

令和4年度 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(健やか次世代育成総合研究事業)
妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究 (21DA1004)
分担研究報告書

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

分担研究課題

「分娩取扱い施設における社会的ハイリスク妊婦の把握に関する調査」

分担研究者	光田 信明	大阪母子医療センター	副院長
	片岡 弥恵子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科	教授
	中井 章人	日本医科大学 産婦人科	教授
	林 昌子	日本医科大学 産婦人科	准教授
研究協力者	和田 聡子	大阪母子医療センター 看護部	師長
	平田 瑛子	大阪母子医療センター 看護部	助産師
	上川 裕美	日本医科大学多摩永山病院 看護部	係長

【研究要旨】

(研究目的) 我が国の周産期医療レベルは高く、その指標である周産期死亡率や妊産婦死亡率は世界のトップ水準にある。その大きな要因の一つに妊婦健康診査(妊健)があり、妊健の普及は周産期予後改善に寄与してきた。しかし一方で、社会的ハイリスク妊娠やメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦は増加傾向にあり、自殺や児童虐待発生の要因となり社会的な問題となっている。そこで、本研究では、分娩取扱施設に対する調査を行い、社会的ハイリスク妊婦の抽出方法や行政との協働に必要なシステムについて検討する。

(研究方法) 倫理委員会の承認後、日本医科大学多摩永山病院倫理委員会の承認後、全国の分娩取扱施設宛にアンケートを送付し、調査を行った。各分娩取扱施設の代表回答者 1 名による回答を求め、Web 上 (Google フォーム) あるいは郵送での回答を得た。

(研究結果) 2,134 施設宛にアンケート調査依頼が送付され、2022 年 3 月 2 日～5 月 9 日の調査機関に 731 施設 (回答率 33.9%) より回答を得られた。回答を分析した結果、約 95%の施設が社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要であると回答した。社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを有する施設は半数程度であった。社会的ハイリスク妊婦に関連する因子では社会的な項目の評価割合が低く、評価している場合は主に助産師による対面面談で評価されていた。社会的ハイリスク妊婦で困るのは行政との情報共有がスムーズに行かない点、時間的人員負担がかかる点、妊婦の経済状況の問題が挙げられていた。さらに、3 分の 2 の施設で人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入が見合っていないとされた。

(結論) 社会的ハイリスク妊婦は助産師を中心としたスタッフが時間と労力をかけて抽出していた。また行政との情報共有がスムーズにできていない点、管理に多くの時間と労力を要し、人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入は見合っていない点など、社会的ハイリスク妊婦の管理に関する課題は山積していた。今後、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールの内容や普及についてさらに充実させるとともに、分娩取扱施設と行政との連携をスムーズに行うための方策、費用の問題などについて、検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

我が国の周産期医療レベルは高く、その指標である周産期死亡率や妊産婦死亡率は世界のトップ水準にある。その大きな要因の一つに妊婦健康診査(妊健)があり、妊健の普及は周産期予後改善に寄与してきた。しかし一方で、社会的ハイリスク妊娠は増加傾向にあり、自殺や児童虐待発生の要因となり社会的な問題となっている。これらを解決するには従来の妊健だけでは限界があり、多機関・多職種による支援が求められる。

本調査では、分娩取扱施設で社会的ハイリスク妊婦をどのように抽出し、行政と協働しているか、またどのようなシステムが必要であるかを検討する。これまでに本研究班(第1次・2次光田班)で確立した社会的ハイリスク妊婦を把握するためのアセスメントシートの内容をもとに、分娩取扱施設で社会的ハイリスク妊婦に関わる因子を、どの程度どのように評価しているかを把握する。さらに、社会的ハイリスク妊婦に関わる際の分娩施設で起こり得る問題点や、他機関や他職種との連携についても評価を行う。

本調査結果は児童虐待、さらには子供ものの死亡の減少につながるために貴重な資料となるものと考えられる。

B. 研究方法

日本医科大学多摩永山病院倫理委員会の承認後、全国の分娩取扱施設宛にアンケートを送付し、調査を行った。

- ・調査期間 2022年3月2日～5月9日
- ・調査対象

「周産期医療の広場」<https://shusanki.org/area.html>に掲載された分娩取扱施設の、代表回答者1名(社会的ハイリスク妊婦症例に主に対応するスタッフ、あるいは妊婦健診に直接関わるスタッフ：職種は問わない)による回答

- ・調査方法
アンケート依頼を郵送、Web上(Googleフォーム)
あるいは郵送での回答
- ・調査用紙 図1, 2参照
- ・Web回答 図2と同様の内容をWeb上で入力

C. 研究結果

アンケートを2,156施設に郵送し、22施設が閉院などにより不着返送されたため、2,134施設宛にアンケート調査依頼が送付された。このうち731施設(回答率33.9%)より回答を得られた。アンケートの情報から得られた背景因子を表1に示す。施設の種類の

内訳では総合周産期母子医療センター64施設、地域周産期母子医療センター129施設、総合病院157施設、産婦人科専門病院36施設、診療所319施設であった。公立私立の別では、公的施設231施設、私立施設482施設からの回答を得られた。またアンケートは医師、助産師による回答が多かった。年間の特定妊婦取扱い件数は0件の施設も165存在し、1～5件が247施設、6～10件が82施設存在したが、21件以上のも53施設にのぼり、10件未満の少数を扱う施設と21件以上の施設に2極化して特定妊婦を扱っていることが伺われた。年間の社会的ハイリスク妊婦の取扱い件数についても特定妊婦と同様に、10件未満(計189施設)と21件以上の施設(190施設)が多かった。

「社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要だと思いますか」との問いには94.7%が「そう思う」、4.8%が「ややそう思う」との回答をしており、本研究の回答者は社会的ハイリスク妊娠に関心が高いと考えられた。さらに、「社会的ハイリスク妊婦の把握、行政との連携等を十分に行っていると思うか」という質問に対し、8割以上が「そう思う」あるいは「ややそう思う」の回答であり、社会的ハイリスク妊婦を比較的上手く扱えていると感じている施設が多かった。そのような施設背景であったが、社会的ハイリスク妊婦を抽出する目的で導入しているツールを有する施設は半数程度であった。

本研究班(第1次・2次光田班)で確立した、社会的ハイリスク妊婦を把握するためのアセスメントシート(SLIM尺度)で評価する内容について、各施設で評価しているか調査した結果を表2に示す。年齢、精神疾患の有無、妊婦健診未受診かどうか・受診回数のような、妊娠合併症に関わる因子はほぼ全例評価されていた。一方婚姻状況とEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)を除く、社会的因子と「気持ち」に関する因子、すなわち妊娠が嬉しかったかどうか、未診断の発達障害・人格障害傾向の有無、経済的ゆとりの有無、生活場所の変化が多いかどうか、本当に困った時の相談相手の有無、親との関係性(被虐歴有無)、DVの可能性、学歴、MIBS-J(赤ちゃんへの気持ち質問票)については評価の実施率が低かった。

各項目について誰が、いつ、どのように評価しているか表3-1～3-14に示す。評価している施設の中では、評価の実施率が低かった要因を誰が評価しているかを検討した結果(図3)、妊娠が嬉しかったかどうか：医師22.8% 助産師77.6% 看護師28.7%、未診断の発達障害・人格障害傾向の有無：医師39.4% 助産師74.0% 看護師32.4%、経済的ゆとりの有無：医師20.2% 助産師81.1% 看護師34.5%、DVの可能性：

医師 19.2% 助産師 81.5% 看護師 35.3%など、いずれも医師が評価することは少なく、助産師が評価することが多い項目であった。またこれらの項目の評価にソーシャルワーカーが関わるのは5%前後であった。これら評価実施割合が低い項目の多くは、対面談にて評価をしている割合が高かった(図4)。

「社会的ハイリスク妊婦を把握するために適する職業」についての質問(図5)では助産師について100%に近い施設で適していると回答しており、社会的ハイリスク妊婦の把握のために助産師は大変重要な役割を担っていることが伺えた。看護師も9割の施設で適していると回答されていた。さらにソーシャルワーカーについても、高い割合で社会的ハイリスク妊婦の把握に適すると回答されている。

しかし一方で、施設で社会的ハイリスク妊婦を扱うために、業種別にスタッフの数や協力が不足しているかどうかの問い(図6)では、8割以上の施設で助産師の数や協力が不足していると回答しており、医師や看護師、ソーシャルワーカーも7割弱が不足しているという結果であった。スタッフ以外に関して社会的ハイリスク妊婦を自施設で扱うために不足している項目では、半数以上の施設で行政への情報提供にあたっての同意方法の詳しい指針や、行政への情報提供にあたっての簡潔な手順が不足していると回答しているが、一方で行政の仕組みについての知識やスタッフとのつながりも不足しており、実際に指針や手順が不足しているのか、知識不足なのかの判定は困難であり、今後の検討が必要である。自施設の機能では人員不足、ソーシャルワーカー不足、精神科の体制がない、面談の場所がない、スタッフの力量の差、スタッフの意識の温度差、スタッフの教育不足 院内連携体制 行政との連絡体制 情報共有の方法 などが問題点として挙げられていた。一方行政の機能の不足としては行政の施設間・市町村間での対応の統一や、土日祝・夜間(緊急時)に連絡が取れる体制の構築、行政担当者の拡充、窓口の一本化について多数の要望が上がっていた。その他、担当者による対応のバラつき、フィードバックが少ない、連携不足などの問題点が挙げられていた。

行政と連絡を取る手段としては(表5)、電話(72.5%)と郵送(定形書式あり:62.8%)がよく用いられている手段であった。定形書式のない文書による連絡手段とメールはあまり用いられていなかった。実際に行政に連絡する手段として使用されている電話と郵送(定形書式あり)は、連絡に適している方法であるとも考えられており、定形書式のあるメールやファックスも適するという意見が多かったが、一方自由記載の意見では、メールやファックスについては誤送信を危惧す

る意見がみられた。

表6には通常の妊産婦に対する保健指導の回数と時間、および社会的ハイリスク妊産婦に対して追加で行う保健指導の回数と時間を示す。社会的ハイリスク妊産婦に追加で行う保健指導の回数は妊娠中に平均2.2回(1.4時間)、産後に1.5回(1.3時間)であった。

社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に対し、健診費用や分娩費用などによる収入が見合うと思うかの問いに対し、そう思う(見合う)・ややそう思うとの意見はわずか8%であり、3分の2の施設で健診費用や分娩費用などによる収入が見合わないとの意見であった(表7)。社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと感じる施設は約半数に留まる(表8)。

社会的ハイリスク妊婦で困ることについての自由記載では336施設から回答が寄せられた。内容を分類したものを図7、代表的な意見を表9に示す。最も多かったのは行政との情報共有がスムーズに行かない点であった。この中には行政の窓口が分かれて連絡先が多い、行政からのフィードバックがない、一つの行政機関に伝えても、他の行政機関で情報共有がされておらず、何度も同じ話をしないとしない、市町村ごとに申請の方法などシステムが異なるので困る、行政に連絡をしてもつながらない、などの意見があった。次に多かったのは時間的人員負担であった。情報をまとめたり伝達したりすることに時間を要するわりに診療報酬に反映されない、とにかく時間がかかる、患者の面接に時間がかかり、多業務に影響するなどの意見があった。妊婦の経済状況の問題についてもコメントが多く、不払い、踏み倒すとの意見が多数、その他手間がかかり神経をすり減らすが見返りが全くない、支払いができないが生活保護は拒否する妊婦がいるなどの意見があった。その他妊婦のコンプライアンス(受診しなくなる、連絡が取れなくなる、支援を拒むなどの問題点が挙げられた。

D. 考察

今回のアンケートは全国の分娩取扱施設を対象に行った。全国の施設から回答があったが、日本産婦人科医学会による2020年施設情報調査での総合周産期母子医療センター110施設、地域周産期母子医療センター296施設、一般病院601施設、婦人科病院443施設、分娩取扱診療所1234施設や、厚生労働省平成29年度衛生行政報告例での助産所366施設をかんがみると、周産期中核施設からの回答率が高く、産婦人科専門病院や助産所からの回答率は低いと考えられた。

社会的ハイリスク妊婦の取扱い件数は10件以下

の施設と 21 件以上の施設が多く、二峰性であった。ここで 1~5 件の施設は一律に 3 件、6~10 件の施設は 8 件、11~15 件の施設は 13 件、16~20 件の施設は 18 件と仮定し、21 件以上の施設は具体的な件数を問うているので申告通りで計算すると、回答した施設のうち、年間 20 件以下の施設で取り扱う社会的ハイリスク妊婦は合計で約 3000 症例、年間 21 件以上の施設で 11500 症例であると大まかに計算される。前述の如く産婦人科専門病院や助産所からの回答が少ないことを考えると、社会的ハイリスク妊婦症例はある程度集約されているが、少ない案件を扱う病院で管理される社会的ハイリスク妊婦も、それなりの数が存在するものと考えられる。

社会的ハイリスク妊婦に関連する因子のうち、社会的因子と「気持ち」に関する因子、すなわち「妊娠が嬉しかったかどうか」、「対人関係トラブル」、「経済的ゆとりの有無」、「生活の場所」、「困った時の相談相手の有無」の評価は、医師よりも助産師が評価していることが多かった。「社会的ハイリスク妊婦を把握するために適する職業」の問いでも助産師が期待されていた。しかし一方で助産師不足の声も上がっており、社会的ハイリスク妊婦に関する業務を全て助産師が担うことは困難なこともあると考えられる。令和 2 年度光田班研究にて SLIM 尺度で高い社会的ハイリスク妊娠との相関が認められたのも同じ項目であり、このことから社会的ハイリスク妊婦の抽出には助産師が大きな役割を担っていると考えられる。社会的ハイリスク妊娠について困ることとして多く挙げられていた「人的時間的負担」は多くの場合助産師、あるいは看護師にかかっているものと推測される。

社会的ハイリスク妊婦の保健指導の回数は、一般の妊婦に比較して妊娠中 2 回 (1.4 時間)、産後に 1.5 回 (1.3 時間) 多かった。しかし本アンケートから推測すると、社会的ハイリスク妊婦に関連する負担は母健指導だけではなく、関係各所への連絡や調整、情報収集のための面談など、さらに多くの時間や人力的負担がかかっているものと推測される。本アンケート回答者の 95%が「社会的ハイリスク妊婦の把握が重要だ」とするにもかかわらず、その 3 分の 2 が「人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入が見合わない」と意見することはこのことを裏付けていると考えられる。社会的ハイリスク妊婦には生活保護は受けないが費用の支払い能力が無い妊婦が多く含まれ、紹介搬送先が見つからないので分娩費用を病院がかぶるケースも珍しくない。従って、公的病院はともかく、私立の病院で社会的ハイリスク妊婦の取扱いを渋るのは想像に易い。全ての社会的ハイリスク妊娠を公立の施設で扱う方針とするのでない

限りは、社会的ハイリスク妊婦の妊娠分娩管理に見合う収入を保障することが必須であると考えられた。

さらに、社会的ハイリスク妊婦に関して困ることとして、行政との情報共有がスムーズではないことが挙げられていた。連絡の方法や支援の内容が市区町村で異なること、行政施設間で情報共有がされないことで困っている施設が多く、これらを解決するためには統一した指針に則り運営されるのが理想であると考えられる。指針などの提示の可能性については今後の検討課題である。

E. 結論

社会的ハイリスク妊婦は助産師を中心としたスタッフが時間と労力をかけて抽出していた。また行政との情報共有がスムーズにできていない点、管理に多くの時間と労力を要し、人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入が見合っていない点など、社会的ハイリスク妊婦の管理に関する課題は山積していた。今後、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを普及するとともに、分娩取扱施設と行政との連携をスムーズに行うための方策、費用の問題などについて、検討する必要があると考える。

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

G. 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