妊産婦医療へのアクセスが困難な地域で

妊娠・出産期の医療を受けられるかどうかは、居住地に大きく左右されるケースが増えています。

マーチ・オブ・ダイムズが 2026 年に発表した報告書「行き場のない場所：全米の産科医療空白地帯」によると、米国の郡の 3 分の 1 以上（34.6%）には産科臨床医も分娩施設もないことが明らかになりました。この格差は特に地方で顕著で、産科臨床医がいない郡は 58%近くに達しており、都市部の約 19%を大きく上回りました。

その一方で、分娩サービスは引き続き減少を続け、2024 年から 2026 年初頭にかけて、35 州で少なくとも 96 の病院の分娩施設が閉鎖されました。影響を受けた郡の約 6 割では、閉鎖された施設が地域住民にとって唯一の分娩先でした。

その結果生じる産科医療空白地帯は、単なる地図上の点ではありません。それは、妊婦が妊婦健診のために遠くまで移動したり、交通手段や仕事の休みを取ることが困難なために受診を遅らせたり、専門医への安定したアクセスがないまま妊娠期を過ごしたりすることを意味しています。産科医療空白地帯の住民は、出産・分娩サービスを受けるために、平均して約 3 倍の時間をかけて移動しなければならず、これは医療サービスが十分に提供されている地域の住民と比べて大きな負担となっています。



地方の病院にとっても、問題は同様に複雑です。地域の産科医療サービスを維持するには、不足しがちな臨床専門職の人材、持続可能な患者数、そして 24 時間体制の備えが不可欠です。臨床スタッフが一人でも離職したり、特定の診療部門が閉鎖されたりすれば、その影響は地域全体に波及しかねません。

アクセスのあり方を再考する絶好の機会

CMS イノベーションセンターの「母子保健の変革（TMaH: Transforming Maternal Health）モデル」は、こうした課題のいくつかに取り組むための枠組みを提供するものです。

TMaH は、メディケイド（Medicaid）および CHIP（児童医療保険プログラム）における妊産婦の健康状態を改善することに重点を置いた、10 年間の州主導型モデルです。本モデルでは、全人的ケア（whole-person care）、連携の強化、そしてより持続可能な支払い手法を通じて、この目標の達成を図ります。現在、15 の州メディケイド機関が、保険組織、病院、地方診療所、妊産婦医療提供者、地域団体、その他のパートナーと協力し、このモデルの導入に取り組んでいます。

このプログラムは、地方のコミュニティにとって特に重要な、いくつかの領域に重点を置いています。

- 助産師やドゥーラを含む妊産婦医療提供者へのアクセス拡大
- 高血圧や妊娠糖尿病などの疾患の管理の改善
- メンタルヘルス、薬物乱用、および社会的ニーズへの支援の統合
- 産後ケアの強化
- 遠隔医療と地方地域連携の支援
- 母体の健康状態の測定と改善に必要なデータおよび臨床インフラの構築

TMaH は、より広範な「地方医療変革プログラム（RHTP）」とは異なるものですが、両者には重要な共通点があります。それは、持続的な改善を実現するには、すでに負担が限界に達している地方の医療従事者に対してさらに多くの仕事を求めるのではなく、新たな医療提供モデルが必要だという点です。

専門性を、あらゆる場所に求めずとも広げていく

バーチャルケアは、地域における産科医療サービスに取って代わるものではなく、安全な分娩場所そのものを代替するものではありません。しかし、限られた専門知識をより効果的に医療システムに分配し、地方の医療従事者や患者に対して、本来であれば何時間も離れた場所にしか存在しないようなサポートを届けることは可能です。

部分的な共有サービスモデルが役立つ可能性があります。地域の母子保健ネットワークは、大学病院、母体胎児医学診療所、または医療システムの中核を、地方の病院、救急医療病院、診療所、および地域密着型医療提供者と接続する可能性があります。このネットワークを通じて、バーチャルケアは以下を支援できます。

ハイリスク妊娠の相談：地方の臨床医は、妊婦健診に母体胎児医学の専門家やその他の専門医を同席させることができ、患者一人ひとりが何時間もかけて遠くまで出向く必要がなくなります。

遠隔モニタリングと早期介入：血圧や糖尿病の遠隔モニタリング、オンラインでの状況確認といった手段を活用することで、医療チームは受診の間に生じた懸念すべき変化を把握し、より迅速に適切なケアへとつなげることが可能になります。

分娩時のサポート：専門家が現場にいない場合でも、オンライン相談を活用することで、現地の医療チームはリスクの評価、搬送の調整、そして時間的制約のある状況への対応を行うことが可能になります。

産後の継続的なケア：オンラインでのフォローアップにより、母親の退院後でも、回復状況の評価、指導の補足、高血圧の観察、授乳支援、そして危険な兆候の早期発見がより容易になります。

メンタルヘルスと社会的支援：遠隔でのメンタルヘルス、ソーシャルワーカー、通訳者、ケアナビゲーターは、母体の転帰に直結するものの、現地での人員確保が困難となるものへの支援ができます。

人的リソースの補強：バーチャル看護師をはじめとする遠隔チームのメンバーが、患者への説明・指導、記録作成、退院準備、安全確認といった業務をサポートすることで、現場の医療従事者は患者への直接的なケアに専念できるようになります。

目標は、すべての地方コミュニティに高度な専門医療を提供する周産期センターを再現することではありません。そうしたセンターが持つ専門的知見を、患者と現地の医療チームがどこにいても活用できるようにすることです。これにより、地方の医療機関は、専門部門に常勤スタッフを直接配置する負担を負うことなく、母子保健における格差を埋めるための、持続可能かつ柔軟なサービスモデルを導入できるようになります。

一時的な資金援助から、持続可能な体制へ

TMaH 支払いモデルは、インフラ整備から質の向上に向けたインセンティブ、そして最終的には価値に基づく医療へと段階的に移行していく仕組みです。参加する各州は、初期資金を活用して医療提供体制の変革やデータインフラの整備を進めることができます。その後は適時の産前産後ケア、うつ病のスクリーニングとフォローアップ、帝王切開率、重篤な産科合併症といった指標に連動したインセンティブが導入されます。

この歩みは重要です。テクノロジーへの投資を助成金の終了とともに消えてしまうような単発のプロジェクトとして捉えるべきではありません。それらは、医療へのアクセスを拡大し、医療従事者を支え、時間の経過とともに測定可能な改善をもたらす、持続可能な地域医療モデルの一部として位置づけるべきなのです。

バーチャルケアは、医療機関が患者、地域の医療チーム、そして遠隔地にいる専門家を医療の全過程を通じてつなぐためのインフラを構築する一助となります。バーチャル診療と対面診療を組み合わせたハイブリッド型のケアプログラムは、妊婦健診やモニタリングから、入院治療、産後のフォローアップに至るまで、母子保健を支えることができます。さらにこれは、医療システムが遠隔診療やバーチャル診療フローを地方におけるその他の重要な医療分野へと拡大していくための基盤ともなります。

居住地域がどこであるかという理由だけで、母親の選択肢が狭められるようなことがあってはなりません。各州や医療機関は、地域に根ざした関係性、その土地に関する専門知識、そしてオンラインによるつながりを組み合わせることで、距離という障壁をアクセスへと変え、地方のコミュニティにおいて、より強固な母子保健のセーフティネットを構築する機会を手にしています。