

〔研究報告〕

超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する 保健医療専門職の認識：自由記述の内容分析

岩田 裕子¹⁾ 森 恵美¹⁾ 前原 邦江¹⁾ 小坂 麻衣¹⁾ 木村 佳代子¹⁾

Health Care Professionals' Perception of Support and Multi-professional Collaboration in Pregnant Women of Very Advanced Maternal Age: Content Analysis from Open-ended Questioning

Hiroko Iwata¹⁾, Emi Mori¹⁾, Kunie Maehara¹⁾, Mai Kosaka¹⁾, Kayoko Kimura¹⁾

要 旨

本研究の目的は、超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職者の認識について明らかにすることであった。日本全国の全ての周産期母子医療センターと子育て世代包括支援センター727施設を対象とした。データは自作の自記式質問紙により収集し、超高齢妊産婦に関わった経験のある保健医療専門職者87名の自由記述を内容分析した。

分析の結果12カテゴリーが抽出され、超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職者の認識が明らかとなった。多くの専門職者は、超高齢妊産婦を特別視する必要はなく、年齢にかかわらず個別に妊産婦の状態を把握して対応することが重要であると考えていた。一方、超高齢妊産婦ならではの特徴として、1) 身体的にハイリスクである、2) 心理社会的にハイリスクである、3) サポート不足になりやすい、4) 超高齢妊産婦ならではの強みがある、という4つの内容が明らかとなった。超高齢妊産婦に対する支援の工夫として、1) 早期・継続的・長期的な多職種連携による介入と、2) プライマリー制・方針の統一・意思の尊重の2つがあげられた。超高齢妊産婦を作る社会に問題があるという認識を持つ専門家もおり、超高齢妊産婦に対する多職種連携による支援については、さらに今後の議論が必要であると考えられよう。

Key Words : 多職種連携, 超高齢出産, 妊産婦

1) 千葉大学大学院看護学研究科

1) Chiba University Graduate School of Nursing

Abstract

This study aimed to explore health-care professionals' perceptions of support and multi-professional collaboration in pregnant women of very advanced maternal age (VAMA). Self-administered questionnaires were distributed to 727 perinatal medical centers or comprehensive support centers in Japan for childrearing. A total of 87 professionals who had experience with VAMA pregnant women responded to open-ended questions. Content analysis was conducted and 12 categories were extracted to show health-care professionals' perceptions of support and multi-professional collaboration in these women. Many professionals perceived no reason for special consideration for VAMA pregnant women. Rather, they considered it important to assess and manage women individually, irrespective of their age. Despite this, the following four characteristics were perceived for VAMA pregnant women: 1) being physically high-risk, 2) being psychosocially high-risk, 3) lack of social support, and 4) having strength as VAMA women. Two strategies were also observed in supporting VAMA pregnant women: 1) early, continuous, and long-term intervention with multi-professional collaboration, and 2) establishing a primary system for care provision, giving consistent support, and respecting woman's personal thoughts. Some professionals perceived issues in society that enabled VAMA women to become pregnant. Further discussion is needed on multi-professional collaboration for supporting VAMA pregnant women.

Key Words : multi-professional collaboration, childbirth at very advanced maternal age, pregnant woman

I. 緒 言

現在の日本では、45歳以上の妊産婦を超高齢妊産婦と呼ぶことが一般的であるが、超高齢妊産婦の出産は全出産の約0.1%を占めており、平成2年の224人から平成27年の1308人へと約5倍以上に増加している¹⁾。超高齢妊産婦をより年齢の若い妊産婦と比較した場合、慢性疾患の合併や妊娠糖尿病などの妊娠合併症が多い^{2,3)}、切迫流早産率が高い³⁾、前置胎盤や帝王切開のリスクが高い^{3,4)}、染色体異常児や低出生体重児のリスクが高い^{3,5,6)}等が報告されている。また、加齢の影響から卵子提供等を含む生殖補助医療 (assisted reproductive technology: ART) による妊娠が多く^{3,7)}、心理社会的ストレスも高い事が予測される。以上より、超高齢妊産婦は妊娠期から育児期にかけて身体的・心理社会的な問題を抱えることが少なくなく、多方面からの保健医療専門職の支援を必要とすると考えられるが、臨床現場では稀なケースとなるため、経験的な知識から個別に対応するにとどまっていると予測される。

一般的に、妊産婦の支援に関わる可能性のある保健医療専門職は、産科医師、助産師、看護師、新生児科医師、薬剤師、栄養士、保健師、ソーシャルワーカー、臨床心理士など多岐にわたる。しかし、日本では分娩の多くが1次施設で行われており、分娩時に産科医師と助産師で対応した後は、産後健診や乳幼児健診を受けるのみで、特に問題がなければ保健医療専門職が関わることは殆どないのが現状である⁸⁾。分娩時における産科医

師と助産師の協働⁹⁾や産科医師と麻酔医師との協働¹⁰⁾などに関する研究は散見されるが、超高齢妊産婦を対象とした専門職間の連携・協働に関する研究は国内外をみても殆どない。身体的・心理社会的にハイリスクとなり得る超高齢妊産婦が、安心かつ安全に妊娠期を過ごし、出産・育児が出来るような多職種連携システムの確立は急務となっている。

本研究の目的は、超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職者の認識について明らかにすることである。

II. 方 法

1. 用語の定義

本研究では、「多職種連携」を専門職連携と同義語と考え、2人以上の異なった専門職が共通の目標達成をするために行うプロセスと定義する¹¹⁾。

2. 対象および調査手順

研究対象者は、日本全国の全ての周産期医療施設および子育て世帯包括支援センターに勤務する保健医療専門職者とし、看護師、助産師、保健師、医師、ソーシャルワーカー等であった。その中で、超高齢妊産婦への支援の経験がある者を選択条件とした。周産期医療施設の抽出は、公益社団法人日本産婦人科医会による「総合周産期母子医療センター一覧 (平成29年4月1日現在)」¹²⁾と「地域周産期母子医療センター一覧 (平成29年4月1日現在)」¹³⁾から行った。子育て世帯包括支援センターの抽出は、厚生労働省のホームページ¹⁴⁾

より情報収集して行った。抽出された407の周産期医療施設および320の子育て世帯包括支援センターの施設長等に対して調査協力依頼文書を送付し、文書による同意が得られた施設の窓口担当者に対して自記式質問紙を郵送した。なお、周産期医療施設に関しては医局と看護部の2部門を対象とした。したがって、対象となったのは合計727施設、1134部門となった。部門毎の窓口担当者から選択条件を満たす保健医療専門職者に対して自記式質問紙を配布してもらい、1部門あたりの調査協力依頼人数は10名以内とした。

3. 調査内容

超高齢妊産婦に対する支援と多職種連携の実態についてのデータは、自記式質問紙により収集した。質問項目は、1) 最も印象に残った超高齢妊産婦の事例に関する多職種連携による支援の有無、多職種メンバーの職種、連携内容、2) 研究参加者の基礎的情報などである。なお本研究では、「超高齢妊産婦への支援（医療、看護）や多職種連携に関して、ご意見がありましたら、ご自由にお書きください。」という設問に対する自由記述を分析対象とした。

4. 分析方法

自由記述のデータは、以下の手順で示した内容分析¹⁵⁾により行った。1) 1ケース毎の記述を熟読し、2) 記述の意味・内容を考え、同じ意味・内容のまとまり毎、かつ、ケース毎にコードとして抽出し、3) コードの同質性・異質性を検討し、サブカテゴリーに集約分類し、さらにサブカテゴリーをカテゴリーに集約分類した。分析に関する真実性の確保は、以下の手順で行った。

1) 分析はHIが実施し、2) 分析過程が分かるように、生データ、コード、サブカテゴリー、カテゴリーを文書で母性看護学の専門家である共同研究者のEM、KM、MK、KKに提示し、真実性を検討した。検討の際の視点としては、コード・サブカテゴリー・カテゴリーは生データから導かれたものであるか、HIの分析にバイアスは入っていないか、以上の2つの視点であり、必要時に研究者間で合意が得られるまで話し合った。具体的には、コードそのものの妥当性、およびコードからサブカテゴリーへの集約分類に関する妥当性についての疑義が生じたため、研究者間の話し合いを1回実施した後に合意を得た。

5. 倫理的配慮

研究者らの所属大学の倫理審査委員会（承認番号29-106）および必要時には研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得た。研究協力施設長等に対

して、調査の趣旨と方法、自由参加の権利、個人情報情報の保護、データの取り扱い等の倫理的配慮について文書で説明し、同意が得られた施設を研究協力施設とした。自記式質問紙は、研究協力施設の窓口担当者から研究対象者に配布してもらい、調査の趣旨と方法、自由参加の権利、個人情報情報の保護、データの取り扱い等の倫理的配慮について文書で説明した。質問紙への回答は無記名で自由意思によるものとし、質問紙の中に同意の有無に関する記入欄を設け、「同意有り」と記入されたもの、あるいは「同意有り」の項目が未記入であっても回答済の質問紙の返信をもって同意とみなした。研究対象者にIDを付与することにより匿名化し、データは可能な限り数値化してインターネットに接続しないパソコンに入力し、パスワードをかけて保存した。回答済の質問紙は大学の研究室内の施設できる書架に保管した。

Ⅲ. 結 果

研究協力の同意が得られたのは1134部門中115部門であり、448名の保健医療専門職者に自記式質問紙を郵送し、そのうち257名からの回答を得た（回収率57.4%）。無効回答などの50名分を除外し、207名分を分析対象とした。さらにこの中で、自由記述の記載があった87名分（87施設、全727施設の12.0%）の分析結果を報告する。（図1）

1. 対象者の背景

対象者の所属は、周産期母子医療センターが74名（85.1%）、子育て世代包括支援センターが13名（14.9%）であり、1施設から1名ずつの参加であった。職種は、助産師56名（64.4%）、医師15名（17.2%）、保健師12名（13.8%）、看護師4名（4.6%）であった。

2. 超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職者の認識

87名分の自由記述から168コードが抽出され、64サブカテゴリー、12カテゴリーに集約・分類された。これら12のカテゴリーには、「超高齢妊産婦への支援に関する認識」として7カテゴリー、「多職種連携に関する認識」として5カテゴリーが含まれていた。

最初に、「超高齢妊産婦への支援に関する認識」としての7カテゴリーを示す。

カテゴリー1：超高齢妊産婦を特別視する必要や特有の支援はなく、年齢にかかわらず、個別に妊産婦の状態を把握して対応することが重要である

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦を特別視す

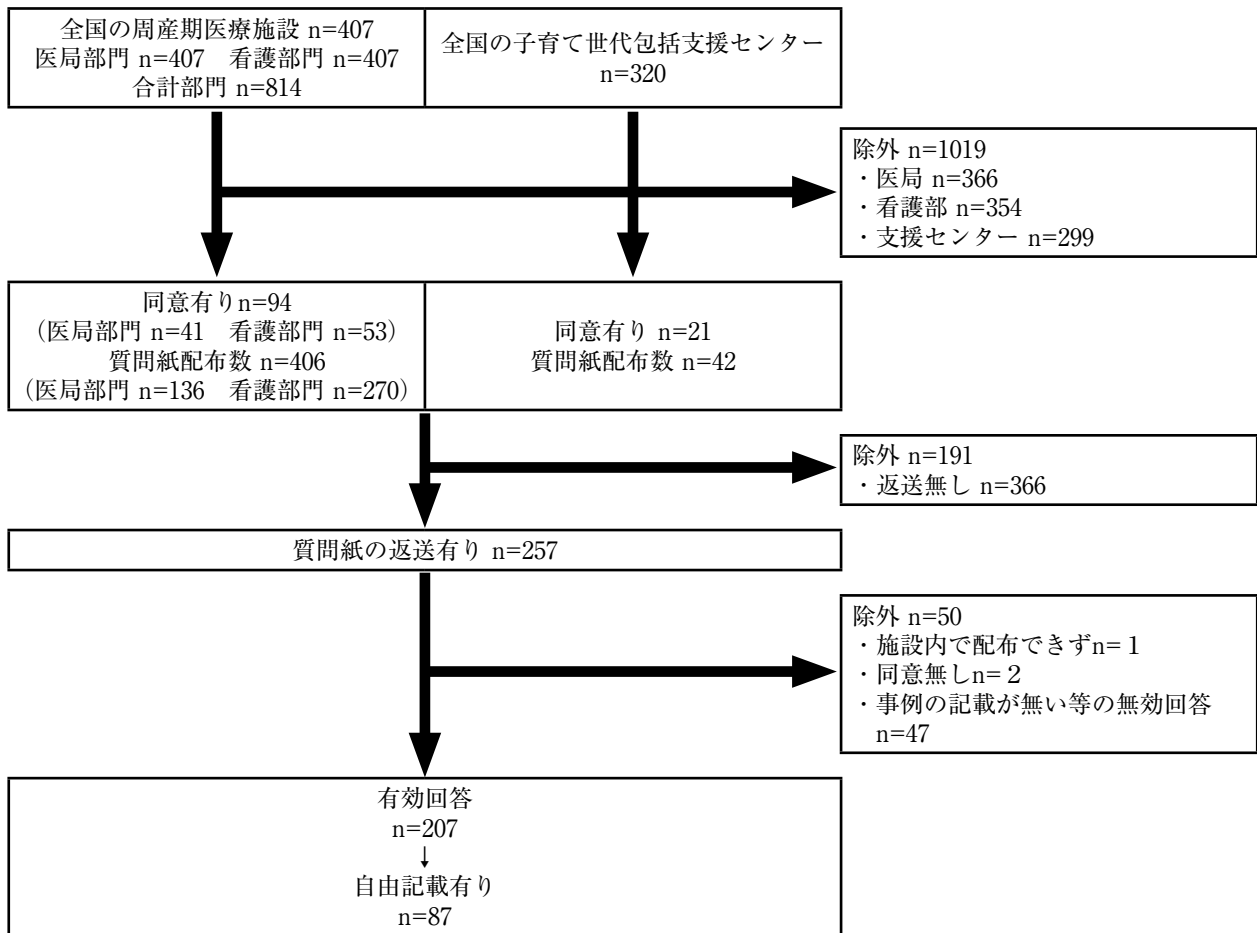


図1 対象者募集のフローチャート

ることはなく、特有の支援もない」「超高齢妊産婦という理由だけで多職種連携が必要なわけではなく、貧困家庭・障害者・高年初産婦などの必要時に多職種連携をしている」「45歳で線引きをすることは理由が分からず難しい」「35～40歳以上の妊産婦は増加しているが、45歳以上の妊産婦は少なく特別に意識したことはない」「超高齢妊産婦としての傾向やリスク、支援は意識していない」「年齢にかかわらず、個別に妊産婦の状態を把握して対応することが重要である」の6サブカテゴリーから構成され、コード数は36であった。45歳以上という年齢を特別に考える必要はないという考えを示したものである。

カテゴリー2：超高齢妊産婦は身体的にハイリスクであり、体力面や合併症が多いという問題を抱えているため、分娩や産後のフォローに関する身体面での支援が必要である

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は合併症が多く身体的にハイリスクであるため、分娩や産後のフォローに関する身体面での支援が必要である」「超高齢妊産婦は体力的な問題がある」の2サブカテゴリーから構成され、コード数は13で

あった。超高齢妊産婦が抱える体力や合併症の問題という、身体面に注目した考えを示したものである。

カテゴリー3：超高齢妊産婦はハイリスクな場合が多く、介護と育児の両立、子どもへの関わり方、高齢での大変な育児などの問題を抱えている反面、経済的な余裕があることや覚悟の上での妊娠という背景もあり、一概にハイリスクとは限らない

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は経済的な余裕があることや覚悟の上での妊娠などの背景があり、一概にハイリスクとは限らない」「超高齢妊産婦はハイリスクであり、介護と育児の両立や子どもへの関わり方、高齢での大変な育児などの問題を抱えている」の2サブカテゴリーから構成され、コード数は12であった。経済的な余裕等の超高齢妊産婦の強みにも注目した考えである。

カテゴリー4：超高齢妊産婦は妊娠・出産がゴールとなっていて育児に目が向いていないことが多く、実際の育児についていけない、早産児や先天異常児の受入が難しいなどの問題があるので、妊娠中からの支援を考えるとよい

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は妊娠・出産がゴールとなっていて育児に目が向いていないため実際の育児についていけない」「出産がゴールになりやすい超高齢妊産婦だと、早産児や先天異常児に対する受入が難しく、妊娠中からの関わりをどうすればよいか悩む」「超高齢妊産婦が妊娠期から育児のイメージを持てるように、妊娠期からの教育やサポートが必要」等の3サブカテゴリーから構成され、コード数は12であった。妊娠・出産がゴールとなりやすく、育児にまで目が向かないという超高齢妊産婦の特徴に注目したものである。

カテゴリー5：超高齢妊産婦は卵子提供などのARTを経験しているため心理的不安定さが強いこともあり、また、同世代のママ友が作りやすく孤立化に注意するなど、精神面での支援が必要である

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は同世代のママ友を作りやすく、周りからの孤立に注意するなどの精神面の支援が必要だ」「超高齢妊産婦の多くがARTと卵子提供を経験しているため心理的不安定さが強い」の2サブカテゴリーから構成され、コード数は4であった。超高齢妊産婦の精神的脆弱性に注目した考えである。

カテゴリー6：不妊治療をしてまでハイリスクの超高齢妊産婦を作り出していいのか疑問であり、医療者側の対応として、不妊治療可能な年齢制限を決める、超高齢女性に対して不妊治療や妊娠・分娩について十分な説明を行う等を検討すべきである

このカテゴリーは、「不妊治療をしてまでハイリスクの超高齢妊産婦を作り出していいのか疑問である」「卵子提供のリスクに関する啓発が必要である」等の4サブカテゴリーから構成され、コード数は9であった。超高齢妊産婦の存在を可能にしている医療に対する考えを示したものである。

カテゴリー7：超高齢妊産婦の支援に関して学び、超高齢妊産婦の喜びが続くような支援をしたい

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦の支援に関して情報を得て学びたい」「超高齢妊産婦の喜びが続くような支援をしたい」の2サブカテゴリーから構成され、コード数は2であった。超高齢妊産婦の支援に関して学びたいという考えである。

次に、「多職種連携に関する認識」としての5カテゴリーを示す。

カテゴリー8：超高齢妊産婦への支援に関しては、予想されるリスクや産後のサポートなどについ

て評価し、継続的かつ長期的な支援が必要になる事を考慮した上で、多職種連携を含めた早期介入が重要である

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦に予想されるリスクを見極め、産後を予測した支援について早期に介入することが重要である」「超高齢妊産婦に対しては、妊娠中から連携の準備をしておかないと、出産後入院中の短期間に退院後の生活を見越した支援がスムーズにいかない」「超高齢妊産婦の問題が顕在化してからの対応では遅すぎる」「超高齢妊産婦に対しては、精神面・身体面での継続的かつ長期的なサポートが必要だ」等の12サブカテゴリーから構成され、コード数は12であった。妊娠早期からの継続的かつ長期的な多職種連携が必要だという考えを示したものである。

カテゴリー9：超高齢妊産婦は家族の高齢、病気、死別、多忙などの理由からサポート不足であり、地域との連携を含めた妊娠中からの多職種連携が必要である

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は家族の高齢、病気、死別、多忙などの理由からサポート不足である」「超高齢妊産婦は育児支援不足に対する環境を整える事が必須であるため、妊娠中からの多職種連携が重要である」「超高齢妊産婦の場合、育児と介護の両立ということもあり得るので、退院後の支援として地域との連携が必要である」等の9サブカテゴリーから構成され、コード数は26であった。超高齢という年齢からくるサポート不足の問題に注目した考えである。

カテゴリー10：超高齢妊産婦は、考え方がはっきりしており柔軟性に乏しい、自身のことを詳しく話したがらない、専門職からの介入を拒否するなどがあり、必要性を感じながらも多職種連携や踏み込んだ介入をすることが難しい

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦は自身の考え方が強かったり固定していて臨機応変な対応が難しい印象がある」「超高齢妊産婦は育児への理想が高く、実際の育児とのギャップが大きい」「超高齢妊産婦は、専門職からの介入を拒否する場合もあり、多職種連携や踏み込んだケアが難しい」等の6サブカテゴリーから構成され、コード数は12であった。超高齢妊産婦が持つ特徴ゆえに専門職による介入が難しいという考えを示したものである。

カテゴリー11：超高齢妊産婦の受入れがよくなるような配慮が必要で、プライマリー制をとる、医療機関と地域間で情報共有して方針を統一する、母乳育児などに関しては妊産婦の意思を尊

重しつ挫折感を味わわないように支援する、
身なりに配慮するなどの工夫をするとよい

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦が戸惑ったり不信感を持たないように、プライマリー制をとったり情報共有して方針を統一するなどすることにより、妊産婦の介入に対する受入がスムーズになって安心である」「超高齢妊産婦の母乳育児支援に関しては、母乳の勉強をされていて母乳の希望が強いこともあり、意思を尊重しながら挫折感を体験しないように支援することが大切」等の6サブカテゴリーから構成され、コード数は11であった。超高齢妊産婦に対して支援する際の、専門職者による配慮や工夫を示したものである。

カテゴリー12：超高齢妊産婦の支援については、ハイリスク群の抽出方法、リスクトリアージ機能の強化、診療報酬と結びついた支援、連携システムの確立、縦割り行政の見直しなどの検討が必要だ

このカテゴリーは、「超高齢妊産婦の中でのハイリスク群を抽出するなどの工夫が必要である」「地域包括ケアシステムの中で、周産期の支援、小児期の支援、病院の支援などを明確にし、リスクトリアージ機能を強化する必要がある」「超高齢妊産婦のための連携システムの確立が必要だ」等の9サブカテゴリーから構成され、コード数は9であった。超高齢妊産婦の支援のためのシステム確立に注目した考えである。

IV. 考 察

1. 超高齢妊産婦の特徴

本研究で抽出された12カテゴリーの内、最も多い36コードで構成されたのが、「超高齢妊産婦を特別視する必要や特有の支援はなく、年齢にかかわらず、個別に妊産婦の状態を把握して対応することが重要である」(カテゴリー1)であった。これは、45歳以上という年齢を特別に考える必要はないという考えを示したものであり、超高齢妊産婦に関わった経験のある保健医療専門職者の正直な認識だと考える。年齢のみでなく、他の要因も含めて総合的にアセスメントすべきという考えは、どの年代の妊産婦に対しても当てはまるものであろう。

一方、超高齢妊産婦ならではの特徴を示したカテゴリーもみられた。それらの特徴は、1) 身体的にハイリスクである、2) 心理社会的にハイリスクである、3) サポート不足である、4) 超高齢妊産婦ならではの強みがある、という4つの特徴である。

身体的にハイリスクであるという1つ目の特徴は、カテゴリー2の「超高齢妊産婦は身体的にハイリスクであり、体力面や合併症が多いという問題を抱えているため、分娩や産後のフォローに関する身体面での支援が必要である」から導かれたものである。超高齢妊産婦は、慢性疾患を合併した状態で妊娠することも少なくなく、妊娠期においては妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群などの妊娠合併症のリスクが高いことや切迫流産率が高いことが報告されている^{2,3)}。また、分娩に関しては前置胎盤や帝王切開のリスクが高く、出血量が多いことが分かっている^{3,4)}。さらに、染色体異常児や低出生体重児のリスクが高い^{3,5,6)}ことから、分娩後長期にわたって母子分離になることも少なくない。したがって妊娠から分娩に至るまで厳重な管理が必要となるが、育児期においては加齢に伴う体力の低下や疲労にも注意して支援する必要がある。産後の疲労や腰痛などの身体症状と産後うつとの関連が報告されていることから^{16,17)}、身体的な問題は妊産婦の精神面にも影響を与えるということを考えて関わる事が重要であろう。

2つ目の特徴である、超高齢妊産婦は心理社会的にハイリスクであるは、3つのカテゴリーから導かれたものであり、妊娠・出産がゴールとなっていて育児に目がいけない(カテゴリー4)、心理的に不安定で孤立化しやすい(カテゴリー5)、考え方がはっきりしていて専門家による介入が難しい(カテゴリー10)という心理社会的な特徴を示したものである。超高齢妊産婦は高齢ゆえにARTによる妊娠が多く^{3,7)}、中には海外で卵子提供を受けた31名の妊婦の平均年齢は50歳だったとの国内の報告もある¹⁸⁾。不妊治療の経験を一括りにして議論することはあまりにも乱暴であるが、特にART後の妊娠に関しては、不妊治療経験が母親としての自己形成を抑制したり胎児への関心を回避する場合もあることから^{19,20)}、妊娠・出産がゴールになってしまう妊産婦の状況を理解することも専門家にとっては必要である。したがって、個々の妊婦にとっての妊娠・出産・育児が持つ意味を考え、妊娠期から妊婦の精神面に注意し、育児の具体的なイメージが持てるような関わりを考える必要があろう。また、卵子提供などの固有の不妊治療経験は、妊婦の心理的不安定さをもたらすことにつながると考えられる。さらに、超高齢であることから同世代の母親としての友達である「ママ友」を作りにくいと考えられ、妊婦の心理的不安定さと相まって周りから孤立しないよう注意深く見守ることが重要であろう。

超高齢妊産婦は考え方がはっきりしていて専門家による介入が難しいという認識は、カテゴリ10から導かれたものである。高齢であることは人生経験がそれだけ長いという事を意味すると考えると、妊婦自身の考え方がはっきりしていることは当然の結果とも解釈できる。謙遜や控えめであることを美德とする日本文化の中では、自分の考えが強い、周りの意見をきかない、考え方が固定している等は、専門家から否定的に捉えられることもある。あるいは妊産婦自身が必要性を感じなければ、専門家からの介入をはっきりと拒否するということにもなる。また、多職種連携の欠点の1つに個人情報情報が漏れやすくなる事があげられているが¹¹⁾、海外での卵子提供などを妊産婦自身が詳しく話したがないという事例はこれにあたりと考えられる。したがって、妊産婦の性格・考え方や精神状態を考慮した上で、本当に多職種連携による支援の必要性があるかを検討し、妊産婦が介入を受け入れやすい工夫をすることが重要であろう。

3つ目の特徴であるサポート不足は、カテゴリ9の「超高齢妊産婦は家族の高齢、病気、死別、多忙などの理由からサポート不足であり、地域との連携を含めた妊娠中からの多職種連携が必要である」から導かれたものである。本研究では、サポート不足の背景として、妊産婦自身が高齢であるためその親も高齢である事、親が病気や死別している事、夫が多忙である事などが抽出された。この結果は、21名の高年初産婦を対象とした質的研究で抽出された「高齢の親や忙しい夫を気遣って頼ることを遠慮する」という先行研究の内容²¹⁾とも一致するものである。超高齢妊産婦の場合、サポート不足に加えて育児と介護の両立という事もあり得るため、育児期の身体的・精神的負担はかなり大きくなると予測される。育児期におけるソーシャルサポートへの不満²²⁾と疲労²³⁾は、いずれも産後うつリスクを高めると報告されている。したがって、誰がサポート源となり得るのかというアセスメントをし、必要に応じて産後ケア施設などの社会資源の活用を勧めるとよいだろう。ただし、社会資源の活用やサポート源の確保には時間がかかることを考慮し、妊娠期からの早めの介入が有効と考えられる。

4つ目の特徴である、超高齢妊産婦ならではの強みがあるのは、カテゴリ3から導かれたものである。本研究で抽出された超高齢妊産婦の強みは、経済的な安定性と覚悟の上での妊娠という2つであった。貧困であること、望まない妊娠は、い

れも産後うつリスク要因であり²⁴⁾、児の虐待との関連も明らかになっている²⁵⁾。妊娠・出産・育児はお金がかかるものであり、社会的資源の活用することも考えると、経済的に安定である事は母親になるための有利な条件と考えられる。同様に、母親になる覚悟があることや待ち望んだ妊娠であることは、育児をする上で肯定的な方向に働くと考えられよう。母親の年齢に関する先行研究では、母親の年齢は心理的な成熟度と関連があり、すなわち、ストレスフルな経験があっても学びや自己成長につながる機会ととらえるという心理的傾向を持つため、母親役割への適応がよりスムーズであるという²⁶⁾。前述したように、超高齢妊産婦は心理的に不安定であったり考え方が固定化して介入しにくいという否定的な側面を持つこともあると考えるが、妊産婦がもつ強みに積極的に注目することで、効果的な支援につなげることができるかもしれない。

2. 超高齢妊産婦への支援の工夫

本研究で抽出されたカテゴリから、超高齢妊産婦に対する2つの支援の工夫がみられた。それらは、1) 早期・継続的・長期的・多職種連携の介入と、2) プライマリー制・方針の統一・意思の尊重である。

1つ目の工夫である、早期・継続的・長期的・多職種連携の介入は、カテゴリ8の「超高齢妊産婦への支援に関しては、予想されるリスクや産後のサポートなどについて評価し、継続的かつ長期的な支援が必要になる事を考慮した上で、多職種連携を含めた早期介入が重要である」から導かれたものである。前述の1において、超高齢妊産婦ならではの強みについて考察したが、身体的・心理社会的にハイリスクであることとサポート不足になりやすいことを考えると、妊娠期からの早期介入が必要になることは明らかであろう。例えば、サポート源が少ない妊婦の場合には、産後に活用できる社会資源を紹介し妊娠期から準備することで、出産後に慌てて育児生活に突入することもない。そして、出産後は医療機関と市町村が情報共有などにより連携することで、妊産婦の身体面・心理社会面での継続的な支援が可能になると考える。帝王切開術や多量出血などの分娩異常の情報や、NICU入院児であること、精神的に不安定であるなど、状況によっては多職種間で情報共有・連携した方がいいであろう。妊娠期からの切れ目のない専門的支援は、2015年にスタートした「健やか親子21(第2次)」で掲げている課題の1つであり²⁷⁾、超高齢妊産婦を支援する際にも必要

な視点であることは間違いないと考える。

2つ目の工夫である、プライマリー制・方針の統一・意思の尊重は、カテゴリー11の「超高齢妊産婦の受入れがよくなるような配慮が必要で、プライマリー制をとる、医療機関と地域間で情報共有して方針を統一する、母乳育児などに関しては妊産婦の意思を尊重しつつ挫折感を味わわないように支援する、身なりに配慮するなどの工夫をするとよい」から導かれたものである。プライマリー制をとるとは、専門家の中であらかじめ担当者を決めておくことだが、同じ担当者が関わる事で妊産婦の安心感につながり、信頼関係が築きやすくなると考えられる。方針の統一は、プライマリー制をとることで実行しやすくなると考えるが、特に妊産婦の考え方がはっきりして介入が難しい場合には効果的であろう。妊産婦に対する指導内容が医療機関と市町村とで異なると、戸惑いや不信感につながる可能性があり、情報共有して方針を統一するという工夫が必要である。意思の尊重が重要なことは超高齢妊産婦に限ったことではないが、日本には年配者を敬うという価値観も存在するため、考え方がはっきりしている妊産婦の受入れをスムーズにするための効果的な工夫と考えられよう。支援する側である専門家の身なりに配慮することは、具体例の1つと考えられる。

本研究のカテゴリー7からは、「超高齢妊産婦の支援に関して学びたい」という保健医療専門職者の認識が明らかとなった。超高齢妊産婦による出産が全出産に占める割合は約0.1%であるため¹⁾、臨床現場で保健医療専門職者が関わることは非常に稀であると考えられる。したがって、超高齢妊産婦と関わった自らの経験に基づいて、「なんとなく問題がありそう」「特に問題はない」という認識にとどまっているのが現状であろう¹⁸⁾。一人一人の保健医療専門職者の経験が少ないからこそ、「学びたい」というニーズがあると考えられる。本研究で明らかになった超高齢妊産婦の特徴や支援の工夫は、このニーズに応えるものであり、専門家による支援の質の向上に貢献することが期待される。

3. 保健医療システムのあり方

本研究の結果から、超高齢妊産婦に対する保健医療システムのあり方に関する、専門家の2つの認識が示された。1つ目は、カテゴリー12の「超高齢妊産婦の支援については、ハイリスク群の抽出方法、リスクトリアージ機能の強化、診療報酬と結びついた支援、連携システムの確立、縦割り行政の見直しなどの検討が必要だ」という認識で

ある。超高齢妊産婦全員がハイリスクであるとは限らないため、注目すべき身体的・心理社会的要因をアセスメントしてハイリスク群を抽出することは可能であると考えられる。ハイリスク群の抽出は、限られた医療資源の中で最大限の効果を発揮することにつながり、すなわちリスクトリアージ機能が強化されることになろう。さらに、どの時期に誰がどう支援すればよいのかを明確にするためには、専門職間の連携が必須であると考えられる。また、支援の必要性があっても診療報酬に結びつかなければ、システムが確立されたとしても継続することは難しいかもしれない。分娩施設を含む医療機関と市町村との連携に関しては、既に連携システムを確立し、運用している県もある。例えば、島根県²⁸⁾においては、市町村への妊娠届出時に面接やアンケートにより妊婦のリスク要因を把握し、医療機関との情報共有を行っている。分娩を取り扱う医療施設では、退院後も継続した支援が必要な妊産婦について「情報提供書」を用いて市町村に情報提供する。市町村においては、新生児訪問や乳幼児健診などで得た情報を「家庭訪問実施報告書」等を用いて小児科などの医療機関と共有している。島根県以外にも、妊産婦支援のための連携システムが既に確立しているところもあると思われるが、超高齢妊産婦の支援に関する研究がまだ少ない現状の中で、本研究結果は保健医療システムの構築を考えるための基礎資料になると期待される。

2つ目は、カテゴリー6の「不妊治療をしてまでハイリスクの超高齢妊産婦を作り出していいのか疑問であり、医療者側の対応として、不妊治療可能な年齢制限を決める、超高齢女性に対して不妊治療や妊娠・分娩について十分な説明を行う等を検討すべきである」という認識である。これは、そもそも超高齢妊産婦を作る社会に問題があるという考えを示したものである。日本は世界の中で最もARTが実施されている国であるにも関わらず²⁹⁾、ARTに関連する法規制が全く存在しない³⁰⁾。晩婚化・晩産化が進む中で、生殖補助医療の進歩は超高齢であっても妊娠することを可能にし、海外での卵子提供をも許容することになった¹⁸⁾。女性とそのパートナーの自由意思に基づいた妊娠だとしても、彼女たちが超高齢妊産婦に起こりえる様々なリスクを承知しているとは限らず、分娩や出生児に何らかの異常がみられた場合に問題になることもあるだろう。不妊治療可能な年齢制限を決めるか否か等、生殖補助医療に関してはまだまだ十分な議論が必要であると考えられる。

4. 本研究の限界

本研究では質問紙に記述されたものを分析したため、不明確な点を対象者本人に聞き返すことが不可能であり、文脈を正確に把握することが難しかったことが限界である。また、自由記述ということから、研究対象者全員から得られた回答ではなく、超高齢妊産婦の支援に関わった経験のある保健医療専門職者全体の意見を代表するものではないことに注意する必要がある。

一方、本研究の強みは、日本全国にある全ての周産期母子医療センターと子育て世代包括支援センターを対象としたことである。全727施設のうち、分析対象となる有効回答が得られたのは87施設であり、全施設の12.0%を代表する回答でもある。超高齢妊産婦に関わる保健医療専門職者の絶対数が少ない現状を考慮すると、意義のある結果だと考える。今後の課題は、研究対象者全員から得られた回答の分析結果と統合して考察することにより、超高齢妊産婦への多職種連携による支援に関する保健医療専門職者の認識を明らかにすることである。

V. 結 論

超高齢妊産婦に関わった経験のある保健医療専門職者87名の自由記述を内容分析し、抽出された12カテゴリーから、超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職の認識を明らかにした。

多くの専門職者は、超高齢妊産婦を特別視する必要はなく、年齢にかかわらず個別に妊産婦の状態を把握して対応することが重要であると考えていた。一方、超高齢妊産婦ならではの特徴として、1) 身体的にハイリスクである、2) 心理社会的にハイリスクである、3) サポート不足になりやすい、4) 超高齢妊産婦ならではの強みがある、という4つの内容が明らかとなった。超高齢妊産婦に対する支援の工夫として、1) 早期・継続的・長期的な多職種連携による介入と、2) プライマリー制・方針の統一・意思の尊重の2つがあげられた。超高齢妊産婦を作る社会に問題があるという認識を持つ専門家もおり、超高齢妊産婦への支援と多職種連携については、さらに今後の議論が必要であると考えられる。

利益相反

全ての著者は本研究における利益相反はない。

謝 辞

本研究は平成29～31年度文部科学省科学研究費挑戦的研究(萌芽)課題番号17K19790の助成を受けた。

引用文献

- 1) 母子保健事業団：母子保健の主なる統計－平成28年度刊行版。2017.
- 2) Yogev Y, Melamed N, Bardin R et al.: Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010; 203 (6): 558.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog. 2010.07.039.
- 3) Carolan MC, Davey M, Biro M, et al.: Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13: 80. doi: 10.1186/1471-2393-13-80.
- 4) Ogawa K, Urayama KY, Tanigaki S et al.: Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17 (1): 349. doi: 10.1186/s12884-017-1540-0.
- 5) Ben-David A, Glasser S, Schiff E et al.: Pregnancy and birth outcomes among primiparae at very advanced maternal age: At what price? *Maternal and Child Health Journal*, 20 (4), 833-842, 2016.
- 6) Vaughan DA, Cleary BJ, Murphy DJ: Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age - a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121 (3), 261-268, 2014.
- 7) Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ et al.: Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124 (7), 1097-1106, 2017.
- 8) 鈴木真：プライマリケアがお産を守る！ 妊産婦を取り巻くチームの医療安全. *日本医事新報*, 4638, 25-29, 2013.
- 9) 生水真紀夫, 尾本暁子, 林伸彦ほか：【周産期のチーム医療 サクセス8case 今こそ助産師の専門性を発揮する】(Case3)「院内緊急帝王切開システム」の構築と維持. *ペリネイタルケア*, 35 (12), 1162-1168, 2016.

- 10) 小澤未緒, 横尾京子: NICU・GCUの看護師と医師の各管理者からみた病棟における看護師－医師間の協働に関する全国調査 Collaboration and Satisfaction about Care Decisions日本語版による測定. 日本新生児看護学会誌, 18 (2), 2-9, 2012.
- 11) 松岡千代: ヘルスケア領域における専門職間連携: ソーシャルワークの視点からの理論的整理. 社会福祉学, 40 (2), 17-38, 2018.
- 12) 公益社団法人日本産婦人科医会: 総合周産期母子医療センター一覧. http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/.../Perinatal_s20170401.pdf (2018年9月14日アクセス)
- 13) 公益社団法人日本産婦人科医会: 地域周産期母子医療センター一覧. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000203636.pdf> (2018年9月14日アクセス)
- 14) 厚生労働省: 子育て世代包括支援センターの実施状況. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139067.html> (2018年9月14日アクセス)
- 15) Graneheim UH, Lundman B: Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24, 105-112, 2004.
- 16) Mori E, Iwata H, Sakajo A, et al.: Association between physical and depressive symptoms during the first 6 months postpartum. International Journal of Nursing Practice. 2017; 23 (Suppl). doi: 10.1111/ijn.12545.
- 17) Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, et al.: Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well-being. Birth: Issues in Perinatal Care, 35 (3), 179-187, 2008.
- 18) 合阪幸三, 森宏之: 超高齢妊婦における周産期管理の問題点. 日本内分泌学会雑誌, 83 (1), 153, 2007.
- 19) 森恵美, 陳東, 糠塚亜紀子: 不妊・不妊治療経験が母性不安と対児感情に及ぼす影響. 日本不妊看護学会誌, 2 (1), 28-35, 2005.
- 20) 森恵美, 石井邦子, 林ひろみ: 不妊治療後の妊婦における母親役割獲得過程. 日本生殖看護学会誌, 4 (1), 26-33, 2007.
- 21) 前原邦江, 森恵美, 坂上明子ほか: 高年初産の母親の産後1ヵ月間におけるソーシャルサポートの体験. 母性衛生, 55 (2), 369-377, 2014.
- 22) Iwata H, Mori E, Tsuchiya M, et al.: Predictors of depressive symptoms in older Japanese primiparas at 1 month post-partum: A risk-stratified analysis. Japan Journal of Nursing Science, 13 (1), 147-155, 2016.
- 23) Giallo R, Gartland D, Woolhouse H, et al.: 'I didn't know it was possible to feel that tired': Exploring the complex bidirectional associations between maternal depressive symptoms and fatigue in a prospective pregnancy cohort study. Archives of Women's Mental Health, 19 (1), 25-34, 2016.
- 24) National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance 2014, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-35109869806789>. (2018年9月9日アクセス)
- 25) Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al.: Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry, 70 (5), 490-498, 2013.
- 26) Camberis A, McMahan CA, Gibson FL, et al.: Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. Developmental Psychology, 50 (8), 2154-2164, 2014.
- 27) 厚生労働省・健やか親子21推進協議会: 健やか親子21 (第2次). <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/abstract.html> (2018年9月9日アクセス)
- 28) 鈴宮寛子: 【なぜ今メンタルヘルスケアなのか?】地域における妊産婦メンタルヘルスケアの取り組み 島根県 多機関連携による妊娠期からの切れ目のない育児相談・支援. 周産期医学, 47 (5), 643-648, 2017.
- 29) 吉村泰典: 【子どもをめぐる諸課題を考える－少子化問題を中心に－】生殖医療の展望と限界. 医療と社会, 27 (1), 111-122, 2017.
- 30) 吉村泰典: 【生殖医療UP-TO-DATE】生殖医療と法制化. HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY, 23 (3), 261-266, 2016.