

平成20年12月8日

厚生労働省医政局指導課
 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課
 総務省消防庁救急企画室
 東京都福祉保健局

母体搬送に係る事案において
 搬送を受け入れられなかった病院からの聞き取り調査結果について
 —理由、原因・背景、その他医療現場からの意見等—

I 調査の概要

1 調査対象

区東部ブロック及び多摩ブロックにおける妊婦搬送事案(※1、※2)について、搬送依頼を受け入れられなかったとされた下記の医療機関

種別	医療機関名
総合周産期母子医療センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都立墨東病院 ・ 日本赤十字社医療センター ・ 日本大学医学部附属板橋病院 ・ 杏林大学医学部附属病院 ・ 東京女子医科大学病院 ・ 愛育病院
地域周産期母子医療センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慶應義塾大学病院 ・ 順天堂大学医学部附属順天堂医院 ・ 東京慈恵会医科大学附属病院（本院） ・ 日本赤十字社東京支部武蔵野赤十字病院 ・ 東京医科大学病院
周産期医療情報ネットワーク参画医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京大学医学部附属病院
その他の医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京慈恵会医科大学附属青戸病院 ・ 東京都立府中病院 ・ 公立昭和病院

2 調査方法

厚生労働省、総務省消防庁、東京都福祉保健局が合同で各医療機関を訪問し、聞き取り調査を行った。

※1 区東部ブロックにおける妊婦搬送事案の経過概要

平成20年10月4日、江東区内のかかりつけ産婦人科医院を受診した妊婦の転院搬送に関し、同医院等が都立墨東病院を含め8医療機関に連絡したが、受入困難であった。再度要請を受けた都立墨東病院が受け入れたが、妊婦は脳内出血により死亡した。

※2 多摩ブロックにおける妊婦搬送事案の経過概要

平成20年9月23日、調布市内のかかりつけ病院を受診した妊婦の転院搬送に関し、同病院等が杏林大学医学部付属病院を含め8医療機関に連絡したが、受入困難であり、最終的には、都立墨東病院が受け入れた。

II 調査結果の概要

1 母体搬送を受け入れられなかった理由

搬送依頼を受けたとされた各医療機関によると、受け入れられなかった理由は、区東部ブロックにおける事案については表1のとおり、多摩ブロックにおける事案については表2のとおりであった。

表1 区東部ブロックにおける母体搬送事案について

医療機関名	種別	母体搬送を受け入れられなかった理由
東京都立墨東病院	総合	・当日は1人当直であったこと等
日本赤十字社医療センター	総合	・M F I C Uが満床（担当ブロック外からの妊婦が直前に入院したため）
日本大学医学部 附属板橋病院	総合	・N I C Uが満床 ※本事案については記録不明（同日あった別の妊婦の搬送依頼については、N I C U満床のために受け入れられなかった旨の記録あり）
慶応義塾大学病院	地域	・産科病棟の個室が満床（感染症を疑ったので個室管理が必要と判断したため）
順天堂大学医学部 附属順天堂医院	地域	・産科病床が満床 ・産科当直医（2人）が2人の分娩進行中の妊婦に対応中であった。
東京慈恵会医科大学 附属病院	地域	・N I C Uが満床 ・N I C U入院が必要な分娩が待機中であったので、これ以上の入院は受けられず。
東京慈恵会医科大学 附属青戸病院	—	・N I C Uを設置していない（周産期母子医療センターではない）。 ・脳外科医の当直日ではなかった。
東京大学医学部 附属病院	ネットワーク	・N I C Uが満床

表2 多摩ブロックにおける母体搬送事案について

医療機関名	種別	母体搬送を受け入れられなかった理由
杏林大学医学部附属病院	総合	・最初の連絡時は、産科当直医（2人）が手術対応中であった。 ・産科病床が満床 ※他院へ搬送依頼を行った。
日本赤十字社東京支部武蔵野赤十字病院	地域	・産科当直医（1人）は、手術後の患者と分娩待機中（5人）の妊婦に対応中であった。
日本赤十字社医療センター	総合	・産科当直医（3人）は、9人の妊婦の分娩と、流産の患者の緊急手術に対応中であった。 ・NICUが満床 ・MFICUが満床
東京医科大学病院	地域	・NICUが満床 ・脳外科当直医は1人で院内患者と救命救急センターの患者へ対応するため、それ以外の患者は原則として受け入れていない。
東京女子医科大学病院	総合	・搬送依頼の受信の記録なし（電話交換台、産科・新生児科の当直日誌確認済み） ・NICUとGCUが満床
東京都立府中病院	—	・産科当直医（1人）が分娩対応中であった。
公立昭和病院	—	・産科当直医（1人）が5人の妊婦の切迫早産等に対応中であった。 ・小児科当直医（1人）が2人の人工呼吸管理と1人の超低出生体重児に対応中であった。
愛育病院	総合	・本事案の妊婦は脳血管疾患を合併していると判断したが、当院は脳神経外科を有していないため。

注）総合：総合周産期母子医療センター、 地域：地域周産期母子医療センター、
ネットワーク：周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、
—：その他の医療機関

2 母体搬送を受け入れられなかった原因及びその背景等に関する医療機関の意見

受け入れられなかった主な原因及びその背景等について、搬送依頼を受けたとされた各医療機関の意見は以下のとおりであった。

○ 医師の不足等

- ・ 産科医や新生児科医等、周産期医療を担う医師が絶対的に不足しており、緊急の母体搬送等に常時対応できるだけの余力がない。宿日直についても十分な人員を確保することができず、やむを得ず1人当直体制とならざるをえない状況もある。
- ・ 産科手術における麻酔科医の不足も慢性的であり、緊急の手術に対応することが困難。
- ・ 初期から三次まで幅広い妊産婦救急患者を受け入れなければならない。また、健診未受診妊産婦のいわゆる飛び込み出産等も増えてきており、事前情報のない予想外のハイリスク症例に対応しなければならないという事例が増加している。

○ 新生児集中治療室（NICU）の不足等

- ・ NICUの増床を計画しているが、それに見合う新生児科医が確保できず、また、診療報酬上の施設基準を満たすための看護師及びスペース等の確保も困難。
- ・ 通常の出産目的で入院している妊産婦の児がNICUに入ることも多く、母体搬送に備えて常に空床を確保することが困難。また、近年多胎児の出産が増加しており、多めに空床を確保しなければならないのも負担。
- ・ NICUにおける長期療養児の受皿となるNICU後方病床（GCU等）やその他の退院先の病床（重症心身障害児施設を含む）が不足している。また、GCUに対する診療報酬上の加算が十分ではないため、増床しても経営を圧迫するケースが多い。

○ 産科病床の不足等

- ・ 担当するブロック（医療圏）以外からの母体搬送を受け入れるだけの産科病床の余裕がない。
- ・ 母体・胎児集中治療室（MFICU）も、その後方病床も常にほぼ満床状態である。
- ・ 他診療科の個室には、胎児を管理するモニター等の機器が設置されていないため、そのような病室での受け入れは困難。

○ 情報の照会や伝達等に関する事項

- ・ 周産期医療情報システムによる情報は、あくまでその時点を中心とした大まかな状況と認識している。いずれにしる具体的な受入可能性は電話で確認するので現状の情報更新頻度（最低2回/日）で妥当である。
- ・ 周産期医療情報システムで表示する情報は、空床状況や対応可能性についてのリアルタイムの情報ではないため、受入可能の表示のある施設に電話をしても、実際には受入困難であることがある。
- ・ 搬送依頼に際しては、主に電話による対応であるため、依頼元と依頼先の間で患者の容体等の状況の認識に差異が生じてしまうことがある。
- ・ 周産期医療情報システムの情報を周産期母子医療センター等のネットワーク内の医療機関しか見ることができないので、搬送先の選定に際して非効率ではないか。
- ・ 一次医療機関では医師が少ないので患者を診ながら搬送先選定を行うのは難しい。総合周産期母子医療センターで搬送先選定を行うべきである。

3 その他、周産期医療全般に関する医療機関の意見・提言等

その他、周産期医療全般に関する医療機関の意見・提言等は以下のとおりであった。

○ 総合周産期母子医療センター等周産期医療施設について

- ・ 周産期医療においては、産科等の周産期関連の診療科だけでは対応できない状況の発生もありうるということを念頭に置いた上で、母体救命に対応できる仕組みを考えるべきではないか。また、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターとして十分に機能しているか、適切に評価を行い、必要がある場合は指定や認定を見直すということも考えるべきではないか。
- ・ 母体合併症を含めた搬送依頼に対してコーディネートできるセンターがあれば、全ての総合周産期母子医療センターが母体合併症に対応できなくてもいいのではないか。
- ・ 周産期母子医療センターに指定・認定されている病院であっても、各病院により、対応できる領域はそれぞれ異なることから、各病院の機能を明確に周知・評価すべきである。
- ・ 総合周産期母子医療センターは、ハード面は補助金により支援があるが、産科医への報酬などのソフト面での支援が十分ではない。三交代が可能なくらいの人数を確保するためにも経済的支援が必要ではないか。

- ・ 公立病院改革を進めるにあたり、NICU等、収益に貢献しない分野を拡充しようとしても、経営的観点からみると、必ずしも優先順位が高くない。
- ・ 出産費等の未払いについては大きな問題であり、出産育児一時金が直接、病院へ支給されるような仕組みにならないか。公立病院は特に未収金が多く、経営上も重大な問題。

○ 周産期医療を担う医師への支援・負担軽減等について

- ・ 産科医の報酬を労働量に見合ったものに改善できるよう、診療報酬の改定を行うことはできないか。また、緊急帝王切開など周産期救急医療に関与した産科医、新生児科医、麻酔科医、コメディカルなどに対し付加的な経済的支援ができるような院内体制を整備することも重要。
- ・ 当直明けに通常勤務を行う等の過重労働により、医師の気力も体力も衰えている。短期的対策として、労働時間の縮減や当直明け勤務を行わない等の勤務環境の改善や、医師個人に対する手当を上乗せする等、医師のモチベーションを維持する方策が必要ではないか。
- ・ 医師の負担を減少させるため、医療クラークの普及・配置を図ることが必要ではないか。
- ・ 産科医は、基本的にハイリスク・ローリターンであり、これが産科医減少の一要因。福島県立大野病院の例のように、リスクが高くても手術は必要な場合は当然ある。このような場合、産科医が法的に免責になるシステムを考えてほしい。
- ・ 厳しい環境の中、ハイリスク症例を受け入れて懸命に治療したにもかかわらず、結果的に死亡してしまったような場合であっても、マス・メディアから批判的な報道を受けると、仕事を続けていくモチベーションが維持できない。
- ・ 行政が財政的支援を行い、周産期母子医療センターの助産師に手当を出すなどして、センターに助産師が集まるようにすべきではないか。
- ・ 欧米では、産後1日程度で退院し、その後は地域の保健師等が在宅でケアを行っている。日本でも保健師を増員するなどしてこのような取組を進め、医師の負担を減らすことも考えられる。

○ 地域における周産期医療体制の構築等について

- ・ 地域における経験ある産科開業医の活用を図りたいが、これらの医師の高齢化が進んでいる地域も多くて簡単ではない。また、周産期医療は、新生児科医、助産師等のチームで行うものであり、仮にオープンシステム等を

導入しても、普段一緒に勤務していない医療従事者との意思疎通を含め、診療が円滑に進むか不安な面もある。

- ・ 近年、ハイリスクでない妊婦であっても総合周産期母子医療センターに紹介・搬送されるケースが増加傾向にあり、センターにとっては大きな負荷となっている。総合周産期母子医療センターが、できるだけハイリスク症例に限定して対応できるよう、地域の産科医療機関における役割分担を図るべきではないか。
- ・ 他県からの周産期関連患者を受け入れている状態が恒常的に続いており、複数県で広域の総合的な周産期医療体制を整備できないか。
- ・ 長期療養児の受皿として、後方病床や重症心身障害児施設等の計画的な整備を急ぐべき。

○ その他、救急医療等との関連について

- ・ 救急医療に対応するため、搬送先を選定するコーディネーターを積極的に活用すべき。
- ・ 周産期の救急専任のコーディネーターが、常に各周産期母子医療センターの状況を把握し、広域で搬送先を調整するのがいいのではないか。その際、搬送紹介先病院の選定や、そこで受けた治療への不満等が患者から出た場合、コーディネーターの責任が問われかねないので、行政の責任において行うのがいいのではないか。
- ・ 子宮外妊娠や健診未受診妊産婦の流産等の産科の初期・二次救急搬送に対応できる医療機関が少ないため、すべて総合周産期母子医療センターにきてしまう。
- ・ 妊婦が一般救急で搬送される場合、総合周産期母子医療センターへの搬送先選定依頼がないときには、搬送ルートが必ずしも定まっていない。
- ・ 救急医療については、三位一体改革により、公立病院の救命救急センターへの補助金が一般財源化され、その結果、病院を設置している市町村とそれ以外の市町村との間の不公平が生じている。
- ・ 現在の救急医療体制は、初期、二次、三次と重症度別に分けているが、重症度の判断は難しい場合もある。また、特定診療科に力を入れている病院もあるため、必ずしも重症度別の分類にこだわらず、診療科単位で救急の役割分担を行い、難しい症例であれば救命救急センターに搬送してもらう、というようなことも必要である。