

【資料】

A県における未受診妊婦支援の施策に関する基礎調査(2)

— 背景要因について —

高梨一彦¹、三崎直子²A Basic Research on Support for Women with no prenatal care
in A prefecture(2)

-An analysis of background factors-

Kazuhiko TAKANASHI and Naoko MISAKI

要旨

【目的】A県において妊婦健康診査を未受診のまま分娩に至る妊婦の実態を把握し、その課題と対策を明らかにするために「出産後に妊娠届けを出した妊婦の現状及び未受診妊婦対策に関する調査」および「飛び込み分娩の状況及び未受診妊婦対策に関する調査」で収集したデータを繰り返しの有無、年代、地域等で詳細に検討し関連する要因を明確にしていく。【方法】A県内40市町村ならびに分娩を扱っている37の出産施設に対して調査を依頼した。調査期間は平成20年12月～平成21年1月。医療機関は郵送、市町村は保健師の家庭訪問記録等。回収率は医療機関が83.8%、市町村が100%。【結果】飛び込み出産の理由は、経済的理由(分娩費用の全額支払いが5割)、相手との関係破綻、妊娠受容できず、受診時間確保できず、が主なものであり、繰り返す者は加えて保健管理の必要性を理解していない、であった。さらに初めて群では早産に異常分娩が多く、正期産には2500g以上の出生時が多かった。全体の12%を占める10歳代に関しては未受診が多く、同居者は家族であり、養育者も母や祖母であった。支援・相談者なし・不明が約8割となっており、孤立している様が見え、妊娠への適切な対処が難しいことが分かる。【まとめ】必要な支援としては経済的サポート、医療的サポートさらには関連機関での情報の共有が求められるだろう。さらに10歳代への支援としては性教育のみならず、パートナーとの関係や家族を持つことの社会的な意味についての教育が求められる。

キーワード：未受診妊婦 (women with no prenatal care)、支援 (support)、飛び込み分娩 (childbirth with no medical follow-up)、背景要因の分析 (backgrounds analysis)

本稿においては「A県における未受診妊婦支援の施策に関する基礎調査(1) —調査の概要—」(三崎・高梨、印刷中)に続いて背景要因の分析を行う。調査内容の詳細については(1)と同じである。「出産後に妊娠届けを出した妊婦の現状及び未受診妊婦対策に関する調査」および「飛び込み分娩の状況及び未受診妊婦対策に関する調査」をA県内40市町村ならびに分娩を扱っている37の出産施設(14病院、21診療所、2助産所)に対して依頼した。①市町村対象の調査では、市町村保健師(又は保健所保健師)が、面接、訪問、家庭訪問記録等から把握した内容を回収、集計した。②産科医療機関及び助産所対象の調査

¹ 和洋女子大学 人間・社会科学系心理学・教育学研究室 ² 弘前大学大学院 保健学研究科

では、医師、看護職員、事務職が診療記録等から把握した内容を回収、集計した。調査期間は平成20年12月～平成21年1月である。調査は、平成18年度から平成20年度（平成20年度は平成20年4月から12月まで）の実績に関して半構造式質問紙を対象に郵送し、記載後に返送してもらった回収率は医療機関が83.8%、市町村が100%。

なお、本研究で扱う「未受診妊婦」とは、医療機関における妊婦健康診査を一度も受診していないもの、又は、妊娠判定のため一度受診後、その後定期的な健康管理を受けずに分娩に至った産婦のことであり、「飛び込み分娩」とは「分娩予約をしないまま、陣痛発来等の分娩開始後に分娩目的で来院し、直ちに分娩に至った産婦、あるいは分娩後に搬送されてきた母児で、定期的な妊婦管理を受けていないもの。」と定義する。

倫理的配慮に関しては、市町村調査ならびに医療機関調査とも事例についてのデータを収集しているが、それぞれの収集元を示す資料とそれ以外の資料部分に分けてコーディングし、分析は後者のみに限定して行い、個人を特定されないように配慮した。また両調査のデータのマッチングは同様の理由から敢えて行っていない。

以下の結果の分析においては、年齢を10歳代群と分娩場所として自宅を選んだ自宅分娩群で分けて分析し、さらに飛び込み分娩を初めて行った者、繰り返している者、10歳代群として分けて比較検討した。

(1) 「出産後に妊娠届けを出した妊婦の現状及び未受診妊婦対策に関する調査」について

まず「出産後に妊娠届けを出した妊婦の現状及び未受診妊婦対策に関する調査」（以下、未受診調査とする）から背景を探る。

回答者の属性については、入籍者が60%であり、同居者があった者は90.7%であった（表1）。この数字からは、ほとんどが誰かと同居していることが分かるが、入籍している割合は同等ではない。同居者のうち、子どものみが37.5%、すなわち母子家庭であり、出産や子育てに協力が得られている産婦と考えられるのはそれ以外の2/3である。それ以外の約6割は里帰り出産の比率と比べれば低くはないと考えるべきだろう（コンビタウン、2007）。さらに年齢については、30歳代が一番多く、次に20歳代、10歳代と続く。年齢については厚労省の統計（厚生労働省、2009）にあるように出産の年齢が上がっていることと対照して大きな違いがあるとは言えないだろう。

妊娠回数については3回（22.6%）、0回と2回と4回以上が同数（18.7%）であった。また**出産回数**が3回（25.3%）、0回（24.0%）、2回（21.3%）と妊娠回数と出産回数がほぼ同じであった（表1）。すなわち、妊娠中に問題があり、流産や中絶等で出産に至らなかった者は少ないと考えてよいだろう。飛び込み出産の場合、経過を医療機関で観察することは出来ないが、少なくとも妊娠から出産まではその経過に大きな問題があったとは言えないのかもしれないし、それが未受診であるために明らかになっていないということなのかもしれない。

出産後の妊娠届出の既往については、1回と2回および4回を合わせて20%となっており、1/5が出産後の届出になっており、不明も13.3%であり、不明を合わせて約3割弱は妊娠の届出がきちんとされていなかったことになる（表1）。後述するが、このことと繰り返しをする妊産婦が多いことは、サービスを受けられる前提条件が満たされていないと考えるべきであろう。

就業については、「高校生・学生」を除けば、「無職・家事専業」が49.4%、「アルバイト・パート等」が33.3%、「常勤職」が9.3%であり、「無職・家事専業」が就労者に比べてやや多い（表1）。

健康保険への加入については、「加入なし」が10.7%、「生活保護受給」が6.6%、「不明」が4.0%で、「不明」を含めると約15%が健康保険のサービスの対象外であり、その理由については定かではないが、経

済的なものが考えられるところである(表1)。

妊娠判定については、「医療機関未受診」が73.4%であり、「不明」の13.3%をどう考えるかによるが、妊娠判定そのものに対して意識がほとんど向かないということと理解すれば、医療機関の利用は13.3%であり、甚だしく低い(表2)。受診手段が「その他」と「不明」が68%もあり、残りの1/3は「救急車」によるものとなっており、一般的な受診手段はほとんどないと考えてよいだろう。

分娩場所についても「出産施設」が68%であり、「不明」の2.7%を除くと約3割が「出産施設以外」で分娩している。また、前田(2008)のデータとの比較では、未受診妊婦の分娩施設内での分娩が85%となっており、その数値と比較しても本調査結果は明らかに低い。本調査のデータが飛び込み出産を行った妊産婦に限っているからであろうが、出産に関してリスクが高いことは間違いない。分娩全体との比較で出生場所については「自宅・その他」が全国統計では0.2%であり(厚生労働省、2006)、それと比較すればいかにこの数字が大きいかが分かる。

分娩時期の診断については「早産」が14.7%あった。また、**出生時の体重**についてであるが、「2500g以上」が76%、「2500g未満」は14.7%であり(表2)、この結果は前田(2008)と比べれば、やや2500g以上が多いように思われるが、「不明」が9.3%あるため、正確な比較は出来ない。しなしながら、早産ならびに低出生体重児は全国平均(5.79%と9.6%)と比較して明らかに高いと言えるであろう(齋藤、2010; 厚生労働省、2009)。

低出生体重以外の異常については、「あり」が34.7%であり、低体重でなくても約1/3には何らかの異常があることが分かる(表2)。さらに**母親の健康状態**については「健康」が61.3%、「治療中」が12%、「不明」が26.7%であり、健康状態の分からない者が1/4強であり、児の健康状態について「健康」が77.3%、「治療中」が4%、「不明」が18.7%となっており、出産後のフォローも含めて問題があることは明らかである。

妊娠中の支援者と支援の種類についてであるが、「支援者あり」が49.3%、「なし」が28%、「不明」が22.7%であり、約半数は支援があると考えてよいが、約1/3は支援がなく、ここでも不明をどう考えるかによるが、支援の手がさしのべられていない妊婦が少なくないことは明らかであり、その実態すら分からないという者が1/5強いることになる(表3)。また関係機関との連携の有無についても26.7%は「なし」であり(複数回答)、1/4は医療や福祉のサービスの蚊帳の外にある。これらのうち妊娠期間中に支援者がいたもので受けた支援(複数回答)は、「育児・家事」が29.3%で最も多く、次いで「経済的支援」が28%、「精神的支援」が14.7%であった。「その他」を挙げた4名は、役場職員、保育園長、両親ときょうだい、地区担当保健師、友人、幼稚園教諭から支援を受けているが、その受けた支援の種類については今回の調査では明らかにされなかった。主たる養育者(複数回答)は、母親のみが66.7%、10歳代群77.8%、自宅分娩群64.7%で最も多く、次いで両親、祖父母の順であった。それぞれ単独又は組み合わせで養育していた。

関係機関との連携については、73.3%は関係機関との連携があり、連携した機関(複数回答および人数比)は医療機関が68%、福祉機関が24%、その他10.7%であった。福祉機関は児童相談所、市町村福祉所管課、乳児院等で、その他は生活保護ケースワーカー、消防救急隊、警察署、地区民生委員等であった。また要訪問指導妊産婦連絡票は68%で活用されていた。10歳代群の33.3%が関係機関との連携がなかった(表3)。

次に10歳代の特徴について触れる。就業は「アルバイト・パート職等」と「無職・家事専業」で77.8%、「高校生・学生」が残りの22.2%であり、半数以上は就業していない。健康保険の加入率は88.9%で総数よりはやや多い。入籍については未入籍が60%とこれも総数に近い。同居者は100%ありであった(表1)。

妊娠の判定はほぼ同率であるが、残りは不明である。正期産が多いが、早産も14.7%であり、これは全国平均よりも高くなっている。母体合併症についてもやや多いと思われるが、総数が少ないため、明確なことは言えない。低出生体重以外のその他の異常については、「あり」と「不明」で38.6%であった。母親の健康状態についても38.7%は不明と治療中となっている。また児の健康状態も不明が18%を超えているが、総数が少ないため、これをもって特徴とは言いにくい(表2)。

表1 全体と10歳代群、自宅分娩群の比較1 (市町村調査)

		全症例 (n=75)		10歳代群 (n=9)		自宅分娩群 (n=17)	
		人	%	人	%	人	%
年 齢	10歳代 (16歳以上)	9	12.0	9	100	3	17.6
	20歳代	23	30.7			1	5.9
	30歳代	35	46.7			8	47.1
	40歳代	8	10.6			5	29.4
妊娠回数	0妊	14	18.7	6	66.7	1	5.9
	1妊	6	8.0	1	11.1	0	0
	2妊	14	18.7	0	0	2	11.8
	3妊	17	22.7	1	11.1	5	29.4
	4妊以上	14	18.7	0	0	6	35.3
	不明	10	13.2	1	11.1	3	17.6
出産回数	0産	18	24.0	9	100	3	17.7
	1産	11	14.7	0	0	0	0
	2産	16	21.3	0	0	4	23.5
	3産	19	25.3	0	0	4	23.5
	4産以上	10	13.3	0	0	6	35.3
	不明	1	1.4	0	0	0	0
出産後の妊娠届出の既往	0回	50	66.7	9	100	12	70.6
	1回	10	13.3			4	23.5
	2回	3	4			0	0
	3回	0	0			0	0
	4回	2	2.7			0	0
	不明	10	13.3			1	5.9
妊娠の受容 (複数回答; 人数比)	本人が受容	56	74.7	5	55.6		
	家族が受容	31	41.3	7	77.8		
	パートナーが受容	35	46.7	3	33.3		
	不明	12	16.0	1	11.1		
就 業	無職・家事専業	37	49.4	3	33.3	9	52.9
	アルバイト・パート職・その他	25	33.3	4	44.5	6	35.3
	常勤職	7	9.3	0	0	1	5.9
	高校生・学生	3	4.0	2	22.2	0	0
	不明	3	4.0	0	0	1	5.9
健康保険加入	加入あり	59	78.7	8	88.9	15	88.2
	加入なし	8	10.7	0	0	1	5.9
	生活保護受給	5	6.6	0	0	0	0
	不明	3	4.0	1	11.1	1	5.9
入 籍	未入籍	45	60.0	6	66.7	12	70.6
	入籍あり	22	29.3	0	0	0	0
	妊娠届出後入籍予定	8	10.7	3	33.3	0	0
	不明	0	0.0	0	0	5	29.4
同 居	あり	68	90.7	9	100	16	94.1
	なし	7	9.3	0	0	1	5.9

表2 全体と10歳代群、自宅分娩群の比較2 (市町村調査)

		全症例 (n=75)		10歳代群 (n=9)		自宅分娩群(n=17)	
		人	%	人	%	人	%
妊娠判定診断	医療機関未受診	55	73.4	7	77.8	15	88.2
	医療機関で受けた	10	13.3	0	0	0	0
	不明	10	13.3	2	22.2	2	11.8
医療機関受診手段	救急車	24	32.0	4	44.5	9	52.9
	その他	33	44.0	3	33.3	8	47.1
	不明	18	24.0	2	22.2	0	0
分娩場所	出産施設	51	68.0	5	55.6	0	0
	出産施設以外	22	29.3	4	44.4	17	100
	不明	2	2.7	0	0	0	0
分娩時期診断	正期産	60	80.0	8	88.9	9	52.9
	早産	11	14.7	1	11.1	3	17.7
	過期産	3	4.0	0	0	0	0
	不明	1	1.3	0	0	5	29.4
分娩様式	自然分娩	59	78.7	8	88.9	14	84.2
	異常分娩	12	16.0	0	0	3	15.8
	不明	4	5.3	1	11.1	0	0
母体合併症	あり	12	16.0	2	22.2	2	11.8
	なし	56	74.7	6	66.7	12	70.6
	不明	7	9.3	1	11.1	3	17.6
出生時体重	2500g以上	57	76.0	8	88.9	6	35.3
	2500g未満	11	14.7	1	11.1	5	29.4
	不明	7	9.3	0	0	6	35.3
新生児の異常	あり	26	34.7	4	44.4	7	41.7
	なし	46	61.3	5	55.6	9	52.9
	不明	3	4.0	0	0	1	5.9
母親の現在の健康状態	健康	46	61.3	4	44.5	9	52.9
	健康とはいえない(治療中)	9	12.0	2	22.2	2	11.8
	不明	20	26.7	3	33.3	6	35.3
児の現在の健康状態	健康	58	77.3	6	66.7	11	64.7
	健康とはいえない(治療中)	3	4.0	0	0	1	5.9
	不明	14	18.7	3	33.3	5	29.4

表3 全体と10歳代群、自宅分娩群の比較3 (市町村調査)

		全症例 (n=75)		10歳代群 (n=9)		自宅分娩群 (n=17)	
		人	%	人	%	人	%
主たる養育者 (複数回答; 人数比)	母親のみ	50	66.7	7	77.8	11	64.7
	両親	20	26.7	2	22.2	5	29.4
	祖父母	10	13.3	4	44.4	3	17.6
	施設	9	12.0	0	0.0	2	11.8
	パートナー	3	4.0	0	0.0	0	0.0
	きょうだい	1	1.3	1	11.1	0	0.0
	不明	1	1.3	0	0.0	0	0.0
妊娠中の支援・相談者の有無	あり	37	49.3	2	22.2	4	23.5
	なし	21	28.0	3	33.3	9	53.0
	不明	17	22.7	4	44.5	4	23.5
支援の種類 (複数回答; 人数比)	育児・家事	22	29.3	2	22.2	5	29.4
	経済的	21	28.0	2	22.2	5	29.4
	精神的	11	14.7	1	11.1	1	5.9
	その他	4	5.3	4	44.4	4	23.5
関係機関との連携 (複数回答; 人数比)	医療機関	51	68.0	6	66.7	11	64.7
	妊産婦連絡表の活用	51	68.0	6	66.7	11	64.7
	福祉機関	18	24.0	0	0.0	11	64.7
	その他	8	10.7	1	11.1	0	0.0
	なし	20	26.7	3	33.3	6	35.3

出生体重と分娩場所について全数のうちの「不明」24名を除いて、直接確率検定を行ったところ、出産施設での分娩における児の出生体重が2500g未満の児は少なく（この表4のパターンが生じるのは $p=0.002736$ であり、0.05よりも小さいため、統計的に有意である）、2500g以上の児に異常が少なかった（この表5のパターンが生じる確率は $p=0.000000342$ であり、0.05よりも小さいため、統計的に有意である）。この場合の異常とは、低出生体重、早産の他に高ビリルビン血症、新生児仮死、低血糖、胎便吸引症候群などである。

表4 出生体重と分娩場所 (n=51)

	出産施設以外	出産施設
2500g以上	6	35
2500g未満	5	5

$p=0.02736$

表5 出生体重と児の異常の有無 (n=51)

	児の異常なし	児の異常あり
2500g以上	33	8
2500g未満	0	10

$p=0.000000342$

(2) 「飛び込み分娩の状況及び未受診妊婦対策に関する調査」について

次に「飛び込み分娩の状況及び未受診妊婦対策に関する調査」（以下、「医療機関調査」と略す）についてである。基礎データでは未受診調査とほぼ同じ傾向であるが、20歳代が一番多く、次いで30歳代となっている。健康保険加入については、「加入あり」が66.7%で前述の調査と開きがあり、こちらの方が加入率は高い。また、「加入なし」は1.1%で、「不明」も28.7%となっており、不明が7倍になっている（表6）。調査対象が機関であったため、個人の情報を明確には出来なかったものと考えられるが、約2割程度は加入が不明で受診する際の行政的な支援の裏付けがない。後述する経済的な基盤の弱さがここにも現れている。さらに分娩費の支払いについてであるが、「全額支払い」は50.6%、「一部支払い」は6.9%（金額不明

を含め)となっており、残り42.5%が「不明」ならびに「支払いなし」であった。この数字は、不明を含めれば前田(2008)の報告にある40%に近く、飛び込み分娩の妊婦に対する対応をしても報酬が得られないことを意味しており、問題は大きい。

このデータについて表6に示すように、**初めて飛び込み分娩を行った者**(70%)、**2回以上の繰り返しを行っている者**(17.1%)、**10歳代**(12.9%)の3群に分けて比較してみると、初めて群は20歳代(42.9%)、30歳代(38.8%)の順である。一方、繰り返し群は30歳代(50%)、20歳代(33.3%)の順であり、当然ながら繰り返しをしている群の年齢が高い。妊娠回数も繰り返し群は4回以上が最も多く(41.7%)、初めて群は0回と2回が多い(24.5%と22.4%)。同様に出産回数も同様の傾向が見られているが、前者は4回以上と1回が同じ(33.3%)、後者は0回と2回が多かった(36.7%と22.4%)。

健康保険加入については初めて群が「加入あり」が83.7%、「不明」が16.3%であるのに対して、繰り返し群は58.3%と41.7%、10歳代は55.6%と44.4%であり、後者の2つの群は加入率が低く、不明が多くなっているのが特徴である(表6)。その理由を探ることはこの調査から出来ないものの、健康保険加入が難しい理由があることは明らかである。それに相応して**分娩費の支払い**については、初めて群では「一部支払い」および「全額支払い」の合計が67.4%、繰り返し群では50%、10歳代では55.6%となっており、初めて群の支払いの割合が高く、繰り返し群ならびに10歳代は半数を超える程度である。同様のことが「支払いなし」と「不明」の合計にも該当し、初めて群では32.6%、繰り返し群では50%、10歳代では44.4%となっており、4割から5割は分娩費の支払いがない。

受診時期については、「分娩第二期以降」が初めて群で30.6%、繰り返し群では41.6%、10歳代で55.5%となっており、繰り返し群と10歳代では出産管理上の問題が大きい(表7)。**分娩時期の診断**について早産の割合は、初めて群が22.4%、繰り返し群で33.3%、10歳代で11.1%となっており、繰り返し群の比率の高さが明らかである。前者2つの群は、全国平均の早産率をはるかにしのいでおり、このことは出産後の管理にも問題を投げかけている。

出生児の体重については、「2500g以上」は初めて群が73.5%、繰り返し群で58.3%、10歳代で88.9%、「2500g未満」が初めて群24.5%、繰り返し群41.7%、10歳代0%で(表7)、前者2つの群の低出生体重児の割合がいかに大きいか分かる。10歳代群を除き、飛び込み分娩を行う妊婦では実に約1/4が低出生体重児となるということを意味している。また、**低出生体重以外のその他の異常**については、「あり」が初めて群で44.9%、繰り返し群で50%、10歳代で11.1%となっており、やはり初めて群と繰り返し群では高い。

出産後の児の管理については、他科へ移送した児が初めて群では46.9%、繰り返し群では58.4%、10歳代では22.2%となっており、やはり前者2つの群の比率が非常に高い(表7)。これは半数以上が他科へ移送する必要がある問題を抱えていたということである。これでは引き受ける方のリスクも高くなり、2007年に起きた奈良県での事件(前田、2008)のように受け入れを拒否せざるを得ない事態が生じてくることも可能性がないではない。さらに**1ヶ月検診の受診率**については、未受診が初めて群で22.5%、繰り返し群が16.7%、10歳代が11.1%であり、それぞれほぼ同数程度が不明となっており、初めて群と繰り返し群では6割強しか受診していない。これでは児の健やかな育成のためのサービスの機会すら与えられない。したがって出産後にもし児に問題があっても発見の機会が与えられず、その問題が継続して存在し続ける、ということに結局はなってしまう。

飛び込み分娩となるに至った理由についてであるが、全体としてまとめると(複数回答および人数比)、「経済的理由」が49.4%、「不明」が29.9%、「相手との関係破綻」が20.7%、「その他」で12.6%、「妊娠受

容できず悩む」が10.3%であった。より詳細に3つの群（初めて群、繰り返し群、10歳代）で検討すると、初めて群では全体と同じ順序で「経済的理由」が33.8%、「不明」が18.3%、「相手との関係破綻」が11.3%となっている。また繰り返し群では「経済的理由」が29.4%、「不明」が23.5%、「保健管理の必要性を理解していない」が17.6%、「その他」が11.8%の順であった。10歳代では、「経済的理由」が40%、「相手との関係破綻」および「夫・パートナー以外の妊娠」が26.7%であった（表8）。

表6 医療機関調査における全数と初めて群、繰り返し群、10歳代群の比較1

		全症例 (n=87)		初めて群 (n=49)		繰り返し群 (n=12)		10歳代群 (n=9)	
		人	%	人	%	人	%	人	%
年 齢	10歳代 (16歳以上)	9	10.3	0	0.0	0	0.0	9	100.0
	20歳代	34	39.1	21	42.9	4	33.3		
	30歳代	33	37.9	19	38.8	6	50.0		
	40歳代	10	11.5	9	18.4	1	8.3		
	不明	1	1.1	0	0.0	1	8.3		
妊娠回数	0回	18	20.7	12	24.5	0	0.0	5	55.6
	1回	12	13.8	8	16.3	2	16.7	1	11.1
	2回	18	20.7	11	22.4	2	16.7	0	0.0
	3回	17	19.5	9	18.4	3	25.0	1	11.1
	4回以上	15	17.2	7	14.3	5	41.7	0	0.0
	不明	7	8.0	2	4.1	0	0.0	2	22.2
出産回数	0回	29	33.3	18	36.7	0	0.0	9	100.0
	1回	15	17.2	9	18.4	4	33.3		
	2回	19	21.8	11	22.4	2	16.7		
	3回	16	18.4	9	18.4	2	16.7		
	4回以上	7	8.0	2	4.1	4	33.3		
	不明	1	1.1	0	0.0	0	0.0		
健康保険加入	加入あり	58	66.7	41	83.7	7	58.3	5	55.6
	加入なし	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	生活保護受給	3	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	不明	25	28.7	8	16.3	5	41.7	4	44.4
分娩費の支払い	全額支払い	44	50.6	29	59.2	4	33.3	5	55.6
	一部支払い	6	6.9	4	8.2	2	16.7	0	0.0
	支払わず	14	16.1	8	16.3	2	16.7	1	11.1
	不明	23	26.4	8	16.3	4	33.3	3	33.3

表7 医療機関調査における全数と初めて群、繰り返し群、10歳代群の比較2 (医療機関調査)

		全症例 (n=87)		初めて群 (n=49)		繰り返し群(n=12)		10歳代群 (n=9)	
		人	%	人	%	人	%	人	%
受診手段	救急車	31	35.6	18	36.7	3	25.0	4	44.4
	その他	50	57.5	27	55.1	8	66.7	5	55.6
	不明	6	6.9	4	8.2	1	8.3	0	0.0
受診時期	分娩第1期前	11	12.6	6	12.2	2	16.7	1	11.1
	分娩第1期	33	37.9	23	46.9	4	33.3	2	22.2
	分娩第2期	22	25.3	7	14.3	4	33.3	4	44.4
	分娩第3～4期	14	16.1	8	16.3	1	8.3	1	11.1
	不明	7	8.0	5	10.2	1	8.3	1	11.1
	*分娩2期以降	36	41.4	15	30.6	5	41.7	5	55.6
分娩時期診断	正期産	59	67.8	33	67.3	8	66.7	7	77.8
	早産	20	23.0	11	22.4	4	33.3	1	11.1
	不明	8	9.2	5	10.2	0	0.0	1	11.1
分娩場所	自宅	12	13.8	6	12.2	1	8.3	3	33.3
	車中	3	3.4	3	6.1	0	0.0	0	0.0
	医療施設	71	81.6	40	81.6	11	91.7	7	77.8
	その他	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
分娩様式	自然分娩	60	69.0	33	67.3	10	83.3	8	88.9
	異常分娩	22	25.3	15	30.6	0	0.0	0	0.0
	不明	5	5.7	1	2.0	2	16.7	1	11.1
母体合併症	あり	23	26.4	15	30.6	2	16.7	2	22.2
	なし	60	69.0	31	63.3	9	75.0	7	77.8
	不明	4	4.6	3	6.1	1	8.3	0	0.0
出生時体重	2500g以上	63	72.4	36	73.5	7	58.3	8	88.9
	2500g未満	22	25.3	12	24.5	5	41.7	0	0.0
	不明	2	2.3	1	2.0	0	0.0	1	11.1
新生児の異常	あり	37	42.5	22	44.9	6	50.0	1	11.1
	なし	45	51.7	25	51.0	5	41.7	7	77.8
	不明	5	5.7	2	4.1	1	8.3	1	11.1
出生後の児の管理	他科へ移送	40	46.0	23	46.9	7	58.3	2	22.2
	なし	43	49.4	24	49.0	4	33.3	7	77.8
	不明	4	4.6	2	4.1	1	8.3	0	0.0
1か月児健診あり	受診あり	55	63.2	30	61.2	8	66.7	7	77.8
	未受診	17	19.5	11	22.4	2	16.7	1	11.1
	不明	15	17.2	8	16.3	2	16.7	1	11.1

表8 飛び込み分娩に至った理由（人数比）

	全症例 (n=131)	初めて群 (n=71)	繰り返し群 (n=17)	10歳代群 (n=15)
経済的理由	49.4	33.8	29.4	40.0
相手との関係破綻	20.7	11.3	5.9	26.7
妊娠受容できず悩む	10.3	9.9	0.0	0.0
受診時間確保できず放置	9.2	5.6	0.0	0.0
保健管理の必要性を理解していない	8.0	4.2	17.6	6.7
夫・パートナー以外の妊娠	5.7	4.2	5.9	26.7
妊娠の自覚なし	2.3	1.4	5.9	0.0
親の結婚反対	2.3	1.4	0.0	0.0
その他	12.6	9.9	11.8	0.0
不明	29.9	18.3	23.5	0.0

(3) まとめとして

以下にこれらの結果の背景を考察しながら、まとめていく。

1) 10歳代の未受診妊婦の問題について

10歳代の未受診妊婦は、家族と同居していてもその妊娠を見逃しており（気づかなかった等）、巷で言われるように（妊婦である）子どもの変化に対する無関心、家族お互いの関係の希薄さが推察される。さらに妊娠の受容について、家族よりも本人およびパートナーの受容はかなり低く、出産後の未入籍が多い。入籍することが解決のすべてではないにしろ、入籍しないということは、安定して子どもを育てる基礎となるパートナーとの結びつきが得られていないことであり、子どもを持つことが出来ても家族としてのスタート時点から不安定な人間関係に置かれているということである。さらに受診手段も「救急車」と「不明」で約7割となっており、出産間際になって駆け込む姿が見て取れる。この場合の「不明」の解釈であるが、情報が得られないというよりは、どうして良いのか分からないあるいは、結果的に何とかなったけれども気がついたら、病院に入院していたと考えるべきかもしれない。また妊娠中の支援・相談者が「なし」と「不明」で7割を超えていることは、前述の家族の支えが弱いということと、本人への支えが必要な場面で得られないこと、本人そのものの他者との関わり方の反映である人間関係の弱さをも意味しており、問題は非常に大きい。

一方でこの年齢にある妊婦たちは社会的に自分で判断をして行動するという自律性や自己効力感の獲得も途上であり、自分自身を主体的に作っていくためには、他人との関わりを通じた教育の効果が期待できる（岡村・浮谷、2000）。したがって、10歳代の未受診妊婦対策として、家族関係の構築へのサポートの必要性が高く、また知識を身につけることへの支援が必要であると言える。さらに主な養育者は母が最も多く、種々のサポートのキーパーソンとなりうる。これらのことから、一つには例えば山田と伊藤(2007)が「新たな格差」として指摘しているように社会に生きるためのコミュニケーション能力の重要さから、妊婦である10歳代の女性に対して他者との良好なコミュニケーションを持つためのスキルの獲得、二つ目として生物学的・医学的な知識としての性教育、三つ目には家族を構成して子どもを生んで育てることの基礎となる人間関係や家族関係をいかにして作り、維持していくか概念的なことだけでなく、具体的な技量について母親をはじめとする家族の中で身に付けさせることが対策として重要な課題であると考えられよう。

2) 経済的な問題について

このことについては、一つに健康保険未加入の問題、二つ目に分娩費の未払い、三つ目には関係機関との連携の問題がある。

まず、健康保険加入の問題についてであるが、健康保険への加入は強制であり、未加入はあってはならないことであるが、現実問題として様々な事情から、未加入状況にある妊婦は状況が「不明」である者とともに存在し、健康保険の枠組みから外れてしまっている。このことは国の健康保険の問題とも関わってくるが、その枠組みから外れてしまえば公的な支援には組み込めないため、建前上はサポートが受けられない。しかしながら、それでは問題の解決にはならない。三つ目の関係機関との連携とも関連するところであるが、このような枠組みから外れてしまうということは、支援を受けるために必要とされる有用な情報からも遠ざかってしまうことであり、解決策の糸口もなくなってしまう。このことに関しては問題の提起だけにとどめる。

二つ目の分娩費の未払いについてであるが、経済的に何らかの問題があって困窮している、支払いの拒否をすることによって支払いがなされないということである（この分娩費については、入院先の病院の種類あるいは、処置の内容の有無によって異なるが、500,000円前後）。この問題は前述した保健・医療システムや機関の存続をも揺るがす大きな問題である。今回はその額がどれぐらいになるかについては明確になっていないが、前田（2008）によれば「北関東のある大学病院では未受診妊婦による未払総額が19,729,324円（最高額1,412,620円）となっている。また同様に、関東のある公立病院でも未払総額が6,294,930円とのことである。」とあり、かなりの額になっていることは間違いない。さらにこの問題は次の繰り返し飛び込み分娩を行う妊婦とも関係しており、今回のデータからは明確になっていないが、反復する者は同様に未払いを繰り返すことが多いように考えられる。未受診・飛び込み分娩の問題は経済的な面のみならず、分娩費を支払わずに出産を繰り返す者の存在が、その対価として分娩費を払うという社会的な約束事が果たされないのみならず、支払わなくてもお咎めなし、あるいは許されてしまうことは、社会規範に従っている多くの人たちへの影響が大きく、モラルハザードへとつながっていく可能性もある。

三つ目の関係機関との連携であるが、今回の調査を見る限りでは、「関係機関との連携なし」は12.6%、「不明」は27.6%となっており（複数回答のため人数比）、不明の意味するところの解釈は難しいが仮にその半数を連携なしと考えた場合、約3割近くに連携がないことになる。これは少々悲観的な見積もりではあるが、どうにか連携の網の目の中にひっかかるのが2/3と考えれば、1/3は何らかの問題を抱えたまま、どこからの働きかけも得られずにひっそりと生活を続けていると言えるのかもしれない。

3) 未受診・飛び込み分娩のリピーター

健康保険の加入に関して「不明」が多く、分娩費の支払いも「不明」ならびに「支払わず」が半数である。この場合の「不明」は無関心と考えるべきであり、当然のことが普通に処理されない（しない？）ということであろう。未受診については「保健管理の必要性を理解していない」が17.6%で「経済的理由」に次いでおり、この「理解していない」ことを説明し、指導することによって問題の解決は難しいであろう。すなわち、繰り返すことについて問題を感じていない、と理解すべきであり、そうになってしまうといかなる施策も本人の思いの前には効力が発揮されず、同じことが繰り返されるのである。全体の13.8%がこのカテゴリーに該当し、医療機関としても自治体としても手の施しようがなく、無力感を感じるのみであろう。このカテゴリーにならないあるいはさせないためにそれ以外の妊婦（特に初めて群）に対して働きかけを行うことの重要性が改めて認識される。

4) 未受診や飛び込み分娩に至るまで

以上の分析から一つの事例として流れを考えると、以下のようなになるかもしれない。

- (1) 妊娠が分かる（望まない妊娠？、生殖についての知識の不足等？）
- (2) 妊娠の受容に関する問題の存在（本人の受容のみで家族やパートナーは半数以下しか受容しない、受容が「不明」の存在）
- (3) 妊娠を明らかに出来ない諸種の要因の存在（家族関係・人間関係の希薄さ、パートナーとの破綻、経済的な問題、相談相手が少ないなど）
- (4) 未受診・飛び込み分娩へ
- (5) (2)と(3)の条件が解決されずに存在するため、一部はリピーターとなって行く

これらのうち、(1)についてはおそらく避妊についての実際的な性教育が求められるであろうし、(2)については妊娠を社会的に（家族のイベントとして）引き受けるというコンセンサスを作ることが求められるであろうし、(3)については前述のように人間関係・家族関係の構築におけるスキルの獲得のための学びの機会の保障などの対策を今後考える必要があるように思われる。

5) 自由記述から

a) 情報の周知のために

以下は二つの調査で、「飛び込み分娩対策や未受診妊婦対策について意見がありましたら、自由に記入してください。3. 県民及び妊婦に対する周知方法に関する意見」について共通に自由記載を求めた際に記された代表的なものである。基本的には周知のための手段、その内容（知識を含む）、さらに広報のやり方が挙げられていた。

表9 周知方法について

県民及び妊婦に対する周知方法
これから妊娠する若い世代へ妊婦健診の重要性を周知する。 ①中・高校における性教育 ②成人式等における広報 ●リピーターにしない対策も重要
「妊娠、分娩＝病気ではない」という誤った考えを改めるよう周知させるべき。妊娠したら仕事を辞めさせるという会社もまだ多く、職場では妊婦健診に行きにくくさせているところにはペナルティーを与える。
<ul style="list-style-type: none"> 受け入れなかった病院を過度に責めるのではなく、「分娩はリスクを伴う」ということを周知徹底させる。 飛び込み分娩、未受診妊婦はよくないということをマスコミを通して周知させる。
<ul style="list-style-type: none"> 「妊娠したら病院へ」「妊婦健診補助券が増えました」などわかりやすい内容のものをテレビCMや市町村広報を利用して。 まず子宮内妊娠の確認が必要なことを伝えましょう。未受診→子宮外妊娠破裂→ショック→緊急手術。救命できていますが、このような症例もあります。このような症例が救命できないのは医療機関の責任ではないと思います。 飛び込み分娩が母児にとっていかにリスクが高いかを認識できるよう報道機関を利用（新聞での特集記事、テレビでの番組作成、ニュース番組での情報提供など）←「病院たらいまわし」的内容ではなく、「未受診のままではとこんなに危険！」という内容で。 未受診妊婦を受け入れることは医療機関にとってはとっても大変です。危険性の問題もそうですし、日常的に余裕がある仕事内容ではありませんので、時間の余裕が全くない中に突発的な事柄で時間を割かれることになります。それでも母子の救命を第一に全ての医療機関が少なくとも診療拒否はせずに立ち向かうためには行政の援助は絶対に必要だと思いますし、そのような状況であることを知らせることが必要だと思います。何かあったら、診てしまったら、訴えられるでは、受け入れられないでしょう。 そもそも「命の大切さ」だったり、母子がいかにこの社会で大切に守られているかという問題だと思います。飛び込みの問題を取り上げるとともに、母乳育児や出産など微笑ましく子どもを生み育ててくなるような番組制作も必要だと思います。
<p>広報活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 広報、インターネットなどで安全な分娩、子育てのためにも受診は大切であることを広める 2. 医療機関への張り出し
中学校の授業の中に、妊娠と妊娠した時の健診の必要性などについて話をする機会があればいいと思います。家族への働きかけ
妊婦健診が今後14回無料になるというので、飛び込み分娩予防になると思います。母子健康手帳は必ずもらうので、その時に何らかの形でパンフレットなりを配って、お知らせするとかすればいいと思います。（現在行っているかもしれませんが。）
<ul style="list-style-type: none"> 未受診のリスクについて周知すること 健診の必要性と意味を教育すること 県の番組で定期的に訴えること 未受診＝育児の放棄という考えを知らせること
◎妊娠・分娩に対する知識の底上げが必要である。 →妊娠・分娩に関する知識が低すぎる。妊娠しても胎児に全く気遣うことなく自分の生活を改めない妊婦が多い。（たとえば酒、タバコ）。妊娠と分娩が、母体と胎児に危険を及ぼすこともあり、未受診は非常に危険であることを知ってもらう。そのためには、一医療機関の努力では限界があり、行政の広い啓蒙が非常に大事である。
<ul style="list-style-type: none"> 公開講座での情報提供 中学、高校でも保健における性教育だけではなく、妊娠中の注意事項や危険な病気についての教育活動
テレビ、新聞で時折定期的に取り上げるのがわかりやすいと思います。

b) 医療機関として

医療機関として果たすべき役割について、両調査についてまとめた（飛び込み分娩対策や未受診妊婦対策について意見がありましたら、自由に記入してください。1. 医療機関が果たすべき役割）。基本的には受け入れて対応すること、医療機関として出来ることは限界があること、医療機関の体制や連携の整備等であった。

表10 医療機関が果たすべき役割

<p>(未然に防ぐことは医療機関ではほぼ不可能)</p> <p>①飛び込みがハイリスクだった場合の病診連携の充実 ②関係機関との連携(入院中から保健師等と連絡を取る) ③妊婦連絡票の活用(但し、入院中に発行しないと、1か月健診には来ないため発行タイミングを失う。) ④避妊についての啓発活動</p>
<p>未受診妊婦に対しては、受診予約日に受診がなければ連絡をしているが、そのうち、病院からの電話にはでなくなる。これ以上の対策を思いつかない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・来院したら受け入れるしかない。 ・なぜ未受診だったのか話を聞き、一つひとつ指導する。
<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも診療拒否はしない(救急搬入の要請も応じる)努力をする。場合によっては受診された医療機関が責任を持ってしかるべき病院を紹介。電話連絡など連携が重要。 ・一度飛び込み分娩をした方は繰り返す確率が高く、そうならないよう、次回妊娠時はきちんと医療機関を受診することの重要性について未受診妊婦にはよく説明をする。また、退院後の要注意であり、そのフォローは医療機関だけでは限界があるため、責任をもって地域保健センター等に情報提供する。母と子が家族としてのスタートがきれるよう支援するのは医療機関の役割だと考えている。 ・日頃からの病病連携、病診連携が大事。 ・妊娠の診断を受けた後、未受診になっている者をそのままにしない。連絡をとり、受診を促す。どうしてもつかまらない場合には地域の保健所等に連絡をとる。
<p>安全面の確保(分娩、産後の母児の回復) 横のつながりの充実(保健機関、福祉機関への連携の徹底)</p>
<p>一度受診し、その後未受診妊婦に対し、行政よりその後の受診状態の情報がもっと簡単に得られるシステムがあればと思います。その情報により、一度受診、その後未受診妊婦に対してアプローチがしやすくなるのでは。</p>
<p>平成18年度以前は数件経験がありますが、最近では外来受診で週数が進んでからの妊婦さんが見えられた時点で、リスクが高く、何かあると大変なので公立病院を紹介しています。</p>
<p>「飛び込み分娩」であっても拒否することなく受け入れて、関係機関へ情報提供をし、その後の対応を検討する。</p>
<p>行政との連携を強化すること。医療機関内のソーシャルワーカーを配置して、地域に出かけることができる仕事とすること。</p>
<p>◎できる限り安全に分娩できるように配慮する。 →医療機関にできることはこれしかない。病院は、患者(妊婦)が受診しなければ妊婦健診や治療を行えない。妊娠をしている女性を探して受診を促すことは不可能である。</p> <p>◎スタッフの安全を守る。 →母体・胎児について全く情報が無い状態である。例えば感染症をもっている可能性もあるため、医療スタッフの安全にも配慮が必要である。</p> <p>◎入院医療費の未払いをさせない。 →未受診妊婦には、経産婦もおり前児分娩時の入院医療費も未払いというケースもある。様々な制度を伝え、未払いを絶対に許さないという態度で接する。</p> <p>◎説教をする。 →妊婦健診未受診がどれほど危険で、胎児に対してはいわば「虐待」をしているのと同じことであると、十分にしっかりと説明をする。</p> <p>◎行政機関に連絡をする。 →退院後のフォローアップをしてもらう。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返す飛び込み分娩例に対する指導 ・医療機関からの情報の発信
<ul style="list-style-type: none"> ・保健所との連携強化
<p>開業医である自分として考えることは、妊婦が悩んでいる時に、かかりやすい医院、敷居が低い相談しやすい医院であること。飛び込み出産そのものは、とてもハイリスクで対応はできません。</p>

文献

- コンビ. “解決★コンビタウン <アンケート編> ～妊娠・出産～.” コンビタウン. <http://www.combibaby.com/commu/kaiketsu/ninshin/enquete/04.html> (参照 2012-09-16).
- 厚生労働省. “平成22年度「出生に関する統計」.” 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyusyussyo06/syussyo0.html> (参照 2012-09-16)
- 厚生労働省. “産科における看護師等の業務について(石渡委員提出資料).” 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html> (参照 2012-09-20)
- 前田津紀夫. “未受診妊婦の実態とその問題点.” 母子保健情報. 2008, 58, p.33-40.
- 齋藤滋. “早産の予防(2) 細菌性膣症: わが国の現状と対策.” 母子保健情報. 2010, 61, p.12-16.
- 厚生労働省. “出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移.” 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0708-16f_0005.pdf (参照 2012-09-20)
- 三崎直子・高梨一彦. “A県における未受診妊婦支援の施策に関する基礎調査(1) —調査の概要—.” 保健学研究. 2013. (印刷中)
- 岡村一成・浮谷秀一. “青年心理学トウディ.” 2000, 福村出版
- 山田昌弘・伊藤守. “格差社会スパイラル コミュニケーションで二極化する仕事、家族.” 2007, 山と書房

高梨 一彦 (和洋女子大学人間・社会学系教授)
三崎 直子 (弘前大学大学院保健学研究科講師)

(2012年11月26日受付)