

平成21年 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、平成20年10月に東京都で起きた事例等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。周産期救急医療には母体・胎児の救急医療と新生児の救急医療があり、それぞれの特徴を明確に認識しつつ体制整備の検討を行うことが必要である。

日本の新生児死亡率はすでに1980年代から国際的に最もすぐれた成績に到達している（「人口動態統計」厚生労働省）。この成果は長年に亘る地域における新生児集中治療管理室（以下、「NICU」という。）の整備と、母体搬送・新生児搬送という施設間連携医療体制の普及によって得られたものである。中でも、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の出生数が急速に増加（10年前の約1.5倍に増加：厚生労働科学研究）している近年の悪条件にも関わらず新生児死亡率を低下させ続けているのは、我が国の新生児医療の力によるものであると言える。しかしながら、同時に、このハイリスク新生児の増加による新生児医療提供体制の不備も明らかとなってきた。現実に1年間に約4万人の疾病新生児・低出生体重児が新生児集中治療を必要とする等の需要の増大に対する対策が必要になっている。

一方、妊産婦死亡率（出産10万対）も戦後劇的に改善した。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。特に、施設分娩の普及や輸血体制の整備及び周産期医療対策事業の推進等の成果として、通常の産科疾患による死亡は著しく減少している（「人口動態統計」厚生労働省）。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。

周産期救急医療体制はこれまで医療機関相互の連携を中心に整備されてきた。また、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があり、周産期医療体制は従来より一般の救急医療とは別に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、都道府県が設置し現場関係者も参加する周産期医療協議会で総合的に計画され、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。それによって構築されてきた医療体制を維持・発展させることは今後も継続しなければならない。一方、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。また、産科救急患者の受け入れにはNICUの充実が必要であるが、近年、NICUの不足と新生児専門医の不足、担当スタッフの労働条件の悪化等により受入能力の低下が顕著になっている。妊婦の救急患者搬送体制の改善にあたっては、これらの問題も踏まえて検討する必要がある。

本懇談会では、前述した東京都の事例を検証し、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 周産期救急医療を担うスタッフの不足

(1) 産科医不足

東京都東部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、勤務が特に過酷な産科（周産期医療）に従事せず婦人科に専従する医師、あるいは出産や育児を機に離職又は

休職せざるを得ない女性医師の割合が増えている実情がある。早急な対策を講じなければ、今後、現場の産科医不足が更に悪化する可能性がある。

(2) 新生児医療担当医不足

新生児医療は急速に発達してきたが、その医療を担当する医師は絶対的に不足し、それが最適の周産期医療体制を構築するための障壁となっている。NICUは独立して当直体制または交代勤務体制を維持する必要があるが、十分な人数の新生児医療担当医を確保できていない施設が少なからず存在する。また、新生児科は標榜科として認められておらず、新生児医療の専門医養成を行う講座を有する大学医学部も数えるほどしかない。これまで新生児医療は小児科の一領域として発展してきたが、高度医療である新生児医療に対する需要が高まる中で、専門的に担当する医師を養成し、医療現場に供給する体制整備が必要である。

(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にもかかわらず、現在、麻酔科医は絶対的に不足している。周産期医療分野でも、麻酔科医不足は深刻で、帝王切開術の麻酔を産科医が施行することも少なくない。特に、予定手術よりも母児のリスクが高い緊急帝王切開術が多く実施される周産期母子医療センターにおいては、麻酔科医の確保が強く求められているが、現状では十分に対応できていない。

(4) 救急医療を担う医師の不足

救急科専門医は三次救急医療施設である救命救急センターと二次救急医療施設のごく一部で勤務しているものの、その絶対数は相当少ない。我が国の救急診療の多くは、急性心筋梗塞、脳血管障害及び外傷など急性疾患の種類に応じ、各診療科医師が一般診療との兼務により対応している実態がある。しかし、その医師達も過重労働、救急医療の高度化および医療訴訟に対する危惧から救急診療を敬遠する傾向にある。この結果、救急医療を担う医師の絶対数が不足している。

(5) 分娩を取り扱う助産師の不足

地域においては、合併症のない妊産婦及び新生児のケアを担う助産師が不足している。また、院内助産所・助産師外来の普及やハイリスク妊娠・出産の増加とともに、助産

師の保健指導等への関与がこれまで以上に必要となっている。

(6) 新生児医療を担う看護師の不足

新生児医療現場は常時3床当たり1名の看護師配置が求められるNICUと、常時8床当たり1名の看護師配置が求められるGCU(NICUに併設された回復期病室)から構成されている。新生児医療ニーズに比してNICUの絶対数が不足している地域では、NICUは恒常的に満床の状態にあり、NICUへの新規入院患児が出ると、NICUで管理している児をGCUに移して対応している実情がある。このためGCUにおいてNICUと同等の看護需要が生じ、全体として高度な新生児医療に対応できる看護職員が不足した状態で運営されている。一方で、NICUに空床がある場合でも、看護職員の配置ができずに縮小して運営している施設も存在する。

2 周産期医療機関の機能と相互連携の問題

周産期母子医療センターはハイリスク患者を多く取り扱うべく整備されてきたが、地域のニーズ増大に対して、妊産婦救急症例及び低出生体重児、疾病新生児の受入能力が不足している。この患者受入能力の不足は、1に記した医療スタッフの不足と受入可能病床の不足が主な原因である。特にNICUは恒常的に満床かそれに近い状態にあり、これが周産期救急患者の受け入れを困難にしている。

周産期母子医療センターにおける空床確保の困難に拍車をかけている要因として、周産期母子医療センター以外の施設でも対応可能な軽症例が周産期母子医療センターに搬送される傾向が強まっていることが挙げられる。これには、医師不足等により周産期母子医療センター以外の地域の中核病院の機能が低下していることに加えて、医療機関の過度のリスク回避行動及び患者の大病院志向が関与している。

さらに、初期の産科医療機関の減少により、地域によっては周産期母子医療センターに正常分娩が集中し、それがハイリスク患者のための空床確保を困難にしている。また、NICUが満床となる理由には、低出生体重児の出生増加によって、NICU需要が拡大していること、また、NICU退室後の重症児に対する支援体制が十分でないことなどから、NICUから退室できずに長期入院を続けている重症児が存在することなどもある。

一方、医療スタッフの不足は、必要な当直医師数の確保などを困難にし、当直医が一人の患者の診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。

これらのことが重なって、多くの地域で周産期母子医療センターがその機能を十分に果たせられない実情がある。総合周産期母子医療センターが一施設のみの地域においては、当該センターがかろうじてその機能を果たしている場合も多いが、総合周産期母子医療センターが複数存在する大都市では、多数の患者を複数の総合周産期母子医療センターで分担して受け入れる体制をとる必要があり、結果として搬送先の選定に時間を要する事例が発生している。また、ベッド不足や人員不足には地域間格差が存在し、地域内での患者受入能力が不十分な地域では隣接県の施設に依存せざるを得ない状況も存在する。特に、首都圏では県境を越えての搬送が常態化しており、より広域の連携の必要性も生じている。

3 周産期救急医療と一般救急医療の連携の問題

周産期医療体制は一般産科救急医療と胎児・新生児救急医療の範囲では、ほぼ自己完結的に対応することが可能で、特に新生児に関するネットワークは比較的順調に運用されてきた。一方、母体救命救急においては、一般救急医療及びその関連診療分野との連携が受入体制の確保のため極めて重要であるが、現状は十分な体制が確保されているとはいえない。周産期母子医療センター等に母体救命救急に対応可能な体制が併設されている施設においても、施設内での適切な連携体制が取られていない場合もあり、また、同一施設に一般産科救急と新生児救急のいずれかが存在せず、施設間連携が必要な地域においてはその連携体制が十分整備されていないところも存在する。

また、適切な対応を行うためには、初期、二次周産期医療機関において、個別症例ごとに、通常の周産期医療体制によって対応するか、母体救命救急症例として対応するかを判断する必要があるが、その判断基準について地域の医療機関と消防機関との間でコンセンサスが必ずしも形成されていない。

4 情報システムの問題

周産期救急情報システムは、情報の更新を各医療機関に依存しているために、緊急時に必ずしも有用でない場合がある。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。さらに、情報システムが都道府県ごとに別個

に運営されているため、閲覧できる受入可能な医療機関の情報が県内に限られてしまうため、県内の医療機関の受入能力が不足している地域では、搬送先の選定に困難を生じる場合がある。

また、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、一般救急のための救急医療情報システムと周産期救急情報システムがそれぞれ独立して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、母児両方に適切な医療を提供できる受入医療機関の選定を円滑に行えない場合がある。

5 妊産婦死亡の実態が不明

妊産婦死亡は、死亡診断書の記載時に、死亡と妊娠が関係づけられない場合には、統計上把握できない。間接死亡等の症例を含めれば、我が国の妊産婦死亡率は35%高い値になることが指摘されている（厚生労働科学研究）。妊産婦死亡に関するデータを、標準的診療の設定、医療体制の改善及び疾病予防に正しくフィードバックできるように、死亡診断書の記載内容のあり方を見直し、正確な妊産婦死亡の実態を把握する必要がある。

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、この領域における医療の「安全」と子を出産し育てることへの国民の「安心」と「希望」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、複雑な医療提供体制の中の一部であり、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、医療提供体制全体を捉えた上で、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。

医療提供体制は、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、国の力で負担を軽減させる方向で財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

2 地域の役割

医療提供体制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講じなければならない。地方自治体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。

特に地方自治体は周産期救急医療体制が抱えている問題を正しく認識し、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。

地方自治体は、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

医療機関の管理者は、周産期医療と救急医療の諸問題の重大さを認識し、その解決に向けて努力しなければならない。

医療機関においては、医療の高度化と専門化により診療科別あるいは臓器別の医療に流れがちであるが、救急医療では複数診療科の連携が不可欠であり、管理者は、産婦人科、小児科（新生児）、麻酔科、救急医療に関連する診療科及び救命救急センター等が協働して診療できる体制の構築に努める必要がある。

一方、医療従事者は、医療に関わる様々な問題について自らもその原因を抽出するとともに、国に対して情報を発信し解決を目指した提言を行うべきである。また、救急医療では各診療科に関わる医学的知識と診療行為が必要であり、周産期に生じる急性病態についても、各診療科が協力してデータを集積、分析し、研究を進めていく必要がある。

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、患者側からの視点による問題点の指摘や要望の発信を行うなど、周産期医療、救急医療の体制向上への国民の積極的な関与が期待される。

第4 周産期救急医療体制についての提言

上記前提を踏まえつつ、周産期救急患者（妊産婦救急及び胎児・新生児救急）の受け入れが迅速かつ円滑に行われる体制を構築し、それらの体制を国民に対して広く可視化し、もって国民の安心と安全を確保するため、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。それらの情報把握のあり方等については、総務省消防庁とも連携し、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と周産期医療担当の連携の更なる強化(平成21年1月1日に、救急・周産期医療等対策室を設置)に努める。併せて、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。また、都道府県も同様の連携体制の確保に努める。

医療現場においても、救急医療部門と周産期医療部門（妊産婦救急及び胎児・新生児救急）及びその関係部門（脳神経外科など）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。また、都道府県は、上記連携を強化して地域の実情に即した母体救命救急体制を整備するため、早急に検討の場を設ける。

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への対応に関し、平成19年12月26日に4局連名通知（医政発第12260006号、雇児発第1226004号、社援発第1226002号、保発第1226001号）が発出されたところであるが、その効果を検証するとともに、更なる有効な対策を検討する。

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 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制

(1) 医療機関の機能のあり方

冒頭に既述したように、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、これまで十分な体制整備がなされてこなかったことから、今後は、現在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、周産期医療対策事業の見直しを行う。

また、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、中長期的視点にたって周産期母子医療センターの指定基準を見直す。なお、各周産期母子医療センターは、現状で提供可能な診療機能を明示し、病態に応じた搬送先選定の迅速化に役立てる。

(周産期母子医療センターの分類例)

- ・ 総合周産期母子医療センター（母体・胎児・新生児型）
産科・MFICU・小児科（新生児）・NICU（小児外科・小児心臓外科）
救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等
- ・ 総合周産期母子医療センター（胎児・新生児型）
産科・MFICU・小児科（新生児）・NICU（小児外科・小児心臓外科）・麻酔科
- ・ 地域周産期母子医療センター（母体型）
産科・小児科（新生児）・救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等

上記の構想に沿っ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の配置を検討する。

なお、特に需要の多い都市部では、産科、小児科（新生児）、麻酔科、救急医療の関連診療科（脳神経外科、循環器内科、心臓外科など）を有し、救命救急センターを併設し、必要な設備及び人員を揃えた適正な規模の医療機関の整備を進める。この場合、24時間患者を受け入れる体制のため空床確保などが必要であるが、病院の運営上は不採算となる。それに対し、また、医療機関が積極的に救急患者の受け入れを行うためにも、

支援策を検討する。また、都道府県は、周産期母子医療センターの整備を進める際、地理的不均衡や機能的問題が生じないように適切に配置する。

(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

妊産婦の積極的な受け入れを推進するため、周産期母子医療センターに対して、周産期医療に関する診療実績を客観的に評価する仕組みの検討が必要である。

医師に対しては、産科医・新生児医療担当医だけでなく、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。また、人員確保が困難な周産期医療に携わる助産師、看護師等に対する適正な評価も検討する。

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推進するため、支援策を検討する。また、減少が続く初期・二次産科医療機関の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行う。

上記の支援策については、診療実績等の客観的な評価に基づき講じられるべきである。

(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、かつ、その活動が適切に評価される環境を整備するため、公務員である医師の兼業規程の運用を周知するとともに、その支援策を検討する。

(3) 地域におけるネットワーク

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り、この地域ネットワークの構築には、周産期医療に関わるすべての医療機関及び医療従事者、保健福祉施設及び担当者、地域の保健医療行政の担当者及び地域住民の協力が必要である。

① 初期対応と初期救急

- ・ 都道府県及び市町村は、それぞれの地域において、診療所・助産所を含む初期・二次の産婦人科医療機関による救急患者の初期対応と受入状況を把握する。
- ・ 初期対応・受入能力の低下している地域においては、二次医療機関は初期医療機関の協力を得て休日夜間の診療体制を強化し、必要に応じて輪番制の整備等を推進する。この場合、産科初期救急患者の多くを占める妊娠初期の異常は産科医療と婦人科医療に区別することが困難であることから、妊娠初期に症状を訴える患者に対しては、その鑑別にこだわらず、周産期初期救急として適切に対応する必要がある。
- ・ 初期対応のための周産期医療ネットワークについては、地域の需要や患者の利便性も考慮した体制を確保する。
- ・ 他の診療分野の救急医療体制との連携を図り、産科以外の合併症疾患等への対応も円滑に行われる体制とする。

② 高次医療機関の機能の強化と維持

- ・ 都道府県は、地域内のハイリスク患者の管理・治療が適切に行われるように、周産期母子医療センターの人員及び設備の強化を図る。
- ・ 都道府県及び地域の医療関係者は、救急患者に関わる医療情報システムを整備し、初期・二次及び三次の産科医療機関の間で、各医療機関の診療機能や受入状況等の情報の共有化を進めるとともに、その情報の有効活用を促進する。

- ・ 初期・二次の産科医療機関は、軽症及び中等症の患者への救急対応に関する相應の役割を分担し、総合周産期母子医療センターの重症救急患者の受入能力の確保に協力する。
 - ・ 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搬送する体制（戻り搬送）を促進する。
- 国及び都道府県は、上記の体制整備に対して必要な支援策を検討する。

（４）医療機関等におけるリソースの維持・増強

① N I C U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N I C Uの満床にあることから、その解消を図ることが重要である。

低出生体重児の増加及び長期医療を必要とする新生児の増加等によって、近年N I C U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N I C U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N I C Uの整備を進める。N I C Uの規模については、現状の人的資源、勤務者の労働条件、患者の利便性等を考慮して最適化を図り、設置にあたっては闇雲に分散させることは避ける。
- ・ 増床したN I C U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に努め、その対策として、例えば、新生児科の標榜や専門医の広告を認めることや、専門看護師や認定看護師の取得を推進する。

② 後方病床拡充とN I C Uに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

重度の呼吸障害等のため家庭に戻れずN I C Uに長期入院している重症児に対し、一人ひとり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、G C U、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。人員、設備ともに不十分な状況にある後方病床を整備し、N I C U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、N I C Uの有効利用を可能とする。

このため、G C Uや一般小児病床等への手厚い看護職員配置など対応能力の強化や地域の実情に応じて重症心身障害児施設等の後方病床の整備の支援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、地域における一時預かりサービスの充実や訪問看護ステーションの活用促進に向け、その整備への支援を進める。併せて、緊急入院やレスパイトケアに対応できる病床の確保も重要であり、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の支援が求められる。

また、患者ニードと地域の医療・福祉サービス等の支援の詳細を熟知しており、退院を支援する担当者（NICU入院児支援コーディネーター）を、総合周産期母子医療センター等に配置する。

このため、必要な支援策を検討する。

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、現場から離脱することが懸念される。それにより、医師不足、助産師不足、看護師不足や、初期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。このため、以下に掲げる方策について検討し、そのための支援策を検討する。

・医師の確保

周産期救急医療に従事する医師がやりがいを感じつつ勤務を継続できることが妊婦と新生児の生命を守ることに直結しているとの認識を持たなければならない。

産婦人科医に限らず、新生児医療担当医、麻酔科医、救急医などの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の医師の手当等に対する支援策を検討する。

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。そのためには、各医療機関が設定する定員数の増加が不可欠で、例えば、24時間集中治療を提供しているNICUでは、新生児医療担当医を7名以上確保することが理想である。麻酔科医についても機能に応じて各医療機関において必要な人員を定員化する必要がある。

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支援、新生児科の標榜や専門医の広告を認めること等が必要である。国及び都道府県は、大学や学会等が行う医師養成・確保事業への支援など、周産期医療を支える医師の確保・育成に取り組む必要がある。

・助産師の確保

診療所に勤務する助産師の確保や地域で妊産婦の保健指導を行う要員等としての助産師の確保が必要である。また、病院においては助産師による妊婦健康診査（助産師外来）や、チーム医療としての院内助産所を推進する必要がある。このためには、地域における助産師の確保や助産師の養成を推進するとともに、教育を充実させ助産師の資質の向上を図る必要がある。

約2万6千人いる潜在助産師の発掘や他科に勤務する助産師を産科に呼び戻すこと、また、助産師が充足している施設から不足している施設への出向を推進する体制を構築することなども確保策の一つである。

・看護師の確保

周産期医療に携わる看護師、特にNICUの看護師の不足を緩和するため、看護師が専門性を高め安全に看護に当たるための研修・教育の機会を確保することも重要である。特にNICUに関係する認定看護師の養成や訪問看護師の重症心身障害児等に対する看護研修の強化が必要である。

・女性医師の勤務継続支援

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・病後児保育の整備を促進するとともに、現存する種々の保育サービスの利用を支援する必要がある。また、短時間正規雇用や交代勤務制の導入等を進め、女性医師が継続して勤務できる環境を整備する。

・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、メディカルコントロール体制の下で、救急隊員と医療関係者の連携を強化する。

・医師事務作業補助者の配置

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、医師事務作業補助者を必要数配置する。

4 救急患者搬送体制の整備

(1) 母体搬送体制

母体搬送には、妊産婦救急のための搬送と胎児及び出生後の新生児の治療のための搬送がある。特に母体救命救急に対しては、病態に応じた搬送体制の整備が急がれ、以下の対応が求められる。

- ・ 専門家が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搬送基準を作成する。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記の基準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表する。
- ・ 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、周産期医療協議会、救急医療対策協議会やメディカルコントロール協議会といった医療関係者や消防関係者が集まる協議会等を活用し、周産期に関連する救急患者の受入先の選定、調整及び情報提供のあり方等を検討する。消防機関の搬送と病院前救護の質向上のためには、メディカルコントロール体制の確保が重要であり、メディカルコントロール協議会に周産期医療関係者も参画するなど、メディカルコントロール協議会においては周産期医療との連携に十分配慮する。
- ・ 都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、必要に応じて、重症患者に対応する医療機関を定める等、地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を検討し、実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。

(2) 新生児搬送体制

NICUのない施設や自宅で出生に至った低出生体重児などを搬送する新生児搬送体制についても整備を強化する。都道府県が主体となって新生児搬送や母体搬送に対応できるドクターカーを備え、併せて運転手、搬送担当医師及び看護師を確保する。その場合、ドクターカーの設置施設及び搬送の具体的な運用等については都道府県の周産期医療協議会で検討する。

(3) 広域搬送体制

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。関係する都道府県及び周産期母子医療センター、周産期救急情報システムの役割については周産期医療対策事業の見直しの中で、明確にする。

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搬送体制を検討する。

(4) 戻り搬送

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、状態が改善し搬送元医療機関での受入が可能になった時に、搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）を促進する。この時、病院及び家族の経済的負担を軽減するための対策等も検討する。

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。また、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、救急搬送を円滑に進めるために必要な体制整備を行う。
- ・ 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よう周産期救急情報システムを改良する。そのため、情報通信技術の活用を検討する。
- ・ 救急医療情報システムと周産期救急情報システムの統合また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。また、助産所からの緊急事案に対応するために、助産所からも直接アクセスできるシステムが望ましい。

- ・ 空床情報の入力や転院依頼などの諸業務を担当する医師事務作業補助者の充実を図る。また、戻り搬送を円滑に推進するためには、患者や家族に納得してもらえる十分なインフォームド・コンセントが必要で、それを担当する看護職員等の配置が望まれる。
- ・ 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、地域の中核医療機関又は情報センター等に配置する。搬送コーディネーターの職種と勤務場所は、地域の実情に応じて決める。その際、要員の候補として、周産期の実情に詳しい助産師等の活用を考慮する。

①搬送先照会・斡旋

搬送コーディネーターは、24時間体制で医療機関や消防からの依頼を受け、また一般市民からの相談にも応じつつ搬送先の照会斡旋を行う。

②情報収集

搬送コーディネーターが医療機関に働きかけ、各周産期母子医療センターの応需状況に関する情報を能動的に収集・更新する。

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）などを充実させて、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、詳細については今後検討を行う。

(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
- (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、救急車の適正利用、高次医療機関の役割、戻り搬送の必要性等への啓発を促し、それらの活動への助産師や保健師の積極的参画を推進する。これには、診療所の医師等も協力する。

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。

国及び都道府県は、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良サイクルの構築

都道府県は、メディカルコントロール協議会や消防機関等と協力して、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表する。

また、国は、都道府県と協力して、周産期医療のデータ（妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳幼児死亡率、上記死亡の各種疾患の内訳、死亡の場所、及びそれらの地域別実績など）を分析し、定期的に公表する。

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良を加える。

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、改良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、健やか親子21に謳う母子保健政策としての周産期医療提供体制の一層の強化に努めるとともに、周産期救急医療を一般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い、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。