

地域（栃木県）における妊婦健診体制の現状、および妊婦健診に際して問題となり得る産科病態に関する検討

研究分担者：松原茂樹 自治医科大学産婦人科教授

研究協力者：大口昭英 自治医科大学産婦人科准教授

## 研究要旨

「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」（ガイドライン）において指示されている妊婦健診時に施行すべき項目について、栃木県内の全産婦人科医療機関を対象に、それら施行頻度を調査した。ガイドライン発刊「前」と発刊「後」の2回調査し、ガイドラインが産科医療に与えた変化を検討した。その結果、ガイドライン発刊「後」には「前」に比して、施行実施率が上昇した項目が5項目認められた。しかし、実施率がまだ不十分な項目も認められた。次に、母子健康手帳に追加記載されるべき項目について他分担者と共に検討し、その冊子作成に協力した。この冊子の有効性と「使い勝手」を検証するためにアンケート調査表を作成し、栃木県内の医療機関と関連部署とへアンケート表と冊子を配布した。また、妊婦健診において、高頻度の問題となる種々の病態に関して、いくつかの新知見を示した。

### A. 目的および背景

3部から成る研究を行った。日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会は共同で、2008年4月に「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」を発刊した。本ガイドラインでは、妊婦健診において、妊娠週数毎に施行すべき最低項目が提示されている。本ガイドラインの有効活用が母子健康診査を効率化すると期待される。昨年度、分担研究者は、栃木県における妊婦健診での、医療提供者側の種々の問題点を検討した。特に、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」が栃木県においてどの程度浸透していくかを経時的に検討するために、ガイドライン発刊「前」の

状況を調査した。本年度は昨年度の調査結果をさらに詳細に解析した。また、発刊「後」のガイドライン諸項目認知度の改善有無を検討した。次に、妊娠高血圧症候群における母体血管新生因子の動態を検討し、同症候群発症前にある種の血管新生因子が母体血清中で異常値を示す可能性を検討し、その臨床応用へ道を開いた。さらに、以下を検討した。切迫早産妊婦臍内細菌叢と早産との関連、前置癒着胎盤の新手術方法の開発、弛緩出血止血手術方法（新 B-Lynch 術式—松原・谷野法—）の開発、ある種の遺伝性疾患の産科管理法の提案、妊婦薬物アレルギーの機序解明、など。尚、第2項目の「妊

妊高血圧症候群における母体血管新生因子の動態」については別に項立てて述べる。

## B. 方法、研究成績および考察

検討項目が多岐にわたるため、方法、成績および考察を項目事に述べていく。

### B-1. ガイドライン諸項目の浸透度に関する検討 [1,2]

対象・方法・結果：昨年の本報告書に記載したガイドライン「前」の状況についてさらに解析を続行し、その成績を記述した[1]。詳細は添付論文に記載してある[1]。結論としては、骨盤位経膈分娩・VBAC実施時の文書による同意取得とヘパリン投与後の HIT 早期発見のための血小板チェックはまだ広く行われてはいなかった。そこで今回は 2008 年 10 月、ガイドライン発刊 6 ヶ月後に同様の調査を栃木県内の分娩取り扱い全施設を対象に行い、今年度に解析した[2]。回収率は今回も 100%であった。その結果、実施率が「前」に比して 20%以上向上した項目が 5 項目認められた。すなわち、(1) 妊婦と薬情報センターの存在の認識、(2) HCV-RNA 高値群での帝王切開による児感染予防可能性の認識、(3) HIT(heparin-induced thrombocytopenia)の認識、(4) ヘパリン投与時の血小板数チェック、(5) VBAC(vaginal birth after cesarean) 時の文書による同意取得の 5 項目。一方、骨盤

位経膈分娩での同意文書取得と GDM スクリーニングは実施率がまだ充分でなかった。このように、ガイドラインは栃木県内産科医療を確実に変化させたが、ガイドライン記述中での実施率にはまだばらつきがあることがわかった。

考察：栃木県においては、GDM スクリーニング普及と骨盤位分娩実施時の文書による同意取得が行われるように啓蒙活動が必要である。今年度中に第 3 回目のアンケートを実施する予定であり、来年度には 3 年間にわたる変化を検討する予定である。

### B-2 母子健康手帳への追加項目 (冊子) の検証

本報告書の他項目で述べられているように、本研究の全体成果を盛り込んだ「冊子」が作成された（該当別項参照）。栃木県においては、1) 妊婦の主体性の低下、特に産科的異常（疾患）に対して妊婦側知識の欠如、2) 「妊娠リスク」が把握できていない（自分がローリスクなのかハイリスクなのかがわからない）こと、3) 妊娠中の疑問などを整理し、健診時にそれら疑問を医療スタッフと解決していく方策が欠けていること、の 3 点が話題になってきていた。そこで、別項でも述べられているように、冊子は以下を目的として作成された。分担研究者も作成に協力した。冊子の目的は以下である。1) 妊婦が主体的に妊娠分娩に関与できるように、産科疾患に関する情報を与える、2)

妊婦が「妊娠リスク」を把握でき、医療施設選択の一助とする、3) 妊娠中に妊婦が抱く疑問・不安を医療スタッフが共有できること。

本冊子についての有効性・使い勝手に関して、現場からの意見を集め、それを冊子に反映させる必要があると判断した。そこで、冊子完成後、ただちに、冊子に対するアンケート調査を栃木県と岐阜県において企図した。今年度はアンケートを作成し、その解析方法を準備した。来年度、詳細な調査をする。尚、アンケートは別項に示してある。

B-3 から B-7 では、妊婦健診において遭遇し得る重要疾患の管理方法についての来年度の成果を簡略に示していく。

### B-3 切迫早産妊婦膈内細菌叢と早産との関連 [3]

方法：切迫早産妊婦 126 名が研究対象。入院直後の膈内分泌物を採取し、グラム染色した。グラム陽性桿菌（乳酸桿菌とみなす）不在 vs 少数 vs 多数の3群に分け、この3群間で「入院-分娩時間」に差異があるかどうかを検討した。

結果：早産危険因子である、頸管開大度、膈内 *Ureaplasma urealyticum* の存在、膈内 *E.Coli* 存在などの confounding factors を除外して解析したところ、膈内グラム陽性桿菌不在・減少は正常に比して、それぞれ 2.2 倍、3.1 倍だけ早産となりやすいことがわかった。

考察：切迫早産患者において、膈内グラム陽性桿菌の不在・減少が、実際に早産を引き起こす独立危険因子となっていることが初めて明示された。今後、母子健康診査における応用も期待出来る。詳細は文献3において英文発表してある。

### B-4 前置癒着胎盤の新手術方法の開発 [4]

前置胎盤は母体生命を奪い得る。ことにその最重症型である前置癒着胎盤は子宮摘出が必要だが、手術時に修復困難な膀胱損傷を引き起こし得る。そこで、この産科最重症疾患への新手術方法を考案した。本手術はいくつかの段階・手技組み合わせから成る。その核心は、胎盤浸潤膀胱部分を意図的に切開開放切除してしまう。本手法により、修復困難な膀胱損傷が回避出来る。詳細は文献4において英文発表した。

### B-5 弛緩出血止血手術方法（新 B-Lynch 術式—松原・谷野法—）開発 [5]

帝王切開時弛緩出血に対しては、これまで B-Lynch 縫合が知られてきた。その有効性が確認されているが、B-Lynch 法には3つの欠点がある。手技がやや煩雑なこと、横切開の創が必要なこと、術後子宮内膜癒着症の副作用が懸念されること。この3つの欠点を一気に克服出来る新手術方法を確立した。子宮体部を縦3針、横2針、合計5針圧迫止血縫合する方法である。文献5において詳細に英文記述した。

### B-6 ある種の遺伝性疾患の産科管理法の提案 [6,7,8]

遺伝性疾患に罹患した母体の産科管理は臨床上重要である。ことに母体健康診査においては、当該妊婦への情報提供を含めて、種々の留意点が存在する。今年度は3つの遺伝性疾患に関して、その管理方式を明示した。まず瀬川病合併妊娠における母体管理様式を打ち出した。妊娠中にも適切な薬物療法を継続すれば正常分娩も期待出来る [6]。次に、妊娠分娩時に母体死亡を高率に示す Ehlers-Danlos 症候群の最重症型妊婦に対する妊娠分娩管理法を新提案した [7]。Alport 症候群合併妊婦の妊娠経過はまだ充分に分かっていなかった。そこで、今回、本症候群での妊婦管理法を提案した。また、本症候群からの児の臍帯を免疫染色することで、遺伝子診断をしなくても、児の Alport 罹患有無を診断する手法を模索したが、これには失敗した。その失敗の経緯と意義についても論文記述した [8]。以上、瀬川病、Ehlers-Danlos 症候群および Alport 症候群合併妊娠の管理法方式を明示し、いずれも添付英文論文において詳細に解説した [6,7,8]。

### B-7 妊婦薬物アレルギーの機序解明 [9]

複合ビタミン剤は妊婦に対してしばしば処方される。特にビタミン B 製剤は妊娠悪阻においては常用薬剤となってきた。今回複合ビタミン剤の経静脈投与により

重篤な副反応を示した妊婦を詳細に解析した。その詳細は英文発表してある [9]。妊婦健診においても複合ビタミン製剤は多数投与されており、その投与後には注意深い観察が必要である。

### C. 結論（来年度の課題）

ガイドライン施行後の各種検査・診査の施行率を継続調査し、妊婦健診において力点をおくべき項目をいぶりだしていく。冊子についての実地医療者の意見をまとめ、冊子改編必要性を模索する。妊婦健診時に遭遇する可能性の高い疾患に関して、対処法を明示していく。また、本研究において提示される母子健康手帳とガイドラインとの整合性を計り、新母子手帳の有用性を検証していく。

### D. 知的財産権の出願・登録状況

予定無し

### E. 研究発表

1 **大口昭英、栗田知之、藤井聖英、泉章夫、松原茂樹、鈴木光明：「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」発刊前の栃木県における産科診療実態調査。栃木県母性衛生学会雑誌 2009；35：13-15**

2 馬場洋介、大口昭英、松原茂樹、鈴木光明：「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」発刊前後の産科診療実態追跡調査（栃木県）。第 45 回日本周産期新生児医学学会総会 名古屋 2009 年 7 月 14 日

- (日本周産期新生児医学会雑誌 45 (2) 562)
- 3 Usui R, Ohkuchi A, Matsubara S, Suzuki M; Statistical model predicting a short duration to birth in women with preterm labor at 22-35 weeks' gestation: the importance of large vaginal Gram-positive rods. *J Perinat Med* 2009;37:244-250
- 4 Matsubara S, Ohkuchi A, Yashi M, Izumi A, Ohwada M, Kuwata T, Usui R, Kuwata Y, Nakata M, Suzuki M: Opening the bladder for cesarean hysterectomy for placenta previa percreta with bladder invasion. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35:359-363.
- 5 Matsubara S, Yano H, Taneichi A, Suzuki M: Uterine compression suture against impending recurrence of uterine inversion immediately after laparotomy-repositioning. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35:819-823
- 6 Watanabe T, Matsubara S, Baba Y, Tanaka H, Suzuki T, Suzuki M: Successful management of pregnancy in a patient with Segawa disease: case report and literature review. *J Obstet Gynecol Res* 2009;35:562-564
- 7 Ohkuchi A, Matsubara S, Takahashi K, Inoue S, Saito T, Mitsuhashi T, Yamagata T, Takahashi N, Suzuki M. Ehlers-Danlos type IV in pregnancy with a history of myocardial infarction. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 ; 35 : 797-800.
- 8 Matsubara S, Ueda Y, Takahashi H, Nagai T, Kuwata T, Muto S, Yamaguchi T, Takizawa T, Suzuki M. Pregnancy complicated with Alport syndrome: A good obstetric outcome and failure to diagnose an infant born to a mother with Alport syndrome by umbilical cord immunofluorescence staining. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35 (6): Dec 2009
- 9 Kuwata Y, Tsuruoka S, Ohkuchi A, Matsubara S, Izumi A, Suzuki M: Serious adverse drug reaction in woman with hyperemesis gravidarum after first exposure to vitamin B complex including vitamin B1, B6 and B12. *J Obstet Gynaecol Res* 2009 ; 35 : 790-793
- その他の関連業績
- Kuwata T, Matsubara S, Kaneko Y, Izumi A, Nakata M, Suzuki M: Asymptomatic uterine artery pseudoaneurysm after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* (in press)
- Kuwata T, Matsubara S, Suzuki M: 3D color Doppler of monoamniotic twin cord

entanglement. *Arch Gynecol Obstet* (in press)

Luo SS, Ishibashi O, Ishikawa G, Ishikawa T, Katayama A, Mishima T, Takizawa T, Shigihara T, Goto T, Izumi A, Ohkuchi A, Matsubara S, Takeshita T, Takizawa T: Human villous trophoblasts express and secrete placenta-specific microRNAs into maternal circulation via exosomes. *Biol Reprod.* 2009;81:717-729.

Matsubara S, Ohki Y: Can ring pessary have a lasting effect to reverse uterine prolapse even after its removal? *J Obstet Gynaecol Res* (in press)

Matsubara S, Kuwata T. Education/information may be necessary to decreased fetal movement especially "at tem" (comment) *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9; on line, 24 August 2009 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/32/comments#363667>)

Matsubara S, Usui R, Ohkuchi A, Okuno S, Izumi A, Watanabe T, Seo N, Suzuki M. Prolonged activated partial thromboplastin time in thromboprophylaxis with unfractionated heparin in patients undergoing cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* (in press)

Matsubara S, Takahashi Y, Usui R, Nakata M, Kuwata K, Suzuki M. Uterine artery pseudoaneurysm manifesting postpartum hemorrhage after uneventful second-trimester pregnancy termination. *J Obstet Gynaecol Res* (in press)

Morimatsu Y, Matsubara S, Watanabe T, Hashimoto Y, Matsui T, Asada K, Suzuki M. Future recovery of the normal menstrual cycle in adolescent patients with secondary amenorrhea. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;545-550

Ohkuchi A, Hirashima C, Matsubara S, Suzuki H, Takahashi K, Usui R, Suzuki M: Serum sFlt1:PIGF Ratio, PIGF, and soluble endoglin levels in gestational proteinuria. *Hypertens Pregnancy.* 2009;28:95-108.

Suzuki H, Ohkuchi A, Matsubara S, Takei Y, Murakami M, Shibuya M, Suzuki M, Sato Y. Effect of recombinant placental growth factor 2 on hypertension induced by full-length mouse soluble fms-like tyrosine kinase 1 adenoviral vector in pregnant mice. *Hypertension.* 2009;54:1129-1135

Taguchi R, Matsubara S, Yoshimoto S, Imai K, Ohkuchi A, Kitakoji H. Acupuncture for premenstrual dysphoric disorder. *Arch Gynecol Obstet* on line 27 March 2009

Watanabe T, Matsubara S, Fujinaga Y, Asada K, Ohmaru T and Suzuki M. Manual separation followed by local cleanliness for pediatric labial adhesion. *J Obstet Gynaecol Res* (in press)

【母子手帳改訂に関するアンケート】

- |                                       |  |  |  |                               |
|---------------------------------------|--|--|--|-------------------------------|
| 1. 職種                                 | <input type="checkbox"/> 医師(分娩取り扱い)<br><input type="checkbox"/> 助産師(教育、行政) | <input type="checkbox"/> 医師(健診のみ)<br><input type="checkbox"/> 看護師    | <input type="checkbox"/> 助産師(分娩取り扱い)<br><input type="checkbox"/> 妊婦        |                               |
| 2. 勤務場所                               | <input type="checkbox"/> 病院(分娩取り扱い)<br><input type="checkbox"/> 診療所(健診のみ)  | <input type="checkbox"/> 病院(健診のみ)<br><input type="checkbox"/> 保健センター | <input type="checkbox"/> 診療所(分娩取り扱い)<br><input type="checkbox"/> 看護大学(短大等) |                               |
| 3. 産科の病気と発症しやすい要因<br>ご意見(自由記載)        | <input type="checkbox"/> たいへん分かりやすい  | <input type="checkbox"/> 分かりやすい                                      | <input type="checkbox"/> よく分からない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 4. 産科の病気になった人の分娩週数<br>ご意見(自由記載)       | <input type="checkbox"/> たいへん分かりやすい  | <input type="checkbox"/> 分かりやすい                                      | <input type="checkbox"/> よく分からない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 5. 主な産科の病気を解説します<br>ご意見(自由記載)         | <input type="checkbox"/> たいへん分かりやすい  | <input type="checkbox"/> 分かりやすい                                      | <input type="checkbox"/> よく分からない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 6. 妊婦健診を始めたときにチェックしましょう<br>ご意見(自由記載)  | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 7. 妊娠8ヶ月9ヶ月に再度チェックしましょう<br>ご意見(自由記載)  | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 8. 胎児発育曲線<br>ご意見(自由記載)                | <input type="checkbox"/> たいへん役に立つ  | <input type="checkbox"/> 役に立つ  | <input type="checkbox"/> あまり役に立たない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 9. 健診に行く前にチェックしましょう<br>ご意見(自由記載)      | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 10. 妊娠のはじめの頃にチェックしましょう<br>ご意見(自由記載)   | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 11. 妊娠の半ば頃にチェックしましょう<br>ご意見(自由記載)     | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 12. 妊娠の後半にチェックしましょう<br>ご意見(自由記載)      | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 13. 20週頃から妊婦健診の時に相談しましょう<br>ご意見(自由記載) | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 14. 30週頃から妊婦健診の時に相談しましょう<br>ご意見(自由記載) | <input type="checkbox"/> たいへん有用である   | <input type="checkbox"/> 有用である                                       | <input type="checkbox"/> あまり有用ではない   | <input type="checkbox"/> 必要ない |
| 15. 全体を通して<br>ご意見(自由記載)               | <input type="checkbox"/> たいへん意義がある   | <input type="checkbox"/> 意義がある                                       | <input type="checkbox"/> あまり異議はない  | <input type="checkbox"/> 必要ない |

ありがとうございました



## 「産婦人科診療ガイドライン産科編2008」

### 発刊前の栃木県における産科診療実態調査

自治医科大学産科婦人科学講座

○大口 昭英・桑田 知之・薄井 里英  
泉 章夫・松原 茂樹・鈴木 光明

#### 要約

【背景】2008年4月、「産婦人科診療ガイドライン産科編2008」が発刊され、今後、産科診療は、このガイドラインに沿って行われていくことが期待される。本研究では、ガイドライン発刊前の栃木県における産科診療の実態を明らかにする目的で、ガイドライン発刊直前に全産婦人科医療機関に対して郵送式アンケート調査を行った。【対象・方法】2007年11月に、栃木県内の産婦人科外来診療施行96施設にアンケートを郵送した。NICUの有無及びハイリスク妊娠分娩に対する対応能力に応じて一次（39箇所）、二次（7）、三次施設（2）に分類し、以下の項目に関しての実施率を調査した。(1)経膈分娩予定の全妊婦に対するB群溶血性レンサ球菌（GBS）培養検査、(2)骨盤位経膈分娩、(3)骨盤位経膈分娩実施時の文書による同意取得、(4)既往帝王切開妊婦の経膈分娩（VBAC）、(5)VBAC実施時の文書による同意取得、(6)IUGR診断における胎児体重基準値（日産婦周産期委員会の表）の使用、(7)未分画ヘパリン投与後5—7日に血小板数測定（ヘパリン副作用の早期検出）、(8)薬剤による陣痛促進時のインフォームドコンセント取得、(9)鉗子分娩。【結果】現在分娩を取り扱っている48施設すべてから回答を得た。栃木県において、GBSスクリーニングはすでに広く実施されていた。骨盤位経膈分娩を行う施設は、極めて少なくなっていた。また、骨盤位経膈分娩実施時の文書による同意取得率は低かった。一次・二次施設では、VBAC実施率は低かった。また、VBAC実施時の文書による同意取得率は低かった。IUGR診断における胎児体重基準値の使用はかなり普及していた。一次・二次施設において、未分画ヘパリン投与後5—7日での血小板数チェックは50%未満であった。鉗子分娩の実施は、一次施設で最も

低く、多くは吸引分娩のみで対応されていた。【結論】栃木県においては、骨盤位分娩・VBAC実施時の文書による同意取得、および、未分画ヘパリン投与後5—7日での血小板数チェックは広く行われてはいない。

#### はじめに

2008年4月、「産婦人科診療ガイドライン2008」が発刊され、今後、産科診療は、このガイドラインに沿って行われていくことが期待される<sup>1)</sup>。ガイドラインでは、現時点でコンセンサスが得られた適正な標準的産科診断・治療が示されており、80%以上の地域で実施可能であると判断された検査法・治療法がAnswerとして推奨されている<sup>1)</sup>。

本研究では、ガイドライン発刊前の栃木県における産科診療の実態を明らかにする目的で、ガイドライン発刊直前に全産婦人科医療機関に対して郵送式アンケート調査を行った。

#### 対象および方法

2007年11月に、栃木県内の産婦人科外来診療を施行している96施設にアンケート調査を郵送した。NICUの有無及びハイリスク妊娠分娩への対応能力に応じて一次（39箇所）、二次（7）、三次施設（2）に分類し、以下の項目の実施率を調査した。

- (1)経膈分娩予定の全妊婦に対するB群溶血性レンサ球菌（GBS）培養検査
- (2)骨盤位経膈分娩
- (3)骨盤位経膈分娩実施時の文書による同意取得
- (4)既往帝王切開妊婦の経膈分娩（VBAC）
- (5)VBAC実施時の文書による同意取得
- (6)IUGR診断における胎児体重基準値（日産婦周産期委員会の表）の使用

(7)未分画ヘパリン投与後5—7日に血小板数測定  
(ヘパリン副作用の早期検出)  
(8)薬剤による陣痛促進時のインフォームドコン

セント取得  
(9)鉗子分娩

## 結果

表1 施設機能別、アンケート調査結果

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
一次	35/39 (90%)	7/39 (18%)	1/6 (17%)	8/39 (21%)	2/8 (25%)	25/38 (66%)	13/34 (38%)	36/39 (92%)	11/39 (28%)
二次	7/7 (100%)	1/7 (14%)	1/1 (100%)	2/7 (29%)	1/2 (50%)	5/6 (83%)	3/7 (43%)	7/7 (100%)	3/7 (43%)
三次	2/2 (100%)	1/2 (50%)	0/1 (0%)	2/2 (100%)	1/2 (50%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)
全体	44/48 (92%)	9/48 (19%)	2/8 (25%)	12/48 (25%)	4/12 (33%)	32/46 (70%)	18/43 (42%)	45/48 (94%)	16/48 (33%)

表1に、施設機能別のアンケート調査結果を示した。GBSスクリーニングはすでに広く実施されていた。骨盤位経膈分娩を行う施設は、極めて少なくなっていた。また、骨盤位経膈分娩実施時の文書による同意取得率は低かった。一次・二次施設では、VBAC実施率は低かった。また、VBAC実施時の文書による同意取得率は低かった。IUGR診断における胎児体重基準値の使用はかなり普及していた。一次・二次施設において、未分画ヘパリン投与後5—7日での血小板数チェックは50%未満であった。鉗子分娩の実施は、一次施設で最も低く、多くは吸引分娩のみで対応されていた。

## 考察

産婦人科診療ガイドライン産科編2008の「GBS保菌診断と取り扱いは？」において、「妊娠33～37週に膈周辺の培養検査を行う。(推奨レベルB)」とされているが、48施設中4施設を除く92%の施設においてGBS保菌診断が行われており、栃木県ではGBSスクリーニングはすでに広く実施されていることが明らかになった。現在、GBS陽性妊婦に対しては、妊娠中の除菌は行わず、陣痛発来後にアンピシリンを初回量2g静注し、以後分娩まで、4時間毎に1gを静注する方法がスタンダードとなっている<sup>1)</sup>。しかし、従来保険請求上の問題

から、投与量、投与間隔は各施設の判断に任されてきた。本年、ガイドラインの勧告を受け、社会保険協議会はこのスタンダードな使用法を保険上認めることになった。したがって、今後、これまでよりもアンピシリン投与総量は多くなるものと予想される。

骨盤位経膈分娩を行っている施設は、48施設中9施設、19%に過ぎなかった。産婦人科診療ガイドライン産科編2008の立場は、骨盤位に対して帝王切開術を推奨する立場をとっていないが、経膈分娩に当たっては文書による説明と同意が必須であるとの勧告を示した<sup>1)</sup>。栃木県において、骨盤位経膈分娩を行っている9施設において、実際に文書による同意取得が行われていたのはわずか2施設、22%であった。ガイドラインでは、「厳密な適応と条件を守り、十分な技術を有する医療スタッフが常駐し、かつ文書による同意を得ているという条件がそろえば、骨盤位経膈分娩を選択することが可能と考えられる」、と解説している<sup>1)</sup>。文書による同意の取得は推奨レベルAであり、文書による同意取得が行われていなかった7施設においては、速やかに改善がなされることを期待したい。

VBACを行っている施設は、48施設中12施設、25%に過ぎなかった。これは、頻度は少ないもの

の、VBAC中やVBAC後に発見される子宮破裂に対して、迅速に対応できる施設が限られているためと推定される。産婦人科診療ガイドライン産科編2008の立場は、VBACに対して帝王切開術を推奨する立場をとっていないが、経膈分娩に当たってはリスク内容を記載した文書による説明と同意が必須であると勧告している<sup>1)</sup>。栃木県内のVBACを採用12施設において、実際に文書による同意取得が行われていたのはわずか4施設、33%であった。文書による同意の取得は推奨レベルAであり、文書による同意取得が行われていなかった8施設においては、速やかな改善を期待したい。

IUGR診断における胎児体重基準値の使用については、46施設中32施設、70%ですでに導入されていた。日本産科婦人科学会周産期委員会提案が行われたのが2005年であることを考慮すると、本超音波胎児計測法の短期間での広範な普及には目を見張るものがある。特に妊娠37週未満の早産については、小川らの胎児発育曲線を用いて胎児推定体重を評価するとIUGR症例を過小評価する結果 (IUGRであるのにIUGRと評価されない) につながるため、本方法がさらに普及していくことを期待したい。

未分画ヘパリン投与後5—7日に血小板数測定 (ヘパリン副作用の早期検出) を行っているかどうかについては、43施設中18施設、42%が測定していた。このように、半数以上の医師がヘパリン使用後5—7日目に血算をチェックしていなかったのは、大多数の医師が、ヘパリン誘発性血小板減少症 (HIT) そのものの存在を知らなかったか、あるいは、その概念を知っていても、実際にどの程度の時期に発症するかを知らなかったためと思われる。2008年4月にガイドラインが出版された後、このヘパリン誘発性血小板減少症については、ガイドライン説明会でもかなり強調されていたことから、今後はヘパリン使用後5—7日目の血小板数測定が浸透すると予想される。

薬剤による陣痛促進時のインフォームドコンセント取得については、48施設中45施設、94%の施設で達成されていた。ガイドラインでは、「薬剤による陣痛促進はインフォームドコンセント後に行う。推奨レベルA」とされた<sup>1)</sup>。今後、誘発・促進分娩において、ガイドラインで推奨レベルAまたはBとされたことが励行されないと、陣痛誘

発・促進後の胎児・新生児予後不良に関連した訴訟が発生した場合に医療提供側にとって不利になると予想される。現在インフォームドコンセントを行っていない3施設において、速やかに改善が行われることを期待したい。

鉗子分娩については、48施設中16施設、33%で実施されていた。ガイドラインでは、「吸引・鉗子は原則としてその手技に習熟した医師本人、あるいは習熟した医師の指導下で医師が行う。推奨レベルB」とされた<sup>1)</sup>。吸引分娩を選択するか、鉗子分娩を選択するかについては、指導者の考え方に負う部分が極めて大きい。ガイドラインの解説では、「吸引vs.鉗子の優劣については結論が出ていないので、当該医師が手慣れた方法を用いれば良い。」と述べている<sup>1)</sup>。また、ガイドライン解説中に記載されている、吸引・鉗子遂術を施行するための最低6条件中、「帝王切開へ移行できる準備がある」は特に重要である<sup>1)</sup>。急激に発生する胎児心拍数低下に対して迅速・適切な対応ができるように、速やかな人員確保を含めた緊急時対応体制を平時から整備しておく必要がある。

## 結論

栃木県においては、骨盤位経膈分娩・VBAC実施時の文書による同意取得、および未分画ヘパリン投与後5—7日での血小板数チェックはまだ広くは行われていなかった。アンケート調査は、1年に1回をめぐり今後も継続的に行う予定である。その結果、ガイドラインで示されたAnswerについての経時的達成率が明示され得る。さらにガイドラインの問題点、今後改善されるべき点なども明らかになると期待される。

## 文献

1. 産婦人科診療ガイドライン産科編2008. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編. 日本産科婦人科学会 東京 2008.

「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」発刊前後の産科診療実態追跡調査（栃木県）

馬場洋介[1]、大口昭英[2]、松原茂樹[2]、鈴木光明[2]  
芳賀赤十字病院産婦人科[1]、自治医大産婦人科[2]

目的：ガイドライン発刊前後で、栃木県における産科診療実態の変化を明らかにすること。

方法：ガイドライン発刊前の2007年12月に、私たちは栃木県内の産婦人科全施設（96施設）を対象に、ガイドライン内記載事項30項目に関する調査（「前」）を実施した。その回収率は100%であった。63施設において妊娠中期まで妊婦健診が行われていた。今回、この妊婦健診実施63施設に対して同30項目に関して再調査（「後」）を行った。

結果：「後」調査回収率は100%で、5施設において妊婦健診が行われなくなっており、この5施設を除いた58施設から得られたデータを解析した。A)到達率：100%到達した項目（実施率あるいは知っている率が100%）が3項目、90%以上が6項目、80%以上が2項目、70%以上が5項目、60%以上が5項目。一方、50%に満たない項目は4項目あり、（1）GDMハイリスク群に対する最初からの診断検査実施、（2）GDMに対する初期・中期2回スクリーニング、（3）妊娠中期での50gGCT実施、（4）骨盤位分娩での文書による同意取得、であった。B)改善率：「前」に比して「後」において、20%以上改善が5項目あり、（1）妊娠と薬情報センターの存在、（2）HCVRNA高値群での帝王切による感染予防効果、（3）HIT認識率、および、（4）VBAC時の文書による同意取得、（5）ヘパリン投与後1週間前後での採血による血小板数の確認、であった。また10%以上改善も6項目あった。

結論：ガイドライン発刊後に栃木県の産科医療は変化してきた。すなわち、ガイドライン記述事項が実地医家に知られるようになり、その実施率は上昇してきた。しかし、その程度には項目毎のばらつきも認められた。骨盤位分娩での文書による同意取得（推奨レベルA）とGDMスクリーニング法については、実施率は充分でない。

主な調査項目は以下：

HIT（heparin-induced thrombocytopenia）、耐糖能検査、「妊娠と薬情報センター」、人工妊娠中絶、抗D免疫グロブリン、子宮内胎児発育遅延、骨盤位経膈分娩、VBAC、陣痛促進、吸引・鉗子分娩、誘発の週数、B群溶血性レンサ球菌、風疹、C型肝炎ウイルス、妊娠中のシートベルト

第45回日本周産期・新生児医学会 名古屋 2009年7月14日  
（日本周産期・新生児学会雑誌 2009；45：562）

厚生労働科学研究費（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書

研究分担者：川鯨市郎

国立病院機構長良医療センター産科 医長

## 研究要旨

地方における妊婦健診の実態を把握し、有効かつ効率の良い妊婦健診のありかたを構築することを目的に岐阜県における妊婦健診の現状や今後考えるべき問題点について検討した。岐阜県は分娩数が年間18000件程度である。地形的な特徴として山間部が占める割合が多く、岐阜市や大垣市などの都市部と飛騨地区や東濃地区の間には妊婦健診受診の際の妊婦の負担には大きな差があることが明らかである。効率の良い妊婦健診受診のためにはこのような医療過疎といわれる地域でこそ、医師以外の医療者による妊婦に対するサポート体制の構築が必要となると考えられた。母子手帳の交付はおおむね問題なく行われているようであるが、交付の際に数多くの副読本や資料が同時に手渡されており、ほとんどの妊婦がこれらに目を通すことなく出産となっていた。また健診の補助券の交付枚数には差がなくなったものの、自治体によって補助の内容や金額が依然として異なっていた。また後述するアンケートの解析作業を進める中で、医師や助産師の意識と母子手帳交付に対応する保健師との間での意識の違いが明らかになりつつある。こういった実態をふまえて、妊婦健診や母子手帳のあるべき姿を検討していきたい。

### A. 目的及び背景

産科医師不足、分娩施設の減少などにより、妊婦健診を受けることができる施設もまた減少してきている。岐阜市などの都市部では1次施設が充実しており、出産難民が発生する状況にはないが、山間部では受診するために車で1時間以上かかる地域も出てきている。この現状をふまえて、地方での実情を認識し、妊婦だけではなく医療者にとっても有効かつ効率のよい妊婦健診のあるべき姿を検討することを目的とする。

### B. 対象・方法

岐阜県の医療施設や妊婦の意見を収集して、実態を把握する。医療行政と協力して県内の妊婦健診の実態と改善策について検討を行う。妊婦健診に対する公的補助の実態、つまり妊婦健診補助券の交付状況や使用状況についての現状を把握し、妊婦が受診しやすい状況が保たれているのかを検証する。

母子手帳は諸外国も高く評価する妊婦の情報標準化に大きく貢献する制度である。この母子手帳は基本的には各自治体にすべて委ねられている。母子手帳は医療者にとって有用なものであることは疑う余地もないが、果たして妊婦自身にとっても有用性の高いものであるのか、今までに検証されたことはない。妊婦が望む母子手帳、すなわち妊娠出産にあたって役に立つ母子手帳とは果たしてどのようなものなのか、また現状を改善する必要があるならばどのような方策が必要なのか検証する。

(倫理面への配慮)

個人情報の取り扱いに十分注意を払い、またプ

ライバシーの保護に注意する。

### C. 研究結果

#### 1) 岐阜県の妊婦健診の実態

岐阜県の妊婦健診内容や回数は基本的には各診療施設の裁量に任されているが、基本的な差は認められていないようであった。近年問題となってきたいわゆる未受診妊婦は確実に存在しているが、大都市に比べていわゆる核家族化があまり進んでいないこともあって、妊婦は家族の援助を受けやすいことなどの影響があるのか一部に未受診などの問題は認められるものの、大部分の妊婦はおおむね健診には積極的であり、十分な管理が行われていると考えられた。

#### 2) 妊婦健診受診券交付状況

妊婦健診の補助として各自治体が受診券を発行している。大きくばらついていた発行状況は国の政策も後押しして、枚数は一律となったものの、補助金の金額には依然としてバラツキが見られた。岐阜県は過疎地域を有しており、過疎対策として地域の出産に対して以前から補助が手厚い自治体があるということも影響していたと考えられるが、結果としてはいわゆる地域格差を生じていることがわかった。来年度の補助券の内容については今年度の反省を含めて地域による補助金額の差は是正されるようであるが、妊娠証明書を持参することが義務づけられている自治体もあれば、自己申告のみとするところもあり、交付にあたっての自治体の対応はまだ整理されていない状況があった。分娩施設の現象を受けて、他県での補助券の使用

を認める自治体が増加して来ているが、補助券の書式はまったく統一されておらず、担当医の印鑑を求めるものもあれば院長印を求めるものまで様々なため、診療現場では混乱を生じている。また何らかの異常所見を認めた場合には受診券にその内容を記載することが自治体から求められているが、これは個人情報であるにもかかわらず、その取り扱いについて妊婦には十分な説明が行われているとはいえない状態にあり、自治体と医療側での検討が必要と考えられた。

### 3) 母子手帳交付状況

また母子手帳交付の際には数多くの資料や副読本が同時に渡されていることがわかった。数多くの資料が同時に渡されるため、ほとんどの妊婦がこれらに目を通すことがないということであった。母子手帳の交付は順調に行われているが、同時に渡される数多くの資料について整理するかどうかについては、各自治体ともに具体的な対応が困難な状態であった。資料は各方面から必要性を指摘されたものであり、取捨選択は困難を極めている。

母子手帳の記載内容は県外を含めて大きな違いは認められないが、今年度の研究活動の中で自治体独自の工夫を凝らした母子手帳に遭遇することができたが、残念ながらこのようなケースが多いとはいえない状況にある。また妊婦自身が記載する場所が極めて制限されており、しかもそのページに医療機関が検査結果を記入している場合が数多く認められていた。

### 4) 望ましい母子手帳についてのアンケート調査

研究班では望ましい母子手帳のあり方について検討し、記載されるべき項目を選び出した。これを小冊子にまとめて医療関係者にアンケート調査を行った。産婦人科医療機関は岐阜県産婦人科医会に協力を求めて、県内すべての施設にアンケートを送付できた。また岐阜県庁保健医療課の全面的な協力を得て、県内すべての保健センターにも発送することができた。結果は現在解析中である。

### 4) 行政との協調

上述したように岐阜県庁保健医療課の協力の下に、母子手帳の交付にあたっている保健センターの保健師にアンケートを送付することができた。

## D. 考察

妊婦健診の重要性や必要性は地域では十分認識されていたと考えられる。健診補助券の発行枚数は統一されたものの、地域によって補助金学が大

きく異なっていた。やはり人口に対する妊婦の割合や自治体の予算面での問題から対応が異なっていることが明らかとなった。この現状をみると、全国で一律に14回の補助が実現できるのか不安があると感じざるを得ない。また補助券には異常なし、要観察、要精密、さらには治療中の病名を記載するように求めた形式になっている。病名についてはやはり個人情報であり、交付を受けた妊婦がこのような形で病名が行政に公開されることに対する説明と同意が十分行われているのか疑問である。同意書が必要とまでは言えないかもしれないが、医療機関と自治体の間で検討する必要性があるのではないかと考えられた。

母子手帳交付に際して数多くの読まれることのない副読本が配布されているが、決して不要なものということではできないものの、欠かすことのできないものであるかどうかは微妙ではないかと思われる。しかも複数の自治体で副読本の数が増加していた。自治体は出来上がった副読本をなにがしかの組織や個人から推奨されて妊婦に渡しているのが実情のようであり、取捨選択の余地は存在していないようである。しかしほとんどの妊婦が目を通していないという事実を考えると、もう少し整理することが必要と考えられる。

母子手帳は妊婦の情報が詰まったものであり、旅行中の異変などかかりつけではない医療機関を受診しなければならぬ場合には有用なものである。また近年分娩は扱わないものの、健診だけは行っているという診療所も増加してきている。このような施設で健診を受けている妊婦が夜間や休日に急変のために高次施設を受診する際も、母子手帳の情報がたよりとなる。こういった1次施設は休日夜間には電話が通じないことが珍しくないからである。したがって、すべての妊婦の情報がより正しく明確に理解できるような工夫が望まれると考えられた。

一方で母子手帳は医療者にとっての情報源であると同時に、妊婦自身の大切な記録でもある。したがって妊婦自身がさまざまな思いや不安などを書き込むスペースをしっかりと確保することも重要と考える。

岐阜県保健医療課との協力体制を構築する中で、地域の保健師をも対象とした望ましい母子手帳のあり方の小冊子を配布した上でのアンケート調査を行うことができた。まだ十分な解析ができてはいないが、医師、助産師の回答内容と、保健師の回答内容に大きな隔たりがあるような印象を受けた。医師、助産師が研究班の小冊子に対して肯定的な意見が多かったのに対し、保健師からは否定的な内容が多かったという印象を受けている。特

に妊婦自身によるリスク評価については、妊婦の不安をあおるとする意見が保健師から数多く寄せられていた。分娩施設が減少すると妊婦の集中がおこってしまい、医療機関での保健指導が不十分となる可能性が考えられる。このような状況を考えると、特に岐阜県のような地方では産科医以外の医療者である助産師、看護師、そして保健師の果たす役割に期待しなければならない。保健師は母子手帳発行の窓口であり、妊娠経過中の保健指導にも本来多いに関わってほしい存在である。同じ妊婦に関わる医療者でありながら、妊娠出産に対する意識に大きな違いを生じるということは、妊婦にとっては困惑する状況を生じかねない。

妊娠出産にあたっては、医師、助産師の存在が目まぐるしく注目されているが、看護師、保健師の関わりについても検討を行う必要があると考えられる。次年度は栃木県でのアンケート結果も参考にして、さらに解析を進めた上で、特に保健師へのアプローチについて検討してみたい。

#### E. 結論（来年度の課題）

地域の妊婦健診の様子、母子手帳の実態について検証した。健診はおおむね問題なく行われているが、妊婦の漠然とした不安やちょっとした異変などに対応するいわゆる保健指導的な部分が必ずしも十分とは言えず、妊婦は自身のマイナートラブルの対応に戸惑っている。

岐阜県内での母子手帳の交付は円滑に行われているものの、妊婦のために必要な情報を分かりやすく与えているとはいえない状況がある。今回は個別の情報収集にとどまっており、ある程度の傾向を押さえることはできたとはいえ、残念ながら必ずしも根拠のある成果を上げることができたとはいえない。分担研究者である自治医科大学松原教授も地域における妊婦健診のあり方について研究を進めており、両県におけるアンケート結果の解析をすすめて望ましい妊婦健診のありかたや母子手帳のさらなる充実について検討を進めていきたい。

#### G. 研究発表

ママと赤ちゃん、そしてパパのための超音波講座  
日本の産科医、今日も頑張る  
平成21年4月 名古屋市

マタニティーベビーフェスタ  
守りましょう 赤ちゃんの安全  
平成21年5月 東京

第45回日本周産期・新生児学会

若手産科医が生き生きと働く産科  
平成21年7月 名古屋

瑞穂市両親学級  
子どもの命を守ろう  
平成21年7月

岐阜市医師会講演会  
日本の周産期医療と長良医療センター  
平成21年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況  
予定なし

厚生労働科学研究費（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書

## 助産師からみた妊婦健康診査体制の現状と問題点

研究分担者：齋藤 益子	東邦大学医学部看護学科 家族・生殖看護学	教授
研究協力者：遠藤 俊子	京都橘大学看護学部看護学科 母性看護学	教授
米山万里枝	東京医療保健大学医療保健学部看護学科	准教授
山口 圭子	東邦大学医学部看護学科 家族・生殖看護学	講師
石川 紀子	恩賜財団母子愛育会愛育病院	師長
調査協力者：久保 絹子	東邦大学医療センター大森病院	師長
内木 美恵	葛飾赤十字産院	副看護部長
柏木 珠未	東邦大学医学部看護学科	助教
有賀いづみ	東邦大学医療センター佐倉病院	師長
橋田 久子	大森赤十字病院産婦人科	師長
小松 佐紀	恩賜財団母子愛育会愛育病院 産科外来	師長

### 研究要旨

我々は、昨年度から妊婦の主体性を引き出すためのツールとしての母子健康手帳のあり方について検討してきた。昨年は、妊婦の主体性を引き出すために改変した母子健康手帳について、産後の母親と助産師を対象に調査を行った。その結果、改変した「妊婦編の対話欄」に対しては助産師も母親も同意する者が多かった。

そこで今年度は、母子健康手帳のなかでも前半の妊婦健診時に使用する頁に注目して検討を行い、母子健康手帳の補足版対話編全6頁を作成した。これは「健診前のチェック」「妊娠の初めの頃、半ば頃、後半の頃のチェック」「出産にむけた体づくり」「バースプランと母乳育児の準備」の6頁である。妊婦健診時に、これらの妊婦のチェック内容を確認し、その状況に合わせて個別に保健指導を実施することで、妊婦と医師・助産師との対話が多くなり、妊婦のセルフケア能力が向上するのではないかと考えた。この補足版に対して専門家の意見を求めるために、第50回日本母性衛生学会においてシンポジウムを開催し、意見交換する機会をもち、妊婦健診のあり方や医師と助産師の協働について多くの示唆が得られた。

今後の課題として、実際の妊婦に補足版の使用を試み、妊婦のセルフケア能力がどの様に

### A. 研究の目的と背景

#### 1) 今日の妊婦健診の問題

今回の研究を進めるにあたり、助産師の立場から妊婦健診の問題点を考えると以下の7項目を指摘することができる<sup>1)</sup>。

##### ① 健診時間が短く聞きたいことが聞けない

平成15年に鈴井らが行った病院164施設、診療所300施設、助産所105施設における健診の実態調査<sup>2)</sup>によると、健診時間は、10分以内が病院60%、診療所47%で、保健指導は10分以内が病院68%、診療所66%で、助産師も10分以内が病院33.1%、診療所16.8%であり病院や診療所では医師・助産師のいず

れも妊婦と関わる時間は短く10分程度であることが分かる(図1)。この様に短い時間では妊婦の生活を考慮したきめ細かな指導は困難な現状が伺える。一方、助産所は30分以上が57%であり、助産師が妊婦と対応をしていることがわかる。



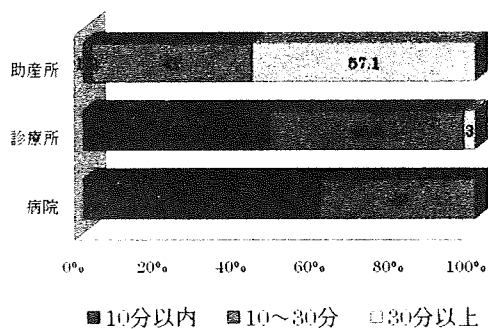


図1. 妊婦健診に要する時間

鈴木江三子、平岡敦子、蔵本美代子他：日本における妊婦健診の実態調査、母性衛生、46(1)、2005

病院や診療所では計測や超音波検査、内診など妊婦の移動が多く、医師に聞きたいことがあっても、言い出せないままに帰っている現状も報告されている。医療者と妊婦のコミュニケーションを図る体制の構築が必要である。

## ② 待ち時間が長くて疲れる

病院・診療所では妊健時間は短い半面、待ち時間が長く、河合らの調査<sup>3)</sup>で待ち時間は平均49.9分で、長い所では2時間も待つ施設があるという。待ち時間は60分以上になると負担感が強くなり、60分以上待った人では「妊健に行く」と疲れる」という気持ちを75%が感じていた。そこで予約制により待ち時間を短くする工夫や、待ち時間を利用した個別相談やアロマセラピー、音楽セラピーなどのサービスを導入することを提案したい。

## ③ 妊婦の主体性を育む場になっていない

医師は妊娠経過に伴って発症が予測される異常を未然に防ぐことや、早期発見により問題を軽減し除去することを目指すため検診を重視する。このことは女性に医療の受け手である「患者」としての意識を持たせることになる。そして「自分で産む」という自己責任意識を低下させ、「病院で産ませてもらう」という依存意識をうみ出している。病院での出産は安全であるとの認識があり「無事に生まれて当たり前」と、医療者に「お任せ」で出産を迎える妊婦が多い。その結果、異常への移行は施設や医療者の責任として追及することになる。妊婦の中には自分の妊娠週数を把握していない者や、パンフレットを読むように勧めても見えていない妊婦も多く、自ら学びマタニティライフを管理する

妊婦の主体性が育まれていない。安全で満足できる出産のためには、医療者による管理のみでなく、妊婦自らが妊娠経過を理解し、その変化に応じて生活出来る様に主体的に行動できる能力を育成することが大切である。

## ④ 正常に経過することの予見の困難性

妊娠・出産は生理的な身体の営みであるが、短時間で異常に転じ、時には妊婦や胎児の死亡に直結することもある。そのため妊娠が正常に経過す

診察項目 回答者	助産外来で 話せた	診察後保 健指導で 話せた	助産師は いたが話 せなかつ た	助産師はい なかったよ うだ、いるか どうかわか らない
2005年前 の出産者 (250人)	9.2%	36.4%	40.4%	14.0%
2006年出 産者 (239人)	14.6%	36.8%	35.6%	13.0%
2007年出 産者 (394人)	15.0%	32.7%	42.1%	10.2%
妊娠中の 人(185人)	20.5%	22.2%	38.9%	18.4%

るであろうローリスク妊婦に対しても、何時でも異常に対応できる体制を整えることが求められる。妊婦と共にリスクスコアをチェックし、どの様な状態でも対応でき、すべての出来事をポジティブに受け止めることができる柔軟な心を持たせることが大切である。しかし、リスクの予見は時に妊婦の不安を増強し、妊娠を躊躇することにもなり兼ねないので、医療者は丁寧に説明し納得させておく必要がある。

## ⑤ 助産師の妊婦への係りの希薄化

助産師は「助産及び妊産じょく婦の保健指導をなすことを業とする」と、法に規定された専門職である。しかし、我が国の出産が施設分娩に移行してから、外来で妊健を助産師が行うことは少なく、妊健時の保健指導は弱体化している。河合らの調査<sup>3)</sup>によると、病院・診療所で助産師と対話した者は、助産外来・院内助産で話せた15%、診察後の保健指導で話せた32.7%と約半数である(表1)。助産外来の印象は、質問し易い93.6%、信頼できる

93.6%, 励まされる 96.8%で、助産師が妊健に関ることの有用性は明らかであり、妊娠中に少なくとも数回は助産師による個別的な保健指導の体制を作ることを提言したい。

表1. 助産師と話せる場はあったか  
(河合欄聞いてください! 1,100人の妊婦母親の声)

そのためには助産外来の普及が期待されるが、全国の助産外来は未だ少なく、助産実践力を強化して一層普及させることが必要である(図2)。

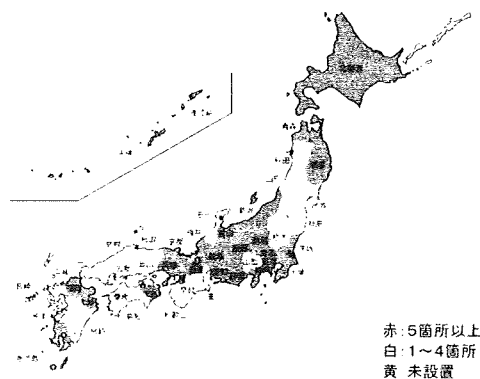


図2 都道府県別助産師外来設置数(平成21年)  
遠藤俊子(周産期新生児学会 院内助産システム・助産師と産科医の連携 周産期医療研修会 医師Bコース)より<sup>4)</sup>

診療所などの助産師が不足している施設では、地域の助産師と連携して妊健を担当させ、保健指導を充実させることも一法である。妊娠中からの保健指導を充実することで、育児不安からくる産後うつ傾向や子ども虐待の予防など妊娠期からの精神・心理的サポートを強化していくことができると考える。

助産外来は全国的に普及しつつあるが、担当助産師には一定の能力が必要で<sup>5)</sup>、筆者らは平成20年より助産実践能力強化研修モデル事業<sup>6)</sup>を実施して育成のあり方を検討している。現在の医療システムでは、助産師が妊婦に継続して関わることは困難である。まして、個別的に係る時間は少なく、妊婦の生活や心理的な経過などを把握するのは困難で、断片的な関りになっている。

今後、精神・心理的側面や社会・経済的支援の必要な妊婦には助産師の継続的な係りができる体

制作りも必要であろう。

## ⑥ 溢れる情報に戸惑う妊婦

インターネットや商業誌による情報は、妊婦の情報源であるが、情報過多で漠然とした不安を持つ者もいる。例えば、情報の中から自分の生活や考えに近いものだけを選択したり、不安で眠れなくなったりなど、情報に振り回されている感もあり、マタニティライフの自己管理能力が乏しい傾向がある。情報の取捨選択を支援するために、個々の妊婦の成長やニーズを把握しながら保健指導することが有用である

## ⑦ 医療介入を必要とする妊婦の増加とその影響

ハイリスク妊婦の増加は助産師の正常経過の妊婦への係りや健康な妊娠経過を送るための保健指導の機会を減少させている。妊娠が順調であることが確認できれば、妊健は数分で終了となり、マタニティライフを楽しく、妊娠の喜びを高め、体力をつけるなど、いわばウェルネスを志向した指導は省略される。事実、「妊健は毎回数分で終わるものでした。その割には高額のコストがかかり、1回くらい受けなくても・・・と思うこともありました<sup>3)</sup>と語るローリスク妊婦の生の声も報告されている。本来の妊健の目的は正常の経過を支援する事であり、ハイリスクへの関りが濃厚になる中でのローリスク妊婦への係りを工夫する必要がある。

### 2) 母子健康手帳の意義

母子健康手帳は妊娠期の必需品であり、それを見ることで、妊娠期から育児期(就学時)までの経過を把握することができる。また、母子健康手帳を持つことで、女性の妊娠したことの自覚を高め、母性意識が育成される効果も期待できる。しかし、妊娠中の経過記録は医療者の記載するものが多く、育児期に比較して妊婦自身が記載する欄は少ない。このことは妊娠期の生活を妊婦自身が管理するという意識を損なわせ、医療者に委ねていけば安心という依存心に繋がるのではないかと

思われる。

妊娠したら、妊婦自身が生活をコントロールして出産・育児に向けた心身の準備を進めていくことが期待

される。そのためには妊婦が常時持参している母子健康手帳を活用して主体性を養っていくことが出来る妊婦健診のあり方を考えることが必要である。

### 3) 研究の目的

昨年度は、母子健康手帳の改良案を作成した。妊婦が主体的に自己管理できる様に、妊娠編は健診毎に見開き1頁、産褥・育児編は1か月の経過記録用紙とし、それに対する助産師と出産後の母親の意識調査を行った。その結果、妊娠期の個別対応欄に対しては助産師・母親の双方とも高く評価していたが、産褥・育児編に対しては両者の意見は異なっていた(資料1)。

そこで今年度は、両者の意見が一致しており、妊婦健診時の記録である妊娠期の記録に焦点を絞って検討することにした。妊産婦が自分の心身の状態を認識して妊婦健診を受け、セルフケア能力を高めるために有用な母子健康手帳補足版を作成し、その効果を判定するために、妊娠初期から母子健康手帳補足版を使用することで妊婦のセルフケア能力がどのように変化するかをみるための調査票を作成することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) 補足版の作成

平成21年4月～8月に、昨年度作成した改良版を見直し、文献検討と研究メンバーで意見交換して妊娠期の助産師と妊婦の対話を促す新しいものを作成する。

### 2) シンポジウムの開催

平成21年9月28日に行われた日本母性衛生学会においてシンポジウムを主催し意見を求める。

### 3) 補足版の効果判定のための調査の検討

平成21年8月～11月に、補足版を使用した結果、妊婦の主体性がどの様に変化したかを測定するための調査票について検討する。

### 4) 妊婦健診のあり方に関するヒヤリング

平成22年1月22日に助産外来を担当している助産師5名を対象にフォーカスインタビューを行い意見を聞く。

## C. 研究結果

### 1) 補足版の作成

作成にあたり、すべての妊婦健診において見開き頁を使用することは、時間的制約、母子健康手帳の分量から考慮して現実的ではないため、重点的に対話が必要な時期に限定した。

妊婦健診の重点時期として、篠塚班の超音波検査の必須時期と併せて、妊娠初期、中期、後期の3回とし、他の健診は一覧表として「健診に行く前にチェックしましょう」と云う頁と、助産師必須の健診の場として出産への体づくり、バースプランの頁を作成した。この2頁は、妊娠中の助産師必須健診として2回は助産外来での健診もしくは、助産師による保健指導として活用されることを期待して作成した(資料2)。

### 2) 日本母性衛生学会シンポジウムの主催

第50回日本母性衛生学会において、シンポジウムを主催した。テーマは「新たな妊婦健診体制の構築に向けて～母子健康手帳の改訂と妊婦健診体制の充実を図る～」であり、昨年度の成果報告を中心に5名の演者で2時間のシンポジウムを行った。座長は齋藤益子、松田義雄で、演者は下記の5名である。

#### ① 妊婦健診における胎児発育の評価

(胎児医学研究所 篠塚憲男) (資料3)

#### ② 未受診妊婦の現状と問題

(日本医科大学 中井章人) (資料4)

#### ③ 妊婦の主体性を引き出す母子健康手帳案

(東邦大学 山□圭子) (資料5)

#### ④ 妊婦健診における医師と助産師の協同

(成育医療センター 久保隆彦) (資料6)

#### ⑤ 妊婦健診における医師と助産師の協同

(愛育病院 石川紀子) (資料7)

シンポジウムは第1会場で開催され、多くの参加者を得て活発な討論がなされた。夫々の演者は各自のテーマにそって意見を述べ、参加者との意見交換が行われた。中井章人氏からは未受診妊婦のテーマと併せて、日本医科大学多摩永山病院を拠点とした多摩地区におけるオープンシステムに関する報告もなされた。シンポジウムの主な論点は、妊婦健診のあり方、超音波検査の必須時期、医師と助産師の協働について、助産外来での医師との連携、助産外来が実施されている施設とされていない施設での健診の進め方などで、時間が超

過しても議論は続き、継続的に検討を進める必要性が確認された。

### 3) 補足版の効果判定のための調査

#### ① 調査票の作成

助産師が担当した補足版の対話編は、全6頁になった。これを使用することで、妊婦の主体性が高まり、有用であることを評価するための調査票を作成した。

妊婦の主体性の変化をみるために、既存の妊婦のセルフケア行動意図尺度を用いることにした。これは眞鍋らにより作成され、妊婦を対象とした調査<sup>7)</sup>が実施されており、妥当性が検証されているものである(資料8)。また、自作の質問紙により、妊婦(資料9)と助産師(資料10)を対象に使用後の意見を求めることにした。研究の手続きとしてこれらの研究計画は東邦大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(資料11)。

妊婦に対するセルフケア行動調査は、コントロールとして、補足版を使用しない妊婦も対象とすることにした。また、補足版全体に対する意見を広く求めるために、松原班の作成した医師を対象とした調査票を用いて助産師と妊婦にも調査を実施することにした。

#### ② 調査対象と方法

妊婦は妊娠初期(妊娠12-15週頃)に第1回調査を実施し、その後補足版を使用してもらい、妊娠末期(妊娠37週以降)に第2回目の調査を実施するものである。研究協力の得られた施設の外来受診中の妊婦約125名を対象に、継続的に補足版を使用した健診を行い、使用開始前と妊娠末期の終了時に同じ調査を行う。コントロール群は同じ施設の妊婦約125名とし、補足版を使用しないで妊娠末期にいたった妊婦に同様の調査を行い変化を比較する。調査時期は平成22年1月より、協力施設の準備が整い次第開始することとした。

#### ③ 倫理的配慮

研究計画は東邦大学医学部倫理審査委員会の審査を受けた。研究協力者に対して、研究の目的、調査への参加は自由であること、また、調査期間中いずれの時点でも参加の取止めは自由であるこ

とを文書にて説明する様に準備した。さらに、回答は無記名とし、個人が特定されないように統計的処理を行うこととして計画した。

#### 4) これからの妊婦健診のあり方と助産が依頼を担当する助産師に必要な能力に関するヒヤリング

助産外来を実施している熟練助産師5名に対してインタビューを行い、助産外来を担当する助産師に必要な能力と妊婦健診のあり方について意見を得た。

その結果、以下の点が明らかになった。

#### (1) 助産師に必要な能力

- ① 妊娠経過を確実に診断する能力
- ② 妊婦の生活に併せた保健指導が出来る能力
- ③ 外来の状況や妊婦の状態に併せて対応を調整できる能力
- ④ 地域の社会資源を知り活用できる能力
- ⑤ 関係職種とのコミュニケーションを図る能力

#### (2) 妊婦健診のあり方

- ① 医師と助産師が連携して妊婦健診を実施
- ② ハイリスク妊婦への対応

医師の確実な診断と、きめ細かな助産師の保健指導によりお互いの連携を密にすすめる

#### ③ ローリスク妊婦への対応

節目健診として妊娠期間に最低3回は医師による超音波検査を含めた確実な健診を行う。その他は助産外来での健診と保健指導を充実する。両親学級や家庭訪問などの際にも健診を行い、生活に密着した妊婦への関りが出来るようにすすめる。

### D. 考察

#### 1) 補足版の作成

助産師の立場から、妊婦の主体性をひきだすものとして、また医療者と妊婦の対話を進めるものとして6頁の補足版を作成した。

#### ① 「健診に行く前にチェックしましょう」

##### 1頁

これは、胎動、下腹部痛、出血、おりもの、便秘、食事のバランス、体づくりの6項目と自由記