

# 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

## 第2回

日時：平成20年11月20日（木）18:00～20:00

場所：厚生労働省9階 省議室

## 議 事 次 第

### 議題

1. 地域の事例についてヒアリング
2. 今後の対策について議論

### 【配付資料】

資料1：第1回議事要旨（案）

資料2：今後の対策について（骨子案）

資料3：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 日本産科婦人科学会・日本救急医学会）

資料4：救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査について（結果概要）

資料5：周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について【速報値】

参考資料1：平成20年11月18日付け申入書

参考資料2：周産期医療システム整備指針

### ○各参考人からの提出資料

岡本喜代子 （社）日本助産師会副会長

迫井 正深 広島県健康福祉局長

佐藤 秀平 青森県立中央病院総合周産期母子医療センター  
母体胎児集中治療部部长

### ○各委員からの提出資料

（阿真委員、有賀委員、池田委員、海野委員、大野委員、嘉山委員、川上委員  
木下委員、杉本委員、田村委員、藤村委員、横田委員）

# 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

## 開催要綱

### 1. 趣旨

現在、周産期の救急医療体制の充実が全国的に非常に重要になっていることから、妊産婦が安心して子供を産み・育てることができるよう、早急に対策を講ずる必要がある。このため、周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討する。

### 2. 検討事項

- (1) 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- (2) 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み
- (3) その他

### 3. 構成員

厚生労働大臣及び構成員（別紙）で構成する。

### 4. 運営

- (1) 本会議の庶務は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と協力しつつ、同省医政局指導課で行う。
- (2) 議事は公開とする。
- (3) 本懇談会の構成員については、厚生労働大臣が委嘱する。

### 5. 検討スケジュール

12月中を目途に取りまとめ予定。

## 第1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5日（水） 18:00～19:45

●場所 厚生労働省9階 省議室

●出席者

構成員）岡井委員、杉本委員、阿真委員、有賀委員、池田委員、海野委員、大野委員、川上委員、嘉山委員、田村委員、藤村委員  
厚生労働省）舛添厚生労働大臣、戸井田大臣政務官、外口医政局長、村木雇用均等・児童家庭局長 ほか

●議事要旨

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する現状及び問題点について、意見交換を行った。現状及び問題点に関する主な意見は以下のとおり。

## 1) 周産期医療体制および周産期母子医療センターについて

- 日本の妊産婦死亡率は改善されてきており、日本は世界でも妊産婦死亡率の低い国である。最近では、通常の産科疾患による死亡は減少してきているが、脳血管障害などの間接原因による母体死亡はそれほど減っていない。今後、さらに妊産婦死亡率を改善するためには、間接要因による死亡率を減少させるための対策が必要である。
- 周産期医療対策事業では、周産期医療体制を確保するために産科と新生児科を中心にセンターを整備してきたが、近年では、ハイリスク妊娠の増加等により、合併症妊婦の救急患者にも対応する必要性が高まっており、周産期医療体制と救急医療体制との連携が重要性を増している。
- 現在の周産期母子医療センターの中には、胎児・新生児救急には対応できても合併症妊婦の救急患者には十分な対応のできない施設がある。
- 現行の搬送システムの問題点として、周産期母子医療センターでも、産科や新生児科の医師不足、NICUの不足が根底にあるため、地域によっては、産科医療機関等からの搬送が受け入れられない例が、実際には相当ある。
  
- 今回の事例の原因のひとつは当直医師が1名しかいなかったことである。産婦人科の医師数は減少しているが、産科をやめて婦人科に移る医師、あるいは女性医師の割合が増えているため、現場の産科医不足はさらに深刻である。
- 小児科の医師数は増えているが、1500g未満の低出生体重児等が以前よりも増加しており、小児救急や新生児医療を担当する医師は不足している。
  
- 全国でNICU病床が不足しているが、病床を増やすだけでなく、新生児医療を担う医師及び看護師を確保するための対策も必要である。
- NICUの後方病床（長期入院児を受入れる病床）も不足している。今後、どのように確保するかについて検討が必要である。

## 2) 救急医療体制との連携について

- 母体救急疾患では、母体の治療と胎児・新生児の診療とを同時に行う必要があり、一次・二次の医療施設は、まずは総合周産期母子医療センターに連絡することが現在の通例となっている。
- 現在の周産期母子医療センターの中には、産科、新生児科、救急、関連診療科（脳外科など）がそろっておらず、合併症妊婦の救急患者に十分に対応できない施設がある。
- 地区によっては隣県からも搬送患者を多く受け入れており、その地域の周産期医療体制の確保のためには、県を超えて協定を結ぶなど、広域での医療体制の確保を検討する必要がある。
- 周産期医療と救急医療の連携を強化するためには、診療科間の縦割りを解消し、母体救急に関係する医師が交流できる場の設定や関連する学会の共同研究などが望まれる。
- 救急医療体制は、それぞれの地域の特性を踏まえて検討する必要がある。
  
- 情報システムの整備指針については、システムの内容や伝達範囲等について基準が定められていないため、具体的な指針を検討する必要がある。
- 周産期母子医療センターの空床や診療に関する情報が、地域の開業医に提供されていない場合もある。地域において、空床や診療に関する情報を広く共有できるシステムを検討する必要がある。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムとの統合も検討する必要がある。

## 今後の対策について（骨子案）

### I 良好な実績を上げている地域の救急搬送体制の例示

### II 短期目標として実現可能な対策の検討

#### 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）
- ② 施設の機能による分類
- ③ 地域のネットワークの促進

#### 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
- ② 情報の統合、センター化
- ③ 搬送先選定の迅速化（コーディネーターの配置）

#### 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）
- ② 勤務環境の改善
- ③ パラメディカル、メディカルクラークの活用

#### 4. その他

平成 20 年 11 月 18 日

## 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

日本産科婦人科学会・日本救急医学会

- はじめに
  - 妊娠、分娩中に発生する重篤な母体合併症への対応については、各地域において分娩取扱施設と救命救急センターとの連携体制の整備が望ましいが、施設ごと、地域ごとの努力に任せられている。国および都道府県における周産期医療体制と救急医療体制の整備はこれまで基本的には別個に進んできており、「母体救命救急」症例への対応に関する明確な指針は示されていない現状がある。
  - このような現状をふまえ、母体救命救急医療体制に関する専門家の団体として、日本産科婦人科学会と日本救急医学会は、共同で作業部会を設置し検討を行ってきた。その結果、母体救命救急体制整備を行っていく際に特に検討が必要と考えられる事項について提言としてまとめたので報告する。
  - 本提言は、国、都道府県、地方自治体、医療機関、現場の医療スタッフ、一般の住民が、それぞれの立場でこの問題を考えていただくための材料を提供するものである。わが国の救急医療体制・周産期医療体制には他にも整備を必要としている多くの問題があるが、この提言はあくまでも、その中の一つの問題である母体救命救急体制整備のみを取り扱っている。全体としての体制整備も同時に必要であることは論を待たない
- 本提言の基本的な考え方：
  - 周産期救急医療を含め救急医療は地域医療であり政策医療である。適切な医療が提供可能な環境の整備は、各地域の住民の理解に基づいて、国及び地方自治体の責任で行われるべきである。
  - 周産期救急医療を含め救急医療の現場で、医療関係者はきわめて過酷な条件下での勤務を余儀なくされている。早急に勤務環境の整備と勤務実績に応じた処遇がなされる必要がある。過酷な勤務の現状を放置したまま、確実な救急対応のみを求めれば、医療スタッフはさらに疲弊し、現場からの急速な離脱が進行することになる。現状が既に到底持続可能な状態にないことを十分に認識した上で、施策が検討される必要がある。
  - 母体救命救急医療は周産期医療と救急医療の境界に位置している。縦割りの弊害は行政・学会・病院の各段階でこの問題に影響を与えている。その弊害を各段階で取り除き、効率のよい合理的なシステムの構築を行っていく必要がある。

- 周産期医療及び救急医療の状況は各地域でそれぞれ特徴をもっている。いずれの領域も人員の不足という大きな問題を抱えており、余力を持って対応するという状況にはない。各地域では、そのような自地域の特殊性を十分に考慮して、最適なシステムを構築する必要がある。本提言は各地域におけるそのような検討の枠組みを提供することを目的としている。
- 検討すべき課題：
  - 国及び都道府県における母体救急担当部署と責任体制の明確化
  - 救急医療体制整備の検討
    - 地域完結の原則と広域対応：救急医療は迅速な対応が求められる。各地域ではまず、地域完結をめざして、母体救急に対応する体制整備に努力する必要がある。しかし、地域の救急対応能力が限定され、しかも大きな地域格差がある現状を考慮すると、まれに発生する重症特殊救急病態を常に都道府県の枠内で対応することには無理があり、合理性に乏しい。ドクターヘリ等の搬送手段も含めた、広域連携の枠組み構築の検討を同時に緊急に進めていく必要がある。
    - 都道府県における周産期医療関係者と救急医療関係者の交流の促進
      - 都道府県および地域の救急医療体制（病院前救護も含む）の枠組みと周産期医療の関係を明確にし、必要な部分は一体化して合理的かつ効率的な体制とするために、救急医療関係者と周産期医療関係者に加えて地方行政・消防機関・医師会等の関係者をも含んだ合同の検討会―作業部会等を設置する。
    - 地域における周産期医療施設と救命救急センターの配置、連携に関する基礎調査
      - 周産期医療施設の配置
      - 救命救急センターの配置
      - 相互の連携の実績
        - ◇ 施設間連携システムの整備状況
        - ◇ 施設内連携の実情
        - ◇ 各医療機関における母体救急症例受入実績
      - 周産期及び救急医療情報センターの実態と相互連携実績
    - 周産期医療関係者と救急医療関係者の症例検討の実施
      - 検討対象となる症例の範囲の設定
        - 例) 母体の意識障害・コントロール困難な大量出血・ショック・その他、全身

状態が悪化し周産期センターでは対応できない症例等

- 母体救命救急症例の発生状況の調査
- 症例検討の実施 問題点、改善点の指摘← 両者で検討する
  - ◇ 症例発生時の対応
  - ◇ 施設内連携体制
  - ◇ 施設間連携体制
  
- 施設内連携を深める方策についての検討
  - 救命救急センターのある病院で総合周産期母子医療センターに指定されているところが 50 施設、地域周産期母子医療センターに認定されているところが 75 施設存在している。これらの施設において、施設内連携を深めることが、母体救急対応の効率化に直結すると考えられる。
  
- 救急医療の基盤を強化するための施策の遂行
  - 公務員医師の兼業禁止規定撤廃：重症患者に対しては医師の緊急的派遣が有効な場合がある。公務員医師の兼業禁止規定は、設立母体の異なる病院間の連携を抑制している。
  - 診療報酬上の問題の解決：周産期センターでいったん受け入れて入院した患者をその病院の救命救急センターに移して治療した場合、救命救急加算の対象とならない等の不合理な問題を解決することにより院内相互連携を深める必要がある。
  
- 都道府県における母体救急連携システムの立案→構築
  - 対策案：地域の実情に応じたシステムの構築をはかる。
    - ◇ 2次・3次医療圏ごとに連携システムを構築する。
    - ◇ 周産期医療情報センター及び救急医療情報センターの機能を強化し役割を明確化する。
    - ◇ 母体救急症例発生時の連絡体制を整備する。
      - 例)
        - 周産期医療機関ごとに母体救急症例の発生時に連絡する救命救急センターを定め、必要な情報交換を行っておく。
        - 各周産期母子医療センターは救命救急センターとの密接な連携を維持する。周産期医療機関は、症例発生時には総合周産期母子医療センターないし地域周産期母子医療センターを介して、救命救急センターとの連携をはかる。
    - 1次産科施設等から安易な受入依頼が救命救急センターに対しておこ

なわれないようにするための歯止めを検討する必要がある。

● 母体救急対応体制整備のために都道府県レベルで行うことが想定される作業手順

➤ 医療側	➤ 行政側
➤ 周産期医療側と救急医療側の交流の促進 ➤ 都道府県医師会・産婦人科医会・救急医会から医療機関に対して参加の呼びかけをおこなう	➤ 交流の場の確保 ➤ 都道府県の周産期医療協議会と救急医療対策協議会が、協力して母体救急体制整備に関する協議の枠組みを設定する。
➤ 周産期医療施設および救命救急センターの配置とその診療実績・能力に関する調査を行う。	
➤ 症例検討と対策の立案	➤ 検討の場の確保 ➤ 対策立案への参画(情報交換・搬送体制等)
➤ 地域連携システム構築に関する合意の形成 ➤ 地域の実情に応じたシステム整備に関する提言を行う ➤ 地域産科医療機関を対象とした母体救急症例への一次対応に関する研修の実施	➤ 地域連携システム構築のための問題点の検討 ➤ 地域連携システム構築の推進 ➤ 地域の実情に即した情報センターの設置と運営

以上

## 救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査について（結果概要）

平成 20 年 11 月 20 日  
医政局指導課

## 1. 目的等

本年 10 月に東京都において産科救急患者が死亡するという事案を受け、同年 10 月 27 日に、各都道府県に対し、周産期母子医療センターの診療体制等の確認と改善の検討を要請する通知を発出した。

当該要請の中で、周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用状況を確認し、必要があれば適切に改善することを検討することとしている。

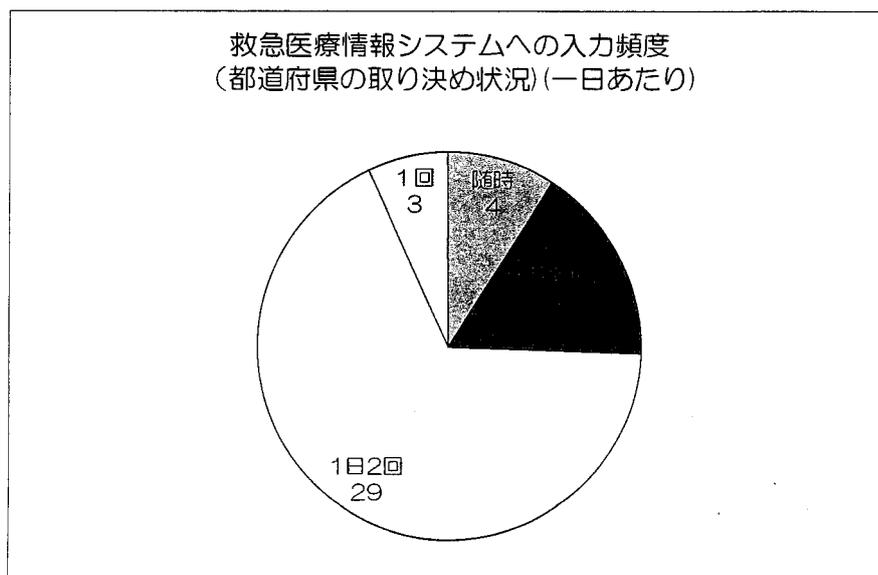
## 2. 結果（要点）

## (1) 救急医療情報システム導入状況

救急医療情報システムについては、現在 43 県（都道府を含む）が導入している。

## (2) 更新頻度

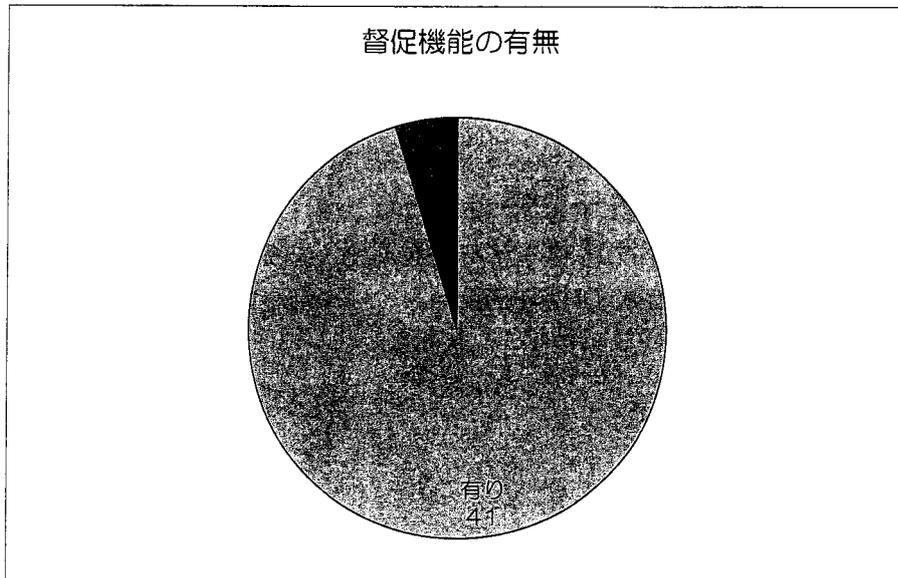
都道府県が医療機関に要請している救急医療情報システムの入力頻度については、「随時」が 4 県、「1日2回以上」が 7 県、「1日2回」が 29 県であり、大半が「1日2回」又はそれ以上を基準としている。



※「随時」とは、定時入力がなく、変更があればその都度入力しているもの

### (3) 督促状況

入力の督促状況については、「督促を行っている」が41県であり、その方法（複数回答）については、「救急医療情報センターの職員が行っている」が26県、「システムが自動的に行っている」が25県である。

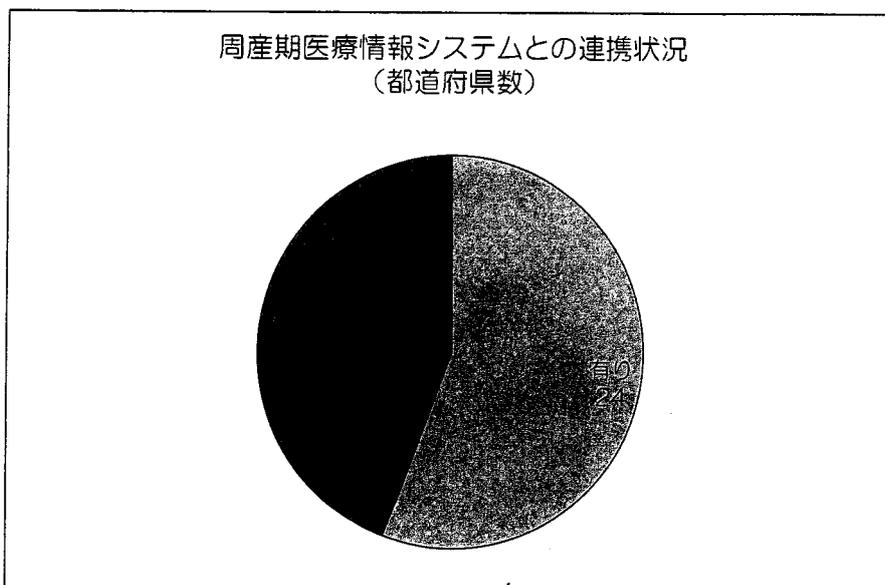


### (4) 更新頻度を高めるために行った具体的工夫（主なもの）

- ・ 時間内に更新がない場合、システムにより自動督促、さらに更新がない場合は職員が電話にて再度督促を行っている
- ・ 医師会報等を活用した入力更新の周知
- ・ 最新の状況を入力するように定期的に依頼、入力訓練の実施
- ・ 参加している医療機関に訪問して個別に要請
- ・ システムリニューアルにより、医療機関が入力しやすい画面構成・機能強化を図ったほか、専用端末を廃止して、全機能インターネット運用とし、どのパソコンや携帯電話からでも入力を可能とした
- ・ システムに自動督促機能を付加するとともに、医療機関が入力困難な場合は状況を聴取し代行入力を実施
- ・ 各医療機関の入力体制及び連絡網の整備（責任体制及び入力者の明確化）

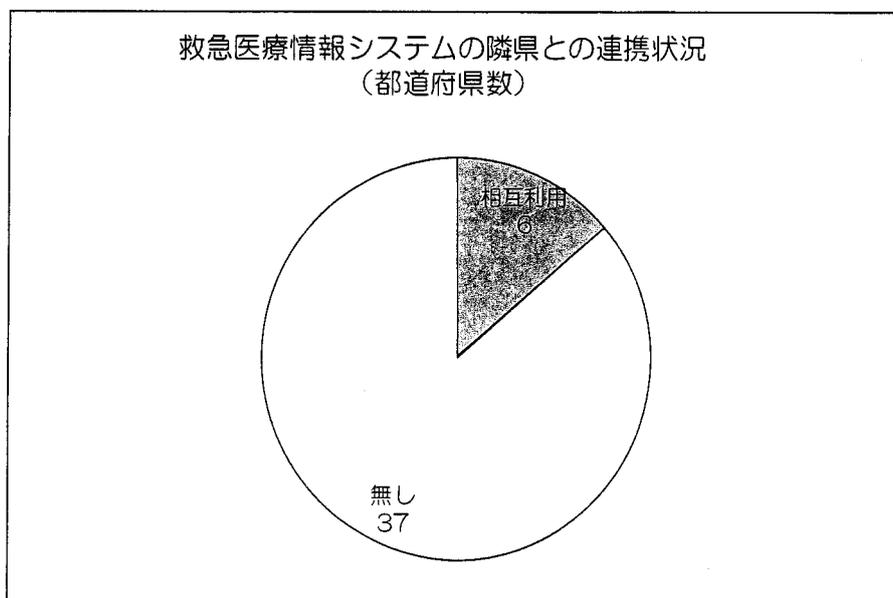
(5) 周産期医療情報システムが使用（閲覧）できるか

救急医療情報システムから周産期医療情報システムが使用（閲覧）できる  
ところは24県である。



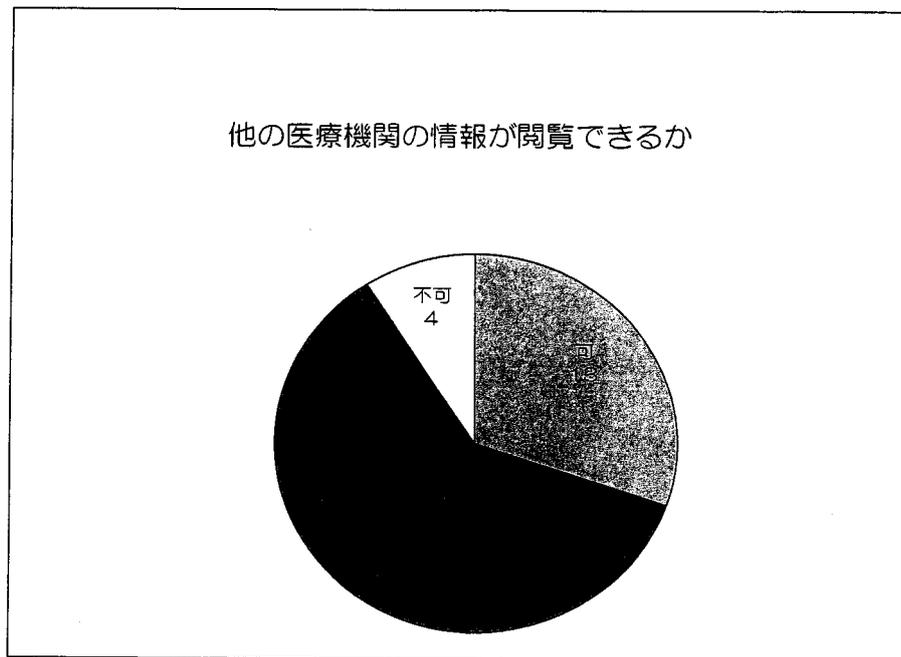
(6) 隣県の救急医療情報システムが使用（閲覧）できるか（隣接県との連携）

隣接県と「相互利用」しているところが6県である。



(7) 医療機関から情報が閲覧できるか

県内の医療機関が情報を閲覧できる場所は39県であり、そのうち、システム参加医療機関のみ可能であるところは26県である。



(8) 救急医療情報の提供体制において課題と考えている事項 (主なもの)

- ・ 医療機関の応需情報の入力率の向上
- ・ 本県のシステムは、医療機関において活用されているが、救急搬送を担う消防本部では主たる手段として活用されない。活用されていない理由等を分析した上で、有効活用されるシステムへの改良が課題
- ・ 情報の即時性を求めると、参加医療機関へより一層の協力を求めることになるが、医療機関の負担増につながるため困難であり今後の課題
- ・ 全ての近隣府県との情報システムのリンクが有効と考えているが、一部実施できていない
- ・ 隣県との情報共有、システムの連携
- ・ 最終的に救急搬送機関が搬送先医療機関を決定するにあたっては直接相互に電話等で確認を行う必要があることから、平時において、救急医療機関と救急搬送機関のヒューマンネットワーク構築が必要

周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について  
【速報値】

平成20年11月20日  
雇用均等・児童家庭局  
母子保健課

本調査は、平成20年10月27日付け通知に基づき、各都道府県の周産期医療ネットワークの実態等の把握を目的として実施したものである。（調査時点において周産期医療ネットワーク未整備2県を含め調査。）

今回の速報値は、都道府県から得られた回答を単純集計したものであり、今後、精査の過程によりデータが一部修正される可能性があることに留意されたい。

◎ 周産期医療ネットワーク関係

平成20年度の状況について、47の全都道府県担当者からの回答を集計したもの。

1 周産期医療協議会（20年度実施（予定も含む））

- (1) 全都道府県（47自治体）において、周産期医療協議会を設置済み。
- (2) 周産期医療協議会の開催回数は、平均1.8回/年。

2 NICU等の充足状況についての認識

- (1) NICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が23自治体、「不足している」が22自治体、「把握していない」が2自治体。
- (2) MFICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が28自治体、「不足している」が11自治体、「把握していない」が6自治体。（有効回答45自治体）

3 周産期医療関係者研修

- 全都道府県のうち、周産期医療関係者研修を開催しているのは43自治体。

4 周産期救急情報システム

- (1) 総合・地域周産期母子医療センター等の空床状況等の応需情報を提供するコンピュータシステムを設置しているのは37自治体。うち一般救急システムと連携しているのは17自治体。
- (2) 応需情報の更新頻度については、「リアルタイムでの更新」が4自治体、「概ね1日に2回更新」が7自治体、「概ね1日に1回更新」が20自治体、「医療

機関により異なる」が3自治体、「その他」が3自治体。

- ※ 「最終的には、送り側と受け側の医師同士の直接の対話（電話）が必要であり、情報システムの有用性はきわめて限局的」「受け入れられる医療機関が限られているため、システムを利用するより、直接電話で連絡した方が早い」「繁忙な医療機関において、応需情報をリアルタイムで入力するのは困難」といった意見もあった。

#### 5 周産期医療に係るコーディネーターの配置について

- (1) 全都道府県のうち、ハイリスク妊婦の搬送コーディネーターを配置しているのは6自治体。
- (2) 全都道府県のうち、ハイリスク新生児の搬送コーディネーターを配置しているのは3自治体。

#### 6 管内に複数の総合周産期母子医療センターが指定されている都道府県について

- 該当する都道府県は14自治体。うち、周産期医療の調整を行う基幹病院を定めているのは4自治体。

#### 7 他県との連携状況

- 県境地域の周産期の搬送体制について、他県と協議の場を持つなど連携を図っているのは12自治体。
- ※ 他県と連携していない自治体における主な理由は、「県外搬送の実績がない(少ない)」「県間では連携していないが、病院間の個別の連携により搬送・受入が行われている」などであった。

#### 8 助産所との連携について

- 管内に分娩を取扱う助産所が存在するのが39自治体。うち、周産期医療ネットワークに助産所を組み入れているのは、30自治体。

#### 9 現状の周産期ネットワークにおける問題点（主なもの）

- 産科、小児科の医師不足や看護師不足により、現状維持の確保に苦慮している。
- 地域の産科の減少により、正常分娩の妊婦までが、総合・地域周産期母子医療センターに集中している。
- 周産期医療情報システムにおいて、医師が入力を行っているため、多大な負担をかけていることから、入力を行う補助者を置くなど、環境整備が必要。

◎ 総合周産期母子医療センター

各センターからの回答を集計したもの。特に言及している項目以外は直近の状況。

(1) NICUについて

ア) 病床数 (有効回答75センター)

NICU病床数	6	9	12	15	18	20	21	30以上
センター数	4	30	20	6	3	1	6	5
割合 (%)	5.3	40.0	26.7	8.0	4.0	1.3	8.0	6.7

イ) 病床利用率 (有効回答74センター) (※19年度実績)

病床利用率 (%)	~70	~80	~90	~100
センター数	2	2	14	56
割合 (%)	2.7	2.7	18.9	75.7

ウ) 平均入院期間 (有効回答73センター) (※19年度実績)

平均入院期間 (日)	~20	~30	~40	~50	~60	~70
センター数	25	29	12	4	2	1
割合 (%)	34.2	39.7	16.4	5.5	2.7	1.4

エ) 後方病床数 (有効回答75センター)

後方病床数	~10	~20	~30	~40	41以上
センター数	8	30	30	4	3
割合 (%)	10.7	40.0	40.0	5.3	4.0

(2) MFICUについて

ア) 病床数 (有効回答75センター)

病床数	3	6	9	10	11	12	15
センター数	4	49	15	1	1	4	1
割合 (%)	5.3	65.3	20.0	1.3	1.3	5.3	1.3

イ) 病床利用率 (有効回答70センター) (※19年度実績)

病床利用率 (%)	~50	~60	~70	~80	~90	~100
センター数	8	6	9	8	22	17
割合 (%)	11.4	8.6	12.9	11.4	31.4	24.3

ウ) 後方病床数 (有効回答71センター)

後方病床数	～10	～20	～30	～40	～50	51以上
センター数	24	25	10	7	3	2
割合 (%)	33.8	35.2	14.1	9.9	4.2	2.8

(3) 搬送受入が出来なかった理由 (※19年度実績)

ア) 新生児搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、42センター / 有効回答70センター

うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった42センターの理由別センター数の割合 (複数回答)

理 由	N I C U満床	診察可能医師不在	その他
センター数	40	5	11
割合 (%)	95.2	11.9	26.2

イ) 母体搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、53センター / 有効回答74センター

うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった53センターの理由別センター数の割合 (複数回答)

理 由	N I C U満床	M F I C U満床	診察可能医師不在	その他
センター数	49	31	12	30
割合 (%)	92.5	58.5	22.6	56.6

(4) 夜間・土日の医師の当直体制

ア) 新生児科 (N I C U) の当直体制は、医師1人の施設が63センター、医師2人以上の施設が12センター (有効回答75センター)

イ) 産科 (M F I C U) の当直体制は、

- ・M F I C U 6床以下の53センターのうち、医師1人が39センター、医師2人以上が14センター
- ・M F I C U 7床以上の22センターのうち、医師1人が6センター、医師2人以上が16センター

(※ 土日の昼間が複数医師での勤務体制であっても、夜間当直が医師1人のセンターについては、医師1人当直として集計。)

(5) 救命救急センターの指定を受けているセンターは、53センター／有効回答75センター

※ 救命救急センターの指定を受けていない22センターについては、

ア) 脳血管障害合併症（疑いを含む）の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が14センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが8センター、

イ) 急性心疾患合併症（疑いを含む）の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が13センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが9センター、

ウ) 妊娠中の交通外傷など外傷患者に対し、自施設で対応可能な施設が15センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが7センター、

エ) 妊娠中のDIC、敗血症など急性かつ重症患者への対し、自施設で対応可能な施設が19センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが3センター、である。

(6) ドクターカーを保有しているセンターは、47センター／有効回答75センター

平成20年11月18日

厚生労働大臣

舛添要一殿

中 入 書

- 1、今回私どもの家族に起こった事態を、徹底的に検証してください。
- 2、検証作業を行うにあたっては、公正中立な外部の専門家による調査委員会を組織して、第三者の立場からの調査と検討を、徹底的に行ってください。
- 3、また、調査を行う際には、単に関係者から一通りの事情聴取をするだけにとどまらず、その背後にある構造的な要因に至るまで、徹底的な原因分析をしてください。

たとえば、仮に当直医が一人しかいなかったことが問題なのだとすれば、どうして一人しか確保できない体制になっていたのか、その根本的な原因と背景にまで遡って分析をしてください。

あるいは、今回の経緯の中で何らかの理由により患者の受け入れができなかった医療機関については、受け入れられなかった具体的な理由を確認するとともに、それを克服するためには本来どのような体制が必要であったのかを、具体的に検討してください。

- 4、そのうえで、分析結果については、広く国民に公表するとともに、必ず今後の政策に活かしてください。

以上

## 周産期医療システム整備指針

## 第1 総論的事項

## 1 周産期医療システム整備の趣旨

我が国の周産期医療は、病院及び診療所をはじめとする施設の整備、医師等の医療従事者の養成・確保などにより着実な進展をみ、今や乳児死亡率については、世界の最高水準にあるなど、大きな成果を上げている。また、近年の医療を取り巻く環境には、医学・医術の進歩による医療の高度化、コンピューター等に関する科学技術の急速な進歩と普及等大きな変化がみられる。

一方、我が国においては、産科分娩施設での人員配置や検査能力における施設間格差があり、また、平日と夜間及び休日との格差が大きいこと、未熟児出生の増加に伴い、新生児医療を担う専門施設の整備が急務となっていること、また、周産期医療の中でも、医師の管理下における母子の救急搬送や医療施設相互間の連携等情報の伝達が必ずしも十分でないこと、さらに医療施設の機能に応じた整備が不十分であることなど、周産期医療体制に多くの課題を抱えている。

このような状況の中で、地域においては、周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備することが要請されている。

このため、都道府県において、医療関係者等の協力のもとに、地域の実情に即しつつ、限られた資源を有効に生かし、将来を見据えた周産期医療システムの整備を図り、これに基づいて地域における周産期医療の効果的な提供を図るものである。

## 2 周産期医療システムの位置付け及び性格

- (1) 周産期医療システムは、母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条の2に規定する医療施設の整備の一環として位置付けられるものであり、都道府県において保健医療関係機関・団体の合意に基づき、周産期医療体制の基本的方向を定め、た上で整備するものである。
- (2) 周産期医療システムは、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、周産期に係る保健、医療の総合的なサービスの提供を行うものとして整備される必要がある。

## 3 周産期医療システム整備手順

## (1) 周産期医療協議会の設置

ア 都道府県は、周産期医療システムを整備するために周産期医療協議会を設置し、同協議会の意見を十分反映させる。

イ 周産期医療協議会は、周産期医療システムの整備及び推進上重要な関係を有する者を中心に構成されることが望ましく、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる周産期医療施設において周産期の診療を現に担当している医師、学識経験者、都道府県・市町村の代表等により構成することが適当である。

- ウ 周産期医療協議会は、周産期医療体制の内容及びその整備に必要な調査事項、周産期医療情報システム並びに周産期医療関係者の研修等、周産期医療体制の確立に必要な事項について協議する。
  - エ 周産期医療協議会については、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第11項に規定する都道府県医療審議会の専門部会として位置付けることを考慮するなど、都道府県医療対策協議会と密接な連携を図る。
- (2) 総合周産期母子医療センターの指定及び地域周産期母子医療センターの認定
- 都道府県は、本指針の各論的事項第2の1に定める施設、設備及び機能等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定し、地域周産期医療システムの整備を行う。また、本指針の各論的事項第2の2に定める施設、設備及び機能等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定し、都道府県における周産期医療システムの運営に協力を求める。
- (3) 周産期医療システム作成後の手続き
- 周産期医療システムの内容を定めたときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するものとする。
- (4) 他計画等との関係
- 周産期医療システムの整備については、医療法第30条の4に基づく医療計画の一部として位置付けることが望ましい。また、医療確保に関する事項を定めた他の計画との調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生その他周産期医療と密接に関連を有する施策との連携を図る必要がある。
- なお、周産期医療システムの基本的事項を医療計画の一部として位置付けようとする際には、これを受けた個別具体的な内容を別途定めることができる。

#### 4 周産期医療システムの整備にかかる調査分析

周産期医療システムの効果的な整備を促進するためには、地域における周産期医療に関連する病院、診療所及び助産所（以下、「地域周産期医療関連施設」という。）、マンパワーの状況、地域周産期医療関連施設の連携状況等を調査するとともに、同調査に基づき、体系的なシステム構築の在り方を研究、検討することが重要である。

このため、都道府県においては、周産期医療システムを整備するに当たり、次の事項について必要な調査、研究を行うものとする。

##### (1) 調査事項

###### ア 地域周産期医療関連施設

所在地、診療科目、診療設備（母体・胎児集中治療管理室、新生児集中治療管理室、ドクターカーの保有状況）、病床数、分娩数等の診療内容及び診療体制等

###### イ 周産期医療に係るマンパワーの状況

医師、薬剤師、助産師、保健師、看護師、准看護師等の数及び勤務体制等

###### ウ 地域周産期医療関連施設の連携状況

患者の紹介、病院の開放及び医療機器共同利用の状況、地域における関係団体の活動状況等

###### エ 周産期救急医療の実施状況

母体搬送、新生児搬送など周産期救急患者取扱数、救急車出動件数、救急患者搬送状況、救急医療情報システム等

オ その他、周産期医療システムの整備に関し必要な調査事項

## (2) 研究及び検討事項

ア 現在の周産期救急搬送体制（周産期におけるドクターカーの有効な利用体制を含む。）の問題点と地域の特殊性を考慮した搬送体制の確立

イ 周産期医療情報ネットワークの確立及び効果的活用方法、救急医療情報センターとの連携方法

ウ 地域周産期母子医療センター、地域周産期医療関連施設の医療従事者に対する効果的な研修体制、対象及び内容等

エ その他周産期医療の整備に関し必要な事項

## 5 周産期医療システムの推進に係る留意事項

### (1) 適切な推進体制の整備

周産期医療システムの推進に当たっては、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な裏付け等の条件整備に十分留意し、システムの内容が地域の実情に即して妥当なものとなるように配慮する。

### (2) 医療施設相互間の機能分担及び連携

地域周産期医療関連施設、地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センター相互間の緊密な連携を図ることにより、それぞれの施設の果たしている機能に応じ適切な医療が供給されるように配慮する。また、患者の重症度や回復状況等に応じ、適当な医療施設に患者が委ねられるように連携を図る。

### (3) 小児専門医療施設及び特定機能病院の役割

小児専門医療施設及び特定機能病院は、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及び関連各科との連携のもとに専門的医療を行い、必要に応じ医療法第30条の4第2項第11号に規定する区域（以下「3次医療圏」という。）を越えてこれを提供する。

## 6 医療計画における留意事項

医療法第30条の4第2項第10号に規定する区域（以下「2次医療圏」という。）における病院の病床数が、医療計画における定められた当該2次医療圏の必要病床数に既に達しているか、又は、当該申請に係る病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更によってこれを越えることとなると認められた場合、医療法第30条の11に規定する勧告の対象となる。

しかしながら、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における母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の病床は、その内容及び2次医療圏の状況によっては、医療法施行規則第30条の32の2第1項第3号の病床に該当する場合があります、この場合には必要病床数とみなすことができ、勧告の対象から除外される。

## 7 周産期医療システムの見直し

周産期医療システムについては、概ね5年後を目途として検討を加え、必要があると認める場合には、周産期医療体制の変更等所要の措置を講ずるものとする。

## 第二 各論的事項

### 1 周産期医療システムの一般的内容

周産期医療システムの整備内容として、以下の事項を定める。

- (1) 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の設置数、設置施設、診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者
- (2) 周産期医療情報センターの機能、情報収集・提供及び相談体制
- (3) 周産期医療にかかる研修体制、対象及び内容

### 2 周産期医療システムの具体的内容

#### (1) 総合周産期母子医療センター

##### ア 機能

- (ア) 総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設をいう。
- (イ) 同センターは、主として地域周産期医療関連施設からの搬送を受け入れるとともに、周産期医療システムの中核として地域周産期医療関連施設との連携を図る。
- (ウ) 同センターは、原則として周産期医療情報センターとしての機能を有するとともに、地域周産期医療関連施設の医療従事者に対する研修を行う。

##### イ 整備内容

##### (ア) 施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。

ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、3次医療圏に複数設置することができるものとする。

##### (イ) 診療科目

総合周産期母子医療センターは、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ものとする。

なお、総合周産期母子医療センターに小児外科を有しない場合には、小児外科を有する他の施設と緊密な連携を図るものとする。

##### (ウ) 設備等

総合周産期母子医療センターは、以下の設備を備えるものとする。

- a 母体・胎児集中治療管理室

- (a) 分娩監視装置
- (b) 呼吸循環監視装置
- (c) 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）
- (d) その他母体・胎児集中治療に必要な設備
- (e) 母体・胎児集中治療管理室は、必要に応じ個室とすること。

b 新生児集中治療管理室

- (a) 新生児用呼吸循環監視装置
- (b) 新生児用人工換気装置
- (c) 保育器
- (d) その他新生児集中治療に必要な設備

c 後方病室

母体・胎児集中治療管理室の後方病室（母体・胎児集中治療管理室において管理していたもののうち、軽快して管理の程度を緩めうる状態となった者及び同室にて管理を必要とする状態に移行することが予想されるものの現時点では管理の程度が緩やかでよい者並びに比較的リスクが低いか又は消失した妊婦、褥婦を収容する室を指す。以下同じ。）、及び新生児集中治療管理室の後方病室（新生児集中治療管理室より退出した児、及び点滴、酸素投与等の処置を必要とする児を収容する室を指す。以下同じ。）に必要な設備。

d ドクターカー

医師の監視のもとに母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療器械を搭載した周産期医療に利用しうるドクターカーを必要に応じ整備するものとする。

e 検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。

f 輸血の確保

血小板等成分輸血を含めた輸血の供給ルートを常に確保し、緊急時の大量使用に備えるものとする。

ウ 病床数

(ア) 母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の病床数は、都道府県の人口等に応じ総合周産期母子医療センターとしての適切な病床数を確保することを基本とし、母体・胎児集中治療管理室の病床数は6床以上、新生児集中管理室の病床数は9床以上（12床以上とすることが望ましい）とする。ただし、3次医療圏の人口が概ね100万人以下の場合にあっては、母体・胎児集中治療管理室の病床数は3床以上、新生児集中治療管理室の病床数は6床以上とする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取扱うものとする。

- a 母体・胎児集中治療管理室においては、これと同等の機能を有する陣痛室のベットを含めて数えることとして差し支えない。ただし、この場合、陣痛室のベットを含めない病床数は6床を下回ることができない。

- b 新生児集中治療管理室に係る病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について数えるものとする。
- (イ) 母体・胎児集中治療管理室の後方病室は、母体・胎児集中治療管理室の2倍以上の病床数を有することが望ましい。
- (ウ) 新生児集中治療管理室の後方病室は、新生児集中治療管理室の2倍以上の病床数を有することが望ましい。

#### エ 医療従事者

母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室は、24時間診療体制を適切に確保するために必要な以下の職員を確保することが望ましい。

- (ア) 母体・胎児集中治療管理室
  - a 24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあつては1名）の医師が勤務していること。
  - b 母体・胎児集中治療管理室の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。
- (イ) 新生児集中治療管理室
  - a 24時間体制で常時新生児を担当する医師が勤務していること。
  - b 常時3床に1名の看護師が勤務していること。
- (ウ) 新生児集中治療管理室の後方病室  
常時8床に1名の看護師が勤務していること。

#### (エ) 分娩室

助産師、看護師が病棟とは独立して勤務することを原則とする。

ただし、母体・胎児集中治療管理室の勤務を兼ねることは差し支えない。

#### オ 周産期医療情報センター

総合周産期母子医療センター等に、周産期医療情報センターを設置し、地域周産期母子医療センターと電話回線等により接続することにより、周産期医療システムの運営に必要な情報の収集を行うとともに、地域周産期医療関連施設、地域住民等に対する情報提供、相談等を行う。

なお、本システムで収集された情報のうち、周産期医療の状況把握に必要と認められる情報について項目を定め、定期的に収集するとともに、これを周産期医療協議会へ報告し、同協議会において協議の上、地域周産期医療関連施設等に公表するものとする。

#### (ア) 整備内容

##### a 周産期救急情報システム（必置）

周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況、病床の空床状況、手術、検査及び処置の可否、重症例の受入れ可能状況並びに搬送に出向く医師の存否等に関する情報を収集、提供する。

##### b 周産期医療情報システム

周産期救急情報システムに加え、産科及び新生児の医療に関する各種情報を収集整備し、地域における周産期医療のデータ解析、評価を行うシステムを整

備するよう努める。

(イ) 情報収集の方法

- a コンピューター等による収集（毎日定時及び随時必要なもの）
- b 電話、FAX等による収集（情報の変動が比較的少ないもの）

(ウ) 情報提供及び相談

地域周産期医療関連施設等に対し、以下の情報提供及び相談を行う。

- a 周産期医療に関する基礎的知識、最新の技術及び地域周産期医療関連施設から依頼された検査の結果
- b 適切な受け入れ施設の選定、確認及び回答等

カ 周産期医療関係者研修

都道府県は、総合周産期母子医療センターにおいて、地域周産期母子医療センター、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師及び准看護師に対し、周産期医療に必要な専門的・基礎的知識、技術を習得させるため、到達目標を定め、その研修を行う。

(ア) 目 標

- a 周産期医療に必要とされる基本的な知識、技術を習得させる。
- b 緊急を要する患者に対する的確な判断力及び高度な技術を習得させる。
- c 地域周産期母子医療センターの医師に対しては、最新の医学的技術を習得させる。

(イ) 研修の内容

a 産 科

- (a) 胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
- (b) 産科ショックとその対策
- (c) 妊産婦死亡とその防止対策
- (d) 帝王切開の問題点

b 新生児

- (a) 新生児蘇生法
- (b) 新生児の緊急手術
- (c) ハイリスク新生児の迅速な診断
- (d) 新生児管理の実際
- (e) 退院後の保健指導等

(2) 地域周産期母子医療センター

ア 機 能

(ア) 地域周産期母子医療センターとは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設をいう。

(イ) 同センターは、地域周産期医療関連施設と連携を図り、入院及び分娩に関する連絡調整を行うことが望ましい。

イ 整備内容

(ア) 施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター1か所に対して数か所の割合で設けるものとし、1つ又は複数の2次医療圏に1か所ないし必要に応じそれ以上設けることが望ましい。

(イ) 診療科目

産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連各科を有することが望ましい。

(ウ) 設備

a 産科には、緊急帝王切開術等高度な医療を提供することのできる施設及び以下の設備を備えることが望ましい。

- (a) 分娩監視装置
- (b) 超音波診断装置
- (c) 微量輸液装置
- (d) その他産科医療に必要な設備

b 小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える新生児集中治療管理室を設けることが望ましい。

- (a) 新生児用呼吸循環監視装置
- (b) 新生児用人工換気装置
- (c) 保育器
- (d) その他新生児集中治療に必要な設備

(エ) 医療従事者

以下の医療従事者を配置するよう努めることが望ましい。

- a 産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）は、それぞれ24時間体制を確保するために必要な職員
- b 産科については、帝王切開術が必要な場合30分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員
- c 新生児病室には、以下の職員
  - (a) 24時間体制で小児科を担当する医師が勤務していること。
  - (b) 新生児集中治療管理室には、常時3床に1名の看護師が勤務していること。
  - (c) 後方病室には、常時8床に1名の看護師が勤務していること。

ウ 連携機能

地域周産期母子医療センターは、産科に係る開放型病床を保有するなど、地域周産期医療関連施設との連携機能を有し、症例検討会等を開催することが望ましい。

# 岡本参考人 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）

# 助産所における周産期救急医療の確保と連携について

(社) 日本助産師会 岡本喜代子

分娩を取り扱う助産所の安全性確保のために、以下のような現状・課題があるが、日本助産師会では、以下のような様々な対策を講じ、改善に努めている。

## 1. 助産所の周産期医療ネットワークへの参画状況と望ましい方向性

平成 19 年 1 月の厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課の調査によると、周産期医療ネットワークに助産所を組み入れているのは、16 自治体 (34%) であった。47 自治体の内の 31 自治体 (66%) がまだ組み入れられていない現状がある。

本来、地域における周産期医療ネットワークの整備が、助産所にとっても、最も望ましい周産期救急医療体制であると考えます。未整備自治体における、早急な整備が望まれる。そして、そのネットワークシステムがスムーズに稼働すれば、医療法 19 条は、不要になるものと考えています。

## 2. 医療法改正後の嘱託医師・嘱託医療機関の確保状況と課題

平成 18 年 6 月 21 日付で公布された医療法改正は、助産所の分娩の安全性確保の観点から、第 6 条、第 19 条は画期的であり、助産所の質の向上に貢献する改革であった。

改正点として特に重要なのは、第 6 条関係の安全管理指針の作成の義務化及び第 19 条関係の嘱託医の産科医への特化・嘱託医療機関の確保の義務化である。

ただし、第 19 条は、将来的には、周産期医療ネットワークの全県整備により、そのネットワークシステムがスムーズに稼働すれば、不要になるものと考えています。

その意味では、過渡期の必要条項として、重要な役割を果たす改正であるといえる。また、無床の助産所は対象でないことも、課題として残されている。

嘱託医・嘱託医療機関の確保に際しては、厚生労働省をはじめ地方の行政や日本産婦人科医会・関係病院等はそれぞれの立場で協力を得て、平成 20 年 3 月 31 日迄に、分娩を取り扱う 266 ヶ所の全有床助産所の嘱託医師・嘱託医療機関の確保がなされた。しかしながら、嘱託医療機関に搬送する時は嘱託医の了承をとってこなければ受けられないなどという声も聞く。緊急の搬送の場合には直接嘱託医療機関に搬送してよいということを周知されるよう望みたい。

また、これを機に、嘱託医・嘱託医療機関との契約や約束処方に関して今まで口頭での約束が多かったが文書化が進行しお互いの理解に役立っている。

### 3. 日本助産師会の助産所の安全性確保のための取り組み

#### 1) 「助産所業務ガイドライン」の導入と見直し

素案は、平成13・14年度厚生労働科学研究「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」（主任研究者：青野敏博）で検討され、平成16年5月の通常総会において、「助産所業務ガイドライン」として、採択し、その遵守に努めている。

①助産所における分娩の適応症リスト、②正常分娩急変時のガイドライン（分娩中・産褥期発症）、③同（新生児期発症）を基盤とし、分娩対象者をリスク度により、次の3種類に分類している。①助産所での分娩対象者、②産婦人科医と相談の上、共同管理をすべき対象者、③産婦人科医が管理すべきものに分類している。今年度は、導入5年目を迎え、見直しを実施している。

#### 2) 安全対策委員会・安全対策室活動

平成15年度から、「安全対策委員会」を設置し、以下の5項目を主な活動の柱として活動している。①助産所の安全対策の推進、②助産所機能評価、③助産所における安全に関する実態把握、④会員の安全に関する質の保証としての研修会の企画・運営、⑤助産の安全に関する相談事業の推進。

また、リスクマネジメント研修会の企画・運営、助産所分娩の転院・異常報告の徹底等に取り組んでいる。

安全対策室は平成15年9月より、一般の方からの助産所や助産師へのクレームや助産師からの相談事に応じるために設置した。毎週金曜日の午前10時～16時に、専任の助産師が電話・来所等での相談に対応している。

#### 3) 助産所機能評価への取り組み

病院等が日本医療評価機構の病院機能評価の認証を受けるように、助産所も助産所機能評価を受けるべきであると考え、日本助産師会では、平成16年度に、助産所機能評価基準を作成し、3年間自己評価を実施した。また、平成19年度には、平成18年の医療法改正の動向をふまえ、安全性に特化した項目の機能評価を266カ所の全有床助産所の機能評価を実施した。平成21年度からは、この評価事業を第三者による評価として実施する方向でNPO法人「日本助産評価機構」に委ねた。

#### 4) 助産所責任保険・産科医療補償制度への加入推奨

分娩時に、どうしても避けられない医療事故に備えて、全助産所に日本助産師会の団体責任保険である助産所責任保険への加入を推奨している。

また、平成21年1月から産科医療補償制度が開始されるが、全助産所の加入をめざし、診断の根拠となる助産録等の記録類の正確な記載・保存に努めるよう会をあげて、指導を強化している。現在の加入率は、87%である。

#### 5) 助産師の資質維持、向上のための研修会の強化

開業助産師をはじめ、全助産師の診断・技術力を高めるために、様々な研修を企画・運営し、最も長期間な研修としては、1年間の「長期研修課程」、短期間の研修としては、3日間程度の救急対応強化・リスクマネジメント研修等で実践力の強化に努めている。

#### まとめ

助産所は、自然性、継続性を尊重したケアを妊産婦やその家族に提供していく役割を担っているが、最優先課題である出産の安全性確保の向上をめざし、自らより質の高いサービスを提供し続ける責務がある。

その安全性確保のために、最も望ましい周産期救急医療のシステムは、周産期医療ネットワークシステムである。しかし、助産所を取り込んだ自治体は16カ所に過ぎず、その整備は喫緊の課題である。全自治体における、早急な整備の実現を望んでいる。

しかし、その体制が整うまでの間は、医療法第19条の嘱託医師・嘱託医療機関の確保が当然必要である。ただし、無床助産所が第19条に包含されていないことは、今後の課題であろう。

日本助産師会は、開業助産師の多くが所属する助産師職能団体であり、今後とも分娩を取り扱う助産所の安全性確保を最優先課題として取り組む活動をしていきたいと考えている。

# 迫井参考人 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)

## 「広島県医療情報ネットワークシステム」の概要

### 救急医療情報ネット(S55～)

#### 情報内容

- 応需情報(救急搬送支援情報)  
救急搬送支援システム  
「こまっTEL」(H19～)
- 救急医療機関のデータベース
- 当番医情報

### 周産期医療情報ネット(H9～)

#### 情報内容

- 応需情報(周産期医療機関情報)
- 周産期医療機関のデータベース

平成20年11月20日

広島県

①

## 「救急医療・周産期医療情報ネット」運用の実情

### 【現状】

- 都市部(=広島市)救急医療における搬送先調整が課題。
- 都市部以外の救急医療及び周産期医療では搬送先が少なく、事実上、固定化。

### 【課題への対応】

- 都市部救急医療の経験を踏まえ、救急医療情報ネットを改善。  
⇒ ・項目の絞込みと入力手順の見直し  
・救急搬送支援システム「こまっTEL」の導入
- 周産期医療ネットは活用実績や効果に乏しく、見直しを検討中。

②

## 「救急医療情報ネット」の運用の見直し

### 【考え方】

- ・医療機関の入力作業の軽減
- ・情報の信頼性の向上
- ・救急隊の携帯電話から一斉受入要請を行う機能の付加

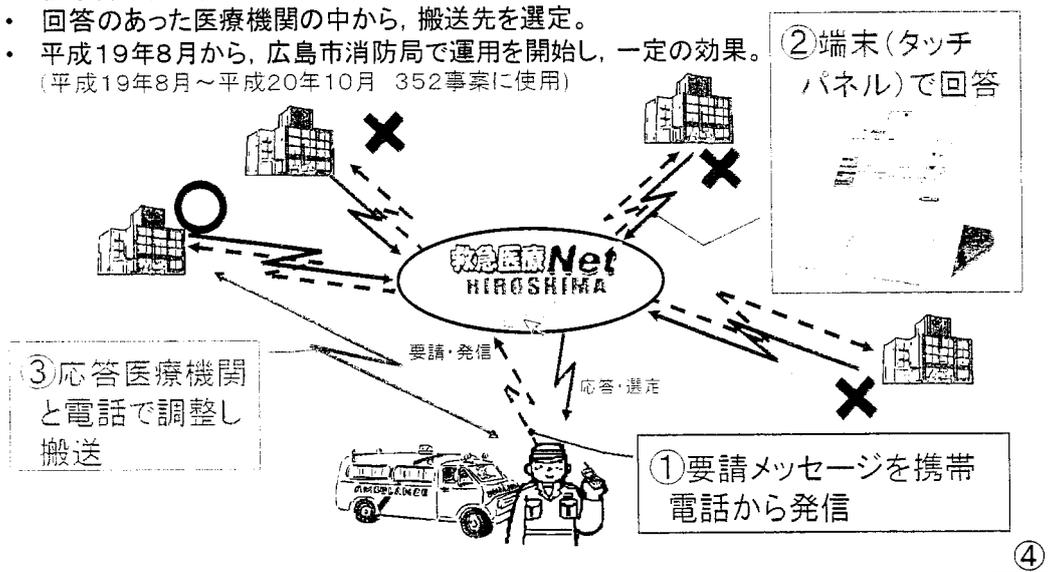
### 【システムの改善内容】

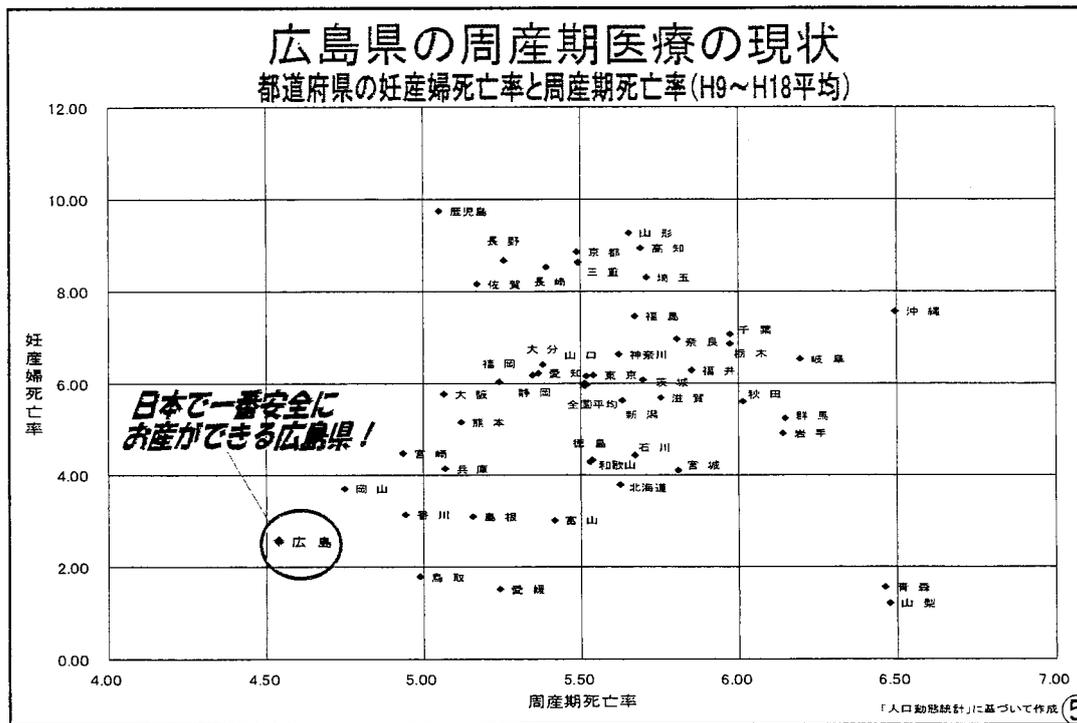
- ・医療機関の入力項目を48項目から救急搬送に即した18項目に
- ・医療機関の応需情報入力を1日2回(朝8:30と夕18:00) 予め設定した内容で自動更新(体制を変更した場合のみ手入力)
- ・専用端末をノートパソコンからタッチパネル式のフレッツフォンに
- ・救急搬送支援システム「こまっTEL」を付加(平成19年8月～)

③

## 救急搬送支援システム「こまっTEL」

- 携帯電話のメール機能を活用して、救急搬送先の迅速な選定をサポート
- ・救急隊が、現場から携帯電話を活用して複数の医療機関へ一斉に受入を要請。
- ・回答のあった医療機関の中から、搬送先を選定。
- ・平成19年8月から、広島市消防局で運用を開始し、一定の効果。  
(平成19年8月～平成20年10月 352事案に使用)





### 広島県の周産期医療従事医師は必ずしも多くない

医師・歯科医師・薬剤師調査 (平成18年12月31日現在)	産婦人科・産科 15~49歳女子人口10万対産婦 人科・産科従事医師数	小児科 15歳未満人口10万対小児科従 事医師数
鳥取県	60.5	263.9
徳島県	54.6	295.2
島根県	51.5	242.9
岡山県	45.6	222.9
香川県	45.3	164.7
山口県	42.0	160.8
愛媛県	41.8	142.3
高知県	41.6	187.0
広島県	39.2 全国29位	152.4 全国36位
全 国	38.7	177.9

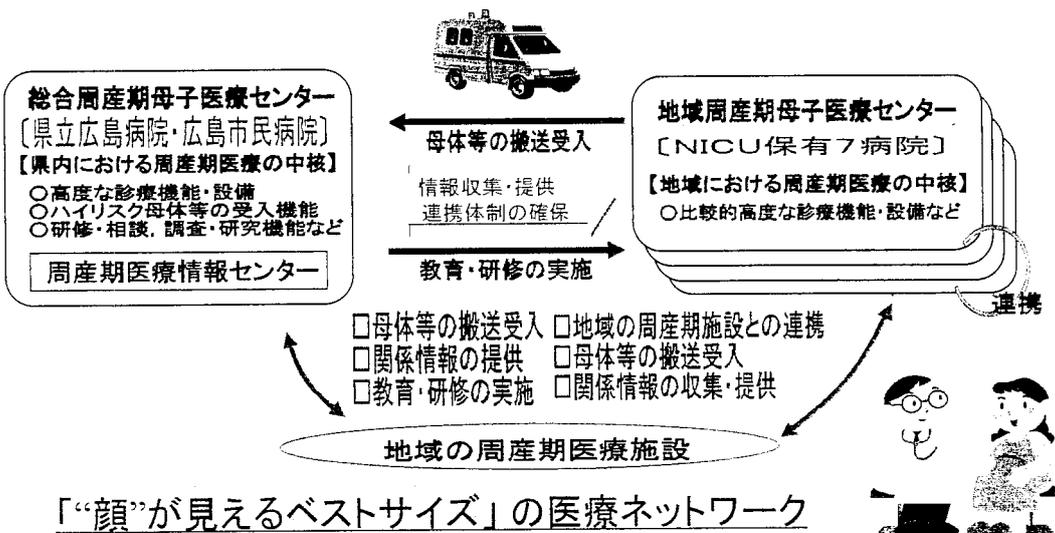
## 広島県・周産期医療のポイント

- 『最後の砦』の明確化  
2か所の「総合周産期母子医療センター」が最後の砦としての責任を果たす。
- 役割分担の徹底  
他の産科医療機関も、総合センターのバックアップを前提としてそれぞれの役割に専念している。
- 重点化・集約化の取組
  - ・ 医師不足等が顕著となる中で、中・長期的な視点から全県で方針を策定。
  - ・ 例えば呉圏域では、県・広島大学・呉地域保健対策協議会などが連携して、ハイリスク分娩を中心に取り扱う3病院を2病院に集約（平成20年4月～）。

広島県ではこれらを可能にする「“顔”が見えるベストサイズ」の医療ネットワークが構築されている。

⑦

## 「日本一安全なお産ができる広島県」



⑧

# 佐藤参考人 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）

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  
「青森県の現状と青森県総合周産期母子医療センターからの提言」  
平成20年11月20日

青森県立中央病院  
総合周産期母子医療センター長  
佐藤秀平

はじめに

青森県における周産期医療、とくに救急搬送をめぐるさまざまな問題の根本的な原因は、それに携わる産科医および新生児科医数の絶対的な不足にある。県内でお産を担当する産婦人科医は2008年8月現在85名と、昭和53年の半数に減少した。

さらに、周産期医療に特有な、あるいは青森県に特有な複合的な要因が、問題をさらに複雑化し、解決を困難にしている。

周産期に救急搬送を要する疾患は、大きくふたつに分けられる。大半は、早産をはじめとする周産期特有の救急疾患である。これは、総合周産期センターを中心とする周産期医療の枠組みの中で原則的に対応可能である。

もうひとつは、比較的まれではあるが、脳血管障害、心血管疾患、重症外傷など、原疾患が周産期以外の疾患である。この場合、母体の救急救命のため、周産期のみならず、脳外科、心臓血管外科なども含むチーム医療が必要となる。さらに、これらの疾患は、分娩中のみならず、分娩前、あるいは、分娩後にも発症しうることも、問題を複雑にする。

国による総合周産期母子医療センター整備指針には、脳外科、心臓血管外科についての取り決めがない。周産期における救急搬送の問題解決のため、周産期の救急システムと一般救急システムの連携が提案されている。連携は重要であるが、それ以前に、医師不足問題の解決が必須である。

青森県では、平成16年、青森県立中央病院内に総合周産期母子医療センターを開設し、当時全国最下位であった乳児死亡率の改善をめざすことになった。産科医も新生児医も危機的に足りない中、青森県独自の搬送システムを構築し、また、周産期医療を担う機関ごとの現状に配慮し、症例を振り分ける工夫により、人的資源の不足を補ってきた。

本稿では、1) 青森県で構築した周産期医療システムの概要、2) 青森県立中央病院内の総合周産期母子医療センターの現状と問題点を述べ、さらに3) 未来への提言につなげたい。

1 青森県で構築した周産期医療システムの概要

青森県においては、長年、新生児・乳児死亡率が全国平均より高く、その改善は急務であった。平成10年6月、県および弘前大学をはじめとする周産期医療機関が中心となり、「母体胎児新生児救急搬送マニュアル」を作成、同時に「青森県新生児死亡および母体死亡登録管理事業」を開始した。さらに、平成16年の総合周産期母子医療センター整備を機に、産科側と新生児科側が密に議論を重ね、総合周産期母子医療センターを中心とする「青森県周産期医療システム」を再構築した。

その要点を以下にまとめる。

(1) 「母体胎児新生児救急搬送マニュアル」の改訂および母体胎児共通搬送（紹介）用紙、新生児共通搬送（紹介）用紙の作成

(2) 周産期データの集約と「青森県周産期医療協議会」の設置

県内の母体胎児搬送、新生児搬送、新生児死亡および母体死亡のデータを、総合周産期母子医療センターに併設の「周産期医療情報室」に一括集約した。さらに、地域保健医療対策協議会周産期医療対策専門部会の中に青森県周産期医療協議会を設置し、周産期医療対策の検討を行うこととした。

青森県周産期医療協議会内の「情報調査小委員会」は、救急搬送統計と新生児・母体死亡統計にもとづき、それぞれの搬送や死亡例について匿名で問題点の検討を行い、毎年、検討結果報告書を作成する。これを県内の各周産期医療機関にフィードバックすると同時に、青森県の周産期医療の問題点を明らかにする。

(3) 搬送紹介システムの整備

搬送する側（搬送元）と搬送を受け入れる側（搬送先）のそれぞれの施設が県内の搬送受け入れ状況を共通認識し、空床状況、人手などの周産期医療資源を一望できるようにする目的で、「青森県広域災害救急医療情報システム」のホームページ内に「周産期医療情報システム」を設置した。県内の周産期医療機関は、IDとパスワードを用いてシステムにアクセスすることができる。また、ファックスによる閲覧も可能である。

搬送先、すなわち総合周産期母子医療センター（三次施設）および地域周産期母子医療センター（二次施設）は空床情報や院内の状況に変更があるつど、入力する。受け入れ可能状況は◎○△×の4段階方式で示し、人手などの医療資源の不足、特殊事情などは、コメント欄に追加記載する。

情報の更新は、基本的に各施設の自主性と責任に任せることとした。なぜなら、受け入れ可否の判断は現場の医師でなければ困難であるが、刻々と変化する状況を常時迅速に更新することは不可能である。ただし、数日間更新がない場合、周産期医療情報室から各施設に情報更新をお願いする。

実際の搬送においては、搬送元は周産期医療情報システムを通じて搬送先を選定し、電話で受け入れを打診する。また、搬送元が搬送先の選定を迷う場合、総合周産期母子医療センターが相談窓口となり、適切な搬送先を誘導する。

なお、青森県との県境に位置する他県の施設に対してもIDとパスワードを提供

し、周産期医療情報システムの閲覧を可能にしている。県内症例を優先するため全例の引き受けはできていないが、他県からも年間数件の搬送を引き受けている。

#### (4) インターネット上の掲示板の設置

搬送元と搬送先双方が幅広い情報を共有し、議論するための掲示板をインターネット上に設置した。そこでは、空床情報のみならず、各施設の診療体制や担当医の変更、搬送や治療方法に関する相談や議論などが書き込まれ、医師間のコミュニケーションツールとしても機能し、共通の理解の上での搬送依頼が可能となった。

#### (5) 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターとの診療連携

総合周産期母子医療センターは、県の周産期医療において最も医療資源が集約されている施設であるが、とはいえ、その医療資源には限界があり、すべての搬送症例を受け入れることはできない。

総合周産期母子医療センターのもっとも重要な機能は、地域周産期母子医療センターで受け入れが困難な重症症例をすみやかに受け入れることである。けれども、いつ発生するかわからない重症患者の搬送を受け入れるために常に空床を作っておくことは、限られた医療資源の効率的な運用の妨げとなる。

そこで、青森県内の重症症例の多くを総合周産期母子医療センターに集約することを目的として、以下の振り分けを行っている。

早産については、妊娠28週から30週未満で娩出となる可能性の高い症例を優先して総合周産期母子医療センターで受け入れ、それ以上の週数は地域周産期母子医療センターに搬送する。ただし、地域周産期母子医療センターの人手などの状況次第で、30週以降であっても総合周産期母子医療センターが受け入れるなど臨機応変に対応する。そのほかの周産期特有の疾患についても、総合周産期母子医療センターは、地域周産期母子医療センターで対応不可能なものを優先して引き受ける。

総合周産期母子医療センターでの治療を終了し、二次あるいは一次の施設での管理が可能になった症例は、母体あるいは新生児ともに、居住地近い施設に医師同乗の救急車などによる逆搬送を積極的に行っている。

脳外科的疾患や心血管外科的疾患など、周産期以外の原疾患への対応は、国による総合周産期母子医療センター整備指針には取り決めがない。青森県では、これを県のマニュアルに追加した。総合周産期センターが設置されている青森県立中央病院の対応科の診療能力、医療資源の状況にかんがみ、脳外科疾患は総合周産期センターで管理し、心血管疾患は大学病院で管理するなど、疾患ごとにルールを作り、搬送先を決定する。

## 2 青森県の総合周産期母子医療センターの現状と問題点

### (1) 産婦人科

まず、人員について述べる。

現在、常勤産婦人科医6名（男性2名、女性4名）が在籍している。うちわけは、センター長1名（筆者佐藤、日本産科婦人科学会指導医・男性）、産婦人科部長1名（日本産科婦人科学会専門医・女性、子育て中）、日本産科婦人科学会専門医2名（男性1名、女性1名）、後期研修医2名（いずれも女性）である。このほか、産婦人科専門医1名（女性）が、育児休暇後、家庭の事情で復職ができないまま、長期休職中である。また、後期研修医のうち1名は自治医科大学の卒業生であり、来年度からは地域の診療所に勤務するため退職予定である。したがって、来年度は常勤5名での診療体制も予想される。

国の整備指針は複数の当直医を置くことが望ましいとしているが、現在の医師数でその実現は不可能であり、当直医は1名である。さらに、後期研修医1名で当直を務めることもある。そこで、当直医のほか、常勤医1名が自宅でオンコール待機を務める。また、センター長（筆者）の自宅は、センターから自家用車で1時間の弘前市内にあるが、病院敷地内の单身寮に家族と離れて居住している。このため、センター長は呼び出し後5分以内にセンターに到着できる。このような体制により、複数当直に相当する診療を維持している。

なお、当直手当は2万円で、オンコール待機者が呼び出された場合は時間給で手当が支払われるが、オンコール待機に対する手当はない。また、部長職以上は管理者であるため、呼び出しに対する手当はない。

次に業務内容について述べる。

国の整備指針は、周産期産科部門に専任医師を配置することを義務づけている。しかし、産婦人科医、とくに周産期を専門とする医師の減少が著しい青森県では、産科業務と婦人科業務を別々の医師が担当することは不可能である。さらに、当院は、がん診療拠点病院にも指定されているため、婦人科腫瘍患者も多数紹介受診する。その結果、婦人科腫瘍の手術数も多く、婦人科病棟は、常に病床数を超える入院を受け入れ、満床である。また、県内の婦人科救急受け入れ施設は限られており、子宮外妊娠、卵巣嚢腫茎捻転などの婦人科の救急疾患も遠方より当院に搬送される。この緊急手術にも対応している。

将来産科に進むにせよ、婦人科に進むにせよ、若い産婦人科医にとって、産科と婦人科の両者をバランスよく研修することは重要である。さらに、婦人科手術の経験は、産婦人科救急医療、とくに産科出血の際に必要な止血技術の習得のため有用である。けれども、現在のように体力、気力ともにぎりぎりの状態で働いている現場にあって、同一の、かつ、限られた産婦人科医が、産科、婦人科ともに重症の患者を主体とした診療体制を担わなければならない体制は、ときに個々の産婦人科医の限界を超え、重大な事故につながりかねない。

たとえば、夜間、重症妊婦の搬送を受け入れたとする。当直医とオンコール医、および、重症度によっては、3人目の医師も、当日の通常勤務後、夜間帯の搬送受け入れに従事する。さらに仮眠を取ることもできないまま、翌日の外来診療およ

び婦人科悪性腫瘍の長時間の手術を担当する可能性もある。そして、これらを確実にやり、結果を出すことが求められている。これが私たちの日常である。

昨年は、母体搬送受入数 101 件、分娩数 435 件、うち帝王切開数 125 件（帝王切開率 28%）、婦人科悪性腫瘍の手術数 80 件、良性腫瘍の手術数 200 件以上、子宮外妊娠などによる婦人科の緊急手術数 39 件であった。

上記のような勤務状態および業務内容であり、筆者自身も現在のような勤務をいつまで続けることができるか定かではなく、現体制のまま、今後長期的に現在の診療を維持することは不可能である。したがって、産科救急医療体制のみならず、婦人科救急医療体制の整備も必要である。

## (2) 新生児科（新生児集中治療管理部：NICU）

新生児の受け入れを担当するNICUは、産科と並び総合周産期センターの要である。常勤医 5 名が在籍していた時期もあったが、来年度は 4 名に減ずる予定である。今後、部長の出身大学であり、かつての派遣元である札幌医科大学から医師派遣の見込みはなく、人員的にきわめて厳しい状況にある。

そのたった 4 名の医師で、青森県内の 1000g 未満の超低出生体重児の大半を診ている。2005 年には青森県全体で 35 人、うち当センターで 29 人、2006 年には県全体で 48 人、うち当センターで 30 人、2007 年には 53 名の超低出生体重児を受け入れた。

当センターNICUの現状と問題点について、網塚貴介部長から述べていただく。

当総合周産期母子医療センターNICUは、県内の超低出生体重児（出生体重が 1000 グラム未満の赤ちゃん）の約 8-9 割を診療しており、かつて全国最下位であった乳児死亡率等も徐々に改善しています。けれども、患者数の増加にもかかわらず、新生児科医師数は極めて不足しています。

2007 年度下半期、当センター新生児科は、部長（筆者網塚）を含め、たった 4 名、かつ、周産期新生児指導医である筆者以外の 3 名は、全員が NICU の勤務経験年数が 1 年未満という体制で運営せざるをえませんでした。昨年秋、その後の半年間を大過なく過ごすことができればと願い、一日一日を祈るような思いで過ごしました。

ところが、まさに悪夢としか言いようのない半年間となりました。当直を含む時間外勤務時間は、4 名全員 200 時間前後にも上りましたが、これは過労死の判断基準の約 2 倍です。単に当直数が多いだけではなく、医師の経験年数にかんがみ、重症患者の入院のたびに当直を組み直す必要がありました。深夜の入院患者の診療のため呼び出しを受け、そのまま通常勤務後当直に入ることもしばしばでした。

そして、結果は惨憺たるものでした。かくも手薄な体制下、単に医師が多忙であるにとどまらず、患者さんへの悪影響が現実のものとなりました。この半年間に入院された患者さんの中には、重篤な後遺症を残された方も少なくありません。

たとえば、この半年間、超低出生体重児の重篤な合併症である消化管穿孔は、全国平均の4倍の頻度で発生しました。これは生後早期の全身管理が行き届いていなかったことが原因です。

また、筆者の過労のために受け入れることができず、結果的に重篤な後遺症を残すことになった超低出生体重児の例もありました。その経緯について具体的に述べます。

その症例が紹介される2日前、重症の低出生体重児の入院があり、筆者はすでに寝不足でした。前日は、通常勤務後、当直に入りました。当直中の深夜、別の重症患者が入院し、これに徹夜で対応しました。結局、仮眠を取ることなく翌朝を迎えました。

翌朝は通常勤務でした。午前中に仮眠を試みるも目が冴え、眠ることができませんでした。午後、超低出生体重児が入院となり診療にあたりました。連続勤務時間が37時間を超えた午後9時過ぎから期外収縮の頻発を自覚し、体力の限界と考えたため、処置が一段落した午後10時過ぎ帰宅しました。

帰宅直後、青森市内より超低出生体重児の搬送依頼がありました。指導医である筆者が対応できない状況下、同じ青森市内にある地域周産期母子医療センターの当直医師は当センターの当直医より経験があり、よりよい治療をしていただくことが可能と考え、当院での受け入れをお断りしました。ところが、地域周産期母子センターでは対処不能な重症患者であったため、結果的に重篤な後遺症を残すことになりました。

この症例受け入れにともなう経緯のように、たったひとりの医師にすべてを背負わせる状況は、はたして医療体制と呼べるのでしょうか。もし、もうひとり経験豊富な医師がいたら、もう少しよい結果が残せたのではないかと思うと、患者さんとそのご家族には申し訳ない気持ちで一杯です。

患者さんは受け入れ先が決まればそれでよいというわけではありません。厚生労働大臣におかれましては、二度とこのような悲惨な状況とならないような盤石な周産期医療体制を、制度として構築してくださることを心から願っております。

(青森県立中央病院新生児集中治療管理部 部長 網塚 貴介)

### (3) その他関連部門

総合周産期母子医療センターの運営にあたり、青森県立総合病院内の関係各科との連携は必須である。当直医は、総合周産期母子医療センターに産科当直1名、

NICU当直1名のほか、内科系当直1名、外科系当直1名、ICU当直（産科とNICU以外の医師で担当）1名、さらに初期研修医（研修1年目および2年目）1名ないし2名、あわせて6名ないし7名の医師が当直している。さらに、薬剤師1名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名、受付1名が当直業務についている。

麻酔科は、5名の常勤医と1名のパートタイム医が、院内の日中の全身麻酔とICU管理を担当している。休日および夜間は当直医を置かず、オンコール待機医を呼び出す体制である。オンコール待機を担当しているのは4名（女性部長1名、男性医師2名、女性医師1名）であり、常に厳しい勤務状況にある。

脳外科は、常勤脳外科医5名が在籍している。したがって、母体救急救命疾患のうち、脳血管障害については、脳外科医が24時間オンコール体制で対応する。脳動脈瘤についても、放射線科医師が24時間オンコール体制で塞栓療法などを施行する。

しかし、妊娠中の心血管外科疾患は、弘前大学附属病院に搬送し、治療を行う。これは、当院の心血管外科医もオンコール待機をしているが、3名と人員が少ないこと、および、専門の術後CCUを備えていないことなどによる。

### 3 未来への提言

#### (1) 産婦人科医を増やすこと

青森県における周産期医療の問題解決の鍵は、将来青森県で周産期医療を担う医師を増やすことにしかない。筆者は産婦人科医であるので、主として産婦人科医を増やすための提言をしたい。

ひとつ目は、あらたに産婦人科を専攻する医師を増やすことである。

県の学会や医会は、学生を対象とするシンポジウムを企画し、県当局は他県から当県へ異動を希望する医師のための窓口を設けるなどの努力をしているが、これまでのところ、大きな成果が上がっているとは言いがたい。

また、厚生労働省は来年度より臨床研修医制度の見直しを行い、産婦人科医や小児科医などが少ない地方の大学においては、研修の2年目から産婦人科あるいは小児科を専攻するコースを設置することが可能になった。両科の医師が不足する青森県にとって即効性が期待されている制度ではあるが、そのためにはまず、産婦人科や小児科が魅力のある科であることが前提であろう。

では、産婦人科が魅力のある科であるために、重要なことは何であろうか。

若い医師は専攻科の選択にあたり、それによって生活していけるだけの収入を求める。けれども、彼らは単なる経済的な安定だけではなく、仕事を通じた充実感や満足感、さらに訴訟等に悩まされることがなく仕事に専念できる環境を望んでいる。

#### (2) 産科の魅力

筆者にとって産科の魅力は、自然なお産の崇高なまでに美しい尊さへの感動や、たとえ困難な分娩であったとしても、それを母子とともに乗り越え、出産後の母子間の温かな愛情の交流に立ち会える喜びである。

たとえ夜中に起きてお産に立ち会っても、親子の愛情に接し、産婦さんや家族から感謝されることを喜びとして、産科医は長年お産を守ってきた。妊婦さんや家族の希望は、産科医の希望でもあった。そういう仕事に携わる楽しさや喜びが、ぎりぎりの気力や体力、厳しい結果に沈む気持ちを支えてくれる。

若い医学生や研修医には、自然なお産に導くことの大切さや、正常なお産に立ち会うことの喜びを十分に体得させたい。これが産科の魅力の原点である。

産科医の負担軽減のため、リスクの低い分娩を一次の医師が担当し、二次、三次の医師はリスクの高い分娩のみを担当する、あるいは、正常分娩は助産師が担当し、医師は異常分娩のみを担当するというやり方が提唱されている。けれども、リスクの高い症例ばかりが集中する施設では、若い医師が正常産を学ぶことができないばかりか、自然なお産の大切さを見失い、ましてやお産の楽しさなど理解できなくなってしまうことを危惧する。ひいては、若い産婦人科医がお産の現場から立ち退く原因にもなりかねない。

リスクの低いお産だからといって、医師の立ち会いは無用ではない。むしろ、積極的に医師も関わり、分娩経過を正常に終えることができるように産婦と助産師を支えることが大切である。異常産への対処という意味からも、正常産から学ぶことは多い。正常産に立ち会うことを負担と考えるような医師の教育をするべきではない。

妊婦と同じ方向を見ながら、希望を持って未来に進む産婦人科医の将来像を見ることが、若い産婦人科医を増やすための基本であると考えている。

### (3) 現場の医師を支える

あらたに産科を専攻する医師を増やすと同時に、現在、現場でお産を担当する医師をこれ以上減らさないことも重要である。個人的な生活を犠牲にして周産期母子医療センターの機能を支える産婦人科医・新生児科医、臨床のみならず教育を担当する大学医育機関の医師、一次施設で奮闘する医師のそれぞれに対し、行政側からの十分な配慮を望みたい。すなわち、これまで構築した周産期システムをさらに円滑に稼働することのほか、時間外労働に対する正当な評価および対価の支払い、仕事量軽減につながるシステム作り、また、訴訟などの医事紛争に対する対策などである。

親子の命を救うべく懸命の努力をしたにもかかわらず、結果が望まないもの、予期せぬものであったとき、民事訴訟を受けたり、刑事訴追を受けるのは、産科医にとって悲痛のきわみと言える。来年1月より施行予定の産科医療補償制度は、児の後遺症に対する補償であるが、母体の後遺症に対しても同様に、産科医の無過失補償の仕組み作りが必要である。

### (4) 産む人とともに歩む

妊婦やその家族も、お産に対しての十分な知識を持ち、正常な経過で分娩を終了するために努力する必要がある。定期的に妊婦検診を受けることは最低限必須である。予防医学的な配慮によりあらかじめリスクの高い妊娠を減らすこと、妊娠初期にリスクを拾い上げておくことでリスクを軽減あるいは予防することなど、妊婦と、産科医・助産師が同じ方向を向いて努力することにより、救急搬送や母体死亡につながる異常を減らすことが可能である。自然分娩に回帰することが、産婦人科医の負担を軽減し、妊婦と産婦人科医、助産師の喜びにつながる。そのような視点をなくさないためにも、産む人とその周囲の啓蒙にも努めたい。

(5) 希望はある

現在青森県立中央病院で初期研修中の若い医師の中に産婦人科希望者が5名ほどいる。弘前大学の医学部生の中にも、産婦人科希望の人は少なからず存在する。今後、毎年3名から5名が産婦人科を専攻することになれば、青森県の周産期医療に未来はある。産科の魅力を伝えることをこれからも大切にしたい。

H20.11.20 雪の日の朝