

海野委員 提出資料

第2回周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

平成20年11月20日（木）

2008年11月17日

「周産期医療と救急医療の確保と 連携に関する懇談会」への提言 要旨

北里大学医学部産婦人科学教授
海野信也

母体救急対応を含む周産期医療システムの充 実のための提言—「入口」機能の強化

周産期情報システムと搬送先照 会システムの現状

- 空床情報の更新—産婦人科医
 - 受入情報が最新のものとは限らない(受け入れた直後に情報を更新するのは事実上無理)
- さがす担当者—産婦人科医
 - 搬送元の医師は、重症の患者の診療にあたらなければならない
 - 周産期センターの医師は、自施設の患者や搬送された患者の診療があり、いつでも必ず対応できるとはかぎらない(時間のロスが生じることが避けられない)
 - 搬送が必要な患者が発生してから探し始めるので、他施設の直近の搬送受入状況もわからない。(今受け入れたばかりの病院にも照会することになる)
- 探す範囲—まずは県内。みつからなければ、県外、みつかるまでいつまでも
 - 県外の場合は、なんの情報もないところから探さなければならない
 - 何時間も探し続けながら、自施設の診療も行うのはあまりにも不合理
- 絶対受け入れる、という約束はできない
 - どんな施設にも受入能力の限界がある

どのように改善するか

- 空床情報の更新—最新情報の取得は受け身でなく情報システムの側が行う。
- さがす担当者—情報システムで専門の担当者をおく。
 - 人口の少ない県で単独で24時間体制をとれない場合は、いくつかの県に一つの情報センターを作る等により対応する。
 - 搬送元と地域の周産期センターはその症例が待てる状態かどうかの判断を行う。
- さがす範囲—まずは県内、見つからなければ県外も含め、情報センターでさがす。
- 待てるか待てないかが判断できるための研修体制の整備
- 待てない症例の場合
 - 待てない場合は、地域の周産期センターがまず受け入れて対応する(その後の再搬送もありうる)
 - **母体救命救急の場合は、地域で必ず受け入れられる連携体制、取り決めを作る**
- 搬送受入実績に応じて、病院・担当した医師にincentiveを付与する
 - 病院への補助金
 - 医師への搬送対応手当等

母体救急対応を含む周産期医療システムの充 実のための提言―「入口」機能の強化

周産期母子医療センターの施設 基準

- 総合周産期母子医療センター
 - － 産科及び小児科(母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室を有する)、
 - － 麻酔科その他の関係診療科目を有する
 - － 小児外科を有しない場合には、他の施設と緊密な連携を図る
 - － ドクターカー
 - － 検査が常時可能
- 地域周産期母子医療センター
 - － 産科及び小児科(新生児診療を担当するもの。)を有する
 - － 麻酔科及びその他関連各科を有することが望ましい。

どのように改善するか

- 総合周産期母子医療センターを機能分類する
 - － N型:胎児・新生児救急対応機能
 - － MN型:母体救急と胎児・新生児救急対応機能
- 地域周産期母子医療センターを機能分類する
 - － M型:母体救急対応機能
- 母体救急に対応できる周産期センターがない地域では、救命救急センターで母体に対応し、新生児搬送による対応を行う等の体制整備を行う(M型施設群)
- 緊急時の各施設の役割を明確化する
- 各センターの診療実績、搬送受入実績を明示し、それに応じたincentiveを付与する。

母体救急対応を含む周産期医療システムの充実のための提言—「出口」機能の強化

新生児側—NICU受入能力増強

- NICU増床
 - NICU増床
 - NICU勤務医の勤務条件改善
 - NICU勤務看護師の増加策
- NICU後方病床増床
 - 重症心身障害児施設の増設策

救命救急側

- 母体救急対応の連携体制をとった救命救急センターへの優遇策
- 母体救急症例を担当した現場の医師への手当て
 - 搬送対応手当等

平成 20 年 11 月 17 日

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」への提言

北里大学医学部産婦人科教授 海野信也

本提言の基本的考え方

- 1) わが国の周産期医療は世界でも最高水準にあるが、この分野を担当する医療従事者の不足、医療施設整備、医療システムの機能不全等の原因により、いまだ多くの改善の余地を残している。一昨年の奈良、そして本年の東京における母体脳出血事例への対応において、そのような問題の一側面である母体救命救急対応に関する体制整備の問題が露呈することとなった。
- 2) 平成 8 年に始まった周産期医療整備対策事業は、わが国の周産期医療の発展に大きく寄与してきている。各都道府県で周産期医療システムが整備されたことによって、周産期医療のシステム化、地域化が進行し、それとともに妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率等の周産期公衆衛生指標は確実に改善してきている。現時点では、周産期医療システムはようやくほぼ全国での整備に目処が立ったという段階であり、今後その内容の充実をはかっていく必要がある。一方、産婦人科、小児科、特に周産期領域を専攻する医師ならびに助産師の不足は、全国的に一次分娩施設の減少をもたらし、地域によっては既存の周産期医療提供体制の維持自体が困難となっている現状がある。
- 3) 救急医療体制の中での母体救命救急対応の位置づけに関しては、妊産婦の生理的特殊性、母児の状態を総合的に評価する必要性等を考慮すると、各地域において周産期医療システムと密接な連携をとる中で、迅速かつ適切な介入を行うのが多くの地域において妥当ではないかと考えられる（地域によっては、救急医療体制の中に周産期救急医療を包含するという取り組みも考えられるが、既存の周産期医療システムを活用することが、喫緊の課題への対応として現実的である地域が多いものと考えられる）。
- 4) 周産期医療システムは、今後、地域における母体救命救急体制の整備等さらに充実を図っていく必要があるが、その際には十分とはいえない人的資源を考慮して、既に過剰になっていると考えられる現場の負担をさらに増やさないための特別な配慮を行う必要がある。（さらなる負担の増加は既に地域によっては不安定になっている周産期医療システムの機能不全を招く危険がある。）そのため、今後の周産期医療システムの整備においては、これまでの周産期医療システムの機能（特に有効に機能していると考えられる新生児医療に係る機能）を損ねないように十分に留意しつつ、その基本的構築に新たな機能を付加し、全体として機能の充実を図る方向で検討するのが妥当と考えられる。

- 5) 周産期医療システムの主たる機能は、妊産婦及び胎児の状態に応じて、適切な医療機関に迅速に紹介、搬送を行うことである。搬送受け入れ先としては基本的には総合及び地域周産期母子医療センターが想定されている。母体救急対応体制の整備に際しては、各センターが現に有する機能、その診療実績を確認した上で、地域に必要な機能を付加することを考えるべきである。
- 6) 周産期母子医療センター産科は妊産婦救急において、「入口」の機能を果たしている。周産期情報システム等を介した患者受入依頼に対して、周産期母子医療センター産科医は、必要に応じて「出口である」診療部門（胎児・新生児に関しては新生児科、小児科各領域専門医、小児外科等と、母体に関しては救命救急センター、脳神経外科、心臓外科、内科各領域専門医等）との連携、受入可能性を確認しつつ、受入の可否を検討する。現在の施設基準に基づいて指定、認定されている各周産期母子医療センターの診療能力はきわめて多様であり、受入可能な患者の範囲が限定的である施設も含まれている。その点が明示されていないことが、現場でのネットワーク機能発揮に影響を与えている可能性がある。
- 7) 周産期救急情報システム上の情報は、応需情報を含め、それぞれの周産期医療システムの中では共有されているものの、救急隊、一般医療機関、一般国民には開かれていない。また、各都道府県のシステムは完全に独立しており、相互の連携は存在しない。そのため、システムの外側からこれらの情報にアクセスする場合には、限られたアクセス権を有する施設で勤務する医師を介する以外に方法がない。このようなシステムの閉鎖性は、その情報の緊急時の有効活用の障害となっている可能性がある。

母体救急対応を含む周産期医療システムの充実のための提言

「入口」機能の強化

1) 周産期情報システムおよび搬送先照会システムの改善：

(ア) 応需情報等の更新、搬送先照会業務の担当者：周産期情報システムにおける応需情報等の更新、搬送先照会の実務は原則として行政の責任で行うこと。医療機関側が提供する情報を受け身で待つのではなく、積極的に情報を求め更新する姿勢を情報システムの管理者側が示す必要がある。（それ以外に、人手の足りない各医療機関の最新情報を確実に得る方法はない。）現場の医師及び医療スタッフが、システムの円滑な運用に積極的に協力しつつ、患者の診療に集中することができる体制を整備するべきである。

(イ) 周産期情報システムと救急情報システムの連携：周産期情報システムは現行で基

本的に都道府県単位、救急医療情報システムは東京都以外には基本的に市町村単位なので、今後広域の情報システムを構想する中で、単純な一体化は難しい可能性がある。周産期医療機関も救急隊も双方の情報が即座に確認できる体制を整備すべきである。むしろ周産期センターと救命救急センターが同一施設内に存在する医療機関内での連携と情報交換の強化を中心として整備するのが合理的と思われる。

(ウ) 周産期情報システム情報の地域内のすべての周産期医療機関及び救急隊への開示

(エ) 周産期情報システムの広域化：都道府県ごとに専任の周産期情報システム担当者を24時間体制で整備することは、症例数の面から合理性がない。地域の実情に応じて広域の周産期情報システムを構築する。

(オ) 県境を超えた総合周産期母子医療センター相互の情報開示・連携システムの構築

(カ) 周産期医療システムとその運用状況を一般の妊婦および国民に開示する情報提供システムの構築

2) **周産期母子医療センターのもつ機能の明確化：**周産期母子医療センターを地域周産期医療において果たしている役割が国民に明示されるように、再分類し、それに基づいてネットワークの再構築を行う。

● **周産期母子医療センターの再分類案**

① **N型総合周産期母子医療センター：**

1. 現行の総合周産期母子医療センターの施設基準を満たす

② **MN型総合周産期母子医療センター：**補助金をN型のたとえば1.2倍程度に評価する。

1. 現行の総合周産期母子医療センターの施設基準を満たす

2. +24時間体制の麻酔科、救命救急センターの対応（必須）

3. +脳神経外科 and/or 心臓外科の対応（optional）

4. 母体救急症例への対応に関する院内連携体制の整備（必須）

③ **M型周産期母子医療センター：**補助金をN型のたとえば0.8倍として評価する。

1. 現行の地域周産期母子医療センターの施設基準を満たす

2. +24時間体制の麻酔科、救命救急センターの対応（必須）

3. +脳神経外科 and/or 心臓外科の対応（optional）

4. 母体救急症例への対応に関する院内連携体制の整備（必須）

④ **M型周産期母子医療施設群**:補助金をN型のたとえば0.8倍として評価する。

1. M型周産期母子医療センターの機能を複数医療機関が連携して果たす

- 3) **周産期母子医療センターの診療実績の評価システムの構築**:母体搬送。新生児搬送の受入実績を評価し、症例数に応じて補助金に上乘せする。母体救命救急症例受入実績に関しては別に評価する。また未受診妊婦受入実績の評価を行う。
- 4) **現場の医師への incentive の付与**:病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応に対して、担当した医師(産婦人科医、小児科医、麻酔科医、救急医、脳外科医、心臓外科医等)個人に症例ごとに手当を支給する。
- 5) **母体救命救急に関連した教育・研修の充実**:地域の分娩を担当する産婦人科医、周産期センターで受入を担当する産婦人科医への母体救命救急に関連した教育・研修への incentive とそれに基づくネットワーク機能の強化
- 6) **情報開示システム**:診療実績情報を含む周産期医療システムの運営状況が、一般の国民にわかりやすく伝わるよう、情報開示システムを整備する。
- 7) **産科救急搬送患者診療費の未収金の行政による補填**:救急搬送患者の診療費用の未払いの問題は、救急医療を担う医療機関が等しく頭を悩ませている。陣痛発来後の健診未受診の妊婦を受け入れ、結果的に正常産となり、その費用が未収となった場合、医療機関側は(保険診療の場合は7割を確保できることが多いが)全額が未収となってしまう。救急医療体制の一翼を担うことが直接病院の不利益につながることになり、未受診妊婦受入促進の大きな障害となっている。行政が医療機関の債権を肩代わりすることによって、医療機関が救急搬送受入に積極的となるように誘導することができる。

「出口」機能の強化

- 1) NICUの増床策
- 2) NICUの後方病床増加策
- 3) M型、MN型周産期母子医療センターにおける母体救命救急診療実績に基づいて、各診療部門への incentive を付与する。

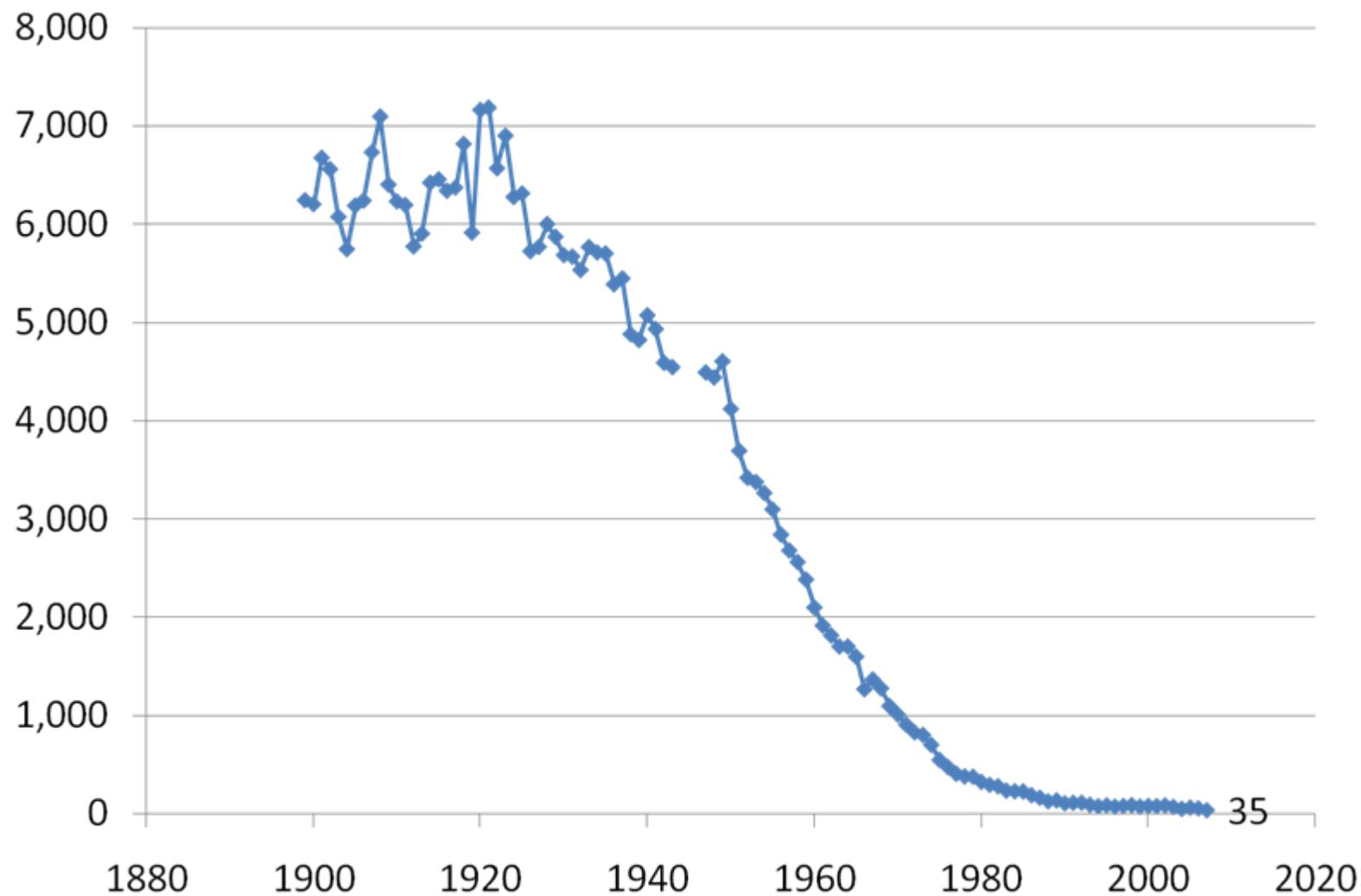
周産期医療従事者の確保

- 1) 産科医・新生児科医の増加策
- 2) 助産師の増加策
- 3) 新生児科を標榜科として認める
- 4) 産科・新生児科医を養成する教育システムの充実
(ア) 大学医学部に新生児科学講座・産科学講座を設置する。(現状では小児科学、産婦人科学の一部、という位置づけになっている)

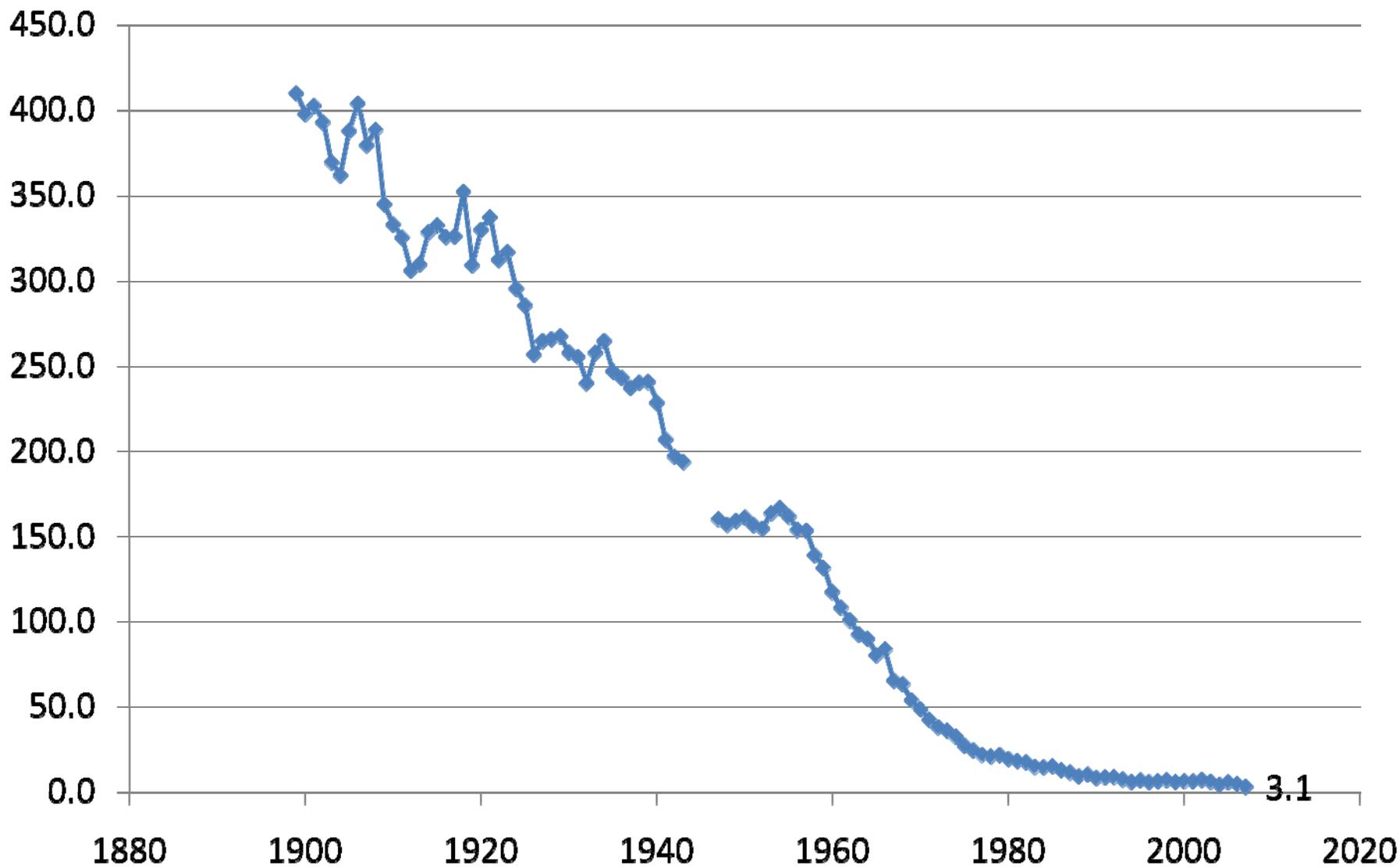
わが国の周産期医療の水準について

- 以下の統計資料は、わが国の周産期医療が、妊産婦死亡率、新生児死亡率という指標からみた場合、確実に進歩し、改善してきていること、妊産婦死亡率については、先進国の水準を確保しており、新生児死亡率については世界最高水準にあることを示していると考えられます。
- わが国の周産期医療の問題点やこれからの改善策を考えるときには、今の周産期医療水準が国際的にみて、非常に高いものであることを十分に理解した上で、検討する必要があると思われれます。

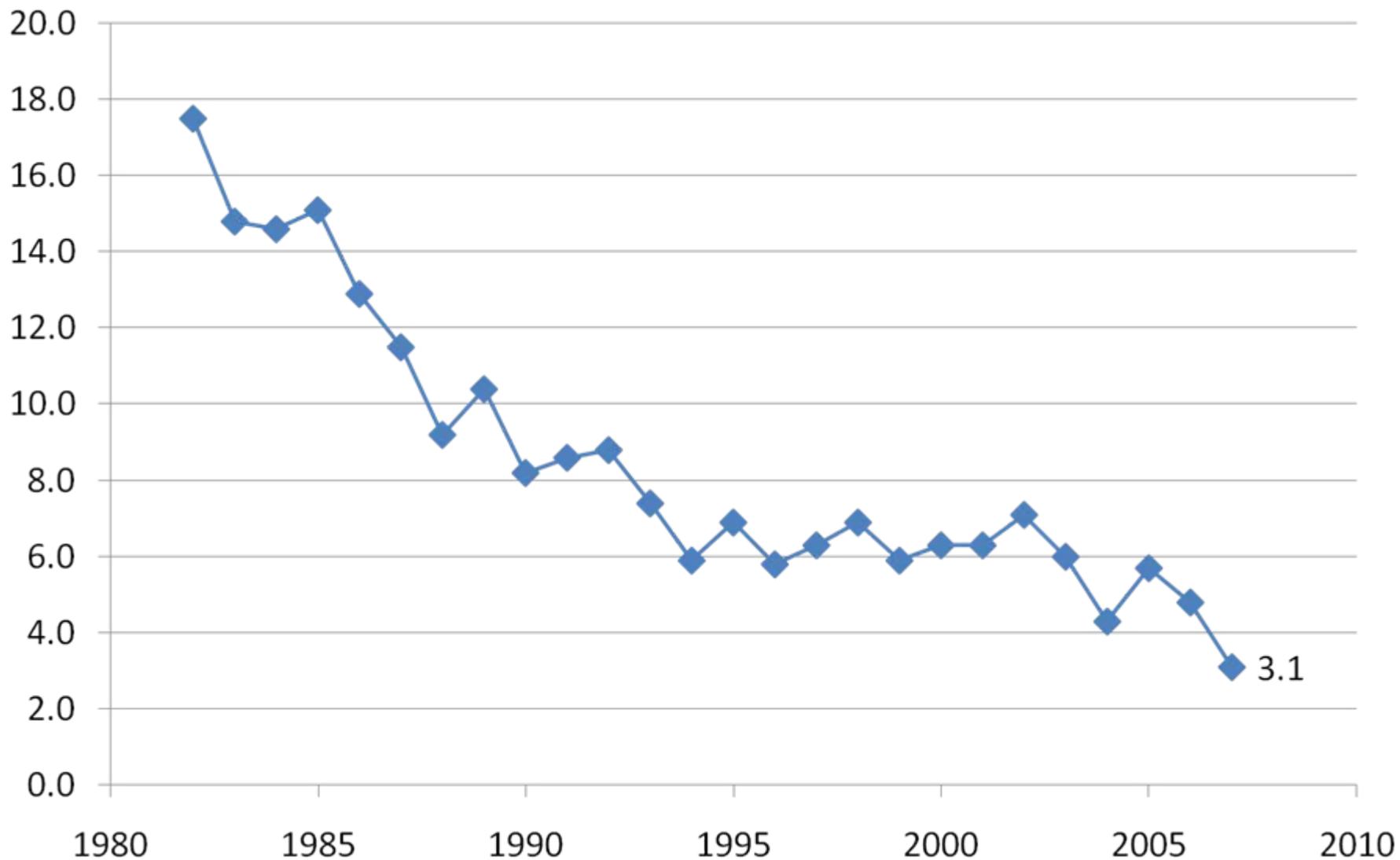
わが国の妊産婦死亡数の年次推移



わが国の妊産婦死亡率(出産10万対)の年次推移



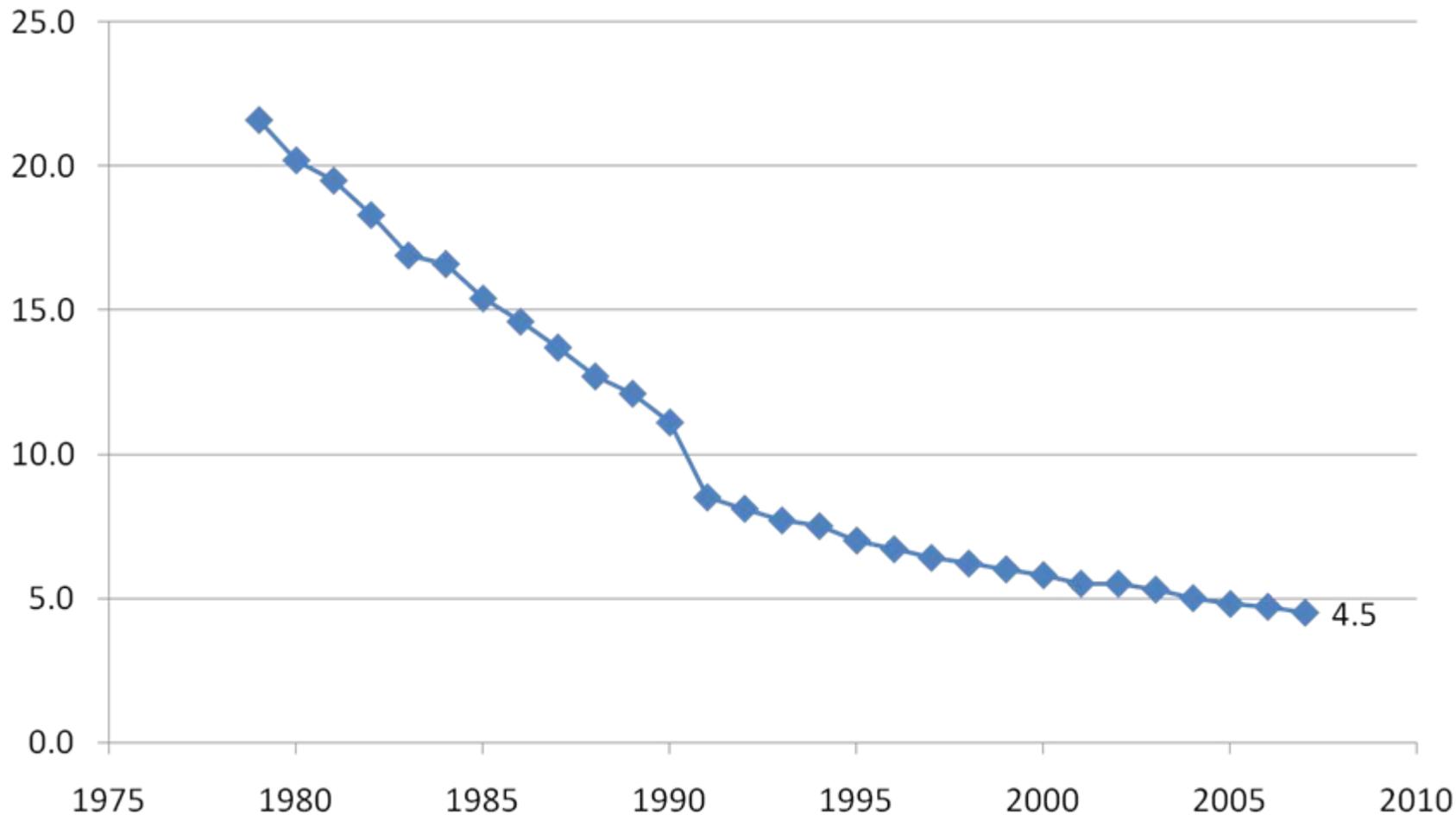
わが国の妊産婦死亡率(出産10万対)の年次推移 (1982年以降)



主要国の妊産婦死亡率:最新年次(出生10万対)

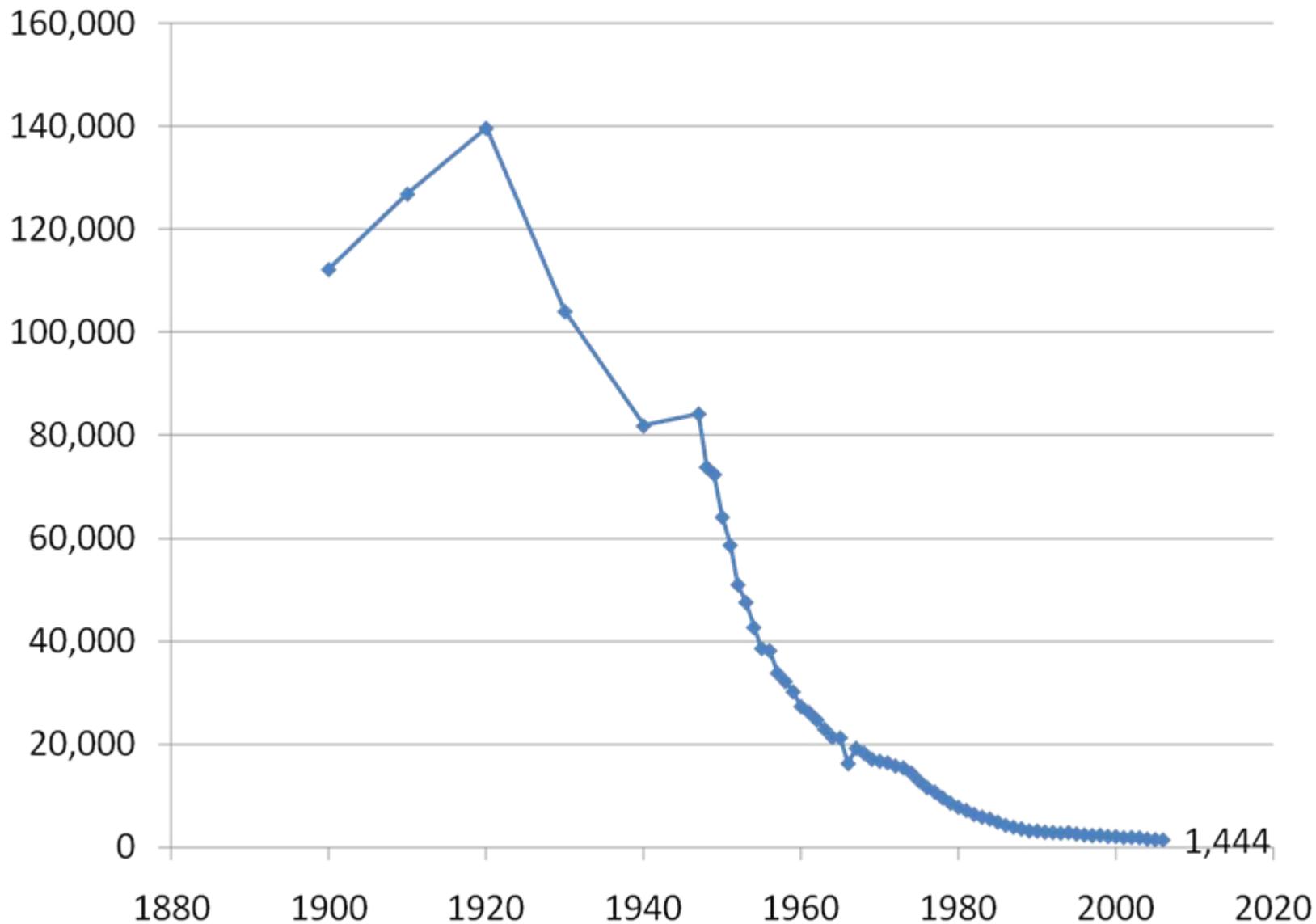
国	(年次)	妊産婦死亡率	国	(年次)	妊産婦死亡率
エジプト	(2000)	28.1	ブルガリア	(2004)	10.0
カナダ	(2003)	6.9	クロアチア	(2004)	7.4
コスタリカ	(2004)	30.5	チェコ	(2004)	5.1
キューバ	(2004)	44.0	デンマーク	(2001)	3.1
エルサルバドル	(2003)	21.7	フィンランド	(2004)	12.1
グアテマラ	(2003)	78.1	フランス	(2003)	7.4
メキシコ	(2003)	50.2	ドイツ	(2004)	5.2
プエルトリコ	(2002)	9.5	ハンガリー	(2003)	7.4
アメリカ合衆国	(2002)	9.4	アイルランド	(2002)	8.3
アルゼンチン	(2003)	46.0	イタリア	(2002)	3.2
チリ	(2003)	14.1	ラトビア	(2004)	9.8
アルメニア	(2003)	22.4	リトアニア	(2004)	16.4
アゼルバイジャン	(2002)	19.9	オランダ	(2004)	5.2
ホンコン特別行政区	(2004)	4.0	ノルウェー	(2003)	12.4
グルジア	(2001)	8.4	ポーランド	(2004)	4.8
イスラエル	(2003)	2.1	ポルトガル	(2003)	7.1
日本	(2006)	4.9	ロシア	(2004)	23.4
カザフスタン	(2004)	23.1	スロバキア	(2002)	7.9
韓国	(2004)	12.4	スロベニア	(2004)	11.1
クウェート	(2002)	6.9	スペイン	(2004)	4.6
キルギスタン	(2004)	50.9	スウェーデン	(2002)	4.2
シンガポール	(2003)	5.3	スイス	(2004)	5.5
タジキスタン	(2001)	23.3	ウクライナ	(2004)	13.1
アルバニア	(2003)	2.1	イギリス	(2004)	7.7
オーストリア	(2004)	3.8	オーストラリア	(2003)	3.2
ベラルーシ	(2003)	20.3	ニュージーランド	(2003)	7.1

わが国の周産期死亡率の年次推移 (出生1000対)

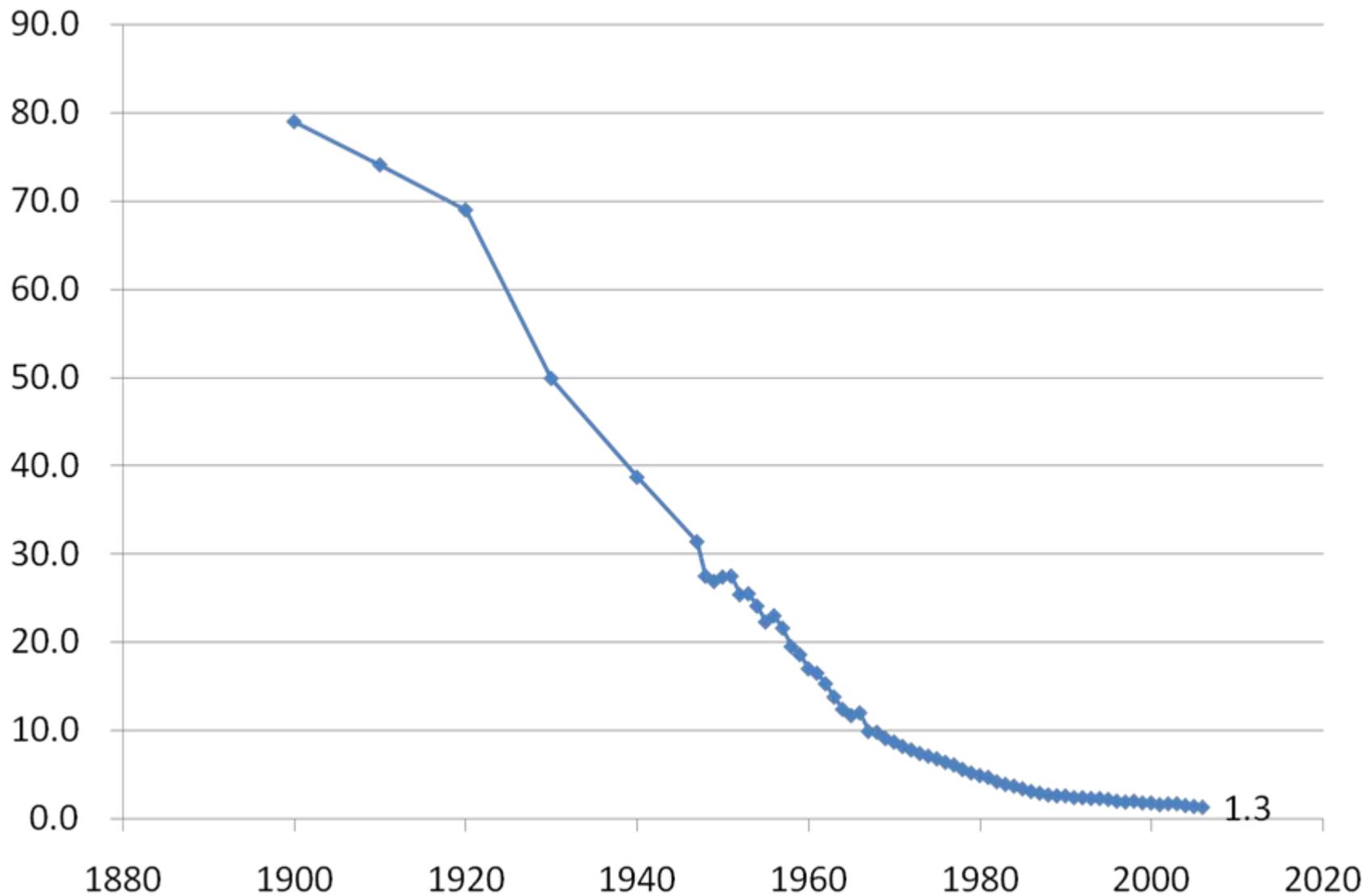


(周産期死亡率: 妊娠22週以降の死産数+生後1週間以内の新生児死亡数)x1000/出生数

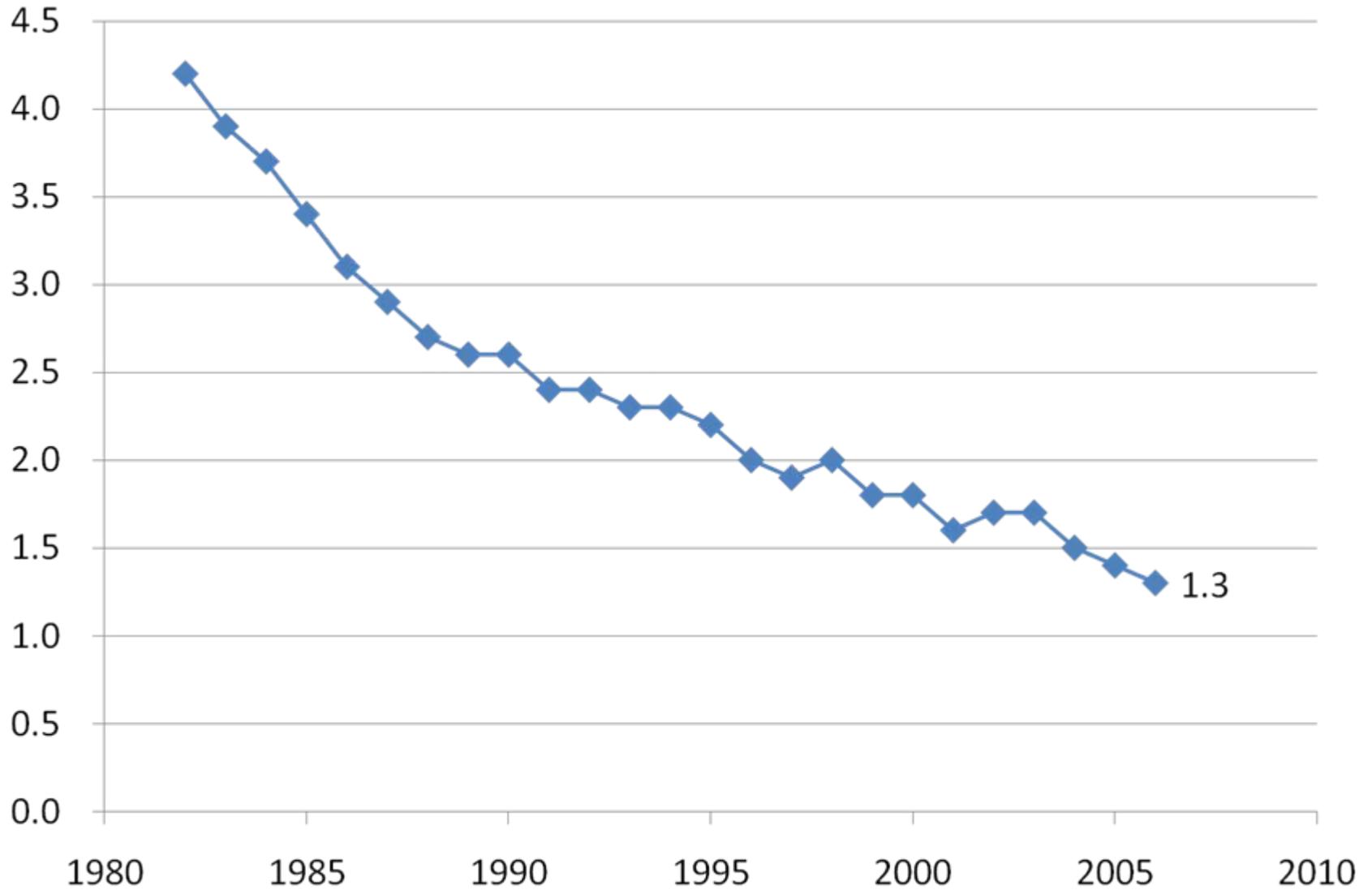
わが国の新生児死亡数の年次推移



わが国の新生児死亡率(出生1000対)の年次推移



わが国の新生児死亡率(出生1000対)の年次推移 (1982年以降)



主要国の乳児死亡率(最新年次)

国	(年次)	乳児死亡率	国	(年次)	乳児死亡率	国	(年次)	乳児死亡率
エジプト	(2005)	20.1	フィリピン	(2003)	13.7	アイルランド	(2005)	4.0
カナダ	(2004)	5.3	シンガポール	(2006)	3.1	イタリア	(2005)	4.6
コスタリカ	(2006)	9.7	サウジアラビア	(2004)	18.4	オランダ	(2005)	4.9
キューバ	(2006)	5.3	スリランカ	(2001)	12.2	ノルウェー	(2005)	3.1
プエルトリコ	(2005)	9.3	トルコ	(2004)	24.6	ポーランド	(2005)	6.4
アメリカ合衆国	(2004)	6.8	ウズベキスタン	(2001)	18.4	ポルトガル	(2004)	3.8
アルゼンチン	(2005)	13.3	オーストリア	(2005)	4.2	ルーマニア	(2005)	15.0
チリ	(2004)	8.8	ベルギー	(2005)	4.4	ロシア	(2004)	11.5
ウルグアイ	(2005)	12.7	ブルガリア	(2005)	10.4	スロバキア	(2005)	7.2
ベネズエラ	(2002)	15.5	チェコ	(2005)	3.4	スペイン	(2005)	3.8
香港	(2006)	1.8	デンマーク	(2005)	4.4	スウェーデン	(2005)	2.4
インド	(2005)	58.0	フィンランド	(2005)	3.0	スイス	(2005)	4.2
日本	(2006)	2.6	フランス	(2004)	3.9	ウクライナ	(2005)	10.0
韓国	(2004)	4.6	ドイツ	(2005)	3.9	イギリス	(2003)	5.3
マレーシア	(2006)	6.1	ギリシャ	(2005)	3.8	オーストラリア	(2005)	5.0
パキスタン	(2005)	76.7	ハンガリー	(2005)	6.2	ニュージーランド	(2005)	5.1

今すぐ知っておきたい

救急スタッフのための周産期救急対応

特集

1

わが国の周産期救急医療

海野信也

うんの のぶや

北里大学医学部産婦人科教授
〒228-8555 神奈川県相模原市北里 1-15-1

はじめに

2006年、2007年に連続した奈良県の周産期救急事例の報道は、われわれ周産期救急を専門とする者に大きな衝撃を与えた。「分娩中の母体の脳出血による母体死亡」「未受診の切迫早産(?)妊婦搬送中の交通事故とそれに関連した死産」という報道の内容は、一般の方には、現代の進歩した救命救急医療の中で、「19病院が患者受け入れを拒否した」とか「二次救急の範囲と思われる症例が奈良県橿原市内から大阪府高槻市までの遠距離搬送を余儀なくされた」というようなことが起こってしまうものなのか、という疑問を抱かせるものであったかもしれない(その後、一般の救急医療においても受け入れ先決定困難事例報道が続発し、より根の深い問題であることが明らかとなっている)。

しかし、われわれ周産期関係者は、あの条件下で、「国立循環器病センターや高槻の病院は(結果的に間に合わなかったかもしれないが)よく受けることができた」という印象を抱いた。分単位で患者搬送を行っている救急医療の分野からは奇異に思われるかもしれないが、周産期救急では遠距離搬送は日常化している。患者受

け入れ先を見つけるのに、数時間かかることは決してまれではない。もちろん望ましいことではないが、それが実態なのである。

周産期救急医療とそれ以外の救急医療の違いはどこにあるのか、本稿では周産期救急医療体制の整備過程と現状を示すことを通して、この問題について検討する。

周産期医療対策整備事業について

1996年5月、当時の厚生省児童家庭局長名で都道府県知事宛に「周産期医療対策整備事業の実施について」という通知が発せられた¹⁾。この文書には、現在、わが国の周産期医療体制の基本的な枠組みとなっている、都道府県ごとの周産期医療システムの整備について詳細に記載されている。それは、「周産期医療協議会の設置」、「総合および地域周産期母子医療センターの定義」、「果たすべき役割」、「周産期母子医療センターの指定・認定」などから成り、その後、全国で周産期医療体制のシステム化が急速に進行することに大きな役割を果たしてきた。特に、長野県、青森県、山梨県などでは、総合

表 1 救急医療と周産期医療の違い

	一般の救急医療	周産期医療
政府・担当部署	厚生労働省医政局指導課・ 総務省消防庁	厚生労働省雇用均等・児童家庭局 母子保健課
国全体の枠組み	救急医療対策事業	周産期医療対策整備事業
都道府県の枠組み	救急医療対策協議会・ メディカルコントロール協議会	周産期医療協議会
センター	救命救急センター・ 二次救急指定病院	総合周産期母子医療センター・ 地域周産期母子医療センター
救急搬送 (2007年)	年間 492 万件 (転院搬送 9.2%)	年間 4 万 7 千件 (転院搬送 48.5%)

周産期母子医療センターを中心とする地域医療システムの整備により、新生児死亡率や周産期死亡率などの周産期統計指標に急速な改善が認められており、この事業が、わが国の周産期医療水準の向上と維持に大きな役割を果たしていることは間違いない。

過酷な勤務状況を背景とした産科医の減少、助産師の不足、分娩施設の減少の問題は、まだ解決の方向に向かっているとは言えない。産科医療体制の崩壊、お産難民の発生、産科医療紛争の頻発などが大きく報道されている。しかし、周産期医療現場は各医療機関のスタッフの献身によって、少なくともこれまでは持ちこたえてきている。公衆衛生的観点での周産期統計指標上は、日本は、新生児死亡率、周産期死亡率が事実上世界一低い国である。また妊産婦死亡率も欧米先進国とほぼ同水準となっている。われわれ周産期医療関係者としては、ここまで達成してきた成果を失いたくない、という思いで日々の診療に取り組んでいるのである。

周産期医療の特徴 (表 1)

周産期医療と救急医療の違い

周産期医療と一般の救急医療との最も大きな違いは、患者の発生の仕方である。わが国では、妊婦は、妊娠初期から妊婦健診として、医療機関に定期的に受診することが推奨されており、妊婦健診に対する補助事業が行われている。大多数の妊婦は、妊娠経過中、医療機関の管理下にある。従って、周産期医療における救急患者は、ほぼ確実に「かかりつけ医」がはっきり決まっている。このため、妊産婦は身体に異常があった場合、通常かかりつけ医に連絡し、その指示を受ける。2008年3月に公表された消防庁の「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」²⁾によると、2007年の総救急搬送人員 491 万 8,479 人中、医療機関間の搬送（いわゆる転院搬送）は 9.2%であり、90%以上が、患者自身が救急隊に搬送依頼を行った事例であるのに対し、産科・周産期傷病者に限定すると、4万 6,978 件中、転院搬送が 48.5%と、妊婦自身が救急隊に連絡する事例が約 50%と少ない

ことが分かる。逆に言うと、周産期救急搬送事例の半数は医療機関の中で発生し、その必要性が認識されるということになる。周産期医療システムは、そのような場合に、重症の妊産婦、胎児、新生児が、最も適切な医療機関で診療を受けることを支援する、地域周産期医療機関の紹介・搬送システムである。

大多数の周産期救急症例は、医療機関で事前に診察を受けているので、救急搬送の際、その患者のリスクの程度に応じて、緊急性を評価し、適切な対応を行うことができる。このため施設間の転院搬送では、交通事故などの場合とは大きく異なり、多少の時間的余裕を持って、搬送先決定に当たることができる。周産期医療システムにおける救急搬送とはそのような性質を有している。

ちなみに、残りの50%の中には、妊娠初期の性器出血、流産、子宮外妊娠などの症例が多く含まれている。これについては一般の救急医療と違いはなく、一般の産婦人科で対応されることになる。妊娠中期以降の妊婦は大多数でかかりつけの産婦人科が決まっており、緊急時には周産期医療システムによって適切に対応される。しかし、かかりつけ医が決まっていない場合の対応の仕組みがシステム化されていない。このため妊婦健診制度は非常に進んでいるが、そこからこぼれ落ちた数少ない事例への対応がうまくいかないということが起こる。現在、話題になっている未受診のまま妊娠末期となり陣痛が始まってしまった妊婦（いわゆる未受診妊婦）は、そのような、救急医療と周産期医療の

狭間で発生した、と考えられる。

分婉取り扱い機関の現状

わが国では、医療機関で99%の分婉が取り扱われており、残りの1%が助産所または自宅分婉である。分婉取り扱い医療機関としては病院が51%、有床診療所が48%の分婉を取り扱っている。欧米諸国に比べると分婉施設は病院を含め、比較的小規模であり、相対的に多くの施設が地域に分散して、地域の分婉に対応している。このような体制は、「住んでいる地域で分婉したい。その方が安心できる」という住民のニーズや「自分の思うようなスタイルの分婉をしたい」という妊産婦の多様な要望に応えるのには適しているが、その一方で重大な問題を抱えている。当然のことだが、分婉取り扱い数のそれほど多くない小規模な施設に多くの医師や医療スタッフが勤務することはできない。数少ないスタッフで、24時間体制で分婉に対応するとすれば、どこかにひずみが生じる。それは多くの場合、産婦人科医の拘束時間の長さとして表面化する。日本産科婦人科学会の調査によると、産婦人科病院勤務医の平均在院時間は月間約290時間（週換算73時間）であり、法定の48時間を大幅に超えている。小規模分婉取り扱い施設の産婦人科医の在院時間ないし「オンコール」時間は、病院勤務でも開業医でも極めて長くならざるを得ない。このような勤務実態は、わが国で進行している産婦人科医の減少とそれに伴う分婉取り扱い施設の減少の重大な要因となっている。

また、小規模な分婉施設は、通常の経過をた

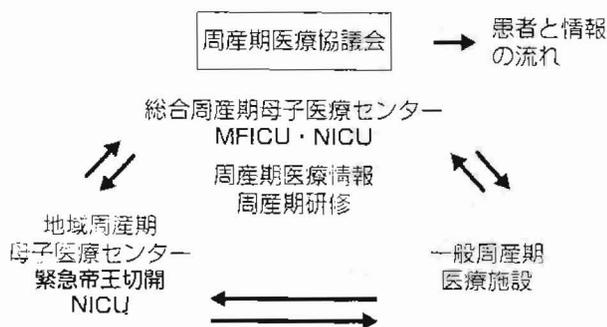


図1 周産期医療システム

どる分娩には対応できるが、頻度は低いものの、必ず発生する母児の生命にかかわるような緊急時の対応能力は極めて限定されている。分娩に関連して発生するさまざまな緊急事態にすべて自施設だけで対応できる施設は、わが国ではごく少数である。安全性を確保するためには、施設間の連携と搬送体制の整備が必要不可欠となる。

周産期医療システムと周産期母子医療センターの整備

図1に周産期医療整備対策事業で規定されている周産期医療システムの基本的枠組みを示した。都道府県は、周産期医療システムの構築に際し、周産期医療協議会を設置する。そこにおける調査分析を基に、必要な整備を行う。地域の実情に合わせて、三次医療圏に1カ所ないし人口100万人に1カ所をめどに総合周産期母子医療センターを指定し、人口30万人に1カ所をめどに地域周産期母子医療センターを認定する。

総合周産期母子医療センターは相当規模の母体・胎児集中治療管理室（MFICU）を含む産科病棟および新生児集中治療管理室（NICU）

を含む新生児病棟を備え、常時の母体および新生児搬送受け入れ体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常など母体または児におけるリスクの高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療などの周産期医療を行う。地域周産期母子医療センターには、産科および小児科（新生児診療を担当するもの）などを備え、周産期にかかわる比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設が認定される。地域のすべての周産期医療機関が相互に連携し、迅速な対応が可能になるために、総合周産期母子医療センターは情報センター機能、研修センター機能を果たす。各センターの空床情報は、周産期情報ネットワークにより各医療機関に周知される。救急搬送においては総合周産期母子医療センターに整備されるドクターカーのほか、救急隊の全面的な協力を得る。

1998年以降、全国で整備が進行した結果、2008年9月現在、総合周産期母子医療センターは46都道府県で75施設、2008年4月現在、地域周産期母子医療センターは39都道府県で237施設となっている³⁾。

周産期救急医療の実態

母体救急の問題

奈良県で表面化した2つの事例は、周産期救急医療が抱えている問題点を浮き彫りにした。

2006年の町立大淀病院の事例は、分娩中の低リスクの妊産婦に発生した脳出血である。問題となったのは、診断が適切かつ迅速になされたかという点と、このような重症の妊産婦への転院搬送先決定に時間がかかり、実際に受け入れたのが比較的遠距離の国立循環器病センターだったという点、そして、児への救命はできたが、母体は死亡したという結果である。この症例が発生した施設は、一人医長の小規模施設であり、低リスクの妊産婦のみを取り扱うことが前提となっている。しかしこの症例で起きたように、低リスクとしか判断のしようがない妊産婦でも、低い確率で急変する可能性がある（減少したとはいえ、わが国の年間分娩数は100万件以上である。このうち妊産婦死亡は100件未満であるから、生命にかかわる重症妊産婦の発生頻度は数千～1万件に1件程度となる。取り扱い分娩数が年間数百の施設で、10年に一度の症例に対して常にその時点での最善の医療を提供できる体制を整備することは事実上不可能である）。

妊産婦が急変した場合（その多くは脳出血などの中枢神経系病変、分娩時大量出血に伴う出血性ショック、血栓塞栓症、DICだが）、小規模施設では、自施設で診断から治療まで完結することは到底できないので、それが可能な施設に搬送する必要があることは自明のことである。本来周産期医療システムはそのようなとき

のために機能しなければならないはずだが、多くの都道府県でそのようには機能していない。母体の生命にかかわるような状態となった症例については、周産期センターの機能だけではなく、ほかの診療科、特に救命救急センターの機能を有する施設で対応することが望ましい。しかし、周産期医療対策整備事業の要綱においては、「救命救急」や「母体救急」という文言は一切存在しない。2006年の医療法改正により、都道府県が策定を義務付けられている地域保健医療計画では2008年度から、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）の5事業について記載することとなった。そのための指針として厚生労働省医政局指導課が2007年7月20日付けで各都道府県衛生主管部長に出した「疾病又は事業ごとの医療体制について」という132ページに及ぶ通知文書では、各事業に関して都道府県で検討し記載すべきことが詳細に述べられているが、救急医療の項では、周産期医療や母体救急への対応についての記載は皆無であり、また周産期医療の項でも、母体の救命救急や救命救急センターとの連携に関する記載はまったくない。この文書は大淀病院事件以降に作られている。表1に示したような役所の縦割り行政の狭間で、母体救命救急が置き去りになってしまっているのである。

各県の周産期医療システムでも、救命救急センターとの連携体制が規定されているところは存在しない。国のレベルでも、都道府県のレベ

表2 医療機関に受け入れの照会を行った回数ごとの件数 (2007年)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回以上	計	最大照会回数
重症以上傷病者	件数	30万9,230	4万4,609	8,989	4,324	1,074	36万8,226	50
	割合 (%)	84.0	12.1	2.4	1.2	0.3	100	
産科・周産期傷病者*	件数	1万8,500	2,944	721	310	53	2万2,528	43
	割合 (%)	82.1	13.1	3.2	1.4	0.2	100	
小児傷病者	件数	26万3,925	4万5,210	6,377	2,021	220	31万7,753	35
	割合 (%)	83.1	14.2	2.0	0.6	0.1	100	
救命救急センター等搬送傷病者	件数	9万7,323	1万7,258	4,080	2,108	802	12万1,571	63
	割合 (%)	80.1	14.2	3.4	1.7	0.7	100	

* 転院搬送を除く

文献2より引用

ルでも、母体救命救急への対策はまったく進んでいないのである。

この問題を検討するために、日本産科婦人科学会では2008年度に日本救急医学会と共同で「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組みの構築に関する共同作業部会」を設置することとしているが、いずれにしても、全国で、周産期関係者と救急医療関係者との間の協議と連携強化を迅速に進める必要がある。

搬送先選定の問題

未受診妊婦

2007年に奈良で発生した事例は、未受診の妊娠中期の妊婦の死産症例であり、受け入れ先決定に時間がかかったことと、搬送中に死産が進行してしまったことで、大きな問題となった。普通の救急患者はそれまでは当然「未受診」であるわけで、「未受診」であることが特別視されるのは産科領域だけに認められることかもしれない。しかし、その後明らかになったように、

一般の救急医療においても受け入れ先の決定に困難が生じている事例は数多く存在している。表2に示すように、転院搬送を除けばその頻度において重症者と産科・周産期傷病者、小児傷病者の間に大きな差は認められない(また照会回数の多い地域も各カテゴリで重なっている(表3))。今回の問題は、妊産婦に特有の問題ではなく、地域の救急医療体制全体の整備の問題として考える必要があると思われる。周産期医療システムは医療機関相互の連携体制を規定している。救急隊は、母体搬送、新生児搬送時の搬送手段の提供という補助的な立場で関与しているに過ぎない。未受診妊婦の陣痛発来のような救急隊からの依頼への対応に関する記載はまったく存在しない。現場では、搬送が間に合わずに自宅や救急車内で生まれてしまう症例が増加しており、救急隊にとって大きなストレスとなっている。

表3 受け入れ先決定まで4回以上照会が必要だった事例の頻度が全国平均を上回る都府県

	重症 傷病者	産科・ 周産期傷 病者	小児 傷病者
宮城	○	○	○
福島			○
茨城	○	○	
栃木	○		○
埼玉	○		○
千葉	○	○	○
東京	○	○	○
神奈川	○	○	
新潟			○
大阪	○	○	○
兵庫	○		○
奈良	○	○	○
佐賀			○

母体搬送（転院搬送）

1. 神奈川県 の 状 況

多くの都道府県の周産期医療システムでは、母体搬送や新生児搬送を円滑に実施するための詳細な手順を規定している。一例として神奈川県の例を以下に説明する。

神奈川県では年間7万9,000件ほどの出生がある。神奈川県周産期救急システムでは県全体を6ブロックに分け、それぞれに基幹病院（総合周産期母子医療センター4、地域周産期母子医療センター4；横浜ブロックは3施設）を定めている。各産科医療機関は、母体搬送が必要な症例が発生した場合、そのブロックの基幹病院に連絡する。基幹病院では自施設で受け入れ可能であれば受け入れるが、満床などのため受け入れられない場合は、神奈川県が県医師会に

運営を委託している神奈川県救急医療情報センターに連絡する。情報センターでは県内の周産期救急受け入れ施設に網羅的に照会し、受け入れ先を見つけ、依頼医療機関に連絡する。県内に受け入れ先が存在しない場合は、基幹病院に戻し、基幹病院が自施設で受けるか、県外施設を探す。神奈川方式といわれるこの方法は2007年度から開始され、これまでのところ円滑に運用されている。情報センターには医療スタッフは勤務していないので、患者の重症度や緊急性の判断はできない。基幹病院側で重症度・緊急性の判断を行い、情報センターで取り扱い可能と判断された事例だけが情報センター扱いとなる。2007年度は母体搬送依頼が全体で999件あり、このうち589件が情報センターの扱いとなっている。県外搬送は全体で80件（8%）であった。母体搬送では、施設の産科と新生児科の双方が受け入れ可能であることを確認しないと返事ができないことが多く、返事が来るまでにどうしても時間がかかる。搬送先決定までにかかる時間の短縮は容易ではなく、神奈川県では全体の約10%で搬送先決定まで2時間以上かかっている（2006年度実績）。新しいシステムでも、時間がかかる県外搬送先照会については基幹病院が以前と同様に行っているため、これらの症例の時間短縮にはつながっていない。

地域内の搬送先照会に関しては、大阪で医師による搬送コーディネーター事業が2007年度後半から開始され、2008年度からは千葉県で、神奈川に近いシステムが始まっている。

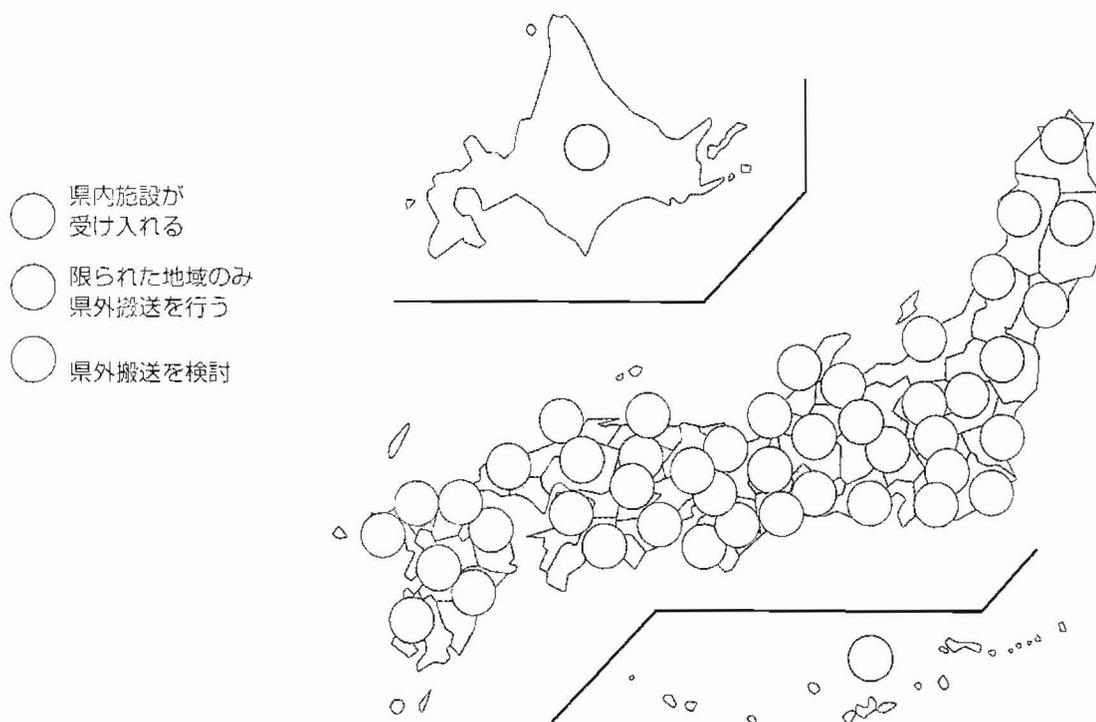


図2 母体搬送受け入れの県内完結の有無

文献5より引用，一部改変

2. 全国の場合

厚生労働省は2007年1月に周産期医療ネットワークおよびNICUの後方支援に関する実態調査⁴⁾を実施した。その結果、総合周産期母子医療センターの4分の3で母体搬送を受け入れられない場合があり、その理由の90%はNICU不足であることが示された。NICUの整備不足が周産期救急医療現場に大きなストレスとなっているのである。

それでは母体搬送先は現場ではどのように探しているのだろうか。全国周産期医療(MFICU)連絡協議会は、全国の総合周産期母子医療センターの産科部門責任者を中心としたグループである。ここで2007年9月に「周産期救急体制

の実態に関する緊急調査」を実施した⁵⁾。調査では、各県の母体搬送先照会の方法について詳細な調査を行い、その結果、前述のような情報センターが機能しているのはこの時点で神奈川県だけであり、周産期センター側で探す地域もあれば、搬送元施設が探す地域もあることが明らかとなった。また、県内の症例に関しては県内で必ず受け入れると回答した地域が全体の半数を占めた。これらの道県では、周産期医療に関する地域医療連携は定められた周産期医療システムの中で完結していることになる(県外搬送が地理上の問題から物理的に事実上不可能という地域もあるので、県外搬送が行われていない地域では周産期医療施設が充足しているとい

表 4 広域母体搬送実施のための条件

- 1) 自県内には受け入れ先がまったくないことが確認されている
- 2) 搬送後、妊娠継続が可能となり、搬送元地域の周産期センターの受け入れが可能となった場合は、患者および搬送先施設の希望があれば、搬送元の県の責任で、戻し搬送を行うことを約束する（実際には搬送元の県の周産期センタードクターカーで迎えに行くことを想定している）
- 3) 母児の状態が安定しており、長距離搬送の余裕があると判断できる

表 5 全国周産期医療（MFICU）連絡協議会による 2007 年度周産期救急体制の実態に関する緊急調査に基づく提言

- ・周産期医療現場の困窮の最大の原因は NICU の病床不足である。妊産婦の救急（母体搬送）の受け入れができない最大の理由は「NICU 満床」である。国および都道府県は NICU 病床の増床とそのより効率的な運用に向けて体制を整備すべきである
- ・都道府県は早急に周産期情報センターないし搬送コーディネーターを整備し、母体搬送先の照会・斡旋・紹介業務を開始すべきである
 - 周産期医療機関空床情報システムは、その情報センターないし搬送コーディネーターの業務の一環として整備することを検討する
- ・東京圏、近畿圏、福岡圏において、地域内の各情報センターとの密接な連携に基づいて周産期広域搬送情報システムを早急に構築する必要がある
 - 国は広域搬送情報システムの構築を積極的に誘導すべきである。他の地域においても、県境をまたいだ広域の搬送紹介が円滑に行われる体制の整備を促進する施策をとるべきである
- ・未受診妊婦を含む産科一次救急患者への対応においては、未受診妊婦の実態を把握し、地域の産婦人科医の輪番制などの合理的な体制が圏域内で整備される必要がある。その際、救急医療に従事する医師の勤務条件において、労働基準法などの法令を遵守した体制となるように、都道府県には格段の配慮が求められる

うことはできない）。しかし、残りの地域では県境を越えた「広域搬送」が行われている。実際には図 2 に示したように、広域搬送が行われている地域は、関東圏、近畿圏、北九州圏に集中している。大都市圏では人口密度が高く交通の便が比較的良好な地域が県境を越えて広がっており、受け入れの可能性がある医療機関数が多い。このため県内完結がどうしてもできない場合は、広域の搬送を選択することに合理性があると考えられる。問題は、このような広域搬送には県の周産期医療システム内でのルールは当てはまらないことである。周産期医療対策整備事業の要綱や各都道府県の事業内容には周産期医療システム相互の連携に関する規定は事

実上存在しない。このため、隣の県の受け入れ施設を探すために、隣の県の周産期医療システムを活用することができないのである。この問題は、2006 年の奈良県の事例発生の際にも指摘された。近畿地方では、大阪府知事の提案による「広域搬送調整拠点病院」構想に基づいて、各県に拠点病院が規定され、広域連携のシステム化が始まっている。しかし、関東圏では議論が開始されたばかりであり、政府・厚労省レベルでは手つかずの状況にある。

広域搬送の条件

都道府県単位の周産期医療システムは、ほとんどの症例で順調に機能している。広域搬送はあくまでもやむを得ない場合の緊急対応として

とらえるべきである。受ける側の施設では、受け入れ後、さまざまな問題が発生することを覚悟しなければならない。その意味で、筆者は表4のような広域搬送の条件を提案している。

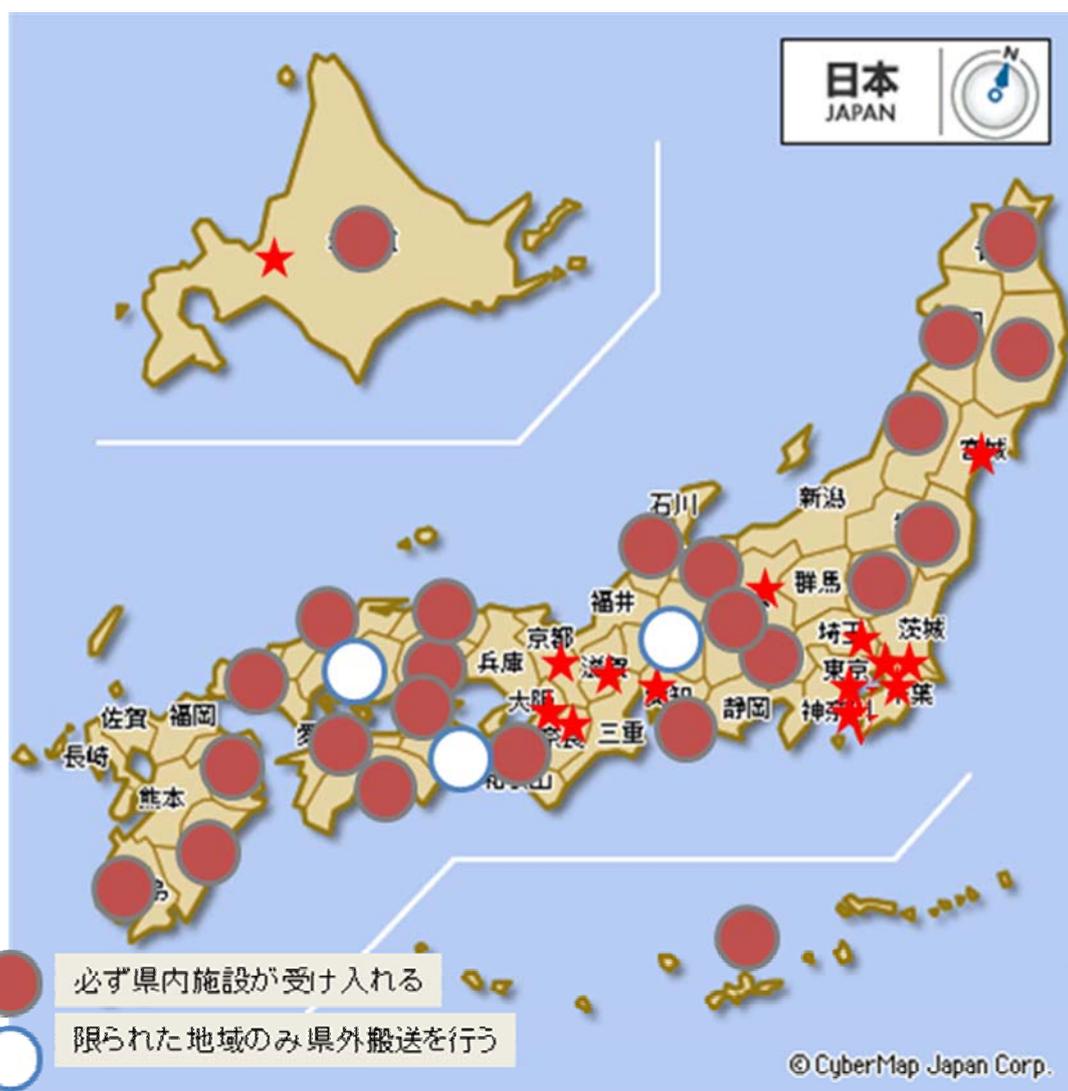
全国周産期医療 (MFICU) 連絡協議会の提言

前述した緊急調査の結果に基づいて、全国周産期医療 (MFICU) 連絡協議会は、表5のような提言を行っている。周産期救急医療は、都道府県ごとの体制整備が進み、母体救急対応の未整備、未受診妊婦対応の未整備、搬送先決定までにかかる長い時間、広域搬送システムの欠

如などの問題はあるものの、現場の献身もあり、制度としては比較的順調に機能しているものと考えられる。本稿で検討した問題点も、基本となる施設間連携はすでに確立しているので、しかるべき施策を行うことで、短期的に修正可能ではないかと思われる。問題は、NICUの不足と、現場を支える産婦人科医、新生児科医、助産師、看護師の不足である。これらについては、NICUの増床とその後方病床の整備、重度心身障害児施設の整備、周産期医療の現場で働く者の勤務条件の改善など、根本的な施策が求められている。

引用・参考文献

- 1) http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/infomation/info_20oct2003_1.html
- 2) 総務省報道資料. <http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/200311/200311-3houdou.pdf>
- 3) 社団法人日本産婦人科医会. <http://www.jaog.or.jp/japanese/jigyo/JYOSEI/center.htm>
- 4) http://www.hospital.or.jp/pdf/20_20071026_01.pdf
- 5) <http://mficu.umin.jp/>



2007年3月20日

平成18年度 全国MFICU実態調査報告書・暫定版(回答率98%)

北里大学病院周産母子センター
海野信也

はじめに

わが国の全総合周産期母子医療センターを対象として、各センターのMFICU運用の実態調査を行った。調査時点は2006年8月から11月までで、この時点で総合周産期母子医療センターの指定を受けている60施設のMFICU担当者にアンケートを依頼した。現時点で59施設から回答があった。(総合周産期母子医療センター以外の周産期センターからも回答を受領しているが、本報告書では総合の施設から受領した回答のみを集計している。)

質問事項のうち、「母体搬送依頼数」について、質問作成者は、「母体搬送依頼を受けた数」を意図していたが、設問の不備により、「自施設からの母体搬送を他施設に依頼した数」と受け取って回答したと思われる施設、および、母体搬送依頼数の記録がないと思われる施設があり、集計できたのは48施設にとどまった。

報告書をまとめる際に、施設名の公表は望ましくないとする施設が23施設あったので、今回の報告書では特定の施設や地域が明らかにならないよう配慮して記載することにした。

調査結果

1) 病床数と診療実績

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	
病床数	MFICU	59	422	7.2	15	6	3	
	MFICUを除く産科	58	1798	30.5	100	28	12	
	NICU	59	751	12.7	33	9	6	
	NICUを除く新生児	58	1334	22.6	96	21	6	
2005 年(度) 診療実 績	分娩数	59	41513	754.8	1942	584	149	
	帝切数	59	12551	228.2	478	193	42	
	帝切率	59	30%	30%	75%	31%	12%	
	母体搬送依頼数	49	9161	187	465	155	23	
	母体搬送受入数	49	6125	125	432	97	23	
	母体搬送受入率	49	67%	72%	100%	75%	27%	
	母体搬送受入数	59	7212	131	432	96	23	
	東京・ 大阪	母体搬送依頼数	11	2708	246	378	250	114
		母体搬送受入数	11	1180	107	200	98	38
		母体搬送受入率	11	44%	46%	79%	39%	27%

2) 産婦人科医の勤務体制

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値
産婦人科 常勤 医師 数	全体	59	710	12.9	38	9	3
	(大学病院を除く)	39	308	7.9	17	8	3
	産婦人科専門医	59	516	9.4	26	7	2
	(大学病院を除く)	39	232	5.9	12	6	2
	母体胎児暫定指導医	59	59	1.1	2	1	0
	母体胎児研修開始医	59	108	2.0	13	1	0

3) 夜間勤務・当直体制

当直制（労働基準法における宿直）ではなく、夜間勤務をとっているとの回答は 3 施設のみだった。これらの施設では 2 交代制をとっていると考えられたが、翌日が休みと回答したのは 1 施設、他の 2 施設は通常勤務とのことだった（翌日休みとした施設からは、「夜間勤務の翌日は原則は休みだが通常は勤務せざるを得ない。（但し、時間外手当が支給される）午後から帰宅する場合もある」とのコメントが寄せられている）。他の 56 施設はすべて当直制をとっていた。このうち翌日の勤務は 8 施設は原則午前中と回答したが、他の 48 施設では通常勤務をとっていた。また当直中の分娩等について付加的な給与が用意されているのは 2 施設にすぎなかった。

		回答数	平均値	最大値	中央値	最小値	
当直 体制	当直 医数	全体	56	1.77	4	2	1
		初期研修医を除く	56	1.46	3	1	1
	産婦人科医一人あたり月 間当直回数		55	6.53	10	7	4
	当直 料/ni ght	全体	51	21190	60000 *	20000	8000
		大学病院	17	13711	28682	11600	8000
		大学病院以外	34	24929	60000 *	20000	10000
オン コー ル	制度あり		49				
	報酬あり		36				
	オンコールに対してあり		9	8391	30000	5000	2500
	呼ばれた場合		32	時間外勤務としている場合、1 回あたりの金額を決めている場合等 多様			

* 60,000 円は、1 施設のみ。他に、50,000 円が 1 施設。40,000 円が 3 施設。

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人が多い。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 日以上の方が多く。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、産褥子癩、産後 DIC など不安を抱きつつ加算している。
- 妊娠 3 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,産褥子癩、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たが、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と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てくるようになりました）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えない状態である。
- 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、産科の新患数、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、いず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。やはり人の間

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カ所MFICUが認可されているが、県からの補助は1カ所のみで開設以来、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、低所得者層が多いため、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、やりくりで苦慮する。
- 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。**大多数のMFICUの勤務医は不当な労働条件下にあることが示された。**
- (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。**勤務の実態は、睡眠がとれる宿直ではなく、夜間“勤務”であり、労働に対する正当な対価とは言いがたい。**
- (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、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指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。**勤務時間外的生活が完全に拘束されることへの理解と評価が施設側からなされることが、このような体制を続ける診療科の現場が維持されるための最低限の条件であると考えられる。**
- (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ついていること、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	3	37	12	27

「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 確実	情報の更新がうまくいっていない	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)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系の医師
- 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みて、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
 - 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け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（ブロック基幹病院）・静岡（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	ある	ない
探す場合のシステム	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、他病院へのバクトランスファーなど
- 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ため、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る。5施設で拒絶されることは殆どないはず。
- 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、都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都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良いと思います
- 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ないが、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。

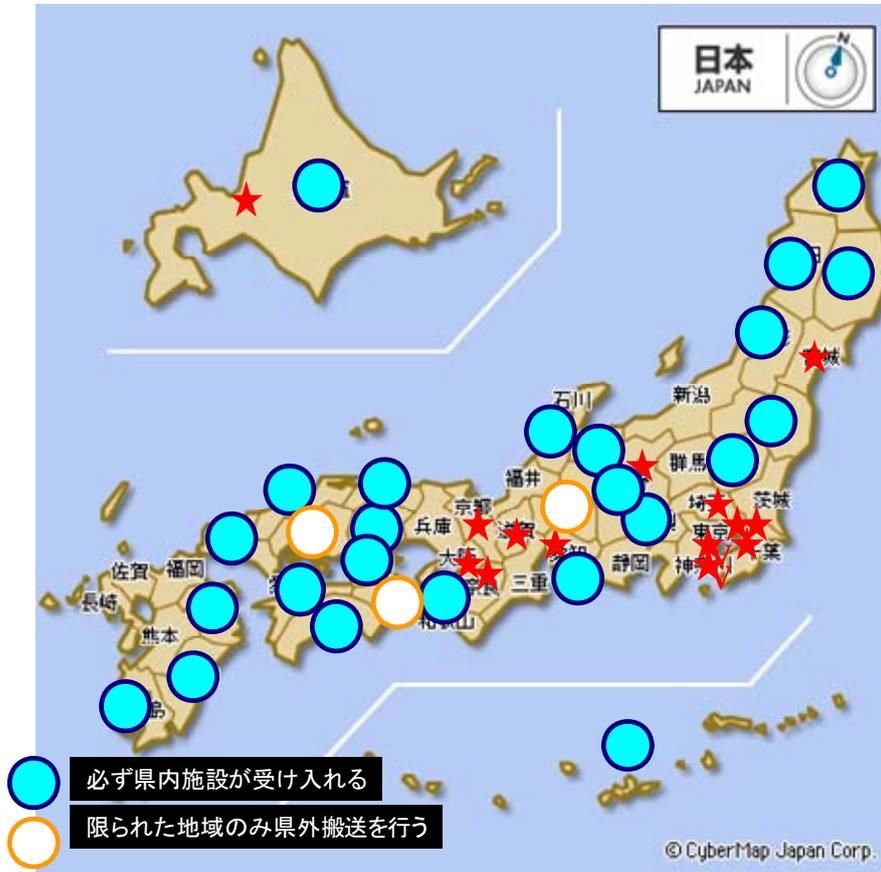
- 静岡県：地域での入院助産施設とのこともあり、原則的には受け入れている。しかし、浜松市の輪番制の2次救急体制が存在するので、救急隊からの要請にはまず2次救急の病院へ連絡を取ってもらいそこでの受け入れが不可能な場合は、当院で必ず受け入れる。また、診療所によっては、お金が払えない人はみれないので総合病院に行きなさい。などと確信犯で名指しでいきなり陣痛発来時に患者を送ってくることもあります！
- 愛知県：病院の赤字を公的予算で補填されるシステムを有し、そして分娩費用が低く設定されている市民病院をまずあたっていただくよう救急隊にお願いしています。「市民病院に断れられたら最後はどうぞ当院へ」と説明します
- 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思います。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：空床があっ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る受入れているが、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っ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。先週も全足位の経膈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、断られたケースはいま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に対応が遅れることがあります
- 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。市立産院もかねているため
- 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、ということとはできない。

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ます。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年にこ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の、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：長野県立こども病院 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 件探すので、決定まで 1-2 時間かかることがある
- 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、大阪にお願いすることがあります。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ましたので道南、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。
- 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ず、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、山形大学医学部附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つ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

合周産期母子医療センターが電話をかけまくっている、というのが実情です。

- 栃木県：地域周産期母子医療センターを含めた二次施設が対応できなくなっている。NICU の絶対数は充足しているはずだが、他県からの依頼が増加している。当院 NICU9床の 80%が他県からの母体搬送からの出生児であったこともある。
- 栃木県：産科定床 52 ベッドですが、常時 6-12 ベッド超過です。オーバーフローする患者さんは、検査室 (OCT 室) や母乳指導室、陣痛室に収容し、あるいは個室に 2 人収容し急場をしのいでいます。陣痛室は、陣痛発来患者の緊急入院のために常に空けておくべきものであり、極めて危険な状態です。それでもオーバーフローする患者さんは他病棟へ「借りベッド」しており、これがほぼ常時複数床あります。これらベッド超過のために、多くの弊害が起きています。医療事故発生への危険もあります。逆搬送も焼け石に水、正常妊婦も学生教育のためや若い医師・助産師の減らさないでという希望で制限できず、根本的解決が見いだせません。2 次施設にテコ入れするか、総合を増床するかといった県の対策を待っていますが、それまで持ちこたえられるか心配です。
- 群馬県：1. 県内母体搬送依頼の約 2 / 3 は総合周産期母子医療センターへ連絡が来るが、総合周産期母子医療センターでの受け入れは 45% 程度である。受け入れられない理由の多くは NICU が満床であることであるが、小児医療センターに総合周産期母子医療センターがあるため、母体合併症や大量出血が予想される場合にも受け入れられない。2. 総合周産期母子医療センター産科の医師数は常勤 3 名、当直要員の非常勤医 2 名であるため、搬送先を捜す作業において医師 1 人あたりの負担が大きい。
- 埼玉県：周産期医療施設の絶対数の不足。最近、数がさらに減少している
- 千葉県：NICU がうまく運営できていても産科が人手不足という病院が見受けられる。また当院のように NICU が人手不足というところもある。人口に対する産科医師数、新生児医師数が不足している。NICU は 108 床と MFICU は 18 床と不足している。搬送先がなかなか決まらず一般診療を圧迫している。
- 東京都：総合周産期センターの負担が大きい。行政が搬送の受入先を担当するようにしてほしい(神奈川方式)
- 東京都：東京都においては、年間 10 万分娩に対し必要とされる NICU200 床も達成し、インフラ整備は着実に進行しているやにも受け取られるかもしれないが、実際は円滑に稼働しているとは言い難い。その原因の一つは産科医の減少に伴って産科部門の縮小または廃止が一般診療所、病院はもとより周産期センター施設においてさえみられ、それに伴い集約された施設は疲弊してきている。マンパワーの不足は地方だけの問題ではなくなっている。また NICU ベッドが慢性的に不足しており、そのため速やかな母体搬送の足枷となっている。NICU ベットの不足の背景には多胎妊娠の増加、東京都近県からの母体、新生児搬送が関与しているものと考

えられる。

- 東京都：基幹施設が責任をもって収容施設を探すシステムが徹底されていない。
- 東京都：それぞれの総合周産期センターで手一杯の状況です。結局は自分の地域をそれぞれの周産期センターが確実に守っていくため、神奈川、埼玉、千葉の症例を受け入れる余裕はほとんどないように思います。ほとんどいつも、都内の病院は満床になっていることが多く、インターネットで空床状況を見て、他の周産期センターに依頼の電話をしても断られることがほとんどです。そういう意味ではネットワークが機能しているとは思えません。しかし、最終の受入先が決まっているため（例え満床でも受けなければいけない）搬送先が決まらずに何時間も時間がすぎてしまうことはないでしょう。ただ、これまでのように、今後も総合周産期センターがつぶれずに、存続していいけるかどうか、十分に考えていく必要があると思います。
- 神奈川県：NICU が絶対的に足りない。基幹病院の医師がただ働きになっている。広域搬送システムがないので、非常に不効率。現場の産科医が足りないので、一次患者がセンターに押し寄せている。
- 神奈川県：本年4月から県の委託を受けた医師会の救急情報センターによる県内の母体搬送先受け入れ施設の斡旋業務を開始しました。この結果、基幹病院の負担が大幅に軽減され、斡旋業務自体も、情報が一カ所に集約されたことで検索時間が短縮された、データが集積しやすい等の利点があり、効率の良く稼働し始めています。このシステムを上手に活用することのポイントは、搬送依頼元施設の依頼情報を受けて、基幹病院が緊急性の有無など、医学的な判断をした上で、基幹病院から情報センターに依頼するという点にあると思います。ただし、残念ながらこのシステムがカバーしているのは県内の施設のみであり、県内での収容が不能の場合は、従来通り、基幹病院が県外施設を探さなければならない状況にあります。非医師の人が県外の医療機関とコンタクトをとることが困難であるため、現状を維持せざるを得ないとのことですが、同様のシステムが近隣の都県に広がることで、より広域のシステムとして稼働していけることが実現すれば良いと思います。
- 新潟県：地域周産期母子医療センターの充実が望まれる
- 富山県：・NICUがある病院は県内に4カ所あるが、新生児科医が実質5名しかおらず、小児科診療との混合診療のようになっている。早急に新生児科医を育てる必要がある。母体搬送のリスクに応じた搬送が行われていない。重症例、軽症例を振り分けるシステムが必要と思われる。
- 石川県：毎年夏場（8月頃）に県内NICU施設がパンク寸前になることが多く、NICU間で情報交換、重症度による受け入れ区分を相談しているが、まだ十分機能していない。産科での母体搬送拒否は、多くはNICU満床のためであることが多い。一方で産科が満床、他の施設でNICUが満床のためいずれの施設も断ってしま

況がでてくる。このため、クロス搬送、ひとまず空いている産科施設で引き受け、出生後の児を空いている NICU 施設に新生児搬送するようなシステムを作る必要がある。

- 福井県：空床状況の入力を、現場の医師が行なっています。一日に何回も更新することは、事実上困難です。施設によっては、数週間も更新が行なわれないことがあります。結果的に、リアルタイムの空床状況を表示することが困難となり、最終的には、旧態依然とした電話連絡が鍵をにぎっている状況です。
- 山梨県：県内で、分娩を取り扱っている施設が減少の一途をとり、周産期センターにもリスクの低い妊婦が押し寄せてきています。そのため、時間帯やタイミングによってはハイリスクおよび母胎搬送症例に対応するマンパワーが十分に確保できなくなります。産婦人科医（勤務医）の中にも分娩を取り扱うことに対する意欲の低下が感じられます。周産期医療システムが平成 13 年より運用されているが、
1) 医師不足 2) 開業医での分娩取り扱い停止 3) 二次医療機関の閉鎖 などにより、周産期医療施設の減少がみられる。そのため、周産期医療システムの運用に支障が出てきている。
 - 対策 1) 医師不足の改善 2) マンパワーの集約化 3) 周産期医療システムの再構築
- 長野県：母体重症症例はこども病院で対応が困難のため、地域周産期センターに母体搬送し、必要であればこども病院新生児科医が分娩に立会いに出向くこと
- 岐阜県：岐阜市周辺の特徴は 1 次施設が充実しており、ローリスクの妊婦さんは自分で分娩施設を選ぶことができます。ただし東濃地区や飛騨地区といった郡部では関東地方と同じような環境になっています。狭い地域にこのような正反対の状況が存在しているため、産婦人科医会の母体搬送に対する危機感が高く、我々とのコミュニケーションは極めて良好となっています。これに対して行政の対応は現実味が薄く、また対応速度も速いとは言えません。また周産期専門医を目指す医師がいる施設が 1 カ所しかないために、システムを構築する際に無駄な議論が行われる傾向があります。本来は県内に大学は一つしかなく集約やシステム運用がしやすいと思われませんが、東濃地区はほとんどの施設が名古屋大学の関連施設となっているなど、必ずしも全県一致で対応出来ない部分があります。システム構築、運用にあたってリーダーシップを発揮する場所を探しているというのが最大の問題点かと考えます。
- 静岡県：東部地区、中部地区、西部地区とそれぞれの周産期システムの構築（基幹病院や中核病院、診療所のネットワーク配置）がそれぞれ異なるため、一概にはあげられません。西部地区は、総合周産期センターおよびNICUの存在する中核病院同士の人的ネットワークで、お互いの空床の情報を電話でやりとりし融通を利かせています。また、在胎週数や体重、胎児異常の有無、多胎などである程度棲み分

けを行っています。さらに、原則的に突然の母体搬送よりもリスクを認めた時点での外来紹介が増加しており **booked patient** と同様の管理を行えるため母体搬送自身の絶対数の増加はさほどありません。

- 愛知県：約 10 年の歴史がありかなりよくなってきたと思います。「気持ち」がシステムを支えると思います。「気持ち」が萎えないような経済的支援が、これからの宿題と考えています
- 三重県：新生児を扱う医師が少ない
- 滋賀県：本県は元々、周産期センター的機能のある施設が少なく、NICU の病床数も少なかったところに、最近、数少ない地域周産期センターのひとつが産科をやめました。全体のシステムどころではない、というのが正直なところですが。ただ、われわれ、総合周産期センターの産婦人科医が電話番号をしている状況は何とか変えたいと思います。また、総合病院の産婦人科も産科をやめたり、産婦人科そのものがなくなったりしていますので、産科救急も婦人科救急もわれわれの施設に集中し始めています。電話番号もして、母体搬送をうけて、産科・婦人科救急患者もうけて、、、。こんなことをひとりの当直医がこなせないことがあっても仕方ないですね。
- 京都府：北部のサブセンターが事実上閉鎖状態、産科医師の不在で機能していない
- 大阪府：基幹病院（ほぼ、総合周産期母子医療センターに一致）に、ハイリスク症例、母体搬送が集中している。地域の中核施設（市民病院など）で対応が可能と思われる事例も 地域の中核施設（市民病院など）から紹介、搬送が少なくない。緊急搬送の受け入れの多い上位 6 施設で、おおよそ半数を、11 施設で 70%、20 施設で 90%受け入れている。上位 6 施設のうち公立（地方独立行政法人をふくむ）施設は 1 施設のみで、多くは私的な病院に依存しているという現実がある。大阪府では今後、地域周産期母子医療センターを指定していくが、今のままでは 地域周産期母子医療センターを担える病院が少ない。そこで、泉州地区の 2 つの市立病院を機能分化、再編成したように、何らかの（中核病院の）集約化、再編成を進めないと地域周産期母子医療センターとなる施設が充分確保できない。重症妊娠合併症（脳出血、急性心不全、重症敗血症、重症交通外傷など）は地域の大学や高度救命救急センターとの連携が必要であり、増加する緊急搬送依頼に対応するための専門のベテラン医師、助産師（看護師）、事務を含む「緊急搬送コーディネータ」が必要である。現場の医師にとって本来業務を行いながら緊急搬送の受け入れ病院探しをするのは肉体的にも精神的にも大きな負担である。現在、行政と交渉中であるがそのようなベテランの医師が今働いている以上に確保できるかどうかは課題となっている。「近畿周産期広域連携始まる。広域搬送調整拠点病院に大阪府立母子保健総合医療センターは指定され 9 月 5 日から運用が始まる」と新聞報道されましたが、「近畿ブロック周産期医療広域連携検討会議」ではその目的が概ね合意されただけで、具体的運用は未だ検討されていないし、その会議には現場の医師（拠

点病院の産婦人科医師など)が参加しておりません。その目的の趣旨にそって、現場の医師(拠点病院の産婦人科医師など)も参加した場で実際の運用について議論した上で、より良きものとしてスタートしたい。

- 奈良県:本県では母体搬送を受け入れることが出来る施設が4施設だけなので、県内での問い合わせはそれほど負担となっていない。しかし、空床状況を随時更新できていればもう少し負担は軽減するものとする。一方、他府県まで搬送先を問い合わせる際には、非常に労力を要する。担当医あるいは当直医がこれらの電話連絡を行うことは院内の業務に多大な支障を起すことがある。この点を解消するためには専任のスタッフを採用し、空床状況の更新や搬送先の確保を行うことが必要と考える。また、未受診妊婦などの救急搬送の際には救急隊が直接各施設に問い合わせを行っているが、受け入れ可能であったと思われる施設に問い合わせをしていなかったり、遠方の施設にばかり問い合わせしていることも見受けられる。したがって、未受診妊婦などの救急搬送のシステム作りも急務であるとする。ただし、本県ではシステムの問題以前に、母体搬送を受け入れる施設、病床数、人員が明らかに不足していることが最も問題であると思われる。
- 和歌山県:第3次医療機関が2施設で、大まかなブロックわけが決まっているため、搬送元の病院自体が搬送先を探すほうが早く決まるということもあり、全体のシステムとしては確立されていない。今のところ県内の搬送については大きな問題は起こっていないが、今後は整備をしていく必要があるとする。システムの件以上にわが県では産科医療全体が危機に瀕している。一次医療施設である診療所での分娩取り扱いがここ数年で著明に減少しており、第三次の医療機関が正常分娩を多く取り扱う必要が出てきた。これにより高次医療の必要な症例が受け入れられない状況がでており、これが問題だと考えている。また、当県は山地を多く含み南北に長い県で県の中心は北の端である。医療機関は北に集中しており、南の産科医不足はさらに深刻である。一次医療施設数は南で(県の面積の約半分)3施設で第2次医療施設といえるNICUを有する公立病院は2施設である。住民が分娩施設まで車で1時間以上かかることもしばしばであり、不自由を強いられている。さらに第2次医療施設から県の北にある第三次医療機関までの搬送時間は2.5~3時間を要する。H17年より当院ではドクターヘリを導入し、日没まではドクターヘリの運行が可能で県内すべての地域に30分以内で到達可能であるが、夜間の搬送にはいまだヘリの運行が認められておらず、時間を要する状況にある。システムよりも実務の方で危機に瀕していると思われる。
- 鳥取県:県からの補助が得られにくい
- 島根県:都道府県あるいはMFICU単位で全国的に必要な周産期データ項目をリストアップしていただきたい。
- 岡山県:今のところ何とか回っています。

- 岡山県：岡山県として明確な紹介・搬送システムは存在せず、昔ながらの搬送元と搬送を受ける病院との関係だけで運用されています。ベッドが一杯になって搬送を受けることが出来ない状況になれば、電話連絡で倉敷中央病院や岡山大学のベッドの空き状況を確認したうえで、当院への搬送依頼があった場合は他の病院に搬送を依頼していただくように搬送元をお願いしています。こんなやり方でも県外に患者が出ることはないようなので、現時点では当院、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。岡山県の周産期死亡率はそれほど悪くないので、県としても今のままでいいのではないかと感じているようですし、我々も漫然とやってきたことは否定できません。そろそろ真剣に考えないといけないと感じています。
- 広島県：広島県は非常にうまく機能していると考えられます。総合周産期母子医療センターが2つ有、一方が受け入れ困難な場合はもう一方がほとんど受け入れています
- 山口県：周産期センターに勤務する産婦人科医、小児科医の高齢化が進行している。40～50代が大部分で、崩壊が迫っている。公立病院では、働けば働くだけ自分の生活（家庭も含めて）が壊れていくため、意欲が湧いてこなくなりつつある
- 徳島県：医師のボランティアによるところが大きいです
- 香川県：香川県内では大きな問題はなく、運用されています
- 愛媛県：現在まで搬送システムは十分機能しており問題ないが、産婦人科の医師不足は徐々に進んでおり、将来マンパワー不足で機能不全にいたる可能性はある。医師不足に対する対策が最も急がれる。
- 高知県：本県の内容：
 - ① 高知医療センター（MFICU;3、NICU ; 9）
 - ② 高知大学（NICU : 3）
 - ③ 独法高知（NICU : 3、但し、ほとんど 30 週未満は応需不能）
 上記の如くの内容であり、特に、当院と高知大学が常に連携を取りながら運用しているが、Capacity に限界があることは明らかです。前述の如く、現在、高知県周産期医療協議会で県外搬送を含めた母体搬送マニュアル再検討を進めていますが、地方の状況はどこも同じであり、他県の施設が簡単に受け入れてくれるか非常に難しいと考えています。受入可としても、消防は他県まではいかないなどの問題点もあります。従って、何とかして県内で問題を解決するしかなく、当院と高知大学のいずれかに常に空床を維持するため、後送のシステム化や三角搬送の推進を図っていますが、まだうまくいっていません。これには県民の意識改革が重要で、行政が中心となった啓蒙活動も必要です。
- 福岡県：夜間当直医が受け入れ病院探すために 1～2 時間拘束されるために、熟練したコーディネータがいるコントロールセンターが必要

- 福岡県：システム運用上の問題点について特記すべきことはないと認識している。周産期医療協議会を年2回開催し、行政側との緊密な連絡をとり、行政サイドに福岡県における周産期医療の問題点を理解していただくよう努力している。母体症例受け入れ症例について、例えば病院間での電話のやりとりの時間を短縮する上で、各基幹病院に携帯電話によるホットライン設置を実現し、10月より運用が開始される予定である
- 福岡県：当ブロック内においては一次救急システムが整備されていません。分娩を扱う病院数が激減しており、いわゆる二次病院がありません。一次と三次のみの構造となっています。
- 佐賀県：当院と佐賀大学等で母体搬送要請例のほぼ全例を受け入れられている。重症小児外科症例の受け入れが県内で出来ないために県外搬送となり遠隔搬送が出てくる。
- 長崎県：（1）長崎市を含む県南地区のNICU病床数不足が深刻である。県央地区（当院）も県南地区からの受入を満すためにNICU病床数不足が顕性化しつつある。多胎妊娠の増加、特にIVFクリニックの施設基準の強化のために、これまでIVFを行っていた施設が排卵誘発治療のみに移行して、品胎以上の多胎妊娠が増加している。（2）産科スタッフ、新生児科スタッフのマンパワー不足は相変わらず深刻である。総合周産期母子医療センターでは産科医のみで当直体制が組めない（産科スタッフ5名）ため、救命救急医に週2日の当直を代行してもらっているが、むろん、彼らは実務にはつかないのでその日は産科医が拘束医としてすべての対応を行っている。（3）県全体としての周産期搬送に関する情報管理システムを現在模索中である。
- 熊本県：NICUが足りない
- 大分県：地域周産期センターの未整備（後方病床が存在しない） 県全体としての集計システムが整備されていない（行政がカウントシステムを作っていない） 一次病院「相互」の援助体制が無い
- 鹿児島県：二次三次の区別が出来ていない。一次施設は全くの正常分娩のみあつまっているため、低リスクの妊婦が三次施設に集まり始めている。
- 匿名：周産期医療システムは本来行政の業務であり、責任であると考えるが、行政は、総合ならびに地域周産期母子医療センターへ、その業務を「丸投げ」しており、予算措置もほとんどない状態である。「口は出すが金を出さない」状態である。総合ならびに地域周産期母子医療センターの産科医師のモチベーションは低下しており、現状が改善されなければ、地域医療とともに近い将来崩壊してしまうでしょう。それを防止するためには、産科医師数の大幅増加と待遇改善しかないでしょう。当直翌日は朝から休みとし、また当直回数は労働基準法を守って宿直週1回、日直月1回までとし、分娩手当ならびにハイリスク分娩手当を支給し、超過勤務手当の

完全支給（院内査定で上限を超えるとカットされている）、有給休暇の完全消化できる体制の構築が最低限必要でしょう。当直時間帯に日勤帯と同様な業務を行っているのならば、それは当直ではなく勤務であり、割増し賃金ならびに代休を完全に支給するべきです。また、女性医師が働きやすい体制、24 時間対応可能な病院併設で病児保育も可能な保育所をつくり、また、医師の雑用を少しでも減らすため病棟ならびに外来クラークを置くこと等で至急対応する必要があると考えます。また、搬送受入先を探す業務は本来行政が行うべきと考えます。医師が他の業務を行いながら搬送先を探すというのは、分娩進行中や重症患者が院内に存在する場合などでは常識はずれの危険行為です。また、受入先を探す行為に対し現状では何の評価もなく到底理解できません。受入先を探すために時間がかかったことを患者、家族、マスコミから批判され、必死で電話をしていたのにその間「患者を放置していた」と新聞にかかれても誰も当事者を守ってくれない現状は到底容認できません。未受診の患者は多くの場合が自己責任であり、格差社会の犠牲者であり、マスコミのディスインフォメーションの犠牲者です。最近のマスコミの自宅分娩を推奨するようなドキュメンタリーやドラマ、ねつ造記事の叛乱、それに踊らされる人々。自宅分娩のリスク、助産所分娩のリスクは報道しない姿勢に大いに問題があります。

考察：

- インターネットによる空床情報システムは、地域によっては有効に機能しているとは言い難い。地域において実際に必要な情報システムの構築が検討されるべきである。空床情報システムは母体搬送の搬送先照会に有用でなければ存在意義がない。その意味で、現場の最低限の負担で、実時間に情報が更新されるシステムを考える必要がある。
- 母体搬送先の照会作業は短時間で少ない労力で決まるのであれば、搬送元が行っても基幹病院側が行っても、本質的な違いは生じない。これまでの基幹病院が請け負ってきた背景には、照会作業の効率を上げるためにノウハウや最近の各施設の受入状況について情報が必要であるからである。特に搬送先の数が限定される地域で、（都道府）県内受入のポリシーがはっきりしている地域では、搬送先決定に長時間かかることは考えにくくなる。
- その一方で、大都市圏では、搬送先をみつけるのに非常な長時間を要する場合がある。数多くのほとんど満床の施設群の中から受入可能施設を見つけ出す作業には経験とねばり強さと時間が必要である。これまで多忙な現場の医師がこのような作業を担当してきたこと自体が、診療現場の効率を著しく低下させてきたと言わざるを得ない。神奈川県の実例から、事務職員による周産期救急搬送先斡旋紹介業務は十分に機能することが期待できる。センターの事務職員が搬送先照会を専門に行うことによって、地

域内の周産期医療機関の状況を実時間で直接把握することが可能になるとともに、現場の業務負担が減少する。さらに医療機関からの問い合わせに応じて適切な最新の情報を提供することが可能となる。インターネットを介した空床情報システムを維持するとしても、その情報の更新は情報センターも行うことにした方が効率的である。また、地域の周産期医療の実態に関する情報がセンターで一括して記録されるため、政策的判断の材料を容易に得ることが可能になる。

- 母体搬送症例を、必ず（都道府）県内で受け入れるかどうかについては、地域的に明確な特徴が認められた。すなわち東京、大阪、福岡の大都市周辺地域では、受入施設がみつからない場合、（都道府）県外搬送が考慮される傾向があるのに対し、それ以外の地域では、地域の特性から例外はあるものの、原則として（都道府）県内受入をポリシーとしている場合が多い（図参照）。地勢上の問題から遠隔搬送に現実性がないこと、高次周産期地域医療体制の整備により地域内での受入が可能な地域が多いことが関係しているものと思われる。従って、当面、広域搬送システムをより緊急に必要としているのは、上記の3地域である。
- 広域搬送システムにおいては、都道府県の情報センターが相互に密接に連携をとることによって、最大限の効率を達成することが期待できる。また、広域搬送には不可欠の逆搬送先の斡旋、紹介もきわめて重要な任務となる。
- 未受診妊婦の問題は本質的には一次救急医療に属する問題ではあるものの、現場では情報が限定されていることから、比較的高次の施設で受け入れる必要が生じる場合が多い。高次周産期医療において、「県内受入」をポリシーとすることが可能な程度に周産期医療のリソースが存在している地域、あるいは、地勢上県内受入以外の選択肢が事実上存在しない地域であれば、ほぼ同様のシステムで対応せざるを得ず、また実際に対応されているものと考えられる。それに対して、受入可能施設が複数存在する大都市圏では、逆に受入施設の決定が困難になる。救急隊を介する未受診妊婦への対応は、多くの場合時間的に切迫しており、通常の母体搬送の照会システムでは間に合わない。また同一の理由により広域搬送にもなじまない。従って、大都市圏における未受診妊婦を含む産科一次救急への対応は地域内（おそらくは地域医療計画で定義される周産期医療の圏域内）の周産期医療機関の輪番制で行うのが適切と思われる。
- 既に昨年の本協議会の調査でも明らかになっているが、都道府県の高次周産期医療を担う総合周産期母子医療センター産婦人科医の時間外勤務体制は、その大多数が宿直制である。また大多数の病院が宿直制または宅直オンコール制で時間外の診療に対応している。このような体制は本来、一次救急対応を行うことが可能な体制ではない。近い将来の目標としては、これら救急医療に従事する医師の勤務体制は交代勤務制へと移行し、法令が遵守される体制となっていく必要がある。病院の勤務医に産婦人科一次救急対応を求めるのであれば、少なくとも当番日は、翌日の勤務緩和等の法令を遵守した体制が整備されなければならない。

提言

- 周産期医療現場の困窮の最大の原因は NICU の病床不足である。妊産婦の救急（母体搬送）の受入れができない最大の理由は「NICU 満床」である。国および都道府県は NICU 病床の増床とそのより効率的な運用にむけて体制を整備すべきである。
- 都道府県は早急に周産期情報センターないし搬送コーディネータを整備し、母体搬送先の照会・斡旋・紹介業務を開始するべきである。（周産期医療機関空床情報システムは、その情報センターないし搬送コーディネータの業務の一環として整備することを検討する。）
- 東京圏、近畿圏、福岡圏において、地域内の各情報センターとの密接な連携に基づいて周産期広域搬送情報システムを早急に構築する必要がある。国は広域搬送情報システムの構築を積極的に誘導すべきである。他の地域においても、県境をまたいだ広域の搬送紹介が円滑に行われる体制の整備を促進する施策をとるべきである。
- 未受診妊婦を含む産科一次救急患者への対応においては、未受診妊婦の実態を把握し、地域の産婦人科医の輪番制等の合理的な体制が圏域内で整備される必要がある。その際、救急医療に従事する医師の勤務条件において、労働基準法等の法令を遵守した体制となるように、都道府県には格段の配慮が求められる。

平成 20 年 10 月 30 日

産婦人科勤務医・在院時間調査 第 2 回中間集計結果 報告と解説（修正版）

日本産科婦人科学会
産婦人科医療提供体制検討委員会
委員長 海野信也

この調査の目的と概要：

- 1) 産婦人科医の勤務条件が過酷であることは、既に周知の事実となっています。平成 20 年度診療報酬改定では、ハイリスク分娩管理加算の大幅改定などを通じて、勤務医の勤務環境の改善を行うこととしており、それ以外にも多くの施策が実施されつつあります。今後、それらの施策の有効性を評価し検証するためには、勤務医の勤務実態を客観的に示す指標を必要となると考えられます。しかし、現状ではどのような指標が適切か、明確になっていません。このため、診療科間や施設間の比較、なんらかの施策を実施したことによる効果等を客観的に検証することが難しい状態にあります。
- 2) 一般には、このような指標としては労働時間がもっとも重要と考えられます。しかし、医師の場合、管理的な業務、研究、研修に当てられた時間や待機時間等、患者さんの診療時間だけが労働時間ではないと考えられること等のために、労働時間の定義や評価に関して多くの議論があり、コンセンサスが得られていません。このため、労働時間そのものを調査しても、データが同一の基準で収集されていることを確認するのが難しく、結果の信頼性について疑問の余地が生じる可能性があります。そこで今回の調査では、客観的に記録し、評価可能と考えられる「在院時間」および「オンコール時間」の実態を、各医師について 1 ヶ月間調査することにしました。
- 3) 具体的な調査項目は、各病院の規定された勤務開始・終了時刻、医師の年齢、性別、産婦人科医として経験年数、自発的に提供された開示可能な個人情報、1 ヶ月間の病院への出勤時刻と退勤時刻（複数施設で勤務している場合は、非常勤施設での出退勤時刻）、あらかじめ決められているオンコールの開始・終了時刻としました。調査票に記入し、結果を e-mail、FAX または郵送で回収する方法をとりました。日本産科婦人科学会卒後研修指導施設 750 施設の産婦人科責任者に郵送で依頼状を送るとともに、個人参加者を学会ホームページ上で募集しました。
- 4) このような調査を全国的に実施することは、学会にとって初めての試みです。今回の調査は、今後の勤務条件の適正化を評価する上での基本情報を収集するための方法論を確立することが第一の目的です。そして実際に収集された情報自体が今後の検討の基本情報となることを期待して実施いたしました。
- 5) 調査結果の公表に際しては、個別施設、個人が特定できないように厳重に配慮することを前提として、データの提供を求めました。このため個別施設・個人に関するお問い合わせには一切、対応できませんので、ご了承をお願いいたします。

調査の進行状況：

- 1) 調査に協力を申し出てくださった施設・会員は多数に上り、調査結果が続々と送付されてきています。
- 2) データ入力・一次解析を順次進めていますが、2008年10月29日の時点で、2008年9月9日受領分までの、一般病院勤務医221名、大学病院勤務医76名のデータの入力が終了しています。10月29日までにさらに常勤医187名分のデータを受領しています。諸事情により前回の中間集計より入力ペースが落ちていますが、順次入力、解析を進めてまいります。データの入力と確認、施設への必要事項の問い合わせ等はこれまでのところ、すべて海野が行っております。今後は、適宜、研究協力者の応援を得ることとしています。
- 3) 今回の第2回中間集計では、一般病院の常勤医と大学病院勤務医のデータを別々にまとめました。
- 4) 一般病院については、当直体制をとっている病院と当直はおかずオンコール体制をとっている病院とでは、勤務実態が大きく異なるため、両者をまとめた集計と別々にした集計を行いました。当直体制の病院では、在院時間が長くなるが、その病院のオンコールは緊急手術等の緊急事態にのみ対応するオンコールであるのに対し、当直のいない病院のオンコールは、普通の分娩でも緊急登院の必要があるためです。後者では勤務時間とオンコール時間の和が実際の on duty 時間とも考えられるため、その集計も行いました。
- 5) 大学病院の勤務医については、大多数が他の施設で非常勤医として週1回程度の外勤を行っています。常勤医の少ない一般病院では、大学からの非常勤医によってかろうじて診療体制を維持しているところがしばしば見受けられます。当直を週に数回外勤医に依存しているのはめずらしくありません。大学病院勤務医はそのような形で、きわめて少額の大学の給与を補うとともに、地域の分娩施設を支えているという構造になっているのです。大学病院勤務医の生活を理解するためには、このような外勤の実態を含めて分析する必要があります。そこで、今回の集計では、それぞれの医師の大学病院での在院時間と当直回数と外勤先施設の在院時間と当直回数、そして両者の和を検討することにしました。

中間集計の方法：

- 「**在院時間**」：出退勤時刻から在院時間を計算し、積算しました。それには、勤務時間、更衣等の準備時間、休憩時間、宿直時間、時間外の診療時間等がすべて含まれます。
- 「**オンコール時間**」：勤務時間外に必要が生じた際に対応する時間帯を各職場であらかじめ定めている場合に、記載を求めました。病院産婦人科は基本的に24時間体制で運営されています。当直体制をとっていない施設では、入院患者さんの急変、分娩の進行、救急の外来患者さんへの対応等の必要が生じた場合に備えて、必要時に呼び出されるオンコール体制をとっているのが普通です。また、当直体制をとっている病院でも、緊急手術等は一人ではできないので、応援の医師を呼び出す必要が生じます。その場合、あらかじめオンコール体制をとる場合と、とらない場合（そういう場合は誰でも呼び出される可能性がある）があります。オンコールではない晩でも、受け持ち患者さんの急変や緊急事態で呼び出されることはもちろんありますが、それはあらかじめ業務として定められたものではないので、この集計には含まれていません。また、今回の中間集計では、オンコールの時に呼び出されたのか、そうでないときの時間外在院なのかは区別していません。また、オンコール時間帯でどのぐらい呼び出されているか等の解析は今回の中間解析では行っていません。
- 「**勤務時間**」：今回の調査では勤務時間に昼休み等の休憩時間を含めています。
- 「**時間外在院時間**」：在院時間と勤務時間の差として求めました。
- 「**当直回数**」：これまでの集計では、夜間交代勤務制をとっている病院は1カ所のみでした。当直回数は、あらかじめ定められて夜間に当直した場合のみをカウントしました。重症患者さんの管理等のために臨時で泊まり込んだ場合は含んでいません。
- 「**休日日直回数**」：あらかじめ定められて休日の日勤帯に在院した場合をカウントしました。患者さんの状態をチェックする等のために休日に出勤する医師は多いのですが、それは在院時間には含めていますが、日直には含めていません。
- 「**勤務時間+オンコール時間**」：当直をおかないオンコール体制では、オンコール時に呼び出される可能性が高くなります。このような「**On duty の時間**」の一つの指標として計算してみました。
- 「**全在院時間**」：大学病院勤務医の実態を理解するためには、非常勤施設での勤務を考慮しなければなりません。非常勤施設の出退勤時間が明らかになった大学病院勤務医について、大学病院と非常勤施設の在院時間の総和を計算しました。同様に、双方における当直回数、休日日直回数を計算しました。

		一般病院全体					当直体制の病院						当直体制をとっていない病院						
		年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール時間	月間勤 務時間数	月間時 間外在 院時間	年齢	月間 在院時間	月間 オン コール 時間	月間 勤務 時間 数	月間 時間 外在 院時間	当 直 回 数	休 日 直 回 数	年齢	月間 在院時間	月間 オ ン コール 時間	月間 勤 務 時間 数	月間 時間 外在 院時間	月間勤 務 時間 +オ ン コ ー ル 時間
全体	平均	42	292	140	177	115	41	301	118	175	126	4.2	1.3	46	259	183	182	77	357
	標準偏差	11	57	103	18	52	11	57	80	17	51	2.5	1.0	11	41	130	17	32	139
	N	221	221	138	221	221	172	172	94	172	172	172	172	49	49	45	49	49	47
	最大値		428	515	210	236		428	515	210	236	12	5		373	508	198	183	706
25-29歳	平均	28	327	140	175	151	28	332	116	174	158	5.4	1.4	28	275	230	187	88	415
	標準偏差	1	51	79	18	43	1	50	63	18	39	1.6	0.8	1	26	77	9	19	69
	N	41	41	14	41	41	37	37	11	37	37	37	37	4	4	3	4	4	3
	最大値		428	275	198	236		428	234	198	236	10	3		310	275	195	115	462
30-34歳	平均	32	294	109	179	115	32	303	107	180	124	4.5	1.5	32	249	117	179	70	271
	標準偏差	1	56	67	17	51	1	53	67	15	51	2.3	1.0	1	48	74	28	27	106
	N	37	37	20	37	37	31	31	16	31	31	31	31	6	6	4	6	6	5
	最大値		386	320	209	201		386	320	209	201	9	4		299	184	197	112	371
35-39歳	平均	37	286	127	174	111	37	296	125	173	121	4.1	1.1	38	246	132	178	68	310
	標準偏差	1	56	70	17	47	1	55	70	17	42	2.2	0.8	1	43	75	18	43	66
	N	30	30	20	30	30	24	24	14	24	24	24	24	6	6	6	6	6	6
	最大値		406	243	193	217		406	243	193	217	8	2		313	236	193	120	381
40-44歳	平均	43	310	139	178	132	43	314	103	174	140	4.6	1.4	41	295	232	192	103	423
	標準偏差	2	57	105	18	56	1	64	53	18	61	3.6	1.3	1	3	153	5	4	149
	N	23	23	18	23	23	18	18	13	18	18	18	18	5	5	5	5	5	5
	最大値		402	503	205	233		402	209	205	233	12	4		299	503	197	107	688
45-49歳	平均	47	291	153	178	112	47	291	133	176	114	3.7	1.2	46	291	235	189	102	424
	標準偏差	1	56	118	16	51	1	60	90	16	54	2.6	0.8	2	42	190	8	38	195
	N	24	24	20	24	24	20	20	16	20	20	20	20	4	4	4	4	4	4
	最大値		389	508	201	200		389	295	201	200	9	3		329	508	198	142	706
50-54歳	平均	52	274	221	181	93	51	289	121	178	111	3.9	1.5	52	249	284	185	63	469
	標準偏差	1	44	154	11	43	1	49	89	13	45	2.5	1.5	1	19	157	7	16	156
	N	21	21	13	21	21	13	13	5	13	13	13	13	8	8	8	8	8	8
	最大値		370	504	201	186		370	269	201	186	8	5		283	504	193	94	696
55歳以上	平均	58	262	128	174	88	58	269	121	173	97	2.5	1.0	59	249	138	177	71	298
	標準偏差	3	51	103	22	44	3	53	112	22	46	2.2	1.1	3	48	93	21	35	109
	N	45	45	33	45	45	29	29	19	29	29	29	29	16	16	14	16	16	16
	最大値		373	515	210	183		328	515	210	183	7	4		373	283	195	183	474

大学病院勤務医															
		年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	大学病 院当直 回数	大学病 院休日 直回数	非常勤 施設で の在院 時間数	非常勤 施設で の当直 回数	非常勤 施設で の日直 回数	全在院 時間	全当直 回数	全休日 直回数	
全体	平均	38	281	32	155	127	4.4	1.3	60	3.1	0.6	341	5.8	1.4	
	標準偏差	8	62	99	21	59	2.1	0.9	51	2.9	1.1	76	4.1	1.3	
	N	76	76	68	73	73	64	59	76	54	53	76	76	76	
	最大値		60	412	557	196	245	9	5	186	9	4	505	15	5
25-29歳	平均	28	352	0	168	189	6.2	1.9	55	2.8	0.6	407	8.2	2.4	
	標準偏差	1	39	0	17	39	1.9	0.8	50	2.1	1.4	39	3.2	1.1	
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	8	8	11	11	11	
	最大値		399	0	196	223	9	4	145	5	4	463	14	5	
30-34歳	平均	32	278	5	149	129	5.3	1.2	71	3.5	0.7	349	7.6	1.6	
	標準偏差	1	47	13	18	51	1.8	1.1	49	2.9	1.1	75	3.6	1.3	
	N	20	20	16	18	18	19	18	20	15	15	20	20	20	
	最大値		385	48	187	245	9	5	173	9	4	505	15	5	
35-39歳	平均	36	276	7	161	119	3.9	1.0	73	3.8	0.9	349	6.7	1.7	
	標準偏差	1	39	26	22	48	1.3	0.7	64	3.6	1.4	78	4.6	1.5	
	N	18	18	17	17	17	17	17	18	14	14	18	18	18	
	最大値		359	109	196	212	5	2	186	9	4	463	14	5	
40-44歳	平均	43	266	143	147	119	3.1	1.3	79	3.5	0.1	345	6.3	1.1	
	標準偏差	2	80	213	21	65	1.8	0.8	47	2.6	0.4	50	2.1	0.8	
	N	8	8	6	8	8	7	6	8	8	7	8	8	8	
	最大値		398	557	175	223	5	2	150	7	1	433	10	2	
45-49歳	平均	48	251	60	154	96	1.7	1.3	31	1.7	0.2	282	1.6	0.4	
	標準偏差	2	59	147	21	47	1.0	0.5	36	2.3	0.4	47	2.0	0.6	
	N	14	14	14	14	14	7	4	14	6	6	14	14	14	
	最大値		350	557	196	180	3	2	115	5	1	350	6	2	
50歳以上	平均	55	260	63	144	116	3.3	0.7	32	0.0	0.0	292	2.0	0.4	
	標準偏差	5	106	65	13	94	2.9	1.2	11	0.0	0.0	112	2.7	0.9	
	N	5	5	4	5	5	3	3	5	3	3	5	5	5	
	最大値		60	412	141	167	245	4	5	2	49	0	0	461	5

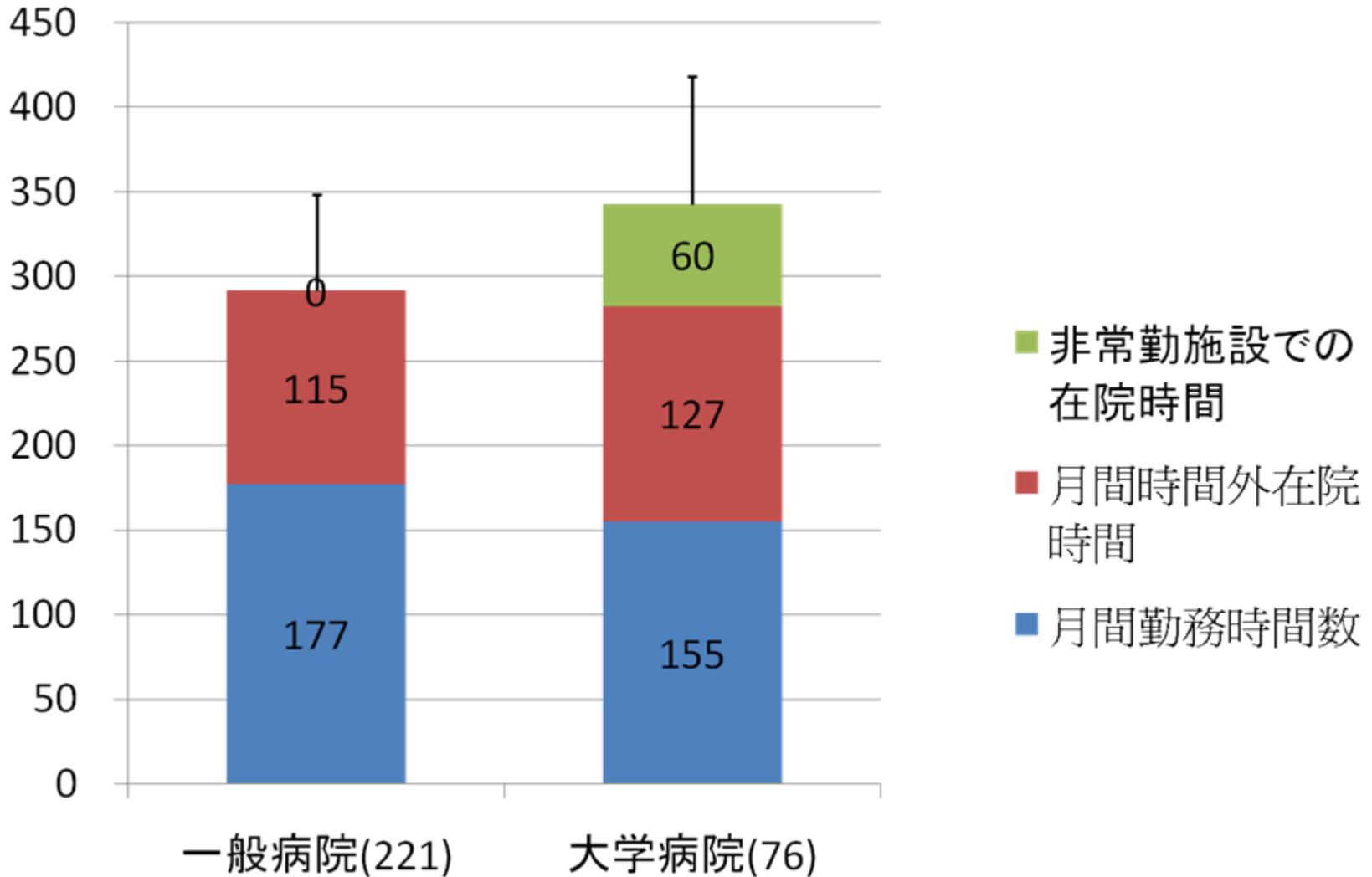
中間集計の結果：

- 今回の中間集計では、病院産婦人科医の在院時間が一般病院でも大学病院でも非常に長いことが示され、いわゆる「過酷な勤務」の実態の一端が数値として示された。
- 一般病院勤務医全体と大学病院勤務医の本務場所での在院時間に有意の差は認められなかったが、一般病院勤務医全体の在院時間と大学病院勤務医の非常勤施設を含む全在院時間では有意に大学病院勤務医の全在院時間の方が長かった。一般病院の中では在院時間は当直体制の病院の方が、当直のないオンコール体制の病院より有意に在院時間が長かった。当直体制の病院勤務医の在院時間と大学病院勤務医の全在院時間を比較すると、後者の方が有意に長かった。その一方、当直体制のない病院の「月間勤務時間+オンコール時間」は大学病院勤務医の全在院時間とほぼ同等であった。
- 年齢別の検討では、20代医師の在院時間が長い傾向がどのカテゴリーでも認められた。
- 今回の調査では明らかな男女差は認められなかった（今回の対象が「常勤医」に限定されていることに留意する必要がある）。
- 今後、さらにデータを集積するとともに、勤務実態の施設間差を解析し、産婦人科勤務医の勤務条件改善のための基礎的な検討を行っていく予定である。

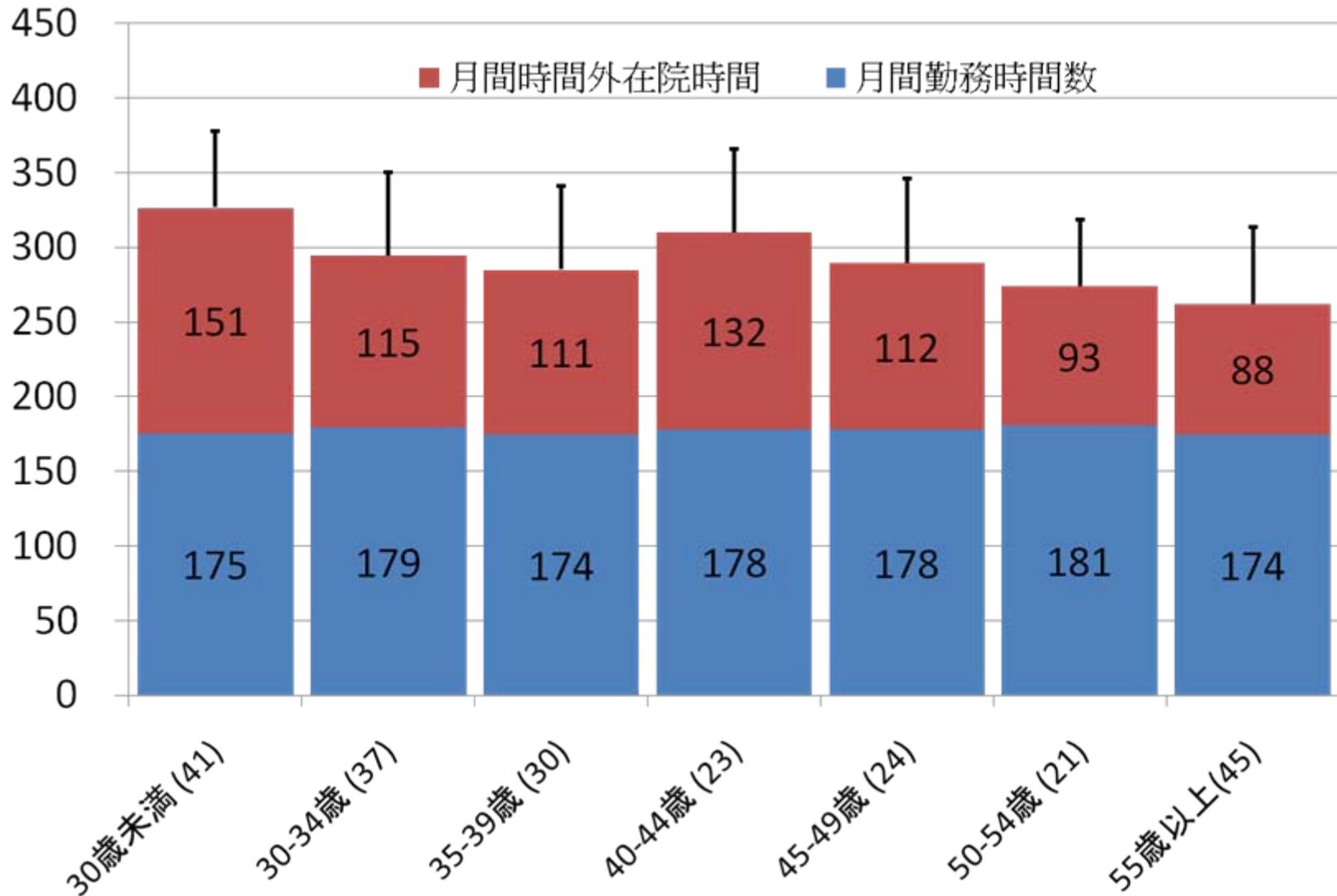
産婦人科勤務医・在院時間調査

- 目的: 病院勤務産婦人科医の勤務実態評価の指標としての「在院時間」の有用性を検討する
- 方法: 共通の記録様式に、常勤施設および(あれば)非常勤施設の出勤時刻、退勤時刻、業務としてのオンコールの開始・終了時刻を記録する。平成20年中の1ヶ月間とするが、継続的な調査を歓迎する。
- これまでに延べ552名分のデータを受領、このうち354名分を入力済み。
- 第2回中間集計では、データ確認中のデータを除いた297名分を解析した。

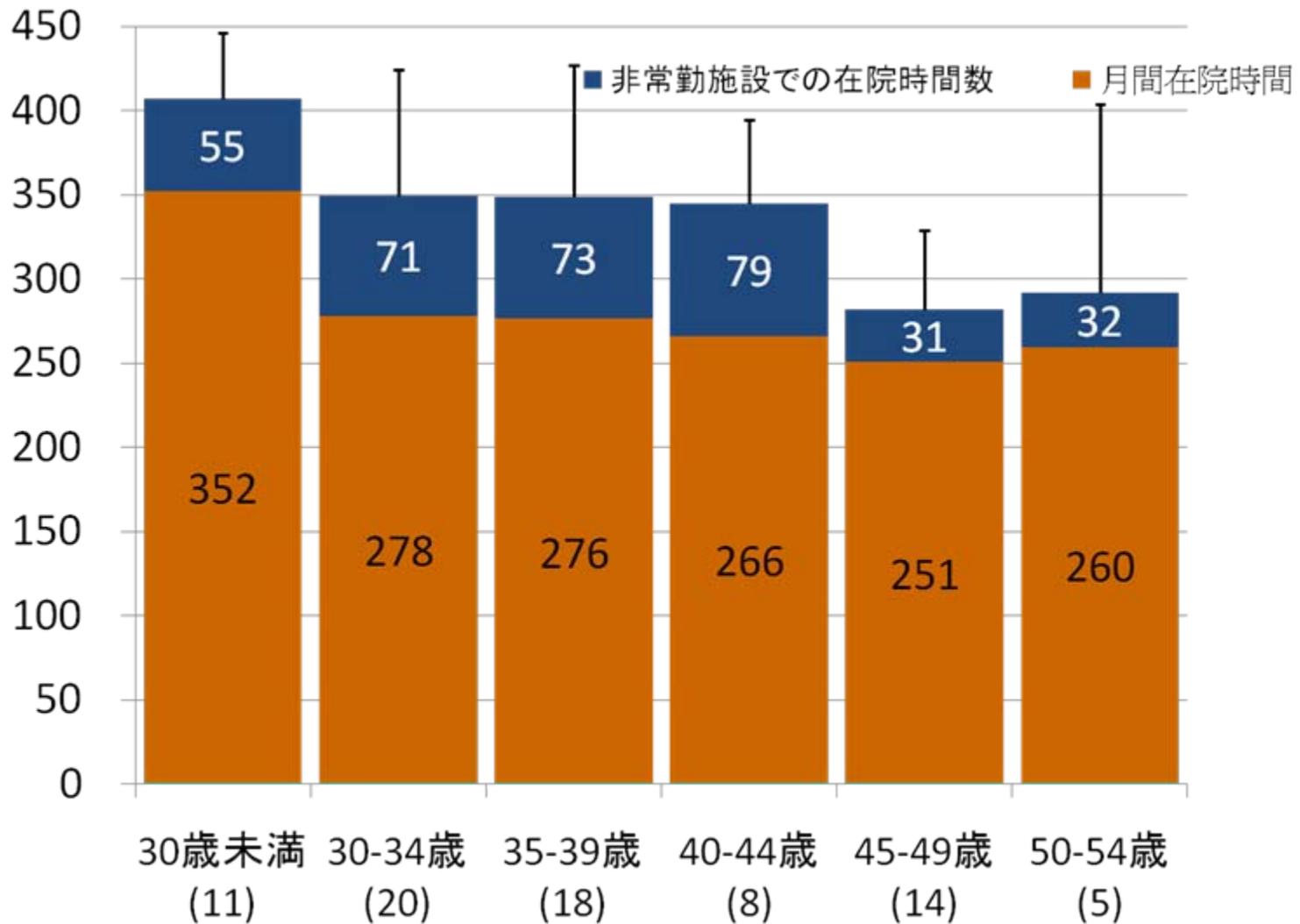
一般病院と大学病院勤務医の在院時間



一般病院勤務医の在院時間

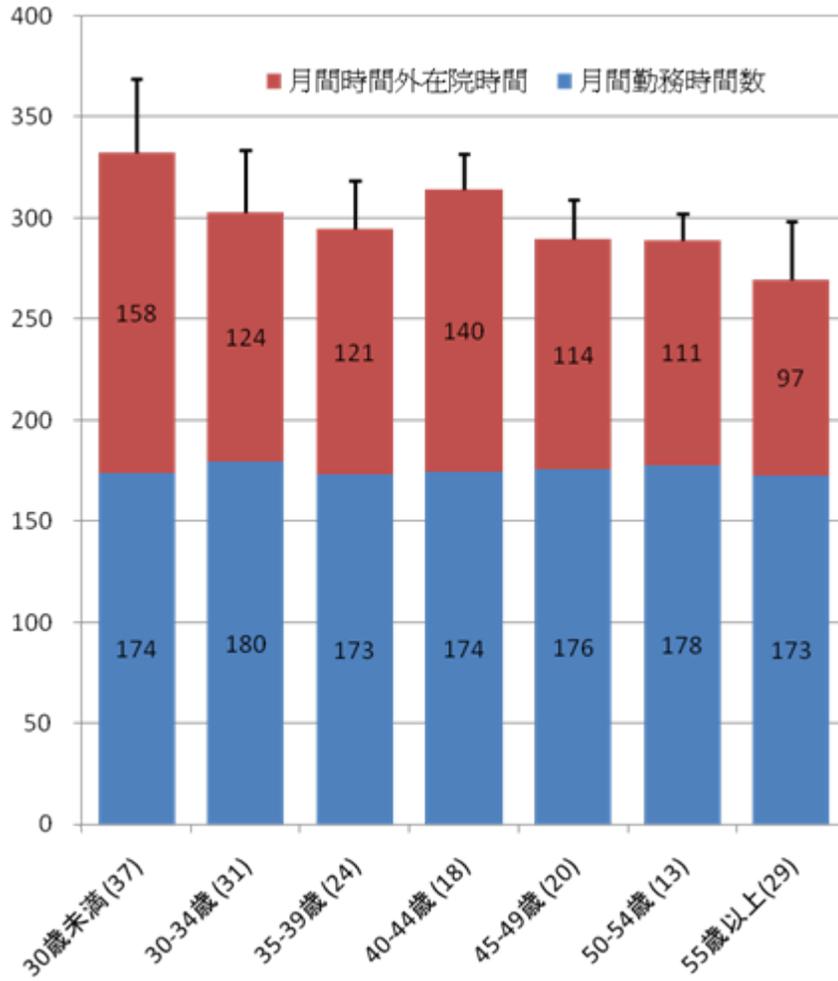


大学病院勤務医の在院時間

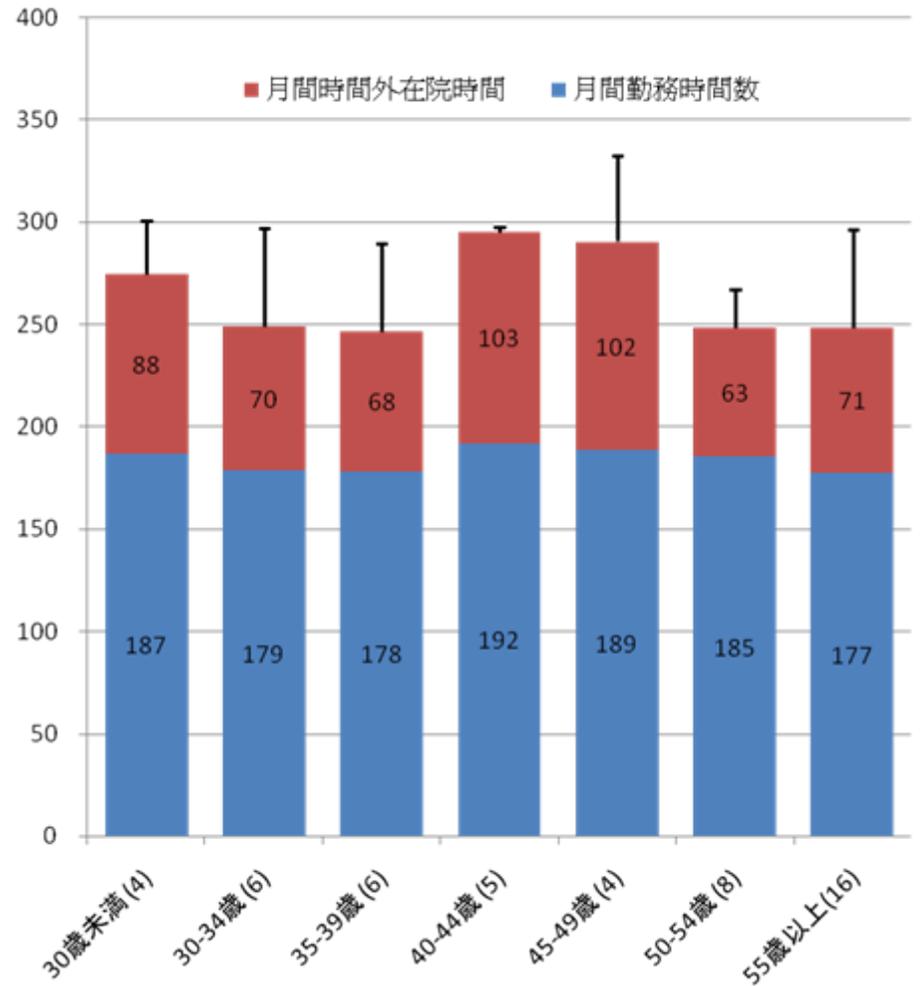


一般病院勤務医の在院時間

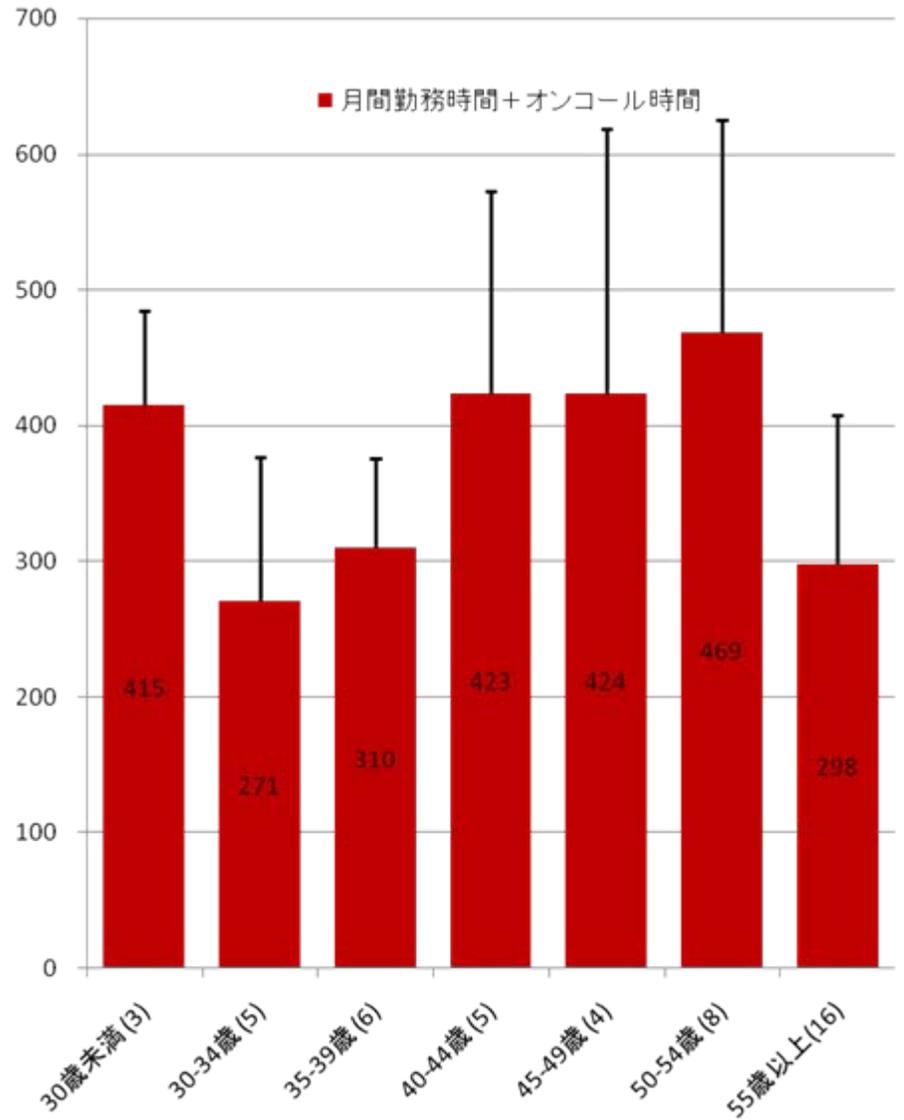
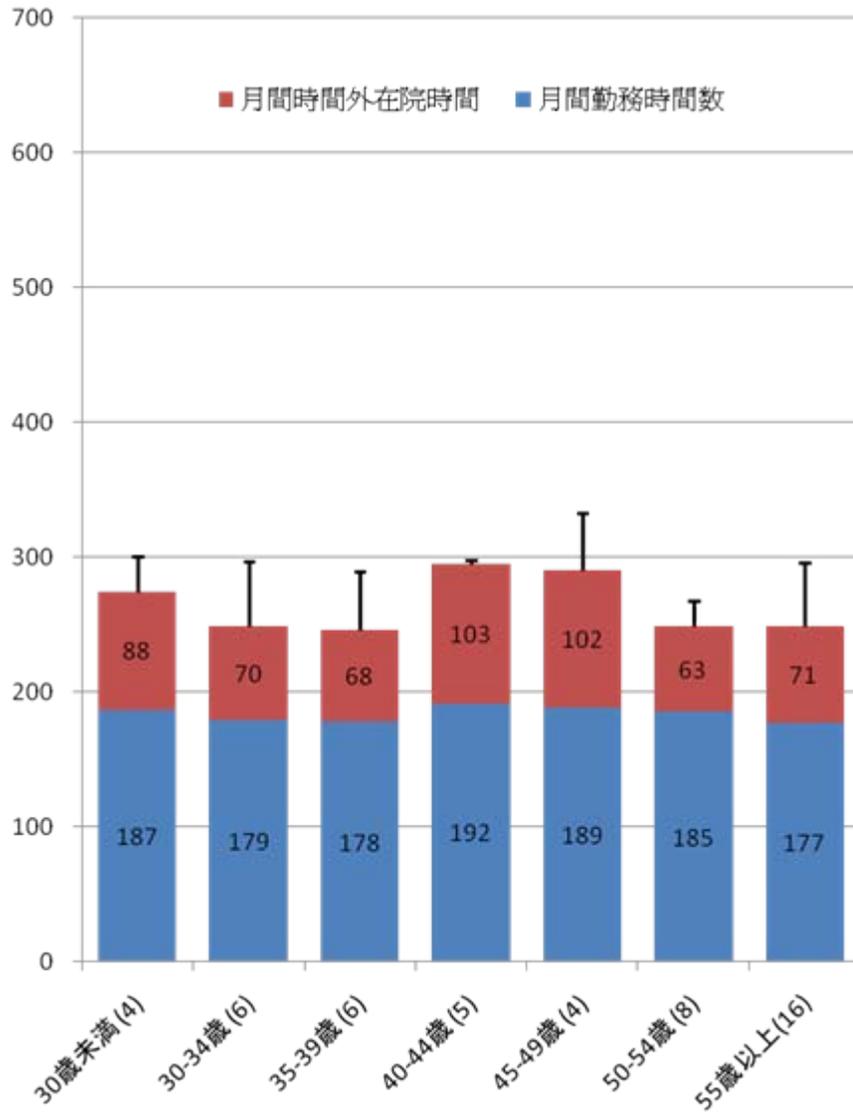
当直体制のある一般病院



当直体制のない一般病院



当直体制のない一般病院勤務医の 在院時間とオンコールを含む拘束時間



在院時間調査のまとめ

- 産婦人科勤務医に広く認められる「超」長時間勤務の実態が明らかとなった。
- 今後の検討課題
 - － 当直体制のある一般病院における長時間勤務の問題
 - － 当直体制のない一般病院におけるきわめて長時間におよぶ「オンコール」拘束の問題
 - － 大学病院勤務医における非常勤施設勤務時間の問題

N I C Uに関する調査結果について

- 「新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組について」

(平成19年12月26日付 厚生労働省4局長通知)

N I C U等に長期間入院している児童の状態及びN I C U等の状況について現状を把握し、

- ・ 既存の資源の活用方策
- ・ 適切な療育・療養環境の確保方策

を検討

⇒ 「N I C Uに関する調査」として実施

小児科・小児外科を標榜する123病院に照会

N I C U・準N I C U・N I C Uの後方病床を有する34施設の状況を

集計

NICUに関する調査結果

- ・ 調査対象病院 小児科・小児外科を標榜する病院（123病院）
- ・ 調査基準日 平成20年2月1日（金）

1 NICU等病床数、基準日現在のNICU等の入院患者数及び病床利用率（34施設）

区分	病床数	基準日現在の入院患者数	基準日現在の病床利用率
1) 新生児集中治療管理室 (NICU)	137床	127人	92.7%
2) 準NICU	80床	42人	52.5%
3) NICUの後方病床	205床	166人	81.0%

- (注) ※ 1)の「NICU」は、診療報酬上の施設基準に合致するもの
 ※ 2)の「準NICU」は、診療報酬上の条件を一部満たしていないが、NICUとして運用している病床
 ※ 3)の「NICUの後方病床」は、NICUを退出した児、及び点滴、酸素吸入等の処置を必要とする児を収容する病床（ただし、重症心身障害児施設の病床を除く。）
 ※ 「NICUに併設された回復期治療室（以下「GCU」という。）」は、3)の「NICUの後方病床」に含める。
 ※ 病床利用率=入院患者数×100÷病床数

2 患者の状況

(1) 基準日現在のNICU等の入院患者数と入院期間による患者の内訳

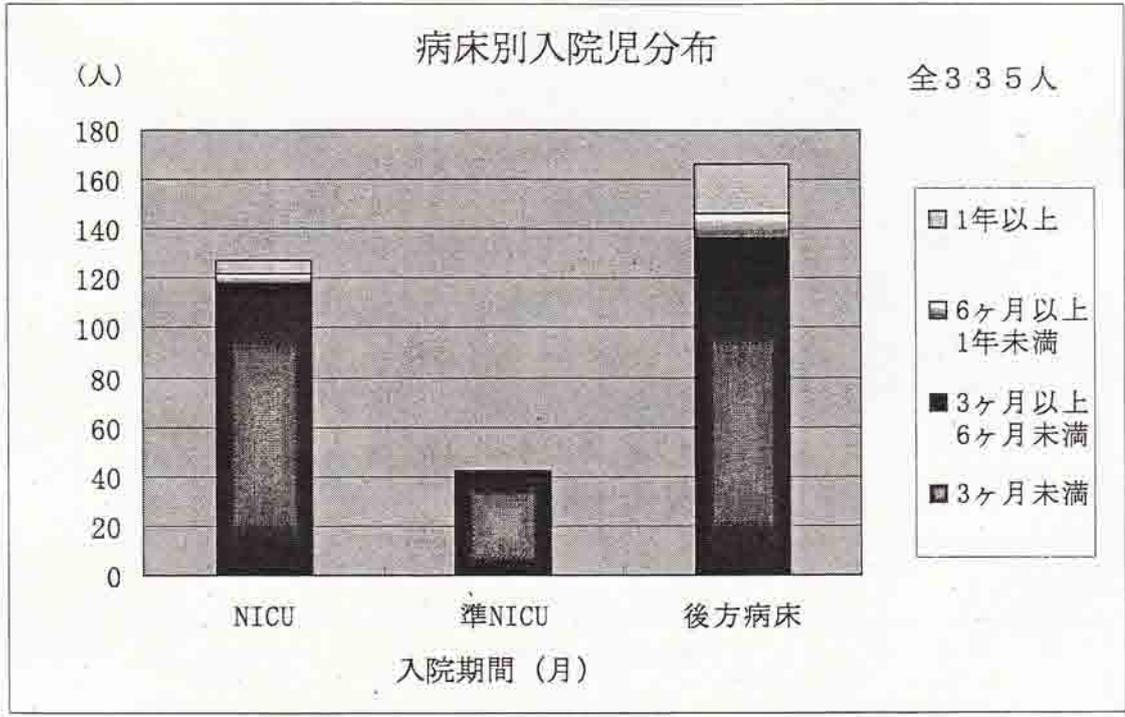
区分	基準日現在の入院患者数	入院期間による患者の内訳			
		3ヵ月未満	3ヵ月以上 6ヵ月未満	6ヵ月以上 1年未満	1年以上
1) NICU	127人	112人	6人	4人	5人
2) 準NICU	42人	40人	1人	0人	1人
3) NICUの後方病床	166人	116人	20人	10人	20人
計	335人	268人	27人	14人	26人

* 1年以上の長期入院児の割合 7.8%

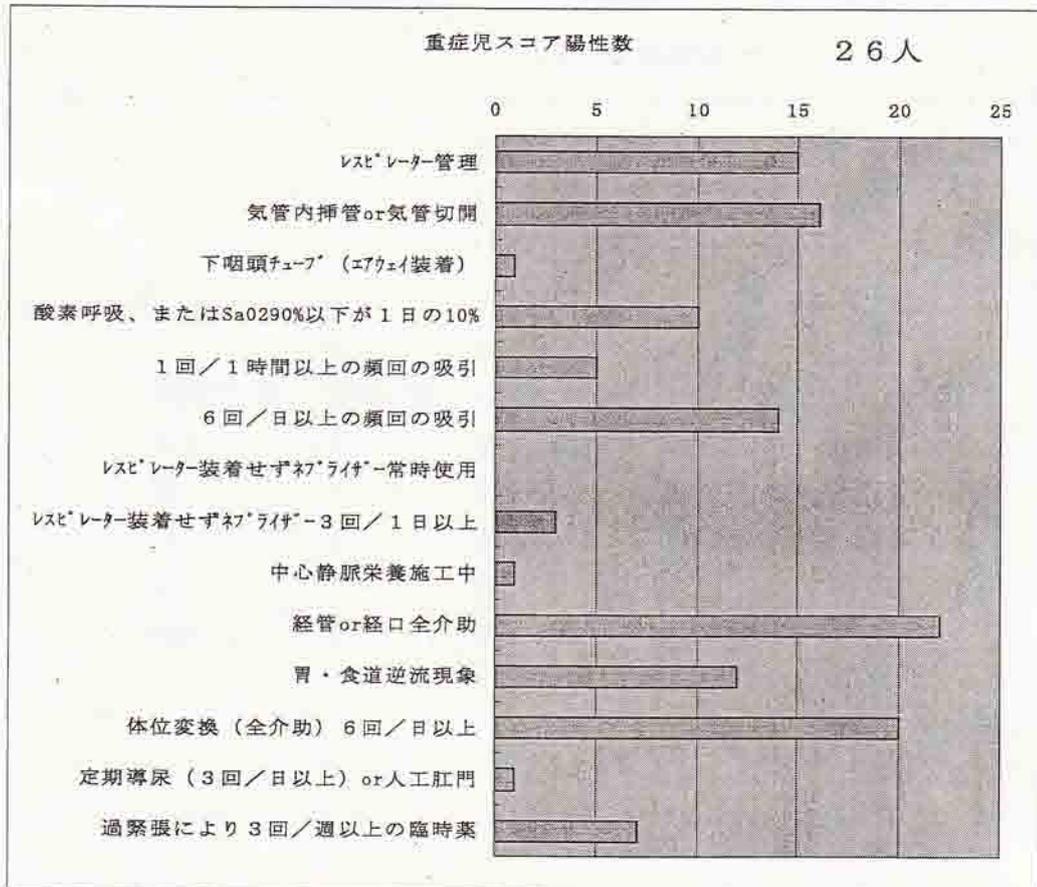
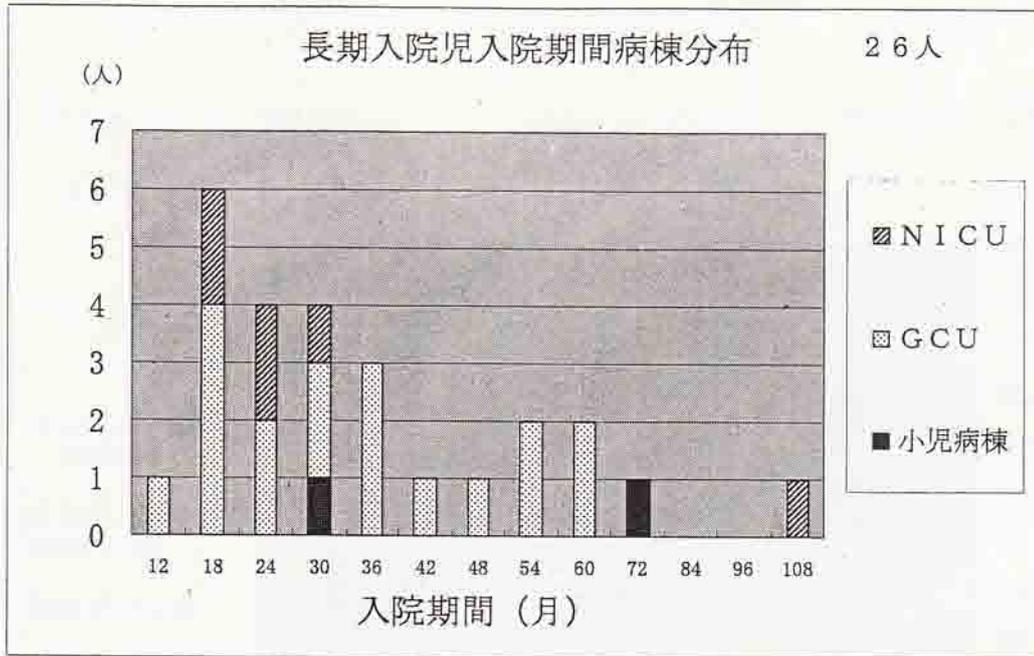
(2) 基準日現在のNICU等の入院患者の出生時別の内訳

区分	基準日現在の入院患者数	出生時の体重による患者の内訳					
		超低出生体重児		極低出生体重児	低出生体重児	2500g以上	不明
		500g未満	500g以上 1000g未満	1000g以上 1500g未満	1500g以上 2500g未満		
1) NICU	127人	2人	39人	30人	35人	21人	人
2) 準NICU	42人	人	人	6人	27人	8人	1人
3) NICUの後方病床	166人	2人	17人	15人	71人	61人	人
計	335人	4人	56人	51人	133人	90人	1人

* 出生体重 2500g 未満の割合 NICUでは83.5%、準NICUでは78.6%、後方病床では63.6%



	NICU	準NICU	後方病床
3ヶ月未満	112	40	116
3ヶ月以上6ヶ月未満	6	1	20
6ヶ月以上1年未満	4	0	10
1年以上	5	1	20
計	127	42	166

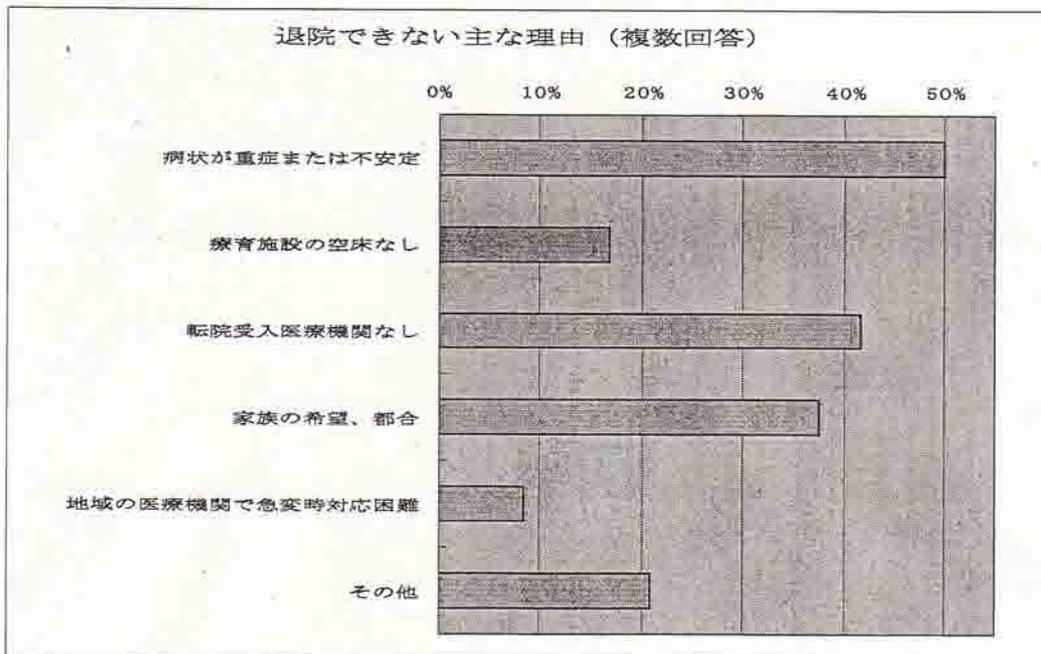
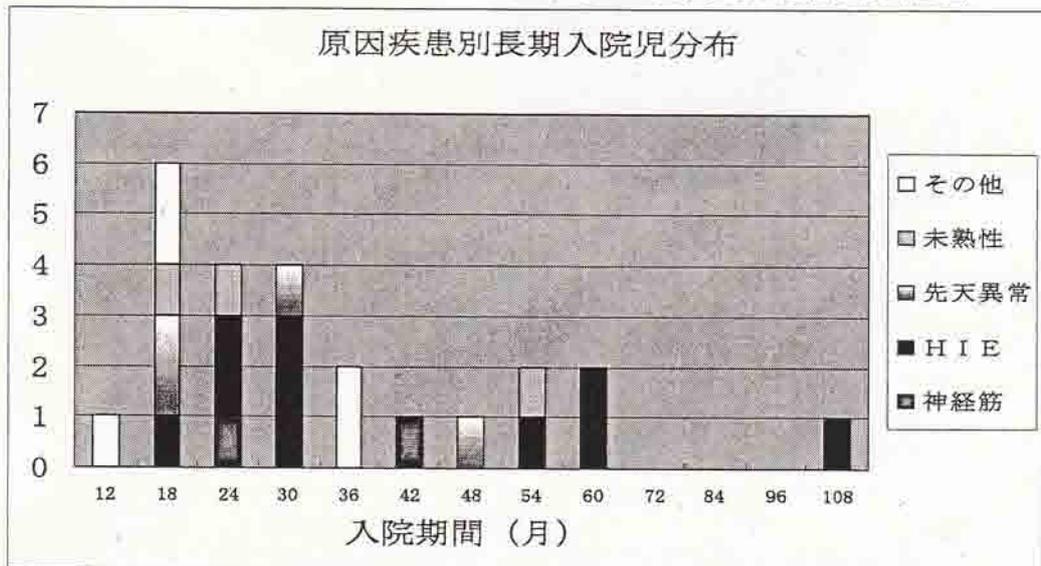


医療行為の合計点数 25点以上 16人 (うち30点以上 12人)

退院できない原因疾患

原因疾患	24
低酸素性虚血性脳症（H I E）	10 重症新生児仮死、蘇生後脳症
先天性異常	4 短腸症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形
未熟性	3 慢性肺疾患、超低出生体重児、
神経・筋疾患	2 先天性筋緊張性ジストロフィー、先天性神経筋疾患
先天性心疾患（CHD）	0
その他	5 肺高血圧、21トリソミー、憤怒けいれん

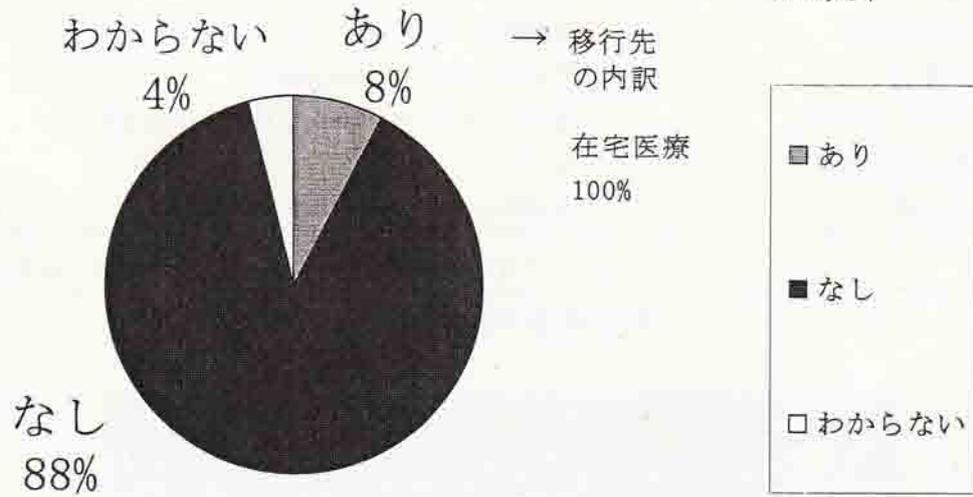
*全26人中2人は1ヶ月以内に退院予定（在宅）



H I E 10人の医療行為の合計点数 25点以上8人（うち30点以上8人）

1ヶ月以内の退院見通し

26人中



あり2人、なし23人、わからない1人

NICU等長期入院児の移行について

	長期入院 児総数 (1年以上)	現時点で最も望ましい療養・療育環境 (A)					
		上記の内、移行できる見込みの児童数 (B)					
		(A-B)					
		(1)引き 続き医療 機関の NICU等 に入院	(2)同じ病 院の小 児科病 床	(3)他病 院の小 児科病 床	(4)福祉 施設	(5)自宅	(6)その 他(リハビ リテーション 病院)
NICU	6	1	0	0	2	3	0
		0	0	0	0	1	0
		—	0		2	2	0
GCU	18	5	6	2	2	2	1
		0	0	0	0	1	0
		—	8		2	1	1
その他	2	0	0	1	1	0	0
		0	0	0	0	0	0
		—	1		1	0	0
計	26	6	6	3	5	5	1
		0	0	0	0	2	0
		—	9		5	3	1

小児科病床・準NICU・福祉施設等の状況

○小児科病床

- ・ 長期入院児 小児科病床のリハビリー病床。
- ・ 小児科病床では長期入院児は困難。施設や在宅までの入院等短期間の児が対象。

○準NICU及び後方病床の病床利用率の低い医療機関の状況について

- ・ 人工呼吸器未整備のため、重症児は受入れ不可。
- ・ 看護師不足のため、空床があっても状況により受け入れができない。
- ・ 医師不足のため、空床があっても受け入れができない。

○県内の福祉施設について

<重症心身障害児施設 県内9施設>

- | | | |
|----------------------|-----|-----|
| ・ こども医療センター重症心身障害児施設 | 入所 | 40 |
| ・ 七沢療育園 | 入所 | 40 |
| ・ 横浜療育医療センター | 入所 | 90 |
| ・ ソレイユ川崎 | 入所 | 100 |
| ・ 小さき花の園 | 入所 | 50 |
| ・ 相模原療育園 | 入所 | 60 |
| ・ 太陽の門 | 入所 | 50 |
| ・ 国立病院機構 神奈川病院 | 入所 | 80 |
| ・ サルビア | 入所 | 40 |
| | (計) | 550 |

(現状)

- ・ 県内5児童相談所の待機者 50～60名
- ・ 1施設年1～2名位の空きしかない。
- ・ 在宅患者優先で、医療機関の入院患者は後回しとなってしまう。
- ・ 医療的ケアは施設によりまちまちで、呼吸器の患者は特に受入困難である。

○ 県内NICU数の推移

H16. 9. 30	H17. 9. 30	H18. 9. 30	H19. 9. 30	H20. 10. 15
136	136	130	134	149