

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）

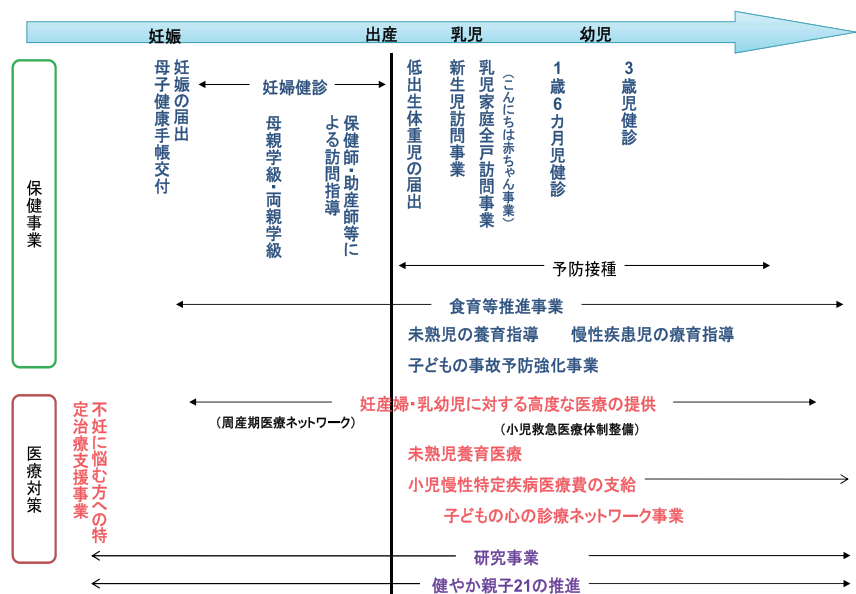
1. 産科医療機関における助産師・看護師の役割

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・治療的にかかわりを持ち、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、実母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。

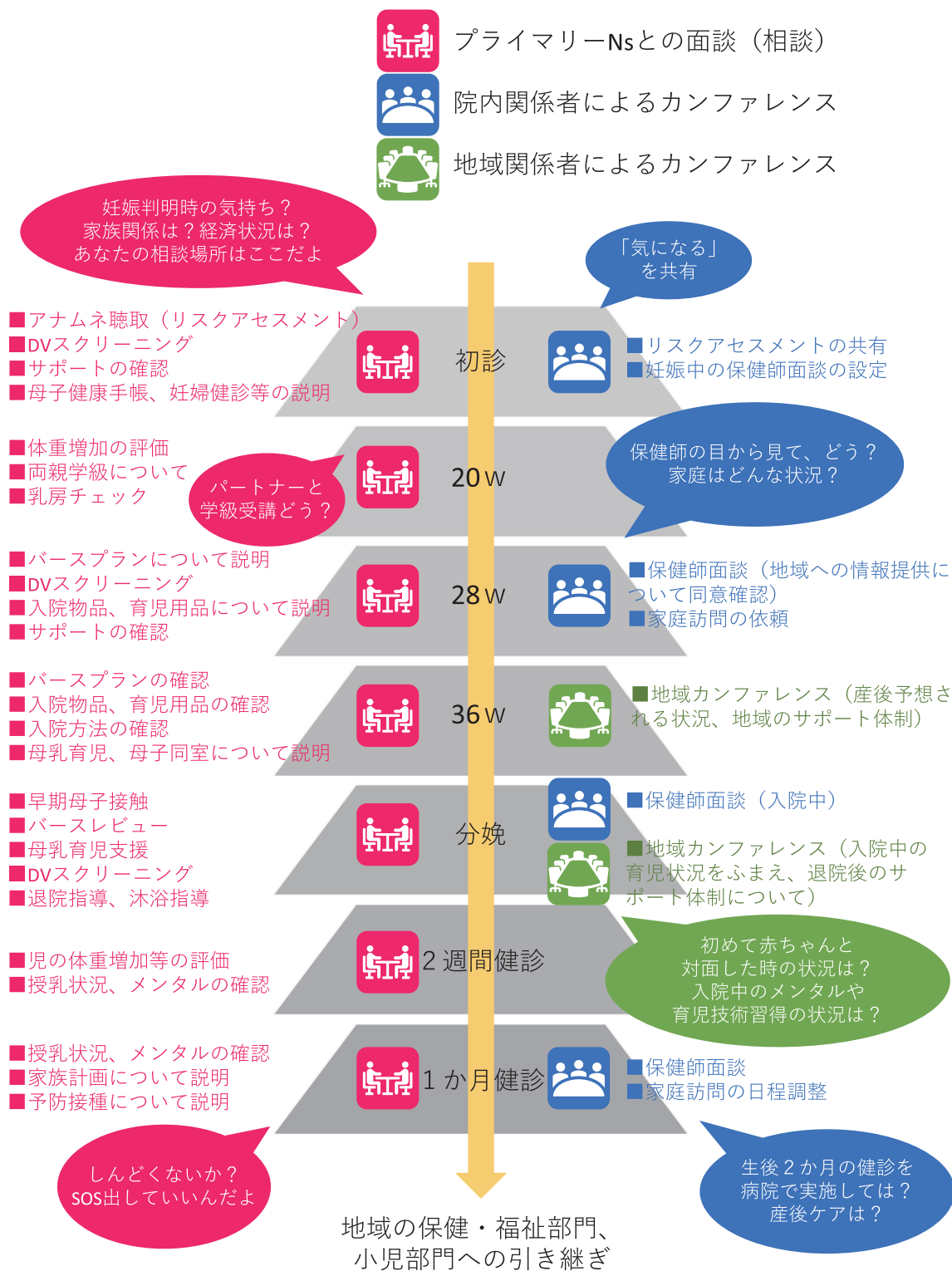


図2. 支援のフロー図

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

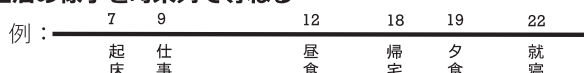


図3. 初診時間診票の工夫

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⁾

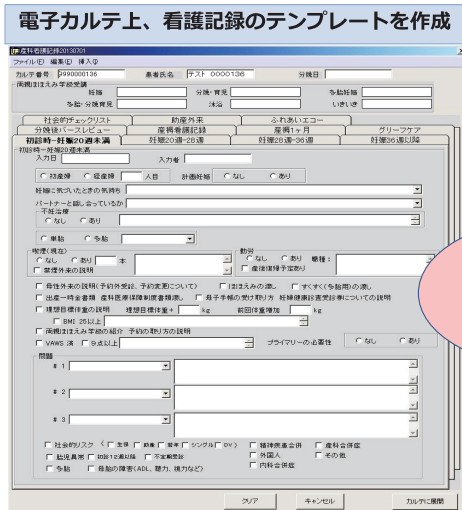
④情報を整理する ⇒ 誰が見ても経過や問題点わかるように記録を工夫する

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



- ✓ 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…
ハイリスク妊婦…
CAP対象…

妊支
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



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。

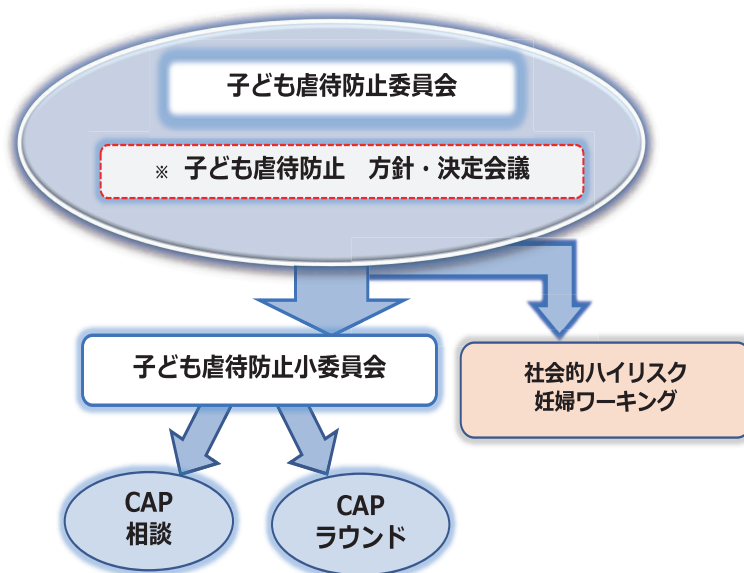
WGにおいて、妊娠初期より関連部署、他職種と一貫した支援を目指すには患者情報や患者への介入支援が正しく伝達されることが重要であると認識され、電子カルテ記録の改善へとつながった。また、社会的ハイリスク妊婦には妊娠全期間を通して継続的な看護介入が必要であることを地域にも働きかけ、妊娠中からの援助が開始されるよう地域へ情報提供し支援依頼を行うようにした。

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。

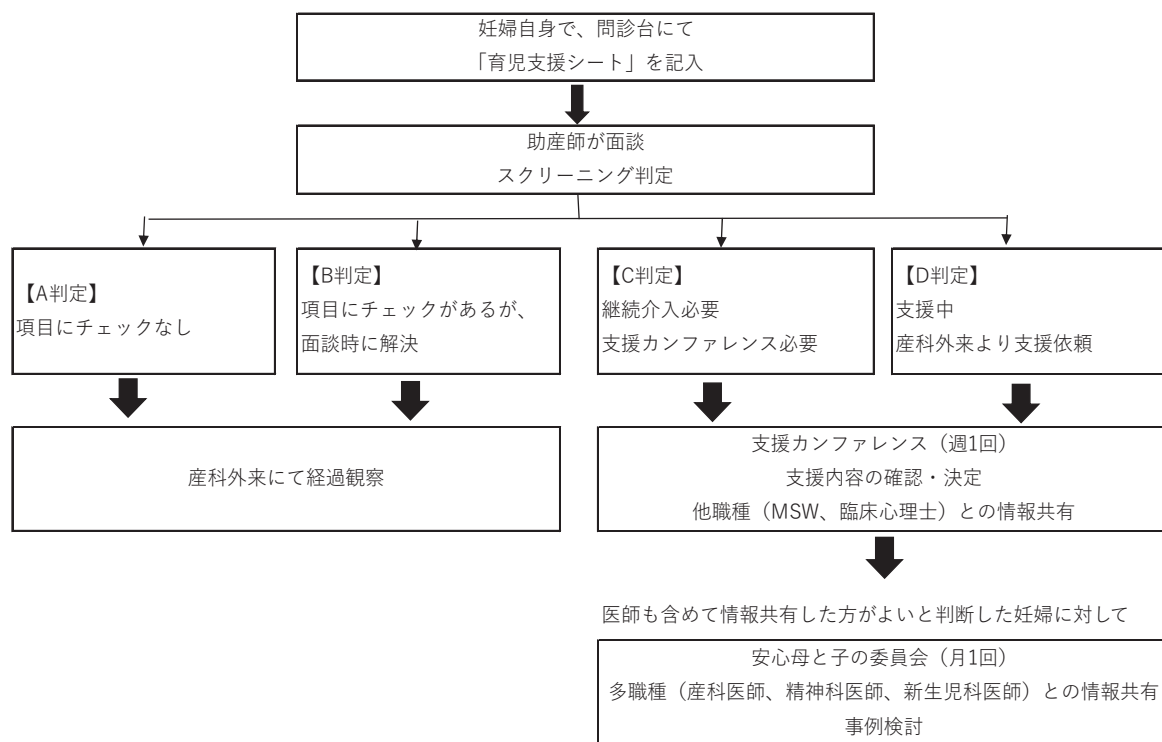


図2 当センターの社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシステム

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ー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。

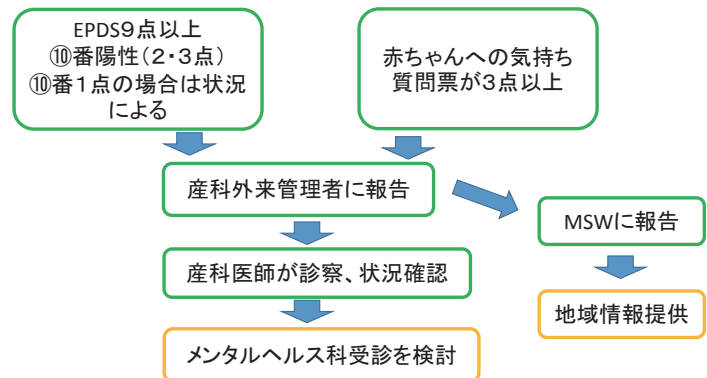


図3 産後の支援フロー

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になっている。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。

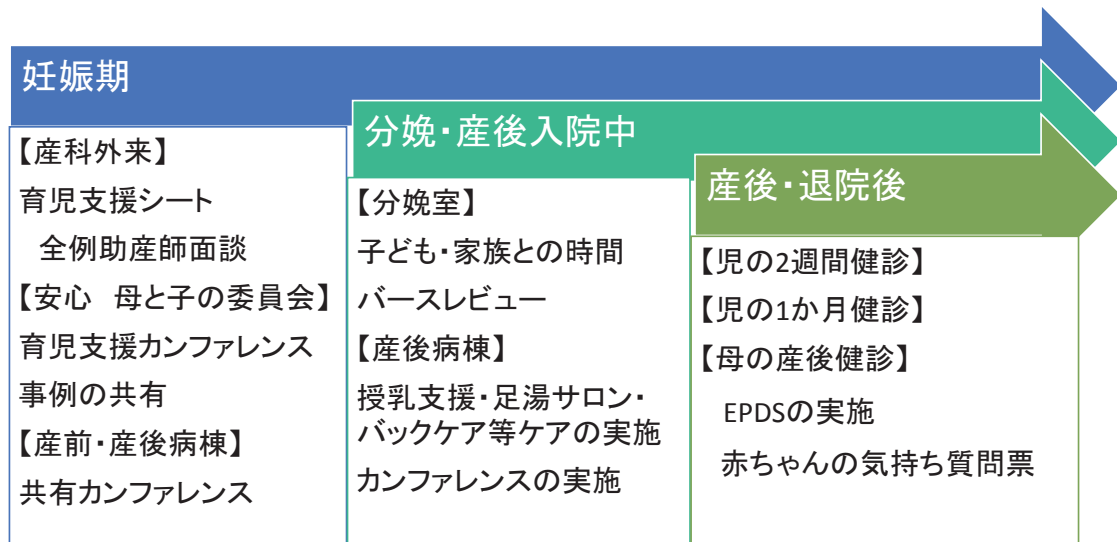


図4 当センターの育児支援体制