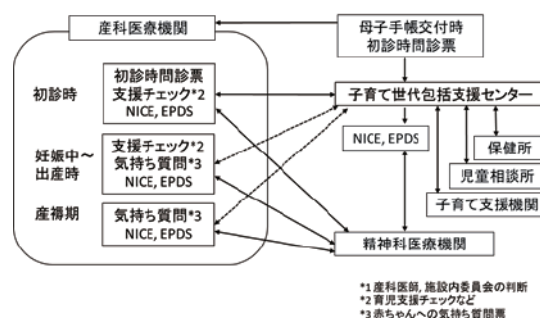


図9. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

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

平成 27 年度

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

平成 28 年度

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

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

平成 29 年度

研修前後の調査結果の比較から、こころの問題で「気になる」妊産褥婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから、研修会により、メンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆された。また、産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産褥婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまでかわりの乏しかった周産期のメンタルケアを行うようになった参加者が多かったことが示唆された。さらに、特定妊婦の対応件数の増加から、本研修が参加者の特定妊婦への対応についてのスキル向上に効果があったことが示唆された。

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

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

10：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討-

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

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

日本産婦人科医会が平成 27 年に実施した 1010 施設、419,558 名の産褥婦における調査によると、うち 1.81%が妊娠産褥期間に精神科受診を必要とすることが明らかとなった。また要保護児童対策地域協議会への情報提供し得た率は 0.07%（1500 名に 1 名の割合）であるとされている。

産褥うつ病に代表される精神神経疾患は、妊娠中の様々なイベントである、望まない妊娠、家庭内不和、被

虐待体験などに関連するとされている。一方で、早産や緊急帝王切開分娩、常位胎盤早期剥離、胎児・新生児発育等の異常などの疾患によっても誘発されることがある。

平成28年度の報告で明らかにしたが、単一施設の検討では、産後1年後の合併症妊娠のフォローアップ率は、精神神経疾患で極端に低く、ほぼ0%であった。同様に産婦人科が主体となるはずの婦人科疾患合併妊娠におけるフォローアップ率も同様に20%前後で少なく、このような疾患のフォローアップが望まれる。本研究では、これまでの先行研究をまとめ、産褥うつ病に代表される精神神経疾患の発生と、被虐待体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らかとなった。被虐待体験は **child abuse** よりは **maltreatment** に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。

うつ病は全世界で3億5千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている。特に産褥うつ病は、産後1年以内（主に3か月以内）に発生する中等度から重度のうつ状態と定義されている。産後の婦人の8~19%人が産後のうつ症状を示し、産褥うつ病に移行すると考えられている。産褥うつ病は児に睡眠・食事・行動の問題を引き起こすことも明らかとなっている。長期

的な罹患の結果、児に発達異常、母子愛着形成の不全を引き起こし、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる。このことから世代を超えて引き継がれるものと認識される。以上の文献を考察した結果、産褥うつ病等の精神疾患などでは、産後3か月から1年までのフォローアップ健診が実施されることが望ましいと推察される。一方で、Woolhouse H et al は、産後早期のうつと4年後のうつ傾向について比較した結果、産後早期にうつになる率よりも4年後にうつになる率の方が高いことを明らかにした。特にこの傾向は第1児出産褥婦で高い傾向にあり、産後早期で13%が、4年後には23%の婦人がうつ傾向を示すことを報告している。この研究成果より、特に第1児出産褥婦では、産後18か月間までの重点的なフォローアップの必要性が示唆された。初産婦と経産婦では、産後フォローアップ期間を変更することも考慮すべきと判断された。

また産後の長期フォロー時に必要となるスケールとしては、エジンバラ産褥うつ病質問票が多くの研究で使用されており、簡便で実用性は高い。また、科学的な物質である唾液中アミラーゼや、血中コルチゾールなどもスクリーニングに用いられ、今後の検討が必要である。

フォローアップを担当する人員としては、産科医、小児科医、助産師、保健師等の職種が想定されるが、人数を考慮すると助産師・保健師・看護

師等による問診がより現実的な対応になるものと推定される。一方で専門的な対応は精神科医に委ねられるべきである。

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

V. 公開シンポジウム

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

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

対象者を客観的に（もしくは支援者の共通認識として）判断する方法としてアセスメント基準が求められ

ている。一方スコア化して振り分けることの有用性には懐疑的な支援者も一定数いる。アセスメント基準を策定するには裏付けとなるデータが必要であり、データをもとに改定していかなければならない。根拠となるデータからスコア化の有用性が示されれば、対象者の把握も簡便かつ幅広く行うことができるかもしれない。

マンパワー不足に対して「支援を正式に業務と位置づけること」「支援に対する報酬を設定し予算化すること」「専門知識を持つ者を増やすために研修を実施すること(精神科関連において特に要望が多い)」などの意見があった。

対象者を把握するために医療機関の役割は重要視されている。妊婦健診実施施設では助産師や看護師が中心となって心理社会面やメンタル面の状況を把握するための問診や相談が有用と考えられ、実際に行っている施設も多い。一方マンパワーやスキルの問題で全妊婦に手が回らないという意見もあった。メンタル面においては EPDS や育児支援チェックリストといった既存のチェックリストが幅広く利用されていた。分娩取扱施設での対象者フォローアップについては「1 ヶ月検診まで」「最初の乳幼児健診まで」の意見が多く、地域の母子保健担当との連携を念頭においた意見と思われる。より長期間の関わりを求める意見もあり、多業種で

関わることは重要であるけれども、分娩後に産科施設が長期に関わるのは現実的に難しいという意見もあった。

医療機関が対象者を把握したとしても、その情報が他機関と情報共有されなければならない。個人情報保護の観点や関心の薄さから対象者の情報を保健機関に提供しない医療機関もあれば、情報提供したあとの保健機関の対応に不満を持つ医療機関もあり、他機関同士の連携に苦慮している支援者は多い。個人情報提供については児童福祉法改正の周知を求める声もあり、広報活動が必要と思われる。この度のアンケートでも保健センターに比し医療機関でこの改正が知られていないことが示された（保健センター81.2%(108/133)、医療機関 56.0%(94/168)）。

妊産婦の精神科受診・投薬についての現状や妊産婦死亡における自殺の扱いについては、日常的に妊産褥婦と関わっている支援者においてもあまり周知されていないことがわかった。精神科医療機関の確保困難については医療機関・保健センターとも現状を知る者の割合に差がみられないが、投薬の考え方や自殺統計については医療機関に比し保健センターで知られていないことが示された。妊産褥婦のメンタルヘルスは近年注目されており、各種ガイドラインでメンタル不調者の把握が推奨され、産後健診事業(EPDS の積極的活用)が開始され、支援者が関わるメンタ

ル不調の対象者は今まで以上に増加すると思われる。

精神科という専門性に支援者が困難を感じているのであろうか、専門知識を持つための研修・アセスメント方法の充実・相談窓口の開設・精神科を受診しやすいシステムなどを求める意見があった。

社会的ハイリスク・妊産婦のメンタルケアを通しての意見として以下のようなものがあった。

医療・保健機関の連携は重要であるが、それだけでは把握し切れないケースも多い。多面的に把握し関わるために、周辺住民や民生委員・学校・保育所・民間団体など地域全体で見守ることが期待される。そのためには ①本人家族および社会に対する（妊娠前からの）教育・指導 ②ネット・マスコミ・実店舗などでの広報 ③相談窓口や継続的地域支援システムの整備 など が求められる。

E. 結論

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

1-1：A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

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

1-2：社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における育児状況調査

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

1-3：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出項目の選定

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

1-4：支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦に関する研究

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

2-1：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

1. 各項目は、大部分が要保護・要支援の関連因子であることが分かったが、一部不要と考えられる項目があった。

2. 要保護児童対策地域協議会への通知基準は、おおよそ適切であるが、「16歳未満の妊娠」については、仮に該当しても、家族の支援が得られる場合には、必ずしも公的に見守る必要がない。

以上のことが明らかになった。

2-2：機関連携による妊娠期からの支援に関する検討

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

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

妊娠期からの支援には、親子の生存を保障する Triage model を補完するものとして、妊産婦と支援者との

関係構築をめざす Empower model の体制構築が必要であり、モデル問診項目の一般化により、妊婦健診における助産師等看護職の役割が明確となる可能性があると考えられた。

2-3：市区町村母子保健事業における妊娠期からの支援にかかる調査

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

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

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

Ⅱ：妊娠中からの母児支援に関する保健指導のあり方

3：支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価

「支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価」について、主に保健機関での事例検討や、支援内容を中心に研究を行ってきた。保健機関においては、妊娠届出、母子健康手帳交付時の面接という全数の妊婦に出会う機会があり、その中から支援が必要な妊婦を把握するために重視している内容や妊娠期から妊婦に継続支援ができるような関係構築のための「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」などを行っているという実態が明らかになった。しかし妊娠期における保健機関と医療機関の連携はまだ十分とはいえず今後の課題であることも示された。

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

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

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

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

4-2-2：地域における産後 2 週間健診によるハイリスク産婦の抽出

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

Ⅲ:社会的ハイリスク妊娠に関与する医学的ハイリスク妊娠を検討

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

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

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

これらの結果を中心に、今回検討されなかったリスク因子を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト」(表 15)でも、一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

表15. 産科合併症と関連するリスク因子

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

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

5-2：医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

社会的ハイリスクに多い子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、早産に対応可能な周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。通常の方法では流早産となって生児が得ら

れない場合には、腹式頸管縫縮術は考慮すべき方法と考えた。

6：社会的リスクにおける母体および児の周産期における医学的リスク評価

社会的なリスクを有するものは高血圧の合併が多いものの、主な産科における合併症を増加させないことが判明した。

7：医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

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

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

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

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

IV：周産期メンタルヘルスに効果的な保健指導の在り方

8：メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開

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

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、2 次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

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

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

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

本研究では、母子保健領域において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたサポートの推進役となる母子保健メンタルケア・サポーターを養成するため、研修プログラムを作成し、その効果検証を行った。自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいと考えている母子保健関係者は多く、そのようなニーズに対して、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。研修前後の調査の比較では、メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加し、研修会の有効性が示唆された。周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を各地で行っていくことは有効であると考えられる。

10：医学的・社会的ハイリスク妊娠の産後管理に関する系統的レビュー

- 主に産褥うつ病の予後改善に向けて適切なフォローアップ期間の検討-

文献的なレビューより、産褥うつ病に代表される妊婦の精神神経疾患の早期把握と継続支援のためにも産後1か月健診だけでなく産後1年程度のフォローアップが産科医療関係者の中で実施されるべきである。さらに、胎児新生児異常や多くの産科

合併症の妊婦においても適切にフォローアップされることが望まれる。

V. 公開シンポジウム

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

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

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

総括

3年間にわたり「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」を担当させていただいた。以下に総括的成果を述べさせて

いただく。

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

②医学的ハイリスク妊娠と社会的ハイリスク妊娠の関連性の検証は今後も課題であると考えられる。

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

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

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

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

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

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

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

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

考えることができる。

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 福井聖子、三瓶舞紀子、金川武司、川口晴菜、和田聡子、光田信明、「大阪府小児救急電話相談（#8000）に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討」、母性衛生 58(1): 185-191, 2017.
- 2) 中井章人、光田信明、木下勝之「メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究」日本周産期・新生児医学会雑誌、53(1): 43-49, 2017.

2. 学会発表

- 1) 第 69 回日本産科婦人科学会：周産期の立場から 広島 2017 年 4 月 13-16 日
- 2) 第 53 回周産期新生児学会：育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するためのスクリーニング項目の検討 横浜 2017 年 7 月 16-18 日
- 3) 第 53 回周産期新生児学会：妊婦健康診査における要支援妊産婦の抽出と支援について 横浜 2017 年 7 月

16-18 日

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

5) 第 58 回日本母性衛生学会総会・学術集会：大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告(第 1 報)

神戸 2017 年 10 月 6-7 日

- 6) 第 14 回周産期メンタル・ヘルス学会：大阪府妊産婦こころの相談センター活動報告 大分 2017 年 10 月 28-29 日

7) 第 14 回周産期メンタル・ヘルス学会：大阪府における妊産婦の支援事業 大分 2017 年 10 月 28-29 日

- 8) 日本子ども虐待防止学会 第 23 回学術集会 ちば大会：妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子 千葉 2017 年 12 月 2-3 日

9) 日本子ども虐待防止学会 第 23 回学術集会 ちば大会：妊娠中から支援を行うべき妊婦の抽出 千葉 2017 年 12 月 2-3 日

- 10) 日本子ども虐待防止学会 第 23 回学術集会 ちば大会：若年妊婦の次の妊娠を防ぐために — 児童虐待予防の観点から — 千葉 2017 年 12 月 2-3 日

11) 第 8 回日本こども虐待医学会学術集会：性虐待の被害経験がある妊婦への支援 福岡 2016 年 7 月 22 日

- 12) 第 57 回日本母性衛生学会：要支援妊婦を支える 東京 2016 年 10 月 14-15 日

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

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

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

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

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

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

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

20) 日本子ども虐待防止学会第 22 回学術集会おおさか大会：和泉市要保護児童対策地域協議会における特定妊

婦への支援について・第 2 報

大阪 2016 年 11 月 25-26 日

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

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

24) 母と子のメンタルヘルスフォーラム：シンポジウム(3)社会的ハイリスク妊娠におけるこころの問題 東京
2015 年 7 月 5 日

25) 第 21 回日本女性心身医学会研修会：特定妊婦って何？ 東京
2015 年 7 月 25 日

26) 第 32 回三重県生涯教育特別研修セミナー：次世代の母子保健政策－社会的ハイリスク妊娠支援－ 三重
2015 年 7 月 30 日

27) 長崎県産婦人科医会・児童虐待対策研修会：社会的ハイリスク妊娠から見えてきた次世代の母子保健支援
長崎 2015 年 9 月 27 日

28) 母子愛育会地域母子保健 3「乳幼児保健(低出生体重児、発達障害児、児童虐待の支援)」：妊娠期からの虐待予防
大阪 2015 年 10 月 21 日

29) 平成 27 年度家族計画・母体保護法指導者講習会シンポジウム：若年妊娠について：(3)若年妊娠と児童虐待
東京 2015 年 11 月 28 日

30) 平成 27 年度 守口市児童虐待防止地域協議会関係機関職員研修会：「特定妊婦の連携と支援」～気になる

妊婦を地域の連携で支える～

大阪 2015 年 12 月 1 日

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

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

大阪府立母子保健総合医療センターの取り組み医師の立場から

東京 2016 年 1 月 28 日

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

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

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

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

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

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

- ・従来経験則から推定されていた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性が高まった。
- ・後方視的データは多いが、事例数が多くない。
- ・個人情報保護の観点から事例データ収集に困難がある。

J. 今後の展開

妊娠期から子育てへ切れ目のない母子保健システムの開発を行う。

平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金

(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

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

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター

統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

A 市要保護児童対策地域協議会における特定妊婦の支援について

研究責任者 光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター 産科 主任部長

研究協力者 鍛冶 みか 和泉市生きがい健康部健康づくり推進室健康増進担当 統括主査

伊勢 新吾 和泉市教育委員会こども部 こども未来室 保健師

和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター看護部 看護師長

研究要旨

【目的】

特定妊婦の出産後の養育状況を検討することを目的とした。

【方法】

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

【結果】

4 年間（平成 24～27 年度）で特定妊婦は 163/5893(2.8%)であり、要保護・支援児童の母親は 63/163(38.7%)であった。出生児の平成 28 年 3 月末時点における転帰を示す。
要保護児童 :21/72(29.2%)、要支援児童 :13/72(18.1%)、終結 :21/72(29.2%)、
転出:17/72(23.6%)であった。

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

【結論】

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

A. 研究目的

特定妊婦の、出産後の養育状況を検討することを目的とした。

B. 研究方法

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

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

特定妊婦への支援は妊娠中から出産後まで関係機関が必要な支援を行った。

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

C. 研究結果

表 1 に各年度の特定妊婦数を示す。4 年間（平成 24～27 年度）では 163/5893(2.8%)であり、要保護・支援児童の母親は 63/163(38.7%)であった。

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

転出:17/72(23.6%)であった。

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

D. 考察

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

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

ある。

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 問題点と利点

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

J. 今後の展開

大阪府の市町村で同様の調査を平成29年度に追加する。

参考文献

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

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

表 1：年度別の特定妊婦数

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

表 2：出生児の転帰

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

表 3：特定妊婦・その他の妊婦の転帰

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）」

総合研究報告書

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

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 母子保健調査室 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か月児健診時の情報収集を実施している。

【結語】平成29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婦。平成 28 年 1 月以降各施設内の倫理委員会承認後より平成 29 年 12 月末日に症例エントリーを行い、全症例が分娩・1 歳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。

（倫理面への配慮）

大阪母子医療センターの倫理審査委員会で承認を受けた。

（承認番号 866-2）

C. 研究結果（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。

平成 30 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 か月児健診時の情報は表 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 か月児健診時点では、従来の方法による社会的ハイリスク者に、出生届未提出・要保護児童対策協議会対象者が多く存在した。乳幼児健診未受診に関しては現段階では要保護児童対策協議会対象者との関連は不明であるが、乳児後期・1歳6か月健診の受診状況と併せて検討していきたい。

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。

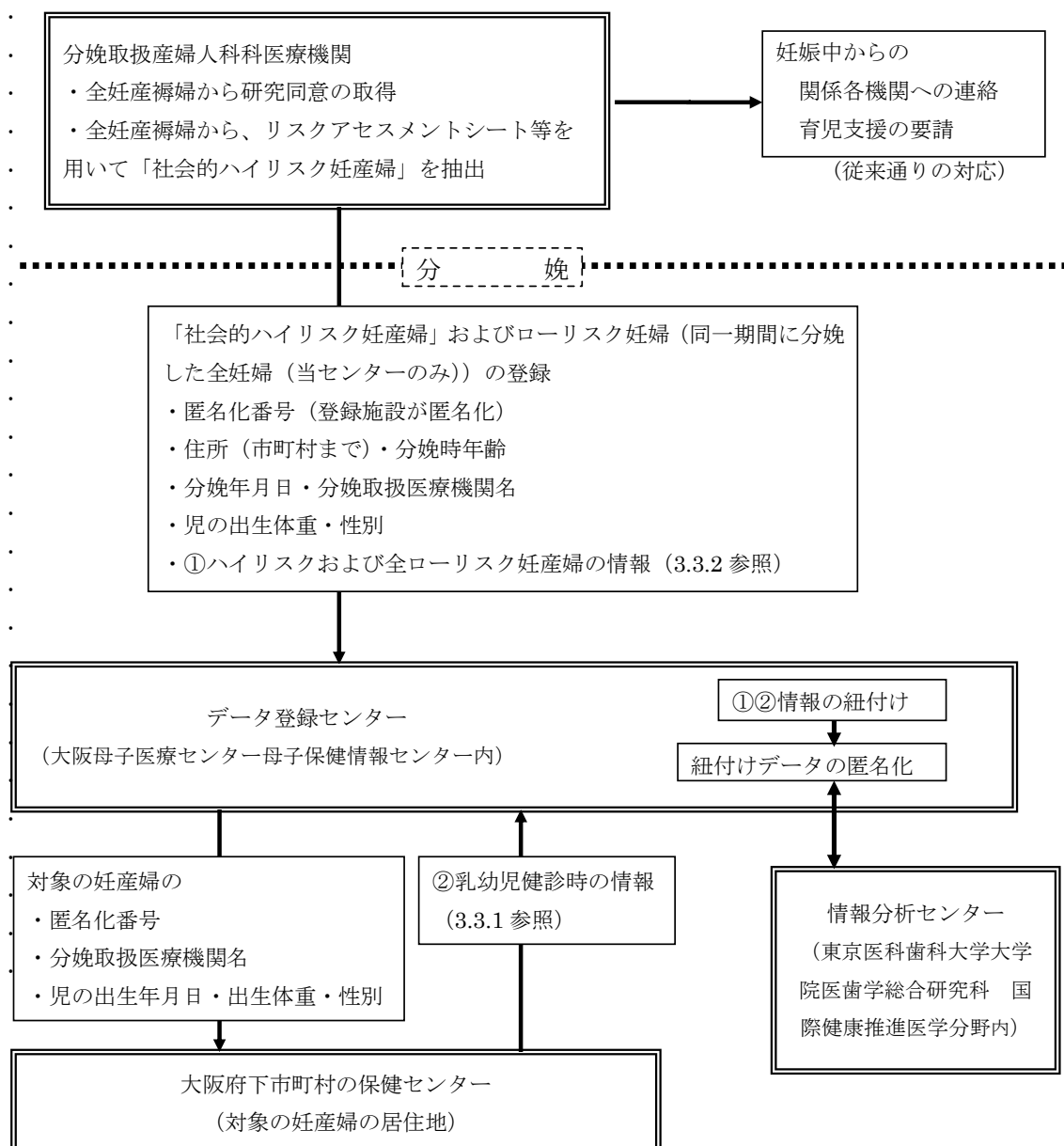
J. 今後の展開

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)



(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	<input type="checkbox"/> 支援終了 (歳 か月時) 終了の判断理由 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
該当する状況に? して下さい	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	支援継続の場合 <input type="checkbox"/> 受け入れ良好 <input type="checkbox"/> 支援困難 <input type="checkbox"/> 支援拒否 <input type="checkbox"/> 多機関で関わり <input type="checkbox"/> その他 (下にご記載下さい) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
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

厚生労働省科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

(総合) 研究報告書

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な
保健指導のあり方に関する研究 (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
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。すでに妊娠中に、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年間に大阪府内の子ども家庭センターに一時保護となった0歳～5歳児（虐待保護およびその他の養護含む）のうち、児童養護施設や乳児院に入所となった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：大阪府和泉市にて3歳6か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

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、平成21年より大阪府内の全産科医療機関を対象として妊娠22週以降分娩となった未受診妊婦の個票調査を行っている²⁾。平成28年度の調査によると、大阪府内の全分娩数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、被虐待歴、DV、前児への虐待、違法薬物の使用、タバコ、アルコールの妊娠中利用等、子供虐待に繋がる可能性のある因子はいくつも挙げられるが、どの因子がどの程度寄与し

ているのか正確に示している研究はない。すでに妊娠中に、医療機関、行政機関社会的なリスクについての情報が把握されているが、それらの情報になかで、「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0～5歳児（虐待保護およびその他の養護含む）のうち、児童養護施設や乳児院に入所になった症例で、母子健康手帳の複写があるもの。

◆対照群：大阪府和泉市にて3歳6か月児健診の際に、同研究について対照群となることに同意された症例。和泉市の要保護児童対策協議会に要保護、要支援児童として登録されている症例については除外した。

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

の産後の情報収集を行った。情報入力
は、協力の得られた大阪府内の子供家
庭センター2 か所それぞれに勤務する
保健師に、調査用紙への入力を委託し、
個人情報の保護に努めた。対照群につ
いては、大阪府和泉市の3歳6か月児
健診の案内の中に、郵送で本研究への
協力の依頼および調査用紙(別添 2)を
同封し、同意を得たもののみについて
3歳半健診の際に、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。

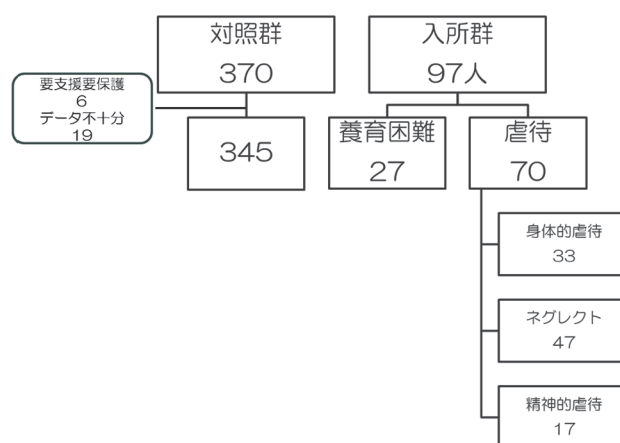
両群の比較には、名義変数は χ^2 検定
を用い、連続変数はWilcoxon検定を
用いた。施設入所に関連する周産期情
報および母体背景の因子の検討には、
多重ロジスティック回帰分析を用い
た。また、施設入所群は、入所時の児
の年齢、対照群は調査時の児の年齢で
補正した。統計処理に関しては、本研
究の分担研究者である、東京医科歯科
大学大学院医歯学総合研究科、国際
健康推進医学分野（公衆衛生学担当）
教授藤原武男先生の協力の下Stata/MP
14.0を使用して検討した。 $P<0.05$ を
有意水準とした。

C. 研究結果

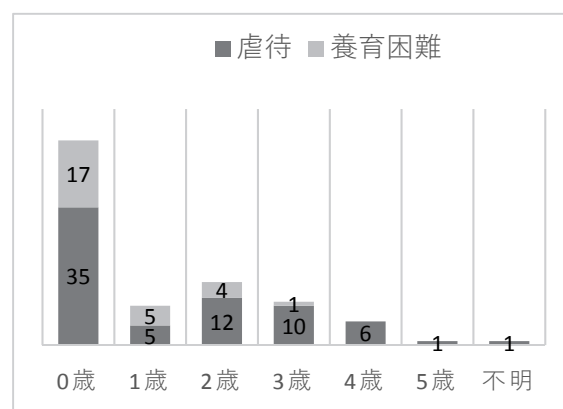
入所群は97件であり、虐待によるも
のが70件、養育困難が27件であっ

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
	$\geq 20, < 25$	12.9	3.4-48.4	<0.001
年齢差(父-母)	≥ 25	reference		
	<10	reference		
	≥ 10	9.7	1.8-53.3	0.009
未入籍	データ欠損	1.5	0.1-15.3	0.7
		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 ≥ 20 wks	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-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-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

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れる。

参考文献

- 1) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第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 28 年度厚生労働省科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と
効果的な保健指導のあり方に関する研究(H27-健やか-一般-001)」

研究代表者:

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

妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

平成 25～27 年に大阪母子医療センターで周産期管理・分娩を行い、育児状

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

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

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

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

C. 研究結果

1. 対象 (図 1)

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

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

2. 6 つの妊婦背景・31 要因

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

3. 要保護児童対策地域協議会への通知基準

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

以上のことが明らかになった。

F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

G. 研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

I. 問題点と利点

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

J. 今後の展開

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

者により、「アセスメントシート(妊娠期)」
が要保護・要支援の母親をスクリーニン
グ可能性について前方視的研究を計
画・実行中である。

参考文献

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

表1 アセスメントシート(妊娠期)

アセスメントシート(妊娠期)									
妊婦氏名 ()		記入日 ()		記入者 ()					
* 各要因について、『妊婦』のそれぞれ該当する欄にレ点でチェックする。									
要 因	妊 娠 歴						妊 婦		
	項 目						あり	不明	なし
生活 歴 (A)	①保護者自身に被虐待歴がある								
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある								
	③過去に心中未遂がある(自殺未遂)がある								
	④胎児のきょうだいに不審死がある								
	⑤胎児のきょうだいへの虐待歴がある								
妊 娠 に 関 する 要 因 (B)	①20週以降の届出								
	②妊婦健診未受診、中断がある								
	③望まない妊娠								
	④今までに妊娠・中絶を繰り返す								
	⑤飛び込み出産歴がある								
	⑥若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・⑦除く								
	⑦16歳未満の妊娠								
	⑧40歳以上の妊娠								
	⑨胎児に対して無関心・拒否的な言動								
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある								
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等								
心 身 の 健 康 等 要 因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後のうつ、依存症を含む)								
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)								
	③知的障がい(疑いを含む)								
	④訴えが多く、不安が高い								
	⑤身体障がい・慢性疾患がある								
社 会 的 要 因 (D)	①生活保護受給								
	②不安定就労・失業中								
	③上記以外の経済的困窮や社会的問題がある								
家 庭 ・ 環 境 要 因 (E)	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								
<div>支援者等の状況</div> <div> <div> <div>支援者</div> <div>□</div> </div> <div> ・死別、高齢、遠方等、原家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 </div> </div> <div> <div> <div>関係機関等</div> <div>□</div> </div> <div> ・保健師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 </div> </div>									
* 妊婦の「あり」と「不明」の該当項目により、要保護児童対策地域協議会事務局に報告する ①濃い網掛け項目 1つでも該当する妊婦 ②要因AかBの中で薄い網掛け項目 を1つ含み、かつ主体で古計2つ以上該当する妊婦 ③要因C、D、E、Fの中で薄い網掛け に2つ以上該当し、かつ「支援者の状況」に1つでも該当する妊婦 ④上記にかかわらずアセスメントに必要な情報が十分に把握できなかった妊婦									

表 2 要保護児童対策地域協議会事務局 通知基準

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

表 3 母親の背景

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

Ap: Apgar スコア

表 4 評価要因 31 項目について要支援群および対照群の比較

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

表 5 通知基準について要支援群および対照群の比較

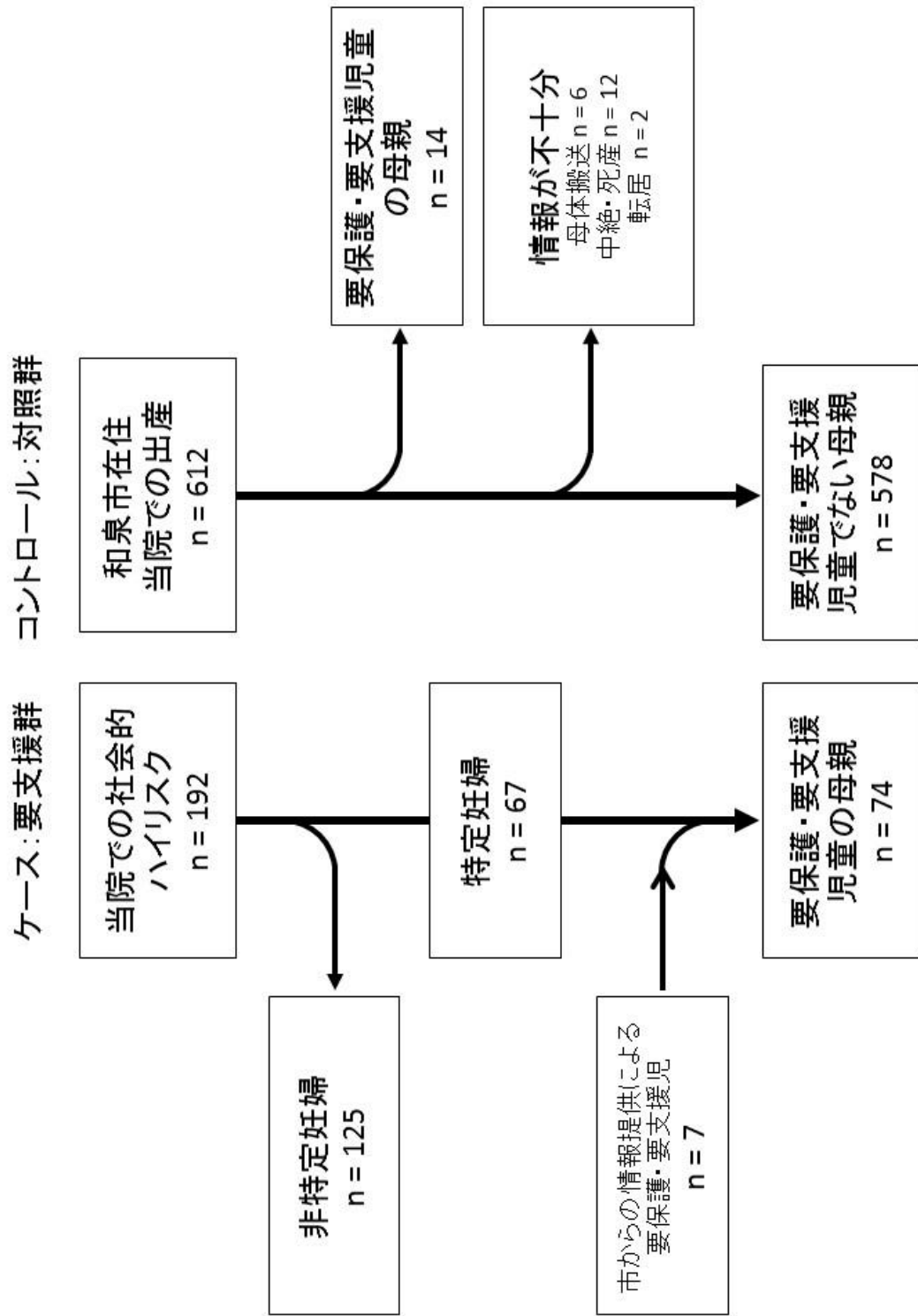
	要支援群 (n=74)		対照群 (n=578)		P値
	該当人数 (人)	比率	該当人数 (人)	比率	
16 歳未満単独	3	4.1%	1	0.2%	0.005
住所不定・居住地がない	2	2.7%	0	0.0%	0.0127
A or B 1 点以上 (虐待・DV 歴・未受診)	6	87.8%	41	7.1%	<0.001
C or D or E 2 点以上 (精神疾患および経済的困窮)	38	51.4%	11	1.9%	<0.001

表 6 通知基準について要支援群および対照群の単変量・多変量解析

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

cOR: crude Odds ratio、aOR: adjusted Odds ratio

図 1 要支援群と対照群 フローチャート



平成 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)」 総合研究報告書

研究代表者：

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

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	看護師長	新實 房子
	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	課長補佐兼係長	廣田 直子
	田原市健康課	主任	木村有紀枝
	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
	愛知県立大学看護学部	講師	緒方 京
	横浜創英大学こども教育学部幼児教育学科	准教授	佐々木溪円

【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こと。

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

3～4か月児健診での子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）を用いた。

【結果】平成28年7月から平成29年12月までに、研究協力4医療機関において妊娠届出書を記入し、研究同意書に書面で同意が得られた677名のうち、研究協力4自治体の生後3～4か月児健診を受診した225名を対象に分析した。モデル問診を活用することで、妊娠届出書のリスク評価スコアが低い場合にも15%程度が、医療機関での相談継続の対象となった。また妊婦の気持ちの変化に気づく助産師等のスタッフが増加し、スタッフ間の共通認識につながるとの感想が得られた。

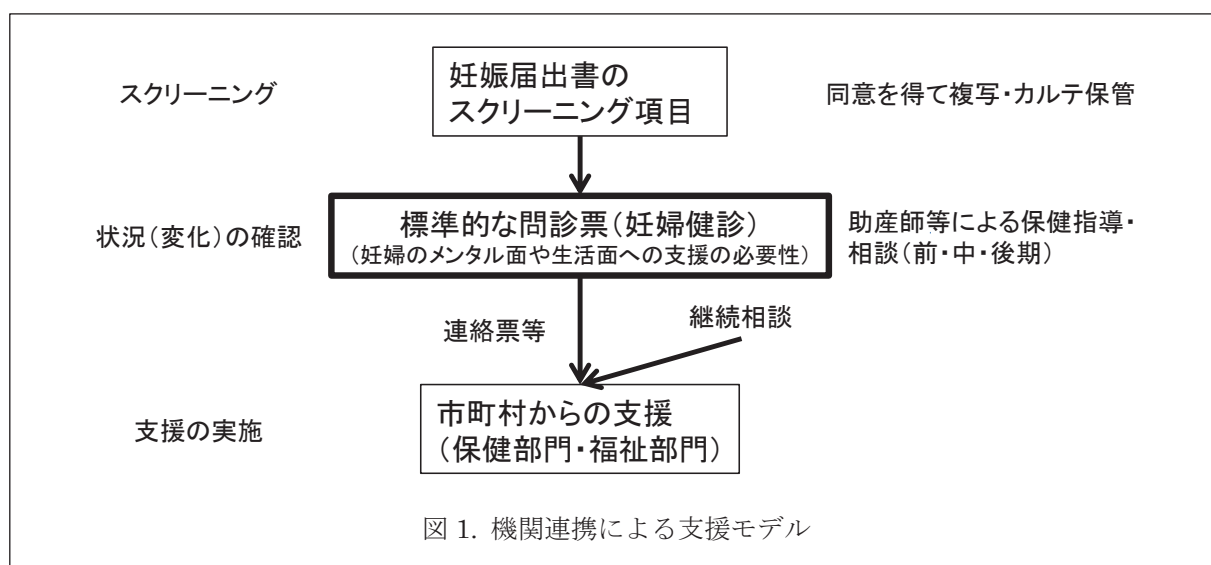
【結論】妊婦健診において助産師等が問診することにより、妊婦の状況の変化を把握し適切なタイミングでの支援につながる可能性が示唆された。妊娠届出書のリスク評価スコア、1か月健診時のEPDS等のリスクスケール、および3～4か月健診時の子育て支援の必要性の判定を用い、さらに、妊娠中と出生後の支援状況を把握する項目を用いることで、妊娠期からの支援を評価する手法を示すことができた。

妊娠期からの支援には、親子の生存を保障するTriage modelを補完するために、妊産婦と支援者との関係構築をめざすEmpower modelの体制構築が必要である。

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。

今回、機関連携によるハイリスク妊婦への支援モデルとして、妊娠届出書でスクリーニングされたリスク要因を医療機関でも共有し、妊婦健診で助産師等が行う保健指導や相談場面を活用して、リスク要因の変化を把握し、適切なタイミングで保健機関に連絡



するモデル（図 1）を構築し、医療機関・保健機関の研究協力者とともに3年間をかけて検討した。

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こと。

B. 研究方法

初年次に妊婦健診で助産師等が用いるモデル問診票とその活用マニュアルを開発した（図 2）。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。



図 2. 開発した保健指導マニュアル

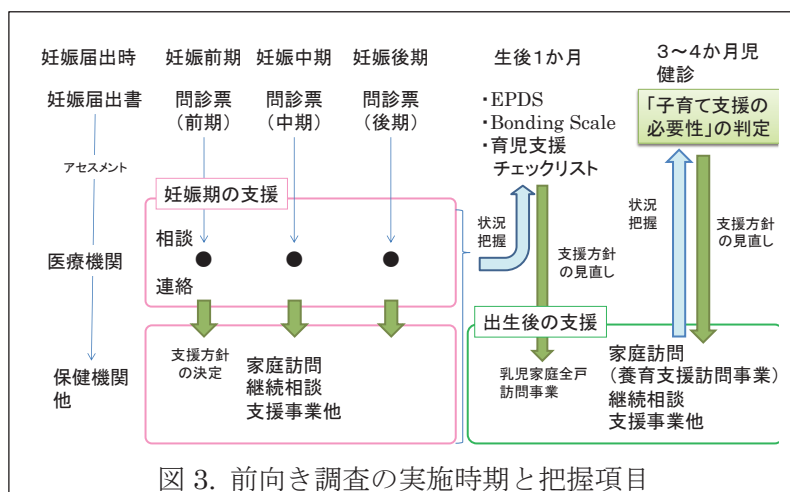


図 3. 前向き調査の実施時期と把握項目

分析項目としては、妊娠届出時には妊娠届出書のリスク評価スコア<1:ローリスク群（0～1点）、2:ハイリスク群（2～5点）、3:スーパーハイリスク群（6点以上）>、妊婦健診時（前期・中期・後期）の問診の回答結果と問診担当者の判定<1:順調、2:相談継続、3:他機関連絡>、1か月健診時の母親に対する EPDS と Bonding Scale によるリスク判定（EPDS Bonding risk）<1:low risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点未満）、2:middle risk 群（EPDS9 点未満かつ Bonding Scale2 点以上）、3: high risk 群（EPDS9 点以上）>、妊娠中および出生後の支援の受け入れ状況<1:受け容れあり、2:受け容れなし、3:他機関事業利用、4:対象外>、および、3～4か月児健診時の子育て支援の必要性の判定（親・家庭の要因）：<1:支援不要、2:自ら対処可能、3:保健機関継続支援、4:他機関連携支援>である（図 3）。

（倫理面への配慮）

あいち小児保健医療総合センター

表 1. 妊婦健診における問診担当者の判定状況

妊娠届出スコア	妊婦健診での問診担当者の判定								
	前期(n=192)			中期(n=192)			後期(n=176)		
	順調	相談 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%

の倫理委員会で承認を受けた。

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)。

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。

2. 妊娠期ならびに乳児期に実施した支援の評価

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

いて示した（表 2）。

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

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

一方、ローリスク群において、前期の問診項目のうち「実母に相談できない（ $p=0.001$ ）」、中期の「夫・実母以外の相談相手がいない（ $p=0.030$ ）」、「経済状況が将来に向けて心配（ $p=0.006$ ）」、および、後期の「夫・実母以外の相談相手ない（ $p=0.042$ ）」、「身体症状数が多い（ $p=0.021$ ）」は、3～4 か月児健診時の、支援の必要性の判定と関連していた。医療機関での問診から、将来の支援対象者が把握できる可能性が示唆された。

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

妊娠中と出生後の支援の状況を妊娠届出スコア群別に示す（表 3）。

表 2. 妊娠届出スコア別の 3～4 か月児健診の状況

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

*子の要因（その他）で支援対象

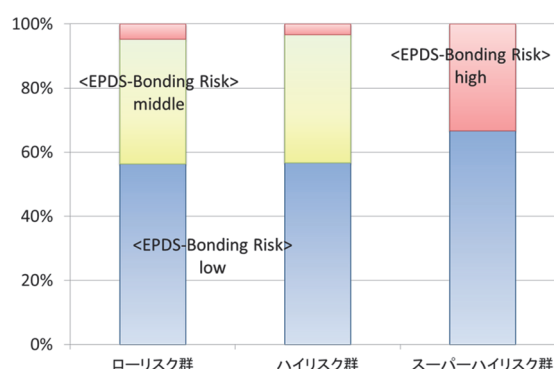


図 3. 妊娠届出スコアと EPDS-Bonding Risk

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）の関係を分析した。

ハイリスク群（ $n=37$ ）で支援対象と

表 3. 妊娠中と出生後の支援の受け容れ状況

				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	対象外	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%

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

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)			合計
	支援 不要	自ら対 処可能	保健機 関継続 支援	
妊娠中の支援				
受け容れあり	1	3	0	4
受け容れなし	1	0	0	1
対象外	28	2	2	32
	30	5	2	37

表 5. 出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)			合計
	支援 不要	自ら対 処可能	保健機 関継続 支援	
出生後の支援				
受け容れあり	4	0	2	6
受け容れなし	0	0	0	0
対象外	26	5	0	31
	30	5	2	37

まり、問診項目は、それぞれをチェック項目としてではなく、こうした変化から妊婦と会話を取り交わすことから状況を把握するものである。

モデル問診票を利用した医療機関スタッフからは、「問診票に記入してもらったことで、あまり気にかけていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。」「妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。」

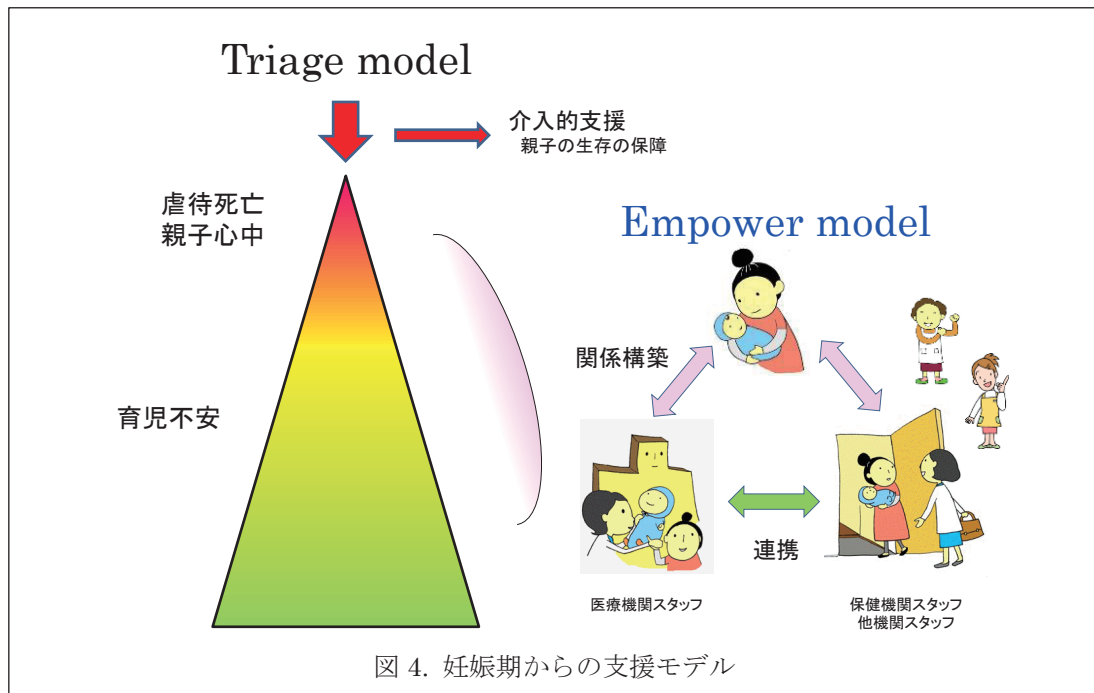
(年間出生 250 名の産科クリニック) など、スタッフ間で共通の項目で問診することが、妊婦健診業務の標準化につながる可能性を示唆する意見が認められた。一方、「助産師が、問診や相談することで、妊婦健診の委託料が増額するのであれば、喜んで続けたい。」(年間出生 800 名の民間総合病院) など、多忙な臨床業務の中でハイリスク妊婦の把握と支援に充てるための、財源の根拠を求める意見も認められた。

本研究班の成果を報告した公開シンポジウム(「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」平成 29 年 11 月 27 日、品川インターシティホール)への参加者アンケートでは、妊婦健診で心理社会面やメンタル面の状況を把握するために助産師や看護師が問診や相談を行うことは有用だとの意見が多くを占めていた。本研究で示したモデル問診票の知見を踏まえ、今後、ハイリスク妊婦を把握し、支援につなげるための妊婦健診における標準的な問診票の開発と展開が望まれる。

2. 妊娠期からの支援の評価方法

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

今回、妊娠期や出産後の保健機関や関係機関からの支援を評価するために、個別支援の受け容れや支援事業の利用に関する状況を、乳幼児健診事業の評価に関する研究班の成果²⁾を用いて整理した。すなわち、支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事



業などの支援事業に分けて集計するものである。具体的には、電話相談では、「1.相談した、2.相談できなかった、3.つながらなかった、4.しなかった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1.相談した」を支援の利用・受け容れありと定義する。家庭訪問では、「1.継続訪問した、2.1回で終了した、3.行ったが会えなかった、4.行かなかった」に区分し、「1.継続訪問した」を支援の利用・受け容れありとし、「2.1回で終了した」の場合は、状況確認の結果その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け容れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する考え方である。

今回、個別支援としての電話相談、家庭訪問、面接（教室等を含む）を受

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

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

3. 妊娠期からの支援モデル

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

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

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。

妊娠期からの支援には、親子の生存を保障する Triage model を補完するものとして、妊産婦と支援者との関係構築をめざす Empower model の体制構築が必要であり、モデル問診項目の一般化により、妊婦健診における助産師等看護職の役割が明確となる可能性があると考えられた。

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

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。

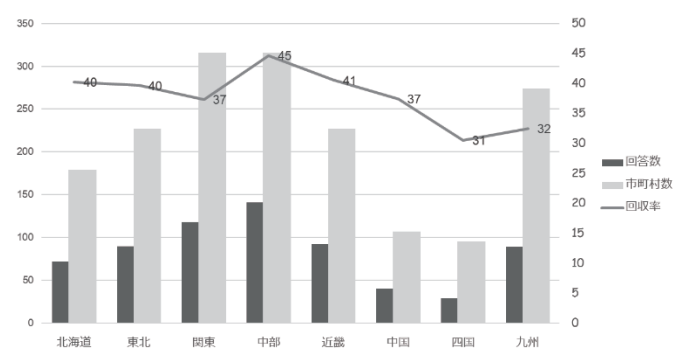
また、出生率(出生数／人口×1000)によって 4 つのグループ(出生率 4 未

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

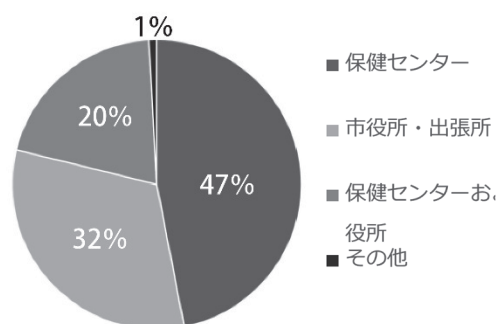
全国市区町村アンケートの回答率は、671 カ所(38.5%)であった。回答のあった市区町村で、調査期間内の出生数は、44 万 2636 人であった。アンケートの回答率は、中部が最も高く 45%であり、四国は 31%と最も低かった(図 1)。

【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)。

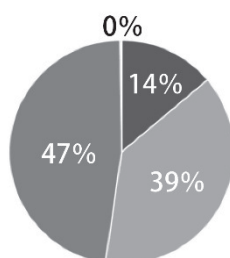
【図 2：母子健康手帳交付の窓口】



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】

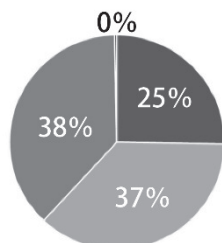
■ 交付のみ ■ アンケート施行 ■ 面談 ■ 無回答



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】

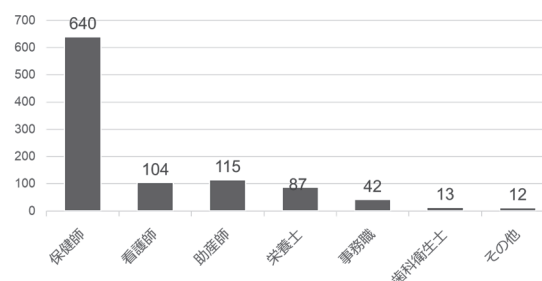
■ 交付のみ ■ アンケート ■ 面談 ■ 無回答



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

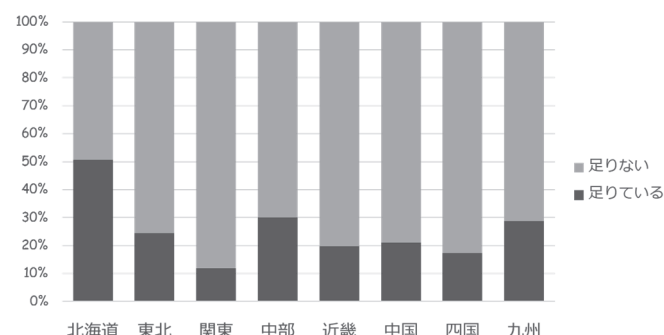
等が挙げられた(図 5)。

【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】

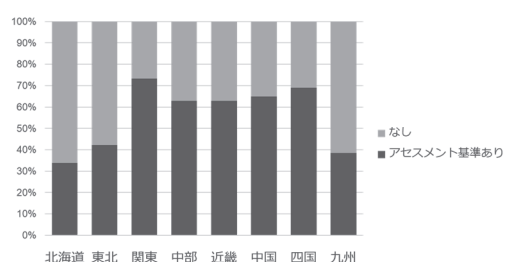


母子保健担保健師の実数(中央値、範囲)は、北海道 3(1-18)、東北 3(0-60)、関東 6(1-73)、中部 4(0-244)、近畿 5(1-237)、中国 3(1-60)、四国 5(1-44)、九州 2(1-31)であり、充足度と実数には隔たりがあった。

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】

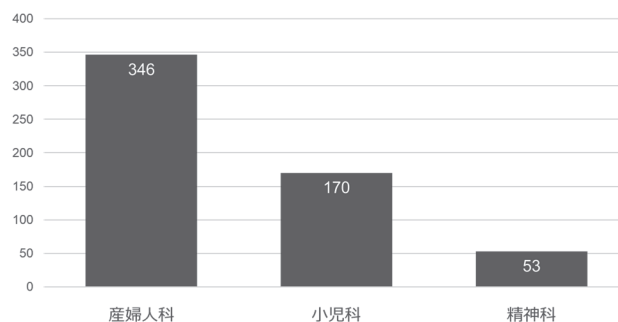


要支援妊婦の対応において困ったことがある市区町村は、487/665(73%)であり、その内容は、妊産婦の非協力が 424 カ所(87%)と最も多く、個人情報保護によるものが 245 カ所(50%)、関係者の非協力 227 カ所(47%)、関係機関の非協力 119 カ所(24%)であった。

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。

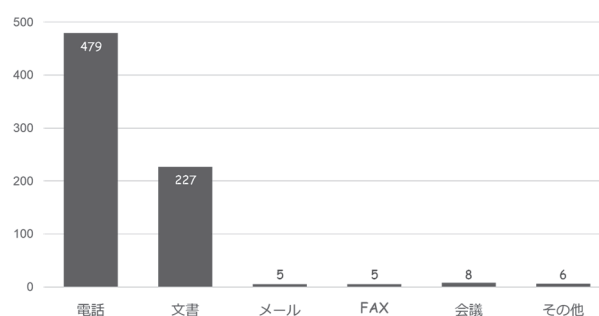
日常的に連携の取れている診療科がある市区町村は、371 カ所(56.0%)であり、産婦人科が最も多かった(図 8)。

【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)。

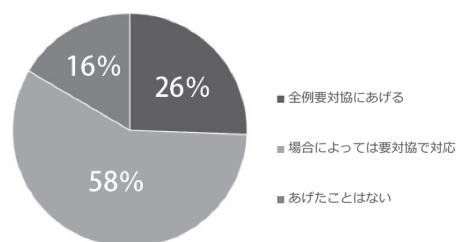
【図 9 医療機関からの初回連絡方法】



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。

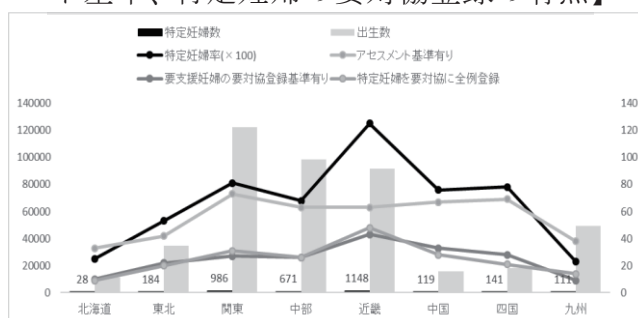
特定妊婦を全例要保護児童対策地域協議会(要対協)で取り扱っている所は 26%であり、場合によって取り扱っているが 58%と大半を占めた(図 10)。

【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、基準のあるところが多い傾向があった(図11)。

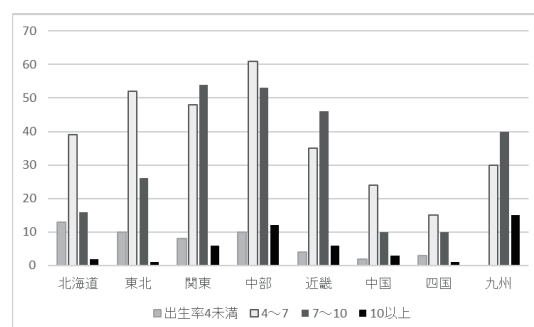
【図11 都道府県地方区分別 特定妊婦率および要支援妊婦アセスメント基準、特定妊婦の要対協登録の有無】



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

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

【図12 都道府県地方区分別出生数】

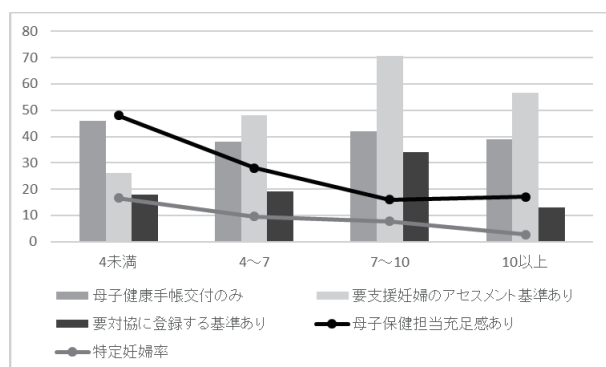


出生率が7-10‰の市区町村で、要支援妊婦のアセスメント基準や要対協に登録する基準が決められている割合が高く、出生率が低い市区町村と10‰以上の高い市区町村では決められていないところが多くなった。出生率が高いほど、母子保健担当の充足感は低下した。さらに、特定妊婦の割合は、出生率が高い程低かった(表1)(図13)。

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

【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てください。

人 口： _____ 人 (2015 年 3 月 31 日)

出生数： _____ 人 (2015 年 4 月～2016 年 3 月)

【2】 貴管轄内の周産期関連施設についてお教えてください。

☐ 分娩取扱い医療機関： _____ ケ所 そのうち助産施設： _____

ケ所

☐ 妊婦健診のみ取扱い医療機関： _____ ケ所

☐ 助産所： _____ ケ所 そのうち助産施設： _____

ケ所

【3】 妊娠届受付についてお尋ねします。

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

☐ 保健センター： _____
件

☐ 市区町村役場及び出張所： _____ 件

☐ その他 (_____)： _____
件

【3】 -②妊娠届受付時の対応方法についてお教えてください。(複数回答可)

☐ 保健センター

☐ 母子健康手帳交付のみ

☐ アンケート等でアセスメントする

☐ 面談でアセスメントする

☐ 市区町村役場及び出張所

☐ 母子健康手帳交付のみ

☐ アンケート等でアセスメントする

- ☐ 面談でアセスメントする
- ☐ その他)
- ☐ 母子健康手帳交付のみ
- ☐ アンケート等でアセスメントする
- ☐ 面談でアセスメントする

【3】-③面談を実施している場合のみお答えください。

担当職種をお教えてください。(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てください。

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？

☐ 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てください。(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てください。

☐ 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、その方法もお教えてください。

☐ない

☐ある

☐行政上の情報提供用紙使用 (特定妊婦としての通告を含む)

☐それ以外 (複数回答可)

最初の連絡手段 ☐電話 ☐文書 ☐メール ☐その他
()

妊婦さんの同意あり： _____ 件 妊婦さんの同意なし： _____

件

【6】 特定妊婦や要対協についてお尋ねします。

【6】 -①支援を要する妊婦を要対協にあげる基準はありますか？

☐ない

☐ある

☐資料提供出来ない

☐資料提供可能である (返信封筒に入れてください)

【6】 -②特定妊婦を要対協の対象としていますか？

- ☐要対協の対象としたことはない
- ☐全例要対協の対象として管理している
- ☐対象とすることがある

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

新規登録者数： _____ 人

【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)についてお教えてください。

- ☐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をお願いします。(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てください。

- ☐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てください。

- ☐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てください。

- ☐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

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）」
総合研究報告書

分担研究者 藤原 武男 東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 教授

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 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

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6か月児健診、3歳児健診のデータをリンケージし、妊娠届の情報と虐待傾向（育てにくさ含む）との関連を明らかにし、妊娠時から虐待ハイリスク群をより効率的に選定できる要因を明らかにすることである。

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

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3ヶ月時の揺さぶり、そして1歳半および3歳時の「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歳時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3か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診のデータをリンクし、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

3か月児健診とのリンクは、愛知県における11市町（名古屋市、豊橋市、東郷町、大口町、半田市、西尾市、幸田町、設楽町、豊川市、蒲郡市、田原市）の協力を得て実施した。上記市町において、平成25年10月より平成26年2月までの3・4か月児健診を受けるすべての母親に対して虐待の状況を把握する項目を含む質問紙を郵送した。郵送の方法として、3・4か月児健診の案内に同封する場合と、別途封筒を用意し、郵送する場合と市町によって異なった。質問紙には妊娠届の情報とリンクできるようにあらかじめIDを付与し、調査依頼文において、他の行政データとリンクすることを明記し、回答の上3・4か月児健診会場に持参するよう依頼した。そして、回答した質問紙を3・4か月児健診時に会場で回収した。

1歳6か月児および3歳児健診においては、愛知県名古屋市において平成28年7月より10月までの3歳児健診を受けた子どものすべての母親を対象とした（N≈6480）。3歳児健診の案内に同意書を同封し、同意する場合は名古屋市宛ての返信用封筒に同意書を封入し返送するよう依頼した。

同意が得られた参加者について、妊娠届、3か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診のデータをリンクさせ、個人情報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、3か月児健診においては「揺さぶり」および「口塞ぎ」、1歳半および3歳児においては「子育て困難感」とした。子育て困難感について「あり」「何とも言えない」と答えた群を虐待傾向群と定義した。

3ヶ月では揺さぶりまたは口塞ぎ、1歳半および3歳では子育て困難感があった場合を虐待傾向群とし、妊娠届情報における妊娠が分かったときの気持ちとの関連を多変量ロジスティック回帰分析で検討した。

C. 研究結果

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

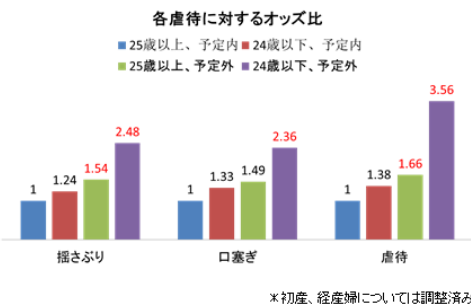
妊娠時の情報と虐待（揺さぶりまたは口塞ぎ）との関連について、若年齢、既婚以外、初産、妊娠時嬉しくない、が有意に関連していた。うつ症状は、

p値が0.06で弱い関連であった。精神疾患の既往は関連がなかった。

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

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

組み合わせで考える：若く、予定外妊娠の場合にハイリスクである



名古屋市における1歳6か月児および3歳児健診における解析では、約6480名の対象者のうち、2558名から同意を得た（同意率39.5%）。

1歳半、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歳半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

3ヶ月、1歳半、3歳を通じて、「初産」「妊娠時、うれしくない」がリスク因子であることが確認された。また、後方視的調査ではリスク因子と思われた「うつ症状」については、有意な関連は確認されなかった。

今回の研究では特に、妊娠時の気持ちについてまさにその時の情報について検討できているため、これまでの後方視的調査より妥当性の高いデータに基づいて虐待との関連を確認できたといえるだろう。それが3歳時の子育て困難感のリスクになることもわかり、妊娠届で把握できるリスク要因がその後の子育てに長期的に影響を及ぼす可能性が示唆された。つまり、望まない妊娠に対して、母子関係を改善するような介入がほとんど効果を示していないと予想される。

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

E. 結論

初産および望まない妊娠であった場合、生後3ヶ月、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。この研究結果から妊娠

届を活用したハイリスク群の抽出および適切な介入が求められる。

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. 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.
5. 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.
6. 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
7. 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
8. Morisaki N, Kawachi I, Oken E, Fujiwara T. Social and anthropometric factors explaining racial/ethnic differences in birth weight in the United States. *Sci Rep*. 2017;7:46657.
9. 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.
10. 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.
11. 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
12. 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
13. 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.
14. Baba S, Iso H, Fujiwara T. Area-level and

- individual-level factors for teenage motherhood: A multilevel analysis in Japan. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166345.
15. Matsuyama Y, [Fujiwara T](#), Aida J, Watt RG, Kondo N, Yamamoto T, Kondo K, Osaka K. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016;44(6):531-539. (IF2015=2.233)
 16. Tani Y, [Fujiwara T](#), Kondo N, Noma H, Sasaki Y, Kondo K. Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: The JAGES prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(9):717-26. (IF2015=3.130)
 17. Tani Y, Kondo N, Nagamine Y, Shinozaki T, Kondo K, Kawachi I, [Fujiwara T](#)*. Childhood socioeconomic disadvantage is associated with lower mortality in older Japanese men: the JAGES cohort study. *Int J Epidemiol*. 2016;45(4):1226-1235. (IF2015=7.522)
*Corresponding author
 18. Isumi A, [Fujiwara T](#)*. Association of Adverse Childhood Experiences with Shaking and Smothering Behaviors among Japanese Caregivers. *Child Abuse Negl*. 2016;57:12-20. (IF2015=2.397)*Corresponding author
 19. Amemiya A, [Fujiwara T](#)*. Association between maternal intimate partner violence victimization during pregnancy and maternal abusive behavior towards infants at 4 months of age in Japan. *Child Abuse Negl*. 2016;55:32-9. (IF2015=2.397)
*Corresponding author
 20. Yagi J, [Fujiwara T](#)*, Yambe T, Okuyama M, Kawachi I, Sakai A. Does social capital reduce child behavior problems? Results from the Great East Japan Earthquake follow-up for Children Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Aug;51(8):1117-23.. (IF2014=2.537)
*Corresponding author
 21. Morisaki N, [Fujiwara T](#)*, Horikawa R. The Impact of Parental Personality on Birth Outcomes: A Prospective Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157080. (IF2015=3.057)
*Corresponding author
 22. [Fujiwara T](#)*, Morisaki N, Honda Y, Sampei M, Tani Y. Chemicals, Nutrition, and Autism Spectrum Disorder: A Mini-Review. *Front Neurosci*. 2016;10:174. (IF2015=3.398)
*Corresponding author
 23. Morisaki N, Kawachi I, Oken E, [Fujiwara T](#). Parental Characteristics can Explain Why Japanese Women Give Birth to the Smallest Infants in the United States. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2016;30(5):473-8. (IF2015=2.958)
 24. Jwa, SC, Ogawa K, Kobayashi M, Morisaki N, Sago H, [Fujiwara T](#)*. Validation of a food frequency questionnaire to assess vitamin intake of Japanese women in early and late pregnancy with and without nausea and vomiting. *J Nur Sci*. 2016;5:e27. *Corresponding author
 25. [Fujiwara T](#)*, Shimazu A, Tokita M, Shimada K, Takahashi M, Watai I, Iwata N, Kawakami N. Association of parental workaholism and body mass index of offspring: A prospective study among Japanese dual workers. *Front Public Health*. 2016;4:41. *Corresponding author
 26. Nosaka N, [Fujiwara T](#), Knaup E, Okada A, Tsukahara H. Validity of mothers' reports of children's weight in Japan. *Acta Med Okayama*. 2016;70(4):255-9.

27. Fujiwara T*, Yamaoka Y, Kawachi I. Neighborhood social capital and infant physical abuse: a population-based study in Japan. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:13. (IF2014=0.769)*Corresponding author
 28. Ochi M, Fujiwara T*. Association between parental social interaction and behavior problems in offspring: A population-based study in Japan. *Int J Behav Med.* 2016;23(4):447-57. (IF2014=2.126) *Corresponding author
 29. Yamaoka Y, Fujiwara T*, Tamiya N. Association between maternal postpartum depression and unintentional injury among 4-month-old infants in Japan. *Maternal Child Health Journal.* 2016;20(2):326-36.(IF2013=2.083)
*Corresponding author
 30. Fujiwara T*, Yamaoka Y, Morisaki N. Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *Journal of Epidemiology.* 2016;26(1):4-13. (IF2014=3.022)
*Corresponding author
 31. Ichikawa K, Fujiwara T*, Nakayama T. Effectiveness of home visits in pregnancy as a public health measure to improve birth outcomes. *PLOS ONE.* 2015;10(9):e0137307.
*Corresponding author
 32. Yamaoka Y, Tamiya N, Fujiwara T, Yamasaki Y, Matsuzawa A, Miyaishi S. Child deaths with persistent neglect experiences from Medico-legal documents in Japan. *Pediatr Int.* 2015;57(3):373-80. (IF2013=0.731)
 33. Fujiwara T. Effectiveness of public health practice against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public Health.* 2015;129(5):475-482 (IF2013=1.475)
 34. Mizuki R, Fujiwara T*. Association of oxytocin level and less severe forms of childhood maltreatment history among healthy Japanese adults involved with child care. *Front Behav Neurosci.* 9:138. (IF2013=4.160) *Corresponding author
 35. Mizuki R, Fujiwara T*, Okuyama M. Impact of maternal childhood abuse history on child's attachment problems. *Paediatr Health.* 2015; 3:3.
*Corresponding author
 36. Miura A, Fujiwara T*, Osawa M, Anme T. Inverse correlation of parental oxytocin levels with autonomy support in toddlers. *J Child Fam Stud.* 2015;24:2620-2625.(IF2013=1.016)
*Corresponding author
 37. Jwa SC, Fujiwara T*, Yamanobe Y, Kozuka K, Sago H. Changes in maternal hemoglobin during pregnancy and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2015;15:80.(IF2013=2.152)
*Corresponding author
 38. Tabuchi T, Fujiwara T. Are secondhand smoke-related diseases of children associated with parental smoking cessation? Determinants of parental smoking cessation in a population-based cohort study. *Preventive Medicine.* 2015;73:81-7. (IF2013=2.932)
 39. Tabuchi T, Fujiwara T, Nakayama T, Miyashiro I, Tsukuma H, Ozaki K, Kondo N. Maternal and paternal indoor or outdoor smoking and the risk of asthma in their children: A nationwide prospective birth cohort study. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015;147C:103-108. (IF2013=3.278).
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

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

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）」

総合研究報告書

研究代表者

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

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 生殖生育病態医学講座 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おいて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段階に分けて変化を観察することができるよう問診項目を盛り込んでおり、カテゴリーとして①基本情報(学歴など)、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊娠の状況、⑤産後の生活の準備、⑥妊娠の受け止め、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居、に分類している。

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

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

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

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

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

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

厚生労働省科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

(総合) 研究報告書

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

伊勢 新吾 和泉市こどもみらい室

研究要旨

【背景】「子ども虐待による死亡事例等検証委員会報告」において死亡事例を予防するための支援策として妊娠から出産に至るまで、切れ目のない相談・支援が行える体制の整備と相談窓口の周知、産科医療機関と市町村母子保健主管部局との連携強化があげられている。

【目的】支援を必要とする妊婦へ妊娠中から継続的支援を行っていくために、保健機関、医療機関における支援の実態について、事例検討、死亡事例検証報告の分析、保健師、看護師、医師等への面接調査、保健師への質問紙調査により明らかにした。

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

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

【考察】妊婦のメンタルヘルスについては、保健機関において重視している内容であることが示されたが、妊娠期からの保健機関と医療機関が連携した保健指導の具体的方略の検討が今後の課題である。

A. 研究目的

1. 研究背景

厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証委員会報告」第1次から13次において、子ども虐待による死亡事例を防ぐために留意するリスクとして、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診、予期しない妊娠/計画していない妊娠、精神疾患や抑うつ状態があるなどが示され、その支援策として妊娠から出産に至るまで、切れ目のない相談・支援が行える体制の整備と相談窓口の周知、産科医療機関と市町村母子保健主管部局との連携強化があげられている。平成29年4月から母子保健法に明記された「子育て世代包括支援センター」においても妊産婦および乳幼児等の実情を把握すること、「妊娠・出産・育児に関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと」などが業務として示されている。

市町村の保健師は妊娠届出時の妊婦への全数面接を行いリスクアセスメントに基づき、妊娠期からの保健指導を展開している。しかし、アセスメントに基づいた支援が十分行われているとは言いがたい現状があり、妊娠届出時および妊娠中の保健機関におけるアセスメント、支援方法について明確にすることが必要である。

2. 目的

平成27年度は、死亡事例検証報告書および事例検討から、妊娠期、出産直後の情報収集、アセスメント、支援

の状況を抽出し、支援が必要な妊婦をどのような情報から把握・アセスメントすることができるのか検討した。

平成28年度は、妊娠中に把握した支援を必要としている妊婦と家族への支援を行った保健機関（子育て支援部門、母子保健部門）の保健師および医療機関の医師、助産師、看護師に面接調査を行い、具体的な支援内容を明らかにした。

その内容に基づき、平成29年度は市区町村で実施されている妊娠期の母子保健事業において保健師が実施している支援について質問紙調査により明らかにした。

B. 研究方法

終了時における 成果目標	スケジュール			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	終了時
妊娠中、出産後の保健 相談における支援技術 の明確化	事例検討・死亡事例検証報告の分析による支援対象者の把握とアセスメントの検討	保健医療専門職者へのインタビュー調査の実施と支援マニュアル(案)の作成	保健師への質問紙調査の実施からマニュアル(案)の内容を精錬	妊娠期からの保健機関における支援技術の明確化とマニュアル活用

【平成27年度】

1. 「児童虐待による死亡事例等の検証」の分析

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

2. 保健師が支援した事例の検討

A市において家庭児童相談室(以下家児相)、保健センターの保健師が妊

娠中から支援した2事例の検討を行った。

【平成28年度】

1. 事例検討

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

2. 保健機関、医療機関の専門職への面接調査

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

【平成29年度】

1. 質問紙調査の実施

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

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

C. 研究結果

【平成27年度】

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

0歳児死亡事例の加害者は、母親14事例(48.3%)、父親11事例(37.9%)、母親・父親2事例(6.9%)、不明2事例(6.9%)であった。日月齢別では、0日・0か月は4事例(不明を除く)とも母親であったが、1-11か月では父親が11事例(52.2%)と過半数以上であった。月齢別では、3-5か月で父親が5事例(62.5%)と多くなっていた。

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

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

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

【平成 28 年度】

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

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

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

事例検討、面接調査の内容を踏まえ、「妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術」マニュアル(案)を作成した。主な内容として、妊娠中からつながりにくい背景を理解し、保健指導のポイントとして次の7つを示した。

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

【平成 29 年度】

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

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

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

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

D. 考察

0 歳児の死亡事例検証報告書の分析から保健指導の課題として、妊娠期から父親への保健指導を考えていくこと、被虐待歴が推測され、精神的問題/疾患をもつ母親を妊娠初期(妊娠届出)

に把握し、出産後の支援に向けて妊娠中から関係構築をはかっていくことが示された。

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

3年目の研究では、これらのことが保健指導に含まれているかについて保健機関の保健師に質問紙調査を実施した。初年度の研究で課題となっていたメンタルヘルスの課題についての「心療内科や精神科通院歴」の把握は妊婦、パートナーとも最も重視していることが明らかになった。さらに支援内容としては、「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」、「情報を収集し、支援の必要性をアセスメントする」

「SOSを発信してもらえる関係をつくる」、「妊婦の体験や思いに共感する」などが挙げられていた。妊娠中から保健師は、妊婦にとっての理解者・支援者であるという役割を明確にし、支援を受け取ってもらうための関係づくりに注力している実態が明らかになった。支援が難しい事例に対しては妊

娠中から援助関係をつくることは、出産後の母子への支援が円滑にできるために重要なことである。これまで妊娠中の支援は妊婦健診など医療機関が中心であったが、保健機関においても医療機関と連携し妊娠中から援助関係をつくるための支援を行っていくことがますます重要である。

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

E. 結論

「支援を必要とする妊婦への妊娠中からの継続的支援の実施と評価」について、主に保健機関での事例検討や、支援内容を中心に研究を行ってきた。保健機関においては、妊娠届出、母子健康手帳交付時の面接という全数の妊婦に出会う機会があり、その中から支援が必要な妊婦を把握するために重視している内容や妊娠期から妊婦に継続支援ができるような関係構築のための「保健師が妊娠中から支援することを伝える」、「妊婦の心身の健康を気遣う」などを行っているという実態が明らかになった。しかし妊娠期における保健機関と医療機関の連携は

まだ十分とはいえず今後の課題であることも示された。

F. 研究発表

1. 学会発表

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

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

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

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

研究協力者 金川 武司 大阪母子医療センター 産科 副部長
福井 聖子 NPO 法人 小児救急医療サポートネットワーク
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
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

在宅新生児における育児不安の時期や状況を検討する目的で大阪府小児救急電話相談{#8000}に寄せられる新生児の相談件数と親の心の相談の分析を行った。
大阪府#8000の受付票の集計では、相談の4分の1以上が0歳児からで新生児は、年間500~600件で推移していた。
平成27年度は618件に達し、うち生後2週目の相談が252件(0ヵ月児の40.8%)と最も多かった。新生児期の発熱・嘔吐の相談の多くは健常児の体温の高さや溢乳などの生理的現象に関する相談で、他にも「育児相談」「泣き止まない」「鼻汁・鼻閉」などの育児や軽微な症状に関する相談が多かった。親の心の相談は、同年度に232件あり、うち0歳児は88件(38%)と最も多く、その35%が3ヵ月未満であった。0歳児の親の心の相談の主訴は育児相談が40%で最も多かった。これらの相談は、本来、救急医療の対象ではなく、育児不安への対応は不十分と考えられた。
産科を退院後に幅広く適切な家庭支援体制の構築と普及が必要で、平成29年10月より始まった産褥2週間の産婦健康診査が有用であることが示唆された。

A. 研究目的

核家族化が2世代から3世代を経過し
少子化も進むなか、育児経験の乏しい

親ばかりではなく、祖父母世代も育児に
自信を持てない状況が進んでいる。
平成13年の「健やか親子21」では主要

課題に「育児不安の軽減」が挙げられたが、育児不安は依然として大きな課題で虐待の要因としても注目されている^{1~3)}。さらに日本の産後うつ⁴⁾の有病率は9.3~27.0%⁴⁾と妊産婦の深刻な状況が懸念され、平成27年度の「健やか親子21(第2次)」では重点課題の中に産後うつを挙げている⁵⁾。産後うつの原因は母体側の要因が多いが、発病時期は産後から始まることが多く⁶⁾、育児不安も大きな要因の一つである²⁾。母親の育児不安は生後1カ月以内が最も強いとされる報告⁷⁾や育児が最も困難な時期は産科退院直後との指摘はある⁸⁾が、報告は1ヵ月健診時の調査によるものが多く^{3,9)}、産科退院後から1ヵ月までにおける在宅新生児の状況を表した報告は見当たらない。

一方小児救急医療の分野では、夜間時間外受診における不要不急の軽症例増加が問題となり、その背景として親の育児不安¹⁰⁾や精神疾患の存在まで指摘されている¹¹⁾。小児救急電話相談(以下、#8000)は夜間小児患者の適正受診と親の不安解消を目的に開設された。大阪府では20時から翌朝8時の夜間12時間連日相談を行ない、件数は年間4万件を超える。電話は家庭で困ったときすぐに利用できる手段であり、寄せられる声を集積すると家庭における子どものケアに関する悩みや困り事が分析可能となり、在宅子育ての状況把握に役立つ¹²⁾。

今回われわれは、大阪府#8000のデータの中から0歳児と親の心の相談に焦点を当て、産科退院後の在宅新生児

における育児において、育児不安の時期や状況を明らかにする目的で検討を行った。

B. 研究方法

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

1.0 歳児の相談

対象を平成17年度~26年度に大阪府#8000に相談のあった事例のうち、「0歳児の相談」事例とした。主要評価項目は新生児期(月齢0ヶ月)および新生児期週数別相談件数で、度数分布表を作成し年次変化およびを相談件数の多い週齢を検討した。また、平成26年度について相談の主訴別に0歳児月齢別3ヶ月毎の件数および新生児期週数毎の件数についてクロス集計を行い、主訴と月齢・週齢との関連について検討した。

2. 親の心の相談

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

これら検討の統計解析はweb上の統計ソフト¹³⁾を使用し、母比率の比較にはZ検定を用いた。それぞれ、p値が5%以下を有意差ありとした。

また、これらの解析において、対象者は電話相談の時点で匿名であり、個人が特定されないため、調査による不利益は生じない。また、この調査研究に当たっては、大阪母子医療センターの倫理委員会の承認を得た(承認番号 H27-877)。

C. 研究結果

1. 0 歳児の相談

平成 17 年度～26 年度に大阪府 8000 人に相談のあった事例は、331,594 件で、そのうち対象となった「0 歳児の相談」事例は計 46,344 件(年平均 10,521 件)であった。「0 歳児の相談」事例の全体に占める割合は、相談開始時の平成 17 年から 0 歳児の相談が最も多く、インフルエンザの流行した平成 21 年以外は全体の 27～29%を占めていた。

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

平成 26 年度について主訴別にみた 0 歳児月齢 3 ヶ月毎の件数は、発熱・咳・嘔吐・下痢・皮膚症状などは月齢と共に増加し、予防接種は 3～5 ヶ月に多く、泣きやまない・育児相談などは 0～2 ヶ月に多かった(図 1)。また、主訴別にみた新生児期週数毎の件数は、育児相談は 2 週目に最も多く、月齢別の場合とは異なる傾向が認められた(図 2)。発熱

は体温の高さ、嘔吐は溢乳である場合も多く、内容の詳細は確認できないが、電話の時点で受診を勧めた事例は発熱例で 124 件中 34 件(25.8%)、嘔吐では 83 件中 9 件(10.8%)に過ぎなかった。

2. 親の心の相談

平成 26 年 4 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日に相談のあった事例は、45,167 件で、そのうち対象となった「親の心の相談」とされた事例は 232 件であった。

年齢別相談件数は、0 歳児が 88 件(38%)を占めていた(図 3)。また、0 歳児月齢別相談件数は、生後 3 ヶ月未満が 31 件(35%)と多く、6 ヶ月未満が半数を越えていた(図 4)。

相談時刻は、「親の心の相談」全体を検討すると、20 時が最も多く、20 時から 0 時までが 145 件(62.5%)、0 時から 8 時までが 87 件(32.5%)と大阪府 8000 全体の時間帯比率と比べて特に差はないが相談件数の減る 1 時台や 4 時・5 時台に小さなピークが認められた(図 5)。相談者については、197 件(85.3%)は母親、32 件(13.9%)は父親で特に 0～2 ヶ月と 3～5 ヶ月はともに 14.8%とやや率は高く、この中には母親の心の問題を心配した相談も含まれていた。曜日別件数では、特に 0 歳児で土曜日が顕著に多く、1 歳以上の相談例とは異なる傾向が認められた(図 6)。0 歳児で症状や心配事に気づいた時期については、『それ(1 日)以前から』が 28.4%(25/88 件)と全体の 14.1%(1,834/13,010 件)より有意に高く、相談内容について長く抱えている傾向があった(表 3)。0 歳児をもつ「親の心

の相談」は、表面的には他の主訴の中で行われていた(表 4)。育児相談 36 件(40.9%)、次いで予防接種 12 件(13.6%)という主訴の中で「親の心の相談」が行われており、また、0 歳児全体より有意に多く、嘔吐、咳、泣きやまないなどは差がなく、発熱は有意に少なかった。相談内容に関して受診歴があるのは、「親の心の相談」全体では受診率 30.2%で相談全体の受診率 24.7%よりもやや多かったのに対し、0 歳児では 19.3%と低く、0 歳児全体の 19.7% と差はなかった。記述からキーワードを拾うと 0 歳児では授乳中の母親の服薬・家族からの感染、月齢が高くなるとレントゲンの影響などが認められた。

D. 考察

産後うつの原因として母体側の要因は出産時に医療機関が把握可能であるが、在宅における新生児のケアは産科退院後であり、どの週数にどのような新生児に対する不安があるのか明確ではなかった。今回の結果により、新生児期に子どものケアに悩む相談のピークは生後 2 週目であることが明らかになった。また、新生児に関する育児不安の要因として、「泣きやまない」「なぜ泣いているのかわからない」「病気への心配」などが挙げられてきた^{8,14,15)}が、今回さらに日常の育児や比較的軽微な症状が親の心の問題につながっていることと、深刻と捉えていない相談事例においても健常な子どもの状態が把握できない状況があることが具体的に示された。

＃8000 事業の目的は小児の夜間救急

に関する受診やケアの相談である。しかし、保護者にとっては「子どもの病気やケアなど身体的問題で困ったことや不安なことを、家庭から直接電話で聞ける相談」と理解される。0 歳児の親は子どもの病気に対応した経験が乏しく、夜間の救急受診も経験がないため、電話相談のニーズは高い。他府県でも 0 歳児の相談が最も多く、夜間救急外来の受診者よりも年齢層は低い傾向がある¹⁶⁾。0 歳児全体では月齢と共に発熱や咳、嘔吐などの相談が増え、大半は救急医療の相談として利用されていた。しかし、新生児の相談では発熱・嘔吐など一見病気の症状のようでありながら、よく話を聞くと、体温の高さへの戸惑いや溢乳などの相談が多い。新生児期は家庭内に隔離された状態で養育され、外部からの感染の機会は少なく、また母体からの移行抗体により感染症に罹患する可能性は乳児期後半に比べて少ない。また週数で罹患率が大きく異なることはないが、電話の相談件数が第 4 週より第 2 週に多いこと、すぐ受診を勧める例が少ないことなどから、健常新生児の体の状態がわからないための相談が多いことが示唆される。「泣きやまない」「育児相談」も第 2 週にピークがあり、産科を退院後家庭で不慣れな育児に戸惑い、病気への過剰な心配や夜間に不安に駆られて、＃8000 を相談相手として選択したことが推察される。大阪府＃8000 では個別に親の心配と子どもの状態を聞き取り、状態の見方や判断の目安を伝え、ほぼ納得を得ているが、＃8000 は病気を対象にした夜間救急の電話相談であり、これらの事

例は育児に戸惑う親の氷山の一角と考えられる。

今回集計した「親の心の相談」は表面的に子どもの病気の相談のようでありながら実際に話をよく聞くと、実態にそぐわない心配や不安感が高じたもの、母親の様子を見て心配した父親からの相談などを分類した。しかし「親の心の相談」は#8000 事業本来の目的ではないため、明確な分類の基準はなく、精神疾患の有無なども不明である。今後分類の基準を明確化して推移を見守る必要がある。平成 26 年度の親の心の相談は全体として 232 件挙げられ、中でも、0 歳児の相談が 38%を占め、うち 3 ヶ月未満が 35%と多かった。0 歳児では特に土曜日の相談が多く、その理由として、父親からの相談やテレビ番組の影響などが考えられた。父親の相談については件数も少なく、詳細な文書記録はないため今回詳しい分析は行わなかったが、父親の産後うつ¹⁷⁾の存在も報告されており、今後聴き取りに配慮すべき点と考えられた。今回の 0 歳児の親の心の相談事例の主訴を検討すると、育児相談が 40%を占めた。0 歳児は日中の受診率が低く、誰に何を相談していいのかわからない状況があるものと考えられた。その他の主訴では、発熱のように重篤感のある症状は少なく、咳・嘔吐・鼻汁鼻閉・泣きやまないなど比較的軽微な症状が多い。家庭内対応で済む症状であるから悩む場合やそれらをきっかけに電話で相談する場合などが考えられる。これらの症状は 0 歳児の相談全体でも 1 割前後を占め、医療機関側にとっては緊急性の低い症

状であっても保護者にとっては相談を求めたいことであり、中には深刻な事例が潜んでいることが示めされた。大阪府 #8000 における予防接種の相談はほとんどが副反応に関してだが、0 歳児の親の心の相談では 0 歳児全体より率が高かった。キーワードの「授乳中の服薬」や「家族からの感染」などからも、大人が児の健康を損ねることへの懸念が強い事例があると感じられた。

大阪府 #8000 に寄せられる 0 歳児や新生児の占める割合は平成 16 年からほとんど変わらず、件数は増加している。在宅新生児の支援策は 10 年間変わらず不十分と認識せざるを得ない。今回の結果から在宅新生児のケアに必要な支援策を検討すると、まず育児に関する電話相談が恒常的に存在することが望ましい。変化の激しい社会においてその時々¹⁸⁾の時代に即した育児支援の対応策を検討するためには、家庭から直接届けられる声を分析することが有用である。

新生児期の育児不安に対しては、電話訪問は家庭訪問より有効性が低いと報告されている^{18,19)}。広く育児不安解消を目指すには、健常な新生児に関しても生後 2 週目から 3 週目に家庭訪問を検討すべきである。その際には新生児に不慣れな状況に対し、「泣く」「溢乳」などの生理的範囲のトラブルを落ち着いて受け入れられるように子どもの見方を伝え、また各家庭の事情に合わせて誰に何を相談すればいいか確認することも必要である。自己効力感が低い母親は育児不安が強い傾向にあることは明らかにされており²⁾、保護者対応については子育てに

自信を持たせるような支援が求められる。育児の困り事や軽微な症状については「取るに足らないこと」扱いをせず丁寧に納得を得ることが大事であり、こだわりの強い保護者については深刻な育児不安が潜在する可能性に感度を働かせることが求められる。また家族からの感染や予防接種後の反応など成長過程で出会うリスクに懸念を抱く保護者については、色々な面で自責の念を抱かせない配慮が必要である。

産後うつの要因において母親の社会的・精神的要因への対策は福祉や行政との連携が重要になるが、以上のような新生児の育児不安に関する取り組みは医療保健機関が主体となって行動できる分野である。あらゆる階層の親が対象と想定されるが、幅広い適切な支援が展開されれば短期間で広範囲の育児不安が解消され、施策の有効性は高いと考えられる。また新生児から乳児、幼児へと引き継ぐため、診療科間での情報交換や協力体制、医療機関から地域への受け皿への連携を含めたきめ細かな支援体制の構築が、核家族化・少子化時代の子育てに必要不可欠と考えられる。

E. 結論

#8000 のデータの中から、育児不安は0歳児、特に生後2週目の時期に最も多いことが分かった。また、産科退院後に新生児の養育に戸惑いや不安を抱く親は多く、相談例の中には実は親の心の問題が潜んでいる例があることが分かった。このことは、現在始まっている産褥2週間に行わ

れる産婦健康診査が有用であることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 福井聖子, 三瓶舞紀子, 金川武司, 川口晴菜, 和田聡子, 光田信明. 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討. 母性衛生. 58(1), 185-191, 2017-04

2. 学会発表

- 1) 金川武司, 岡本陽子, 川口晴菜, 石井桂介, 光田信明. 社会的ハイリスク妊産婦の支援体制 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. 第53回日本周産期・新生児医学会. 横浜. 2017.7.16-18
- 2) 金川武司. 大阪府における妊産婦の支援事業. 第14回日本周産期メンタルヘルス学会. 大分. 2017.10.28-29
- 3) 金川武司, 和田聡子, 川口晴菜, 岡本陽子, 光田信明. 妊娠期アセスメントシートを用いた要保護・要支援のリスク因子. 日本子ども虐待防止学会 第23回学術集会 ちば大会. 千葉. 2017.12.2-3

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、電話調査入力データに基づく後方視的検討のため、データ内容に限界がある。

J. 今後の展開

この研究調査後の 2017 年より、産褥 2 週間に行われる産婦健康診査がはじまった。今後、産褥 2 週間目での #8000 によせられる電話相談件数や相談内容の変化を調査し、産婦健康診査の有用性を調査したい。

参考文献

- 1) 久世恵美子, 秦久美子, 中塚幹也. 産後 1 ヶ月の母親の「育児上のネガティブな出来事」の実態と背景因子—第1報:「育児上のネガティブな出来事」の体験—. 母性衛生. 2015, 56(2), 338-348.
- 2) 松本壽通. 虐待の予防: 育児不安への対応. 小児科診療. 2005, 8(2), 289-296.
- 3) 宮岡久子, 佐藤君江, 堀越幸子. 産婦の退院時と 1 ヶ月健診時における自己効力感と、1 ヶ月健診時の育児不安および育児困難感との関連. 母性衛生. 2015, 55(4), 776-782.
- 4) Norhayati MN, Hazlina NHL, Asrenee AR, et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015, 175, 34-52.
- 5) 「健やか親子 21(第 2 次)ホームページ 健やか次世代育成総合研究事業研究班. 2015 年.<
<http://sukoyaka21.jp/about.html>>(アクセス:2015 年 10 月 30 日)
- 6) Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry. 2013, 70(5), 490-498.
- 7) 原田正文. 育児における母親の心配、不安. 子育ての変貌と次世代育成支援-兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待防止. 名古屋, 名古屋大学出版会, 2006, 173-175.
- 8) 多田裕. 育児上のトラブル解決法. 産婦人科治療. 2008, 96(増刊), 851-854.
- 9) 森本眞寿代, 南里美貴, 山内翠, 他. 母親が入院中に受けたと認識する育児支援と産後 1 ヶ月までの育児不安との関連. 母性衛生. 2015, 56(1), 154-161.
- 10) 三品浩基, 高山ジョン一郎, 相澤志優, 他. 母親の育児不安と小児救急受診の関連. 小児保健研究. 2011, 70(1), 39-45.
- 11) 柳橋達彦, 佐藤清二, 小島直子, 他. 小児救急外来における母親の不安と心理社会的背景の検討. 小児保健研究. 2011, 70(2), 298-304.
- 12) 福井聖子, 木野稔, 小林久和, 他. 小児科臨床. 大阪府小児救急電話相談3年間のまとめ. 2009, 62(5),

909-916.

- 13) 2群の母比率の差の検定. 統計WEB. 社会情報サービス統計調査研究室. 2015. <
https://software.ssri.co.jp/statweb2/tips/tips_20> (アクセス:2018 年 2 月 23 日)
- 14) 関島英子, 齋藤益子, 木村好秀, 他. 1 ヶ月の乳児をもつ母親の健康館と対児感情に関する検討. 母性衛生. 2006, 47(1), 62-70.
- 15) 成相昭吉. 1 ヶ月乳児健診における母親の「育児不安」調査. 子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌. 2012, 21(2), 240-245.
- 16) 福井聖子. 小児救急における電話相談. 小児看護. 2009, 32(7), 911-918.
- 17) 樋貝繁香, 遠藤俊子, 比江島欣満, 他. 生後 1 ヶ月の子どもをもつ父親の産後うつと関連要因. 母性衛生. 2008, 49(1), 91-97.
- 18) 秦幸智美, 長田昭夫, 藤田小矢香, 他. 初産婦に対する母乳栄養と産後の不安に向けての支援—家庭訪問と電話訪問を比較して—. 母性衛生. 2009, 50(2), 461-467.
- 19) 岩谷澄香, 成瀬悦子, 吉川多加子, 他. 褥婦の不安に対する支援-半月健診と電話訪問の比較-. 母性衛生. 1997, 38(3), 165-165.

表1. 8000Iにおける0歳児の相談件数および比率の推移

	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
全件数	25,791	31,771	34,894	37,630	42,430	40,875	40,363	37,680	40,160	45,167
0歳児件数	7,461	8,604	9,705	10,806	10,774	11,517	11,350	10,603	11,381	13,010
0歳児が全体に占める比率	28.9%	27.1%	27.8%	28.7%	25.4%	28.2%	28.1%	28.1%	28.3%	28.8%
0ヶ月児件数	270	386	428	470	454	455	540	467	504	618
0ヶ月児が0歳に占める比率	3.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.0%	4.8%	4.4%	4.4%	4.8%

表2. 0ヵ月児の週齢別件数および比率

日 齢	件 数	%	4週との 有意差
1週	77	12.5%	
2週	252	40.8%	**
3週	200	32.4%	**
4週	89	14.4%	
合 計	618	100%	

** p < 0.01

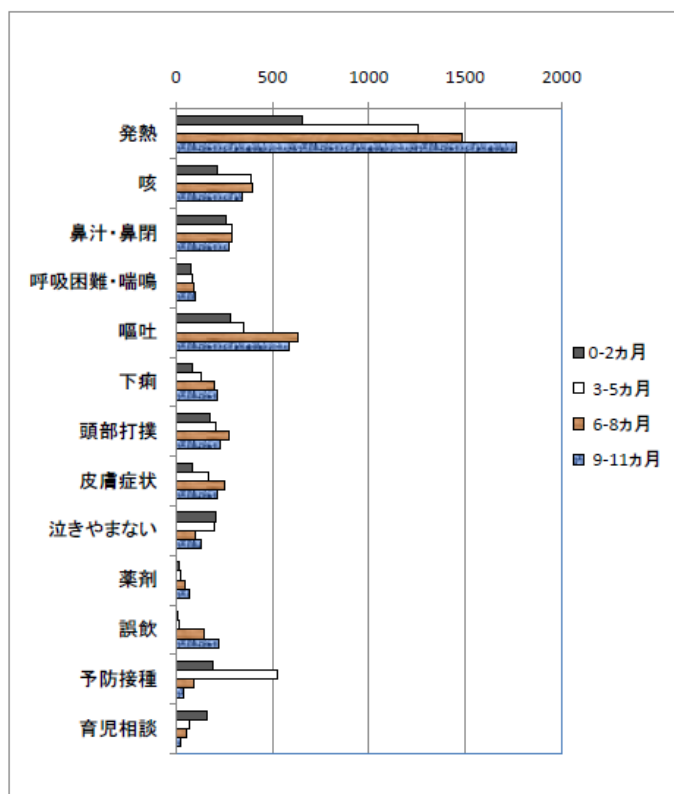


図1. 相談主訴別にみた0歳児月齢3カ月毎の件数

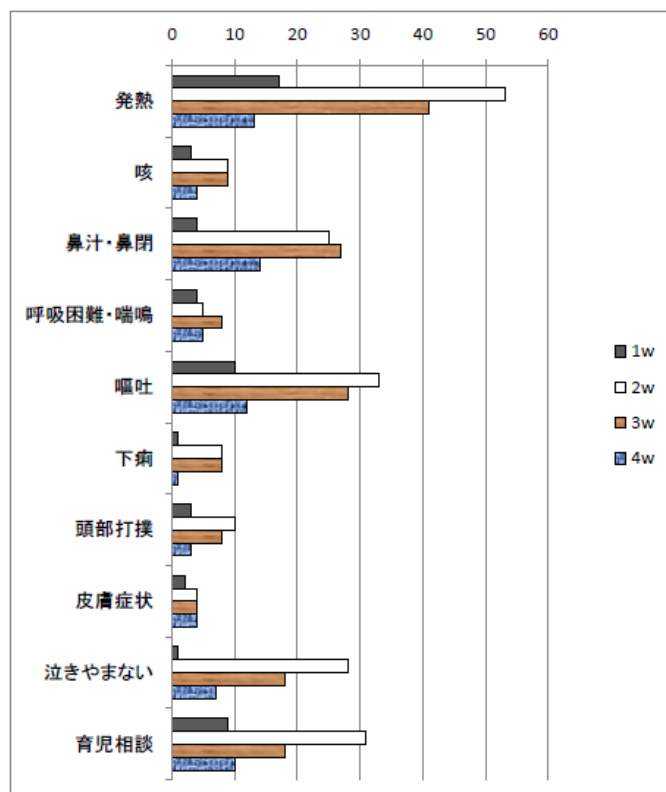


図2. 相談主訴別にみた新生児期週数毎の件数

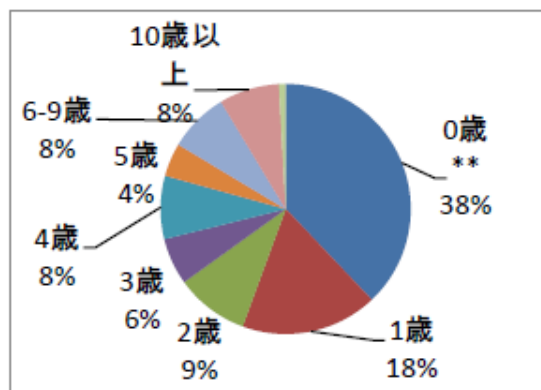


図3. 「親の心の相談」における子どもの年齢 (n=232)
 **0歳児と相談全体との比率の比較 $p < 0.01$

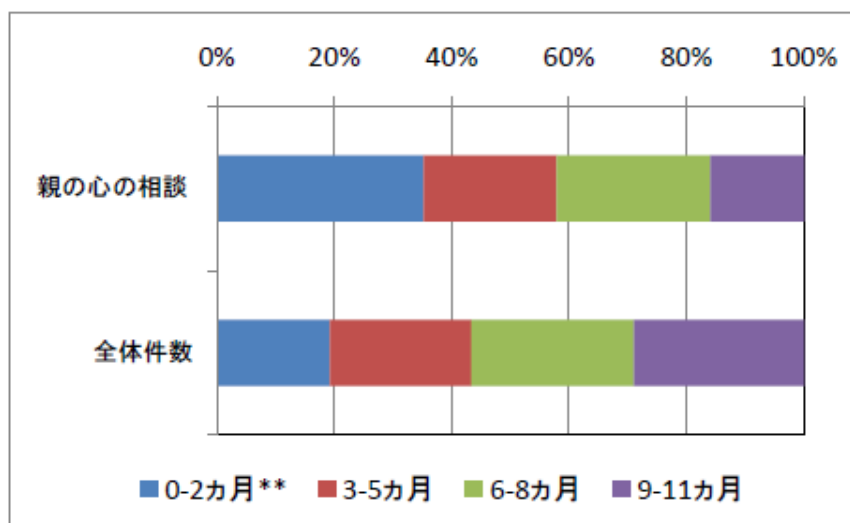


図4. 0歳児の「親の心の相談」における月齢別比率
 **0-2ヵ月と相談全体との比率の比較 $p < 0.01$
 親の心の相談件数: n=88、 0歳児全体件数: n=13,010

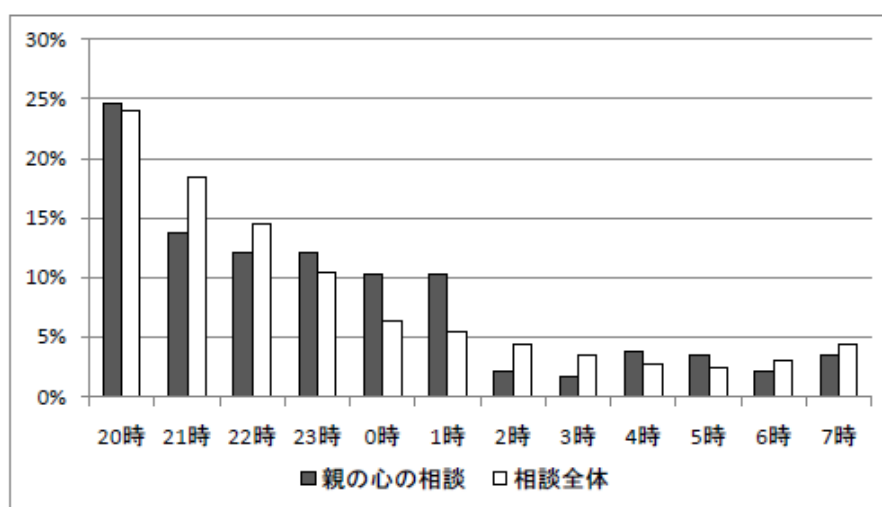


図5.「親の心の相談」と相談全体の相談時刻

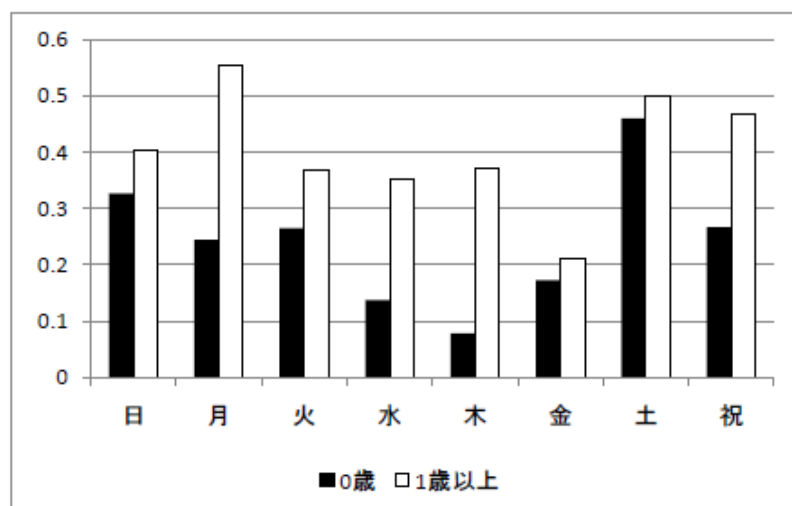


図6.「親の心の相談」の0歳児と1歳以上の児の曜日別平均件数(件数/日)

表3. 0歳児の症状に気づいた時期

	親の心の 相談 事例件数	親の心の 相談 事例%	0歳児 全体件数	0歳児 全体%
今	24	27.3%	4,832	37.1%
夕方	7	8.0%	1,647	12.7%
朝	4	4.5%	840	6.5%
一日前	3	3.4%	1,597	12.3%
それ以前**	25	28.4%	1,834	14.1%
不明	25	28.4%	2,253	17.3%
総計	88	100.0%	13,010	100.0%

** p < 0.01

表4. 0歳児の「親の心の相談」:主訴の件数と各全体内の比率

	親の心の相談(0歳)		0歳全体		0歳 全体との 有意差
	件数	%	件数	%	
育児相談	36	40.9%	311	2.4%	**
予防接種	12	13.6%	851	6.5%	*
嘔吐	12	13.6%	1,856	14.3%	
咳	11	12.5%	1,345	10.3%	
発熱	9	10.2%	5,163	39.7%	**
泣きやまない	7	8.0%	634	4.9%	
鼻汁・鼻閉	6	6.8%	1,120	8.6%	
皮膚症状	3	3.4%	727	5.6%	
けいれん	3	3.4%	76	0.6%	
呼吸困難・喘鳴	3	3.4%	355	2.7%	
相談件数計	88	100%	13,010	100.0%	

*p<0.01, **p<0.001

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）」
総合研究報告書
研究代表者
地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
統括診療局長 兼 産科 主任部長 光田信明
産婦人科分娩取り扱い施設における社会的経済的リスクを持った
妊婦取り扱い状況の全国調査
地域における産後2週間健診によるハイリスク産婦の抽出
分担研究者 荻田 和秀 りんくう総合医療センター
周産期センター産科医療センター長 兼 産婦人科部長

研究要旨

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

【はじめに】

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

【結果】

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

また、平成28年4月～平成29年12月まで産後2週間健診の受診率は、70%に達したが、育児困難事例の発見は2名であった。これらは妊娠中見守りが必要とされていない症例で、見守りが必要とされた産婦は受診しないものがあり、従来の保健師による訪問事業も依然重要であると考えられた。

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

本アンケートは日本産科婦人科学会拡大医療改革委員会の協力で平成 28 年 1 月現在分娩を取り扱っていると回答した 2 4 2 9 施設を対象にアンケートを送付し、1 5 3 8 施設より回答を得た。回答率は 6 3 % であった。診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 8 5 % あり、周産期センターは 9 %、と幅広い施設より回答があった。

C. 研究結果

本アンケートは当学会拡大医療改革委員会の協力で平成 2 8 年 1 月現在分娩を取り扱っていると回答した 2 4 2 9 施設を対象に昨秋委員の皆様にご相談した内容でアンケート

を送付し、1 5 3 8 施設より回答を得た。回答率は 63% だった。

回答施設の属性は図 1 に示す。

また、回答施設の分娩数は以下にお示ししたとおりで、診療所や一般病院などの一次施設からの回答が 85% あり、周産期センターは 9%、年間 5 5 0 件以上の分娩数を扱っている施設は 26% だった。

回答施設は日本の周産期事情をある程度反映しているのではないかと考えている。

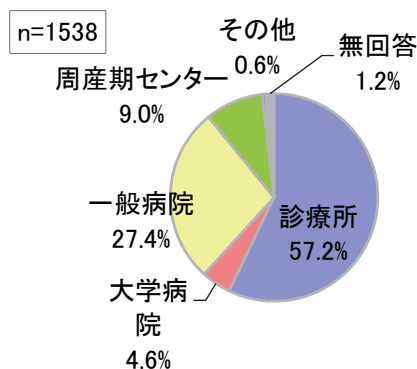


図 1 回答施設の属性

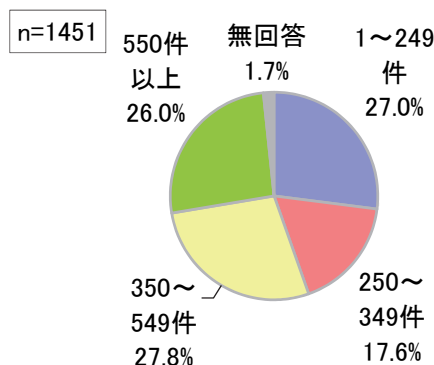
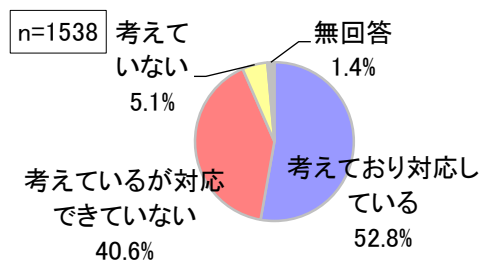


図 2 回答施設の規模

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



実際、未受診妊婦は約半数の施設で経験している（図 4）が、

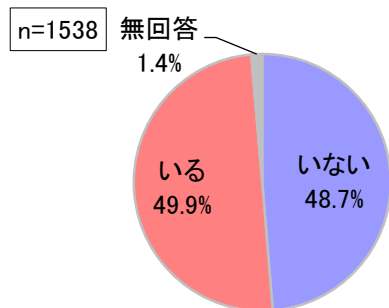


図 4 未受診妊婦を取り扱っているか

MSW がいる施設は 33.9%に過ぎない（図 5）

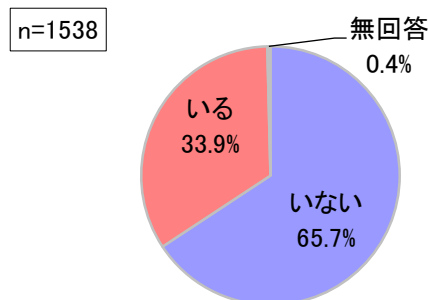


図 5 院内に MSW はいるか

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

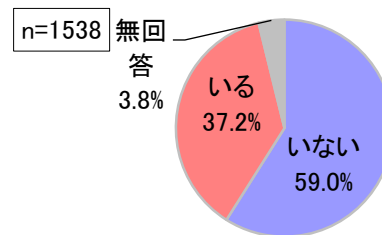


図 6 自分の扱った症例が児童虐待にあったことがあるか

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

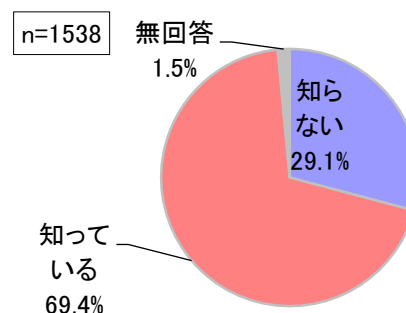


図 7 通告する場所を知っているか？

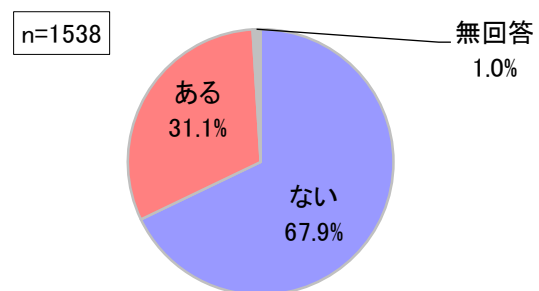


図 8 福祉からの紹介経験

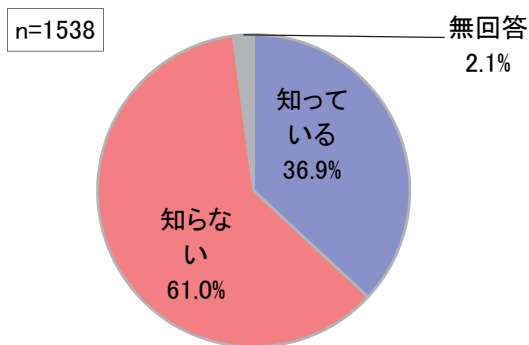


図 9 児童福祉法改正を知っているか

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

また、育児支援の難しい児の分娩後の行き先に関して以下の問いを設けた。児童相談所などへの乳児の引き取りに至った症例を経験している施設は約 20%あり（図 1 0）、特別養子縁組に至った症例を経験した施設は 14.8%となっている（図 1 1）。

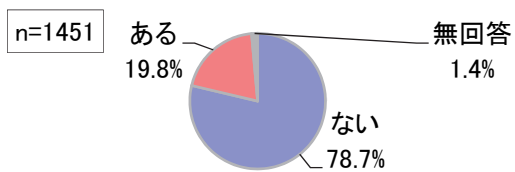


図 1 0 児童相談所への引き取りを経験

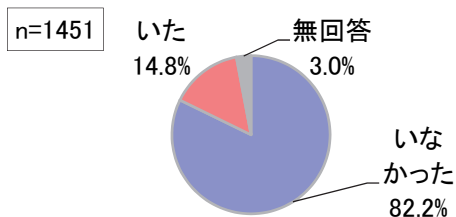


図 1 1 特別養子縁組を経験

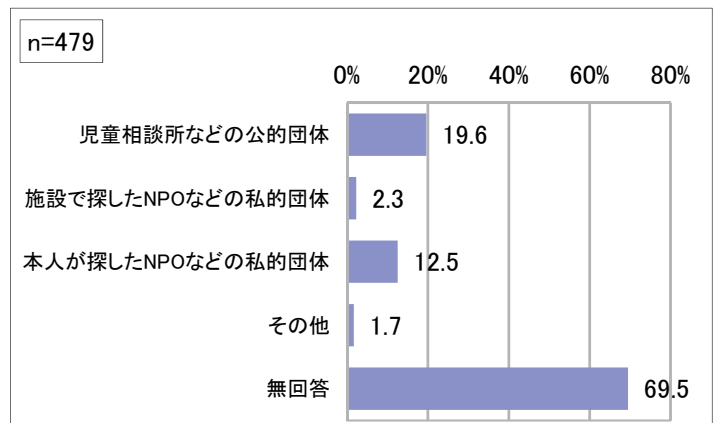


図 1 2 どの施設へ収容したか

その内訳を問うた設問では児相などの公的施設＞本人の探した私的団体＞施設の探した私的団体 という結果となった（図 1 2）。

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1)第69回日本産科婦人科学会学術集会にて発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

J. 今後の展開

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

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

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「はい」「いいえ」と感じられる表現に○をつけてください。

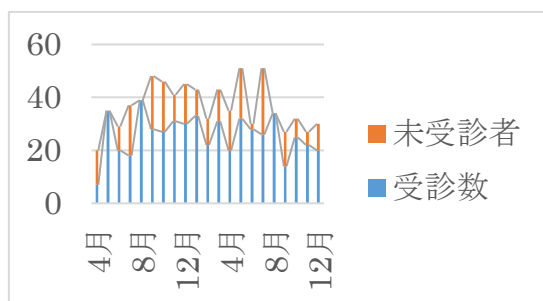
質問項目	Aはいとても強く感じる	Bたまに強く感じる	Cたまに少し感じる	D全然そう感じない
1 赤ちゃんをいとおしく感じる。				
2 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。				
3 赤ちゃんのことが確立たしいやになる。				
4 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。				
5 赤ちゃんに対して喜びがこみあげる。				
6 赤ちゃんの世話を進みながらしている。				
7 こんな子でなかったらなあと思う。				
8 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。				
9 この子がいなかったらなあと思う。				
10 赤ちゃん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、平成28年4月～平成29年12月までを集計してみたところ、対象者（当院で分娩を行い、泉佐野市含む3市3町に住民票を持つもの）775人に対し、産後2週間サポートを利用した褥婦は542人（70%）に達した。



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
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

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，20

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）

総合研究報告書

研究代表者：地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
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）の作成と検証

分担研究者 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
協力研究者 林 昌子 日本医科大学 多摩永山病院 産婦人科
佐藤 昌司 大分県立病院周産期医療センター 副院長
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

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」の一環として、出生後に養育支援が特に必要な家庭（要支援事例）を、妊娠中からの確に把握するために、エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的とした。データベースとして、2001～2013年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース(JSOG-DB)を用いた。2001～2005年、2006～2010年、2011～2013年のデータを、I期(n=180,280)、II期(n=295,820)、III期(n=395,785)として、各期毎に case-control study を行った。解析内容は(1)産科合併症につながる母体の背景因子、(2)母児の予後不良に繋がる産科合併症を含む母体の背景因子を明らかにすることである。母体においては転科または死亡、児においては周産期死亡を予後不良として、多変量解析を行った。その結果、

- (1) 主要産科合併症 11 疾患（妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎、前置胎盤、常位胎盤早期剥離（早剥）、DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫）と関連があるリスク因子として、以下が明らかになった：母体年齢（20歳未満、35-39歳、40歳以上）、喫煙、不妊治療（排卵誘発剤、人工授精、体外受精）、肝・腎疾患、血液疾患、心疾患、甲状腺疾患、子宮・付属器疾患、自己免疫疾患、本態性高血圧症、糖尿病。特に、「本態性高血圧症」の合併は、妊娠高血圧症候群、早剥、DIC、子癇、肺水腫と多くの産科合併症で、強い関連が見られた。初産/経産別に産科合併症との関連をみると、初産婦でリスクが高い産科合併症は、妊娠高血圧症候群、前期破水、絨毛膜羊膜炎、子癇、肺水腫であり、経産婦では切迫早産、頸管無力症、前置胎盤、早剥、癒着胎盤であった。
- (2) 母体の予後不良につながる因子は、本態性高血圧症、妊娠高血圧症候群、肺水腫、胎児機能不全、子宮破裂、DIC、羊水塞栓症であった。III期では、本態性高血圧症と子宮破裂は有意な因子ではなくなり、母体管理法の進歩が窺えた。一方、児の予後不良につながる因子は、母体年齢 40 歳以上、本態性高血圧症、頸管無力症、妊娠高血圧症候群、切迫早産、肺水腫、早剥、羊水過多症、羊水過少症、胎児機能不全、子宮内感染、子宮破裂、DIC であった。III期では、妊娠高血圧症候群は有意な因子ではなくなり、周産期管理の向上が寄与している可能性が考えられた。

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

特に頻度が高かった妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水の主な産科合併症に関して、合併症別に、リスク因子が認められる頻度の比較を施設規模別に追加検討を行った。切迫早産では、35-39 歳の妊娠、BMI、排卵誘発剤・IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。妊娠高血圧症候群では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高かった。前期破水では、35-39 歳の妊娠、40 歳以上の妊娠、BMI、喫煙、IVF-ET による妊娠、糖尿病の合併、甲状腺疾患の合併、子宮・付属器疾患の合併の頻度が高く、これらは施設規模によらなかった。

以上より、本チェックリストの有用性が確認された。施設規模によらず、利用されることが期待される。

A. 研究目的

超音波診断装置と胎児心拍数陣痛図モニタリング評価法による診断技術の向上に伴う母体管理・胎児診断の向上と NICU での治療成績の飛躍的な進歩が相俟って、我が国の周産期医療は世界に冠たる地位を長きに渉って維持している。

一方、『こども虐待による死亡事例等の検証結果等について児童虐待による死亡事例について』によると、児童虐待による死亡事例は、生後間もない子どもが多くを占めており、その背景に母親の育児不安、養育能力の低さや精神疾患、産後うつなど、妊娠産褥期の母親の問題が関与することが示されている。

平成 23 年 7 月 27 日雇児総発 0727 第 4 号・雇児母発 0727 第 3 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長連名通知「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・福祉の連携体制の整備について」において、「養育支援を特に必要とする家庭を早期に把握し、速やかに支援を開始するために保健・医療・福祉の連携体制を整備することが重要である」ことが示された。

これを受けて、妊娠期間中から、支援の必要な妊婦を抽出し、継続的な支援を行うことで、将来の児童虐待が予防できると想定し、自治体が様々な体制づくりを提案している。

このように支援が必要な妊婦を妊娠中から抽出するためには、「社会的なリスク」を中心にされるべきであるが、「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、病院を中心としたデータベースであるが、これまでに多くの国内外の論文に掲載されているエビデンスレベルの高いデータベースである。(1-8)

今回、われわれは、「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」にあたり、現時点でエビデンスに足るハイリスク妊娠チェックリスト作成とその検証を目的として研究を行った。

B. 研究方法

1 ハイリスク妊娠チェックリストの作成

データベースとして、2001～2013 年の JSOG-DB を用いた。先行研究が行なわれた 2001～2005 年（609 施設, 281,310 例）を基準として、2006～2010 年（625 施設, 357,111 例）、2011～2013 年（737 施設, 455,211 例）のデータを精製後、I 期(n=180,280)、II 期(n=295,820)、III 期(n=395,785)に分けて case-control study を行った。 $p<0.05$ をもって有意差ありとし、リスク比(risk ratio, RR)で表した。

（倫理面への配慮）

国際医療福祉大学病院倫理委員会(承認番号 13-B-99)並びに日本産科婦人科学会倫理委員会の承認を得た研究である。

2 ハイリスク妊娠チェックリストの検証

平成 28 年 6 月 1 日から 8 月 31 日の期間中に滋賀県内の産科医療施設で分娩となった患者を対象とした。各施設に調査個表を配布し、症例ごとに産科合併症の有無（妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症など）、リスク因子の有無（母体年齢、喫煙、不妊治療、高血圧など）を記載した。その上で、施設規模別にその関連性を後方視的に検討した。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを三次施設、それら以外の総合病院を二次施設、そして一般産科診療所や助産施設を一次施設と定義した。統計学的検討には χ^2 検定を用いた。

3 産科主要 3 疾患における各リスク因子頻度の検討

2 でリクルートされた症例を対象として、代表的な産科合併症の頻度について検討を行い、その中で、特に頻度が高い 3 疾患を産科主要 3 疾患として、リスク因子の頻度を施設規模別に検討した。

（倫理面への配慮）

滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た研究である。(承認番号 28-038)

C. 研究結果

1 ハイリスク妊娠チェックリストの作成

母体の予後不良（母体死亡/転科）、児の予後不良（周産期死亡）と主要産科合併症 11 疾患の各期における頻度（%）を表 1 に示す。

産科合併症を発症頻度別に分けたところ、3-4%程度：妊娠高血圧症候群、切迫早産、前期破水、1%程度：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）、そして0.1%程度：DIC、癒着胎盤、子癇、肺水腫と分類された。

(1) 産科合併症に関連する因子の検討

上記の産科合併症 11 疾患と関連があるリスク因子として、以下が明らかになった。母体年齢：20 歳未満、35 歳以上、喫煙、不妊治療：排卵誘発剤、AIH、IVF-ET、肝・腎疾患、血液疾患、心疾患、甲状腺疾患、子宮・付属器疾患、自己免疫疾患、本態性高血圧症、糖尿病。

産科合併症別にみたリスク因子の年次推移を図 1-3 に示す。

また、リスク因子と産科合併症の関係を、RR の大小(RR2 以上、RR2 未満、RR1.5 未満)を加味して表したものを表 2 に示す。リスク因子の右側の数字は「因子ごとに産科合併症がいくつ見られたか」を示している。RR が 2 以上を示す高い組み合わせは以下のようになった。

妊娠高血圧症候群：

40 歳以上、腎疾患、本態性高血圧症、糖尿病

切迫早産：

20 歳未満

頸管無力症：

子宮疾患

前置胎盤：

IVF-ET

常位胎盤早期剥離：

本態性高血圧症

DIC：

本態性高血圧症

癒着胎盤：

35 歳以上、IVF-ET、子宮疾患

子癇：

20 歳未満、40 歳以上、本態性高血圧症

肺水腫：

40 歳以上、喫煙、腎疾患、心疾患

自己免疫疾患、本態性高血圧症

初産/経産別に産科合併症との関連をみると、初産婦で RR が高い産科合併症は、妊娠高血圧症候群、前期破水、絨毛膜羊膜炎、子癇、肺水腫であり、経産婦では切迫早産、頸管無力症、前置胎盤、早剥、癒着胎盤となった。

これら産科合併症 11 疾患と周産期因子との関連の詳細は表 3～表 13 に示した。

(2) 母児の予後不良に関連する因子の検討

産科合併症を加えた検討の結果、母体の予後不良に繋がる因子として、本態性高血圧症、妊娠高血圧症候群、肺水腫、胎児機能不全、子宮破裂、DIC、羊水

塞栓症が挙げられた。III 期では、本態性高血圧症と子宮破裂は有意な因子ではなくなった。

児の予後不良につながる因子は、母体年齢 40 歳以上、本態性高血圧症、頸管無力症、妊娠高血圧症候群、切迫早産、肺水腫、早剥、羊水過多症、羊水過少症、胎児機能不全、子宮内感染、子宮破裂、DIC であった。III 期では、妊娠高血圧症候群は有意な因子ではなくなった。(表 14)

2 ハイリスク妊娠チェックリストの検証

結果 1 で明らかにされたリスク因子に、JSOG-DB の検討項目にないものの重要と考えられる因子を加えた調査票(表 15)を用いて、一次施設 13 施設 1,054 症例、二次施設 4 施設 264 症例、三次施設 3 施設 298 症例で検討した(表 16)。産科合併症をもつ症例の割合は、一次施設では 21.6%、二次施設では 30.7%、三次施設では 42.3%であった(表 17)。リスク因子をもつ症例の割合はそれぞれ 47.6%、51.1%、67.1%となった(表 18)。

産科合併症を有する症例のうちリスク因子を有した症例の割合(感度)は、一次施設では 50.9%、二次施設では 60.5%、三次施設では 69.8%であった(図 4)。一方、リスク因子を有する症例のうち産科合併症を認めた症例の割合(陽性的中率)は、一次施設では 23.1%、二次施設では 36.3%、三次施設では 44.0%であった(表 19)。

リスク因子をもった全 837 症例のうち産科合併症があったのは 253 症例(陽性的中率:30.2%)であり、リスク因子をもっていない全 779 症例のうち産科合併症があった 182 症例(23.4%)と比べて有意に高かった($p<0.01$)(図 5)。一次施設に限定すると、リスク因子を有していた 502 症例のうち産科合併症がみられたのは 116 症例(23.1%)であり、リスク因子を有していない 552 症例のうち産科合併症がみられた 112 症例(20.3%)と比べて有意差は認めなかった($p=0.294$)(図 6)。

3 産科主要 3 疾患における各リスク因子頻度の検討

産科合併症の頻度は切迫早産 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%)、絨毛膜羊膜炎 31 症例(1.9%)、頸管無力症 18 症例(1.1%)、前置胎盤 18 症例(1.1%)、常位胎盤早期剥離 10 症例(0.6%)、播種性血管内凝固症候群 7 症例(0.4%)、肺水腫 6 症例(0.4%)、癒着胎盤 4 症例(0.3%)、子癇 1 症例(0.1%)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 20 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・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。(図7)

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かった。(図8)

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、これら3疾患におけるリスク因子の頻度は、施設規模によらなかった。(図9)

D. 考察

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

13年間にわたる約90万例を解析するにあたり、観察時期を3期に分け、各期においてcase以外の症例をcontrolとしたcase-control studyを行った。Rare disease consumptionをする必要がないので、オッズ比(OR)はリスク比(RR)に代用できる。

今回の研究は産科合併症の特徴を明確にし、その発症を予測する「年齢や不妊治療歴の有無を含む背景因子」を明らかにする目的で解析を行った。このため多変量解析の説明変数に入れる項目は、妊娠前の背景因子と基礎疾患に限定した。

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

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

今回は、「社会的リスク」との関連で、「医学的リスク」を医療従事者に理解されやすいように、作成するという目的で、リスク因子を大きくとらえた。

その結果、以下の因子を「産科合併症と関連するリスク因子リスト」の項目とした。

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

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

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

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

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

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

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

がある。

二次解析でも、頻度が高かった主要3疾患における各リスク因子の頻度の検討においても、一次施設と三次施設で同等性がみられたことは、リスク因子と産科合併症の関連性が普遍であることを示しており、施設規模にかかわらず、本チェックリストを使用できる可能性を補強するものである。

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

E. 結論

エビデンスに基づいた「社会的」リスクを含まない「医学的リスク」を明らかにすることを目的に

2001～2013年の日本産科婦人科学会周産期委員会データベース(JSOG-DB)を用いて、約90万例の解析を行なった。その結果、主要産科合併症11疾患(妊娠高血圧症候群、前期破水、切迫早産、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎、前置胎盤、常位胎盤早期剥離(早剥)、DIC、癒着胎盤、子癰、肺水腫)と関連があるリスク因子として、以下が明らかになった:母体年齢(20歳未満,35-39歳,40歳以上)、喫煙、不妊治療(排卵誘発剤、人工授精、体外受精)、肝・腎疾患、血液疾患、心疾患、甲状腺疾患、子宮・付属器疾患、自己免疫疾患、本態性高血圧症、糖尿病。

これらの結果を中心に、今回検討されなかったリスク因子を加えた「ハイリスク妊娠チェックリスト」(表15)でも、一次施設において十分リスク症例を抽出できる可能性が示された。

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

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.
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- ○Yoshio Matsuda. Commentary: Severe fetal acidemia in cases of clinical chorioamnionitis in which the infant later developed cerebral palsy
J Neurol Neuromed 1(1):28-30, 2016
- 5- Masaki Ogawa, ○Yoshio Matsuda, Akihito Nakai, Masako Hayashi, Shoji Satoh, Shigeki Matsubara. Standard curves of placental weight and fetal/placental weight ratio in Japanese population: difference according to the delivery mode, fetal sex, or maternal parity.
Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 206:225-231
- 6- Tetsuo Ono, ○Yoshio Matsuda, Kemal Sasaki, Shoji Satoh, Shunichiro Tsuji, Fuminori Kimura Takashi Murakami. Comparative analysis of cesarean section rates using Robson Ten Group Classification System and Lorenz curve in the main institutions in Japan.
J Obstet Gynaecol Res 42(10): 1279–1285, 2016
- 7- Kotaro Fukushima, Seiichi Mokokuma, Yuzo Kitadai, Yukiko Tazaki, Masahiro Sumie, Noyuki Nakanami, Shin Ushiro, ○Yoshio Matsuda, Kiyomi Tsukimori. Analysis of antenatal-onset cerebral palsy secondary to transient ischemia in utero using a national database in Japan J Obstet Gynaecol Res 42(10):1297-1303, 2016
- 8- Jun Hasegawa, Ikuno Kawabata, Yoshiharu Takeda, Hiroaki Aoki, Takehiko Fukami, Atsushi Tajima A, Kei Miyakoshi, Katsufumi Otsuki, Norio Shinozuka, ○Yoshio Matsuda, Mitsutoshi Iwashita, Takashi Okai T, Akihito Nakai Improving the accuracy of diagnosing placenta previa on transvaginal ultrasound by distinguishing between the uterine isthmus and cervix: A prospective multicenter observational study
Fetal Diagn Ther 2016 DOI: [10.1159/000446212](https://doi.org/10.1159/000446212)
- 9- ○Yoshio Matsuda, Tomoko Manaka, Makiko Kobayashi, Shuhei Sato, Michitaka Ohwada. An Exploratory Analysis of Textual Data from the

- Mother and Child Handbook Using the Text Mining Method: Relationships with Maternal Traits and Postpartum Depression.
- 10- 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 2016; 42(6):655-660
 - 11- Katsufumi Otsuki, Akihito Nakai, ○Yoshio Matsuda, Norio Shinozuka, Ikuno Kawabata, Yasuo Makino, Yoshimasa Kamei, Shiro Kozuma, Mitsutoshi Iwashita and Takashi Okai
Randomized trial of ultrasound-indicated cerclage in singleton women without lower genital tract inflammation
J Obstet Gynaecol Res 42(2):148-157, 2016
 - 12- Fumika Tsuchiyama, Masaki OGAWA, Jun KONNO, ○Yoshio MATSUDA, Hideo MATSUI.
Effects of Fetal Gender on Occurrence of Placental Abruption
EC Gynaecology 2.3 (2016) 208-212
 - 13- ○Yoshio Matsuda, Masaki Ogawa, Akihito Nakai, Miki Tagawa, Michitaka Ohwada, Tsuyomu Ikenoue Severe fetal acidemia in cases of clinical chorioamnionitis in which the infant later developed cerebral palsy.
BMC Pregnancy and Childbirth.2015, 15:124
DOI: 10.1186/s12884-015-0553-9 URL:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/15/124>
 - 14- ○Yoshio Matsuda, Masaki Ogawa, Akihito Nakai, Masako Hayashi, Shoji Satoh, Shigeki Matsubara. Fetal/placental weight ratio in term Japanese pregnancy: its difference among gender, parity, and infant growth.
International Journal of Medical Sciences 2015; 12(4): 301-305. DOI: 10.7150/ijms.11644
 - 15- Masako Hayashi, Shoji Satoh, ○Yoshio Matsuda, Akihito Nakai The effect of Single Embryo Transfer on Perinatal Outcomes in Japan
International Journal of Medical Sciences 2015;12(1):57-62
 - 16- Masaki Ogawa, ○Yoshio Matsuda, Jun Konno, Minoru Mitani, Hideo Matsui Preterm placental abruption: Tocolytic therapy regarded as a poor neonatal prognostic factor.
Clin Obstet Gynecol Reprod Med, 1(1): 20-24, 2015
 - 17- ○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
 - 18- 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
 - 19- ○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郎)
平成 28 年度 総括・分担研究報告書 87-97
2017 年 3 月
- 20- ○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
- 21- 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
- 22- 三谷穰 ○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
- 23- 三谷穰、○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
- 24- ○松田義雄、川口晴菜、小川正樹、平野秀人 厚生労働科学研究費補助金「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究 平成 26 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 (研究代表者 山縣然太郎) 250-266
- 25- ○松田義雄、大槻克文、佐藤昌司、太田 創 厚生労働科学研究費補助金「周産期医療の質と安全の向上のための研究」平成 26 年度 総合研究報告書 (研究代表者 楠田 聡) 53-6
- 26- ○松田義雄 妊婦健診のすべて一週数別・大事なことを見逃さないためのチェックポイント 「I 妊娠週数ごとの健診の実際」 妊娠 22 から 36 週まで 診断と外来対応 preterm PROM 2015 ; 69 (4) : 206-209
- 27- ○松田義雄 切迫早産がある場合の治療で気をつける点は? 妊婦の糖代謝異常 診療・管理マニュアル メジカルビュー社 2015 年、東京、106-107
- 28- ○松田義雄 糖尿病合併妊娠・妊娠糖尿病妊婦の妊婦健診時の注意点は? 妊婦の糖代謝異常 診療・管理マニュアル メジカルビュー社 2015 年、東京、104-105
- 29- ○松田義雄 上田 茂 産科医療補償制度の概要 MFICU マニュアル改訂 3 版 MC メディカ出版、大阪 2015 年、43-45
- 30- ○松田義雄 周産期救急の初期対応 いかに適確に対応するか 常位胎盤早期剥離: 時間との勝負だ 周産期医学 45 (6) : 768-770, 2015
- 31- ○松田義雄 日本産婦人科学会医会共同プログラム 事例から見た脳性まひ発症の原因と予防対策:産科医療補償制度再発防止に関する報告書から (1) 臍動脈血液ガス所見からみた脳性まひの原因分析 日本産科婦人科学会雑誌 67 (9) 2056-2061, 2015
- 32- 三谷 穰 ○松田義雄 妊婦のカロリーコントロールのための食育 産婦人科の実際 2015 ; 64 (1) : 15-19
2. 学会発表
- 33- 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 4 月

34- 小野哲男, ○松田義雄, 桂大輔, 林香里, 石河颯子, 辻俊一郎, 高橋健太郎, 佐藤昌司, 海野信也, 村上節

わが国の主要施設における Robson Ten Group Classification System(RTGCS)とローレンツ曲線を用いた帝王切開に関する検討

第 68 回日本産科婦人科学会学術講演会

2016 年 4 月

35- 小野哲男, ○松田義雄, 辻俊一郎, 高橋健太郎, 佐藤昌司, 海野信也, 村上節

わが国の主要施設における帝王切開率の施設間格差に関する検討

第 52 回日本周産期・新生児医学会学術集会

2016 年 7 月

36- 林 昌子, 関口敦子, ○松田義雄, 中井章人: 低出生体重予防の観点からみた妊娠中の適切な体重増加量についての検討.

第 52 回日本周産期・新生児医学会総会および学術集会

2016 年 7 月

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 症例の概要

	2001-2005	2006-2010	2011-2013	合計
周産期死亡	180,280	295,820	395,785	871,885
母体加齢死亡	2,632	3,663	3,667	9,962
妊娠高血圧症候群	131	162	129	422
前置胎盤	7,299	10,549	19,231	37,079
前期破水	6,882	9,755	13,472	30,109
切迫早産	5,704	9,177	12,592	27,473
胎膜無力症	2,945	3,677	4,176	10,798
絨毛膜羊膜炎	2,585	3,412	3,840	9,757
前置胎盤	2,359	5,158	6,130	13,647
常位胎盤早期剥離	1,773	3,002	4,158	8,933
DIC	345	494	709	1,548
癒着胎盤	207	539	679	1,425
子癰	147	258	805	1,210
肺水腫	79	124	174	377
(%)				
妊娠高血圧症候群	4.05	3.57	4.86	4.25
前置胎盤 (37週未満)	3.82	3.30	3.40	3.45
切迫早産 (37週未満)	3.16	3.10	3.18	3.15
胎膜無力症	1.63	1.24	1.06	1.24
絨毛膜羊膜炎	1.39	1.15	0.97	1.12
前置胎盤	1.31	1.74	1.55	1.57
常位胎盤早期剥離	0.98	1.01	1.05	1.02
DIC	0.19	0.17	0.18	0.18
癒着胎盤	0.11	0.18	0.17	0.16
子癰	0.08	0.09	0.20	0.14
肺水腫	0.04	0.04	0.04	0.04

表2 リスク因子と産科合併症の関係

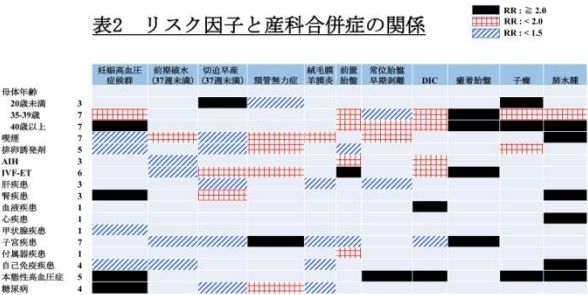


表3【妊娠高血圧症候群】

背景因子	母体年齢	RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
35-39歳	1.71	1.62-1.82	1.49	1.42-1.56	1.65	1.60-1.71	
40歳以上	2.44	2.20-2.70	2.14	1.99-2.30	2.23	2.13-2.34	
初妊	1.11	1.04-1.19	1.07	1.02-1.13	1.13	1.09-1.18	
初産	1.58	1.48-1.70	1.6	1.51-1.69	1.64	1.57-1.71	
順産	1.2	1.09-1.33	1.37	1.25-1.50	1.34	1.26-1.43	
剖開分娩	1.09	0.94-1.27	1.3	1.16-1.47	1.04	0.95-1.14	
IVF-ET	0.86	0.73-1.02	1.15	1.05-1.26	1.18	1.11-1.24	
腎疾患	3.26	2.82-3.76	2.75	2.43-3.11	2.34	2.08-2.63	
甲状腺疾患	1.25	1.07-1.46	1.05	0.93-1.18	1.14	1.05-1.24	
自己免疫疾患	1.17	0.97-1.43	1.22	1.05-1.42	1.11	0.98-1.27	
本態性高血圧症	15.8	13.84-18.08	10.6	9.67-11.68	10.5	9.76-11.28	
糖尿病	2.51	2.23-2.82	1.75	1.59-1.92	1.32	1.23-1.43	

AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes

表4【前期破水 (37週未満)】

背景因子	母体年齢	RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
	初産	1.1	1.02-1.18	1.05	0.99-1.12	1.07	1.02-1.13
	喫煙	1.76	1.61-1.92	1.78	1.64-1.93	1.43	1.33-1.53
	AIH	1.3	1.06-1.59	1.08	0.91-1.27	1.13	1.0-1.28
	IVF-ET	1.36	1.15-1.60	1.21	1.08-1.35	1.15	1.07-1.25
	子宮疾患	1.31	1.18-1.45	1.13	1.05-1.22	1.4	1.32-1.48
	自己免疫疾患	1.39	1.15-1.70	1.46	1.25-1.69	1.82	1.69-2.08

AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes

表5【切迫早産 (37週未満)】

	RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI	
背景因子	母体年齢						
	20歳未満	2.1	1.789-2.47	2.16	1.867-2.49	2.02	1.79-2.29
	喫煙	1.41	1.27-1.57	1.36	1.24-1.49	1.21	1.12-1.31
	排卵誘発剤	1.33	1.11-1.58	1.3	1.13-1.49	1.35	1.20-1.51
	IVF-ET	1.55	1.29-1.87	1.29	1.14-1.45	1.11	1.01-1.21
	腎疾患	1.02	0.75-1.39	1.35	1.07-1.71	1.44	1.16-1.79
	腎疾患	1.5	1.20-1.87	1.2	0.99-1.45	1.07	0.88-1.31
	子宮疾患	1.44	1.29-1.61	1.48	1.38-1.60	1.3	1.22-1.39
	糖尿病	1.03	0.85-1.26	1.27	1.13-1.43	1.07	0.96-1.19

AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes

表6 【頸管無力症】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	20歳未満	1.37	1.01-1.88	1.09	0.75-1.59	1.12	0.79-1.57
	喫煙	1.53	1.33-1.75	1.4	1.23-1.60	1.27	1.12-1.43
	排卵誘発剤	1.39	1.10-1.77	1.37	1.11-1.69	1.55	1.29-1.87
	IVF-ET	1.6	1.25-2.05	1.54	1.30-1.81	1.42	1.24-1.63
	子宮疾患	2.2	1.93-2.50	1.99	1.79-2.20	1.91	1.74-2.10
	糖尿病	1.4	1.11-1.76	1.55	1.31-1.82	1.43	1.23-1.67
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表7 【絨毛膜羊膜炎】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	初産	1.79	1.61-2.0	1.92	1.75-2.11	2.38	2.17-2.60
	喫煙	1.71	1.48-1.98	1.83	1.60-2.08	1.4	1.23-1.60
	肝疾患	0.8	0.47-1.36	1.46	1.01-2.10	0.82	0.50-1.35
	子宮疾患	1.08	0.91-1.29	1.11	0.98-1.26	1.13	1.01-1.26
	自己免疫疾患	0.77	0.51-1.16	1.12	0.86-1.49	1.35	1.03-1.76
	糖尿病	1.21	0.92-1.58	1.03	0.84-1.27	1.36	1.14-1.61
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表8 【前置胎盤】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	35-39歳	1.72	1.56-1.89	1.48	1.39-1.57	1.52	1.44-1.61
	40歳以上	1.87	1.57-2.24	1.69	1.53-1.87	1.76	1.62-1.91
	排卵誘発剤	1.2	0.92-1.55	0.94	0.78-1.15	1.2	1.03-1.40
	AIH	1.33	0.97-1.83	1.53	1.27-1.84	1.41	1.21-1.64
	IVF-ET	2.59	2.13-3.15	2.23	2.00-2.48	2.07	1.91-2.26
	子宮疾患	1.21	1.02-1.43	1.12	1.02-1.24	1.12	1.03-1.22
	付属器疾患	1.16	0.87-1.57	1.45	1.24-1.71	1.5	1.31-1.71
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表9 【常位胎盤早期剥離】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	35-39歳	1.15	1.02-1.30	1.1	1.01-1.20	1.16	1.08-1.25
	40歳以上	1.22	0.95-1.55	1.16	0.99-1.34	1.53	1.03-1.29
	初妊	1.14	0.98-1.33	1.11	0.99-1.25	1.2	1.08-1.33
	喫煙	1.37	1.13-1.64	1.57	1.35-1.82	1.47	1.30-1.66
	本態性高血圧症	2.73	1.85-4.03	2.73	2.12-3.53	2.08	1.65-2.62
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表10 【DIC】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	35-39歳	1.69	1.32-2.17	1.2	0.97-1.47	1.35	1.14-1.60
	40歳以上	1.79	1.11-2.90	1.46	1.04-2.04	1.56	1.22-2.01
	初妊	1.1	0.80-1.53	0.9	0.69-1.17	1.4	1.10-1.77
	AIH	1.18	0.52-2.70	0.62	0.26-1.51	1.67	1.11-2.49
	IVF-ET	1.25	0.66-2.39	1.74	1.21-2.53	1.54	1.18-2.02
	血漿疾患	2.94	1.57-5.55	0.72	0.27-1.94	1.77	0.95-3.13
	子宮疾患	1.24	0.81-1.89	1.28	0.95-1.73	1.36	1.07-1.71
	本態性高血圧症	2.66	1.17-6.03	2.58	1.37-4.85	2.12	1.26-3.55
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表11 【癒着胎盤】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	35-39歳	2.05	1.52-2.78	1.45	1.20-1.75	1.63	1.37-1.95
	40歳以上	2.45	1.47-4.10	1.98	1.50-2.60	2.45	1.97-3.05
	IVF-ET	3.69	2.04-6.69	3.27	2.43-4.37	4.07	3.31-5.00
	子宮疾患	2.26	1.46-3.50	2.68	2.14-3.35	2.51	2.08-3.05
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表12 【子癇】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	20歳未満	2.84	1.37-5.87	1.83	0.90-3.74	0.65	0.29-1.46
	35-39歳	1.47	0.97-2.24	1.17	0.87-1.59	1.8	1.53-2.10
	40歳以上	0.26	0.04-1.89	1.58	0.96-2.62	2.68	2.16-3.34
	初産	2.05	1.23-3.43	2.81	1.89-4.17	1.46	1.19-1.79
	排卵誘発剤	0.58	0.14-2.36	1.18	0.55-2.52	1.59	1.11-2.27
	本態性高血圧症	2.6	0.64-10.62	2.86	1.26-6.50	2.1	1.29-3.41
AIH: artificial insemination from husband, IVF-ET: in vitro fertilization-embryo transfer,							
PIH: pregnancy-induced hypertension, PROM: premature rupture of membranes							

表13 【肺水腫】

		RR	95%CI	RR	95%CI	RR	95%CI
背景因子	母体年齢						
	35-39歳	1.73	1.01-2.99	1.62	1.08-2.43	1.54	1.09-2.17
	40歳以上	4.03	1.86-8.75	2.09	1.10-3.97	2.25	1.41-3.57
	初妊	2.14	1.01-4.58	1.48	0.89-2.48	0.81	0.55-1.29
	喫煙	1.29	0.50-3.32	4.14	2.41-7.09	1.93	1.11-3.36
	腎疾患	5.07	1.84-13.9	1.44	0.35-5.82	5.31	2.58-10.93
	心疾患	1.46	0.36-5.98	2.89	1.27-6.57	4.05	2.13-7.79
	自己免疫疾患	1.93	0.47-7.92	*	*	4.12	2.08-8.17
	本態性高血圧症	1.62	0.22-11.88	4.03	1.61-10.08	4.57	2.29-9.11

表14 母児の予後不良に関与する周産期因子

		母体死亡/転科			周産期死亡		
		1期	2期	3期	1期	2期	3期
		2001-2005	2006-2010	2011-2013	2001-2005	2006-2010	2011-2013
背景因子 基礎疾患 産科合併症	40歳以上					1.25	1.24
	本態性高血圧症	2.97	2.59		1.59	1.44	1.56
	頸管無力症				2.3	2.47	1.78
	妊娠高血圧症候群	2.99	2.83	3.73	1.27		
	切迫早産				1.17	1.23	1.11
	肺水腫	11.99	12.44	11.35	3.48	3.18	4.19
	常位胎盤早期剥離				11.4	11.63	12.35
	羊水過多				20.93	22.51	21.82
	羊水過少				4.35	4.43	4
	胎児機能不全	2.02	2.19	1.77	1.36	1.17	1.3
	子宮内感染				3.17	3.57	3.06
	子宮破裂	7.54			4.98	2.74	3.08
	DIC	20.17	32.51	26.67	7.87	9.97	8.14
	羊水塞栓		48.22	13.9			

表15. 産科合併症と関連するリスク因子

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

表17. 施設規模別にみた産科合併症をもつ症例の割合

	総数	合併症あり	合併症なし	合併症割合
1次施設	1054	228	826	21.6%
2次施設	264	81	183	30.7%
3次施設	298	126	172	42.3%
合計	1616	435	1181	26.9%

表18. 施設規模別にみたリスク因子を有する症例の割合

	総数	リスク因子あり	リスク因子なし	リスク因子を有する割合
1次施設	1054	502	552	47.6%
2次施設	264	135	129	51.1%
3次施設	298	200	98	67.1%
合計	1616	837	779	51.8%

表16. 症例の内訳

	施設数	症例数
1次施設	13	1054
2次施設	4	264
3次施設	3	298
計	20	1616

表19. 産科合併症に対するリスク因子の感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率の施設規模別比較

	感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率
1次施設	50.9%	53.3%	23.1%	79.7%
2次施設	60.5%	53.0%	36.3%	75.2%
3次施設	69.8%	34.9%	44.0%	61.2%
全体	58.2%	50.6%	30.2%	76.6%

表20. 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

[illegible]

図1 産科合併症別にみたリスク因子の年次推移 (1)

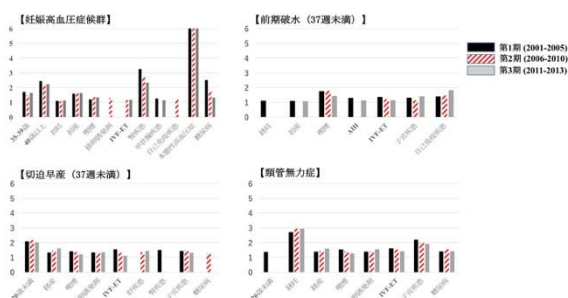


図2 産科合併症別にみたリスク因子の年次推移 (2)

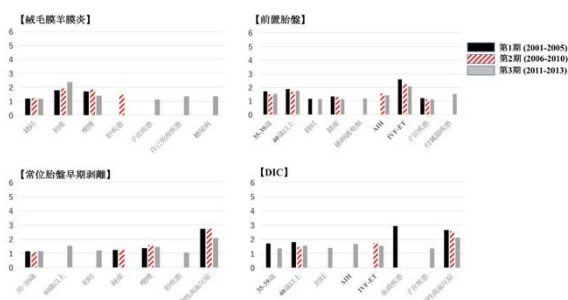


図3 産科合併症別にみたリスク因子の年次推移 (3)

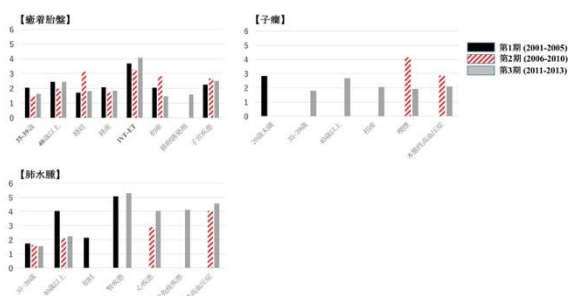


図4. 施設規模別にみた抽出率(感度)

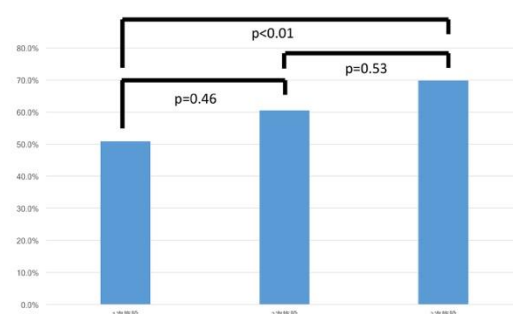


図5. リスク因子の有無による産科合併症を有する割合の比較

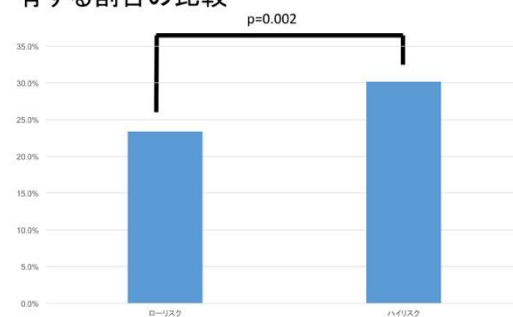
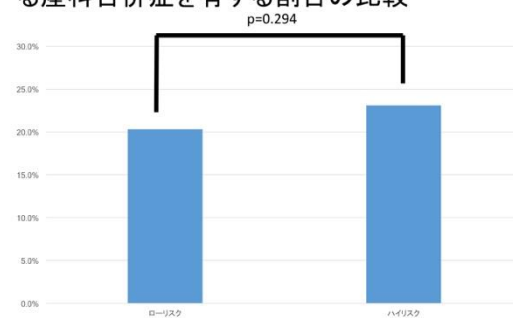
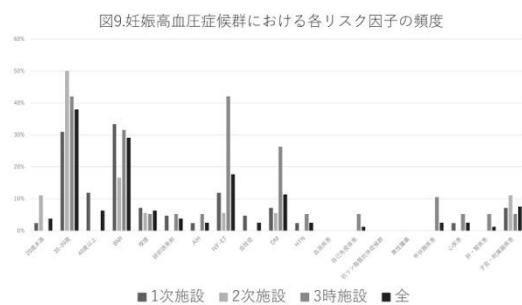
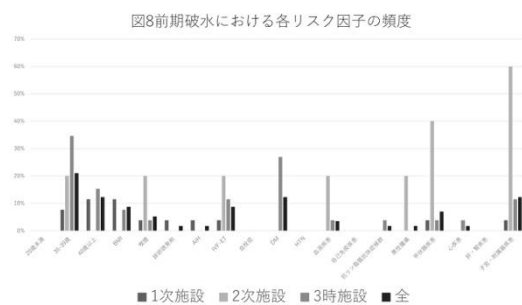
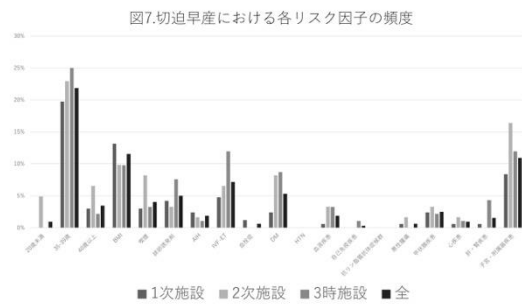


図6. 1次施設におけるリスク因子の有無による産科合併症を有する割合の比較





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）

総合研究報告書

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリスト作成

分担研究者 板倉 敦夫 学校法人順天堂 順天堂大学 産婦人科学講座 教授

研究要旨

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

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

【結果】 子宮頸部手術後妊娠の早産率 26.2% (390/1,488) は、未施行妊娠の 10.7% (37,782/351,848) に比して、有意に高値を示した。Risk ratio (RR) は 2.44 と高い早産への寄与因子であることが示された。一方、子宮頸部手術後妊娠の術式別の早産率については、有意差を認めなかった。また 20 週ごろの頸管長は、早産の有無で有意差はみられなかった。さらに、予防的頸管縫縮術を行っても、早産率の低下は認めなかった。腹式頸管縫縮術の生児獲得率は 90% で早産リスクも残るものの、他の方法で生児が得られない女性には考慮すべき手段であると考えた。

【結論】 近年の子宮頸部悪性腫瘍に対する子宮頸部手術は、頸管組織の残存を意識してはいるものの $RR \geq 2$ の早産ハイリスク妊娠である。しかし、さらなるリスク分類はできず、また早産予防の有用な管理法はないが、流早産のために生児が得られない女性には、腹式頸管縫縮術が考慮される。子宮頸がんの若年化は、若年者における性活動の活発化や初交年齢の若年化などが推測されており、子宮頸部手術後妊娠に社会的ハイリスクが多いと考えられる。したがって、現状では子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。

A. 研究目的

晩婚・晩産化、若年層における子宮頸がん患者の増加に伴い、子宮頸部手術後妊娠例の増加が予想される。頸部手術後妊娠は早産ハイリスクであることが知られているが、本邦におけるその周産期事象に関する大規模調査研究は少ない。

医学的ハイリスク妊産婦のチェックリストには、不可欠な因子ではあるが、日本産科婦人科学会周産期データベースでは、平成 25 年から子宮頸部手術既往も、記載することになった。そのため、チェックリスト作成時には、この因子を組み込むことができなかった。さらに必要以上の頸部組織の切除は、早産リスクであることは、広く認知されるようになり、近年頸部病変には、Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) など、最小限の切除にとどめるよう心掛けるようになっており、最近の早産リスクは明らかではない。そこで、日本産科婦人科学会周産期データベースならびに、多施設共同研究によって、早産リスクの評価および早産の予防法についての検討を行った。

B. 研究方法

①平成 25 年および平成 26 年の日産婦周産期データベース登録例を対象とした。(除外：多胎妊娠、胎児形態異常例、データ欠落例、年齢：17 歳未満、50 歳以上、前置胎盤、胎盤早期剥離)。平成 25 年：登録症例 186,234 例中 160,689 例、平成 26 年：登録症例

220,052 例中 192,647 例を解析に供した。解析にあたり、頸管手術施行群および非施行群で、頸管手術 (leep もしくは conization) 施行例は 1488 例であった。

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

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

③医学中央雑誌 Web および PubMed をサーチエンジンとして使用し、平成 23～30 年 (2011-2017) までの経腹縫縮術の症例報告を抽出した。

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

C. 研究結果

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

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

手術法は 7 種類にも分散しており、方法別の早産率に差を認めなかった。さらに 35.6% (115/330 例) において

手術法が不明であり、子宮頸部手術に関する十分な情報が分娩施設へ伝わっていない例が多いことが分かった。

表 1 円錐切除後頸部手術施行の有無による予後

	頸部手術		
	非施行例	施行例	P
	(N=351, 848)	(N=1, 488)	
母体年齢	32 ± 5	34 ± 4	<0.0001
初産	182, 393 (51. 8%)	612 (41. 2%)	<0.0001
分娩週数	38 ± 2	37 ± 3	<0.0001
早産, -36 週	37, 782 (10. 7%)	390 (26. 2%)	<0.0001
胎胞脱出	1, 242 (0. 35%)	19 (1. 28%)	<0.0001
治療的頸管縫縮術	1, 212 (0. 34%)	31 (2. 08%)	<0.0001
前期破水, 14-42 週	37, 289 (10. 6%)	326 (21. 9%)	<0.0001
前期破水, 14-36 週	10, 951 (3. 6%)	218 (17. 7%)	<0.0001
前期破水, 14-33 週	4, 700 (1. 53%)	145 (11. 8%)	<0.0001
臨床的 CAM	2, 240 (0. 64%)	29 (1. 95%)	<0.0001
頸管裂傷	2, 948 (0. 84%)	17 (1. 14%)	NS
妊娠高血圧症候群	19, 115 (5. 4%)	36 (2. 4%)	<0.0001

さらに、妊娠 20 週ごろの頸管長と分娩週数には有意な相関はみられなかった。好気性菌（*Gardnerella vaginalis*）嫌気性菌（*Bacteroides* 属、*Prevotella* 属など）が検出されている

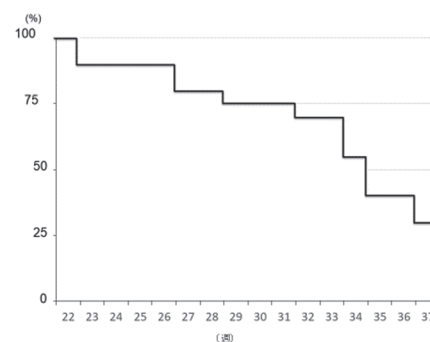
症例と検出されなかった症例での早産率を比較したが有意差はみられなかった。

表 2 多施設共同研究による子宮頸部手術の切除方法

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

③ キーワードから抽出した 35 報から、目的に適合していないなどの理由で除外し、残った 13 報、20 症例の報告の全文を取り寄せ、症例に関して詳細に吟味した。いずれの症例も前回妊娠で経腔的頸管縫縮術を行ったあるいは、子宮腔部が消失して経腔的縫縮術が困難と考えられた例であった。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、頸管組織の残存を意識した治療を行ってはいえると思われるものの $RR \geq 2$ の早産ハイリスク妊娠であった。母体年齢等子宮頸部手術施行群、非施行群で有意差があり、背景が同一でなくさらなる検討を要すると考えられた。また、手術方法別のリスクには差がなく、頸管長や腔分泌物培養の結果、あるいは予防的頸管縫縮術でも早産率に差がみられなかった。腔分泌物培養の結果や妊娠 20 週時の頸管長計測などによる早産リスクの抽出はできなかった。しかし、円錐切除後妊娠で経腔的頸管縫縮術を行ったあるいは、子宮腔部が消失して経腔的縫縮術が困難で実施しなかった例で、流早産によって生児が得られない場合には、腹式頸管縫縮術を考慮すべきと考えた。

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

E. 結論

社会的ハイリスクに多い子宮頸部手術後妊娠は、早産ハイリスクと認識し、早産に対応可能な周産期センターあるいはこれらと連携した施設での妊娠管理が勧められる。通常の方法では流早産となって生児が得られない場合には、腹式頸管縫縮術は考慮すべき方法と考えた。

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

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、平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の 1 年間に大阪母子医療センターを初診した妊婦とした。他院分娩となったもの、分娩後当院へ搬送となったもの、12 週未満の初期流産は除外した。妊娠中および産後に、看護師、助産師による問診にて、大阪府のアセスメントシートに基づいた社会的リスクの評価を行い、症例が分娩に至ったのちに、周産期データベースから得られる医学的転帰についての情報を回収し、社会的リスクと医学的リスクの関係について解析した。

結果：平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に大阪母子医療センターを初診した妊婦は、2037 人であった。うち 12 週未満の初期流産(127 人)、他院分娩(327 人)、他院で分娩後当院に母体搬送(36 人)を除外し、1547 人が対象となった。単変量解析にて、社会的リスクを有する者は、社会的リスクのないものと比較して自然妊娠が多く、経産婦が多かった。妊娠経過については、社会的リスクがある方が有意に子宮収縮抑制剤の使用が多かった。しかし、帝王切開率は、社会的リスクがないもので有意に少なく、分娩時出血も少ない傾向であった。児の予後に関して、両群で差を認めなかった。母体基礎情報で補正し、多重ロジスティック回帰分析にて社会的リスクと関連する医学的なリスクを検討した。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。

(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	切迫早産	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	

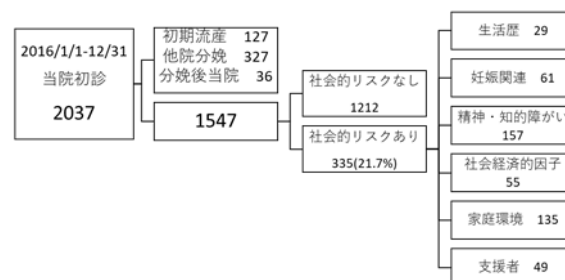
AC; amniocentesis, CVS; Chorionic Villi Sampling, HDP; hypertensive disorders of pregnancy, GDM; gestational diabetes mellitus, FGR; fetal growth restriction, HFD; heavy for date, SA; spontaneous abortion, AA; artificial abortion, FD; fetal death, NND; neonatal death, NICU; Neonatal Intensive Care Unit

C. 研究結果

平成 28 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

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
	悪阻	34	11(3.3)	23(1.9)	0.13
妊娠分娩 経過	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
	頭管縫縮術	1(1.2)	17(1.4)	0.85
	クラミジア陽性	6(7.0)	19(1.6)	<0.001
	胎児異常	8(9.3)	181(14.9)	0.15
	胎児治療	1(1.2)	20(1.6)	0.73
	胎盤位置異常	0	32(2.6)	
	SA,AA,FD,NND	3(3.5)	64(5.3)	0.47
	分娩週数(中央値)	38(21-41)	38(14-41)	
	早産	14(16.9)	165(14.4)	0.54
	帝王切開	17(19.8)	376(31)	0.03
	緊急帝王切開	9(52.9)	188(50)	0.82
	常位胎盤早期剥離	0	9(0.7)	
	分娩時出血>1000ml	14(16.9)	251(20.9)	0.38
	輸血	1(1.2)	18(1.5)	0.81
新生児情報	性別(男児)	47(54.7)	613(49.1)	0.53
	児体重(<10%tile)	10(11.9)	157(13.6)	0.67
	Ap(1)<7	5(6.0)	88(7.7)	0.59
	Ap(5)<7	3(3.6)	28(2.4)	0.51
	PH<7.0	3(3.8)	16(1.5)	0.11
	NICU、小児病棟入院	15(18.1)	197(17.1)	0.82

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

(表 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、大阪母子医療センターでは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 of 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

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）」

総合研究報告書

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

医学的ハイリスク妊娠の管理に関する研究

分担研究者 小川 正樹 東京女子医科大学 産婦人科 母体胎児医学科 教授

研究要旨

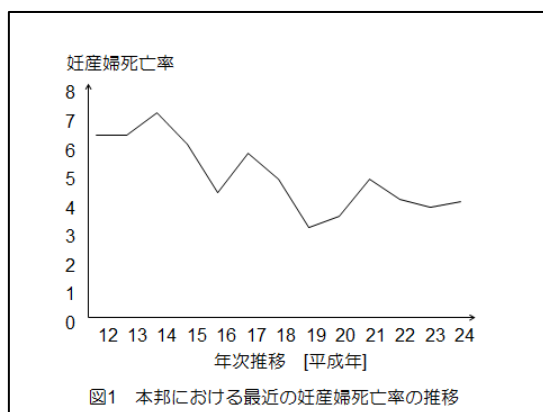
【目的】本邦における医学的ハイリスク妊婦の管理および産後のフォローアップ期間について、どのようにすべきかについての文献的な系統的総括を行った。

【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、妊娠合併症（pregnancy complication）、周産期リスク（perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy）、不良転帰（poor outcome）のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 10 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。自施設における合併症妊娠の産後管理期間について文献的に検討した。また、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】子宮疾患（筋腫核出術や子宮腔部円錐切除術の既往、子宮筋腫）、子宮動脈塞栓術は、予後を悪化させる因子でありハイリスク妊娠と捉えるべきであることが示された。単一施設における検討では、自己免疫疾患、婦人科系疾患、腎泌尿器系疾患、精神疾患、および産科合併症では、産後のフォロー率が低いことが明らかとされた。産後のフォローアップ期間が明示されている 16 文献を対象に総括した。産後 2 日から最長では 4 年という横断・縦断研究であった。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。産褥うつ病と自身の被虐待体験との関連性において、該当期間で正常群との間で有意差を認めたものが 12 件で、その他 4 件は関連性を認めなかった。一方、4 年間の管理を実施した研究では 4 年後であっても、その産褥うつ病は継続していることが明らかとされた。【結語】子宮疾患はあらためてハイリスク妊娠であることが示された。産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、産後 3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。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 (図 1)。



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。

本邦においてこれまで用いられてきた中林の妊娠リスクスコアは、主に妊産婦側が自主的に判断し、適切なレベルの医療施設へと誘導する目的で作成され運用されてきたものである。しかし、今後は医療側もこの妊産婦のリスクを充分に把握することが求められる。すなわちハイリスク妊娠チェックリスト作成が求められる。このような状況下において、本研究では、この妊婦のリスクを把握するために、妊娠初期における病歴聴取の際に得られる事項、および妊娠中期までに得られる妊娠中の特記事項が、医学的ハイリスクとして認識すべきかを明らかにすることを目的に、妊娠リスクを把握するための系統的なレビューを行った。特に、近年増加している子宮に対する手術を施行した患者のリスクについて重点的に検討した。

一方で、ハイリスク妊娠の出産後に、次回妊娠へのリスク管理が行われているかについては不明のことが多い。そこで、次回妊娠へのリスクを評価する目的で、当院で出産したハイリスク妊婦の産後の管理状況を明らかにすることを目的に実施した。

また医学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、妊娠合併症 (pregnancy complication)、周産期リスク (perinatal risk, pregnancy risk, high risk pregnancy)、予後不良または不良転帰 (poor outcome) のキーワードを入力し、抽出された論文および総説を最近 10 年間に限定して検索した。得られた論文を中心にレビューした。

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

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

(倫理面への配慮)

特に必要としない研究である。

C. 研究結果

1) 合併症妊娠に関するレビュー

(1)子宮頸管手術(特に子宮腔部円錐切除術)の影響について

子宮腔部円錐切除術は、子宮頸管組織の減少をもたらす。その結果、子宮頸管組織におけるコラーゲン組織は

減少し、子宮頸管熟化の主体が消失する。そのため、正常な子宮頸管熟化プロセスは破綻すると考えられる。さらに、頸管腺減少により上行性感染防止の機序は破綻し、早産や母児感染症のリスクが増大することが指摘されている (2-4)。一方で、原因は不明であるものの、子宮腔部円錐切除術患者においては腔内細菌層の変化がもたらされ、より早産リスクは増加することが示されている (5)。早産だけではなく後期流産のリスクも明らかに増加することが指摘されている (6-8)。この流早産リスクは、子宮腔部円錐切除術より妊娠までの期間によることも明らかとされている。特に術後 2.5 カ月以内での妊娠では、術後 10 カ月以降の妊娠と比して、有意に早産が増えることが指摘されている (9)。一方で術後 1 年以内の妊娠と 1 年以後の妊娠では早産リスクに有意差は認められないこと (10)から、術後早期の妊娠に関しては、流早産リスクが高いと認識すべきと考えられる。

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

したがって、cold knife による手術例、および頸管狭窄症例はハイリスクと捉えるべきと認識される。

(2)子宮筋腫の妊娠経過に対する影響について

子宮筋腫は高齢妊娠では一般的に合併する疾患であり、本邦における高齢妊娠が増加している現状においては、十分に注意すべき疾患と認識される。子宮筋腫を合併する妊娠では、流産や、胎盤位置異常、胎位異常は高率に伴うことが指摘されている¹³⁾。しかしその原因については明らかとされていない。特に径 8cm 大以上の子宮筋腫を合併する妊婦では、妊娠期間中における常位胎盤早期剥離の発症率が有意に増加する¹⁴⁾。これは子宮における血流の影響が推定されているが、原因は明らかとされていない。同様に胎児発育不全も増加することが知られている¹⁵⁾。子宮底部または子宮体部に子宮筋腫が位置する場合には、帝王切開率は有意に上昇する¹⁵⁾。また分娩時および後産期における出血のリスクは増大する¹⁵⁾。一方で、早産期前期破水や妊娠高血圧症候群の発症率は低下することが指摘されている¹⁵⁾。したがって、径 8cm 大以上の比較的に大きな子宮筋腫を合併する症例、胎盤異常や胎位異常、および胎児発育不全を伴う子宮筋腫合併妊娠はハイリスクとして捉えるべきである。

(3)子宮筋腫核出術の既往が妊娠経過に与える影響について

高齢妊娠の増加により子宮筋腫核出術後妊娠も増加している。子宮筋腫核出術は、子宮筋の切開を伴うことから、米国においては子宮筋切開術(hysterotomy)として、帝王切開術後妊娠と同等に扱われている。したがって、ACOG では、妊娠 37~38 週での帝王切開が推奨されている¹⁶⁾。さらに、子宮内腔面に達するような子宮筋腫核出術症例においては、帝王切開術後と同様に癒着胎盤のリスクは増大することより、高次施設での管理が望ましい。古典的子宮縦切開術が施行された帝王切開術後妊娠では、子宮破裂のリスクを回避する目的で、妊娠 36 週時点での選択的帝王切開術後が推奨されている¹⁶⁾が、子宮筋腫核出術後妊娠でも同様の対応が望まれる。したがって、子宮筋腫核出術後の妊娠においては、たとえ腹腔鏡下手術であっても慎重な対応が必要とされるハイリスク妊娠と理解すべきである。

(4)子宮動脈塞栓術の妊娠に対する影響について

近年の Interventional radiology (IVR) の進歩により、様々な疾患において子宮動脈塞栓術(uterine arterial embolization: UAE)が施行されている。しかし UAE の既往のある妊婦における周産期予後は明らかとされていない。Goldberg らは、UAE を施行された婦人における次回妊娠経過を示した症例報告を総括した結果¹⁷⁾、次回妊娠における帝王切開施行率が 58%と高率であることを示し

ている。また妊娠経過中の胎位異常、胎児発育不全、早産症例が非常に高率であることを指摘している **18)**。一方で、症例報告のみではあるものの、UAE 後妊娠において、子宮破裂や、癒着胎盤、子宮外妊娠などの妊娠経過異常が数多く認められている事が指摘されている **19)**。したがって、現時点では、エヴィデンス・レベルとしては高くないものの、UAE 後の妊娠はハイリスク症例として捉えられるべきである。

(5)自己免疫疾患(特に全身性エリテマトーデス)が妊娠に与える影響について

全身性エリテマトーデス(SLE)や特発性血小板減少性紫斑病などの自己免疫疾患は、以前であれば妊娠許可基準の範囲外であったが、病態解明により一部においてガイドラインが作成されるなどして、妊娠中に遭遇することも多くなっている。また、管理基準の変更により妊娠中に禁忌となる薬剤を使用しながらの妊娠も増加している。アザチオプリン、シクロスポリン、およびタクロリムスを使用しながらの妊娠も散見される。しかし、SLE を合併した場合の周産期罹患率は、合併していない場合に比して 20 倍と高率である **20)**。本症合併妊娠における早産率は 50%であるとする報告も認められるが **21)**、その主要なリスク因子は、ループス腎炎と推定される **22)**。SLE においてループス腎炎を合併している場合、妊娠中における増

悪因子の1つであり注意が必要となる。特に高活動性の SLE では多診療科を含めた厳重な管理が必要とされる。特にプレドニゾロンで 15mg より多くの服薬量で管理されている症例においては、妊娠中に介入が必要とされることが多く、母体ケアにおいては十分な注意が必要とされる。したがって、プレドニン 20mg 以上を服用中の妊娠は、ハイリスクであると捉えるべきである。一方で抗血小板療法である低用量アスピリンの服用では、妊娠中における妊娠高血圧症候群の発症を有意にあげることが知られており **23)**、考慮すべきである。

2) 合併症妊娠の産後管理状況 **24)**

(1)合併症疾患内訳

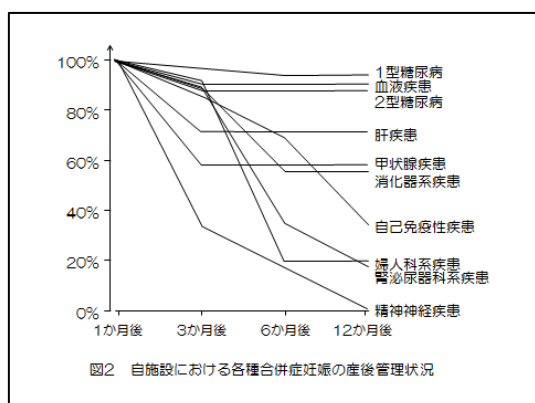
なんらかの合併症を有する妊婦が、のべ 237 名含まれており、内訳は、1 型糖尿病:36 名、2 型糖尿病:17 名、バセドウ病を含む甲状腺疾患:43 名、うつ病を含む精神神経疾患:30 名、慢性腎臓病を含む腎泌尿器科疾患:29 名、子宮頸部異形成を含む婦人科系疾患:26 名、特発性血小板減少性紫斑病などの血液疾患:11 名、炎症性腸疾患などの消化器系疾患:9 名、肝炎キャリアなどの肝疾患:7 名であった。

(2)産後フォローアップ期間

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

産科関係の疾患においては、すべて

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



3) ハイリスク妊娠の産後管理に関するレビュー

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

総括した論文の一覧を表 1 文献 25-41) に示す。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 39)。観察期間は、①産褥 8 週間以内：5 研究、②4-6 か月以内：5 研究、③8-12 か月以内：2 研究、④2 年以上：1 研究となっていた。

D. 考察

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

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

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

ハイリスク妊娠とされる合併症妊娠患者の産後における基礎疾患の管

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

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

近年、妊婦のメンタルヘルス異常は妊娠分娩産褥の合併症の重要なものとなっている⁴²⁾。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⁴³⁻⁴⁵⁾。

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）であると考えられている⁴⁶⁾。

産褥うつ病に代表される精神神経疾患は、妊娠中の様々なイベントである、望まない妊娠、家庭内不和、被虐待体験などに関連するとされている。一方で、早産や緊急帝王切開分娩、常位胎盤早期剥離、胎児・新生児発育等の異常などの疾患によっても誘発されることがある⁴⁷⁾。

平成28年度の報告で明らかにしたが、単一施設の検討では、産後1年後の合併症妊娠のフォローアップ率は、精神神経疾患で極端に低く、ほぼ0%であった。同様に産婦人科が主体となるはずの婦人科疾患合併妊娠におけるフォローアップ率も同様に20%前後で少なく、このような疾患のフォローアップが望まれる。本研究では、これまでの先行研究をまとめ、産褥うつ病に代表される精神神経疾患の発生と、被虐待体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二

者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らかとなった。被虐待体験は **child abuse** よりは **maltreatment** に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。

うつ病は全世界で3億5千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている **48)**。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 **49)**。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 **50, 51)**。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 **52)**。長期的な罹患の結果、児に発達の異常 **53)**、母子愛着形成の不全を引き起こし **54)**、その児は、人生の後になってうつ病となって現れる **55)**。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 **56)**。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 **57, 58)**。

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 **59)**。

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

これまで、医学的なハイリスクと考えられてきた妊娠合併症等を文献的に総括した。子宮疾患（筋腫核出術や子宮腔部円錐切除術の既往、子宮筋腫）では、早産のリスクが高くなる事があらためて示された。また、子宮動脈塞栓術は、周産期転帰に重篤な疾患を認

めることより、併せてハイリスク妊娠と捉えるべきである。SLE についても、ループス腎炎の併発は、予後を悪化させる因子であり注意が必要であると判断された。

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

産科合併症においてはそのほとんどすべてにおいて、3 か月までの管理がなされていないことが明らかとなった。どのような産科合併症において産後の管理が必要なのかを明らかにしていく必要があるものと考えられた。

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, Miharuru 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):1245-55.

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):628-9.

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):1121-6.

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;206:225-31.

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) Effects of fetal gender on occurrence of placental abruption. Tsuchiyama F, Ogawa M, Konno J, Mastuda Y, Matsui H. **EC Gynaecology**. 2016;2:208-12.

10) Preterm placental abruption: Tocolytic therapy regarded as a poor neonatal prognostic factor. Ogawa M, Mastuda Y, Konno J, Mitani M, Matsui H. **Clin Obstet Gynecol Reprod Med** 2015;1:20-4.

11) Relationship between advanced maternal age and assisted reproductive technology: a retrospective single center study. Seki M, Ogawa M, Matsui H. **J Tokyo Wom Med Univ**. 2015;85:138-43.

12) Severe fetal acidemia in cases of clinical chorioamnionitis in which the infant later developed cerebral palsy. Matsuda Y, Ogawa M, Nakai A, Tagawa M, Ohwada M, Ikenoue T. **BMC Pregnancy Childbirth**. 15:124,2015

13) Fetal/Placental weight ratio in term Japanese pregnancy: its difference among gender, parity, and infant growth. Matsuda Y, Ogawa M, Nakai A, Hayashi M, Satoh S, Matsubara S. **Int J Med Sci**.

12:301-5,2015

14) The clinical characteristics and early detection of postpartum choriocarcinoma. Ryu N, Ogawa M, Matsui H, Usui H, Shozu M. **Int J Gynecol Cancer**. 25:926-30,2015

15) Nationwide demonstration project of next-generation sequencing of cell-free DNA in maternal plasma in Japan: one-year experience. Sago H, Sekizawa A; Japan NIPT consortium; Yamada T, Endo T, Hukushima A, Murotsuki J, Kamei Y, Nanba S, Yotsumoto J, Osada H, Kasai Y, Watanabe A, Katagiri Y, Takesita N, Ogawa M, Tanemoto T, Samura O, Kitagawa M, Okai T, Izumi S, Hamanoue H, Hirahara F, Haino K, Suzumori N, Hamajima H, Nishizawa H, Okamoto Y, Nakamura H, Kanekawa K, Yoshimatsu J, Sawai H, Tairaku S, Naruse K, Masuyama H, Kaji T, Maeda K, Ogawa M, Yoshizato T, Miura K, Masuzaki H, Ohba T, Kawano Y, Nishiyama M. **Prenat Diagn**. 35:1-6,2015

16) 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

17) 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

18) 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

19) 小川正樹：【周産期管理がぐっ
とうまくなる!ハイリスク妊娠の外来診
療パーフェクトブック】産科合併症の
管理 胎児発育不全. 産婦人科の実際
2016;65:1319-27

20) 小川正樹：【産婦人科処方実践マ
ニュアル】(第 1 章)周産期分野 妊娠
中の産科異常 常位胎盤早期剥離. 産
科と婦人科 2016;83(Suppl):27-31

21) 小川正樹：【周産期診療べからず
集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[胎
児] severe FGR の陣発時に早剥を見
逃すべからず. 周産期医学
2015;45(Suppl):247-8

22) 小川正樹：【周産期診療べからず
集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産
科合併症] 乏尿の妊婦に子癇予防の
硫酸マグネシウムを投与してはいけ
ない. 周産期医学
2015;45(Suppl):225

23) 小川正樹：【周産期診療べからず
集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産

科合併症] マグネシウム投与前に腱
反射のチェック忘れるべからず. 周産
期医学 2015;45(Suppl):223-4

24) 小川正樹：【周産期診療べからず
集】 【母体・胎児編】妊娠中・後期[産
科合併症] 妊娠後期の出血や腹痛で
は常位胎盤早期剥離を念頭に入れた
管理を行うことを忘れるべからず. 周
産期医学 2015;45(Suppl):191-2

25) 小川正樹：【子宮頸部と峡部-妊
娠・分娩期の生理と病理-】子宮頸管
熟化機序と病態. 産婦人科の実際
2015;64:1867-72

26) 小川正樹：【我々はどうしている-
ガイドラインには対応が示されてい
ない症例にどう対応するか?】母体・
胎児編 妊娠 12 週 26 歳でリスクの
ない妊婦から染色体検査を依頼され
た. 周産期医学 2015;45:273-5

27) 小川正樹：【よくわかる検査と診
断】(第 1 章)周産期分野 妊娠中の母
体異常・胎児異常 常位胎盤早期剥離.
産科と婦人科 2015;82(Suppl):23-6

28) 石谷健、鈴木志帆、高橋伸子、金
野潤、三谷穰、小川正樹、牧野康男、
松井英雄：LigaSure Impact および
Vagi-パイプを用いた前置癒着胎盤に
対する cesarean hysterectomy. 産婦
人科手術 26:125-129,2015

2. 学会発表

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) Svare JA, Andersen LF,

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

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

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

5) Svare J, Andersen LF, Langhoff-Roos J, Madsen H, Jensen ET, Bruun B, Lind I. Uro-genital microbial colonization and threatening preterm delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994 Jul;73(6):460-4.

6) Kyrgiou M, Mitra A, Arbyn M, Stasinou SM, Martin-Hirsch P, Bennett P, Paraskeva E. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for

cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Oct 28;349:g6192.

7) Sjøborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, Nygård G, Hole S, Tanbo T. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):423-8.

8) Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Sep 18;337:a1343.

9) Founta C, Arbyn M, Valasoulis G, Kyrgiou M, Tsili A, Martin-Hirsch P, Dalkalitsis N, Karakitsos P, Kassanos D, Prendiville W, Loufopoulos A, Paraskevaidis E. Proportion of excision and cervical healing after large loop excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG*. 2010 Nov;117(12):1468-74.

10) Himes KP, Simhan HN. Time from cervical conization to pregnancy and preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):314-9.

11) Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, Evans H, Peebles D, Singh N, Walker P, Patnick J, Sasieni P; PaCT Study Group. Risk

of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ*. 2014 Nov 5;349:g6223.

12) Ogawa M, Konishi Y, Obara M, Tanaka T. Uterine rupture at parturition subsequent to previously repeated cervical surgeries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Sep;80(9):869-70.

13) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.

14) Exacoustòs C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1993 Jul;82(1):97-101.

15) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):357-66.

16) ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr;121(4):908-10.

17) Goldberg J, Pereira L, Berghella V. Pregnancy after uterine artery embolization. *Obstet Gynecol*. 2002

Nov;100(5 Pt 1):869-72.

18) Goldberg J, Pereira L, Berghella V, Diamond J, Daraï E, Seiner P, Seracchioli R. Pregnancy outcomes after treatment for fibromyomata: uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jul;191(1):18-21.

19) Pron G, Mocarski E, Bennett J, Vilos G, Common A, Vanderburgh L; Ontario UFE Collaborative Group. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicenter trial. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):67-76.

20) Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Aug;199(2):127.e1-6.

21) Chakravarty EF, Colón I, Langen ES, Nix DA, El-Sayed YY, Genovese MC, Druzin ML. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Jun;192(6):1897-904.

22) Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.*

2010 Nov;5(11):2060-8.

23) Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014 May 20;160(10):695-703.

24) 小川正樹、松田義雄：医学的ハイリスク妊娠の産後フォロー期間に関する単一施設における後方視的検討。平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（H27-健やか-一般-001）」総括・分担研究報告書 149-156 頁

25) Hutchens BF, Kearney J, Kennedy HP. Survivors of Child Maltreatment and Postpartum Depression: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(6):706-722.

26) Plaza A, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):329-335.

27) Buist A. Childhood abuse, parenting

and postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(4):479-487.

28) Meltzer-Brody S, Bledsoe-Mansori S, Johnson N, et al. A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(3):211.e1-e7.

29) Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(1):57-68.

30) Dennis C, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence Against Women*. 2013;19(4):503-517. <https://doi.org/10.1177/1077801213487057>.

31) Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Arch Womens Ment Health*. 2002;4(3):83-92.

32) Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal

anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:153

33) Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord*. 2015;174:562-568.

34) Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse Negl*. 2008;32(9):869-877.

35) Robertson-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(10):e942-e948.

36) Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depress Anxiety*. 2012;29(7):563-573.

37) Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(3):181-190.

38) Madigan S, Wade M, Plamondon A,

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

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

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

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

42) O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Jan;28(1):3-12.

43) 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.

44) 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.

45) Konishi A, Yoshimura B. Child abuse and neglect by mothers hospitalized for mental disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2015 Dec;18(6):833-4.

46) 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.

47) 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.

48) World Health Organization. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

49) US National Library of Medicine.

Postpartum depression.

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007215.htm>.

50) Centers for Disease Control and Prevention. Depression among women of reproductive age.

<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/depression/>.

51) American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 630: screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):1268-1271.

52) National Institute of Mental Health. Postpartum depression facts.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml>.

53) Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res.* 1995;44(5):298-304.

54) 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.

55) 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.

56) 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.

57) 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.

58) 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.

59) 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 27-29 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)」

分担研究報告書

研究代表者：

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

「メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開」

分担研究者 木下勝之 日本産婦人科医会 会長

研究協力者 中井章人 日本医科大学産婦人科 教授

研究要旨

- 平成 27 年度の調査において、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は 4 %で、全国で年間約 4 万人と推計され、未婚者が 18%で、貧困など生活面の問題を 15%程度が抱えていることが明らかになった。
- 自治体ごとのメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、0.6%から 8.6%に分布し、地域ごとでは、関東、九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった。
- 要介入と判断された妊産婦の割合は、診療所 (2.4%) に比較し、病院 ((5.4%) では 2 倍以上で、特に大学病院 (10.2%) と国立系病院 (7.6%) に集中していた。
- 要介入と判断された妊産婦への対応は、大部分の施設で助産師 (87.4%) や産婦人科医師 (53.0%) が行い、臨床心理士 (14.3%) が行っていたのはわずかで、精神科医師への紹介も 22.4%に止まっていた。
- 以上より、育児支援ネットワークをはじめ地域の連携システムのより機能的な運用と妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や心理職等の早急な確保が望まれた。
- メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した結果、スクリーニング検査 (NICE の質問票、EPDS) を、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中から産褥期に行うことが望まれた。
- これらを円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。

A. 研究目的

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会は、「心中以外の子どもの虐待死」について、生後1ヶ月未満（0ヶ月）の死亡事例が、全体の46.3%を占め、そのうち生後0日の死亡事例が80%以上を占めると報告している¹⁾。また、大部分の加害者は実母（91%）で、その多くがいわゆる「望まない妊娠」であったことを指摘している。

望まない妊娠の背景は、社会的要因と精神的要因に集約される。社会的要因には、本人とそのパートナーや家族の関係や健康状態、年齢、経済状態、婚姻状態はじめ、子育てを取巻く社会的環境などがあげられる。同様に、母体の精神的要因も多様で、軽度の抑うつ状態から高度な精神疾患までが含まれるが、望まない妊娠そのものが精神障害のリスク因子になるとの指摘もある²⁾。

妊娠、出産は母体の身体に大きな変化をもたらすと同時に、精神面にも影響を与える。特に産後数週間から数ヶ月は女性のライフサイクルの中で、最も精神障害の発生率が高い時期にあたる。こうした精神的問題は、育児に障害をきたすことがあり、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている³⁾。

これまでにいくつかの研究が、妊娠中の母体の精神的問題と育児との関係や、その後の発達に及ぼす影響を報告している。その結果、ネグレクトを含めた児童虐待のみならず、育児不安

の多くは、妊娠中からの愛着形成の欠如が原因となることが明らかになっている⁴⁻⁷⁾。また、乳幼児期の体験は、児の脳の構造上の変調をきたすことが報告され、妊娠中のメンタルヘルスケアの重要性が指摘されている⁸⁾。

これらのエビデンスがあるにもかかわらず、本邦では妊娠中や産後のメンタルヘルスに関するスクリーニングや具体的な介入方法が確立していない。また、実際に支援を必要とする妊産婦の割合も明らかではない。

そこで、本研究では日本産婦人科医学会の会員施設を対象に、前方視的アンケート調査を行いメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の割合を明らかにし、効果的な保健指導のあり方を検討した。

B. 研究方法

日本産婦人科医学会の施設情報調査2015（2015年1月現在の施設情報）をもとに全国分娩取扱い施設に、前向きアンケート調査を実施した。本調査に個人情報に含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医学会倫理委員会の審査、承認を得て行った。

産婦人科医学会の施設情報調査2015で集計された全国の分娩取扱施設2453施設（病院1044施設、診療所1409施設）を対象に、平成27年11月1日から11月30日までの1ヶ月間に分娩管理した妊婦について、アンケート調査を実施した。

調査項目は分娩数、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦の数、年齢、理由、背景などが含まれる(表1)。

保健指導法に関しては、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン産科編⁹⁾、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」¹⁰⁾などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。

C. 研究結果

1. アンケート回収率

2453 施設中 1073 施設 (44.0%) より有効回答を得た。

2. メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊婦

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

3. メンタルヘルス介入が必要と考えられた理由

介入が必要と考えられた理由を表 1 に示す。実際に精神疾患の診断を受けていた妊婦は 459 名で、介入が必要と考えられた妊婦の 29.6%をしめて

いた。精神疾患のうち 60.1%にあたる 276 名は薬物投与を受けていた。また、394 名 (25.4%) で精神疾患の既往があった (表 1)。

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

4. 患者背景

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

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

5. 自治体ごとの検討

自治体ごとに、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分布を表 3 に示す。要介入の割合は、全国平均の 4.0%に比較し、0.6%から 8.6%に分布している。地域ごとでは、関東、

九州、北海道・東北で他の地域より増加する傾向であった（表4）。

5. 介入が必要な妊婦へ対応した職種と頻度（図5）

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

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

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

6. 施設ごとの検討

病院、診療所に分類し、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦

の割合を検討すると、病院（5.4%）では、診療所（2.4%）の2倍以上にのぼっていた（表7）。

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

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

産後精神科医師への紹介率は施設機能により異なり、総合周産期母子医療センターで 19 施設（57.6%）、地域周産期母子医療センターで 24 施設（38.1%）、一般病院で 21 施設（22.8%）、診療所で 42 施設（14.5%）になっていた。

7. 推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後2週、産後1

ヶ月に行うことが推奨され、妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認することが勧められている^{9, 10)}。

スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構（NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence）の簡便な包括的2項目質問法が勧められている（図1、2）⁹⁾。また、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（図3）も、多くの国で妊娠中から用いられている¹⁰⁾。

一方、社会的背景（望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など）を踏まえたものに関しては、初診時間診票モデル案（図4）や大阪府で実際に用いられているアセスメントシート（図5）、あるいは育児支援チェックリスト（図6）が妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票（図7）が勧められている¹⁰⁾。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICEの質問票で、1つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医への受診が勧められている。また、EPDSは9点以上で、「うつ病の可能性が高い」とするが、点数とうつ病の重症度に関連はなく、8点以下で必ずしもう

つ病を否定できない。また、不安障害や精神遅滞など他の精神疾患でも高値となることがある。いずれにしろ、これらの判定には精神科への受診が必要になる。

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

8. 精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

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

ンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す（図8）。メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。

これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する（図9）。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

また、全ての産科医療機関で、妊娠初期に要支援妊婦を抽出する初診時間診票（図4、5）や育児支援チェックリスト（図6）が導入されれば、子育て世代包括支援センターへのアクセスが初診時に集約できる可能性がある。妊娠期から産褥期まで、5回のスクリーニングが提唱されているが、この回数も状況に応じ減少させることができる（図9）。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時間診票（図4、5）などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になるだろう。

さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない¹¹⁾。子育て世代包括支援センターが、相談者にNICEの質問票やEPDSを用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる（図9）。

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

D. 考察

本調査では、産科医療機関に従事する産婦人科医師が、メンタルヘルスに問題があり介入が必要と医学的に判断される妊婦の頻度を前方視的に調査し、その社会的背景を明らかにした。その結果、平成27年11月1日より11月30日の1ヶ月間に全国で分娩した妊婦のうち、4.0%に介入が必要と

判断された。また、社会的背景としては約 20%が未婚者で、貧困や家族との葛藤など家庭環境に問題を抱えていることが明らかになった。

介入が必要と医学的に判断される妊婦の半数は精神疾患とその既往があり、精神科医師などとの接点があるが、他の半数は専門医のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的低年齢で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や子ども虐待に関し、よりハイリスクと推察されている⁶⁾。

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

施設の種類により、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の分布は異なる。介入が必要と考えられた妊産婦の割合は、診療所の 2.4%に比較し、病院で 5.4%と 2 倍以上におよんでいた。通常、産科診療所には精神科診療機能はなく、対象者がある程度高次施設へトリアージされていた結

果と推察される。病院の運営母体では、大学病院(10.2%)と国立系病院(7.6%)でメンタルヘルス介入が必要な妊産婦の頻度が高く、機能的な分類では周産期母子医療センターの指定を受けている施設(総合 6.5%、地域 6.6%)で高率であった。また、精神科受診歴のない妊産婦の割合と施設種類に大きな相違はなく、産婦人科医師の意識やスクリーニング方法に大きな施設間格差はないものと推察された。

メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦への対応には、専門的な知識と技術が必要になる。しかし、実際には助産師(87%)や産婦人科医師(53%)が対応することが多く、メンタルヘルスケアの専門職である臨床心理士が対応していた施設(14%)はわずかであった。実際、18 自治体では、臨床心理士が対応したとする施設からの報告はなく、その配置や対応システムを検討する必要があると推察された。また、臨床心理士が対応した施設の割合は、運営母体ごとの集計では都道府県立病院(57%)、機能的な分類では総合周産期母子医療センター(42%)で比較的高いものの、患者が集中する大学病院(27%)や国立系病院(17%)では平均的な数値に止まっていた。本調査では、実際の臨床心理士の配置を明らかにすることはできないが、患者が集中する施設では更なる臨床心理士配置の充実や施設内の連携システムの効率的な運用を検討する必要があるものと推察された。

また、産後精神科医師に紹介したと

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

以上の成績は、メンタルヘルスに問題のある妊産婦の全てが、十分な支援を受け出産を終え退院しているわけではないことを示唆している。早急な改善には、妊産婦のメンタルヘルスを専門とする精神科医師の確保や地域ネットワークシステムの機能的な運用が求められる。また同時に、多くの現場で実際に対応している産婦人科医師や助産師などへの教育も重要である。産婦人科医師や助産師などを対象とした教育プログラムを作成し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のスクリーニング法や保健指導法を確立し、全国展開して行くことは、より即効的な対応策になるものと推察された。

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査(NICEの質問票、EPDS)は、全ての妊産婦を対象に、

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

図9のフローチャートは、これまで、産科医療機関が中心に行われていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる体制を示している。しかし、これらが実現するためには適切な臨床心理専門職の配備、保健指導の強化とより慎重な周産期管理、産科医療施設と産科医療従事者の確保など課題は多い。

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

E. 結論

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

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、2次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築

が急務になる。

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

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

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. 日本小児科医学会会報. 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) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. 子ども虐待による死亡事例等

の検証結果等について. 第10次報告. 平成26年9月.

2) Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8: 143-155, 2004.

3) 吉田敬子. 母子の心の健康を求めて 妊産婦のメンタルヘルスの理論と実際 ハイリスク者の早期発見と育児支援におけるチーム医療の役割. *日本医師会雑誌* 137: 78-81, 2008

4) Kitamura T, Yamashita H, Yoshida K. Seeking medical support for depression after the childbirth: A study of Japanese community mother of 3 month old babies. *The Open Women's Health Journal* 3: 1-4. 2009

5) 中板育美. 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究. 平成18年度厚生労働省科学研究報告書.

6) 光田信明. 飛び込み出産. 母子保健情報 67: 19-23. 2013.

7) 杉下佳文. 妊娠中からの子ども虐待予防とスクリーニング. 母子保健情報 67: 58-62. 2013.

8) Almas AN, Degnan KA, Walker OL, Radulescu A, Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Soc Dev* 24: 225-239. 2015

9) 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

10) 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ー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー。公益社団法人日本産婦人科医会。東京。2017

11) 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。

表1 メンタルヘルスに介入が必要と考えられた理由(n = 1551)

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

表2 社会的背景

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

表3 自治体ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要妊産婦数

	回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)		回答率(%)	分娩数	要介入数	(%)
北海道	33.0	1111	46	4.1	滋賀	43.6	514	17	3.3
青森	32.3	358	18	5.0	京都	27.9	462	15	3.2
岩手	54.3	541	21	3.9	大阪	45.9	2612	89	3.4
宮城	40.9	902	49	5.4	兵庫	52.7	1553	35	2.3
秋田	42.3	179	1	0.6	奈良	37.9	368	12	3.3
山形	32.1	292	8	2.7	和歌山	50.0	316	6	1.9
福島	31.0	471	17	3.6	鳥取	35.3	172	9	5.2
茨城	48.1	925	57	6.2	島根	42.9	182	5	2.7
栃木	53.7	754	22	2.9	岡山	50.0	686	33	4.8
群馬	38.5	505	11	2.2	広島	51.8	1072	27	2.5
埼玉	37.2	2084	154	7.4	山口	50.0	535	18	3.4
千葉	36.7	1437	36	2.5	徳島	47.1	192	4	2.1
東京	41.5	4130	231	5.6	香川	62.5	366	8	2.2
神奈川	44.1	2784	86	3.1	愛媛	52.8	525	28	5.3
山梨	20.0	115	2	1.7	高知	43.8	231	5	2.2
長野	50.0	803	43	5.4	福岡	46.9	2041	51	2.5
静岡	29.5	774	16	2.1	佐賀	15.4	168	3	1.8
新潟	43.5	686	25	3.6	長崎	49.0	499	21	4.2
富山	45.5	292	14	4.8	熊本	32.0	589	49	8.3
石川	42.9	304	12	3.9	大分	57.1	555	18	2.9
福井	52.6	231	10	4.3	鹿児島	45.9	421	36	8.6
岐阜	49.0	853	27	3.2	沖縄	37.2	441	6	1.4
愛知	43.0	2275	77	3.4	沖縄	45.7	772	63	8.2
三重	51.3	817	12	1.5	全国	43.7	38895	1551	4.0

表4 地域ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表5 自治体ごとの対応者とその割合(1)

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

表5 自治体ごとの対応者とその割合(2)

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

表6 精神科へ紹介した施設とその割合

施設数	%	施設数	%
北海道	0	0	13
青森	1	25	14
岩手	0	0	11
宮城	3	25	15
秋田	1	100	0
山形	0	0	50
福島	1	14	20
茨城	3	30	50
栃木	1	13	36
群馬	0	0	25
埼玉	5	24	10
千葉	3	19	0
東京	19	46	20
神奈川	11	37	18
山梨	1	100	50
長野	5	33	16
静岡	2	29	0
新潟	2	20	22
富山	1	17	9
石川	0	0	20
福井	2	50	33
岐阜	2	18	17
愛知	6	24	25
三重	0	0	22
		全国	106

表7 施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表8 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
運営母体による分類					
大学病院	38	46.5	2395	244	10.2
国立系	16	49.0	1080	82	7.6
都道府県立	24	46.2	1318	69	5.2
市町村立	66	44.4	3048	156	5.1
厚生連	15	38.7	629	18	2.9
済生会	12	50.0	677	45	6.6
社会保険	2	18.2	62	1	1.6
日赤	19	43.3	1339	63	4.7
私立	84	40.5	6843	303	4.4
その他	62	45.2	3236	130	4.0
施設機能による分類					
総合周産期	37	55.8	3643	236	6.5
地域周産期	92	45.0	5998	398	6.6
一般病院	209	41.1	10744	474	4.4

表9 施設ごとの対応者とその割合

	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)

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

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



質問に対し、1つでも「はい」があるか、うつ病を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図1. NICEのうつ病包括的2項目質問法(文献8より引用)

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

- 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感また神経過敏を感じるがありましたか？
- 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配事を止められない、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。

- 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。
- 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。
- 物事が重くいった時、自分を必要に責めた。
 - () 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。
- 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。
- 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。
- 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、盲段通りに対処した。
- 不幸せなので、寝りにくかった。
 - () 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。
- 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。
- 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。
- 自分自身を傷つけるという考えが浮かんだ。
 - () 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)

[illegible]

図4. 初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）
（文献10より引用）

育児支援チェックリスト

母氏名 _____ 実父日 _____ 年 月 日（産後 _____ 日目）
あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお支持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せんか？

はい _____ いいえ _____

2. これまでに流産や死産、出産後1年間に
お子さんをな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未だに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、今の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、家族や親しい方がなくなったり、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すか？

はい _____ いいえ _____

8. 赤ちゃんが、なぜむすかったり、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10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）

[illegible]

図5. 初診時(妊娠初期)(大阪府様式)アセスメントシート

赤ちゃんへの気持ち質問票

母語名	寒 暄	年 月 日 (産後)	目 的	
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 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。	()	()	()	()

(西田 2003) による日本語版

図7. 赤ちゃんへの気持ち質問票（文献10より引用）

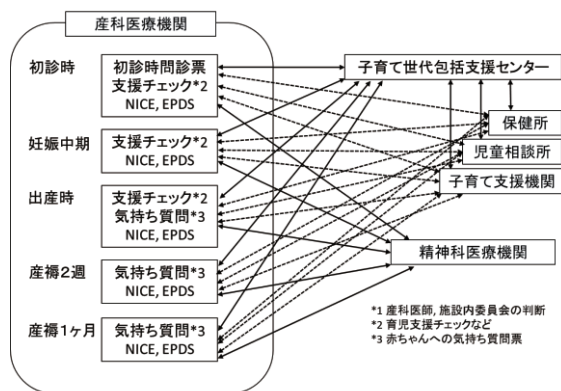


図8. 従来型の管理のフローチャート

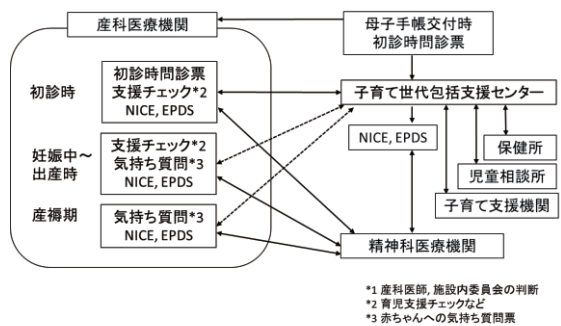


図9. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

表1 メンタルヘルスに介入が必要と考えられた理由 (n = 1551)

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

表2 社会的背景

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

表3 自治体ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要妊産婦数

	回答率 (%)	分娩数	要介入数	(%)		回答率 (%)	分娩数	要介入数	(%)
北海道	33.0	1111	46	4.1	滋賀	43.6	514	17	3.3
青森	32.3	358	18	5.0	京都	27.9	462	15	3.2
岩手	54.3	541	21	3.9	大阪	45.9	2612	89	3.4
宮城	40.9	902	49	5.4	兵庫	52.7	1553	35	2.3
秋田	42.3	179	1	0.6	奈良	37.9	368	12	3.3
山形	32.1	292	8	2.7	和歌山	50.0	316	6	1.9
福島	31.0	471	17	3.6	鳥取	35.3	172	9	5.2
茨城	48.1	925	57	6.2	島根	42.9	182	5	2.7
栃木	53.7	754	22	2.9	岡山	50.0	686	33	4.8
群馬	38.5	505	11	2.2	広島	51.8	1072	27	2.5
埼玉	37.2	2084	154	7.4	山口	50.0	535	18	3.4
千葉	36.7	1437	36	2.5	徳島	47.1	192	4	2.1
東京	41.5	4130	231	5.6	香川	62.5	366	8	2.2
神奈川	44.1	2784	86	3.1	愛媛	52.8	525	28	5.3
山梨	20.0	115	2	1.7	高知	43.8	231	5	2.2
長野	50.0	803	43	5.4	福岡	46.9	2041	51	2.5
静岡	29.5	774	16	2.1	佐賀	15.4	168	3	1.8
新潟	43.5	686	25	3.6	長崎	49.0	499	21	4.2
富山	45.5	292	14	4.8	熊本	32.0	589	49	8.3
石川	42.9	304	12	3.9	大分	57.1	555	16	2.9
福井	52.6	231	10	4.3	宮崎	45.9	421	36	8.6
岐阜	49.0	853	27	3.2	鹿児島	37.2	441	6	1.4
愛知	43.0	2275	77	3.4	沖縄	45.7	772	63	8.2
三重	51.3	817	12	1.5	全国	43.7	38895	1551	4.0

表4 地域ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表5 自治体ごとの対応者とその割合(1)

	施設数 回答施設	要介助者 あり施設	対応者 (%)				
			産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
北海道	32	15	5(33)	15(100)	8(53)	3(20)	3(20)
青森	10	4	1(25)	3(75)	1(25)	0	2(50)
岩手	19	10	5(50)	10(100)	1(10)	0	2(20)
宮城	18	12	7(58)	10(83)	4(33)	5(42)	2(17)
秋田	11	1	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
山形	9	3	1(33)	3(100)	1(33)	1(33)	1(33)
福島	13	7	4(57)	6(86)	3(43)	0	2(28)
茨城	24	10	7(70)	10(100)	5(50)	2(20)	2(20)
栃木	22	8	4(50)	5(63)	5(63)	1(13)	0
群馬	15	7	5(71)	6(86)	3(43)	1(14)	1(14)
埼玉	35	21	10(48)	15(71)	11(52)	2(10)	3(14)
千葉	40	16	13(81)	14(88)	7(44)	3(19)	3(19)
東京	80	41	27(66)	38(93)	22(54)	10(24)	16(39)
神奈川	55	30	17(57)	24(80)	12(40)	6(20)	12(40)
山梨	3	1	1(100)	0	0	0	0
長野	23	15	8(53)	15(100)	10(67)	1(7)	4(27)
静岡	23	7	6(86)	7(100)	4(57)	2(29)	3(43)
新潟	20	10	5(50)	9(90)	4(40)	0	3(30)
富山	10	6	4(67)	6(100)	1(17)	1(17)	2(33)
石川	15	8	1(13)	6(75)	4(50)	0	2(25)
福井	10	4	3(75)	2(50)	1(25)	1(25)	2(50)
岐阜	24	11	3(27)	8(73)	5(45)	1(9)	1(9)
愛知	61	25	12(48)	23(92)	15(60)	4(16)	8(32)
三重	20	6	2(33)	4(67)	2(33)	2(33)	2(33)

表5 自治体ごとの対応者とその割合(2)

	施設数 回答施設	要介助者 あり施設	対応者 (%)				
			産科医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
滋賀	17	8	4(50)	8(100)	5(63)	0	1(13)
京都	17	7	3(43)	7(100)	2(29)	1(14)	1(14)
大阪	67	28	14(50)	28(100)	11(39)	5(18)	11(39)
兵庫	52	13	5(38)	10(77)	4(31)	0	2(15)
奈良	11	3	3(100)	3(100)	2(67)	0	1(33)
和歌山	11	2	1(50)	2(100)	1(50)	0	0
鳥取	6	5	3(60)	5(100)	4(80)	1(20)	0
島根	9	2	1(50)	2(100)	0	0	1(50)
岡山	20	11	7(64)	9(82)	4(36)	1(9)	7(64)
広島	29	12	8(67)	10(83)	5(42)	1(8)	4(33)
山口	19	10	5(50)	9(90)	3(30)	0	2(20)
徳島	8	2	0.0	2(100)	1(50)	0	1(50)
香川	15	5	3(60)	5(100)	3(60)	1(20)	1(20)
愛媛	19	11	5(45)	9(82)	4(36)	2(18)	6(55)
高知	7	4	2(50)	2(50)	3(75)	0	1(25)
福岡	60	19	11(58)	19(100)	11(58)	2(11)	7(37)
佐賀	4	2	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0
長崎	25	9	4(44)	7(78)	4(44)	0	3(33)
熊本	16	11	4(36)	9(82)	6(55)	1(9)	2(18)
大分	20	15	5(33)	8(53)	3(20)	0	2(13)
宮崎	17	6	2(33)	6(100)	3(50)	1(17)	2(33)
鹿児島	16	6	4(67)	6(100)	4(67)	0	1(17)
沖縄	16	8	6(75)	7(88)	4(50)	5(63)	0
全国	1073	477	253(53)	417(87)	218(46)	68(14)	132(28)

表6 精神科へ紹介した施設とその割合

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

表7 施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

表8 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
運営母体による分類					
大学病院	38	46.5	2395	244	10.2
国立系	16	49.0	1080	82	7.6
都道府県立	24	46.2	1318	69	5.2
市町村立	66	44.4	3048	156	5.1
厚生連	15	38.7	629	18	2.9
済生会	12	50.0	677	45	6.6
社会保険	2	18.2	62	1	1.6
日赤	19	43.3	1339	63	4.7
私立	84	40.5	6843	303	4.4
その他	62	45.2	3236	130	4.0
施設機能による分類					
総合周産期	37	55.8	3643	236	6.5
地域周産期	92	45.0	5998	398	6.6
一般病院	209	41.1	10744	474	4.4

表9 施設ごとの対応者とその割合

	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)

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

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



質問に対し、1つでも「はい」があるか、うつ病を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図1. NICEのうつ病包括的2項目質問法(文献8より引用)

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

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



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



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図2. NICEの不安についての2項目質問票(文献8より引用)

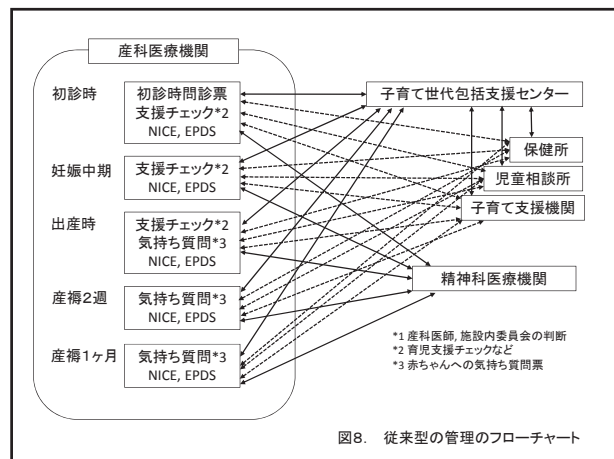
[illegible][illegible]

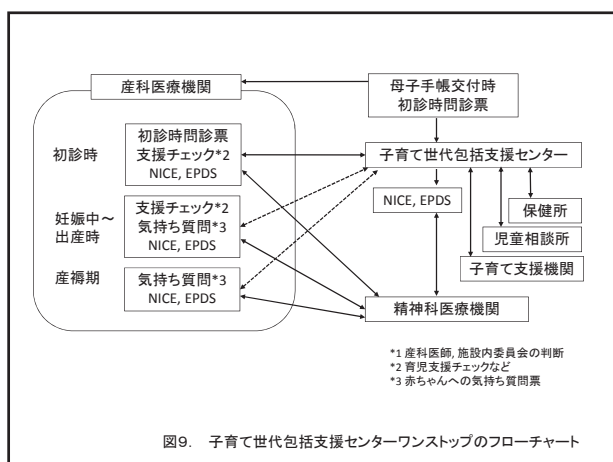
図5. 初診時(妊娠初期)
アセメントシート(大阪府様式)
(文献10より引用)

育児支援チェックリスト	
担当者	実施日 年 月 日 (実施 目的)
助産士：「育児支援チェックリスト」は、育児の悩みや育児不安の解消についで以下に該当するお答え下さい。 お答えして下さる方をばらばらに、〇(あり)して×(ない)です。	
1. 育児相談施設など、育児の悩みや育児不安を解消するための場について、お答え下さい。	はい 〇/いいえ ×
2. こまめに子育て相談や、出産後1週間におよんでくられたことのお話をしますか？	はい 〇/いいえ ×
3. 子育てで心配事は、お話しし相談の場を設けて、カウンセラーや保健師等、または助産師や医師などへ相談のことをお話しますか？	はい 〇/いいえ ×
4. 赤ちゃんの成長や育児の不安についてお話をしますか？	はい 〇/いいえ ×
5. 生活が忙しなかったり、精神的な不安が感じられますか？	はい 〇/いいえ ×
6. 子育てで忙しいことで、今の生活より休養に気づいていますか？	はい 〇/いいえ ×
7. 育児相談施設、助産師や保健師に話をすることができたら、お話しを相談や助産師(医師)の相談になりますか？ 助産師に合ったことのお話をしますか？	はい 〇/いいえ ×
8. 赤ちゃんが、寝ておやすみ、抱っこ、しゃべり、泣いたり、おしゃべりをするようになりますか？	はい 〇/いいえ ×
9. 赤ちゃんが成長してくることをお話ししますか？	はい 〇/いいえ ×

川崎大学病院産科看護学専攻 産科看護学第一臨床実習指導要領

赤ちゃんへの気持ち質問票		実施日	年	月	日	実施者	日印
<p>おなだの赤ちゃんについてどのように感じていますか？</p> <p>下に書いているそれそれについて、いまの赤ちゃんとの関係性から記入しおなだに感じられる感情にのみつけて下さい。</p>							
	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを	おなだの赤ちゃん 赤ちゃんを 赤ちゃんを 赤ちゃんを
1	赤ちゃんを思いと直したいと感じる。	()	()	()	()	()	()
2	赤ちゃんのお姿にうれしうたいたい 感じがする。おなだの赤ちゃん おなだの赤ちゃんのお姿にうれしう たい感じがする。	()	()	()	()	()	()
3	赤ちゃんのことや赤ちゃんのことを 思いと直したい。	()	()	()	()	()	()
4	赤ちゃんに親しい感じがする。赤ちゃん の赤ちゃんに親しい感じがする。	()	()	()	()	()	()
5	赤ちゃんに親しい感じがする。赤ちゃん の赤ちゃんに親しい感じがする。	()	()	()	()	()	()
6	赤ちゃんのお姿を楽しんでいる。	()	()	()	()	()	()
7	こんがらがった感じがする。	()	()	()	()	()	()
8	赤ちゃんを愛する感じがする。	()	()	()	()	()	()
9	この赤ちゃんに愛する感じがする。	()	()	()	()	()	()
10	赤ちゃんを愛する感じがする。	()	()	()	()	()	()





厚生労働省科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

(総合) 研究報告書

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

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

平成 27 年度に作成したメンタルヘルス不調の母親とその子どものフォローアップの体制のためのマニュアルをもとに、母子保健メンタルケア指導者研修を開催した。自施設内や他機関関係者とメンタルケアについて研修会や勉強会を開催したいというニーズは多く、本研修会のような研修プログラムパッケージの提供は有意義であることが示唆された。研修前後の調査の比較では、メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応件数、これまで妊産褥婦にあまりかかわることのなかった母子保健関係者の妊産褥婦への対応件数、特定妊婦への対応件数がいずれも統計的に有意に増加し、研修会の有効性が示唆された。周産期メンタルケアの均てん化していくうえで、本研究で行ったような研修会を展開していくことが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。

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

B. 研究方法

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

1. 産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊産婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアルの開発を開発

2. 保健師活動における、メンタルヘル

ス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルの開発

3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成

上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成

4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催

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

上記 4. の研修内容は下記のようなものとした。

1) 母子保健のメンタルケアにおける医療・保健・福祉の連携と社会資源、2) 妊娠期・産後・育児期に起こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見立てと対応のポイント、3) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（小規模地域）、4) 自治体保健師と医療機関の連携の紹介（広域地域）、5) 地域での母子保健メンタルケア研修会開催にあたってのパッケージ例、6) 「妊娠期からの切れ目ない支援」のための地域母子保健計画策定と PDCA サイクルの考え方 について解説し、さらに、グループワークで地域母子保健におけるメンタルケアの連携体制構築についての課題整理と行動計画立案を行うものとした。

C. 研究結果

平成 27 年度

妊娠中や産後における産後うつ病や児童虐待のリスクファクターについて注意し、ハイリスク者を早期発見し早期に介入するような、産科医療機関および保健師活動におけるメンタルヘルス不調の妊産褥婦の支援のためのマニュアルを作成した。

また、マニュアルをもとに、市町村向けおよび全国規模での、妊産褥婦のメンタルケアについての研修会を試験的に開催した。

平成 28 年度

平成 27 年度に作成したメンタルヘルス不調の母親とその子どものフォローアップの体制のためのマニュアルをもとに、全国の母子保健関係者を対象として、厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業で母子保健メンタルケア指導者研修を実施した。国立成育医療研究センター病院講堂を会場として開催した。約 69 名の参加者があり、アンケートの有効回答は 62 名であった。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。

平成 29 年度

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。

D. 考察

平成27年度

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

平成28年度

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

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

平成29年度

研修前後の調査結果の比較から、ここらの問題で「気になる」妊産褥婦への対応件数が研修後に有意に増加したことから、研修会により、メンタルヘルス不調の妊産婦のケアに対する参加者の意識向上が示唆された。また、産科スタッフ以外の参加者がかかわった妊産褥婦の数が増加したことから、本研修を機にこれまでかかわりの乏しかった周産期のメンタルケアを行うようになった参加者が多かったことが示唆された。さらに、特定妊婦の対応件数の増加から、本研修が参加者の特定妊婦への対応についてのスキル向上に効果があったことが示唆された。

以上、3年間の分担研究を通して、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のために、本分担研究で作成した研修プログラムによる研修会が有効であることが示唆された。このような研修会を通して、周産期メンタルヘルス対応のスキルの均てん化が望まれる。本プログラムについては、今後厚生労働省子どもの心の診療拠点病院事業で均てん化を行っていく予定である。

E. 結論

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

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

F. 研究発表

1. 論文発表 (英文原著)

1. 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. Konishi M, Tachibana Y, Tang J, Takehara K, Kubo T, Hashimoto K, Kitazawa H, Saito H, Ohya Y A Comparison of Self-Rated and Female Partner-Rated Scales in the Assessment of Paternal Prenatal Depression. Community Mental Health Journal, 2015.

(和文原著)

1. ○立花良之、小泉典章、樽井寛美、赤沼智香子、鈴木あゆ子、石井栄三郎、鹿田加奈 「メンタルヘルス不調の母親とその子どもの支援のための、妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて」、子ど

も虐待とネグレクト、362-366, Vol. 18. No. 3. 2016.

2. ○小泉典章、立花良之「精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支援」 子ども虐待とネグレクト、231-235、vol. 18. No. 2、2016

3. ○立花良之、小泉典章 「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学、97-103、vol. 31. No. 2、2016

4. 立花良之、「メンタルヘルス不調の母親の支援のゲートキーパーとしての小児科医の役割」日本小児科医会会報、第50号、142-145、2015.

2. 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

(書籍)

1. 立花良之「育児困難と母親の発達障害」、最新精神医学別冊 発達障害診断と治療のABC 130、p123-129、2017年
2. 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

(学会発表)

1. 立花良之、幼児期の発達障害児の診療、第29回日本総合病院精神医学会総会、2016年11月25日
2. 立花良之、妊娠期からの切れ目のな

い支援のための地域における医療・保健・福祉の連携づくりについて、第13回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会、東京 2016年11月19日

3. 立花良之、妊娠中や産後女性のこころの問題について、第6回内科疾患と妊娠フォーラム、2016年9月24日、東京

4. 立花良之 「『気づいて、つないで、支える』妊娠期からはじまる母子の心理的支援のための地域連携モデル」、シンポジウム「妊娠期から始まる母子のメンタルヘルスの支援のための多職種地域連携構築のために」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日

5. 小泉典章 「地域精神保健で母子の支援を実践するための体制づくり」シンポジウム「妊娠期から始まる母子のメンタルヘルスの支援のための多職種地域連携構築のために」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日

6. 黒神経彦、立花良之、木暮紀子、仁田原康利、前川貴伸、坂下和美、中尾寛、中舘尚也、内藤訓生、奥山真紀子 「代理ミュンヒハウゼン症候群と診断された3症例の後方視的検討」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月20日

7. 仁田原康利、立花良之、中舘尚也、前川貴伸、坂下和美、中尾寛、辻聡、木暮紀子、内藤訓生、奥山真紀子 「小児科専門病院における児童相談所通告症例の受診歴の検討」、日本子ども

虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日

8. 立花良之、竹原健二、掛江直子、森臨太郎、小泉智恵、辻井弘美、大田えりか、葛西圭子、山下洋、吉田敬子、久保隆彦 「エジンバラ産後うつ評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3点セット」による養育不全・児童虐待の検出力の検討」、第12回日本周産期メンタルヘルス学術集会、宇都宮、2015年11月1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

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

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待経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待経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（筋腫核出術や子宮腔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。

表 1 被虐体験を有する妊婦の産後のフォローアップ期間と産褥うつ病との関係

著者	研究年	調査国名	産後フォローアップ期間	研究方法	有意差	文献
Plaza	2012	スペイン	2 日	横断研究	有り	3
Bisitt	1998	オーストラリア	2 週間	横断研究	有り	4
Meltzer-Brody	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	5
Seng	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	6
Dennis	2013	カナダ	8 週間	縦断研究	有り	7
Cohen	2002	カナダ	10 週間	横断研究	無し	8
Maita	2012	カナダ	4 か月	縦断研究	有り	9
Sexton	2015	国名不明	4 か月	横断研究	有り	10
Gilson	2008	オーストラリア	6 か月	縦断研究	有り	11
Robertson-Blackmore	2013	国名不明	6 か月	縦断研究	無し	12
Grote	2012	米国	6 か月	縦断研究	有り	13
Reynolds	2009	米国	8 か月	縦断研究	有り	14
Madigan	2014	国名不明	12 か月	縦断研究	有り	15
Meltzer-Brody	2013	オランダ	4 年	縦断研究	有り	16
Plaza	2000	スペイン	期間なし	横断研究	無し	17
Garabedian	2011	米国	期間なし	横断研究	無し	18

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、被虐待体験との相関関係について文献的に総括した。その結果、これら二者とは明らかに相関関係があり、有意な因子であることが明らかとなった。被虐待体験は *child abuse* よりは *maltreatment* に近いものであるが、直接的な暴力だけではなく、情緒的な虐待も含めかなり広範囲にわたる。

うつ病は全世界で 3 億 5 千万人もの疾病者数を抱える社会問題で男性より女性に多いとされている [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, Miharuru 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.

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

筆頭著者	研究年	著者国名	産後フォローアップ期間	研究方法	有意差	文献
Plaza	2012	スペイン	2 日	横断研究	有り	3
Buist	1998	オーストラリア	2 週間	横断研究	有り	4
Meltzer-Brody	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	5
Seng	2013	米国	6 週間	縦断研究	有り	6
Dennis	2013	カナダ	8 週間	縦断研究	有り	7
Cohen	2002	カナダ	10 週間	横断研究	無し	8
Malta	2012	カナダ	4 か月	縦断研究	有り	9
Sexton	2015	国名不明	4 か月	横断研究	有り	10
Gilson	2008	オーストラリア	6 か月	縦断研究	有り	11
Robertson-Blackmore	2013.	国名不明	6 か月	縦断研究	無し	12
Grote	2012	米国	6 か月	縦断研究	有り	13
Records	2009	米国	8 か月	縦断研究	有り	14
Madigan	2014	国名不明	12 か月	縦断研究	有り	15
Meltzer-Brody	2013	オランダ	4 年	縦断研究	有り	16
Plaza	2000	スペイン	期間なし	横断研究	無し	17
Garabedian	2011	米国	期間なし	横断研究	無し	18

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

平成 29 年 11 月 27 日、東京で開催した公開シンポジウム「社会的ハイリスク妊娠の支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」において、シンポジウム参加者に対してアンケート調査を行った。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

平成 29 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

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ない、同意がない場合にも守秘義務違反にあたらない)

●児童福祉法のこの改正を知っていたか？

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

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

かなり改善された(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よいと思うか? (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1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)・萩田 和秀 (りんくう総合医療センター 産婦人科部長)

行政講演:「自殺対策の最新動向」

宮原 真太郎 氏 (厚生労働省 自殺対策推進室長)

基調講演:「妊産婦のメンタルヘルス」

木下 勝之 先生 (日本産婦人科医会 会長)

講演 1:「妊産婦の自殺-その実態」

竹田 省 先生 (順天堂大学 特任教授 日本産科婦人科学会)

講演 2:「妊産婦メンタルヘルスを支える保健指導」

立花 良之 先生 (国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科 医長)

講演 3:「こころを支える-大阪府の試み」

堤 俊仁 先生 (大阪精神科診療所協会 会長)

お問い合わせ 大阪母子医療センター産科内「光田班 公開シンポジウム」事務局 TEL 0725-56-1220 (内線7538)

後援 日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会・日本看護協会・日本こども虐待防止学会

会場のご案内

品川インターシティホール

〒108-0075 東京都港区港南2-15-4



- JR山手線・京浜東北線・有明線・東武東上線・東武東横線
- 「品川駅」港南口より徒歩5分
- 東横線・山手線・有明線・品川駅
- 港南口より徒歩5分
- 京浜東北線・品川駅・港南口より徒歩8分
- 京浜東北線・品川駅より徒歩10分



～社会的ハイリスク妊娠の支援によって
児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ～

第1部：妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

基調講演
周産期医療と児童虐待
公開用

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

大阪母子医療センター
産科 光田信明

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

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

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

健やか親子21 (第2次)
シンボルマーク

基盤課題 A

切れ目ない妊産婦・乳幼児への 保健対策

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

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

目標

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



重点課題④

妊娠期からの児童虐待防止対策

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

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

目標

児童虐待のない社会の構築

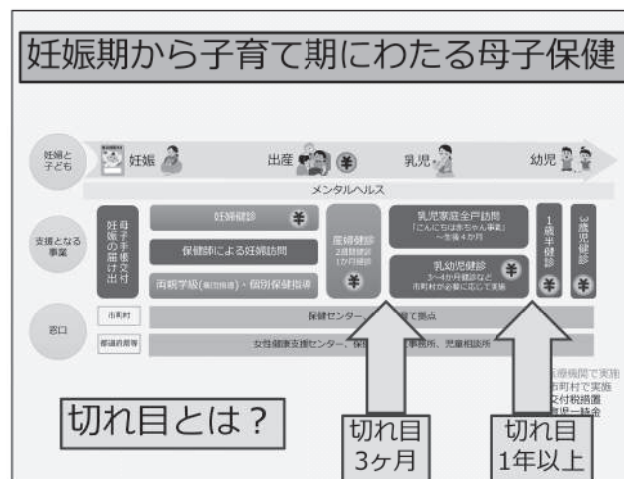


重点課題①
**育てにくさを感じる親に
寄り添う支援**

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

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

目標 親や子どもの多様性を尊重し、
それを支える社会の構築

大阪府未受診妊婦調査から得たキーワード

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

若し、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

児童虐待を受けた場合の影響をみます

The Bucharest Early Intervention Project

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

【対象・方法】
遺棄児童136人 → 施設群：68人
里親群：68人
(ブカレストにある6つの施設・31か月以下のスクリーニングによって遺伝疾患・FAS・小児自閉症等がない、家族と生活する児)：72人
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 Project. Science 2007 vol318

BEIPの結果

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

子どもを健やかに育むために ～愛の鞭ゼロ作戦～

体罰・暴言は子どもの脳の発達に深刻な影響を及ぼします。

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

●子ども時代の辛い体験により傷つく脳

厳しい体罰で、前頭前野が小さくなる
暴言で聴覚野が変形
・厳しい体罰により、前頭前野（社会生活に極めて重要な脳部位）の容積が19.1%減少
(Tomoda et al., Neuroimage, 2009)
・言葉の暴力により、聴覚野（声や音を知覚する脳部位）が変形
(Tomoda et al., Neuroimage, 2011)

提供：福井大学 友田明美教授

早期介入の利点

結局、

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

小括

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

医療・保健・福祉の連携

児童福祉法等の一部改正 平成28年

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

児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について 平成28年6月3日

Ⅱ 児童子育て世代包括支援センターの法定化（平成29年4月1日施行）

虐待の発生予防

1 (1) 改正の趣旨

地域のつながりの希薄化等により、妊産婦・母親の孤立感や負担感が高まっている中、妊娠期から子育て期までの支援は、関係機関が連携し、切れ目のない支援を実施することが重要となっている。
このため、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」について、おおむね平成32年度末までに全国展開を目指していくこととしており、全国展開に向けて、同センターの設置根拠を設け、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととする。

(2) 改正の概要

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

（※）法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。

2 支援を要する妊婦等に関する情報提供（平成28年10月1日施行）

(1) 改正の趣旨

虐待による児童の死亡事例については、0歳児の割合が4割強を占めており、この背景としては、母親が妊娠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に努めることとする。

(2) 改正の概要

児童福祉法第6条の3第5項に規定する要支援児童等（支援を要する妊婦、児童及びその保護者）と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するように努めることとする（児童福祉法第21条の10の5第1項）。また、刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、こうした情報提供を妨げるものと解釈してはならない（同条第2項）。

3 母子保健施策を通じた虐待予防等（公布日施行）

(1) 改正の趣旨

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

(2) 改正の概要

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

対応策

(4) 精神疾患のある養育者等の支援を必要としている家庭への対応

- 妊娠・出産・産後の管理が可能な産科や精神科が併設された医療機関に早期からつなげ、精神保健の観点からの支援が必要。
- 養育者の生育歴に着目し、子どもの頃の成長・発達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

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

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

小括

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

要支援妊婦に対する対策の現状

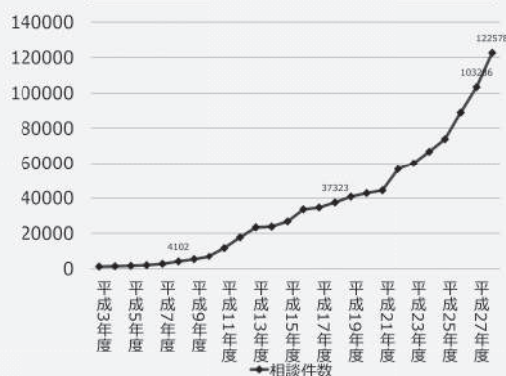
全国市町村アンケート：実施平成29年3月
調査期間：平成27年度(平成27年4月～平成28年3月)

小括

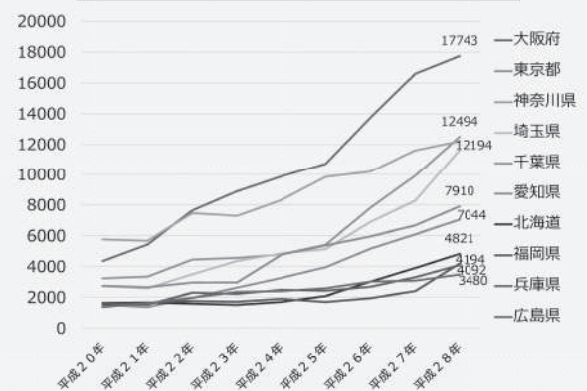
- 母子保健分野では医療・保健・福祉には関連性がある
- 全国的には妊娠届時アセスメントの実際はバラツキが多い
- 特定妊婦、要保護児童対策地域協議会の運用もバラツキが多い
- アセスメント基準の設定が必要である
- お母さんとの信頼関係の構築が大切である
- 個人情報保護の尊重は大きな課題である

子ども虐待による死亡事例等の 検証結果等について 第1～13次報告

児童虐待相談件数の推移



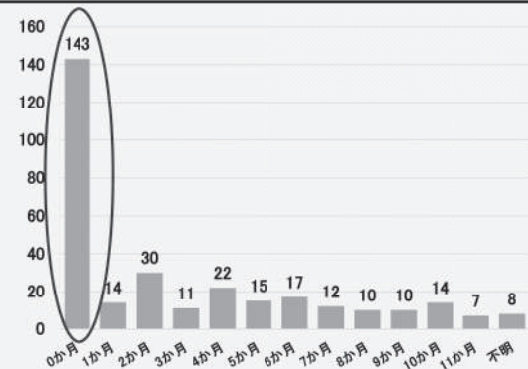
児童虐待相談対応件数(第13次)



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

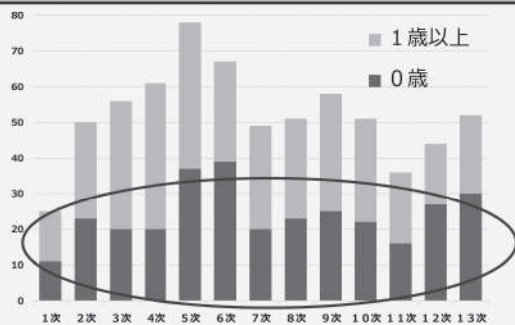
区分	人数	構成割合
総数	678	100%
0歳	313	46.2%
0か月	143	45.7%
0日	124	86.7%

0歳児死亡の月齢別分布(心中以外)



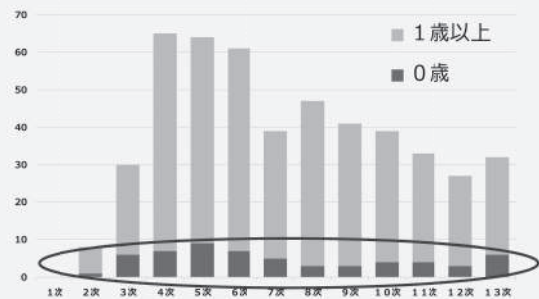
子ども虐待による死亡事例等の検証結果(第13次報告まで)

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布 (心中以外)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第13次報告までの累計）

虐待死のうち0歳と1歳以上の分布 (心中)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第13次報告までの累計）

特定妊婦って何でしょうか？
誰が？、いつ？決めるのでしょうか？

特定妊婦とは？

児童福祉法第6条3の第5項中(平成21年4月1日)

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

- 出産後の養育状況を出産前に判断出来るのか？
- 又は、判断しないといけないのか？
- 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。

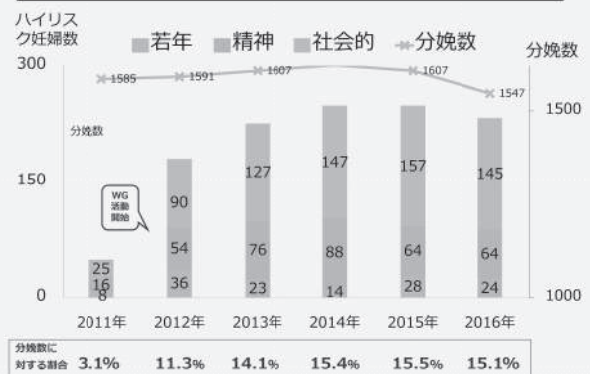
『ハイリスク妊産婦の把握』とは？

- 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、結果判断した結果、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、結果判断した結果、協議会調整機関に報告することとし、実務者会議で検討の結果、『特定妊婦』として台帳に登録、進行管理することとなった妊婦。

大阪府アセスメントシート

6つの妊婦背景(31項目)から構成

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

母子手帳交付時に、
保健師によって面談により評価

日本産婦人科医会「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」 p97

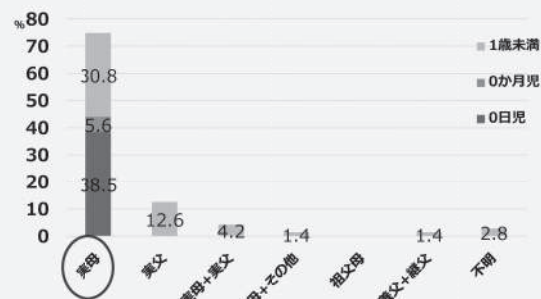
小括

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

今、なぜ妊産婦の
メンタルヘルスなのか？

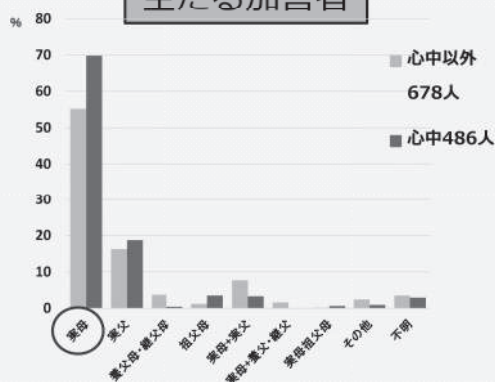
児童虐待死亡報告書からみた こころの問題

0日・0か月・0歳児事例の加害者 (心中以外)



子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第8～13次)

主たる加害者



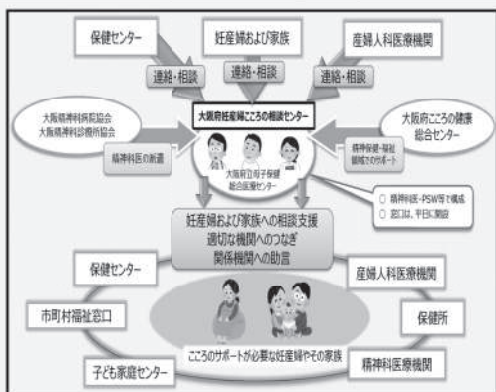
子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5～13次)

精神疾患のある実母の診断名

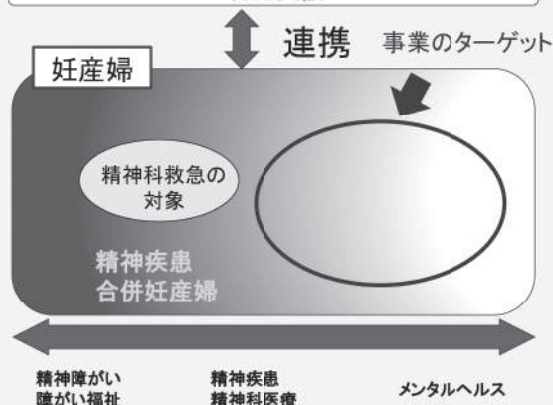
区 分	心中以外 45例	心中 64例
統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	21	11
気分〔感情〕障害	20	40
神経症性障害、ストレス関連障害 及び身体表現性障害	10	17
生理的障害及び身体的要因に関連した 行動症候群	4	4
成人の人格及び行動の障害	3	2
知的障害<精神発達遅滞>	1	0
心理的発達の障害	0	1
詳細不明の精神障害	4	6

子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第5次～13次)

大阪府妊産婦こころの相談センター



育児支援



『ブルーなキモチ』

☐ 急にイライラする
☐ なぜだか涙が出てしまう
☐ 気分が重い
☐ 食欲がない
☐ 身体がだるい
☐ 動悸

母子健康手帳発行時に
全員に配布しています
産科医療機関でも配布

どんなに小さな悩みでも相談はしてください

0725-57-5225

大阪府妊産婦こころの相談センター

※大阪府妊産婦こころの相談センターは、大阪府内全域で設置しています。

※相談時間：10:00～16:00（土・日・祝日・年末年始除く）

※相談費は無料です。ハートマークのマークは別途料金がかかります。

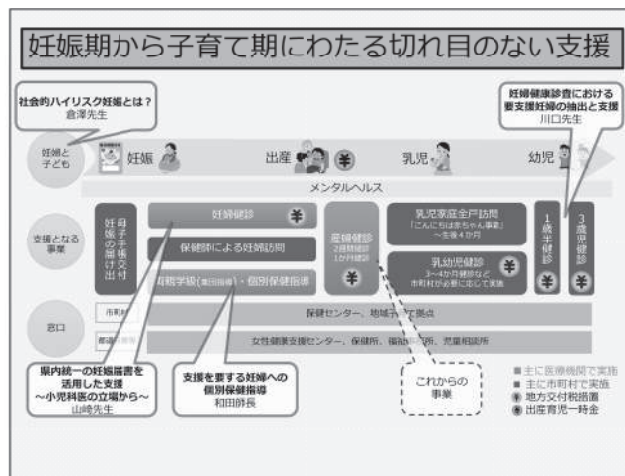
※相談内容、個人情報等は必ず守られますので安心してご相談ください。

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



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

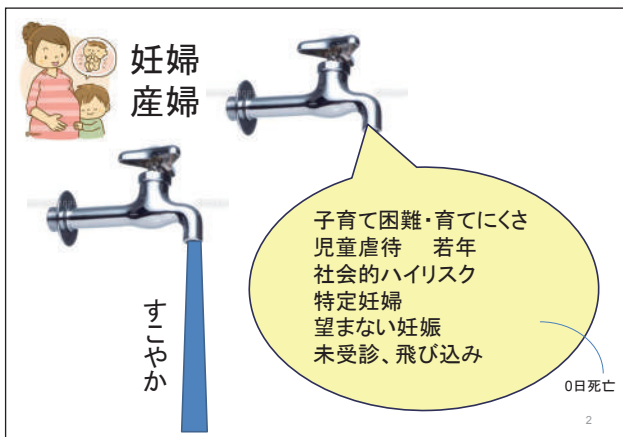
横浜市立大学産婦人科
倉澤健太郎



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

<参考> 不育症とは

不育症には治療法があります

妊娠はするけれども、流産、死産や新生児死などに繰り返し通って結果的に子供を得ていない場合、不育症と呼ばれます。

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

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

HP「不育ラボ」より



不育症でお悩みの方

不育症とは

・不育症のリスク因子（検査異常）

・流産回数との関係

・治療成績

・研究班からの進展

不育症Q&A

研究者リンク

現在実施中の臨床試験

ハイリスク妊産婦に対する支援

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



児童福祉法第6条3の5項

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

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

要保護児童 保護者のない児童又は保護者に監護させることが不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

※各項目について、該当箇所をすべて選択する欄にすべてチェックする。	
項目	選択
1. 妊娠届出	○
2. 妊婦健診	○
3. 産科医療機関	○
4. 社会的ハイリスク	○
5. 児童虐待	○
6. 母体の自殺	○
7. 母体のメンタルヘルス	○
8. 母体の成育状況	○
9. 行政(保健・福祉)	○
10. その他	○
11. 児童虐待関係者	○
12. 児童虐待防止	○
13. 児童虐待相談	○
14. 児童虐待防止	○
15. 児童虐待防止	○
16. 児童虐待防止	○
17. 児童虐待防止	○
18. 児童虐待防止	○
19. 児童虐待防止	○
20. 児童虐待防止	○
21. 児童虐待防止	○
22. 児童虐待防止	○
23. 児童虐待防止	○
24. 児童虐待防止	○
25. 児童虐待防止	○
26. 児童虐待防止	○
27. 児童虐待防止	○
28. 児童虐待防止	○
29. 児童虐待防止	○
30. 児童虐待防止	○
31. 児童虐待防止	○
32. 児童虐待防止	○
33. 児童虐待防止	○
34. 児童虐待防止	○
35. 児童虐待防止	○
36. 児童虐待防止	○
37. 児童虐待防止	○
38. 児童虐待防止	○
39. 児童虐待防止	○
40. 児童虐待防止	○
41. 児童虐待防止	○
42. 児童虐待防止	○
43. 児童虐待防止	○
44. 児童虐待防止	○
45. 児童虐待防止	○
46. 児童虐待防止	○
47. 児童虐待防止	○
48. 児童虐待防止	○
49. 児童虐待防止	○
50. 児童虐待防止	○
51. 児童虐待防止	○
52. 児童虐待防止	○
53. 児童虐待防止	○
54. 児童虐待防止	○
55. 児童虐待防止	○
56. 児童虐待防止	○
57. 児童虐待防止	○
58. 児童虐待防止	○
59. 児童虐待防止	○
60. 児童虐待防止	○
61. 児童虐待防止	○
62. 児童虐待防止	○
63. 児童虐待防止	○
64. 児童虐待防止	○
65. 児童虐待防止	○
66. 児童虐待防止	○
67. 児童虐待防止	○
68. 児童虐待防止	○
69. 児童虐待防止	○
70. 児童虐待防止	○
71. 児童虐待防止	○
72. 児童虐待防止	○
73. 児童虐待防止	○
74. 児童虐待防止	○
75. 児童虐待防止	○
76. 児童虐待防止	○
77. 児童虐待防止	○
78. 児童虐待防止	○
79. 児童虐待防止	○
80. 児童虐待防止	○
81. 児童虐待防止	○
82. 児童虐待防止	○
83. 児童虐待防止	○
84. 児童虐待防止	○
85. 児童虐待防止	○
86. 児童虐待防止	○
87. 児童虐待防止	○
88. 児童虐待防止	○
89. 児童虐待防止	○
90. 児童虐待防止	○
91. 児童虐待防止	○
92. 児童虐待防止	○
93. 児童虐待防止	○
94. 児童虐待防止	○
95. 児童虐待防止	○
96. 児童虐待防止	○
97. 児童虐待防止	○
98. 児童虐待防止	○
99. 児童虐待防止	○
100. 児童虐待防止	○

11

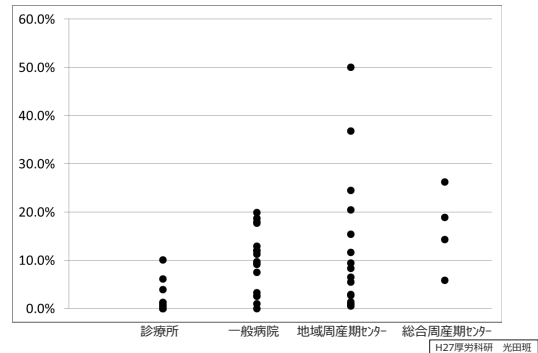
社会的ハイリスク妊娠の推定値

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

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

光田先生スライド

医療機関別に見た社会的ハイリスク妊娠の割合



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%)

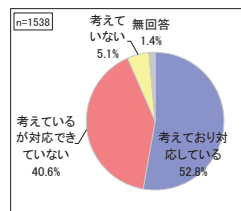
出生児を児童相談所等の公的施設を通じて引き取った(20%)

特別養子縁組を行った(15%)

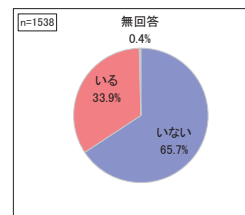
光田先生スライド

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？



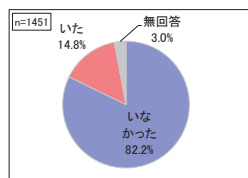
自施設にMSWはいるか？



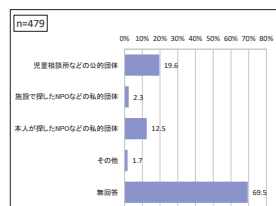
光田先生スライド

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



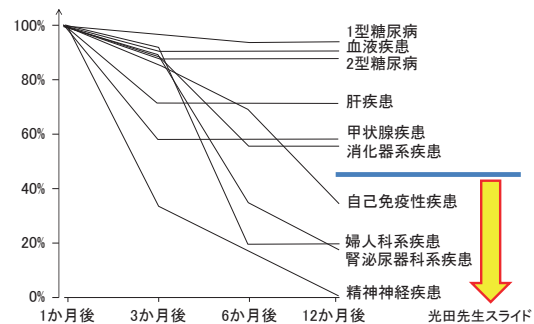
どの施設へ収容されたか



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

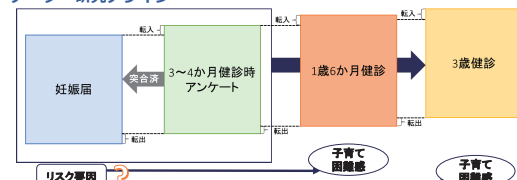


妊娠届から3歳時の子育て困難を予測できるか？：愛知県での前方視的コホート研究より

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索する。

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か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はありませんか」

→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

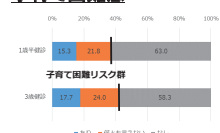
- 母親の年齢
- 妊娠届出時の週数
- 妊娠がわかったときの気持ち：「うれしかった」「予想外だがうれしかった」「予想外だったので戸惑った」「困った」「何とも言えない」「その他」
- 出生順位
- 里帰り出産の予定
- 困ったときに助けてくれる人の有無
- 現在の困っていること・悩んでいること・不安なことの有無：1) 妊娠・出産について 2) 経済的なこと、3) 自分の身体のこと、4) 夫婦（パートナー）関係のこと、5) 家族関係のこと、6) 育児の仕方、7) その他
- 既往歴もしくは治療中の病気の有無
- 過去1年間のうつ傾向：2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何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



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

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

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ならずに、リスク要因をアセスメントし、適切に地域全体で支えることである。

妊婦健康診査における 要支援妊産婦の抽出と支援について



大阪母子医療センター 産科 川口晴菜

はじめに

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

目的

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



検討内容①

- ◆どのような対象を将来の児童虐待ハイリスクとするか？

- 児童虐待と関連する因子はいくつも挙げられている。
- どの因子がどの程度寄与しているのかは不明。
- 妊娠期に、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)

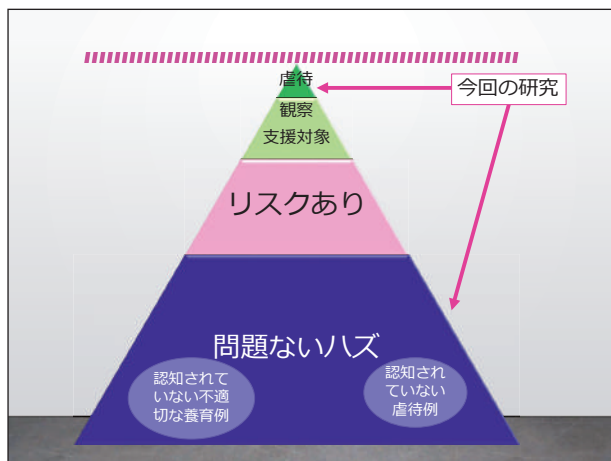
* 除外：母子健康手帳の複写がないもの

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

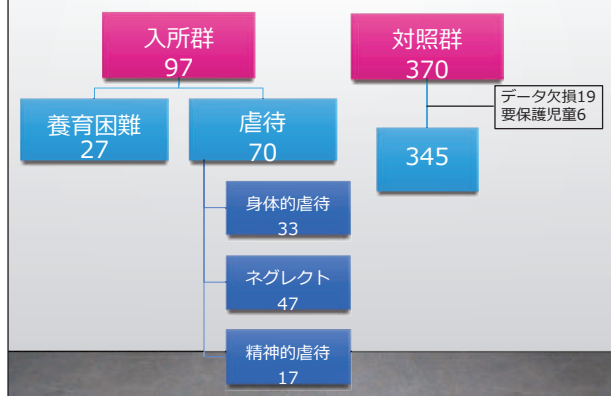
◆ 妊娠中の因子

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

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

連続変数：Wilcoxon rank sum test

名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

■ 妊娠中の因子

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

連続変数：Wilcoxon rank sum test

名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

■ 児に関する因子

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

連続変数：Wilcoxon rank sum test

名義変数：Pearson's chi-square and Fisher's exact tests

入所群と対照群の比較 (多変量)		調査時点の年齢で調整		
リスクファクター		aOR	95%CI	P
母の年齢	<20	89.6	11.5-699.4	<0.001
	≥20, <25	12.9	3.4-48.4	<0.001
年齢差(父-母)	≥25	reference		
	<10	reference		
未入籍	≥10	9.7	1.8-53.3	0.009
	データ欠損	1.5	0.1-15.3	0.7
子どもの数	21	4.6	96	<0.001
	1	0.3	0.06-1.2	0.09
	2	reference		
	3	2.0	0.6-6.6	0.3
	≥4	10.7	1.9-59.7	0.007
		2.1	0.54-8.2	0.3
経済的な問題	母の精神疾患	35.6	9.7-129.7	<0.001
	初診≥20wks	13	1.6-104.7	0.02
初診回数 受診回数	初診<20wksかつ 受診<10	7.8	1.5-40.4	0.01
	初診<20wksかつ受診≥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

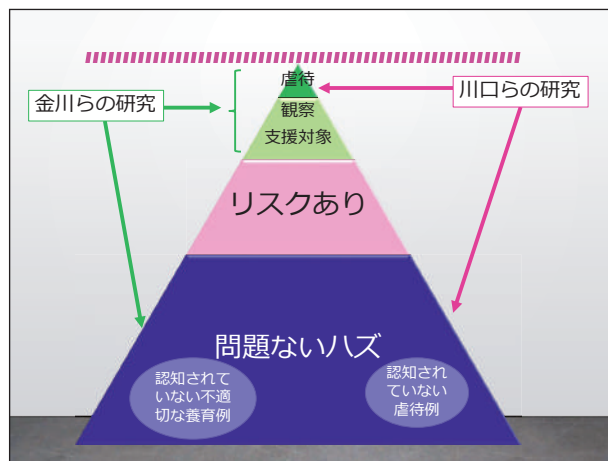
対象：大阪母子医療センターで管理

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

要支援群

医療者が社会的ハイリスクと判断
n = 192

対照群

医療者が社会的リスクなしと判断
n = 612

非特定妊婦
n = 125

病院では把握できず、行政で把握
9.5%

市からの情報提供による
要保護・要支援児童の母親
n = 7

特定妊婦
n = 67

病院で把握したハイリスクのうち
34%

要保護・要支援児童の母親
n = 14

情報が不十分
母体搬送 n = 6
中絶・死産 n = 12
転居 n = 2

要保護・要支援児童の母
n = 74

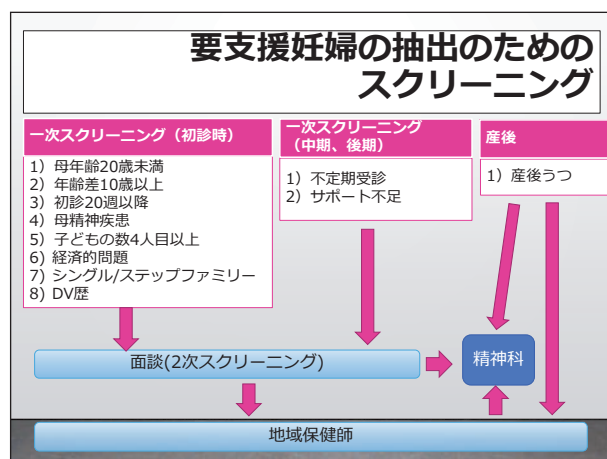
児が要保護・支援でない母親
n = 578

妊娠中には把握
できず(2.3%)

検討項目:アセスメントシート(妊娠期)

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

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



検討内容②

◆全産科医療機関で、どのように抽出するか？

大阪母子医療センターにおける要支援妊婦の抽出

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

育児支援が必要と思われる妊産婦を把握するためのスクリーニング項目の検討

(大阪母子医療センター岡本らの研究より)

- ・2013年5月-2014年8月 当センターで生児を分娩した母

医療者が、妊娠中に将来育児支援必要と判断した高リスク群

274人

医療者が問題ないと判断した低リスク群

1667人

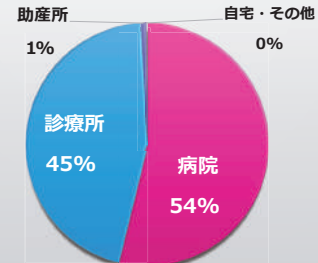
全体の14%

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

社会的ハイリスクの抽出に手慣れた面接者が選んだ項目

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

日本における分娩場所 (2015年 人口動態統計)



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

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

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

First step 問診票のスコア化 (3医療機関で実施)

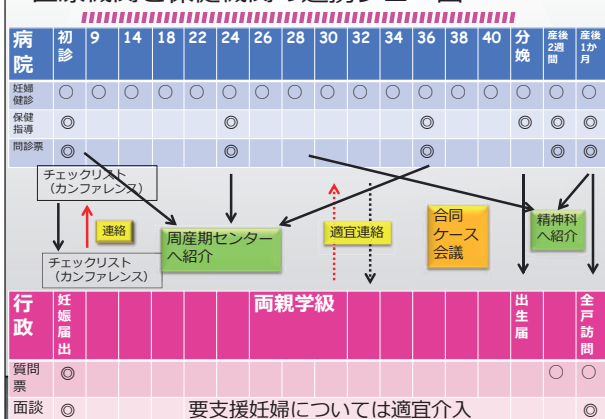
- 妊婦健康診査で施行する問診票 (初期、中期、後期、産後1か月)
- 保健指導、医学的な情報をもとにしたチェックリスト ⇒スコア化



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。

公開シンポジウム
第1部 妊娠期からの切れ目ない児童虐待予防

支援を要する妊婦への個別保健指導
大阪母子医療センターでの取り組み

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

すこやかな妊娠と出産のために

✓妊娠に気づいた女性は母子手帳を取得し

✓妊婦健診を定期的に受診する。

✓産科医師の診察、助産師の保健指導が行われる。



産科診療の場では、しばしば…

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

「この妊婦さん、なんとなく気になる…」

チームで対応
その後の連携の仕組み
一連の流れをつくる

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個人の感覚も大事だけど、
みんなで気づくことができるようにする
→業務化

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

この妊婦さん
なんとなく気になる

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

初診時の様子

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

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

問診票に基づいてお話を聞いていく

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

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

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

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

初診の問診は関係をつくる貴重なタイミング

問診票は話の“きっかけ”にすぎない

これまでにかった病気等
について教えてください。

年(歳)	病気等	治療
18歳	パニック	内服
27歳	うつ	入院

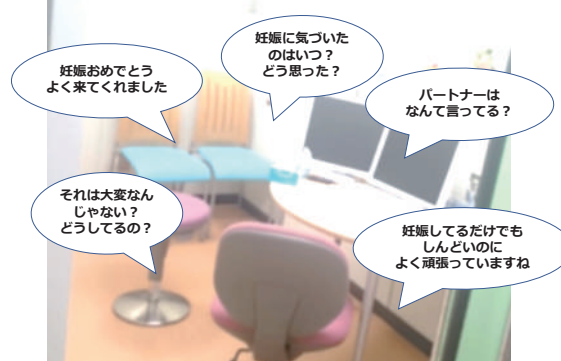
1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

個別相談で大まかな情報を得る（社会的リスクを把握）

- ✓望んだ妊娠かどうか
- ✓パートナーとの関係性に問題はないか
- ✓実母との関係性に気がかかりはないか
- ✓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⁾



- ・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。
E B Mの手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン、金原出版株式会社、2004。

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

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

2. 支援を要する妊婦へのかかわり

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

1. 支援を要する妊婦に気づく工夫

2. 支援を要する妊婦へ

保健指導を通してのかかわり

3. 支援のためのシステムづくり

3. 支援のためのシステム

システム①

カルテ記録の工夫

電子カルテ上、看護記録のテンプレートを作成

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

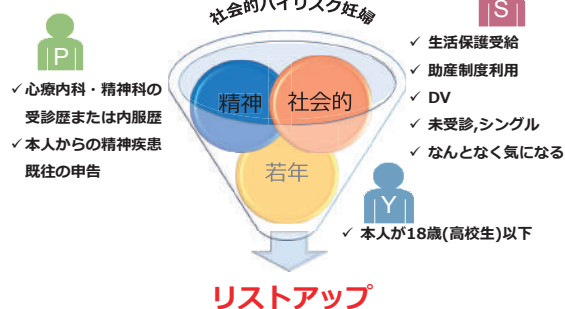


妊支 育支

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



3. 支援のためのシステム

システム③

社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ
で活動する

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





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

公開シンポジウム
社会的ハイレ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



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
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) 健康保険の種類
- (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	愛知県健康福祉部 児童家庭課調べ
① 未婚(再婚・死別)	7.2%	・ローリスク (0~1点)
② 母親の年齢が24歳以下	11.2%	35,432名 (74.0%)
③ パートナーが無職、(ひとり親の場合)母親が無職	1.2%	・ハイリスク (2~5点)
④ 経済的に困っている	9.6%	11,293名 (23.6%)
⑤ 困った時に助けてくれる人がいない	3.2%	・スーパー ハイリスク (6点以上)
⑥ 妊娠中の喫煙、飲酒、妊娠前の喫煙	11.9%	1,127名 (2.4%)
⑦ 中絶2回以上	1.5%	計47,852名 (100.0%)
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%	

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 妊娠中から出産後も、支援ができなかった	154人	(19.9%)
ア 本人が拒否し、乳幼児全戸訪問事業等で状況把握	8人	
イ 支援開始前に転出したため、転出先に連絡	17人	
ウ 支援開始前に転出したが、転出先市町村に連絡なし	75人	
エ 妊娠が継続されなかった	33人	
オ その他	10人	
カ 不明	11人	
4 その他(産後の手帳交付、特別な支援は不要と判断等)	47人	(6.1%)

医療機関と行政機関の連携に関する課題

個人情報保護に関する課題

あいち小児保健医療総合センター主催
「産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

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

妊婦への支援の困難さ

【医療機関から】

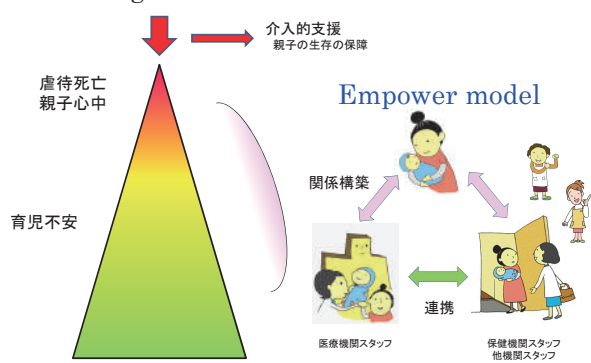
- ・支援が必要な人こそ危機感を持っていない
- ・連絡や訪問を拒否されてしまうケースが多い

【市町村(保健機関)から】

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

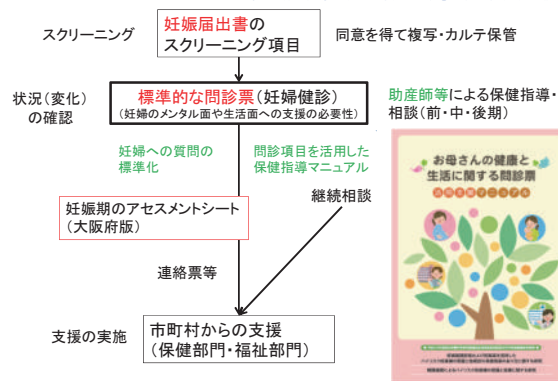
妊娠期からの支援モデル

Triage model



妊婦健診におけるモデル問診票の開発と支援

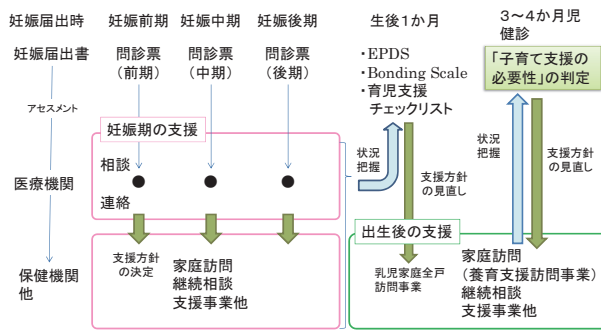
「妊婦健康診査および妊娠届出書を活用したハイリスク妊婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者: 光田信明)



質問カテゴリ	質問<選択肢>	前期	中期	後期
妊婦の妊娠のうけとめ	妊娠について、今はどんなお気持ちですか。<嬉しいとまでどっている・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
現在の妊娠の状況	マタニティライフを楽しんでいますか。<はいいいえ>		1	
現在の妊娠の状況	身体的な不調はありますか。<はいいいえ>	2	3	2
現在の妊娠の状況	最近、「眠れない」「イライラする」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。<はいいいえ>	3	4	3
妊婦の自己評価	次のなかで、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・康天的・せっかち・のんびりや・マイペース・人柄しり・社交的・かわいらしい>	4		
パートナーの妊娠のうけとめ	あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか。最もあてはまるものを選んでください。<喜んでいてとまでどっている・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。<はいいいえ>	6		
パートナーとの関係	赤ちゃんについて、夫(パートナー)と話し合っていますか。<はいいいえ>		2	
上の子の世帯	上の子について困っていることはありますか。<はいいいえ>	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)はいいえ ②あなたの母親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>実母はいいえ 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。<はいいいえ>相談できる人の続柄・関係。<はいいいえ>	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	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:わくわくして楽しそう、毎日泣いて大変、考えたくない) ②子どもの育児について心配なことはありますか。<はいいいえ> ③母乳で育てていくかどうか悩んでいますか。<はいいいえ>母乳で育てたい・母乳で育てない・母乳で育てたい・母乳で育てない			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(する)時期() 転居先() 転居先() 転居先() ①住所の変更(する)時期() 転居先() 転居先() 転居先() ②氏名の変更(する)時期() 転居先() 転居先() 転居先() ③あなたの電話番号の変更(する)時期() 転居先() 転居先() 転居先() ④夫(パートナー)の電話番号の変更(する)時期() 転居先() 転居先() 転居先()			10

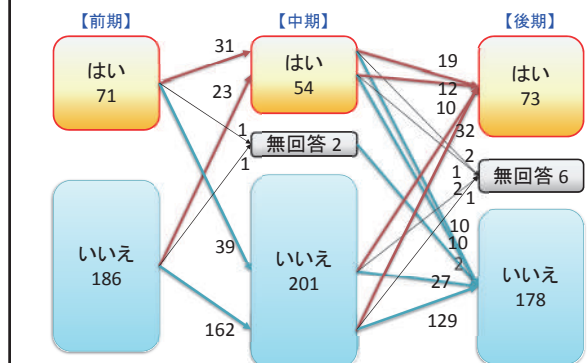
モデル問診票の試行と評価 (2016年7月～11月実施)

<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: 受け入れあり、2: 受け入れなし、3: 他機関事業利用、4: 対象外

子育て支援の必要性の判定(親・家庭の要因): 3～4か月児健診

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

モデル問診票の試行状況と従事者の感想

妊娠届出スコア	問診担当者の判定								
	前期 (n=149)			中期 (n=151)			後期 (n=135)		
	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)

妊婦さんに関してスタッフ同士の連携が密になった。

問診票に記入してもらったことで、あまり気にしていなかった妊婦さんの不安や気持ちに気付くことができた。

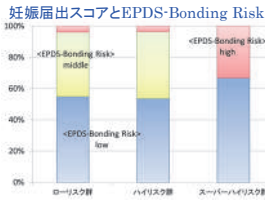
民間総合病院(年間出生800名)

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

妊娠届出時と3～4か月健診時の状況

妊娠届出スコア	子育て支援の必要性(親・家庭の要因)				
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	他機関連携支援	
ローリスク群 (0～1点)	138	111	23	4	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



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	中期	後期
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			
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			
夫・実母以外の相談相手がない、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

妊娠届出スコア	妊娠中の支援				出生後の支援			
	特定妊婦	要対協	受け入れあり	受け入れなし	受け入れあり	他機関事業利用	受け入れなし	
ローリスク群 (0～1点)	138	0	0	1	6	23	2	
	100%	0.0%	0.0%	0.7%	4.3%	16.7%	1.4%	
ハイリスク群 (2～5点)	33	2	0	4	5	6	0	
	100%	6.1%	0.0%	12.1%	15.2%	18.2%	0.0%	
スーパーハイリスク群 (6点～)	3	3	1	3	0	0	0	
	100%	100%	33.3%	100%	0.0%	0.0%	0.0%	

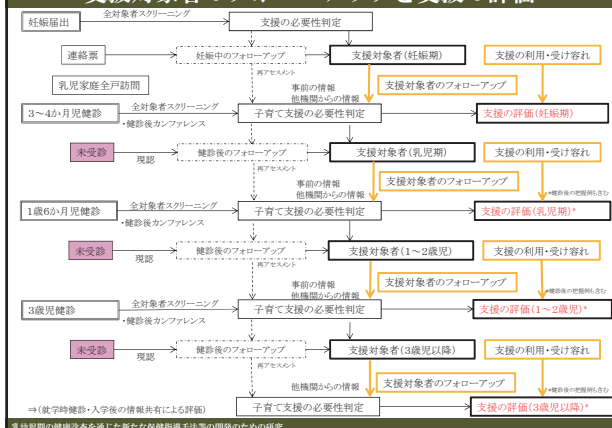
支援の受け入れと支援の必要性の関連(ハイリスク群)

ハイリスク群	支援の必要性の判定				ハイリスク群	支援の必要性の判定			
	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計		支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	合計
妊娠中の支援	1	3	0	4	出生後の支援	3	0	2	5
受け入れあり	1	0	0	1	他機関事業利用	6	0	0	6
受け入れなし	2	2	2	28	対象外	17	5	0	22
対象外	26	5	2	33		26	5	2	33

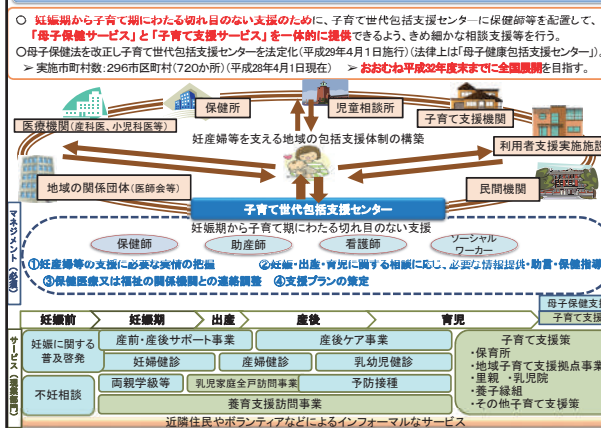
p=0.012

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



Take home message

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

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

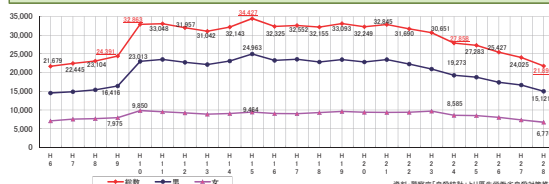
自殺対策の最新動向について

平成29年11月27日(月)

厚生労働省大臣官房参事官(自殺対策担当)
宮原 真太郎

我が国における自殺の状況と自殺対策の経緯

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

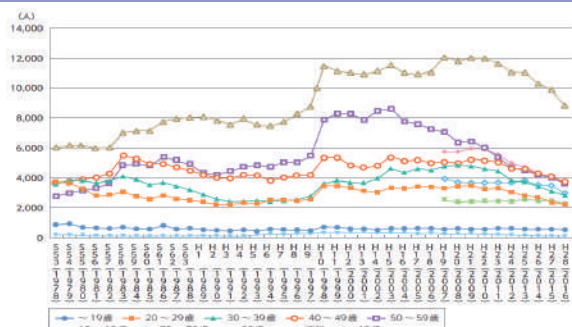


資料: 警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

- 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)
「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 自殺総合対策大綱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

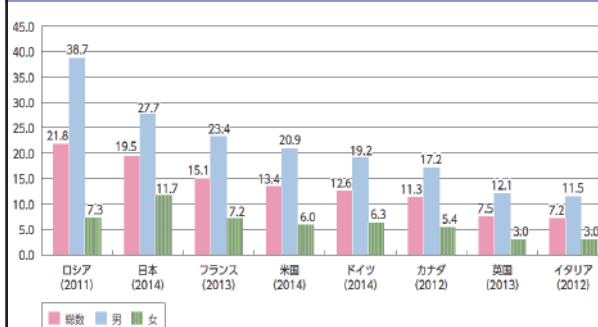
年齢階級別(10歳階級)の自殺者数の推移



注: 平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計発表改正以降は「60～69歳」「70～79歳」「80歳以上」に細分化された。
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			フランス			ドイツ			カナダ		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	4,357	17.8	事故	1,955	12.7	事故	1,710	9.1	事故	1,924	20.4
第2位	事故	1,775	6.9	自殺	1,286	8.3	自殺	1,450	7.7	自殺	1,066	11.3
第3位	悪性新生物	1,339	5.2	悪性新生物	1,089	7.1	悪性新生物	881	5.2	悪性新生物	528	5.6

	アメリカ			イギリス			イタリア			韓国(参考)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	事故	30,708	25.1	事故	2,038	12.1	事故	1,589	12.3	自殺	2,580	16.3
第2位	自殺	11,648	13.3	自殺	1,120	6.6	悪性新生物	889	6.9	事故	1,225	8.7
第3位	殺人	6,203	8.5	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「死因、傷病及び異常臨床所見、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28年版自殺対策白書」

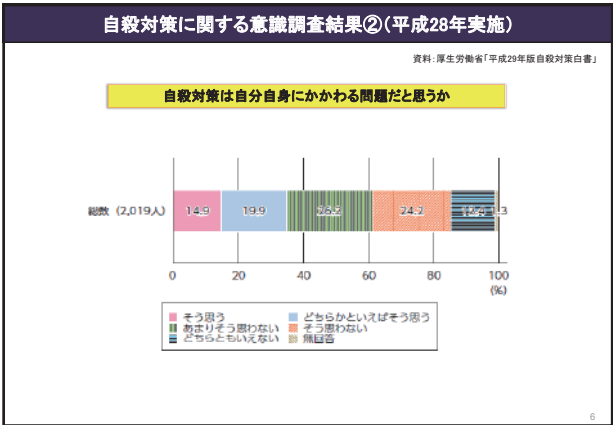
これまでの人生のなかで本気で自殺したいと思ったことがあるか



■ 自殺したいと思ったことがない ■ 1年以内に思った ■ 自殺したいと思ったことはあるが時期については無回答

自殺は「誰にでも起こり得る危機」

5



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

基本理念の追加(第2条)

○自殺対策は、まぎれもない包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その助けとなる必要の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、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18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、自殺地域に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推進する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

①(国の健康の保持に係る教育・啓発の推進等)(第17条)

学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵(かん)養等に資する教育・啓発、困難な事象、強い心理的負担を受けた場合等における対応の仕方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・啓発を行うもの

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

③(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、精神科医とその他地域における心療、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につき、必要な組織を整備

自殺総合対策大綱の見直しについて

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

＜大綱策定までの経過・スケジュール＞

○平成28年9月27日 第17回自殺総合対策会議
(会長:厚生労働大臣。関係閣僚で構成)
→平成29年夏頃を目途に、新たな自殺総合対策大綱を策定できるよう、厚生労働省において、有識者から意見を幅広く聴取することを決定 →検討会設置へ

○平成29年4月26日第6回「有識者検討会」で報告書まとめ(5月15日公表)
→厚生労働省において、平成28年の自殺対策基本法の改正の趣旨や報告書を踏まえ、大綱素案を作成

○平成29年6月14日～27日 パブリックコメント(大綱素案)

○平成29年7月25日 第18回自殺総合対策会議(大綱案の決定) →同日閣議決定

「自殺総合対策大綱」(概要)

※下欄は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

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、非常事態はまだまだ続いている

➢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. 対応の段階に応じたレベルごとの対応を効果的に推進させる

4. 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・ヘ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、養成及び育成の向上を図る

5. 心の健康を支える環境の整備と心の健康づくりを推進する

6. 適切な精神医療提供体制を整備する

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

8. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ

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. 自殺対策に関する自助支援を更に推進する

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年度に、自殺死者数を平成27年度と比較して30%以上減少(平成27年18.5 → 13.0以下)

(WHO:IL15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、葡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. 地域における推進体制

3. 関係団体・企業及び国民の役割

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

＜民間団体＞

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

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)抜粋

自殺総合対策における当面の重点施策(ポイント)

●自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺の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:よりそのネットワークや心の健康相談統一ダイヤルの認知度)

※下欄は旧大綱からの主な変更箇所

1. 地域・ヘ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、養成及び育成の向上を図る

5. 心の健康を支える環境の整備と心の健康づくりを推進する

6. 適切な精神医療提供体制を整備する

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

8. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ

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. 自殺対策に関する自助支援を更に推進する

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、産後うつ等の予防を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後の初期段階における支援を強化する。

生後4か月までの乳児のいる全ての家庭を訪問する、「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」において、子育て支援に関する必要な情報提供等を行うとともに、産後うつ等の予防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

○よりいそいそホットライン：24時間365日の無料電話相談（フリーダイヤル 120-279-338）
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（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っており、また、自殺の要因となり得る生活困難、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、おくことも有用と考えられる。

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

17

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

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

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

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

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

自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）抜粋

18

妊産婦のメンタルヘルス —児童虐待予防と妊産婦の自殺を防ぐ—

日本産婦人科医会
木下勝之

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

日常診療における 妊産婦の背景

1. 心身ともに健康に見える妊産婦

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

2. 妊娠・出産に葛藤がある妊婦の場合

- 夫婦、姑との関係がうまくいっていない。
- 計画してい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け、投薬で、落ち着いており、日常生活は普通に過ごし過ぎている。

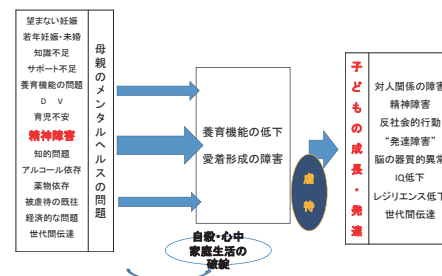
妊娠中及び産後の女性には、

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

このように、幅広いスペクトラムの妊婦の対象群が存在する

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

母親のメンタルヘルスの問題は、どのように子に影響するか



親の周産期精神障害による母子への影響

1. 夫婦間の葛藤、家庭生活を不能とし、育児もないがしろにされ、さらに社会的機能がなくなる
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

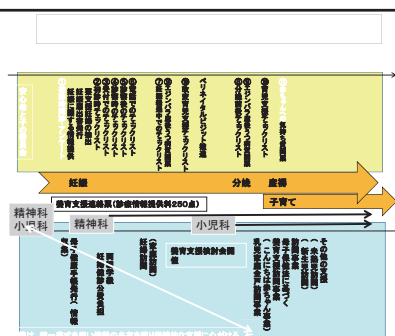
⇒ うつ病による母親の自殺予防

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

Effect of perinatal mental disorder on the fetus and child

Louise M Howard,
Peter Piot
Alan Stain
PlumX Metrics

The Lancet
15 November 2014

143 の論文のサマリーより Key messages

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

2. しかし、そのリスクは避けられないわけではない。

母親の精神障害が重症ではなく、また慢性で長い経過でなければ、あるいは、他の悪条件がなければ、子への影響は一般的には小さいかあるいは、中等度である。

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

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

5. 研究は、子へのリスクを減らし、病んでいる親の症状を減じる
うえでの、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、カーボベルデ、
グアテマラ、グルジア、コンボ、コン
ゴ共和国、シリア、スリランカ、スワ
ジランド、トルクメニスタン、トンガ、
パラグアイ、フィジー、フィリピン、
ペリース、マーシャル諸島、ミクロ
ネシア、モロッコ

国連及び世銀の分類による

例 うつ病

低所得及び中所得諸国

ヘルスワーカーの存在で対応

妊産婦の自殺も大きな割合を占める

高所得諸国

妊産婦の自殺⇒向精神薬のリスクと

副作用の問題に対応が必要

うつ病

妊婦の胎児と生まれた子への影響

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

LMICsでは

周産期のうつ病

乳幼児の成長不良や発育阻害と関係がある
合併症が増える

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

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

周産期精神疾患による子への負の影響は避けられ得る

治療可能な要因とは

親の子育ての質、
社会的サポート
親の疾患の期間と重症度

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

父親の精神疾患の影響

うつ病の影響

頻度高い

子どもに負の影響

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

周産期精神疾患の英国社会と公共サービスへ与える経済的損失

長期的損失は、毎年80億ポンド(1兆2080億円)以上と推定

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

NICE(英国国立医療技術評価機構)による産前産後のメンタルヘルスに関する手引き

高所得諸国 実現可能性のある介入が進められている

低中所得諸国

収入の損失、家族と子供の健康と栄養が不足のため、周産期精神疾患の経済的損失は大きい、⇒社会的介入により、母子の身体的精神的健康改善が可能となる。
その結果、様々な新しい持続可能な開発が可能となる。

周産期メンタルヘルスの重要性

周産期メンタルヘルスプロジェクト (日本産婦人科医会)

目 的： 心理社会的ハイリスク妊産婦(子どもの養育や愛着形成に問題が起こりそうな妊産婦)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

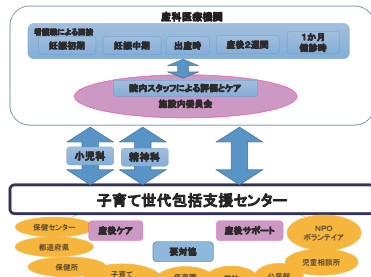
産科医療機関－行政機関－精神科－小児科
－その他の関連機関・事業



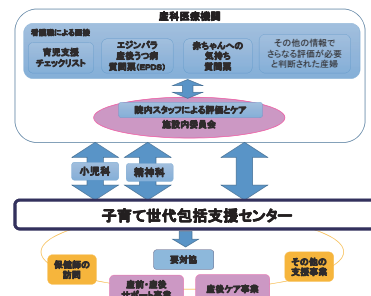
妊産婦メンタルヘルスマニュアル(目次)

- 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クアの不調と障害
 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クアの実践
 1. 妊産婦への対応の基本
 2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング
 3. 精神科への紹介が必要なケース
 4. 小児科へつなぐ
 5. 助産師・看護師・保健師の役割
 6. 特定妊婦について
- V. 妊産婦メンタルヘルスクアにおける多領域協働チームの意義と実際

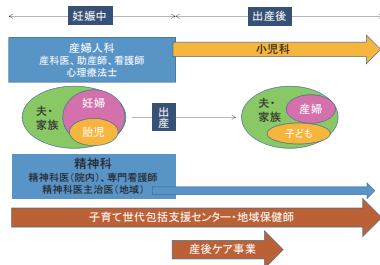
スクリーニングとケアの時期



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)



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つて、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村(特別区を含む。)又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

今後の方向性

○教育・研修プログラムの作成

- ・日本看護協会、日本助産学会、日本助産師会との協力
- ・セミナーの開催、Webを使った研修
- ・専門のスキルをもった看護師、助産師、心理士の養成

○多領域連携システムの構築

- ・行政の支援システムとの連携
- ・精神科関連諸団体との協力
- ・周産期の精神障害の取り扱いと地域の精神科医療システムとの連携
- ・小児医療との連携

妊婦 3つの質問票によるスクリーニング

- I. Negative— 心身ともに健康に見えるグループ
- II. Positive—抑うつ 不安
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク
- III. 精神疾の既往
精神疾患の初期

3つの質問票によるスクリーニングで、
Negative である
心身ともに健康に見えるグループ
への対応

現実社会の教育現場の実態

子どもが可愛くない⇒ネグレクト
愛着障害
乳幼児虐待
DV
不登校、引きこもり
拒食症
いじめといじめられ
子供の自殺等

55

現代社会では
健全な母子関係を築くことが
難しくなった背景

1. 少子化社会、核家族化

57

- ①数少ない、貴重な子供に、親が甘えて、子は、親に甘えられない。
育児ノイローゼや児童虐待が起きやすい
- ②子は成長に応じた気持ちを持っている。しかし、親は子供の気持ちを
理解しようとしない。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) ——— 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が一番ゆっくりしており、人の心と精神の世界は、知能による進化に追いついていかない。

72

スマホに没頭する幼児・学童は、母と子のコミュニケーションは少なく、母子関係を基盤とする、健全な人間関係性が築けないことが多い。

しかし、大人はスマホ1台あれば一人で便利に生活できる。その結果、人と人、男と女等、両者間の関係性を身に付けるチャンスは減り、人は孤独になり、心を病む機会が増えている。

73

総務省の対応

- インテリジェント化が加速するICTの未来に関する研究会（平成27年1月27日）
- ICTインテリジェント化影響評価検討会議（平成28年2月2日）
- AIネットワーク化検討会議報告書2016（平成28年6月20日）

74

「智連社会における人間像」と題して検討

- ICT・AIネットワークシステムが人間の生活をいかに豊かにし、幸せにするかの議論
- 雇用の形態がいかにかわるか
- 人の知能をロボットが代用してくれて、仕事量が減るから自由な時間ができる等の議論が中心である

75

ICT, AI, ロボットを統括する 総務省の委員会で議論すべき内容

76

日本社会は、インターネットが普及し、ICT・AIの時代になり、スマホ社会になった。

これからは、親子、兄弟、男女、人と人との関係性は希薄となり、男も女も結婚せず、家庭を持たず、子どもも作らず、益々少子化が進むと危惧される。

一方、スマホの乳幼児・学童への弊害は大きく、母子関係をはじめ、人と人との関係性を身に付ける機会は減る。

77

インターネット社会は、さらに展開し発展することを止めることはできない。

それでも、人間社会は、母子関係から始まり、人と人が直接接して会話をすることを通し、他人との健全な関係性を身に付けることで、成立させている生物である。

そこで、スマホ世界の高いハードルを越えて、健全な人との関係性を身に付けて、住みよい、豊かな社会を創造するためには、いかなる方策を取り、実践すべきかに関して国を挙げて、議論を盛り上げるべきである。

78

IOTインテリジェント化と
AIネットワーク社会になっても
人的資源の確保と人の質的向上による
健全な人間関係の社会構築こそが
国の繁栄の基本である

79

James J Heckman

Giving Kids A Fair Chance
子供たちに公平なチャンスを与える
「幼児教育の経済学」

80

1. 幸せな人生を送れるかどうかは、IQテストや学力検査で測定される認知的スキルだけでは決まらない。

肉体的・精神的健康、根気強さ、注意深さ、意欲、自信、協調性といった非認知的要素が必要である。

81

2. 認知的スキルも社会的情動的スキルも幼少期に発達し、その発達が家庭環境とその生活の質によって左右される。

82

3. 幼少期の介入に力を注ぐ公共政策によって、問題を改善することが可能である。

83

Center on the Developing Child, Harvard University
National Scientific Council on the Developing Child
National Forum on Early Childhood Policy and Programs

「From Best Practice to
Breakthrough Impacts」
最善の方法から革新的な効果へ
子供たちと家族のより確かな未来のために
ー科学に基づいたアプローチー

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。

そのカギは**教育**である

何処で

家庭で
学校で

両親学級で
妊婦健診・保健指導の場で

誰に

妊婦と親へ

母に
父に
子供に

教師に

何を

- 母親の存在と子育ての意義
- 子の成育は子の脳の発育である事
- 子にレジリエンスを身に付けさせること

我々が教えて、
妊婦が理解して、実践すべきこと

1. 母親の存在意義

妊娠中も、出産後も、胎児と子は心身共に母に依存している存在であり一対である

母親は、母と子は一対の関係にあることを自覚すること

母の子育の意義を理解し、その役割を自覚すること

97

子供たちは、先ず家族との
関わりあいの中で発育する

—サーブとリターンの関係—

98

子と母や父のように
子を大事に思う人との間の
サーブとリターンの関係

子供のサーブ： パブパブ言ったり、
表情やジェスチャーで、
又泣くことで。

応答してあげる大人のリターン：
アイコンタクトや言葉をかけ、抱っこしてあげる。
言葉にして話しかける
ジェスチャーや感情表現することで。

99

出生後の子供の脳の構造上、機能上の発達、
子供と両親あるいは地域の養育者との間で、大
人が愛情を基本に子供を**大事に世話し、育てる
こと**と、それに対して、子供が**反応すること**の相
互作用で出来上がっていく。

100

長く一緒にいる人と子供との間で、自然にこ
の関係が続くと、コミュニケーションや社会的
能力の発達を促す神経結合が強化される。

101

大人の応答が不安定であったり不適切、また応答が
帰ってこない。

⇒

子供の脳の発達が滞る。
後の学習、行動、健康を害する。

この親と子のサーブアンドリターンによる、お互いの活
発なやり取りは、健やかな発達に必要不可欠で、正し
く脳の構成を作り上げるものである。

102

2. 子どもの人生で試練・困難に打ち勝つ力である「レジリエンス(回復力)」を身に付けさせること

103

苦悩や困難の経験がどんなものであれ、それを乗り越えられる人に共通点がある

104

子に支えや基盤をあたえ、保護してくる大人の存在こそ、子が成長過程における、発達妨害をやわらげ、計画力、正しい行動、変化への適応能力などの習得を助ける。

そのような大人の存在こそが、子の人生で、必ず遭遇する、試練や困難な状況への対処ができる力を身に付ける基本である。

この、支えてくれる親や大人との良い経験や関係により、子が獲得する、試練・困難への適応能力・克服能力は、「レジリエンス」(立ちなおりの力)と呼ばれ、子供の基盤を作る。

105

3. 幼少期から成人早期に至る、**前頭前皮質**の発達を促す

実行機能と自己制御能力の中枢を刺激する日常生活を送ること

107

•**前頭前野:**

•思考や創造性を担い、複雑な認知行動を抑制する作用をつかさどる中枢。

•前頭前野の再編成は生後3～4歳の、遅い時期に行われる。

•ストレスが強い乳幼児期を送り、再編成が遅れた子供は切れる状況が起る。

108

- 子供たちは、この能力を持って生まれるわけではなく、種々の事柄に反応し、その能力を形作り、発達され得る基盤となる「可能性」を持って生まれる。

実行機能と自己制御の基盤作りは、幼少期におけるもっとも重要で、最も難しいタスクの一つである。

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教えること。
2. 他人を助けることを教え、年齢相応のボランティアワークに参加させること。
3. 家庭で、あるいは、自分のことで、決まりきった仕事を最後まで続けさせること。
4. 学ぶこと、スポーツ、レクリエーション、休息。
5. 健康に食べ、運動し、休む等自分の一日を自分で決めて実行させる。

6. 小さな目標を立てさせて、実行させる。
7. 自分の体験をポジティブに取られることを身に付ける。
8. 将来のことを希望的に見ることを身に付ける。
9. 自分を発見する機会を作る。
10. 変化は人生の一部であることを受け入れる

成長の結果とは、

自信、精神的な健康状態、学習意欲、学校の成績、将来の職場での行動力と衝動の抑制や問題解決能力、身体的健康のリスクに関する行動、友人や大切な人と関係を作る力を持った人となり、よい親になることである。

113

妊婦 3つの質問票によるスクリーニング

- I. Negative— 心身ともに健康に見えるグループ ⇒ 親の教育で対応
- II. Positive— 抑うつ 不安 ⇒ 妊産婦メンタルヘルスクエアで対応
家事機能できない
育児機能心配
社会的ハイリスク
- III. 精神疾患の既往 ⇒ 妊産婦メンタルヘルスクエアで対応
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。

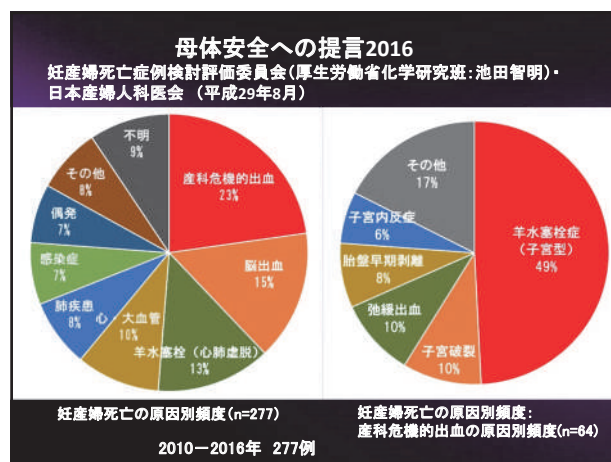
そのように育つ子供は、成長とともに、他人との健康な人間関係のもとで、生活することが可能となる。

117

2017年11月22日
厚生労働科学研究費補助金
医療政策研究等次世代育成
基盤研究事業
光田班報告

妊産婦の自殺—その実態

順天堂大学医学部産婦人科学講座 特任教授
埼玉医科大学総合医療センター 客員教授
竹田 省

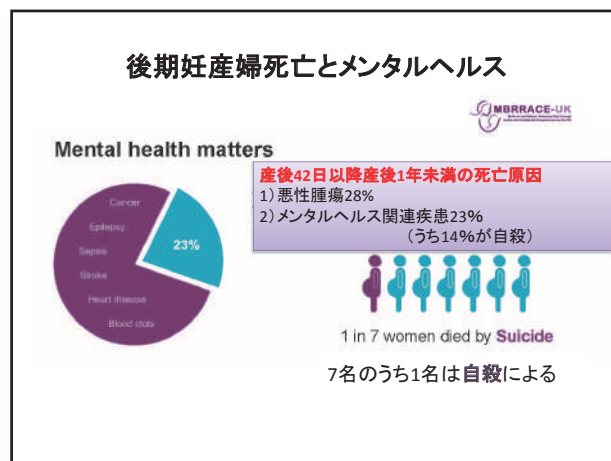


妊産婦の死亡診断(死体検案)書の書き方 (厚生労働省)

- 我が国の死因統計(人口動態統計)は ICD-10 (2003版)を適用していたが、2017年1月1日より死亡診断がICD-10(2013年版)に基づく
- ICD-10(2013年版)1)は、**間接産科的原因**の規定に適合するという前提で、**自殺を含む外因死等を妊産婦死亡に含めるべきであることが追記**
- 循環器疾患・悪性疾患などの疾患**が妊娠の生理的作用によって増悪することも知られ、以前から妊娠中又は妊娠終了後1年未満の**間接産科的妊産婦死亡あるいは後発妊産婦死亡**となっていた
- 「自殺」だけではなく、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

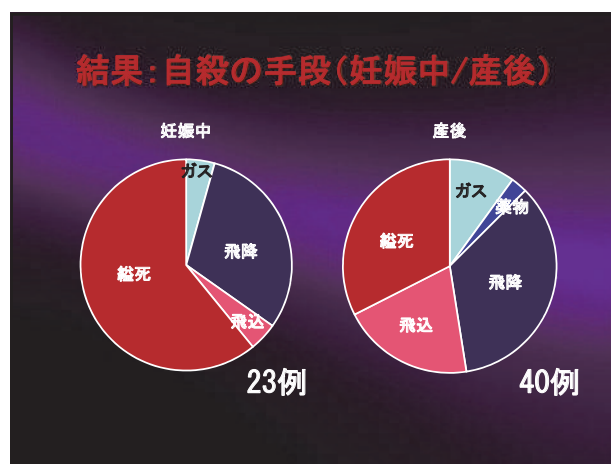
*「後発妊産婦死亡」は、妊娠終了後満42日以後1年未満における直接又は間接産科的原因による死亡

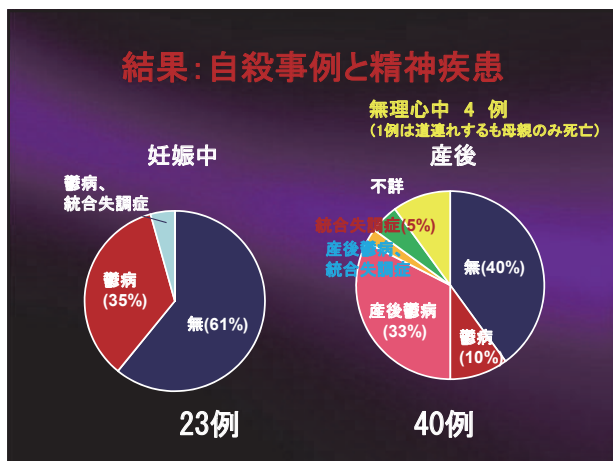
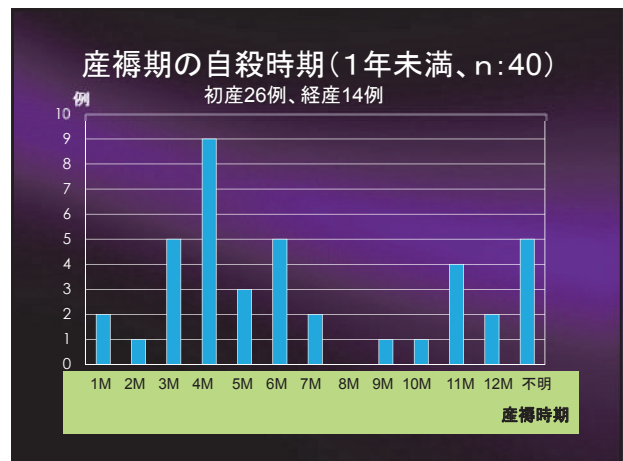
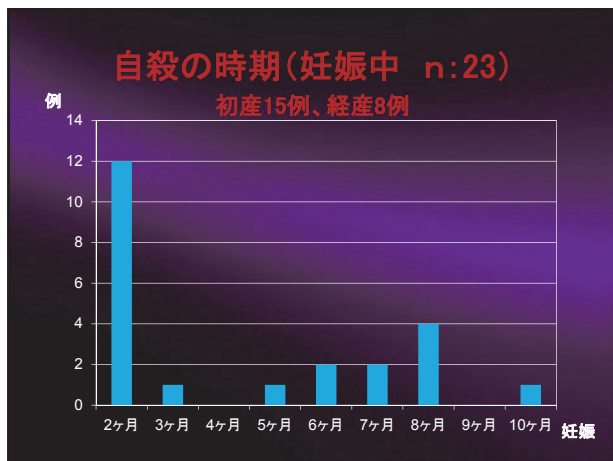


妊産婦の異状死調査

- 2005～2013年の10年間
東京都23区の妊産婦の突然死の実態調査
- 妊婦と産褥婦1年未満
(妊産婦死亡+後発妊産婦死亡)

東京都監察医務院
引地和歌子、福永龍繁
順天堂大学産婦人科 竹田 省





- ### 日本における妊産婦の自殺調査
- 大阪市(2012-2014年)**
 - 自殺は9例
 - 同年齢層の女性の総自殺者数の4.5%を占めていた。
 - 全国の妊娠可能年齢女性の自殺者数から妊産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。
 - 東京都23区(2005-2014年)**
 - 自殺は63例で、出生10万対の自殺率は8.7であった。
 - 妊娠中が23例(36.5%)、産褥(産褥1年以内)が40例(63.5%)
 - 三重県(2013-2014年)**
 - 自殺は4例で、自殺の妊産婦死亡率は14.1/10万出産
 - 対象期間の総出産数は28,215例

妊産婦のメンタルヘルスを支える 保健指導 (スライド抜粋)

国立成育医療研究センター
こころの診療部 乳幼児メンタルヘルス診療科
立花良之

妊娠期からの切れ目のない支援 には早く「気づく」ことが必要

- 産後うつ病のハイリスク者に妊娠期から気づく:
リスク因子を念頭に置いた対応が重要

産後うつ病の妊娠中のリスク因子

- ・妊娠中のEPDS
- ・初産婦
- ・家族のまとまりを感じられない
- ・現在の精神科通院歴

Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, Inoue E, Ota E, Yoshida K, Kasai K, Okuyama M, Kubo T
Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo.
PLOS ONE; doi: 10.1371/journal.pone.0142410, 2015.

2

母子保健の多職種連携のモデル構築

・世田谷区

地域の産科医・助産師・小児科医・精神科医・世田谷区役所健康づくり課・子ども家庭課などと連携し、区役所会議室を借りて、毎月1回症例検討会を実施。

・須坂市

須坂市役所健康づくり課と県立須坂病院、長野県精神保健福祉センターの協働で、毎月1回県立須坂病院会議室で地域母子保健関係者が、特定妊婦や要支援・要保護児童とその家族のサポートについて協議している。

産科—地域母子保健—小児科の切れ目のない支援を精神科医療がバックアップするモデル構築を行った。

須坂市で平成25年度からはじまった妊娠・出産包括支援モデル事業の取り組み

1 母子保健コーディネーターの配置

★須坂市健康づくり課 母子支援係の保健師を位置づける

①母子手帳交付時に「妊婦さんおたずね表」とEPDSに記入してもらい全数面接を実施。

②周産期メンタルヘルス実務検討会の運営

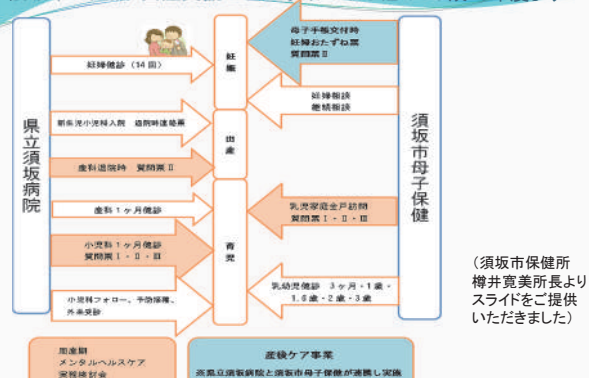


妊婦さんの面接をする母子保健コーディネーター

(須坂市保健所 梅井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

4

須坂市の妊娠・出産支援モデル事業の取り組み・平成26年度より



多職種で検討する支援計画

「周産期メンタルヘルスケア実務検討会」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 梅井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

6

周産期メンタルヘルスカケア実務検討会 定期開催の成果

- ・ハイリスクの母親に対し、妊娠期から地域の多職種が連携して、産後も母子をサポートする切れ目のない支援の仕組みが整備された。
- ・要支援者の情報を一元化でき、支援の方向付けと役割分担を多職種で出来る。
- ・事例検討を重ねることで、支援実施者の事例理解の力が高くなっている。

(須坂市保健所 樽井寛美所長よりスライドをご提供いただきました)

7

「母と子のサポートネットせたがや」



母と子のサポートネットせたがや

- ・平成24年よりメンタルヘルス不調の母親のサポートのための連携モデルの構築を行ってきた。
- ・平成25年に多職種連携のためのマニュアル作成
- ・情報サイト「母と子のサポートネットせたがや」ホームページの開設
- ・母子保健関係者が集い、連携の仕方について協議したり、症例について話し合ったりできる場の調整: 現在、月に一度世田谷区役所で開催している。

関係者からよく聞かれる 多職種連携についての課題

- ・精神疾患のことが良くわからない。どのような時が介入すべき時なのかわからない。
- ・「気になる妊婦」「気になる母親」がいた時に、どこにつなげばよいのかわからない。
- ・「気になる妊婦」「気になる母親」にどのように対応すればよいのかわからない。
- ・連携の際に他の職種がどのようなことをやっているのかわからない。
- ・連携の中で自分の職種が果たす役割がわからない。

10

母子保健関係者向けの母親のメンタルケアの 研修パッケージの作成: マニュアル作成

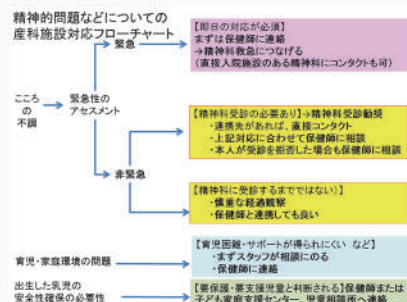


世田谷区では「母と子のサポートネットせたがや」この問題で気になる母親に対する対応の手引き」を作成。世田谷区の母子保健関係者に配布。(平成25年)

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)

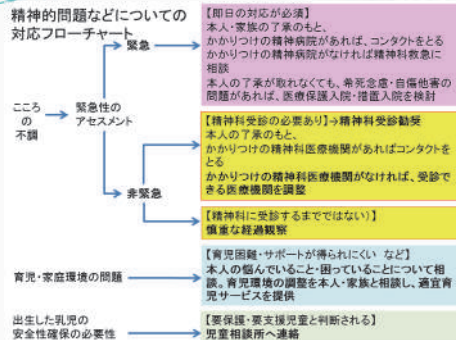
平成28年に医歯薬出版より「この問題を持つ母親のサポートハンドブック 気づいて・つないで・支える多職種地域連携」を刊行。(平成28年)

産科医療機関用対応フローチャート



・立花良之、妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方、精神医学、127-133, vol.58, No.2, 2016
・日本周産期メンタルヘルス学会編 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド CQ5 12

保健師用対応フローチャート



・立花良之、小泉典章「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学、97-103、vol.31.No.2、2016
・日本周産期メンタルヘルス学会編 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド CQ5

世田谷区・須坂市・長野市での、 周産期メンタルケアのネットワーク 作りで見えてきたこと

- ・医療・保健・福祉の連携構築のため、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくりの重要性
- ・メンタルヘルス不調の母親に対する地域での一貫した対応の仕方についての整備、マニュアルやガイドラインの作成
- ・均てん化のための研修会の整備

立花良之、他. メンタルヘルス不調の母親とその子どもの支援のための 妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて. 子どもの虐待とネグレクト: 日本子ども虐待防止学会学術雑誌 18(3), 362-366, 2016-12

母子保健メンタルケア指導者研修 厚生労働省子どもの心診療拠点病院 事業で実施

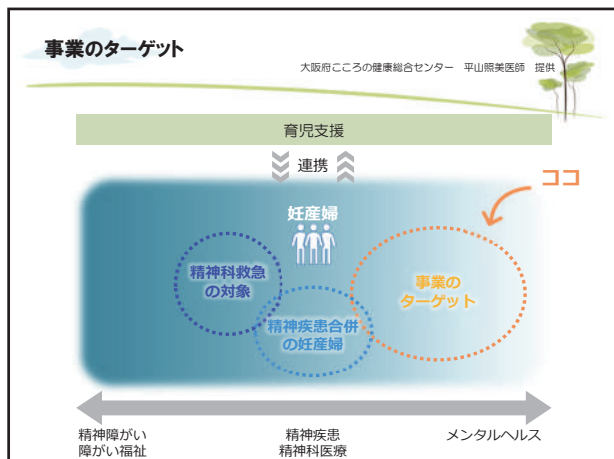
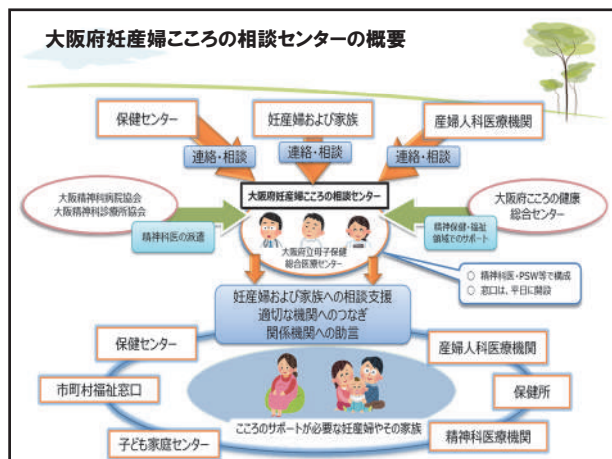
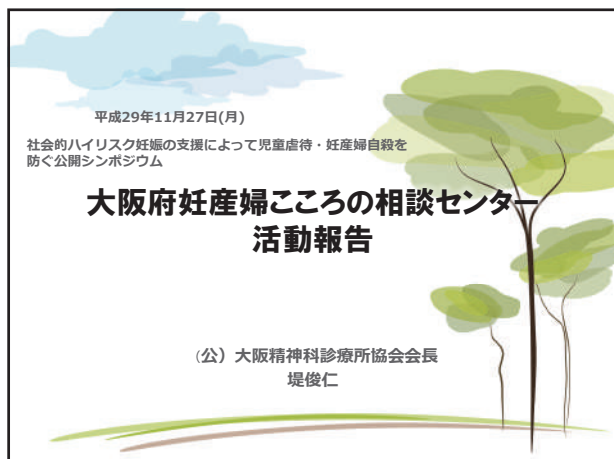
- ・68名の保健師・産科医・助産師・看護師・精神科医・保育士などが参加。



会場 国立成育医療研究センター病院 講堂

妊産婦のメンタルヘルスを支える 保健指導の研修会の効果検証

- ・参加者が心理社会的リスクのある妊産婦に対し、医療・保健・福祉で連携して対応するためのスキル向上に、研修プログラムが有効であったことが明らかになった。
- ・研修を受けることで、周産期関係者のメンタルヘルス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。



妊産婦への周知方法

行政

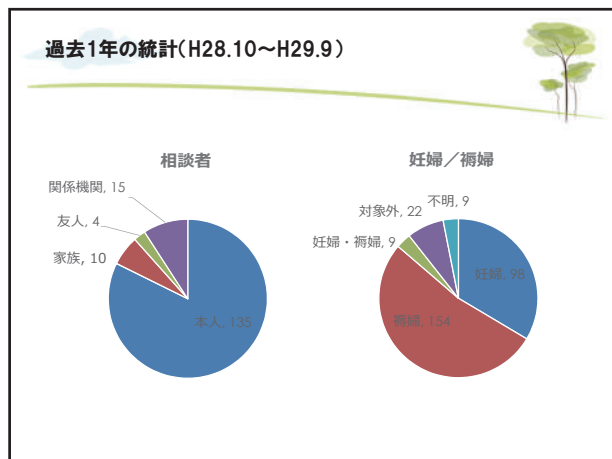
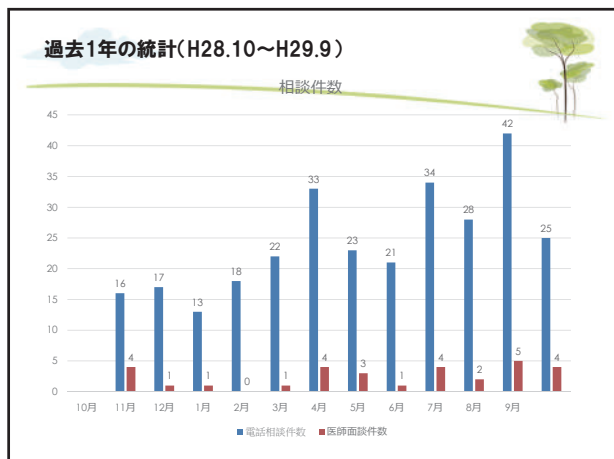
- 母子健康手帳を交付時にカードを配布
- 大阪府のホームページに掲載

このような検索ワードで上位にヒット

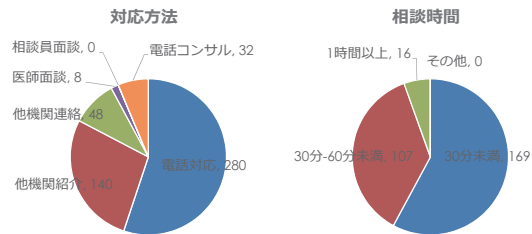
大阪 産後うつ

産科医療機関

- ポスターの掲示
- カードの配布



過去1年の統計(H28.10～H29.9)

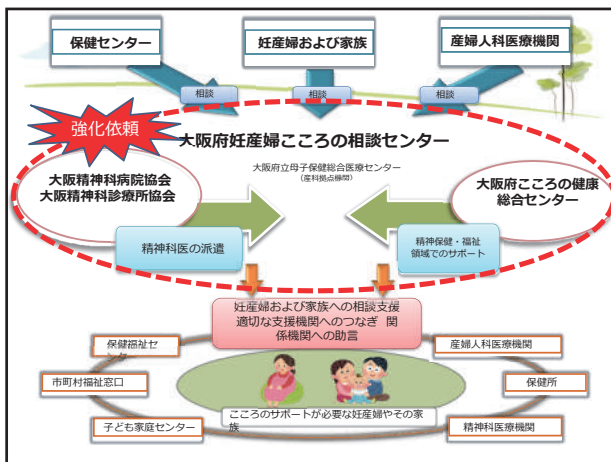


社会的背景の相談内容



心理社会的背景

= 家族関係の葛藤、孤立
= 支援者の不在

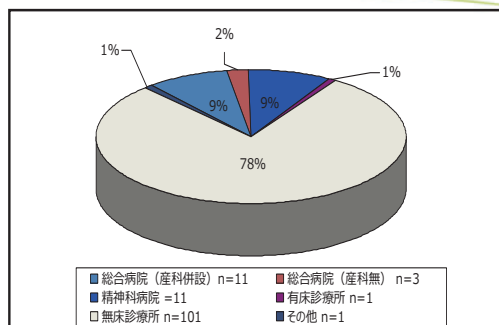


大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」

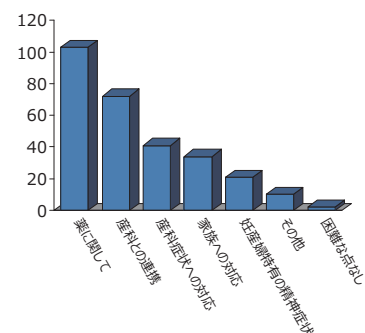
- 2016年2月18日 大阪府委託事業「妊産婦こころの相談センター」開設
- 同センターでは、精神的に不安定な妊産婦とその関係者・機関からの相談に応じ、必要時には精神科医療機関へ繋ぐことを目的としている
- センター開設に合わせて、大阪府内精神科医療機関での妊産婦の診察の現状や問題点・課題を知るために、現状調査を行った

結果：回答施設

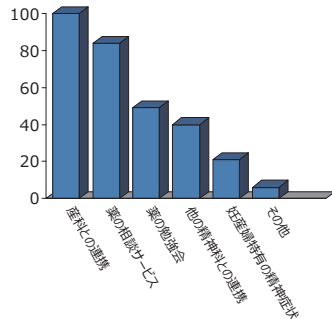
有効回答数：128 (23.8%)



精神症状を伴う妊産婦の診療で困難を感じる点（複数選択可）



精神症状を伴う妊産婦の診療で
整備が求められるシステム(複数選択可)



妊産婦こころの相談センター支援事業
大精診の取り組み

- ・ 平成27年2月より大阪府の「妊産婦メンタルケア連携事業」に参画。

活動内容

- ・ 週に1回相談センターにて、精神科医による面接相談(大精診、大精協で交代制)
- ・ 精神科医の立場から相談員へのアドバイス。

妊産婦メンタルストレス支援事業
の新たな展開

- ・ 平成29年10月より、産後2週間から1か月での産褥婦健診事業が大阪府下の一部の市町村でスタート。今後全市町村に展開される。
- ・ 健診項目にエジンバラ産後うつ病質問票を含むメンタルヘルスに関する質問項目が設定された。
- ・ 一定の支援が必要と判定された方の一部が最寄りの精神科医療機関に受診を勧められることとなった。
- ・ 大精診の会員診療所にも、緊急に受診が必要と判定された産褥婦の受診依頼が来る可能性が生じる。

アンケート調査の概要
妊産婦メンタルストレス支援に関して

- ・ 妊産婦・産褥婦メンタルケアに関して、大精診会員の意識調査を行い、回答の傾向や会員の意見から今後の課題を抽出する。
- ・ あわせて本事業についての大精診会員への啓発を目的としてアンケート調査を企画。
- ・ 調査項目は全11問 すべて選択肢方式 一部自由記載
- ・ 発送数: 311 回答数: 94 回答率: 30.2%
- ・ アンケートの結果は、平成29年11月11日に実施予定の大阪府妊産婦こころの相談センター主催研修会の場で発表する。

アンケートの内容①

1. 通院中の患者から育児希望を相談されたらどう対応しますか
2. 通院中の患者さんから妊娠を告げられた時どう対応しますか
3. 妊娠をした通院患者の治療を続けると回答した方にお尋ねします。投薬をどうしますか。(複数回答)
4. 設問3で、「病状や疾患によって対応が異なる」または「その他」と回答された方にお尋ねします。疾患ごとの対応について
5. 妊娠中の患者さんを新患として治療を引き受けますか。(複数回答)
6. 産褥期(産後1年以内)のメンタルストレスの緊急事例の治療を引き受けますか(複数回答)

アンケートの内容②

7. 妊娠と薬情報センターについて知っていますか？(複数回答)
8. 平成28年の児童福祉法改正に伴い、「支援を要する妊婦等」が把握された場合、「特定妊婦」として市町村に情報提供することが努力義務となったことをご存知ですか
9. 妊産婦、授乳期の女性に対する向精神薬治療についての研修を受けたことがありますか。
10. 大精診の卒後研修のテーマとして「向精神薬と妊娠・授乳」に関する研修には関心がありますか。
11. 妊産婦、授乳期のメンタルヘルスに関して、ご意見を自由記載

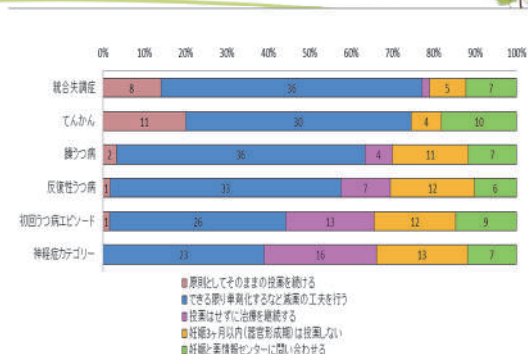
アンケートを通じて明らかになった点①

- ・ 通院中の患者の育児希望には90%以上の精神科医が自身で対応すると回答。
- ・ 妊娠を告げられた場合には引き続き治療を担当するものは63%程度だった。リスクを説明し判断を患者に委ねるが21%あった。
- ・ 妊娠中の向精神薬の投薬に関しては、単剤化や病状や疾患によって対応が異なるという回答が80%以上を占めた。
- ・ 初回うつ病では「投薬しない」、「妊娠初期は投薬しない」が50%以上を占め、疾病リスクよりも向精神薬投与によるリスクを多くとる傾向があることがうかがわれた。
- ・ 新患として妊婦を引き受けるかという設問に51%が引き受けると回答。
- ・ 産褥期の緊急事例についても、地域の産科医療機関からなら引き受けるというものが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。

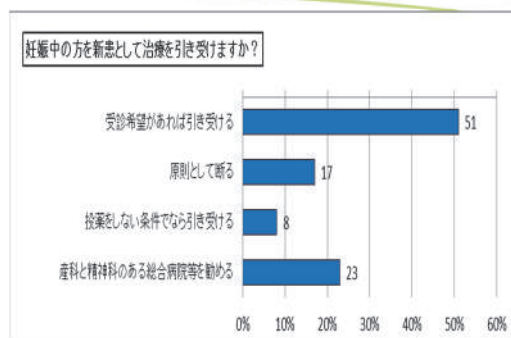
アンケートを通じて明らかになった点②

- ・ 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習熟が必要。
- ・ 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。

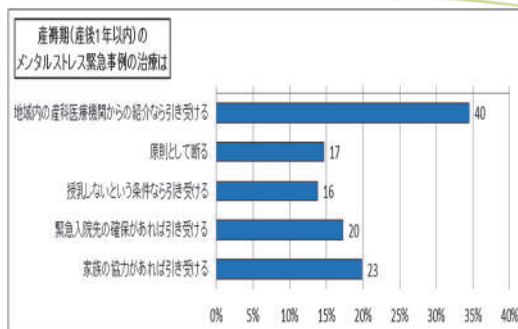
設問4「病状や疾患によって対応が異なる」場合



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上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。

お母さんの健康と生活に関する問診票

活用支援マニュアル



● 平成28年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 ●

妊婦健康診査および妊娠届を活用した
ハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究

機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究

「お母さんの健康と生活に関する問診票」活用支援マニュアル 目次

第1章 マニュアルのコンセプト

- 1. マニュアルの目的 1
- 2. 妊娠期から子育て支援を始めるポイント 2
- 3. 問診票を看護業務に活用するためのポイント 4
- 4. 問診項目一覧 6
お母さんの健康と生活に関する問診票様式（妊娠前期用・妊娠中期用・妊娠後期用）
- 5. 妊娠期のアセスメントシートの活用 10

第2章 問診項目ごとの活用方法

- 1. 妊娠について、今はどんなお気持ちですか。〈前期〉 13
- 2. 胎動を感じるときに、どのように思いますか。〈後期〉 16
- 3. マタニティライフを楽しんでいますか。〈中期〉 19
- 4. 身体的な不調はありますか。〈前・中・後期〉 22
- 5. 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。〈前・中・後期〉 25
- 6. あなたの性格にどちらかというとあてはまるものはありますか。〈前期〉 29
- 7. あなたから見て、夫（パートナー）は妊娠についてどのような気持だと思いませんか。〈前期〉 32
- 8. 夫・パートナーに治療中の病気はありますか。〈中期〉 35
- 9. 赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。〈中期〉 38
- 10. 上の子どもについて困っていることはありますか。〈前・中・後期〉 41
- 11. 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。〈前・中・後期〉 44
 - ①夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。
 - ②（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。
 - ③夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。
- 12. 困ったときに助けてくれる人はいますか。〈前・中・後期〉 48
- 13. 経済的なことで困っていますか。〈前・中・後期〉 52
- 14. あなたの最終卒業学校はどれですか。〈前期〉 55
- 15. 出産後について、①～③の質問にお答えください。〈後期〉 58
 - ①あなたが考える赤ちゃんとの生活は、どのようなイメージですか。
 - ②子どもの育児について心配なことはありますか。
 - ③母乳で育てることについてどう思いますか。
- 16. 赤ちゃん用品の準備はできましたか。〈後期〉 62
- 17. 妊娠中に、住所・電話番号、氏名を変更した、あるいはその予定はありますか。〈後期〉 65

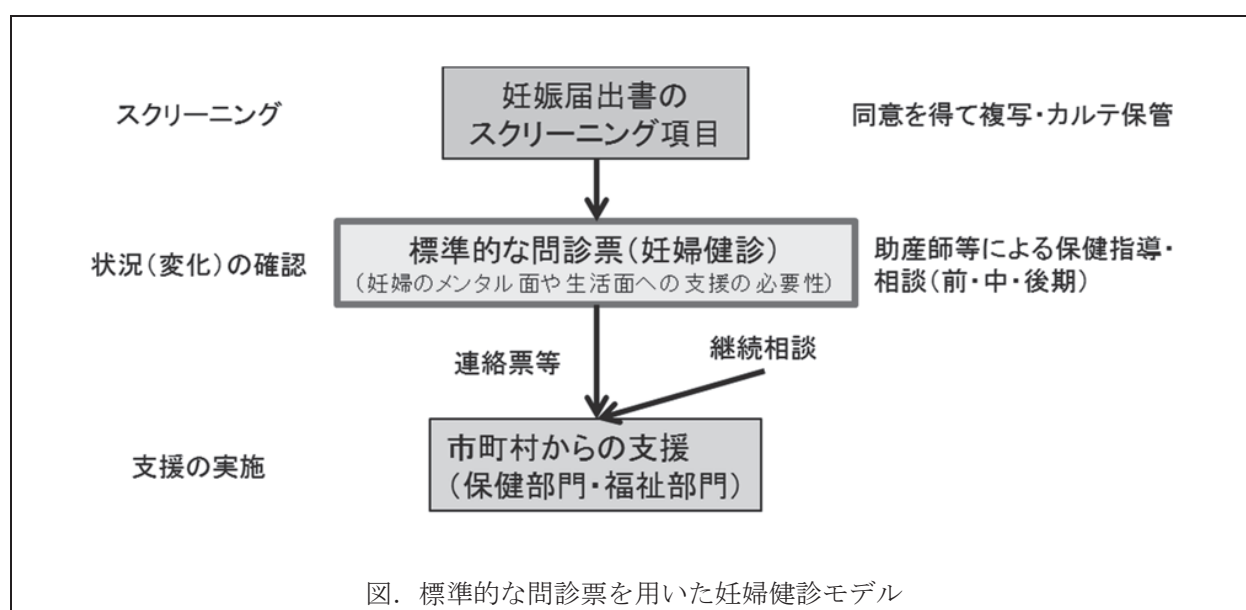
第3章 参考資料とその利用方法 69

- 妊娠届出書（愛知県） 71
- 分娩前後チェックリスト 74
- 赤ちゃんの気持ち質問票 75
- エジンバラ産後うつ病質問票 76
- 育児支援チェックリスト（改変） 78
- 女性に対する暴力スクリーニング尺度 79
- 子育て支援の必要性の判定 80

マニュアルの目的

ハイリスク妊婦には、身体的リスクと心理社会的リスクへのアプローチが必要です。特に後者を視野に入れて、愛知県では、平成24年度から妊娠届出書の標準書式を用いて特定妊婦や要支援家庭の早期の把握と支援に取り組んでいます。妊娠届出書によるスクリーニング点数では、2～3割がハイリスク群に、数パーセントがスーパーリスク群にあたります。市町村は、妊娠届出者の1割を要支援妊婦と捉えています。しかし、このうち実際に妊娠期から支援を実施できたのはその3分の1程度で、妊娠中には支援ができなかったケースが1割ありました（平成26年度愛知県集計）。すなわち、支援が必要な状況を把握しても、すべてに支援が行き届いている状況にはありません。

ほとんどの要支援妊婦は、妊婦健診を受診しています。その状況を医療機関と保健機関がともに把握し、必要な支援につなげることを目指して、このマニュアルを作成しました。



標準的な問診票を用いた妊婦健診モデルを図に示します。まず、妊娠届出書のスクリーニング項目に基づいて、支援の必要性に関するアセスメントを行います。本人同意を得て妊娠届出書を複写し、カルテに保管しておきます。

妊娠経過に伴い生活状況も刻々と変化する中で、妊婦とこれを取り巻く状況は妊娠届出時とは違ってきます。妊婦健診に標準的な問診票を利用することで、こうした状況の変化を医療機関が把握し、妊婦のメンタル面や生活面への支援の必要性についてアセスメントすることができます。

妊娠中には、前期・中期・後期にそれぞれ特有な心身の変化が起こりますが、助産師や看護師などのスタッフは、その時々保健指導を行うだけでなく、家庭や日常生活も含めた相談に耳を傾けることができます。次の妊婦健診に向けて相談を継続するとともに、必要な場合には連絡票などを用いて市町村に連絡します。必要な支援につなげるには、妊婦自身が市町村からの家庭訪問・相談や事業サービスを利用する気持ちになる必要があります。医療機関のスタッフは、妊婦の気持ちに寄り添い、相談を続けることで、妊婦の気持ちをエンパワーメントすることができます。

妊娠期から子育て支援を始めるポイント

○今、求められる妊娠期からの支援

平成 27 年 10 月の子ども虐待による死亡事例などの検証結果（第 11 次報告）では、心中以外の虐待死事例では 0 歳児が 44.4%と依然として最も高く、死亡した子どもの妊娠期の問題は、妊婦健診未受診 27.5%、望まない妊娠 22.8%、若年（10 代）妊娠、母親の精神疾患や抑うつなどがあり、母親が家庭環境や産前産後の心身の不調の問題を持ち、妊娠期から一人で悩みを抱えていたと考えられます。

要支援妊婦を医療機関と保健機関が共に把握し、医療機関では受診時に、保健機関では妊娠中からの定期的な家庭訪問などにより、協働で支援していく体制が求められています。

○要支援妊婦を把握していくチャンスを活かす

医療機関の受診時の様子や、今回紹介する標準的な問診票などを活用し、各医療機関において、要支援妊婦を把握していくシステムを整備します。

1) 初回受診時を大切に、「妊娠届出書」を最大限活用しよう

医療機関に受診した妊婦が、今後も継続して妊婦健診を受けるとは限りません。初診時、受付時から院内のスタッフ全員で気になる妊婦（支援を要する妊婦）を把握する体制をつくります。相談時間や場所、スタッフを確保したり、助産師外来を活用したりして相談体制を整えましょう。

ポイント

要支援妊婦は定期的に受診しない可能性があるため、初回受診時を有効活用

➤妊婦健診の必要性と妊婦健診費用の 14 回の補助制度を伝え、初回受診時に面接をしましょう。

初回受診時は妊娠判定のみの場合も多く、受診費用に負担を感じる妊婦もいます。妊婦健診費用の補助を知らず、使い方が理解できないこともあるため、ていねいな説明が必要です。

初回受診時から経済的な問題がある場合、即、市町村保健機関と相談し、受診当日に妊娠届書を市町村に提出して即受診券を医療機関に届け、妊婦健診 1 回目の扱いとした事例もあります。

ポイント

「妊娠届出書」により要支援妊婦を把握し、同意の上で複写してカルテ保管

➤妊娠届出書を基に医療機関で個別相談を実施し、要支援妊婦を把握しましょう。

愛知県の妊娠届出書には重要なスクリーニング項目が盛り込まれています。医療機関において、要支援妊婦を妊娠届出時から把握し、支援を開始していくツールとして活用しましょう。

妊娠届出書の「問診項目欄」は医療機関の受診時に記入を依頼し、妊娠届出書の各問診項目や医療機関独自の問診項目について、妊婦と個別に相談する時間を確保し、記載内容やリスク項目について、妊婦に寄り添ってていねいに話を伺います。そして、妊婦の同意を得て妊娠届出書を複写し、初回の貴重な情報としてカルテに保管して活用しましょう。

〈妊娠届出書から確認しておきたいこと〉

- ① 本人・パートナーの年齢や職業、婚姻状況、初回受診時の妊娠週数：20 週以降は要注意！
- ② 過去の出産、流産状況：若年出産や飛び込み、自宅出産の既往など
- ③ 今回の妊娠の受けとめ：妊娠が分かった時の気持ちを確認
- ④ 困ったときの支援者の有無、里帰りの予定から実家や妊婦の両親との関係：被虐待歴など
- ⑤ 困ったことから、経済面、夫の支配や DV、家族関係の問題など
- ⑥ 本人の心身の状況：体調、既往歴、精神疾患やメンタルヘルスの症状の有無

2) 前期・中期・後期の標準的な問診票を最大限活用しよう（次頁以降を参照）

標準的な問診票を活用し、刻々と変化する妊婦の状況を把握し、必要な支援につなげます。

○要支援妊婦の気持ちをエンパワーメントして保健機関の支援につなげる

助産師や看護師として医療機関で妊婦と信頼関係を結ぶことが、必要時、保健師からの支援を受け入れる下地となります。妊婦と向き合い関係づくりをしていくポイントをご紹介します。

1) 妊婦に寄り添い看護職との信頼関係を結び、医療機関内で支援していく体制をつくる

面接や相談、看護ケアの中で、妊婦が看護職に抱えている悩みをうちあける場合があります。この時が、たった一度のチャンスかもしれません。「よくお話してくださいました」と、妊婦が相談できたその力を認め、具体的にその内容について聞いていきます。この時、「あなたをより理解し、あなたと一緒にどうしたらいいのかを考えていきたい」との思いをもって真摯に話を伺いましょう。

ポイント

妊婦に寄り添い抱えている問題をアセスメントし、看護職と信頼関係を結ぶ

➤スクリーニング項目やポイントを理解し、妊婦と向き合しましょう

妊娠届出書や標準的な問診票、アセスメントシートの各項目や意味するものを理解しておきます。これにより、例えばDVの相談があった場合でも、妊婦の気持ちを受けとめつつさりと話しを進め、深くアセスメントすることで、看護職との信頼関係を結んでいくことができます。

2) 要支援妊婦を市町村保健機関に連絡し、妊婦に支援の輪をつくる

医療機関が把握した要支援妊婦について、院内でとりまとめて共有するシステムを作り、妊婦の同意を得て保健機関に連絡し、妊娠中から保健機関と協働で妊婦を支援していきます。

ポイント

把握した要支援妊婦をタイムリーに保健機関につなぎ、妊娠中から協働で支援する

妊婦が未婚で支援者がいない、経済的な問題や精神疾患があるなどの心理社会的リスクのある場合、自ら相談したり思いを伝えたりすることが苦手で、支援を受けることに抵抗を示すことがあります。医療機関の中で看護職からの支援を安心して受け入れ信頼関係を結ぶことで、家庭においても保健機関の保健師からの支援を受け入れることにつながります。「あなたの持っている悩みや心配なことについて、家庭でも一緒に考えてもらえるように、保健師さんに支援をお願いしましょう」と同意を取り、保健機関に電話や連絡票などにより支援を依頼します。

3) 保健から医療への連絡を受け、妊婦を見守り新たな支援のチャンスをつくる

保健機関や医療機関が把握した要支援妊婦に保健師が家庭訪問などを試みても、日中の不在や支援への拒否があっても関わることができないことがあります。この場合は妊婦の状況を医療機関と保健機関の双方で情報交換し、医療機関で相談や見守りなどの支援を続けます。保健機関が支援できるように妊婦健診時や出産時の入院期間中に、生活面や精神面などについて保健師を含めて検討する場を設けることで、保健師による支援につなげる工夫をしていきましょう。

4) 要支援妊婦などの医療からの情報提供や守秘義務について平成 28 年 10 月からの法整備

支援を要する妊婦等に関する情報提供（児童福祉法改正により平成 28 年 10 月 1 日施行）：児童福祉法第 6 条の 3 第 5 項に規定する要支援児童等（支援を要する妊婦、児童及びその保護者）と思われる者を把握した病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、その旨を市町村に情報提供するように努めることとする。（児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項）。刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、こうした情報提供を妨げるものと解釈してはならない（児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 2 項）

問診票を看護業務に活用するためのポイント

○妊娠期から前期・中期・後期の標準的な問診票を最大限活用しよう

妊娠の経過の中で、妊婦の悩みや家族の状況が変化していくことはしばしば起こります。妊婦健診を、医学的チェックの場に加え、重要な妊婦支援のチャンスととらえ、各期の問診票も活用しながら妊婦に寄り添い、妊婦の生活や心身の状態の変化を把握しましょう。

ポイント

妊娠経過の中で問診票を活用し、妊婦を取り巻く状況変化に留意し寄り添います

○問診票で支援の必要性の要因を把握する各期でのポイント

1) 前期・中期・後期の毎回問診での確認項目〈番号4・5・10・11・12・13〉

- ① 妊婦の身体面、精神面の問題変化；項目番号4・5：
身体的な不定愁訴から精神的な不調がとらえられる場合もあります。基本的な生活状況や、ベースプランなどから妊婦の気持ちや社会的背景をどう把握していくかを大切にしながら、支援内容を確認していくチャンスです。
- ② 上の子の世話などの困りごと；項目番号10：
上の子どもの育児負担から経産婦の困り感や虐待事例もみられるので、支援できることを探り、地域情報も提供できることが必要となります。
- ③ 妊婦の相談者の有無、夫や実母との情緒的関係性；項目番号11・12：
妊婦が一人で困りごとを抱え込まないように情緒的な支援の把握項目です。必要時は妊婦の生育歴も把握しながら、毎回変化の確認が必要です。
- ④ 経済的な状況；項目番号13：
生活への困り具合を把握し、支援の必要性を見出すための項目です。

2) 前期間診票（14週前後）の確認項目〈番号1・6・7・14〉

- ① 妊娠についての妊婦とパートナーの気持ち；項目番号1：
「予想外だった」妊娠をどう支援するか、初診時からの気持ちの変化を把握します。
- ② 妊婦の性格傾向；項目番号6：
信頼関係づくりに活用できます。支援者側から見た様子との違いがある時は、面談時に留意してコミュニケーションをとります。
- ③ パートナーの妊娠の受け止め；項目番号7：
妊婦や夫がどういう気持ちか、夫婦の関係性や生活を左右する項目です。
- ④ 妊婦の学歴；項目番号14：
支援対象を把握するに重要な項目です。生育歴や悩みを聞く糸口にもなります。

3) 中期間診票（26週前後）の確認項目〈番号3・8・9〉

- ① マタニティライフを楽しんでいるか；項目番号3：
否定的な回答の場合は、楽しめていない理由などより深く状況を伺います。

- ② パートナーの健康状況・パートナーとの関係性；項目番号 8・9：

状況によっては、胎児・家族全体に影響が及び、妊婦の不安と出産・育児のキーパーソンにも関係してきます。DV については、妊婦の生活や精神面を左右する重要なポイントです。

4) 後期間診票（36 週前後）の確認項目＜番号：2・15・16・17＞

- ① 胎動の感じ方による妊娠の受けとめ；項目番号 2：

胎動の感じ方は、妊婦の胎児への思いを把握し、今後の親子関係支援に必要です。

- ② 育児のイメージや心配なこと、母乳育児への思い、出産後の生活準備；項目番号 15・16：

出産育児に専念できる家庭環境か、経済的な面も踏まえ把握することが大切です。育児に必要な準備状況を把握し、状況により支援に繋がります。

- ③ 妊娠中の住所や氏名、パートナーを含めた電話番号の変更；項目番号 17：

転居を繰り返すことは地域での孤立や支援が中断するハイリスク要因として把握します。

ポイント

医療機関現場で問診票を活用する時の利用時期や方法、注意点など

- 問診票利用の時期は、医療機関の状況に合わせて活用が可能です。

➤前期・中期・後期の時期（週数）は、目安のひとつです。医療機関によっては、助産師外来などのゆっくりと話が聴ける機会に合わせて利用されるとよいでしょう。

- 問診票は、問題点をチェックするためではなく、個別支援に繋げる目的で利用します。

➤問診票は、医学的側面の内容からも精神的社会的側面の確認ができ、生活支援に繋がります。

- 問診票の活用については、医療機関内のチームで対応しましょう。

➤問診票の回答状況により、医療機関の担当者が一人で困ったり抱え込まないように、チームで対応しましょう。医療機関内でスタッフの相談や状況を共有できるサポート体制を整え「お話すると楽になるから師長がいる時に相談しましょう」などの環境づくりをして、次回に繋げていくことがとても大切です。

- 問診票活用時、記載時の注意点

➤問診票は“妊婦自身が答える”ことが大前提です。（パートナーなどに尋ねる必要はありません）

➤問診票では「DV」や「被虐待歴」というストレートな表現は控えていますが、問診票の質問についた○印から十分に把握し、社会的・心理的・経済的問題への支援に繋げるように聞く必要があります。

➤母子健康手帳の番号は妊娠期中のどこか（出産まで）で記載できれば良いです。問診票の保管は、診療録に保存し、保健指導の内容などは産科医師、小児科医師、助産師、看護師などが把握できるようにします。

問診項目一覧

項目 番号	質問 カテゴリー	質問文 <選択肢>	前 期	中 期	後 期
1	妊婦の妊娠のうけとめ	妊娠について、今はどんなお気持ちですか。 <嬉しい・とまどっている・困っている・なんとも思わない>	1		
2	妊婦の妊娠のうけとめ	胎動を感じるときに、どのように思いますか。 <嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない>			1
3	現在の妊婦の状態	マタニティライフを楽しんでいますか。 <はい・いいえ・どちらでもない>		1	
4	現在の妊婦の状態	次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか（複数選択可）。 前期 <だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他〔内容：〕> 中期 <動悸・めまい・腰痛・体のかゆみ・おりものが気になる・その他〔内容：〕> 後期 <頭痛・めまい・腹痛・吐き気・便秘・足のむくみ・その他〔内容：〕>	2	3	2
5	現在の妊婦の状態	最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。 <はい・いいえ>	3	4	3
6	妊婦の自己評価	次のなかで、あなたの性格にどちらかというあてはまるものはありますか（複数選択可）。<まじめ・楽天的・せっかち・のんびり・マイペース・人みしり・社交的・こわがり・短気>	4		
7	パートナーの妊娠のうけとめ	あなたから見て、夫（パートナー）は妊娠について、どのような気持だと思えますか。 最もあてはまるものを選んでください。 <喜んでいる・とまどっている・困っている・なんとも思っていない・わからない>	5		
8	パートナーの健康状況	夫・パートナーに治療中の病気はありますか。 <はい（受診・治療状況： ）・いいえ>		5	
9	パートナーとの関係・産後の準備	赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。 <はい・いいえ>		2	
10	上の子の世話	上の子どもについて困っていることはありますか。 <はい（ ）・いいえ・上の子はいない>	6	6	4
11	妊婦の相談者・家族関係	困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。 ① （パートナー）には何でも打ち明けることができますか。 <はい・いいえ・夫（パートナー）はいない> ② あなたの お母さんには何でも打ち明けることができますか。 <はい・いいえ・実母はいない> ③ （パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 <はい（相談できる人の続柄・関係： ） ・ いいえ>	7	7	5
12	妊婦の支援者	困ったときに助けてくれる人はいますか（複数選択）。 <夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・その他（ ）>	8	8	6
13	経済状況	経済的なことで困っていますか。 <毎日の生活に困る・今は良いが、将来的には心配・困っていない>	9	9	7
14	妊婦の学歴	あなたの最終卒業学校はどれですか。 <中学・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他（ ）>	10		
15	産後の生活準備	出産後について、①～③の質問にお答えください。 ① あなたが考える赤ちゃんとの生活は、どのようなイメージですか。 （例：かわいくて楽しそう、毎日泣いて大変、考えたことがない ） ② 子どもの育児について心配なことはありますか。（例：沐浴や入浴、授乳 ） ③ 母乳で育てることについてどう思いますか。 <ぜひ母乳で育てたい・母乳がでれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない>			8
16	産後の生活準備	赤ちゃん用品の準備はできましたか。 <はい・いいえ>			9
17	転居	次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。 ①あなたのご住所 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ②あなたのお名前 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ③あなたの電話番号 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定 ④夫（パートナー）の電話番号 変更なし・妊娠中に変更した・妊娠中に変更する予定 ※ ①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。（ ）			10

〈診察券番号〉

〈母子手帳番号〉

〈お名前〉

〈お住まいの市町村〉



次の問1～問10について、該当する選択肢を○で囲み、[]には内容をご記入ください。

問1 妊娠について、今はどんなお気持ちですか。最もあてはまるものを選んでください。
嬉しい ・ とまどっている ・ 困っている ・ なんとも思わない

問2 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか(○はいくつでもつけて下さい)。
だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他[内容:]

問3 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。
はい ・ いいえ

問4 次のなかで、あなたの性格にどちらかというにあてはまるものはありますか(○はいくつでもつけて下さい)。
まじめ・楽天的・せっかち・のんびりや・マイペース・人みしり・社交的・こわがり・短気

問5 あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか。
最もあてはまるものを選んでください。
喜んでいる ・ とまどっている ・ 困っている ・ なんとも思っていない ・ わからない

問6 上の子どもについて困っていることはありますか。
はい[内容:] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問7 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。
はい ・ いいえ ・ 夫(パートナー)はいない

② (あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか。
はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。
はい[相談できる人の続柄・関係:] ・ いいえ

問8 困ったときに助けてくれる人はいますか(○はいくつでもつけて下さい)。
夫(パートナー) ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他[]

問9 経済的なことで困っていますか。
毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

問10 あなたの最終卒業学校はどれですか。
中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 短期大学 ・ 大学 ・ 大学院 ・ その他[]

ご記入いただき、ありがとうございました。

-----【担当者記入欄】-----

- ☐ 順調です。
☐ 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。
☐ 他機関の人とも、相談しましょう。

〈診察券番号〉

〈母子手帳番号〉

〈お名前〉

〈お住まいの市町村〉



次の問1～問9について、該当する選択肢を○で囲み、[]には内容をご記入ください。

問1 マタニティライフを楽しんでいますか。

はい ・ いいえ ・ どちらでもない

問2 赤ちゃんについて、夫(パートナー)と話し合っていますか。

はい ・ いいえ

問3 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか(○はいいくつでもつけて下さい)。

動悸 ・ めまい ・ 腰痛 ・ 体のかゆみ ・ おりものが気になる ・ その他 [内容:]

問4 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。

はい ・ いいえ

問5 夫(パートナー)に治療中の病気はありますか。

はい [受診 ・ 治療状況:] ・ いいえ

問6 上の子どもについて困っていることはありますか。

はい [内容:] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問7 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。

はい ・ いいえ ・ 夫(パートナー)はいない

② (あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか。

はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。

はい [相談できる人の続柄 ・ 関係:] ・ いいえ

問8 困ったときに助けてくれる人はいますか(○はいいくつでもつけて下さい)。

夫(パートナー) ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他 []

問9 経済的なことで困っていますか。

毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

ご記入いただき、ありがとうございました。

----- 【担当者記入欄】 -----

- ☐ 順調です。
- ☐ 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。
- ☐ 他機関の人とも、相談しましょう。

〈診察券番号〉

〈母子手帳番号〉

〈お名前〉

〈お住まいの市町村〉



次の問1～問10について、該当する選択肢を○で囲み、[]には内容をご記入ください。

問1 胎動を感じるときに、どのように思いますか。最もあてはまるものを選んでください。

嬉しく思う ・ 嫌な感じがする ・ どちらでもない

問2 次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか(○はいいくつでもつけて下さい)。

頭痛 ・ めまい ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 便秘 ・ 足のむくみ ・ その他 [内容 :]

問3 最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。 : はい ・ いいえ

問4 上の子どもについて困っていることはありますか。 : はい [内容 :] ・ いいえ ・ 上の子はいない

問5 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

①夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか。 : はい ・ いいえ ・ 夫(パートナー)はいない

②(あなたのお母さん)には何でも打ち明けることができますか。 : はい ・ いいえ ・ 実母はいない

③夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 : はい [相談できる人の続柄・関係 :] ・ いいえ

問6 困ったときに助けてくれる人はいますか(○はいいくつでもつけて下さい)。

夫(パートナー) ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他 []

問7 経済的なことで困っていますか。 : 毎日の生活に困る ・ 今は良いが、将来的には心配 ・ 困っていない

問8 出産後について、①～③の質問にお答えください。

①あなたが考える赤ちゃんとの生活は、どのようなイメージですか。 [例 : かわいくて楽しそう、赤ちゃんが毎日泣いて大変、考えたことがない]

②子どもの育児について心配なことはありますか。 [例 : 沐浴や入浴、授乳]

③母乳で育てることについてどう思いますか。

ぜひ母乳で育てたい ・ 母乳ができれば母乳で育てたい ・ 粉ミルクで育てたい ・ 特に考えはない

問9 赤ちゃん用品の準備はできましたか。 : はい ・ いいえ

問10 次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。

①あなたのご住所 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

②あなたのお名前 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

③あなたの電話番号 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

④夫(パートナー)の電話番号 : 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定

※ ①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。

ご記入いただき、ありがとうございました。

----- 【担当者記入欄】 -----

- ☐ 順調です。
- ☐ 次回の健診時も、助産師外来で相談しましょう。
- ☐ 他機関の人とも、相談しましょう。

妊娠期のアセスメントシートの活用

「妊娠期のアセスメントシート」を用いることで、医療スタッフの誰もが妊婦の支援の必要性を的確にアセスメントすることができます。アセスメントシートには、生活歴 (A)、妊娠に関する要因 (B)、心身の健康等要因 (C)、社会的・経済的要因 (D)、家庭的・環境的要因 (E)、その他 (F) の要因別と、支援者等の状況について、具体的なアセスメント項目が例示されています (p. 11)。

まず、診療録の既往歴、分娩・出産歴、家族歴や保険証の情報などから把握可能なアセスメント項目があります (下表)。

問診票の質問は、アセスメント項目と深い関係があり、問診票を用いて 2 次質問をすることで、アセスメントにつなげることができます。

例えば、妊婦の妊娠のうけとめ (「妊娠について、今はどんなお気持ちですか」「胎動を感じるときに、どのように思いますか」) の質問に気になる回答や反応を認める場合、アセスメントシートの生活歴 (A) の、〈妊婦〉の①保護者自身に被虐待歴がある、②保護者自身に DV 歴 (加害・被害含む) がある、③胎児のきょうだいに不審死がある、④胎児のきょうだいへの虐待歴がある、⑤過去に心中未遂がある (自殺未遂がある) の要因や、妊娠に関する要因 (B) のうちの、⑤望まない妊娠の状況が把握される場合があります。特に、〈妊婦〉の⑤望まない妊娠は、これらの質問との関連が強い項目です。

また、アセスメントの結果、市町村からの支援が必要と判断した場合には、連絡票などを利用して市町村の支援につなげますが、中にはその連絡に同意が得られない場合があります。ぜひ支援を受けてもらいたいと感じる人ほど、同意が得られにくい場合もあります。「保健センター等の関係機関の関わりを拒否する」や「情報提供の同意が得られない」は、アセスメントシートの関係機関からの支援状況の重要なチェックポイントです。

表 診療録や保険証の情報などから把握可能なアセスメント項目

妊娠に関する要因 (B)	①16 歳未満の妊娠 ②若年 (20 歳未満) 妊娠 (過去の若年妊娠を含む) …①除く ③20 週以降の届出 ④妊婦健診未受診、中断がある ⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す ⑧飛び込み出産歴がある ⑨40 歳以上の妊娠 ⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある
心身の健康等要因 (C)	⑤身体障がい・慢性疾患がある
社会的・経済的要因 (D)	②生活保護受給
家庭的・環境的要因 (E)	②ひとり親・未婚・ステップファミリー

問診項目のそれぞれに対して〈問診票の項目と 2 次質問等から把握できるアセスメント項目〉を添付しましたので、参考にしてください。

アセスメントシート（妊娠期）

妊婦氏名（ ） 記入日（ ） 記入者（ ）

* 各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にレ点でチェックする。

要 因	妊 娠 歴							
	リ ス ク 項 目	妊婦			パ ー ト ナ ー			
		あり	不明	なし	あり	不明	なし	
生 活 歴 (A)	①保護者自身に被虐待歴がある							
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある							
	③胎児のきょうだいに不審死がある							
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある							
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)							
妊 娠 に 関 する 要 因 (B)	①16歳未満の妊娠							
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・①除く							
	③20週以降の届出							
	④妊婦健診未受診、中断がある							
	⑤ ない妊娠							
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動							
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す							
	⑧飛び込み出産歴がある							
	⑨40歳以上の妊娠							
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある							
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等							
心 身 の 健 康 等 要 因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)							
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)							
	③知的障がい(疑いを含む)							
	④訴えが多く、不安が高い							
	⑤身体障がい・慢性疾患がある							
経 済 的 ・ 社 会 的 要 因 (D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある							
	②生活保護受給							
	③不安定就労・失業中							
環 境 的 ・ 家 庭 的 要 因 (E)	①住所不定・居住地がない							
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー							
	③家の中が不衛生							
	④出産・育児に集中できない家庭環境							
そ の 他 (F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある 〔 〕							

支援者等の状況

支援者 □	<ul style="list-style-type: none"> ・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 □	<ul style="list-style-type: none"> ・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

①濃い網掛け項目 に1つでも該当する妊婦

②薄い網掛け項目 に要因AかBの1つを含み、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦

③薄い網掛け項目 に要因C、D、E及びFの中で2つ以上該当し、かつ「支援者等の状況」に1つでも該当する妊婦

④アセスメントに必要な情報が十分に把握できなかった妊婦

参考)

(大阪府のガイドライン：妊娠期のアセスメントシート)

支援を要する妊婦の妊娠期・出産期・退院期の支援（医療機関の役割）

	妊娠期の支援	出産期の支援	退院期の支援
ハイリスク妊婦	<input type="checkbox"/> 心配な情報がある妊婦について、「要養育支援者情報提供票」により母子保健主管課へ情報提供 <input type="checkbox"/> 特に10代で望まない妊娠をした妊婦については、早急に情報提供が必要 <input type="checkbox"/> 早期より保健指導、生活指導、福祉サービス利用を必要とする場合は、母子保健主管課、児童家庭相談主管課等に相談		
要フォロー妊婦	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査時の指導 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査時の母体の健康管理上の医学的な注意点や、妊婦の理解力を含めた反応等の状況について母子保健主管課等へ情報提供 <input type="checkbox"/> 母子保健主管課等が関係がとりにくく必要な情報がとれない妊婦について、受診時の面接設定 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査未受診時の母子保健主管課への連絡 <input type="checkbox"/> 必要時、母子保健主管課等と情報共有及び対応を協議するための会議の設定・参加	<input type="checkbox"/> 出産のために入院した段階で、母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 入院中に妊婦と母子保健主管課等の面接を設定 <input type="checkbox"/> 入院中の状況（育児の準備や、育児スキル、子どもへの対応状況）及び退院後に必要な支援等について、母子保健主管課に連絡 <input type="checkbox"/> 退院までに、子どもの事故予防や揺さぶられ症候群について、妊婦及びパートナー等の支援者にも指導 <input type="checkbox"/> 退院後の支援体制について母子保健主管課と連絡調整・協議	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、退院後の経過観察健診等（体重増加の確認や母乳外来など）を設定 <input type="checkbox"/> 経過観察健診、1か月健診等（以下「健診等」）における子どもの養育状況を確認し、母子保健主管課等に状況を連絡 <input type="checkbox"/> 健診等を未受診の場合、母子保健主管課等に連絡 <input type="checkbox"/> 健診等の際に、出生届を出していないことを母子健康手帳等で確認した場合は、母子保健主管課または児童家庭相談主管課に連絡

	妊娠期の支援	出産期の支援	退院期の支援
特定妊婦	<input type="checkbox"/> 16歳未満、住所不定・住居がない妊婦が受診した場合は、即、児童家庭相談主管課または母子保健主管課に連絡 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診時の状況により、健康な妊娠期を過ごせるよう必要な支援について妊婦等に助言・指導 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診時の状況（同伴者を含む）、母体の健康状況、医学的管理状況、医療機関の指示の遵守状況、支援者の有無や支援者の状況等を母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 母子保健主管課等が妊婦との接触が困難となっている場合は、妊婦健康診査時に面接できるよう調整 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査未受診時に母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 精神疾患等の治療が妊娠中にも継続して必要な場合は、産科医療機関と精神科医療機関が連携し、各医療情報を共有 <input type="checkbox"/> 関係機関会議や個別ケース検討会議に参加、情報提供し、共同でアセスメント、支援プランの検討	<input type="checkbox"/> 妊婦の支援者等の育児スキルの評価が必要な場合、医療機関で可能な指導内容を母子保健主管課等と調整 <input type="checkbox"/> 出産のために入院した段階で、速やかに母子保健主管課へ連絡 <input type="checkbox"/> 育児に関する指導を行い医療機関として評価し、入院中の状況（育児に関する準備物品、育児スキル、子どもへの対応状況）と併せて退院後に必要な支援を個別ケース検討会議等で報告 <input type="checkbox"/> 安全に在宅生活に移行できるか判断が難しい場合は、育児指導の継続や育児環境整備のため、個別ケース検討会議等で入院の延長等を検討 <input type="checkbox"/> 飛び込み出産等の場合は、早急に児童家庭相談主管課または母子保健主管課へ連絡し、個別ケース会議には主治医のほか、妊婦にかかわる看護師等が参加できるように調整 <input type="checkbox"/> 児童相談所による一時保護となる場合、安全に子どもを保護する体制と、保護後の母等へのフォロー体制を検討	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、退院後の経過観察健診等（体重増加の確認や母乳外来など）を設定 <input type="checkbox"/> 経過観察健診、1か月健診等（以下「健診等」）の際、体重増加不良や体重減少がある場合等は、次回受診日を設定し、保健指導の支援により改善するよう助言。状況によっては、母子保健主管課へ連絡した上で、早め入院を勧め、子どもの授乳状況を評価 <input type="checkbox"/> 健診等で子どもの養育状況を確認し、母子保健主管課等に状況を連絡 <input type="checkbox"/> 健診等を未受診の場合、母子保健主管課等に連絡 <input type="checkbox"/> 健診等の際に、出生届を出していないことが母子健康手帳等で判明した場合は、母子保健主管課または児童家庭相談主管課に連絡 ※極端な体重増加不良や怪我が認められる場合は、児童家庭相談主管課もしくは子ども家庭センターへの通告が必要

※参考資料（日常の診療場面別に留意するポイントとして参照）

「医療機関（医科・歯科）における子ども虐待の早期発見・初期対応の視点～妊娠期から乳幼児期にかけて～」 <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00096974/gyakutaihonpen.pdf>
 「医療機関用別冊シート 概要版」 <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00096974/bessatu.pdf>

参考)
 （大阪府のガイドライン：妊娠期のアセスメントシート）

問診項目ごとの 活用方法

項目番号（ 1 ） カテゴリー（ 妊娠のうけとめ ）

質問文〈選択肢〉

妊娠について、今はどんなお気持ちですか。

〈嬉しい・とまどっている・困っている・なんとも思わない〉

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠届出書に同様の質問があります。保健機関では母子健康手帳交付時に、妊娠に対する気持ちを確認し、支援開始の時期を決める一つのポイントとしています。

望んだ妊娠であれば、嬉しいと率直に答えると思いますが、妊娠したことで不安や戸惑いを持ち、妊娠したことへの後悔、また若年など望まない妊娠であれば、今後虐待への危険性が高まります。特に妊娠初期は、気持ちが不安定で変化すること考えられます。嬉しいと思えない妊婦には、寄り添い、見守ることが大切です。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈とまどっている〉予想外の妊娠。入籍の予定がない。家族に妊娠を伝えていない。経済不安。支援者がいない。多産。

〈困っている〉望まない妊娠。中絶を考えている。経済困難。DV。離婚を考えている。

〈なんとも思わない〉実感がわからない。

〈嬉しい〉との回答であっても、本人は嬉しいがパートナーと入籍予定がなく、家族のサポートもない場合や、精神疾患がある場合、育児能力に心配がある場合などについては、状況を詳しく確認することが必要です。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

とまどっている場合は、「〇〇について、ご心配があるんですね。もう少し詳しくお聞きしても良いですか。」と具体的に何が心配なのか、状況や理由を聞きます。さらに「それを解決する方法や相談できる人はいますか？」と聞き、その後の支援が必要であるのかを確認します。

望まない妊娠については、「まずあなたは、どうしたいですか？あなたの身近な人との関係も含めて教えてください。」と伝え、「ご主人は妊娠について、どのように言っていますか？」未婚者には、「お母さんは知っていますか？」「相手の人は妊娠について、どのように言っていますか？」「ご主人（相手）と話し合うことができますか？」と具体的に妊婦自身の気持ちや家族状況を確認します。

「今後について、一緒に考えていきましょう。」と寄り添い、次へつなげるように、関係づくりをします。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

望まない妊娠と分かった場合は、一人で抱え込まずチームで対応しましょう。

ポイントとしては、話しやすい環境を整備し、傾聴し、信頼関係を構築していくことが大切です。傾聴後は、「言いにくいことをよくお話ししてくださいました。」と言葉をかけ、もう少し聞きたい場合は、「もう少し詳しくお聞きしても良いですか。」と、更に向き合ってお話をうかがいます。そして必ず、「今後のあなたと赤ちゃんについて、一緒に考えていきましょう。」と伝えます。

継続的な支援が必要な場合は、関係機関や行政と連携をする必要があります。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠初期の問診票で、望まない妊娠、精神疾患がある、DV 等を保健機関へ伝えていないことを把握した場合は、早期に保健機関へ情報の提供が必要です。

連絡の同意については、「地域の保健機関は、妊娠、出産、育児について相談ができる、一緒に考えてくれる機関です。とても大切なお話なので、保健機関へお伝えさせていただきます。」「保健機関へ、あなたに電話をしていただくよう伝えます。」など、同意と保健機関から連絡することを伝えます。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目1（妊婦の妊娠のうけとめ）妊娠について、今はどんなお気持ちですか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 2 ） カテゴリー（ 妊娠のうけとめ ）

質問文〈選択肢〉

胎動を感じるときに、どのように思いますか。

〈嬉しく思う・嫌な感じがする・どちらでもない〉

・質問と選択肢の意義・説明

胎動は胎児への愛着という視点においても、妊婦を感じる胎動の受けとめ方は今後の母子支援に繋げる重要事項と考えます。妊娠経過に伴い、胎児が大きく成長するにつれて妊婦は胎動を大きく感じるようになります。特に妊娠後半期においては、妊婦の胎動の自覚は夜間に多く、夜、寝るときが激しく、胎動で夜間、熟睡できないなどの訴えをされる方もみえます。

胎動は、赤ちゃんとお母さんのコミュニケーションである事などを妊婦自身が理解し、赤ちゃんが生まれてくることを、前向きな気持ちで捉えられることが大切です。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

仕事を持ち、忙しく時間にゆとりのない妊婦、核家族などで育児サポートが弱い状況や上の子がまだ小さいなど育児が大変な妊婦、夫婦関係や家族関係がうまくいっていない妊婦やシングルマザー、若年妊婦、精神疾患などのある妊婦、経済的に困っている妊婦などが該当します。

上記のような妊婦は、前向きに妊娠を受けとめられない状況のまま、妊娠継続となり、胎動をうまく受容できていない状況になる場合があります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

「胎動を嫌と感じるときは、どんなときですか？」「常にそう感じますか？」とうかがい、状況や気持ちを把握します。「常にではない場合は、どんなときが多いですか？」「胎動を痛みとして感じますか？」「胎動を感じた時、どんな気持ちになりますか？」と、どのように胎動を受けとめているのかをアセスメントします。

「胎動をゆっくり感じる時間やゆとりはありますか？」と聞くことで、忙しい生活面がみえてくることもあるでしょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

エコー写真や動画などで胎児の大きさや動きなどを確認しながら、胎動を前向きな気持ちで捉えられるようにアプローチすることも良いと思います。

「胎動の 10 回カウント」（次ページコラム内参照）などを保健指導に取り入れて、胎動は赤ちゃんが元気に過ごせているかなどのバロメータでもあることを伝えることも良いと思います。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

面接や保健指導を実施する経過で「赤ちゃんをかわいいと思えない」「身体が辛いから早く出したい」「胎動が気持ち悪い」などと発言される場合は、生まれてくる児への愛着形成が乏しい等が考えられます。状況や背景などを踏まえて、保健機関に連絡し、情報共有をはかり支援する必要があると思います。

なお、連絡の同意をいただく場合、「当院では、地域の保健師さんや助産師さんとも連携しながら、妊娠中からの子育て支援をさせていただいています。地域でのサポートも活用しながら妊娠期を過ごして、子育てをしていきましょう。」などと、声をかけることで円滑に保健機関につなげることができています。

コラム

面接や保健指導の中で胎動についてコミュニケーションをはかる際、「赤ちゃんは産まれる時に、お母さんの産道を回りながらでないと通れないことを知っています。そのために、お腹の中で何回も回る練習をして、産道を通りやすい体制をとる準備を始めているのだと思います。胎動を強く感じるのはそのせいかもしれませんね。とくにお母さんが夜、ふとんに入った時などは、子宮もリラックスできるので赤ちゃんにとっては最高の環境です。」や「赤ちゃんは、産まれて来たら、夜中に何回もおっぱいを欲しがります。その事をお母さんに知らせて、準備をして貰おうとサインを送っているのかもしれませんがね。赤ちゃんに会えるのが楽しみです。」また、「赤ちゃんはお母さんといっぱいお話がしたいんですね。」などと声かけをすることで、「赤ちゃんって賢いんですね。」や「だから私が寝ようとすると、強い動きを感じるんですね。」など、胎動を前向きに捉える発言を聞くことができた時は嬉しく思います。

☆「胎動の10回カウント」の方法☆

胎動の多い午後7時から11時までの間にリラックスできるタイミング（就寝前など）に、胎動カウントを開始して10回目を感じるまでに何分かかったかを記録する方法です。

＊1時間で10回未満であれば、産科医師による精密な検査を必要とします。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目2（妊婦の妊娠のうけとめ）胎動を感じるときに、どのように思いますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 3 ） カテゴリー（ 現在の妊婦の状態 ）

質問文〈選択肢〉

マタニティライフを楽しんでいますか。

〈はい・いいえ・どちらでもない〉

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠中の生活では、妊婦として過ごすことを楽しめているかも、妊娠の受容を示すものと言えます。妊娠中期では、つわりなどのマイナートラブルによる身体的苦痛が軽減し、妊娠初期に比べ外出の機会が増え、胎動を感じ始めることから妊婦としての意識も高まりやすい時期です。この時期には、妊娠中ならではのおしゃれや妊婦仲間との会話、お産や新しい家族を迎える準備、赤ちゃん誕生後には難しくなる今の家族メンバーでの活動（旅行、外食など）を楽しむことが比較的容易です。胎動による胎児とのコミュニケーションを楽しみとする妊婦もいます。その人なりの「楽しみ」を見出せているか否かは、計画外の妊娠であったとしても妊娠の受容や胎児との絆形成が進んでいるかを知る手掛かりとなります。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答する妊婦・家族には、妊娠を受容できない、もしくはマタニティライフを楽しむ余裕がないなどの状況が推察されます。その背景として、望まない妊娠や何らかの事情で家族に受容されていない妊娠、経済的不安、妊娠経過や胎児の異常に対する過剰な不安などが考えられます。場合によっては、DV が関連していたりレイプによる妊娠の可能性もあります。

〈どちらでもない〉では、妊娠自体は嬉しいが身体的変化に伴う負担が大きい、望んだ妊娠であるが上の子の世話や仕事が忙しく調整できないなど、身体・心理・社会的状態のバランスが不安定で、両価的な状態にある可能性があります。また、初妊・初産婦では、マタニティライフについての情報不足などにより、単にどのように楽しめばよいかわからない、というケースも考えられます。

〈はい〉との回答であっても、他の質問項目から上記のような要素を有するケースや健診時の表情が暗いなどの様子が認められる場合は、妊婦自身が「妊婦生活を楽しいと思えないのは妊婦として失格」などと思い込み、正直に回答できないなど、リスクの可能性を考える必要があります。妊婦健診などの場面で、超音波検査の画像を見ようとしなかったり、胎児の発育状態などを説明していてもうわの空で聞いていないなど胎児に対して無関心・拒否的な言動がみられる場合は特に注意しましょう。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

「想像していた妊婦生活（マタニティライフ）と比べて、違っていることはありますか？それはどんなところですか？」と聞くことで、妊婦がもっていたマタニティライフとのギャップが把握できます。特に、想像していたより妊娠の負担が大きいなど負のギャップがある場合は、思いを傾聴するとともに、具体的な支援の必要性を検討することができます。

「今、一番しんどい（困っている・不安な・気がかりな）ことはどんなことですか？」と質問することで、マタニティライフを楽しめない具体的な理由を探索することができます。また、一次質問の回答が〈はい〉

であっても、妊娠の負担感や不安、心配などをより軽減する支援について検討することができます。

超音波検査の画像や胎児の発育についての説明など胎児に無関心・拒否的な言動がみられる場合、「今はまだあまり赤ちゃんのことはお知りになりたくないですか？（知りたくないと回答があった場合、または曖昧な返答の場合）よろしかったらそう感じている理由をお聞かせくださいますか？」と、胎児への無関心や拒否感を「今は」「まだ」「あまり」などとやや柔らかい表現を添えて確認することにより、胎児に対する妊婦の率直な気持ちや、否定的な内容であっても妊婦が話しやすい雰囲気を作ることができます。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

まずは、妊婦健診受診時の状況により、マタニティライフを楽しめていない理由を身体面、心理社会的側面の多側面から探索します。項目番号（1）～（17）の回答内容を参照し、妊娠の捉え方、妊婦自身や夫・パートナーの状態、妊婦の性格、また夫婦や家族の関係性などについて、不安要素がないかどうかと関連付けて捉えることが重要です。

そして、マタニティライフにその妊婦なりの楽しみを見出せるよう、楽しめていない理由に応じて、その妊婦の生活状況に見合う具体策を妊婦と相談し、以下のような助言をします。

- ・妊娠に伴う身体・心理的变化の特徴や、健康管理上の医学的な注意点について
- ・家庭や職場での生活状況や支援者の有無・支援状況の確認、役割調整について
- ・母親学級等の受講勧奨など社会資源の活用について、など

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

〈いいえ〉と回答した場合、楽しめない理由の解決や、楽しめない理由を軽減する支援が容易な場合は問題ありませんが、容易でない場合は、妊娠中期に至ってもなお何らかの理由で妊娠を受容できない状況にある可能性があります。マタニティライフが楽しめないことの背景に、望まない妊娠や妊娠が受容できないことが確認された場合は、さらにその背景を確認し、保健機関へ連絡すべきと考えられます。

連絡の同意をいただく場合には、「お住まいの地域にあなたの気掛かりなことなどを個別に相談できる保健師がいます。」などと声をかけることで円滑につなげることができます。

・その他

マタニティライフの楽しみ方は人それぞれですので、何が楽しいかはその妊婦さん次第です。母子健康手帳の自己記載内容なども、マタニティライフを楽しまれているかどうかの参考になります。

コラム

前回の妊娠で妊娠中期の死産を経験された妊婦 A さんに出会った時のことです。前回の経過をよく知っていたので、今回も同じ時期に差し掛かり、さぞ不安が強くマタニティライフが「楽しい」などと感じてられないのでは？と思っていました。しかし、あえて「マタニティライフは楽しめていますか？」とうかがってみました。すると A さんは、前回経験した様々な思いや今回期待していることなど、今の心のうちを語ってくださいました。不安の裏側にあるものと向き合ってみると、その妊婦さんのより深い理解につながり、その人なりのマタニティライフの楽しみ方や、胎児との絆を形成していく支援の契機になるかもしれません。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目3（現在の妊婦の状態）マタニティライフを楽しんでいますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	◎		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	◎		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○		
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○		
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 4 ） カテゴリー（ 現在の妊婦の状態 ）

質問文〈選択肢〉

次の身体的な症状のなかで、最近の体調にあてはまるものはありますか（○はいくつでもつけて下さい）

妊娠前期：だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他(内容)

妊娠中期：動悸・めまい・腰痛・体のかゆみ・おりものが気になる・その他（内容 ）

妊娠後期：頭痛・めまい・腹痛・吐き気・便秘・足のむくみ・その他（内容 ）

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠期は胎児の成長に伴う腹部の増大だけでなく、ホルモンバランスの変化によって心理的にも、マイナートラブルの出現によって日常生活や就労にも影響を受けやすい時期です。妊娠が経過していく中で心理的・身体的に様々な変化が起きやすいので、問診票で身体の変化をうかがい、妊娠の受容ができているか把握し、支援の参考に役立てます。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

妊娠経過に伴う様々なマイナートラブルで、妊娠経過により症状が多彩に出現してきます。個人差はありますが不快感や症状の継続は日常生活に影響を及ぼしやすくなります。また、妊娠の受容を妨げたり、出産・育児に対する前向きな準備を遅らせたりすることもあります。症状があっても妊娠中だから仕方ないと我慢し、本人や家族が医療者に相談をためらうことなども考えられます。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

妊娠中の不規則な生活や不摂生(睡眠がとれているか、食事がとれているか)など具体的な質問をして問題を把握します。訴えが多く、不安が高い場合はメンタル的な問題や精神疾患が隠されていないか把握します。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

妊婦健診や助産師外来で問題を把握し、保健指導や相談を実施します。

妊娠前期：妊娠したことが明らかになっても、多くの妊婦が倦怠感やつわりなどの症状があり、身体的変化は顕著でないため、妊娠の実感がわからない場合があります。気分の変動が激しく、不快症状が強いと妊娠について否定的な感情が強くなりがちです。さらに、不快症状があっても無理をして家事や仕事をすることで、無力感を感じたり、悲観的になったり、イライラすることもあります。プロゲステロンの増加やつわりによる脱水や低栄養、電解質異常、疲労、感染症なども考えられます。疲れやだるさの程度・食事・水分の摂取状況・他の自覚症状などの有無と程度を把握します。夫や家族などの周囲が妊娠を祝福し、体調に気づかうように指導が必要です。

妊娠中期：妊娠前期の不快症状が徐々に消失し、胎動を感じ母親となる実感が芽生えはじめます。妊娠期の生理的な変化として皮膚の乾燥や肌着の刺激によって皮膚の掻痒感が生じることがあります。部位

の程度、湿疹や発赤の有無、乾燥の程度、セルフケアの方法を確認し、場合によっては皮膚疾患との鑑別も必要となります。外陰部の掻痒感、おりものの量や性状も確認し、皮膚の清潔保持を指導します。

HCG やプロゲステロンなどのホルモンの影響による血管運動神経の不安定によるめまい・立ちくらみが生じる場合があります。適度な運動や同一姿勢を長時間取らないように指導します。

妊娠後期：腹部の増大や体重増加によって重心が前方へ移動することでからだのバランスをとるために、姿勢や骨盤を支える筋肉や靭帯結合組織が弛緩して支持力が低下するため、腰痛が生じやすくなります。疼痛の程度や日常生活への影響、家事や仕事で立ち仕事や同じ姿勢を続けていないか、予防・軽減の対処方法を指導します。

妊娠に伴う循環血液量や心拍出量、腎血流量の増加などによるナトリウムや水分の再吸収率の増加、増大した子宮による下大静脈の圧迫により下肢に浮腫が生じやすくなります。浮腫の程度と部位、体重増加、食事摂取や塩分摂取状況、運動習慣、休息・睡眠の状態、長時間の立位、排尿の状況を確認します。足をあげて休息することや、弾性ストッキングの着用を勧めます。

切迫早産の症状として子宮収縮と下腹部痛、性器出血を認めると早産に至る危険が高い場合があります。定期的な妊婦健診の必要性を伝え、自覚症状があれば随時受診をする必要性があることを伝えます。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

身体的症状については、病院で治療や保健指導をしていきます。精神的・社会的な問題を合わせて持っている場合は、保健機関と連絡を取っていきます。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目4（現在の妊婦の状態）身体的な不調はありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	◎		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	○		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 5 ） カテゴリー（ 現在の妊婦の状態 ）

質問文〈選択肢〉

最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。

〈はい・いいえ〉

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠した女性は妊娠期間を通して、身体的変化や感情的変化を受容していきます。しかし、上手く受容できない場合や、社会的・経済的な要因などが背景にあることにより、様々な問題を引き起こすことがあります。気持ちを表出できる妊婦さんは把握し対処できますが、そうでない場合はその妊婦のメンタル的な問題を把握するのは困難です。

問診票により、眠れない、イライラする、涙ぐみやすい、何もやる気がしないなどの症状について話を伺い妊婦の精神面の状態を把握することで、支援につなげることができます。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

精神面での症状が続いている妊婦では、妊娠や出産、今後の育児について不安が強い場合や、うつ病などで精神科や心療内科への受診歴がある場合があります。望まない妊娠やシングルマザーでの出産、若年妊娠、離婚・再婚を繰り返し家庭環境に課題がある、支援者がいないといった社会的な問題を抱えている場合もあります。健診時に、お腹の子が可愛くないと話すなど、明らかに妊娠を受け入れていないと思われる妊婦はリスクがあると考えます。

夫やパートナーの収入が不安定な場合や、夫がうつ病などのため出産費用を払えないなど、経済的な問題がある場合も考えられます。

夫や家族内のDVや暴力、アルコール依存症や家庭不和、また、過去の虐待等による実母などとの関係のこじれなど、家族間の関係性の問題がある場合はリスクが高くなります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

眠れないなど、精神面の症状が続いていると答えた場合、「眠れない、イライラする、涙ぐみやすいなどの症状が続いているのですね。いつ頃からどんな様子なのか、教えていただけますか？」と、真摯な姿勢で精神の状況を伺います。「それは辛いことですね。こうした症状がでてきたことについて、何か心当たりはありますか？」と、その背景にある心配事などについて確認します。こうしたオープンな質問により、「実は…」と、背景に隠されていた様々な困りごとについて把握できることがよくあります。

リスク把握のチャンスは、問診票についての質問だけでなく、バースプランの作成時、出産前から退院までどのように過ごしたいのか、夫の立会希望されているのか、産後の授乳方法について（完全母乳希望、混合栄養希望、人工栄養希望）や産後の支援者の有無などを書いていただく中で、気持ちが表出されることもあります。

また、助産師外来でエジンバラ産後うつ病質問票を使い、最近の気分をチェックしながら支援のツ

ルにするなど、様々な機会を生かしていきましょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント

妊婦健診の後、助産師外来で保健指導を行います。家族背景や妊婦が抱えている問題を把握します。同じスタッフが継続して関わった方が効果的です。

若年や未婚、支援者がいない、経済的に困難などの場合は、生活保護など社会資源の情報を伝えます。精神疾患の既往やうつ状態の強い方の場合は、専門機関を紹介する場合があります。助産師外来などを連絡なく受診しなかったり、母親教室受講を拒否されたりする方は、特別枠で保健指導をします。経産婦で上の子に対しての言葉づかいや態度、反応が少ない場合も要注意としてフォローしていきます。

・医療機関で可能な支援方法

リスクのある妊婦に対して、個別に話を聞く時間を作ります。また、要支援妊婦については、受診した際、スタッフ一同で支援の視点で関わることを徹底します。

解決の糸口が見つからない場合は保健機関へ連絡をします。また、問題が大きい妊婦の場合は同意を取って、保健機関などと連携し、情報を交換しながら支援します。

・保健機関などに連絡すべき状況

パニック障害や過換気症候群、うつ病、統合失調症などの精神疾患を抱え、服薬中の方で、症状のコントロールが図られていない場合は保健機関に連絡し連携します。

妊婦に気分の不調や不眠、身体症状などがあり苦痛の訴えが多い場合、日常生活に漠然とした不安が強く支障がある場合、分娩への緊張が強く医療への不満の訴えが多い場合など、妊娠や出産後の生活に影響がある場合も、保健機関に支援を依頼します。

また、妊婦にキーパーソンとなる支援者がいない場合、例えば実母を亡くしている、実母や義母との関係性に問題がある、夫が妊娠や分娩に関心がない、夫が多忙やうつ病などがあり十分に妊産婦に関わっていない等、医療機関で対処できない場合も、早めに保健機関と連携します。

こうした時、妊婦の気持ちを受けとめながら、「妊娠・出産のご心配について、医療機関の私達も相談に乗らせていただきます。それに加えて、ご家庭でも、あなたのお話をしっかり聞いてくださる保健師さんをご紹介しますので、相談していきませんか。」と伝え、同意を取って連携して支援をしていくとよいでしょう。

・その他

保健指導カルテに記録と同時に赤線を引いて他のスタッフにも分かるようにし、妊婦が精神疾患始め内服中である場合は、産科医や小児科医へ連絡します。

家庭訪問などの支援が必要な場合は、保健機関に連絡をします。

スタインのマタニティブルーズスコアを出産時の入院中、5日間、毎日実施する方法もあります。点数と母親の様子や状況を確認し、少なくともどこかの1日に合計点が8点以上あった場合、もしくは急上昇した時は、さらに丁寧な関わりをします。

コラム

Y 院では前期（20 週）と後期（32 週）にエジンバラスコアを書いています。9 点以上の高得点者は前期の方が多いです。その理由を分析すると、初産婦の方は予想外の妊娠（望まない妊娠）やシングルマザー、未入籍で将来の見通しが立たない、つわりなどにより体調が安定していない時期であるためなどがありました。

経産婦さんは、再婚の方にスコアの増加がみられ、お互いの連れ子との関係、望まない妊娠による結婚などの方の場合は不安が多くみられました。

後期になるとこれらの問題が落ち着いてくることもあり、高得点者が減少することもあります。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目5（現在の妊婦の状態）最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	○		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)	◎		
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	○		
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	◎		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○		
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中		○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	○	
	夫婦不和、親族と対立している	○	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 6 ） カテゴリー（ 妊婦の自己評価 ）

質問文〈選択肢〉

次のなかで、あなたの性格にどちらかというにあてはまるものはありますか（〇はいくつでもつけて下さい）。

〈まじめ・楽天的・せっかち・のんびり・マイペース・人みしり・社交的・こわがり・短気〉

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠前期の妊婦は、妊娠に対する特殊な緊張感をもちながら受診し、医療従事者と出会うことも想定されます。この質問のように性格に焦点をあてた内容は、問診で目にすることは少なく、雑誌、インターネットや友人間などで取り上げられることが多い話題です。この質問を問診票に組み込む意義の一つは、妊婦と医療従事者が性格について話すことで、妊婦の緊張感を和らげ、妊婦と医療従事者の距離感を近くすることにあります。

一方で、妊婦に限らないことですが、医療機関での面接や問診では、患者が質問に正しく回答しない可能性も否定できません。しかし、その回答の真偽を医療従事者が把握することは難しいことがあります。そこで、この質問により、妊婦の回答と医療従事者が妊婦と接する中で把握した印象とを照らし合わせる事が可能となり、その妊婦の心理や生活の背景を読み取る一助になることも意図しています。

医療機関での面接以外の分野では、個人の性格を把握して社会活動に活かすことがあり、代表的な質問紙法には矢田部・ギルフォード性格検査（Y-G 検査）やミネソタ多面的人格目録（MMPI）などがあります。しかし、これらの方法は多くの回答時間を要するため、外来診療で実施することは非現実的です。また、上述した質問設定の意義を考えると、詳細な性格分析は必要ではありません。そこで、この質問では、妊婦が自分の性格をどのように考えているかを直接的に質問しています。なお、この質問の選択肢は、既存の質問紙などを参考に設定し、選択肢に直接的に組み込むと負のイメージが強い可能性がある「心配性」については、臨床心理士の助言により〈こわがり〉に置き換えました。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

妊婦の回答と健診時に医療従事者が把握した様子が矛盾するときは、妊婦が自己評価を正しくしていない可能性や正確に回答しなかった可能性を考慮する必要があります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

「（回答した選択肢について）パートナーや支援者（実母など）からは、どのように言われますか？」とかがうことで、パートナーや支援者との関係性や、性格に関する客観的な評価を把握する糸口になります。

〈まじめ〉〈せっかち〉〈短気〉などに対して、「（気疲れやイライラについて）気分を変える方法は何ですか？」と伺うこともできます。

しかし、いずれの性格にも長所と短所があり、どの性格が悪いということはありません。たとえば、〈短気〉と回答した妊婦では、自分自身が〈短気〉であることを認識しているため、その性格に対する対処

方法を既に身につけている場合もあります。しかし、二次質問によって、短所への対処が苦手な妊婦がいた場合、その性格によるストレスの受けとめ方や対処法など、未知の体験に対する反応に性格がどのように影響するかを妊婦自身が理解したり医療従事者や支援者と対応方法を考えたりする糸口になることが、この二次質問の目的です。

コラム

ある体験に対する人間の反応は、その人の性格に左右されやすいことが知られています。初妊婦にとって妊娠は未知の体験であり、気分の多様な変化や不安を経験します。また、経産婦にとっても、妊娠しながらの育児が未知の体験となることもあります。このため、妊婦が自分の性格を振り返り、医療者と共通認識をもつことは、妊婦の個別性を考慮した支援を実施しやすくなることが期待できます^{1,2)}。

Y-G 検査を用いた竹らの報告¹⁾では、妊娠中期から産後 1 か月までの不安は不安定積極型（B 類：外向的、情緒不安定）、安定消極型（C 類：内向的、情緒安定、受動的）の順に高く、B 類の妊婦は未来への不安よりも現在の事象に不安を感じやすいことが示されています。また、乳幼児の母親を対象とした調査では、心配性であると自己評価した者は育児で苛立つことが多いことが報告されています³⁾。

¹⁾ 竹明美 他. 初産婦の不安および気分の変化と YG 性格類型との関連. 旭川医科大学研究フォーラム 2003; 4: 30-37. ²⁾ 森久保俊満 他. 妊婦における Y-G 性格検査と自己評価の一致性および IUGR 妊娠妊婦における心理状態分析. 母性衛生 2003; 44: 64-68. ³⁾ 川崎佳代子 他. 育児感情・育児行動の実態及び関連する要因-4 歳未満の子供を育児中の母親の調査から-. 母性衛生 2000; 41: 158-169

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目6（妊婦の自己評価）次のなかで、あなたの性格にどちらかというとはまるものはありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)	○		
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い	○		
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない	○	不一致な場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する	○	不一致な場合に考慮
	情報提供の同意が得られない	○	不一致な場合に考慮

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 7 ） カテゴリー（ パートナーの妊娠のうけとめ ）

質問文〈選択肢〉

あなたから見て、夫（パートナー）は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか。最もあてはまるものを選んでください。

〈喜んでいる・とまどっている・困っている・なんとも思っていない・わからない〉

・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児と一緒に過ごし、キーパーソンとなることが多いため、夫（パートナー）の妊娠についての受け入れができていないかどうかは、その後の経過に非常に大きく影響します。夫（パートナー）が妊娠を「喜んでいる」と妊婦が感じている場合は、妊婦自身も妊娠を受容でき、妊娠・出産・育児に前向きになれる。反対に夫（パートナー）が「とまどっている」「困っている」と感じた場合、妊婦がその先の妊娠・出産・育児に不安を感じ、前向きになれる可能性があり、また、妊娠初期は気分の変動も激しい時期でもあることから、妊婦自身の健康状態や妊娠生活への影響も出てくることもあります。妊婦にとって、精神的にも身体的にも不安定な時期に、支えてくれる人が妊娠を「喜んでいる」と感じることは、その後の生活の支えとなり、安定した生活を送るためには必要といえます。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈とまどっている〉〈困っている〉と回答する場合、予定外の妊娠の可能性が高く、夫（パートナー）に受け入れの準備が現時点ではできていないと感じている理由があることが考えられます。時間と共に次第に変化していく場合もあり、その場合は問題ないといえますが、妊娠後半になっても、妊婦が夫（パートナー）の妊娠の受け入れができていないと感じる場合、夫婦不和の可能性や、出産や育児に対して妊婦の不安が強くなりやすい状況となるため、サポート体制の確認が必要になります。

〈なんとも思っていない〉〈わからない〉と回答する場合、妊婦本人と夫（パートナー）のコミュニケーションが十分に取れているのか、関係性を把握する必要があります。夫（パートナー）の妊娠についての気持ちが〈なんとも思っていない〉、〈わからない〉と感じることは、妊娠についてしっかり話していない可能性もあります。

〈とまどっている〉〈困っている〉〈なんとも思っていない〉〈わからない〉の回答の場合は、なぜ、そのように感じるのかを確認しておきます。しかし、妊娠の前期にこうした回答であっても、時間の経過とともに変化していくこともあるため、妊娠中期に項目番号（9） カテゴリー：「パートナーとの関係・産後の準備」の時期でも再度確認をし、その時点で受け入れができていないと感じている場合は問題ないといえます。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

〈とまどっている〉〈困っている〉と回答した場合、未婚である場合は婚姻関係に至らない可能性もあります。なぜ、出産することに対して〈とまどっている〉〈困っている〉と感じているのかについて話を

聞く必要があるといえます。

婚姻関係にあるにもかかわらず〈とまどっている〉〈困っている〉と感じると回答した場合も、その背景にあるものを探る必要があります。

「ご主人（パートナー）は妊娠したことに〈とまどっている〉または、〈困っている〉と感じているようですが、そのように感じるのはどんなことからなのか教えていただけますか？」と聞き、関係性を確認し、個別に対応するする必要があります。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

未婚、婚姻関係に限らず、夫（パートナー）の受け入れ状態を確認できるよう、情報収集します。実際に夫（パートナー）の妊娠の受け入れができていないことが確認できた場合、以下のような対応を考えます。未婚で、結果的にパートナーの受け入れが得られず、未婚での出産・育児となる場合は、シングルマザーに対する支援が必要になります。婚姻関係にあっても何らかの理由で夫が妊娠に〈とまどっている〉〈困っている〉〈なんとも思っていない〉と感じる場合、その理由が夫の妊娠の受け入れができていない状況であれば、受け入れを促す支援を行います。妊婦健診に同行が可能であれば、エコーの映像を一緒に見せることや、胎児の状況の説明、妊婦にどのような支援が必要かなどを伝えられるとよいでしょう。また、同行が難しい場合でも、胎児の写真を妊婦から渡してもらうなど、新たな生命の存在を感じ、親になる意識を高められるような支援ができるとよいでしょう。また、妊婦にも同様に自宅などでの夫（パートナー）へどのような働きかけをしたらよいか支援します。

もし、受け入れられない背景にあるものが明らかになれば、そのことを解決できる方法を一緒に考え、関係機関と連携をはかる必要があるでしょう。受け入れられない背景には、夫（パートナー）の生育歴による影響の可能性もあるため、夫（パートナー）についての情報も可能な範囲で得られるとよいでしょう。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

夫（パートナー）の妊娠の受け入れが困難であり、未婚での出産が決まった場合、または、夫（パートナー）との間にDVがある、またDVなどが生じる可能性があるかと判断したときは、保健機関に連絡し連携を取ります。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。あなたの状況にあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑に次の機関につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目7（パートナーの妊娠のうけとめ）あなたから見て、夫（パートナー）は妊娠について、どのような気持だと思いますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	◎	◎	
	③胎児のきょうだいに不審死がある		○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある		○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している	○	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 8 ） カテゴリー（ パートナーの健康状態 ）

質問文〈選択肢〉

夫・パートナーに治療中の病気はありますか。

〈はい（受診・治療状況： ）・いいえ〉

・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児と一緒に乗り越えていくキーパーソンとなることが多いため、夫（パートナー）の健康状態は、胎児の発育や妊婦の生活に非常に大きな影響を与えます。胎児の発育や妊婦の生活に影響する夫（パートナー）の健康状態、既往歴・現病歴、遺伝性疾患の有無については十分に把握する必要があります。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈はい〉と回答する場合、疾患の種類、程度によっても差がありますが、軽症で治療が可能な疾患に関してはさほど大きな影響は与えないことが多いといえます。身体障害があったり、治療が困難である場合、または長期間継続して通院治療が必要な慢性疾患の場合などは、夫（パートナー）がキーパーソンとしての役割を遂行できない場合も考えられます。さらに、妊婦にとっても生活していく上で精神的、経済的、時間的な負担が生じる可能性があります。また、遺伝性疾患であれば、胎児への影響の可能性も考えられます。

精神疾患がある場合も同様に、妊婦やその他の家族の生活に負担が強えられる可能性が大きく、さらには、妊婦本人のみならず、他の家族へも同様に影響が生じる可能性があります。また、出産後、子どもの発達にも影響を与えともいわれており、精神疾患の影響が、妻や子どもに広がる可能性もあります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

「さしつかえなければ、ご主人（パートナー）の病名や、治療について、生活の様子をお聞かせいただけますか？」「これにより、今、あなた自身が困っていることをもう少し教えていただけますか？」「あなたから見て、ご主人（パートナー）は、自分の健康状態についてどのように捉えていると思いますか？」「ご主人は、あなたから見て、あなたやお子さんの将来についてどのように考えていると思いますか？」等、質問するとよいでしょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

夫（パートナー）の健康状態について、直接的な支援は難しいです。しかし、本人の訴えを傾聴し、少しでも気持ちを楽にすること、また必要時は保健機関や行政と連携することができます。産科医療機関で可能な範囲のこと（例えば、妊婦健診の受診時間の調整や変更等）をして、妊婦が健診を定期的に受診でき、無事に出産を迎えられるように配慮しましょう。また、夫（パートナー）の病状によっては、関係する医療機関や行政と連携する必要があるでしょう。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

夫（パートナー）の病状が深刻（例えば、うつ状態がひどく、仕事に出かけられず経済的に困窮している。病状が受け入れられず母子に暴力をふるう状況であるなど）で、妊婦の生活に負担となっている場合や、DV 等に陥っていることが予測された時は保健機関に連絡しましょう。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。もしかしたらあなたにあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目8（パートナーの健康状況）夫・パートナーに治療中の病気はありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある		○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※	◎	※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 9 ） カテゴリー（ パートナーとの関係・産後の準備 ）

質問文〈選択肢〉

赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。

〈はい・いいえ〉

・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）は、妊婦にとって最も身近な存在です。妊娠・出産・育児と一緒に乗り越えていくキーパーソンとなることが多いため、妊娠中、夫（パートナー）との関係が円滑で、出産後の状況について、夫（パートナー）と十分に話し合っていることが望ましいといえます。

この時点での夫（パートナー）との関係は、その先に続く出産や育児に対する考え方や、今後の生活を大きく左右することになります。妊娠中期になると、妊婦は胎動の自覚などから胎児の存在を意識し、感情も最も安定する時期になりますが、妊娠後期になると、再び不安定となり、肯定的感情と否定的感情に揺れることが多くなります。どちらの感情が強くなりやすいかは身体的変化や、出産に対する準備状況などが影響すると考えられているため、日ごろから、夫（パートナー）と出産や育児について話し合い、妊娠中期の感情が安定している時期に、出産・育児のための準備がしっかり整っていると、妊娠後期に不安定な感情が出現しにくく、出産や育児にスムーズに対応できるといえます。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答する場合、単に忙しくて夫（パートナー）と会話ができている場合もありますが、関係性が十分にできていない場合や、夫婦不和、もしくは、夫（パートナー）が出産や育児に無関心である、また、妊娠初期に引き続き妊娠の受け入れがこの時点になってもできていないために話し合いができない可能性もあります。あるいは、夫の生育歴に影響していることもあります。話し合いが十分にできておらず出産・育児への準備が進まない場合には、妊婦の不安が大きくなることも考えられます。また、このまま夫（パートナー）の協力が得られない中で、出産や育児を迎えることになる可能性もあります。本来であれば、家族で子どもの誕生を迎えられる体制が整っていることが望ましいのですが、その準備が進まない背景には、何らかの理由がある可能性があります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

夫（パートナー）と話し合いができない状況となっている背景にあるものを探ります。「ご主人（パートナー）と赤ちゃんについて話し合うことができますか？」という質問をかわきりに、「ご主人のお帰りの時間やお仕事はいかがですか？」「出産や育児の準備を一緒に行っていますか？」と、仕事や協力についてうかがいます。そして、「ご主人はあなたの話をよく聞いてくれますか？」「ご主人は妊娠中のあなたをいたわってくれますか？」「さしつかえなければ、赤ちゃんについて話し合えない理由が何かあれば、教えてください。」など、質問するとよいでしょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

夫（パートナー）の態度など、気になっていること、心配なことはないか確認し、二人で話し合っていないだけでなく、夫（パートナー）が出産や育児に関して無関心な状況であれば、夫（パートナー）への働きかけも必要となります。妊婦健診に同行された時には、時期にあった出産や育児の準備の必要性、妊婦の妊娠に伴う負担などをお話しし、夫（パートナー）が妊婦や児に関心を持ってもらうような働きかけを行い、夫（パートナー）の役割について説明します。また、妊婦健診の同行が難しい場合は、夫（パートナー）が参加できるような両親教室などに参加を促します。しかし、日程の調整が難しくれば個別指導をすることも検討しましょう。また、夫（パートナー）だけでなく、他に妊婦のキーパーソンとなりうる関係の人がいるかどうかについても確認をします。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

夫（パートナー）との関係性において、妊婦にDVなどが生じる可能性があるとは判断したときは、保健機関に連絡し連携を取ります。

連絡の同意にあたっては、「今の状況では、あなただけでなく、お子さんにも影響を及ぼしかねないので、少しでも良い方向になるように色々な専門家や関係機関の意見を聞いてみませんか。もしかしたらあなたの状況にあった適切な支援が受けられるかもしれません。」などとお声かけすると、円滑につなげることができるでしょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目9（パートナーとの関係・産後の準備）赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある		○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	◎	◎	
	③胎児のきょうだいに不審死がある		○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある		○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)		○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	◎	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している	◎	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 10 ） カテゴリー（ 上の子の世話 ）

質問文〈選択肢〉

上の子どもについて困っていることはありますか。

〈はい（ ）・いいえ・上の子はいない〉

・質問と選択肢の意義・説明

核家族化が進み、祖父母などのこれまでの育児協力者が身近にいない、隣近所との付き合いも減りつつある、お互いの子育てに介入することも少なくなっている、身近な支援者となる夫やパートナーは仕事忙しいなどの理由から、育児は母親にゆだねられることが多くならざるを得ない時代の中で、妊娠中の母親にとって上の子の世話は、身体的にも精神的にもかなりの負担であることを察することができます。また母親が妊娠したとたん上の子が赤ちゃん返りを起こすことも多く耳にします。

妊婦の家族形態や経済状況、体調なども考慮しながら上の子についても目を向けた支援が大切です。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

二人目以降の妊娠で、つわりや切迫流・早産などで治療や安静が必要な妊婦、年子などでまだ上の子どもが小さく世話が大変な妊婦、子どもがたくさんいる妊婦、上の子どもに障害などがある妊婦、核家族などで夫（パートナー）から、育児参加を得られない妊婦、経済的な問題などで、子どもを託児施設や一時保育施設に預けることの難しい妊婦、メンタル的な疾患や既往歴のある妊婦、ステップファミリー、シングルマザーなど、上の子どもの世話をしながら妊娠を継続していくことは、かなりのストレスを抱えながらの生活であることが予測できます。様々なストレスから、上の子どもに辛くあたったりしていることもあります。また、その様な状態を妊婦自身が悩んでいることも多くあります。

・リスクありに該当する場合の二次質問

「夫（パートナー）の仕事は忙しいですか？」「上の子どもをお風呂に入れるなどの育児協力は得られる状況ですか？」「休みの日などは家事や育児を手伝ってもらえますか？」「子どもはパパと遊ぶことは好きですか？」と生活面での状況を把握します。

「上の子どもを保育園や一時保育施設に預けたりする事を考えたりする事がありますか？」「地域に子育てサークルなどがあることを知っていますか？」「体調の悪い時や産後などに活用すると便利な宅配サービスがあることを知っていますか？」「お産の時や産後の入院中、上の子どもの面倒をみてくれる人はいますか？」など、利用できる社会資源を伝え一緒に今後の生活を予測することで、妊娠中の不安が解消されることもあるでしょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

上の子どもが赤ちゃん返りなどの状態で悩んでいる場合は、母親の言葉を傾聴しながら、「赤ちゃん返りは一種の退行性現象で、子どもなりに考え、抵抗を試みている子どもからのサイン」であることを面接の中で伝え、母親に気づいてもらうこともよいでしょう。

子育ては、大変な事も多くあることを支援者（聞く手側）は十分理解し、母親の頑張りを認め、労をねぎらう姿勢で母親と向き合うことが大切だと思います。また、同じような環境で子育てをしているママ達が集うサークルなどへの紹介もよいと思います。

母親の体調不良などで、上の子どもの世話が困難な状況が伺える場合は、託児所や一時保育施設などの情報提供も大切です。

上の子どもの世話に協力的でないなどと、夫（パートナー）に不満を持つ妊婦には、夫（パートナー）にも母親教室や保健指導に参加してもらうなどで、育児協力の理解を深める可能性があることを紹介することもよいでしょう。

上の子どもの世話で悩んでいる妊婦には、面接にゆとり時間をかけ、コミュニケーションを深めながら、上の子どもへの接し方も観察することも大切でしょう。また、ネグレクトなどの虐待の可能性も踏まえて、コミュニケーションを深める必要があります。

・保健機関に連絡すべき状況（例示）

子育て協力者がいない状況で貧困などの他のリスクも伴う妊婦の場合は、保健機関などと情報共有をはかりながら、早期から継続的に見守る必要があります。

シングルマザーやステップファミリーなどで、上の子どもについて困っている母親の状況や、上の子どもへの関わり方などからネグレクトや虐待などの恐れや徴候がみられる場合は速やかに保健機関や福祉事務所などに情報提供をして支援に繋げることが重要です。上の子どもの世話を理由に産院を早期退院となったケースなどは、保健機関などに連絡し家庭環境を含めた早期の赤ちゃん訪問に繋げてサポートをする必要があります。

連絡の同意をいただく場合「今後も継続的に地域の力も借りて、一緒に子育てしていきましょう。何か困ったことがあったらいつでも連絡して下さいね。」とお話しさせていただくことで、同意を得やすくなります。

コラム

産後の入院期間中は、上の子ども泊まることができる配慮により一緒に過ごすことができる環境を作ると、妊婦さんが安心されることがよくあります。

妊娠期からの支援として、初産・経産婦を問わず 保健指導や面接時に、母子健康手帳交付時に配布されている、地域子育て支援センターなどが作成した副読本などの内容にある、子育てサポートの情報提供（上の子の遊び場・ファミリーサポート・子育て支援センター等）や「育児もしもしキャッチ」などの電話相談先を取り入れて案内することで育児不安の軽減を図りやすくなります。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目10（上の子の世話）上の子どもについて困っていることはありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある			
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある			
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○	○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○	○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※		※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	○	
	夫婦不和、親族と対立している	○	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	○	
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 11 ） カテゴリー（ 妊婦の相談者・家族関係 ）

質問文〈選択肢〉

困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

①夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。

〈はい・いいえ・夫（パートナー）はいない〉

②（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。

〈はい・いいえ・実母はいない〉

③夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。

〈はい（相談できる人の続柄・関係： ） ・ いいえ〉

・質問と選択肢の意義・説明

夫（パートナー）、実母、家族との関係性を確認します。すでに妊娠届出票などから把握された「ひとり親・未婚・ステップファミリー」なども含まれます。【前期】では、夫（パートナー）との関係で支配の関係やDV、協力体制について把握します。【毎回】は、実母との関係性、家族の状況、家族関係は良好か（ステップファミリーなど）、家族への気持ちなど家族との関係性の把握は重要です。

①夫（パートナー）から情緒的なサポートを十分受けられるかどうかについての質問です。

②自分の母親から情緒的なサポートを十分受けられるかどうかについての質問です。

③夫（パートナー）や自分の母親以外の情緒的サポートの確認です。相談できる人がどんな関係にある人かをうかがいながら、家族のサポート体制を把握します。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

①「夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか」

〈いいえ〉と回答する妊婦・家族には、夫に話しをできない内容はどのようなことなのか、またできない理由があると推察されます。この質問項目は重要であり、夫から暴力を受けるので夫に負担になるようなことは話せないと回答することがあり、DV（家庭内暴力）が明らかになることがあります。また、心理的に支配されている場合は、妊婦自身が気づいていないこともあります。妊婦に主体性がないことで支援者が気づくこともあるでしょう。

〈夫（パートナー）はいない〉と回答する妊婦は、他に相談できる人や支援者の有無についての把握が必要です。生活面、経済面についても不安定な場合があります。精神的にも満たされていない可能性があります。どこで生活しているかを把握し、実母との関係性や支援者の情報も併せてアセスメントすることが必要です。

②「（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、母親に話をできない内容とその理由があるでしょう。妊娠前から話ができないのか、もっと以前からなのか、時期についても大切になります。これらのことは、母親自身の生育歴をうかがう中で、情緒的な関係性がとれないことや被虐待歴があったことが明らかになることが

あります。実母との関係性は里帰りを選ばない気持ちともつながります。出産後の支援の関係性も把握できるでしょう。

〈実母はいない〉と回答した場合は、悩みや心配ごとについて十分話を聞いてくれる人の存在や頼れる人の有無についての把握が必要です。できれば、死別・離別等が把握できると生育歴の把握につながります。事情により児童養護施設で生活してきた妊婦もいるでしょう。

③「夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、夫や実母以外の他者に話をできない内容や理由があることが想定されます。

＊上記3つの質問から、妊婦が心配や問題を抱えた時に打ち明けることができる人間関係を持っているかどうかわかります。相談できる人が誰もいない場合は、ひとりで問題を抱えることになり、負担が非常に大きくなります。その場合、保健師や助産師、看護師などが相談相手になることをしっかり伝えることが大切です。

〈はい〉の回答でも毎回の妊婦健診等で対人関係がとられているかを観察する必要があります。また、胎児の兄弟がいる場合は、兄弟の状況（発育発達・障害・被虐待歴）と併せてアセスメントすることが必要です。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

①「夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか」

〈いいえ〉と回答した妊婦に対しては、「あなたは夫（パートナー）に悩みや心配事を打ち明けることができないのですね、それについて、何か思いあたることがありますか？」と、〈夫（パートナーはいない）〉と回答した妊婦には、「この子の父である方のことで、何か困っていることはありますか？」、「困ったことや心配ごとは誰に相談していますか？」と、父となる夫（パートナー）の関係性やそこにあるDVなどの課題を把握します。

②「（あなたの）お母さんには何でも打ち明けることができますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、「あなたは、お母さんに悩みや心配事を打ち明けることができないのですね。それについて、何か思いあたることがありますか？それはいつ頃から続いていますか？」と、〈実母はいない〉と回答した場合は「いらっしゃらない理由をお聞かせいただけますか。何歳頃のことでか？」「心配ごとを相談してきた方はどなたでしょう？」「今は、相談できる人はどなたでしょう？」と、自分の母親からのサポートやこれまでの関係性、生育歴を確認します。

③「夫（パートナー）やお母さんの他にも相談できる人がいますか。」

〈いいえ〉と回答した妊婦には、「これからは、私があなたの相談相手になりますから、何でも話してくださいね」と、支援していくメッセージを伝えます。

※①～③質問例については、相談できる環境を確保し面接をしながら、ゆっくりと生育歴などを含めて聴いていく必要があります。

・医療機関での保健指導や相談のポイント

情緒的サポートは、母親の安心につながります。夫（パートナー）が仕事やその他のストレスを抱えている場合は頼れない要因になります。また家族の健康状態で介護が必要な人がいる場合もあります。

妊娠期に夫（パートナー）や実母との関係が不安定であることは、精神的な負担となり、安心して安全なマタニティライフを送ることが難しくなります。毎回の妊婦健診の機会に、医療従事者からサポートを得られることで安心した気持ちで過ごすことができます。また、母親自身の被虐待歴やDVの可能性が疑われた時は、同意を得て保健機関に連絡することにより、必要時にシェルターや母子生活支援施設につなげる準備ができます。この際、胎児の兄弟がいる場合は、兄弟の状況も把握し、早急に保健機関につなげる必要があります。

・保健機関などに連絡すべき状況

相談できる人がいない時やDVなどの心配な情報がある妊婦については、保健機関へ情報提供をする必要があります。特に10代で望まない妊娠をした妊婦については、早急に情報提供を行い、支援のネットワークを作っていく必要があります。

上の子ども達の被虐待歴を把握した場合は、慎重に丁寧な対応を心掛け、保健機関と連携をとることが大切です。

・その他

相談者や家族関係など、妊婦やその家庭に踏み込んだ質問をすることに躊躇されることがあるかもしれませんが、「あなたと赤ちゃんの幸せな出産・育児を、あなたと一緒に支援したい」という気持ちで真摯に対応し、相談関係を結んでいくことが大切です。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 11 (妊婦の相談者・家族関係) 困ったときに相談する人について、①～③の質問にお答えください。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	◎	
	夫婦不和、親族と対立している	◎	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	◎	
	地域や社会の支援を受けていない	◎	無回答の場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 12 ） カテゴリー（ 妊婦の支援者 ）

質問文〈選択肢〉

困ったときに助けてくれる人はいますか（複数選択）。

〈夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・その他（ ）〉

・質問と選択肢の意義・説明

【毎回】妊婦をとりまく親族との人間関係及びサポート体制について把握します。同居家族・親族の居住地、両親らの健康状態や介護状態などについて把握できることがあります。また、夫（パートナー）が遠隔地で生活していたり、仕事が多忙であったり、仕事上のストレスを抱えているなども頼れない原因になります。支援をしてくれる人にどのような感情をもっているかも把握できると良いでしょう。【後期】産後に帰る家はあるか、身近に支援者や友人がいるか、支援のキーパーソンは誰であるかを把握します。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

助けてくれる人が選択されない場合は、項目 11 の質問と併せて総合的に支援者について把握をします。

また、誰を選択しているかによって、その支援内容を確認することで生活状況が理解できることがあります。複数選択している場合は親族間等での支援が受けられる良い環境にあると考えられます。

困った時の相談先として、スマホやインターネットのみを利用する場合も見受けられますが、孤立している可能性が高く、関係性がとりにくい、支援が必要な方と思われます。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

誰も選択されない妊婦には、「困った時はどうしていますか？」と心を添わせ、「これからは、私があなたと一緒に考えますよ。相談してくださいね。」と優しく声をかけます。若年の妊婦や被虐待歴のある妊婦、自己肯定感の低い妊婦の場合などは、人に頼らず、困ったと自分から相談しない傾向にあるため、毎回の妊婦健診や受診時などに、きめ細やかな声かけや母親に寄り添う姿勢が求められます。反対に依存的になることもあるので、妊婦に合わせた支援のネットワークをつくり、役割を確認しながら連携していく必要があります。

・医療機関での保健指導や相談のポイント

助けてくれる人が少なく、支援が十分でない母親の場合、生育歴や生活背景、家庭環境を具体的に把握していくことが医療機関からの育児支援につながります。特に妊婦の生育歴をゆっくり聞く機会が持てると妊婦もその母親（祖母）も厳しい環境で育ち、甘えられる環境ではなく人に頼れなかった背景が浮き彫りになることがあります。常に妊婦の味方である姿勢で対応することで、少しずつ関係がとれていきます。

・保健機関などに連絡すべき状況

助けてくれる人が選択されない場合は、「身近に支援者がいない」こととなり、項目 11 の質問と併せて、医療機関や行政機関からの支援につなげる契機となります。この質問のリスクの他に、望まない妊娠、母子健康手帳発行の遅れ、妊婦健診の未受診や中断、生活面での経済的な問題を抱えている可能性がある場合は早期に保健機関への連絡が必要です。妊婦健康診査未受診時には、過去の受診時の状況（同伴者を含む）、支援者の状況、母体の健康状況、医学的管理状況などを保健機関へ連絡することが重要です。

コラム：支援の契機のための場の設定

支援者がいないことを把握した場合は、妊婦健診時にゆっくり相談した後で「これからの妊娠生活、出産後の赤ちゃんとの暮らしを考えると、病院以外にも相談にのってもらえる人が必要だと思います。保健師さんが相談にのってくれます。私が信頼している保健師さんと会ってみませんか。」と医療機関や保健機関で会うための段取りが必要かもしれません。

また、保健機関の保健師等が妊婦との接触が困難となっている場合は、妊婦健診時に面接できるよう調整していくことが必要です。居住地の変更や連絡先の電話番号の変更などが起きる可能性が高いことも、自分から相談することのない方の特徴です。相談関係を結ぶための対応には細やかな配慮が必要です。

コラム：保健機関からの支援につなぐ

妊娠前期からの継続的な母子支援が、産後の子育て支援につながることを踏まえて妊婦さんに関わることが大切です。問診票などから妊婦さんの背景（未婚、若年妊娠、初診での妊娠週数が中期程になっている、多産、妊娠中絶が多い、ステップファミリーなど）を捉え、気になる妊婦さんと感じたら早期に面接などの予定を入れて、助産録やバースプランを作成しながら関わることによりコミュニケーションが深まり、地域での子育て支援の紹介などがスムーズにできると思います。

また、保健機関の担当者と情報共有しながらサポート体制をつくることにより、妊婦健診時に医療施設で保健機関担当者を妊婦さんに紹介することなどができれば、妊婦訪問や、産後の新生児訪問に有効につながれると思います。

施設スタッフ（事務職員、看護師、助産師、医師など）全体で、受付始めあらゆる場面で、気になる妊婦さんのサポートを心がけていくことが大切だと思います。

コラム：日常生活への支援が必要

被虐待歴がある、児童養護施設等で育った方、機能不全家庭で育った方（問診票から把握された妊婦）は、日常的で一般的な生活体験に乏しく、健康的な母親モデルもなく、愛着体験が持てず、相談できる人がほぼいないことがあり、若年妊婦の場合も同様の傾向がみられます。そのため、生活そのものについても初めてのことが多く、予想がつかないためにとまどって混乱したり、家事ができなかったりすることがあり、普通の生活を送ることにも困惑している実態があります。虐待を受けて育った人は、子育てに不安が強いことも報告されています。

そこで、出産に備えて、出会った医療関係者が妊婦と家族に寄り添い、日常生活も含めて支援内容は具体的に伝え、出来たことは一つずつ褒めて、妊婦が「相談してもいいんだ」と思ってもらえる関係性をつくった上で、「保健機関の〇〇さんも応援してくれるよ。電話は〇〇〇番」と、信頼関係の元でつないでいくことが何より大切です。

信頼できる相談相手がいなかったことが多くことから、病院からつなぐことによる切れない支援がとても大切です。

☆事例紹介☆

陣痛を開始した産婦さんが、陣痛の合間でも「いかないで！」と助産師から離れることができず、異常に不安定な状態になり、助産師もとまどうほどの状況でした。

産後にゆっくりと話を伺うと、「幼い頃に母親から暴力を受けた経験や自身も虐待をするのではないか」と不安の訴えがあり、退院後の地域の保健センター保健師による支援につなげていくことができました。

妊娠中からのアセスメントができていれば、もう少し出産時の関わりも深めることができたのではないかと考えた事例でした。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 12 (妊婦の支援者) 困ったときに助けてくれる人はいますか (複数選択)。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等			
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある			
	②生活保護受給	※		※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中			
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生			
	④出産・育児に集中できない家庭環境			
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある			

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない	◎	
	夫婦不和、親族と対立している	◎	
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者	◎	
	地域や社会の支援を受けていない	◎	無回答の場合に考慮
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 13 ） カテゴリー（ 経済状況 ）

質問文〈選択肢〉

経済的なことで困っていますか。

〈毎日の生活に困る・今は良いが将来的には心配・困っていない〉

・質問と選択肢の意義・説明

個人や家庭の経済的な状況は、尋ねる側に抵抗感があり、回答する側も答えにくい質問ですが、妊娠中の心身の健康や生活、出産、産後の育児に直接影響する重要な情報です。そこで、直接収入を尋ねるのではなく、毎日の生活に困っているか、どの程度困っているかを把握することに焦点を置き、妊娠から産後までの経済的困難をおおよそ予測し、支援の必要性を見出すことにつなげます。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈毎日の生活に困る〉〈今は良いが将来的には心配〉と回答する妊婦・家族は、例えば未婚、若年、ひとり親、経済的支援者がいないなどでは、安定した収入や雇用形態がない、生活保護受給世帯など、経済的に不安定な状況、もしくは経済的な不安の強い状況にあります。〈毎日の生活に困る〉では、安定した住居の確保や健康保険の加入状況の確認、生活保護受給などの直接的な経済支援が必要な場合もあります。世帯としての収入はあっても夫（パートナー）が家計の管理をすべて握り、生活費を妊婦に渡さない場合もあります。

〈今は良いが将来的には心配〉では、毎日の生活程度は何とかやりくりできているが、出産・育児用品の準備や産後の育児生活については不安がある、賃貸住宅の契約更新が近づいているが更新料が支払えないなど、ごく近い将来の経済的な不安が想定されます。例えば、妊婦自身の収入のみで生計が成り立っている場合、今は少し貯金があるが間もなく底をつく、今は自分の収入があるが産前産後休暇や育児休業に入って減収となると生活に困るなどの状況が考えられます。

〈困っていない〉との回答であっても、現在の経済状況や出産・育児に向けた支出額の認識が不足している場合があります。若年や未就労、非正規雇用などの場合は経済的に自立できているか、もしくは近い将来に安定した持続的収入が得られる予定はあるか、また、知的障害（疑いを含む）による認識不足や収入の不安定さ、経済的自己管理の困難さはないかについても確認が必要です。例えば、身体や髪、服装が衛生的でない（汚れている）、極端に季節や体型の変化に合わない服装をしているなど身だしなみが乱れている、妊婦健診をたびたびキャンセルする、つわりなどの不調がないにもかかわらず体重が減少するなどの様子がみられる場合は、〈毎日の生活に困る〉状況にある可能性があります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

〈毎日の生活に困る〉と回答した場合、「病院までの交通費、毎日の食事や衣類などの出費はどうされていますか？」と、具体的な暮らしの様子をうかがいます。これにより、妊婦の健康状態に直結する生活費や妊婦健診などの受診が確保できているか、どのようにやりくりをしているかを把握でき、経済的支援の緊急性や、妊婦と家族の経済的自律性を判断することに役立ちます。

〈今は良いが将来的には心配〉と回答した場合、ここでは、子どもの高校・大学への進学や就職・結婚、自分の老後といった遠い将来でなく、来月とか来年など、出産に向けての物品や入院・出産費用の準備、その後の育児生活といったごく近い将来に経済的な不安を感じている（または、実際にそれらの準備ができない現状にある）かについて尋ねます。

「経済面について〈将来的には心配〉とのことですが、もしよろしかったら具体的にはどのようなことが心配か、お話しいただけませんか？何か良い方法を一緒に考えることができるかもしれません。」と、心配している内容や状況について把握します。具体的に経済状況に関する不安を確認することにより、支援の緊急性と可能性、およびその具体策を検討することができます。

「あなたが産前産後休暇に入っても、経済的には困らなくて済みそうですか？」「出産・入院費用のほとんどは出産育児一時金などの直接支払制度で健康保険組合から支払われますが、それに加えて〇万円程度、自費での支払いが必要になります。準備の方は間に合いそうですか？」「育児用品の準備はどのように予定されていますか？」と、出産や育児への経済的を含めた準備についてうかがいます。これにより、今現在は経済的に困っていない場合であっても、妊婦の就業状況の変化や支出の増加により家庭の経済状況が変化する場合もあります。この3つの質問例では、近い将来の経済状況の変化を具体的にイメージしてもらうことにより、その妊婦の今後の経済状況を把握でき、育児準備を含めた経済的支援の必要性和具体策を検討することができます。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

経済的困難が逼迫したケースでは、食生活の困窮による栄養状態の偏りや無理な就業、妊婦健診未受診などが起こり得ます。母体の健康状態に直接影響しますので、現在の経済状況でも実行可能な、具体的な生活方法を提案・助言しましょう。また、妊婦健診の必要性についても妊婦・家族の理解を得る必要があります。入院助産制度、生活保護など福祉サービス利用を必要とする場合は、緊急性を考慮し、速やかに妊婦の居住自治体の母子保健主管課、児童家庭相談主管課などに相談しましょう。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

〈毎日の生活に困る〉と回答した場合や、〈今は良いが将来的には心配〉の回答であっても母体の健康状態に影響がみられるなど、早急な経済的支援が必要な場合は、迅速に保健機関に連絡しましょう。

なお、連絡の同意をいただく場合に、「お母さんと赤ちゃんの健康を守るために生活を少し楽にする方法もあるので、専門の担当者に相談してみませんか？」「仕事に復帰できるようになるまで、利用できるサービスがあったら使ってみませんか？」などと声をかけることで円滑につなげることができます。

コラム

経済状況は尋ねづらい質問項目ではありますが、医療機関がこの状況を十分に理解していることは妊婦の安心や医療機関への信頼に直接つながります。妊婦への声かけ時には、妊娠中から産後の育児までの母と子の健康や生活を守るために必要な経済状況は十分か、金銭面の心配から不安な妊娠生活を送っていないかという部分に焦点をあて、親身に傾聴するよう留意します。家庭の経済レベルを評価することが目的ではないことを妊婦・家族に理解してもらい、具体的な生活状況をうかがうことにより、経済的困難が母と子の健康に影響する可能性や経済的支援の必要性・緊急性をアセスメントすることが重要です。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 13（経済状況）経済的なことで困っていますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○	○	
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○	○	
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○	○	
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動			
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	○	○	
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	◎	◎	
	②生活保護受給	※	◎	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	◎	◎	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	○	○	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○	○	
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号 (14) カテゴリー (妊婦の学歴)

質問文〈選択肢〉

あなたの最終卒業学校はどれですか。

〈中学・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他〉

・質問と選択肢の意義・説明

学歴を問う質問は、その人のこれまで歩んできた歴史を感じとることのできる質問です。文部科学省の学校基本調査によると、日本の高校進学率は昭和 49 年度には 90%を超え、近年では定時制・通信制への進学を含めると約 98%と高い水準にあります。高校へ進学することが当たり前の時代のなかで、最終卒業学校を「中学」と回答した妊婦は、何らかの事情により高校へ進学しなかったか、高校を中退した人達で、すでに社会的なリスクを抱えた状態で妊娠に至っている可能性があります。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

高校を卒業していない妊婦については、問題を重複して抱えている可能性がある妊婦として、本人だけでなく、夫（パートナー）や家族の状況も含めて、広い視野で聞き取りをする必要があります。特に、望まない妊娠、若年、シングルマザー、経済的困窮、夫婦や家族関係の不和、DV、孤立、精神疾患、知的障害、発達障害、薬物（タバコ含む）の常用などの問題を抱えていることが想定されます。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

最終卒業学校を「中学」と回答した妊婦については、社会的なリスクが高い可能性がある判断し、他の問診項目もあわせて丁寧に聞き取ることが必要です。

若年で未婚の場合は、項目番号 1（妊婦の妊娠のうけとめ）と項目番号 7（パートナーの妊娠のうけとめ）を活用し、妊娠継続に対する思いを丁寧に聞き取る必要があります。項目番号 13（経済状況）も活用し、経済的な不安感があるようであれば、毎月の生活費が足りているか、分娩費用や育児用品の用意ができるかなどの聞き取りも必要になります。さらに項目番号 11（妊婦の相談者・家族関係）、12（妊婦の支援者）も活用し、聞き取りを行います。妊婦をしっかりと支援してくれる人は誰か、過去に一人でも愛情のこもった養育をしてくれた人がいたかどうか、もし実家（双方）に頼れないのであればなぜなのか、そして虐待の体験の有無を聞いていきます。学歴にかかわらず、性虐待を体験している者もいるため、表情などに注意を払う必要があります。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

中学卒の妊婦のなかには、自己肯定感が低かったり、他者に支援を求めた経験がなかったり、人への信頼感を持つことに時間を要する場合があります。こちらの質問に対し、「わからん」「別に」という反応を示すことがあるかもしれません。このような妊婦には、いきなり質問から入らず、まずは妊婦に対して支援者側がどんな思いで面接をしており、どう関わりたいと思っているのか、という自身の思いを素直に語るところからはじめ、支援者自身を理解してもらう必要があります。これにより、妊婦は聞か

れる側から聞く側へ、支援者も聞く側から聞かれる側へとなり、一方的ではない対等な関係が成立し、その後の対話に変化が生じやすくなります。その上で、妊婦の困りごとに対し力になりたいことを伝え、「話してもいいかなと思う範囲でよいので、教えていただけませんか」と依頼します。

また、支援者側の常識や個人的な価値観を押し付けないように、注意を払う必要があります。誰もが母親から十分な愛情を注がれてきたわけではないことや、妊婦健診が大切なものであると捉えている人ばかりではないことなどを念頭に置き、相手の価値観を受け止める姿勢で聴いていきます。

そして、「この人の言う事なら聞いてみよう」というような信頼関係が得られるまでは、指導（～したほうがよい）や否定は避け、妊婦のできている部分をみつけて、その強みを具体的な言葉で褒め、強化していく対応を心がけます。指導を要する場合は、時には医師との役割分担を図り、看護職はあくまでも妊婦の良き理解者でいられるよう調整を図る必要があります。また、生活についての支援が必要な場合は、保健機関に連携を依頼します。

信頼関係が得られれば、中学卒の妊婦には、「将来、進学しようと計画しているかどうか」を確認します。この質問は、高校卒の妊婦にも聞けるとよいと思います。進学を計画していたら、それが実現可能性のある計画であるか、妊娠期や産後、育児に支障がないものであるか、一緒に考えていく姿勢で探索します。前向きな質問を投げかけることをきっかけにして、進学しなかった理由や今まで妊婦が生きてきた歴史を話してくれる機会にもなり、何より妊婦の理解につながります。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

最終卒業学校が中学卒の妊婦のうち、下記の内容があれば保健機関へ連絡すべき状況と判断します。

- (1) 望まない妊娠、または母子健康手帳未発行か発行の遅れがある場合
- (2) 妊婦健診未受診または中断、または診察予定日に受診しないことが多く健診間隔が2か月以上あく場合
- (3) 夫（パートナー）や祖父母等の家族、身近な人などの支援者がいない場合
- (4) 妊婦健診や分娩の費用、育児用品費用などが払えないほどの生活困窮がある場合
- (5) 保健指導などへの理解が難しく、妊娠中の生活や出産、育児に支障が生じる可能性がある場合

・その他

妊婦の最終卒業学校を確認する質問は、支援する側にとって聞き取りにくい項目です。しかし、紙面アンケートの活用によって、回答する側はあまり抵抗なく記述できます。実際に、母子健康手帳交付の場面で学歴を質問項目に導入している市町村の現場では、質問項目に対しての苦情はなく、スムーズに実施できています。

コラム

T市の平成24年度乳児家庭全戸訪問の結果によると、「親の学歴」と「要支援」との間に有意に差があることが認められています。乳児家庭全戸訪問の結果が「要支援」であった割合は、「両親のいずれかが中卒以下」が72.3%を占めており、「高卒以上」（23.6%）に比べて有意に高い結果でした（ χ^2 検定 $P<.001$ ）。学歴と貧困、そして貧困と虐待の関連性は、多くの研究者が明らかにしており、学歴を問う質問は虐待予防として重要な質問項目であると考えます。

【引用文献】白石淑江（2015）；「児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援（その2）－妊娠届出書を活用した要支援家庭のふるい分け－」，愛知淑徳大学論集－福祉貢献学部篇－第5部 pp. 15－26

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 14 (妊婦の学歴) あなたの最終卒業学校はどれですか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○	○	
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○	○	
	③胎児のきょうだいに不審死がある			
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある			
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)			
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠	◎		
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	○		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	◎	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	◎	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	○	○	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 15 ） カテゴリー（ 産後の生活準備 ）

質問文〈選択肢〉

出産後について①～③の質問にお答えください。

①あなたが考える赤ちゃんとの生活は、どのようなイメージですか？

例：かわいくて楽しそう、毎日泣いて大変、考えたことがない

〈 （自由記載） 〉

②子どもの育児について心配なことはありますか。

例：沐浴や入浴、授乳

〈 （自由記載） 〉

③母乳で育てることについてどう思いますか。

〈ぜひ母乳で育てたい・母乳ができれば母乳で育てたい・粉ミルクで育てたい・特に考えはない〉

・質問と選択肢の意義・説明

妊娠後期に赤ちゃんとの生活の具体的なイメージができていないか確認します。子育て経験がない初産婦のイメージが現実と解離している場合も少なくないため、パパママ教室の受講歴や生活の変化をどう捉えているか聞いていくことも大切です。未婚・シングルマザー・夫の不就労など、経済的な困窮のため育児について考える環境が整わずどうすればよいのかわからない場合もあり、項目番号 16（産後の生活準備）の質問とともに十分に把握していく必要があります。また、被虐待歴のある事例や上の子のネグレクトなど虐待が疑われる事例が潜在している可能性もあり、情報を丁寧に聞いていく必要があります。

産後、育児支援のスタートとして母乳についてどう考えているかを確認する事によってより具体的な育児生活を思い描けているか知ることができます。特に経産婦の場合は前回出産時の育児経験から授乳時のトラブルや復職への思いなどについても聞くきっかけとなります。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

①あなたが考える赤ちゃんとの生活は、どのようなイメージですか

〈かわいくて楽しそう〉と回答する妊婦は、赤ちゃんとの生活についてポジティブなイメージで児への愛着形成が良好と思われる反面、現実的な育児の大変さをイメージできていないため、産後「こんなはずじゃなかった」とギャップを感じ、産後うつなどを発症する可能性もあると考えることができます。高齢出産で学歴の高い方は、思い通りに行かない育児や体調の回復が思わしくないことなどにより産後うつに注意が必要です。若年初産の方は思い通りにならない育児と自身の自由が奪われることによりネグレクトや虐待に注意が必要と考えます。

〈毎日泣いて大変〉と回答する妊婦は、経産婦であれば第1子の子育てイメージに加え、複数の子どもへの対応を想定し子育てイメージがより大変な印象になることも考えられます。初産であればネガティブなイメージしかもっておらず、児への愛着形成が弱い可能性も考える事ができます。虐待などに至る可能性も考えることができます。自身が育った環境において虐待などを受けていた可能性も考えることができます。

〈考えたことがない〉と回答する妊婦は、産後のイメージが全くないため適切な準備が整えられていない可能性が考えられます。イメージができない一因として知的障害や精神疾患などが隠れていることも考える必要があります。また望まない妊娠であった可能性もあり、妊婦の心のうちを聞いていく必要性を考えます。

妊娠中の生活に手一杯で産後のことまで考えが及んでいない可能性も考えられ現在の状況に問題がないか確認する必要があります。

②子どもの育児について心配なことはありますか

〈はい〉であれば、具体的な内容について確認し支援につなげていく必要があります。

〈いいえ〉であればイメージができていないのか、多くの支援があり問題のない状況であるのか
2次質問で確認をしておくよよいでしょう。

③母乳で育てることについてどう思いますか

母乳を希望される場合が多いと推定されます。その中で母乳を希望しない場合は、上の子の授乳経験から育児生活が授乳のために束縛された状況があったり、母乳トラブルによる苦痛が多かったり、復職を予定されていたりすることもあるため、二次質問で産後のプランを聞いていく必要があります。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

赤ちゃんとの生活のイメージでは、〈かわいくて楽しそう〉と答えていた場合、初産の方であれば「実際赤ちゃんと接したことがありますか？」など、現実的にとらえることができているか聞いてみることも大切です。経産婦であれば「上のお子さんの育児はどうでしたか？」など実際の育児への思いを聞いてみるとよいでしょう。

〈毎日泣いて大変〉と答えていた場合、子育てにネガティブなイメージを持たれているようであれば、自身の生育環境または現在の子育て環境について質問して見る必要があります。「毎日大変と思われるのですね。どんな風に思っているのか聞かせてもらえますか？」などと、妊婦の思いをうかがってみるとよいでしょう。

〈考えたことがない〉と答えていた場合は、産後のイメージが全くないため適切な準備が整えられていない可能性が考えられます。妊娠中の生活に手一杯で産後のことまで考えが及んでいない可能性も考えられ、現在の状況に問題がないか確認する必要があります。「上の子の子育てで何か気になっていることはありますか？」「育児の準備で心配なことはありますか？」「子育てのことで説明をききたいことはありませんか？」など、具体的な支援につなげる質問をしていきましょう。

支援の手を求めている方は親身になって話を聞けば、解決できることも多いですが、ネグレクトや自身の虐待経験など根の深い問題は深い信頼関係を築いていかないと話してもらうことが難しい場合があります。傾聴の姿勢で否定せず、相手を受け入れ、ていねいにお話を聞いていきましょう。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

入院中に、できるだけ授乳に付き添い、不安の訴えがあれば傾聴する姿勢で関わる大切です。不安の残る育児スキル、児への愛着形成、不十分な育児の準備、家族の協力体制など退院後に支援の必要な事項について、できるだけ本人の同意をとり保健機関に状況を連絡し、退院後のフォローにつなげていきましょう。退院までに子どもの事故予防や乳幼児揺さぶられ症候群について妊婦・夫（パートナー）

などの支援者にも指導し、経過観察健診、1 か月健診などにおける子どもの養育状況を確認し、保健機関に状況を連絡しましょう。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠後期であるにもかかわらず、赤ちゃんとの生活の具体的なイメージができていないことや、背景に若年出産・高齢出産・産後うつ・上の子のネグレクトが疑われる事例・愛着形成に問題が感じられる事例・貧困家庭・外国人・未婚・シングルマザーなどがあり、支援が必要な場合は保健機関に連絡します。妊娠中や出産後早期に産科医療機関での面接の場の設定ができると、家庭に帰ってからの支援につながりやすくなります。

・その他

産後の生活をスムーズにスタートさせるために、妊娠後期に準備が整っているのか、支援が必要な事例であるのかについて、アセスメントしていくことが大切です。気になる事例には、ゆっくりと話を聞ける体制を整えておく事が理想ですが、慌ただしい業務の中では難しいこともあると思います。妊婦さんから声をかけやすい環境づくりも心がけていきましょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 15（産後の生活準備） 出産後について、①～③の質問にお答えください。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身に DV 歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16 歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20 歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20 週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40 歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	◎		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	◎		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	◎		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

項目番号（ 16 ） カテゴリー（ 産後の生活準備 ）

質問文〈選択肢〉

赤ちゃん用品の準備はできましたか。

〈はい・いいえ〉

・質問と選択肢の意義・説明

産後に赤ちゃんを迎えての生活準備の実際について確認します。育児に必要なものがわかっているか、育児の準備が整わない場合は、その理由について把握する必要があります。経済的な困窮があるのか、就労等で多忙なのか、性格的にのんびりしているのか等々理由により支援の必要性が変わってくるため、何にどの程度困っているのかを把握することに焦点をおいて聞いていく必要があります。

・リスクありに該当する妊婦・家族に想定される状況

〈いいえ〉と回答した場合：赤ちゃんへの無関心な態度の方は、被虐待歴・知的障害などにより育児に必要なものがわからず準備ができていないことが考えられます。若年初産や外国人の方はどうして良いかわからない状態であることもあるでしょう。また、貧困等により準備ができない場合、未婚・シングルマザー等支援者がいないため準備ができないことも考えられます。また性格的にのんびりしているために計画性がなく、準備ができていないことも考えられます。計画性のない生活をしている方は、今後の育児にも影響を及ぼす可能性も大きく、様々な準備ができない可能性も考えられます。

〈はい〉と回答した場合でも、具体的な準備の実際を確認することで、産後の生活の予測が出来るでしょう。

・リスクありに該当する場合の二次質問例

〈いいえ〉と回答した場合：

「赤ちゃん用品の準備をするために困ることはありますか」「出産までに準備は整えることができそうですか」など失礼のないよう言葉を選んで質問していくとよいでしょう。

支援の手を求めている方には親身になって話を聞けば、解決できることも多いですが、ネグレクトや自身の虐待経験など根の深い問題は深い信頼関係を気づいていかないと話してもらうことが難しい場合もあります。傾聴の姿勢で否定せず相手を受け入れてあげてください。妊婦さんの理解が不十分である場合は根気強く繰り返し説明する事も重要です。

〈はい〉と回答した場合：「ご自宅にはどんなものが増えたのですか？」一緒に確認し、楽しみに赤ちゃんを迎えられるように支援する。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

育児生活がスムーズにスタートできるよう、妊娠中にできる準備について指導し状況によっては、パートナーやキーパーソンとなる支援者へも指導して行く必要があります。入院中の状況（育児の準備や育児スキル、子供への対応状況）や退院後に必要な支援等について保健機関に連絡し、退院後の支援につなげていくことも必要です。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

赤ちゃん用品の準備が出来ない理由として、出産を受け入れられていない・若年出産・未婚・シングルマザー・外国人・貧困家庭・支援者がいない・計画性のない生活などの背景がある場合は、保健機関につなげる必要があります。「相談する事ができる保健師さんをご紹介しますので一度相談してみませんか」と声をかけ、同意をとって保健機関に具体的な状況を伝えます。

・その他

貧困による場合は、経済問題には踏み込んでほしくない方もいるため踏み込みづらい質問ではありますが、支援が必要な事例であれば、医療機関に理解してもらえたという安心感と信頼に直接つながっていきます。助産師だけでなく他職種も交えて支援していける体制を整えていきましょう。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 16 (産後の生活準備) 赤ちゃん用品の準備はできましたか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身に DV 歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16 歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20 歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20 週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40 歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)	◎		
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	○		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない			
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	◎		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	◎		
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○		

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない		
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する		
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

次の①～④について、妊娠中に変更がありましたか。あてはまるものを選んでください。

- ①あなたのご住所 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定
②あなたのお名前 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定
③あなたの電話番号 変更なし ・ 妊娠中に変更した ・ 妊娠中に変更する予定
④夫（パートナー）の電話番号 変更なし・妊娠中に変更した・妊娠中に変更する予定

※①～④について、『変更した』『変更する予定』の場合は、新しいご住所などをご記入ください。
()

妊娠中に住所を変更した、変更する予定と回答した妊婦については、転居を繰り返す可能性がある家庭かもしれないと判断し、詳しく聞き取りを行います。

厚生労働省が示す虐待のリスク要因を持つ家庭として、転居を繰り返す家庭があげられています。引越しはストレスがかかるものですが、特に妊娠中には心身ともに負担がかかり、流産等のリスクも高まります。そのため、妊娠中に転居する場合、入籍や急な転勤など必要に迫られての理由がほとんどだと思います。理由が不明確な、または安易と思われる転居は、今後も転居を繰り返す可能性があり、リスクの高い養育環境にあると考えます。

転居を繰り返すことにより地域から孤立し、妊婦や家族を支えるべき支援力も低下していくことが想定されます。リスク要因を持つ妊婦・家庭は、自ら周囲に支援を求めることや各種サービスの利用に対して消極的な傾向にありますので、事態が重症化しやすいことを念頭に入れておきます。

特に住民票を移さないままに他市町村へ転出した場合、転出先の保健機関では妊婦・家族の情報が得られないことにより支援が遅れる可能性があり、所在不明となればさらにリスクは高まります。定期的な妊婦健診を受診しないなど、胎児や自分自身の健康の保持・増進に努力しないことも考えられます。また、生計者の失業や転職の繰り返しなどによる経済的な困窮やDVの可能性も視野に入れる必要があります。

妊娠中に、住所や電話番号、名前を変更した、もしくは変更する予定のある場合、理由を丁寧に聞き取ります。聞き取りをする際は、胎児や妊婦の健康面が心配であることや、安心安全な出産のために力になりたいことを伝えたくて、転居の理由を把握します。その際、転居先と住民票が同じ住所地であるかどうかを確認し、住民票を移さない転居の場合、その理由を確認します。特に住民票を移さずに他市町村へ転居する場合、所在不明となりやすいケースであるため、転居先の保健機関へつなぐことの同意を得ます。

転居すること自体、地域で孤立しやすく支援の手が入りにくい環境にあるため、質問番号5（妊婦の相談者・家族関係）や質問番号6（妊婦の支援者）を活用し、リスクなしであっても夫や家族・親族との関係も聞き取る必要があります。妊婦または夫（パートナー）が正規職員でない場合、経済的な不安についても確認する必要があります。

・医療機関での保健指導や相談のポイント（例示）

母子健康手帳交付後に住所や電話番号を変更した場合、保健機関では把握できないことが多いのが現状です。一方、医療機関では妊婦健診の未受診、中断がない限り妊婦に定期的に会うことができ、妊娠が進むに連れて妊婦や家族の様子や変化を把握できる唯一の機関です。

転居をした、またはする予定の妊婦を把握した場合は、まず転居先の市町村へ情報提供をしたほうがよいケースかどうか判断する必要があります。そしてケース連絡をした方がよいと判断した場合、本人の同意が得られるような信頼関係づくりを心がけることが大切です。最初からいろいろ聞きだすのではなく、安心して悩みや相談事を話してもらえるように、妊婦に転居への負担感や思い、産後の生活への見立て・困りごとなど、感じていることを吐き出してもらい、妊婦をねぎらうところからはじめます。その上で、問題解決に向けて適切な支援を受けられるよう、保健機関へつなぐことの同意を本人から得られるようにします。同意が得られないまま情報提供された場合、転居先の保健機関で支援を開始する際に十分な配慮が必要となるため、介入が遅れる可能性があります。そのため、妊婦に信頼できる支援者として認めてもらうことが大切です。

・保健機関などに連絡すべき状況（例示）

妊娠中に住所を変更した、あるいはその予定がある妊婦のうち、以下に該当する場合は転居先の保健機関などに連絡すべき状況であると判断します。

①住民票を移さずに異なる市町村に転居した（する予定の）場合、②面接などにより、転居を繰り返している実態が把握できた場合、③妊婦健診または産後健診（1か月時健診）が未受診や中断している場合です。

妊婦の中には住民票と居住地が異なる方がいます。住民票は実家に置き、実際は他市町村のパートナー宅に住んでいる場合などがあげられます。転居だけでは問診項目で居住実態は把握できないため、会話の中でさりげなく「今はどこにお住まいですか。」と居住実態を確認する必要があります。

・その他

転居を繰り返したり、住民票を残して転居したりしている妊婦や家族の中には、DVや児童虐待、ストーカ行為などを理由に避難し、加害者に所在を知られることを危惧して転出・転入の届出を躊躇している場合があります。このようなケースを把握した場合は、DV対策などの担当福祉部門と連携し、妊婦の意向を確認しつつ、医療機関内の個人情報の取り扱いに十分注意する必要があります。

コラム

所在不明児童とは、住民票があるのに乳幼児健康診査等の保健や福祉サービスに関する電話や家庭訪問等による連絡が取れない、学校に来ていなかったりする児童のことを言います。住民票を移さないまま居所を転々としていた家庭に児童虐待による死亡事件が発生したことを受け、厚生労働省では、居住実態が把握できない児童に関する実態調査を平成 26 年度に実施しました。その結果、海外に出国している場合や、住民票を残して住所地市町村内または他の市町村へ居所を移している場合が見受けられました。その 4 割以上が小学校就学前の乳幼児であることがわかっています。その中には虐待リスクがあると判断されていた家庭もあり、情報共有できる全国的な仕組みの創設が求められています。

〈問診票の項目と2次質問等から把握できるアセスメント項目〉

項目 17 (転居) 妊娠中に、住所・電話番号、氏名を変更した、あるいはその予定はありますか。

アセスメントシートの要因とリスク項目		妊婦	パートナー	備考
生活歴(A)	①保護者自身に被虐待歴がある	○		
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある	○		
	③胎児のきょうだいに不審死がある	○		
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある	○		
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)	○		
妊娠に関する 要因(B)	①16歳未満の妊娠	※		※診療録等で確認
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)	※		※診療録等で確認
	③20週以降の届出	※		※診療録等で確認
	④妊婦健診未受診、中断がある	※		※診療録等で確認
	⑤望まない妊娠			
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動	○		
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す	※		※診療録等で確認
	⑧飛び込み出産歴がある	※		※診療録等で確認
	⑨40歳以上の妊娠	※		※診療録等で確認
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある	※		※診療録等で確認
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等	○		
心身の健康等 要因(C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)			
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)			
	③知的障がい(疑いを含む)			
	④訴えが多く、不安が高い			
	⑤身体障がい・慢性疾患がある	※		※診療録等で確認
社会的・経済 的要因(D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある	○	○	
	②生活保護受給	※	○	※診療録等で確認
	③不安定就労・失業中	○	○	
家庭的・環境 的要因(E)	①住所不定・居住地がない	◎	◎	
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー	※	○	※診療録等で確認
	③家の中が不衛生	○		
	④出産・育児に集中できない家庭環境	○	○	
その他(F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある	○	○	

支援者等の状況

支援者	妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない		
	夫婦不和、親族と対立している		
	パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者		
	地域や社会の支援を受けていない	◎	
関係機関等	保健センター等の関係機関の関わりを拒否する	◎	
	情報提供の同意が得られない		

◎：問診項目と強く関連がある。○：関連がある。

参考資料と その利用方法

参考資料とその利用方法

○妊娠届出書（愛知県）

妊娠届出時は相談支援のきっかけとして重要なポイントである。支援が必要な家庭を早期に把握し、妊娠中や出産後早期から支援できるような仕組みづくりとして妊娠届出書様式の統一化がされた（H24 年 4 月）。届出書の問診項目などは、リスク評価に利用することができる。

○分娩前後チェックリスト

産婦人科におけるハイリスク症例発見のためのチェックリスト。児童虐待などの社会的リスク妊娠の見分け方として使用されている。

○赤ちゃんの気持ち質問票：育児の負担や赤ちゃんへのさまざまな気持ちの評価

（吉田ら（2003）による日本語版）

赤ちゃんに対する愛着の気持ちについて質問されており、この得点が高いほど赤ちゃんへの愛着感情が持てなかったり、拒否的攻撃的であることを示しています。母親自身のこのような育児に対する否定的な気持ちを批判することなく受け止める必要があります。また、高得点であることは、ネグレクトや虐待のリスクを示していると認識し、継続的に支援する必要があります。特に、質問 3 や 5 は身体的虐待のリスクを示す項目なので、1 点以上の母親では具体的な育児行動も質問して、慎重にモニターする必要があるでしょう。

○エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）：母親の抑うつ感や不安の評価

（<http://www.yoshida-hospital.org/epds/doc/q.html>）（Cox ら（1987）、岡野ら（1996）による日本語版）

産後のうつ病のスクリーニングに多く使われているものの一つです。EPDS の合計点数が、うつ病スクリーニングの区分点数である 9 点以上の結果が出た場合、うつ病の可能性が高いと考え、1 点以上の質問項目につき、再度詳細に聞き取りを行います。その中での追加質問で本人の具体的な状態を明確にします。生活面においては、うつ病なのか不安なのか、症状の持続期間や症状の程度。家事機能、育児機能の評価をします。

産後うつ病の診断基準である、抑うつ気分と感情障害の 2 つの主症状が 2 週間以上続いている場合、うつ病と診断される可能性が高いと考えられます。また、重症度を検討し、日常生活が成り立たないような場合には、精神科受診など医療の必要性を検討します。

○育児支援チェックリスト（改変）： 母親に対するサポートを含めた育児環境の評価

（九州大学病院児童精神医学研究室—福岡市保健所試用版）

母親のメンタルヘルスや母子の関わり合いは、周囲の家族状況や生活状況からも影響を受けています。産後うつ病や愛着形成に支障をきたしている母親では、ストレスとなる要因を多く持っています。これらの要因を把握し、それぞれに応じた対処を通じて、ストレスの軽減を図ることが重要です。特に母親を支えるサポートの状況については、十分なサポートが得られているかどうか情報を十分に取り、判断します。また、精神科受診歴がある場合は、特に医療機関との連携の必要性を判断します。ライフイベントが存在する場合は、母親の心にどのような影響を与え、現在も影響が残っているかどうかを検討します。

チェックリストは、育児を困難にする背景や要因を把握し、母親の抑うつ感情や乳児への否定的な気持ちの成り立ちを考察します。ストレスの軽減や母親への十分な支援に結びつける必要があります。

○女性に対する暴力スクリーニング尺度：Violence Against Women Screen (VAWS)

DV スクリーニングに有効なスクリーニング方法としてのひとつであり、日本で開発された唯一の DV スクリーニング用具である。

「EBM の手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン（2004 年版）」では、周産期のケアの場で、妊婦および産婦に対して、DV に関するスクリーニングを行う（推奨度 B：通常行われるべきである）こと、DV スクリーニングは全妊産婦を対象とする（推奨度 A：必ず行うべきである）ことを推奨している。また、スクリーニングの回数、場所など工夫と配慮が必要であるとし、スクリーニング用紙に自分で記入してもらう方法で行う（推奨度 B：通常行われるべきである）ことを推奨している。

○子育て支援の必要性の判定

乳幼児健診において、個々の支援対象や方針を共有し、その集計値を事業評価に用いるために開発された判定区分である。子育て支援の必要性に対する判定は、まず、子育てが困難になるような子どもや親、家庭の要因があるかどうかを判断して、その要因や素因の特定を行う。

本来は、健診後の支援の必要性を判定するものであるが、妊娠期からの支援対象者に対しては、その支援に対する評価として、3～4 か月児健診での判定を用いることができる。

〈参考文献〉

- 1) 吉田敬子、山下洋、鈴宮寛子 執筆、産後の母親と家族のメンタルヘルス，母子保健事業団，東京，平成 17 年 8 月
- 2) 鈴宮寛子、山下洋、上別府圭子、吉田敬子 執筆、産後の母親のメンタルヘルス支援活動，母子保健事業団，東京，平成 20 年 3 月
- 3) 公益社団法人 日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル—妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築を目指して—改訂版 平成 26 年 3 月(分娩前後チェックリスト、育児支援チェックリスト)
- 4) 聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班 編，EBM の手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン 2004 年版，金原出版株式会社，東京，2004.
- 5) 愛知県母子健康診査マニュアル （改訂第 9 版）

妊娠届出書

市（町村）長殿		届出年月日		年	月	日
(ふりがな)		生年月日	年齢	職業	個人番号	
妊婦氏名	①既婚 ②未婚（入籍予定 あり・なし）	年 月 日				
(ふりがな)		生年月日	年齢	職業		
夫氏名 (パートナー)		年 月 日				
居住地	(〒)	電話 携帯電話		() ()		
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	満 週 (か月)		
	分娩予定日	平成 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない		
	特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない		
	医療機関等の所在地・ 名称・医師又は助産師氏名			健康保険 の種別	①社保 ②国保 ③いずれでもない	

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産（出産回数 回）
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり（流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回）
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他（内容： ）
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ
7 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい (人) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ①経済的なこと ⑦自分の身体のこと ⑤夫婦（パートナー）関係のこと ④家族関係のこと ⑥育児の仕方 ⑧その他 ()
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい (本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10 現在、夫（パートナー）や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
11 現在、アルコールを飲みますか。	①はい (回/週) ②いいえ
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気（うつ病など）・その他 () それはいつ頃ですか： (年頃) ・現在治療中
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①はい ②いいえ

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。

妊娠届出書とスクリーニングの関係

【標準様式】

妊娠届出書

市（町村）長殿

届出年月日 年 月 日

面接時の聞き取り

(ふりがな)		生年月日		年齢	職業
妊婦氏名	(1)未婚・再婚・死別 あり:1、なし:0 (13)その他(ステップファミリー)で1点) (1)既婚 (2)未婚(入籍予定 ありなし)	年 月 日		24歳以下 あり:2 なし:0	↓下記参照 職業
(ふりがな)		年 月 日		年齢	
夫氏名 (パートナー)		年 月 日		年齢	③パートナーが無職、二人籍の場合併母が無職 あり:1、なし:0
居住地	(〒)	電話 携帯電話	() ()		
医師又は助産師の診察又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	⑫妊婦届を出した時の妊娠週数が20週以降 あり:1、なし:0	
	分娩予定日	平成 年 月 日	妊婦に附する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	特記事項	①産前 (2)多胎 (胎) < (13)その他(多胎):1点	妊婦に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険の種別	①社会保 ②国民保 ③いずれでもない	

※多胎・ステップファミリー等は、妊娠届出書にその他に該当しますが複数のリスクがあっても「1点」で計算します。

【愛知県市町村保健師協議会東三河グループ研究作成版を一部改変】

面接時の聞き取り

・婚姻状況：結婚予定の具体的な時期。入籍による転居先。入籍予定なしの場合はその理由。
・年齢：24歳以下か、高齢か
・職業：父も母も、常勤・派遣・パート・無職かどうか。
・パートナーがいらない場合：生活の基盤・支援者はいるか
・妊娠：妊婦の電話か。妊婦と訪問などで連絡の取りやすい順を確認
・妊娠週数：妊婦届出の遅れの有無と、遅れている場合は、その理由
・多胎：分かった時の気持ち
・出産機関：出産可能な病院か、不可能なら出産病院を確認（紹介状はあるか、）、大きな産婦人科の病院の場合は特約の関係を、里帰り出産か、保険：確認しながら出産一時金・出産費用の話をし、保険の種類を確認。（助産先が社会保険加入しているか、保険料の未払い、生保等）
・外国人の場合は国籍

※あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)	・つわりの程度について確認
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 (出産回数 回)	・ステツプファミリーか(住民票と合わせて) ・死産や出生後の死にはあるか
3 流産・早産等を経験したことがありますか。 ⑦中絶2回以上 あり:1、なし:0	①なし ②あり (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)	・中絶回数:同じパートナーか。なぜ今回は産もうと思ったのか ・流産・死産の時期(直近の場合は不安が強い) ・早産の理由(子宮頸管無力症等)
4 今回の妊娠は不妊治療でしたか。	①はい ②いいえ	・はいの場合、妊娠への思いや不安 ・治療費補助申請は済んでいるか
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。 ⑨妊娠がわかった時うれしくない(うれしかった・予想外だったか)うれしかった以外の回答全て あり:2、なし:0	①うれしかった ②予想外だがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容:)	面談の中で ・憂鬱や温かさ、肯定的な表現か ①うれしかった②予想外だったか③うれしかった以外:妊娠を継続しようと思った理由
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ	・里帰り先:住所、連絡先、期間 ・支援者の有無
7 困った時に助けてくれる人はいいますか。	①はい (人) ②いいえ	・助けてくれる人:具体的に誰か ・家族関係、実家は含まれているか ・初産で里帰りのない場合:家族関係や事情、理由を確認する
⑤困った時に助けてくれる人がいない あり:1、なし:0 ⇒右の「②いいえ」:1点	①はい ②いいえ	・イ経済:妊婦健診受診票の範囲でも定期受診を助める。出産一時金について。分娩費用は払えるか。 ・夫婦関係:安心できるか、身体や言葉の暴力、支配の関係を感ずるか。ケンカをした時の怒りの対処等 ・家族関係:人間関係について ・育児の仕方:具体的に不安に思うことは何か
④経済的に困っている あり:1、なし:0	①なし ②あり⇒⑨妊娠、出産について ①経済的なこと ②自分の身体のこと ③夫婦(パートナー)関係のこと ④家族関係のこと ⑤育児の仕方 ⑥その他()	・依存傾向、今後の禁煙希望 ・禁煙してのストレス
⑩夫婦関係で困っている あり:2、なし:0	①はい (本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ ※①はい、②妊娠してやめたのどちらでもあれば1点	・依存傾向、今後の禁煙希望 ・別室や換気扇下の喫煙等も確認
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。 ⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ あり:1、なし:0	①はい (回/週) ②いいえ 1タバコはない場合も、飲酒をしていれば1点	・依存傾向について ・いいえの場合も飲酒習慣があったか確認
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ	・心疾患等:状況や妊娠後の治療について具体的に確認 ・このころの病状:治療中か、内服と受診病院、病名の確認(うつ病、統合失調症等) ・いつ頃から:いつ頃から調子が悪く、受診や診断はいつか、妊娠後の変化か。
11 現在、アルコールを飲みますか。 ⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ あり:1、なし:0	①はい (回/週) ②いいえ 1タバコはない場合も、飲酒をしていれば1点	・左記のどの症状が当てはまるのか ・妊娠前からか、妊娠後の変化か ・思いあたる理由について ・受診しているか
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。 ⑧精神疾患の既往あり あり:1、なし:0	①なし ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・このころの病状(うつ病など)。 それはいづつ頃ですか()年頃・現在治療中	※アルコール・タバコの習慣は妊娠中のタバコ・飲酒 妊娠前のタバコのうちどれか1つ該当すれば1点で計算します。(P2 スクリーニング方法⑥ 参照)
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。 ⑩この1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがあり あり:2、なし:0	①はい ②いいえ ○は「聞いてもよい」という同意。SOSでもある。○のない場合も、「...はありませんか」と確認する。	※面接の中で気にかかること(妊婦の不安や気になる様子、付き添いの夫等の様子も含む)があれば記入し、点数化する。
③その他(面接時気になる、多胎、ステツプファミリー等) あり:1、なし:0	※上記、多胎、ステツプファミリー、面接時気になることのいずれかがあれば1点	

合計 点 0-1点:ローリスク 2-5点:ハイリスク 6点以上:スーパーハイリスク

面接者 () 地区担当保健師 ()

分娩前後チェックリスト

- ☐母子健康手帳未発行・妊婦健康診査未受診・妊娠後期の妊娠届
- ☐妊婦健診を定期的に受けていない
- ☐妊娠中・産後の心身の不調がある
- ☐とびこみ出産、墜落分娩等
- ☐子どもとの関わり方が不自然（こだわりや、子どもへの異常な関心、抱かない、可愛くないという言動など）
- ☐話の要領を得る受け答えができない
- ☐育児の協力者がいない
- ☐親に不眠や食欲不振、アルコール、薬物、タバコ等の嗜癖や極端な潔癖症がある
- ☐家庭内不和、DVがある
- ☐転居を繰り返す
- ☐地域や社会から孤立している
- ☐情報提供の同意が得られない
- ☐出生届出が遅い、出さない
- ☐未熟児、NICU 入院歴がある
- ☐育てにくい（ミルクを飲まない、よく泣く等）
- ☐体重増加が悪い
- ☐多胎妊娠・出産である
- ☐先天性疾患がある
- ☐胎児や出生した児に疾病、障害がある
- ☐身体発育の遅れがある

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか。

下にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけてください。

	質問項目	ほとんど いつも 強く感じる	たまに強く そう感じる	たまに少し そう感じる	全然そう 感じない
1	赤ちゃんをいとしいと感じる。				
2	赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。				
3	赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。				
4	赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。				
5	赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。				
6	赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。				
7	こんな子でなかったらなあと思う。				
8	赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。				
9	この子がいなかったらなあと思う。				
10	赤ちゃんをととても身近に感じる。				

(吉田ら(2003)による日本語版)

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

エンジンバラ産後うつ病質問票

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけではなく、過去 7 日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

- () いつもと同様にできた
- () あまりできなかった
- () 明らかにできなかった
- () 全くできなかった

2) 物事を楽しみにして待った

- () いつもと同様にできた
- () あまりできなかった
- () 明らかにできなかった
- () 全くできなかった

3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた

- () はい、たいていそうだった
- () はい、時々そうだった
- () いいえ、あまり度々ではなかった
- () いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

- () いいえ、そうではなかった
- () ほとんどそうではなかった
- () はい、時々あった
- () はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

- () はい、しょっちゅうあった
- () はい、時々あった
- () いいえ、めったになかった
- () いいえ、全くなかった

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

- 6) することがたくさんあって大変だった
- () はい、たいてい対処できなかった
 - () はい、いつものようにはうまく対処できなかった
 - () いいえ、たいていうまく対処した
 - () いいえ、普段通りに対処した
- 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった
- () はい、いつもそうだった
 - () はい、時々そうだった
 - () いいえ、あまり度々ではなかった
 - () いいえ、全くなかった
- 8) 悲しくなったり、惨めになったりした
- () はい、たいていそうだった
 - () はい、かなりしばしばそうだった
 - () いいえ、あまり度々ではなかった
 - () いいえ、全くそうではなかった
- 9) 不幸せな気分だったので、泣いていた
- () はい、たいていそうだった
 - () はい、かなりしばしばそうだった
 - () ほんの時々あった
 - () いいえ、全くそうではなかった
- 10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた
- () はい、かなりしばしばそうだった
 - () 時々そうだった
 - () めったになかった
 - () 全くなかった

(<http://www.yoshida-hospital.org/epds/doc/q.html>) (Coxら(1987)、岡野ら(1996)による日本語版)

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル

育児支援チェックリスト（改変）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えの方に○をしてください。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていませんか。 （ はい いいえ ）
2. これまでに流産や死産、出産後 1 年間にお子さんを亡くされたことがありますか。 （ はい いいえ ）
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか。 （ はい いいえ ）
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
 - ① 夫には何でも打ち明けることができますか。 （ はい いいえ 夫がいない ）
 - ② お母さんには何でも打ち明けることができますか。 （ はい いいえ 実母がいない ）
 - ③ 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 （ はい いいえ ）
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。 （ はい いいえ ）
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。 （ はい いいえ ）
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか。 （ はい いいえ ）

（九州大学病院児童精神医学研究室—福岡市保健所試用版）

※出典：日本産婦人科医会 妊娠等について悩んでいるの方のための相談援助事業連携マニュアル

女性に対する暴力スクリーニング尺度（VAWS）

以下のアンケートの7つの項目の当てはまる物に○をつけてください。

	項 目	よくある	たまにある	まったくない
1	あなたとパートナーの間でもめ事が起こったとき、話し合いで解決するのは難しいと感じることがありますか？			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、あなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？			
5	あなたは、気が進まないのに、パートナーから性的な行為を強いられることがありますか？			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど、強引にふるまうことがありますか？			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力をふるうことがありますか？			

女性に対する暴力に悩んでいる方、一人で悩まず、ご相談ください。

〈子育て支援の必要性の判定〉

「健やか親子 21」では、子育て支援に重点を置いた乳幼児健診が指標に位置付けられた。従来、疾病や発育、発達などのスクリーニングと保健指導を目的として、乳幼児健診などで用いられてきた保健指導区分では、子育て支援という新しい健康課題の判定や評価はできない。愛知県は、県内市町村や関係機関と協力して子育て支援の必要性を判定する区分¹を開発し、実際の市町村の乳幼児健診後のカンファレンスや、保健所・県への集計値の報告に用いている。

「子育て支援の必要性の判定」では、支援の実現性を考慮した判定区分を用いる。子どもや親・家庭の状況、親子の関係性など、支援の必要な要因を認めない場合には「支援の必要性なし」とする。何らかの要因を認めたときに、保健機関からの助言や情報提供があれば、近隣のサポートをうけながら適切な資源を利用するなど、親自らが対処可能な場合には「自ら対処可能」と判定する。保健機関による個別支援（電話や家庭訪問、面接など一定の方針を立てて仕掛ける継続的な相談）や、事後教室などの支援事業（市町村ごとの年度計画による事業）が必要な場合は「保健機関継続支援」と判定する。さらに保健機関の個別支援と共に、療育機関や医療機関など他機関と連携した支援が必要ならば「機関連携支援」と判定する（下表）。乳幼児健診後のカンファレンスでは、多職種の視点を入れて判定することが基本である。

なお、実際の判定場面では、ただちに支援対象ではないものの、気になる状況（子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性など）の変化を、時期を決めて再アセスメントする必要があるケースに出会う。こうした状況に気づくことは、潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージしながら行う保健指導の特徴である。この場合は、健診後のフォローアップ対象者として、期間や時期を決めて状況を確認し、最終的に4区分のいずれかに判定する。

表 子育て支援の必要性の判定

項目名	要因の視点	判定区分	判定の考え方
子の要因 （発達）	子どもの精神運動発達を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援の必要性なし ・ 助言・情報提供で自ら対処可能 ・ 保健機関の継続支援が必要 ・ 機関連携による支援が必要 	子どもの精神運動発達を促すため親のかかわり方や受療行動等への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
子の要因 （その他）	発育・栄養・疾病・その他の子どもの要因に対する支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援の必要性なし ・ 助言・情報提供で自ら対処可能 ・ 保健機関の継続支援が必要 ・ 機関連携による支援が必要 	子どもの発育や栄養、疾病など子育てに困難や不安を引き起こす要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
親・家庭の 要因	親、家庭の要因を改善するための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援の必要性なし ・ 助言・情報提供で自ら対処可能 ・ 保健機関の継続支援が必要 ・ 機関連携による支援が必要 	親の持つ能力や疾病、経済的問題や家庭環境など子育ての不適切さを生ずる要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察等で判定する。
親子の 関係性	親子関係の形成を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援の必要性なし ・ 助言・情報提供で自ら対処可能 ・ 保健機関の継続支援が必要 ・ 機関連携による支援が必要 	愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因への親子への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察により判定する。

また、支援が必要な要因について、1. 子の要因（発達）、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子の関係性のいずれかに分類する。本来は、子どもの要因により支援が必要となる状況（子の要因）、親や家庭などの要因に対して支援が必要となる状況（親・家庭の要因）、そして愛着や親子のかかわりなどの関係性に対して支援が必要となる状況（親子の関係性）の3要因に分けるべきであろうが、現在、乳幼児健診で取り扱う健康課題の中で、子どもの社会性の発達に対する支援が喫緊の課題となっていることから、子の要因を「発達」と「その他」に分けて区分してある。

子の要因（発達）とは、子どもの精神運動発達を促すため親のかかわり方や受療行動などへの支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定することである。ここでは、子どもが持つ特徴やこれに起因する子育ての困難さに対して、子どもの発達を促すために親の行動をどのように支援するのかとの視点に立ち、医学的に見て子どもの行動や様子が病気としてのスクリーニング基準を満たすかどうかは問わない。例えば、社会性の発達を含めた精神発達に問題があると判定してよいか迷うような気質、例えば人見知りや極端に強いものの、精神発達のゆがみや遅れとは言い切れないような場合に疾病スクリーニングの判定では困ることが多い。この区分を用いると、病名や障害名がつくかどうか医療や福祉とは別の視点に立つことができ、発達障害の初期症状であってもなくても、子の要因（発達）に区分し、フォローアップや支援を始めることができる。

子の要因（その他）とは、子どもの発育や栄養、疾病などが、親の子育てに困難や不安を引き起こす要因となる場合に判定する。低出生体重児、多胎児、慢性疾患児そして障害児など、子どもの状況は親の子育てに大きな負担となる。疾病の程度や親の周囲の人的支援者の存在によっては、疾病があっても支援不要の場合や、自ら対処できる場合もあるが、長期的な視点をもって、対象者の状況から頃合いを図りながら支援の必要性を検討することも必要である。なお、胎児の異常が妊娠中に把握されている場合には、特に留意すべきといえる。

親・家庭の要因とは、親の持つ能力や疾病、メンタル面、家庭の経済的問題や親子を取り巻く環境などにおいて、子育ての不適切さを生ずる要因である。このマニュアルで記述した妊娠期からの支援の必要性の項目は、多くがこの要因に該当する。妊娠期からの状況は出産後も継続することが多く、加えて子どもの要因や子どもとの関係性の要因が発生する。妊娠期から支援を始めることは、出産後の新たな問題に対処する準備ともなる。

親子の関係性の要因とは、愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因であり、親子関係の形成を促す支援の必要性を検討する。分娩後に用いる「赤ちゃんへの気持ち質問票」は、母と子の愛着形成の状況を把握するのに適したものである。「お母さんの健康と生活に関する問診票」の問診項目では、「胎動を感じるたびに、どのように思いますか」などの妊婦の妊娠のうけとめ、「あなたから見て、夫（パートナー）は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか」のパートナーの妊娠のうけとめの項目、「赤ちゃんについて、夫・パートナーと話し合っていますか」のパートナーとの関係・産後の準備の項目は、出産後の親と子のかかわりの促しを準備するという意味で、この要因に深く関係している。

子育てを困難にする要因は多種多様であるが、このように、子育ての要素である子どもと親（および家庭などを含めた環境）、そして両者の関係性に着目して判定している。支援対象とする要因を特定することで、支援の対象者がより明確になることが明らかとなっている。例えば、「体重増加不良」という健康課題を「支援の必要性」の視点で判定すると、子どもが飲まない、飲んでいるけど育たない、子ども

の疾患が原因で増加しないのであれば「子の要因」とする。一方、親の知識不足などで飲ます量が不適切、親の疾患、精神障害などが原因で適切な育児ができないのであれば「親・家庭の要因」に判定するなど、支援の対象を明確にするという意味である。また、子育て支援の必要性の判定を用いることで、支援の手段・介入方法を明確にし、支援の評価につなげることが可能となる。

多職種の視点を入れた判定について、現在、乳幼児健診には、医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、（管理）栄養士、臨床心理士、保育士などの多くの職種が関わっている。子育てを困難にする要因には、子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性など多種多様である。集団を対象とした保健指導においては、それぞれの健康課題について、職種や専門分野ごとに望ましい方向に向けた指導が行なわれる。しかし、個々の親子を対象とした支援においては、その状況を踏まえて、理想的ではなくとも、実現可能な支援方針を立てる必要がある。子育て支援の必要性の判定では、包括的に要因を捉えることで、親子が持つ多くの要因の中から、優先的な支援の方向性を見出すことができる。例えば、経済的に困窮し、支援者不在のケースにおいては、生活習慣や栄養などの細かな点で問題はあったとしても、あえて細々とした指導を行うのではなく、関係者との関係作りや福祉制度の利用を促す方針を、（多職種の）従事者間で共有する。また、親子の関係性に課題があり、親子遊びの事業に参加を促しても同意が得られにくいケースには、歯科衛生士から毎日の仕上げ磨きの提案を、親子のかかわりの視点をもって伝えることが実現可能な支援となる場合もある。

さらに、健診後に他機関と連携した支援においても、子育て支援の必要性の判定は有効となる。例えば、保健機関と保育園・幼稚園の間では情報共有の必要性は高いものの、親の同意など困難なことも多い。病気や障害というレッテルを貼った情報を伝えるという意図ではなく、支援の視点から情報を共有することは、支援者間だけでなく、被支援者である親の了解や納得も得られやすい可能性がある。

¹ 母子健康診査マニュアル：愛知県健康福祉部編 平成 23 年 3 月
http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/screening_manual.html

執筆者一覧

「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」

研究代表者

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター

産科 主任部長 光田 信明

「機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究」

分担研究者

あいち小児保健医療総合センター

副センター長

山崎 嘉久

研究協力者

愛知県新城保健所

健康支援課長

塩之谷真弓

八千代病院

副看護部長

丸野 広子

山田産婦人科

看護師長

新實 房子

渡辺マタニティクリニック

看護師長

本村 直子

厚生連渥美病院

3階西病棟課長

山元 歩

西尾市健康課

主査

天野 房子

田原市健康課

課長補佐兼係長

廣田 直子

田原市健康課

主査

鈴木 里依

安城市子育て健康部健康推進課母子保健係

主査

田中 敦子

豊川市保健センター母子保健係

主任

高橋 陽子

愛知県立大学看護学部

講師

緒方 京

愛知県立大学看護学部

講師

神谷 摂子

あいち小児保健医療総合センター

医師

佐々木溪円

同 保健センター

主任主査

山本由美子

同 保健センター

技師

山下 智子

お母さんの健康と生活に関する問診票

活用支援マニュアル

発行日 平成29年3月31日

編集・発行 あいち小児保健医療総合センター

〒474-8710 愛知県大府市森岡町七丁目 426 番地

あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室

TEL : 0562-43-0500 FAX : 0562-43-0504

E-mail : hoken_center@mx.achmc.pref.aichi.jp

妊娠中、出産後の保健相談において活用できる支援技術

はじめに

子どもの生命が奪われるなど重大な子ども虐待事件も後を絶たず、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の第11次報告書によると、2013年の虐待による死亡の0歳児の割合は概ね4割を占め、0歳児の死亡事例のうち0日・0か月児事例が占める割合も約4割となっています。虐待死亡事例における加害者は実母が最も多く9割を占め、妊娠から出産に至るまでの切れ目ない相談・支援が行われる体制の整備が求められています。保健機関や医療機関では、妊婦健診や妊娠届出時の機会に支援が必要な妊婦を見極め、産婦人科医、看護職、助産師などによる支援が実施されています。しかしながら、「支援を必要とする親」への関わりに苦慮している現状があります。それは、生育歴や生活背景に問題を抱えている親の場合、信頼関係を築くことが難しいことから、関係が取りにくい、支援が受け入れられない、自己中心的な要求、指導が入りにくいなどが挙げられます。そこで、このような親への支援に関する研究を行い、導きだされた結果から本マニュアルを作成しました。本マニュアルは、妊娠中に把握した妊婦への支援を行った保健機関の看護職にインタビューした内容から、支援が必要な妊婦への妊娠期からの効果的な支援についてまとめています。日々、親に寄り添うために迷い、葛藤を抱えながら活動する保健機関の支援技術が伝えられることを願って作成しました。妊婦健診や妊娠届出時面接の際などに、支援が必要な母親をアセスメントする視点や、親との信頼関係を構築し、つながりを重要視した支援につなげるために参考にいただければ幸いです。

1 つながりにくさの背景

看護職は、妊娠届出時やその後の妊娠中に関わった母親の様子や行動、把握した生育歴などから、母親の生活全般をとらえ、支援が必要な母親をアセスメントしている。看護職が、支援が必要であると考えた理由としては以下に示した。これらの内容から母親が「生きづらさを抱えていることの察知」し、妊娠生活や育児する上での困難さを予測して支援していくことが必要である。

- (1) 家族状況が複雑
- (2) 人間関係における距離の取りにくさ
- (3) 生まれてくる子どもへの思いの希薄さ
- (4) 自分のからだをいたわらない行動
- (5) 産むことへの迷い
- (6) 出産準備が進まない

(1) 家族状況の複雑さ

母親の支えになる家族がいるかどうかを把握し、妊娠中から出産後、子育てする上で母親が孤独にならないかをとらえる。家族がいても、母親との関係が複雑で関係性にしんどさを抱えていることもあり、母親と関わりながら、家族状況をみていく。

① パートナーがキーパーソンになりにくい

パートナーと母親との関係性が安定しない、パートナーが母親のことを理解して関わることができない等、母親にとってパートナーがキーパーソンになりにくい。

② 経済的な不安定さがある

母親や夫の職が安定していないことや、シングルの時、生活の見通しが立ちにくく、妊娠や出産への不安を抱えやすい。

③ 実家からの支援の得にくさ

実家との関係がよくなく、母親は悩みを抱えていたり、実家の両親といることがしんどいと感じている。妊娠中も両親との関係で気持ちが不安定になり、両親から離れて暮らそうとするなど、実家からの支援を得ることを考えていない。

(2) 人間関係における距離の取りにくさ

初対面の時から自分のことをさらけ出す、反対にいつまでも気持ちを表そうとしないなど相手との距離の取りにくさがある。

① 初対面から気持ちをさらけ出す

妊娠届出時面接など、初めての出会いの場で突然、自身の虐待を受けて育った生育歴を語ったり、最初から自分の思ったことをストレートに表現し、人との距離感が取りにくい。

② 知らない人が関わることへの強い抵抗感

始めて関わる人に拒否反応を示し、新たな人とのつながりを求めようとしない。看護職以外の支援者につなごうとしても断られることが多く、人間関係がひろがりにくい。

③ 困っていることをなかなか話さない

自分から、気持ちを表さず、相手に気持ちを伝えない。困ったことがあっても、話そうとしないので、看護職は母親の困りごとに近づきにくい。

(3) 生まれてくる子どもへの思いの希薄さ

愛されて育っていない生育歴があることや、妊娠中の胎児を否定するような行動が見られ、胎児への思いの希薄さがうかがえる。

① 愛情を受けて育っていない

妊娠届出時のアンケートに答えた内容や、母親自身の子ども時代からの生育歴の語りから確認する。

② 生まれてくる子どものことを意識しない自分中心の行動

胎児のことを考えず、母親自身の感情に振り回されて取ってしまう行動をとる。

(4) 自分のからだをいたわらない行動

母親の服装や行動に、からだの健康を保ちながら生活することに危うさがある。

① アンバランスな服装をしている

妊娠していても肌の露出の多い服装や、季節に合わない服装をする。

② 妊娠を気遣う行動がみられない

妊娠しても今までどおりの生活スタイルを続けていることや、からだのことを気遣う様

子がない。

(5) 産むことへの迷い

- ① 妊娠届出の遅れがある
- ② アンケートに言語化しない思いを表出する

妊娠届出面接の時のアンケートの書きぶり（はい・いいえの間に○をつけるなど）に出産することへの迷いが見られる。

- ③ 妊娠したことへのネガティブな思いがある

(6) 出産準備が進まない

初産婦にとって妊娠は未知の体験のため、出産やその後の生活のイメージが持てないことや準備しなくてもなるようになってきていることから出産準備が進まない。そのため、出産に向けて妊婦と一緒に準備していく必要がある。

- ① 出産後の育児がイメージできていない

出産やその後の生活や育児のイメージができないため、出産準備する必要性を感じにくく、準備が進まない。

- ② ぎりぎりまで出産準備をしない

出産直前まで産後の生活の準備に取りかかろうとせず、時には生まれてから育児用品を準備する場合もある。

2 妊娠中からの保健指導のポイント

背景につながりにくさのある親への支援は、時間をかけた関係づくりが基盤となる。妊娠中から出産後もつながり続けることができるように信頼関係を構築し、出産に向けて心身の準備を整え、出産後は母親が孤立することなく、育児できるよう支援する。

- (1) 妊娠中からつながり続ける
- (2) 母親の出向く機関とつながる
- (3) 母親が役に立つと感じる存在になる
- (4) 母親の負担にならない出産・育児準備を一緒にすすめる
- (5) 母親が自分で決めるのをぎりぎりまで待つ
- (6) 母親の育児力を見つけ出す
- (7) 母親のできているところに着目し伝える

(1) 妊娠中からつながり続ける

妊娠届出時等に出会った母親が、妊娠中や出産後に困難を抱えると予測した時、継続した支援を行うため、母親との信頼関係を構築してつながりが途切れないように関わる。母親は「人間関係における距離の取りにくさ」があり、関わりが困難になりやすいため、看護職は妊娠届出時等最初の出会いの場面から母親とつながり続けるための支援を行う。

① 担当看護職に顔つなぎする

支援が必要な母親は、初めて出会う人に対して人見知りしやすいことや、関わる人が変わることに拒否することがあるため、可能な限り最初から担当看護職が面接して看護職のことを知ってもらい、その後もつながりやすくしておく。

② 看護職が妊娠中から支援することを伝える

母親に看護職の役割と妊娠中から継続した支援をする目的を伝えて納得が得られるようにする。また、母親が警戒心を持たないよう、訪問は全員に行うもので特別に支援されるわけではないと伝える。

③ 母親に必ず会えるタイミングを逃さない

電話をしても断られることが予測される時は直接訪問し、また母親の生活ペースに合わせて訪問するなど必ず会えるタイミングを見計らって関わるようにする。

(2) 母親の出向く機関とつながる

看護職から母親に電話や家庭訪問をしてもつなげられない時、母親が利用する機関を通じて母親につながるようにする。また母親が新しい機関と関わる際には、看護職が仲介してつながりを持たせる。

① 医療機関と連携しアプローチする

母親と関わりが持てない時、妊娠届出書に記載されている医療機関に連絡して、妊婦の状況を把握する。また、妊婦健診時に医師や助産師等から看護職を紹介してもらうことで、その後の連絡がつながりやすくなる。

② 庁内他部署に根回しして連絡を待つ

母親が市役所の生活保護などの窓口に来た時には看護職につないでもらうよう担当の窓口の職員に頼んでおく。

③ 母親が戸惑わないよう関係機関を調整する

母親の能力では困難な様々な手続きや医療機関の受診予約等、関係機関と調整したり、受診時、医療スタッフに子どもの症状の説明ができない時には、母親に代わって行う等、母親が戸惑うことのないよう支援する。

④ 関係機関の情報を統合してニーズをつかむ

母親のことを理解して関わるために、関係機関が持つ情報を統合させてニーズを把握する。特定妊婦として支援することで、関係機関間の連携がスムーズになり、情報共有しやすくなる。

⑤ 出産・育児に向けて関係機関が連携して関わる

母親に関わる機関が互いに母親の情報を共有して理解を深め、出産後の母親と子どもの安定した生活が送れるようそれぞれの役割を明確にして関わる。

⑤ 看護職以外の人と関われるようにしていく

母親と子どもが新しい環境に慣れるまで付添ったり、初めて関わるスタッフへ母親に配慮することを伝えたりするなど、新しい出会いへの橋渡しをする。

(3) 母親が役に立つと感じる存在になる

母親が看護職とつながり続けたいと感じてもらうために、常に母親を主体にし、母親の困りごとには、すぐ応じることにとって看護職は役に立つと感じてもらえるように関わる。この支援は、一見、保健指導とはかけ離れた支援のように見えるかもしれないが、生きづらさを抱えた妊婦への支援において看護職をこのように認識してもらえるようになること

が支援の継続の第一歩となる。

① はなしを一生懸命聞き続ける

母親は、人間関係の距離がとりにくく、自分の本心を言い表しにくいいため、看護職はこの人になら話してもいいと思ってもらえるように、ゆっくり時間をかけて一生懸命に話を聞くようにする。時に、看護職は数時間から半日かけて母親との面接を行なう場合もある。

② 母親の気になる行動を受けとめる

母親の全てを受けとめる姿勢を示し、母親にとって全てを受け止めてくれる人になることでつながりを深めていく。

③ 母親の大変な思いに共感する

看護職は母親の大変な状況に気づき、それを伝えて労い、母親のことを理解していると伝える。

④ SOSを発信してもらえる関係を作る

看護職は、母親に対して、役に立ちたいという思いを伝え、母親が困って連絡してきた時には、すぐに訪問し、看護職が母親にとって役に立つと思えるような体験と一緒に積み重ねていく。困りごとがあれば看護職に連絡する手段を覚えてもらい、つながり続ける関係を作る。妊娠中からこの関係を作ることで、産後も母親は看護職にSOSを発信してくるようになる。

⑥ 母親の心身の健康を気遣う

母親が出産した後も子どもを中心に关わるのではなく、母親のことを常に気遣い、母親を支援するために関わっていることを伝える。

⑥ 母親の言動から信頼関係の程度を把握する

看護職は妊娠中から、母親と関わりを続けるなかで、母親の看護職への態度や言動の変化をとらえ看護職への信頼の程度をみる。

⑦ これまでのエピソードから行動を予測して対応する

妊娠中から関わりを継続するなかで、母親の考えや行動パターンが読めるようになってくる。母親が取る行動を予測し、関係機関と連携しながら、危機的状況を避けるように対応しておくことや、母親が言葉で言い表さなくても、しんどい状況にないか気持ちをくみとる。

(4) 母親の負担にならない出産・育児準備を一緒にすすめる

看護職は、母親が出産や育児の準備が負担に感じないように配慮しながら一緒に準備をしている。

① 出産に気持ちが向くよう寄り添って話を聞く

母親の気持ちが出産に向くよう、妊婦に寄り添って話を聞く。

② 妊婦健診の結果を一緒に聞く

母親に妊婦健診を受けるように促し、健診結果を理解できているかを妊婦と一緒に確認する。

③ 家族の育児協力体制を整える

母親が誰からどの程度の支援が得られるか具体的なプランを立てることができているのかを確認し、支援者がいない時は養育支援事業を紹介するなどして出産までに育児の協力体制を整える。また、母親の実母など協力者が不安を抱えている時、訴えに耳を傾け受け止める。

④ 出産・育児の準備状況を直接確認して一緒に考える

家庭訪問時に、母親の生活の基盤が整っているのか、実際に育児用品が揃っているのかを確認し、出産後すぐに育児できるように準備する。また、母親自身でできない時は、育児協力者である実母や関係機関の職員と連携しながら行う。

(5) 母親が自分で決めるのをぎりぎりまで待つ

母親が将来、主体的に子育てしていく力をつけるため、妊娠中から母親の主体性を尊重して関わる。母親の主体性を尊重することで、母親の思いを重視し、つながりを大事にする。待ちながら主体性を引き出す支援は産後の育児の自信につながると考える。

① リスクより妊婦のニーズを優先する

精神疾患のある母親の受診が途絶えている時など、母親に受診する気持ちがなく、強く受診を勧めることで追い込んでしまうと感じた時には、生命に関わらなければ母親の気持ちを優先する。また、看護職が何度連絡してもつながりがもてない母親の関わりにおいて、今は看護職を必要としていないと捉え、出産まで関わりを待つことがある。しかし、全く関わらないのではなく、母親とつながっている機関と連携をはかり、母親の状況を把握し生命の安全を確認する。

② 母親のペースを守り自分で決めるまで待つ

母親がどのサービスを利用するかなど、母親自身が選び、行動するまで待っている。看

護職や他の支援者が焦って、勝手に行動して母親とのつながりが途切れないようにする。

③ 母親と胎児の健康に影響のあるぎりぎりのラインを察知してすぐに訪問する

待ち続けても、母親が動きだそうとしない時、母親の健康に影響のある状況が迫っている時には訪問し対応する。

(6) 母親の育児力を見つけ出す

母親の持てる能力が発揮できるような支援を行うためには、関わりのなかで気づいたり、感じたことから、子どもが育つ環境を整える能力や子どもを具体的に理解して関わる能力（育児力）を見つけ出していく。

① 妊娠届出時のアンケートの書きぶりから知的レベルをよみとる

妊娠届出時のアンケートをみて、簡単な文字が書けていないことや、未記入の部分もわからなくて書けないというメッセージとして理解力の低さを読み取る。

② コミュニケーション能力があることを見つける

母親の見た目の印象等から、コミュニケーションの取りにくさがあると捉えて関わりをもつが、実際に関わり続けるなかで、相手のことを気遣うことができるなど新たな能力に気づくことで、その能力に働きかける。

③ 几帳面でやるべきことはやり遂げると感じる

妊娠中から長期間関わることで、看護職の話をよく覚えていると感じたり、金銭管理がしっかりできることに気づいている。

④ 育児手技を実際にみて確認する

母親が子どもの頃から、きょうだいの世話をして育児の経験があるかを確認したり、家庭訪問を行い母親の育児手技を実際にみて確認をする。

⑤ 子どもへの愛着を読み取る

母親の子どもに対する思いを聞いたり、子どもの発達から母親の子どもへの接し方を推測したりすることで子どもへの愛着をみる。

(7) 母親のできているところに着目し伝える

子どもの発育や発達が順調であるかを常に見守りながら、母親が自信をもって育児を続けることができるように、母親の能力に合わせて指導する。Browne（2006）らが、「親の育児能力を引き出すスキルとして彼らの能力を認め、それを彼らに伝えることである」と

述べており、母親のできているところに着目し伝えることは育児能力を高めることにつながる。

① 母親と一緒に子どもの発育・発達を見守り続ける

家庭訪問時、子どもの身長・体重などを確認することや、乳幼児健診の受診状況、結果の把握、予防接種の接種状況などを確認することから、母親と一緒に子どもの発育・発達を保障する。

② 母親のできていることをほめて自信を持たせる

母親の生育歴から、子どもの頃からほめられた経験がなく自己肯定感が低いことを理解して、母親のできていることをほめ自信がもてるようにする。

③ 母親の能力に合わせて育児の手順を伝える

母親の能力に合わせて、具体的にわかりやすい言葉を使って、手とり足取り、繰り返し育児の手順を伝える。共感性の乏しい母親には、子どもの気持ちを代弁したり、子どもとの遊び方など関わり方を具体的に伝える。

④ 母親と子どもに合わせて関わりのペースを変化させる

母親と子どもの生活が安定し、子どもの成長が確認できていること、虐待の傾向が見られていないことが確認できれば、これまでの支援のペースから間隔をあけつつ、母親がつながりのある機関との連携をはかり、母親の状況を知る機会がもてるようであれば、母親から連絡があるまで待つようにする。

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
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
立花良之		立花良之	母親のメンタルヘルス サポートハンドブック 気づいて・つないで・支える 多職種地域連携	医歯薬 出版	東京都	2016	
佐藤拓代	10代若年の出産	松本伊知朗 平湯真人 山野良一 中嶋哲彦	子どもの貧困ハンドブック	かもがわ 出版	京都市	2016	158-161
佐藤拓代	WHOの産後ケア ガイドライン	福井トシ子	臨床助産テキスト 第4巻 重要な周辺知識	メディカ 出版	大阪市	2016	206-210

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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
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
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
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
佐藤拓代	相談窓口の役割 「にんしんSOS」の活動を通して考える	母子保健	Vol.685	8	2016
立花良之 小泉典章	メンタルヘルス不調の母親とその子どもの 支援のための、妊娠期からはじまる 医療・保健・福祉の地域連携モデルづくり について	子ども虐待と ネグレクト	Vol.18 No.3.	362-366	2016
小泉典章 立花良之	精神保健と母子保健の協働による 周産期メンタルヘルスへの支援	子ども虐待と ネグレクト	vol.18 No.2	231-235	2016
立花良之 小泉典章	母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健	精神科治療学	vol.31 No.2	97-103	2016
佐藤拓代	母子保健法50年の過去・現在・未来 ～切れ目のない妊娠・出産・子育て支援へ～	大阪府立母子保健総合 医療センター雑誌	Vol.31 (2)	7-15	2015