

(コ)周産期救急搬送の効率化と最適化：

- ① 上述した「迅速性の欠如」「広域搬送の不可避とそれに対応したシステムの欠如」の問題を解決するためには、周産期医療機関の密接な相互連携と有効に機能する周産期救急医療情報システムの整備が必要である。そのようなネットワークが各地域に存在し、それがさらに相互の連携することによって、はじめて周産期救急症例への効率的かつ最適な対応が可能になる。このような周産期医療ネットワークは地域医療提供体制確保のため行政上必要なシステムであり、その構築の責任は、医療法上都道府県にある。医療機関としてはシステム構築の責任を抱え込む必要はなく、地域医療への貢献に対しては、その実務を担当する医師として、医療機関として適正な処遇を求めべきである。具体的には、救急搬送等への対応を症例数に応じて評価する等の施策が実施される必要がある。
- ② **周産期医療機関の診療機能に関する情報開示：**緊急時の照会の際の効率化のために、地域の各周産期医療機関はその診療機能に関する情報を他の医療機関や周産期救急医療情報センターに開示する。(胎児新生児救急に特化した周産期センターについては、施設間連携による母体救命救急対応体制を構築する。)
- ③ **周産期救急医療情報センターの機能：**
 1. **地域の高次周産期医療機関の診療機能に関する情報提供：**医療機関、救急隊等からの照会に対応する。
 2. **地域の高次周産期医療機関の空床情報に関する情報提供と搬送先の斡旋：**施設からの情報提供を待つのではなく、能動的に情報を収集する機能を有する。
 3. **他の地域の周産期救急医療情報センターとの連携：**地域内に搬送受入可能施設がない場合に、他の地域の周産期情報センターと相互の情報交換を行う。広域搬送後の患者の逆搬送の斡旋を行う。
 4. **地域の周産期医療情報の蓄積：**地域の周産期救急医療システムの運用状況に関する情報を蓄積し、適切に情報提供する。
- ④ **救急隊との連携：**これまでとすれば

システムとしての対応が十分でなかった未受診妊婦対応を含む救急隊との連携をシステム化する。その際、自動的に発生する未収金の問題についても行政との間で対策を確立しておく必要がある。

- **地域における活動の重要性：**過去4年間、わが国の産科医療は激動の時を経験した。この間、多くの方々の努力により、周産期医療危機対策について、国全体のレベルでは種々の政策的対応が行われつつある。2010年1月以降、厚生労働省から周産期医療体制の整備指針の改定が行われ、都道府県の周産期医療体制の再検討が行われる予定となっている。医療体制の確保は都道府県の責務であり、救急医療の提供は市町村の役割となっている。従って、国の方針や施策が直接医療現場に反映するわけではない。実際に現場の状況を改善するためには、都道府県や市町村の医療行政担当者の全面的協力による事業化が必要であり、その際には地域の実情に応じて、国の総論的な指針だけでは不十分な部分にも配慮したシステムへと改良しなければならない。他に地域の周産期医療の実情を理解し改善策を検討できるものはいないので、実際に具体策を立案し、それを実現するために地域におけるロビー活動を行うことも、我々周産期医療専門家の責務と考えざるを得ない。システムの改変期にはそこまでやらなければならないことを覚悟して、ようやく展望が開けてきたわが国の産科・周産期医療の再建のために努力を続ける必要がある。

【結論】

産科医療提供体制における再建策を検討する際には、現場の当事者が受入可能でなければ実現は不可能なので、現場の実態とその向かっていく方向性を前提として、現実的な施策を立案する必要がある。

【参考】

- 1) http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf
- 2) 平成20年度厚生労働科学特別研究事業「救急部門と周産期部門との連携強化に資する具体的手法に関する研究」(主任研究者：杉本壽)報告書 http://www.osan-kiki.jp/pdf/report_h20_021.pdf
- 3) <http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2103/210319-2houdou.pdf>
- 4) http://mficu.umin.jp/problems/report-2007_10.pdf
- 5) http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20081121_teigen.pdf

【研究成果の発表】

本研究の要旨は、海野信也 産科救急をめぐる諸問題と対策—産科救急のシステム化を中心に— 産婦人科治療 99(3):211-218, 2009.として公表した。

妊婦健診体制の問題点：産婦人科一次施設へのアンケート解析結果（第一報）

東京女子医科大学 産婦人科・母子総合医療センター
松田義雄

日本産婦人科学会周産期委員会で、妊婦健診体制の現状と問題点を明らかにすべく、全国の一次診療施設 1,668 施設にアンケート調査の依頼を行った。772 施設から回答があり、回答率は 46% であった。

調査内容としては、自施設で行われている健診内容と、日産婦ガイドラインに記載されている項目を中心とした診療内容の実態調査である。

ハイリスク症例の選別は 8 割以上の施設で行われており、その内 34.6% が中林・久保による「妊娠リスクの自己評価」が利用されていた。妊婦一人当たりの健診時間は 15 分以内が約 3/4、母子健康手帳の記載を医師が行っているのが 67% に上った。医師以外が超音波検査をしている施設は 15% 程度に留まっている。助産師外来は 2 割に足らず、今後導入予定を考えている施設も 2 割に満たなかった。

ガイドラインに記載されている 6 項目の施行頻度をみとみると、8 割をこえているのが、「12 週頃までの CRL 計測」、「32 週までの前置胎盤の確認」と「35-37 週の GBS 検査」であり、頸管長測定は 6 割程度で 24-28 週の糖尿病スクリーニングに至っては 5 割以下であった。

妊娠 37 週以降に毎回胎児心拍モニタリングを施行している施設は、有効回答が得られた中で半数未満、施行の特定週数では 40、41 週が 4 割程度で一番多かった。

産科医療、周産期医療の崩壊が進行し、医療提供体制が十分でなくなってしまう状況下で、少なくとも母子保健の現状を維持するためには、医師以外の医療従事者との積極的な協働体制を含む新たな健診体制の構築が求められる。

今回は、全症例を一括して検討した結果であるため、施設の規模や地域の特性を考慮したものではない。次年度はこれらの因子を加味した層別解析を加える予定である。

A 研究目的

終戦後から約半世紀をかけて、我が国の母子保健は世界のトップクラスに駆け上ってきた。しかしながら、ここにきて、産科医療を取り巻く環境の劣悪化により、地域によってはこれまでのような産科医療提供体制の確保が難しくなっており、大きな社会問題となっている。体制の再構築は急務の課題であるが、一朝一夕で解決できるものではない。そのため、少なくとも今の母子保健レベルを低下させないために、何をすべきなのか？

日本産婦人科学会周産期委員会では、現状と問題点を明らかにすべく、全国の一次診療施設にアンケート調査を行った

B 研究方法

1,668 施設にアンケート調査の依頼を行ったところ、772 施設から回答があり、回答率は 46% であった。

調査内容としては、自施設で行われている健診内容と、日産婦ガイドラインに記載されている項目を中心とした診療内容の実態調査である。

C 研究結果

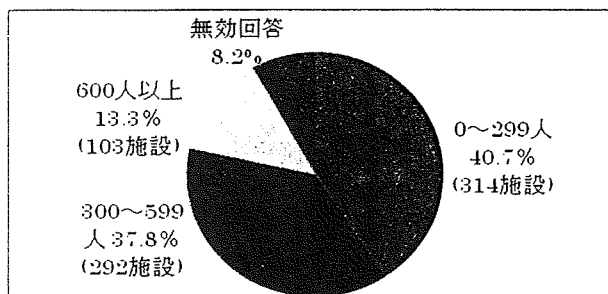
1. 年間取り扱い分娩数（H20 年時点）

*有効回答 709 施設（91.8%）

0~299 人：314 施設（40.7%）

300~599 人：292 施設（37.8%）

600人以上 : 103 施設 (13.3%)



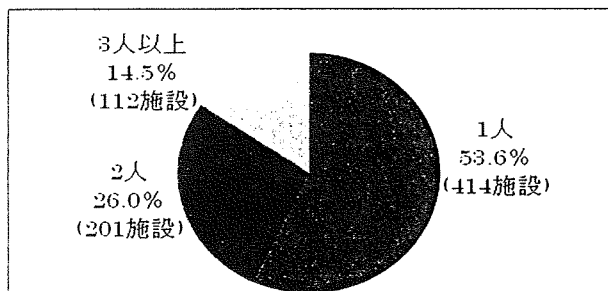
2. 医師数 (H20年時点)

*有効回答 727 施設 (94.1%)

1人 : 414 施設 (53.6%)

2人 : 201 施設 (26.0%)

3人以上 : 112 施設 (14.5%)



◆ 健診体制の実際

Q1 ハイリスク症例を選別していますか？

*有効回答 721 施設 (93.4%)

はい : 633 施設 (82.0%)

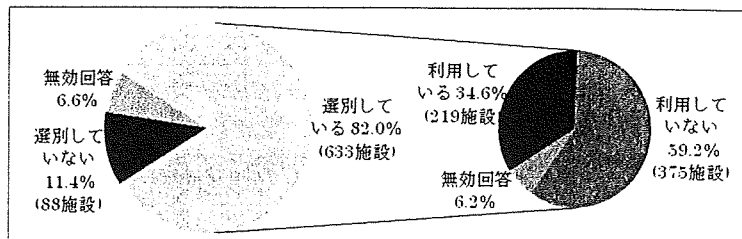
いいえ : 88 施設 (11.4%)

●(はい)の場合、「妊娠リスクの自己評価」を利用していますか？

*有効回答 594 施設 (93.8%)

はい : 219 施設 (34.6%)

いいえ : 375 施設 (59.2%)

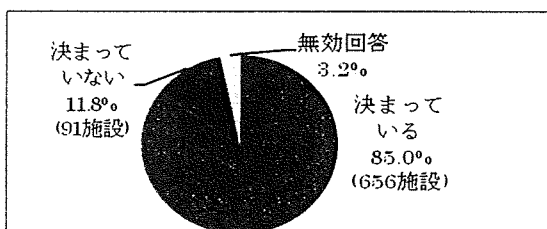


Q2 ハイリスク症例の照会先はおおよそ決まっていますか？

*有効回答 747 施設 (96.8%)

はい : 656 施設 (85.0%)

いいえ : 91 施設 (11.8%)

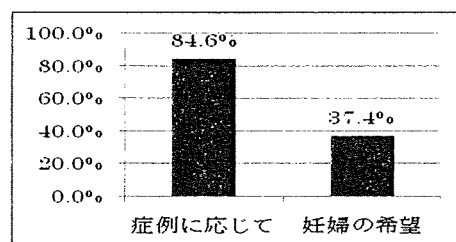


●(いいえ)の場合、どのような対象症例があった際、照会しますか？

*複数回答 *有効回答 111 件

症例に応じて : 77 施設 (84.6%)

妊婦の希望 : 34 施設 (37.4%)



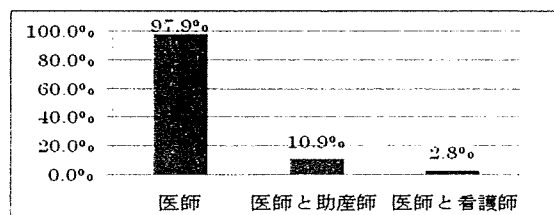
Q3 妊婦健診は主にどなたがしていますか？

*複数回答 *有効回答 862 件

医師 : 756 施設 (97.9%)

医師と助産師 : 84 施設 (10.9%)

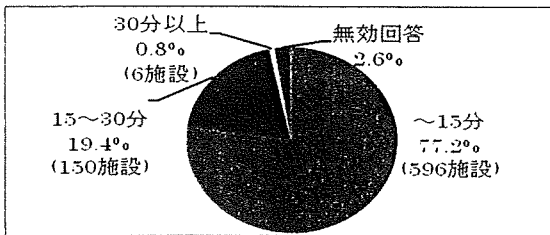
医師と看護師 : 22 施設 (2.8%)



Q4 一人当たりの健診時間はどれくらいですか？

*有効回答 752 施設 (97.4%)

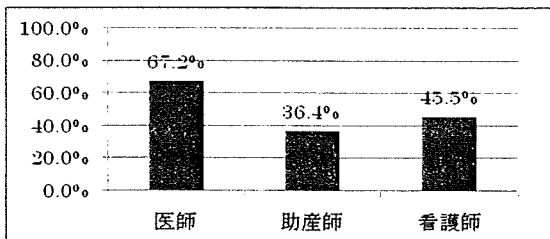
- ～15分 : 596 施設 (77.2%)
- 15～30分 : 150 施設 (19.4%)
- 30分以上 : 6 施設 (0.8%)



Q5 母子手帳への記載はどなたですか？

※複数回答 *有効回答 1,151 件

- 医師 : 519 施設 (67.2%)
- 助産師 : 281 施設 (36.4%)
- 看護師 : 351 施設 (45.5%)



Q6 医師以外が超音波検査をしていますか？

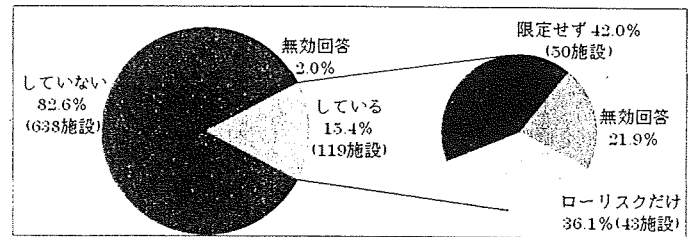
*有効回答 757 施設 (98.0%)

- はい : 119 施設 (15.4%)
- いいえ : 638 施設 (82.6%)

●(はい)の場合、対象症例は？

*有効回答 93 施設 (78.1%)

- ローリスクだけ : 43 施設 (36.1%)
- 対象を限定せず : 50 施設 (42.0%)



Q7 助産師外来をしていますか？

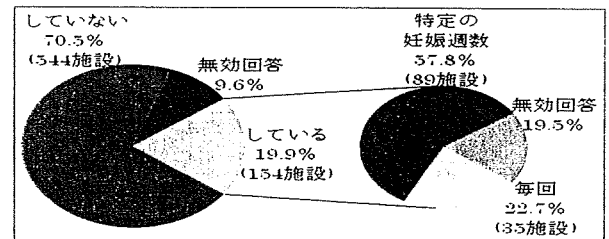
*有効回答 698 施設 (90.4%)

- はい : 154 施設 (19.9%)
- いいえ : 544 施設 (70.5%)

●(はい)の場合、いつしていますか？

*有効回答 124 施設 (80.5%)

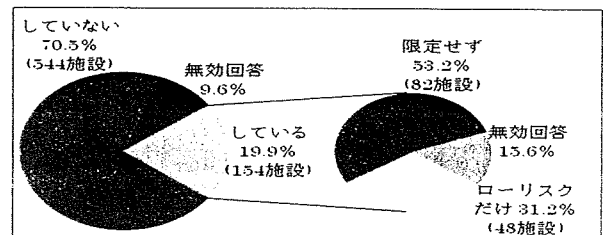
- 毎回 : 35 施設 (22.7%)
- 特定の妊娠週数 : 89 施設 (57.8%)



●(はい)の場合、対象症例は？

*有効回答 130 施設 (84.4%)

- ローリスクだけ : 48 施設 (31.2%)
- 対象を限定せず : 82 施設 (53.2%)



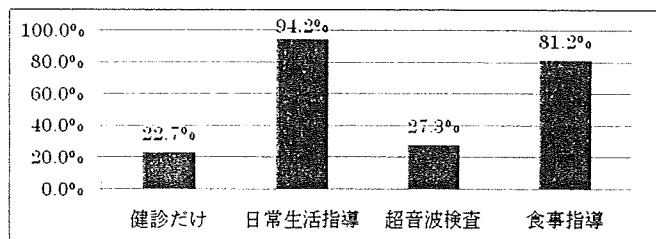
●(はい)の場合、具体的内容は？

※複数回答 *有効回答件 347 件

- 健診だけ : 35 施設 (22.7%)
- 日常生活(保健)指導 : 145 施設 (94.2%)
- 超音波検査 : 42 施設 (27.3%)

食事指導

:125 施設 (81.2%)

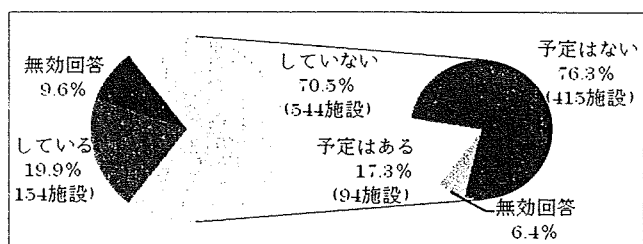


●(いいえ)の場合、今後導入する予定はありますか？

*有効回答 509 施設 (93.6%)

はい : 94 施設 (17.3%)

いいえ : 415 施設 (76.3%)



小括

(1) ハイリスク症例の選別は 8 割以上の施設で行われており、その内 34.6%が中林・久保による「妊娠リスクの自己評価」が利用されていた。

(2) 妊婦一人当たりの健診時間は 15 分以内が約 3/4、母子健康手帳の記載を医師が行っているのが 67%に上った。

(3) 医師以外が超音波検査をしている施設は 15%程度に留まっていた。

(4) 助産師外来は 2 割に足らず、今後導入予定を考えている施設も 2 割に満たなかった。

◆ 医師による健診内容の実態

Q8 12 週頃までに CRL 計測を行っていますか？

*有効回答 665 施設 (86.2%)

はい : 663 施設 (85.9%)

いいえ : 2 施設 (0.3%)

Q9 20-24 週までに頸管長計測を行っていますか？

*有効回答 650 施設 (84.2%)

はい : 474 施設 (61.4%)

いいえ : 176 施設 (22.8%)

Q10 妊娠初期の随時血糖

*有効回答 659 施設 (85.4%)

はい : 548 施設 (71.0%)

いいえ : 111 施設 (14.4%)

Q11 24-28 週に糖尿病スクリーニングを実施していますか？

*有効回答 644 施設 (83.4%)

はい : 379 施設 (49.1%)

いいえ : 265 施設 (34.3%)

Q12 32 週までに前置胎盤の確認を行っていますか？

*有効回答 666 施設 (86.3%)

はい : 663 施設 (85.9%)

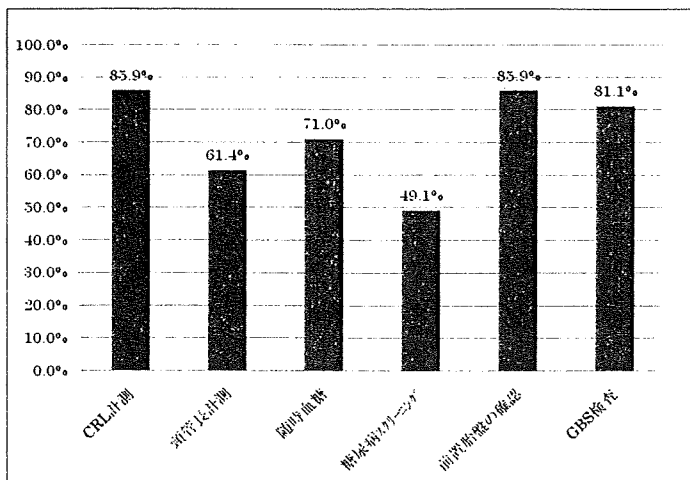
いいえ : 3 施設 (0.4%)

Q13 35-37 週に GBS 検査を実施していますか？

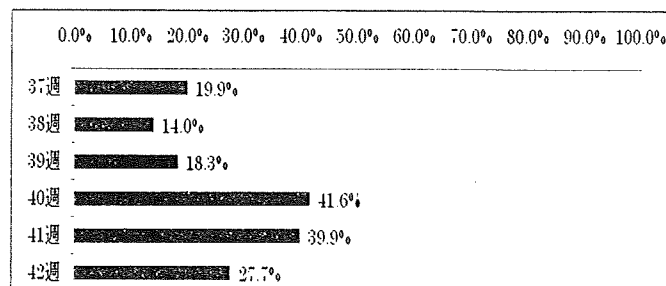
*有効回答 662 施設 (85.8%)

はい : 626 施設 (81.1%)

いいえ : 36 施設 (4.7%)



39週：141施設（18.3%）
 40週：321施設（41.6%）
 41週：308施設（39.9%）
 42週：214施設（27.7%）



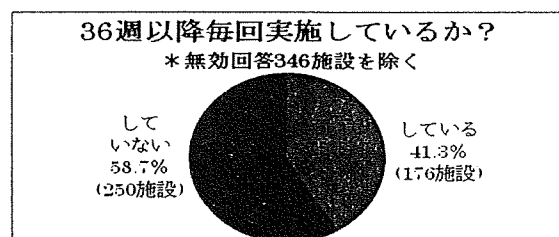
Q14 胎児心拍数モニタリング（施行開始時期）

●36週以降毎回実施していますか？

*有効回答 426施設（55.2%）

はい：176施設（22.8%）

いいえ：250施設（32.4%）

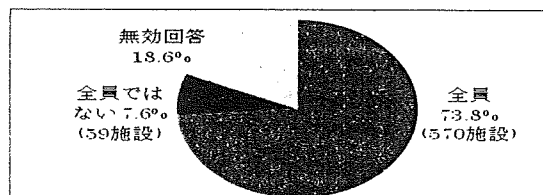


●対象は全員ですか？

*有効回答 669施設（81.4%）

はい：570施設（73.8%）

いいえ：59施設（7.6%）

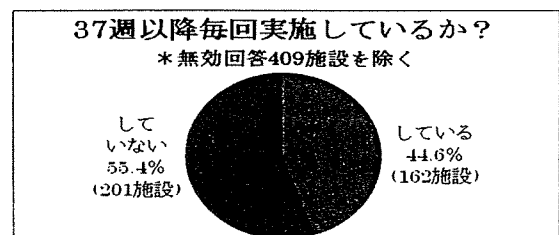


●37週以降毎回実施していますか？

*有効回答 363施設（47.0%）

はい：162施設（21.0%）

いいえ：201施設（26.0%）

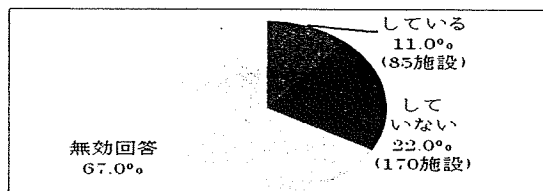


●対象は選別していますか？

*有効回答 256施設（33.2%）

はい：85施設（11.0%）

いいえ：171施設（22.2%）



Q15 超音波検査は、ほぼ毎回行っていますか？

*有効回答 702施設（90.9%）

はい：680施設（88.1%）

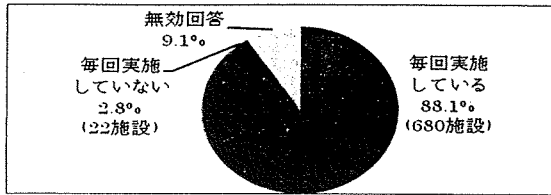
いいえ：22施設（2.8%）

●特定の週数のみ実施している場合、いつ実施していますか？

*複数回答 *有効回答 1,246件

37週：154施設（19.9%）

38週：108施設（14.0%）



● (はい)の場合、毎回、何をしていますか？

・ BPD だけ

*有効回答 368 施設 (54.1%)

はい : 112 施設 (16.5%)

いいえ : 256 施設 (37.6%)

・ BPD と FL だけ

*有効回答 371 施設 (54.6%)

はい : 121 施設 (17.8%)

いいえ : 250 施設 (36.8%)

・ 推定体重も

*有効回答 670 施設 (98.5%)

はい : 650 施設 (95.6%)

いいえ : 20 施設 (2.9%)

・ 羊水量

*有効回答 651 施設 (95.8%)

はい : 622 施設 (91.5%)

いいえ : 29 施設 (4.3%)

・ 胎盤位置

*有効回答 648 施設 (95.3%)

はい : 625 施設 (91.9%)

いいえ : 23 施設 (3.4%)

・ 頸管長

*有効回答 531 施設 (78.0%)

はい : 275 施設 (40.4%)

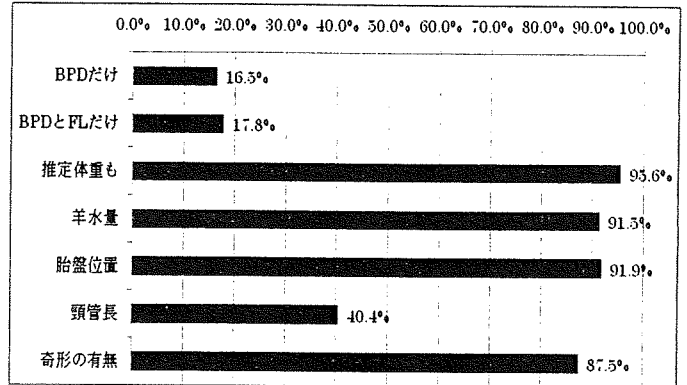
いいえ : 256 施設 (37.6%)

・ 奇形の有無

*有効回答 643 施設 (94.5%)

はい : 596 施設 (87.6%)

いいえ : 47 施設 (6.9%)



●● 毎回は見っていない場合、奇形のチェックはしますか？

*有効回答 68 施設 (8.8%)

はい : 58 施設 (7.5%)

いいえ : 10 施設 (1.3%)

●● 超音波検査は、週数を決めて見えますか？

*有効回答 106 施設 (13.8%)

はい : 29 施設 (3.8%)

いいえ : 77 施設 (10.0%)

・ (はい)の場合、いつ見えますか？

※複数回答 *有効回答 93 件

10 週頃 : 16 施設 (55.2%)

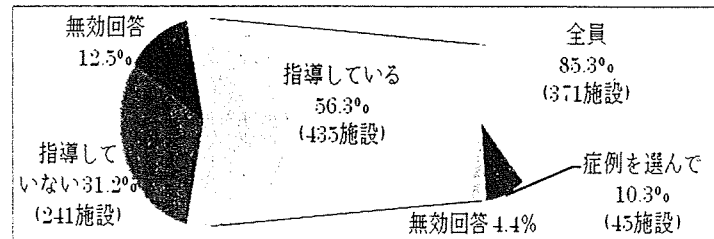
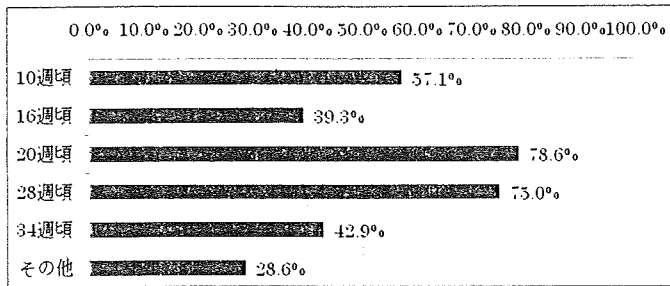
16 週頃 : 11 施設 (37.9%)

20 週頃 : 23 施設 (79.3%)

28 週頃 : 22 施設 (75.9%)

34 週頃 : 12 施設 (41.4%)

その他 : 9 施設 (31.0%)

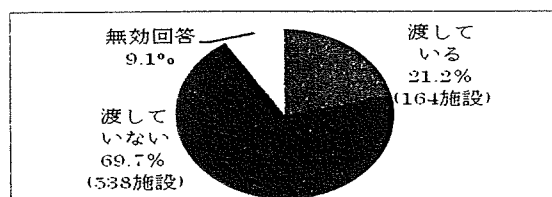


Q16 胎動表 (カウント) を渡していますか？

*有効回答 702 施設 (90.9%)

はい : 164 施設 (21.2%)

いいえ : 538 施設 (69.7%)

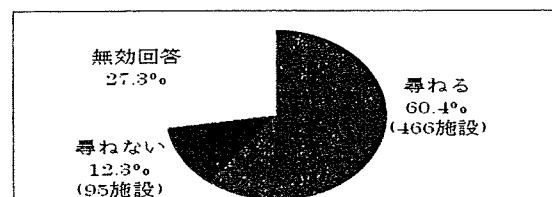


● 渡さないけれど、健診時に胎動を尋ねていますか？

*有効回答 561 施設 (72.7%)

はい : 466 施設 (60.4%)

いいえ : 95 施設 (12.3%)



● 母親教室などで指導していますか？

*有効回答 676 施設 (87.5%)

はい : 435 施設 (56.3%)

いいえ : 241 施設 (31.2%)

● (はい) の場合、対象症例は？

*有効回答 416 施設 (95.6%)

全員 : 371 施設 (85.3%)

症例を選んで : 45 施設 (10.3%)

小括

(1) 産婦人科診療ガイドラインに記載されている 6 項目の施行頻度をみてみると、8 割をこえているのが、「12 週頃までの CRL 計測」、「32 週までの前置胎盤の確認」と「35-37 週の GBS 検査」であり、「妊娠初期の随時血糖」は 7 割、「頸管長測定」は 6 割程度で「24-28 週の糖尿病スクリーニング」

に至っては 5 割以下であった。

(2) 妊娠 37 週以降に毎回胎児心拍モニタリングを施行している施設は、有効回答が得られた中で半数未満、施行の特定週数では 40、41 週が 4 割程度で一番多かった。

D 考察

わが国の産科一次施設における妊婦健診体制の実態を、アンケート調査の結果から明らかにした。アンケートの回答率は 46% と半数に満たなかったが、それでも 800 弱の施設からの回答は、現状を知るに足るものであった。

調査内容は、自施設で行われている健診内容と、日産婦ガイドラインに記載されている項目を中心とした診療内容の実態調査である。

ローリスクを主として取り扱っている一次施設で、妊婦健診が産科医師に負担を強めているのか否かの観点から、アンケート項目を設定した。

結果を要約すると、ほとんどの医師がエコー検査を含めた健診を毎回行なっていて、助産師外来の導入は 10 数% に留まっている実態が明らかになった。これらの事実は、産科医師に過度の負担を強いていることになっていないだろうか？

更に、産科医師による診療内容の実態を、

2008年に刊行された日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会による「産科診療ガイドライン」に記載されている6項目の施行頻度を検討したが、十分浸透していない項目も少なからずみられた。

ガイドラインを効率よく使用することにより、施設間で診療の均一化が計られるだけでなく、簡略化も期待される。つまり、エビデンスの裏付けがない「なんとなくやっている」という項目を減ずることで、診療内容の質的変換を図ることが可能と思われる。

産科医療、周産期医療の崩壊が進行し、医療提供体制が十分でなくなってしまった状況下で、少なくとも母子保健の現状を維持するためには、新たな健診体制の構築が求められる。

今回は、全症例を一括して検討した結果であるため、施設の規模や地域の特性を考慮したものではない。次年度はこれらの因子を加味した層別解析を加える予定である。

E 結論

日本産婦人科学会周産期委員会で、妊婦健診体制の現状と問題点を明らかにすべく、全国の一次診療施設1,668施設にアンケート調査の依頼を行った。772施設から回答があり、回答率は46%であった。

ハイリスク症例の選別は8割以上の施設で行われており、その内34.6%が中林・久保による「妊娠リスクの自己評価」が利用されていた。妊婦一人当たりの健診時間は15分以内が約3/4、母子健康手帳の記載を医師が行っているのが67%に上った。医師以外が超音波検査をしている施設は15%程度に留まっている。助産師外来は2割に足らず、今後導入予定を考えている施設も2割に満たなかった。

ガイドラインに記載されている6項目の施行頻度をみると、8割をこえているのが、「12週頃までのCRL計測」、「32週までの前置胎盤の確認」と「35-37週のGBS検査」であり、頸管長測定は6割程度で24-28週の糖尿病スクリーニングに至っては5割以下であった。

妊娠37週以降に毎回胎児心拍モニタリングを施行している施設は、有効回答が得られた中で半数未満、施行の特定週数では40、41週が4割程度で一番多かった。

産科医療、周産期医療の崩壊が進行し、医療提供体制が十分でなくなってしまった状況下で、少なくとも母子保健の現状を維持するためには、医師以外の医療従事者との積極的な協働体制を含む新たな健診体制の構築が求められる。

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）分担研究報告書

妊婦健康診査未受診妊婦に関する問題点の総括と対応策

主任研究者 松田義雄（東京女子医科大学産婦人科 教授）

研究協力者 水主川純（国立国際医療センター戸山病院産婦人科 厚生労働技官）

研究要旨

医療機関をほとんど受診することなく分娩に至る妊婦健診未受診妊婦（以下、未受診妊婦）が社会的問題になっており、その対応においては医療機関と行政機関の連携が重要である。社会的・経済的問題を抱える妊婦の問題は、未婚、経済的困窮、居住地が不定、児の養育困難など問題点は多岐に渡り、医療機関と福祉事務所が連携し、妊婦の状況に応じた支援策へ繋げることが重要であると考えられた。また、未婚、妊娠相手と音信不通であるなど周囲から疎外されやすい環境に置かれた女性は、社会制度に関する情報を入手困難な状況にあった。医療機関と行政機関が連携し、妊娠・出産に関する支援の情報を提供するために情報用紙を考案した。今後、情報用紙の配布を予定しており、周知度や有用性に関する検討をおこなう予定である。

A. 研究目的

わが国ではほとんどの妊婦が母子健康手帳を取得し、定期的な妊婦健康診査（以下、妊婦健診）を受診し、分娩に至る。しかし、医療機関をほとんど受診することなく分娩に至る妊婦健診未受診妊婦（以下、未受診妊婦）が存在する。未受診妊婦の診療においては、母児の周産期に関する情報が不明確な状況で迅速な対応に迫られ、母児の合併症リスクは高く、児の養育困難研究 1：未受診妊婦の背景として、若年や経済的困窮が挙げられる。国立国際医療センター戸山病院産婦人科（以下、当科）において 2007 年 1 月から 2008 年 12 月の期間に診療した経済的困窮などの理由で妊娠中に婦人保護施設に入所した妊婦 63 例（以下、施

難、医療費未払いなどの問題が生じている(1-3)。その背景には、未婚、若年、多産、経済的困窮、妊娠や出産に対する意識不足など様々な問題が挙げられ、医療機関と行政機関が連携した対応が重要であると考えられる。そこで、未受診妊婦などの経済的・社会的問題を抱えた妊婦への支援に関し、医療機関と行政機関の連携のあり方について検討することを目的とした。

B. 研究方法

設入所妊婦）と 10 代妊婦 33 例を対象とし、その社会的背景、母児の周産期事象、問題点について診療録から後方視的に検討した(4-5)。

研究 2：当科で診療した未受診妊婦、施設入所妊婦および 10 代妊婦の現状と問題点(1-5)に基づき、新宿区の担当

者と検討会議を2回開催し、医療機関と行政機関の連携のあり方について検証した。

<第1回>

日時 平成21年11月27日(金)

14:00~15:00

場所 新宿区保健所

出席者(五十音順,敬称略) 大久保仁恵(新宿区健康部牛込保健センター所長), 神楽岡澄(新宿区健康部西新宿保健センター保健サービス係長), 水主川純(国立国際医療センター戸山

<第2回>

日時 平成21年12月25日(金)

16:30~18:00

場所 新宿区保健所

出席者(五十音順,敬称略) 大久保仁恵(新宿区健康部牛込保健センター所長), 水主川純(国立国際医療センター戸山病院産婦人科), 福内恵子(新宿区保健所長), 松浦美紀(新宿区健康部健康推進課), 松田義雄(東京女子医科大学医学部産婦人科教授), 湯浅範子(新宿区福祉事務所生活福祉課)

討議事項:

新宿区健康部により作成された情報用紙の案に関する検討

尚, 個人情報取り扱いに十分注意を払い, プライバシーが侵害されないように配慮した。

C. 研究結果

結果1: 当科で診療した施設入所妊婦および10代妊婦の概要を表1に示す(4-5)。施設入所妊婦63例の母体平均年齢は26.5歳, 初産婦37例, 未入籍症例56例であった。施設入所の理由は経済的困窮が50例(79.3%)と最多であり, 配偶者からの暴力(domestic violence: DV)被害者10例, 性的暴行に

病院産婦人科), 福内恵子(新宿区保健所長), 松浦美紀(新宿区健康部健康推進課), 湯浅範子(新宿区福祉事務所生活福祉課)

討議事項:

【1】-1 当科における未受診妊婦, 施設入所妊婦および10代妊婦の現状と問題点に関する報告

【1】-2 新宿区からの現状報告

【1】-3 【1】-1および【1】-2から考えられる対応策

よる妊娠3例であった。当科初診時平均妊娠週数は29.8週であり, 17例は当科初診日が今回の妊娠に関する初めての産科受診であった。主な合併症は精神神経疾患27例, クラミジア感染症15例, 双胎妊娠2例であり, 5例が鉗子分娩, 8例が帝王切開分娩となった。出生児65例のうち28例が小児科入院を要し, 20例は養育困難のため乳児院保護となった。医療費の支払い状況は, 自ら全額完納した者は2例であり, 55例が児童福祉法に定められた入院助産制度を利用した。経済的困窮のため居住場所を確保できない妊婦も存在し, 婦人保護施設の利用は重要であると考えられた(4)。

10代妊婦33例のうち初産婦31例, 未入籍症例10例であり, 12例は施設に入所し, 2例が未受診妊婦として救急搬送された。16例(48.4%)は妊娠判明後の産科初診時妊娠週数が妊娠22週以降であった。主な合併症は貧血15例, 精神神経疾患9例, クラミジア感染症5例であり, 1例が鉗子分娩, 4例が帝王切開分娩となった。周産期死亡はなく, 11例が小児科入院を要し, 5例が乳児院に保護された。家族と連絡が可能であり, 出生児を養育した入籍症例は7例のみであった。家族・妊娠相手ともに音信不通であった未入

籍症例 6 例は、妊娠判明後の初診時妊娠週数は妊娠 12 週以降であり、そのうち 4 例は施設に入所し、2 例は未受診妊婦であった。当科で診療した 10 結果 2：

(1)第 1 回検討会 (2009 年 11 月 27 日)

【1】-1 当科で診療した未受診妊婦、施設入所妊婦および 10 代妊婦の現状と問題点を提示した (結果 1 参照)。未受診妊婦が抱える問題には、未婚、経済的困窮、居住地が不定 (友人宅、インターネットカフェなど)、児の養育困難など多岐に渡っており(1-3)、妊婦の状況や問題に応じた支援が必要である。しかし、生活保護法による生活扶助・医療扶助、児童福祉法による入院助産制度、母子生活支援施設、児の乳児院保護、売春防止法による婦人保護施設など、利用する制度により窓口が異なり、分娩後の限られた時間で対応することは労を要している。また、未受診妊婦と同様な背景を有する施設入所妊婦および 10 代妊婦を検討したところ、未婚、妊娠相手と音信不通であるなど周囲から疎外されやすい環境に置かれた女性は、社会制度に関する情報を自ら入手・利用することが困難な状況にあると考えられた(4-5)。

【1】-2 新宿区からの現状報告

新宿区では、妊婦は保健センター、または区役所・特別出張所に妊娠届を提出し、母子健康手帳を交付される。保健センターで母子健康手帳を交付した場合は保健師が面接を行い、支援が必要なハイリスク妊婦および家族を把握し、地区担当保健師や栄養士などによる相談や保健指導を行ってきた。また、社会的・経済的問題のある妊婦には福祉事務所と連携して相談を行ってきた。しかし、区役所・特別出張所等保健師が常駐していない窓口での母子健康手帳の交付が多いた

代妊婦は社会的・経済的問題を抱えた者が多く、行政機関による支援を要した(5)。

め、2009 年度からは、最終的に保健センターで集約する妊娠届を利用し、①医師または助産師の診断を受けていない、②40 歳以上の高齢妊婦、③10 代の若年妊婦、④妊娠届の時期が遅延している (妊娠 22 週以降) のいずれかに該当した者は、支援が必要なハイリスク妊婦とし、全例、保健センターの保健師から連絡し、リスクに応じた支援策を講じている。しかし、母子健康手帳の交付を受けていない者に関しては、行政機関は実態の把握のみならず、支援へ繋げることが難しいのが現状である。また、妊婦健康診査受診券は住所地を確認後に交付するため、家出、DV 被害などの理由のために住民登録地と居住地が異なる場合、妊婦健康診査受診券が交付できない状況が生じていると報告された。

【1】-3 解決策に関する検討

福祉事務所は、社会福祉法第 14 条に規定されており、福祉六法 (生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法) に定める援護、育成又は更生の措置に関する事務を司る機関である。福祉事務所を通じて、妊婦の状況に応じた支援に繋げることが可能であり、医療機関と福祉事務所の連携が重要であると考えられた。

しかし、未受診妊婦が分娩した後、医療機関と福祉事務所が連携することは根本的な問題解決にならないと思われた。妊婦が自身の抱える社会的・経済的問題について自ら住民登録地または居住地の福祉事務所へ相談に行くことができる体制が望まれる。医療機関と行政機関が連携した妊

娠・出産に関する支援の情報提供をおこなうことが解決策の一つになる可能性があると考えられた。しかし、婦人相談員は、全国的には福祉事務所に配置されていない地域が多く連携の方法については幾多の課題がある。対象の特性に応じた情報提供をするために、市販妊娠検査薬や生理用品を通じた相談窓口や妊娠・出産に関する支援の情報提供、携帯電話サイトなどの web を利用した相談窓口や妊娠・出産に関する支援の情報提供、妊娠初診時に医療機関における情報提供、インターネットカフェなどの遊興場における情報提供が考えられる(図1)。

新宿区における対策として、経済的・社会的問題を抱えた女性に対し、できるだけ妊娠早期に、妊娠を確認する医療機関において支援に関する情報提供をおこなう策を考案することが提案された。具体的には、妊娠と診断された時点で妊婦に配布する情報用紙を作成し、経済的・社会的問題を抱える場合の相談窓口を記載する方針とした。

(1)第2回検討会(2009年12月25日)

第1回検討会で提案された情報用紙の案が新宿区健康部から提示された(図2)。安全に妊娠・出産できる環境を確保するために、できるだけ妊娠早期に支援の情報提供をおこない、福祉事務所を通じ妊婦の状況に応じた支援へ繋げることを目的とした。情報用紙の記載項目は、相談場所と連絡先、相談内容のプライバシーは守られることを明記した。また、経済的・社会的問題を抱えていない妊婦が情報用紙を入手した場合、母子健康手帳交付に関する情報を提供できる内容も記載した。新宿区内の医療機関において、この情報用紙を配布予定とすること

が提案された。

D. 考察

未受診妊婦、施設入所妊婦および10代妊婦の検討により、未婚、経済的困窮、居住地が不定、児の養育困難など問題点は多岐に渡り(1-5)、医療機関と福祉事務所が連携することが重要であると考えられた。社会的・経済的問題を抱えている場合でも、母子健康手帳を交付時など何らかの機会に支援が必要であると判断されることにより、状況に応じた支援策へ繋がる。しかし、保健センター(市区町村)は母子健康手帳交付を受けていない未受診妊婦の現状を把握することは困難である。今回の研究において、新宿区の母子保健担当者及び福祉事務所女性相談員と2回の検討会議を開催したことにより、当科における未受診妊婦の現状に関する情報を共通認識することができた。

当科で診療した10代妊婦の一部や施設入所妊婦は、妊娠中から行政機関の支援を受けていたが、社会制度へのアクセスまでは困難な状況であったと思われる。その理由として、経済的困窮により医療機関を受診できないこと、未婚、DVなど周囲から疎外されやすい環境に置かれていること、社会制度に関する情報が乏しいことが挙げられた。妊娠前・妊娠中に有用な情報を入手することは、安全に妊娠・出産できる環境へ繋がる。医療機関と行政機関が連携し、妊娠・出産に関する支援の情報を提供することは、社会制度へのアクセスの一助となると考えられた。その情報提供策として、情報用紙の作成を考案した。

情報用紙の考案に際し、医療機関としては、妊娠中に行政機関の支援を受けることにより、未受診のまま分娩へ至ることを回避できる可能性がある

こと、行政機関としては、支援制度に関する情報不足、家出やDVなどの理由で関係者に近況を知られたくない事情などで相談できない可能性があることを考慮した。妊婦自身が相談へ赴く契機となるような情報提供が重要であると考えられた。また、いかなる妊婦も手に取りやすい情報用紙が望まれ、相談や支援を要する場合、プライバシーが守られた状況で相談可能な窓口が存在することを周知できる形式になるように配慮した。今後、情報用紙の配布を予定しており、周知度や有用性に関する検討をおこないたい。

都心では様々な事情のためにインターネットカフェなどを生活拠点とする妊婦や接待飲食業に従事する妊婦が未受診妊婦として救急搬送される場合があるため(2)、そのような場所における妊娠・出産に関する支援の情報提供も有用となる可能性があると考えられた。妊婦を取り巻く生活環境は地域に応じて異なるため、地域の特性に応じた情報提供や支援をおこなうことが必要である。そのために、各地域ごとに医療機関と行政機関が連携し、地域の妊婦が抱える問題点を把握し、対応策を講じていくことが重要であると考えられた。

医療機関を受診する前に自分で市販妊娠検査薬を入手し、妊娠の判定をしている女性が多いと思われる。できるだけ妊娠早期に支援の情報を提供するために市販妊娠検査薬を通じた情報提供も有用であると考えられた。また、現代はインターネットを通じて様々な情報を入手できる時代である。未婚、妊娠相手と音信不通などの理由で適切な相談相手を得られない場合、インターネットを通じ、妊娠・出産に関する支援に関する情報を入手する

ことにより行政機関への相談に繋がる可能性があると考えられる。しかし、市販妊娠検査薬やインターネットによる情報提供は地方自治体レベルでの対応は難しいと思われる。今後、このような情報提供による支援の展開が可能であるかについて検討する必要があると考えられた。

医療機関と行政機関の連携のみでは、社会的・経済的問題を抱えた妊婦に関する全ての問題を解決できるわけではない。まずは思春期から性に関する正確な知識の普及や母子保健に関する教育を推進し、妊娠や出産に関して責任ある自己決定ができる環境を整備することが重要である。妊婦自身が出産に向けて生活環境を調整し、妊婦健診の重要性を認識した上で、医療機関と行政機関が連携した支援が重要であると考えられた。分娩後も生活基盤の確保および維持、児の適切な養育環境の確保、今回の妊娠以降の避妊指導を含めた継続的支援が望まれる。

E. 結論（来年度の課題）

新宿区健康部が作成した情報用紙を新宿区医師会などの協力を得て、新宿区内の医療機関において配布を試みる。福祉事務所への相談時や分娩施設への受診時に、情報用紙の周知度を確認し、その意義を評価および検討していきたい。分娩後の生活基盤や児の適切な養育環境の確保をするため、医療機関から行政機関に提供すべき有用な周産期情報について検討をおこないたい。また、市販妊娠検査薬やインターネットを通じた相談窓口や妊娠・出産に関する支援の情報提供および支援の展開の可能性について、関連部署と検討をおこないたい。

G. 研究発表 (斜体は参考論文)

1.論文発表

1. 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 松下竹次. 当科における妊婦健康診査未受診妊婦の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌. 45: 32-36.2009
2. 水主川純, 定月みゆき, 五味淵秀人, 箕浦茂樹, 松下竹次, 木村昭夫. 母体救急搬送の「社会的側面」を考える 当院へ直接搬送された妊産婦の実像. 臨床婦人科産科. 64: 98-102. 2010
3. 水主川純, 梶谷法生, 定月みゆき, 五味淵秀人, 箕浦茂樹. 当院の母体搬送症例の特徴と地域における母体搬送問題の検討. 日本産科婦人科学会関東連合地方部会会誌. 46: 327-333. 2009
4. 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 松下竹次. 当科における婦人保護施設入所中妊婦の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌. 45: 759-762.2009

5. 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 松下竹次. 当科における 10 代分娩症例に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌. 45: 794-798.2009

2.学会発表

1. 兼重昌夫, 松下竹次, 横堀雄太, 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹. 当院における乳児院症例の検討. 第 45 回日本周産期・新生児医学会総会. 2009 年 7 月 14 日. 名古屋.

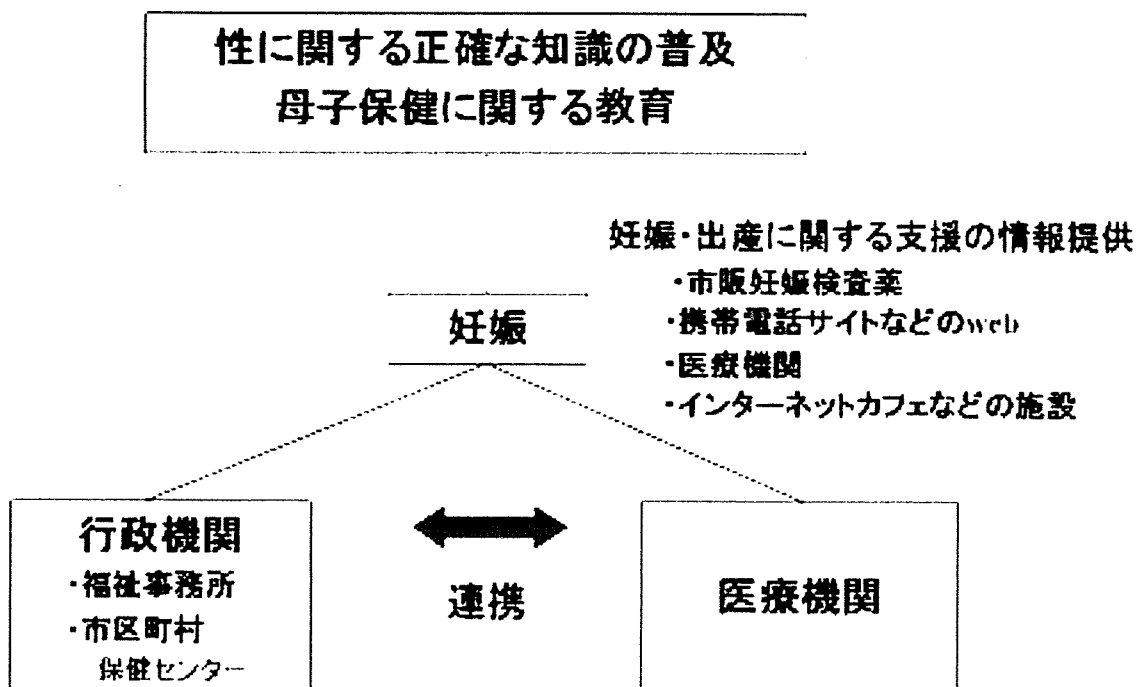
H. 知的財産権の出願・登録状況
予定なし

表1 当科で診療した施設入所妊婦および10代妊婦の概要

	施設入所妊婦 (n = 63)	10代妊婦 (n = 33)
母体平均年齢	26.5 ± 6.0 歳	18.2 ± 1.0 歳
初産婦	37 例	31 例
経産婦	26 例	2 例
未入籍症例	56 例	23 例
妊娠相手と音信不通である者	55 例	14 例
自らの家族と音信不通である者	41 例	10 例
主な合併症	精神神経疾患: 27 例 クラミジア感染症: 15 例 双胎: 2 例 既往帝王切開: 2 例	精神神経疾患: 9 例 クラミジア感染症: 5 例 貧血: 15 例 子宮内胎児発育遅延: 3 例
早産	3 例	2 例
帝王切開分娩	8 例	4 例
鉗子分娩	5 例	1 例
平均出生体重	2,941.1 ± 468.3 g	2,965.0 ± 425.6 g
2,500g 未満	8 例	5 例
4,000g 以上	1 例	1 例
小児科入院を要した児	28 例	11 例
乳児院に保護された児	10 例	5 例

(文献 4,5 より)

図1 妊娠・出産に関する支援の情報提供



原 著

当科における妊婦健康診査未受診妊婦の検討

(平成20年9月17日受付)

(平成20年11月14日受理)

国立国際医療センター戸山病院産婦人科¹⁾, 国立国際医療センター戸山病院小児科²⁾
 水主川 純¹⁾ 定月みゆき¹⁾ 箕浦 茂樹¹⁾ 松下 竹次²⁾

Key words

prenatal care
 perinatal outcome
 socioeconomic status
 social support

概要 近年、医療機関をほとんど受診することなく分娩に至る妊婦健康診査未受診妊婦（以下、未受診妊婦）が社会的問題になっている。2007年1月から2008年8月の間に当科で診察した未受診妊婦23例の現状と問題点を検討した。母体平均年齢26.7歳、初産婦11例、未入籍症例19例であり、11例が妊娠相手と音信不通であった。未受診の理由は経済的理由が17例（73.9%）と最多であった。主な合併症は精神神経疾患6例、既往帝王切開3例であり、15例が救急車で搬送され、3例が緊急帝王切開分娩した。出生児の周産期死亡はなく、11例が小児科入院を要し、10例が養育困難のため乳児院に保護された。医療費を自ら完納した者は5例のみであった。未受診妊婦は経済的困窮、様々な社会背景、合併症が複雑に関与し、ハイリスクである。医療機関と行政機関が連携した対応が重要であり、母子保健に関する更なる啓発活動が必要であると考えられた。

緒言

わが国ではほとんどの妊婦が母子健康手帳を取得し、定期的な妊婦健康診査（以下、妊婦健診）を受診し、分娩に至る。しかし、医療機関をほとんど受診することなく分娩に至る妊婦健康診査未受診妊婦（以下、未受診妊婦）が存在する。未受診妊婦の診察においては、妊娠週数や合併症が不明確なまま迅速な対応に迫られる場合も多く、周産期救急医療搬送体制に影響を及ぼす場合もあり、社会的問題になっている。そこで、今回我々は当科で診察した未受診妊婦について現状と問題点を検討したので報告する。

方法

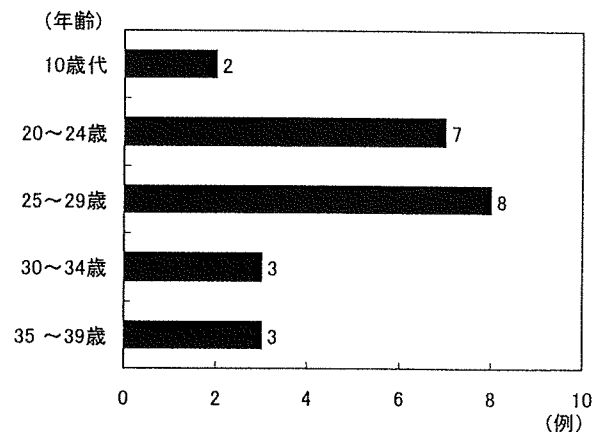
2007年1月から2008年8月の間に当科で取り扱った、いずれの医療機関においても妊婦健診をほとんど受診することなく分娩に至った未受診妊婦23例を対象とし、患者の背景、母児の周産期事象、医療費の支払い状況、問題点について後方視的に検討した。

結果

未受診妊婦は2007年1月から12月の間は9例、2008年1月から8月の間は14例であり、増加傾向にあった。

母体の年齢分布は17から39歳（図1）、平均年齢26.7±5.7歳であり、外国籍は1例であった。初産婦11例、経産婦12例であり、9例（39.1%）に人工妊娠中絶歴を認めた。婚姻状況については、未入籍症例は19例（82.6%）であり、9例（39.1%）は離婚歴を有した。既出産児を自ら養育している症例は3例のみであり、6

図1 未受診妊婦の年齢分布



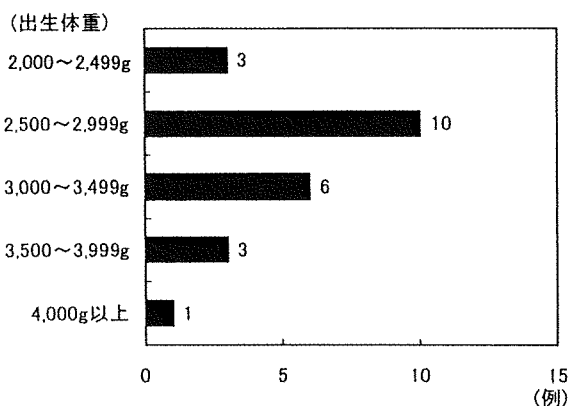
国立国際医療センター戸山病院産婦人科
 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Department of Obstetrics and Gynecology, International Medical
 Center of Japan
 1-21-1 Toyama, Shinjyuku-ku, Tokyo 162-8655, Japan

表1 未受診の理由

経済的理由	17例
離婚調停中	2例
路上生活中	2例
妊娠や出産に対する不安	1例
多忙	1例

図2 出生児の体重



例が既出産児を乳児院へ預けていた。また、11例(47.8%)は、今回の妊娠相手と音信不通の状態であった。その背景として、性風俗業従事中の妊娠、いわゆる出会い系サイトで知り合った不特定な男性とのその場限りの無防備な性交渉、妊娠判明直後から交際相手と連絡不能になる人間関係があげられた。

妊婦健診を未受診であった理由は、経済的理由が17例(73.9%)と最も多く、路上生活中に妊娠した例や、妊娠や出産に対する不安から受診しなかった例も認められた(表1)。

母体合併症を表2に示す。既往帝王切開症例が3例含まれていた。精神神経疾患を合併する症例は6例であったが、いずれの症例も病識が欠如し、通院や内服を自己中断しており、情報収集に苦慮した。クラミジア、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、淋菌の感染合併者は、搬送時に施行した検査結果が判明した後、母体の治療や精密検査を開始した。その背景には性風俗業従事経験や出会い系サイトによる性交渉があげられた。C型肝炎ウイルス感染例は覚醒剤使用歴を有した。

分娩場所は病院内21例、自宅1例、路上1例であった。自宅で分娩した症例は、一人で帝王切開術後経膈分娩(vaginal birth after cesarean delivery: VBAC)で児を娩出した後、胎盤が娩出されないためタクシーで来院した。路上で分娩した症例は、出生児と胎盤を足元に置き、立ちすくんでいる姿を目撃した通行人が救急車を要請し、搬送された。病院内で分娩した21例の

表2 母体合併症

既往帝王切開	3例
精神神経疾患	
統合失調症	2例
うつ病	2例
神経症	1例
精神発達遅滞	1例
感染症	
クラミジア	2例
B型肝炎ウイルス	1例
C型肝炎ウイルス	1例
淋菌	1例
呼吸器疾患	
気管支喘息	2例

(重複例を含む)

表3 出生児の小児科入院理由と内訳

呼吸障害	5例
感染症	4例
低出生体重児	3例
黄疸	3例
巨大児	1例

(重複例を含む)

うち、15例が救急車で搬送され、分娩様式は、正常分娩18例、緊急帝王切開分娩3例であった。帝王切開の適応は、既往帝王切開2例、初産骨盤位1例であった。

出生児の平均出生体重は $3,020.0 \pm 532.0\text{g}$ であった(図2)。周産期死亡例は認めなかったが、出生児のうち11例(47.8%)は、低出生体重児、呼吸障害、黄疸などの理由で小児科入院を要した(表3)。また、10例(43.4%)が養育困難のため乳児院保護となった。

医療費の支払い状況は、自ら全額完納した者は5例(21.7%)であり、6例(26.0%)は児童福祉法に定められた入院助産制度を利用し、本人の負担金はなく、公的援助により病院に支払いがなされた。全額未納である者は8例、一部金額が未納である者は4例であり、未収金額の合計は3,140,700円であった。

初産婦11例(平均年齢 23.5 ± 3.7 歳)の婚姻状況と出生児養育に関する状況を図3に示す。全例、未入籍の状態であり、離婚歴を認めなかった。妊娠相手と連絡可能である者は5例であり、そのうち4例は出生児を養育していたが、妊娠相手と音信不通である6例のうち3例の出生児は乳児院に保護された。経産婦12例(平均年齢 29.8 ± 5.7 歳)に関しては、既出産児を自ら養育している者は3例のみであったが、いずれも入籍状態にあり、今回の出生児も自ら養育している。しかし、これらの3例は、医療費を全額未払いであった(図4)。既出産児を乳児院へ預けるなどして自ら養育していない経産婦は9例であり、そのうち8例は、離婚