第16回医療計画の見直し等に関する検討会 資料

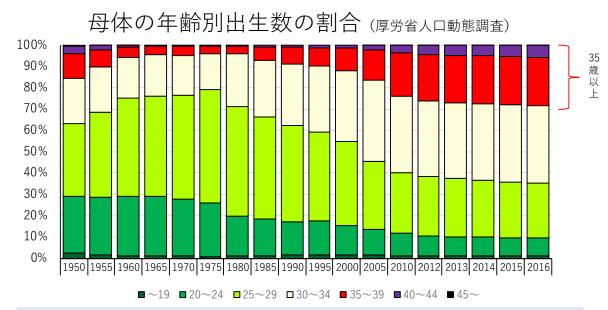
周産期医療の 医療計画の見直しに向けて

2019年11月

日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会 日本周產期·新生児医学会 高橋尚人

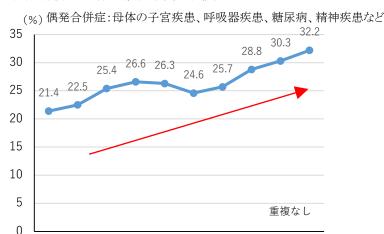
木村正 中井章人

近年の周産期の状況 ~ハイリスク妊産婦の割合増加~



母体の出産年齢の高齢化に伴う妊娠・出産リスクの増大 35歳以上の割合が3割近くに増加

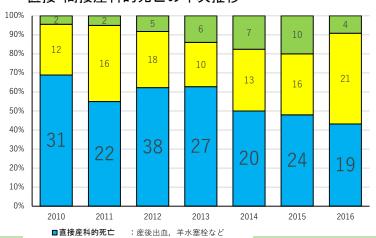
偶発合併症全体の頻度(年次推移)



2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 (年)

日本産科婦人科学会周産期登録2001~2010年単胎584,378例(日本医科大学 作成)

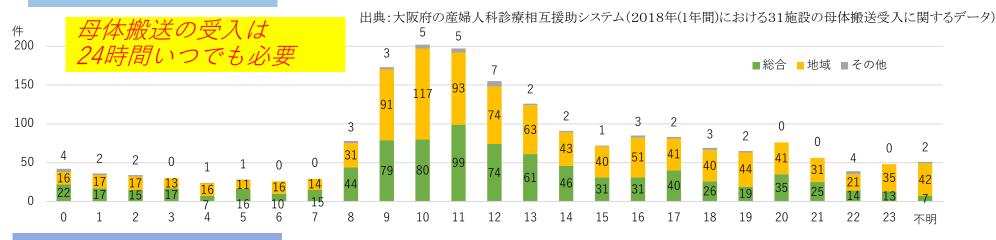
直接・間接産科的死亡の年次推移



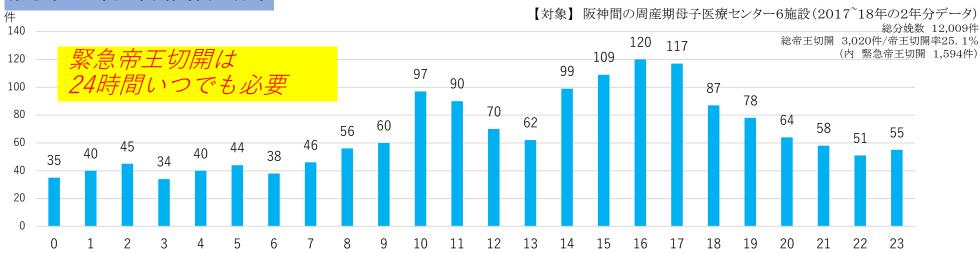
:脳出血,心・大血管疾患など

ハイリスク妊産婦への対応

母体搬送受入時間の分布



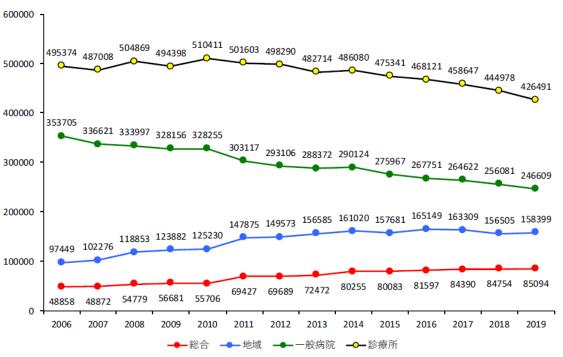




近年の周産期の状況 ~出生の場所~

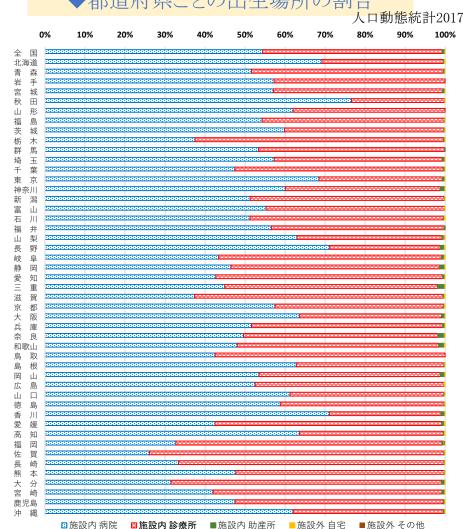
◆施設ごとの分娩取り扱い数の推移

施設ごとの分娩取り扱い数の推移



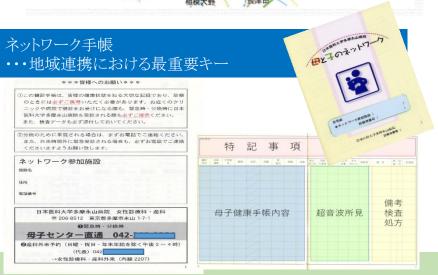
日本産婦人科医会施設情報調查2019

◆都道府県ごとの出生場所の割合



産科医療機関の連携の事例 ~リスク別に出産場所を設定~

マ南多摩地域における役割分担の例> 好産婦 日本医科大学多摩永山病院 にカイリスク に内管理 連携施設





産科医療機関の役割分担により、

- ・ローリスク分娩は連携施設に移行し、<u>ハイリスク分娩が集約され</u>、 ハイリスク分娩対象の分娩施設では帝王切開率が25%から45%に 増加した。
- ・100件程度あった母体搬送要請件数は70件程度まで減少した. ⇒現在の医療資源に大きな変更を加えず 新生児の安全に効果

新生児医療に関するデータベース ~予後改善のための体制構築~

新生児医療を担う学会や団体が、各種のデータベースを構築して、質の高い新生児医療を提供できるように努めてきた。

□ 周産期母子医療センターネットワークデータベース

- ➤ 平成16年厚労科研「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に 関する研究班により情報収集が開始され、平成24年以降は、日本新生児 成育医学会などのサポートを受けてNP0法人新生児臨床研究ネットワー クが運営。
- ➤ 全国の総合周産期母子医療センター・主要新生児医療施設に入院して 治療を受けた<u>在胎期間32週未満および出生体重1500g以下</u>の新生児を対 象としている。(2018年1月現在の参加施設数は192施設)



□ 新生児低体温登録事業

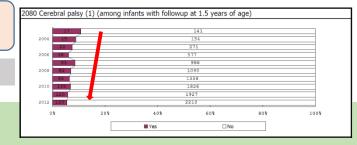
- ➤ 平成24年より新生児低体温療法登録事業(厚労省「周産期母子医療センターネットワーク:重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究班」が開始。)事務局が運営。
- → 中等症から重症の低酸素性虚血性脳症を発症した新生児を対象としている。(2017年3月現在の参加施設数は 167施設)

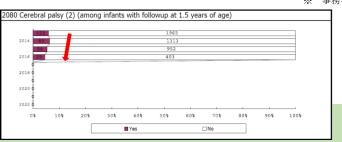


※ 事務手続きの事情があり登録数が減少

例えば、経年的な 予後の評価

脳性麻痺(1.5歳)





周産期医療に関する専門医の養成

□ 周産期・新生児医学会による周産期専門医

➤目的:<u>優れた知識と錬磨された技能</u>を備えた周産期医療の臨床医を社会に送ることにより,我が国の<u>妊産婦,胎児及び新生児がより高い水準の医学・医療の恩恵を受けることが可能となり,それによって社会の福祉に貢献する</u>こと。(周産期専門医制度規定より)

▶条件: (一部抜粋)

- ・ 基本学会である日本産科婦人科学会、日本小児科学会のいずれかの専門医である
- ・ 認定施設における3年間の研修を終了し、規則付則に定める臨床経験を持っている
- ▶認定施設の診療実績に関する要件
- ①周産期(新生児)専門医 過去5年間の実績が下記を満たす
- ②周産期(母体・胎児)専門医 過去5年間の実績が下記を満たす

- (1) 基幹認定施設
 - 1) 年間入院数: NICUへの入院患者数100名以上
 - 2) 年間症例数:超低出生体重児10例以上,極低出生体重児30例以上,N-CPAPを除く人工呼吸管理症例数30例以上
- (2) 指定認定施設
 - 1) 年間入院数: NICUへの入院患者数50名以上
 - 2) 年間症例数: N-CPAPを除く人工呼吸管理症例数10例以上
- (3) 新生児外科手術症例を扱う認定施設の特例 指定認定施設の診療実績を充たし、かつ過去5年間の年間新生 児外科手術症例数20例以上の施設は、基幹認定施設と認める

ことができる. # #########

超・極低出生体重児数や人工呼吸管理数は重視している事項



- (1) 基幹認定施設 年間の診療実績スコア*が下記のいずれかを充たすこと.
 - 1) 母体搬送受入数,母体搬送症例率のいずれかが2点以上でかっ合計12点以上であること.
 - 2) 母体搬送受入数,母体搬送症例率のいずれかが2点以上でかつ出産数の項目以外で4点である項目が1項目以上あること.
- (2) 指定認定施設 年間の診療実績スコアのうち母体搬送受入数,母体搬送症例 率のいずれかの項目が1点以上であり,かつ,合計6点以上で あること.

母体搬送の受入機能は重視している事項

	項目/点数	4	3	2	1	0
1.	出産	≧1,000	999-700	699-400	399-200	< 200
2-1.	母体搬送受入数	≥100	99-50	49-25	24-10	< 10
2-2.	母体搬送症例率(%)	≥10	9. 9-7. 5	7.4-5.0	4.9-2.5	< 2.5
3.	母体偶発合併症数	≥200	199-100	99-50	49-25	<25
4.	産科合併症数	≧700	699-400	399-200	199-100	< 100
5.	胎児異常症例数	≧30	29-20	19-10	9-5	< 5
6.	極低出生体重児	≧30	29-20	19-10	9-5	< 5
7.	. 日本産科婦人科学会周産期データ登録 有				無	
*:2	・項目について1年間の診	療実績を合計	する.			•

周産期医療の更なる質の向上に向けて~重篤な妊産婦の検証の例~

大阪府は2010年より最重症妊産婦受入施設を9カ所指定しており、<mark>産科と救命救急センターの連携</mark>で、メディカルコントロール体制での「赤1」や「赤2」に相当するような最重症妊産婦#の受入体制を整えている。その中で<u>妊産婦死亡に至った又は至っていた可能性が高いような重篤な妊産婦</u>についての事後検証も実施している。

消防法による「傷病者の搬送及び受入の実施基準」3-3による

重篤(赤1)及び重症(赤2)に該当する妊産婦とする。

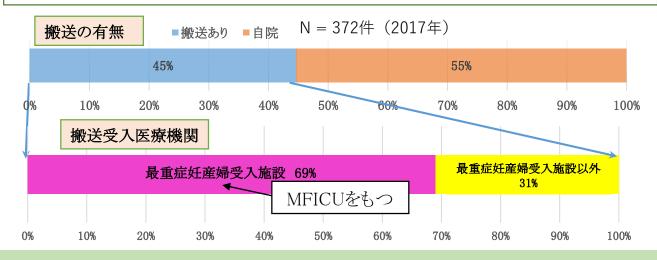
(2) 救急隊による救急搬送の場合

#最重症妊産婦の定義

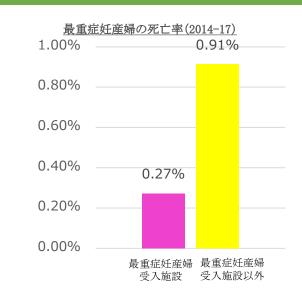
- (1)産科からの転院搬送の場合
 - ○母体心肺停止•意識消失症例
 - ○母体救命症例の例
 - 羊水塞栓症
 - 肺血栓症
 - 敗血症性ショック
 - 脳卒中症状(けいれん・高度頭痛・四肢麻痺・呂律障害)
 - HELLP症候群や肺水腫を合併した重症PIH
 - 高血圧緊急症(180/120mmHg以上)
 - 急性腎障害
 - shock index(SI)1.5以上の出血性ショック(輸血が必須)

最重症妊產婦受入施設

上記の定義に当てはまる最重症妊産婦を、周産期医療と救命救急医療の連携により受け入れることができるような、総合・地域周産期母子医療センターと救命救急センターの両方を備えている施設。(大阪府の要請による)



最重症妊産婦は周産期センターで救命センターと 共同で治療する方が救命率が高い :真の拠点施設が必要



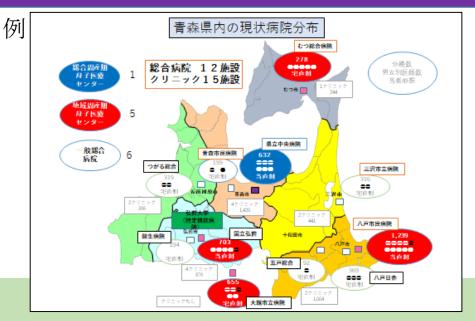
	最重症妊産婦 受入施設	最重症 妊産婦受入施 設以外
死亡数	2	8
最重症の数	735	875

周産期医療提供体制に関する、その他の取組状況①

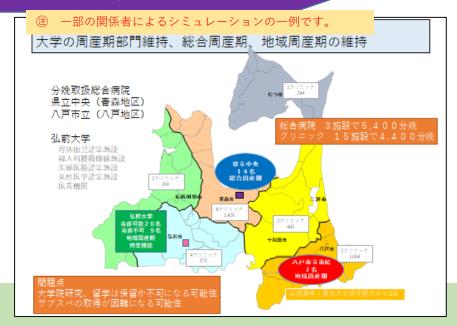
~日本産科婦人科学会の主な取組状況~

- 2005年 産婦人科医療提供体制検討委員会を設置
- 2007年~アクションプラン作成とその総括を毎年実施 (2009年 産婦人科医療体制改革委員会に名称変更)
- ✓ 一次医療機関のありかた、周産期センターの重点化など多岐にわたって検討するなかで、 徐々にではあるが一般病院⇒周産期センターへ医師・分娩の移動が起こってきた。
- ☑ 加えて、これまで一貫して産婦人科医を増やすことが安定した医療供給に必須であると考え、 年間500名の専攻医確保を目標に、毎年サマースクールを開催(2006年~)し、学生・初期研 修医にアピールしてきたが、現状は年間平均400名。
- 2019年 サステイナブル産婦人科医療供給体制確立委員会が継承 来る2024年に向けては、さらなる重点化・集約化は不可欠!?
- 医師が比較的多い地域では重点化 集約化がある程度可能?
- 医師が少ない地域やエリアが広い 地域では周産期医療供給の根本的変革 が必要?

日本産科婦人科学会と地域が、各地域の将来の体制についてのシミュレーションを共有し、協力して今後に向けた検討を行っていく







周産期医療提供体制に関する、その他の取組状況②

- ~日本周産期・新生児医学会の主な取組状況~
- ●2004年 周産期(新生児)専門医の研修を開始
- ●2007年 新生児蘇生法普及事業を開始 国際蘇生連絡委員会(ILCOR)の推奨に基づく蘇生法の普及 「全ての分娩に新生児蘇生法を習得したスタッフが立ち会う」ことを目指して
- ●2019年 周産期臨床研究コンソーシアムの設立 周産期領域の新しいエビデンスの確立

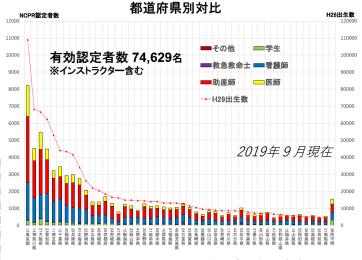
(産科・新生児共通)

- □ 出生数(分娩数)の低下から、たとえば超体出生体重児の数も減少する中、特に人口の少ない都道府県ではそれらのケースの診療を学ぶことも困難になりつつある。
- □ 周産期領域の指導者ともなることが期待されている周産期専門医の養成を担う学会として、 高い水準を維持できるようにしたいが、労働時間の縮減や医師の数が比較的少ない地域 での診療を考えると、効率的に専門的な医療を学べる環境が必要であり、時には都道府 県を越える必要がある。
 - ⇒ 周産期専門医について、将来の少子化も考慮したより良い持続可能な制度に向けて、現在、大幅な変更を検討中。

(新生児領域)

- □ いつ発生するか分からない新生児の異常に小児科医が関われる体制と、中長期的視野に立って、重症児に質の高い集学的な医療が提供できる体制の両立を目指す必要がある。
- □ 新生児科医のみでは新生児医療の全体制を構築できず、全ての小児科医は新生児の初期蘇生に習熟している必要がある。
 - ⇒ 新生児医療施設の体制や医師の勤務状況などを調査中の日本新生児成育医学会などとも連携して、将来の新生児医療提供体制に向けた検討を行っていく。

新生児蘇生法講習会 有効認定者数(職種別)/出生数



日本周産期・新生児医学会HPより引用

今後の医療計画の見直しに向けて

(1) 産科医療について

- ▶産科医療における<u>診療所と病院の連携</u>について、今後の医療提供体制の見直しには、<u>リスクに応じた医療機関の役割分担</u>と産科の緊急時の運用体制、そして人材交流などを含めて、各地で引きつづき検討が必要であり、各地域の学会や医会も協力していく。
- ▶重篤な妊産婦の受入について、これから求められる医療の質はより高まると考えられ、安全な医療を24時間体制で提供できるようにするためには、医療資源のある程度の集約は不可欠であり、都道府県を中心に議論を深める必要がある。 (ただし産科の状況は切迫しているため早急な検討が必要。麻酔科や救急科も含めた議論も必要。)
- ➤妊産婦死亡率や周産期死亡率以外にも、周産期医療の政策効果を評価できる指標について、第8次医療計画に向けて提案できるよう分析を続けていきたい。

(2) 新生児医療について

- ➤近年出生数は低下しているが、医療を要する新生児は必ず発生しており、<u>どの地域においても子ども達が新生児医療の恩恵を享受できるように</u>、今後も優れた知識と錬磨された技能を備えた臨床医により高い水準の新生児医療を提供することに、学会として努めていく。
- →一方で労働時間の縮減を実現するためには、今後は一定程度の集約化などを視野に新生児医療提供体制を考える必要があり、県ごと・地域ごとの実態を関係者と議論された上で、決めていく必要がある。(学会にも把握できない事情などがある)またその際には、小児科医の確保についても配慮を願う。

(3) 共通事項 (※資料はありませんが)

➤災害対策として、関係学会や団体のみでは対応できないことも多く、行政と連携するためには、今すすめられている災害時小児周産期リエゾンの養成を促進してもらうことを願う。都道府県によっては、研修を受けたが認定や災害時の対応などについて連絡がないという意見も聞くため、国からも積極的な後押しを願う。