

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

第5回

日時：平成20年12月18日（月）18:00～20:00

場所：厚生労働省5階 共用第7会議室

議 事 次 第

議題

1. 報告書（案）について
2. その他

【配付資料】

資料1：第4回議事要旨（案）

資料2：報告書（案）

参考資料：第1回救急患者の医療機関への受け入れを支援する情報活用等に関する研究会資料（平成20年12月17日開催）

○各委員、参考人からの提出資料
（有賀委員、藤村委員）

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

開催要綱

1. 趣旨

現在、周産期の救急医療体制の充実が全国的に非常に重要になっていることから、妊産婦が安心して子供を産み・育てることができるよう、早急に対策を講ずる必要がある。このため、周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討する。

2. 検討事項

- (1) 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- (2) 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み
- (3) その他

3. 構成員

厚生労働大臣及び構成員（別紙）で構成する。

4. 運営

- (1) 本会議の庶務は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と協力しつつ、同省医政局指導課で行う。
- (2) 議事は公開とする。
- (3) 本懇談会の構成員については、厚生労働大臣が委嘱する。

5. 検討スケジュール

12月中を目途に取りまとめ予定。

第4回 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 議事要旨（案）

- 日時 12月8日（月） 18:00～20:20
- 場所 厚生労働省17階 専用第18～20会議室
- 出席者）岡井座長、有賀委員、池田委員、海野委員、大野委員、川上委員、木下委員、藤村委員、横田委員、岡本参考人、照井参考人、有馬参考人
厚生労働省）舩添大臣、戸井田政務官、外口医政局長、村木雇用均等・児童家庭局長、木倉障害保健福祉部長 他
関係省庁）総務省消防庁、文部科学省、経済産業省

●議事要旨

重症心身障害児（者）施設の現状と課題について参考人からヒアリングを行った。また、今後の対策について、長期的視点から意見交換を行った。主な意見は以下のとおり。なお、関連部署が連携を密にして今後の対策を検討すべきとの指摘があった。

重症心身障害児（者）施設の現状、後方病床の確保について

- 重症心身障害児（者）施設の入所者は長期入所がほとんどであり、新たに入所する患者は極めて少ない。入所者の多くは成人であり、NICUから直接受け入れる患者は少数である。
- NICUの長期入院患者の重症心身障害児（者）施設への受け入れを進めるためには、重症児の医療にも対応でき、かつ療養環境も整った施設を中間施設として確保する必要がある。
- また、重症心身障害児施設でNICUから患者を受け入れる場合であっても、重症児を看護する人員の確保等が必要であり、財政支援や診療報酬等での支援について検討を要する。
- 在宅療養支援のため、緊急入院やレスパイト入院を受け入れる施設の確保が必要。レスパイト入院管理についても診療報酬を検討すべきである。

医師等の確保について

- 勤務時間が長時間であり処遇の改善が重要である。また、このような診療に携わる医師を確保するには診療に見合う手当などのインセンティブの付与が必要である。

- 三次救急医療機関への搬送だけでなく、初期医療機関への戻り搬送（バックトランスファー）についても、診療報酬での加算が算定できるよう検討すべきである。
- 交代勤務制をとるには相応の人員が必要であり、現状の医師不足を考えると、適当なインセンティブの付与が必要となる。
- しかし、医師への手当だけでは根本的な解決にはならず、並行して、医師数の増加と診療科による偏在の是正などに対する適切な対策が必要である。

助産師の参画について

- 妊婦の多くは正常な分娩に至るので、周産期医療ネットワークへの助産師の参画も検討すべきである。また早期からリスク因子を検出するためには医師との連携を密にする必要がある。
- 助産師も不足しており、初期の産科医療機関では助産師の確保が困難な現状がある。助産師の確保対策も重要である。
- 助産師の参画のためには、教育・研修体制の充実も必要である。

救急搬送の現状について

- 妊婦搬送については、病院間（転院）搬送が多い。
- 消防庁調査は非常に有用な情報であるが、今後、妊婦救急患者の搬送体制の改善に役立てるためには、詳しい内容等についての調査・分析を行う必要がある。

周産期母子医療センターの規模について

- 周産期母子医療センターの規模については、交代勤務制などの体制を組むことを考えると、大規模な施設が必要ではないか。
- 大規模化（重点化、集約化）が必要かどうかは、地域の実情に応じて検討すべき。地方では医療資源の問題もあり、現状の施設規模で十分な場合もある。
- 大規模施設については、例えば300万人に一カ所程度との考え方もある。
- 救命救急センターの救急病床数は、1カ所あたり20～40床となっているが、規模よりは、他の医療機関との連携と円滑な患者の流れが重要ではないか。
- 一方、重症患者を診療する施設については、入院が長期化する傾向があるので、ある程度の病床数（最低でも30床程度）を備えることも必要ではないか。

平成20年12月 日

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書(案)

～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

第1 はじめに

救急医療は直接患者の生死に関わる医療で、我が国のすべての地域において万全の提供体制を整える必要がある。しかし現状は、今回東京都で起きた事例にもみられるように、解決すべき様々な問題を抱えており、国民が真に安心できる救急医療体制の整備を行うことはまさに緊急の課題と言える。

中でも、周産期救急医療は少子化対策の観点からもその体制整備が急がれており、国民が安心して出産に臨める医療環境の実現に向けて効果的な施策の実行が求められている。

戦後、日本の妊産婦死亡率(出産10万対)は劇的に改善した。1955年に161.7であったものが2007年には3.1にまで低下し、日本は現在国際的にも妊産婦死亡率の最も低い国の一つに数えられている。施設分娩の普及や輸血体制の整備等及び周産期医療対策事業の推進の成果として、通常の産科疾患による死亡は著しく減少している。その結果、一方で、元来頻度の低い脳血管疾患などの間接原因による母体死亡が顕在化してきており、今後、さらに妊産婦死亡率を改善するためには、早急にそれへの対策を立てることが必要である。

母体救急疾患は母体と胎児・新生児の診療を同時に行うという特殊性に鑑み、周産期医療体制はこれまで一般の救急医療とは別のシステムとして構築されてきた経緯がある。すなわち、平成8年度から予算化された周産期医療対策事業により、産科と新生児の医療を中心とした総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター(以下、「周産期母子医療センター」という。)の整備が各都道府県において進められてきた。そのため、周産期母子医療センターの中には、一般救急及び関連診療科(脳神経外科など)が併設されておらず、通常の産科疾患の診療はできても、合併症を有する妊婦

の救急患者に対応できない施設が存在する。妊婦の救急患者搬送システムの改善にあたっては、上記の問題も踏まえて検討する必要がある。

本懇談会では、前述した東京の事例を検証し、抽出された問題点を整理した上で、今後の日本における周産期医療と救急医療の確保と連携のあり方、及び課題解決のために必要な対策について検討した。関連領域の専門家と市民代表の委員が議論を重ね、さらに参考人として有識者を招請して広範な視点からの意見を加え、今般、以下の提言を取りまとめたのでここに報告する。

第2 現状の問題点

1 救急医療担当医師の不足

(1) 産科医不足

東京都の事例で母体搬送が遅延した原因のひとつとして、当初受入要請のあった総合周産期母子医療センターの産科当直体制が完備していなかったことが挙げられる。この背景に、産婦人科の医師数が全体として減少している中で、産科をやめて婦人科に専従する医師、あるいは出産や育児のために離職又は休職する女性医師の割合が増えている実情があること、及び今後、現場の産科医不足が更に増悪される可能性のあることを認識しなければならない。

(2) 新生児担当医不足

小児科の医師数は増えているものの、ハイリスク妊娠の増加等に伴い低出生体重児が増えてきたため、新生児医療を担当する医師の不足も従来に増して深刻化している。

(3) 麻酔科医不足

手術麻酔における麻酔科医の重要度が高まっていることなどから、現在、麻酔科医が不足している。予定手術よりも母児のリスクが高い緊急帝王切開術が増加しており、周産期母子医療センターにおける麻酔科医の確保が求められているが、現状では十分に対応できていない。

(4) 救急医不足

救急医療へのニーズが増大する中で、その領域を担う勤務医の負担が増加している。また、従来は一般臨床医による応急的な診療が行われていた疾患に対しても高度な専門的救急医療が期待されるようになったことも加わり、救急医の不足が深刻化してきた。

2 救急医療施設の規模と診療体制の問題

救急医療や周産期医療のニーズに対して患者を受け入れる施設の規模が小さいために、ベッドが恒常的に満床となっている周産期母子医療センターも少なくない。また、小規模施設では当直医が少なく、別の患者の治療に当たっていれば、新たな救急患者を受け入れられない状況も生じている。

地域によっては、複数の救急医療施設があっても上記の事情のために対応できず、患者を受け入れられる他施設を検索する必要が生じ、結果として搬送先の選定に時間がかかることがある。

施設規模の小さいことが、周産期救急医療に必要な複数科における診療体制の整備を困難にしている。

全体的に見て新生児集中治療管理室（以下、「NICU」という。）の病床数が不足している地域が多い状況にある。また、周産期母子医療センターの受け入れ能力が需要に比べて小さく、隣接県の施設に依存せざるを得ない地域も存在する。

3 地域内連携の問題

周産期医療ネットワークが十分に機能していない地域では、助産所や初期・二次の産科医療機関と周産期母子医療センターとの連携体制が不十分である。

分娩を取り扱う施設の減少により、地域によっては周産期母子医療センターにも正常分娩が集中している。さらに、一般産科医療機関で対応可能な軽症例が同センターに搬送される傾向が強まっている。これは、リスクを回避したい医療機関の意向に加えて、そう希望する患者が増加していることによる。

以上のことから、周産期母子医療センターが恒常的に満床となり、医療従事者の人員不足も重なって、救急患者の受入困難を増悪させている。

総合周産期母子医療センターが1施設のみ地域においては、当該センターが「最後の砦」としての機能を維持している場合も多いが、同センターが複数存在する都道府県においては、受入医療機関の選定に時間のかかる状況が生じている。

4 情報システムの問題

周産期医療体制構築の経緯が既述の背景を持つことから、一般救急のための医療情報システムと周産期救急情報システムが別に運用されている都道府県が半数以上認められ、そのような地域では両者の連携が不十分である。

また、情報のセンター化が遅れている地域や情報の迅速活用ができていない地域も存在する。

第3 基本的な方針（検討における大前提）

具体的な検討を行うに際し、議論の方向性を集約化するため、以下のような方針を大前提とした。

1 国の責務

少子化社会にあって、妊産婦・胎児・新生児を対象とする周産期医療が明日の日本社会を構築する基盤であるという認識のもと、政府として万全の体制を整備していくという意思を表明し、国民の「安心」の確保を最優先することを国の責務とする。

周産期医療は、複雑な医療システムの中のサブシステムであり、周産期医療のみを視野に入れた全国画一的な対応では問題の解決が困難であることを自覚し、医療システム

全体を捉えた上で、机上の空論に陥らず、現状を十分に踏まえた解決方法を模索しなければならない。

医療システムは、地域（都道府県）が責任を持って構築すべきものであるが、国は日本全体を見据えた方向性を示す責務がある。

医療現場に対しては、これ以上の負担を増やさず、行政の力で負担を軽減させる方向で対策を検討すべきである。

2 地域の役割

医療システムは地域ごとにそれぞれ異なった特性を有しており、国としての総括的な対応に加え、それぞれの地域においてその特性を踏まえた効果的な対策を模索しなければならない。地方行政や地域の医療コミュニティが動かなければ、問題は解決しないことを念頭に置くべきである。

特に地方行政においては、リーダーの役割は重要であり、リーダーは周産期救急医療体制が問題を抱えているか否かを正しく認識し、各種政策課題の中でその問題解決の優先度を適切に決定する責任がある。

地方行政は、地域における医療コミュニティとの連携を密にし、上記課題に対する対策を検討する必要がある。

3 医療現場の役割

医療従事者は、いかなる環境下にあっても目の前の患者の治療に最善を尽くすことが最重要であるが、現状の環境下で努力するのみでなく、問題点を抽出し、国や地方行政に情報を発信すべきである。

4 国民、地域住民の協力

より良い医療体制を保持するためには、地域住民の理解と協力が不可欠であり、住民にも我が国の医療システムの重要な一員としての積極的な関与が求められる。

第4 周産期医療体制について

1 周産期救急医療体制

上記前提を踏まえつつ、救急患者の受け入れが確実に行われるシステムを構築し、それらのシステムを国民に対して広く可視化し、もって国民の安心を確保するため、以下の体制整備を図る。

(1) 現状の把握及び情報公開

地域における搬送事例等の分析を綿密に行い現状把握に努める。それらの情報公開のあり方等については、総務省消防庁とも連携し、研究班等においてその詳細を早急に検討する。なお、現に国が保有する各種統計調査のデータ等についても、積極的な活用のあり方を検討する。

(2) 関係者間の連携

厚生労働省の救急医療担当部局と周産期医療担当部局の連携の更なる強化に努める。また、総務省消防庁との連携についても、継続的な協力体制を確保する。

救急医療部門と周産期医療部門及びその関係部門（脳神経外科など）の間で、学会レベル及び各医療機関内での連携を推進する。なお、これについては、日本産科婦人科学会・日本救急医学会による「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組の構築に関する提言」（平成20年11月18日）を参考とする。

救急医療施設と後方施設との連携を強化する。これについては、NICUに長期入院している児童に対する対応に関し、平成19年12月26日に4局長が連携して連名通知を発出したところであるが、その効果を検証するとともに、更なる対応を協議すべきである。

以上を達成するためには、行政組織や医療機関における“縦割り”を解消する必要がある。

(3) 医療機関の受け入れ体制

1) 医療機関の機能のあり方

冒頭に既述したように、これまで産科領域以外の急性期疾患を合併する妊産婦の診療という点では、十分な体制整備がなされてこなかったことから、今後は、これまでの周産期医療機能を損なうことなく、それらの妊産婦にも最善の医療が提供できるよう、救急医療を担当する基幹施設の整備など周産期医療対策事業の見直しを行う。

地域の医療ニーズに応じて、産科、小児科（新生児）、麻酔科、救急科等の関連診療科を有し、救命救急センターを併設する医療機関等、すべての救急患者に対応できる設備及び人員を揃えた大規模施設を整備・設置する。この場合、24時間患者を受け入れる体制を確保するためには、病院の運営上は不採算となるため、財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

- ・ 都道府県は、救命救急センター及び総合周産期母子医療センターについては、地域の医療需要に応じて、地理的不均衡等がないよう適切な配置計画を立てる。
- ・ 医療資源を有効に活用するため、小規模救急医療施設の乱立を避け、重点化を図る。

以上の内容を考慮し、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ、周産期母子医療センターの指定基準を見直す。なお、現在指定を受けている総合周産期母子医療センターは、それぞれが提供可能な診療機能を明示すべきである。

(周産期母子医療センターの分類例)

- ・ 母体・新生児救命センター：産科、MFICU、新生児科、NICU、救命救急センター
- ・ 新生児救命センター：産科、MFICU、新生児科、NICU

- ・ 母体救命センター：産科、新生児科、救命救急センター
- ・ 連携母体救命センター：産科、新生児科、救命救急センター（複数施設による連携）

（注）MFIU：母体・胎児集中治療室

上記の構想に沿って、平成20年度末を目途に研究班等において体制整備の詳細を検討する。その際、既存の周産期医療提供体制に支障を来すことのないよう配慮しつつ、地域のニーズや症例数に見合った施設数の配置を検討し、併せて、各医療機関が必要な人員を確保・維持することができるよう適切な財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

2) 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー

周産期医療に関する診療実績を客観的に評価し、それに基づいて財政支援や診療報酬上の措置等のインセンティブを与えることが必要である。医師に対しては、産科医・新生児担当医だけでなく、麻酔科、救急科、脳神経外科、循環器内科等、関連診療科医師の周産期医療に関わる活動、救命救急センターにおける医師の活動に対しドクターフィーのあり方を検討する。医療機関に対しては、救命救急センター及び二次救急医療機関での関連診療科における妊産婦受入を奨励するため、財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。また、初期・二次産科医療機関が減少しているが、周産期医療からの撤退を防ぐために、出産育児一時金の引き上げ等の措置を検討する。

上記の財政支援や診療報酬上の措置等については、診療実績に基づき講じられるべきである。その評価項目については、さらに研究班等において早急に詳細を検討する。

（診療実績の評価項目の例）

○母体について

- ・ ハイリスク妊娠・分娩取扱数
- ・ 母体搬送の受入実績
- ・ 母体救命救急症例受入実績

○胎児・新生児について（新生児領域）

- ・ 1000g未満児の取扱数
- ・ 1500g未満児の取扱数

- ・ 母体搬送の受入実績
- ・ 新生児搬送の受入実績
- ・ 新生児外科手術件数

なお、医師が必要に応じて、複数の医療機関で医療行為を行うことができる環境を整備するため、公務員の兼業禁止規定や就業規定を見直すとともに、その活動が適切に評価される財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

3) 地域におけるネットワークの構築

周産期救急医療の提供体制整備のためには、地域に根ざしたネットワークを構築することが重要である。

- ・ 地域ネットワークの構築には、初期救急を含む周産期医療と救急医療体制の全体の整備や地域における周産期医療ネットワークの連携強化を進める。
- ・ 地域における開業医や分娩施設を含む初期・二次の産科医療機関の体制は、都市部を中心に、著しく機能が低下している地域も見られ、早急に現状を調査・把握した上で、二次医療機関の輪番制の確保等の体制整備を図る。
- ・ 初期・二次の産科医療機関は、軽症の患者を総合周産期母子医療センターに送らないよう努めるとともに、総合周産期母子医療センターが救急患者を受け入れるための空床を確保できるよう、相応の役割を分担する。
- ・ 総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善した時に搬送元医療機関等に転送するシステム（戻り搬送）を推進する。家族の負担を軽減するために搬送経費の補助等も検討する。
- ・ 都道府県は、地域内のハイリスク症例を集約できるように、周産期母子医療センターの人員及び設備の強化を図るとともに、必要に応じて、地域内の情報システムを整備するとともに、初期・二次及び三次の産科医療機関の間で情報の共有化を進める。

都道府県の周産期医療協議会と救急医療対策協議会は、それぞれの地域の特徴や現場の実情を十分に把握しつつ、協力して周産期救急医療体制整備について協議する。

以下の課題について、国は平成 20 年度末までに周産期救急医療体制の整備方針を策定・公表し、都道府県に通知する。

(国から都道府県へ通知すべき主な内容)

- ・ 国における母体救急担当部署と責任体制の見直しに沿って対応すること
- ・ 地域における周産期母子医療センターと救命救急センターの配置、連携に関する基礎調査を行うこと
- ・ 救急医療体制の整備と母体救急連携システムの構築を行うこと
- ・ 周産期医療関係者と救急医療関係者の交流を促進すること（症例検討や事後検証など）
- ・ 搬送や受入実績等による受入医療機関の評価の仕組みを検討すること
- ・ その他、救急医療体制をさらに強化するための施策を遂行すること

4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強

① N I C U病床の確保

周産期母子医療センターにおける搬送患者受入困難の主因がN I C U病床の満床であることから、その解消を図ることが重要である。

低出生体重児の増加等によって、近年N I C U病床が著しく不足していることを認識し、平成6年度の厚生科学研究において提示されたN I C U必要病床数、出生1万人対20床を見直す必要がある。

- ・ 都道府県は、出生1万人対25～30床を当面の目標として、地域の実情に応じたN I C Uの整備を進める。但し、N I C Uを小規模施設に分散させることは避ける。
- ・ 増床したN I C Uの適正運用のため、新生児医療を担う医師及び看護師を確保する対策として、例えば、新生児科の標榜や専門看護師や認定看護師の認定支援などについて検討する。

② 後方病床拡充とN I C Uに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

N I C Uに長期入院している児童に対し、一人一人の児童にふさわしい療育・療養環境を確保するため、地域の実情に応じ、G C U（N I C Uに併設された回復期病室）、重症児に対応できる一般小児病床、重症心身障害児施設等の後方病床を整備することが必要である。質量ともに不十分な状況にある後方病床を整備し、N I C Uに入院してい

る児童にとってふさわしい療育・療養環境への移行を促すことにより、NICU病床の有効利用が可能となる。

このため、GCUや一般小児病床等の対応能力の強化や全国の重症心身障害児施設の整備を進める必要がある。

加えて、退院した重症児が安心して在宅療養できるよう、訪問看護ステーションの活用促進に向け、その整備を進める。また、緊急入院やレスパイトケアに対応できる病床の確保が重要であり、独立行政法人国立病院機構など全国の施設において短期入所病床の整備が求められる。

このため、十分な財政支援や診療報酬上の措置等を講じること、併せて看護職員配置を増強すること等を検討する。

詳細は、早急に研究班等において検討する。

③ 人的リソースの維持・拡充

医療現場において医療関係者は現在きわめて過酷な条件下での勤務を余儀なくされている。この過酷な勤務の現状を放置したままで高度な医療対応のみを求めれば、医療関係者はさらに疲弊し、現場から離脱する。それにより、医師不足、助産師不足、看護師不足や、一次分娩施設の減少が進み、既存の周産期医療提供体制の維持自体が困難になることは明らかで、人的リソースの維持・拡充はまさに喫緊の課題である。

以下の方針に沿って、早急に研究班等において詳細を検討する。

○医師の確保

産婦人科医に限らず、新生児担当医、麻酔科医、救急医等、実際に診療を行う医師を含め、時間外勤務、時間外の救急呼び出し対応（オンコール対応）等について、十分な実態把握調査を行い、適切に処遇するため、医師への手当が直接支給される方策について財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

一方、医師確保のためには、当直翌日の勤務緩和、短時間正規雇用や交代勤務制等による勤務環境の改善を積極的に推進することが極めて重要である。

また、新たに産科医や新生児担当医を目指す若手医師に対する奨学金の導入や、新生児科の標榜を認めることを検討するなど、周産期医療を支える医師の確保・育成に取り組む。

○看護師・助産師の確保

看護師が専門性を高め、研修・教育を受ける機会を確保できるよう、十分な人数の看護職員配置について財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

正常妊娠の妊婦健診における助産師外来や、チーム医療としての院内助産所を推進し、人材の確保と育成に努める。

○女性医師の復職支援

離職防止及び産休・育休後の復職支援のため、院内保育所や病児・病後児保育の整備、短時間正規雇用、交代勤務制の導入等を進める。

○救急隊員のスキルアップ

妊産婦や新生児の搬送に関わる救急隊員のスキルアップのため、医師や助産師との情報交換や研修等を通じて、救急隊と医療関係者の連携を強化する。

○メディカルクラークの配置

医師・助産師・看護師等が、それぞれの業務に専念できるよう、メディカルクラークを必要数配置する。このため、必要な財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

4 搬送システムの整備

(1) 病態に応じた搬送システム

新たに設置される協議の枠組みや学会等が協力して、以下の対応を検討する。

- ・ 関連学会が合同で調査・研究を行い、医学的見地から十分に検討した上で救急患者の病態に応じた対応ガイドラインを共同で作成する。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記のガイドラインに照らして救急患者の病態に応じた受入基準を作成するとともに、対応可能な病態を公示する。
- ・ 周産期母子医療センターは、自院の体制を踏まえ、救急患者の受入れが円滑にできるよう関連診療科と綿密に協議し、連携を図る。
- ・ 脳神経外科等の関連診療科を有しない周産期母子医療センターについては、近隣の救命救急センター等といつでも連携できる体制を整える。

- ・ 都道府県は、周産期医療、救急医療、消防機関等の関係者による協議の場を設け、地域の医療需要に応じた救急患者の搬送及び受入ルールを策定するとともに、住民に対して情報を公開する。
- ・ 救急患者の搬送及び受入ルールの策定にあたっては、必要に応じ、重症患者に対応する医療機関を定め、そのために必要となる財政支援を行う。

(2) 広域搬送システム

地域の必要性に応じて、県境を越えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築する。広域搬送に際しては、救急医療用ヘリコプターや消防防災ヘリコプター等を活用したシステムを検討する。

5 救急医療情報システムの整備

(1) 周産期救急情報システムの改良

- ・ 都道府県は、周産期救急情報システムの運用改善及びその充実を図るため、情報センターを設置（必要に応じて複数県が共同で設置）するとともに、搬送先選定の迅速化等のため調整を行う搬送コーディネーターを24時間体制で配置して、救急搬送を円滑に進めるために必要な体制整備を担う。
- ・ 医療機関の空床情報や診療体制に関する正確な情報が迅速に伝達され、自動的にアップデートされ、さらに地域の関係諸機関において広く共有できるシステムを開発する。そのため、情報通信技術の活用を検討する。
- ・ 救急医療と周産期救急の情報システムの統合、又は両者の連携を推進する。併せて、医師同士の情報交換ができる機能を付加することが望ましい。
- ・ 空床情報の入力方法や搬送の依頼方法等を改善し、救急医療現場の担当者の負担を軽減する。
- ・ 地域によっては、県境を越えて共有できる情報システムを整備する。

(2) 搬送コーディネーターの役割

搬送コーディネーターを、地域の基幹となる医療機関又は情報センター等に配置する。

- ・ 搬送先照会・斡旋：搬送コーディネーターは、医療機関や消防からの依頼に応じて搬送先の照会斡旋を行う。詳細は、研究班等において早急に検討する。
- ・ 情報収集：搬送コーディネーターが医療機関に働きかける形で、各周産期医療機関の応需状況に関する情報を能動的に収集・更新する。
- ・ 後方病床への斡旋：搬送コーディネーターは、新生児のNICUから後方病床への転院先施設の照会・斡旋を行う。

第5 地域住民の理解と協力の確保

1 地域住民への情報公開

救急医療は、地域の住民と医療提供者側とが共同で確保するものであり、より良い体制を保持するためには、住民の理解と協力が不可欠である。

国、都道府県、医療機関は、住民のための相談窓口などを設け、積極的に情報の提供と交換を行う。例えば、アクセスが容易でわかりやすい携帯サイト等のポータルサイトを立ち上げ、情報センターの活用、小児救急電話相談事業（#8000）を充実するなどして、救急医療機関の情報等について、地域住民に積極的に公開する。

なお、提供すべき情報としては、以下のようなものが考えられるが、詳細については、研究班等で早急に検討を行う。

(提供項目の例)

- (1) 地域の救急医療体制に関する基本情報
- (2) 夜間休日の救急患者受入体制
- (3) 住民が緊急時に医療機関にアクセスする方法に関する詳細情報
- (4) 緊急時における患者や家族の対処方法に関する情報
- (5) 各地域の周産期救急医療体制
- (6) 各地域の分娩取扱施設・妊婦健診施設の情報
- (7) 妊産婦や妊娠可能年齢の女性が留意すべき情報
(風疹の予防接種、葉酸摂取、高齢妊娠のリスク等)
- (8) 新生児・乳児等の育児に関する情報

2 地域住民の啓発活動

地域の医療機関等を通じて地域住民に対する教育と指導を充実させ、ハイリスク妊娠の予防に努めるとともに、それへの助産師や保健師の活用を推進する。

緊急時の対処方法等について、地域が行う住民への啓発活動を支援する。

住民主催の勉強会の開催など、地域住民による主体的な取り組みを支援し、住民とともに地域の周産期医療を守っていくことが重要である。

第6 対策の効果の検証と改善サイクルの構築

都道府県は、搬送機関と協力して、搬送先決定までの時間等のデータを収集し、地域ごとの実績を定期的に公開する。

上記のデータに基づき、国及び都道府県は、必要な対策を講じ、その効果を検証し、検証結果に基づき更なる改善を加える。

周産期医療を含む救急医療体制の向上のためには、以上の取り組みを継続し、改善サイクルを形成することが肝要である。

第7 おわりに

本懇談会は、事案の重要性及び緊急性に鑑み、国民が安心して出産に臨める周産期医療体制を整備すべく約1ヶ月半という短期間で本報告書を取りまとめた。厚生労働省においては、速やかに必要な措置をとらんことを要請する。

周産期救急医療体制の整備は、基本的には都道府県が地域の実情を踏まえて行うべきであるが、その基本方針は国が策定しなければならない。本報告書に示した提言は、我が国の周産期医療と救急医療を向上させるためのグランドデザインである。今後、国は、周産期救急医療を救急医療対策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針の改正を行うとともに、中長期的視点から取り組むべき対策については、短期間に達成できるものではないことから、これを実現するためのロードマップを作成し都道府県等に明示することが望まれる。

平成 20 年 12 月 日

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書概要(案)
～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

- 1 厚生労働省の組織の連携強化による縦割り解消
 - ・厚生労働省の救急医療担当部局と周産期医療担当部局の連携の更なる強化

- 2 周産期医療対策事業の見直し
 - ・周産期母子医療センターの指定基準について、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ見直すこととし、平成 20 年度末を目途に研究班等において体制整備の詳細を検討
 - ・総合周産期母子医療センターの診療機能を明示

- 3 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー
 - ・ドクターフィーのあり方を検討
 - ・出産育児一時金の引き上げを検討
 - ・公務員の兼業禁止規定や就業規定を見直し

- 4 地域におけるネットワークの構築
 - ・搬送元医療機関等に転送するシステム（戻り搬送）を推進
 - ・平成 20 年度末までに周産期救急医療体制の整備方針を策定・公表し、都道府県に通知

- 5 医療機関等におけるリソースの維持・増強
 - ・出生 1 万人対 25～30 床を当面の目標として、地域の実情に応じたNICUを整備
 - ・後方病床拡充によるNICU病床の有効利用
 - ・GCUや一般小児科病床等の手厚い看護職員配置と診療報酬上の措置等を検討
 - ・全国の重症心身障害児施設の整備や短期入所病床を整備

・人的リソースの維持・拡充

医師への手当が直接支給される方策について財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。当直翌日の勤務緩和、短時間正規雇用や交代勤務制等による勤務環境の改善。新生児科の標榜を認めることを検討。

6 搬送システムの整備

- ・救急患者の病態に応じた対応ガイドラインを関連学会が共同で作成
- ・救急患者の病態に応じた受入基準を作成
- ・周産期医療、救急医療、消防機関等の関係者による協議の場を設置
- ・重症患者に対応する医療機関を定める
- ・県境を越えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築

7 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備

- ・情報通信技術の活用等により周産期救急情報システムを改良
- ・搬送コーディネーターの役割を明確化
- ・搬送コーディネーターを地域の基幹となる医療機関又は情報センター等に配置

8 地域住民の理解と協力の確保

- ・地域住民への情報公開
- ・地域住民の啓発活動

住民主催の勉強会の開催など、地域住民による主体的な取り組みを支援し、住民とともに地域の周産期医療を守っていくことが重要。

9 対策の効果の検証と改善サイクルの構築

- ・搬送先決定までの時間等のデータを収集し、地域ごとの実績を定期的に公開
- ・周産期救急医療を救急医療対策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針を改正

救急患者の医療機関への受け入れを支援する情報活用等に関する研究会

第1回

日時：平成20年12月17日(水) 10:00~12:00

場所：厚生労働省6階 共用第8会議室

議 事 次 第

議題

1. 救急医療における情報システムの現状について
2. 具体的な検討事項について
3. その他

【配付資料】

座席表

資料1：開催趣旨について

資料2：東京都における妊婦死亡事案について

資料3：情報システムの現状について

資料4：具体的な検討事項について(案)

参考資料：消防機関と医療機関の連携に関する作業部会中間報告

(平成20年3月 総務省消防庁)

救急患者の医療機関への受け入れを支援する情報活用等に関する研究会の 開催趣旨について

I. 趣旨

一般の東京都内で発生した妊婦受け入れ困難事案のような痛ましい事態を二度と起こさないためには、周産期等の救急患者を医療機関へ円滑に受け入れる体制を整備することが喫緊の課題である。

このうち、救急患者の受け入れ先を円滑に選定するためには、ITを活用した情報システムを構築することが有効であるが、現在の「救急医療情報システム」及び「周産期救急情報システム」には様々な課題が存在しており、その機能強化が求められている。

そのため、本研究会では、医療現場のニーズに基づいてこれらの情報システムの課題を抽出するとともに、全国展開を前提として、求められる情報システムの具体的機能やその運用体制等を検討する。

なお、本研究会の検討結果を受け、来年度には情報システムのプロトタイプを開発してモデル病院において運用・実証する予定である。

II. 構成員

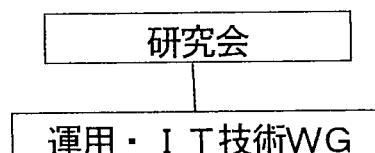
別紙1のとおり。

III. 検討内容

- (1) 受入医療機関の決定を効率化・円滑化する連絡支援システムに求められる機能や運用体制等
 - (2) 情報技術等の活用による連絡支援システムの基本的概念等
- ※ なお、具体的な検討事項(案)は、資料4参照。

IV. 運営

- (1) 研究会の庶務は、厚生労働省医政局指導課と経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室とが協力して行う。
- (2) 研究会の下で「運用・IT技術ワーキンググループ」を開催し、詳細を検討する。構成員は別紙2のとおりとし、機動的に開催できるよう代理出席も可とする。
- (3) 研究会の議事は公開とする。



V. スケジュール

平成20年度末を目途に研究会の取りまとめを行う。また、必要に応じ運用・IT技術ワーキンググループを開催する。

研究会の構成員一覧

有泉 健 KDDI株式会社ソリューション事業統轄本部FMC事業本部

FMC推進本部FMCソリューション1部 部長

有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 主任教授

石井 正三 社団法人日本医師会 常任理事

井上 裕二 山口大学医学部 教授

岡井 崇 昭和大学医学部産科婦人科学教室 教授

小倉 真治 岐阜大学大学院医学系研究科救急・災害医学分野教授

菊野 隆明 国立病院機構東京医療センター 救命救急センター長

近藤 克幸 秋田大学医学部付属病院 医療情報部 教授

坂本 哲也 帝京大学医学部救命救急センター 教授

篠田 英範 保健医療福祉情報システム工業会標準化推進部会長

杉本 充弘 日本赤十字社医療センター 第一産科部長

高木 一裕 株式会社エヌ・ティ・ティドコモフロンティアサービス部 部長

早野 大輔 沼津市立病院 救命救急センター長

福井トシ子 杏林大学医学部附属病院 看護部長

福泉 武史 ソフトバンクBB株式会社情報システム本部 副本部長

本間 正人 国立病院機構災害医療センター 救命救急センター一部長

松村 泰志 大阪大学医学部付属病院医療情報部 副部長

山本 隆一 東京大学大学院情報学環 准教授

横田 裕行 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター長

オブザーバー

総務省消防庁、東京都福祉保健局、東京消防庁

(敬称略、五十音順)

ワーキンググループの構成員一覧

有泉 健 KDDI株式会社ソリューション事業統轄本部FMC事業本部
FMC推進本部FMCソリューション1部 部長

有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 主任教授

石井 正三 社団法人日本医師会 常任理事

井上 裕二 山口大学医学部 教授

大月 宏 保健医療福祉情報システム工業会医療情報システム部会電子カルテ委員会長

岡井 崇 昭和大学医学部産科婦人科学教室 教授

小倉 真治 岐阜大学大学院医学系研究科救急・災害医学分野教授

菊野 隆明 国立病院機構東京医療センター 救命救急センター長

近藤 克幸 秋田大学医学部付属病院 医療情報部 教授

坂本 哲也 帝京大学医学部救命救急センター 教授

篠田 英範 保健医療福祉情報システム工業会標準化推進部会長

下邨 雅一 保健医療福祉情報システム工業会医療システム部会相互運用性委員会長

杉本 充弘 日本赤十字社医療センター 第一産科部長

高木 一裕 株式会社エヌ・ティ・ティドコモフロンティアサービス部 部長

早野 大輔 沼津市立病院 救命救急センター長

福井トシ子 杏林大学医学部附属病院 看護部長

福泉 武史 ソフトバンクBB株式会社情報システム本部 副本部長

本間 正人 国立病院機構災害医療センター 救命救急センター一部長

松村 泰志 大阪大学医学部付属病院医療情報部 副部長

山本 隆一 東京大学大学院情報学環 准教授

横田 裕行 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター長

吉村 仁 社団法人日本画像医療システム工業会医用画像システム部会長

オブザーバー

総務省消防庁、東京都福祉保健局、東京消防庁

(敬称略、五十音順)

東京都における妊婦死亡事案と対応について

1. 事案の概要

※「母体搬送事案に関する経過について」（10月22日東京都報道発表資料）より

（1）事案の経過

○ 10月4日（土）、地元産婦人科（江東区）によると、同産婦人科にかかっていた患者の転院搬送に関し、同産婦人科が19時頃から、都立墨東病院を含め8医療機関に連絡したが、受入可能な病院が見つからず、都立墨東病院に再度要請したとのこと。

○ 都立墨東病院における対応は、以下のとおり。

10月4日（土）

19:00頃 地元産婦人科医師より、「母体搬送の受入れ可否」の問合せあり。当直医師が「土日は基本的に母体搬送を受け入れていない」と回答。他の周産期センターに依頼した方が迅速かつ適切に対応できるとの判断から、受入可能な医療機関名を伝達。

19:45頃 再度、地元産婦人科医師より母体搬送依頼あり。

※ 他医療機関の受入れが困難だったと聞いたこと、下痢、嘔吐、頭痛等の症状が増悪している状況のため、バックアップの産科部長に緊急登院を要請

20:00頃 地元産婦人科へ母体搬送受入可能と連絡

20:18 救急車で墨東病院到着（救急車内で意識レベル低下）

20:30頃 脳卒中が疑われたため、脳外科当直医が対応

21:41 帝王切開術により児娩出

※ 児の救命のため先行（御家族同意）

22:24 頭部の血腫除去手術を開始

10月5日（日）

1:28 頭部手術終了

10月7日（火）

20:31 死亡確認（直接死因 脳出血）

(2) 墨東病院産科（総合周産期母子医療センター）の現状

- 6月30日にシニアレジデントが1名退職したことから、毎日当直体制の維持が困難となり、7月1日から土日当直が1名体制となった。
- このため、7月1日から土日の救急受入れを制限することにした。これに際しては、都内周産期センターに十分説明し、協力を依頼するとともに、すみだ・江東区・江戸川区産婦人科医会及び会員に対し、周知を行った。

2. 対応

(1) 実態把握

- ・ 医療機関等に対する実地調査

厚生労働省と東京都において、都立墨東病院等に対する実地調査を行い、今回の事案の事実確認、救急医療受入体制等についてヒアリング

【10月24日～31日 以下に対してヒアリングを実施】

都立墨東病院、江戸川区医師会、慶応義塾大学病院、順天堂大学医学部附属順天堂医院、日本赤十字社医療センター、東京慈恵会医科大学附属青戸病院、日本大学医学部附属板橋病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京大学医学部附属病院、かかりつけ産婦人科医院

- ・ 周産期母子医療センターに対する緊急アンケート調査

全国の周産期母子医療センターに対し、医師数、医師の当直体制等についてアンケート調査

(2) 当面の対応

- ・ 以下の事項に関する改善等を都道府県に要請（10月27日付け医政局指導課長・雇児局母子保健課長連名通知）

- ① 周産期母子医療センターの運用
- ② 周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用
- ③ 周産期医療体制の確保

(3) 今後の対応（実態把握等を踏まえ対応）

- ・ 救急医療と産科・周産期医療の連携
- ・ 産科医の確保

平成20年12月8日

厚生労働省医政局指導課
厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課
総務省消防庁救急企画室
東京都福祉保健局

母体搬送に係る事案において
搬送を受け入れられなかった病院からの聞き取り調査結果について
—理由、原因・背景、その他医療現場からの意見等—

I 調査の概要

1 調査対象

区東部ブロック及び多摩ブロックにおける妊婦搬送事案(※1、※2)について、搬送依頼を受け入れられなかったとされた下記の医療機関

種別	医療機関名
総合周産期母子医療センター	<ul style="list-style-type: none">・ 東京都立墨東病院・ 日本赤十字社医療センター・ 日本大学医学部附属板橋病院・ 杏林大学医学部附属病院・ 東京女子医科大学病院・ 愛育病院
地域周産期母子医療センター	<ul style="list-style-type: none">・ 慶應義塾大学病院・ 順天堂大学医学部附属順天堂医院・ 東京慈恵会医科大学附属病院(本院)・ 日本赤十字社東京支部武蔵野赤十字病院・ 東京医科大学病院
周産期医療情報ネットワーク参画医療機関	<ul style="list-style-type: none">・ 東京大学医学部附属病院
その他の医療機関	<ul style="list-style-type: none">・ 東京慈恵会医科大学附属青戸病院・ 東京都立府中病院・ 公立昭和病院

2 調査方法

厚生労働省、総務省消防庁、東京都福祉保健局が合同で各医療機関を訪問し、聞き取り調査を行った。

※1 区東部ブロックにおける妊婦搬送事案の経過概要

平成20年10月4日、江東区内のかかりつけ産婦人科医院を受診した妊婦の転院搬送に関し、同医院等が都立墨東病院を含め8医療機関に連絡したが、受入困難であった。再度要請を受けた都立墨東病院が受け入れたが、妊婦は脳内出血により死亡した。

※2 多摩ブロックにおける妊婦搬送事案の経過概要

平成20年9月23日、調布市内のかかりつけ病院を受診した妊婦の転院搬送に関し、同病院等が杏林大学医学部付属病院を含め8医療機関に連絡したが、受入困難であり、最終的には、都立墨東病院が受け入れた。

II 調査結果の概要

1 母体搬送を受け入れられなかった理由

搬送依頼を受けたとされた各医療機関によると、受け入れられなかった理由は、区東部ブロックにおける事案については表1のとおり、多摩ブロックにおける事案については表2のとおりであった。

表1 区東部ブロックにおける母体搬送事案について

医療機関名	種別	母体搬送を受け入れられなかった理由
東京都立墨東病院	総合	・当日は1人当直であったこと等
日本赤十字社医療センター	総合	・MFICUが満床（担当ブロック外からの妊婦が直前に入院したため）
日本大学医学部 附属板橋病院	総合	・NICUが満床 ※本事案については記録不明（同日あった別の妊婦の搬送依頼については、NICU満床のために受け入れられなかった旨の記録あり）
慶応義塾大学病院	地域	・産科病棟の個室が満床（感染症を疑ったので個室管理が必要と判断したため）
順天堂大学医学部 附属順天堂医院	地域	・産科病床が満床 ・産科当直医（2人）が2人の分娩進行中の妊婦に対応中であった。
東京慈恵会医科大学 附属病院	地域	・NICUが満床 ・NICU入院が必要な分娩が待機中であったので、これ以上の入院は受けられず。
東京慈恵会医科大学 附属青戸病院	—	・NICUを設置していない（周産期母子医療センターではない）。 ・脳外科医の当直日ではなかった。
東京大学医学部 附属病院	ネットワーク	・NICUが満床

表2 多摩ブロックにおける母体搬送事案について

医療機関名	種別	母体搬送を受け入れられなかった理由
杏林大学医学部附属病院	総合	<ul style="list-style-type: none"> ・最初の連絡時は、産科当直医（2人）が手術対応中であった。 ・産科病床が満床 ※他院へ搬送依頼を行った。
日本赤十字社東京支部武蔵野赤十字病院	地域	<ul style="list-style-type: none"> ・産科当直医（1人）は、手術後の患者と分娩待機中（5人）の妊婦に対応中であった。
日本赤十字社医療センター	総合	<ul style="list-style-type: none"> ・産科当直医（3人）は、9人の妊婦の分娩と、流産の患者の緊急手術に対応中であった。 ・NICUが満床 ・MFICUが満床
東京医科大学病院	地域	<ul style="list-style-type: none"> ・NICUが満床 ・脳外科当直医は1人で院内患者と救命救急センターの患者へ対応するため、それ以外の患者は原則として受け入れていない。
東京女子医科大学病院	総合	<ul style="list-style-type: none"> ・搬送依頼の受信の記録なし（電話交換台、産科・新生児科の当直日誌確認済み） ・NICUとGCUが満床
東京都立府中病院	—	<ul style="list-style-type: none"> ・産科当直医（1人）が分娩対応中であった。
公立昭和病院	—	<ul style="list-style-type: none"> ・産科当直医（1人）が5人の妊婦の切迫早産等に対応中であった。 ・小児科当直医（1人）が2人の人工呼吸管理と1人の超低出生体重児に対応中であった。
愛育病院	総合	<ul style="list-style-type: none"> ・本事案の妊婦は脳血管疾患を合併していると判断したが、当院は脳神経外科を有していないため。

注) 総合：総合周産期母子医療センター、 地域：地域周産期母子医療センター、
 ネットワーク：周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、
 —：その他の医療機関

2 母体搬送を受け入れられなかった原因及びその背景等に関する医療機関の意見

受け入れられなかった主な原因及びその背景等について、搬送依頼を受けたとされた各医療機関の意見は以下のとおりであった。

○ 医師の不足等

- ・ 産科医や新生児科医等、周産期医療を担う医師が絶対的に不足しており、緊急の母体搬送等に常時対応できるだけの余力がない。宿日直についても十分な人員を確保することができず、やむを得ず1人当直体制とならざるをえない状況もある。
- ・ 産科手術における麻酔科医の不足も慢性的であり、緊急の手術に対応することが困難。
- ・ 初期から三次まで幅広い妊産婦救急患者を受け入れなければならない。また、健診未受診妊産婦のいわゆる飛び込み出産等も増えてきており、事前情報のない予想外のハイリスク症例に対応しなければならないという事例が増加している。

○ 新生児集中治療室（NICU）の不足等

- ・ NICUの増床を計画しているが、それに見合う新生児科医が確保できず、また、診療報酬上の施設基準を満たすための看護師及びスペース等の確保も困難。
- ・ 通常の出産目的で入院している妊産婦の児がNICUに入ることも多く、母体搬送に備えて常に空床を確保することが困難。また、近年多胎児の出産が増加しており、多めに空床を確保しなければならないのも負担。
- ・ NICUにおける長期療養児の受皿となるNICU後方病床（GCU等）やその他の退院先の病床（重症心身障害児施設を含む）が不足している。また、GCUに対する診療報酬上の加算が十分ではないため、増床しても経営を圧迫するケースが多い。

○ 産科病床の不足等

- ・ 担当するブロック（医療圏）以外からの母体搬送を受け入れるだけの産科病床の余裕がない。
- ・ 母体・胎児集中治療室（MFICU）も、その後方病床も常にほぼ満床状態である。
- ・ 他診療科の個室には、胎児を管理するモニター等の機器が設置されていないため、そのような病室での受け入れは困難。

○ 情報の照会や伝達等に関する事項

- ・ 周産期医療情報システムによる情報は、あくまでその時点を中心とした大まかな状況と認識している。いずれにしろ具体的な受入可能性は電話で確認するので現状の情報更新頻度（最低2回/日）で妥当である。
- ・ 周産期医療情報システムで表示する情報は、空床状況や対応可能性についてのリアルタイムの情報ではないため、受入可能の表示のある施設に電話をしても、実際には受入困難であることがある。
- ・ 搬送依頼に際しては、主に電話による対応であるため、依頼元と依頼先の間で患者の容体等の状況の認識に差異が生じてしまうことがある。
- ・ 周産期医療情報システムの情報を周産期母子医療センター等のネットワーク内の医療機関しか見ることができないので、搬送先の選定に際して非効率ではないか。
- ・ 一次医療機関では医師が少ないので患者を診ながら搬送先選定を行うのは難しい。総合周産期母子医療センターで搬送先選定を行うべきである。

3 その他、周産期医療全般に関する医療機関の意見・提言等

その他、周産期医療全般に関する医療機関の意見・提言等は以下のとおりであった。

○ 総合周産期母子医療センター等周産期医療施設について

- ・ 周産期医療においては、産科等の周産期関連の診療科だけでは対応できない状況の発生もありうるということを念頭に置いた上で、母体救命に対応できる仕組みを考えるべきではないか。また、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターとして十分に機能しているか、適切に評価を行い、必要がある場合は指定や認定を見直すということも考えるべきではないか。
- ・ 母体合併症を含めた搬送依頼に対してコーディネートできるセンターがあれば、全ての総合周産期母子医療センターが母体合併症に対応できなくてもいいのではないか。
- ・ 周産期母子医療センターに指定・認定されている病院であっても、各病院により、対応できる領域はそれぞれ異なることから、各病院の機能を明確に周知・評価すべきである。
- ・ 総合周産期母子医療センターは、ハード面は補助金により支援があるが、産科医への報酬などのソフト面での支援が十分ではない。三交代が可能なくらいの人数を確保するためにも経済的支援が必要ではないか。

- ・ 公立病院改革を進めるにあたり、NICU等、収益に貢献しない分野を拡充しようとしても、経営的観点からみると、必ずしも優先順位が高くない。
- ・ 出産費等の未払いについては大きな問題であり、出産育児一時金が直接、病院へ支給されるような仕組みにならないか。公立病院は特に未収金が多く、経営上も重大な問題。

○ 周産期医療を担う医師への支援・負担軽減等について

- ・ 産科医の報酬を労働量に見合ったものに改善できるよう、診療報酬の改定を行うことはできないか。また、緊急帝王切開など周産期救急医療に関与した産科医、新生児科医、麻酔科医、コメディカルなどに対し付加的な経済的支援ができるような院内体制を整備することも重要。
- ・ 当直明けに通常勤務を行う等の過重労働により、医師の気力も体力も衰えている。短期的対策として、労働時間の縮減や当直明け勤務を行わない等の勤務環境の改善や、医師個人に対する手当を上乗せする等、医師のモチベーションを維持する方策が必要ではないか。
- ・ 医師の負担を減少させるため、医療クラークの普及・配置を図ることが必要ではないか。
- ・ 産科医は、基本的にハイリスク・ローリターンであり、これが産科医減少の一要因。福島県立大野病院の例のように、リスクが高くても手術は必要な場合は当然ある。このような場合、産科医が法的に免責になるシステムを考えてほしい。
- ・ 厳しい環境の中、ハイリスク症例を受け入れて懸命に治療したにもかかわらず、結果的に死亡してしまったような場合であっても、マス・メディアから批判的な報道を受けると、仕事を続けていくモチベーションが維持できない。
- ・ 行政が財政的支援を行い、周産期母子医療センターの助産師に手当を出すなどして、センターに助産師が集まるようにすべきではないか。
- ・ 欧米では、産後1日程度で退院し、その後は地域の保健師等が在宅でケアを行っている。日本でも保健師を増員するなどしてこのような取組を進め、医師の負担を減らすことも考えられる。

○ 地域における周産期医療体制の構築等について

- ・ 地域における経験ある産科開業医の活用を図りたいが、これらの医師の高齢化が進んでいる地域も多くて簡単ではない。また、周産期医療は、新生児科医、助産師等のチームで行うものであり、仮にオープンシステム等を

導入しても、普段一緒に勤務していない医療従事者との意思疎通を含め、診療が円滑に進むか不安な面もある。

- ・ 近年、ハイリスクでない妊婦であっても総合周産期母子医療センターに紹介・搬送されるケースが増加傾向にあり、センターにとっては大きな負荷となっている。総合周産期母子医療センターが、できるだけハイリスク症例に限定して対応できるよう、地域の産科医療機関における役割分担を図るべきではないか。
- ・ 他県からの周産期関連患者を受け入れている状態が恒常的に続いており、複数県で広域の総合的な周産期医療体制を整備できないか。
- ・ 長期療養児の受皿として、後方病床や重症心身障害児施設等の計画的な整備を急ぐべき。

○ その他、救急医療等との関連について

- ・ 救急医療に対応するため、搬送先を選定するコーディネーターを積極的に活用すべき。
- ・ 周産期の救急専任のコーディネーターが、常に各周産期母子医療センターの状況を把握し、広域で搬送先を調整するのがいいのではないか。その際、搬送紹介先病院の選定や、そこで受けた治療への不満等が患者から出た場合、コーディネーターの責任が問われかねないので、行政の責任において行うのがいいのではないか。
- ・ 子宮外妊娠や健診未受診妊産婦の流産等の産科の初期・二次救急搬送に対応できる医療機関が少ないため、すべて総合周産期母子医療センターにきてしまう。
- ・ 妊婦が一般救急で搬送される場合、総合周産期母子医療センターへの搬送先選定依頼がないときには、搬送ルートが必ずしも定まっていない。
- ・ 救急医療については、三位一体改革により、公立病院の救命救急センターへの補助金が一般財源化され、その結果、病院を設置している市町村とそれ以外の市町村との間の不公平が生じている。
- ・ 現在の救急医療体制は、初期、二次、三次と重症度別に分けているが、重症度の判断は難しい場合もある。また、特定診療科に力を入れている病院もあるため、必ずしも重症度別の分類にこだわらず、診療科単位で救急の役割分担を行い、難しい症例であれば救命救急センターに搬送してもらう、というようなことも必要である。

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

開催要綱

1. 趣旨

現在、周産期の救急医療体制の充実が全国的に非常に重要になっていることから、妊産婦が安心して子供を産み・育てることができるよう、早急に対策を講ずる必要がある。このため、周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討する。

2. 検討事項

- (1) 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- (2) 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み
- (3) その他

3. 構成員

厚生労働大臣及び構成員（別紙）で構成する。

4. 運営

- (1) 本会議の庶務は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と協力しつつ、同省医政局指導課で行う。
- (2) 議事は公開とする。
- (3) 本懇談会の構成員については、厚生労働大臣が委嘱する。

5. 検討スケジュール

12月中を目途に取りまとめ予定。

(別紙)

構成員名簿

阿真 京子	「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会 代表
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座 主任教授
池田 智明	国立循環器病センター周産期科 部長
海野 信也	北里大学医学部産婦人科学 教授
大野 泰正	大野レディスクリニック 院長
岡井 崇	昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授
嘉山 孝正	山形大学医学部長 脳神経外科学教授 救急部長
川上 正人	青梅市立総合病院 救命救急センター長
木下 勝之	順天堂大学医学部産婦人科学講座 客員教授
杉本 壽	大阪大学医学部救急医学 教授
田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター 総長
横田順一郎	市立堺病院 副院長

(敬称略、五十音順)

短期目標として実現可能な対策について（骨子案）

1. 患者の病態と受入施設のマッチング

① 病態の分類（必要な対応・処置と緊急度）

- ・病態に応じた受入判断基準について実態を踏まえて検討
- ・患者の病態や医療機関の体制を踏まえ、医療機関ごとに救急患者の受入判断基準や他科との連携体制を構築

② 施設の機能による分類

- ・施設の診療機能を明示し関係者間で共有
- ・施設の診療機能に応じた受入判断基準や地域における役割分担の明確化
- ・救急患者受入のための空床確保とその補償の充実

③ 地域のネットワークの促進

- ・関係者間で顔が見える体制の整備を進めるため、地域の医師等を対象に、情報交換や事例検証のための場を設置
- ・必要に応じ、県境を越えた医療機関間のネットワークを構築

2. 情報の伝達及び効果的活用

① 救急医療機関の状況（病床数、人員）の伝達とその迅速化

- ・地域の実情に応じ、既存ネットワークの活用も含め、より良いシステムを検討
- ・医療機関の状況に応じた受入判断基準の策定

② 情報の統合、センター化

- ・地域の実情を踏まえつつ、救急医療情報システムと周産期救急情報システムとを統合・連携強化
- ・周産期救急情報システムは、かかりつけ産科医療機関と受入医療機関とが情報を共有できるシステムであることが望ましい

- ・地域によっては、県境を越えて共有できる情報システムも必要

③ 搬送先選定の迅速化（コーディネータの配置）

- ・ コーディネータを地域ごとに設置
- ・ コーディネータは必ずしも医師でなくともよいが、質の確保のため、地域医療に従事していた経験等の要件を設定

④ 患者側との情報交換

- ・ 母親に対する教育・指導の充実、助産師や保健師の活用
- ・ 緊急時の対処方法等について家族への啓発活動への支援
- ・ 積極的な情報提供の実施

3. 施設の機能充実と人員不足への対応

① 病床数の適正化（特に NICU の増床）

- ・ 未熟児の増加にも対応できるよう NICU 病床を確保
- ・ NICU に配置する医師、看護師の確保

② 勤務環境の改善

- ・ 産科医、新生児科医、麻酔科医の確保と勤務環境の改善が必要
- ・ 地域の開業医の活用と連携体制の構築
- ・ 重点化、集約化による体制の強化

③ コメディカル、メディカルクラークの活用

- ・ リスクの軽減に資する母親に対する教育・指導の充実
- ・ コーディネータとしての参画と必要な研修体制等の整備
- ・ 情報システムの入力や事務支援のための研修と積極的参画

4. その他

救急医療情報システム

救急患者を迅速かつ適切な医療機関へ搬送するため、医療機関の診療状況などの応需情報を収集・蓄積し、消防機関へ提供するシステム。

導入状況

43都道府県で導入

※ システム未整備の4県（山形県、島根県、宮崎県、沖縄県）については、消防機関と医療機関の連携が構築されており、現時点では、救急患者の受入に支障がないとのこと。

当日の対象医療機関の応需情報が科目ごとに一覧で参照できる。

栃木県救急医療情報

システムの例

応需状況モニター画面

再表示間隔: 再表示なし | 条件で表示設定する | 最新情報表示

※現在このページは再表示を行いません。

消防官署: 宇都宮

医療機関情報		内科	外科	整形外科	小児科	産科	皮膚科	泌尿科	呼吸器科	消化器科	泌尿器科	耳鼻科	眼科	歯科	心臓科	脳神経科	
宇都宮記念病院	TEL(放送) 028-622-1991	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床
宇都宮市夜間休日救急診療所	TEL(放送) 028-665-5111	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床
宇都宮第一病院	TEL(放送) 028-665-5111	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床	診察	手術	空	床

実際のモニター画面

応需モニター - とちぎ医療情報ネット - Microsoft Internet Explorer



応需モニター

マークの説明

再表示間隔: ▼

※現在このページは再表示を行いません。

消防管轄

宇都宮

		宇都宮																		
医療機関情報		内科	外科	整形	消化	小児	循環	皮膚	泌尿	産婦	呼吸	脳外	神内	麻酔	耳鼻	眼科	気食	形成	心血	精神
● 宇都宮記念病院 宇都宮市大通り5-2-14 TEL(搬送) 028-622-1991 最終更新 2006/10/27 12:37:58	診療	○	○	○	○	-	○	△	-	-	○	-	△	-	-	-	○	-	-	-
	手術	×	×	×	×	-	×	×	-	-	×	-	×	-	-	-	×	-	-	-
	空男	○	○	○	○	-	○	○	-	-	○	-	○	-	-	-	○	-	-	-
	床女	×	×	×	×	-	×	×	-	-	×	-	×	-	-	-	×	-	-	-
		特記事項																		
		皮膚科外来診療は、第2、第4火曜日午後のみ 神経内科外来診療は、木曜日午後のみ 外科、整形外科の午後の診療は電話にてご確認ください																		
● 宇都宮社会保険病院 宇都宮市南高砂町11-17 TEL(搬送) 028-653-1001 最終更新 2006/10/27 09:00:46	診療	○	○	○	○	○	○	-	○	×	○	○	-	×	-	○	-	-	-	-
	手術	×	×	×	×	×	×	-	×	×	×	×	-	×	-	×	-	-	-	-
	空男	○	×	×	×	×	×	-	×	-	×	×	-	×	-	×	-	-	-	-
	床女	○	×	×	×	×	×	-	×	×	×	×	-	×	-	×	-	-	-	-
		特記事項																		
● 宇都宮市夜間休日救急診療所 宇都宮市竹林町968 TEL(搬送) 最終更新 2006/10/27 08:56:50	診療	△	-	-	-	△	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	手術	×	-	-	-	×	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	空男	×	-	-	-	×	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	床女	×	-	-	-	×	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		特記事項																		
● 宇都宮第一病院 宇都宮市宝木本町2313 TEL(搬送) 028-665-5111 最終更新 2006/10/27 08:47:02	診療	○	○	○	○	-	○	△	△	-	○	○	○	-	-	-	-	-	○	-
	手術	×	○	○	○	-	○	×	×	-	○	○	×	-	-	-	-	-	○	-
	空男	○	○	○	○	-	○	×	○	-	○	○	○	-	-	-	-	-	○	-
	床女	○	○	○	○	-	○	×	○	-	○	○	○	-	-	-	-	-	○	-
		特記事項																		

周産期医療ネットワークに関する実態調査について(平成20年12月15日現在)

番号	都道府県	周産期医療協議会の設置の有無	NICUの充足状況			MFICUの充足状況			周産期医療関係者研修の実施の有無	コンピューターによる周産期救急情報システム			ハイリスク妊婦の搬送に係るコーデイナーの配置の有無	ハイリスク新生児の搬送に係るコーデイナーの配置の有無	他県との連携状況の有無	助産所のネットワークへの組み入れの有無	管内に複数の総合周産期母子医療センターが指定され、周産期医療の調整を行う基幹病院の有無
			充足	不足	未把握	充足	不足	未把握		設置の有無	他システムとの連携	更新頻度					
1	北海道	○	○			○			○	○	単独	1日1回以上の更新が基本	×	×	×	×	×
2	青森県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	×	—
3	岩手県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に2回更新	×	×	×	—	—
4	宮城県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
5	秋田県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね12時間に1回更新	×	×	×	—	—
6	山形県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	—	—
7	福島県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
8	茨城県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	病院により異なる	×	×	×	○	×
9	栃木県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	○	○	×	×	×
10	群馬県	○		○		○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
11	埼玉県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	×	—
12	千葉県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	1日に2回更新	○	×	×	○	×
13	東京都	○		○			○		○	○	単独	リアルタイムで更新	×	×	×	○	×
14	神奈川県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	定期的に朝夕2回以上	×	×	×	○	×
15	新潟県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	×
16	富山県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	○	—	—
17	石川県	○	○			○			○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	○	○	—
18	福井県	○		○		○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	—
19	山梨県	○	○			○			○	×	—	—	×	×	×	○	—
20	長野県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
21	岐阜県	○	○				○		×	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
22	静岡県	○	○			○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	×
23	愛知県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
24	三重県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	○	○	—
25	滋賀県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	—
26	京都府	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に2回更新	○	○	○	○	—
27	大阪府	○		○			○		○	○	単独	概ね12時間に1回更新	○	×	○	○	○
28	兵庫県	○	○			○			○	○	単独	リアルタイムで更新	×	×	○	○	—
29	奈良県	○		○		○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	○	×	○	○	—
30	和歌山県	○	○			○			○	○	単独	最低1日1回以上更新	×	×	○	○	—
31	鳥取県	○	○			○			×	×	—	—	×	×	×	×	—
32	島根県	○	○			○			○	○	その他システムと連携	変更があれば更新	×	×	×	—	—
33	岡山県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	医療機関により、頻度は異なる	×	×	×	×	○
34	広島県	○		○		○			○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	×	×	○
35	山口県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回で更新を依頼	×	×	×	×	—
36	徳島県	○		○		○			○	×	—	—	×	×	○	—	—
37	香川県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	朝と夕方の各1回	×	×	×	○	×
38	愛媛県	○	○				○		○	○	一般の救急医療のシステム	1日に2回更新を依頼	×	×	×	○	—
39	高知県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
40	福岡県	○	○			○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	○
41	佐賀県	○	○				○		○	×	—	—	×	×	×	—	—
42	長崎県	○		○		○			×	×	—	—	×	×	×	×	—
43	熊本県	○		○			○		○	○	単独	入退院の動きがあった時点での更新	×	×	×	—	—
44	大分県	○	○			○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
45	宮崎県	○	○			○			○	×	—	—	×	×	×	○	—
46	鹿児島県	○	○			○			○	×	—	—	×	×	×	○	—
47	沖縄県	○	○			○			○	×	—	—	×	×	×	×	×
合計		47	24	23	0	33	12	2	44	37			5	2	12	29	4

救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査について（結果概要）

平成20年11月20日
医政局指導課

1. 目的等

本年10月に東京都において産科救急患者が死亡するという事案を受け、同年10月27日に、各都道府県に対し、周産期母子医療センターの診療体制等の確認と改善の検討を要請する通知を発出した。

当該要請の中で、周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用状況を確認し、必要があれば適切に改善することを検討することとしている。

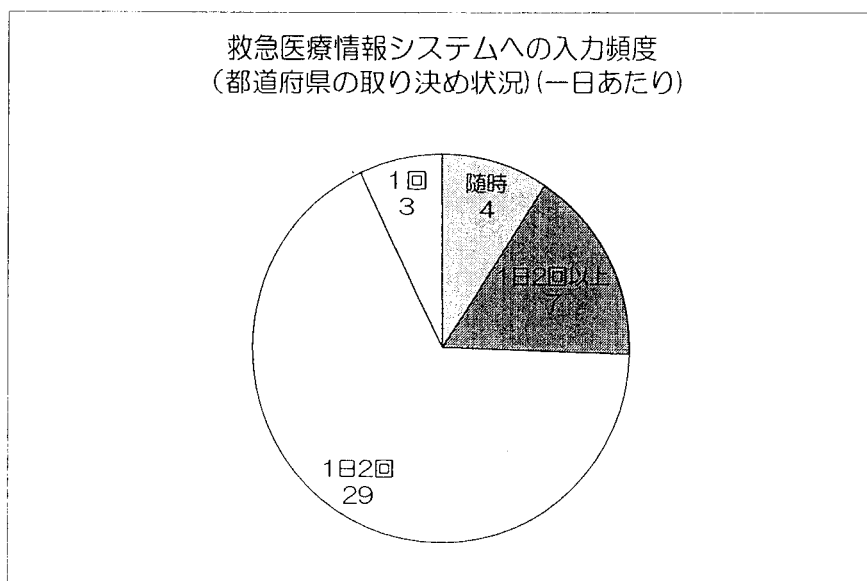
2. 結果（要点）

(1) 救急医療情報システム導入状況

救急医療情報システムについては、現在43県（都道府を含む）が導入している。

(2) 更新頻度

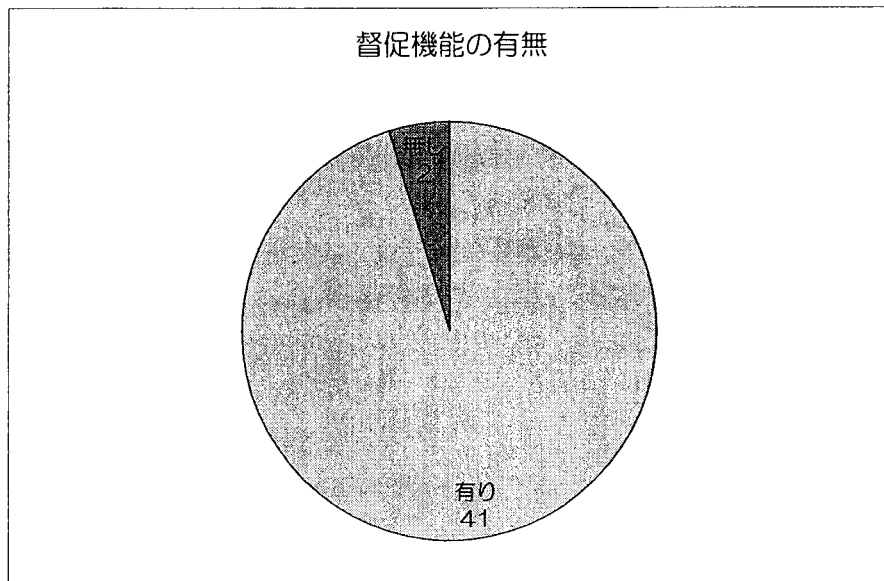
都道府県が医療機関に要請している救急医療情報システムの入力頻度については、「随時」が4県、「1日2回以上」が7県、「1日2回」が29県であり、大半が「1日2回」又はそれ以上を基準としている。



※「随時」とは、定時入力がなく、変更があればその都度入力しているもの

(3) 督促状況

入力督促状況については、「督促を行っている」が41県であり、その方法（複数回答）については、「救急医療情報センターの職員が行っている」が26県、「システムが自動的にしている」が25県である。

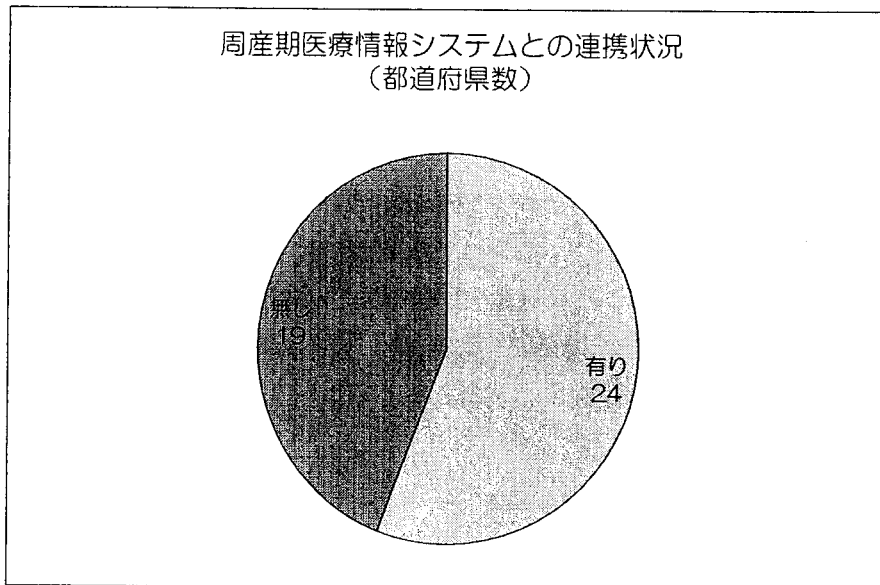


(4) 更新頻度を高めるために行った具体的工夫（主なもの）

- ・ 時間内に更新がない場合、システムにより自動督促、さらに更新がない場合は職員が電話にて再度督促を行っている
- ・ 医師会報等を活用した入力更新の周知
- ・ 最新の状況を入力するように定期的に依頼、入力訓練の実施
- ・ 参加している医療機関に訪問して個別に要請
- ・ システムリニューアルにより、医療機関が入力しやすい画面構成・機能強化を図ったほか、専用端末を廃止して、全機能インターネット運用とし、どのパソコンや携帯電話からでも入力を可能とした
- ・ システムに自動督促機能を付加するとともに、医療機関が入力困難な場合は状況を聴取し代行入力を実施
- ・ 各医療機関の入力体制及び連絡網の整備（責任体制及び入力者の明確化）

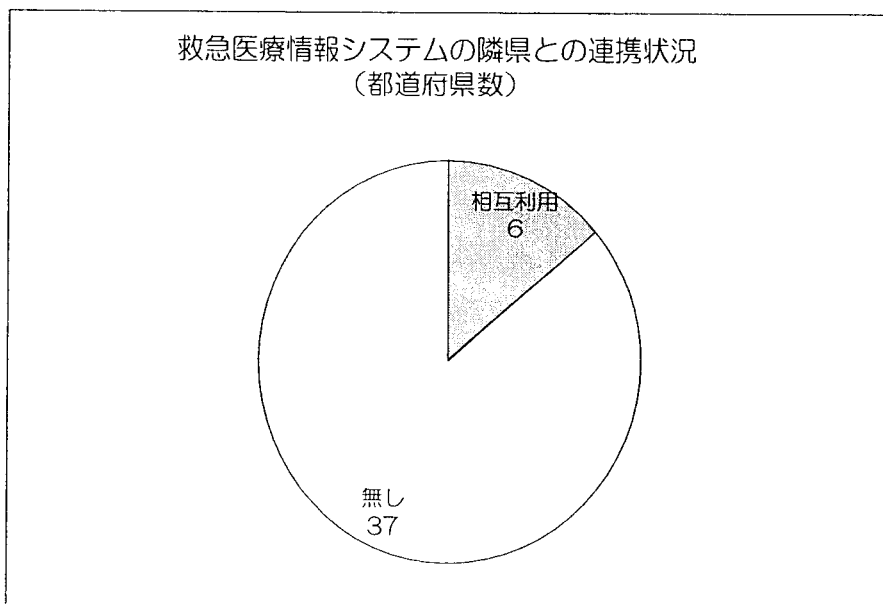
(5) 周産期医療情報システムが使用（閲覧）できるか

救急医療情報システムから周産期医療情報システムが使用（閲覧）できる
ところは24県である。



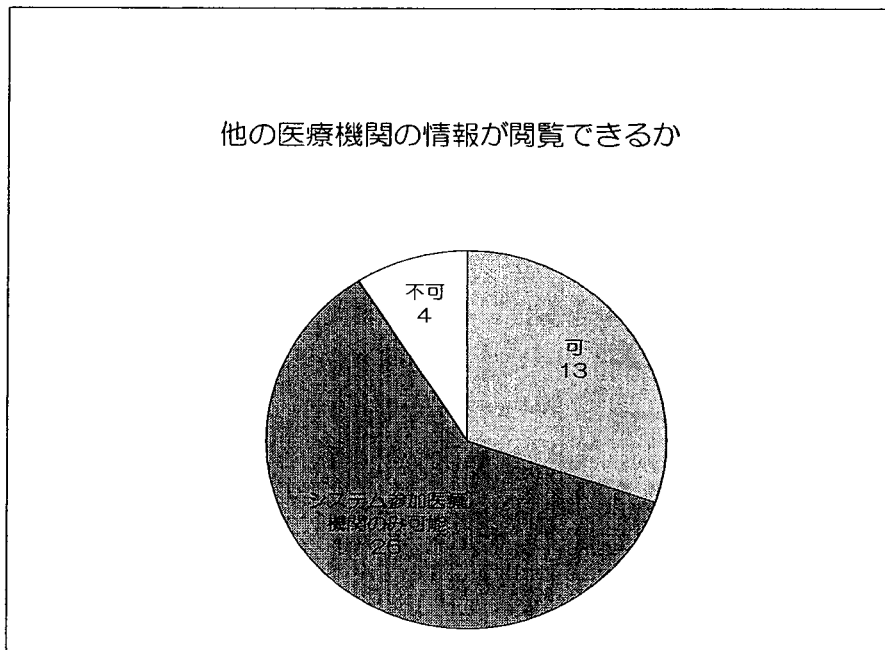
(6) 隣県の救急医療情報システムが使用（閲覧）できるか（隣接県との連携）

隣接県と「相互利用」しているところが6県である。



(7) 医療機関から情報が閲覧できるか

県内の医療機関が情報を閲覧できる場所は39県であり、そのうち、システム参加医療機関のみ可能であるところは26県である。



(8) 救急医療情報の提供体制において課題と考えている事項（主なもの）

- ・ 医療機関の応需情報の入力率の向上
- ・ 本県のシステムは、医療機関において活用されているが、救急搬送を担う消防本部では主たる手段として活用されない。活用されていない理由等を分析した上で、有効活用されるシステムへの改良が課題
- ・ 情報の即時性を求めると、参加医療機関へより一層の協力を求めることになるが、医療機関の負担増につながるため困難であり今後の課題
- ・ 全ての近隣府県との情報システムのリンクが有効と考えているが、一部実施できていない
- ・ 隣県との情報共有、システムの連携
- ・ 最終的に救急搬送機関が搬送先医療機関を決定するにあたっては直接相互に電話等で確認を行う必要があることから、平時において、救急医療機関と救急搬送機関のヒューマンネットワーク構築が必要

具体的な検討事項について（案）

I. 救急医療情報システムの機能増強について

（例）

- ・ 周産期救急に関する情報の共有及び強化
- ・ 医療機関における応需情報の精度の向上
- ・ 救急現場からの患者情報（バイタル情報、画像情報等）の収集・伝達機能の強化
- ・ 関係医療機関間で応需情報を共有化

II. 周産期救急情報システムの機能増強について

（例）

- ・ 医療機関における応需情報の精度の向上
- ・ かかりつけ医を含む関係医療機関間で応需情報を共有化

III. 各情報システムの運用体制の強化について

（例）

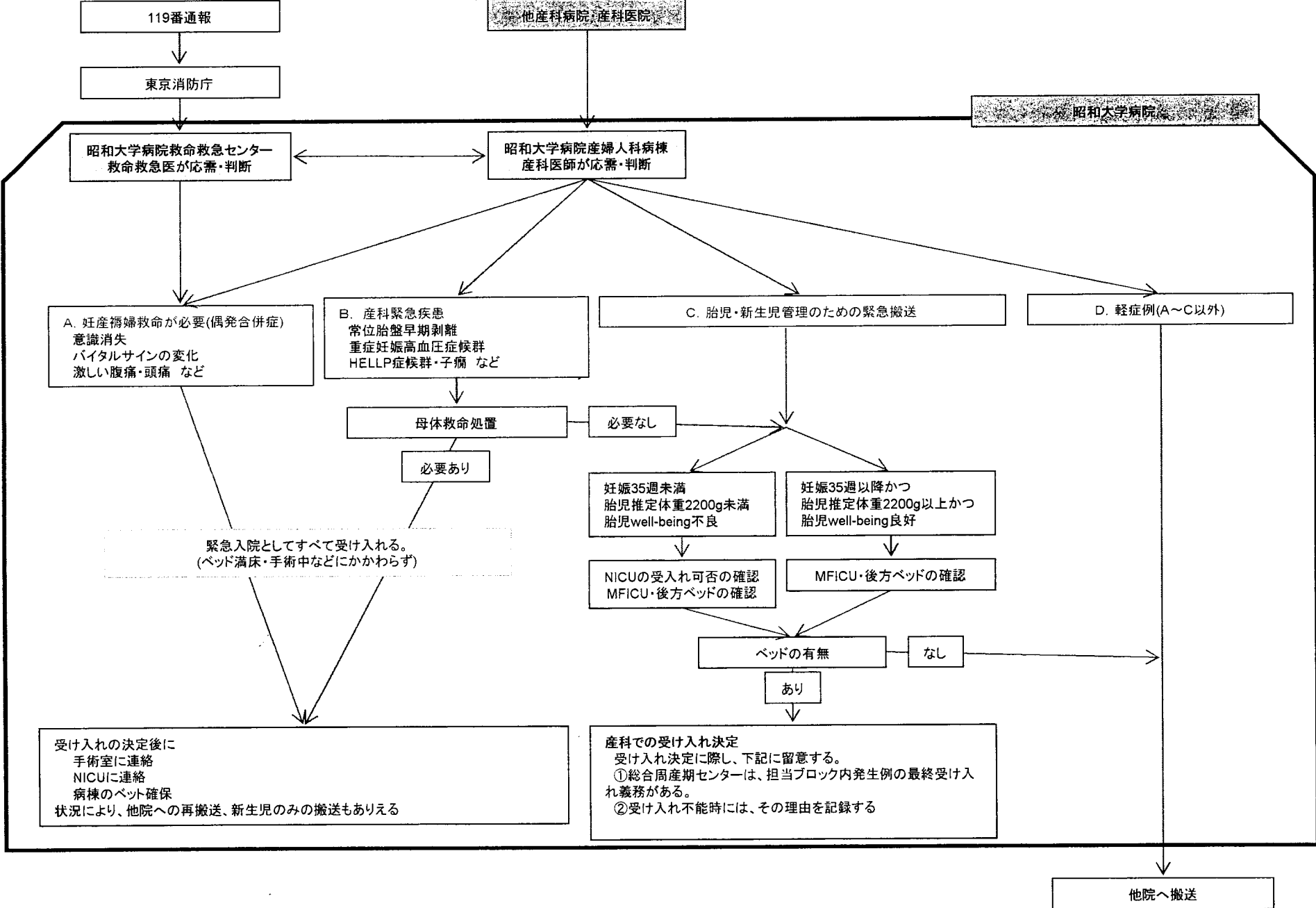
- ・ 各情報システムの統合又は連携の強化
- ・ 医療機関の受入可否を判断する人員の配置
- ・ 患者の状態や医療機関の応需情報から、搬送先医療機関を決めるルールの策定
- ・ 顔が見える人的関係構築
- ・ 情報システム及びその運用などを検証・改善していく体制の整備

IV. 新情報システムによる実証事業で検証が必要な事項について

（例）

- ・ 救急患者の受入が効率化・円滑化したか否か
- ・ 業務負担がかえって増加していないか

母体搬送依頼についての受け入れの判断基準(案)



一般通報新生児搬送における新生児医療と救急医療の連携に関する
緊急調査結果-速報を受けて

2008年12月15日
新生児医療連絡会

先般札幌市より発表された自宅分娩搬送困難事例は全国の新生児医療を担当するものにとっても看過できないものであった。このため新生児医療連絡会では声明(別添1)により真摯に受け止める事を表明すると共に、自主点検を行うこととした。この度その基礎資料となる緊急調査結果-速報(別添2)がまとまったので報告する。

I、緊急調査結果-速報の概要

調査目的 消防署に一般通報された新生児の搬送体制について、

- 1) 新生児救急と救急医療の連携の実態を把握する
- 2) 専門家集団として自主点検の材料とする

調査日時 2008年12月8日発送、11日回収

調査方法 新生児医療連絡会地区代表(都道府県代表)に対する記名式アンケート調査

結果 2008年12月11日現在、47都道府県中39都道府県より回収(回答率83.0%)。

- 1) 自宅分娩に代表される一般通報新生児の搬送については、多くの都道府県で救急隊に依存し、新生児ドクターカーが対応する都道府県は12.8%であった。
- 2) 60.5%の都道府県で救急隊に対する新生児用機器の配備がされていなかった。
- 3) 10都道府県(27.0%)で一般通報新生児の搬送困難事例が発生する可能性があると考えており、その大部分(8/10都道府県)は大都市圏に属していた。
- 4) 搬送困難事例が発生する可能性がないと考える都道府県においては、新生児ドクターカーが対応する、周産期センターに連絡する体制が確立している、周産期センター自身が搬送先選定に関与する、以上3点の比率が高かった。
- 5) 救急隊に対して新生児蘇生法の講習が行われている都道府県は36.8%であった。
- 6) 43.2%の都道府県で今後搬送体制を再確認する意思があった。

II、自宅出産超低出生体重児が救急隊により搬送救命された一例

札幌市より搬送困難事例が発表・報道される前の某日、国立大学法人医学部付属病院救急部に自宅分娩した妊娠25週、800g台の男児が搬送された。妊婦の腹痛という連絡で救急隊が到着したところ児が出生しており、心停止状態であったため新生児蘇生を行い回復、搬送した。救急部にて新生児担当医師が蘇生処置を行いNICUに収容、急性期

は順調に経過している。

当該都道府県は寒冷地に属するが、一般救急隊であるにもかかわらず新生児蘇生を行い、保温しながら超未熟児を搬送・救命し得た。その理由として広域救急隊が新生児蘇生法を生涯教育の一環で学んでいたことが有用であった。

Ⅲ、新生児蘇生法普及事業について

日本周産期新生児医学会を母体に 2007 年 7 月より新生児蘇生法 (NCPR) 普及事業が展開されている (別添 3)。新生児蘇生に係わる可能性のある、医師・助産師・看護師・学生・救命救急士を対象として 2 つのコースが設定され、現在までに 2000 名超が受講した。一部の都道府県で講習会開催に財政的支援が行われているが、基本的に私費負担となっている。

Ⅳ、結論と今後の方向性 (勧告)

緊急調査の結果、特に都市部の都道府県を中心に一般通報新生児搬送困難事例が発生する可能性が認められた。搬送困難事例が発生する可能性がないと考える都道府県で新生児ドクターカーが対応し、周産期センター自身が搬送先選定に関与する比率が高かったことは、都市部におけるシステム整備の方向性の参考とすべきである。

1) 新生児搬送システムの整備

・総合周産期母子医療センターに新生児専用ドクターカーを運転手とともに整備すること

・複数医療機関が存在する場合、搬送コーディネータを設置すること

・責任所在機関を明確化すること

2) 救急搬送システムと新生児搬送システムの連携

119 番に通報された新生児分娩事案への対応について

① 総合周産期母子医療センター等が、新生児専用ドクターカーを運用している地域

救急司令室はただちに救急車を現場に向かわせると同時に、総合周産期母子医療センター新生児科に対して、新生児専用ドクターカーの出動を要請すること。地域においてこの運用手順を申し合わせること。

② 上記以外の地域

普段から救急隊に保育器と新生児蘇生機材を整備すること。新生児分娩事案が 119 番に通報された場合、救急司令室はただちに救急車を現場に向かわせると同時に、総合周産期母子医療センター等の新生児科に対して、医師の往診可否を問い合わせ、同意があれば別途救急車により医師を依頼現場に搬送すること。地域におい

てこの運用手順を申し合わせること。

3) 救急搬送システムによる新生児搬送システム補完機能の整備（該当都道府県）

救急隊および周産期医療関係者に対する新生児蘇生法の普及に行政的支援を行うこと

4) 新生児医療連絡会に属する都道府県代表の多くが、新生児搬送体制について再確認する意思を示している。自主点検のみならず行政的にも再確認作業を支援すること。

【別添1】

札幌市における新生児搬送困難例についての声明

先日札幌市より発表された早産児の搬送困難事例の報道に接し、日本全国の新生児集中治療室（NICU）責任者を中心に構成される新生児医療連絡会およびその会員は、患者とその御家族の方に深い哀悼の意を表明すると共に、沈痛かつ重大な思いをもって受け止める事を表明します。

戦後に始まる我が国の新生児医療は、周産期医療ネットワークの構築を通じて世界で最も低い新生児死亡率を達成するなど、新生児の医療向上に貢献してきました。しかし近年 NICU 病床が不足し、各地で搬送困難事例が問題となっています。その背景には NICU を必要とする新生児の出生増加に加え、いわゆる長期入院症例の増加、さらには新生児担当医師の不足が内在し、能力を超過した医療需要に対応するため医療の質全体への影響とあわせて苦悩が続いています。今回の経過について詳細は把握できていませんが、痛恨の極みと言わざるを得ません。

われわれ新生児医療を担当する医師は、今回のようなことが決して繰り返されることのない医療体制を目指して、搬送体制の見直しを含む新生児医療の再構築に向け最大限の努力を行ってゆく所存です。つきましては、行政ならびに社会におきましても一層の御理解と支援をお願いさせて頂きたく、よろしく願いいたします。

平成 20 年 12 月 4 日

新生児医療連絡会

会 長 梶原真人

事務局長 杉浦正俊

役員一同

一般通報新生児搬送における新生児医療と救急医療の 【別添 2】

連携に関する緊急調査結果-速報

(2008年12月15日現在)

2008年12月15日

新生児医療連絡会

I、概要

調査目的 消防署に一般通報された新生児の搬送体制について、

- 1) 新生児救急と救急医療の連携の実態を把握する
- 2) 専門家集団として自主点検の材料とする

調査日時 2008年12月8日発送、11日回収

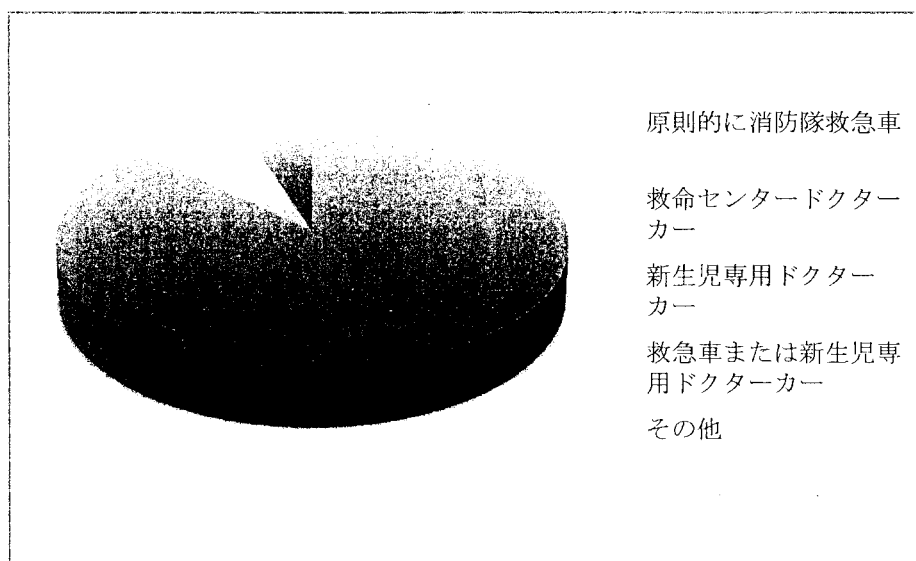
調査方法 新生児医療連絡会地区代表(都道府県代表)に対する記名式アンケート調査
(別紙に調査用紙を示す)

結果 2008年12月11日現在、47都道府県中39都道府県より回収(回答率83.0%)。

II、全体の解析結果について

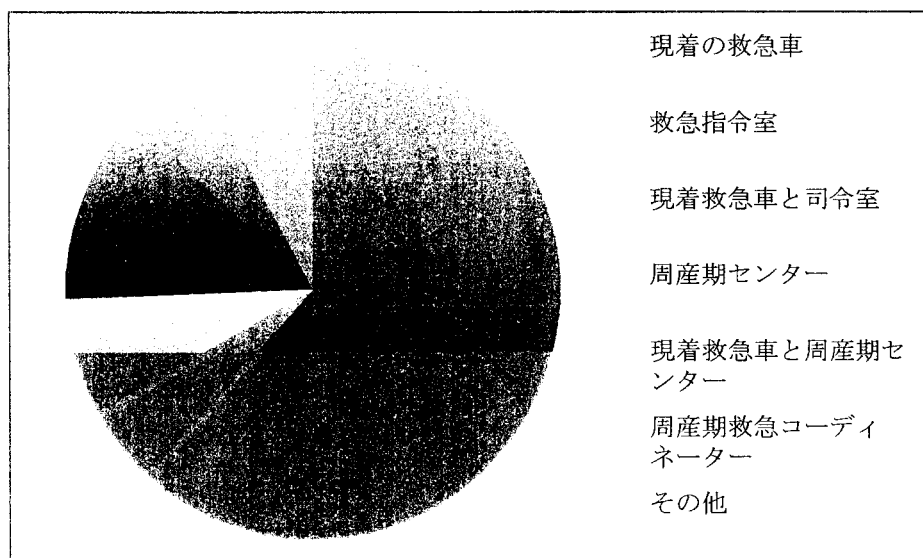
(1) 新生児患者が消防署に一般通報された場合における搬送体制について

34都道府県(87.2%)で原則的に救急隊が出動することが想定されていた。一方、原則的に新生児ドクターカーが出動する3都道府県、場合によって新生児ドクターカーが出動する2都道府県、計5都道府県(12.8%)で新生児ドクターカーの対応が想定されていた。



(2) 救急隊が出動した場合の搬送先選定について

救急隊が出動した場合、24 都道府県 (61.5%) で現着救急隊が選定作業にあたり、5 都道府県 (14.7%) では救急司令室も関与する体制がとられていた。一方、7 都道府県 (17.9%) では周産期センターが選定するか、もしくは選定に参加していた。



(3) 周産期ネットワーク情報 (空床情報) へのアクセスについて

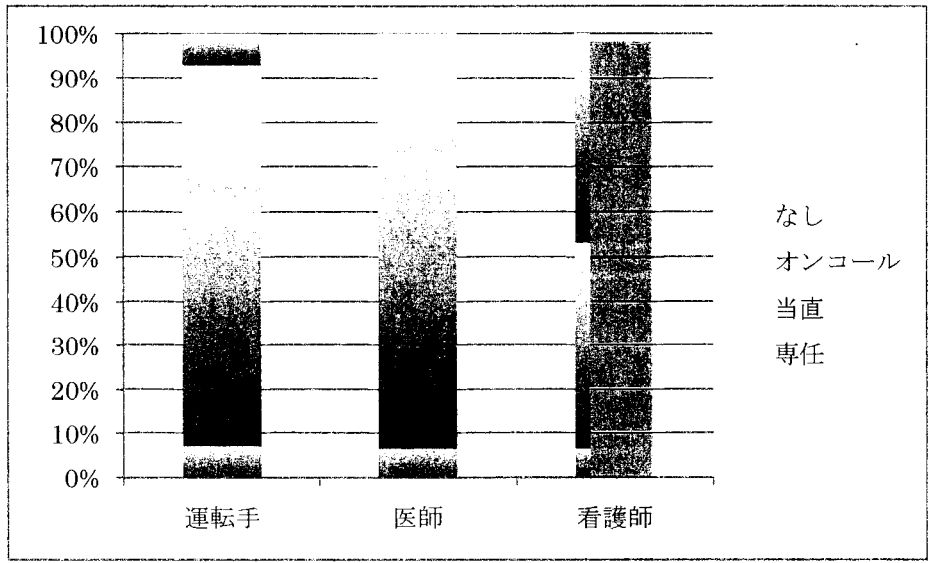
現着救急隊が周産期ネットワーク情報 (空床情報) へアクセスできる都道府県は1, 救急司令室を通してアクセスできる都道府県が8、計23.1%で救急隊が周産期ネットワーク情報 (空床情報) へアクセス可能となっていた。16 都道府県 (43.2%) では直接アクセスする事は不可能であった。その他に分類された14 都道府県においては、周産期センターに直接連絡が行くのでアクセスする必要が認められなかった。

(4) 一般通報に対応しうる新生児用ドクターカーの配備状況について

18 都道府県 (47.4%) において新生児用ドクターカーが配備されていた (各県平均 1.6 台)。現着に要する平均時間は18 都道府県平均36分、最大時間は18 都道府県平均102分であった。

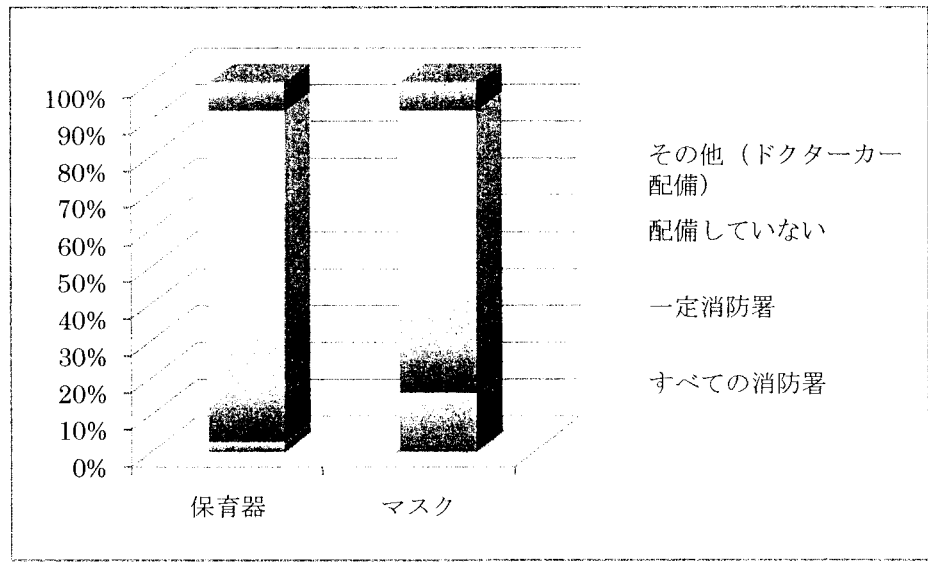
(5) 新生児用ドクターカー搬送チームの確保状況について

詳細な回答が得られた15 都道府県中、専任スタッフが常時待機しているのは1 都道府県のみであり、他は当直もしくはオンコールによる運用であった。医師は15 都道府県すべてで対応可能であったが、何らかの形で運転手が確保されているのは13 都道府県 (86.7%)、看護師の対応可能は8 都道府県 (53.3%) にとどまっていた。



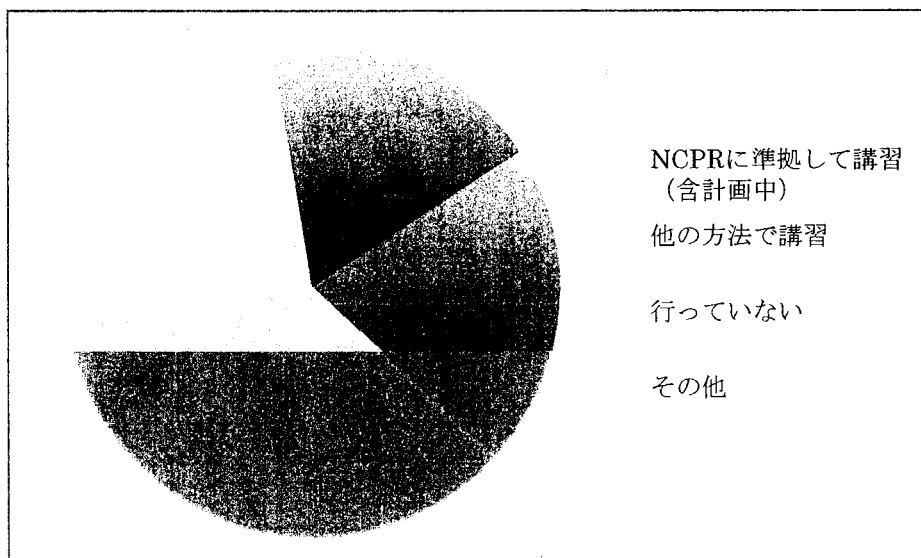
一般通報新生児患者に新生児ドクターカーが対応することが想定され、運転士および医師が専任もしくは当直として緊急搬送に対応することが理論的に可能であると確認されたのは9都道府県であった。

(6) 救急隊における新生児用保育器、新生児用マスクの配備状況について
 新生児用保育器が何らかの形で消防署に配備されているのは7都道府県(18.4%)、新生児用マスクが何らかの形で消防署に配備されているのは12都道府県(31.6%)であった。新生児ドクターカーが出動する3都道府県では、その必要性はないと考えられた。結果的に23都道府県(60.5%)で新生児に対応した機器の入手は困難であった。



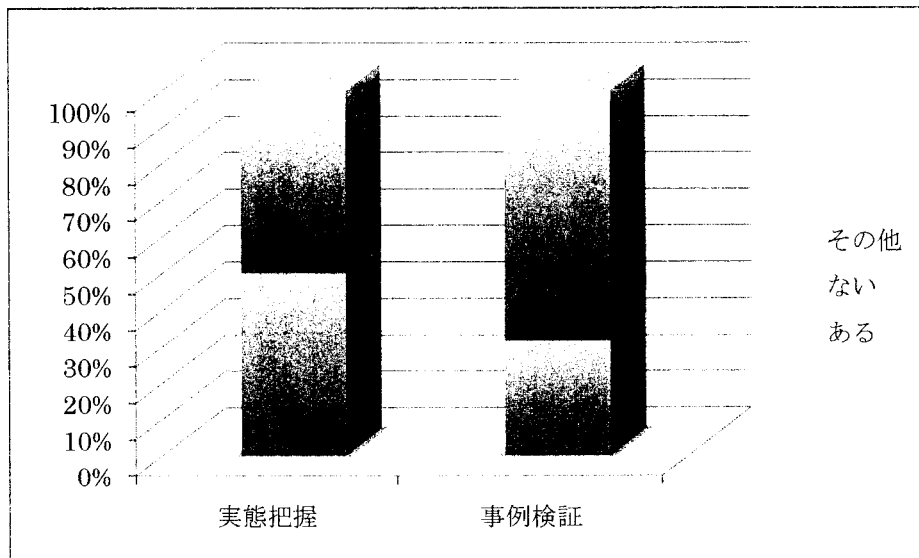
(7) 救急隊員に対する新生児蘇生法の講習について

計画中を含め 6 都道府県で日本周産期新生児医学会新生児蘇生法 (NCPR) 普及事業に準じた講習会が開催もしくは予定されていた。8 都道府県ではその他の方法による講習が行われ、計 14 都道府県 (36.8%) で何らかの形で講習が行われていた。一方、23 都道府県 (60.5%) では新生児蘇生に関する講習は行われていなかった。

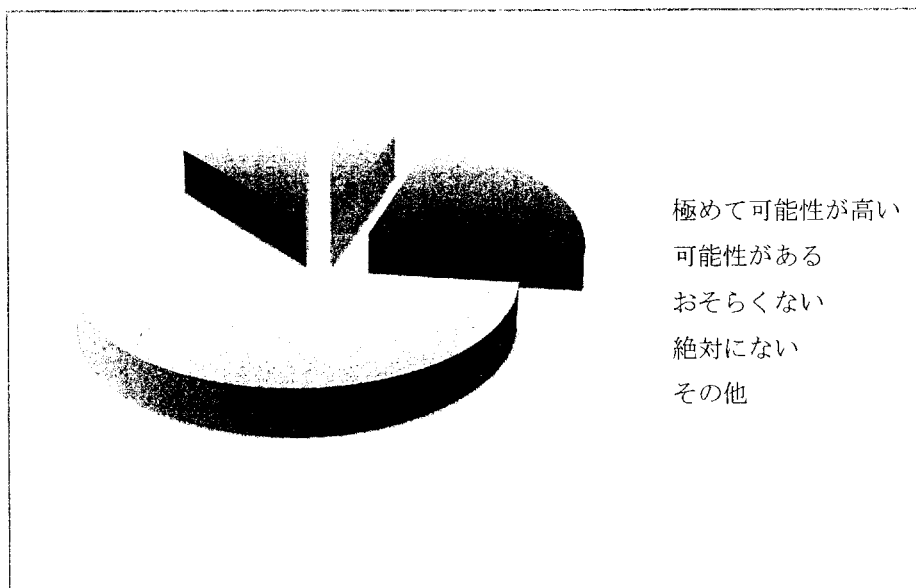


(8) 周産期医療協議会 (またはそれに相当する団体) と救急医療対策協議会 (相当する団体) 間における連携について
 定期的もしくは不定期だが連携があるとした都道府県は 3 (7.9%) にとどまり、32 (84.2%) の都道府県では連携する仕組みの存在が確認されなかった。

(9) 新生児の搬送困難事例における都道府県全体としての実態把握および事例検証について
 都道府県単位で新生児搬送困難事例を把握する仕組みが整備されているのは 19 都道府県 (50.0%)、事例検証の仕組みも整備されていたのは 12 都道府県 (31.6%) であった。



(10) 自宅分娩一般通報された新生児搬送困難事例が発生する可能性について
 一般通報された新生児の搬送困難事例が発生する可能性について、極めて可能性が高い
 (時間の問題に近い)と考えている都道府県は2(5.4%)、可能性がある(因子が重なる
 と起こりうる)と考える都道府県は8(21.6%)、おそらく発生しないとする都道府県
 23(62.1%)、絶対に発生しないとする都道府県は4(10.8%)であった。



極めて可能性が高い、もしくは可能性があると考える都道府県は合計10都道府県
 (27.0%)であり、うち8都道府県はいわゆる大都市圏に属していた。逆に東北、関東、
 中京、関西、九州の大都市圏に属する都道府県は、概ね発生する可能性が極めて高いも
 しくはあると回答した。おそらく発生しない、もしくは絶対に発生しないと回答した都

道府県は計 27 (83.0%) で、主に地方に属し、発生しないと考える理由は施設数が限定され分担体制が明確になっている、緊急時は定床数を超えて受け入れる運用がなされている点に集約された。

(11) 今後新生児搬送体制を再確認する予定について

4 都道府県 (10.8%) においては再確認作業が既の実施中/実施完了もしくは具体的に予定されており、提案予定の 12 都道府県 (32.4%) とあわせて、計 16 都道府県 (43.2%) で何らかの確認作業が予定されていた。

Ⅲ、新生児搬送困難事例の発生可能性別に見た解析

一般通報新生児の搬送困難事例が発生する可能性について、極めて可能性が高いもしくは可能性があると考える 10 都道府県と、おそらく発生しないもしくは絶対に発生しないと考える都道府県 27 にわけて、以下の解析を行った。

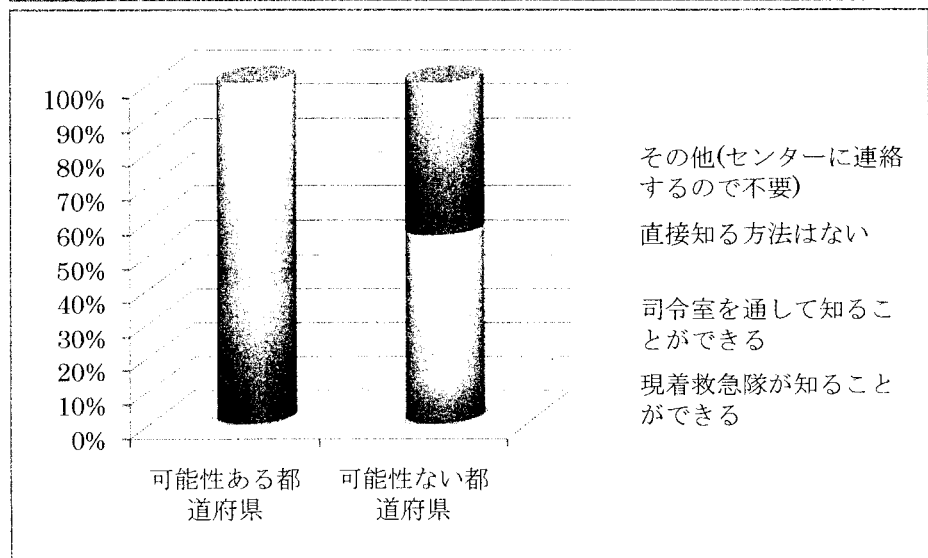
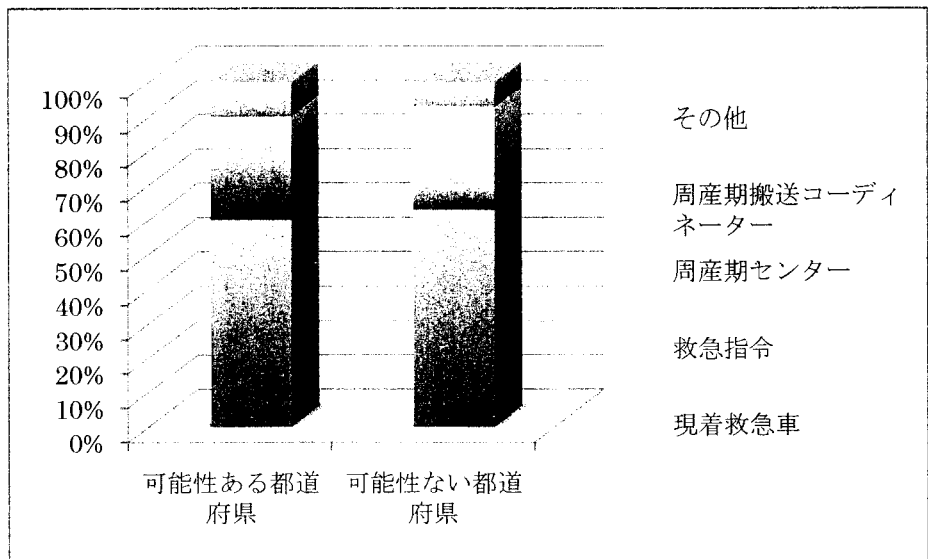
(1) 新生児患者が消防署に一般通報された場合における搬送体制について

発生する可能性があると考える 10 都道府県すべてにおいて原則的に救急隊対応が想定されていたのに対して、発生する可能性が無いと考えた都道府県のうち 18.5% では新生児ドクターカーによる対応が想定されていた。新生児ドクターカーによる対応が行われていた 5 都道府県の中で、発生する可能性があると考える都道府県はなかった。

(2 および 3) 搬送先選定と周産期ネットワーク情報 (空床情報) へのアクセスについて

発生する可能性があると考える都道府県の 90% で選定作業が救急隊もしくは救急指令室に託されていたのに対し、発生する可能性が無いと考える都道府県の 22.2% で周産期センター自身が選定作業に関与していた。

発生する可能性の有無にかかわらず周産期ネットワーク情報 (空床情報) へのアクセスは困難であったが、発生可能性が無いと考える都道府県の 40.7% では連絡が直接周産期センターに行く事になっており、アクセスの必要性そのものが認められなかった。



IV、まとめ

- 1) 自宅分娩に代表される一般通報新生児の搬送については、多くの都道府県で救急隊に依存し、新生児ドクターカーが対応する都道府県は12.8%であった。
- 2) 60.5%の都道府県で救急隊に対する新生児用機器の配備がされていなかった。
- 3) 10都道府県(27.0%)で一般通報新生児の搬送困難事例が発生する可能性があると考えられており、その大部分(8/10都道府県)は大都市圏に属していた。
- 4) 搬送困難事例が発生する可能性がないと考える都道府県においては、新生児ドクターカーが対応する、周産期センターに連絡する体制が確立し、周産期センター自身が搬送先選定に関与する比率が高かった。
- 5) 救急隊に対して新生児蘇生法の講習が行われている都道府県は36.8%であった。
- 6) 43.2%の都道府県で今後搬送体制を再確認する意思があった。

新生児救急と救急医療の連携に関する緊急アンケート

【別紙】

2008年12月8日

新生児医療連絡会

新生児医療連絡会都道府県代表各位

昨年11月に発生した、札幌市自宅分娩の未熟児搬送困難事例につきましては、既に新聞報道等でお聞き及びの事と存じます。本報道を受け新生児医療連絡会では、本件を深刻に受け止める事、新生児搬送を含む体制の見直しを行う旨の声明を、主に報道機関に対して出しました。このような事態を二度と引き起こさないため、新生児救急と救急医療連携の実態を把握すると共に、専門家集団として自主点検の材料にしたいと思えます。つきましては、ご多忙中大変恐縮ですが貴都道府県の現況につきまして、ご回答よろしく申し上げます。

期日 2008年12月11日(木曜日)

急で申し訳ございませんが、現在進行中の大臣懇談会などに反映したいため無理を承知でよろしく願いいたします

回答方法 メール msugiura@kyorin-u.ac.jp または

FAX 0422-47-8184 (杏林小児科医局)

なお、求めに応じ本調査結果を行政(厚生労働省)もしくは報道機関等に公開する可能性がありますので、よろしく願いいたします(当然ながら回答者のお名前は匿名とします)。

照会先：新生児医療連絡会事務局長 杉浦正俊 (杏林大学医学部小児科)

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2 電話 0422-47-5511 (代表)、

ファクシミリ 0422-47-8184 (小児科医局)、e-mail msugiura@kyorin-u.ac.jp

アンケート

(FAX 送信先 0422-47-8184 杏林大学小児科 杉浦正俊宛)

都道府県名_____ご回答者名_____ (所属施設_____)

(1) 自宅分娩に代表される新生児患者が消防署に一般通報された場合、貴県における対応はどのようになっていますか？

- A、原則的に救急隊が出動する。
- B、原則的に救命センターからドクターカーが出動する。
- C、原則的に周産期センターから新生児専用のドクターカーが出動する。
- D、その他 ()

自由記載：

(1-1) 救急隊が出動した場合、搬送先の選定はどのように行いますか？

- A、現着の救急隊が選定する
- B、救急司令室が選定する
- C、周産期センターが選定する
- D、周産期救急コーディネーターが選定する
- E、その他 ()

自由記載：

(1-2) 周産期ネットワーク情報(施設名や空床情報)を救急隊は把握していますか？

- A、現着の救急隊が直接知ることができる(施設名のみ可、空床情報も可)
- B、救急司令室を経由して知ることができる(施設名のみ可、空床情報も可)
- C、直接知る方法はない
- D、その他 ()

自由記載：

(1-3) 救急医療システムから周産期ネットワークへの連絡体制(連絡する時期、連絡先)は決まっていますか？

- A、決まっている(連絡するタイミング： 、連絡先：)
- B、決まっていない
- C、その他 ()

自由記載：

(1-4) 救急隊が出動する場合、新生児用保育器、新生児用マスクは利用可能ですか？

- A、すべての消防署に配備してある（新生児用保育器、新生児用マスク）
- B、一定距離内になるよう一定消防署に配備（新生児用保育器、新生児用マスク）

もしわかれば何カ所：

- C、配備していない
- D、その他（ ）

自由記載：

(1-5) 救急隊員に対して、新生児蘇生法の講習は行われていますか？

- A、日本周産期新生児医学会 NCPR に準じて行われている（累積受講者 名）
- B、その他の方法で行っている（累積受講者 名）
- C、行っていない
- D、その他（ ）

*****新生児用救急車が出動する都道府県のみご回答下さい*****

(2-1) 県内配備数と、現着までの時間はどのくらいですか？

県内___ヶ所、平均___分、最大___分

(2-2) 搬送チームは確保されていますか？

- A、専任スタッフが常時待機（運転手：有・無、医師：有・無、看護師：有・無）
- B、当直スタッフが出動（運転手：有・無、医師：有・無、看護師：有・無）
- C、オンコールスタッフが出動（運転手：有・無、医師：有・無、看護師：有・無）
- D、その他（ ）

自由記載：

*******以下は全員ご回答下さい*******

(3-1) 周産期医療協議会（またはそれに相当する団体）と救急医療対策協議会（相当する団体）の間で連携はありますか？

- A、定期的にある
- B、不定期だがある
- C、ない

D、その他（ ）

(3-2) 新生児の搬送困難事例について、都道府県単位で実態把握する仕組みと、個々の事例を検証する仕組みはありますか？

A、ある（実態把握のみ行う、事例検証も行う）

B、ない

C、その他（ ）

(4-1) 貴県において札幌市における新生児搬送困難事例が発生する可能性はありますか？

A、極めて発生する可能性が高い（時間の問題に近い）

その理由（ ）

B、発生する可能性がある（因子が重なると起こりうる）

その理由（ ）

C、おそらく発生しない

その理由（ ）

D、絶対に発生しない

その理由（ ）

E、その他（ ）

(4-2) 今回の事例を期に新生児搬送体制を再確認する予定はありますか？

A、実施中、実施完了

B、具体的にあり

C、提案する予定

D、未定

E、なし

(4-3) 今回のような事例を繰り返さないためには何が必要ですか？自由記載でお願いします。

(文責、杏林大学小児科、新生児医療連絡会事務局長 杉浦正俊)

本学会について

学術集会・総会

周産期学シンポジウム

専門医制度

新生児蘇生法普及事業

・新生児蘇生法普及事業
のご紹介

・これから修了認定を希
望される方へ

・講習会案内

・すでに修了認定をお持
ちの方へ

・すでにインストラク
ター認定をお持ちの方へ

・各種の申請の方法（ダ
ウンロードはこちらか
ら）

学会誌・学会刊行物

入会・退会のご案内

【事務局連絡先】
〒162-0845
東京都新宿区市谷本村町2-30
(株)メジカルビュー社内
日本周産期・新生児医学会事務局
TEL：03-5228-2074
FAX：03-5228-2104

● 新生児蘇生法普及事業のご紹介

日本周産期・新生児医学会では、新生児蘇生法普及事業小委員会を組織し、出生時に順調な胎外呼吸循環に移行できない新生児に対する心肺蘇生法を修得するための「新生児蘇生法講習会」を運営しています。

本講習会は、国際蘇生連絡委員会（ILCOR）のConsensus 2005を受けて日本救急医療財団・日本版救急蘇生ガイドライン策定小委員会が作成した、日本版救急蘇生ガイドラインに基づくものです。標準的な新生児蘇生法の理論と技術に習熟することにより、児の救命と重篤な障害の回避が期待されます。

講習会受講後、試験に合格し所定の手続きを経て「新生児蘇生法修了認定」の資格を得ることができます。

新生児科医のみならず、分娩にかかわる産科医、助産師・看護師等、さらには医学生・看護学生、救命救急士等にも役立つ蘇生手技を講習していますので、多くの方の参加をお待ちしています。

新生児蘇生法普及事業規則

「新生児蘇生法講習会」コースの種類と概要

以下の2つのコースがあります。（詳しくは「これから修了認定を希望される方へ」をご覧ください）

新生児蘇生法「一次」コース（Bコース）

・気管挿管や薬物投与を除く、基本的な新生児蘇生法（標準3時間の講習会）

新生児蘇生法「専門」コース（Aコース）

・気管挿管や薬物投与を含めた新生児蘇生法のフルコース（標準5時間の講習会）
・修了認定後、基準を満たすとBコースインストラクター資格を得ることができる

修了認定を得るには

修了認定を希望する場合は、講習会受講後、筆記試験（ポストテスト）を提出します。合格通知が届いた後、規定の認定料をお振込みいただくとともに、各コース別の修了認定申請書と所定の書類を事務局宛に送付して下さい。修了認定証とプラスチックカードが発行されます。

インストラクター認定を得るには

*インストラクターは、指導者として各講習会を主催することができます。

1. Bコースインストラクターになるためには

Aコースの修了認定を得た後、BコースまたはAコースのインストラクター補助を1回以上経験し、インストラクター補助として参加した講習会のインストラクター1名以上からの推薦を受ける必要があります。事務局宛にBコースインストラクター認定申請書と必要書類を送付して、審査を通ると、インストラクター認定証とプラスチックカードが発行されます。

2. Aコースのインストラクターになるためには

下記Iコースを受講します。基準を満たし合格すると、Aコース修了認定と同時にAコースインストラクターの資格を得ることができます。修了認定の手続きが完了すると、Aコース修了認定証とインストラクター認定証、プラスチックカードが発行されます。

新生児蘇生法「専門」コースインストラクター養成講習会（Iコース）

- ・Aコースの修得とAコースインストラクターに必要な講習（標準5時間の講習会）
- ・原則として日本周産期・新生児医学会の主催による。（新生児蘇生に関する一定以上の臨床経験を有する方を対象とします。詳細は募集要項を参照して下さい）

お知らせ：警産移行処置

ニュースレターのバックナンバー（準備中）

カウンター

	Iコース	Aコース	Bコース
修了認定者数	名	936名	954名

各種問合せ先：事務局連絡先

〒162-0845 新宿区市谷本村町2-30

(株)メジカルビュー社内

日本周産期・新生児医学会事務局

新生児蘇生法講習会 担当

TEL：03-5228-2074（代表）

FAX：03-5228-2104