

資料 2

平成20年12月 日

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書(案)

～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

第1 はじめに

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

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

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

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

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

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

第2 現状の問題点

1 救急医療担当医師の不足

(1) 産科医不足

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

(2) 新生児担当医不足

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

(3) 麻酔科医不足

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

(4) 救急医不足

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

2 救急医療施設の規模と診療体制の問題

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

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

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

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

3 地域内連携の問題

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

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

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

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

4 情報システムの問題

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

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

第3 基本的な方針（検討における大前提）

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

1 国の責務

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

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

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

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

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

2 地域の役割

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

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

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

3 医療現場の役割

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

4 国民、地域住民の協力

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

第4 周産期医療体制について

1 周産期救急医療体制

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

(1) 現状の把握及び情報公開

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

(2) 関係者間の連携

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

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

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

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

(3) 医療機関の受け入れ体制

1) 医療機関の機能のあり方

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

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

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

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

(周産期母子医療センターの分類例)

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

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

(注) MFICU：母体・胎児集中治療室

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

2) 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー

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

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

(診療実績の評価項目の例)

○母体について

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

○胎児・新生児について（新生児領域）

- ・ 1000g未満児の取扱数
- ・ 1500g未満児の取扱数

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

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

3) 地域におけるネットワークの構築

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

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

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

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

(国から都道府県へ通知すべき主な内容)

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

4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強

① NICU病床の確保

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

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

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

② 後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

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

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

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

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

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

詳細は、早急に研究班等において検討する。

③ 人的リソースの維持・拡充

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

以下の方針に沿って、早急に研究班等において詳細を検討する。

○医師の確保

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

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

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

○看護師・助産師の確保

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

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

○女性医師の復職支援

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

○救急隊員のスキルアップ

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

○メディカルクラークの配置

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

4 搬送システムの整備

(1) 病態に応じた搬送システム

新たに設置される協議の枠組みや学会等が協力して、以下の対応を検討する。

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

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

(2) 広域搬送システム

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

5 救急医療情報システムの整備

(1) 周産期救急情報システムの改良

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

(2) 搬送コーディネーターの役割

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

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

第5 地域住民の理解と協力の確保

1 地域住民への情報公開

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

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

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

(提供項目の例)

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

2 地域住民の啓発活動

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

緊急時の対処方法等について、地域が行う住民への啓発活動を支援する。

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

第6 対策の効果の検証と改善サイクルの構築

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

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

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

第7 おわりに

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

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