

原 著

小児科医によるハイリスク妊婦に対する産前訪問指導 —当院における試み—

(平成13年11月28日受付)

(平成14年8月5日受理)

¹⁾京都第二赤十字病院小児科, ²⁾同 産婦人科, ³⁾京都府立医科大学小児科学教室研究生伊藤 陽里¹⁾³⁾ 長村 敏生¹⁾ 椿井 智子¹⁾ 山森 亜紀¹⁾小田部 修¹⁾ 澤田 淳¹⁾ 奥村 次郎²⁾

Key words

prenatal visit

anxiety of delivery

high-risk pregnant women

guidance in the same hospital

co-operation between obstetricians and pediatricians

概要 当院ではハイリスク妊婦の出産への不安軽減を目的として小児科医による産前訪問指導を実施中で、今回退院時のアンケート調査結果を報告した。対象は当院産科に入院し、産科医から訪問指導を依頼された妊婦33名である。指導は助産師同席下にベッドサイドで行い、出産時には小児科医が立会い、必要なら入院処置を行うことを5分程度で説明した。退院時に30名(90.9%)が指導を受けて「良かった」と回答していた。出生児が入院した23名は全員退院時に「良かった」と答えていたが、未入院の場合は70%と有意に少なかった。妊婦の危険因子別にみると、合併症妊娠(7名)、異常妊娠群(22名)では退院時に有意な指導効果を認めたが、先天奇形群(4名)ではみられず、危険因子に応じた指導方法が必要と考えられた。産科、小児科の連携がとりやすい同一施設での産前訪問指導は有用と思われた。

はじめに

現代の若い母親は自分自身が少子化、核家族化の中で育ってきたため乳幼児保育の経験が少ない上に、マスメディアによって種々の育児情報が氾濫する状況の中で完全な育児(perfect baby)を求めすぎる傾向がある^{1)~4)}。その結果、若い妊婦の不安は育児はもちろんのこと出産そのものに対しても、ますます増幅されていくことが予想される。とりわけハイリスク妊娠の場合には出産に対する不安が強いばかりか、出産後は児の小児科入院によって母子分離を余儀なくされる場合もあり、通常分娩以上に育児不安が強くなる可能性がある。さらに新生児期の長期にわたる母子離断は愛情

遮断症候群や被虐待児症候群へ発展していく場合も少なくない⁵⁾⁶⁾。

我々はハイリスク妊娠のために当院産科入院中で産科より小児科へ依頼のあった妊婦に対して、出生前に小児科医が情報提供を行う事により妊婦の出産への不安を軽減し、小児科入院時のスムーズな受け入れを促進することを目的として、平成11年11月より病棟での産前訪問指導を開始した。今回指導開始後1年6カ月間における効果について検討したので報告する。

対 象

平成11年11月30日から平成13年4月15日までハイリスク妊娠として産科に入院し、産科医から小

表1 対象妊娠の危険因子 (n=33)

			計
母体側危険因子	合併症妊娠	甲状腺機能亢進症 5名, SLE 1名, 糖尿病 1名	7名
	異常妊娠	切迫早産 10名, IUGR 5名, 双胎 2名, 双胎+切迫早産 3名, 前置胎盤+切迫早産 1名, 前置胎盤+IUGR 1名	22名
児側危険因子	先天奇形	多嚢胞腎 2名, 水腎症 1名, 口唇口蓋裂 1名	4名

図1 産前訪問指導から出産までの期間

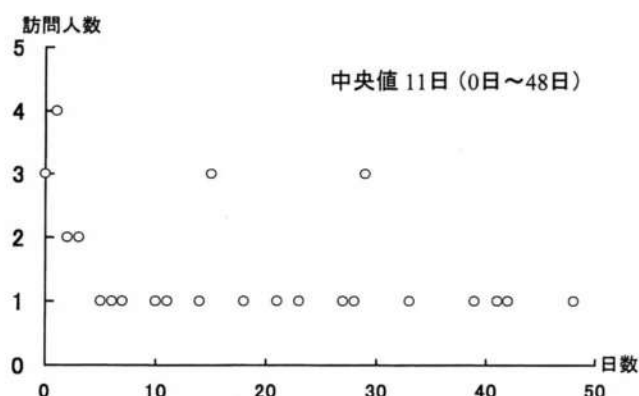


表2 出生児の状態 (n=38 双胎分娩5例を含む)

在胎週数	30週7日～39週6日
体重	1,492g～3,456g (平均 2,396g)
Apgar score	7～10点/1分, 8～10点/5分
小児科入院適応	23名/38名 (60.5%)
入院期間	4日～39日 (平均 16日)
入院時診断 (重複を含む)	極低出生体重児 1名, 低出生体重児 20名 新生児呼吸窮迫症候群 1名 頭蓋内出血 1名, 低血糖症 7名 動脈管開存症 4名
処置内容	人口呼吸器管理 1名, 酸素投与 7名, 中心静脈栄養 7名, 末梢点滴 10名
予後	全例良好

児科医へ病棟における産前訪問指導の依頼があった妊婦33名を対象とした。対象の年齢は22歳～43歳(平均30.8歳)で、33名のうち初産婦は24名、経産婦は9名であった。訪問指導時の妊娠週数は28週2日から39週6日で平均34週2日だった。祖父母と同居している妊婦は3名であった。また対象妊婦の危険因子については母体側の危険因子(合併症妊娠群7名, 異常妊娠群22名), 児側の危険因子(先天奇形群4名)に二分して表1に示した。産前訪問指導日当日に分娩となった例から48日後にようやく分娩に至った例もみられ, 指導日より出産日までの期間の中央値は11日であった(図1)。

出生児は双胎分娩5組10名を含む38名で, 在胎週数は30週7日～39週6日だった。出生体重は1,492g～3,456g(平均2,396g)で, Apgar scoreは1分値7～10点, 5分値8～10点であった。この中で小児科に入院となったのは23名(60.5%)で, 入院期間は4日から39日(平均16日)だった。入院時診断は(重複症例を含む)極低出生体重児1名, 低出生体重児20名, 新生児呼吸窮迫症候群1名, 頭蓋内出血1名, 低血糖症7名, 動脈管開存症1名であった。この中で,

新生児呼吸窮迫症候群を発症した極低出生体重児の1名に人工呼吸器管理を必要としたが, それ以外に重症例はみられず, 生命予後は全員良好であった(表2)。また, 妊娠予後についても同様に全員良好であった。

産前訪問指導の方法

産科主治医から産科病棟で産前訪問指導が必要と判断された妊婦, つまり分娩時のリスクが高く, さらに出生児が小児科入院する可能性の高い妊婦や, あるいは両親の分娩への不安が強い妊婦を直接紹介してもらい, そのまま引き続き指導を実施した。訪問指導は夕食前の最もリラックスした時間帯である午後4時～6時に, 6人部屋総室内をカーテンで隔離して妊婦のベッドサイドで行うことを原則としたが, 指導場所については希望によって個別の面談室を使用した。訪問指導に同席するのは妊婦, 助産師, 小児科医の3名とし, 妊婦の希望があれば夫も同席した。指導内容は①出産時には小児科医が立ち会うこと, ②出生後に児の診察, 検査を行い, 必要があれば治療することを5分程度で説明し, 個々の疾患についてはなるべく簡潔な内容にとどめた。なお, 指導内容に隔たりをなくすため, 訪問指導は33名とも同一人物(筆者)が行った。

以上の産前訪問指導を実施した対象に対して退院時に無記名式アンケート調査を行った。

結 果

「指導を行った時間帯は適切でしたか」という質問に対しては33人中31名(93.9%)が「適切であった」と答え、「遅い」と回答したのは2名(6.1%)だった。「指導時間の長さはどうでしたか」という質問に対しては31名(93.9%)が「適切であった」とし、残り2名(6.1%)は「短い」と回答していた。6人部屋で指導したのは33名中30名(90.9%)であったが、「指導した場所はどうでしたか」という質問について30名中25名(83.3%)は「適切であった」と答えていた。しかし、5名(16.7%)は総室での説明を「不適當である」と回答し、5名とも個室での説明を希望していた。また、面談室で個別に指導した3名(9.1%)は全て「適切であった」と答えていた。33名中29名(87.8%)は小児科医、助産師、妊婦自身の3名が同席して指導を行ったが、29名中21名(72.4%)は「適切であった」と回答していた。残り8名(27.6%)は「同席人数が少ない」と答え、他に同席を希望する者として7名は夫を、1名は自分の母親を挙げていた。なお4名(13.2%)は妊婦の夫を加えた4人が同席して指導を行ったが、4名とも同席人数については「適切であった」と回答していた。指導内容に関しては32名(97.0%)が「適切な内容であった」と答えており、「物足りなかった」としたのは1名(3.0%)だった。

「指導を受けた直後に子どもに対する気持ちはどう変わりましたか」という質問では33名中19人(59.4%)が「楽になった」、6名(18.8%)が「変化なし」、7名(21.9%)が「不安になった」と回答し、1名(3.0%)は無回答であった。指導時の妊娠週数の比較では無回答を除いた3群間に有意差は認められなかった。また「不安になった」と回答した妊婦7名の危険因子は甲状腺機能亢進症3名、SLE1名、子宮内発育不全1名、先天性水腎症1名、口唇口蓋裂1名であった。

今回産前訪問指導を行った33名中23名(69.7%)では出生後に児が小児科入院となった。そこで児が入院となった23名の母親に対して子どもが入院した時の気持ちを問う手みたところ、「納得できた」が21名(91.3%)、「変化なし」が2名(8.7%)で、「混乱した」と答えた者はいなかった。さらに指導を受けた直後と子どもが入院した時の気持ちの関係を表3に示した。指導直後に「楽になった」とした16名のうち入院時に「納得できた」と答えた者が15名(93.8%)、「変化なし」が1名(6.2%)であった。指導直後に「不安になった」者は3名いたが、子どもが入院した時点では3名とも「納得できた」と回答していた。また、子どもが入院した23名の中で子どもの入院に際して「混乱した」と回答した者は1名もいなかった。

退院時に「振り返ってみて、今回の産前訪問指導を受けてよかったと思いますか」という質問に対しては33名中30名(90.9%)が「良かった」と答え、「どちらでもない」が3名(9.1%)、「良くなかった」は0名であった。この結果を入院の有無によって比較してみると、入院例では23名全員が退院時に「良かった」と回答し、入院しなかった者では10名中7名(70.0%)が「良かった」、3名(30.0%)が「どちらでもない」としており、2群間に有意差を認めた($p=0.02$, 表4)。

指導直後と退院時の気持ちの変化を比べてみると、

表3 出生児が入院となった妊婦の指導直後と入院時の気持ちの変化

指導直後の気持ち	子どもが入院した時の気持ち		
	納得できた	変化なし	混乱した
楽になった n=16	15	1 [#]	0
変化なし n=4	3	1 ^{##}	0
不安になった n=3	3	0	0
	21	2	0

[#], ^{##}ともに切迫早産

表4 子どもの入院の有無と退院時の気持ちとの関係

入院の有無	退院時の気持ち (n=33)		
	良かった	どちらでもない	良くなかった
入院した (n=23)	23	0	0
入院しなかった (n=10)	7	3 [#]	0

$p=0.02$ (Fisherの直接確率計算法)

[#]: 水腎症, 多嚢胞腎, SLE

表5 指導直後と退院時の気持ちの変化

指導直後の気持ち	退院時の気持ち (n=33)		
	良かった	どちらでもない	良くなかった
楽になった (n=19)	18	1 [#]	0
変化なし (n=10)	6	0	0
不安になった (n=7)	5	2 ^{##}	0
無回答 (n=1)	1	0	0

N.S. (χ^2 検定)[#]: 多嚢胞腎, ^{##}: 水腎症, SLE

表6 妊娠の危険因子別にみた産前訪問指導の効果 (n=33)

指導直後の気持ち	楽になった	変化なし	不安になった
合併症妊娠 (n=7)	3	0	4 **
異常妊娠 (n=22)	15	6	1
先天奇形 (n=4)	2	0	2 *
計 n=33	20	6	7

退院時の気持ち	良かった	どちらでもない	良くなかった
合併症妊娠 (n=7)	6	1	0
異常妊娠 (n=22)	22	0	0
先天奇形 (n=4)	2	2	0
計 n=33	30	3	0

*: p<0.05 **; p<0.01

指導直後に「楽になった」と答えた19名中退院時に「良かった」とこたえたのは18名(94.7%),「どちらでもない」は1名(5.2%)であった。また、「変化なし」の6名は全員退院時に「良かった」と回答していた。「不安になった」7名のうち退院時に「良かった」とこたえたのは5名(71.4%),「どちらでもない」は2名(28.6%)であったが、「良くなかった」と回答した者は1名もいなかった。なお、指導直後の気持ちにより全体を3群に分けると(無回答の1名は除く),退院時に「良かった」と答えた者の割合には3群間で有意差を認めなかった(表5)。

さらに妊婦の危険因子別にみた産前訪問指導の効果を指導直後と退院時の気持ちの変化から比較した(表6)。合併症妊娠群では指導直後に「楽になった」とした者が7名中3名(42.9%),「不安になった」とした者が4名(57.1%)だったが,退院時には7名中6名(85.7%)が「良かった」と答え,残り1名(14.2%)も「どちらでもない」を選択しており,有意な指導効果を認めた。異常妊娠群では指導直後に「楽になった」者が22名中15名(68.2%)で,他の2群に比べて有意に多

かった。残りの7名は「変化なし」が6名(27.2%),「不安になった」が1名(4.5%)であったが,退院時には22名全員が指導を受けて「良かった」と答えており,指導直後に比べるとやはり有意な改善を認めた。先天奇形群は4名であったが指導直後に「楽になった」者が2名「不安になった」者が2名いた。そして指導直後に「不安になった」2名とも退院時点には「どちらでもない」と答えており,指導直後と比べて有意差がみられなかった。

考 察

わが国の出生前小児保健事業(プレネイタルビジット)は米国でのプレネイタルビジット⁷⁾⁸⁾を参考にして,育児不安のある妊婦が安心して母親になるための支援をすることを事業化したものである²⁾。1990年10月に「これからの母子保健活動に関する検討会」が設置され,厚生省(現在,厚生労働省)は1992年度よりプレネイタルビジットを導入した。概要としては,まず市町村より受診表を交付された妊婦が産婦人科医を訪問し,産婦人科医が小児科医に対して出生前小児保健指導のための紹介状を作成する。妊婦はその紹介状を

持って小児科医を受診し、出生前小児保健指導を受け、小児科医は紹介元の産科医に指導内容を報告するというものである⁹⁾。しかし、実際には産科と小児科との十分な話し合いがなされず、またこの事業に関する妊婦への啓蒙活動も不十分であった上に、小児科医、産科医の認識自体がうすかったなどの理由から、これまでわが国においては厚生労働省によるプレネイタルビジットは有効に展開してきたとはいえないのが実情である¹⁰⁾¹¹⁾。杉浦³⁾は産科医が小児科医に紹介状を書き妊婦に紹介しているにもかかわらず、実際に小児科医を訪問した妊婦は半数以下にとどまったと述べている。また深田ら¹¹⁾は今回の事業の問題点として、妊婦の中に「胎児の治療ではなく、相談のためだけでわざわざ病院にまで行きたくはない」といった意見がみられたことを指摘している。以上の点に加えて自治体の財政難の問題も加わり、結果的に地域事業として定着しなかったのではないかと考えられた。

今回我々は、当院産科入院中の妊婦の中で、産科医が小児科医による産前訪問指導が望ましいと判断したハイリスク妊婦に対して、助産師同席の下に施設内での産前訪問指導を実施した。その結果、最終的には実に90.9%の者が産前訪問指導を受けて「良かった」と回答しており、今回の取り組みは有効であったと思われる。その理由については以下の2点が考えられた。まず第一の理由として、訪問指導を実施するにあたって妊婦の不安軽減を最優先にした点が挙げられる。つまり指導内容を①出産時には小児科医が立ち会うこと、②出生後児の診療、検査をおこない必要があれば治療するという必要最低限にとどめ、疾患についての細かい説明は削除し、時間的には5分を越えないようにして、時間帯、場所、同席人数といった指導環境にも十分に配慮した。その結果、時間帯、指導時間については93.9%、場所については83.3%、同席人数については87.8%、内容については97.0%の妊婦が「適切であった」と評価していた。ただし、今回の訪問指導がほとんどのハイリスク妊婦に好評であったことの背景には出生児の生命予後がいずれも良好であったという事実も無視できないと思われた。また今回のアンケート調査では訪問指導を受けなかった妊婦をコントロール群として検討したわけではない点で比較が不十分ではある。しかし、出産に対して不安を抱えたハイリスク妊婦にとって最も重要なことは、疾患の詳しい説明よりも「小児科医が出産に立ち会った上で自分の子供にとって必要な処置を全部してくれる」という体制が

存在することをあらかじめ知っておくことによって得られる安心であると思われる。それ故に、小児科医と助産師が妊婦の病室を訪問して上記内容を5分間という短い時間で簡潔に伝えるようにした今回の試みは、ハイリスク妊婦の不安、ストレス改善に有効であったと考えられた。新津¹¹⁾も、産前訪問指導は小児科医の面識を得るのに絶好の機会であり、医師は面談中に穏やかな助言を与えることに努め、批判したり、育児に介入する態度は厳に慎み、常に妊婦のエモーションサポートを心がけるべきであるとしている。

第二の理由としては今回の訪問指導を同一施設内で行った点が挙げられよう。つまり今回の試みの成功の背景には小児科医による産前訪問指導が有用であろうと産科医が判断したハイリスク妊婦のみを対象とし、指導前に産科医、助産師から妊婦の情報を得ることができ、指導後も産科医、助産師がフォローアップ可能という同一施設内ならではの連携が根底にあったことが重要な意義をもっていたと考えられた。産科医、助産師、小児科医の連携により妊婦の個性や安静度を事前に把握し、指導場所や付き添いに関する希望に個々に対応することが可能になった。また、同一施設内なので小児科医が直接妊婦のベッドサイドに出向けるため、妊婦の負担は少なくなった。厚生労働省が推進しようとしているプレネイタルビジットでは妊婦が小児科外来を受診することに伴う感染のリスクや長い待ち時間といったことも問題になるが、同一施設内での産科病棟ベッドサイドへの訪問指導ならそれらの問題点も解消される。さらに、指導は全て同一人物(筆者)が行ったために出生児に関する説明に産前と産後で差異が生じず、その上訪問指導を行った医師本人が分娩に立ち会ったことも妊婦に大きな安心感を与えたと考えられた。ただし指導した小児科医が分娩に立ち会ったことについては当院では可能であったものの、病院の規模によっては必ずしも実施可能というわけではない。なお、今回の取り組みを通して、ハイリスク妊婦に毎日付き添い、日々の変化を細かく知る助産師は小児科医の訪問指導後の補足説明をしたり、妊婦に新たに生じた質問を医師に伝えることによって、妊婦の不安軽減のために重要な役割を担う存在であったことは強調しておきたい。

以上より今後のわが国におけるプレネイタルビジットを考える場合、それが可能な病院ではできる限り同一施設での小児科医による産前訪問指導を進めていくべきであると思われた。松澤¹³⁾も同一施設内でのハイ

リスク妊婦 13 例に対して出生前から小児科医が情報提供を行い、妊婦家族、小児科医双方にとって有用であったと報告している。ただし、この指導方法は先にも述べたように、あくまでも産科と小児科が併存する施設でのみはじめて実行可能であり、産科開業医でフォローされているハイリスク妊婦については、従来のプレネイタルビジットの方式を用いなければならない。しかし、その場合であっても、産科医が紹介する小児科医は小児科医なら誰でもよいというわけではなく、新生児専門医が産前指導を行うようにして、なおかつ内容にばらつきが出ないように、厚生労働省主導下に指導方法の統一マニュアルを作成すべきであろう。いずれにせよ、行政は上からの画一的なやり方を押し付けるのではなく、同一施設内での産前訪問指導も、プレネイタルビジットと同等のものとみなしてプレネイタルビジット同様に補助金を交付するなどの柔軟な対応が必要と考えられた。

今回対象とした 33 名の内 23 名の妊婦の出生児が小児科入院となったが、23 名中 21 名 (91.3%) は子どもが入院した時の気持ちを「納得できた」と回答していた。また 23 名中指導直後に不安を感じた者は 3 名いたが、3 名とも出生児の入院には納得しており、子どもが入院した妊婦の中で子どもの入院時に「混乱した」と回答した者はいなかったことから、今回の訪問指導の有用性が示唆された。さらに、子どもが入院した 23 名中全員が退院時に指導を受けて「良かった」と答えていたのに対して、出生児が入院しなかった者で退院時に「良かった」と答えたのは 10 名中 7 名に過ぎず、有意に少なかった。つまり、産前訪問指導は出生児が小児科に入院した妊婦に対してより有用であったことが立証された。これはまた今回の指導が出生児の小児科入院時の妊婦のスムーズな受け入れを促進することに役立った事実を裏付けるものでもあろう。

対象妊婦の危険因子別にみた産前訪問指導の効果を指導直後と退院時の気持ちで比較してみた。本来、妊婦の不安には出生児の状態が大きく影響するため、妊婦の危険因子のみで比較することは困難であるが、実際当院で対象となった出生児はいずれも予後良好であり、退院時には後遺症もなく状態は安定していた。そのため、今回対象となった妊婦の不安は出生児の重症度によって増強されることはなかったと考える。合併症妊娠群では指導直後は「不安になった」妊婦が 7 名中 4 名と半数以上だった。しかし、退院時には 7 名中 6 名が「良かった」と答え、残り 1 名も「どちらでもな

い」という回答で、訪問指導に対する評価は退院時には有意に改善していた。異常妊娠群では指導直後より「楽になった」妊婦が他の 2 群に比較して有意に多く (22 名中 15 名; 68.1%)、退院時には 22 名全員が訪問指導を受けて「良かった」と回答していた。しかし、先天奇形群 4 名では訪問指導直後に「楽になった」者と、「不安になった」者が同数で、指導直後に不安を感じた 2 名は退院時にも「指導をうけて良かったか」という質問に「どちらでもない」と答えており、訪問指導に対する評価に変化はなかった。つまり、異常妊娠群では妊婦は産科入院時に産科医より症状説明を既にうけており、そこに小児科医の指導が加わることによってさらに理解が深まったと考えられた。これに対して、合併症妊娠群や先天奇形群ではともに入院の時点で産科側の説明が不十分であったためか指導直後の不安は強かったが、合併症妊娠群は子どもの入院経過も良好で退院時には指導を受けてよかったと思うようになっていたのに対して、先天奇形群では疾患そのものが今後も子どもの予後に深く関わっていくため退院時にも不安が持続していると考えられた。従って、今後は妊婦個々の危険因子に応じた説明方法を検討する必要があると思われた。

文 献

- 1) 新津直樹. 乳幼児の心の発達と保健指導. 小児科 1999; 40: 1367-1375
- 2) 小川雄之亮. プレネイタルビジットと出生前育児学. 周産期医学 1994; 24: 603-606
- 3) 杉浦壽康. プレネイタルビジット. 周産期医学 2000; 30: 39-34
- 4) 長村敏生, 山森重紀, 小田部修ほか. 京都府 24 時間安心子育てすこやかダイヤル開設後 1 年間の利用状況について. 小児保健研究 2000; 59: 725-730
- 5) 中村 肇. 新生児医療の光と影. こころの科学 2000; 94: 28-32
- 6) Klaus MH, Kennell JH (竹内 徹, 柏木哲夫訳). 母と子のきずな. 東京: 医学書院, 1979
- 7) Committee on Psychosocial Aspect of Child and Family Health, 1985-1988. The Prenatal Visit. Guidelines For Health Supervision II. American Academy of Pediatrics 1988
- 8) Committee on Psychosocial Aspect of Child and Family Health. The Prenatal Visit. Pediatrics 2001; 107: 1456-1458
- 9) 新津直樹. 出生前小児保健指導事業—ガイドラインを中心に—. 小児科診療 1997; 50: 249-254
- 10) 新津直樹. 出生前小児保健指導の展開 (プレネイタ

- ルビジット). 小児内科 1999; 31: 1621-1625
11) 新津直樹. 個人で始める出生前小児科保健指導. 小児科診療 1998; 49: 1919-1925
12) 深田昭彦, 関谷龍広. 出産前小児保健指導モデル事

- 業の実際—愛知県岡崎市. 周産期医学 1994; 24: 685-688
13) 松澤重行. 地域小規模病院における出生前小児保健活動の意義 (抄録). 日赤医学 1999; 51: 144

Trial of Pediatric Prenatal Visit to High-risk Pregnant Women in Our Hospital

Hisato Ito^{1,3)}, Toshio Osamura¹⁾, Satoko Tsubai¹⁾, Aki Yamamori¹⁾,
Osamu Otabe¹⁾, Tadashi Sawada¹⁾ and Jiro Okumura²⁾

¹⁾Department of Pediatrics, Kyoto Second Red Cross Hospital

²⁾Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto Second Red Cross Hospital

³⁾Department of Pediatrics, Kyoto Prefectural University of Medicine

In our hospital, pediatric prenatal visit to the high-risk pregnant women is carried out to reduce the anxiety for delivery. We report the results of a questionnaire survey conducted on such women on their discharge from our hospital. The subjects were 33 high-risk pregnant women hospitalized at the obstetric department of our hospital to whom prenatal visit was recommended by their obstetricians. Pediatrician explained to the subjects in about 5 minutes that they would attend delivery and immediately transfer the neonate to the pediatric department if necessary. At the discharge, 30 (90.9%) of them replied that pediatric prenatal visit was useful for reducing their anxiety for delivery. Although 23 neonates were hospitalized at the pediatric department, all mothers of them replied that prenatal visit was useful. However, the number of mothers who recognized the usefulness of prenatal visit was significantly lower (70%) when their neonates were not hospitalized. Although prenatal visit was significantly useful in 7 pregnancy complicated some disease and 22 abnormal pregnancy, it was not significantly useful in 4 pregnancy accompanying congenital anomaly. Therefore, methods of guidance should be changed appropriately depending on the respective risk factors. The results of this study suggest that prenatal visit is useful particularly in the same hospital where obstetricians act in concert with pediatricians.
