

が増加してきています。これは非常にびっくりするデータなんですけど、今少子化で妊婦さんの分娩数は減っているんですね。平成9年から16年で約7%減っています。ところが、多胎、双子ちゃん、三つ子ちゃんは約16%もふえています。今度は、ハイリスクの妊娠になる可能性が高くなる若年のお産、高年齢のお産が、20歳未満の方が12%、40歳以上では何と45%もふえています。これは私たちがかわります小さい赤ちゃんですが、2.5kg未満の赤ちゃんでは12%、1.5kg未満では19%、1,000g未満に至っては何と25%もこの7年間の間でふえています。この数はますますふえ続けている状態にあります。少子化が進行していますが、ハイリスクの妊娠・分娩は増加しています。

この中で一つの大きな要因として不妊治療の広がりもあります。残念ながら不妊治療を行う施設では、その妊娠の成立後の実際に三つ子ちゃん、四つ子ちゃんが生まれるときにお産を責任持つてするという体制にはなっていません。これもある統計から持ってきたんですけども、多胎であれば早産は単胎の10倍以上になります。死産率は単胎の6倍、新生児の死亡率は7倍になるといわれています。双子ちゃんであれば脳性麻痺、頻度が多いわけではないんですけども、単胎と比較すれば6倍、三つ子ちゃんになれば17倍になる。不妊治療をされる現場で、本当にこういうことまでインフォームドされて行われているかということも一つ問題があります。

ですが、今までは日本の周産期医療は世界のトップレベルを保ってきています。これは早期の新生児死亡率の国際比較です。欧米の先進国と比べても日本がいかにも早期新生児死亡率、1週間以内で亡くなる赤ちゃんの比率が少ないかということがわかると思います。よく話に出ます平均寿命が日本は世界一だということにもこれは寄与していると思います。アフリカの発展途上国の方の平均寿命が40歳、30歳といっても、皆さんが三、四十歳で亡くなるわけではなくて小さい赤ちゃんが亡くなってしまいうことで平均寿命が減っているということがかなり関与していると思います。そういう面では日本は非常に質の高い周産期医療が今まで確保されてきたと言えます。

ここで私たちが関与する小さい赤ちゃんですが、これは1,000g未満の赤ちゃんを例にとったんですけども、非常に繊細な医療が要りますし、少しミスをすれば亡くなってしまいうことがあります。これも先進諸国と比べて日本は低い値が出ています。当科です、これはここ3年間ですけれども、幸い非常に低い値です。つまり、これは1,000g未満の赤ちゃんを例に示しましたけれども、当地域においては、小さい赤ちゃんに関しては安全な医療を確保できていると思います。

1,500g未満の赤ちゃんの死亡率です。これも先進国に比べて日本は低いです。当科も4%と非常に低い値を保つことができます。

これは27週530gで生まれた赤ちゃんですが、もう人工呼吸もとれてお風呂に入っているところですが、たらいの大きさと比べていかに小さいか。おっぱいを飲んでるところです。これは家族の了承を得ていますが、この子が小学校

に上がって普通の小学校に通っています。

このように日本の新生児医療は高成績を担保してきましたが、何がこの新生児医療の高成績を担保してきたのか。一つは産科の先生との連携ですね。開業医の産科の先生も含めて、非常によい連携を保って赤ちゃんの状態が悪くならないようにしてお産をするということが今までできていたんだと思います。もう一つは、マニュアル医療じゃなくテーラーメイド医療と言いますが、アメリカ式のこういうときはこうする、ERでも出てきますが、時間になったらもう自分の勤務は終わったから、じゃ、さようならというふうに帰るようなそういう医療じゃなくて、赤ちゃんが悪ければずっと付き添う。一人一人に非常に手をかけた医療をするということで、この新生児医療に関しては世界的にいい成績を担保してきたんだと思います。

これはたまたま私が一昨日当直していたときの夜中の3時ですが、赤ちゃんの採血をしなきゃいけない時間があるって、その時間の様子の写真を撮ったんですが、夜中の3時ですが、ぎっしり赤ちゃんが並んでいて看護師さんもずっと仕事を続けている状態です。

先ほど谷さんがおっしゃったんですが、北九州は幸い、まだどうにか大丈夫じゃないかというお話だったんですが、実は非常に周産期医療はある意味崩壊の危険性もあると考えます。これは一昨年の4月ですが、北九州地区は大きく小倉地区と八幡地区に医療圏が分かれます。この二つの地域間では先ほどの母体搬送、新生児搬送というのは余り相互に行き来はしません。私たちの小倉地区で基幹病院である市立医療センターと小倉病院がありまして、二次的な病院である健和会北九州総合病院、もう一つ労災病院がありましたが、昨年の4月ごろに何が起こったかといいますと、産科医不足で小倉病院の産科の機能がかなり落ちてしまった、母体搬送をかなり受けられなくなってしまった。労災病院、総合病院が一時的にお産をやめて、総合病院は少し回復しているようですが、今は普通のローリスクのお産だけをやっているということです。そうすると、基幹病院である小倉病院と私たちの病院で今までこういうふうにある意味均一に母体搬送を受けていたんですが、母体搬送が非常に私たちの病院にふえました。患者さんは非常にふえたんですが、マンパワーに変化はありません。そこで何が起こったか。これは近年のうちの病院の産科の患者さんの変化ですが、早産率が非常にふえてきているということを示しています。これはNICUの1,000g未満、先ほどの非常に小さく生まれる赤ちゃん、手がかかる赤ちゃんの入院数の割合ですが、ここがその小倉地区で総合病院の産科が減った時期ですが、一気にそれまでの前年に比べると3倍ぐらい小さい赤ちゃんの入院がふえてきたという状態になりました。

私たちの勤務条件ですが、スタッフは5名です。大体月に5回ぐらい当直します。当直明け、休みはもらえません。そのまま勤務をします。日曜・祭日に大体当直は二、三回入ります。少し重症の赤ちゃんは1人では入院処置等をできませんので、必ずオンコール体制を引いています。オンコールも呼び出され

て、つまり月の3分の1ぐらいは完全に拘束されています。つい最近若い医師に聞いたんですが、やはりまだなれていない若い医者は、オンコールのときでも緊張してよく眠れないというふうにも言っていました。

これは、極端に忙しかった一昨年のたしか5月ごろだったと思うんですが、ある医者の勤務状況です。青が日勤ですね、ふだんの普通の勤務。ですから、月曜日から金曜日、普通はこういう勤務時間があります。この黄色かったのは時間外勤務です。赤が当直です。この週は460gの子がここで生まれて、翌日40週の子が生まれて、ここで早産の子が2人生まれて、ここで23週の赤ちゃんが生まれて、ここで22週の死産の赤ちゃんが生まれてというふうに入院が続いています。この医者は、働いて超勤をして2時ごろ帰って、翌日朝来て、当直をして働いて翌日2時まで働いて、帰って働いて夜10時ぐらいまで働いて、朝4時ごろ呼び出されて6時に帰って7時半に出てきて働いて、超勤をして9時に帰って、土曜日丸々24時間当直をして、日曜日は昼過ぎ2時ぐらいに帰られたと。何と超勤時間は週に36時間、家にいた時間は50時間だけです。

過重勤務が続けばどういうことになるかということ、もちろん一番大事なスタッフの心身の健康の不安です。体だけじゃなくて、心も病みかねない。これは本当にあり得ます。もう一つは、医療ミスが起こる不安があります。これもよく言われますが、徹夜明けのパイロットが操縦する飛行機に皆さん乗りたいでしょうか。もう一つ大事なことなんですか、医療はすごく進歩していきます。今のままのレベルを保つのではなくて、さらにいい医療を目指すためには学会に出張したり、学会発表をしたり、また若いスタッフに教育をしたり臨床研究をしたりする、そういうことをしないと医学は進歩していきません。なかなかそういう余裕が出ない。結局患者さんへの不利益が生じます。

新生児科医を支えてきたもの、意識は、別にもうかるわけでもないし、楽な仕事でもないんですけども、危険な状態にある赤ちゃんを助けたいという気持ち、先ほど出たような小さい子が元気に育っていくのを見ていきたいという気持ちで続けてきましたが、現在の状況が続けばなかなか厳しいところがあるのかなと考えます。

周産期医療の直面する問題ですが、先ほど来出ていますけれども、病院勤務の産科医、小児科医が減少していきます。病院産科も減少してきています。幸い今のところNICUがつぶれたという話はそれほどまだ出てきていないんですが、今の状況が続けばここ数年後には新生児科医がいなくてNICUがつぶれていくということもあり得るんじゃないかと思えます。産科、NICUのベッド数も不足していますし、足りていてもそこで働く勤務医が疲れ果てている状態で次から次に入院を受け入れるかということがあります。

これは福岡都市圏のある都市のアンケートですが、母体搬送を受けられなかった、今母体のたらい回しとマスコミではそういう言葉で言いますが、もちろん満床ということもあるんですが、マンパワーが足りないとか、そういうことでも疲れ果てて受け入れないということもあります。

これは、2週間ぐらい前ですが、熊本市から重症の母体の高血圧の方が搬送されてきました。この方は何と熊本で緊急の帝王切開が必要であるという判断がされたんですが、熊本都市圏がだめで鹿児島都市圏に聞いてもだめで、筑後都市圏に聞いてもだめ、福岡都市圏に聞いてもだめということで、その勝山公園までヘリコプターで連れてこられて、うちの病院に入院されて夜間緊急帝王切開で出産されています。家族の方は延々3時間、4時間かけてこういう遠いところまで面会に来なければならない状態にあります。うちの地域もこの地域の周産期医療が崩壊すれば、うちから今度は大分とか山口とか、そういうところまでヘリコプターで搬送されるということが本当になきにしもあらずだと思っています。

これは三、四年前に試算してみたんですが、先ほど来集約化という話が出ています。基幹病院が北九州地区に四つあるので、これを集約化すれば一施設当たりの入院数はふえますが、医者の数もふえて当直回数も減らせて、当直明けの休みも可能になるのではないかとということを経験してみました。

周産期医療の特徴は、地域医療、地域全体を見渡した医療が必要ですし、救急医療で24時間均一の医療が必要です。この時間にこの医者がいたからこの赤ちゃんは助からなかったとかいうことがあってはなりません。連携医療、先ほど来出ていますが、各科、地域の医療機関、行政、教育機関との連携がとても重要な医療です。

周産期医療を崩壊させないためにはいろいろな方策が考えられますが、効率的な集約化です。地域全体の供給を考え、人的配置が必要だと思います。これはテーブル上では非常によく考えられるんですが、各病院の利害があって、今日は産科の教授の先生も来られていますが、本当にその地域のことを考えたら、えいやと、この病院の周産期はもうやめてここに集約化するというふうな大きな力を発揮していただくようなことを大学医局あるいは市の行政等で考えてもらわないと、先ほど来患者さんのアンケートでまさしく本質のところを見通した答えが出ていましたが、システムの問題ですから、各病院各人の努力ではもう無理だと思います。もちろん先ほどから出ていますが、労働条件を確保する、スタッフをふやしてもらうこと、シフト制の勤務がとれたらとれるようになってほしい、地域内の周産期の連携体制の確立等も必要だと思います。

ここはもう時間がないので省きますが、「総合診療」という医学雑誌で、つい最近、田辺功という朝日新聞の記者が書かれている論文があるんですが、この方は、昨年4月から2カ月間ぐらい朝日新聞の朝刊で連載シリーズの「ドキュメント医療危機」というのが連載されていたのを読まれた方もいるかもしれません。かなりよくわかって、僕らの見方で連載シリーズを書いてくださった記者の論文ですが、「今日の医療危機がなぜ起きたのか一番の大もとを言えば、医療制度が病院、勤務医を無視し、少数の患者の思いつきで運営されていたからではないだろうか。ただ——これは非常に私たちが反省すべきことなんですけれども——マスコミ界から見ると医療界ほど声を上げず説明の下手な業界も

珍しい」と。今日はマスコミの方も取材に来ていただいていると思いますが、私たちのほうの発信する努力も少なかったんだと反省するところがあります。最後に「医療危機崩壊に関しては完全に病院側の立場である。しかし、医療は基本的に国民のためのもので、実際に医療を担う医師たちが疲弊し病院がなくなれば、困るのは国民、患者なのだ」というふうなことを書いています。

これはNICUの同窓会の写真ですが、周産期医療が崩壊しないために、そして今日のテーマである安心して安全なお産ができる体制が続くために地域の医療機関、行政、報道機関とともに、とても大事なんですが、市民の皆さんのご理解、ご支援をぜひよろしくお願いしたいと思います。ありがとうございました。

○福嶋 関先生、ありがとうございました。では、また質問等は後ほどまとめて受け付けたいと思います。

市民参加フォーラム 平成20年1月20日

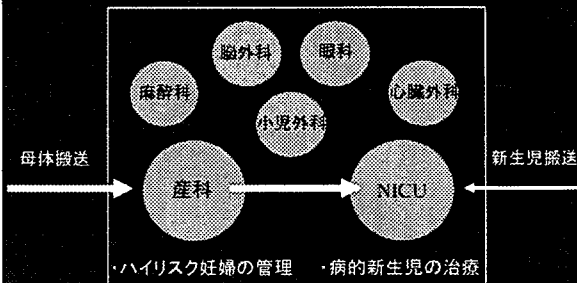
安心してお産ができるまちづくり  
「新生児科医の立場から」

北九州市立医療センター  
新生児科 関 真人

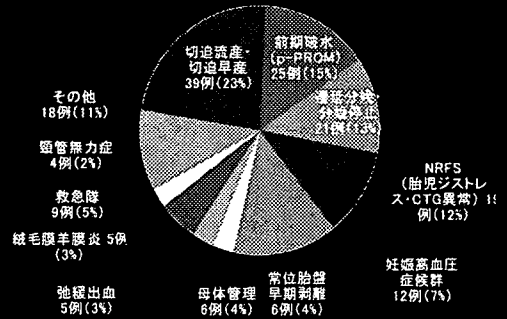
周産期センター

- |            |          |
|------------|----------|
| # 産科       | # 新生児科   |
| ハイリスク妊娠の管理 | 病的新生児の管理 |
| 切迫早産       | 早産       |
| 胎児心拍異常     | 仮死       |
| 疾患合併妊娠     | 感染症      |
| 等々         | 先天性疾患    |
|            | 等々       |

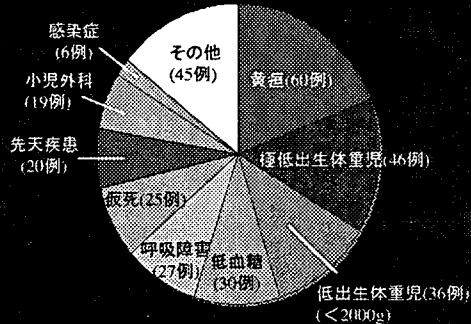
周産期センター



緊急母体搬送理由(2007年)



NICU入院理由(2007年) 全315例



北九州市における新しい試み

産科医、助産師向けの新生児の初期蘇生の講習会を今年度から市医師会の補助のもと開始した。

→ 予期せずに悪い状態で生まれた赤ちゃんの初期蘇生を分娩施設のスタッフに習熟してもらうことで、予後を改善することが期待できる。

### 単胎・多胎別出生数の推移

	総数	単胎	多胎
平成9年	1,191,665	1,170,040	21,625 (1.81%)
↓			
平成16年	1,110,721	1,085,564	25,157 (2.26%)
	-6.8%	-2.2%	+16.3%

### 母親の年齢別出生数の推移

	総数	<20歳	20歳	<40歳	≥40歳
平成9年	1,191,665	16,634	1,161,792	13,239	(1.11%)
↓					
平成16年	1,110,721	18,591	1,072,841	19,289	(1.74%)
	-6.8%	+11.8%	-7.7%	+45.7%	

### 低出生体重児出生数の推移

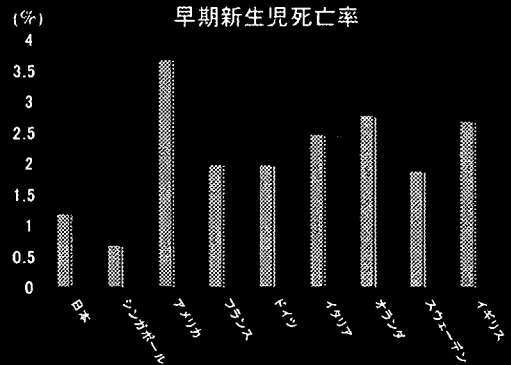
	1kg未満	1.5kg未満	2.5kg未満
平成9年	2,656 (0.22%)	7,109 (0.60%)	93,837 (7.9%)
↓			
平成16年	3,341 (0.30%)	8,467 (0.76%)	104,832 (9.4%)
	+25.8%	+19.1%	+11.7%

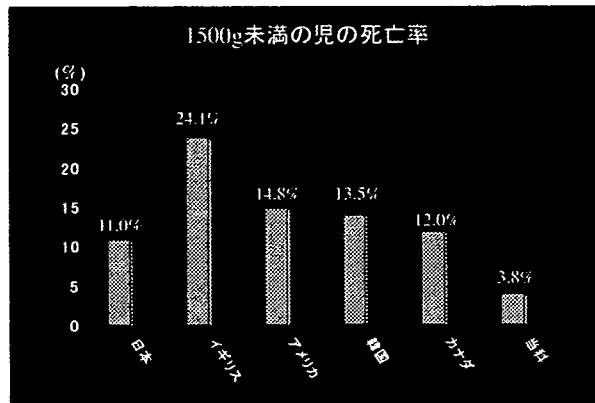
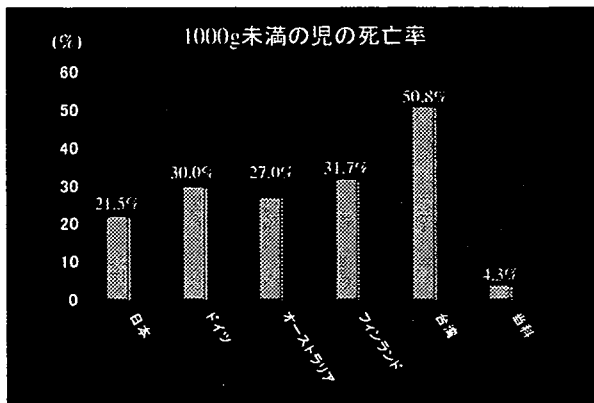
少子化は進行しているが、  
ハイリスク妊娠・分娩は増加している！

ハイリスクの早産児、多胎児が増加した原因の一つとして不妊治療の広がりもある。不妊治療施設では妊娠成立後のハイリスク妊娠のフォローは基本的に行われていない。

- ※ 多胎の死産率は単胎の6倍、新生児死亡率は7倍
- ※ 双胎の脳性麻痺の頻度は単胎の6倍、3胎は1.7倍
- ※ 多胎の早産率は単胎の11~13倍

### 早期新生児死亡率





何が日本の新生児医療の好成績を担保してきたのか

- # 周産期医療としての産科との連携の良さ
- # マニュアル医療でなく、テーラーメイド医療

→ 人手がとてまかかります

「安心してお産ができる?」「現在も?将来も?」

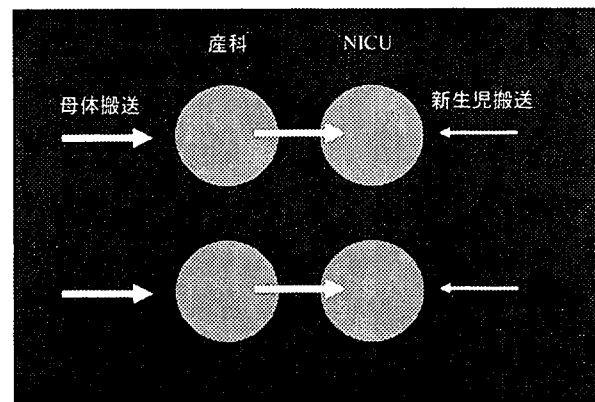
お産は決して100%安全ではありませんし、ハイリスクのお産は増加する傾向にありますが、今までは日本の周産期医療は世界のトップクラスを保ってきました

が、現状は当地区も含め周産期医療は崩壊の危機にあります。

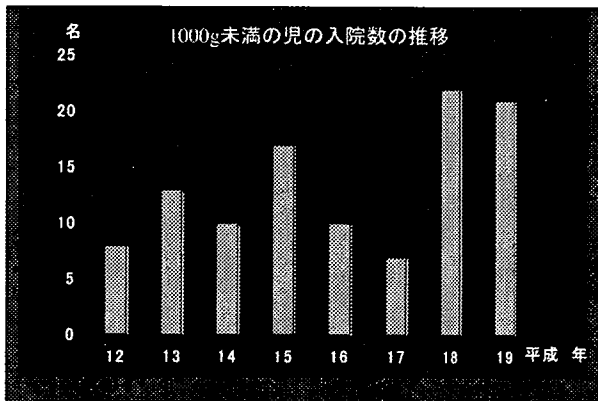
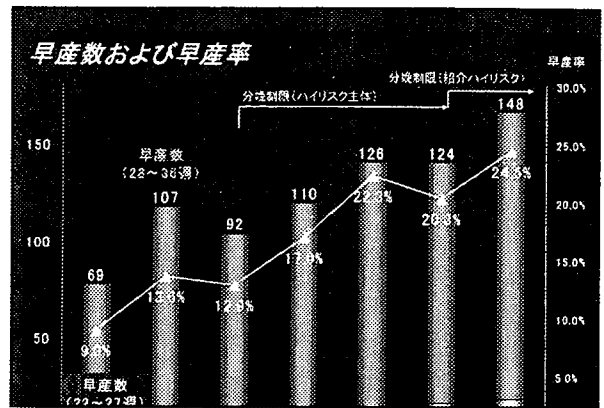
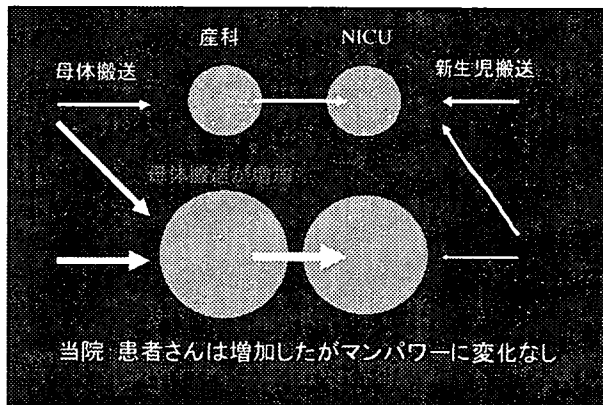
### 平成18年4月以降の総合病院における産科診療

門司区	常勤医	非常勤医	平成16年度分娩数	搬送分娩(内訳)
小倉北区				
・北九州市立医療センター	6(-1)	0	665	99
・健和会大手町病院	2(+1)	2	110	11
小倉南区				
・国立病院機構小倉病院	5(-1)	0(-1)	521	74
・九州労災病院	2(-1)	0	113	-
・北九州総合病院	1(-1)	2	216	0
戸畑区・若松区				
八幡東区				
・北九州市立八幡病院	1(-1)	0	56	-
・新日鐵八幡記念病院	2	1	106	-
八幡西区				
・産業医科大学病院	11	2	173	-
・九州厚生年金病院	7	1	385	83

北九州周産期母子医療協議会



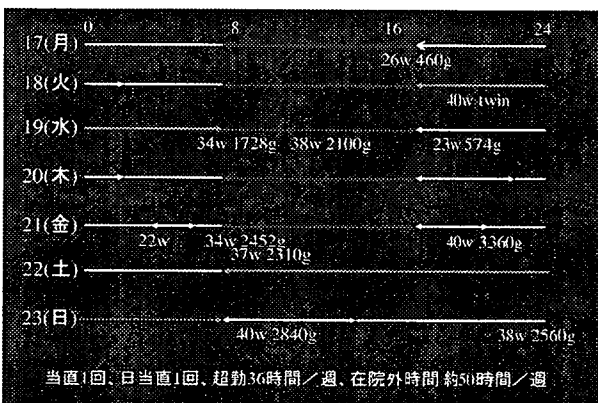




### 当院NICUの労働条件

医師(中等症以上の入院時は複数の医師が必要)  
 スタッフ5名  
 当直約5回/月 当直明けはそのまま勤務  
 (うち日祭日の日当直2~3回/月)  
 それぞれ同数回のオンコール

看護師  
 スタッフ38名(うち夜勤専任看護師4名)  
 夜勤8~11回/月、休み10~11日/月



### 過重勤務が続けば

- ・ スタッフの心身の健康の不安
- ・ 医療ミスが起こる不安
- ・ 学会出張・発表、教育、研究の余裕がない

↓

### 患者さんへの不利益

## 周産期医療の直面する問題

病院勤務産科・小児科医の減少、病院産科の減少

産科、NICUのベッド数の不足

産科医、新生児科医の勤務条件の悪さ

## 周産期医療の特徴

地域医療：地域全体を見渡した医療

救急医療：24時間均質の医療が求められる

連携医療：各科、地域医療機関、行政、教育  
機関との連携が重要

## 周産期医療を崩壊させないために

効率的な集約化

地域全体の供給を考え人的配置

周産期医療に関わる人材を継続して確保できる労働条件の確立

スタッフの増員  
集約化、シフト性

地域内の周産期施設の連携体制の確立

各病院の利害を超えた連携  
病床空き情報の交換

総合診療 2007年 12月号 特集「日本の医療制度を考える」  
医療危機と新聞報道 田辺功 朝日新聞記者

「今日の医療危機がなぜ起きたのか、一番の大本をいえば、  
医療制度が病院(勤務医)を無視し、少数の官僚の思いつき  
で運営されていたからではなからうか・・・」

「マスコミ界から見ると、医療界ほど声を上げず、説明の  
下手な業界も珍しい。」

「医療危機、崩壊に関しては完全に病院側である。しかし医療  
は基本的に国民のためのもので、・・・実際に医療を担う医師  
たちが疲弊し、病院がなくなれば、困るのは国民・患者なのだ。」

周産期医療を崩壊させないために、  
安心してお産ができる体制が続くために

地域の医療機関、行政、報道機関とともに  
市民の皆さんのご理解、ご支援をよろしくお願  
いします。



## 5, 九州厚生年金病院産婦人科 中原 博正

○福嶋 では、最後に中原先生、お願いいたします。ご略歴を紹介させていただきますと、中原先生は、九州大学ご卒業の後、九州大学のほうで産婦人科の研修を積まれました後、佐賀医科大学、それから厚生年金病院、県立宮崎病院、九州大学とご歴任されまして、現在厚生年金病院で産科担当の産婦人科部長ということで診療に当たっておられます。今日は、その高次病院の産婦人科の医師という立場でお話を伺います。よろしくお願いいたします。

### 北九州医療圏における周産期医療の諸問題

福嶋先生、ありがとうございます。皆さん、こんにちは、厚生年金病院の産婦人科の中原と申します。

安心してお産ができるまちづくりということで、昨年1回目のフォーラムがありまして、産科側としては医療センターの高島先生が、非常に激務、ちょうどテレビで報道されました48時間の密着取材のビデオなどが流れまして、その実態が明らかになったわけですが、実際に福嶋先生が先ほど言いました産婦人科医不足から始まって、病院の集約化というのが始まってまいりました。それが実際北九州ではどうなったかということ、先ほど関先生が言われましたけれども、これがほんの数年前の北九州市の周産期医療体制です。北九州市では北九州市医療圏を支えるために、はるか10年以上前からこういう周産期の医療体制をつくるということを何度も話し合いを持って一つの体制としてでき上がってきています。総合周産期センターとしての市立医療センター、それを取り巻くように私どもの厚生年金病院、産業医大、国立病院機構小倉病院が高次医療病院として、その下にさらに二次病院として幾つか、このときは既に8カ所ぐらいの二名ないし三名の産婦人科医師で分娩を扱った病院があります。その下にさらに一次病院ですね、それがたくさんあったわけです。それがほんの2年前にこういうふうになるという激震が走ったわけです。二次病院のほとんどが産婦人科の分娩を閉鎖する。産婦人科としては1人で婦人科だけをやって外来だけとかそういう病院になりましたけれども、周産期医療を行う病院、分娩を扱う病院として高次病院と健和会大手町病院だけになってしまったわけです。

これが集約化の実際です。ただ集約化してそれぞれの病院の条件がよくなったかということ、それがまた別の問題で、それぞれの病院、それぞれなりにいろんな問題を抱えております。例えば、総合周産期センターの市立医療センター、私どもの病院では確かに産婦人科のドクターの数はふえました。産業医大のほうはちょっと別の問題がありますけれども、実際小倉病院のほうでは産婦人科医の数が実際的にはふえておりません。こういうそれぞれの病院がまだ問題を抱えております。その問題は後で追加して述べるとしまして、今回の話になっていくわけです。

こういう産婦人科医、医療不足がもたらしたものとして、今言いました高次病院への医師の集約化がされて、一次病院との間、結局二極化が起こってしまったわけですね。二次病院がなくなってしまいました。そこで前回は、この高次病院への患者の集中があって、勤務医の過重労働が発生しているというお話だったわけです。そこで、北九州では行政、医師、医師会を含めましてさまざまな取り組み、相談がされていました。その辺は非常に反応が早かっただろうと私は思っております。

例えば、二極化が起こってしまっていて、やはり効率よく患者さんを分担しないといけないということで、一次病院でそういう最初の患者さんを診ていただいて、それから高次病院ではそこからの紹介患者を中心にして診ていく。前年度の高島先生のお話にもありましたように、そういうハイリスクの患者が非常に高次病院に割合がふえてきたということがありました。

次に、先ほど関先生が言われましたように、連携をつなぐものとして一次病院のレベルを底上げしないといけないということです。先ほど小児科のほうの今年から始まりました新生児仮死の赤ちゃんに関して医師会のほうで勉強会をして、新生児仮死の赤ちゃんをどのように早い時期から蘇生をして、小児科に渡すまでの間のその最初の何分間が大事だということで、実際的にそういう研修会を2回行っております。さらにそれぞれの各一次医療機関に要望があれば出張して指導するというような体制をとっております。

さらに、去年、本年度のテーマとしまして、胎盤早期剥離が実際起こった場合、これは急に起こって赤ちゃんが死んだり、お母さんが危険な状態になる非常に緊急性を要する疾患です。それがいつ起こるかというのは実際予測できないんですね。そのときにどうしたらいいだろうかということ、何かいい方法はないか、搬送したほうがいいのだろうか、その場ですぐ赤ちゃんを出すような処置をして周りがみんな駆けつけたほうがいいのだろうか、そういうような検討が行われました。これはまだ結論は出ておりません。まだこれには小児科とか私どもを含めて、さらに麻酔科等の関与が必要になってきますので、まだはっきりした結論は出ておりませんが、そういう検討などを行ってきております。

それで、今回の一つのテーマとしまして、飛び込み分娩をテーマにいたしました。これは昨年の高島先生の発表で重症例がふえたということと、もう一つ未受診妊婦、ほとんど妊婦健診を受けておられない患者さんの分娩数がふえている、実際そうなのだろうかということです。日本が世界一の周産期死亡率の低さを保っている一番根幹にあるのはこの妊婦健診制度。すべての妊婦さんがその妊婦健診制度の中で見守られていって、適切な治療を受ける体制がとれるという。病気だから病院に行くのではなくて、すべての妊婦さんに行く、この制度が崩れるとこれは大変なことになってしまいます。

それを踏まえまして、北九州医師会のほうで昨年度調査をいたしました。目的として、これは医師会の下川理事が書かれた文をそのまま写したものです。

れども、「未受診妊婦の分娩が増加していると危惧されている。このような妊婦の増加は、ほぼすべての妊婦と赤ちゃんの健康は母子手帳をもとに社会全体で見守っていこうという我が国の母子保健の精神の根幹にかかわる問題である」。

そこで、その対応を協議するために北九州医療圏での実態調査を行いました。調査は2004年の1月から2007年6月までの3年6カ月。高次医療機関である5病院と一次医療機関、これは行橋の京築地区とか中間、直方地区まで含めての調査です。90%以上の解答率をいただいております。調査内容は、各年の分娩数と飛び込み分娩数。それから、個々の飛び込みの症例に関しまして社会的要因や母子の臨床的情報項目を調べました。

飛び込み分娩の年度別推移ですけれども、大体毎年20から30例前後ありましたけれども、2006年に急に37例とふえております。ただ今年は半年だけなんですけれども、12例、倍にしても24例ですから例年並みには落ちついてきております。見てもらってわかりますように、ほとんど高次医療機関でその処理を行っているのがわかると思います。

これが実際の数ですけれども、全部の総数、一次医療機関で12例、高次医療機関で97例、総計109例です。北九州都市圏の特徴としまして、これで見てもらうとわかると思いますけれども、一次機関で3万3,000のお産があっっています。大体これが全体の85%、高次機関で扱っているお産が15%ぐらいになります。この109例に関しまして、それぞれの調査を行いました。ただ、データが欠損しているものが少しありまして、実際的にはデータ解析ができたのは109例中の99例です。双胎が1例まじっていますので児のほうは100名になります。

飛び込み分娩は非常に合併症のようにハイリスクなのかどうかということで、いろんな診断がついているものを調べてみました。その割合は47例、大体47%です。やはり実際のハイリスクの率から比べればかなり高いものというのがおわかりいただけだと思います。早産に至ったものが25例。そのほか妊娠高血圧症や、先ほど言った上位胎盤早期剥離も2例まじっていますし、いろんな合併症を持った方が多いということがわかります。実際、飛び込み分娩の中はハイリスク妊娠が多いということになります。

これは分娩時の週数ですけれども、満期産、37週から41週が41%。早産が大体25%ぐらいになります。ただ、ここで問題になりますのが、妊娠週数不明という部分です。これは妊婦健診を受けておられないので、実際赤ちゃんがどのぐらいの週数で出産に至ったのか全く特定できないということがあります。私たちが臨床でそういう方が来られるときに、一体妊娠週数はどのぐらいなんだろうとかというのが全くわからないわけです。生まれるまでわからないということも結構あります。ある程度重さでの推定は超音波で余裕があれば推定はつきましますけれども、その重さとまた赤ちゃんが外に出て生活できるかどうか、成熟しているかどうかというのは別の問題である。むしろお母さんが糖尿病であれば大きくても未熟児であるかもしれませぬし、小さい子でも成熟した子である

ということも時にはあります。妊娠週数がわからないということが非常に私たちにとって困ることになっています。

社会的要因としては、年齢ですね。各年齢層にわたっています。割合として10代の方が多く印象があります。これは親も気がついていないということも結構私どもの病院ではありますので、そういうことからふえてきていると思います。

それから、10代の妊婦さんが経産回数がゼロ、最初の方というのも結構おられます。それと5回以上出産、三、四回以上のお産の方、多産婦の方が多いというのもわかると思います。

分娩様式は、85例が経膈分娩、帝王切開になったのが14例。これは普通の割合とそう変わりはないと思います。

今度は重さの面、赤ちゃんの面ですね。出産体重は2,500g以上が70%。あと早産が25%。小さい子が25%ぐらいになります。ただ、1,000g未満がそれぞれ2%ありまして、やはり赤ちゃんにとってもハイリスクな場合が多いと思われま

す。新生児、生まれた赤ちゃんの異常ということですがけれども、来られたときに既に赤ちゃんが亡くなっていた症例が中に4例まざっています。幸いにも生まれた赤ちゃんが早期新生児死亡というのはゼロでした。ただ、周産期死亡率にしますと両方合わせたものになります。1,000分の40です。大体日本の全体のレベルとしては2004年で1,000分の3.7だったと思うんですけども、それに比べれば10倍高いということになる。赤ちゃんが生まれたときに元気にオギャーと泣いて元気な状態かどうなのかというのを見るのでアプガースコアというのを10点満点でつけますけれども、これが7点未満の低値のものが9例、5分後アプガースコア低値のものが3例。5分後アプガーというのは、赤ちゃんの戻りが悪くて赤ちゃんの予後に影響してくると言われています。ただ、この3例すべては1分アプガースコアが3点以下のもの、かなり重症なものはなかなか回復しないことが多い。

生まれた新生児に関して、これは正式なデータとは言えないんですけども、96例中62例がNICU、新生児集中治療室に入室して管理を行われております。これは医療センターさんのほうが、赤ちゃんがハイリスクだということで一たんはNICUに収容するということがこういうデータになっております。

あと、社会的要因、経済的要因ということで見えています。これは臨床とはまた少し離れていますけれども、配偶者のありなしで、やっぱり配偶者のない方が43%、高くなっております。健康保険であります母子手帳を保持されていない方が32%おられます。救急車で来院される方がそのうちの46.9%、半分以上です。これは社会的にかなり迷惑になるということにもなりますし、行き先がないのでしようがないから救急車が呼ばれるということにもなるんだろうと思います。

それから、健康保険ですね、経済的要因としてこの種類をちょっと調べてお

りますが、多いのは国民健康保険の方ですね。49%、半数は国民健康保険の方です。保険を持っておられないという方11%。これも少し高いですけども、90%の方は一応保険を持っておられます。ただ、国民健康保険の場合、問題はほとんどお金を納めておられなくて、保険は持っているけれども、資格が停止しているという方が多いという実情があるようです。

それから、病院側の問題としまして、分娩費の未払い例が28.6%。以前はもっと多かった、半数以上はとれていないうちの病院の医事課が言っておりましたけれども、最近では国民健康保険でも持っておられれば、そのときお金を納めれば後から分娩料が支給されて、それが以前は本人に振り込まれていたのが病院まで届かないことが多かったそうなんですけれども、最近では病院のほうに入ってくるようになったので少し未払い例が減ってきたと言っています。それでもまだ3割ぐらい未払いの方がおられます。

それと、私たちが当直していて一番困るのは赤ちゃんを連れて帰らない人も結構おられる。97例中、新生児を置き去り、1例は私どもの病院でそのまま引き取らずに帰られて、こちらで全部乳児院等の手続をした例があります。

以上のような調査をまとめてみますと、飛び込み分娩では妊娠・分娩の異常の割合が高く、極めてハイリスクであるということがわかります。それから、新生児においても周産期死亡率が高く、重度の新生児仮死の割合も高くなっている。ですから、母子ともに非常にハイリスクであるという認識が必要であると思われまます。

それから、飛び込み分娩の区分には社会的・経済的な問題を抱えていることが多いため、医療機関だけの対応では限界があつて、行政の積極的な関与が望まれます。私たちが当直していて飛び込み分娩を受けた場合に、臨床的なことだけではなくて、分娩後も分娩前でもこういう社会的・経済的問題をケアしないといけないというものがあります。特に困るのは、病院にはそういうケアをする担当者があるんですけども、土・日とか金曜日の夜とか休みの前の日に飛び込んでこられると、そういう人たちがいませんので非常に困った状況が起こることが多々ある。

そこで、北九州、ほかの地区ではわかりませんが、一つ経済的なものに問題がある方ということで北九州では助産施設という制度があります。助産施設は、経済的な理由により入院・助産を受けることができない妊産婦が入所して助産を受ける施設です。主に市町村税非課税世帯が対象で、所得に応じて一部自己負担があるという制度です。これは一応こういう制度がありますけれども、余り公に知っている方は少ないだろうと思います。実際、施設としては3施設、私どもの病院と医療センターと健和会大手町病院が指定されて、ただ、なぜかわかりませんが、それぞれの施設1カ月2例以内という制限があるようです。利用状況はそこに書いておられます。実際私どもの施設は、ほかの病院の閉鎖の影響で2年前からこの助産施設に認定されています。利用者を今のところ見ますと、私どもの病院では海外から研修で来られている方が多いです。

中国の方とかアジア系の方です。そういう方のほうがこういう情報をよくお知りになっています。

この飛び込み分娩のことにしてお話しさせていただきましたけれども、実際これは今までの日本で行われている健診制度から今は外れたものではありませんけれども、ただ妊婦健診制度が産科医不足ということで崩壊してしまえば、この飛び込み分娩というような状況は外れたものではなくて普通のものになってしまうおそれがあります。そうすると、先ほど言いましたように極めて妊娠・出産がハイリスクなものになってしまうということになります。こういうことにならないためにも、私たちは行政、医者、パラメディカルと手を合わせて努力をしていきたいと思っております。

先ほどどういう病院でお産したらいいかわからないとかいうことがあったんですが、袋の中にこういう赤い紙が入っていると思うんですけれども、北九州市ではホームページなどに、産科、一次、三次病院振り分けの連携体制の紙と、どこでお産をしているかという病院をホームページで見られるようになっております。これが最初に役割分担としてスタートしたことで、こういうものを利用していただければと思っております。

幸い北九州市では、ここ何年か、他地域への妊婦さん、母体搬送、新生児搬送はほとんどゼロです。これを何とか維持していきたいと思っておりますし、先ほどありました熊本とか福岡とか、そういう都市圏からの搬送も何人か受け入れております。ただ、それを維持するためにまた今後も努力していきたいと思っております。どうもありがとうございました。（拍手）

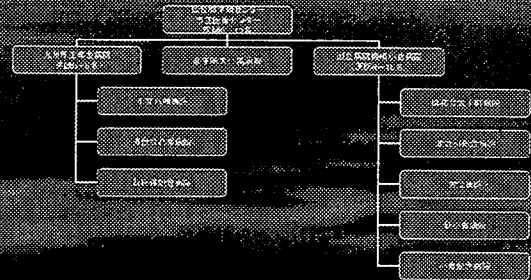
○福嶋 中原先生、ありがとうございました。



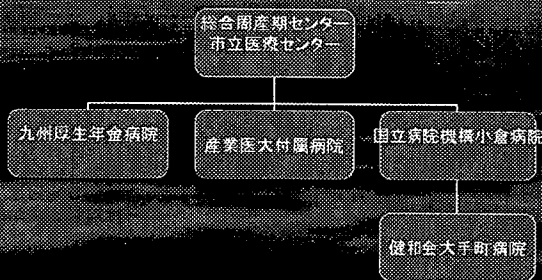
## 北九州医療圏における 周産期医療の諸問題 —飛び込み分娩の実態調査を もとに—

九州厚生年金病院産婦人科  
中原博正  
北九州市医師会

## 従来の北九州市の周産期医療体制



## 現在の周産期医療をおこなう総合病院



## 産婦人科医不足がもたらしたもの

- 高次病院への医師の集約化と一次病院との二極化。
- 高次病院への患者の集中—勤務医の過重労働—
- 周産期医療体制を維持するため、行政、医師会のさまざまな取り組み。
- 一次病院と高次病院の役割分担—紹介患者制、ローリスク妊娠の負担

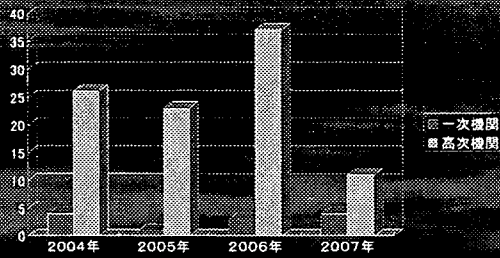
## 北九州市における飛び込み分娩の 実態調査

- 目的：現在、未受診妊婦の分娩が増加していると危惧されている。このような妊婦の増加は、ほぼすべての妊婦と赤ちゃんの健康を母子手帳をもとに社会全体で守っていこうというわが国の母子保健の精神の根幹に関わる問題です。そこで、その対応を協議するために、北九州医療圏での実態調査を行った。

## 調査方法

- 調査期間：2004年1月—2007年6月までの3年6ヶ月
- 調査対象機関：北九州医療圏で分娩を取り扱う高次医療機関5病院と一次医療機関
- 調査内容：各年の分娩数と飛び込み分娩数。個々の飛び込み分娩症例の社会的要因や母子の臨床的情報項目。

### 飛び込み分娩の年度別推移



### 飛び込み分娩数と総分娩数

	飛び込み分娩数	総分娩数	割合 (%)
一次機関	12	33703	0.03
高次機関	97	6448	1.50
計	109	40151	

### 飛び込み分娩はハイリスク?

- 正常妊娠分娩 47例(47.5%)
- 異常妊娠分娩 52例(52.5%)
  - 早産 25、自宅分娩 8、
  - 妊娠高血圧症 4、常位胎盤早期ハクリ 2、
  - 既往帝王切開 7、胎児ジストレス 4、
  - 前置胎盤、薬物中毒、双胎

### 分娩時週数

- 22週—27週6日 5例(5.1%)
- 28週—31週6日 3例(3.0%)
- 32週—36週6日 17例(17.2%)
- 37週—41週6日 41例(41.4%)
- 42週以降 1例(1.0%)
- 妊娠週数不明 32例(32.3%)

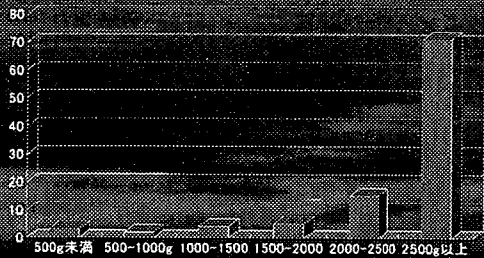
### 年齢と経産回数

年齢	10代	15例(15.6%)
	20代	35例(36.5%)
	30代	39例(40.6%)
	40代	7例(7.3%)
経産回数	0回	27例(27.3%)
	1—2回	38例(38.4%)
	3—4回	24例(24.2%)
	5回以上	10例(10.1%)

### 分娩様式

- 経膈分娩 85例
- 帝王切開 14例

## 出産体重



## 新生児の異常

- 死産(胎児死亡) 4例、早期新生児死亡 0
- 周産期死亡率 40/1000
- 1分アプガースコア低値 9例
- 5分アプガースコア低値 3例
- NICU(新生児集中治療室)入院 62例

## 飛び込み分娩の社会的要因 その1

- 配偶者  
あり 57%、 なし 43%
- 母子手帳所持  
あり 32%、 なし 68%
- 来院手段  
救急車 46.9%

## 飛び込み分娩の社会的要因 その2

- 健康保険加入 なし 11.2%
- 社会保険本人 7.1%
- 被扶養者 30.1%
- 国民健康保険 49.0%
- 生活保護 2.0%
- 入院料金の支払い 未払い 28.6%
- 新生児の置き去り 2例

## 飛び込み分娩の実態調査のまとめ

- 飛び込み分娩では妊娠分娩の異常の割合が高く、極めてハイリスクである。
- 新生児においても周産期死亡率が高く、重度の新生児仮死の割合も高い。
- 飛び込み分娩の個々には社会的、経済的な問題を抱えていることが多いため、医療機関だけの対応では限界があり、行政の積極的な関与が望まれる。

## 助産施設

- 助産施設は経済的な理由により、入院助産を受けることができない妊産婦が入所して助産を受ける施設。主に市町村税非課税世帯が対象で、所得に応じて一部自己負担がある。
- 利用状況

年度	件数
平成15年度	28件
16年度	16件
17年度	25件
18年度	24件

## おわりにあたって

- 飛び込み分娩は、全妊婦に対する健診体制から外れるものです。今回の調査で、母子に対して極めてリスクの高いものであることが分かりました。一方、産婦人科医不足から、今の妊婦健診制度が崩壊しお産難民が出てくれば、飛び込み分娩に類するリスクを有することになります。今後も、安心、安全な妊娠、出産のために医療、行政双方の努力が必要と思われま

## 謝辞

- 今回の調査にご協力いただいた、北九州医療圏の産婦人科Dr.諸氏に感謝いたします。
- データの整理と分析に協力いただいた北九州医師会の方々、ありがとうございました。
- 発表の機会をいただいた、九州大学 福嶋恒太郎先生、北九州産婦人科医会 津田先生、下川先生に感謝いたします。