

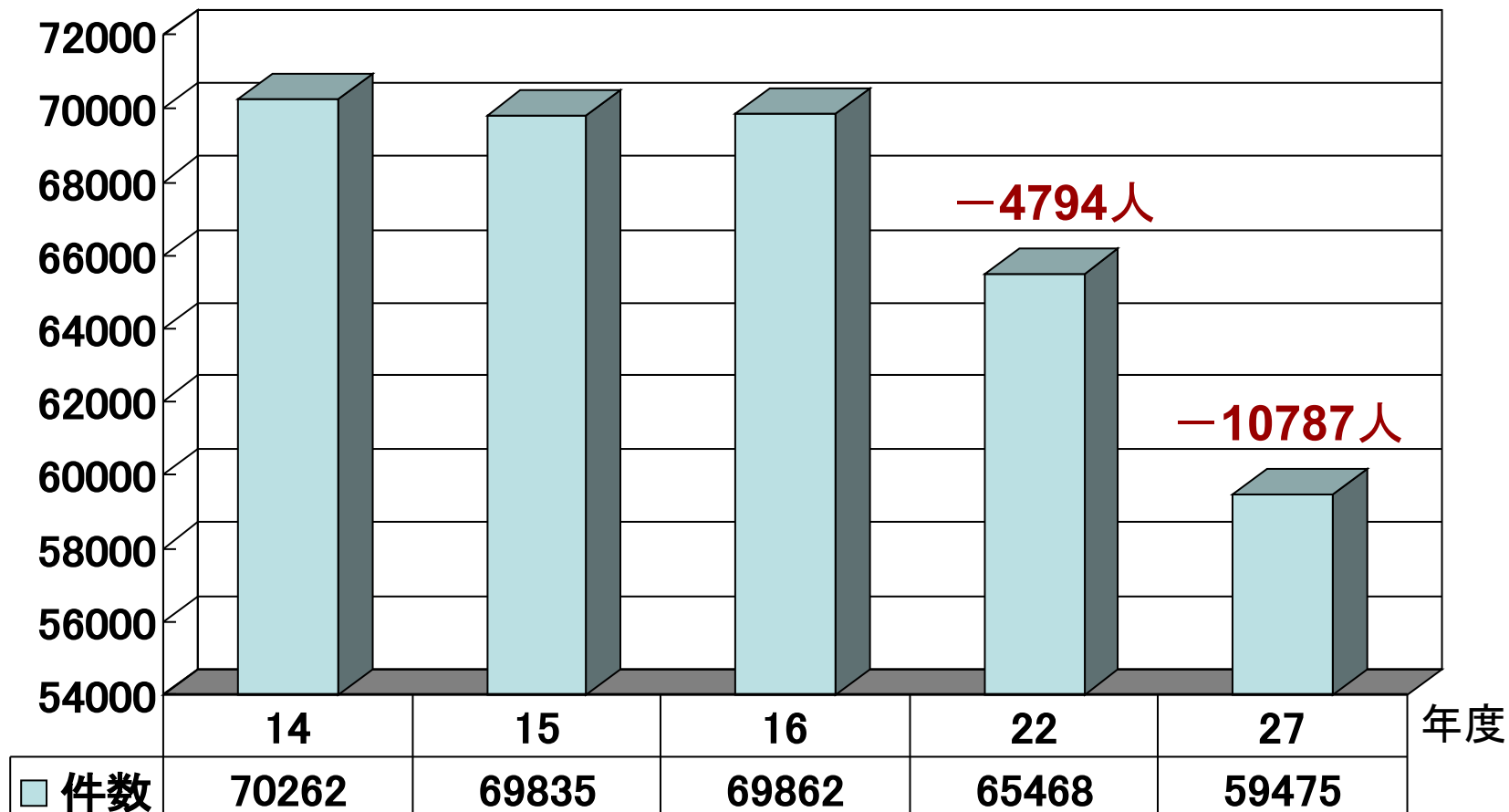
どうする？日本のお産
今、どこで、何が、問題なのか

2006.4～12

どうする？日本のお産
ディスカッション大会

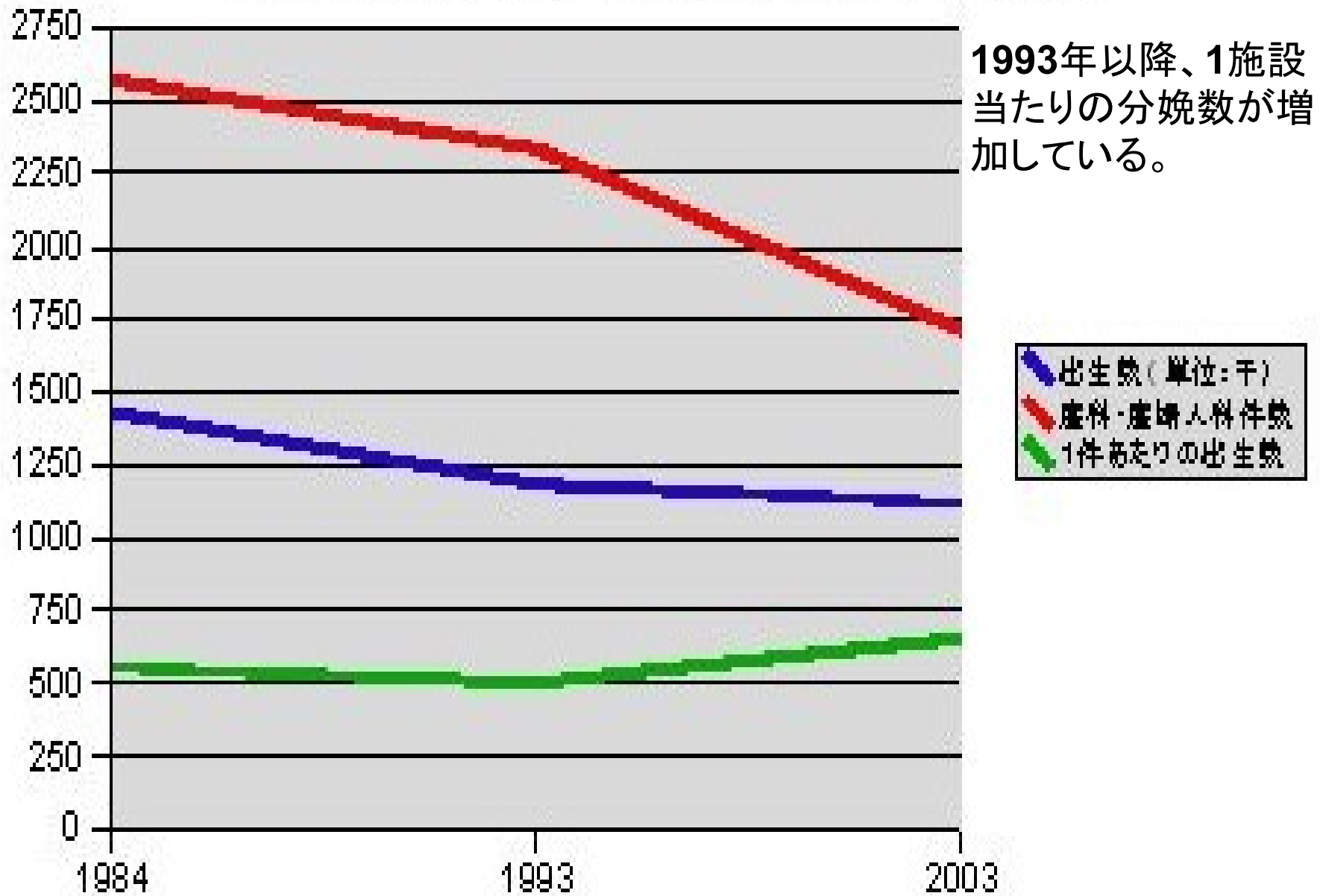
神奈川県産科医療機関の現状

県内184施設の平成14年1月から17年7月までに分娩を取り扱った施設のうち183施設

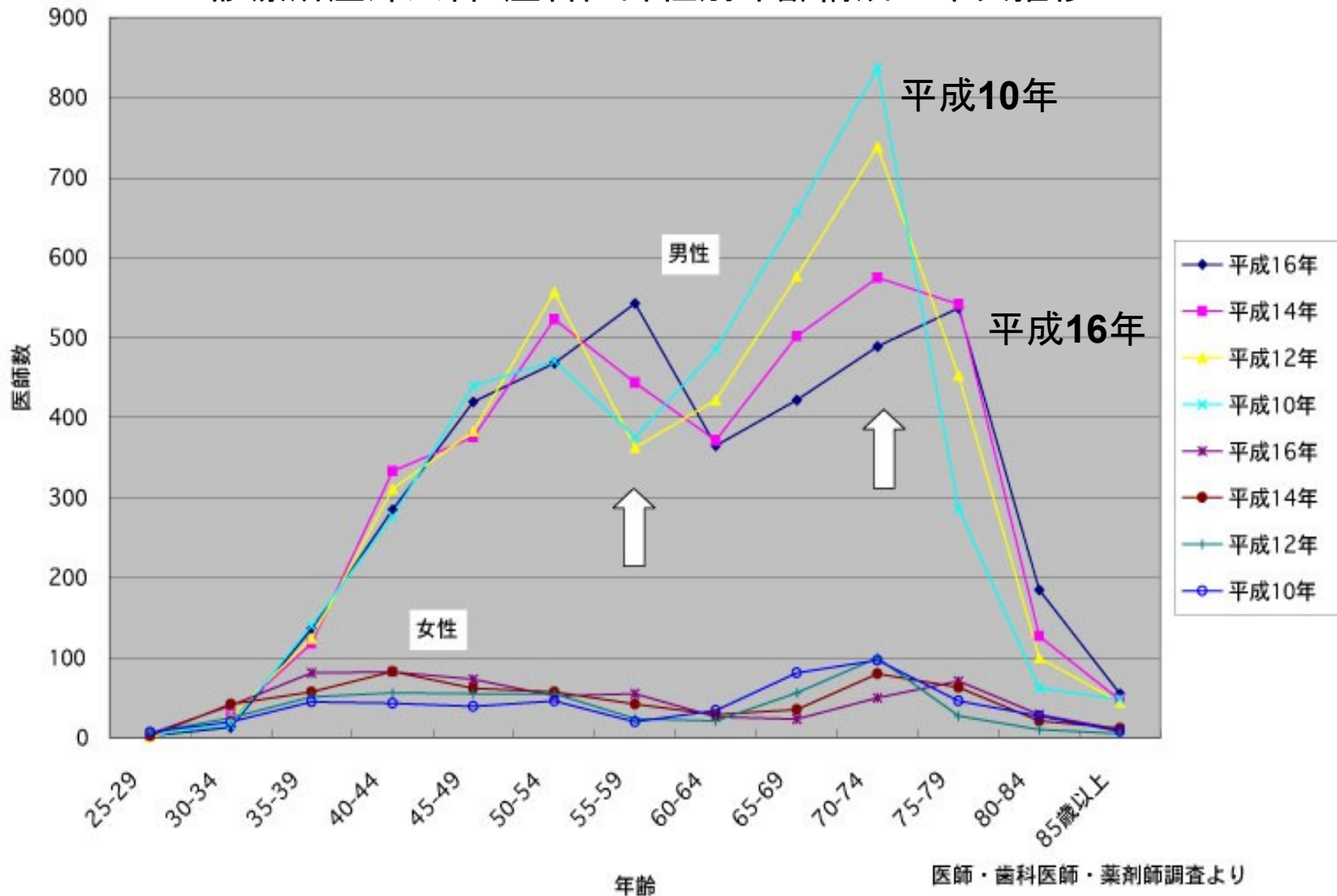


平成17年 神奈川県産婦人科医会調査:小関聡ら

出生数と産科・産婦人科数の推移

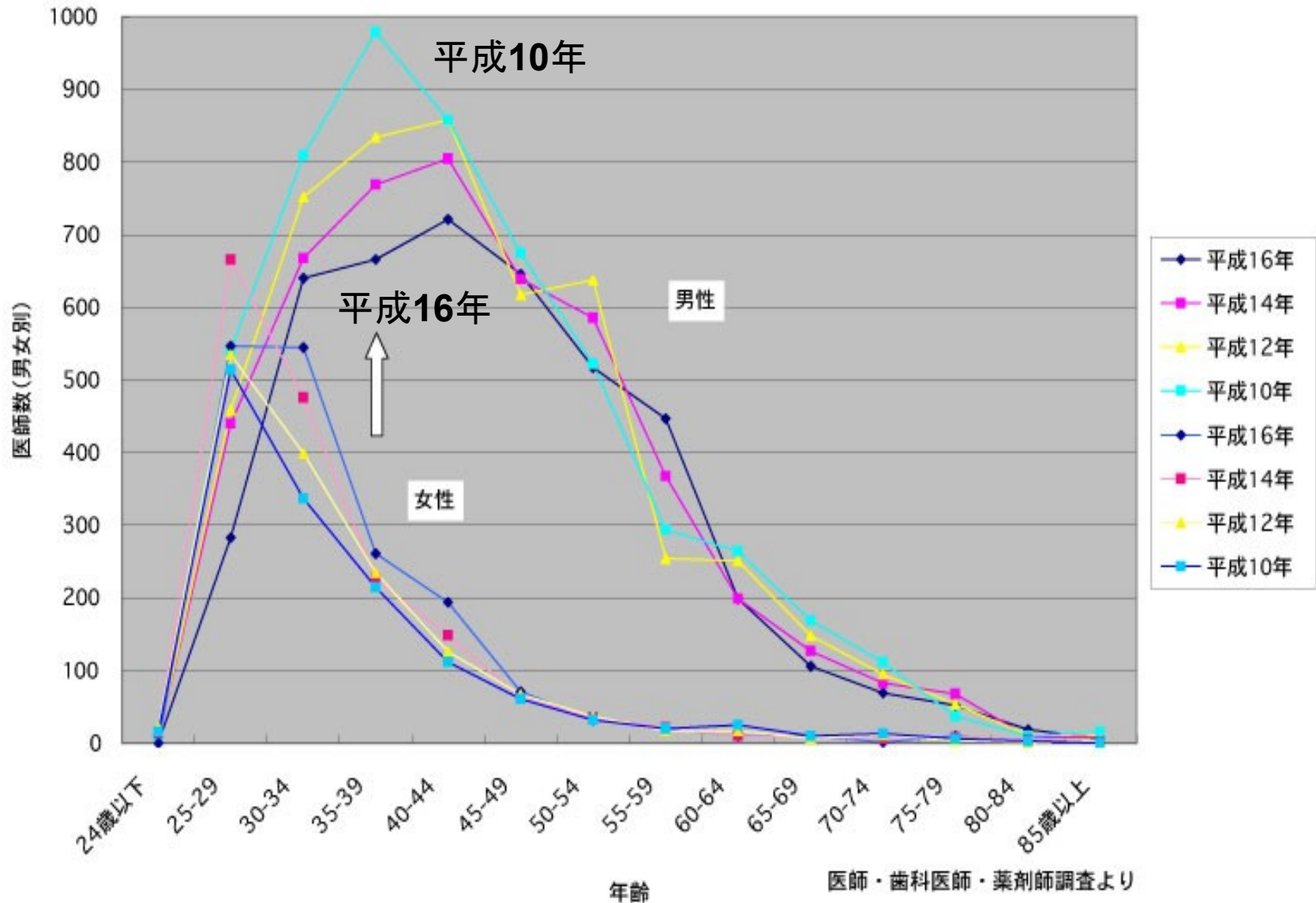


診療所産婦人科・産科医師性別年齢構成の年次推移



平成10年から16年にかけて70代の男性開業医が激減

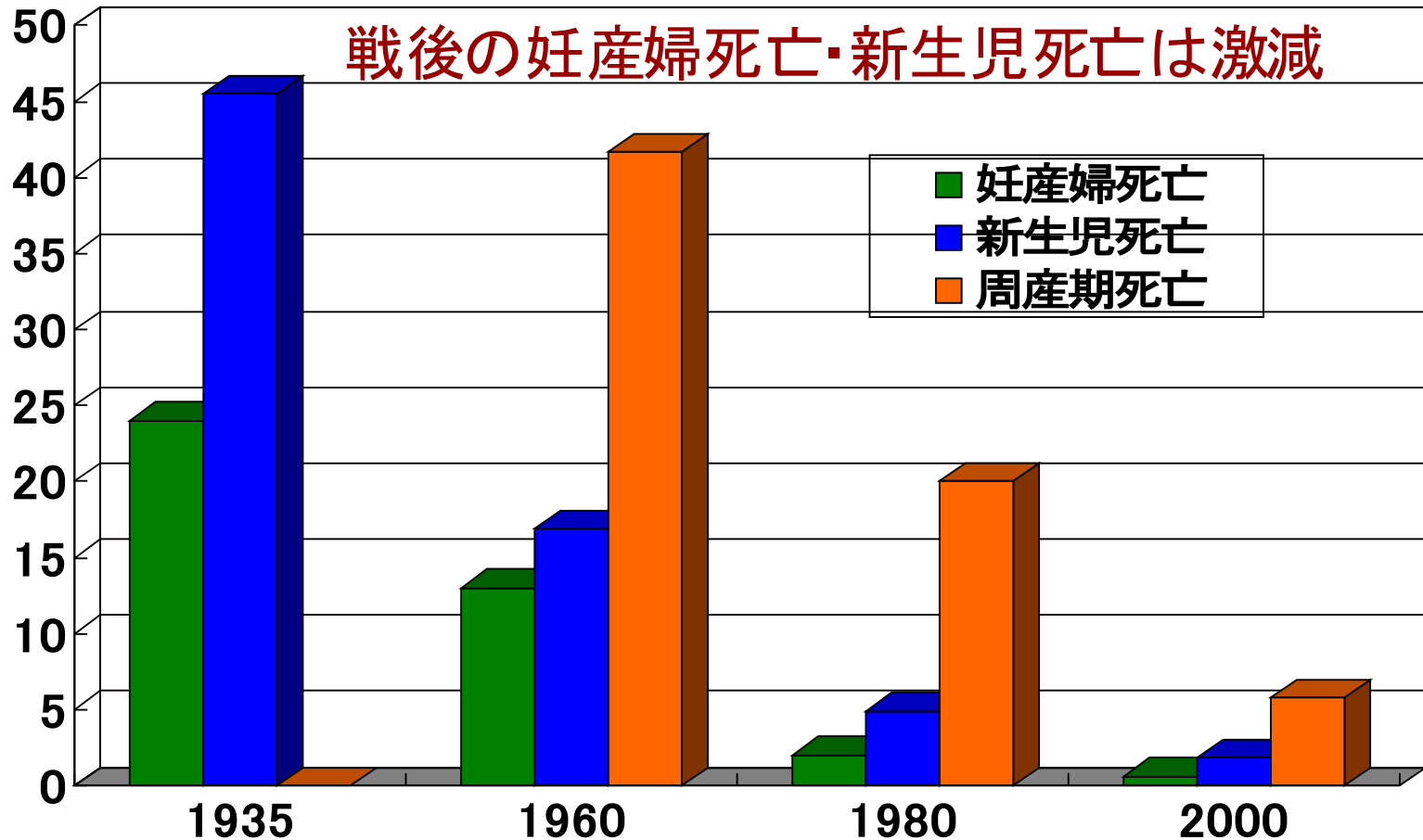
病院勤務の産婦人科及び産科医師数の性別・年齢構成の年次推移



病院勤務医では40代が減少

北海道大学大学院医学研究科
中村 利仁

妊産婦死亡(出生一万対) 新生児・周産期死亡(出生千対)



妊産婦死亡・新生児死亡の推移

年	出生数	母体死亡	新生児死亡
1935(S10)	219万人	417人に一人	22人に一人
1960(S35)	160万人	763人に一人	59人に一人
1980(S55)	157万人	4878人に一人	204人に一人
2000(H12)	119万人	15263人に一人	173人に一人

- 昭和10年→昭和55年(45年間)
母体・新生児死亡が1／10に減少した。
- 昭和55年→平成12年(20年間)
母体死亡はさらに1／3に減少した。

(堀口貞夫)

諸外国との比較

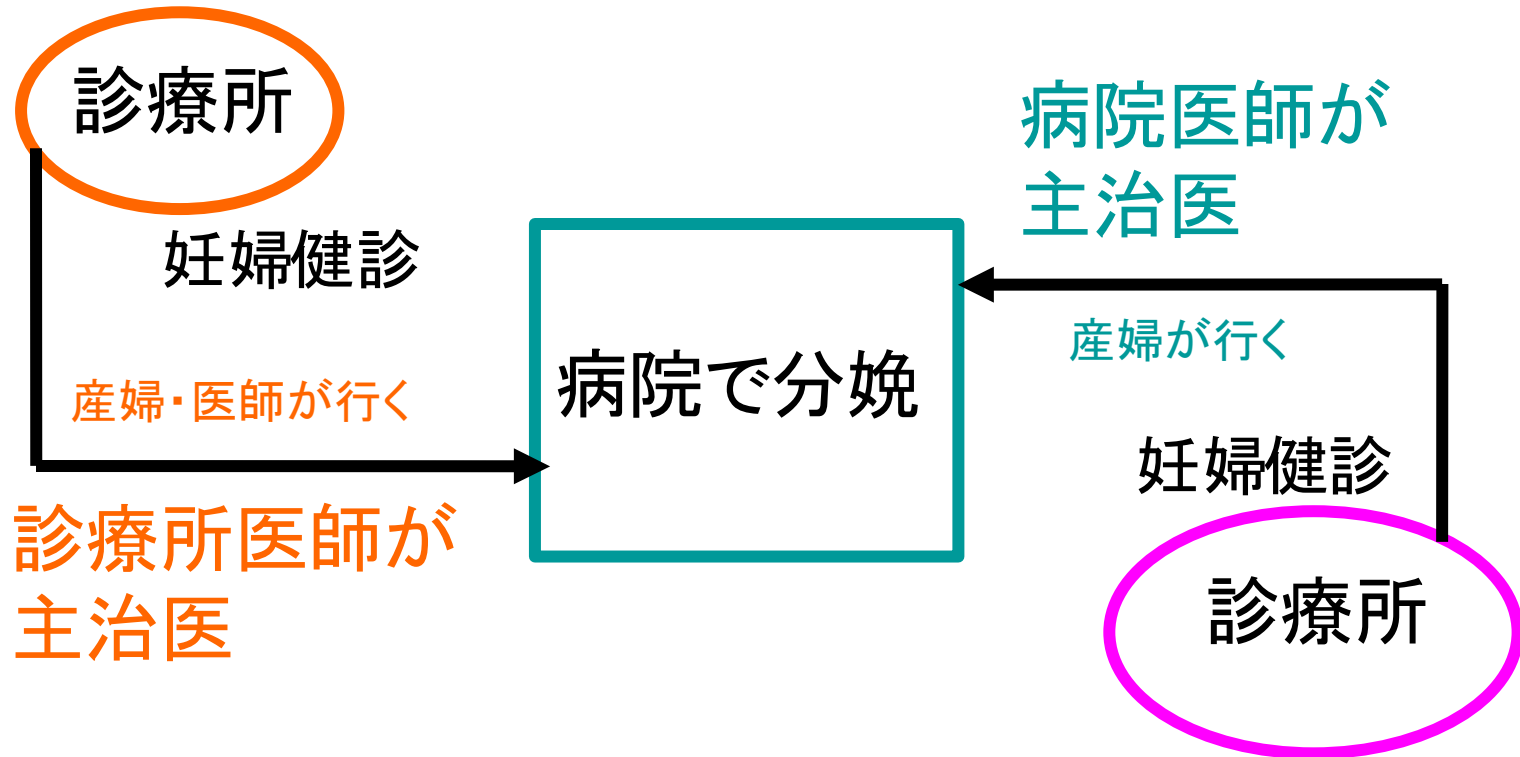
国(年)	出生数	妊産婦 死亡	新生児 死亡	周産期 死亡
日本 2000	119万人	1/15,263	1/565	1/173
アメリカ1999	405万人	1/14,085	1/213	1/101
フランス1998	77万人	1/ 9,901	1/370	1/141
ドイツ1999	73万人	1/2,0833*	1/345	1/154
オランダ1998	20万人	1/1,0526	1/263	1/127
スウェーデン1998	9万人	1/1,2658	1/435	1/193*
イギリス 1999	67万人	1/1,8868*	1/256	1/121

*印は死亡率が、日本より低い 堀口貞夫

(セミ)オープンシステム

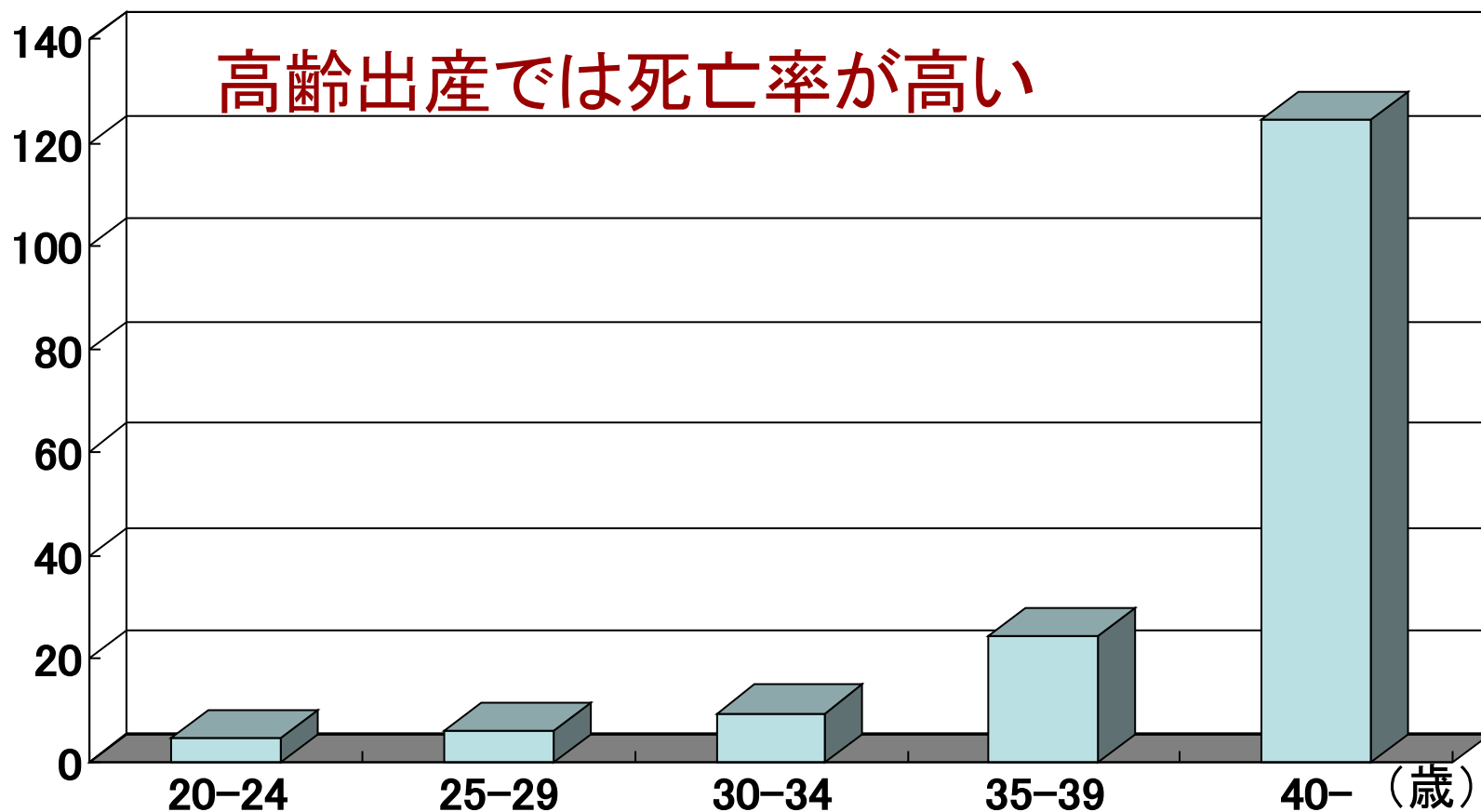
オープンシステム

セミオープンシステム



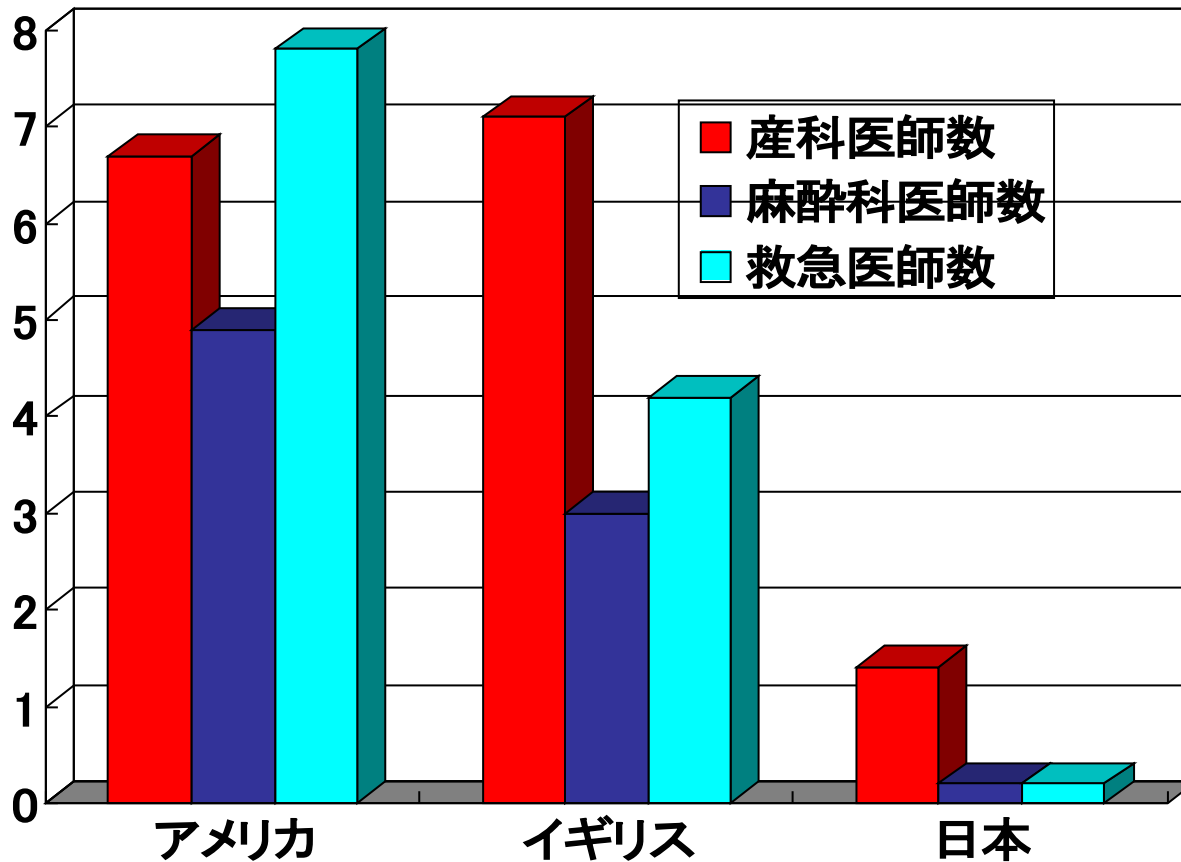
産婦さんのバースプランはどのようなのでしょうか？

平成3,4年度妊産婦死亡率(10万対)



平成8年度厚生省心身障害研究
妊産婦死亡の防止に関する研究(分担研究者:長屋憲)

医療施設あたりの医師数比較 (1991-5)



* 日本は有床診療所を含む

平成8年度厚生省心身障害研究
妊産婦死亡の防止に関する研究
(分担研究者:長屋憲)

BFH: Baby Friendly Hospital

母乳育児を成功させるための10か条

1. 母乳育児の方針を文書ですべての医療にかかわる人に常に知らせる。
2. すべての医療従事者に母乳育児をするために必要な知識と技術を教える。
3. すべての妊婦に母乳育児の良い点とその方法をよく知らせる。
4. 母親が分娩後、30分以内に母乳を飲ませられるように援助する。
5. 母親に授乳の指導を十分し、もし赤ちゃんから離れることがあっても、母乳の分泌を維持する方法を母親に教える。
6. 医学的な必要がないのに母乳以外のもの、水分、糖分、人工乳を与えない。
7. 母子同室にすること、赤ちゃんが1日中24時間一緒にいられるようにする。
8. 赤ちゃんが欲しがるときに、欲しがるときの授乳をすすめる。
9. 母乳を飲んでいる赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えない。
10. 母乳育児のための支援グループを作って援助し、退院する母親に紹介する。

WHO－UNICEF共同宣言

上田市産院

(長野県内唯一のBFH)存続活動

2005.8 信州大学から医師派遣中止宣言

10/29 新聞紙上で公表

11/09 『いいお産を望み上田市産院存続を求める母の会』総会
署名活動開始

11/28 79,262人分の署名を持って上田市に陳情(最終的には
95,671筆)

12/27 医師確保に目処が付き、分娩予約再開

2006.1/24 確実な存続が決定

産む人のしたいお産と、産科医が習ってきたお産にはギャップがある。それを埋めるためには地域、医療者の大きな連携が必要。

(上田市産院に赴任した医師の発言)

紙REBORN2006.3.20より

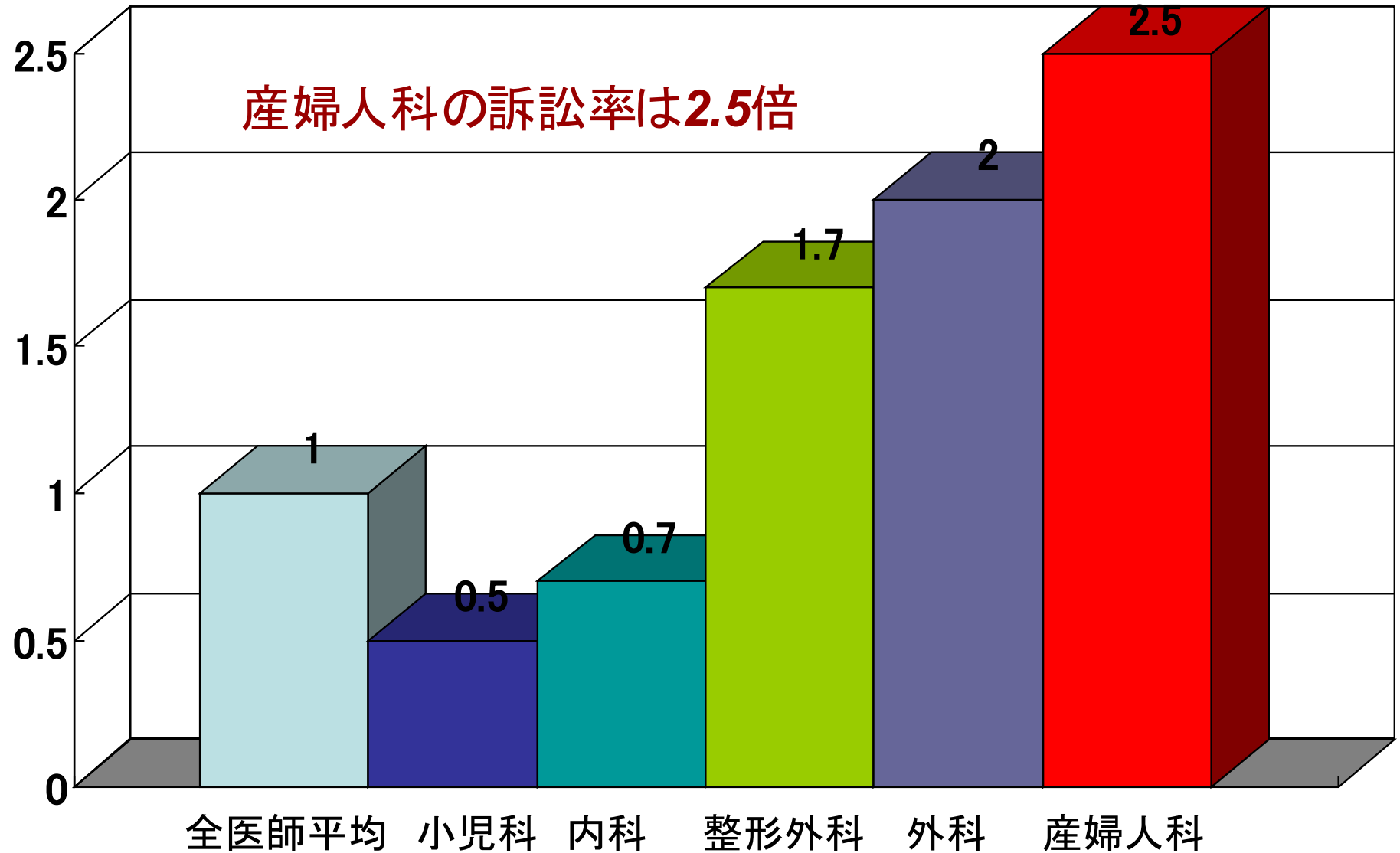
良い産院の10か条

1. 情報が公開されている
2. 複数の産婦人科医師がいるか、高次医療施設やオーブンシステム病院との連携が密
3. 帝王切開・輸血がいつでも速やかにできる
4. 医師が生涯研修、自己研修に熱心
5. 助産師・看護師などの医療スタッフが充実
6. 小児科医、新生児科医との協力が密
7. 安全なお産のための母児モニターが十分に行われている
8. 妊婦の意向を尊重し、快適な分娩を心掛けている
9. 検査、処置に関する説明が十分に行われている
10. 医療安全システムが整備され、院内が清潔で整理整頓されている

(中林正雄)

周産期医療の今日的課題

平成15年度の医療訴訟比率(最高裁調べ)



福島県立大野病院医師逮捕事件

- 平成16年帝王切開で癒着胎盤の剥離中、大出血あり母体死亡、平成18年2月に医師法21条異常死届出違反で逮捕される。

この病院では、いわゆる「一人医長」で、麻酔科医、外科医とともに手術を施行。大学病院に応援を頼むも間に合わず。癒着胎盤の経験が少ない医師が一人で行ったと非難されるが、たとえばベテラン医師でも救命が困難だったという意見もある。

- この逮捕をした管轄の富岡警察署が、平成18年4月に県警本部長賞受賞

この事件以後、「産科やめたい症候群」が全国の産科医師に蔓延
大野病院の産婦人科は閉鎖中

患者側弁護士から 医療事故被害者は何を求めているのか

医療事故被害者の5つの願い(加藤良夫弁護士)

- 1) 原状の回復
- 2) 真相の究明
- 3) 反省・謝罪
- 4) 再発の防止
- 5) 適正な賠償

「お産の不確実性」

—医学の進歩によりカバーできたはずの領域

医療水準の標準化 法的な意味での過失を画するための概念

診療体制の集約化 24時間救急体制の未整備 自体が過失

—医学の進歩を持ってしてもカバーしきれない領域

シンポジウム

より安全な分娩を目差して—これからの分娩のあるべき姿—

弁護士: 安東宏三

第32回日本産婦人科医会学術集会・近畿ブロック大会2005. 10. 8~9

産科オープンシステム (大阪厚生年金病院)

オープンシステムの意義は

「安全と快適なお産を両立させること」(高木哲部長)

- 診療所18施設、助産所20施設、助産師30名が登録
- 血管確保、分娩監視装置、臍帯切断時期などを打ち合わせ、覚書をかかわす
- 登録医師、助産師の立会いが12.6%まで増加
- 医療事故発生時は非常勤医師に準じた扱い

県西部浜松医療センターと診療所で行われている地域医療連携

●産科オープンシステム・制度の概要

- ア 出産までの健康診査は、産科の診療所で実施
- イ 出産については、県西部浜松医療センターで対応
- ウ 出産後の健康診断は、紹介元の診療所で実施
- エ 帝王切開等のハイリスクの出産は、出産後も県西部浜松医療センターで対応
- オ 病院の医師と診療所医師が、患者への直接指導や面談による治療方針の検討などにより、退院指導、術後管理等に関して共同指導を実施

●病院の対応状況等

- ア 病院の利用病床数は産科18床及び婦人科病棟40床の一部
- イ 病院の総出産数1,035件中オープンシステムによる出産690件（平成15年度）

日本の産科医療の現状と問題点

1. 産科・周産期医療の水準は世界のトップレベル
2. 少産・少子傾向の持続
3. 高年妊娠・出産、多胎妊娠、合併症妊娠など
ハイリスク妊娠・出産の増加
4. 母子が主体となる出産・育児への高いニーズ
5. 産科・周産期医療訴訟が多く、賠償が高額化
6. 産科医師の減少、出産施設の減少

平成16年度厚生労働科学研究

医療安全を考えた産科施設の安全と質に関するモデル事業 杉本充弘

周産期医療の問題点の解決

1. 医療施設の機能別役割分担

- 1) ハイリスク分娩(全分娩の10%)は基幹病院へ集中
- 2) 低リスク、中等度リスク妊娠・分娩は一次・二次施設で管理
- 3) 有床診療所の二次施設化(オープン病院化)
- 4) 無床診療所医師のオープン病院登録(診一診連携)

2. 産科医の労働条件・待遇の改善

- 1) 2部交代勤務、当直、夜勤手当の増額
- 2) 分娩件数に応じたドクターフィーの設定
- 3) 女性医師支援対策

3. 産科医療に対する公的補助の増額

＜妊娠リスク自己評価表＞ 概略

1点項目：出産時年齢**15歳以下**／**35～39歳**、初産、非妊時体重**65～79kg**、喫煙、前回子宮筋腫あり、産後出血多量、**4kg以上の巨大児**、排卵誘発剤使用、初診が妊娠**28週以降**、身長**150cm未満**

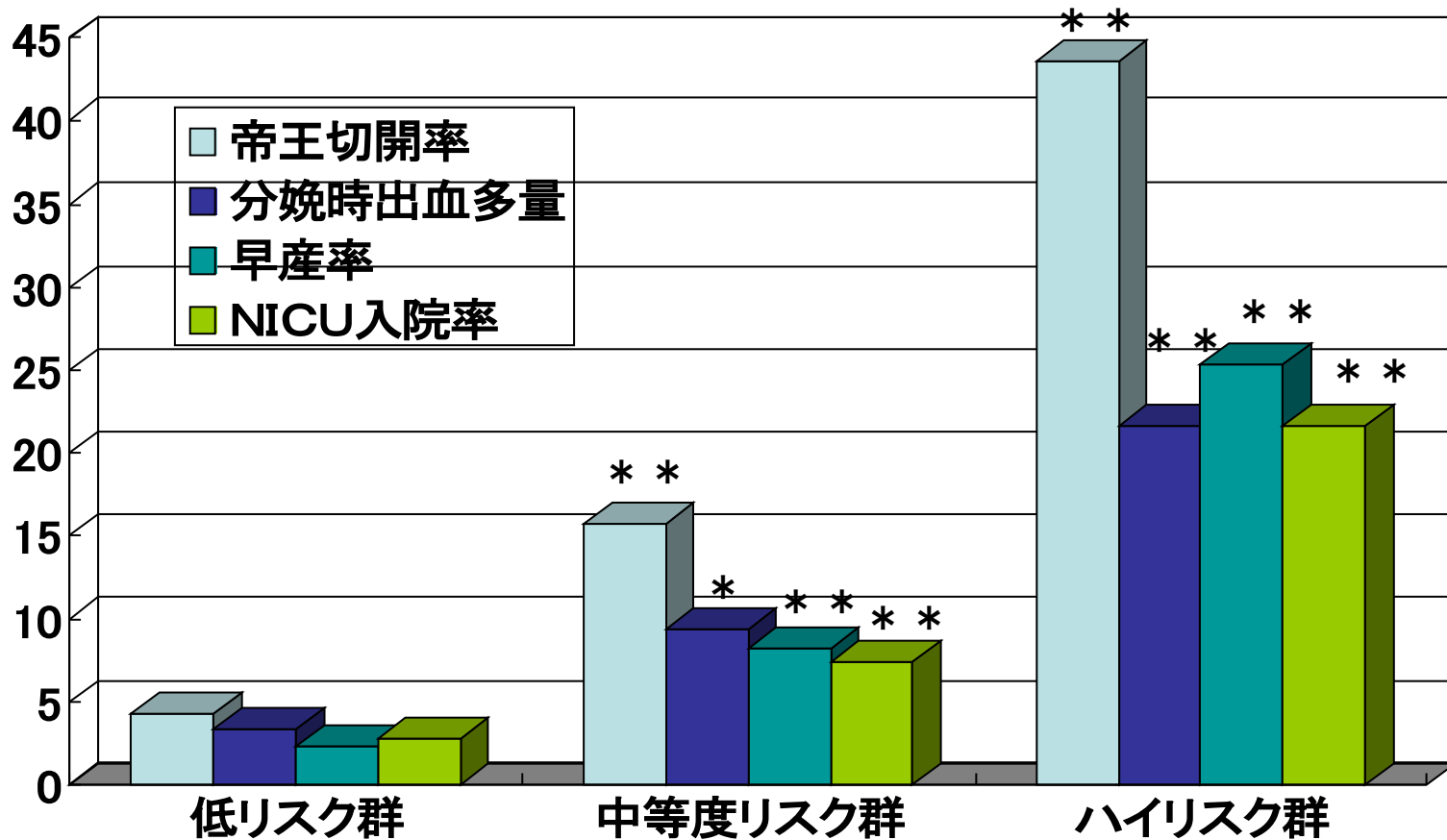
2点項目：非妊時体重**80～99kg**、**2回以上の自然流産**、帝王切開、**2500g未満の低出生体重児**、出産時が初診

5点項目：**40歳以上**、**体重100kg以上**、
妊娠高血圧症候群重症 血圧160/110以上

0～1点：現時点で問題なし **2～3点**：連携施設で健診・分娩

4点以上：ハイリスク施設で健診、分娩

妊娠リスクスコアによる 周産期予後判別(2804症例)

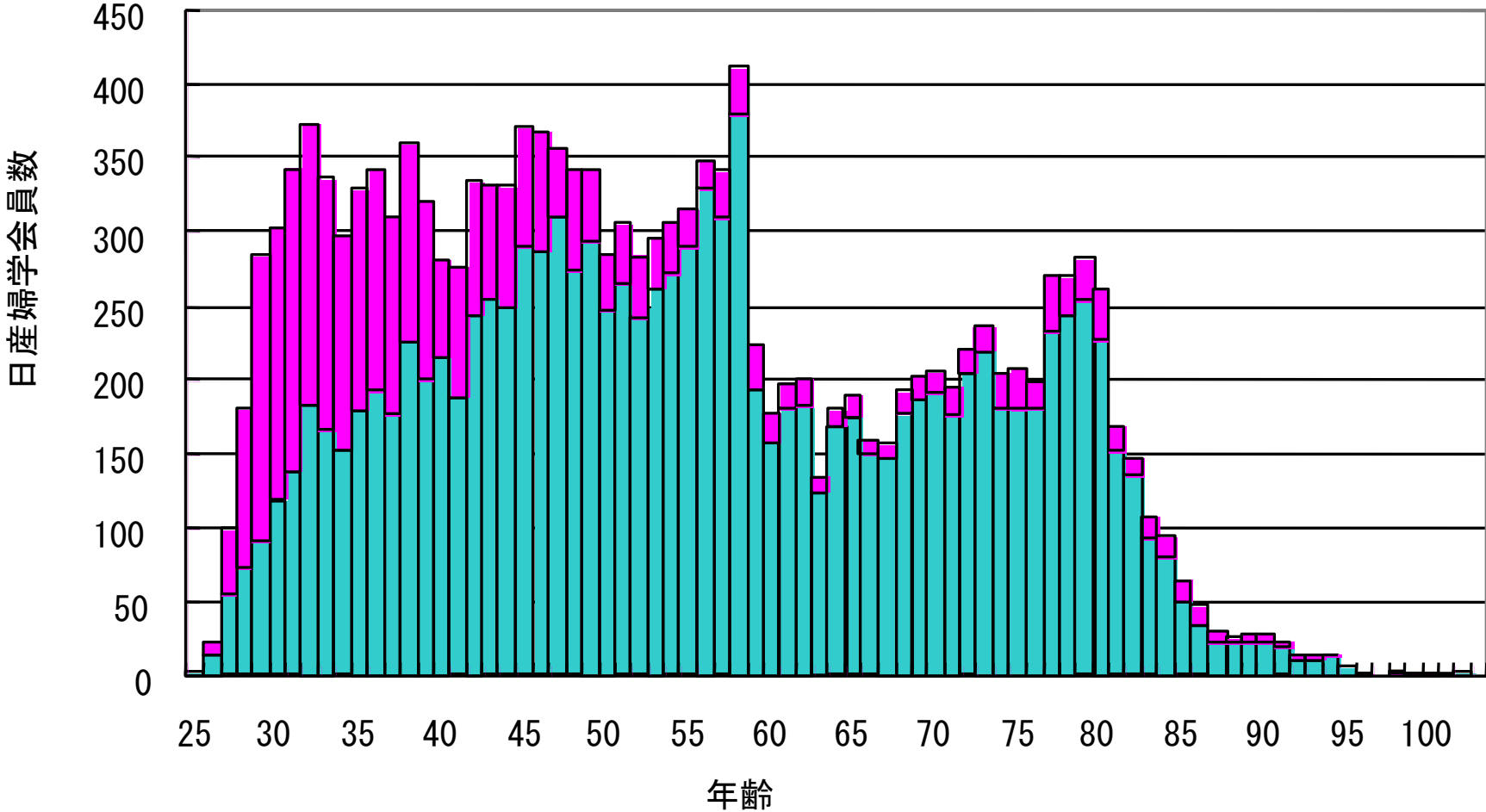


* P < 0.01 ** P < 0.001

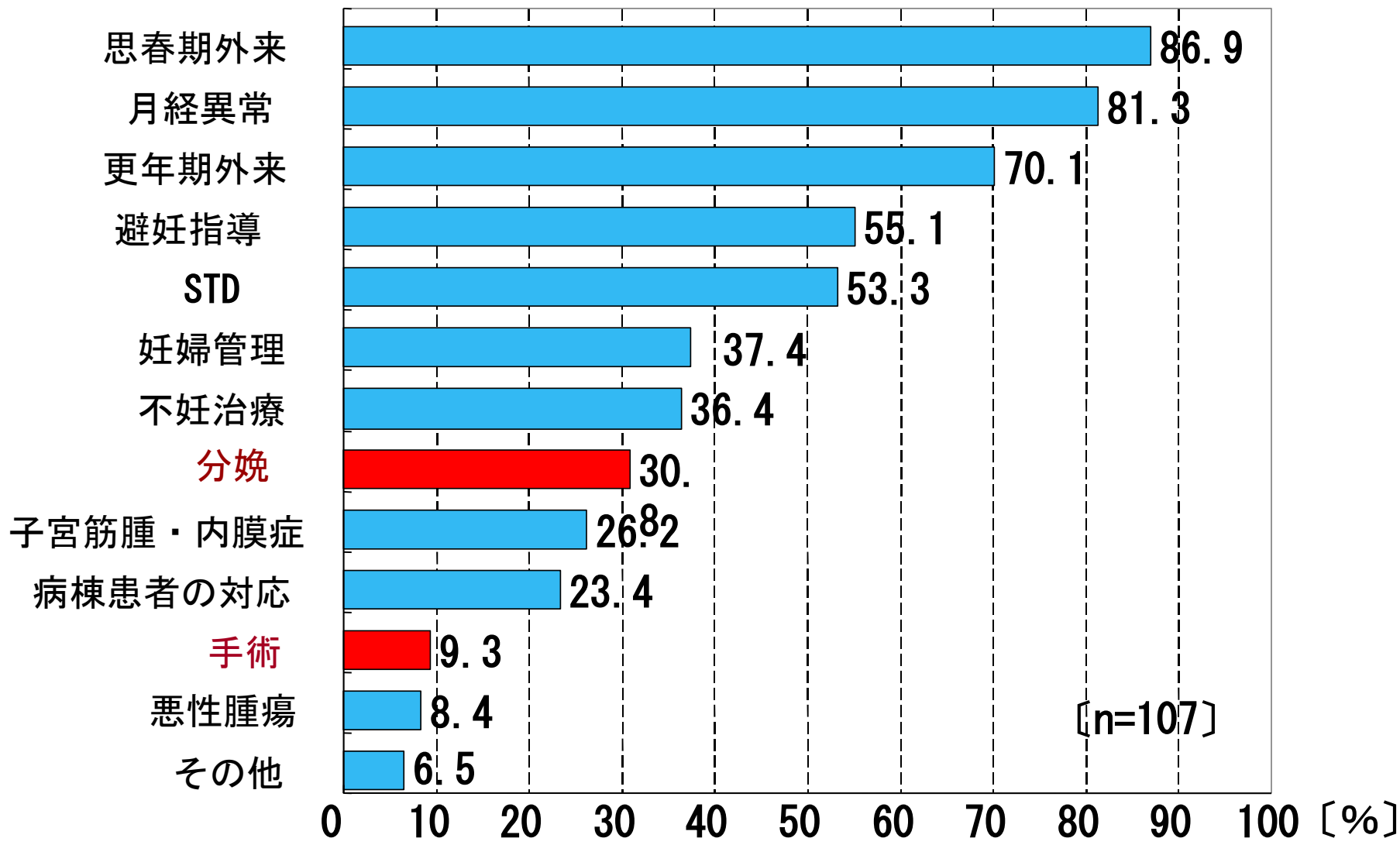
中林正雄

日本産科婦人科学会会員の年齢別男女比（2004年）

■ 女性（ 3,514）
■ 男性（12,377）

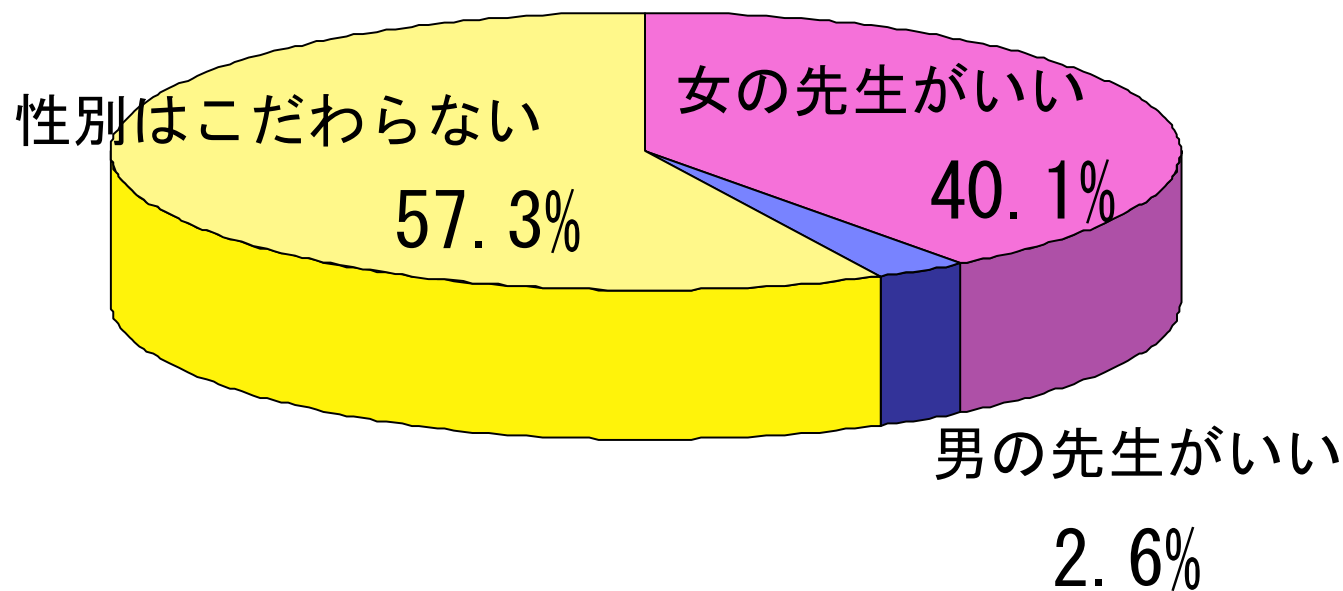


Q : 女性医師が特に適していると考えられる診療の対象は何でしょうか？（女性医師の意識）



Q : 次のような場合で産婦人科を受診するとしたら、
男性医師, 女性医師のどちらに診てほしいですか？

【お産をする場合】



学会への要望事項

- 女性医師問題解決に向けての実行委員会の設置
- 1) 長時間の過酷な勤務の改善
- 2) 院内保育 女性医師専用の休憩室
- 3) 授乳中は9時～5時勤務で当直無しを制度化
- 4) 産婦人科がモデルとなり、女性医師の働きやすい環境を整備
- 5) 女性医師バンク
- 6) 学会の理事会、委員会の女性医師の割合を増やす

〔間壁さよ子：我が国の産婦人科女性医師を対象にした意識調査, 2006〕

安全で効率的な医療提供体制

1) 産科診療圏:

人口30—100万人、出生数3000—10000人

2) 地域分娩施設群:

施設群内で緊急帝王切開30分ルール

3) 中核的病院:

24時間体制で救急対応10名以上の医師

助産科誕生—その実際と展望

MCS: midwife care system

病院内では診療技術部(薬剤、検査等)に属する

- 1) 病院施設内で助産師が主となり、外来妊婦検診、分娩、産褥管理、育児相談を行う
- 2) 日本に古くからある助産院／自宅でアットホームな「お産」の良さと医療設備の整った病院内での安全性の高い「分娩」の両者の良さを兼ね備えている
- 3) DCS: doctor care systemを選ぶこともできる
- 4) 妊婦検診は予約制で一人45分
- 5) 分娩には助産師2名が必ず立ち会う
- 6) 産褥期には担当助産師が記録等も責任を持って行う

新しい周産期医療システム

1) 一次医療施設の役割

A: 産科医一人の診療所

妊婦検診、オープンシステム病院の利用

B: 複数の産科医がいる施設

ローリスク妊娠の分娩管理

2) オープンシステム病院の普及

3) 周産期母子センターへの分娩集約化

4) 余裕のある医療体制

(ダブルチェック可能な人員配置)

助産院出産の利点と問題点

1) 利点:

マンツーマンの**継続ケア**

妊産婦の主体性が尊重されるケア

家庭的な雰囲気の出産環境

医療介入のない自然出産

2) 問題点

異常状態への急変対応に限界

助産師の状態観察力に格差

助産師と産科医師の連携・チーム医療

●助産院出産・自宅出産の安全性確保

1) 周産期センターとの連携強化

嘱託医療機関、定期チェック(ポイント検診)

異常時の搬送、症例検討、研修会

2) オープンシステム、セミオープンシステム

●病院出産の快適性増進

1) 病院内家庭出産(ハイリスクも対象)

助産師の継続ケア、医師とのチーム診療、

助産師健診と産科医ポイント健診、家庭的雰囲気環境、家族
立会い出産

2) 院内助産所

新しい産科医療サービス

モデル1:

開業助産師と病院のオープンシステム

ポイント健診、病院で分娩、早期退院、
助産院に転院

地域・自宅

助産所

モデル2: 病院助産師の訪問健診

地域の助産師へ引き継ぎ

病院

平成16年度厚生労働科学研究

医療安全を考えた産科施設の安全と質に関するモデル事業 杉本充弘

新しい少子化対策

2006年6月20日「骨太方針2006」

1) 社会全体の意識改革

- ①子どもの誕生を祝福し、子どもを慈しみ、守り育てることは、社会の基本的な責任
- ②国、地方公共団体、企業、地域社会等が連携の下で社会全体の意識改革に取り組む

2) 子どもと家族を大切にするという視点にたった施策の拡充

- ①子育ては第一義的には家族の責任であるが、子育て家庭を、国、地方公共団体、企業、地域等、社会全体で支援
- ②すべての子育て家庭を支援するため地域における子育て支援策を強化
- ③仕事と子育ての両立支援の推進や、子どもと過ごす時間を確保できるよう男性を含めた働き方の改革
- ④親の経済力が低く、仕事や家庭生活の面でも課題が多い出産前後や乳幼児期において、経済的負担の軽減を含めた総合的な対策の推進
- ⑤就学期における子どもの安全対策、出産・子育て期の医療ニーズに対応できる体制の強化、特別な支援を要する子ども及びその家族への支援の拡充