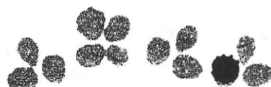


図1 新宿区保健部が作成した情報提供用紙

大切なあなたのために



新宿区

妊娠がわかって、うれしい人、まだ実感のわかない人、出産するかどうかを迷っている人もいるかもしれません。大切なあなた自身の体のために、これからの生活がとても大切です。

★出産に向けて★

お住まいの市区町村に「母子健康手帳」と「妊婦健康診査券」をもらいにいき、出産までの健康管理に気をつけましょう。(妊娠に関する相談は、病院の他、お住まいの地域の保健センターなどへ)

新宿区にお住まいの方は、下記保健センターの「保健師」へご相談を。

牛込保健センター	(3260) 6231 (代)
四谷保健センター	(3351) 5161 (代)
西新宿保健センター	(3369) 7118 (代)
幡谷保健センター	(3952) 7161 (代)

★出産を迷っている方★

(相談できる相手がない方・お金のことなどで迷っている方など)

お住まいの市区町村の女性相談員(「福祉事務所」というところにいます)に相談しましょう。

生活のこと、お産の費用のこと、妊娠中をすごす家のことなど、ご家族に相談できないことでも、今あなたが困っていることを一緒に考えて、解決するお手伝いをします。

新宿区内で暮らしている方は、下記へご相談ください。

新宿区役所代表電話 3209-1111

「女性相談員をお呼びします」といってください。

あなたの秘密は、必ず守ります。

## 未受診妊婦 3年間の総括

平成20年度は、未受診妊婦の現状を明らかにするために、4つの研究協力施設で診療した未受診妊婦209例を対象として、後方視的に調査した。国内の統計解析と比較し、未受診妊婦では分娩時年齢は15歳から24歳の低年齢層、分娩歴は第3子以上の多産婦が多かった。社会背景として、未婚、経済的困窮、無職などが挙げられた。妊娠高血圧症候群(7.6%)、妊娠糖尿病(4.3%)、前置胎盤(2.9%)、常位胎盤早期剥離(1.9%)などの合併症を認め、自宅や車中などでの施設外分娩の頻度は12%であった。新生児に関し、未受診妊婦では低出生体重児の割合が高率であり、国内統計と比較し、2,500g未満の低出生体重児は3.7倍、1,500g未満の極低出生体重児は22倍であり、周産期死亡率は8.5倍であった。

平成21年度は、前年度に明らかにされた未受診妊婦の現状と問題点に基づき、東京都新宿区保健所の担当者と検討会議を開催し、未受診妊婦への対応策を検証した。新宿区では、母子健康手帳交付時に面接をおこない、支援が必要であると考えられた妊婦に対しては、妊娠中からリスクに応じた支援をおこなっている。しかし、母子健康手帳の交付を受けていない者に関し、支援のみならず、実態の把握が困難であることが指摘された。妊婦健診受診を促すために、医療機関と行政機関が連携し、妊娠や出産に関する社会保障制度に関する情報を提供することが重要であると考えられた。新宿区においては医療機関との連携窓口は福祉事務所であり、相談や支援を要する妊婦にプライバシーが守られた状況で相談できる窓口が存在することを周知する情報提供用紙を考案した。

平成22年度は、新宿区保健所が作成し、平成22年6月から新宿区内の産婦人科医療機関で配布した情報提供用紙の活用状況と地域における未受診妊婦への対応策の現状と問題点を検証した。情報提供用紙により、医療関係者は妊婦へ社会的・経済的問題に関する相談先を具体的に提示することが可能になった。しかし、各自治体における具体的な相談窓口について、医療関係者は明確に把握していないことが明らかになった。未受診妊婦の対応策として、社会的・経済的問題により妊婦健診受診を躊躇する妊婦のために、各自治体および全国レベルでの相談窓口の体制を整備することが望まれる。さらに、社会的に孤立しやすい状況に置かれた妊婦が容易、かつ確実に相談窓口へアクセスできる情報提供策を講じる必要があると考えられた。従来のあらゆる妊婦に対し、妊婦健診受診を促す啓蒙活動だけでなく、妊婦健診受診が困難であると想定される女性に積極的に働きかけ、妊婦健診未受診を予防する方策が必要であると考えられた。

# 妊娠された あなたへ。



あなたはいまきっと高まる期待や  
ふくらむ夢を抱いていることでしょう。  
でもさまざまな不安や悩みも  
お持ちなのかもしれません。  
どうぞご家族やまわりの方々の支えや  
アドバイスを受けながら、  
ご自身の心と体を大切にすよう  
心がけてください。  
保健センターでは、  
あなたと、オナカの赤ちゃんのために  
さまざまなご相談をお受けしています。  
ぜひお気軽にご利用ください。

札幌市

赤ちゃんの  
キモチで考えよう!

妊娠

が分かったら、

医療機関で  
「妊娠届出書」を  
受け取り...



保健  
センター

お住まいの区にある  
保健センターの窓口へ、  
できるだけ早く行きましょう!



妊娠したら、  
まず  
母子健康手帳!

窓口では、「母子健康手帳」の交付とともにこんなことが受けられます。

受診券の交付  
(妊婦健診を公費の  
補助で受けられます。)

妊婦健診14回分の費用の  
一部を、札幌市が助成します。

※助成の対象外となる検査項目もあります。くわしくは医療機関におたずねください。

妊娠や出産に関する相談

母親教室・両親教室の紹介

各種の情報  
提供など

札幌市の保健センター

中央保健センター	中央区南3条西11丁目	TEL.011-511-7221
北保健センター	北区北25条西6丁目	TEL.011-757-1181
東保健センター	東区北10条東7丁目	TEL.011-711-3211
白石保健センター	白石区本郷通3丁目北	TEL.011-862-1881
厚別保健センター	厚別区厚別中央1条5丁目	TEL.011-895-1881
豊平保健センター	豊平区平岸6条10丁目	TEL.011-822-2400(代)
清田保健センター	清田区平岡1条1丁目	TEL.011-889-2400(代)
南保健センター	南区真駒内幸町1丁目	TEL.011-581-5211
西保健センター	西区琴似2条7丁目	TEL.011-621-4241
手稲保健センター	手稲区前田1条11丁目	TEL.011-681-1211

※受付時間は、平日の午前8時45分から午後5時15分までです。

医療  
機関

さあ、出産まで  
妊婦健診を  
定期的に  
受けましょう!



赤ちゃんの  
キモチで  
考えよう。

オトナ側の都合ではなく、  
「赤ちゃんのキモチ」で  
考えてみませんか

誰もが一度は赤ちゃんだったので、  
赤ちゃんのキモチになって考えることは  
できるはず。きっと、大切なことや  
キケンなことが見えてきます

赤ちゃんからのメッセージ

- 1 「妊娠したかも」と思ったら、必ず医療機関を受診してください。  
医療機関から妊娠届出書もらい、早めに区の保健センターで「母子健康手帳」を受け取りましょう。
- 2 必ず定期的に妊婦健診を受けてください。  
妊婦健診は、「オナカの赤ちゃん」と「お母さん」の両方にとって重要な健診です。
- 3 妊娠前には「標準体重」となるよう心がけてね。  
標準体重は、健康を維持するための理想体重です。
- 4 妊娠から出産までの体重増加は10kgが目安だよ。  
お母さんの体重増加不足や、体重の増えすぎはオナカの赤ちゃんの健康に影響します。
- 5 妊娠前も妊娠中も、栄養バランスのとれた食事を心がけてね。  
お母さんが摂取した栄養素が、オナカの赤ちゃんの健康に影響します。
- 6 お母さんはもちろん、  
まわりの人も禁煙ですよ。  
妊娠中の喫煙は、オナカの赤ちゃんの健康にも  
悪影響を及ぼします。
- 7 妊娠中は飲酒を控えてください。  
妊娠中の飲酒は、オナカの赤ちゃんの健康に  
悪影響を及ぼす恐れがあります。
- 8 ひとりで不安なときは、  
まわりの人に相談してね。  
妊娠や出産のとき、まわりの人は親身になって  
お母さんを支えましょう。

出産!

赤ちゃんが産まれたら、助産師や保健師が  
ご家庭を訪問し、育児の相談をお受けします。  
母子健康手帳についている  
出産連絡票のハガキを必ず出しましょう!

ご説明シート

# 未受診妊婦防止・解消キャンペーン

——「赤ちゃんのキモチで考えよう！」——

いま社会問題となっている「未受診妊婦」の防止・解消のために、

「札幌市民」×「札幌の企業・団体」×「札幌市」が

一体となって推進する取り組みです。

医療機関での定期健診を受けず、出産間際になって医療機関に駆け込み出産をする「未受診妊婦」は、母子の生命に関わるとともに、医療機関への大きな負担となっています。皆々には、産産間際や周囲の無関心など、当事者だけではなく社会の問題として解決すべき原因も多く、このため未受診妊婦の防止・解消にあたっては、札幌市が旗振りし、企業・団体が一緒になって、参加の輪を広げていくことで目的の達成をめざします。

キャンペーンの目的

医師の診断をまったく受けず「飛び込み出産」を行う妊婦に対して、その危険性を断えます。

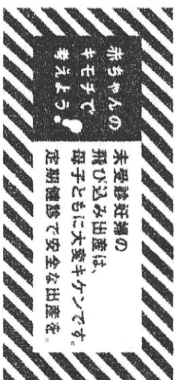
札幌市と民間企業・団体が連携し、市民に対して、女性が安心して妊娠・出産できる社会づくりを呼びかけます。

キャンペーンのコンセプト

## 赤ちゃんのキモチで考えよう！

未受診妊婦の問題は、「オトナ側の都合」によるもの、でも誰もが赤ちゃんであったことを思えば、「赤ちゃんのキモチ」になって考えることはできるはず。性別や世代を問わず、誰にでも妊娠から出産までの間のキャンペーンのこと、大切なことを共通・理解できるように取り組みます。

キャンペーンマーク



初年度の実施期間

2010年1月18日(月)～3月31日(水)  
事業は3か年に渡って、次年度以降も継続展開していきます。

お客様からご質問があった場合は

未受診妊婦防止・解消キャンペーンでは、妊婦健診はもちろん妊娠・出産に関するお問い合わせ・相談窓口を設置しています。

【お問い合わせ・ご相談は】各区保健センター

【お問い合わせ先】  
札幌市保健所



キャンペーン・パートナー  
企業・団体の皆様へ

市民の皆さんとの接点となる業種・ボランティア等は、キャンペーンを進める上で、重要な場所であると考えています。ぜひ、ご来店のお客さまに、取り組み内容をお知らせいただきますよう、ご協力をお願いいたします。

# 妊婦健康診査未受診妊婦の実像から 対応策について考える

水主川 純      定月 みゆき      五味淵 秀人  
箕浦 茂樹      細川 真一      松下 竹次

未受診妊婦が社会的問題になっている。当院で診療した未受診妊婦 33 例の現状を分析したところ、経済的困窮が未受診の最多の理由であったが、その背景に「未入籍」「妊娠相手と音信不通」「住居不定」など、さまざまな問題があることがわかった。

未受診という事態を回避するためには、思春期での母子保健に関する教育を充実させ、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。妊婦が妊婦健康診査の重要性を認識したうえで、医療機関と行政機関が連携し、母児の状態や社会背景に応じた支援や対応をすることが望まれる。

## はじめに

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が、社会的問題になっている。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、児の養育困難、医療費未払いなどの問題も生じている。未受診妊婦が抱える背景は多岐にわたっており、医療機関と行政機関が連携した対応が望まれている<sup>1,2)</sup>。

東京都新宿区にある当院では、2007年1月から約2年半の間に33例の未受診妊婦を診療した。本稿では、その33例の未受診妊婦の状況を分析し、未受診妊婦への対応策について考察する。

## 未受診妊婦 33 例の分析

### ■分析方法

2007年1月1日から2009年7月31日までの期間

に当院で診療した未受診妊婦 33 例を対象とし、未受診妊婦の背景、母児の周産期事象について検討した。また、婚姻状況、生活拠点別に未受診妊婦の問題点について検討した。統計学分析は Student's-t 検定と Fisher の直接確率計算法を用いた。p < 0.05 を有意差ありとした。

### ■未受診妊婦の現状

当院で診療した未受診妊婦 33 例の背景を表 1 に示す。母体の年齢分布は 16 ~ 41 歳、平均年齢は  $27.2 \pm 6.4$  歳であった。初産婦 16 例、未入籍症例 28 例 (84.8%) であり、18 例が妊娠相手と音信不通であった。

未受診であった理由は、経済的困窮が 24 例 (72.7%) と最多であった。自宅を有さない者は 16 例であり、生活拠点は、友人宅 8 例、ネットカフェ 4 例、従業員寮 2 例、路上 2 例であった。主な合併症は、精神神経疾患 8 例、クラミジアなどの感染症 8 例、既往帝王切開 3 例であった。

かこがわ じゅん, さだつき みゆき, ごみぶち ひでと, みのうら しげき: 国立国際医療研究センター産婦人科, ほそかわ しんいち, まつした たけじ: 同小児科  
(〒162-8655 新宿区戸山1-21-1)

表1 当院で診療した未受診妊婦33例の背景

母体背景	平均年齢	27.2±6.4歳
	10歳代	3例
	20～24歳	9例
	25～29歳	9例
	30～34歳	8例
	35～39歳	3例
	40歳以上	1例
	外国籍	2例
	初産婦	16例
	経産婦	17例
	未入籍例	28例
	離婚歴を有する者	13例
	妊娠相手と音信不通である者	18例
自宅を有する者	17例	
未受診の理由	経済的困窮	24例
	離婚調停中	2例
	妊娠や出産に対する不安	2例
	妊娠に気づかなかった	2例
	路上生活中	2例
	多忙	1例
母体合併症*	既往帝王切開	3例
	妊娠高血圧症候群	2例
	子癇	1例
	精神神経疾患	8例
	感染症	8例
	クラミジア	3例
	B型肝炎ウイルス	1例
	C型肝炎ウイルス	2例
	淋菌	1例
	梅毒	1例
	喘息	2例
分娩様式	自然分娩	27例
	分娩場所：病院内	25例
	救急車内	1例
	路上	1例
	VBAC	1例
	分娩場所：自宅	1例
	緊急帝王切開	5例
	適応：既往帝王切開	2例
	子癇	1例
	初産骨盤位	1例
	胎児機能不全	1例
出生児所見	平均出生体重	2,900.3±578.4g
	1,500g未満	1例
	1,500g以上2,000g未満	1例
	2,000g以上2,500g未満	5例
	2,500g以上3,000g未満	12例
	3,000g以上3,500g未満	10例
	3,500g以上4,000g未満	3例
	4,000g以上	1例
	小児科入院管理を要した児	20例
	乳児院に保護された児	16例
	医療費支払い状況	自ら全額完納した者
未収金の合計		5,135,570円

2007年1月1日から2009年7月31日, \*重複例を含む,VBAC: vaginal birth after cesarean delivery

表2 離婚歴の有無による未入籍症例の母体背景および児の養育状況

	離婚歴なし (n=16)	離婚歴あり (n=12)	
母体年齢(歳)	24.4 ± 5.3	28.4 ± 6.7	N.S.
初産婦(例)	16	0	p < 0.05
自宅を有する者(例)	8	4	N.S.
妊娠相手と音信不通である者(例)	10	8	N.S.
自ら出生児を養育した者(例)	9	3	N.S.

N.S. : Not Significant

表3 自宅の有無による未受診妊婦の背景および児の養育状況

	自宅あり (n=17)	自宅なし (n=16)	
母体年齢(歳)	28.4 ± 6.0	25.9 ± 6.6	N.S.
初産婦(例)	8	8	N.S.
未入籍症例(例)	12	16	p < 0.05
離婚歴を有する者(例)	5	8	N.S.
妊娠相手と音信不通である者(例)	8	10	N.S.
自ら出生児を養育した者(例)	13	4	p < 0.05

N.S. : Not Significant

分娩場所は、病院内30例、救急車内1例、自宅1例、路上1例であり、5例が緊急帝王切開となった。平均出生体重は $2,900.3 \pm 578.4$  gであり、2,500 g未満の低出生体重児は7例(21.2%)であった。死産や周産期死亡例はなく、20例(60.6%)が小児科入院を要し、16例(48.4%)が乳児院に保護された。医療費を自ら完納した者は7例のみであり、未収金の合計は5,135,570円であった。

#### ■未受診妊婦と婚姻状況

未入籍例は28例であった。そのうち12例に離婚歴があったが、「離婚歴なし群」は全例が初産婦であり、「離婚歴あり群」は全例が経産婦(経産回数:1回6例, 3回2例, 4回2例, 5回2例)であった(表2)。両群間で「母体年齢」「自宅を有する者」「相手と音信不通である者」「児を自ら養育した者」の割合に有意な差はなかったが、「離婚歴あり群」において「自宅を有さない者」(66.7%)や「児を乳児院保護とする者」(75.0%)の割合が

高い傾向があった。「離婚歴あり群」の既出産児30例の養育状況は、自ら養育中の児は1例のみであり、そのほかの児の養育者は、乳児院または児童養護施設12例、親族7例、元夫5例、養子縁組による里親4例、乳児死亡が1例であった。

入籍例は5例であった。1例に離婚歴を認めたが、全例が配偶者と音信可能な経産婦(経産回数:2回1例, 3回1例, 5回1例, 6回2例)であった。平均年齢は $33.2 \pm 3.7$ 歳であり、全例が自宅を有し、自ら児を養育した。既出産児22例の養育状況は、自ら養育中の児が16例であり、そのほかの養育者は元夫4例、乳児院2例であった。

#### ■未受診妊婦と生活拠点

「自宅あり群」(17例)と「自宅なし群」(16例)の母体背景・児の養育状況を表3に示す。両群間で「母体年齢」「分娩歴」「離婚歴」「相手との音信状況」に有意差は認めなかったが、「自宅なし群」において、「未入籍」「児が乳児院に保護」の割合



が有意に高かった ( $p < 0.05$ )。「自宅なし群」で自ら児を養育した4例は、分娩後に生活拠点を移しており、婦人保護施設に入所した者が2例、実家へ帰省した者が2例であった。

## 妊婦健診を受ければ回避できたこと

周産期異常を早期に発見して治療を行うためには、妊婦が定期的に妊婦健診を受診し、母体や胎児の状態を把握することが重要である。

今回検討した未受診妊婦には、子癇発作や既往帝王切開症例の陣痛発来のために救急搬送された者やクラミジアなどの感染症を指摘されないまま分娩に至った者がいた。2,500 g未満の低出生体重児の割合は9.6%と報告されているが<sup>3)</sup>、今回の検討での低出生体重児の割合は21.2%と高く、小児科入院を要した児の割合も60.6%であった。もしも妊娠中に母児管理がされていたならば、母児の重篤な状態、母児感染、緊急帝王切開などのさまざまなリスクが軽減され、これらを回避できた可能性がある。

## 「未入籍」「多産」というリスク

未受診の理由は、今回の検討では経済的困窮が最多であったが、その背景にはさまざまな社会的問題が挙げられた。未受診妊婦の大半は未入籍例であり、「相手と音信不通である者」や「自宅を有さない者」も存在した。近年、妊婦健診の公費負担が拡充されているが<sup>4)</sup>、未受診妊婦のなかには、経済的負担の軽減だけでは未受診という事態を解決できない者もいると思われる。

婚姻状況別に未受診妊婦を検討すると、離婚歴を有さない未入籍症例は全例が初産婦であった。妊娠・出産に関する知識が乏しく、不安を抱えながらも、経済的困窮のために受診を躊躇していた。相手と同居中の妊婦は、2人では経済的困窮の解決策を見出せず、受診の機会を逸していた。経済的困窮が未受診の主たる要因である場合は、適切

な助言者と相談する機会を得て、家族や行政機関による支援を受けることで、妊婦健診未受診という事態を回避できる可能性があると思われる。

離婚歴を有する未入籍例は、全例が経産婦であり、「既出産児を養育していない者」「自宅を有さない者」「児を乳児院保護とする者」の割合が高い傾向にあった。妊娠・出産に関しては出産経験にもとづく知識を備えていたはずである。しかし、今回の妊娠に関しては「経済的困窮のために止むを得ず養育困難」というよりも「妊娠したけれど、育てられない(あるいは育てるつもりはない)」と感じており、妊娠中は自分の生活を優先し、「分娩時だけ受診した」という状況が少なくなかった。そのため、分娩直後から児への授乳や面会を拒む者や、離婚成立後300日以内に前夫以外の男性との間に成立した妊娠で出生届未提出のまま無断離院した者もいた。このような事態を回避するために、女性が妊娠や出産に関して責任ある自己決定ができるような教育が重要であると考えられた。

入籍例では、全例が経産婦であり、自ら児を養育していた。全国の経産婦のうち経産回数が5回以上である者の割合は0.6%であるが<sup>2)</sup>、今回の検討では入籍例5例中3例が5回以上であった。経済的困窮や育児に伴う多忙のほかに、分娩経験が多いために妊婦健診を軽視する傾向にあるように思われた。そうであれば、妊娠ごとに妊婦健診を受診することの重要性を周知し、行政機関による支援制度の活用を促すことで、妊婦健診受診に導くことができる可能性もある。母親は子どもの成長・発達・健康から育児幸福感をもつと報告されているが<sup>5)</sup>、養育児数の増加が経済的困窮にさらなる負担を及ぼす場合もあり、家庭環境に応じた家族計画の指導が重要である。

## 自宅のない妊婦

都心の就労環境は、職種や雇用形態が多様であり、友人宅やネットカフェなどを生活拠点とする不安定就労者も存在する。

今回の検討では、住宅を有さない場合、「未入籍例」や「児を乳児院保護とする者」の割合が高かった。従業員寮に入寮し、搬送前日まで飲食業や性風俗業に従事した妊婦、公園での炊き出しから食事を調達していた路上生活妊婦、分娩まで同じネットカフェで生活した妊婦もいた。こうした事例では、妊婦自身が周囲に相談する、周囲が不安定な生活をしている妊婦の存在に気づくなど、何らかの支援につながる契機もあったのではないかとと思われる。

「自宅なし群」で児を養育した4例は、分娩後に実家や婦人保護施設に生活拠点を移し、家族や行政機関による支援を得たことが養育環境調整の一助になっていた。また、経済的・社会的問題のため妊娠中に婦人保護施設に入所し、当科で分娩した者の初診時平均妊娠週数は29.8週であるが、施設入所が妊婦健診を定期受診する契機となっている<sup>6)</sup>。妊娠前および妊娠中の生活環境調整が、妊婦健診受診を促す因子として重要だと考えられる。

児を乳児院保護とした「自宅なし群」の12例は、退院後に今までの生活環境へ戻った。そのうち経産婦7例は、既出産児も養育していなかったことを考えると、生活環境が変化しないまま再度妊娠しないように指導することが重要であると思われる。医師や助産師による指導だけでなく、地域保健師による退院後の継続的ケアも望まれる。

## おわりに

今回の検討から、妊婦の自覚や問題意識が乏しい状況での経済的支援では、その背景にある問題の大半は解決されないように思われた。未受診妊婦への対応策としては、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だろう。妊婦自身が妊娠・出産するには生活環境調整や妊婦健診受診が大切であることをしっかり認識したうえで、医療機関と行政機関が連携し、母児の状態や社会背景に応じた支援や対応をすることが必要である。児を乳児院保護する場合も、その分娩が行政機関による継続的な対応の契機となり、女性の生活が再構築されていくことが望まれる。

## 文 献

- 1) 松田義雄：平成20年度厚生労働科学研究「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」総括・分担研究報告書。pp144-167, 2009
- 2) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 他：当科における妊婦健康診査未受診妊婦の検討。日周産期・新生児会誌45: 32-36, 2009
- 3) 母子衛生研究会：母子保健の主なる統計。pp53-55, 母子保健事業団, 2007
- 4) 小林秀行：行政からみた妊娠・出産・周産期への支援体制。周産期医学38: 431-433, 2008
- 5) 清水嘉子, 伊勢カナナ：母親の育児幸福感と育児事情の実態。母性衛生47: 344-351, 2006
- 6) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 他：当科における婦人保護施設入所中妊婦の検討。日周産期・新生児会誌45: 759-762, 2009

原 著

## 妊娠中に支援機関に保護された Domestic violence 被害妊婦 14 例に関する検討

(平成 22 年 2 月 19 日受付)

(平成 22 年 3 月 26 日受理)

国立国際医療センター戸山病院産婦人科<sup>1)</sup>, 国立国際医療センター戸山病院小児科<sup>2)</sup>

水主川 純<sup>1)</sup> 定月みゆき<sup>1)</sup> 中西美紗緒<sup>1)</sup> 兼重 昌夫<sup>2)</sup>  
 細川 真一<sup>2)</sup> 赤平 百絵<sup>2)</sup> 松下 竹次<sup>2)</sup> 箕浦 茂樹<sup>1)</sup>

## Key words

Domestic violence  
pregnancy  
perinatal outcome

**概要** 妊娠中の Domestic violence (以下, DV) 被害は, 妊婦と胎児に影響を及ぼし, 周産期異常との関連が報告されている。2007 年 1 月から 2009 年 12 月の間に当科で診療した妊娠中に支援機関に保護された DV 被害妊婦 14 例の現状と問題点を検討した。母体平均年齢 26.3 歳, 経産婦 11 例, 未入籍症例 6 例であった。8 例は妊娠前から DV が開始していた。保護の契機は支援機関への相談や外傷による救急外来受診であり, 保護時の平均妊娠週数は 22.7 週であった。13 例は保護までの妊婦健康診査受診は DV により阻害され, 不定期な受診であった。主な合併症は精神神経疾患 4 例, クラミジア感染症 3 例, 双胎妊娠 2 例であった。1 例は流産となったが, 13 例は分娩し, 平均分娩週数は 38.0 週であった。周産期死亡はなく, 3 例が低出生体重児であった。医療従事者の DV に関する認識を高め, DV 被害女性を早期に発見し, 女性の保護と回復へ向けた支援を行うことが重要である。

## 緒言

Domestic violence (以下, DV) は夫や恋人などの親密な関係にある者から振るわれる暴力のことである。暴力は身体的暴力に限らず, 精神的, 社会的, 経済的, 性的暴力が複合した形で表れる。日本では, 2001 年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」が制定され, DV に関する社会的認識が高まった。2008 年の内閣府の調査では, 女性の DV 被害の頻度は 33.2% であったと報告されており<sup>1)</sup>, DV は決して稀なことではない。

妊娠中の DV 被害は, 妊婦の心身に影響を及ぼし, 周産期異常との関連が報告されている<sup>2) 3)</sup>。今回我々は当科で診療した妊娠中に支援機関に保護された DV 被害妊婦について現状と問題点を後方視的に検討したので報告する。

## 方法

2007 年 1 月から 2009 年 12 月の間に当科で診療した妊娠中に支援機関に保護された DV 被害妊婦 14 例を対象とし, 患者の背景, 母児の周産期事象, 問題点につ

いて後方視的に検討した。

## 結果

母体の年齢分布は 19 から 33 歳, 平均年齢は 26.3 ± 5.0 歳 (10 代; 2 例, 20 代; 8 例, 30 代; 4 例) であった。初産婦 3 例, 経産婦 11 例であった。婚姻状況に関し, 入籍症例は 8 例, 未入籍症例は 6 例であり, 6 例に離婚歴を認めた。4 例が外国籍であったが, いずれも日本人男性と入籍しており, 日本語による日常会話は可能であった。経産婦 11 例の既出産児 17 例の養育状況に関し, 自ら養育中であった児は 3 例のみであり, その他の養育先は, 親族 7 例, 乳児院または児童養護施設 2 例, 養子縁組による里親 2 例, 元夫 1 例であり, 2 例の乳児死亡 (生後 4 カ月および 1 歳 2 カ月) を認めた。乳児死亡 2 例に関し, いずれも外傷により搬送された後に死亡しており, 虐待の可能性が示唆されていた。

DV に関する概要を表 1 に示す。加害者は, 8 例が夫, 4 例が恋人, 2 例が離婚後に同居している前夫であった。DV の開始時期は, 妊娠前 8 例, 妊娠中, 不明が各 3 例

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 Domestic violence (DV) に関する概要

【加害者】	
夫	8 例
恋人	4 例
前夫	2 例
【DV の開始時期】	
妊娠前	8 例
妊娠中	3 例
不明	3 例
【DV 発見の契機】	
本人による支援機関や警察への相談	12 例
外傷による救急外来受診	2 例
【保護時の平均妊娠週数】	
	22.7 ± 10.9 週
妊娠 12 週未満	2 例
妊娠 12 週以降 22 週未満	5 例
妊娠 22 週以降	7 例

であった。DV 発見の契機に関し、支援機関や警察への相談が 12 例、救急外来受診が 2 例であった。救急外来受診時に DV を発見された 2 例に関し、1 例は妊娠 33 週に腹部打撲による腹痛で他院救急外来を受診した。1 例は妊娠 6 週に痙攣様発作にて当院へ救急搬送された際、搬送 7 日前に口唇裂傷、搬送 3 日前に頭部打撲による意識障害にて、それぞれ別の医療機関を受診していたことが判明した。それらの受診歴と顔面に存在した多数の皮下出血から DV が発見された。全例、DV 発見後に支援機関に保護され、保護時の平均妊娠週数は 22.7 ± 10.9 週であった。

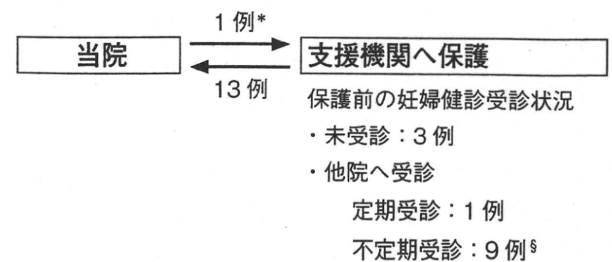
妊娠判明後の産科初診時平均妊娠週数は 13.6 ± 8.9 週であった。当科初診が DV 発見の契機となった症例は妊娠 6 週に痙攣様発作にて救急搬送された 1 例のみであった。支援機関に保護された後に当科を受診した 13 例のうち、3 例は当科初診日が今回の妊娠に関する初めての妊婦健康診査（以下、妊婦健診）受診（妊娠 8 週、32 週、34 週）であった。保護までに他院を受診していた 10 例に関し、当科受診までに定期的に妊婦健診を受診していた症例は 1 例のみであり、9 例は加害者による生活や時間の拘束のため妊婦健診受診は不定期であり、その受診回数は 1 回のみが 5 例、2 回が 1 例、3 回が 1 例、5 回が 2 例であった（図 1）。

母体合併症は、精神神経疾患が 4 例、クラミジア頸管炎が 3 例、Rh 血液型不適合妊娠、2 絨毛膜双胎が各 2 例、既往帝王切開、切迫早産、喘息が各 1 例であった（重複例を含む）。

妊娠の転帰は 1 例が稽留流産（妊娠 8 週）であり、13 例（うち双胎 2 例）が分娩した。分娩症例 13 例に関し、平均分娩週数は 38.0 ± 2.4 週であり、早産は 2 例であった。分娩様式は、自然分娩 10 例、双胎経膈分娩

図 1 当院初診までの妊婦健康診査受診に関する状況

\* : 痙攣様発作にて当院へ救急搬送後、支援機関へ保護  
§ : 1 例は腹部打撲による腹痛で他院救急外来を受診



1 例、帝王切開 2 例（適応：初産骨盤位 1 例、既往帝王切開・双胎妊娠 1 例）であった。DV 被害妊婦 14 例のうち、1 例が分娩後に加害者の元に戻り、その症例のみが産後健診を受診しなかった。

死産や周産期死亡例を認めなかった。出生児 15 例に関し、平均出生体重は 2,798.5 ± 645.5g であり、1,000g 以上 1,500g 未満が 1 例、1,500g 以上 2,000g 未満が 1 例、2,000g 以上 2,500g 未満が 1 例、2,500g 以上 3,000g 未満が 8 例、3,000g 以上 3,500g 未満が 3 例、3,500g 以上 4,000g 未満が 1 例であった。Apgar score の平均値は 1 分値 7.6 ± 1.4 点、5 分値 8.9 ± 0.5 点であった。出生児のうち 10 例が小児科入院を要した。小児科入院の理由は、低出生体重児、早産児が各 3 例、新生児仮死、呼吸障害、黄疸が各 2 例、胎便吸引症候群が 1 例であった（重複例を含む）。また、3 例が養育困難のため乳児院に保護された。

#### 考察

当科で診療した妊娠中に支援機関に保護された DV 被害妊婦 14 例について検討した。DV 被害者に対し、配偶者暴力相談支援センターを通じた相談、一時保護、自立生活の促進などの支援や婦人保護施設、母子生活支援施設、民間シェルターなどへの入所による安全な生活確保のための支援が行われている。

DV 被害は経産婦に多く<sup>4) 5)</sup>、妊娠前からの暴力や経済的困窮は、妊娠中の DV 被害に関連すると報告されている<sup>6)</sup>。今回の検討において、11 例（78.5%）が経産婦であり、8 例（57.1%）は妊娠前から暴力を受けていた。初産婦は妊娠や分娩に対する不安が経産婦よりも強いと思われ、DV 被害を訴えるという自己決定に至り難く、DV 被害は経産婦に多く発見されている可能性があると考えられた。

妊娠中の DV 被害により早産率が高くなると報告されている<sup>7)</sup>。今回の検討において、分娩症例 13 例中 2 例（15.3%）が早産であり、わが国における早産率（5.7%）<sup>8)</sup> より高い傾向にあった。早産症例のうち 1 例は双胎妊娠（妊娠 32 週）であったが、妊娠 29 週に DV 被害のため他県から避難しており、身体的・精神的

表2 女性に対する暴力スクリーニング尺度：Violence Against Women Screen (VAWS)<sup>13)</sup>

No	項目	よくある	たまにある	全くない
1	あなたとパートナーの間でもめごとが起こった時、話し合いで解決するのは難しいですか？			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあるとあなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？			
5	あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることがありますか？			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力を振るうことがありますか？			

文献 13) から引用

ストレスも早産に影響した可能性があると考えられた。

妊娠中の暴力により低出生体重児の割合が高くなると報告されている<sup>2) 7)</sup>。今回の検討における低出生体重児3例は、いずれも早産児であった。DV被害妊婦から出生した正期産児の出生体重やDV被害の重症度と出生体重の関連について検討をすることが、今後の課題の一つであると考えられた。

DV被害者は外傷、慢性疼痛、精神疾患、性感染症などの婦人科疾患の合併頻度が高く、妊娠中の暴力は、腹部外傷、常位胎盤早期剥離、切迫早産に伴う入院の頻度が高くなると報告されている<sup>9)</sup>。今回の検討において、4例に精神疾患、3例にクラミジア頸管炎を認めており、同様な傾向にあった。腹部・頭部打撲などの外傷による受診歴を認めた2例は、幸い、緊急入院を要するほどの身体的影響は及んでいなかった。

妊婦が性器や腹部と離れた部位の暴力による外傷で受診した場合、救急科、外科、脳神経外科など産科以外の医師が対応する場合があると思われる。今回の検討において、妊娠6週に痙攣様発作にて当院へ救急搬送された後にDVと判明した症例は、搬送直後、まずは救急医が対応した。産科医が産科的診察と妊娠中の放射線検査に関する説明を行うために同席した際、外傷に伴う受診歴と外傷痕からDVの可能性を考慮した。そのため、プライバシーが守られる場所を確保したところ、妊婦はDV被害を訴え、支援を求めた。妊娠中のDV被害の頻度は3～13%であると報告されており<sup>10)</sup>、誰もがDV被害者になり得る。妊婦が外傷で受診した場合、DV被害の可能性も念頭に置き、DV被害者の早期発見に努めることが重要であると考えられた。

今回の検討において、妊娠判明後の産科初診時平均妊娠週数は13.6±8.9週であったが、支援機関に保護された平均妊娠週数は22.7±10.9週であり、保護までの時間を要していた。保護直前まで加害者から性風俗業従事を強いられ、妊婦健診未受診のまま妊娠後期まで経過していた者も存在した。9例は、保護までの妊婦

健診受診は不定期であり、そのうち5例の受診回数は1回のみであった。加害者による生活や時間の拘束により妊婦健診受診が阻害されていたと考えられた。

DV被害の相談先として、家族や親戚、友人や知人が各27.6%であり、医療関係者は3.2%であったと報告されている<sup>1)</sup>。医療関係者へ相談しやすい環境を整備することで、妊婦健診はDV被害者の発見の契機となり、保護までの時間短縮やより早期の支援へ繋がる可能性がある。今回の検討において、DV被害者の妊婦健診受診が阻害されていることは明白であり、限られた受診の際、機を逸することなくDV被害者を発見することが重要であると考えられた。妊娠前から長期間に渡り暴力を受けている場合もあり、妊婦健診受診がDV被害からの救済の契機になることが望まれる。

妊婦に対するDVスクリーニングは、DV被害の発見<sup>4) 11)</sup>やDV被害に関する周産期予後の改善に有用であると報告されている<sup>12)</sup>。周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドラインに女性に対する暴力スクリーニング尺度が掲載されており(表2)、簡単に、短時間で行うことができる<sup>13)</sup>。スクリーニングを活用し、安全に相談できる機会を提供する必要があると考えられた。また、妊婦健診の初診時期遅延や不定期受診などのリスク因子や外傷や精神症状などの臨床症状からDVの可能性を推測することが重要であると考えられた。

DV被害について相談しなかった主な理由として、相談するほどのことではないと思ったこと、自分にも悪いところがあつたと思ったことが挙げられている<sup>1)</sup>。被害者の認識状況により、DV被害が表面化していない場合があると推測される。妊娠中の暴力は、分娩後の児童虐待のリスクとの関連性が示唆されており<sup>14)</sup>、妊娠中のDV発見は、児童虐待予防の観点からも重要である。当院ではDVスクリーニングを導入しておらず、今回の検討では妊娠中に支援機関に保護されたDV被害妊婦のみが対象である。そのため、親族だけで問題

を解決した DV 被害妊婦, DV 被害を相談するほどではないと感じた妊婦, DV 被害を相談できなかった妊婦など, 潜在化している DV 被害を把握できていない可能性があると考えられた。

DV は人権問題であるとともに, 重要な健康問題である。医療従事者の DV に関する認識を高めることにより, DV 被害女性を早期に発見することが重要である。そして, 配偶者暴力相談支援センターなどの支援機関へ繋げ, 女性の保護および回復へ向けた適切な介入と児童虐待防止が行われることが望まれる。児童虐待防止のために, DV 被害妊婦が育児不安を抱えたまま孤立することなく, 気軽に相談できる環境が必要である。そのために, 保健所, 保育所, 産科や小児科などの医療機関, 児童相談所など DV 被害妊婦やその子どもと接する機関が連携し, 相談, 訪問, 支援を行うことが重要であると考えられた。妊婦を DV 被害から救済し, 児の適切な育児環境を確保するために, 今後も当科における DV 被害妊婦に関する検討を続けていきたい。

#### 文 献

- 1) 内閣府男女共同参画局. 男女間における暴力に関する報告書 2009
- 2) Murphy CC, Schei B, Du Mont J, et al. Abuse : a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2001 ; 164 : 1567-72
- 3) Lipsky S, Easterling TR, Critchlow, et al. Impact of Police-Reported Intimate Partner Violence During Pregnancy on Birth Outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003 ; 102 : 557-64
- 4) 片岡弥恵子. DV と周産期医療. *周産期医学* 2008 ; 38 : 607-12
- 5) 臼井真由美, 斉藤正博, 竹田省. 夫から妻への Domestic Violence. *周産期医学* 2006 ; 36 : 1039-43
- 6) Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico : a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health*. 2003 ; 93 : 1110-6
- 7) Neggers Y, Goldenberg R, Hauth J, et al. Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 ; 83 : 455-60
- 8) 齋藤滋. わが国における早産の実態とその予防対策. *産婦人科治療* 2009 ; 98 : 337-42
- 9) Rachana C, Suraiya K, Hai A, et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Gynecol Reprod Biol*. 2002 ; 103 : 26-9
- 10) Campbell JC. Health consequence of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 ; 359 : 1331-6
- 11) Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2004 ; 84 : 273-80
- 12) American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 343 : psychosocial risk factors : perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol*. 2006 ; 108 : 469-77
- 13) 聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究会. 周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン. p86, 金原出版, 東京, 2004
- 14) Rumm PD, Cummings P, Rivara FP, et al. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse Negl*. 2000 ; 24 : 1375-81

#### Perinatal outcome of 14 women subjected to domestic violence who resided in facilities for temporary protection during pregnancy

Jun Kakogawa<sup>1)</sup>, Miyuki Sadatsuki<sup>1)</sup>, Misao Nakanishi<sup>1)</sup>, Masao Kaneshige<sup>2)</sup>, Shinichi Hosokawa<sup>2)</sup>, Moe Akahira<sup>2)</sup>, Takeji Matsushita<sup>2)</sup>, and Shigeki Minoura<sup>1)</sup>

Department of Obstetrics and Gynecology<sup>1)</sup>, Department of Pediatrics<sup>2)</sup>, International Medical Center of Japan

Domestic violence (DV) is increasingly recognized as a potential risk factor for an adverse pregnancy outcome. This study reviewed the perinatal outcome of women subjected to domestic violence who resided in facilities for temporary protection during pregnancy. Between January 2007 and December 2009, we cared for 14 women who were subjected to domestic violence and were staying in facilities for temporary protection during pregnancy. The average maternal age was 26.3 years ; eleven were multiparas, and six were unmarried. In eight cases, DV began prior to pregnancy. The major determinants for admittance to facilities for temporary protection during pregnancy included presentation at facilities such as the Women's Consulting Office or the Police Department for counsel and visiting the emergency department for injury due to DV. The mean gestational age at admission to facilities for temporary protection was 22.7 weeks. In 13 cases, the women were not able to receive regular prenatal checkups because of activity restrictions due to DV. The complications observed were psychological disorders (four cases), chlamydial infection (three cases) ; and twin pregnancy (two cases). One pregnancy terminated in a spontaneous abortion and the 13 others were delivered at our hospital. The mean gestational age at delivery was 38.0 weeks. The number of newborns was 15. Three neonates were born at low birth weight (< 2,500g). The promotion of recognition of DV among obstetricians and midwives facilitates the early recognition of DV during pregnancy and provides protection for and recovery from DV.

### Ⅲ. 資 料

無料公開シンポジウム開催のお知らせ

# 「妊婦健診体制を考える」

- 今の健診体制に満足していますか？ -

開催趣旨：妊娠期間を安心して過ごし、安全な分娩を迎えるために、お母さんと赤ちゃんの健康状態を定期的にチェックする「妊婦健康診査（妊婦健診）」に、「母子（健康）手帳」はなくてはならないものです。昨年度は、「母子健康手帳を皆で考えよう！！-今、妊婦健診に必要な情報は？-」と題した公開シンポジウムを同じ場所で行ないました。多くの貴重な意見や提言がなされましたが、母子健康手帳を「健診の補助的なものとする医療従事者と「記載が不十分」と考える妊婦との大きな隔たりが浮き彫りとなりました。

妊娠・分娩を取り巻く状況は依然として厳しいのが現状ですが、安心かつ安全な出産に向けて関係者が精一杯の努力を続けている事も忘れてはなりません。

その上で、今の妊婦健診体制に、足りないものは？改善すべき点は？残すべきものは？といった新たな「妊婦健診」構築に繋がる可能性について、皆さんと一緒に考えていきたいと思っております。

日時：平成22年10月2日（土）13：00～16：00

会場：発明会館（東京都港区虎ノ門2-9-14）（虎ノ門より徒歩5分、霞が関より徒歩13分）

主催：厚生労働省科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」研究班

日本産婦人科学会周産期委員会

共催：財団法人母子衛生研究会

内容：座長 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科教授）

齋藤 滋（富山大学大学院医学薬学研究部産婦人科教授）

講演

「妊婦健診体制を考える」 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科教授）

「リスク評価は妊婦さんからどう評価されていますか？」

久保 隆彦（国立成育医療研究センター産科医長）

「セミオープン・オープンシステムをもっと活用しよう！」

中井 章人（日本医科大学産婦人科教授）

「助産外来は妊婦健診体制を変えるか」

齋藤 益子（東邦大学医学部看護学科教授）



## ■無料公開シンポジウム

「妊婦健診体制を考える」 ―今の健診体制に満足していますか？―

開催日 平成 22 年 10 月 2 日（土） 13：00～16：00

会 場 発明会館

主 催 厚生労働省科学研究（育成疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」研究班  
日本産婦人科学会周産期委員会

共 催 財団法人母子衛生研究会

## ■あいさつ

厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課

森岡課長補佐

この度は、「妊婦健診体制を考える」公開シンポジウムの開催おめでとうございます。また、本日までご参加のみなさん方におかれましては、日ごろから母子保健行政の推進におきまして過大なご理解とお力を賜っておりますことを厚く御礼申し上げます。

妊婦健診の現状につきまして、少々ご説明をさせていただきます。

妊婦健診は、母子保健法に基づき市町村が行うこととされております。出産までに受診することが望ましい回数とは 14 回程度と、厚生省児童家庭局長通知で平成 8 年に定められています。

また、妊婦健診にかかる費用の公費負担につきましては昭和 44 年度から開始され、長く 2 回分が公費負担されてきました。しかし近年、ストレス等を抱える妊婦が増加傾向にあり、さまざまな理由により健康診査を受診しない妊婦もみられることから、平成 19 年度に 5 回分、平成 21 年 2 月からは 14 回分の公費負担が実施されております。この公費負担は、妊婦が居住する市町村の医療機関を受診した場合でなく、里帰り先や助産所で妊婦健診を受けた場合にも提供されております。

妊婦健診は、平成 19 年度には 130 万 5,331 人の方が受診しております。少し古いデータにはなりますが、平成 12 年の乳幼児身体発育調査の結果では、妊婦健診受診回数は出産までに 11 回受診したという方が一番多く 17.4%、次いで 12 回受診、13 回受診という状況となっております。妊婦健診は経済的負担が少なく、妊婦が身近に受けることができる母子保健サービスのひとつであると考えております。

また、妊婦健診はハイリスク妊娠を可能な限り早期に把握し、妊婦の健康管理を充実させる機会だけではなく、妊娠・出産・育児について気軽に相談できる機会になるとも考えております。妊婦健診の意義を活かすために、望ましい妊婦健診体制について多くの方々が集い、意見交換することは安心・安全な妊娠・出産体制を確保するうえで必要なことと考えております。母子保健課としても、関係者のご意見、検診の成果を参考にして今後と

も妊婦健診を含む母子保健サービスの充実に努めてまいります。

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ように祈念いたしまして、御挨拶とさせていただきます。

<7:00>

【座長 東京女子医科大学産婦人科 教授 松田義雄】

ありがとうございました。

申し遅れましたが、本日の座長、進行役を務めさせていただきます東京女子医科大学の松田と申します。

【座長 富山大学大学院 医学薬学研究部産婦人科 教授・日本産婦人科学会周産期委員会委員長 齋藤滋】

私は現在厚生労働省の研究班と日本産婦人科学会周産期委員会の委員長をしております。本日は日本産科婦人科学会周産期委員会との共催であります。

本日は、先ほど森岡さんが言われましたように、「妊婦健診体制を考える」ということでシンポジウムを開催させていただくことになりました。キーワードは、「母子手帳」、それから「妊婦健診」、そして一番重要な「医療安全」、もう一つ重要なのは「協働」という4つのキーワードをもとに本日シンポジウムを開催させていただきます。

それから、質問にお応えする時間を設けております。講演を聞かれてご意見がございましたら、それらをぜひとも反映させたいと思います。

## ■シンポジウム 基調講演

### 「妊婦健診体制を考える」

東京女子医科大学産婦人科 教授 松田義雄

周産期医療の特殊性としましては、妊娠・分娩・産褥・胎児・新生児といった連続性であり、緊急性、社会性、そして人間ドック的な性格も有しているといわれています。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なので、妊婦健診は人間ドック的なものを有しているといえます。

妊婦健診の目的と意義であります。妊婦健診は、スクリーニングを主体とした外来診療、診察であるために、健康に問題の生じた患者を診る他の診療科の外来診療とは少し異なっております。目的としましては、大多数が正常な妊娠・分娩経過をたどるなかで、妊娠中の母体、胎児の異常例を検出し、適切な管理・治療に結びつけるということが大きな目的でございます。

その意義としましては、保健指導は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な、かつ安全な分娩を行うための健診として必要不可欠であることから、その妊婦さんの管理に占める意義は非常に大きいと思えます。さらに、医療従事者との精神的なつながりができるので、信頼感という副次的な効果も期待されております。

ところが、妊婦健診にもいくつかの問題点が浮かび上がってきました。もともと妊婦健診の「健」は健康の「健」で、健康な妊婦を対象に妊娠の経過と胎児の成長、破水過程を診断する性格のものであったのですけれども、超音波診断装置の普及によりまして健康の診査というのがともすれば胎児の管理に焦点があてられ、妊婦の検査は検診へと変わって来た。さらに、周産期の管理の徹底をはかる目的から妊婦が受ける検査回数の増加とか、頻回にわたる妊婦健診回数も増えてまいりました。

これは一般の人を対象に、昨年の今頃に行った「母子健康手帳を考える」テーマで約 2000 例の人を対象にアンケートした結果なのですけれども、『現在の母子健康手帳をどう思いますか?』という問いに『まったく満足していない(1.8%)』『あまり満足していない(18.6%)』でした。この二つを合わせると、約 2 割の妊婦さんが『現在の母子健康手帳に満足していない』という結果になりました。

また、『妊娠中にどのように利用したか?』ということについては、『医師、助産婦が記入した項目を確認した』というのがほぼ全例、『妊婦が記入する欄に一生懸命に記入した』というのが約 3/4、『ほとんど使用しなかった』という人はごくわずかでした。

『母子健康手帳に必要なと思うものは、何か』と聞きましたところ、第 1 が「診療、健診内容を具体的に記入する欄」、それから「自分の不安、質問を書き込んでみてもらう欄」、「リスクや病気などの最新の医療情報」、「妊娠中や産後の生活の情報」を求めておられます。

昨年のこの公開シンポジウムでも、我々が必要としている情報と妊婦さんが必要として

いる情報に大きな乖離があるということがわかりました。その背景のひとつとしては、我々医療者の方にはカルテもしくは電子カルテという手段がありますので、どうしてもそちらに重きが置かれるのですけれども、妊婦さんは母子健康手帳にいろいろなことを書いてほしいということを強く望んでいるということが、この両方の調査結果からもはっきりとしています。

昨年の夏から秋にかけて、総合病院ではない全国の分娩施設を持っている有床診療所にアンケート調査をしました。現在 1700 弱あるのですが、そのうちの約半数に当たる 772 の診療所から回答がありました。

アンケートの内容は、「自分の施設で行われている健診内容」、さらに我々が 3 年前から使っている「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が、どの程度行われているか」という実態調査であります。

年間のだいたいの分娩数が 300 人以内が 4 割、300~600 人が 40%、600 人以上が 13% で、医師一人でされているのが半数強、二人が 23%、三人以上が 14.5% となっています。

ハイリスク妊娠。当然のことながら、診療所ですからリスクの少ない低い妊婦を主に扱うのですけれども、「リスクの高い症例を選別している」という質問に対しては、8 割が「選別しています」と回答しています。

その際に、次に発表をしていただく久保先生などが考案された『妊娠自身によるリスクの自己評価』というのがありますが、「これを利用していますか」と訊ねたところ、1/3 の施設が「利用している」と回答されています。

また、「ハイリスク症例とわかった場合に、紹介先の病院は決まっていますか」という質問には、85%が「ちゃんと決まっている」と回答されていました。決まっていない場合には、「症例に応じてとか、妊婦さんの希望で決めている」という回答をされました。

このアンケートの目的は、現在の有床診療所の先生が妊婦健診をするにあたって負担があるのかないのかを知る目的なので、「健診を主にどなたがしていますか」という質問をしました。医師 85%、医師と助産師 10%、医師と看護師 2.8% となっております。「一人あたりの健診時間は、どれくらいでしょうか」という問いには、15 分以内が全体の 3/4 を占め、10~30 分が 19%、30 分以上は 1% にも入っていません。また、「母子健康手帳は、誰が記載しますか?」という問いには医師が 67%、助産師が 36%、看護師が 45.5% となっています。「医師以外が超音波検査をしていますか」という質問には、15%が「している」と回答しています。「その場合にはローリスクだけあるいは対象を限定せず」、これはほぼ同ような割合でありました。

「助産外来をしていますか」と聞きますと 2 割が「している」と答えております。毎回行っているのが 20%、特定の週数が 57%、さらにローリスクだけの症例が 31%。対象を限定していないというのが 53%くらいあります。具体的な内容を聞きますと「健診だけ」が 20 数%、「日常生活指導」94%、「超音波検査」が 27%、「食事指導」が 80%。ここは注目してほしいのですが、助産外来をしていない施設に「今後導入する予定はありますか」と