

聞きますと、約 3/4 の 76%が「今後導入をする予定はない」と答えられております。

これからが診療ガイドラインに沿った診療内容がどの程度浸透しているかというところなのですけれども、主な項目は「妊娠の早い段階で赤ちゃんの計測をしているか」「頸管長を計測していますか」、「妊娠初期の血糖を測定していますか」「糖尿病のスクリーニングをしていますか」「前置胎盤の確認をしていますか」「GBS の検査をしていますか」など、妊娠週数に沿って項目を挙げたところ、だいたい 80%を超えたところが妊娠初期の超音波検査、それから前置胎盤の確認、妊娠末期の GBS 検査は行っていました。が、糖尿病のスクリーニング、診断基準も少し変って来たのですけれども、それは半数以下であるために十分浸透していないということがわかるかと思えます。

また、これもかなりびっくりするデータですが、「超音波検査を毎回行っていますか」という問いに 88%の施設で「毎回行っています」という回答がありました。しかも、その内容を見ると推定体重までほとんど測定している。すなわち、妊婦さんが来るたびに超音波を行い、しかも児の推定体重まで測定しているというのが、今の診療所の先生方の現状であると思えます。

去年、われわれの研究班で篠塚先生を中心に「妊娠中の超音波は、何回必要なのか」ということを提案させていただいたのですが、妊娠初期の予定日を決めるための 2 回以上、あとは 20 週、28 週、34 週という胎児の発育という観点から見れば、合計 5 回で充分であろうという提言はしています。しかし、実際にはほぼ毎回超音波を行っているということでもあります。

胎児心拍モニタリング。これは 36 週以降毎回行っている施設が約 2 割あり、37 週以降になると合計で 4 割以上の施設で毎回行っており、対象は全員行っているというところがあります。超音波検査も、先ほどお話ししたように 20 週、28 週、34 週でよいのですが、これ以外にも毎回行っているというのが今の現状であります。

その他、「胎動をどう考えていますか」というところで「母親教室で指導している」というのが半数ということになってきました。

以上の回答が地域別あるいは医師の数別で変化があるかどうかをみたのですが、地域別・医師の数別共にこの項目が特に多いというような項目はありませんでしたので、日本全体にまんべんなく同じような傾向があるかと思えます。

まとめてみますと、ほとんどの医師がエコー検査を含めた健診を毎回行っており、助産師外来と超音波外来の導入が 10 数%にとどまっております。この事実は、産科医師に過重労働を強いている可能性があるかと思えます。

現在崩壊はかろうじて食い止めているものの、まだまだ非常に脆弱な基盤であります。少なくとも母子保健の現状を維持するためには、医師以外の医療従事者との積極的な協働体制を含む、新たな健診体制の構築が強く求められます。

従来の妊婦健診体制をスライドで示しますと、トリアージを行うことなくローリスク、

ハイリスクを問わず、産科医師がすべて診ているという体制です。現行の母子健康手帳の改善点は昨年ディスカッションしましたけれども、やはり情報交換のツールとして、その中のひとつの「リスクの自己評価」ということを用いて妊婦さんをローリスクからハイリスクまで分け、それぞれの施設で地域の実情に応じた一施設での健診から基幹施設での産科医師による健診まで対応する。助産外来、セミオープンシステム等を含むチーム医療による協働体制の概念で、地域全体で妊婦さんを守ろうということが、我々の提言であります。

先ほど森岡さんから紹介がありましたけれども、なんとか来年の3月で期限切れとなる14回の公費負担を1年でも、2年でも長くしていただきたいと思っております。妊婦健診回数とその内容のひとつのモデルとしまして、24週から2週間おきと36週から1週間おきとしますと合計15回になりますけれども、これに連動した項目で超音波は5回にし、ここにリスク評価を加えることで診療内容に濃淡がつき、「ここは助産師さんが中心になって指導しますよ、この時は医師が中心になって診ますよ」ということになると妊婦さんをいろいろな面から診ることができるということになり、しいては各医療従事者の過重労働の軽減にもつながるのではないかとということが現段階で私が思っていることであります。

【齋藤滋】

ありがとうございました。

現在の日本における妊婦健診の現状を報告していただきました。医師の側が過重労働になっているのではという現状と、それからうまく助産師、助産師外来を使っていくとこれからの妊婦健診を協働という形で維持できるのではないかと。また、セミオープン、オープンというシステムを使うこともよいし、妊婦さん自身が自主的に自身のリスクをみて判断するといったツールもあってしかるべきではないかという発表でした。

■シンポジウム 講演2

「リスク評価は妊婦さんから、どう評価されていますか？」

国立成育医療研究センター 産科医長 久保隆彦

リスク評価ということをお話しするわけなのですが、これはもともと5、6年前に中林(正雄)班で一次施設、二次施設、三次施設のところに妊婦さんがある程度分散化ができないかという厚生労働省の依頼で作ったスコアです。

20年くらい前から僕はコンピュータで妊娠のリスク分析診断をやっているんですけど、その多くの項目の何百あったパラメータを助産師、医師、行政の方と議論をして、必要な項目を抽出・重みづけしてつくったスコアです。その後いろいろな方が検証してくださって、ある程度は臨床で使用できるだろうというところですよ。

なぜ(リスク評価が)必要なのかというと、僕達産科医は正直お産はすごく怖いなと思っているのですけれども、一般の方は普通に産めて当然であろうと思っています。こういった提供する側と受ける側の認識のズレで最も代表的なものが「お産」だと思っています。ですから、お産で妊婦さんが亡くなってしまう、お産で脳性小児マヒになるということは、僕らにとってはよくある事象だろうと思っていますが、妊婦さんにとってはそんなことはとんでもないという認識があります。

そういったリスクというのは実際どの程度あるのかというところで、「日本の交通事故の死亡率と妊産婦死亡率の年次変化を10年間みてみますと、赤が妊産婦死亡率なのですが、圧倒的に昔は妊産婦死亡率が高かったんですね。その後、交通事故の死亡率とほぼ一緒、だいたい2万人に一人くらいの割合で妊婦さんが亡くなる。ですから、日本の妊産婦の死亡率というのは、交通事故死と同じだといえます。交通事故は、新聞にもよく記事が出ているわけです。妊産婦死亡も出ることもあるわけですが、日常茶飯事に起こっている交通事故と同じくらいの確率で妊産婦死亡があるということ(を認識すること)は大事なことです。この2万人に一人という数字は、どんどん下がってきているわけです。昔に比べると、ずいぶんよくなっています。

けれども、良くなっているのは妊婦さんのリスクが減ったからなのであるかということであれば、50年間ぐらいの周産期統計を見ると分娩数が半分に減って、母体・新生児死亡率がずいぶん減ってしまったわけです。けれど、実際は早産とか、超低体重出生児、帝王切開率は激増しています。また、今100万分娩ですけどその内24万人が35歳以上で2万人が40歳以上の高齢出産であるなど、リスクはむしろ増えているといえます。統計が始まった頃、帝王切開は7%で100人に7人という世界でした。ところが、2007年になると18%になる。ということは、日本では約6人に一人は帝王切開を行っているということなのです。もちろん帝王切開ですから麻酔も行いますし、手術ですから出血もするわけです。リスクはかかってくる。お母さんと子どもの救命数は向上したんだけど、むしろハイリスク出産が増えて来ているということが、現状です。

にもかかわらずお産を取り扱う医師。たとえば、産婦人科医の約1/3は、65才以上のお年寄りです。そして35歳以下の半数は女性医師です。20歳代では7割が女医さんです。この女医さんというのは、だいたい10年経つと結婚、出産で半数の方がお産の現場から離れてしまわれます。そして、不妊とか手術専門の医師もいらっしゃるの、実質のお産をする産科医というのは非常に少ない。厚生労働省が発表している1万人という数がありますが、お産に従事する医師はだいたい6000人から7000人しかいない。これも分娩取扱施設でも、お産をしていない産科医はいるわけです。たとえば、成育医療研究センターでも40人近く産婦人科医がいるのですが、実際にお産をしている人は20数人です。多くの方は、お産をしていない。

ということで、分娩施設はどんどん減っていった。12年間で約3割、分娩施設数が減っている。これはお産難民といわれているところです。結局、いろいろな問題があるのですが、大きな三次施設に行かざるを得ない。しかし、三次施設は受け入れ限界を超えている。では、昔のように助産所でお産をしてはどうだろうか。確かに、都会はそうなんですね。日本全体では1%の方が自宅分娩、助産所分娩となっています。しかし、東京都では1.8%、神奈川県は2.7%が助産所分娩です。都会では、助産所分娩が増加している傾向があります。

助産所というのは、もともと医療行為を行ってはいけない施設であるわけで、正常経膈分娩でもトラブルが起こったら、もう送るしかないということなのです。ですから、これは全国の助産所分娩をしたお母さんと赤ちゃんが病院に送られた調査なのですが、お母さんの10人に1人は重篤であるし、生まれた赤ちゃんの5人に一人は重篤である。非常にお母さんも子どもも予後が悪かった。トラブルにならなかった一つの原因は、助産所分娩は一種の宗教的なところがありますから、トラブルがあってもそれがあまり裁判になってこないことと、最終的なことが病院で起こっていますので助産所までには責任の追及がなかなかいかない。

その理由というのは、いくつかあるわけです。一番多いと思われるのは、事前紹介率（リファー率）。世界で一番助産所分娩が多いのはオランダだといわれていますが、オランダでは助産所で診た人の約6割の方は「これは助産所で診れない」と病院に送っています。しかし、日本での助産所のリファー率は7%。このギャップが高いリスクを助産所分娩が抱えているというのが現状です。

最近では出張助産師による自宅分娩の問題があります。これは神奈川県の例ですけれども蘇生ができなくて重症心身症になったとか、頭蓋内出血を予防するビタミンK2シロップを出さなかったために頭蓋内出血を起こしてしまったというようなことが以前からあるわけです。今では誰でも受けることができるB型肝炎の母子感染予防など、さまざまな予防を助産所で行っておられなかったためにトラブルを起こしていることが多くあります。

では、リスクを少ない人だけを助産所でやってもらったらどうだろうかということになるのですが、これもローリスクの例を5000とか10000例とか見ると約3%、30人に一人は弛緩出血だとか、大出血する。それから赤ちゃんの1%は確実に蘇生しなければ後に後遺

症が残る。このようなことが起こることがわかった。ですから、お産にはローリスクはあっても、ノーリスクはない。つまり、リスクのないお産はないということです。ということがあるので、さてどうするのかということを考えるわけです。

実際、世界の中でみると日本の妊産婦死亡はべらぼうにいい。世界平均では10万人に400人、250人に一人が死亡している。日本ではだいたい10万人に5人ですから、それでも二桁違うくらい日本の成績は素晴らしいわけなんですけれども、僕らがアジアなどで国際医療を行うと妊産婦死亡率が本当に高いんだと実感します。

日本は低いんだと思うのですが、これは実は死亡ではなくて重症になった妊婦さんがどれくらいいるかという妊産婦死亡ひとりに対して73倍の重症患者がいる。これを逆に考えると、日本中でも250人に1人は、お産の時にどんな妊婦さんも死にける可能性があるということがいえるのです。この250人に1人というのは、先ほどの世界の妊婦死亡率と同じです。すなわち妊娠・出産というもののリスクは250人に1人。だから、上手くいっても250人中249人に入っただけで、250人の1人に入ってしまうかどうかは誰にもわからない。

これは出血量の全国調査なのですが、約25万件位調べてみたのですが、単胎の経産のお産の時の出血量はだいたい10人に1人は体全体の約20%、1/5の血液が出てしまう。多胎帝王切開では6割くらいの出血をする。これが日本の現実の出血量です。逆に言えば、10人に1人はこれ以上出血するということです。

全国の血液センター業務というのは、現在20数か所あるのが平成25年までに全国で11か所になるということが決まっています。東北では仙台一か所、九州では久留米一か所、そこにしか血小板や合成血がないんですね。大変な事態が起こってくるわけです。

僕自身の考え方では、周産期医療システムというのは、総合周産期センターと地域周産期センターが互いに協力し搬送・逆搬送を円滑に行うことが大切なのです。こういうところがバランスよくピラミッドを組んでくれればいいのですけれども、日本の現状はピラミッドが東京ビックサイトに変わっているというか、三次施設にローリスクの分娩が集中してしまって三次施設はハイリスク患者を受け入れられないのが現状なんです。これでは、どうしようもない。ということで、先ほどの妊娠のリスクスコアをどうにか使えないかということ考えたわけです。

もともとは、妊婦さんに考えてもらおうと思って作ったものですが、むしろ周産期医療の再構築を考えて妊婦さんの集約と分散が効率的にできないか、すなわちリスクの高い妊婦さんは三次施設を利用してもらってローリスクの方々は一次施設に集まってもらうことができないかということでトライしてみました。

妊娠リスクスコアを今度母子手帳に載せようかと思っているのですが、5分ぐらいでつけられるものです。これは初期につけるスコアと中期につけるスコアで、0~3点は「心配がない」、4点以上は「ちょっと注意しましょう」、7点は「大変ですよ」というような簡単なスコアです。これを妊婦さん自身につけてもらうことで、点数が上がって行くと帝王切開や

吸引分娩率が上がって行く。点数が上がれば、こういうリスクが上がっているということになります。

これは愛知県トヨタ記念病院というところが、この妊娠リスクスコアを使って僕のトライをしてくれました。この地域にはもともと年間約 5000 くらいの分娩を行ういくつかの病院と診療所があるのですが、ここでも三次施設は満杯で患者が取れないという状態になった。そこで地域と連携した分娩制限を行わなければならなくなったため、妊娠リスクスコアの自己評価を使って妊婦さんを分けていったわけです。4 点以上の場合ハイリスクで、3 点以下でも異常があったらハイリスクに入れるというようなことを三次施設の先生が判断する。そして、簡単に説明をして「一次施設どうですか」とか、「うちでお産しましょう」といったことを妊婦さんに打診していくわけです。これは地域の行政がパンフレットを作ってくださって行ったわけです。

その結果、1893 人がトヨタ記念病院の三次病院に最初来ましたが、そこで評価をすると 541 人は一次でも十分に対応できるローリスクであるとわかったんです。そこでお話をするとそのうちの 350 人は「私は一次施設でいいです」といってくださったんですね。そのうち 16 人はその途中で異常が見つかって再度三次施設に来たのですが、よくなったら（一次施設に）戻ったと。341 人は三次の病院から一次の病院に移ってお産ができたわけです。つまり、豊田の分娩数は 800 から 500 に減ったわけですが、緊急の母体が 50 例しかなかったものが 138 例もとれるようになった。地域からの搬送をどんどん受け入れていけるようになったわけです。

豊田記念病院のリスクスコアは、7 点以上が 90 人だったのが 190 人に倍増しているんです。すなわち、非常にリスクの高い患者さんが集まって来たんですね。

ここで当直帯の分娩数を見ると、お産が減っているんです。つまり、ハイリスクを最初から管理しているので、適切な時期にお産をさせるなどということができるようになったわけです。こういったメリットもでてきたわけです。ローリスク、ハイリスク妊娠を開業医、中核病院にスコアで分けることができたということです。このトライが成功した理由はいくつかあるんですけども、行政、地域、妊婦さんも病院もどこも本当に困ったという状態であったのでこういうことができたわけです。

先ほど、松田先生からいくつかお話しがあったものを妊娠スコア別にみると医療従事者はハイリスク分娩をあらかじめ把握できるであろうし、帝王切開も自分のコンセプトを早く説明できる。また、妊婦さんに納得して分娩施設を選んでもらうことができるということトヨタの先生はおっしゃるわけです。

ただ、この妊娠スコアというものも作った時に、これを広める前に先ほどのリスクの話を広めるとすると行政から待たされたがかかったわけです。「あまり怖い話をしたら、お産することをやめてしまう。自分がリスクがあるのではと思ってお産ができないのではないか」という話でした。そこで、実際に妊婦さんにリスクスコアをつけてもらって、これがどういふものなのかということ会員が 10 万人・月間約 30 万人の利用者のある妊娠・出産に

関するインターネット・サイトで1週間アンケート調査を行っていただきました。756人から回答があり、そのうちの69%はお産が終わった方で妊娠中の方が約3割でした。妊娠中の方は出産予定、それから産後の方はどこでお産をしたかということを知ったところ、診療所が約58%、総合病院が26%、周産期センターが4%、助産所が2.5%でした。

このリスクスコアの分布を見てみたのですが、初期と中期でほとんどが3点以下の方が多いのですが、4点以上、7点以上の方もけっこういらっしゃるということがわかりました。ですから、ローリスクだけでなく、いろいろなリスクのある人も入っている集団だということです。0~3点が初期には8割で、中期から後期はだいたい2/3はローリスク、逆に7点以上も8~13%、妊娠が進むとわかってきますのでスコアは上がってきます。

また、「自分の妊娠出産リスクを知りたい」という方が約9割近くいました。「知りたくない」はわずか0.6%でした。つまり、皆さん。自分のリスクを知りたいと思っておられるわけです。さらに、「このスコアは、分娩に役立ちましたか」という問いには、「参考になった」という人は2/3で、「ならなかった」という人は13%でした。この方は地方の方でその意見として「リスクはわかったのだけれど、お産する施設が限られている。だから、選びようがない」という方もいらっしゃいました。東京や大阪などの大都市では、いろいろな施設があるわけですが、そうではない地域では選べるほど施設がないという方々がけっこういらっしゃるというのが現状だと思います。

次に「このリスクチェックについてどう思いましたか」という問いに57%が「健康への意識が変わった」、48%が「妊娠中に無理をしないようになった」、27%はリスクに対して「医師からもっと説明を聞きたい」と答えています。僕たちが大変心配したのは、妊娠・出産が怖くなるようなネガティブなイメージについては8%でした。そして「内容が難しい」という人は6%でした。ネガティブな人が少なかったのにはホッとしたわけです。

「このリスクスコアが、母子手帳に掲載されることはどうですか」と聞くと、7割以上の人が賛成だと回答しています。反対は3%でした。つまり、ほとんどの方が自分でつけてみて「これは知った方がよいのではないか」というふうに思っているということがわかったわけです。

もし、母子手帳にこのスコアが掲載されるようになれば、妊婦さんが自分のリスクを知ることができ、分娩場所を含めた種々の選択と自覚を持つことができるだろう。そして、妊婦さんがリスクに応じた仕分けと分散が行えれば、効率的な搬送可能な周産期医療体制の再構築が行えるようになるわけです。妊婦さんが自分自身の正しい情報を確保できれば、的確な診断と治療方針を医師とともに共有できて、患者と医師間の信頼関係ができるのではないだろうかというのが僕の結論です。

【松田義雄】

ありがとうございました。

わが国の周産期医療の具体的な妊婦さん自身の意見をふまえてのお話で、我々が考えている以上に「妊婦自身のリスク評価」に対してポジティブな意見が多かったということでした。

【齋藤滋】

セミオープンやオープンというのは聞きなれない言葉かもしれませんが、どういうシステムがセミオープンで、どういうものがオープンなのか。このシステムは欧米では非常に多く用いられていて成果をあげているシステムです。しかし、日本ではまだ始まったばかりであります。ただ、非常に良い点もあります。このシステムを積極的に展開しておられる日本医科大学の中井先生からお話しをしていただきたいと思います。

■シンポジウム 講演3

「セミオープン、オープンシステムをもっと活用しよう！」

日本医科大学産婦人科 教授 中井章人

セミオープン、オープンシステムについて、概ねご存じの方は多いかと思えます。始めての方もいらっしゃると思うので、簡単に説明します。

まず、オープンシステムですが、分娩をする病院、仮に基幹病院とします。先ほど久保先生のお話にもありましたように、高次施設は今医師不足であったり、過重労働に悩まされているわけですから、医師の負担を軽減するという目的もあって、分娩をする妊婦さんのうちローリスクを連携の施設、いわゆる周辺のクリニックに委託する。一方、周辺のクリニック連携施設は、基幹病院のローリスクの妊婦の健診を行い、さらに自分の診ていた妊婦さんの出産の際には基幹病院に出向いて分娩を取り上げる。これが、いわゆるオープンシステムです。

セミオープンというのは、同じように基幹病院の妊婦さんのうちローリスクの人を連携の施設に委託するわけですが、連携施設では健診を行うだけで分娩には立ち会わないというシステムであります。

それぞれのメリットですが、妊婦さんにとってこれが一番重要なわけですが、例えば自宅から近い、または大病院にはないきめ細やかなサービス、よりアメニティのよい優良診療所で、あるいは個人病院で健診を行って緊急時であるとか、先ほどのリスクスコアにあったように妊娠の後半になって何か問題が起きてくるなどといった時には、速やかに基幹施設の診療が受けられるというメリットがあります。

基幹病院にとりましては、妊婦健診に訪れる患者さんを外にお願いするわけですから外来の診療負担が減るわけです。そして、そのことによって先ほどのトヨタ記念病院の例にもあったように母体搬送も多く受け入れることができるようになる。リスクのある人に集中した診療を行うことができるというメリットがあります。

一方で連携する施設の方では、その地域にある基幹病院の患者さんを受け入れるわけですから、ある程度基幹病院で行っているような診察を行わなければ同じクオリティを保てるとはいえません。そのために標準化が図られていくとともに、基幹病院との関係がより緊密になって行くわけであります。その結果、紹介搬送が円滑にもなります。また、基幹病院の患者さんを肩代わりするわけですから、外来の患者さんは単純に増えるわけです。あるいは、その先生が実際に病院に出向いてお産を行えば、それなりの報酬がいただけるわけですから経済的な効果も繰り込まれるということでもあります。これがうまく回ることによって三者とも得をするシステムということになります。

これは今、全国でオープンあるいはセミオープンシステムを導入している病院の実際の名前と県ですが、おおよそ90の病院が実施しています。ただ、中には休眠中というものもあるようです。

昨年度、システムを導入している施設に先ほど話にありました厚生労働省科学研究で検討したアンケートをとったのですが、システムの運用状況を示します。

これはそれぞれの施設がシステムを開始した時期を示したのですが、この6、7年最近このシステムが導入されてきたということであります。実際の形態ですが、オープンシステムもセミオープンシステムも両方やっているというところは7つ、オープンシステムだけのところが4つ、セミオープンで行っているところは30で大部分を占めています。これはクリニックの先生方も決して暇だということはありませんから、自分が診た妊婦さんの分娩の時に外来を締めていくということはなかなか難しいという現状があるかと思えます。

これが、実際のシステムの利用率です。ここでは、お産をする基幹病院の立場で考えてみます。基幹病院で予約した妊婦さんのうち何人がオープンシステムで先生が出向いてきてお産をしたか。セミオープンの方は、例えば100人予約の妊婦さんがいるとするとその妊婦さんのうち何人が、何%が連携施設で健診を受けていたか。つまり、基幹病院では健診を受けていなかったかという数字なわけ。残念ながら、オープンシステムは18年度2%だったものが、20年度には0.9%と右肩下がりの結果となってしまいました。これは先ほど触れたように、クリニックの先生が外来診療を止めてまでも分娩に出向くことが難しいという現実を示しているのではないかと思います。一方、セミオープンシステムは、ゆっくりではありますけれども一昨年、昨年と比べて若干上昇してきて、分娩患者の約15%が連携する施設で診療を受けているという数字であります。

次に、基幹病院で働く先生方にいろいろな意識調査を行ったものです。まず「このシステムを行って何がよかったか」という問いでは、緑のバーが「効果があった」、黄色が「どちらとも言えない」、赤は「効果なし」となっています。上から「地域の医療レベルが向上しましたか」と聞くと半数ぐらいは「向上したかもしれない」、しかし「向上していない」というところも2割くらいあります。「医療事故の防止に役立ったか」については、4割くらいしか「効果があった」という回答がありませんでした。

このシンポジウムのテーマの一つでありますトリアージ、「ハイリスクは高次施設、ローリスクは一次施設といったところに振り分けられたか」ということを聞きますと、僕はあまり十分な効果とは言えないのではないかと思います。50%くらいの先生からしか「効果があった」という回答が得られていません。また、一方で分娩場所の確保という点ですが、オープン、セミオープンを行うことで連携が深まったせいか8割近くが「よかった」と答えており、「どちらともいえない」までを入れると9割を超える数字であります。

その他、「医師数の増加につながったか」「労働の軽減になったか」というところは、残念ながらまったくネガティブな意見が多数を占めております。これが全国の調査であります。

今年の夏までの間に調べたことなのですが、それを利用している人たちはどのように考えているかということ調べてまいりました。期間が短く、例数も少ないのですが4

つの施設で行いました。

(スライドがずれたため、順番が変わる) これは回答者の概要と通院の回数、所要時間を示したのですが、利用した人の平均の年齢は 32 歳、28 歳、初産が 56%でだいたい全国標準的な団体でしょうか。そして、健診施設つまり連携施設のクリニックあるいは病院で健診をした回数は平均で 9.6 回。先ほど話にありました 14 回健診をすれば、2/3 くらい外で健診を受けていただいて、その分我々の負担が軽減されているということになります。健診施設までの通院所要時間が、分娩を行う基幹施設までの時間に比べて 16 分と、10 分ほど短くなっています。近くのクリニックで健診を受けて、基幹病院で分娩をするという、その言葉通りの結果でした。これは「システムを知っていたか」ということを聞いたものですが、1/4 の人達が「システムがその病院にあることを知っていた」とおっしゃっています。先ほど、このシステムが始まって 6, 7 年経っていると言いましたが、前回も利用したというリピータもおられ、「前回も利用したのでわかっている」という方が半分、あとは家族・友人、あるいは最近マスコミなどでもいろいろ報道していただきましたので、そういったことからシステムを知ったということですよ。

また、「医師の立ち合いがあったか、なかったか」ということについては、セミオープンとオープンではほとんどセミオープン…「立ち合いがあり」という人が 10%あるんですが、これは当院の例です。うちはセミオープンが大部分ですけれども、健診先のクリニックに、当院の医師がアルバイトに行っているんです。そうすると妊婦さんも「あのクリニックに日本医科大の先生がいる」ということで、多くのかたが受診します。その先、その先生がたまたま分娩を担当すると、妊婦さんにとってはまさにオープンシステムのような形になってしまうわけです。

さて、これが健診施設であるクリニックさんと基幹施設との比較でありますけれども、黒いバーが「健診施設の方がよかった」、白いバーは「分娩施設がよかった」、グレーが「どちらも同じ」というグラフです。上から見ていただくと「受付の対応」であるとか、「待ち時間は待ち時間が短い」といったところは黒いバーが長くなっているのがおわかりになると思います。やはりクリニックがよかった。そして、「費用が安い」、これもクリニックの方が勝っているようです。要するに、安くて時間が短い、そして家から近い。便利が三つ揃った施設がクリニックです。その他、細かく「医師の対応はどうか」「説明がどうか」ということがありますけれど、若干基幹施設の方が良かったり悪かったりしていますが、だいたい同じような結果が出ていたと思っていただければいいでしょう。

ただ一つ気がかりだったのは、二段目にあります「看護師、助産師の対応」についてはどうもクリニックの方があまり評判がよくなかった。これはなぜかなと思っていましたが、先ほどの松田先生のデータを見ると一次施設というのはあまり看護婦さん助産師さんが携わっていない可能性が高いです。その先生が大部分なので、あまり対応に評価がなかったのかなというふうに併せて考えられるのかと思います。

次は、「緊急の問い合わせをしたかどうか」を問うています。つまり、14 回の通常の健診

だけでなく、それ以外の出血した、おなかが痛いなどで健診に行きましたかという事をたずねますと 40%弱の妊婦さんは健診以外に病院を受診しているようです。あるいは、電話で問い合わせをしているということがわかりました。その 40%の内訳なのですが、「分娩施設つまり基幹病院に問い合わせた」という人は 30%くらい、「自分が普段通っている近場のクリニックに問い合わせた」という人は 10%くらいというデータがあります。その時の対応について満足したかどうかということでは、分娩機関についてはおおむねほぼ 100%近く「十分に満足する対応をしてもらった」といいます。つまり、セミオープンをしていても、その患者さんが分娩を予約している患者さんであるということと診療拒否等などのトラブルが起こらないわけです。実は、一例だけ不満という回答がありました。しかも、うちの病院でしたので、帰って調べようと思っています（笑）。それ以外は、満足できる対応であるという結果が出ています。

一方で、健診施設の対応。下段の方ですが、80%は「満足」と答えています。20%に不満足という回答がありますが、しかしこれは診療時間の問題があるのかもしれませんが、救急対応はやはり慣れていないということがここでも伺えるかと思えます。これが全国の調査であります。

そして、最後に「このシステムが、よかったかどうか」ということをこのシステムを利用した方に聞きました。7割の方が「よかった」「便利だった」と回答され、後の3割は「どちらとも言えない」と答えています。駄目だったという人は初めからこれに参加していかないかもしれませんが、何とも言えないのですが、我々がお願いした通りに行っていただき、「よかった」という結果を得ています。そして、「このシステム自体に対して、今後どのように考えるか」という回答に僕はちょっと驚いたんですが、45%くらいが「このシステムの方がよい」というんですね。つまり、同じ病院で健診を受け、同じ先生に診てもらって分娩をするということが、妊婦さん側のある意味常識だったかもしれませんが、結果としては「このほうが便利でよかった」というデータとなりました。とはいえ、今産科医不足であるし、現状が厳しいから「やむを得ない」という人も 45%います。それぞれで 90%。もちろん同一の先生の方がいいという人も 1%近くおりましたけれども。このシステムに関しては、妊婦さんにとっても利便性がありますし、それが「よい」というニーズが必ずあるのだということを感じさせてくれるデータでした。

さて、私のところのシステムの紹介をさせていただきます。セミオープンシステムです。今日は本当のことをお話ししますと、このシステムを導入しようとした理由は、医師が過重労働でどんどん辞めていってしまう。先ほど、女性医師が多いということもありましたし、産婦人科医になろうとする女性医師はみんな根性があります。子どもさんをお産みになっても必ず戻ってこられて頑張ろうという気持ちはあるのですが、なかなか社会的な状況がそれを許さないということもあります。それから、女性医師が産休、育休をとっている間に男性医師にどんどん負担がかかって、だんだんやつれて来ってしまうわけです。そこで、医局員たちを何とか救いたいと思い、どうしたらいいのかと考えた時に、「このシステ

ムはいらしい。これだ！」と思ったわけです。僕は、まったく身勝手な人間なんです。ですから、身勝手に始めたんです。

これは、東京都の周産期母子医療センターの配置図です。東京都は 8 つのブロックに分かれているんですけども、ご覧いただきますとこの線のところが区です。区と多摩を分けていて、実はここにベルリンの壁のようなものがあるって区部の方は七つに分類されているんですが、多摩はひとつなんです。うちの病院はここにあるんです。去年、今年と東京都は頑張って周産期センターを増やしています。見ていただいているデータは、僕がこのシステムを始めた 3 年くらい前のものです。それで、このデータではそれぞれのブロックに総合周産期センターがひとつ。この区部の中の東は一万分娩くらいあって、病院が 7 つ、診療所が 11 でやっています。それから中央は 8400 分娩で 16 施設の病院。ここは面白くて診療所がほとんどありません。二つの診療所しか分娩をやっていない。南部は 5000 分娩に 7 つの病院と 6 つの診療所、東北部は 9000 分娩に 5 つと 19 の診療所、西北は 9500 分娩に 13 病院、10 診療所、西部は 10000 分娩 13 病院、10 診療所、西南部は 8000 分娩に病院 12、診療所 10。だいたいこんな分娩数なのですが、多摩はどれくらいだと思いますか。多摩は 28652 分娩（29 病院、27 診療所）というのは、住民票ベースの分娩数ではなくて実際に施設が行った分娩数なんです。98% くらいの施設を網羅して調べたデータですから、当時としては正確なデータです。

これでは比較がわかりづらいので、診療所も病院も全部合わせて分娩施設数で分娩数を割ってみると、東部が 1 施設で 590 分娩行わないとならない。多摩が 512 分娩とこの二つが飛びぬけて多い。ご記憶かと思いますが、母体の脳内出血の搬送事案が 2 件東京で起きて大問題になりました。それによって、東京都も重い腰をあげていただいた。その事案が起きた場所をご存知でしょうか。まさに、この二つの区分だったんです。必ずここで何か起こるということは僕たちは、10 年も前からわかっていたんですよ。非常にながかりする状況でした。そこで私たちの所のように小さくても大学病院というだけで、患者さんはどんどん来てしまうし、周りの先生もどんどん紹介する。そこで医者たちはどんどん症例におぼれてアップアップしていたわけです。

これは、その周産期センターの機能を書いたものですが、右側を診てもらおうと NICU のベッド数が分娩数当たりいくつというのがあって、現在は少し変わったのですが、当時の基準で国は 1000 分娩当たり 2 個の NICU を用意すればいいといっていました。東京都は 2.2 個で満たしているんですけども、ブロックのバラつきがすごいです。わが多摩は 1.2 なんです。今は、改善されてきて少しずつ上がっていますが、基準には到達していません。

そこで周りにある 32 のクリニックに声をかけまして、「何とか私たちに救ってください。皆さんの救急をなるべく受けて頑張りたいので、どうかうちの外来を診てください」。そして、同時に妊婦さん方にも説明しました。「原則うちでは健診はしません。あなたはリスクが低いので、ぜひこういうクリニックでやってください」と説明して、名簿を出すんです

けれども、イメージしていただくとわかるのですが、「よその病院でやれ」といわれるから嫌なんです。外来のブースが駅を越えて、街のいろいろなところにあると思っていただけるといい。ATM だと思ってもらえればいいんです。

妊婦健診も同じように大きな病院というのは4、5人で外来をやっていると、たとえば曜日が変わる、時間が変わるだけで担当医が変わってしまう。それと同じで外来のブースだと思ってくれと妊婦さんに説明しています。それで、その先生のところで気に入らなければ別のクリニックに行けばいいとも言っています。

これが実際参加している35施設の概要です。これは18年表示当時のものですが、分娩取扱施設が18施設、そして取り扱っている分娩は11000です。先ほどの多摩の30000分娩の1/3をシェアするチームということになります。そして、全体の帝王切開率は10%でした。また、外来の患者数は70人ぐらい。これぐらいの規模のチームです。

うちでは「母と子のネットワーク手帳」を作りました。一応商標登録したので、使う時は一言お声掛けください。中をめくって行くと緊急の連絡等の記載がありますし、患者さんの既往歴、妊娠歴があつたりします。妊娠歴について面白い話があり、一番初めにこの手帳を作った時のことですが、ここに流産・早産、人工妊娠中絶、帝王切開などが書かれてあります。これらをすべて書かせるようにしていたんですけども、この手帳は妊婦さんに渡すものです。妊婦さんはこれを持って、いろんなクリニックに行つて書き込んでもらう。そうすると、夜間救急の場合などでうちの病院に急に飛び込んできてもその手帳さえ持っていれば、これがうちのカルテなので、どういう診療を受けていたのか、どういう状況なのかがわかるんですね。とはいえ、妊娠中絶などご主人がみるとまづい情報もある。今では、暗号のように書いています。これが、健診の実際の内容なのですが、左側は全く母子手帳と一緒にです。左側には胎児の超音波の診断所見や羊水ポケット、頸管長など、まったく普段おやりにならない先生は見ないようなものが書いてあります。これは診療の標準化のひとつで、「この時期にはこれを必ず見てください」というものです。始めは時期ごとに違うので羊水ポケット、頸管長は書いていなかったんです。この時期を診ているときはやってくださいといっていたんですけど、やってくれないので項目を作っておけば「あ〜いけない、診なきゃ」ということになるのではないかと考えて作りました。今、けっこう連携施設の先生たちに診てもらっています。

そして、これがネットワークの利用率です。先ほど全国平均15%といいましたけれども、うちでは5割近い妊婦さんが外で健診を受けていただいております。右側が%で、左側が実数値です。当初はやはりなかなか増えなかったのですが、「原則行わない」というくらいに強くお願いすること、その代わりに夜間救急からなにからうちの責任で診させてもらうということを明言しました。それを繰り返していくうちに、だんだんこういう数字になってまいりました。

続いて、これは帝王切開率からリスクがどれだけ集約していたかというのを見たものです。左側がシステムを開始した当初であります、大学病院であります、20~25%ぐらいの

帝王切開率でした。この数字は、一般病院の現在の平均だと思います。ローリスクの妊婦さんの健診を任せただけで、なぜこういう成果が得られるかという、健診先の先生方も日本医大の患者と同時に、自分の患者さんも診るわけです。日本医大の妊婦さんだけこういう健診をしているわけではなく、自分のクリニックの妊婦さんにも同じ方法で健診を行うわけです。それを繰り返していくうちに、クリニックからの紹介の患者さんも増えていく。それから、もし連携のクリニックが分娩を扱う場合は、患者さんがその先生と仲良くなればそのままお産してもらっていいんです。実際、そういう事例は結構あるんです。そういうことで帝王切開率も低下していきます。現在は、35~40%でだいたい標準的なところかと思っています。

そして、これは当病院の早産の推移です。早産率の中でも31週未満の極めて厳しい、小さな子どもの早産率を示したものです。御覧のように減っているんです。先ほどからいつている頸管長という特殊な診察を導入したのが、この時代で導入だけではなかなかうまくいかなくて管理方法をいろいろと変えました。新しい治療をいろいろと試みたら早産率は低下しました。このポイントは外来診療です。早産というのは、おなかが張ってきたり、出血があってから診るのでは間に合いません。その前に見つけて治療して医療回避するというのが基本なんですけれども、私たちは半分の患者さんの外来を外に委託しました。それによる結果がこれなんです。ネットワークを始めた頃は、ぶり返しで少し早産率が高くなりました。その時は先生たちがよく診てくれなくて早産率がもとの状態に戻るのであれば、始めて2年のところでネットワークを止めようと思いました。ところが、「こうしてほしい」ということを繰り返し先生方をお願いしているうちに、早産率が元の水準に戻ってきました。医局員の方がコンプライアンスが悪くて、システムを変えてもなかなか同じようにやってくれず、早産率の減りが遅かったということもありました。

これが最後になりますが、「母と子のネットワーク」を導入した前後の比較です。導入前の2006年と昨年、一昨年を比較したものであります。まず、外来の総数ですが、120名程度あったものが平均85名くらいに減少しています。そして、特に妊婦健診が1日20人くらいに減少しています。ただ、この間に分娩数が150~200くらいに増加しました。これは周辺の病院がなくなったりしたことが原因ということもありました。この分娩数をかながみてこの外来数ですから、かなりの削減効果があって医局員のQOLに役だったのではないかと考えています。

そして、不思議なことにトヨタ記念病院と違って、母体搬送は減りました。今年あたりはさらに減少していると思うのですが…。この減少の理由ですが、先ほども触れたように近隣のいつも母体搬送を紹介していただく先生方のところに、ネットワークの患者さんが行って「うちの病院の診療の仕方はこうだ」、「うちの病院はこういうふうにやりたい」といいますと、どんどん予防的な段階で患者さんを紹介していただく。かつては、前置胎盤などの場合は出血してからの紹介が当たり前だったんですが、うちでは「20週過ぎて疑いがあったら、一度よこせ」ということにしています。それで、外来診療で完治します。そ

ういうことで、救急搬送が徐々に減っています。

最後にですが、私は医局員を休ませたいといったのですが、実は論文書いて俺の業績をあげろというのが本当の目的だと…思われてはあれなんです(笑)。残念ながら、論文数は少しだけ向上したんですが、学会発表数が依然増加していなくてももう少し医局員に頑張ってもらいたいと思う、今日このごろです。長くなりましたが、以上です。

シンポジウム 講演4

「助産外来は、妊婦健診体制を変えるか」

東邦大学医学部看護学科 教授 齋藤益子

現在は、大学で助産師教育を行っておりますが、まだ妊婦さん達に触れるという喜びだけは味わいたくて、時々東京ドームで妊婦さんと一緒に泳いでいます。そういう中の妊婦さんとの関わりも含めて、私が日頃感じていることを中心にお話します。『助産外来は、妊婦健診体制を変えるか』というテーマを頂きました。この話が終わる頃には、変えられるもしくは変えたいと皆さんに感じていただけたらと思います。

まず、今までずっと久保先生や中井先生のお話を伺っておりますが、今日の妊婦健診はさまざまな問題があります。最初の座長である松田先生のお話にもありましたが、スライドに示す様な問題があるのではないかと思います。これは助産外来を行っている妊婦というわけではなく、一般の妊婦健診の問題です。

昨年も紹介いたしましたが、妊婦健診による時間は非常に短く、今日の松田先生のお話では15分というのが非常に多かったということでしたけれども、助産所では一般に約6割が30分以上という時間で対応しています。

この健診の時間は短いのですが、そこに待ち時間というのが非常に長くなっています。河合さんの調査で待ち時間が平均49分、約50分という時間でした。長いところでは2時間も待つということで、中井先生のオープンシステムはここに貢献されているのだなというように感じました。60分以上になると非常に不安感が強くなっていくという調査結果も出ています。

次に、妊婦さん方が「自分で産むのだ」という主体的な産む力を育てるというのが、妊婦健診の本来の目的だと思うのですが、この主体性を育む場になっていないという現状があります。これはどちらかというと「病院に行けば安心」という久保先生がまさにおっしゃったとおりで、病院というのは産ませてもらう施設になっており、病院に行けば安心だというような妊婦さんの意識があります。実際に病院では、いつも危険を背後に見つつ行っているという状況がありますが、それが妊産婦さんには伝わっていないのです。

そこで、妊婦さんの危険因子を少しでも少なくするために妊婦健診を通して生活支援である保健サービスができる様に、妊婦健診の内容を変えていく必要があります。助産師が関わることによって生活への支援がしていけるのではないかと考えています。

また、正常に経過することの予見は非常に難しく「リスクゼロはない」といわれます。最初からリスクがあると考えて、これで妊婦さん達が妊娠をしないというような選択をするのではないかと不安もありますが、これは確実に正常に経過するだろうと思っても「どうなるかわからない」ということがその背後にあるわけです。

このような様々な状況のなかで医療者は、妊婦とともにリスクスコアをチェックし、妊娠に適した生活の支援を行い、同時に異常の早期発見とその際の対応をしていくことが求

められます。

一方、妊婦側からみると、自分の生活を評価して妊娠に適した生活に自らが主体的に変化させていくというような行動をとることが求められます。

全体の妊婦健診の意義を考えてみますと、前半からずっと話していますようにリスク因子を確実に診断して、妊婦の状態によっては個別的に対応する場になります。また、リスクなしの妊婦さんに関しましては、満足感を高める支援が必要になります。正常なので、次は来週または3週目という感じでほとんど2、3分で診察が終わってしまい、高い診察料がもたないと思ったというような妊婦さんの声もあり、正常でリスクがない状況であったとしても、そこには満足感を高める関わりが必要になってくると思います。ローリスクの妊婦さんに関しましても同じことがいえます。

三つ目のハイリスクの妊婦さんに関しましては、従来はハイリスクになると医師にという感じでしたけれども、医師の医学的な管理に併せて助産師が的確な保健指導をすることが大切で、異常妊婦にも助産外来は必要なのです。

もうひとつの妊婦健診の意義ですが、今までのお話しのほとんどは医学的なリスクに関するお話しが中心でした。「社会的なリスクを診断して妊婦の状態によって、個別的に対応する」という、もうひとつの妊婦健診の意義が最近はやや弱くなってきているのではないかと思います。社会的リスクのない妊婦の場合は、もちろん医師外来や助産外来、節目健診などでよいのですが、社会的リスクがある場合、とくにハイリスクの社会的リスクを持っている場合には助産師の管理が必須です。それを診断する場としても助産外来は有用です。さらに、社会的リスクがある場合は、関係者との連携や地域との連携が非常に大事になってきます。そのためには、妊婦健診の中に身体的、産科学的な診断のみでなく、生活を診るという生活診断の視点を取り入れて社会的リスクを診断し、対応することが求められ、助産師に特化した妊婦健診が必要になると思います。

松田先生は、5回と助産師の健診、助産外来を位置づけていただきましたが、私は最低3回は必要ではないかと考えております。助産外来を行うことによって、さまざまな情報が得られます。このスライドは大阪のペルランド病院が助産外来で得た情報を示しています。助産外来で時間をかけて話をし、相談に乗ることで医師外来では得られていなかった情報を得ることができるのです。そういったものの中には、時には医師の医療処置につながるものもあるという報告がありました。

この社会的リスクをなくすためですが、実際は妊娠・分娩・産褥にはその経過に沿って、より良い生活を目指して日常生活行動を変化させていく必要があります。いくら妊娠が生理的なものであり、現在異常兆候がないとしても、経過に沿った自分の生活を変化させていくことは非常に重要です。

そのためには、健康生活そのもの、生活自体を診断するという側面が必要になってきます。妊産婦が、「自分の生活をどのように変化させているのか」、「その行動がいいのか悪いのか」、「適切なのか、そうではないのか」というような側面から妊婦さんを診る視点が必

要です。健診では、身体面と社会心理的側面の双方から診断していく必要があります、助産師が時間をかけて生活をふまえて健診することが大変重要になってくるといえます。

この健康生活診断を用いた問診項目ですけれども、例えばスライドに示しますように生活全般に関して、食事はされているかとか、便秘や下痢や排尿状態はどうか、夜眠れるかというようなこと、また心の状態として不安や相談相手がいるかいないか、妊娠を喜んでいるのか、それともそうではないのかというようなこと、そして周りとの関係、パートナーや家族との関係性、それから出産・育児にどのような準備をしているのかなど、経済的な面も含めてみる大切になります。

それを私どもは「マタニティ診断ガイドブック」として、1990年くらいから開発を手掛けてきました。冊子として出しておりますが、まず生活を見るというところで食事、排泄、睡眠、休息、動作・運動、清潔などの側面が適切であるかどうかを、それぞれの項目ごとに診断指標を作っております。スライドに示すのは社会的な生活行動の診断で、パートナーとの関係、家族関係、支援体制、妊婦としての役割などを診ていきます。それから出産、育児行動に関しましては、授乳行動、乳房の管理、育児技術、育児環境の調整、愛着行動などを診ます。この出産、育児行動に関しましては、産後の育児期のことについても、妊娠中から診断しケアを行っていくことで、出産後の育児に関しても支援していくことができます。

精神心理的生活行動ですが、こちらに関してはひとつ具体的に示しております。たとえば、不安への対処がされているのかいないのか、という側面を診断するということで診断指標を示しています。診断指標としては、不安の表出ができているのか、相談相手や援助者がいるのか、心のよりどころを持っているのか、不安の原因が自分でわかっているのか、不安の対処方法の知識を持っているのか、自分なりに対処しているのかという診断指標を作っています。

こちらを開発いたしました約10年経ちますが、この診断指標の妥当性、重要性に関する検証がなされないままでした。今年から来年に向けてさらに精選して助産外来に使えるものにしていきたいというように思っています。

このように大きく4つの生活を見る目を示していますが、このようなものを見ながら助産外来を進めていくことの意義をまとめてみたいと思います。

まず、「確実な経過診断と今後の予測」は、もちろん医師外来でも行えるのですが、助産外来では妊婦さんの理解力のレベルに添って丁寧に説明することができるのではないかと思います。そして、それをちゃんと理解したのかどうか、その結果、妊婦さんがどのように行動していくのか、というところまで確かめて妊婦の受け止めに支持して行けるようにするといった関わりができます。こういった関わりを何回も繰り返していくことで、妊婦さん方に妊娠経過に伴うすべての出来事を前向きに受け止めていくことのできる柔軟な心が育っていくのではないかと思います。

二つ目が、「確実な生活診断を踏まえて適切な妊娠生活の適応を支援する」ということで、

先ほど示したような生活を見ていきます。

三つ目が「妊婦の出産への不安を軽減し、母性意識を高める」ことです。妊婦健診は胎児情報の提供の場であり、胎児との会話や触れ合いの機会を持ち、母性意識を高める場となります。これもゆとりある時間をもつことで、妊婦さんとゆっくりかかわって行くことができます。

次に「妊婦の力を育み、バースプランをともに考える」ことです。実際、自分の施設でできる出産にはどういうものがあるのか、妊婦さん達がどういう出産を期待しているのかなどを双方向に情報交換をしながら、コントロールする力も含めて「自分はこのような出産をしたい」ということを妊婦さんが考えていけるように支援していきます。

五つ目として、何といたしましても助産師のかかわりは、肌と肌、スキンシップでのかかわりが多いことが特徴です。たとえば、妊婦外来では、乳房のケアなども行います。この肌のふれあい、スキンシップを通して、助産師と母親との間に形成される強力な信頼関係は何よりも重要です。先ほど、助産師の場合は訴訟が少ないというお話がありましたが、妊産婦さんと助産師との人間関係、信頼関係が非常に強いからではないかと思います。

それから、待ち時間の短縮についてですが、現在、看護外来が謳われる施設ができています。待ち時間のある場合には、それを利用した個別ケアの実施、オプション的なものなどが提供できます。アロマセラピーや音楽セラピーなどの導入もできると思います。

そして、関係職種連携による個別的で継続的な保健指導体制ですが、これは助産外来だけではなく、地域の保健師さんやケースワーカーの方など、いろいろな方の持っている専門性や特徴など、その内容によって支援体制を広げていく、そういう体制作りなどもできていくようになります。

昨今の妊婦さん方は、非常に勉強していらっしゃると思います。情報をたくさん持っていらっしゃるのです。その情報を自分に当てはめた時にどうなのかという、きめ細かな情報を咀嚼する場としても妊婦健診は意味があると思っています。最初にもいいましたが、ハイリスクの方や異常のある方の保健指導を徹底される反面、正常で現在のところ問題がない妊婦さん方は、ほとんどが計測のみで終わるため、「自分は高いお金を払って検診に来たのに…」と満足感がない妊婦さん方など、ローリスクの妊婦さん方への関わりももう少し強化していくことができるのではないのでしょうか。

これからの妊婦健診では、前の演者の先生方も言われましたが、ハイリスク妊婦という考え方を医学的リスクのみではなく、社会的ハイリスクにも適用させて、しっかりケアしていくことが求められます。ノーリスクの妊婦への対応は、もう少し満足するものにしていく必要があります。妊娠期間というのは、出産育児に向けての準備期間であり、分娩のみではなく育児に向けた期間というようにも捉え、胎児診断に偏らず、お母さんの心身にもっと目を向けた生活に即した健診にしていくべきです。そうすることによって、出産後の育児不安、それから子どもの虐待などといったことの予防にもなると思います。また、虐待予備軍のような社会的問題を持つ妊婦さんの問題を共に考える場になり、産後うつ予