

基調講演

みんなが安心できるお産を目指して
— 役割分担と協調 —

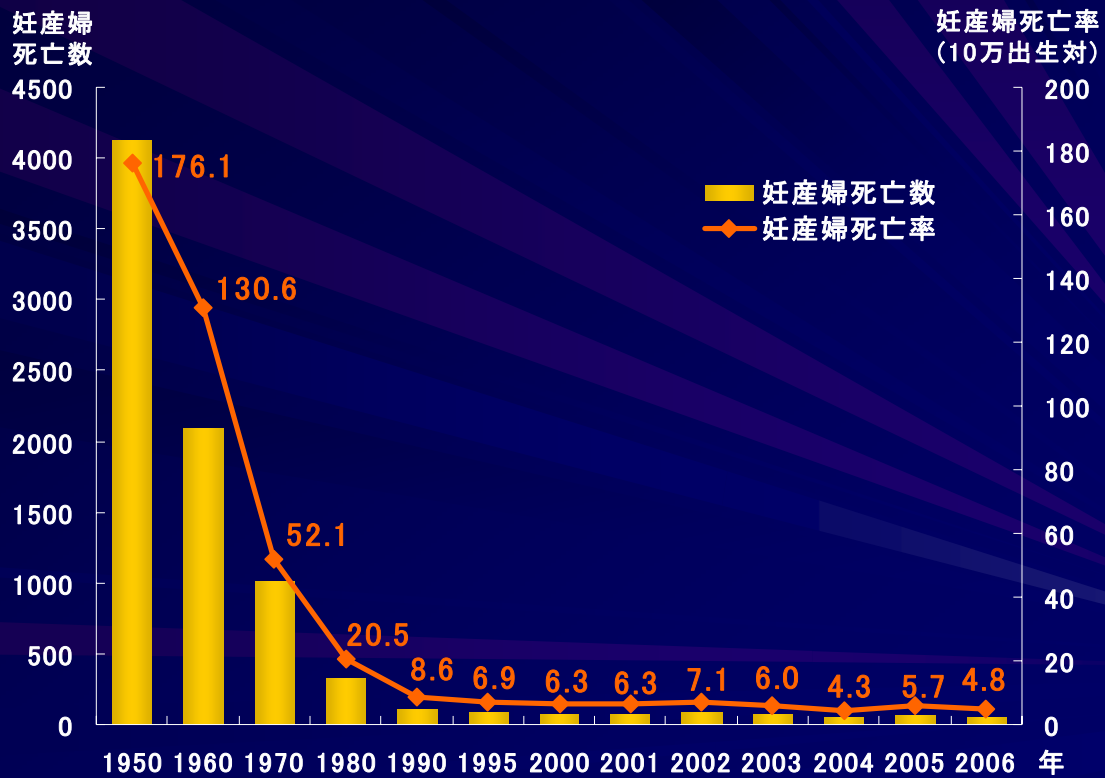
母子愛育会愛育病院院長
中 林 正 雄

1

① 日本の産科医療は世界トップレベル

2

妊産婦死亡の年次推移



3

世界の妊産婦死亡率(対10万出生)

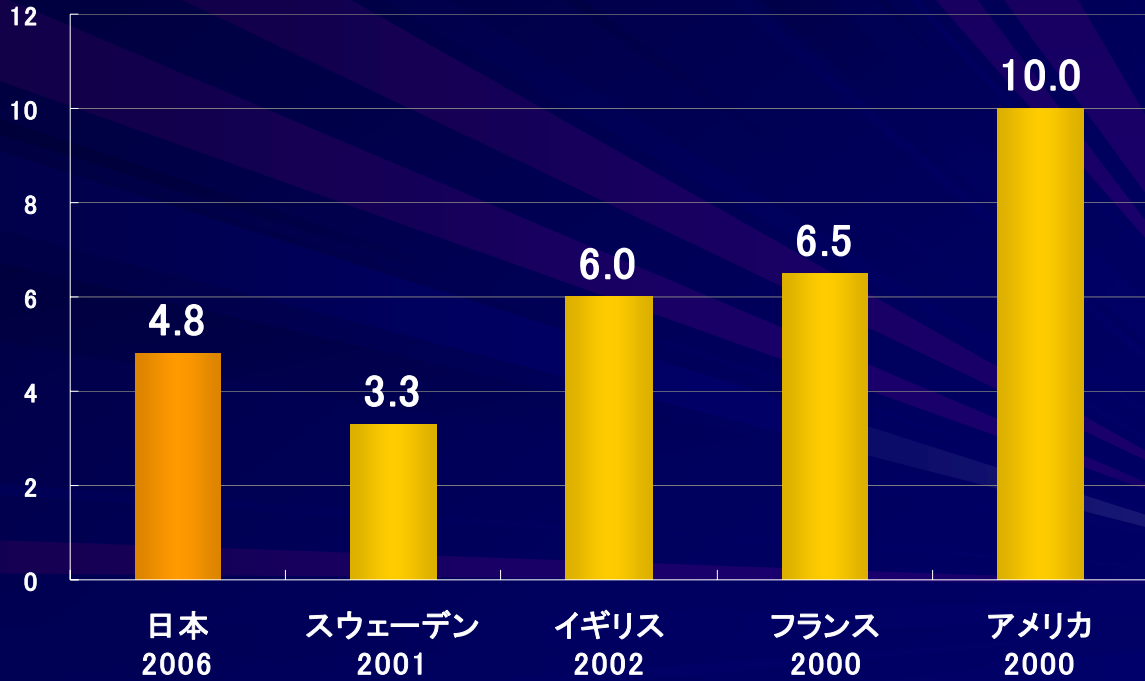
(UNICEF 2000年)

| | |
|-------|--------------|
| 世界平均 | 400人(1/250人) |
| アフリカ | 830人 |
| アジア | 330人 |
| オセアニア | 240人 |
| ヨーロッパ | 24人 |
| 日本 | 7人 |

4

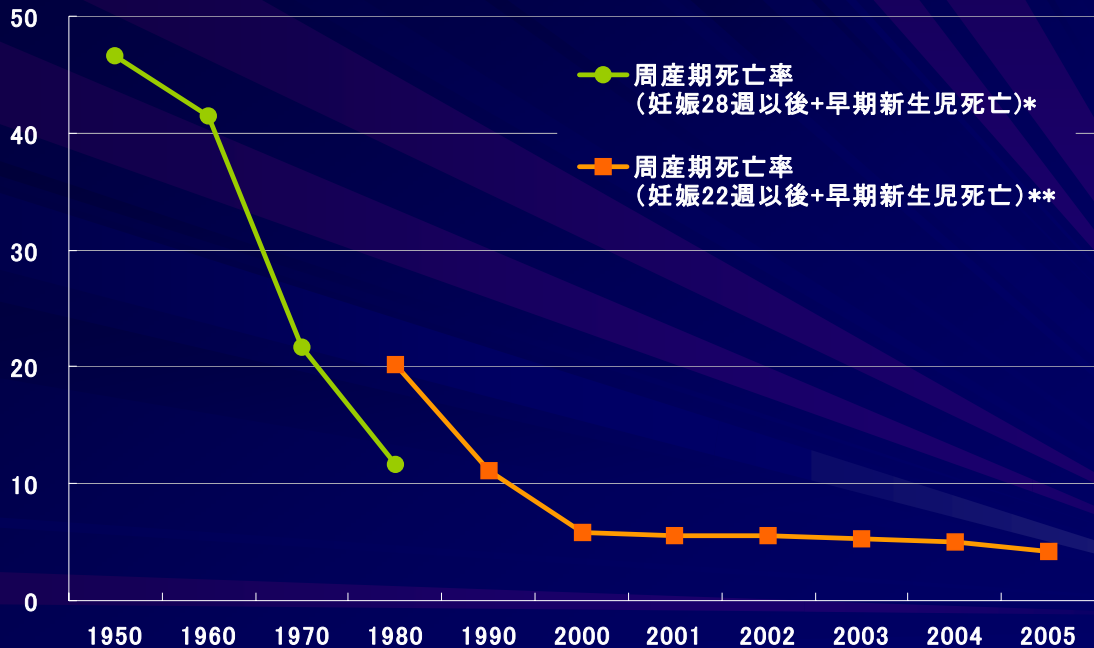
妊産婦死亡率の国際比較

出生10対



周産期死亡率の推移

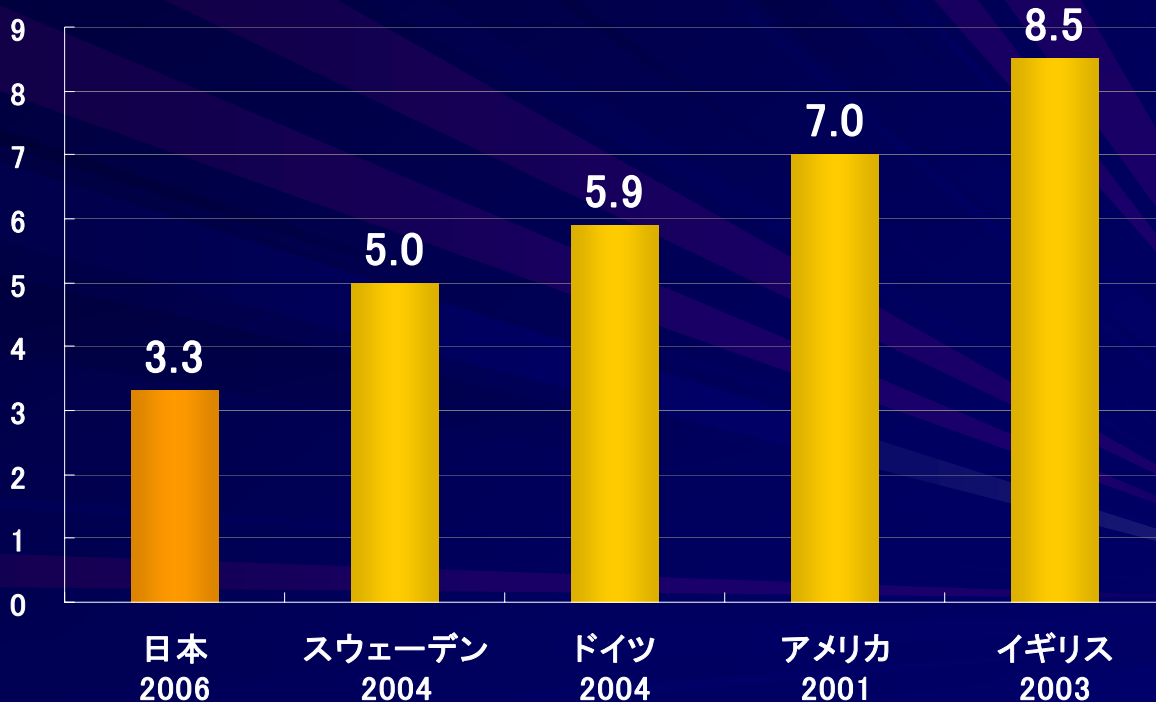
周産期死亡率
(出生1,000対)



* 1年間の周産期死亡数(妊娠22週以降の死産及び早期新生児死亡)を出産数で除したもの
 ** 妊娠28週以降の死産に早期新生児死亡を加えたもので、出生数で除したもの

周産期死亡率の国際比較

妊娠28週以降の死産+早期新生児死亡(出生1,000対)



7

重症妊産婦例と妊産婦死亡の比率

(2004年分娩例)

日産婦学会研修指定施設 834施設
救命救急センター 164施設 } にアンケート調査

妊産婦死亡数 32例
重症妊産婦数 2,325例

$$2,325 \div 32 = 72.7$$

“1人の妊産婦死亡には、
73人の死に至りうる重症妊産婦が存在する”
(毎年、4,000~5,000人の重症妊産婦例が発生している)

厚生労働省研究班「産科領域における医療事故の解析と予防対策」
(主任研究者:中林 正雄, 2007年)

8

日本における重症妊産婦例の発生率

- 1人の妊産婦死亡には、その**73倍**の死に至りうる重症妊産婦が存在する
- 全国の妊産婦死亡数(2005年) : **62人**
死に至りうる重症妊産婦数 : **62人 × 73 ≒ 4,500人**
- 2005年の全国分娩数 : **110万人**
4,500人 ÷ 110万人 ≒ 400人/10万人

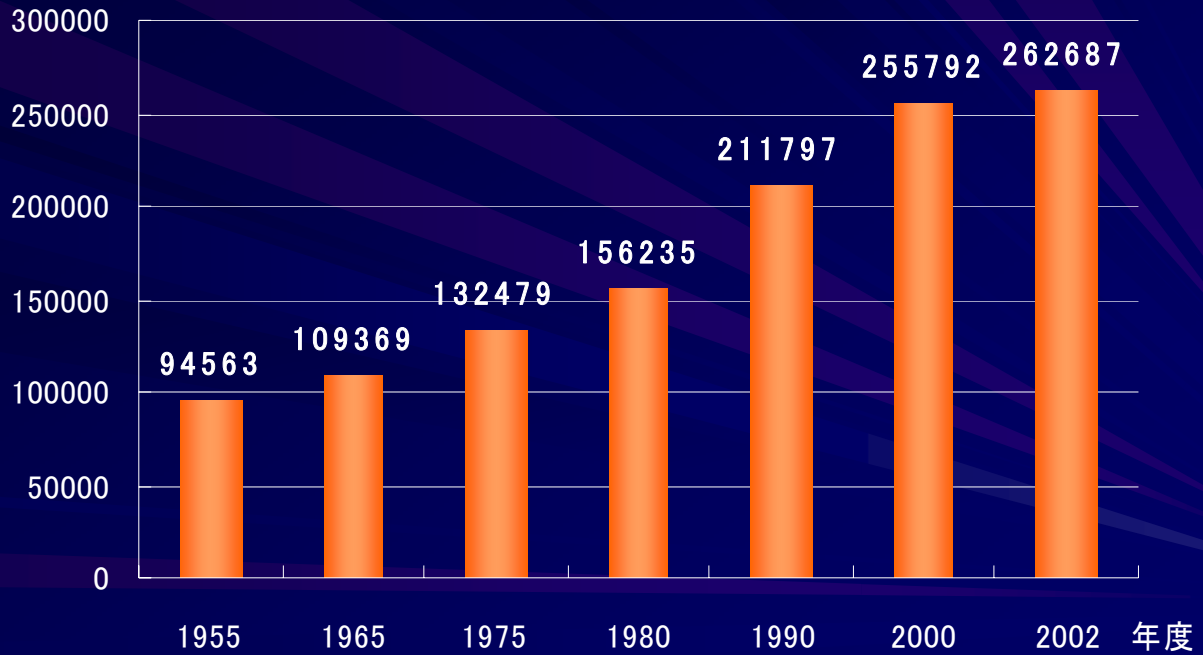
1人 / 250人

9

② 産科医および分娩施設の減少

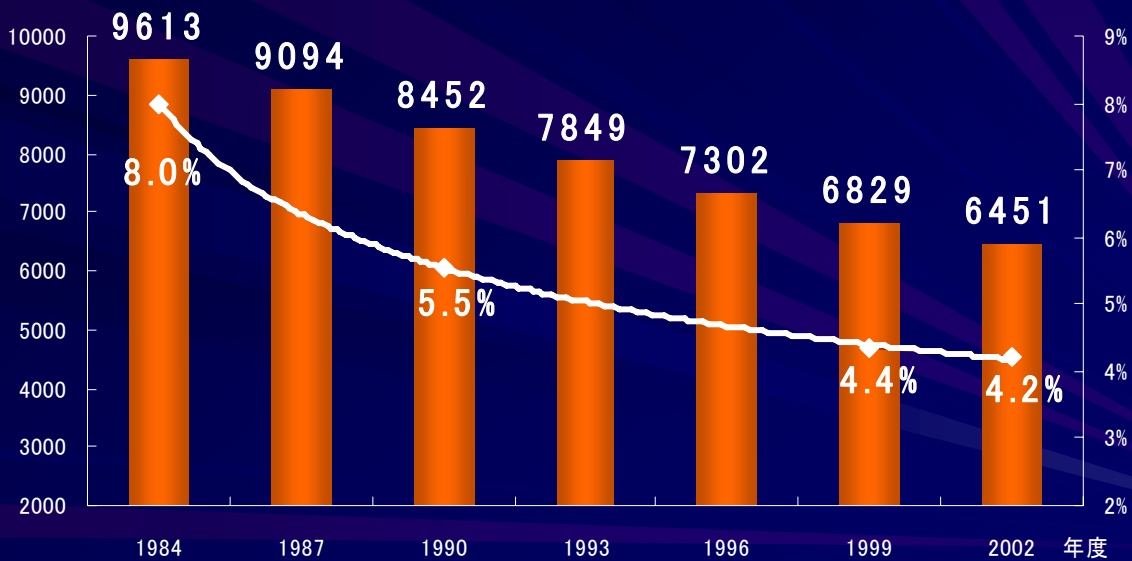
全科医師数の推移

全科医師数



産婦人科医師数と施設数の推移

医療機関数
医師数



産婦人科医療機関数 全科医師数における産婦人科医の比率

分娩施設の規模に関するデータ

| | 施設数 | 全分娩数 における 比率 | 産婦人科 医師数 (名/施設) | 年間分娩数 |
|------|-------|--------------------|-----------------------|-------|
| 基幹病院 | 1,273 | 52% | 3.8 | 400 |
| 診療所 | 1,783 | 47% | 1.2 | 300 |

- 分娩施設の85%は、産婦人科医が3名以下
- 分娩施設の65%は、年間分娩数が400件未満

13

産科医および分娩施設減少の理由

- **基幹病院**
 1. 過酷で不規則な勤務
 2. 女性医師の割合増加による
実労働の減少
 3. 医療訴訟の多発
 4. 低収入

14

産科医および分娩施設減少の理由

■ 診療所

1. 医師の高齢化
2. 医療訴訟の多発
3. 助産師・看護師雇用難
4. 低分娩料による経営難

15

これからの産科医療システムの改善策

1. 産科医の増員
 - 産科医の待遇改善
 - ・ 2交代制の導入
 - ・ 給与の是正
 - ・ 女性医師への社会的支援
 - 医療訴訟対策
2. 医療施設の機能別役割分担
 - 基幹病院の医療資源の充実
 - 母体搬送システムの確立
 - 妊娠のリスク分類、セミオープンシステムの推進
3. 産科医と助産師・看護師の協働・チーム医療
 - 助産師外来、院内助産システムの推進
 - 助産師の増員
 - 助産師の資質向上
 - 遠隔医療システムによる助産師支援
4. 妊娠・出産・育児への公的補助の増額

16

③ 妊娠リスクスコア

17

妊娠のリスク評価

目的: 医療施設の役割分担を明確にし、リスクに応じた妊婦の分散のため、ハイリスク分娩と低リスク・中等度リスク分娩の概念を社会に啓発・普及させる。

方法: 諸外国で用いられている妊娠リスクスコアを参考として、本邦の現状に合致する項目、重みづけを検討し、新しい「妊娠リスクスコア」を作成した。

厚生労働科学研究班「産科領域における安全対策に関する研究」(2005年)
主任研究者: 中林正雄

18

妊娠リスクスコア(初期)

| リスクスコア | | リスクスコア | |
|-----------------------|-----|---------------|-----|
| 1. 基本情報 | | | |
| 40歳以上 | (5) | 15歳以下, 35~39歳 | (1) |
| 体重100kg以上 | (5) | 身長150cm未満 | (1) |
| | | BMI25 以上 | (1) |
| | | 初産婦 | (1) |
| 2. 既往歴(内科疾患合併) | | | |
| 高血圧;投薬中 | (5) | 慢性腎炎 | (2) |
| 糖尿病;薬物療法中 | (5) | 気管支喘息 | (2) |
| 抗リン脂質抗体症候群 | (5) | 全身性エリテマトーデス | (2) |
| 3. 産婦人科既往歴 | | | |
| 重症妊娠高血圧症候群既往 | (5) | 早産既往 | (2) |
| 早剥既往 | (5) | 死産・新生児死亡既往 | (2) |
| | | 胎児発育不全既往 | (2) |
| | | 帝切既往 | (2) |

19

妊娠リスクスコア(後半期)

| リスクスコア | | リスクスコア | |
|---------------------|-----|----------|-----|
| 4. 現在の妊娠について | | | |
| 感作されたRh(-) | (5) | 生殖補助医療妊娠 | (2) |
| 一絨毛膜性双胎, 3胎以上 | (5) | 性感染症 | (2) |
| 糖尿病:インスリン療法中 | (5) | 二絨毛膜性双胎 | (2) |
| 重症妊娠高血圧症候群 | (5) | 切迫早産 | (2) |
| 羊水過多 | (5) | 前期破水 | (2) |
| 前回帝切+前置胎盤 | (5) | 羊水過少 | (2) |
| | | 前置胎盤 | (2) |
| | | 胎児発育不全 | (2) |
| | | 骨盤位 | (2) |

20

妊娠リスクスコアの検討

| リスクスコア | 周産期センター* [3施設] n=2804 (%) | 診療所・個人病院 n=2808 (%) |
|--------|------------------------------------|---------------------------|
| 0～1点 | 30.5 | 59.5 |
| 2～3点 | 40.0 | 27.1 |
| 4～6点 | 19.8 | 10.4 |
| 7点以上 | 9.7 | 3.0 |
| | 29.5 | 13.4 |
| | (2003年) | (2005年) |

21

妊娠リスクスコアによる周産期予後判別

| リスクスコア 周産期予後 | 低リスク群 (0～1点) | 中等度 リスク群 (2～3点) | ハイリスク群 (4点以上) |
|-------------------|-----------------|-----------------------|------------------|
| 帝王切開率 | 4.3% | 15.7% ** | 43.6% ** |
| 分娩時出血多量 (1L以上) | 3.3% | 9.4% * | 21.6% ** |
| 早産率 (37週未満) | 2.3% | 8.2% ** | 25.3% ** |
| NICU入院率 | 2.8% | 7.4% ** | 21.6% ** |

* P<0.01
** P<0.001

22

④ 産科オープンシステム

23

産科オープンシステムとは

分娩の安全性を向上させるため、病院の設備とスタッフを地域の診療所の医師に開放（オープン）して、共同で病院を利用するシステムである。

24

セミオープンシステム



2008年4月現在

25

周産期医療ネットワークグループ

共通診療ノート

このノートは、周産期医療ネットワークで連携をしている診療所と病院の医師が妊婦さんと赤ちゃんの健康状態を知る大切な記録です。

★かかりつけの診療所や病院で妊婦健診をお受けになるときも、緊急時・分娩時に紹介先の病院を受診するときも、母子健康手帳と一緒に忘れずにお持ちください。

医療機関等名

お名前

診察券番号



平成20年3月発行

共通診療ノート

発行 東京都福祉保健局
 少子社会対策部 子ども医療課
 〒163-8001
 新宿区西新宿二丁目8番1号

印刷 鶴川印刷株式会社

26

産科オープンシステムモデル事業の意義

総論: 機能分担による分娩の安全性向上
産科医療者のQOLの改善

短期的効果: 産科医師数の減少に対応

中長期的効果: 地域周産期医療の標準化・向上
若手産科医の増加

課題: オープン病院の産科勤務医の待遇改善
登録診療所が経営可能な診療報酬
妊婦情報のIT化(共有化)

27

⑤ わが国における 助産師の現状と今後の課題

28

助産師の就業場所および就業者数

(平成15年)

| 就業場所 | 就業者数(人) | 割合(%) |
|-------|---------|-------|
| 病院 | 17,684 | 68.7 |
| 診療所 | 4,534 | 17.6 |
| 助産所 | 1,601 | 6.2 |
| 養成所学校 | 1,020 | 4.0 |
| 市町村 | 437 | 1.7 |
| 保健所 | 216 | 0.8 |
| その他 | 232 | 0.9 |
| 合計 | 25,724 | 100 |

29

助産師充足状況

分娩取り扱い施設: 病院1,247施設
診療所1,658施設

助産師充足率: 71.1%
 { 病院84.7%
 診療所40.6%

助産師数0~30%未満: 病院8.0%
 診療所63.5%

日本産婦人科医会の緊急調査, 平成18年

30

助産師の不足数

| | |
|--------------|--------|
| 病院における助産師不足数 | 2,515名 |
| 診療所 // | 4,203名 |
| 合計 | 6,718名 |

日産婦医会のアンケートを日医総研が分析, 平成18年

31

産科医と助産師の チーム医療推進のために

- 助産師外来を推進する
- 院内助産システムを推進する
- 産科医と助産師のチーム医療にむけた
ガイドラインを作成する
- 助産師の卒後研修制度(認定制度)の確立
- 助産師の増員

32

助産師外来の意義

- 助産師の卒後研修として有効
- 助産師のモチベーション向上、スキルアップが可能
- 妊婦の日常的な疑問・不安の解消に有用
 - 妊婦の満足度が高い
- チーム医療の推進、価値観の共有に有用
- 医師の外来業務が軽減される

33

まとめ

1. 日本の産科医療は世界のトップレベルであるが、妊娠・出産は母児ともに一定のリスクを伴う
2. 産科医と分娩施設は急速に減少しており、産科医の増員対策、医療施設の役割分担が急務である
3. 産科医と助産師によるチーム医療が必要であり、同時に、助産師の増員、資質向上が必要である
4. 産科医療者と妊産婦の相互理解・信頼と、産科医療に対する社会的支援が望まれる

34

2008年7月19日

日本医療学会 市民シンポジウム

「みんなが安心できるお産を目指してー役割分担と協調ー」

みんなが安心できるお産を目指して

中林 正雄

母子愛育会愛育病院 院長

1. 日本の医療は世界のトップレベル

産科医療の指標であるお母さんの死亡率(妊産婦死亡率、スライド 1)と赤ちゃんの死亡率(周産期死亡率、スライド 2)、日本は世界のトップレベルです。しかし、世界の平均としては、250人に1人の妊産婦が死亡しており(スライド 1)、最近の報告では日本でも同じ頻度で死に至りうる重症妊産婦がいることが知られています。また、1,000人の出生で3人以上の赤ちゃんが死亡しているのです。

産科医療がどんなに進歩しても、妊娠・出産は母児ともに一定のリスクがあることを忘れてはなりません。

2. 産科医および分娩施設の減少

最近の10年間で産婦人科医師数は約15%減少し、分娩施設は約30%減少しています。その原因としては、過酷で不規則な勤務、医療訴訟の多発、そのわりに低い収入(ハイリスク・ローリターン)があげられます。

3. これからの産科医療システムの改善策(スライド 3)

今後の対策としては、産科医の増員にむけた待遇改善・医療訴訟対策、病院と診療所の役割分担(ハイリスクと低リスク妊娠・分娩管理)、産科医と助産師のチーム医療、妊娠・出産・育児への公的補助の増額などが必要です。

4. 産科医と助産師のチーム医療推進のために(スライド 4)

産科施設内で、助産師が産科医のバックアップのもとに、妊婦健診や低リスク妊婦の分娩管理をするシステム(院内助産システム)の普及が望まれますが、そのためには産科医と助産師のチーム医療にむけたガイドライン作成、助産師の卒後研修制度の充実、助産師の増員が必要です。