

第2回「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」

正常分娩の保険適用化がもたらす影響を考える

～日本産科婦人科学会の立場から～

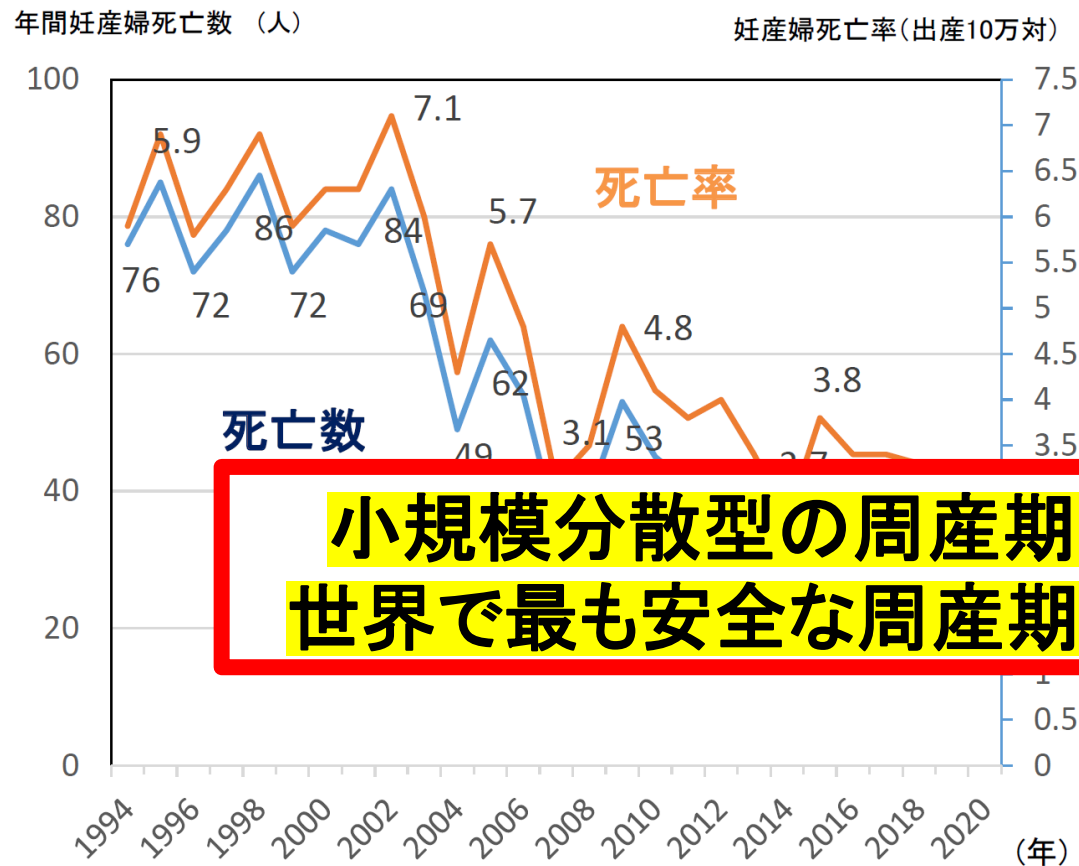
亀井 良政

埼玉医科大学病院 産婦人科 運営責任者・教授
日本産科婦人科学会 常務理事(医療制度問題 担当)



妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
		3.5
		0.9
		4.5
		2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

**小規模分散型の周産期医療体制でも、
世界で最も安全な周産期医療体制を維持**

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

世界トップクラスの安全な分娩を提供できる環境 の維持のために取り組んできたこと

① 2007年～ 新生児蘇生法普及事業(NCPR)

日本周産期・新生児医学会

② 2008年～ 産婦人科診療ガイドライン 産科編

日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会

③ 2009年～ 産科医療補償制度

日本医療機能評価機構

④ 2010年～ 妊産婦死亡症例検討評価委員会

日本産婦人科医会

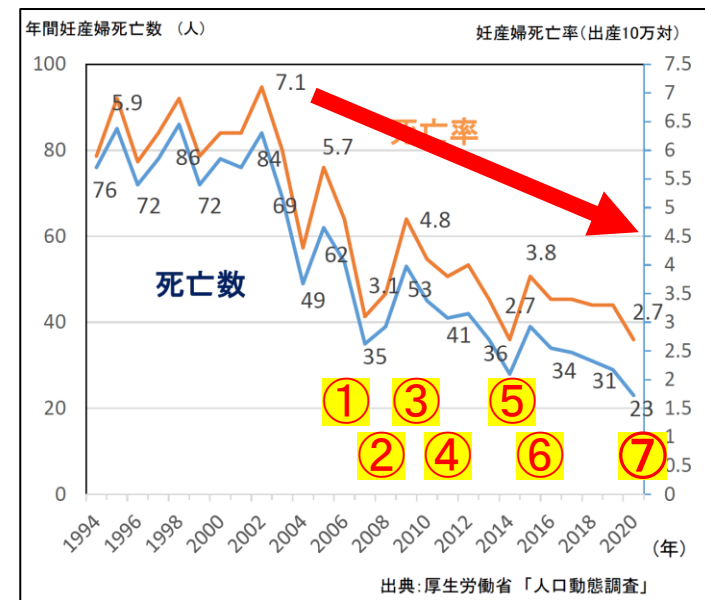
⑤ 2015年～ 母と子のメンタルヘルスフォーラム

日本産婦人科医会

⑥ 2015年～ 日本母体救命普及協議会(J-MELS)

日本産婦人科医会

⑦ 2020年～ 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)



産婦人科診療ガイドライン
産科編 2023



編集・監修
日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会

Guidelines
for Obstetrical practice in Japan,
2023 edition

世界トップクラスの安全な分娩を提供できる環境 の維持のために取り組んできたこと

日常診療の中で、

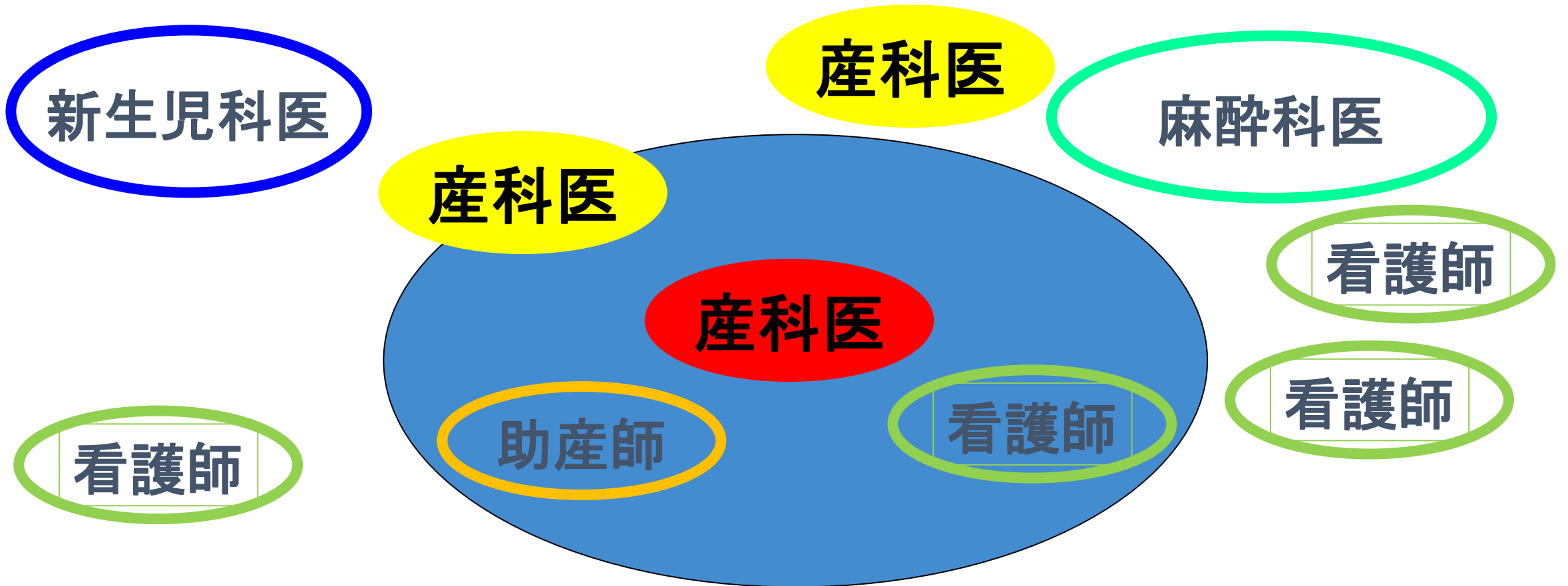
妊娠経過中・分娩進行中に急変することがあっても、

迅速に対応できる体制を確立するために、

多くの人的・物的投資を行ってしています。

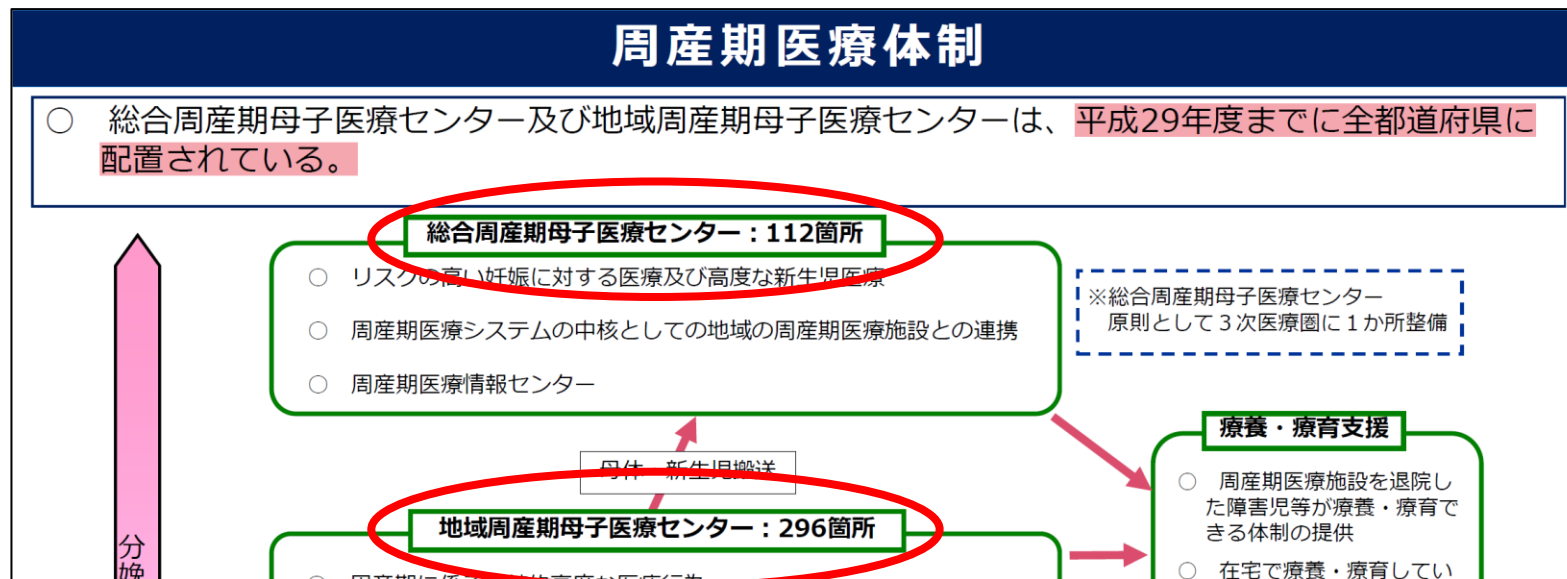
産科学の特徴

チーム医療が必須な医学



これらの人材は、正常な経過をたどる妊産婦では急変時のみ必要
常に待機してもらう必要がある

世界トップクラスの安全な分娩を提供できる環境の維持のために取り組んできたこと



大学病院や総合・地域周産期センターでは、ありとあらゆる事態に備えうる体制を維持するのに多くの人的・物的投資を行っている ⇒ 必要経費の試算を！

分娩に関わる費用について

日本産科婦人科学会

「**大学病院**における出産費用の見える化」調査

調査対象

アンケート送付	111大学病院病院
分娩取り扱いなし	2病院
回答なし	22病院
回答あり	84病院(77.1%)
解析から除外	3病院※

(※独自フォーマットで提出:2病院 人件費内訳が不明確:1病院)

解析対象 : 81病院(74.3%)

1分娩当たりの費用と分娩数（平均値・中央値）

【1分娩当たりの費用】

平均値±SD: 1,419,212 ± 564,708円

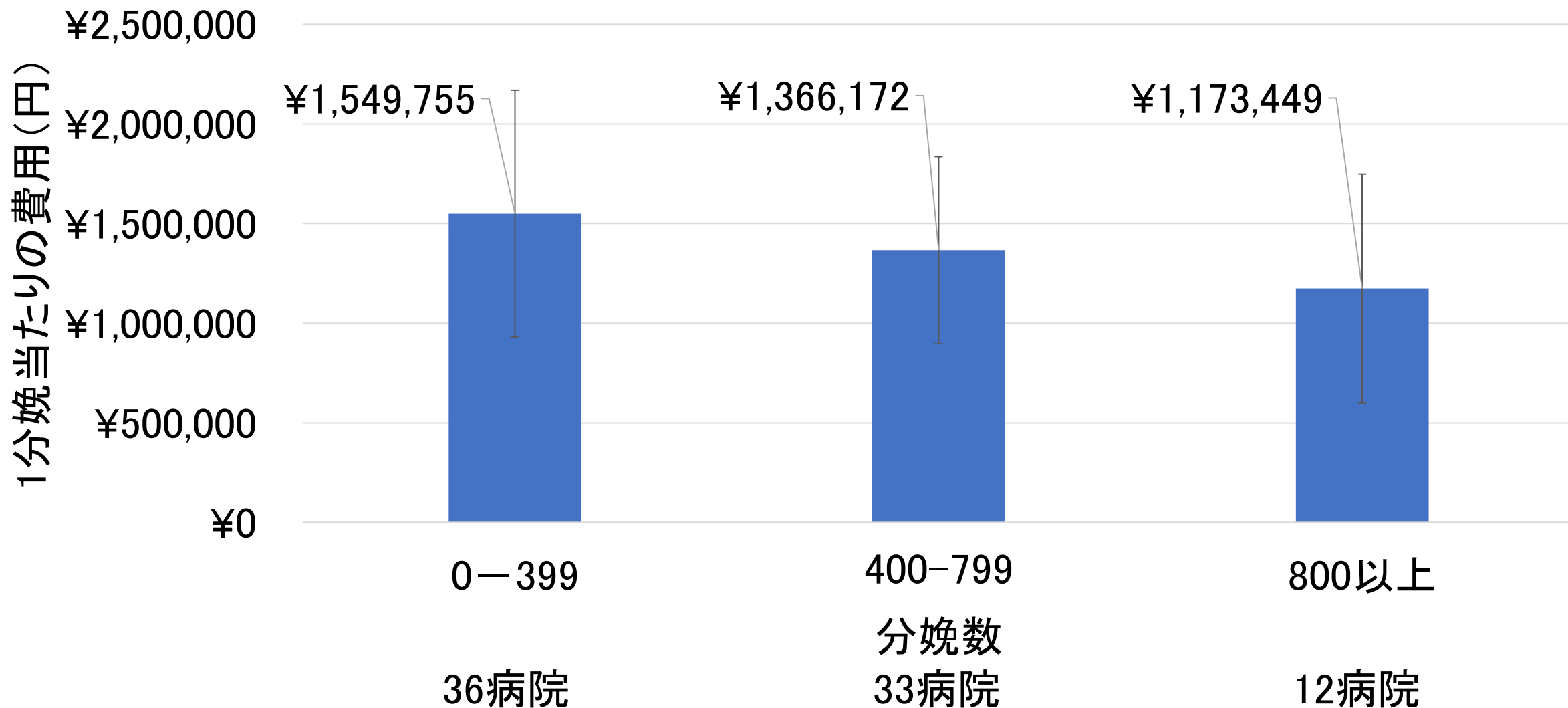
中央値（最小値-最大値）: 1,331,930円（551,341- 3,893,197円）

【分娩数】

平均値±SD: 494±245件

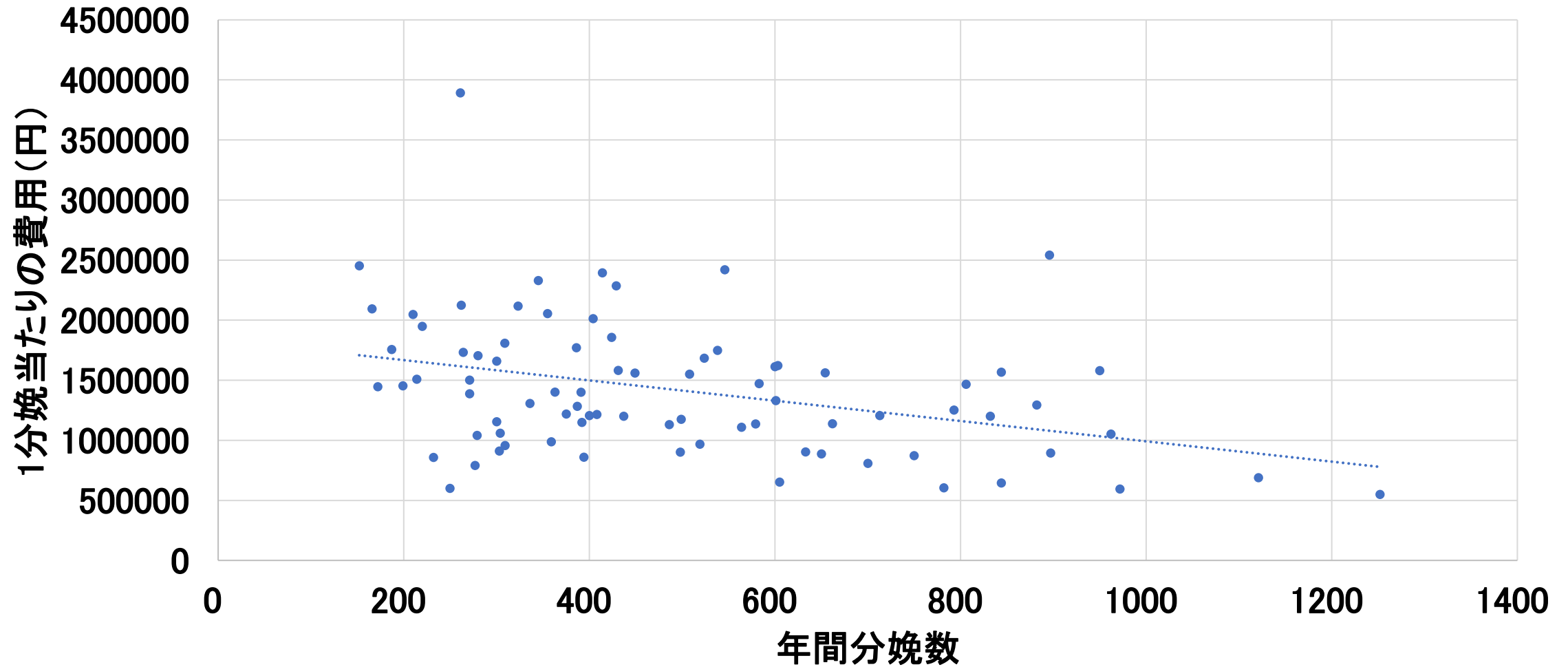
中央値（最小値-最大値）: 424件（152-1252件）

1分娩当たりの費用(分娩数別)



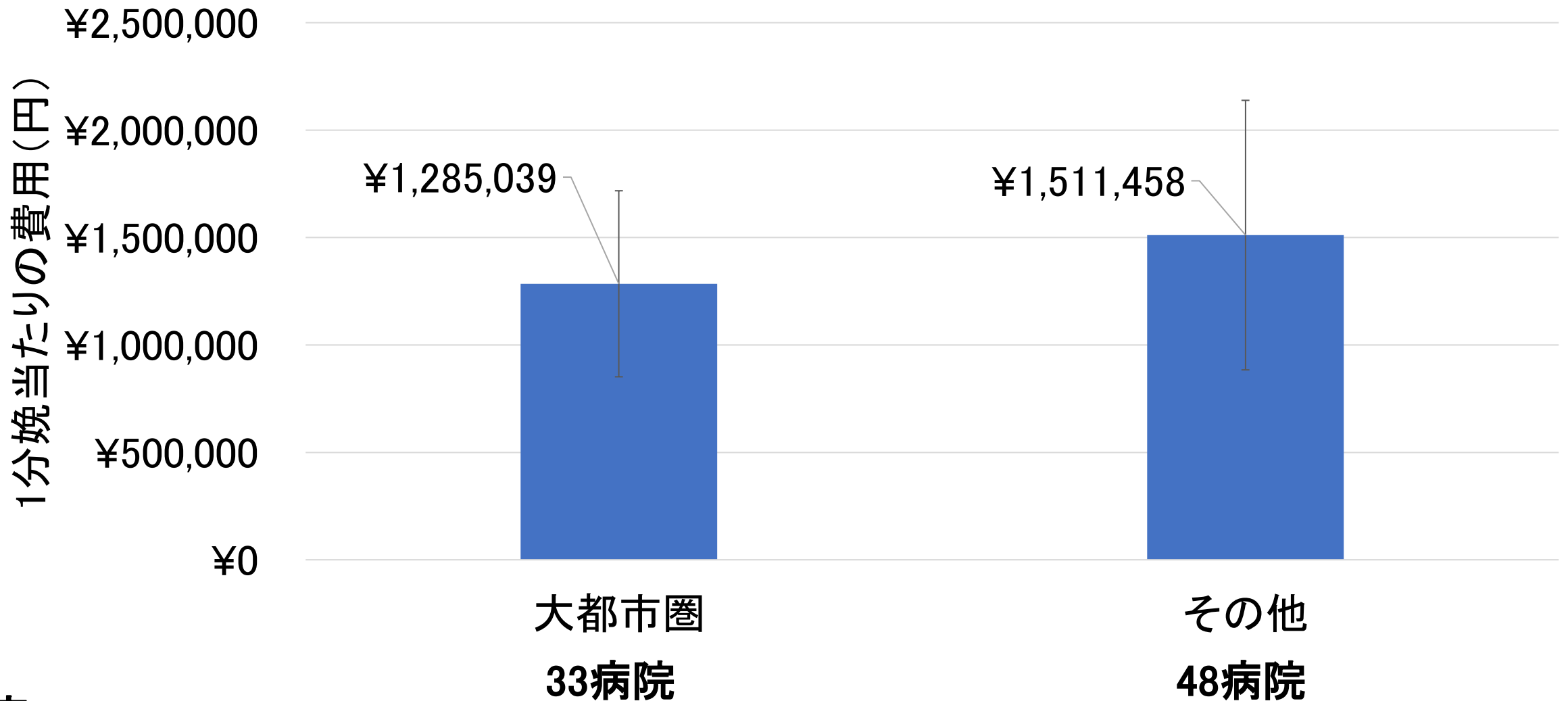
多重比較検定(Turkye-Kramer法)

1分娩当たりの費用(分娩数との相関)



相関係数: -0.37 (95%信頼区間: $-0.54 \sim -0.16$)

1分娩当たりの費用(地域別)

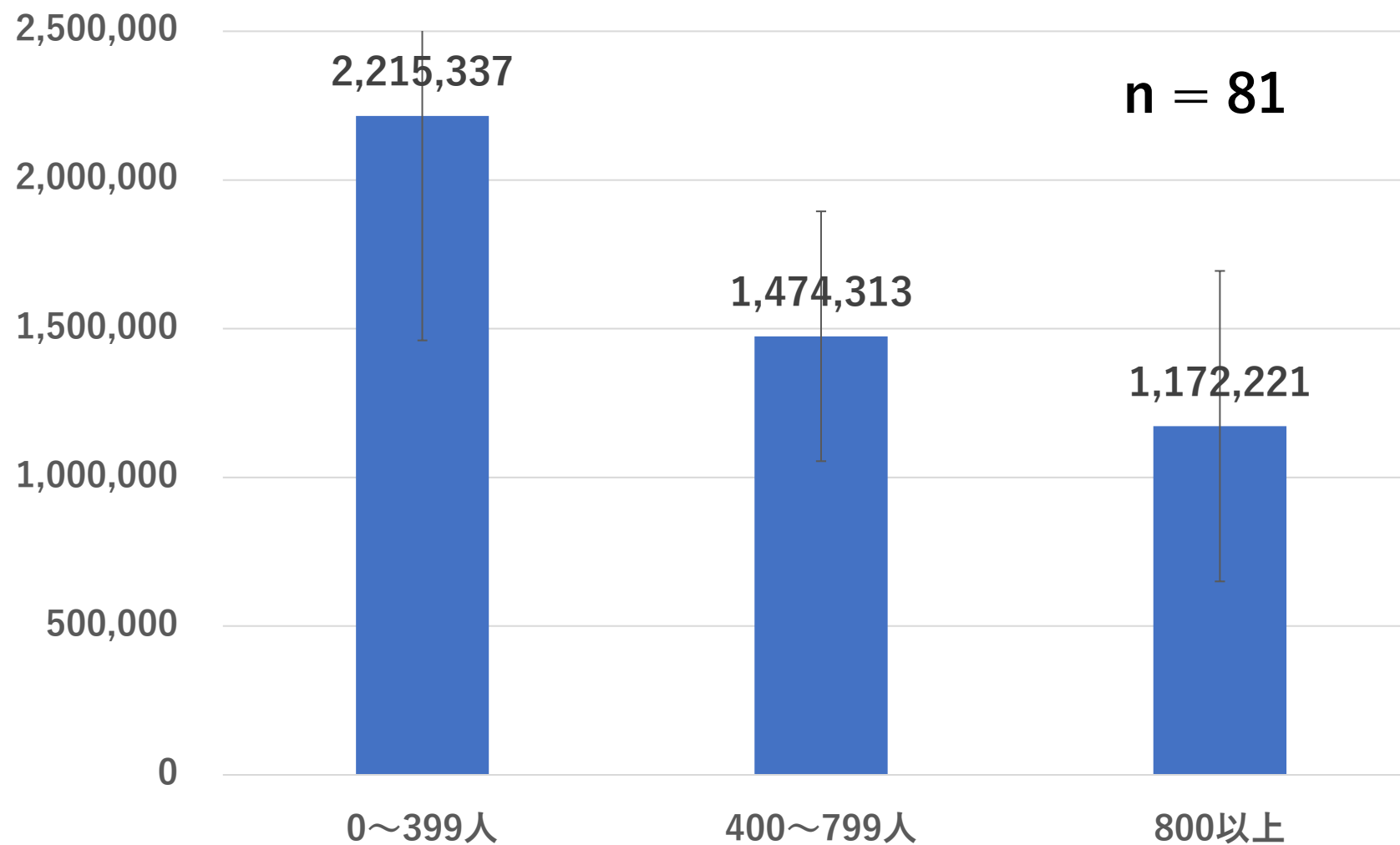


t検定

大都市圏: 東京23区および政令指定都市

全国周産期医療連絡協議会

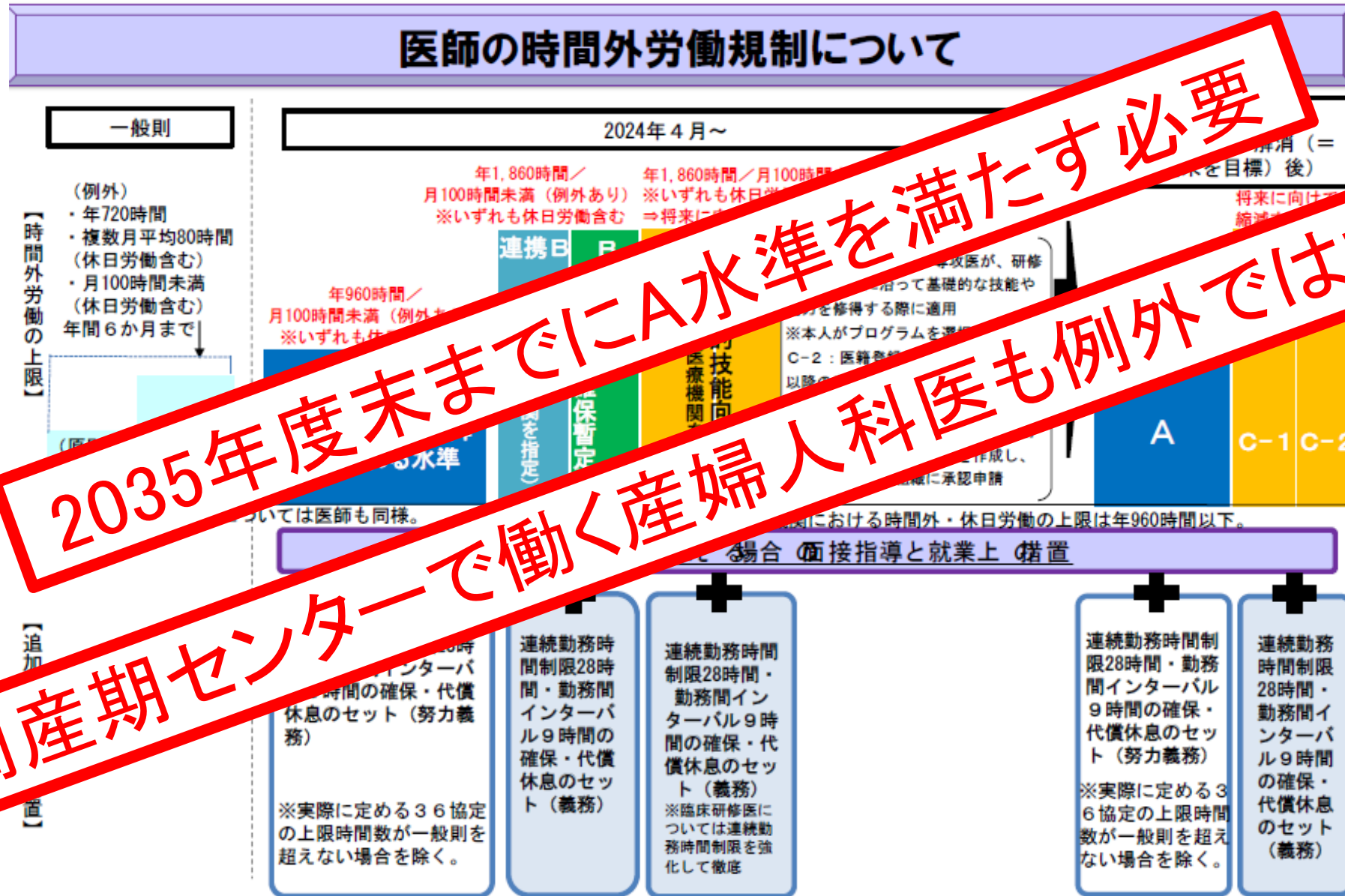
「総合周産期母子医療センター における出産費用の見える化」調査



小括:分娩に関わる費用について

- 安全な周産期医療を支える大学病院ならびに総合周産期母子医療センターの1分娩当たりの費用は、出産育児一時金の額(50万円)と大きな解離があり、平均額は約140万円であった。
- 地域により、1分娩あたりの費用の差があった。
- 分娩数が少ない施設ほど、1分娩あたりの費用は高額となる傾向があった。

2024年度からの『第8次医療計画、地域医療構想』



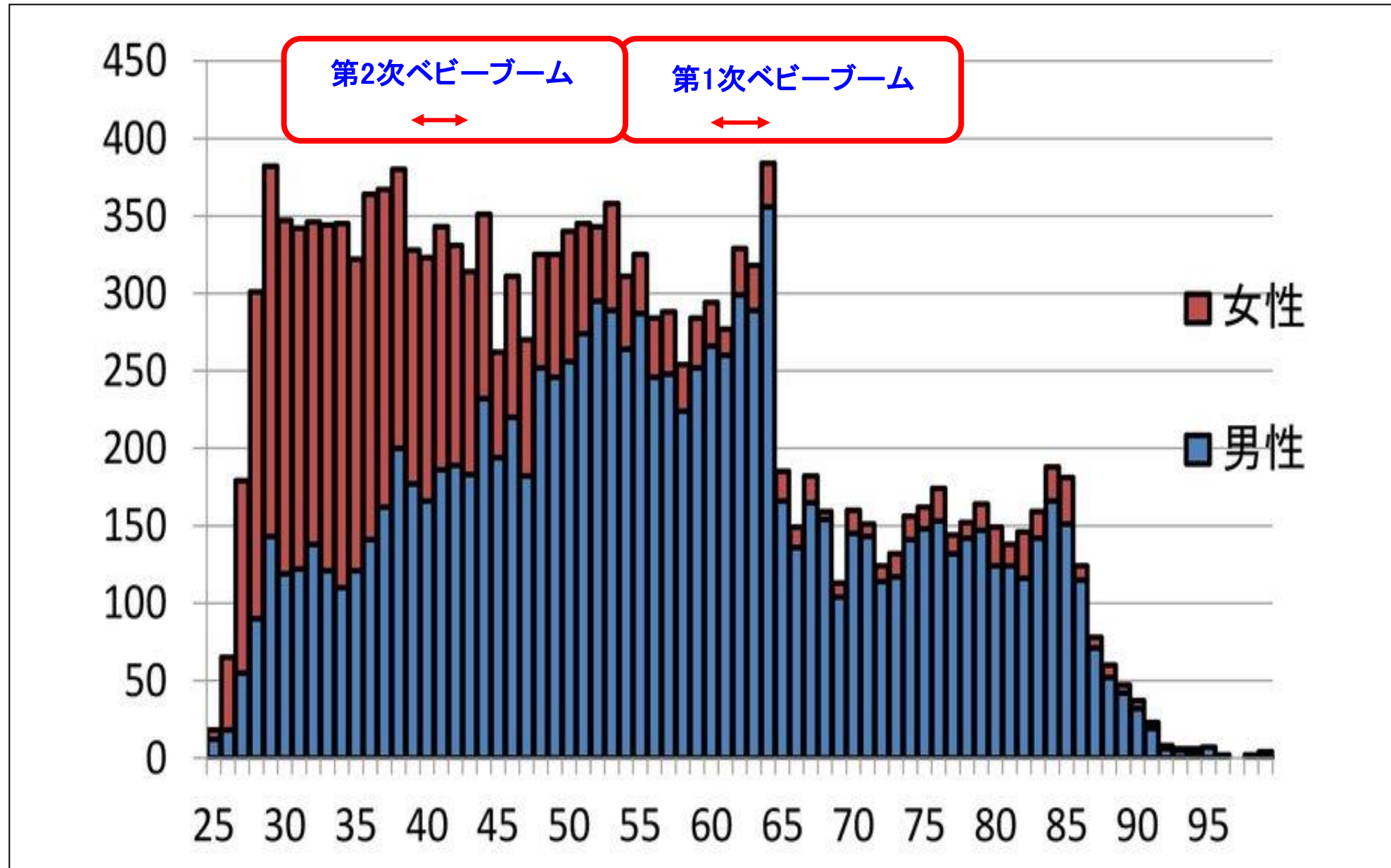
2035年度末までにA水準を満たす必要

周産期センターで働く産婦人科医も例外ではない

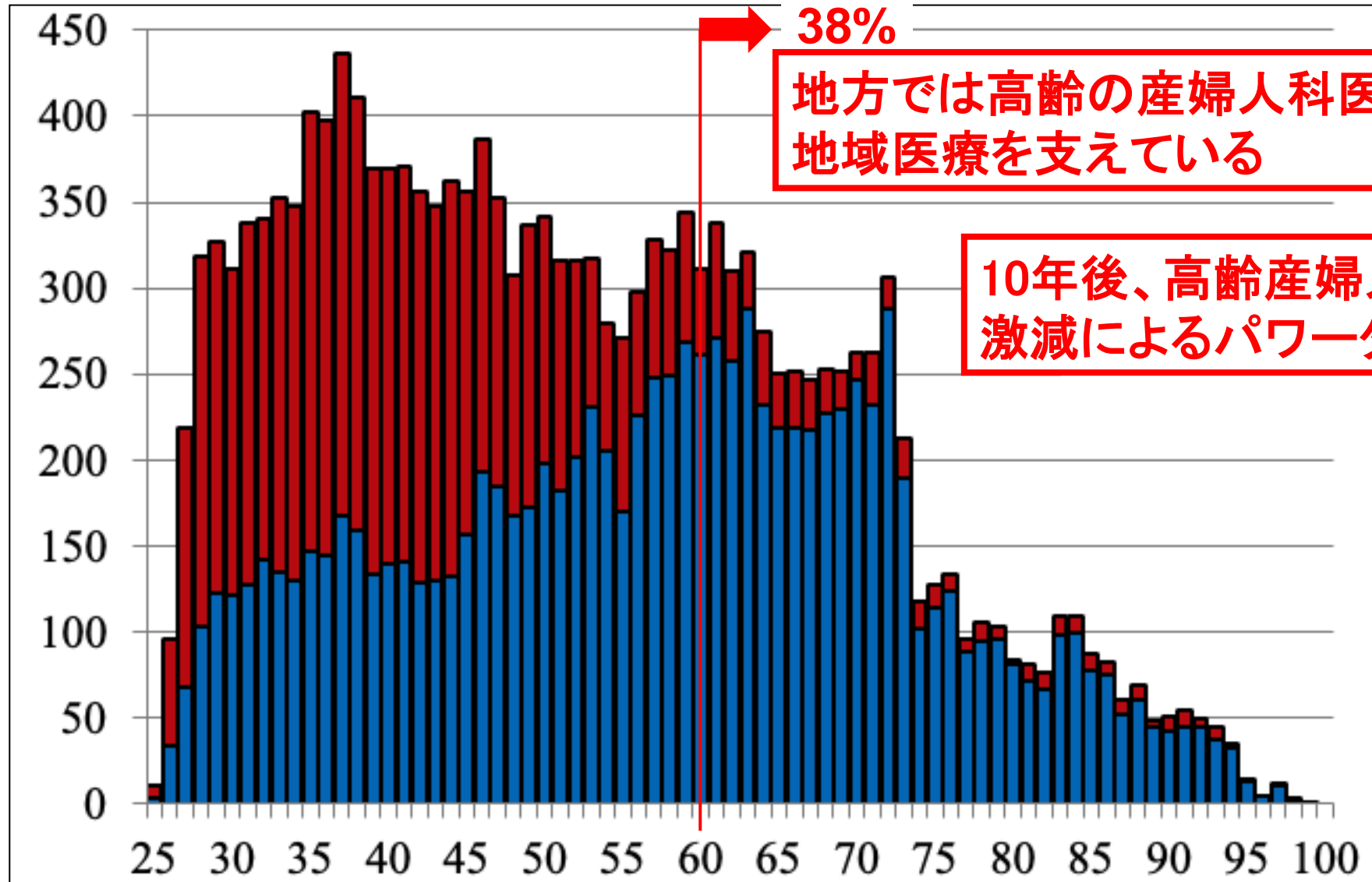
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

人的資源について

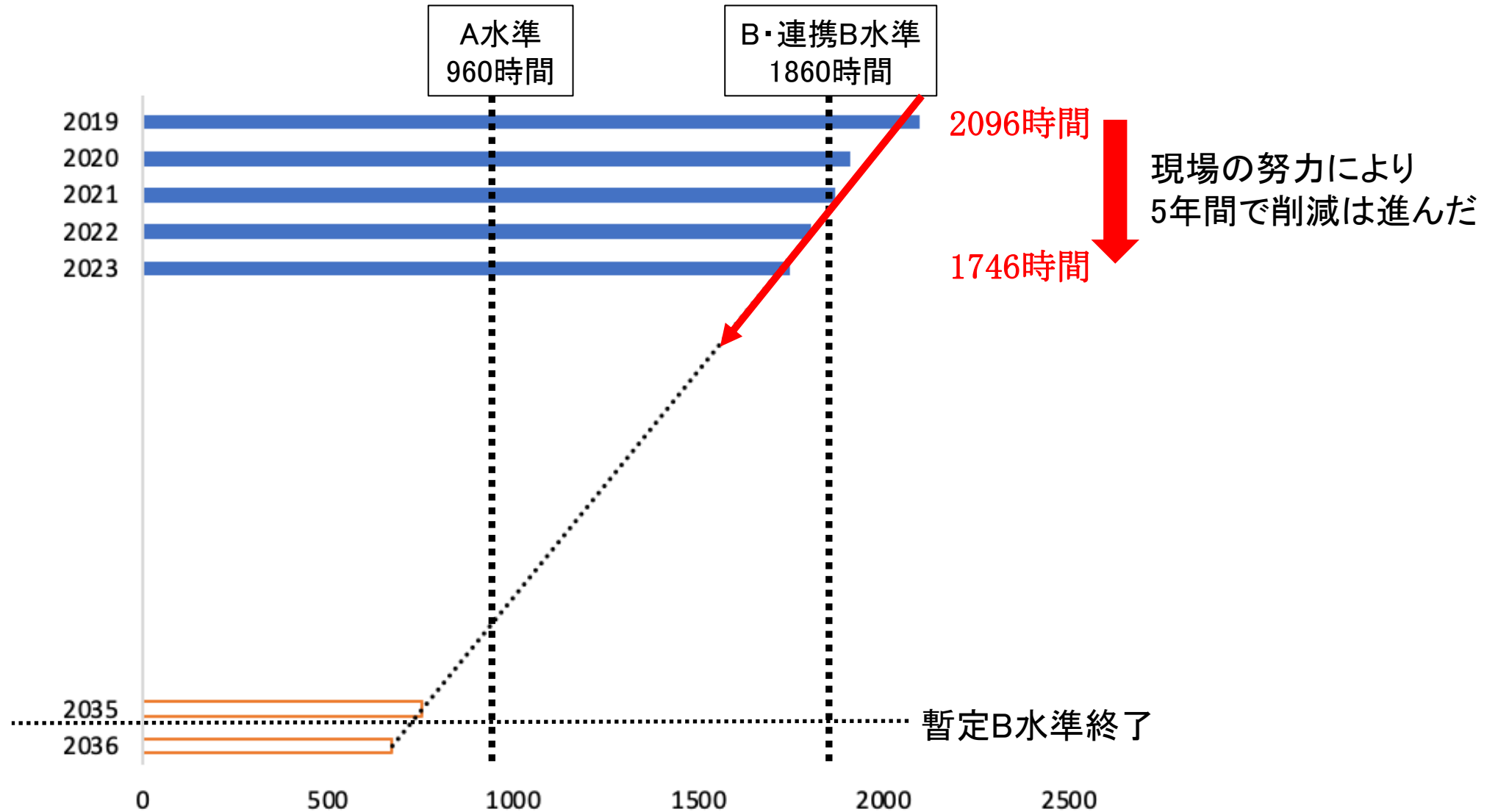
年代別の本会会員数(2011年)



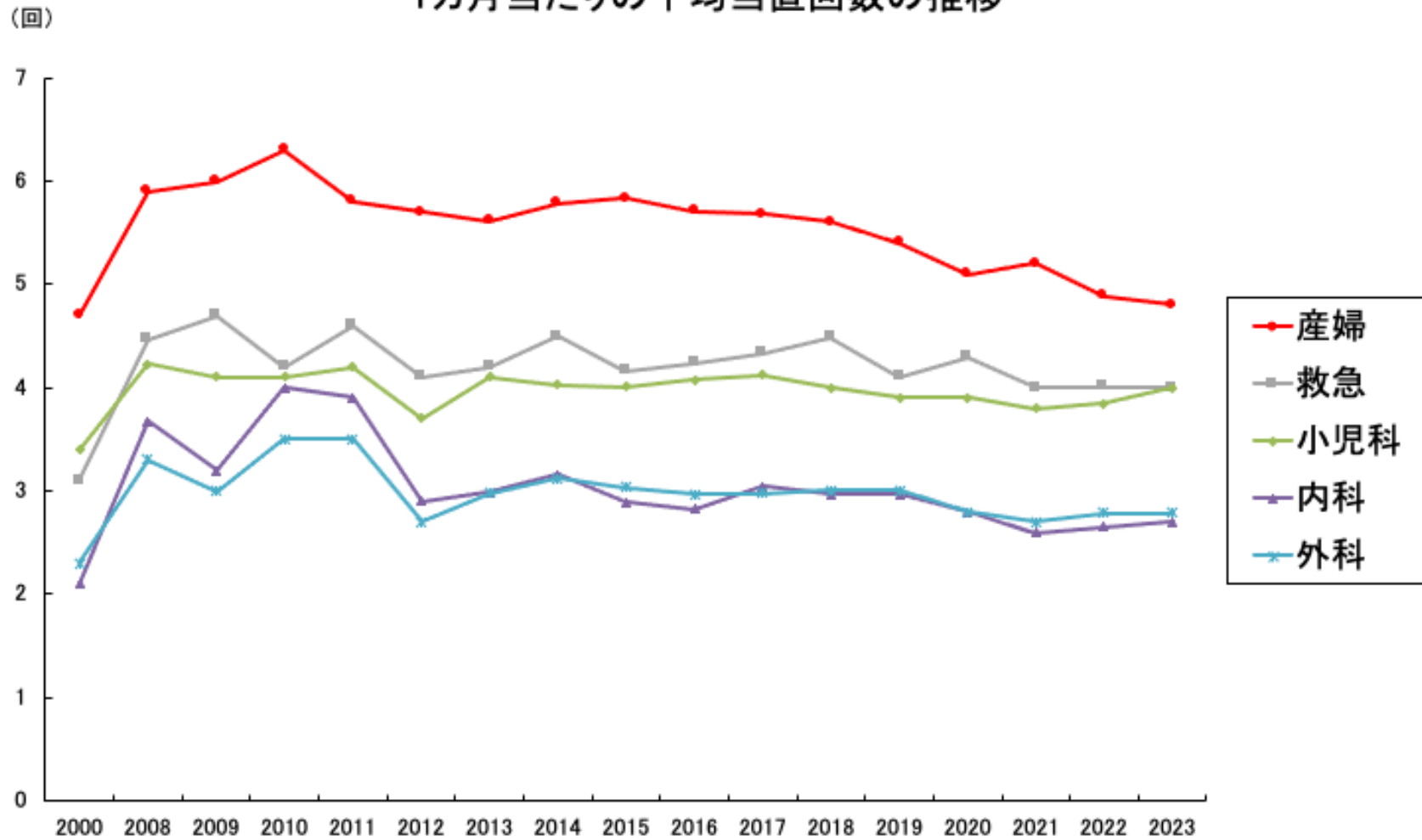
年代別の本会会員数(2021年)



産婦人科における時間外労働の減少への取組



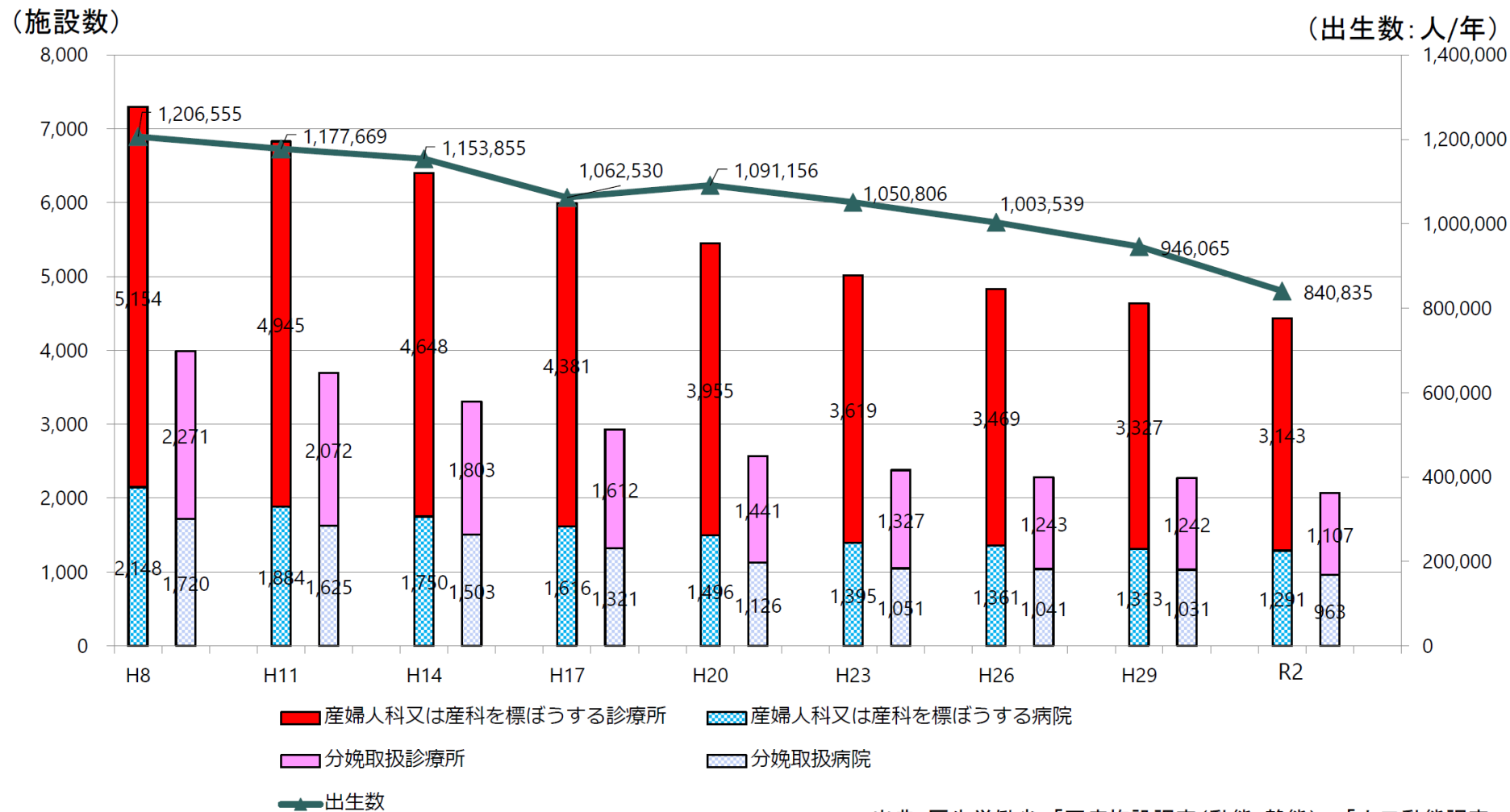
1か月当たりの平均当直回数の推移



常勤先での当直回数は微減にとどまり4.8回/月
3.3回/月の外勤先当直と合わせて平均で8.1回/月の当直

産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

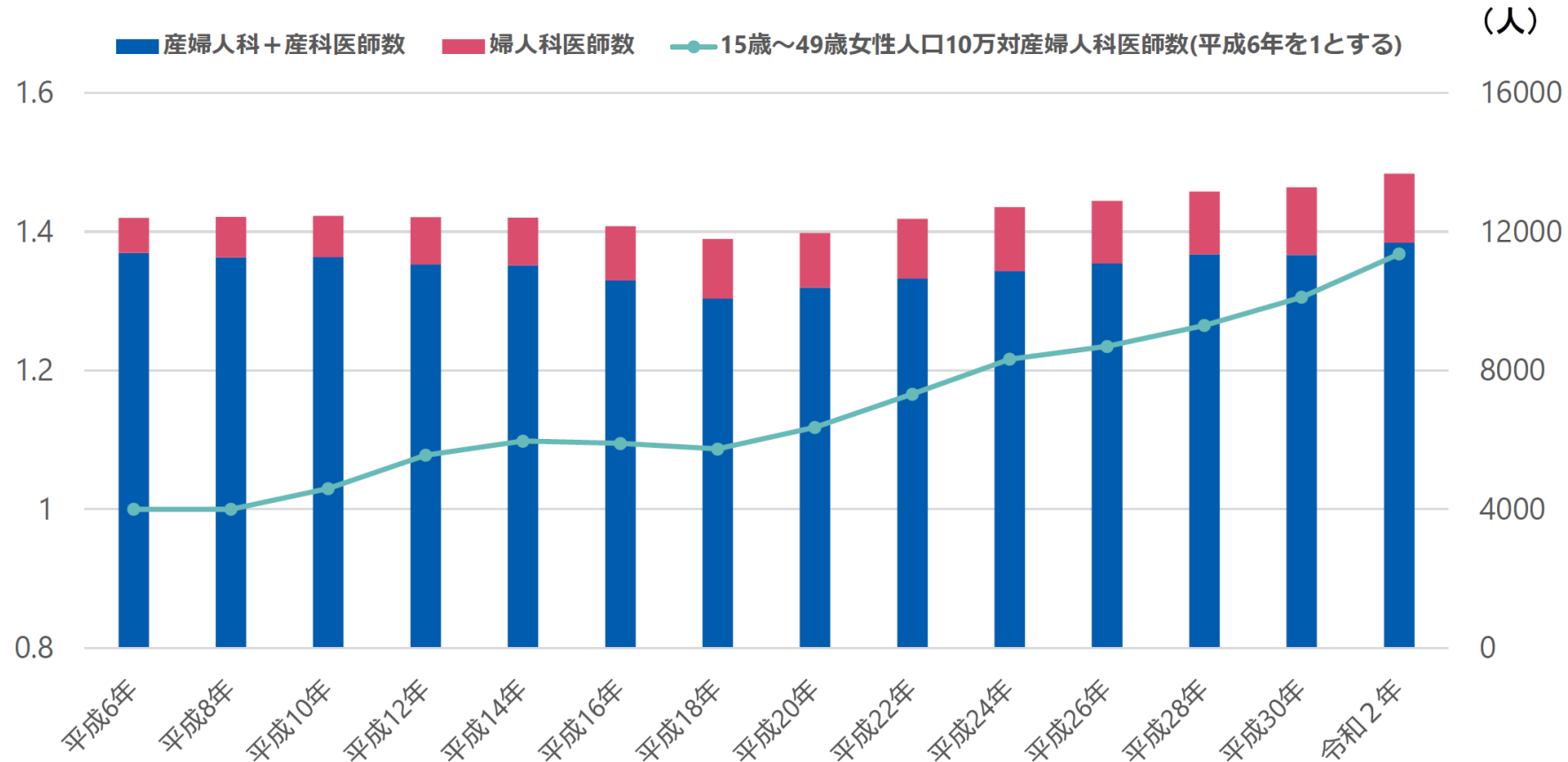
- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



出典:厚生労働省「医療施設調査(動態・静态)」、「人口動態調査」 19

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。

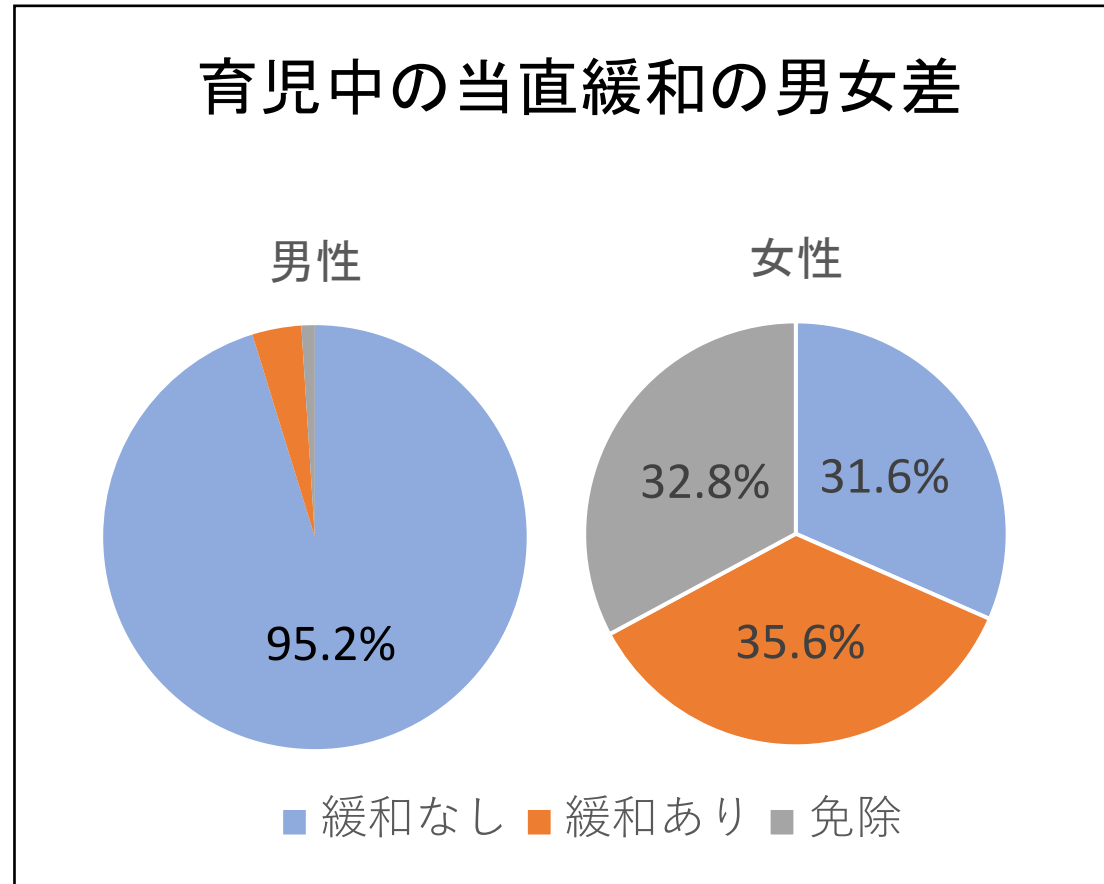


※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた
 ※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

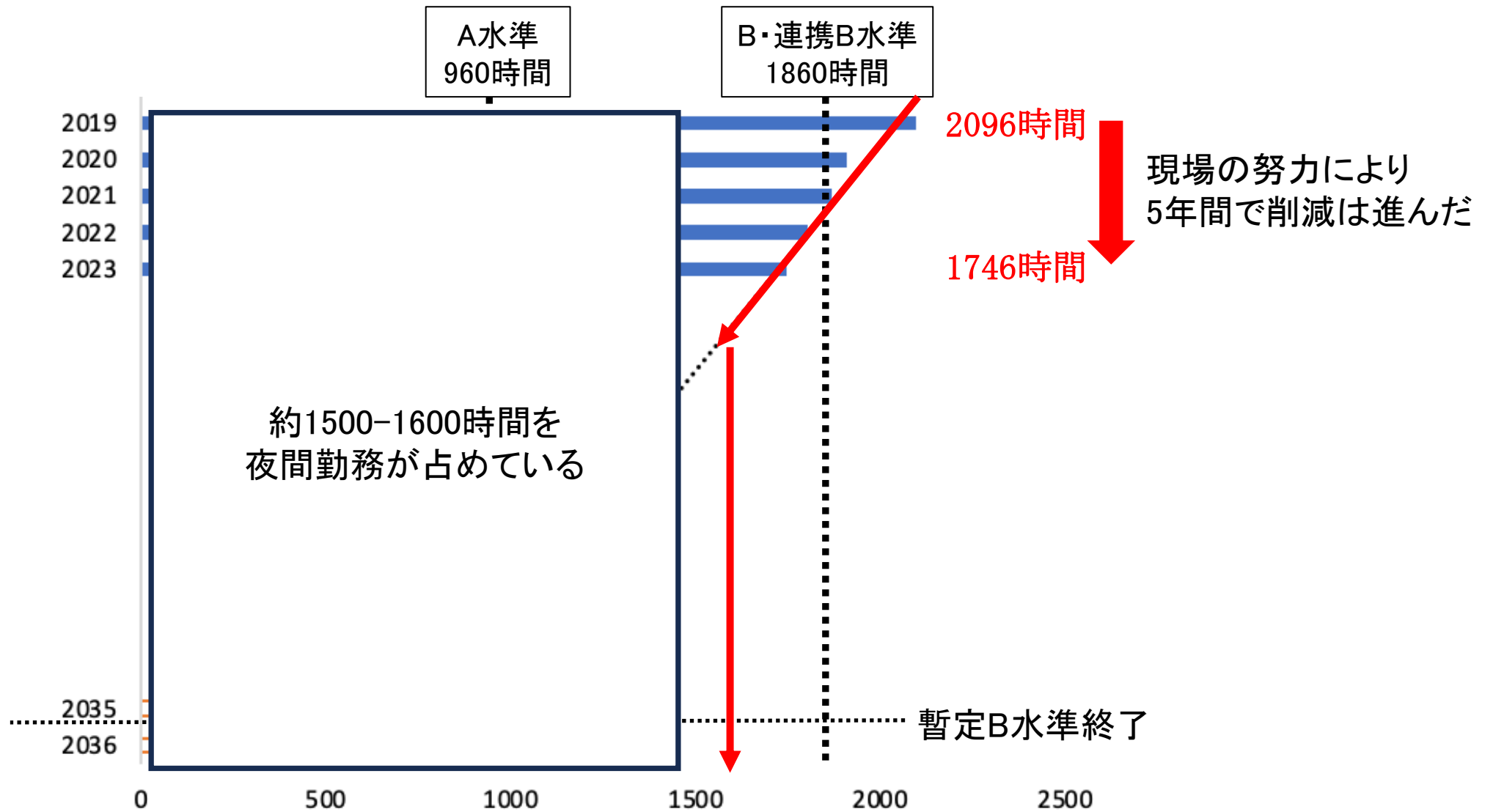
(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

当直回数が減らない理由

施設あたり医師数			
	2008年	→	2023年
男性	3.4	→	4.1人
女性	1.5	→	3.9人



施設あたり常勤医師数は増加しているが
育児中医師が多く当直できる人員が不足している



当直(夜間体制の維持)がハードルとなり
現場の努力だけでは直ぐに限界がくる

周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。

集約化・重点化

基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。

ハイリスクでない分娩は、

その他の産科医療機関で取り扱うことや、

分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、

オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、

産科医師から助産師へのタスクシフト／シェア等を進める。

ハイリスク妊産婦への対応

集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

(1) 周産期医療圏の設定

見直しのポイント

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

- 第3 構築の具体的な手順
- 2 周産期医療圏の設定

二次医療圏にこだわらず、周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保すること

師の働き方改革、地域医療構想及び医師確保計画との整合性にも留意すること。特に、無産科/周産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。

- (3) NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

- (4) 集約化・重点化により分娩医療機関までのアクセスが悪化する地域に居住する妊産婦に対して、妊婦健診や分娩、陣痛の待機の際に医療機関への移動や宿泊に要する費用の支援など、**アクセスを確保するための対策について検討すること**。特に最寄りの周産期母子医療センターまで時間を要する地域の妊産婦については、各地域の実情を踏まえ、妊産婦の情報についてあらかじめ消防機関と情報を共有する等の対応策を講ずること。

アクセスを確保するための対策について検討すること

愛媛県の周産期医療圏



杉山隆先生

日本産科婦人科学会 拡大サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会報告2023

地域別基幹施設からの距離と出生数

1時間以内に基幹病院に到着可能

松山医療圏に位置する総合周産期母子医療センターを中心に半径50km(約1時間以内)

地域周産期母子医療センターを中心に半径20km(約30分以内)

800分娩

4,700分娩

1,500分娩

250分娩

450分娩

地域周産期母子医療センターを中心に半径20km(約30分以内)

600分娩

地域周産期母子医療センターを中心に半径20km(約30分以内)

- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター
- 総合病院
- 診療所

杉山隆先生

地域連携：県下の産婦人科医療を守る

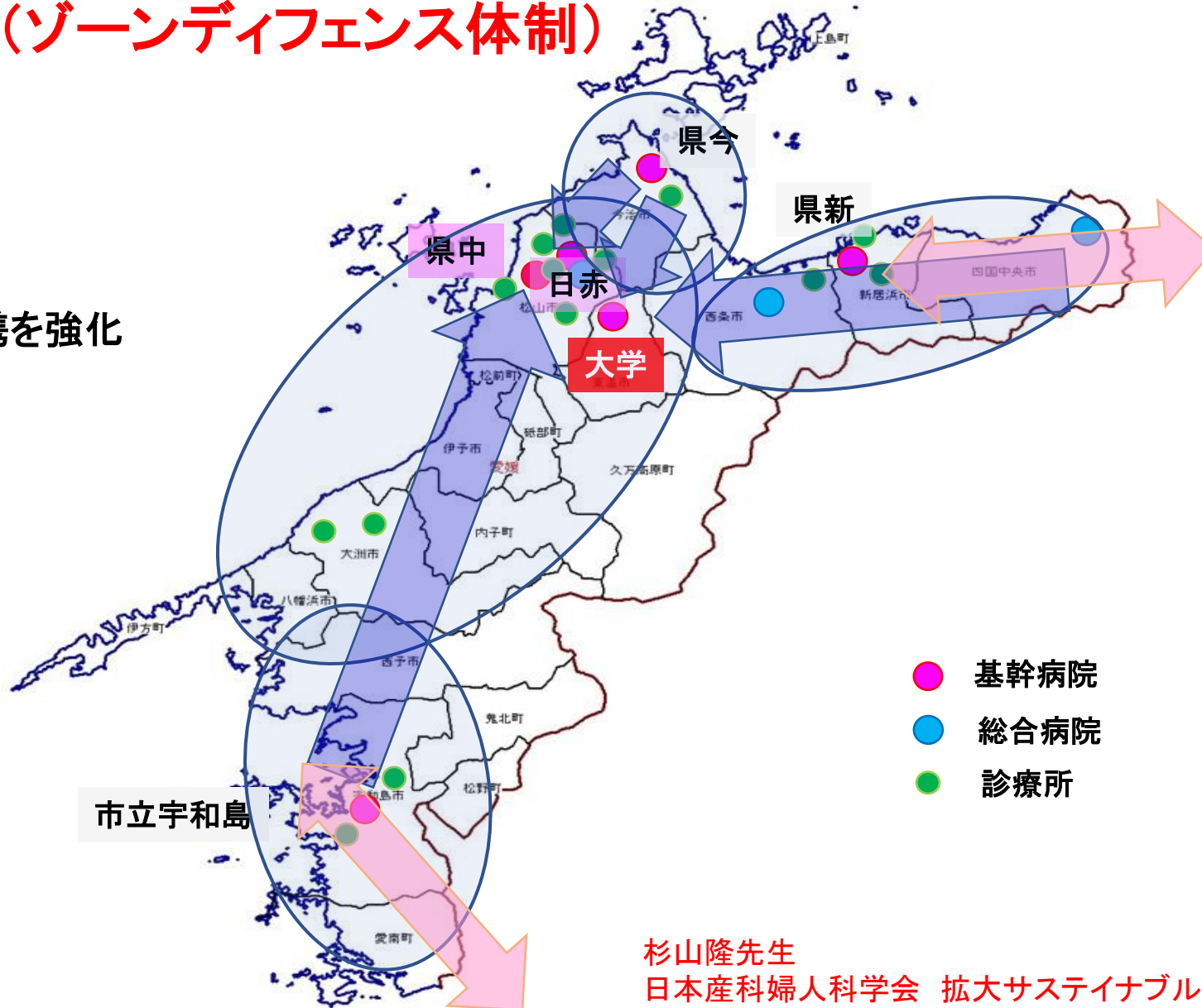
地域別連携（ゾーンディフェンス体制）

+

機能分担



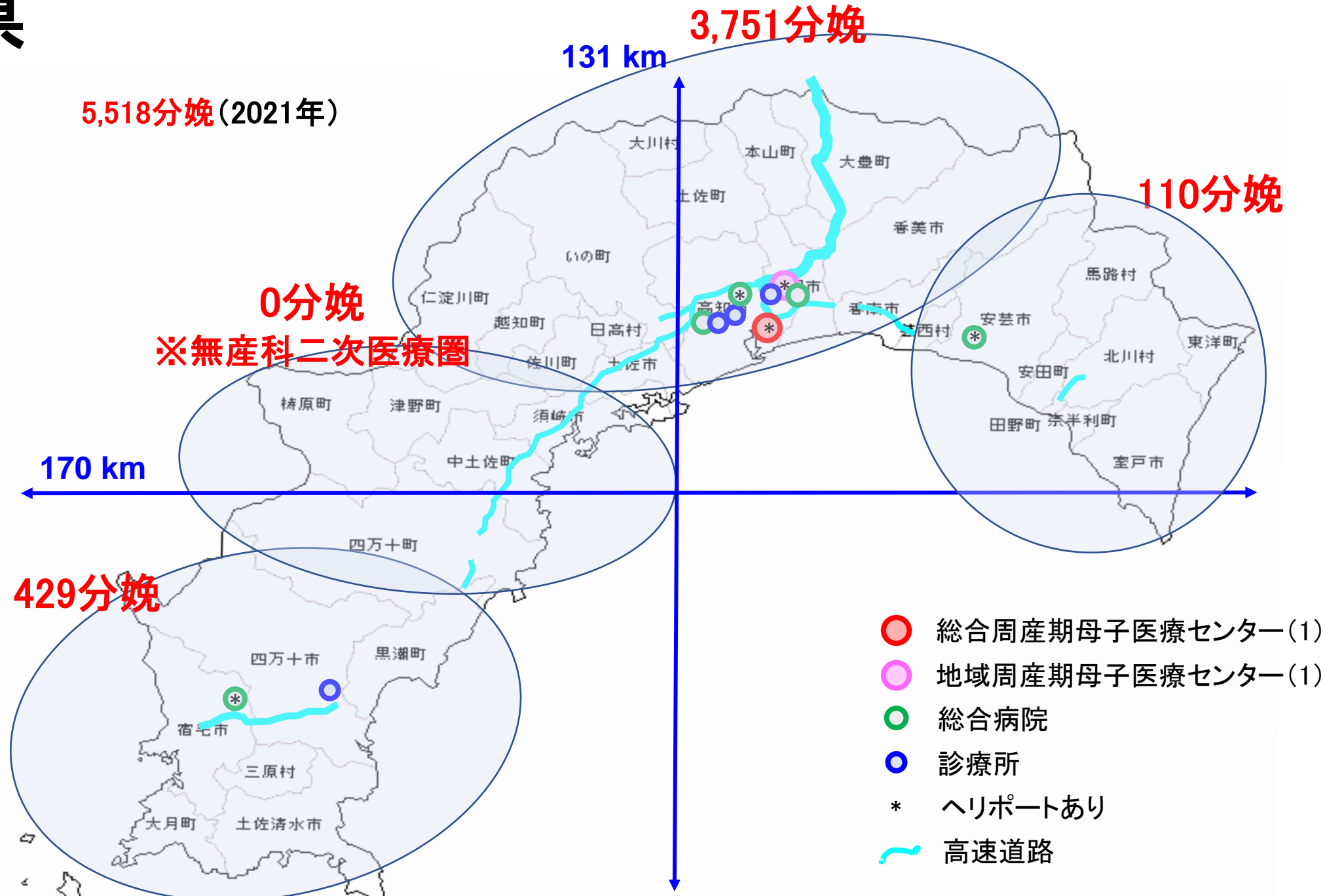
県下の施設間連携を強化



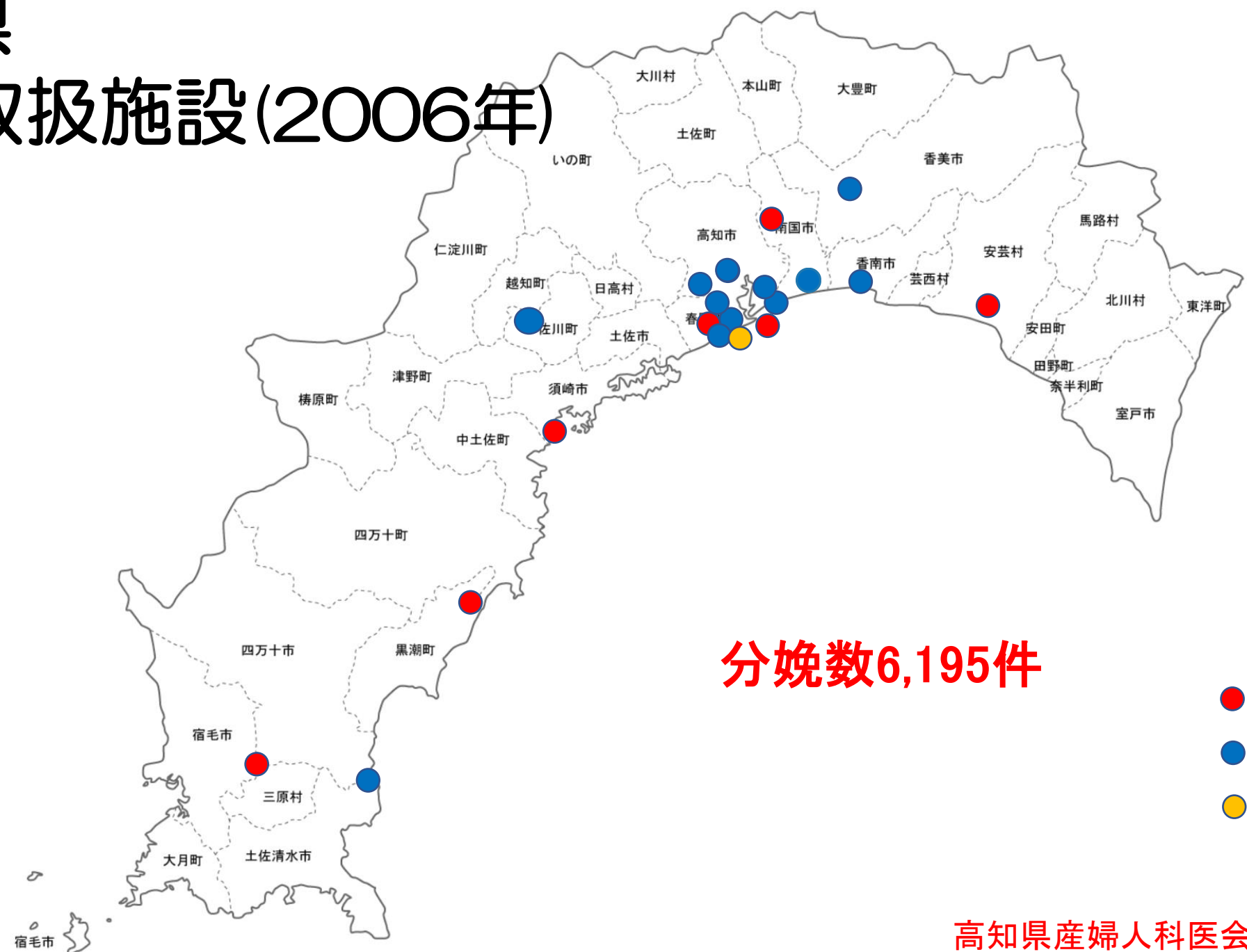
杉山隆先生

日本産科婦人科学会 拡大サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会報告2023

高知県



高知県 分娩取扱施設(2006年)



分娩数6,195件

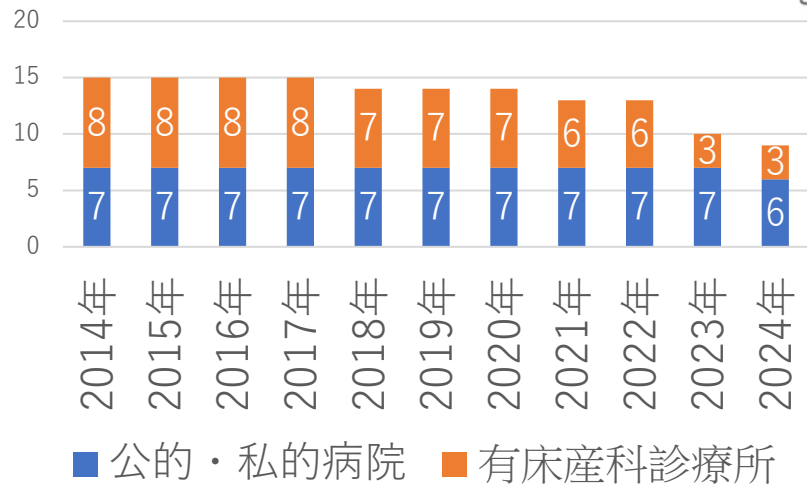
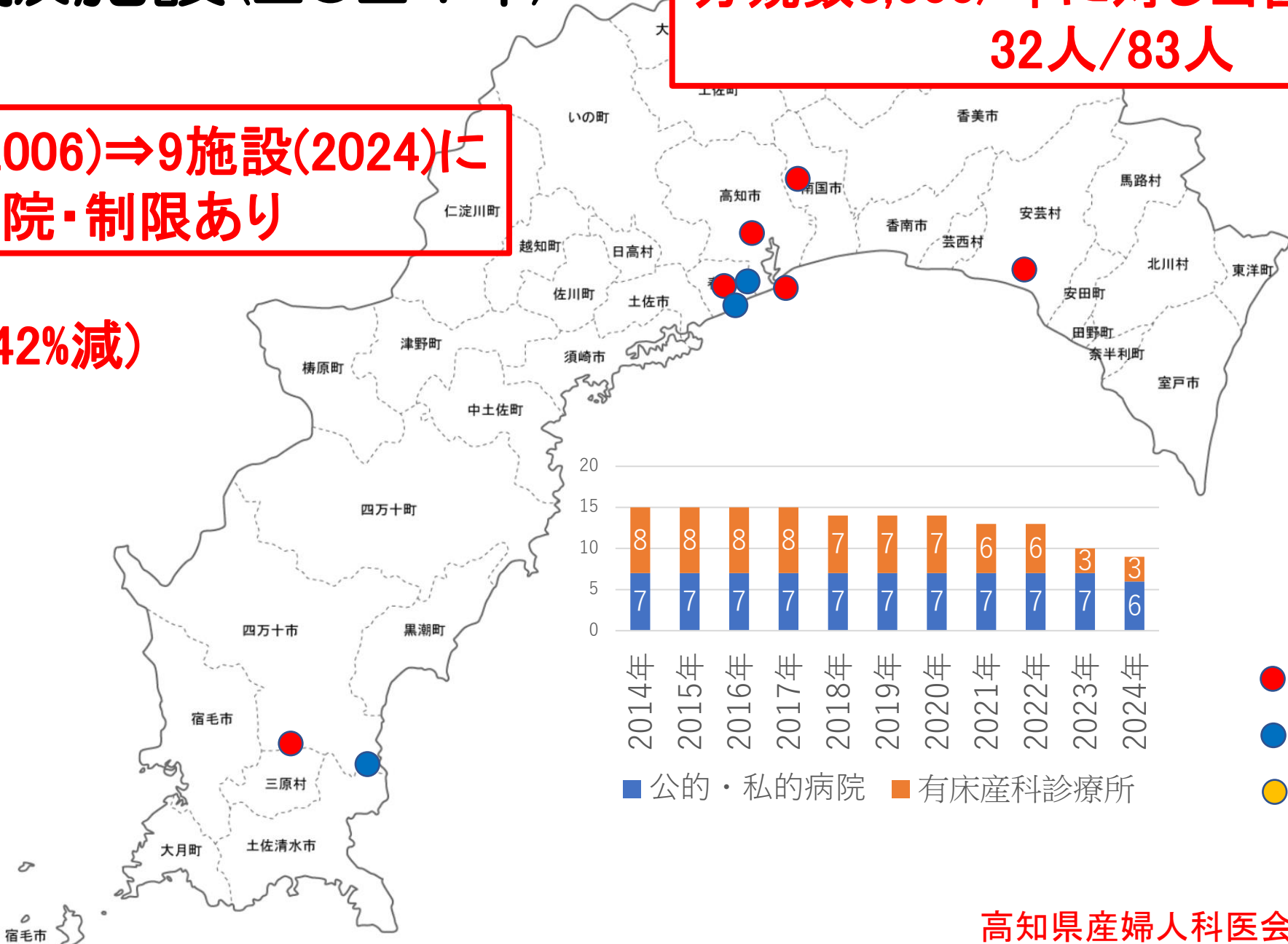
- 公的私的病院
- 産科有床診療所
- 助産院

分娩取扱施設(2024年)

分娩数3,600/年に対し当直可能医師
32人/83人

20施設(2006)⇒9施設(2024)に
今後も閉院・制限あり

3,597件(42%減)



- 公的私的病院
- 産科有床診療所
- 助産院

医師の働き方に関するアンケート調査結果

調査時期: 2023年8月～11月
調査結果回収率: 35施設/42施設 (83%)

全国国立大学周産母子センター会議
世話人: 杉山 隆、工藤美樹、向井百合香
幹事: 内倉友香

調査結果のまとめ

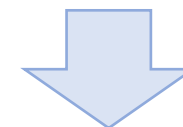
- ・国立大学病院の多くの施設では、産婦人科におけるタスクシフティングは進んでいない
- ・診療へのエフォートが大きい: 当直回数が院内外を含め約7回/月
- ・特例B水準・連携B水準を申請している施設あり ➡ 業務が多い
- ・約1/3の施設が宿日直許可を得られていない ➡ 翌日業務に影響



多くの施設はぎりぎりの状況で尽力している



特に診療へのエフォートが多く、教育・研究へのエフォートが減少



自然重点化・集約化を含め、各地域において
厚労省、自治体、学会が協働して検討することが重要
➡ その際、行政が縦割りとならず横断的に機能することが重要

「妊産婦のリスクに応じた分娩体制の維持に要する医療資源に係る研究」

2035年末までに総合周産期母子医療センターで働く産科医全員が、

1. 高レベルの妊産婦死亡率、周産期死亡率の維持

2. A水準(時間外労働時間上限・年間960時間)を遵守

を目標とした場合、どの程度の**人員の増員**が必要か？

集約化・地域一次施設閉院に伴い、 周産期センターの業務増加となれば・・・

表3 全員がA水準を満たすために必要な産婦人科医師数

現在の水準	全員がA水準になるために必要な医師数	
	現在の分娩・母体搬送数	分娩数・母体搬送数 1.5 倍
A水準	-	3.6 ± 3.5
A水準以外	5.0 ± 5.6	7.3 ± 6.2

1. これだけの増員が果たして可能か？・・・
2. 病床の確保が可能か？・・・

小括: 人的資源について

1. 多くの施設はぎりぎりの状況で尽力している
2. 特に診療へのエフォートが多く、教育・研究へのエフォートが減少
3. 自然重点化・集約化を含め、各地域において厚労省、自治体、学会が協働して検討を進める必要がある
行政が縦割りとならず横断的に機能することが重要

体制の改革はまだ道半ばで、急速な変化には対応できない

我々学術団体が危惧すること・・・

正常分娩の保険適用化

経営に困窮した一次施設の分娩取扱の終了

分娩取扱施設の急激な減少

low-Risk妊産婦の周産期医療センターへの殺到

病床確保の困難・医師の過重労働と離職

周産期医療安全の崩壊

1. 妊産婦さんの経済的負担が軽減され、分娩数が増加するのであれば積極的に同意します。
2. 医療安全の確保のために高額な経費を必要とすることを理解頂きたいと思います。
3. 現状の質の高い周産期医療の提供の継続のため、必要な支援を望みます。
4. 緩徐な集約化は受容できますが、急速な分娩取扱施設の減少・医療崩壊につながる様な、拙速な分娩費用の保険適用化となるなら、到底受け入れられません。
5. 妊産婦当事者の方が医療提供体制・医療安全の崩壊の危険をどう思われるのか、再考頂く機会になればと思います。

參考資料

MFICUにかかる基準等について

○周産期医療体制整備指針に定めるMFICUの主な機能等（平成22年1月26日 医政局長通知）

- ・分娩監視装置や超音波診断装置などの機材を備えていること
- ・総合周産期母子医療センターには6床以上を設置すること
（三次医療圏の人口によっては6床未満でも可）
- ・24時間体制で産科を担当する医師が複数いること
（6床以下なら1名＋別途オンコール1名でも可）
- ・助産師又は看護師が常時3床に1名以上配置されていること 等

○診療報酬における「総合周産期特定集中治療室管理料」の「母体・胎児集中治療室管理料」の施設基準（抜粋）

- ・分娩監視装置や超音波診断装置などの機材を備えていること
- ・専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること
- ・内法による測定で1床あたり15m²以上で、3床以上設置されていること
- ・看護師が常時3床に1名以上配置されていること 等

指針で定める機能は満たすものの、下線の要件を満たせず、診療報酬を算定できない施設が多い。

MFICU管理料算定条件の見直し 2024.06.～

まとめ

1. 総合周産期Cの各データ 割愛
(現在の算定状況、時間外の勤務医師数、オンコール医師数、算定予定)
2. 前回 算定できず → 今回 算定可能 0施設
 前回 算定できず → 今回 算定不可能 5施設
3. 前回 算定 → 今回 算定可能 68施設
 前回 算定 → 今回 算定不可能 5施設
(現在実態再調査中)

今後、MFICUの施設認定を返上する可能性も出てきている

MFICU管理料の見直し 20240214中医協答申

- ア (略)
- イ 以下のいずれかを満たすこと。
 - ① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**

ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。
 - ② **専ら産婦人科又は産科に従事する医師(宿日直を行う医師を含む。)が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。**

この答申により、MFICU加算の算定が不可能となる施設が増加

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③ (オープンシステム・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では、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

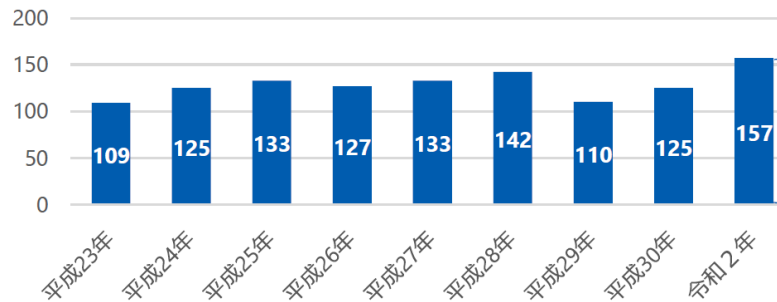
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

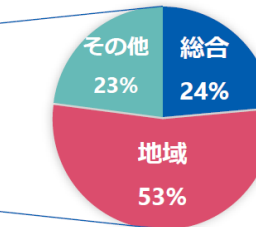
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数

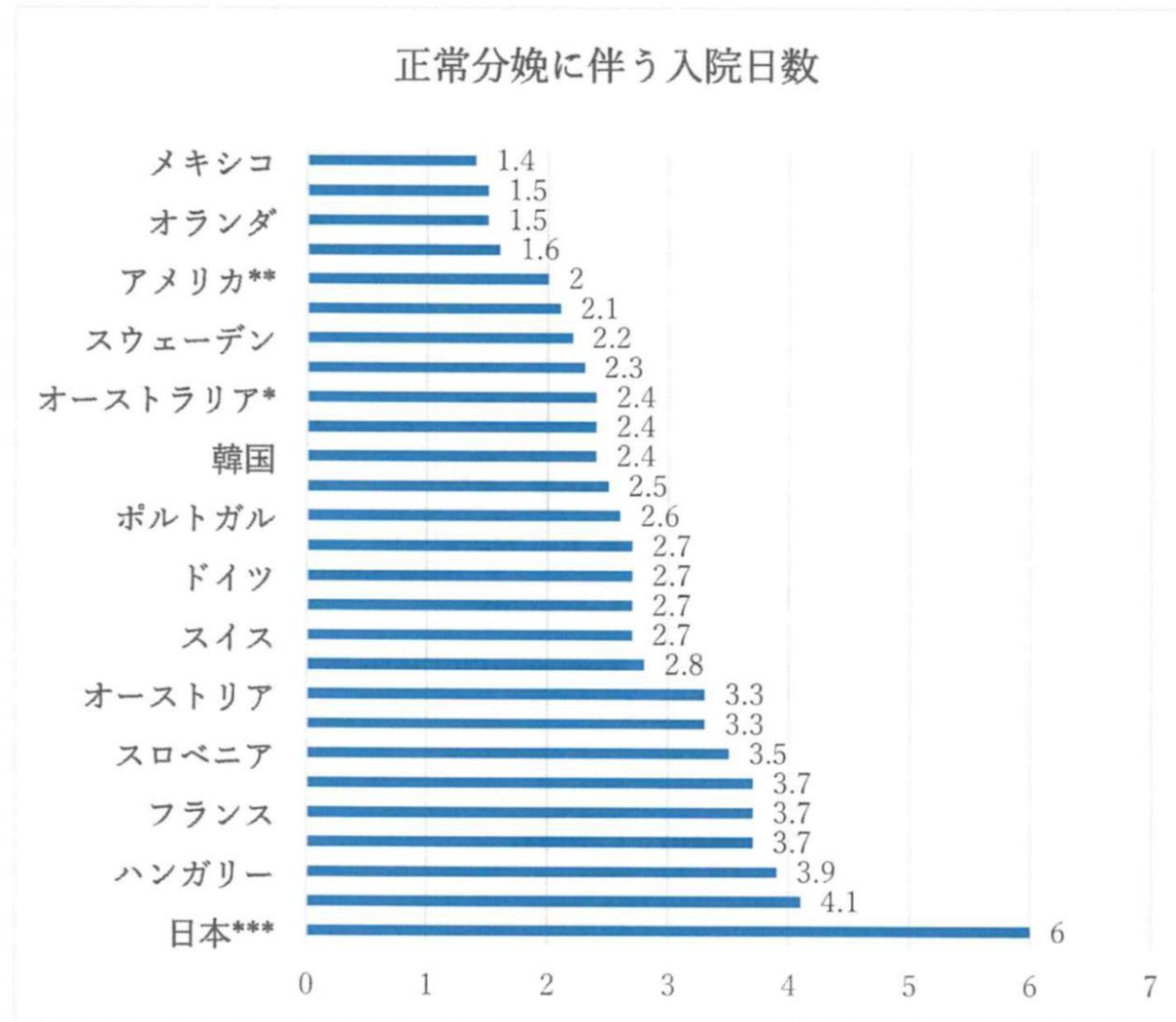


施設の内訳



出典：周産期医療体制調（医政局地域医療計画課調べ）（令和3年度） 25

図 6 分娩に伴う平均入院日数（2021 年）



出典：OECD.stat、日本：国保中央会『正常分娩分の平均的な出産費用について（平成 28 年版）』

*オーストラリア、ニュージーランド：2020 年

**アメリカ：2010 年

***日本：2016 年

日本産科婦人科学会 「大学病院における出産費用の見える化」調査 2023.09.02.

調査対象

アンケート送付	111大学病院病院
分娩取り扱いなし	2病院
回答なし	22病院
回答あり	84病院(77.1%)
解析から除外	3病院※
(※独自フォーマットで提出:2病院 人件費内訳が不明確:1病院)	

解析対象 : 81病院(74.3%)

試算方法(産婦人科医師・人件費)

A. 産科専従医師(常勤+非常勤)の年間人件費

B. 婦人科専従医師(常勤+非常勤)の年間人件費 X 当直に入る延べ時間の割合

* 例えば火曜+土曜が婦人科担当の当直であれば以下のように計算:

年間人件費 \times (16/24(時間) \times 52/365(日))+年間人件費 \times (52/365(日))

年間人件費はヒエラルキーごとに計算

* A, Bに関して、もし産科・婦人科がわかれていない時は科長・教授判断で医員・助手のエフォートは70%産科、助教は50%産科、講師は30%産科、などとヒエラルキーごとにおおよそのエフォート率を出し、それに各層の年間人件費を足す。

試算方法(看護師・助産師・人件費)

C. 産科病棟の助産師＋看護師の年間人件費

D. 新生児病棟/NICU の看護スタッフの年間人件費 \times (自院分娩直後の入室人数/全入室人数)

試算方法(産婦人科以外の医師・人件費)

E 小児科医師で NICU に関わる医師の年間人件費 \times (自院分娩直後の入室人数/全入室人数)

* 専従者がいない場合は、A, Bで専従者が居ない時と同じ扱いでエフォート配分を決定。

F 麻酔科医師年間人件費 \times (緊急帝王切開数/貴院の全緊急手術数)

試算方法(その他)

- G. MSW 年間人件費(これも周産期専従でなければxそのエフォート)
- H. 臨床検査技師(超音波、など)(これも周産期専従でなければxそのエフォート)
- I. 栄養管理室人件費x(産科病棟延べ入院患者数/全病棟延べ入院患者数)
- K. 給食平均材料費xいわゆる正常分娩での入院日数
- L. 産科でのみ使用する機械の減価償却費(CTG システム、超音波、など)

試算方法(1分娩当たりの費用)

$$\frac{(A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K+L)}{\text{年間分娩数}} = \text{1分娩当たりの費用}$$

医師の宿日直許可

常態としてほとんど労働することがなく、

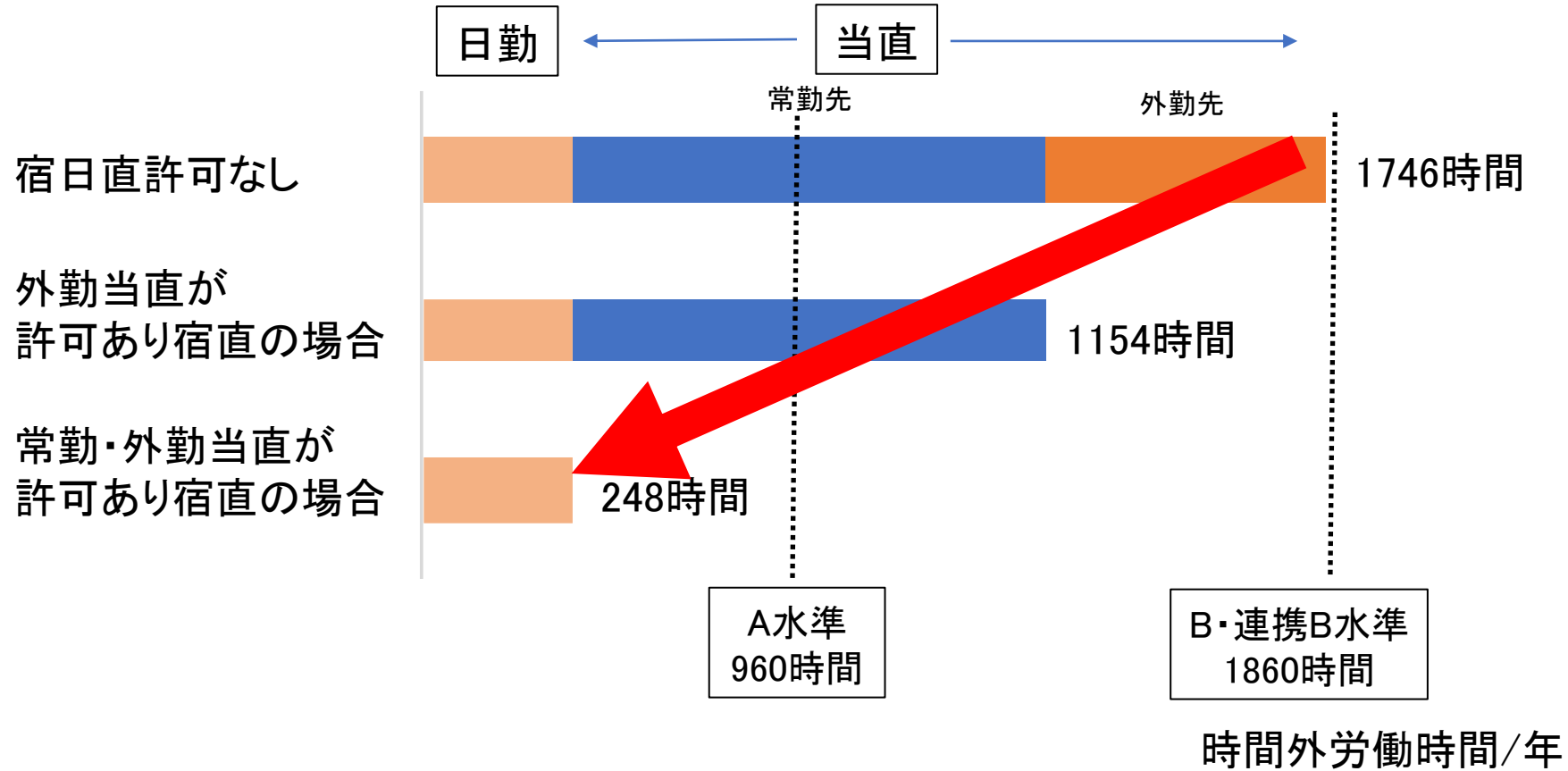
労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない宿直
又は日直の勤務で断続的な業務については

許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外可能

以下の条件を満たす必要がある

1. 通常の勤務時間から完全に解放された後のもの
2. 特殊な措置を必要としない**軽度または短時間の業務に限ること**
3. 一般的な宿日直の基準を満たす
4. 許可あり宿直の場合は**十分な睡眠**がとりうる

宿日直許可取得による時間外労働の変化



2024年時間外労働上限適用の水準を満たすための**苦肉の策**

産科当直を許可あり宿日直として扱うことは適切か？

表11

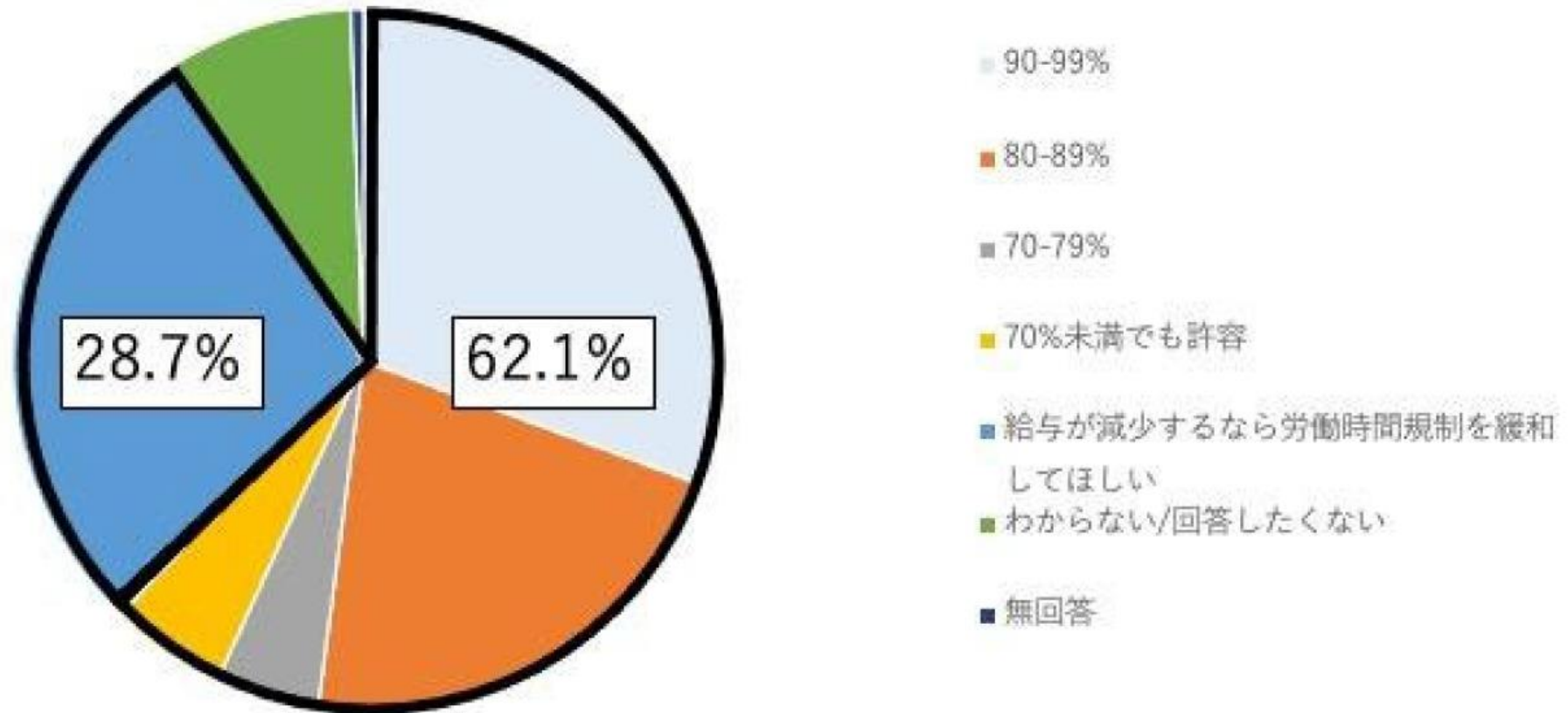
当直中の合計睡眠時間の評価

	施設数 (%)	回答施設の時間
十分	278 (56.5)	6.1
不十分	214 (43.5)	4.3
計	492 (100.0)	5.3

**当直中の睡眠時間は4-5時間
管理者目線でも半数近くが不十分と回答**

**睡眠時間6時間未満では翌日に行った処置の合併症発症リスクが1.72倍上昇
(Rothschildら JAMA 2009)**

A水準の条件下で、現在の給与が減少すると
して何%まで許容できますか？



日本産科婦人科学会編 2024年度医師の働き方改革に向けたQ&A集・Webアンケート報告集

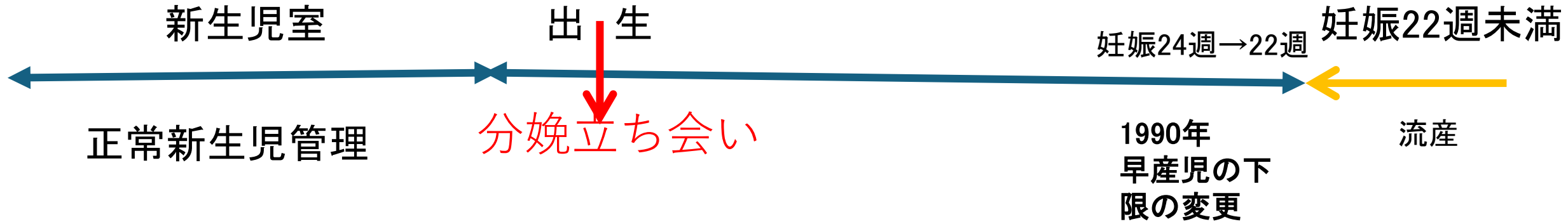
自由時間の確保を重視⇒時間外労働が増えれば離職

妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等 に関する検討会

日本周産期・新生児医学会
特任理事

細野茂春

小児科医の関わり



新生児チェック

蘇生処置

ハイリスク分娩

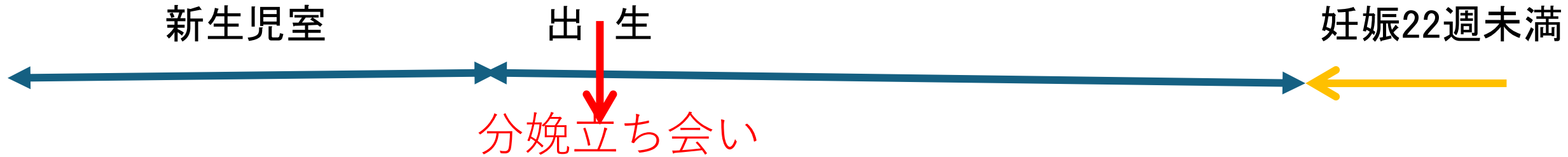
胎児形態異常

- ・ 消化管閉鎖
- ・ 先天性心疾患
- ・ 水頭症・脊髄髄膜瘤 等

周産期カンファレス

プレネイタルビジット(ご両親に対する出生前小児保健指導)

小児科医の関わり



胎児は保険給付象になるのか

- ・ 胎児診断
- ・ 胎児治療

胎児からの一元化カルテの必要性 ⇔ 記録の一元化

現状は母体カルテに記載し出生後新生児カルテと母体カルテの紐付け

小児科医の関わり



新生児仮死 ➡ 1 分のApgarスコアで評価

蘇生行為は出生直後から始まる

蘇生処置

➡ 物品はリユースできない

- ➔
 - ・ 予定の立ち会い
 - ・ ハイリスク分娩
 - ・ 緊急の立ち会い
 - ・ 胎児仮死・新生児仮死

- ・ 小児科医の待機時間は評価されない

小児科医の関わり

Apgarスコア 各項目0,1, 2点で評価 0-10 点 7点以上正常

項目	0	1	2
皮膚色	全身ブルー	体幹ピンク四肢末梢ブルー	全身ピンク
心拍	なし	100/分未満	100/分以上
刺激に対する反応	無反応	顔をしかめる/弱くなく	くしゃみや咳をする/強く泣く
筋緊張	四肢弛緩	四肢やや屈曲	四肢を自動的によく動かす
呼吸	なし	弱い呼吸で換気が不十分	強く泣く

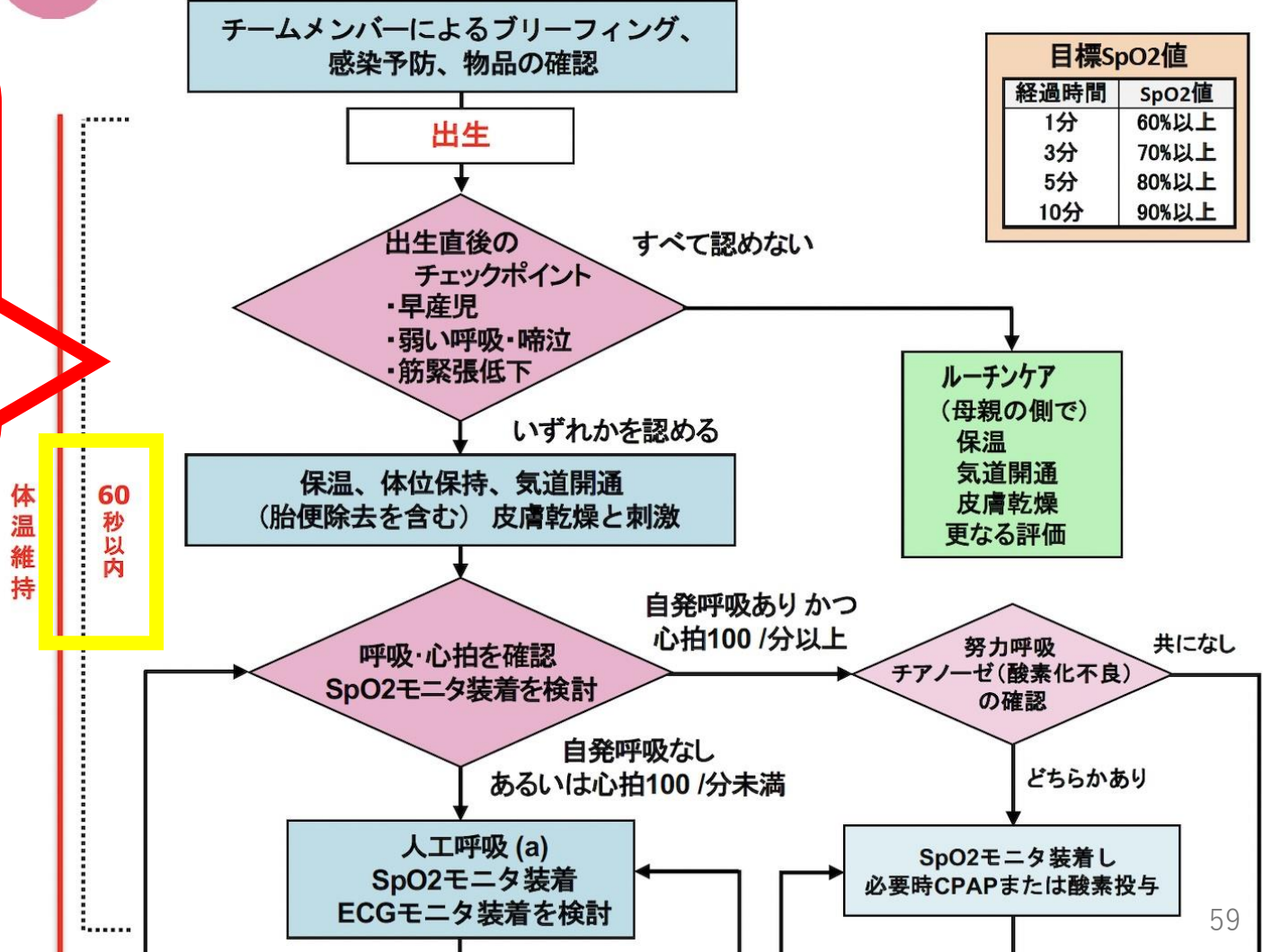
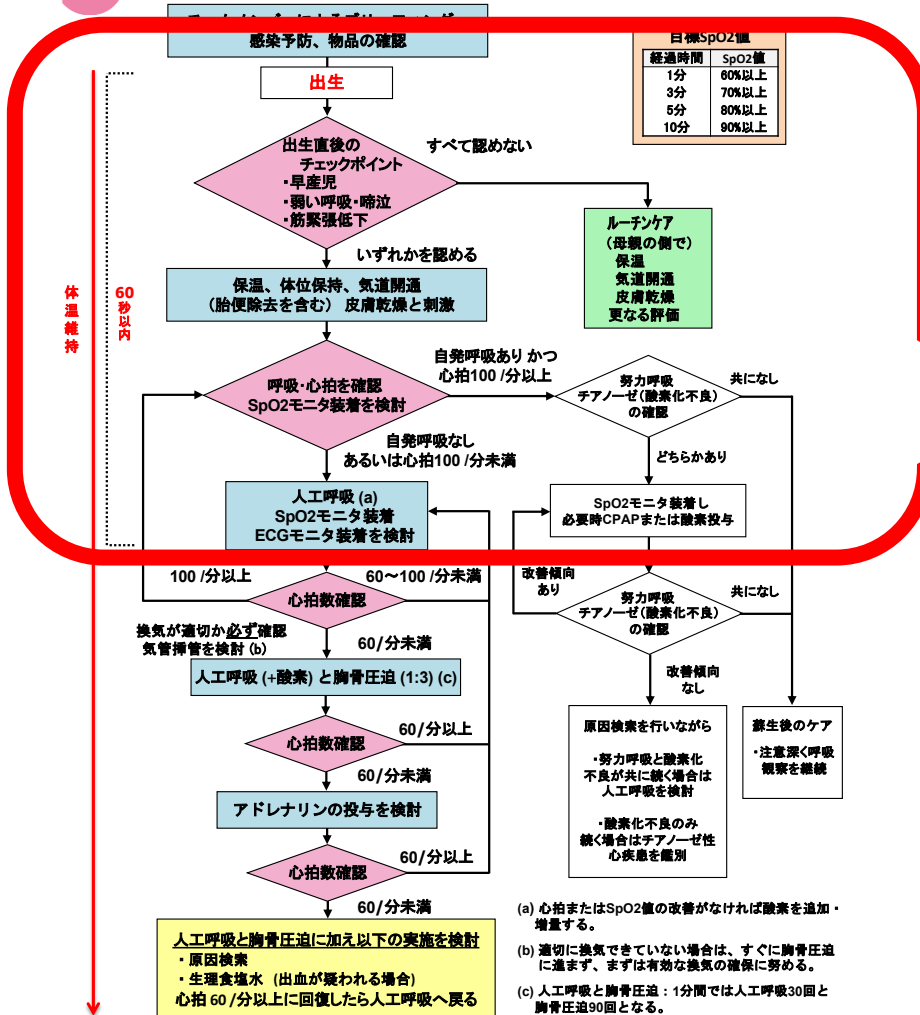


- 1分値 : 児の早期の状態
- 5分値 : 蘇生の反応性
- 10分値: 低体温療法の適応

新生児蘇生の必要性の判断はいつ行うか？

NCPR 2020年版 NCPR アルゴリズム

NCPR 2020年版 NCPR アルゴリズム



(a) 心拍またはSpO2値の改善がなければ酸素を追加・増量する。
 (b) 適切に換気できていない場合は、すぐに胸骨圧迫に進まず、まずは有効な換気の確保に努める。
 (c) 人工呼吸と胸骨圧迫：1分間では人工呼吸30回と胸骨圧迫90回となる。

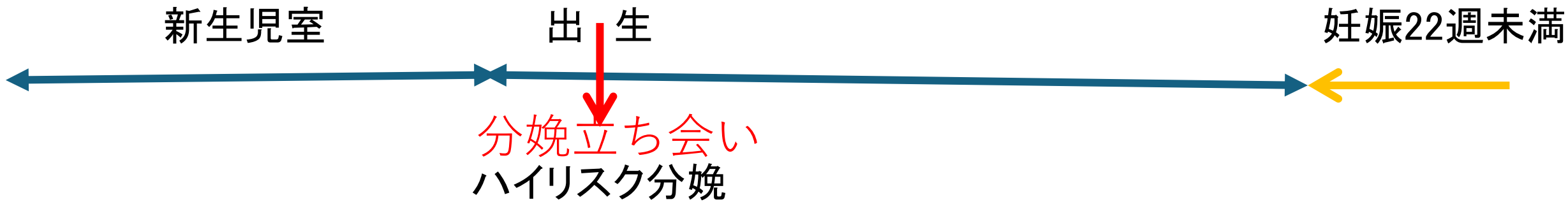
蘇生を必要とする正期産児の割合

85%	30秒以内に自発啼泣
10%	刺激に対して反応
5%	人工呼吸以上の蘇生
0.1%	胸骨圧迫、アドレナリン投与



出生数70万と仮定すると日本全国で
0.8秒に一人の赤ちゃんに対して新生児蘇生が
2.5秒に一人人工呼吸以上の蘇生が行われている。

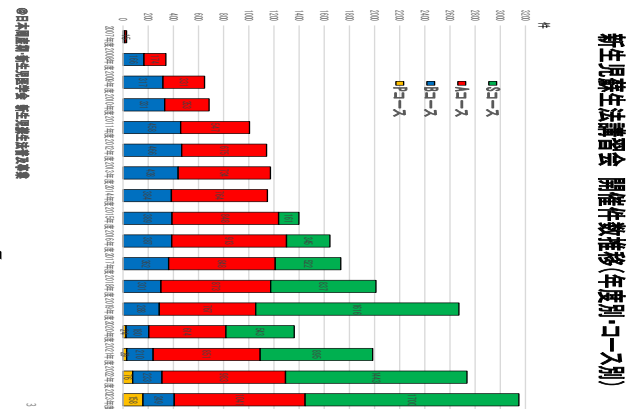
小児科医の関わり



蘇生処置

新生児蘇生法講習会受講・認定更新(3年に1度)

- ・ 周産期医療従事者 71,000人
- ・ 救急隊員等病院前 1,000人

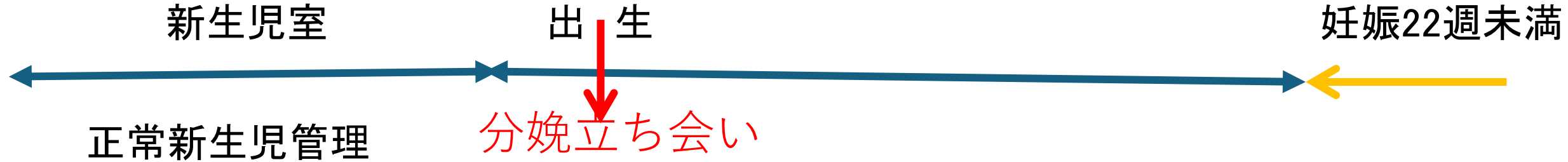


小児科医がない場合
 テクノロジーの活用を含めた
 産科医療施設への連携支援

受講者・指導者両方にコストがかかる

クリニック ↔ 高次医療機関

小児科医の関わり



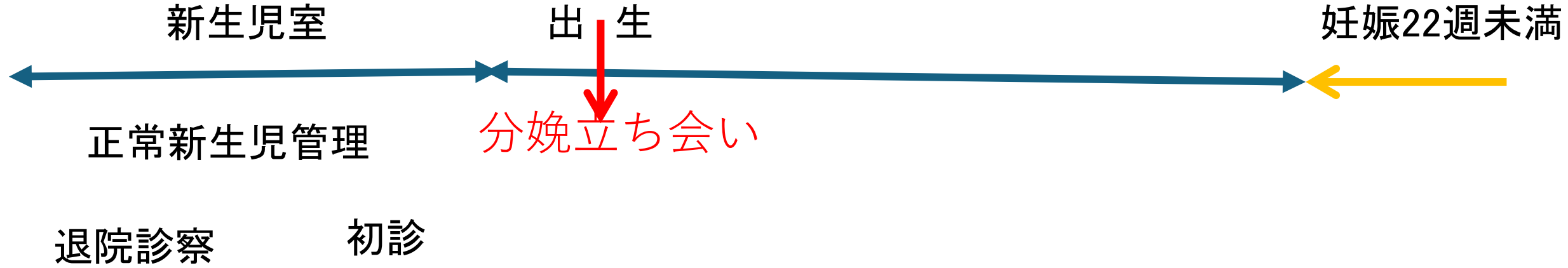
退院時診察 出生後初回診察

スクリーニング

- i. マススクーリング
 - ・ 代謝異常症
 - ・ 聴覚
- ii. 心疾患
 - パルスオキシメータの使用

新生児
チエツク

小児科医の関わり



投薬の問題)

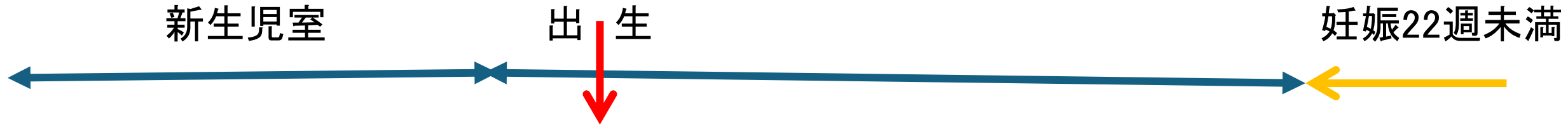
i. ビタミンK(自費診療)
 消化管出血・頭蓋内出血予防

小児科学会から提唱

i. ビタミンD 外出の機会の減少
 骨の脆弱
 頭蓋骨の菲薄化(頭蓋癆)

欧州では新生児・乳児に投与

小児科医の関わり



軽症(初期)病的新生児管理

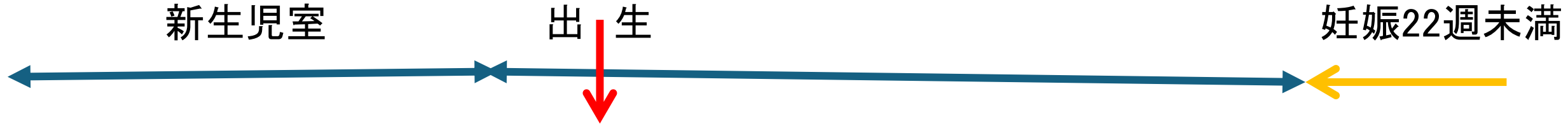
- ・ 新生児黄疸 → 光療法
- ii. 低血糖 → 輸液
- iii. 初期嘔吐 → 輸液
- iv. 呼吸障害 → 酸素投与・輸液管理
- v. 感染症 → 抗菌薬投与

保険届け出病床でない病床での保険診療の場合



看護師の定数配置がない

小児科医の関わり



新生児は3時間ごとに授乳

一人飲み(くわえのみ)の可能性

参考 保育園では

0歳児は 保育士1名で3人までで常時最低2名配置

保険病床は7対1看護

小児科医の関わり



産科退院



1か月健康診査

産科クリニックでの勤務形態

- ・ 常勤
- ・ 非常勤

- ・ 小児科医
- ・ 産科医

- ・ 小児科医を確保して収益を得られるか
- ・ 小児科医不足

開業小児科医 従来の健康診査事業・学校医も充足できていない

病院勤務医

- i. 少子化による入院病床の縮小 → 医師定数の削減
- ii 働き方改革で自施設での午後外来のやりくりが困難
 - ・当直医： 連続勤務制限 → 宿日直許可
 - ・上級医： 会議の日勤帯への集約

まとめ

- ・ 安心・安全なお産と児に対する質の高い医療のために小児科医の果たす役割は大きい
- ・ 保険化では小児科医の役割に対する評価が必須