

表11 助産師にとってのメリット

<p>継続看護 (16)</p>	<p>外来から病棟と一環した看護を提供できる 外来から面識があると、分娩時、産褥期のケアがスムーズにできる(コミュニケーションがとりやすい)早めに指導ができる(2) 自分が外来で対応した産婦や妊婦のその後に注意が向くようになると思う。妊婦から産婦となって入院してきた際、モチベーションが違うと思う 病棟勤務だけだと分娩産褥期に集中しがちだが、妊娠中に抱きやすい不安等が分かり、ケアにいかせる 同じ妊婦を妊娠中から見ることにより、妊娠→出産→分娩→産後を流れでみることができる 入院後に良くある問題等を妊娠中からアドバイスすることで改善に向かせやすい 継続した看護ができる(2) 妊婦とのコミュニケーションが取れて、分娩時にかかりやすい 継続的な妊婦の変化を知ることができる(2) 妊婦と顔見知りになり、一部継続的ケアにつながる 継続してケアができる(2) 継続看護の一環(2)</p>				
<p>信頼関係 (17)</p>	<p>分娩前に妊婦さんとの関係を築ける 産婦さんとの面識ができる(2) 患者さんとの関わる機会が多い 妊婦と良好なコミュニケーションがとれる(2) 妊婦及びその家族とのコミュニケーション (3) コミュニケーションがとりやすい お互いによく知り合うことで、対象が求めている情報、技術の提供ができ信頼関係も得 妊婦の思いを引き寄せる 信頼関係が築ける(4) コミュニケーションが良くなる(妊婦との)</p>				
<p>対象者理解 (19)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="278 1059 443 1160"> <p>妊娠経過の把握(3)</p> </td> <td data-bbox="443 1059 1419 1160"> <p>妊娠中の母体、胎児の変化を把握できる スクリーニング効果 妊婦の全身状態を全体的に捉えていく力の向上(母体、胎児すべて)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="278 1160 443 1485"> <p>対象者把握 (16)</p> </td> <td data-bbox="443 1160 1419 1762"> <p>患者さんの把握ができる ニーズを把握しやすい 妊婦を把握しやすい 母体一胎児だけでなく、社会的・発達の側面や、健康管理能力など全般的な評価や予測する機会を与えられる 妊婦と全体像を把握できる 早いうちから接しておくことで全人格的にその人のことを理解、アセスメント、個別的な関わりに生かしていくことができる 情報を得やすい(内にある問題など)(2) 患者さんとゆっくり話をすることができ、患者さんに対する個別的な理解の場となっている 対象が広がり、より細やかな判断をする場面が増える 生活の視点で情報収集やアセスメントができる 外来の妊健では詳しく聞き出せない生活習慣などの情報を把握しやすい ゆっくり妊婦と関わり、細かく情報収集アセスメントできるため、より個別性のあるケア(産後の予測されるものも含む)や希望する分娩などができる 妊婦と向き合って細かい部分への指導ができる 実際の妊婦の思いを捉えやすい 妊婦の抱えている問題が、すぐに伝える</p> </td> </tr> </table>	<p>妊娠経過の把握(3)</p>	<p>妊娠中の母体、胎児の変化を把握できる スクリーニング効果 妊婦の全身状態を全体的に捉えていく力の向上(母体、胎児すべて)</p>	<p>対象者把握 (16)</p>	<p>患者さんの把握ができる ニーズを把握しやすい 妊婦を把握しやすい 母体一胎児だけでなく、社会的・発達の側面や、健康管理能力など全般的な評価や予測する機会を与えられる 妊婦と全体像を把握できる 早いうちから接しておくことで全人格的にその人のことを理解、アセスメント、個別的な関わりに生かしていくことができる 情報を得やすい(内にある問題など)(2) 患者さんとゆっくり話をすることができ、患者さんに対する個別的な理解の場となっている 対象が広がり、より細やかな判断をする場面が増える 生活の視点で情報収集やアセスメントができる 外来の妊健では詳しく聞き出せない生活習慣などの情報を把握しやすい ゆっくり妊婦と関わり、細かく情報収集アセスメントできるため、より個別性のあるケア(産後の予測されるものも含む)や希望する分娩などができる 妊婦と向き合って細かい部分への指導ができる 実際の妊婦の思いを捉えやすい 妊婦の抱えている問題が、すぐに伝える</p>
<p>妊娠経過の把握(3)</p>	<p>妊娠中の母体、胎児の変化を把握できる スクリーニング効果 妊婦の全身状態を全体的に捉えていく力の向上(母体、胎児すべて)</p>				
<p>対象者把握 (16)</p>	<p>患者さんの把握ができる ニーズを把握しやすい 妊婦を把握しやすい 母体一胎児だけでなく、社会的・発達の側面や、健康管理能力など全般的な評価や予測する機会を与えられる 妊婦と全体像を把握できる 早いうちから接しておくことで全人格的にその人のことを理解、アセスメント、個別的な関わりに生かしていくことができる 情報を得やすい(内にある問題など)(2) 患者さんとゆっくり話をすることができ、患者さんに対する個別的な理解の場となっている 対象が広がり、より細やかな判断をする場面が増える 生活の視点で情報収集やアセスメントができる 外来の妊健では詳しく聞き出せない生活習慣などの情報を把握しやすい ゆっくり妊婦と関わり、細かく情報収集アセスメントできるため、より個別性のあるケア(産後の予測されるものも含む)や希望する分娩などができる 妊婦と向き合って細かい部分への指導ができる 実際の妊婦の思いを捉えやすい 妊婦の抱えている問題が、すぐに伝える</p>				

スキルアップ(42)	知識・技術力の向上(33)	<p>超音波の見方や妊娠期の診断が前よりもできるようになった</p> <p>外来に出て、妊婦健診を行うことによって、自己の技術の向上になる</p> <p>助産師として診断技術の向上(2)</p> <p>助産技術や知識の向上</p> <p>技術(技)の向上(3)</p> <p>外来(エコー等)技術のスキルアップ</p> <p>スキルアップ(5)</p> <p>エンパワメントとできる</p> <p>判断能力の向上</p> <p>助産師としての知識技術向上につながる(2)</p> <p>助産診断技術や能力のレベルアップにつながる</p> <p>五感をフル活用するため、自身のスキルアップに大いにつながる</p> <p>観察、診断、能力があがる</p> <p>超音波エコーの習得(2)</p> <p>助産師としての能力、スキルの向上(2)</p> <p>超音波診断能力の向上</p> <p>助産師の専門技術の向上(2)</p> <p>アセスメント能力の向上</p> <p>コーディネーション能力の向上</p> <p>自己研鑽</p> <p>助産師の専門性を高めることが出来る</p> <p>レオポルドなどで触診を行うことで助産師としてのスキルアップとなる</p>
	学び(9)	<p>勉強になる</p> <p>助産師も妊娠の経過や週数に応じたケア(マイナートラブル改善法等)を考え、学ぶこと</p> <p>病棟ではわからなかった妊娠の流れを理解し、病棟内で活用できることがある</p> <p>マイナートラブルや日常の困ったことなどにアドバイスするキャパを広げる動機付けを得られる</p> <p>妊娠期間の経過やアドバイス方法、スクリーニング方法などを学べる</p> <p>入院中の切迫妊婦などではなく、外来に来る正常妊婦を見ることで、ノーマルでの妊娠経過を知ることができる</p> <p>色々な週数の妊婦とかかわれる</p> <p>妊娠期間について学ぶことができる</p> <p>助産師自身の判断やどれだけ生活人としての知恵をたくわえているかで、ケアの幅が違う部分はあると思うが、妊娠生活はみんな違うので、妊婦さんから教えられることは、身体の変化や心の変化で多々ある</p>

	モチベーション (12)	<p>コミュニケーションがとれ、充実感が増す モチベーションの向上(2) 助産師のスキルやモチベーションの向上 MWとしてのモチベーションの向上 医師による診察の介助ではなく、自分が主体的になって対象にかかわるため、モチベーションアップにつながる 自らのキャリアアップの目標 自分自身のキャリアアップ (観察、診断、能力があがるあげるための)モチベーションが高くなる 妊婦との関わりが増える満足感達成感がある 自信がつく 助産師の主体性やモチベーションのアップ</p>
	評価(4)	<p>指導後のことが効果があるかどうかを確認することができる 妊婦との信頼関係の評価 1人の妊婦の健診から家族関係までかかわり、評価を行うことにより、自分の助産師としての質の向上につながる</p> <p>母体一胎児だけでなく、社会的・発達の側面や、健康管理能力など全般的な評価や予測する機会を与えられる。また、それを関わりの中で評価できる</p>
やりがい (50)	専門性の発揮 (20)	<p>助産師の立場から、色々アドバイスができる(正常範囲内であれば)。 女性として自然分娩や母乳育児の素晴らしさ、メリットを伝えることができる 妊婦とゆっくり関わるができるため、満足度の向上につながりやすい 能力の発揮 外来だけでは指導しきれない点や細かい個別指導がゆっくり行える 専門性を発揮できる場として存在する 助産師としての能力が発揮される 妊婦のニーズに合わせたケアができる 専門性の発揮(身体面だけでなく生活の視点からも健康の保持増進を高めていくためのスキルアップができて、病棟での看護にも反映させることができる)</p> <p>医師側の視点が違う生活や精神面からのアプローチすること 助産師の力で正常な妊娠分娩育児を導くことができる 当院で出産を迎える妊婦に目がいく事できるだけ安産にという意識で関わりを持ちやすい 専門性が発揮できる点(3) 妊娠中から分娩に向けての指導がきちんとできる 自身の知識、技術、コミュニケーション能力、マネジメント能力などが試される。また深められる (時間をとってゆっくり話すことで)セルフケア能力を引き出せる 助産師としての能力を最大限活用できる 専門職業人としての充実感や達成感</p>
	責任感とそれに伴う役割意識(14)	<p>継続的な関わりを持つことで、より責任感が高まり、自立性の発揮にもつながる 責任感が強くなる(2) 助産師としての責任感が良い意味で上昇する 自分で外来を行う責任は、自己研鑽やスキルアップにつながる 助産師自立への一歩と考える(助産師外来が院内助産院へとつながっていく) 責任の重さを感じながら行える 助産師としての自覚、プライド、責任感が強くなる 責任が大きい分、妊婦さんとの関わりで技術が向上する観察の視点がより充実していくと思う 責任を持って相手と関わる姿勢が養われる 助産診断に対する責任感 責任感とやりがい(2) プライマリー助産師になれる</p>
ゆとり(6)		<p>妊婦さんとゆっくり関わる時間がもてる 1人の妊婦と話す機会が増える ゆっくり話ができる 普通の妊婦健診より時間をかけて保健指導ができる ゆったりと妊婦さんと過ごすことができる ゆっくり妊婦とかかわれる</p>
その他(3)		<p>関わり少ないせいで色々なクレームや満足度を得られていない原因となっている気がする 特に思い浮かばない 実際お産に関わるスタッフが妊娠期より、顔を見てケアできる場はもっとあった方が良い</p>

『助産師外来』

～助産師・医師の連携を強化し出産環境を守ろう!～

日時 平成20年2月28日(木) 17:30～19:30 (17:00受付開始)

場所 日本看護協会 B2F JNAホール

1. 報告

岩手県の周産期医療と助産師
助産師外来担当者のケアの質・自己評価から
助産師外来機能評価の必要性とその視点

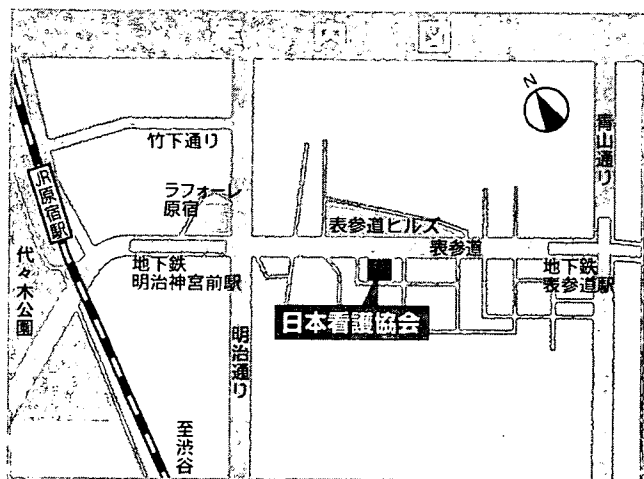
司会：遠藤 俊子

福島 裕子
石川 紀子
葛西 圭子

2. 三二講演

わが国の産婦人科施設数の推移と医療供給体制

北里大学医学部 産婦人科教授 海野 信也



参加無料

参加の申込みは
不要です

助産師外
来を設置予定、
あるいは安定的運営
を計画中の医療機関
の皆様ご参加下さい。
医師や事務部門も
大歓迎です。

問合わせ

山梨大学大学院

〒409-3898
山梨県中央市下河東1110
TEL・FAX 055-273-8179

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2 TEL 03-5778-8831

- JR山手線「原宿」駅下車、表参道口 徒歩10分
- 地下鉄 銀座線・千代田線・半蔵門線「表参道」駅下車、A1出口徒歩5分
- 地下鉄 千代田線「明治神宮前」駅下車、4番出口徒歩5分
- 駐車場のご用意はございません



□主催／厚生労働科学研究 分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業

主任研究者：東北大学大学院医学系研究科 岡村 州博
分担研究者：山梨大学大学院臨床看護学 遠藤 俊子

分担研究報告書

「産科医を恒常的に確保するための各国の施策についての調査」

分担研究者 木下 勝之 成城木下病院 理事長 (日本医師会 常任理事)
研究協力者 江口 成美 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

研究要旨

わが国では、産科医の不足や偏在が大きな社会問題となっているが、諸外国でも産科医をめぐる同様の問題を抱えているのであろうか。また、諸外国では、産科医を安定的に確保するために、どのような政策や対応を行っているのであろうか。国の医療制度や保険制度をはじめ、医師を取り巻く提供体制、さらには、分娩に関わる文化や歴史的背景などの違いは大きい、海外での状況や対応を把握し、今後の日本の産科医療政策の参考としたい。特に、地域別に産科医など診療科別の医師数を設定する「診療科枠」の可能性、医学教育プログラムによる研修医の誘導、医師のキャリアプランへの対応、などの検討も行いたい。調査は、それぞれの国の産科を取り巻く制度や環境、医学教育の状況を把握し、具体的に行っている施策について質問する。対象は、世界医師会の加盟国の中の 17 カ国の医師会とし、アンケートによる郵送調査と回収後の聞き取り調査を行う。結果を踏まえて、問題解決につながる日本の実情にふさわしい産科医療政策のあり方を考える。

A. 研究目的

わが国の周産期医療を取り巻く環境は極めて厳しく、産科医不足や偏在に対する根本的な解決策が必要となっている。医療制度や保険制度を初め、医療提供体制、医師の勤務環境、文化的・歴史的背景など、それぞれの違いは大きい、本調査では、諸外国における産科医療の現状と産科医の確保のための政策を把握する。特に、地域別に各診療科別の人数を定める診療科枠の設置状況について調査を行うと同時に、

医学教育プログラムによる医師の誘導、医師のキャリアプランへの考慮など、

具体的な対応を把握する。本調査の結果を基に、わが国の現状を踏まえた適用可能な方策を検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象および調査期間

アメリカ、オーストラリア、カナダ、欧州諸国、アジア諸国を含む 17 カ国の

医師会を対象に、アンケート調査票を郵送する。産科医の地域偏在や不足の有無、地域別の診療科枠の有無、問題解決のため実施されている政策などの設問を設ける。記入内容の確認や追加情報収集のためにフォローを行う。調査期間：2008年1月～2月。

2. 調査項目

- 基本データ（男女別産科医数、分娩数、施設別分娩数、助産師数、産科医の平均勤務時間、医学部定員制限の有無）
- 産科医の供給をめぐる課題やそれらに伴い顕在化している問題の有無
- 具体的方策（産科医総数の設定、地域枠の設定、地方部・過疎地での経済的インセンティブによる誘導、産婦人科インターン数の設定、医学プログラムによる誘導、医師のキャリアプログラム上の考慮、外国人医師の利用、など）
- 産科医療を取り巻く環境（医療訴訟、女性医師数、産科施設の集約化の有無、産婦人科という診療科に対する意識、妊婦の自宅から分娩施設までの平均時間など）

C. 研究結果

2008年3月に公表予定

D. 考察

N/A

E. 結論

N/A

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 木下勝之「産科・周産期医療の安全への取り組み」日本医師会雑誌、2007.10
- Katsuyuki Kinoshita, “Professional Liability Insurance Program of the Japan Medical Association”, JMAJ, 2007.10

- 江口成美 他「産科医療の将来に向けた調査研究」日医総研 WP No.141、2007.4

- 江口成美「医療に関する意識の国際比較」日本の医療をどうするのかー医療の質とグローバルスタンダードー、メディカルレビュー社、2006.11

2. 学会発表

- 木下勝之「医療崩壊を防ぐための医療安全に関する日本医師会の取り組み」医療の質・安全学会 第2回学術集会 2007.10

- 木下勝之「新医師確保総合対策等を通しての産科医療支援の具体的施策」家族計画・母体保護法指導者講習会 2007.7

- 木下勝之「わが国の周産期医療の崩壊を防ごう」日本産科婦人科学会 2007.4

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Ⅲ 公開討論会会議録

救母と子の命を救う 急医療ネットワーク

日 時：平成19年7月21日 土 13:00~17:00
場 所：仙台国際センター 3階「白檀」
〒980-0856 仙台市青葉区青葉山 TEL 022-265-2450
対 象：一般市民・行政・医療関係者等
(参加費無料・当日参加可)

司 会 東北大学産婦人科教授 岡村 州博
東北大学小児科教授 土屋 滋

第一部 講演 (13:00~14:30)

1. 「日本の母体死亡とニアミス例の実態」
母子愛育会愛育病院院長 中林 正雄
2. 「わが国の妊産婦死亡の分析と提言」
国立循環器病センター周産期部長 池田 智明
3. 「このままではいけない! 病院の小児科の現状」
—日本小児科学会の進めている小児医療改革—
日本小児科学会副会長/大阪府立母子保健総合医療センター総長 藤村 正哲
4. 「ヘリコプター救急の制度設計と運動論」
数島へり病院ネットワーク理事長 国松 孝次

第二部 講演 (14:30~15:30)

5. 「宮城県における産科救急ネットワーク」
東北大学病院周産母子センター講師 千坂 泰
6. 「宮城県における小児医療提供体制」(仮題)
仙台医療センター小児科医長 小川 英伸
7. 「青森県の母体搬送ネットワークの現状と課題」(仮題)
青森県立中央病院総合周産期母子医療センター母体胎児集中治療部部長 佐藤 秀平
8. 「交通アクセスの悪い地域でのITを利用した連携システム」
岩手県立釜石病院副院長 小笠原敏浩
9. 「女性が求める医療システム」
河北福祉保健局報道部 報道部副部長 大江 秀則

(休憩) 15:40~16:45

第三部 意見交換 (15:45~17:00)

主催：平成19年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業
【分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業】
(主任研究者 岡村 州博)

後援：日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
子ども家庭総合研究事業
「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による
産科医師の集中化モデル事業」

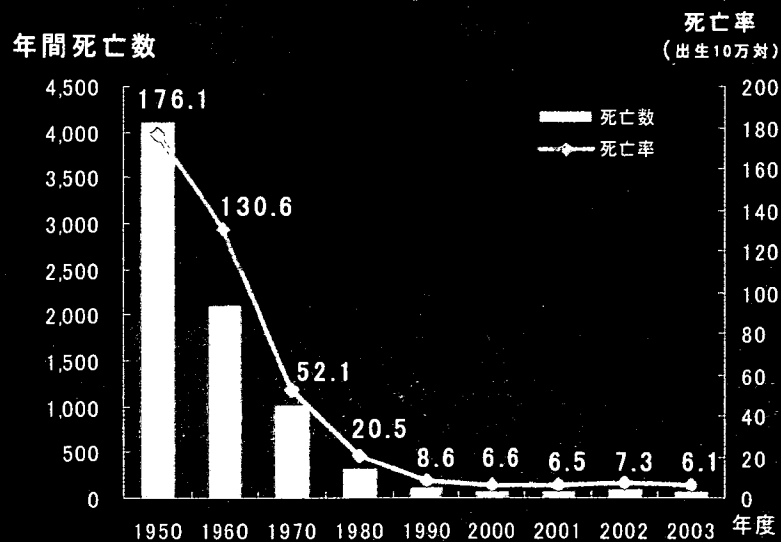
シンポジウム

「母と子の命を救う救急医療ネットワーク」

日本の母体死亡とニアミス例の実態

母子愛育会愛育病院院長
中 林 正 雄

妊産婦死亡の年次推移



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
	(中南:520人、東南:210人、西:190人、東:55人)
オセアニア	240人
日本	7人
* アフガニスタン	1,900人(1/53人)

日本の妊産婦死亡は果たして少ないのか？

交通事故死数:7,702人

日本人口:126,139,000人

⇒1/16,377人

妊産婦死亡数:69人

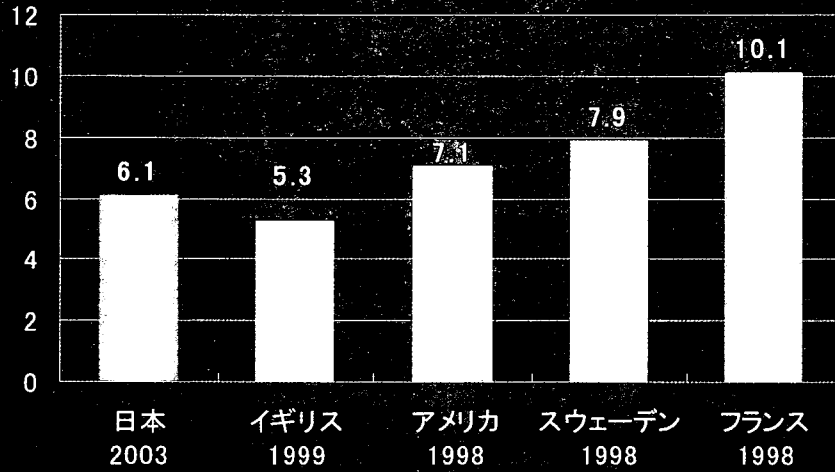
出生数:1123,610人

⇒1/16,284人

(平成15年人口動態統計)

妊産婦死亡率の国際比較

(10万出生対)



母体年齢層別出生数

	1980	1990	2000	2003
総出生数	158万	122万	119万	112万
35-39才	3.8%	7.6%	10.6%	12.4%
40才以上	0.5%	1.0%	1.3%	1.6%

母体年齢層別・妊産婦死亡率

	1980	1990	2000	2003
総数	20.5	8.6	6.6	6.1
年齢(才)				
20-29	10.1(1.0)	5.3(1.0)	2.6(1.0)	1.7(1.0)
30-34	29.8(2.9)	7.0(1.3)	9.1(3.5)	7.8(4.6)
35-39	99.8(9.9)	24.9(4.7)	11.9(4.6)	14.3(8.4)
40-	390.6(38.7)	101.5(19.2)	45.9(17.7)	22.3(13.1)

対10万出産数

わが国の最近5年間の妊産婦死亡の死因(出産10万対)

2001-2005

	総数	年平均	%
最近5年間の妊産婦死亡	340件	68.0件 (49-84件/年)	(100)
死亡率(出産10万対)	4.3-7.1	5.9	
直接産科的死亡	264	52.8	77.6
子宮外妊娠	11	2.2	3.2
浮腫・たんぱく尿及び高血圧性障害	32	6.4	9.4
前置胎盤及び胎盤早期剥離	39	7.6	11.5
分娩時出血	56	11.2	16.5
産科的塞栓	67	13.4	19.7
その他の直接産科的死亡	72	14.2	21.2
間接産科的死亡	72	14.4	21.2
原因不明	4	0.8	1.2

日本産科婦人科学会周産期統計における 妊産婦死亡(2001~2004)

総数	【28】	100%	母体搬送例	死亡回避の 可能性 (担当医)
直接産科的死亡	(15)	(53.6)	(11/15)	(5/15)
妊娠高血圧症候群(PIH)	4	14.3	3/4	2/4
前置胎盤・胎盤早期剥離	3	10.7	3/3	2/3
産科的塞栓	3	10.7	1/3	0/3
敗血症	5	17.9	4/5	1/5
間接産科的死亡	(13)	(46.4)	(8/13)	(0/13)
悪性疾患	7	25.0	5/7	0/7
脳出血(PIHを除く)	3	10.7	2/3	0/3
原発性肺高血圧症	1	3.6	0/1	0/1
突発性間質性肺炎	1	3.6	1/1	0/1
肝硬変	1	3.6	0/1	0/1

日本産科婦人科学会周産期統計における 妊産婦死亡の概要(2001~2004)

	妊産婦死亡例 (2001-2004、n=28)	日産婦周産期統計 (2004、n=58、118)
平均年齢	32.5歳	32.0歳
35歳以上	13/28(46.4%)	26.9%
初産婦	11/28(39.3%)	54.2%
平均分娩週数	32.2週	39.0週
帝王切開	21/28(75.0%)	32.7%
母体搬送	19/28(67.9%)	13.3%
母体死亡回避可能性 (担当医判定)	5/28(17.9%)	
	生 18/28(64.3%)	
児の転帰	IUFD 6/28(21.4%)	
	早期死亡 4/28(14.3%)	

重症管理妊産婦症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	} にアンケート調査
救命救急センター	164施設	
妊産婦死亡数	32例	
重症管理妊産婦数	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人の重症妊産婦管理例が発生している)

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)

11

妊産婦死亡の内訳(32例)

直接産科的死亡	20例	間接産科的死亡	12例
PIH+脳出血	4例	悪性疾患	6例
分娩時出血多量	4例	原発性肺高血圧症	2例
羊水塞栓、肺梗塞	4例	心筋症	1例
常位胎盤早期剥離	3例	大動脈破裂	1例
HELLP+脳出血	2例	偽膜性大腸炎	1例
くも膜下出血	1例	Von Willebrand症	1例
敗血症	1例	(小脳出血)	
不明	1例		

(2004年分娩例のアンケート調査)

重症管理妊産婦の症状

分娩時出血多量(20以上)	934例	(61.1%)
DIC(産科DICスコア8点以上)	225例	(14.7%)
ショック症状(要治療)	212例	(13.9%)
意識障害(JCS100以上)	37例	(2.4%)
心不全、腎不全、肝不全	32例	(2.1%)
その他重篤な状態	89例	(5.8%)
	1,529例	

(2004年分娩例のアンケート調査)

重篤管理妊産婦の疾患名

常位胎盤早期剥離	601例	(66.8%)
HELLP症候群	155例	(17.2%)
子癇	75例	(8.3%)
子宮破裂	24例	(2.7%)
脳出血、脳梗塞	18例	(2.0%)
敗血症	14例	(1.6%)
羊水塞栓、肺梗塞	12例	(1.3%)
	899例	

(2004年分娩例のアンケート調査)

重症管理妊産婦の母体死亡率

脳出血、脳梗塞	7/18	(38.9%)
羊水塞栓、肺梗塞	4/12	(33.3%)
敗血症	1/14	(7.1%)
常位胎盤早期剥離	3/601	(0.5%)
分娩時出血多量	4/934	(0.4%)

(2004年分娩例のアンケート調査)

妊産婦死亡を含めた 重症管理妊産婦調査のまとめ

1. 2004年に分娩した妊産婦に関する全国アンケート調査により、32例の妊産婦死亡を含む2,325例の死に至る可能性のある重症管理妊産婦が集積された。すなわち、1人の妊産婦死亡の約73倍の重症管理妊産婦が存在し、そのうち99%は救命したことになる。
2. 妊産婦死亡の死因は、4割が分娩時の出血(胎盤早期剥離、PIH・HELLPによる頭蓋内出血を含む)であり、4割が内科・外科合併症によるものであった。
3. 2005年の妊産婦死亡数が62人であることから、毎年約4,500人の妊産婦が死に至る状態で重症管理を受けていた換算となる。このことは妊婦の約250人に1人は死に至る危険性がある。

安全のための産科医療システム

1. 三次医療施設の重点化と広域化
ハイリスク分娩の集約化
2. 医療施設の機能別役割分担
病診連携、オープン・セミオープン病院化
3. 妊娠リスク評価の普及
産科医および妊婦への啓蒙
4. 輸血体制の整備
5. 緊急母体搬送システムの確立
6. ITによる医療情報の迅速な伝達

妊産婦死亡、胎児・新生児死亡の予防

1. 分娩時出血の管理(予測と対応)
2. 重症PIHの早期治療
3. 血栓・塞栓症の予防
4. 適切な時期の帝王切開(速やかな緊急帝切)
5. 分娩時胎児モニターの徹底

母と子の命を救う救急医療ネットワーク:公開シンポジウム

わが国の妊産婦死亡の分析と提言

厚生労働省研究
妊産婦死亡の分析と提言に関する研究班

池田 智明
岡村 州博
池ノ上 克
中林 正雄
末原 則幸

平成19年7月21日 仙台国際センター 仙台市

わが国の妊産婦死亡に関する3つの問題点

1. 公表されている妊産婦死亡数が過少である可能性が高い
2. 死亡症例を評価し、防止策を立案し、普及するフィードバック機構が充分でない
(奈良大淀事件)
3. 死亡例が発生した場合の取り扱いが明確でない
(福島大野事件)

わが国の妊産婦死亡に関する3つの問題点

1. 公表されている妊産婦死亡数が過少である可能性が高い



我が国で現在行われている、妊産婦死亡の届出・登録・公表

妊産婦死亡



市町村役所
(死亡届)



所轄保健所
(死亡小票)

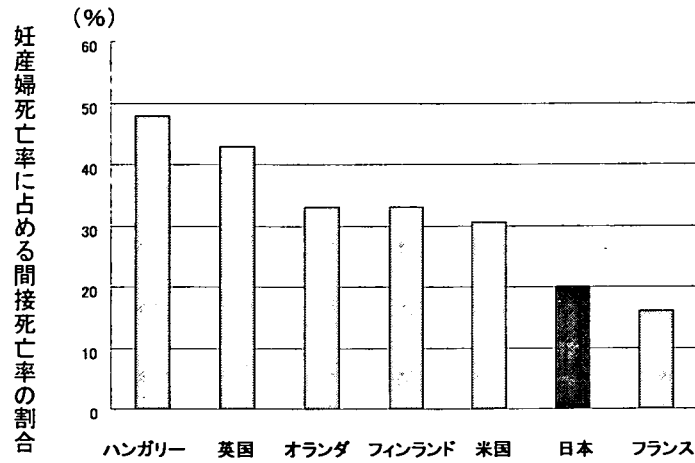
厚生労働省大臣官房統計情報部
人口動態・保健統計課
(死亡票、死亡票磁気テープ)

ICD-10のchapter Oに添って分類

O00-O92	直接産科的死亡
O00	子宮外妊娠
O10-O16	浮腫、たんぱく尿及び高血圧性障害
O44-O45	前置胎盤及び胎盤早期剥離等
O46	分娩前出血
O72	分娩後出血
O88	産科的塞栓症
O01-O07など	その他の直接産科的死亡
O98-O99	間接産科的死亡
O95	原因不明
A34	産科的破傷風
B20-B24	HIV病

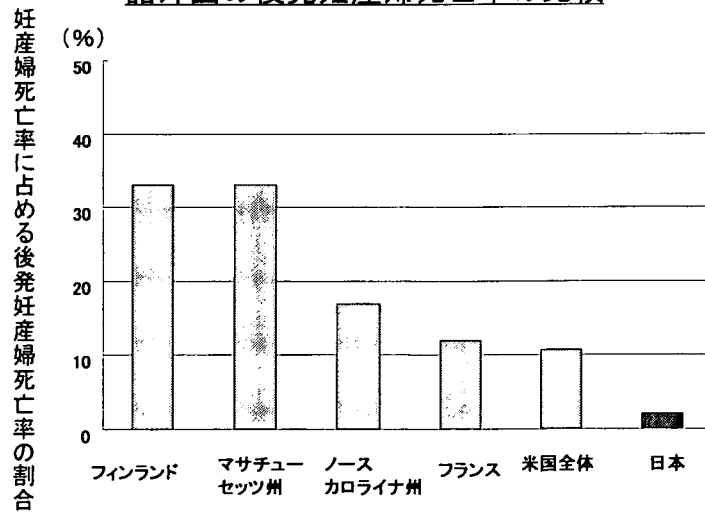
※ 後発妊産婦死亡: O-96(分娩後42日以後1年未満に発生したあらゆる産科原因による母体死亡)で一括して提示: 原因が不明

諸外国の直接・間接妊産婦死亡率の比較



(Salanave et al. Int J Epidemiology, 64-9: 1999などを参考)

諸外国の後発妊産婦死亡率の比較



(Deneux-Tharaux et al Obstet Gynecol, 684-92: 2005などを参考)