

原 著

妊娠期の関わりと産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知：
JACSIS 妊産婦データ2020-2021を用いた検証マツシマ 松島みどり* タカギ 高木 アヤ 彩^{2*} コンドウ 近藤 ナオキ 尚己^{3*} タブチ 田淵 タカヒロ 貴大^{4*}

目的 本研究は、妊娠・出産包括支援事業の一部である妊娠期の専門職面談や支援プラン作成が、産後の地域専門職への信頼と、援助要請先の認知に与える影響を定量的に明らかにすることを目的としている。

方法 2021年7～8月、2022年1～2月に同一の対象者にweb調査を行った。対象者は、2021年調査時は妊娠中、2022年は産後0～5か月の女性である。調査項目は基本属性、就業状況、妊娠・出産関連項目に加えて、母子健康手帳交付時の相談機会、妊娠期間中の支援プランの作成、地域専門職への信頼と援助要請先の認知である。まず、これらの回答を用いて、地域専門職への信頼と援助要請先の認知を従属変数とし、妊娠期の相談機会、支援プラン作成の有無を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った。次に、子育て世代包括支援センターの設置の有無、居住自治体の財政力指数、1人当たり児童福祉費、母子健康包括支援センター保健師数を分析モデルに加えることで、妊産婦向け支援全般の充実度を調整した上でも、妊娠期から地域専門職が関わる取り組みの効果として、分析結果が頑健であるかを確認した。

結果 日本全国から回答を得て、616人を分析対象とした。記述統計からそれぞれの回答の割合は、相談機会有74.0%、支援プラン作成有23.7%、地域専門職への信頼有69.8%、援助要請先の認知有63.6%であった。ロジスティック回帰分析の結果、相談機会があった、支援プランを作成したと回答した人の産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知はそうでない人に比べて高かった（地域専門職への信頼に対して、相談機会有の場合のオッズ比：2.05 95%信頼区間：1.37-3.07/支援プラン作成有の場合のオッズ比：2.25 95%信頼区間：1.41-3.60。援助要請先の認知に対して、相談機会有の場合のオッズ比：1.46 95%信頼区間：0.98-2.16/支援プラン作成有の場合のオッズ比：3.05 95%信頼区間：1.94-4.80）。なお、これらは自治体財政や妊産婦向け支援全般の充実度を調整した上でも同様の結果が得られた。

結論 妊娠期の相談機会や支援プラン作成は産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知を向上させていた。自治体財政や妊産婦・子育て支援全般の充実度についてはこれらの関係はみられず、妊娠期の専門職との関わり的重要性が示唆される。

Key words : 妊婦面談、支援プラン作成、地域専門職への信頼、援助要請先の認知

日本公衆衛生雑誌 2024; 71(2): 93-102. doi:10.11236/jph.23-015

I 緒 言

妊娠から出産を経て、産後の子育てに至る過程は、ボディイメージやホルモンバランスの変化、親

になることによるアイデンティティの再形成といった身体的・心理的・社会的に大きな変化に直面する。これらの変化に伴う女性とその家族の精神的健康は、自殺や児童虐待に至るケースとの関連だけでなく、不安や抑うつ状態が子どもの情緒的・社会的発達や行動にも長期的に影響を与えることが明らかになっている¹⁻⁴⁾。日本では、産後1か月で抑うつ症状を経験する母親は約14.3%と推定されている⁵⁾。しかし、抑うつ状態を自覚したときに地域の相談窓口および医療機関を含む専門家に援助要請

* 筑波大学人文社会系

^{2*} 筑波大学国際公共政策学位プログラム博士前期課程

^{3*} 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

^{4*} 大阪国際がんセンターがん対策センター

責任著者連絡先：〒305-8571 つくば市天王台 1-1-1
筑波大学人文社会系 松島みどり

(Help-seeking) を行うと認識している妊産褥婦は約30%であり、他者に援助要請をしない妊産褥婦も約5~10%存在する⁶⁾。そのため、精神的不調を抱えながらも支援やケアにつながっていない潜在的な母親が多く存在することが懸念される。なお、援助要請とは、問題の解決や状況の改善のために、理解やアドバイス、情報、治療、サポートなどの助けを求めて他者とコミュニケーションをとることを意味し積極的なコーピングの動的な過程である⁷⁾。精神的健康に関する援助要請への抵抗感は、メンタルヘルスサービス利用に対する課題として研究されており、周産期の女性も自身の精神的健康に関して専門家に積極的に援助要請 (Help-seeking) をしない傾向にあることがこれまでに示されている⁸⁾。そして、その障壁と促進要因に関する質的研究⁹⁾では、周産期女性の援助要請の過程において、自身の感情を開示する際の障壁が専門家や家族の関わりによって強化されたり緩和されたりすることが示されている。具体的には、専門家に自身の症状を一般化されたり軽視されたりするイメージからの抵抗感が障壁となり、また反対に専門家との近い関係性が援助要請を促す重要な要素となることが言及されている。これらのことは、専門職に信頼を持ち、その関係性を基盤に援助要請ができると本人が認識していることが重要であると示唆する。

日本では、2015年度から妊娠・出産包括支援事業が開始され、妊娠期から子育て期の継続的な総合相談支援拠点として「子育て世代包括支援センター」を2020年度までに全市町村で設置することが努力義務とされた¹⁰⁾。同センターは、妊娠期から子育て期に至るまでの継続的な支援とポピュレーションアプローチの強化を目指すものである¹⁰⁾。そして、この子育て世代包括センターの整備に伴い、母子健康手帳交付時に保健師や助産師等の専門職によって妊婦全数面談を実施する自治体が増加し、とくに、母子健康手帳交付時の専門職面談はその重要な出発点と位置付けられている¹⁰⁾。また、妊娠期から産後の継続的支援のために必要に応じた支援プランの作成も重要な業務として挙げられている¹⁰⁾。母子健康手帳交付時は最初に地域子育て支援との接点を持ち、虐待や周産期うつリスクの程度に関わらず、すべての妊婦が地域専門職とコミュニケーションをとる場である。支援プランの作成では、個別の背景に合った母子保健や子育て支援サービスの利用計画を妊産婦自身と専門職が話し合い、医療や福祉の関係機関との細やかな連携の下での継続的な支援と適切なサービスに母子と家族をつなげることが期待されている。

日本の先行研究は、社会心理的・精神医学的リスクの高い妊産婦を専門職が判断する視点やその後の支援内容の研究などが中心となってきた^{11,12)}。一方で、地域母子保健による専門職の妊婦面談の実施自体が母親に与える影響や、支援が必要な妊婦と判断されなかった母親も含めた支援に焦点を当てて研究を行っているものはない。また、子育て世代包括支援センターの設置に伴う現場での取り組みの変化に対して、「平成28年度子育て世代包括支援センター事例集」の他にはそれらが与える影響の検証はなされていない¹³⁾。

そこで、本研究では全国を対象としたオンライン調査を用いて、妊娠期の専門職面談や支援プラン作成が、産後の地域専門職への信頼や援助要請先の認知に影響するかを定量的に明らかにすることを目的とする。なお、母子健康手帳交付時の対応には自治体によって相違がある。妊婦面談の実際の内容は、母子健康手帳や妊婦健康診査の受診券・補助券に関する説明といった必要事項の情報伝達と専門職による相談対応に加えて、支援プランの作成など取り組みは様々である。そこで、本研究の分析では、母子健康手帳交付時の相談機会の有無および支援プラン作成の有無を用いてその効果を分析する。

II 研究方法

1. 研究対象者および調査時期

本研究で用いるデータは、日本全国を対象として実施したオンライン縦断調査「JACSIS 研究妊産婦パートナー子育て世代調査2021」および「2022年妊産婦追跡調査」である。この調査は、インターネット調査会社のパネルメンバーに対して2021年7月28日~8月30日にスクリーニング調査を配信した440,323人のうち、妊産婦14,086人(産後11,661人+妊娠中2,425人)を対象者とし、妊産婦8,047人(回答率57.1%)から回答を得て、その後2022年2月14~28日に第1回調査の回答者を追跡したものである。追跡調査では、2021年妊産婦調査の回答者のうち、調査時点で調査会社から連絡することが可能であった7,934人に対して追跡調査を実施し、4,247人から回答が得られた(回収率=4,247/7,934=53.5%)。本研究の対象者はこのうち、2021年調査において妊娠中、2022年調査で産後0~5か月の女性996人である。そして、今回の分析で使用する変数について未回答または利用が不可能であった回答者(n=226(所得未回答:n=204;学歴(その他と回答):n=1;郵便番号による居住自治体関連の変数との突合ができなかった回答者:n=21))を除いたのち、精神既往がある回答者(n=88)を除き、

最後に妊娠期の家庭訪問を受けている回答者 ($n=66$) を除いた616人を分析対象とした。精神既往がある回答者や妊娠期の家庭訪問を受けている回答者を除いた理由は、ハイリスクアプローチの一環として地域の保健師らによって妊婦面談や支援プランの作成とは別にアウトリーチされていると想定され、それによる信頼形成への影響がある可能性が排除できないためである。

2. 調査項目

1) 対象者の基本属性と妊娠・出産に関する変数

本調査では、基本属性として回答者本人の年齢、婚姻状態、子どもの月齢、等価所得(四分位)、学歴、就労状態についての回答を得ており、分析では2022年時点のデータを用いている。就労形態は本人のものとし、役員、自営業、正規職員、派遣社員、契約・嘱託社員、パート・アルバイト、内職、学生の区分で情報を得ている。なお、今回の妊娠・出産によって退職・休職中の場合は直前までの仕事状況の回答となっている。

なお、妊娠・出産に関する変数については、初産かどうか、望まない/想定外の妊娠であったかどうか、妊娠合併症等の妊娠中の困難の数を2021年調査の回答より作成している。

2) 妊娠期のサポート

妊娠期のサポートとして、相談機会の有無については、今回の妊娠の母子手帳交付時に保健師等に妊娠・出産のことを相談する機会があった(対面、オンライン、電話含む)と回答した場合を「1」、そうでない場合を「0」とするダミー変数を作成した。支援プラン作成の有無については、妊娠・出産・子育ての支援プランを作成した(対面、オンライン、電話含む)と回答した場合を「1」、そうでない場合を「0」とするダミー変数を作成した。さらに、相談機会があったが支援プラン作成はなかった場合、支援プラン作成があったが相談機会はなかった場合、また相談機会と支援プラン作成の両方があった場合の3つの変数も作成し分析に加えた。なお、これらは、2022年調査項目であり、妊娠期を思い出しの回答となっている。

3) 地域専門職への信頼と援助要請先の認知

産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知は2022年のデータより作成している。信頼を測る指標として「地域(市区町村)の保健師や助産師、母子保健コーディネーターを信頼できると感じるかどうか」という問いに対して、「はい」と回答した場合を「1」、「いいえ」と回答した場合を「0」とするダミー変数を作成した。援助要請先の認知としては、「何か困った時には頼ることのできる公的機関や民

間支援があると感じる」という設問の回答を用い、「はい」と回答した場合を「1」、「いいえ」と回答した場合を「0」とするダミー変数とした。なお、本調査では具体的な援助要請先の特定まではしていないが、援助要請については、前述のとおりまずは援助要請ができると本人が認識していることが重要であることから、本質問項目を援助要請先の認知として変数化している。

3. 分析方法

分析対象者の基本属性と妊娠・出産に関する変数について、相談の機会の有無や支援プラン作成の有無との関連を χ^2 検定(二値変数)と t 検定(連続変数)を用いて確認した。次に、地域専門職への信頼と援助要請先の認知を従属変数とし、相談機会、支援プラン作成の有無を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った。その後、居住自治体において妊婦面談の仕組みが整備されているかどうかといった母子保健や子育て支援の仕組みの充実度、自治体財政の関連支出を調整した上でもこれらの変数が産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知と関連するかを確認するために、子育て世代包括支援センターの設置の有無、居住市町村の財政力指数、1人当たり社会福祉費、1人当たり児童福祉費、母子健康包括支援センター(子育て世代包括支援センター)保健師数を加えて分析を行った。また、回答者が妊娠していた期間中に妊婦面談の仕組みがあったこととの関連も確認した。この変数については、公的な統計がないため、各自治体ウェブサイトで妊婦面談の仕組みがあるかを確認した。その他の変数作成のためのデータの収集方法は表1のとおりであり、著者がデータセットを作成後に、JACSIS調査にて取得している郵便番号を用いて居住自治体関連の変数を突合した。加えて、初産であるかどうかによって以前の妊娠・出産・子育ての際の専門職との関わりや社会資源利用の経験の有無が異なり、地域専門職への信頼や援助要請先の認知に影響を及ぼす可能性がある。そこで、追加分析として、初産婦と経産婦を分けた層化分析も行う。

解析には、統計ソフトStata/MP 17.0(Stata Corp, College Station, TX, USA)を用い、オッズ比(OR)と95%信頼区間(95%CI)を算出した。

4. 倫理的配慮

本研究は1975年のヘルシンキ宣言および2008年改訂の倫理基準に準拠しており、大阪国際がんセンター研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認日2020年6月19日、承認番号:20084)。個人情報の保護に関しては、個人情報保護法を遵守した上で調査会社からデータの提供を受けた。

表1 各自治体の変数のデータの出所および調査時期・データ概要

変数	データの出所	調査時期（研究対象者の妊娠期，または最も近い年のデータを利用）	データ概要
自治体が掲示している妊婦面談の仕組みの有無	各市区町村のウェブサイト	2021年9月から11月にかけて著者が各自治体のウェブサイトを参照してデータセットを作成	有りの自治体に住んでいる調査対象者の割合の割合 61.34%
子育て世代包括支援センターの設置の有無	子育て世代包括支援センター実施箇所一覧（厚生労働省調べ）	2020年4月1日時点	有りの自治体に住んでいる調査対象者の割合の割合 95.00%
居住市町村の財政力指数	「市町村別決算状況調」（総務省調べ）	2021年度	回答者の平均値 72.97
1人当たり社会福祉費	「市町村別決算状況調」（総務省調べ）	2021年度	回答者の平均値 42.95万円
1人当たり児童福祉費	「市町村別決算状況調」（総務省調べ）	2021年度	回答者の平均値 0.80万円
母子健康包括支援センター（子育て世代包括支援センター） ¹ 保健師数	保健師活動領域調査（厚生労働省調べ）	2021年度	回答者の平均値 0.07人

注）¹ 母子健康包括支援センターは子育て世代包括支援センターの法定名称であるため，以降「子育て世代包括支援センター」とする。

Ⅲ 研究結果

1. 対象者の特性

分析対象者は，70%以上が25～34歳であり，約96%が配偶者あり，学歴は60%近くが大卒以上であった。等価所得については，調査回答者996人のデータから算出しており，分析対象者の第一分位（最下位）が15.6%である一方で第四分位（最上位）が25%であることには注意が必要である。就業に関しては67.2%が役員・自営業・正規職員である。約半数が初産であり，望まない妊娠は11%であった。各自治体の変数と居住地域の属性，人口規模，出生数は表2に示すとおりである。

妊娠期の相談機会の有無については456人（74.0%）があったと回答し，146人（23.7%）支援プランの作成があったと回答している。また，53.4%が相談機会のみあり，3.1%が支援プラン作成のみあり，20.6%が両方ありに該当していた。なお，相談機会と支援プラン作成の有無と基本属性の関連は確認されなかった（表2）。

2. 分析結果

地域専門職への信頼（69.8%が信頼）と援助要請先の認知（63.6%が認知）を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果（表3），妊

娠期に相談機会および支援プランの作成があることは地域専門職への信頼と有意に正に相関していた（それぞれOR：2.05，95%CI：1.37-3.07；OR：2.25，95%CI：1.41-3.60）。とくに妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方を経験した母親は，そうでない母親に比べてより地域専門職への信頼があることを示している（OR：4.44，95%CI：2.50-7.86）。援助要請先の認知についても同様の傾向が確認されたが，支援プラン作成との関連がより強く，相談機会の有無に関してはオッズ比が小さく有意水準5%では統計的には有意な関係は示されていない（相談機会有OR：1.46，95%CI：0.98-2.16；支援プラン作成有OR：3.05，95%CI：1.94-4.80）。

なお，妊娠期に相談機会と支援プラン作成があることは，居住自治体の妊産婦・子育て支援全般の充実度や財政の豊かさの代替変数になっている可能性がある。そこで表4では，これらが独立して産後の地域専門職への信頼，および援助要請先の認知と関連するかを確認している。結果が示すとおり，居住自治体の子育て世代包括支援センター整備や自治体財政の関連支出の豊かさを分析モデルに加えても，妊娠期の相談機会と支援プラン作成が産後の地域専門職への信頼および援助要請先の認知に与える影響はほぼ一致している。また，自治体ウェブサイトで

表2 相談機会の有無，支援プラン作成の有無と基本属性

	合計		妊娠期の相談機会		有意 確率	支援プラン作成		有意 確率
	n=616 n(%) / 平均値 ¹⁾		有：n=456 n(%) / 平均値 ¹⁾	無：n=160 n(%) / 平均値 ¹⁾		有：n=146 n(%) / 平均値 ¹⁾	無：n=470 n(%) / 平均値 ¹⁾	
回答者の年齢								
25歳未満	22(3.6%)		16(3.5%)	6(3.8%)	0.36	7(4.8%)	15(3.2%)	0.89
25～34歳	437(70.9%)		317(69.5%)	120(75.0%)	0.34	99(67.8%)	338(71.9%)	0.19
35歳以上	157(25.5%)		123(27.0%)	34(21.3%)	0.54	40(27.4%)	117(24.9%)	0.15
婚姻状態								
配偶者有	591(95.9%)		435(95.4%)	156(97.5%)	0.25	142(97.3%)	449(95.5%)	0.36
未婚	8(1.3%)		8(1.8%)	0(0.0%)	0.09	1(0.7%)	7(1.5%)	0.45
離婚・死別	17(2.8%)		13(2.9%)	4(2.5%)	0.82	3(2.1%)	14(3.0%)	0.55
回答者の学歴								
大卒未満	253(41.1%)		178(39.0%)	75(46.9%)	0.45	56(38.4%)	197(41.9%)	0.08
大卒以上	363(58.9%)		278(61.0%)	85(53.1%)	0.45	90(61.6%)	273(58.1%)	0.08
等価所得（四分位）								
第一分位	96(15.6%)		72(15.8%)	24(15.0%)	0.81	20(13.7%)	76(16.2%)	0.47
第二分位	134(21.8%)		93(20.4%)	41(25.6%)	0.17	33(22.6%)	101(21.5%)	0.78
第三分位	147(23.9%)		111(24.3%)	36(22.5%)	0.64	42(28.8%)	105(22.3%)	0.11
第四分位	154(25.0%)		117(25.7%)	37(23.1%)	0.52	32(21.9%)	122(26.0%)	0.32
所得無し	85(13.8%)		63(13.8%)	22(13.8%)	0.98	19(13.0%)	66(14.0%)	0.75
就業								
役員，自営業，正規職員	414(67.2%)		308(67.5%)	106(66.3%)	0.98	98(67.1%)	316(67.2%)	0.76
派遣社員，契約・嘱託社員	54(8.8%)		40(8.8%)	14(8.8%)	0.79	12(8.2%)	42(8.9%)	0.99
パート・アルバイト	132(21.4%)		97(21.3%)	35(21.9%)	0.87	32(21.9%)	100(21.3%)	0.87
内職，学生	16(2.6%)		11(2.4%)	5(3.1%)	0.90	4(2.7%)	12(2.6%)	0.63
初産	334(54.2%)		249(54.6%)	85(53.1%)	0.55	76(52.1%)	258(54.9%)	0.75
望まない妊娠	68(11.0%)		47(10.3%)	21(13.1%)	0.97	16(11.0%)	52(11.1%)	0.33
妊娠合併症等の困難の数	0.3(0.7)		0.3(0.6)	0.3(0.9)	0.21	0.3(0.7)	0.3(0.7)	0.90
子どもの月齢	3.9(1.4)		4.0(1.4)	3.8(1.4)	0.19	4.1(1.4)	3.9(1.4)	0.30
各自治体の変数								
自治体が掲示している妊婦面談の仕 組みの有無（有の割合）	374(60.7%)		92(57.5%)	282(61.8%)	0.33	286(60.9%)	88(60.3%)	0.90
子育て世代包括支援センターの設置 の有無（有の割合）	587(95.3%)		155(96.9%)	432(94.7%)	0.27	453(96.4%)	134(91.8%)	0.02
居住市町村の財政力指数	73.5		74.6	73.1	0.23	72.9	75.1	0.09
1人当たり社会福祉費（万円）	42.3		41.9	42.5	0.51	42	43.3	0.14
1人当たり児童福祉費（万円）	0.8		0.8	0.8	0.33	0.8	0.8	0.01
母子健康包括支援センター（子育て 世代包括支援センター）保健師数	0.1		0	0.1	0.26	0.1	0.1	0.70
居住地域								
北海道・東北地方	53(8.6%)		11(6.9%)	42(9.2%)	0.36	34(7.2%)	19(13.0%)	0.03
関東地方	228(37.0%)		70(43.8%)	158(34.6%)	0.04	179(38.1%)	49(33.6%)	0.32
中部地方	99(16.1%)		16(10.0%)	83(18.2%)	0.02	73(15.5%)	26(17.8%)	0.51
関西地方	118(19.2%)		34(21.3%)	84(18.4%)	0.43	94(20.0%)	24(16.4%)	0.34
中国地方	46(7.5%)		10(6.3%)	36(7.9%)	0.50	36(7.7%)	10(6.8%)	0.74
四国地方	13(2.1%)		5(3.1%)	8(1.8%)	0.30	10(2.1%)	3(2.1%)	0.96
九州・沖縄地方	59(9.6%)		14(8.8%)	45(9.9%)	0.68	44(9.4%)	15(10.3%)	0.74
指定都市（人口50万人以上）	206(33.4%)		61(38.1%)	145(31.8%)	0.14	160(34.0%)	46(31.5%)	0.57
中核都市（人口20万人以上）	180(29.2%)		52(32.5%)	128(28.1%)	0.29	140(29.8%)	40(27.4%)	0.58
その他の市（人口5万人）	166(26.9%)		38(23.8%)	128(28.1%)	0.29	129(27.4%)	37(25.3%)	0.62
町村（人口5万人未満）	64(10.4%)		9(5.6%)	55(12.1%)	0.02	41(8.7%)	23(15.8%)	0.02
出生数	4,851.7		5,771	4,529.2	0.03	5,146.8	3,901.7	0.04

1) 連続変数については平均値

表3 相談機会・支援プラン作成と地域専門職への信頼・援助要請先の認知

	地域専門職への信頼 (1:信頼している 0:信頼していない)				援助要請先の認知 (1:ある 0:ない)			
	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI
初産婦および経産婦 (n=616)								
妊娠期の相談機会	2.05*	[1.37-3.07]			1.46	[0.98-2.16]		
支援プラン作成	2.25*	[1.41-3.60]			3.05*	[1.94-4.80]		
相談機会のみ			2.20*	[1.42-3.40]			1.44	[0.95-2.19]
支援プラン作成のみ			3.64*	[1.10-12.02]			2.84*	[1.00-8.03]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			4.44*	[2.50-7.86]			4.47*	[2.53-7.90]
初産婦のみ (n=337)								
妊娠期の相談機会	2.53*	[1.48-4.31]			1.59	[0.94-2.69]		
支援プラン作成	2.60*	[1.31-5.15]			4.68*	[2.31-9.49]		
相談機会のみ			3.02*	[1.68-5.42]			1.72	[0.98-3.02]
支援プラン作成のみ			11.68*	[1.46-93.40]			10.91*	[1.39-85.90]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			5.86*	[2.63-13.04]			6.98*	[2.99-16.28]
経産婦 (n=279)								
妊娠期の相談機会	1.55	[0.82-2.94]			1.32	[0.72-2.43]		
支援プラン作成	2.19*	[1.09-4.42]			2.33*	[1.21-4.46]		
相談機会のみ			1.41	[0.71-2.81]			1.18	[0.61-2.29]
支援プラン作成のみ			1.27	[0.28-5.78]			1.21	[0.32-4.66]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			3.58*	[1.48-8.62]			3.22*	[1.39-7.45]

1) *P<0.5

2) 表2で示した基本属性妊娠に関する変数に関しては調整済み

3) 変数作成方法に記したとおり、「妊娠期の相談機会」、「支援プラン作成」の変数は他方の経験に関わらず変数を作成しているが、「相談機会のみ」「支援プラン作成のみ」はそれぞれ片方のみ経験した場合の変数である。

明示されている妊婦面談の仕組みの有無自体は、地域専門職への信頼と援助要請先の認知との関連が示されていない。なお、居住地域の分布や人口規模、出生数を考慮するために、居住自治体の妊産婦・子育て支援全般の充実度や財政の豊かさを捉えた各自治体の変数の代わりに、居住地域、人口規模、出生数を調整変数とした場合も分析結果は大きくは変わらなかった。

追加分析として、初産婦と経産婦をわけて層化分析も行った結果、初産婦において相談機会および支援プランの作成はより強く地域専門職への信頼、援助要請先の認知と関連していた。しかし、層化によるサンプル数の減少も伴うため95%信頼区間が大きくなっている場合もあることに注意が必要である。

IV 考 察

分析結果では、妊娠初期の妊婦面談で専門職への相談機会があったこと、支援プランを作成したこと、またとくにそれら両方があることは、そうでない母親と比べて、産後の地域専門職への信頼があることと関連していた。援助要請先の認知との関連については、相談機会のみの方は援助要請先の認知

との関連はオッズ比1.5、5%有意水準では統計的に有意な関係が認められない一方で、支援プランの作成があった場合に、そのオッズ比は3.0となった。なお、相談機会と相談支援プラン作成の両方があった母親は、そうでない母親と比べて援助要請先を認知しており（オッズ比4.5）、これらの結果は、妊婦面談の仕組みがあることや子育て世代包括支援センターの設置、また自治体の子育て支援や社会福祉の財政的な充実度、保健師の配置数を考慮に入れても大きく変わらず、正の影響をもっていた。なお、これらの関係は初産婦でより強いことも層化分析から明らかとなった。初めての妊娠・出産においてはより大きな不安が伴うことから、専門職との妊娠期の接触が信頼や援助要請先の認知に大きく影響を与える可能性が高く、これらの機会がとくに重要であることを示唆している。

本研究の結果は同センター設置の効果を否定するものではなく、センターの仕組みづくりに重ねて、妊産婦が専門職を信頼し利用できる社会資源を認知できるような専門職との継続的な相談機会を構造化することが、妊産婦とその家族と支援とのつながりを促進するために重要であることを示す。槻木他¹⁴⁾

表4 居住自治体の妊産婦・子育て支援全般の充実度および財政の豊かさ調整後の結果

	地域専門職への信頼 (1:信頼している 0:信頼していない)				援助要請先の認知 (1:ある 0:ない)			
	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI
初産婦および経産婦 (n=616)								
妊娠期の相談機会	2.15*	[1.43-3.26]			1.48	[0.99-2.20]		
支援プラン作成	2.21*	[1.37-3.55]			3.06*	[1.94-4.83]		
相談機会のみ			2.27*	[1.46-3.52]			1.43	[0.94-2.18]
子育てプラン作成のみ			3.21	[0.94-10.93]			2.58	[0.88-7.52]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			4.60*	[2.59-8.18]			4.65*	[2.64-8.20]
自治体が掲示している妊婦面談の仕組みの有無	0.73	[0.49-1.09]	0.73	[0.49-1.09]	0.87	[0.59-1.27]	0.87	[0.59-1.27]
子育て世代包括支援センターの設置	0.86	[0.33-2.27]	0.86	[0.33-2.25]	1.19	[0.52-2.70]	1.19	[0.52-2.69]
1人当たり児童福祉費	1.01	[1.00-1.03]	1.01	[0.10-1.03]	1.01	[1.00-1.03]	1.01	[1.00-1.03]
1人当たり社会福祉費	0.99	[0.97-1.02]	0.99	[0.97-1.02]	1.00	[1.00-1.02]	1.00	[0.98-1.02]
財政力指数	1.29	[0.54-3.08]	1.30	[0.54-3.12]	1.20	[0.49-2.93]	1.19	[0.49-2.89]
子育て世代包括支援センター保健師数	1.14	[0.80-1.61]	1.14	[0.80-1.61]	1.40	[0.78-2.53]	1.40	[0.77-2.53]
初産婦のみ (n=337)								
妊娠期の相談機会	2.72*	[1.57-4.70]			1.67	[0.97-2.87]		
支援プラン作成	2.61*	[1.34-5.09]			5.16*	[2.48-10.70]		
相談機会のみ			3.16*	[1.73-5.76]			1.75	[0.99-3.10]
支援プラン作成のみ			10.10*	[1.24-82.11]			8.78	[0.99-77.54]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			6.38*	[2.88-14.12]			8.23*	[3.43-19.73]
自治体が掲示している妊婦面談の仕組みの有無	0.54*	[0.31-0.94]	0.55*	[0.31-0.96]	0.60	[0.35-1.03]	0.60	[0.34-1.04]
子育て世代包括支援センターの設置	0.69	[0.17-2.80]	0.64	[0.16-2.55]	1.61	[0.46-5.67]	1.56	[0.44-5.45]
1人当たり児童福祉費	1.02	[1.00-1.05]	1.02	[1.00-1.05]	1.03	[1.00-1.05]	1.03	[1.00-1.05]
1人当たり社会福祉費	0.99	[0.96-1.02]	0.99	[1.00-1.02]	0.99	[0.96-1.02]	0.99	[0.96-1.02]
財政力指数	1.55	[0.45-5.34]	1.59	[0.44-5.68]	1.39	[0.38-5.09]	1.38	[0.36-5.29]
子育て世代包括支援センター保健師数	1.65	[0.69-3.94]	1.64	[0.70-3.86]	2.09	[0.84-5.19]	2.08	[0.84-5.16]
経産婦 (n=279)								
妊娠期の相談機会	1.56	[0.82-3.01]			1.31	[0.70-2.42]		
支援プラン作成	2.24*	[1.07-4.70]			2.42*	[1.26-4.66]		
相談機会のみ			1.42	[0.70-2.87]			1.18	[0.60-2.31]
支援プラン作成のみ			1.27	[0.25-6.36]			1.32	[0.31-5.59]
妊娠期の相談機会と支援プラン作成の両方			3.68*	[1.52-8.94]			3.31*	[1.45-7.53]
自治体が掲示している妊婦面談の仕組みの有無	1.00	[0.54-1.84]	0.98	[0.53-1.82]	1.06	[0.60-1.88]	1.04	[0.58-1.87]
子育て世代包括支援センターの設置	1.19	[0.28-5.07]	1.18	[0.27-5.10]	1.04	[0.26-4.13]	1.00	[0.25-4.04]
1人当たり児童福祉費	1.00	[0.99-1.02]	1.00	[0.98-1.02]	1.00	[0.98-1.02]	1.00	[0.98-1.02]
1人当たり社会福祉費	1.00	[0.97-1.04]	1.00	[0.97-1.04]	1.01	[0.98-1.04]	1.01	[0.97-1.04]
財政力指数	1.46	[0.33-6.40]	1.46	[0.34-6.25]	1.47	[0.36-6.00]	1.46	[0.36-5.89]
子育て世代包括支援センター保健師数	1.07	[0.82-1.40]	1.07	[0.82-1.40]	1.11	[0.88-1.41]	1.12	[0.88-1.41]

1) * $P < 0.5$

2) 表2で示した基本属性妊娠に関する変数に関しては調整済み

3) 子育て世代包括支援センター保健師数については、出生1人当たりとした場合も結果は大きく変化しない

4) 「1人当たり児童福祉費、1人当たり社会福祉費、財政力指数、子育て世代包括支援センター保健師数」のかわりに、「居住地域、市町村規模、出生数」を調整変数として投入した場合も結果は大きく変化しない

は、子育て世代包括支援センターを設置した10自治体を対象として質的分析を実施し、センターの担当者が活動の中で感じている成果の中に、「専門職が妊娠期から関わることで産後も相談してくれるようになった」、「相談窓口の開設とPRにより相談の電話や来所が増えた」などがあつたことを報告している。同研究では、妊娠期からの切れ目のない子育て支援の取り組みの具体例の中に、相談できる関係性を作ることで、定期的に相談できる機会を設けそうした場に母親を誘うことなども挙げており、各々の現場で独自に試行錯誤して、母親との関係づくりや継続的な支援に取り組まれていることもわかる。本分析では、そのような取り組みが母親に与える影響を定量的に示したと言える。

また、子育て世代包括支援センターの保健師数が、産後の地域専門職への信頼や援助要請先の認知と関連していないことをかんがみても、制度や人材をどのように活用し、対話の機会やサービス・支援とのつながりをいかに増やしていくかが重要であることが示唆される。これに関連してWHOは、既存の周産期ケアシステムによっては継続ケアを提供するのは看護師や助産師以外の専門職である可能性もあること、母親が価値をおくのは継続性であることにも言及している¹⁵⁾。

本研究の限界として、相談機会の有無や支援プラン作成の有無の回答を思い出し法によって得ていることが挙げられる。地域専門職に良い感情を抱いていない、あるいは公的機関や民間機関に基本的な信頼がないといった場合には、妊婦面談時に相談機会があつたとしてもそのように想起しない、または、支援プラン作成の機会があつたとしてもそれを望まなかった可能性も排除できない。しかし、妊娠期の相談機会、支援プラン作成の有無のいずれも本調査で得た基本属性や妊娠に関する変数との関連は確認されないこと、分析においてもそれらを調整していることを踏まえると、分析結果に大きなバイアスは与えていないと想定できる。なお、産後の新生児訪問や育児相談などの経験も、専門職への信頼や援助要請先の認知に影響を与える可能性があるが、本研究においてはそのような変数を取得しておらず、分析において考慮できていない。加えて、本研究で用いたデータはインターネットリサーチ会社のパネルメンバーであるが、そのことが結果にバイアスを与えている可能性について本研究では分析ができていない。これらの制約は今後の研究の課題である。

V 結 語

現在、日本では「妊娠期からの切れ目のない子育て

支援」が謳われ、専門職が妊娠期から産後、子育て期を継続性をもって支援する伴走型支援を目指す動きがあるが、実施主体である自治体によって、専門職と妊産婦・家族との相談機会の構造やつながるサポートの内容は様々である。本研究は、母子健康手帳交付時に専門職に相談する機会があつたことが産後の母親の地域専門職への信頼と援助要請先の認知に影響を与えていることを示し、それは周産期から育児期の女性のサポートとのつながり、ひいては家族全体の長期的な健康に良い影響を与えうことを示唆する。筆者が知る限りにおいて、こうしたポピュレーションアプローチの取り組みが与える効果を定量的に検証した研究はこれまでになく、実態として当事者に与えている影響は明らかでなかった。子育て世代包括支援センターのガイドラインでも述べられているとおり、ある時点ではとくに支援を必要としない妊産婦や家族も不安を抱え孤立することがあるため、妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無に関わらないポピュレーションアプローチや、既存のサービスや支援にすべての妊産婦と家族がいかにつながることができるかという視点は重要である。周産期女性やその家族が個別のニーズに応じて必要な支援やネットワークにつながる事ができる地域づくりのために、今後関連する研究や現場の取り組みがさらに発展することに期待したい。

本研究はJSPS 科研費18H03062, 21H04836, 19K13704, 22K01473の助成を受けたものです。また、本研究で使用したデータセット作成に協力してくれたリサーチアシスタントの筑波大学国際公共政策学位プログラム博士前期課程久松佳穂氏に御礼申し上げます。なお、執筆者全員について開示すべきCOI状態はありません。

(受付	2023. 2. 2)
	採用	2023. 8.22)
	J-STAGE早期公開	2023.11.27)

文 献

- 1) 国立研究開発法人国立成育医療研究センター. 人口動態統計(死亡・自殺・死産)から見る妊娠中・産後の死亡の現状. 2018. <https://www.ncchd.go.jp/press/2018/maternal-deaths.html> (2023年1月24日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 「令和2年度児童虐待相談対応件数—児童虐待相談対応件数の動向」2021. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/index.html (2023年1月24日アクセス可能).
- 3) Ayers S, Bond R, Webb R, et al. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 2019;

- 98: 104172.
- 4) Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 2014; 384: 1800–1819.
 - 5) Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, et al. Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry* 2020; 19: 41.
 - 6) 高木 彩, 松島みどり. 周産期うつと援助要請の実態把握と属性分析. *日本周産期メンタルヘルス学会誌*, 2021; 7: 51–58.
 - 7) Rickwood D, Thomas K. Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management* 2012; 5: 173–183.
 - 8) Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *Journal of Pediatric Health Care* 2012; 26: 109–117.
 - 9) Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *BIRTH* 2006; 33: 323–331.
 - 10) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センター業務ガイドライン 2017. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatedaigaidorain.pdf> (2023年1月13日アクセス可能).
 - 11) 中原洋子, 上野昌江, 大川聡子. 支援が必要な母親への妊娠中からの保健師の支援—妊娠届出時等の保健師の判断に焦点を当てて—. *日本地域看護学会誌* 2016; 19: 70–78.
 - 12) 黒川恵子, 入江安子. 特定妊婦に対する保健師の支援プロセス—妊娠から子育てへの継続したかわり—. *日本看護科学雑誌*, 2017; 37: 114–122.
 - 13) 厚生労働省. 平成28年度子育て世代包括支援センター事例集. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/H28houkatusiennsennta-zireisyu.pdf> (2023年1月13日アクセス可能).
 - 14) 槻木直子, 岩國亜紀子, 川下菜穂子, 他. 子育て世代包括支援センターで活動する看護職が提供している妊娠期からの切れ目ない子育て支援. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要* 2019; 26: 41–59.
 - 15) World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> (2023年1月13日アクセス可能).
-

Communication between pregnant women and maternal and child health professionals and trust in professionals and awareness of source of help in the postpartum period: Evaluation using JACSIS Pregnant-Postpartum Women's Data 2020–2021

Midori MATSUSHIMA*, Aya TAKAGI^{2*}, Naoki KONDO^{3*} and Takahiro TABUCHI^{4*}

Key words : maternal and child health professional consultation, development of support plan, trust in community health professionals, awareness of source of help

Objective This study aims to estimate the impact of maternal and child health professional consultation and development of support plans during pregnancy on trust in community health professionals (*trust*) and awareness of sources of public/private institutional support (*awareness*) in the postpartum period.

Methods A web-based panel survey was conducted in July–August 2021 and January–February 2022, targeting women who were pregnant during the 2021 survey and 0–5 months postpartum in 2022. We collected information about consultation opportunities and development of a support plan during pregnancy, *trust* and *recognition*, demographic characteristics, employment status, and pregnancy- and childbirth-related variables. First, logistic regression analysis was conducted by setting *trust* and *recognition* during postpartum as outcomes. Exposure variables were the consultation opportunities and development of a support plan during the pregnancy period. Second, we added the presence of a comprehensive support center for raising children, the financial index of the municipality of residence, the per capita child welfare expenditure, and the number of nurses at the comprehensive support center for maternal and child health to the analytical model as overall level of municipal support in order to check the robustness of our results.

Results Responses were obtained from pregnant women across Japan. Of the 616 respondents included in the analysis, 74.0% had opportunities for consultation, 23.7% made support plans, 69.8% trusted local maternal and child health professionals, and 63.6% recognized public/private institutional support as places for help-seeking. Logistic regression analysis showed that *trust* and *recognition* were higher among those who had opportunities to consult and had created a support plan compared to those who did not. With regard to *trust*, for those who had opportunities to consult, the odds ratio (OR) was 2.05 (95% confidence interval [95% CI] 1.37–3.07), and for those who developed a support plan, the OR was 2.25 (95% CI 1.41–3.60). As for *recognition*, the OR was 1.46 (95% CI 0.98–2.16) if given the opportunity for consultation. For development of a support plan, the OR was 3.05 (95% CI 1.94–4.80). These results did not change even after adjusting for municipal finances and the level of support for pregnant women in general.

Conclusions Consultation opportunities and developing support plans during pregnancy increased *trust* and *recognition* in the postpartum period while municipal finances or overall support for child rearing were not associated with these outcomes, thus suggesting the importance of engagement with professionals during pregnancy.

* Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Tsukuba

^{2*} Graduate School of International Public Policy, University of Tsukuba

^{3*} Department of Social Epidemiology, Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto University

^{4*} Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute