

クリニカルレクチャーシリーズ

5) ハイリスク妊婦の評価と周産期医療システム

総合母子保健センター 愛育病院
院長
中林 正雄

座長：宮崎大学教授
池ノ上 克

はじめに

日本の周産期医療は世界のトップレベルにあるが、最近では産科医および分娩施設が減少して社会問題となっている。本稿では、現在の産科医療の問題点を明らかにし、その対策として妊婦のリスク評価とそれに基づく医療施設の機能別役割分担、産科オープンシステム、診療所に勤務する助産師の養成について検討した。

わが国の産科医療の問題点(表1)

基幹病院の産科勤務医の人手不足は深刻である。その理由としては、過酷で不規則な勤務、増加する女性医師への支援不足による実労働力の減少、医療訴訟の多発、収入面で正当に評価されないことが挙げられる。一方、これまで全国の分娩の約半数を扱っていた有床診療所が、医師の高齢化(若手医師の減少)、助産師・看護師雇用難、低分娩料による経営難などにより分娩の取扱いを止めている。そのため、最近10年間で分娩を扱う病院も診療所も共に約30%減少している。

また、基幹病院と診療所の役割分担が不明確であるため、ハイリスク妊娠と低リスク妊娠が混在しており、母児の安全性に問題が生じたり、高次医療施設の有効活用ができなくなっている。

妊娠のリスク評価

医療施設の機能別役割分担を明確にし、リスクに応じた妊娠の分散のため、諸外国で用いら

(表1) わが国の産科医療の問題点

- | |
|--|
| 1. 基幹病院の産科勤務医の人手不足
(理由：過酷で不規則な勤務、女性医師の増加による実労働力の減少、医療訴訟の多発、低収入) |
| 2. 診療所の経営難
(理由：医師の高齢化、医療訴訟の多発、助産師・看護師雇用難、低分娩料) |
| 3. 医療施設の機能別役割分担が不明確、
ハイリスク妊娠と低リスク妊娠が混在
→ { 母児の安全性に問題あり
{ 高次医療施設の有効活用ができない |

Risk Scoring for Pregnant Women and Perinatal System

Masao NAKABAYASHI

Aiiku Maternal and Child Health Center, Aiiku Hospital, Tokyo

Key words : Risk scoring for pregnant women · Perinatal outcome ·
Maternal transport · Open system of obstetric field ·
Training school for midwives

(表2) 妊娠リスクスコア(初期)

	リスクスコア	リスクスコア	リスクスコア
1. 基本情報			
40歳以上	(5)	15歳以下, 35～39歳	(1)
体重100kg以上	(5)	身長150cm未満	(1)
		BMI25以上	(1)
		初産婦	(1)
2. 既往歴(内科疾患合併)			
高血圧;投薬中	(5)	慢性腎炎	(2)
DM;薬物療法中	(5)	気管支喘息	(2)
抗リン脂質抗体症候群	(5)	SLE	(2)
3. 産婦人科既往歴			
重症PIH既往	(5)	早産既往	(2)
早剥既往	(5)	死産・新生児死亡既往	(2)
		IUGR既往	(2)
		帯切既往	(2)

(表3) 妊娠リスクスコア(後半期)

	リスクスコア	リスクスコア	リスクスコア
4. 現在の妊娠について			
感作されたRh(-)	(5)	ART妊娠	(2)
MD双胎, 3胎以上	(5)	STD	(2)
DM:インスリン療法中	(5)	DD双胎	(2)
重症PIH	(5)	切迫早産	(2)
羊水過多	(5)	PROM	(2)
前回帯切+前置胎盤	(5)	羊水過少	(2)
		前置胎盤	(2)
		IUGR	(2)
		骨盤位	(2)

れている妊娠リスクスコアを参考として、わが国の現状に合った項目・重み付けを検討し、厚生労働科学研究班で新しい「妊娠リスクスコア」を作成した。妊娠初期は、基本情報、既往歴、産婦人科既往歴、前回分娩歴をチェックする(表2)。妊娠後半期は、現在の妊娠経過をチェックする(表3)。その合計を妊娠リスクスコアとし、周産期センター

(表4) 妊娠リスクスコアの検討

リスクスコア	周産期センター* [3施設] n = 2,804 (%)	診療所・個人病院 n = 2,808 (%)
0～1点	30.5	59.5
2～3点	40.0	27.1
4～6点	19.8	10.4
7点以上	9.7	3.0
	29.5	13.4
	(2003年)	(2005年)

および診療所・個人病院での分布を検討した。周産期センター(2,804例)では、低リスク群(0～1点)が30%、中等度リスク群(2～3点)が40%、ハイリスク群(4点以上)が

(表5) 妊娠リスクスコアによる周産期予後判別

リスクスコア 周産期予後	低リスク群 (0～1点)	中等度 リスク群 (2～3点)	ハイリスク群 (4点以上)
帝王切開率	4.3%	15.7% **	43.6% **
分娩時出血多量 (1L以上)	3.3%	9.4% *	21.6% **
早産率 (37週未満)	2.3%	8.2% **	25.3% **
NICU入院率	2.8%	7.4% **	21.6% **

* P < 0.01

** P < 0.001

30%であった。一方、診療所・個人病院(2,808例)では、低リスク群が60%、中等度リスク群が30%、ハイリスク群が10%であり、ある程度の役割分担の現状が示された(表4)。

周産期センターの症例について、妊娠リスクスコアによる周産期予後を検討したところ、ハイリスク群は低リスク群に比して、帝王切開、分娩時出血多量、早産、NICU入院の頻度が7～10倍の高率であった(表5)。

一方、診療所・個人病院では、ハイリスク群での吸引・鉗子・帝王切開率は53%と高率であり、低リスク群であっても3%に緊急帝王切開が行われており、緊急時の対応の重要性が示された。

周産期センターへの母体搬送例の検討では、その50～80%がハイリスク群に分類され、事前の妊娠リスクスコアの周知により母体・新生児緊急搬送を減少させる可能性が示された。

(表6) 愛育病院における(セミ)オープンシステム

- 登録医制：妊婦健診は診療所が行う
妊娠20週までに受診、分娩予約、カルテ作成、院内見学
妊娠36週に再受診
妊娠中の検査項目(血液検査等)は統一
- 分娩、手術を登録医が行う場合
登録医は愛育病院の方針に従って医療を行う
病院は応援医師手当を支給する
- 登録医の外来勤務、当直のオプションあり
- 登録医は周産期カンファレンスに参加できる
(週1回、夕方5時より)

産科オープンシステム

産科オープンシステムとは、産科医療資源が減少する中であって、妊婦の利便性を確保しつつ、妊娠・出産の安全性を図るため、妊婦健診は身近な診療所で行い、分娩は高度な周産期医療を提供できる病院で行うシステムである。平成15年12月「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」で医療安全対策の新しい取組みとして提案され、平成17年度から3年間「産科オープン病院モデル事業」が開始され、平成18年度現在では全国7自治体(宮城県、東京都、岡山県、静岡県、三重県、滋賀県、広島県)で実施されている。愛育病院では東京都の委託事業として、産科オープン・セミオープンシステムを実施している(表6)。

産科オープンシステムの意義としては、総論的には医療施設の機能分担による分娩の安全性向上と産科医療者のQOLの改善である。短期的効果としては、産科医師数の減少に対応するものであり、中長期的効果としては地域周産期医療の標準化・向上と若手産科医の増加を期待するものである。課題としては、オープン病院の産科勤務医の待遇改善、登録診療所が経営可能な診療報酬の設定、妊婦情報のIT化による共有化などがあるが、本システムは世界中で広く実施されているので、当初はいくつかの問題点はあっても、積極的に取り組むことにより問題点は徐々に解決され普及していくものと思われる。

診療所に勤務する助産師の養成

現在、病院・診療所・助産所で助産師として勤務している人数は、全国で約24,000人であるが、その約75%が病院勤務であり、産科診療所は約20%に過ぎない。病院と診療所の分娩数はほぼ同数であるので、助産師の病院への偏在は明らかである。最近はその傾向がさらに著明となり、助産師養成所の卒業生のうち97%以上が病院に就業し、診療所の就業はわずか2%に過ぎない。

この状況を是正するため、厚労省では「産科診療所で働く正看護師のための定時制助産師養成コース」の設立を促進している。診療所の医師が分娩介助実習に積極的に協力し、助産師会や助産学会が教員の確保に協力し、国が十分な補助金を支給することにより、全国に定時制助産師養成コースが設立されることが期待される。

《参考文献》

1. 中林正雄. 産科領域における医療事故の解析と予防対策. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成17年度総括・分担研究報告書; 1—5
2. 中林正雄. 産科領域における安全対策に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成16年度総括・分担研究報告書; 1—16
3. 中林正雄, 谷津裕子, 潮田千寿子, 野馬利恵子. 妊婦のリスク評価に関する基礎的研究. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業 平成15年度総括・分担研究報告書; 1—10