

周産期医療システムとその効果

研究協力者

谷 澤 修

(大阪大学医学部産婦人科)

共同研究者

大 槻 芳 朗

(大阪大学医学部産婦人科)

我々は、日本における周産期医療システムを検討するにあたり、内外の文献調査を行った。

周産期医療の地域化は、三次救急病院を核として一次、二次の病院からの患者の搬送やコンサルテーション、さらには医師、スタッフ等の教育から成り立つ。この周産期救急のシステム化は、いくつかのメリットを持っている。

1) 周産期死亡率、母体死亡率への効果

一例として、テネシー州の周産期医療の地域化をあげてみる。この州で三次救急病院 (Level 3) が作られ、この病院を中心にして Level 1、Level 2 の病院との間でネットワークが作成された。Level 1 の病院は、正常妊婦と正常新生児のみを扱い、Level 2 の病院はそれよりも合併症のある母児を扱っている。始めは、新生児のみのプランであったが、後に産科も含めた Perinatal Advisory Committee に拡張された。その結果、テネシー州において 1970 年には 31.2 (対出生 1000) であった周産期死亡率が、減少してゆき 1983 年には 15.8 にまで低下した。同時に、母体死亡率も低下してゆき、1970 年から 1975 年にかけて 2.9 (対出生 10000) であったのが 1979 年から 1983 年の期間には 1.3 になった。このテネシー州以外に、カンサス、ミネソタ、ミシシッピー、コロラドの各州で同様な効果が認められた。この周産期死亡率の低下の原因は、医療の地域化によるもののほかに、新生児・産科医療の向上も考えられる。しかし、これまでは進んだ医療を受けることのできなかつた地域の人々にまで、最適な医療サービスが受けられるようになったのは、地域化の最も大きな成果である。

2) 経済的効果

正常分娩、正常新生児を主に扱う病院の全てが高度医療を行えるために、経験を積んだ人員と高価な機器を備えることは、設備投資のうえから効率的でない。一定の地域ごとにセンター化すると、人的な不足も少なく設備への投資も効率的になって、地域の医療負担が減少する。

未熟児出生、分娩時仮死は、その後社会生活を送っていく上で障害となる後遺症を児にのこすことがある。中途半端な医療では、その危険性が憂慮される。ひとたび障害児が生まれると、その医療のために公的費用が長期にわたって支出されなければいけない。総額となれば大変な費用になるだけでなく、人道上からも、周産期医療に積極的に費用をかけておくことのほうが、良いと考えられる。アメリカでは、体重 1000 グラム以下の新生児を育てるためにかかる費用は、3 万

ドル（Killanら）から8万ドル（Pomeranceら）といわれている。一方、障害児が生まれ、施設で一生療育した場合100万ドルかかる。

3) 地域化と教育

周産期医療の地域化の中で、教育も一つの大きな課題である。患者側と、医療側への2つのシステムが考えられている。医療側への教育システムは、三次救急病院内の、医師、看護婦、ケースワーカーに対して教育と情報の提供を行うもので、ハイリスク患者の扱いについて必要な多くの知識を与え、搬送時の手順を習熟させるものである。また、レベル1、2の病院の医師、看護婦に対しても数日から数週間のミーティングや短期研修を行い彼らの持っている知識や経験を広めるものである。

ま と め

我々は、以上の調査を通して日本の周産期医療の発展に参考とすべき点を考えてみた。

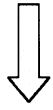
1) 国内のいくつかの地域では、周産期センター（三次救急病院）がつくられすばらしい成果があがっている。しかし、これはまだ一部の地域だけであって、今後の設備の拡充が必要な所は、数多くある。人口の密集した所と、疎らでかつ広い所とでは、同じように中心に周産期センターを作ればいいわけではないが、各地域の実態を踏まえ周産期医療の地域化を進めることが必要であることはまちがいない。

2) 三次救急病院による、教育も大切な事である。これから、周産期センターが各所に作られるであろうが、このセンターと一般病院のコミュニケーションが悪いと成果は上がりにくい。搬送時期が不相当であって（遅過ぎる）、児の出生までに十分な母体治療ができなかったり、母体搬送の重要性すら理解されてないため、未熟児が出生し呼吸障害が出現して初めて搬送の依頼がされることもありえる。これは、単に知識の不足によることもあるが、知ってはいても経験の不足から、適当な時期を逃してしまったり、感情的に他の施設に頼ることが躊躇されたためである。我々の大阪大学産婦人科と、大阪府立母子医療センターとの間には医師の交流がある。大学側から、数人の医師が1、2年の間センターで診療にあたっている。この間、より多くの知識が得られていることは間違いないが、もっとも大きな収穫は、本や雑誌では獲られない救急医療の現場を肌で感じ取ったことであろう。また、新生児科を含めセンターの医師とも良い人間関係が作られ、合同での症例検討会も計画されている。各地のセンターにおいても、こういった人（医師、看護婦）の交流が短期間でもなされるなら、知識だけでなく経験、感情の面においても大きな効果があるものと考えている。すなわち、一般病院においては医療レベルの向上と、周産期センターを適切に利用（搬送、コンサルテーション）できるようになり、周産期センターにおいても良い状態の患者を受け取ることが多くなる。

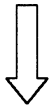
以上、我々の文献調査から感じた点をまとめた。

文 献

- 1) ハイリスク妊娠の管理と周産期医療の地域化
竹村 喬他、産婦人科治療 vol. 44, No. 6, 1982.
- 2) 大阪における周産期救急医療システムの現況
竹村 喬、周産期医学 vol. 16, No. 10, 1986.
- 3) A system to monitor patient care in a perinatal region.
Winegar et al. Am. J. Obstet. Gynecol. January 1, 1983.
- 4) Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in the Netherlands. Treffers, Br. J. Obstet. Gynecol. Vol. 93, July 1986.
- 5) Regional Planning- Effects on the Obstetrician- Gynecologist.
Ryan et al Obstet. Gynecol. vol. 59. No. 2, Feb. 1982.
- 6) Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: The Nova Scotia reproductive care program.
Peddle et al, Am. J. Obstet. Gynecol. Jan. 15, 1983.
- 7) High risk pregnancy. Robert et al. Saunders 1986.
- 8) Regional Centers: Part III. Three regions' educational efforts and infant mortality rates. Bowen et al. Health Care of Women 2: 19-23 1980.



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



我々は、日本における周産期医療システムを検討するにあたり、内外の文献調査を行った。

周産期医療の地域化は、三次救急病院を核として一次、二次の病院からの患者の搬送やコンサルテーション、さらには医師、スタッフ等の教育から成り立つ。この周産期救急のシステム化は、いくつかのメリットを持っている。