

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)		記入者()					
妊婦氏名()		記入日()		記入者()			
※各項目について、「妊娠届」、「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胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
	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)						
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週以降の陣出						
	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歳以上の妊婦						
	10多胎や胎児に疾患や障がいがある						
C 妊婦 の 健康 状態	11妊娠中の不適切な生活・不衛生等						
	12精神疾患等(産出直後の産後うつ、後遺症を含む)						
	13心臓病・糖尿病・高血圧(含む)						
	14知的障がい(疑いを含む)						
	15飲酒が頻りに多く、不安がある						
D 妊婦 の 生活 環境	16身体的障がい・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						
	18生活保護受給						
	19不安定就労・失業中						
	20虐待不安・懸念地がない						
E 妊婦 の 居 住 環境	21ひとり親・未婚・ステップファミリー						
	22同居の家族がいない						
	23家の中が不衛生						
	24出産・育児に集中できない家庭環境						
	25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()

①配偶者、親族、近所等の理由により、妊娠の次善・きょうだい等の役割に置き換えることができない

②全無関心、無関心状態である

③パートナーまたは妊婦の養育等に関心する一人のみが支援者

④地域や社会の支援を受けていない

支援者()

①妊娠から1年以内の妊娠経過の関わりを管理する

②妊娠経過の関わりが関心がない

※妊娠パートナーが「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

①強い傾向(黒)に1つでも該当する妊婦

②強い傾向(黒)に2つ以上該当する妊婦

③強い傾向(黒)に3つ以上該当する妊婦

④強い傾向(黒)に4つ以上該当する妊婦

⑤強い傾向(黒)に5つ以上該当する妊婦

⑥強い傾向(黒)に6つ以上該当する妊婦

⑦強い傾向(黒)に7つ以上該当する妊婦

⑧強い傾向(黒)に8つ以上該当する妊婦

⑨強い傾向(黒)に9つ以上該当する妊婦

⑩強い傾向(黒)に10つ以上該当する妊婦

⑪強い傾向(黒)に11つ以上該当する妊婦

⑫強い傾向(黒)に12つ以上該当する妊婦

⑬強い傾向(黒)に13つ以上該当する妊婦

⑭強い傾向(黒)に14つ以上該当する妊婦

⑮強い傾向(黒)に15つ以上該当する妊婦

⑯強い傾向(黒)に16つ以上該当する妊婦

⑰強い傾向(黒)に17つ以上該当する妊婦

⑱強い傾向(黒)に18つ以上該当する妊婦

⑲強い傾向(黒)に19つ以上該当する妊婦

⑳強い傾向(黒)に20つ以上該当する妊婦

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カ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カケア方法
- 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カケア方法、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。

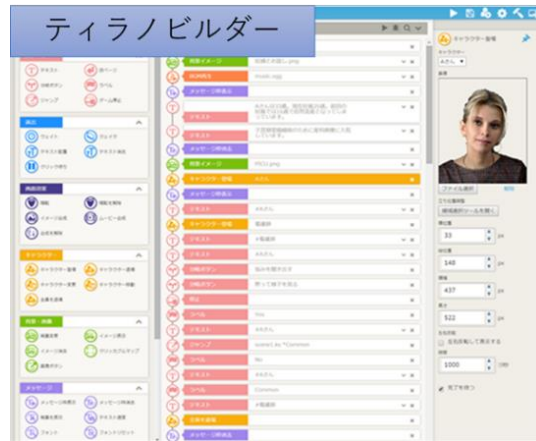


図3 ゲーム作成ソフト ティラノビルダー

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)。

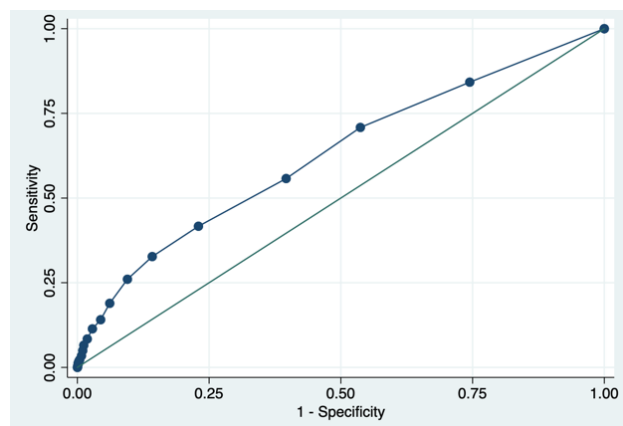


図4 社会的ハイリスク妊産婦の予測モデルに関するROC曲線

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。

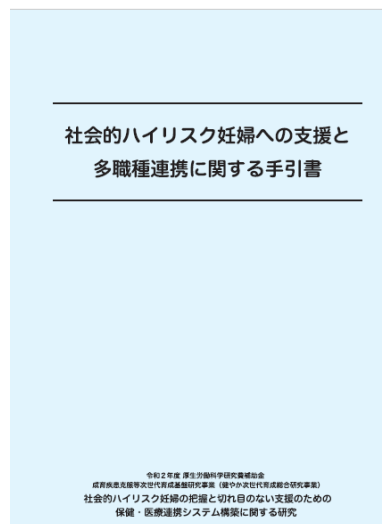


図5 手引書

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婦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。

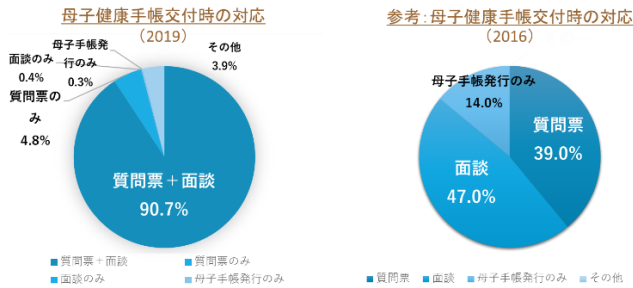


図6 母子健康手帳交付時の対応 (左:2019年 右:2016年)

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。

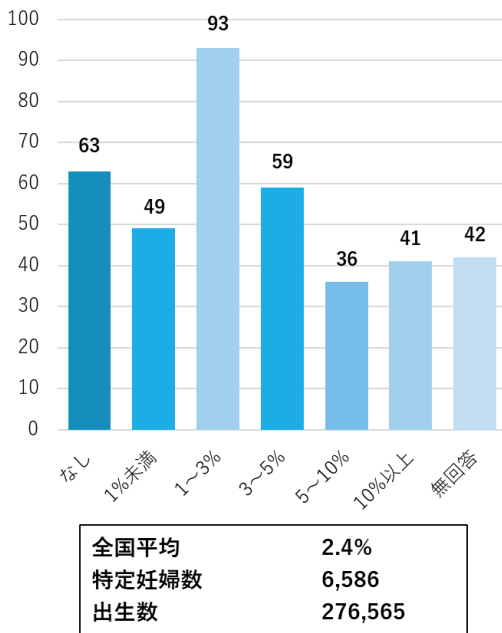


図7 特定妊婦の比率

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)

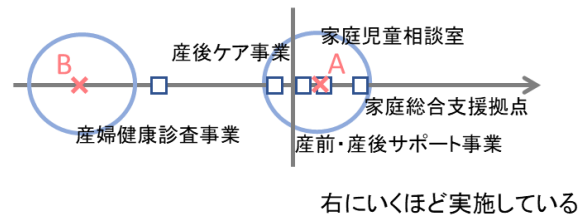


図8 対応分析

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。

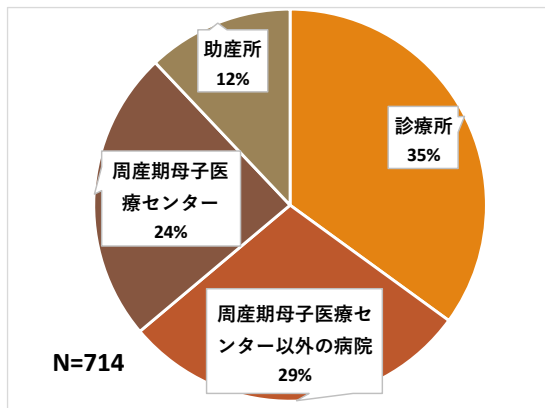


図9 回答施設の施設形態

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。

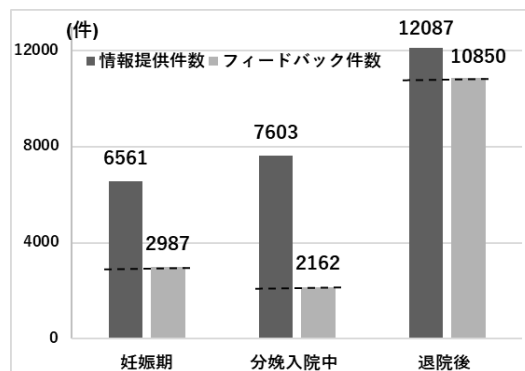


図 10 産科施設から市区町村への情報提供件数とフィードバック件数の比較

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스에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스에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。

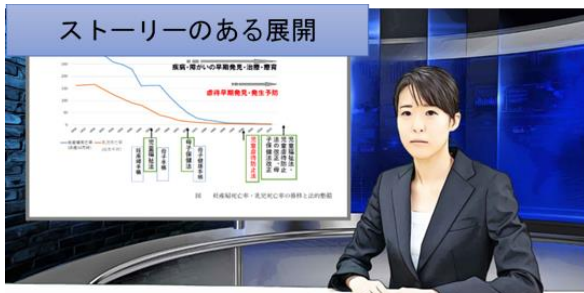


図1.1 ストーリーのある展開



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娠届・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