

我が国の妊娠・分娩の危険性は？



国立成育医療センター
周産期診療部産科
久保隆彦

厚生労働省・厚生労働大臣の非常識な誤認識



産科医は少なくない

11,391 (H6) - 10,694 (H16) = 697人減少

分娩に従事する産婦人科医6,107人 (2005年日産婦学会調査)

分娩施設：4,286 (H5) 3,056 (H17) (2005年日産婦学会調査)

助産師の不足数は僅か1700人

6,718人不足 (日母2005年全国調査)

51,784人不足 (助産師6-8人/施設の理想であるなら)

全ての助産師は安全に内診できる：若い助産師は内診すらできない

看護師の内診は危険である：ベテラン看護師の内診は安全で正確

分娩に関する法律は保助看法である

分娩施設では医師法下で医師の責任でチーム (医・助・看) で分娩を行う

助産所では特例として保助看法下で分娩を行う

助産所で安全にお産ができる

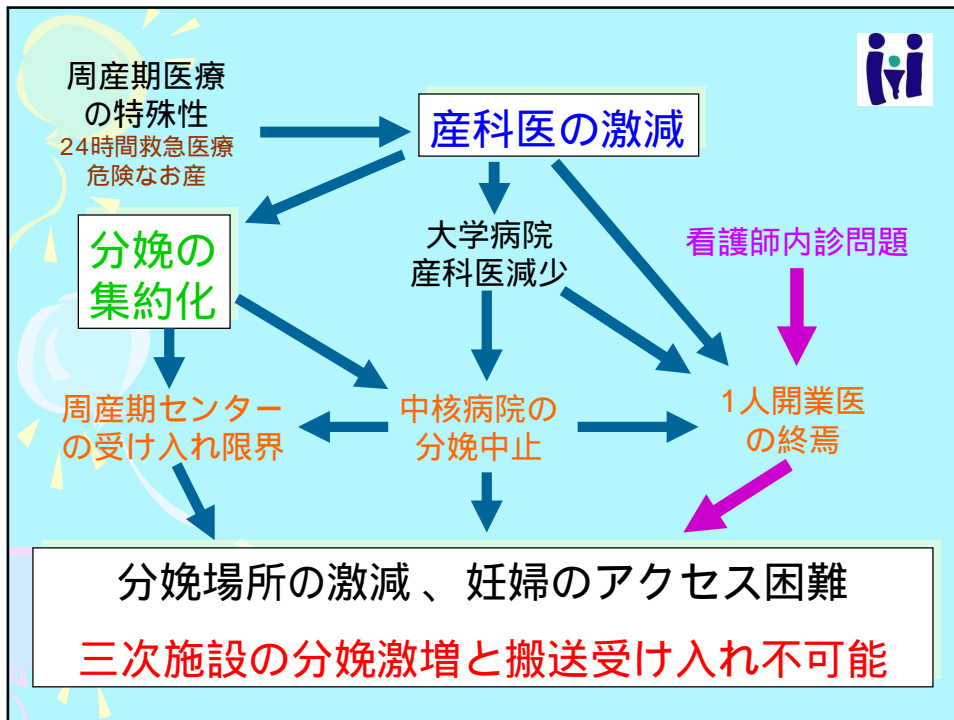
助産所では医療行為はしてはならない (母体救急、新生児蘇生は不可能)

ローリスク妊娠でも約3%に緊急帝王切開、約3%に新生児仮死が発生

助産所からの搬送された母児の予後は極めて不良 (2006年日母)

内診問題で一次・二次施設の分娩が三次施設に集中し、三次施設の母児

救急受け入れは極めて困難、助産所からの搬送さえも不可能となった



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

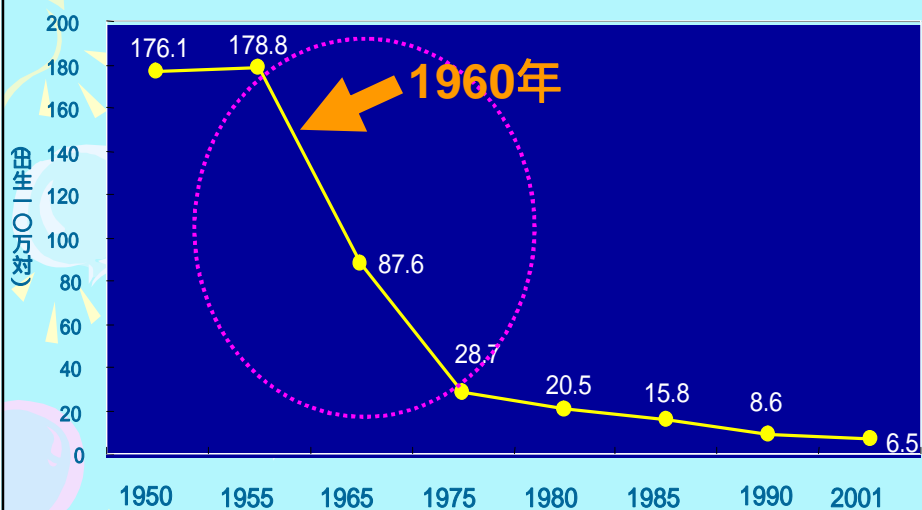
低出生体重児: 増加

超低出生体重児: 約30倍に激増

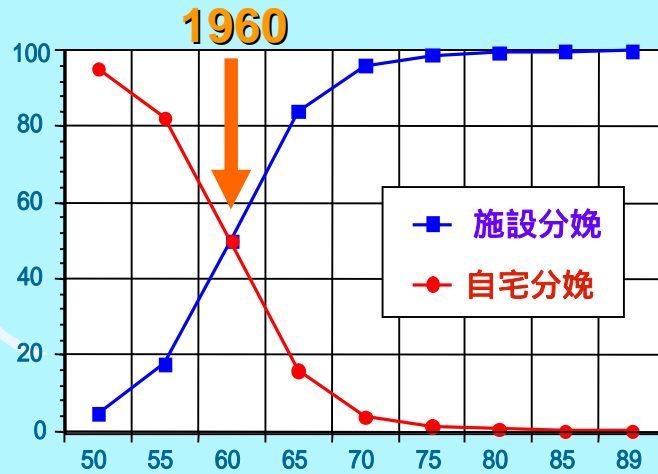
高齢妊婦: 約2倍に増加

周産期予後は向上 しかし ハイリスク妊娠は増加

妊産婦死亡率の年次推移

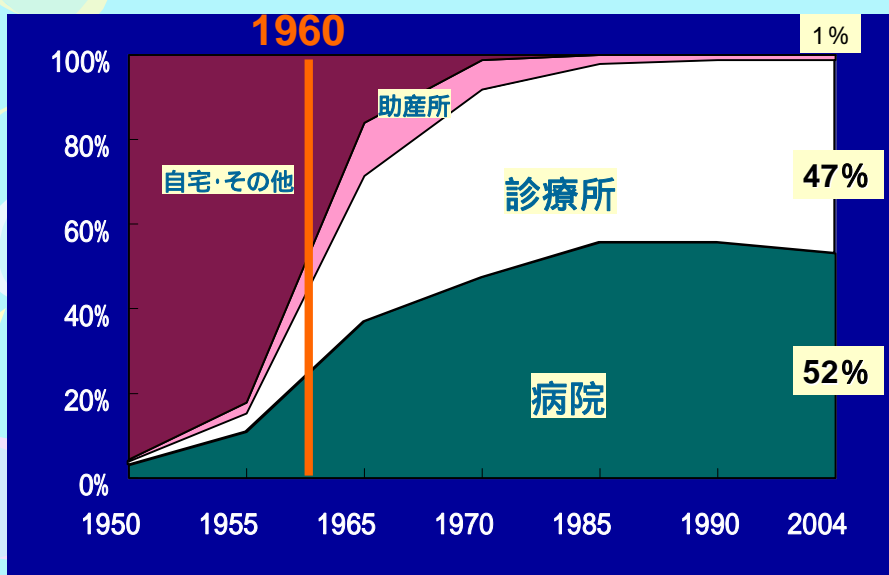


我が国の分娩場所の推移 (自宅と施設)



Source: Ministry of Health, Labor and Welfare

我が国の分娩場所の推移



日本の妊産婦死亡は果たして少ないのか？



交通事故死数: 7702人

日本人口: 1,2613,9000人

1 / 1,6377人

妊産婦死亡数: 69人

出生数: 112,3610人

1 / 1,6284人

(平成15年 人口動態統計)

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7人、産科医が必死に対応しているだけか？



今回の調査のRQ

我が国の妊産婦だけが妊娠・分娩のトラブルを解消したのか？

本来の妊娠・分娩の持つ危険性は我が国ではどの程度なのか？

周産期センターでは労働基準法を無視し、日夜努力しているのに、その成果は？

母体の救命に果たして総合周産期母子センター設置だけでよいのか？



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、斉藤滋、佐藤昌司

加藤有美 (NCCHD)

妊産婦死亡を含めた重症管理妊産婦を調査

(2004年分娩例)

< 調査施設 >

日本産科婦人科学会研修指定施設 : 834 施設

救急救命センター(高度も含む) : 164 施設

< 対象 >

1. 妊産婦死亡、救急救命センターあるいは集中治療室管理、人工呼吸管理
2. 意識障害、ショック、2L以上の大量出血、輸血、救命のための子宮摘出、DIC、子癇、常位胎盤早期剥離、HELLP症候群、羊水塞栓・肺塞栓、子宮破裂、心不全・腎不全・肝不全・多臓器不全、脳出血・脳梗塞、敗血症・重症感染症



アンケート結果概要

回答施設 : 335 施設 (回収率33.6%)

< 分娩施設 : 311 非分娩施設 : 24 >

回答施設での分娩数 : 124,595

(2004年の日本の全分娩の11.2%)

集積妊産婦死亡数 : 32

(2004年の日本の全妊産婦死亡の65.3%)





1. 背景疾患を問わず、下記を満たす症例

| | |
|--------------------------------|------|
| 妊産婦死亡（妊娠初期から分娩後1年） | 32例 |
| 母体救命目的に緊急搬送例 | 179例 |
| 同院あるいは他院のICU収容症例 （MFICUは除く） | 202例 |
| 人工呼吸管理症例（術後通常を除く） | 71例 |

延べ 417例



2. 1. 以外の症例で下記に該当する症例

* 個票で確認すると1.とも重複あり

症候・症状

| | |
|-------------------|------|
| 意識障害（JCS100以上） | 37例 |
| ショック症状で治療 | 212例 |
| 2L以上の分娩時大量出血 | 934例 |
| DIC（産科DICスコア8点以上） | 225例 |
| 心不全、腎不全、肝不全 | 32例 |
| その他重篤な状態 | 89例 |

重症治療

| | |
|------------|------|
| 輸血症例 | 868例 |
| 子宮摘出、動脈塞栓術 | 134例 |

疾患

| | |
|-----------|------|
| 子癇 | 75例 |
| 常位胎盤早期剥離 | 601例 |
| HELLP症候群 | 155例 |
| 羊水塞栓、肺梗塞 | 12例 |
| 子宮破裂 | 24例 |
| 脳出血、脳梗塞 | 18例 |
| 敗血症、重症感染症 | 14例 |

延べ 2859例

重症管理妊婦症例と妊産婦死亡の比率



症状、治療、疾患、管理形態の重複確認のため集積した個票数

2325例

この間に同一施設で分娩管理した妊産婦死亡数

32例

$$2325 \div 32 = 72.7$$

**1人の妊産婦死亡は
73人の死に至りうる重症妊婦の中に存在**

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）
くも膜下出血（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）

重症周産期疾患の母体死亡率



| | |
|-----------|--------------------|
| 頭蓋内出血・脳梗塞 | : 7 / 18 (38.9%) |
| 羊水塞栓・肺梗塞 | : 4 / 12 (33.3%) |
| 敗血症・重症感染症 | : 1 / 14 (7.1%) |
| 常位胎盤早期剥離 | : 3 / 601 (0.5%) |
| 分娩時大量出血 | : 4 / 934 (0.4%) |

まとめ (1)



2004年に分娩した妊産婦に重症管理を行なった全国調査を日本産科婦人科学会研修指定病院と救急救命センターを対象に行なった。

333施設から回答を頂き、124,595例(日本の全分娩の約11%)の分娩例を集積した。

32例の妊産婦死亡を含む2325例の死に至る可能性のある重症管理妊婦が集積された。すなわち、1人の妊産婦死亡の約73倍の重症管理妊婦が存在し、そのうち99%は救命したことになる。

妊産婦死亡の死因は、14例が分娩時の出血、12例が合併症によるものであった。

2005年の妊産婦死亡数が62人であることから毎年約4500人の妊産婦が死に至る状態で重症管理を受けていた換算となる。このことは妊婦の約250人に1人は死に至る危険性がある。

まとめ (2)



今後の日本の周産期医療体制構築は妊産婦死亡数に基づくのではなく、妊産婦が死に至る重症管理を受ける4000-5000人に対応可能施設、マンパワー確保が不可欠である。

重症管理の中には大量出血、輸血例が多数含まれており、**産科救急輸血体制**が整った施設が周産期医療体制で重要な役割を担うために、各医療圏に整備すべきである。

母児救急である早剥、子癇、子宮破裂の発症も多く、**NICU常時受け入れ体制**が確保されなければ、迅速な搬送による母児救命は困難である。

妊産婦死亡の4割は出血であり、しかもPIH,HELLPに引き続く頭蓋内出血が約2割、4割は内科・外科合併症によるものであり、母体救命のためには総合周産期センターでは不可能なので、**産科以外の科の重症疾患に対応できる高度機能病院と総合周産期センターとの連携体制整備**が不可欠である。

考察 (1)



この年間4500人の重症管理妊婦数は、昭和25年の我が国の妊産婦死亡数とほぼ同じ

1/250人のリスク率は全世界の妊産婦死亡リスク率と同じ

1/250人の妊婦の死に至る危険性は妊娠・分娩本来が持つリスク率と考えられる

考 察 (2)



この1/73の妊婦救命率の向上は、

- ✓ 自宅・助産所分娩から施設分娩(診療所、病院)へと分娩場所が移行したこと
- ✓ 半数の分娩を診療所で担い、二次・三次周産期施設の負担を減少し、周産期救急搬送受け入れ体制を確保できたこと
- ✓ 分娩に生きがいを持つ多くの産科医のボランティアベースの献身的マンパワー

によって達成されてきた

考 察 (3)



産科医療への司法の介入、刑事裁判の洗礼により産科医が激減

看護師内診問題で分娩を止める診療所の激増(お産難民)

そのために三次施設へ正常分娩が集中し、従来の周産期救急受け入れが破綻

医療行為もできず、救急搬送も送り出せない助産所分娩の増加

以上の現状から世界最高の我国の周産期医療は簡単に崩壊することが予想される

今回の調査からの教訓



行政、産科医は妊娠・分娩の本来持つ高い危険性（250人に1人）を広く国民に周知徹底し、妊産婦は自らでわが身と赤ちゃんを守らなければならない。

行政は早産未熟児救命に優れている総合周産期母子医療センターの整備だけではなく、母体救命できる大学病院・救急救命センターとの連携体制を必須としたシステムを構築しなければならない。

妊産婦重症管理者に頻発した「大量出血・輸血」を担保する血液センター集約化を阻止し、速やかな血液供給体制を整備しなければならない。

すでにお産難民の流入により慢性的満床状態の総合周産期母子医療センターが地域の重症母児の搬送を受け入れ可能とするためには、周産期医療システムの肝となり現在最も疲弊している地域周産期センターへの経済的支援あるいはマンパワーを確保し分娩を確保する。さらには、看護師内診問題を解消し、この問題のため現在分娩取り扱い中止を余儀なくされている一次診療所での分娩を確保し、総合周産期母子医療センターにおける本来の救急医療受け入れ体制を回復しなければならない。