

平成15年度厚生労働科学研究

(子ども家庭総合研究事業)

報告書 (第5 / 11)

- 0030318 主任研究者 吉村 泰典
(配偶子・胚提供を含む総合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究)
- 20030319 主任研究者 中村 好一
(快適な妊娠・出産を支援する基盤整備に関する研究)
- 0030320 主任研究者 鈴木 薫
(日本人女性の葉酸代謝関連酵素遺伝子多型と先天異常(神経管欠損症およびダウン症候群等)の発生子防効果に関する基礎的研究)
- 20030321 主任研究者 日暮 眞
(子育て時における両親の相談ニーズ把握及び保健医療福祉スタッフ支援モデル研究事業)
- 20030323 主任研究者 天野 恵子
(日本における女性医療の課題に関する医療社会学的研究ならびに性差を加味した健康度および生活習慣の測定手法の評価に関する研究)
- 0030291 主任研究者 鴨下 重彦
(小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究)

厚生労働科学研究
(子ども家庭総合研究事業)

快適な妊娠・出産を支援する
基盤整備に関する研究

平成15年度研究報告書

平成16年3月

主任研究者 中 村 好 一

目次

I. 総括研究報告	
快適な妊娠・出産を支援する基盤整備に関する研究	143
中村好一	

快適な妊娠・出産を支援する基盤整備に関する研究（H14-子ども-006）

主任研究者 中村 好一 自治医科大学 教授

研究要旨 わが国における快適な妊娠・出産を実現するために、まず医療現場の現状を明らかにする目的で日本産科婦人科学会名簿より会員を系統抽出（抽出率：1/10）し、郵送法により2003年11月に調査を実施した。情報を得る機会の有無、ケアの改善のために重要と思われる項目、妊娠・出産・産褥期のケアとして実施されている20項目に対する考え方、わが国における理想の快適な妊娠・出産が実現できているかどうかとできていない場合の理由、などについて明らかにした。

研究協力者：

岡井崇

（昭和大学医学部産科婦人科学教室）

戸田律子

（JASE（日本出産教育協会））

北井啓勝

（埼玉社会保険病院 産婦人科）

林 公一

（国立下関病院 産婦人科）

三砂ちづる

（国立保健医療科学院疫学部応用疫学室）

柴田真理子

（東京都立保健科学大学保健科学部看護学科）

A. 研究目的

わが国では「健やか親子21」が、国民の健康づくりとして計画され実行に移されている。この計画は、達成可能な目標をたて、その実現のために限りある資源の下で効果的で効率的な母子健康を推進するものである。この計画の重要な柱として、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」が挙げられている。これは、わが国の母子保健の水準は世界の最高に位置しているが、妊産婦死亡率には問題が残されていることによるものである。

そこで本研究では、妊娠・出産に関する管理について、根拠に基づく医療および医療技術評価の枠組みに基づき、わが国における問題点の把握から、対策の優先順位の決定、有効性の根拠の系統的評価、インフ

ォームド・コンセントのためのガイダンス作成まで、総合的な評価を行いたいと考えた。

本研究の評価結果により、妊娠・出産に関するグローバル・スタンダードが科学的根拠に基づき明らかにされ、わが国の現状と改善点と今後の検討課題を把握することが可能となる。また、こうした情報により、妊産婦のインフォームド・チョイスとともに、臨床家との判断の分かち合い（shared decision making）が促進される。

妊娠・出産の管理に関する有効性および安全性については、1980年代後半から国際的に包括的な検討が行われている。その代表的な例が、根拠に基づく医療の（EBM）のデータ・ベースの出発点となった、

「Cochrane Pregnancy and Childbirth」である。これと同時に、妊娠・出産に関する総合的教科書である「Effective Care in Pregnancy and Childbirth」が出版された。これらは、現在までの全ての科学的な情報を網羅して評価、統合したものであり、画期的な内容となっている。また世界保健機関でも、「Care in normal birth」の指針が公表されるなど、妊娠・出産の管理に関する根拠が明確化されるとともに、その情報提供が急速に進んできている。

しかしながら、わが国においては、こうした研究および取り組みはほとんど実施されておらず、緊急の課題となっている。他の領域では、厚生省の支援により疾患別の診療ガイドラインの開発が進められている。その意味では、今回の研究は、こうし

た動向と対応して、妊娠・出産という健康な領域における取り組みを進めるものであり、重要な課題と考えられる。

本研究は、つぎのような計画に従って実施する。

1) 問題の優先順位決定（平成 14 年度）：わが国で改善すべき問題点について、優先順位の決定を行う。

2) 問題についての根拠の把握と批判的吟味（平成 14 年度）：把握された問題点の根拠の系統的な把握と評価を行う。また、国際的な根拠とわが国の根拠の内容と質を比較検討する。

3) 問題についてのわが国の診療状況（平成 15 年度）：わが国の診療状況について文献、実態調査を行う。

4) 今後の検討課題とその優先順位（平成 16 年度）：根拠の未確立な領域、わが国で検討すべき特殊な問題を整理し、今後検討すべき優先順位を決定する。

5) 診療ガイドランスの作成（平成 16 年度）：妊娠・出産の管理のガイドランスを作成する（専門家および妊産婦向け）。

本研究により、妊娠・出産に関するグローバル・スタンダードが科学的根拠に基づき明らかにされ、わが国の現状と改善点、さらに今後の検討課題を把握することが可能になる。また、妊産婦のインフォームド・チョイスとともに、専門家との判断の分かち合いが促進される。

本年度は上記の 3) 問題についてのわが国の診療状況の具体的な調査を実施した。

B. 研究方法

日本産科婦人科学会名簿より会員を系統抽出（抽出率：1 / 10）し、郵送法により 2003 年 11 月に調査を実施した。調査項目は対象者の属性、情報を得る機会の有無、ケアの改善のために重要と思われる項目、妊娠・出産・産褥期のケアとして実施されている 20 項目に対する考え方、わが国における理想の快適な妊娠・出産が実現でき

ているかどうかとできていない場合の理由、などである。調査は匿名性を担保するために無記名で行ったが、調査票と共に郵送した氏名の付いた葉書を投函していただくことで、督促を行った。

さらに同様の方法で日本母性衛生学会の協力を得て、同学会会員で助産師として登録されている者から 1 / 2 の系統抽出を行い、調査した。

（倫理面への配慮）

本年度の研究は対象者個人の健康に関する情報を収集したのではなく、診療の実態や考え方のみを尋ねている。また回答は匿名で行い、回答者を同定できない形式で実施した。さらに回答しない場合にも当該対象者へは督促状が届くのみであり、特段の不利益はない。従って倫理的な問題は全くないと推察する。

C. 研究結果

2003 年 11 月に 1,609 通の調査票を送付した。このうち死亡・宛先不明などの事故が 159 通あった。2 回の督促の結果、2004 年 1 月 20 日までに調査に「協力する」という葉書が 625 通、「協力しない」という葉書が 295 通回収された。また調査票は 695 通回収された。このうち 1 月末までに入力された 612 通の調査票を中間解析した。回答者の属性は表 1 に示すとおり、男 505 人（83 %）、40 歳未満 103 人（17 %）、40 歳代 180 人（29 %）、50 歳代 151 人（24 %）、60 歳以上 188 人（30 %）であった。勤務形態は診療所の開設者 242 人（40 %）、診療所の勤務者 59 人（10 %）、病院の開設者 18 人（3 %）、病院の勤務者 186 人（31 %）、大学教員 61 人（10 %）、その他 38 人（6 %）であった。妊娠・出産・産褥のケアについての最新情報を得る機会は、140 人（23 %）が全くあるいはあまりない、228 人（38 %）が多少、186 人（31 %）がかなり、40 人（7 %）が充分と回答した。調査の時点で出産を取り扱っているのは 395 人（65 %）であった。これらの対象者に妊娠・出産・産褥のケアを改善するための重要な事項を尋ねたところ、表 2 に示すように、多い順に「施設のスタッフの質」234 人（59 %）、「患者との十分なコミュニケーション」153 人（39 %）、「施設のスタッフの数」122 人

(31%)、「施設の設備場の環境」116人(29%)、「世の中の誤った情報の改善」64人(16%)、「搬送システムの改善」39人(10%)であった(複数回答)。表3に示す20の項目についてその賛否を問うたところ、「正常な分娩後、母子の接触を制限する」、「会陰縫合の際に通常の皮膚縫合よりも縫合数を1針多めに行う」、「ルーチンに会陰切開を行う」の3項目で賛成者の割合が極めて低かった。これらの項目の重要性に関する考え方は、表4に示す通りであった。表5に示すように、全例で実施している医師が多かった項目は「児頭採血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する」(57%)、「正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする」(51%)、「碎石位による分娩を行う」(39%)、「正常な新生児の胃内容物の吸引を行う」(33%)、「正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする」(30%)などであった。表6の通り、多くの項目は実施(あるいは非実施)の際に妊産婦の身体状況や児の身体状況が考慮されていたが、妊産婦の希望を考慮する医師の割合が高かった項目として、「産婦の希望に従って娩出時の体位を決める」(36%)、「正常分娩後すぐに母子同室を開始する」(27%)、「正常な分娩後、母子の接触を制限する」(20%)、「正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする」(19%)、「分娩のための入院時に浣腸を実施する」(18%)などであり、医療訴訟対策などを考慮している医師が多かった項目として「正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする」(32%)、「児頭採血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する」(30%)、「分娩第三期にオキシトシンではなくエルゴメトリンを使用する」(15%)、「子宮頸管熟化のためにプロスタグランディンを経口投与する」(14%)、「骨盤計測のために妊娠後期、または陣痛開始後X線撮影をする」(14%)などであった。今後の方針は表7に示すとおりであった。表8に示すとおり、回答者のうちの458人(83%)がわが国では多くの妊産婦が理想の快適な妊娠・出産を実現できていないと考え、その理由として「人手不足」(81%)を挙げる医師の割合が極めて高く、次いで「多忙」(46%)、「廉価な医療費」(38%)、「設備の不足」(35%)、「訴訟対策」(34%)等が挙げられた。

さらに、妊娠中毒症の予防のための食事制限についての詳細な検討結果は以下の通りであった。食事制限(制限内容は問わない)の賛成は406人(86%)、実施反対は55人(12%)、無回答9人(2%)であった(表9)。食事制限実施賛成群406人中102人(25%)がエビデンスに基づいて食事制限を行うと回答し、食事制限実施反対群55人中25人(45%)がエビデンスに基づき食事制限しないと回答していた。食事制限の重要性については、全体(470人中)として重要でない26人(5%)、あまり重要ではない84人(18%)、比較的重要である243人(52%)、極めて重要である105人(22%)であった。エビデンスに基づいた食事制限実施賛成と回答した群で食事制限が比較的または、極めて重要であるものは82人であった。この内23人がその症例の80%以上または全症例で食事制限を実施していた。また、食事制限実施賛成群405人中で食事制限が比較的または極めて重要であるとしたのはそれぞれ239人(60%)、103人(26%)で両者を合わせると全出産取扱者中86%が食事制限が重要と考え何らかの食事制限実施に賛成であった(表10)。

食事制限が比較的または極めて重要と考える群中で妊娠・出産での食事制限の実施(最近6か月、概ね割合)が80%以上の症例であったのは合わせて100人であった。また、出産取扱者470人中食事制限に対して実施賛成ではなく、かつ、あまり重要ではないと考える、または重要ではないと考える群はそれぞれ28人、19人と両者を合わせて全体の10%程度であった。また、47人中妊娠・出産症例に対して食事制限実施したのは23人であり、「食事制限実施反対にも関わらず、食事制限を実施した」考えと実際の行動で差のあると考えられるものが全体(出産取扱医師470人中)の5%となった。食事制限を行う、または、行わないにあたって考慮する項目について(10項目について重視する2個の回答)は、食事制限実施賛成群406人中では妊産婦の身体状況が最も多く賛成群中361人(89%)、次いで児の身体状況112人(28%)、エビデンスに基づいた方針102人(25%)の順となっていた。また、実施反対群55人中では妊産婦の身体状況が30人(55%)と最も多く、次いでエビデンスに基づいた方針25人(45%)、児の身体状況10人(18%)

であった(表9)。食事制限に対しての今後の方針では食事制限に対して実施賛成する群で積極的に進めていくが94人(24%)、現状維持が289人(74%)、減らしていきたいが5人(1%)であった。食事制限実施に対して賛成しない群では現状維持が39人と同群の76%という回答であった(表11)。

D. 考察

本報告では産婦人科医師に対する調査の予備解析結果についてその概要を示したが、データが確定し次第、来年度の研究として詳細な解析を実施する予定である。それと共に助産師調査も年度末現在で実施中であり、これもデータが確定し次第解析を行う。

妊娠中毒症予防のための食事制限に関する解析では、以下のようなことを検討した。

従来より妊娠中毒症に対しての食事療法の3大原則は、摂取カロリー制限、塩分制限、高蛋白食とされてきた。1997年には日本産婦人科学会周産期委員会より『妊娠中毒の生活指導および栄養指導』が発表されている。指針においては7~8g/日に制限するようとされている。また、予防には10g/日以下がすすめられている。塩分摂取制限は妊娠中毒症の主徴候である高血圧・蛋白尿・浮腫を認めるため長年、必須と考えられてきた。妊娠中毒症では通常の高血圧症とは異なり妊娠によって増加した循環血漿量が減少し、亢進したレニン・アルドステロン系が低下する、輸液により血圧低下を生じるなどの通常の高血圧症患者では認められない、まったく逆の状態が生じる。日本産婦人科学会周産期委員会は、日本人の塩分摂取量が12~13.5g/日と多いことなどを考慮して、正常妊婦では10g/日以下が妊娠中毒症予防のための適正量となっているが、正常妊婦に対して塩分制限をすることで妊娠中毒症を予防は出来るという根拠(Evidence)はない。

しかし既に妊娠中毒症を生じた患者における容量負荷で血圧が低下することは、食塩負荷によって通常は循環血液量増加を来す為、血圧低下を来す間接的な事実となる可能性が考えられる。つまり、食塩制限食摂取は血圧低下ではなく血圧上昇に作用する可能性があり、高血圧症を伴う妊娠中

毒症では症状の悪化を引き起こす可能性が十分にあるとも考えられる。

以上より妊娠中毒症後における塩分制限は現在のところ根拠に基づいていないと考えられる。しかしながら、予防・治療に関して疫学的かつ大規模に検討された文献はないため今後は塩分制限を行うことによって、妊娠中毒症の予防・治療が出来る根拠が出る可能性も考えられる。

妊娠中毒症における蛋白制限についての研究はあまり行われていない。日本産婦人科学会周産期委員会の食事指導によると理想体重×1.2~1.4g/日の蛋白摂取が予防に望ましいとされる。また、妊娠中毒症時の蛋白摂取量は理想体重×1.0g/日とされ、発症後に蛋白のより重度の制限が用いられている。しかしながら、肥満のある妊婦や妊娠中の体重増加が著しい妊婦における蛋白制限は胎児成長に対して良好な結果とならないと報告もある。蛋白摂取は一般的に腎糸球体における血流量と血圧上昇をきたし、その結果、糸球体ろ過量の上昇をきたすために腎不全患者では蛋白制限を行う必要があると考えられている。妊娠中毒症発症患者と健常妊婦との蛋白摂取量の比較を行い妊娠中毒症発症患者群の方が健常妊婦に比べて摂取蛋白量が有意に多かったとの報告¹⁾があり、蛋白過剰摂取が何らかの妊娠中毒症発症に関与してるとも考えられる。

妊娠中毒症は重篤な高血圧症を来し、蛋白尿などの腎臓疾患を来すため腎疾患に基づいた、蛋白制限による治療が発症後現在行われていると考えられる。しかし、妊娠中毒症発症予防における蛋白制限はその効果が一定でなく、また、現在のところ大規模臨床試験等が行われておらず、十分な根拠に基づいて行われてはいないと考えられる。

エネルギー摂取不足によって妊娠中毒症の発症が予防出来る事が疫学調査によって明らかにされている。また、15000人以上の妊婦をを対象とした大規模調査で、BMI〔body mass index;体重<kg>/〔身長<m>〕²⁾〕30以上の妊婦の妊娠中毒症発症は30以下の群より約2倍となったとの報告がある。また、摂取エネルギー量とかわる肥満によって妊娠中毒症が発症するとされている。日本産婦人科学会周産期委員会の食事指導によると非妊時BMI24以下の場合

30kcal × 理想体重 + 200cal、非妊時 BMI24 以上の場合 30kcal × 理想体重の 1 日総エネルギーとされ、妊娠中毒症予防には、体重増加は BMI < 18 では 10 ~ 12kg 増加、BMI18 ~ 24 では 7 ~ 10kg 増加、BMI > 24 では 5 ~ 7kg 増加がすすめられている。妊娠中毒症と体重増加については、体重の過剰な増加によって、高血圧症が発症しやすく、また、間接的に食事によるインスリンの過剰分泌を生じ、高インスリン血症となることでも高血圧症発症に関与が推測される。

妊娠中毒症は高血圧症を来す疾患であることと大規模調査での結果より総摂取エネルギー量の制限によって妊娠前と妊娠後の体重増加の管理が適切に行われれば、妊娠中毒症発症予防に対して効果があると考えられるが、大規模試験は約半世紀前のものである為、更なる疫学的、臨床的試験によって、また合わせてその発症のメカニズムが明らかになることが望まれる。すなわち、確定した根拠は現在のところ見られないが、総摂取エネルギー制限により妊娠中毒症発症予防効果がある可能性が考えられる。

現在、食事療法による妊娠中毒症の予防に対して現在のところ確固とした根拠はないと考えられる。間接的には食塩制限、蛋白制限、総摂取エネルギー量の制限は、重要であると考えられるが妊娠中毒症の本来の病態が明らかになっていない現状ではその効果に疑問の余地があると考えられる。日本妊娠中毒学会が 2000 年に行った妊娠中毒症における減塩食に関するアンケート調査では予防的に減塩食を行うとした施設が全体の約 70%であった。また、食事制限は、妊娠中毒症の定義に基づき高血圧、蛋白尿、浮腫の出現を基準として減塩食を行っている施設が多く認められた。また、根拠がない為に減塩食を実施しないとの施設も認められた。今回の調査では、食事制限実施賛成群 406 人中 102 人 (25%) が根拠に基づいて食事制限を行うと回答し、食事制限実施反対群 55 人中 25 人 (5%) が根拠に基づき食事制限しないと回答しており根拠が十分でない妊娠中毒症において「根拠があること」を根拠として治療を行っている医師が存在し、「根拠がないこと」を認識し食事制限を予防のため行っていない医師は出産取扱い医師 470 人中 25 人 (5%)

と少数派である状況が明らかとなった。食事制限の重要性については、全体 (出産取扱い医師 470 人中) として重要でない 25 人 (5%)、あまり重要ではない 84 人 (18%)、比較的重要である 243 人 (52%)、極めて重要である 105 人 (22%) であり、食事制限が重要であると回答する医師が出産取扱い医師中 70%以上と多く認められた。これは、日本産婦人科学会の妊娠中毒症の勧告に従っている予防を実施していることや妊娠中毒症自体の病態が把握されてないにも関わらず根拠があるとの解釈がされていることなどが原因ではないかと推定される。実施の有無にあたって考慮する項目では表 1 より実施賛成群・反対群ともに妊産婦の身体状況や児の身体状況を考慮したものが最も多く患者の立場からの医療が現場で行われていると推測される。今後の方針では実施の有無に関わらず現状を維持すると回答した群が 70%以上を占め、新たな大規模臨床試験などのエビデンスが出ることで方針の転換がなければ現状が今後も継続していくと考えられた (表 9)。

永石らは後ろ向き研究であるが、妊娠 21 週以降の妊娠中毒症妊婦 25 例 (年齢 25-39 歳) を対象とし 1 日食塩摂取量と蛋白摂取量を算出し、21 週から 4 週ごとにそれぞれの摂取量の推移と体重、腎機能の検討を行い、妊娠中毒症妊婦では中毒症発症前における食塩摂取量がいずれも健常妊婦と比較し多く、エネルギー摂取の過剰も推定されたとしている。

今回、我々の調査によると大規模な疫学的調査が施行されておらず、また、十分な病態の把握ができていない妊娠中毒症の発症予防および治療は、症例数の少ない臨床研究による判断によって、食塩制限、蛋白制限などが現在行われていると考えられた。臨床研究において、食事による妊娠中毒症発症の関与はある程度疑わしいが、その病態は、通常の高血圧などの疾患の病態とは異なっており、十分に根拠に基づいて検討がされているとは言いにくい状況である。また、現在存在する妊娠中毒症予防に対しての大規模臨床試験も半世紀前のものであり現在とは食事状況も変化し、かつ、海外の研究であることを加味すれば本邦でそのまま活かすことは出来ないと考えられる。少子化問題が世に出て久しいが、今後、快適な妊娠・出産を行っていく為にも必要

かつ十分な検討のなされた妊娠中毒症発症
予防の国内での大規模な疫学調査とともに
病態の早期解明が重要と考えられた。

E. 結論

妊娠・出産の管理に関する有効性、安全
性、適切性について、わが国の産婦人科医
を対象に実態調査を行い、その一端を明ら
かにした。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

該当なし

表1. 回答者の属性

性		
	男	505 (83)
	女	106 (17)
年齢(歳)		
	-29	12 (2)
	30-39	91 (15)
	40-49	180 (29)
	50-59	151 (24)
	60-69	87 (14)
	70-79	77 (12)
	80-	24 (4)
医師免許取得後の年数		
	-9	57 (10)
	10-19	149 (25)
	20-29	150 (25)
	30-39	116 (20)
	40-49	68 (12)
	50-	49 (8)
勤務形態		
	診療所の開設者	242 (40)
	診療所の勤務者	59 (10)
	病院の開設者	18 (3)
	病院の勤務者	186 (31)
	大学教員	61 (10)
	その他	38 (6)
勤務先の運営形態		
	国公立	132 (24)
	公的機関	47 (8)
	私的機関	376 (68)
最新情報を得る機会		
	全く提供されていない	13 (2)
	あまり提供されていない	127 (21)
	多少は提供されている	228 (38)
	かなり提供されている	186 (31)
	十分に提供されている	40 (7)
出産の取扱(現状)		
	取り扱っている	395 (65)
	取り扱っていない	209 (35)

カッコ内はパーセント

表2. 妊娠・出産・産褥のケアを改善するために重要な事項(主なもの2つ)

項目	人数
施設の設備上の環境	116 (29)
施設のスタッフの数	122 (31)
施設のスタッフの質	234 (59)
施設のスタッフの有効活用	33 (8)
施設の運営(経済的)改善	30 (8)
来院する患者の質	13 (3)
世の中の誤った情報の改善	64 (16)
患者との十分なコミュニケーション	153 (39)
診療報酬システムの見直し	32 (8)
医師養成システムの改善	11 (3)
搬送システムの改善	39 (10)
その他	7 (2)

出産を取り扱っていると答えた395人を集計
 カッコ内は395人に対するパーセント

表3. 20項目の実施に対する賛否

項目	賛成	賛成しない
妊娠中毒症予防のための食事(塩分など)の制限をする	351 (87)	52 (13)
早産予防のためにベータ刺激剤(リトドリンなど)を使用する	377 (94)	26 (6)
子宮頸管熱化のためにプラステロン硫酸ナトリウム(マイリスなど)を投与する	230 (58)	169 (42)
子宮頸管熱化のためにプロスタグランディンを経口投与する	178 (45)	219 (55)
骨盤計測のために妊娠後期、または陣痛開始後X線撮影をする	190 (48)	210 (53)
分娩のための入院時に浣腸を実施する	226 (57)	172 (43)
児頭探血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する	354 (89)	46 (12)
正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする	297 (74)	105 (26)
正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする	221 (57)	166 (43)
分娩第三期にオキシトシンではなくエルゴメトリンを使用する	204 (51)	193 (49)
産婦の希望に従って娩出時の体位を決める	209 (53)	188 (47)
碎石位による分娩を行う	287 (73)	106 (27)
ルーチンに会陰切開を行う	53 (13)	347 (87)
会陰縫合の際に通常の皮膚縫合よりも縫合数を1針多めに行う	36 (9)	343 (91)
正常な新生児の胃内容物の吸引を行う	258 (65)	140 (35)
正常分娩後すぐに母子同室を開始する	245 (61)	155 (39)
正常な分娩後、母子の接触を制限する	21 (5)	381 (95)
正常な新生児に人工乳を補充する	195 (49)	201 (51)
出産後、通常の母乳開始前に水分補給(白湯、糖水など)をする	264 (67)	132 (33)
授乳時間を定めずに乳児が欲しい時に欲しがらだけ母乳を与える	307 (76)	95 (24)

かっこ内は回答した者に対するパーセント

表4. 20項目の重要性に対する考え方

項目	重要ではない	あまり重要ではない	比較的重要	重要
妊娠中毒症予防のための食事(塩分など)の制限をする	25 (6)	79 (20)	200 (50)	96 (24)
早産予防のためにベータ刺激剤(リトドリンなど)を使用する	17 (4)	44 (11)	186 (47)	150 (38)
子宮頸管熟化のためにプラステロン硫酸ナトリウム(マイリスなど)を投与する	130 (33)	170 (43)	88 (22)	9 (2)
子宮頸管熟化のために妊娠後期、または陣痛開始後X線撮影をする	135 (34)	136 (35)	106 (27)	17 (4)
骨盤計測のために入院時に洗腸を実施する	109 (28)	142 (36)	120 (30)	24 (6)
分娩のための入院時に洗腸をする	106 (27)	163 (41)	116 (29)	12 (3)
児頭採血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する	15 (4)	45 (11)	156 (39)	179 (45)
正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする	45 (11)	84 (21)	156 (39)	113 (28)
正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする	73 (19)	176 (45)	127 (32)	18 (5)
分娩第三期にオキシトシンではなくエルゴメトリンを使用する	64 (16)	156 (39)	147 (37)	30 (8)
産婦の希望に従って娩出時の体位を決める	51 (13)	156 (39)	154 (39)	34 (9)
砕石位による分娩を行う	56 (14)	166 (43)	140 (36)	27 (7)
ルーチンに会陰切開を行う	106 (27)	168 (43)	104 (26)	17 (4)
会陰縫合の際に通常の皮膚縫合よりも縫合数を1針多めに行う	209 (55)	136 (36)	31 (8)	2 (1)
正常な新生児の胃内容物の吸引を行う	58 (15)	139 (35)	164 (42)	32 (8)
正常分娩後すぐに母子同室を開始する	29 (7)	112 (28)	171 (43)	84 (21)
正常な分娩後、母子の接触を制限する	178 (46)	63 (16)	86 (22)	61 (16)
正常な新生児に人工乳を補充する	73 (19)	145 (37)	145 (37)	29 (7)
出産後、通常の母乳開始前に水分補給(白湯、糖水など)をする	50 (13)	150 (38)	169 (43)	25 (6)
授乳時間を定めずに乳児が欲しい時に欲しがるとだけ母乳を与える	17 (4)	89 (23)	206 (52)	82 (21)

かつこ内は回答した者に対するパーセント

表5.20項目の実施割合

項目	全くおこなわない	20%以下	20~50%	50~80%	80%以上	全例実施
妊娠中毒症予防のための食事(塩分などの制限)をする	38 (10)	149 (38)	74 (19)	35 (9)	47 (12)	48 (12)
早産予防のためにベータグロブリン(リトリンなど)を使用する	20 (5)	173 (44)	78 (20)	28 (7)	53 (14)	40 (10)
子宮頸管熟化のためにプラスチックカテーテル(マイリスなど)を投与する	155 (39)	149 (38)	50 (13)	23 (6)	12 (3)	4 (1)
子宮頸管熟化のためにプラスチックカテーテルを経口投与する	220 (56)	124 (31)	27 (7)	16 (4)	5 (1)	3 (1)
有痛分娩のために妊娠後期、または陣痛開始後X線撮影をする	144 (37)	195 (50)	34 (9)	9 (2)	3 (1)	8 (2)
分娩のために入院時に洗腸を実施する	75 (19)	84 (21)	73 (18)	53 (13)	81 (21)	29 (7)
児頭採血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する	31 (8)	21 (5)	18 (5)	28 (7)	70 (18)	224 (57)
正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする	42 (11)	62 (16)	24 (6)	11 (3)	55 (14)	200 (51)
正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする	41 (11)	51 (13)	44 (11)	44 (11)	94 (24)	116 (30)
分娩第三期にオキシトシンではなくエ르고メトリンを使用する	94 (24)	65 (16)	28 (7)	34 (9)	87 (22)	86 (22)
産婦の希望に従って娩出時の体位を決める	166 (48)	119 (31)	30 (8)	12 (3)	21 (5)	20 (5)
砕石位による分娩を行う	62 (16)	21 (5)	17 (4)	24 (6)	111 (29)	152 (39)
ルーキンに全陰切開を行う	41 (10)	44 (11)	118 (30)	126 (32)	54 (14)	8 (2)
会陰縫合の際に通常の皮膚縫合よりも縫合数を1針多めに行う	264 (71)	57 (15)	19 (5)	11 (3)	13 (4)	6 (2)
正常な新生児の胃内容物の吸引を行う	54 (14)	46 (12)	47 (12)	38 (10)	78 (20)	128 (33)
正常な分娩後すぐに母子同室を開始する	129 (33)	87 (22)	25 (6)	41 (10)	51 (13)	59 (15)
正常な分娩後、母子の接触を制限する	259 (66)	75 (19)	14 (4)	6 (2)	18 (5)	18 (5)
正常な新生児に人工乳を補充する	59 (15)	96 (25)	83 (22)	52 (13)	67 (17)	29 (8)
出産後、通常の母乳開始前に水分補給(白湯、糖水など)をする	47 (12)	69 (18)	36 (9)	49 (13)	90 (23)	97 (25)
授乳時間を定めずに乳児が欲しい時に授けがたい母乳を与える	58 (15)	71 (18)	58 (15)	41 (11)	81 (21)	79 (20)

かつこ内は回答した者に対するパーセント

表5. 20項目の(注)実施の順の調査項目(2つまで回答)

項目	回答者の数	回答率	回答者の年齢	回答者の性別	回答者の職業	回答者の学歴	回答者の収入	回答者の住居	回答者の家族構成	回答者の健康状態	回答者の生活習慣	回答者の意識	回答者の行動	回答者の意向	回答者の満足度
1. 調査開始前(1)実施の順の調査項目(2つまで回答)	308 (95)	100 (100)	13 (3)	0 (0)	28 (7)	23 (6)	40 (10)	115 (29)	3 (1)	9 (2)					
2. 調査開始前(2)実施の順の調査項目(2つまで回答)	308 (95)	100 (100)	20 (5)	3 (1)	25 (6)	19 (5)	41 (10)	139 (34)	4 (1)	4 (1)					
3. 調査開始前(3)実施の順の調査項目(2つまで回答)	228 (68)	74 (74)	26 (7)	2 (1)	19 (5)	37 (9)	46 (12)	133 (34)	25 (6)	9 (2)					
4. 調査開始前(4)実施の順の調査項目(2つまで回答)	228 (68)	74 (74)	12 (3)	1 (0)	57 (14)	43 (11)	64 (16)	104 (26)	2 (1)	9 (2)					
5. 調査開始前(5)実施の順の調査項目(2つまで回答)	228 (68)	74 (74)	73 (18)	1 (0)	3 (1)	33 (8)	46 (12)	87 (22)	11 (3)	10 (3)					
6. 調査開始前(6)実施の順の調査項目(2つまで回答)	144 (42)	44 (44)	9 (2)	0 (0)	122 (30)	32 (8)	129 (33)	63 (15)	3 (1)	30 (8)					
7. 調査開始前(7)実施の順の調査項目(2つまで回答)	221 (65)	68 (68)	52 (13)	0 (0)	127 (32)	31 (8)	69 (17)	95 (24)	3 (1)	17 (4)					
8. 調査開始前(8)実施の順の調査項目(2つまで回答)	221 (65)	68 (68)	74 (18)	0 (0)	127 (32)	31 (8)	129 (33)	95 (24)	10 (3)	26 (7)					
9. 調査開始前(9)実施の順の調査項目(2つまで回答)	223 (66)	68 (68)	5 (1)	0 (0)	52 (13)	31 (8)	127 (32)	97 (25)	2 (1)	5 (1)					
10. 調査開始前(10)実施の順の調査項目(2つまで回答)	156 (44)	47 (47)	144 (36)	15 (4)	16 (4)	31 (8)	117 (29)	27 (7)	4 (1)	57 (14)					
11. 調査開始前(11)実施の順の調査項目(2つまで回答)	172 (44)	51 (51)	63 (16)	2 (1)	19 (5)	30 (8)	72 (18)	25 (7)	2 (1)	91 (23)					
12. 調査開始前(12)実施の順の調査項目(2つまで回答)	278 (77)	84 (84)	49 (12)	4 (1)	17 (4)	33 (8)	54 (14)	67 (17)	6 (2)	23 (6)					
13. 調査開始前(13)実施の順の調査項目(2つまで回答)	225 (57)	68 (68)	23 (6)	0 (0)	11 (3)	48 (12)	115 (29)	76 (19)	0 (0)	19 (5)					
14. 調査開始前(14)実施の順の調査項目(2つまで回答)	31 (8)	9 (9)	1 (0)	0 (0)	11 (3)	32 (8)	129 (33)	37 (9)	2 (1)	23 (6)					
15. 調査開始前(15)実施の順の調査項目(2つまで回答)	159 (42)	48 (48)	157 (37)	14 (4)	2 (1)	32 (8)	84 (21)	47 (12)	0 (0)	13 (3)					
16. 調査開始前(16)実施の順の調査項目(2つまで回答)	123 (30)	36 (36)	79 (20)	1 (0)	6 (2)	30 (8)	119 (30)	45 (11)	0 (0)	16 (4)					
17. 調査開始前(17)実施の順の調査項目(2つまで回答)	69 (19)	20 (20)	31 (8)	2 (1)	6 (2)	35 (9)	154 (39)	48 (12)	0 (0)	18 (5)					
18. 調査開始前(18)実施の順の調査項目(2つまで回答)	121 (30)	36 (36)	64 (16)	5 (1)	1 (0)	27 (7)	123 (31)	41 (10)	3 (1)	29 (7)					

かつ、別は395人に對する「1-1」

表7. 20項目に対する今後の方針

項目	積極的に進める	現状維持	減らす
妊娠中毒症予防のための食事(塩分など)の制限をする	83 (21)	297 (75)	17 (4)
早産予防のためにベータ刺激剤(リトドリンなど)を使用する	78 (20)	295 (75)	21 (5)
子宮頸管熟化のためにプラステロン硫酸ナトリウム(マイリスなど)を投与する	24 (6)	300 (77)	67 (17)
子宮頸管熟化のために妊娠後期、または陣痛開始後X線撮影をする	20 (5)	304 (79)	62 (16)
骨盤計測のために入院時に浣腸を実施する	13 (3)	312 (81)	62 (16)
分娩のための入院時に連続的に分娩監視装置を装着する	21 (5)	300 (77)	69 (18)
児頭採血はせずに連続的に分娩監視装置を装着する	118 (30)	259 (66)	15 (4)
正常に経過する分娩第二期に産婦に対して静脈点滴をする	92 (24)	272 (70)	24 (6)
正常に経過する分娩第二期に産婦を仰臥位にする	16 (4)	308 (80)	60 (16)
分娩第三期にオキシトシンではなくエルゴメトリンを使用する	26 (7)	293 (75)	70 (18)
産婦の希望に従って娩出時の体位を決める	70 (18)	294 (76)	23 (6)
碎石位による分娩を行う	22 (6)	318 (84)	38 (10)
ルーチンに会陰切開を行う	15 (4)	295 (76)	77 (20)
会陰縫合の際に通常の皮膚縫合よりも縫合数を1針多めに行う	7 (2)	299 (81)	62 (17)
正常な新生児の胃内容物の吸引を行う	26 (7)	339 (87)	26 (7)
正常分娩後すぐに母子同室を開始する	119 (30)	264 (67)	11 (3)
正常な分娩後、母子の接触を制限する	25 (7)	258 (67)	101 (26)
正常な新生児に人工乳を補充する	14 (4)	307 (79)	67 (17)
出産後、通常の母乳開始前に水分補給(白湯、糖水など)をする	13 (3)	325 (83)	54 (14)
授乳時間を定めずに乳児が欲しい時に欲しがらるだけ母乳を与える	87 (22)	289 (74)	15 (4)

かつこ内は回答した者に対するパーセント

表8. 多くの妊産婦が理想の快適な妊娠・出産を実現できている

思う	92 (17)		
思わない	458 (83)		
		その理由(主なもの3項目)	
		人手不足	369 (81)
		多忙	210 (46)
		廉価な医療費	176 (38)
		訴訟対策	155 (34)
		卒前教育の不備	21 (5)
		卒後教育の不備	73 (16)
		組織の長の理解不足	24 (5)
		組織のスタッフの理解不足	78 (17)
		設備の不足	160 (35)
		医療従事者の熱意不足	76 (17)
		その他	66 (14)

思う、思わないのカッコ内は回答者全体に対するパーセント
理由のカッコ内は「思わない」と答えた458人に対するパーセント

表9 食事制限に対しての態度と実施態度に対しての考慮項目

考慮する項目	賛成(N=406人)		反対(N=55人)		全取扱い者(N=470人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	合計(人数)	合計(割合)
妊産婦の身体状況	361	89	30	55	392	83
児の身体状況	112	28	10	18	122	26
妊産婦の希望	14	3	1	2	15	3
妊産婦の夫(又は夫婦)や家族の希望	0	0	0	0	0	0
医療訴訟対策又は危機管理	25	6	4	7	29	6
上司の信念に基づく方針	21	5	4	7	25	5
施設のスタッフの総意による方針	45	11	5	9	50	11
エビデンスに基づいた方針	102	25	25	45	128	27
経済効果	2	0	0	0	2	0
円滑な診療や、スタッフの有効活用	11	3	0	0	11	2

実施態度を明らかにしていない数が有る為合計数一致せず
割合はそれぞれ賛成人数中、反対人数中、全取扱い者中を示す

表10 食事制限の賛否と実施割合・指導に対する考え・今後の方針

	実施に賛成である		実施に賛成でない		合計回答数
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	
食事制限実施割合					
全く行わなかった	11	3	24	48	36
20%以下で実施	150	37	21	42	171
20～50%で実施	88	22	1	2	89
50～80%で実施	43	11	2	4	45
80%以上で実施	55	14	2	4	57
全症例で実施	54	13	0	0	54
計(人)	401		50		452
食事指導に関する考え					
重要ではない	5	1	19	38	26
あまり重要ではない	54	13	28	56	84
比較的重要である	239	60	2	4	243
極めて重要である	103	26	1	2	105
計(人)	401		50		458
今後の方針					
積極的に進める	94	24	0	0	94
現状を維持	289	74	39	76	328
減らしていきたい	5	1	12	24	17
計(人)	388		51		439

賛成・反対に対して無回答、それぞれの項目に関して無回答があるため合計数は一致しない

表11 ケア改善のための重要項目

ケア改善のための重要項目	食事制限に対しての態度					
	賛成(N=406人)		反対(N=55人)		全取扱い者(N=470人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	合計(人数)	合計(割合)
施設の設備上の環境	109	27	16	29	127	27
施設のスタッフの数	117	29	19	35	140	30
施設のスタッフの質	229	56	33	60	264	56
施設のスタッフの有効活用	33	8	3	5	37	8
施設の運営(経済的)改善	28	7	4	7	32	7
来院する患者の質	12	3	1	2	13	3
世の中の誤った情報の改善	63	16	8	15	73	16
患者との充分なコミュニケーション	152	37	21	38	21	4
診療報酬システムの見直し	30	7	9	16	40	9
医師養成システムの改善	10	2	3	5	13	3
搬送システムの改善	37	9	5	9	42	9

実施態度を明らかにしていない数がある為合計数一致せず
割合はそれぞれ賛成人数中、反対人数中、全取扱い者中を示す