

わが国の妊産婦健康診査における 課題と将来への展望

— すべての子どもたちのよりよい養育環境をめざして —

お産の安全性では世界トップ水準にある私たちの国では、その一方で少子化が進み、社会的ハイリスク妊娠や妊産婦のメンタルヘルスの不調などが増える傾向にあります。

この国でみんなが安心して子どもを産み育てていくには、
どんな医療・保健・福祉機関を含めた社会的支援が必要なのでしょうか。
産婦人科・小児科・助産師という周産期医療における各専門分野のエキスパートが集い
これからの妊産婦支援・育児支援について語っていただきました。

日本で「子どもを産み育てやすい」と考える人は4割弱

光田 われわれ光田班は、平成27年度(2015年度)から9年間、厚生労働科学研究として社会的ハイリスク妊産婦の支援や、妊婦健康診査のありようについて研究に取り組んできました。近年、所得・学歴・地域・職業階層などの格差が健康状態に明らかに影響する「健康格差」^[1]が社会課題になっています。

われわれは社会的ハイリスク妊娠を「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」と定義^[2]しましたが、研究を進める中で、近年増加している社会的ハイリスク妊産婦を取り巻く状況とは、まさにこうした格差の世代間連鎖、健康格差問題の「妊婦版」だと感じています。

この健康格差社会の中で、すべての妊産婦や子どもたちを健やかな生活・成長につなげていくためには、妊娠・出産をどのように考え、また医療の中

でどのように位置づければよいか、先生方のお考えをお聞かせください。

五十嵐 内閣府が2020年にスウェーデン・ドイツ・フランス・日本の4か国で実施した「少子化社会に関する国際意識調査」によると、「子どもを産み育てやすい国と思うか」の質問にスウェーデンは9割以上、フランスとドイツは約8割が「そう思う」と回答する一方、日本では4割弱でした。「子どもを増やしたくない理由」については、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」という回答がトップで、5割以上を占めました。さらに女性にとって妊娠・出産・育児が、経済的にもキャリア形成にもハンディキャップとなることへの懸念もうかがえます。

まずは妊娠・出産だけでなく、その後の子育ての経済的負担を軽減させる施策や、子育てを社会全体で担う仕組みを作ることが必要です。また、分娩麻酔の導入など出産や産後の身体的負担を軽減する対策も求められます。さらに出産年齢が高まり、祖父母世代も

高齢化して妊娠・出産支援が難しくなる中で、褥婦だけでなく夫や先に生まれた子どもも含む家族全体を支援する産後ケア(産後家族ケア)の整備も必要でしょう。

障害のある子が生まれた際にも、これまでのように母親や家族だけが負担を負わずにすむよう、今まで以上に手厚い支援も考えていくべきです。医療的ケア児などの重い障害を持つ子ども

キーワード

[1] 健康格差

参考:五十嵐 隆, 近藤克則:特集 健康格差社会への対応. 日医雑誌 第151巻・第10号/2023年1月

[2] 社会的ハイリスク妊娠の定義

出典:倉澤健太郎: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. 光田班 平成30年度分担研究報告
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182011/201807011A_upload/201807011A0005.pdf

は2万人にまで増えており、在宅ケア児への教育や遊びの機会の提供、重い在宅医療を担う保護者支援として、子どもホスピス（淀川キリスト教病院こどもホスピスなど）や医療型短期入所施設（国立成育医療研究センター「もみじの家」など）を広め、整備することが必要です。

木村 私は1995年から97年までドイツに住んでいたのですが、その頃のドイツはヨーロッパで最も子育てがしにくい国と言われていました。当時は、ギムナジウム（日本でいう小学校5年生から高校3年生までが通う中等教育機関）まで学校が半日で終わるのが伝統で、毎日母親が家庭で昼食を作り、午後子どもの面倒を見なければならぬ社会でした。それでは女性が働くのが非常に難しく、同僚の女性たちはベビーシッターを雇うなどさまざまな苦勞をしながら研究をしていました。そのドイツが今、子育てがしやすい社会に大きく変わりました^[3]。そこから学べることは多いと思います。

福井 日本も今の社会状況に合わせたパラダイムシフトが必要です。国は不妊症治療・待機児童ゼロ・父親の育児休暇取得の3つを少子化対策として掲げていますが、父親の育児休暇取得については、いまだ経済界は「働いて出世すること」に価値を置き、足並みはそろっていないように思います。こうした価値観の変容には相当な年月がかかりますが、その間に環境を整えるた

めの発信をしていくことが私たちの役割だと思っています。

社会的ハイリスク妊婦をどう支援していくか

光田 われわれは、支援が必要な社会的ハイリスク群の妊産婦を把握する方策を提案してきましたが、社会的ハイリスク要因には、貧困や家庭環境、地域社会などさまざまな個別事情が複雑に絡みあっているため、単純には解決策を示せない難しさを実感しています。

木村 社会的ハイリスクの方々に伴走型サポートをしていくには、地域に密着した顔の見える関係が重要で、それは必ずしも医師である必要はありません。

これまでは全国津々浦々の小さい分娩施設で、医師が身近な地域でパーソナルな関係を結んで妊婦さんをケアしてきましたが、現在の医療は、かつてのように医師が一人ですべてをこなすことが不可能なまでに高度化しています。今の時代の医療技術に合った産科システムと、社会的ハイリスクのサポートシステムは分けて、両面を同時に考えていく必要があります。

安全な分娩には人的資源が必要なので、医師を中央の施設に集め、そこから手のあいているスタッフが地域の現場に出向き、医療+福祉をサポートするという構想も一つの方法ですね。

福井 フィンランドには、専門職が母子や家族に寄り添い、必要に応じて他の支援へとつなぐための制度、**ネウボラ**^[4]があります。地域の中で、妊娠時から就学前までの家族にとって、子育て全般におけるワンストップの支援拠点となっています。

日本でも2017年より、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う地域の支援拠点として各自治体に「**子育て世代包括支援センター**」^[5]の設置が進められてきました。母子保健や子育て支援などの地域行政をつなぎ、地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守るとともに、子育て世代の親を孤立させないよ

う見守り支えていく地域づくりも重要です。

五十嵐 わが国の小児医療の現場は、予防接種や治療・予防技術が向上した結果、身体的な急性疾患が減少し、相対的に心理・社会的問題を持つ子どもが増えています。心理・社会的問題は家庭環境に起因することもあり、重篤になる前に実態を把握し、介入することが大切です。

わが国の乳幼児健診はアメリカに比べ回数が少なく、健診内容も発育・発達の評価や疾患の有無に主眼が置かれており、小児の健康に影響を与える社会的な要因（social determinants of child health）を把握する姿勢に乏しいのが現状です。

「健康」はバイオ・サイコ・ソーシャル（身体的・精神的・社会的）に満たされた状態であるという考え方は、WHOの定義に通じるものです^[6]。今後は、乳幼児健診の回数を増やすとともに、時間をかけて母子の健康を身体・心理・社会的に把握し、相談するシステムと同時に、それを行う医療者側に正当な対価が支払われる仕組みも考えていく必要があります。さらに、子どもや家族に心理的・社会的問題が疑われる場合には、ソーシャルワーカーなどが速やかに関与し、支援を行う連携体制も必要です。

光田 現場の保健師からは「支援をしようとしても親から『いらぬお節介』と拒絶されてしまう」という話も聞きます。

福井 「自分は支援を必要としていない」と認識している人への支援は非常に難しいですが、「支援を受けるといいことがある」と本人が納得いくまで時間をかけて明確に伝えていくことが大事です。その人が支援を受けたくないと思う理由をひもとく時間が足りないまま、支援者が先入観で問題を特定して、本人の気持ちがついてこないうちに介入しようとする、当事者との距離ができてしまいます。行政との接点で、時間をかけて本人の気持ちの変化を見守る仕組みをどうつくるかです。

理想的なのは当事者も含む関係者が一堂に会するカンファレンスを行い、子や母親、家族にとって一番いい状態



五十嵐 隆 先生
いがらし・たかし
(国立成育医療研究センター理事長/
日本小児科学会前会長)

になるために話し合うこと
です。「この人たちは自分
にとって利益になる人たち
だ」と感じてもらうことに
もつながります。社会的ハ
イリスク妊産婦のカンファ
レンスは、臨床の時間的制
約がある中でも実施するこ
とが求められます。その必
要性は診療報酬が算定でき
ることからも明らかです。

光田 産婦人科でも妊娠中
の段階で子どもの育つ家庭
環境を推測することは可能
です。また、小児科でも家
庭の状況も含めて母子両方
の心理的・社会的な面を見

ていく必要があります。妊娠・出産・
子育ての中では、すべての関係者が母
子のありようや健康について考え、対
応することが必要ではないでしょ
うか。また、たとえば高齢者のケアを社
会全体が担う介護保険のようなかたち
を、妊娠・出産・子育てで目指すとい
う考えはどうでしょうか。

木村 私もまさにそう思います。医療
者の人的資源は限られているので、す
べてを医療者で担うのは厳しい。介護
領域でケアマネージャーや介護福祉士
といった新しい職種をつくり、一般の
方々から募ったように、子育てや療育
に関しても医療者以外の方に参入して
もらい、社会全体で支える仕組みが必
要です。

一方、産婦人科医のような高度医療
職が現場で片手間に子育て支援をす
ることは難しく、子育て世代包括支援
センターなどにおいて、現役医師は医
療的知識を活用したスーパーバイザー
として関わるほうがよいかもしれませ



木村 正 先生
きむら・ただし

(大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室教授/
日本産科婦人科学会前理事長)

ん。支援現場で直接母子に接する人材
としては、地域に密着した看護職や助
産師、保健師、あるいはリタイアした
高齢の医師などがふさわしいのでは
ないでしょうか。

多機関・多職種連携 についての課題

光田 社会的ハイリスク妊産婦とその
家族を支援するには医療・保健・福祉の
多機関・多職種連携が必要不可欠ですが、
現状ではなかなか進んでいません。

福井 医療と保健・福祉の壁を越えて、
確実に情報共有・連携できる体制作り
が求められます。複数のリスク要素を
抱えている人を経過とともにトータル
に見ていくには、組織横断的に協働す
るプロジェクト型が適しています。

また、産後1か月の産婦健診以降
は支援の場が医療機関から市区町村へ
と移行しますが、その後も妊産婦の気
持ちに寄り添って支えていく関係が必
要です。医療機関で分娩を介助した助

キーワード

[3] ドイツの少子化対策

1990年代、ドイツは「女性が家庭で子ども
を見るべき」という保守的な伝統的価値観から
合計特殊出生率が1.2台にまで低下したが、
政策努力により2015年以降は1.5台
に回復している。

その間にドイツが取り組んだ政策の代表例
が、2007年に導入した「両親手当」制度だ。
育児休業給付を最大14か月分とし、最長12
か月の間に全額受け取るには、例えば妻が
12か月と夫が2か月など、最低でも2か
月はもう片方の親が育休を取らなければ
ならない。この仕組みで、ドイツは男性の
育休取得率の向上に成功した。2013年
には1歳以上のすべての子どもに保育を
受ける権利を保障する政策を打ち出し、
さらに2015年から導入した「両親手当
プラス」によって、両親手当を受給しな
がら短時間勤務をする場合にも給付金
を満額受け取れるようにして、母親の
早期復職を促した。ドイツはこうした
政策誘導を通じて伝統的価値観を大き
く変容させ、国内の出生率を回復させ
ることに成功した。

[4] ネウボラ

ネウボラとはフィンランド語で「アドバイ
スの場所、相談の場」という意味。フィン
ランドの自治体で実施されている出産・
育児支援制度で、「かかりつけネウボラ
保健師」を中心として産前・産後・子
育ての切れ目ない支援を行う地域拠
点を指す。無料で利用できる普遍性と
一人の保健師が継続的に担当する支
援の連続性(無料のワンストップ)が
特徴。ネウボラ保健師は多様な家族
に対応できるよう専門教育を受けてお
り、産前から定期的に対話を重ねるこ
とで家族との信頼関係を築き、必要
に応じて専門職・他機関とのコーデ
ィネート役も担う。育児不安や虐待の
予防にも効果を上げている。

[5] 子育て世代包括支援センター

設置自治体数は、2022年4月1日時点で
1647市町村(設置率95%)。この「子
育て世代包括支援センター」は、2022
年6月に成立した改正児童福祉法によ
り「子ども家庭総合支援拠点」と共に
見直され、令和6年度(2024年度)か
らすべての妊産婦、子育て世帯、子
どもへ一体的に相談支援を行う「こ
ども家庭センター」へと移行する。

[6] WHOの健康の定義

1947年に採択されたWHO憲章では、「健
康」について「健康とは、身体的、精
神的、社会的に完全な幸福の状態であ
り、単に病気や虚弱がないことではな
い(Health is a state of complete phys
ical, mental and social well-being
and not merely the absence of disease
or infirmity.)」と定義した。



産師が、その人を気にかけて継続的に追っていく仕組みがあるとよいと思います。妊産婦とその子どもを含む家族のケアについては、医療・保健・福祉の関係者が一堂に会したケース検討会議等を行う「顔の見える連携」が重要です。

木村 妊産婦の中には精神的な問題を抱えている方もいますが、精神科では「病気ではない」と診断されることがよくあります。古典的な疾患分類とは違う生きづらさが元になり、妊娠・子育てへの不安が上昇している現状が産婦人科の現場で見られます。

小児科にしても、病院は基本的に急性期に対応する施設ですが、夜間に小児救急外来を受診する患者の9割は入院の必要がないという状況で、医療が疲弊する原因となっています。つまり今の病院は急性期疾患と、不安や生きづらさの両方を抱えざるをえない状況です。急性期医療を守るためにも、産後から小学校に入る前までの期間、地域で家族を見守り、子育ての不安や生きづらさを支える体制をつくっていくことが必要です。

「切れ目のない連携」をどう構築するか

光田 多機関・多職種「切れ目のない連携」は必要不可欠ですが、多くの現場では「切れ目のある連絡」となっ

ているのが実情です。

大阪府の場合は、すぐ対応が必要な社会的ハイリスク妊娠であると医療機関が判断した場合、「要養育支援情報提供書（妊産婦版）」を用いて市区町村保健センターに文書通知が可能で、急ぎの場合は電話での連絡も可能です。しかしわが国の現行の制度では、業務としてのシステムが存在しません。現場の試行錯誤に頼るのではなく、医療と保健・福祉との連携を支援するシステムや制度をどのように構築するのかが要となりますが、いかがでしょうか。

五十嵐 産科で養育支援が必要と判断されると、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会などを通じて支援していきませんが、小児科医は新生児期・乳幼児期を通じて継続的に母子に関与していくにもかかわらず、そうした情報が共有されていません。今後、母子保健情報がIT化される場合、情報システム上、医療者側のみが閲覧できる部分を構築することも検討が必要です。

木村 多機関・多職種の切れ目のない迅速なやり取りには、ITシステムによる医療・福祉共通のプラットフォームが必要ですが、母子健康手帳の電子化



福井 トシ子 先生
ふくい・としこ
(国際医療福祉大学大学院副大学院長・教授/
日本看護協会前会長)

が進められても、本人が電子母子手帳を持つことを拒めば情報の共有はできません。そうすると、医療側が個人情報管理に細心の注意を払ってプラットフォームを作成する必要があるかもしれません。しかしその場合、一度「特定妊婦」や「気になる妊婦」に指定されると、役所、病院、小児科、どこへ行ってもそのレッテルがついて回り、本人にとって息苦しい状況になってしまう点が課題です。

福井 母親の精神面の健康は、愛着形成や家族関係にも影響するため、妊産婦の心身へのサポートは重要です。しかし産後ケア等の支援は拡充されている反面、思うように体が動かない妊産婦が、居住地域で利用可能なサービスを自分で調べ、手続きをしなくてはならないなど、利用へのハードルが高いのが実情です。

さらに、日本では約5割が里帰り出産を選択していますが、祖父母世代の高齢化や就労によって里帰り先で支援が受けられず、母子が孤立してしまうケースもあります。行政の母子保健サービスは居住地域で受けることが基本ですが、里帰り先でも適切に支援され、また里帰りから戻った後も居住地域へとつなぐ体制が必要です。

日本看護協会では、すべての妊産婦と新生児に助産師のケアを提供するため、「母子のための地域包括ケア病棟」^[7]を提唱し、推進を図っています(左図)。これは、「院内助産・助産師外来」「産



科関連病棟におけるユニットマネジメント」「医療機関における産後ケア事業」「地域連携」の4機能を備え、これらを一体的に実施することで、妊娠・分娩・産褥期におけるケアの連続性、支援の場の確保、ケア機能の強化を図ります。分娩取扱施設の助産師が、医療と行政の連携・仲介の役割を果たし、母子や家族の地域移行をきちんと見届け、産後も外来支援や電話相談に応じながら継続的・重層的に支援する体制づくりです。

木村 産婦人科では従来、健診と分娩を同じ施設で継続すべきと考えていましたが、これからは健診・地域ケアと分娩の役割を分けないと、医療の安全と妊婦にとっての利便性が両立しません。今後、地域から離れた中央分娩施設でお産をする体制になると、分娩施設の医師・助産師は、初対面の妊婦と信頼関係を築いていくスキルの獲得が課題になります。

妊婦健康診査・産婦健康診査におけるSLIM尺度の意義と期待

光田 今回、研究班では、さまざまな困難を抱えているにもかかわらず支援の手が届きにくい社会的ハイリスク妊産婦を把握できる「SLIM (Social Life Impact for Mother) 尺度」^[8]を開発し、『産婦人科診療ガイドライン産科編 2023』^[9]にも紹介されます。このSLIM尺度は、現場においてどのような形で活用できるでしょうか。



光田 信明 先生
みつだ・のぶあき
(本研究班代表／大阪母子医療センター病院長)

木村 これまで妊婦のリスクは医学的リスクによって階層化されてきましたが、SLIM尺度によって、従来とは違う観点で階層化できると感じました。医学的ハイリスクに必要なのはマンパワーと体制、そして施設の実力です。一方で、社会的ハイリスク支援に必要なのは、親身になってくれる人やメンターの存在、長期間の支援です。スコアに応じてその人にとって最適なケアの選択が可能になります。

福井 現在、産後の母親のメンタルヘルスを評価するツールとしては、エジンバラ産後うつ病自己評価票（以下、EPDS）があります。しかし妊産婦の社会的リスクに対して医療と母子保健担当部署が早期から連携して支援を行うには、支援を必要とする妊産婦とその家族に関する情報を妊娠期から把握することが必要で、そのための尺度の開発と全国的な標準化は欠かせません。

SLIM尺度の普及は、特定妊婦をはじめ、さまざまな困難を抱える社会的ハイリスク妊産婦への適時・適切・継続的な支援に資するものとして歓迎しています。

今後は尺度を適切に活用できる人材が必要です。尺度の回答についての聴き取りで、いかに妊婦に対して受容的・共感的な態度で接することができるかが、その後の関係性に影響します。こうした尺度の活用精通した助産師を、医療機関の産科外来などを発揮できる場に配置することも必要です。

また、助産師だけでなく周産期医療関係者、母子保健関係者が「おや？」と気になったときにSLIM尺度を活用できる仕組みもあるといいですね。

五十嵐 SLIM尺度は、社会的な面を中心に妊産婦の問題を把握する重要なツールだと思います。従来の枠組みでは十分に対応できない社会的ハイリスク妊産婦と生まれてくる子どもの幸せのために有用なツールになることを期待しています。小児科医も、社会的ハイリスク妊産婦の存在と評

価する尺度の存在を認識すべく、啓発活動をしていきたいと思います。

光田 先生方のおっしゃる通り、妊産婦の健康について、従来の健診では身体的な面、EPDSで精神的な面、そしてSLIM尺度によって、これまで把握できなかった社会的な面を把握できるようになったということですね。今後、実装化をはかっていきたいと考えています。

これからの妊産婦健康診査の役割と目指す方向

光田 最後に社会的ハイリスク妊産婦のケアも含め、今後の妊婦健康診査、産婦健康診査にはどのような役割、あり方を期待できるでしょうか。

福井 妊婦健診は、単に母子の健康状態を確認して保健指導する場ではなく、妊婦への支援の場、もしくは支援へつなげる場と捉え直すことが必要です。妊産婦は、妊娠・出産・産後期間にさまざまな不安や負担、孤独を感じるため、すべての妊産婦を支援の対象

キーワード

[7] 母子のための地域包括ケア病棟

妊娠期から産後まで切れ目のない支援を提供するために公益社団法人日本看護協会が提案するケア提供体制。詳細は下記URL『母子のための地域包括ケア病棟』推進に向けた手引き』参照。
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/macareacomp_propguide.pdf

[8] SLIM (Social Life Impact for Mother) 尺度

出典：Int J Gynaecol Obstet. 2022; 159: 882-890.
本パンフレットp7も参照。

[9] 『産婦人科診療ガイドライン産科編 2023』

『産婦人科診療ガイドライン産科編』では、最新の2023年版において「社会的ハイリスク妊産婦」を初めて項目として取り上げた(p244-248)。同ガイドラインは、「社会的ハイリスク妊産婦に対する要因は、国や年代によって影響を受けるため、現在の日本の妊婦を取り巻く状況を反映したツールを使用することが重要」と言及し、市町村と連携する必要のある妊産婦を把握するためのスクリーニングツールの例としてSLIM尺度を挙げている。

とするポピュレーション・アプローチが必要です。

先行研究でも助産師外来での保健指導に対する満足度は高く、助産師には支援に関わる専門職として、これまでに以上に知識や技術を活用してほしいです。今後は、2024年4月以降に全国の市区町村に設置される「こども家庭センター」などにも助産師を配置する必要があると思っています。

光田 現状では助産師のボランティア的な保健指導となっているものを、医療機関が業務として認知し、その枠組みで行っていくことも大事ですね。

五十嵐 出産前から信頼できる小児科医を知り、安心して子育てできることを目的に、産婦人科医の紹介で母親が地域の小児科医を訪問し、保健指導を受けるプレネイタル・ビジット（妊娠28週から：ペリネイタル・ビジットの場合は産後2か月まで）が行われています。一般外来とは別の時間帯に小児科クリニックを訪れ、ゆっくり話ができる制度です。現状では医学的ハイリスク妊婦に限られている地域が多いですが、自治体によってはすべての妊婦を対象に、公的事業として実施しているところもあります。

また、スマホなどを利用して母親が悩みや不安を医療職に相談できる体制があると、子育て支援として大きな役割を果たせると思います。妊娠中から産婦人科の医師や助産師にメール等で相談できる体制もあると、さらによいと思います。

福井 妊娠期から、産後の子育てをイメージしてもらうことも重要ですね。母親学級の中では、従来の分娩の準備や沐浴などのほかに、たとえば共働きで手伝ってくれる人がいない中で「産後に子どもが発熱した」「保育園に入れない」「自分が病気になった」などの場合に、病児保育や手伝いの人など、必要な社会資源の確保の仕方をリアルに伝えることが必要です。私が勤めていた病院では、子育て経験のある人が産後の状況についてオリエンテーションを行っていて、効果があったように思います。

木村 そのような産後の生活について体系的に伝えるという取り組みは、職場上の問題に限らずもっと行われているですね。

プレコンセプションケアの重要性

光田 今後の妊産婦支援について、母子保健事業全体におけるプレコンセプションケア、あるいはリプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）といった点についてはどのように考えればよいでしょう。

木村 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの根底にあるのは、生殖に関する女性の自己決定権ですが、女性の自己決定が子どもの権利を侵害する可能性が議論になっています。たとえば、ある女性が働けずにホームレスになるという自己決定は、その女性一人のことであれば自由ですが、子どもが一緒の

場合は問題となります。

また、胎児、受精卵まで含めて生命をどのように包括的に理解するかは、社会全体で考えて決めていくものですが、人々がそうした社会規範を理解して行動するには教育が必要です。産婦人科で言えばプレコンセプションケアですが、できれば中学・高校からもっと広く包括的性教育を実施していくべきです。

包括的性教育については、人として、異性とどのような性関係を結んでいくか、その結果生まれてくる子どもをどういつくしみ育てていくか。さらには40歳以降の妊娠・出産のリスクなども含めて、日本の医療者全体で情報発信をしていく必要があります。

子どもの保護に最大限の資源を投入するという原則をつくり、そのために妊婦と女性に可能な限り投資するという考えを柱にしたうえで、男女共にプレコンセプションケア、包括的性教育を行うことが、その投資を有効にしていけるでしょう。

光田 たくさんのご提言、ありがとうございました。出産・子育てを行う次世代をどのように支えていくかは、われわれ母子保健関係者が考えていくべき課題です。その中でハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを取り入れながら、医学以外の部分についても関係者全体で考えて、新しい母子保健体制を用意していくことの大切さを改めて実感しました。本日はありがとうございました。

この本文は2023年5月に行われた座談会のダイジェスト版です。研究班ホームページ（右ページ参照）で全文を読むことができます。



SLIM尺度 (Social Life Impact for Mother Scale) について

SLIM尺度とは

SLIM尺度 (Social Life Impact for Mother Scale) は、妊娠初期に妊産婦の社会的リスク (妊娠中または出産後に社会的な支援が必要な状態となること) を評価し、産科医師、助産師が中心となって支援につなげることを目的に開発したものです。

出産予定日決定後の妊婦健診時 (妊娠10週～14週頃。妊娠中期・後期に初診となった妊婦においては初診時) に、すべての妊婦に右図のアンケート用紙を配布し、妊婦健診の待ち時間等を使って回答していただきます (3分程度)。

SLIM尺度の計算表を参照して、アンケート用紙から合計点 (0～34点) を算出し、妊婦の社会的リスクを重度・中等度・軽度に分類します。

この尺度は妊婦の社会的リスクをスコアによって分類評価するものですが、それは妊婦のランク付けや情報管理が目的ではありません。すべての妊婦に必要な支援につなげていくために、支援者が妊婦自身のことをよく知り、理解していくための補助的なツールのひとつであることを意識してご利用ください。

SLIM尺度のアンケート用紙と計算表は2次元バーコードまたは下記の研究班ホームページからダウンロードできます。
<https://www.ninpu-shien.jp/>
(2023年12月以降に開設予定)



初診時 アンケート

アンケートの記載をお願いします。今日の時点について、お答えください。

お名前 氏名
20 年 月 日 妊娠週数 () 週

	当てはまるものに○をつけて () の中にご記入ください		
1 年齢はいくつですか?	25歳以上	20～24歳	19歳以下
2 今回の妊娠がわかったとき、どんな気持ちでしたか?	うれしかった	予想外だがうれしかった	予想外でとまどった・困った・なんとも思わない
3 精神疾患の既往がありますか?	ない	以前にあった 病名()	現在、通院している 病名()
4 対人関係でうまくいわず困って トラブルになることはありますか?	ほとんどない	ときどきある	よくある
5 経済的なゆとりはありますか?	ある	あまりない	ほとんどない
6 生活の場所は二重ですか?	はい	ときどき変わる	よく変わる
7 妊娠に悩んだときに 相談できる人はいますか?	複数いる	二人いる	二人もいない
8 自分の親との関係に 満足していますか?	満足している	あまり満足していない	まったく満足していない
9 パートナーとよくケンカしますか?	しない	ときどきする	よくする

アンケートの回答をありがとうございました。
この回答結果を参考に、適切な妊娠生活が過ごせるように支援をさせていただきます。

支援者は「私たちに頼っていいんだよ」という思いを大切に

妊婦さんには 問診の補助ツールとして活用

妊産婦の支援には、生活歴や人間関係、経済状況など、ご本人を取り巻く状況の把握が必要です。SLIM尺度は妊婦さん自身で記入することで、妊娠にとまどい困ったことや経済的なゆとりの有無など、対面では話しにくいことも比較的抵抗感なく開示しやすいのが特長です。

妊婦さんに対しては、この回答用紙を問診の補助ツールとして用います。記入自体を拒否する場合は「書きたくない」という妊婦さんの気持ちを尊重し、お話を傾聴していくことで支援のきっかけを探っていきます。

問診の際には、妊婦さん自身を知りたいという気持ちで、妊婦さんと同じ温度感で寄り添うことが大切になってきます。SLIM尺度はそうした関係づくりの補助ツールとしても役立ちます。

妊婦さん自身の思いに 寄り添った支援を

こちらの「困っているだろう」「問題を解決してあげないと」という思いからの支援が、妊婦さん本人にとっては押し付けのように感じられてしまうこともあります。お話しする中で見えてくる妊婦さんの背景は、本人にとっては“日常”で、その状況に困っていないということも多くあります。赤ちゃんが生まれるという目の前の幸せに満足して問題の解決を先送りにする、あるいは弱みを見せると下に見られるから他人を頼らないなど、それぞれの事情があるのかもしれませんが。

そういう場合は、急がずに、お話を何度も聞き、その方自身の考え方や思いを理解し、共感しながら、相手の言葉の端々からアプローチのきっかけをすくい上げて言葉をかけ、具体的なアドバイスをしていくことが必要になります。

社会的ハイリスク支援の連携に 共通の尺度として

妊婦さんがSLIM尺度により重度と判定された場合は、妊娠期の6～7か月の間に各自治体の母子保健分野や福祉分野を担当する方々と妊婦さんの情報を共有して、産後にお母さんと赤ちゃんが困ることのないよう連携していきます。

妊婦さんから聞き取った話などをもとに、必要な支援・その妊婦さんに適したアプローチの方法・支援のタイミングなどの情報を、初診時アセスメントの評価と共に地域の担当者に受け渡し、互いに協力しながら妊婦さん自身にとって受け入れやすいタイミングで支援を提案していくのが理想です。

すべての妊産婦さんとお子さんが、幸せな環境で心身共に健やかに生活できることを私たちは願っています。

今後は乳幼児健診の回数を増やし、子どもの発育・発達の評価だけでなく、時間をかけて母子の健康をバイオ・サイコ・ソーシャル（身体的・心理的・社会的）に把握し、相談できる仕組みが必要です。また、産後ケアでは産婦だけでなくパートナーや上の子など家族全体を支援する環境の整備が求められます。

————— 五十嵐 隆

分娩の安全と妊婦の安心を保障するには、分娩と産前・産後ケアは分けて考えなければなりません。そのためには中央の分娩施設に産科医と医療資源を集中させ、地域では助産師・保健師などの支援者が母子と家族を見守るような体制を作る必要があります。それを実現するには、医療者側が業態転換等も含めて意識を変えなければいけません。

————— 木村 正

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行うには「地域の中での子育て全般における支援拠点」が求められます。病院の産科と助産師が中心となって妊産婦支援の地域連携を担う「母子のための地域包括ケア病棟」を提唱していますが、産科の看護職の数には限界があり、病院の産科区域の特定はインセンティブがないため広がらないのが現実です。また、父親の産後うつ対策も急務です。

————— 福井 トシ子

多機関・多職種による「切れ目のない連携」を目指しても、現場では「切れ目のある連絡」となっているのが実状です。現場の試行錯誤に頼るのではなく、医療と保健・福祉との連携を支援するシステムや制度の構築が要となります。また、現場の努力を無償のボランティアに留めず「業務」と認知して、人を配置する経済的支援を行うことが必要です。

————— 光田 信明

研究代表者：光田 信明（大阪母子医療センター 病院長）

研究分担者：木村 正（国立大学法人大阪大学 産科学婦人科学教室 教授）

中井 章人（日本医科大学 産婦人科 教授 兼 日本医科大学多摩永山病院 院長）

池田 智明（三重大学大学院医学系研究科 臨床医学系講座 産科婦人科学 教授）

佐藤 昌司（大分県立病院 院長）

片岡 弥恵子（聖路加国際大学 看護学研究科 教授）

金川 武司（国立研究開発法人国立循環器病研究センター 産婦人科部 医長）

味村 和哉（国立大学法人大阪大学 産科学婦人科学教室 助教）

日高 庸博（福岡市立こども病院 産科 医長）

藤原 武男（東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 教授）

清野 仁美（兵庫医科大学 精神科神経科学講座 講師）

三代澤 幸秀（信州大学 小児医学教室 助教）

林 昌子（日本医科大学 産婦人科 准教授）

わが国の妊産婦健康診査における課題と将来への展望

2023年11月30日発行

発行者 「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」班

代表研究者 光田信明（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病院長）

お問い合わせ先 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内
〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840番地 TEL 0725-56-1220（代）内線 7538

制作 有限会社ヴィトゲン社

デザイン 株式会社ブラフマン

本研究は令和5年度子ども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業の交付を受けたものです。本リーフレットの無断転載・複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。