

海野委員 提出資料

第4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12月8日（月）

「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 12 月 8 日 第 4 回懇談会への海野信也提出資料

- 1) 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 論点整理 私案 (ver. 4)
- 2) 神奈川県周産期情報システム
- 3) 千葉県周産期情報システム
- 4) 2008-12-4 母体救命救急症例搬送先紹介システムの検討 (海野)
- 5) 2008 年度全国 MFICU 実態調査 暫定報告 (回答率 92%時点)

平成 20 年 12 月 5 日

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

論点整理 私案 (ver. 4)

北里大学産婦人科 海野信也

- 安全で安定した分娩環境と救急対応を提供することによって、妊産婦とその家族、国民が妊娠と出産について安心できる体制を確保する。
- 少子化社会において、周産期医療は発展中の重要な医療分野である。国および自治体は積極的に整備を進めていく。地域住民と医療現場は、協力して地域の周産期医療体制を育てていく。
- 国、自治体、周産期医療機関は、地域住民に周産期医療と救急医療の現状について、わかりやすく納得のできる情報の開示を行う。
- 現場で厳しい勤務についている医療スタッフの就労実態を評価し、適正に処遇する。その上で少しでも負担を軽減し、診療に専念できる体制を整える。
- 行政、医療の分野に存在している「縦割りの構造」と「縄張り意識」を打破していく。
- 短期的な対策だけでなく、中長期的な対策を推進していく。

1) 入口機能の強化

(ア) 現場の医師に対する incentive の付与

- ① 「救急対応、異常分娩・手術を担当した産科、小児科、麻酔科、救急を含む診療科の医師に対して、就労時間以外の勤務を正当に評価し、手当の直接支給を行う」
 - 論点) 手当の直接支給については、救急医療現場の実態(交代勤務制、チーム医療におけるスタッフ間の関係の問題等)を十分に考慮する必要がある。
 - 論点) 周産期医療現場の長時間連続勤務の実態からは、医師の献身的な勤務状況を適正に評価するシステムが必要不可欠という認識がある。
- ② 財源について：厚労省の平成 21 年度概算要求にある「分娩手当」は「全分娩」を対象としており、勤務時間内の自由診療で行われた分娩に対して、診療所を経営する医師にも公的な手当が支給されるなど、分娩環境の確保、救急対応等、緊急に支援が必要とされている分野に対する効果という点で、合理的効率的とは言えない。この部分を、救急対応と異常分娩・手術(全分娩の 10%程度と想定)に限定して、支給対象を拡大すれば財源的にも実施可能と思われる。

(イ) 総合周産期母子医療センターの有する機能の明確化

- ① 胎児・新生児救急への対応能力 N 型
 - 1. NICU の体制
- ② 一般的母体救急への対応能力 mN 型
 - 1. 麻酔科、手術室の体制
- ③ 母体救命救急への対応能力 M 型
 - 1. 救命救急センターの体制
 - 2. 脳外科、心臓外科等の体制
- ④ すべてに対応可能 MN 型
- ⑤ 一施設では対応しきれない場合の連携体制 M 型

(ウ) 周産期母子医療センターの機能の実績に基づく評価

- ① 実績評価に基づいて施設への「高度周産期医療対応加算」などの形で incentive を付与する。
- ② 評価項目
 - 1. 産科について (例) :
 - (ア) ハイリスク妊娠・分娩取扱数
 - (イ) 母体搬送の受入実績
 - (ウ) 母体救命救急症例受入実績
 - 2. 新生児科について (例) :
 - (ア) 1000g 未満児の取扱数
 - (イ) 1500g 未満児の取扱数
 - (ウ) 母体搬送の受入実績
 - (エ) 新生児搬送の受入実績
 - (オ) 新生児外科手術件数

(エ) 救命救急センターの母体緊急時対応の評価と incentive の付与。

- ① 産科・小児科医の応援体制の整備→ (例) 妊婦救命加算点

(オ) 二次救急医療施設における母体緊急時対応の評価と incentive の付与。

- ① 脳卒中センターや心疾患センターなどの活用；例、循環器病センター
- ② 産科・小児科の応援体制の整備→ (例) 妊婦救命加算
- ③ 救急（産科ではなく）として受け、診断、適切な転院を図る→ (例) 妊婦救命照会加算

(カ) 周産期救急医療情報センターと搬送コーディネータの設置

- ① わが国のすべての地域が、その地域、或いは広域の周産期救急医療情報センターによってカバーされる体制を構築する。
- ② 各地域の周産期救急医療情報センターは一般の救急医療情報システムと密接な連携を図る。
 - 論点) 両者は一体運用することが望ましい。
 - 論点) 一体運用が望ましいとは限らない。周産期救急医療情報センターだけ処理できる案件がほとんどであり、それらは従来通り周産期医療情報の中で対処する方がスムーズであり、システム管理もしやすい。肝心なことはそれぞれのシステムがリンクしていることである。
- ③ 各地域及び（県境を越えて担当する）広域の周産期救急医療情報センターは相互に密接に連携し、迅速な情報交換を行う。
- ④ 搬送先選定に困難が生じやすい地域においては、周産期救急医療情報センターにその地域を担当する搬送コーディネータが24時間体制で、搬送先の照会・斡旋を行う。常時必要のない地域においても、必要に応じて域外の情報が迅速に提供される体制を整える。
- ⑤ 搬送コーディネータは地域の各周産期医療機関の状況を実時間で把握することに努め、能動的に獲得し、更新した情報に基づいて搬送先の照会・斡旋を行う。
- ⑥ 搬送コーディネータは、状態の落ち着いた母体、新生児が地域の医療機関へと転院する（「戻り搬送」「逆搬送」「再搬送」）際の支援を行う。
- ⑦ 同時に、母体救急時にも対応できるように、搬送コーディネータは一般救急、ことに救命救急センターの情報収集を行い、産期医療機関との連携を図る。

(キ) 「待てる症例」と「待てない症例」のトリアージ（これについては特別研究で検討し、平成21年3月までに一定の結論を出すことにしてはどうでしょうか）

- ① 一次・二次施設担当医、情報センターのコーディネータ、三次施設担当医の間で、個別事例のリスク判定に関するコンセンサスを早急に形成する。
- ② 「待てない症例」の対応のさいのプロトコールを各医療機関・地域で明確化する。
 - 論点) 母体救急については断らない「スーパー総合周産期母子医療センター」を作ってはどうか。
 - 論点) 「すべて受け入れる」ことが本当に可能か。受け入れることができなかった場合の責任の問題は、特定施設だけの負担が過剰になれば、維持困難となるのではないか。
 - 論点) 母体救命救急症例であることが診断できれば、現状でも対応は可

能。問題は、判断が困難な事例への対応で、取りこぼしのおきにくい手順を確立すること。症例の発生施設からもっとも近いMN型またはM型の周産期センターにまず連絡し、そこがどうしても受け入れられない場合は、必ず受け入れる「スーパー総合周産期母子医療センター」が受け入れるという二段構えにした方がよいのではないか。

2) 出口機能の強化

(ア) 重症新生児受入体制の充実

① 絶対必要な NICU は早期に増床する

1. 考えられる方法：

- (ア) 各県の都道府県境をまたぐ搬送件数の実態を明らかにする。これを短期的に 5%未満とする等の住民にもわかりやすい数値目標を設け、都道府県の施策実施を促す。
- (イ) 新生児科医および NICU 勤務看護師確保のための医療機関への補助を行う。
- (ウ) 各県の周産期センターの受入実績を定期的に調査公表し、それに基づいて、整備計画を更新し進めていく。

② NICU 長期入院児数を評価対象とする。

1. 考えられる方法

- (ア) 各県の NICU 長期入院児数の実態を明らかにする。都道府県が行うこれを 0 にするための施策を支援する。

③ 広域搬送を支援するシステムを構築する¹⁾。

1. 「戻り搬送」における現場医療機関および家族の負担軽減を図る。

¹⁾広域母体搬送実施のための条件（海野試案）

- 1) 自県内には受入先が全くないことが確認されている。
- 2) 母児の状態が安定しており、長距離搬送の余裕があると判断できる。
- 3) 搬送後、妊娠継続が可能となり、搬送もと地域の周産期センターの受入が可能となった場合は、患者及び搬送先施設の希望があれば、搬送もとの県の責任で、戻り搬送を行う。
- 4) 搬送後出生した児は、状態が安定し安全に戻り搬送が可能になり、搬送もと地域の周産期センターの受入が可能となった場合は、家族及び搬送先施設の希望があれば、搬送もとの県の責任で、戻り搬送を行う。

● 論点)「戻り搬送」に対する行政の対応については、周産期と一般救急で考え方が異なる部分がある。一般救急においては、戻り搬送は、緊急時あるいは医師同乗が必要な時以外は、民間の寝台車などを利用し、経費（高額になることが多い）は家族が負担するのが原則。緊急時・医師同乗時については、都道府県間で協定が結ばれているのが通常。母体救急についてこの原則を適用しない場合には、理由付けが必要。

- ④ 重症心身障害児施設のあり方を再検討する。
 - 1. オープンな、地域に開かれた、レスパイトや短期入院、訪問ケアを一緒に提供する重症心身障害児施設へと、世代交代をはかる。

(イ) 重症母体受入体制の充実

- ① 「救命救急入院料」を産科病棟からの転科症例についても加算可能とする。
- ② 母体救命救急搬送受入に関して、救命救急センター等で対応した医師への直接的手当支給を行う。
- ③ 脳外科、心臓外科、外科、放射線科等の手術・処置・入院等において「妊産婦加算」の制度を導入する。

神奈川県周産期医療の現状

●人口 871万人

●出生数 7.9万人

(2006年人口動態統計)

●分娩件数 67,187件

(病院42,466件, 診療所22,838件, 助産所1,883件)

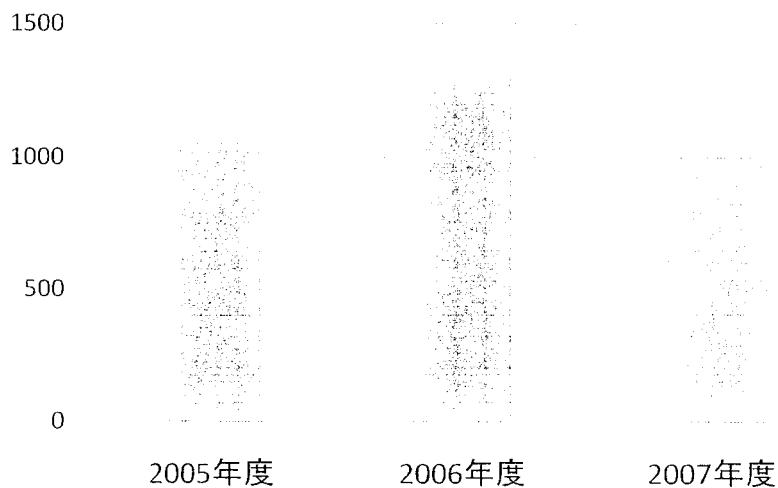
●分娩施設 155施設

(病院 64, 診療所 59, 助産所 32)

(神奈川県保健福祉部医療課調査, 回収率93.9%)

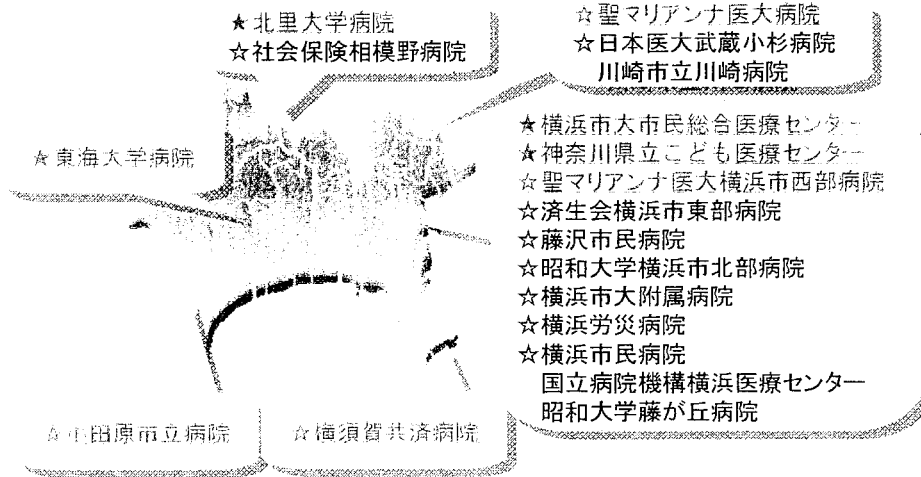
●NICUのある病院 34施設 137床

産科救急依頼数の推移



神奈川県産科救急システムの6つの役割
 「基幹病院」と「中核・協力病院」

☆: 基幹病院 ★: 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



利点と欠点

「基幹病院」
 自院収容不可

「基幹病院」の医師が
 収容先の検索・紹介を行う

○ 発生元医療機関は、検索に手を取られず
 目の前の患者さんの治療に専念できる。

× 「基幹病院」の医師は、長時間にわたって
 検索のための電話対応に拘束される。

周産期情勢の悪化とともに、「基幹病院」医師の
 本来業務への影響、疲労が著明になってきた。

改善に向けた取り組み

- 神奈川県産科婦人科医会会長より、基幹病院にて行われている電話検索業務に常駐専門職員を配置するよう、県周産期医療協議会において県保健福祉部長に強力に要望。



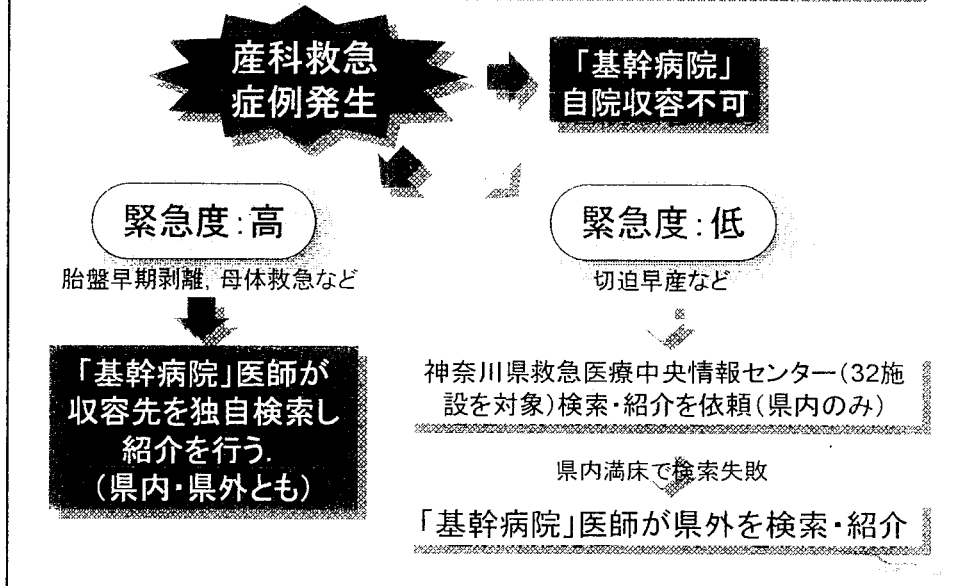
- 県より、神奈川県救急医療中央情報センターを利用して周産期救急受入紹介業務の一部を行う方法が提案。

神奈川県救急医療中央情報センター

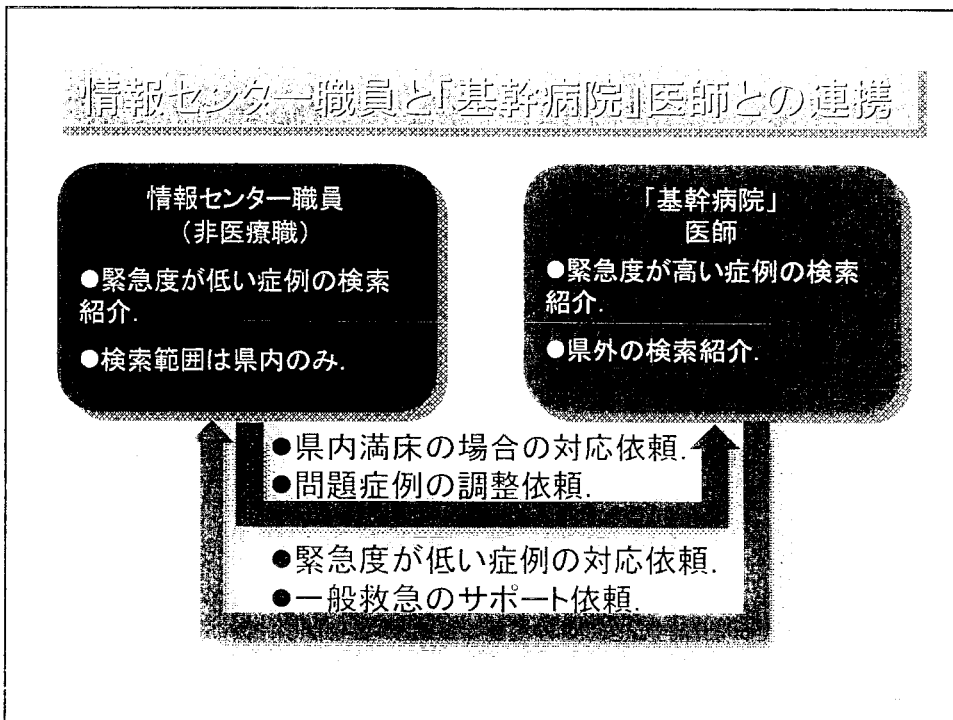
- 神奈川県からの委託で、県医師会が管理運営。
- 職員は県医師会職員＋出向の県職員（非医療職）。
- 一般救急患者の二次・三次応需情報を、医療機関および救急隊に対して提供。



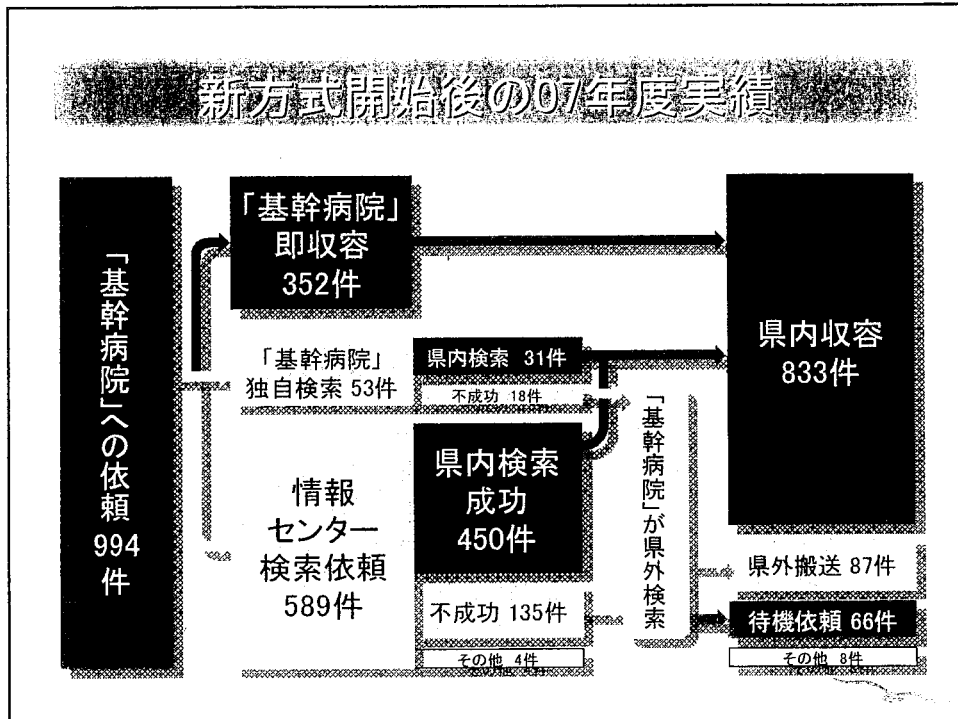
改善後のしくみ(07年4月試行、11月本格稼働)



情報センター職員と「基幹病院」医師との連携

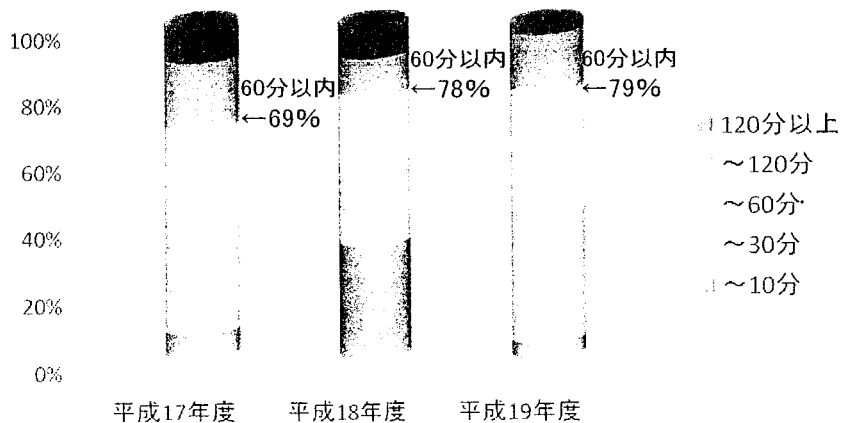


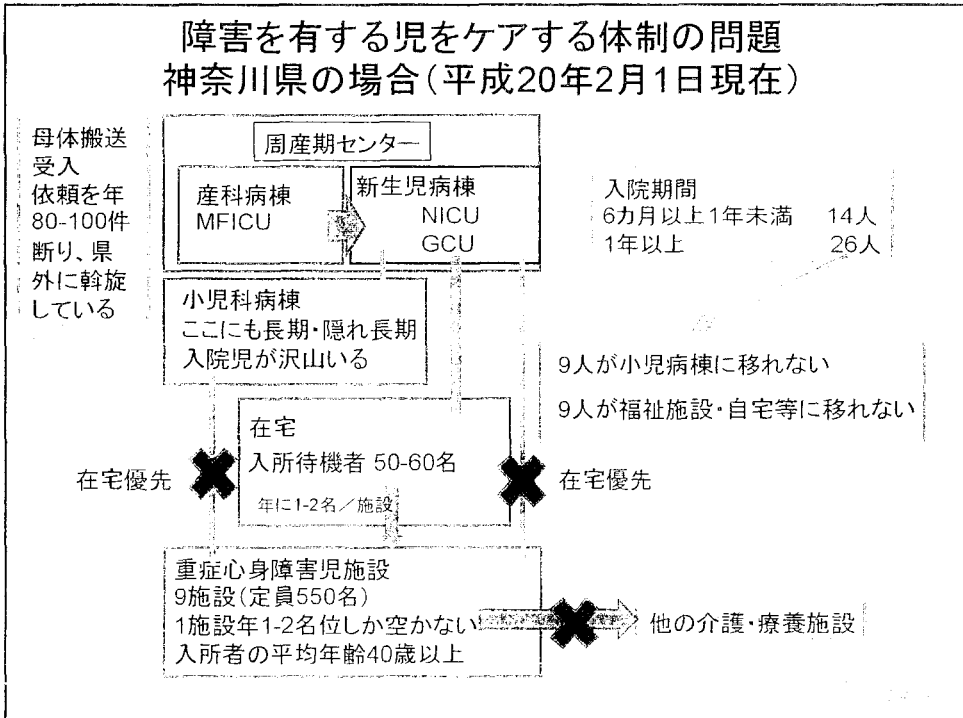
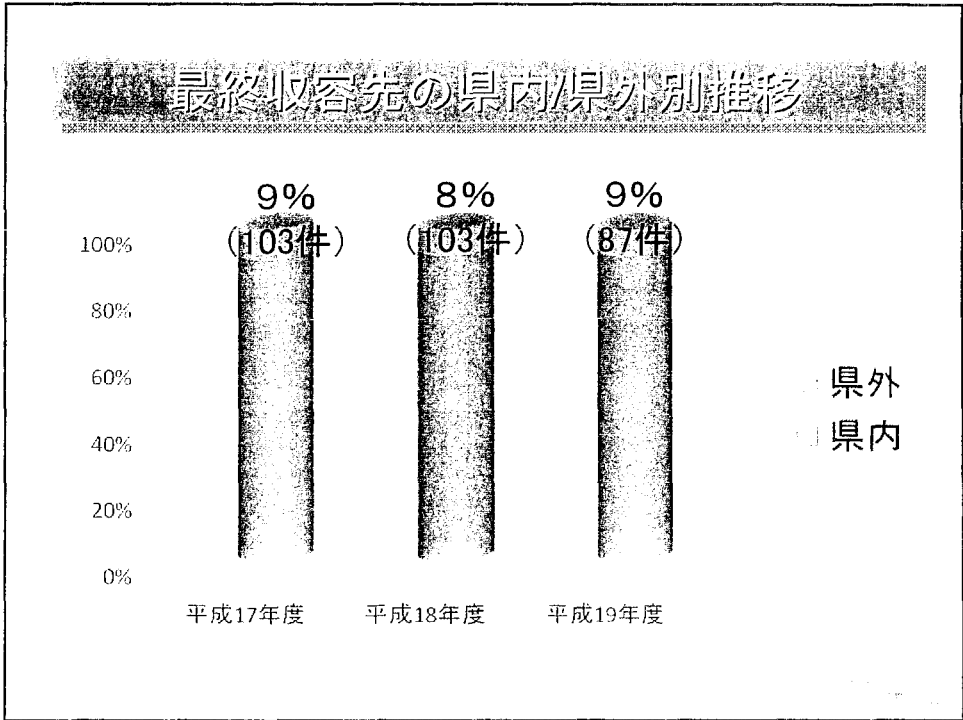
新方式開始後の07年度実績



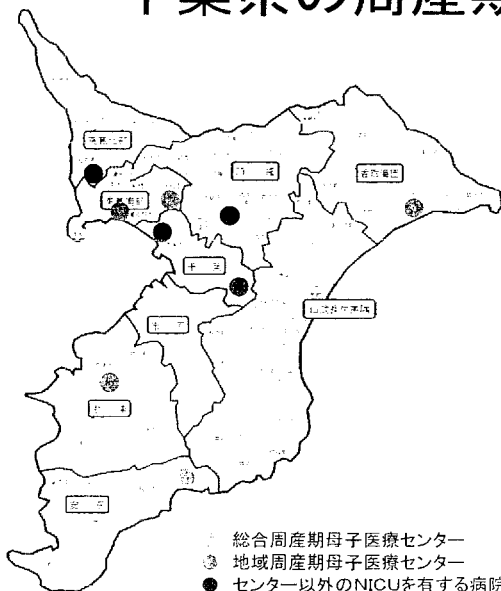
收容決定までの所要時間の推移

基幹病院独自検索+情報センター扱い、所要時間判明分のみ





千葉県の周産期医療提供体制



病院: 39施設

周産期母子医療センター

総合: 2 地域: 3

上記以外のNICU保有病院 3

診療所: 79施設

分娩取扱医師: 302人

NICU: 93床

人口 600万人

出生 5.2万人 分娩 4.6万

(2007年5月)

- 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
- センター以外のNICUを有する病院
- 千葉県こども病院(分娩施設なし)

Chiba Prefecture Perinatal Medical Center
Chiba Prefecture Perinatal Medical Center

