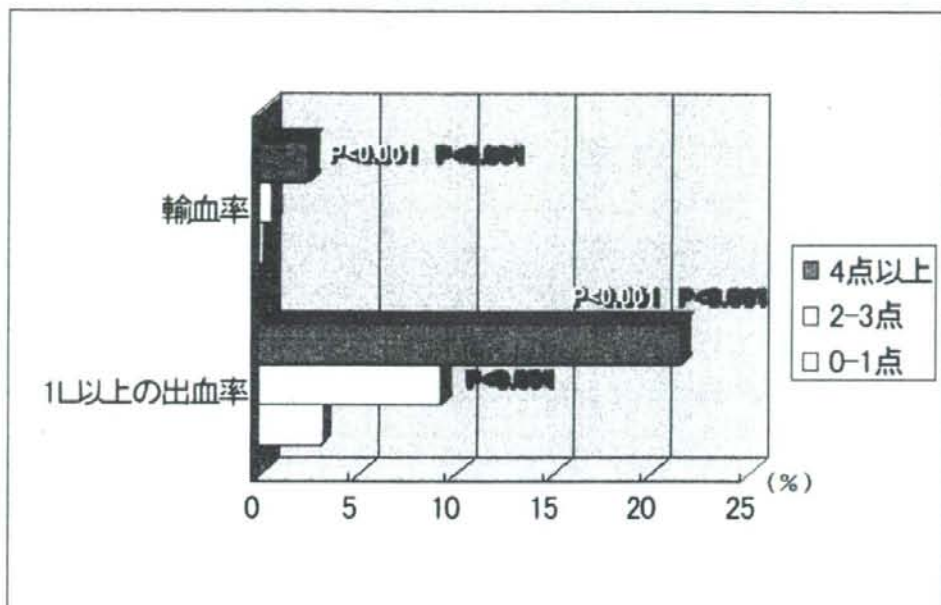


分娩時大出血率と輸血率（中期スコア）



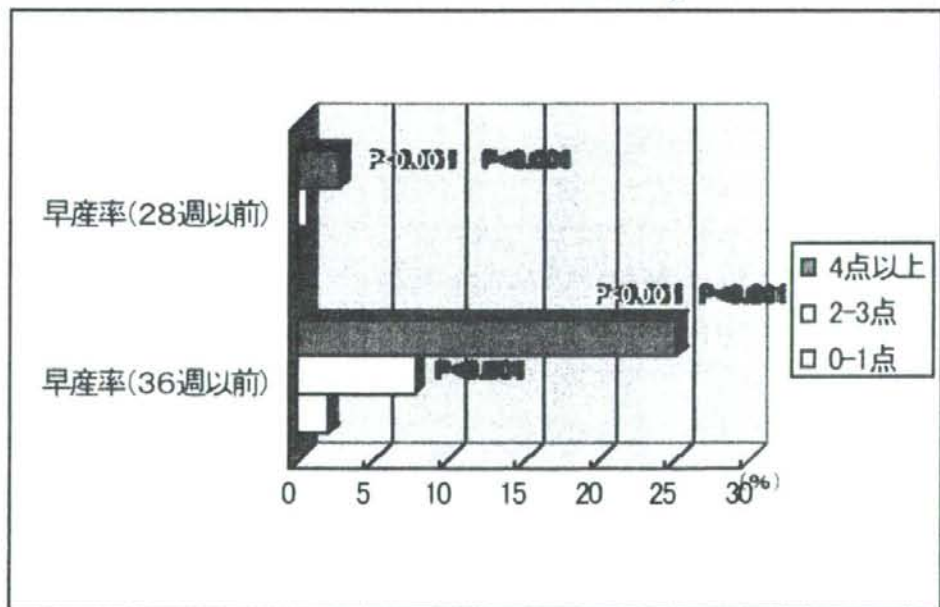
7



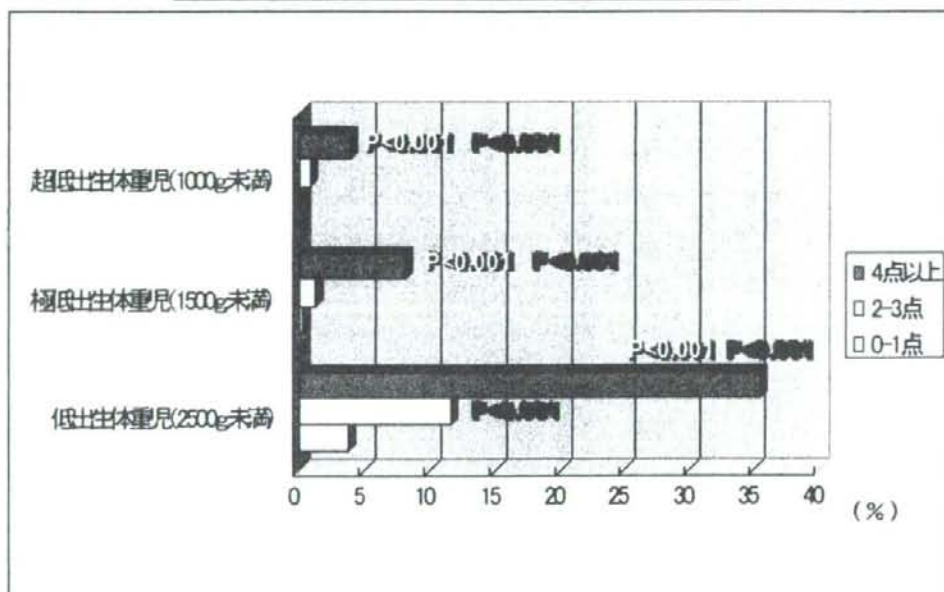
早産率（中期スコア）



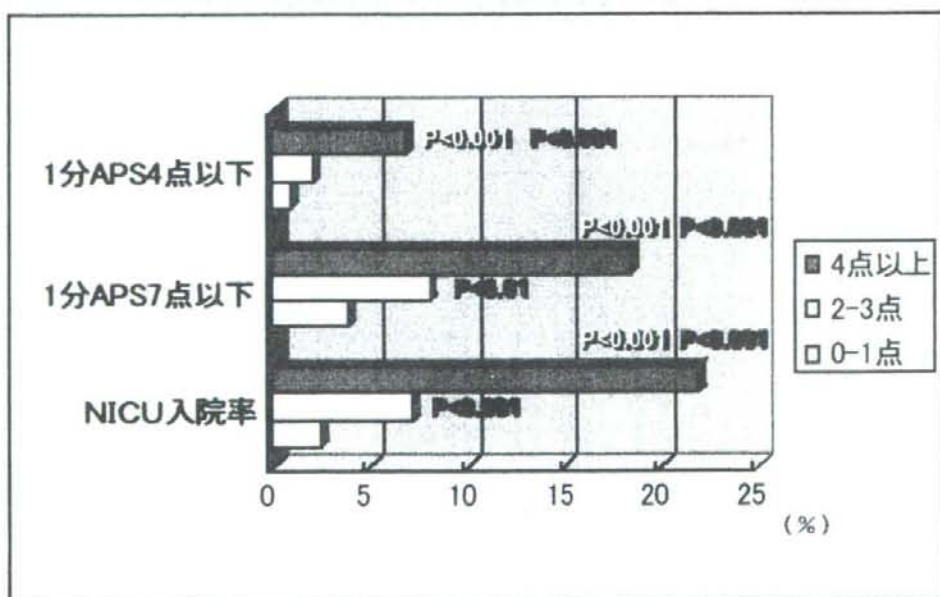
8



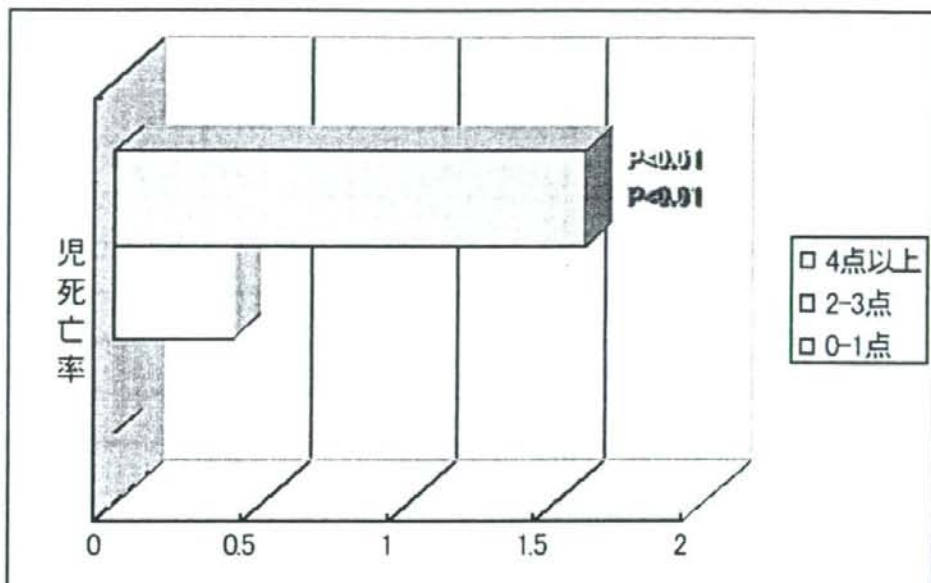
低出生体重児率（中期スコア）



仮死発生率とNICU入院率（中期スコア）



児死亡（死産-新生児死亡）（中期スコア）



中期妊娠リスクスコアの点数分布 （周産期センターと産科診療所の比較）

	周産期センター (2804例)	産科診療所 (2808例)
15点以上	0.3%	0.0%
10点以上	2.2%	0.7%
9点以上	4.0%	1.0%
8点以上	6.3%	1.7%
7点以上	9.7%	3.0%
6点以上	13.5%	4.7%
5点以上	19.2%	8.3%
4点以上	29.6%	13.4%

中期妊娠リスクスコアによる周産期予後判別 13

(周産期センターと産科診療所での比較)

周産期予後	周産期センター	産科診療所
吸引・鉗子・帝切率	p<0.001	p<0.001
帝王切開率	p<0.001	p<0.001
緊急帝王切開率	p<0.001	p<0.001
分娩時大量出血率	p<0.001	N.S.
輸血率	p<0.001	判定不能
早産率	p<0.001	p<0.001
低出生体重児率	p<0.001	p<0.001
新生児仮死率	p<0.001	p<0.01
NICU入院率	p<0.001	p<0.01
児死亡率	p<0.01	検定不能

中期妊娠リスクスコア7点以上の陽性的中率 14

帝王切開率	55.0% (43.5%)
正常分娩以外の率	58.3% (54.1%)
1L以上の分娩時出血	31.4% (4.7%)
輸血率	4.4 %
母体入院延長率	22.1 %
29週未満の早産率	5.2 %
早産率	36.5% (2.4%)
1000g未満の超低出生体重児率	7.4 %
1500g未満の極低出生体重児率	14.4 %
2500g未満の低出生体重児率	46.5% (16.5%)
アプガー4点以下の新生児仮死率	10.3 %
アプガー7点以下の新生児仮死率	26.9% (1.2%)
新生児入院管理率	31.0 %
(死産+新生児)死亡率	3.0 %

50%以上
 30-49%
 10-29% ()内は産科診療所

II. 分担研究報告書

妊婦健診体制の検証

「我が国におけるにおける新しい妊婦健診体制構築のための研究」
分担研究者報告書

わが国の産科医療の現状 トレンドの分析

分担研究者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授

研究要旨

- 1) 統計資料および関係学会の調査資料を用いて、わが国の産科医療体制の現状とそのトレンドを分析し、以下の点が明らかとなった。
- 2) 分娩数の減少よりも急速に分娩施設の減少がおきており、結果的に施設当たり分娩数は増加し、分娩取扱における妊産婦側の「集約化」が進行している。
- 3) 新規産婦人科専攻医における女性の絶対数及び割合が著しく増加しており、それとともに男性の絶対数及び割合が低下している。
- 4) 新規専攻医は病院においてそのキャリアを開始することが多いので、新規専攻医の数や構成の変化の影響はまず病院で「分娩取扱からの撤退」という形で顕在化している。
- 5) 分娩取扱における病院の役割の地盤低下の中で相対的に診療所の重要性が高まっている。
- 6) 産婦人科医において、病院から診療所へ勤務場所を移す傾向が強まっており、病院の診療能力の脆弱化をさらに進行させている可能性がある。
- 7) 分娩施設の集約化に対応して医療資源を充実させていく際には、妊産婦側の「集約化」および医師の側の病院から診療所へという基本的トレンドを十分に考慮し、分娩施設における病院と診療所の利点を拡大し欠点を補うための、施策を検討する必要がある。

【研究目的】

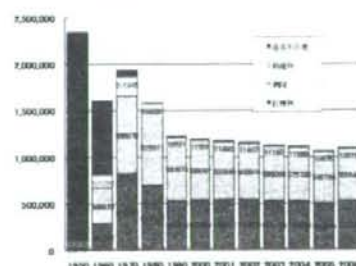
わが国の産科周産期医療体制は、分娩取扱機関の減少、産科医、新生児科、助産師の不足等の種々の要因で危機的状況にあり、これを安定した状態に導いていくことが強く求められている。しかし、出生数、出産する母体のリスクの変化等により、必要な医療資源の量は今後さらに変化することが予測され、将来にわたって安定的な医療提供体制をこの分野で確保するためには、産科・周産期の医療提供体制が全体としてどのような方向に向かっているか、その原因はなにか、という観点で現状を分析する必要がある。本研究では、諸統計情報から、わが国の産科・周産期医療の方向性を探り、今後のそれを、安定的なものとするために必要な方策について検討することを目的とした。

【研究方法】

1) 厚生労働省による医師歯科医師薬剤師調査、医療施設調査、人口動態統計等の統計資料、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会による産婦人科医および産婦人科医療機関の実態調査をもとに、わが国の産科医療提供体制の現状とその向かいつつある方向—トレンド—を検討した。

【研究結果】

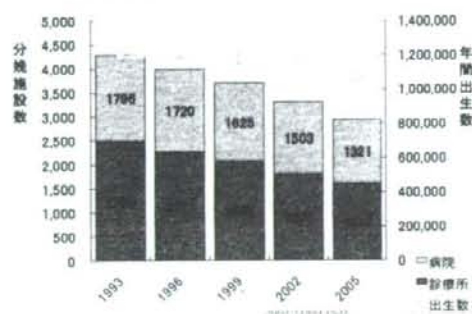
図1 出生場所別出生数の推移
(人口動態統計)



- 1) 分娩施設の動向：図1に示したように人口動態統計によると、わが国の分娩は、1970年代の第二次ベビーブーム以来、漸減する傾向にある。1980年代以降、分娩施設は診療所と病院がほぼ半数ずつを担当しており、1970年頃一時的に増加した助産所分娩は最近では全体のほぼ1%程度となっている。このような変化の背景には、1950年代までは標準的な分娩場所であった「自宅」が、社会構造および生活様式の変化、特に都市化と核家族化の流れの中

で、分娩場所として機能しなくなったこと、そして自宅分娩におけるケアの担い手であった「産婆—助産婦」の養成システムが大きく変化し、その養成数が著しく減少したことも関係している。分娩の担い手の主体が、助産婦から医師の側に移るきっかけとなったとも考えられる。

図2 分娩施設の減少
(厚労省医療施設調査)



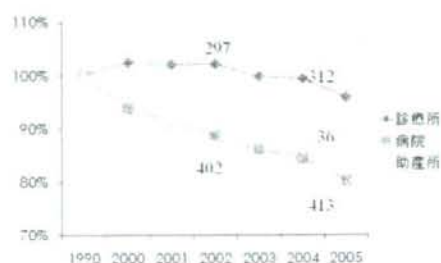
- 2) 最近の分娩施設：分娩取扱施設数は図2に示すように一貫して減少している。それは病院でも診療所でもほぼ同様だったが、2005年以降は、日本産婦人科医会の会員施設調査によると2008年の時点で病院1137施設、診療所1651施設となっており、病院の減少傾向には歯止めがかかっていないが、診療所に関しては、一時的現象の可能性もあるが下げ止まった感がある。この15年間で、病院が37%の減少、診療所が34%の減少となっている。

	1990年	2000年	2005年	2006年
病院での出生数	681,873	639,067	545,766	555,648
割合	55.8%	53.7%	51.4%	50.9%
出生数の変化率		-6.3%	-20.0%	-18.5%
診療所での出生数	525,744	537,980	503,579	523,539
割合	43.0%	45.2%	47.4%	47.9%
出生数の変化率		+2.3%	-4.2%	-0.4%

- 3) 施設別の出生割合の変化：表1に示したように、1990年以降2006年までに、病院での出生数は18.5%減少している。これに対して診療所の出生数は0.4%と微減にとどまっている。このため出生数全体に占める割合は、病院出生が55.8%から50.9%に減少しているのに対し、診療所は43.0%から47.9%に増加してきている。医療機関における出生の割合は全く変化せず、その中で病院の割合の減少分

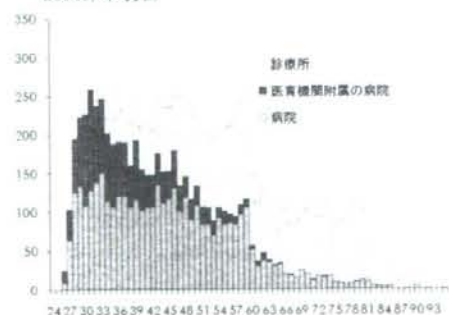
を診療所が補うという形になっている。わが国の分娩における診療所分娩の重要性が高まっていると考えられる。

図3 分娩施設別 出生数の変化



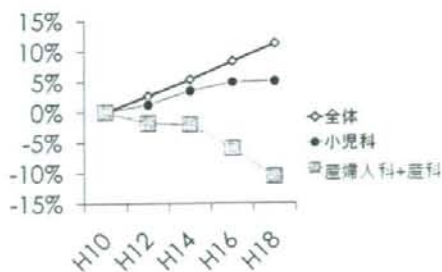
- 4) 施設当たりの出生数の変化：1990年から2005年までの各分娩施設類型における出生数の変化と1施設あたりの出生数の変化を、医療施設調査と人口動態統計から計算して図3に示した。出生数はどの分娩施設類型でも減少しているが病院において著しい。1施設当たり出生数は2002年から2005年の3年間において、診療所で5.1%、病院で2.7%増加していた。

図4 勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布
2006年末現在



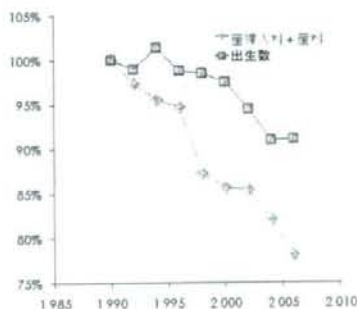
- 5) 産婦人科医の勤務施設：図4に医師歯科医師薬剤師調査による2006年の時点での産婦人科医の年齢ごとの勤務施設を示した。30歳から60歳までの年齢ごとの産婦人科医の絶対数が大きな変化は認められないこと、若年層は病院または大学病院で勤務し、大学病院の医師が減少するとともに診療所勤務医が増加すること、高年齢層では診療所勤務医が圧倒的に多いこと等、この分布は医師全体の分布と大きな違いはない。明らかなのは医師には年齢によりその勤務先を変化させる傾向があり、大学病院→一般病院→診療所という方向で異動することである。

図5 医師数の変化



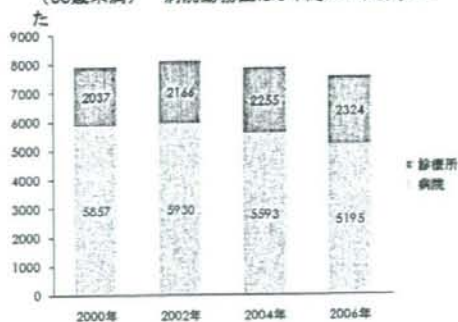
- 6) 産婦人科医の減少: 図5に医師歯科医師薬剤師調査にもとづく近年の医師数の動向を示した。全体としての医師数は一貫して増加している。これは現在死亡ないし引退しつつある年代における医師養成数が現時点における新規養成数よりも少ないことによるものである。診療科別にみると、小児科において微増が認められるのに対し産婦人科では明らかな減少がおきていることがわかる。

図6 1990年以降のわが国の出生数と産婦人科医数の推移



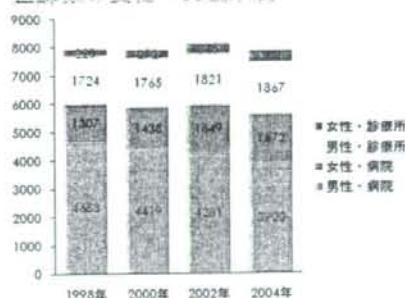
- 7) 産婦人科医の減少と出生数の減少の関係: 図6に1990年以降のわが国の出生数の変化と産婦人科医数の変化をしめした。明らかなように、出生数の減少よりも急速に産婦人科医の減少が進行している。

図7 施設別 産婦人科+産科 医師数の変化 (60歳未満) 病院勤務医は6年間に11%減少し



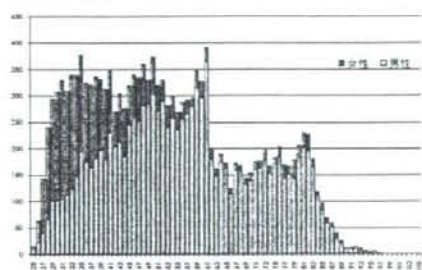
- 8) 60歳未満の産婦人科医の勤務場所の変化: 図7に最近の60歳未満の産婦人科医数の勤務場所別の変化を示した。60歳未満では年齢層による医師数には大きな差はないため、2000年以降大きな変動は認められず6年間で5%の減少にとどまっている。しかし、その間病院勤務産婦人科医は11%減少し、診療所勤務医は14%増加している。

図8 施設別 性別 産婦人科+産科 医師数の変化 (60歳未満)



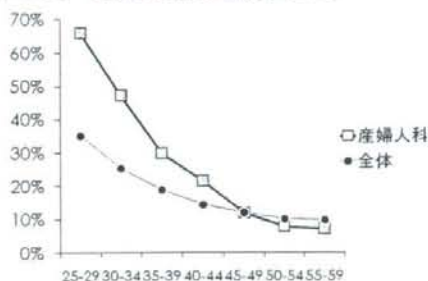
- 9) 男女別の60歳未満の産婦人科の勤務場所の変化: 図8に図7に医師の性別を加味したものを示した。年次が若干ずれているが、1998年と2004年の比較において、60歳未満の産婦人科勤務医は、全体で1.1%の減少していた。性別と勤務施設によって4群に分けた場合、男性病院勤務医は16.3%の減少、女性病院勤務医は27.9%の増加、男性診療所勤務医は8.3%の増加、女性診療所勤務医は76.4%増加していた。短期間のうちに医療現場における産婦人科医の構成と働く場所に大きな変化が起きているのが明らかである。

図9 日本産科婦人科学会
会員数 2008年



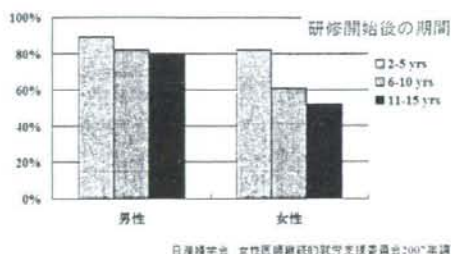
10) 産婦人科学会員における性別構成：図9に日本産科婦人科学会（以下日産婦）の会員における年齢別、性別の会員数分布を示した。基本的に産婦人科診療に従事している医師の圧倒的大多数が日産婦の会員であると考えてよい。産婦人科医以外には基礎研究者が少数学会に加わっている。40歳代から明らかに女性の増加、男性の減少が認められている。

図10 産婦人科の年代別女性比率
平均年齢：産婦人科医師の年齢別調査による



11) 産婦人科医の年代別女性率：図10に年齢層別の学会員における女性占める割合をしめした。日産婦の会員は現状で40歳代の半ばから若い年代で、年をおって女性の割合が増加している。50歳代では女性の割合は10%前後であるのに対し30歳代では50%、20歳代では70%に達している。近年における女性の増加は、医師全体における女性の割合の増加を大きく上回るものであり、産婦人科という領域に特異な現象である。

図11 わが国の産婦人科医における研修開始後の期間と分娩取扱施設に勤務している割合の変化



12) 産婦人科医の分娩取扱施設への勤務状況：図11に日産婦 女性医師の継続的就労支援委員会が実施した、研修開始後15年以内の若手産婦人科医（全体の60%程度をしめる）を対象とした、勤務施設調査の結果を示す。男性においては研修開始後15年間で80%以上の医師が分娩取扱施設に勤務していた。これに対して女性医師は、経過とともに分娩施設勤務の割合が減少し、11-15年では50%近くまで低下することが明らかとなった。産婦人科の医療現場の状況が女性医師のライフステージにおける妊娠・出産・育児という基本的な生活パターンの変化に対応できない状況の存在が浮かび上がっている。

表2 小規模分散の実態
分娩取扱施設における勤務医師数
2005年日産婦学会調査

施設 数	分娩 取扱	勤務医師数						
		1	2	3	4	5-9	10-	
病院	1273	52%	187	29%	285	159	235	93
			15%	23%				
診療所	1783	47%	1214	45%			99	
合計	3056	99%	1401	75%			871	29%
			46%	25%				

13) 分娩取扱施設における産婦人科勤務医師数：表2に2005年に日産婦が実施した分娩取扱施設あたりの産婦人科医師数の調査結果を示した。分娩施設全体の46%が一人産婦人科医、71%が1-2人、という実態が示されている。

【考察】

1) 分娩施設の現状：1990年代以降、分娩場所の主体である病院・診療所はいずれも減少してきたが、最近では、診療所よりも病院の減少が著しい。出生数については病院において

は明らかな減少傾向が認められるが、診療所においては微減にとどまっている。分娩施設の減少速度は出生数全体の減少速度より速い。このため1施設あたりの出生数は病院でも診療所でも増加している。その増加の程度は、診療所において著しい。分娩施設の著しい減少が続く中で、全体としてわが国の分娩体制における診療所の重要性が高まっていると考えられる。分娩取扱から撤退する動きは、病院においては主としてそれを担当する病院勤務産婦人科医の不足および減少によっておきており、診療所においては主として高齢化と世代交代の困難、医療訴訟等紛争リスクの増大が関係していることが考えられる。

- 2) **産婦人科医の現状**：産婦人科医は一貫した減少傾向を示している。その中で男性医師の減少とそれを補う形での女性医師の増加がみとめられている。勤務場所については病院医師数の減少が著しく、診療所医師は60歳未満においても明らかに増加している。女性医師の増加は、新規専攻者における女性の割合の増加の必然的な結果と考えられる。これに対して診療所医師の増加は、病院→診療所というこれまでも存在していた医師の勤務場所の年齢に応じた異動に、若年化の傾向が認められることを意味している。これは、どの診療分野でも認められている病院の現場における勤務条件の過酷化、病院産婦人科勤務医に特徴的な他の診療科として明らかに過剰な当直回数及び拘束時間、分娩取扱リスクの増大が関係していると考えざるを得ない。そして、病院の現場を支える20-30歳代の産婦人科医における女性医師の割合の急速な増加も、病院からの撤退、勤務場所を病院から診療所へ移すのを躊躇しない医師の増加につながっていると考えられる。また、診療所勤務医は増加しているのに分娩取扱の診療所数には増加傾向は認められないことから、診療所勤務医の分娩非取扱傾向、あるいは診療所に2人目、3人目として雇用される医師の増加が起きていると考えられる。
- 3) **女性医師の増加の影響**：女性医師の増加の原因としては、まず患者側からの要望の増大、次に女性医師自体の増加、外科系志望の女性医学生・研修医において、産婦人科が相対的に選ばれる傾向にあること等が考えられる。男性医師の減少の原因は、はっきりしない点

が多いが、産婦人科患者の若い男性産婦人科医・研修医・医学生の立ち会いを忌避する傾向、女性産婦人科医の増加による男性産婦人科医の少数派意識の形成、女性医師の継続的就労が困難な現状における男性医師へのしわ寄せへの懸念等が考えられる。女性医師の増加は、出産・育児世代における他の職業でも同様にみとめられるM字カーブ現象を引き起こしつつある。図4に示したように、大学病院も含め病院の診療現場は20-30歳代の若手医師によって支えられている。その現場で、女性医師が多数派を占めるようになっており、そこでM字カーブ現象が起きているのである。病院の診療能力が脆弱化して、分娩取扱からの撤退が続いている背景にこのような産婦人科医の構成の変化が関係している可能性が高いと考えられる。

4) 産科医療体制のトレンド：

- a) 分娩数の減少よりも急速に分娩施設の減少がおきており、結果的に施設当たり分娩数は増加し、分娩取扱における妊産婦の側の「集約化」が進行している。
- b) 新規産婦人科専攻医における女性の絶対数及び割合が著しく増加しており、それとともに男性の絶対数及び割合が低下している。
- c) 新規専攻医は病院においてそのキャリアを開始することが多いので、新規専攻医の数や構成の変化の影響はまず病院で「分娩取扱からの撤退」という形で顕在化している。
- d) 分娩取扱における病院の役割の地盤低下の中で相対的に診療所の重要性が高まっている。
- e) 産婦人科医において、病院から診療所へ勤務場所を移す傾向が強まっており、病院の診療能力の脆弱化をさらに進行させている可能性がある。
- f) 分娩施設の集約化に対応して医療資源を充実させていく際には、妊産婦側の「集約化」および医師の側の病院から診療所へという基本的トレンドを十分に考慮し、分娩施設における病院と診療所の利点を拡大し欠点を補うための、施策を検討する必要がある。

【結論】

産科医療提供体制における再建策を検討する際には、現場の当事者が受入可能でなければ実現は不可能なので、現場の実態とその向かっていく方向性を前提として、現実的な施策を立案する必要がある。

【研究成果の発表】

なし

未受診妊婦の現状と問題点

研究分担者：中井章人 日本医科大学多摩永山病院
女性診療科・産科

教授

林 昌子 同

医員・助教

研究要旨

妊婦および新生児の健康を管理する上で、妊婦健康診査（妊婦健診）は重要な役割を果たしている。しかしながら、近年この妊婦健診を受診することなく分娩に至るケース（未受診妊婦）が散見され、社会的に問題となった。そこで、対象施設における未受診症例について後方視的に検討した。

その結果、未受診妊婦の背景には経済的理由、妊娠前教育の不足、妊娠・出産に対する意識不足が考えられた。また未受診分娩は週数不明、合併症不明を初めとする様々な高いリスクをはらみ、その結果が高い児の周産期死亡率として現れていた。さらに出産費用不払いの問題、行政の連携の問題も明らかとなった。

A. 目的及び背景

妊婦健康診査は妊娠中の母児の健康管理を行なうもので、本邦におけるその高い普及率は先進諸外国に類をみない。妊娠初期より15回程度行なわれるこの健康診査は、本邦の周産期予後の改善に重要な役割を果たしている。この妊婦健康診査を十分に受けることなく分娩に至る、「飛び込み出産」、すなわち妊婦健康診査未受診妊婦は全分娩の0.2%から0.5%にのぼると推察され、本邦の年間分娩数から類推すると年間二千人から五千人もが未受診妊婦となる。これら妊婦健康診査未受診妊婦は経験的にハイリスクと認識されてきたが、具体的なリスクや問題点に関しては、これまで各施設における散発的な調査に留まっていた。そこで今回、未受診妊婦の現状を調査し、その問題点について検討した。

B. 対象・方法

対象は、研究協力施設でまとめた1997年から2008年の期間に経験した、いずれの医療機関においても妊婦健診をほとんど受診することなく分娩に至った妊婦健康診査未受診の症例で、症例数は209、双胎一件を含むため、児の人数は210であった（表1）。これらの症例に対して、その社会的背景、分娩時状況、母児の周産期予後などについて診療録よりretrospectiveに検討した。尚、症例データの収集にあたり、個人が特定されるような情報は全て除外し、プライバシーが侵害される事がないよう配慮した。

研究協力施設および協力者

- ・独協医科大学 産婦人科 渡辺 博
- ・山口県立総合医療センター
総合周産期母子医療センター 佐世 正勝
- ・国立国際医療センター産婦人科 水主川 純
- ・岩手医科大学産婦人科 福島 明宗
- ・前田産科婦人科医院 前田 津紀夫
(順不同、敬称略)

C. 研究結果

分娩時年齢は15歳から45歳であり、15歳から24歳の低年齢層に比較的多く認められた（表2）。国内の母体年齢階層別分布と比較すると、15歳から24歳の低年齢層に、未受診分娩が多く認められた（図1）。分娩歴では初産婦が38%、経産婦は1経産から9経産までの62%であった（表3）。国内統計と比較すると、未受診妊婦では、第3子以上の多産婦の割合が高かった（表4）。婚姻状況では、既婚者26%、未婚または離婚後が38%であり（未調査34%）、未婚・離婚例の数が既婚例を上回っていた（表5）。職業をみると、無職の例が最も多く37%で、主婦35%、パート・アルバイト9%がこれに続いていた（表6）。国籍については、95%が日本国籍の妊婦であった（表7）。未受診の主な理由としては、経済的理由を挙げる例が最も多く、気づかなかったという例や、家庭の事情によるものがこれに続いた（表8）。合併症を持つ妊婦は多く、妊娠高血圧症候群は7.6%、妊娠糖尿病は4.3%、既往帝王

切開は7.7%、前置胎盤は2.9%、常位胎盤早期剥離1.9%であった。肺水腫についてはPIHの増悪した症例で認められ、2例・1.9%が合併していた。その他にも、産褥心筋症、骨盤位、喘息、高血圧、感染症などの合併症があった(表9)。

未受診妊婦のうち、26例(12%)は自宅や車中、公園などの施設外で分娩していた(表10)。中には陣痛が発来しても受診せず、周囲が気付き通報したり、全身状態が悪化して初めて病院を訪れた症例もあった。こうした症例の帝王切開率は22%で、通常の帝王切開率に留まった(表11)。幸い、妊産婦死亡は調査症例に認められなかった(表12)。

新生児は、未受診妊婦では低出生体重児の割合が明らかに高値であった。2500g未満の低出生体重児は33%、1500g未満の極低出生体重児は9.7%、超低出生体重児は3.7%であった。H18年の国内分娩の統計と比較すると、2500g未満の低出生体重児は3.7倍、1500g未満の極低出生体重児は22倍、超低出生体重児は12倍であった(表13)。児の転帰としては、子宮内胎児死亡5例、新生児死亡が早期3例後期1例であった。死産率は出産1000対23.8で、国内分娩の11.9と比較し2倍。周産期死亡率は38.1で、同様に国内の4.5と比較し8.5倍であった(表14)。施設によって差はあるものの、全体で14%の児は出生後、親に引き取り育てる意思が無い為に、乳児院で保護されることとなっていた(表15)。中には病院で出産したものの、児を院内に残したまま自主退院して、その後連絡困難となった妊婦もいた。また、未受診妊婦の中には、複数の児を乳児院へ入所させている者や、入院助産制度を利用し、本人の負担金はなく分娩し、出生児を乳児院保護とし、今まで通りの生活へ戻る者も存在する。

分娩費用の支払いを終了していない患者の割合は、23.8%～52%であった(表16)。全体では43%もの妊婦に未払い金があり、全額未収やごく一部だけの支払いで連絡先不明となるケースが目立つ。例えば妊娠高血圧症候群に重篤な肺水腫を併発し、1週間以上にわたる集中治療室での管理を要したケースでは、未収金は100万円にのぼった。

保険についても、いずれかの健康保険に加入しているのは、126例(60%)に留まり、生活保護の妊婦は15例(7%)、未保険の妊婦は48例(23%)に上った(表17)。

D. 考察

D-1 未受診の背景

未受診の背景は、複雑で多岐にわたっているため、一概に原因を見いだすのは困難であるが、今回の研究結果から、その傾向をまとめると以下に示すような要因が考えられた。

1) 経済的理由

未受診の理由として最も多く挙げられたのは経済的理由で、健診料の支払いが負担となる状況が推測された。健康保険の保険金を払えないほど経済的に窮地にある妊婦は、医療機関を受診することにより、支払いの催促が厳しくなる事を恐れ、結果として未受診分娩という事態に陥る例もある。

2) 妊娠前教育の不足

分娩時年齢は若年傾向を示し、さらに、未受診の理由として妊娠に気付かない、妊娠そのものに対する不安感といった妊娠前教育の不足も考えられた。また未入籍、無職が多く、社会的に孤立をしやすい環境がうかがえ、思春期からの母子保健対策のさらなる整備が必要と考えられた。

3) 妊娠・出産に対する意識不足

35歳以上のいわゆる高齢妊婦は全て経産婦で、ある程度妊娠・出産に関する知識があると考えられ、妊婦健診の軽視や、出産に対する緊張感の不足が推察される。また未受診を反復するいわゆるリピーターも少なくない。

D-2 未受診による医療機関および社会の負担

分娩を取り扱う者側から未受診分娩をみると、未受診分娩は以下のような問題を伴い、大きな負担となっている。

1) 妊娠週数の判定が困難

妊娠を診断するうえで、妊娠週数を決定することは極めて重要である。妊娠初期(8週～12週)における健診で、予定日を確定しておくことは、後の検査、診断に大きな意味を持つ。しかし、未受診妊婦ではこの妊娠週数が確定していない。仮に超音波検査により推定体重が測定できたとしても、母体偶発合併症(糖尿病、高血圧など)や産科合併症により児発育に異常がある場合、予期せぬ未熟性に遭遇する。実際、低出生体重児の割合は一般と比較して明らかに高かった。

2) 若年妊娠

前述の如く、未受診の妊婦では若年者の割合が高い。若年妊産婦の社会的問題のひとつにいわゆるシングルマザーの増加がある。人口動態調査に

よれば全出生児のうち、非嫡出子の頻度は約2%であるのに対し、10代の妊産婦では増加傾向にあり、20%を越える。若年での出産、育児をパートナー不在で実施していかなければならないとすれば、経済不安や、健康不安、養育不安が複合的に介在し、社会的孤立により児童虐待などの発生リスクが高くなることが推測される。したがって、若年妊産婦に対する社会的支援の充実は重要な課題である。

3) 合併症発見の遅延

合併症を持つ妊婦は多く、幸い、妊産婦死亡は症例中に含まれなかったものの、妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、肺水腫、心筋症など重症化すれば命に関わる合併症も多く含まれた。また、感染症検査等血液検査が未実施の状態で来院するため、初期のTORCH症候群はじめ、肝炎キャリア、GBS感染症など、児へのリスクを数え上げれば切りがない。同時に感染症未実施は、医療従事者に対しても大きなリスクになる。また、同様に血液型不適合妊娠や糖尿病といったリスクが評価されていないため、母児に重篤な合併症をもたらす可能性も否定できない。

4) 新生児に対するリスク増大

児の未熟性や合併症のため、出生直後から入院管理を要することは少なくない。実際に全身管理の甲斐なく、児死亡に至るケースもあり、一般と比較して非常に高い周産期死亡率を呈している。また、育児放棄も深刻な問題である。全体の14%が育児放棄により乳児院に引き取られている。こうしたケースの増加は乳児院の施設不足を加速させ、社会問題になると同時に、新生児本人が負う心の傷は計り知れない。

5) 分娩取り扱い施設の制限

上記のリスクを考慮すると、こうした未受診妊婦を取り扱う施設もおおのずと限定される。とくに出生児の未熟性に関しては、新生児医師の常在する施設での分娩が望ましく、一次施設では対応不能になる。このため、未受診妊婦の増加は、高次施設の業務を圧迫し、産婦人科・小児科勤務医師の過重労働に拍車をかけることになる。

6) 訴訟リスクの増大

今回の調査では幸いにして妊婦の死亡例は無かったものの、児の周産期死亡率は8.5倍と高くなっている。妊婦の死亡や児の死亡により、残された遺族からの訴訟のリスクは増大すると考えられ、医療機関、特に医師としては上に述べた未受診に

よる医療的リスクの上に、訴訟リスクまでを懸念するため、その心理的負担は非常に大きくなる。

7) 出産費用不払いに対する懸念

背景として示した通り、経済的理由による未受診の場合、分娩費用の不払いが発生することは容易に想像できる。しかしながらこれらの不払いは、必ずしも経済的問題に起因していない。若年妊産婦の場合、経済的事情を未受診の理由にあげていても、両親など親族が分娩費用の支払いを済ませる。一方で、比較的高齢で出産経験のある妊産婦で確信犯的な未受診者に不払いが目立ちモラルの低下が窺われる。

出産一時金制度も存在するが、そもそも出産一時金38万円は保険未加入の妊婦には適応されない。保険に加入していたとしても、保険料の滞納がある場合、出産一時金が差し押さえられて、医療費支払いにまで対応できない結果となる。出産一時金の医療機関への委任払いが近年制度化されたが、基本的に出産前に手続きを完了していないと利用できず、未受診妊婦に役立つ事はほとんど無い。その後の出産一時金受取の手続きは本人に任せられているため、本人に支払い意思が無ければ38万円がそのまま手元に残る事態も起こり得る。

生活保護を受給している人は出産に際して、入院助産制度を利用できる。また、生活保護世帯以外でも、一定の条件に合えば同制度が利用できる。しかしながら、医療機関が分娩費用として受け取る金額は、その分娩のリスクを考慮すると、現在の一般的な分娩取扱料と比較して決して十分な診療報酬とは言えない。

8) 行政の連携の問題

わが国では、ひとり親家庭医療費助成制度、乳幼児医療費助成制度、生活保護、児童扶養手当制度、母子福祉資金貸付制度などの妊娠、出産、子育て支援制度がある。例えば、母子家庭や未婚の場合は婦人相談所へ相談し、生活保護の申請は福祉事務所に相談、乳児院保護の手続きは児童相談所である。しかしながらそれぞれの窓口が統合的に運用されていないため、医療機関においては、複数の窓口での手続きを、分娩後数日間で行うことになる。実際はソーシャルワーカーが中心的存在となり、それぞれの窓口でこれらの手続きを行うことになるが、そもそも妊婦の自覚が乏しい上、限られた時間で進めるのはかなりの労を要する。未受診分娩をあまり経験していない医療機関では、困惑することも多いのではないかと考えられる。

E. 結論（来年度の課題）

未受診に至る背景に、近年話題となることが多い、経済格差、地域格差などいわゆる格差社会の問題が見受けられた。一方で、妊娠に気づいていたが放置したなどという妊婦に、反復し未受診状態で出産を迎える場合が多く、いわゆる確信犯が存在する。こうした妊産婦へは、いかなる啓発活動や対応も効果が薄く、今後の課題となろう。

医師法第19条には、診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならないとある。しかしながら医療機関側としては未受診妊婦というハイリスクの分娩を取り扱うにも関わらず、その費用を回収できず、さらに自覚の乏しい妊婦の為に、限られた時間で煩雑な手続きを行うことになる。その医療機関としての負担と損失は大きい。このことが、受け入れたいものの、すでに厳しい満床状況での、無理な受け入れを断念する、いわゆる「未受診妊婦たらい回し」と呼ばれる現状につながっていると推定され、今後の産科医療に関する課題の一つである。

今回の結果を受け、来年度以後、新たな妊婦健康診査の在り方について具体的な検討を行う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表（斜体は参考論文）

- 1) 林 昌子, 三宅秀彦, 中井章人ほか. 当科における妊産婦健康審査未受診症例の検討. 日産婦東京会誌. 55:158-161, 2006
- 2) 奥田直貴, 中井章人. 若年妊娠のリスクとメリット. ペリネイタルケア. 27: 669-672. 2008.
- 3) 水主川純, 箕浦茂樹. 婦人保護施設と周産期医療. 周産期医学 38: 613-6. 2008
- 4) 厚生労働省ホームページ 統計調査結果 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

H. 知的財産権の出願・登録状況

予定なし

表1 対象

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療センター	合計
対象期間	1997-2007	2006.1-2007.12	1997-2007	2007/01-2008/08	
分娩前受診回数	3回以下	1回以下 初診後1週間以内 に分娩		3回以下	
症例数(n)	42	34	110	23	209
児の人数(n)	42	34	111	23	210

表2 分娩時年齢

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計
平均年齢	34.5	28.4	29.3	26.7	29.9
-14歳(n)	0	0	0	0	0
15-19	8	4	11	2	25
20-24	9	5	30	7	51
25-29	7	13	15	8	43
30-34	12	4	23	3	42
35-39	4	7	21	3	35
40-44	2	1	9	0	12
45-49	0	0	1	0	1
50-	0	0	0	0	0

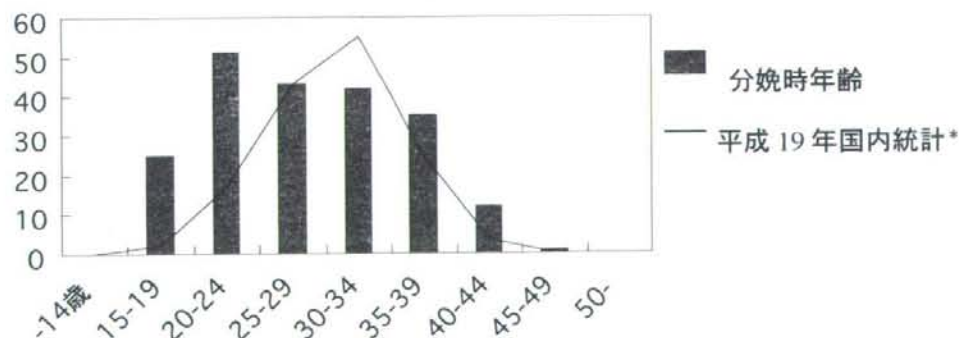


図1 分娩時年齢比較

表3 分娩歴

	日本医大	山口県	独協	国際医療 センター	合計(%)
0 経産	15	18	37	10	80(38)
1	12	6	23	5	46(22)
2	5	4	18	1	28(13)
3	4	3	20	2	29(13)
4	3	2	6	1	12(5)
5	0	0	3	2	5(2)
6	3	1	2	2	8(4)
7	0	0	0	0	0(0)
8	0	0	0	0	0(0)
9	0	0	1	0	1(0.5)

表4 経産数比較

	対象症例(%)	H19年 国内統計(%)*
第1子	38	47
第2子	22	37
第3子以上	40	15

表5 婚姻状況

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計(%)
既婚	15	14	22	4	55(26)
未婚・離婚	27	20	15	19	81(38)
未調査		0	73		73(34)

表6 職業

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計(%)
無職	12	0	0	12	24(37)
主婦	20	0	0	3	23(35)
パート・アルバイト	2	0	0	4	6(9)
会社員	3	0	0	1	4(6)
学生	3	0	0	0	3(5)
自営業	2	0	0	0	2(3)
公務員	0	0	0	0	0(0)
その他	0	0	0	3	3(5)
未調査	0	34	110	0	144(—)

表7 国籍

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計 (%)
日本	42	34	102	22	199 (95)
その他	0	0	8	1(フィリピン)	9 (5)

表8 未受診の理由

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計(%)
経済的理由	12	14	0	17	43 (20)
気づかず	8	10	2	0	20 (9)
家庭の事情	6	4	1	0	12 (5)
気づいていたが放置	6	3	0	1	10 (5)
不安	3	1	0	1	5 (2)
その他	0	2	0	4	7 (3)
未調査	7	0	107	0	114 (54)

表9 合併症

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計 (%)
妊娠高血圧症候群	4	4	8	0	16 (7.6)
妊娠糖尿病	2	1	6	1	10 (4.8)
精神疾患	1	3	1	4	9 (4.3)
既往帝王切開	1	3	未調査	3	7 (7.0*)
前置胎盤	0	0	6	0	6 (2.9)
常位胎盤早期剥離	2	0	2	0	4 (1.9)
肺水腫	1	1	未調査	0	2 (1.0*)
その他**	6	4		8	18 (8.6)

*未調査例を除いた割合

**その他：産褥心筋症、骨盤位、喘息、IUGR、高血圧、HBV、HCV、淋菌・クラミジア・尖圭コンジローム、自殺未遂の既往、弱視、骨盤骨折後、など

表10 分娩場所

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計
施設内	34	28	100	21	183 (88)
施設外(自宅・車内等)	8	6	10	2	26 (12)

表 1 1 分娩様式

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計
経産分娩	32	26	81	20	159 (76)
吸引分娩	3	0	1	0	4 (2)
鉗子分娩	0	0	1	0	1 (0.5)
帝王切開分娩	7	8	27	3	45 (22)

表 1 2 妊産婦死亡

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計
妊産婦死亡	0	0	0	0	0

表 1 3 出生児体重

	日本医大	山口県	独協医 大	国際医療 センター	合計	H18 年国内統計* (参考)
平均 (g)	2541	2807	2461	3020		
低出生体重児 (%)	13 (32)	7 (21)	45 (41)	3 (13)	68 (33)	(8.80)
極低出生体重児 (%)	4 (10)	1 (3)	15 (14)	0 (0)	20 (9.7)	(0.44)
超低出生体重児 (%)	3 (7.5)	0 (0)	5 (4.6)	0 (0)	8 (3.9)	(0.31)

表 1 4 児の転帰

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計	H19 年国内統計* (参考)
子宮内胎児死亡数	2	1	2	0	5	
早期新生児死亡数	1	0	2	0	3	
後期新生児死亡数	1	0	0	0	1	
					0	
死産率	47.6	58.8	18.0	0	23.8	11.9
周産期死亡率	71.4	58.8	36.0	0	38.1	4.5

表 1 5 児のその後

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計 (%)
自宅へ	34	32	90	13	169 (80)
乳児院へ	4	2	15	10	31 (14)
死亡	4	1	6	0	11 (5)
その他	0	0	0	0	0 (0)

表16 費用の支払い状況

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計
支払済(n)	32	20	56	11	120
支払い未(n)	10	14	54	12	90
未払い患者割合(%)	23.8	41.1	49.1	52.2	43.1
未収金額合計(万円)	330	不明	1972	314	2616

表17 加入保険

	日本医大	山口県	独協医大	国際医療 センター	合計(%)
国民健康保険	24	18	22	12	76 (36)
全国健康保険協会 管掌健康保険	3	5	14	0	22 (10)
組管管掌健康保険 (組合健保)	5	4	12	1	22 (10)
国民健康保険組合	4	0	0	0	4 (2)
共済組合	2	0	0	0	2 (1)
船員保険	0	0	0	0	0 (0)
生活保護	3	0	9	3	15 (7)
未保険	1	7	32	8	48 (23)
不明	0	0	20	0	20 (10)

婦人保護施設と周産期医療

水主川 純 箕浦 茂樹

周産期医学 第38巻 第5号 別刷

(2008年5月)

東京医学社

〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-4
電話 03(3811)4119(代表)
