

周産期医療体制の現状について

出生の推移と現状

日本の周産期医療～諸外国との比較

○ 日本の周産期死亡率(妊娠22週以降の死産数+早期新生児死亡数)/22週以降の年間全出産数(出産1000対)は極めて低い。

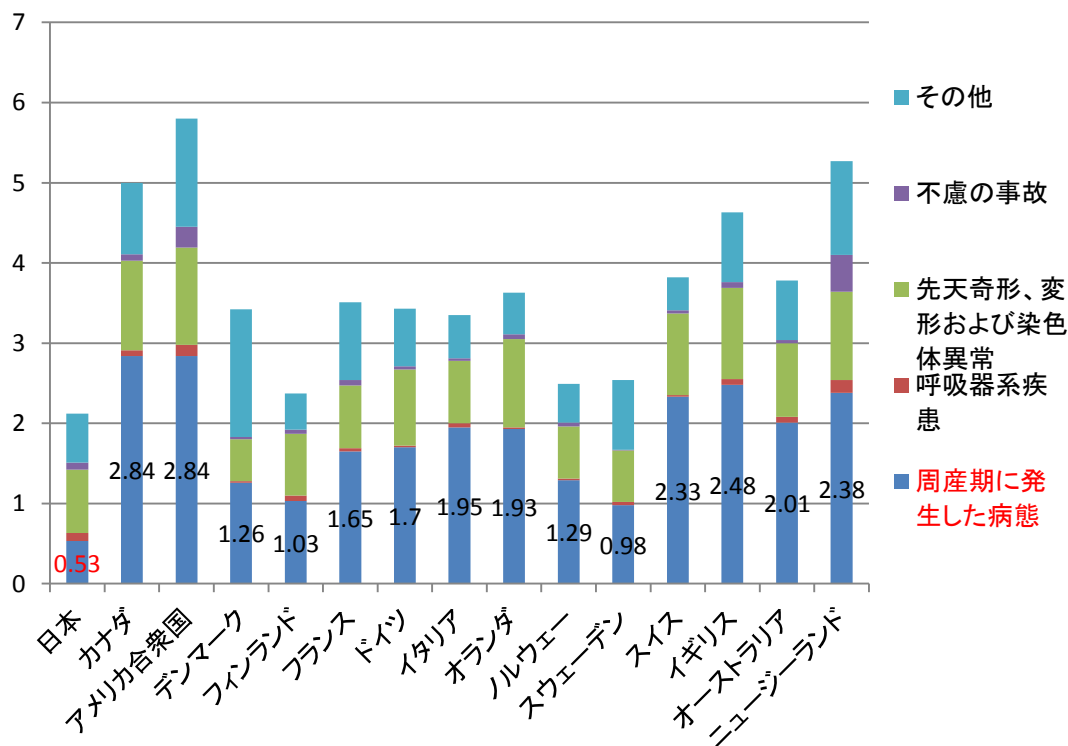
平成24年 諸外国の周産期死亡率比較

(国際比較のため28週以降の死産+早期新生児死亡で計算)

国名	周産期死亡率	妊娠28週以降死産比	早期新生児死亡率
日本	2.6	1.8	0.7
カナダ	6.1	3.0	3.1
アメリカ合衆国	6.8	3.1	3.7
デンマーク	6.4	4.2	2.2
フランス	11.8	10.2	1.6
ドイツ	5.5	3.6	1.9
ハンガリー	6.6	4.5	2.2
イタリア	4.5	2.7	1.7
オランダ	5.7	3.5	2.2
シンガポール	3.7	2.6	1.1
スペイン	4.1	2.8	1.4
スウェーデン	4.7	3.8	0.9
イギリス	7.6	5.2	2.4
オーストラリア	6.7	4.5	2.2
ニュージーランド	4.7	2.6	2.1

平成24年 諸外国の主な死因別乳児死亡率比較

(乳児死亡率:生後1年未満の死亡率)

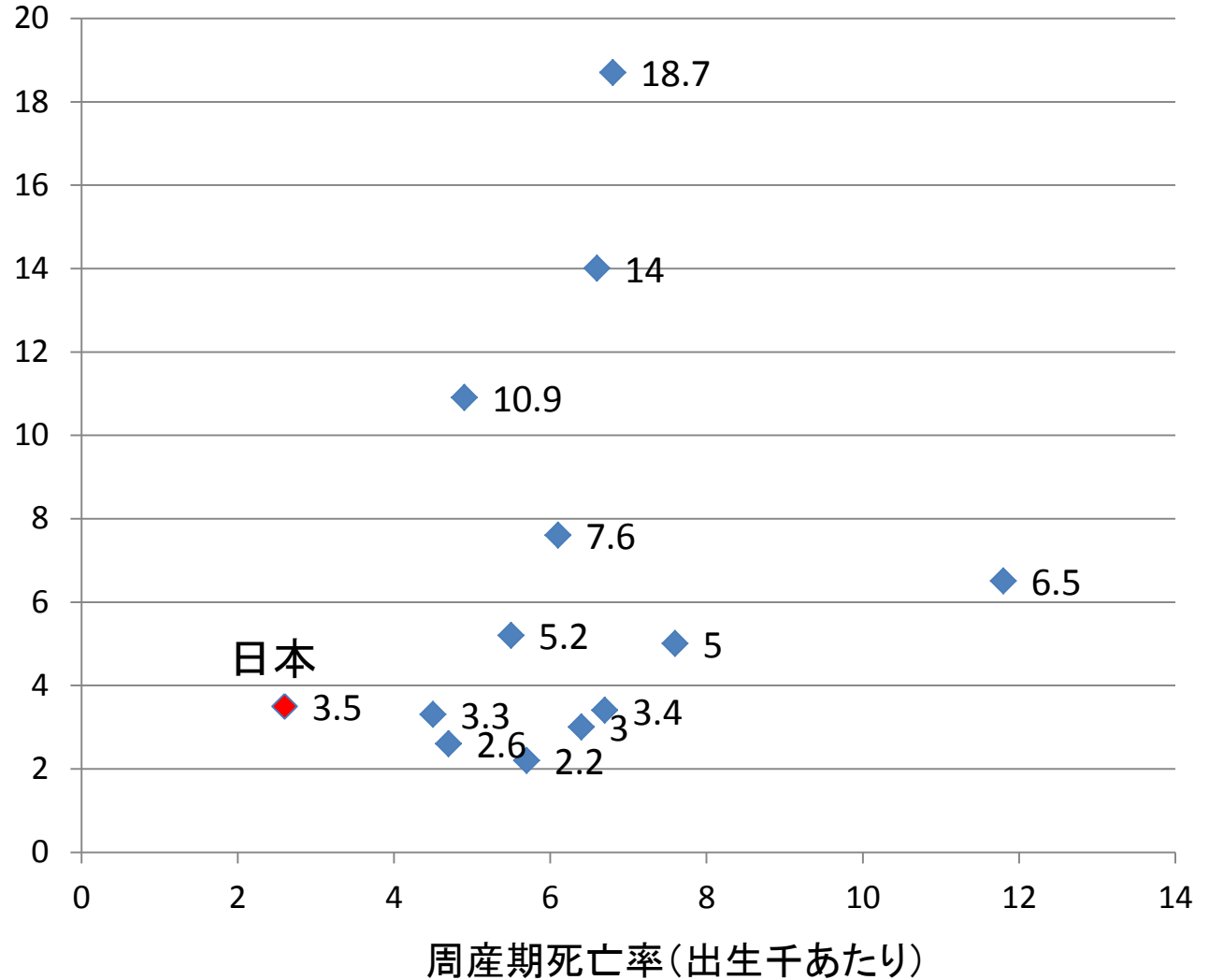


日本の周産期医療～諸外国との比較

○ 日本は諸外国と比較し、最も安全なレベルの周産期体制を提供している。

妊産婦死亡率
(妊産婦死亡数/出生数10万あたり)

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本	2.6	3.5
カナダ	6.1	7.6
アメリカ	6.8	18.7
デンマーク	6.4	3
フランス	11.8	6.5
ドイツ	5.5	5.2
ハンガリー	6.6	14
イタリア	4.5	3.3
オランダ	5.7	2.2
スウェーデン	4.7	2.6
イギリス	7.6	5
オーストラリア	6.7	3.4
ニュージーランド	4.9	10.9



日本の周産期医療～諸外国との比較 妊産婦死亡率の推移

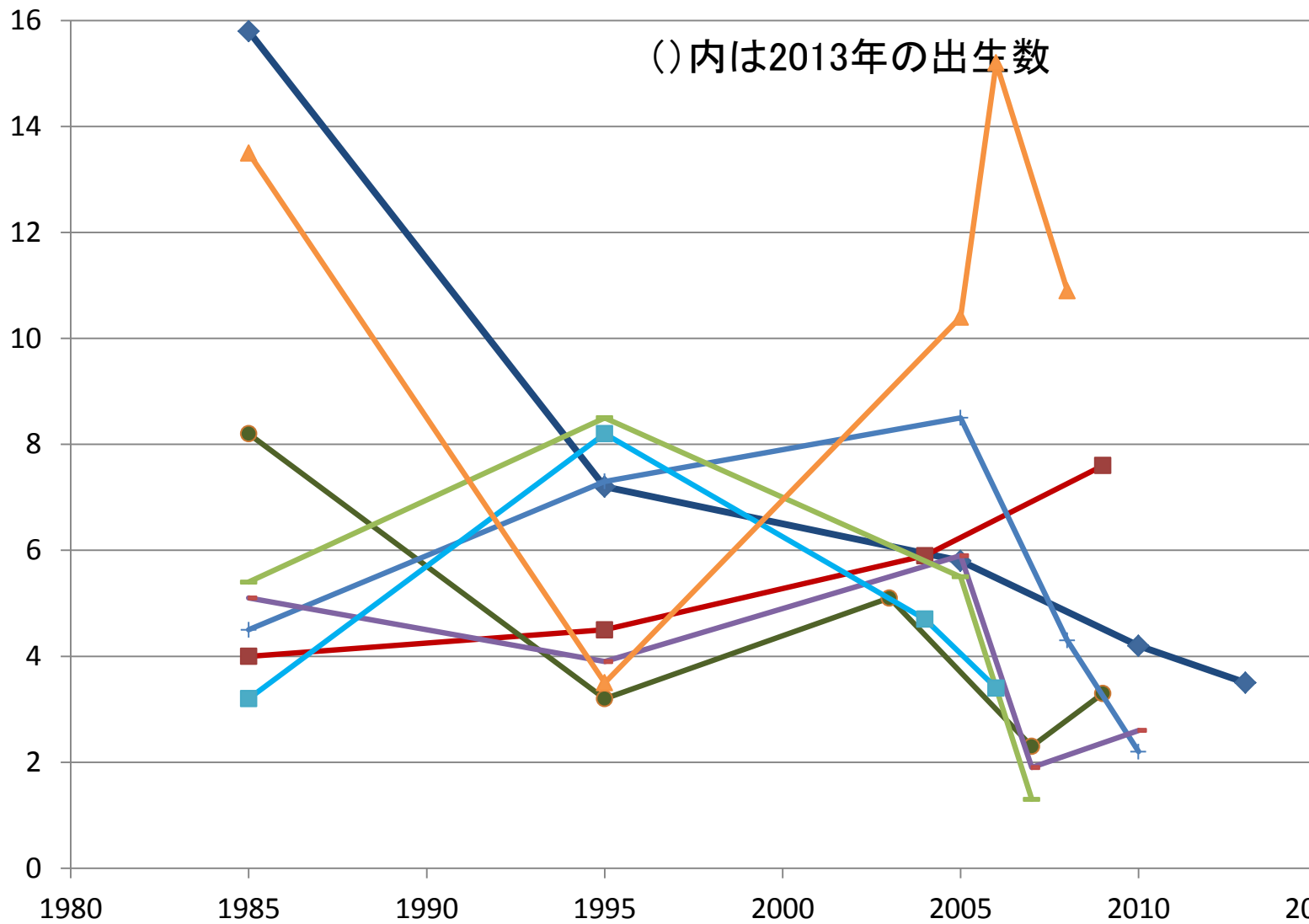
○ 日本は一貫して減少傾向である。

国名 (2013年出生数)

妊産婦死亡率

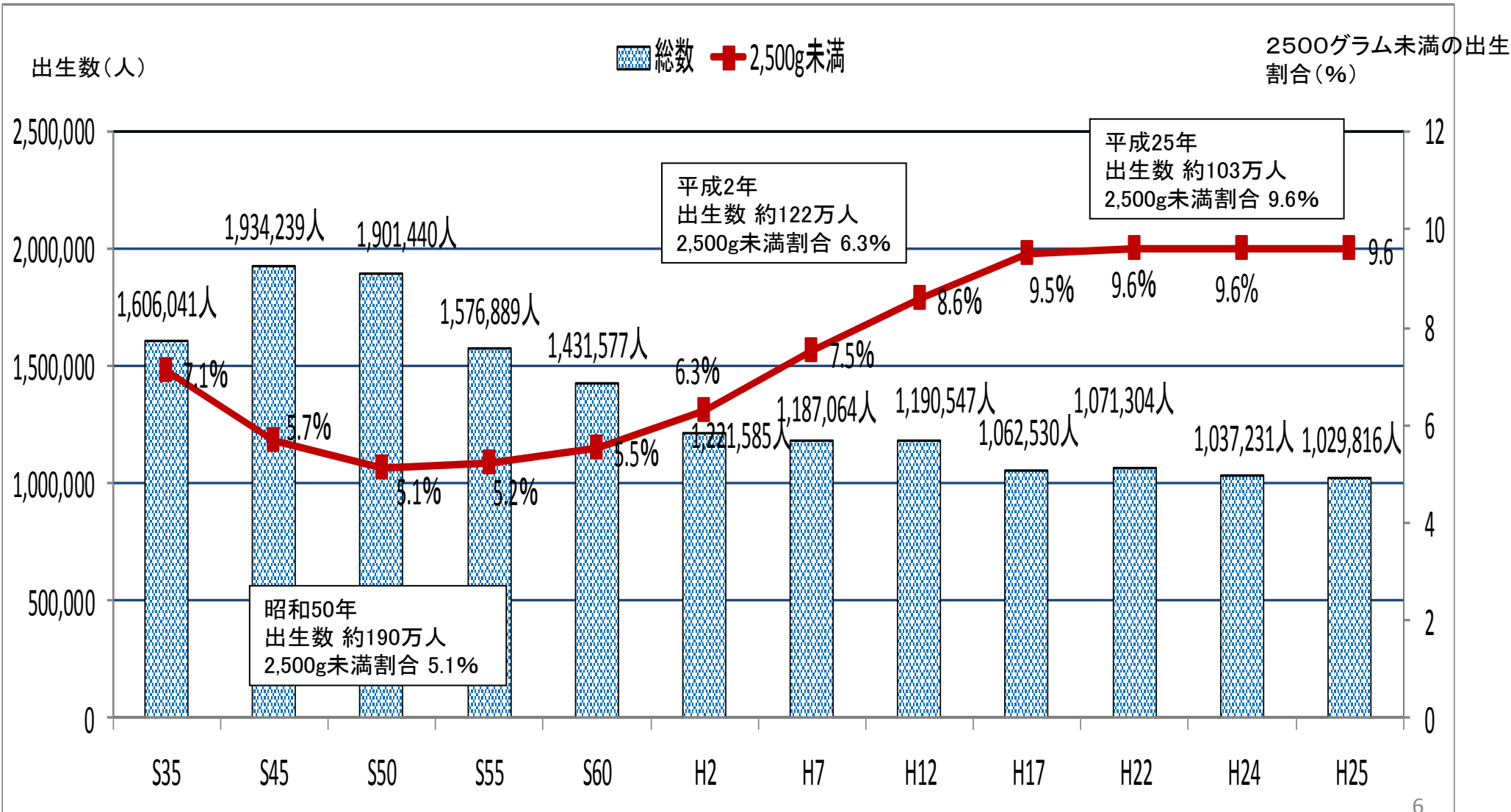
()内は2013年の出生数

- ◆ 日本 (1,029,816)
- カナダ (385,937)
- イタリア (514,308)
- + オランダ (171,341)
- スウェーデン (113,593)
- スイス (82,731)
- オーストラリア (308,065)
- ▲ ニュージーランド (58,717)



出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移

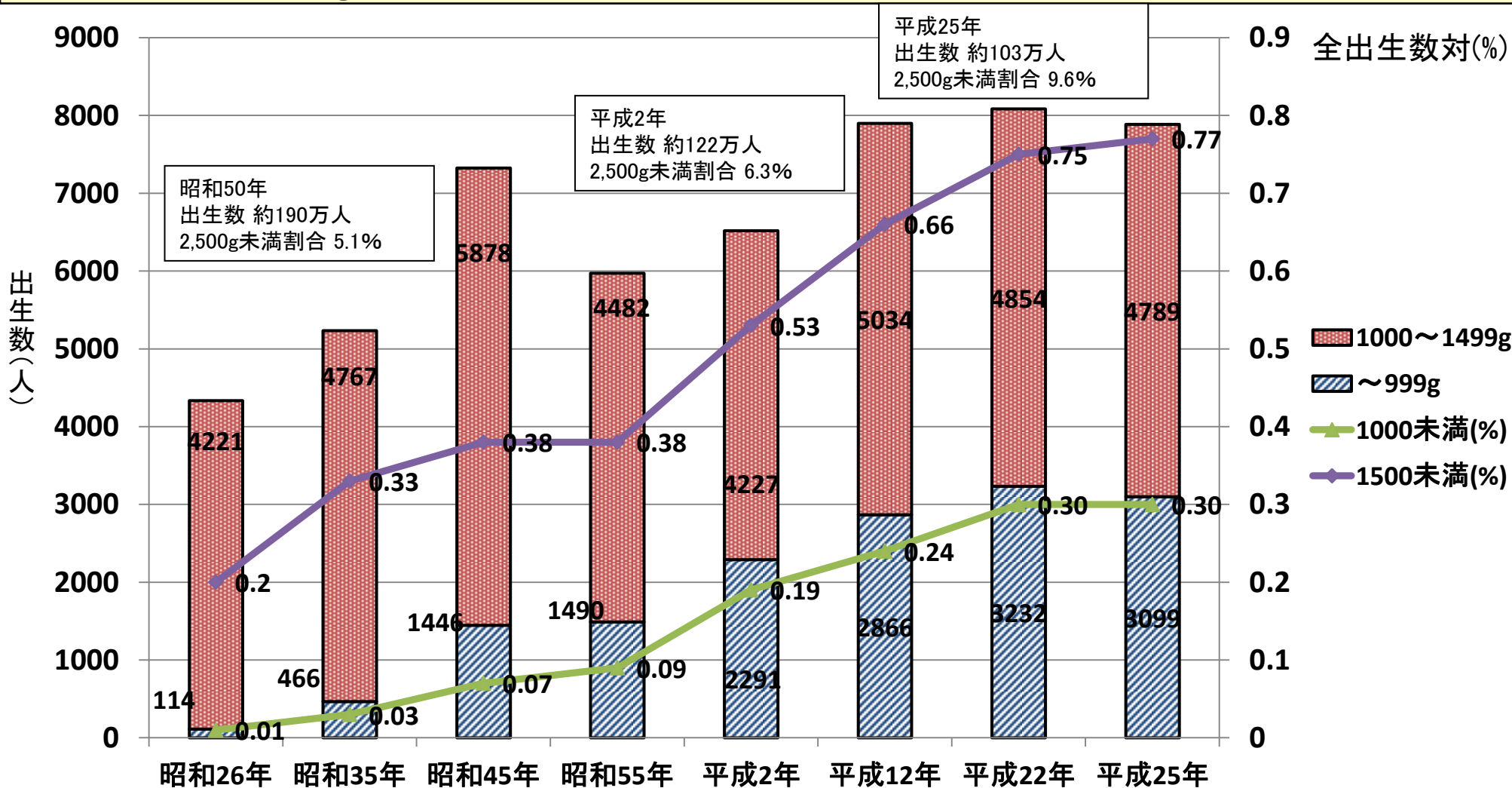
この20年で、出生数は減少しているが、低出生体重児の割合が増加している。



出生時体重別出生数及び出生割合の推移

・この30年で出生数は減少しているが、極低出生体重児(1000g～1499g)・超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加している。

・超低出生体重児(1000g未満)の出生数は35年間で約2倍に増加している。



周産期医療体制(病院)の整備状況

妊娠・出産等に係る支援体制の概要



○健康診査
○保健師等の訪問事業
(市町村)

妊娠の届け出・
母子健康手帳の交付

妊婦健診

妊婦訪問

母親学級・両親学級

養育支援訪問 (要支援家庭への支援)

新生児訪問

乳児家庭全戸訪問
(こんにちは赤ちゃん)

1歳6ヶ月健診

3歳児健診

妊娠・出産・
子育てに
関する
相談窓口

市町村

保健センター、地域子育て支援拠点

都道府
県等

女性健康支援センター、保健所、福祉事務所、児童相談所

※妊婦健診費用については、全市町村において14回分を公費助成。



妊婦健康診査について

根 拠

○ 母子保健法第13条(抄)

市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

妊婦が受診することが望ましい健診回数

※「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」(平成27年3月31日厚生労働省告示第226号)

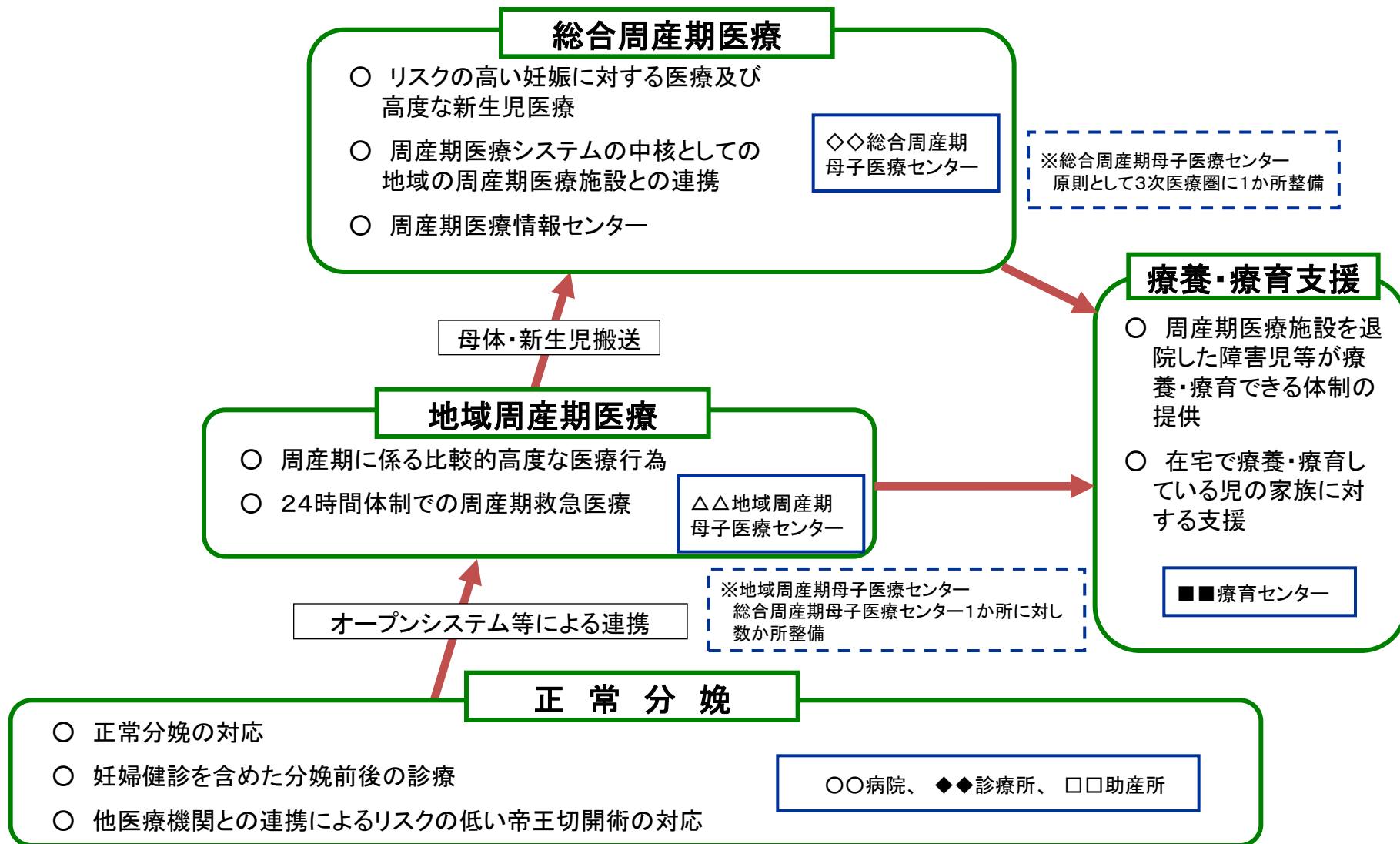
- ① 妊娠初期より妊娠23週(第6月末)まで : 4週間に1回
 - ② 妊娠24週(第7月)より妊娠35週(第9月末)まで : 2週間に1回
 - ③ 妊娠36週(第10月)以降分娩まで : 1週間に1回
- (※ これに沿って受診した場合、受診回数は14回程度である。)

公費負担の現状(平成25年4月現在)

- 公費負担回数は、全ての市区町村で14回以上実施
- 里帰り先での妊婦健診の公費負担は、全ての市区町村で実施
- 助産所における公費負担は、全ての市区町村で実施

周産期医療の体制

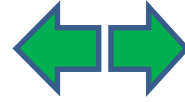
分娩のリスク



時間の流れ

ローリスク・ハイリスク妊娠

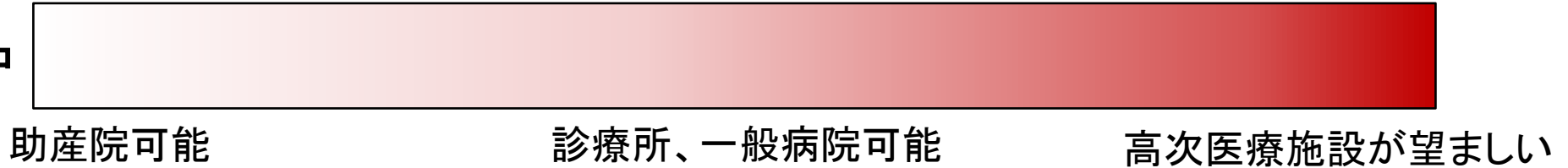
経過によりリスク
判断の移行あり



ローリスク妊娠
(合併症、妊娠経過異常なし)

ハイリスク妊娠
(合併症、妊娠経過異常等あり)

妊娠中



ローリスクとして分娩へ

ハイリスクとして分娩へ

分娩時

正常分娩

異常分娩

命の危険
がある異常
分娩

- ・マンパワー(医師、助産師など)
- ・設備(NICU, MFICUなど)
- ・他科(麻酔科、脳外科など)
- ・輸血準備

妊娠の1/250が妊産婦の死に直結するリスク(昭和25年の日本の妊産婦死亡割合と同じ)。*
現在は周産期医療によりそのうちの99%が救命されている。

周産期医療体制の充実 (平成27年度予算 医療提供体制推進事業費補助金134億円の内数)

- 総合周産期母子医療センター及びそれを支える地域周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援
- NICU等に長期入院している小児が在宅に移行するためのトレーニング等を行う地域療育支援施設を設置する病院に対する財政支援
- 在宅に戻った小児をいつでも一時的に受け入れる病院に対する財政支援

- NICUの病床数 (平成14年 2,122床 → 平成17年 2,341床 → 平成20年 2,310床 → 平成23年 2,765床)
- 平成26年度までに、出生1万人当たりNICU25~30床を目標に整備を進める(平成23年度26.3床) (「子ども・子育てビジョン」平成22年1月29日閣議決定) →平成26年4月現在で29.0床へ。
- 都道府県別では、12県が出生1万人当たり25床に満たない状況。また、24都府県が出生1万人当たり30床に満たない状況

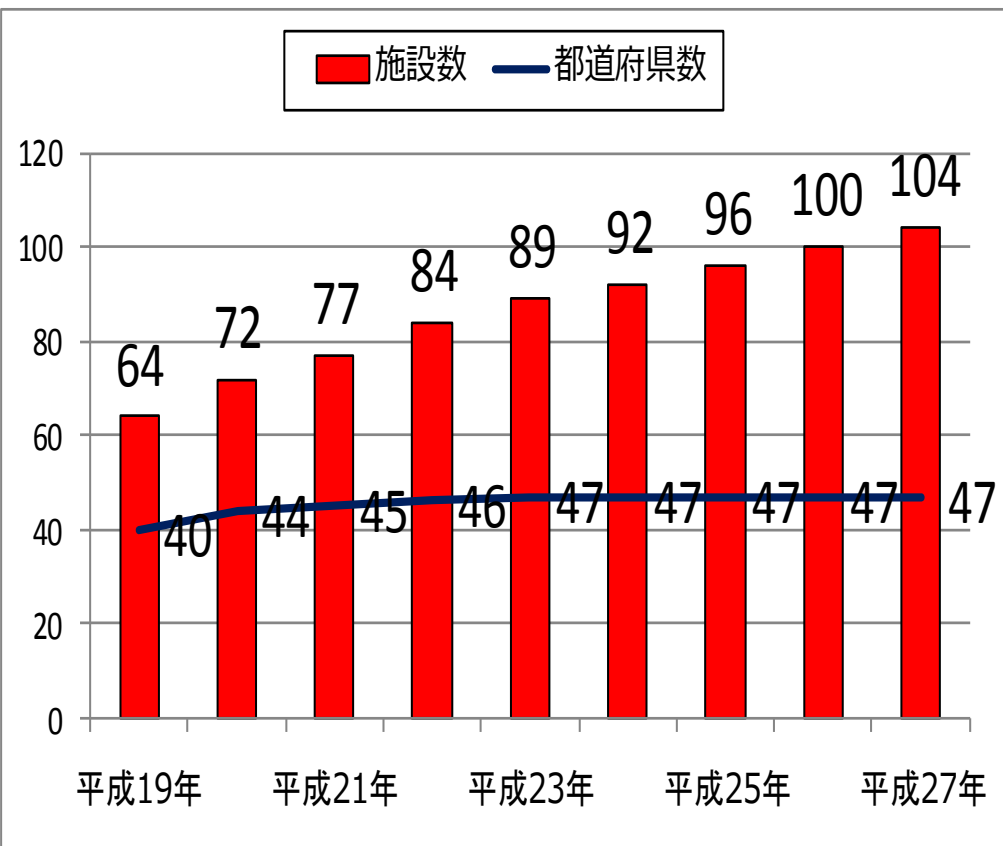
周産期関係医療機関



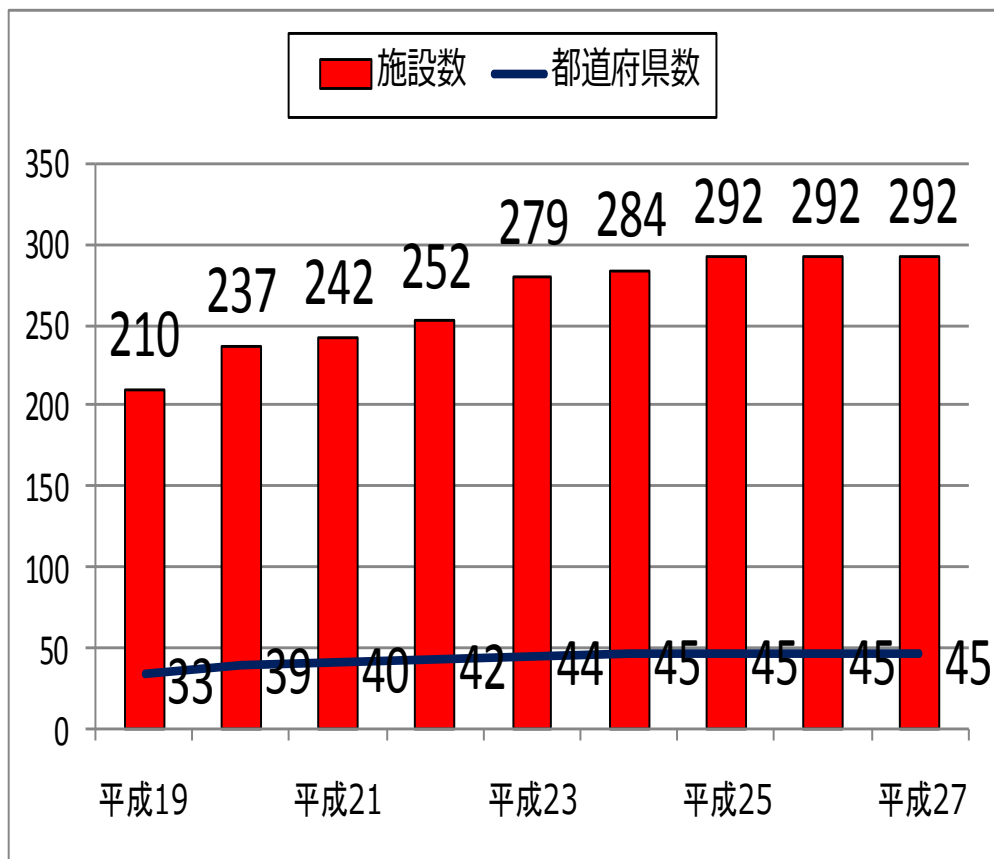
総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

○ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加している。

総合周産期母子医療センター数の推移



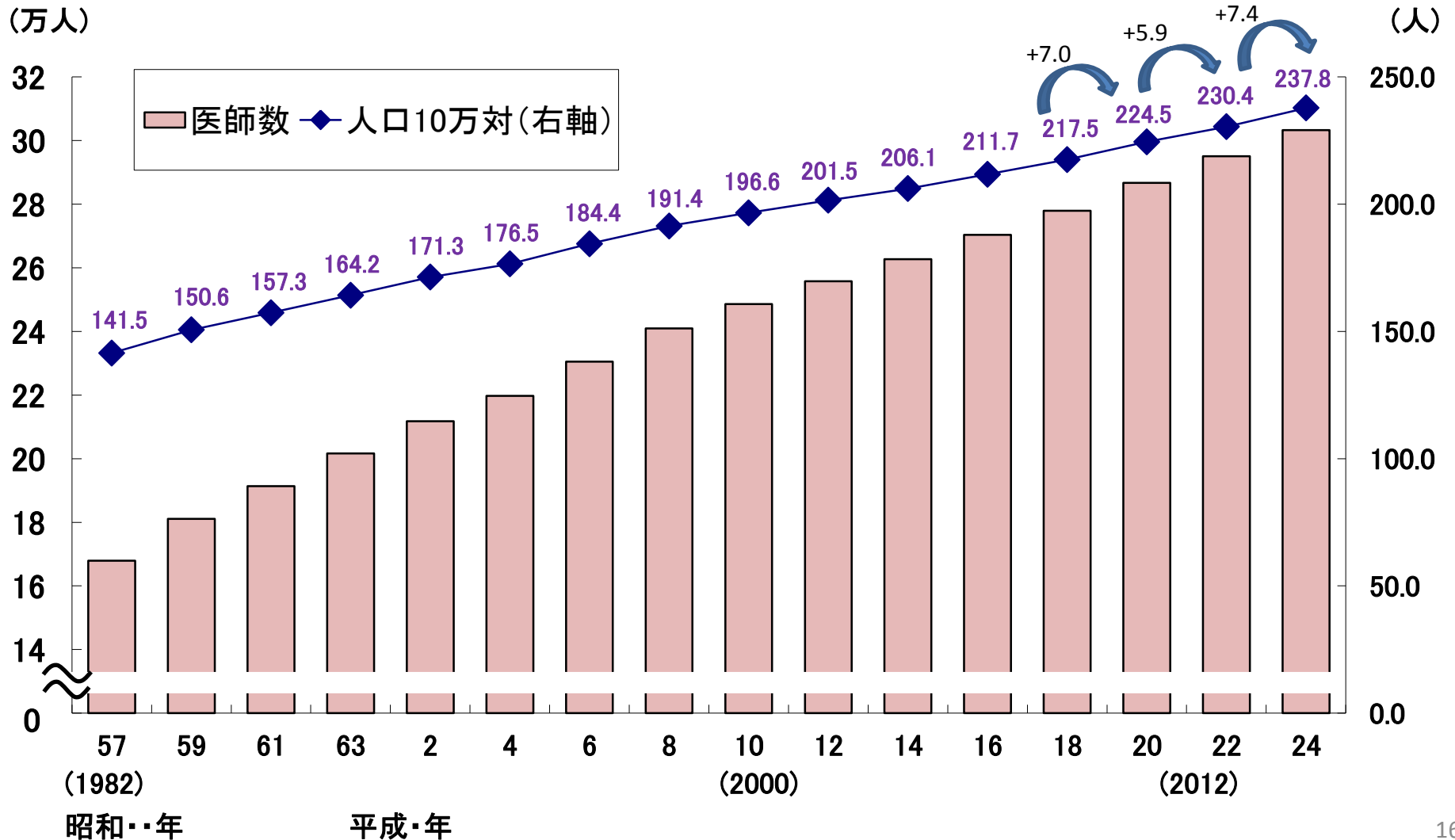
地域周産期母子医療センター数の推移



周産期医療体制(医師)の配置状況

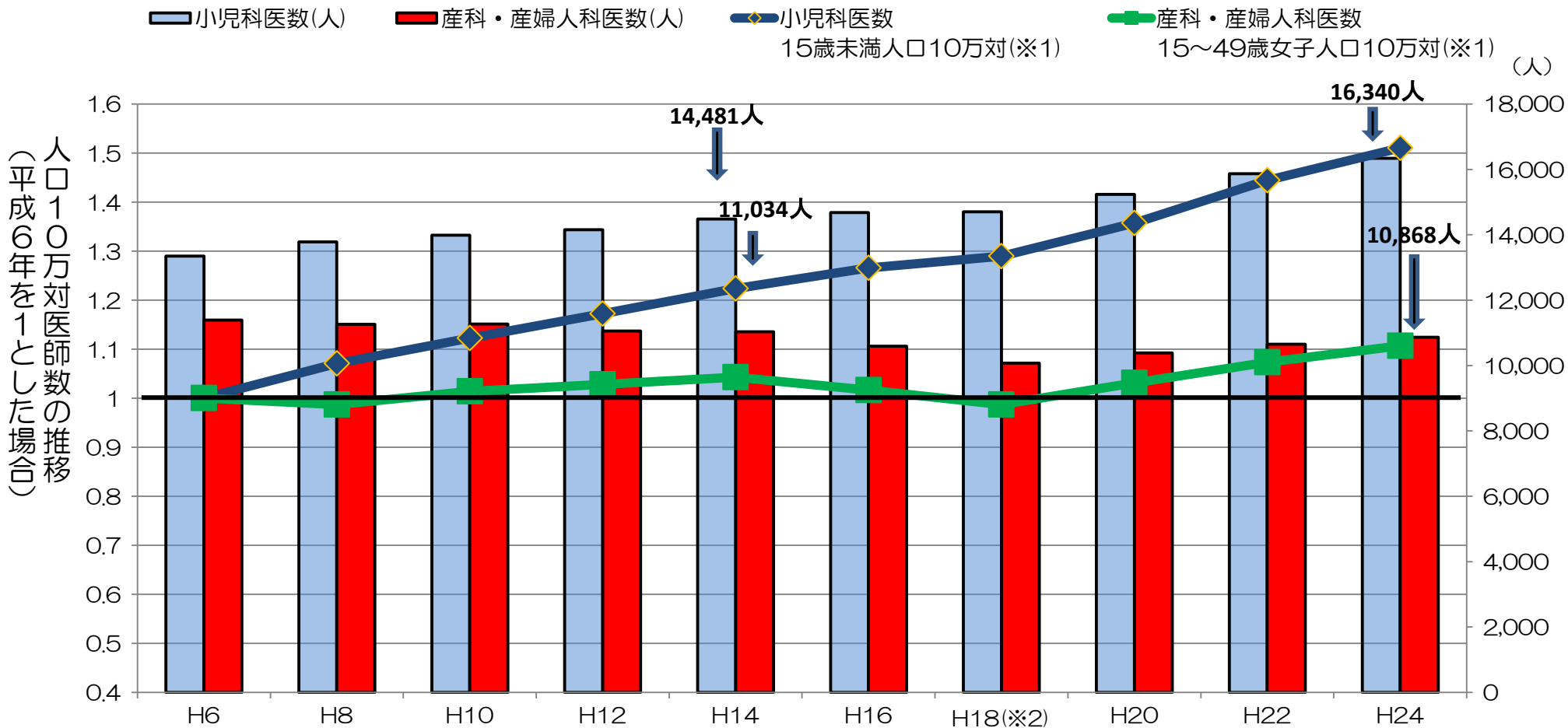
人口10万対医師数の年次推移

○ 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
 (医師数) 平成14年 26.3万人 → 平成24年 30.3万人 (注) 従事医師数は、28.9万人



産婦人科・小児科医数の推移

- 平成24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年以降で過去最大となっている
- 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加している



※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

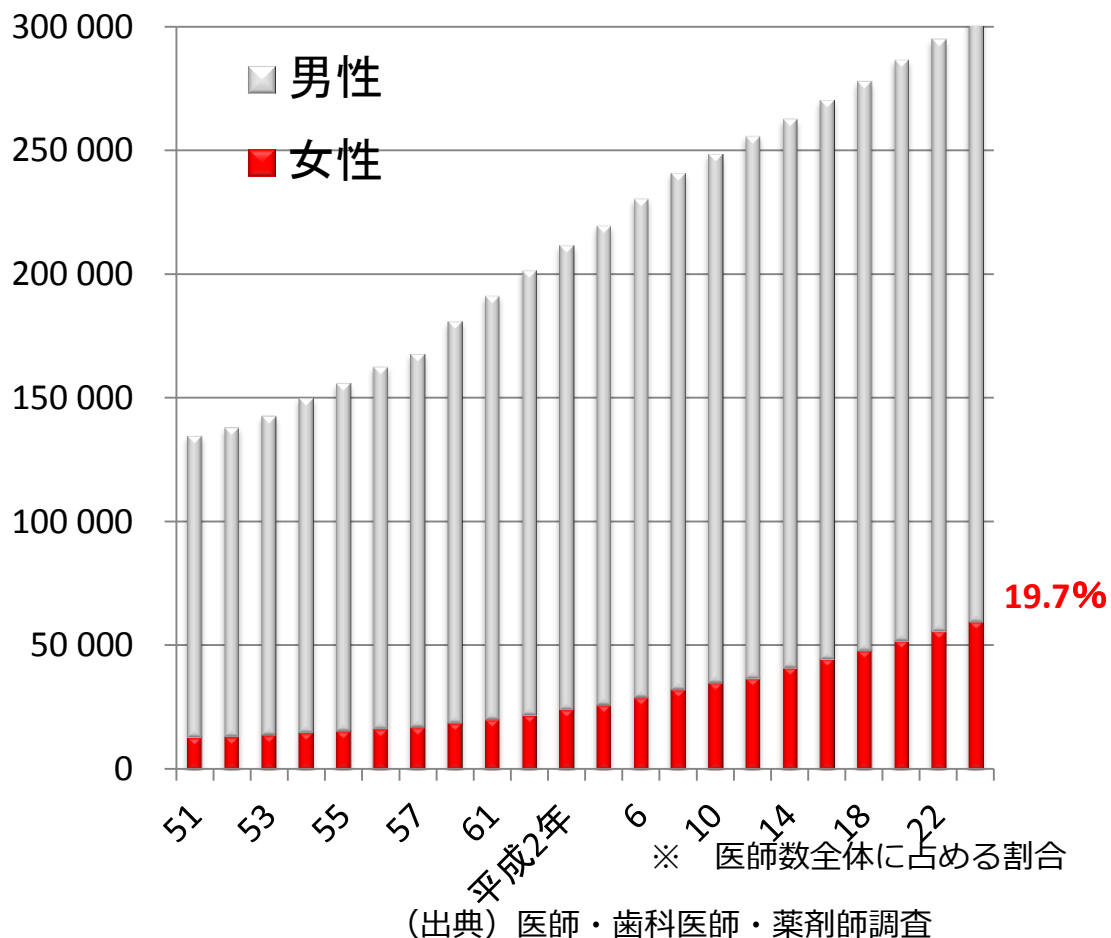
※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

女性医師の年次推移

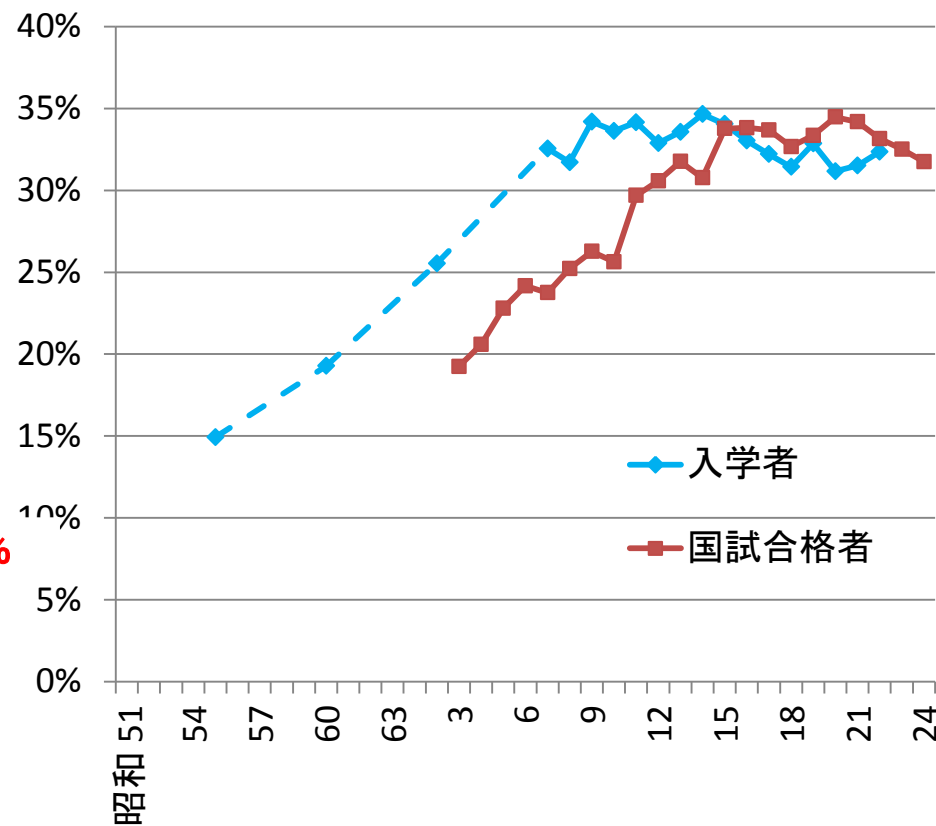
○全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成24年時点で**19.7%**を占める。

○近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の割合



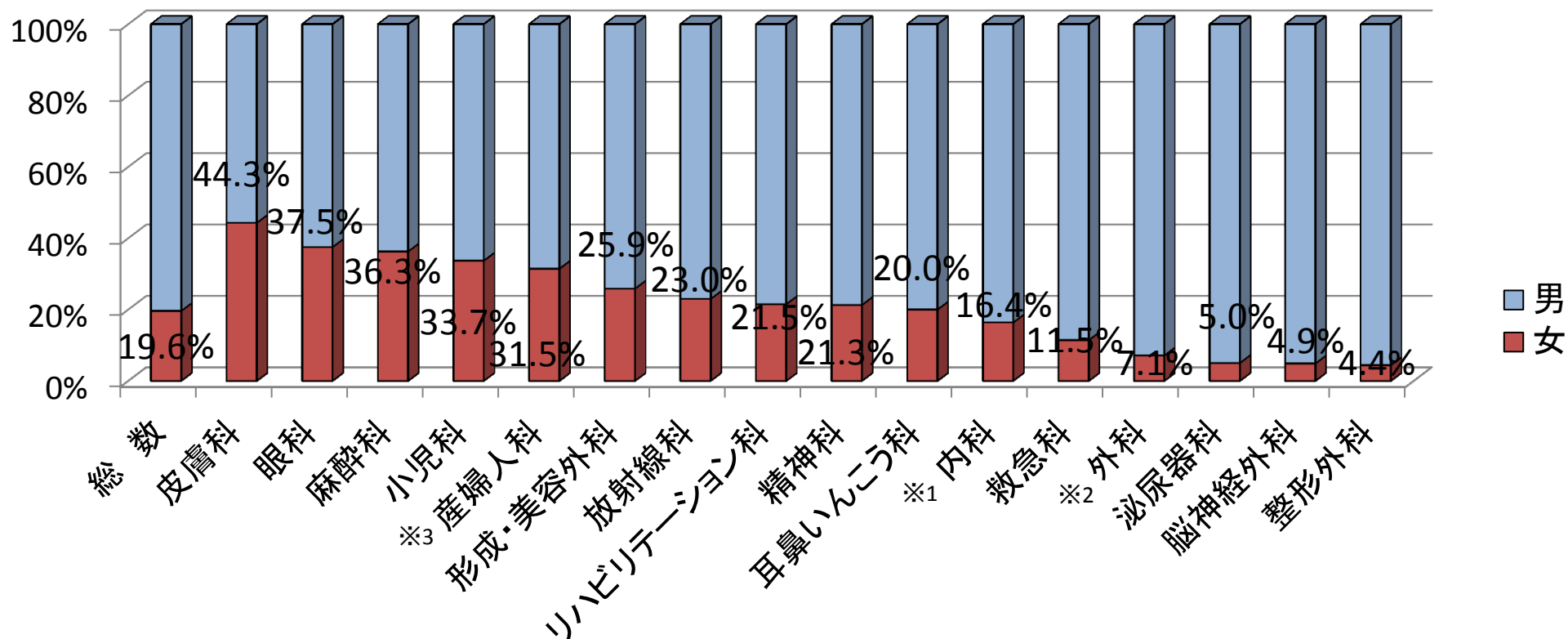
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)
医政局医事課試験免許室調べ

診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は19.6%であり、22年の18.9%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では、非常に低い。

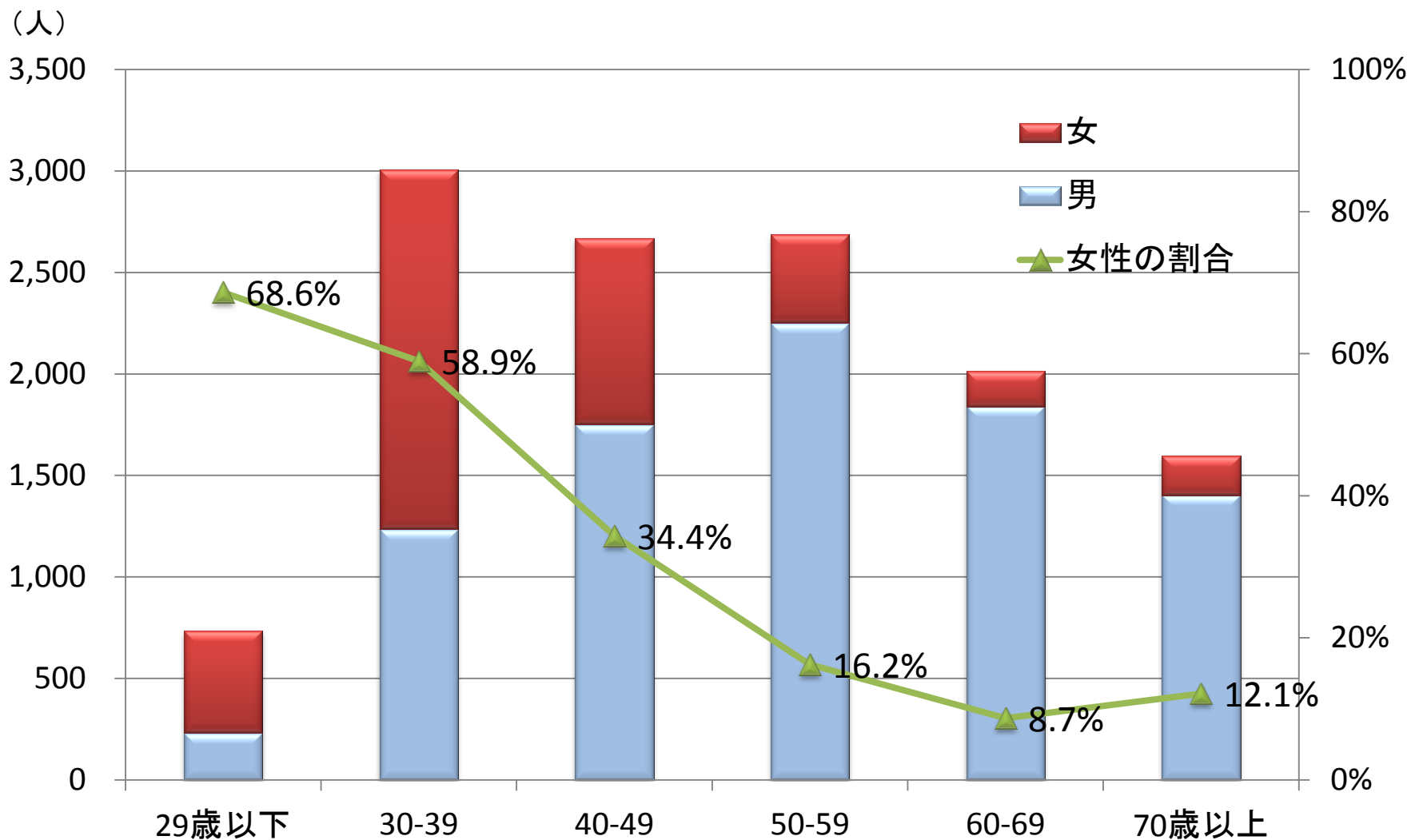


※1…内科、腎内、血内、糖尿病、呼内、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科

※2…外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

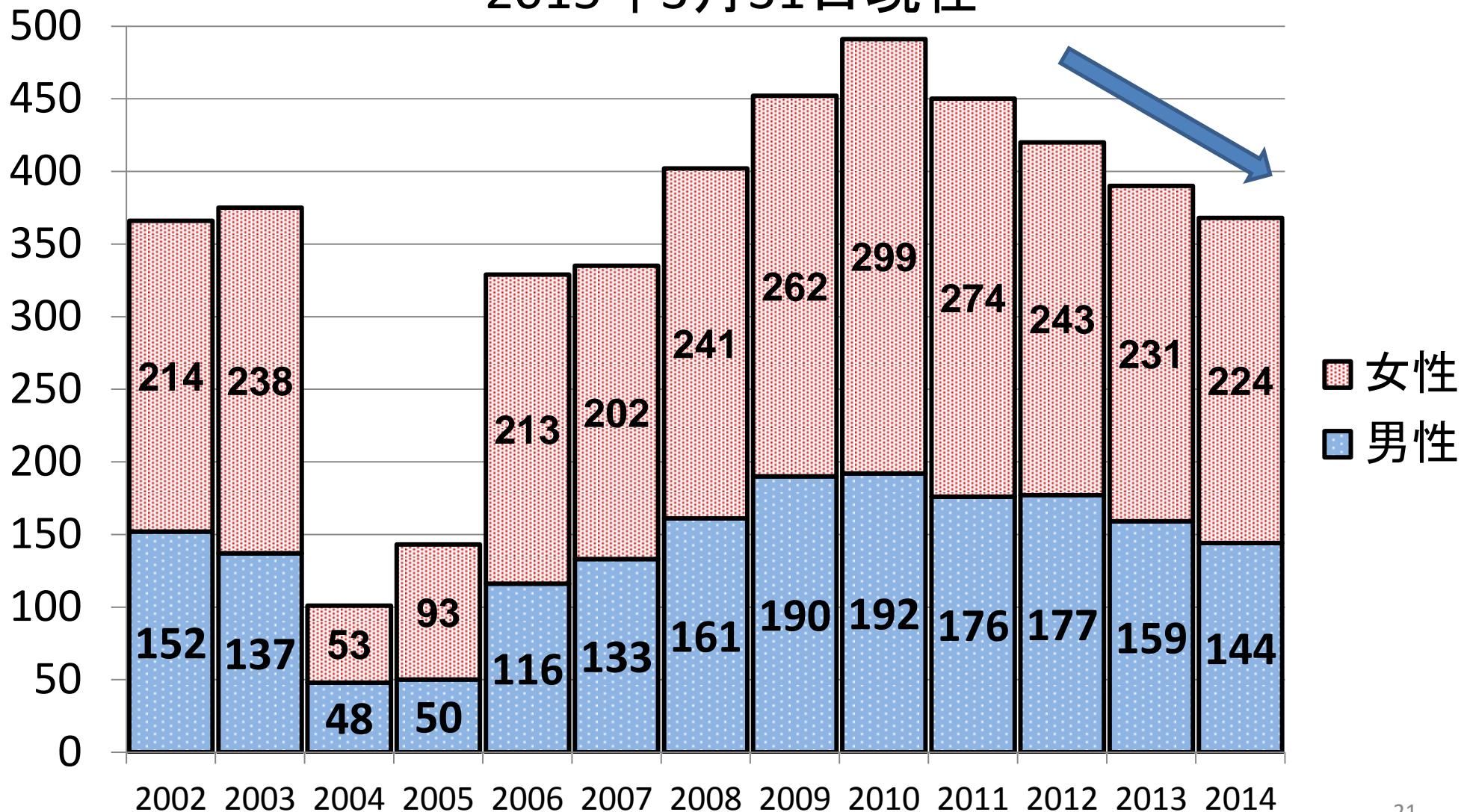
※3…産婦人科、産科、婦人科

年代別女性医師数とその割合(産婦人科)



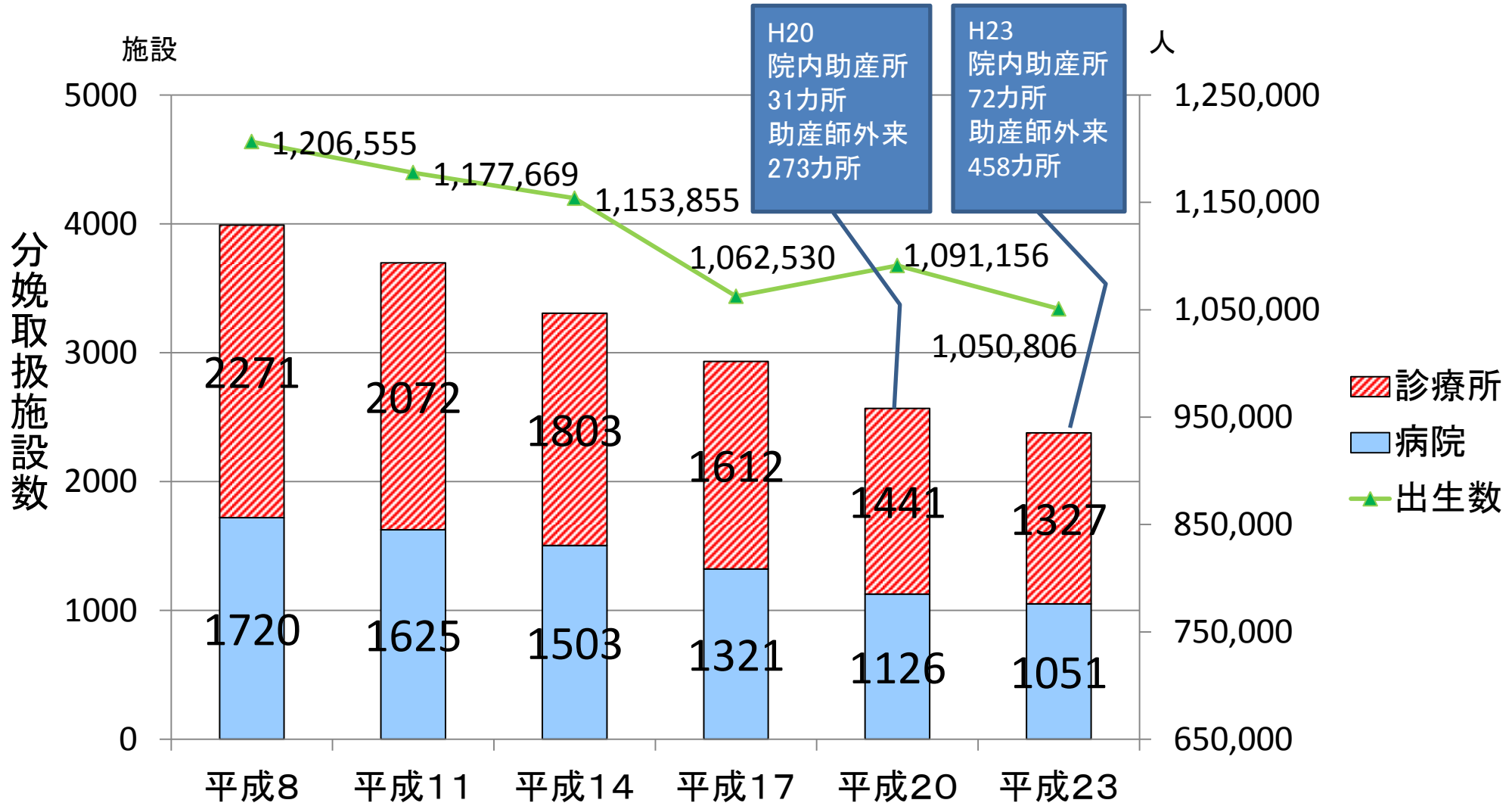
(出典)平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査 (厚生労働省)

日本産科婦人科学会 年度別入会者数(産婦人科医) 2015年3月31日現在



分娩施設数の推移

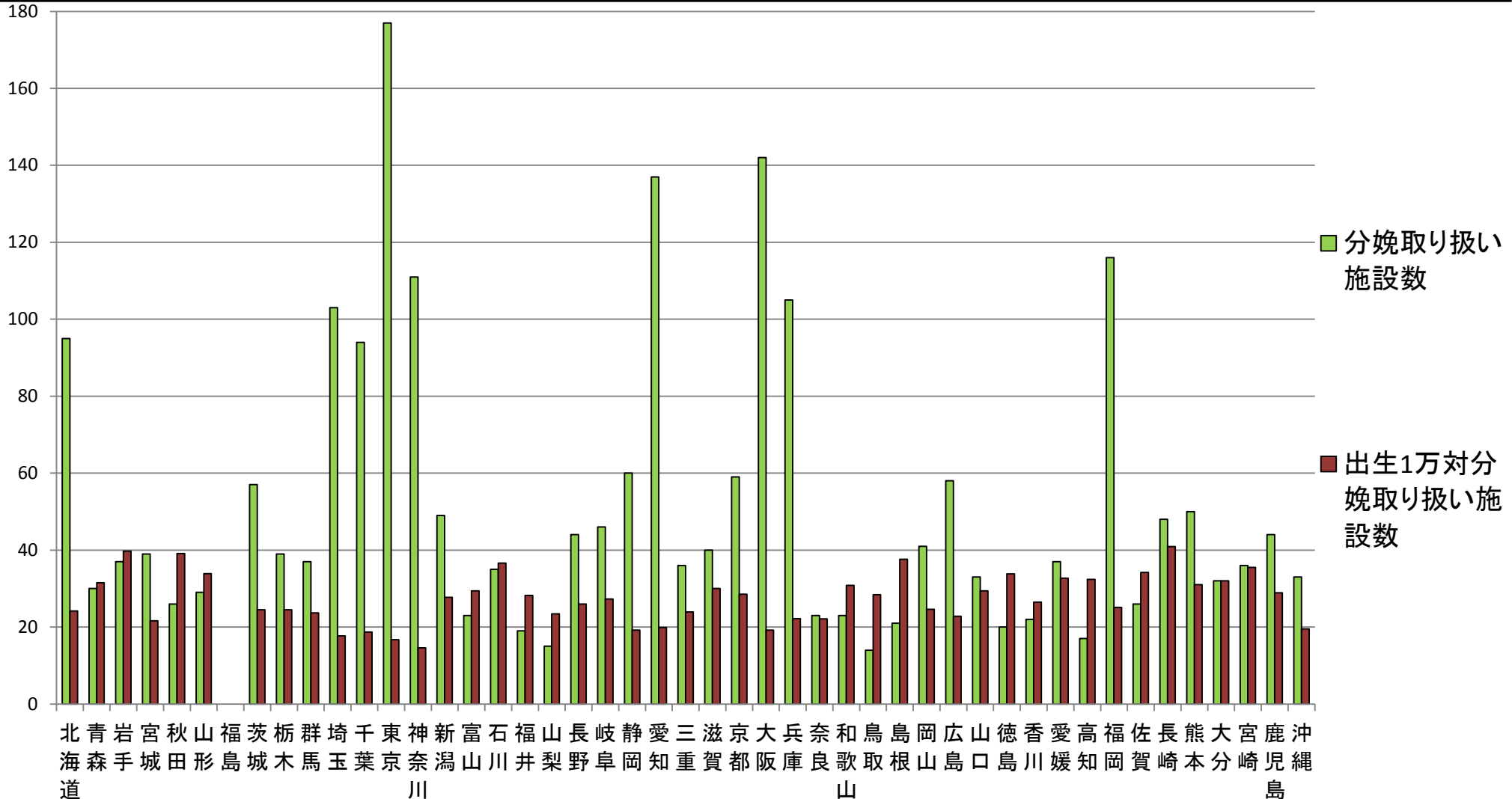
- 病院及び診療所における分娩施設数は減少している。
- 年間出生数は減少している。



都道府県別に見た分娩取扱医療機関数 平成23年度

○施設数の比較では鳥取県が14施設で最も少なく、東京都は177施設と約12.6倍の差がある。

○出生数1万対分娩取扱医療機関(病院、一般診療所)数は、最小の神奈川県(14.6施設)に対し最大は長崎県(40.9施設)で約2.8倍である。



※平成23年度は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

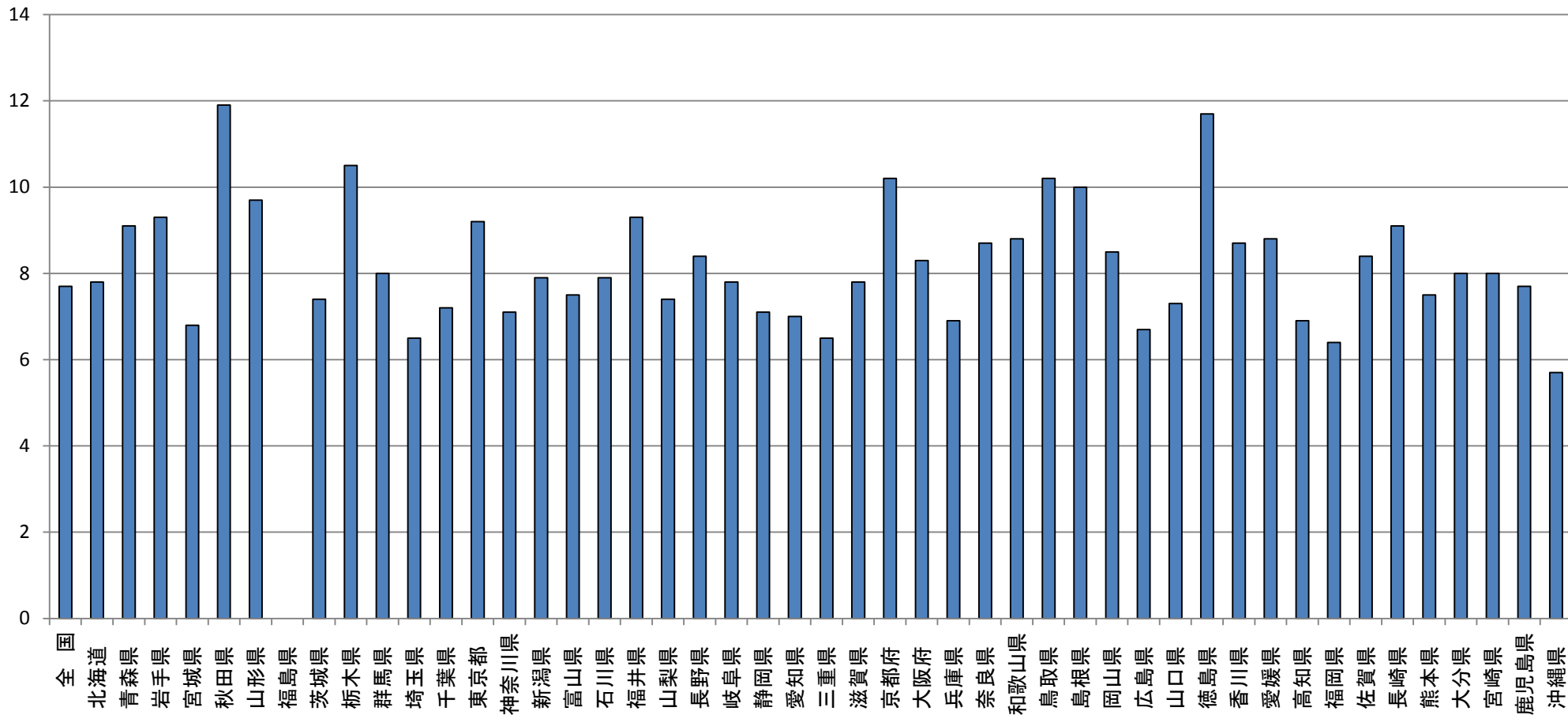
分娩施設数「医療施設静態調査」(平成23年10月)

出生数:平成23年 人口動態統計

都道府県別 分娩取扱医師数（出生1000人対） 平成23年度

大都市を抱える都道府県とその他の県ではあまり差がない。最少は沖縄県の5.7人、最多が秋田県11.9人と約2倍の差。

分娩取扱医師数 (出生1000人対)



※平成23年度は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値。

医師数：「医療施設静態調査」（平成23年10月）
 出生数：人口動態統計平成23年

都道府県別に見た二次医療圏内 産婦人科医師数

- 各都道府県においても二次医療圏毎の人口10万人当たりの産婦人科医師数は異なる。
- 産婦人科医ゼロの二次医療圏も存在する。（全国で5医療圏、平成24年）

	人口10万人当たり産婦人科医師数 (常勤換算)		県内格差 (倍)		人口10万人当たり産婦人科医師数 (常勤換算)		県内格差 (倍)
	最大	最小			最大	最小	
北海道	12.4	0	—	滋賀県	14.5	3.4	4.3
青森県	13.8	3.4	4.0	京都府	14.0	4.9	2.8
岩手県	12.2	3.2	3.8	大阪府	14.6	8.5	1.7
宮城県	12.7	4.4	2.9	兵庫県	12.1	5.0	2.4
秋田県	13.9	5.7	2.5	奈良県	11.5	3.7	3.1
山形県	11.5	5.9	1.9	和歌山県	14.7	6.7	2.2
福島県	10.7	0	—	鳥取県	15.4	8.3	1.8
茨城県	13.3	3.8	3.5	島根県	19.2	3.2	6.0
栃木県	18.0	4.5	4.0	岡山県	12.2	4.0	3.0
群馬県	18.2	3.9	4.7	広島県	11.0	6.2	1.8
埼玉県	12.6	5.3	2.4	山口県	13.1	5.2	2.5
千葉県	20.6	3.5	5.9	徳島県	13.7	7.0	2.0
東京都	60.9	5.2	11.7	香川県	13.7	5.3	2.6
神奈川県	13.2	7.0	1.9	愛媛県	13.0	3.8	3.4
新潟県	10.7	4.7	2.3	高知県	9.9	0	—
富山県	12.4	6.8	1.8	福岡県	18.9	0	—
石川県	11.9	4.0	3.0	佐賀県	12.2	2.5	5.0
福井県	16.4	1.6	9.9	長崎県	13.9	4.9	2.8
山梨県	12.5	3.4	3.6	熊本県	14.8	2.3	6.5
長野県	15.8	3.2	4.9	大分県	14.0	4.7	3.0
岐阜県	12.1	6.0	2.0	宮崎県	16.1	2.8	5.7
静岡県	12.3	5.1	2.4	鹿児島県	14.7	2.2	6.6
愛知県	14.3	3.1	4.6	沖縄県	14.1	3.9	3.6

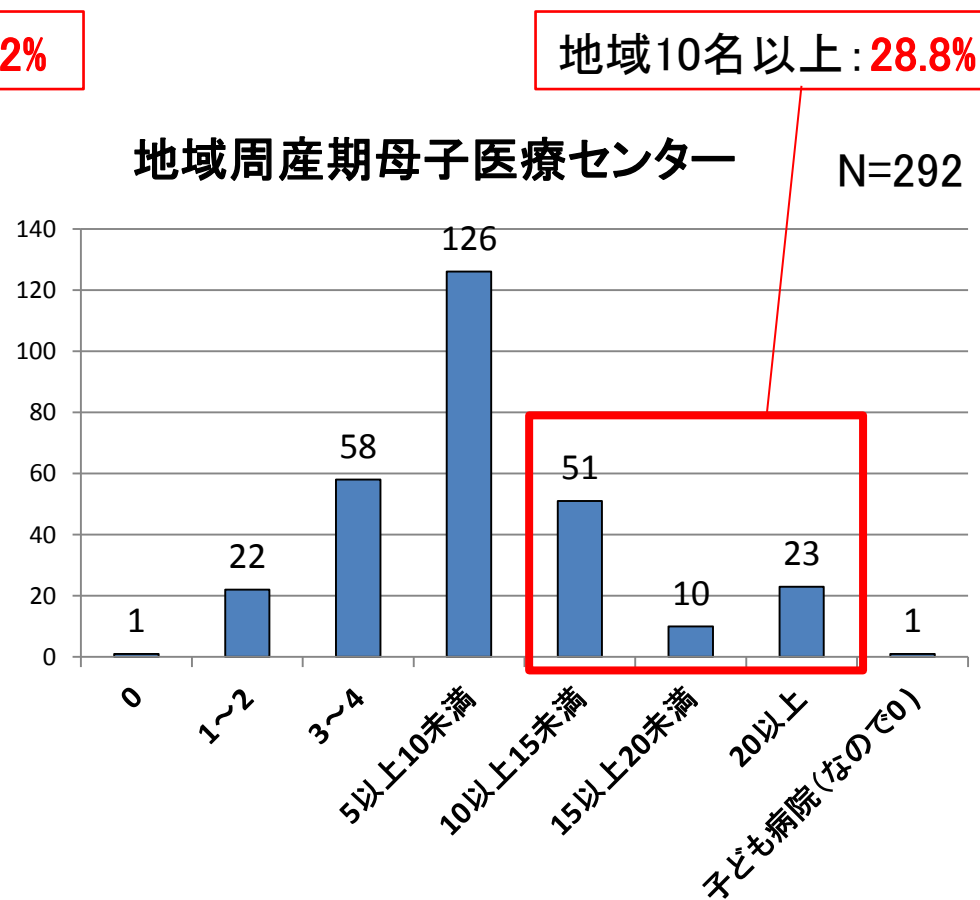
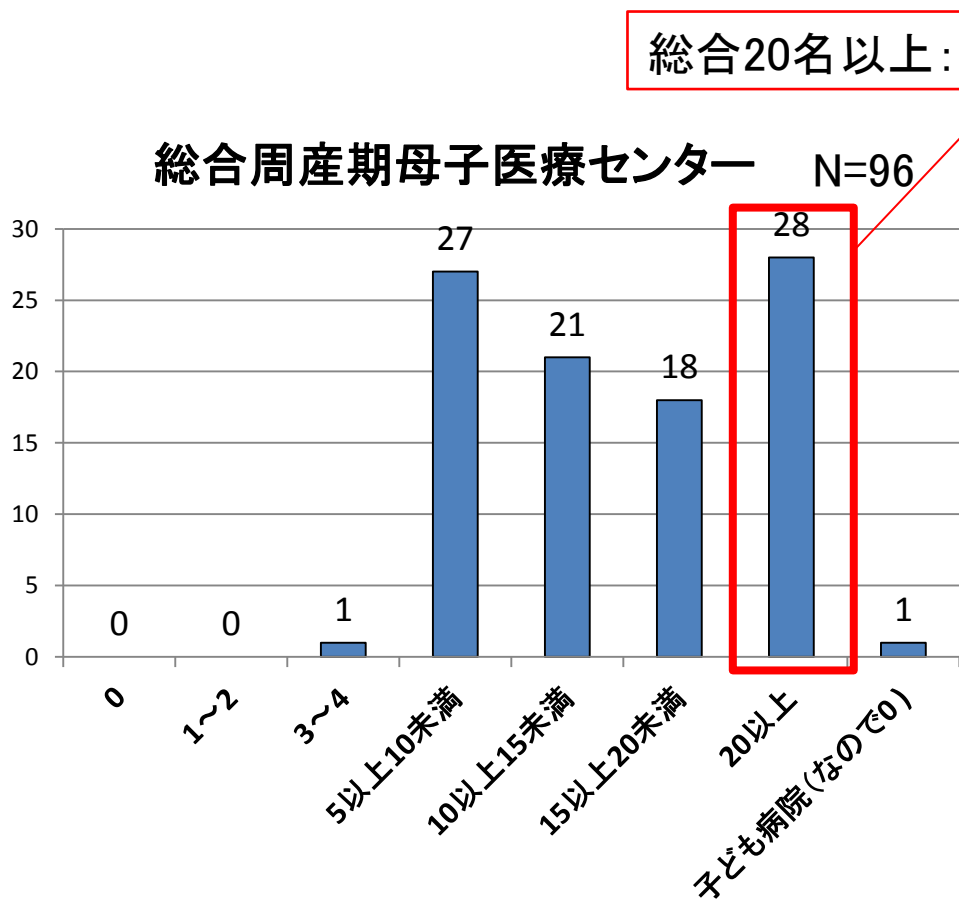
都道府県別 新生児医療従事医師数(NICU専任扱い医師数)と一人当たり病床数

- 全国平均は 2.3 床/名 であり、都道府県間で格差が存在している(最多 島根県 9.0 床/名、最少 福井県 0.9 床/名 → 格差 10 倍)
- 専門医一人当たりの病床数の都道府県格差も存在する。(最多 鹿児島県 27.0床/名、最少 岩手県、鳥取県 3.0床/名 →格差 9倍)

NICU専任医師数および新生児専門医師数 (新生児専門医は日本周産期新生児学会の周産期専門医(新生児)に限る)

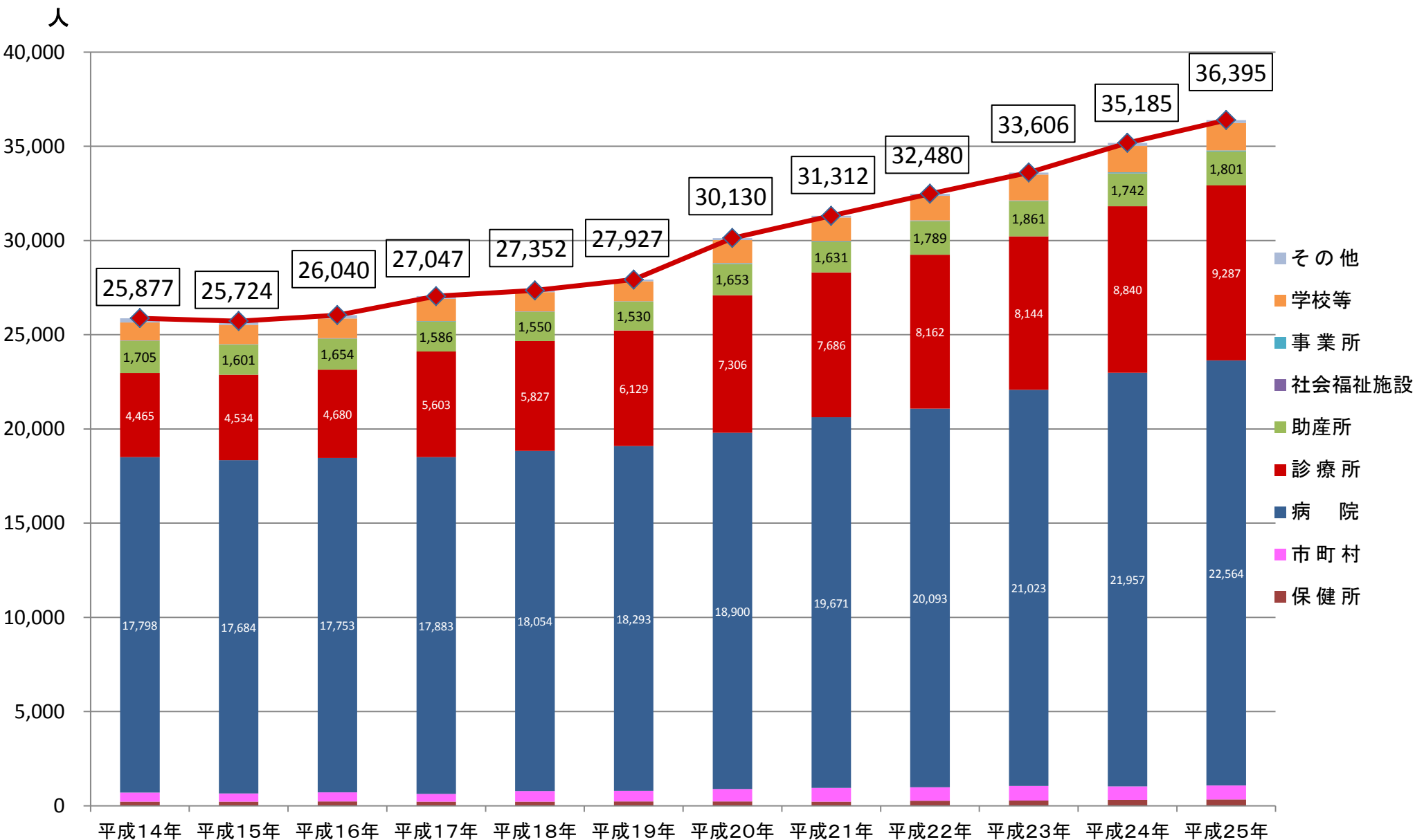
	NICU病床	NICU専任医師数 (うち新生児専門医)	医師一人あたりの NICU病床数 (新生児専門 医一人当たりNICU数)		NICU病床	NICU専任医師数 (うち新生児専門医)	医師一人あたりの NICU病床数 (新生児専門 医一人当たりNICU数)
全国	2894	1283 (385)	2.3 (7.5)	三重県	42	11 (4)	3.8 (10.5)
北海道	134	39 (13)	3.4 (10.3)	滋賀県	26	16 (2)	1.6 (13.0)
青森県	27	7 (4)	3.9 (6.8)	京都府	60	46 (16)	1.3 (3.8)
岩手県	21	15 (7)	1.4 (3.0)	大阪府	249	76 (33)	3.3 (7.5)
宮城県	42	27 (4)	1.6 (10.5)	兵庫県	96	57 (18)	1.7 (5.3)
秋田県	15	6 (1)	2.5 (15.0)	奈良県	37	8 (5)	4.6 (7.4)
山形県	26	10 (3)	2.6 (8.7)	和歌山県	24	19 (5)	1.3 (4.8)
福島県	45	25 (4)	1.8 (11.3)	鳥取県	18	7 (6)	2.6 (3.0)
茨城県	33	16 (3)	2.1 (11.0)	島根県	18	2 (1)	9.0 (18.0)
栃木県	44	17 (4)	2.6 (11.0)	岡山県	65	28 (4)	2.3 (16.3)
群馬県	42	12 (4)	3.5 (10.5)	広島県	64	26 (6)	2.5 (10.7)
埼玉県	111	67 (11)	1.7 (10.1)	山口県	54	17 (6)	3.2 (9.0)
千葉県	117	47 (10)	2.5 (11.7)	徳島県	18	7 (1)	2.6 (18.0)
東京都	291	205 (55)	1.4 (5.3)	香川県	27	6 (5)	4.5 (5.4)
神奈川県	195	72 (22)	2.7 (8.9)	愛媛県	39	10 (8)	3.9 (4.9)
新潟県	42	16 (8)	2.6 (5.3)	高知県	21	3 (1)	7.0 (21.0)
富山県	27	14 (4)	1.9 (6.8)	福岡県	186	59 (21)	3.2 (8.9)
石川県	30	9 (3)	3.3 (10.0)	佐賀県	23	10 (1)	2.3 (23.0)
福井県	17	18 (3)	0.9 (5.7)	長崎県	18	16 (4)	1.1 (4.5)
山梨県	27	18 (5)	1.5 (5.4)	熊本県	48	18 (7)	2.7 (6.9)
長野県	48	28 (10)	1.7 (4.8)	大分県	18	12 (5)	1.5 (3.6)
岐阜県	48	17 (2)	2.8 (24.0)	宮崎県	27	19 (6)	1.4 (4.5)
静岡県	91	36 (9)	2.5 (10.1)	鹿児島県	54	20 (2)	2.7 (27.0)
愛知県	147	53 (23)	2.8 (6.4)	沖縄県	42	16 (6)	2.6 (7.0)

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの常勤産婦人科医師数

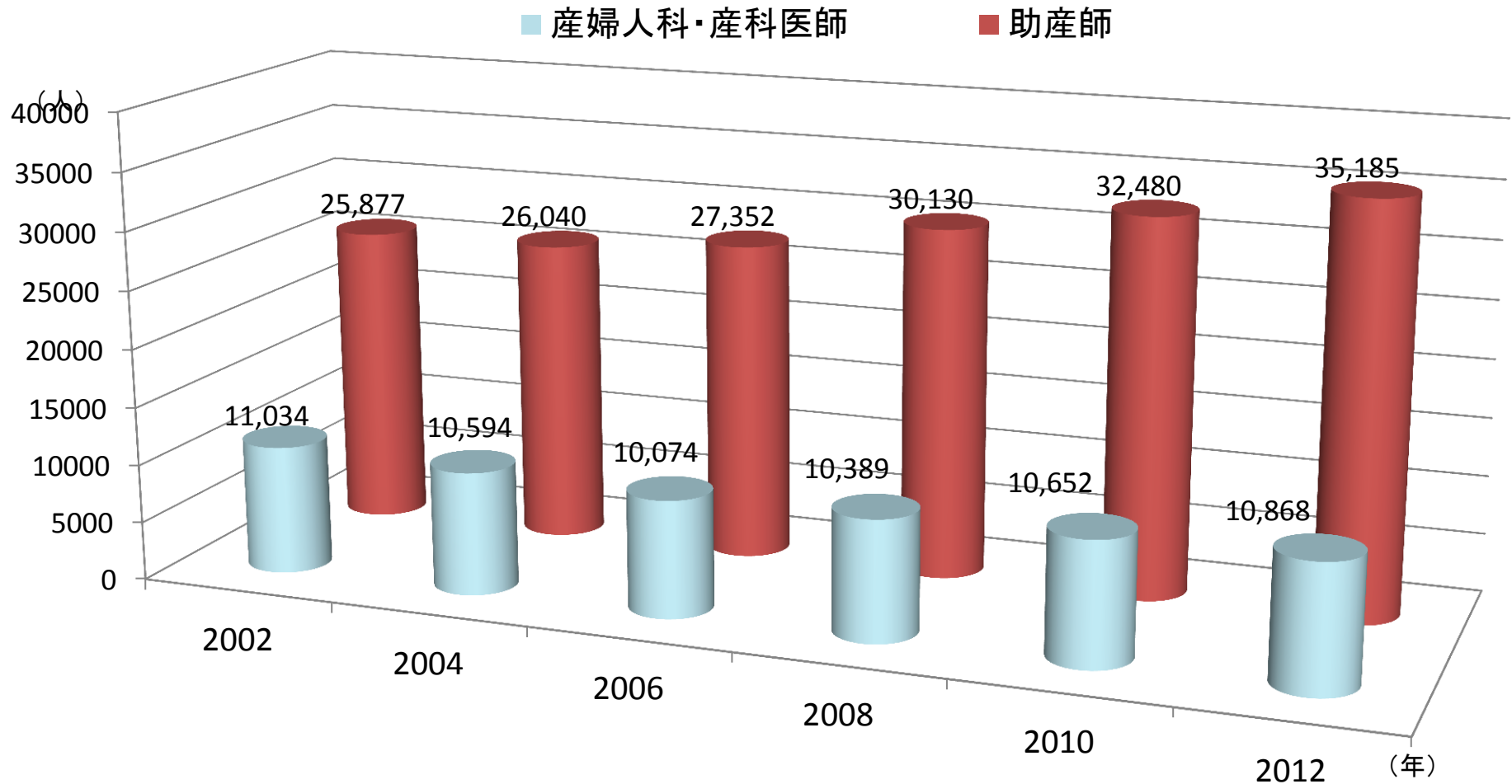


助産師を取り巻く環境について

助産師就業場所別就業者数の推移



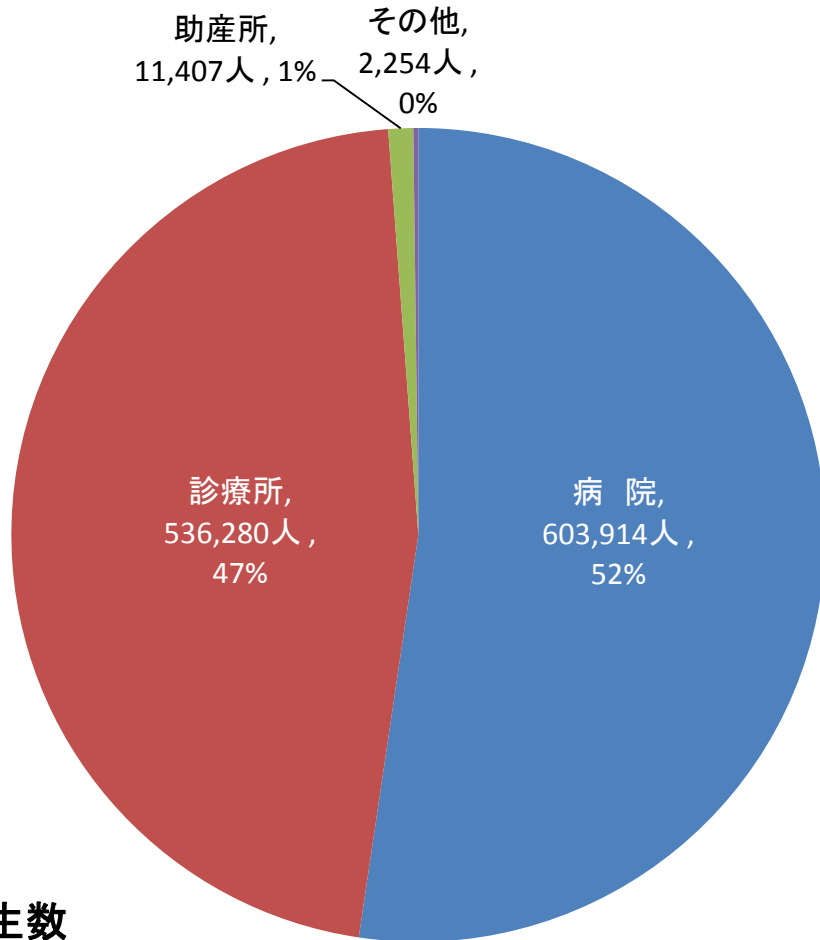
医療施設従事産婦人科・産科医師数及び就業助産師数の推移



医療施設従事産婦人科・産科医師数については医師・歯科医師・薬剤師調査、就業助産師数については医政局看護課調べによる

出生場所別出生者数(2002年、2012年)

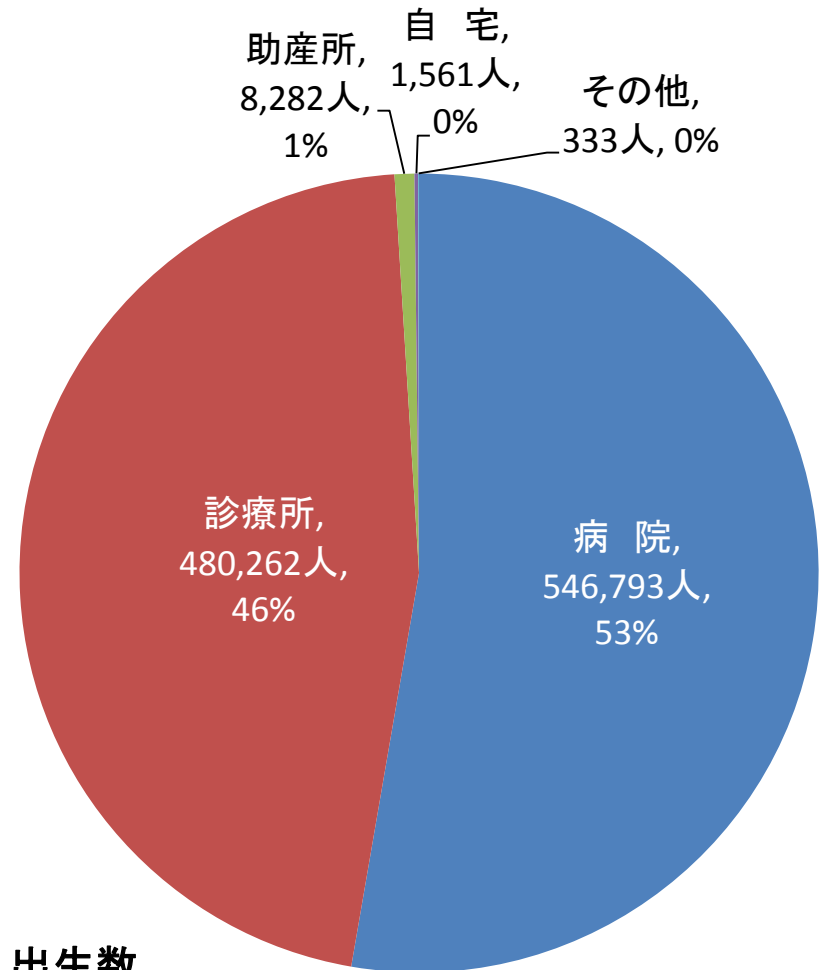
(2002年)



出生数
1,153,855人

人口動態調査

(2012年)



出生数
1,037,231人

人口動態調査より 31

助産所の定義

- **医療法第2条**

この法律において、「**助産所**」とは、助産師が公衆又は特定多数人のためその業務（病院又は診療所において行うものを除く。）を行う場所をいう。

2 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦10人以上の入所施設を有してはならない。

- **医療法施行規則第15の2**

分娩を取り扱う助産所の開設者は、分娩時等の異常に対応するため、（中略）病院又は診療所において産科又は産婦人科を担当する医師を**嘱託医師**として定めておかなければならない。

2 （略）

3 助産所の開設者は、嘱託医師による第1項の対応が困難な場合のため、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所（中略）を**嘱託する病院又は診療所**として定めておかなければならない。

院内助産所・助産師外来の推進について

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

➤ 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
- このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

➤ 助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来)

<背景>

- ・医師不足・分娩施設の減少への対応
- ・妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<推進の目的>

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とともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。

「院内助産所」(H24年 82カ所)とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月まで、正常異常の判断を行い、助産ケアを提供するシステム。

※医療法における「助産所」には該当しない。

「助産師外来」(H24年 490カ所)とは

助産師が医師と役割を分担しながら、自立して妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うこと。(医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等をのみを助産師が行う場合はこれに含まない)

助産師出向支援導入事業

助産師を取り巻く周産期医療体制の現状

平成27年度要求額 医療提供体制推進事業費補助金 99億円の内数

- ・分娩件数に対する十分な助産師数を確保できていない医療施設が存在。
- ・出生場所別出生数は病院と診療所とではほぼ同数であるにもかかわらず、助産師の就業場所別就業者数は病院に偏在している。
- ・分娩数の減少や分娩を取り扱う医療施設の減少等により助産学生の実習施設の確保が困難な状況。
- ・多くの助産師が就業している高度医療機関においては、ハイリスク妊産婦の増加により、正常分娩の介助経験を積み重ねることが困難。

助産師出向支援導入事業概要

都道府県協議会の設置

※既存の看護職員確保等の協議会でも可

(都道府県看護協会、都道府県医師会・産婦人科医会・助産師会、都道府県看護行政担当者、学識経験者 等)

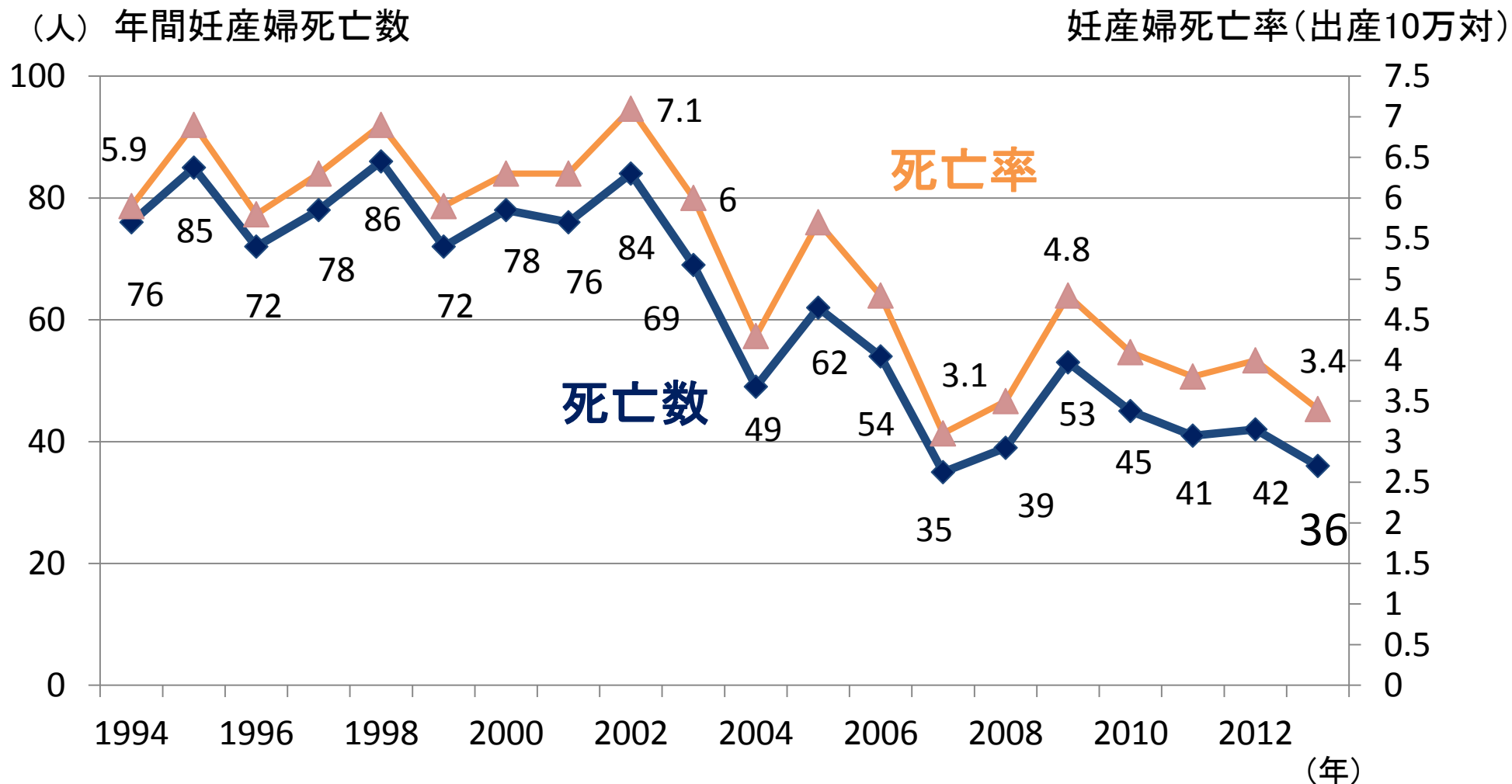
助産師出向の検討(助産師就業の偏在の実態把握)、計画立案(対象施設の選定・調整)、運営(対象施設及び出向助産師の支援)、評価・分析を行う。



都道府県における助産師就業の偏在を解消するとともに、出向助産師の助産実践能力の強化、助産学及び看護学生(母性看護学)の実習施設確保を図り、地域において安心・安全な出産ができる体制を構築する。

母体救命に関する現況について

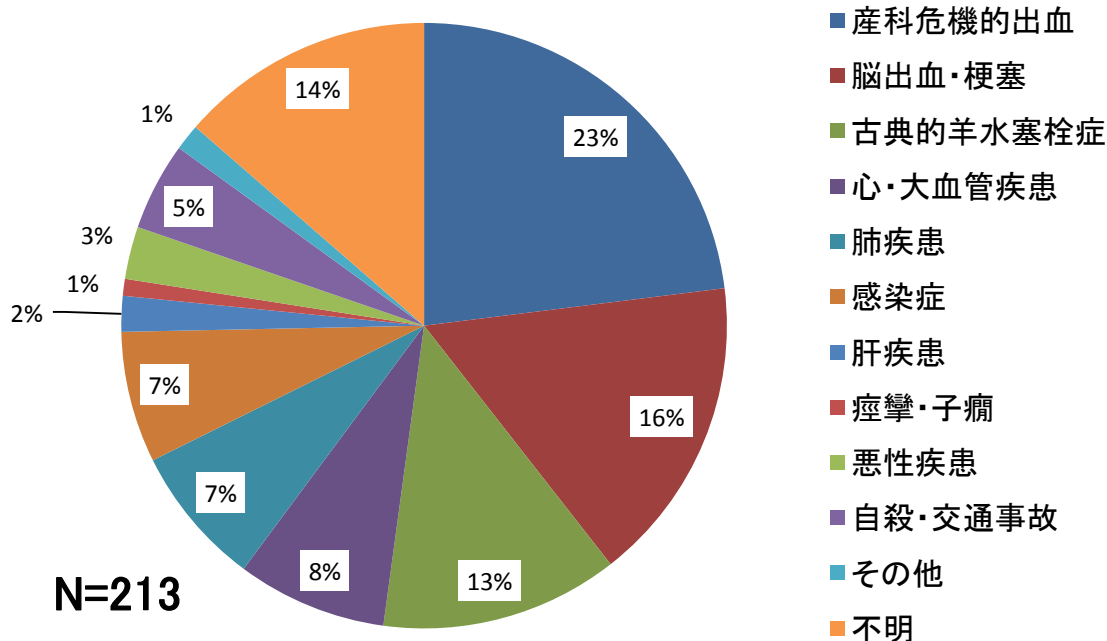
妊産婦死亡者数の推移(1994～2013年)



妊産婦死亡の推移: 40-50例/年まで減少

妊産婦死亡例の内訳

○ 産科危機的出血による死亡例は49例(23%)で2010年以來ずっと死亡原因の第1位を占めているが、その比率は減少傾向にある。今後もさらなる対策が必要



・59%が直接産科的死亡であり、23%が間接産科的死亡に分類された。

・産科危機的出血による妊産婦死亡率は減少傾向。

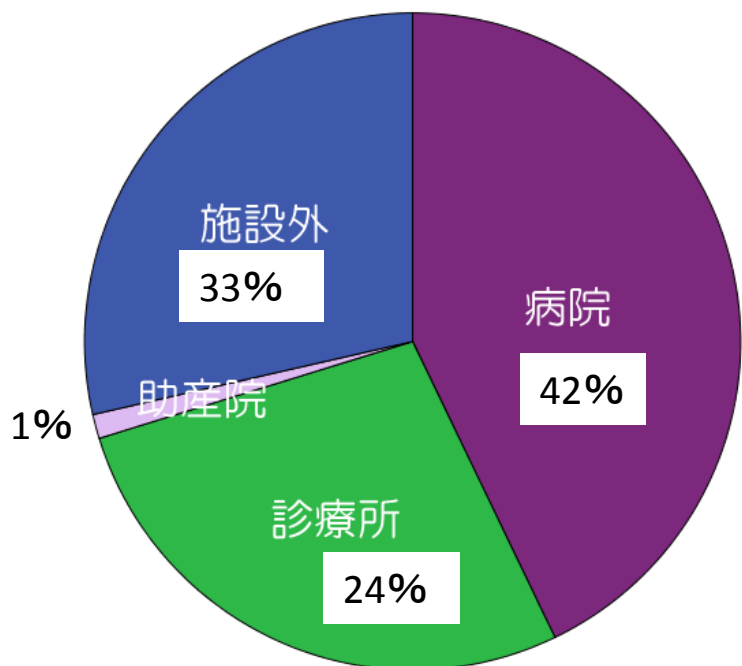
・搬送連携等の向上、学会の提言 等

(2010年～2015年6月までの妊産婦死亡として委員会※に報告された258例のうち、委員会で症例検討がなされ報告書が医療機関に戻された213例)

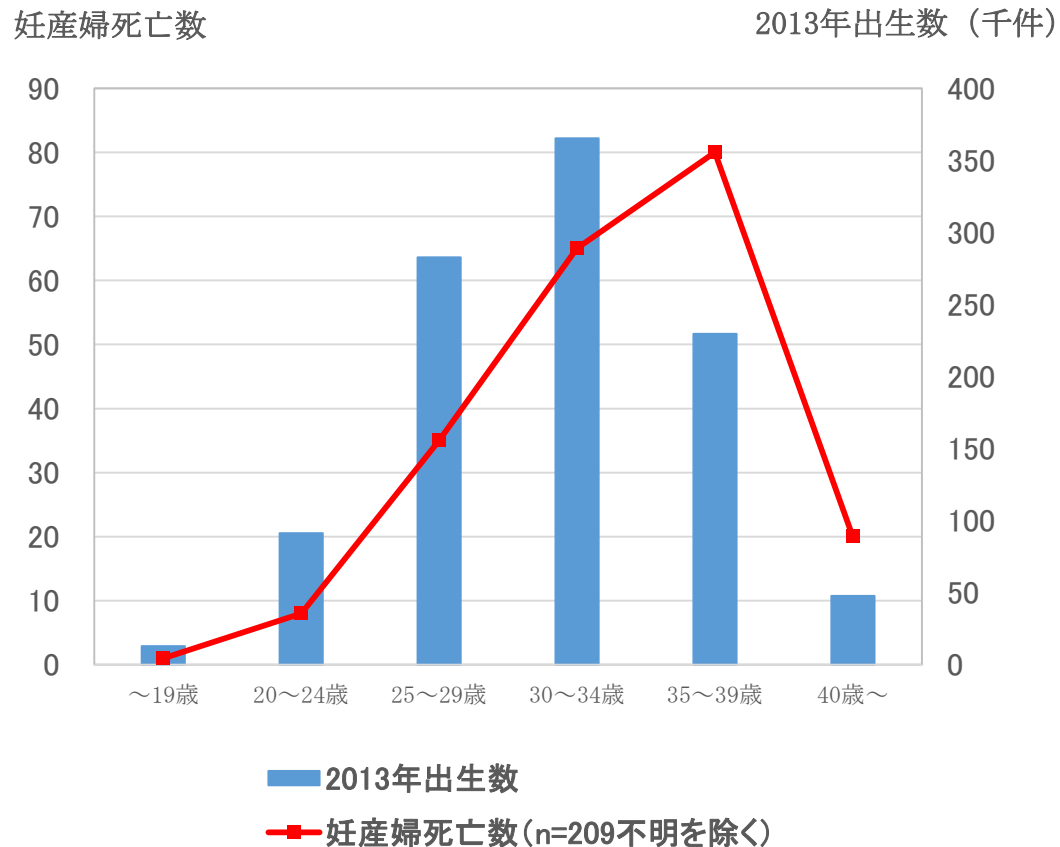
2010年～蓄積解析年度	2012/3月	2013/6月	2014/6月	2015/6月
原因解析数(N)	54	83	146	213
産科危機的出血(%)	28	28	26	23

妊産婦死亡例の背景と発症場所

- 病院が42%と最も多い。
- 妊産婦死亡症例の年齢分布は年齢別出生数のデータより高齢にシフトしている。



妊産婦死亡に関連した症状の発症場所
(n=213)

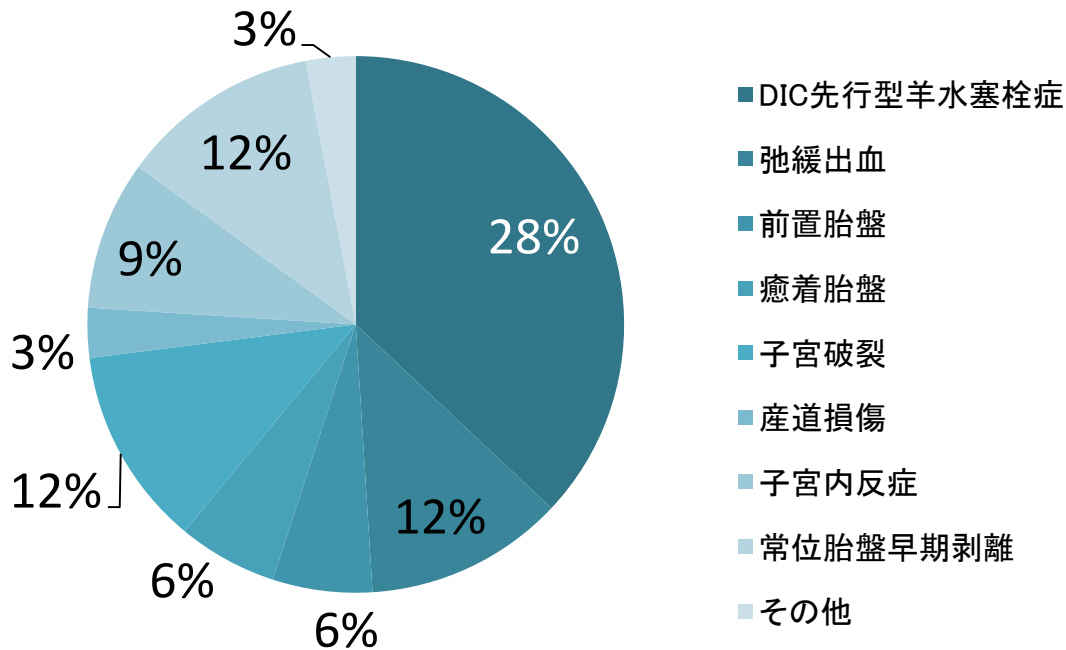


妊産婦の年齢別の出生数と妊産婦死亡数

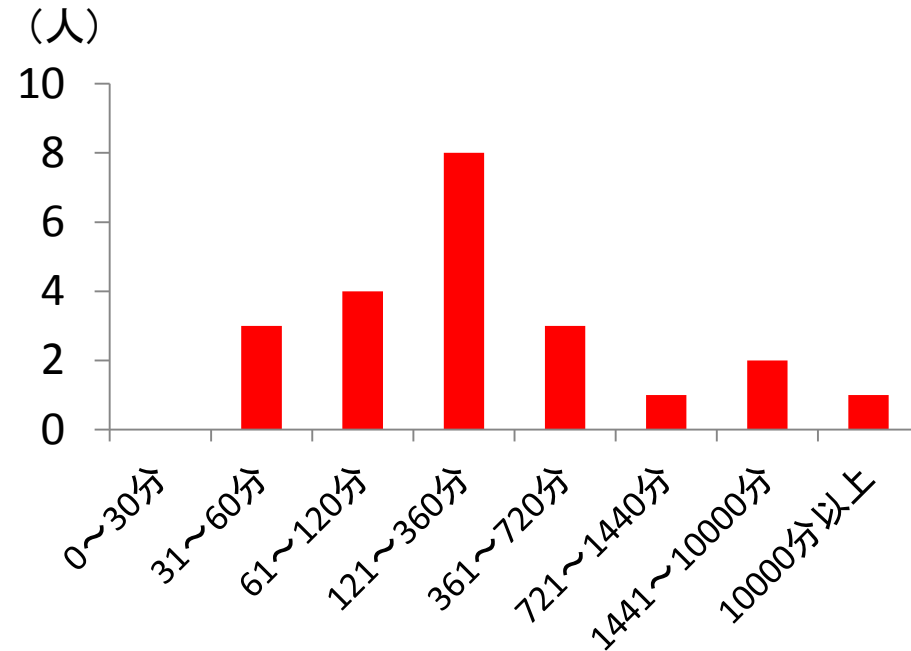
産科危機的出血による死亡症例の内訳

- DIC先行型羊水塞栓症が最多(28%)
- 産科危機的出血の場合、症状出現から6時間以内に約6割で心停止をきたしていた。

産科危機的出血による死亡内訳

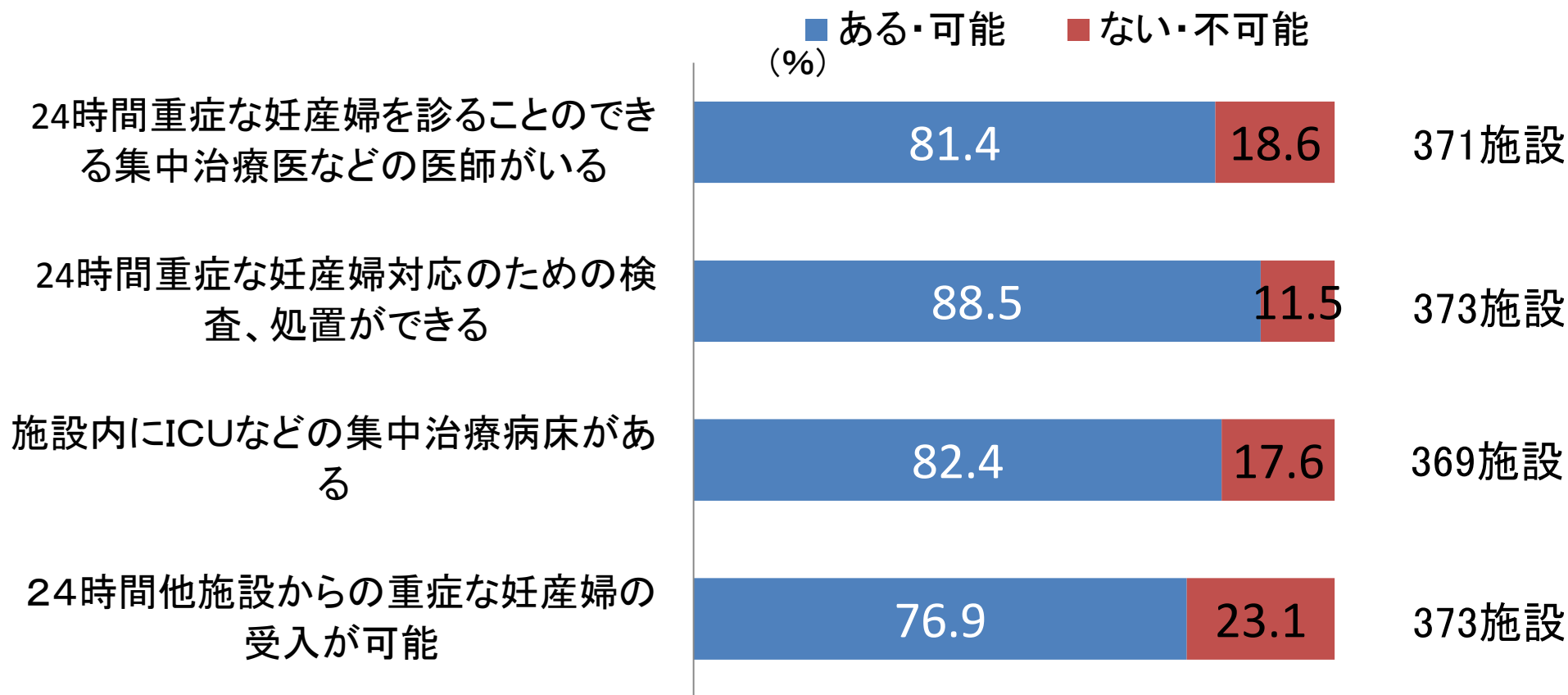


心停止までの時間



産科危機的出血などの重症妊産婦への対応状況

- 総合・地域周産期母子医療センターのうち、対応ができない施設も存在する
- 対応ができない施設では、院内での連携や搬送体制整備、他院との連携が必要



※ 重症な妊産婦 : DICや出血、羊水塞栓、肺塞栓などの集中治療が必要な妊産婦