

安心と希望の医療確保ビジョン

—産科—

都立府中病院産婦人科部長
東京医科歯科大学産婦人科臨床教授
桑江千鶴子

講演内容

- (1) お産について—概論
- (2) 海外の周産期事情・分娩費用の比較
- (3) 産婦人科女性医師の実態
- (4) 臨床現場での3つの問題
問題提起
- (5) 様々な試み
- (6) 女性医師が働きやすい体制と提案

(1)お産について

原点：古今東西、お産は危険な営みである

4つ足から進化して2本足歩行になったことで危険になったお産。一般的には4つ足哺乳動物は足から生まれる(骨盤位)人間は大きく発達した頭部から産まれる。

日本人は仙骨が扁平形の人が多く産科的には回旋異常や微弱陣痛が起こりやすいと言われる。

古来お産は「棺桶に片足突っ込んでするもの。」「障子の棧が見えなくなるほど陣痛はつらく痛い。」という母から娘へ語り継がれる民間の危険認識が存在した。

では、どれくらい危険な営みなのか？



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

*** アフガニスタン 1900人(1/53人)**

日本の妊産婦死亡率(10万出生)

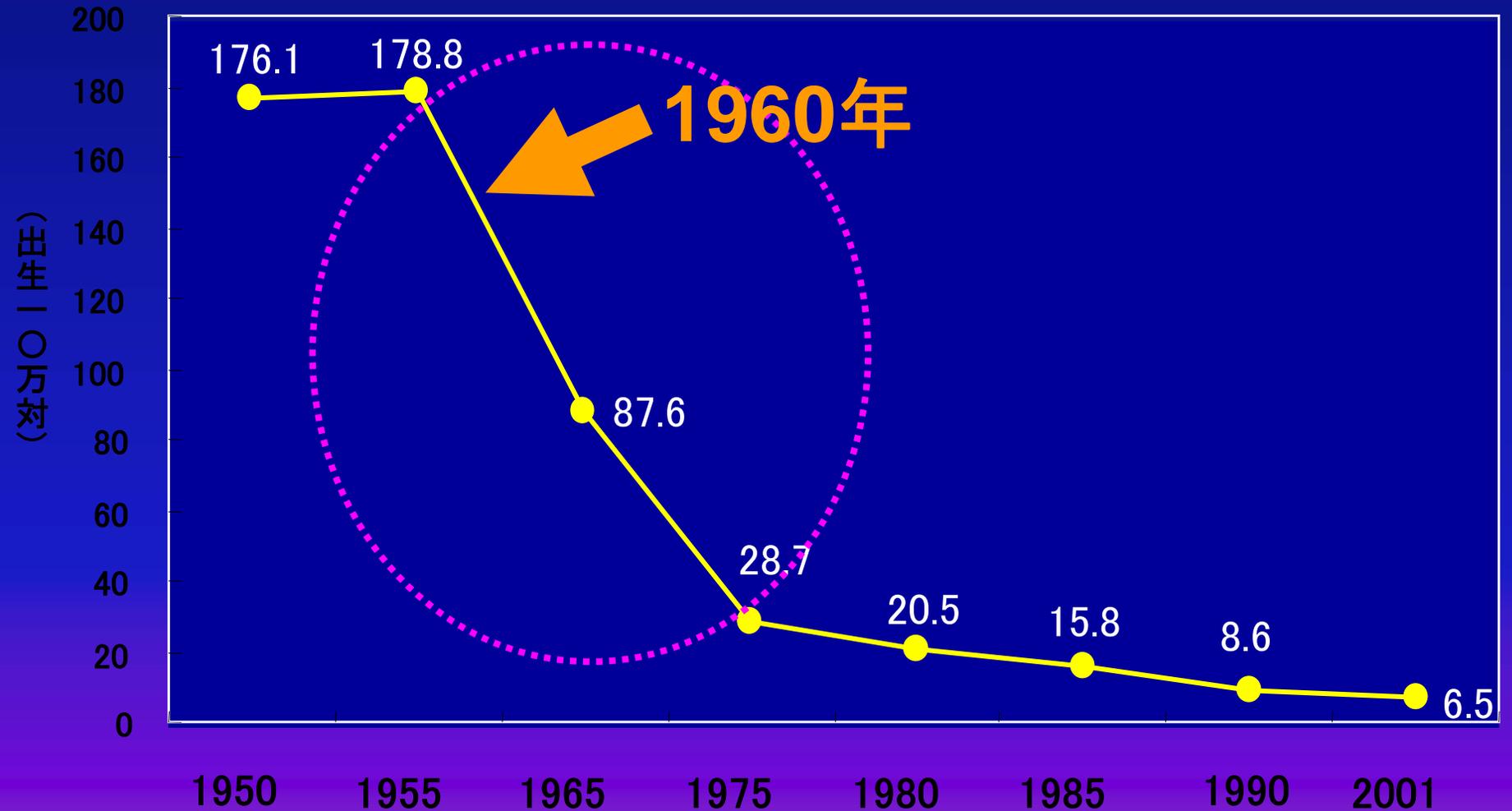
<妊産婦死亡実数>

2004年	69人
2005年	62人
2006年	54人

日本 5人



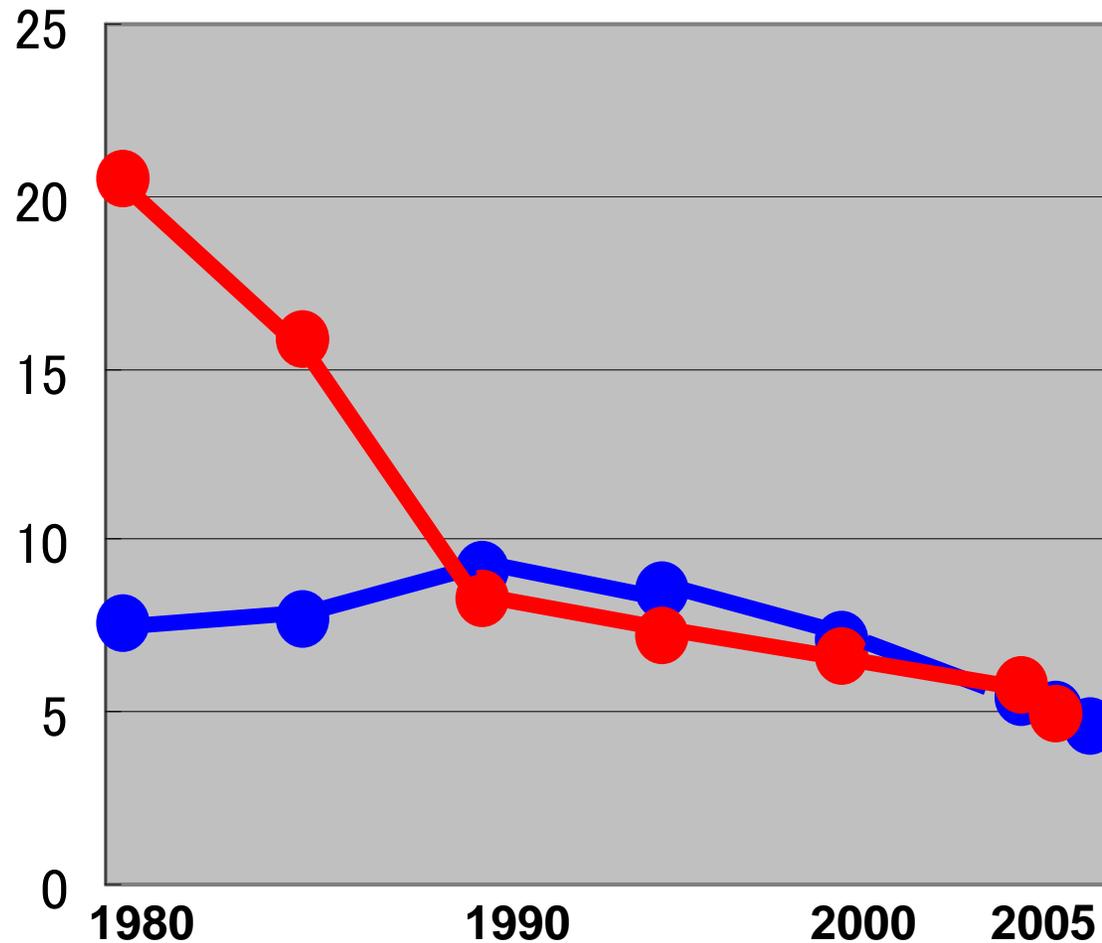
妊産婦死亡率の年次推移



成育医療センター久保先生提供

交通事故死亡率・妊産婦死亡率の年次推移

(/10万人・出生)

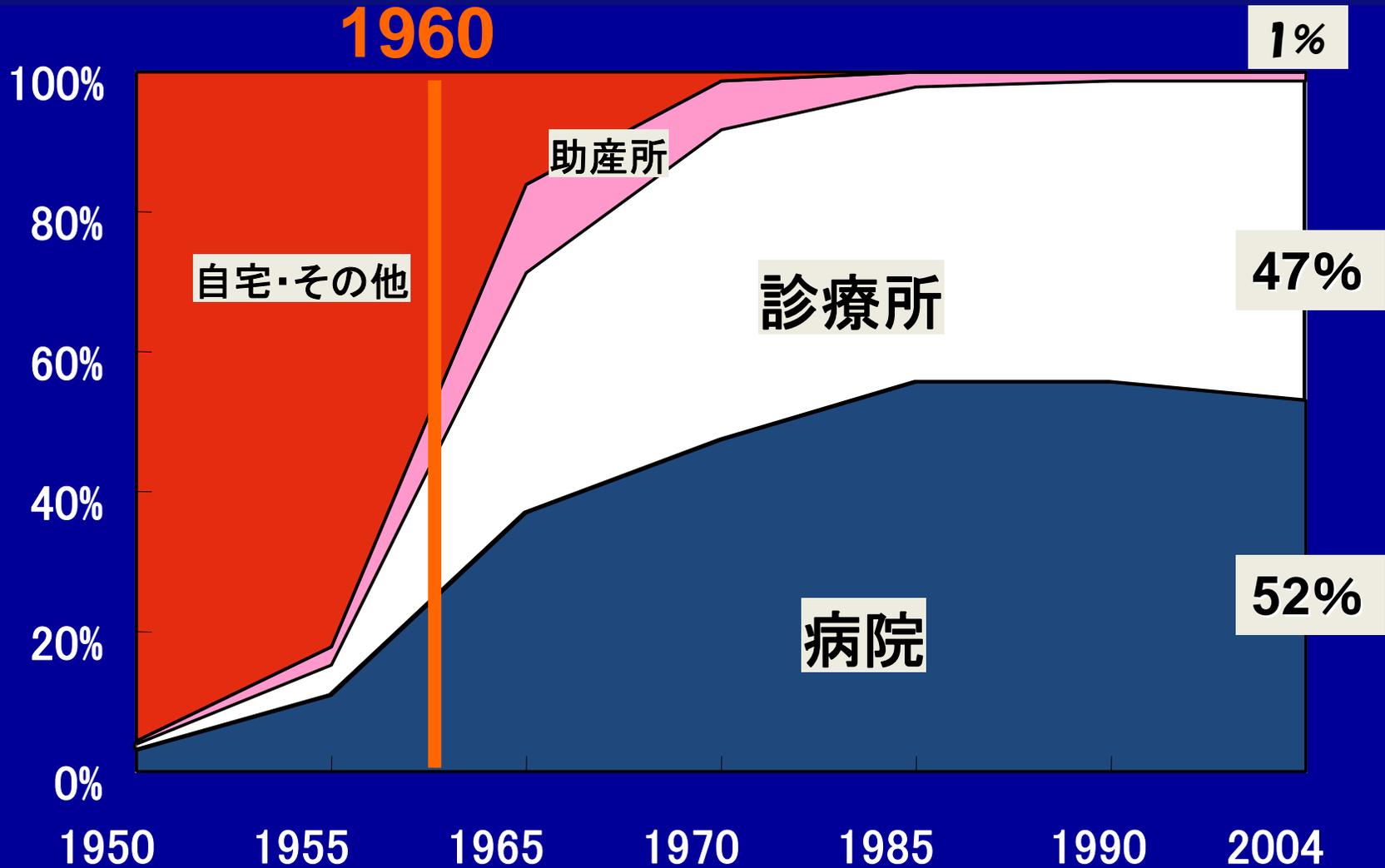


2万人に
1人死亡

● 交通事故死亡率
● 妊産婦死亡率



我が国の分娩場所の推移



50年間の日本の周産期統計の推移



分娩数：半減

母体死亡：約1/80に減少

新生児死亡：約1/40に減少

人工妊娠中絶：減少、いまだ年間約30万件

早産：増加 超早産：約2倍に激増

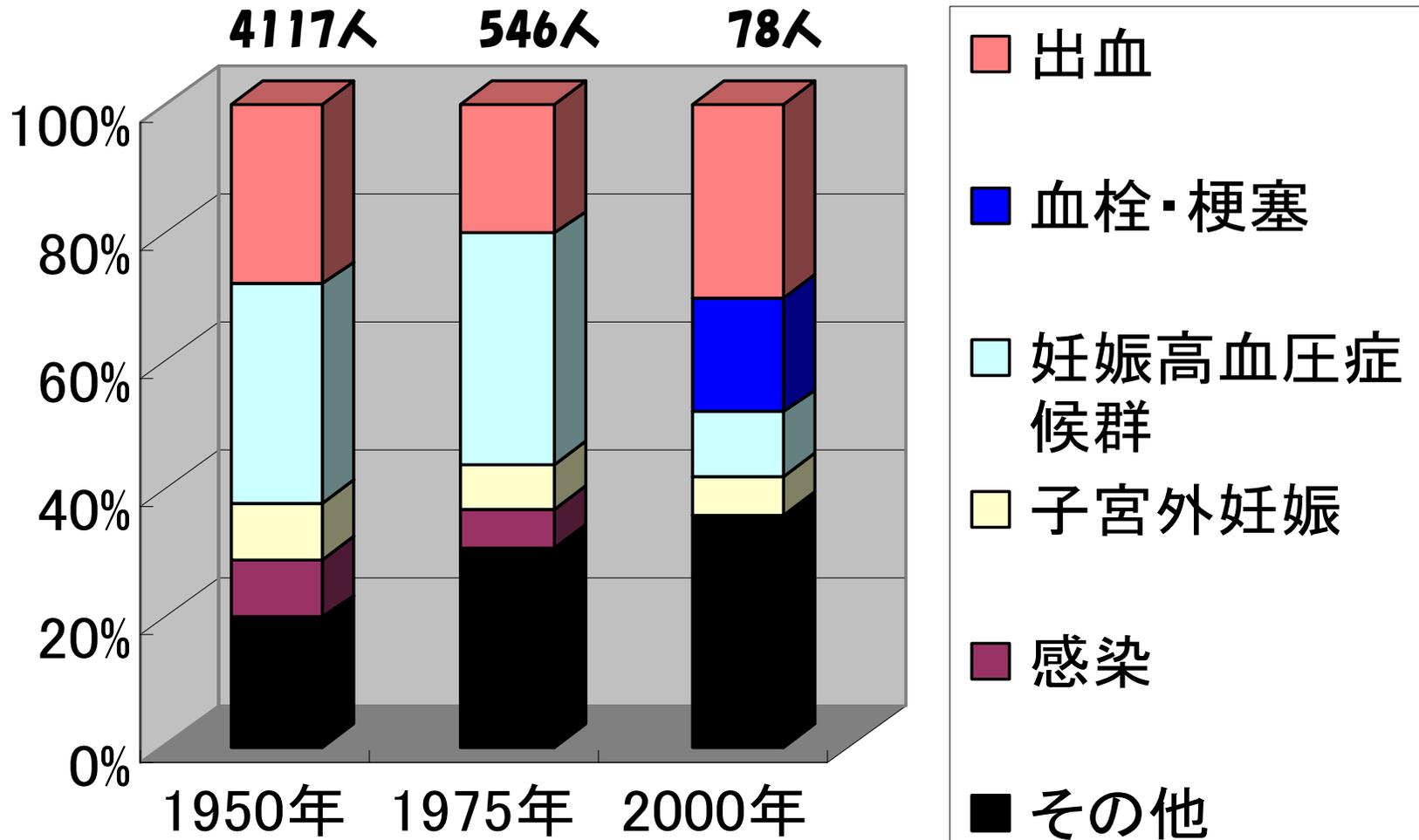
低出生体重児：増加

超低出生体重児：約30倍に激増

高齢妊婦：約2倍に増加

周産期予後は向上 しかし ハイリスク妊娠は増加

我が国の妊産婦死亡死因の推移



常に出血が妊産婦死亡のトップ



妊産婦死亡を含めた 重症管理妊産婦調査

日本産科婦人科学会周産期委員会

委員長：岡村州博 副委員長：岡井崇

委員：金山尚裕、瓦林達比古、中林正雄、平松祐司

母体死亡および重症管理妊産婦調査検討小委員会

小委員：朝倉啓文、久保隆彦、小林隆夫、齊藤滋、佐藤昌司

加藤有美(NCCHD)



妊産婦死亡の内訳 (32例)

出血: 14例

分娩時大量出血 (4)

常位胎盤早期剥離 (3)

PIH→頭蓋内出血 (4)

HELLP→頭蓋内出血 (2)

＜毛膜下出血 (1)

肺梗塞: 4例

敗血症: 1例

不明: 1例

合併症: 12例

悪性疾患 (6)

原発性肺高血圧症 (2)

心筋症 (1)

大動脈破裂 (1)

偽膜性大腸炎 (1)

Von Willebrand病

→小脳出血 (1)

1人の妊産婦死亡の約73倍超ハイリスク妊産婦が存在

実際の妊産婦死亡数は

妊産婦死亡数：62人（2005年）、54人（2006年）

妊産婦死亡数を73倍すると

推定超ハイリスク妊産婦数：4526人－3942人

年間100万分娩で割ると

243人－279人≒約250人に1人の妊産婦は

お産の時に超ハイリスクの危険性がある

帝王切開率

1996年

2006年

日本

10%



20%

アメリカ

15%



30%

分娩の国際比較とその費用

(1) 分娩体制

その国の文化である—資料参照

分娩場所：自宅・助産院・小規模施設・病院

の組み合わせ。日本は独特の体制

(2) 分娩費用

先進諸国であるヨーロッパ・カナダなどは検診料も含めて無料が多い。

アメリカはかなり高額。日本は低額。

(実例) 実際にかかる費用・・・約51万円

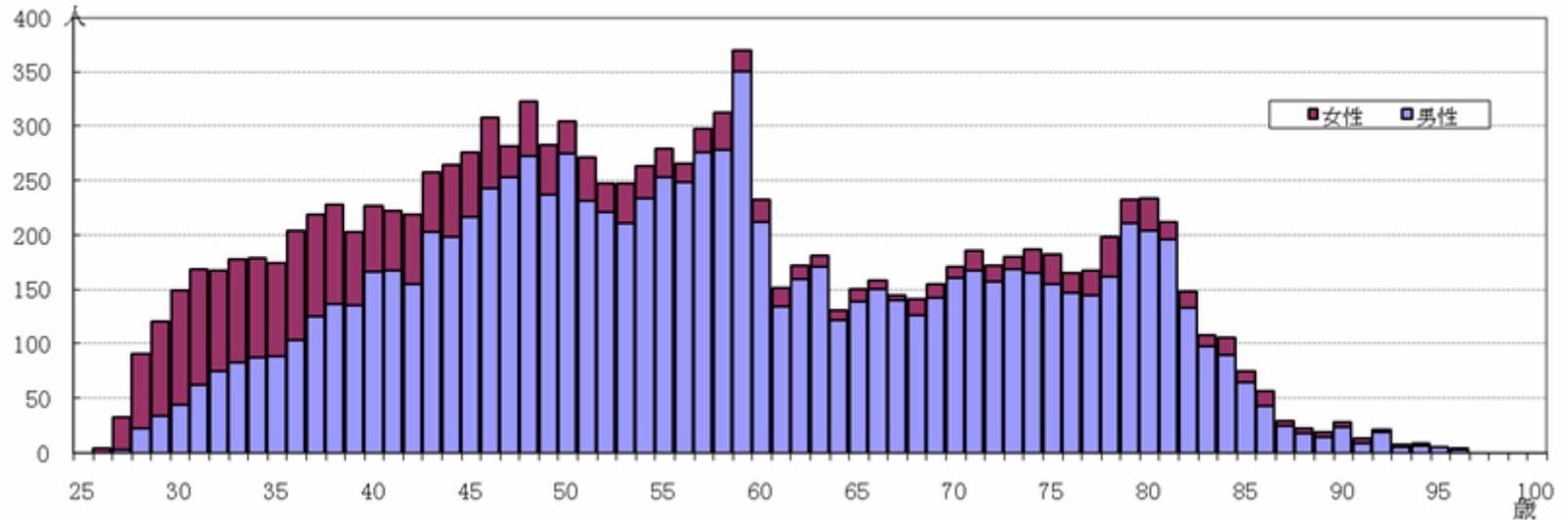
都立病院での平均・・・約29万円

$29 - 51 = -22$ 万円・・・医療側の赤字

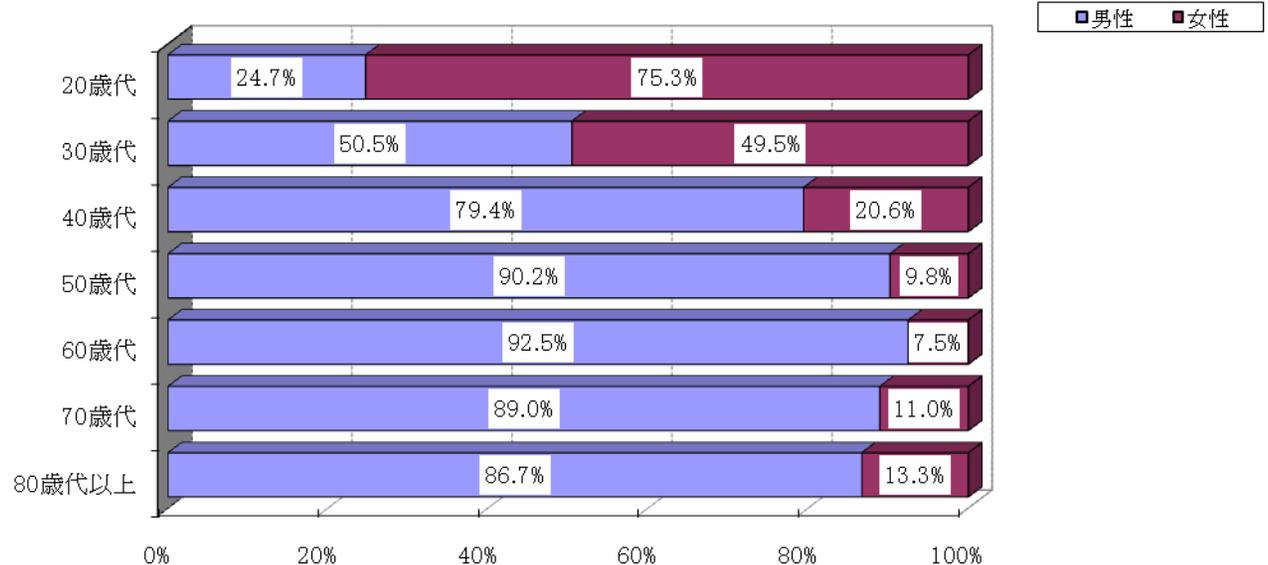
産婦人科女性医師の実態

産婦人科における医師の年齢構成および男女比

(社)日本産婦人科医会 会員年齢分布 (平成18年度末)



(社)日本産婦人科医会 会員年代別分布 (平成18年度末)



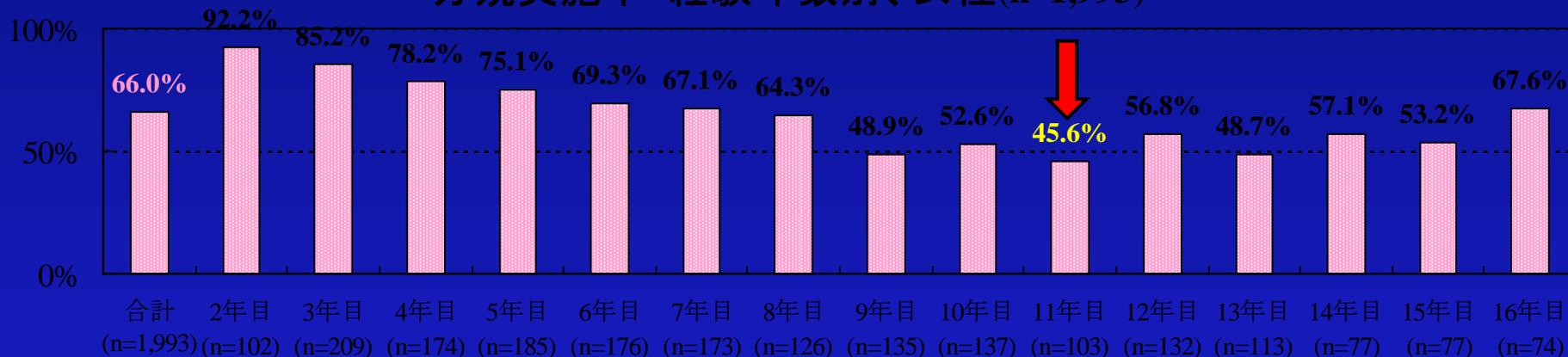
分娩取り扱い医師の実情



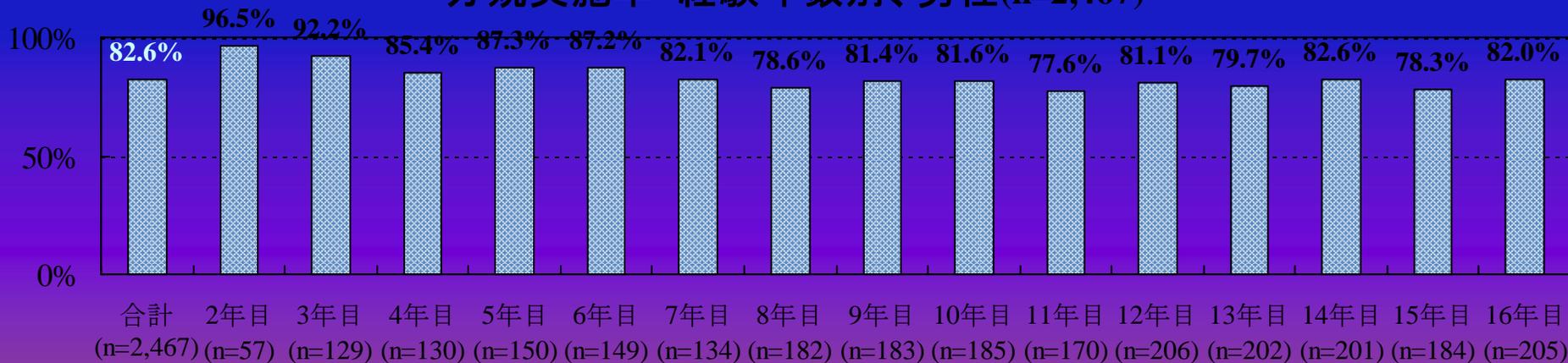
分娩実施率-男女別、経験年数別

女性医師の平均分娩実施率は66.0%(男性医師は82.6%)。女性医師の分娩実施率は経験年数11年目で45.6%まで落ち込む。

分娩実施率-経験年数別、女性(n=1,993)



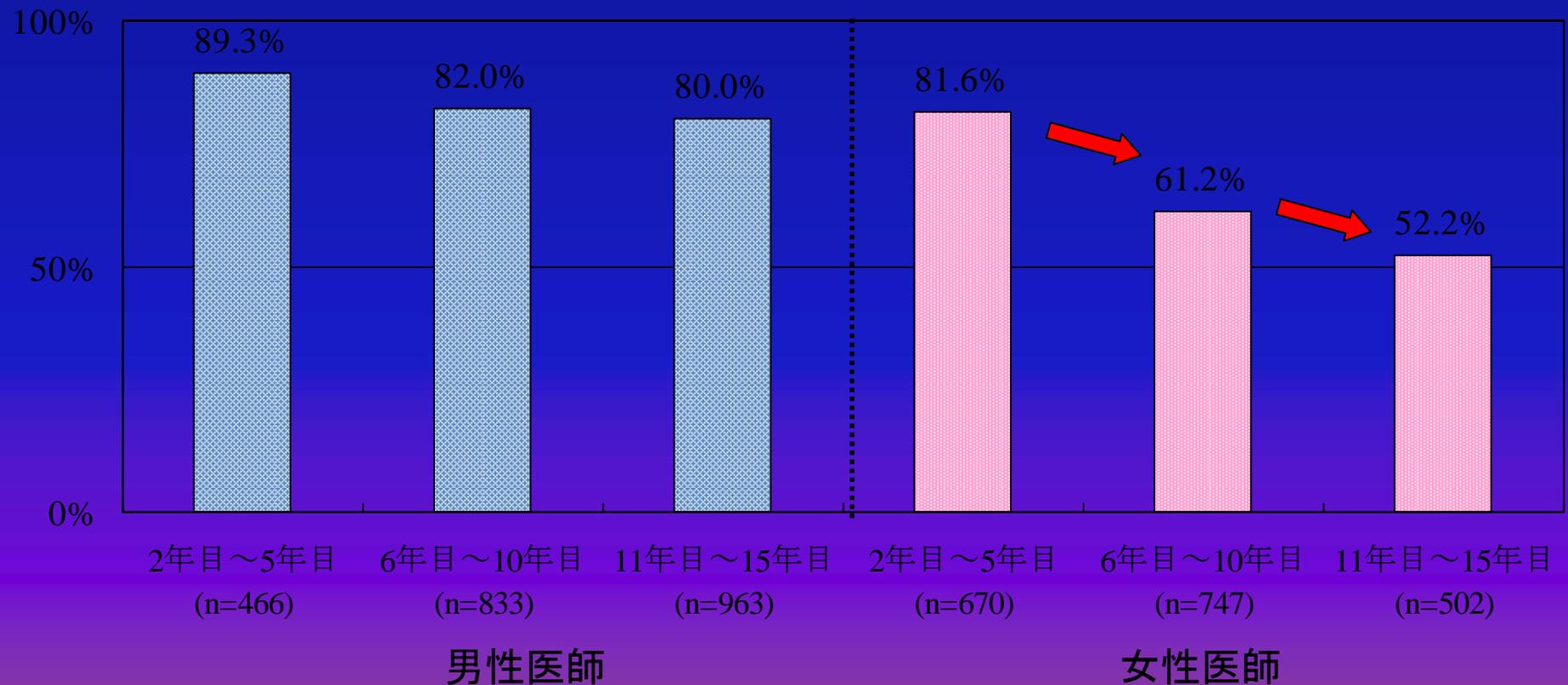
分娩実施率-経験年数別、男性(n=2,467)



経験年数5年毎の分娩実施率-男女別

男性医師は8割台で推移。女性医師は経験年数が増えるごとに分娩実施率は減少し、11年目～15年目では約52%まで落ち込む。

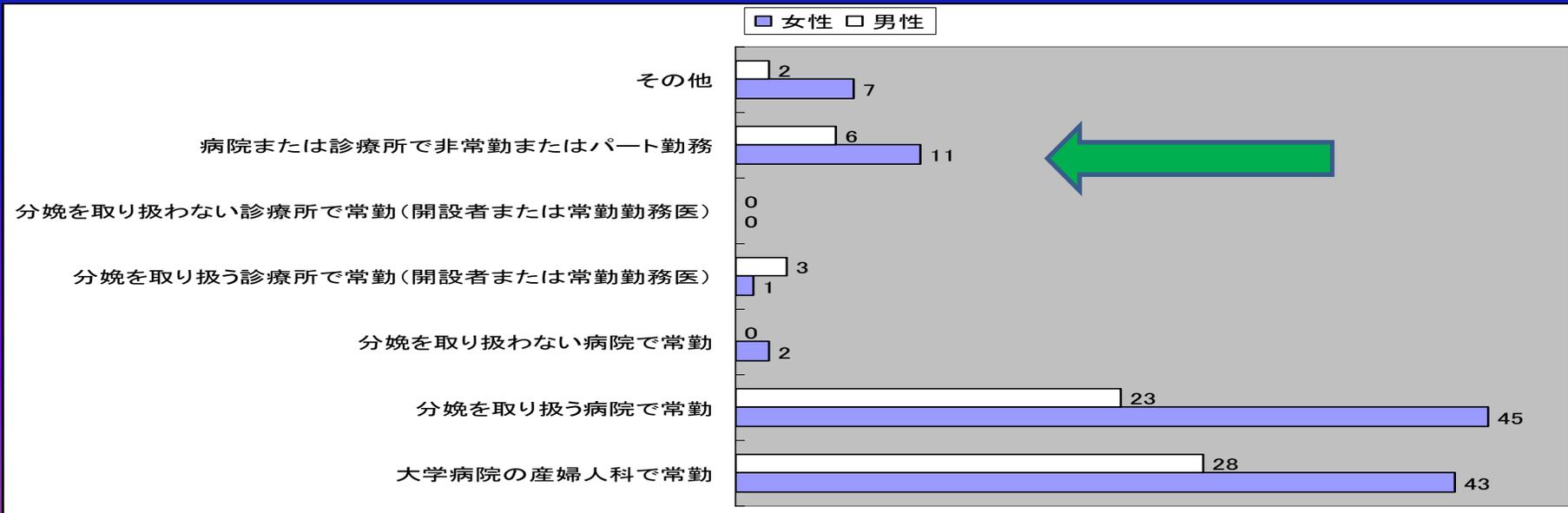
分娩実施率-経験年数区分別、男女



平成19年度産婦人科新専門医 へのアンケート結果

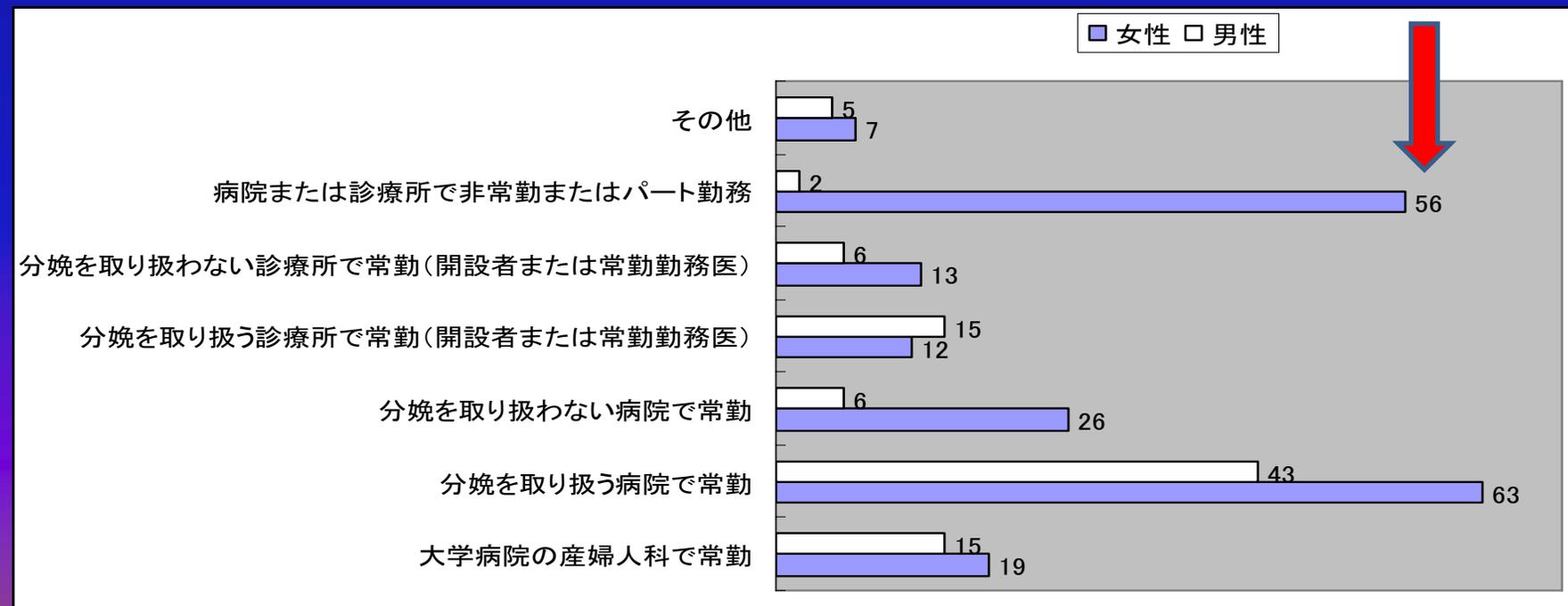
現在の就労状況

大学病院の産婦人科で常勤	分娩を取り扱う病院で常勤	分娩を取り扱わない病院で常勤	分娩を取り扱う診療所（開設者または常勤勤務医）	分娩を取り扱わない診療所（開設者または常勤勤務医）	病院または診療所で非常勤またはパート勤務	その他
71 (42%)	68 (40%)	2 (1%)	4 (2%)	0	17 (10%)	9 (5%)

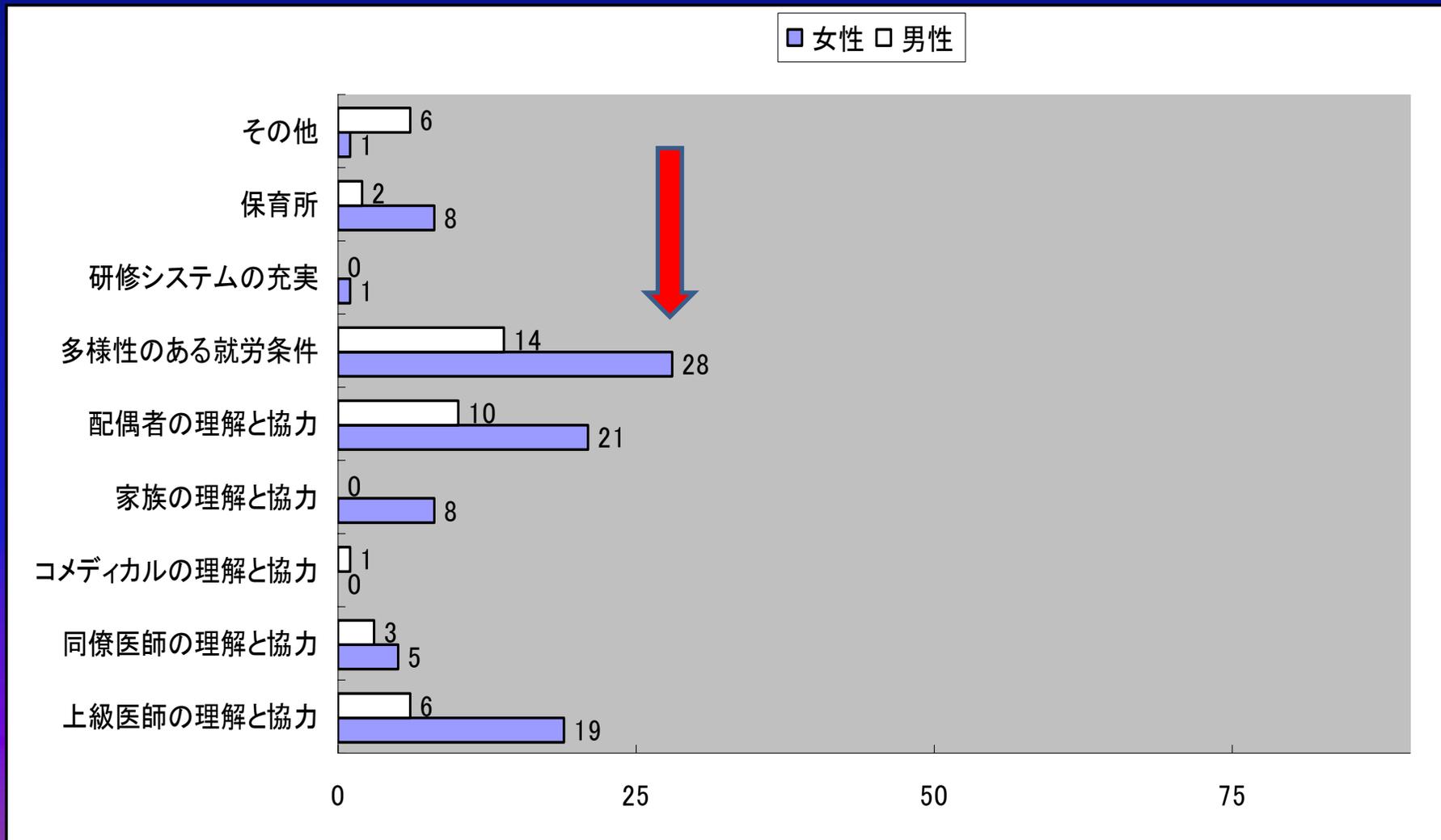


現時点で5年後に希望される就労状況 【複数回答可】

大学病院の産婦人科で常勤	分娩を取り扱う病院で常勤	分娩を取り扱わない病院で常勤	分娩を取り扱う診療所で常勤（開設者または常勤勤務医）	分娩を取り扱わない診療所で常勤（開設者または常勤勤務医）	病院または診療所で非常勤またはパート勤務	その他
34 (12%)	106 (37%)	32 (11%)	27 (9%)	19 (7%)	58 (20%)	12 (4%)



継続するために一番重要と思われる項目 男女別



産婦人科臨床現場の3つの問題

(1) 劣悪な労働環境と待遇

長時間継続労働・低賃金・休めない体制

(2) 医療事故と訴訟への恐怖

委縮医療・立ち去り型サボタージュ

(3) 医療者への暴言・暴力（モンスターペイシャント）の存在

説明に長時間を要する・仕事に対するモチベーション、誇りが保てない現状

様々な試み

- (1) 東京都における待遇改善の試み
- (2) 秋田県における妊婦検診無料化の試み
- (3) 産婦人科医確保に成功した病院の例
 - ①研修内容・待遇等・・・亀田総合病院・都立府中病院
 - ②女性医師対策・・・厚生年金病院
 - ③オープン病院の試み・・・愛育病院
- (4) 地域での連携の模索・・・岩手県遠野の例

女性医師が働きやすい体制とは？

私の場合

私が仕事を続けられた条件とは？

- ・家族が健康であったこと
- ・私の両親と夫の両親が健在で関東近辺に住んでいたこと
- ・しかも、女性が働くことに協力してくれる意識があったこと
- ・職場の上司の理解があったこと
- ・関連病院がそれぞれの実家の近くであったこと
- ・夫の最大限の協力{(精神的にも肉体的にも)があったこと



これだけそろっている運の良さ！

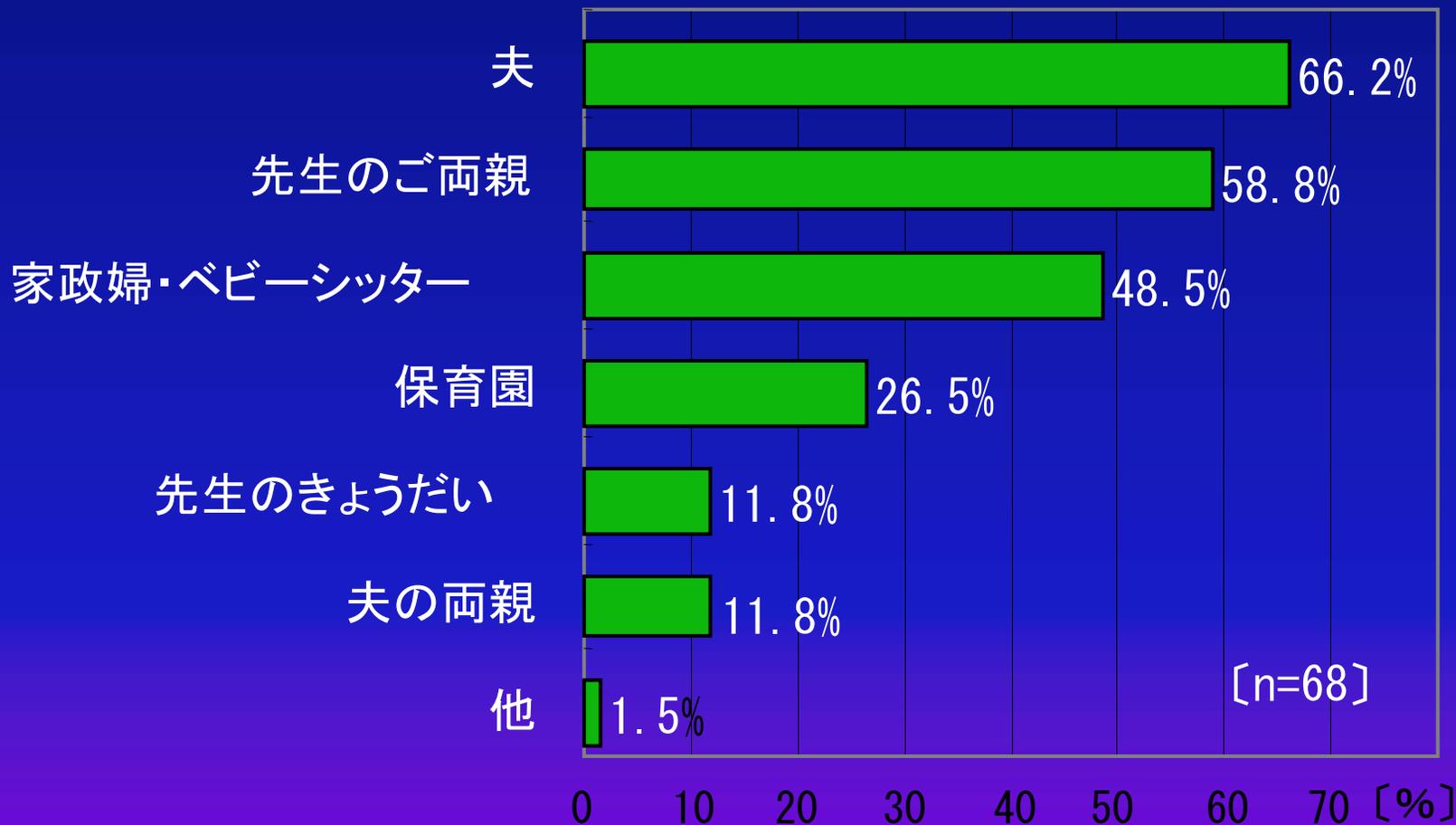


これほどの苦勞をしなくても良い方向にできないか？

⇒日本産科婦人科学会内に「女性医師の継続的就労支援のための委員会」を提唱。

「近くの家族に代わるべき社会的資源が絶対的に必要」

Q: 育児を補ってくれる方はどなたですか？



近くの家族に代わるべき条件をつくる



働きやすい体制なのだろうか？

仮説 Ⅰ

男女とも現在の長時間労働を前提とする条件で考える

家事→家事代行サービス使用

掃除：ハウスクリーニング、お掃除ロボット

食事：弁当配達、電子レンジ食、外食、

洗濯：クリーニング、全自動洗濯機

育児→2重保育、3重保育、24時間保育、病児保育
ベビーシッター

妊娠・出産→代替え医師の確保、同僚医師の援助は無理
以上を体制として整える。

長い通勤時間が加わる場合はより深刻になる。費用がかかる。

何となくうるおいのない家庭になら
ないか？子供にとってはどうか？

仮説 II

男女とも現在の長時間労働を前提としない場合を考える

家事：夫婦のみで行う。あるいは一部家事サービスを利用

男性の協力が得られない場合は、家事代行サービスの頻度が多くなる。男性の協力が得られれば、十分対応可能。

育児：昼間の保育施設利用、稀に24時間保育、病児保育利用。男性の参加があるか否かで異なるのは家事と同じ。

妊娠・出産：代替え医師の確保あるいは同僚の援助

長い通勤時間はやはり厳しい状態を作り出す。費用はかからない！。

男女とも働きやすい体制について

(1)長時間労働の改善

交代制勤務・それにともなう定数増・柔軟な勤務形態の選択、
妊娠・出産による休職をカバーできるだけの定数確保

(2)職住接近

病院公舎、あるいは病院が近傍に宿舎を確保

(3)院内保育施設の充実

勤務医子息の100%受け入れ、時間外保育、病児保育、
24時間保育

(4)主治医制の見直し

チーム医療・グループ診療の推進・患者情報の共有

(5)上司の意識変革

女性医師をチームの一員として同等に遇し評価

(6)フレ意識の熟成

(7)ワークライフバランス(WLB)の推進

軸足を仕事と家庭と同列に置く

(私的) 意識改革の提案

① 女性医師に支持される病院は患者増、分娩増で発展する。
人件費は収入増加で解消する。勝ち組病院になれる。

② 妊娠出産による一時撤退時期はたかだか4ヶ月、研修による投資時期と考えれば良い。

③ 女性医師と一緒に働く事に慣れて欲しい。特に子どものいる女性医師と。

男性医師と同様に指導、叱咤激励して欲しい。特別扱いは望んでいない。
私達はいたわられたくもないし、甘やかされたくもない。極普通に働きたいだけである。仕事は自己実現の方法であり、自立して生活する手段であるが、愛情あふれる家庭と仕事と両方希望する。

④ 仕事は仕事なので、責任も平等に。
それを嫌がる女性医師は論外で性別以前の問題。

⑤ 施設の長は男は働き過ぎかもしれないという視点を。
どちらに合わせるかという問題ではなく、人間らしい生活ができるように。その仕事ぶりで何十年も継続して働けるのか？と考えて欲しい。

男女共同参画社会の実現をはばむもの

(1) お金がかかること

①交代制勤務の実現、妊娠・出産時期をカバーする人的余裕
⇒ 医師定数増と確保

②院内保育施設の充実→施設と保育師

③職住接近→病院負担の増加

・医療費削減が問題となる。病院経営が赤字。医師不足など

(2) お金がかからないこと

①上司の意識改革

②フ口意識の熟成

③男女共同参画社会への納得

④主治医制の見直し

・医療にたずさわる人への周知

男女共同参画社会における医師・助産師・看護師の連携について

(1) 男性優位社会では

医師＝男性、助産師・看護師＝女性という図式があった。

(2) 男女共同参画社会では

医師と看護側は車の両輪でありチーム医療の一員であり専門家同士であり臨床を支えあう同志である。

(3) 将来は通常の医療行為であれば結果が悪くても司法に裁かれることがなくなることを前提に

妊娠分娩においてそれぞれの専門性を生かした働き方ができないか。それぞれが責任をとることがやりがいになる。

(4) 安全を担保するには人手がいる

産婦人科医師・助産師不足の解消には時間がかかる。周産期専門の認定看護師制度がつかれないか。

産婦人科女性医師の願い

- ・ 仕事の上で誰の犠牲の上になつことなく
 - ・ 自分の人生を生きる時間を持ち
 - ・ 子どもの成育を損なうことなく
 - ・ 医療の質を落とすことなく
 - ・ 母性の発現を妨げることなく
 - ・ 経済的自立をするに十分な報酬を得て
 - ・ 継続して仕事に打ち込め
 - ・ 医学の進歩や社会への貢献ができる
- ような労働環境を整備すること
- 母性の発現以外は男女共通の事柄である