

平成8年度厚生省心身障害研究
「生涯を通じた女性の健康作りに関する研究」

医療機関の場からみた社会的ハイリスク妊産婦
(分担研究：女性の健康に関する研究)

分担研究報告書

研究協力者 阪南中央病院
佐道正彦

要約

阪南中央病院で、かかわった約300例の社会的ハイリスクにある妊産婦の観察からみて、支援のためには関わる医療機関内での診療科、スタッフ職種の枠を越えたカンファレンスの場が必要である。

研究目的と方法

多くの女性は妊娠・出産を経験する。そして妊娠・出産は女性の障害野中で、生理的、身体的な面でのみならず、生活（過程・社会）の面でも重要な節目となる。すなわち、その女性の生活と健康に大きな影響を与える一つの出来事である。女性の健康に限らず、人々の健康問題を考える場合、それぞれの社会の平均してみた健康水準の向上が重要であるが、同時に、社会の構成者は決して同質でないこと、だからむしろ危機的リスク（それが身体的、精神的、社会的のいずれであろうとも）を抱えているようなケースに目を向け、そのようなケースへの支援の手だてを講じることが、日本のような一定の保健水準に達している社会では、きわめて重要な、社会的にまずもってなすべきことだと考えている。

リスクを抱えたケースの問題については、専ら医学的な側面からの考察、あるいは専ら社会的な側面からの考察が、それぞれ別個に行われることはあっても、医療と社会・生活の両側面から総合的に考察し、その問題をいろいろな他の機関、組織などとの協力ネットワークの中に位置づけての研究や調査を目にすることが少ない。今回の報告は将来の健康〔身・心〕の基礎である「生活」基盤をゆるがしかねないような生活面でのリスクを抱えた妊産婦に関する一地域病院でのケース・スタディをまとめる予備作業の一部である。

1. 阪南中央病院の周産期保健管理について

観察の対象となっている阪南中央病院は1973年に行政の出資により設立された、大阪府松原市内にある312床の地域総合病院で当初から医療・看護職以外に保健婦、ソーシャルケースワーカーも採用していた。これまで当院産婦人科でとりあつかってきた妊産婦は第1表のとうりであり最近での年間出産数は800～850である。

開院以来の周産期保健管理の推移は次のようであった。

◆1973年 開院当時

○ 定期検診 厚生省が定め、当時すでに一般的に実施されていた「妊産婦指導要領」にもとづいて、妊娠27週まで月1回、28～35週は2週に1回、36週以後1週に1回、内診・児心拍聴取・血圧測定・検尿・子宮底・腹囲・体重測定、妊娠中1回の血液検査。

○ 助産婦または看護婦による全妊婦に対する検診ごとの個別指導。

○ 1コース3回（後に4回）の母親（妊婦）教室。

◆1977年から診察カルテとは別に妊婦管理カードを、受診する妊婦全員について作成、妊娠経過の概要や就労についての情報（初診時と出産後の2回質問）などを記載。

◆1979年からカードを利用して、受診がとだえているケースへの電話による受診勧奨、

指導項目を規格化して、検診に来た全妊婦にもれのない個別指導を行う。

○ 出産時の入院にそなえて、ハイリスク・ケースについて、病棟と外来看護スタッフの定期的なカンファレンス実施。

○ 外来の看護スタッフによる、個別指導で問題のあったケースに関する情報交換等のカンファレンス

○ ハイリスク新生児（未熟児、胎児仮死など）がよそうされる分娩への小児科医の立会い。

○ 分娩監視装置（胎児心拍モニター）を分娩時全例に装置。

○ 超音波断層検査の積極的な利用、1980年代中頃からは、妊娠中最低2回以上実施、胎児体重の推測をルーチン化。

◆1986年からは、生活面でのリスクを持ったケースについての、定期的な事例検討会の実施。

○ 40週以後の妊婦には、週2回のNST（胎児心拍の数十分間のモニター）。

◆1990年代からは、経膈プローブ超音波装置による妊娠初期胎嚢・胎芽の発育フォロー。全置胎盤の早期の発見。

これらの妊産婦管理は、様々な妊娠異常・合併症の予防ないし早期発見と、これに対する遅滞のない対応を行うことが目的であるが、特に次のようなことが重点目標になる。

■流産の徴候を早期に把握し、これに対する安静・薬物治療・必要なケースへの子宮頸管縫縮などを行う。

■妊娠中毒症の予防とその早期発見、特に食事指導・過労の防止に努める。

■胎児発育の遅延や胎児仮死の発見、これに対するより濃度の高い胎児監視と遅滞のない対応。

■胎位異常（骨盤位など）の発見と矯正の試み。

この結果、第1図のような周産期（児）死亡率の推移をたどった。

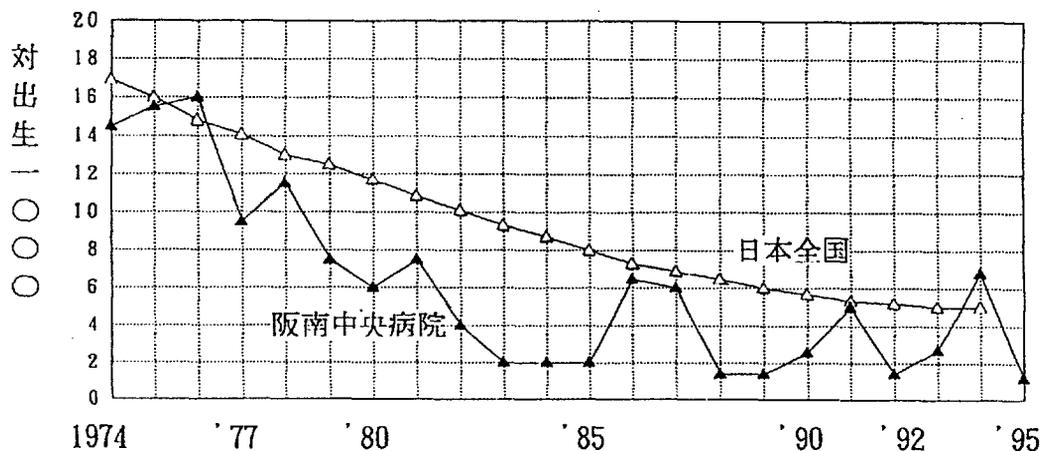


図1 周産期死亡率の推移

2. 社会的ハイリスク研究会でのケーススタディ

上記のような周産期の保健管理をすすめる中で、社会的なリスクを抱えた妊産婦への取り組みの必要を強く感じ、1986年から周産期のハイリスク研究会を発足させた。産婦人科医・助産婦・看護婦を中心に、時に応じ小児科医・保健婦・ソーシャルケースワーカーなどもまじえカンファレンスを毎月行ってきた。妊娠から産後の期間に産婦人科のスタッフが接したケース中で、「通常の医療、保健ケアのシステムのみでは不十分であり、より深く関わる必要があると医療・看護スタッフが感じた妊産婦」についてケース検討を行い、

援助の方針を話しあった。したがってハイリスク研究会のケース検討会で取り上げられたケースは、一定の規準に基づいて選ばれるものではなく、診療・保健指導にあたったスタッフの感性に基づいたものであった。

ここでは、その概要について記し、その過程で模索されたそれらのケースに対する支援システムについてふれたい。研究会でとりあげた妊産婦の人数は1987年～95年の9年間で295人、この間の病院全体の出産数6860出産の4,3%にあたる。(第2表参照)

そのうちわけは次のようなものであった。(第3表参照)

(1) 若年妊産婦：

19才以下の妊産婦はこの間204人であったがそのすべてが、検討の対象になるわけではない。家族のサポートがあり、次のような問題がなければ十分に、親子は生活を続けることが出来る。しかし、配偶者(夫)が若年で定職がない、経済的に不安定、本人に成育過程(片親家庭、施設育ちなど)の原因で出産・育児・家庭生活に対する知識に乏しい、配偶者(夫)との関係が確立していなくて離別するケースも少なくない。高校を退学し学業を中断しなければならないことも多い。結果として生まれた子どもを乳児院に入れたり、里親(養子)に引き取ってもらったりしなければならないこともある。このような可能性が予想され、しかも人工中絶しない又は、時期的に中絶出来ないため、通常の妊産婦ではケアのみでは不安なケースが77例であった。

これは若年妊産婦の約4割弱(38%)にあたり、ケース検討対象者全体の中でもっとも大きい比重(26.1%)を占めていた。

(2) 育児不安の強いケース：

出産後の病院内でのケアや退院後の電話訪問(出産後10日目頃に病院スタッフが産婦に電話をかけ、問題はないかどうか様子を全員に問ねている)の中で育児に対する不安を訴え、家庭訪問や再度の電話相談などが必要であったケース。この9年間で61例、ケース検討者の20,6%であった。

(3) 重度のマタニティブルー(産後の神経症)：

出産後、一時的にDepression(うつ症)的傾向を示す産婦は少なくないと言われていたが、その程度が強く、頭痛、その他のいろいろな身体症状や育児に意欲がわかないなどの愁訴があり、外からの援助が必要と感じられたケースで、29例(ケース検討対象者の9,8%)であった。

(4) 家庭的経済的問題の深刻なケース：

若年妊産婦の多くは、このような問題を抱えているが、成人妊産婦に限ると72例(ケース検討対象者24,4%)であった。夫が障害者であったり、病気で療養中である場合。婚外妊娠、妊娠途中の離別、中には前夫の借金のための日々の食事にも事欠くケースもあった。独自で生活し養育するに足る収入を得がたいケースで、行政的な福祉援助のルートに乗せることが必要な人たちである。

(5) 外国人：

外国人妊産婦の場合問題となるのは、まず言葉の問題である。すでに日本で出産・育児の経験のある場合には問題となることが少ないが、日本で初めて出産・育児をするケースではしばしば特別の援助が必要となる。片言の会話を通じての保健・育児指導が誤解されることもある。また、ビザ切れ、偽造パスポートによる入国など非合法滞在のケースについてはすでに知られていることであるが、日本の社会保障の制度でカバーすることが、しばしば難しい。上記のような問題ケースで検討対象にのぼった外国人は26例(全ケース検討対象者の8,8%)であった。

(6) 理解力不足？：

知的障害があるわけではないにもかかわらず、助産婦の保健指導を理解してもらうのに時間を必要とするケース。少なくとも、医療側の立場からすれば、指導などの相談のために普通以上の時間が必要となる。10例で(ケース検討対象者の3,4%)があった。

(7) 妊産婦が「障害」を持ったケース：

聴力障害、知的障害を持つケースが主な対象となった。聴力障害の場合は病院との交信

は電話では難しいのでファックスの利用が重要な手段となった。知的障害者については産後の育児練習のための入院期間の延長や生活援助者（家族、施設の職員など）とのコミュニケーションが重要である。研究会として関わったケースは9例で（ケース検討対象者3,1%）であった。

(8) 「障害」児を出産したケース；

出産時に先天異常が発見されたケースで、無脳症などの生育が不可能な場合や軽度の異常は対象外となる。ダウン症、上顎異常（口唇裂、口裂など）や内蔵奇形の一部が主なもので、本人、家族のショックに対する精神的サポート、手術適応のある場合は、治療出来る病院の紹介などが重要な課題である研究会として関わったケースは11例（ケース検討対象者3,7%）であった。

関わったケースの年齢による特徴では前述のように若年令者の比重が高いが第4表に見るように、次いで35才以上の高年令者に、同年令層産婦数に対する割合が高くなっているが、最近の例として、35才以上のグループに育児不安の強いケースが目についた。この9年間の前半と後半との比較では、第5表にみるごとく、育児不安など精神的な問題を抱えているケースが増えていること、配偶関係の不安定ないし破綻に起因していることが多い家庭経済的問題を持つケース、そして外国人のケースが増えている。第5表の中で「障害」児を出産したケースが表されているが、これは障害児とその家族に対するサポートの必要性に対する意識変化のあらわれと理解している。

3. 支援システム

以上のように、社会的支援を要する妊産婦の問題は多岐であり、周産期医療機関で問題が認識されていく経路もいろいろである。福祉事務所、児童相談所などの行政機関のみならず、ウィメンズセンター大阪、APCCなどの民間の窓口や学校養護教員からの紹介でケースが来院する場合。いわゆる相談窓口に行かないが妊娠・出産を目前にして、あるいは出産自体がすでに開始した段階で、やむをえず産婦人科医療機関を訪れる（あるいは飛び込む）場合。また産婦人科診療、保険相談・指導、出産入院時のケアなどを通じて明らかになってくる場合。等々である。

そしてこれらのケースにたいする支援の内容としては、妊産婦検診時に助産婦をはじめとする院内のスタッフが時間をとって生活相談や助言をする。電話インタビュー、家庭訪問、入院中のスタッフのより Careful な対応。産後の乳児検診時を利用しての保健婦によるフォロー。ケースワーカーによる利用可能な社会資源の検討・紹介。

他機関への紹介連絡先は、所轄保健所（保健婦の訪問以来）、他の医療機関などである。

こうしたケースへの関りの過程で、阪南中央病院では、ハイリスク研究会におけるケース・カンファレンスが軸となって、職種と部署を越えて連携を保ってきた。と同時に、このカンファレンスは、継ぎのようなスタッフに対する啓発的意義を持っていた。社会的ハイリスクのケースに対し、われわれ医療スタッフはある種の蔑視を持って接することがないわけではない。これは、それらのケースに対するマイナスの感覚を克服し、「反・差別的福祉」の立場に立った感性をつちかう上で、このカンファレンスは一定の役割を果たしてきたように思える。

阪南中央病院では、約10年間のケース・スタディを通して、第2図のような支援システムを構想してきたが、女性の健康に関するネットワークには施設や機関の相互の連携がひとつの柱ではあるが、それと同時に、これに関わる医療機関自体が、従来のままの意識を持つ医療スタッフと診療（看護）体制で運営されている限り、有効に機能するとは考えがたい。

4. 結論（提言）

ネットワークに加わる医療機関では、一例一例のケースについての複数の診療科や部署のスタッフが連携して関わる必要があり、ソーシャルケースワーカーも、必要に応じて参

加するケース・カンファレンスを職種、所属を越えた形で継続的にもつ必要がある。

文献

1. 沼田やよい「社会的経済的ハイリスクケースに対する訪問活動の取組み」大阪母性衛生学会雑誌No 26、23-25、1990年
2. 加藤治子、他「10代妊娠の支援のあり方」産婦人科治療66(3)291~295、1993年
3. 片岡弘美、他「社会的ハイリスク妊婦に対する保健指導について」大阪母性衛生学会雑誌No 25、22-24、1989年

Abstract

A View of At-risk Pregnant Women in Hospital Masahiko SADO, M.D.

In this article, close to 300 cases of at-risk pregnant women are reviewed. I will discuss the importance of having interdisciplinary case conferences in order to bridge different sections of a hospital or even other related segments of a community. Case conferences not only network social resources in the community but also help individuals to change negative attitudes towards pregnant women at high risk.

第1表 阪南中央病院の妊産婦取扱い数

年次(出産予定日)	妊娠総数 (転帰不明も含む)	出産数 (24週以後)	自然流産 (24週未満)	人工中絶
総数(1977.5 ～'95.12)	17,395	12,820	1,389	1,356
1977.5～'79.4	1,927	1,148	133	266
'79.4～'81.12	2,535	1,744	174	182
'82.1～'82	954	627	99	71
'83	870	596	78	54
'84	871	612	74	55
'85	885	607	56	76
'86	868	626	54	59
'87	959	713	75	47
'88	976	730	73	40
'89	980	729	74	56
'90	1,077	760	87	72
'91	1,044	755	87	85
'92	1,089	733	101	117
'93	1,085	749	103	105
'94	1,207	876	116	85
'95	1,154	815	108	91

第2表 年次別総計の推移

年次	全出産	ケース検討会でとりあげた人数	%
妊婦総数	6860(100%)	295	4.3%
'87	713(100%)	12	1.7%
'88	730(100%)	11	1.5%
'89	729(100%)	17	2.3%
'90	760(100%)	30	3.9%
'91	755(100%)	49	6.5%
'92	733(100%)	42	5.7%
'93	749(100%)	35	4.7%
'94	876(100%)	50	5.7%
'95	815(100%)	49	6.0%

第3表 関わった理由

関わった理由別	人数	割合
総数	295	100%
若年 育児不安	77	26.1%
マタニティブル- 家庭的又は経済的問題	61	20.6%
外国人 理解力不足	29	9.8%
本人が障害を持つ 「障害」児出産	72	24.4%
	26	8.8%
	10	3.4%
	9	3.1%
	11	3.7%

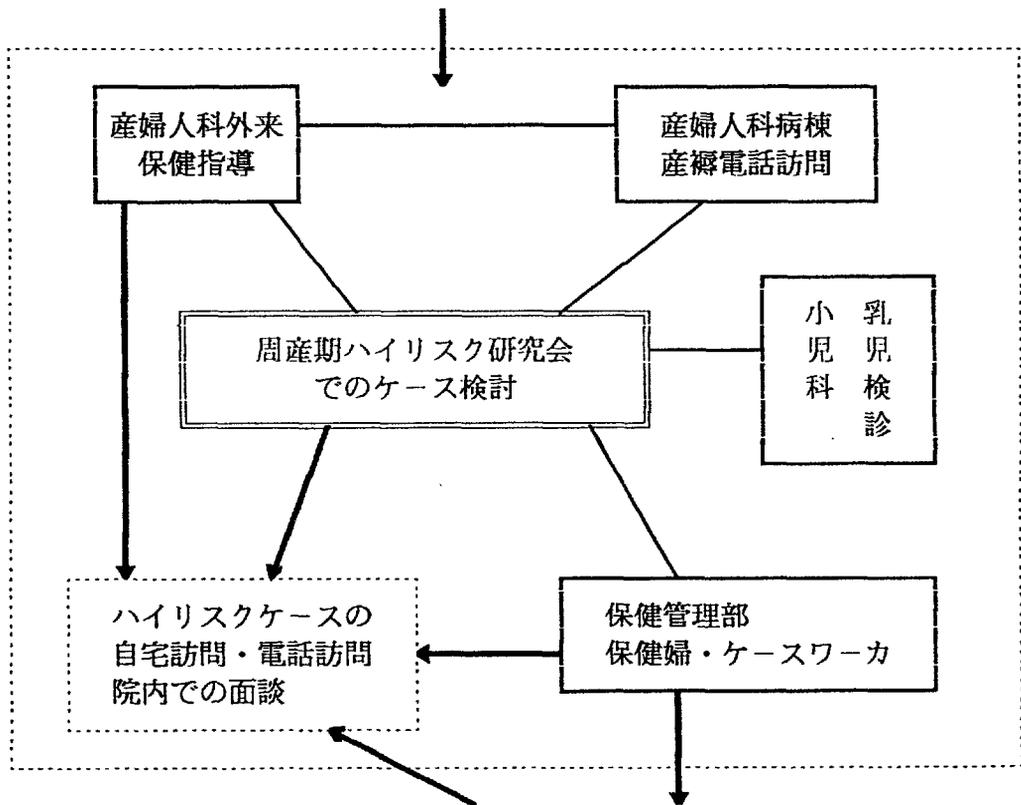
第4表 年齢別の関わった主な理由

関わった理由別	人数	～19才	20～24才	20～24才	～35才
産婦総数	6860	204 (100%)	1553 (100%)	4650 (100%)	469 (100%)
関わった妊産婦総数	295	% 77(37.7)	% 67(4.3)	% 127(2.7)	% 24(5.1)
若年 育児不安	77				
マタニティブル- 家庭的又は経済的問題	61		13(0.8)	41(0.9)	7(1.5)
外国人 理解力不足	29		6(0.4)	21(0.5)	2(0.4)
本人が障害を持つ 「障害」児出産	72		30(1.9)	33(1.7)	9(1.9)
	26		5(0.3)	17(0.4)	4(0.8)
	10		4(0.3)	5(0.1)	1(0.2)
	9		4(0.3)	4(0.1)	1(0.2)
	11		5(0.3)	6(0.1)	0

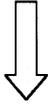
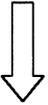
第5表 関わった理由の変化

関わった理由別	総 数	年 次									
		87	88	89	90	91	92	93	94	95	
年次別ケースの人数		12	11	17	30	49	42	35	50	49	
ケ ー ス 総 数	295	119 (100%)					176 (100%)				
若 年	77	40 (33.6%)					37 (21.0%)				
育 児 不 安	61	15 (12.6%)					46 (26.1%)				
マタニティブルー	29	17 (14.3%)					12 (6.8%)				
家庭的又は経済的問題	72	28 (23.5%)					44 (25.0%)				
外 国 人	26	9 (8.0%)					17 (9.7%)				
理解力不足	10	5 (4.2%)					5 (2.8%)				
本人が障害を持つ	9	4 (3.4%)					5 (2.8%)				
「障害」児出産	11	1 (0.8%)					10 (5.7%)				

各種他施設・機関などからの紹介・依頼



保健所、福祉関係行政機関
母子寮、乳児院、他の医療機関
その他の社会資源

 **検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用 
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

要約

阪南中央病院で、かかわった約 300 例の社会的ハイリスクにある妊産婦の観察からみて、支援のためには関わる医療機関内での診療科、スタッフ職種の枠を越えたカンファレンスの場が必要である。