

- ment. Semin Perinatol 2004;28:41-50.
- 7) 篠塚憲男・他：超音波胎児計測における基準値の作成。超音波医学 1996;23:879-888.
  - 8) Shinozuka N: Fetal biometry and fetal weight estimation: JSUM standardization. Ultrasound Rev Obst Gynecol 2002; 2: 156-161.
  - 9) Shinozuka N, et al: Formulas for Fetal Weight Estimation by Ultrasound Measurements Based on Neonatal Specific Gravities and Volumes. Am J Obstet Gynecol 1987;157: 1140-1145.
  - 10) Shinozuka N, et al: Ellipse Tracing Fetal Growth Assessment Using Abdominal Circumference: JSUM Standardization Committee for Fetal Measurements. J Med Ultrasound 2000; 8: 87-94.
  - 11) 超音波胎児計測の標準化と日本人の基準値の公示について：超音波医学 2003;30:J415-438.
  - 12) 仁志田博司, 坂上正道, 倉智敬一・他：日本人の胎児発育曲線（出生時体格基準曲線）新生児誌 1984;20:90-97.
  - 13) 篠塚憲男, 中村 敬, 平山宗宏：胎児発育評価のための基準胎児発育曲線—非線形モデルを用いた数量化基準曲線—新生児誌 1994;30:433-441.
  - 14) 小川雄之亮, 岩村 透, 栗谷典量・他：日本人の在胎週数別出生時体格基準値 新生児誌 1998;34:624-632.
  - 15) Yoshida S, et al: Prenatal detection of high-risk group for intrauterine growth restriction based on sonographic fetal biometry. Int J Gynecol Obstet 2000;68:225-232.
  - 16) Yoshida S, et al: Sonographic Determination of Fetal Size form 20 Weeks of Gestation Onward Correlates with Birth Weight. J Obstet Gynaecol Res 2001;27:205-211.
  - 17) Shinozuka N, Taguchi A: Ultrasound diagnosis and management of intra-uterine growth restriction. Ultrason Rev Obstet Gynecol 2006;6:157-162.

## 著者連絡先

〒 254-0045  
 神奈川県平塚市見附町 4-12  
 胎児医学研究所  
 篠塚憲男

## 一口メモ

1987年にAJOGに推定体重式を発表してから、約15年の経緯を経て超音波医学会において基本胎児計測、体重推定の標準化に関するconsensusが得られた。以降は、胎児の発育の評価に関しては同じ土俵で議論ができるようになった。現在各メーカーの超音波機器にはJSUM準拠・あるいはShinozukaとして各基準曲線、体重式が搭載されつつある。超音波計測をほぼルーチン検査として行っているわが国では、妊娠週数が明らかではないことはそう多くはない。本文にも述べたが、おそらく臨床現場でよく行われているであろう、胎児の体重が推定×グラムであるから△週相当という評価法は、単に△週の平均体重と比較しているにすぎず、△週の発育しかないとか、未熟であるとの印象を妊婦さんに与えてしまうため、個別の胎児発育の評価法としては根本的に問題があること、その週数における偏差で推定体重を評価し、体重の重さと成熟とは分けて評価すべきであることはすでに述べた。FGRの疑われる妊婦さんに対しては、たとえば100人中小さいほうから並んだら5番目くらい、1人だけちょっと目立つくらい小さいなどというように、発育曲線状に値をプロットしたものを見せてできるだけわかりやすく説明し、体重（形態的発育）と成熟（機能的発育）の違いをよく理解してもらう必要がある。（篠塚憲男）

分担研究報告書

「妊娠リスクスコアを利用した妊娠・分娩の分散と集約の試み」

研究分担者：久保隆彦 国立成育医療センター周産期診療部産科医長  
研究協力者：坂野伸弥 トヨタ記念病院周産期母子医療センター産科

研究要旨 産科医の激減、看護師内診問題などで分娩施設は減少し、特に一次施設の分娩管理能力の低下は二次、三次施設の分娩の集中を招き、三次施設の母体搬送受け入れ能力は著しく低下した。周産期医療が円滑に実施されるためには、ローリスク妊娠は一次施設で、ハイリスク妊娠は二次、三次施設で管理させることが望ましい。そこで、地域の三次施設であるトヨタ記念病院では「妊娠リスクスコア」を利用し、3点以下で医師が大丈夫と判断した妊婦は一次施設に紹介を行い周産期医療体制の再構築を試みた。その結果、妊婦全体の約2割、対象ローリスク妊婦の約6割が一次施設での分娩となった。その効果として、トヨタ記念病院の母体搬送受け入れは2.5倍と増加し、ハイリスク妊婦が早期から集中したために、逆に当直帯の勤務が緩和された。トヨタ記念病院の分娩数は6割に減少したが産婦人科の収入は保たれた。これらのことから、妊婦のリスクに応じた分散と集約で周産期医療体制の再構築が可能となる可能性が示唆された。

A. 研究の目的と背景

1) 研究背景

当直、夜間救急などのハードワークでQOLの悪い産科領域には新規参入医が減り、女性医師の増加、がん専門医、生殖内分泌医、高齢産婦人科医の分娩からの撤退は分娩を取り扱う産婦人科医を激減させた。また、看護師内診問題などで分娩施設、特に一次施設は減少した。この一次施設の分娩管理能力の低下は二次、三次施設への分娩の集中を招き、三次施設の母体搬送受け入れ能力は著しく低下した。

周産期医療が円滑に実施されるためには、ローリスク妊娠は一次施設で、ハイリスク妊娠は二次、三次施設で管理させ、周産期医療のピラミッドを形成することが望ましい。分担研究者は以前中林班で妊婦の母子の予後を判別する「妊娠リスクスコア」を作成し、全国に展開してきた。このスコアはローリスクとハイリスクをある程度判別することができるが、ロースコアの妊娠でも約3%には母子に異常が発生することを検証している。現在、日本の分娩施設の約1/3で利用されている。

トヨタ記念病院は人口46万人、年間分

娩数約5000例の愛知県西三河河北部医療圏の三次周産期施設として稼働していた。正当な理由がなければ母体搬送を拒否しない姿勢であったが、三次施設への妊婦の増加により、母体搬送の多くを断らざるを得なくなった。

2) 研究の目的

周産期医療が円滑に実施されるためには、周産期医療ピラミッドの構築、すなわちローリスク妊娠は一次施設で、ハイリスク妊娠は二次、三次施設で管理させることが必要となる。現在は妊婦が自分の希望で分娩施設を決定するため、三次施設にローリスク妊娠が集中し、本来の機能を阻害している。そこで、妊娠リスクスコアを利用し、三次施設から一次施設にローリスク妊婦を紹介することで、妊娠・分娩の分散と集約が可能か否かを検証することを目的とした。

B. 研究方法

①妊娠のリスク判別と妊婦の分散法（図1）

分担研究者が作成した「妊娠リスクスコア」を妊娠初期に行い、3点以下で多胎、

前置胎盤、その他の内科合併症、VBAC 希望などを除外し、担当医が地域開業医でも妊娠・分娩管理可能と判断した妊婦へ地域開業医での分娩要請を快諾した妊婦を地域開業医に紹介した。

#### ②研究期間

2006年4月1日から2009年3月31日までの3年間。

#### ③調査項目

妊娠リスクスコアの分布とハイリスク群妊婦数の推移

一次施設に紹介可能だった妊婦数

一次施設に紹介後にトヨタ記念病院に再紹介妊婦数とその内訳

分娩数、緊急帝王切開数、経膈分娩数、当直帯分娩数の推移

緊急母体搬送の受け入れ数、当直帯緊急母体搬送受け入れ数の推移

産婦人科収入の推移

### C. 研究結果

#### ①エントリーされた妊婦のフロー (図2)

3年間に受診した妊婦は2156例であり、帰省分娩で分娩希望しなかった138例と緊急母体搬送などで妊娠リスクスコアが評価できなかった125例を除き、1893例がトリアルに参加した。

885例が妊娠リスクスコア3点以下であり、担当医がハイリスクではないと判断した妊婦は541例であった。本人に説明し、一次分娩施設に352例が転院した。この内16例が紹介後に搬送された。その内訳は図3に示したが、5例は治療後に再度一次施設に転院となった。

全管理数の18%が一次施設での分娩となり、ローリスク妊婦の63%が一次施設に分散できた。

#### ②分娩数の推移 (図4)

トリアル前年(2005年度)に823分娩が、732分娩、604分娩、504分娩と年ごとに減少し、61%となった。しかし、西三河北部医療圏における分娩は4067分娩から4465分娩へとむしろ増加した。ローリスク妊娠が地域に分散したと推定される。

③妊娠リスクスコアの分布とハイリスク群妊婦数の推移 (図5、6)

3年間での妊娠リスクスコアの分布はハイリスク妊婦が極めて多く、4点以上が53%、超ハイリスク群の7点以上が23%であった。年次別推移をみると、2006年度を100とすると、4点以上は157%に、7点以上は207%にも増加し、ハイリスク妊娠が集約化されていた。

#### ④当直時間帯の分娩の年次推移 (図7)

当直時間帯の分娩数、経膈分娩数、緊急帝王切開数はいずれもトリアル前年度より減少し、約半減した。分娩数はそれぞれの年度、435分娩、351分娩、280分娩、223分娩に、経膈分娩は、383分娩、316分娩、242分娩、190分娩に、緊急帝王切開は、52、35、38、33であった。

#### ⑤緊急母体搬送受け入れ数の推移 (図8)

2005年度に54件の緊急母体搬送受け入れであったが、108件、103件、138件と256%に倍増した。しかし、当直帯だけに限定すると、44件が49件、34件、46件とほぼ変化なかった。逆にいえば、このトリアル前は当直帯の緊急母体搬送が8割以上であったが、約1/3に減少したと考えられる。

#### ⑥産婦人科収入の年次推移 (図9)

分娩数の減少とともに妊娠を周産期祖とする初診患者数も1/3に減少した。分娩数、初診数の減少にもかかわらず産婦人科収入はほぼ増減がなく年間10-11億円であった。これは分娩から得られる収入は減少したが、ハイリスク加算による増収、ローリスク分娩の負担が減少したことで、婦人科手術、内視鏡手術、不妊治療への診療が可能になった増収でカバーできた。

### D. 考察

現在、日本の分娩は半分が一次施設で行われている。このことは、通常8割が想定されるローリスク妊娠も二次、三次施設で分娩をしていることが推測される。二次、三次にローリスクが集中すると、予測不可能な分娩時の母児緊急に二次、三次施設が対応できずに「妊婦のたらい回し」という悲惨な状況を発生してしまう。地方でこの周産期医療ピラミッドのバランスが良い地域での母児の成績は良好であり、これは長年の地方での経験と大切な医療資源を活用

しようとする生活の知恵かもしれない。

日本産科婦人科学会周産期委員会の調査では、妊娠のリスク評価を行っている施設の35%がこの「妊娠リスクスコア」を使用していた。

そこで、妊娠リスクスコアによって妊婦のリスクを判別し、ローリスクは一次施設にという分娩の分散を行うことによって、ハイリスク妊娠を三次施設に集約化させることが可能であるか否かについて今回検討し、可能であることが検証された。このトライアルが成功したのには、地域の周産期ピラミッドの各パーツ（分娩施設）がすでに構築されていたこと、妊婦のアンバランスによって三次施設が分娩制限を余儀なくされ、しかも地域内母体搬送が著しく制限されていたために医療圏内の分娩施設、行政に大きな危機感があったこと、このピラミッドの頂点を大切にしようとするニーズとコンセンサスが地域内にあったことが考えられる。また、行政の協力も得て、地域として妊婦への周知のための説明文書（図10）の作成と配布がなされ、妊婦にも地域の状況とこのトライアルの重要性が周知され、多くの妊婦の賛同を得たことで医療の提供側と享受側の不利益が全くなかった。

この三次施設へのハイリスクの集約化の最大の効果は地域における緊急母体搬送受け入れ能力の向上であり、2.5倍にも改善された。妊婦のたらい回しが問題視されているが、このトライアルはこの問題解決策の有力なツールといえる。

最も心配されたのは、ローリスクとして一次施設に紹介した妊婦から異常が発生した場合の対応であった。352例中16例（4.5%）にすぎず、三次施設は搬送体制が向上したため速やかに対応可能であった。しかも5例は治療後に再度一次施設に逆搬送可能であった。

ローリスク妊娠を一次施設へ分散した三次施設では分娩数は減少したが、ハイリスク妊娠は増えた。このため、当直帯での分娩、帝王切開、搬送が減少したため、医師のQOLが向上した。患者にとってのメリットだけではなく三次施設の医師にとっても大きな福音となった。

産科を有する病院では経営のためにローリスク妊娠・分娩を取り込もうとする経営者が多くみられる。しかし、これだけ正常分娩を減少させても経営は健全であったことは特筆される。本来、三次施設はハイリスクを中心に医療を展開することが義務といえるが、経営収支もこのトライアルは維持したことから他の医療圏でも展開できる検証を成功させたといえる。

#### E. 結論（来年度の課題）

一次、二次、三次分娩施設が存在する周産期医療圏では、行政・妊婦を含めたコンセンサスが醸成できれば、妊娠リスクスコアを利用してローリスク一次施設へ、ハイリスク妊娠を三次施設へ分散・集約できることが判明した。このことは、医療圏における円滑な母体搬送と産科医師のQOL向上にも寄与することも判明した。

現在、母子手帳にこの「妊娠リスクスコア」（図11,12）を掲載することを考えており、栃木県、岐阜県での検証を計画している。また、「妊娠リスクスコア」への一般妊婦への評価と感想を来年度に調査する予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

坂野伸弥ら、妊娠リスク自己評価表を用いた分娩の分散化と集約化、第29回日本周産期学シンポジウム、2010年。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

予定なし

# 妊娠リスク評価表の運用

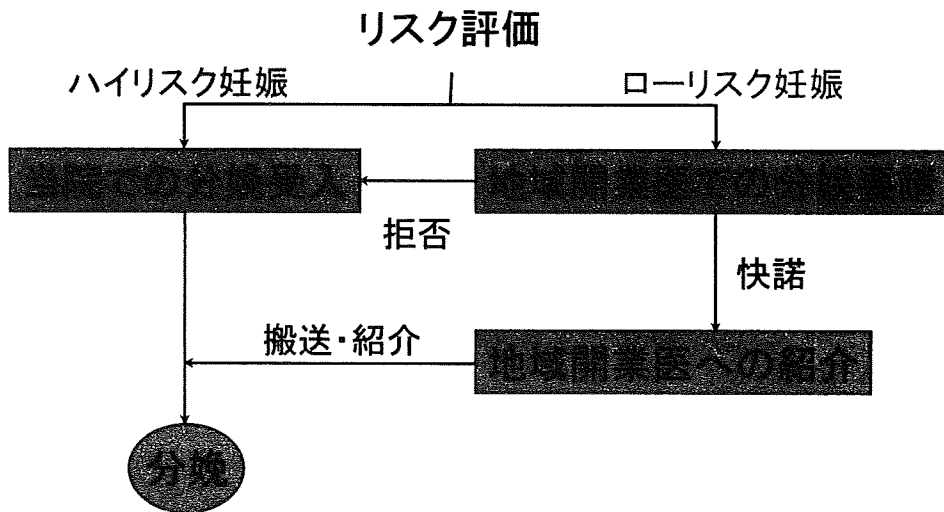
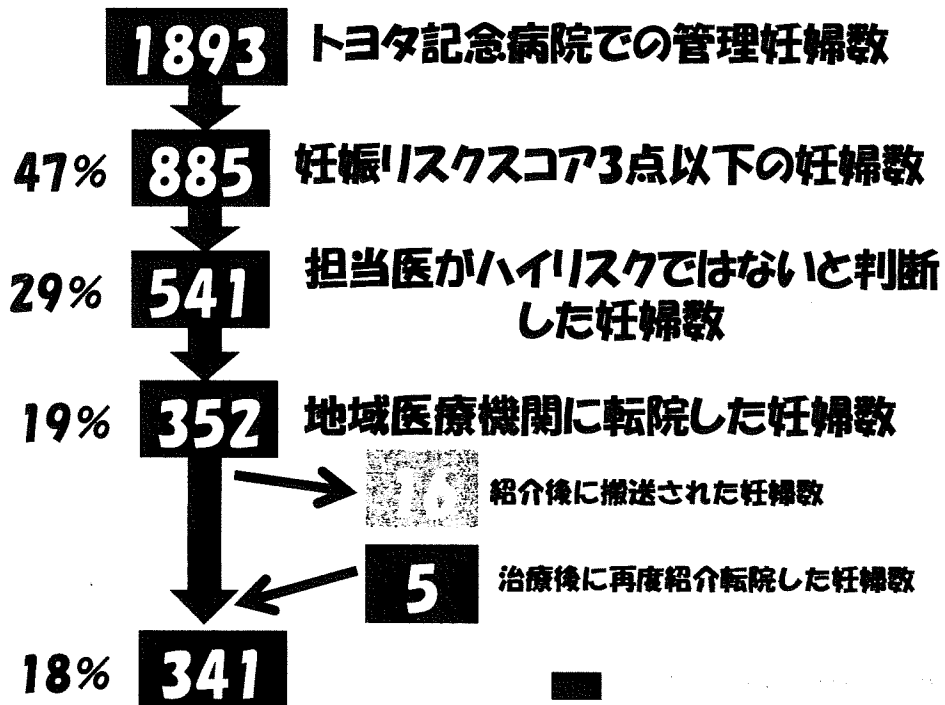


図 2

## 妊娠リスクスコアを用いた妊婦の分散の試み



## 地域医療機関に紹介した後に 当院に搬送となった症例

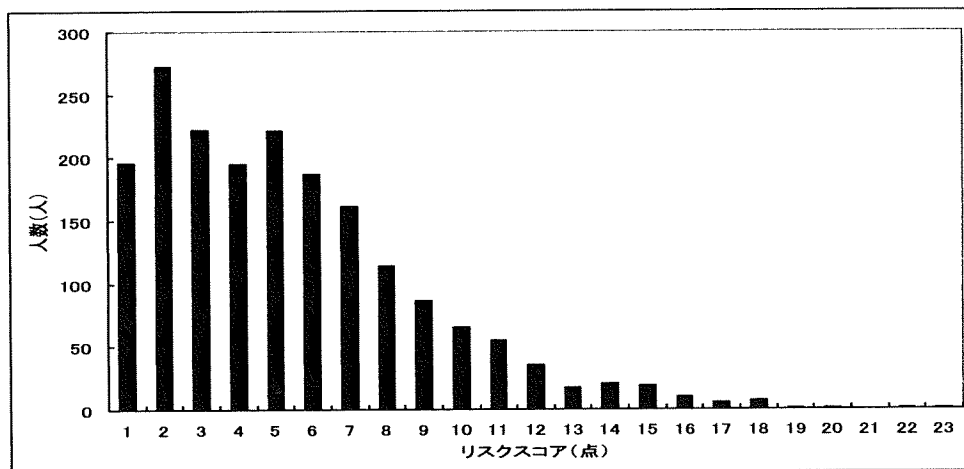
地域医療機関に紹介した後に当院に搬送となった妊産婦は352例中16例(4.5%)だった。

搬送理由		
切迫早産	7	→ このうち5例(切迫早産4例, 虫垂炎1例)は治療後再び紹介病院へ逆紹介できた。
妊娠高血圧症候群	3	
妊娠糖尿病	2	
虫垂炎	1	
巨大児	1	
胎児機能不全	1	
常位胎盤早期剥離	1	
合計	16	

## 西三河北部医療圏における 分娩数の年次推移

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
地域医療施設(8施設)	4067 83.2%	4012 84.6%	4232 87.5%	4465 89.9%
当院	823 16.8%	732 15.4%	604 12.5%	504 10.1%
合計	4890	4744	4836	4969

## 妊娠リスクスコアの分布 (2006-2008年度)



0-1点：468例(24.7%)      2-3点：417例(22.0%)  
 4点以上：1008例(53.3%)      7点以上：439例(23.2%)

## トヨタ記念病院における 妊娠リスクスコアの年次推移

	2006年度	2007年度	2008年度
0-3点	305	324 106.2%	256 83.9%
4点以上	255	354 138.8%	399 156.5%
7点以上	92	157 170.7%	190 206.5%

## 当直時間帯の分娩数の年次推移

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
緊急帝王切開数	52	35 67.3%	38 71.7%	33 63.5%
経膣分娩数	383	316 82.5%	242 63.2%	190 49.6%
全分娩数(当直帯)	435	351 80.7%	280 64.4%	223 51.3%

## 緊急母体搬送数の年次推移

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
全緊急母体搬送数	54	108 200.0%	103 240.7%	138 255.6%
当直時間帯 緊急母体搬送数	44	49 111.0%	34 77.3%	46 104.5%



当院における妊娠を主訴とする初診患者数，  
分娩数，産婦人科収入の年次推移

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
妊娠を主訴とする 初診患者数	478	347 72.6%	232 48.5%	145 30.3%
分娩数	823	732 88.9%	604 73.4%	504 61.2%
産婦人科収入 (億円)	10.87	10.66 98.1%	11.40 104.9%	10.36 95.3%

図10

患者用  
パンフレット

産婦人科受診の方へのお願い

妊婦検診受診の方で、妊娠の継続および分娩について  
リスクが比較的低いと当院医師が判断させていただいた  
場合は、他の医療機関へのご紹介を勧めさせていただきます

＊本施設は、産科医療圏に属する医療機関です。産科医療圏とは、産科医療資源が確保され、産科医療の提供が可能な地域を指します。

当院は産科医療圏に属する医療機関です。産科医療圏とは、産科医療資源が確保され、産科医療の提供が可能な地域を指します。当院は産科医療圏に属する医療機関です。産科医療圏とは、産科医療資源が確保され、産科医療の提供が可能な地域を指します。

ローリスク妊娠であっても約3%に  
緊急帝王切開が行われていること  
から、最終的な分娩施設の選  
択については、妊産婦の自己決  
定権を尊重し、妊産婦の自由意  
志で決定することとした。

妊娠以外で受診の方につきましても、上記のような理由により、  
担当医師変更のお願いや予約の確保でご迷惑をおかけする場合  
がありますが、ご理解ご協力をお願い申し上げます。

産科医療圏  
下田夕雲病院  
産科医療部  
〒950-8501 新潟県新井市下田  
電話：025-252-1111

(妊婦健診を始めた時にチェックしましょう)

- 1. あなたがお産をするときの年齢は何歳ですか?  
35-39歳:1点, 15歳以下:1点, 40歳以上:5点 点
- 2. お産をしたことがありますか? 初めての分娩です:1点 点
- 3. 身長は?  
150cm未満です:1点 点
- 4. 妊娠前体重は? 65-79kg:1点, 80-99kg:2点, 100kg以上:5点 点
- 5. タバコを1日20本以上吸いますか? はい:1点 点
- 6. 毎日お酒を飲みますか? はい:1点 点
- 7. 覚醒剤、抗精神薬を使用していますか? はい:2点 点
- 8. これまでに下記のことがあればチェックしてください  
( ) 高血圧だが薬は必要ない、( ) 先天性取眼節脱臼、  
( ) 子宮がん検診での異常(クラスⅢ以上)、( ) 肝炎、  
( ) 心臓病だが激しい運動をしなければ問題ない、  
( ) 甲状腺疾患だが管理良好、( ) 糖尿病だが食事療法でよい、  
( ) 風疹抗体なし \*チェック数×1点=点
- 9. これまでに下記のことがあればチェックしてください  
( ) 甲状腺疾患で管理不良、( ) 膠原病、( ) 慢性腎炎、  
( ) 精神神経疾患 ( ) 気管支喘息、( ) 血液疾患、( ) てんかん、  
( ) Rh陰性、( ) 親から虐待を受けた \*チェック数×2点=点
- 10. これまでに下記のことがあればチェックしてください  
( ) 高血圧で薬をのんでいる、( ) 心臓病で少しの運動でも苦しい  
( ) 糖尿病でインシュリンが必要、( ) 抗リン脂質抗体定価群、  
( ) HIV陽性 \*チェック数×5点=点

- 11. これまでに下記のことがあればチェックしてください  
( ) 子宮頸腫、( ) 子宮腔部内腫切除術後、( ) 難産、  
( ) 産後出血多量、( ) 巨大児(4kg以上)、( ) 前回妊娠時に軽症  
妊娠高血圧症候群:軽症の高血圧(140/90以上160/110未満)または軽  
度の蛋白尿、 \*チェック数×1点=点
- 12. これまでに下記のことがあればチェックしてください  
( ) 巨大子宮筋腫、( ) 子宮手術、( ) 2回以上の自然産  
( ) 帝王切開、( ) 早産、( ) 死産、( ) 新生児死亡、  
( ) 赤ちゃんの大きな奇形、( ) 2500g未満の未熟児出産 \*チェック数×2点=点
- 13. 前回妊娠時に下記のことがあればチェックしてください  
( ) 重症妊娠高血圧症候群:重症高血圧(160/110以上)または高度蛋白尿、  
( ) 常位胎盤早期剥離、( ) 子癲、( ) ヘルペス症候群 \*チェック数×5点=点
- 14. 今回不妊治療は受けましたか? 排卵誘発剤:1点, 体外受精:2点 点
- 15. 今回の妊娠は 予定日不明妊娠:1点, 産科手術を受けた:1点,  
長期不妊治療後の妊娠:2点 点
- 16. 今回の妊娠経過は 28週以後の切産:1点, 分娩時が切産:2点 点
- 17. 赤ちゃんの異常は? 疑いがある:1点, 異常がある:2点 点
- 18. 妊娠初期検査で B: C型肝炎:1点,  
梅毒、淋病、外陰ヘルペス、クラミジア感染中:2点 点
- 19. 多胎の方にお聞きます(多胎の種類は先生にお聞きます)  
DD双胎:1点, 赤ちゃんの体重差が大きいDD双胎:2点,  
MD双胎, MM双胎あるいは3胎以上:5点 点

<1-19の点数を合計して下さい: 点>

(妊娠8ヶ月か9ヶ月に再度チェックしましょう)

- 20. 妊婦健診は定期的に行っていましたか?  
妊婦健診は2回以下であった:1点 点
- 21. Rh不適合があった方にお聞きます  
抗体が上昇し赤ちゃんへの影響が考えられる:5点 点
- 22. 妊娠糖尿病といわれている方にお聞きます  
食事療法だけでよい:1点, インスリン注射を必要とする:5点 点
- 23. 妊娠中に出血がありましたか?  
20週未満にあった:1点, 20週以後にもあった:2点 点
- 24. 破水あるいは切迫早産で入院したことがありますか?  
34週以後にあった:1点, 33週以前にあった:2点 点
- 25. 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)といわれましたか?  
軽症(140/90以上, 160/110未満, 軽度の蛋白尿):1点,  
重症(160/110以上, 高度の蛋白尿):5点 点
- 26. 羊水量に異常があるといわれましたか?  
羊水過多:2点, 羊水過少:5点 点
- 27. 胎盤の位置の異常を説明されていますか?  
低置胎盤:1点, 前置胎盤:2点, 前回切迫前置胎盤:5点 点
- 28. 赤ちゃんの大きさに異常があるといわれていますか?  
異常に大きい:1点, 異常に小さい:2点 点
- 29. 赤ちゃんの位置に異常があるといわれていますか?  
切産で下がってこない:1点, 逆子あるいは横位:2点 点

- 30. 妊婦健診中、経過に異常があるといままでいわれましたか?  
異常はあるがこのまま様子を見られる:1点,  
大きな病院に転院したほうがよい:2点,  
なるべく早く大きな病院に転院といわれた:5点 点

<前のページの点数に項目「20-30」の点数を  
加えてください: 点>

チェックされた点数からのあなたのリスクは

0-3点: 現在のところ大きな問題はありせん。  
健診担当の先生の施設で分娩をしましょう。

4点以上: いくつかの点から妊娠のリスクが伺えます。  
分娩場所はリスクに対応できる施設を  
健診担当の先生とご相談ください。

(7点以上: 産院センターの分娩を健診担当の先生とお考えください)

\*このチェックリストの点数が高いからといって妊娠、分娩が  
危険になるわけではありません。

ご自分の問題点を知る良い機会になります。

## 母子健康手帳の現状と問題点：シンポジウム、アンケート結果から

研究分担者：松田義雄 東京女子医科大学産婦人科 教授

### 研究要旨

母子健康手帳の現状と問題点を、公開シンポジウムと一般人を対象としたアンケート結果から分析した。公開シンポジウムでの医師・助産師以外にシンポジストの発言要旨とフロアからの意見、この後に行った一般人のアンケートの結果からも、いずれも一般の妊婦の満足度は決して高くはないことが示された。それに対して、医療側では、医療記録としてはカルテが中心のため、母子健康手帳への記録が重要視されていない傾向がある。医療従事者側から妊婦側への情報伝達不足を解消すべく、何らかの改訂が必要であることは明らかである。

### A. 研究目的

母子健康手帳の現状と問題点を明らかにする目的で、公開シンポジウムを企画し、一般人を対象としたアンケート調査に、他の研究班での調査結果を加えて総合的に解析した。

### B. 研究方法

1. 公開シンポジウム
2. アンケート調査

2009年10月に、ケータイサイト『ママニティ』と共同して、母子健康手帳の妊娠期に使用するページについてアンケート調査を行った。

3. 藤内班の調査結果

### C. 研究結果

- (1) 公開シンポジウムでの討論内容  
(参考資料1)

- (2) 一般妊婦からの意見

2068名から回答が得られたので、質問事項とそれに対する回答の概要を報告する。

基本情報：現在のあなたの状態は？

妊娠前 5  
妊娠中 181  
妊娠しながら育児中 330  
育児中 1486

その他 6

Q1: 現在の母子手帳を、どう思いますか？（一つだけ選択）必須

全く満足していない 37  
あまり満足していない 384  
どちらともいえない 703  
まあ満足している 889  
とても満足している 55

Q2: 妊娠中、母子手帳をどのように利用しましたか？（複数選択）必須

医師、助産師が記入した欄を確認した 2029  
妊婦が記入する欄（健康状態、職業など）を使用した 1648  
自由に記入した 455  
妊娠中の生活や医療情報についてのページを読んだ 1195  
ほとんど使用しなかった 41  
その他 98

Q3: 以下のうち、母子健康手帳に必要なだと思うものを選んでください。（複数選択可）必須

医師が診療、健診内容を具体的に記入する欄 1831  
自分の質問、不安を書き込んで、医師や助産師に見てもらふ欄 1335

リスクや病気など最新の医療情報 1320  
妊娠中や産後の生活情報の充実 1399  
特になし 12  
その他 208

### (3) 藤内班の研究結果

10年に1回の母子健康手帳の改訂を平成24年度に控え、現状の母子健康手帳の活用状況とその課題、そして、時代のニーズに対応した母子健康手帳のあり方を検討することを目的に、「母子健康手帳の作成と活用の状況に関する調査研究（平成21年度児童関連サービス調査研究等事業）」（以下、調査研究）がスタートした。調査研究では、母子健康手帳の活用に関わる各職種（市町村保健師、都道府県保健師、管理栄養士、小児科医、産婦人科医、助産師、歯科医師、行政医師）からなる班員で、母子健康手帳に求められる機能について議論を重ねた。また、各都道府県庁の母子保健担当者から、各県の「一押し」の母子健康手帳を紹介していただき、その記載内容について分析を行った。更に、班員から評価の高かった3自治体（小牧市、常陸大宮市、沖縄県）の母子健康手帳の作成と活用に関わる職員からヒアリングを行った。

### E. 結論

概要に既述した

### F. 健康危険情報

なし

こうした調査研究により、これからの母子健康手帳に期待される6つの機能が抽出された。

①妊娠・出産と子どもの成長・発達についての医学的な記録

②妊娠・出産と子どもの成長・発達についての個人的な記録

③母親と保健医療従事者のコミュニケーションツール

④妊娠・出産や子育て支援のための情報提供媒体

⑤父親の育児参加を促すツール

⑥次代の親を育むツールケース・コホート研究

### D. 考察

母子健康手帳の現状と問題点を、公開シンポジウムと一般人を対象としたアンケート結果から分析した。

公開シンポジウムでの医師・助産師以外にシンポジストの発言要旨とフロアからの意見、この後に行った一般人のアンケートの結果からも、いずれも一般の妊婦の満足度は決して高くないことが示された。それに対して、医療側では、医療記録としてはカルテが中心のため、母子健康手帳への記録が重要視されていない傾向がある。医療従事者側から妊婦側への情報伝達不足を解消すべく、何らかの改訂が必要であることは明らかである。

10月3日 公開シンポジウム 母子手帳を皆で考えよう！

【司会、松田】

みなさん、こんにちは。定刻になりましたのでこの会を始めようと思います。かなり不安定な天気ですが、ここまで来ていただきまして、感謝しております。本日は、公開シンポジウム「母子健康手帳を皆で考えよう 今、妊婦検診に必要な情報は？」と題しまして、公開シンポジウムを開きたいと思います。代表は私、東京女子医大産婦人科の松田義雄、富山大学産婦人科の斎藤滋です。どうか、よろしく願いいたします。

今日、受付のところで、アンケート用紙が配られたと思いますが、これは上と下に分かれています。4人の演者の方の発表が終わったところでいったん休憩にします。だいたい2時40分くらいで、20分くらいの休憩をとっておりますけども、その際、このアンケートの下のほうに、質問がありましたら書いて頂こうということで、ぜひ具体的な質問をいただきたいと思います。上のほうは、この会はどうだったかというアンケートです。今回の参考にしたいと思います。それでは、会を始めるにあたりまして、厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課課長補佐の森岡先生にご挨拶をいただければと思います。よろしく願いいたします。

【森岡】

このたびは、「母子手帳を皆で考えよう」と題した公開シンポジウムの開催、おめでとうございます。本日、ご参加の皆様方におかれましては、日頃から母子保健行政の推進につきまして、多大なご理解とお力添えを賜っておりまして、誠にありがとうございます。母子健康手帳の現状につきまして、少々ご説明させていただきます。

母子健康手帳は、妊娠した方から市町村長に対しまして妊娠の届出があった場合に、母子保健法に基づいて公布されます。平成18年度の届出数は、114万件余りとなっております。出産件数からみてほとんどの妊婦が届出を行っており、母子健康手帳を有していると思われまます。母子健康手帳の歴史は古く、昭和17年の妊産婦手帳として制度が創設されたことに始まり、この後、児童福祉法に基づく母子手帳と名前を変え、昭和40年の母子保健法の制定に伴いまして、同法に基づく現在の母子健康手帳という名前となっております。

母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する記録帳であり、妊娠中の状況、出産時や産後の母体経過、乳幼児から6歳になるまでの成長の過程や保健指導、健康診査の結果等について、本人や保護者、医師、保健師が記録できるようになっております。予防接種を受けた場合には、母子健康手帳に必要なことを記入することによって予防接種済書に代えることとされてもおります。加えて、母子健康手帳には、妊娠、出産、育児に必要な情報が掲載されており、保健医療従事者と母親とのコミュニケーションのツールとしても利用できるようになっております。このように、母子健康手帳は、母と子の健康と成長の記録であり、またこの記録を参考として保健指導や健康診査が行われるなど、母子保健対策を進めていくうえで重要な意義を持つものであります。この意義につきましては国際的にも認められておりまして、韓国やタイ、インドネシアなどの国々においても手帳の制度が普及しているというふう聞いております。母子健康手帳は、このような意義を生かすために、本人や保護者、医師、保健師等にとって使いやすいかどうか、妊娠、出産、育児に関する必要な情報について適切かどうか等について定期的に検討していくことは必要なことと考えております。関係者のご意見、研究の成果を参考にして、今後とも母子健康手帳の一層の活用を推進してまいりたいと考えております。

最後になりましたが、ご参加された皆様方にとって本日の会が実り多いものとなりますことを祈念いたしましてご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

## 【司会、齋藤滋】

それでは、講演に移りたいと思います。

実は、この母子健康手帳は、10年ごとに大改訂がございます。近い改訂は、平成24年4月からとなっております。現在、改訂作業に向けて、特に厚生労働省の科学研究補助金こども家庭総合研究事業の研究の一つであります「我が国における新しい健診体制構築に関する研究」班でいろいろな議論をしています。その中で、今日はお二方の先生方、前半は松田先生、後半は齋藤先生に、主として医師側と助産師側からの提案を皆様方に投げかけてみたいと思っております。

従来、母子手帳といえますのは医療関係者側のほうから書く資料になっておりまして、妊産婦の方が書くところがないんです。ですから、情報が一方的になりがちですが、今回の改訂にあたって、できれば実際の妊産婦さんの方からのわれわれ医療者側への何か情報を発信してもらえればという形に変えましょうということで、いま検討を進めているところです。今日のこの会におきまして、だいたいのことが発表されると思いますので、本当にこうしたほうがいいんじゃないとか、もっとこうしてほしいとか、そういった要望をぜひ今日の質疑のときに出していただきますと、ある意味で本当に皆さん方にとっていい母子健康手帳ができあがると思いますので、どうか皆さんといっしょにつくっていきたいと思っております。前半は私（齋藤）が司会をさせていただきます。

まず、東京女子医大の産婦人科の教授でいらっしゃる松田先生から基調講演で、「母子健康手帳の現在、過去、未来」ということでお話をいただきたいと思っております。どうか、よろしく願いいたします。

## 【松田】

それではさっそく始めたいと思います。

妊産婦死亡の年次推移を示します。私は、1954年に生まれていますが、その頃は10万出生あたり176人のお母さんが亡くなっています。その後医療関係者の努力やあるいは分娩施設の変遷等によってこのように激減しているのが現状であるということは広く理解されるところです。これを世界の妊産婦死亡率で見えますと、ちょっとデータは古いですが、世界の平均では400人、10万出生で400人。ですから250人の妊婦さんがいると1人が亡くなるという状況。わが国は7人。一番すごいのはアフガニスタン、50人の妊婦さんのうち1人が死亡するというのが残念ながら世界の現状であります。分娩施設の推移をみますと、昭和25年、1950年の頃は大部分が自宅分娩だったということが分かります。これが東京オリンピックの昭和39年の頃に自宅分娩と施設分娩の逆転現象が見られておりまして、先ほど示した母体死亡の激減と丁度照らし合わせる事ができると思います。

歴史的な経緯は、さきほど森岡先生がお話になられましたように、昭和17年、第二次大戦の真っ只中に妊産婦手帳というのが規程された。「行政庁定る所により、妊産育児に関し、必要な物資の配給その他妊婦および乳児保護のため必要ある場合、これを使用せしむものとす」。当然のことながら、当時は戦争真っ只中ですから、「産めよ増やせよ」という国策と結びついていたということです。昭和13年には厚生省が設置されて、いまお話した昭和17年には、世界最初の妊婦登録制度です。それから、戦後になりまして、児童福祉法が設定され、昭和23年に妊産婦手帳から母子手帳に改称されています。そして、ごく一部の手直しがされまして、昭和40年に母子保健法が成立し、その翌年から母子手帳から母子健康手帳に変えられまして、それ以後一部改正が行われてはいますが、さっきお話をうかがいましたように、次の大改正が平成24年ということになっています。

(妊産婦の心得は、)かなり難しいですが、いろんなことが書いてあります。今は使われない言葉とか、これは妊産婦の心得ということで読むと時間がないので、省略させていただきますけども、これは、今週の日曜日からは横浜で日本母性衛生学会という

のが前原澄子会長の下で盛大に開催されましたが、そのご主人の日本産婦人科医会の顧問である前原大作先生からお借りしたものです。三浦さんというのは、前原澄子先生のお姉さんで、昭和18年の非常に貴重な妊産婦手帳でありまして、カステラ、洋菓子、あとは乳児のための綿が配給されている。このようなことで、7割から8割の妊婦さんが登録されたという画期的な、まあその裏には国策があったということではありますけれども、(妊婦登録が)思いの他スムーズに進んだということが言えるかと思います。東京都の淀橋区の厚生課と書かれています。

これは、今度は前原澄子先生ご自身が妊娠されたときの、昭和37年の横浜の母子手帳で、その後今の母子健康手帳に変わっているというのが、妊産婦手帳—母子手帳—母子健康手帳という流れであります。母子保健法は昭和40年に制定されましたけども、第15条、16条のところで特に母子健康手帳が規程されています。「妊産婦は、医師、歯科医師、助産師または保健師について、健康診査または保健指導を受けたときはその都度、母子健康手帳に必要な事項の記載を受けなければならない」と定められています。現在は、市町村がその公布元となっております。

周産期医療の特殊性を考えてみます。連続性や緊急性、社会性に加えて、人間ドック的な性格を有している、すなわち、ハイリスク妊娠を的確にピックアップできるようなスクリーニングが必要。従って、健診は人間ドック的な性格を持たざるを得ないというふうに考えられると思います。妊婦健診の目的と意義は何であろうかと考えてみますと、妊婦健診はスクリーニングを主体とした外来診察であるため、健康に問題が生じた患者を診るその他の外来診療とは根本的に違うんですよ。大多数が正常な妊娠、分娩経過をたどる中で、妊娠中の母体、胎児の異常例を検出し、適切な管理、治療に結びつけることが目的であります。そうすることによって、不安感を抱いている妊婦に安心感を与え、順調な妊娠経過をたどるように、かつ安全な分娩をさせるための援助として不可欠であることから、妊産婦管理に占める意義は極めて大きい。さらに、精神的なつながりができて信頼感が増幅されるといった二次的な効果も期待されています。

今度は、妊婦健診の問題点を考えてみます。従来、妊婦健診は、健康な妊婦を対象に妊娠の経過と胎児の成長、発育経過を診察する性格のものでありました。ところが、超音波診断装置の普及によりまして、妊婦健診は胎児の管理に焦点が当てられる妊婦検診、先ほどの「健診」の「健」とこの「検」の違いを十分意識して下さい。「検診」へと変化しております。残念ながら、若い産婦人科の先生は、妊婦健診の時すぐに超音波検査をします。われわれの世代は、妊婦さんのお腹をさわって(レオポルド法)、一生懸命触ることによって信頼関係を結ぶのが大事だよという教育を受けたんですけども、若い人はビジュアルに見ることが多くなっているみたいで、それはわれわれ教育者の責任かもしれませんが、そういった妊婦検診の仕方に変化している。周産期管理の徹底を図る目的から、妊婦が受ける検査項目の増加や、頻回にわたる妊婦健診の回数も、現在5回から14回に増えてますが、毎回、毎回、医師が診察するのが、果たして今の非常に少なくなってきた医療資源を確保するために必要なかどうかという議論も当然されてしかるべきだと思います。

これは、昭和58年の母子健康手帳ですけども、この項目ですね、子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿蛋白、尿糖、そして体重とありますが、これは2000年の母子健康手帳でも、全く変わっておりません。2008年も全く一緒です。すなわち、妊娠中の経過について、子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿蛋白、尿糖、体重といった、ごくごく基本的な項目の記載にとどまっているのが少なくとも30年、40年変わっていないということです。胎児情報を含む必要な情報がすべて網羅されているとは言えません。現行の母子健康手帳の問題点として、合併症の増加や不妊治療の関与などで高齢妊娠の増加などにより、ハイリスク妊娠が増えているんですが、そういった合併症発症に関与するリスク因子に関する記載が残念ながらありません。また、合併症が生じやすい妊娠週数が明示されておらず、早期発見が遅れる可能性がある。必ずしも妊婦参加型でない。この点に関しては、斎藤益子先生から詳しい話があると思います。

これを客観的なデータで示すためには、少し専門的になるんですが、学会では年間約5万5000分娩をデータベース化しています。5年間で27~28万の症例の中からデータを全部精製しまして、24万という症例を選びました。その中で代表的な、その集団を代表するのを部分コホートという、コホートというのは軍隊という意味なんですね。その部分コホートを約5000例抽出して、このコホートとある疾患を比べることによってリスクが上がる、下がるというのが分かるという手法を使ってみた。たとえば、前置胎盤といった病気、これは胎盤が子宮の底部に位置しているのではなくて子宮の入口のほうに位置するというので、出血が増えるかなり重症の産科合併症ですけども、この24万例から3,207症例集まった。これを正常分娩と、あるいはコホート群と比べますと、分娩時週数の平均、当然のことながら正常分娩は、38.9週、前置胎盤では35週です。すなわち、前置胎盤では、早産に非常につながりやすい。つながるということを統計的手法ですると、これをコホート群を1に対して前置胎盤では早産のリスクは7.7倍に増える。この7.7倍という数値を出すために、このような統計的な方法を使っているとご理解ください。

いまのものをもう少しビジュアルにしますと、正常群がこれでコホート群がこう示される、これは胎盤早期剥離ですが、左のほうに動いていく。すなわち、たとえば30週で正常ではほとんど分娩しませんが、この胎盤早期剥離群では約2割が分娩している。胎盤早期剥離というのは、さきほどの前置胎盤とは少し違いますが、赤ちゃんが出て胎盤がはがれるというのが普通ですが、赤ちゃんが出る前に胎盤がはがれることによって母体の出血のリスクも増えるし、赤ちゃんにも病気のリスクも増えるという厳しい状況です。この疾患でも早産が増えることなんですね。これを、実は午前の会議で自信を持って示した訳ですが、皆さまからわかりにくいと厳しい批判を受けまして、もう少し分かりやすくするにはどうすればいいかを考えています。このアミかけにしている部分がいわゆる正常の分娩週数です。例えば切迫早産の症例で、診断された人がいつお産をしたかを見てみると、正常の分娩週数の前に約25%は生まれるんですよと、たとえばもっと厳しい状況、絨毛膜羊膜炎では半数が早産に至るということを示したつもりなんです、これは多分変更する予定です。ここに列挙してある疾患は、「早産につながりやすいですよ」ということを言いたいためのものです。

このようにリスクを示すためにはどうすればいいかという方法で、あるグループのなかでその疾患、たとえば、常位胎盤早期剥離というケースがあるとします。この疾患に関するリスクをどう評価するかというとき、方法としては2つあります。ケース・コントロールという方法と、ケース・コホートという方法がありますが、ケース・コホートの方がこのコントロールをいつも一定にすることができる。だからたくさんの因子を解析するにはいいだろうと、統計学者のお墨付きをもらった方法で、このケース・コホート研究で妊婦さんの特徴と産科合併症の起こりやすさの実際的なリスクを表したものです。レジメをお渡ししていますが、たとえば、全妊娠1,000件あたりで30件以上、比較的多く発生する産科の異常で、切迫早産、前期破水、妊娠高血圧症候群というのがありますが、たとえば、20週未満であれば切迫早産のリスクは1.4倍に増えます。逆に40歳以上という高齢のリスクであれば、切迫早産ではなくて、今度は妊娠高血圧症候群が2.6倍に増える。具体的に、どのくらい増えるのかということ普通の方々に理解してもらおうということで、この表をつくったわけです。こうすることによって、妊婦さんご自身が、自分が持っているリスクが、こんなもんだなということが分かるのではないかと期待しております。

一方、胎児情報が全然ありませんので、胎児情報について。今はどの病院でも産科の先生がたいいて胎児推定体重を出しています。具体的にプロットをしていって、赤ちゃんの発育を自分で実感できるという項目はぜひとも母子健康手帳に入れてほしいと思います。

今度はもう少しリスクスコアを自分で考えましよう。これは中林一久保スコアとして、日本中で3割程度の施設が使用しているとのことです。いろんな項目を点数化しています。たとえば年齢とか、妊娠前の体重とか、それからタバコの関係、お酒とか、その次はいままでにされた病気、自分がもっている病気、そして現在子宮筋腫があるとか、そういうこ



とも書いてあります。さらには、不妊治療のことも書いてあります。いままでの点数を合計してくださいと。もう1回、8ヵ月、9ヵ月のときに再チェックをしまして、最終的に、これも午前中にディスカッションがあったんですが、0から1点は、現在のところ大きな問題はなく心配はいりません、2〜3点は、周産期センターと連携する施設の分娩を考えてください、4点以上はハイリスクに対応できる周産期施設での分娩を考えてください、とくに7点以上は注意ということ。これを自分でスコア化することで、「自分にどの程度リスクがあるか」ということを自分でもう少し考えてくださいということのメッセージであります。

話をまとめてみますと、いま多くされている妊婦健診の体制は、トリアージ、この言葉は最近盛んに使われていますが、要するにいろんな順番を決めたりという意味ですが、いまトリアージがありません。ハイリスク、ローリスクを問わず、すべてが産科医師による健診が中心となっております。これはやはり十分な医療資源というか、医療従事者が十分でないところではかなり負担を強いているのではないかとということです。

われわれの提案は、妊婦のトリアージというもののひとつの手段として母子健康手帳改訂版を使用する。情報提供、情報交換をキーワードにして、その中身は産科合併症のプロファイル、リスクの自己評価、胎児発育、スタッフとの対話欄とうことを盛り込んだ、新たな母子健康手帳改訂版をつくることによってリスクを自己評価していただく。そしてハイとローリスクに分けて、ローリスクであればいままで通り健診を、ハイリスクであれば高次施設との連携体制が必要であって、最終的にはチーム医療による協働体制、助産婦外来やセミオープンシステムとかを含めた、いろんな人が自分たちが持っているスキルでその妊婦さんと一緒に経過を見ていくというのがいいのではなかろうかと。今日の目的は、これからはどんな母子健康手帳がいいんでしょう。いっしょに考えましょうということです。

#### 【司会】

いまここで聞いておきたいという方はいらっしゃいますでしょうか。

では、続きまして、助産師側から、東邦大学医学部の看護学科の教授でいらっしゃいます齋藤益子さんから、「母子健康手帳を医療者と妊婦の対話のツールに」ということでお話をいただきます。

#### 【齋藤益子】

皆さん、こんにちは。私は、院内助産師として6年ほど働きましたあと、現在は助産師教育を中心に大学で働いております。この母子健康手帳に関する研究班には昨年、松田先生のもとに入らせていただきました。私のシンポジウムのテーマですが、私が一番訴えたいことは、よいお産は妊娠中の準備からということで、皆さんといっしょに考えていきたいと思っております。そのためのよいお産に向けた妊娠中の準備を進めていくにあたって、母子健康手帳をどのように活用していくか、ということを考えていきたいと思っております。

いまの松田先生のお話にもありましたが、妊婦健診と母子健康手帳に対する思いですが、医療者の思いと妊婦さんの思いがあると思っております。まず医療者ですね、医師と助産師、両方いますけれど、あえて医療者とさせていただきます。このなかでも若干いらっしゃる。まず妊娠経過はいつ異常になるかわからないので、リスクを明確にしてしっかり管理しなければならない。特に、大学病院などでは完璧にこれら中心の妊婦健診になっているのではないかと。そのなかでもやはり私たちも温かい妊婦健診をしたいという気持ちはありますので、異常の早期発見だけではなく、妊娠中の生活を知りたい、コミュニケーションをなるべくとりたい、妊婦さんの不安もなるべくなくしていきたいという熱い思いも持っています。それが出せるかどうかは、場所とか人数とかいろんなところにあるんですが、心のなかでいつも熱いものを持っています。そして、出産に向けて体の準備を心の準備をし

てしっかり整えてほしい。思ったような体づくりをしていきたい。それをサポートしたいと、本当に思っているんですね。松田先生も私も。石川さんも。ただ、それがどれくらい出せるかということは施設によってうんと違いますが、これがいいと思って妊婦健診しております。

反対に、妊婦さんたちはどんな感じかなと思いますと、やはり一番は安全ということだと思ひまして、子供を健康に育てるか、確実に体重の量も知りたいと、この思いが強いのではないかなと思います。私の娘も妊娠したんですが、超音波は毎回しなくてもいいんだよと言っても、でも超音波でみると安心だからと言います。イコール、医者診察を希望するということになります。だから、助産師外来ができていても、しっかりとサポートがないと、みんな医師からみてもらわないと安心しないということなどもあつたりします。妊娠中の生活についてアドバイスを受けたいか、待ち時間を短くしてほしい、対応はていねいに、わかりやすく十分にしてほしい、これもあると思います。ていねいに時間をかけた説明していると、医師がこれが30分しかないんですね。とてもじゃないけど回らない。あとは、体力づくりができる環境であってほしい。出産に向けての体の準備、心の準備をサポートしてほしい。たとえば、マタニティプールなどがある施設はほとんどありませんし、エアロビクスやヨガとかそういったできる環境は、婦人病院にはありますが、大きな施設にはほとんどないのが現状です。これがいまの母子健康手帳や妊婦健診に対する医療者の思いだと思います。

一般に妊婦さんたちはどんなことを望んでいるのか。2001年に調べたもので、妊娠中の気がかりなこと、健診で確認するためのフリースペースがほしい、上の欄がもっとほしいということをお願いしています。実際は、上の欄は妊娠中はほんとに少ないですが、では質問したいこと、別のメモに書いてきたらどうかということですが、質問したいことの覚書を記入している人はそんなに多くない。だから、母子健康手帳に小さなメモ欄がありますが、まだその意識はそんなに高くないという状況にあると思います。妊婦さんを取り巻く社会環境は、先ほどの松田先生のお話にもありましたが、産科の医療体制は分娩を取りやめたり減ったりしている産科施設、医療施設が顕著になっているという状況。それから社会的な背景として、出産年齢が高くなってきている。いま平均は、女性27.8歳になっている。じゃあ、年齢が高いのはいいんじゃないかと思うんですけども、実はこういう話があるんです。妊婦さん方、35,6歳で出産されますと、いままでキャリアを積んできて私はいままで失敗経験が何もなかった、でも妊娠、育児に関して初めてのことでできるはずなのにできない、それで私のできないところをみてほしくないという気持ちもあるんだと思うんですが、まずは妊婦さんたちが学生の受け持ちを断られる背景には、できない私を学生やみんなに見られたくないとあると思う。それに、もう少しあとになると次の段階に入りますと、私はまだ十分に育児ができないので赤ちゃんを連れて家に帰れない、だから私がちょっと育児ができるようになるまでもう少し病院で預かってほしいというお母さん方も出てきている。

これは都内の分娩数の推移なんですけど、いろんな原因、ほとんどが右肩上がりに増えてきています。これに伴って産科医や助産師が増えたかということではなく、現状の人数で対応しているところがほとんどの施設になっています。妊婦健診の実態に関する調査をみると、平成15-16年、病院などを調べたものです。診察の時間、これをみると、まず超音波診断という診察は妊婦健診の時間は約10分。10分間というのは、先生方にとっては診察をして計測をして、ときには内診をしたり検査をしたりということなんですけど、体を動かすことが多くて、ゆっくり産科の先生と向き合う時間が本当に少ない。で、特に異常はありませんよ、ということになるんですが、聞きたいことがあつただけ聞きそびれてしまった、忘れてしまったということがあつたと言われています。10分から30分、30分以上とといいますと、助産所では半数以上が6割以上が30分以上かけていますが、まだまだ病院のなかでは10分以内というのが60%以上になっています。

次に保健指導ですが、先生方も先ほど申しましたように、妊婦さん方にできるだけ詳しくていねいに話をしたいという気持ちは持っています。でも病院、それから診療所のドク

ターをみますと、10分以内というのが圧倒的、約7割なんです。だから、10分以内のなかで妊婦さんが本当に納得って私は大丈夫だ、今日来て私はもっと頑張ってるってこういう気持ちになるほどかかるには時間が短いのではないかなど。逆に助産師さんたちも病院にいますと、10分以内というのが3割くらいで、若干長くなってきていますけども、助産院に比べると非常に妊婦さんにかかわる時間は短くなっているという状況があります。でも赤ちゃんは未来を担う宝で大きく育ててきてほしいわけです。

じゃあ、母子健康手帳は、ということになるんですが、妊娠届けを出すと母子健康手帳は、ほぼ100%近い人がもらっているという状況があります。常に持ち歩いていらっしやいます。ハンドバックに入れて。そして、医療者と共用したもので、みるときは、私は今日もちょっとみせていただいたんですが、みせていただいていいですか、と聞きますが、それ以前に助産師がみることにに対して妊婦さんは抵抗なくみせていただけというのが母子健康手帳。妊娠から小学校にあがるまでの1冊にまとめた健康調査になっています。前半の妊娠記録に関する内容はカルテとほぼ一致、こういうふうに施設が変わったとしても把握できる情報がある。母子健康手帳、先ほどから何度も出てきていますが、だいたい80ページあるなかの、妊娠のところが6ページしかないんですね。たったの6ページ。そして育児のほうは60ページ。これをみたときに、もしかしたら小児科の先生が中心になって母子健康手帳をつくったのではないかと思ったほど、妊娠中が本当はないですね。

で、母子健康手帳の問題を私なりに考えてみました。まず、育児記録が中心。後半全部育児。ていねいなんですね、育児記録は。多分、1ヵ月、3ヵ月で、健診ごとに見開き1ページが使われているんですね。私たちが妊婦健診にいったらみられるという案を出したが、妊娠中の記載が本当に少ない。で、経過は1行のみ。そのなかに数値だけが載っている。あとは便りに関する記載欄が少ない、妊娠生活の保健指導のポイントが記載されていない、うしろのほうにまとめて記載されているんですね、妊娠高血圧を予防するとか。でもその手順に準じていないので、活用はしにくいんじゃないかと。あと、妊婦さんの自由記載欄が少ない。そういう意味から母子健康手帳を充実させて、よいお産に持っていきたいという思いで、今回改訂版を考えています。母子健康手帳を活用することで、妊娠時期にとった妊婦健診を医療者と妊婦が双方向からコミュニケーションをはかりながら出産時の出産の準備を整えていくというその視点から進めていくということです。

新しい活用法を考えてみました。まず、妊娠初期の間診項目で妊婦さんの健康状態をまずチェックする。健診に行って病院でみてもらうというのじゃなくて、今日は4週後の健診だ、今日の健康状態はどうかと、妊婦さん自身がまずチェックする。そして、赤ちゃんの発育状態に関しての記載を病院でしてもらう。そして妊婦健診のリスクスコアを自分で採点する。私は、これは4週間にいったら行ってるが、私は危ないからもっと早くいかないといけないんじゃないかとか、いまの病院は診療所だから総合病院のほうがいいんじゃないかとか、そんなことを妊婦さん自らが考えていけるようなこういうものを取り入れていく。そしてもちろん、そういう思いを自分一人で考えるのではなく、記載欄を多くすることでそこに思いを書く。それを見て、自分の妊娠検査を客観的に考えられることができるようになり、気がかりなことや質問事項を手帳に記入して検診時に質問し、妊婦さんが暇なときに妊娠、出産に向き合えるようになり、より生活の仕方を考える、工夫を考えることができ、そして自らで妊娠生活をセルフコントロールすることができる、ということです。で、これを裏付けるものがありました。まず研究報告ですが、聖路加の教授の先生がこのようなことを言っていました。サービスの満足度と出産体験の評価はケアの一貫性と情報伝達の一貫性と優位な関係性が認められたと。ということは、妊娠中のサービスの満足度、出産の満足度に向けてもこういうふうに一貫性のある情報の伝達、それを双方向から行うということが非常に重要であるということが言えます。

新しい母子健康手帳への思いなんですが、まず妊婦さん側と医療者側から考えてみました。妊婦さん側は、質問事項を記載することができる。そして自分の経過に関する情報が記載されていて、母子健康手帳をみればすべて胎児のことも含めてできる。そしていまの妊娠、出産に沿った計画の目安がわかる。ただ、こんなことを妊婦さん方に活用できるよ

うなものにしていきたいなど。医療者側ですが、妊婦さんが感じている不安や心配がわかる。初心者もこれまでの経過がわかる。これは他の施設に行った場合ですね。そして医療者と妊婦の思いが交流する。

今日、提案していただくのは、助産師が担当したもの、皆さんのお手元にも入れていきます。まず、妊娠経過の全体を通して、下腹痛はありませんかとか、出血はありませんかとか、赤ちゃんは動いてますか、というような問診項目を入れています。これを妊婦さんが、たとえば今日、10月3日、健診に行こうと思ったら、今日私は妊娠何週だわと、まず自分の週数を書く。そして、本人のところ、下腹痛はありませんかと、いいえありませんと、それをずらっと書いていきます。そうしたら、医療者側はその確認欄を見て、この人はこのようなことに関してはこうなんだと。たとえば、赤ちゃんは動いていますかと、もしかしてここがいいえとなっている場合は、これはどういうことなんだろうと、そこはしっかり赤ちゃんの状況をチェックするということになっていきますし、あとはおりものが増えていませんかとか、便秘はありませんかとか、日頃あまり言いにくいこと、たとえば質問で聞きたいけれども聞けなそうなことをいれていきます。それをさらに詳しく、妊娠の初めの頃、中頃、後半の頃ということで出しました。初めの頃に出てくるような項目に関しても同じような感じでチェックしまして、ここで医療者は確認欄をチェックします。ここが未チェックの場合は、次の健診のときに必ずチェックを入れていく。上の欄に何かあったら記入していく。妊婦さんは聞きたいことなどを自由にここに記載していくわけです。これは初めの頃。そして半ばも、半ば特有のことに関して助産師が聞きまして、本人がチェックして助産師がチェックするという形。妊娠の後半に関しても、週数特有なものプラス、時期に特有なものを出しております。

そのなかで、私たちができたらこういうものが欲しいなというのでつくりましたのが、本当はつわりの頃からスタートして、約6枚つくったが、多くするのは難しいということで、なるべく少なく、今回は2枚だけ入れさせていただいています。まず20週前後、出産に向けた体力づくり。だいたいつわりが治まってきますので。この時期になったら自分の体を出産に耐えられるような、そして貧血などを予防できるような体力。どんなものを食べてますか、食べた物を書いていただいてそれが体力づくりにどうなのかということをお話します。それから、生活のリズム。0時から24時になっていますが、睡眠や仕事や家事、そういったものをしっかり見直していただくということで、妊婦さんが自分の生活をどうだろうということ。もちろん、そこで私たちが見てアドバイスできることがあったらアドバイス。でも基本は妊婦さん自身。自分で自分の生活を考えるということが基本になっています。こういう運動はしていますかということでチェックしていただいて、チェックが全然入っていないようであれば、少し準備体操なども入れましょうということなどのお話をする。次に、24、5週もあつたんですが、とりあえず2枚だけという限定版で入れさせていただいて、どうしてもはずせないのが30週くらい、後半に向けての自分たちのお産をどうするかをしっかりと考えていただく。自分だけではなく、家族も含めて私たちのお産はどうしようかなということを書いていただく。書いていないときは、診察においでになったときに、そろそろ考えていらっしゃいますか、ということで、アドバイスもできると思います。おっぱいのケアは、妊娠中からおっぱいのケアは産後の育児のスタートなんですね。どんなおっぱいになっているか、おっぱいの形を診断させていただいて、赤ちゃんが吸いつきやすいおっぱいなのか、それとも不具合のあるおっぱいなのかを、助産師が、30週は助産師がみればいいのかと思っています。

まとめたいと思います。妊娠期間はよいお産に向けた準備の期間。妊娠中にどう過ごしたかということがその人のお産にかかってくる。私が長い間経験したなかで、現在の後楽園のマタニティスイミングをいっしょにやってみて、だいたい妊娠17週の妊婦さん、39週までケアするんですが、最初青かったりんごが熟して赤くなってくるんですね。しぶい柿が甘い柿になるように、妊婦さんの体と心が変わってくる、それを体験しています。実際に、出産に行かれた場合も、その出産の陣痛の間際にメールや電話を頂いたりすることがありますが、妊娠中にしっかりと準備をすると、分娩に立ち向かっていく力とか自分