

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ぬ)。

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の、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。

セミオープンには地域性の把握が大事。

若い開業医はお産を行い、年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。

