

資料1から11までを呈示し、質疑応答

資料1：評価委員からのコメント

- ・ 妊婦健診14回の科学的根拠を示すのは難しい
- ・ 「健康手帳が小道具にすぎない」という考えはどうか
- ・ 母体死亡は減少していない、1.5倍増えている
- ・ 的外れなコメントを除くと、妊婦の主体性を重要視した母子健康手帳の作成が目標となる
- ・ 発症予知マーカーのテーマは、最初厚労省から言われたものだが、今年度は逆に不必要といわれたので、妊婦健診体制に組み入れることを検討する
- ・ 妊産婦死亡の増減だけではなく、背景となるハイリスク妊娠は増えており、トリアージが必要である。今の母子健康手帳の内容ではトリアージができない。日本の妊娠の背景の現状が変わってきていることを示さないといけない。
- ・ 評価委員は、「新しいところはどこなのか？」を問うている。
- ・ トリアージをする必要性が増している（医療側だけでなく、妊婦自身にもできる）ことを認識する。妊婦自身もリスクを知る必要性を望んでいる。
- ・ その一方で、意識の解離があり、母子健康手帳が真っ白な人もいる。
- ・ 病院の中だけではなく、交付するときにも保健指導ができるようにした方がいい。（評価委員会のコメントが）医者が医者に文句を言っている印象。
- ・ 医師同士の批判ではなく、保健師、助産師まで範囲を広げた方がよい。
- ・ ローリスクにかけける時間をもっとハイリスクに時間をかけられるようにするための母子健康手帳を目指す。
- ・ 地域によっては、分娩場所が少なく、限られているためトリアージできない（病院、診療所、助産院などそれほど数がないため分娩場所を選べない）地域もある。

資料3：今年度の学会、シンポジウムの予定

- ・ 昨年は母子健康手帳に重きをおいたが、今年は妊婦健診に重きを置く。

資料4：各先生方の検討課題

- ・ 生後のフォロー 1歳半健診で評価をするといいいのでは
- ・ 妊娠情報のICチップ化→1年では難しいので、提言にとどめる
- ・ どういう情報を残したらよいか→まずデータを残して、後でデータを利用する方が、バースコホート研究に当たっては同意を得やすい
- ・ アイデアは昔からあるが、患者が自分でデータをもって管理してもらおうということ
- ・ 誰が入力するか、決めないと実現は難しい
- ・ 別紙安産度チェックについてのアンケート（久保、追加説明）

対象例のハイリスクは 20-30%で、全体の 70%は手帳に記載されることに賛成

丁度有床診療所、病院の割合と、ハイリスク、ローリスクの点数による割合が合致する。背景を踏まえても、このリスク分類が妥当であるといいやすい

- コメディカルのトリアージ養成は、既にされている
 - コーディネーターはトリアージをしているが、健診のトリアージと搬送のトリアージは異なる
 - 地方では、助産師が少ないので、保健師を巻き込む必要がある
- セミオープン、オープンシステムの妊婦サイドからの検証；全国 6 箇所アンケート中
- 未受診妊婦のアプローチ
 - 5 月から新宿区では、メッセージカードを 38 の医療機関（一次機関 32 施設、二次機関 6 施設）で配布している。今後、大学病院での配布を検討する。
 - 保健師が各施設に訪問し、メッセージカードの意図を説明している。その上で、各施設で受診した妊婦に配布を依頼している。
 - メッセージカードに記載された電話連絡先では女性相談員が常駐し、対応している。
 - 得た情報から今後どうアプローチするか検討していく
 - 1 回のみ受診して以後未受診となる人もいるので妊娠確認した際に、全員に渡す
 - 同様の試みは札幌で行っている（コンビニでも配布）
 - ロート製薬から妊娠検査薬の新製品がでたので、現在担当者に利用者が診療所や病院を受診するのを促す文言を入れられるか相談中
 - 妊婦健診や分娩に関する費用の支払いに利用した制度（入院助産など）に関し、今後まとめる予定
 - 生保だと 17 万くらい補助金がでるが、差額は請求できず、受入医療機関の負担（減収）が生じる。
 - 未受診妊婦の家族による居座り、理不尽な要求など診療以外の問題が発生している。
- 周産期衛生指標を支える要因の分析
 - 死亡の前のニアミスの部分をどうにかならないか
 - ニアミス症例を一生懸命やって救命している部分が評価されていない
 - 血液の問題（集約化など）についても評価
- 産科合併症の予防、早期治療が医療費削減に繋がるか
 - 医療経済学の専門家に依頼中
- 母子手帳改訂版モデルについて
 - 何倍病気になりやすい、病気になった人の週数の項目は不評だった

→皆持ち帰って、どうしたらわかりやすいか考えてくる

早急にデータの記載部分を改訂する

あとの項目はわかりやすいと評価されている

助産師記載欄→看護師が記入できない→看護師記載欄に直すか、うまくぼかして表現する

リスクをあげると診療所ではなく大きな病院に集中するのでは？といわれた

否定的意見

推定体重があてにならない（助産師）

8.9ヶ月は否定的？

栃木、岐阜で少し異なる（再度の確認で、大差ないことが判明）

岐阜→保健師が厳しい 否定意見多い

対話欄からは入って、最後に難しい話にはいる方がよいのでは

母子手帳を全国统一できないか バッグに入る大きさなど

弁護士目からみるとよくない→リスクが高いから分娩が危険ということはないという記載はよくない

働いている妊婦さんへのメッセージがない

副読本にしないしてほしい（誰も見なくなってしまう）

助産師班

杉並区 助産師券

資料5：塩崎先生：産科合併症の分娩週数とリスク因子

- ・ 双胎について
- ・ 男男ではなく、女女でPIHが多い
- ・ 男男で切迫多い
- ・ MD>DD 切迫多い
- ・ HELLPは女児の方が悪化しやすい

リスク比が2倍を超えないと意味はないとするサイエンスの論文がある

資料10：松田

- ・ ケイタイネットでのアンケート結果、3/4はわかりやすい
情報提供、ICカード 半数は同意を得ることができている
- ・ 14回の妊婦健診票
2次、3次施設では増加してないが、1次施設では、健診票によって健診回

数の増加効果がみられた

これは、2次、3次に通院する人は、もともとリスクがあるので配付回数に関係なく通院するためではないかと考えられる

- ・ (14回にして健診受診回数が増えていること) データしてはよい
- ・ ただし、県によって健診回数の多いところと、産科合併症の発症は減っているのかデータを検討したほうがよい (早産率、死亡率など)
- ・ 回収率はどうか (14回のうち、どのくらい使用しているか) →東京都可能
- ・ 未受診、シェルタに入っている人において、受診回数が増えれば早産率は減少するというデータはある
- ・ 分娩後に合併症をひきずることもあり、これらを妊娠中にみつけて改善するチャンスであると考えられる
- ・ 助産師外来がはいると、採血のデータを示すことができない→正常は伝えていいのではないか
- ・ 超音波を毎回しているところがある
- ・ 若い医師は超音波をすることが妊婦健診だと思っている
- ・ 助産師外来を否定する医者はいる
- ・ 超音波そのものをどのように活用するかが外れてきている
- ・ 異常がみつかった場合の対応ができてないことが多い

資料 11：篠塚先生

- ・ ケースコホート - 2SD以下の出生体重に対するリスク比を提示
- ・ 週数をもう少し大きな塊で分類はできないか→意味がないと思ったのでしていない

母子健康手帳；補足版

- ・ 産科の病気など、表ではなく、むしろ文章で説明をかいた方がよいのでは
- ・ 表題がよくない。例えば、破水は30人に一人おきます。この場合、X%が早産になります—というように
- ・ 疾患の説明は入れたほうがよい。
- ・ 12ページ以降を先に記載したほうがよい
- ・ 妊婦健診の自由記載にはんこをおさないように (対話型の尊重)
- ・ ページの入れ替え P12→6-7→13-14→16→8-9→15→17→2-5
- ・ チェック項目の点数について、もう少し記載を考える
(0-3点：現在大きな問題はありません、4点以上：担当の先生と相談しましょう
7点以上：担当の先生と分娩場所について相談しましょう、にしてはどうか)
- ・ 妊婦自身がリスクをみてわかるようにする

- ・ 点数が高いから危険になるわけではありませんという表現が適切でないとの指摘あり
- ・ 6月中に、改正意見を募る
- ・ 第二回目の班会議では、各研究課題の結果を踏まえた提言作成を検討
- ・

第2回 班会議 10/2 (次回班会議：第3回 1/19 女子医大)

日時：平成22年10月2日(土) 9:00-12:00

場所：発明会館

(東京都港区虎ノ門2-9-14 銀座線虎ノ門3番出口より徒歩5分、
霞が関よりA13番出口より徒歩13分)

発明会館ホームページ <http://hatsumeikaikan.com/index.html>

議事

1. 今年度の課題の進捗状況

- 1) 産科合併症の予防と医療経済 (松田)
- 2) 未受診妊婦問題 (松田、水主川) (資料あり)
- 3) セミオープンシステム (中井) (資料あり)
- 4) 母子健康手帳改訂版の検証
 - a. 妊婦自身によるリスク評価 (久保)
 - b. モデル地域での評価 (川鱈&松原 松田代理) (資料あり)
 - c. 助産師の立場から (齋藤)
 - d. 再構成案の提示 (松田) (資料あり)
- 5) 母子健康手帳の今後の展開への提言 (篠塚) (資料あり)
- 6) 母体リスク因子の残りの総括 (塩崎&松田)
- 7) 妊娠高血圧症候群の予知と血圧 (大口)

2. 三年間の総括に向けて

3. 今年度の会議日程

その他

<異常分娩の入院日数について 松田先生>

入院日数が少ない→奈良1位、沖縄最下位

入院日数と診療所入院が相関する

医療費が節約できる

妊産婦死亡との相関を今後検討

診療所で扱う異常分娩が少ない→集約化できていると考えられる

診療所数の補正はできているか？

分娩数のみで比較すると、以前香川県が1位というデータがあった
診療所に入院する人が多い→集約化ができてないということと一致するのか？
実態と比較する必要がある（今回のデータは保険診療となった異常分娩を提示）

<未受診妊婦について 水主川先生>

新宿区でリーフレットの配布

配布6ヶ月経過した時点で、検証を行う予定

未受診妊婦→虐待へつながる危険性

札幌市→受診をしましょうという呼びかけ（電通の広告） 妊娠試薬にシールを貼る

新宿区→受診をしましょうだけでは限界があるため、福祉事務所などとの連携を進めている

<セミオープン、オープンシステム 中井先生>

メリット 健診施設がよい；待ち時間が短い 費用が安い

このシステムは良かったと思う割合 70%

今後このシステムをどう扱っていくか

診療所Drには管理が楽になることを提示できる

妊婦に対しては、安心を与えられる

セミオープンでは夜間でも基幹病院が受け入れるのが基本だが、現状では夜間も健診施設がみるところが多い

主治医制から勤務医制へ 今後のキーワード

診療所がセミオープンに参加し、教育することで基幹病院への搬送も減少する

<PIH, PE, severePE 齊藤先生、大口先生>

初産女児において、単胎、双胎どちらも有意に高い（DDは傾向のみ）

経産女児において、単胎では有意差あり

両者あわせると、女児において、単胎、双胎どちらも高い

<母子健康手帳 松田先生、久保先生>

リスクの提示の順番をかえる

自己リスク評価 リスク0-3点：患者全体の80% 7点以上：7%

リスク評価により健康意識の上昇

ネガティブ要素としては、妊娠出産が怖くなったという意見もある

およそ3/4はリスク評価に賛成

地域により、受け入れる病院が限られてしまうところがある

リスクについては、低・中・高に分類した方がわかりやすい

職種間の差異もなく、おおむね好評であった

対話欄をのせたのが、良いとの意見であった

産科の基礎知識を持たせるのは、厳しいとの意見もあった

(年齢などは、改善する余地がないので、医師がわかれば妊婦自身に知らせる必要はないとの意見)

助産師の意見で、20週、30週の健診時に相談する項目が、あまり有用でないと選んでいるので、詳細を知りたい

<助産師の立場から 齊藤先生>

セルフケア行動の促進 11月には結果をメールで報告

全国で助産師外来から聞き取りを調査中

目的：助産師に一度もかかわらずに分娩をする妊婦をなくしたい

医師が足りないから助産師が外来をするのではないと考えている

(参考：アンケート調査 助産師外来：2割で施行、7割は今後も開設する予定なしとの結果)

分娩後のかかわりあいが必要、産褥期に特化したものも必要である

助産師のマンパワーは十分足りるのか？

新生児訪問では、褥婦のフォローも必要 保健師のみでは不十分

身体的ハイリスクには注目されているが、社会的ハイリスクに対する助産師の対応が必要
ローリスクを助産師、ハイリスクを医師が診ると考えがちだが、ハイリスクほど助産師との連携したフォローが必要である

雑誌「助産雑誌」10月号に記載しているので、今後お送りくださる

1月号に「これからの妊婦健診を考える」も座談会がある

<母子手帳の今後の展望 篠塚先生>

ICチップ：長期保存には向かない 10年以内

数年サイクルでデータを書き換えることには向いている

どんなデータ保持方法がよいか 2次元バーコードの検討

母子手帳にデータをシールなどで貼り付け、いつでもデータを取り出すことが可能

(個人を特定するデータはいれない；母子手帳自体で個人を特定できる)

モデル事業をやる必要がある 費用は比較的成本を抑えることができると思われる

発症予知マーカーはほぼ完成している

民主党の妊産婦ワーキンググループ 業務範囲の見直し、人材確保、教育の提言

患者の登録を行い、事態把握、今後の管理にいかす

齊藤先生より、NHKの取材、超音波についての診断について（産婦人科では同意をとっていないことが多いが、小児科などでは同意をとるなど意見の相違）

厚労省母子保健課 山口専門官より ご挨拶

久保先生より

妊婦健診の格差があり、結果的に最近では格差がどうなったのか、調べてほしい。

篠塚先生より

経産省よりどこでも My 病院のプロジェクトの一部として、母子、小児のデータ管理の予算がもらえる可能性があるその予算で研究をできるように検討してほしい。縦割りでない行政を願う。

1. 進捗状況 (松田先生)

予知マーカーは削除した。

妊産婦死亡の改善→妊婦健診の改善が大きく影響していると考えられる。

母子手帳をもっと利用し、スクリーニングに重点をおく必要がある。

ハイリスク妊娠を振り分けることが、本当に医療費削減につながるか？

→データ検討中だが、診療所入院が増える方が、入院日数が増える。

母体死亡、周産期死亡はもともと少ないので、エンドポイントを周産期死亡ではなく、病院と診療所でどう産科合併症が管理されているかで計算をしている。

(ハイリスクは早く病院に集めた方がよいということ)

超音波を毎回している施設が 8-9 割→負担に感じている開業医も多い

患者側、2 割が母子手帳に満足していない。

母子手帳は 40 年間かわってないため、充実させる必要がある。

→日本人独自のデータベースからリスクを明らかにする 妊婦参加型へ

リスク因子については、海外との比較で、日本独自のものはないが、逆に言うと海外と同様のデータであったといえる。

X 倍と表にしたものは、かえってわかりにくいとの感想が多い。

早期妊娠高血圧腎症予知について B P 120/80→平均 90mmHg がひとつの目安となるのではないか。

トヨタ記念病院でのデータ

リスクの選別により、収益はかわらず、夜間分娩は半分に減少している。

ご自身の妊娠出産リスクを知りたいです (18 ページ) →このスライドは省く (地方では選択肢がないため)

母子健康手帳が有用かどうか→7割が有用と感想を述べている。

助産師外来はまだ導入が少ない→助産師のマンパワー不足と、助産師自身ができないという力量不足が原因。かつ、開業医では分娩担当としての採用のため、妊婦健診 (外来) は医師と看護師のみで行っているところが多い。

助産師外来の目的が浸透していない。実態がよくわかっていない。

「助産師外来とは」というものを、斉藤益子先生に話してもらう。

愛育では、外来を医師と交互に行っている。

妊婦健診回数とその内容のスライド (25 ページ)

初診の項目をつくる

自己リスク評価は、初診と 8 ヶ月ごろに行うべきである。

助産師外来 36 週と 38 週はどうか

37 週までにハイリスクは医療介入が入るので (帝王切開などで産まれて除外されてしまう)、38 週以降はローリスクが残るので、そこに助産師外来をつくとよいのでは。

母子手帳に 20 週と 30 週に相談しましょうと入れており、どうか。

16 週は安定期にはいるので、そこはどうか。

16.30.36 週を◎、初診と 38 週を○にする。(→斉藤益子先生に、根拠を明確にするようお願いする)

セミオープンも入れる。

セミオープン可能時期という見出しをつける。セミオープン管理も“推奨”という表現にする。中井先生のところでは、自分の病院で 20 週エコーをしているなら、とくにセミオープンの人に途中で来てもらってはいない。

超音波外来 5 回→9 割の開業医は毎回やっている。学問的エコーとサービスエコーを分ける必要がある。(補助はどうするか)

超音波の回数について、安全性には問題ない。海外超音波の回数が少ないのは、お金の問題 (高いからあまり行われたい)。

超音波を行う時期については、“至適”時期とか“推奨”時期と記入する。

産後もフォローに含めないと、虐待にもつながるので、産後健診 (産後 2 週間くらい) と 1 ヶ月健診が必要。

中井先生のところでは産後に電話訪問を行っている。(希望をきいて退院時に費用を払ってもらっている) 今後電話再診などの費用をどうするか。

妊娠前のケアをどうするか(未受診の問題、不妊の問題)、中学生まで下がる必要があるか。

(ここでそこまでの記入は困難なため、それが望ましいという程度に記載する)

自治体の立場としては、分娩後に病院から地域へバトンタッチではなく、妊婦がはじまったところから地域が把握している。新宿は特定の(リスクの高そうな)妊婦を抽出し、保健婦がかかわっている。

(窓口の事務職から保健師にどうやってつなげていくか。怪しいヒトはどうピックアップするのか。→斉藤益子先生のところで虐待を起こしそうな人をセレクトするために、一つの観察指標を用いている)→まだ方法が確立していない。母親学級のほかに育児教室があるが、母親学級ほど普及していない。

関西地区の診療所の取り組み:「おっぱい村」産後はみんなのコミュニティに解放して、世間話をする場をもうけている。産後の重要性を提言にいれるべきである。

保健婦の介入と、このスライド(妊婦健診の回数)は別途にする。

産後1ヶ月までがブラックボックスであり、虐待死があるため、妊娠中に虐待のハイリスク妊婦を捕まえるにはどうするか。成育では20週までにピックアップし、臨床心理士などの介入により精神科に行くこともある。そうすることで、退院後までフォローができる。

2. 助産師外来について(斉藤益子先生)

①セルフケア行動の調査

セルフケア:妊婦が自分で主体的に妊婦生活を管理する。

京大のまなべ先生の項目を尺度にしている。大きく4項目(異常の予防発見、母親役割分担、食生活、日常生活動作の配慮)に分かれ、全32項目ある。

内的、外的動機付け尺度(25項目)どちらも5段階(あてはまる、まああてはまる、どちらともいえない、あてはまらないなど)で記録する。

あとは、母子手帳の項目が使いやすかったかどうか5段階で評価する。

愛育、東邦、大森日赤での調査のため、もともと妊婦さんの意識が高い可能性がある。

指標をつかった方と比較群では行動にとくにかわりなかった。

母親役割は1回目とくらべて2回目に有意差があった。

(→杉本先生より、対応のあるデータは変化量をださないとわからないと指摘あり)

使用感(勉強になった、楽しかった、大変だった、イメージができた、関心をもてた、対話ができ、アドバイスもらったか、アドバイスを実行したか)→杉本先生よりp値ではなく、相関係数を出す方がよい。

表について、心理学会では常識であるが、医学会ではなじみがないので、説明を加えないとわからない。

<表の見方>

例えば、食生活に関するセルフケア行動の得点は、補足版を使った人が、使わない人と比べて勉強になったと感じ、対話をよろこんですることができた。セルフケア行動が高まっ

たかどろかは、同一の人で使用前、使用後のセルフケアの差をとらないと評価できない。
この表ではあくまでその人の今現在のパーソナリティのみを調べている。

②産後のお母さんにわかりやすいか調査

ほとんどがポジティブな意見であった。

補足版により、妊婦との会話が増えると助産師の意見であった。

③助産師外来を行っている施設へのアンケート

調査3→米山先生が作成中

遠藤先生の図表を提示する

座談会は助産師雑誌の2月号に掲載される。

助産師外来の強化、かかわりをポジティブに考える。

助産師のキャリアアップ→妊婦健診でなにがよいかを述べるので、助産師自身のキャリアアップは削除してよいのでは。

助産師外来の回数は、意味をもった回数を書くべき（何をすべきか）松田先生の表と合わせる方がよい。

3. セミオープンシステム（中井先生、林先生）

H21年度の報告

稼動している施設のうち、7割がセミオープンのみ

オープンは年度を追うごとに減少し、セミオープンは年々増加している。

分娩施設の確保は8割が効果あり、勤務医の業務減少は3割しか効果ありとみなしていない。

H22年度の報告

妊婦意識調査

平均9回は外の施設で健診、近い病院で健診し、分娩施設は少し遠くなる。

満足した項目として、待ち時間の短縮、費用の減少をメリットに挙げる妊婦が多かった。

→セミオープンでよかったことを強調するために、分娩施設がよかったというのを左側にだした方がよい。

本当は質問のしやすさなどは、健診施設の方が普通は高いが、日医永山では助産師が頑張っているため、高い印象がある。

夜間の問い合わせは7割が健診施設でなく分娩施設に行っている。

→本来は健診施設にかけるべきだが、夜間にやってないところがあるので、分娩施設にかける割合が多い。時間内と時間外でどう違うかわかるとよい。

妊婦の4割は健診以外に問い合わせをしている。

7割がこのシステムをよいと感じているが、このシステム自体をどう思うかについては、よいとやむをえないをたすと9割を占めたため、否定的な意見は少なかった。

→このシステムをどう思うかは削除してよいのでは。

地域によって集約化がよいか悪いか異なる、特徴を生かす必要がある。

4. 母子手帳のQRコードによる情報の一元化（篠塚先生）

出生から成人に至るまでのデータをとることで、日本人すべての健康データベースを得ることができる。

データを患者が管理

バーコード→母子手帳に入れておくことでずっとデータを利用できる

2次元バーコード

「どこでも My 病院」として、データ管理ができる。

経産省の「どこでも My 病院」のプロジェクトとして 来年度の実証実験を行える可能性がある。確定ではないが経産省と、公募に関する打ち合わせと行っている（1月現在）事業は NEC とトイイツで受ける予定で、企画提案を作成中である

出産時、子供のときのものも連動する予定（予防接種など）。

母子手帳に貼り付けるか、カードにするか検討中。

入力しないといけない（PDFなのかExcelなのか）→誰かが入力しないといけない。

その場で入力してサーバーに管理する。

データは入るが、個人情報特定できないようになっている。

（入力情報はデータのみだけで、匿名化してある。自分でそのデータを持参する。カルテだと5年たったら保存義務がないのでなくなる可能性がある。）

統計に関しては、官庁の管理ではない。（national dataとして成り立つか）

集約化をどうするか。

100万分娩のうち一部しかデータベースがないことが問題となり、さらに産科のみで出生後につながらないため、このデータベースの構築の重要性からこのシステムが立ち上げられた。

利益を得るのは、ご本人（患者である）

5. 未受診妊婦（水主川先生）

虐待死亡児は半数以上が0歳児、分娩当日に亡くなる児が多い。

虐待時死亡の30%が未受診妊婦。

妊婦健診体制にはいってない妊婦の虐待が多い→どうするか
健診にこない人をどうひろいあげるか→新宿区では福祉事務所（こども家庭支援センター）
へアクセスできるようカードを医療機関に配布している。
→妊婦だけでなく、医療従事者も相談窓口の周知徹底ができる。他の地域や全くの未受診
ではカードが配布できてない。
→東京都 飯田課長より：一般通報の40%が未受診妊婦、10代が多い。ほとんどが初産
だが、まれに多産もある。
→未受診の人はどうなったか、把握する必要がある。虐待の予防など。
スライド2枚目虐待死のデータをもっと詳細に提示してはどうか。ニアミスはかなり多い。

6. 妊婦健診体制の整備（大口先生）

早産PE 1.2%、正期産PE 1.6%

早産PEでは、子宮動脈血流波形、年齢、平均血圧がリスク因子となる。お互い独立した
因子。血圧で補正すると、BMI自体はリスク因子とならない。

正期産PEでは、血圧のみがリスク因子。→カットオフ値が120/80mmHgくらいと考えら
れる。

血液マーカー

早産PEでは、sFlt-1、sEng、sFlt/PIGFが20週くらいからオッズ比が高くなる。

正期産PEでは27週くらいでつかまえてくれる。

→妊婦自身が自分のリスクを知ることが大事なので、家庭血圧で120/80mmHg以上なら病
院に行きましょうとするとよいのでは。

7. 産科合併症とリスク因子（塩崎先生）

女兒ほどPIHの発症が高かった。

早産は男が多い。

8. 総合討論

厚生労働省母子保健課 森岡課長補佐よりご挨拶

お産をやめた病院の再開について、保健師の協力と開業医によって行っているところがあ
る。

地方では、日医大のようなセミオープンはまだできていない。

遠野では助産院なので、モニターをとばしている。

セミオープンは地域性の把握が大事。

若い開業医はお産を行い、年にとってセミオープンにするのはどうか。

2世開業（親子ではなく、年とった先生にところに他の若い先生を紹介する）

鳥取では、公立病院で産科ができなくなるところが増えている。

助産師だけでセミオープンのようにやっている。

オープンシステムが難しく、セミオープンがうまくいくことがよくわかった。

分娩取り扱い診療所、病院が減少している。

新入会員が増えても、病院勤務における医師数は増えてない。

全国の1/4は医師が1-2人しか勤務していない。

