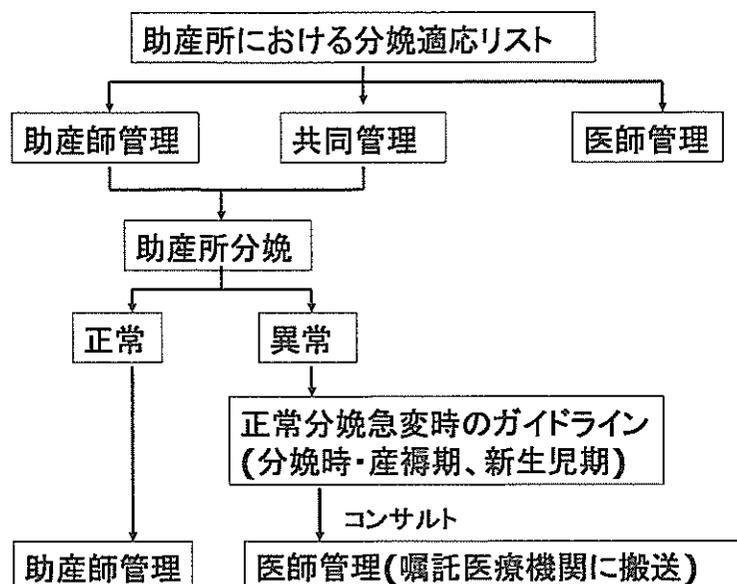


## 「健やか親子21」

### ■ 取り組むべき課題

- ① 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
- ② 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
- ③ 小児保健医療水準を維持・向上させる環境整備
- ④ 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

## 助産所を中心とした分娩管理指針



## 地域における助産師の役割

- 安全で快適な出産環境の推進

## 陣痛の痛みを有意に増大させる

- 見知らぬ場所での出産すること
- 見知らぬ人たちに囲まれていること
- 経験のない処置を受けること
- 出産中に付き添ってもらえないこと
- 横に寝かされたまま自由に歩き回ることが許されないこと
- 人工的な破膜を受けること
- 薬物による陣痛の誘発ないし促進をされること



## 明らかに有効で役に立つ 奨励されるべきこと

- 出産する場所について、女性のインフォームド・チョイスを尊重すること
- 出産ができそうな安全な場所で、しかも女性が安心して自信がもてる場であれば、〔医療を提供できる場の中でも〕もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること

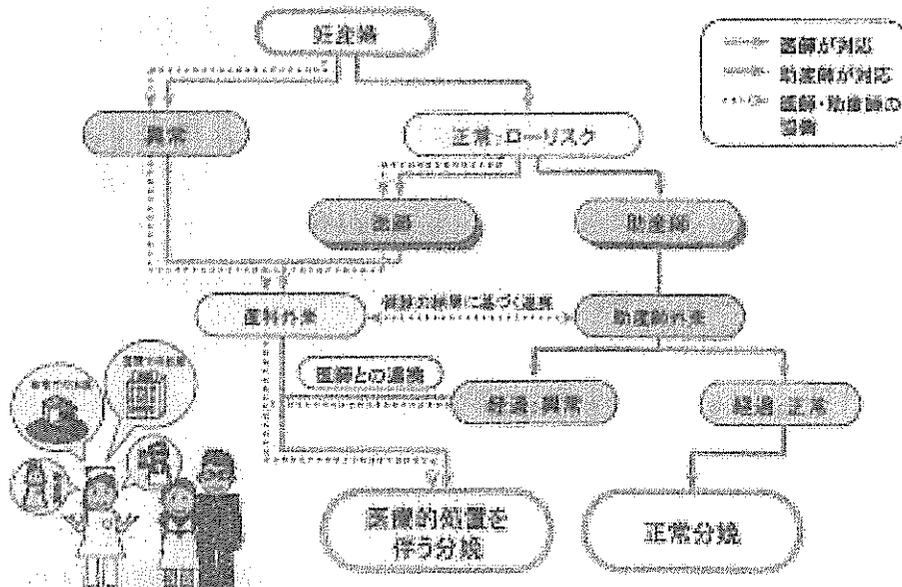
## 地域における助産師の役割

- 女性が自分にとって、もっとも適した出産場所を選べるようにコンサルテーションする
- 妊娠経過中のスクリーニングをきっちり行う
- 女性の「産む力」を引き出す(妊娠中の身体づくりや継続的なケアの提供)
- 急変時に備え、医療機関との密なる連携

# 病院・診療所における 助産師の働き方

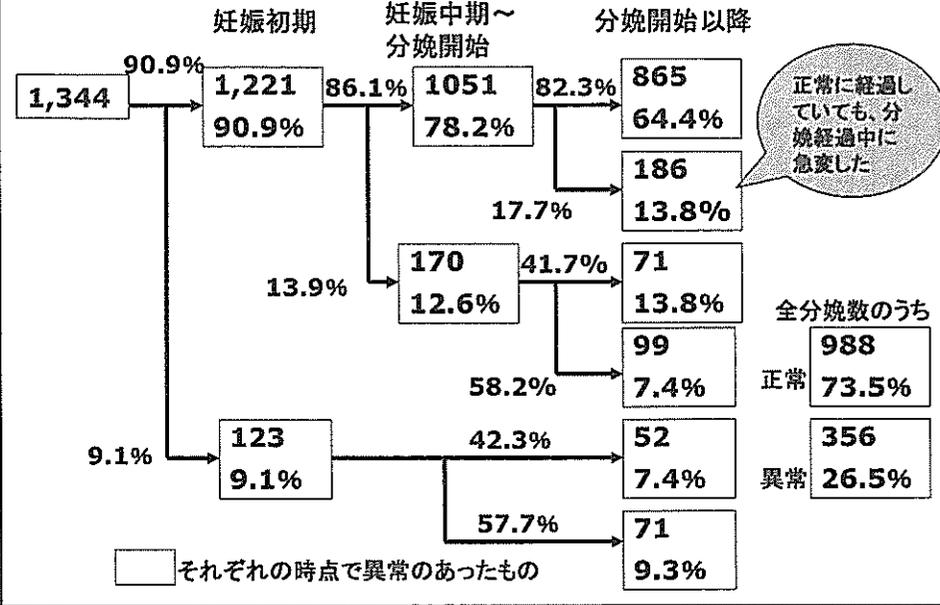
社団法人 日本看護協会  
助産師職能委員会

## 助産師が担うお産



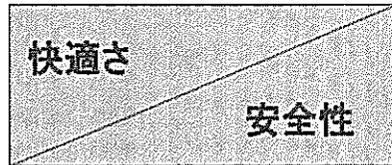
# リスクの出現頻度とその時期

愛育病院1994年



## 安全性・快適さ

- 同じ助産師による継続ケア
- 温かな雰囲気
- きめ細やかなケア



助産所  
産婦人科医院  
病院  
周産期センター

- 妊産婦死亡率 ↓
- 周産期死亡率 ↓

## 三重県における助産所出産数

	助産所 及び 自宅出産数	転院・搬送事例 (重複あり)
平成16年	158例	17例
平成17年	133例	11例

市民公開フォーラム  
「北海道のお産をまもる」

平成 18 年 10 月 22 日（日）

# 市民公開フォーラム

## 北海道のお産をまもる

日 時:平成18年10月22日(日)13:50~17:00

場 所:札幌市医師会館5階大ホール

司 会:石川 睦男 (旭川医科大学病院長)

### ～第Ⅰ部～

1. 司会の挨拶  
旭川医科大学病院長  
石川 睦男
2. 東北大学産婦人科教授(厚生科研 主任研究者)  
岡村 州博
3. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長  
千村 浩
4. 北海道医師会副会長  
加藤 紘之
5. 北海道大学産婦人科教授  
櫻木 範明
6. 日本助産師会北海道支部長  
東 紀子

————— 休憩 —————

7. 北海道大学産婦人科医局長  
蝦名 康彦
8. 札幌医科大学産婦人科教室長  
鈴木 孝浩
9. 旭川医科大学産婦人科医局長  
堀川 道晴

### ～第Ⅱ部～

公開討論会



## 緒 言

### 北海道のお産をまもるため

旭川医科大学病院  
病院長 石川 睦男

産婦人科医の絶対的不足から日本各地において地元でお産ができないと悲痛な声が巻き起こっている。この状況は広大な北海道では、さらに深刻で医療供給機能の低下から新生児死亡率や乳児死亡率の増加など道民の健康被害が現れ、さらに妊産婦死亡の増加が危惧されている。

日本産婦人科学会の構成員は12,000人弱で女性医師の割合が全体で23.5%、40歳未満では52%に達する。さらに、70歳以上の占める割合は21%も占め高齢化が進んでいる。また、日本産婦人科学会の調査で分娩を取り扱っている産婦人科医は全産婦人科医の半数の7,800人である。

北海道においては分娩を取り扱う産婦人科医は病院で257人、診療所で59人の316人しかおらずその大部分は札幌と旭川に集中している。

このような状況下で北海道保健福祉部と3医育大学の産婦人科教授が産婦人科医師の配置など協議してきた。さらに本年から北海道医療対策協議会の中の自治体病院等広域化検討分科会で産科の集約化が検討される事となっている。

しかし、最近の奈良の妊婦の転送の遅れに関連したかもしれない妊産婦死亡のように集約した場合の搬送などの距離と時間のファクターをどのように分析、評価した後に産科施設の集約が許容されるかが重要な論点である。

本フォーラムを通して北海道のお産をいかに守るかの観点で議論を深め実行に結びつけたいと存じます。

## 市民公開フォーラム

北海道のお産をまもるために

旭川医科大学病院  
病院長 石川睦男

## 周産期医療の現状と問題

1. 周産期医療を担う産婦人科医師数
2. 周産期医療を担う助産師数
3. 北海道の集約化の可能性
4. 助産師との役割分担

## 日本産科婦人科学会 年代別 男女別 会員数

年代	男性 (人)	女性 (人)	計 (人)	女性の比率 (%)	比率 (%)
<30	246	585	831	70.4	} 2124 4074 (52.1%)
30-39	1,704	1,539	3,243	47.5	
40-49	2,560	702	3,262	21.5	
50-59	2,825	313	3,138	10	
60-69	1,604	144	1,748	8.2	
>70	2,935	371	3,306	11.2	21.3%
合計	11,874	3,654	15,528	23.5	

2006.6.20 現在

## 全国周産期医療データベースに関する 実態調査-1

日本産科婦人科学会 (2005.12.1現在)

## 分娩取り扱い施設

病院 : 1,280  
有床診療所: 1,783 } 産婦人科常勤医7873人  
計 : 3,063  
助産所 : 257

## 実態調査-2

分娩取り扱い病院と産婦人科常勤医

病院	常勤医数	施設数	比率 (%)
	1名	187	14.8
	2名	299	23.6
	3名	285	22.9
	4名	159	12.6
	5~9	235	18.6
	>10	93	7.4
計	1,280	1,273	
平均	4.2名		
有床診療所	1名	1,214	68.7
	2名	452	25.6
	>3名	99	5.6

### 実態調査－3

分娩取り扱い平均常勤医数	2.58名
北海道の平均常勤医数	2.95名
病院と有床診療所の平均(大学病院を除く)	2.05名
病院の平均(大学病院を除く)	3.0名
有床診療所の平均(大学病院を除く)	1.4名
出生/医師数(全国)	139
(北海道)	139

### 実態調査－4 北海道

助産所	5 施設		
病院	66 施設		
	常勤医数	施設	割合(%)
	1名	13	19.7
	2名	7	10.6
	3名	14	21.2
	5～9名	13	19.7
	>10	3	4.5
	計257名		
有床診療所	41 施設		
	1名	28	68.3
	2名	10	24.4
	>3名	3	7.3
	計 59名		

### 助産師充足状況緊急実態調査－1

日本産婦人科医会 (2005.12.1 現在)

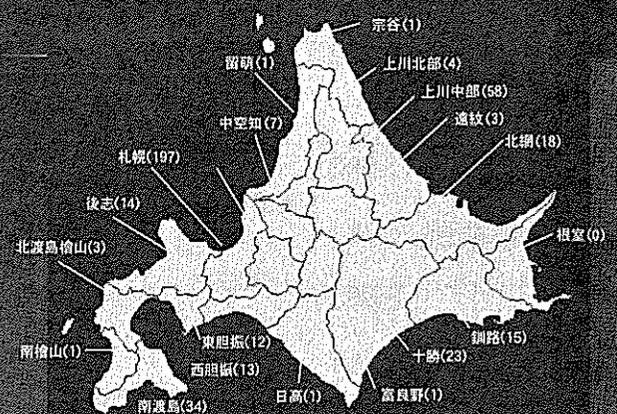
分娩取り扱い施設	分娩数	必要助産師数(人)	雇用助産師数(人)
有床診療所	1,658	476,770	7,079
病院	1,247	517,820	13,872
計	2,905	994,590	23,466

厚生労働省・・・・・・・1,067,000(平成17年度)

### 助産師充足状況緊急実態調査－2

充足数(<100%)	
病院 834 施設	(66.9%)
有床診療所 1,343 施設	(81.0%)
充足数(<30%)	
病院	(6.8%)
有床診療所	(44.9%)
充足数(<0%)	
病院	(1.2%)
有床診療所	(18.6%)

### 2次医療圏域別産科・産婦人科医師数









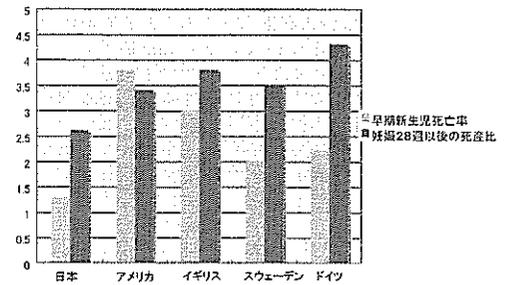
## 周産期医療の現状と展望



東北大学  
岡村州博



日本の周産期死亡率は世界で一番



### 世界の妊産婦死亡率(/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 (中南:520人、東南:210人、西:190人、東:55人)
オセアニア	240人
ヨーロッパ	24人
*アフリカ	1900人(1/53人)

日本7人、産科医が必死に対応しているだけか?

日本産科婦人科学会周産期委員会  
「母体死亡およびニアミスケースの調査と検討小委員会」中間集計

2004年分娩例で妊産婦死亡を含めた重症管理妊産婦を調査  
 <調査施設> 日本産科婦人科学会研修指定施設と救急救命センター  
 <対象>  
 1. 妊産婦死亡、救急救命センターあるいは集中治療室管理、人工呼吸管理  
 2. 意識障害、ショック、2L以上の大量出血、輸血、救命のための子宮摘出、DIC、  
 子癇、常位胎盤早期剥離、HELLP症候群、羊水塞栓、肺塞栓、子宮破裂  
 心不全・腎不全・肝不全・多臓器不全、脳出血・脳梗塞、敗血症・重症感染症

調査施設数: 327施設 (分娩施設: 303 非分娩施設: 24)  
 集積分娩数: 120,646例 (2004年の日本総分娩数の約11%)

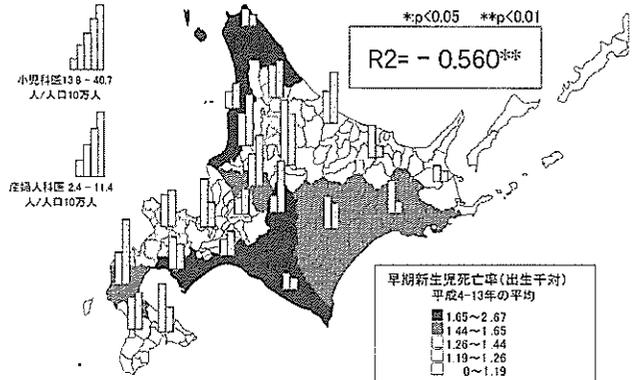
妊産婦死亡: 31例 (日本全体の63.3%)  
 出血: 12(PIHで頭蓋内出血:6、弛緩出血:4、早剥:2)  
 偶発合併症: 11 肺梗塞・血栓: 5 感染症: 2 その他: 1

重症管理妊産婦: 2,537例  
 (2537+31) / 31 = 82.8

1人の妊産婦死亡の約80倍が超ハイリスク  
 7×80 = 560人 / 10万出生

日本産科婦人科学会周産期委員会  
 「母体死亡およびニアミスケースの調査と検討小委員会」中間集計

二次医療圏における早期新生児死亡率に  
 小児科医数(R1)と産婦人科医数(R2)を重ねた図



# 医師需給の現状

- 年間7,700人程度の医師が誕生。医師の増加数は3,500-4000/年と概算
- 都道府県全ての地域で医師数の増加が見られるが、地域格差は解消しない。
- 地域別・診療科別の医師の偏在

医師は増えているはずなのに、、、

- 勤務負担が増えている
  - 病院内の診療外業務
  - 教育指導
  - 外来患者の増加
  - 外来患者への費やす時間の増加
  - 診療密度の上昇
  - 医療安全に対する配慮
  - 医療技術の向上と複雑・多様化
  - どんな時間にも専門医に診てもらいたい等、患者側の要望
  - 文書量の増大
  - 医師相互による診療依頼の増加
- 訴訟リスクの増大
- 見合った処遇がえられない

# 産婦人科の現状

- 平成16年より455人減少(医師・歯科医師・薬剤師調査)
- 分娩に関与する常勤医師約8,000人(日本産科婦人科学会)
- 臨床研修医で将来産婦人科医を希望している者の約7割が女性
- 産婦人科医療体制：一施設あたりの産婦人科医数が諸外国に比し少ない。
- 利便性より安全性を重視—医療機関の集約化・重点化を進める必要性がある。
- 退職を抑制する対策
- 医療事故への原因究明の制度
- 助産師の健診、正常分娩への関与

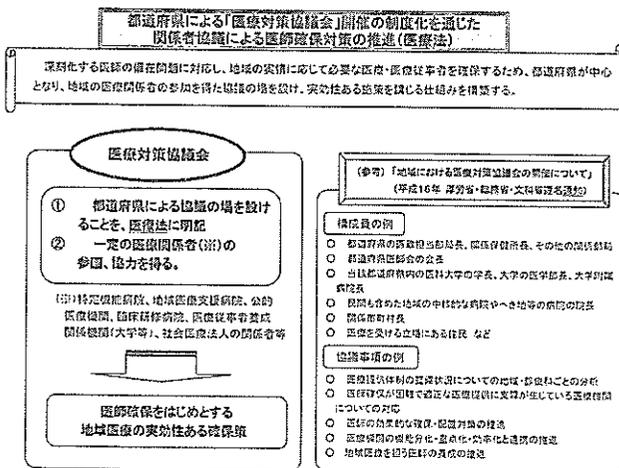
# 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律

- 地域や診療科による医師不足問題への対応
  - 都道府県は、公的医療機関等の管理者等との協議の場を設け、救急医療等の確保事業に係わる医療従事者の確保等の事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。(医療法第30条の12関係)
  - 公的医療機関の管理者等は、都道府県から上記の協議に参画するよう求められた場合、これに協力するよう努めなければならない。(医療法第30条の12関係)
  - 公的医療機関は、上記により都道府県が定めた医師確保のための施策の実施に協力しなければならない。(医療法第31条関係)
  - 医師等の医療従事者は、上記の都道府県が定めた医師確保のための施策の実施に協力するよう努めなければならない。(医療法第30条の13関係)
  - 厚生労働大臣または都道府県知事は、公的医療機関の開設者または管理者に対して、救急医療等確保事業に係わる医師の確保に関し必要な措置を講ずることを命ずることができる。(医療法35条関係)

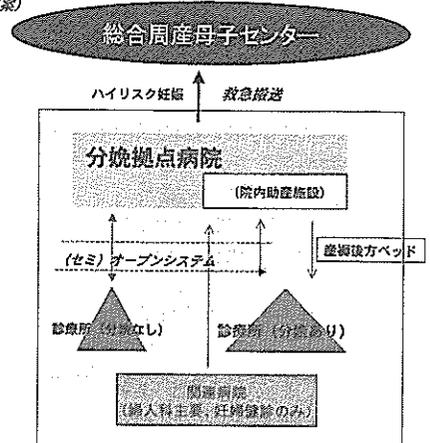
平成19年4月施行

行政と公的医療機関は医療協議会を作り、地域の産科医療をどうするかを考える

替ったね!



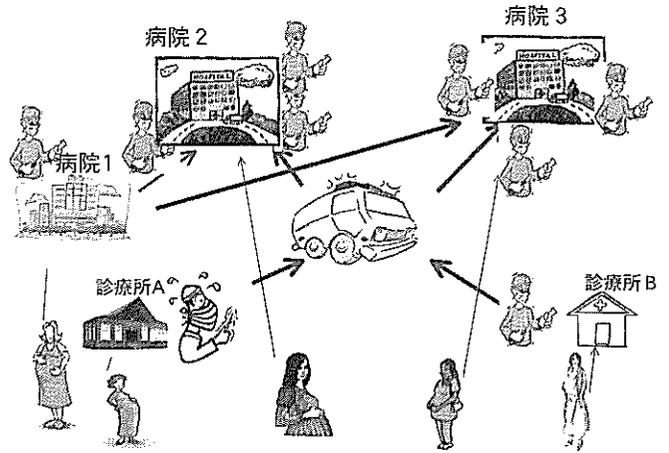
都市型システム(案)



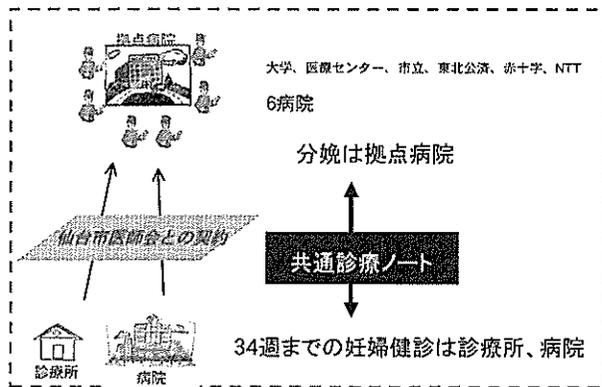
# 産科医療圏設定にむけて

- ・ 周産期医療協議会を設定
- ・ 連携強化病院（拠点病院）の設定
- ・ 市民への教育・啓発
- ・ 全体バス（エビデンスに基づく産科管理プログラム）のワーキンググループ
- ・ 地域連携バスのワーキンググループ
  - 拠点病院を中心に
- ・ 診療の質の評価方法を検討
  - 定期的な検討会の開催
  - データベースマネジメント
- ・ 分娩数に必要な助産師数
- ・ 医療経済からみた拠点化の意義

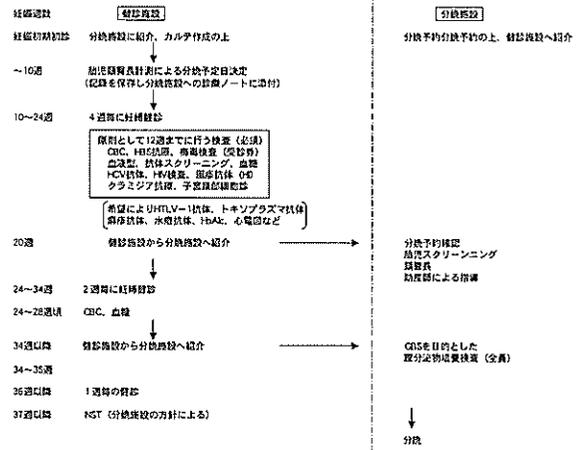
# これまでの産科システム



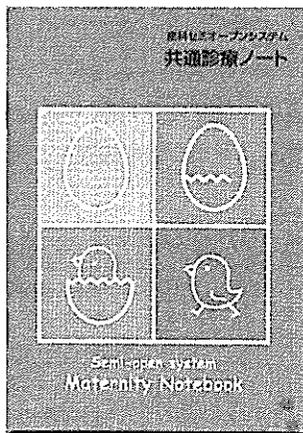
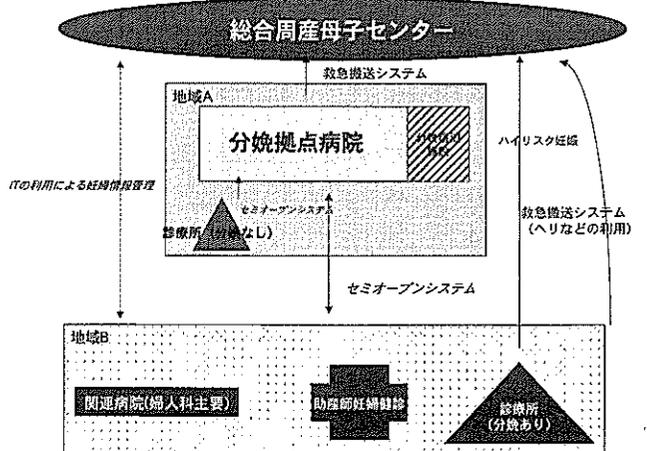
# 仙台セミオープンシステム

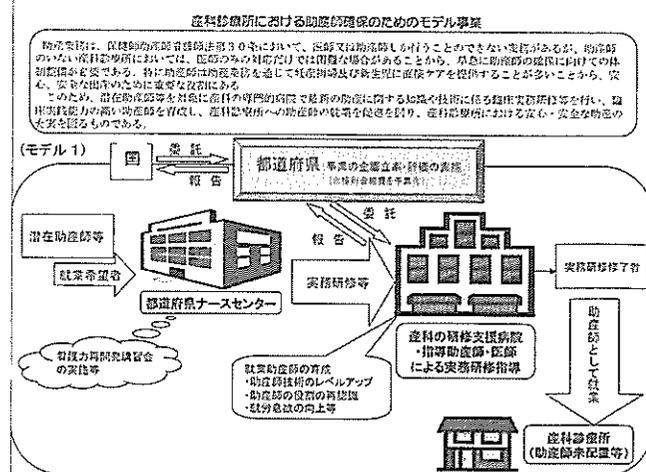
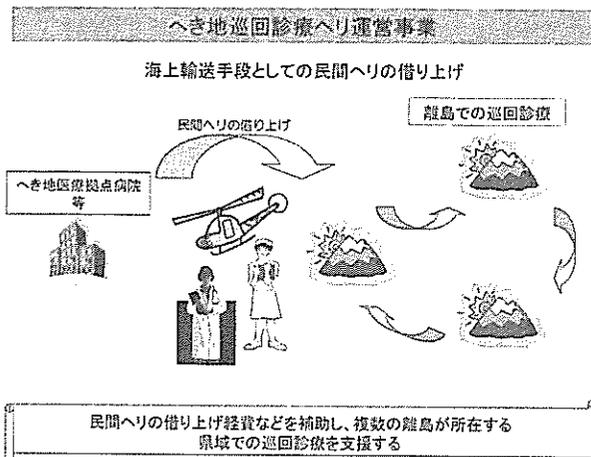


# 妊婦健診クリティカルパスのフローチャート



# 地方型システム (案)





## 分娩を担うマンパワーの推移

**産科医師数激減**  
 助産師激減: 55,000 → 26,000人  
 看護師増加: 100,000 → 1,200,000人

**助産師不足数**  
 現状: 6,718人 (日母調査2005年)  
 理想 (6-8人/分娩機関): 51,784人

何百年かかれば助産師だけの内診で対応できるのか

## 助産所からの母体搬送・新生児搬送に関する調査報告 (社団法人日本産婦人科医会医療対策部・メディカル対策委員会、2006年10月)

調査対象期間: 平成17年1月-12月  
 調査対象施設: 地域の中心的病院73施設  
 調査内容: 母体搬送数、新生児搬送数、搬送経路、搬送理由、重症度、転帰

回収率: 475施設 (64.8%)

母体搬送数: 247件  
 新生児搬送数: 54件

\*平成16年 助産所分娩数 11,289  
 \*助産所から紹介する妊産婦は約7%

### 助産所からの母体搬送の解析(247例)

母体重症度 → 29.9%が緊急重症  
 救命処置: 4例、緊急処置: 70例  
 母体転帰 → 9.7%が死亡、後遺症、長期入院  
 死亡: 1例  
 新生児重症度 → 16.4%が救命・緊急処置必要  
 救命処置: 14例、緊急処置: 15例  
 新生児転帰 → 22.2%が死亡、長期入院  
 死亡: 4例

### 助産所から新生児搬送の解析 (54例)

新生児重症度 → 26%が救命・緊急処置必要  
 救命処置: 9例、緊急処置: 5例  
 新生児転帰 → 26.4%が死亡、後遺症、長期入院  
 死亡: 1例、後遺症: 4例、長期入院: 9例

## 助産所からの母体搬送・新生児搬送に関する調査報告

### == 考察からの抜粋 ==

- ◆母体搬送、新生児搬送共に嚔託医を介さず8割以上が直接搬送された。
- ◆分娩後搬送された産婦出血で死亡した1例、後遺症を残した1例の両者とも出血性ショックであったにもかかわらず迅速に搬送された。
- ◆母体搬送例を1例の母体死亡、4例の新生児死亡があった。助産所の分娩数が今以上に増加した場合には社会問題となる。
- ◆産科搬送にまわれば助産所における薬剤使用は禁止されているが、前駆羊水あるいは胎膜早破へ予防的抗生剤投与が行われていた。
- ◆新生児搬送の1例が予後不良であった。
- ◆この現状では、医療法改正により助産所の開業には嚔託医・連携医療機関との契約が必要となるが、安易に契約を結ぶべきではない。
- ◆助産所は医療を行うことができない、医師不在の施設であることを改めて腹に念ずる必要がある。現状のように嚔託医、助産院が独立し別々の業務を行っている中、緊急時にのみ連携し患者の安全を担保することは不可能であろう。
- ◆妊娠中に対しては理かなり知識に基づいて自分の妊娠分娩管理様式を決定すべきであるという教育も定まらなければならない。助産師の活用？（昔のような優秀な助産師はいない）

助産師の絶対数が不足している

新卒助産師の臨床技術は稚拙で分娩能力なし＝お産だけではなく内診すらできない  
産期医療体制の輪に入れないお産技術習得のために大病院を希望、集中

助産師養成所の変遷：助産師学校→4年生看護大学

わずか5ヶ月の卒業、数例の分娩介助のみ益々分娩技術を持たない助産師増加  
ベーパー助産師の増加（教職、指導者など）

## 福島県立大野病院で04年12月、帝王切開した女性が死亡した医療事故の疑問

疑問

- ①事故発生から1年2ヶ月経過し、逃亡・証拠隠滅の恐れがないのに逮捕したこと
- ②今回の事故は深刻な産婦人科の医師不足や県立病院の安全体制に根ざしているのに、一産婦人科医の責任として問題を矮小化
- ③逮捕理由の医師法違反について「異状死」の定義が不明確。

### 萎縮診療・医療体制の弱体化

医療事故の対応の基本は、

- 1 被害者救済と再発防止。
- 2 産婦人科などの医師不足・地域偏在解消
- 3 医師の労働環境改善、安全確保のための診療報酬の改善

医療事故防止の国・自治体がなすべき

- ①医療過誤における被害者救済
- ②医療の安全の確保のため、中立的専門家の構成による第三者機関の設立
- ③無過失保障制度の創設

## まとめ

- ・産婦人科医が不足は緊急には解決しない。
- ・少ないことを前提にしたシステム構築と、産婦人科医師ヘインセンティブを考える。
  - －集約化は避けられない
  - －産婦人科過疎地域への支援
    - ・通院手当て
    - ・院内宿泊
    - ・ヘリ搬送
  - －助産師の活用
  - －産婦人科医師への手当て（小手先ではだめ）
    - ・年俸制
    - ・分娩手当て（分娩を扱うと特別利益が生じるように）
  - －女性医師への支援
    - ・絶対やめないように

# 周産期医療確保への国として取組

平成18年度厚生労働科学研究費補助金

市民公開フォーラム

北海道のお産をまもるために

平成18年10月22日

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業

「分娩拠点病院と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長  
千村 浩



# 地域の周産期医療確保(1)

- ※ 地域住民
- ※ 医療関係者
- ※ 市町村
- ※ 都道府県
- ※ 国

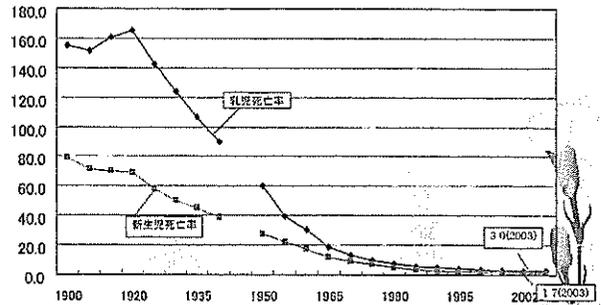


# 地域の周産期医療確保(2)

- ※ 医療資源の再配分
  - ☞ 医療施設、産婦人科医師、助産師等
  - ☞ 機能分担と連携
- ※ 地域関係者の連携と協力
  - ☞ 都道府県のコーディネーション機能
  - ☞ 医療機関、地域医師会等の関係団体の協力
  - ☞ 住民の理解
- ※ 国の関与
  - ☞ 全国に共通する考え方などの提示
  - ☞ モデルケースの提示(厚生労働科学研究など)
  - ☞ その他の援助など



Infant Mortality Rate and Neonatal Mortality Rate(Per 1000 live births)  
乳児死亡率及び新生児死亡率(出生千対)



Infant Mortality Rate, and Neonatal Mortality Rate in Some Countries, 1950 - 2003

諸外国の乳児死亡率及び新生児死亡率

Country	Rate (Per 1,000 live births)							
	Infant mortality rates				Neonatal mortality rate			
	1950	1960	1970	1980	2003	1970	1980	2003
Japan**	60.1	30.7	13.1	7.5	3.0	3.7	4.9	1.7
Canada	41.3	27.3	18.8	10.4	5.3 <sup>(9)</sup>	13.6	6.7	3.7 <sup>(9)</sup>
U.S.A.	29.2	26.0	20.1	12.6	6.9 <sup>(9)</sup>	15.1	8.4	4.7 <sup>(9)</sup>
Austria	66.1	37.5	23.9	14.3	4.8 <sup>(2)</sup>	19.0	9.3	3.7 <sup>(2)</sup>
Denmark	30.7	21.5	14.2	8.4	4.2 <sup>(9)</sup>	10.9	5.6	4.1 <sup>(9)</sup>
France	47.1	27.4	15.1	10.0	4.5 <sup>(9)</sup>	9.5	5.6	2.9 <sup>(9)</sup>
Germany*	55.5	33.8	23.6	12.6	4.4 <sup>(9)</sup>	18.4	7.8	2.9 <sup>(9)</sup>
Hungary	82.7	47.6	35.9	23.2	9.2 <sup>(2)</sup>	28.5	17.8	6.2 <sup>(2)</sup>
Italy	63.8	43.9	29.6	24.5	4.6 <sup>(2)</sup>	20.3	11.2	3.8 <sup>(2)</sup>
Netherlands	25.2	16.5	12.7	8.6	5.4 <sup>(9)</sup>	9.4	5.7	3.8 <sup>(9)</sup>
Poland	108.0	56.8	33.2	21.3	8.1 <sup>(9)</sup>	19.5	13.3	5.6 <sup>(9)</sup>
Sweden	21.0	16.6	11.0	6.9	4.2 <sup>(9)</sup>	9.1	4.9	2.7 <sup>(9)</sup>
Switzerland	31.2	21.1	15.1	9.1	4.7 <sup>(9)</sup>	10.8	5.9	3.8 <sup>(9)</sup>
U.K.	31.2	22.5	18.5	12.1	4.6 <sup>(9)</sup>	12.5	7.7	3.9 <sup>(9)</sup>
Australia	24.5	20.2	17.9	10.7	5.7 <sup>(9)</sup>	12.9	7.1	3.8 <sup>(9)</sup>
New Zealand	22.7	25.6	16.7	13.0	6.1 <sup>(2)</sup>	10.3	5.8	3.6 <sup>(2)</sup>

Notes: \*\*Until 1980, figure of F.R.G. is listed  
 (9) 1967-99) 1988-99) 1993-00) 2000-01) 2001-02) \* Provisional  
 Sources: Journal of Health and Welfare Statistics World Health Statistics Annual Demographic Yearbook  
 \*\*Vital Statistics of Japan

Maternal Mortality Rate in Selected Countries, 1950-2003

諸外国の妊産婦死亡率

Country	Rate (Per 100,000 live births)					
	1950	1960	1970	1980	1990	2003
Japan***	176.1	130.6	52.1	20.5	8.6	6.1
Canada	113.2	44.9	20.2	7.6	2.5	5.3 <sup>(9)</sup>
U.S.A.	83.3	37.1	21.6	9.2	3.2	7.1 <sup>(9)</sup>
France	86.1	51.6	28.1	12.9	10.4	10.1 <sup>(9)</sup>
Germany	206.2	105.7	51.8	20.6	9.1	4.3 <sup>(9)</sup>
Italy	153.2	115.0	54.5	13.0	8.9	3.5 <sup>(9)</sup>
Netherlands	105.5	39.4	13.4	8.8	7.6	9.8 <sup>(9)</sup>
Sweden	61.5	37.2	10.0	8.2	3.2	7.1 <sup>(9)</sup>
Switzerland	140.4	57.2	25.2	5.4	6.0	3.6 <sup>(9)</sup>
U.K.**	88.2	39.5	18.6	10.7	7.6	5.3 <sup>(9)</sup>
Australia	109.1	52.5	25.6	9.8	6.5	5.1 <sup>(9)</sup>
New Zealand*	90.3*	38.2	32.2	13.8	6.6	5.1 <sup>(9)</sup>

Notes: \*\*Excluding Maori tribe  
 \*\*\*Until 1985, figure of England & Wales is listed.  
 (9) 1956-03) 1957-98) 1988-99) 1999  
 Sources: Journal of Health and Welfare Statistics World Health Statistics Annual Demographic Yearbook  
 \*\*\*Vital Statistics of Japan