

妊娠期からの支援

公益社団法人 日本看護協会
常任理事 中板育美

妊娠期から子育て支援までの母子保健活動



母子保健法等に基づくポピュレーションアプローチと地区活動が
つながることで、予防から早期発見，対応までを可能とする

妊娠・出産期のあるべき姿

身体的にも精神的にも
最善の健康状態で母親として
育児に備えることが可能な状況/状態

身体医学的なリスク
社会医学的・精神医学的リスク

この状態が阻まれている(あるいは阻まれる可能性のある)
状態はすべてハイリスクであり、**要支援**

参照：WHO. Facts and figures from the World Health Report 2005. WHO, 2005.
www.who.int/whr/2005/media_centre/facts_en.pdf (180405@1730)
WHO. The Critical Role of the Skilled Attendant. WHO, 2004.
2008年、グラスゴーでの国際評議会にて採択

妊娠・出産期のあるべき姿に近づけるために

要支援

ハイリスク
妊婦
(身体医学
的リスク)

特定妊婦
(社会心理
的・精神医
学的リスク)

ハイリスク妊婦

妊娠中(だけでなく出産時・出産後)の高血圧・心臓疾患・糖尿病・貧血などの合併症等を発症した妊婦に対して、専門的なケアと治療を提供し、安全なお産を目指す。(WHO)

特定妊婦

産後に子育て困難に陥る可能性を下げてるために、妊娠中から支援(専門的支援含め)を提供し、虐待のない関係を築けることを目指す

妊娠期からの支援に向けて - 特定妊婦の判断リスク(参考) -

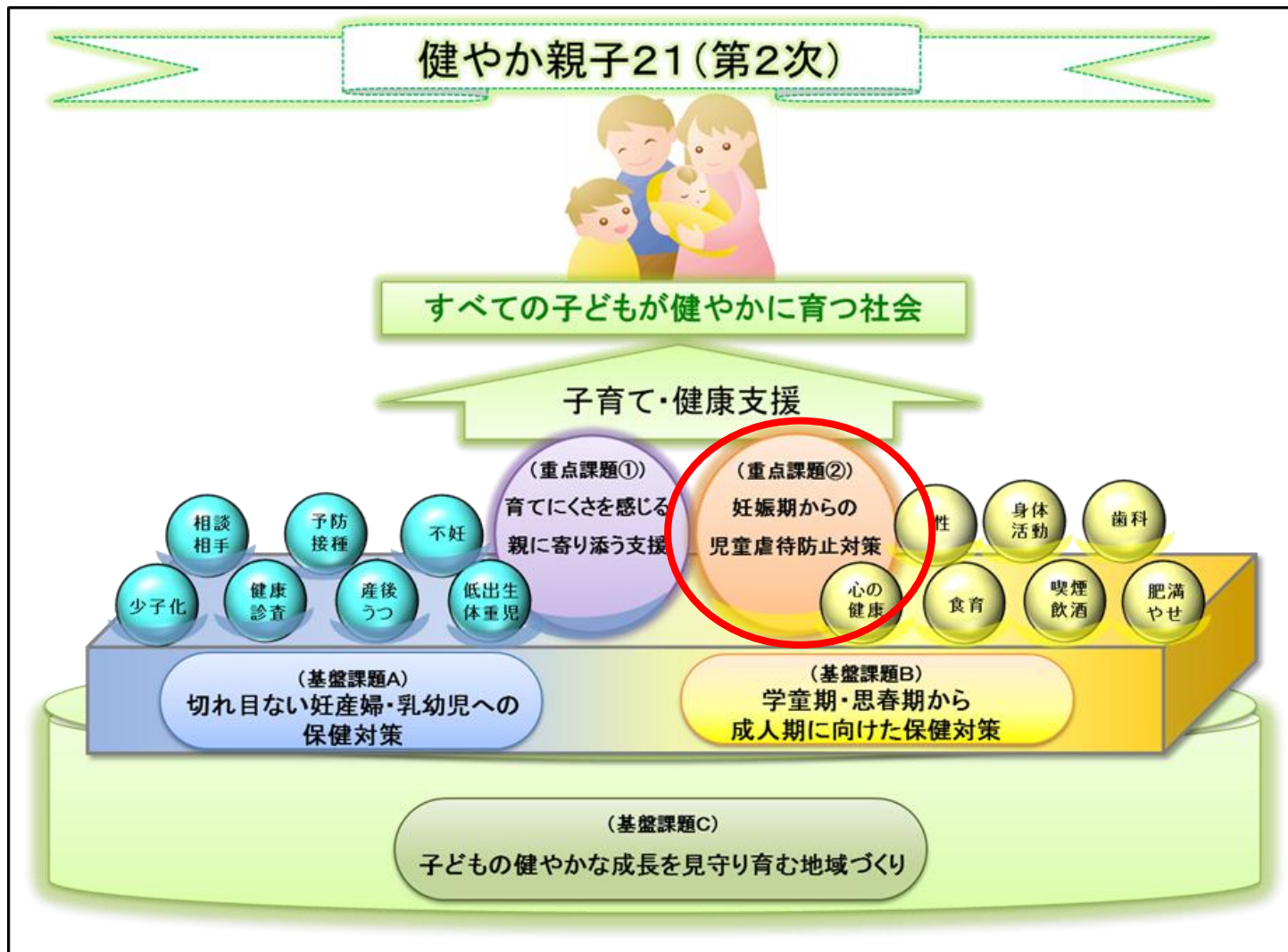
赤字は、妊娠期の愛着形成を阻害する要因

子ども虐待対応の手引き (平成25年8月改正版)	具体的事象 (妊娠期からの愛着形成を阻害する要因(赤)も含む)	
すでに養育の問題がある妊婦	上の子どもが要保護児童または要支援児童	過去に要支援児童として要対協で検討された要対協事例になっていないがマルトリートメント状態の子どもがいる
支援者がいない妊婦	未婚またはひとり親で身近に支援者がいない 夫の協力が得られない	ソーシャルサポートの乏しさ(Cranley) 原家族との関係が悪く、頼れない/頼りたくない 夫のメンタルヘルス不調
妊娠の自覚がない・知識がない妊婦, 出産の準備をしていない妊婦		自身が妊娠を受容できない(Robson, Freming・・・) 他者(夫)の妊娠の受け止めが悪い(Rubin, Cranley) 過去の流産・死産経験(異常の起こる危険の高い期間)(Floyd) 衣食住など劣悪な生活環境
望まない妊娠(妊娠の拒否)	育てられない、もしくはその思い込みがある。婚外妊娠。すでに多くの子どもを養育しているが経済的困窮状態で妊娠した妊婦	妊娠の拒否・回避、逃避の傾向が強い妊婦(乳幼児や子育てに拒否的態度) 複雑な家庭事情(原家族との葛藤・夫婦間の葛藤) 過去の流産・死産経験(異常の起こる危険の高い期間)(Floyd) DV被害/DVリスク(妊娠期女性5%, リスク者含めると24%)
経済的に困窮		不安定な雇用状態 夫のギャンブルそれに伴う借金 無計画な借金
若年妊婦		
こころの問題・知的な課題・アルコール依存, 薬物依存などのある妊婦		胎児の健康を守るためのセルフケアができない(食事, 睡眠, 運動) 胎児への侵襲に対する基礎知識があるが飲酒・喫煙・薬物がやめられない 精神科通院歴 被虐待歴(虐待の病理の伝達ではなく, 虐待により愛着形成が歪み, 歪んだ心の中のワーキングモデルが形成されてしまうために, 子に対し, 自分の体験と類似した関係をもつ(Steel, Zwanah))
妊娠届未提出, 母子健康手帳未交付, 妊婦健康診査未受診・受診回数少ない妊婦		初診が妊娠中期以降 妊婦健診の回数が少ない 最終受診から3か月以上あいている 妊婦健診の予約を守らない

すべての子どもが健やかに育つ社会

「健やか親子21(第2次)」

(10年後の実現に向けた国民運動計画)



みて、つなぎ、むすぶ

実践事例1

産婦面接から妊婦面接へ

○病院と保健センターでの共有事例を契機に産後連携

○産後連携の積み重ねを契機に

* 産婦面接を開始以降、情報の共有化が進み、その成果の一つとして妊娠期間中の「自殺未遂」「住所不定者への対応」「性虐待の可能性」など妊娠期からの危機に対する意識の向上と介入の必要性を双方で認識。

* 既存の定期の連絡会の活用と、支援方針の決定、家庭訪問、家族調整、必要時ケース会議、切れ目のない妊娠期、出産、スムーズな退院支援、地域での育児支援の実現

特定妊婦およびその家族を対象として対応する 医療機関は決して多くはない

- 心身の合併症，特に妊婦に精神科疾患を持つ妊婦
- 若年妊婦，未婚妊婦，妊婦健診未受診妊婦，救急（飛び込み）出産
 - ⇒ これらは，しばしば「望まない妊娠」であり，子育て環境を準備できない／する意欲が希薄な家庭
 - ⇒ 出産後の養育不全，虐待生起ハイリスク家庭

みて, つなぎ, むすぶ

実践事例2

「健やか親子21 看護連絡票」 保健と産科/助産の連携

氏名(親)		・男・女	生年月日 (年齢)	
住所		電話番号		
入院日		退院(予定)日		
家族構成	氏名		年齢	健康状態
連絡を必要と感じた理由 1)精神疾患がある(統合失調症ほか) 2)精神状態不安定 3)知的・身体障害がある 4)若年妊産褥婦 5)外国人 6)家族機能に問題 7)虐待歴・被虐待歴 8)ハイリスク児 9)多産・飛び込み産 10)死産等の経験あり 11)その他[]		連絡事項		
本票情報提供に関する説明	実施	保健師の訪問についての承諾	あり	・退院後一週間以内の関わりを希望 ・退院後一ヶ月以内の関わりを希望
	未実施		なし	
連絡や訪問を拒否した場合に地域で配慮すべきこと				
病院名と住所 電話番号 訪問結果や本票に関する問い合わせは〇〇病院:△△△にお願いします 記載者氏名 _____ 看護師長氏名 _____				

医療機関と保健・福祉で検討を重ねた 特定妊婦事例

母年齢	母の精神科診断/リスク要因	父に関する問題	子どもの性別・同胞	出産前後の問題/虐待	対応
19 (35)	パーソナリティ障害, てんかん/ 妊検未受診, 第1子への身体的虐待	DV	男: 第2子	養育能力不全 養育環境不備	入院期間延長
33 (38)	DVによるPTSD/ 未婚, 中絶2回, 経済的困難	ハーレム環境を構成し, 未婚の子多数	男: 第2子	養育能力不全 養育環境不備	施設措置
16	若年, 未婚, 生活不安定, 祖母のア症のため母は施設生活, 父との葛藤, 妊娠中の喫煙・飲酒	出産前結婚, 犯罪歴, その後逮捕	女: 第1子	養育環境不備 (住居定まらず)	母の早期入院 入院期間延長
36 (33 63)	パーソナリティ障害, 妊娠中複数回の過量服用/未受診, 兄二人施設処遇, 離婚後単身	不在	男: 第3子	養育能力不全	施設措置
27 (35)	摂食障害他/虐待の仄めかし, 第1子は施設処遇	非協力	女: 第2子	養育能力不全 養育環境不備	一時保護委託
21	未受診, 未婚	19歳, 出産前結婚	女; 第1子	養育環境不備	自宅退院
36 (34)	解離性同一性障害/兄二人への虐待(⇒施設処遇)	恫喝的, 近隣住民とのトラブル	女; 第3子 VSD	養育能力不全	退院(転院)

医療機関と保健機関，児童福祉 との連携(2013年2月～2014年8月；28事例)

特定妊婦の報告例が多い：20/28例，

- 10例は病院からそのまま一時保護，またはその後施設処遇
- 精神科受診歴のあるものは11/28例
(統合失調症診断を受けているものが2名あったが，いずれも神経症圏，パーソナリティ障害の可能性が高い)
- 妊娠期の飲酒，喫煙，過量服薬等による胎児虐待行為は4例

気づき

- * 産科，精神科医療との積極的連携が乏しく，母子保健の枠内でおさめがちになっていたことへの気づき。
- * 医療機関，福祉ともに各々の立場で，同様の感。
- * 産科病棟(助産師)を中心に，ハイリスク妊婦に関する市町村と情報交換はしていたが，連携というより丁寧な引き継ぎで，双方向のやり取りが乏しかった。

まとめ

1. 出産前ネットワーク構築におけるネットワークラーとしての機能
かなり濃厚な家族病理が認められるケースが少なくはない
(児童福祉／母子保健／産科医療／精神保健)の重要性
2. 言うまでもなく産科病棟／新生児病棟の価値と母子保健の連結
 - ・母子手帳交付時や妊婦健診時などに母児関係、夫婦関係等を直接観察でき、統合できる
 - ・助産師との連携により、スムーズな退院支援と地域での子育てにより、懸念される子育て環境や養育能力に無理なく、早期に介入しやすい
3. 特定妊婦への支援は、背景は複雑であっても、虐待未生起の「ソフト事例」であり、保健スタッフが介入する意義は大きい。
 - ・親になることを支援する
 - ・妊娠期からの虐待予防において重要なことは、「指導/説得」ではなく「親支援」と子どもが育つ道筋の肯定的確認作業である。