

表3 乳児前期健診で貧血を認めない児における、乳児前期健診時点から乳児後期健診時点にかけての栄養法の変化別に見たヘモグロビン値および貧血有病率（2000～2008年、沖縄）

	人数	ヘモグロビン値(mg/dl)			貧血児の割合				3～5か月時点からのヘモグロビン値の変化量の平均(mg/dl)	
		3～5か月	9～11か月	1歳6～8か月	9～11か月		1歳6～8か月		9～11か月	1歳6～8か月
					%	オッズ比	%	オッズ比		
男児										
人工乳→人工乳	10,051	12.6±0.9	12.3±1.0	12.4±0.9	8	1	4.6	1	-0.3±1.1	-0.2±1.2
母乳→人工乳	1,610	12.3±0.9	12.0±1.0	12.3±0.9	13.7	1.6 (1.4-1.9)	5.8	1.2 (0.9-1.5)	-0.3±1.1	-0.0±1.1
母乳→混合	1,698	12.3±0.9	11.5±1.0	12.1±0.9	27.3	3.9 (3.4-4.4)	9.4	2.0 (1.6-2.4)	-0.7±1.2	-0.2±1.2
母乳→母乳	3,776	12.3±0.9	11.3±1.1	11.8±1.0	37.5	6.5 (5.9-7.2)	19.1	4.6 (4.0-5.2)	-1.0±1.2	-0.5±1.2
女児										
人工乳→人工乳	9036	12.5±0.9	12.2±1.0	12.4±0.9	8.8	1	4.1	1	-0.3±1.1	-0.1±1.1
母乳→人工乳	1776	12.4±0.9	12.0±1.0	12.3±0.9	13.1	1.4 (1.2-1.7)	5.1	1.1 (0.9-1.4)	-0.4±1.1	-0.0±1.1
母乳→混合	1741	12.4±0.9	11.7±1.0	12.2±0.9	20.7	2.5 (2.2-2.9)	7.5	1.7 (1.4-2.1)	-0.6±1.1	-0.1±1.2
母乳→母乳	4273	12.3±0.9	11.6±1.0	11.9±1.0	27.1	3.6 (3.3-4.0)	16.5	4.4 (3.8-5.0)	-0.8±1.1	-0.5±1.2

表4 3～5 か月時点で貧血を認めず、かつ9～11 ヶ月時点で母乳を与えられている児における
離乳食開始時期別のヘモグロビン値、貧血有病率（2000～2008 年、沖縄）

	人数	ヘモグロビン値		Hb< 1 1 g/dl	
		乳児前期	9～11 か月	人数	オッズ比 (9 5 %CI)
男児					
離乳食開始時期					
3～5 か月	2139	12.3±0.9	11.3±.1	755 (35.3%)	1
6 か月	1419	12.3±0.9	11.3±.1	519 (36.6%)	1.04 (0.91-1.20)
7 か月	414	12.3±0.9	11.2±1.1	162 (39.1%)	1.14 (0.92-1.42)
8 か月～	157	12.2±0.8	11.3±1.2	56 (35.7%)	0.98 (0.69-1.37)
女兒					
離乳食開始時期					
3～5 か月	2399	12.4±0.9	11.6±1.0	598 (24.9%)	1
6 か月	1502	12.3±0.9	11.6±1.0	414 (27.6%)	1.15 (0.99-1.33)
7 か月	497	12.3±0.9	11.5±1.1	152 (30.6%)	1.32 (1.07-1.64)
8 か月～	198	12.4±1.0	11. ±1.0	42 (21.2%)	0.79 (0.56-1.13)

■ 2004～2009 年度に乳児、1 歳 6 か月、3 歳の全ての健診を受診した児を対象とした分析

<表 5> 子育てはどうか？

	乳児前期			乳児後期			1 歳 6 か月			3 歳		
	総数	楽しい	(%)	総数	楽しい	(%)	総数	楽しい	(%)	総数	楽しい	(%)
全体	21983	15407	(70.1%)	21983	15100	(68.7%)	21983	13972	(63.6%)	21983	13277	(60.4%)
性別												
男児	11310	7888	(69.7%)	11310	7696	(68.0%)	11310	7113	(62.9%)	11310	6732	(59.5%)
女児	10673	7519	(70.4%)	10673	7404	(69.4%)	10673	6859	(64.3%)	10673	6545	(61.3%)
出生時体重												
2500g 未満	2071	1373	(66.3%)	2071	1352	(65.3%)	2071	1268	(61.2%)	2071	1184	(57.2%)
2500g 以上	19898	14024	(70.5%)	19898	13737	(69.0%)	19898	12698	(63.8%)	19898	12086	(60.7%)
昼間の保育者												
幼稚園・保育所	891	621	(69.7%)	4778	3365	(70.4%)	11662	7567	(64.9%)	17400	10686	(61.4%)
それ以外	21072	14773	(70.1%)	17192	11726	(68.2%)	10311	6401	(62.1%)	4582	2590	(56.5%)
兄弟の人数												
1 人 (本人のみ)	9456	6941	(73.4%)	9477	6949	(73.3%)	8460	5776	(68.3%)	4005	2576	(64.3%)
2 人	7313	5002	(68.4%)	7311	4820	(65.9%)	7845	4811	(61.3%)	9907	6071	(61.3%)
3 人以上	5179	3437	(66.4%)	5159	3308	(64.1%)	5600	3336	(59.6%)	8034	4612	(57.4%)
親の状況												
父+母	21442	15030	(70.1%)	21320	14637	(68.7%)	21029	13384	(63.6%)	20422	12421	(60.8%)
父子または母子家庭	510	360	(70.6%)	622	438	(70.4%)	874	537	(61.4%)	1442	785	(54.4%)
発達問診												
0 点							15692	10353	(66.0%)	14836	9690	(65.3%)
1 点							4690	2784	(59.4%)	4593	2562	(55.8%)
2 点以上							1601	835	(52.2%)	1257	473	(37.6%)

<表 6> 育児に不安がありますか？

	乳児前期			乳児後期			1歳6か月			3歳		
	総数	ない	(%)	総数	ない	(%)	総数	ない	(%)	総数	ない	(%)
全体	21983	17129	(77.9%)	21983	18042	(82.1%)	21983	17694	(80.5%)	21983	17348	(78.9%)
性別												
男児	11310	8796	(77.8%)	11310	9279	(82.0%)	11310	9049	(80.0%)	11310	8792	(77.7%)
女児	10673	8333	(78.1%)	10673	8763	(82.1%)	10673	8645	(81.0%)	10673	8556	(80.2%)
出生時体重												
2500g未満	2071	1544	(74.6%)	2071	1677	(81.0%)	2071	1643	(79.3%)	2071	1599	(77.2%)
2500g以上	19898	15571	(78.3%)	19898	16354	(82.2%)	19898	16042	(80.6%)	19898	15739	(79.1%)
昼間の保育者												
幼稚園・保育所	891	729	(81.8%)	4778	3974	(83.2%)	11662	9413	(80.7%)	17400	13746	(79.0%)
それ以外	21072	16387	(77.8%)	17192	14055	(81.8%)	10311	8275	(80.3%)	4582	3601	(78.6%)
兄弟の人数												
1人(本人のみ)	9456	6530	(69.1%)	9477	7361	(77.7%)	8460	6372	(75.3%)	4005	2967	(74.1%)
2人	7313	6055	(82.8%)	7311	6112	(83.6%)	7845	6406	(81.7%)	9907	7752	(78.2%)
3人以上	5179	4515	(87.2%)	5159	4540	(88.0%)	5600	4852	(86.6%)	8034	6604	(82.2%)
親の状況												
父+母	21442	16717	(78.0%)	21320	17515	(82.2%)	21029	16954	(80.6%)	20422	16266	(79.6%)
父子または母子家庭	510	392	(76.9%)	622	498	(80.1%)	874	677	(77.5%)	1442	998	(69.2%)
発達問診												
0点							15692	12886	(82.1%)	14836	12342	(83.2%)
1点							4690	3682	(78.5%)	4593	3484	(75.9%)
2点以上							1601	1126	(70.3%)	1257	686	(54.6%)

ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用に関する研究

研究分担者 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科講座）
研究協力者 板倉 敦夫（埼玉医科大学産婦人科）
平田 修司（山梨大学医学部産婦人科講座）
小川 正樹（東京女子医科大学産婦人科講座）

研究要旨

ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用に関し、以下の研究を行った。

1. 医療機関と行政の間での効率的な伝達方法・必要な情報に関するアンケート調査
(1) 地域の母子保健担当の事務担当者・保健師に対する調査
(2) 医療機関側の担当者に対する調査
2. 妊婦健診受診票の活用状況と問題点（埼玉県における実態調査）
3. 市町村におけるハイリスク妊産婦・新生児の情報把握の現状と医療機関との連携（山梨県における実態調査）

その結果、(1)医療機関側では、「未受診妊婦」に代表される経済的弱者とみなされる妊婦に関する情報を、行政側では、「妊娠中の不安の表出」、「妊娠継続への否定の感情」など妊婦の精神的側面の問題をより重視する傾向にあった。

(2)「ハイリスク母児への早期介入」をする目的での、妊婦健診受診票の利用は十分でなかった。むしろ、自由記載欄である「市町村への連絡事項」に記載された「要支援ケースの情報」の有用性が示された。その一方で、保健センター等へ届くまでに1か月以上かかるため、タイムリーな情報にならないとの意見もあった。

(3)情報把握は保健師等により積極的に行われ、医療機関と行政間の情報提供もされていたが、分娩後の産婦・新生児よりも妊婦に関する情報把握が困難であった。しかし妊産婦と母子保健担当者が直接接する機会は非常に多く、母子保健担当者と、妊産婦との関係形成、または医療機関との妊娠中からの円滑な連携が、継続的支援を発展させる要因になっていた。

以上より、保健師を中心として、妊娠届け時の情報収集をよりきめ細かくする事、そのためには、現行の母子健康手帳の積極的な活用に加え、ハイリスク母児の情報収集に特化した連絡票などを用いて、迅速・積極的に医療機関と行政の連携システムを構築することにより、ハイリスク母児への早期介入が推進されるものと思われた。

A. 研究目的

母子保健事業の実施にあたり、特定妊婦（添付書類 1）に代表される要支援家庭をより早期（特に妊娠初期から）発見することが求められ

ている。しかし、現在の行政からの介入は、多くの場合妊娠届発行時と出生届発行時の2回の面接またはアンケートによるリスク要因の分析で行われている。その結果、特定妊婦の十分な把握が困難となりやすい。また妊婦への支

援は、妊娠中には医療機関で行われるが、分娩後は地域の母子保健サービスからの支援となり、十分なリスク要因の情報伝達がされない可能性がある。この結果、支援が必要なハイリスク母児への早期介入および継続介入が困難となっている。

支援が必要な特定妊婦などのハイリスク母児に対して妊娠初期からの早期介入と産後・育児期間を通じた継続的な介入が有効に行われることが求められる。(添付書類 2)

本研究：「ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用に関する研究」にあたり、(1)医療側から提供される有用な項目は何か？(2)その情報を行政へ有効に伝える方法は何か？を明らかにするために、妊婦健康診査などを通じて得た妊産褥婦の医療情報や、医療機関と行政側との間で効果的に情報交換に関する全国規模でのアンケート調査を行った。

埼玉県と山梨県における実態調査の結果は、それぞれの報告書で別に行ない、本稿ではそれらの結果もまとめて考察に加える。

B. 研究方法

(1) 医療側から提供される有用な項目は何か？ - 行政側が、要支援家庭の把握に必要な妊娠中の情報をどのように収集しているかの現状を把握する目的で、地域の母子保健担当（自治体）の事務担当者・保健師（33 施設）に、母子健康手帳の記載事項（添付書類 3）から、情報提供してほしい項目を質問した。（添付書類 4、表 1）それらを郵送して、期限内に回答の得られたものを有効回答として分析した。

記載項目別に、必要の程度（A:情報提供してほしい、B:把握できるので情報提供の必要は

ない、C:把握の必要はない）を質問した。

表 1 母子健康手帳から抽出した質問項目

P1-Q1	10代での妊娠	P3-Q1	風俗業従事など職業情報
P1-Q2	35歳以上の妊娠	P3-Q2	特殊な就労環境
P1-Q3	40歳以上の妊娠	P3-Q3	休職、転職、離職の情報
P1-Q4	子の父欄の無記入	P3-Q4	産前休暇取得の有無
P1-Q5	子の父の無職	P3-Q5	同居者の有無とその内容
P1-Q6	出生届出済証明がないこと	P4-Q1	相談相手がいないという環境
P2-Q1	結婚年齢の未記入(未婚)	P4-Q2	里帰り出産の予定の有無
P2-Q2	精神疾患の既往	P4-Q3	母性連絡カードの使用の有無
P2-Q3	強いストレスの有無	P4-Q4	妊娠への不安の表出の有無
P2-Q4	今回妊娠への不安の有無	P5-Q1	妊娠への否定的な感情の表出
P2-Q5	夫の健康状態の不良	P5-Q2	つわりの有無と程度
P2-Q6	過去の異常妊娠の有無	P5-Q3	妊娠への不安の表出の有無
P2-Q7	前児の養育/健康の不良		
P6-Q1	妊娠への否定的な感情の表出	P10-Q1	HIV抗体陽性
P6-Q2	緊急連絡先欄の未記入	P10-Q2	HTLV-1抗体陽性
P6-Q3	育児手伝い者記載欄の未記入	P12-Q1	母親学級未受診
P6-Q4	妊娠への不安の表出の有無	P13-Q1	産科健診未受診
P7-Q1	妊娠への否定的な感情の表出	P14-Q1	異常分娩の有無と内容
P7-Q2	妊婦健診未受診・不定期受診	P14-Q2	早産の有無
P8-Q1	妊娠偶発症(切迫早産など)の有無	P14-Q3	出産時死亡の有無
P8-Q2	妊娠中の体重増加不良の有無	P14-Q4	死産の有無
P8-Q3	HIV抗体陽性	P15-Q1	異常産褥の有無と内容
		P15-Q2	マタニティーブルーなどの有無

(2) その情報を行政へ有効に伝える方法は何か？ - 医療機関側が、要支援家庭の把握に必要な妊娠中の情報または、その把握の目的で行政側にフィードバックされるべきと考えている情報は何かを明らかにする目的で、医療機関側にアンケート調査結果を行った。

対象は、全国 MFICU 連絡協議会に参加する施設に別に示すアンケートを送り、期限内に回答のあったものを有効回答として分析した。

質問内容として、以下の 5 項目を挙げた。

1. ハイリスク症例に対し、
 - () 自治体へ紹介していない
 - () 自治体へ紹介する
 - ◆ 紹介すると答えられた先生は以下の質問にもお答えください
2. 紹介方法はどのようにされていますか？
 - () 院内の担当部署に相談する
 - () 自治体の担当者に直接連絡する
 - () 既存の連絡システムを利用している
3. 既存の連絡システムを利用していると答えられた方は、以下に記載ください
 - () 専用の連絡票がある

- 妊婦健診の受診票を利用する
- その他：以下に自由記載ください
- ()

4. 対象疾患を考慮しておられますか？

- 考慮していない
- 考慮している

5. 考慮していると答えられた方は該当疾患に○をつけてください(重複可)

- 未受診妊婦
- 多胎妊婦
- 若年
- 母子健康手帳未発行
- 妊娠後期の初診
- 心身の不調
- 妊娠葛藤
- 経済的問題
- その他

C. 研究結果

(1) 行政側からのニーズの分析結果

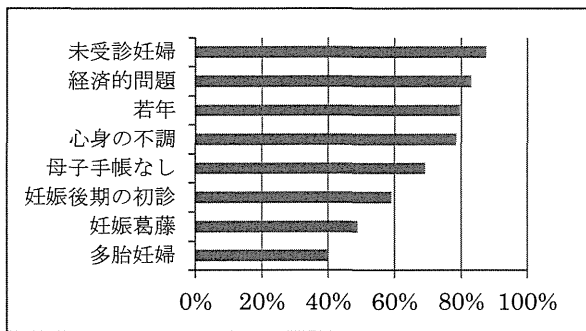
有効回答率は78.6% (33/42 施設) で、結果は表「各質問に対する回答」に示した。

総括すれば、妊娠への不安や、妊娠に対する否定的な感情の表出などが知りたい項目であった。

(2) 医療側から行政側への連絡

該当症例を多く取り扱う周産期医療センターに、自治体への連絡の実態を調査した。88施設から回答が得られ院内の担当部署に相談47施設、自治体担当者に直接連絡23施設、既存の連絡システムを利用31施設となった(重複有り)。該当疾患として多かったものは、未受診妊婦、経済的問題、若年妊娠、心身の変調で

あった。



以上をまとめると、自治体側では妊婦の精神的側面に、医療者側では妊婦の経済的側面に關する項目に力点がおかれていた。

D. 考察

ハイリスク母児(要支援家庭)の把握のために、行政側および医療機関側に向けて行った本調査で明らかとなったことは、必要と考えている情報に両者側には大きな隔たりがあることである。

特に医療機関側では、「未受診妊婦」、「経済的問題」や「若年妊娠」といった、一般的には経済的に弱者とみなされる妊婦をより重視している傾向にあった。

一方、行政側は、「妊娠中の不安の表出」、「妊娠継続への否定の感情」など妊婦の精神心理的側面の問題をより重視する傾向にあった。これは、行政側が、妊婦の心理的側面を把握しきれていない現状を示唆しているものであろう。また、「不安を抱えた妊婦」を把握することが、要支援家庭の抽出にとって最も効率的であると行政側が判断をしているためかもしれない。妊婦は少なからず不安を有している。これが妊娠継続に関しての不安であるのか、または陣痛や出産といった未知の部分に関しての不安であるのか、さらには出産後の育児や養育環境に対する不安であるのか、について明確に区別できる指標はない。また医療者側でも、陣痛や出

産に対する不安を捉えることには、大きな困難をきたさないが、妊婦が抱えている育児や養育に関する不安を正確に把握することは困難である。また、たとえ妊産褥婦が、育児放棄につながるような重大な不安を抱えていたとしても、キーパーソンである夫や家族の支援により克服していく場合もある。したがって、不安を抱える妊婦がすべて支援の対象になるものでもないと考えられる。さらに、「妊婦の不安」というキーワードで抽出された妊婦の情報がすべて行政側にフィードバックされた場合、膨大な数となり、適切な支援体制を維持することは困難となる可能性も秘めている。

本調査より、行政側への情報伝達はほとんどの医療施設で行われていることが示された(85%)。また医師自身で行っている施設は少なく、多くは自施設内の該当する担当部署を経由して伝達されている。さらに、現状では妊婦健診票を用いて行っている自治体はほとんどないことが明らかにされた。従事する医師数の減少により業務量が相対的に増えている産科医にとり、このような方向性が望ましいものと考えられる。

情報収集の手段として、何が適当なのかを検討する目的で、妊婦健診受診票に記載された妊婦健診データの利活用の現状を、埼玉県における実態調査で検討したところ、妊婦疾病サーベイランスへの利用は多くなされていたが、「ハイリスク母児への早期介入」の目的では、十分活用されていなかった。医療側で、妊婦健診受診票の「市町村への連絡事項」へ、ハイリスク母児の情報を記載する習慣が多くないことが考えられた。その一方で、自由記載欄である「市町村への連絡事項」に記載された「要支援ケースの情報」の有用性が示されたことは、記載方法の工夫次第で、要支援妊婦からの情報収集が

可能になる可能性が示唆される。さらに妊婦健診後に記載された情報が保健センター等に届くまでに時間がかかることも、その活用を障害していると考えられ、スピード感のある処理が求められる。

今後はハイリスク母児の情報に特化した連絡法(票)などを用いて、産科施設から市町村の情報提供を行うためのシステム構築などを行うことで、スムーズな情報の受け渡しができることが期待される。

一方、出生児の情報を保健センター等に届ける「出生連絡票」を医療者が記載する援助のみでは、提出率の明らかな増加はみられず、現状では新生児・乳児訪問率の増加、訪問時の有益な情報提供には、不十分であることが示された。しかし、妊娠中の情報伝達ではないとはいえ、この取り組みに対する好意的な意見も見られており、記載援助とともに出生連絡票の提出を促進するポスターやパンフレットなどの啓蒙活動を付加することにより、継続支援にとっては、なお一層の効果が発揮される可能性はある。

情報が集約されやすいとの観点から、山梨県をモデル地区として、市町村におけるハイリスク妊産婦・新生児の情報把握に関する実態調査も行った。

情報把握は保健師等により積極的に行われ、医療機関と行政(市町村)間の情報提供もされていたが、分娩後の産婦・新生児よりも妊婦に関する情報把握が困難であった。また、里帰り妊産婦に関する情報把握にも苦慮していることが示唆された。情報把握が困難な要因の一つに、行政(市町村)が欲している情報と医療機関が提供しようとする情報の相違が生じていると考えられ、全国規模での調査結果と同じであった。つまり、医療機関の主たる関心は母子の健康であり、行政側では、心理・社会的情報

も含めたトータルな視点での支援に関心があるという相違である。

しかし一方市町村では、妊娠中から分娩後も家庭訪問や妊産婦からの相談、集団指導時の直接面談など、妊産婦と母子保健担当者が直接接する機会は非常に多い。そして、継続看護連絡票のような統一された書式による情報や電話での情報交換などが妊産婦への支援につながっている。つまり、行政（市町村）の母子保健担当者と、妊産婦との関係形成、または医療機関との妊娠中からの円滑な連携が、継続的支援を発展させる要因になると考える。

今後の課題としては、行政と医療機関、妊産婦と密に連携できる組織的な方法の検討が必要である。連携にあたって、行政の枠組みを超えた何らかの統一した方法、あるいは統一した指針によるものが望まれるが、妊娠中からの包括的子育て支援に向けての母子健康手帳の活用が課題といわれている今こそ、情報媒体として、母親や家族の記録としての母子健康手帳の積極的活用を考えていく必要がある。

今回は、妊娠中からの情報伝達の媒体として、母子健康手帳に記載された項目の利用を考えた。ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入を目的と考えた場合、妊婦自身の問題というよりも、新生児期以降に繋がる問題の抽出が必要となる。現状の母子健康手帳では、その目的に叶った情報はまだ不足しているといわざるを得ない。一方、愛知県で現在使用されている妊娠届出書（添付資料5）では、より詳細な項目が挙げられている。仮に妊娠中から情報を収集するとして、ハイリスク新生児のどれくらいが相当するのか？愛知県での先行研究では20%程度であり、早期介入に意識が動けば20%程度減る事が示唆されている。このような観点に立った研究も今後の課題であろう。

E. 結論

ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用にあたり、情報伝達のポイントである、when（いつ）、where（どこで）、who（だれが）、what（なにを）、why（なぜ）、how（どのように）の5W1Hに沿って、整理すると以下ようになる。

- ・ いつ：母子健康手帳交付時に、できれば妊娠中に数回追加
- ・ どこで：地域の保健センター
- ・ だれが：保健師あるいは助産師
- ・ なにを：母子健康手帳の記載項目 + α （経済的・精神的問題）
- ・ なぜ：ハイリスク母児（要支援家庭）への早期介入目的
- ・ どのように：特定妊婦などの情報を迅速・積極的に医療機関から行政に送るシステムを地域別に構築する

【参考文献】

- 1) 牧野真太郎、竹田省：妊娠中よくある合併症妊婦とその対策、産婦人科治療、100 (2)、115-124、2010.
- 2) 菅幸恵、神谷千津子、池田智明：心疾患合併妊婦の周産期管理、産婦人科治療、100 (2)、125-135、2010.
- 3) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2011/2012、58 (9)、48、2011.
- 4) 中村安秀：母子健康手帳：過去、現在、未来、小児科臨床、65 (8)、1745-1755、2012.
- 5) 妊婦健康診査実施状況及び母子感染防止事業実施状況 pp130-133：平成23年度埼玉県母子保健 埼玉県保健医療部健康づくり財団

F. 研究発表

1. Takagi K, Takagi K, Satoh K, Muraoka M, Seki H, Nakabayashi M, Takeda S, Yoshida K, Nishioka N, Ikenoue T, Kanayama N, Kanzaki T, Sagawa T, Matsuda Y.
A Methemoglobinemia Moedl for Predicting Outcome in Preterm Labour.
J Int Med Res 2012;40:1459-1466
2. Shiozaki A, Matsuda Y, Satoh S and Saito S.
Comparison of risk factors for gestational hypertension and preeclampsia in Japanese singleton pregnancies.
J. Obstet. Gynaecol. Res. 2012
jdoi:10.1111/j.1447-0756.2012.01990.x
3. 林 昌子, 中井章人, 松田義雄.
不妊と周産期医療-データベースからみた ART 妊娠-単胎妊娠.
周産期医学 2012 ; 42 (8) : 1005-1010
4. 林 昌子, 中井章人, 松田義雄.
不妊と周産期医療-データベースからみた ART 妊娠-双胎妊娠
周産期医学 2012 ; 42 (8) : 1011-1016
5. Matsushita J, Ogawa M, Matsuda Y.
Pregnant uterine anomalies may be difficult to diagnose only by 2-dimensional ultrasound.
Am J Obstet Gynecol 2012;206:15
6. 三谷 穰, 松田義雄
症例から学ぶ周産期診療ワークブック
腎疾患合併妊娠
メジカルビュー社 2012;99-105
7. Hayashi M, Nakai A, Satoh S, Matsuda Y.
Adverse obstetric and perinatal outcomes of singleton pregnancies may be related to maternal factors associated with infertility rather than the type of assisted reproductive technology procedure used
Fertil Steril 2012;98(4):922-928
8. 横山徹爾, 加藤則子, 瀧本秀美, 多田 裕, 横谷 進, 田中敏章, 板橋家頭夫, 田中政信, 松田義雄, 山縣然太郎.
乳幼児身体発育評価マニュアル.
平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)
「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法および利活用に関する研究」 (H23-次世代-指定-005)
9. 海野信也, 遠藤俊子, 松田義雄, 板橋家頭夫, 久保隆彦, 篠塚憲男, 田中政信.
「推定胎児体重と胎児発育曲線」 保健指導マニュアル.
平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」 (H21-子ども-一般-002)
10. 松田義雄.
新体系 看護学全書 母性看護学 2 マタニティサイクルにおける母子の健康と看護産婦にみられる異常 (難産) .
メジカルフレンド社 2012;123-138
11. Yasuda R, Makino Y, Matsuda Y, Kawamichi Y, Matsui H.
Agranulocytosis associated with intravenous ritodrine hydrochloride therapy: Two case reports by different mechanisms
J. Obstet. Gynaecol. Res 2012;38(3):574-577
12. 川道弥生, 松田義雄.
総論 母体搬送
新生児緊急搬送ハンドブック.
大阪: メデイカ出版, 2012;26-35
13. Kanda E, Matsuda Y, Makino Y, Matsui H.
Risk factors associated with altered fetal

growth in patients with pregestational diabetes mellitus.

J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine
2012 ; 25(8) : 1390-1394

14. Niwa K, Akagi T, Aomi S, Hata Y, Matsuda Y et al.

Guidelines for Indication and Management of Pregnancy and Delivery in Women With Heart Disease (JCS 2010)
Circulation Journal 2012;76(1):240-260

15. 松田義雄

合併症妊娠と産科合併症の連関
日本産科婦人科学会雑誌
2012;64(8):1766-1773.

16. 松田義雄, 村越 毅, 安日一郎, 上塘正人, 菅原準一, 吉里俊幸, 川名有紀子.

周産期センターの現状分析と改善点の検討
平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」
(H21-子ども-一般-002)

17. 松田義雄, 斎藤 滋, 久保隆彦, 佐藤昌司, 大槻克文.

産科データ作成と入力に関する研究
平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)
「周産期医療の質と安全の向上のための研究」(H23-医療-指定-008)

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 各質問に対する回答

	回答の実数				%		
	A	B	C	合計	A	B	C
P1-Q1	7	26	0	33	21.2	78.8	0.0
P1-Q2	5	28	0	33	15.2	84.8	0.0
P1-Q3	6	27	0	33	18.2	81.8	0.0
P1-Q4	13	20	0	33	39.4	60.6	0.0
P1-Q5	15	17	1	33	45.5	51.5	3.0
P1-Q6	18	12	3	33	54.5	36.4	9.1
P2-Q1	10	19	3	32	31.3	59.4	9.4
P2-Q2	22	10	0	32	68.8	31.3	0.0
P2-Q3	22	8	2	32	68.8	25.0	6.3
P2-Q4	18	12	2	32	56.3	37.5	6.3
P2-Q5	18	11	3	32	56.3	34.4	9.4
P2-Q6	16	12	4	32	50.0	37.5	12.5
P2-Q7	18	11	3	32	56.3	34.4	9.4
P3-Q1	19	10	3	32	59.4	31.3	9.4
P3-Q2	19	9	4	32	59.4	28.1	12.5
P3-Q3	12	13	7	32	37.5	40.6	21.9
P3-Q4	9	14	9	32	28.1	43.8	28.1
P3-Q5	11	18	3	32	34.4	56.3	9.4
P4-Q1	24	7	1	32	75.0	21.9	3.1
P4-Q2	21	10	1	32	65.6	31.3	3.1
P4-Q3	11	19	2	32	34.4	59.4	6.3
P4-Q4	11	4	17	32	34.4	12.5	53.1
P5-Q1	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P5-Q2	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P5-Q3	15	7	9	31	48.4	22.6	29.0
P6-Q1	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P6-Q2	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P6-Q3	12	7	12	31	38.7	22.6	38.7
P6-Q4	17	10	4	31	54.8	32.3	12.9
P7-Q1	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P7-Q2	28	4	0	32	87.5	12.5	0.0
P8-Q1	28	5	0	33	84.8	15.2	0.0
P8-Q2	26	2	5	33	78.8	6.1	15.2
P8-Q3	24	0	9	33	72.7	0.0	27.3
P10-Q1	25	4	3	32	78.1	12.5	9.4
P10-Q2	22	6	4	32	68.8	18.8	12.5
P12-Q1	14	3	16	33	42.4	9.1	48.5
P13-Q1	9	5	18	32	28.1	15.6	56.3
P14-Q1	27	4	2	33	81.8	12.1	6.1
P14-Q2	25	7	1	33	75.8	21.2	3.0
P14-Q3	24	7	2	33	72.7	21.2	6.1
P14-Q4	24	7	2	33	72.7	21.2	6.1
P15-Q1	26	5	2	33	78.8	15.2	6.1
P15-Q2	29	4	0	33	87.9	12.1	0.0

A: 情報提供してほしい

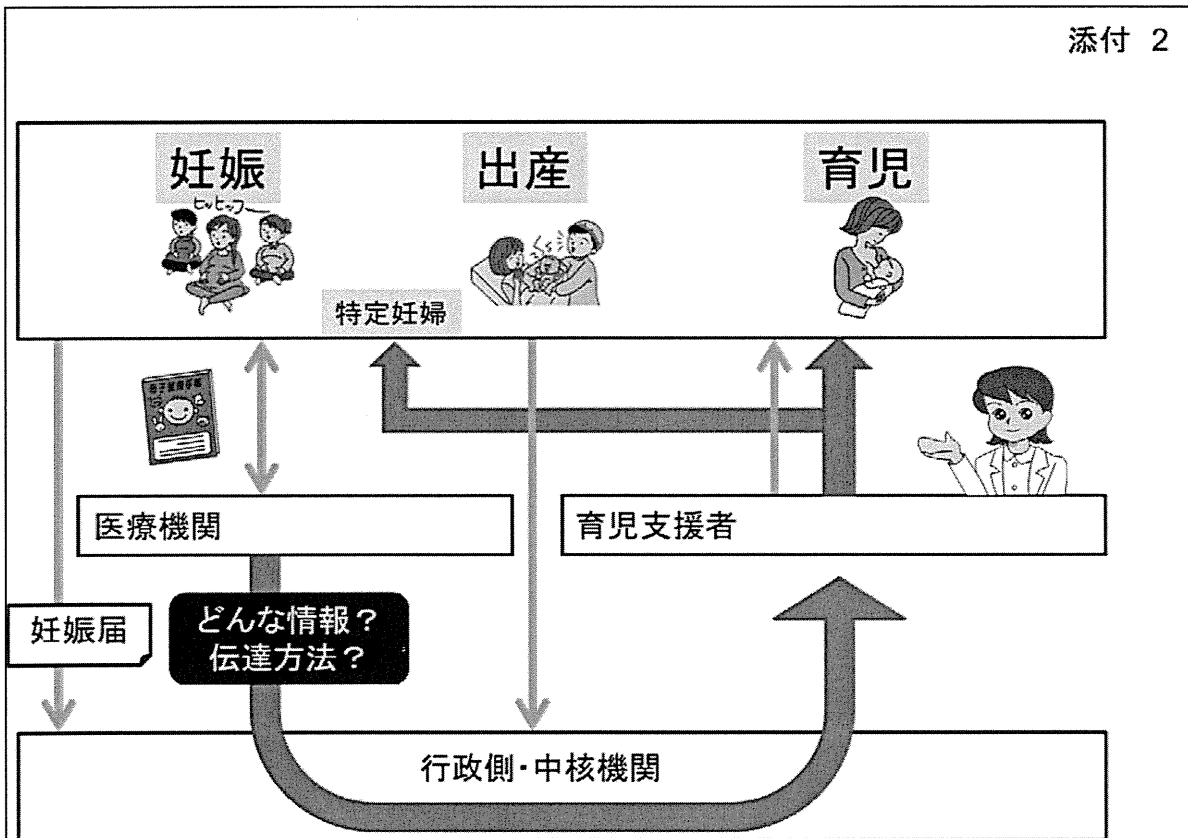
B: 把握できるので情報提供の必要はない

C: 把握の必要はない

	<ul style="list-style-type: none"> ●養育者の健康状態 ●うつ傾向等 ●性格的傾向 ●家事能力・養育能力 ●子どもへの思い・態度 ●問題認識・問題対応能力 ●相談できる人がいる
●養育環境	<ul style="list-style-type: none"> ●夫婦関係 ●家族形態の変化及び関係性 ●経済状況・経済基盤・労働状況 ●居住環境 ●居住地の変更 ●地域社会との関係性 ●利用可能な社会資源
●妊娠期からの支援の必要性 <特定妊婦>	<ul style="list-style-type: none"> ●若年 ●経済的問題 ●妊娠衰弱 ●母子健康手帳未発行・妊娠後期の妊娠届 ●妊婦健康診査未受診等 ●多胎 ●妊婦の心身の不調 ●その他()

特定妊婦

(3) 支援の開始と支援内容等の決定方法



母子健康手帳の記載項目

- ◆ 妊婦の健康状態他
年齢、身長、体重、BMI、既往歴、喫煙、飲酒、配偶者情報、出産歴
- ◆ 職業と環境
仕事の内容、職場環境、通勤時間、妊娠後の変更点、産前産後休業、育児休業、居住環境、同居者
- ◆ 妊娠中の経過
健診回数、各健診時の情報：子宮底長、腹囲、体重、血圧、浮腫、尿蛋白、尿糖、
- ◆ 検査の記録
- ◆ 出産の状態
妊娠期間、娩出日時、分娩経過、分娩方法、分娩所要時間、出血量、輸血の有無、性別、児数、体重、身長、胸囲、頭囲、特別な処置
- ◆ 妊娠中と産後の歯の状態
要治療の虫歯、歯石、歯肉の炎症
- ◆ 出産後の母体の経過
子宮復古、悪露、乳房の状態、血圧、尿蛋白、尿糖、体重
- ◆ 母親自身の記録
初乳の時間と内容
気分状態
入浴、家事開始、家事以外の仕事開始、月経再開、家族計画指導の有無

アンケート回答に関するご留意事項

以下のアンケートに対してA, B, Cの選択肢で答えて下さい。

ここでのアンケートは自由記載欄になります。該当するものがなければ無記載で構いません。

該当の選択肢をチェック下さい。

このページ内の以下に付した項目は、必ず付録でハイリスク妊娠を記載するために必要となりますか？
もっとも当てはまると思われる項目に関して以下の選択肢で回答ください。
A: 付録記載してほしい
B: 記載できるが付録記載の必要はない
C: 記載の必要はない

F2-Q1 胎嚢発生の未記入(未着)
A, B, C

F2-Q2 精神疾患の既往
A, B, C

F2-Q3 強いストレスの有無
A, B, C

F2-Q4 今回妊娠への不安の有無
A, B, C

F2-Q5 夫の健康状態の不良
A, B, C

F2-Q6 過去の異性妊娠の有無
A, B, C

F2-Q7 前回の産前/産後の不良
A, B, C

このページは妊婦自身で記入してください。

妊婦の健康状態等

年齢	身長	体重	BMI	既往歴	喫煙	飲酒

◎私の病気にまつたことがあります。(あるものに○印)
 高血圧 糖尿病 腎臓病 痔瘻 心臓病 甲状腺の病気
 ◎他の病気にまつたことがあります。
 風しん(正付時)か(ばい) (産) いはい 予防接種を受けた
 麻疹(はしか) (ばい) (産) いはい 予防接種を受けた
 水痘(水ぼうそう) (ばい) (産) いはい 予防接種を受けた
 ◎今までに手術を受けたことがあります。
 (なし) (あり) (病名)

◎妊娠中の薬(処方薬) ()
 ◎家庭や仕事などで発生した強いストレスを感じていますか。
 ◎今の妊娠期間に、過去の妊娠・分娩に比べて心配なことはありますか。
 ◎上記を繰り返すか。
 ◎胎盤を念入りますか。
 ◎分娩を念入りますか。
 ◎分娩と胎盤は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、おめましよう。

次の健康状態	健康	よくない(病名)

いままでの妊娠

出産年月	妊婦・出産・産後の状態	胎児・産後の状態	病状の予後
年 月	妊婦・異性(経産) 産(第 高月齢)	胎児	産後の予後

※妊婦にまつた病名、胎児・産後の病名がある方は、病状所、病名付(病種でシテマシ、医療機関等に支那に相談しなす。

このページ内のその他の情報で、医療機関より情報提供してほしい情報はどのよ5分ものでしょうか？
(赤字で赤字にご記載下さい)

赤字で示されたようにご記載下さい。

本人の喫煙習慣はハイリスク妊娠を把握する上で重要な情報だと思つたので、医療機関より情報提供してもらいたいですね。

添付 5

妊娠届出書

【標準様式】

市(町村)長殿

届出年月日 年 月 日

(ふりがな) 妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)	生年月日 年 月 日	年齢	職業
(ふりがな) 夫氏名 (パートナー)		生年月日 年 月 日	年齢	職業
居住地	(〒)	電話 携帯電話	() ()	
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	満 週 (か月)
	分娩予定日	平成 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険の種別	①社保 ②国保 ③いずれでもない

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産(出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容:)
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ
7 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい (人) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧経済的なこと ⑨自分の身体のこと ⑩夫婦(パートナー)関係のこと ⑪家族関係のこと ⑫育児の仕方 ⑬その他()
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい (本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
11 現在、アルコールを飲みますか。	①はい (回/週) ②いいえ
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気(うつ病など)・その他() それはいつ頃ですか:(年頃)・現在治療中
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①はい ②いいえ

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。

埼玉県における妊婦健診受診票を活用した母子保健の取り組み

研究分担者 松田 義雄（東京女子医科大学母子総合医療センター）
研究協力者 板倉 敦夫（埼玉医科大学産婦人科）

研究要旨

埼玉県では、妊婦健診受診票に妊婦健診のデータを記載して行政（市町村）へ送付している。このデータをハイリスク母児への早期介入に利活用されているかの実態を調査し、併せて今後の情報提供について調査し検討を加えた。アンケート調査の結果、感染症や子宮頸部細胞診の結果は、市町村から埼玉県に送られ、妊婦疾病サーベイランスの資料として活用されていたが、ハイリスク母児への早期介入に対しては、十分に利活用されているとは言えなかった。むしろ、妊婦健診受診票の自由記載欄である「市町村への連絡事項」に記載された「要支援ケースの情報」が利用され、その詳細な記載が市町村から期待されている実態が明らかとなった。さらに妊婦健診受診票の健診結果記載は多くの産科施設で記載されており、産科施設も情報提供に積極的であることが伺えた。その一方で、妊婦健診受診票は保健センター等へ届くまでに1か月以上かかるため、タイムリーな情報にならないとの意見もあった。これらの結果より、埼玉県内周産期センターで使用している「養育支援連絡票」などハイリスク母児の情報に特化した連絡法を用いて、迅速・積極的に産科施設から市町村に送るシステムを構築することにより、ハイリスク母児への早期介入が推進されると考えた。

A. 研究目的

埼玉県で行われている妊婦健診受診票に記載されている妊婦健診データ利用法の実態を調査し、併せて今後の活用法について調査することを目的とした。

B. 研究方法

1. 保健センター等へのアンケート：埼玉県内63市町村の保健センター等に対して、受診票情報の利活用について、6問のアンケート調査を行った。さらに埼玉県健康づくり長寿課への聞き取り法により、妊婦健診データの利用実態を調査した。
2. 埼玉県坂戸市をモデルとして、2012年8月から、埼玉医科大学病院、清水病院、小川産婦人科・小児科の3施設で分娩した母親に出生証

明書を発行に併せて、市町村へ出生情報を送る「出生連絡票」の記載に関して、医療者が母親を援助する取り組みを開始した。これによる乳児・新生児訪問への影響について、坂戸市における出生連絡票の提出率、訪問数の調査、アンケートによる訪問者の印象を検討した。

（倫理面への配慮）

いずれも研究も、埼玉医科大学倫理委員会での審議を経て承認された。

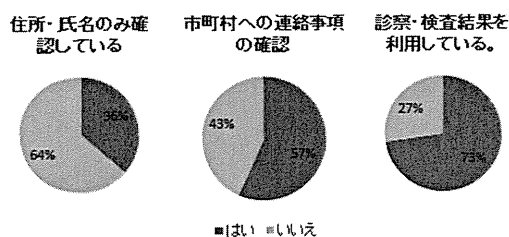
C. 研究結果

1. アンケート回収率は70%（44/63）であったが、アンケート回収できた保健センター等の出生数は埼玉県の出生数と比較すると、45%（26,554/58,059）で、都市部のアンケート回収が不良であったと考えられる結果であった。

問1 貴市町村では妊婦健康診査受診票の結果をどのように利用されていますか？

- A. 住所、氏名の確認のみしている。
- B. 「市町村への連絡事項」を確認して利用している。
- C. 診察・検査結果(以下の項目)を利用している。
診察、血圧、体重、尿化学検査、血液検査、B型溶血性連鎖球菌検査、超音波検査、子宮頸癌検診、HIV抗体検査、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア検査
- D. その他

問1 回答



市町村への連絡事項、診察・検査結果を利用しているとの回答がそれぞれ、57%、73%と氏名・住所のみの確認よりはるかに多く、埼玉県では妊婦健診のデータを市町村が活用している実態が明らかとなった。

問2 得られた情報をどのように活用していますか？

活用方法

- 電話連絡や妊婦訪問 61%
- 埼玉県への報告 100%

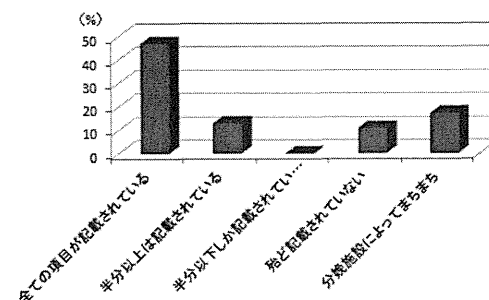
妊婦訪問等への活用項目

- 診察所見、尿所見等 11%
- HBs 14%
- HCV 14%
- 梅毒 2.2%

しかし、得られた情報の活用法を尋ねる設問で

は、埼玉県への報告はなされているが、妊婦訪問への妊婦の検査データの活用は10%程度と地域行政からの妊婦への介入には十分に活用できてはいない実態が伺えた。

問2 妊婦健康診査受診票の項目はどの程度記載されていますか



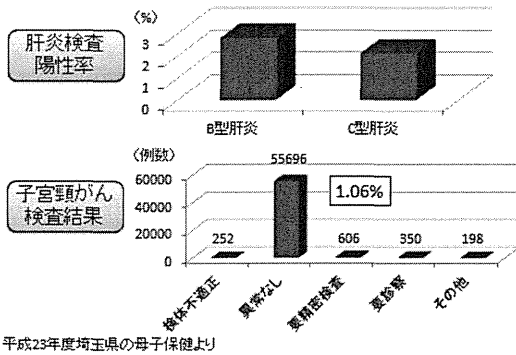
産科施設の妊婦健診受診票への記載は「すべての項目」、「半分以上の項目」を併せると、60%の施設が記載していると保健センター等は感じており、産科施設の行政への情報提供に対する意欲は十分であると考えられた。

問3 市町村への連絡事項の欄には、どのような内容を期待していますか。

- 要支援ケースの情報が知りたい 19
- 検査項目・指導内容 1
- 1ヶ月以上たってから届くので、タイムリーな情報として活用できない。 1
- 要支援ケースは直接連絡を貰いたい。1ヶ月後に来るので期待していない。 1

自由記載欄である「市町村への連絡事項」に対する期待としては、要支援ケースの情報が知りたいとの意見が多かった。その一方で、少数ではあるが、妊婦健診受診票を使用した情報提供ではタイムラグが介入への活用に支障をきたしているとの意見も見られた。

妊婦疾病サーベイランスへの活用



一方妊婦健診受診票に記載された妊婦健診の検査結果は、埼玉県に送られ、「埼玉県の母子保健」1)の冊子としてまとめられて、毎年発刊されていた。埼玉県における50000例以上の妊婦のB型、C型肝炎検査陽性率、子宮頸がん検査の結果を毎年報告している。これらのデータを集積し、そのトレンドを確認することにより、妊婦の疾病サーベイランスへ大きく貢献でき、妊婦健診受診票のデータは十分に活用されていると考えた。

2-1. 医療者による出生連絡票記載援助による乳児・新生児訪問への効果の検討

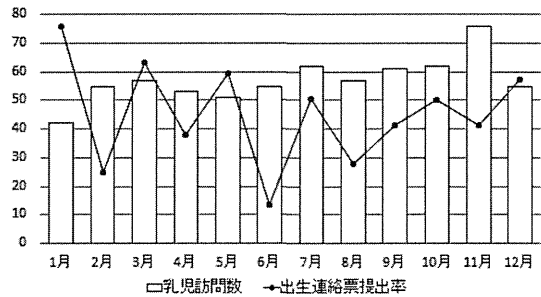
埼玉県坂戸市

- 人口101,049人(平成23年4月1日)
- 世帯数42,201世帯(平成23年4月1日)
- 出生798人(平成22年)
- 市内産科施設:
2か所+市外大学病院(年間2100分娩)

坂戸市に出生届を提出する児の大多数が出生する3施設で、医療者による出生連絡票の記載援助を2012年8月より開始した。2012年の月別出生連絡票提出率の推移、乳児訪問数の推移

を検討した。

坂戸市における出生連絡票の記載援助モデル事業の結果



出生連絡票提出率は、期待したほどの変化は見られなかったが、乳児訪問数は8月以降11月までは増加していた。

2-2. 新生児・乳児訪問者へのアンケート

坂戸市保健センターで乳児・新生児訪問に従事している母子保健推進委員、育児支援家庭訪問員11名に対するアンケートは、回収率100%であった。出生連絡票記載補助の取り組みを知っていた委員は36%(4/11)と少なく、8月以降その効果があったとの回答は27%(3/11)と予想より低い数値であった。出生連絡票記載援助だけでなく、母親への出生連絡票提出推進への働きかけなど、もう一工夫することが必要と考えた。

D. 考察

今回は、埼玉県における妊婦健診受診票に記載された妊婦健診データの利活用の現状を検討したが、妊婦疾病サーベイランスへの利用が多くなされていたが、ハイリスク母児への早期介入へは、十分活用されているとは言えない状況であった。市町村側も特定妊婦などの早期介入を必要とするハイリスク母児の情報を渴望しており、産科施設側も妊婦健診受診票に情報を記載する意欲はみられるものの、妊婦健診受

診票の「市町村への連絡事項」へハイリスク母児の情報を記載する習慣がないことが考えられた。さらに妊婦健診後に記載された情報が保健センター等に届くまでに時間がかかることも、活用を障害していると考えた。今回の検討により、早期介入を必要とする妊婦に関する市町村側の情報渴望と医療施設側の情報提供の意欲がみられたことから、今後はハイリスク母児の情報に特化した連絡法を用いて、産科施設から市町村の情報提供を行うためのシステム構築などを行うことで、スムーズな情報の受け渡しができることが期待された。現在埼玉県各周産期センターがNICU入院既往のある乳児の情報を市町村へ伝えるための「養育支援連絡票」は、妊婦情報伝達にも使用可能であることから、来年度はハイリスク母児の情報をこの連絡票を用いて産科施設から市町村に伝えることにより、早期介入に有用であるか検討する予定である。

一方坂戸市を中心に行った、出生児の情報を保健センター等に届ける出生連絡票を医療者が記載する援助のみでは、提出率の明らかな増加はみられず、現状では新生児・乳児訪問率の増加、訪問時の有益な情報提供には、不十分であることが示された。しかし、一部訪問者の意見からは、この取り組みに対する好意的な意見も見られており、記載援助とともに出生連絡票の提出を促進するポスターやパンフレットなどの啓蒙活動を付加することにより、なお一層の効果が発揮されることが期待できる。この点については今後の取り組みとしたい。

E. 結論

埼玉県では特定妊婦などの情報を迅速・積極的に産科施設から市町村に送るシステムを構築することにより、ハイリスク母児への早期介入が推進されると考えた。

【参考文献】

- 1) 妊婦健康診査実施状況及び母子感染防止事業実施状況 pp130-133：平成 23 年度埼玉県の母子保健 埼玉県保健医療部健康づくり財団

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

市町村におけるハイリスク妊産婦・新生児の情報把握の現状と 医療機関との連携

研究分担者 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科講座）

研究協力者 平田 修司（山梨大学医学部産婦人科講座）

研究要旨

【目的】市町村がおこなっているハイリスク妊産婦・新生児の情報把握と妊娠中からの医療機関との連携の実態を明らかにし、妊娠中から出産後に至る継続的支援の課題を検討することである。

【方法】調査協力が得られた A 県の 23 市町村の母子保健責任者に無記名自記式質問紙を郵送し、返信を依頼した。内容は㊦市町村の特性（人口、母子担当者の人数）、㊧母子健康手帳交付時の担当者
と情報把握、㊨ハイリスク妊産婦の情報把握と医療機関との連携、㊩ハイリスク産婦・新生児の情報把握と医療機関との連携であった。

【結果】18 市町村（78.3%）から回答があった。17 市町村の母子健康手帳交付担当者は保健師や助産師であったが、1 市町村では事務職員であった。母子健康手帳交付時には常に情報収集を行っていたが、事務職員が担当する市町村では社会的内容の情報に限られていた。ハイリスク妊産婦・新生児に関する情報は、妊婦健康診査受診票や継続看護連絡票、あるいは妊産婦からの相談や訪問等による直接的機会を捉えて把握されていたが、内容としては十分とは認識されていなかった。また医療機関と市町村間の情報提供に関しては、14～17 市町村で「ある」、または「時々ある」としたが、医療機関による差、里帰り妊産婦の情報把握が困難さが指摘された。妊娠中から出産後への継続的支援の課題としては、市町村と医療機関、妊産婦との連携が自治体の枠を超えた組織的方法の検討である。

A. 研究目的

現在の市町村がおこなっているハイリスク妊産婦・新生児の情報把握と妊娠中からの医療機関との連携の実態を明らかにし、妊娠中から出産後に至る継続的支援の課題を検討することを目的とする。

自記式無記名質問紙であり、内容は、①市町村の特性（人口、母子担当者の人数）、②母子健康手帳交付時の担当者と情報把握、③ハイリスク妊産婦の情報把握と医療機関との連携、④ハイリスク産婦・新生児の情報把握と医療機関との連携。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 調査対象

A 県内市町村の母子保健責任者

3. 調査期間

平成 25 年 1 月～平成 25 年 2 月

4. 調査方法

1) 調査用紙

2) データ収集方法

まず、各市町村長あてに調査協力依頼文書ならびに返信用はがきを送付し、調査への協力意向を調査した。返信用はがきには、調査協力の可否、協力が可能な場合には、市町村名、調査窓口となる担当者氏名と職位を記入の上、返信を依頼した。

調査協力可能な市町村の調査窓口担当者あてに、研究計画書、調査用紙、依頼書、承諾書、