

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たない場合、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。