

周産期医療システムにおける提言

野 口 圭 一

見出し語：母体搬送の受け入れ 行政からの助成

研究目的

地域全体としての周産期医療の改善とシステム化の確立を目的とする。

方法

基幹病院における母体搬送、新生児収容状況の調査を行う。

結果

母体搬送の受け入れ状況

母体搬送の受け入れについて、愛知県の基幹病院9施設（4大学を除く）について、調査を行った。その内、最も多く受け入れている第一日赤病院に関する事例を、同院産婦人科石川薫医師の協力を得て、取り上げた（表1、2）。

本調査は12週から28週未満または500g以上1,000g未満の事例についてであり、女子医大武田佳彦教授の方式によって、図示した（図1、2、3、4）。

収容から、分娩までの期間は、前期破水においては他に比し短い、この期間が長い程、特別の合併症がなければ、死亡例は少ない。

本調査では、生死で区別しているが、さらに脳性麻痺を含めての後遺症についての調査も必要と思われる。

この調査期間における母体搬送は、増加の傾向にある、私的単科の分娩施設さらにNICU

の整備されていない総合病院においても、新生児の結果発生不良の場合の医事紛争を避けるための搬送、すなわち、HRIが出生すると予見した場合には、NICUの整備されている施設の産科への搬送が増加しているものと思われる。特に周産期の定義（生育限界）が、22週からを問題にしている現在、さらに、その傾向が強くなるものと思われる。

かかる期間における母体搬送は、非緊急の状態であり、搬送上のトラブル（適切な受け入れ施設の探索、情報伝達、搬送手段など）は殆ど問題にならない。唯、搬送の決断、実行のタイミングを失わないために、非緊急の時期で搬送の望ましい状態—ガイドライン—を設定し、産科のスタッフに周知徹底する必要がある。

表1 第一日赤新生児 NICU(広義)入院

新生児受け入れ総数	393	(97)
内 1年以内の 生	369	(80)
内 1年以内の 死	24	(17)

()内は緊急新生児のみの受け入れ数 有吉允子

表2 第一日赤母体搬送受け入れ数

年	分娩数	母体搬送受け入れ数	内 調査対象
1988	1200	50(4.2%)	14(1.2%)
1989	1100	63(5.7%)	14(1.3%)

%は分娩数に対する割合 石川 薫

1988年

No	合併症・治療	週 数	出生時体重・病名・転帰等
		17	
		18	
		19	
		20	
		21	
		22	
		23	
		24	
11		25	
5		26	928g (BPD)
6		26	1200g (RDS)
		27	840g
2		28	1162g
		29	
		30	

図1 前期破水

1989年

No	合併症・治療	週 数	出生時体重・病名・転帰等
		17	
		18	
		19	
		20	
		21	
		22	
7	子宮口閉鎖術	23	
1	子宮頸管無力症	24	630g (RDS) 死
		24	650g (IUD) 死
14	子宮口閉鎖術	25	
5	絨毛膜羊膜炎	25	
12	子宮内感染	26	620g (未熟児網膜症)
11		26	952g (RDS・高K血症) 死
6		26	832g (BPD)
		27	
8	羊水過多	27	1074g (IVH)
		28	1172g (BPD)
		29	
		30	829g (18-トリソミー) 死

図3 前期破水

1988年

No	合併症・治療	週 数	出生時体重・病名・転帰等
		19	
		20	
4	子宮頸管無力症	21	
14	絨毛膜羊膜炎	21	
1	品胎	22	
13	子宮頸管無力症	22	
8	子宮頸管無力症	22	450g 死産
		23	496g (未熟肺) 死
		24	
10	子宮頸管無力症	25	
9	双胎	26	772g (RDS, BPD)
15	妊娠中毒症	26	630g (RDS) 死
		27	
7	妊娠中毒症, ITP	28	1160g, 986g
		28	1382g
		29	744g
		30	1434g (RDS, 脳梗塞)
		31	1302g, 1380g, 1120g
3	双胎間輸血症候群	31	
		32	
			1924g, 898g

図2 切迫早産, その他

1989年

No	合併症・治療	週 数	出生時体重・病名・転帰等
4	脱落膜下血腫 (子宮内感染)	17	
		18	
		19	
		20	314g 死
		21	
10	子宮頸管無力症	22	660g (クル病)
13	脱落膜下血腫	23	
9	双胎間輸血症候群	23	
		24	
3	妊娠中毒症(子癇)	24	830g (BPD)
2	子宮頸管無力症	25	960g (BPD, 未熟児網膜症)
		26	
		27	988g (PFC)
		28	
		28	2066g (受血児, NIHF) 死産
		29	926g (供血小児) → RDS, PFC, 脳出血 → 死亡
		30	

図4 切迫早産, その他

かかる時期で母体搬送された事例では、結果発生不良の場合においても、殆ど紛争になっていない。

これに反して、胎児側母体側共、緊急時の母体搬送は、極めて困難であり、危険性がある。この事については、周産期をめぐる諸問題研究において述べた所である。

この場合の結果発生不良の場合には、医事紛争に発展する可能性が大きい。

周産期救急に対する助成（補助）

救急医療に対しては、行政からの助成または補助（以下助成という）がある。

この助成があるということは、その対象の必要性重要性が認められている査証である。

周産期救急医療に対しての助成としては、2、3の府県を除いては、皆無である。

愛知県（名古屋市を含む）における助成、補助の現状を調査した。◎に関する事項もあるので、その詳細を示すことが出来ない。

新生児救急に対しては、特に NICU の整備に対して助成がある。愛知県については、すでに報告した。但しランニングコストについては、ないのが普通であるが、第三次病院群運営費補助として1,500万程度認められている所もあり、さらに別に債務負担行為として、小児医療センター設備費の補助の認められている所もある。

助成は、一般救急（休日、夜間、時間外救急および第二次第三次救急医療）に対する予算の

中から、配けられているもので、母子救急、周産期救急としては認められていない。

しかも、それらは、NICU、新生児部門への配分であり、母体搬送受け入れ窓口である産科に対しては、皆無である。

但し、母子救急として、神奈川県、静岡県が、予算化されており、大阪府も調査費が予算化されている筈である。

名古屋市においては、休日救急二次、三次体制助成のため（産婦人科を含めて）待機空床に対して、補助助成が実施され、担当した医療機関に配分されている。

行政からの助成があって初めて、システムの確立が裏付けられるものであり。その項目が出来て初めて、さらに検討され、改善され向上する道が開けるというもので、本研究班としても、母子救急システム確立のため、行政からの助成～補助の必要性を提言し、システム化の確立を期待したいものである。

ま と め

母体搬送は、理由の一つとして医事紛争防止を目的としても、増加傾向にある。

その結果については、生死と共に後遺症についても検討をする必要がある。

周産期救急に対しての行政の助成（補助）を、一般救急予算から分けるのではなく、母子救急として独立したもの、特に母体搬送受け入れについても要求したい。



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



まとめ

母体搬送は、理由の一つとして医事紛争防止を目的としても、増加傾向にある。

その結果については、生死と共に後遺症についても検討をする必要がある。

周産期救急に対しての行政の助成(補助)を、一般救急予算から分けるのではなく、母子救急として独立したもの、特に母体搬送受け入れについても要求したい。