

河合さんの意見で、医学的にどうかその人にとってメリットある情報というのは、帝王切開後に経膈分娩すればいいが、それが可能なのかを判断するのに一番困るのは子宮の切開法。普通の横切開法なのか、古典的縦切開なのかということは絶対大事。この情報があるかないかで次の分娩方法が変わってくるので、この情報くらいはあってもいいと思う。さっきあった説明は各施設がやるべき情報で、それを流す医療施設の問題だと思しますので、それは母子健康手帳（の役割）ではないのではないかと。母子健康手帳にとって必要なのは、その人が次の病院に行ったときに前の病院が、ちゃんと記録してくれればいい情報、その人にとってとてもメリットのある情報だと思う。

【司会、松田】

その情報を母子健康手帳に載せるか載せないかという話は別にして帝王切開というのは必ずしも悪い方法ではなくてお産のひとつだということで励ますメッセージがほしいということでした。伊東さんから。

【伊東】

フリースペースが欲しいというのがたくさんいただきました。なかで、新しい母子健康手帳に父親記載の欄を考えたりしていますか？という内容もいただいたが、多分、既定の記述欄にしてしまうとさまざまな家庭の事情もあったりして、空白になっているということもあると思う。フリーな自由記述欄って私はいいのではないかなと思います。この方が書いてくださっているのは、お父さんも興味を持つと感じるし、ぜひ関わって欲しいと書いている。それは今あるものでも、たとえば、父の名前を記述する欄に、妻でなくてあなたに書いてもらいたい、そういうことでもちょっとは活用するだけでも意思は変えられると思う。いまのままでもいいのかな。ただフリースペースは増やして欲しいと思います。

母子健康手帳の交付のときに、何か欲しい情報や声掛けはありますかという質問。さっきも言いましたが、しっかり読んでくださいよという一言、窓口の方が言うてくだされば。ちょっとオーバーかもしれませんが、母子健康手帳は教科書だと思って妊婦の人に読んで欲しい。いま妊娠ライフって、数年前、数十年前に比べてすごく充実していて妊婦さん、いろんなことができる。ヨガもあるし、ピラティスもできる、旅行もできるしスイミングもできる。そんな自由な妊娠ライフを謳歌するだけではなくて、妊婦の人は自分はいかなることを知識を学んでいかなければいけない、私たちが意識を変えていかなければいけないと思う。子供は生まれて当然ということから私たちは教科書を読むくらいのもつり読んで、こんなことがあるんだったら、緊急のときはここに駆け付けようとか、一つひとつ知識をしっかりと学んでいくというように私たちも変えていかなければいけないと思います。

娘さんの母子健康手帳を渡したという話をされていて、私も実際に結婚式で親花束贈呈とかありますが、逆に親から一人前に育てましたと母子健康手帳を渡せるくらいにしっかりと、長い活用を母子健康手帳がしてくれるような日がくれればいいなと思っております。

【司会、齋藤滋】

全体での質問という形で感想も含めて、「父親の、父子の手帳は知りませんでした。もっと広まればいいと思います」とか、それと同じように3通くらいいただいています。父子手帳はあったほうがいいのかと思います。これは行政、われわれ医療関係者も母子だけではなくて父子も考えていく必要があろうかと思えます。先ほど、児童虐待の話が出ましたが、どうしても男性は仕事にかまけてしまっていて育児をほとんどしていただけないということもあります。子供は共有のものですから、大変なときは夫婦間でいろいろ助けあってやっていく。すると、実際に日本人には産褥のうつが、産褥ブルーと言いますが、少ないと思

われていたんですが、実際はそうじゃなくて、25%くらいの方は落ち込む。そういうデータも出てきている。ですから、われわれ医療者はそういったことも考えて、4人に1人ですから異常じゃないんですね。起こることなんです。あなた、特別なことじゃないんですよと。じゃあどうしたらうつ状態を改善するのかどうか。やはり一番大きいのは家庭のサポート。家族間のサポートが大事ですから、そういったことも保健指導していく必要がありますし、旦那さんもわかっていたいただきたいということがありますので、父子手帳にもそういった情報を入れることができれば、奥さんがつわりだったら自分で食事はしましよとか、いいなあと思ったんですが、奥さんが落ち込んだときはいろいろ話相手になってくださいとか、そういうのだけでもいいんです。すると、あ、男性はわからないんですね。女性は出産すると幸せでいっぱいだなと思うんですが、逆に落ち込んでいられると言われると、えーどうして?と思うんですが、実はそういうことがあるんだということを知識として与えてあげると、夫婦間での仲も絆も深まりますし、いいことじゃないかなと思います。これはぜひ参考にさせていただいて、広めていきたいと思っております。

もうひとつは、インフルエンザのことで質問を受けております。私は産婦人科学会で担当しておりますので、お答えさせていただきます。今回、産婦人科学会、頑張ってワクチンの取り合いだったが、100万人分確保しました。それから、出産後の1年後のお母さん、お父さんも含めて、この分も確保しました。これはものすごく頑張ったんです。というのは、妊娠しますとインフルエンザは重症化する。肺炎になると、諸外国では死亡の方がいらっしゃるのも報告されています。いまのところ、幸いなことに日本では妊婦さんの死亡はゼロです。僕たちは、妊婦さんの死亡をゼロにしたいと思っています。ワクチンは、2種類ありまして、弱いウイルスを免疫する場合と、死んでしまったウイルスを免疫する場合があります。インフルエンザワクチンは死んでしまったウイルスをお母さんに打ちます。だから、赤ちゃんに感染することは100%ありません。抗体ができる。抗体はウイルスをやっつける物質。この抗体は、非常にうまいことでできていて、赤ちゃんにも胎盤を通じて移行する。だから生まれてきた赤ちゃんの体のなかにはお母さんの体よりたくさん抗体が含まれて赤ちゃんは出てきます。この抗体は、約半年間くらい子供さんの体のなかに残ります。ですから、生まれてきた赤ちゃんが半年間にインフルエンザに感染する率は、お母さんに免疫をした場合63~65%防げるというデータが出ています。ごく最近のデータでは、赤ちゃん自身もお母さんに免疫するんですが、そのウイルスに対する抗体を自分でつくることができるということもわかっている。ですから、お母さんのインフルエンザを防ぐだけではなくて、ワクチンしますと出産した子供さんのインフルエンザの感染も防ぐことができる。ですから、ぜひ皆さん、お母さん方、インフルエンザのワクチンを受けていただきたいと思っています。ただし、1点だけ気になる点は、卵のアレルギーがなる方は少し問題です。ニワトリの卵にウイルスを打っているのだから、かなり精製はしているが、ごく一部だけ卵の成分が含まれることがあるので、卵のアレルギーのある方はぜひお医者さんと相談したうえで接種するかどうかを決めていただければと思っています。

最後にもものすごくいいコメントをいただいたが、ベトナムの母子手帳に書かれている言葉を紹介していただきました。「あなたは、これだけ多くの人、親や地域や医療者などに支えられ、育まれてきました。だから、あなたの命はみんなの大切な宝です。これからはあなたが地域や親や国のために活躍してください」。ベトナムの母子手帳の最終ページに書かれていました。ですから、いまお母さんから子供さんに手渡すと言いましたが、本当に地域のなかでこうした形でみんなに支えられて育ったんだということもこめるメッセージがあってもいいかなと思いました。

【司会、松田】

そろそろまとめをしなければいけないが、どなたか。

【川端】

今日はいろんなお話を聞かせていただいて、伊東さんが最後におっしゃっていましたが、母子手帳は教科書であると。実際にそうであってほしいんですね。ところが、自治体もいろいろだと思いますが、母子健康手帳を1冊もらおうと10冊以上のパンフレットみたいなものが出てくる。教科書であるなら、本来そういうものは必要ない。10冊の副読本を妊婦さんは読まずに過ごして、肝心の母子健康手帳を読んでもらえなくなる可能性がある。副読本やパンフレットはどういう経緯で入ってきているのかを聞いてみると、地域の議員さんたちの圧力を受けて、という話が結構聞こえてきます。自分たちの商品売り込みたいからという企業努力の一環かもしれませんが、教科書であるならば、その重みを考えてこういうものをできるだけ整理していく。必要なものはできるだけ母子健康手帳のなかに盛り込もうというのが大事なんだろうと思います。今回、研究班のなかでもいろんな議論をしているが、河合さん、伊東さんというメディアのなかにいらっしゃる方というのは、われわれのような医療の世界で、あるいは助産師、看護師の世界でなかでいろいろ話を進めていくのと同時に、メディアの皆さんの力というのは決しておろそかにしてはいけないものなんですね。つまり、メディアが正しい方向に報道していただく、いい記事を書いてくださる。そういうことをすることによって一般の方の認識がどんどん変わっていく。そことの協調性ということも、われわれも考えていかなければいけませんし、いい情報を正確に僕らは伝えていきますからそういったものを一般の皆さんに電波や活字に登場できる皆さん方がわれわれと同じ方向を向いてやっていくということが非常に大切なんだと。日本という国は世界で一番赤ちゃんが死なない国で、そこには医療の発展がある。ですから、周産期死亡率も母体死亡率もその国の地域の医療の指標になっていないといけません。その部分がいま出産難民がどうこうということが言われてきているわけですから、これをわれわれは死守しなければいけない。私たちは私たちが努力をしていますから、メディアの皆さんの力も借りて一般の皆さんがおかしな方向に行かないように、インターネットでいろいろ調べますが、あのなかに妊婦さんの幸せがあるとは私は考えていません。混乱するだけだと思うので、正しい情報を正しく伝えていくということをいっしょにやっていただければなと思います。

【久保】

詳しい情報ということで、実はベトナムは、10万出生で400人の赤ちゃんが亡くなっている。いまだに。日本の80倍高い。わが国の分娩数は200万から100万に減ったんですが、実はハイリスク分娩は増えている。それは、100万分娩のなかで40歳以上の人が2万人を超えました。早産合併症は増えている。そして、これまでは妊娠できなかった、腎臓病や心臓病の人たちも妊娠できるようになった。できるがリスクは上がっています。現実のリスクが上がっている話はしないといけませんので、リスクとして僕は全国調査をしました。250人に1人が死にかけます。間違いなく。250人中で、249人はOKですが、その一人に入ると死ぬのです。日本のようなサポート体制はない。そういうことを母子健康手帳で伝えたいということであれば、それは妊娠リスクの表記につながっている。

【藤内】

大分県の健康対策課、藤内です。さっきの全国の一押しの健康手帳のなかで、ベスト3に選んだのが、いずれも名称が親子手帳。さっき父子手帳の重要性を指摘されましたが、父子手帳も入れ込んで親子手帳。議論のなかで、母子健康手帳は医学的な記録、それから妊産婦自身の生活の、親としての成長の記録も書かれるし医療者とのコミュニケーションツールでもあるし、次代の親を育てるツールでもある。あるいは、父親の育児参加を促すツ

ルでもある。そういうふうに、母子健康手帳にはいくつもの役割があって、それがオールインワンになっている。ひとつの手帳。つまり、母子健康手帳にいろんな機能を求めれば分冊にすればいいんじゃないかと、それは法律などで検討されるんでしょうけれど、この小さな1冊に濃縮されているメリットも大切にしていけないかなと。

【司会、松田】

ぜひこの研究班に入っていただきたいと思います。時間になりました。それぞれ、演者の方々、予想したそれ以上の講演で、すばらしい内容であったと思います。分かったことはいまさらかもしれませんが、われわれ医療従事者が必要としている以上に一般の人は情報が欲しいんだ。あ、大丈夫だよというその言葉の持つ重みがわれわれ以上に当事者は感じているんだというところで、これをメディカルレポートにどう整合性をつけていくのか。それもまた学会レベルで。私の学会のメンバーなので、学会レベルでどうするかも真剣に考えていく必要があると思います。今日は長い間ご協力いただいて、ありがとうございました。来年また、この場所で、来年は新しい妊婦健診体制ということで最終的な回答を持っていこうと思います。この1年間で私たちの研究班に与えられたこの改訂版を、ほぼここにおられた皆さんはおそらくこれで、この流れでいいだろうと。お互いに双方向の情報交換のツールである、もっと世代間を超えたルート、細い糸ができる、非常に重要なものであるという認識を抱いたと思うんですが、これをますます、日本配布の世界に誇るべきシステムですから充実させて、きたるべき2年後の大改訂に向けて、なんとか妊娠で渡されたときは、ここが変わっているとか話になれば一番いいと思います。発表されたい方もいらしたかもしれませんが、メールでもFAXでもいいので、せっかくこの場でわれわれはつながりましたので、ぜひ忌憚のないご意見をいただきたいと思います。本日はありがとうございました。

無料公開シンポジウム開催のお知らせ

「妊婦健診体制を考える」

- 今の健診体制に満足していますか？ -

開催趣旨：妊娠期間を安心して過ごし、安全な分娩を迎えるために、お母さんと赤ちゃんの健康状態を定期的にチェックする「妊婦健康診査（妊婦健診）」に、「母子（健康）手帳」はなくてはならないものです。昨年度は、「母子健康手帳を皆で考えよう！！-今、妊婦健診に必要な情報は？-」と題した公開シンポジウムを同じ場所で行ないました。多くの貴重な意見や提言がなされましたが、母子健康手帳を「健診の補助的なもの」と考える医療従事者と「記載が不十分」と考える妊婦との大きな隔たりが浮き彫りとなりました。

妊娠・分娩を取り巻く状況は依然として厳しいのが現状ですが、安心かつ安全な出産に向けて関係者が精一杯の努力を続けている事も忘れてはなりません。

その上で、今の妊婦健診体制に、足りないものは？改善すべき点は？残すべきものは？といった新たな「妊婦健診」構築に繋がる可能性について、皆さんと一緒に考えていきたいと思っております。

日 時：平成22年10月2日（土）13：00～16：00

会 場：発明会館（東京都港区虎ノ門2-9-14）（虎ノ門より徒歩5分、霞が関より徒歩13分）

主 催：厚生労働省科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」研究班

日本産婦人科学会周産期委員会

共 催：財団法人母子衛生研究会

内 容：座長 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科教授）

齋藤 滋（富山大学大学院医学薬学研究部産婦人科教授）

講演

「妊婦健診体制を考える」 松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科教授）

「リスク評価は妊婦さんからどう評価されていますか？」

久保 隆彦（国立成育医療研究センター産科医長）

「セミオープン・オープンシステムをもっと活用しよう！」

中井 章人（日本医科大学産婦人科教授）

「助産外来は妊婦健診体制を変えるか」

齋藤 益子（東邦大学医学部看護学科教授）

■無料公開シンポジウム

「妊婦健診体制を考える」 —今の健診体制に満足していますか？—

開催日 平成 22 年 10 月 2 日 (土) 13:00~16:00

会場 発明会館

主催 厚生労働省科学研究 (育成疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」研究班

日本産婦人科学会周産期委員会

共催 財団法人母子衛生研究会

■あいさつ

厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課

森岡課長補佐

この度は、「妊婦健診体制を考える」公開シンポジウムの開催おめでとうございます。また、本日ご参加のみなさん方におかれましては、日ごろから母子保健行政の推進におきまして過大なるご理解とお力を賜っておりますことを厚く御礼申し上げます。

妊婦健診の現状につきまして、少々ご説明をさせていただきます。

妊婦健診は、母子保健法に基づき市町村が行うこととされております。出産までに受診することが望ましい回数は 14 回程度と、厚生省児童家庭局長通知で平成 8 年に定められています。

また、妊婦健診にかかる費用の公費負担につきましては昭和 44 年度から開始され、長く 2 回分が公費負担されてきました。しかし近年、ストレス等を抱える妊婦が増加傾向にあり、さまざまな理由により健康診査を受診しない妊婦もみられることから、平成 19 年度に 5 回分、平成 21 年 2 月からは 14 回分の公費負担が実施されております。この公費負担は、妊婦が居住する市町村の医療機関を受診した場合でなく、里帰り先や助産所で妊婦健診を受けた場合にも提供されております。

妊婦健診は、平成 19 年度には 130 万 5,331 人の方が受診しております。少し古いデータにはなりますが、平成 12 年の乳幼児身体発育調査の結果では、妊婦健診受診回数は出産までに 11 回受診したという方が一番多く 17.4%、次いで 12 回受診、13 回受診という状況になっております。妊婦健診は経済的負担が少なく、妊婦が身近に受けることができる母子保健サービスのひとつであると考えております。

また、妊婦健診はハイリスク妊娠を可能な限り早期に把握し、妊婦の健康管理を充実させる機会だけではなく、妊娠・出産・育児について気軽に相談できる機会になるとも考えております。妊婦健診の意義を活かすために、望ましい妊婦健診体制について多くの方々が集い、意見交換することは安心・安全な妊娠・出産体制を確保するうえで必要なことと考えております。母子保健課としても、関係者のご意見、検診の成果を参考に今後と

も妊婦健診を含む母子保健サービスの充実に努めてまいります。

最後になりましたが、ご参加された皆様方にとって本日の会が実り多いものとなりますように祈念いたしまして、御挨拶とさせていただきます。

<7:00>

【座長 東京女子医科大学産婦人科 教授 松田義雄】

ありがとうございました。

申し遅れましたが、本日の座長、進行役を務めさせていただきます東京女子医科大学の松田と申します。

【座長 富山大学大学院 医学薬学研究部産婦人科 教授・日本産婦人科学会周産期委員会委員長 齋藤滋】

私は現在厚生労働省の研究班と日本産婦人科学会周産期委員会の委員長をしております。本日は日本産科婦人科学会周産期委員会との共催であります。

本日は、先ほど森岡さんが言われましたように、「妊婦健診体制を考える」ということでシンポジウムを開催させていただくことになりました。キーワードは、「母子手帳」、それから「妊婦健診」、そして一番重要な「医療安全」、もう一つ重要なのは「協働」という4つのキーワードをもとに本日シンポジウムを開催させていただきます。

それから、質問にお応えする時間を設けております。講演を聞かれてご意見がございましたら、それらをぜひとも反映させたいと思います。

■シンポジウム 基調講演

「妊婦健診体制を考える」

東京女子医科大学産婦人科 教授 松田義雄

周産期医療の特殊性としましては、妊娠・分娩・産褥・胎児・新生児といった連続性であり、緊急性、社会性、そして人間ドック的な性格も有しているといわれています。ハイリスク妊娠を的確にピックアップできるようなスクリーニングが必要なので、妊婦健診は人間ドック的なものを有しているといえます。

妊婦健診の目的と意義であります。妊婦健診は、スクリーニングを主体とした外来診療、診察であるために、健康に問題の生じた患者を診る他の診療科の外来診療とは少し異なっております。目的としましては、大多数が正常な妊娠・分娩経過をたどるなかで、妊娠中の母体、胎児の異常例を検出し、適切な管理・治療に結びつけるということが大きな目的でございます。

その意義としましては、保健指導は不安感を抱いている妊婦に安心感を与え、順調な妊娠経過をたどるような、かつ安全な分娩を行うための健診として必要不可欠であることから、その妊婦さんの管理に占める意義は非常に大きいと思えます。さらに、医療従事者との精神的なつながりができるので、信頼感という副次的な効果も期待されております。

ところが、妊婦健診にもいくつかの問題点が浮かび上がってきました。もともと妊婦健診の「健」は健康の「健」で、健康な妊婦を対象に妊娠の経過と胎児の成長、破水過程を診断する性格のものであったのですけれども、超音波診断装置の普及によりまして健康の診査というのがともすれば胎児の管理に焦点があてられ、妊婦の検査は検診へと変わって来た。さらに、周産期の管理の徹底をはかる目的から妊婦が受ける検査回数の増加とか、頻回にわたる妊婦健診回数も増えてまいりました。

これは一般の人を対象に、今年の今頃に行った「母子健康手帳を考える」テーマで約 2000 例の人を対象にアンケートした結果なのですけれども、『現在の母子健康手帳をどう思いますか?』という問いに『まったく満足していない(1.8%)』『あまり満足していない(18.6%)』でした。この二つを合わせると、約 2 割の妊婦さんが『現在の母子健康手帳に満足していない』という結果になりました。

また、『妊娠中にどのように利用したか?』ということについては、『医師、助産婦が記入した項目を確認した』というのがほぼ全例、『妊婦が記入する欄に一生懸命に記入した』というのが約 3/4、『ほとんど使用しなかった』という人はごくわずかでした。

『母子健康手帳に必要だと思うものは、何か』と聞きましたところ、第 1 が「診療、健診内容を具体的に記入する欄」、それから「自分の不安、質問を書き込んでみてもらう欄」、「リスクや病気などの最新の医療情報」、「妊娠中や産後の生活の情報」を求めているようです。

今年のこの公開シンポジウムでも、我々が必要としている情報と妊婦さんが必要として

いる情報に大きな乖離があるということがわかりました。その背景のひとつとしましては、我々医療者の方にはカルテもしくは電子カルテという手段がありますので、どうしてもそちらに重きが置かれるのですけれども、妊婦さんは母子健康手帳にいろいろなことを書いてほしいということを強く望んでいるということが、この両方の調査結果からもはっきりとしています。

昨年の夏から秋にかけて、総合病院ではない全国の分娩施設を持っている有床診療所にアンケート調査をしました。現在 1700 弱あるのですが、そのうちの約半数に当たる 772 の診療所から回答がありました。

アンケートの内容は、「自分の施設で行われている健診内容」、さらに我々が 3 年前から使っている「ガイドラインに記載されている項目を中心とした診療内容が、どの程度行われているか」という実態調査であります。

年間のだいたいの分娩数が 300 人以内が 4 割、300~600 人が 40%、600 人以上が 13% で、医師一人でされているのが半数強、二人が 23%、三人以上が 14.5% となっています。

ハイリスク妊娠。当然のことながら、診療所ですからリスクの少ない低い妊婦を主に扱うのですけれども、「リスクの高い症例を選別している」という質問に対しては、8 割が「選別しています」と回答しています。

その際に、次に発表をしていただく久保先生などが考案された『「妊娠自身によるリスクの自己評価」というのがありますが、「これを利用していますか」と訊ねたところ、1/3 の施設が「利用している」と回答されています。

また、「ハイリスク症例とわかった場合に、紹介先の病院は決まっていますか」という質問には、85%が「ちゃんと決まっている」と回答されていました。決まっていない場合には、「症例に応じてとか、妊婦さんの希望で決めている」という回答をされました。

このアンケートの目的は、現在の有床診療所の先生が妊婦健診をするにあたって負担があるのかないのかを知る目的なので、「健診を主にどなたがしていますか」という質問をしました。医師 85%、医師と助産師 10%、医師と看護師 2.8% となっております。「一人あたりの健診時間は、どれくらいでしょうか」という問いには、15 分以内が全体の 3/4 を占め、10~30 分が 19%、30 分以上は 1% にも入っていません。また、「母子健康手帳は、誰が記載しますか?」という問いには医師が 67%、助産師が 36%、看護師が 45.5% となっています。「医師以外が超音波検査をしていますか」という質問には、15%が「している」と回答しています。「その場合にはローリスクだけあるいは対象を限定せず」、これはほぼ同じような割合でありました。

「助産外来をしていますか」と聞きますと 2 割が「している」と答えております。毎回行っているのが 20%、特定の週数が 57%、さらにローリスクだけの症例が 31%。対象を限定していないというのが 53% くらいあります。具体的な内容を聞きますと「健診だけ」が 20 数%、「日常生活指導」94%、「超音波検査」が 27%、「食事指導」が 80%。ここは注目してほしいのですが、助産外来をしていない施設に「今後導入する予定はありますか」と

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こと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、その内容をみ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が、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付き、「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、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はあります。

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、良くなってき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は、50年間ぐらいの周産期統計を見ると分娩数が半分減って、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います。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。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 1 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ど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 1 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、単胎の経膈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を考えてわけです。

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、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を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、これがどういうものなのかということを知りたいというのを会員が 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開いたところ、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もあります。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縮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いません。

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が一昨年、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けれども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、前回は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学の先生がいる」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たんですが、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。そこ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