

総合診療と産婦人科と ハイリスク妊婦と向き合って

菊川市立総合病院 産婦人科

森町家庭医療クリニック

山田 智子

2022.12.8



浜松医科大学
産婦人科家庭医療学講座（寄附講座）



教授
産婦人科専門医
周産期専門医（母体・胎児）



助教
産婦人科専門医
家庭医療専門医

浜松医科大学
産婦人科学講座



助教
産婦人科専門医



菊川市立総合病院



常勤A
産婦人科専門医
家庭医療専門医



常勤B
産婦人科専門医
家庭医療専門医

森町家庭医療クリニック



所長
産婦人科専門医
プライマリ・ケア認定医
米国家庭医療学認定委員会認定専門医
産婦人科家庭医療学講座 特任研究員



静岡家庭医養成プログラム
(浜松医科大学総合診療プログラム)
専攻医

当院産科の特徴

- 産科的ローリスクな症例を選別→産科人員や病院・手術室キャパシティーに限界 小児科常勤1名 NICUなし
- 高い“(社会的)ハイリスク妊婦”の割合
(➤ 高い“精神疾患合併妊婦”の割合)
- 高い外国人比率(コミュニケーション障害)

低い産科的リスク？ 高い社会的リスク？

いわゆる通常の“ハイリスク妊婦”とは いわゆる医学的なりスクです……

- 妊娠22週から32週未満の早産の患者
- 妊娠高血圧症候群重症の患者
- 前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る)
- 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の改題、短縮又は何かのいずれかの徴候を示しかつ前期破水等を合併する者
- 多胎妊娠の患者
- 子宮内胎児発育遅延の患者
- 心疾患の患者
- 糖尿病の患者
- 甲状腺疾患の患者
- 腎疾患の患者
- 膠原病の患者
- 特発性血小板減少性紫斑病の患者
- 白血病の患者
- 血友病の患者
- 出血傾向の患者
- HIV陽性の患者
- Rh不適合の患者
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者
- 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)

平成28年度改定にて追加

厚生労働省 妊産婦にかかる保健医療の現状 より

じゃあ社会的ハイリスク妊婦って一体何？

現状は定義も運用も自治体次第
でも、妊娠や分娩自体のリスクのことではありません！

目的は将来の“虐待予防”です

➤【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”

2009年に施行された児童福祉法第6条3の5条に明記

➤【社会的ハイリスク妊娠】：“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”

* 「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目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（第2次光田班）」により提案された定義

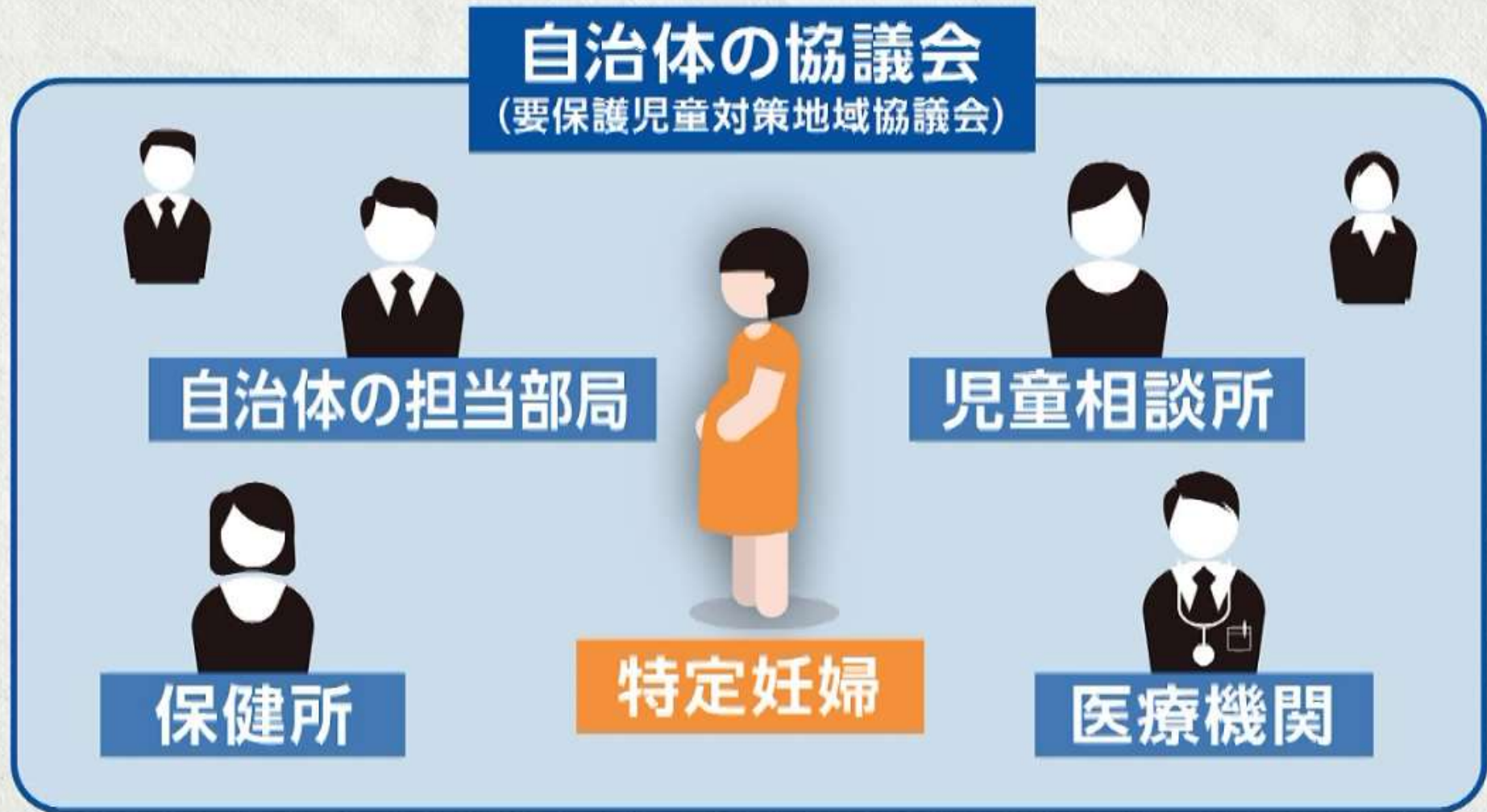
* 厚生省研究事業

※静岡県西部ハイリスク妊婦基準（菊川市子育て応援課より提供）

- 1 若年妊婦（原則 19歳以下）
- 2 多胎（医療管理されていても、原則はフォロー対象とする）
- 3 遅れた妊娠届（16 週以降は遅れた理由確認。 28週以降及び母子健康手帳未発行者については支援対象）
- 4 望まない妊娠
- ⑤ メンタルヘルスケアを受けたことがある者（精神科受診歴がある場合、 現在受診中の者）
- 6 経済的困窮
- 7 妊婦に基礎疾患があり、適切な医療管理や生活がされていない
- 8 身近に育児支援者・相談者がいない
- 9 虐待の既往がある者（要保護児童地域対策協議会実務者会議進行管理台帳の事例）
- 10 虐待を受けた経験がある
- 11 夫婦不和・DV
- 12 養育姿勢に問題あり（多出産、両親が揃わない、育児能力に欠けるなどの社会的問題がある）
- 13 転居（地域からの孤立、生活基盤の不安定さ、支援者がいない）
- 14 複数回の婚姻（連れ子、DV、転居、経済的困窮、家族背景）

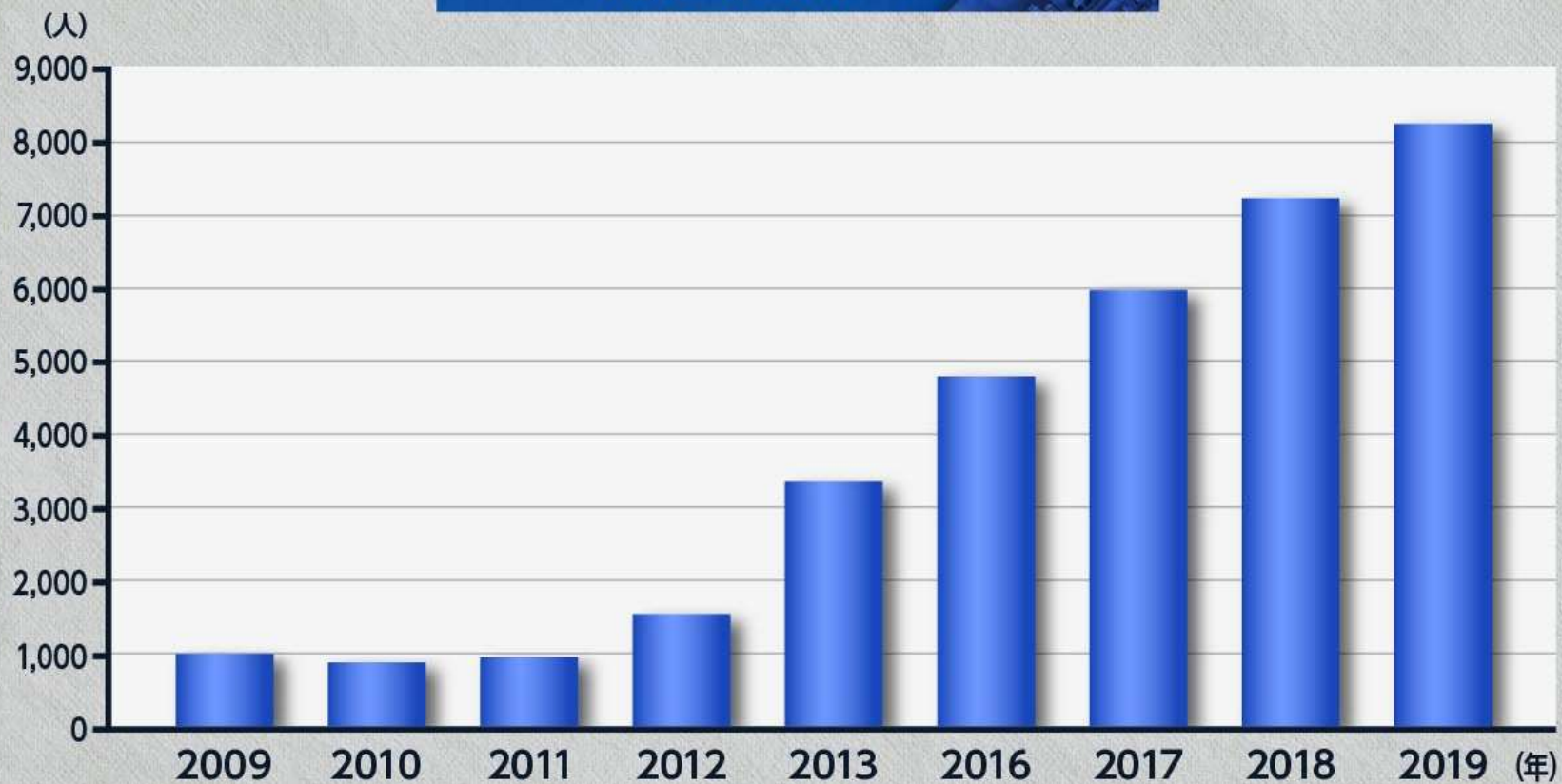
※大阪府 「妊娠期からの子育て支援のためのガイドライン (平成28年1月)」 を参考に作成

“特定妊婦”の登録で受けられる支援



<https://www.nhk.jp/p/gendai/ts/R7Y6NGLJ6G/blog/bl/pkEldmVQ6R/bp/p76vRq4Zo7/>

特定妊婦の数



厚生労働省 2014年、2015年は調査未実施 2011年は岩手・宮城・福島を除く

<https://www.nhk.jp/p/gendai/ts/R7Y6NGLJ6G/blog/bl/pkEldmVQ6R/bp/p76vRq4Zo7/>

社会的ハイリスク妊娠の頻度ってどれくらい？

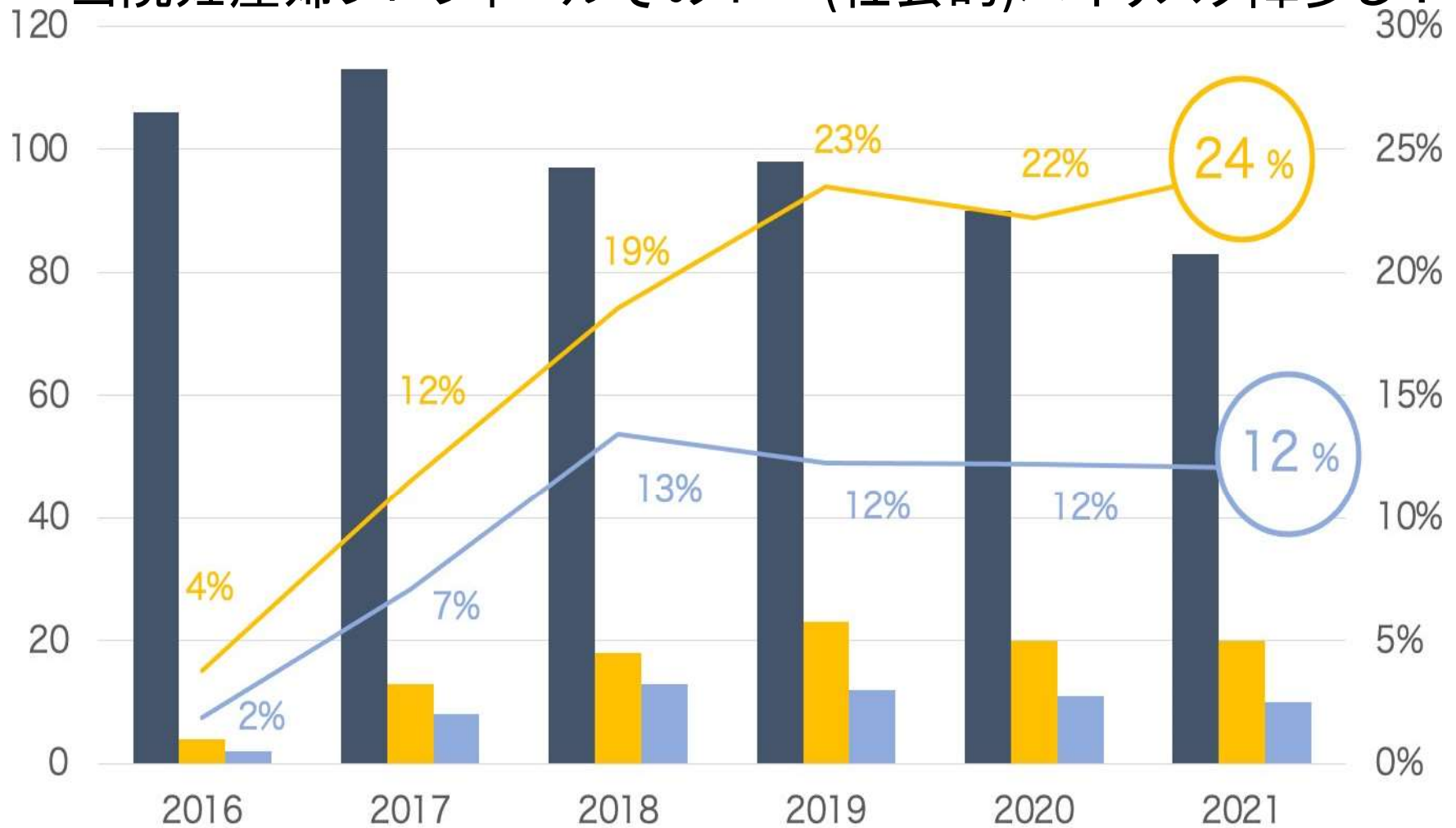
前述の「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目ない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究(第2次光田班)」の調査によると

社会的ハイリスク妊娠の頻度 **8.7%**

特定妊婦の頻度 1.0～1.2%

当院の社会的ハイリスク妊娠の頻度を見てみると……………

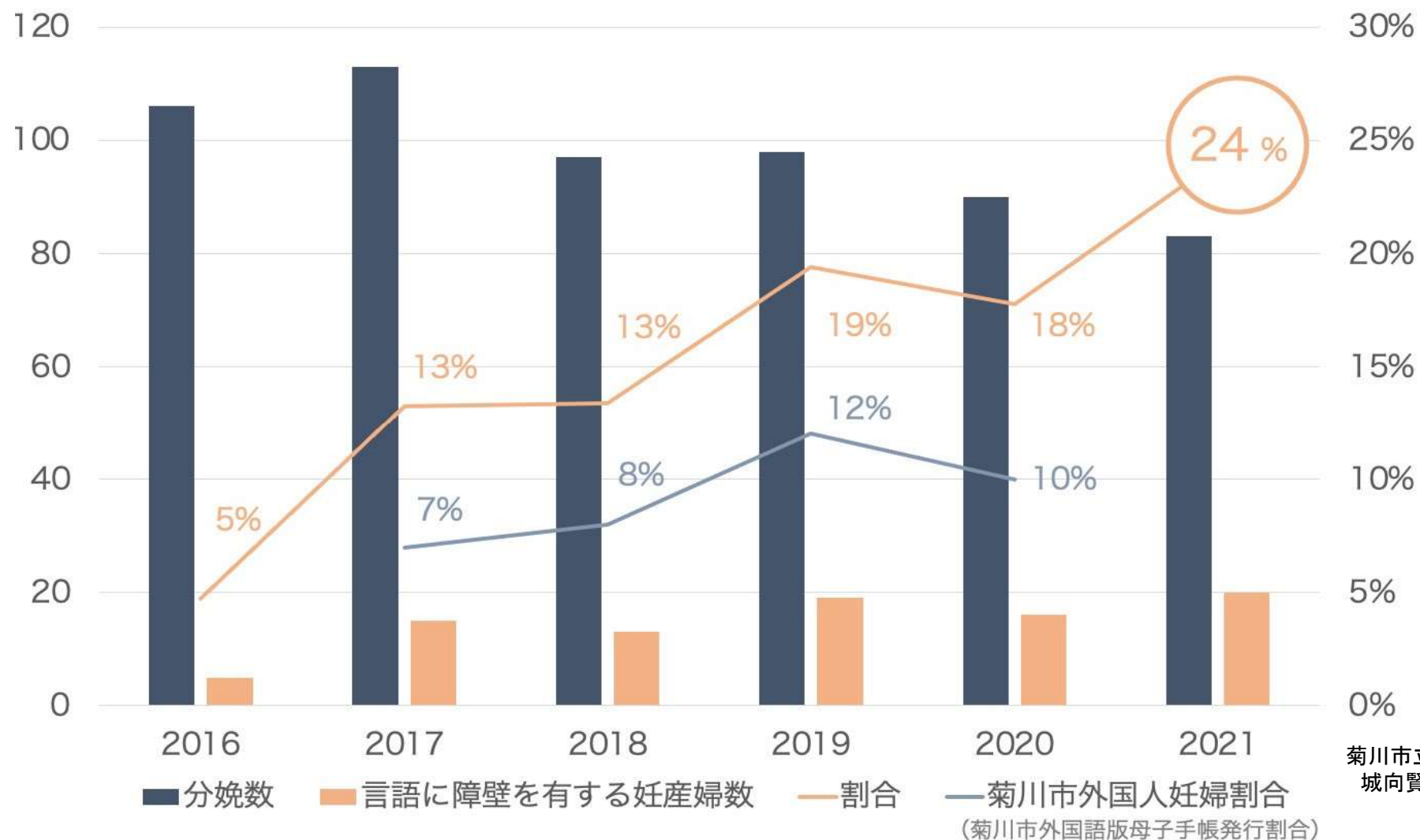
当院妊産婦プロフィールその1 (社会的)ハイリスク陣多し!



分娩数
 メンタルヘルスに問題を有する妊産婦数
 社会的ハイリスク妊産婦数
 社会的ハイリスク妊産婦数割合
 メンタルヘルスに問題を有する妊産婦数の割合

菊川市立総合病院産婦人科
 城向賢先生作成スライド

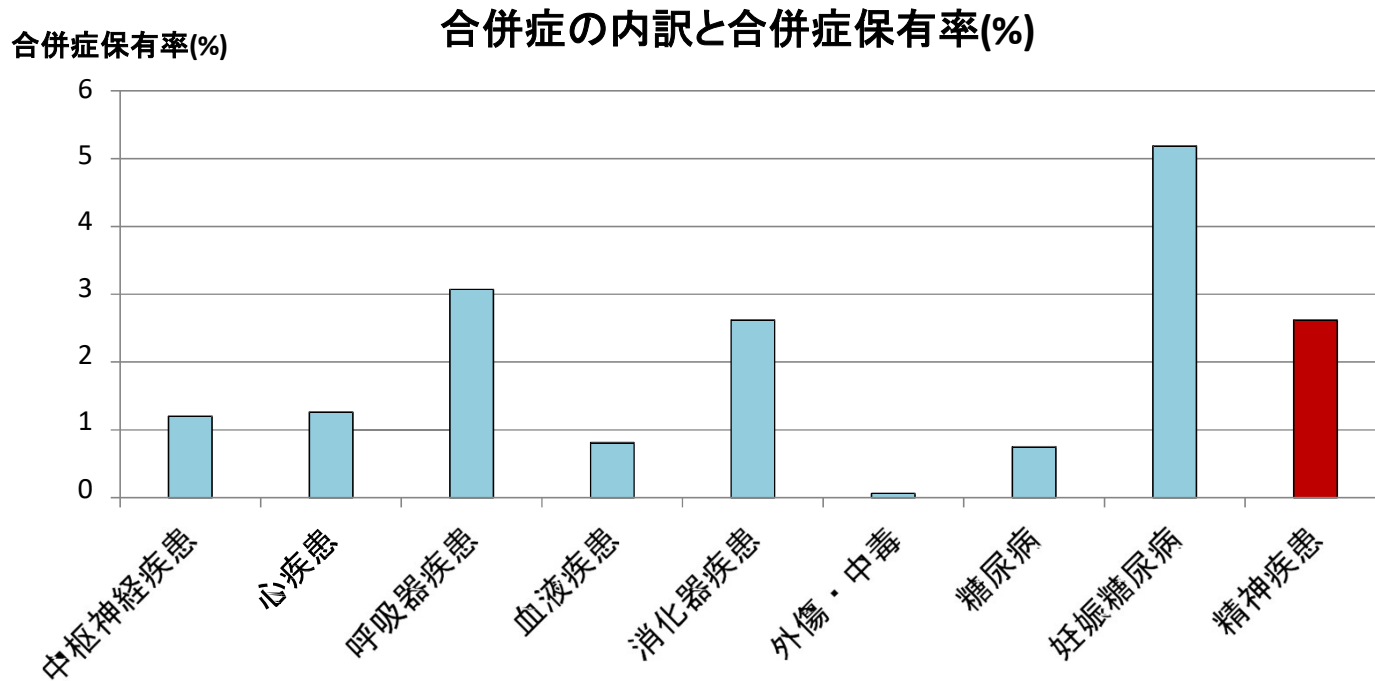
当院妊産婦プロフィールその2 言語障壁ある人多し！



菊川市立総合病院産婦人科
城向賢先生作成スライド

重篤な合併症を有する妊婦の割合（学会登録DBより）

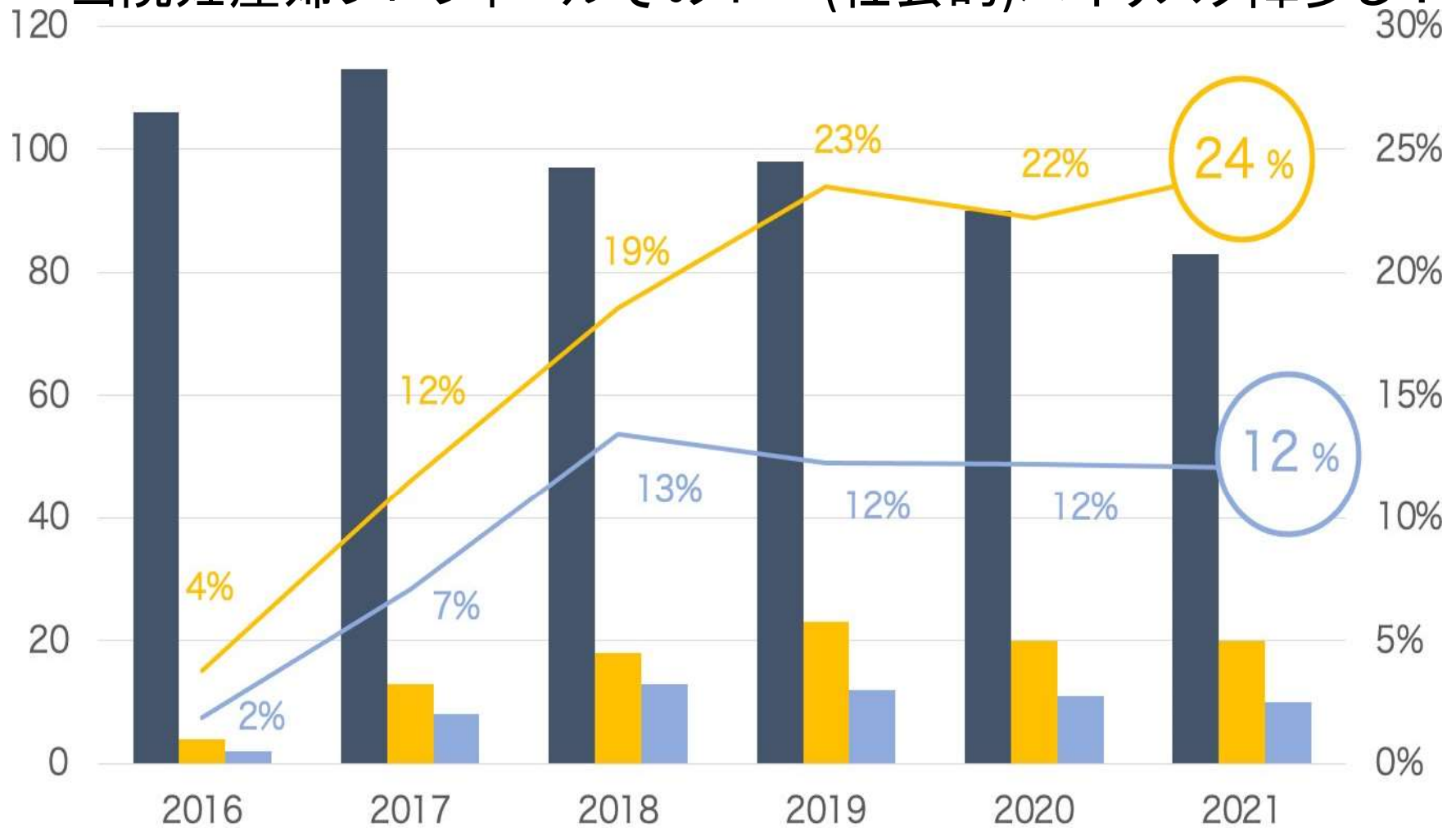
□ 妊産婦が有する合併症は身体的疾患が多いが、疾患区分毎に比較すると精神疾患の合併も少なくない。



- ・日本産科婦人科学会 2014年周産期統計 周産期委員会報告(2016年6月)をもとに作成
- ・症例登録総数は我が国の年間出産数の21.9%
- ・登録参加施設は周産期母子医療センター268施設を含む病院355施設

合併症を有する妊娠と周産期医療体制
厚生労働省医政局地域医療計画課
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134646.pdf>

当院妊産婦プロフィールその1 (社会的)ハイリスク陣多し!



分娩数
 メンタルヘルスに問題を有する妊産婦数
 社会的ハイリスク妊産婦数
 メンタルヘルスに問題を有する妊産婦数の割合
 社会的ハイリスク妊産婦数割合

菊川市立総合病院産婦人科
 城向賢先生作成スライド

精神疾患が妊娠に与える影響について

○精神疾患を合併する妊娠については、産科的合併症・新生児合併症のリスクが指摘されており、十分な管理を要する。

27.11.4
中医協資料より改編

| 疾患 | 産科的合併症 | 新生児合併症 |
|--------|--|---|
| 神経症性障害 | <ul style="list-style-type: none">・器械分娩の増加・遅延分娩・誘発分娩・NRFS・早産・流産 | <ul style="list-style-type: none">・発達障害・適応不良 |
| うつ病 | <ul style="list-style-type: none">・胎児発育不全 | <ul style="list-style-type: none">・低出生体重・副腎ホルモン高値・NICU入院率上昇 |
| 双極性障害 | <ul style="list-style-type: none">・胎児発育不全 | <ul style="list-style-type: none">・低出生体重・副腎ホルモン高値・NICU入院率上昇 |
| 統合失調症 | <ul style="list-style-type: none">・早産・胎児発育不全・胎盤異常・分娩前の出血 | <ul style="list-style-type: none">・低出生体重・新生児死亡 |

※American Congress of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin; Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation

合併症を有する妊娠と周産期医療体制
厚生労働省医政局地域医療計画課
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134646.pdf>

精神疾患合併妊娠の特徴

27.11.4
中医協資料より改編

○2009-2011年間に、大阪府立急性期総合医療センターで取り扱った出産事例1,166例(搬送事例等を除く)について、精神疾患を合併していた152例(精神疾患群)と合併していなかった1,014例(対照群)を比較し、以下の結果を得た。

<精神疾患合併妊娠における早産リスク>

| | 調整オッズ比* (95%CI) |
|----------------------|------------------------------|
| 早産 (37週未満) | 2.46 (1.62 – 3.69) |
| 低出生体重児 (2,500g未満) | 1.83 (1.32 – 2.55) |

*妊産婦年齢、婚姻状況、出産経歴、喫煙歴、経済状況、不適切な周産期ケア、妊娠高血圧について調整

精神疾患合併妊娠では、その他の妊娠と比べて早産のリスクが高いなどの傾向がみられた。

出典: Kitai et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes of pregnancy with mental disorders: results of an analysis using propensity score-based weighting. Arch Gynecol Obstet (2014) 290:883-889

合併症を有する妊娠と周産期医療体制
厚生労働省医政局地域医療計画課
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134646.pdf>

精神疾患合併患者に対する妊娠管理

- 周産期母子医療センターであっても、精神疾患合併妊婦に緊急時対応できない施設もある
- 精神疾患合併妊婦の対応について、精神科緊急入院の可能な施設との連携等の整備が必要な地域もあるのではないか

<周産期母子医療センターにおける精神疾患合併妊婦の対応状況>

| 施設数(割合%) | 精神疾患シンサツができる医師が24時間対応可能 | 施設内に精神科医がいる | 施設内で常時精神科疾患に必要な検査や処置が可能 | 精神疾患合併妊婦の緊急入院が常時可能 | 自施設では、精神科疾患を合併した妊産婦の対応ができない (対応していない) |
|--------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|--------------------|--|
| 総合周産期母子医療センター (N=99) | 48 (48%) | 85 (86%) | 53 (54%) | 53 (54%) | 25 (25%) |
| 地域周産期母子医療センター (N=291) | 77 (26%) | 171 (59%) | 79 (27%) | 98 (34%) | 138 (47%) |
| 合計(N=390) | 125 (32%) | 256 (66%) | 132 (34%) | 151 (39%) | 163 (42%) |

医政局地域医療計画課調べ

平成27年4月1日現在の状況

総合周産期母子医療センター：104施設、地域周産期母子医療センター：292施設のうち回答のあったもの

合併症を有する妊娠と周産期医療体制
厚生労働省医政局地域医療計画課
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134646.pdf>

未来を案じながら毎日目の前の診療に向き合っています・・・

周産期医療は世の中の例にもれず集約化が進行

でも、現在のやり方では社会的ハイリスク妊婦は路頭に迷うのではないか……。

分娩後のフォローの連携はどうすれば効率的なんだろう……。

家庭医お得意のおせっかいなのかな……

このような妊婦集団を擁する当院の具体的取組み

- LINE相談システム: ハードルが低く、ささいなことでも相談できる安心感。産後もつながれるツールとして活躍。産後うつへの拾い上げなどにも効果あり。利用者にも大好評。
- 助産師による積極的な心理・社会的背景の把握: 妊娠中から産後にかけて最低5回の面談を実施。行政や地域リソースや、精神科との連携強化に資することも。
- 定期的多職種カンファレンスの開催: 小児科と産科チームによる周産期カンファレンス(週一回)に加え、精神科、小児科、産科チーム、行政担当者が参加するハイリスク妊婦会議(原則隔月)を開催。活発な情報交換を行い、それぞれのケアとの円滑な連携を図っている。
- 家庭医の特性を活かしたコーディネートや協業: 精神科受診の緊急性や必要性の判断が迅速。また家庭医の原則(ACCCA)を意識した診療を展開。

最後に・・・・・・・・

当院での精神科と(総合診療+産婦人科)の“同居”は意図したものではなく、偶然の巡りあわせ。

期せずしてこの組み合わせは“社会的ハイリスク妊娠”に取り組むためには最適な土壌となっている。

しかし社会的ハイリスク妊娠は分娩後からの支援が長く続いていくもの。分娩終了はハードルを1つ乗り越えたに過ぎない。分娩の前後と継続したケアが理想的。

長期間にわたる支援は医師だけでは成立せず、助産師・看護師を始めコメディカルやソーシャルワーカー、行政、児童相談所など多職種でおこなっていくもの。しかも時間経過に伴い主となる支援者は交代していく。

誰かが一貫して見守り、コーディネートしていければ望ましい。(間近でみると、支援の実態は結構雑で、一貫性を欠くことも多い)

家庭医はその適任ではないかという思いとそうありたいという願い。

いつか、先生方のもとへも“社会的ハイリスク妊婦”OG
が受診するかもしれません。

大変そうなお母さん(子供)を見たら、今日の話を出し
出し 例えば支援の有無を確認して頂けるだけでも、寄
り添って声をかけて頂けるだけでも、気にかけて頂ける
だけでも、その人(親子)の未来は大きく変わるかもしれま
せん。

“見守りネットワーク”にご参加いただけたら、こんな嬉
しいことはありません。



ご清聴 ありがとうございます。