

勤務実態を明らかにするためにはオンコールの回数、そして実際に呼ばれる回数等も検討する必要があるが、今回の調査では質問事項に入っていない。

当直・オンコール体制について以下のようなコメントが寄せられている。

- 当直制を維持するのに必要な医師の確保が困難。
- 医長はオンコールで呼ばれた場合に報酬がない。

4) MFICUに関する諸問題：MFICUの導入以来、各地域で構造上の指導内容や保険適用の範囲についての著しいばらつきが認められ、現場の混乱の原因となっている。本調査では、構造の問題、MFICU加算適用範囲の問題について検討することにした。

MFICUの構造について：

個室構造：20施設、大部屋構造：16施設、個室と大部屋の混合：23施設だった。MFICU認可の際に6施設が指導を受け、改造（4施設は開設前、2施設は開設後）を行っていた。指導の内容は、以下のようなものだった。

- 1) 床面積の不足を指摘された。
- 2) 閉鎖空間とするために、前後に扉をつけること。
- 3) ナースステーションをMFICU側と後方病床側で分けるよう指導され、ナースステーションにパーテーションを設置し二つに分けた。
- 4) 総合周産期特定集中治療室管理料の徴収について。NICUとMFICUの看護体制を適切に区分すること（改善報告書を提出）
- 5) 個室構造の扉を撤去し、扉を付け直して大部屋構造にした（大改造を余儀なくされた）。
- 6) ガウン着用、モニター設置場所について

MFICUの構造について、他のICUと同様に1室でなければならないということは全くないこと、個室構造で構わないことが所管の厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課から示されている。それに基づいて、個室構造が認められた場合と、各地域の社会保険事務所の判断で、通常のICUと同様の施設基準（大部屋構造が必須）が当てはめられる場合があったと考えられる。看護単位については産科病棟とMFICUは独立している必要があり、それが不完全とみなされ、指導を受けたと思われる。

MFICU加算について：MFICU加算は都道府県により同一条件でも算定可能な場合、不可である場合がある。MFICU加算自体が認められる施設が限定される（原則総合周産期母子医療センターだけに認められている）ため、個別の施設の立場で保険者と交渉するのが難しい現状がある。そこで、地域間でどれほどの差があるかを明らかにするために調査を行った。

算定期間について：MFICU加算は14日間という限定がある。これについて、以下のような意見が寄せられた。

- 切迫早産、胎胞膨隆症例やPreterm PROMなど、14日間のMFICU期間後も、intensive careが必要な症例がベッドを占有するが、加算がとれない。
- がんばって管理しても14日しか算定できないのも矛盾を感じる事が多い。部屋で算定するのではなく、重症度に応じて病名でつけられる様にして欲しい。術後に入る部屋がMFICUの部屋が使い勝手がよいとは限らないので。
- 妊娠週数の早い人にとって、2週間は短すぎる
- 2週間以上入院の場合、算定できない
- 現実には14日以上患者が多い。満床でも加算がとれない
- 加算対象の日数が14日では少ない症例が多い

査定：MFICU加算については、7施設で適応を満たしているはずの症例で査定を受けた経験を持っていた。その具体的内容は以下のようなものであった。

- ウテメリンの本数で重症度を判断する審査委員がいて過剰と査定されたことが以前ありました。
- 不明の理由で査定されている、MF12床で1日平均3.1人の加算です。仕方なく自主規制している
- 胎児異常での査定、1週間以上の前期破水や切迫早産管理（26週未満）での査定、双胎間輸血症候群でのレーザー治療の査定など
- 現状ではMFICU使用病床（正規の使用）の20-30%程度しか加算請求できていない
- 子宮頸管縫縮術後の切迫流産または切迫早産について総入院日数の2分の1以上を加算すると査定された。
- MFICU加算への査定（分娩停止胎児ジストレスで搬送された症例・適応なし）
- 産褥搬送に対して算定不可ではないかとの返戻が来ているが査定までには至っていない。
- 胎児異常の算定に対する〇〇県の審査委員の運用の問題（ほとんど査定されている）。（MFICUについては胎児異常は適応に含まれている。超音波検査等の胎児異常が適応外となっているものと混同されているものと思われる。）

自主規制：このような実態を踏まえ、56施設中、14施設でMFICU加算請求に関して自主規制を行っていることがわかった。それについては以下のようなコメントが寄せられている。

- 症状の安定したものについては自主規制している。
- 患者さんの経済的理由で、MFICU加算請求を自主規制することがあります。
- 査定もあるため、自主規制を行い、徐々に請求日数を増加させている
- 現状ではMFICU使用病床（正規の使用）の20-30%程度しか加算請求できていない
- 病状が軽症の場合、MFICU加算請求を自主規制している。
- ICU管理後いったんMFICUに入室させるが加算していない。
- 産褥HELLP、産褥子癇、産後DICなど不安を抱きつつ加算している。
- 妊娠32週以降の切迫早産などで自主規制している。
- 生活保護、助産申請者など経済的に支払い能力がない症例。
- 軽症の場合、極短期間の場合、他患者との釣り合いを考慮する場合など。

産褥搬送症例における MFICU 加算について：55 施設中 33 施設は算定可能、22 施設が算定不可と回答した。同一地域でも回答に食い違いがある場合もあり、現場の混乱が推測される。産褥搬送管理は総合周産期母子医療センターの重要な役割の一つと考えられ、症例数はそれほど多くないと思われるので、加算の範囲を厚労省が明確に示すべきであると思われる。この問題については以下のようなコメントが寄せられている。

- 重症産褥搬送症例に対して適応がないこと。
- 産褥重症患者(例えば弛緩出血、など)が算定できない。
- 産褥 HELLP、産褥子癇、産後 DIC など不安を抱きつつ加算している。

同一症例に対する複数回請求について：51 施設中、同一月内で複数回算定可能と回答した施設が 30 施設（このうち 14 施設は、各請求が（別入院で）14 日以内なら可能と回答）、月が異なれば可能とした施設が 7 施設（このうち 6 施設は各請求が 14 日以内なら可能と回答）、算定不可とした施設が 17 施設だった。

#### 5) ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について

ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料は、平成 18 年度から新たに導入されたが、現場の評判は、算定条件が現場の実情とかけ離れていて、算定できない症例が多すぎる等の意見が多く、今一つである。そこで総合周産期母子医療センターでの現状と問題点を確認した。

		回答数	症例数			
			平均値	最大値	中央値	最小値
ハイリスク分娩管理加算	算定可	51	5.1	30	3	0
	算定不可	6				
ハイリスク妊娠共同管理料	算定可	30	0.6	3	0	0
	算定不可	23				

これらの新制度については、以下のようなコメントが寄せられている。

#### ハイリスク分娩管理料について

- 条件が細かい。
- 対象者の縛りがきつい。
- 適応が狭すぎる。合併症妊娠ならば全てに算定可能とすべきと考える。
- 病院の収入増のみで各医師の収入増と結びついていない。
- MFICU 加算後にハイリスク分娩管理加算を取り忘れることが多い。
- その入院で分娩に至らなければ算定できない。治療が奏効して一時退院できる場合は算定できないというのは不合理である。

#### ハイリスク妊娠共同管理加算について

- 手続きが煩雑な割に点数が低い。
- オープンシステムをとっているため加算困難。
- 基本的に搬送紹介を受けたものは丸投げされている。

- 現実にそぐわない。
- 算定の適応が不可解、適応症例の選択がおかしい。
- 現実では共同で管理する症例はない。
- 開業医は母体搬送時に来院しない。
- 共同診療では、正常妊婦のみを主に扱い、異常となった段階で紹介扱いとしている協定が存在しているため、現状で、共同診療としてハイリスクを管理することはしていない。
- 紹介元医療機関があまり請求を望まない。

6) 総合周産期母子医療センター産婦人科全般の問題点について：以下のような意見が寄せられた。

- MFICU が完全に独立していないためどうしても産科病床との混合業務となっている
- 医師不足が最優先課題です
- 病院機構上、独立センター化されていないため（センター長なし）専任医師の確保が難しい。
- 当直勤務が一般病棟や夜間救急外来と兼務であり、緊急事態が重なると当直医や待機医だけでは対処不可になることが予想される（今のところそのような事態にはなっていないが）
- 応需率が徐々に低下していること。
- 分娩数、母体搬送数が増加している。県内の中核病院の産婦人科でハイリスク妊娠を扱わなくなり、大学への紹介が増加している。MFICU・NICU の人員がとにかく少なく、今後の運営は難しくなっている。医局内でも産科離れがある。退局予定者もいる。
- MFICU を有する病院へ分娩が正常産を含めて集中する傾向にある。結果としての集約化が生じている。MFICU 開設の際に看護師・助産師の数は院内での異動によりあわせて、医師の増員はなし。書類上処理しただけ。〇〇県では依頼を受けたセンターが受け入れられない場合、その搬送先をさがすことにしている（依頼の重複を避け、依頼医の負担を軽減するため）さがす間、業務に支障が出ている。コールセンターが必要。またこちらがさがしている間依頼医が仮眠をとっていたなどの報道はかわいそうである。
- 今年度に入ってから、近隣産科施設の減少と、一次医療機関での症例の選択基準の変化（少しでもリスクがあると取り扱わずに紹介をし始めるようになりまし）により、母体搬送症例数およびその結果としての分娩数の増加が著しく、本院医師および助産師の疲弊が問題となっています。また、もちろんベッド数も不足気味です。
- 病院全体の看護師不足のため産科病棟の夜勤看護師は 3 名であり、MFICU が 4 床以上利用となった場合、看護師数が基準を満たさなくなる。看護師補充の目途が立っておらず、病院側からハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊娠共同管理料の申請が出来ないと言われた。NICU 病床は慢性的に満床状態が続き母体搬送依頼を受けられないことが多いため、MFICU が満床となることはほとんどない。短期的には NICU 増床の予定はなく、看護師数の問題を考えると、総合周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしているとはいいがたい状態である。
- MFICU に対する補助金が、病院全体の予算に組み込まれて MFICU に直接こないこと。そのため、事務員なども雇えない。慢性的な医師、助産師、看護師不足が続いていていつ事故が起こってもおかしくない状況。最近では、少しでもリスクがあると外来紹介

されてくるため、産科の新患者、患者延べ数とも急増しており、産科外来の負担が大きくなっている。婦人科も含め、勤務医の過重労働が続いており、精神的にダウンするものやそれに近い状態の者が増えている。

- ヘリコプターが使えない夜間、悪天候時の搬送が苦慮する。妊娠週数が進行し、搬送元に返そうとすると拒否されることが少なくない。新生児の地元への搬送も同様に搬送先がなかなか見つからない。新生児のバックトランスファーにもヘリをうまく使えるようにしてもらいたい。
- 医師数の不足により専任医の確保が困難である。兼任医に頼らざるを得ない。
- 分娩数、母体搬送数が増加しているが、周産期センターでは医師へそれに見合った待遇が得られない。
- 訴訟になったときの精神的負担から医師は分娩をしたがらないし、ハイリスクの受け入れに消極的。
- 開業医はすぐに母体搬送を行い、ローリスクハイリターンを享受しているが、受けての医師はハイリスクローリターンで、毎日ロシアンルーレットをやらされている現状を打開しないと、いつれ産科医療は崩壊するでしょう。
- 料金の問題、無保険の場合(低所得、外国人)、支援ベット(後方ベット)数が不足。
- NICU が満床で搬送を受けられないことが多い。
- ○○県では MFICU の後方ベッドの規定があり、ましです。
- 県内の公的病院で分娩を扱わない病院が増え、また、大学では人員不足があり、当院への母体搬送数が増加している。
- 多胎が集中すると NICU の病床不足が持続する事態となる。
- ○○県では品胎症例が多く MFICU より NICU のベッド不足が問題となっている
- 一般的に言われている医師不足・女性医師問題に悩んでいる
- 集約化で患者さんと若手医師は集中してきていますが、受け皿となる産科病床、産科医師定員を総合病院である為、他科との兼ね合いから増床、増員させる事に制約があり苦慮しています。
- 管理料が高額なため患者から高すぎるとクレームがでる
- MFICU は高額なため入院を拒む患者さんもいらっしゃる。
- NICU の病床管理とうまく連動して運用していくこと。NICU・MFICU のどちらかが満床で母体搬送が受け入れられないことが多い。最近では MFICU が満床で断ることが増加している。
- 届け出上の看護師(助産師)数は充足しているが、重症度等実態にみあった看護師数が不足し看護量が加重になっている。
- 搬送直後などは MFICU に収容し易いが MFICU 以外にも同様の患者がいるのでそれらの患者同士で情報交換されると説明に苦しい。
- MFICU を増やしたいが看護師数の問題(病院の総定員の枠)で難しい。
- 増床(6 から 9 床)を考えていますが、医師、助産師とも人数不足である。
- 後方ベッドが足りず MFICU から出られない患者が出ること。
- 部屋移動が頻回になった。
- MFICU に誰を入れて誰を出すか毎日検討している。
- ハイリスク患者が MFICU 満床で入れない時、後方病床にハイリスク患者が入るため、準夜、日勤の看護師のマンパワーが足りなくなる。
- 近隣の産婦人科が分娩の取扱いを中止しており、正常分娩が昨年比に急増している。このため、母体搬送を今年はお断りすることが多くなっている。正常分娩の制限を考えている。
- 現在の人数では 2 人当直体制を組むのが困難で、やむなく 1 人当直・1 人オンコール体制でがんばっていますが、2 人いればな〜、と思うことが時々あります。やはり人の問

題が一番でしょうか。

- MFICU、NICU ともに満床状態となることが多いこと
- マンパワー不足
- ○○病院産科閉鎖に伴う分娩数の増加(昨年よりすでに 150 件増)
- N I C U の慢性的満床による搬送受け入れ率の伸び悩み
- ○○県では 4 か所 MFICU が認可されているが、県からの補助は 1 か所のみで開設以来、県からの補助を受けていない。
- 派遣元の ○○大学医局に所属する医局員の減少によって定員割れが続いており、勤務状況は劣悪である。
- 当院周辺の病院でも産婦人科医不足が進行したことにより、○○市では、当院を含めて基幹病院の産婦人科をハイリスク症例の診療に特化させる政策を本年 4 月から開始し、ローリスク症例は診療所で管理している。
- どの公立病院でも同様であると思うが、産婦人科医の定員割れに対して増員の努力を呼びかける場合、MFICU が最低備えるべきマンパワーや勤務条件が明記されていないために現場への負担増でなんとかうまくいけばそのまま勤務状態は放置されているのが現状である。
- MFICU を有する病院での産婦人科医は病床あたり何人とか、入院症例数や分娩数あたり産婦人科医が何人とかの必要条件が示されていれば勤務条件の改善に役立つと思う。
- 他の MFICU の勤務状況は不明であったため、このアンケート調査によって MFICU の勤務実態が明らかになれば大変有意義であると考える。
- 看護師の定数が県の条例で定められているため、MFICU 勤務看護師数が不足し、本来、算定できる MFICU 加算ができない。赤字改善を常々、我々に指示するが、公務員定数を盾に看護師の補充を怠り、収入増が見込めるにも関わらず放置する県の態度が理解できない。また、低所得層が多いため、入院費が払えない患者が MFICU を利用する機会が多い。
- 経済的に苦しい患者は保険の枠内であっても自己負担が増えることを憂慮し、一般病棟に移りたがる。
- MFICU 管理を拒絶する患者がいる
- 3 床しかないので緊急母体搬送が連続した場合、やりくりに苦慮する。
- 周辺施設の分娩取り扱い停止や規模縮小に伴い今年になり症例数が激増し、患者収容に困る事がある。

## 7) 考察

(ア) 母体搬送受入率について：母体搬送の受入率は施設間の差が大きいですが、特に大都市圏では、複数のセンターで全体としての受入能力を維持しており医療圏が重なるため、個々のセンターにとっては搬送依頼数が多くなるという現象がおきる。東京や大阪は全体としては他地域より施設に恵まれているにもかかわらず、受入率が全国平均より低いのはそのためと考えられる。地域に複数の受入可能性のある施設が存在すれば、搬送先決定に要する手間と時間が増大するのは避けられない。東京を中心とする神奈川・埼玉・千葉、大阪を中心とする和歌山・奈良・京都・兵庫という地域では、搬送先決定に非常な努力が必要になっている。現状では、都道府県単位の搬送情報システムが稼働しているだけだが、県境をまたいだ搬送が日常的に行われている以上、それを円滑に実施するためのシステムが必要と考えられる。

(イ) 当直制度：MFICUは24時間体制で周産期救急に対応するための制度である。当然労働基準法の宿直の範囲内で完結するような職場でないことは明らかである。それにもかかわらず、全国のMFICUで、夜間勤務の体制をとっているところはわずか3カ所(5.3%)にすぎなかった。大多数の施設が宿直制の中で運用されていることになる。また、翌日の勤務については、ほとんど考慮されず、通常勤務の施設が87%を占めていた。宿直を行っている場合、医療行為を実施する場合には、宿直の範囲を逸脱するため、付加的な給与が支払われなければならないがそのような制度があるのはわずか2施設にすぎなかった。

(ウ) 当直料について：有床診療所や他の病院と比較して、総合周産期母子医療センターにおける当直料が著しく低水準にあること、特に大学病院においては他の施設の半分程度であることが明らかになった。

(エ) オンコールについて：総合周産期母子医療センターでは24時間体制で緊急手術実施可能な体制を維持するため、複数の産婦人科当直医が義務づけられており、MFICUが6床以下の場合は、特例として1名の当直と1名のオンコールでも可とされている。従って、当直医が1名の施設ではオンコール医の存在は総合周産期母子医療センターの要件を満たし、MFICU加算が認められるための必要な条件である。にもかかわらず、今回の調査で当直医が1名でオンコール医が、無報酬という施設が3施設存在していた。これらの施設はただちにオンコール医に報酬をMFICU加算開始時にさかのぼって支払うべきである。オンコールに対する報酬にはなんらの基準は存在せず、全体として著しく低水準であった。

(オ) MFICUの制度の問題について：MFICU制度は多くの未整備の問題を抱えている。本調査で明らかになったのは、算定基準が地域、保険審査委員によってばらばらにしていること、算定基準自体が合理的なものとは到底言えないことである。MFICUの運用自体は各施設で、きわめて厳格に問題なく行われていると考えられ、現場の医療実態にあった算定基準を明らかにすることによって、現場の状況を改善することが期待できる。

(カ) ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について：ハイリスク妊娠共同管理料は現場では全く機能していない。共同管理など現実には行われていないのであり、また必要とされてもいないのである。ハイリスク分娩管理加算については運用が円滑にしている施設とそうでない施設に分かれており、今後現場での努力も必要と思われる。

## 8) 本調査結果からの提言

(ア) 母体搬送受入先の決定を円滑化するために、大都市圏では県境を越えた搬送斡旋のためのシステム構築が急務である。具体的なシステムの提案が迅速になされる必要がある。

(イ) 病院側は勤務する医師が労働基準法の範囲内で勤務できるように勤務体制を整備すべきである。当直医とオンコール医に対して適切な報酬を支払うべきである。

(ウ) 総合周産期母子医療センターは該当地域での周産期医療の確保を目的として整備されており、ここでの24時間体制の維持は行政側にとっての必須事項である。その観点からMFICUやNICUの当直医には、行政から該当地域での周産期医療への貢献に対して付加的報酬が直接、支払われるべきである。

(エ) MFICUの算定基準の見直しと明確化が必要である。特に、適応症例の見直し、症例による算定期間の延長、産褥搬送症例における算定基準の明確化と周知が必要である。

(オ) ハイリスク分娩管理加算は対象疾患の拡大、同一入院で分娩しなくても算定可能とすること等の改善が必要である。

(カ) ハイリスク妊娠共同管理料は、現状では実用性がない。抜本的な改正が必要と思われる。

(キ) MFICU勤務者の最大の悩みはNICUの不足により、迅速かつ適切な対応をすることができないことである。総合周産期母子医療センターにおけるNICUの増床が必要である。

平成 19 年 10 月 4 日

平成 19 年度 周産期救急体制の実態に関する緊急調査  
調査結果報告書（全都道府県からの回答の集計）

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会  
渉外担当幹事 海野信也

調査の背景と目的：

本調査は、平成 19 年 7 月 9 日に開催された第 11 回全国周産期医療（MFICU）連絡協議会における決定に基づいて実施されたものである。

平成 8 年に開始された厚生省（現厚生労働省）の周産期医療対策事業により、都道府県はそれぞれ周産期医療における高次医療提供体制と患者の紹介搬送システムを含む周産期医療システムを構築してきている。事業開始 10 年が経過し、各地域の周産期医療体制は格段の充実を遂げ、周産期医療に係る統計指標は世界的にみてもきわめて良好な数値となっている。しかしながら、その一方で昨今の医療体制全体の動揺と、特に周産期医療現場を担う産婦人科医・小児科医の不足の顕在化等により、これまで当事者の非常な努力により構築され、維持されてきた地域周産期医療システムに綻びが生じており、改善の必要性があることも認めざるを得ない。

既に日本産科婦人科学会は厚生労働大臣に対して、周産期医療対策事業の再評価と見直しによる充実を要望してきている。

各地域の周産期医療体制の充実をはかるためには、都道府県においてそれぞれ特色を持った整備が進行している周産期医療システムの内容と実態、問題点を明確にする必要があると考えられる。特に母体搬送先の決定方法については、システム設計とその運用実態において多くの問題点が指摘されているが、その実態についての全国的統一的な調査はなされていないのが現状である。

本調査の第一の目的は、都道府県における周産期医療システムの内容と実態、問題点について、地域周産期医療の第一線の現場で勤務している周産期センターの産科担当医の現時点における見解を明確にすることである。

本調査の企画中に、奈良県の事例を契機として産科一次救急に関連する問題が注目を浴びることとなった。この問題はきわめて重要な問題ではあるものの、周産期医療対策事業に基づいて整備されてきた周産期高次救急医療体制では対応しきれない問題を含んでおり、各地域の実態についても明らかとなっていない。そこで、本調査の第二の目的として、救急隊を介した「医療機関診受診妊婦」への対応の問題について、各地域の状況を予備的調査項目として加えることとした。

調査方法：

平成 19 年 9 月 6 日、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会参加者のメーリングリストを用いて調査用紙を配布し、記入後の返送を依頼した。調査用紙は都道府県単位で集計し、回答に関して都道府県名を明らかにするかどうかは、回答者の意思に任せることとした。同一都道府県の複数の周産期センターから回答を受領した場合は、回答内容を集計者の責任によってまとめることとした。

調査結果：都道府県の周産期医療システムには多種多様な問題点がある。本調査では現場から生の声が多く寄せられており、そのすべてがきわめて重要な問題を提起している。是非、ご熟読いただきたい。

1) 周産期救急患者の紹介・搬送システムの有無

周産期救急患者の紹介・搬送システム	ある	ない
	42	5

- 「ない」という回答のあった県：山形・岐阜・岡山・山口・佐賀

2) 周産期救急患者の紹介・搬送システム内容

① Internet による空床情報

Internet による空床情報	存在していない	廃止された	その他	存在する	機能している	十分機能していない
					6	1

「その他」の内容

- 岩手県：母体搬送依頼は岩手医科大学 MFICU 母体搬送受入れ担当医への直接電話連絡および MFICU 専用 FAX のよる患者情報提供書送付にて行う。担当医は随時 NICU 担当医と相談し受け入れ先を決定する。空床情報提供は常に流動的であるため行わず、搬送先は MFICU に一任する形をとっている。
- 大分県：大分県立病院、大分大、別府医療センター、中津市民病院、アルメイダ病院（総合周産期センターと地域周産期センター候補）の産科、新生児科空床状況を県保健対策課においたホームページ上で産科医療機関のみ閲覧可能な画面に表示する。機能停止中
- 宮崎県：Tel, Fax, 光ネットワークシステム、等（岩手県と宮崎県は機能していると回答している）

空床情報システムが機能していない理由

空床情報システムが機能していない理由	電話の方が早くて 确实	情報の更新がうまく いくっていない	使いづら い	搬送元が 活用しな い	センター 側がほと んど満床 なので意 味がない	必要性が 感じられ ない
	8	11	2	3	3	2

(複数回答あり)

- 周産期医療対策事業では、空床情報システムは「必置」とされていたため、補助金を獲得するためには、どうしても設置する必要があった。このためこのシステムは原則として周産期医療システムが構築され総合周産期母子医療センターの認定がなされている都道府県では必ず存在して衣類ことになる。
- しかし、本来現場の必要性に基づいて作られたものではないため、地域によっては、「機能していない」という事態が発生している。
- このようなシステムは本来、搬送可能地域内に多数の受入可能施設が存在している状況でなければ、存在理由がない。周産期領域においてこのシステムのモデルとなったのは大阪府における OGCS や東京都のシステムであると思われるが、これらの大都市において有用とされたシステムが、受入可能施設が数カ所程度の地域では、必要性自体が疑わしく現場からは無用の長物とみなされた、というのが実態に近いと考えられる。
- また（各地で行政が手間を省いた結果）空床情報の更新が各施設の自発性に任せられることになったことも、現場に過剰な負荷をかける結果になり、システムが軌道にすんなりなかった原因となっていると思われる。

② (都道府)県内で周産期救急対応におけるブロック分けの有無

周産期救急対応におけるブロック分け	ある	ない
	29	18

都道府県の実情は様々なので、ブロック分け自体に重要性があるわけではない。しかし、ブロック分けが行われると、ブロック間の連携という新たな課題が発生する可能性がある。

③ 搬送元施設からの母体搬送依頼の連絡方法

搬送元施設からの母体搬送依頼の連絡方法	決まっている	決まっていない
	23	24

(ア) 決まっている場合、最初の連絡先

- 青森県：周産期応需情報を見て、地域周産期へ、地域周産期が満床で受け入れ不可の場合には総合周産期が引き受ける、または重症、超早期切迫は最初から総合周産期へ連絡するという決まり。
- 岩手県：岩手医科大学 MFICU 搬送コーディネータ係の医師
- 茨城県：自病院の属するブロックの総合周産期母子医療センター
- 栃木県：両センターのどちらかに搬送依頼施設が連絡する
- 群馬県：総合または地域周産期母子医療センター
- 千葉県：所属二次医療圏の地域周産期センタークラス病院
- 東京都：その地域の総合周産期母子医療センター
- 神奈川県：所属ブロックの基幹病院
- 石川県：搬送元が各 NICU 施設産科に連絡
- 福井県：福井大学病院産科病棟の固定電話、もしくは担当者の PHS
- 山梨県：県立中央病院の病棟直通電話
- 長野県：地域周産期センターまたは総合周産期センター
- 静岡県：各地域の基幹病院
- 三重県：一番近い基幹センター（26 週未満は 2 か所の基幹センター）
- 京都府：原則として地域の空床のある二次病院または総合周産期母子医療センター
- 鳥取県：FAX と電話
- 徳島県：大学病院 市民病院
- 香川県：MFICU の病棟ナースセンター
- 高知県：搬送元施設が空床情報を見て、依頼先に連絡（通常、高知医療センターか高知大学あるいは独法高知病院のいずれかが選択される。県西部では高知県立幡多病院）
- 長崎県：各ブロックの周産期センター
- 大分県：大分県立病院、大分大、別府医療センターのいずれか
- 宮崎県：各ブロックの 2 次施設
- 鹿児島県：鹿児島市立病院および鹿児島大学病院

- 沖縄県：搬送先の産科

(イ) 最初の連絡先で決まらない場合の対応

① (都道府)県内施設への照会

県内施設への照会の担当	搬送元施設	基幹病院	両者で同時並行	救急医療情報センター
	15	28	4	1

- 搬送元施設が照会すると回答した道県：北海道・埼玉・石川・山梨・愛知・兵庫・和歌山・岡山・広島・山口・徳島・愛媛・高知・熊本
  - 兵庫県では「搬送元が空床情報システムの情報を知らない時は、周産期センター側から搬送元へ空床情報システムの情報をお知らせし、搬送元がそれに基づいて搬送先を探す」という方式をとっている。
- 基幹病院が照会すると回答した都府県：青森・岩手・秋田・山形・福島・茨城・群馬・千葉・東京・新潟・富山・福井・長野・岐阜・静岡・三重・滋賀・京都・大阪・奈良・鳥取・島根・香川・福岡・長崎・宮崎・鹿児島・沖縄
  - 大阪府では最初の連絡先で決まらない場合、府内の基幹病院へ依頼が入ることになっている。
- 両者が同時並行的に照会すると回答した県：宮城・栃木・佐賀・大分
- 救急情報センターが照会すると回答した県：神奈川県
  - 神奈川県では、平成19年4月より、ブロック基幹病院受入不能母体搬送症例を対象として県の救急医療中央情報センターが斡旋紹介業務を担当することになった。これまで58%程度の症例で県内施設への紹介が行われた。県内で決まらない場合の県外施設への受入紹介業務については、各ブロックの基幹病院が対応している。

② (都道府)県内で決まらない場合の対応

(都道府)県内で決まらない場合	県内施設が必ず受け入れる	県外施設を探す	県外施設照会担当		
			搬送元	搬送元以外	同時並行
	25	22	3	17	2

- 都道府県内施設が必ず受け入れると回答した道県：北海道・青森・岩手・秋田・山形・福島・栃木・富山・石川・山梨・長野・岐阜・愛知・和歌山・鳥取・島根・岡山・山口・徳島・香川・愛媛・大分・宮崎・鹿児島・沖縄
- 都道府県外施設を探すとは回答した都府県
  - 搬送元が探す：埼玉・兵庫・広島
    - ◇ 兵庫県では「県内で見つからない場合、搬送元へ大阪地区の受入れ可能性のある病院をお知らせし、搬送元から依頼があれば搬送先探索の手伝いをする」という方式をとっている。
  - 搬送元以外が探す：
    - ◇ 総合周産期母子医療センター：茨城・群馬・千葉・東京・新潟・福井・滋賀・京都・大阪・奈良・高知・福岡・長崎・熊本
    - ◇ それ以外：神奈川県（ブロック基幹病院）・静岡県（各地域の基幹病院、それでもダメなら総合周産期母子医療センター）・三重（三重大学の杉山先生が探す）
  - 同時並行：宮城・佐賀（搬送元と国立病院機構佐賀病院）
- 都道府県内施設が必ず受け入れる方法：
  - 青森県：総合周産期が引き受ける
  - 岩手県：最終的には岩手医科大学 MFICU が受け入れる
  - 秋田県：最終的には秋田赤十字病院か秋田大学病院が必ず引き受けるか、引受先を探し、他県には搬送しない
  - 山形県：県立中央病院も済生会山形済生病院も基本的に母体搬送はすべて受け入れるとしています。しかし、人工呼吸器の不足で断ることがまれにありますが、そのような場合はおたがいにカバーしています。（一方の病院で断れたと聴くと必ず引き受けるようにしています。どちらかで必ずひきうけるようにしています。）
  - 福島県：県内で決まらないことはない。最終的には総合周産期母子医療センターが引き受ける
  - 栃木県：自治・獨協のどちらかでほぼ全例受け入れている
  - 富山県：最終的に輪番の病院が受け入れる
  - 石川県：他の施設が満床の場合は 出来るだけ当院で引き受けるように努力している
  - 山梨県：周産期センター（総合 or 地域）で比較的余裕のある施設で受け入れる。
  - 長野県：こども病院か信州大学のいずれかで調整することが多い

- 和歌山県：褥婦を他の病棟に転棟させて空床をつくり受け入れる。  
(この場合他の病棟に空きがあることが条件となり、赤ちゃんは周産期病棟からは出せませんので、母親が母乳を与えに来るということとなります)
- 鳥取県：鳥大病院で受け入れることにしています
- 岡山県：現時点では、岡山県内で発生した母体搬送が県外に出ていることはないと思います。当院、倉敷中央病院、岡山大学のどこかが受け入れることができる範囲内の母体搬送数だと思います。
- 山口県：患者発生元から近い順に対応
- 徳島県：満床でも受け入れています
- 香川県：院内のベッド調整による
- 大分県：今まで受け入れられず県外を探した例は無い
- 宮崎県：緊急例は他府県に、搬送していない。2次、3次施設の医師間で話し合い、どちらかが必ず受け入れる体制をとっている。
- 鹿児島県：院内で他科とのベッドをやりくりする
- 沖縄県：沖縄県は他府県に、搬送していない

● 県外施設を探す方法

- 群馬県：ときどき大学病院も探している
- 埼玉県：総合周産期母子医療センターが探すこともある。
- 大阪府：まず隣接府県の基幹病院（川山県立医科大学病院、兵庫県立こども病院、京都第一赤十字病院など）に電話する。それでも見つからないときは、多くの場合、隣接県の基幹病院に病院探しを依頼することはせず、様々な情報に基づいて隣接府県の他の病院に電話している。
- 高知県：当院（総合周産期母子医療センター）が探すことになっているが搬送手段にも問題があり、高知県周産期医療協議会で消防とも意見交換しながら、検討中。しかし、現在まで幸いにも県外搬送例はない。
- 福岡県：県の4ブロックの中で、まかなっており、県外に搬送した経験はない。

③ (都道府)県外施設を探す場合のシステム

(都道府)県外施設を 探す場合のシステム	ある	ない
	0	43

周産期医療対策事業が周産期医療の地域化を目標に都道府県単位で展開されていること、県境をまたいだ広域の連携体制やネットワークについての記載が全くないことも関係していると思われるが、調査時点では、都道府県間の母体搬送の照会システムは存在していない。約半数の都府県で広域搬送が行われている現実を考慮すれば、必要な地域においては広域搬送のための連携システムの構築が行われるべきである。また、これまでは非常に苦しい中でなんとか県内で完結してきた地域においても、広域搬送がシステム化されれば、より合理的な医療提供が可能になるかもしれない。

(ウ) 母体搬送先を探す際の新生児・小児科側の協力の有無

母体搬送先を探す際の 新生児・小児科側 の協力	ある	ない
	29	17

● 新生児・小児科側の協力の内容

- 岩手県：当院 NICU と綿密な相談を行い、小児科間でも搬送受け入れの交渉をしてもらっている
- 秋田県：NICU が満床の場合は NICU で空床を探してもらおう
- 福島県：産科で断ることはない。NICU の空床の問題である
- 茨城県：各総合周産期母子医療センターの小児科医は、他施設の小児科側の情報収集を比較的積極的に行ってくれている。ただし、母体搬送の依頼・受け入れに関する正式連絡はもちろん産科医の仕事です。
- 栃木県：満床であっても依頼の状況に応じて受け入れる。両 NICU どうしの連絡により収容可能と考えられる施設に収容する努力をしている。
- 栃木県：できる範囲で全ての努力をして受入れてくれます。院内小児科への移動、他病院へのパットリansfer など
- 千葉県：状況に合わせて多数の施設に連絡を取っています
- 新潟県：NICU 同士での話し合いで決められる
- 富山県：受け入れ先の NICU を探す
- 石川県：NICU で他の NICU 施設の情報を得ておいてくれてい



ることが多い

- 長野県：NICU 医師間で連絡を取り合う
- 静岡県：新生児側から受け入れ施設のNICUに連絡を取ったり、母体搬送ができなくても、新生児搬送が可能かどうかの連絡を取ってもらっている。
- 三重県：総合周産期センターのNICUのスタッフと連絡をとりあっている
- 京都府：NICUの空床および受け入れ能力が原則
- 鳥取県：受け入れ不能かどうかは人工呼吸器の台数によるので小児科に聞いてもらうようにしている
- 岡山県：NICUの状況により搬送受け入れは困難な場合に何れの病院で受けられるかの協議をその都度迅速に行っていただいています。
- 山口県：母体搬送には新生児側も極力対応してくれている
- 徳島県：新生児の空床情報を参考にしています
- 愛媛県：総合周産期母子医療センターのNICUが満床の場合年間数例の搬送を松山市内の他のセンターに紹介することがあるが、各施設の新生児科間で連絡、空き状況を把握してもらっている。
- 高知県：県外搬送依頼時には、当院総合周産期母子医療センター長に報告し、センターを挙げて対応する。
- 佐賀県：佐賀大学等と連絡を取り合っている
- 長崎県：母体搬送受入の制限因子はそのほとんどの場合、NICUの空床状況である。母体ベッドが満床のために受入れ不能という状況は基本的にはなく、仮に満床でも何とか受入れる。最終的に長崎医療センターが受入先を探す際には、新生児科医がNICUとして受け入れ可能な施設を探し産科スタッフへ連絡することになっている。
- 沖縄県：受け入れ不可能な場合、NICUが母体搬送先を探す。基本的に、NICUさえ受け入れ可能であれば、母体搬送は、産科病棟の空床の有無に関わらず、全例受け入れる。

この質問項目は、母体搬送先照会の際、新生児側の受入能力が問題となることが圧倒的に多く、どこの施設でも、搬送依頼のたびに新生児側に受入可能性を確認しているという実態があることから、全国でどのような工夫や協力が行われているかを集計し、各地域での新生児科との協議に役立てることを目的として、加えたものである。実際には半数以上の都道府県では、新生児科の協力が得られていることが明らかになった。

### 3) 救急隊等から医療機関未受診の妊婦受入要請への対応：

- 北海道（釧路赤十字病院）：当地域では産婦人科の1,2次救急病院は当院と釧路市立病院しかありませんが、当番性ですべての患者を引き受けているのが現状です。
- 青森（県立中央病院）当院ではすべて引き受けています。未受診妊婦が増加しているので、あらかじめ救急隊には、総合周産期か地域周産期に連絡をするようにアドバイスをしています。5施設で拒絶されることは殆どないはずです。
- 宮城県：搬送依頼の連絡があった施設ごとの判断で受け入れを決めています。特定の施設が必ず受けるというような取り決めはありません。
- 秋田県：実態は不明だが必ず受け入れている
- 山形県：医療費を払えないケースが多いため、このような患者さんのほとんどすべてが我々済生病院へ搬送、あるいは紹介されます（済生病院はいわゆる"お助け病院"のため）。その後はケースワーカーを通して、通常の妊婦さんと同じく診察治療に通わせています。
- 福島県：原則的に、総合・地域周産期母子医療センターが引き受ける
- 茨城県：当然、症例は急増している。基本的には、(仕方なく)全例受け入れるようにしている。
- 栃木県：救急隊からの連絡があれば、受け入れている。以前からICUで研修中の救急救命士の分娩立ち会いを引き受けて、分娩時対応の教育を行っている。
- 栃木県：基本方針は、全例受け入れている。母体管理より新生児管理が問題なので、NICUが無理なら他の施設にあたって県内どこかの施設で対応を行っている
- 群馬県：ひとまず、各地域の基幹病院が対応していると思われます。
- 埼玉県：救急隊からの未受診妊婦は、他の一般施設が受けたがらないため、当センターに救急隊から連絡が入ると、原則、受け入れざるを得ない

- 千葉県：二次医療圏ごとに管轄消防本部と連絡をとり、受入れ施設を決定する方法について協議することになった。地域周産期センタークラスしかない医療圏では原則その施設が受け入れる。複数の施設がある二次医療圏では今後の協議により受入れ方法を決定するが、原則医療圏内で受け入れることにした。基本的に一次医療なので県内で処理することで合意した。
- 東京都：空床情報＋総合周産期センターが協力
- 東京都：救急隊からも事例の発生したブロックの担当の総合に一報をいれることとなっており、総合が自施設での受け入れ、または搬送先の選定を行っている。
- 東京都：救急が発生した地域担当の基幹施設。あるいは「0」と記入されている施設。
- 東京都：依頼があればできる限り対応している。救急隊によっては、部の周産期のブロック分けを理解していない方が、いるように思います（周産期ネットワークと消防庁の救急ネットワークが別になっている。例えば世田谷区内の事例は最終的には日赤が受けるはずですが、10件以上断られてから日赤に依頼の電話が来た事例がありました。消防庁の救急ネットワークと部の周産期ネットワークがうまく協働できるとよいと思います。消防庁でも周産期ネットが見られるとよいと思います
- 神奈川県：県としての統一的な対策はない
- 神奈川県：対応策なし。未受診・飛び込み分娩問題は非常に大きな問題です。ただ、今後は救急隊との連携を深めていこうと方向性を模索中です。
- 富山県：重症であれば母体搬送として受け入れますが、正常分娩であれば他の医療機関へ行ってもらっています。実数はわかりませんが、一次医療機関で最初から診ている症例も多いと思います。
- 石川県：3次救急受け入れを行っている当院に直接救急隊から連絡が来ることが多い
- 福井県：未受診妊婦受け入れの依頼があれば、原則当院で受け入れます。
- 山梨県：増加している。救急隊から病棟直通電話に直接連絡があり、そのまま搬送されてきます。
- 長野県：長野県では未受診妊婦の搬送依頼が増加している様子は感じられませんが、救急隊からの連絡内容により各施設で対応していると思う。
- 岐阜県：岐阜地区は1次施設が充実しているという特徴があります。これらの施設から我々に搬送依頼が来て、受け入れています。未受診妊婦というくくりは奈良の事件を念頭に置いているものと思います。しかし、奈良の問題は未受診という患者の問題ではないと考えています。例えば岐阜で健診を受けている妊婦が、奈良に旅行中に腹痛を訴えて救急車を呼んだ場合でも同じ

ことが発生したのではないのでしょうか。

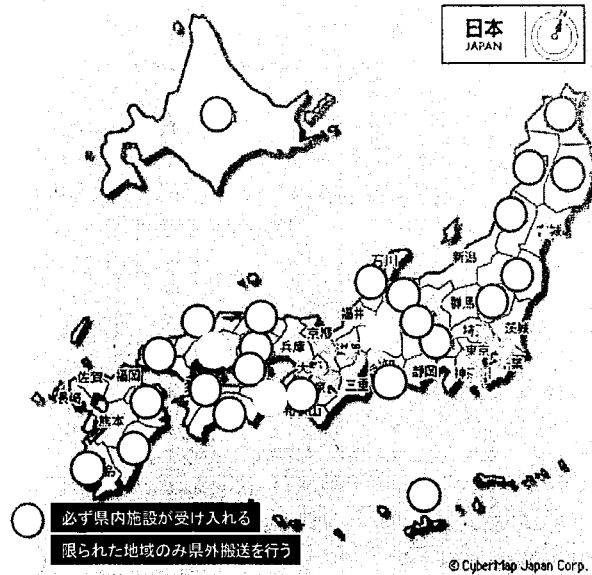
- 静岡県：地域での入院助産施設とのこともあり、原則的には受け入れている。しかし、浜松市の輪番制の2次救急体制が存在するので、救急隊からの要請にはまず2次救急の病院へ連絡を取ってもらいそこの受け入れが不可能な場合は、当院で必ず受け入れる。また、診療所によっては、お金が払えない人はみれないので総合病院に行きなさい。などと確信犯で名指しでいきなり陣痛発来時に患者を送ってくる場所もあります！
- 愛知県：病院の赤字を公的予算で補填されるシステムを有し、そして分娩費用が低く設定されている市民病院をまずあたっていただくよう救急隊にお願いしています。「市民病院に断れられたら最後はどうぞ当院へ」と説明します
- 三重県：5基幹センターのいずれかで対応できるようにしている
- 滋賀県：断ることはまずないですが、手術中、重症患者の処置中など、人的に受け入れが困難なことはありえるとは思いますが。当直医だけで対応できないときはオンコールを呼ぶこともあります。手術などで手が空いていないときなどでは、受け入れできるのが何十分後になる、急ぎなら、他の病院をあたってほしい、などと返事をするようにしています。
- 京都府：原則として総合周産期センターで対応
- 大阪府：大阪府立母子保健総合医療センターの場合、近隣の市（堺市 和泉市）からはできるだけ受けるようにしているが、少し離れた市町村でも救急隊の切羽詰まった依頼に負けることが多い。原則は地域での対応をお願いしている。他の基幹病院も同様の対応であるが、OGCSの基幹病院や他の参加病院の中には、一次救急病院を標榜している施設もある。OGCS全体で2006年に約2000件の母体搬送の受け入れ以外に一次救急や消防署からの依頼を453件受け入れている。しかしOGCSそのものは現時点では、一次救急には対応していない。一次救急に関しては大阪で約17の施設がリストアップされており一次救急用の空床情報システムが動いている。かつては一次救急を積極的に受け入れ、それで病院の経営が成り立っていた時代があったが、そのような病院の多くは一次救急からの撤退あるいは病院の規模縮小や閉鎖によって一次救急対応をしなくなった。行政は一次救急の現状を再度把握すべきである。
- 兵庫県：空床があつて総合あるいは地域周産期母子医療センターで管理する必要があれば受け入れているが、未受診の妊婦は基本的には市民病院がまず受け入れ、その上で必要時高次医療施設に紹介するべきである。未受診というだけの搬送は一次・二次施設で十分対応可能と考える
- 奈良県：収容依頼の連絡があつた施設が収容可能であれば当該施設で収容しているが、不可能な場合は救急隊が順次他の施設に問い合わせをしている。

- 和歌山県：空床があれば受け入れている。
- 鳥取県：鳥取県西部地区は大学病院でしか受け入れていない。先週も金足位の経産分娩をせざるを得ない患者が救急車で来院した。
- 島根県：全例受け入れ可能ですが、年間 1-2 例です。
- 岡山県：全体については把握できていませんが、当院への依頼に関しては、よっぽどの事が無い限り受けています。困難な場合には他院にお願いしています。
- 岡山県：未受診妊婦の搬送依頼は、当院では年間 2-3 例程度しかありません。ベッドに空きがあれば受けるようにしています。
- 広島県：ほとんど当院で対応している
- 山口県：患者発生元から近い周産期センターから対応している 当院は公立病院なので、超緊急の時には当院の同意なしに連絡のみで搬入されることもある
- 徳島県：原則的には未受診の場合は受け入れていません。1 次救急の病院に行ってもらっています。
- 香川県：電話連絡をうければ、必ず受け入れるようにしている
- 愛媛県：5 つの周産期センターですべて対応。救急隊に問い合わせたところ、断られたケースは今までにないとのことであった。
- 高知県：救急隊よりの連絡は、無条件で受入れる。医療情報センターからの依頼があれば、高知県周産期医療情報ネットを参照してもらい、依頼先を検討してもらっている。しかし、年々、本県でも飛び込み分娩など未受診妊婦の搬送が増加している。
- 福岡県：空床であれば受け入れるが重症度、妊娠週数などが不明なことが多く夜間は対応が遅れることがあり
- 福岡県：このような症例は多くの場合、救急を要する場合があるので、原則として総合、あるいは地域周産期母子医療センターが受け入れている。例えば、福岡都市圏の場合、救急隊と救命センターとの定期的な会議を通じて依頼があった場合は、必ず受け入れる旨を申し入れた。
- 福岡県：福岡県北地域では、NICU を有する病院が受け入れざるを得ない状況です。未受診妊婦の搬送依頼は増えています。
- 佐賀県：当院へ連絡が入った場合は、全例対応している。
- 長崎県：未受診妊婦が救急隊に依頼した場合は、基本的には各ブロックの周産期センターで受入れることになっている。各ブロックで受入不能な場合は、他の母体搬送依頼と同様、すべて総合周産期母子医療センターで受入れて、一旦、重症度評価を行った後、その後の方針を決定するシステムとして概ね機能している。総合周産期母子医療センターで受入れ拒否はしない。

- 熊本県：原則受け入れる
- 大分県：基幹施設として、基本的にすべて受ける。
- 宮崎県：全例、受け入れている。初診分娩の問題があり、地域で現状を調査中。把握している限りでは、いままでも拒否症例はありません。
- 鹿児島県：全例引き受ける。市立産院もかかっているため
- 沖縄県：全例、受け入れている。2006 年度は、36 件。未受診の場合、妊娠週数、既往分娩歴などの情報が不明か、または本人、救急隊員などの産婦人科専門知識がない者からの情報なために、実際、診察しなければその後の対応に支障を来すため、空床の有無に関わらず、全例を受け入れている。受け入れて診察後、自分の施設で対応するか否かを決めるが、いままでも断ったり他施設に搬送することはありませんでした。

- この問題についての全国の状況が明らかとなっていなかったため、今回調査に加えることにしたが、その結果、東京・大阪の大都市圏及びその周辺地域をのぞけば、未受診妊婦・飛び込み分娩の問題は、各地域の周産期センターを中心とする地域基幹病院の努力により、ほとんど対処されていることがわかった。
- 今回報道されている未受診妊婦の一次救急対応の問題が発生しているのは、大都市圏とその周辺地域に比較的限定されている。次ページの図に示すように、この地域は、母体搬送受入に関する設問で、自らの都道府県内では完結できていない地域とほぼ重なっている。母体搬送受入を県内で完結させることが可能となっている地域、それは「最終的には断らないことにきめている地域」「最終的には断らないことにきめることが可能な地域」あるいは「周産期医療の地域化が達成されている地域」と言い換えることが可能かもしれないが、それらの地域では、今回の産科一次救急対応の問題は発生していないということになる。
- もちろん、そのような地域医療体制への多大な貢献を行うために、現場では労働基準法違反の当直体制や過労死レベルの過剰労働の持続を余儀なくされている訳であるから、これによって、これらの地域では問題がない、ということではできない。

図：未受診妊婦の一次救急対応が報道された地域(☆)と母体搬送の県内受入率約100%の地域(○)



4) (都道府)県全体での最近の母体搬送の依頼症例数、受け入れ率

- (都道府)県全体での集計が行われている地域が限定されており、施設のデータをお送りいただいた施設も多いので、まとめにかなりの時間がかかるものと思われる。申し訳ありませんが、この報告書とは別にまとめて報告させていただきます。

5) (都道府) 県外搬送の件数、その他、 県外搬送に関して困っている点

- 北海道：北海道全体としては把握できていないと思います。
- 青森県：件数は5件以内と思います：実数は未把握
- 岩手県：把握している内では県外への搬送なし
- 宮城県：2003年に子ども病院が開設されて以来、年間10件以下に減少しました。
- 山形県：県外への搬送は年数例しかありません。しかし、ここ数年の県全体の統計は知りません。

- 福島県：原則的に県外搬送は行わない。ただし県南地区の開業医が直接交渉して、より近い総合病院に搬送している症例が極少数あるらしい。
- 茨城県：茨城県から他県への搬送症例数は把握していませんが、多いパターンは、県西地区から栃木県（自治医大もしくは獨協医大）もしくは鹿行地区から千葉県（旭中央病院）への搬送です。これらの病院にはたいへんお世話になっております。逆に他県からの搬送で多いのは、埼玉県東部からと栃木県南部からです。いずれも他県との取り決めがないので、県外への搬送はとにかく個別に電話してお願いするという状況で、その点が最も困っています。
- 栃木県：把握していない、県内症例を当院から県外搬送の依頼をしたことはない。県外からの搬送依頼に対しては、当院で受け入れ不能の場合には依頼県で対応してもらっている。県外からの依頼は空床がある場合のみ受入れている。満床状態をやりくりして受け入れる努力はせず、他県を捜してもらうようにお話ししている。
- 群馬県：平成18年度は群馬県から県外への母体搬送は13件あり、県外から群馬県への母体搬送も13件ありました。ちなみに群馬県から県外への新生児搬送は3件で、県外から群馬県への新生児搬送は12件でした。
- 埼玉県：把握していません
- 千葉県：全県のデータはありません
- 東京都：救急車が都外への搬送に難色を示す
- 神奈川県：県境をまたぐ搬送依頼の対応システムが皆無であるためきわめて場当たり的、非効率な対応しかできないのが現状。2004年 64件(7.6%) 但し不完全データ 2005年 103件(9.5%) 2006年 102件(8.4%) 基幹病院が探すことになっていますが、県外の周産期施設の受け入れ可能内容、空床状況などの情報がないまま、半ば場当たり的に県外施設の受け入れ可能施設を探すのが大きな負担になっています。
- 新潟県：平成18年2例、平成19年1例、いずれも隣接県へ 天候が悪いとヘリコプターが飛ばない
- 富山県：富山県ではこの数年は県外搬送はありません。
- 石川県：最近数年間では県外母体搬送は聞いていない
- 山梨県：以前、他県よりMD twin TTTSを受け入れた事がありますが、非常に重症であり、当院のNICUでそれ以後の新生児の受け入れが一時的に困難となってしまった事があります。県立病院であるのに、他県より受け入れたことにより、自分の県の症例の受け入れができないことには、県民の反発を招きかねません。近頃、なにかと広域搬送が話題になりますが、行政を巻き込んで行わなければ、(行政間での契約など) 病院のみが非難の対象になってしまいます。
- 長野県：長野県立子ども病院 NICU はほとんどいつも満床状態であり、県外搬送

を受け入れる余裕はない。埼玉県からは開業医が直に依頼の電話を入れる。総合周産期センターが行うべきだといつも思っている。

- 岐阜県：東濃地区では一部愛知県に搬送されている症例があります。県外からの搬送依頼はほとんどが胎児治療のためのものです。治療後は元の施設に戻って頂いていますので、問題はありません。
- 静岡県：静岡県全体の数は把握していません。当院では、年間約 10 件前後の県外搬送（主に愛知県東部）を行っています。
- 愛知県：平成 18 年度で、当施設への県外よりの母体搬送受入件数は 10 件、県外への依頼は 0 件、平成 17 年度で各々 8 件、2 件です。
- 三重県：1 件 1 件採すので、決定まで 1・2 時間かかることがあります
- 滋賀県：となりの京都が不足気味なので当院で受け入れることがあります。したがって、他府県への搬送の場合、京都は不可能で、大阪に頼むことがあります。また、滋賀県北部は岐阜（大垣市民病院）に搬送しているようですが、実数は不明です。
- 大阪府：府外搬送は年、数例。しかし、基幹病院を通じずに府県境を超えて搬送数は把握できていない。大阪から和歌山県への搬送する例が数例ある、兵庫県、京都府へは若干例。ここ 1 年間で大阪府立母子保健総合医療センターへの緊急搬送依頼 422 件のうち、他府県からの依頼は 58 件、奈良県 38、京都府 10、和歌山県 4、三重県 3、兵庫県 3 であった。うち 10 件は大阪で受入れ、半数は大阪府立母子保健総合医療センターが受け入れた。大阪の他の基幹病院へ直接依頼があった分は把握できていない。
- 兵庫県：兵庫県から他府県への搬送は年十数件。大阪近郊の地区は兵庫県内の施設より大阪の施設を患者・家族が希望されるため大阪地区へ搬送されている。他府県からの搬送は最近京都北部からのものが増えている。他府県からの当院への搬送依頼は年 20 件程度あり空床のある限りは受入れている。
- 奈良県：県外搬送の件数は平成 18 年 48 件、平成 17 年 66 件、平成 16 年 77 件。県内で収容できない場合には他府県の施設に依頼している。他府県の基幹病院に連絡すると、空床のある施設を教えていただける。しかし、実際には直ぐに搬送先が決まらず、10 件以上の施設に電話連絡をすることもある。院内での診療を行いながら、これらの電話連絡を行うことは、多大な負担となっている。
- 岡山県：県外からの搬送はありますが、県外への搬送はほとんどないと思います。
- 広島県：福山地区は倉敷に搬送している事も多い
- 山口県：H16 年は 240 件中県外搬送 2 件、1 件は NICU 満床のため
- 徳島県：県外搬送は行っていません。
- 愛媛県：県外搬送はない。
- 高知県：0 件。母体県外搬送のシステムは確立していない。

- 福岡県：県外搬送例 3 例
- 長崎県：県外搬送は年 0-3 件程度でほとんど県内で受入れている。
- 熊本県：2006 年：23 件
- 鹿児島県：胎児心奇形症例のみを搬送している。年に約 3-4 例

#### 6) (都道府)県における周産期医療システム運用上の問題点

- 北海道：北海道は医療圏が広範囲であることがはじめからわかっていたので道南、道央、道北、道東各地域が 30 万から 70 万人規模の人口を対象として NICU、周産期センターが小規模ながらすみわけをしていた面がありますので高度医療までとはいかなくともその地域で完結していた歴史があります。これからの問題として①いままで人口の比較的少ない地域を対象としていたセンターが症例数の問題もあり関係各科の医師の確保がはかれないこと、②札幌を中心とした道央は圧倒的に NICU、MFICU の整備自体がまだ出来ていないと思われまます。
- 青森県：前記のように、利用をしていない、搬送元の施設があり、またそのような施設ほど、搬送タイミングが遅れている。総合周産期センターに、情報センターが併設され、事務職員が 1 名居るが 入力業務のみで、搬送の受け入れや、コーディネートなどはできていない。
- 岩手県：県北部の域周産期センター、協力病院の人員不足により実質的に機能が停止している。また二次医療施設によっては、小児科産婦人科以外の他科（循環器科や DM 内科、血液内科など）が閉鎖されたことにより全身管理ができないとの理由で受け入れできないとし、それら症例を一次医療施設から直接 MFICU に受け入れざるを得ないケースが増加している
- 秋田県：秋田県では妊婦数が少ないことと、県内の医師間のコミュニケーションが良好なため、旧態然とした電話連絡による母体搬送でも搬送先を探して搬送元の病院が右往左往する事態にはなっていません。
- 山形県：NICU は山形県においては、山形県立中央病院と私たちの済生会山形済生病院に開設されています。また NICU に準ずる施設が、山形大学医学部付属病院と鶴岡市立庄内病院にあります。県内の年間の母体搬送数は年平均約 160 症例です。現在は、ネット上にベッドの空き状況を掲載できるように準備中です。山形県ではいまだに県の動きがわるく、MFICU が開設されていない現状です。
- 福島県：あくまでも、NICU の空床数の問題であり、どんなに満床であっても産科サイドでは、周産期医療センターとなってからは断ったことはない
- 茨城県：他の都道府県のお話をうかがうと、茨城県は比較的うまく運用されている方ではないかと思えます。しかしながら、根本的に医師不足、ベッド不足であり、いつも「最終収容先病院が決まらないのではないか」という不安と戦いながら、総