
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）