

【特別講演】

妊娠中毒症の疫学
Epidemiology of Preeclampsia聖マリアンナ医科大学予防医学教室
濱島ちさと・吉田勝美Department of Preventive Medicine, St. Marianna University School of Medicine
Chisato Hamashima, Katsumi Yoshida

1. はじめに

近年の出生率は低下¹⁾に伴い、高齢化も一層加速している。また女性の社会進出に伴い、出産年齢は上昇し高齢出産も増加しつつある。こうした社会情勢を踏まえて、今後の社会情勢を見据えた上で妊娠合併症への対策が必要である。なかでも妊娠中毒症は日常的に経験され、妊産婦や新生児の死亡原因にもなりうる重要な疾患である。死亡にいたらずまでも、妊娠中毒症は妊婦に対しては常位胎盤早期剥離、急性腎不全、脳出血やDICなどのリスクを高めると共に、児には早産や低出生体重を招く可能性がある。

しかし妊娠中毒症の成因については未だ説明されておらず、時代と共にその定義も変遷してきている。現在、わが国では1985年に日本産婦人科学会妊娠中毒症問題委員会より提示され定義が一般に用いられている。さらに1992年には同学会から妊娠中毒症の病型分類が発表され、1997年には改訂が加えられた。妊娠中毒症の定義は諸外国でも異なり、American College of Obstetrics and GynecologistsやInternational Society of the Study of Hypertension in Pregnancyを始めとして様々な定義や病型分類が公表されている。これらは妊娠中毒症の病態の基本を高血圧をとしている点では共通している。

妊娠中毒症の定義が変化してきたことは、疫学にも大きな影響を与えている。定義や病型の定まらない疾患については患者数や死亡数を捉えることは基本的には困難である。実際、妊娠中毒症の記述疫学的研究は少なく、妊産婦死亡率・周産期死亡率のような間接的

指標をもってしかとらえられることが多い。今回は官庁統計を始めとして種々の統計資料をもとに、妊娠合併症とくに妊娠中毒症の疫学について解説する。

2. 妊産婦死亡率と周産期死亡率

妊娠合併症の及ぼす最大の損失は妊婦や児の死亡であり、その指標となるのが妊産婦死亡率と周産期死亡率である。

妊産婦死亡率（出生10万対）は1910年（明治43年）には363.6という極めて高い数値であったが、一貫して減少した²⁾。1947年（昭和22年）は167.5となり引き続き減少を続け、1995年には6.9にまで減少している（図1）。しかしわが国における母子保健指標の中では先進諸国と比較すると²⁾、今後なお改善の余地を残している。妊産婦死亡の原因としては、子宮外妊娠、妊娠中毒症、分娩前後の出血などがあげられるが、1995年においても妊娠中毒症は妊産婦死亡原因の21.1%を占めている。

一方、周産期死亡率は母体の健康状態を強く反映するものとして、1950年以降WHOにより提唱された。1995年の周産期死亡率は7.0であり、早期新生児死亡、妊娠22週以後の死亡も年々減少している¹⁾（図2）。周産期死亡率は戦後一貫して改善されており、諸外国と比べても低率となっている²⁾。

周産期死亡の原因としては、児側病態で見ると、周産期に発生した病態が82.9%、先天性奇形・変形及び染色体異常が15.4%となっている。一方、母側病態で見ると、妊娠合併症が15.7%、分娩合併症が29%となっており、妊娠合併症の影響は大きい。

3. 妊娠中毒症の患者数

妊娠中毒症の定義が変化しているため、厳密に罹患率を捉えるのは困難だが、患者調査から概況を捉えることはできる。1993年の患者調査³⁾では、妊娠中毒症の罹患数は59,000、有病数13,600、入院回数は60,000回と推計される。患者調査及び人口動態統計からの推計では、出生と妊娠20週以降の死産の和1000件に対して49であり、成書とはほぼ一致する数値がえられた⁴⁾。一方、1983年の同調査では妊娠中毒症の罹患数は118,000であり、出生と妊娠20週以降の死産の和1000件に対して77であった。定義や診断精度の変化はあるが、妊娠中毒症の罹患率の減少が推測さ

れた。

罹患率の減少には、2つの要因が考えられる。第1は医療側の要因である。産婦人科学会で妊娠中毒症が定義されたことにより診断基準が明確になり、診断精度が向上したと考えられる。さらに出産年齢にある女性の基礎疾患が各種の健康診断などで早期発見され、妊娠以前から疾患管理が行われ、また妊娠中の疾病管理も適切行われるようになった。第2は社会的要因である。女性の教育の向上は妊娠中の健康管理の普及に影響を及ぼしていると考えられる。また女性労働条件もそのものも改善していることも重要である。

図1. 妊産婦死亡率の推移

(人口動態統計, 1995)

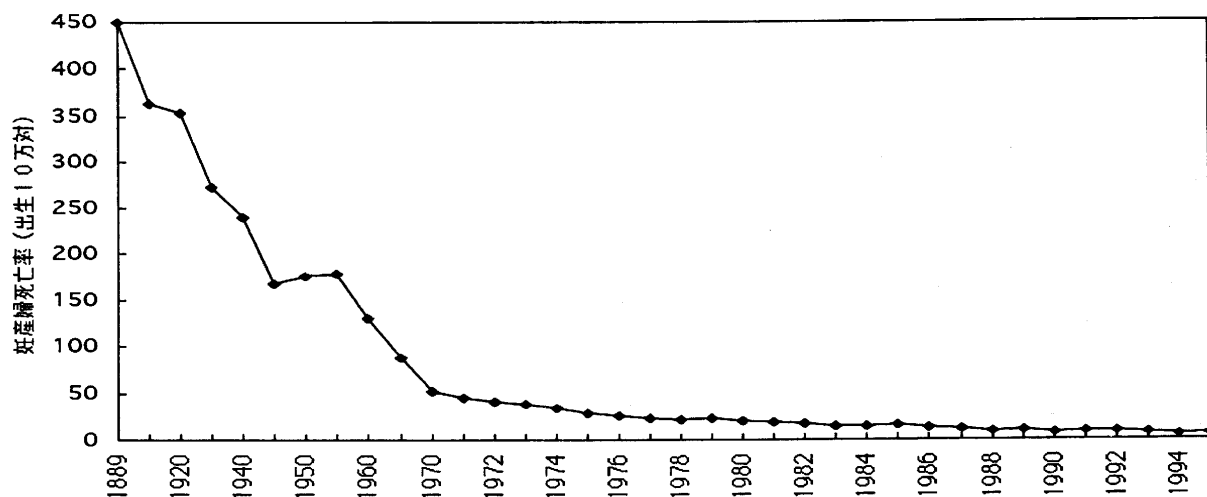
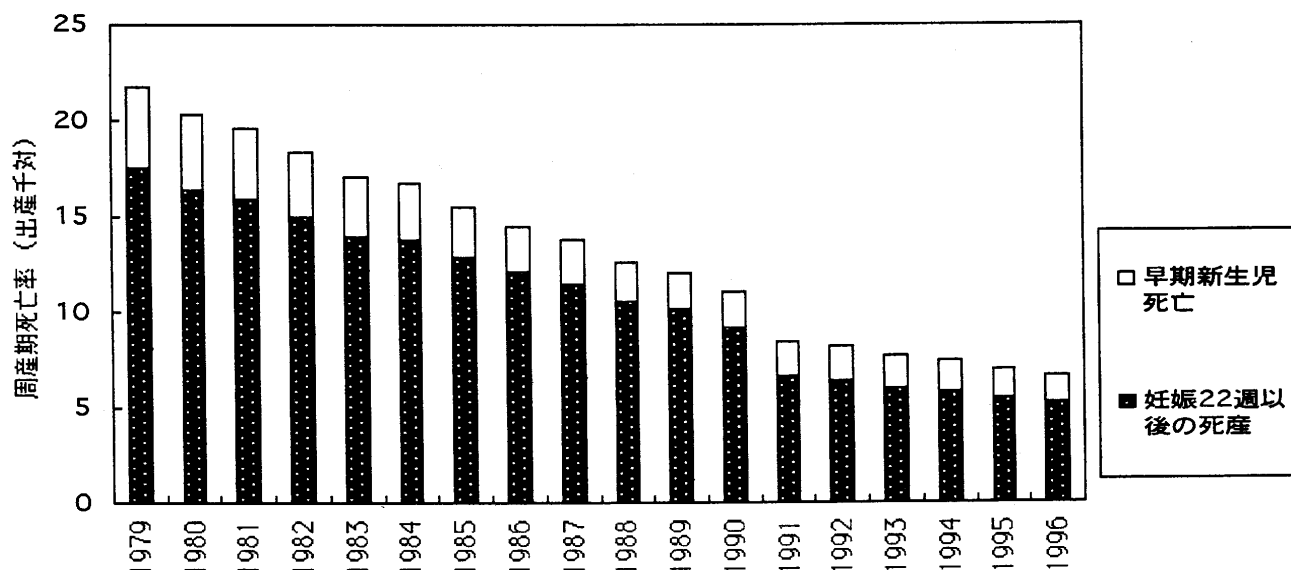


図2. 周産期死亡率の推移

(人口動態統計, 1995)



4.妊娠中毒症の医療費

昨今、医療費の高騰化は医療保険改革など様々な問題を投げかけている。

1995年国民医療費によれば妊娠・分娩・産褥の医療費は2040億円であり、全体の0.9%を占めるにすぎない⁶⁾。しかし1985年の国民医療費では妊娠・分娩・産褥の医療費は1550億円で⁷⁾、他の疾患と同様に医療費は確実に増加している。

国民医療費からは妊娠中毒症の医療費は明かにされていないが、社会医療診療行為別調査報告⁸⁾から妊娠中毒症の医療費が推計できる。その医療費の内訳は、入院費が52.9%をしめ、次ぎに検査・画像診断13.9%、手術・麻酔・処置11.8%となっている。妊娠中毒症の医療費においては、入院費の占める割合が比較的高い傾向が見られる。

5.わが国における母子保健対策

我が国における母子保健対策は、結婚前から妊娠、分娩、育児期を通じて一貫して行われていることが特徴である。

これまで妊娠中毒症を始めとした妊婦健康管理は保健所と市町村が個別に業務を担当していたが、母子保健法の改正により平成9年からは母子保健事業は市町村に一元化され、住民に提供されている。市町村では母子保健手帳の交付、妊産婦や乳幼児の健康診査、妊産婦や新生児への訪問指導を担当する。一方、保健所を中心として都道府県は市町村への指導や助言とともに、未熟児訪問指導や養育指導などの専門的サービスを担当することになった。母子保健対策の一元化により、今後、住民への円滑なサービスの提供とともに、母子保健対策の推進に必要とされる情報の集積と対策の評価が可能となる。また、ハイリスクグループの把握により妊産婦へ適切な指導や受診勧奨が行われることが期待できる。

現在、母子保健対策の一貫として妊婦検診

が施行されており、また保健婦による訪問指導が行われている。1995年の妊娠中毒症の訪問指導は9147件であり⁹⁾、件数は年々減少の傾向傾向にあり1995年の訪問件数は1965年の5.6%となっている¹⁰⁾。

6.まとめ

妊娠中毒症の定義は諸外国で相違もあり、原因が解明されていないことから、疫学の最も基盤となる情報を欠いている。しかし既存統計に基づく推計では、妊娠中毒症は罹患率の減少の傾向にあり、その結果は医療費にも反映されていた。今後は母子保健事業の一元化により、これまでより情報の収集が円滑に行われ、住民サービスの向上と共に評価にもとづいた対策の改善が望まれる。

文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編.平成7年度 人口動態統計.1997.
- 2) 厚生省の指標. 国民衛生の動向. p. 61-65. 1997.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部編.平成5年度患者調査 上巻 全国編.1995.
- 4) 中村正雄.妊娠中毒症.日野原重明、阿部正和監修.1997 今日の治療指針.p.724.医学書院.東京.1997.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部編.昭和58年度患者調査 上巻 全国編.1985.
- 6) 厚生省統計情報部.平成7年度 国民医療費.100-101.1997
- 7) 厚生省の指標. 国民医療費の推移.43(6):58-93.1996.
- 8) 厚生省大臣官房統計情報部編.平成7年度社会医療診療行為別調査報告 上巻.1997.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編.平成7年度保健所運営報告.1996.
- 10) 厚生省児童家庭局母子保健科監修.母子保健の主なる統計.1996.