

## 第1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 11月5日（水） 18:00～19:45

●場所 厚生労働省9階 省議室

●出席者

（構成員）岡井委員、杉本委員、阿真委員、有賀委員、池田委員、海野委員、大野委員、川上委員、嘉山委員、田村委員、藤村委員  
（厚生労働省）舛添厚生労働大臣、戸井田大臣政務官、外口医政局長、村木雇用均等・児童家庭局長 ほか

●議事要旨

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する現状及び問題点について、意見交換を行った。現状及び問題点に関する主な意見は以下のとおり。

## 1) 周産期医療体制および周産期母子医療センターについて

- 日本の妊産婦死亡率は改善されてきており、日本は世界でも妊産婦死亡率の低い国である。最近では、通常の産科疾患による死亡は減少してきているが、脳血管障害などの間接原因による母体死亡はそれほど減っていない。今後、さらに妊産婦死亡率を改善するためには、間接要因による死亡率を減少させるための対策が必要である。
- 周産期医療対策事業では、周産期医療体制を確保するために産科と新生児科を中心にセンターを整備してきたが、近年では、ハイリスク妊娠の増加等により、合併症妊婦の救急患者にも対応する必要性が高まっており、周産期医療体制と救急医療体制との連携が重要性を増している。
- 現在の周産期母子医療センターの中には、胎児・新生児救急には対応できても合併症妊婦の救急患者には十分な対応のできない施設がある。
- 現行の搬送システムの問題点として、周産期母子医療センターでも、産科や新生児科の医師不足、NICUの不足が根底にあるため、地域によっては、産科医療機関等からの搬送が受け入れられない例が、実際には相当ある。
  
- 今回の事例の原因のひとつは当直医師が1名しかいなかったことである。産婦人科の医師数は減少しているが、産科をやめて婦人科に移る医師、あるいは女性医師の割合が増えているため、現場の産科医不足はさらに深刻である。
- 小児科の医師数は増えているが、1500g未満の低出生体重児等が以前よりも増加しており、小児救急や新生児医療を担当する医師は不足している。
  
- 全国でNICU病床が不足しているが、病床を増やすだけでなく、新生児医療を担う医師及び看護師を確保するための対策も必要である。
- NICUの後方病床（長期入院児を受入れる病床）も不足している。今後、どのように確保するかについて検討が必要である。

## 2) 救急医療体制との連携について

- 母体救急疾患では、母体の治療と胎児・新生児の診療とを同時に行う必要があり、一次・二次の医療施設は、まずは総合周産期母子医療センターに連絡することが現在の通例となっている。
- 現在の周産期母子医療センターの中には、産科、新生児科、救急、関連診療科（脳外科など）がそろっておらず、合併症妊婦の救急患者に十分に対応できない施設がある。
- 地区によっては隣県からも搬送患者を多く受け入れており、その地域の周産期医療体制の確保のためには、県を超えて協定を結ぶなど、広域での医療体制の確保を検討する必要がある。
- 周産期医療と救急医療の連携を強化するためには、診療科間の縦割りを解消し、母体救急に関係する医師が交流できる場の設定や関連する学会の共同研究などが望まれる。
- 救急医療体制は、それぞれの地域の特性を踏まえて検討する必要がある。
  
- 情報システムの整備指針については、システムの内容や伝達範囲等について基準が定められていないため、具体的な指針を検討する必要がある。
- 周産期母子医療センターの空床や診療に関する情報が、地域の開業医に提供されていない場合もある。地域において、空床や診療に関する情報を広く共有できるシステムを検討する必要がある。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムとの統合も検討する必要がある。

## 今後の対策について（骨子案）

### I 良好な実績を上げている地域の救急搬送体制の例示

### II 短期目標として実現可能な対策の検討

#### 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）
- ② 施設の機能による分類
- ③ 地域のネットワークの促進

#### 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
- ② 情報の統合、センター化
- ③ 搬送先選定の迅速化（コーディネーターの配置）

#### 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）
- ② 勤務環境の改善
- ③ パラメディカル、メディカルクラークの活用

#### 4. その他

平成 20 年 11 月 18 日

## 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

日本産科婦人科学会・日本救急医学会

- はじめに
  - 妊娠、分娩中に発生する重篤な母体合併症への対応については、各地域において分娩取扱施設と救命救急センターとの連携体制の整備が望ましいが、施設ごと、地域ごとの努力に任せられている。国および都道府県における周産期医療体制と救急医療体制の整備はこれまで基本的には別個に進んできており、「母体救命救急」症例への対応に関する明確な指針は示されていない現状がある。
  - このような現状をふまえ、母体救命救急医療体制に関する専門家の団体として、日本産科婦人科学会と日本救急医学会は、共同で作業部会を設置し検討を行ってきた。その結果、母体救命救急体制整備を行っていく際に特に検討が必要と考えられる事項について提言としてまとめたので報告する。
  - 本提言は、国、都道府県、地方自治体、医療機関、現場の医療スタッフ、一般の住民が、それぞれの立場でこの問題を考えていただくための材料を提供するものである。わが国の救急医療体制・周産期医療体制には他にも整備を必要としている多くの問題があるが、この提言はあくまでも、その中の一つの問題である母体救命救急体制整備のみを取り扱っている。全体としての体制整備も同時に必要であることは論を待たない
- 本提言の基本的な考え方：
  - 周産期救急医療を含め救急医療は地域医療であり政策医療である。適切な医療が提供可能な環境の整備は、各地域の住民の理解に基づいて、国及び地方自治体の責任で行われるべきである。
  - 周産期救急医療を含め救急医療の現場で、医療関係者はきわめて過酷な条件下での勤務を余儀なくされている。早急に勤務環境の整備と勤務実績に応じた処遇がなされる必要がある。過酷な勤務の現状を放置したまま、確実な救急対応のみを求めれば、医療スタッフはさらに疲弊し、現場からの急速な離脱が進行することになる。現状が既に到底持続可能な状態にないことを十分に認識した上で、施策が検討される必要がある。
  - 母体救命救急医療は周産期医療と救急医療の境界に位置している。縦割りの弊害は行政・学会・病院の各段階でこの問題に影響を与えている。その弊害を各段階で取り除き、効率のよい合理的なシステムの構築を行っていく必要がある。

- 周産期医療及び救急医療の状況は各地域でそれぞれ特徴をもっている。いずれの領域も人員の不足という大きな問題を抱えており、余力を持って対応するという状況にはない。各地域では、そのような自地域の特殊性を十分に考慮して、最適なシステムを構築する必要がある。本提言は各地域におけるそのような検討の枠組みを提供することを目的としている。
- 検討すべき課題：
  - 国及び都道府県における母体救急担当部署と責任体制の明確化
  - 救急医療体制整備の検討
    - 地域完結の原則と広域対応：救急医療は迅速な対応が求められる。各地域ではまず、地域完結をめざして、母体救急に対応する体制整備に努力する必要がある。しかし、地域の救急対応能力が限定され、しかも大きな地域格差がある現状を考慮すると、まれに発生する重症特殊救急病態を常に都道府県の枠内で対応することには無理があり、合理性に乏しい。ドクターヘリ等の搬送手段も含めた、広域連携の枠組み構築の検討を同時に緊急に進めていく必要がある。
  - 都道府県における周産期医療関係者と救急医療関係者の交流の促進
    - 都道府県および地域の救急医療体制（病院前救護も含む）の枠組みと周産期医療の関係を明確にし、必要な部分は一体化して合理的かつ効率的な体制とするために、救急医療関係者と周産期医療関係者に加えて地方行政・消防機関・医師会等の関係者をも含んだ合同の検討会―作業部会等を設置する。
  - 地域における周産期医療施設と救命救急センターの配置、連携に関する基礎調査
    - 周産期医療施設の配置
    - 救命救急センターの配置
    - 相互の連携の実績
      - ◇ 施設間連携システムの整備状況
      - ◇ 施設内連携の実情
      - ◇ 各医療機関における母体救急症例受入実績
    - 周産期及び救急医療情報センターの実態と相互連携実績
  - 周産期医療関係者と救急医療関係者の症例検討の実施
    - 検討対象となる症例の範囲の設定
      - 例) 母体の意識障害・コントロール困難な大量出血・ショック・その他、全身

状態が悪化し周産期センターでは対応できない症例等

- 母体救命救急症例の発生状況の調査
- 症例検討の実施 問題点、改善点の指摘← 両者で検討する
  - ◇ 症例発生時の対応
  - ◇ 施設内連携体制
  - ◇ 施設間連携体制
  
- 施設内連携を深める方策についての検討
  - 救命救急センターのある病院で総合周産期母子医療センターに指定されているところが 50 施設、地域周産期母子医療センターに認定されているところが 75 施設存在している。これらの施設において、施設内連携を深めることが、母体救急対応の効率化に直結すると考えられる。
  
- 救急医療の基盤を強化するための施策の遂行
  - 公務員医師の兼業禁止規定撤廃：重症患者に対しては医師の緊急的派遣が有効な場合がある。公務員医師の兼業禁止規定は、設立母体の異なる病院間の連携を抑制している。
  - 診療報酬上の問題の解決：周産期センターでいったん受け入れて入院した患者をその病院の救命救急センターに移して治療した場合、救命救急加算の対象とならない等の不合理な問題を解決することにより院内相互連携を深める必要がある。
  
- 都道府県における母体救急連携システムの立案→構築
  - 対策案：地域の実情に応じたシステムの構築をはかる。
    - ◇ 2次・3次医療圏ごとに連携システムを構築する。
    - ◇ 周産期医療情報センター及び救急医療情報センターの機能を強化し役割を明確化する。
    - ◇ 母体救急症例発生時の連絡体制を整備する。
      - 例)
        - 周産期医療機関ごとに母体救急症例の発生時に連絡する救命救急センターを定め、必要な情報交換を行っておく。
        - 各周産期母子医療センターは救命救急センターとの密接な連携を維持する。周産期医療機関は、症例発生時には総合周産期母子医療センターないし地域周産期母子医療センターを介して、救命救急センターとの連携をはかる。
    - 1次産科施設等から安易な受入依頼が救命救急センターに対しておこ

なわれないようにするための歯止めを検討する必要がある。

● 母体救急対応体制整備のために都道府県レベルで行うことが想定される作業手順

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医療側</li> <li>➤ 周産期医療側と救急医療側の交流の促進</li> <li>➤ 都道府県医師会・産婦人科医会・救急医会から医療機関に対して参加の呼びかけをおこなう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 行政側</li> <li>➤ 交流の場の確保</li> <li>➤ 都道府県の周産期医療協議会と救急医療対策協議会が、協力して母体救急体制整備に関する協議の枠組みを設定する。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 周産期医療施設および救命救急センターの配置とその診療実績・能力に関する調査を行う。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 症例検討と対策の立案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 検討の場の確保</li> <li>➤ 対策立案への参画(情報交換・搬送体制等)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域連携システム構築に関する合意の形成</li> <li>➤ 地域の実情に応じたシステム整備に関する提言を行う</li> <li>➤ 地域産科医療機関を対象とした母体救急症例への一次対応に関する研修の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域連携システム構築のための問題点の検討</li> <li>➤ 地域連携システム構築の推進</li> <li>➤ 地域の実情に即した情報センターの設置と運営</li> </ul>

以上

## 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。

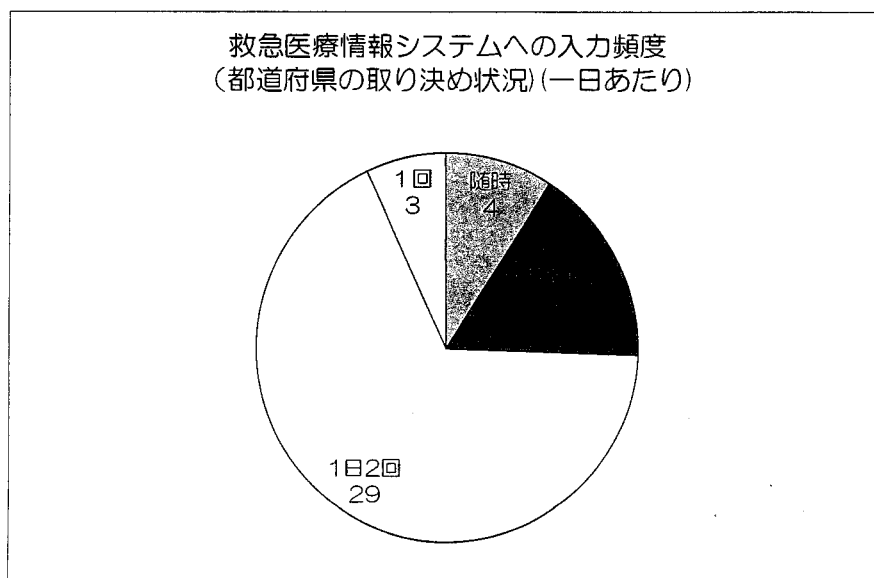
## 2. 結果（要点）

## (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。

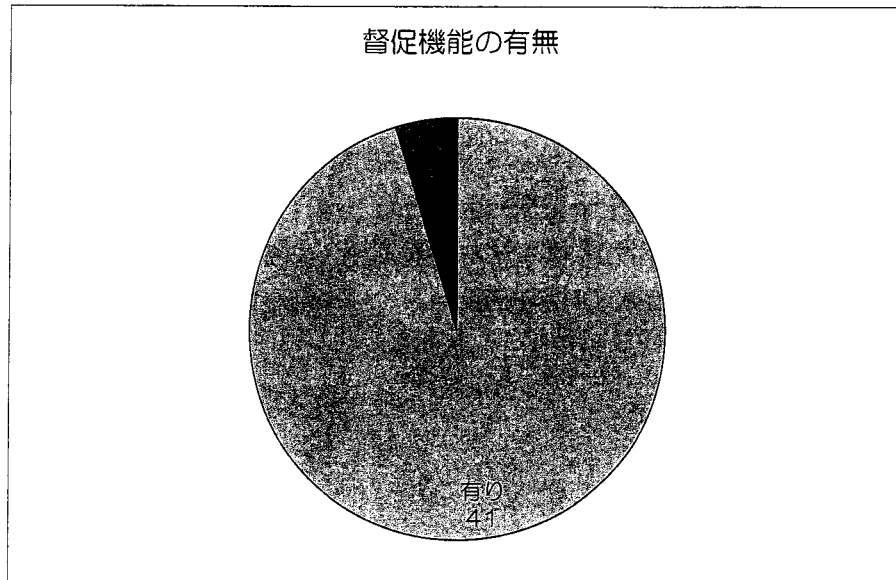


※「随時」とは、定時入力がなく、変更があればその都度入力しているもの



### (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。

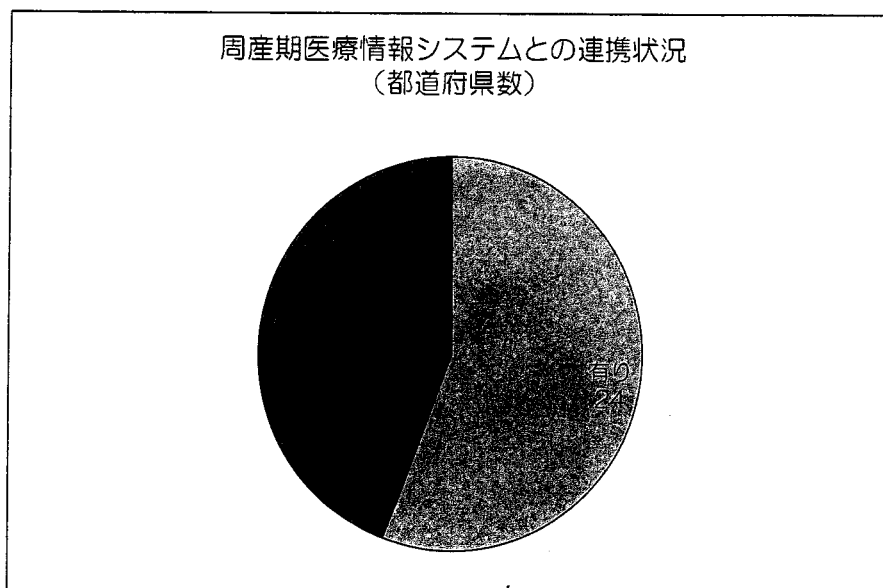


### (4) 更新頻度を高めるために行った具体的工夫（主なもの）

- ・ 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）

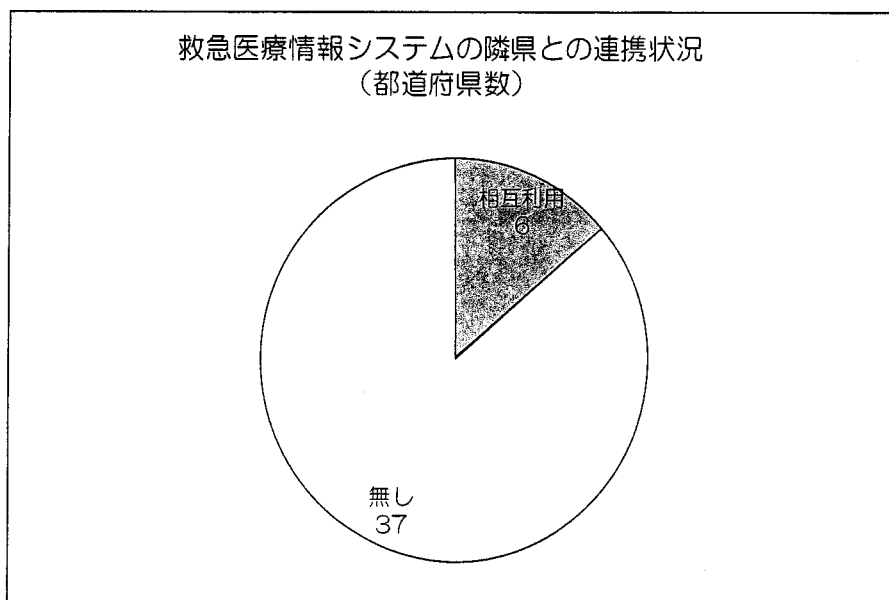
(5) 周産期医療情報システムが使用（閲覧）できるか

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。



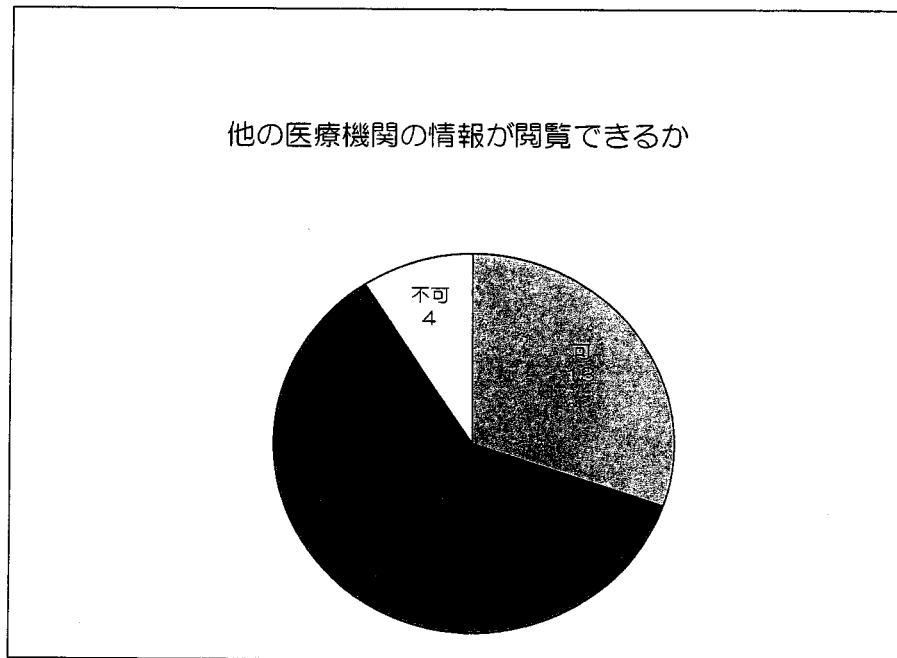
(6) 隣県の救急医療情報システムが使用（閲覧）できるか（隣接県との連携）

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