

## ★産科医療の先駆的事例

R1. 7. 6 健康課

## ①山梨市立産婦人科医院

女性の幸せを願い、健康、妊娠、出産、育児を支援し、地域に将来に渡って継続した産婦人科医療を確保するため、全国初の公設民営の有床産婦人科医院として平成29年6月から開設している。

## ○経緯

平成医療法人東雲会が運営していた中村産婦人科がJR山梨駅前の整備事業により移転を余儀なくされ、市外へ出て行かれる可能性も考えられていた。同じころ、山梨県でも産婦人科医療が大学病院等に集約される流れがおこっており、山梨市内で安心して出産できる病院の確保、産科医療の充実が市の目指す重要施策の柱として位置づけられた。山梨市が駅の南東約300メートルに約4900メートルの土地を確保して整備し、鉄筋2階建てで診察室14、分娩室3、多目的室等を備えた19床の産婦人科医院を作った。市は約12億2千万円をかけて整備している。

## ○概要

市の指定管理制度を活用し、医療法人東雲会が運営にあたる。

病院の利益に対していくらかを市へ納めてもらっているが、指定管理料は出していない。

20年の基本協定をしているが、年度協定も行い運営の点検、見直しをしている。

病院のスタッフについて 39人（H30年度）

産婦人科医 5人（常勤3人、非常勤2人）

助産師 14人（常勤12人、非常勤2人）

看護師 6人（常勤2人、非常勤4人）

その他 14人

## ○その他

人口は3万5千人

出生数190人のうち、約55%が山梨市立産婦人科医院で生まれている。

市内の産科医療機関は1か所、総合病院2か所には婦人科のみ

妊婦、産婦、新生児の訪問事業、産後ケア事業の宿泊型を委託

訪問は、病院の助産師が全員に実施している。

訪問委託料：@7340×3回×90人＝1,981,800円

## ②島根県浜田市、浜田・江津地域の「お産応援システム」

お産の支援を産婦人科医師だけに任せるのではなく、病院、産婦人科診療所、開業助産院、行政が協力しあって、妊婦さん一人ひとりの気持ちにそったお産ができるようにすること、地域で安心して出産するための選択肢の一つとしてこのシステムを構築した。

### ○経緯

浜田市は島根県内でも産婦人科医師一人あたりが取り扱う分娩数が最も多く、今後もさらに産科医、助産師不足等により分娩体制が厳しくなると予測されていた。

平成19年8月から市内の産婦人科医院での分娩が中止となり、中核病院である浜田医療センターでの分娩が集中したことで、病院の医師は健診のためにゆっくりとした時間がとれない等の現状がおこった。島根県が主導となって中核病院の外来診療の負担軽減、診療所産婦人科医師のマンパワーの活用、地域と病院の連携による母子保健サービスの充実など地域の実情にあった課題解決の方法を検討してこのシステムを構築し、平成27年4月から運用している。

### ○概要

初診から妊娠34週ごろまでは診療所で妊婦健診を受け、その後は紹介状をもらって病院でお産をする。妊婦の希望や経過によっては、最初から病院での受診ができる。

メリットは、診療所では分娩がなく待ち時間も短く妊婦健診が受けられる。また土曜の受診も可能。お産は小児科と産科の設備の整った病院でできるので、急な事態にも対応できる。行政、開業助産院、診療所、病院がそれぞれ役割をもち、連携して色々な機関がお産システムを支えている。

### ○その他

人口は5万4千人、出生数390人、市内の産科医療機関は2か所  
浜田医療センターでほとんどが出産している。

浜田医療センター：産婦人科医5人、助産師15人ほど。

診療所の産婦人科医が70代の高齢になってきている。

最近では、最初から浜田医療センターを受診する人も多いが、産婦人科医が5人なのでなんとか対応できている。

### ③北海道紋別郡遠軽町の取り組み

産科医不足に直面し、町の未来が消えていくような不安を抱えた過疎地のまちが、自分たちの手で医師集めに苦闘し、まちに産科医療が戻った事例。

#### ○経緯

北海道の紋別地域は東京都の2.3倍もの面積があるが、出産できる病院はたったひとつしかない。遠軽町には遠軽厚生病院があったが、平成27年に突然、大学病院からの医師派遣がなくなり、約1年間は産婦人科医師がいない状況となり、町から車で1時間かかる病院での分娩しかできなくなった。

この事態に遠軽町では、隣接する2つの町と遠軽地区地域医療対策会議を設立して、医師募集の検討を精力的に始めた。

#### ○概要

##### ①産科医師個人へのダイレクトメール作戦

町の保健福祉課が提案し、全国の産科医に「遠軽に来てくれませんか」と手紙を送るというもの。送付リストの作成に2ヵ月かかった。

H28年に1回目（民間の産婦人科医院）、H29年に2回目（公立病院）を実施。延べ4719施設、9702人の医師にダイレクトメールが送られた。

第1回目で1人、第2回目で1人、合計2人の産科医を遠軽に呼ぶことができた。

最初に遠軽にこられた50代の男性医師は、当時旭川市の産科クリニックに勤務して遠軽町の取り組みもたまたま聞いており関心を示した。1年2ヵ月ぶりに遠軽厚生病院で分娩が再開されたが、その後もダイレクトメール作戦が続けられた。

2人目は40代後半の女性医師で兵庫県尼崎市から単身で来られている。現在も3人目の医師を探す活動は続いている。遠軽厚生病院再開後は、助産師の人数も少しずつ戻ってきている。

②東京首都圏を走る京浜東線を1台まるごと「医師募集」の中吊広告で埋め尽くした。

③週刊文春、週刊新潮に広告の掲載

#### ○その他

人口1万9千人、出生数127人、市内産科機関は1か所  
過疎地では、想像以上に産科医療の過疎が進んでいる。

なんとかして医師に来てもらえたが、それで問題は終わりでない。





# マイ助産師制度とは

## ケア提供者の継続

「マイ助産師制度」とは、同じ助産師、または少人数の助産師チーム（その場合は、マイ助産師をひとり特定する）が妊娠初期から出産、産後（6ヶ月～1年）のケアを継続して提供することを保証する制度です。



## 妊婦が助産師を選ぶ

「マイ助産師制度」では、出産場所やリスクの程度に関係なく、すべての妊婦がマイ助産師を選ぶことができ、途中で変更することもできます。



## 連携と協働

マイ助産師は、整備されたバックアップ体制のもとでケアを提供し、状況に合わせて、他の助産師や医師・看護師・保健師などと協働しながら、ケアを提供します。



# マイ助産師制度の意義

## WHO の勧告

WHO は、母子を出産時の異常から救うことと同じくらい、母子が出産時に潜在能力を最大限に発揮できるようにすることが重要であると述べ、それを実践するための勧告を発表しています。

WHO (2018)  
Intrapartum Care for a  
Positive Childbirth  
Experience



## 肯定的な出産体験

WHO は、左記の勧告に沿ったケアの評価指標として、「肯定的な出産体験」を示しています。肯定的な出産体験とは、その女性が持つ信念と期待に沿った体験、あるいは、信念と期待を上回る体験です。



## グローバルモデル

WHO は、左記の勧告に沿ったケアのモデルとして、「顔見知りの助産師または少人数の顔見知りの助産師のグループが、妊娠、分娩、産褥という一連の期間を通して女性を支援するケアモデル」を示しています。



## 安全性の向上

助産師が継続してケアを提供することで、早産や死産、異常分娩が減少することが複数の研究で確認されています。

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Database Of Systematic Reviews, 4, CD004667.



## 医療費の削減

妊娠・出産の正常な経過が維持され、異常の予防や早期発見ができることで妊娠・出産の安全が強化されると、医療介入が減少し、医療費の削減にもつながります。



## 少子化の改善

助産師が継続してケアを提供することで、出産体験が肯定的に評価されるという研究結果があります。肯定的な出産体験は「また産みたい」という次の出産への希望、すなわち少子化の改善にもつながります。

Boyle, S., Thomas, H., & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. Midwifery, 32, 21-29. 6/j.midw.2015.09.001

# 妊産婦と母親の現状

## 妊産婦のうつ病と自殺

東京 23 区では、妊娠・出産期の死因として自殺が最も多く、妊娠中に自殺した人の約 4 割、また産後に自殺した人の約半数が何らかの精神疾患と診断を受けており、そのほとんどはうつ病でした。また、年間 4 万人の妊産婦が精神科治療を必要としていると厚生労働省の研究班が推計しています。



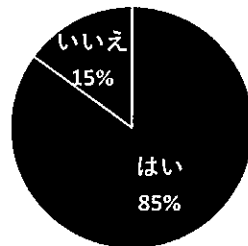
## 育児不安と虐待

母親の 8 割が、子育てに対して負担や不安を感じていること、虐待死の約半数が 0 歳児であり、加害者は実母が多であったことを厚生労働省が報告しています。



## 9 割がマイ助産師を望む

Q. マイ助産師による継続ケアを受けたいですか？



出産経験のある全国 25～39 歳女性 310 名を対象に、出産ケア政策会議が、調査会社の登録モニターを利用して、2017 年 12 月に実施したインターネット調査の結果

# 助産師によるケアの現状

## 8 割の病院が混合病棟

産科単科と混合病棟の割合 (N=526)  
(2016 年の日本看護協会による調査)



産科のある病院のうち 8 割が混合病棟で、助産師が産科と他科の患者を同時に受け持ち、助産に専念できないケースが急増しています。

## 交替制勤務が大半

就業場所別助産師数 (2016 年)



病院と診療所では、交替制勤務を導入しているところがほとんどです。そのため、助産師の大半は継続ケアを提供できない状況です。

## 嘱託医師制度の壁

助産所は継続ケアを提供しやすい環境にあります。しかし、分娩を取り扱う助産所を開設するにあたり、助産所は嘱託医師と嘱託医療機関を配置することを義務づけられていて (医療法第 19 条)、このことが開設と運営のハードルを高くしています。現在、嘱託医師と嘱託医療機関を確保することが困難な状況であり、助産所での継続ケアの提供が難しくなっています。

# 「マイ助産師制度」実現のための課題

## 助産師の実践能力

「マイ助産師制度」実現のためには、助産師の実践能力の向上が不可欠です。日本の助産教育は世界基準を満たしていません。たとえば、卒業時の実習経験が世界基準の 4 分の 1 以下です。助産師の基礎教育・卒後研修などの抜本的な見直しと改善が必要です。



## 助産師の働き方

国際助産師連盟は、看護と助産は異なるものであるとしています。助産師が、看護と助産の業務を同時に行ったり、看護師と同じ勤務形態 (交替制勤務) に縛られたりすることのない、女性を中心に考えた、助産師独自の働き方の構築が必要です。



## 連携とバックアップ体制

マイ助産師の自律的な活動を支える医療連携とバックアップ体制の整備は必須です。また、継続ケアを保証するために、マイ助産師が搬送先などの施設にアクセスできるオープンシステムの推進・整備も欠かせません。



誰でも どこでも  
マイ助産師のケアを！

