

周産期救急医療の実態

母体救急の問題

奈良県で表面化した2つの事例は、周産期救急医療が抱えている問題点を浮き彫りにした。

2006年の町立大淀病院の事例は、分娩中の低リスクの妊産婦に発生した脳出血である。問題となったのは、診断が適切かつ迅速になされたかという点と、このような重症の妊産婦への転院搬送先決定に時間がかかり、実際に受け入れたのが比較的遠距離の国立循環器病センターだったという点、そして、児への救命はできたが、母体は死亡したという結果である。この症例が発生した施設は、一人医長の小規模施設であり、低リスクの妊産婦のみを取り扱うことが前提となっている。しかしこの症例で起きたように、低リスクとしか判断のしようがない妊産婦でも、低い確率で急変する可能性がある（減少したとはいえ、わが国の年間分娩数は100万件以上である。このうち妊産婦死亡は100件未満であるから、生命にかかわる重症妊産婦の発生頻度は数千～1万件に1件程度となる。取り扱い分娩数が年間数百の施設で、10年に一度の症例に対して常にその時点での最善の医療を提供できる体制を整備することは事実上不可能である）。

妊産婦が急変した場合（その多くは脳出血などの中枢神経系病変、分娩時大量出血に伴う出血性ショック、血栓塞栓症、DICだが）、小規模施設では、自施設で診断から治療まで完結することは到底できないので、それが可能な施設に搬送する必要があることは自明のことである。本来周産期医療システムはそのようなとき

のために機能しなければならないはずだが、多くの都道府県でそのようには機能していない。母体の生命にかかわるような状態となった症例については、周産期センターの機能だけではなく、ほかの診療科、特に救命救急センターの機能を有する施設で対応することが望ましい。しかし、周産期医療対策整備事業の要綱においては、「救命救急」や「母体救急」という文言は一切存在しない。2006年の医療法改正により、都道府県が策定を義務付けられている地域保健医療計画では2008年度から、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）の5事業について記載することとなった。そのための指針として厚生労働省医政局指導課が2007年7月20日付けで各都道府県衛生主管部長に出した「疾病又は事業ごとの医療体制について」という132ページに及ぶ通知文書では、各事業に関して都道府県で検討し記載すべきことが詳細に述べられているが、救急医療の項では、周産期医療や母体救急への対応についての記載は皆無であり、また周産期医療の項でも、母体の救命救急や救命救急センターとの連携に関する記載はまったくない。この文書は大淀病院事件以降に作られている。表1に示したような役所の縦割り行政の狭間で、母体救命救急が置き去りになってしまっているのである。

各県の周産期医療システムでも、救命救急センターとの連携体制が規定されているところは存在しない。国のレベルでも、都道府県のレベ