

I. 地域的周産期医療のシステム化に関する研究

分担研究報告書

東京女子医大産婦人科

武 田 佳 彦

本研究では、システム化の中核である母体搬送の運用ならびに搬送対象のうち頻度が高く、多彩な病態をもつ胎内発育障害の管理について臨床的な検討を行った。

母体搬送に関しての胎児救急の運用については、評価の基礎となる「maternal transport」の定義について、検討し、原則として救急疾患によるものとする方が良いとの結論に達した。また各施設におけるmaternal transportの実態調査では切迫早産及びPROMなどの胎児原因によるものが多くなって来ていることが指摘された。さらにmaternal transportとneonatal transportの単純比較では、児の生存率に差はないが、この点については、背景因子を考慮すると共に、長期予後などについても分析する必要があることが示された。地域的周産期医療システムを機能させるためには、1) 24時間体制を支える人員、設備、2) 周辺各科の救急体制との連絡、3) 一次施設との信頼関係、4) 搬送距離・時間の短縮化、5) 情報ネットワーク、6) 宣伝・啓蒙活動、7) 地域特殊性への対応などが重要であると思われた。

母体救急では1次及び2次救急指定病院の搬送例について、対象疾患、治療内容、搬送情况等を比較した。さらに全国的規模で実施されている日本母性保護医協会の定点観測モニターによるアンケート調査を実施し、搬送の実態調査を行った。その結果、第二次医療機関における人員、設備の充実及び、第三次医療機関におけるPICC(Perinatal Intensive Care Center)充実の必要性が明らかとなった。また第三次医療機関は通常人口100万に1ヶ所、人口密度の低い地域では人口50万あたり、分娩6000～8000程度に1ヶ所必要であることが示された。

胎内発育障害の管理については診断基準の確立と安全管理に分けて検討した。

診断基準の設定ではmatched controlによる解析を行い、その病態を解析するとともに産科的要因を説明変量とする判別を行って、スクリーニングの基準を確立した。しかし、診断基準に関しては、現時点では統一的なものを設定するのは困難で、各施設での基準に従って診断するのが良いとの結論に達した。

IUGR児の管理においては、1) 背景因子を分析する、2) E₃, hPLなどの胎児胎盤機能検査、3) NSTによる胎児well-beingの判定、3) L/S比、shaketest, Phosphatidyl glycerolなどの測定による肺成熟度の判定が重要であることが示された。第三次医療機関で分娩した場合の安全分娩限界は、妊娠30週以降、児体重1250g程度と考えられた。

↓ **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

本研究では、システム化の中核である母体搬送の運用ならびに搬送対象のうち頻度が高く、多彩な病態をもつ胎内発育障害の管理について臨床的な検討を行った。

母体搬送に関する胎児救急の運用については、評価の基礎となる「maternal transport」の定義について、検討し、原則として救急疾患によるものとする方が良いとの結論に達した。また各施設における maternal transport の実態調査では切迫早産及び PROM などの胎児原因によるものが増えて来ていることが指摘された。さらに maternal transport と neonatal transport の単純比較では、児の生存率に差はないが、この点については、背景因子を考慮すると共に、長期予後などについても分析する必要があることが示された。地域的周産期医療システムを機能させるためには、1)24 時間体制を支える人員、設備、2)周辺各科の救急体制との連絡、3)一次施設との信頼関係 4)搬送距離・時間の短縮化、5)情報ネットワーク、6)宣伝・啓蒙活動、7)地域特殊性への対応などが重要であると思われた。