

第3回 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 議事要旨（案）

●日時 11月25日（火） 18:00～20:10

●場所 厚生労働省5階 共用第7会議室

●出席者

岡井座長、杉本座長代理、阿真委員、有賀委員、池田委員、海野委員、大野委員、川上委員、木下委員、嘉山委員、田村委員、藤村委員、横田委員、岡本参考人、照井参考人（厚生労働省） 舩添大臣、渡辺副大臣、戸井田政務官、外口医政局長、村木雇用均等児童家庭局長（ほか

関係省庁） 総務省消防庁、文部科学省、経済産業省

●議事要旨

周産期医療と救急医療の確保と連携に関して、産科麻酔科医の現状と課題についてヒアリングを行った。また、今後の対策について、NICUや患者の視点について意見交換を行った。主な意見は以下のとおり。

麻酔医の確保について

- ハイリスク妊婦が増加しており、ハイリスク妊婦の麻酔ができる麻酔医の重要性が増している。産科救急患者を受け入れ体制を整備する上で、麻酔医の配置は重要である。
- 麻酔医のいる医療機関の方が、産科医が集まりやすいという実態がある。
- 麻酔医の配置を周産期母子医療センターの必須要件にしてしまうと、地域によっては周産期母子医療センターが維持できなくなる可能性があるため、現状では必須要件にしない方がよい。麻酔医の配置の有無が地域の医療機関からわかるようにすべきである。
- 麻酔医の確保のために、産科医と同様、処遇を改善する必要がある。

患者の視点からの対策について

- 周産期医療体制の立て直しのためには、両親、特に母親への啓発が重要である。日本における妊産婦死亡率は諸外国と比べて低く優れた成績をあげているが、死亡率は0ではなく、お産は100%安全というわけではないことを理解している母親は少ない。ハイリスク妊娠を減少させるには、お産は100%安全ではないという教育や、禁煙等のお産のリスクを軽減するための生活指導を徹底することが重要であり、母親学級などを活用すべきである。
- 日本では、大病院ではなく地域のかかりつけ産科医療機関を希望する妊婦も多いので、周産期母子医療センターと地域のかかりつけ産科医療機関との連携体制の構築がより重要である。
- 母親側が医師等から提供してほしい情報としては、子供の病気の内容や、緊急時の対処法があり、母親側が不安にならないためには、できるだけ詳しい説明を行うことが大切と思われる。
- 啓発については、学校教育の段階から見直すことも必要ではないか。

新生児医療（NICU、新生児科医）の確保について

- 救急患者の受入判断基準を作ることに賛同するが、新生児科医不足を改善しないまま、総合周産期母子医療センターで必ず受け入れるというルールにするのでは問題がある。新生児科医の確保も必要である。
- 医療訴訟等の影響により、通常の帝王切開が周産期母子医療センターに集中する傾向があり、周産期母子医療センターの病床が、重症ではない患者で満床になり受入を困難にしている。
- 1000g未満の超低出生体重児の増加、医療技術の進歩による予後の改善、人工呼吸が必要な症例の増加等により、長期の入院を要する新生児が数倍に増加しているため、NICUの必要病床数の基準を、2床/1000出生から約3床/1000出生に修正する必要がある。
- NICUの病床を増床するにあたっては、医師、看護師の確保対策も併せて行うことが必要である。また、障害児施設を含む後方病床の確保と円滑な転院ができるような体制整備が必要である。

- 現在のNICUの基準では、NICUに専従の新生児科医を配置することとなっているが、リスクの比較的低い新生児を受け持つ病院では、病院に小児科医がいれば、NICUに関する診療報酬上の加算の半分程度の診療報酬がつくような措置をお願いしたい。
- 新生児科の専任医師がひとりで対応している施設も存在するが、新生児科医が少数の施設では勤務環境の改善は困難となっている。勤務環境改善のためには1施設に7名程度の新生児科医を配置できるよう、集約化が必要である。

空床確保と地域での連携体制について

- 周産期医療体制については、地域によっては県境を越えた受入体制を検討する必要がある。
- 採算性の問題から正常分娩の妊婦を受け入れることで満床になっているという実態もある。救急患者を受け入れるためには空床の確保が重要であり、そのためには、空床補償の仕組みが必要である。
- ハイリスク分娩は周産期母子医療センターが、正常分娩は地域の産科医療機関が、それぞれ受け入れるよう機能分担を進めるべきである。周産期母子医療センターは、正常分娩の受け入れを制限して、救急患者を受け入れるための空床を確保すべき。
- 周産期母子医療センターにおける産科医の当直体制の充実が必要であるが、地域の産科医を活用するなど、地域の実情に応じた体制の整備が必要である。

短期目標として実現可能な対策について（骨子案）

1. 患者の病態と受入施設のマッチング

① 病態の分類（必要な対応・処置と緊急度）

- ・病態に応じた受入判断基準について実態を踏まえて検討
- ・患者の病態や医療機関の体制を踏まえ、医療機関ごとに救急患者の受入判断基準や他科との連携体制を構築

② 施設の機能による分類

- ・施設の診療機能を明示し関係者間で共有
- ・施設の診療機能に応じた受入判断基準や地域における役割分担の明確化
- ・救急患者受入のための空床確保とその補償の充実

③ 地域のネットワークの促進

- ・関係者間で顔が見える体制の整備を進めるため、地域の医師等を対象に、情報交換や事例検証のための場を設置
- ・必要に応じ、県境を越えた医療機関間のネットワークを構築

2. 情報の伝達及び効果的活用

① 救急医療機関の状況（病床数、人員）の伝達とその迅速化

- ・地域の実情に応じ、既存ネットワークの活用も含め、より良いシステムを検討
- ・医療機関の状況に応じた受入判断基準の策定

② 情報の統合、センター化

- ・地域の実情を踏まえつつ、救急医療情報システムと周産期救急情報システムとを統合・連携強化
- ・周産期救急情報システムは、かかりつけ産科医療機関と受入医療機関とが情報を共有できるシステムであることが望ましい

- ・地域によっては、県境を越えて共有できる情報システムも必要

③ 搬送先選定の迅速化（コーディネータの配置）

- ・ コーディネータを地域ごとに設置
- ・ コーディネータは必ずしも医師でなくともよいが、質の確保のため、地域医療に従事していた経験等の要件を設定

④ 患者側との情報交換

- ・ 母親に対する教育・指導の充実、助産師や保健師の活用
- ・ 緊急時の対処方法等について家族への啓発活動への支援
- ・ 積極的な情報提供の実施

3. 施設の機能充実と人員不足への対応

① 病床数の適正化（特に NICU の増床）

- ・ 未熟児の増加にも対応できるよう NICU 病床を確保
- ・ NICU に配置する医師、看護師の確保

② 勤務環境の改善

- ・ 産科医、新生児科医、麻酔科医の確保と勤務環境の改善が必要
- ・ 地域の開業医の活用と連携体制の構築
- ・ 重点化、集約化による体制の強化

③ コメディカル、メディカルクラークの活用

- ・ リスクの軽減に資する母親に対する教育・指導の充実
- ・ コーディネータとしての参画と必要な研修体制等の整備
- ・ 情報システムの入力や事務支援のための研修と積極的参画

4. その他