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用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う。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、妊婦のこころの中あるいは成育・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、妊婦に不利益となら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 回は市区む町村の母子保健窓口に自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に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・多職種の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こ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・福祉との連合した連携。

福祉：対象事案発生後対応→医療・保健との連合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 年度から産後うつの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で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ている。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。