

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)

社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための
保健・医療連携システム構築に関する研究
(H30-健やか-一般-003)

平成31年度～令和2年度
総合研究報告書

令和3年(2021年)3月

研究代表者 光田 信明

(大阪母子医療センター 副院長)

目 次

1. 総合研究報告

| | |
|--|---------|
| 社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究 光田 信明 | ----- 1 |
|--|---------|

2. 資料

I. 社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究

| | |
|--------|----------|
| 倉澤 健太郎 | ----- 28 |
|--------|----------|

II. 社会的ハイリスク妊産婦把握のためのSLIMスコア開発

| | |
|--|----------|
| 光田 信明・藤原 武男・中井 章人・荻田 和秀 佐藤 昌司・前田 和寿・菅原 準一・佐藤 拓代 | ----- 35 |
|--|----------|

III. 「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

| | |
|--|----------|
| 片岡 弥恵子・倉澤 健太郎・清野 仁美・佐藤 拓代 中井 章人 ・荻田 和秀 ・光田 信明 | ----- 44 |
|--|----------|

IV. A市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

| | |
|-------------------|----------|
| 光田 信明・荻田 和秀・佐藤 拓代 | ----- 47 |
|-------------------|----------|

V. A市における特定妊婦支援

| | |
|-------|----------|
| 荻田 和秀 | ----- 55 |
|-------|----------|

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

| | |
|-------------|----------|
| 佐藤 拓代、光田 信明 | ----- 61 |
|-------------|----------|

VII. 本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

| | |
|-------------|----------|
| 光田 信明・荻田 和秀 | ----- 68 |
|-------------|----------|

資料1) 表1～5

資料2) 図1～47

資料3) 医療・保健・福祉の連携に関する調査 アンケート

VIII. 全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

| | |
|--------------------|----------|
| 片岡 弥恵子・佐藤 拓代・中井 章人 | -----124 |
|--------------------|----------|

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

| | |
|-------|----------|
| 中村 友彦 | -----128 |
|-------|----------|

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

| | |
|-------|----------|
| 清野 清美 | -----130 |
|-------|----------|

XI. シリアスゲームによる社会的ハイリスク妊産婦支援における多職種連携の促進

| | |
|-------|----------|
| 中村 友彦 | -----134 |
|-------|----------|

3. 研究成果の刊行に関する一覧表

| |
|----------|
| -----137 |
|----------|

資料) 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書

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
副院長 光田信明

研究要旨

研究Ⅰ：社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究

社会的ハイリスクとは、「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」であり、十分な支援ができるよう、今後さらなるエビデンスの蓄積と行政施策の推進が求められる。

研究Ⅱ：社会的ハイリスク妊娠把握のための SLIM スコア開発

本研究は、産後うつやボンディング障害、乳児期における虐待のリスクが高い妊産婦を社会的ハイリスク妊産婦と定義し、産科の初診時において社会的ハイリスク妊産婦を予測するために有用な尺度を開発することである。この尺度を「Social Impact for Mother (SLIM) スコア」とした。

本調査は、大阪府(N=2,301)、香川県(N=397)、大分県(N=2,624)、宮城県(N=2,040)において協力の得られた産科医療機関において前向き調査として実施した(N=7,362)。まず妊婦健診中において、これまでの文献から社会的ハイリスク妊産婦を予測しうると考えられる母体年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係、婚姻状況、学歴を調査した。そして出産時に妊婦健診の受診回数を調査した。そして産後1か月健診において、産後うつを EPDS (産後うつエジンバラ尺度) により、ボンディング障害についてボンディング尺度により、乳児虐待を揺さぶりと口塞ぎの有無により評価し、これらのうちどれか一つでも該当する場合に社会的ハイリスク妊産婦とした。そして、各項目と社会的ハイリスク妊産婦との関連を多重ロジスティック回帰分析によって解析した。

さらに、妊娠出産情報アプリ Baby プラス(管理・運営：株式会社ハーゼスト)に登録している妊婦のうち、アンケートへの任意回答者にも同様の調査を行なった。

大阪府(N=1,877)、宮城県(N=1,067)、香川県(N=190)、大分県(N=2,638)で、全体で 5,772 名(追跡率:73.0%)であった。産後うつは 471 名(8.2%)、ボンディング障害は 428 名(7.4%)で、いずれかを有する社会的ハイリスク妊産婦は 744 名(12.9%)であった。多変量ロジスティック回帰分析の結果、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係の 8 項目において有意な関連が認められた。母体年齢、婚姻状況、学歴、妊婦健診の回数は関連がなかった。Baby プラス産前アンケートの解答者：11,287 人、産後アンケートの回答者(令和3年2月15日時点)：580 人(同時点で出産後の人数 1772 人：(アンケート回収率 33%)、データ不備 19 人除き、561 人で検討した。その結果、概ね産科医療機関の調査結果と同様であったが、母体年齢「24 歳以下」がリスク因子であった。

この 2 つの調査研究から、母体年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係のアセスメント 9 項目における SLIM スコア(暫定)を活用することで、妊婦健診時から社会的ハイリスク妊産婦を把握できることが示唆された。

研究Ⅲ：「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

社会的ハイリスク妊婦への支援は、自治体及び医療機関で差があり、標準化されていない現状がある。本研究の目的は、社会的ハイリスク妊婦への切れ目のない支援を実現するために、主に医療者に向けて連携・協働を主眼とした支援の内容及び方法を示した「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」(以下、手引書と示す)を作成することである。手引書の作成は、産婦人科医師 1 名、助産師 2 名で構成案を考えた。平成 28 年度は全 6 章での構成を予定していたが、複数の専門家の意見を聴取し最終的には序論を含め全 8 章から構成されコンセンサスを得た。内容は、社会的ハイリスク妊婦の定義、連携する機関及び職種を紹介、医療機関における支援の実際、地域における母子保健施策や支援、全国の産科施設における支援体制の実態調査結果、メンタルヘルスなど社会的ハイリスク妊婦の置かれる様々な状況について解説した。支援をする上で必要な知識も付与した。産婦人科医師、小児科医師、精神科医師、医療ソーシャルワーカー、地域保健師、助産

師、看護師、児童福祉司などさまざまな職種の専門家 17 名に執筆を依頼した。今後、社会的ハイリスク妊産婦に関わる全国の医療者へ配布していき、切れ目ない支援のための一助となることを期待する。

研究Ⅳ：A 市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

大阪府では、妊娠期より支援を必要とする妊産婦を見出すために、「アセスメントシート（妊娠期）」を活用している。これは、妊娠届時に保健師による面談を行い「アセスメントシート（妊娠期）」の各項目を評価し、支援が必要な妊婦を拾い上げるものである。しかし、この「アセスメントシート（妊娠期）」の運用実情に関する報告はまだない。そこで、大阪府 A 市の調査報告より、行政による「アセスメントシート（妊娠期）」の運用実情および特定妊婦を見出すための検査としての精度、問題点を明らかにすることを本研究の目的とした。方法は、平成 28 年に A 市で出産した妊婦を対象とした後方視的検討で、主要評価項目は、『特定妊婦』にした。A 市がアセスメントシート（妊娠期）を用いて、拾い上げた『要フォロー妊婦』と医療機関が拾い上げた『要フォロー妊婦』を突合せた図を作成し、「アセスメントシート（妊娠期）」の検査精度、問題点を検討した。489 人が対象となった。うち、特定妊婦は 8 人いた。行政による「アセスメントシート（妊娠期）」評価の結果、フォロー終了になった妊婦は 330 人（330/461：72%）であった。しかし、フォロー終了妊婦のうち 20 人（6%）が、後に医療機関から要支援の情報提供がなされていた。「アセスメントシート（妊娠期）」による特定妊婦を見出すための検査精度は、感度 100%、特異度 66%、陽性適中率 4%、陰性適中率 100%であった。以上より、「アセスメントシート（妊娠期）」が特定妊婦のスクリーニングツールとして有用であるが、行政によるアセスメントシート評価だけでは不十分であることが明らかになった。

研究Ⅴ：A 市における特定妊婦支援

A 市における平成 24 年からの 7 年間に通告された特定妊婦は 213 人(9%)であった。特定妊婦のうち、平成 29 年度と平成 30 年度を比べると、要保護の割合が 13%から 26%に増加した。特定妊婦に多い項目を列挙すると、①ひとり親・ステップファミリー、②若年妊娠、③胎児の兄弟への虐待、④望まない妊娠、⑤経済的困窮・社会的リスク、⑥保護者の被虐待歴、⑦精神疾患等であった。平成 29 年度では出産後終結したケースは 14 人（25%）であった。要支援を終結する場合、乳児全戸訪問、4 か月児健診を経て健康推進課が直接母子に会うなどして異常なしとしたケースや子育て支援課が 上の子の所属情報で異常なしを確認後、実務者会議で終結の決定をする、などした。要支援を継続しているケースは 22 人あり、うち 4 か月健診が終了しているケースが 18 人であった。要支援から要保護に上げたケースは 9 人おり、上の子の虐待があるなどの理由で要保護を継続しているケースは 8 人にのぼる。社会的リスクをもった妊婦の見守りには医療・保健・福祉間の情報共有が必要であり、実務者会議を通じて情報共有が可能となり、育児支援に極めて有効である可能性が示唆された。

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

妊娠届出時のアセスメントを大阪府アセスメントシートに基づいて特定妊婦(29 人)・要フォロー妊婦(ハイリスク;300 人)・フォローなし妊婦(ローリスク;984 人)に分類し、その後の乳幼児健康診査時の養育状況を評価した。その結果、リスク評価重症度に応じて(3.6 歳時:44.8%、7.3%、1.2%) 要支援児童・要保護児童が出現していた。以上から、特定妊婦から出生した児童は、長期間(3.6 年以上)の支援体制構築が必要である。

研究Ⅶ：本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

平成 21、28 年に児童福祉法が、平成 28 年に母子保健法が改正され、さらに、健やか親子 21(第 2 次)によって妊娠期からの切れ目のない育児支援を通して児童虐待防止が望まれている。その中でも、母子保健事業は医療機関と行政(市区町村)の保健事業との連携によって成果が期待される。そこで、全国各市区町村の母子保健課における母子保健事業の現状について調査を行った。

対象は全国市区町村 1741 カ所の母子保健担当者で、アンケート回答による横断研究を行った。調査項目は、平成 31 年 3 月時点での①市区町村の概要、②母子保健担当、③子育て世代包括支援センター、④市区町村子ども家庭総合支援拠点、⑤福祉、⑥特定妊婦、⑦住民票と居住地問題、⑧児童相談所、⑨民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護、⑩産前・産後支援、とした。そして、各項目についてクロス

集計を行い、本邦の母子保健事業の現状を検討した。

アンケートの回答率は 411 カ所(24%)で、同意があった市区町村は 383 カ所(22%)であった。母子保健担当部署の母子保健担当職員数は、100 出生数あたり一人もしくは二人が多かった。ほとんどの市区町村が、母子健康手帳交付時に質問票・問診票・アセスメントシートを用いており、9 割の市区町村が面談を行っていた。子育て世代包括支援センターを含めた各事業は、約半数の市区町村で設置・実施されていた。特定妊婦の比率は、全国平均は 2.4%で 1~3%が最も多かったが、特定妊婦疑いや台帳記載後の他機関への連絡は約半数にしか行われていなかった。各事業(子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産婦健診、産前・産後ケア)については、約半数の市区町村しか設置・実施されていなかった。

ほとんどの市区町村で母子健康手帳の交付時に、なんらかの質問表やアセスメントシートを用いた面談が行われていた。アンケート調査での特定妊婦の頻度が平均 2.4%であることを考慮するに、これらの取り組みが、支援を必要とする妊婦の抽出に役立っていると思われた。しかし、特定妊婦の情報共有状況や各事業の設置率からは、多機関・多職種間における縦・横方向の連携については、まだ切れ目の解消には至っていないことが明らかになった。

研究Ⅷ：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

本研究は全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦に対する支援体制の実態を明らかにすることを目的とした。無記名自記式調査であり、研究対象者は、全国の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所の看護職 1 名とした。その結果、716 施設から回収した(有効回収率 28.5%)。社会的ハイリスク妊婦に対する施設内の多職種との検討の場があるのは、周産期医療センターは 161/171 施設(未回答 1 施設除く)(94.2%)であったが、その他の病院では 147/203 施設(未回答 3 施設除く)(72.4%)、診療所で 125/245 施設(未回答 5 施設除く)(51.0%)であった。

産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には 403/525 施設(未回答 107 施設)(76.8%)合計 6561 件、分娩後入院中 326/535 施設(未回答 98 施設)(61.9%)合計 7603 件、退院後 423/519 施設(未回答 114 施設)(81.7%)合計 12087 件で行われていた。(714 施設中、分娩が 0 件であった 5 施設、昨年 1 年間において社会的ハイリスク妊婦が 0 人であった 77 施設は除外し、632 施設を対象とした)市町村から産科施設へのフィードバックは妊娠中には合計 2987 件、分娩後入院中は合計 2162 件、退院後は合計 10850 件みられ、妊娠中、分娩入院中からタイムリーに連携できていないことが示唆された。また施設外の機関と支援検討の場がある施設は 510/699 施設(未回答 15 施設)(73.0%)であった。

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

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

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

方法：平成 30 年度に全国の周産期医療センターを対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。総合周産期母子医療センター108 施設中 65 施設(60%)から地域周産期母子医療センター298 施設中 133 施設(45%)から回答を得た。

メンタルヘルスに問題がある妊婦が増加していると感じている施設は 169/191(88%)であり、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のかかわりに困難を感じている施設は 193/194(99%)に上った。また、回答者は経験年数の長い医師が多く、重複の可能性のあるものの、58/193(30%)の回答者がキャリアの中で妊産婦の自殺を経験しており、周産期メンタルヘルスの悪化、深刻度の高まりが伺われた。またメンタルヘルスの問題について相談できる精神科医がいる施設は、主に周産期を担当する MSW がいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも 63%であった。院内での周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。ハイリスク妊婦については院外との多職種とカンファレンスを行っている施設が多いが参加職種にはばらつきがあり、十分な体制ではない。地域の助産師が参加している施設は 15%(29/198)、地域の精神科医が 7%(14/198)に留まっていた。一定の基準はなく、各病院の裁量で開催されているのが現状である。さらに精神疾患合併妊婦について地域の精神科医と診療情報を共有できているとした施設は 35%(67/194)に留まっている。児童虐待等の問題を児童相談所に相談したことがある施設は 82%に及び、

病院からこどもを直接乳児院に入所させたことがある施設も 91%に及んだ。

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

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

社会的ハイリスク妊産婦の重要な背景因子のひとつに、メンタルヘルスの不調が挙げられている（厚生労働科学研究「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」）。これは、子どもに対する愛着（ボンディング）の障害や不適切な養育行動と、妊産婦のメンタルヘルスの不調が何らかの関連を持つものと推測される。適切なサポートによって妊産婦のメンタルヘルスが向上すれば、育児困難な状況を減らす可能性があり、子どもの健やかな発達に寄与することになる。よって、全ての妊産婦に対し、メンタルヘルスのアセスメントとケアが行われ、医療 - 保健の連携下においてソーシャルサポートが実施されることが期待される。

本研究では、① 妊産婦のメンタルヘルスの不調に対するアセスメントとケアの実態を明らかにするため、大阪府のすべての分娩取扱施設、精神科医療機関を対象としてアンケートによる横断的調査を行い、医療 - 保健連携下のサポート体制の現状の把握と課題の抽出を行った。② 医療・保健機関に従事する多職種者を対象とした妊産婦のメンタルヘルス支援に関する研修会（令和 2 年 12 月 6 日）を実施し、プレ・ポストテストにて研修の効果を検証する予定であったが COVID-19 感染拡大により中止となった。

調査結果からは、妊産婦が精神科医療機関にて継続診療を受けている割合はおよそ 2.5%であり、想定される周産期精神障害の有病率よりもかなり低いことが明らかになった。その背景には、軽症例については分娩取扱施設の助産師、母子保健の保健師らによりサポートを受けている可能性と、重症例で精神科医療が必要であるにもかかわらず診療連携できていない可能性が考えられた。精神科医療機関側の受け入れを阻む要因は、妊産婦が精神症状悪化時の入院の受け入れ先がない、妊婦・授乳婦に対する薬物療法への懸念が多かった。総合病院精神科への受診の集中もみられ、診療までのタイムラグがみられた。限りある精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、①分娩取扱施設や母子保健におけるメンタルヘルスのアセスメントとケアのさらなる充実のための人的・時間的資源の確保、②精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例への対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要と考えられた。妊婦・授乳婦の薬物治療については、研修会の実施や妊娠と薬情報センターのさらなる活用を目指し、さらに、産科医や薬剤師から精神科医への積極的な情報提供やフィードバックを行うことが期待される。

分娩取扱施設におけるうつ病のスクリーニングの実施率の高い一方、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着（ボンディング）の評価の実施は十分とは言えなかった。社会的ハイリスク妊産婦の支援においてはボンディングにも着目しスクリーニングを普及させ、適切なソーシャルサポートを導入する必要があると考えられた。

多職種によるサポート体制の基盤となるカンファレンスの実施は総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題であると思われる。

研究XI：シリアスゲームによる社会的ハイリスク妊産婦支援における多職種連携の促進

ハイリスク妊産婦の支援を担う多職種の連携を促進すべくさまざまな講習会、勉強会が行われている。しかしコロナ禍により face to face の情報交換が困難となっている。そこで独習可能なツールが必要になる。受け身の学習でなく、アクティブラーニング可能な媒体を作成する。娯楽のためだけではなく、社会問題を解決するためのコンピューターゲームをシリアスゲームという。周産期メンタルヘルスに関する諸問題を、親しみやすいゲーム形式で関係者に広く学んでもらうことが目的である。

光田班から全国の周産期施設に配布される「社会的ハイリスク妊産婦支援の手引書」の内容をゲーム形式で学習可能にする。市販のゲーム作成用ソフトウェアを使用して開発している。シリアスゲームは海外を中心に、教育(学習)、医療、軍事、公共政策、政治に至るまで、様々な場で利用されている。

文書をゲーム化することで以下の利点がある。

- ・ストーリーの中で専門用語を説明：ハイリスク妊婦支援に関する専門用語や知識は数多く、異なる職種間では名称を羅列するだけでは理解が難しい。ストーリーの中で専門用語を説明することで理解しやすくなる。
- ・関連施設を疑似体験：家族は実際の生活の中で、様々な支援者と関係し、多くの制度を利用することになる。ゲーム内ではNICUや乳児院など訪れる施設を自由に選択し、その内部を自由に歩き回ることができる。
- ・アクティブラーニング：シナリオに選択肢を設け、選択によって展開に変化を持たせる。支援ポイントを獲得できる等、ゲーム性を持たせること学習モチベーションを高めさせる。こうした工夫により受け身でなく積極的な学習＝アクティブラーニングを促す。ゲームを通じてプレイヤーは今後生じる問題をあらかじめ疑似体験することができる。

完成した作品は以下の方法で広く公開する。手引書とともにQRコード、DVDでの配布を行う。

- ① ブラウザゲームとして、ネットで使用可能にする。
- ② Windows アプリケーションとして配布する
- ③ MacOS アプリケーションとして配布する
- ④ iOS アプリとして App Store で公開する
- ⑤ Android アプリとして Google Play で公開する

総括

“社会的ハイリスク妊娠”の定義として、『さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠』を提唱した。社会的ハイリスク妊娠は母児にとってハイリスクであり、メンタルヘルス不調、育児困難さらには自殺、児童虐待等といった重篤な転帰に至る可能性がある。各種調査によって、要保護児童対策地域協議会における特定妊婦から出生した児童の状況も明らかにされた。医療・保健・福祉の連携状況における課題も最新の調査で示すことができた。メンタルヘルス不調の妊産婦を支援する周産期施設、精神科施設の課題も示すことができた。示された課題への対応としては、妊娠期からの切れ目のない支援が必要とされ、社会的ハイリスク妊娠把握のためのアセスメントツール開発が待たれた。そこで、我々は前向き研究を実施して実証的に Social Impact for Mother (SLIM) スコアを開発した。さらに、多機関・多職種連携のために、“社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書”を作成した。この手引書の普及のために IT 動画も完成させた。我々の研究班から得られた成果を利活用すれば、より有用な母児支援を包含した母子保健事業遂行に寄与できることが期待できる。

分担研究者

藤原 武男

国立大学法人 東京医科歯科大学
大学院医歯学総合研究科
国際健康推進医学分野 教授

中井 章人

学校法人 日本医科大学 産婦人科 教授

荻田 和秀

地方独立行政法人 りんくう総合医療センター
周産期センター 産科医療センター長
兼 産婦人科部長

佐藤 昌司

大分県立病院 副院長

前田 和寿

地方独立行政法人 国立病院機構
四国こどもとおとなの医療 センター
副院長

菅原 準一

国立大学法人 東北大学
医学系研究科 母児医科学分野 教授

倉澤 健太郎

公立大学法人 横浜市立大学
大学院医学研究科 生殖成育病態医学 准教授

片岡 弥恵子

学校法人 聖路加国際大学
大学院看護学研究科 教授

佐藤 拓代

公益社団法人 母子保健推進会議 会長

中村 友彦

地方独立行政法人 長野県立病院機構
長野県立こども病院 病院長

清野 仁美

兵庫医科大学 精神科神経科 講師

協力研究者

岡本 陽子

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター 産科 副部長

金川 武司

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター 産科 副部長

川口 晴菜

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター 産科 医長

和田 聡子

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター 看護部 師長

平野 慎也

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 新生児科 副部長

谷口 武

医療法人 定生会 谷口病院 院長

山栴 誠一

社会医療法人 阪南医療福祉センター
阪南中央病院 病院長

久松 武志

医療法人 三友会 久松マタニティークリニック
理事長

山崎 則行

社会医療法人 生長会 府中病院 産婦人科部長

三代澤 幸秀

国立大学法人 信州大学 医学部
小児医学教室 助教

大塚 公美子

学校法人 聖路加国際大学大学院看護学研究科

鍛冶 みか

和泉市生きがい健康部
健康づくり推進室 主査

薬師寺 順子

大阪府 岸和田子ども家庭センター 所長

田口 眞規子

愛仁会井上病院

地域連携センター医療福祉相談科 MSW

伊角 彩

国立大学法人 東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野 特別研究員

土井 理美

国立大学法人 東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野 特別研究員

山岡 祐衣

国立大学法人 東京医科歯科大学

国際健康推進医学分野 プロジェクト助教

A. 研究目的

本研究班(第2次光田班)の開始にあたる申請書には以下の目的を挙げている。

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

以上の結果を受けて、今年度からの研究目的を①保健および医療機関で実施可能な社会的ハイリスク妊娠の把握のためのアセスメントシートの開発、②医療・保健機関における社会的ハイリスク妊娠の情報共有による切れ目のない支援システムを開発し、子育て世代包括支援センターの事業システムを構築することとした。①におけるアセスメントシートの開発においては、妊娠届や医療機関における妊婦健診等で実施可能なものを作成し、その妥当性を検証する。さらに、虐待の予測性についても検証する。②における医療・保健機関における情報の共有に関しては定期的な会議による共有システムからデータをクラウド化するシステムを想定し、自治体の状況に応じた多様なシステムのあり方を提言する。さらに共有された情報にもとづき、保健師、助産師が具体的な支援(適切な関係機関への紹介、簡単な認知行動療法など)をどのように行うのか、についてもマニュアル化を行う。

このような目的を掲げて、研究を開始した。以下に

各研究の目的を示す。

研究I：社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究

わが国における母子保健行政の取り組みを振り返ってみると、周産期医療に対する取り組みとしては、かつて主に医学的なリスクに注力されていた。第二次世界大戦を終え、妊産婦手帳制度が始まったが、当時は高い乳児死亡率や妊産婦死亡率、妊婦の流産、早産、死産に対する対策が主であり、健診の徹底、予防接種の徹底、公費負担への取り組みが主であった。その後、1990年代に入り、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生き育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化した。近年では、児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。

児童福祉法第6条3の5項

| | |
|-------|---|
| 特定妊婦 | 出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦 |
| 要支援児童 | 保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童(要保護児童に該当するものを除く) |
| 要保護児童 | 保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童 |

図1 児童福祉法第6条3の5項

本研究班の前身である、「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

妊娠、出産、子育てに関する課題



図2-1 妊娠・出産・子育てに関する課題



図2-2 妊娠・出産・子育てに関する課題

研究Ⅱ：社会的ハイリスク妊娠把握のためのSLIMスコア開発

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

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

平成27～29年度 厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（以下「光田班研究」）」では、社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における状況、および社会的ハイリスク妊産婦の持つリスク因子を調査し、1. 医療従事者の感覚によって拾い上げられた社会的ハイリスク妊産婦とコントロール群（＝ハイリスク以外の全症例）では要保護児童対策協議会対象者（以下「要対協ケース」）の割合は明らかに異なること、2. 要対協ケースにつながるハイリスク者は8割方把握されていること、3. 一方コントロール群の中にも要対協ケースが少数ながら存在することなどが明らかになった。しかしアセスメント項目が多岐にわたるため、臨床現場でさらに簡便な形態のアセスメント方法が望まれる。

そこで、本研究は、産後うつやボンディング障害、乳児期における虐待のリスクが高い妊産婦を社会的ハ

イリスク妊産婦と定義し、産科の初診時において社会的ハイリスク妊産婦を予測するために有用な尺度を開発することである。

研究Ⅲ：社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する「手引書」の作成

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

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

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

研究Ⅳ：A市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

大阪府では、福祉・保健・医療の関係者による議論を重ね、平成26年1月に「妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン」を策定した。その中で、「アセスメントシート（妊娠期）」の作成、支援を要する妊婦に関する用語の定義、支援を要する妊婦を把握するためのフロー図を作成した。「アセスメントシート（妊娠期）」による運用は、妊娠届時に、保健師による面談により各項目を評価し、支援が必要な妊婦を拾い上げるものである。また、支援を要する妊婦に関する用語の定義では、『ハイリスク妊婦』、『要フォロー妊婦』、『特定妊婦』について定義した。しかし、このアセスメントシート用いて運用した実情に関する報告はまだない。そこで、大阪府A市での、行政による「アセスメントシート（妊娠期）」の運用実情および特定妊婦を見

出すための検査としての精度、「アセスメントシート（妊娠期）」の問題点を明らかにすることを本研究の目的とした。

研究V：A市における特定妊婦支援

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

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

妊娠期からの子育て困難を予測することができれば、児童虐待防止に繋がることを期待できる。今現時点においても、本邦における妊娠期の個人情報と出生後の子育て状況を突合した実証的証左は得られていない。なぜかと言えば、妊娠期(医療)と子育て期(行政)の個人情報の突合作業は個人情報保護の下では容易ではない。今回我々は一つの行政単位(B市)における行政内での妊娠期のアセスメントとその後の養育状況に関しての評価を突合せすることを目的とした。具体的には、妊娠期のリスクアセスメントとその後の養育状況を比較検証し、妊娠期アセスメントの妥当性および、妊娠期からの支援策について検討するとした。

研究VII：本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

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

村の母子保健課の母子保健事業の現状について調査することを目的として、全国の市区町村母子保健担当者を対象にアンケート調査を行った。

研究VIII：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

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

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

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

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

分娩取扱施設および精神科医療機関を対象に、妊産婦のメンタルヘルスの不調と子どもに対する愛着(ボンディング)のアセスメント方法、さらに、メンタルヘルスに不調を認めた妊産婦に対するメンタルヘルスケアの体制、精神疾患が疑われる妊産婦に対する産科-精神科連携および医療-行政連携体制の実情と課題を抽出するためにアンケートを用いた横断的調査を行った。横断的調査で抽出された連携上の課題をテーマとして、連携サポート体制構築に向けた多職種による研修会を開催し、その効果をプレテスト・ポストテストで検証する予定であった(COVID-19拡大により開催中止)。本研究の成果に基づき、社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携サポート体制における課題の抽出と、より有効なケアと有機的で持続可能な連携ネットワーク構築の実現化を目指す。

研究XI：シリアスゲームによる社会的ハイリスクリスク妊婦支援における多職種連携の促進

ハイリスク妊婦の支援を担う多職種の連携を促進すべくさまざまな講習会、勉強会が行われている。しかしコロナ禍によりface to faceの情報交換が困難となっている。そこで独習可能なツールが必要になる。受け身の学習でなく、アクティブラーニング可能な媒体を作成する。娯楽のためだけではなく、社会問題を解決するためのコンピューターゲームをシリアスゲームという。ゲームはスマホアプリ、Webゲームとして提供可能である。

B. 研究方法

研究Ⅰ：社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究

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・29年度総括・分担研究報告書および総合研究報告書、ならび平成30年度より開始された本研究「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究」事業により各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

研究Ⅱ：社会的ハイリスク妊娠把握のためのSLIMスコア開発

本調査は、2つのフィールドで実施した。

1) 産科医療機関調査

・対象者

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

・症例登録期間

研究実施許可後、平成31年4月から令和2年3月31日までとした。

・方法

1.妊娠中および分娩後入院中に簡便な「社会的ハイリスクアセスメント改定版」（自己記入式質問票）を用いてアセスメント（妊婦健診時11項目・出産時12項目）を行う

2.産科医療機関での産後1か月健診時に、母親の育児状況・児の健康状態・虐待傾向把握のためのアンケート調査を行う

・研究デザインと評価項目

妊娠中の社会的ハイリスク因子や医学的情報を原因変数、産後うつやボンディング障害を目的変数として多変量解析を行い、産後うつまたはボンディング障害の疑いがある社会的ハイリスク妊産婦を予測する社会的ハイリスクスコアを算出する。

大阪府(N=2,301)、香川県(N=397)、大分県(N=2,624)、宮城県(N=2,040)において協力の得られた産科医療機関において前向き調査として実施した(N=7362)。まず妊婦健診時において、社会的ハイリスク妊産婦を

予測しうると考えられる母体年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦（パートナー）関係、婚姻状況、学歴を調査した。そして出産時に妊産婦健診の受診回数を調査した。そして産後1か月健診において、産後うつをEPDS（産後うつエジンバラ尺度）により評価した。先行研究に従い、8/9点をカットオフとした。また、ボンディング障害についてボンディング尺度により評価した。先行研究に従い、4/5点をカットオフとした。乳児虐待を揺さぶりと口塞ぎの有無により評価し、これらのうちどれか一つでも該当する場合に社会的ハイリスク妊産婦とした。そして、各項目と社会的ハイリスク妊産婦との関連を多重ロジスティック回帰分析によって解析した。

2) 妊婦アプリ「Babyプラス」の利用者での調査

Babyプラスは無料アプリであり、登録情報は、妊娠中の女性の妊婦健診先もしくは分娩先病院および分娩予定日のみである。ハーベストから授受されるデータはアンケート内容のみである。まず妊娠中に、社会的ハイリスクに関するインターネット調査（「妊娠時アンケート」）を実施した。さらに、産後1か月健診時に産後うつや虐待に関するインターネット調査（「産後1ヶ月時アンケート」）を実施し、それらのデータを突合することによって、妊娠期に把握した社会的ハイリスク項目と産後うつ・虐待との関連を検討した。令和2年11月18日から令和3年1月31日に実施した。アプリ登録者は、個別の識別番号で管理されており、2回のアンケートに返答した対象は、本人が記載したメールアドレスによって突合した。

（倫理面への配慮）

1) 産科医療機関調査

大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号1125)。

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

2) アプリ調査

大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号1263)。

アプリ内に、以下のプライバシーポリシーを記載した。

〔個人情報保護に関する基本方針〕

① 個人情報の収集は、本研究が行う事業の範囲内で

利用目的を明確に定め、その目的達成に必要な限度においてのみ、適法かつ公正な手段で行います。

- ② 個人情報の利用は、本人の同意が得られた利用目的の範囲内で行います。また、本人の同意がない限り第三者には提供致しません。
- ③ 取得した個人情報は管理責任者を定め、不正アクセス、改ざん、破壊、漏洩、紛失等のリスクに対して、合理的な安全対策を講じます。
- ④ 本研究が業務を外部へ委託する際には、個人情報保護が損なわれることのないよう、必要かつ適切な管理を講じます。
- ⑤ 本人より個人情報について開示、訂正、削除を求められた場合は、原則として合理的な期間内に速やかに対応します。

さらに、個人情報にあたる、メールアドレスと児の誕生日について以下の情報を記載した。

- ・2回のアンケートの照合のために使用するメールアドレスおよび児の誕生日については、2回のアンケートの照合が終わり次第速やかに消去します。
- ・かつ、妊娠期、産後のアンケートの突合のために記載するメールアドレスと、児の誕生日は、ハーゼストでデータ収集し、2つのアンケートを突合したのち、メールアドレスはデータから削除し、さらに児の誕生日と分娩予定日から分娩週数を割り出したのち、児の誕生日をデータから削除して、研究代表者に引き渡す。本研究で得られるすべての情報を研究代表者に引き渡した時点で、ハーゼストにおいてもメールアドレス、児の誕生日についての情報は消去する。個人情報を除いたデータは、研究終了報告日から5年又は研究結果の最終公表日から3年又は研究成果発表後10年のいずれか遅い日まで保管し適切に廃棄する。

アンケートは任意であり、以下の同意欄に同意した場合のみアンケートのページが展開されるように設定した。

このアンケートは、妊娠中のさまざまな因子と産後うつや児への虐待の関連について調べるためのものです。この研究は、厚生労働省科学研究費「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究(30040301)」の一環として行うものです。インターネット上のアンケートに答える形式であり、個人が特定されることはありません。アンケートに同意される方は、以下をクリックしてください。

アンケート調査への参加に同意する。

研究Ⅲ：「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

手引書の作成は、まず、産婦人科医師1名、助産師2名によってその構成を検討した。平成28年度は全6章での構成を予定していたが、複数の専門家の意見を聴取し最終的には全8章、計92ページから構成されコンセンサスを得た。職種の紹介、支援体制や連携に関して、さまざまな職種の専門家(産婦人科医師、小児科医師、精神科医師、MSW、地域保健師、助産師、看護師、児童福祉に携わる職種など)17名に執筆を依頼した。

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

研究Ⅳ：A市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

平成29年4月から平成30年3月末の1年間にA市で出産した妊婦を対象とした後方視的検討である。主要評価項目は、『特定妊婦』にした。A市が「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて、拾い上げた『要フォロー妊婦』と医療機関が拾い上げた『要フォロー妊婦』を突合せた図を作成し、「アセスメントシート(妊娠期)」の検査精度、問題点を検討した。

ここで、A市(大阪府)での子育て支援を要する妊婦の拾い上げに関する方針を説明する。まず、妊娠届時に、保健師による面談により、「アセスメントシート(妊娠期)」の各項目を評価し、『ハイリスク妊婦』を同定する。『ハイリスク妊婦』のうち、組織として判断した結果、「保健(福祉)センターによるフォロー継続が必要と考えた妊婦を『要フォロー妊婦』として妊娠中、産後の子育てを見守る対象となる。それ以外に、産科医療機関より、妊婦健診や出産後、産後健診等を通じて、リスクの高い妊産婦や出生児について「要養育支援者情報提供票」を用いて、情報提供を受けた妊婦も『要フォロー妊婦』として妊娠中、産後の子育てを見守る対象となる。このように、行政と医療機関が連携して『要フォロー妊婦』を漏れなく拾い上げている。

研究Ⅴ：A市における特定妊婦支援

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

った集計に基づく。

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

対象はB市で平成25年度に出生、または乳児家庭全戸訪問事業までに転入した児(合計1,527人)のうち、妊娠時のアセスメントがある1,313人とした。妊娠届出時のアセスメント結果とその後の乳幼児健康診査(以降、健診)時の養育状況を比較した

妊娠届時には、自記式アンケートと保健師面接を行っている。今回の研究に際しては平成27年に導入された大阪府リスクアセスメント(妊娠期)(表1)によって

- ・特定妊婦
- ・要フォロー妊婦(ハイリスク)
- ・フォローなし妊婦(ローリスク)

に分類した。

子育て困難としては要保護児童対策地域協議会(要対協)において要支援児童・要保護児童に登録されたことをもって判断した。判断時期は健診に合わせて、出生後4か月、1歳半、3歳半とした。特定妊婦から出生した児童は全員、要支援児童・要保護児童として登録されており、養育上の問題がなければ、順次終結として登録から除外されていく。

表1 大阪府リスクアセスメント(妊娠期)

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

| アセスメントシート(妊娠期) | | 記入欄 | | | | | |
|---|---|--------|----|--------|-------|----|----|
| 妊婦氏名() | | 記入日() | | 記入者() | | | |
| ※各項目について、「妊娠」、「パートナー」のそれぞれを評価する欄にシドでチェックする。 | | | | | | | |
| 要因 | リスク項目 | 妊娠 | | | パートナー | | |
| | | あり | 不明 | なし | あり | 不明 | なし |
| A 妊婦 | 1保護者自身に虐待傾向がある | | | | | | |
| | 2保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある | | | | | | |
| | 3胎児のきょうだいへの虐待傾向がある | | | | | | |
| | 4胎児のきょうだいへの虐待傾向がある | | | | | | |
| | 5過去に心中未遂がある(自殺未遂がある) | | | | | | |
| B 妊婦に 関する 要因 | ①10歳未満の妊娠 | | | | | | |
| | 2若年(20歳未満)妊娠(過去5年の若年妊娠を含む)……①除く | | | | | | |
| | 320週以降の出産 | | | | | | |
| | 4妊婦健康診査未受診、中断がある | | | | | | |
| | 5望まない妊娠 | | | | | | |
| | 6胎児に対して無関心・拒否的行動 | | | | | | |
| | 74ヶ月までに妊娠・中絶を繰り返す | | | | | | |
| | 8産後4週間以上産後鬱がある | | | | | | |
| | 940歳以上の妊娠 | | | | | | |
| | 10多胎や胎児に疾患や障がいがある | | | | | | |
| C 妊婦 の 健康 状態 | 1妊娠中の不規則な生活・不衛生等 | | | | | | |
| | 2精神疾患等(産出直後の産後うつ、後遺症を含む) | | | | | | |
| | 3心臓病・糖尿病・腎臓病(含む) | | | | | | |
| | 4知的障がい(疑いを含む) | | | | | | |
| | 5飲酒が頻りに多く、不安がある | | | | | | |
| D 妊婦 の 生活 環境 | 6身体障がい・慢性疾患がある | | | | | | |
| | 717歳以下の経済的困難や社会的問題がある | | | | | | |
| | 8生活保護受給中 | | | | | | |
| | 9不安定就労・失業中 | | | | | | |
| | 10虐待不安・懸念地がない | | | | | | |
| E 妊婦 の 社会 的 状況 | 11ひとり親・未婚・ステップファミリー | | | | | | |
| | 12家族のなかで不衛生 | | | | | | |
| | 13出産・育児に集中できない家庭環境 | | | | | | |
| | 14上記に該当しない気になる行動や背景、理由がある | | | | | | |
| | 15上記に該当しない気になる行動や背景、理由がある | | | | | | |
| 支援者等の状況 | | | | | | | |
| 支援者 | 医師、看護師、助産師等の理由により、妊婦の欠席・きょうだいの等の観察に難いことができない ※全額不明、確認とされている ○パートナーまたは妊婦の養育等支援一人のみが支援者 ※地域や社会の支援を受けていない | | | | | | |
| 養育者 | 妊娠から1歳までの間、養育者との関わりを管理する ※妊娠期間の調査が得られない | | | | | | |

※妊娠とパートナーが「あり」と「不明」の項目により、要保護児童対策地域協議会調査期間に報告する
 ●強い傾向(黒)に1つでも該当する妊婦
 ●強い傾向(黒)に2つ以上該当する妊婦、かつ全母で合計2以上該当する妊婦
 ●強い傾向(黒)に3つ以上該当する妊婦、かつ全母で合計3以上該当する妊婦
 ●弱い傾向(白)に3つ以上該当する妊婦、かつ全母で合計3以上該当する妊婦
 ●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

研究VII：本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

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

1. 本邦の母子保健事業の現状

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

- ① 市区町村の概要
- ② 母子保健担当
- ③ 子育て世代包括支援センター
- ④ 市区町村子ども家庭総合支援拠点
- ⑤ 福祉
- ⑥ 特定妊婦
- ⑦ 住民票と居住地問題
- ⑧ 児童相談所
- ⑨ 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護
- ⑩ 産前・産後支援

2. 各事業の設置・実施状況の関連

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

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

研究VIII：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

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

調査内容は、①対象者・施設の属性、②社会的ハイリスク妊婦の把握方法、③社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制、④社会的ハイリスク妊婦に関する産科施設と他施設・他機関の連携等であった。分析方法は度数及び記述統計量を算出した。本研究は、聖路加国際大学大学院研究倫理審査委員会

の承認を受けて実施した。(承認番号:19-A032)

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

平成30年度に全国の周産期医療センターを対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。総合周産期母子医療センター108施設中65施設(60%)から地域周産期母子医療センター298施設中133施設(45%)から回答を得た。

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

大阪府すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にてアンケート調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行った。研究参加への同意および調査の回答内容は郵送またはWebにて回収した。研究対象施設の医療従事者、行政の支援担当者を対象とした研修会を実施予定であった(COVID-19拡大により中止)。

分娩取扱施設調査項目

- ①分娩取扱施設におけるメンタルヘルスに関するアセスメント方法
- ②分娩取扱施設におけるメンタルヘルスケア方法
- ③分娩取扱施設における精神科医療機関・母子保健との連携状況

精神科医療機関に対する調査項目

- ①精神科医療機関における精神疾患合併妊産婦の診療状況
- ②精神科医療機関における妊娠中、授乳中の患者の診療内容
- ③精神科医療機関における分娩取扱施設・行政との連携状況

(主要評価項目・副次的評価項目及び評価方法)

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

副次的評価項目:妊産婦のメンタルヘルスに関するアセスメント方法、メンタルヘルスの不調がある妊産婦に対するメンタルヘルスケア方法、精神科に紹介・相談する時の判断基準、精神科医療機関における妊産婦の診療までの日数、妊産婦の精神科受診の紹介経路、妊産婦の精神科診療内容

評価方法:調査票、プレテスト・ポストテスト

研究XI:シリアスゲームによる社会的ハイリスク妊産婦支援における多職種連携の促進

海外を中心に、教育(学習)、医療、軍事、公共政策、政治に至るまで、様々な場でシリアスゲームは

実際に利用されている。

市販の廉価なソフトウェア、ティラノビルダーを使用する。プログラミングの知識がなくともゲーム作成ができる。小説のようなストーリーのあるゲーム=ノベルゲームの作成ソフトであり、画像やBGM、動画を自由にレイアウトでき、シナリオに分岐をつけることも、達成度に応じて異なる結末に導くこともできる。

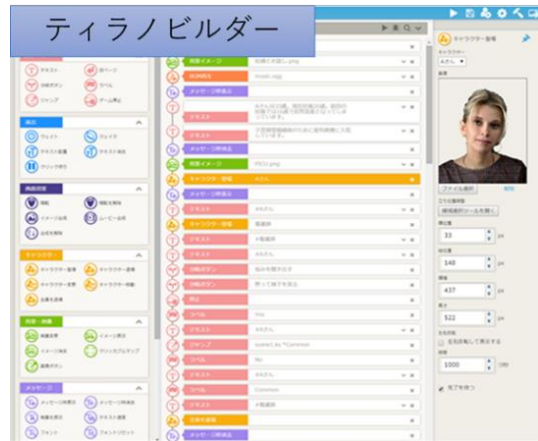


図3 ゲーム作成ソフト ティラノビルダー

C. 研究結果

研究I:社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究

平成27-29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産婦の推定値」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産婦の頻度は8.7%であり特定妊産婦が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、所産、妊娠時うれしくない、がハイリスクと考えている。平成30年度から開始された本研究では、班研究会議内でも様々な定義に関する提案がなされた。とりわけ、「社会的」をどのように説明するかが議論の中心となったが、疾患ではない、とする意見もあった。多くは、社会的ハイリスク妊産婦を社会的要因により妊娠・子育てに支障がでると思われる妊婦と定義づけを試みや、「母子の健康・生存を脅かすリスクとして社会的要因を有する妊娠」などとして、あえて「社会的」をそのまま解説文に入れ込むような試みもなされた。

研究Ⅱ：社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究

1) 産科医療機関調査

大阪府(N=1,877)、宮城県(N=1,067)、香川県(N=190)、大分県(N=2,638)で、全体で5,772名(追跡率:73.0%)であった。

産後うつは471名(8.2%)、ボンディング障害は428

名(7.4%)で、いずれかを有する社会的ハイリスク妊産婦は744名(12.9%)であった(表2)。

表2 府県ごとの産後うつ疑い・ボンディング障害疑いの割合

| | N | 産後うつ 疑い (9点以上) | ボンディング 障害疑い (5点以上) |
|-----|-------|----------------------|--------------------------|
| 全体 | 5,772 | 471 (8.2%) | 428 (7.4%) |
| 大阪府 | 1,877 | 145 (7.7%) | 174 (9.3%) |
| 宮城県 | 1,067 | 63 (5.9%) | 46 (4.3%) |
| 香川県 | 190 | 13 (6.8%) | 8 (4.2%) |
| 大分県 | 2,638 | 250 (9.5%) | 200 (7.6%) |

多変量ロジスティック回帰分析の結果、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係で有意な関連が認められた。母体年齢、婚姻状況、学歴、妊婦健診の回数は関連がなかった。

有意であったもので、さらにオッズ比による重み付けを行ったところ、AUC=0.63で社会的ハイリスク妊産婦を予測するモデルを構築することができた(図4)。

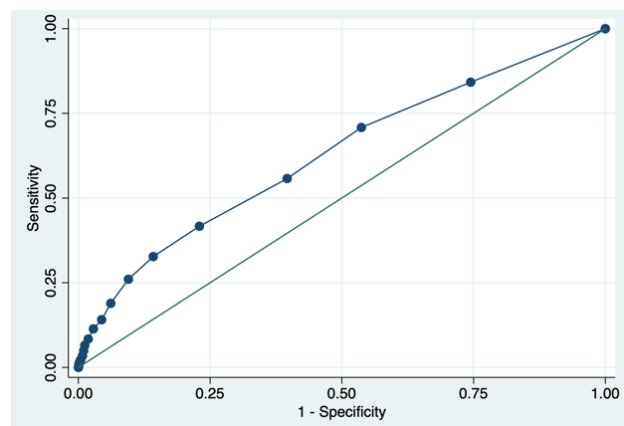


図4 社会的ハイリスク妊産婦の予測モデルに関するROC曲線

SLIMスコアを低群(5点以下, 88.5%)、中群(6-9点, 9.0%)、高群(10点以上, 2.6%)とし、社会的ハイリスク群に関するオッズ比を算出すると、中群で2.88(95%信頼区間: 2.32-3.59)、高群で5.61(95%信頼区間: 3.99-7.88)であり、有意に予測することが確認された。

この関連について各県に層別化して確認したところ、概ね同様の結果であった(表 3)。

表 3 SLIM スコアによる社会的ハイリスク妊産婦の予測

| | オッズ比 (95%信頼区間) | | | | |
|-------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| | 全体 | 大阪府 | 宮城県 | 香川県 | 大分県 |
| SLIM 低群 0~5 点 | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| SLIM 中群 6~9 点 | 2.88 (2.32-3.59) | 2.47 (1.63-3.77) | 4.22 (2.48-7.20) | 3.10 (0.77-12.42) | 2.83 (2.09-3.82) |
| SLIM 高群 10 点以上 | 5.61 (3.99-7.88) | 11.27 (6.18-20.57) | 1.97 (0.67-5.80) | 5.68 (0.48-66.59) | 5.05 (3.02-8.43) |

また、周産期センターと一般の産科医療機関とで層別化しても、同様の結果であった。

表 4 施設別の SLIM スコアによる社会的ハイリスク妊産婦の予測

| | 周産期センター | 一般産科 |
|---------------------|------------------------|-----------------------|
| | n=1,895 | n=3,814 |
| | OR (95%CI) | OR (95%CI) |
| SLIM 低群 : 0~5 点 | Ref | Ref |
| SLIM 中群 : 6~9 点 | 2.12 (1.46 - 3.07) | 3.41 (2.60 - 4.47) |
| SLIM 高群 : 10 点以上 | 6.67 (4.12 - 10.81) | 4.32 (2.62 - 7.10) |

この調査から、産科医療機関において SLIM スコアを活用することで、妊婦健診時から社会的ハイリスク妊産婦を把握できることが示唆された。暫定的な SLIM スコアを用いて妊婦健診時に社会的要因をアセスメントし、10 点以上であれば特定妊婦として、6-9 点であれば要支援妊婦としてフォローすることが推奨されると考えられた

2) アプリ調査

アプリ調査の結果は以下のように、産科医療機関の調査とほぼ同様の結果となったが、母体年齢で有意な関係が確認された点が異なっていた(表 5)。

この母体年齢による違いは、若年齢では産科医療機関において特に介入が始まっている可能性があること、そしてアプリ調査サンプルでも 10 代の妊婦は行政の介入が始まっている可能性があると考えられ、リスク因子として採用することが望ましいと考えられた。妊婦健診時に社会的要因をアセスメントし、母体年齢も含めた暫定的な SLIM スコアを用いることが推奨される。

表 5 Baby プラスおよび 4 府県調査における各アセスメント項目と社会的リスク妊産婦の点数配分を使用した予測

| 項目 | オッズ比 (95%信頼区間) | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | Baby プラス | 4 府県全体 |
| 1. 母体年齢 | | |
| 0 点 : 25 歳以上 | Ref | Ref |
| 1 点 : 20-24 歳 | 2.41 (1.15-5.04) | 1.01 (0.77-1.31) |
| 2 点 : 19 歳以下* | 1.20 (0.11-13.37) | 0.40 (0.12-1.27) |
| 2. 妊娠がわかった時の気持ち | | |
| 0 点 : うれしかった | Ref | Ref |
| 1 点 : 予想外だがうれしかった | 1.40 (0.90-2.17) | 1.31 (1.10-1.56) |
| 2 点 : 予想外で戸惑った、困った、なんとも思わない | 2.25 (1.28-3.97) | 2.37 (1.66-3.36) |
| 3. 精神疾患既往 | | |
| 0 点 : ない | Ref | Ref |
| 1 点 : 以前あった | 2.45 (1.40-4.29) | 2.49 (1.85-3.35) |
| 2 点 : 現在、通院中 | 7.02 (1.84-26.85) | 3.91 (2.39-6.40) |

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4. 対人関係トラブル | | |
| 0点：ほとんどない | Ref | Ref |
| 1点：ときどきある | 3.86 (2.58-5.77) | 3.74 (3.02-4.62) |
| 2点：よくある | 1.36 (0.26-7.11) | 3.57 (1.54-8.24) |
| 5. 経済的ゆとり | | |
| 0点：ある | Ref | Ref |
| 1点：あまりない | 1.67 (1.14-2.44) | 1.49 (1.27-1.75) |
| 2点：ほとんどない | 3.92 (1.96-7.85) | 2.46 (1.71-3.52) |
| 6. 生活の場所 | | |
| 0点：変わらない | Ref | Ref |
| 1点：ときどき変わる | 2.26 (1.21-4.21) | 1.89 (1.45-2.47) |
| 2点：よく変わる | 2.48 (0.49-12.41) | 0.95 (0.33-2.70) |
| 7. 本当に困った時に相談できる人 | | |
| 0点：何人かいる | Ref | Ref |
| 1点：1人いる | 2.18 (1.30-3.65) | 2.96 (2.19-4.01) |
| 2点：1人もいない | 5.34 (1.79-15.91) | 4.01 (1.34-12.01) |
| 8. 親との関係 | | |
| 0点：満足している | Ref | Ref |
| 1点：あまり満足していない | 2.28 (1.42-3.66) | 2.48 (1.90-3.25) |
| 2点：まったく満足していない | 1.68 (0.74-3.80) | 2.26 (1.28-3.99) |
| 9. パートナーとのケンカ | | |
| 0点：しない | Ref | Ref |
| 1点：ときどきする | 1.66 (1.14-2.41) | 1.18 (1.02-1.38) |
| 2点：よくする | 5.62 (2.38-13.30) | 2.71 (1.85-3.96) |

会的ハイリスクとは」とし、社会的ハイリスク妊婦の定義に加え、頻度、リスク因子を示し、実際に推奨されるスクリーニング/アセスメント方法について記述した。第2章は、「社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関・職種」とした。各機関にどのような役割があるか、支援に関わる職種の仕事内容、どこにいるのか、社会的ハイリスク妊婦に対する支援で行っていること、他機関との連携をより円滑にする方法について、具体的にわかるよう記述した。お互いの職種について知ることは、連携の第1歩となる。第3章は、「社会的ハイリスク妊婦への医療機関における支援」とし、社会的ハイリスク妊婦に対して積極的に支援を行っている大阪母子医療センターと日本赤十字社医療センターの実際について示した。第4章では、「社会的ハイリスク妊婦への地域における支援」とし、地域における母子保健施策や支援の実際、里親制度と特別養子縁組について記述した。第5章では「社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際」とし、産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査の結果を記載した。第6章ではメンタルヘルスやドメスティック・バイオレンスなど、社会的ハイリスク妊婦の置かれる様々な状況について解説した。支援をする上で必要な知識も付与した。第7章は用語解説とし、多職種が共通言語となる用語について解説した。資料に完成した手引書を示した。

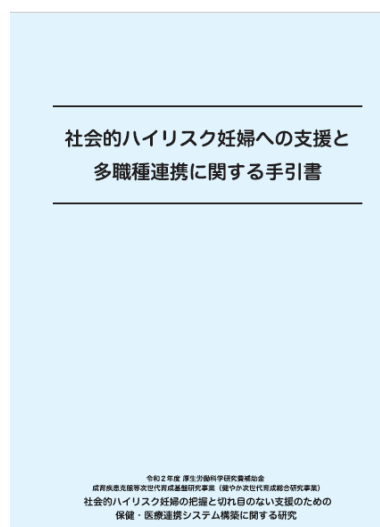


図5 手引書

研究Ⅲ：社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

第1校として完成した手引書の構成を表に示した。手引書は序章を含み全8章計92ページから構成された。序章では、「手引書における理念・基本となる考え方」とし、第1次光田班の成果や、社会的ハイリスク妊娠の把握や支援の困難について記述した。第1章は、「社

表6 社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する
手引書の構成

| 章 | 内容 |
|---|--|
| 序 | 手引書における理念・基本となる考え方 I. 第1次光田班成果 II. 社会的ハイリスク妊娠の概念・定義 III. 社会的ハイリスク妊娠の把握 IV. 社会的ハイリスク妊娠支援の困難さ V. 医療・保健・福祉の連携 VI. メンタルヘルス |
| 1 | 社会的ハイリスク妊婦とは I. はじめに II. ハイリスク妊産婦とは III. ハイリスク妊産婦の頻度・リスク因子 IV. ハイリスク妊産婦のリスクアセスメント V. 定義に関する考察 |
| 2 | 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機 関・職種 I. 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわ る機関とその役割 II. 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわ る職種の役割と特徴 |
| 3 | 社会的ハイリスク妊婦への医療機関に お ける支援 I. 大阪母子医療センターにおける社会的 ハイリスク妊婦の支援の実際 II. 日本赤十字社医療センターにおける社会 的ハイリスク妊婦の支援の実際 |
| 4 | 社会的ハイリスク妊婦への地域における支援 I. 地域における母子保健施策 II. 母子保健施策における虐待予防 III. 地域における妊娠中から支援が必要な 妊婦（特定妊婦）の把握と支援の実際 IX. 里親制度と特別養子縁組 |
| 5 | 社会的ハイリスク妊婦支援における連携・ 協働の実際 I. 連携とは II. 連携体制の構築に向けて III. 産科施設における社会的ハイリスク妊婦 への支援体制の実態調査 |
| 6 | 社会的ハイリスク妊婦に関わるさまざまな 支援・事業 I. 周産期に関わる支援・事業 II. 福祉に関わる支援・事業 III. メンタルヘルスへの支援 IV. ドメスティック・バイオレンスへの支援 |
| 7 | 用語解説 |

| |
|------------------------------|
| I. 社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦に関する 用語 |
| II. 児童虐待に関する用語 |
| III. 社会的ハイリスク妊婦の支援に関する 用語 |
| IV. その他の関連する用語 |

執筆者一覧

上野 昌江
関西医科大学看護学部 教授
大塚 公美子
聖路加国際大学大学院博士課程
片岡 弥恵子
聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学教授
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 医長
倉澤 健太郎
横浜市立大学 医学研究科・生殖生育病態医学 助教
佐藤 拓代
公益社団法人 母子保健推進会議会長
清野 仁美
兵庫県立医科大学 精神科神経科講師
田口 眞規子
愛仁会 井上病院 地域連携センター
医療福祉相談科 医療ソーシャルワーカー
田中 由美
大阪府 福祉部子ども室家庭支援課児童福祉司
谷口 武
定生会 谷口病院 院長
中井 章人
日本医科大学 産婦人科 教授
平野 慎也
大阪母子医療センター 新生児科副部長
薬師寺 順子
大阪府岸和田子ども家庭センター所長
柳村 直子
日本赤十字医療センター 周産期看護師長
和田 聡子
大阪母子医療センター 看護部看護師長
光田 信明
大阪母子医療センター 副院長

(敬称略)

研究Ⅳ：A市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

対象となったA市で出産した母親は、489人であった。そのうち、「アセスメントシート（妊娠期）」による評価が行われたのは、461人であった。「アセスメントシート（妊娠期）」による評価が行われなかった28人は、いずれも転入された妊婦であった。「アセスメントシート（妊娠期）」による評価の結果、フォロー終了となった妊婦330人（330/461：72%）いた。しかし、フォロー終了妊婦のうち20人（6%）が、後に医療機関から要支援の情報提供がなされていた。いずれも産後の情報提供で、低出生体重児以外の理由が15人であった。この15人は、「アセスメントシート（妊娠期）」では拾い上げるのでできなかった『要フォロー妊婦』である。一方、「アセスメントシート（妊娠期）」による評価の結果、『ハイリスク妊婦』と認識された妊婦は159人（159/461：34%）いた。そのうち、医療機関から要支援の情報提供があったのは、37人（23%）いたが、このうち妊娠中に情報提供がなされたのは、12人、産後に情報提供されたのは25人であった。この25人の中で、低出生体重児以外の理由が22人であった。対象となった妊婦のうち、特定妊婦の数は、8人（8/489：1.6%）であった。1例のみ「アセスメントシート（妊娠期）」で評価されていない妊婦（妊娠中に転入）から発生したが、それ以外は、「アセスメントシート（妊娠期）」による評価により、『ハイリスク妊婦』と認識された母親から発生していた。また、医療機関からの情報提供がなされていない妊婦から1例、特定妊婦がいた。

「アセスメントシート（妊娠期）」による特定妊婦のスクリーニング精度に関しては、感度100%、特異度66%、陽性適中率4%、陰性適中率100%であった。

研究Ⅴ：A市における特定妊婦支援

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

このうち要保護となった乳児は50人に上った。特定妊婦のうち、平成29年度と平成30年度を比べると、要保護の割合が13%から26%に増加した。要保護の割合が増えている理由は、既に要保護で管理しているケースが妊娠したことや、特定妊婦をきっかけに上の子の所属を確認し、虐待が把握された場合もあった。大阪府では妊娠届出時、特定妊婦リスクアセスメントシートをつけることになっている。それに基づいて特

定妊婦に多い項目を列挙すると、

- ① ひとり親・ステップファミリー
 - ② 若年妊娠
 - ③ 胎児の兄弟への虐待
 - ④ 望まない妊娠
 - ⑤ 経済的困窮・社会的リスク
 - ⑥ 保護者の被虐歴
 - ⑦ 精神疾患等
- となった。

これら特定妊婦の産後の転機を調査すると、平成29年度では出産後終結したケースは14人（25%）であった。要支援を終結する場合、乳児全戸訪問、4か月児健診を経て健康推進課が直接母子に会うなどして異常なしとしたケースや子育て支援課が上の子の所属情報で異常なしを確認後、実務者会議で終結の決定をする、などした。要支援を継続しているケースは22人あり、うち4か月健診が終了しているケースが18人であった。この中には再度妊娠し特定妊婦になった、DVの疑いがある、離婚したなどのケースが含まれる。要支援から要保護に上げたケースは9人おり、上の子の虐待を把握した、4か月児健診で子を放置して上の子の送迎をしたことを把握した、低体重がある、面前DVなどを認めたため要保護とした。また、上の子の虐待があるなどの理由で要保護を継続しているケースは8人にのぼる。

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

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

対象(1,313人)の妊娠届出のアセスメント結果は特定妊婦:29人(1.9%)、ハイリスク妊婦:300人(19.7%)、ローリスク妊婦:984人(64.4%)であった。対象1,313人のうち、3歳6ヶ月までに要保護・要支援児童になったのは63人(4.8%)であった。それぞれの内訳は特定妊婦:29人(100%)、ハイリスク妊婦:22人(7.3%)、ローリスク妊婦:12人(1.2%)であった。特定妊婦から出生した児童の経緯は、終結は4か月:0人(0%)、1歳半:9人(31.0%)、3歳半:10人(34.5%)であった。転出は4か月:2人(6.9%)、1歳半:3人(10.3%)、3歳半:6人(20.7%)であった。3歳6か月児健診時点での累積要支援児童・要保護児童状況はローリスク妊婦(1.2%)<ハイリスク妊婦(7.3%)<特定妊婦(少なくとも44.8%)となっていた。

研究Ⅶ：本邦の母子保健事業の現状調査(2019)

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

母子保健担当部署の名称を表1に示す。名称は同一でなく、市区町村によって様々な名称が用いられていた。(資料表1)子育て世代包括支援センターの名称、市区町村子ども家庭総合支援拠点の名称、家庭児童相談室の名称を示す(資料表2・3・4)。

アセスメントの実施方法は平成28年(2016年)のときには、面談は約5割でしかなかったが、平成31年(2019年)には、9割が面談に加えて質問表を用いて行っていた。

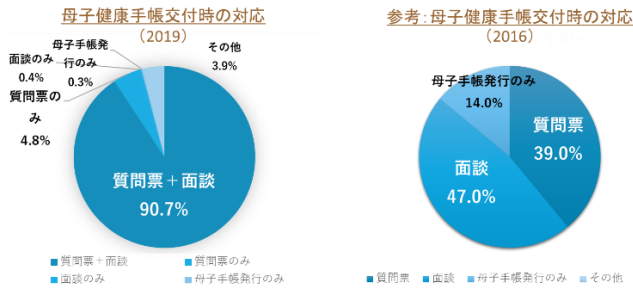


図6 母子健康手帳交付時の対応 (左:2019年 右:2016年)

特定妊婦判断基準がある市区町村は15%で、特定妊婦と最終的に決定している部署は、母子保健担当が約4割を占めていた。特定妊婦の比率は、全国平均が2.4%で1~3%が最も多かった。

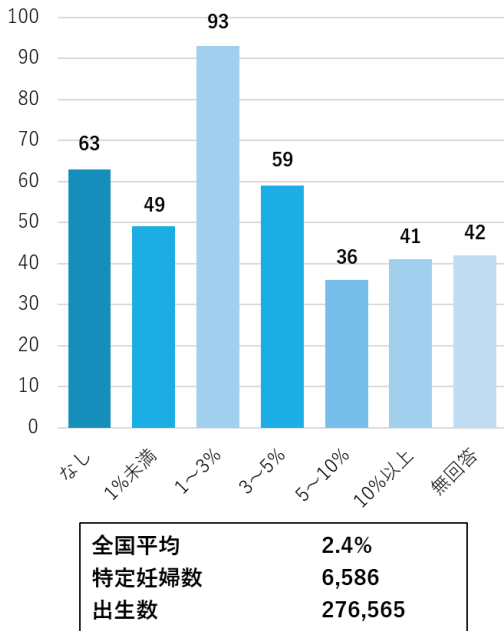


図7 特定妊婦の比率

表7 子育て包括センターの設置の有無と事業比較

A: 子育て包括センター設置している市町村
B: 子育て包括センター設置していない市町村

| | A | B |
|-------------|-----|-----|
| 家庭総合支援拠点 | 40% | 6% |
| 家庭児童相談室 | 55% | 14% |
| 産前・産後サポート事業 | 40% | 10% |
| 産後ケア事業 | 60% | 23% |
| 産婦健康診査事業 | 45% | 33% |

子育て包括センター設置している市区町村は、子育て包括センター設置していない市区町村に比較して、産婦健康診査事業を除いた他の事業の開始・設置率が有意に高かった(表7)。また、対応分析により、子育て包括センター設置している市区町村は、他の事業も行っているという特徴が分かった(図8)。

(対応分析)

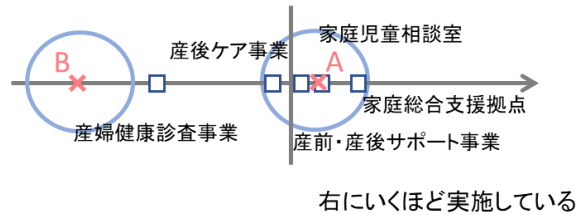


図8 対応分析

研究Ⅷ：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

① 回収率と属性

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

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

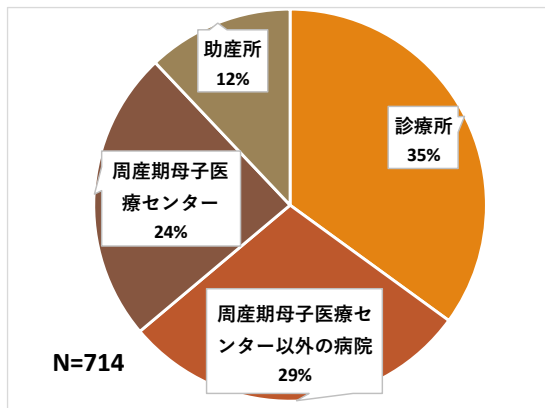


図9 回答施設の施設形態

② 社会的ハイリスク妊婦の把握

全ての妊婦に対して社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている施設は 426/703 施設(未回答 11 施設)(60.6%)であった。施設形態別に比較すると、周産期母子医療センター136/172 施設(79.1%)、周産期母子医療センター以外の病院 126/202 施設(未回答 4 施設)(62.4%)、診療所 132/247 施設(未回答 3 施設)(53.4%)、助産所 32/82 施設(未回答 4 施設)(39.0%)であり、施設形態別で違いがあった(表 8)。

表 8 社会的ハイリスク妊娠スクリーニングの実施設数(n=714)

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

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

③ 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制

周産期医療センターは 161/171 施設 (未回答 1 施設除く)(94.2%)で施設内の多職種との支援検討の機会があった。地域周産期母子医療センター124 施設の

中で、精神科医師との支援検討の場を設けている施設は 44/124 施設(35.5%)、臨床心理士との支援検討の場は 46/124 施設(37.1%)であった(表 9)。

表 9 社会的ハイリスク妊婦への参加施設内の体制 (n=172)

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

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

④ 社会的ハイリスク妊婦に関する多機関の連携

1. 産科施設と市町村情報共有

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

図 10 には、産科施設から市町村への情報提供件数と市町村からのフィードバック件数の比較を示している。

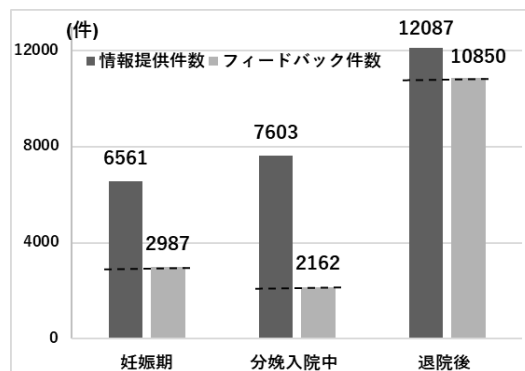


図 10 産科施設から市区町村への情報提供件数とフィードバック件数の比較

産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には 403/525 施設(未回答 107 施設)(76.8%)合計 6561 件、

分娩後入院中 326/535 施設(未回答 98 施設)(61.0%)合計 7603 件、退院後 423/519 施設(未回答 114 施設)(81.7%)合計 12087 件で行われていた。市町村からのフィードバックは妊娠中には合計 2987 件、分娩入院中には合計 2162 件、退院後は合計 10850 件であった(表 10)。

表 10 昨年 1 年間の市区町村への情報提供の有無 (n=632)

| 情報提供 | 妊娠期 | 分娩入院中 | 退院後 |
|--------------------|------------|------------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| 提供した ¹⁾ | 403 (76.8) | 326 (61.0) | 423 (81.7) |
| 情報提供していない | 122 (23.2) | 208 (39.0) | 95 (18.3) |
| 未回答 | 107 | 98 | 114 |

1)件数の記入がある施設を合計した。

2. 多機関との支援検討の場や機会

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

3. 里帰りや転居時の情報提供

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

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

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

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

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

産期を担当する MSW がいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも 63%であった。院内での周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。

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

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

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

横断的調査では大阪府下の精神科医療機関 66 施設、分娩取扱施設 53 施設の施設代表者から有効な回答を得た(回収率 22.6%)。

① 精神科医療機関の調査結果

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

これらの精神科医療機関のうち継続診療する妊婦数が「年間 1 人～5 未満」である施設が 65%、「年間 5 人以上」の施設は 20%であった。また、継続診療する授乳婦数が「年間 1～5 人未満」が 74%、「年間 5 人以上」は 12%であった。概算で、大阪府下で出産した全妊産婦のおよそ 2.5%が精神科医療機関で継続診療されていた。

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

妊婦・授乳婦が精神科医療機関を受診する経緯は、「産婦人科からの紹介(31%)」が最も多かったが、「紹介なし(28%)」で自ら受診するケースや、「保健師からの受診勧奨(19%)」もみられた。自由意見では、精神科への紹介や受診勧奨時に、分娩取扱施設の医療者や保健師から妊婦・授乳婦・家族へどのように説明(疾病教育、心理教育を含む)がなされたかが、その後の妊婦・授乳婦・家族の精神科診療に対する認識に影響を与えていること、よって分娩取扱施設の医療者や保健師による適切な説明(疾病教育や心理教育を含む)が望まれること、妊産婦のメンタルヘルスケアが

「精神科医療に丸投げ」にならず産科医・助産師や保健師による包括的なケアが維持されたまま、そこにあらたに精神科医が支援者の一人として加わるという形が望まれるという意見が挙げられた。

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

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

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

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

② 分娩取扱施設の調査結果

分娩取扱施設 53 施設の内訳は「院内に精神科(心療内科)がない施設」が30件、「非常勤の精神科医による診察が可能」な施設が5件、「院内に精神科(心療

内科) 外来はあるが精神科入院病床はない施設」が13件、「院内に精神科入院病床がある施設」が5件であった。

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

メンタルヘルスに不調を呈する妊婦、授乳婦に対して分娩取扱施設内でも助産師(86%)、産科医(56%)がメンタルヘルスケアをしていると報告されており、院内に精神科医が勤務している、いないに関わらず、初期対応として周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが行われていることが明らかになった。主に助産師外来でのフォローアップや電話相談(電話訪問)、妊婦健診時から産後までプライマリーナーシング(担当助産師/看護師が継続して関わる)、両親学級での啓発活動などによって実施されていた。自由意見では、メンタルヘルスの評価やケアを行う上での「マンパワー不足」、メンタルヘルスケアにだけでは解決しえない「社会的問題に対する介入をどのように行うか」が課題として挙げられた。

半数以上の分娩取扱施設が精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、

精神症状があり、生活に支障をきたしている(77%)

自傷・自殺念慮がある(73%)

幻覚・妄想がある(60%)

であった。

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

ず総合病院産科・精神科に集中し負担が増加している現状が報告された。

令和2年3月28日、12月6日に研修会実施を予定していたが、COVID-19感染拡大防止のため中止となった。よって、研修会のプレ・ポストテストの結果は得られていない。

研究XI：シリアスゲームによる社会的ハイリスク妊婦支援における多職種連携の促進

ゲームの内容は光田班から提供される「社会的ハイリスク妊婦支援の手引書」に基づいている。文書をゲーム化することで以下の利点がある。

- ・ストーリーの中で専門用語を説明

ハイリスク妊婦支援に関する専門用語や知識は数多く、異なる職種間では名称を羅列されるだけでは理解が難しい。ストーリーの中で専門用語を説明することで理解しやすくなる。



図1.1 ストーリーのある展開



図1.2 ゲームの流れでの専門用語の解説

- ・関連施設を疑似体験

家族は実際の生活の中で、様々な支援者と関係し、多くの制度を利用することになる。ゲーム内ではNICUや乳児院など訪れる施設を自由に選択し、その内部を自由に歩き回ることができる。



図1.3 アクティブラーニング

・アクティブラーニング：シナリオには選択肢を設け、選択によって展開に変化を持たせる。支援ポイントを獲得できる等、ゲーム性を持たせること学習モチベーションを高めさせる。こうした工夫により受け身でなく積極的な学習＝アクティブラーニングを促す。ゲームを通じてプレイヤーは今後生じる問題をあらかじめ疑似体験することができる。



図1.4 ゲーム内で知識定着度のチェック

手引書とともにQRコード、DVDでの配布を予定している。完成した作品は以下の方法で広く公開できる。

- ①ブラウザゲームとして、ネットで使用可能にする。
- ②Windowsアプリケーションとして配布する
- ③MacOSアプリケーションとして配布する
- ④iOSアプリとしてApp Storeで公開する
- ⑤AndroidアプリとしてGoogle Playで公開する

D. 考察

前回 光田班(平成27～29年度)研究課題名は『妊婦健康診査および妊婦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』であった。今回(平成30年度～令和2年度)は

『社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究』である。研究を始めるに当たってまず、“社会的ハイリスク妊娠”という言葉は、母子保健事業の課題ではあるが、周産期医療の課題として捉えていいのであろうか?という問題意識を持って研究を開始した。一般社会において、未受診妊娠、妊産婦の自死、児童虐待等々の言葉が見聞きされ児童虐待防止法、児童福祉法等の法整備が開始された。健やか親子 21 においても『妊娠期からの児童虐待防止対策』、『切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策』が唱われ、周産期医療も医療・保健・福祉の多機関・多職種連携の始まりとしての体制構築が望まれる社会的要請を感じるようになってきた。学会においても、症例報告から臨床研究報告、シンポジウム開催と認知・感心は拡大してきた。そのような状況においても、“社会的ハイリスク妊娠”の定義は示されないままであった。そこで、我々としては、各種研究を積み重ねながら議論を重ねた。その結果として、社会的ハイリスク妊娠の定義として『さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠』を提案するに至った。各方面からのご意見・ご批判を期待するものである。

すでに、社会的ハイリスク妊娠、児童虐待、未受診妊娠、子育て困難等には数多くの関連要因が提示されている。しかし、因果関係として実証された要因はない。若年、貧困、未婚、精神疾患等々の要因が挙げられてはいるが、逆にそれらを抱えた妊婦さんが児童虐待に至るとは決まっていない。“特定妊婦”もそうである。児童福祉法第 6 条 3 の第 5 項中(平成 21 年 4 月 1 日)には『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。決して、児童虐待防止法に規定されている訳ではないし、“児童虐待予備軍”でもない。従来、周産期医療は時間軸から言えば、妊婦さんと胎児は産婦人科が関与し、出生後は小児科・新生児科等に引き継がれることが一般的であった。胎児を“Fetus as a Patient”と捉えた場合は、プレネイタルビジットが行われてきた。しかし、特定妊婦は子育てを意識した概念を内包している。すなわち、母子保健事業の中に出産後の子育て支援の概念が導入されたことになる。さらに、妊産婦の自死という課題が注目されるに至った。元来、本邦の妊産婦死亡統計には自殺は含まれていなかった。しかしながら、年間の妊産婦死亡が 30 名程度に減少した本邦において自殺者数が 100 名前後の可能性があるという報告が散見され、衝撃をもって受け止められた。ここにおいて、妊産婦メンタルヘルスは従来の精神疾患合併妊娠の範疇と異なって位置づけられ、母児の転帰にも大きく関与する要因であるとの認

識が形成された。つまり、周産期医療の課題としても“社会的ハイリスク妊娠”が挙がってくることになった。もし、妊娠期からの支援によって、出産後の母児の転帰が改善するとしたら、その要因の抽出と対応策が待たれる。約 50 年間の周産期医療の飛躍的進歩によって多くの母児の予後は劇的に改善している。母体死亡率、周産期死亡率を見ても、世界のトップの状況である。このような状況にも関わらず、“社会的ハイリスク妊娠”によって母児の健康が損なわれるとしたら残念である。母子保健事業は母児の健やかな健康を目指しており妊婦届・妊婦健康診査はその始まりである。しかしながら、社会的ハイリスク妊娠をアセスメントする体制は発展途上であり、“社会的ハイリスク妊娠のアセスメント”はどのように行われるべきであろうか?

光田班の命題はまさに、ここにあった。すでに、“社会的ハイリスク妊娠”をアセスメントするための試み、提案は『大阪府アセスメントシート』等散見されていた。しかし、最大の問題は、各要因が実証的な研究によって、検証を受けていないことであった。いかなる課題であっても、医学上の問題と捉え、医療で取り組もうとすれば、科学的検証作業は避けられない問題点であった。そこで、我々は、他府県での前向き研究を計画することとなった。本稿の**研究Ⅱ：社会的ハイリスク妊娠と子育て困難の関連性を効果検証する前方視的研究**がこれに当たる。この研究によって社会的ハイリスク妊娠のアセスメント要因を実証的に決めることができた。

我々はこの尺度を Social Impact for Mother (SLIM) スコアとした。AUC は 0.63 であり、高くはなかったものの、今後の研究の端緒にはなったと考える。この SLIM スコアを低群 (0-5 点; 87.9%)、中群 (6-9 点; 9.4%)、高群 (10 点以上; 2.7%) とし、社会的ハイリスク群に関するオッズ比を算出すると、中群で 2.54 (95%信頼区間: 2.02-3.18)、高群で 5.44 (95%信頼区間: 3.76-7.87) であり、有意に予測することが確認された。この関連については、各県に層別化して確認したところ、概ね同様の結果であった。また、周産期センターと一般の産科病院とで層別化しても、同様の結果であった。

インターネットを介した Baby プラス調査においても概ね同様の結果が得られた。しかし、部分的に検討を要する課題が発生している。4 県の前方視的研究では母体年齢因子には統計学的有意差が示されなかった。Baby プラスによる研究では若年者が社会的ハイリスク妊娠の有意な要因となった。もちろん、異なった研究方法であるからすべての結果が一致しなくてよい。しかし、母体年齢因子は《子ども虐待による死亡

事例等の検証について》報告書等の多数の事例検討においても若年という因子は繰り返し強調されている。母体年齢因子などは統計学的検証を経るまでもなく、強い関連要因と思いがちである。ところが、必ずしもそうでなかったということは、“社会的ハイリスク妊娠”も他の事象と同様に、統計学的検証が必要であることを再認識できた。医学は常にそうした検証の積み重ねがあるので、妊婦健康診査における医学的検査はスクリーニング検査としての意義が裏付けされている。一方で社会的ハイリスク妊娠は妊産婦さん自身あるいは周辺の支援者が意識しないとリスク要因がないことになる。従って、社会的ハイリスク妊娠を把握するためには、アセスメントするツールの開発が必須となる。第1次光田班発足時には“特定妊婦”という言葉さえ産婦人科医師では知られていなかった。本来ならば、子育て、児童虐待、メンタルヘルス等を“周産期医療の課題”とみなすためには、医学的因果関係が示されてからスクリーニングへと進んで行く。光田班においては、特定妊婦と要保護児童対策地域協議会(要対協)における要支援・要保護児童認定の強い関係を示すことができた。もちろん、今回のSLIMスコアは完成品ではなく、第一歩としての位置づけと考える。

切れ目のない医療・保健・福祉の多機関・多職種連携も提唱されて何年にもなるが、なかなか実効性が乏しい。本研究班(第2次光田班)はこの部分への対応策の始めとして“多機関・多職種による手引書”作成を目的とした。多機関・多職種連携の阻害要因としてはまず、言葉の違いが挙げられる。要対協を要保護児童対策地域協議会という自治体関係者はまずいない。全国的には要対協である。母子保健事業の実施主体は市区町村の保健センターが担っている。保健所は都道府県、政令市等が設立母体であり、保健センターとはまったく異なる。しかし、医療関係者ではこの違いさえも理解されていない。精神保健行政は現時点においても保健所の関わりが多い。必然的に精神科医師は保健所との関係が深くなる。産婦人科医師、新生児科医師等は保健センターとの関与が多くなる。特定妊婦でどうしても母児分離がやむを得ない事例が発生した場合には一時保護となる。この場合は、福祉機関である児童相談所が関与する。児童相談所の名称も大阪府では“子ども家庭センター”(略して子家セン)と呼ばれる。このような、状況を改善し、実効性のある医療・保健・福祉の連携体制を構築しようとするれば、まず多機関・多職種連携職員による、手引書が必要と考えた。今回の手引書は多くの職種の方々の協力が得られた。手引書はそれほど分厚くはないが、手に取って簡単にみるというには使いにくい。そこで、ITを使った動画作成も行った。これはゲーム形式で場面が展開されて

いく中で手引書を読むに等しい効果が得られる。是非とも、活用いただきたい。

“特定妊婦”は『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』とされているが、実証的には示されていなかった。第1次光田班においては特定妊婦から修正した児童が要保護児童対策地域協議会(要対協)において、高率に要支援・要保護児童となっていることを報告した。本研究班においては、相当長期間(3年以上)に亘って要支援・要保護児童として支援を受け続ける状況が明らかとなった。さらに、社会的ハイリスク妊娠の重症度に応じて、要対協に登録される児童の頻度が高くなることも示すことができた。

産科医療機関と市区町村の連携状況もまだまだ課題がおおく、適時な連携支援は困難であることも明らかにされた。

母子保健事業の中で大きな役割を持つ保健センターの体制のアンケート調査においても、現状が示された。子育て世代包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点、民間あっせん機関による養子縁組、産前・産後支援等と多岐に亘る。特定妊婦の頻度はバラツキがおおく、およそ2~10%程度と想定される。出産後、入院中に児童相談所による一時保護も決してまれな事例ではないこと、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童がいること等の現状が示された。いくら、児童相談所が介入するといっても、周産期の病院で起きることなので、母児双方を支える実効性のある支援体制構築が望まれる。

本研究班の成果は、“社会的ハイリスク妊娠”をより実証的検証を加えた研究としてお示しできたことである。今後の、研究の積み重ね、施策への応用の一助になることを祈念します。

E. 結論

“社会的ハイリスク妊娠”の定義として、『さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠』を提唱した。社会的ハイリスク妊娠は母児にとってハイリスクであり、メンタルヘルス不調、育児困難さらには自殺、児童虐待等といった重篤な転帰に至る可能性がある。各種調査によって、要保護児童対策地域協議会における特定妊婦から出生した児童の状況も明らかにされた。医療・保健・福祉の連携状況における課題も最新の調査で示すことができた。メンタルヘルス不調の妊産婦さんを支援する周産期施設、精神科施設の課題も示すことができた。示された課題への対応としては、妊娠期からの切れ目のない支援が必要とされ、社会的ハイリスク妊娠把握のためのアセスメントツール開発が待たれた。そこで、我々は前向き

研究を実施して実証的に **Social Impact for Mother (SLIM)** スコアを開発した。さらに、多機関・多職種連携のために、“社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書”を作成した。この手引書の普及のために IT 動画も完成させた。我々の研究班から得られた成果を利活用すれば、より有用な母児支援を包含した母子保健事業遂行に寄与できることが期待できる。

F. 健康危機情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

- 1) 第 70 回日本産科婦人科学会学術集会：妊産婦の自殺を防ぐために
光田信明
2018 年 5 月 10 日：仙台
- 2) 第 54 回日本周産期・新生児医学会学術集会：メンタルヘルスと Local HealthCare Network
光田信明
2018 年 7 月 10 日：東京
- 3) 日本子ども虐待防止学会 第 24 回学術集会
おかもやま大会：社会的ハイリスク妊婦に対する医療・保健・福祉による連携支援のあり方
光田信明
2018 年 12 月 1 日：岡山
- 4) 光田班・日本産科婦人科学会共催
公開シンポジウム：周産期からの虐待予防
光田信明
2019 年 2 月 11 日：東京
- 5) 日本子ども虐待防止学会 第 25 回学術集会
ひょうご大会：妊娠届出時アセスメント結果と出生児の虐待状況について～妊娠期から 3 歳 6 か月児健康診査までの追跡～」
鍛冶みか、光田信明、岡本陽子、金川武司、川口晴菜、和田聡子
2019 年 12 月 22 日：兵庫
- 6) 第 67 回日本小児保健協会学術集会：実効性のある切れ目のない子育て支援へのパラダイムシフト
光田信明
2020 年 11 月 5 日：福岡

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

利点：

- ・社会的ハイリスク妊娠把握に向けての定義提案ができた
- ・統計学的検討を可能にした社会的ハイリスク妊娠アセスメントシートを作成できた
- ・特定妊婦から出生した児童は少なくとも数年単位の支援が必要である
- ・妊産婦におけるメンタルヘルスは母児の健康に関与することが示された
- ・母児支援には医療・保健・福祉における多機関・多職種連携には課題が多いが、必要である
- ・多機関・多職種連携連携ツール(手引書・IT 動画)の開発ができた。

問題点：

- ・アセスメントシートと特定妊婦、要支援・要保護児童との関連性・因果関係は検討されていない。
- ・多機関・多職種連携ツールの実装効果が確認できていない

J. 今後の展開

- ・妊婦健康診査に社会的ハイリスク妊娠把握の導入
- ・母子保健事業における具体的・継続的な多機関・多職種連携体制構築

令和元年度 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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
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 大阪母子医療センター
副院長 光田信明

「社会的ハイリスクの位置づけ及び取り扱いに関する研究」

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

研究要旨

少子化や核家族化の進行などにより子どもを生き育てる環境は変化している。そして児童福祉法において「特定妊婦」が規定され、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつある。しかしながら、現時点では社会的ハイリスクそのものの明確な定義づけはされておらず、改めて社会的ハイリスクとは何かを考察することは重要である。

これまで平成 27-29 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、研究対象の妊産婦の特徴を探った。また、多職種間での意見を集約した。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。従って、当該研究班としては「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」を社会的ハイリスク妊産婦と呼ぶこととした。要因は、内的・外的様々であり、医学的な疾病であることもあれば、身体的にも精神的にも問題はなくとも、経済的問題や家庭の問題などを持つことにより、子育てに関する情報へのアクセスに困難さが伴えばハイリスクとなりえる。そして、ハイリスク妊娠とする基準として、面接やアセスメントシートなどを活用して総合的に判断する必要がある。社会的ハイリスク妊娠は、大阪を参考に「要チェック妊婦」、「要フォロー妊婦」、「特定妊婦」と細分化が可能である。職種により、医学的な観点や心理経済学的観点などさまざまな側面があるが、ここを起点としてあらゆる方向からの議論の発端となることを期待する。特定妊婦については、情報共有の場が提供されるが、今後特定妊婦に至らないとしても、相応の協議会調整機関での共有などが行えるように個人情報保護の観点も考慮に入れながら、検討する必要性もあろう。

A. 研究目的

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

底、公費負担への取り組みが主であった。その後、1990年代に入り、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生き育てる環境の変化し、育児の孤立等による妊産婦や乳幼児を取りまく環境も変化した。近年では、児童福祉法において「特定妊婦」が規定されたが、その具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく、試行錯誤が続いている。

児童福祉法第6条3の5項

| | |
|-------|---|
| 特定妊婦 | 出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦 |
| 要支援児童 | 保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童に該当するものを除く） |
| 要保護児童 | 保護者のない児童又は保護者に監護させることが不適当であると認められる児童 |

34

本研究班の前身である、「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」により、ハイリスク妊産婦に関する知見が集められつつあり、これを機に、改めて「社会的ハイリスク妊産婦」について考察を加えることは、今後の社会的ハイリスク妊産婦に関する研究を推進する上でも重要な起点となる。

妊娠、出産、子育てに関する課題



18

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・29年度総括・分担研究報告書および総合研究報告書、ならび平成30年度より開始された本研究「社会的ハイリスク妊産婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究」事業により各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察する。

C. 研究結果

平成27-29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、カテゴリとして①基本情報(学歴など)、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊娠の状況、⑤産後の生活の準備、⑥妊娠の受け止め、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居、に分類している。

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

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

D. 考察

「社会的ハイリスク妊娠」は、近年広く認識されるようになったものの、明確な定義付けはなされておらず、産科婦人科学会の用語集にも収載されていない。広辞苑によると、定義(definition)は、概念の内容を限定すること、とある。すなわち、ある概念の内包を構成する本質的属性を明らかにし他の概念から区別すること。その概念の属する最も近い類をあげ、さらに種差をあげて同類の他の概念から区別して命題化すること、ともある。本来、普遍的であることが多いが、社会通念の変化により、定義が時代的に変遷することもある。たとえば、いじめについては、児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査における定義では、これまで2回の変更が行われている。すなわち、昭和61年度に初めていじめが定義づけられたが、当時は「①自分より弱い者に対して一方的に、②身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、③相手が深刻な苦痛を感じているものであって、学校としてその事実を確認しているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わないもの」としていた。当時は、学校がその事実を確認しているものに限定しており、いじめられた児童生徒の立場に立っていなかった。現在では、いじめ防止対策推進法の施

行に伴い、平成 25 年度に定義されたものを採用している。つまり、「いじめとは、児童生徒に対して、当該児童生徒が在席する学校に在籍している等当該児童生徒と一定の人的関係のある他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものも含む）であって、当該行為の対象となった児童生徒が心身の苦痛を感じているもの」とされた。

また、不育症についても、厚労科研による研究の成果として不育ラボにその定義が掲載されているが、幅広い解釈が可能で、将来的な解決すべき課題についても記述されている。つまり、「妊娠はするけれども、2 回以上の流産、死産を繰り返して結果的に子供を持たない場合、不育症と呼びます。習慣（あるいは反復）流産はほぼ同意語ですが、不育症はより広い意味で用いられています。日本、アメリカ、ヨーロッパでは 2 回以上の流産・死産があれば不育症と診断し、原因を探索する事を推奨しています。また 1 人目が正常に分娩しても、2 人目、3 人目が続けて流産や死産になった際、続発性不育症として検査をし、治療を行なう場合があります。なお、妊娠反応は陽性だが、子宮内に赤ちゃんの袋（胎嚢）が見えずに終わる生化学的妊娠（化学流産）は、現在のところ流産には含めていません。しかし、2017 年に欧州生殖医学会（ESHRE）は、生化学的妊娠も流産の回数に含めるとの認識を初めて示しました。繰り返す生化学的妊娠を不育症に含めるかは、今後の課題です。なお、繰り返す生化学的妊娠についての、明確な治療法についての指針やガイドラインは現在のところありません。これからの課題です。」とあり、今後の研究により、定義や取扱い、対策が変わりうることが記載されている。

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

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

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

によるフォロー継続とした妊婦、または協議会調整機関に報告し、協議会実務者協議で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦である。

妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関の連携について 社会科学研究 光田 昭

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

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

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

「社会的ハイリスク」の明確な定義は学会でも未だないが具体的には、本人の問題点(精神状態、性格、依存性、身体合併症、虐待、被虐待、妊娠状況、受診

状況妊娠出産の受け止め)、養育状況の問題点(児への感情、育児ケアの問題家事、児を守る人的資源)、家庭環境の問題点(夫婦関係、経済状況、居住状況、相談相手はいるか)、子供の問題点(多胎、分離の必要性、健康状態)、その他(援助協力を発信、受容できるか)などの問題点を含んでいるものを指す。

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

したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることができる。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。

以上より、当該研究班としては「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」を社会的ハイリスク妊娠と呼びたい。要因は、内的・外的様々であり、医学的な疾病であることもあれば、身体的にも精神的にも問題はなくとも、言語の問題を抱える外国人も、情報へのアクセスに困難さが伴えばハイリスクとなりえる。そして、ハイリスク妊娠とする基準として、面接やアセスメントシートなどを活用して総合的に判断する必要がある。社会的ハイリスク妊娠は、大阪を参考に「要チェック妊婦」、「要フォロー妊婦」、「特定妊婦」と細分化が可能である

が、今後特定妊婦に至らないとしても、相応の協議会調整機関での共有などが行えるように個人情報保護の観点も考慮に入れながら、検討する必要性もあろう。

E. 結論

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

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 倉澤健太郎: 女性診療における医療政策. 医学のあゆみ 269(1)109-115, 2019

2) 倉澤健太郎: 一過性頻脈、reassuring とは。ペリネイタルケア 38(4)342-346, 2019

2. 学会発表

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.

5) 倉澤健太郎: 児童虐待予防からみた社会的ハイリスク妊娠, 平成 30 年度地域母子保健事業 母子保健活動における児童虐待予防研修会, 東京, 2018, 6

6) 倉澤健太郎: 社会的ハイリスク妊娠について, 平成 30 年度山形県母子保健指導者講習会, 山形, 2019,3

7) 倉澤健太郎: ELITE. 女性医学ガイドブック, 金原出版株式会社.516-520, 2019

8) 倉澤健太郎: 「令和の子育て」を考える. 第 138 回関東連合産科婦人科学会(シンポジウム), 2019,10

9) 倉澤健太郎: 妊産婦メンタルヘルスと行政(自殺対策～多職種連携の充実～). 第 60 回日本母性衛生学会(シンポジウム), 2019,10

10) Kurasawa K, Fujimori K, Yamanaka T, Hamanoue H, Sugo Y, Miyagi E, Hirahara F, Kinoshita K. Monitoring of Congenital Anomaly in Japan the 13th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation - CLEFT 2019(Symposium), 2019,7

11) 倉澤健太郎: 社会的ハイリスク妊娠について. 平成30年度山形県母子保健指導者研修会. 2019,3

12) 倉澤健太郎: 社会的ハイリスク妊娠とは. 地域母子保健研修会「母子保健活動における児童虐待予防」2019 6

13) 倉澤健太郎: 社会的ハイリスク妊娠の取り扱いについて. 令和元年度東京都周産期医療ネットワーク連携会議 2019,6

14) 倉澤健太郎: 産婦人科領域における諸課題. 令和元年度神奈川県医師会妊産婦のメンタルヘルス講演会. 2019,6

15) 倉澤健太郎:先天異常発生要因を監視する.
令和元年度妊婦授乳婦専門薬剤師養成研
修,2019,7

16) 倉澤健太郎:妊産婦にとって本当に必要な
支援を行うために.周産期メンタルヘルスケア講
演会,2019,9

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
 社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
 に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
 (総合) 研究報告

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
 副院長 光田信明

「社会的ハイリスク妊産婦把握のためのSLIMスコア開発」

| | | | | |
|-------|---------------------|--------------------------|---------------|-----|
| 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 | |
| | 佐藤 昌司 | 大分県立病院 | 副院長 | |
| | 管原 準一 | 東北大学 母児医科学分野 | 教授 | |
| | 前田 和寿 | 四国こどもとおとなの医療センター | 副院長 | |
| | 中井 章人 | 日本医科大学 医学部 産婦人科 | 教授 | |
| | 佐藤 拓代 | 公益社団法人 母子保健推進会議 | 会長 | |
| | 荻田 和秀 | りんくう総合医療センター 産婦人科 | 部長 | |
| | 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 | 医長 |
| 谷口 武 | | 医療法人 定生会 谷口病院 | 院長 | |
| 山栴 誠一 | | 社会医療法人 阪南医療福祉センター 阪南中央病院 | 病院長 | |
| 久松 武志 | | 医療法人 三友会 久松マタニティークリニック | 理事長 | |
| 山崎 則行 | | 社会医療法人 生長会 府中病院 産婦人科 | 部長 | |
| 和田 聡子 | | 大阪母子医療センター 看護部 | 師長 | |
| 伊角 彩 | | 東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 | 特別研究員 | |
| 土井 理美 | | 東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 | 特別研究員 | |
| 山岡 祐衣 | 東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 | プロジェクト助教 | | |

研究要旨

本研究は、産後うつやボンディング障害、乳児期における虐待のリスクが高い妊産婦を社会的ハイリスク妊産婦と定義し、産科の妊婦健診時において社会的ハイリスク妊産婦を予測するために有用な尺度を開発することである。

本調査は、大阪府(N=2,393)、宮城県(N=2,040)、香川県(N=414)、大分県(N=3,061)において協力の得られた産科医療機関を対象に前向き調査を実施した(N=7,908)。まず、妊婦健診時において、これまでの文献から社会的ハイリスク妊産婦を予測しうると考えられる母体年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係、婚姻状況、学歴を調査した。そして出産時に妊婦健診の受診回数を調査した。そして産後1か月健診において、産後うつをEPDS(産後うつエジンバラ尺度)により、ボンディング障害についてボンディング尺度により、乳児虐待を揺さぶりと口塞ぎの有無により評価し、これらのうちどれか一つでも該当する場合に社会的ハイリスク妊産婦とした。そして、各項目と社会的ハイリスク妊産婦との関連を多重ロジスティック回帰分析によって解析した。

さらに妊娠出産情報アプリ Baby プラス(管理・運営:株式会社ハーベスト)に登録している妊婦のうちアンケートへの任意の回答者にも同様の調査を行なった。

追跡可能であったのは大阪府(N=1,877)、宮城県(N=1,067)、香川県(N=190)、大分県(N=2,638)で、全体で5,772名(追跡率:73.0%)であった。産後うつは471名(8.2%)、ボンディング障害は428名(7.4%)で、いずれかを有する社会的ハイリスク妊産婦は744名(12.9%)であった。多変量ロジスティック回帰分析の結果、妊娠がわかった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係で有意な関連が認められた。母体年齢、婚姻状況、学歴、妊婦健診の回数は関連がなかった。Baby プラス産前アンケートの解答者:11,287人、産後アンケートの回答者(令和3年2月15日時点):580人(同時点で出産後の人数1,772人(アンケート回収率33%)データ不備19人除き、561人で検討した。その結果、概ね産科医療機関での結果と同様であったが、母体年齢において「24歳以下」がリスク因子であった。

この2つの調査研究から、母体年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係による暫定的なSLIM尺度を活用することで、妊娠初期から社会的ハイリスク妊産婦を把握できることが示唆された。

A. 研究目的

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

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

平成 27 年より厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（以下「光田班研究）」では、社会的ハイリスク妊産婦から出生した児の乳幼児健診時における状況、および社会的ハイリスク妊産婦の持つリスク因子を調査し、1. 医療従事者の感覚によって拾い上げられた社会的ハイリスク妊産婦とコントロール群（＝ハイリスク以外の全症例）では要保護児童対策協議会対象者（以下「要対協ケース」）の割合は明らかに異なること、2. 要対協ケースにつながるハイリスク者は8割方把握されていること、3. 一方コントロール群の中にも要対協ケースが少数ながら存在することなどが明らかになった。しかしアセスメント項目が多岐にわたるため、臨床現場でさらに簡便な形態のアセスメント方法が望まれる。

そこで、本研究は、産後うつやボンディング障害、乳児期における虐待のリスクが高い妊産婦を社会的ハイリスク妊産婦と定義し、産科の初診時において社会的ハイリスク妊産婦を予測するために有用な尺度を開発することである。

本研究で、社会的ハイリスク妊産婦を予測するために使用した尺度を次の表に示す。

| 項目 | 回答選択肢 |
|---------------|-----------------------------------|
| 1) 年齢はいくつですか？ | 0点：25歳以上 1点：20～24歳 2点：19歳以下 |

| | |
|------------------------------------|--|
| 2) 今回の妊娠がわかったとき、どんな気持ちでしたか？ | 0点：嬉しかった 1点：予想外だが嬉しかった 2点：予想外で戸惑った、困った、なんとも思わない |
| 3) 精神疾患の既往がありますか？* | 0点：ない 1点：以前にあった 2点：現在、通院している |
| 4) 対人関係でうまくいかなくなってトラブルになることはありますか？ | 0点：ほとんどない 1点：ときどきある 2点：よくある |
| 5) 経済的なゆとりはありますか？ | 0点：ある 1点：あまりない 2点：ほとんどない |
| 6) 生活の場所は一定していますか？ | 0点：はい 1点：ときどき変わる 2点：よく変わる |
| 7) 本当に困ったときに相談できる人はいますか？ | 0点：何人かいる 1点：一人いる 2点：一人もいない |
| 8) 自分の親との関係に満足していますか？ | 0点：満足している 1点：あまり満足していない 2点：まったく満足していない |
| 9) パートナーとよくケンカしますか？ | 0点：しない 1点：ときどきする 2点：よくする |
| 10) パートナーとの婚姻状況を教えてください。 | 0点：既婚 1点：結婚予定 2点：未婚、再婚（連れ子あり） |
| 11) あなたの学歴を教えてください。 | 0点：高校卒業以上 1点：高校中退 2点：中学卒業 |
| 12) 妊婦検診は毎回受けていましたか？ | 0点：毎回受けた 1点：4回以上受けたが、受けなかった時もある 2点：全く受けなかった、もしくは1～3回しか受けなかった |

B. 研究方法

本調査は、2つのフィールドで実施した。

1) 産科医療機関調査

・対象者

4府県（大阪・宮城・香川・大分）において協力が

得られた産科医療機関で生児を分娩する（した）妊婦全症例を対象とした。

・症例登録期間

研究実施許可後、平成31年4月から令和2年3月31日までとした。

・方法

1. 妊娠中および分娩後入院中に簡便な「社会的ハイリスクアセスメント改定版」（自己記入式質問票）を用いてアセスメント（妊婦健診時 11 項目・出産時 12 項目）を行う
2. 産科医療機関での産後1か月健診時に、母親の健康・育児状況・児の健康状態・虐待傾向把握のためのアンケート調査を行う

・研究デザインと評価項目

妊娠中の社会的ハイリスク因子や医学的情報を原因変数、産後うつやボンディング障害を目的変として多変量解析を行い、産後うつまたはボンディング障害の疑いがある社会的ハイリスク妊産婦を予測する社会的ハイリスクスコアを算出する。

大阪府(N=2,393)、宮城県(N=2,040)、香川県(N=414)、大分県(N=3,061)において協力の得られた産科機関を対象に前向き調査を実施した(N=7,908)。まず、初診時において、社会的ハイリスク妊産婦を予測しうると考えられる年齢、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦（パートナー）関係、婚姻状況、学歴を調査した。そして出産時に妊産婦健診の受診回数を調査した。

各項目の根拠は以下である。

①母体年齢

10代以下の若年妊娠が虐待および産後うつのリスク要因であることは広く知られているが、20代前半も揺さぶりなど乳児虐待のリスクが高いことがわかっている(1)。そこで、20歳未満を2点、20-24歳を1点、25歳以上を0点とした。

また、経験的には高齢出産もリスクが高いと感じる方もいるが、これまでのところそれをきちんと示すエビデンスはないため、ここではリスクとしなかった。今後、この研究でその可能性を検証するために年齢の記入もお願いした。

②妊娠がわかった時の気持ち

妊娠がわかった時の気持ちについては、愛知県がそ

の質問の仕方を全県で統一し、3ヶ月健診等のアウトカムとの関連を前向き縦断調査で明らかにしている(2)。それによると、「予想外で戸惑った」、「困った」、「なんとも思わない」と妊娠時に答えている場合は乳児虐待のリスクが高く、「予想外だが嬉しかった」はそれに続くリスクであることがわかっている。したがって、前者を2点、後者を1点、「嬉しかった」を0点とした。

③精神疾患の既往

妊婦に精神疾患の既往がある場合、虐待や産後うつなどのリスクが高いことは多くの論文で報告されている(3-7)。どのような精神疾患か（うつ病、薬物乱用等）でリスクの度合いも異なる可能性があるため(4)、精神疾患の病名についても記入していただいた。また、通院中の精神疾患と過去の（治癒した）精神疾患では自殺リスクが異なること(8)から、通院中の精神疾患を2点、過去の精神疾患を1点、なしを0点とした。

④対人関係のトラブル（発達障害、人格障害の有無）

発達障害、人格障害が虐待のリスク要因であることが報告されている(9)。しかし、その既往を本人に直接聞くことは難しいため、ここでは「対人関係のトラブル」の経験を聞くことで、それがよくある場合には2点、時々ある場合には1点、ほとんどない場合には0点として発達障害、人格障害の有無をアセスメントした。

⑤経済状況

経済状況が虐待や事故、発育不良、産後うつの要因であることは多くの文献で報告されている(10-13)。主観的な経済状況の報告の場合、実際の年収以外にメンタルヘルスなどが影響するが、その場合でも虐待や産後うつに影響することが分かっている(1)。そこで、経済的なゆとりが「ほとんどない」を2点、「あまりない」を1点、「ゆとりがある」を0点とした。

⑥一定しない生活の場所

妊婦の生活の場所が一定でないことがDVのリスク要因であることが報告されている(14)。ここでは大まかに、「よく変わる」を2点、「ときどき変わる」を1点、「一定している」を0点とした。ちなみに、里帰りは一定しない生活の場所には含まなかった。その理由として、里帰りの有無と虐待との関係は統計的には有意ではないことが報告されていることが挙げられる(2)。

⑦相談相手の有無

相談相手がないことが虐待や産後うつのリスク要因であることは多くの論文で報告されている(1, 15,

16)。妊婦において全くいない場合は夫またはパートナーにも相談できない、あるいは相談できる友人がいないということで、そのリスクは非常に高いことから「全くいない」を2点、「一人いる」を1点、「何人かいる」を0点とした。ちなみに、「本当に困っているときに」という条件をつけないと相談できる人がいる、とほとんどの妊婦が答えてしまうためにこの言葉をいれている。

⑧親との関係（被虐待歴の有無）

虐待の連鎖、つまり被虐待歴がある場合に子どもを虐待しやすいこと、そして被虐待歴がある場合に精神疾患を起しやすいくことは多くの文献が示しており(17)、日本からもいくつか報告がある(18, 19)。しかしながら被虐待歴を直接聞くことは難しいため、被虐待歴は親子関係の不全と考えられることから「親との関係性」を聞くことで被虐待歴を推察できると考えた。つまり、「全く満足していない」を2点、「あまり満足していない」を1点、「満足している」を0点とした。

⑨パートナーとのケンカ（DVの有無）

夫・パートナーからのDVが虐待および産後うつと関連していることが日本のデータから確認されている(20, 21)。DVにも身体的なもの、心理的なもの、経済的なものなど様々あるが、身体的なDVは発生率が低いため、心理的なDVを把握するほうがよいと考え、パートナーとのケンカの頻度でDVを評価することとした。支配関係にある経済的DVは自覚していない場合もあり、ここでは評価しなかった。「よくする」を2点、「ときどきする」を1点、「しない」を0点とした。

⑩パートナーとの婚姻状況（とくに再婚）

婚姻状況が未婚、または離婚している場合（つまりシングルマザーの場合）には虐待のリスクが高いことが報告されている(1)。特に母親または父親に連れ子がありパートナーと再婚している場合にはそのリスクが高いと知られている(22)。また、妊娠時に結婚していないがその予定である、ということは予定外の妊娠であることを示唆し、その場合の虐待リスクも高いと考えられる。そこで、未婚および再婚（連れ子あり）を2点、結婚予定を1点、既婚を0点とした。なお、連れ子のない再婚は既婚とした。また、母親の恋人がおり結婚の予定がない場合には未婚とした。

⑪学歴

知的障害が虐待等の不適切な養育のリスク要因であることが知られている(23)が、その状況も含めて低学歴は不適切な養育のリスクであることは日本の代

表サンプルを用いた研究からも確認されている(24)。そして日本の状況から中卒を2点、高校中退を1点、高校卒業以上を0点とした。

⑫妊婦健診の未受診

未受診妊婦が虐待につながりやすいことは多くの文献で報告されている(25, 26)。ここでは、大阪産婦人科医会のガイドライン(27)にしたがい、全くの未受診および1-3回の受診を2点、4回以上ではあるが全てではない場合に1点、毎回受診している場合に0点とした。なお、この項目は初診時にはわからないため、分娩時にのみアセスメントする項目とした。

そして産後1か月健診において、産後うつをEPDS（産後うつエジンバラ尺度）により評価した。先行研究に従い、8/9点をカットオフとした(28)。また、ボンディング障害についてボンディング尺度により評価した。先行研究に従い、4/5点をカットオフとした(29)。これらのいずれか一つでも該当する場合に社会的ハイリスク妊産婦とした。そして、各項目と社会的ハイリスク妊産婦との関連を多重ロジスティック回帰分析によって解析した。

2) 妊婦アプリ「Babyプラス」の利用者での調査

Babyプラスは無料アプリであり、登録情報は、妊娠中の女性の妊婦健診先もしくは分娩先病院および分娩予定日のみである。ハーベストから授受されるデータはアンケート内容のみである。まず妊娠中に、社会的ハイリスクに関するインターネット調査（「妊娠時アンケート」）を実施した。さらに、産後1ヶ月時に産後うつ、ボンディング障害、虐待に関するインターネット調査（「産後1ヶ月時アンケート」）を実施し、それらのデータを突合することによって、妊娠期に把握した社会的ハイリスク項目と産後うつ・ボンディング障害との関連を検討した。令和2年11月18日—令和3年1月31日に実施した。アプリ登録者は、個別の識別番号で管理されており、2回のアンケートに返答した対象は、本人が記載したメールアドレスによって突合した。

（倫理面への配慮）

1) 産科医療機関調査

大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号1125)。

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

2) アプリ調査

大阪母子医療センターの倫理委員会にて承認を受け実施した(承認番号 1263)。アプリ内に、以下のプライバシーポリシーを記載した。

〔個人情報保護に関する基本方針〕

- ① 個人情報の収集は、本研究が行う事業の範囲内で利用目的を明確に定め、その目的達成に必要な限度においてのみ、適法かつ公正な手段で行います。
- ② 個人情報の利用は、本人の同意が得られた利用目的の範囲内で行います。また、本人の同意がない限り第三者には提供致しません。
- ③ 取得した個人情報は管理責任者を定め、不正アクセス、改ざん、破壊、漏洩、紛失等のリスクに対して、合理的な安全対策を講じます。
- ④ 本研究が業務を外部へ委託する際には、個人情報保護が損なわれることのないよう、必要かつ適切な管理を講じます。
- ⑤ 本人より個人情報について開示、訂正、削除を求められた場合は、原則として合理的な期間内に速やかに対応します。

さらに、個人情報にあたる、メールアドレスと児の誕生日について以下の情報を記載した。

- ・2回のアンケートの照合のために使用するメールアドレスおよび児の誕生日については、2回のアンケートの照合が終わり次第速やかに消去します。
- ・かつ、妊娠期、産後のアンケートの突合のために記載するメールアドレスと、児の誕生日は、ハーゼストでデータ収集し、2つのアンケートを突合したのち、メールアドレスはデータから削除し、さらに児の誕生日と分娩予定日から分娩週数を割り出したのち、児の誕生日をデータから削除して、研究代表者に引き渡す。本研究で得られるすべての情報を研究代表者に引き渡した時点で、ハーゼストにおいてもメールアドレス、児の誕生日についての情報は消去する。個人情報を除いたデータは、研究終了報告日から5年又は研究結果の最終公表日から3年又は研究成果発表後10年のいずれか遅い日まで保管し適切に廃棄する。

アンケートは任意であり、以下の同意欄に同意した場合のみアンケートのページが展開されるように設定した。

このアンケートは、妊娠中のさまざまな因子と産後うつや児への虐待の関連について調べるためのものです。この研究は、厚生労働省科学研究費「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究(30040301)」の一環として行うものです。

インターネット上のアンケートに答える形式であり、個人が特定されることはありません。アンケートに同意される方は、以下をクリックしてください。

アンケート調査への参加に同意する。

C. 研究結果

1) 産科医療機関調査

追跡可能であったのは大阪府(N=1,877)、宮城県(N=1,067)、香川県(N=190)、大分県(N=2,638)で、全体で5,772名(追跡率:73.0%)であった。

産後うつは471名(8.2%)、ボンディング障害は428名(7.4%)で、いずれかを有する社会的ハイリスク妊産婦は744名(12.9%)であった(表1)。

表1 府県ごとの産後うつ疑い・ボンディング障害疑いの割合

| | N | 産後うつ 疑い (9点以上) | ボンディング 障害疑い (5点以上) |
|-----|-------|----------------------|--------------------------|
| 全体 | 5,772 | 471 (8.2%) | 428 (7.4%) |
| 大阪府 | 1,877 | 145 (7.7%) | 174 (9.3%) |
| 宮城県 | 1,067 | 63 (5.9%) | 46 (4.3%) |
| 香川県 | 190 | 13 (6.8%) | 8 (4.2%) |
| 大分県 | 2,638 | 250 (9.5%) | 200 (7.6%) |

多変量ロジスティック回帰分析の結果、妊娠が分かった時の気持ち、精神疾患の既往、発達障害傾向、経済状況、生活環境の安定性、社会的サポート、被虐待歴、夫婦(パートナー)関係で有意な関連が認められた。母体年齢、婚姻状況、学歴、妊婦健診の回数は関連がなかった。

有意であったもので、さらにオッズ比による重み付けを行ったところ、AUC=0.63で社会的ハイリスク妊産婦を予測するモデルを構築することができた。

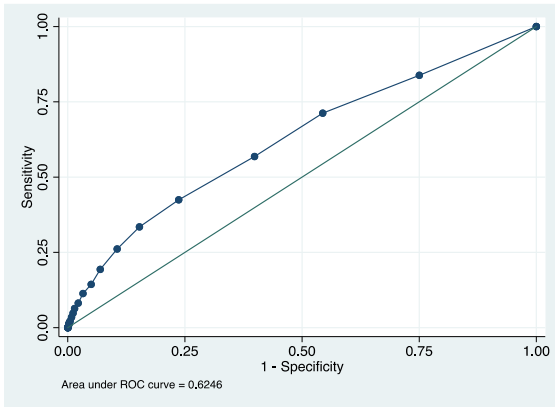


図 社会的ハイリスク妊産婦の予測モデルに関する ROC 曲線

この尺度を Social Impact for Mother (SLIM) スコアとし、SLIM スコアを低群 (5 点以下, 88.5%)、中群 (6-9 点, 9.0%)、高群 (10 点以上, 2.6%) とし、社会的ハイリスク群に関するオッズ比を算出すると、中群で 2.88 (95%信頼区間: 2.32-3.59)、高群で 5.61 (95%信頼区間: 3.99-7.88)であり、有意に予測することが確認された。

この関連については、各県に層別化して確認したところ、概ね同様の結果であった(表 2)。

表 2 SLIM スコアによる社会的ハイリスク妊産婦の予測

| | オッズ比 (95%信頼区間) | | | | |
|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------|--------------------|
| | 全体 | 大阪府 | 宮城県 | 香川県 | 大分県 |
| SLIM 低群: 0~5 点 | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| SLIM 中群: 6~9 点 | 2.88 | 2.47 | 4.22 | 3.10 | 2.83 |
| | (2.32-3.59) | (1.63-3.77) | (2.48-7.20) | (0.77-12.42) | (2.09-3.82) |
| SLIM 高群: 10 点以上 | 5.61 | 11.27 | 1.97 | 5.68 | 5.05 |
| | (3.99-7.88) | (6.18-20.57) | (0.67-5.80) | (0.48-66.59) | (3.02-8.43) |

また、周産期センターと一般の産科病院とで層別化しても、同様の結果であった (表 3)。

表 3 施設別の SLIM スコアによる社会的ハイリスク妊産婦の予測

| | 周産期センター | 一般産科 |
|--------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | N=1,895 | N=3,814 |
| | オッズ比 (95%信頼区間) | オッズ比 (95%信頼区間) |
| SLIM 低群: 0~5 点 | Ref | Ref |
| SLIM 中群: 6~9 点 | 2.12 (1.46 - 3.07) | 3.41 (2.60 - 4.47) |
| SLIM 高群: 10 点以上 | 6.67 (4.12 - 10.81) | 4.32 (2.62 - 7.10) |

この調査から、産科医療機関で SLIM スコアを活用することで、妊娠初期から社会的ハイリスク妊産婦を把握できることが示唆された。

2) アプリ調査

SLIM 尺度における各アセスメント項目が社会的ハイリスク妊産婦を予測するかについて、アプリ調査 (Baby プラス) と産科医療機関調査 (4 府県全体) の結果を表 4 に示す。

その結果、以下のように、アプリ調査においても産科医療機関調査とほぼ同様の結果となった。産科医療機関調査と結果が異なっていた点として、アプリ調査では母体年齢で有意な関係が確認された。

表 4 Baby プラスおよび 4 府県調査における各アセスメント項目と社会的リスク妊産婦の点数配分を使用した予測

| 項目 | オッズ比 (95%信頼区間) | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Baby プラス | 4 府県全体 |
| 1. 母体年齢 | | |
| 0 点: 25 歳以上 | Ref | Ref |
| 1 点: 20-24 歳 | 2.41 (1.15-5.04) | 1.01 (0.77-1.31) |
| 2 点: 19 歳以下 | 1.20 (0.11-13.37) | 0.40 (0.12-1.27) |
| 2. 妊娠がわかった時の気持ち | | |
| 0 点: うれしかった | Ref | Ref |
| 1 点: 予想外だがうれしかった | 1.40 (0.90-2.17) | 1.31 (1.10-1.56) |
| 2 点: 予想外で | 2.25 | 2.37 |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 戸惑った、困った、 なんとも思わない | (1.28-3.97) | (1.66-3.36) |
| 3. 精神疾患既往 | | |
| 0点：ない | Ref | Ref |
| 1点：以前あった | 2.45 (1.40-4.29) | 2.49 (1.85-3.35) |
| 2点：現在、通院中 | 7.02 (1.84-26.85) | 3.91 (2.39-6.40) |
| 4. 対人関係トラブル | | |
| 0点：ほとんどない | Ref | Ref |
| 1点：ときどきある | 3.86 (2.58-5.77) | 3.74 (3.02-4.62) |
| 2点：よくある | 1.36 (0.26-7.11) | 3.57 (1.54-8.24) |
| 5. 経済的ゆとり | | |
| 0点：ある | Ref | Ref |
| 1点：あまりない | 1.67 (1.14-2.44) | 1.49 (1.27-1.75) |
| 2点：ほとんどない | 3.92 (1.96-7.85) | 2.46 (1.71-3.52) |
| 6. 生活の場所 | | |
| 0点：変わらない | Ref | Ref |
| 1点：ときどき変わる | 2.26 (1.21-4.21) | 1.89 (1.45-2.47) |
| 2点：よく変わる | 2.48 (0.49-12.41) | 0.95 (0.33-2.70) |

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | オッズ比 (95%信頼区間) | |
| 項目 | Baby プラス | 4 府県全体 |
| 7. 本当に困った時に相談できる人 | | |
| 0点：何人かいる | Ref | Ref |
| 1点：1人いる | 2.18 (1.30-3.65) | 2.96 (2.19-4.01) |
| 2点：1人もいない | 5.34 (1.79-15.91) | 4.01 (1.34-12.01) |
| 8. 親との関係 | | |
| 0点：満足している | Ref | Ref |
| 1点：あまり満足していない | 2.28 (1.42-3.66) | 2.48 (1.90-3.25) |
| 2点：まったく満足していない | 1.68 (0.74-3.80) | 2.26 (1.28-3.99) |
| 9. パートナーとのケンカ | | |
| 0点：しない | Ref | Ref |
| 1点：ときどきする | 1.66 (1.14-2.41) | 1.18 (1.02-1.38) |

| | | |
|---------|-----------------------------|----------------------------|
| 2点：よくする | 5.62 (2.38-13.30) | 2.71 (1.85-3.96) |
|---------|-----------------------------|----------------------------|

母体年齢による違いは、若年齢では産科医療機関で特に介入が始まっている可能性があること、そして、アプリ調査サンプルでも10代の妊婦は行政の介入が始まっている可能性があると考えられ、リスク因子として採用することが望ましいと考えた。妊婦健診時に社会的要因をアセスメントし、母体年齢も含めた暫定的な SLIM 尺度を用いることが推奨される。

D. 研究発表

1. 論文発表

- Isumi A, Takahashi K, Fujiwara T. Prenatal sociodemographic factors predicting maltreatment of children up to 3 years old: A prospective cohort study using administrative data in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. (in press)
- Ito K, Doi S, Isumi A, Fujiwara T. Association between Childhood Maltreatment History and Premenstrual Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):781.
- Yamashita A, Isumi A, Fujiwara T. Online Peer Support and Mothers' Well-being: Systematic Scoping Review. *J Epidemiol*. In press
- Sampei M, Fujiwara T. Association of Infertility Treatment with Perception of Infant Crying, Bonding Impairment and Abusive Behavior towards One's Infant: A Propensity-Score Matched Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6099.
- Yamada A, Isumi A, Fujiwara T. Association between Lack of Social Support from Partner or Others and Postpartum Depression Among Japanese Mothers: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* (in press)
- Fujiwara T, Isumi A, Sampei M, Miyazaki Y, Yamada F, Noma H, Ogita K, Mitsuda N. Effectiveness of an Educational Video in Maternity Wards to Prevent Self-reported Shaking and Smothering during the First Week of Age: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Prev Sci* (in press)
- Fujiwara T, Isumi A, Sampei M, Yamada F, Miyazaki Y. Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse: A population-based quasi-experimental study in Japan. *Child Abuse Negl*. 2020;101:104359.
- Doi S, Fujiwara T, Isumi A, Mitsuda N. Preventing postpartum depressive symptoms using an educational video on infant crying: A cluster randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*. (in press)

2. 学会発表

特になし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

E. 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

参考文献

1. 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.
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. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 1998;22(11):1065-78.
4. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*. 1996;20(3):191-203.
5. Dinwiddie SH, Bucholz KK. Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse Negl*. 1993;17(4):465-76.
6. Kotch JB, Browne DC, Dufort V, Winsor J. Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse Negl*. 1999;23(4):305-19.
7. Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl*. 2004;28(6):645-67.
8. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, et al. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*. 2007;7:64.
9. Fujiwara T, Kasahara M, Tsujii H, Okuyama M. Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: a prospective study in Japan. *Child Abuse Negl*. 2014;38(8):1283-9.
10. Isumi A, Fujiwara T, Nawa N, Ochi M, Kato T. Mediating effects of parental psychological distress and

individual-level social capital on the association between child poverty and maltreatment in Japan. *Child Abuse Negl*. 2018;83:142-50.

11. Yamaoka Y, Fujiwara T, Tamiya N. Association Between Maternal Postpartum Depression and Unintentional Injury Among 4-Month-Old Infants in Japan. *Matern Child Health J*. 2016;20(2):326-36.

12. Kachi Y, Fujiwara T, Yamaoka Y, Kato T. Parental Socioeconomic Status and Weight Faltering in Infants in Japan. *Frontiers in pediatrics*. 2018;6:127.

13. Koleva H, Stuart S, O'Hara MW, Bowman-Reif J. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):99-105.

14. Wilson PR, Laughon K. House to house, shelter to shelter: experiences of black women seeking housing after leaving abusive relationships. *J Forensic Nurs*. 2015;11(2):77-83.

15. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2015;5:10520.

16. 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.

17. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*. 2000;356(9232):814-9.

18. Fujiwara T, Kawakami N. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *J Psychiatr Res*. 2011;45(4):481-7.

19. Fujiwara T, Okuyama M, Izumi M. The cycle of violence: childhood abuse history, domestic violence and child maltreatment among Japanese mothers. *Psychologia*. 2010;53:211-24.

20. 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.

21. Miura A, Fujiwara T. Intimate Partner Violence during Pregnancy and Postpartum Depression in Japan: A Cross-sectional Study. *Front Public Health*. 2017;5:81.

22. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims.

- Pediatrics. 1995;95(2):259-62.
23. Meppelder M, Hodes M, Kef S, Schuengel C. Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: the buffering role of resources. *J Intellect Disabil Res.* 2015;59(7):664-77.
24. 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.
25. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA.* 2003;290(5):621-6.
26. Ettaro L, Berger RP, Songer T. Abusive head trauma in young children: characteristics and medical charges in a hospitalized population. *Child Abuse Negl.* 2004;28(10):1099-111.
27. 大阪産婦人科医会. 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; 2014.
28. Okano T, Murata M, Masuji F, Tamaki R, Nomura J, Miyaoka H, et al. Validation and reliability of Japanese version of the EPDS. *Arch Psychiatr Diag Clin Evaluat.* 1996;74:525-33.
29. Matsunaga A, Takauma F, Tada K, Kitamura T. Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale: A study in Japanese mothers of a 1-month-old. *Early Hum Dev.* 2017;111:1-5.

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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
副院長 光田信明

「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」の作成

| | | | |
|-------|--------|------------------------------|------|
| 分担研究者 | 片岡 弥恵子 | 学校法人 聖路加国際大学大学院 ウィメンズヘルス・助産学 | 教授 |
| | 佐藤 拓代 | 公益社団法人 母子保健推進会議 | 会長 |
| | 倉澤 健太郎 | 横浜市立大学 医学研究科・生殖成育病態医学 | 助教 |
| | 清野 仁美 | 兵庫県立医科大学 精神科神経科 | 講師 |
| 研究協力者 | 薬師寺 順子 | 大阪府岸和田子ども家庭センター | 所長 |
| | 田口 眞規子 | 愛仁会井上病院 地域連携センター 医療福祉相談科 | MSW |
| | 和田 聡子 | 大阪母子医療センター 看護部 | 看護師長 |
| | 大塚 公美子 | 学校法人 聖路加国際大学大学院博士課程 | |

研究要旨

社会的ハイリスク妊婦への支援は、自治体及び医療機関で差があり、標準化されていない現状がある。本研究の目的は、社会的ハイリスク妊婦への切れ目のない支援を実現するために主に医療者に向けて連携・協働を主眼とした支援の内容及び方法を示した「社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書」(以下、手引書と示す)を作成することである。手引書の作成は、産婦人科医師1名、助産師2名で構成案を考えた。平成28年度は全6章での構成を予定していたが、複数の専門家の意見を聴取し修正し、最終的には序論を含め全8章計92ページから構成されコンセンサスを得た。内容は、社会的ハイリスク妊婦の定義、連携する機関及び職種の紹介、医療機関における支援の実際、地域における母子保健施策や支援、全国の産科施設における支援体制の実態調査結果、メンタルヘルスなど社会的ハイリスク妊婦の置かれる様々な状況について解説した。支援をする上で必要な知識も付与した。産婦人科医師、小児科医師、精神科医師、医療ソーシャルワーカー、地域保健師、助産師、看護師、児童福祉司など、さまざまな職種の専門家17名に執筆を依頼した。今後、社会的ハイリスク妊婦に関わる全国の医療者や行政へ配布していき、切れ目のない支援のための一助となることを期待する。

A. 研究目的

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

妊娠期から育児期まで切れ目のない支援を実現するためには、医療機関、自治体、地域の支援機関において、多機関・多職種での連携及び協働が必須である。妊娠届、母子手帳の配布時において各自自治体では特定妊婦を把握し、妊娠期から産褥期までは主に医療機関にて関係性を構築しながらフォローし、育児期には自治体につないでいく。このような支援の流れは、実際には標準化されておらず、地域によって支援

の内容及び方法に大きな差があることがわかっている。全国どこでも、妊婦を正確なアセスメントにより社会的ハイリスク妊婦を把握し、切れ目のない継続した支援を展開するためには、標準的な方法を具体的に示した手引書が必要である。

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

B. 研究方法

手引書の作成は、まず産婦人科医師1名、助産師2名によってその構成を検討した。平成28年度は全6章での構成を予定していたが、複数の専門家の意見を聴取し修正し最終的には全8章計92ページから

構成されコンセンサスを得た。職種の紹介、支援体制や連携に関して、さまざまな職種の専門家(産婦人科医師、小児科医師、精神科医師、MSW、地域保健師、助産師、看護師、児童福祉に携わる職種など)17名に執筆を依頼した。

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

C. 研究結果

第1校として完成した手引書の構成を示した(表1)。手引書は序章を含み全8章計92ページから構成された。序章では、「手引書における理念・基本となる考え方」とし、第1次光田班の成果や、社会的ハイリスク妊娠の把握や支援の困難について記述した。第1章は、「社会的ハイリスクとは」とし、社会的ハイリスク妊婦の定義に加え、頻度、リスク因子を示し、実際に推奨されるスクリーニングやアセスメント方法について記述した。第2章は、「社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関・職種」とした。各機関にどのような役割があるか、支援に関わる職種の仕事内容、どこにいるのか、社会的ハイリスク妊婦に対する支援で行っていること、他機関との連携をより円滑にする方法について、具体的にわかるよう記述した。お互いの職種について知ることは、連携の第1歩となる。第3章は、「社会的ハイリスク妊婦への医療機関における支援」とし、社会的ハイリスク妊婦に対して積極的に支援を行っている大阪母子医療センターと日本赤十字社医療センターの実際について示した。第4章では、「社会的ハイリスク妊婦への地域における支援」とし、地域における母子保健施策や支援の実際、里親制度と特別養子縁組について記述した。第5章では「社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際」とし、産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査の結果を記載した。第6章ではメンタルヘルスやドメスティック・バイオレンスなど、社会的ハイリスク妊婦の置かれる様々な状況について解説した。支援をする上で必要な知識も付与した。第7章は用語解説とし、多職種が共通言語となる用語について解説した。

表1 社会的ハイリスク妊婦の支援と連携に関する手引書の構成

| 章 | 内容 |
|---|---|
| 序 | 手引書における理念・基本となる考え方 I. 第1次光田班成果 II. 社会的ハイリスク妊娠の概念・定義 |

| | |
|---|---|
| | III. 社会的ハイリスク妊娠の把握 IV. 社会的ハイリスク妊娠支援の困難さ V. 医療・保健・福祉の連携 VI. メンタルヘルス |
| 1 | 社会的ハイリスク妊婦とは I. はじめに II. ハイリスク妊産婦とは III. ハイリスク妊産婦の頻度・リスク因子 IV. ハイリスク妊産婦のリスクアセスメント V. 定義に関する考察 |
| 2 | 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関・職種 I. 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる機関とその役割 II. 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる職種の役割と特徴 |
| 3 | 社会的ハイリスク妊婦への医療機関における支援 I. 大阪母子医療センターにおける社会的ハイリスク妊婦の支援の実際 II. 日本赤十字社医療センターにおける社会的ハイリスク妊婦の支援の実際 |
| 4 | 社会的ハイリスク妊婦への地域における支援 I. 地域における母子保健施策 II. 母子保健施策における虐待予防 III. 地域における妊娠中から支援が必要な妊婦(特定妊婦)の把握と支援の実際 IX. 里親制度と特別養子縁組 |
| 5 | 社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際 I. 連携とは II. 連携体制の構築に向けて III. 産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査 |
| 6 | 社会的ハイリスク妊婦に関わるさまざまな支援・事業 I. 周産期に関わる支援・事業 II. 福祉に関わる支援・事業 III. メンタルヘルスへの支援 IV. ドメスティック・バイオレンスへの支援 |
| 7 | 用語解説 I. 社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦に関する用語 II. 児童虐待に関する用語 III. 社会的ハイリスク妊婦の支援に関する用語 IV. その他の関連する用語 |

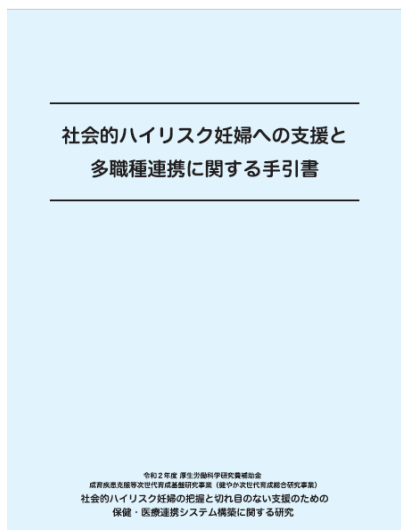


図1 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書

執筆者一覧

上野 昌江
関西医科大学看護学部 教授
大塚 公美子
聖路加国際大学大学院博士課程
片岡 弥恵子
聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学教授
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 医長
倉澤 健太郎
横浜市立大学 医学研究科・生殖生育病態医学 助教
佐藤 拓代
公益社団法人 母子保健推進会議会長
清野 仁美
兵庫県立医科大学 精神科神経科講師
田口 真規子
愛仁会 井上病院 地域連携センター
医療福祉相談科 医療ソーシャルワーカー
田中 由美
大阪府 福祉部子ども室家庭支援課児童福祉司
谷口 武
定生会 谷口病院 院長
中井 章人
日本医科大学 産婦人科 教授
平野 慎也
大阪母子医療センター 新生児科副部長
薬師寺 順子
大阪府岸和田子ども家庭センター所長

柳村 直子
日本赤十字医療センター 周産期看護師長
和田 聡子
大阪母子医療センター 看護部看護師長
光田 信明
大阪母子医療センター 副院長

(敬称略)

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 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30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(健やか次世代育成総合研究事業)
分担研究年度終了報告書

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

研究代表者
地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
副院長 光田信明

分担研究課題
A市保健担当部署におけるアセスメントシート使用と医療機関連携の実情調査

| | | | |
|-------|-------|----------------------|-----|
| 分担研究者 | 佐藤 拓代 | 大阪母子医療センター母子保健情報センター | 顧問 |
| | 荻田 和秀 | りんくう総合医療センター 産婦人科 | 部長 |
| 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 | 医長 |
| | 和田 聡子 | 大阪母子医療センター 看護部 | 師長 |

【研究要旨】

大阪府では、妊娠期より支援を必要とする妊産婦を見出すために、「アセスメントシート(妊娠期)」を活用している。これは、妊娠届時に保健師による面談を行い「アセスメントシート(妊娠期)」の各項目を評価し、支援が必要な妊婦を拾い上げるものである。しかし、この「アセスメントシート(妊娠期)」の運用実情に関する報告はまだない。そこで、大阪府 A 市の調査報告より、行政による「アセスメントシート(妊娠期)」の運用実情および特定妊婦を見出すための検査としての精度、問題点を明らかにすることを本研究の目的とした。方法は、2016 年に A 市で出産した妊婦を対象とした後方視的検討で、主要評価項目は、『特定妊婦』にした。A 市がアセスメントシート(妊娠期)を用いて、拾い上げた『要フォロー妊婦』と医療機関が拾い上げた『要フォロー妊婦』を突合させた図を作成し、「アセスメントシート(妊娠期)」の検査精度、問題点を検討した。489 人が対象となった。うち、特定妊婦は 8 人いた。行政による「アセスメントシート(妊娠期)」評価の結果、フォロー終了になった妊婦は 330 人(330/461:72%)であった。しかし、フォロー終了妊婦のうち 20 人(6%)が、後に医療機関から要支援の情報提供がなされていた。「アセスメントシート(妊娠期)」による特定妊婦を見出すための検査精度は、感度 100%、特異度 66%、陽性適中率 4%、陰性適中率 100%であった。以上より、「アセスメントシート(妊娠期)」が特定妊婦のスクリーニングツールとして有用であるが、行政によるアセスメントシート評価だけでは不十分であることが明らかになった。

A. 研究目的

児童虐待による新生児死亡・乳幼児死亡を防ぐためには、「妊娠期からの切れ目のない子育て支援」が重要であり、「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ことが重要である。そのためには、医療機関と行政が協力して虐待予防に尽力する必要がある。しかし、この「虐待ハイリスク妊婦」

を見出すために、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、大阪府では、福祉・保健・医療の関係者による議論を重ね、2016年1月に「妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン」を策定した。その中で、「アセスメントシート(妊娠期)」(表1)の作成、支援を要する妊婦に関する用語の定義、支援を要する妊婦を把握するためのフロー図を作成した。「アセスメントシート(妊娠期)」による運用は、妊娠届時に、保健師による面談により各項目を評価し、支援が必要な妊婦を拾い上げるものである。また、支援を要する妊婦に関する用語の定義では、『ハイリスク妊婦』、『要フォロー妊婦』、『特定妊婦』について定義した。すなわち、『ハイリスク妊婦』とは、保健(福祉)センターにおいて、専門職の面接等、妊娠届出票やアンケート、支援履歴の確認、医療機関等からの情報提供をもとに、「アセスメントシート(妊娠期)」のリスク項目に該当し、フォローの必要があると判断された妊婦である。そして、『要フォロー妊婦』とは、保健(福祉)センターにおいて『ハイリスク妊婦』をアセスメントし、組織として判断した結果、「保健(福祉)センターによるフォロー継続とした妊婦」、もしくは要保護児童対策地域協議会調整機関に報告し、要保護児童対策地域協議会で検討の結果、台帳に登録しないこととなった妊婦である。更に、『特定妊婦』とは、保健(福祉)センターにおいて、『ハイリスク妊婦』をアセスメントし、組織として判断した結果、要保護児童対策地域協議会調整機関に報告することとし、要保護児童対策地域協議会で横討の結果、『特定妊婦』として台帳に登録、管理すること

となった妊婦のことである。この取り組みにより、専門家でなくとも、支援が必要な妊婦を拾い上げることができることが期待される。しかし、このアセスメントシート用いて運用した実情に関する報告はまだない。そこで、大阪府A市での、行政による「アセスメントシート(妊娠期)」の運用実情および特定妊婦を見出すための検査としての精度、「アセスメントシート(妊娠期)」の問題点を明らかにすることを本研究の目的とした。

B. 研究方法

2017年4月～2018年3月の1年間にA市で出産した妊婦を対象とした後方視的検討である。主要評価項目は、『特定妊婦』にした。A市が「アセスメントシート(妊娠期)」を用いて、拾い上げた『要フォロー妊婦』と医療機関が拾い上げた『要フォロー妊婦』を突合せた図を作成し、「アセスメントシート(妊娠期)」の検査精度、問題点を検討した。

ここで、A市(大阪府)での子育て支援を要する妊婦の拾い上げに関する方針を説明する。まず、妊娠届時に、保健師による面談により、「アセスメントシート(妊娠期)」の各項目を評価し、『ハイリスク妊婦』を同定する。『ハイリスク妊婦』のうち、組織として判断した結果、「保健(福祉)センターによるフォロー継続が必要と考えた妊婦を『要フォロー妊婦』として妊娠中、産後の子育てを見守る対象となる。それ以外に、産科医療機関より、妊婦健診や出産後、産後健診等を通じて、リスクの高い妊産婦や出生児について「要養育支援者情報提供票」を用いて、情報提供を受けた妊婦も『要フォロー妊婦』として妊娠中、産後の子育てを見守る対象となる。こ

のように、行政と医療機関が連携して『要フォロー妊婦』を漏れなく拾い上げている。

C. 研究結果

対象となった A 市で出産した母親は、489 人であった(図 1)。そのうち、「アセスメントシート(妊娠期)」による評価が行われたのは、461 人であった。「アセスメントシート(妊娠期)」による評価が行われなかった 28 人は、いずれも転入された妊婦であった。「アセスメントシート(妊娠期)」による評価の結果、フォロー終了となった妊婦 330 人(330/461:72%)いた。しかし、フォロー終了妊婦のうち 20 人(6%)が、後に医療機関から要支援の情報提供がなされていた。いずれも産後の情報提供で、低出生体重児以外の理由が 15 人であった。この 15 人は、「アセスメントシート(妊娠期)」では拾い上げることのできなかつた『要フォロー妊婦』である。妊娠届時の面接で把握できなかったリスクを表 2 に示す。一方、「アセスメントシート(妊娠期)」による評価の結果、『ハイリスク妊婦』と認識された妊婦は 159 人(159/461:34%)いた。そのうち、医療機関から要支援の情報提供があったのは、37 人(23%)いたが、このうち妊娠中に情報提供がなされたのは、12 人、産後に情報提供されたのは 25 人であった。この 25 人の中で、低出生体重児以外の理由が 22 人であった。対象となった妊婦のうち、特定妊婦の数は、8 人(8/489:1.6%)であった。1 例のみ「アセスメントシート(妊娠期)」で評価されていない妊婦(妊娠中に転入)から発生したが、それ以外は、「アセスメントシート(妊娠期)」による評価により、『ハイリスク妊婦』と認識された母親から発生していた。また、医

療機関からの情報提供がなされていない妊婦から 1 例、特定妊婦がいた。

「アセスメントシート(妊娠期)」による特定妊婦のスクリーニング精度に関しては、感度 100%、特異度 66%、陽性適中率 4%、陰性適中率 100%であった(表 3)。

D. 考察

本研究により、大阪府で作成した「アセスメントシート(妊娠期)」の運用実態を検討することにより、「アセスメントシート(妊娠期)」が特定妊婦のスクリーニングツールとして有用であること、そして、行政による「アセスメントシート(妊娠期)」の評価だけでは不十分である可能性が明らかになった。

妊娠期から、児童虐待のリスクがある母親を見出す試みは、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、大阪府が開発した「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。大阪府が開発した「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、本研究において実態調査を行い、検証したことは、有意義な検討と思われる。その中で、「アセスメントシート(妊娠期)」は、感度は100%で特定妊婦をもれなく拾い上げることができることが明らかになった。一方で、特異度が低いことは問題である。これは、項目の中には、どの妊婦にも当てはまりそうな「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」が含まれていることが挙げられる。これらについては、質問項目から削除してもいいかもしれない。

検討の中で、『要フォロー妊婦』を拾い上げるには、行政による「アセスメントシート(妊娠期)」だけでは不十分である可能性も示唆された。なぜなら、「アセスメントシート(妊娠期)」による評価の結果、フォロー終了になった妊婦 330 人のうち医療機関から要支援の情報提供がなされたのは 20 人(6%)いたためだ。これらは、いずれも産後に情報提供されているが、児の低出生体重児が理由だけでなく、母親の理由がほとんどである。これらの理由を見るに、ほとんどは妊娠届時に把握することは困難であることが分かる。このことから、行政だけで『要フォロー妊婦』を拾い上げるのは難しく、医療機関からの積極的な拾い上げも必要で、行政と医療機関が連携して取り組む必要性が示唆された。

E. 結論

今回、大阪府で作成した「アセスメントシート

(妊娠期)」の実情調査について報告した。それにより、

1. 「アセスメントシート(妊娠期)」が特定妊婦のスクリーニングツールとして有用であること、
2. 行政による「アセスメントシート(妊娠期)」の評価だけでは不十分である可能性があること

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) 金川武司, 和田聡子, 岡本陽子, 川口晴菜, 平田瑛子, 光田信明, 大阪府における妊産婦の支援事業. 日本周産期メンタルヘルス学会誌. 2019. (in press)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

I. 問題点と利点

問題点として、対象人数が少ないために統

計学的検討が十分に行われていないことである。前述したとおり、「アセスメントシート（妊娠期）」には不要な項目も含まれている可能性が高いが、特定妊婦の数が少ないため統計学的検討まですることができなかった。一方で、対象症例に関しては、全例について欠損データなく転帰を正確に把握することができたことは、本検討の利点である。

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）」が特定妊婦の拾い上げに有用な感度の高い検査あることがわかった。一方で、特異度の低い検査であり、不要な項目が含まれていることが示唆された。今後、質問項目の中で不要な項目を検討し、これらを削除し、簡便化したアセスメントシートの開発が必要である。現在、新しいアセスメントシートを班研究で開発しており、前方視的に有用性を検討することを計画している。

謝辞

情報提供をいただきました泉南市健康福祉部保健推進課 保健師 水脇睦美様にこの場をお借りして謝辞を申し上げます。

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』、『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 | 妊 婦 | | | | | | パ ー ト ナ ー | | |
|--------------|--------------------------------|-----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|
| | | あり | 不明 | なし | 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 (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 | | | | | | | | | |
| 因経社 (D) 的的要 | 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 (E) | ①住所不定・居住地がない | | | | | | | | | |
| | ②ひとり親・未婚・ステップファミリー | | | | | | | | | |
| | ③家の中が不衛生 | | | | | | | | | |
| | ④出産・育児に集中できない家庭環境 | | | | | | | | | |
| (F) 他 | ①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある | | | | | | | | | |

| 支援者等の状況 | |
|-----------------------------------|---|
| 支援者 <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| 関係機関等 <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |

* 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事務局に報告する

- ①濃い網掛け項 [] に1つでも該当する妊婦
- ②要因AかBの中で薄い網掛け項目 [] を1つ含み、かつ全体で合計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 妊娠届出時の面接で把握できなかったリスク

| | 項目(リスク) | 数 |
|----|----------------------------|---|
| 1 | その他の養育に負担のかかる疾患がある | 1 |
| 2 | ひとり親・未婚・連れ子のある再婚 | 1 |
| 3 | 夫や祖父母家族や身近な人に支援者がいない | 1 |
| 4 | 長期入院による子どもの分離 | 1 |
| 5 | 虐待歴・被虐待歴・DV 歴がある | 1 |
| 6 | 若年出産(10 代) | 2 |
| 7 | 妊娠・出産・育児に関する経済的不安 | 2 |
| 8 | 同胞に疾患・障がい・不審死がある | 2 |
| 9 | 精神疾患等(産後うつを含む), アルコールや薬物依存 | 3 |
| 10 | その他 | 3 |

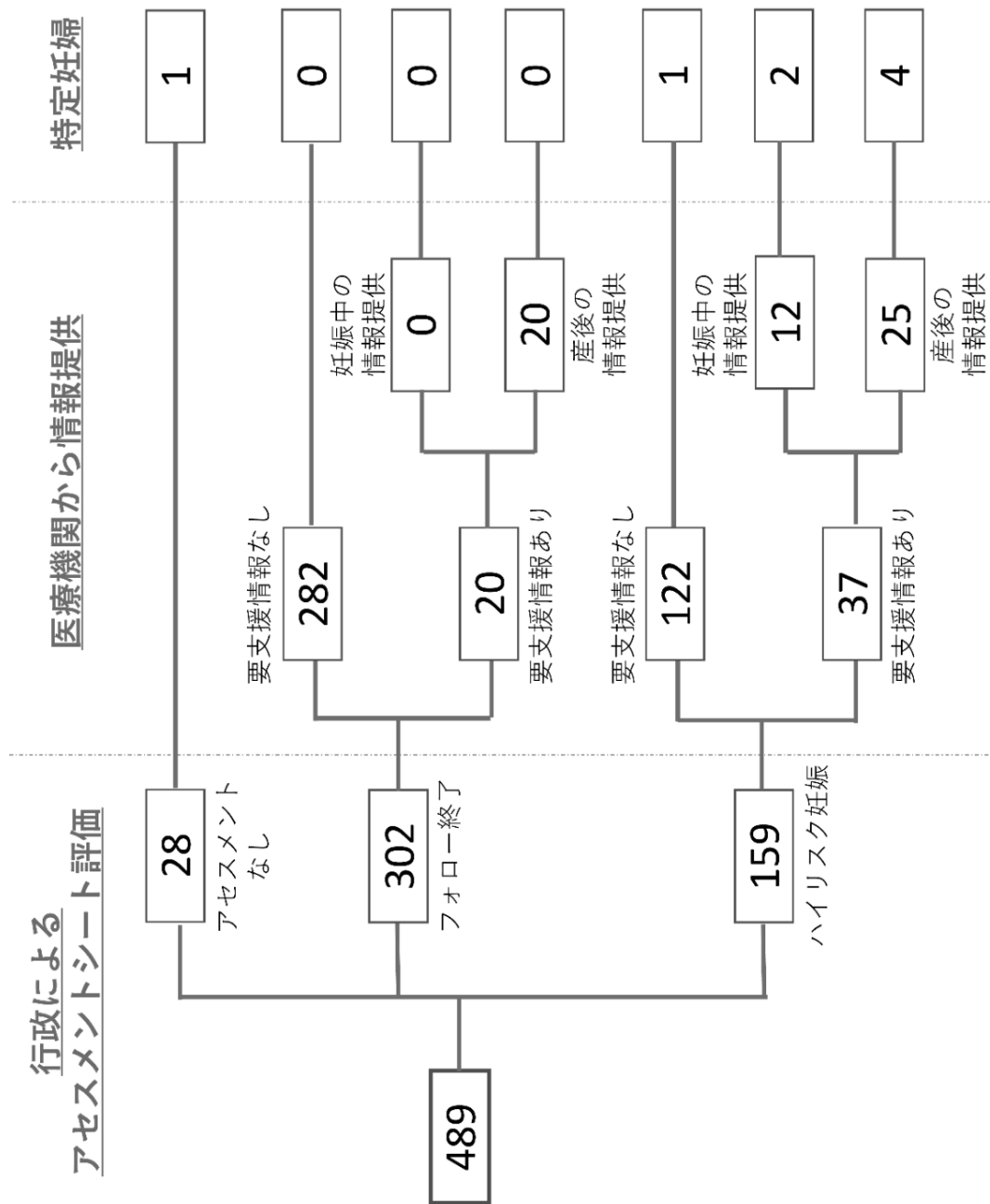
表 3 アセスメントシート(妊娠期)の特定妊婦を見出すスクリーニングツールとしての精度

| | | 特定妊婦の有無 | | |
|----------------|----|---------|-------|-----|
| | | 特定妊婦 | 非特定妊婦 | |
| アセスメントシート(妊娠期) | 陽性 | 7 | 152 | 159 |
| | 陰性 | 0 | 302 | 302 |
| | | 7 | 454 | 461 |

アセスメントシート(妊娠期)による特定妊婦のスクリーニング精度

- 感度 100%
- 特異度 66%
- 陽性適中率 4%
- 陰性適中率 100%

図1 行政による「アセスメントシート(妊娠期)」の評価と医療機関からの要養育支援者情報提供票のフロー図



令和元年度 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(健やか次世代育成総合研究事業)
分担研究年度終了報告書
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
副院長 光田信明

分担研究課題

「A市における特定妊婦支援」

分担研究者 荻田 和秀 りんくう総合医療センター 産婦人科 部長
協力研究者 仙田 信子 泉佐野市こども部 子育て支援課 主査

研究要旨

子育て支援は周産期医療からはじまるという考えがようやく一般化してきたが、どのような方法で支援につなげるかは未だ現場では詳細が詰められていない。本調査では産前産後に見まもりが必要だと判断された妊産婦の情報を地域で共有するために集まり、周産期の現場から引き継がれた妊産婦がどのような予後をたどっているかについても調査した。その結果、周産期の現場で特定妊婦と判断された事例は予後不良のものが多く、見まもりが必要な産婦は保健・福祉・医療機関が協働して情報を共有することにより、子育て支援が極めてスムーズになると考えられた。

A. 研究目的

社会的ハイリスク妊婦に対する切れ目のない支援のためにはまず周産期医療現場でのスクリーニングが重要であるが、その後の育児支援状況のフィードバックと情報の共有が重要であると考えられる。

そこで大阪府では特定妊婦への支援の強化を図るため、「産前・産後母子支援事業（モデル事業）」が平成29～30年度の2年間実施された。大阪府南部では大阪母子医療センターがコーディネーターとなり、二つの市でモデル事業を展開したのでそのうちのA市の取り組みについて調査・報告する。

B. 研究方法

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

当調査は大阪府のモデル事業に則り、A市が匿名で行った集計に基づく。

C. 研究結果

A市における平成24年からの7年間に通告された特定妊婦は213人にのぼり、事

業が行われた2年間では126人であった。これは市の妊娠届出数の9%に達する(表1)。

表1 妊娠届に特定妊婦が占める割合

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

このうち要保護となった乳児は50人に上った。特定妊婦のうち、平成29年度と平成30年度を比べると、要保護の割合が13%から26%に増加した。(表2)

表2 特定妊婦の区分の内訳

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

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

表3 要保護の理由の内訳

| | 既に要保護ケースが妊娠 | 上の子の虐待把握と同じ時期に妊娠 | 特定妊婦をきっかけに上の子の虐待を把握 | 上の子が無届入所中 | 特定妊婦をきっかけに再届し、上の子の虐待あり | 移管 | 管理中に要支援から要保護に区分変更 | 合計 |
|--------|-------------|------------------|---------------------|-----------|------------------------|----|-------------------|----|
| 平成29年度 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| 平成30年度 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 14 |

大阪府では妊娠届出時、特定妊婦リスクアセスメントシートをつけることになって

いる。それに基づいて特定妊婦に多い項目を列挙すると、

- ① ひとり親・ステップファミリー
 - ② 若年妊娠
 - ③ 胎児の兄弟への虐待
 - ④ 望まない妊娠
 - ⑤ 経済的困窮・社会的リスク
 - ⑥ 保護者の被虐歴
 - ⑦ 精神疾患等
- となった。

これら特定妊婦の産後の転機を調査すると、平成29年度では出産後終結したケースは14人(25%)であった。要支援を終結する場合、乳児全戸訪問、4か月児健診を経て健康推進課が直接母子に会うなどして異常なしとしたケースや子育て支援課が上の子の所属情報で異常なしを確認後、実務者会議で終結の決定をする、などした。要支援を継続しているケースは22人あり、うち4か月健診が終了しているケースが18人であった。この中には再度妊娠し特定妊婦になった、DVの疑いがある、離婚したなどのケースが含まれる。要支援から要保護に上げたケースは9人おり、上の子の虐待を把握した、4か月児健診で子を放置して上の子の送迎をしたことを把握した、低体重がある、面前DVなどを認めたため要保護とした。また、上の子の虐待があるなどの理由で要保護を継続しているケースは8人にのぼる。(表4)

表4 特定妊婦の転帰

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

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

D. 考察

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

他方、居住地域が市外に移った特定妊婦はその後の状況が把握し辛く、支援の継続に難渋した事例もあった。産前・産後母子支援事業に医療機関が参画したことで、医師や助産師から直接意見を聞くことができ、妊婦の受診状況や身体的リスクを正確に把握することができた。また連絡がつかない妊婦、拘留中の妊婦については、医師や助産師から見た妊婦の状況を知ることができ、産後の関わりに活かすことができた。要保護児童対策地域協議会実務者会議に医療機関が参画することは、特定妊婦の支援に有用で、モデル事業が終了した令和元年度も要支援児童対策協議会周産期支援部会の特定妊婦実務者会議として、医療機関と行政の会議を継続して行っている。

E. 結論

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

F. 研究発表

1. 論文発表

思春期学 36号 290-295 2019
「児童虐待からみた思春期の諸問題」
荻田和秀

2. 学会発表

第60回日本母性衛生学会 シンポジウム
(台風により中止)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

特定妊婦の支援状況 ～行政による切れ目ない母児支援～

こども部子育て支援課主査
仙田 信子

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

特定妊婦の区分の内訳

既に要保 上の子の 特定妊婦を 上の子が 特定妊婦を 管理中に
護ケース 待把握と 待把握を 産設入所 産設入所 移管 要支援から
が妊婦 時期に妊 待を把握 中 あり あり 移管 要支援から
区分変更

| 年度 | 既に要保 護ケース が妊婦 | 上の子の 待把握と 時期に妊 | 特定妊婦を 待把握を 把握 | 上の子が 産設入所 中 | 特定妊婦を 産設入所 あり | 管理中に 移管 | 要支援から 要保護に 区分変更 | 合計 |
|------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|----|
| 平成29年 度 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| 平成30年 度 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 14 |

要保護の理由の内訳

大阪府 産前・産後 母子支援事業 (モデル事業)

●目的

特定妊婦等への支援の具体的な仕組みを検討するため、産科医療機関や母子生活支援施設等において、既存資源との連携・活用等により特定妊婦への支援を提供するモデル事業を実施する。

●事業内容

産科医療機関コーディネーターや市内産科医療機関が実務者会議に参加し、特定妊婦の支援について検討する。

特定妊婦 実務者会議 の方法

要保護児童対策地域協議会における取組み

- 位置づけ：周産期支援部会
- 事務局：泉佐野市こども部子育て支援課
- 実務者会議参加機関
コーディネーター：大阪母子医療センター医師
産科医療機関：市内産科医療機関2か所
児童相談所
泉佐野市：母子保健担当課
こども部子育て支援課
- 実施期間：平成29年度～平成30年度
- 実務者会議の頻度：年3回実施

妊娠届に 特定妊婦が 占める割合

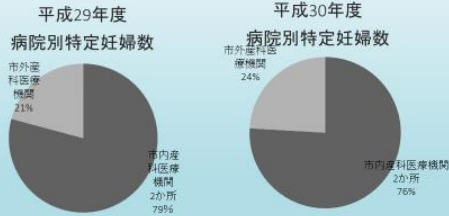
| 年度 | 妊娠届数 | 特定妊婦数 | 割合 |
|--------|------|-------|----|
| 平成24年度 | 831 | 7 | 1% |
| 平成25年度 | 840 | 14 | 2% |
| 平成26年度 | 858 | 20 | 2% |
| 平成27年度 | 785 | 19 | 2% |
| 平成28年度 | 799 | 27 | 3% |
| 平成29年度 | 799 | 72 | 9% |
| 平成30年度 | 574 | 54 | 9% |
| 合計 | 5486 | 213 | |

※平成30年度は12月末まで

リスク別 特定妊婦数 (複数回答)

- 1位 ひとり親・未婚・ステップファミリー 約6割
- 2位 若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む) 約5割
- 3位 胎児の兄弟への虐待歴がある 約4割
- 4位 望まない妊娠 約3割
- 5位 経済的困難や社会的問題がある 約3割
- 6位 保護者が被虐待 約2割
- 7位 精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む) 約2割

病院別 (市内産科医療機関2か所は7~8割)



飛び込み 出産について

- ①30代の経産婦
上の子の時も妊娠届が遅かった。
妊娠に気づいていた。
- ②10代の初産婦
本人・家族ともに妊娠に気づけなかった。
腹痛で救急外来を受診した。
- ③30代の経産婦
上の子の時も妊娠届が遅かった。
妊娠に気づいていた。
- ④20代の初産婦
家族は妊娠に気づいたが、本人が妊娠を否定。
腹痛で救急外来を受診した。

状況別 特定妊婦数

| 状況 | 平成29年度 | | 平成30年度 | |
|-----|--------|-----|--------|-----|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 出生 | 53 | 74% | 16 | 30% |
| 転出 | 17 | 24% | 4 | 7% |
| 流産 | 1 | 1% | 0 | 0% |
| 中絶 | 1 | 1% | 1 | 2% |
| 妊娠中 | 0 | 0% | 32 | 59% |
| 死産 | 0 | 0% | 1 | 2% |
| 計 | 72 | | 54 | |

※平成30年度は12月末まで

他市町との 連携は多い

理由

- ①特定妊婦は未婚も多く、パートナーが他市町に居住している場合
- ②妊婦の住民票は泉佐野市だが、居住実態が他市町にある場合
- ③居住実態は泉佐野市であるが、住民票は他市町にある場合
- ④移管

| 出生体重分類 | 平成29年度 | | 平成30年度 | |
|--------|--------|-----|--------|-----|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 低出生体重児 | 5 | 9% | 1 | 6% |
| 正常児 | 48 | 91% | 15 | 94% |
| 計 | 53 | | 16 | |

出生体重

犯罪に 関わる妊婦

平成30年度について

- 54人中4人いた。
- 覚醒剤使用歴2人
- 傷害罪1人
- 窃盗1人

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

特定妊婦の重症度変化

考察

- ①医療機関が参画したことで、医師や助産師から直接意見を聞くことができ、妊婦の受診状況や身体的リスクを正確に把握することができた。
- ②連絡がつかない妊婦、拘留中の妊婦については、医師や助産師から見た妊婦の状況を知ることができ、産後の関わりに活かすことができた。

課題 問題点

- ① 家族計画、禁煙指導についての必要性を感じるが、好ましい方向に行動変容するところまでは難しい。
- ② 犯罪に関わる妊婦は警察署から可能な限り情報収集するが、警察署の方針が不明なために、関わりが難しい。
- ③ 他府県をまたがる場合は、児童相談所、警察等の管轄が異なるために支援が難しい。
- ④ 妊婦自身が地域とつながるメリットを感じられない場合、拒否されると妊娠中に繋がりにくい。

まとめ

- ① 要保護児童対策地域協議会の特定妊婦の実務会議に産科医療機関が参画することで、特定妊婦の支援に有用である。
- ② 産科医療機関から託されたバトンを、行政は、子どもたちが安全・安心な生活が送れるよう、関係機関で支援していきたい。
- ③ 将来子どもたちが大人になった時に、自分や相手を大切に、子どもを迎えられる準備が整った状態で、みんなに祝福される妊娠、出産をして欲しい。

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
副院長 光田信明

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

| | | | | |
|-------|-------|------------|------------|----|
| 分担研究者 | 光田 信明 | 大阪母子医療センター | 副院長 | |
| | 佐藤 拓代 | 大阪母子医療センター | 母子保健情報センター | 顧問 |
| 協力研究者 | 鍛冶 みか | 和泉市生きがい健康部 | 健康づくり推進室 | 主査 |
| | 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 医長 | |
| | 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】

妊娠期のリスクアセスメントとその後の養育状況を比較検証し、妊娠期アセスメントの妥当性および、妊娠期からの支援策について検討する。

【方法】

対象は B 市で平成 25 年度に出生、または乳児家庭全戸訪問事業までに転入した児(合計 1,527 人)のうち、妊娠時のアセスメントがある 1,313 人とした。妊娠届出時のアセスメント結果とその後の乳幼児健康診査(以降、健診)時の養育状況を比較した

妊娠届時には、自記式アンケートと保健師面接を行っている。今回の研究に際しては平成 27 年に導入された大阪府リスクアセスメント(妊娠期)(表 1)によって以下のように分類した。

- ・特定妊婦
- ・要フォロー妊婦 (ハイリスク)
- ・フォローなし妊婦 (ローリスク)

子育て困難としては要保護児童対策地域協議会(要対協)において要支援児童・要保護児童に登録されたことをもって判断した。判断時期は健診に合わせて、出生後 4 か月、1 歳半、3 歳半とした。

【結果】

対象(1,313 人)の妊娠届出のアセスメント結果は特定妊婦:29 人(1.9%)、ハイリスク妊婦:300 人(19.7%)、ローリスク妊婦:984 人(64.4%)であった。対象 1,313 人のうち、3 歳 6 ヶ月までに要保護・要支援児童になったのは 63 人(4.8%)であった。それぞれの内訳は特定妊婦:29 人(100%)、ハイリスク妊婦:22 人(7.3%)、ローリスク妊婦:12 人(1.2%)であった。

延べ人数からみて、終結は 4 か月:0 人(0%)、1 歳半:9 人(31.0%)、3 歳半:10 人(34.5%)であった。

転出は 4 か月:2 人(6.9%)、1 歳半:3 人(10.3%)、3 歳半:6 人(20.7%)であった。

【結論】

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

2.特定妊婦は少なくとも半数近い母児に、出生後 3.6 年以上の支援が必要である。

3.第一に特定妊婦への長期間の支援体制構築が急務である

A. 研究目的

妊娠期からの子育て困難を予測することができれば、児童虐待防止に繋がることを期待できる。今現時点においても、本邦における妊娠期の個人情報と出生後の子育て状況を突合した実証的証左は得られていない。なぜかと言えば、妊娠期(医療)と子育て期(行政)の個人情報の突合作業は個人情報保護の下では容易ではない。今回我々は一つの行政単位(B市)における行政内での妊娠期のアセスメントとその後の養育状況に関しての評価を突合せせることを目的とした。具体的には、妊娠期のリスクアセスメントとその後の養育状況を比較検証し、妊娠期アセスメントの妥当性および、妊娠期からの支援策について検討するとした。

B. 研究方法

対象はB市で平成25年度に出生、または乳児家庭全戸訪問事業までに転入した児(合計1,527人)のうち、妊娠時のアセスメントがある1,313人とした。妊娠届出時のアセスメント結果とその後の乳幼児健康診査(以降、健診)時の養育状況を比較した。

妊娠届時には、自記式アンケートと保健師面接を行っている。今回の研究に際しては平成27年に導入された大阪府リスクアセスメント(妊娠期)(表1)によって

- ・ 特定妊婦
- ・ 要フォロー妊婦 (ハイリスク)
- ・ フォローなし妊婦 (ローリスク)

に分類した。子育て困難としては要保護児童対策地域協議会(要対協)において要支援児童・要保護児童に登録されたことをもって判断し

た。判断時期は健診に合わせて、出生後4か月、1歳半、3歳半とした。特定妊婦から出生した児童は全員、要支援児童・要保護児童として登録されており、養育上の問題がなければ、順次終結として登録から除外されていく。

表1 大阪府リスクアセスメント(妊娠期)

アセスメントシート(妊娠期)

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

妊婦氏名() 記入日() 記入者()

*各要因について、「妊娠」、「パートナー」のそれぞれ該当する欄に直でチェックする。

| 要 因 | リ ス ク 項 目 | 妊 婦 歴 | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|-------|----|----|-----------|----|----|
| | | 妊 婦 | | | パ ー ト ナ ー | | |
| | | あり | 不明 | なし | あり | 不明 | なし |
| 生活歴(A) | ①保護者自身に被害被害がある | | | | | | |
| | ②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある | | | | | | |
| | ③胎児のきょうたいに不審死がある | | | | | | |
| | ④胎児のきょうたいへの虐待歴がある | | | | | | |
| | ⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある) | | | | | | |
| 妊娠に関する要因(B) | ①16歳未満の妊娠 | | | | | | |
| | ②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・①除く | | | | | | |
| | ③20週以降の届出 | | | | | | |
| | ④妊婦健診未受診、中断がある | | | | | | |
| | ⑤望まない妊娠 | | | | | | |
| | ⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動 | | | | | | |
| | ⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す | | | | | | |
| 心身の健康(C) | 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・不眠生等 | | | | | | |
| | ⑫精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む) | | | | | | |
| 経済的状況(D) | ⑬パートナー関係が悪い(疑いを含む) | | | | | | |
| | ⑭知的障がい(疑いを含む) | | | | | | |
| | ⑮瓶えが多く、不安が高い | | | | | | |
| | ⑯身体障がい・慢性疾患がある | | | | | | |
| | ⑰下記以外の経済的困難や社会的問題がある | | | | | | |
| 環境的状況(E) | ⑱生活保護受給 | | | | | | |
| | ⑲不安定就労・失業中 | | | | | | |
| | ⑳住所不変・居住地がない | | | | | | |
| | ㉑ひとり親・未婚・ステップファミリー | | | | | | |
| その他の状況(F) | ㉒家の中が不衛生 | | | | | | |
| | ㉓出産・育児に集中できない家庭環境 | | | | | | |
| ①)上記に該当しない又は異なる言動や背景、環境がある | | | | | | | |

支援者等の状況

支援者 ①親類、近親、遠方等の理由により、妊婦の父傷・きょうたい等の困難に届くことができない
 ②夫婦不睦、離縁と対立している
 パートナーまたは妊婦の家族等複数一人のみが支援者
 地域や社会の支援を受けていない

同居 ③妊婦と少くとも一層の居住環境の隔りや影響がある
 ④情報関係の調査が得られない

*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
 ●深い関係性 ①に1つでも該当する妊婦
 ●深い関係性 ②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
 ●深い関係性 ③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
 ●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

C. 研究結果

対象(1,313人)の妊娠届出のアセスメント結果は特定妊婦:29人(1.9%)、ハイリスク妊婦:300人(19.7%)、ローリスク妊婦:984人(64.4%)であった。対象1,313人のうち、3歳6ヶ月までに要保護・要支援児童になったのは63人(4.8%)であった。それぞれ

の内訳は特定妊婦:29人(100%)、ハイリスク妊婦:22人(7.3%)、ローリスク妊婦:12人(1.2%)であった。特定妊婦から出生した児童の経緯は図1に示す。延べ人数からみて、終結は4か月:0人(0%)、1歳半:9人(31.0%)、3歳半:10人(34.5%)であった。転出は4か月:2人(6.9%)、1歳半:3人(10.3%)、3歳半:6人(20.7%)であった。

ハイリスク妊婦(300人)とローリスク妊婦(984人)からの経緯を図2に示す。

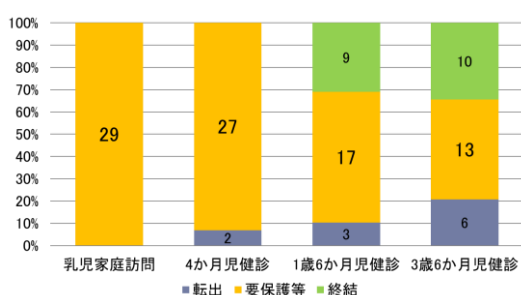


図1 特定妊婦(29人)の推移

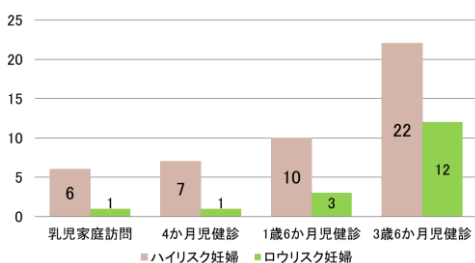


図2 特定妊婦以外の要保護等の推移

D. 考察

3歳6か月児健診時点での累積要支援児童・要保護児童状況はローリスク妊婦(1.2%)<ハイリスク妊婦(7.3%)<特定妊婦(少なくとも44.8%)となっている。B市の場合、特定妊婦は出生後一端全て要支援児童・要保護児童として要対協管理となる。従って、経時的に追跡していくと100%から

始まり終結・転居に従い順次減少していく。ローリスク妊婦・ハイリスク妊婦からの要支援児童・要保護児童は順次積算されていくので異なった評価である。そこで、特定妊婦の場合は3歳半時の要支援児童・要保護児童(13/29:44.8%)をもって最低(少なくとも)とした。これは転出児童は追跡できないので、3歳半時点での正確な子育て評価ができないことによる。そうした制限があるものの、3歳半時においても半数近くが要支援児童・要保護児童であったことは、妊娠期の特定妊婦把握がいかに意味があるのかを実証する結果であると考えられる。妊娠中の“特定妊婦”把握はローリスク妊婦(1.2%)、ハイリスク妊婦(7.3%)に比してきわめて高率に子育て困難を予想できていると考えてよい。ローリスク妊娠はほとんど子育て困難を危惧されていない妊婦であり、1.2%の子育て困難出現率であるならば、妊娠中の積極的介入支援が必要な妊婦が漏れる可能性が低いということになる。第一次光田班の成果では、特定妊婦とその他の妊婦ではその後の養育困難発症が大きく異なっていた(34/72:47.2% vs 64/2852:2.2%)ことが示されていた。本研究においては、その他妊婦をローリスク(1.2%)・ハイリスク(7.2%)に分けて要支援児童・要保護児童出現率を出せたことの意味は大きい。ハイリスク妊娠についての妊娠期の評価は現時点では困難である。というのは、3歳半時点までの7.3%の子育て困難を想定しながら妊娠中からどの程度の支援をすべきなのかは今後の検討課題と思われる。現時点において特定妊婦は児童福祉法のいうところの『出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる

妊婦』であったという証左が改めて得られたと考えられる。B市においても、特定妊婦は妊娠中から必要と考えられる支援は行っており、そのような支援がすべて無効であったとは考えづらく、何の支援もなかったならば、終結事例はさらに少なかったことが想定される。未だ課題となっていることの一つは特定妊婦から出生した児童をいつまで見守り、支援を続ける必要があるのかということである。本研究の結果から判断すれば、少なくとも3歳半以上に亘ることが見えてきた。支援のあり方(内容・期間も含めて)は大きな課題であると言えそうである。

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

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

できていない。

E. 結論

1. 妊娠期における社会的ハイリスク妊娠評価(ローリスク妊娠・ハイリスク妊娠・特定妊婦)は出生後の育児状況を反映しており、リスク評価重症度に応じて(3.6歳時:1.2%、7.3%、44.8%)要支援児童・要保護児童が出現していた。
2. 特定妊婦は少なくとも半数近い母児に、出生後3年半以上の支援が必要である。
3. 第一に特定妊婦への長期間の支援体制構築が急務である。

F. 研究発表

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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 問題点と利点

妊娠期の社会的ハイリスク妊娠評価はその後の育児状況を予測できること、特定妊婦からの出生児童は数年以上の支援が必要であることが、実証的に示された。

問題点としては、アセスメント評価を後日行っている。

I. 今後の課題

アセスメント評価の項目評価を実証的に示すことが期待される。

表1 大阪府リスクアセスメント(妊娠期)

アセスメントシート(妊娠期)

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

妊婦氏名() 記入日() 記入者()

※各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にシ点でチェックする。

| 要 因 | 妊 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望まない妊娠 | | | | | | |
| | ⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動 | | | | | | |
| | ⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す | | | | | | |
| | ⑧飛び込み出産歴がある | | | | | | |
| | ⑨40歳以上の妊娠 | | | | | | |
| | ⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある | | | | | | |
| | ⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等 | | | | | | |
| 心身の健康等 要因(C) | ①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む) | | | | | | |
| | ②パーソナリティ障がい(疑いを含む) | | | | | | |
| | ③知的障がい(疑いを含む) | | | | | | |
| | ④訴えが多く、不安が高い | | | | | | |
| | ⑤身体障がい・慢性疾患がある | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 家庭的・環境的 要因(E) | ①住所不定・居住地がない | | | | | | |
| | ②ひとり親・未婚・ステップファミリー | | | | | | |
| | ③家の中が不衛生 | | | | | | |
| | ④出産・育児に集中できない家庭環境 | | | | | | |
| その他 (F) | ①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある | | | | | | |

支援者等の状況

| | |
|------------|--|
| 支援者 □ | <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無関係項目() に1つでも該当する妊婦
- ②疑い関係項目() 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強い関係項目() 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

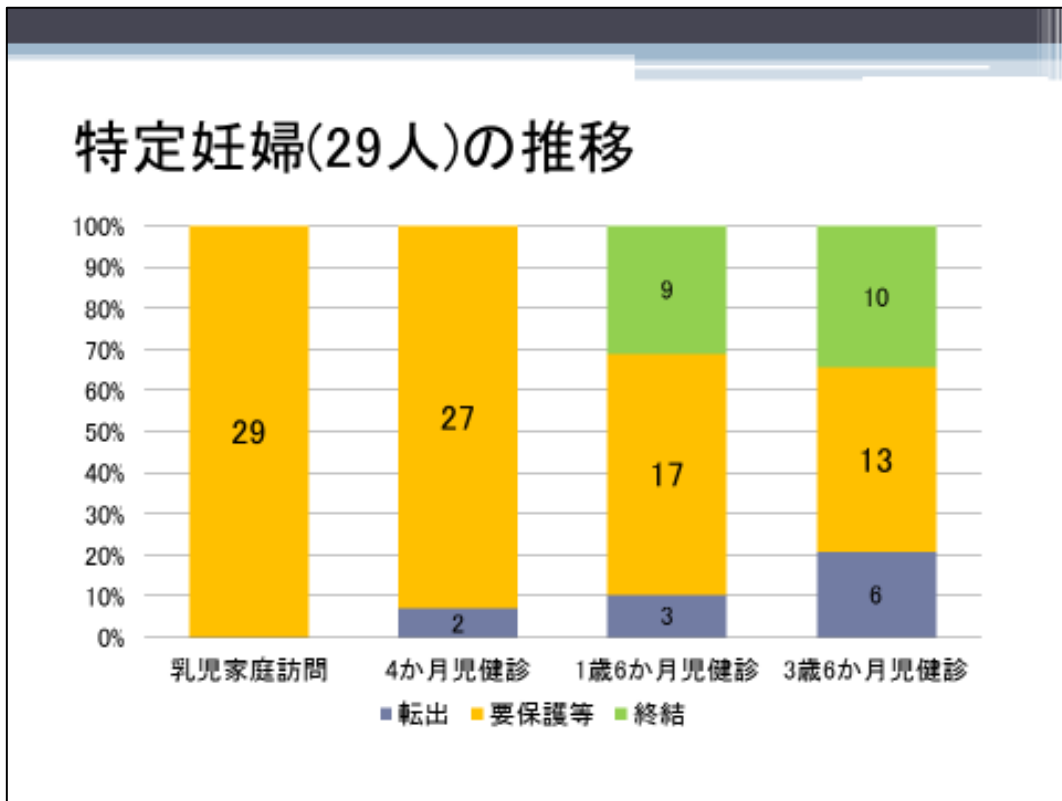


図1 特定妊婦(29人)の推移

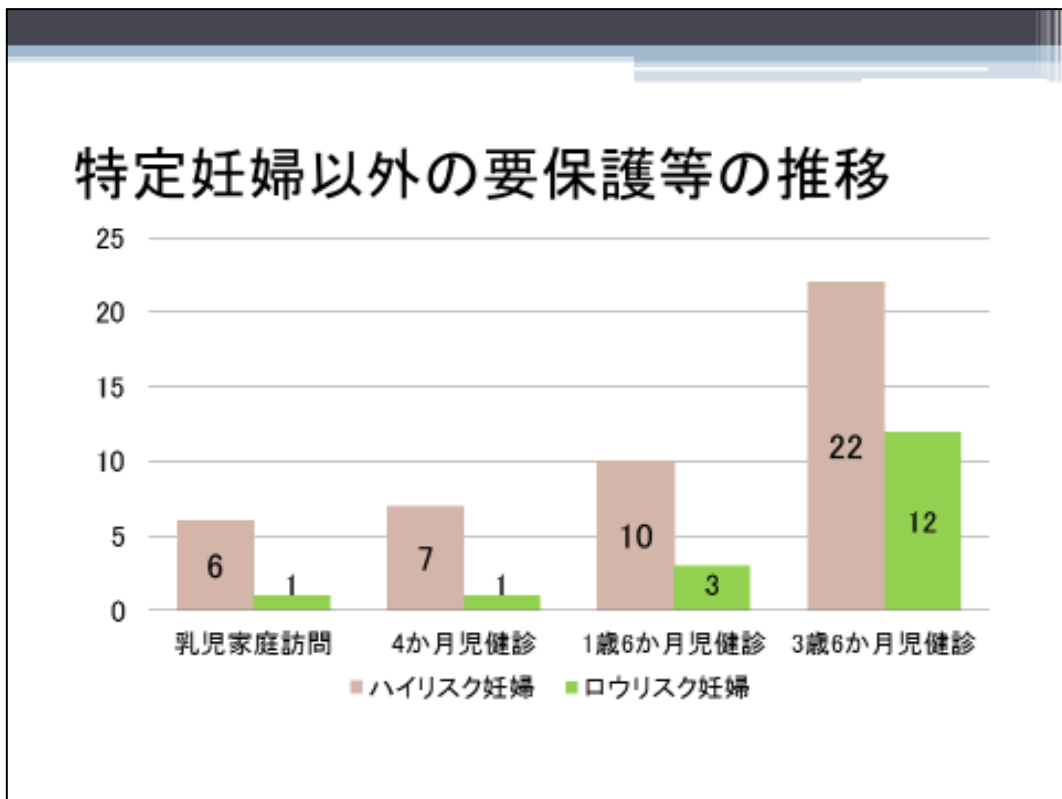


図2 特定妊婦以外の要保護等の推移

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

研究代表者: 光田信明 大阪母子医療センター 副院長

「本邦の母子保健事業の現状調査(2019)」

| | | | | |
|-------|-------|--------------|------|-----|
| 分担研究者 | 荻田 和秀 | りんくう総合医療センター | 産婦人科 | 部長 |
| 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 | 医長 |
| | 和田 聡子 | 大阪母子医療センター | 看護部 | 師長 |

【研究要旨】

【背景・目的】平成21、28年に児童福祉法が、平成28年に母子保健法が改正され、さらに、健やか親子21(第2次)によって妊娠期からの切れ目のない育児支援を通して児童虐待防止が望まれている。その中でも、母子保健事業は医療機関と行政(市区町村)の保健事業との連携によって成果が期待される。そこで、全国各市区町村の母子保健課における母子保健事業の現状について調査を行った。

【方法】対象は全国市区町村 1741 カ所の母子保健担当者で、アンケート回答による横断研究を行った。調査項目は、平成31年3月時点での①市区町村の概要、②母子保健担当、③子育て世代包括支援センター、④市区町村子ども家庭総合支援拠点、⑤福祉、⑥特定妊婦、⑦住民票と居住地問題、⑧児童相談所、⑨民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護、⑩産前・産後支援、とした。そして、各項目についてクロス集計を行い、本邦の母子保健事業の現状を検討した。

【結果】アンケートの回答率は411カ所(24%)で、同意があった市区町村は383カ所(22%)であった。母子保健担当部署の母子保健担当職員数は、100 出生数あたり一人もしくは二人が多かった。ほとんどの市区町村が、母子健康手帳交付時に質問票・問診票・アセスメントシートを用いており、9 割の市区町村が面談を行っていた。子育て世代包括支援センターを含めた各事業は、約半数の市区町村で設置・実施されていた。特定妊婦の比率は、全国平均は 2.4%で 1~3%が最も多かったが、特定妊婦疑いや台帳記載後の他機関への連絡は約半数にしか行われていなかった。各事業(子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産婦健診、産前・産後ケア)については、約半数の市区町村しか設置・実施されていなかった。

【結論】全国各市区町村の母子保健事業の現状について、アンケート調査を行った。それにより、ほとんどの市区町村で母子手帳の交付時に、なんらかの質問表やアセスメントシートを用いた面談が行われていた。アンケート調査での特定妊婦の頻度が平均 2.4%であることを考慮するに、これらの取り組みが、支援を必要とする妊婦の抽出に役立っていると思われた。しかし、特定妊婦の情報共有状況や各事業の設置率からは、多機関・多職種間における縦・横方向の連携については、まだ切れ目解消には至っていないことが明らかになった。

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

1. 本邦の母子保健事業の現状

評価項目は、アンケート調査(**補足資料**)

にある、平成31年3月時点における母子保健事業の現状や妊娠期から子育て期における医療・保健・福祉の連携状況について尋ねた以下の項目とした。

- ① 市区町村の概要
- ② 母子保健担当
- ③ 子育て世代包括支援センター
- ④ 市区町村子ども家庭総合支援拠点
- ⑤ 福祉
- ⑥ 特定妊婦
- ⑦ 住民票と居住地問題
- ⑧ 児童相談所
- ⑨ 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護
- ⑩ 産前・産後支援

2. 各事業の設置・実施状況の関連

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

なお、 P 値 < 0.05 を有意差ありとした。

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

C. 研究結果

全国市区町村アンケートの回答率は

411カ所(24%)で、同意を得た市区町村は383カ所(22%)であった。

1. 本邦の母子保健事業の現状

① 市区町村の概要

回答のあった市区町村は、人口として3,666万2,676人(平成30年 総人口1億2,644万3,000人¹⁾の29%)、調査期間内の出生数は、27万6,031人(平成30年 総出生数91万8,400人²⁾の30%)であった。

② 母子保健担当

母子保健担当部署の名称を表1に示す。名称は同一でなく、市区町村によって様々な名称が用いられていた(表1)。また、母子保健担当部署における母子保健担当職員数は、100出生数あたり一人もしくは二人が多かった(図1A)。母子保健担当部署の職種比率は、正規専任は半分に満たない状況であった(図1B)。母子健康手帳交付時の対応としては、ほとんどの市区町村で、質問票・問診票やアセスメントシートが用意されていたが(図2、3)、アセスメント基準を有するのは約6割に過ぎなかった(図4)。アセスメントの実施方法は、平成28年のときには、面談は約5割でしかなかったが(図5B)、平成31年には、9割が面談に加えて質問表を用いて行っていた(図5A)。人員や予算については約半分が不変であり、増加を予定している市区町村は2~3割に過ぎなかった(図6)。

③ 子育て世代包括支援センター

子育て世代包括支援センターの設置状況を図7に示す。また、子育て世代包括支援センターの名称を表2に示す。名称は同一でなく市区町村によって様々

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

④ 市区町村子ども家庭総合支援拠点

市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置状況を図11に示す。また、市区町村子ども家庭総合支援拠点の名称を表3に示す。名称は同一でなく市区町村によって様々な名称が用いられていた。

⑤ 福祉

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

⑥ 特定妊婦

特定妊婦判断基準がある市区町村は15%で(図17)、特定妊婦と最終的に決定している部署は、母子保健担当が約4割を占めていた(図18)。特定妊婦の比率は、全国平均が2.4%で1~3%が最も多かった(図19)。“特定妊婦の疑いあり”の把握機関、それぞれの担当者及び担当部署に連絡の有無について図20、21に示す。特定妊婦としての台帳記載後の妊婦本人、医療機関、担当者及び担当部署への通達の有無について図22~24に示す。特定妊婦から産まれた子どもの行政上の取扱いや台帳管理期間も半数が決まっていなかった(図25、26)。

要保護・要支援児童をもつ母親が妊娠した場合の取扱い、要保護・要支援児童である児童が妊娠した場合の取扱い、要保護・要支援児童が出産したあとの産婦の取扱いも半数以上が事例ごとに判断されていた(図 27～29)。

⑦ 住民票と居住地問題

住民票がないが、居住地が管内の場合に主担当として支援するかどうかについては、半数以上が支援するが、実際に支援した件数は少なかった(図 30、31)。同様に、住民票はあるが、居住地が管外の場合に住民票のある市としての支援するかどうかについては、8割が支援するが、実際に支援した件数は少なかった(図 32、33)。

⑧ 児童相談所

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

⑨ 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護

妊婦健診通院中の民間等あっせん団体に関わった事例を13%の市区町村が経験していた(図 38)。経験件数はほとんどが、1 件であった(図 39)。同様に、出産直後から産科医療機関入院中に、養親が育児指導等に関わった事例の有無と件数を図 40、41 に示す。

⑩ 産前・産後支援

妊婦訪問事例および 1 ヶ月健診までに行政からの支援が別途必要であった事例を図 42、43 に示す。産前・産後事

業の実施の有無を図 44～46 に示す。

2. 各事業の設置・実施状況の関連

子育て包括センター設置している市区町村は、子育て包括センター設置していない市区町村に比較して、産婦健康診査事業を除いた他の事業の開始・設置率が有意に高かった(表5)。また、対応分析により、子育て包括センター設置している市区町村は、他の事業も行っているという特徴が分かった(図 47)。

D. 考察

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

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

始めとした新たに導入された事業(子育て世代包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点、家庭児童相談室、産婦健診、産前・産後ケア)については、どの事業も約半数の市区町村しか設置・開始されていない理由は、今回の調査では分からなかったが、多機関・多職種の縦の切れ目解消には至っていない現状が分かった。また、これらの事業は連結して行われるものであるが、実施率が必ずしも一致していないのは興味深い。一方で、図47の対応分析で示すように、子育て世代包括支援センターを設置している市区町村は、産婦健康診査を除いた産前産後サポート、産後ケア、家庭児童相談室、家庭相互支援拠点を設置していること多いこともわかり、子育て世代包括支援センター設置している市区町村は、積極的に他の事業を始めていることが示された。

特定妊婦については、頻度は1~3%と回答する市区町村が最も多く、平均で2.4%という値は、適切に特定妊婦を抽出することができるものと思われた。この背景には、母子手帳交付時に面談やアセスメントシートを用いた評価を行う市区町村が多くなったことが挙げられる。ただ、特定妊婦の決定方法・把握機関・連絡方法、要対協の実施方法・参加者、台帳管理、児の扱いについては一定ではなかった。特に、特定妊婦の疑いがあっても把握機関が約半数が母子保健のみであり、台帳記載後も、医療機関に伝える市区町村は約半数であり、横の連携も不十分であることがわかった。

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

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

E. 結論

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

った。

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) 金川武司、和田聡子、岡本陽子、川口晴菜、平田瑛子、光田信明、大阪府における妊産婦の支援事業。日本周産期メンタルヘルス学会誌。2019.6. p7-13
- 2) 金川武司、【周産期相談 310 お母さんへの回答マニュアル 第3版】産科編 分娩 未入籍ですが、どんな手続きをいつすればよいのですか？ 周産期医学 49 巻増刊。2019.19.313-314
- 3) 金川武司、【周産期相談 310 お母さんへの回答マニュアル 第3版】産科編 分娩 お産の費用が足りないのですが？ 周産期医学 49 巻増刊。2019.19.315-316
- 4) 金川武司、【周産期相談 310 お母さんへの回答マニュアル 第3版】産科編 分娩 生まれた子どもを養子に出したい(育てられない)のですが？ 周産期医学 49 巻増刊。2019.19.317-319
- 5) 金川武司、【周産期相談 310 お母さんへの回答マニュアル 第3版】産科編 分娩 お産に保険が使えるのはどんなときですか？ 周産期医学 49 巻増刊。2019.19.320-321

- 6) 金川武司、和田聡子、【知っておきたい周産期に係る法律・制度】生活保護と入院助産制度 周産期医学、2020、50(1)、64-67

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

I. 問題点と利点

問題点として、アンケート調査に伴うバイアスが考えられる。今回、母子手帳交付の際に、アセスメントシートや面談をしている市区町村が多いことを報告したが、とくに、このような取り組みをしている市区町村がアンケートに率先して回答してくれた可能性がある。また、事業の実施・設置についても、このアンケート調査が全体を代表している値とは限らない。一方で、利点として母子保健の実情を示した唯一のデータである点が挙げられる。

J. 今後の展開

本調査で、主にクロス集計によって、母子保健の現状を検討した。次年度においては、これらデータに基づき各項目との関連について統計学的に解析を行いたい。

参考文献

- 1) 1) 総務省統計局。「人口推計(2018年(平成30年)10月1日現在)」
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2018np/index.html#a05k30-a> (2020.2.20 アクセス)
- 2) 厚生労働省。「平成30年(2018)人口動態統計(確定数)」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil8/index.html> (2020.2.20 アクセス)
- 3) 光田信明、平成29年度厚生労働省科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究(H27-健やか-一般-001)。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. 2017.

表1 母子保健担当部署の名称

| | |
|--------------------------|---------------------|
| ○市未来部 母子保健課 | 保健福祉課 健康推進係 |
| 母子保健課 | 保健福祉課 健康推進係 |
| 保健福祉部 健康推進課 健康推進係 | 保健福祉課 保健予防担当 |
| ○市保健福祉部 健康推進課 母子保健係 | 福祉課 健康介護グループ |
| 保健福祉課 保健係 | 保健福祉課 保健福祉グループ健康推進係 |
| 健康づくりグループ | 保健福祉課 健康推進係 |
| 健康福祉部 健康推進課 | 保健福祉課 保健予防係 |
| ○市生活福祉部 健康づくり課 | 健康推進課 保健指導グループ |
| 市民福祉部 健康推進課 健康推進係 | 母子保健係 |
| 保健福祉部 健康づくり課 予防推進係 | 住民福祉部 保健課 健康推進係・保健係 |
| 市民福祉部 健康福祉課 健康推進係 | 保健福祉課 保健推進係 |
| 健康推進グループ | 福祉課健康係 |
| 健康福祉部 健康推進課 母子保健係 | 健康こども課 健康推進係 |
| 福祉部 保健福祉課 健康推進課 | 介護健康課 健康相談係 |
| 民生部 子育て健康支援課 保健予防係 | 母子保健センター |
| 保健福祉課 保健推進係 | ○市保健所健康づくり推進課 |
| 保健福祉課 健康支援グループ | 民生部 健康推進課 |
| ○町保健福祉課 健康づくりグループ | 福祉部健康推進課 |
| 保健福祉課 保健福祉グループ | 子育て健康課 |
| 健康づくり対策係 | 健康推進課 |
| 保健福祉課 健康づくり係 | 健康づくり課 |
| 保健医療課 | 住民福祉課 |
| 保健福祉課 健康推進係 | 健康増進課 |
| 保健福祉課 保健医療係 | 健康福祉課 |
| 健康ふれあい課 健康づくり係 | 厚生課 |
| 住民課 保健指導グループ、子育て包括支援センター | 生活福祉部 健康推進課 |
| 保健指導係 | 健康福祉部 健康づくり課 |
| 健康課 健康推進係 | 保健福祉部 健康推進課 母子保健係 |
| 保健福祉課 保健推進課 | 子育て応援部 母子安心課 |
| 健康福祉課 | 健康福祉課 健康推進係 |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| ○町役場 保健福祉課 保健福祉グループ | ○町保健センター |
| 住民課 健康福祉係 | 健康増進課 |
| 福祉課 ふれあい係 | 子供未来局子供育成部子供保健福祉課/本庁担当部署 |
| 保健福祉課 保健予防グループ | 健康福祉部 健康推進課 母子保健課 |
| 町民家保健推進係 | 民生部 健康推進課 |
| くらし支援課 保健指導係 | 健康福祉課 健康対策班 |
| 福祉課 すこやか保健係 | 町役場保健福祉課 保健センター |
| 保健福祉課 健康推進係、○○福祉センター | 健康福祉課 健康づくり係 |
| 子育て支援課 子育て世代包括支援センター | 子育て支援課 |
| 健康推進課 各市民サービス課 | 健康づくり課 母子保健係 |
| ○市いきいき健康課 | ○市健康推進部 健康管理センター |
| 健康福祉部 健康管理課 | 保健福祉課 保健係 |
| 健康医療部 母子保健課 | ○町保健センター |
| ○市健康課 保健予防係 | 保健センター母子担当 |
| 健康増進課 健康指導係 | こども未来部こども相談課 母子保健担当 |
| 健康福祉課 保健指導係 | 長寿健康部 保健センター |
| 福祉課 健康係 | 健康福祉部 健康づくり課保健センター |
| 健康福祉課 健康推進係 | ○町保健センター保健係 |
| ○町健康長寿課 | 健康福祉課 |
| 健康福祉課 健康係 | 健康福祉課 |
| 健康支援係 | 健康介護課健康増進担当 |
| 保健福祉部こども未来室子ども支援課 母子保健係 | 保健福祉局健康部 健康支援課 母子保健班 |
| 健康福祉部 健康推進課 ネウボラ推進室地域母子係 | 健康支援課 |
| 保健福祉課 健康づくり係 | 地域保健課 |
| 住民課保健センター | ○市健康福祉部 健康課 |
| ○町住民課 保健福祉係 | 健康増進課 母子保健班 |
| 健康ふくし課 | 健康管理課 支援班 |
| 住民福祉課 福祉係 | 地域保健課 |
| 住民福祉課 健康係 | 子育てネウボラセンター |
| ○市役所保健福祉部 保健センター母子保健係 | 母子保健課 |

| | |
|------------------------|-------------------------|
| ○市健康福祉部 健康づくり課 母子保健係 | ○市健康づくり支援課 |
| 保健福祉部 健康増進課 | 健康福祉部 健康推進課 保健予防係 |
| 健康増進課 母子保健グループ | 母子保健課 |
| 健康づくり支援課 | 健康こども部 健康課母子保健班 |
| 健康づくり推進課 | 健康管理課 |
| 保健福祉部 保健センター | 健康づくり課 |
| 保健福祉部 健康づくり課 | 健康支援課 母子保健係 |
| 健康づくり推進課 | 福祉健康課 保健衛生係 |
| 予防グループ | 健康こども課 健康づくり班 |
| 健康福祉部 健康増進課 保健予防係 | 保健福祉課 |
| 健康増進課 | 保健相談所 |
| 保健福祉部 健康増進課 | 子育て支援課出産・育児支援係 |
| 健康増進課 | 健康福祉センター、健康推進課 |
| 健康課 保健指導班 | 健康課 母子保健係 |
| 母子保健グループ | 福祉保健部 健康課 |
| 保健福祉課 健康係 | 健康推進課 母子保健係 |
| 福祉健康課 保健係 | 住民福祉課 |
| こども青少年局 こども家庭課 親子保健係 | 住民福祉課 |
| こども未来局 こども支援部 こども保健福祉課 | 保健係 |
| こども家庭課 | 健康福祉課 健康づくり係 |
| こども育成部 こども健康課 | 住民福祉課 |
| 健康こども部 健康課健康づくり担当 | 保健センター |
| 子ども健康課 | 健康福祉部 市民健康課 保健センター |
| ○市福祉保健部 健康づくり課 母子保健係 | 健康づくり課（母子保健単独部署なし） |
| ○市教育部 子育て支援課 | 健康課 |
| こども部 子育て支援課 | 福祉健康課 |
| ○市福祉健康部 健康づくり課 | 福祉課 保健センター |
| 福祉部 子ども育成課 子育て相談係 | 福祉保健課 |
| 子育て支援課 | 保健福祉課 保健係 |
| 福祉部 子育て支援課 | ○市役所健康福祉部 健康づくり課 健康づくり室 |

| | |
|----------------------|-----------------------|
| こども未来部 こども家庭課 母子保健係 | ○市健康福祉部 健康づくり課 |
| 子ども家庭課 すくすく子育て係 | 福祉子ども部 こども未来課 子育て相談担当 |
| 子どもの育ちサポートセンター | ○市健康推進課 母子保健スタッフ |
| 市民福祉部 健康づくり推進課 母子保健係 | こども課 母子保健スタッフ |
| 健康づくり課 子育て応援係 | こども未来課 |
| ○町健康増進課 | 健康推進課 |
| 民生部 健康センター母子保健係 | 健康福祉課 |
| 地域包括医療ケア部健康課 保健センター | 住民福祉部 健康づくり班 健康増進課 |
| 生活環境課 福祉係 | 保健福祉課保健係 |
| 健康福祉部 健康推進課 | 子育て支援課 (○市保健センター) |
| 健康福祉課 | 健康福祉部 健康課 |
| 健康づくり課 | ○市保健センター 母子保健係 |
| 健康増進課 保健相談担当 | 健康推進部 |
| 健康づくり担当 | 健康課 |
| 住民健康課 | 健康部 健康推進課 |
| 福祉保健課 | ○市保健センター 母子保健係 |
| ○市保健所健康課 母子保健担当 | ○市健康福祉部健康課 |
| 保健課(保健指導係・健康推進係) | 健康福祉部 健康課 |
| 健康づくり課 保健予防係 | 健康福祉部 健康推進課 |
| 健康づくり課 母子保健係 | 福祉部 保健センター |
| 健康福祉部 健康推進課 母子保健係 | 健康推進課 |
| ○市役所保健医療部 健康推進課 | 民生部 健康介護課 |
| 健康福祉課 健康づくり係 | 医療保健課 |
| 保健福祉課 健康推進係 | ○町保健センター |
| 健康推進課 | 保健衛生係 |
| 健康福祉課 保健医療係 | 健康こども部 健康推進課 |
| 健康推進課 | 健康推進課 |
| 子ども健康部 健康推進課 | 福祉健康課 母子保健予防係 |
| 子育て相談センター | 中央保健センター |
| 保健推進課 | 健康保険課 |

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 健康推進課 | 保健センター |
| ○町保健福祉課 | 保健福祉課 |
| 保健福祉課 健康増進係 | 福祉課 保健センター |
| 子ども・健康部 健康増進課 | 健康増進課 保健センター |
| 子ども保健課 | 健康局健康推進部 地域保健課 |
| ○市立保健センター | 健康課 |
| 健康推進課 | 子育て世代包括支援センター 母子保健係 |
| 保健センター | 子ども・健康課子育て世代包括支援センター○○○○ |
| 健康福祉部 保健医療課 母子保健係 | 福祉保健部 健康推進課 |
| 健康推進課 | 住民福祉課 |
| 健康推進課 | ○町保健センター (○町子育て世代包括支援センター) |
| 保健医療部 地域保健課 | 子育て健康課 健康推進係 |
| 健康づくり推進室 健康増進担当 | 健康福祉課 |
| 健康増進課 母子保健・感染担当 | 子育て部子育て支援課 子育て支援センター |
| 保健福祉部 保健福祉課 | 健康福祉部 健康推進課 |
| 地域包括ケア推進課 | ○市保健所健康づくり課 母子歯科保健係 |
| ○市立保健センター | 健康増進課 |
| 保健センター | 保健課 健康係 |
| 健やか部 健康増進課 | 健康推進課 |
| ○市健康部 健康増進課 | 健康福祉部 健康推進課 |
| 健康福祉部 いきいき健康課 | 保健福祉課 |
| 子育て支援課 子育て・母子支援グループ | 健康推進課 |
| 保健医療係(○町立保健センター) | 健康推進課 元気づくり係、健康づくり係 |
| 健康福祉課 | 生活福祉部保健医療課 推進係 |
| 福祉局 子育て支援室子ども健康課 | 子育て支援課 子育て支援係 |
| 地域保健課 | ○市こども未来部 子育て保健課 母子保健担当 |
| 育児保健課 | ○市健康増進課 |
| 健康課 | 健康増進課 |
| ○市健康福祉部健康推進課(○市立健康センター) | 健康保険課 保健班 |
| 親子保健係 | 母子保健係 |
| 健康増進課 | ○市環境福祉部 健康づくり課 |

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| すこやか環境グループ | ○市健康福祉局 保健所保健センター |
| ○町健康福祉課 母子保健係 | 健康課 |
| ○市 健康福祉部 健康増進課 母子保健係 | 健康推進課 保健係 |
| 健康増進課 保健センター | ほけん福祉課福祉班 |
| 健康づくり福祉課 | ○村役場健康福祉課 保健衛生係 |
| ○市健康推進課(○○保健センター) | ○市健康づくり推進課 |
| 保険健康課 母子保健係 支所健康推進係 | 地域医療対策課 市民健康推進係 |
| ○市保健センター 母子保健係 | 健康支援係 |
| 保健センター母子保健係 | 健康増進課 |
| 市民福祉部○市保健センター | ○市健康長寿あんしん課 |
| 市民部保健推進課 (○市保健センター) | ○市役所福祉保健部 子育て支援課母子保健係 |
| 健康づくり推進課 | 医療保健課 |
| 健康課保健センター係 | 子育て支援課 |
| 保健福祉課 | 福祉部 子ども未来局 親子保健課 |
| 住民課 (○○広域連合保健福祉課で実施) | ○市保健センター |
| 健康福祉課 | 健康増進課 健康づくり第2係 |
| ○町役場健康福祉課 | 健康福祉部 健康推進課 |
| こども未来部 こども子育てサポートセンター | ○市福祉事務所 |
| 教育委員会こども育成課 母子保健係 | ○町総合保健福祉センター ほほえみ館健康づくり推進係 |
| 子ども支援課 | 保健介護課 |
| ○市福祉支援部 子育て支援課 母子保健担当 | 健康増進課 保健予防係 |
| 健康推進係 | 保健福祉部 健康増進課 母子保健係 |
| 健康福祉部 健康課 | 健康増進課 健康指導係 |
| 健康課 健康推進係 | 保健課 健康推進係 |
| 健康対策係 | 保健課 健康推進課 保健予防係 |
| 住民課 健康保健係 | こども課 こども健康係 |
| 子育て健康支援課 健康支援係 | 福祉課 国保保健衛生係 |
| 健康福祉課 | 町民保健課 |
| 健康推進課 | 保健福祉課 |
| 健康推進課 健康増進班 | 健康増進部 健康増進課 すこやか親子係 |
| 住民課保健係 | 市民保健部 健康福祉センター |

| | |
|---------------------------------|---------------|
| こども課 母子保健班 | 子ども家庭課 |
| 健康推進課 | 市民健康部 健康推進課 |
| 健康福祉部 保健センター 母子保健係 | ○市生活環境部 健康増進課 |
| いきいき健康課 | 市民部 健康増進課 |
| 健康保険課 | 長寿福祉課 |
| 住民福祉部 健康保健課 母子保健係 | 福祉人権 |
| ○○福祉保健課保健センター内 子育て世代包括支援センター | 子育て支援係 |
| ○町 子育て世代包括支援センター | |

表2 子育て世代包括支援センターの名称

| | |
|-----------------------|--|
| マザーズ・サポート・ステーション | 子育て世代包括支援センター「〇〇〇〇」 |
| 特に名称なし | 子育て総合相談センター |
| 〇市子育て世代包括支援センター「〇〇〇〇」 | 子育て世代包括支援センター“ママサポ〇〇〇〇” |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 事業のため名称なし | 妊娠出産包括支援事業（名称特になし） |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 子育て世代包括支援センター |
| 母子保健型子育て世代包括支援センター | 〇町子育て世代包括支援センター |
| 〇町保健福祉課 | 妊娠・子育て応援室 |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 | 子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 〇〇にここ事業 |
| 子育て世代包括支援センター | 〇〇子育てコンシェルジュ(母子保健型) |
| 子育て世代包括支援センター | 〇市保健センター（母子保健型） 〇市子育て支援センター（基本型） |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て世代包括支援センター 〇〇〇〇 | 〇町子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター | 子育てスタート 〇〇〇〇 |
| 〇市子育て世代包括支援センター 〇〇テラス | 〇市役所こども保健福祉課母子保健係 |
| 〇〇〇〇 | 子育て世代包括支援センター |
| 健康医療部 母子保健課 | 〇町子育て世代包括支援センター |
| 〇市子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター | 子育て相談センター |
| 子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 特になし |
| 〇〇っ子応援センター 〇〇〇〇 | 保健センター、すこやか健康相談室北部〇〇 |
| 子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 | 子育て支援総合センター（利用者支援事業基本型） こども健康センター（利用者支援事業母子保健型） |
| 〇町子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |

| | |
|--------------------------|------------------------|
| ○村子育て世代包括支援センター | 名称なし |
| ○町子育て世代包括支援センター | ネウボランド〇〇〇〇 |
| ○町子育て世代包括支援センター | 〇〇まると子育て健康応援事業 |
| 産前産後支援センター | 子育て世代包括支援センター |
| ○市子育て世代包括支援センター「〇〇〇〇」 | ○市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター | ○町すくすくステーション |
| ○市子育て世代包括支援センター〇〇〇 | ○町立保健センター |
| 〇〇〇〇 | 〇〇子育て世代包括支援センター |
| ○市子育て世代包括支援センター | 保健福祉センター |
| ○市子育て世代包括支援センター | 〇〇子育て世代包括支援センター |
| ○町子育て世代包括支援センター | 子育て応援ステーション「〇〇〇〇」 |
| ○町子育て世代包括支援センター | ○市立健康センター |
| 〇〇子育て世代包括支援センター（〇〇サポ） | ○市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター | ○市子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 |
| ○市子育て包括支援センター | こども窓口 |
| 子育て世代包括支援センター（〇〇〇センター） | ○町子育て世代包括支援センター |
| 保健センター母子健康手帳交付窓口妊娠・出産の相談 | ○町子育て世代包括支援センター |
| ○町子育て世代包括支援センター | わくわく子育てセンター |
| ○町子育て世代包括支援センター | マタニティコンシェルジュ（母子保健型） |
| ○町子育て世代包括支援センター | 中央保健センター |
| ○市母子保健包括支援センター | ○町子育て世代包括支援センター |
| 母子保健相談窓口「〇〇〇〇」 | 子育て世代包括支援センター |
| ○市子育て世代包括支援センター | ○村子育て世代包括支援センター |
| ○市妊娠子育て相談センター | ○町子育て世代包括支援センター（母子保健型） |
| 子育てネウボラセンター | 子育て世代包括支援センター |
| ○子市保健センター | 〇〇〇〇 |
| 福祉総合相談センター | 〇〇〇〇 |
| 母子保健課 | 〇〇〇〇 |
| 〇〇〇〇 | 〇〇子育て世代包括支援センター |
| ○市子育て世代包括支援センター（愛称あり） | ○町地域子育て世代包括支援センター |
| 保健相談所 | ○町子育て世代包括支援センター |
| 健康福祉センター | ○町子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 |
| 子育て世代包括支援センター | ○町子育て世代包括支援センター |

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 子育て世代包括支援センター | 母子健康包括支援センター〇〇〇〇 |
| 〇〇・〇〇 | 〇〇産前産後相談ステーション |
| センター機能を区子ども家庭支援課および 区地域子育て支援拠点が担う | 子育て世代包括支援センター |
| 地域みまもり支援センター地域支援課 | すこやか〇〇〇 |
| 子育て支援センター | はぐくみセンター |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 |
| 〇市子育て世代包括支援センター 〇〇ネウボラルーム〇〇 | 〇〇ネウボラ相談窓口（愛称あり） |
| 南保健センター、北保健センター(別名なし) | 〇〇母子保健サポートセンター |
| 〇市子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 | 子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 〇市産前・産後サポートステーション |
| 〇市子どもネウボラ | 〇町子育て世代包括支援センター〇〇ルーム |
| 〇〇っ子育て相談センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター | 〇〇ハート |
| 〇町子育て世代包括支援センター | マザーズステーション「〇〇〇〇」 |
| 妊娠・子育てほっとステーション | 〇市子育て世代包括支援センター 〇〇〇〇ステーション |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 子育て世代包括支援センター |
| 〇市子育て世代包括支援センター | こども子育てサポートセンター |
| 〇市子育て世代包括支援センター〇〇〇〇 | 特に名称なし |
| 親子ほっとステーション〇〇〇〇 | マタニティサポートセンター〇〇〇〇 |
| 〇市福光保健センター | 〇市子ども・子育て相談センター |
| 〇市健康福祉センター、〇市子育て支援センター | こども総合相談窓口 |
| 〇〇親子サポート、〇市子育て支援センター | 〇〇〇るーむ |
| 健康福祉センター | 親子すこやかセンター |
| 〇〇版 ネウボラ | すくすく子育てセンター |
| 名称なし (保健センターと子ども家庭応援センターがその機能をもつ) | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 〇市母子健康包括支援センター | 〇〇ルーム |
| 〇市子育て世代包括支援センター | 〇市子育て世代包括支援センター |
| 母子・子育て相談窓口 | 産前産後サポート室 |
| こども相談室 | 〇市保健センター |
| 子育て世代包括支援センター | 子育て世代包括支援センター |

| | |
|---------------------|-----------------|
| ○町子育て世代包括支援センター | ○市子育て世代包括支援センター |
| ○村子育て世代包括支援センター | ○市子育て世代包括支援センター |
| 子育て世代包括支援センター「○○○○」 | ○市子育て支援室 |
| ○町子育て世代包括支援センター | ○市トータルサポートセンター |
| ○町子育て世代包括支援センター | 子育て応援センター○○○○ |
| ○町子育て世代包括支援センター | ○村子育て世代包括支援センター |
| 母子健康包括支援センター ○○○○ | ○○子育て世代包括支援センター |
| ○町子育て世代包括支援センター | |

表3 市区町村子ども家庭総合支援拠点の名称

| | |
|-----------------------|-------------------|
| ○市子育て世代包括支援センター「○○○○」 | こども家庭応援センター |
| ○町保健福祉課 | ○市子ども相談室 |
| ○○子ども家庭総合支援拠点 | こども相談室 |
| 子育て支援課 子育て相談係 | ○村子ども家庭総合支援拠点 |
| 総合子育て支援センター | ○町子育て世代包括支援センター |
| 家庭児童相談室 | ○市子ども家庭総合支援拠点 |
| 家庭児童相談室 | ○市子ども家庭総合支援拠点 |
| こども部 こども福祉課 家庭児童相談担当 | 子ども家庭センター |
| 子ども相談センター | ○○ひろば |
| 子ども相談課 | 子育て総合支援センター |
| ○市子ども家庭総合支援拠点 | ○市子ども総合相談センター |
| こども家庭支援センター | ネウボランド○○ |
| ○市子ども家庭総合支援拠点 | 子育て支援課 |
| 子ども家庭支援センター | ○○っこステーション |
| 子ども家庭支援センター | 子育て子育て支援センター |
| ○区子ども家庭支援センター | 生活支援課 |
| 子ども家庭支援センター | ○○園 |
| ○市子ども家庭支援センター | 家庭相談課が拠点の機能をもつ |
| 子育て支援センター | ○市子ども家庭総合支援拠点 |
| ○市子ども家庭総合支援拠点 | 子育て支援課 |
| ○町子ども家庭総合支援拠点 | ○市子ども家庭総合支援拠点 |
| こども家庭総合支援拠点 | 総合支援拠点 |
| ○町子ども家庭総合支援拠点 | ○市子ども家庭総合支援拠点 |
| 子どもの育ちサポートセンター | ○市子ども子育て支援課こども支援係 |
| ○町市子ども家庭総合支援拠点 | こども課児童家庭担当 |
| ○市子育て支援センター | ○市子ども家庭総合支援拠点 |

表 4 家庭児童相談室の名称

| | |
|--------------------------|-----------------|
| 家庭児童相談室 | 子育て支援課内 家庭・婦人相談 |
| 子供家庭支援課 | 家庭児童相談室 |
| こども福祉課 | 家庭児童相談室 |
| ○市家庭児童相談室 | 家庭児童相談室 |
| ○市家庭児童相談室 | 市民相談室 |
| 家庭児童相談室(子育て応援課内) | ○市家庭児童相談室 |
| こども家庭相談センター | 子育て支援相談室 |
| こどもサポートセンター○○ | 相談室 |
| こども総合支援センター | ○市家庭児童等相談室 |
| 家庭相談課が拠点の機能をもつ | こども福祉課家庭児童相談係 |
| 子ども家庭支援課 | ○市子ども子育て支援課 |
| 地域こども相談センター | 子育て支援係 |
| こども子育て相談室 | 子ども相談室 |
| ○市家庭児童相談室 | 家庭児童相談室 |
| ネウボウ推進課(こども家庭相談担当) | ○市家庭児童相談室 |
| 家庭相談室 | 家庭児童相談室 |
| 家庭児童相談室 | 福祉課 子育て支援係 |
| ○市子育て支援課家庭児童相談室 | 家庭児童相談室 |
| こども相談室 | ○市トータルサポートセンター |
| ○市家庭児相相談室 | ○市家庭児童相談室 |
| ○市家庭児童相談室 | ○市家庭児童相談室 |
| こども家庭相談室 | 福祉部 こども未来課 |
| 子育て支援課子育て支援係(家庭児童相談員を配置) | 家庭児童相談室 |

表5 各事業の設置率・実施率

| | A (n= 303) | B (n=70) | P値 |
|-------------|------------|----------|----------|
| 子ども家庭総合支援拠点 | 40% | 6% | < 0.0001 |
| 家庭児童相談室 | 55% | 14% | < 0.0001 |
| 産前・産後サポート事業 | 40% | 10% | < 0.0001 |
| 産後ケア事業 | 60% | 23% | < 0.0001 |
| 産婦健康診査事業 | 45% | 33% | 0.08 |

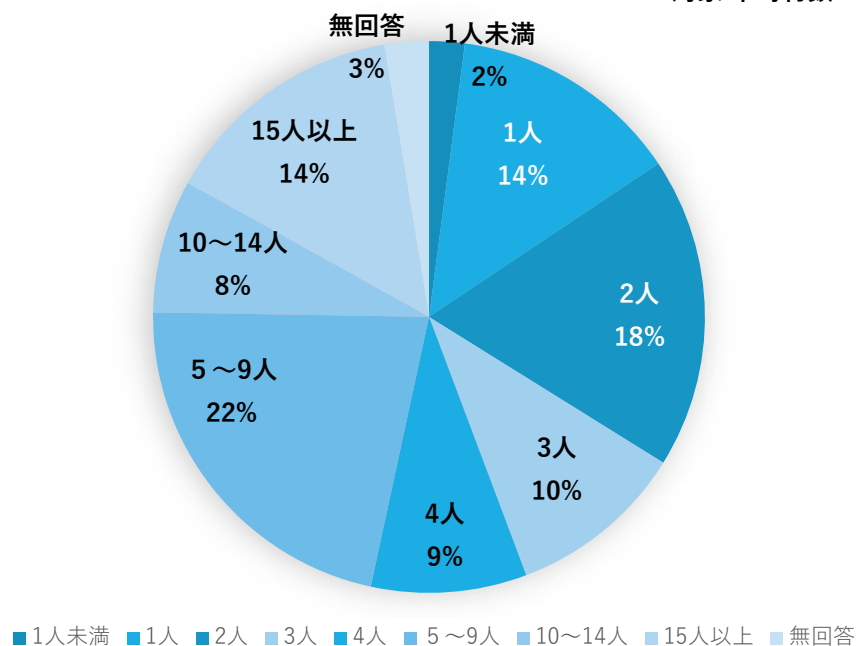
A: 子育て包括センター設置している市町村

B: 子育て包括センター設置していない市町村

【図1 A】 2. 母子保健担当

2) 現時点での母子保健担当部署の100出生数あたりの母子保健担当職員数

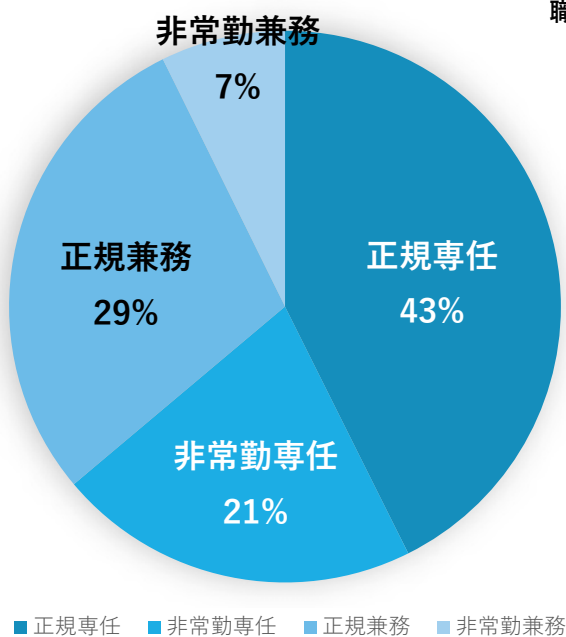
対象 市町村数：383



【図1 B】 2. 母子保健担当

2) 現時点での母子保健担当部署の職員数 比率 (各職員/全職員数)

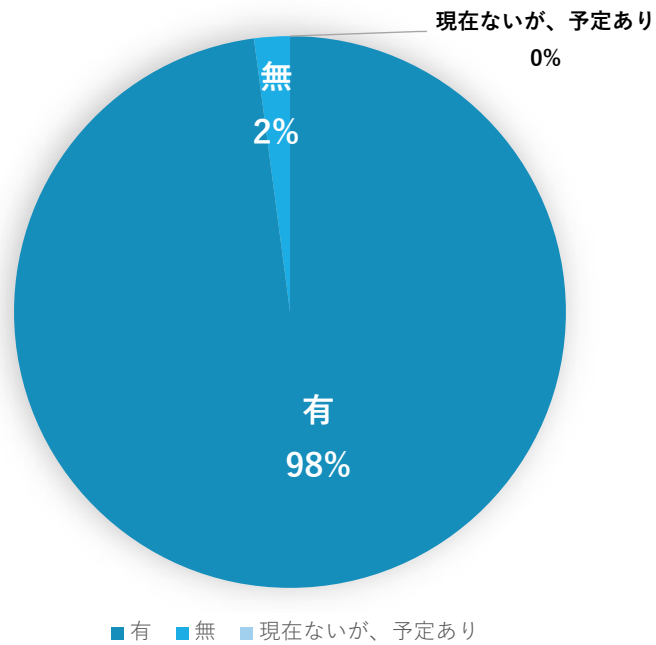
対象 市町村数：383
職員 合計 4,976人



【図2】 2. 母子保健担当

3) - ① 母子健康手帳交付時の対応：質問票・問診票の有無

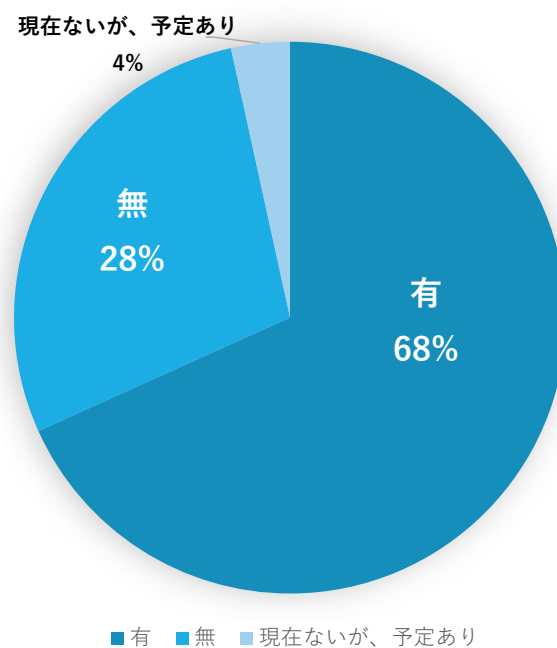
対象 市町村数：383



【図3】 2. 母子保健担当

3) - ② 母子健康手帳交付時の対応：アセスメントシートの有無

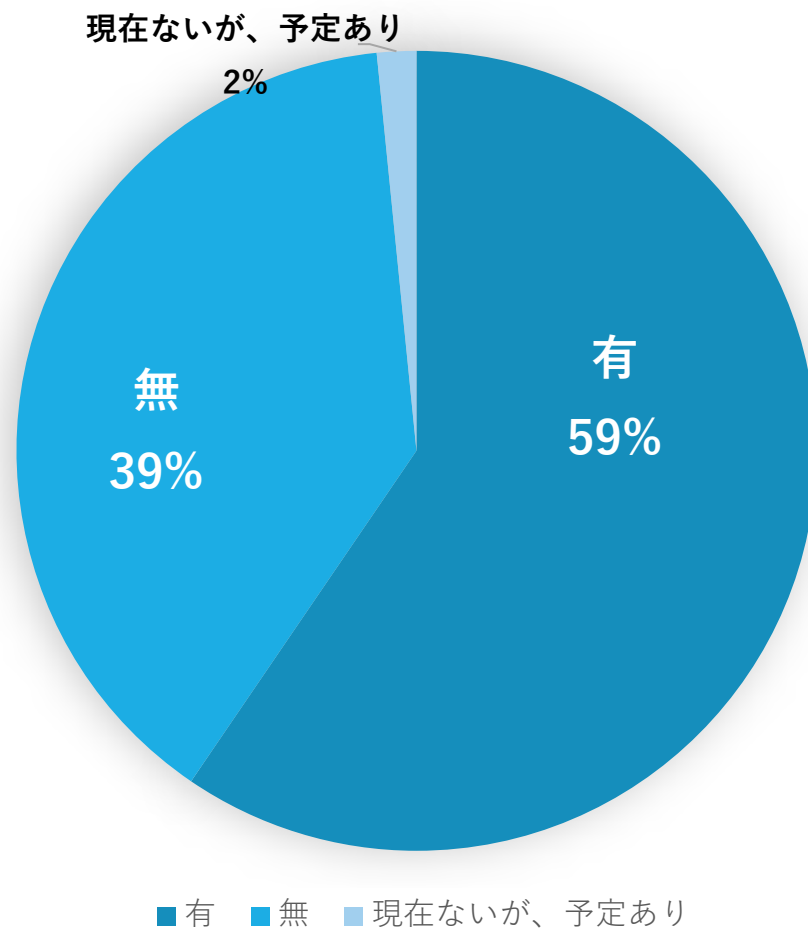
対象 市町村数：383



【図4】 2. 母子保健担当

3) - ③ 母子健康手帳交付時の対応：アセスメント基準の有無

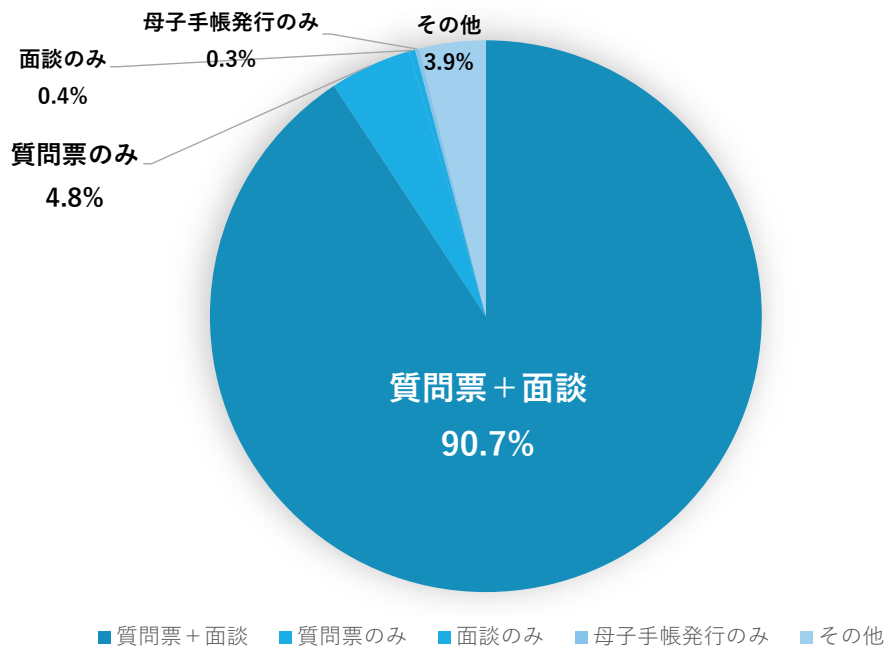
対象 市町村数：383



【図5 A】 2. 母子保健担当 2019

3) - ④アセスメントの実施方法 (各実施件数/総出生数) 2019

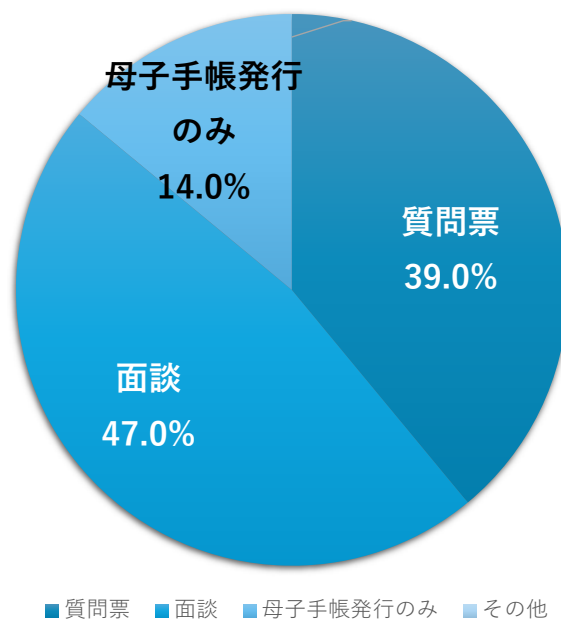
対象 市町村数 : 383



【図5 B】 2. 参考：母子保健担当 2016

3) - ④アセスメントの実施方法 (各実施件数/総出生数) 2016

対象 市町村数 : 671

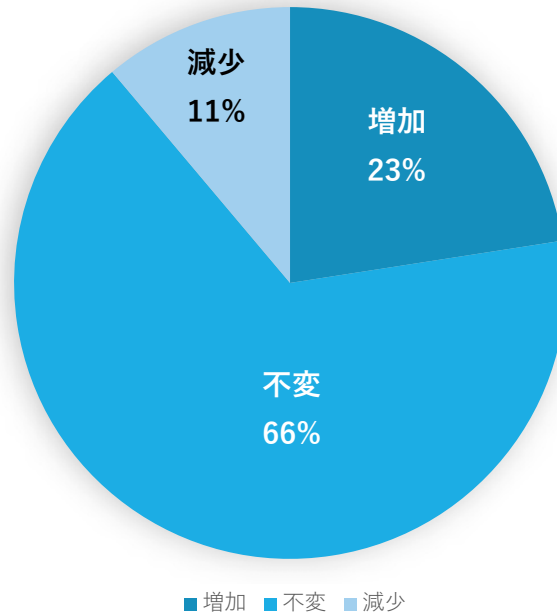


【図6 A】 2. 母子保健担当

4) 医療機関からの情報提供の実情-母子保健担当の人員数増減 (2017.4⇒2018.4)

対象 市町村数：377
回答のあった市町村のみ

人員数

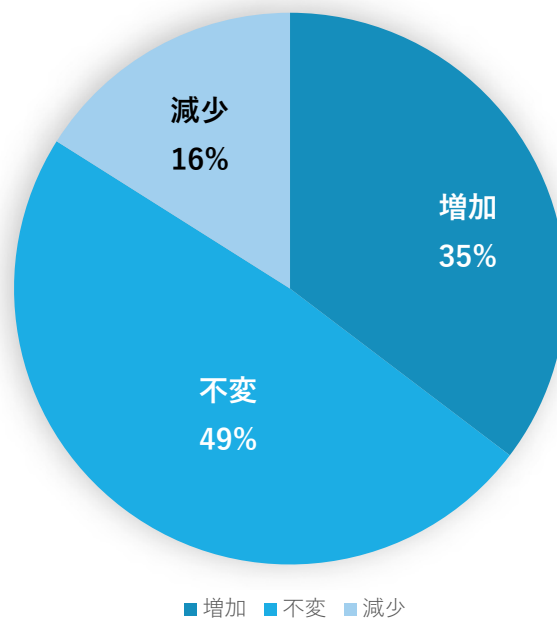


【図6 B】 2. 母子保健担当

4) 医療機関からの情報提供の実情-母子保健担当の予算増減 (2017.4⇒2018.4)

対象 市町村数：368
回答のあった市町村のみ

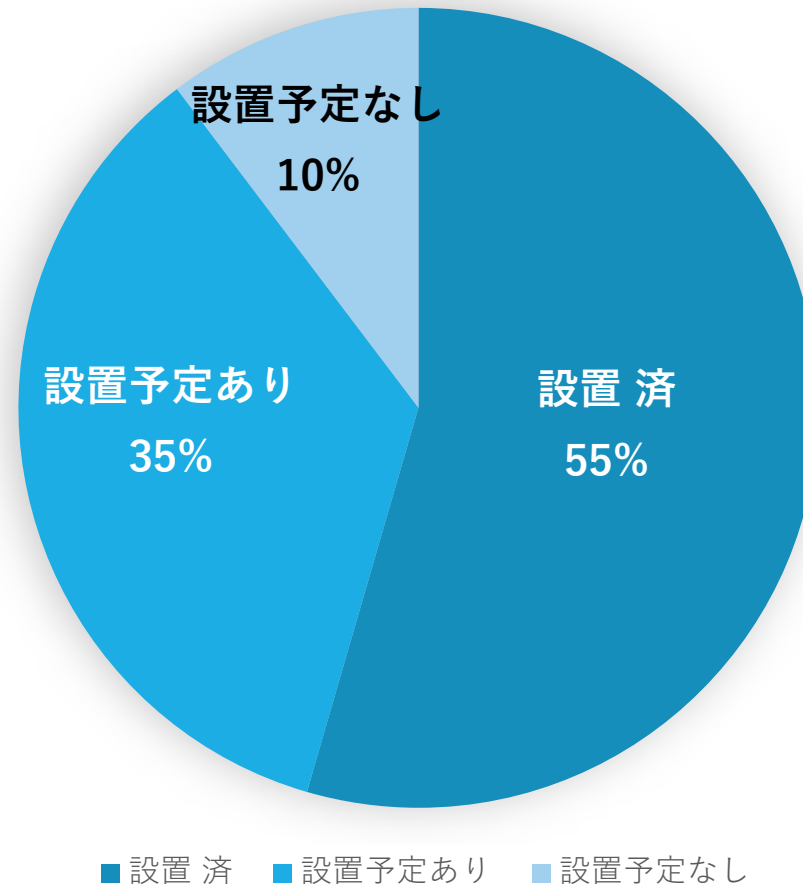
予算



【図7】 3. 子育て世代包括支援センター

1) 子育て世代包括支援センターの設置状況

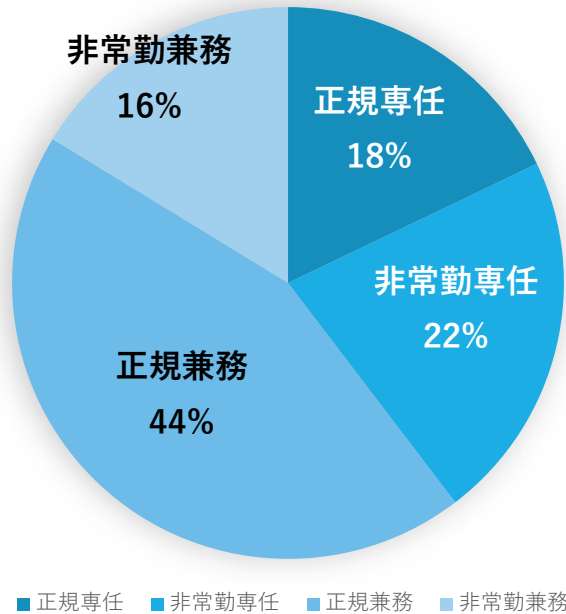
対象 市町村数：378
回答のあった市町村のみ
(無回答5)



【図8】 3. 子育て世代包括支援センター

2)②- i 子育て世代包括支援センターの職員数 比率 (各職員/全職員数)

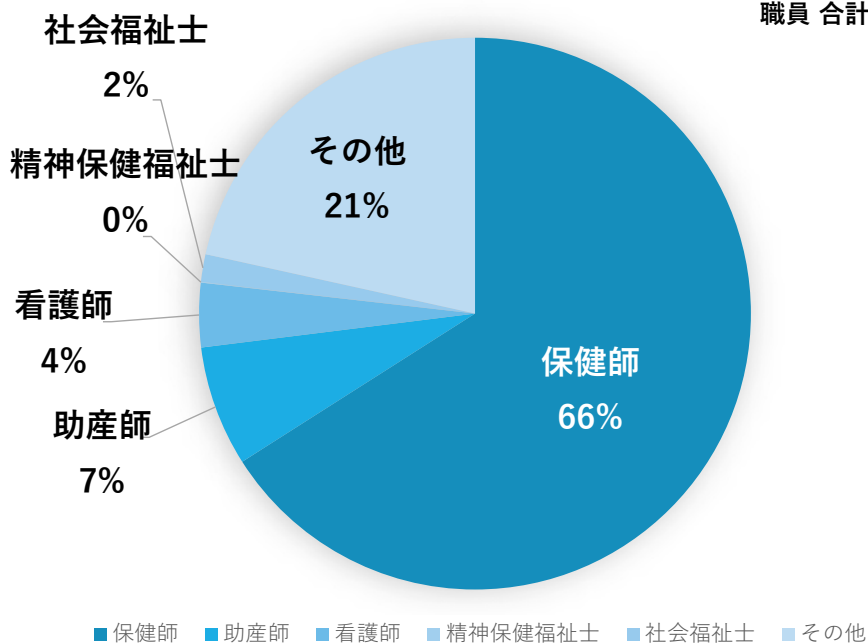
対象 設置している市町村数：189
無記名の17市町村を除く
職員 合計 2,277人



【図9】 3. 子育て世代包括支援センター

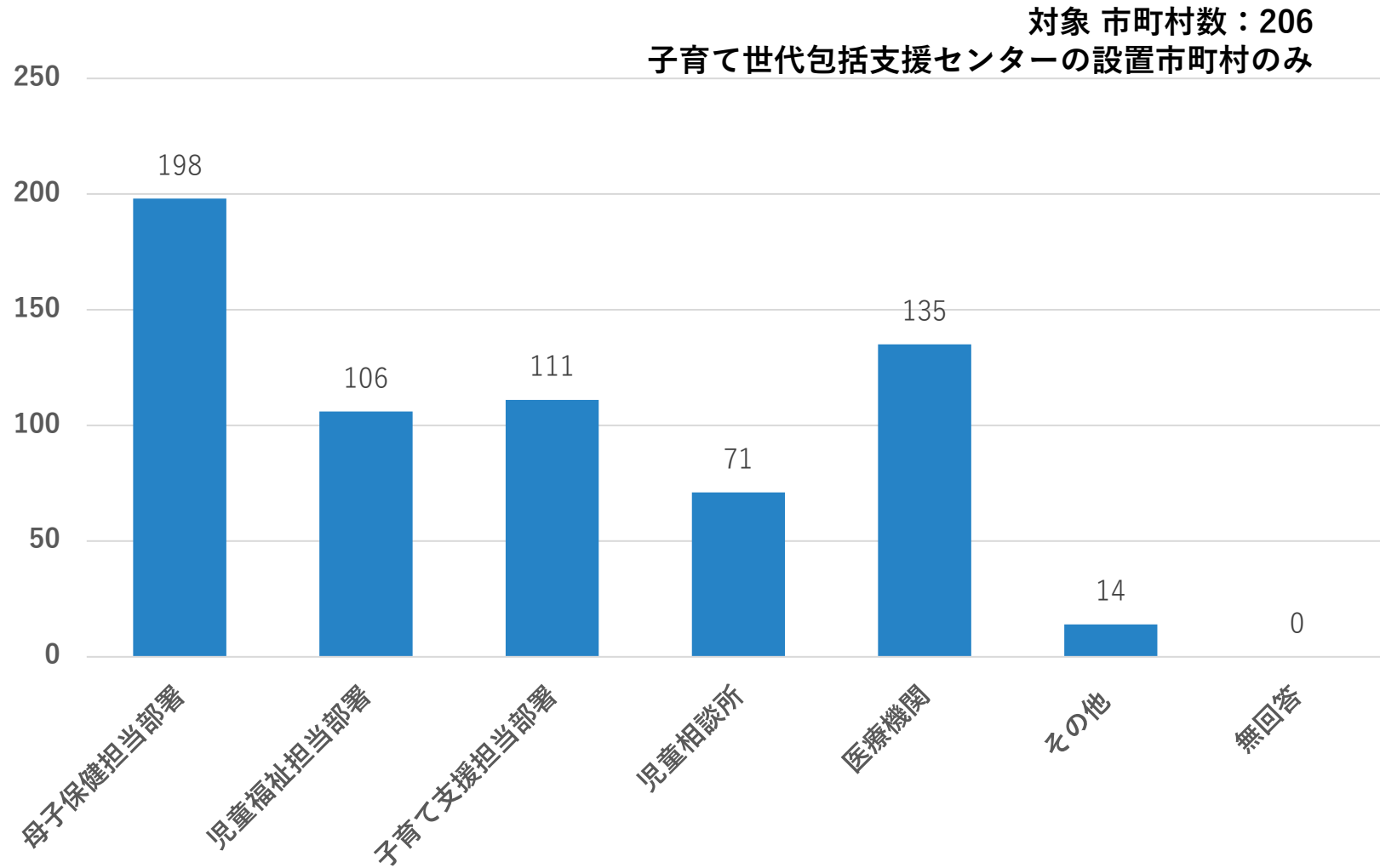
2)②- ii 子育て世代包括支援センターの職種 比率 (職種/全職員数)

対象 設置している市町村数：189
無記名の17市町村を除く
職員 合計 2,377人



【図10】 3. 子育て世代包括支援センター

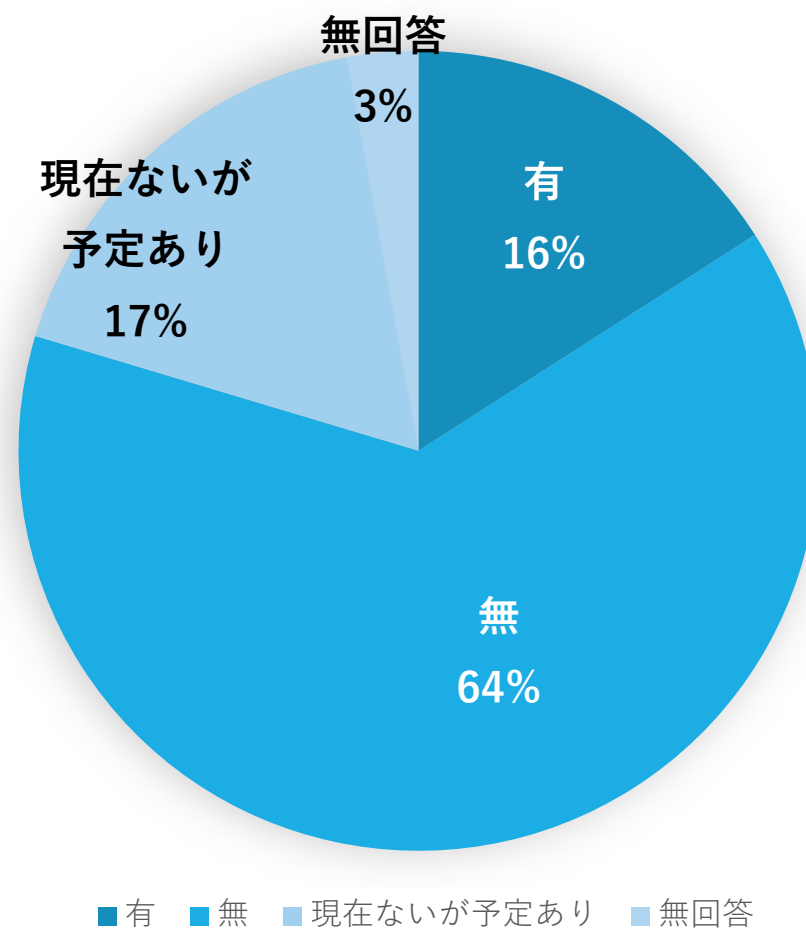
2) ②- iii 子育て世代包括支援センターにおける妊娠中の情報の入手経路



【図11】 4. 市区町村子ども家庭総合支援拠点

1) 市区町村子ども家庭総合支援拠点の有無

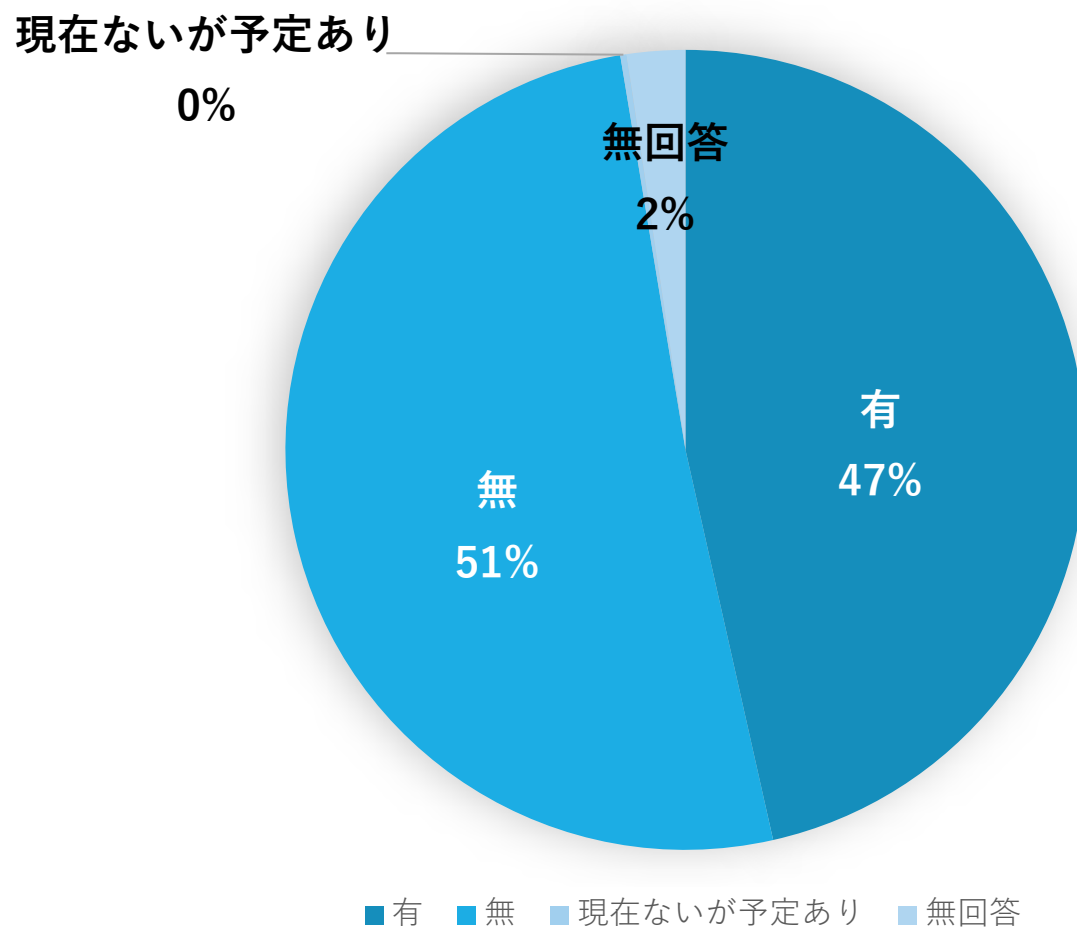
対象 市町村数：383



【図12】 福祉：家庭児童相談室

1)家庭児童相談室の有無

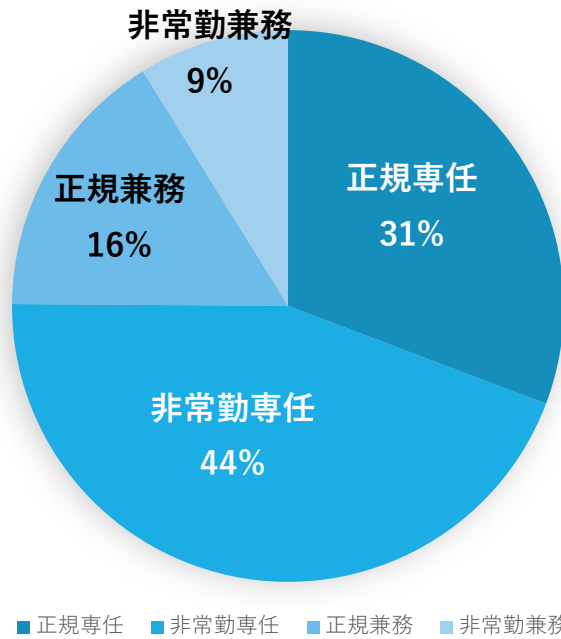
対象 市町村数：383



【図13】 5. 福祉：家庭児童相談室

2)職員数

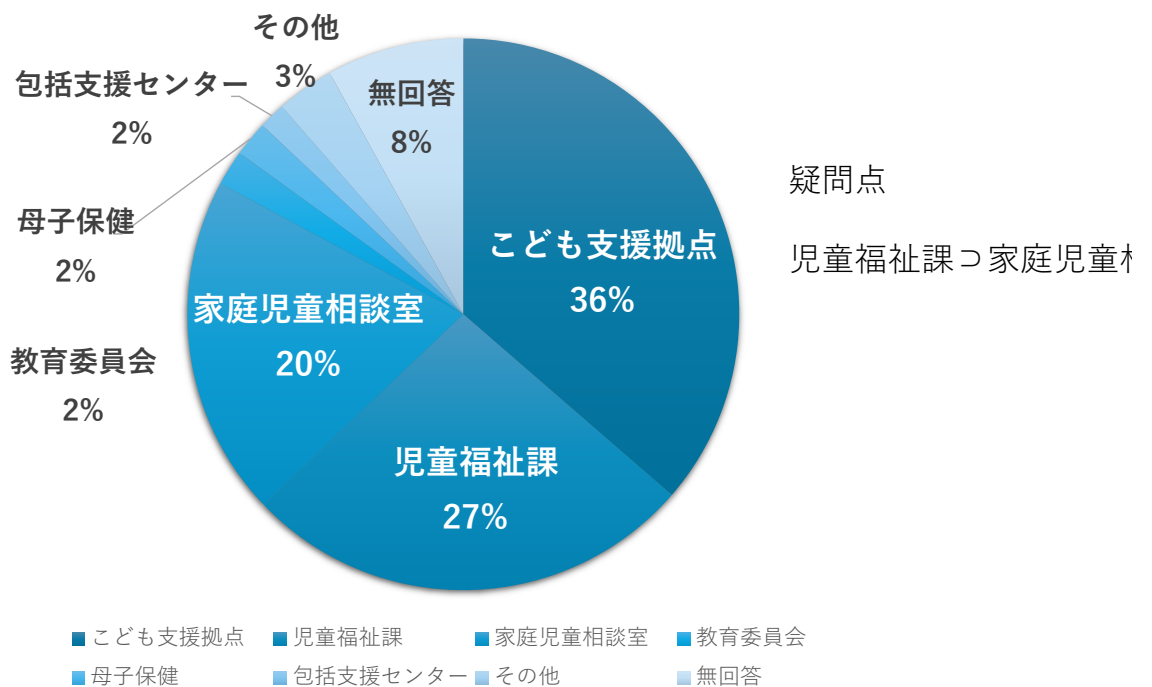
対象 設置している市町村 177のうち
無記名の5市を除く市町村：172
職員 合計 472人



【図14】 5. 福祉：家庭児童相談室

4) 要対協の調整機関

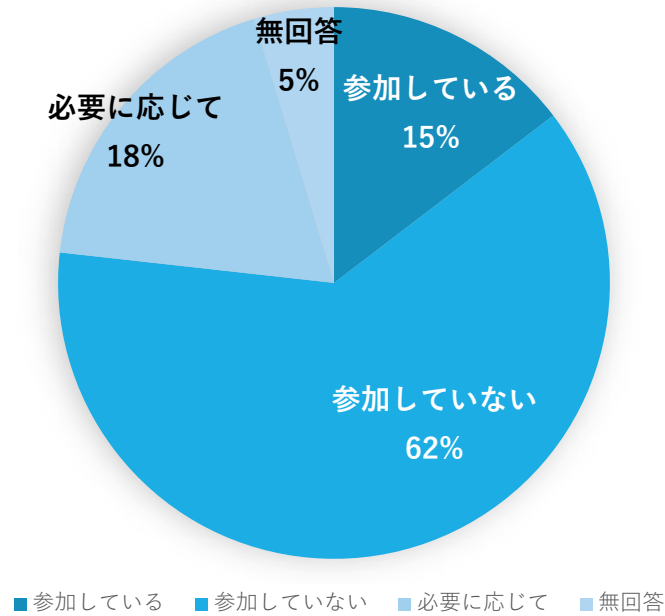
対象 市町村数：383



【図15】 5. 福祉

5) 要保護児童対策地域協議会 実務者会議への医師の参加

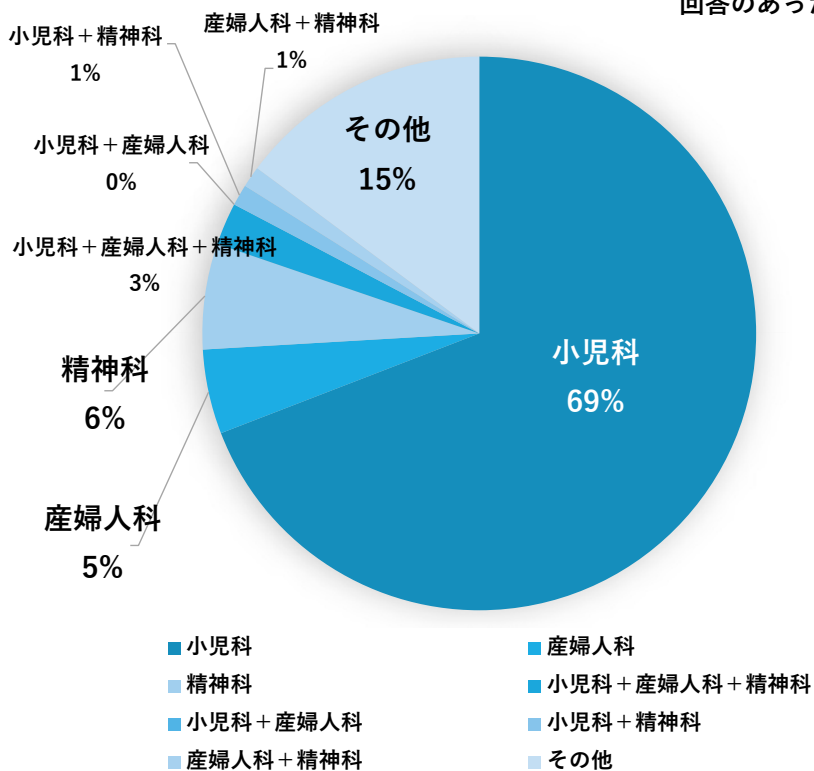
対象 市町村数：383



【図16】 福祉

5) 要保護児童対策地域協議会 実務者会議への医師の科

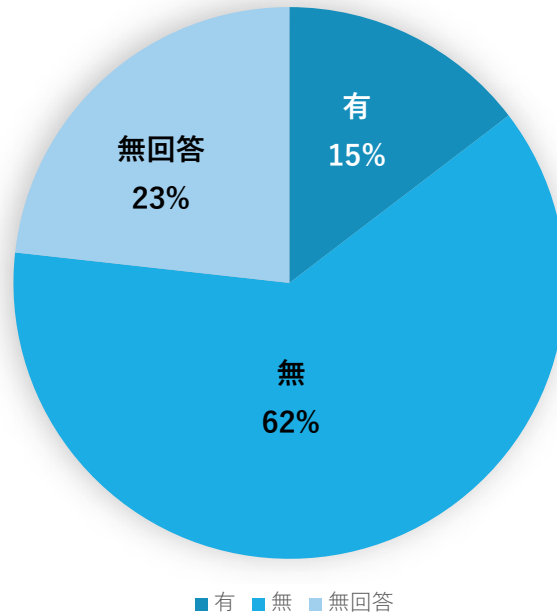
対象 市町村数：81
回答のあった市町村のみ



【図17】 6. 特定妊婦

1) 特定妊婦判断基準の有無

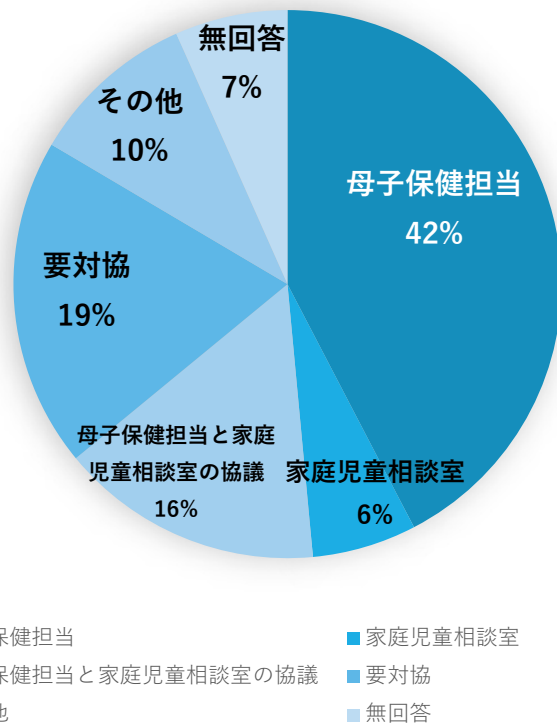
対象 市町村数：383



【図18】 6. 特定妊婦

2) 特定妊婦の最終決定部署

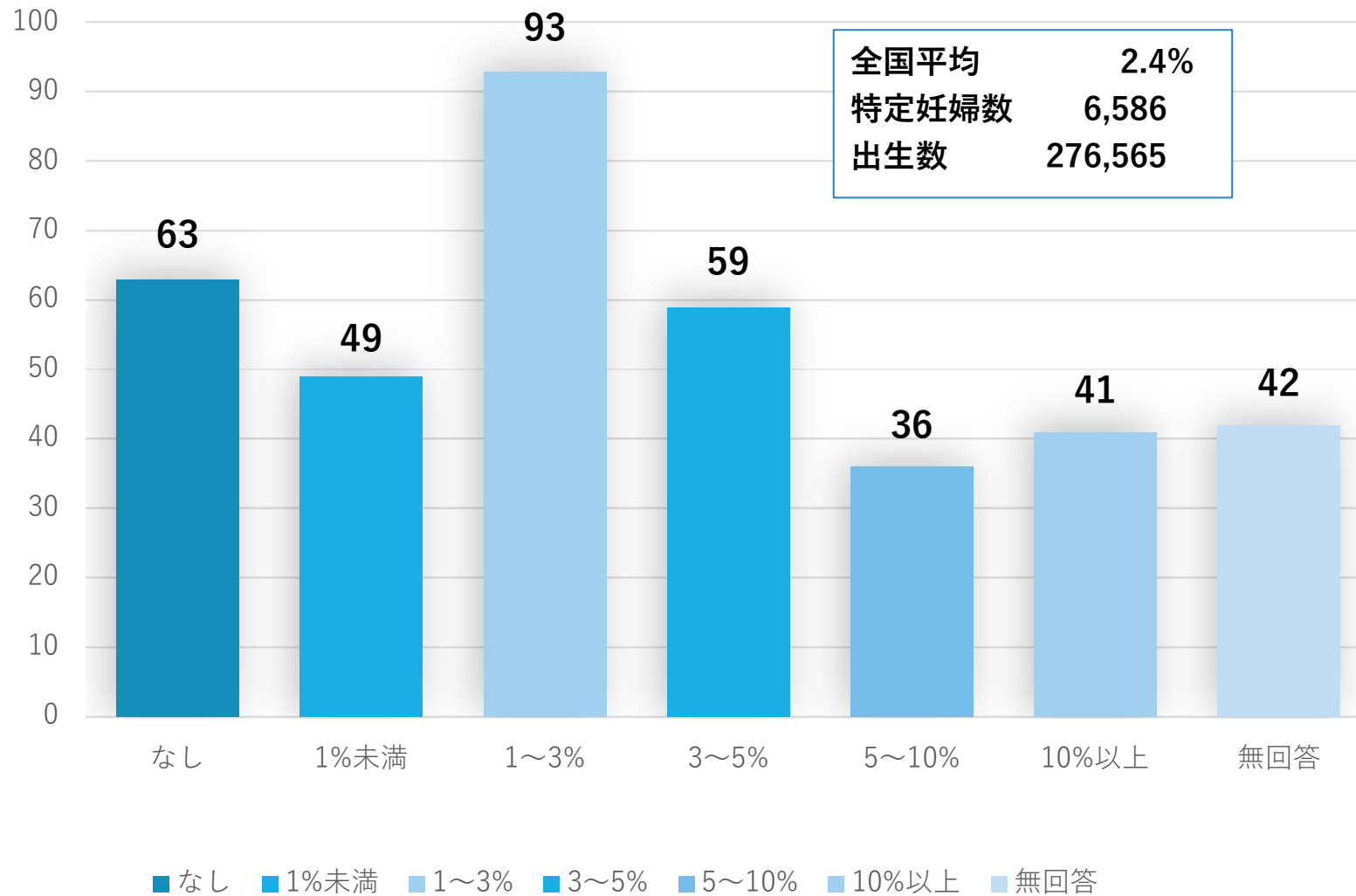
対象 市町村数：383



【図19】 6. 特定妊婦

3) 特定妊婦の比率(特妊数/出生数)ごとの市町村数

対象 市町村数：383

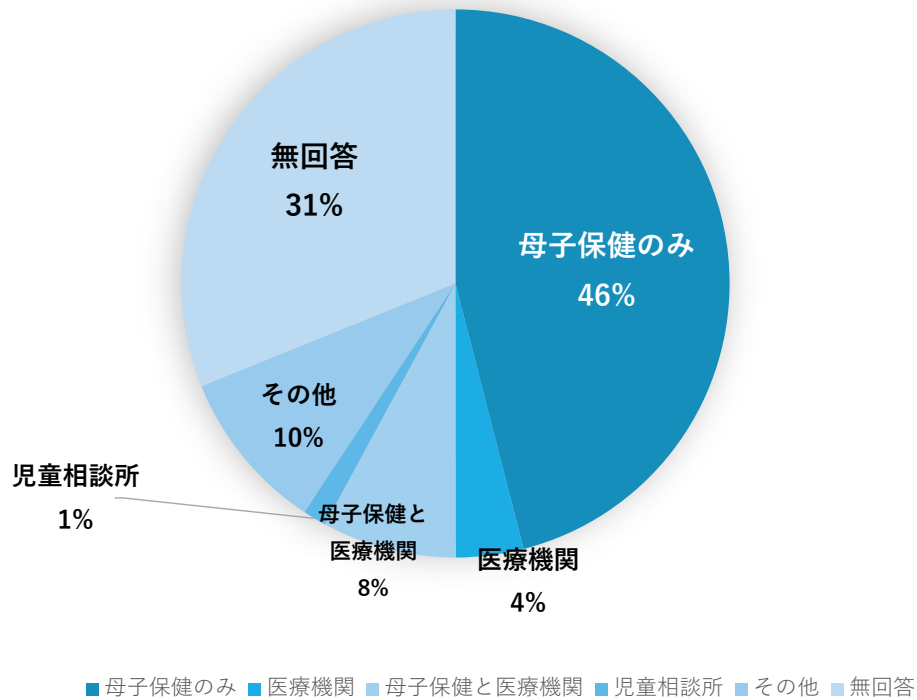


【図20】 6. 特定妊婦

4) “特定妊婦の疑いあり”の把握機関

対象 市町村数：278

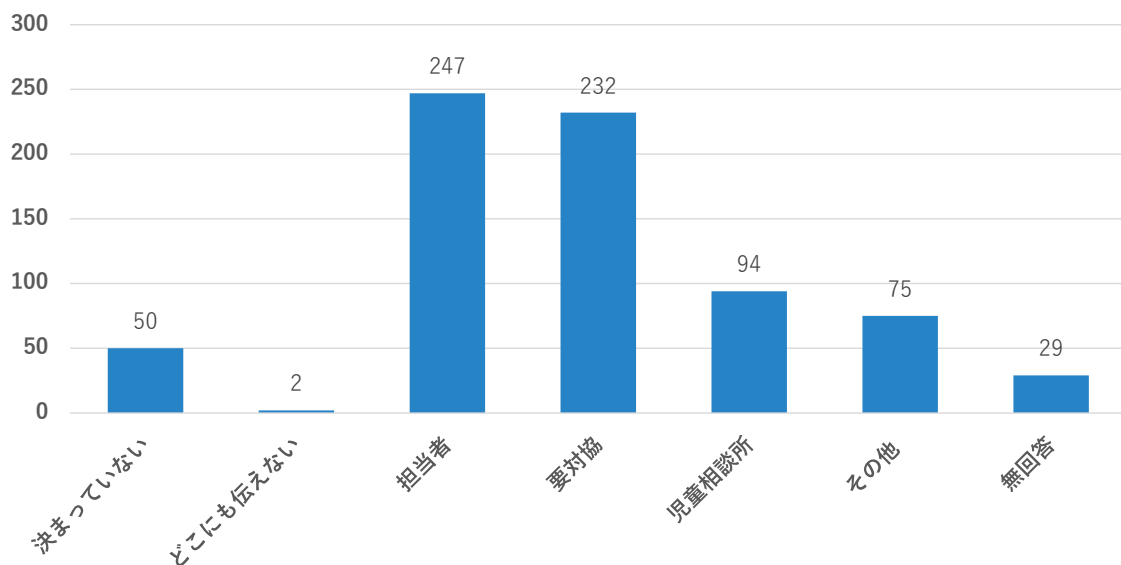
特定妊婦数が1人以上とを回答した市町村を対象にした



【図21】 6. 特定妊婦

5) 担当者及び担当部署に連絡の有無 (重複あり)

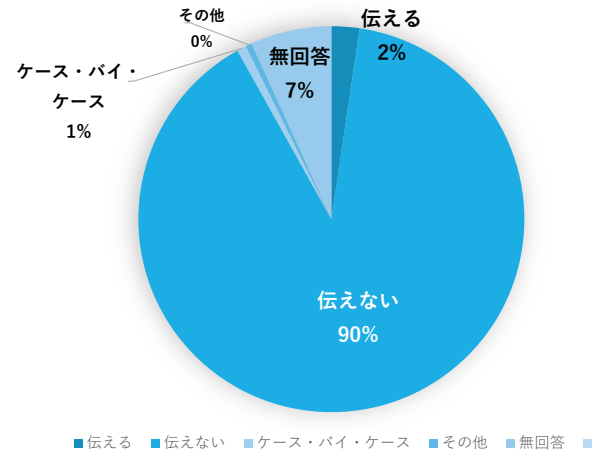
対象 市町村数：383



【図22】 6. 特定妊婦

6) 特定妊婦としての台帳記載後の妊婦本人への通達の有無

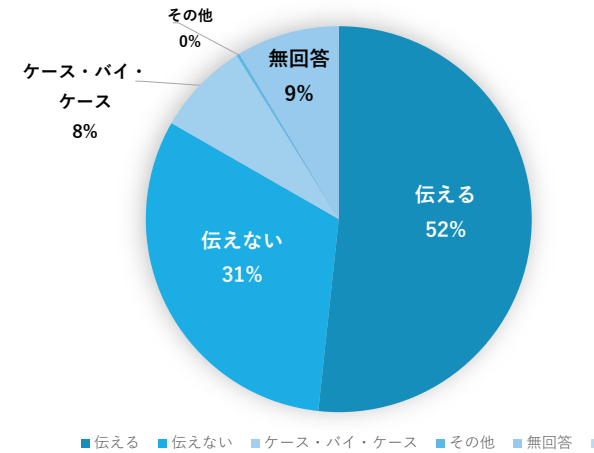
対象 市町村数：383



【図23】 6. 特定妊婦

7) 特定妊婦としての台帳記載後の医療機関への通達の有無

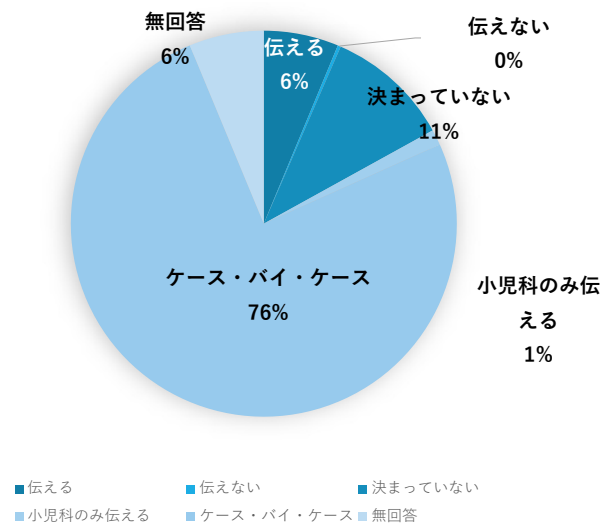
対象 市町村数：383



【図24】 6. 特定妊婦

8) 特妊児童について担当者及び担当部署への通達の有無

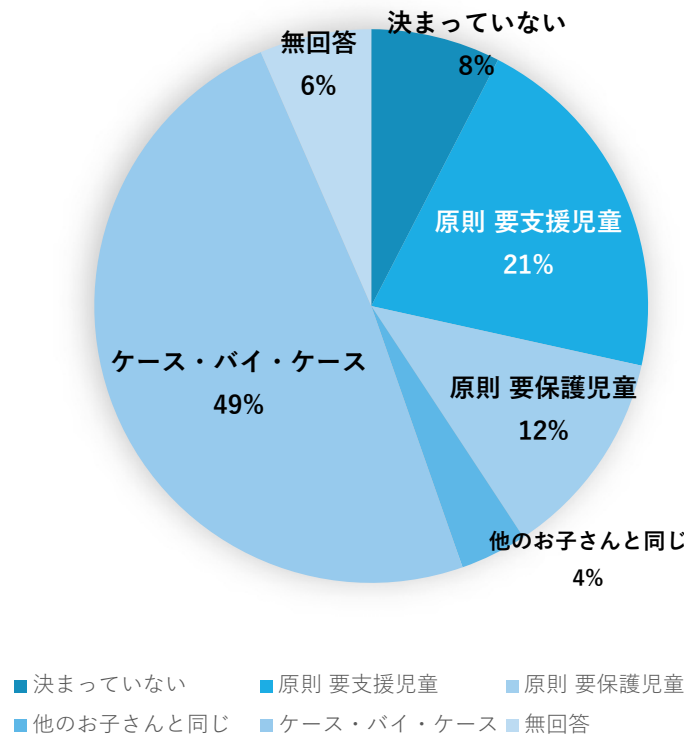
対象 市町村数：383



【図25】 6.特定妊婦

9) 特定妊婦から産まれた子どもの行政上の取扱い

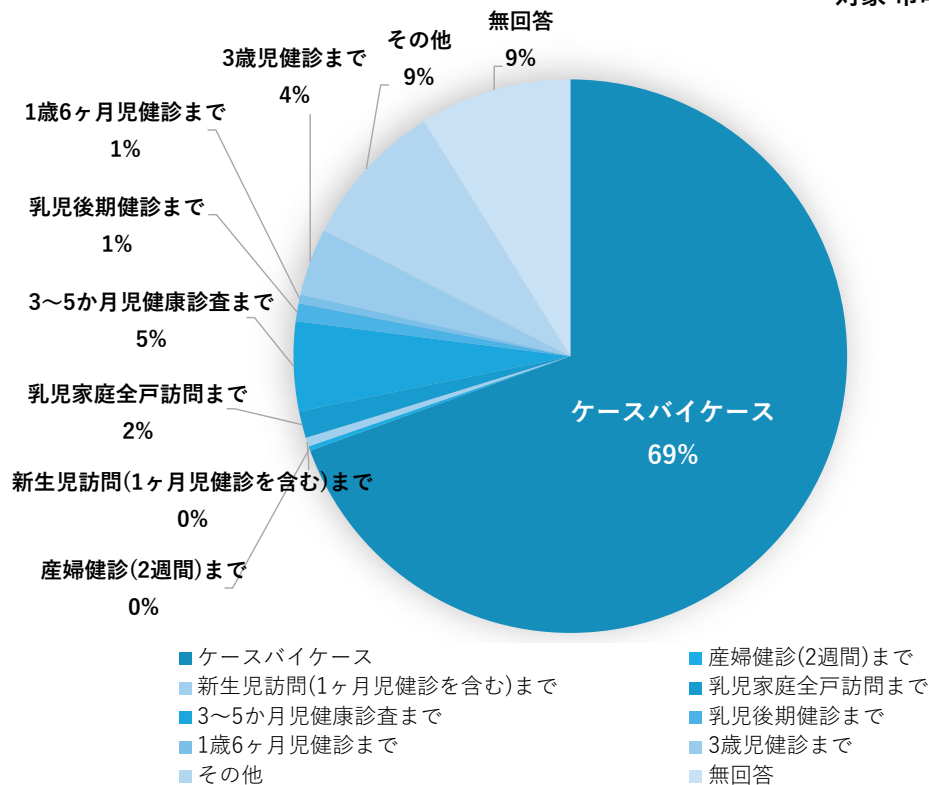
対象 市町村数：383



【図26】 6. 特定妊婦

10) 特定妊婦児童の台帳管理の期間

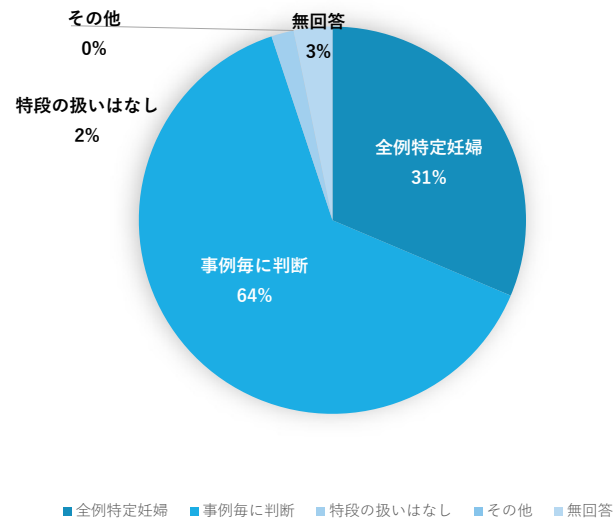
対象 市町村数：383



【図27】 6. 特定妊婦

12) 要保護・要支援児童をもつ母親が妊娠した場合の取扱い

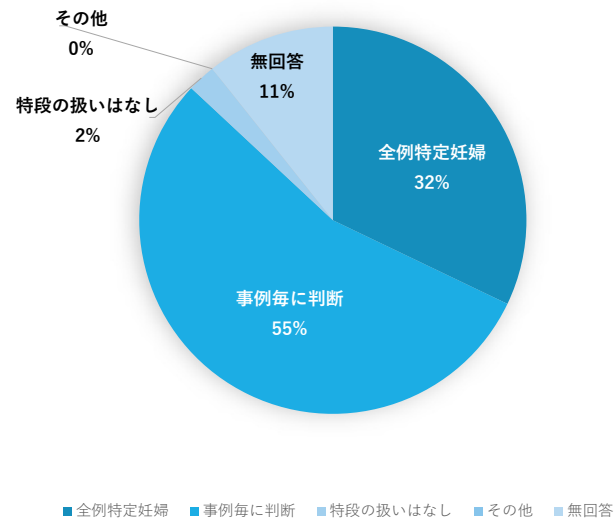
対象 市町村数：383



【図28】 6. 特定妊婦

13) 要保護・要支援児童である児童が妊娠した場合の取扱い

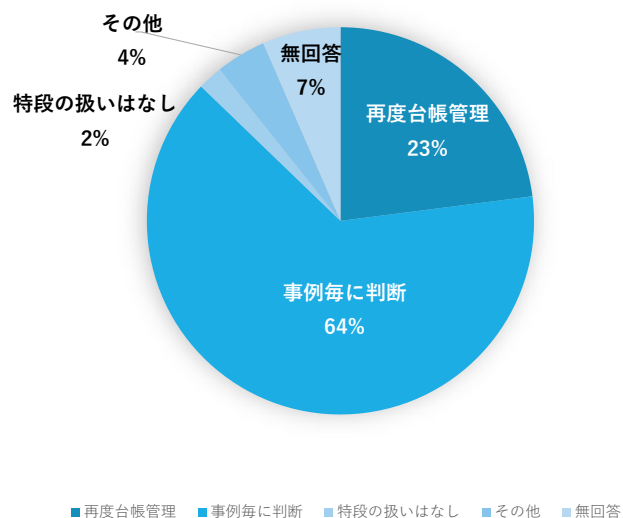
対象 市町村数：383



【図29】 6. 特定妊婦

14) 要保護・要支援児童が出産したあとの産婦の取り扱い

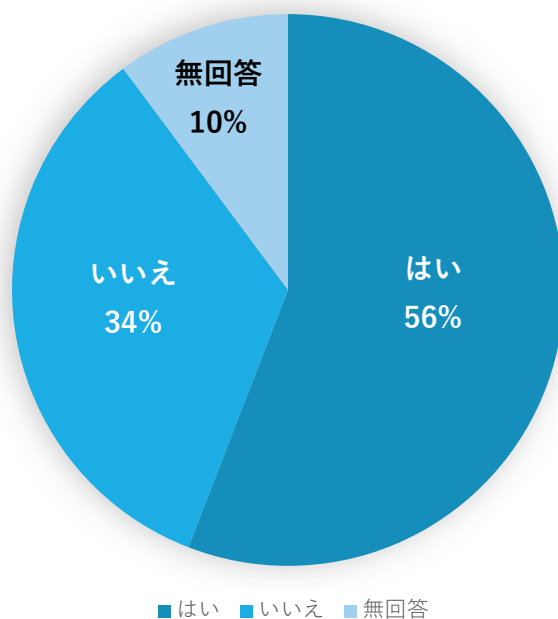
対象 市町村数：383



【図30】 7. 住民票と居住地問題

1) 住民票がないが、居住地が管内の場合、主担当として支援するか

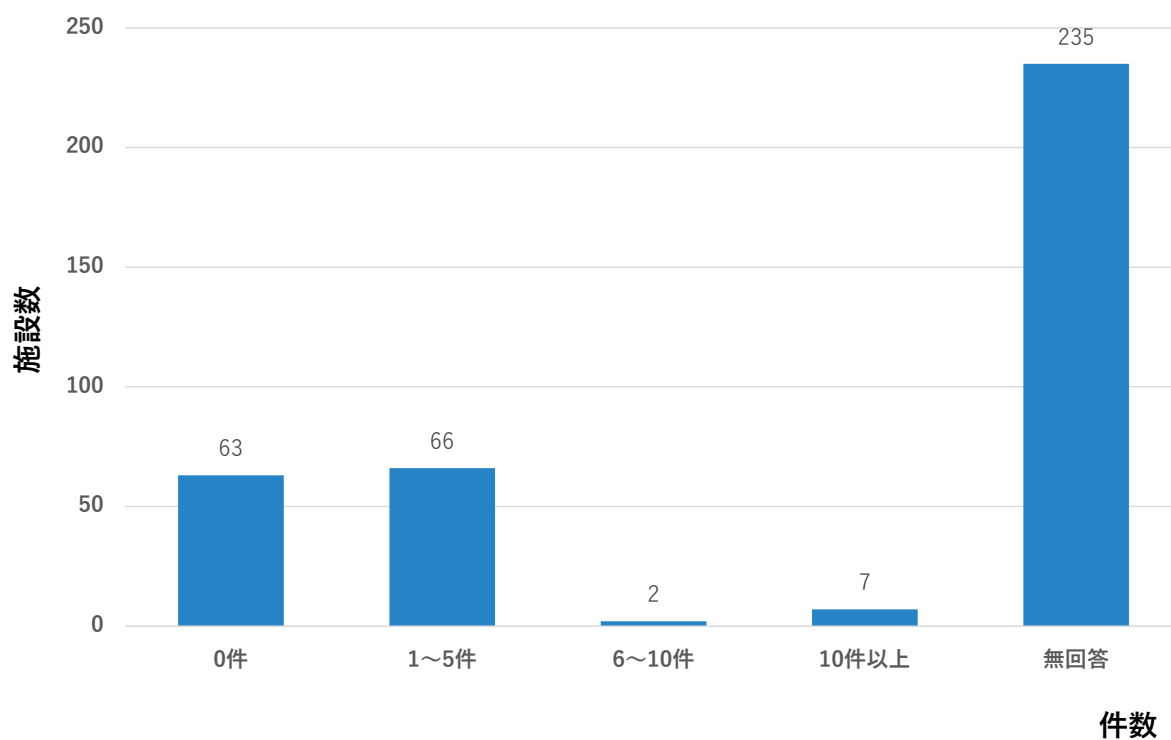
対象 市町村数：383



【図31】 7. 住民票と居住地問題

1) 住民票がないが、居住地が管内の場合、主担当として支援した件数

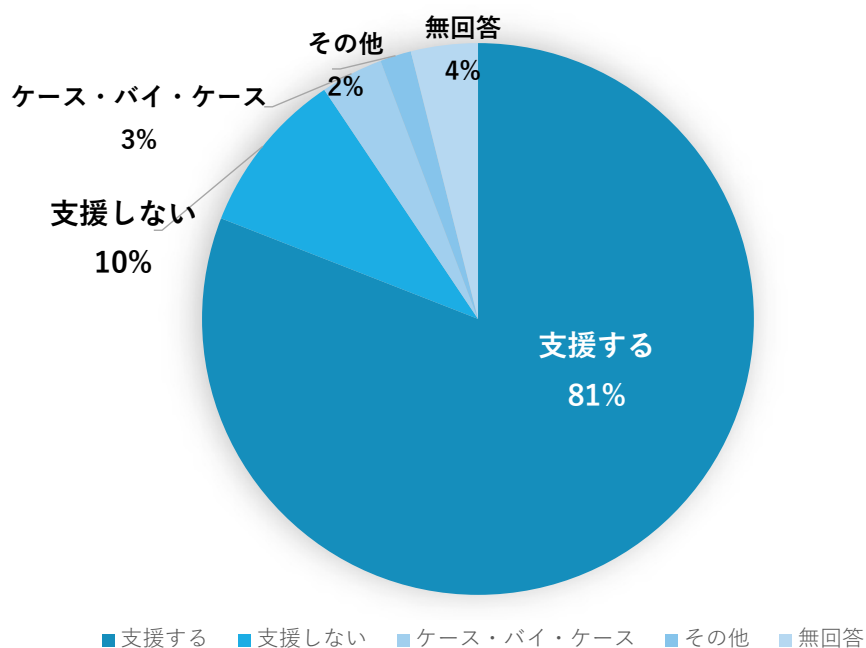
対象 市町村数：383



【図32】 7. 住民票と居住地問題

2)住民票はあるが、居住地が管外の場合の住民票のある市としての支援は？

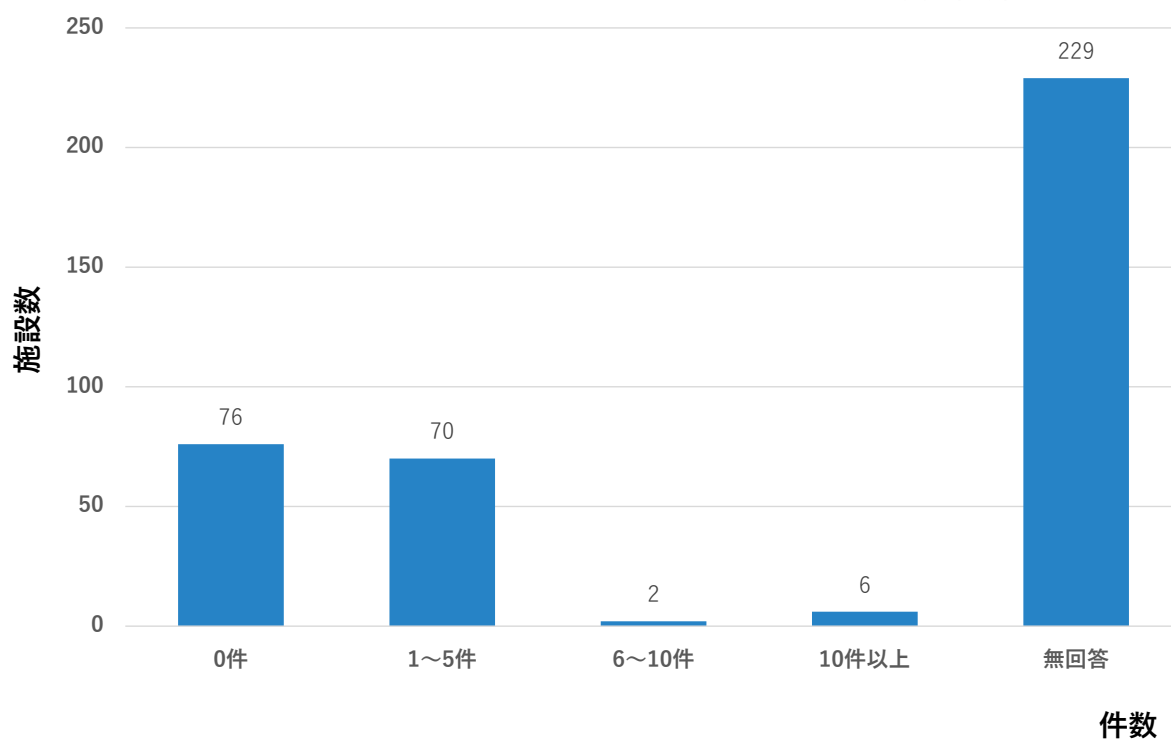
対象 市町村数：383



【図33】 7. 住民票と居住地問題

2)住民票はあるが、居住地が管外の場合の住民票のある市としての支援件数

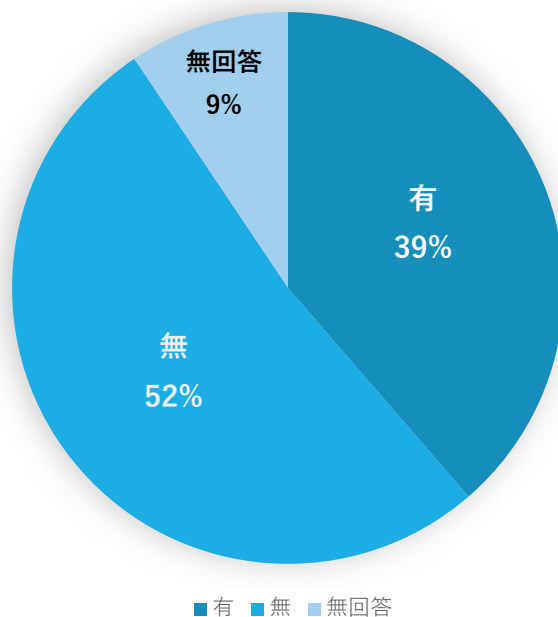
対象 市町村数：383



【図34】 8. 児童相談所

1)妊娠中から児童相談所が関わった事例(2017.4.1～2018.3.31)

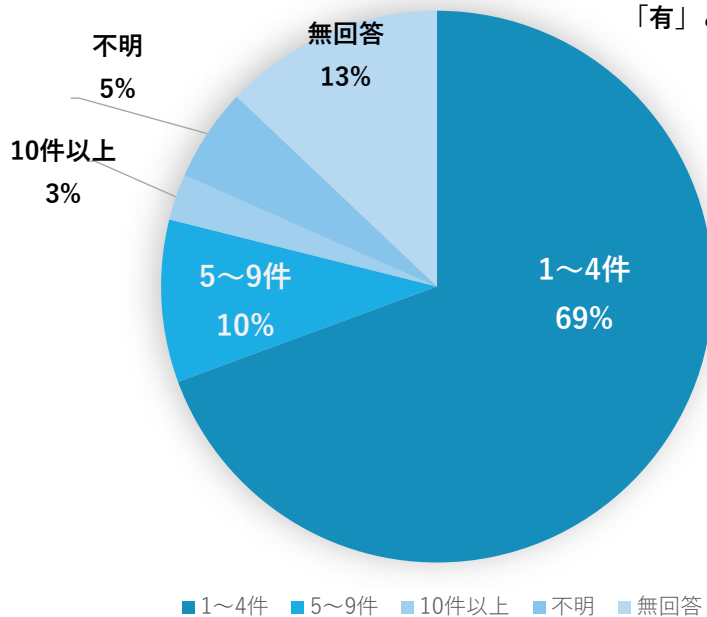
対象 市町村数：383



【図35】 8. 児童相談所

1)妊娠中から児童相談所が関わった事例(2017.4.1～2018.3.31) 件数

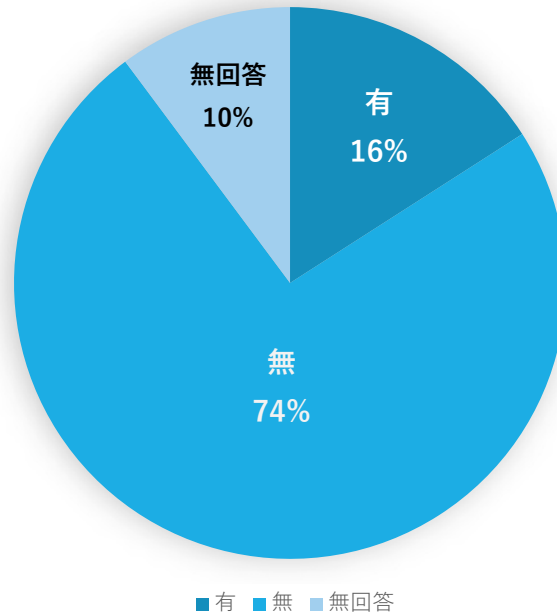
対象 市町村数：148
「有」と答えた市町村が対象



【図36】 8. 児童相談

2) 分娩入院期間中に児童相談所の一時保護によって
医療機関で保護された新生児事例(2017.4.1～2018.3.31)

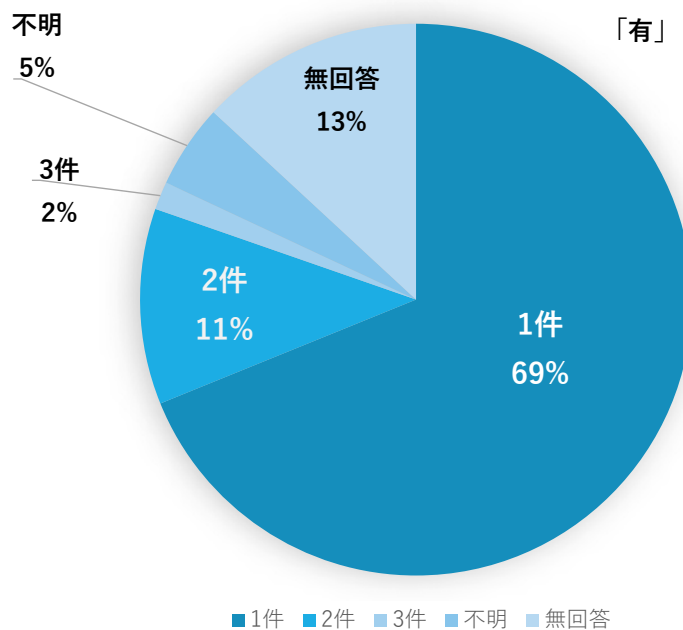
対象 市町村数 : 383



【図37】 8. 児童相談

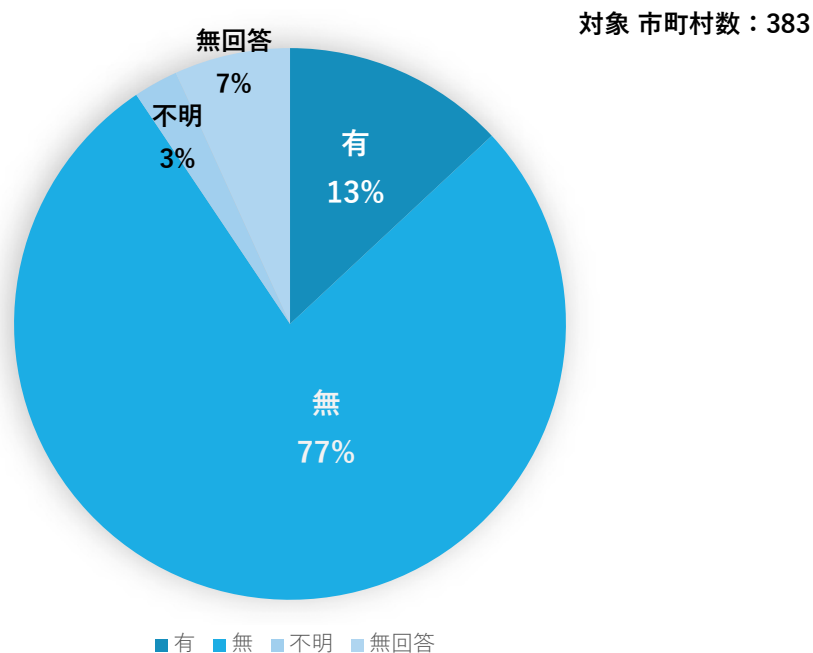
2) 分娩入院期間中に児童相談所の一時保護によって
医療機関で保護された新生児事例(2017.4.1～2018.3.31)件数

対象 市町村数 : 61
「有」と答えた市町村が対象



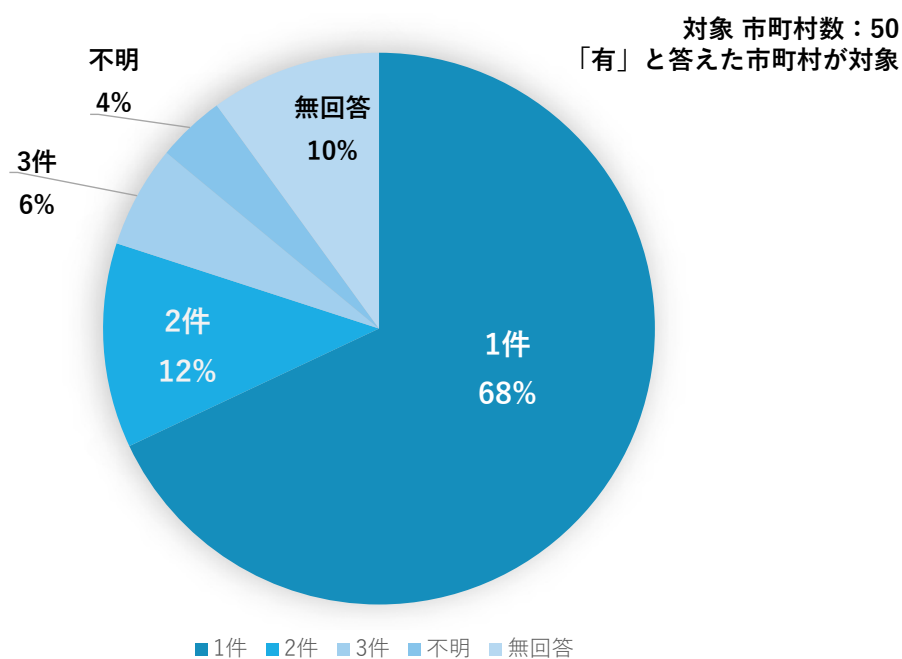
【図38】 9. 民間あっせん機関

1) 妊婦健診通院中の民間等あっせん団体が関わった事例(2017.4.1～2018.3.31)



【図39】 9. 民間あっせん機関

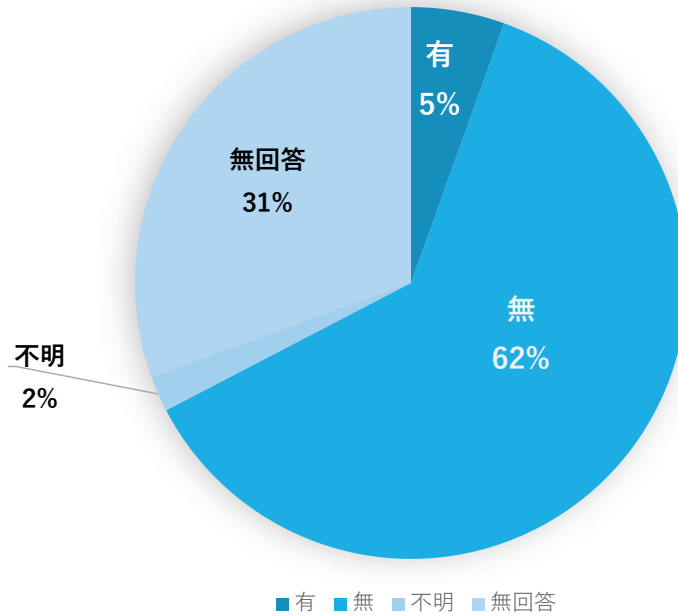
1) 妊婦健診通院中の民間等あっせん団体が関わった事例(2017.4.1～2018.3.31)
件数



【図40】 9. 民間あっせん機関

2) 出産直後から産科医療機関入院中に、養親が育児指導等に関わった事例

対象 市町村数 : 383

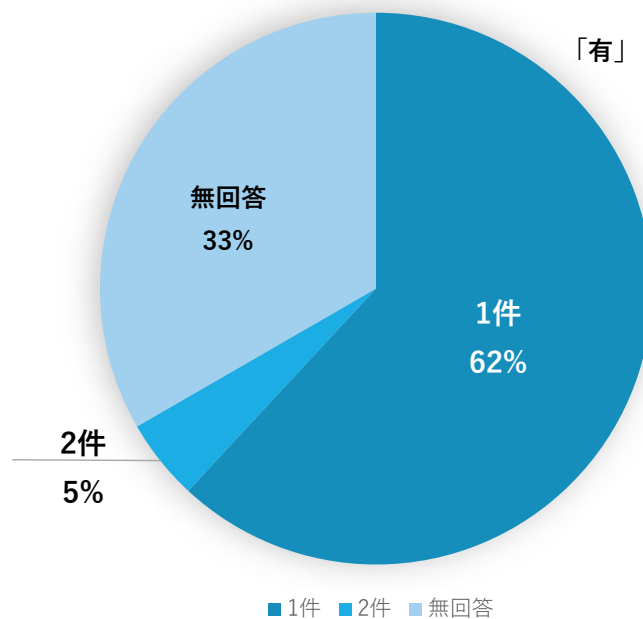


【図41】 9. 民間あっせん機関

2) 出産直後から産科医療機関入院中に、養親が育児指導等に関わった事例 件数

対象 市町村数 : 21

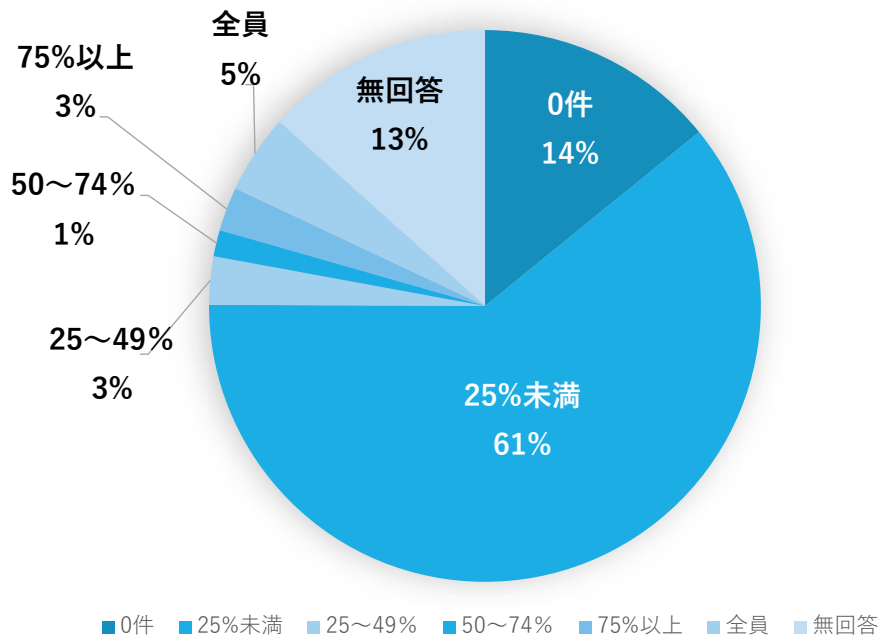
「有」と答えた市町村が対象



【図42】 10. 産前・産後支援

1) 妊婦訪問事例 (件数/出生数)

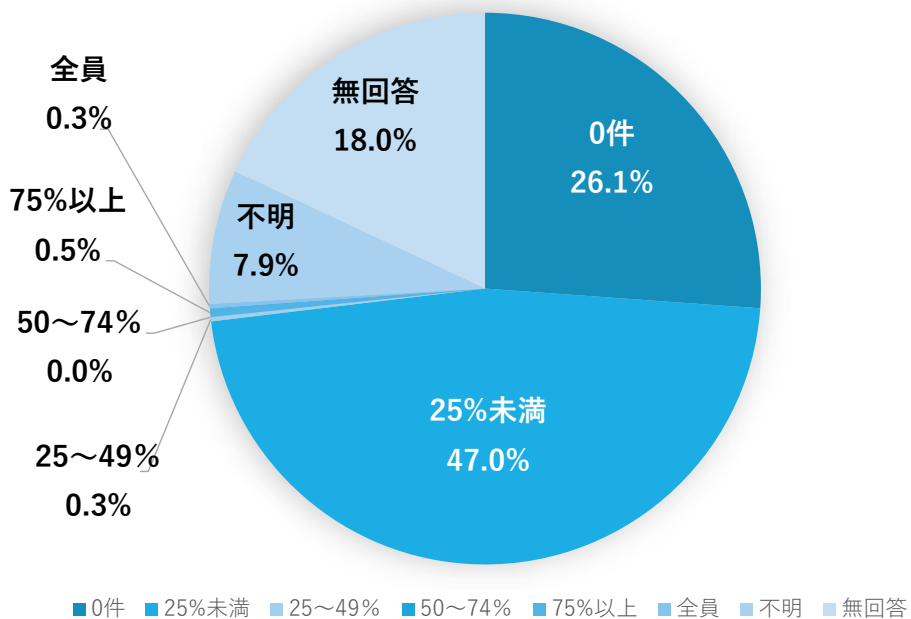
対象 市町村数：383



【図43】 10. 産前・産後支援

5) 1ヶ月健診までに行政からの支援が別途必要であった事例(件数/出生数)

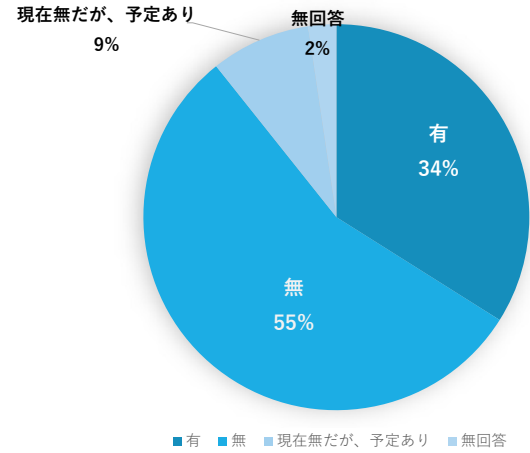
対象 市町村数：383



【図44】 10. 産前・産後支援

2) 産前・産後事業(産前・産後サポート事業)の有無

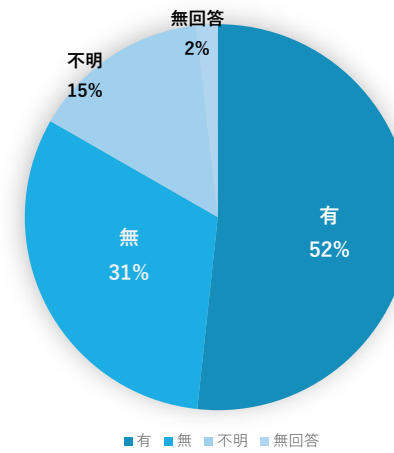
対象 市町村数：383



【図45】 10. 産前・産後支援

3) 産前・産後事業(産後ケア事業等)の有無

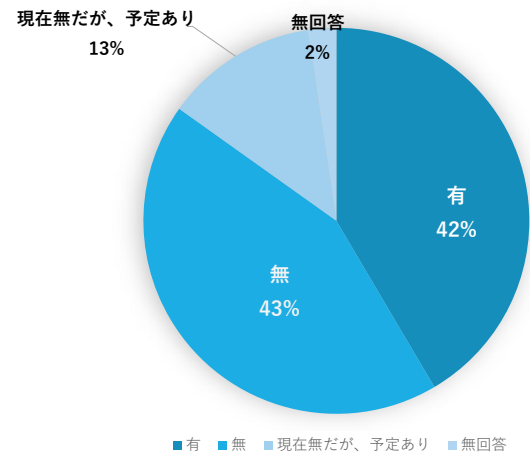
対象 市町村数：383



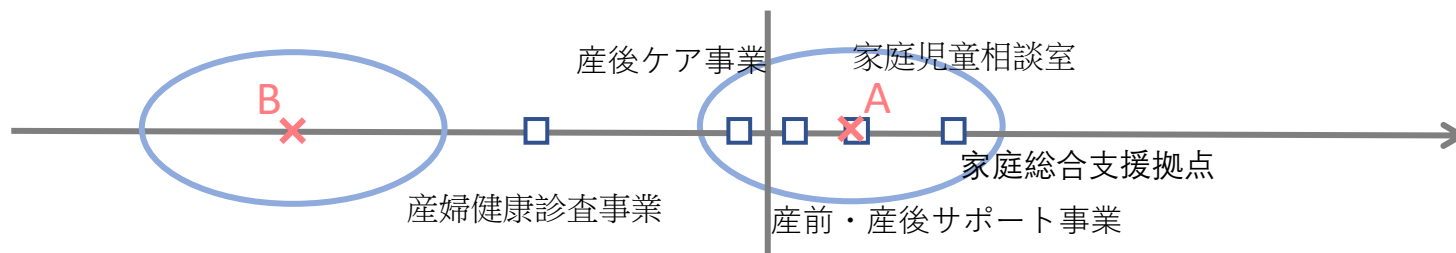
【図46】 10. 産前・産後支援

4) 産婦健康診査事業実施の有無

対象 市町村数：383



【図47】 対応分析



右にいくほど実施している

医療・保健・福祉の連携に関する調査

平成30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
(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための
保健・医療連携システム構築に関する研究

主任研究者 光田信明

※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。
件数などは指定された期間で回答してください。
現時点とは2019年3月として回答をお願いします。
概数でも構いません。

本調査にご協力いただける場合は次の同意欄に☑をお願いします。⇒

同意欄

回答部署

都道府県名： _____

市区町村名： _____

担当課名： _____

【1】概要

1)2018.10 現在の人口は何人ですか？

()人

2)平成29年(2017.1.1～2017.12.31)の出生は何人でしたか？

()件

3)管内の助産施設*である分娩取扱い機関の数を教えてください

医療機関 病院 ()ヶ所

医療機関 診療所 ()ヶ所

助産所 ()ヶ所

*助産施設：児童福祉法第36条に基づく施設

4)管内の助産施設*でない分娩取扱い機関の数を教えてください

医療機関 病院 ()ヶ所

医療機関 診療所 ()ヶ所

助産所 ()ヶ所

【2】母子保健担当

1)母子保健担当部署の名称を教えてください？

()

2)現時点での母子保健担当部署の職員数を教えてください

正規専任 ()人

非常勤専任 ()人

正規兼務 ()人

非常勤兼務 ()人

3)母子健康手帳交付時の対応を教えてください

①現時点では妊婦さん自身のことを回答する質問票・問診票はありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

②定型のアセスメントシートはありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

③アセスメント基準はありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

④アセスメントの実施方法を教えてください？(合計 100%でお願いします)

質問票・問診票+看護職等・保健師の面談 ()%

質問票・問診票のみ ()%

看護職等・保健師の面談のみ ()%

母子健康手帳発行のみ ()%

その他 ()%

その他の内容：

4)医療機関からの情報提供の実情を教えてください？

①妊婦健診のスクリーニング検査結果(血液型、感染症等)の開示を医療機関から断られることがありますか？

ない ()

時にある ()

よくある ()

開示を請求したことはない ()

②妊婦専用の社会的ハイリスク妊娠情報提供用紙はありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

③その場合、医療機関から母子保健担当への初回連絡方法は？(合計 100%でお願いします)

- 電話のみ ()%
- 電話の後、用紙 ()%
- 用紙のみ ()%
- その他 ()%
- その他の内容：

5)母子保健担当の人・予算の増加・減少(2017.4⇒2018.4)について教えてください

- 人： 増加 ・ 不変 ・ 減少
- 予算： 増加 ・ 不変 ・ 減少

【3】子育て世代包括支援センター

1)子育て世代包括支援センターは平成32年度(H33.3.31)までに設置が求められています
が、現状ならびに予定を教えてください

- 設置済み ()
- 設置予定 ()
- いつまでに設置予定ですか？ ()
- 現時点では設置の予定なし ()

2)以下は、設置済みの市区町村にお尋ねします。

①子育て世代包括支援センターの名称を教えてください。

()

②基本型のみ実施しているところを除き、子育て世代包括支援センターの職員について教えてください？

i)職員数を教えてください

- 正規専任 ()人
- 非常勤専任 ()人
- 正規兼務 ()人
- 非常勤兼務 ()人

ii)従事している職種も教えてください

| | 正規専任 | 非常勤専任 | 正規兼務 | 非常勤兼務 |
|------------------|------|-------|------|-------|
| 保健師 | | | | |
| 助産師 | | | | |
| 看護師 | | | | |
| 精神保健福祉士 | | | | |
| 社会福祉士(ソーシャルワーカー) | | | | |
| その他() | | | | |

iii)子育て世代包括支援センターにおける妊娠中の情報の入手経路に○をつけてください
(複数回答可)

- 母子保健担当部署 ()
児童福祉担当部署 ()
子育て支援担当部署 ()
児童相談所 ()
医療機関 ()
その他()

【4】市区町村子ども家庭総合支援拠点

1)市区町村子ども家庭総合支援拠点はありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

2)子ども家庭総合支援拠点の名称を教えてください

()

3)子ども家庭総合支援拠点の職員数を教えてください？

正規専任 ()人

非常勤専任 ()人

正規兼務 ()人

非常勤兼務 ()人

【5】福祉

1)家庭児童相談室はありますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

2)家庭児童相談室の名称を教えてください？

()

3)家庭児童相談室の職員数を教えてください

正規専任 ()人

非常勤専任 ()人

正規兼務 ()人

非常勤兼務 ()人

4)要保護児童対策地域協議会(要対協)の調整期間はどこでしょうか？

()

5)要対協実務者会議に医師は常時参加していますか？

参加している ・ 参加していない ・ 必要に応じて

常時参加医師は何科でしょうか？(複数回答可)

小児科 ・ 産婦人科 ・ 精神科 ・ その他()

【6】特定妊婦

1)特定妊婦判断基準はありますか？

有 ・ 無

2)特定妊婦と最終的に決定しているのはどの部署ですか？

母子保健担当 ()

家庭児童相談室 ()

母子保健担当と家庭児童相談室の協議 ()

要保護児童対策地域協議会 ()

その他 ()

3)平成 29 年度(2017.4.1～2018.3.31)特定妊婦の数を教えてください

()人

4)上記の特定妊婦は最初に“特定妊婦の疑いあり”はどの機関において把握されましたか？

母子保健担当でのみ把握 ()人

医療機関でのみ把握 ()人

母子保健においても医療機関においても把握 ()人

児童相談所から把握 ()人

その他 ()人

その他の機関：

5)特定妊婦としての台帳記載後、それぞれの担当者及び担当部署に連絡しますか？(複数回答可)

決まっていない ()

どこにも伝えない ()

担当者 ()

要対協 ()

児童相談所 ()

その他 ()

6)特定妊婦としての台帳記載後、妊婦本人に特定妊婦であることを伝えますか？

有 ・ 無

7)特定妊婦としての台帳記載後、医療機関に特定妊婦であることを伝えますか？

有 ・ 無

8)特定妊婦から出生した子どもについてそれぞれの担当者及び担当部署には《特定妊婦からの出生児である》ことを伝えていますか？

決まっていない ()

どこにも伝えない ()

小児科には伝える ()

ケースバイケース ()

その他()

9)特定妊婦から産まれた子どもを行政上どのように扱っていますか？

決まっていない ()

原則要支援児童としている ()

原則要保護児童としている ()

公式には他のお子さんと同じ ()

ケースバイケース ()

10)特定妊婦から産まれた子どもは、概ねいつごろまで台帳管理していますか

ケースバイケース ()

産婦健診(2週間)まで ()

新生児訪問(1ヶ月児健診を含む)まで ()

乳児家庭全戸訪問まで ()

3~5ヶ月児健康診査まで ()

乳児後期健診まで

1歳6ヶ月児健診まで ()

3歳児健診まで ()

その他 ()

11)特定妊婦から産まれた子どもの主担当はありますか？(複数回答可)

ない ()

母子保健担当 ()

家庭児童相談室 ()

子育て世代包括支援センター ()

市区町村子ども家庭総合支援拠点 ()

その他：

12)要保護・要支援児童をもつ母親が妊娠した場合の取扱いはどうしていますか？

全例特定妊婦としている ()

事例毎に判断している ()

特段の扱いはしていない ()

その他：

13)要保護・要支援児童である児童が妊娠した場合の取扱いはどうしていますか？

全例特定妊婦としている ()

事例毎に判断している ()

特段の扱いはしていない ()

その他：

14)上記の妊娠した要保護・要支援児童が出産したあとの産婦の取り扱いはどうしていますか？

要保護・要支援児童として再度台帳管理する ()

事例毎に判断している ()

特段の扱いはしていない ()

その他：

【7】住民票と居住地問題

1)住民票がないが、居住地が管内の場合、主担当として支援するか？

はい ・ いいえ

件数を教えてください ()件

2)住民票はあるが、居住地が管外の場合の住民票のある市としての支援は？

する ・ しない

件数を教えてください ()件

【8】 児童相談所

1)妊娠中から児童相談所が関わった事例(2017.4.1～2018.3.31)は何件ありましたか？

有 ・ 無

有の場合 ()件

2)分娩後、分娩入院期間中に児童相談所の一時保護によって医療機関で保護された新生児赤ちゃん(2017.4.1～2018.3.31)は何人でしたか？

有 ・ 無

有の場合 ()件

【9】 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律が施行されました。

1)妊婦健診通院中から、民間等あっせん団体が関わった事例はありましたか？

有 ・ 無

有の場合の件数(2018.4.1～2018.3.31)を教えてください

()件

2)上記のうち、出産直後から産科医療機関入院中に、養親が育児指導等に関わった事例はありましたか？

有 ・ 無

有の場合の件数(2017.4.1～2018.3.31)を教えてください

()件

【10】 産前・産後支援

1)妊婦訪問事例は何件ありましたか？

()件

2)産前・産後事業(産前・産後サポート事業)は行っていますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

3)産前・産後事業(産後ケア事業等)は行っていますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

4)産婦健康診査事業は実施していますか？

有 ・ 無 ・ 現在無だが、予定あり

5)分娩後、1 ヶ月健診までに行政からの支援(新生児訪問や乳児家庭全戸訪問事業を除く)が別途必要であった事例(2017.4.1～2018.3.31)は何件ありましたか？

()件

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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
副院長 光田信明

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する研究

| | | | | |
|-------|--------|------------|--------------|----|
| 分担研究者 | 片岡 弥恵子 | 聖路加国際大学大学院 | ウイメンズヘルス・助産学 | 教授 |
| | 佐藤 拓代 | 公益社団法人 | 母子保健推進会議 | 会長 |
| | 中井 章人 | 日本医科大学 | 産婦人科 | 教授 |
| 研究協力者 | 川口 春菜 | 大阪母子医療センター | 産科 | 医長 |
| | 大塚 公美子 | 聖路加国際大学大学院 | 看護学研究科博士後期課程 | |

研究要旨

本研究は全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦に対する支援体制の実態を明らかにすることを目的とした。無記名自記式調査であり、研究対象者は、全国の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所の看護職1名とした。その結果、732施設から回収し(回収率29.1%)、714施設から有効回答を得た(有効回答率97.8%)。社会的ハイリスク妊婦に対する施設内の多職種との検討の場があるのは、周産期医療センターは161/171施設(未回答1施設除く)(94.2%)であったが、その他の病院では147/203施設(未回答3施設除く)(72.4%)、診療所で125/245施設(未回答5施設除く)(51.0%)であった。産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には403/525施設(未回答107施設)(76.8%)合計6561件、分娩後入院中326/535施設(未回答98施設)(61.9%)合計7603件、退院後423/519施設(未回答114施設)(81.7%)合計12087件で行われていた。(714施設中、分娩が0件であった5施設、昨年1年間において社会的ハイリスク妊婦が0人であった77施設は除外し、632施設を対象とした)市町村から産科施設へのフィードバックは妊娠中には合計2987件、分娩後入院中は合計2162件、退院後は合計10850件みられ、妊娠中、分娩入院中からタイムリーに連携できていないことが示唆された。また施設外の機関と支援検討の場がある施設は510/699施設(未回答15施設)(73.0%)であった。結論：産科施設において、社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングが適切に行われておらず、病院、診療所において施設内・外の多職種連携が十分でないことが明らかになった。

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

調査内容は、①対象者・施設の属性、②社会的ハイリスク妊婦の把握方法、③社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制、④社会的ハイリスク妊婦に関する産科施設と他施設・他機関の連携等であった。分析方法は度数及び記述統計量を算出した。

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

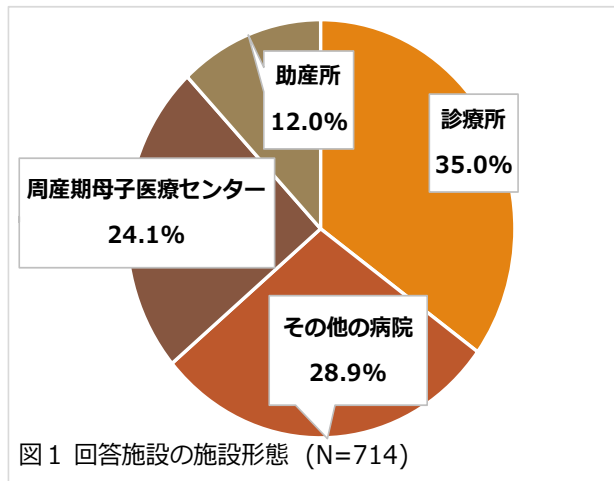
C. 研究結果

I. 回収率と属性

病院998施設、診療所1,258施設、助産所256施設、計2,512施設に配布し、732施設から回収し(回収率29.1%)、714施設から有効回答を得た(有効回答率97.8%)。

施設形態別では、図1に示すように診療所250/714施設(35.0%)、周産期母子医療センター以外の病院(以下、その他の病院と記す)206/714施設(28.9%)、周産期母子医療センター172/714施設(24.1%)、助産所

86/714 施設(12.0%)であった。



II. 社会的ハイリスク妊婦の把握

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

表1 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実施設数 (N=714)

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

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

III. 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制

総合周産期母子医療センターでは 44 施設(93.6%)、地域周産期母子医療センターでは 117 施設(94.4%)で、施設内の多職種との支援検討の場があった。地域周産期母子医療センター124 施設の中で、精神科医師との支援検討の場を設けている施設は 44 施設(35.5%)、臨床心理士との支援検討の場は 46 施設(37.1%)であった(表 2)。

表2 総合/地域周産期母子医療センターにおける支援検討の場 (n=172)

| | 総合周産期母子 医療センター (n=48) | 地域周産期母子 医療センター (n=124) |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | n (%) | n (%) |
| 施設内の多職種との支援検討の場 | | |
| あり | 44 (93.6) | 116 (93.5) |
| 支援検討の場に参加している職種(複数回答) | | |
| 産科医師 | 38 (79.2) | 99 (79.8) |
| 医療ソーシャルワーカー | 41 (85.4) | 97 (78.2) |
| 精神科医師 | 26 (54.2) | 44 (35.5) |
| 臨床心理士 | 32 (66.7) | 46 (37.1) |
| 小児科医師 | 28 (58.3) | 85 (68.5) |

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

IV. 社会的ハイリスク妊婦に関する多機関の連携

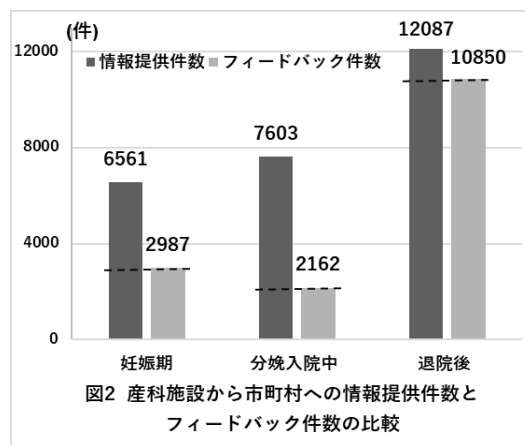
1. 産科施設と市町村の情報共有

表3 その他の病院・診療所における支援検討の場 (n=456)

| | その他の病院 (n=206) | 診療所 (n=250) |
|-----------------|-------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) |
| 施設内の他職種との支援検討の場 | | |
| あり | 147 (72.4) | 125 (51.0) |
| 支援検討の場に参加している職種 | | |
| 産科医師 | 135 (91.8) | 124 (99.8) |
| 産科医師以外の職種 | 12 (8.2) | 1 (0.2) |

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

図 2 には、産科施設から市町村への情報提供件数と市町村からのフィードバック件数の比較を示している。



産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には403/525施設(未回答107施設)(76.8%)合計6561件、分娩後入院中326/535施設(未回答98施設)(61.0%)合計7603件、退院後423/519施設(未回答114施設)(81.7%)合計12087件で行われていた。市町村からのフィードバックは妊娠中には合計2987件、分娩入院中には合計2162件、退院後は合計10850件であった(図2・表4)。

表4 昨年1年間の市町村への情報提供の有無 (n=632)

| 情報提供 | 妊娠期 | 分娩入院中 | 退院後 |
|--------------------|------------|------------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| 提供した ¹⁾ | 403 (76.8) | 326 (61.0) | 423 (81.7) |
| 情報提供していない | 122 (23.2) | 208 (39.0) | 95 (18.3) |
| 未回答 | 107 | 98 | 114 |

1)件数の記入がある施設を合計した。

2. 多機関との支援検討の場や機会

産科施設と施設外の多機関と支援検討の場があるとした施設は、全体で510/699施設(未回答15施設)(73.0%)であったが、施設形態で違いがみられた。定期的にあると回答した施設は全体で213/699施設(30.5%)であった(表5)。また、産科施設と施設外の多機関で最も多い機関は市町村(母子保健担当)で469施設(92.0%)であった(表6)。

表5 多機関と支援を検討する場がある施設 (N=714)

| | 全施設 (n=714) | 周産期母子 医療センター (n=172) | その他の 病院 (n=206) | 診療所 (n=250) | 助産所 (n=86) |
|-----|----------------|----------------------------|-----------------------|----------------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| あり | 510 (71.9) | 152 (89.4) | 157 (77.0) | 148 (59.9) | 53 (67.1) |
| 定期的 | 213 (30.0) | 54 (31.8) | 69 (33.8) | 71 (28.7) | 19 (24.1) |

表6 支援検討している機関 (n=510)

| | n (%) |
|--------------------|------------|
| 市町村(母子保健担当) | 469 (92.0) |
| 市町村(子育て世代包括支援センター) | 241 (47.3) |
| 児童相談所 | 232 (45.5) |
| 都道府県保健所 | 161 (31.6) |
| 他施設の精神科 | 63 (12.4) |
| 他施設の小児科 | 49 (9.6) |

3. 里帰りや転居時の情報提供

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

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

D. 考察

1. 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実態

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

2. 産科施設と市町村の情報共有

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

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

3. 産科施設内外の多職種多機関連携

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

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

E. 結論

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

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

・第 61 回日本母性衛生学会総会・学術集会：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングに関する実態調査

・日本子ども虐待防止学会第 26 回学術集会いしかわ金沢大会：全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制に関する実態調査

・第 40 回日本看護科学学会学術集会：産科施設看護職の社会的ハイリスク妊婦支援に関する地域との連携活動に関連する要因の検討

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他

【引用文献】

- 1) 日本産婦人科医会. (2017). 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～.
- 2) 松田義雄,板倉敦夫,平田修司,小川正樹. (2013). ハイリスク母児(要支援家庭)への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究.母子保健事業の効果的実施のための妊婦健診、乳幼児健診データの利活用に関する研究.分担研究報告書.121-131.
- 3) 小野聡枝,吉澤佳代, 細田トシ子, 熊谷有香,河原美紀子,堀 弘子. (2018). 周産期からの児童虐待予防のための保健医療福祉ネットワーク事業の3年間の評価. 神奈川母性衛生学会誌, 21(1), 36-47.
- 4) 村田 真弓. (2012). 医療福祉専門職の多職種連携・協働に関する基礎的研究 各専門職団体の倫理綱領にみる連携・協働の記述から. 人間関係学研究: 大妻女子大学人間関係学部紀要, 13:159-165.

- 5) 森田達也, 野末よし子,井村千鶴. (2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? Palliative Care.Research, 7(1), 323-333.

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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
副院長 光田信明

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

| | | | |
|-------|-------|---------------|-----|
| 分担研究者 | 中村友彦 | 長野県立こども病院 | 病院長 |
| 研究協力者 | 三代澤幸秀 | 信州大学医学部小児医学教室 | 助教 |

研究要旨

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

研究方法：平成30年度に全国の周産期医療センターを対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。総合周産期母子医療センター108施設中65施設(60%)から地域周産期母子医療センター298施設中133施設(45%)から回答を得た。

研究結果：メンタルヘルスに問題がある妊婦が増加していると感じている施設は169/191(88%)であり、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のかかわりに困難を感じている施設は193/194(99%)に上った。また、回答者は経験年数の長い医師が多く、重複の可能性のあるものの、58/193(30%)の回答者がキャリアの中で妊産婦の自殺を経験しており、周産期メンタルヘルスの悪化、深刻度の高まりが伺われた。またメンタルヘルスの問題について相談できる精神科医がいる施設は、主に周産期を担当するMSWがいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも63%であった。院内での周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。ハイリスク妊婦については院外との多職種とカンファレンスを行っている施設が多いが参加職種にはばらつきがあり、十分な体制ではない。地域の助産師が参加している施設は15%(29/198)、地域の精神科医が7%(14/198)に留まっていた。一定の基準はなく、各病院の裁量で開催されているのが現状である。さらに精神疾患合併妊婦について地域の精神科医と診療情報を共有できているとした施設は35%(67/194)に留まっている。児童虐待等の問題を児童相談所に相談したことがある施設は82%に及び、病院からこどもを直接乳児院に入所させたことがある施設も91%に及んだ。

結論：全国の周産期医療センターを対象にしたアンケートからは、周産期のメンタルヘルス問題の深刻化と地域連携体制の不備が伺われた。多職種による地域連携の標準化が急務と考えられる。コロナ禍によりface to faceの情報交換が困難となっており、独習可能なツールの必要性が高まっている。すでに光田班による“社会的ハイリスク妊娠(SHP)支援の手引き書”を基にしたIT動画を2021年春には提供予定だが、“妊健を通じた適切な妊産婦支援の方法についての提言”をベースにさらに広範囲の知見を盛り込む。ストーリーのあるIT動画を通して、多機関・多職種連携を体験してもらい、ハイリスク妊婦支援に必要な知識を習得する一助としたい。

A. 研究目的

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

B. 研究方法

平成 30 年度に全国の周産期医療センターを対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。総合周産期母子医療センター108 施設中 65 施設 (60%) から地域周産期母子医療センター298 施設中 133 施設 (45%) から回答を得た。

C. 研究結果

メンタルヘルスに問題がある妊婦が増加していると感じている施設は 169/191(88%)であり、メンタルヘルスに問題のある妊産婦のかかわりに困難を感じている施設は 193/194(99%)に上った。また、回答者は経験年数の長い医師が多く、重複の可能性があるものの、58/193(30%)の回答者がキャリアの中で妊産婦の自殺を経験しており、周産期メンタルヘルスの悪化、深刻度の高まりが伺われた。またメンタルヘルスの問題について相談できる精神科医がいる施設は、主に周産期を担当する MSW がいる施設、周産期に関わる心理士がいる施設いずれも 63%であった。院内での周産期メンタルヘルスの問題について相談できる体制が不十分であることが伺われた。

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

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

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案 なし

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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
副院長 光田信明

「社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークに関する調査」
分担研究者 清野 仁美 兵庫医科大学精神科神経科学講座 講師

研究要旨

社会的ハイリスク妊産婦の重要な背景因子の一つに、メンタルヘルスの不調が挙げられている(厚生労働科学研究「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」)。これは、子どもに対する愛着(ボンディング)の障害や不適切な養育行動と、妊産婦のメンタルヘルスの不調が何らかの関連を持つものと推測される。適切なサポートによって妊産婦のメンタルヘルスが向上すれば、育児困難な状況を減らす可能性があり、子どもの健やかな発達に寄与することになる。よって、全ての妊産婦に対し、メンタルヘルスのアセスメントとケアが行われ、医療-保健の連携下においてソーシャルサポートが実施されることが期待される。

本研究では、①妊産婦のメンタルヘルスの不調に対するアセスメントとケアの実態を明らかにするため、大阪府のすべての分娩取扱施設、精神科医療機関を対象としてアンケートによる横断的調査を行い、医療-保健連携下のサポート体制の現状の把握と課題の抽出を行った。②医療・保健機関に従事する多職種を対象とした妊産婦のメンタルヘルス支援に関する研修会(令和2年12月6日)を実施し、プレ・ポストテストにて研修の効果を検証する予定であったがCOVID-19感染拡大により中止となった。

調査結果からは、妊産婦が精神科医療機関にて継続診療を受けている割合はおよそ2.5%であり、想定される周産期精神障害の有病率よりもかなり低いことが明らかになった。その背景には、軽症例については分娩取扱施設の助産師、母子保健の保健師らによりサポートを受けている可能性と、重症例で精神科医療が必要であるにもかかわらず診療連携できていない可能性が考えられた。精神科医療機関側の受け入れを阻む要因は、妊産婦が精神症状悪化時の入院の受け入れ先がない、妊婦・授乳婦に対する薬物療法への懸念が多かった。総合病院精神科への受診の集中もみられ、診療までのタイムラグがみられた。限りある精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、①分娩取扱施設や母子保健におけるメンタルヘルスのアセスメントとケアのさらなる充実のための人的・時間的資源の確保、②精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例への対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要と考えられた。妊婦・授乳婦の薬物治療については、研修会の実施や妊娠と薬情報センターのさらなる活用を目指し、さらに、産科医や薬剤師から精神科医への積極的な情報提供やフィードバックを行うことが期待される。

分娩取扱施設におけるうつ病のスクリーニングの実施率の高い一方、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着(ボンディング)の評価の実施は十分とは言えなかった。社会的ハイリスク妊産婦の支援においてはボンディングにも着目しスクリーニングを普及させ、適切なソーシャルサポートを導入する必要があると考えられた。

多職種によるサポート体制の基盤となるカンファレンスの実施は総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政-福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題であると思われる。

A. 研究目的

社会的ハイリスク妊産婦とはさまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊産婦を指す。2015年より行われた厚生労働科学研究「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」では、社会的ハイリスク妊産婦の持つ背景因子を調査し、母体のメンタルヘルスの不調が背景因子の一つである可能性が示唆された。これは母体のメンタルヘルスの不調が、子供に対する愛着（ボンディング）の障害や不適切な養育行動など子育てが困難となる直接的因子と何らかの関連を持つものと推測される。したがって、社会的ハイリスク妊産婦への支援にはメンタルヘルスの不調に対するアセスメントと適切なケアの実施が必要と考えられるが、分娩取扱施設において適切なアセスメントとケアがどの程度実施されているかは不透明である。さらに、精神疾患が疑われる妊産婦に対する精神科や母子保健・精神保健との連携によるサポート体制はいまだ確立していない現状がある。

我々は、分娩取扱施設および精神科医療機関を対象に、妊産婦のメンタルヘルスの不調と子どもに対する愛着（ボンディング）のアセスメント方法、さらに、メンタルヘルスに不調を認めた妊産婦に対するメンタルヘルスケアの体制、精神疾患が疑われる妊産婦に対する産科-精神科連携および医療-行政連携体制の実情と課題を抽出するためにアンケートを用いた横断的調査を行った。

横断的調査で抽出された連携上の課題をテーマとして、連携サポート体制構築に向けた多職種による研修会を開催し、その効果をプレテスト・ポストテストで検証する予定であった（COVID-19拡大により開催中止）。

本研究の成果に基づき、社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携サポート体制における課題の抽出と、より有効なケアと有機的で持続可能な連携ネットワーク構築の実現化を目指す。

B. 研究方法

大阪府すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にてアンケート調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行った。研究参加への同意および調査の回答内容は郵送またはWebにて回収した。研究対象施設の医療従事者、行政の支援担当者を対象とした研修会を実施予定であった（COVID-19拡大により中止）。

分娩取扱施設調査項目

- ①分娩取扱施設におけるメンタルヘルスに関するアセスメント方法
- ②分娩取扱施設におけるメンタルヘルスケア方法
- ③分娩取扱施設における精神科医療機関・母子保健との連携状況

精神科医療機関に対する調査項目

- ① 精神科医療機関における精神疾患合併妊産婦の診療状況
- ② 精神科医療機関における妊娠中、授乳中の患者の診療内容
- ③ 精神科医療機関における分娩取扱施設・行政との連携状況

（主要評価項目・副次的評価項目及び評価方法）

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

副次的評価項目：妊産婦のメンタルヘルスに関するアセスメント方法、メンタルヘルスの不調がある妊産婦に対するメンタルヘルスケア方法、精神科に紹介・相談する時の判断基準、精神科医療機関における妊産婦の診療までの日数、妊産婦の精神科受診の紹介経路、妊産婦の精神科診療内容

評価方法：調査票、プレテスト・ポストテスト

倫理面への配慮

本研究は兵庫医科大学倫理委員会倫理委員会において承認を受けている。

C. 研究結果

横断的調査では大阪府下の精神科医療機関 66 施設、分娩取扱施設 53 施設の施設代表者から有効な回答を得た（回収率 22.6%）。

① 精神科医療機関の調査結果

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

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

全妊産婦のおよそ 2.5%が精神科医療機関で継続診療されていた。

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

妊婦・授乳婦が精神科医療機関を受診する経緯は、「産婦人科からの紹介(31%)」が最も多かったが、「紹介なし(28%)」で自ら受診するケースや、「保健師からの受診勧奨(19%)」もみられた。自由意見では、精神科への紹介や受診勧奨時に、分娩取扱施設の医療者や保健師から妊婦・授乳婦・家族へどのように説明(疾病教育、心理教育を含む)がなされたかが、その後の妊婦・授乳婦・家族の精神科診療に対する認識に影響を与えていること、よって分娩取扱施設の医療者や保健師による適切な説明(疾病教育や心理教育を含む)が望まれること、妊産婦のメンタルヘルスクエアが「精神科医療に丸投げ」にならず産科医・助産師や保健師による包括的なケアが維持されたまま、そこにあらたに精神科医が支援者の一人として加わるという形が望まれるという意見が挙げられた。

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

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

精神療法については、88%の精神科医療機関で支持的精神療法が実施されているが、周産期うつ病などに有効なエビデンスを持つ認知行動療法(20%)や、対人関係療法(9.1%)を実施できる施設は少なかった。

疾病教育・心理教育なども含め十分な精神科外来での診療時間の確保が難しいとの意見が挙げられた。

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

② 分娩取扱施設の調査結果

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

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

メンタルヘルスに不調を呈する妊婦、授乳婦に対して分娩取扱施設内でも助産師(86%)、産科医(56%)がメンタルヘルスクエアをしていると報告されており、院内に精神科医が勤務している、いないに関わらず、初期対応として周産期医療スタッフによるメンタルヘルスクエアが行われていることが明らかになった。主に助産師外来でのフォローアップや電話相談(電話訪問)、妊婦健診時から産後までプライマリーナーシング(担当助産師/看護師が継続して関わる)、両親学級での啓発活動などによって実施されていた。自由意見では、メンタルヘルスの評価やケアを行う上での「マンパワー不足」、メンタルヘルスクエアにだけでは解決しえな

い「社会的問題に対する介入をどのように行うか」が課題として挙げられた。

半数以上の分娩取扱施設が精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、

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

であった。

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

令和2年3月28日、12月6日に研修会実施を予定していたが、COVID-19感染拡大防止のため中止となった。よって、研修会のプレ・ポストテストの結果は得られていない。

D. 考察

横断的調査では、精神科医療機関の妊婦・授乳婦の診療体制について、迅速な診療受け入れを望む分娩取扱施設側のニーズとのずれが浮かび上がった。また、精神科医療機関の中でも妊婦や授乳婦の精神症状悪化時に入院の受け入れ先の確保が難しいと認識しており、薬物療法に対する懸念も相まって、積極的な妊産婦の診療受け入れの障壁となっていることが考えられた。また、精神疾患の診断基準を満たさないレベルから重要例まで総合病院産科・精神科に集中し、更なる診療受け入れのタイムラグを生じている可能性があった。限りある精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、①分娩取扱施設におけるメンタルヘルスの評価とケア、②精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例の対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要と考えられる。

分娩取扱施設におけるエジンバラ産後うつ病質問票の実施率の高さは、すべての妊産婦のメンタルヘル

スに対する評価とケアの機会をもたらすことを可能にしている。今後は初期対応としての助産師を中心とした周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが更なる高い専門性を持ち、効果をもたらしていくことが望まれる。そのための時間と人的資源の確保が課題である。一方、社会的ハイリスク妊産婦の支援においては、現状のメンタルヘルスの評価とケアのみならず、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着(ボンディング)の評価も必要である。愛着(ボンディング)に対する評価の視点を分娩取扱施設で持つことも重要であろう。愛着(ボンディング)の障害の背景に、母体のうつ病や被虐待体験などに伴うトラウマ関連疾患あれば精神科医療、望まない妊娠やパートナー間暴力、経済的困窮などがあれば社会福祉支援、子どもの疾患や発達の遅れなどがみられる場合は小児科医療へとつなぐ、というように適切なアセスメントにより適切な連携先を選択して協働することが求められる。

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

精神科紹介に際しては、分娩取扱施設や保健師によって適切な疾病教育・心理教育が施されると、妊婦・授乳婦と家族の精神科診療に対するスティグマが減り、支援の受け入れがスムーズになる可能性がある。いかにして切れ目ない支援を続けるかは、丁寧かつ適切な紹介・受診勧奨と継続した多職種協働ケア体制の維持が重要であると考えられた。

また、調査結果から多職種ケア体制の基盤となるカンファレンスの実施が総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政-福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題である。

D. 研究発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

E. 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

令和2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(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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
副院長 光田信明

「シリアスゲームによる社会的ハイリスク妊婦支援における多職種連携の促進」

| | | | |
|-------|-------|---------------|-----|
| 分担研究者 | 中村友彦 | 長野県立こども病院 | 病院長 |
| 研究協力者 | 三代澤幸秀 | 信州大学医学部小児医学教室 | 助教 |

研究要旨

研究目的：ハイリスク妊婦の支援を担う多職種の連携を促進すべくさまざまな講習会、勉強会が行われている。しかしコロナ禍により face to face の情報交換が困難となっている。そこで独習可能なツールが必要になる。

受け身の学習でなく、アクティブラーニング可能な媒体を作成する。娯楽のためだけではなく、社会問題を解決するためのコンピューターゲームをシリアスゲームという。周産期メンタルヘルスに関する諸問題を、親しみやすいゲーム形式で関係者に広く学んでもらうことが目的である。

研究方法：光田班から全国の周産期施設に配布される「社会的ハイリスク妊婦支援の手引書」の内容をゲーム形式で学習可能にする。市販のゲーム作成用ソフトウェアを使用して開発している。シリアスゲームは海外を中心に、教育（学習）、医療、軍事、公共政策、政治に至るまで、様々な場で利用されている。

研究結果：文書をゲーム化することで以下の利点がある。

- ・ストーリーの中で専門用語を説明：ハイリスク妊婦支援に関する専門用語や知識は数多く、異なる職種間では名称を羅列するだけでは理解が難しい。ストーリーの中で専門用語を説明することで理解しやすくなる。
- ・関連施設を疑似体験：家族は実際の生活の中で、様々な支援者と関係し、多くの制度を利用することになる。ゲーム内ではNICUや乳児院など訪れる施設を自由に選択し、その内部を自由に歩き回ることができる。
- ・アクティブラーニング：シナリオに選択肢を設け、選択によって展開に変化を持たせる。支援ポイントを獲得できる等、ゲーム性を持たせること学習モチベーションを高めさせる。こうした工夫により受け身でなく積極的な学習＝アクティブラーニングを促す。ゲームを通じてプレイヤーは今後生じる問題をあらかじめ疑似体験することができる。

結論：完成した作品は以下の方法で広く公開する。手引書とともにQRコード、DVDでの配布を行う。

- ①：ブラウザゲームとして、ネットで使用可能にする。
- ②：Windows アプリケーションとして配布する
- ③：MacOS アプリケーションとして配布する
- ④：iOS アプリとして App Store で公開する
- ⑤：Android アプリとして Google Play で公開する

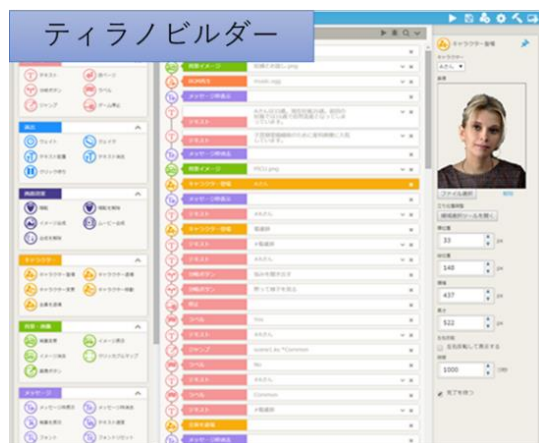
A. 研究目的

ハイリスク妊婦の支援を担う多職種の連携を促進すべくさまざまな講習会、勉強会が行われている。しかしコロナ禍により face to face の情報交換が困難となっている。そこで独習可能なツールが必要になる。受け身の学習でなく、アクティブラーニング可能な媒体を作成する。娯楽のためだけではなく、社会問題を解決するためのコンピューターゲームをシリアスゲームという。ゲームはスマホアプリ、Web ゲームとして提供可能である。

B. 研究方法

海外を中心に、教育（学習）、医療、軍事、公共政策、政治に至るまで、様々な場でシリアスゲームは実際に利用されている。

市販の廉価なソフトウェア、ティラノビルダーを使用する。プログラミングの知識がなくともゲーム作成ができる。小説のようなストーリーのあるゲーム＝ノベルゲームの作成ソフトであり、画像やBGM、動画を自由にレイアウトでき、シナリオに分歧をつけることも、達成度に応じて異なる結末に導くこともできる。



C. 研究結果

ゲームの内容は光田班から提供される「社会的ハイリスク妊婦支援の手引書」に基づいている。文書をゲーム化することで以下の利点がある。

・ストーリーの中で専門用語を説明

ハイリスク妊婦支援に関する専門用語や知識は数多く、異なる職種間では名称を羅列されるだけでは理解が難しい。ストーリーの中で専門用語を説明することで理解しやすくなる。



・関連施設を疑似体験

家族は実際の生活の中で、様々な支援者と関係し、多くの制度を利用することになる。ゲーム内ではNICUや乳児院など訪れる施設を自由に選択し、その内部を自由に歩き回ることができる。



・アクティブラーニング：シナリオには選択肢を設け、選択によって展開に変化を持たせる。支援ポイントを獲得できる等、ゲーム性を持たせること学習モチベーションを高めさせる。こうした工夫により受け身でなく積極的な学習＝アクティブラーニングを促す。ゲームを通じてプレイヤーは今後生じる問題をあらかじめ疑似体験することができる。

回答によって展開が変わる



手引書とともに QR コード、DVD での配布を予定している。完成した作品は以下の方法で広く公開できる。

- ①：ブラウザゲームとして、ネットで使用可能にする。
- ②：Windows アプリケーションとして配布する
- ③：MacOS アプリケーションとして配布する
- ④：iOS アプリとして App Store で公開する
- ⑤：Android アプリとして Google Play で公開する

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

E. 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 なし

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 |
|----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------------|---------------|-----|------|---------|
| 光田 信明 和田 和子 | OGCSとNMCS—妊婦と 新生児の搬送システム | 大阪母子医療 センター編著 | こどもと妊婦の病気・ 治療がわかる本 | バリュー メディカル | 東 京 | 2018 | 68-71 |
| 佐藤 昌司 | 週数別妊婦健診 マニュアル | 藤井 知行編 | 週数別妊婦健診 マニュアル | 医学書院 | 東 京 | 2018 | 287-292 |
| 佐藤 昌司 | 胎児心拍数陣痛図 (CTG) 判読の ポイントと変化予測 | 村上 明美編 | 事例から学ぶ産科医療 補償制度と 助産リスクマネジメント | 医歯薬 出 版 | 東 京 | 2018 | 25-52 |
| 佐藤 昌司 | ハイリスク妊婦の管理 産後うつと その他の精神疾患 | 藤井知行編 | 週数別妊婦健診 マニュアル | 医学書院 | 東 京 | 2019 | 287-291 |
| 佐藤 昌司 | ハイリスク妊婦の管理 精神疾患 (妊娠中) | 藤井知行編 | 週数別妊婦健診 マニュアル | 医学書院 | 東 京 | 2019 | 344-349 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|--|---|-----------------|------------|-----------|------|
| 光田 信明 | 妊産婦の自殺を防ぐために | 日本産科婦人科学会雑誌 | 70(11) | 2269-2273 | 2018 |
| 佐藤 昌司 | 産後うつ | 産婦人科の実際 | 67 | 69-73 | 2018 |
| 金川 武司 和田 聡子 岡本 陽子 川口 晴菜 平田 瑛子 光田 信明 | 大阪府における妊産婦の支援事業 | 日本周産期メンタルヘルス学会誌 | 6 | 7-13 | 2019 |
| 佐藤 拓代 | 産科退院後の虐待予防ー地域保健との連携 | 周産期医学 | 49 (5) | 775-777 | 2019 |
| 佐藤 拓代 | 産み落としー実態、問題点、課題解決のためにー | 小児内科 | 51 (11) | 1835-1837 | 2019 |
| 佐藤 拓代 | 虐待予防は妊娠中からの支援がかなめ | 日産婦医学会報 | 71 (11) | 775-777 | 2019 |
| 須藤芽衣子 高橋 睦子 佐藤 拓代 井村 真澄 | ネウボラからの学びー切れ目のない支援を実現する多職種連携の取り組みー | 助産雑誌 | 73 (8) | 668-673 | 2019 |
| 佐藤 拓代 | 周産期に発見・発生した障害への早期の支援 | 子どもの虐待とネグレクト | 20 (3) | 268-271 | 2019 |
| 倉澤健太郎 | 女性診療における医療政策. | 医学のあゆみ | 269 (1) | 109-115 | 2019 |
| 荻田 和秀 | 児童虐待からみた思春期の諸問題 | 思春期学 | 36 | 290-295 | 2019 |
| 光田 信明 | 特集/妊娠期からできる虐待防止のための方策「気になる妊婦」を見つけるための連携と支援「気になる妊婦」からの虐待リスクー将来起こり得る虐待を防ぐための支援とはー | 助産雑誌 | 74 (5) | 322-327 | 2020 |
| 金川武司 | 【知っておきたい周産期に係る法律・制度】生活保護と入院助産制度、 | 周産期医学 | 50 (1) | 64-67 | 2020 |
| 金川武司 | 【ローリスク妊婦・ローリスクの新生児のケア】入院中の管理 | 周産期医学 | 50 (12) | 2009-2012 | 2020 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|--|--------------|---------|----------------|
| Shiozaki A, Tanaka T, Ito M, Sameshima A, Inada K, Yoneda N, Yoneda S, Satoh S, Saito S | Prenatal risk assessment of gestational hypertension and preeclampsia using clinical information. Hypertension Res. | Preg | HRP 2016-008 | 1-14 | 2018 |
| Hasegawa J, Ikeda T, Toyokawa S, Jojima E, Satoh S, Ichizuka K, Tamiya N, Nakai A, Fujimori K, Maeda T, Masuzaki H, Takeda S, Suzuki H, Ueda S, Ikenoue T. | Relevant obstetric factors associated with fetal heart rate monitoring for cerebral palsy in pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy. | JOGR | 44 | 647-654 | 2018 |
| Satomi Doi, Takeo Fujiwara, Aya Isumi | Development of the Intimate Partner Violence During Pregnancy Instrument (IPVPI) | Frontiers in Public Health | 7 (43) | | 2019 |
| Park S, Greene MC, Melby MK, Fujiwara T, Surkan PJ. | Postpartum depressive symptoms as a mediator between intimate partner violence during pregnancy and maternal-infant bonding in Japan. J Interpers Violence. | J Interpers Violence | | | |
| Honda Y, Fujiwara T, Kawachi I. | Higher child-raising costs due to maternal social isolation: Large population-based study in Japan. | Soc Sci Med | 233 | 71-77 | 2019 |
| Doi S, Fujiwara T. | Combined effect of adverse childhood experiences and young age on self-harm ideation among postpartum women in Japan. | J Affect Dis | 15; 253 (15) | 410-418 | 2019 |
| Ogawa K, Matsushima S, Urayama, KY, Kikuchi N, Nakamura N, Tanigaki S, Sago H, Satoh S, Saito S, Morisaki N. | Association between adolescent pregnancy and adverse birth outcomes, a multicenter cross sectional Japanese study. | Scientific Reports | 9 | 2365 | 2019 |
| Hasegawa J, Ikeda T, Toyokawa S, Jojima E, Satoh S, Ichizuka K, Tamiya N, Nakai A, Fujimori K, Maeda T, Takeda S, Suzuki H, Ueda S, Iwashita M, Ikenoue T | Obstetric factors associated with uterine rupture in mothers who deliver infants with cerebral palsy. | J Matern Fetal Neonatal Med | | 1-7 | 2019 |
| Miura R, Tani Y, Fujiwara T, Kawachi I, Hanazato M, Kim Y. | Multilevel analysis of the impact of neighborhood environment on postpartum depressive symptoms. | J Affect Disord | 263 | 593-597 | 2020 |
| Ichizuka K, Toyokawa S, Ikenoue T, et al. | Risk factors for cerebral palsy in neonates due to placental abruption | JOGR | | | in press. 2020 |
| Toyokawa S, Hasegawa J, Ikenoue T, et al. | Weekend and off-hour effects on the incidence of cerebral palsy: Contribution of consolidated perinatal care | Environmental Health and Preventive Med. | | | in press. 2020 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|--|---------------------|-----|--------|-------------------|
| Nakao M, Okumura A, Hasegawa J, et al. | Fetal heart rate pattern in term or near-term cerebral palsy: a nationwide cohort study AJOG | | | | in press. 2020 |
| Fujiwara T, Isumi A, Sampei M, Yamada F, et al | Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse A population-based quasi-experimental study in Japan. | Child Abuse Negl | 101 | 104359 | 2020 |
| Doi S, Fujiwara T, Isumi A, Mitsuda N. | Preventing postpartum depressive symptoms using an educational video on infant crying. A cluster randomized controlled trial. | Depress Anxiety | | | 2020 |

社会的ハイリスク妊婦への支援と 多職種連携に関する手引書

令和2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（健やか次世代育成総合研究事業）
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための
保健・医療連携システム構築に関する研究

社会的ハイリスク妊婦への支援と
多職種連携に関する手引書

目次

| | |
|---------------------------------------|----|
| はじめに 手引書における理念・基本となる考え方 | 1 |
| I. 第1次光田班成果 | 1 |
| II. 社会的ハイリスク妊娠の概念・定義 | 2 |
| III. 社会的ハイリスク妊娠の把握 | 2 |
| IV. 社会的ハイリスク妊娠支援の困難さ | 3 |
| V. 医療・保健・福祉の連携 | 4 |
| VI. メンタルヘルス | 5 |
| VII. おわりに | 6 |
| 第1章 社会的ハイリスク妊婦とは | 7 |
| I. はじめに | 7 |
| II. ハイリスク妊産婦とは | 7 |
| III. ハイリスク妊産婦の頻度・リスク因子 | 7 |
| IV. ハイリスク妊産婦のリスクアセスメント | 8 |
| V. 定義に関する考察 | 10 |
| 第2章 社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる機関・職種 | 13 |
| I. 社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる機関とその役割 | 13 |
| II. 社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる職種の役割と特徴 | 21 |
| 産科医 | 21 |
| 精神科医 | 22 |
| 小児科医 | 23 |
| 助産師 | 24 |
| 医療ソーシャルワーカー | 25 |
| 保健師 | 27 |
| 児童福祉司 | 28 |
| 第3章 社会的ハイリスク妊産婦への医療機関における支援 | 29 |
| I. 大阪母子医療センターにおける社会的ハイリスク妊産婦の支援の実際 | 29 |
| 1. 産科医療機関における助産師・看護師の役割 | 29 |
| 2. 産科医療機関が関与する妊娠期からの子ども虐待予防の必要性 | 30 |
| 3. 医療機関から始まる多職種他機関連携（産科医療機関でできること） | 30 |
| 4. 妊婦健診で産科看護師・助産師ができる妊婦支援 | 31 |
| 5. 特定妊婦への支援 | 31 |
| 6. 具体的な支援の方法 | 32 |
| 7. 事例を通してみる連携の実際 | 39 |
| 8. 産科医療機関の現場での葛藤 | 44 |
| II. 日本赤十字社医療センターにおける社会的ハイリスク妊産婦の支援の実際 | 47 |
| 1. 社会的ハイリスク妊産婦スクリーニング導入と経過 | 47 |
| 2. 社会的ハイリスク妊産婦のスクリーニングシステムの実際 | 49 |

| | |
|---|----|
| 3. 産後健診までの支援 | 51 |
| 4. 支援体制のまとめ | 52 |
| 第4章 社会的ハイリスク妊婦への地域における支援 | 53 |
| I. 地域における母子保健施策 | 53 |
| II. 母子保健施策における虐待予防 | 55 |
| III. 地域における妊娠中から支援が必要な妊婦（特定妊婦）の把握と支援の実際 | 58 |
| 第5章 社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際 | 63 |
| I. 連携とは | 63 |
| II. 連携体制の構築に向けて | 63 |
| III. 産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査 | 64 |
| (1) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制 | 64 |
| (2) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設と多機関との連携 | 66 |
| 第6章 社会的ハイリスク妊婦に関わるさまざまな支援・事業 | 68 |
| I. 周産期に関わる支援・事業 | 68 |
| (1) 妊娠 SOS | 68 |
| (2) 産前・産後サポート事業 | 68 |
| (3) 産後ケア事業 | 69 |
| (4) 子育て世代包括支援センター | 69 |
| II. 福祉に関わる支援・事業 | 69 |
| (1) 児童福祉法に基づく児童相談所の役割 | 69 |
| (2) 社会的ハイリスク妊婦に対して実施する児童相談所の支援及び機能 | 70 |
| (3) 児童福祉法による子育てを支援するサービス | 72 |
| (4) 里親制度と特別養子縁組 | 72 |
| III. メンタルヘルスへの支援 | 73 |
| (1) メンタルヘルスの不調がある妊婦の特徴 | 73 |
| (2) メンタルヘルスの不調がある妊婦への支援 | 74 |
| IV. ドメスティック・バイオレンスに関する支援 | 78 |
| (1) ドメスティック・バイオレンスとは | 78 |
| (2) DV のアセスメント | 78 |
| (3) DV にあっている女性への支援 | 79 |
| 第7章 用語解説 | 81 |
| I. 社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦に関する用語 | 81 |
| II. 児童虐待に関する用語 | 81 |
| III. 社会的ハイリスク妊婦の支援に関する用語 | 83 |
| IV. その他の関連する用語 | 84 |

はじめに 手引書における理念・基本となる考え方

大阪母子医療センター 副院長

光田 信明

近年、“社会的ハイリスク妊娠”、“児童虐待”、“切れ目ない連携”、“子育て”といった文言が母子保健分野で注目されている。前回の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（第1次光田班：平成27～29年度）「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」においては、これらの用語に強い関連性があることを明らかにした。さらには、成果を母子保健分野への啓発活動にも繋げた。そこで強く感じたことは、各用語は各機関・職種にとっては身近に聞き慣れた文言であっても、情報の共有は機関内・職種内の縦割りで“切れ目”となっていた。これらを、解消しなくては有効性・持続性のある支援の実現は望めないと感じた。文言自身の客観性を持った定義さえも存在していない。さらには、関係機関・関係職種間の文言の使い方の統一も意識しなければ、連携が始まらないことも見えてきた。このような経緯から、ガイドラインあるいは、指針といえる内容を意識しながらの手引書作成を目的とした。

I. 第1次光田班成果

第1次光田班の成果の要約を以下に示す。

- ・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。
- ・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。
- ・精神疾患あるいはメンタルヘルスの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。
- ・医療・保健・福祉の連携は必要であるが、切れ目ない支援を含む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。
- ・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。
- ・妊娠期間および産後においては母および児の心身の健康状態、養育状況を把握することができるので、喫緊の課題である全国展開ができるアセスメント方法、支援の在り方等の開発は、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。

上記成果を実証的研究成果として得ることができたので、この分野は個別の社会病理と捉えるだけでなく母子保健事業としてポピュレーションアプローチが可能と考えた。すなわち、科学的検証を加え、対応には妥当性と可能性を見出したと考えている。例えば、“社会的ハイリスク妊娠”と“児童虐待”の強い関連性は因果関係であると考えられる。さらに、この場合の因果関係は原因と結果が相互に入れ替わる事で“世代間連鎖”を引き起こすことが示唆されている。すなわち、児童虐待の被害児が妊娠し

た場合、社会的ハイリスク妊娠（特定妊婦）となって、次世代の児童虐待を引き起こしている。つまり、新規の社会的ハイリスク妊娠の把握と支援が大切なことは言うまでもないが、すでに世代間連鎖した社会的ハイリスク妊娠への対応は、一層の困難が予想される。既に、本邦においてはこの段階まで世代間連鎖して、なお一層の拡がりを見せていることが喫緊の課題と認識される所以である。こうした場合の多くは、妊婦自身が子育て困難家庭での養育を受けた立場であり、そうした妊婦の把握は可能かもしれないが、世代間連鎖を起こさない場合の支援では困難を極める。しかし、早急に対応しなければ、少子化の中での子育て困難の増加という悲観的展望が現実のものとなる。このような状況を理解した上で、成育基本法の理念を意識した妊娠・出産・子育て支援体制の確立の整備が急がれる

II. 社会的ハイリスク妊娠の概念・定義

第2次光田班（平成30年度～）としては、社会的ハイリスク妊娠とは『さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠』と提案する。詳細は別稿（分担研究者：倉澤健太郎）に譲るが、各方面からの議論の端緒となることを期待している。前述したように“社会的ハイリスク妊娠”は“児童虐待”との強い因果関係において重要視されている。さまざまな要因としては独居、支援者なし、未入籍、精神疾患、人工妊娠中絶、DV、出会い系サイト、貧困、自殺、いじめ、不登校、リストカット、乳児院、母子家庭、無介助出産、ネグレクト、夫無職、入院助産、虐待歴、失踪届、借金、離婚、未収金、若年、生活保護、住所不定、出生届未提出、未受診妊娠、家出、健康保険証不取得、揺さぶられっ子症候群、望まぬ妊娠等々が挙げられる。これらが、重層的に関わりを持って児童虐待へと至ってしまうのだが、少なくとも単独要因のみで社会的ハイリスク妊娠に直結する要因はないと考える。それは自身を取り巻く環境要因に対する反応は各個々人で異なるからである。例えば、シングルマザーはどうであろうか？多くの母子家庭、父子家庭は真摯に日々子育てを行っている。貧困であれば、子育て困難が発生し、児童虐待に向かうのであろうか？決してそうではないことは明白な事実である。すなわち、単純な三段論法的（要因⇒社会的ハイリスク妊娠⇒児童虐待）に社会的ハイリスク妊娠を捉えても適切な支援を達成することは困難と考える。こころに大きな負担を抱えた妊婦を精神科医療に委ねれば、問題は解決するのか？子育て困難に向かっても、妊産婦自殺に向かっても解決ではない。さらには、社会的ハイリスク妊娠＝児童虐待予備軍というような見方で対応したとすれば、問題解決はより遠くなってしまふ。喫緊の課題はハイリスクアプローチとしての社会的ハイリスク妊娠対策が待ち望まれている。一方で、“健やか親子21”の目指す転帰を達成するためには全ての妊婦に寄り添う母子保健事業が構築されるポピュレーションアプローチが望まれている。子育て環境全体の底上げが達成され副次的に児童虐待も防止されるとすれば、時間はかかるが必要な視点と考える。

III. 社会的ハイリスク妊娠の把握

社会的ハイリスク妊娠は妊婦自身が自ら申し出ない限り、外部（医療機関）からは把握困難である。医療機関は医学的リスクの存在は見逃さないように掘り起こすシステムの構築が出来上がっている。それが妊婦健康診査（妊健：妊婦健診）である。しかし、社会的ハイリスク妊娠の把握は、妊婦のこの中あるいは成育・生活環境に問題があるのか？という姿勢がないと達成されない。社会的ハイリスク妊娠が相当過少評価されてしまうことにつながる。第1次光田班研究においても、特定妊婦のアセスメント基準を持っていない自治体が約半数あり、同地域の特定妊婦把握は低かった。医療機関も同様であるから、妊婦健診のスクリーニングに社会的ハイリスク妊娠評価が組み込まれなければなら

ない。そのためには、簡便で精度の高いアセスメントシートが必要である。当然ながら、その場合のアセスメント基準は行政（保健センター等）も同一である必要がある。このようなアセスメント基準作成のための研究は第2次光田班の大きな課題である。

社会的ハイリスク妊娠の把握において都道府県単位で統一基準を設けたのは大阪府（資料）である。第1次光田班での検証においてもその有用性は確認されているが、実用性としては課題がある。まず、項目が31項目と多すぎる。全ての妊婦に保健師が面談することさえ問題があるのに、全例に31項目をスクリーニングすることは現場に相当な負担がかかる。さらに偽陽性も多い可能性がある。すなわち、出産前には子育て不安があったとしても、出生後は多くの例では該当しない（第2次光田班）。例えば、貧困一つとってみても、個人的には大きな子育て困難になる場合とそうでない場合がある。同じ要因であっても転帰が正反対になるということは、社会的ハイリスク妊娠アセスメント作成にとってはより困難な課題となってしまう。妊婦自身や生活環境が大きく変化することはよく見られることであるので、社会的ハイリスク妊娠の評価は妊婦健診・産婦健診を通して医師・看護職・事務職のいずれからでも把握可能な体制が望ましい。予期せぬ結果に終わった出産も子育て困難につながるので、小児科関係者も同様の視点が必要である。

妊婦の多くは医療機関で妊婦健康診査（平均14回）を受ける。これは出産までは妊婦支援の中心が医療機関ということを示している。社会的ハイリスク妊娠は妊娠初期に全てを把握できるわけではない。妊娠週数の進行に従い、新たなハイリスク要因が出現することもある。経済状況の変化、夫婦間の問題の出現、早産、新生児仮死、先天疾患等々の要因から育児困難状態になる場合もある。このように、社会的ハイリスク妊娠の把握にはいろんな時間軸の経過の中で適宜、妊婦にいかに寄り添うことができるかにかかっている。これはひとえに、妊婦との信頼関係の構築に大きく依存する。現状では、行政の保健師、医療機関の看護職員が最も適していると考えられる。しかし、医療機関における社会的要因の把握と支援は本来業務とはなっていない。ただでさえ、医療機関の外来は待ち時間の短縮が大きな至上命題である。そのような現場では、妊婦の家庭環境を把握し支援するような妊婦健診体制維持は困難となる。従って、社会的ハイリスク妊娠把握・支援を医療機関で継続的に維持していくためには、妊婦健診の本来業務に明確に社会的ハイリスク妊娠把握・支援を加えていくことも重要である。そうでなければ、医療機関の一部職員のボランティアの域を出ないことになる。もちろん、医療機関においても妊婦からの申し出があれば、現状においても行政サービスへの接点としてはケースワーカーが存在している。しかし、妊婦のメンタルヘルスに影響する要因であるが、行政サービスで解決不能な要因であれば対応不能となる。従って、医療機関にそうした機能を配置するような体制作りも考慮されなければならない。

IV. 社会的ハイリスク妊娠支援の困難さ

本邦のいわゆる行政サービスは申請主義である。極端に言えば、生活保護を申請することなく、自宅で餓死するという痛ましい事例も存在する。母子保健法においては以下のように記載されている。

第十五条 妊娠した者は、厚生労働省令で定める事項につき、速やかに、市区町村長に妊娠の届出をするようにしなければならない。

さらに、厚生労働省令として母子保健法施行規則においては、

第三条 法第十五条の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 届出年月日

- 二 氏名、年齢、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号）第二条第五項に規定する個人番号をいう。）及び職業
- 三 居住地
- 四 妊娠月数
- 五 医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたときは、その氏名
- 六 性病及び結核に関する健康診断の有無

このうち第二項に記載されている個人番号とはいわゆる“マイナンバー”である。マイナンバーの導入直後はこの部分で母子健康手帳の発行業務に支障が出た。家庭の事情でマイナンバー取得ができていない妊婦は母子健康手帳取得ができなかったのである。その後、妊婦に不利益とされない運用に変更された。児童虐待死亡報告書（第14次まで）においても、心中以外での死亡数727人のうち135人（18.6%）が出生当日死亡として記載されている。このことは、周産期医療と児童虐待問題の象徴的観点から注目されている。さらに、象徴的なことはこの出生当日死亡のほとんどが母子健康手帳未取得である。母子健康手帳未取得のまま出産を迎える妊婦はほぼ一定で400分娩に1回である。すなわち、99%以上の妊婦が母子健康手帳を取得している現状で、それでも未取得になる妊婦の把握と対応は非常な困難が予想される。母子健康手帳取得者は少なくとも、1回は市区町村の母子保健窓口から申請に訪問していることになる。おそらく、母子健康手帳取得後に初めて医療機関受診をするよりも、妊娠の確定診断を受けた後に、母子健康手帳取得のために行政窓口で申請する妊婦が多数であることが推察される。ここで、社会的ハイリスク妊娠把握の第一歩として医療機関初診時と市町村母子保健窓口初回訪問時の重要性が理解できる。ハイリスク要因が存在し、孤立化し外部からの支援が届きにくかった事案で母児が重篤な転帰をたどる結果になった場合には、社会的ハイリスク妊娠の把握・支援の意義が強く認識される。

V. 医療・保健・福祉の連携

多機関・多職種連携が指摘されて久しい。なぜ、社会的ハイリスク妊娠の把握・支援にはこうした連携が必要なのであろうか？一番大きな理由は、社会的ハイリスク妊娠となる要因は非常に多くの事象が絡んで発生している。そうしてできあがった要因に対して支援する場面では、医療機関、保健機関、福祉機関の個別対応では超えられない壁がある。既存の問題解決は個別機関対応でも十分対応できたが、“子育て支援をにらんだ切れ目ない支援”に対しては解決できない新たな事案が増加している背景がある。児童虐待児童として福祉機関が対応してきた未成年が未婚のまま妊婦となった場合はいかがであろうか？福祉機関として児童相談所が妊婦となった児童のすべてに対応していくのであろうか？出産後の新生児は誰がどこで養育していくことが一番望ましいということになるのか？こうした場合を想定することで、適切な支援体制構築のためには多機関・多職種連携の重要性は理解できる。当然ながら、支援に際しては、関係各位での情報共有が大切なことは言うまでもない。一人の妊婦に対して多機関・多職種がそれぞれに情報聴取したのでは、信頼関係維持は期待できない。必要な支援の実行者は時間軸、内容によって変わってくる。極端な事例では、出生後直ちに母児分離がなされることもある。すなわち、児童相談所による職権保護である。さらに今後は増加が予想される特別養子縁組（民間あっせん事業）のような事案はいかがであろうか？シングルマザーである妊婦自身が収監された事案はどうであろうか？

The Bucharest Early Intervention Project (BEIP) や“愛の鞭ゼロ作戦”を見れば、人間の成長には生

後1～2年の養育環境(家庭)が大きく係わることが、理解できる。外部から不適切な養育、児童虐待が認知される時間経過の対応では遅いのである。児童にすり込まれたところのキズの修復は大きな困難があり、予防的介入が望まれる所以である。従来も現在も不適切な養育環境に置かれている大半の児童は、外部から児童虐待と認知された後に以前の養育状況の評価がなされるのみである。つまり、現在の母子支援の多くは、事後支援のために体制構築がなされていると感じる。“切れ目のない多機関・多職種連携”はこのような事後の介入ではなく、予防的支援を目指すものである。多くの社会的ハイリスク妊娠は従前のような極端な事案ではないが、従来の縦割り対応では不十分な支援となってしまう。そこで、今後の実効性のある支援体制確立のためには各機関のパラダイムシフトが必要と考える。以下にその概略を述べる。

医療：安心・安全な医療提供→社会的ハイリスク妊娠対応を本来業務にしていく。

出産で終わりではなく、子育て支援を視野に入れる。

少なくとも、産婦人科、小児科、精神科が該当。

保健：医療・福祉との個別連携→子育て支援のワンストップセンターを意識した医療・福祉との連携した連携。

福祉：対象事案発生後対応→医療・保健との連携した連携による予防的観点からの支援。

現時点では、それぞれの機関が縦割りの対応範囲を持っていることが連携不十分に繋がっていることが背景にある。各都道府県においては児童虐待死亡事案検証を行っており、報告書では少なからずそれを指摘している。社会的ハイリスク妊娠は従来の医療・保健・福祉体制構築後の課題であるために、対応が不十分になっている。現状では新たな支援体制構築を待つよりも、ボランティア的対応を期待する。それぞれの機関が自身の対応枠を決めてしまわずに、目の前の社会的ハイリスク妊娠に対して最も必要と思われる支援を実行していくことである。このようなパラダイムシフトが達成されれば、次世代の母子保健事業が確立されるであろう。

VI. メンタルヘルス

昨今、周産期医療における“メンタルヘルス”の重要性が指摘されている。対応策として平成29年度から産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図る観点から産婦健康診査が開始された。そこでは、出産後2週間と1ヶ月でのエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale)が導入されている。第1次光田班においても社会的ハイリスク妊娠とメンタルヘルスの強い関連性を示すことができた。#8000(小児救急電話相談)における相談事業での母親のこころの負担は出生後2週間をピークとしていたこと、児童相談所収容児童の母親の妊娠中の関連要因としては精神疾患が最も関与していたこと等が示された。精神疾患(統合失調症、双極障がい等)であれば、精神科医療に頼らねばならないが、多くの母親はそうした疾病状態にはない。しかし、多くの母親達は妊娠の進行、日々の子育て等で“こころの負担”を感じているのである。このような状態を精神医学における病的状態と同一視していいのかは明確に断定できないと考える。病的精神疾患ならば、精神科受診で多くは改善すると考えられるが、実際にはそのような経過にはならない事例が多い。精神科医師からも投薬の必要性なしとされる例が最も多い。メンタルヘルスとはこころの健康とも呼べばいいのであろうか?望まぬ妊娠、孤立した妊婦、生活基盤が脆弱な妊婦、子育て困難な家庭、予後不良な妊娠転帰等々によってこころの健康状態を不安定にしてしまう妊産婦は相当数いることは想像に難くない。たとえ、望んだ妊娠であったとしても不安を感じることは多々ある。本邦における従来の妊娠、出産、子育て

環境は妊産婦の孤立は少なかった。家族構成、地域における隣人との関わり等の変化によってまったく孤立した妊産婦にとって子育ては相当な負担となってきた。結局は、妊娠、出産、子育てに不安がなくなれば、メンタルヘルス不調の妊産婦も減ることが期待できる。社会的ハイリスク妊娠への支援とはそうした意義を持つ。このような、全般的な妊産婦支援の中心として、“子育て世代包括支援センター”の設置が進んでいる。計画では2020年度中に全国の市町村に配置される予定である。ではどのような支援内容が予定されているかといえば、まさに試行錯誤的支援が開始されたところである。ポピュレーションアプローチなのかハイリスクアプローチなのか、必要な人員・資金はどのくらいなのか等々課題は山積している。

VII. おわりに

社会的ハイリスク妊娠への支援はこれからが本番である。現時点において、担うべき機関・職種は明確ではない。関係者各位が試行錯誤的な活動を積み重ねることによって、新しい支援体制が構築されていく。その過程としてこの手引書が役立つことを祈念する。

第1章 社会的ハイリスク妊婦とは

横浜市立大学 産婦人科

倉澤 健太郎

I. はじめに

わが国における母子保健行政の取り組みを振り返ってみると、これまで周産期医療に対す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といえる。第二次世界大戦を終え、GHQの介入により妊産婦手帳制度が始まったが、当時は高い乳児死亡率や妊産婦死亡率、妊婦の流産、早産、死産に対する対策が主であり、健診の徹底、予防接種の徹底、公費負担への取り組みが主であった。その後、高度成長期を経て1990年代に入り、少子化や核家族化の進行などにより子どもを生き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複雑化した。近年では、児童福祉法において「特定妊婦」が規定された(表1)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。

表1 児童福祉法第6条3の5条

| | |
|-------|---|
| 特定妊婦 | 出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦 |
| 要支援児童 | 保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童(要保護児童に該当するものを除く) |
| 要保護児童 | 保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童 |

本研究班の前身である、「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究(第1次光田班)」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」について定義し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。

II. ハイリスク妊産婦とは

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(第1次光田班)」報告書、ならび平成30年度より開始された本研究「社会的ハイリスク妊産婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究(第2次光田班)」事業により各分担研究者の研究対象を検討し、支援によって児童虐待・妊産婦自殺を防ぐべき社会的ハイリスク妊産婦について考察したところ、当研究班としては「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」を社会的ハイリスク妊娠と呼ぶこととする。

III. ハイリスク妊産婦の頻度・リスク因子

平成27-29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、母子健康手帳、子ども家庭センターの虐待に関する資料を用いて、①母子健康手帳の記載項目、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、所産、妊娠時うれしくない、をハイリスクと考えている。

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

IV. ハイリスク妊産婦のリスクアセスメント

実際に社会的ハイリスク妊産婦を疑った場合は、介入すべきポイントを的確に判断するためにさまざまなアセスメントシートなどを活用して評価することになる。大阪府のガイドライン：妊娠期のアセスメントシートは有効である (表2)。そのほか、メンタルヘルスに関する評価方法として、2質問法、GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)、エジンバラ産後うつ病質問票、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストなどが推奨されているので、活用いただきたい。

表2 アセスメントシート（妊娠期）（大阪府版）

アセスメントシート（妊娠期）

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

妊婦氏名（ ） 記入日（ ） 記入者（ ）

*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望まない妊娠 | | | | | | | |
| | ⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動 | | | | | | | |
| | ⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す | | | | | | | |
| | ⑧飛び込み出産歴がある | | | | | | | |
| | ⑨40歳以上の妊娠 | | | | | | | |
| | ⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある | | | | | | | |
| | ⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等 | | | | | | | |
| 心身の健康等 要因 (C) | ①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む) | | | | | | | |
| | ②パーソナリティ障がい(疑いを含む) | | | | | | | |
| | ③知的障がい(疑いを含む) | | | | | | | |
| | ④訴えが多く、不安が高い | | | | | | | |
| | ⑤身体障がい・慢性疾患がある | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 家庭的・環境的 要因 (E) | ①住所不定・居住地がない | | | | | | | |
| | ②ひとり親・未婚・ステップファミリー | | | | | | | |
| | ③家の中が不衛生 | | | | | | | |
| | ④出産・育児に集中できない家庭環境 | | | | | | | |
| その他 (F) | ①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある 〔 〕 | | | | | | | |

支援者等の状況

| | |
|------------|--|
| 支援者 □ | <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

V. 定義に関する考察

「社会的ハイリスク妊娠」は、近年広く認識されるようになったものの、これまで明確な定義付けはなされておらず、産科婦人科学会の用語集にも収載されてはいない。広辞苑によると、定義（definition）は、概念の内容を限定すること、とある。すなわち、定義とは、ある概念の内包を構成する本質的属性を明らかにし他の概念から区別することであり、その概念の属する最も近い類をあげ、さらに種差をあげて同類の他の概念から区別して命題化すること、ともいえる。本来、普遍的であることが多いが、社会通念の変化により、定義が時代的に変遷することもある。たとえば、いじめについては、児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査における定義では、これまで2回の変更が行われている。すなわち、昭和61年度に初めていじめが定義づけられたが、当時は「①自分より弱い者に対して一方的に、②身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、③相手が深刻な苦痛を感じているものであって、学校としてその事実を確認しているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わないもの」としていた。当時は、学校がその事実を確認しているものに限定しており、いじめられた児童生徒の立場に立っていなかった。現在では、いじめ防止対策推進法の施行に伴い、平成25年度に定義されたものを採用している。つまり、「いじめとは、児童生徒に対して、当該児童生徒が在籍する学校に在籍している等当該児童生徒と一定の人的関係のある他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものも含む）であって、当該行為の対象となった児童生徒が心身の苦痛を感じているもの」とされた。

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

これらのことより、「社会的ハイリスク」は、これまで定義づけはなされていなかったことを踏まえ、しかも必ずしも医学的な側面では決められないことから、医療者のみで扱う用語ではなく、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、心理士、行政担当者など幅広い職種が利用する用語であるべきであり、その全体を平易な言葉で俯瞰することが望ましいと考えた。

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、厳密に言えば例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、または要対協調整機関に報告し、要対協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。ここでの「ハイリスク妊婦」は今回の定義づけを試みる以前の取り組みであり、分けて考える必要がある。

表3 妊娠期からの子育て支援のための医療機関と保健・福祉機関の連携について

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

(H28 厚労科研 光田班)

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、要対協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）、子どもの問題点（多胎、分離の必要性、健康状態）、その他（援助協力を発信、受容できるか）などの問題点を含んでいるものを指す。

社会ハイリスクの妊産婦は分娩自体もハイリスクであるが、分娩後の支援・介入がさらに重要である。本人のみならず、出生する児が社会的に身体的に危険にさらされることは、なんとしても避けなけれ

ばならない。医療者から見た「社会的ハイリスク妊産婦」対応は、虐待になる前の子どもを助けるために、子育てに問題を抱えそうな妊産婦をどのように拾い上げるのかということである。

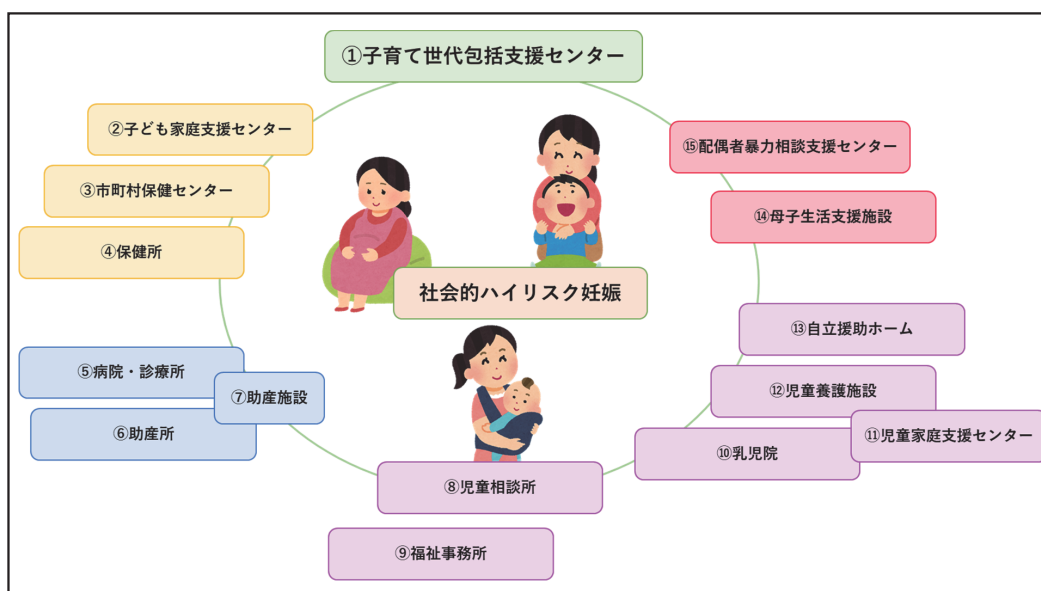
したがって、社会的ハイリスク妊産婦とは、今後子育てに困難を感じる妊産婦と言い換えることができる。子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない。具体的には上述の問題を内包している妊産婦である。そして、社会的ハイリスク妊産婦は医学的ハイリスク妊産婦と対比されるものではなく、精神疾患など医学的な疾病を有していても起こりえる概念である。

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

第2章 社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる機関・職種

1. 社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる機関とその役割

社会的ハイリスク妊娠は、経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予想される妊婦であり、妊娠期から産褥期、育児期という長期的な視点での支援が必要となる。特に、妊娠期は、妊婦の居住地の子育て世代包括支援センター、そして妊婦健診から産後まで継続的に関わる病院、診療所、助産所と支援拠点が2本柱となるため、連携が必須である。また、社会的ハイリスク妊婦は複雑な問題を抱えていることが予想されるため、妊婦と家族の状況に応じて、多数の支援機関が関わる。多機関連携を推進するためには、それぞれの機関の役割や機能を認識している必要がある。この章では、社会的ハイリスク妊婦に関わる15の支援機関、さらに支援に関わる職種について、その根拠法律と合わせて紹介する。



社会的ハイリスク妊娠に関わる支援機関

(1) 子育て世代包括支援センター（母子保健法）

「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年閣議決定）において、2020年度末までの全国展開が目指されており、2019年4月時点では983市区町村に1717箇所設置されている。

【目的】子育て包括支援センターの役割は、「妊産婦・乳幼児等の状況を継続的・包括的に把握し、妊産婦や保護者の相談に保健師等の専門家が対応するとともに、必要な支援の調整や関係機関と連絡調整するなどして、妊産婦や乳幼児等に対して切れ目のない支援を提供する」とされており、具体的には、妊娠届出等の機会に得た情報を基に、妊娠・出産・子育てに関する相談に応じ、必要に応じて個別に支援プランを策定することである。

子育て世代包括支援センターへ行けば、妊産婦にとってなんらかの支援につながる情報が得られる**ワンストップ拠点**としての定着を目的とし、より専門的な支援が必要な場合、適切な担当者や関係機関との連携によって対応する。

【対象者】「子育て世代」だけでなく、**全ての妊産婦・乳幼児等を対象とするポピュレーションアプローチ**を基本としており、妊娠期から子育て期（特に3歳まで）の子育て支援について、支援が利用者の目線からみて切れ目なく一貫性のあるものとして提供されるようマネジメントを行う。

【具体的な業務内容】

| |
|---|
| <p>①妊産婦及び乳幼児等の実情を把握すること</p> <ul style="list-style-type: none">□ 保健師等によるセンターでの面談や家庭訪問、関係機関からの情報収集等を通じて、妊産婦や乳幼児等の実情を継続的に把握する。□ 収集した情報は、個別の妊産婦及び乳幼児ごとに記録するとともに、支援台帳を整備し適切に管理する。 <p>②妊娠・出産・子育て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</p> <p><u>うこと</u></p> <ul style="list-style-type: none">□ 妊産婦や保護者の個別の疑問や不安にできる限り丁寧に対応し、本人にとって必要な情報提供や助言、適切な表現・コミュニケーション方法によって行う。 <p>③支援プランを策定すること</p> <ul style="list-style-type: none">□ 妊産婦や乳幼児等の課題や支援ニーズに的確に対応するために、必要に応じて支援プランを策定する。□ 支援プランは、妊産婦や保護者の「親になる力を育てる」支援に資するツールの1つであり、個別の妊産婦や保護者の状況や経過を反映させつつ、可能な限り本人との対話を通じて作成する。□ 自治体の事業スケジュール等の提示・情報提供とは異なる。また、全ての利用者について体系的に情報を管理する支援台帳とも異なることに注意する。 <p>④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと</p> <ul style="list-style-type: none">□ 利用者目線に立って支援の継続性と整合性が確保できるよう、関係機関と十分な連絡調整を行う。 |
|---|

子育て世代包括支援センター業務ガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/senta-gaidorain.pdf>

(2) 市区町村子ども家庭総合支援拠点（児童福祉法）

【目的】都道府県（児童相談所）が虐待相談を受けて対応したケースのうち多くは、施設入所等の措置に至らず在宅支援になることが多いという現状がある。子どもとその家庭及び妊産婦等を対象に、実情の把握、子ども等に関する相談全般から通所・在宅支援を中心としたより専門的な相談対応や必要な調査、訪問等による継続的なソーシャルワーク業務までを行い、地域のリソースや必要なサービスと有機的につないでいく拠点として機能する。一般的な子育て相談から子ども虐待等に関すること、また妊娠期から子どもの自立に至るまでの子ども家庭等に関する相談全般に応じる。

※子育て世代包括支援センターと市区町村子ども家庭総合支援拠点は、一体的に支援を実施することが望ましいとされている。

【対象者】管内に所在するすべての子どもとその家庭（里親及び養子縁組を含む。以下同じ）及び妊産婦等。

【業務内容】

①子ども家庭支援全般に係る業務

市区町村に在住するすべての子どもとその家庭及び妊産婦等に関し、母子保健事業に基づく状況、

親子関係、夫婦関係、きょうだい関係、家庭の環境及び経済状況、保護者の心身の状態、子どもの特性などの養育環境全般について、家庭全体の問題として捉え、関係機関等から必要な情報を収集するとともに、インフォーマルなリソースも含めた地域全体の社会資源の情報等の実情の把握を継続的に行う。子どもとその家庭及び妊産婦等が自主的に活用できるように、当該地域の実情や社会資源等に関する情報の提供を行うとともに、関係機関にも資源や支援等に関する情報の提供を行う。

②要支援児童及び要保護児童等並びに特定妊婦等への支援業務

相談・通告を受け、事前の情報収集を基に（緊急）受理会議を行い、受理会議で検討された、当該ケースについての事実関係を整理するための調査等を実施し、当該調査等の結果を踏まえたアセスメント（情報を分析し見解をまとめたもの）を基に、ケース検討会議（支援方針会議）による支援方針の決定、支援計画の作成を行い、支援を実行し、その後のケースの進行管理及び支援終結の判断を行う。要保護児童対策地域協議会の活用や、児童相談所をはじめとしたその他の機関との連携を行う。

③その他の必要な支援

児童相談所が一時保護又は施設入所等の措置を解除した後の子ども等への、解除前から解除後の支援。子どもを養育している里親、養子縁組里親の家庭や養子縁組家庭への支援。不良行為に関する相談など非行相談の対応を行う。

(3) 市町村保健センター（地域保健法）

市町村に設置されている。母子健康手帳の交付、妊産婦や乳幼児（1歳6か月児、3歳児）の健康診査、両親学級、産後ケア等の妊産婦への支援、妊産婦や新生児訪問指導、未熟児訪問指導、未熟児養育医療など、ほとんどの母子保健サービスを行う。

(4) 保健所（地域保健法）

都道府県、指定都市、中核市、特別区などに設置されている。疾病の予防、衛生の向上など、地域住民の健康の保持増進に関する業務を行う。対人保健サービスのうち、広域的に行うべきサービス、専門的技術を要するサービス及び多種の保健医療職種によるチームワークを要するサービス並びに対物保健等を実施する第一線の総合的な保健衛生行政機関である。また、市町村が行う保健サービスに対し、必要な技術的援助を行う機関である。

対人保健分野には、感染症等対策、エイズ・難病対策、精神保健対策、母子保健対策がある。母子保健対策として、先天性代謝異常等検査、不妊専門相談、女性の健康教育等の専門的な母子保健サービスを行う。

(5) 医療機関

周産期に関わる医療機関として、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、産婦人科専門病院や診療所が挙げられる。

- ・**総合周産期母子医療センター**：産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU及びNICU）、麻酔科その他の関係診療科を有し、高度な周産期医療を行うことができる施設。
- ・**地域周産期母子医療センター**：産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を

行うことができる施設。

- ・**病院**：病床数 20 床以上の入院施設を持つ施設。
- ・**診療所**：無床もしくは 19 床以下の施設。

社会的ハイリスク妊婦を支援する医療機関では、産科や産婦人科だけでなく、精神科や小児科などもかかわる。

(6) 助産所（医療法）

助産師が開業している施設である。妊婦、産婦、又は褥婦 9 人までの入所施設とされているが、入所だけでなく、主に対象者の自宅に赴き出張分娩を行っている助産所もある。つまり、有床と無床の施設、分娩を取り扱う施設と取り扱わない施設がある。嘱託医師・嘱託医療機関と密に連携し、妊産婦に対して助産ケアを提供していく。

妊婦健康診査、分娩介助、産褥期のケアのみならず、妊娠期のクラス（母親学級や両親学級）、母乳育児相談や妊婦・育児サークル等も開催する。市区町村から産後ケア事業の委託を受けている助産所も多い。地域の妊産婦と家族への生活に根差した総合的な支援を提供することができる。

【対象者】 助産業務ガイドラインには、「助産師が管理できる対象者」と「連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」、「産婦人科医師が管理すべき対象者」が提示されている。

助産師が管理できる対象者：妊娠経過中継続して管理され正常に経過しているもの等。

連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者：社会的リスクが高いもの（未婚で周囲からのサポートがない、DV 被害者など）、または理学的所見や産科以外の既往または合併症があるが妊娠中の発症がなく治療を必要としないもの。

(7) 助産施設（児童福祉法）

【目的】 児童福祉施設の一つで、保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により入院助産を受けることができない妊産婦を入所させて助産を受けさせることを目的とする。

【対象者】 出産にあたって、経済的な理由で病院又は助産所に入院できない妊産婦で、出産前に申請した場合に対象となる。福祉事務所へ申請することが必要であり、指定を受けた施設で分娩しなければ制度を利用できない。所得が一定以下の者（生活保護受給世帯、市区町村民税非課税世帯など）が対象となり、世帯の所得に応じた負担がある。

【対象施設】 施設は助産施設となることを申請し、都道府県の認可を受けることが必要となる。

(8) 児童相談所（児童福祉法）

【目的】 市町村と適切な役割分担・連携を図りつつ、子どもに関する家庭その他からの相談に応じ、子どもが有する問題又は子どもの真のニーズ、子どもの置かれた環境の状況等を的確に捉え、個々の子どもや家庭に最も効果的な援助を行い、子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護すること（以下「相談援助活動」という。）を主たる目的としている。

都道府県、指定都市及び児童相談所設置市に設置される行政機関。

【機能】 下記 5 つの機能を持つ。（児童相談所に関して詳しくは第 4 章 3）

- ①市町村による児童家庭相談への対応について援助を行う「市町村援助機能」
- ②子どもに関する家庭その他からの相談に応ずる「相談機能」

③必要に応じて子どもを家庭から離す「一時保護機能」

④子どもや保護者に通わせ指導する、もしくは子どもを児童福祉施設に入所または里親に委託する「措置機能」

⑤親権者の親権喪失、親権停止もしくは管理権喪失などの審判の請求を家庭裁判所に申立てることができる「民法上の権限」

(9) 福祉事務所（社会福祉法）

都道府県及び市（特別区を含む）は設置が義務付けられており、町村は任意で設置することができる。生活保護に関することや母子生活支援施設などへの入所の窓口となる。

(10) 乳児院（児童福祉法）

【目的】保護者による養育が困難になった子どもについて、児童相談所の入所措置を受けて養育するとともに、児童相談所と連携して、家庭での養育が可能となるよう、保護者に対し育児技術の獲得などの支援を行う。

【対象】原則として乳児（1歳未満）であるが、実際には2歳あるいは3歳まで入所していることも多い。入所理由は、母親の疾病（精神疾患を含む）、虐待、ネグレクト、父母就労、受刑などであるが、近年母親の精神疾患や虐待による入所が増加傾向にある。

【支援内容】児への養育のみならず、親子の関係調整、相談や他機関との連携等による親への支援、里親への継続した支援を行う。

(11) 児童家庭支援センター（児童福祉法）

児童に関する家庭その他からの相談のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものに応じるとともに、児童相談所からの委託を受けた児童及びその家庭への指導、その他の援助を総合的に行う。多くは児童養護施設等の施設に附置されている。

(12) 児童養護施設（児童福祉法）

【目的】保護者のない児童や保護者に監護させることが適当でない児童に対し、安定した生活環境を整えるとともに、生活指導、学習指導、家庭環境の調整等を行いつつ養育を行い、児童の心身の健全な成長とその自立を支援する。虐待を受けた子どもの割合は半数を占め、専門的なケアが必要とされている。

【対象】乳児を除く18歳に至るまでの子どもを対象とするが、特に必要が場合は乳児から対象とでき、また20歳に達するまで措置延長ができる。

【支援内容】秩序ある生活を通じて、基本的生活習慣を確立するとともに、社会常識及び社会規範、様々な生活技術が習得できるように養育・支援する。

(13) 自立援助ホーム（児童福祉法）

【目的】児童福祉法に基づき、児童自立生活援助事業として位置づけられている。児童自立生活援助事業は、児童の自立を図る観点から義務教育終了後、児童養護施設、児童自立支援施設等を退所し、就職する児童等に対し、これらの者が共同生活を営むべき住居（自立援助ホーム）において、相談

その他の日常生活上の援助及び生活指導並びに就業の支援（援助の実施）を行い、あわせて援助の実施を解除された者への相談その他の援助を行うことにより、社会的自立の促進に寄与することを目的とする。

【対象者】義務教育を終了した20歳未満の児童等であり、里親やファミリーホームへの措置委託や社会的養護関係施設での措置を解除された児童、あるいは都道府県知事が自立のための援助及び生活指導等が必要と認めた児童である。

【支援内容】同生活を営む住居において、相談や日常生活上の援助、生活指導、就業の支援等を行う。できるだけ家庭あるいは家庭的な環境で養育する「家庭的養護」と、個々の子どもの育みを丁寧にきめ細かく進めていく「個別化」をもとに支援を行っていく。

(14) 母子生活支援施設（児童福祉法）

【目的】配偶者のいない女子又はこれに準ずる事情にある女子とその子どもを入所させて保護するとともに、自立促進のためにその生活を支援する。

【対象】児童（18歳未満）及び子どもを養育している母子家庭、または何らかの事情で離婚の届出ができないなど、母子家庭に準じる家庭の女性。

【支援内容】就労、家庭生活や子どもの養育に関する相談、助言並びに関係機関との連携調整を行う。親子関係の調整、再構築等も支援する。DV被害者を一時保護する施設としての役割もある。

(15) 配偶者暴力相談支援センター（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律）

【目的】ドメスティック・バイオレンスに関する中心的な支援機関で、都道府県もしくは市町村に設置されており、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護を図ることを目的とする。

【支援内容】

- ・相談や相談機関の紹介
- ・カウンセリング
- ・被害者及び同伴者の緊急時の安全の確保及び一時保護
- ・自立して生活することを促進するための情報提供その他の援助
- ・被害者を居住させ保護する施設の利用についての情報提供その他の援助
- ・保護命令制度の利用についての情報提供その他の援助

【引用文献】

子育て世代包括支援センター

厚生労働省，子育て世代包括支援センター業務ガイドライン，2017.8，厚生労働省ホームページ，
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/senta-gaidorain.pdf>

市区町村子ども家庭総合支援拠点

厚生労働省，市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置運営等について，雇児発0331第49号(2017-3-31)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000.../0000161700.pdf>

市町村保健センター・保健所

厚生労働省，政策について，健康医療，地域保健

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tiiki/index.html>

厚生労働省, 令和2年版厚生労働白書, 資料編, I制度の概要及び基礎統計 ②保健医療 (3)健康づくり・疾病対策 P57.

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19-2/dl/all.pdf>(閲覧日 2021-3-25)

厚生労働省, 令和2年版厚生労働白書, 資料編, I制度の概要及び基礎統計 ⑦雇用均等・児童福祉 母子保健対策 P192.

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19-2/dl/all.pdf>(閲覧日 2021-3-25)

医療機関

厚生労働省, 周産期医療の体制構築に係る指針, 小児・周産期医療について, 2017.7.31

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/4_2.pdf(閲覧日 2020-3-30)

助産所

厚生労働省, 助産所について, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-11/2a.html>

公益社団法人日本助産師会, <http://www.midwife.or.jp/index.html>

助産業務ガイドライン, 2019. http://www.midwife.or.jp/pdf/guideline/guideline2019_200214.pdf

助産施設

日本産婦人科医会, 日産婦医会報(2011年12月号), 入院助産制度, 医療政策委員会委員長 千歳和哉, www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/kaihou/H23/H23-12.htm (閲覧日 2018-12-07)

独立行政法人福祉医療機構, j¥ 児童福祉, 制度・ハンドブック, サービス一覧, 助産施設

<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/jidou/handbook/service/c078-p02-02-Jidou-01.html>
(閲覧日 2020-3-31)

児童相談所

厚生労働省, 政策について, 子ども・子育て支援, 児童相談所運営指針, 第1章児童相談所の概要

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/01-01.html>

福祉事務所

厚生労働省, 政策について, 福祉・介護, 生活保護・福祉一般, 福祉事務所

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/fukusijimusyo/index.html

内閣府, 内閣府男女共同参画局, 配偶者からの暴力被害者支援情報, 福祉事務所

http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/soudankikan/07.html

乳児院

厚生労働省, 政策について, 分野別の政策一覧, 子ども・子育て支援, 社会的養護, 社会的養護の施設等について

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/01.html (閲覧日 2019-9-17)

厚生労働省, 乳児院運営指針, 2012.3.

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/dl/yougo_genjou_05.pdf(閲覧日 2020-3-30)

児童養護施設

厚生労働省, 政策について, 分野別の政策一覧, 子ども・子育て支援, 社会的養護, 社会的養護の施設等について

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/01.html

厚生労働省, 雇用均等 / 児童家庭局家庭福祉課, 2014.3. 児童養護施設運営ハンドブック

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/dl/yougo_book_2.pdf(閲覧日 2020-3-30)

児童家庭支援センター

厚生労働省, 政策について, 分野別の政策一覧, 子ども・子育て支援, 社会的養護, 社会的養護の施設等について

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/01.html

自立援助ホーム

厚生労働省, 政策について, 分野別の政策一覧, 子ども・子育て支援, 社会的養護, 社会的養護の施設等について

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/01.html

厚生労働省, 自立援助ホーム運営指針, 2015.4.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083336.pdf>
(閲覧日 2020.3.28)

母子生活支援施設

社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会ホームページ
zenbokyuu.jp/boshi/(閲覧日 2019-5-6)

厚生労働省, 政策について, 分野別の政策一覧, 子ども・子育て支援, 社会的養護, 社会的養護の施設等について

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/01.html

厚生労働省, 雇用均等 / 児童家庭局家庭福祉課, 2014.3. 母子生活支援施設運営ハンドブック

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000080110.pdf>
(閲覧日 2020-3-30)

配偶者暴力相談支援センター

内閣府, 内閣府男女共同参画局, 配偶者からの暴力被害者支援情報, 配偶者暴力相談支援センター

http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/soudankikan/01.html

II. 社会的ハイリスク妊婦への支援にかかわる職種の役割と特徴

| 産科医 |
|--|
| <p>●仕事の内容</p> <p>産科医は妊娠によってダイナミックに変化する母親自身の健康状態とともに子宮内の胎児の状態を把握し安全な分娩に向けて診断、治療を行うことを業務としている。また母親に合併症を認めたり胎児異常をみつけた際には病院内外の他の診療科との連携をとったり、妊娠出産および育児に関するケアを担う助産師等スタッフとの連携を行うキーマンとしての機能も期待される場所である。昨今は妊婦の高年齢化を背景として産科の合併症は54%程度で横ばいであるが偶発合併症は増加傾向にあり、精神疾患の合併も増加傾向にある。一方分娩取り扱い医療機関は少子化の進行とともに減少傾向にあるが一次医療機関が半数以上を占めており、まずは社会的リスクを持った人を見つける為のスクリーニングをルーチンに行える体制を院内に造ることも重要な役割として考えられる。</p> |
| <p>●どこにいるのか</p> <p>産科医師は2019年現在産婦人科常勤数は11556名で医師数の増加はあるものの産婦人科医師数は減少傾向にある。就業場所は周産期センター32.4%、一般病院21.4%、診療所17.6%となっており以前に比べて周産期センターに所属する産科医が増加、診療所や一般病院では低下傾向にある。</p> |
| <p>●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること</p> <p>ポイントはスクリーニングと連携のためのキーマン。妊娠が成立すると多くの場合は分娩の管理を期待して病院を受診するが、この際に問診や付き添い者の状態、気になる態度など診療スタッフと協力して観察を行う。診療にあたっては医学的に必要な診療を行う一方、患者とのコミュニケーションを取りよりよい人間関係の構築が望まれる。社会的ハイリスクの患者は多く行政との関わり合いを嫌う傾向にあり、医療機関に対しては心を許してくれるケースを経験される。もう一点は連携のためのキーマンである。まだまだ産科医が要対協のメンバーとなっていない自治体は多いが、法律上は虐待関連であれば守秘義務を回避できる点で医師会などを通して要対協構成メンバーとして対応し自治体との情報共有をおこなう。また、従来活動は事例が起こった上で保護が主体になるのに対して、特定妊婦は予防措置がとれる。そういう点で要対協における実務者会議において周産期部会を別立てで準備することは意義深い。また、昨今の状況を踏まえてこの会議に精神科医師の参加は重要。医師会での他科の連携範囲を広げる方向で検討されたい。</p> |
| <p>●他機関との連携をもっとスムーズにするには？</p> <p>システムとして行政、医療、教育、子育て支援団体が協力できる会議をもつこと。特に制度上各市町村には要保護児童協議会があるが、この枠組みを利用して情報開示が出来る様にすることが重要と考える。ともすると、医療機関側からは通報の義務が生じるが行政側からは事前情報の提供、保護の結果や進行状況がどうなったかがわからないようではその後の取り組みは遅滞する。同じテーブルでの情報交換を行える運営が望まれる。</p> |

(谷口 武)

精神科医

●仕事の内容

①精神疾患の確定診断

うつ病でない妊婦、双極性障害、統合失調症、不安症、パーソナリティ障害など他の精神疾患をもつ妊婦でもうつ病スクリーニングで陽性となることがあるため、確定診断には精神科医の診断を要する。疾患によって妊娠期の治療方針が異なるため、確定診断を受けておくことが望ましい。

②重症度、悪化・再発リスクの評価

精神科医は、精神症状による生活機能障害がどの程度生じているのか、自殺念慮の有無などを把握し、重症度を評価する。さらに、疾患特性や、過去の病歴から周産期における精神疾患の悪化・再発のリスクを予測し、周産期における精神科治療の必要性、および精神科入院や院内連携が可能な総合病院における妊娠管理が必要かどうかを検討する。

③治療方針決定への援助

精神科医は妊婦とパートナー・家族に対して精神疾患の診断と重症度、周産期における悪化・再発リスク、治療のリスクとベネフィットを説明し、双方向性に話し合っただけで治療方針を決定する。しかしながら、方針決定のプロセスは容易ではない。知的障害などにより説明された内容を十分理解することが困難であるケースや、うつ病により物事を悲観的に捉えて適切な判断ができないケース、胎児への影響を懸念するあまり病状が悪化しても薬物治療を望まないケースなどが見受けられる。個々の妊婦の特性や心理に寄り添いながら妊婦と家族が納得して治療方針を自己決定できるよう援助することが求められる。

④地域における支援方法への助言

精神科医は地域における多職種ケースカンファレンスへの参加や、診療情報提供書などを介して、産科医・助産師・保健師による支援の方法についての助言を行う。疾患特性に応じたメンタルヘルスマネジメント方法の提案や、産後の育児における過労・睡眠剥奪が精神症状に与える影響などを検討し、訪問看護やホームヘルプなど社会福祉資源の利用の必要性について専門的立場から意見する。

●どこにいるのか

精神科医は精神科・心療内科診療所（クリニック）、精神科病院、総合病院精神科、大学病院精神科などに勤務している。保健所・保健センターなどの公的機関の相談を精神科医が担当していることもある。近年は精神科・心療内科を標榜する診療所（クリニック）は増加傾向にあるが、妊婦の診療に対応可能かどうか、事前に確認しておくほうが望ましい。

●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

望まない妊娠や、DVなどの社会的ハイリスク状況によりメンタルヘルスに不調をきたす妊婦は多い。また、過去に精神疾患の治療歴がある、もしくは、現在、精神疾患治療中の女性が妊娠し社会的ハイリスク状況に陥ることもある。精神科治療を行うことで、社会的ハイリスク状況が好転する可能性があれば精神科治療を優先する。また、メンタルヘルスに影響を与えている社会的ハイリスク状況があれば、状況改善に向けた支援方法を検討する。

地域におけるケースカンファレンスに精神科医が参加し、妊婦の精神疾患の特徴、重症度、社会生活機能に与える影響などを多職種間で情報共有することで、より良い連携支援が可能になる。

(清野 仁美)

小児科医

●仕事の内容

小児科医は、一般的には新生児から15歳未満の子どもたちの Common disease を含んだすべての病気を診療している。小児医療は救急医療の側面ももち、昼夜問わず疾患の診断、治療を行っている。在宅にて医療ケアを必要とするこどもたちの訪問診療をおこなう小児科医もいる。乳幼児健診や予防接種などの健康管理、母子保健領域にも広くかかわり、学校との連携や助言も行うこともある。そしてまた、横断的な診療だけでなく、新生児期、小児期に治療を受けたこどもの発育・発達にとりまわ問題にも対応し、身体的のみならず、精神的・心理的側面からの長期的・縦断的な診療も行っている。これは他の領域の医師とは違った特殊なところである。特に小児科医でもある新生児科医は出生前から出生を経て、それ以降の母子関係、子育てを含め長期的に対応していることが多い。

成人の領域では、その診療は臓器別におこなわれるようになってきたが、小児科医は、「子どもの総合医」として非常に広い領域を扱い、トータルな全人医療を提供している。

日本で約17,000人、医師全体の5.5%前後で、3番目に多い標榜科である。全体的に小児科医は増加傾向にある。男性と女性の比率は65.9%：34.1%（2017年調査）

●どこにいるのか

小児科医は病院および診療所にて診療をおこなっている。

病院：一般病院7,353施設中、小児科を標榜している病院は2,592施設（総数の35.3%）
（2017年調査）

診療所：診療所総数101,471のうち小児科を持っているのは19,647施設（19.4%）。

一般病院、一般診療所ともに小児科を標榜する施設の割合は徐々に低下している。

●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

社会的ハイリスク妊婦の支援を行う小児科医がいる場所としては、おそらく分娩を取り扱っている病院に多いと思われる。

支援の内容：分娩前に、可能であれば、カンファレンス等で産科医あるいはMSWと情報を共有し、分娩に立ち会い、新生児の診察を行う。まず児の評価が第一である。その後、児に問題がなければ、母子同室を優先し、退院までの間に、看護師、助産師、MSWなどともカンファレンスをし、母親の心理面も含めた健康状態、退院後の育児環境（物理的な環境だけでなく退院後の育児サポートの状況も）、また母親としての育児能力についての確認を行い、退院の時期、場所等を慎重に判断する。何か問題がある場合には、それぞれの立場から母親に適切に説明をおこなう。退院前には地域の保健センターなどの保健師とも情報の共有が必要となることもある。

本来、児が健康であれば1ヵ月健診で病院における健診は終了することが多いが、ハイリスク妊婦からの出生の児は、その時点で健康であっても、その後も児の身体観察、発育発達状況、家庭での育児状況を確認しながらフォローを続ける。なるべく育児に抵抗感をもたないように、助言や相談にのるようにする。必要な場合は保健師との面談も設定する。ある程度の母の状態、児の状態も安定が見られてきた時点で、病院でのフォローは終了とし、地域のサポートに任せるようする。

●他機関との連携をもっとスムーズにするには？

小児科医としては、できるだけ早く、出生前後の児を取り巻く環境に関する情報を把握し、保健師、あるいはMSWなど地域と連携のとりやすい職種のスタッフと絶えず情報を交換し、共有するように心がける。

（平野 慎也）

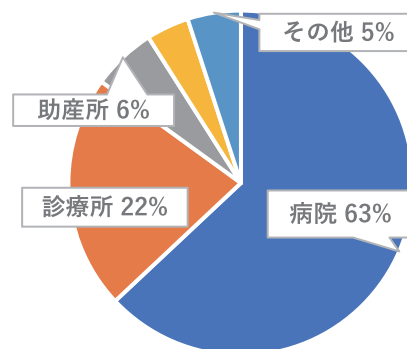
助産師

●仕事の内容

助産師は「保健師助産師看護師法」(昭和23年制定)第3条に、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子」と定義されている。病院や診療所などで専門的な知識に基づき母子やその家族のニーズに応じて、妊娠・出産に関するケア、母乳育児に関する支援等を提供している。また、すべての女性の生涯を通して様々な問題にかかわり、その改善や健康増進への支援をしている¹⁾。母子・女性の伴走者として、寄り添う支援を重視している。

●どこにいるのか

2018年の助産師の就業者数は36911人で、前年に比べ3.2%増加している。助産師の就業場所は、病院が63%と最も多くを占め、次いで診療所22%、助産所6%、市区町村・保健所が4%であり²⁾、ほとんどの助産師が病院や診療所といった産科医療機関に勤めている。



●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

助産師は、病院や診療所、助産所に勤務しており、妊婦健診に受診した妊婦と直接関わる機会が多い。問診や個別相談等、または妊婦の言動や行動から、社会的なハイリスクを早期に発見することができる。発見した場合、産科医師や院内のMSW等とも相談し、妊婦が住む地域の保健師に連絡し、早期に地域からの支援も受けることができるように調整している。その後も主に妊婦健診に受診した際に、個別性に応じた支援を継続して提供していくことが可能である。妊娠中から施設内外の多職種・多機関と連携をとり情報共有し、産後の生活を見据えた支援を行っている。出産時の入院中では、育児手技の習得だけでなく愛着形成がスムーズにいくような支援を行うとともに、必要に応じて地域保健師や児童相談所などにも情報提供し支援依頼を行い、母子ともに健やかに退院後の生活を送れるように調整している。退院後も育児支援外来や母乳外来を通して、母子を支援する施設も多い。

また、助産所等の地域助産師は、市町村で行われる新生児訪問等を委託されていることもある。助産師は産後の地域に戻った母子の健康状態や養育環境を把握するだけでなく、不安や悩みの相談にのり情報提供や他機関との連携にもつなげるよう、支援している。

●他機関との連携をもっとスムーズにするには？

地域において、母子健康手帳交付・妊娠届出受理時に、特定妊婦を含む社会的ハイリスク妊婦等を把握した場合は、その妊婦の受診予定の産科施設に連絡をしていただくと、必要な支援を共に早期から行うことができる。また、情報提供後の各機関の支援状況についても共有できたらよいと考える。

(大塚 公美子・片岡 弥恵子)

【引用文献】

- 1) 公益社団法人日本助産師会ホームページ, 一般の方へ
<http://www.midwife.or.jp/index.html> (閲覧 2019-1-14)
- 2) 『平成29年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会編集, 看護統計資料, 就業状況 就業者数, 公益社団法人日本看護協会ホームページ
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html> (閲覧 2019-1-14)

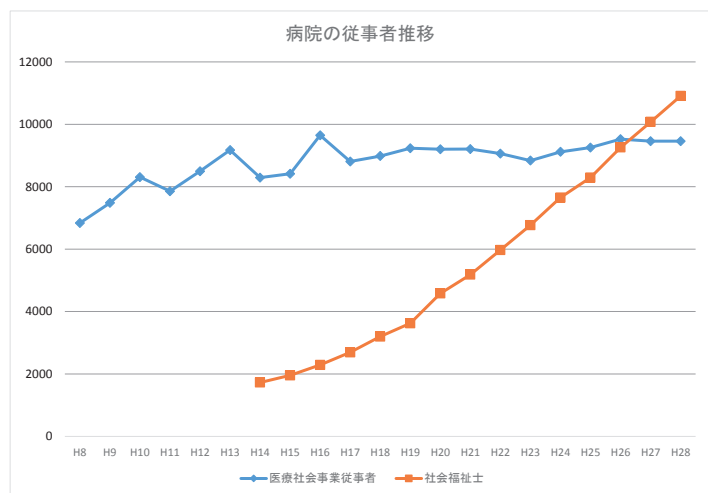
医療ソーシャルワーカー

●仕事の内容

医療ソーシャルワーカーは、保健医療機関において、社会福祉の立場から患者やその家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う。業務指針（厚生労働省健康局長通知・平成14年11月29日）によると、具体的には①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助②退院援助③社会復帰援助④受診・受療援助⑤経済的問題の解決、調整援助⑥地域活動など、とされている。地域性や所属する医療機関の機能によって業務内容に差異はあるが、院内の医療従事者のみならず地域の関係諸機関との連携のもと、患者家族の自己決定を支え、生活課題への取り組みを支援している。

●どこにいるのか

ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）は、保健医療機関のほか、行政機関・児童福祉施設・高齢者福祉施設・障害児者施設・教育機関・包括支援センター・刑務所・NPO法人等様々な領域で働いている。保健医療機関においては、入退院支援加算や患者サポート加算等診療報酬に社会福祉士の活動が評価されるようになり有資格者の配置が増加している。又周産期・小児領域では、医療機関と深く関わる児童相談所や家庭児童相談室に社会福祉士が配置される機会も増加していると思われる。



厚生労働省「病院報告」データより；公益社団法人日本医療社会福祉協会作成

●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

産科医療機関において、助産師によるスクリーニング等、もしくは地域の保健センターや家庭児童相談室、児童相談所等からの依頼で受診調整から介入する場合もある。医療機関は、出産という目的のため、唯一本人がニーズを伴って来訪する可能性が高い。その特性を生かして妊娠・出産だけでなく継続した支援が受けられるよう、妊婦に対して受援を働きかけ、早期から地域保健師など関係機関と関係構築ができるよう支援する。

特段、社会的ハイリスク妊婦については、対人関係能力や援助希求能力に乏しい方が少なくないため、MSWは表出されないニーズや潜在的な生活課題を抱えていることを想定して介入的支援を行なう。また特定妊婦となったケースについては、地域関係機関との窓口となり、医療と福祉の価値観の間で齟齬が起らないように調整し、時にはコーディネーターの機能を果たす。そして母子の退院にあたっては、地域関係機関とのカンファレンスに出席し、助産師等による育児技術等に関する評価と、MSWのアセスメントを伝え、地域でどう親子を支えていくかということについて共に協議する。育児支援に関する社会資源がある場合には制度活用についても支援し、不足している社会的支援については積極的に行政等への提案も行う。目の前の妊婦の支援にとどまらず、地域社会全体でどう養育を支援し、児童虐待を予防できるよう、社会的ハイリスク妊婦をどのように把握し、介入していくかということを考えている。

●他機関との連携をもっとスムーズにするには？

ハイリスク妊産婦を発見した機関は、虐待ケースへの対応可能な医療機関を選定し、受診支援から連携して行なうこと。要保護児童対策地域協議会へ医療機関が参加すること。また市区町村によって機関の機能・配置職種・名称が統一されると非常に連携しやすい。

(田口 眞規子)

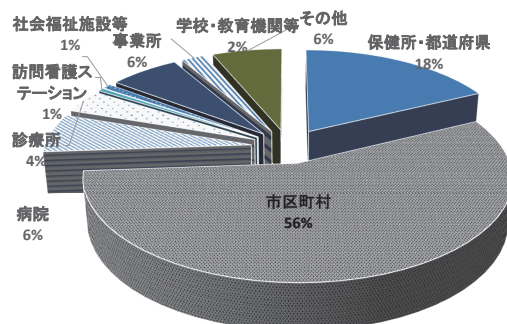
保健師

●仕事の内容

保健師は保健師助産師看護師法により「保健指導に従事することを業とする者」とされ、地域で生活する乳幼児から高齢者、健康な人から病気や障がいを抱える人々に対して家庭訪問や健康相談、健診、健康教育、地域づくりなど幅広い活動を行っている。そのなかでも市区町村母子保健部署において行われている妊娠期から出産、育児期への母子保健活動は、人間関係、生活習慣等の基盤となる人生初期からのかかわりであり、その後の人生に深く影響を及ぼすため特に重要である。母子保健活動の理念は、乳幼児を中心とする児童の心身の健やかな発育・発達を護り、親の育ちを護り、家族の育ちを護ることである。

●どこにいるのか

平成30年度末現在の保健師の就業者数は、52,955人（男性1,352人、女性51,603人で前年に比べ3.3%増加している）。就業場所は市区町村が約3万人（56%）、次いで保健所15%、病院・診療所10%、事業所6%となっている。母子保健活動が中心に行われている市区町村保健師が過半数を占めている。



●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

市区町村の母子保健活動において妊娠届出・母子健康手帳の交付時の面接等から支援が必要な妊婦、家族を見出し、妊娠中から医療機関や関係機関と連携し継続的な支援を行っている。支援が必要な妊婦・親は、医療機関等からの情報提供による産科的ハイリスクだけでなく、保健師が面接時に感じた「気になる」という印象なども大事にしている。その印象としては、人間関係における距離の取りにくさ、生まれてくる子どもへの思いの希薄さ、自分の身体をいたわらない行動、家族状況の複雑さ、産むことへの迷い、出産準備が進まないなどがある。「気になる妊婦・親」への継続した関わりのなかでジェノグラムや生育歴などを把握し、その背景にある彼らの生きづらさを察知する。その上で①親の相談者になり支援関係をつくる、②支援関係を軸に社会資源を総動員して生活ストレスを減らす、③子どもの心身の健康問題をケアする、④親の育児を変える働きかけを行う。これらの支援で①は次の支援につなげるための鍵となる。

社会的ハイリスク妊婦への保健師の支援の特徴は、①妊娠から育児期まで一貫した支援をする、②医療機関と連携できる、③家庭訪問ができる、④親・子の健康状態へのケアができることである。これらの支援は単なる見守りではなく、共感性ある親支援、具体的生活支援を基本に展開する。

●他機関との連携をもっとスムーズにするには？

保健師の活動は予防がメインである。そのため関係機関との連携においても予防の視点を共有できるようにすることが大事である。なかでも保健師の強みである子どもの発育発達に関する長期的な視点、体重増加不良が意味すること、子どもの発達と愛着の関連などを関係機関と共有することが虐待予防につながる。

(上野 昌江)

児童福祉司

●仕事の内容

児童福祉法第13条に定める児童福祉司は、児童相談所において、児童の保護その他児童の福祉に関する事項について、相談に応じ、専門的技術に基づいて必要な指導を行う等児童の福祉増進に努めることとされている。

児童虐待に関する相談を含む養護相談、障がい相談、非行相談、育成相談など、子どもや保護者等からの相談に応じ、心理診断等を行う児童心理司とともに調査や社会診断を行い、必要な支援・指導や関係調整などを行う。特に、一時保護や里親委託・施設入所、児童福祉司指導などの措置（行政処分）は他の機関では実施できず、児童福祉司の重要な業務となっている。主に市町村の相談員等が親子へのより身近な支援を行い、児童相談所の児童福祉司はより専門性の高い支援を提供する役割を担っている。

●どこにいるのか

児童福祉司は、児童福祉法第12条により都道府県（指定都市）に必置となっている児童相談所に配置が義務付けられており、同法第13条第3項により任用資格が定められている。一般的にケースワーカーや地区担当員などと呼ばれている。対象となる子どもの住所地を所管する児童相談所（児童相談所は各自治体によって「こども家庭相談センター」などの名称であることも多い）の児童福祉司が担当となる。

●社会的ハイリスク妊婦に対する支援において行っていること

妊婦からの相談については、保健所、市区町村保健センター、子育て世代包括支援センターや医療機関、福祉事務所等と連携して対応する。主に、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる「特定妊婦」のうち、児童相談所が関わる必要のある妊婦について、市区町村要保護児童対策地域協議会等と協力し、出産後の養育状況についてアセスメントを行い、乳児院への入所、里親委託、特別養子縁組等の社会的養護関連の制度を妊婦等に情報提供し、必要に応じて措置や指導等を行っている。

●他機関との連携をもっとスムーズにするには？

特定妊婦のうち特に、出産後に児童虐待のおそれがあると考えられる事案等については、どの機関が責任を持ってケースの進捗状況等の把握、分析、調整等を行うか、どの機関がどのような頻度でどのように支援するか、どうなれば児童相談所が介入するか等について、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議などを活用して具体的に確認し、それぞれの機関で把握した情報を主担機関が集約し、進捗管理を行い、各機関と協力して迅速に対応できる体制を作っておくことが重要となる。これらを確認する際に、それぞれの機関の役割やできることを相互に理解することで、より連携がスムーズになると考えられる。

(田中 由美)

【参考文献】

厚生労働省「児童相談所運営指針」

第3章 社会的ハイリスク妊婦への医療機関における支援

1. 大阪母子医療センターにおける社会的ハイリスク妊婦の支援の実態

和田 聡子（大阪母子医療センター 産科病棟 看護師長）

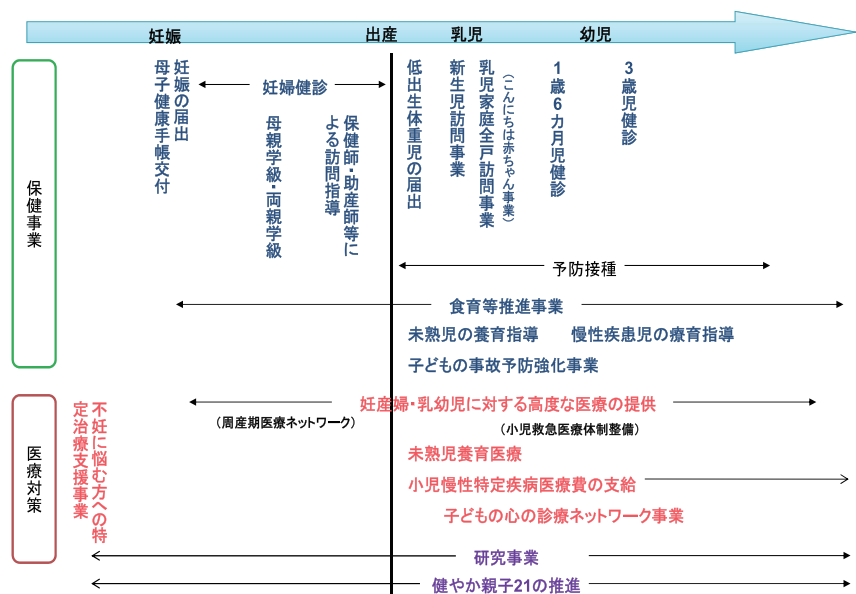
1. 産科医療機関における助産師・看護師の役割

我が国の母子保健・医療は、昭和40（1965）年にできた母子保健法（昭和四十年法律第百四十一号）の下で整備されてきた。母子健康手帳の交付、妊娠中の両親出産準備教室、妊婦家庭訪問、妊婦健康診査、産婦健康診査、産婦訪問、新生児訪問、未熟児訪問、乳幼児健康診査など母子保健施策（図1）¹⁾は多岐にわたる。産科医療機関では産科医師により妊婦健康診査（妊婦健診）が行われ、健康診査時に母子手帳の記入や、妊娠中の母親学級などを通して保健指導、産後の受乳指導をはじめとした育児指導なども併せて母子保健事業の一端を担っている。

妊婦健診は母子保健法（第十三条第二項）の規定に基づき、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準（平成27年3月31日厚生労働省告示第226号）」が定められている。その内容については、問診、診察、検査、に加えて、保健指導として「妊娠中の食事や生活上の注意事項等について具体的な指導を行うとともに、妊婦の精神的な健康の保持に留意し、妊娠、出産及び育児に対する不安や悩みの解消が図られるようにするものとする」と明記されている。この保健指導の部分は産科医療機関の助産師・看護師の大きな役割になる。

日本看護協会の助産師業務要覧には「助産師は、女性のためだけではなく、家族および地域に対しても健康に対する相談と教育に重要な役割を持っている。この業務は、産前教育、親になる準備を含み、さらに、女性の健康、性と生殖に関する健康、育児に及ぶ」²⁾と記されている。産科医療機関において妊産褥婦に対応する助産師、

看護師は、妊産褥婦の一番身近にいる存在として、妊娠や分娩のみにかかわらず、女性の健康、育児や家族支援などに心を寄せて日々対応する必要がある。妊婦健診、産婦健診受診の際には妊産褥婦の不安や悩みを聞き、妊産褥婦の精神的な健康状態にも気を配り、養育支援を必要とする妊産褥婦を把握するように努めなければならない。その上で養育支援を必要とする妊産褥婦に対し、適切な支援の提供を目標に、市町村と連携体制



出典：平成27年9月2日 第1回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会、資料5：母子保健関連施策

図1. 母子保健関連施策の体系

を構築する必要がある。これは母子保健法に基づいた考え方である。

2. 産科医療機関が関与する妊娠期からの子ども虐待予防の必要性

我が国ではどこの自治体に在住していても妊娠期から乳幼児期まで健診が受けられ、医療の充実により妊産婦死亡率や乳児死亡率は低減してきた。しかしその一方で、核家族化、晩婚化・晩産化、少子化の進行、人口減少社会の到来や地域の結び付きの希薄化に伴う育児の孤立や負担感の増大、社会心理的背景から親と子の関係に様々な事情を抱え、実家の親を頼れないなど、妊産婦および子育て世帯を取り巻く社会環境等は急激に変化している。さらに、妊産婦の自殺数が産科的合併症による母体死亡数を上回るなど、妊産婦のメンタルヘルスケアへの対策は先延ばしにできない課題となっている。厚労省による「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」³⁾からは、心中による虐待死事例では、養育者(実母)の心理的・精神的問題として養育者自身の育児不安・うつ状態や精神疾患が大きな要因であることが報告されており、社会的にも妊娠期からの子ども虐待予防への関心は高まっている。

平成31(2018)年12月14日には「成育基本法」が公布され、成長過程にある子どもおよびその保護者、並びに妊産婦に対して、必要な成育医療を切れ目なく提供するための施策の推進とともに、子どもの健全な育成は国や市町村、関係機関の責務であることを明記し、養育者の支援を含め、教育、医療、福祉などの分野の連携を規定された。産科医療機関では、妊娠初期から親になる前の女性に、妊婦健診を通して定期的に接し、新しい家族が構築されていく過程に深く関わる。それ故に「妊娠期からの子ども虐待予防」は、産科医療機関のきわめて重要な役割であると認識して取り組んでいかなければならない。

3. 医療機関から始まる多職種他機関連携（産科医療機関でできること）

健やかな子育てを願い、子ども虐待の発生を未然に予防するためには、子どもが生まれる前、妊娠期からの適切な支援が必要であり、その支援が質の高いものであるためには、多職種多機関の連携・地域連携が不可欠である。特に心理的・社会的ハイリスク妊婦のケアにおいては、妊産婦の生活状況や精神的な変化をできるだけ早い時期に把握することが重要となるため、妊産婦と出会う機会が多い産科看護師・助産師の存在は欠かせない。産科医療機関の助産師・看護師は、妊婦の背景にある問題点を整理しながら、具体的にその困っている点を抽出し、心身のリスクを十分に把握し、予防的・治療的なかかわりを持ち、自らが積極的な発信者として、医療関係者（診療科として産婦人科、小児科、精神科など）、市町村、保健所、児童相談所など、多領域との協働を働きかける必要がある。児童福祉法における虐待対応では、対象となる児童が出生してから支援に向けての関与が始まっていた歴史がある。しかし、子どもが生まれたからしっかりとした親になり、家族になるのではなく、まだ出産していない、妊娠の初期から少しずつ親となっていく気もちの変化や、子どもを養育していく準備が始まっていくことを、産科看護師・助産師は日々の妊婦健診の中で実感している。妊娠を知った時の気持ちや、妊娠が進む中でどう変化してくるのか、妊婦は子どもの養育をどのように想像しているのか、妊婦の変化だけではなく、パートナーとの関係や家族の変化も含めて得た情報から、出産後の子どもの養育について支援が必要かどうかを、アセスメントすることができる。子ども虐待予防を念頭に産科医療機関でできることの一つとしては、支援を要する妊産婦へ、時期を逃さず支援に繋ぐために、妊産婦の情報を把握しやすい産科医療機関の産科看護師・助産師が積極的な発信者となり、市町村を通じ、多職種多機関の連携・地域連携を進めていくことである。

産科医療機関で子ども虐待予防を見据えた妊婦支援として具体的にできることは多くはない。実際的な支援は子どもが出生してから、母子保健領域の中でのさまざまな取り組みであろう。しかし、その支援は子どもの母親、家族が支援を受け入れる気持ちの準備がないとなかなか進まない場合もある。産科医療機関の妊産婦支援としてできることのもう一つは、これから母親となっていく人に、“困った時には頼っていいんだ”という気持ちを持ってもらえるよう、産科看護師・助産師と妊産婦とよりよい関係の構築である。子どもが生まれる前、母ではなく一人の女性としての段階で、支援者に頼り、支援を受け入れるという関係性が構築できれば、出産後子どもの母親となった段階でも、その関係性を次の支援者に受け継ぎやすくなる⁴⁾。

4. 妊婦健診で産科看護師・助産師ができる妊婦支援

妊娠期間を通して定期的に会う機会となる妊婦健診の場では医学的な管理や身体面の相談だけでなく、妊婦の生活状況、家族との関係や子育てに関する事など、幅広く話題になる場面が多いのが特徴である。

女性のライフステージに大きな変化をもたらす妊娠・出産は、身体的な変化とともに、取り巻く環境やこころの状態にも影響をもたらす。特に初産の妊婦にとっては初めてづくしの出来事だけに、うれしい、でも不安など、複雑な気持ちに精神的に不安定になる場合もあり、産科医療機関では初診の診察予約を受け付ける段階から、妊婦のそういった気持ちを踏まえた上で対応することが必要である。産科医療機関に初診として受診する際には、一般の内科受診よりは緊張感をもった受診であろう。特に初めての受診であれば、内診はあるのか、どのくらい費用はかかるのかなど、妊娠の不安に加えて、受診そのものの不安がある。初めての受診の際には、産科医師の診察室より先に、産科看護師・助産師が妊婦と話をする場を設けることで、妊婦の緊張は少しほぐれ、産科看護師・助産師を妊婦健診時に相談できる相手として認識してもらえる機会となる。妊娠期間を通して定期的に会う機会となる妊婦健診だからこそ、顔見知りになる産科看護師・助産師を妊婦健診時に相談できる相手として認識してもらえれば、そういった家族との関係や子育てに関する事など相談をしやすくなる。特に医学的健診だけでは気づくことが難しい精神的不調も、医師の診察室とは別の場で、妊婦とゆっくり話をすることにより見過ごされやすい変化に気づくことができる。

5. 特定妊婦への支援

一人の妊婦が特定妊婦と登録されるのは、市町村の要保護児童地域対策協議会の場である。したがって、産科医療機関では受診した妊婦が特定妊婦かどうかについての把握は、自治体の母子保健担当部署との連携なしには難しい。お腹の子に兄弟がいて、すでに兄弟の養育に問題があり、要保護児童として把握されているケースや、妊婦の心身の不調、若年妊娠などで地域の母子保健担当者が把握しているケースは、自治体の母子保健担当者から産科医療機関への連絡が望まれる。一方で、望まない妊娠や、胎児虐待、飛び込み出産などは自治体での把握は困難であるため、産科医療機関が把握したケースは速やかに連携を取り、特定妊婦としての登録を依頼する必要がある。

特定妊婦と登録されると、児童福祉法により、養育支援訪問事業や要保護児童対策地域協議会を通じて養育上の支援を受けることとなる（同法第6条の3第5項および第25条の2）⁵⁾。産科医療機関と自治体の母子保健部門との特定妊婦の個人情報の取扱いについては、正当行為として守秘義務違反の違法性が阻却されるとの解釈が、平成28年の児童福祉法改正に伴い、法律上明文化された（同法第21条の10の5第2項）⁶⁾。全国の要保護児童対策地域協議会における特定妊婦のケース登録数

は、同協議会の対象として登録されるケース全体の6.7%程度である（平成29年6月末日時点の厚生労働省調査）⁷⁾。

6. 具体的な支援の方法

大阪産婦人科医会は2009年より大阪府内全域での『未受診妊婦あるいは飛び込み出産』の実態調査を行っている⁸⁾。その調査から未受診妊婦は医学的にも社会的にもハイリスクであることが見えてきた。未受診妊婦が抱えるそれぞれの複雑な背景を知り、個々の事情をより詳しく把握することで、そういった社会的ハイリスク妊婦に寄り添い、抱えている問題に何とか支援をしていく必要性を強く感じた。しかし、医療者がそれぞれ個人的に対応するには限度があり、産科領域だけでは解決できない問題には多職種との連携が必要である。よい医療が提供でき、安全に出産できたとしてもその後の育児が健やかでなければ、産科医療はむなし。産科がかかわり無事に出産した妊婦のその後の健やかな毎日のため、私たちは“お節介を焼きたい”と思った。組織的に継続的に“お節介を焼く”ためには、システムとしてのかかわりが必要である。そこで、妊娠初期から妊婦の抱える背景に視点を置いてかかわりを持ち、継続して組織的に妊産婦支援を行うことを目標に、社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ（以下WG）を立ち上げた。

妊婦を知るには、妊婦からの心配事や問題の相談がスタートとなる。そのために妊産婦が産科看護師・助産に相談しやすい体制を考え、妊婦健診における保健指導に工夫を凝らしてきた。

大阪母子医療センターでは妊娠・分娩・産褥期の安定と育児環境の調整を目標に、妊婦健診時に個別保健指導を行っている。対象は産科受診の全妊婦で、初診時、20週時、28週時、36週時と産褥1か月健診時の計5回を設定しており、妊婦が希望する時や助産師が必要と判断した時なども行っている。時間制限はなく、費用は無料としている。個別保健指導は医師の診察室とは別に設けた専用の個室で行い、担当の助産師は妊婦自身の生活背景や家庭の状況について聴きながら、心配事や問題に対し、その妊婦がよりよい妊娠期・産褥期を過ごせるよう助言し、支援を要する部分を見出していく。（図2）

<産科看護師・助産師による相談業務のポイント>

- ①話を聞くきっかけを作る ⇒ 問診票の工夫
- ②話を聞く ⇒ 診察室とは別に助産師が丁寧に話を聞く、
⇒ 必要時プライマリー助産師で対応する
- ③妊婦とパートナーの関係を知る ⇒ DVスクリーニング
- ④情報を整理する ⇒ 誰が見ても経過や問題点がわかる記録テンプレート
- ⑤複数のスタッフでアセスメントし対応する ⇒ 社会的ハイリスク妊婦WG
- ⑥院内CAPの活動の一端として組織で動き、多職種へ発信する ⇒ 地域との連携

①話を聞くきっかけを作る ⇒ 初診時間問診票の工夫

初診時には診察前に問診票の記入をお願いしている。この問診票からは多くの情報を得ることができる。最終月経や月経周期を把握しているか、過去の妊娠歴についても、詳細に記入をお願いしている。既往歴を尋ねる項目では、心の不調が理由で医療機関の受診の有無など、あらかじめ記載例に精神科疾患名や症状を挙げておくことで精神科疾患の既往について記載しやすいように配慮している（図3）⁹⁾。妊婦の1日の生活パターンを時系列記載してもらうことで、生活状況を把握し、経済的なことも含めた心配ごとをフリーで記入できる欄を設けるなどから、妊婦の全体像をつかむとともに家族の状況も

詳細に情報収集する。また、子ども時代が楽しかったかと尋ねる項目もあり、そこから実父、実は派との関係や成育歴について話が広がることもある。さらに、問診票の記入に空白やひらがなが多くないか、実際には誰が記入したかなど、問診票は記入されてものを受け取って預かるのではなく、必ず対面で問診票の項目について一つずつ確認をとり、対面で得た情報も問診票に加筆し、妊婦の背景を知る一助としている。

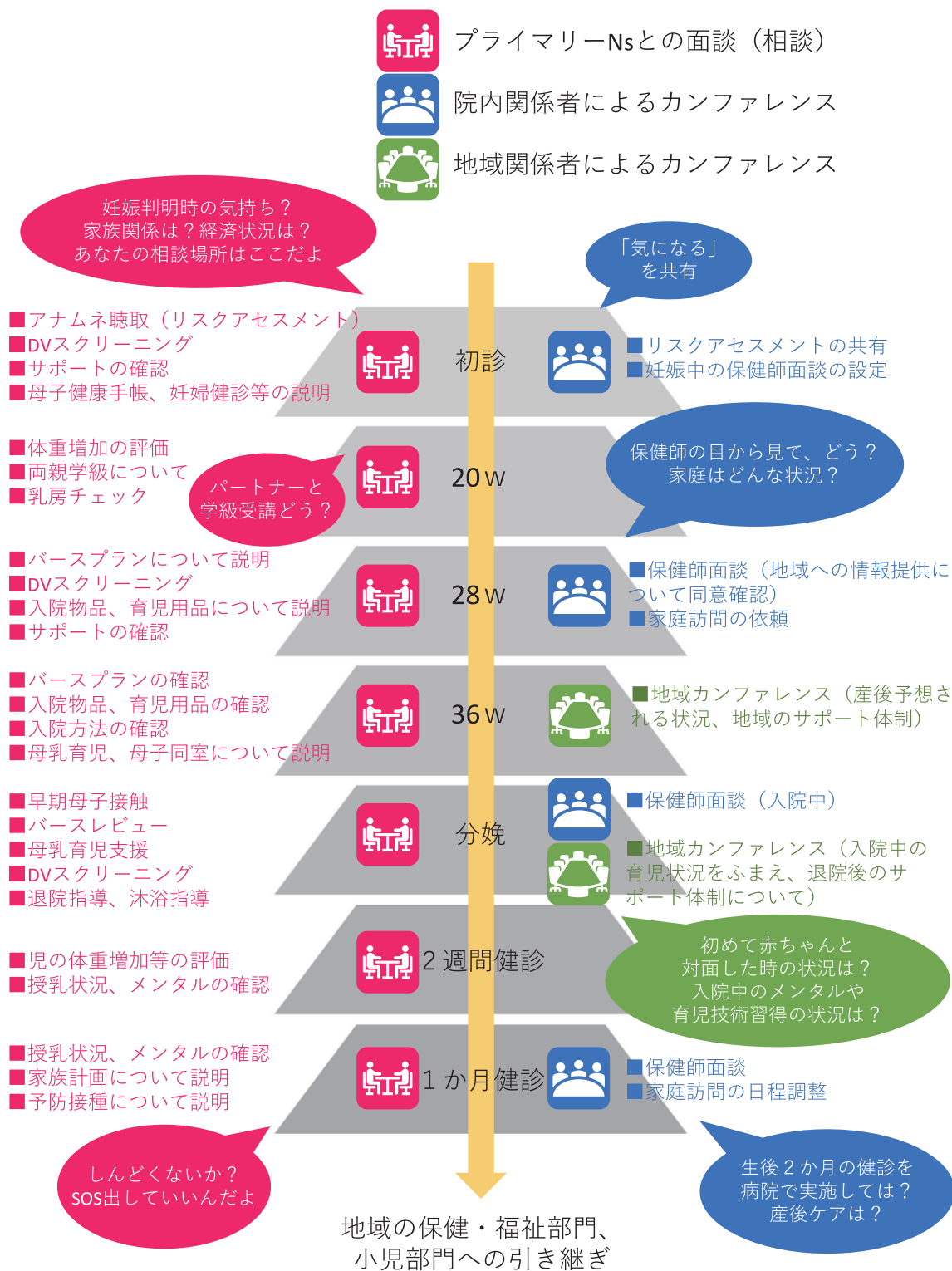


図2. 支援のフロー図

社会的ハイリスク妊婦に気づくための 初診問診票の工夫

➤ 既往について尋ねる項目で、精神的な症状を記載例に挙げる

「今までにかかった病気または手術をしたことがありますか？」

「今までに**こころの不調が理由**で医療機関を受診をしたことがありますか？」

| | 年齢または 年/月 | 病名 | 処方 |
|---|--------------|----------|-----|
| 例 | 幼少期 | 小児ぜんそく | 吸入薬 |
| | 18歳 | 過換気・パニック | 入院 |
| | 22歳 | うつ | 内服中 |
| | | | |

➤ 生活の様子を時系列で尋ねる

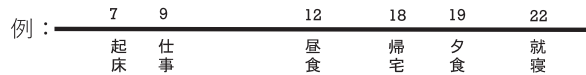


図3. 初診時間診票の工夫

X. あなた自身の生活について

1. 結婚していますか？

2. 一緒に暮らしている人はいますか？

3. 仕事をしていますか？

4. 生活パターン

例) 0 6 7 9 12 17 18 20 24

起床 朝食 仕事 夕食

あなた) 0 6 12 18 24

XI. 夫（パートナー）について

・夫（パートナー）は妊娠について

・夫（パートナー）の結婚は

XII. あなたへの質問です

1. 今回の妊娠についてどう感じましたか？

2. 困ったときに手伝ってくれる人はいますか？

3. 里帰り出産を考えていますか？

4. あなたの子どものおころについてお聞かせください

5. (該当者のみ) 上のお子さんの育児はどうですか？

6. いま心配なことは何ですか？

□なし □経済的なこと □お腹の子どものこと □上の子どものこと □夫（パートナー）のこと
□ご自身の父母のこと □夫の父母のこと □ご自身の身体のこと □ご自身の精神面 □つわり
□出産の様式のこと □陣痛の痛みのこと □仕事のこと
ご自由にお書きください ➡

図4：大阪母子医療センター HP. 産科初診時間診票, より¹⁰⁾

②話を聴く ⇒ 診察室とは別に助産師が丁寧に話を聴く

初診時に妊婦からの情報収集を行う際には、助産師を「何でも相談できる相手」として認識してもらうことを目標としている。産科診察の前に助産師が個室で、問診票を基に最終月経やこれまでの妊娠歴や分娩時状況を確認していく。大事にしているのは問診票を記入し、話してくれてありがたいの気持ちをもって話を伺う。今回の妊娠は望んだ妊娠か否か、計画妊娠かどうか、妊娠に気づいた時の気持ちをストレートに聞く。パートナーと妊娠について話し合っているか、パートナーは妊娠のことをどう思っているのかなど、初診時だからこそ聞ける内容を確認する。初診時には母子手帳取得の説明や、母子手帳の使い方の説明も行うが、その際に、妊婦自身の母子手帳についても話題にし、実母との関係や成育歴を聞ききっかけにしている。

⇒ プライマリー助産師・看護師

妊婦健診の関わりの中で“気になる”事柄があると、複数のスタッフから妊婦の情報を把握していく。継続して支援が必要とアセスメントした場合は、社会的ハイリスク妊婦として一人の助産師（プライマリー）が担当となり、妊娠期間から産褥1か月まで妊婦を見守り、寄り添う。子ども虐待予防としての産科医療機関で行えることは一部であり、出産後育児を始めていく地域での母子保健関係者への連携が重要になってくる。産科医療機関では妊娠初期から一人の女性へ真摯に“あなたが困っていることに助けになりたい”と、寄り添うことで“よい母親としての評価をされない”“頼っていいんだ”という支援者との関係性ができれば、その関係性を次の支援者へと繋ぐことが出来ると考える。このプライマリー助産師・看護師は決してベテランスタッフでなくてもよい。一人の妊産婦さんが健やかに育児を始められるよう、心から寄り添う気持ちが大切であると考え。自分のために一生懸命になってくれる人の存在は、支援を必要とする妊産婦さんに“頼っていいんだ”と、よりよい関係性を築く一歩になると考える。

診察室とは別の 個室で話を聴く

例えば…

全体的な印象をみる

目線・表情・話し方・服装・同伴者

問診票に基づいて話を聴いていく

ひらがな、空欄が多い、覚えていないなど
気をつけながら

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
- ・ まずはずべてを受け入れる
- ・ いつでも相談に来ていいことを伝える

③妊婦とパートナーの力関係を知る ⇒ DVスクリーニング

日本の周産期で使用できるDVのスクリーニングツールとして片岡ら(2004)によって開発された「女性に対する暴力スクリーニング尺度 (Violence Against Women Screen : VAWS)」(図5)¹¹⁾を用い、受診する妊婦全員に実施している。必ず個室を利用し、妊婦一人で行い、初診時、妊娠28週時、産褥3日目に施行する。

スクリーニングの結果、VAWSの点数が高くともそれがDVであると認識している女性は少ない。多くの場合「普段はやさしい」「怒らせる私が悪い」など、問題にしていけないことが多い。子どもが生まれる前の、カップル2人の生活の上では大きな問題になることがなかったとしても、24時間待ったなしの育児が始まるとお互いのストレスは高まり、カップル間の力関係が家族内の力関係に影響してくることを想定して、具体的な支援の求め方を教えておく必要がある。また、多職種他機関連携の情報共有としてカップル間の力関係の有無についてのアセスメントは重要な項目と考える。

短時間でできるDVチェック

DVスクリーニング

| 項目 | よくある | たまにある | 全くない |
|--|------|-------|------|
| ✓ あなたとパートナーの間でもめ事が起こった時、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？ | | | |
| ✓ 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？ | | | |
| ✓ 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？ | | | |
| ✓ 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？ | | | |
| ✓ 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？ | | | |
| ✓ あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいと引っ張るなど、強引にふるまうことがありますか？ | | | |
| ✓ 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？ | | | |

点数化して終わるのではなく、必ず話をきく

図5. 女性に対する暴力スクリーニング尺度 (Violence Against Women Screen : VAWS)¹¹⁾

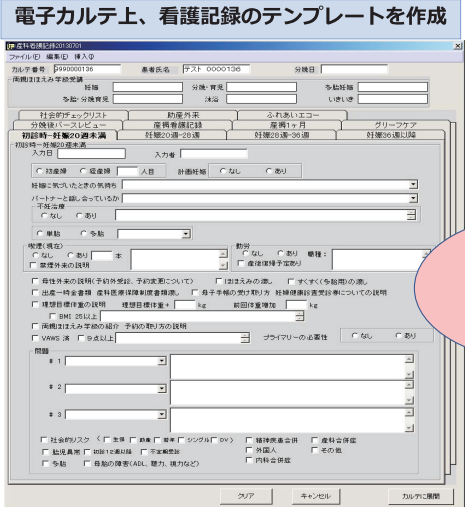
④情報を整理する ⇒ 誰が見ても経過や問題点わかるように記録を工夫する

妊婦健診の診察室や保健指導の相談を受ける中で、あるいは待合室での場面で、妊産婦さんとのちょっとした会話や様子から様々な情報を得ることができる。それらの情報は事実としてカルテに記録し、他のスタッフと共有していきたい。しかし、そういった記録は時系列で記録していくとまとまりがつきにくく、長文になってしまいがちである。特に電子カルテの場合、その記録を検索するだけで時間がかかり、必要な情報を得にくいこともある。そこで、妊娠初期から産褥1か月までの保健指導の項目を期間ごとに整理したテンプレートを作成した。そうすることで必要な情報が整理され、誰もが記録できるように標準化し、経時的に体系化し、一目でわかるようにチェックボックスや記号、アイコンなどの工夫も行った⁴⁾。

⑤複数のスタッフでアセスメントし対応する ⇒ 社会的ハイリスク妊婦 WG

院内の関係部署や関係職種が情報を共有し、支援の方向性を話し合う場が必要という声が上がりましたことから、2012年に「社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ」(以下WG)を立ち上げた。WG

情報を整理し、多職種連携



電子カルテ上、看護記録のテンプレートを作成

- ✓ 標準化
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
- ✓ 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

誰でもわかる
リスク
マーク

記号化

若年…★Y
精神…★P
社会的…★S

アイコン化




社会的…  妊支
ハイリスク妊婦…  育支
CAP対象…  育支

図6. 電子カルテ上の看護記録テンプレート⁴⁾

多職種で連携し支援していく流れ

| | | |
|---|---|---|
| <p>保健指導 助産師による面談</p>  <p>①初診時 ②20週 ③28週 ④36週 ⑤1か月健診 ※必要時いつでも追加</p> <p>全員</p> <p>医師の診察室とは離れた専用個室。外来プライマリ-Nsがいる患者は、担当者が一貫して対応することで関係を構築する</p> <p>個室</p> <p>時間制限なし。マイナートラブルやパースプランの相談、養育環境の確認やDVスクリーニングも。</p> <p>無料</p> | <p>社会的ハイリスク妊婦WG 多職種による月1回の関係者会議</p>  <p>産科医師、新生児科医師 公衆衛生医師、院内保健師 医療ソーシャルワーカー</p> <p>多職種</p> <p>看護師 助産師 { 母性外来 分娩部 母性西棟 母性東棟</p> <p>文字では伝えづらい状況が多く、直接顔を合わせることで連携をとりやすくする。</p> <p>情報共有</p> <p>対象妊婦は数百人にわたるため、情報整理が重要。若年・精神・社会的ハイリスクの3つに分類。相談室で対象妊婦をピックアップし、情報をリストアップする。</p> | <p>地域カンファレンス 地域関係者との患者カンファレンス</p>  <p>地域</p> <p>保健センターの保健師 自治体の母子保健担当者 自治体の福祉担当者 児童相談所の職員</p> <p>家庭訪問の結果や他の窓口での様子など、病院では得にくい情報を共有する。</p> <p>医療者</p> <p>産科医師 院内保健師 医療ソーシャルワーカー 看護師 助産師 { 母性外来 分娩部 母性西棟 母性東棟</p> <p>病院での状況を地域関係者と共有し、養育可能かどうか見守るかを総合的に判断する。</p> |
|---|---|---|

図7. 多職種で連携し支援していく流れ¹²⁾

は毎月定例で開催され、産科外来・産前病棟・分娩部・産褥病棟の助産師・看護師のほか、院内保健師、医療ソーシャルワーカー、産科医師、新生児科医師、公衆衛生医師など社会的ハイリスク妊婦が関連しうる部署の多職種によって構成される。

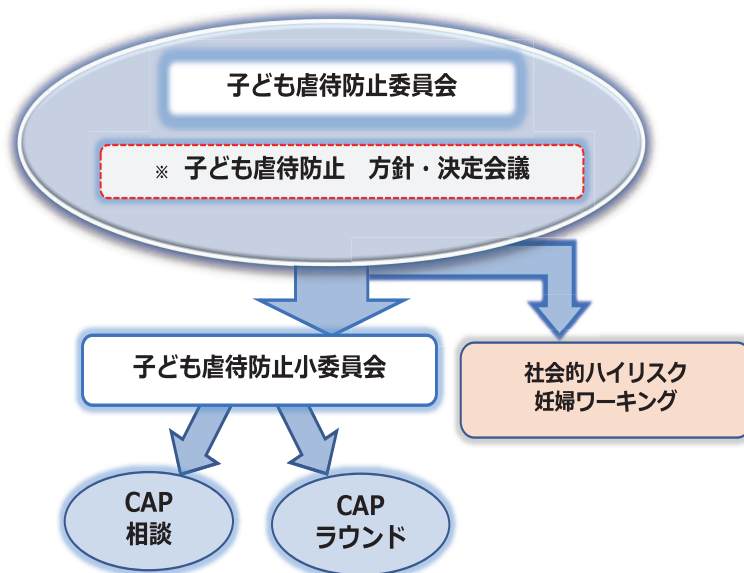
WGにおいて、妊娠初期より関連部署、他職種と一貫した支援を目指すには患者情報や患者への介入支援が正しく伝達されることが重要であると認識され、電子カルテ記録の改善へとつながった。また、社会的ハイリスク妊婦には妊娠全期間を通して継続的な看護介入が必要であることを地域にも働きかけ、妊娠中からの援助が開始されるよう地域へ情報提供し支援依頼を行うようにした。

⑥院内 CAP の活動の一端として組織で動き、多職種へ発信する ⇒ 地域との連携

産科医療機関の中でも、総合病院や周産期総合医療センターなどでは、小児科を中心とした子ども虐待対応院内組織（Child Protection Team：以下 CPT）を設置し、組織的に対応することが勧められ、2014 年には厚労省の「児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会」により、手引きが発令された。総合病院や周産期総合医療センターなどではこの手引書を基に院内組織として子ども虐待対応院内組織が整備されている。しかし、多くの場合、子ども虐待対応院内組織の体制は、虐待が疑われた子どもに対して病院としてそのように対応していくかの視点で組織されている場合が多い。医療機関として組織的に動くには、まだ対象となる子供が生まれていない妊娠期からの予防的取り組みをこの CAP 委員会に位置付け、組織的に活動できる仕組みを作る必要がある。

大阪母子医療センターでも院内組織として子ども虐待防止委員会がある。小児医療分野が中心となり活動してきた経緯があったが、産科を中心とした「気になる妊婦」への対応について、社会的ハイリスク妊婦 WG の活動が子ども虐待防止委員会に妊娠期からの子ども虐待予防の事例を提供し、認識

子ども虐待防止委員会組織関連図



※ 子ども虐待防止 方針・決定会議
気になる患者に起きた事実について、虐待であるかどうかの判断・診断および、病院としての方針決定が必要とされるとき、子ども虐待防止委員会委員長、副委員長相談のもと、早急に「子ども虐待防止方針・決定会議」として必要な診療科や部署を召集し、協議する。

を高めた。また、社会的ハイリスク妊婦 WG の事例検討の場に産科領域だけではなく、出産後関連する可能性のある小児部門に声をかけ、院内の MSW、PHN などコメディカルに参加を求めた。事例検討から地域の母子保健担当者との連絡など、組織的に行うことから理解を深めてもらい、小児領域と産科領域との温度差が解消され、医療機関における虐待防止委員会と妊娠期からの虐待予防対策との連携が可能となった。

7. 事例を通してみる連携の実例

【事例 1】

若年、被虐待児、DV、年齢差婚、生活保護、助産券

<本人から情報を得た生育歴、妊娠、初診までの経過>

幼少期より実母からの暴力があった。小学校高学年よりいじめがあり不登校となった。10代時インターネットを介し50歳代のパートナーとの関係が始まる。パートナーからのDVで家庭児童相談所が関与し保護されるが、本人自ら再びパートナー宅へ戻り妊娠に至る。その後居住地が定まらず稀少妊婦健診になるが入籍と転居をきっかけに地域保健師の面談が実現し、医療機関受診へと繋ぐことができた。

<経過>

当院初診は妊娠30週、地域保健師の付き添いのもとパートナーと一緒に受診した。周囲に2人の仲の良さをアピールするかのよう、待合でパートナーと肌を寄せ合い、パートナーの膝の上に座る姿あり。しかしトイレ以外は常に密着してパートナーが話をきいており監視しているようにもみえた。DVスクリーニング(VAWS)を行うと結果は14点。「パートナーに自分が言いたいことは言えない」「身体的暴力もあったが、もう暴力は振るわないとパートナーが約束したため入籍と転居を決めた」と話す。

初診受診の翌週には地域保健・福祉・病院でカンファレンスを開催し情報共有を行った。本人の側に常にパートナーがおり、地域保健師からは踏みこんで話を聞けないため、妊婦健診受診時に病院が2人の関係性の把握をしていくこととし、各機関ができる役割や気をつけるべきことなど問題点を整理した。

担当助産師が話をする際は2人で個室に入室してもらい面談をするなど、パートナーからも病院への信頼を得られるよう関係づくりに努めた。パートナーから信頼を得ることで、担当助産師と本人一人との面談の機会も作れるようになり、パートナーに気づかれないようにDV被害時の対処として、具体的に逃げる方法を説明していくことができた。妊娠36週頃から些細なことでケンカが頻繁におこり、未受診になった。病院からの再三の電話連絡で再び受診を確保し、本人との関係が途切れないように連絡の取り方などを確認した。パートナーの怒りの行動は、衝動的で予測できないが、本人には別れるという意味はなく、危険が及んでも逃避行動がとれない可能性が心配された。出産を前に母児へ危害が及ぶことを危惧し「自分を大切にしたい」「いざという時は自分の身体と赤ちゃんは守るように」と伝え続けた。

出産直前のカンファレンスでは各機関が持っている情報を整理共有した。不安定な関係の2人の間に新生児が入った場合母児に危険が及ぶと考え、出産後の児の養育環境について検討した。パートナーにも育児参加を促し、育児場面でのパートナーの衝動性の確認ができないか、児への愛着を具体的に評価することとした。

妊娠 40 週、パートナー立ち会いのもと出産。本人とパートナーの育児手技は問題なく愛着言動もあり、表面上は 2 人の関係は安定しているように見えた。しかし、母児へ危険が及ぶ可能性は否定できず退院後のフォローとして、病院の健診や地域保健師の訪問等を細かく計画し、頻繁に母児の安全確認をしていくこととした。退院後明らかな問題は起こらなかった。逃げる場として病院があることを再三説明し、地域保健、福祉の見守りの中、1 か月健診で終診となった。

産褥 1.5 カ月時、パートナーの衝動的な暴力行動あり。児に危険が及ぶと考えた本人がとっさに児を連れて早朝病院へ駆け込んできた。病院で身の安全を確保し、いったん児は施設に預け離れることになった。本人はパートナーから離れることを希望した。

<支援のポイント>

- ・初診時よりプライマリー助産師を決め対応することで、本人の気持ちに寄り添い、時間をかけて関わることができ感情の表出を促すことができた。
- ・本人の生育歴や 2 人の不安定な関係性より、生まれてくる児の養育を危惧し、出産前に関係機関を集めカンファレンスを行ったことで、情報共有し、問題や対応について整理することができ、各機関の役割を明確にすることができた。
- ・母児の安全を心配していることを言葉で伝え続けることで、担当助産師との信頼関係が築けた。
- ・複数の機関が連携し関わることで、本人は「人に頼っても良い」と思うことができた。支配 - 被支配の関係ではなく、守る - 守られる関係に気付き、自分と子どもの安全を守るという行動に移すことができた。病院に行ったら助けてくれる、何か動いてくれると思えた。

<連携した機関>

産科医療機関、A 県 B 市の子ども家庭センター、児童相談所、
C 県 D 市の子ども家庭センター、児童相談所、保健センター、生活保護担当者

【事例 2】

35 歳 3 人目経産婦（それぞれパートナー違う）、15 年ぶりの出産、未婚、境界型人格障害
薬物依存で入院歴あり、パートナーからの DV、被虐待児、生活保護、助産、
第 1・2 子は要保護児童で地域関与あるも拒否的
妊娠後期に長女 15 歳の妊娠が判明する
初診時週数：妊娠 20 週、胎児に疾患を指摘される。初診以降頻繁に未受診歴あり

<本人から情報を得た生育歴、妊娠、初診までの経過>

幼少期より実父から激しい虐待を受け育ち、実父母の離婚後、実母に引き取られるがネグレクトで育つ。中学卒業後、家を出て夜の仕事を転々としながら生活。自分の家族が欲しかったと未婚で 15 歳で第 1 子を出産、その後違うパートナーの子、第 2 子を出産する。実母に育児支援を依頼するがサポートにならず。第 1 子、2 子はほぼネグレクト状態で要保護児童として地域の見守り、フォロー対象であったが、本人の精神状態の不安定さや性格的なことから地域保健福祉機関の関与を嫌い、なかなか支援を受け入れてもらえなかった。

本人が30歳時、薬物依存あり精神科にて入院、境界型人格障害とも診断され、精神安定と不眠のため多剤内服が必要となった。精神科退院後、現在のパートナー（35歳、精神障害者保健福祉手帳2級、生活保護受給）と知り合い、妊娠。子どもたち第1子（高校生）、第2子（中学3年生）とともに同居を開始するが度々、パートナーからのDVにより警察沙汰になることもあった。DVに関しては殴られることで必要とされていると愛情を感じ容認し、暴力を振るわれていることが家族になっている感じがすると話す。今回の妊娠については「嬉しい気持ちはあるが喜んでいいのか正直わからない」と話す。経済的理由で病院に来院できず初診が妊娠20週になったとのことだった。初診時、すぐに当院保健師と面談し、地域の役所、保健センターに報告、生活保護の手続き、助産申請、母子健康手帳の交付に行ってもらった。

<経過>

初診以降、2ヶ月間未受診となる。来院を促す電話を本人及びパートナーに電話するも、居留守を使われることが多かった。来院され未受診の理由を聞くと、経済的に苦しかったこと、また本人の性格上「人の多いところに出向くのは億劫。お金もないのに妊娠してとみなが思っている」と話す。診察の待ち時間は待てない、また同じ場所にじっと居続けることができない、人混みが苦手、本人と話をしていても都合のいいように解釈し、都合のいいことしか言わない。また、本人の気に入らないことについては断固拒否する姿勢を見せる。パートナーと妊婦健診に来院することもあったが、突然いなくなったりすることも多く、院内を探し回ることが多かった。ようやく来院された28週の胎児スクリーニング超音波検査で胎児の疾患が判明した。パートナーも同席のもと、本人に慎重に伝えたところパニック状態となり「何でよりによって自分の子どもが・・・」とかなり悲観されていた。

胎児の疾患が判明してからショックが大きく受け入れできず、未受診になることが度々あった。だが、同時期に長女15歳がパートナー不明で妊娠が判明し、継続を希望したことにより、長女と一緒に来院するようになる。長女の妊娠が本人自身のやる気につながった様子がかがえた。長女に至っては、妊娠することによって今まで母にかまってもらえなかったがかまってくれることに喜んでいた。長女は母の愛情を求めており、胎児への愛着があるようには見えなかった。

本人の妊娠が判明してから地域の保健師が頻回に訪問に行くが玄関前でパートナーに「来るな」と怒鳴られ断固拒否、本人、長女が役所に手続きに行っても待てずに、無断で帰宅をするなど介入が難しかった。しかし、長女が妊娠したことや地域保健師、生保担当などの地域の努力、当院保健師の働きかけにより、本人やパートナーとうまの合う地域の担当保健師ができ、本人の出産前、長女の妊娠中期から関わるできるようになった。

妊娠41週、久しぶりの出産のため恐怖と精神的、性格的なものからかなりの絶叫出産であったが無事男児を出産する。児の疾患の受入れを心配したがすぐに抱っこ「かわいい～」と話し、愛着を持って産褥入院中はお世話をしていた。また立ち会いをしたパートナー、妊娠中期の長女も児への愛着はしっかり見られる行動あり。入院生活は本人にとってかなりのストレスになっており無断外出など度々あったが大きなトラブルなく退院した。

産褥1か月健診時は、パートナーとまだ妊娠中の長女と来院され、経過に問題はなかった。児の体重増加も良好で綺麗にされており、児の小児科受診も必ず来院されていた。地域保健師との関係も良好なようで、自宅訪問も素直に受け入れており本人なりに育児されていた。長女の妊娠、出産に

対してかなり心配されていたが、本人が出産して4カ月後、無事に出産。現在、乳児2人を地域のフォローを受けながら、長女と一緒に育児されている。産後、本人に家族計画指導を行い、IUDを挿入し、当院産科のフォローは終了した。

児は手術を数回、その後、当院小児科でのフォローがあるため、小児科スタッフへの申し送りを行った。

<支援のポイント>

- ・初診時に、院内保健師と面談を行い、本人に関連する市の役所、保健センターに連絡、当院受診後すぐに本人に、生活保護・助産券の申請、母子健康手帳を交付してもらうなどでき、早期に地域と連携できた。
- ・初診時より、特定妊婦として支援が必要であると考え、プライマリー助産師を決定した。出産、産褥まで継続して関わり詳細な情報収集情報、地域と連携し情報の共有を行いタイムリーに必要なケアをすることができた。
- ・本人の生育歴、精神疾患、性格など考慮すると、他者とのコミュニケーション、関係の確立は困難だと予想がついた。都合の悪いこと、自身にとって嫌なことや注意されることなどを極端に嫌い、必要なことでも拒否される傾向があった。そこで、担当助産師だけでなく、当院保健師とも診察の度に面談し、どちらかが本人にとって味方になるなどし、病院に来院することが嫌なこととならないように配慮した。その結果、当院を少なからず信頼してくれ、長女の妊娠発覚時、すぐに当院受診してくれた。長女に対しても違う担当助産師をつけ、妊娠・出産・産褥期と継続的に関わった。
- ・出産前の妊娠期、出産後、数回にわたって本人そして長女のケースに対して、市役所、保健センターとカンファレンスを行った。そのため細かな情報の共有ができ、今後のフォローについて十分検討できた。そのため、複数の関係機関が同じ方向に向かっていくが、機関それぞれ違うアプローチでケアや介入することができた。
- ・当初、地域の保健センターや役所との関わりを本人だけでなく、精神疾患のあるパートナーの激しい拒否があり介入は難しく思えた。だが、前述したように関係機関それぞれの特徴を生かしながら、関わり続けたことによって、受け入れられ、見守りが続いている。
- ・本人がいつ、精神的に不安定な状況になるかわからない状況、またパートナーの精神疾患の症状の悪化や日常的なDVの再発、まだ若年出産の長女など、しっかりしていない大人の中に乳児が2人いる状況は、養育環境の面で不安は大きい。

<連携した機関>

産科医療機関、精神科医療機関、精神科訪問看護

子ども家庭センター、児童相談所、保健センター、生活保護担当者

本人の母子保健担当者、同時期に妊娠した長女の母子保健担当者、長女の学校関係者

【事例 3】

20 代、未婚、パートナーからの DV、被虐待児、PTSD、経済不安、自立支援センター、助産、生活保護、介入拒否

<本人から情報を得た生育歴、妊娠までの経過>

実母（精神疾患あり）からのネグレクトで幼少期より高校卒業まで児童福祉施設で育つ。一時期里子として養父母に育てられた経験あり。実父は特定できず会ったことがない。実母とは施設入所中も定期的に関わり、短期で実母と生活することもあった。本人が高校生の頃、母の自宅での出産（異父の実弟となる）に立ち会い、手伝った経験がある。パートナーとは小学校の時に施設で知り合い、年月を経て同窓会で再会し、交際、同棲するようになるが、当初より激しい日常的な暴力（骨折、火傷、性的な仕事の強要など）があった。前年に妊娠した時も自身は継続希望だったがパートナーの意向により中絶をさせられていた。今回の妊娠についてもパートナーから中絶するように勧められたが、本人は家族を作りたいと、妊娠継続希望が強かったが、パートナーからの DV がひどくなり警察に保護を求め自立支援センター入所になる。

<その後の経過>

自立支援センター職員に伴われ妊娠 18 週時に当院初診。妊婦健診では産科的な問題は特になかったが、動悸や耳鳴り、不眠の訴えあり。当院の心療内科受診し愛着障害、トラウマ体験による PTSD と診断され、漢方の処方を受ける。パートナーからの DV や過去の自身の職業について語る時には嗚咽をあげていた。

初診時に MSW と面談を行い、自立支援センターのある市に住民票を移し母子健康手帳を受領、助産、生活保護を申請する。妊娠 21 週までの 3 回の妊婦健診、心療内科受診される。当院で受診する際は必ずプライマリスタッフが対応し個別でできるだけきめ細やかな対応に心がけた。母児ともに経過は順調であり心療内科でも落ち着いていたが、妊娠 21 週時の健診以後、突然自立支援センターを無断退所され行方がわからなくなり未受診になる。そのため、当院保健師が以前居住していた A 市保健センター、実母の居住地の B 市保健センターに情報を提供し連絡を待った。妊娠 7 か月頃、A 市に居住していることが判明。どこの病院にも受診していなかったが、本人は元気にしていると A 市の地域保健師より情報が入る。しかし、保健センター職員、児童相談所職員らの介入を拒否し、妊婦健診を促すなど直接的な関わりが難しい状況であった。妊娠 8 か月、本人より当院のプライマリ助産師に電話連絡あり、近医受診の意向が確認できた。

母児の状態を心配していたことを話し、早期に妊婦健診に行くように念を押した。本人の同意確認の上、C 病院の外来看護師に直接電話し事前に受診することを連絡し、看護サマリーを同封し、検査結果を指定された病院に送付した。また、当院保健師から A 市保健センターの保健師に情報提供を行い、見守りを依頼した。しかし、結局は近医受診を拒否、妊婦健診を受けなかった。その後本人は当院での健診、出産を希望するが、居住地から当院までかなり遠方であり、母児の安全を考慮すると、近医の病院での管理が望ましいと産科医師より説明され、本人は納得された。近所である受診しなかった C 病院が最適であると本人と話し合い、C 病院看護師長に電話連絡し対応を依頼した。当院保健師から A 市の保健師に連絡し、当院での受診状況報告、今後の継続的なサポートを依頼するが、本人の拒否があり介入困難が続いた。結局、予約を取っていた C 病院には受診されなかった。

飛び込み出産になる可能性を想定し、搬送される可能性の高いD市立病院に、その際の対応を依頼するなど、考えられる対策をとった。妊娠9か月時、本人より当院に「違う病院にするから検査結果を自宅に送って欲しい」と電話連絡あり。検査結果とともに“必ず早期に受診すること、心配していること、いつでも相談に乗らせてもらう”という内容のメッセージを添え自宅に送付する。その後、A市保健師より、本人が話していた病院には行かずに近所の助産院で無事に出産し、産後1日目で希望退院、パートナーの父宅で子育てしているとの情報を得た。

しかし分娩後数日で、本人は突発的に児を連れてパートナー宅を飛び出て行方不明となる。本人は友人の車中で数日児と一緒に過ごし、その後パートナー宅に戻られ、母子ともに特に異常はなかったとのA市保健師より情報を得た。さらに産後1か月、本人より当院プライマリー助産師に「産まれたことを伝えようと思って…」と電話が入る。無事に生まれたこと、パートナーとは離婚したこと、児は一時期パートナーに取られていたが今は児と一緒に実母宅のB市にいること、パートナーからのDVの危険はもうないこと、児は可愛いと思うこと、精神的に落ち着いていることを話された。しかし、今までの経過から本人と実母の関係は良いとは言えず、本人も実母は育児サポートにはならないと理解しているが、今は実母宅しか本人、児ともに居場所がない現状と思われる。今後も社会的に孤立してしまうことを危惧した。地域保健師の介入を拒否している状況は変わらないが、当院保健師からB市の保健センターに保健師に情報提供を行い、母子の継続的な支援を依頼した。

<支援のポイント>

- ・プライマリー助産師と関係が築けた矢先の突然の未受診に戸惑った。
- ・本人へ連絡する術がないことや、本人に関与する人が少なかったため、アプローチの方法にも苦慮した。
- ・本人が実母の自宅出産を手伝っている経験があることから、未受診のまま医療機関を受診せず一人で出産に至る可能性を心配し、本人が姿を見せそうな市の保健、行政に働きかけ継続を依頼した。結果的に医療機関への受診が確認でき、その後の追跡もできたので児の安全を見守ることが、今はできているが、非常に危険なケースであった。
- ・介入が途切れてしまう恐れもあった今回のケースには医療、保健、福祉の連携が必須である。
- ・経過の中で時間的な余裕もなかった。連携の課題として医療、保健、福祉の担当者が顔の見える関係になり、スムーズな連携を目指したい。

<連携した機関>

複数の産科医療機関、助産所、生活保護担当者、A市およびB市の保健センター、子ども家庭センター

8. 産科医療機関の現場での葛藤

妊娠期からの子ども虐待予防としての、大阪母子医療センターでの取り組みを紹介した。産科医療機関では何よりもまず、安心安全な出産を目指している。しかし、よい医療が提供でき、安全に出産できたとしてもその後の育児が健やかでなければ、産科医療はむなし。

妊娠のきっかけが望んだ妊娠か、望まない妊娠かにかかわらず、女性たちは身体的にも精神的にも激変する妊娠期間を乗り越え、命をかけて出産する。そうして出会った母と子には幸せな育児を、健やか

な毎日を過ごしてほしい。なぜ、親子が子ども虐待というつらい局面に至ってしまうのか、そうならざるを得ない背景がどこかにあるのではないだろうか。さまざまな事情や問題を、少しずつ解決の糸口へ案内したい、無事に出産した妊婦のその後が健やかな毎日であることを願い、お節介を焼きたい、そういう思いで看護の現場は妊娠期からの子ども虐待予防に取り組んでいる。こういった思いは、日々、妊産褥婦に対応するほとんどの看護師・助産師が感じていることであると思う。しかし、医療の現場では医学的な問題への対応は優先されても、社会的な問題への対応は整っていない。まだ生まれていない子どもに対する虐待の予防は難しい。何年か先を見越しての予防的介入の必要性や重要度は理解できても、まだ母親にもなっていない人が虐待に至るかどうかはわからない状況で、日々の担当者として“今日、私は具体的にどうしたらいいのかわからない”という困難感が現場にあるのが現状である。妊娠期からの子ども虐待予防の取り組みは、医療というより母子保健領域、社会福祉領域が実質的な対策と結びつけやすい感覚がある。医療・保健・福祉とアプローチが異なる、医療でできることは難しいという感覚が“切れ目のない支援”を目指す中で障害となる“切れ目”の原因かもしれない。

ここで紹介した大阪母子医療センターの取り組みも、文面から見れば、産科医療の現場スタッフそれぞれが活発に取り組んでいるように見えるかもしれないが、実際には現場の医師、看護師間だけでなく、看護スタッフ間にも温度差があるのが現状である。妊産婦への対応の基本となる問診票の工夫や、電子カルテの記録システム、取り組みを組織的に活動させているのは、一部の“思いのあるスタッフ”のボランティア的活動の支えによってなんとか継続させている。これまでも、必要性は理解できる、善い行いであるし、反対ではないが、産科医療機関の業務になるのか、看護現場で議論になることがあった。しかし、社会的にも認知度のあがってきた今だからこそ、産科医療機関の助産師、看護師は、妊娠や分娩のみにかかわらず、女性の健康、育児や家族支援などに心を寄せて日々対応する必要があると意識していきたい。妊娠期からの子ども虐待予防の取り組みは、まだ子どもが生まれる前から、母になる人とかかわる産科医療の現場では決して外せない業務の一つであるとの認識が浸透しなければならない。

注

- 1) 図1. 母子保健関連施策の体系
平成27年9月2日 第1回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会、
資料5：母子保健関連施策
- 2) 福井トシ子編. 助産師業務要覧 第3版, 日本看護協会出版会. 2021.1.1, 3.
- 3) 子ども虐待による死亡事例などの検証結果等について(第16次報告)
< https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190801_00001.html >
(アクセス: 2020年10月26日)
- 4) 和田聡子. 「気になる妊婦」への支援と連携. 助産雑誌. 2020, 5, 328-334.
- 5) 児童福祉法
< https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=322AC0000000164#Mp-At_25 >
(アクセス: 2020年12月25日)
- 6) 児童福祉法
< https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=322AC0000000164#Mp-At_21_10_5 >
(アクセス: 2020年12月25日)
- 7) 要保護児童対策地域協議会. 運営調査結果.

< 3, 調査票② (要対協) 公表版 (mhlw.go.jp) >

(アクセス: 2020年12月25日)

- 8) 大阪府: 未受診や飛び込み分娩によるによる出産実態調査

<大阪府/未受診や飛び込みによる出産等実態調査について (osaka.lg.jp) >

(アクセス: 2020年12月25日)

- 9) 和田聡子. 産科医療機関でできる周産期メンタルヘルスケア～医療・保健・福祉の連携を目指した妊婦支援を考える～. 母子保健情報誌. 第4号. 2019年2月. 32-36

- 10) 大阪母子医療センター HP, 産科初診時間診票.

<初診予約方法 | 受診のご案内 | 大阪母子医療センター【病院】 (opho.jp) >

(アクセス: 2021年2月2日)

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

- 12) 和田聡子. 光田信明. Case4: 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. 2016. vol.35. no.12. 1170-1175

II. 日本赤十字社医療センターにおける社会的ハイリスク妊婦の支援の実際

柳村 直子（日本赤十字社医療センター 周産期外来）

1. 社会的ハイリスク妊婦スクリーニング導入と経過

1) 日本赤十字社医療センター

日本赤十字社医療センターは、41 診療科 700 床余の病床を有し渋谷区を中心とする二次医療圏区西南部の中核病院である。周産期医療については、2009 年の「東京都母体救命搬送システム」創設と同時に東京都から「母体救命対応総合周産期母子医療センター」の指定を受けた。救命救急センターをはじめ各診療科と密接な連携をとり、緊急に母体救命処置が必要な妊産婦を受け入れ、治療を行う施設として活動を行っている。周産期部門は産科外来、小児保健部（乳児・小児健診専門外来）、NICU15 床、GCU40 床、産前ユニット 38 床（LDR1 室含む）、産後ユニット 52 床、MFICU6 床を有している。その他に分娩室 8 室、産科手術室 2 室、分娩準備室 6 室がある。助産師は 200 人以上おり（内アドバンス助産師約 60 名）、それぞれの部署に配属され、母子の安全を見守り、女性の産み育てる力を引きだし、「新しい生命の誕生を迎える家族」の主体性を尊重する支援型産科医療を行うことを基本方針とし、医師と協働して役割を發揮している。救急科にも妊婦や褥婦が入院することが多いため、EICU や ICU にも助産師が配属されている。年間分娩件数は増加し続けていたが、2014 年が 3326 件でピークであり、現在は約 2500 件である。帝王切開率は年々上昇し、現在は約 25% である。35 歳以上の高齢出産は全国平均よりはるかに高く 50% を超えている。2000 年に WHO の BFH「赤ちゃんに優しい病院」の認定を受けており、母乳育児を推進している。2017 年の退院時母乳率は全体で 85% と総合周産期センターとしては高い数字である。

2) 社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステム導入

2013 年 12 月に、妊婦健康診査にて社会的ハイリスク妊婦をスクリーニングするために、「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」(日本産婦人科医会, 2014) を参考にして、個別的・継続的支援につなげる情報収集用紙「育児支援シート」を作成し、社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステムを導入した。当センターで出産予定であっても、リスクのない方には自宅近くで妊婦健診を勧めるセミオープンシステムを取り入れており、妊娠初期に妊婦健診を受けた後、妊娠 34 週まで来院しない妊婦が多い。また、担当医制ではないことや 1 日約 150 人の妊婦が健診に産科外来に来院しているため、個別性・継続性が活かしにくい状況であった。助産師の経験年数に関わらず、社会的ハイリスク妊婦をスクリーニングできるシステムを構築する必要があったため、「育児支援シート」を作成した。まずは院内の育児支援委員会の助産師 3 名が「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」を読み込み、臨床心理士、周産期専門の MSW と協働してチェックシートとして原案を作成した。最初は面接をしながら、電子カルテにチェックしていくチェックシートを考えていたが、産科部長医師 4 名と検討した結果、医療者主体のチェックシートではなく妊婦主体の紙ベースの自己記入式シートに変更した。知り合いの妊婦数名にプレテストし、用語を洗練させ、完成とした。

作成した「育児支援シート」を産科外来にて妊娠初期と後期の保健指導時に妊婦本人に記入してもらい、その後に助産師が面談をすることとした。記入してもらったシートはスキャンし電子カルテに取り込む。またその記入されたシートを作成した助産師 3 名で毎週カンファレンスを実施し、支援内

容を検討した。しかし、年間7000枚近いシートがあり、全例カンファレンスをするのが困難であり、産科外来で面談する助産師がスクリーニング判定することにし、支援が必要と判定された妊婦に対して支援を検討することとなった。

2017年より、周産母子・小児センター（妊娠・出産・育児の過程において、母子の総合的支援をするための組織。産科・新生児科・小児科・小児保健・小児外科が連携している）の委員会の一つとして、「安心母と子の委員会」が立ち上がった。周産母子・小児センターの委員会には、以前より「虐待防止委員会（通称：CAPS）」があるが、そこでは虐待対応や虐待が疑われるケースの症例検討が中心であった。「安心母と子の委員会」は虐待予防の観点から社会的ハイリスク妊婦に対し、妊娠期からの継続支援を検討することを目的とした委員会となっている。委員会の構成メンバーは産科医2名、精神科医2名、MSW2名、臨床心理士1名、助産師5名（退院支援室、産科外来、産前ユニット、産後ユニット、分娩室の各師長）である。委員会は月1回開催され、継続支援方法の検討、支援カンファレンスで問題となった事例の共有を行っており、2018年より新生児科医師も構成メンバーとなった。



図1 安心母と子の委員会に位置付け

3) 社会的ハイリスク妊婦スクリーニングツール「育児支援シート」の変更

最初に作成した「育児支援シート」は妊娠初期用が24項目、妊娠後期用が17項目で構成されている。妊娠初期用は、妊娠・出産回数、母子健康手帳を役所にもらいにいった週数、国籍、健康保険の加入の有無、上の子を自分で育てているか、予想外の妊娠か、これまでカウンセラーや心療内科・精神科に相談したことがあるか、虐待を受けたことがあるか、DVを受けたことがあるか等、初期のうちに確認しておきたい項目が含まれている。妊娠後期用は、妊婦健診の回数、母親学級の受講の有無、お腹の赤ちゃんについて医師に指摘されていることがあるか等、妊娠後期にしか聞けない項目で構成されている。また、入籍の有無、育児にサポートしてくれる人はいるか、家族関係で心配なことがあるか、お腹の赤ちゃんがかわいいと思えないことがあるか、現在のところ、気持ちで心配なことがあるか、2週間以上続く抑うつ症状がある等、妊娠中に変化していくことは妊娠初期および後期で確認する項目になっていた。

「育児支援シート」を作成し、社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステムを導入してから5年が経過したため、2か月間分の「育児支援シート」の分析を行い、安心母と子の委員会で課題を抽出し、ツール項目を変更した。変更は主に4点である。第1に、虐待のスクリーニングについて、他施設で使用しているスクリーニング項目や妊産婦メンタルヘルスマニュアルで推奨されている「育児支援チェックリスト」を参考にし、虐待という言葉は直接的には使用せず、「困った時に母親に何でも相談できるか」という質問と「家族関係に心配なことはあるか」という質問とした。第2にDVに関しては、「パートナーからDVを受けたことがあるか」という質問ではなく、既存のDVスクリーニングツールである「女性に対する暴力スクリーニング尺度（短縮版）」（片岡,2005）をそのまま取り入れた。こ

のツールは、日本で開発されており、妊婦に対する使用を想定した間接的な表現の項目を含んでいるためである。第3に精神疾患合併・既往の妊産褥婦の増加を鑑みて、NICEガイドラインでも推奨されているうつ病の関する2項目の質問、全般的不安障害を評価するための2項目の質問の合計4項目を項目として追加した。妊産婦メンタルヘルスマニュアルではエジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) の使用について推奨されているが、スクリーニングツールとしての信頼性は、産後1か月が最も高く、繰り返し使用すると信頼性が低下することが指摘されている (日本産婦人科医会報,2017)。今後、産後健康診査でEPDSの使用を検討していくため、繰り返しの使用を避けること、また質問項目数の少ないこともあり、NICEガイドラインで推奨されている質問項目を採択した。第4にこころや気持ちの問題が、これまでに受診・相談したことがあるのか、または今現在心配なのかを分けて聞くことで、既往なのか、現在進行中なのか、新たに妊娠してからなのかが明確になるようにした。以上によって、「改訂版育児支援シート (初回用)」21項目と「改訂版育児支援シート (再診用)」16項目となった。

2. 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングシステムの実際

1) スクリーニングの対象と時期

当センターでは、セミオープンシステム (妊婦健診は近隣の診療所で受け、分娩は当院とする) の利用者が約4割を占めるため、妊娠初期 (12週前後) と妊娠後期 (34週前後) の2回スクリーニングを実施している。

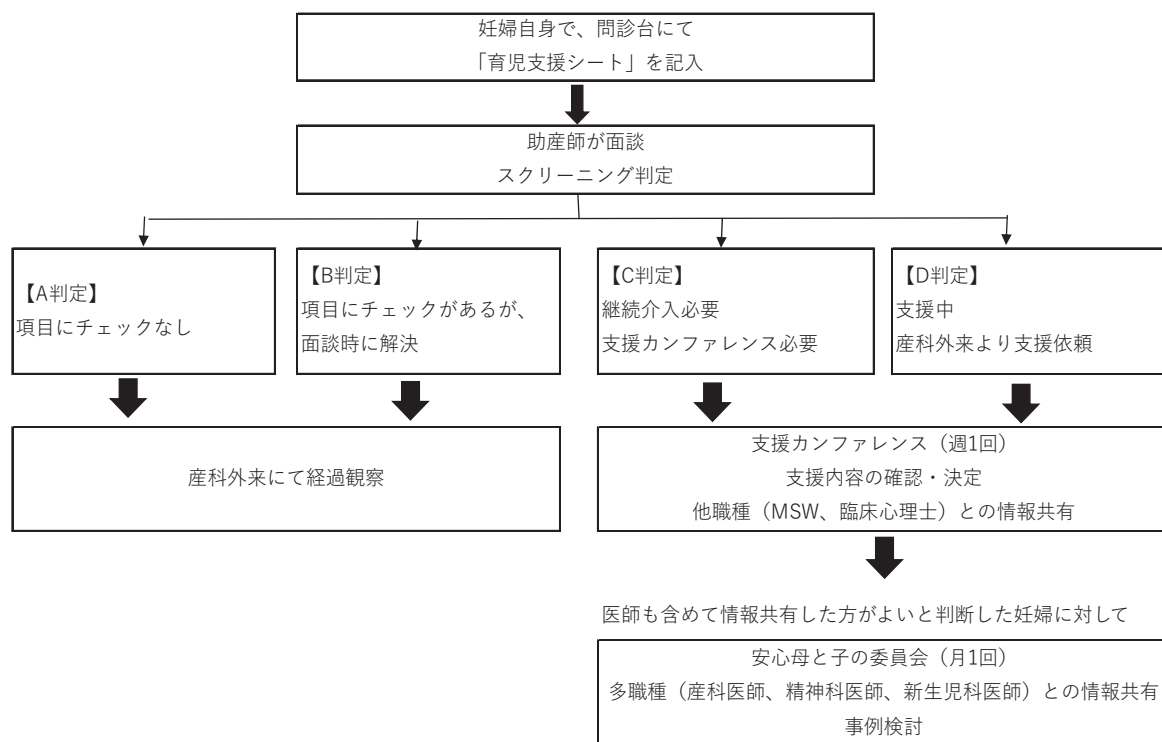


図2 当センターの社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステム

2) スクリーニングの手順

妊婦は、産科外来初診時に問診票である産科プロフィール用紙を記入し、次の妊娠初期 (12週前後)

に問診台にて「育児支援シート（初回用）」を記入する。その後、助産師が全妊婦に対し面談にて育児支援シートを用いてスクリーニング判定をする。A判定は項目にチェックが1つもない妊婦、B判定は項目にチェックがあるが、面談時に助産師と話したことで解決した妊婦、C判定は項目にチェックがあり、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、臨床心理士、メンタルヘルス科、地域保健師等に今後連携したほうがよい判定した妊婦、D判定は既にMSWや地域保健師が関与している、メンタルヘルス科に受診中および必要性があり産科外来から紹介した妊婦としている。その判定基準は、プロトコルを作成し、どの助産師が面談しても統一して判定できるようにしている。

妊娠後期（34週前後）には「育児支援シート（後期用）」を記入し、初期同様に助産師が全例面談にてスクリーニング判定をする。判定は初期と同様である。

表1 判定基準

| | |
|-----|---|
| A判定 | 項目に1つもチェックがない妊婦 |
| B判定 | 項目にチェックがあるが、面談時に助産師と話してアドバイスをもらいその場で解決することができた妊婦 |
| C判定 | 項目にチェックがあり、MSW、臨床心理士、メンタルヘルス科、地域保健師などに今後連携したほうがよいと思われる妊婦 |
| D判定 | 既にMSWや地域保健師が関与している妊婦 メンタルヘルス科（当院または他のクリニック）に受診中の妊婦 メンタルヘルス科に受診の必要性があり産科外来から紹介した妊婦 |

3) 社会的ハイリスク妊婦への支援検討と情報共有

A判定、B判定の妊婦は支援不要とし、その後は経過観察とする。C判定、D判定の妊婦に対して、週1回、臨床心理士、MSW、助産師が合同で支援カンファレンスを行っており、支援内容の確認や決定、および各病棟や他職種への情報提供を行っている。各部署への情報提供は「要支援妊婦リスト」に記入し、配布している。それをもとに、各部署では週1回が多職種カンファレンスを行って、情報共有をしている。また、産科医師、精神科医師も含めて情報共有したほうがよい妊婦に対しては、月1回の安心母と子の委員会で検討している。



部署での多職種カンファレンス風景

4) 社会的ハイリスク妊婦に対する支援

A判定、B判定の妊婦に対しては経過観察のみのため、特別に支援はしていない。スクリーニング後に支援開始が必要であるC判定の妊婦に対しては、支援内容を助産師、臨床心理士、MSWで検討し

ている。同じスタッフが話を聞いた方がよい場合や継続的な関わりが必要であると判断した妊婦に対してはプライマリ助産師や担当医を決定することや、産科外来で同じ助産師が対応できるよう配慮する。経済的不安や家族関係の不安がある妊婦に対してはMSWとの面談を計画する。うつ病に関する2項目の質問、全般的不安障害を評価するための2項目の質問にチェックが入った妊婦やこころや気持ちに問題がある妊婦に対してメンタルヘルス科の受診を勧める。また精神疾患合併の妊婦は全例メンタルヘルス科受診とし、精神科入院施設がない当センターでの分娩が可能であるは精神科医に診断してもらう。生活全般に不安がある妊婦や上の子の育児に対して不安が感じられる妊婦に対しては、MSWを通じて地域保健師との連携を図る。妊婦の個別性を考慮し、支援内容を検討し実施していつている。D判定の妊婦は、現在支援中であるため、その支援が適切であるか、他の支援が必要であるか検討をしており、C判定の妊婦同様、個別的な支援を考え実施している。

表2 スクリーニング判定別支援内容

| 判定 | 支援内容 |
|----|-----------------------|
| A | なし |
| B | 経過観察 |
| C | 担当医を決定 |
| | 助産師による継続支援 |
| | MSWとの面談 |
| | 臨床心理士との面接 |
| | メンタルヘルス科受診 |
| | メンタルヘルス科の受診を推奨 |
| D | 地域保健師との連携 |
| | 今までの支援内容でよいか検討 |
| | 今までの支援を継続 新たな支援を追加 |

3. 産後健診までの支援

1) 「エジンバラ産後質問票」と「赤ちゃんへの気持ち質問票」の導入と経過

2019年9月より、産後健診にて「エジンバラ産後うつ質問票」と「赤ちゃんへの気持ち質問票」の使用を開始した。産科医師の診察前に両面で印刷した2つの質問票を個室にて記入してもらい、その後その質問票を見ながら助産師が面談を行う。点数はすぐに計算し、診察をする医師に伝えることになっている。フローについては図3に示す。

現在、メンタルヘルス科への受診に対して抵抗のある方には、小児保健部専属の公認心理士による「育児相談」というかたちのカウンセリングを勧めている。多くの方がカウンセリングを利用し、その後も継続支援が必要な方には、「小児特定疾患カウンセリング」としての保険を利用してのカウンセリングができるような体制を整えつつある。

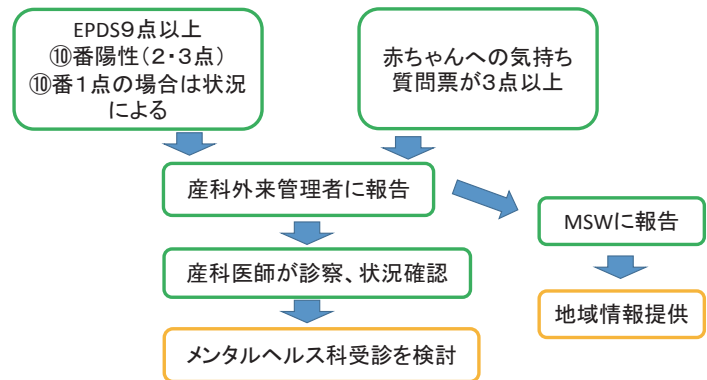


図3 産後の支援フロー

2) 「育児支援シート」から「エジンバラ産後質問票」と「赤ちゃんへの気持ち質問票」への継続

「育児支援シート」のスクリーニング面談を実施した助産師が電子カルテに記録するテンプレートを作成し、産後の「エジンバラ産後質問票」と「赤ちゃんへの気持ち質問票」での面談内容まで記録できるようにしている。テンプレートは判定理由が分かりやすくなること、支援計画や現在支援してい

る内容が明確化すること、また支援する内容を妊婦本人が了解していることを明記することとしている。記録したテンプレートは初回用、再診用、産後と継続的に記入すること、またカンファレンス時に検索しやすくなるよう、青い付箋を付けることとした。

4. 支援体制のまとめ

当センターの妊娠期から産後までの育児支援体制を図4に示す。多職種が協働して妊産褥婦を支えている。

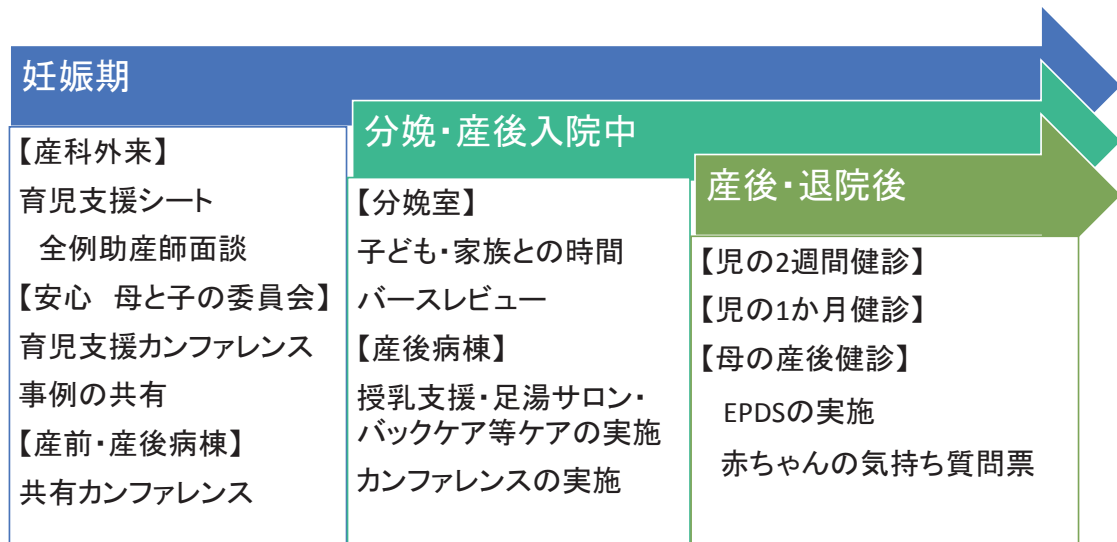


図4 当センターの育児支援体制

第4章 社会的ハイリスク妊婦への地域における支援

関西医科大学看護学部

上野 昌江

1. 地域における母子保健施策

地域における母子保健施策は、母子保健指標である乳児死亡、妊産婦死亡の状況を背景としながら①乳児死亡の減少・妊産婦死亡の減少、②先天異常・染色体異常の早期発見・治療、障害児の早期発見・療育、③虐待の早期発見、発生予防、世代間連鎖の予防を目指し、法的整備とともにすすめられてきた（図1）。

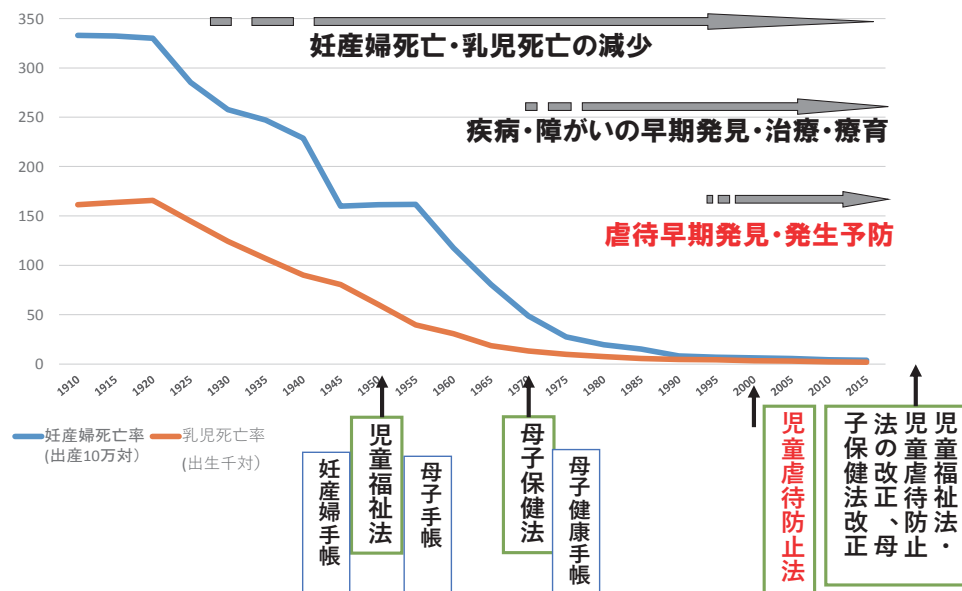


図1 妊産婦死亡率・乳児死亡率の推移と法的整備

法的整備に基づく母子保健施策体系は図2のように、ライフステージにあわせ、健康診査、保健指導、医療対策等となっている（母子衛生研究会,2018）。

一方、市町村においては、地域に居住する住民すべてを対象に妊娠から就学まで図3のような母子保健活動が実施されている。

2018年の母子保健法改正により「国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する施策を講ずるに当たっては、当該施策が乳児及び幼児に対する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とともに、その施策を通じて、母子保健の理念が具現されるように配慮しなければならない」（母子保健法第一条）とされ、虐待予防が位置づけられた。市町村の虐待予防活動は、母子保健法に基づく妊娠届出及び母子健康手帳の交付、健康診査（乳幼児健診）や保健指導（低出生体重児・新生児家庭訪問）と児童福祉法の「特定妊婦」、「乳児家庭全戸訪問事業」「養育支援訪問事業」などと並行して行われている。つまり妊娠期からの虐待予防活動は母子保健と児童福祉が連動し、次世代育成を目指した活動が展開されている。

| 区分 | 思春期 | 妊娠 | 出産 | 乳幼児期（～1歳） | 幼児期（1歳～小学校入学） | 学童期 |
|-------|--------------------------------|----------------------------------|---|--|---------------|---------------------------|
| 健康診査等 | | ●妊産婦健康診査 | ●先天性代謝異常等検査 ●新生児聴覚検査 | ●乳幼児健康診査 (1歳6か月児健康診査) (3歳児健康診査) | | |
| 保健指導等 | | ●HTLV-1母子感染対策事業 ●B型肝炎母子感染防止事業 | ●妊娠の届出・母子健康手帳の交付 | ●保健師等による訪問指導等（妊産婦・新生児・未熟児等） ●乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業） ●養育支援訪問事業 | | |
| | ●母子保健相談指導事業（両親学級等） | | | | | |
| | ●女性健康支援センター事業 ●不妊専門相談センター事業 | | | ●子どもの事故予防強化事業 | | |
| | ●思春期保健対策の推進 | | | | | |
| 医療対策等 | | ●入院助産 ●不妊に悩む方への特定治療支援事業 | | ●未熟児養育医療 ●代謝異常児等特殊ミルク供給事業 ●結核児童に対する療育の給付 | | |
| | | | ●妊娠・出産包括支援事業 (子育て世代包括支援センター、産前・産後サポート事業、産後ケア事業等) | ●子どもの心の診療ネットワーク事業 ●児童虐待防止医療ネットワーク事業 | | |
| その他 | | ●健やか親子21（第2次） ●マタニティマークの周知・活用 | | | | |
| | | | | | | ●健やか次世代育成総合研究事業（厚生労働科学研究） |

図2 わが国の母子保健体系

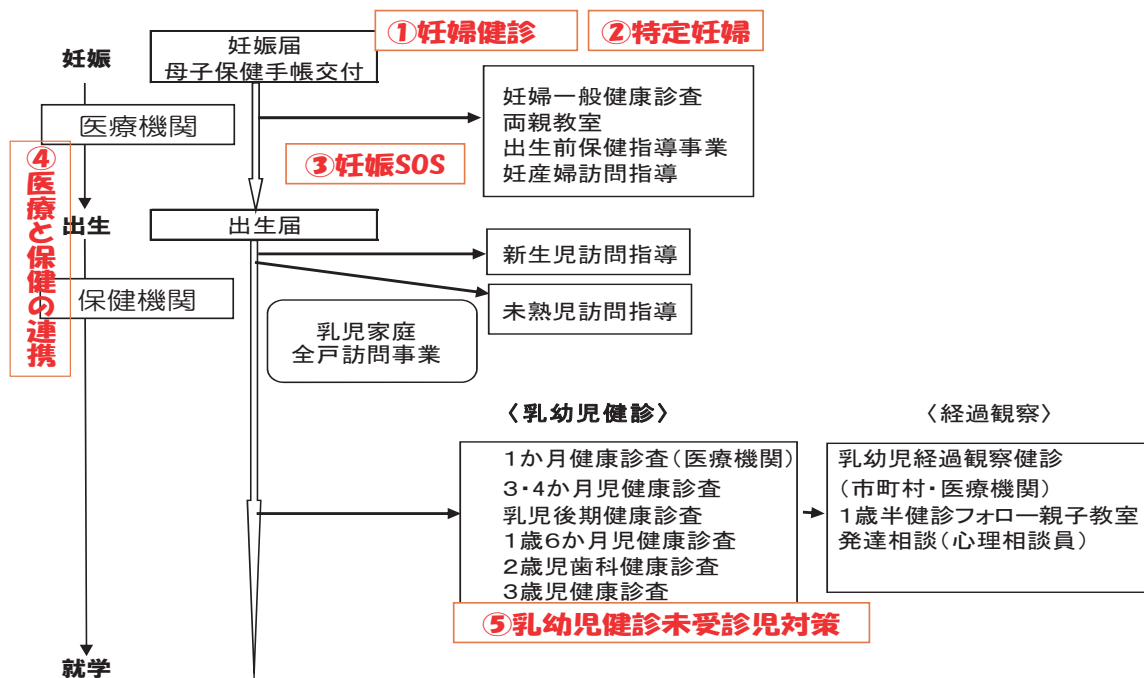


図3 市町村における母子保健活動

母子保健の理念は、「母性は、すべての児童がすこやかに生まれ、かつ、育てられる基盤であることにかんがみ、尊重され、かつ、保護されなければならない」（母子保健法第2条）という母性の尊重と「乳児及び幼児は、心身ともに健全な人として成長してゆくために、その健康が保持され、かつ、増進されなければならない」（母子保健法第3条）の乳幼児の健康の保持増進である。これはまさに「子どもの育ちを護り、母親の育ちを護り、家族の育ちを護る」ことであり父親/パートナーを含めた家族への支援を意味する。この理念と児童福祉法の「児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない」（児童福祉法第1条）の理念が重なり、妊娠期からの支援はますます重要になってきている。

ここでは、図3に示した市町村における母子保健活動のなかで、虐待予防の観点から強調されて①妊婦健診、②特定妊婦、③妊娠SOS、④医療と保健の連携、⑤乳幼児健診未受診者対策について述べる。これらの施策の背景には表1に示した「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次報告から第14次報告）（厚労省、2018）による地方公共団体および国への提言がある。虐待死亡事例の分析のなかで、母子健康手帳未発行、予期しない妊娠/計画していない妊娠、妊婦健診未受診、乳幼児健診未受診などが明らかになってきており、その対応として市町村における母子保健活動の妊娠から乳幼児健診の対策に反映されている。

表1 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等と法的整備

| 結果のポイント | | |
|-----------------|---|--|
| 第4次報告 H20.3 | ・虐待死では0-3歳が7割以上 ・妊娠期の問題：母子健康手帳未発行、望まない妊娠/計画していない妊娠、妊婦健診未受診 | H21.4児童福祉法の一部改正 「乳児家庭全戸訪問事業」(第6条の3) |
| 第7次報告 H23.7 | ・虐待死では0歳児が約4割 ・妊娠期・周産期の問題：望まない妊娠、妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行 ・第1次から第7次までの0日0か月死亡77事例の分析 | H23.7(通知) ・妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について ・妊娠・出産・育児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 |
| 第8次報告 H24.7 | ・虐待死では0歳児が4割強 ・若年妊娠、望まない妊娠、妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行、乳幼児健診未受診 | H24.11(通知) ・養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について ・児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について |
| 第12次報告 H28.9 | ・虐待死では0歳児が6割、その内0か月が5割強 ・望まない妊娠/計画していない妊娠、妊婦健診未受診 | H28.5 児童福祉法の一部改正：児童虐待の発生予防 ・母子健康包括支援センターの設置(母子保健法22条) ・支援を要する妊婦等の関係機関から市町村への情報提供 ・母子保健施策が児童虐待の発生予防・早期発見に資する(母子保健法5条) |
| 第13次報告 H29.8 | ・虐待死では0歳児が約6割、その内0か月が4割 ・予期しない妊娠/計画していない妊娠、妊婦健診未受診 | H29.3(通知) 要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について |

II. 母子保健施策における虐待予防

(1) 妊娠期のアセスメントと支援

地域における妊産婦への支援は虐待問題が社会化する以前から母性保健として推進され、母性尊重の理念を高め、すべての母性が健康を保持、増進する意欲をもつこととなるよう配慮され、重要とされていた。妊娠中の健康管理により妊産婦死亡、乳児死亡、低出生体重児の予防を目指した活動である。その後2000年から統計が取られるようになった「全国児童相談所での児童虐待相談対応件数」の著しい増加とともに虐待が社会問題化するなかで妊産婦の身体的側面だけでなく、妊産婦および家族の心

理・社会的側面を重視とした活動が展開されるようになってきた。

①妊婦健診

妊娠期の疾病、異常の早期発見は重要であり、妊娠中に受けるべき健康診査、保健指導の回数が決められている。市町村は妊婦健診の重要性について、母子健康手帳交付時などに妊婦等に周知・広報に努め、妊婦健康診査を実施する医療機関等と連携体制を構築し、養育支援を必要とする妊婦に適切な支援が提供できるようにしている。

妊婦健診回数等の基準については、次のようにすすめられてきた。

- 1966年「母子保健施策の実施について」厚生省児童家庭局長通知
- 1996年「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」厚生省児童家庭局通知により妊娠期の保健指導及び健康診査の回数は妊娠初期から妊娠23週まで：4週間に1回、妊娠24週から35週まで：2週間に1回、妊娠36週から出産まで：1週間に1回
- 2009年「妊婦健康診査の実施について」厚生労働省母子保健課長通知において妊娠期の受診回数は13～14回程度となり、公費負担についても14回程度行われることが望ましい
- 2015年「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」厚生労働省告示では虐待死亡分析から妊婦健診未受診が指摘され、『母子保健法』に加え、『子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部改正』に基づき、妊婦健診を妊婦一人につき出産までに14回程度、市町村は14回の妊婦健康診査実施に要する費用を負担するとされた。2016年度の調査で、市区町村は一人の妊婦に約10万円の妊婦健診受診料を負担している。

②特定妊婦への支援

特定妊婦は、児童福祉法第6条で、養育支援訪問事業を行う対象者の一つとして「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」とされ、同法25条では「地方公共団体は、単独でまたは共同して、要保護児童の適切な保護または要支援児童もしくは特定妊婦への適切な支援を図るため・・・要保護児童対策地域協議会を置く」とされている。特定妊婦の具体的内容としては表2が示されている（平成25年厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」）。

表2 妊娠中から支援を必要とする妊婦

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">●すでにきょうだいの養育において問題が生じている妊婦●支援者がいない妊婦●妊娠の自覚がない、知識がない、出産の準備をしていない妊婦●望まない妊娠をした妊婦●若年妊婦●こころの問題がある、知的な課題がある、アルコール依存・薬物依存などがある妊婦●経済的に困窮している妊婦●妊娠届未提出、母子健康手帳未発行、妊婦健診未受診、受診回数が少ない妊婦 |
|---|

③妊娠 SOS

子ども虐待による死亡事例検証報告」において、虐待死に至った親の背景として「予期しない妊娠／

計画していない妊娠」「妊婦健診未受診」「母子健康手帳未発行」が多いことが指摘されている。虐待の発生予防として第6次報告から「望まない妊娠について相談できる体制の充実と関係機関との連携強化」が提言され、第7次報告の「0日0か月死亡事例の分析」を経て平成23年7月の厚生労働省通知において「妊娠期からの妊娠・出産・子育てに係る相談体制等の整備について」が出された。地方公共団体においては妊娠・出産に関する相談窓口「妊娠SOS」が開設され、全国妊娠SOSネットワークが組織され、自治体による妊娠SOS相談、民間団体によるにんしんSOS相談など全国56か所（2019年9月現在）に拡大してきている。

④医療と保健の連携強化

出生児のほとんどが医療機関で出生しており、養育支援が必要な子ども・親・家族を把握するためには医療機関と保健機関の連携は不可欠である。医療機関から市町村への情報提供について、虐待死亡事例検証報告が出される度に厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課及び母子保健課から2004年、2011年、2012年、2016年と通知が出されている。

- 2004年「養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供について」では、医療機関からの積極的な情報提供が養育支援を必要とする家庭の早期把握のために重要であるとされた。
- 2011年「妊娠・出産・育児に養育支援を特に必要とする家庭にかかる保健・医療・福祉の連携体制の整備」では、母子保健活動を実施している市町村の役割として、医療機関から情報提供があった場合、医療機関と適切な情報共有ができるようにすることがもとめられている。医療機関の役割として、支援が必要と判断した場合は、妊産婦が居住する市町村に情報提供を行うことが示されている。情報提供の対象となりうる例として表3のような保護者の状況を示している。
- 2012年には「児童虐待防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」が出された。医療機関は、妊産婦や児童、養育者の心身の問題に対応することにより、要保護児童や養育支援を特に必要とする家庭を把握しやすい立場にある。児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応のためには、児童相談所及び市区町村の児童福祉・母子保健等の関係部署等が、医療機関（小児科をはじめ、産科や精神科、歯科等の妊婦や児童、養育者が受診する医療機関）と積極的に連携することが重要であるとされた。
- 2016年の児童福祉法改正において0日死亡予防に向けて、「支援を必要とすると思われる妊婦や児童・保護者を把握した医療機関、児童福祉施設、学校等はその旨を市町村に情報提供するよう努める」ことが規定され、医療機関と保健機関の連携はますます強化することが期待されている。

⑤乳幼児健診未受診者への家庭訪問

母子保健法第10条、第12条において乳幼児の健康相談、健診が規定され、2018年度の乳幼児健診受診率は3-5か月児健診95.8%、1歳6か月児健診96.5%、3歳児健診95.9%となっている（厚生労働省,2018）。このような高い受診率のなかで健診未受診児は虐待につながるリスクが高く、養育支援の必要な児であることが多い。未受診児とは、市町村が指定した日時に集団健診や個別健診（医療機関）を受診していない児である。未受診児家庭に対して保健師等は電話相談、家庭訪問などを行い、保護者や乳幼児の健康状態を確認し、必要な支援を行っている。家庭訪問しても不在、電話もつながらないなどで連絡が取れない場合は、要保護児童地域対策協議会に連絡し、要支援家庭として通告される。

表3 医療機関からの情報提供の対象となりうる保護者の例

- ・分娩時が初診
- ・精神疾患がある（産後うつを含む）
- ・知的障がいがある
- ・虐待歴・被虐待歴がある
- ・アルコールまたは薬物依存が現在または過去にある
- ・長期入院による子どもとの分離
- ・妊娠・中絶を繰り返している
- ・望まない妊娠（産みたくない、産みたいけれど育てる自信がない等）
- ・初回健診時期が妊娠中期以降
- ・多子かつ経済的困窮
- ・妊娠・出産・育児に関する経済的不安（夫婦ともに不安定な就労、無職等）
- ・若年（10代）妊娠
- ・多胎
- ・一人親・未婚・連れ子がある再婚
- ・産後、出産が原因の身体的不調が続いている
- ・子どもを抱かない等子どもの世話を拒否する
- ・子どもをかわいいと思えない等の言動がある
- ・夫や祖父母等家族や身近な支援がない
- ・医療を必要とする状況ではないが子どもを頻繁に受診させる
- ・育児知識・育児態度あるいは姿勢に極端な偏りがある
- ・衣服が不衛生
- ・DVを受けている
- ・過去に心中の未遂がある

2018年の「児童虐待防止低策強化に向けた緊急総合対策」において全国市区町村における乳幼児健診未受診、不就学等の調査が実施され、2,936人（2018年11月現在）の安全確認ができていないと報告されている（厚労省,2018）。

Ⅲ. 地域における妊娠中から支援が必要な妊婦（特定妊婦）の把握と支援の実際

(1) 妊娠期からのポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ

保健機関においては妊娠届出時の機会を利用することで市町村における全数の妊婦を把握することができる。そのなかで支援を必要とする妊婦を見極め、医療機関や関係機関と連携した支援を行っている。地域における支援の特徴は、妊婦全員に対するポピュレーションアプローチと支援を必要とする妊婦へのハイリスクアプローチを並行してできることである。

ポピュレーションアプローチのなかで最も重要な時期は、母子健康手帳発行時面接である。面接は次のことを留意して行う。

- 妊娠したことを祝福し、妊婦の体調を気遣う
- 母子健康手帳の使い方を説明する。紛失した場合は再発行できることを説明する。
- 妊婦健診・マタニティ歯科検診受診券の使い方などを説明する（里帰りの場合の制度の説明）
- 妊娠期、出産後利用できる母子保健事業について説明する
- 地区担当保健師がいるので、いつでも相談できることを伝える

この面接で、妊婦や家族が安全な妊娠・出産をむかえることができるとアセスメントした場合、地域における子育て支援に関する情報提供などを行う。図4はA市で実施している妊娠中3回の応援レターや相談カードなどのポピュレーションアプローチの例である。応援レターは、妊婦の体調を気遣うとともに胎児の発達を図で示し、母性を育む内容となっている。

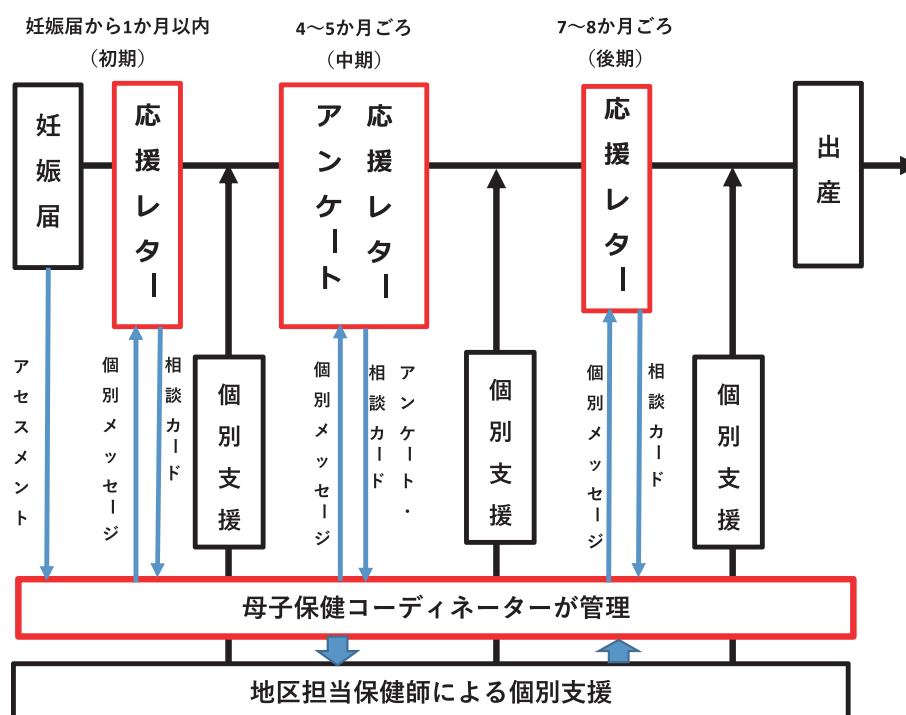


図4 A市における妊娠中の支援内容（岡本・河村・上野：第5回日本公衆衛生看護学会学術集会：仙台，2017）

母子健康手帳交付時の面接などから支援が必要と判断した場合は、母子保健コーディネーターまたは地区担当保健師につなぐ。地区担当保健師が電話連絡、家庭訪問などをおこない、再度アセスメントを行い、地区担当保健師が継続して支援を実施する。この時点で妊娠中から養育上の支援が必要と判断した場合は、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会に連絡して関係機関と連携しながら支援を行っていく。

妊娠中及び出産後早期に支援を必要としている人をアセスメントする内容として Browne(2006) らは、虐待の予測因子とし導き出された内容から構成される『ニーズの指標』をあげている（表4）。これらは虐待のリスク要因を結合し、保健、医療、福祉の専門職が子育て支援において継続的なサービスを必要とする家族を見極めるためにリスク要因を内容により1～3点に重みづけ、スコア化し、5点以上が「支援を必要としている」となる。

(2) 妊婦 / 母親、家族の背景を理解することから始まる支援

支援を必要としている親について表4に示した項目だけ理解することが難しい。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く、関係の取りにくさ、支援を受け入れてもらえない、指導が入りにくい等がある。つながりにくさがある親の背景を理解し、妊娠中から保健指導を行っていくことが必要である。これまでの保健機関で妊娠中に把握し、医療機関と連携してかわることができた事例の分析から、関係機関とつながりにくい親の背景を理解し、それに合わせた支援が行っていくことの重要性が示唆された（光田ら、2016）。

支援が難しい妊婦や親への関わりにおいては、関係の取りにくさ、訪問拒否、自己中心的要求、指導の入りにくさなどがあり、支援者はそれに振り回されてしまいがちである。彼らを実に支援していくには支援者である保健師や助産師がこの難しさに対して支援方法を変えていくことが必要である。そのためには面接時や保健指導時に表4の内容以外に妊婦の次のような言動に着目する。

- ・ 家族の状況の複雑さ
- ・ 人間関係における距離の取りにくさ
- ・ 産まれてくる子どもへの思いの希薄さ
- ・ 自分のからだをいたわらない行動
- ・ 産むことへの迷い
- ・ 出産準備が進まない などである。

これら言動の背景には、被虐待歴など子ども時代に愛された経験がない、共感して対応してもらった経験の乏しさがあるのかもしれない。それらを察知することが妊婦、親との関係構築の第一歩となる。支援がつながりにくい人への関わりにおいて表5のような対応が必要となる。

表4 ニーズの指標

| | |
|--|---|
| 分娩後合併症があった/健康状態に問題があったため、子どもとの分離があった | 1 |
| あなたまたはパートナーは21歳未満である | 1 |
| あなたまたはパートナーは子どもと血縁関係にない | 1 |
| 双子またはきょうだいとの間隔が18か月未満の子どもがいる | 1 |
| あなたまたはパートナーには身体的あるいは精神的障害のある子どもがいる | 1 |
| あなたまたはパートナーには頼れる人がおらず、孤立感を抱いている | 1 |
| あなたまたはパートナーは深刻な経済的問題を抱えている | 2 |
| あなたまたはパートナーは精神疾患またはうつ病の治療歴がある | 2 |
| あなたまたはパートナーは薬物またはアルコール依存がある | 2 |
| あなたまたはパートナーは子どもの頃に身体的あるいは性的虐待を受けたことがある | 2 |
| あなたの子どもは、(a)重度の病気、(b)未熟児、(c)出生時体重が2.5kg未満である | 2 |
| あなたはパートナーがいない | 3 |
| 家庭内に暴力を振るう大人がいる | 3 |
| あなたまたはパートナーは子どもに対して無関心である | 3 |

※5点以上のスコアは、子どもが「支援を必要としていること」家族が照会および継続支援をもとめていることを示す

表5 支援がつながりにくい人への対応

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

支援がつながりにくい人を単にかかわりが難しい、関係が取りにくい、自己中心的としてみるのではなく、表面化していない妊婦の子ども時代やこれまでの生育歴のなかの辛い体験を少しでも理解できるようにしながら、彼ら一人ひとりが大事な人であることを伝え、心地よいと思える関係をつくっていくことから支援は始まる。これらの関係づくりから妊婦/親とパートナーシップを築きながら切れ目ない支援を継続していくことが重要である。

パートナーシップとは、専門的知識が必要な治療や医療・保健・福祉等に関することを専門職が親と協働して行うアプローチである（イギリス保健省・内務省・教育雇用省,1999）。「親は専門職と協力して、自分や子どものニーズを考えるように促され、家族にとってどのような種類の支援やサービスが必要かを自ら決めることができる」ように働きかける（Browneら,2006）。親にとって保健師や助産師が、自分自身がより成長できるように援助してもらえ人と認識できるようにすることである。そのためには、親の問題（虐待やネグレクトから生じている問題）から入るのではなく「親とともに」、親が今困っていることに対して、親ができていることを認め、親の長所を見つけながら、また親がそれを自分で見つけることができるような支援を行っていくことである。

また支援においては関係機関との連携が不可欠である。虐待予防は一職種、一機関で行っていくものではないことは、支援の原則であり、関係機関との情報共有は必須である。そのためにはまず同一機関内での情報共有、次に関係機関と連携をとる。保健機関内で情報共有する事例としては

- 医療機関から連絡があったケース
- 家庭訪問しても不在が続く、ケースからの連絡もない
- 親が拒否的
- 家庭訪問時に親の気になる言動がある などがあげられる。

また、医療機関や福祉機関などの関係機関との連携においては、以下のような保健師活動の特徴を理解してもらうことが重要である。

- 地域では家庭訪問を通して親子の健康状態へのケアや生活状況に基づいて支援ができるという強みがある
- 保健機関の家庭訪問の特徴は、家族の見守り（監視・モニター）ではなく、支援ができること、共感性のある親支援や具体的な生活支援をメインにしていることなど

【文献】

- ・母子衛生研究会：わが国の母子保健平成 30 年. 母子保健児事業団,2018
- ・Browne, K.et al: A community health approach to the assessment of infants and their parents: CARE programme. John Wiley & Sons, 2006/ 上野昌江・山田和子監訳ケヴィン・ブラウン著：保健師・助産師による子ども虐待予防 CARE プログラム. 明石書店,2012
- ・イギリス保健省・内務省・教育雇用省 / 松本伊智朗ほか訳：子どもの保護のためのワーキング・トゥギャザー 児童虐待対応のためのイギリス政府ガイドライン. 医学書院,2002
- ・厚生労働省：子ども虐待による死亡事例等の検証結果について 第 1 次報告～ 14 次報告 .2005 ～ 2018
- ・厚生労働省：平成 29 年度地域保健・健康増進事業報告の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/17/dl/kekka1.pdf>. 2018
- ・厚生労働省：乳幼児健診未受診者、未就園児、不就学児等の緊急把握調査結果【概要】.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000484428.pdf>. 2018
- ・光田信明他：「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)」 / 上野昌江他：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. 厚生労働科学研究費補助金（生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）（分担）研究報告書, 2016
- ・岡本かおり、河村清美、上野昌江：ポピュレーションアプローチによる妊娠期の支援方法の検討. 第 5 回日本公衆衛生看護学会, 仙台, 2017
- ・子ども家庭総合研究所：子ども虐待対応の手引き. 有斐閣, 2014
- ・全国妊娠 SOS ネットワーク：<http://zenninnet-sos.org/contact-list>,2016

第5章 社会的ハイリスク妊婦支援における連携・協働の実際

I. 連携とは

「連携」とは、同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと（新村，2018，P3126）と定義される。医療においては、「チーム医療」の必要性から医療者間の「連携」が注目されるようになった。筒井らは、「連携」を異なる専門職や機関（組織）がより良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動することと定義している（筒井，東野，2006）。吉池らは連携について、「共有化された目的を持つ複数の人及び機関が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」と定義し、協働を実現するための過程を含む手段的概念であるとしている。連携の過程には、①単独解決できない課題の確認、②課題を共有しうる他者の確認、③協力の打診、④目的の確認と目的の一致、⑤役割と責任の確認、⑥情報の共有、⑦連続的な協力関係の展開の7段階が示されている（吉池，栄，2009）。

連携・協働・連帯のそれぞれの定義

連携：連絡をとり協力し合って物事を行うこと、同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと¹⁾。

協働：協力して働くこと²⁾。

連帯：物事を行うためにむすびつくこと。また、二人以上が連合して事に当たり同等の責任を帯びること³⁾。

【引用文献】

新村 出. (2018). *広辞苑* (第7版). P3126. 東京：岩波書店

筒井 孝子，東野 定律. (2006). 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. *日本公衆衛生雑誌*, 53(10), 762-776.

吉池 毅. 栄 セツコ. (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理：精神保健福祉実践における「連携」に着目して. *桃山学院大学総合研究所紀要*, 34 (3), 109-122.

1) 新村 出. (2018). *広辞苑* (第7版). P3126. 東京：岩波書店

2) 新村 出. (2018). *広辞苑* (第7版). P769. 東京：岩波書店

3) 新村 出. (2018). *広辞苑* (第7版). P3128. 東京：岩波書店

II. 連携体制の構築に向けて

社会的ハイリスク妊婦においては妊娠早期から地域と産科機関の多職種・多機関の連携が必要になってくる。地域での母子健康手帳交付時や産科施設の初診時は多くの妊婦が訪れる機会であり、妊婦と対面するチャンスである。妊娠早期から、妊婦の身体的異常だけでなく社会的な問題も把握するように努め、把握した場合は、さまざまな職種・機関に情報提供を行い話し合いの場を設け、ともに協力して支援を行うことが必要である。また、関係機関に対しては情報提供のフィードバックをすることや、お互いの役割を再確認し役割分担して支援を提供することも重要である。地域・医療機関等の垣根を越え、普段

から顔が見え何でも相談できる関係を築いていくことが、支援にとって欠かせないのではないだろうか。

連携に必要な関係性として「顔の見える関係」という概念がよく見られる。「顔の見える関係」とは、どのような状況であるのか。森田ら(2012)は「顔の見える関係」について、①単に名前と顔が分かるという関係ではなく、②考え方や価値観、人となりがわかる関係、さらに③信頼感をもって、一緒に仕事ができる関係を含む概念であると示している。このような「顔の見える関係」が構築されることにより、①安心して連絡しやすくなる、②役割を果たせるキーパーソンがわかる、③相手に合わせて自分の対応を変える、④同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる、⑤責任をもった対応をする、といった連携を円滑にする機能が生まれることも言及している。

細田(2012)は、「専門性志向」と「協働志向」というチーム医療の要素からチーム医療の困難性を示している。専門家としての知識や技術を果たすという「専門性志向」と協力して業務を行おうという「協働志向」のバランスを達成するためには、共通の目標を持ち、患者の最善の利益のために協働することが述べられている。各職種が専門性を発揮しながら、それぞれの役割を委譲することなく対等な立場での活動がチーム医療の基盤となる。

多職種連携に向けて、連携を実現するためには、専門職間のコミュニケーション実践が重視され、それぞれの専門職はこの能力が必要となる。近年、多職種連携に特化した教育として、多職種協働教育の重要性が認識されるようになった。多職種連携教育は、専門職間連携教育(Inter-professional Education)と示され、英国のUK Centre for the Advancement of Interprofessional Educationは、複数の専門職が連携およびケアサービスの質の改善を目的に、共に働くために共に学び、お互いから学び合いながら、他の専門職について学ぶことであると示されている(内海他,2015)。チームが有する障壁を排除するために、協働実践のための役割と責任を持ち、職種間コミュニケーションをとるためのトレーニングを積極的に推進することは必須であると考えられる。

【文献】

森田 達也・野末 よし子・井村 千鶴.(2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? . Palliative Care Research, 7(1), 323-333.

細田 満. 「チーム医療」とは何か: 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. 東京: 日本看護協会出版会.

内海 美保, 孫 大輔, 川村 和美, 中島 美津子.(2015). 効果的なIPWに向けたIPEの取り組み. 薬学雑誌, 135(1), 131-135.

Ⅲ. 産科施設における社会的ハイリスク妊婦への支援体制の実態調査

全国の産科施設における社会的ハイリスク妊婦に対する支援体制の実態を明らかにすることを目的とし、全国の分娩を取り扱っている病院・診療所・助産所に対し、2019年9月～10月にかけて無記名自記式調査を実施し、732施設から回収し(回収率29.1%)、714施設から有効回答を得た(有効回答率97.8%)。

(1) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設内の体制

①社会的ハイリスク妊婦のスクリーニング実施率

妊婦に対して社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている施設は426施設(60.6%)であっ

た。施設形態別に比較すると、周産期母子医療センター 136 施設 (79.1%)、周産期母子医療センター以外の病院 (以下その他の病院) 126 施設 (62.4%)、診療所 132 施設 (53.4%)、助産所 32 施設 (39.0%) であり、施設形態別で違いがあった (表 1)。

表 1 社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングの実施設数 (n=714)

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

②産科施設内における連携体制

表 2 に示すように、総合周産期母子医療センターでは 44 施設 (93.6%)、地域周産期母子医療センターでは 116 施設 (93.5%) で、施設内の多職種との支援検討の場があった。地域周産期母子医療センターにおいて精神科医師との支援検討の場を設けている施設は 44 施設 (35.5%)、臨床心理士との支援検討の場は 46 施設 (37.1%) であった。その他の病院では 147 施設 (72.4%)、診療所 125 施設 (51.0%) で看護職以外の他職種 (医師と看護職の 2 職種を含む) との支援検討の場があった (表 3)。

表 2 総合 / 地域周産期母子医療センターにおける支援検討の場 (n=172)

| | 総合周産期母子 医療センター (n=48) | 地域周産期母子 医療センター (n=124) |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | n (%) | n (%) |
| 施設内の多職種との支援検討の場 | | |
| あり | 44 (93.6) | 116 (93.5) |
| 支援検討の場に参加している職種 (複数回答) | | |
| 産科医師 | 38 (79.2) | 99 (79.8) |
| 医療ソーシャルワーカー | 41 (85.4) | 97 (78.2) |
| 精神科医師 | 26 (54.2) | 44 (35.5) |
| 臨床心理士 | 32 (66.7) | 46 (37.1) |
| 小児科医師 | 28 (58.3) | 85 (68.5) |

表 3 その他の病院・診療所における支援検討の場 (n=456)

| | その他の病院 (n=206) | 診療所 (n=250) |
|-----------------|-------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) |
| 施設内の他職種との支援検討の場 | | |
| あり | 147 (72.4) | 125 (51.0) |
| 支援検討の場に参加している職種 | | |
| 産科医師 | 135 (91.8) | 124 (99.8) |
| 産科医師以外の職種 | 12 (8.2) | 1 (0.2) |

(2) 社会的ハイリスク妊婦への産科施設と多機関との連携

①産科施設と多機関との連携

表4のように産科施設と多機関との支援検討の場があるとした施設は、全体で510施設(73.0%)であったが、施設形態で違いがみられた。定期的にあると回答した施設は全体で213施設(30.5%)であった。また、産科施設と施設外の多機関で最も多い機関は市町村(母子保健担当)で469施設(92.0%)であった(表5)。

表4 多機関と支援を検討する場がある施設(N=714)

| | 全施設 (n=714) | 周産期母子 医療センター (n=172) | その他の 病院 (n=206) | 診療所 (n=250) | 助産所 (n=86) |
|-----------|----------------|----------------------------|-----------------------|----------------|---------------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| あり | 510 (73.0) | 152 (89.4) | 157 (77.0) | 148 (60.2) | 53 (67.1) |
| 定期的(複数回答) | 213 (30.5) | 54 (31.8) | 69 (33.8) | 71 (6.5) | 19 (3.8) |
| 必要時(複数回答) | 324 (46.4) | 113 (66.5) | 98 (48.0) | 78 (30.2) | 35 (43.0) |
| 未回答 | 15 | 2 | 2 | 3 | 7 |

表5 支援検討している機関(n=510)

| | n (%) |
|--------------------|------------|
| 市町村(母子保健担当) | 469 (92.0) |
| 市町村(子育て世代包括支援センター) | 241 (47.3) |
| 児童相談所 | 232 (45.5) |
| 都道府県保健所 | 161 (31.6) |
| 他施設の精神科 | 63 (12.4) |
| 他施設の小児科 | 49 (9.6) |

②産科施設と市町村情報共有

2018年に分娩が0件であった5施設と社会的ハイリスク妊婦が0人であった施設を除き、社会的ハイリスク妊婦の情報を市町村へ情報提供したことがある施設は608施設(96.2%)であった。そのうち、市町村からの支援経過などの報告(フィードバック)があった施設は559施設(93.3%)であった。図1は産科施設から市町村への情報提供件数と市町村からのフィードバック件数の比較を示している。産科施設から市町村への情報提供は妊娠中には403設(79.3%)合計6561件、分娩入院中326施設(63.1%)合計7603件、退院後423施設(85.8%)合計

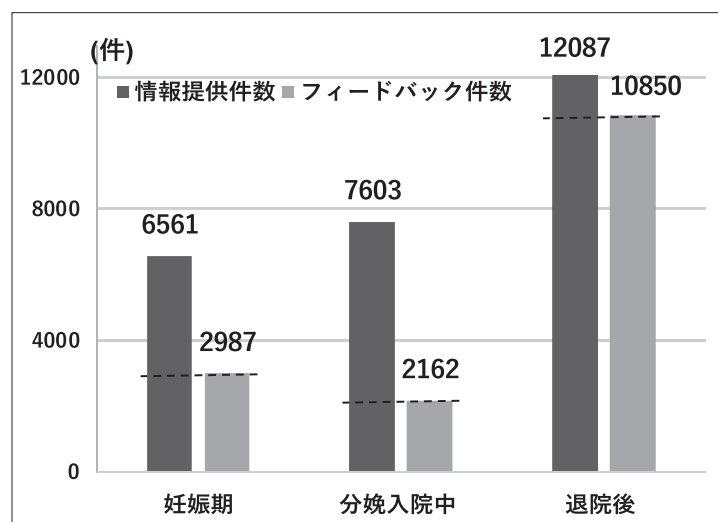


図1 産科施設から市町村への情報提供件数とフィードバック件数の比較

12087 件で行われていた。市町村からのフィードバックは妊娠中には合計 2987 件、分娩入院中には合計 2162 件、退院後は合計 10850 件であった。

(3) 調査からわかったこと

産科施設において、社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングが十分に行われていないこと、施設内外の多職種多機関連携が十分でないことが明らかになった。

第6章 社会的ハイリスク妊婦に関わるさまざまな支援・事業

Ⅰ. 周産期に関わる支援・事業

(1) 妊娠 SOS

妊娠 SOS は、「予期せぬ妊娠の相談窓口」である。厚生労働省の「子ども虐待死亡事例等の検証結果等について」において、「様々な事情により妊婦やそのパートナーが妊娠を継続することや子どもを産み育てることを前向きに受け止められず、支援を必要とする状況や状態にあること」を「予期しない妊娠／計画していない妊娠」と定義しており、その背景と概況は、「第4章 II 2. (1) ③妊娠 SOS」に記載のとおりである。

妊娠 SOS は、自治体が直営または委託により運営、NPO 等が運営しており、自治体では母子保健事業である女性健康支援センター事業、児童福祉事業である産前・産後母子支援事業として運営しているところが多い。相談手段は面談、電話、メール等であり、妊娠したいきさつを誰にも話せずにいることが多くほとんどが匿名で相談を受け付けている。どんなことでも相談できるよう、相談窓口の敷居を低くすることが重要である。

妊娠 SOS では、相談してくれたことをねぎらい、妊娠検査薬を購入し検査することを励まし、結果が陽性であったなら一緒にどうするか考えるので教えて欲しいことを伝え、妊娠の中絶と出産についての情報を提供し、他の誰でもなく当事者がどうするか決めるということを重視してそのプロセスを支援している。子どもを出産せざるを得ない時期での相談では、自分で子育てする場合に利用できるサービスに加えて、育てられない場合には特別養子縁組等の情報提供を行っているところもある。

予期せぬ妊娠での困りごとは、生活の問題に加え親やパートナーとの関係性の問題であることがあり、一時の支援ではなく、地域での生活者として自治体保健師の継続的支援が必要である。それには、住民票の有無に限らず居住しているところと氏名を把握し、保健師につなげる必要があり、妊娠 SOS の力量が問われるところでもある。

十代だから絶対に親に言わなくてはならない、また、医療機関を受診しなくてはならない、どうしてここまで受診しなかったのか等の指導や非難の対応では次の相談ができないことは容易に想像できることである。これらのことができないからこそ妊娠 SOS に相談しているのであり、このような背景は自治体に妊娠届出を行い母子健康手帳を取得する妊婦にもある。妊娠 SOS の相談員と自治体で妊娠届出時を受理する職員は、予期せぬ妊娠に対する面談・支援技術の向上を図ることが求められている。

(2) 産前・産後サポート事業

平成 26 (2016) 年から始まった市区町村の任意事業である妊娠・出産包括支援事業のひとつである。身近に相談できる者がいないなど、支援を受けることが適当と判断される妊産婦及びその家族を対象に、助産師等の専門職または子育て経験者やシニア世代等の相談しやすい「話し相手」等による相談支援を行い、家庭や地域での妊産婦等の孤立感解消を図ることを目的として実施されている。方法は訪問等のアウトリーチや個別・集団のデイサービスにより行われており、令和 2 年度からは多胎ピアサポート、多胎妊産婦サポーター等による多胎妊産婦への支援、妊産婦等への育児用品等による支援も開始される。

(3) 産後ケア事業

産前・産後サポート事業と同様に、平成 26（2014）年から始まった市区町村の任意事業である妊娠・出産包括支援事業のひとつであったが、令和元（2019）年 12 月に公布された改正母子保健法において市区町村の努力義務事業となり、令和 3（2021）年 4 月に施行される。対象時期は出産直後から 4 か月頃までが目安とされていたが、母子保健法による本事業は 1 歳未満までとなる。

対象者は家族等から十分な家事及び育児など援助が受けられない褥婦及び産婦並びにその新生児及び乳児であって、産後に心身の不調または育児不安等がある者、またはその他特に支援が必要と認められる者に、母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保することを目的としている。内容は、原則として①褥婦及び新生児に対する保健指導及び授乳指導（乳房マッサージを含む）、及び②褥婦に対する療養上の世話をを行い、必要に応じて③産婦及び乳児に対する保健指導、または④褥婦及び産婦に対する心理的ケアやカウンセリング、または⑤育児に対する指導や育児サポート等を、宿泊型やデイサービス型、アウトリーチ型で実施する。利用期間は原則 7 日以内で、利用料を徴収（市区町村による負担軽減がある）して助産師等の専門職が実施している。

(4) 子育て世代包括支援センター

子育て世代包括支援センター（以下、「センター」とする）は、法律上では平成 28（2016）年 6 月改正の母子保健法に位置づけられた母子健康包括支援センターであるが、平成 28（2018）年 6 月 3 日付雇児発 0603 第 1 号通知の「Ⅱ 児童虐待の発生予防」において、子育て世代包括支援センターであるとされ、令和 2（2020）年度末までの全国展開が目指されている。子育ての最悪の事態である子ども虐待を予防するため、通知により母子保健にとどまらず包括的に妊娠期から切れ目なく子育てを支援することが明確に示された。

センターは妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無に関わらず、予防的な視点を中心とし、全ての妊産婦（産婦：産後 1 年以内）、乳幼児（就学前）とその保護者を対象とするポピュレーションアプローチを基本し、特により専門的な支援を必要とする対象者については、地区担当保健師や児童相談所との連携によって対応する。また、センターはあらゆる課題や相談事項に単独で対応する場ではなく、関係機関の連携と支援のための連絡調整の中核であり、妊産婦・乳幼児等の情報をセンターに一元化して把握することでリスク把握の精度を高めるとともに、適切な支援と事後のフォローアップができるよう、関係機関間の重層的な連携を強化し地域との協力関係を整備するとされている。センターでの個別支援は利用者目線に立った信頼性構築による支援を目指しており、妊娠届出時の面談は個室で行い、名前を名乗り母子健康手帳に担当者名を記載する等の工夫が各自治体で行われている。

（佐藤 拓代）

Ⅱ. 福祉に関わる支援・事業

(1) 児童福祉法に基づく児童相談所の役割

児童福祉法に基づき、国は「児童相談所運営指針」において、児童相談所は、市町村と適切な協働・連携・役割分担を図りつつ、子どもに関する家庭その他からの相談に応じて、子どもが有する問題又は子どもの真のニーズ、子どもの置かれた環境の状況等を的確に捉え、個々の子どもや家庭に適切な援助を行い、もって子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護することを主たる目的として、都道府県、指定都市及び児童相談所設置市に設置される行政機関である、とその役割について示している。

また、児童福祉法では、児童相談所が、子どものみならず、妊産婦についての業務を行うことを規定している。法第 11 条では、児童及び妊産婦の福祉に関し、以下の業務を行うことが義務付けられている。

- イ 各市町村の区域を超えた広域的な見地から、実情の把握に努めること。
- ロ 児童に関する家庭その他からの相談のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものに応ずること。
- ハ 児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと。
- ニ 児童及びその保護者につき、ハの調査又は判定に基づいて心理又は児童の健康及び心身の発達に関する専門的な知識及び技術を必要とする指導その他必要な指導を行うこと。
- ホ 児童の一時保護を行うこと。
- ヘ 里親に関する業務を行うこと。(普及啓発、里親への相談支援、里親委託調整等)
- ト 児童を養子とする養子縁組に関する者(児童、父母、養親)について、その相談に応じ、必要な情報提供、助言その他の援助を行うこと。

上記の業務を行うため、児童相談所は、相談・調査・支援を担当する児童福祉司、心理診断・心理療法等の支援を担当する児童心理司、精神科もしくは小児科を専門とする医師、保健師、一時保護所の児童指導員及び保育士、看護師、栄養士等の職員を配置している。

(2) 社会的ハイリスク妊婦に対して実施する児童相談所の支援及び機能

①妊婦及び家族に関する調査

市町村母子保健担当課が、妊娠届出時に妊娠届出票や保健師面接等で把握した社会的ハイリスク妊婦について、医療機関と連携し、今回の妊娠状況、妊婦の健康状況、生活歴や生活状況、支援者の有無、支援機関の受け入れ状況等について情報収集した結果、危険度・緊急度が高い場合、要保護児童対策地域協議会に報告する。

その際、リスク判断に必要な調査ができていなかった場合は、要保護児童対策地域協議会が関係機関への資料又は情報の提供を求める(児童福祉法第 25 条の 3)もしくは児童相談所が調査することができる(児童福祉法第 11 条)。

具体的には、妊婦の健康状況に関する医療機関への調査、妊婦の生活歴や親族関係、家庭環境に関する関係機関への調査があげられる。調査した結果、明らかになった情報を要保護児童対策地域協議会において共有する。

②出産後の子どものリスクに関する共同アセスメント

市町村母子保健担当課から要保護児童対策地域協議会に報告のあった妊婦だけでなく、産科医療機関から児童相談所へ直接連絡のあった妊婦は、妊娠期から出産後の子育てにおいて支援の必要性が高いと判断することが多い。

そのため、児童相談所は、速やかに、できるかぎり市町村母子保健担当課・児童家庭相談担当課とともに医療機関を訪問し、主治医、看護師、助産師、ソーシャルワーカーなどから直接状況を聴取する。その際、医療機関が懸念されたリスクに加え、妊婦健診等で把握された、妊婦の生活状況及び生活歴、健康状態、パートナーとの関係や家庭環境、支援者の存在など具体的な情報を確認することにより、出産後の子どものリスクについて、医療・保健・福祉共同でアセスメントを行う。

その後、妊娠発覚時、出産直前、出産・入院期、退院直後から2週間、1か月健診までという各段階において、必要に応じて、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議を医療機関に集まって実施し、関係機関が情報共有し、共同アセスメントの上、支援プランを作成し、役割分担を行う。

③一時保護

児童相談所長は、必要があると認めるときは、子どもの安全を迅速に確保し適切な保護を図るため、または子どもの心身の状況、その置かれている環境その他の状況を把握するため、子どもの一時保護を行い、または適当な者に一時保護を委託することができる。(児童福祉法第33条)

妊婦の状況により、出産して退院後在宅になれば子どもの生命のリスクが高いと認められた場合、児童相談所は、当該子どもに対する養育実績がない場合も含め、退院前の一時保護を検討する。

児童相談所が、出産後の子どもの虐待リスクをアセスメントし、一時保護の必要性を判断するためには、医療や保健の関係機関が把握した、以下の具体例のような情報が必要となる。

- ・ 妊婦の居所が安定しない。居所不明になる可能性がある。
- ・ 経済的に困窮しており、養育できる環境にない。
- ・ 生活歴について、被虐待歴やDV歴、子どものきょうだいへの虐待歴等がある。
- ・ 妊娠について、16歳未満の妊娠、望まない妊娠、胎児への無関心・拒否的な言動、妊婦健康診査未受診や中断がある。
- ・ 精神疾患や障害により、養育に困難があるが、支援を受け入れない。 など。

通常、児童相談所は、子どもが受傷するなど虐待(おそれも含む)が認められた場合に一時保護を行う。しかし、国の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」が示すとおり、死亡事例の6割を超える子どもの年齢が「0歳」であり、乳児への虐待が生命の危険に直結することから、虐待が起こる前の一時保護が求められていると言える。

一方、児童相談所が行う一時保護の期間は、開始した日から二月を超えてはならないとされ、その規定にかかわらず、児童相談所長が、必要があると認めるときは、家庭裁判所の承認を得て、引き続き一時保護を行うことができる(児童福祉法第33条)。そのため、児童相談所は、引き続き一時保護を行う必要性の根拠を家庭裁判所に示すため、医療機関が認める保護者の状態像や具体的な子どものリスク、医学的アセスメント等の医療機関の意見・情報の提供について、協力を求める場合がある。

④養育困難を訴える妊婦への支援

18歳未満の妊婦は、心身ともに未成熟であり社会生活能力を獲得する途上にあることから、「支援を要する妊婦」であると同時に、自立支援を必要とする「要支援児童」ととらえる必要がある。そのため、児童相談所は、市町村母子保健担当課・児童家庭相談担当課や産科医療機関、所属する学校等と連携し、妊婦やその保護者との関係調整や生活支援を行う。特に、妊婦が未婚である場合、妊婦の親が、生まれてくる子どもの親権者になることから、妊婦及びその親が子どもの養育についてどのように考えているのか、慎重に確認していく必要がある。

また、妊婦が出産後、生活状況や妊婦の体調などから、退院後すぐに子どもを自分で養育することが困難であり、養育環境を整える時間が必要である場合、児童相談所は、養育里親委託や乳児院入所を勧める。その際、親子の愛着関係を育むための親子面会や育児スキルの獲得、養育環境の準備に向けて計画的な支援を行う。

さまざまな事情があり、子どもを自分で養育できない妊婦に対しては、児童相談所は、子育てを支援する制度や機関等の情報提供とともに、育ての親となる養子縁組里親への委託及び、法的にも養子縁組里親と親子になる特別養子縁組制度について説明し、慎重に意向を確認する。その際、妊婦が子どもの幸せを第一に考え、それぞれの選択肢を理解し決断できるよう、関係者と連携して支援することが重要である。

(3) 児童福祉法による子育てを支援するサービス

①乳児家庭全戸訪問事業

市町村が、生後4か月までの乳児のいる全ての家庭に、保健師、助産師、保育士、児童委員等を訪問させ、乳児や保護者の心身の状況、養育環境等の把握を行い、養育についての情報提供、助言その他の援助を行う。

②養育支援訪問事業

市町村が乳児家庭全戸訪問事業などにより把握した、保護者の養育を支援することが特に必要と判断される家庭に対して、保健師、助産師、保育士等が訪問し、養育に関する相談や育児・家事援助を行う。

③短期入所生活援助（ショートステイ）事業

保護者が病気等の理由により、子どもを養育することができない場合、緊急一時的に児童福祉施設で短期間預かる。市町村が実施施設や利用期間、利用要件を定める。

④夜間養護等（トワイライトステイ）事業

保護者が、仕事その他の理由により平日夜間又は休日に子どもを養育することが困難な場合、実施施設において保護し、食事提供等の支援を行う。市町村が実施施設や利用期間、利用要件を定める。

⑤小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム）（児童福祉法）（大塚公美子）

養育者の家庭に児童を迎え入れて養育を行う家庭養護の一環として、要保護児童（保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童）に対し、この事業を行う住居（ファミリーホーム）で、児童間の相互作用を活かしつつ、児童の自主性を尊重し基本的な生活習慣を確立するとともに、豊かな人間性及び社会性を養い、児童の自立を支援するための事業。実施主体は都道府県、指定都市、児童相談所設置市。

(4) 里親制度と特別養子縁組

①里親とは（児童福祉法）

保護者による養育が困難になった子どもについて、児童相談所の委託措置を受けて家庭で養育する。都道府県（指定都市・児童相談所設置市）が、里親希望者を調査し、里親として認定・登録する。里親には、一定期間子どもを養育する「養育里親」、子どもと養子縁組することを前提に委託を受ける「養子縁組里親」、養育に特に支援が必要と認めた子どもを預かる「専門里親」、子どもの親が死亡・拘留等により3親等内の親族が預かる「親族里親」がある。

②特別養子縁組とは（児童福祉法）

保護者のない子ども又は保護者による養育が望めない子どもに温かい家庭を与え、その子どもの養育に法的安定性を与えることにより、パーマネンシー（恒久的な養育環境）を必要とする子どもが適合する養親と養子縁組を結べるよう、子どもの健全な育成を図る養子縁組制度は、「普通養子縁組」と「特別養子縁組」がある。

特別養子縁組は実親との法的な親子関係が切れ、戸籍上は長男・長女等と記載される。しかし、裁判所での審判決定によることは記載され、実親をたどることはできる。

特別養子縁組の手続きは、養親となる者が居住地の家庭裁判所に申し立てを行い、6か月以上の養育状況を踏まえ、審判により成立する。特別養子縁組は、父母による監護が著しく困難又は不適当である等特別の事情がある場合において、子どもの利益のために特に必要があると認められるときに成立する。

③民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童保護に等関する法律（大塚公美子）

近年、民間の養子縁組あっせん事業者による養子縁組の成立件数は増加しており、その事業運営の透明化や適正化がますます重要になっている。民間あっせん機関による適正な養子縁組のあっせんを図るとともに児童の福祉の増進に資するため、議員立法として「民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律」が、平成28年12月9日に成立した。この法律は、養子縁組あっせん事業を行う者について許可制度を実施し、その業務の運営を確保するための措置を講ずるものである。民間あっせん機関の許可の基準、手数料、業務内容等について明記されている。

【文献】

厚生労働省「児童相談所運営指針」

大阪府福祉部子ども室「大阪府市町村児童家庭相談援助指針」

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課，平成30年10月，里親制度資料，里親制度の概要，P1-4

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/02.html（閲覧日2018-10-7）

厚生労働省，政策について，特別養子縁組制度について，3普及啓発について，産科医療機関を中心とする医療関係者の方（リーフレット）

厚生労働省子ども家庭局長，民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童保護に等関する法律等の施行について（通知）（子発1127第4号），2017-11-27

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000195833.pdf>（閲覧日2018-11-29）

（薬師寺 順子）

Ⅲ. メンタルヘルスへの支援

(1) メンタルヘルスの不調がある妊婦の特徴

①妊娠中に新たにメンタルヘルスの不調をきたした妊婦の特徴

妊娠期においてパートナーの不在やソーシャルサポートの不足、虐待や家庭内暴力の経験はうつ病発症のハイリスク因子である¹⁾。したがって、社会的ハイリスク妊婦が妊娠中に新たにうつ病を呈す

る可能性は高い。一般に、妊娠期のうつ病は不安症状を伴うことが多い。妊娠初期には望まない妊娠の判明や、重症悪阻、切迫流産、生活環境の変化などに伴って不安や抑うつを生じやすい。うつ病が悪化すると、外出が億劫になり、セルフケアに対する意欲や関心が減り、妊婦健診未受診となり、やがて家事や身の回りのことさえも出来なくなることがある。妊娠中期はいわゆる「安定期」とされるが、妊娠によってパートナーや家族などとの対人関係に変化がみられたり、切迫早産による入院によって家族と長期間分離されて情緒的サポートを失い、不安や抑うつを生じることがある。また、出生前診断によって胎児に障害が見つかった場合には悲しみが持続し、抑うつに至ることもある。妊娠後期～出産直前には分娩に対する過度の不安や、胎動や子宮増大による頻尿によって不眠を生じやすく、それを契機に抑うつを呈することがある。

また、社会的ハイリスク妊婦の中には、子どもに対する愛着（ボンディング）の障害を呈する妊婦がいる。通常は妊娠中から子どもへの愛着（ボンディング）が形成され始めるが、社会的ハイリスク状況や妊婦自身の幼少期の被虐待体験によるトラウマなどを背景に愛着（ボンディング）が形成されず、胎児に対する強い怒りや拒絶を認めることがある。それにより妊婦のセルフケアがおろそかになり、妊婦健診未受診や飛込出産などにつながることもある。

②精神疾患治療中もしくは過去に精神疾患の既往がある妊婦の特徴

妊娠前より精神疾患治療中の女性が、妊娠判明後に精神科治療を中断したり、社会的ハイリスク状況に陥ることによって、精神症状が悪化・再燃することがある。治療中断の背景には、精神疾患や治療に対する理解の不足、薬物治療を受けることへの不安、パートナーやパートナーの家族に精神疾患であることを知られたくない、など様々な背景が存在する。さらに、妊娠判明によってかかりつけの精神科医から総合病院などに紹介され、これまで培ってきた医療者との関係性が一変することなども、治療の中断や悪化を招く要因の一つである。また、精神疾患へのスティグマは根強く存在し、過去に精神疾患の既往があっても精神疾患をもつ妊婦として認識されることに抵抗を感じ、既往について話さない女性も少なくない。よって、精神疾患の既往は産後うつ病発症のハイリスク因子であるにもかかわらず見過ごされやすい。

さらに、若年妊婦や精神疾患のうち統合失調症や知的障害などを持つ妊婦は、元来、社会生活スキルが低く、計画外妊娠、経済的困窮、家庭内暴力など社会的ハイリスク状況に陥りやすい傾向が見受けられる。セルフケアへの意識も不十分で、妊娠に気づくことが遅れ、妊婦健診未受診や飛込出産につながりやすい。また、統合失調症合併妊婦は飲酒や喫煙率が高く、また、肥満や低栄養などがみられ、妊娠合併症が生じやすい²⁾との報告もあり、産科的にみてもハイリスク群といえる。これらは、ヘルスリテラシー（健康に関する情報をさまざまな情報を入手し、それを理解・評価し、自分の健康維持に利用する能力）が不足している結果であるといえる。また、自らの精神状態を正しく認識し、それを相手に言葉で伝えることが困難であり、身体症状（不眠、頭痛、腹痛、腹部の張り）などに代替して表現することがある。

(2) メンタルヘルスの不調がある妊婦への支援

①メンタルヘルスについて支援する意志があること伝える

妊婦のメンタルヘルスは胎児の発育のみならず、出生児の長期的発達に影響を与える重要な因子である^{3) 4) 5) 6)}。妊婦のメンタルヘルスの不調が自殺や産後の母子心中などにつながる恐れも否定出来

ない。よって、支援者は社会的ハイリスク妊婦がメンタルヘルスの不調をきたしていないかどうか絶えず注目していく必要がある。しかしながら、妊婦は、周産期医療機関や母子保健の担当者に対して、身体症状についての相談は出来るが、精神症状（抑うつや不安）を自ら訴えることは少ない。そこで、産科医、助産師、保健師から妊婦のメンタルヘルスが重要であること、メンタルヘルスの不調に対し支援する意志があることを予め伝えておき、打ち明けやすい環境を作っておく必要がある。その上で、尋問調にならぬよう十分配慮しながら、メンタルヘルスの不調や精神疾患の既往、現在の治療状況について情報収集する。初回にすべての情報が得られるわけではなく、妊婦との信頼関係が構築される中で徐々に明らかになることも多い。自らのメンタルヘルスを気にかけてくれる支援者の存在を知ることが、メンタルヘルスケアの始まりである。

②スクリーニングと聴き取りの面談を通して支援計画とケアを行う

メンタルヘルスの不調を知る手掛かりとしてすべての妊婦にスクリーニングを行うことは重要である。近年、うつ病のスクリーニングを目的として二項目質問法⁷⁾やエジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS)⁸⁾が広く実施されるようになった。二項目質問法は2つの質問のうち1つでも「はい」となればスクリーニング陽性となり、簡便で費用対効果が高く、精度が高いことが知られている。一方、EPDSは抑うつ、不安、自傷などに関する10の質問項目があり、各項目の合計点で点数化され、本邦においては産後1か月時点ではカットオフ9点以上で感度0.75-0.82、特異度0.93-0.959)¹⁰⁾であるが、妊娠中の第2三半期においてはカットオフ13点以上で感度0.90、特異度0.79と報告されている¹¹⁾。つまり、時期によって適切なカットオフ値が異なることを知っておく必要がある。これらは、あくまでスクリーニング検査であることから、それだけでうつ病と診断されるものではなく、うつ病以外の精神疾患でも陽性となる可能性があること、EPDSの点数が高さはうつ病の重症度を示すものではないことに留意すべきである。スクリーニング結果をもとに詳細な聴き取りのための面談を行い、具体的にどのような精神的状況にあるのかを知ることが肝要である。自傷や希死念慮など直接的に尋ねることが難しい内容でもEPDSの自傷に関する質問項目を足掛かりにして、妊婦の語りを傾聴することで、メンタルヘルスの真の状態が明らかになっていくことも多い。面談を通して得られた情報こそが、適切なメンタルヘルスの支援計画の立案につながる。また、支援者が傾聴することで妊婦の思考や感情が整理され、抑うつや不安が軽減していくケースも少なくない。つまり聴き取りの面談そのものがメンタルヘルスケアになるのである。

③妊娠期に新たにメンタルヘルスの不調をきたした妊婦への支援

妊娠期に新たにメンタルヘルスの不調をきたした妊婦にとって、その不調を打ち明けた時に支援者がどのように反応するかは重要であり、その後の支援者との関係性やメンタルヘルスケアへの受け入れに影響を与える。支援者は「妊娠期には様々な心理社会的変化があり、とりわけ社会的ハイリスク状況においてメンタルヘルスの不調が生じるのは当然のことである」ということを丁寧に伝えることが望ましい。そして、一人で抱え込まず、メンタルヘルスケアを受けることを勧める。妊婦は「自分さえ我慢すればよい」あるいは「話しても状況は何も変わらない」とケアを拒否することもあるが、支援者が傾聴する中で悲しみや後悔、怒りなどの感情を表出することは、抑うつや不安を悪化・持続させないために役立ち、妊婦自身のみならず子どもにとっても有益であることを伝える必要がある。面談において支援者は主に傾聴に徹し、「死にたいと思うぐらい辛かったのですね」などと伝わってき

た感情を繰り返し言葉にして返すにとどめ、「お母さんになるのだから頑張る」「死にたいなんて言うてはだめ」などの安易な励ましや否定的な表現は避けることが望ましい。特に幼少期に自分を否定されることが多かった人は、自分と異なる意見を示されると相手から「否定された」と認識してしまうことが多い。虐待を受けて育った人は、最初の出会いで相手が「敵か味方か」を判断し、敵だと認識すれば受け入れを一切拒否してしまうこともある。よって、支援者から言葉をかける時はその言葉が妊婦にどのように響くかを慎重に吟味する姿勢が求められる。

愛着（ボンディング）の障害を呈する妊婦に対しては、子どもに対する怒りや拒絶、あるいは「何も感じない」ということを話せる場を作り、支援者と共に解決策を模索していくことが望ましい。支援者に虐待を疑われることを恐れて、「何も感じない、可愛いと思えない」「妊娠したことを後悔している」「死産になってくれたら良いのに」などのネガティブな感情をあえて語らない妊婦も多い。また、支援者の側にも「なんてひどいことを言う母親なのだ」との怒りや憎悪が生じ、傾聴や受容がしがたいこともある。そのような時、支援者は妊婦の愛着（ボンディング）障害の背景にある社会的ハイリスク状況（パートナーとの不和、DV、サポートの欠如、経済的状況など）や妊婦自身の被虐待体験によるトラウマ、子どもの障害受容における悲嘆などに視点を置き、妊婦の抱えている心理的問題を俯瞰して捉えると妊婦のネガティブな感情を受容することが可能になっていく。支援者側が妊婦のネガティブな感情を理解しようとする姿勢であり続けることで、妊婦は根底にある苦しみを打ち明けることが出来るようになる。そして、支援者と共に社会的ハイリスク状況の改善策などについて考えていくことが出来るであろう。

周産期医療機関や母子保健の担当者による面談によって傾聴、受容され、メンタルヘルスの不調が軽減していく妊婦も多い。しかしながら、抑うつや不安により生活機能に支障をきたしているケースや、切迫した希死念慮がみられるケースは精神疾患として治療を要するため、すみやかに精神科受診支援を行う必要がある。うつ病が重症化すれば妊婦であっても薬物療法の適応がある。薬物療法に抵抗がある妊婦も多いが、治療のリスクとベネフィットを正しく理解した上で、適切な精神科治療を選択することが望ましい。

④精神疾患治療中もしくは過去に精神疾患の既往がある妊婦への支援

精神疾患治療中もしくは過去に精神疾患の既往がある女性は、妊娠中に症状が悪化するリスクや、過去に罹患した精神疾患が再燃するリスク、新たに産後うつ病を発症するリスクがある。精神疾患の悪化は妊娠転帰や児の発達に影響を与える可能性がある。よって、精神疾患について産科医に伝えているか、妊娠したことを精神科医に伝えているかなど、精神科-産科間で適切な情報共有がなされているかどうかを確認し、必要に応じて医療機関同士が直接連携を図る必要がある。精神疾患の既往があるが、現在、精神症状はなく、すでに精神科診療が終了しているケースなどは、産後うつ病発症のハイリスク群として、産科医療機関や母子保健の担当者で見守りを継続し、精神疾患再燃の徴候がみられたらすみやかな精神科受診支援が必要である。再燃や悪化時の徴候は、個々で異なるが、不眠（眠る時間が確保できても眠ることが出来ない）、易疲労感などが先行することが多い。過去の病歴（初期症状、通院期間、入院歴、症状出現時の社会生活機能）を参考にして、産前産後に精神疾患が再燃・悪化した時にはどのように対応するかをあらかじめ相談しておき、周囲からのサポートの有無などをふまえて予防的な支援や悪化時の早期介入の準備を整えておくことが望ましい。

⑤心理教育と社会的ハイリスク状況への介入

妊娠期は教育的介入の好機である。胎内に宿る子どもの健康を守りたいと願う母性の存在は少なからずセルフケアに対するモチベーションを向上させる。妊娠を機に教育的介入を行い、セルフケアへの意識が高まれば、規則正しい生活、過度の飲酒や薬物乱用の回避、禁煙などが実現し、生涯にわたって身体的利益を生む。加えて、妊娠を機に自らのメンタルヘルスケアの重要性に気づくことも重要である。以前は「誰にも頼れずストレスを一人で抱えて辛くなっていた」女性が妊娠を機に家族や支援者に援助を求め、支えられることで、自らのメンタルの不調がケアされると子どもにも家庭全体にも良い影響を与えるのだということを知ることが出来る。それは、生涯にわたって女性を支えるスキルとなる。よって、妊娠期に心理教育を通してセルフケア、メンタルヘルスケアの重要性を伝えていくことが望ましい。

一方、メンタルヘルスの不調を機に、医療機関や母子保健の担当者などと女性が接触する機会が増え、それにより、不衛生な居住環境や、DV、経済的基盤の不足、社会的孤立による支援の欠如など社会的ハイリスク状況が初めて明らかになることも少なくない。メンタルヘルスの不調と社会的ハイリスク状況は密接に関連しているため、どちらを優先してということではなく、多職種連携にて多角的に介入していくことが望ましい。

⑥病院内及び病院外（地域）での連携支援のあり方

病院内においては、産科 - 精神科 - 小児科間で定期的にケースカンファレンスなどの場を設ける必要がある。当事者の同意を得て情報を共有し、医師、助産師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、それぞれの診療科の立場で意見を出し合い、支援方針を統一しておくことで当事者の混乱を避けることが出来る。メンタルヘルスの不調に対するケアの主体を誰が担うのか、精神症状悪化時にはどのように対応するか、精神科薬物療法が妊娠や授乳に与える影響などを吟味し、妊婦のニーズをふまえて、出来れば妊娠中から産後の育児を見据えた支援を準備していくことが望ましい。さらに切れ目ない支援のためには外来診療と入院診療のスタッフ間でも情報共有と支援方針の統一が不可欠であろう。

次に病院外（地域）における連携であるが、総合病院、地域の産科クリニック、精神科・心療内科クリニック、母子保健、精神保健、児童福祉の担当者が一堂に会することは現実的に難しい。よって、母子保健の担当保健師などが窓口となって、情報を集約し、支援方針の統一をはかる、もしくは診療所間で診療情報提供書などを介して情報共有を行うことが一般的である。近年は、産科医療機関に地域の精神科医が往診診療したり、院内ケースカンファレンスに精神科医が参加して助言するなど各地域において様々な取り組みが行われている。

【参考文献】

- 1) Biaggi A, et al. : Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Affect Disord.* 191:62-77, 2016.
- 2) Bennedsen B.E. : Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophr Res.* 33 ; 1-26, 1998.
- 3) Van Batenburg-Eddes T, et al. : Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry.* 54(5):591-600, 2013.

- 4) Evans J, et al. : The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry. 53(6):632-40, 2012.
- 5) Gentile S. : Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience. Sep 4. pii: S0306-4522(15)00811-8, 2015
- 6) Jarde A, et al. : Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry, 1;73(8):826-37, 2016.
- 7) Whooley MA, et al. : J Gen Intern Med, 12: 439-445, 1997.
- 8) 岡野禎治, 他 : 精神科診断学, 7(4)525-53, 1996.
- 9) 岡野禎治, 他. : 日本版エジンバラ産後うつ病評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性 精神科診断学, 7(4)525-53, 1996.
- 10) 山下 洋, 他 : 産後うつ病の母親のスクリーニングと介入について 精神神経学雑誌, 105(9), 1129-1135, 2003.
- 11) Usuda K, et al. : Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2017.

(清野 仁美)

IV. ドメスティック・バイオレンスに関する支援

(1) ドメスティック・バイオレンスとは

ドメスティック・バイオレンス (Domestic Violence: DV) とは、夫や恋人など親密な男性から女性への暴力である。DV は世界的な問題であるが、日本においても深刻な被害の実態がある。内閣府の調査によると成人女性の約 5 人に 1 人は夫・パートナーから身体的な暴力の経験があり、約 6 人に 1 人が精神的な嫌がらせや恐怖を感じるような脅迫、性行為の強要といった性暴力は約 10 人に 1 人と報告されている (内閣府, 2018)。周産期においては、少なくとも妊婦の約 5% に DV が認められ (片岡他, 2005)、母親の心身社会的な健康、低出生体重児、胎児機能不全など胎児への影響があり、子どもの虐待との強い関係も報告されている。

2001 年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」が施行され、医療従事者を含め関係者への研修の実施、被害者発見時の通報と被害者への情報提供について規定された。DV の早期発見と介入、そして支援機関との連携は、医療の果たすべき重要な役割であるといえる。

(2) DV のアセスメント

妊産婦に DV 被害のリスクがあるかどうかをアセスメントするためには、適切なアセスメントツールの使用が勧められる。様々なアセスメントツールが作成されているが、女性に対する暴力スクリーニング尺度 (Violence Against Women Screen: VAWS) を用いるとよい。女性に対する暴力スクリーニングは、7 項目の質問で構成されており、「よくある」「たまにある」「まったくない」の 3 つの選択肢から回答する。2 項目以上で「たまにある」または「よくある」(「非常に難しい」または「ある程度難しい」) が選ばれると DV スクリーニング陽性と判定する。さらに簡便なものとして、短縮版の女性に対する暴力スクリーニング尺度も作成されている。

女性に対する暴力スクリーニング尺度：Violence Against Women Screen（片岡，2005）

| No | 項目 | | | |
|----|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | あなたとパートナーの間でもめごとが起こったとき、話し合いで解決するのは難しいですか？ | <input type="checkbox"/> 非常に難しい | <input type="checkbox"/> ある程度難しい | <input type="checkbox"/> 難しくない |
| 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？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |
| 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？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |
| 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？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |
| 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？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |
| 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？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |
| 7 | あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力を振るうことがありますか？ | <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> たまにある | <input type="checkbox"/> まったくない |

(3)DV にあっている女性への支援

DV スクリーニングが陽性の場合、個別に話をする機会を持つが、その際褥婦さんの気持ちをよくお聴きし、その方の意思・選択を尊重する。医療者に DV のことを話してもよいまたは話したいと思っているかを確認した上で、女性と子どもの安全と健康を心配していること、必要時はいつでもサポートを受けられること、暴力は決して許されないこと、あなたの責任ではないことなどを伝える。

女性と子どもの安全のアセスメントでは、「最近暴力がエスカレートした」「凶器で脅された」「首をしめるなど生命に危険を感じるような暴力があった」「子どもへの暴力があった」場合は、生命への危険性が高いと考えられる。安全性を査定しながら、その状況にあわせて DV に関する情報提供し、女性がどうしたいと思っているかにそった支援を行っていく。

女性がパートナーと離れないという選択をした場合、女性と子どもの安全を守るため、セイフティ・プランをたてる。セイフティ・プランをたてることは、安全を守るということだけではなく、女性が「自分で行動できる」「対策がたてられる」という自己効力感を実感することにもつながる。セイフティ・プランには、以下のような内容が含まれる。

【セイフティ・プラン】

- 大切なもの（お金、保険証、運転免許証、印鑑、自宅の鍵、着替え、おむつなど）をバックに入れてまとめておく。
- 危険な状態になったときに、逃げる経路を考えておく
- 避難場所を確保しておく

被害にあっている女性に利用できる社会資源を紹介するために、DV の冊子と日本語・英語のリソースカードを準備しておくことよい。リソースカードを名刺大で作成しているのは、靴の中や手帳・財布

などにそっと入れておくためである。DVに関する資料を持っていると、だれかにDVのことを相談したことがパートナーに知れる可能性があり、暴力がひどくなることがある。お渡しする時にも、財布の中身を見られることはあるか、資料を持つことが危険ではないかなどを必ず確認する。

配偶者暴力相談支援センターは、DV被害者支援の中心的な機関である。DV防止法には、もし医療者がDV被害者を発見したら、センターか警察に通報することが規定されている。女性の意思を確認した上で、通報することが望ましい。センターには、病院から連絡することが可能であるが（機関連携として）、ご本人から直接相談していただくこともできる。確実に支援機関へとつないでいくために、病院そして本人、両者からアクセスとよい。

フォローアップが必要と判断した場合は、1ヶ月健診などで再度面接の機会を作り、経過を把握する。どんなときも今後の生活を決めるのは女性本人であることを念頭におき、女性の意思を尊重する関わりを重視する。

【文献】

片岡弥恵子（2005）. 女性に対する暴力スクリーニング尺度の開発, 日本看護科学会誌, 25 巻 3 号, 51-60.

片岡弥恵子, 八重ゆかり, 江藤宏美, 堀内成子（2005）. 妊娠期におけるドメスティック・バイオレンス, 日本公衆衛生雑誌, 52 巻 9 号, 785-795.

内閣府男女共同参画局（2018）. 男女間における暴力に関する調査, http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/h29_boryoku_cyousa.html [2019.12.1]

（片岡 弥恵子）

第7章 用語解説

I. 社会的ハイリスク妊娠・特定妊婦に関する用語

特定妊婦

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。厚生労働省の虐待対応の手引き¹⁾では、具体的に、若年、経済的問題、妊娠葛藤、母子健康手帳未発行・妊娠後期の妊娠届、妊婦健康診査未受診等、多胎、妊婦の心身の不調が挙げられている。

また、子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第6次報告）²⁾の用語解説では、「特定妊婦は、妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を特定できる妊婦であり、具体的には、不安定な就労等収入基盤が安定しないことや家族構成が複雑、親の知的・精神的障害などで育児困難が予測される場合で、妊娠届が未提出であったり妊婦健診が未受診であったりする場合がある。」とされている。

未受診妊婦

妊婦健診を一度も受診することなく分娩する妊婦。また、妊婦健診を1～2回程度受診したのみで「飛び込み分娩」をする妊婦も、診療においては一度も受診していない妊婦とほぼ同様な対応を迫られるため、未受診妊婦とされている³⁾。未受診妊産婦を表す用語は統一されておらず、飛び込み分娩、未受診妊婦、妊婦健診未受診者、等が使用されており、定義が不明確であるという報告もある⁴⁾。

社会的ハイリスク妊娠

社会的ハイリスク妊娠とは、経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予想される妊産婦である。

ドメスティック・バイオレンス (DV)

親密な関係の現在または過去のパートナーまたは配偶者からの身体的、精神的、性的な危害となる行為であり、身体的な攻撃、性的行為の強要、精神的虐待、支配的行動が含まれる⁵⁾。

予期しない妊娠／計画していない妊娠

様々な事情により、妊婦やそのパートナーが、妊娠を継続することや子どもを産み育てることを前向きに受け止められず、支援を必要とする状況や状態にあること⁶⁾。

II. 児童虐待に関する用語

児童虐待

児童虐待防止法において、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護する者）がその監護する児童（18歳に満たない者）について行う行為で、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の4つに分類される⁷⁾。

- ①身体的虐待：殴る、蹴る、投げ落とす、激しく揺さぶる、やけどを負わせる、溺れさせる、首を絞める、縄などにより一室に拘束する、など。
- ②性的虐待：子どもへの性的行為、性的行為を見せる、性器を触る又は触らせる、ポルノグラフィの被写体にする、など。
- ③ネグレクト：家に閉じ込める、食事を与えない、ひどく不潔にする、自動車の中に放置する、重い病気になっても病院に連れて行かない、など。
- ④心理的虐待：言葉による脅し、無視、きょうだい間での差別的扱い、子どもの目の前で家族に対して暴力をふるう（ドメスティック・バイオレンス）など。

マルトリートメント (maltreatment)

「大人の子どもへの不適切な関わり」を意味しており、児童虐待の意味を広く捉えた概念である⁸⁾。CDC (Centers for Disease Control and Prevention) の定義では、マルトリートメントとは18歳未満の子どもに対する全ての子ども虐待とネグレクトを含むとされており、諸外国ではマルトリートメントという概念が一般化しており、これは日本の児童虐待に相当する⁹⁾。

胎児虐待

胎児の生命をおびやかしたり深刻な健康被害をもたらしたりするおそれのある行為¹⁰⁾。

医療ネグレクト

以下を全て満たす状況で、子どもに対する医療行為（治療に必要な検査も含む）を行うことに対して保護者が同意しない状態である¹¹⁾。

- ・子どもが医療行為を必要とする状態にある。
- ・その医療行為をしない場合、子どもの生命・身体・精神に重大な被害が生じる可能性が高い（重大な被害とは、死亡、身体的後遺症、自傷、他害を意味する）。
- ・その医療行為の有効性と成功率の高さがその時点の医療水準で認められている。
- ・（該当する場合）子どもの状態に対して、保護者が要望する治療方法・対処方法の有効性が保障されていない。
- ・通常であれば理解できる方法と内容で子どもの状態と医療行為について保護者に説明がされている。

乳幼児揺さぶられ症候群 (Shaken Baby Syndrome : SBS)

虐待による頭部外傷で、乳幼児を揺さぶることによる暴力的な鞭打ち状態。揺さぶりの後にぶつけられることもある。ただし、いずれも揺さぶられていることが重要であることに変わりはない。ぶつけられる場所は柔らかい枕やソファでも揺さぶられる力が増幅されて大きな障害に結びつく。好発年齢は乳児に多く、臨床所見では頭蓋内出血や網膜出血などを有する¹²⁾。

要保護児童

児童福祉法において、要保護児童とは、保護者のいない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められた児童と定義されている。

虐待の世代間連鎖

日本虐待を受けた子どもが、大人になって自分の子どもに対して親から受けたのと同じような虐待をしてしまう、というように、世代を超えて虐待が伝達されていくこと¹³⁾。

しつけ

しつけとは、子どもの人格や才能等を伸ばし、社会において自律した生活を送れるようにすること等の目的から、子どもをサポートして社会性を育む行為であるが、日本においては「しつけのために子どもを叩くことはやむを得ない」という意識が根強く存在する。そうしたしつけの名の下に行われる体罰が徐々にエスカレートし、深刻な虐待を引き起こす事例も多く見受けられる¹⁴⁾。

いじめ

いじめ防止対策推進法において、いじめとは、児童生徒に対して、当該児童生徒が在籍する学校に在籍している等当該児童生徒と一定の人的関係のある他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものも含む）であって、当該行為の対象となった児童生徒が心身の苦痛を感じているもの。

養子縁組制度

養子縁組制度には、「普通養子縁組」と「特別養子縁組」がある。普通養子縁組は、戸籍上において養親とともに実親が並記され、実親と法律上の関係が残る縁組形式。養親と養子の同意により縁組が成立する。戸籍の表記には実親の名前が記載され、実父母との親族関係は終了しない。特別養子縁組は、実親との法的な親子関係が切れ、戸籍上は長男・長女等と記載される。しかし、裁判所での審判決定によることは記載され、実親をたどることはできる¹⁵⁾。

III. 社会的ハイリスク妊婦の支援に関する用語

切れ目のない支援

切れ目のない支援は、平成26(2014)年の妊娠・出産包括支援モデル事業からキーワードになった。佐藤(2018)は切れ目のない支援について以下のように述べている。「切れ目のない支援とは筋が通ったその親子のストーリーに沿った支援と考える。筋が通ったとは、利用者側の日々の生活や親子の育ちを、利用者を中心に考える姿勢である。親子のストーリーに沿うことは、その親子のことは妊娠期から継続して知っている、という個と個の支援である」¹⁶⁾。

ポピュレーションアプローチ

公衆衛生の予防活動戦略の一つとして英国の疫学者 Rose, G. によって示された。疾患の罹患と因果関係が明らかになっている決定要因をコントロールするために、高いリスクをもつ個人に限定せずに集団全体に働きかけることにより、リスクレベルの平均値を下げ、それにより集団全体の疾病罹患数を下げる手法である¹⁷⁾。

ハイリスクアプローチ

公衆衛生の予防活動戦略の一つとして英国の疫学者 Rose, G. によって示された。ハイリスクアプローチは、疾患に罹患しやすい高いリスクをもつ個人に焦点を当てて働きかけることにより、集団全体のリスクを下げる手法をいう。集団の中で高いリスクをもたない個人への不必要な介入を避けることができるため効率性が高い¹⁸⁾。

ネウボラ (neuvola)

フィンランド語で「アドバイスの場」(ネウヴォ neuvo はアドバイス・助言、ネオボラ neuvola アドバイスの場)を意味する。妊娠期から就学前の子ども家族を対象とする支援制度であり、妊娠期から就学前までの子どもの健やかな成長・発達の支援はもちろん、母親、父親、きょうだい、家族全体の心身の健康サポートも目的とした出産・子育て家族サポートセンターをいう。日本国内では、このフィンランドのネウボラを参考に、妊娠期から子育て期までの親を支える子育て世代包括支援センターを、2020年度末までに全国展開することを目指している¹⁹⁾。

要保護児童対策地域協議会 (要対協)

児童福祉法の一部改正(平成16年)にて、「地方公共団体は、要保護児童の適切な保護を図るため、関係機関等により構成され、要保護児童及びその保護者に関する情報の交換や支援内容の協議を行う要保護児童対策地域協議会を置くことができる。」と要保護児童対策地域協議会が規定された。要対協は、要保護児童等に関する情報交換や支援内容の協議が目的であるが、特徴として、責任体制の明確化、守秘義務による情報共有、関係機関等への協力要請によって、早期発見・早期対応、隙間に落ちる事例の防止が可能となる。要対協には、代表者会議、実務者会議、個別ケース検討会議等がある。

産後ケア事業

母子保健法の一部改正(令和元年)により市町村の努力義務として産後ケア事業が規定された。その目的は「家族等から十分な育児等の支援が得られず、心身の不調や育児不安等を抱える出産後1年以内の母親とその子を対象に、助産師等の看護職が中心となり、母親の身体的回復や心理的な安定を促進するとともに、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかに生活できるよう支援する」ことである。産後ケア事業には、短期入所事業、通所事業、訪問事業がある。

IV. その他の関連する用語

アタッチメント

アタッチメント対象(主養育者、親等)に対する子どもの結びつき(絆)であり、子どもの内部にある感情と行動システムを指す²⁰⁾。

ボンディング

親から子への感情(emotions and feelings)面での絆(tie)であり、出生前から長期的に存在するものをいう²¹⁾。

ボンディング障害

我が子を愛おしく思い、親として守ってあげたいと思うといった、親が子どもに抱く情緒的絆の欠如が挙げられ、このような親の状態をボンディング障害という²²⁾。

エジンバラ産後うつ質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)

産後うつ病をスクリーニングするツールである。国内外で妊娠中から使用され、妊婦並びに出産後1年未満の女性を対象に使用されている。質問項目は10項目からなり4段階で評価する自己記入式質問票で、総合点9点以上が「うつ病の可能性が高い」とするものであるが、8点以下はうつ病ではない、と判断するものではない²³⁾。

赤ちゃんへの気持ち質問票

母親が子どもへ抱く気持ち(愛着)について調査する簡便な質問票であり、1歳未満の子どもを持つ母親に実施する。10項目の質問項目からなり、0～3点の点数の自己記入した回答の総合計点は30点である。得点が高いほど子どもへの否定的な感情が強い。カットオフ値はないが、合計点が3点以上つければ、点数がついた項目について、育児に対する気持ちを丁寧に具体的に話してもらい、受容しながら傾聴する。妊娠中は使用しないことに留意する²⁴⁾。

育児支援チェックリスト

精神科既往歴、ライフイベント、住居や育児サポート、夫や実母等との関係など育児環境要因を評価するための9項目についての質問票である。回答に対する詳細な聞き取りを行なうことで、母親の抱えている背景要因を把握することができ、支援計画の立案が可能となる²⁵⁾。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省, 「市町村子ども家庭支援指針」(ガイドライン), 第4節 特定妊婦の把握と支援, P49, 313 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/6-10.pdf> (参照日:2018.11.29).
- 2) 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, “政策について, 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第6次報告), 資料3用語解説,”.
- 3) 水主川純, 箕浦茂樹. 未受診妊婦. 周産期医学, 41 巻増刊号, 1007, 2011.
- 4) 井上寿美, “周産期医療を組み込んだ子育てハイリスク群支援ネットワークの実践モデルに関する研究,” 科学研究費助成事業研究成果報告書, 2013.
- 5) 日本助産学会, 助産用語集, 日本助産学会助産用語特別検討委員会案, 40, 2018. <https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/josanyougo.pdf> (参照日:2020.9.30).
- 6) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について社会保障審議会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第16次報告
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000533868.pdf> (参照日:2020.12.14)
- 7) 厚生労働省, 第1章子ども虐待の援助に関する基本事項, 厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/01.html>. (参照日:2018.7.10).

- 8) 文部科学省, 第2章 児童虐待の理解. 養護教諭のための児童虐待対応の手引, 8.
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/icsFiles/afieldfile/2015/05/21/1233279005.pdf (参照日:2020.9.30).
- 9) 奥山眞紀子, “マルトリートメント (子ども虐待) と子どものレジリエンス,” 学術の動向,46-47, 2010.
- 10) 国立研究開発法人国立成育医療研究センター, ホームページ. 「胎児虐待」について児と母を守るため診療ガイドで対応に言及, 背景・目的.
<https://www.ncchd.go.jp/press/2017/taiji.html>(参照日:2020.9.30)
- 11) 宮本信也, 法務省, 法制審議会児童虐待防止関連親権制度部会第4回会議, 参考資料8-3, 医療ネグレクトの定義, 法務省ホームページ, 2010.6.10 発行.
- 12) 日本小児科学会ホームページ, 2014. 学会からの提言・主張, 子ども虐待診療の手引き第2版, 7-8.
http://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=25 (参照日:2020.12.12)
- 13) 満留昭久, 2013. 悲しいことば. 教育と医学. 61 (10). 慶應義塾大学出版.
- 14) 厚生労働省, 体罰等によらない子育てのために～みんなで育児を支える社会に～, 体罰等によらない子育ての推進に関する検討会, 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/11923000/000598139.pdf>[検索日:2020-9-30].
- 15) 厚生労働省ホームページ, 政策について, 子ども子育て 子ども子育て支援 社会的養護 特別要支援組制度について, 普通養子縁組と特別養子縁組のちがい・特別養子縁組の成立件数・参照条文
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000637049.pdf>(参照日:2020.12.9)
- 16) 佐藤拓代. (2018). 子育て世代包括支援センターと切れ目のない支援とは. 小児保健研究, 77(4), 319-321. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2018339906> (参照日:2020.12.13)
- 17) 永井良三, 田村やよひ. (2013). 看護学大辞典 第6版 メヂカルフレンド社. P2039.
- 18) 永井良三, 田村やよひ. (2013). 看護学大辞典 第6版 メヂカルフレンド社. P1747.
- 19) 日本助産学会, 助産用語集, 日本助産学会助産用語特別検討委員会案, 43,2018. <https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/josanyougo.pdf> (参照日:2020.9.30).
- 20) 日本助産学会, 助産用語集, 日本助産学会助産用語特別検討委員会案, 1, 2018. <https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/josanyougo.pdf> (参照日:2020.9.30).
- 21) 日本助産学会, 助産用語集, 日本助産学会助産用語特別検討委員会案, 56, 2018. <https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/josanyougo.pdf> (参照日:2020.9.30).
- 22) 日本周産期メンタルヘルス学会, CQ ボンディング障害 (母親から子どもへの情緒的絆を築くことの障害) への対応は?, 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_2017.html. (参照日:2018.4.12).
- 23) 日本産婦人科医会. (2017). 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～, P42-43. www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf (参照日:2020.12.9)
- 24) 日本産婦人科医会. (2017). 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～, P44-45. www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf (参照日:2020.12.9)

- 25) 日本産婦人科医会 . (2017). 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～, P40-41. www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf
(参照日 :2020.12.9)

執筆者一覧

| | |
|-------|--|
| 上野 昌江 | 関西医科大学看護学部 教授 |
| 大塚公美子 | 聖路加国際大学大学院 博士課程 |
| 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 医長 |
| 倉澤健太郎 | 横浜市立大学 産婦人科 准教授 |
| 佐藤 拓代 | 公益社団法人 母子保健推進会議 会長 |
| 清野 仁美 | 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 講師 |
| 田口眞規子 | 愛仁会 井上病院 地域連携センター 医療福祉相談科 医療ソーシャルワーカー |
| 田中 由美 | 大阪府福祉部 子ども室 家庭支援課 課長 |
| 谷口 武 | 定生会 谷口病院 院長 |
| 中井 章人 | 日本医科大学 産婦人科 教授 |
| 平野 慎也 | 大阪母子医療センター 新生児科 副部長 |
| 薬師寺順子 | 大阪府岸和田子ども家庭センター 所長 |
| 柳村 直子 | 日本赤十字社医療センター 周産期外来 看護師長 |
| 和田 聡子 | 大阪母子医療センター 看護部 看護師長 |

| | | | |
|-------|------------------------------|-----|-------|
| 代表研究者 | 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 | 副院長 | 光田 信明 |
| 分担研究者 | 聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学 | 教授 | 片岡弥恵子 |

社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書

発行日：2021年3月31日

編集・発行：光田 信明 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840

TEL：0725-56-1220 FAX：0725-56-5682
