

和5年度 こども家庭科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究 (21DA1004)
分担研究報告書

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
病院長 光田信明

分担研究課題

「分娩取扱い施設における社会的ハイリスク妊婦の把握に関する調査」

分担研究者	光田 信明	大阪母子医療センター	副院長
	片岡 弥恵子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科	教授
	中井 章人	日本医科大学 産婦人科	教授
	林 昌子	日本医科大学 産婦人科	准教授
研究協力者	和田 聡子	大阪母子医療センター 看護部	師長
	平田 瑛子	大阪母子医療センター 看護部	助産師
	上川 裕美	日本医科大学多摩永山病院 看護部	係長

【研究要旨】

(研究目的) 我が国の周産期医療レベルは高く、その指標である周産期死亡率や妊産婦死亡率は世界のトップ水準にある。しかし一方で、社会的ハイリスク妊娠やメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦は増加傾向にあり、自殺や児童虐待発生の要因となり社会的な問題となっている。そこで、本研究では、分娩取扱施設に対する調査を行い、社会的ハイリスク妊婦の抽出方法や行政との協働に必要な事項について検討する。

(研究方法) 倫理委員会の承認後、日本医科大学多摩永山病院倫理委員会の承認後、全国の分娩取扱施設宛にアンケートを送付し、調査を行った。各分娩取扱施設の代表回答者 1 名による回答を求め、Web 上 (Google フォーム) あるいは郵送での回答を得た。

(研究結果) 2,134 施設宛にアンケート調査依頼が送付され、2022 年 3 月 2 日～5 月 9 日の調査期間に 731 施設 (回答率 33.9%) より回答を得られた。回答を分析した結果、約 95% の施設が社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要であると回答した。社会的ハイリスク妊婦に関連する因子の評価率の検討では社会的な項目の評価割合が低く、評価している場合は主に助産師による対面面談で評価されていた。また問題点として行政との情報共有の難しさ、時間的人員の負担がかかる点、などが挙げられた。

社会的ハイリスク妊婦について把握連携ができていない施設の群と把握連携が難しい施設の群での比較では、把握連携ができていない群の施設では社会的ハイリスク妊婦を取り扱う件数が多く、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを使用している割合が有意に高かった。ハイリスク妊婦に関わる収入は、把握連携ができていないか否かに関わらず見合わないと言われた。行政とのやり取りに係る項目の比較では、把握連携ができていない施設で、より円滑にやり取りができていたことが示された。都道府県毎の検討では、分娩数の多い (上位 2/3) 都道府県では、助産師数が多いほど把握連携ができていない施設の割合が高かった (相関係数 $r=0.54$)。

(結論) 社会的ハイリスク妊婦は助産師を中心としたスタッフが時間と労力をかけて抽出していた。また行政との情報共有がスムーズにできず、社会的ハイリスク妊婦の管理に多くの時間と労力を要していた。社会的ハイリスク妊婦について把握連携には社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールが有用である可能性が示唆される。社会的ハイリスク妊婦を扱うにあたっての収入は見合わないとの意見が多く、社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連携等はボランティアベースで行っていることが伺われた。また社会的ハイリスク妊婦の把握連携には助産師の人数に余裕があることが非常に重要であることが示された。今後、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールの内容や普及についてさらに充実させるとともに、分娩取扱施設と行政との連携をスムーズに行うための方策、費用の問題などについて、検討を続ける必要があると考えられた。

A. 研究目的

我が国の周産期医療レベルは高く、その指標である周産期死亡率や妊産婦死亡率は世界のトップ水準にある。その大きな要因の一つに妊婦健康診査(妊健)があり、妊健の普及は周産期予後改善に寄与してきた。しかし一方で、社会的ハイリスク妊娠は増加傾向にあり、自殺や児童虐待発生の要因となり社会的な問題となっている。これらを解決するには従来の妊健だけでは限界があり、多機関・多職種による支援が求められる。

本調査では、分娩取扱施設で社会的ハイリスク妊婦をどのように抽出し、行政と協働しているか、またどのようなシステムが必要であるかを検討する。これまでに本研究班(第1次・2次光田班)で確立した社会的ハイリスク妊婦を把握するためのアセスメントシートの内容をもとに、分娩取扱施設で社会的ハイリスク妊婦に関わる因子を、どの程度どのように評価しているかを把握する。さらに、社会的ハイリスク妊婦に関わる際の分娩施設で起こり得る問題点や、他機関や他職種との連携についても評価を行う。

本調査結果は児童虐待、さらには子供もの死亡の減少につながるために貴重な資料となるものと考えられる。

B. 研究方法

日本医科大学多摩永山病院倫理委員会の承認後、全国の分娩取扱施設宛にアンケートを送付し、調査を行った。

- ・調査期間 2022年3月2日～5月9日
- ・調査対象

「周産期医療の広場」<https://shusanki.org/area.html>に掲載された分娩取扱施設の、代表回答者1名(社会的ハイリスク妊婦症例に主に対応するスタッフ、あるいは妊婦健診に直接関わるスタッフ：職種は問わない)による回答

- ・調査方法
アンケート依頼を郵送、Web上(Googleフォーム)あるいは郵送での回答
- ・調査用紙 図1, 2参照
- ・Web回答 図2と同様の内容をWeb上で入力

C. 研究結果

アンケートを2,156施設に郵送し、22施設が閉院などにより不着返送されたため、2,134施設宛にアンケート調査依頼が送付された。このうち731施設(回答率33.9%)より回答を得られた。アンケートの情報から得られた背景因子を表1に示す。施設の種類の

内訳では総合周産期母子医療センター64施設、地域周産期母子医療センター129施設、総合病院157施設、産婦人科専門病院36施設、診療所319施設であった。公立私立の別では、公的施設231施設、私立施設482施設からの回答を得られた。またアンケートは医師、助産師による回答が多かった。年間の特定妊婦取扱い件数は0件の施設も165存在し、1～5件が247施設、6～10件が82施設存在したが、21件以上のも53施設にのぼり、10件未満の少数を扱う施設と21件以上の施設に2極化して特定妊婦を扱っていることが伺われた。年間の社会的ハイリスク妊婦の取扱い件数についても特定妊婦と同様に、10件未満(計189施設)と21件以上の施設(190施設)が多かった。

「社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要だと思いますか」との問いには94.7%が「そう思う」、4.8%が「ややそう思う」との回答をしており、本研究の回答者は社会的ハイリスク妊娠に関心が高いと考えられた。さらに、「社会的ハイリスク妊婦の把握、行政との連携等を十分に行っていると思うか」という質問に対し、8割以上が「そう思う」あるいは「ややそう思う」の回答であり、社会的ハイリスク妊婦を比較的上手く扱えていると感じている施設が多かった。そのような施設背景であったが、社会的ハイリスク妊婦を抽出する目的で導入しているツールを有する施設は半数程度であった。

本研究班(第1次・2次光田班)で確立した、社会的ハイリスク妊婦を把握するためのアセスメントシート(SLIM尺度)で評価する内容について、各施設で評価しているか調査した結果を表2に示す。年齢、精神疾患の有無、妊婦健診未受診かどうか・受診回数のような、妊娠合併症に関わる因子はほぼ全例評価されていた。一方婚姻状況とEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)を除く、社会的因子と「気持ち」に関する因子、すなわち妊娠が嬉しかったかどうか、未診断の発達障害・人格障害傾向の有無、経済的ゆとりの有無、生活場所の変化が多いかどうか、本当に困った時の相談相手の有無、親との関係性(被虐待歴有無)、DVの可能性、学歴、MIBS-J(赤ちゃんへの気持ち質問票)については評価の実施率が低かった。

各項目について誰が、いつ、どのように評価しているか表3-1～3-14に示す。評価している施設の中では、評価の実施率が低かった要因を誰が評価しているかを検討した結果(図3)、妊娠が嬉しかったかどうか：医師22.8% 助産師77.6% 看護師28.7%、未診断の発達障害・人格障害傾向の有無：医師39.4% 助産師74.0% 看護師32.4%、経済的ゆとりの有無：医師20.2% 助産師81.1% 看護師34.5%、DVの可能性：

医師 19.2% 助産師 81.5% 看護師 35.3%など、いずれも医師が評価することは少なく、助産師が評価することが多い項目であった。またこれらの項目の評価にソーシャルワーカーが関わるのは5%前後であった。これら評価実施割合が低い項目の多くは、対面面談にて評価をしている割合が高かった(図4)。

「社会的ハイリスク妊婦を把握するために適する職業」についての質問(図5)では助産師について100%に近い施設で適していると回答しており、社会的ハイリスク妊婦の把握のために助産師は大変重要な役割を担っていることが伺えた。看護師も9割の施設で適していると回答されていた。さらにソーシャルワーカーについても、高い割合で社会的ハイリスク妊婦の把握に適すると回答されている。

しかし一方で、施設で社会的ハイリスク妊婦を扱うために、業種別にスタッフの数や協力が不足しているかどうかの問い(図6)では、8割以上の施設で助産師の数や協力が不足していると回答しており、医師や看護師、ソーシャルワーカーも7割弱が不足しているという結果であった。スタッフ以外に関して社会的ハイリスク妊婦を自施設で扱うために不足している項目では、半数以上の施設で行政への情報提供にあたっての同意方法の詳しい指針や、行政への情報提供にあたっての簡潔な手順が不足していると回答しているが、一方で行政の仕組みについての知識やスタッフとのつながりも不足しており、実際に指針や手順が不足しているのか、知識不足なのかの判定は困難であり、今後の検討が必要である。自施設の機能では人員不足、ソーシャルワーカー不足、精神科の体制がない、面談の場所がない、スタッフの力量の差、スタッフの意識の温度差、スタッフの教育不足 院内連携体制 行政との連絡体制 情報共有の方法 などが問題点として挙げられていた。一方行政の機能の不足としては行政の施設間・市町村間での対応の統一や、土日祝・夜間(緊急時)に連絡が取れる体制の構築、行政担当者の拡充、窓口の一本化について多数の要望が上がっていた。その他、担当者による対応のバラつき、フィードバックが少ない、連携不足などの問題点が挙げられていた。

行政と連絡を取る手段としては(表5)、電話(72.5%)と郵送(定形書式あり:62.8%)がよく用いられている手段であった。定形書式のない文書による連絡手段とメールはあまり用いられていなかった。実際に行政に連絡する手段として使用されている電話と郵送(定形書式あり)は、連絡に適している方法であるとも考えられており、定形書式のあるメールやファックスも適するという意見が多かったが、一方自由記載の意見では、メールやファックスについては誤送信を危惧す

る意見がみられた。

表6には通常の妊産婦に対する保健指導の回数と時間、および社会的ハイリスク妊産婦に対して追加で行う保健指導の回数と時間を示す。社会的ハイリスク妊産婦に追加で行う保健指導の回数は妊娠中に平均2.2回(1.4時間)、産後に1.5回(1.3時間)であった。

社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に対し、健診費用や分娩費用などによる収入が見合うと思うかの問いに対し、そう思う(見合う)・ややそう思うとの意見はわずか8%であり、3分の2の施設で健診費用や分娩費用などによる収入が見合わないとの意見であった(表7)。社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと感じる施設は約半数に留まる(表8)。

社会的ハイリスク妊婦で困ることについての自由記載では336施設から回答が寄せられた。内容を分類したものを図7、代表的な意見を表9に示す。最も多かったのは行政との情報共有がスムーズに行かない点であった。この中には行政の窓口が分かれて連絡先が多い、行政からのフィードバックがない、一つの行政機関に伝えても、他の行政機関で情報共有がされておらず、何度も同じ話をしないとしない、市町村ごとに申請の方法などシステムが異なるので困る、行政に連絡をしてもつながらない、などの意見があった。次に多かったのは時間的人員負担であった。情報をまとめたり伝達したりすることに時間を要するわりに診療報酬に反映されない、とにかく時間がかかる、患者の面接に時間がかかり、多業務に影響するなどの意見があった。妊婦の経済状況の問題についてもコメントが多く、不払い、踏み倒すとの意見が多数、その他手間がかかり神経をすり減らすが見返りが全くない、支払いができないが生活保護は拒否する妊婦がいるなどの意見があった。その他妊婦のコンプライアンス(受診しなくなる、連絡が取れなくなる、支援を拒むなどの問題点が挙げられた。

本研究ではさらに、社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連携等を十分に行うことに係る因子について検討するために「あなたの施設は社会的ハイリスク妊婦の把握、行政との連携等を十分に行っていると思いますか」の問いに対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した施設を「把握連携ができてい群」、「どちらとも言えない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と回答した施設を「把握連携が難しい」群とし、各群間で差のある要素についての検討を行った。この結果を表10に示す。把握連携ができてい群の施設では、年間に取り扱う社会的ハイリスク妊婦を取り扱う件数が多く、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを使用している割合が有

意に高かった。さらに、把握連携ができていない群の施設では、社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと思う割合が高かった。一方で、収入に関しては、把握連携ができていないか否かに関わらず、収入が見合うと答えた施設は1割に満たず、9割以上の施設で収入と資源の投入に対して収入が見合わないと感じていることが判明した。また収入の不足が社会的ハイリスク妊婦を施設で扱うために不足しているとの意見も、把握連携ができていない群の施設であっても8割以上であった。把握連携ができていない施設では、把握連携が困難な群の施設と比較して、医師、看護師、准看護師、事務職の数や協力について不足している割合が少なく、すなわち該当職種からの協力が得られている割合が高かった。また行政とのやり取りに係る項目（情報提供の同意に係る指針や手順、行政の仕組みについての知識、行政スタッフとのつながり）の検討では、社会的ハイリスク妊婦について把握連携ができていない施設でより円滑にやり取りができていないことが示された。一方で行政の機能については、把握連携ができていないか否かに関わらず6割弱の施設で不足していると回答していた。

さらに社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連携等を十分に行うための人的資源について検討するために、都道府県ごとに把握検討ができていない施設の割合と、産科医師、助産師、看護師等の人数とを比較した結果を図8-1~8-4に示す。図8-1-Aは今回の調査結果による調査で、把握連携ができていない施設の割合を都道府県別に示した図であり、図8-1-Bは厚生労働省令和2年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20>) より作成した本邦の都道府県別の助産師数である。図8-1-Aと図8-1-Bを重ねたものが図8-1であり、これをみると、一部の都道府県を除いて、把握連携ができていない施設の割合と人口10万人当たりの助産師数は平行に上下しており、関連があると考えられた。平行に上下していない部分の都道府県を確認すると、分娩数が少ない都道府県であった。同様に都道府県ごとの、産科に係る医師数、保健師数、社会福祉士数と、把握検討ができていない施設の割合を示すと（図8-2,3,4）医師、保健師、社会福祉士数では助産師で見られたような関連は認められなかった。

都道府県別の助産師数と把握連携ができていない施設の割合の関連を検討すると、全都道府県での検討では両者に関連性は認められなかった（図9-1）が、分娩数上位2/3に当たる32都道府県に限定して検討すると、助産師数と把握連携ができていない施設の割合の間に関連（相関係数 $r=0.54$ ）が認められた。

D. 考察

今回のアンケートは全国の分娩取扱施設を対象に行った。全国の施設から回答があったが、日本産婦人科医学会による2020年施設情報調査での総合周産期母子医療センター110施設、地域周産期母子医療センター296施設、一般病院601施設、婦人科病院443施設、分娩取扱診療所1234施設や、厚生労働省平成29年度衛生行政報告例での助産所366施設をかんがみると、周産期中核施設からの回答率が高く、産婦人科専門病院や助産所からの回答率は低いと考えられた。

社会的ハイリスク妊婦の取扱い件数は10件以下の施設と21件以上の施設が多く、二峰性であった。ここで1~5件の施設は一律に3件、6~10件の施設は8件、11~15件の施設は13件、16~20件の施設は18件と仮定し、21件以上の施設は具体的な件数を問うているので申告通りで計算すると、回答した施設のうち、年間20件以下の施設で取り扱う社会的ハイリスク妊婦は合計で約3000症例、年間21件以上の施設で11500症例であると大まかに計算される。前述の如く産婦人科専門病院や助産所からの回答が少ないことを考えると、社会的ハイリスク妊婦症例はある程度集約されているが、少ない案件を扱う病院で管理される社会的ハイリスク妊婦も、それなりの数が存在するものと考えられる。

社会的ハイリスク妊婦に関連する因子のうち、社会的因子と「気持ち」に関する因子、すなわち「妊娠が嬉しかったかどうか」、「対人関係トラブル」、「経済的ゆとりの有無」、「生活の場所」、「困った時の相談相手の有無」の評価は、医師よりも助産師が評価していることが多かった。「社会的ハイリスク妊婦を把握するために適する職業」の問いでも助産師が期待されていた。しかし一方で助産師不足の声も上がっており、社会的ハイリスク妊婦に関する業務を全て助産師が担うことは困難なこともあると考えられる。これらの項目は令和2年度光田班研究にてSLIM尺度で高い社会的ハイリスク妊娠との相関が認められた項目であり、このことから社会的ハイリスク妊婦の抽出には助産師が大きな役割を担っていると考えられる。社会的ハイリスク妊娠について困ることとして多く挙げられていた「人的時間的負担」は多くの場合助産師、あるいは看護師にかかっているものと推測される。

社会的ハイリスク妊婦の保健指導の回数は、一般の妊婦に比較して妊娠中2回（1.4時間）、産後に1.5回（1.3時間）多かった。しかし本アンケートから推測すると、社会的ハイリスク妊婦に関連する負担は母健指導だけではなく、関係各所への連絡や調整、情報収

集のための面談など、さらに多くの時間や人力的負担がかかっているものと推測される。本アンケート回答者の95%が「社会的ハイリスク妊婦の把握が重要だ」とするにもかかわらず、その3分の2が「人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入が見合わない」と意見することはこのことを裏付けていると考えられる。社会的ハイリスク妊婦には生活保護は受けないが費用の支払い能力が無い妊婦が多く含まれ、紹介搬送先が見つからないので分娩費用を病院がかぶるケースも珍しくない。従って、公的病院はともかく、私立の病院で社会的ハイリスク妊婦の取扱いを渋るのは想像に易い。全ての社会的ハイリスク妊娠を公立の施設で扱う方針とするのでない限りは、社会的ハイリスク妊婦の妊娠分娩管理に見合う収入を保障することが必須であると考えられた。

さらに、社会的ハイリスク妊婦に関して困ることとして、行政との情報共有がスムーズではないことが挙げられていた。連絡の方法や支援の内容が市区町村で異なること、行政施設間で情報共有がされないことで困っている施設が多く、これらを解決するためには統一した指針に則り運営されるのが理想であると考えられる。指針などの提示の可能性については今後の検討課題である。

社会的ハイリスク妊婦について把握連携ができていない施設と把握連携が難しい施設での比較では、把握連携ができていない施設では取扱件数が多く、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを有する施設が多かった。この結果からは、抽出ツールが社会的ハイリスク妊婦の抽出率を上げる効果と、症例数の多い施設で効率的に社会的ハイリスク妊婦を扱う効果があると考えられる。今回の調査では社会的ハイリスク妊婦の把握や連携のために抽出ツールが具体的にどのような役に立っているか解明することは困難ではあるが、社会的ハイリスク妊婦を把握するためには抽出ツールが有用であることが示された。

社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に対する収入は、把握連携ができていないか否かに関わらず見合わないという意見が非常に多かった。本邦での妊婦に係る費用は、社会的ハイリスクではない妊婦を基準に設定されており、社会的ハイリスク妊産婦であることに対する追加の収入は無く、精神疾患を有する場合のみ、ハイリスク妊娠管理加算等が適用できる。従って、社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連携等は、社会的ハイリスク妊婦を把握することに対する重要性からボランティアベースで行っていることが伺われた。

人口当たりの助産師数が多い都道府県では、ハイリスク妊婦について把握連携ができていない施設の割

合が高いこと、他の職種は社会的ハイリスク妊婦の把握連携と関連が低かったこと、さらに社会的ハイリスク妊婦を把握するために主に助産師が面談で情報を収集していることを考慮すると、社会的ハイリスク妊娠の把握連携には助産師が主体となっており、助産師の人数に余裕があることが非常に重要であることが考えられた。さらに把握連携ができていない施設では産科に関わる医師、看護師や准看護師など、助産業務の負担を減らす業務を担う職員の協力が得られやすいことが伺えることから、社会的ハイリスク妊婦の把握連携には助産師の尽力が大きく、助産業務に社会的ハイリスク妊婦に関わるための余裕をもたせることが大変重要であることが考えられた。

E. 結論

社会的ハイリスク妊婦は助産師を中心としたスタッフが時間と労力をかけて抽出していた。また行政との情報共有がスムーズにできていない点、管理に多くの時間と労力を要し、人的資源や物的資源の投入に対して健診費用や分娩費用などによる収入が見合っていない点など、社会的ハイリスク妊婦の管理に関する課題は山積していた。

また、社会的ハイリスク妊婦について把握連携ができていない施設と把握連携が難しい施設での比較からは、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールが有用である可能性が示唆された。一方で把握連携ができていないか否かに関わらず、社会的ハイリスク妊婦を扱うにあたって収入は見合わないとされ、社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連携等は、ボランティアベースで行っていることが伺われた。さらに社会的ハイリスク妊娠の把握連携には助産師の人数が関連し、助産業務に社会的ハイリスク妊婦に関わるための余裕があることが非常に重要であることが示された。

今後、社会的ハイリスク妊婦の抽出ツールを普及するとともに、分娩取扱施設と行政との連携をスムーズに行うための方策、費用の問題などについて、検討する必要があると考える。

本研究を通して、社会的ハイリスク妊婦を適切に把握し、行政との連携等を十分に行うためには、①社会的ハイリスク妊婦を把握するためのツールの普及、②社会的ハイリスク妊産婦の管理に係る施設に対する補助や診療報酬加算等の検討、③社会的ハイリスク妊産婦への対応に関する行政窓口の統一、手続きの簡略化、情報の一元化といったシステムの拡充が求められ、さらに助産師が社会的ハイリスク妊婦に関わりやすい体制を整えることが重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図 1-1 アンケート説明文書

アンケート回答ご担当者への研究の説明文書

研究課題名：妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究：分娩取扱い施設における社会的ハイリスク妊婦の把握に関する調査

1. 研究の目的

本邦の分娩取扱施設で社会的ハイリスク妊婦やメンタルヘル스에問題を抱える妊婦に対し、現状でどのように抽出し行政と協働しているか、またどのようなシステムが必要であるかを検討します。本研究の実施について、日本医科大学多摩永山病院倫理委員会で審議され、研究機関の長の許可を受けています。

2. 研究の背景

我が国の周産期医療レベルは高く、その指標である周産期死亡率や妊産婦死亡率は世界のトップ水準にあります。その大きな要因の一つに妊婦健康診査(妊健)があり、妊健の普及は周産期予後改善に寄与してきました。しかし一方で、社会的ハイリスク妊婦やメンタルヘル스에問題を抱える妊産婦は増加傾向にあり、自殺や児童虐待発生要因となり社会的な問題となっています。

3. 研究の実施体制

この研究は令和3年度厚生労働科学研究費 補助金(健やか次世代育成総合研究事業「妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究」(研究代表者: 大阪母子医療センター副院長 光田信明)の研究の一部として行います。

研究組織(光田班)

研究代表者	光田信明	大阪母子医療センター 副院長
研究分担者	木村 正	国立大学法人大阪大学 産科婦人科学教室 教授
研究分担者	中井章人	日本医科大学産婦人科教授 日本医科大学多摩永山病院院長
研究分担者	池田智明	三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座産科婦人科学 教授
研究分担者	藤原武男	東京医科歯科大学国際健康推進医学分野 教授
研究分担者	佐藤昌可	大分県立病院 院長
研究分担者	片岡弥恵子	聖路加国際大学看護学研究科 教授
研究分担者	清野仁美	兵庫医科大学精神科神経科学講座 講師
研究分担者	二代澤幸秀	信州大学小児医学教室 助教
研究分担者	日高庸博	福岡市立こども病院 産科医長
研究分担者	林 昌子	日本医科大学産婦人科 准教授

* 本研究は上記研究班による研究の一部であり、本研究に関する実施責任者は光田班の研究分担者である林昌子(日本医科大学)が担います。

4. 研究の方法

全国の全分娩取扱施設(約 2150 施設)に郵送にてアンケートの依頼を送りしております。お送りした説明をお読みいただき、ご同意いただける場合は、Web 上でご入力いただくか、あるいはお送りしたアンケート用紙にご記入いただき、郵送をお願いします。ご返送いただいたアンケートは令和 5 年度頃までに解析し取りまとめます。

5. この研究へのご協力をお願いする理由

このアンケートは貴施設の代表回答者 1 名(社会的ハイリスク妊産婦症例に主に対応するスタッフ、あるいは妊婦健康診査に直接関わるスタッフ)をお願いしております。

6. この研究に協力することで、受ける利益

この研究にご協力いただくことによって回答していただく方がお受けいただける直接の利益はございません。この研究の成果で知的財産権が発生した場合でも、その権利は回答者には帰属いたしません。

7. この研究に協力することで、受ける不利益

このアンケートにご回答いただくのに 15 分ほどのお時間をとらせていただきます。

8. この研究への協力は回答者の自由意思で決めることで、断っても不利益は受けないこと

図 1-2

この研究にご参加いただくかどうかは回答者の自由意思で決めることができます。ご参加をお断り頂いても不利益は発生いたしません。一旦同意して頂いた場合でも、解析開始前の2022年3月末日までの間であれば、不利益を被ることなく同意の撤回をすることができます。

9. 研究終了後の医療の提供に関する情報

該当なし

10. 健康被害が発生した場合の対応

この研究で健康被害が発生することは無いと考えます。

11. 経済的負担又は謝礼

この研究にご協力いただきましても謝礼等はございません。郵送による回答の場合は郵送料をご負担いただく必要はありませんが、Web入力によるご回答の場合には、これに必要な通信費用等をご負担いただけます。ご了承ください。

12. 個人情報の保護

この研究のアンケートは個人が特定されないよう、匿名で回答していただきます。

13. 試料、情報の保管及び廃棄の方法

郵送していただきましたアンケートや取りまとめたデータは、轉のかかる部屋に保管するようにいたします。Web上で回答していただきましたデータは、閲覧をこの研究の関係者に限って、Web上に保管いたします。郵送でのご回答が多い場合には外部業者に電子媒体への入力作業を依頼する場合があります。業者は未定ですが、情報を外部に漏洩しないよう契約し作業を依頼いたします。郵送でのご回答を業者に渡す際には、干渉し、あるいは回答後のアンケートと入力用のUSBを配達記録のある郵送で送付します。回答後のアンケートと入力済みのUSB（パスワードをかけます）の受け取りも同様に行います。

ご回答は必要に応じてインターネットを用いて研究室（光田部）のメンバーと共有いたしますが、その際にはパスワードをかけて共有いたします。データは研究終了から5年または結果の公表後3年のいずれか遅い日までの期間、適切に保管し、保管期間終了後は回答後のアンケートは相断して破棄し、データは復元不可能な形で消去します。

14. 研究終了後の試料の取り扱い

非該当です

15. 研究の実施に伴い、新たな知見が得られた場合の対応

非該当です

16. 研究費の情報

この研究は令和3年度厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）により運営しています。
この研究に直接かわる人員に、申告すべき利益相反に関する状況はありません。

17. 研究に関する情報の公開

アンケートは個人が特定されない形で行いますので、個人の情報が公開されることはありません。アンケートに施設情報は含まれますが、原則として施設情報を公開しない形で、厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）「妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究」（光田部）の報告書の一部として報告いたします。報告書は取りまとめられたのちに厚生労働省ホームページ上から閲覧していただけます。さらに、日本産科婦人科学会等での学会発表や、論文による発表を行う予定です。

例外として、好事例の検討などのために施設名を公開することがあります。その場合は、今回の同意書とは別に、公開する詳細な理由と内容を施設の産科部門代表者までご連絡し、ご同意いただいた上で公開致します。この場合は貴施設の不利益になる内容は含まないように、最大限に配慮致します。

18. モニタリング及び監査に関する情報

非該当です

19. 問い合わせ先窓口

担当者：日本医科大学多摩永山病院 女性診療科・産科 林 昌子

日本医科大学多摩永山病院 倫理委員会事務局

〒206-8512 東京都多摩市永山1丁目7-1

電話番号：042-371-2111（代表） 内線：2302

メールアドレス：nagayama-chiko_center@nm.u-t.ac.jp

この研究の内容をご理解いただき、この研究への協力（参加）に同意いただける場合は、別紙の同意書に日付と同意欄へのチェックをお願いします。

令和 4年 3月 吉日

研究分担者 日本医科大学多摩永山病院 女性診療科・産科 林 昌子

図 2-1 アンケート回答用紙（郵送用）

分娩取扱い施設における社会的ハイリスク妊婦の把握に関するアンケート

このアンケートは、分娩取扱施設宛にお送りしています。貴施設の中で、代表者1名（社会的ハイリスク妊婦症例に主に対応するスタッフ、あるいは妊婦健診に直接関わるスタッフ（職種は問いません））によるご回答をお願いいたします。お考えを問う質問については、ご回答いただく方のお考えをご記入ください。

回答は、Web上での入力、あるいは郵送のいずれかをお願いします。Web入力は下のURLよりお願いいたします。

<https://forms.gle/CraVq1mCg5RBWpqqd7> QRコード



1. 基本情報（以下の質問に対し、記入または選択（○をつける）をお願いします）

施設名称							
所在地	都道府県						
施設の種類 1（選択してください）	総合周産期 母子医療センター	地域周産期 母子医療センター	周産期母子医療 センター以外の 総合病院	産婦人科 専門病院	診療所	有床助産所	無床助産所 その他 ()
施設の種類 2	公的施設			私立施設			
2021年（1月1日～12月31日）の分娩件数	件						
このアンケートにお答えいただいている方の職種	医師	助産師	看護師	准看護師	ソーシャル ワーカー	事務職	その他 ()
お答えいただいている方の現職種の経験年数	年						
貴施設では特定妊婦（要保護児童地域対策協議会（要対協）が決定した特定妊婦）を2021年の1年間に何件程度扱いましたか	把握していない	0件	1～5件	6～10件	11～15件	16～20件	21件以上 (約) 件
社会的ハイリスク妊婦（定義：さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊婦）症例を2021年に何件程度扱いましたか（特定妊婦を除く）	把握していない	0件	1～5件	6～10件	11～15件	16～20件	21件以上 (約) 件
貴施設に、社会的ハイリスク妊婦を抽出する目的で導入しているツールはありますか	ない	ある（質問紙）				ある（その他） (詳細:)	

図 2-2

2. 通常の妊婦健診で、以下の項目について、「評価しているか」「主に誰が」「いつ」「どのように」評価しているかをお答えください

（1行ずつ本枠ごとに○を付けお答えください）

*「誰が、いつ、どのように」の項目については複数回答可。評価していない場合は空欄をお願いします。

	項目について何らかの形で評価しているか				主に誰が（空欄・複数回答可）		いつ（空欄・複数回答可）							どのように（空欄・複数回答可）									
	全例	ほとんど	時々	まれに	全くない	医師	助産師	看護師	ソーシャルワーカー	事務職	初診時	妊娠初期	妊娠中期	妊娠後期	入院中	産後	産後1か月頃	2～4か月頃	5か月以降	（の記入） 問診票（紙）	（の記入） 問診票（タブレット）	対面 面談	
年齢																							
妊娠が楽しかったかどうか																							
精神疾患の既往の有無																							
これまでの対人関係トラブルの有無 （未診断の発達障害、人格障害傾向の有無を含む）																							
経済的ゆとりの有無																							
生活場所の変化が多いか （安定した居住場所があるか）																							
本当に困った時の相談相手の有無																							
妊婦が、自分の親との関係性に満足しているか （被虐歴を含む）																							
パートナーとのケンカ頻度（DVの可能性）																							
婚姻状況 （婚約、未婚、離婚、再婚、連れ子の有無）																							
学歴（低学歴の有無）																							
妊婦健診未受診かどうか、受診回数																							
MIBS-J（赤ちゃんへの気持ち質問票）																							
EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）																							

図 2-3

3. 貴施設での社会的ハイリスク妊婦症例の取扱いについてお考えをお教えてください（1行ごとに○をお付けください）

	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	全く そう思わない
社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要だと思いますか					
社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと思いますか					
社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に対し、健診費用や分娩費用などによる収入が見合うと思いますか					
あなたの施設は社会的ハイリスク妊婦の把握、行政との連携等を十分に 行っていると思いますか					

4. 主に社会的ハイリスク妊婦を把握するために、以下の職種は適していると思いますか（1行ごとに○をお付けください）

	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	全く そう思わない	該当職種が 不在
医師						
助産師						
看護師						
ソーシャルワーカー						
事務職						
その他適している職種はありますか (自由記載)						

P.3/全8ページ

図 2-4

5. 助産師・看護師による妊娠中の保健指導の回数について（例 1回1時間の面談を3回なら、3回 3時間と記入）

	回数	時間
在助産師・看護師による面談等による保健指導は妊娠中合計して平均どのくらい行っていますか (一般的な妊婦さんについてお答えください)	回	時間
通常の助産師・看護師による保健指導に加えて、社会的ハイリスク妊婦の抽出や把握、管理のために妊娠中に必要な【追加の】面談回数や面談時間はどのくらいだと思いますか (全例に対して既に十分に行っている場合は0回0時間と回答してください)	(追加で) 回	(追加で) 時間

6. 助産師・看護師による産後の保健指導・育児指導の回数について（例 2人に1人の割合で1回1時間の面談を1回施行するなら、0.5回 0.5時間と記入）

	回数	時間
現在助産師・看護師による面談等による産後の保健指導・育児指導は、産後を合計して平均どのくらい行っていますか (一般的な産婦さんについてお答えください)	回	時間
通常の助産師・看護師による産後の保健指導・育児指導に加えて、社会的ハイリスク症例（さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる症例）の抽出や把握、管理のために産後に必要な【追加の】面談回数や面談時間はどのくらいだと思いますか (全例に対して既に十分に行っている場合は0回0時間と回答してください)	(追加で) 回	(追加で) 時間

P.4/全8ページ

図 2-5

7. 社会的ハイリスク妊婦を貴施設で扱うために不足していることは何ですか（1行ごとに○をお付けください）

	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	全く そう思わない
人的、物的資源投入に見合う収入					
スタッフの数や協力（医師）					
スタッフの数や協力（助産師）					
スタッフの数や協力（看護師）					
スタッフの数や協力（准看護師）					
スタッフの数や協力（ソーシャルワーカー）					
スタッフの数や協力（事務職）					
行政への情報提供にあたっての同意方法の詳しい指針					
行政への情報提供にあたっての簡潔な手順					
行政の仕組みについての知識					
行政スタッフとのつながり					
貴施設の機能					
→どのような機能の改善が必要ですか（自由記載）					
行政の機能					
→行政のどのような機能の改善が必要ですか（自由記載）					
その他（自由記載）					

P.5/全8ページ

図 2-6

8. 社会的ハイリスク妊婦について行政に連絡している方法は何ですか（1行ごとに○をお付けください）

	毎 回	ほとん	時 々	まれに	全くない	連絡を していない
電 話						
ファックス（定形書式あり）						
ファックス（定形書式なし）						
メー ル（定形書式あり）						
メー ル（定形書式なし）						
郵 送（定形書式あり）						
郵 送（定形書式なし）						
その他（連絡方法をご記載ください）						

P.6/全8ページ

図 2-7

9. 社会的ハイリスク妊婦について行政に連絡するのに適していると思う方法は何か（1行ごとに○をお付けください）

	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	全く そう思わない
電 話					
ファックス（定形書式あり）					
ファックス（定形書式なし）					
メー ル（定形書式あり）					
メー ル（定形書式なし）					
郵 送（定形書式あり）					
郵 送（定形書式なし）					
その他適する方法があればご記載ください （自由記載）					

P.7/全8ページ

図 2-8

10. 貴施設や周囲の施設に社会的ハイリスク妊婦の把握や連絡に役立つツールがあればお教えてください（自由記載）

11. 社会的ハイリスク妊婦について特に困ることがあればお教えてください（自由記載）

12. その他何かございましたら下にご記入ください（自由記載）

質問は以上です。どうもありがとうございました。

P.8/全8ページ

表1 回答施設・回答者の背景

	n (%)
施設の種類(機能別)	
総合周産期母子医療センター	64 (8.8)
地域周産期母子医療センター	129 (17.6)
周産期母子医療センター以外の総合病院	157 (21.5)
産婦人科専門病院	36 (4.9)
診療所	319 (43.6)
有床助産所	20 (2.7)
その他	1 (0.1)
不明	5 (0.8)
施設所在地	
北海道	26 (3.6)
東北	49 (6.7)
関東	212 (29)
中部	133 (18.2)
近畿	132 (18.1)
中国	53 (7.3)
四国	17 (2.3)
九州沖縄	106 (14.5)
公的・私立施設の別	
公的施設	231 (31.6)
私立施設	482 (65.9)
不明	18 (2.5)
回答者(複数回答有)	
医師	414 (56.6)
助産師	278 (38)
看護師	30 (4.1)
准看護師	3 (0.4)
ソーシャルワーカー	4 (0.5)
事務職	18 (2.5)
その他	2 (0.3)
年間の特定妊婦取扱い件数	
0件	165 (22.6)
1~5件	247 (33.8)
6~10件	82 (11.2)
11~15件	30 (4.1)
16~20件	27 (3.7)
21件以上	53 (7.3)
把握していない	119 (16.3)
年間の社会的ハイリスク妊婦取扱い件数	
0件	78 (10.7)
1~5件	178 (24.4)
6~10件	101 (13.8)
11~15件	50 (6.8)
16~20件	58 (7.9)
21件以上	190 (26)
把握していない	68 (9.3)
社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要だと思いますか	
そう思う	692 (94.7)
ややそう思う	35 (4.8)
どちらともいえない	3 (0.4)
あまりそう思わない	0 (0)
全くそう思わない	1 (0.1)
あなたの施設は社会的ハイリスク妊婦の把握、行政との連携等を十分に行っていると思いますか	
そう思う	344 (47.1)
ややそう思う	283 (38.7)
どちらともいえない	74 (10.1)
あまりそう思わない	25 (3.4)
全くそう思わない	5 (0.7)
社会的ハイリスク妊婦を抽出する目的で導入しているツールはありますか(重複回答あり)	
ない	355 (48.6)
ある(質問紙)	330 (45.1)
ある(その他)	67 (9.2)

表2 SLIMスコア項目の評価状況 (通常の妊婦健診で、以下のことについて評価しているか)

	n (%)
年齢	
全例・ほとんど	691 (94.5)
時々	12 (1.6)
まれに・全くない	21 (2.8)
妊娠が嬉しかったかどうか	
全例・ほとんど	433 (59.2)
時々	104 (14.2)
まれに・全くない	167 (22.9)
精神疾患の既往の有無	
全例・ほとんど	692 (94.7)
時々	19 (2.6)
まれに・全くない	11 (1.5)
これまでの対人関係トラブルの有無 (未診断の発達障害、人格障害傾向の有無を含む)	
全例・ほとんど	328 (44.8)
時々	172 (23.5)
まれに・全くない	209 (28.6)
経済的ゆとりの有無	
全例・ほとんど	443 (60.6)
時々	147 (20.1)
まれに・全くない	122 (16.7)
生活場所の変化が多いか(安定した居住場所があるか)	
全例・ほとんど	467 (63.9)
時々	96 (13.1)
まれに・全くない	149 (20.3)
本当に困った時の相談相手の有無	
全例・ほとんど	555 (75.9)
時々	92 (12.6)
まれに・全くない	68 (9.3)
妊婦とその親との関係性に満足しているか(被虐歴を含む)	
全例・ほとんど	381 (52.1)
時々	171 (23.4)
まれに・全くない	158 (21.6)
パートナーとのケンカの頻度(DVの可能性)	
全例・ほとんど	294 (40.2)
時々	195 (26.7)
まれに・全くない	219 (30)
婚姻状況(婚約、未婚、離婚、再婚、連れ子の有無)	
全例・ほとんど	698 (95.5)
時々	17 (2.3)
まれに・全くない	8 (1.1)
学歴(低学歴の有無)	
全例・ほとんど	122 (16.7)
時々	142 (19.4)
まれに・全くない	439 (60.1)
妊婦健診未受診かどうか 受診回数	
全例・ほとんど	636 (87.0)
時々	27 (3.7)
まれに・全くない	49 (6.7)
MIBS-J (赤ちゃんへの気持ち質問票)	
全例・ほとんど	341 (46.6)
時々	68 (9.3)
まれに・全くない	274 (37.5)
EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)	
全例・ほとんど	611 (83.6)
時々	58 (7.9)
まれに・全くない	43 (5.9)

表3-1 通常の妊婦健診で、【年齢】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
年齢について評価していますか(再掲)	
全例	658 (90)
ほとんど	33 (4.5)
時々	12 (1.6)
まれに	17 (2.3)
全くない	4 (0.5)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	499 (68.2)
助産師	542 (74.1)
看護師	303 (41.5)
ソーシャルワーカー	17 (2.3)
事務職	181 (24.7)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	639 (87.4)
妊娠初期	197 (26.9)
妊娠中期	93 (12.7)
妊娠後期	105 (14.4)
入院中	120 (16.4)
産後2週間頃	72 (9.8)
産後1か月頃	84 (11.5)
産後2～4か月	11 (1.5)
産後5か月以降	2 (0.3)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	631 (86.3)
問診票(タブレット)	45 (6.2)
対面面談	240 (32.8)

表3-2 通常の妊婦健診で、【妊娠が嬉しかったかどうか】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
妊娠が嬉しかったかどうか について評価していますか(再掲)	
全例	335 (45.8)
ほとんど	98 (13.4)
時々	104 (14.2)
まれに	83 (11.4)
全くない	84 (11.5)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	167 (22.8)
助産師	567 (77.6)
看護師	210 (28.7)
ソーシャルワーカー	11 (1.5)
事務職	11 (1.5)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	271 (37.1)
妊娠初期	358 (49)
妊娠中期	132 (18.1)
妊娠後期	69 (9.4)
入院中	99 (13.5)
産後2週間頃	49 (6.7)
産後1か月頃	59 (8.1)
産後2～4か月	5 (0.7)
産後5か月以降	2 (0.3)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	305 (41.7)
問診票(タブレット)	11 (1.5)
対面面談	452 (61.8)

表3-3 通常の妊婦健診で、【精神疾患の既往の有無】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
精神疾患の既往の有無について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	613 (83.9)
ほとんど	79 (10.8)
時々	19 (2.6)
まれに	9 (1.2)
全くない	2 (0.3)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	538 (73.6)
助産師	545 (74.6)
看護師	284 (38.9)
ソーシャルワーカー	21 (2.9)
事務職	45 (6.2)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	585 (80)
妊娠初期	313 (42.8)
妊娠中期	118 (16.1)
妊娠後期	98 (13.4)
入院中	112 (15.3)
産後2週間頃	62 (8.5)
産後1か月頃	67 (9.2)
産後2～4か月	2 (0.3)
産後5か月以降	1 (0.1)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	596 (81.5)
問診票(タブレット)	30 (4.1)
対面面談	428 (58.5)

表3-4 通常の妊婦健診で、【これまでの対人関係トラブルの有無(未診断の発達障害、人格障害傾向の有無を含む)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
これまでの対人関係トラブルの有無(未診断の発達障害、人格障害傾向の有無を含む)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	235 (32.1)
ほとんど	93 (12.7)
時々	172 (23.5)
まれに	125 (17.1)
全くない	84 (11.5)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	288 (39.4)
助産師	541 (74)
看護師	237 (32.4)
ソーシャルワーカー	35 (4.8)
事務職	24 (3.3)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	331 (45.3)
妊娠初期	338 (46.2)
妊娠中期	213 (29.1)
妊娠後期	174 (23.8)
入院中	167 (22.8)
産後2週間頃	55 (7.5)
産後1か月頃	70 (9.6)
産後2～4か月	3 (0.4)
産後5か月以降	2 (0.3)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	283 (38.7)
問診票(タブレット)	14 (1.9)
対面面談	510 (69.8)

表3-5 通常の妊婦健診で、【経済的ゆとりの有無】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
経済的ゆとりの有無について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	328 (44.9)
ほとんど	115 (15.7)
時々	147 (20.1)
まれに	88 (12)
全くない	34 (4.7)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	148 (20.2)
助産師	593 (81.1)
看護師	252 (34.5)
ソーシャルワーカー	58 (7.9)
事務職	118 (16.1)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	289 (39.5)
妊娠初期	362 (49.5)
妊娠中期	240 (32.8)
妊娠後期	196 (26.8)
入院中	177 (24.2)
産後2週間頃	51 (7)
産後1か月頃	65 (8.9)
産後2～4か月	1 (0.1)
産後5か月以降	0 (0)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	290 (39.7)
問診票(タブレット)	16 (2.2)
対面面談	540 (73.9)

表3-6 通常の妊婦健診で、【生活場所の変化が多いか(安定した居住場所があるか)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
生活場所の変化が多いか(安定した居住場所があるか)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	351 (48)
ほとんど	116 (15.9)
時々	96 (13.1)
まれに	91 (12.4)
全くない	58 (7.9)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	130 (17.8)
助産師	588 (80.4)
看護師	248 (33.9)
ソーシャルワーカー	45 (6.2)
事務職	72 (9.8)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	307 (42)
妊娠初期	342 (46.8)
妊娠中期	204 (27.9)
妊娠後期	189 (25.9)
入院中	157 (21.5)
産後2週間頃	48 (6.6)
産後1か月頃	64 (8.8)
産後2～4か月	1 (0.1)
産後5か月以降	0 (0)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	311 (42.5)
問診票(タブレット)	15 (2.1)
対面面談	510 (69.8)

表3-7 通常の妊婦健診で、【本当に困った時の相談相手の有無】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
本当に困った時の相談相手の有無 について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	428 (58.5)
ほとんど	127 (17.4)
時々	92 (12.6)
まれに	51 (7)
全くない	17 (2.3)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	143 (19.6)
助産師	647 (88.5)
看護師	274 (37.5)
ソーシャルワーカー	33 (4.5)
事務職	25 (3.4)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	261 (35.7)
妊娠初期	370 (50.6)
妊娠中期	264 (36.1)
妊娠後期	241 (33)
入院中	247 (33.8)
産後2週間頃	128 (17.5)
産後1か月頃	134 (18.3)
産後2～4か月	2 (0.3)
産後5か月以降	1 (0.1)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	345 (47.2)
問診票(タブレット)	14 (1.9)
対面面談	556 (76.1)

表3-8 通常の妊婦健診で、【妊婦とその親との関係性に満足しているか(被虐歴を含む)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
妊婦とその親との関係性に満足しているか(被虐歴を含む) について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	269 (36.8)
ほとんど	112 (15.3)
時々	171 (23.4)
まれに	110 (15)
全くない	48 (6.6)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	114 (15.6)
助産師	609 (83.3)
看護師	254 (34.7)
ソーシャルワーカー	38 (5.2)
事務職	12 (1.6)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	208 (28.5)
妊娠初期	333 (45.6)
妊娠中期	262 (35.8)
妊娠後期	237 (32.4)
入院中	226 (30.9)
産後2週間頃	118 (16.1)
産後1か月頃	119 (16.3)
産後2～4か月	3 (0.4)
産後5か月以降	2 (0.3)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	246 (33.7)
問診票(タブレット)	13 (1.8)
対面面談	560 (76.6)

表3-9 通常の妊婦健診で、【パートナーとのケンカの頻度(DVの可能性)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
パートナーとのケンカの頻度(DVの可能性)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	185 (25.3)
ほとんど	109 (14.9)
時々	195 (26.7)
まれに	159 (21.8)
全くない	60 (8.2)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	140 (19.2)
助産師	596 (81.5)
看護師	258 (35.3)
ソーシャルワーカー	41 (5.6)
事務職	12 (1.6)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	206 (28.2)
妊娠初期	332 (45.4)
妊娠中期	293 (40.1)
妊娠後期	255 (34.9)
入院中	220 (30.1)
産後2週間頃	119 (16.3)
産後1か月頃	123 (16.8)
産後2～4か月	4 (0.5)
産後5か月以降	2 (0.3)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	195 (26.7)
問診票(タブレット)	10 (1.4)
対面面談	556 (76.1)

表3-10 通常の妊婦健診で、【婚姻状況(婚約、未婚、離婚、再婚、連れ子の有無)】について だれが、いつどのように評価していますか

	n (%)
婚姻状況(婚約、未婚、離婚、再婚、連れ子の有無)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	641 (87.7)
ほとんど	57 (7.8)
時々	17 (2.3)
まれに	2 (0.3)
全くない	6 (0.8)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	340 (46.5)
助産師	624 (85.4)
看護師	306 (41.9)
ソーシャルワーカー	33 (4.5)
事務職	85 (11.6)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	509 (69.6)
妊娠初期	336 (46)
妊娠中期	161 (22)
妊娠後期	147 (20.1)
入院中	148 (20.2)
産後2週間頃	31 (4.2)
産後1か月頃	42 (5.7)
産後2～4か月	1 (0.1)
産後5か月以降	0 (0)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	511 (69.9)
問診票(タブレット)	25 (3.4)
対面面談	507 (69.4)

表3-11 通常の妊婦健診で、【学歴(低学歴の有無)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
学歴(低学歴の有無)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	86 (11.8)
ほとんど	36 (4.9)
時々	142 (19.4)
まれに	181 (24.8)
全くない	258 (35.3)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	114 (15.6)
助産師	391 (53.5)
看護師	158 (21.6)
ソーシャルワーカー	35 (4.8)
事務職	18 (2.5)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	199 (27.2)
妊娠初期	197 (26.9)
妊娠中期	133 (18.2)
妊娠後期	89 (12.2)
入院中	92 (12.6)
産後2週間頃	14 (1.9)
産後1か月頃	16 (2.2)
産後2～4か月	2 (0.3)
産後5か月以降	1 (0.1)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	136 (18.6)
問診票(タブレット)	5 (0.7)
対面面談	351 (48)

表3-12 通常の妊婦健診で、【妊婦健診未受診かどうか 受診回数】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
妊婦健診未受診かどうか 受診回数 について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	582 (79.6)
ほとんど	54 (7.4)
時々	27 (3.7)
まれに	30 (4.1)
全くない	19 (2.6)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	448 (61.3)
助産師	551 (75.4)
看護師	271 (37.1)
ソーシャルワーカー	27 (3.7)
事務職	122 (16.7)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	418 (57.2)
妊娠初期	289 (39.5)
妊娠中期	311 (42.5)
妊娠後期	321 (43.9)
入院中	114 (15.6)
産後2週間頃	34 (4.7)
産後1か月頃	49 (6.7)
産後2～4か月	2 (0.3)
産後5か月以降	0 (0)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	251 (34.3)
問診票(タブレット)	10 (1.4)
対面面談	471 (64.4)

表3-13 通常の妊婦健診で、【MIBS-J（赤ちゃんへの気持ち質問票）】について だれが、いつ、どのように評価していますか

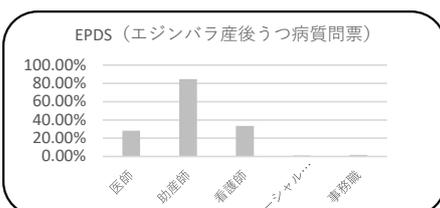
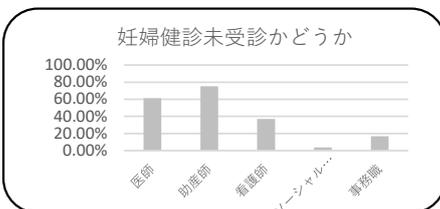
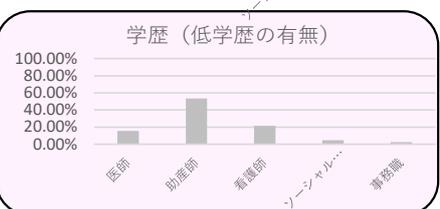
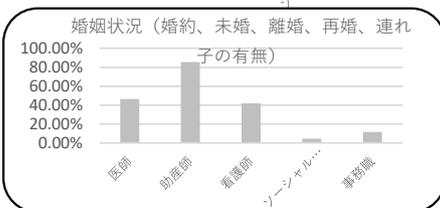
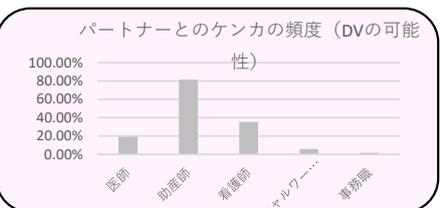
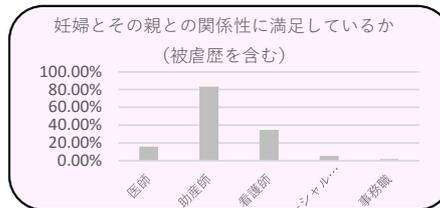
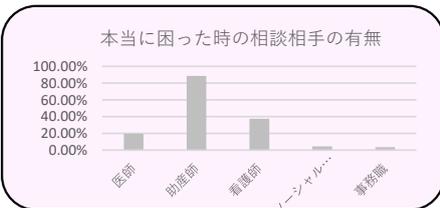
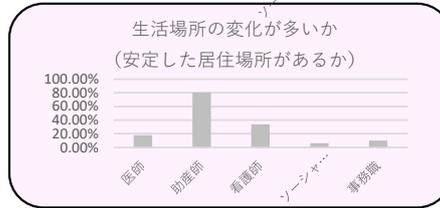
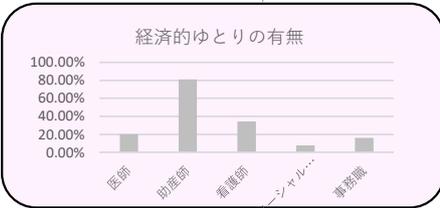
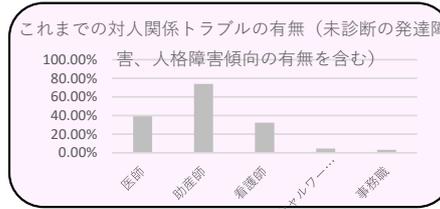
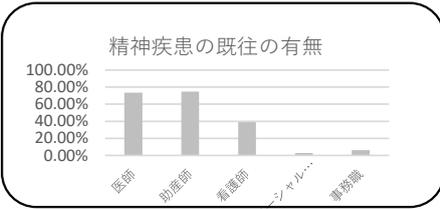
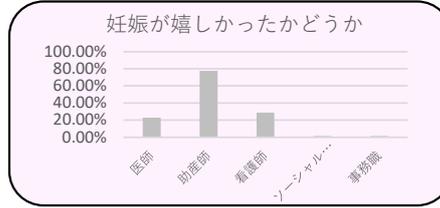
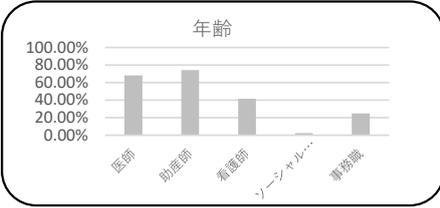
	n (%)
MIBS-J（赤ちゃんへの気持ち質問票）について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	289 (39.5)
ほとんど	52 (7.1)
時々	68 (9.3)
まれに	67 (9.2)
全くない	207 (28.3)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	88 (12)
助産師	443 (60.6)
看護師	155 (21.2)
ソーシャルワーカー	3 (0.4)
事務職	6 (0.8)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	24 (3.3)
妊娠初期	46 (6.3)
妊娠中期	61 (8.3)
妊娠後期	51 (7)
入院中	185 (25.3)
産後2週間頃	297 (40.6)
産後1か月頃	325 (44.5)
産後2～4か月	1 (0.1)
産後5か月以降	0 (0)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	385 (52.7)
問診票(タブレット)	10 (1.4)
対面面談	290 (39.7)

表3-14 通常の妊婦健診で、【EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)】について だれが、いつ、どのように評価していますか

	n (%)
EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)について、何らかの形で評価していますか(再掲)	
全例	530 (72.5)
ほとんど	81 (11.1)
時々	58 (7.9)
まれに	18 (2.5)
全くない	25 (3.4)
評価している場合、だれが評価していますか(複数回答あり)	
医師	207 (28.3)
助産師	619 (84.7)
看護師	245 (33.5)
ソーシャルワーカー	8 (1.1)
事務職	13 (1.8)
いつ評価していますか(複数回答あり)	
初診時	19 (2.6)
妊娠初期	35 (4.8)
妊娠中期	63 (8.6)
妊娠後期	45 (6.2)
入院中	208 (28.5)
産後2週間頃	477 (65.3)
産後1か月頃	586 (80.2)
産後2～4か月	10 (1.4)
産後5か月以降	1 (0.1)
どのように評価していますか(複数回答あり)	
問診票(紙)	609 (83.3)
問診票(タブレット)	17 (2.3)
対面面談	379 (51.8)

図3 社会的ハイリスク妊婦に関連する各因子を誰が評価しているか

背景が色付きの項目は評価をしている施設の割合が低い（80%未満）項目



評価率の低い項目を色付き背景で示す。これらの項目を評価しているのは主に助産師、次に看護師で、医師が評価していること

は少なかった。

図4 社会的ハイリスク妊婦に関連する各因子を対面面談で評価しているか
■の項目は評価をしている施設の割合が低い（80%未満）項目



評価率の低い項目を色付き背景で示す。これらの項目は主に面談で評価していた

図5 社会的ハイリスク妊婦を把握するために、以下の職業は適していると思いますか

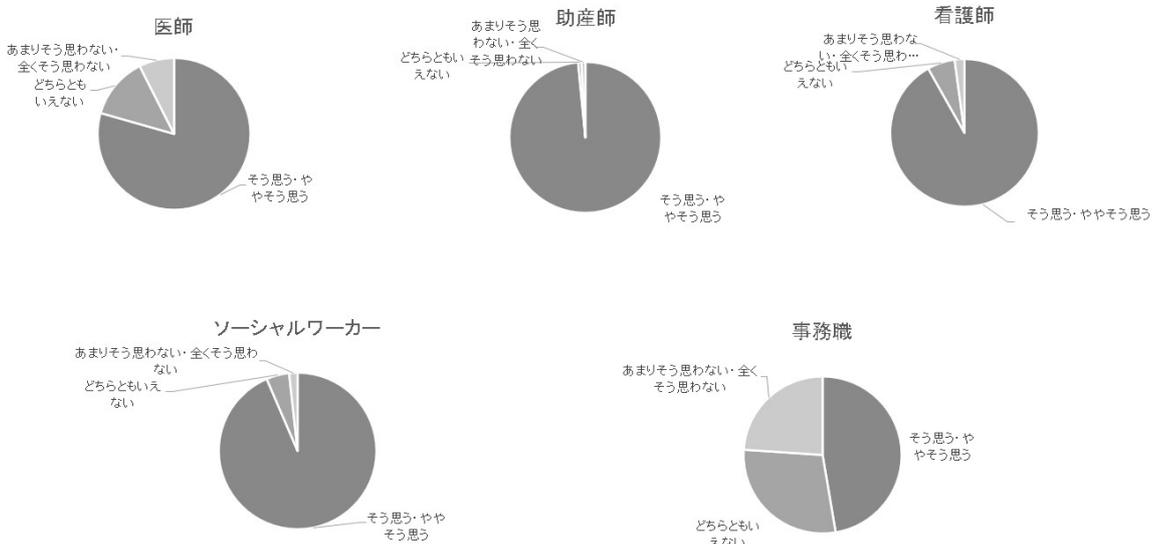


図6 貴施設で社会的ハイリスク妊婦を扱うために、次のスタッフの数が協力が不足していますか

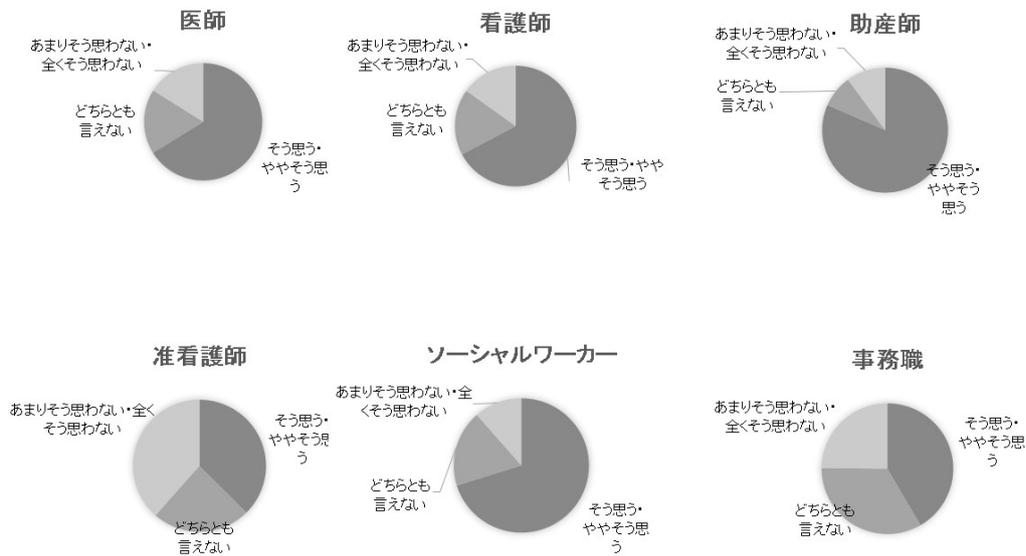


表4 社会的ハイリスク妊婦を貴施設で扱うために不足していることは何ですか

	n (%)
行政への情報提供にあたっての同意方法の詳しい指針	
そう思う・ややそう思う	432 (59.1)
どちらともいえない	162 (22.2)
あまりそう思わない・全くそう思わない	132 (18.0)
行政への情報提供にあたっての簡潔な手順	
そう思う・ややそう思う	469 (64.1)
どちらともいえない	107 (14.6)
あまりそう思わない・全くそう思わない	153 (21.0)
行政の仕組みについての知識	
そう思う・ややそう思う	530 (72.5)
どちらともいえない	106 (14.5)
あまりそう思わない・全くそう思わない	93 (12.7)
行政スタッフとのつながり	
そう思う・ややそう思う	494 (67.5)
どちらともいえない	100 (13.7)
あまりそう思わない・全くそう思わない	135 (18.5)
自施設の機能	
そう思う・ややそう思う	357 (48.8)
どちらともいえない	211 (28.9)
あまりそう思わない・全くそう思わない	126 (17.3)
行政の機能	
そう思う・ややそう思う	335 (45.8)
どちらともいえない	171 (23.4)
あまりそう思わない・全くそう思わない	78 (10.7)

表5 社会的ハイリスク妊婦について行政に連絡している方法と、連絡するのに適していると思う方法			
	連絡に使用している		行政に連絡するのに適している
電話			
毎回・ほとんど	515 (72.5)	そう思う・ややそう思う	648 (91.3)
時々	156 (22.0)	どちらともいえない	34 (4.8)
まれに・全くない	39 (5.5)	あまりそう思わない・全くそう思わない	28 (3.9)
ファックス(定形書式あり)			
毎回・ほとんど	114 (22.4)	そう思う・ややそう思う	267 (39.1)
時々	55 (10.8)	どちらともいえない	96 (14.1)
まれに・全くない	340 (66.8)	あまりそう思わない・全くそう思わない	319 (46.8)
ファックス(定形書式なし)			
毎回・ほとんど	27 (5.8)	そう思う・ややそう思う	72 (10.9)
時々	39 (8.4)	どちらともいえない	139 (21)
まれに・全くない	398 (85.8)	あまりそう思わない・全くそう思わない	450 (68.1)
メール(定形書式あり)			
毎回・ほとんど	13 (2.9)	そう思う・ややそう思う	345 (50.4)
時々	21 (4.8)	どちらともいえない	121 (17.7)
まれに・全くない	407 (92.3)	あまりそう思わない・全くそう思わない	218 (31.9)
メール(定形書式なし)			
毎回・ほとんど	12 (2.7)	そう思う・ややそう思う	145 (21.9)
時々	26 (5.8)	どちらともいえない	162 (24.5)
まれに・全くない	408 (91.5)	あまりそう思わない・全くそう思わない	354 (53.6)
郵送(定形書式あり)			
毎回・ほとんど	395 (62.8)	そう思う・ややそう思う	497 (70.9)
時々	88 (14.0)	どちらともいえない	70 (10.0)
まれに・全くない	146 (23.2)	あまりそう思わない・全くそう思わない	134 (19.1)
郵送(定形書式なし)			
毎回・ほとんど	66 (13.8)	そう思う・ややそう思う	154 (23.4)
時々	62 (12.9)	どちらともいえない	154 (23.4)
まれに・全くない	351 (73.3)	あまりそう思わない・全くそう思わない	351 (53.3)

表6 通常の健診と社会的ハイリスク妊婦に対する健診での保健指導の回数と時間

	通常の健診での保健指導	社会的ハイリスク妊産婦に対する追加指導(追加分)
妊娠中の回数(回)	4.2±3.6	2.2±2.0
妊娠中の合計時間(時間)	1.7±1.6	1.4±1.9
産後の回数(回)	2.7±0.4	1.5±2.3
産後の合計時間(時間)	1.7±2.6	1.3±3.8

mean±SD

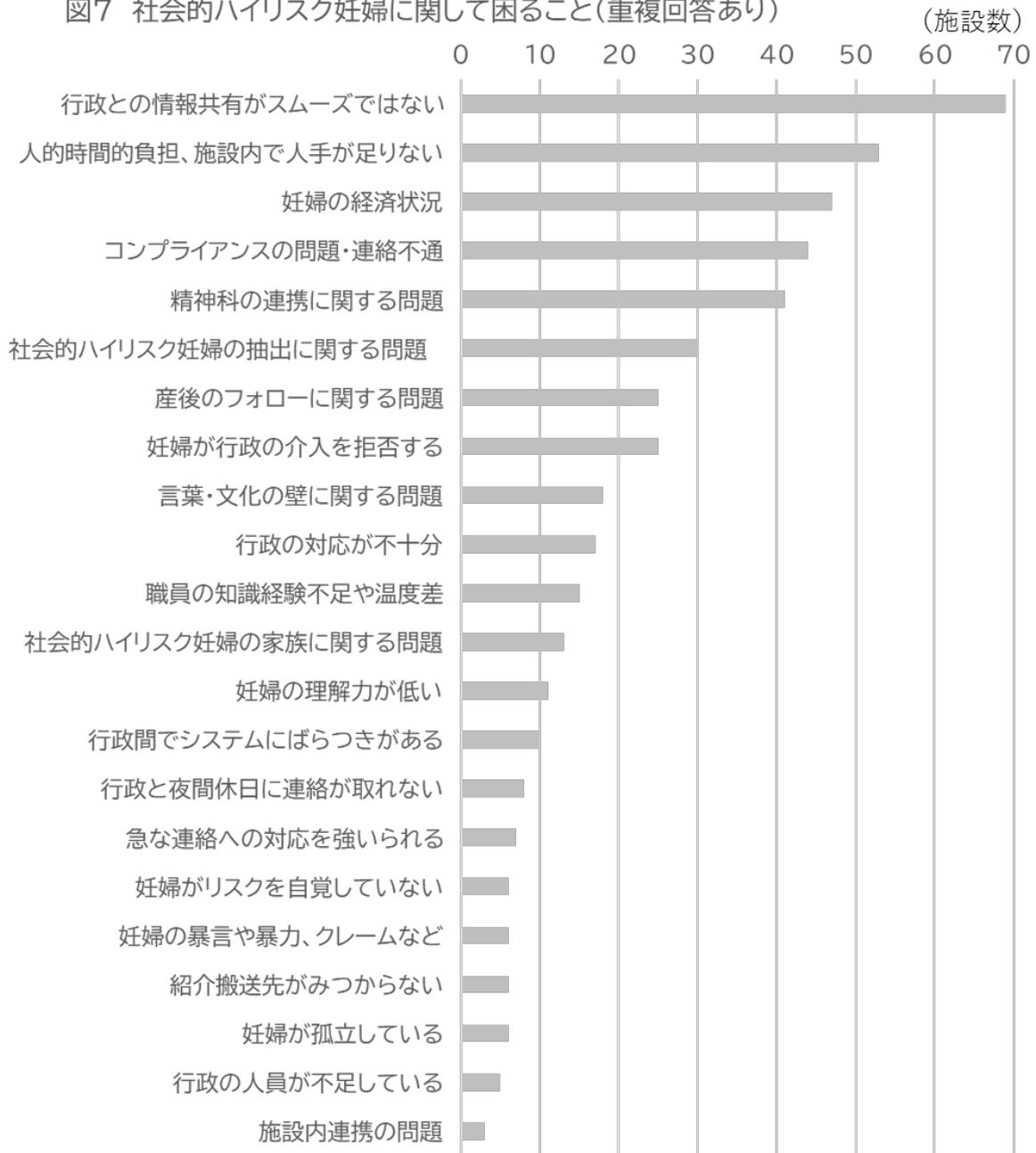
表7 社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に対し、健診費用や分娩費用などによる収入が見合うと思いますか

	n (%)
そう思う	17 (2.3)
ややそう思う	42 (5.7)
どちらともいえない	185 (25.3)
あまりそう思わない	299 (40.9)
全くそう思わない	188 (25.7)

表8 社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと思いますか

	n (%)
そう思う	251 (34.3)
ややそう思う	151 (20.7)
どちらともいえない	222 (30.4)
あまりそう思わない	82 (11.2)
全くそう思わない	24 (3.3)

図7 社会的ハイリスク妊婦に関して困ること(重複回答あり)



社会的ハイリスク妊娠について困ることを自由回答にて求めたところ、336 施設より回答があり、内容により分類した結果、行政との情報共有がスムーズではない、人的時間的負担、妊婦の経済状況の問題などの多くの問題が挙げられた。

表9 社会的ハイリスク妊婦に関して困ること

行政との情報共有がスムーズではない 69件

行政の対応が悪いとスタッフのモチベーションが下がり連携しづらい。
行政に連絡をしてもつながらない。
行政の保健師からの情報は聞かないと教えてもらえないので把握漏れがある。
行政と密に連絡をとりたいが時間、タイミングが合わない。
地域カンファレンスをもっと行いたいお互いに時間がない。
行政からのフィードバックがない。
行政の窓口が分かれて連絡先が多い。
里帰り出産などの場合、地域同士の連携が難しいことがある
施設に通院している妊婦の居住地自治体が多岐にわたるため、連絡先を毎回確認しなければならない
一つの機関に伝えても、他の行政機関で情報共有されておらず、何度も同じ話をしないとしない
里帰り等で行政が市外の場合に連絡方法がそれぞれ違うため時間と労力がかかる
在住市によって、行政の対応や受けられるサービスが異なる。

人的時間的負担、施設内で人手が足りない 53件

情報をまとめたり伝達したりすることに時間を要する。その割に診療報酬に反映されない。
かなりの労力を必要とするが、全てボランティアになっている。
大変です・・・とにかく時間がかかります
患者の面接に時間がかかり、多業務に影響する。
多機関連携やカンファレンスに要する時間が長く、行政からの要望も多い。

妊婦の経済状況 47件

不払い 踏み倒し
支払いができないが生活保護は拒否する妊婦がいる
手間がかかり神経をすり減らすが見返りが全くない。未受診未払いになるケースが多い。
経済的問題等がある妊婦に対して、医療者からお願いで保健指導を増やすので追加料金を徴収しにくい

コンプライアンスの問題・連絡不通 44件

受診しなくなる。
連絡が取れなくなる。
所在不明になる。
支援を拒む。

精神科の連携に関する問題 41件

精神科管理ができる病院が少なく産む場所がない。遠方の病院になる。
緊急の対応が必要な場合の受け入れ先がない。

社会的ハイリスク妊婦の抽出に関する問題 30件

紹介元の病院で社会的ハイリスクであると認識していない。
妊婦本人から申し出ない。隠す。
妊娠中に十分な情報を得ることが困難
抽出のためのツールが欲しい

表9(続き) 社会的ハイリスク妊婦に関して困ること

産後のフォローに関する問題 25件
入院中や1か月健診までの間で解決できないことが多い 産後の受け皿がない。 分娩は自費診療なので入院期間の延長も難しく、不安なまま地域へ帰すことが多い。
妊婦が行政の介入を拒否する 25件
行政との関係が悪かったり、関わらせてくれない妊産婦が多い。 保健師からの電話に出ない。
言葉・文化の壁に関する問題 18件
言葉が通じないとコミュニケーションが取りにくい 文化の違いが伝わらない
行政の対応が不十分 17件
児童相談所は産まれる前の状態では動きにくいようで、困っています。 保健センターに連絡しても、タイムリーに動いてくれない 病院としてハイリスク妊婦だと思っても、行政に「子育てしているから大丈夫」と返答されることがある。 行政から特定妊婦とするケースを絞られている。 医療サイドで特定妊婦と評価していても行政が認めない事例の対応に困っている。
職員の知識経験不足や温度差 15件
どのように関わりアプローチするのか、専門的な内容や手法がわからない。 経験の浅いスタッフが多く、タイムリーに必要なかわりができないことが多い。 スタッフの関心があまりにばらばらで熱心なスタッフへのしわ寄せも大きい
社会的ハイリスク妊婦の家族に関する問題 13件
支援に家族が反対する クレームの多い家族
妊婦の理解力が低い 11件
育児指導が困難 医療スタッフの努力や心配が伝わらない
行政間でシステムにばらつきがある 10件
各行政で連絡方法が異なる 地域間で温度差があり、連携が困難な時がある 里帰り等で行政が市外の場合に連絡方法がそれぞれ違うため時間と労力がかかる 地域保健師によってハイリスク妊婦のサポート方法に差がある。 在住市によって、行政の対応や受けられるサービスが異なる。

表9(続き) 社会的ハイリスク妊婦に関して困ること

行政と夜間休日に連絡が取れない 8件

連携部署が多く、各部署と平日の9-17時に連絡を完了することが困難(業務の中で行うのが難しい)。
行政の担当不在が多く、スムーズなやりとりが困難。
かけこみ未受診の土日や連休の分娩は把握するのに時間がかかり行政も動いていないので介入が遅れる

急な連絡への対応を強いられる 7件

問題が起こると日夜問わず連絡が来る。
深くかかわると名指しで電話がかかってくる。
社会的ハイリスク妊婦には自由な方も多く、予定通り受信しなかったり、逆に突然受診することも多く対応しにくい。

妊婦がリスクを自覚していない 6件

本人は困っていない
支援を受け入れない

妊婦の暴言や暴力、クレームなど 6件

児童相談所への告知時に大変危険な思いをしている。警備、場所などの整備を早急にお願いしたい。
クレーマーが多い。
入院中に他人に迷惑をかける行動が多い。
家庭内暴力を受けている時の対応に困る。

紹介搬送先が見つからない 6件

自院で健診中に、状況が徐々に分かっけいき、当院での分娩困難の症例と判断し、転院をお願いした場合に渋られる。
分娩対応可能な医療機関に転院するまでがとても大変(時間、コストともに負担)。
医療圏内の総合周産期センターや公的病院がことわったりして、産む場所がないケースがあった。

妊婦が孤立している 6件

支援者が居ない人が多い。
孤立した状態が長い人は周囲の人間とのラポールが築き難い。

行政の人員が不足している 5件

保健所の人員不足からか、情報を提供しても動くまでに時間がかかる。また、時間や回数をかけられない。
地域や行政につないでも、そこも忙しくて手いっぱい。

施設内連携の問題 3件

医師と助産師の連携がうまくとれないことがある
ケースワーカーがいない

表10 社会的ハイリスク妊婦の把握や行政との連絡等ができていない施設と困難な施設での施設状況の比較

	把握連携 ができて いる施設 n=627	把握連携が困難な 施設 n=104	p
年間の社会的ハイリスク妊婦取扱い16件以上	40.8	18.6	0
社会的ハイリスク妊婦抽出ツールを使用している	55	28.2	0
社会的ハイリスク妊婦を把握することは重要だと思う*	99.7	98.1	0.04
社会的ハイリスク妊婦に関わりたいと思う*	58.9	31.7	<0.001
社会的ハイリスク妊婦の管理において、人的資源や物的資源の投入に 対し、健診費用や分娩費用などによる収入が見合うと思う*	8.6	4.8	0.187
社会的ハイリスク妊婦を施設で扱うために不足していること*			
人的、物的資源投入に見合う収入	80.4	80.6	0.963
スタッフの数や協力(医師)	64.8	74.5	0.055
スタッフの数や協力(助産師)	80.5	88.2	0.061
スタッフの数や協力(看護師)	65.8	76	0.044
スタッフの数や協力(准看護師)	34.3	57	<0.001
スタッフの数や協力(ソーシャルワーカー)	69.3	75.5	0.203
スタッフの数や協力(事務職)	39.6	53.9	0.006
行政への情報提供にあたっての同意方法の詳しい指針	56.6	77.5	<0.001
行政への情報提供にあたっての簡潔な手順	60.8	86.3	<0.001
行政の仕組みについての知識	71	82.7	0.014
行政スタッフとのつながり	64.9	85.4	<0.001
回答施設の機能	49.3	64.9	0.005
行政の機能	57.4	57.3	0.993
社会的ハイリスク妊婦について行政に連絡している方法**			
電話を利用している	73.5	66.3	0.138
Fax(定型書式あり)を利用している	20.9	30.8	0.054
メール(定型書式あり)を利用している	2.2	7.2	0.022
郵便(定型書式あり)を利用している	66.2	41.4	<0.001

数値は%

*「「そう思う・ややそう思う」と回答した割合(%)

**「「毎回・ほとんど」と回答した割合(%)

図 8 - 1 - A

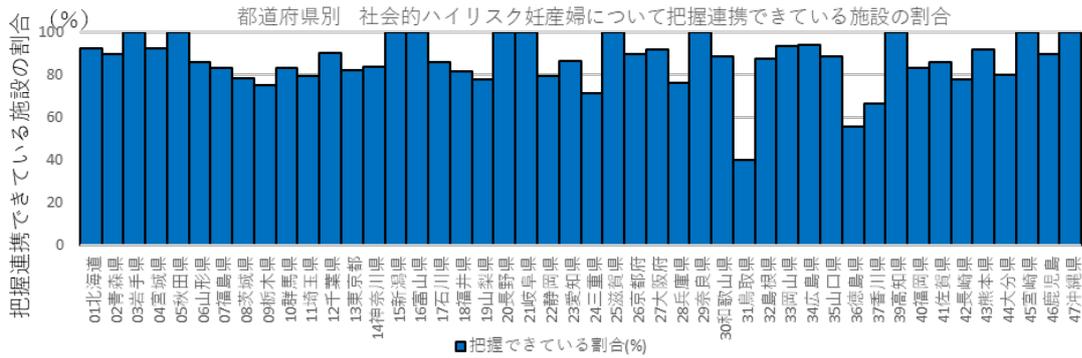
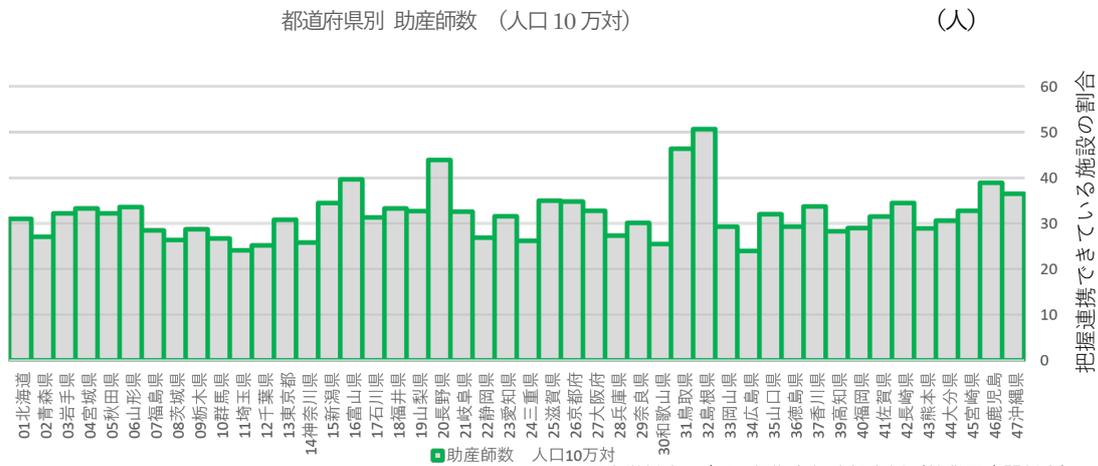


図 8 - 1 - B



厚生労働省 令和2年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20>より作成

図 8 - 1

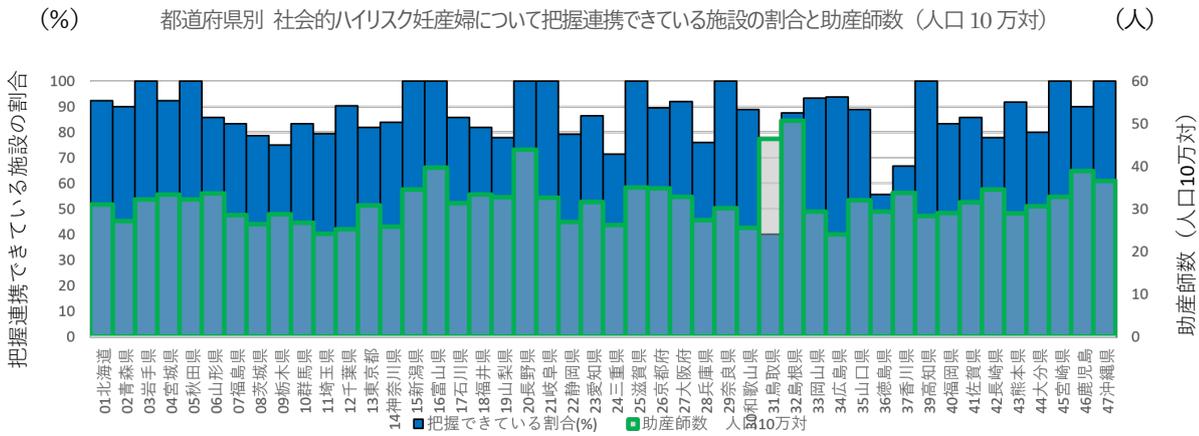


図 8-1-A に今回の調査結果による把握連携ができている施設の割合を都道府県別に示す。図 8-1-B は厚生労働省令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20>) より作成した本邦の都道府県別の助産師数である。図 8-1-A と図 8-1-B を重ねると、一部の都道府県を除いて把握連携ができている施設の割合と人口 10 万人当たりの助産師数には関連があると考えられた。

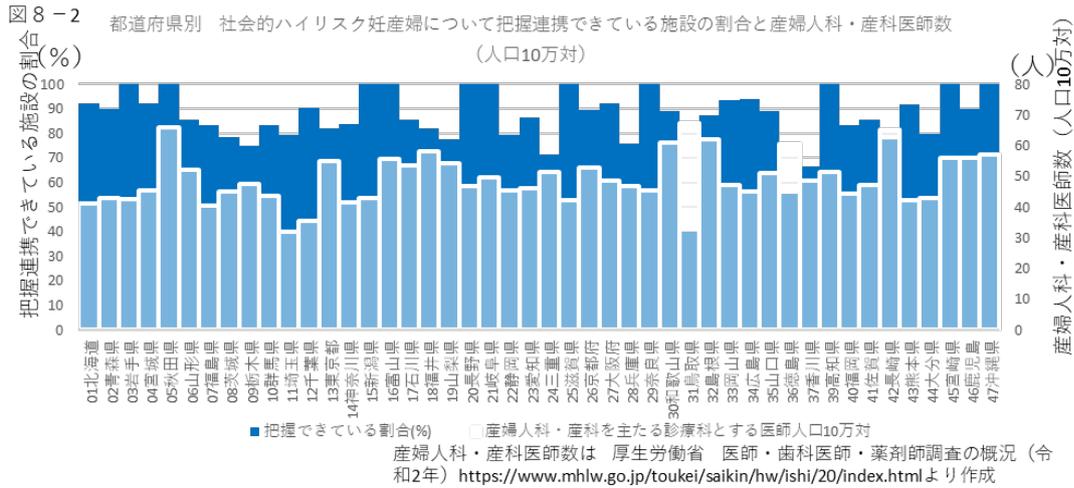


図 8-3

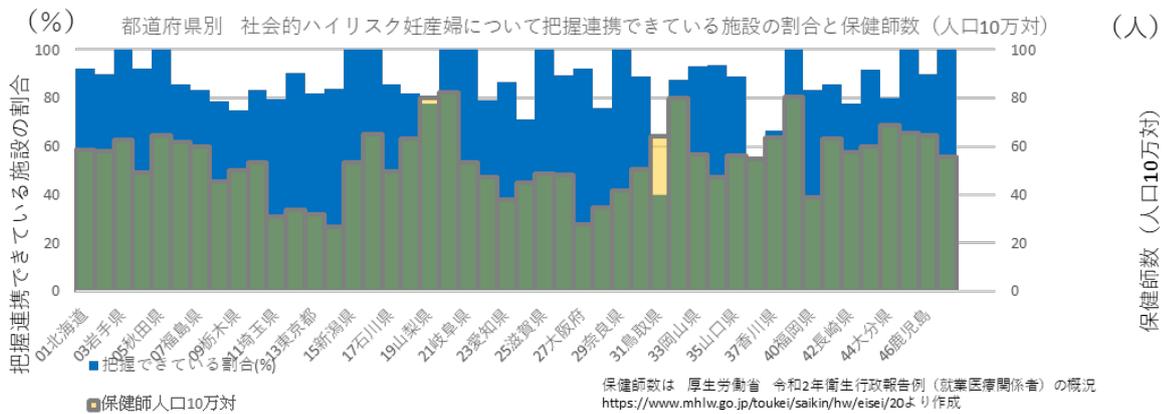


図 8-4

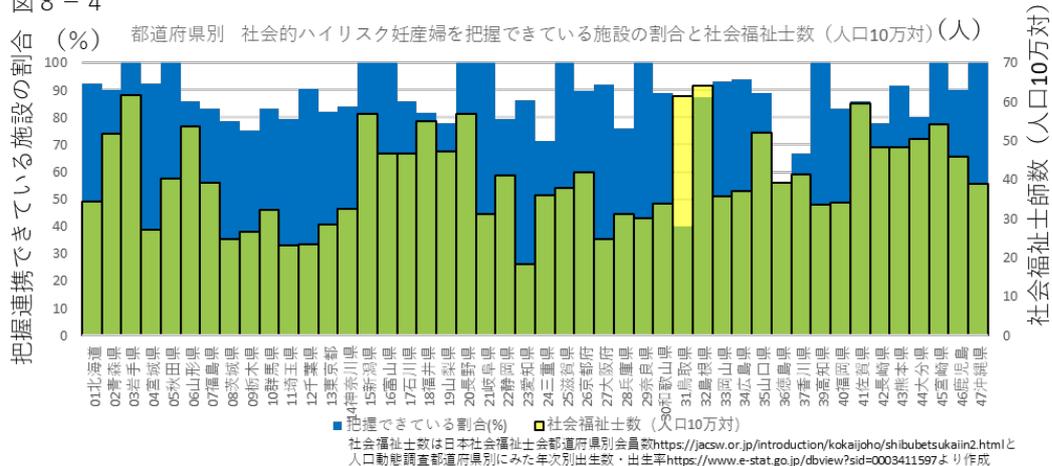


図 8-2~8-4 にそれぞれ人口 10 万人当たりの産婦人科あるいは産科の医師数、保健師数、社会福祉士数を本調査による把握連携ができている施設の割合とともに示す。助産師の数と異なり、把握連携ができている施設の割合と人口 10 万人当たりの医療スタッフ数には関連がないと考えられた。

図9-1

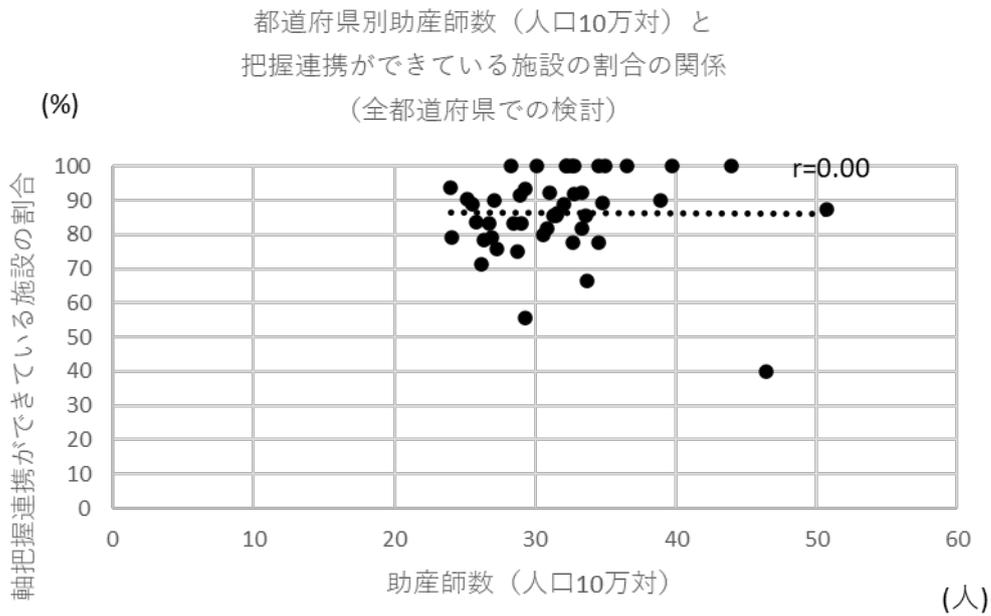


図9-2

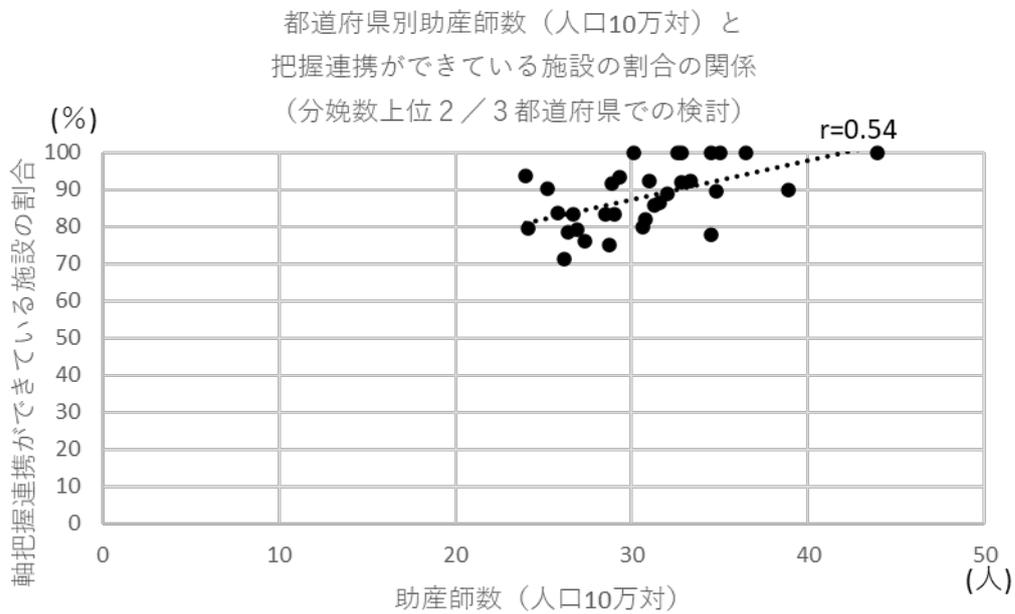


図 9-1 に全都道府県について助産師数(人口 10 万対)と社会的ハイリスク妊婦の把握連携ができていない施設の割合との関係を示す。全国で見ると助産師数と把握連携ができていないかどうかに関係が無いようにみえるが、図 9-2 に示すように、分娩数上位 3/2 にあたる 32 都道府県に限定してみると、助産師数と社会的ハイリスク妊婦の把握連携ができていない施設の割合には正の相関がみられた。