

島根県周産期医療体制整備計画



平成25年4月

島根県

はじめに

本県においては、全ての県民がそれぞれの地域で安心して暮らせる社会を実現するため、良質かつ適切な保健・医療・福祉サービスの効率的な提供を目指しています。

しかし、近年、病院に勤務する産婦人科医をはじめとした医師の減少や分娩取扱施設の減少などにより、安心して子どもを生み育てる環境の維持が極めて厳しい状況になっています。

国は、脳内出血を起こした妊婦が死亡するという事案を受けて周産期医療体制整備指針を定めるとともに、医療提供体制の確保に関する基本方針を改正し、将来を見据えた周産期医療体制の整備を進め、地域における周産期医療を適切に提供していくために、都道府県に対して周産期医療体制整備計画の策定を求めています。

このような状況の中、県では、医療関係者、行政、地域住民が周産期にかかる危機的な問題について共通認識を図り、限られた資源を有効に活かし、地域における周産期医療の適切な提供をするため、平成23年度に、県西部の産婦人科医不足の状況も踏まえ、周産期医療を維持するための方策を検討する「周産期医療のあり方検討会」を設置しました。

平成23年12月には、「周産期医療体制のあり方についての報告書」をとりまとめ、この報告書の提言を踏まえ「島根県周産期医療体制整備計画」を策定しました。

本計画においては、「医師確保対策、助産師確保対策を推進し、安全・安心なお産ができる環境の維持・改善を図る」ことを基本方針として、「島根県周産期医療ネットワークの充実強化」及び「地域における周産期医療関連施設の機能分担と連携強化」を目指し、8つの重点的取り組みを定めて周産期医療体制整備を進めることとしています。

今後、この計画の推進にあたり、県民の皆様の御理解と御協力を賜りながら、関係機関の連携のうえ着実に取り組んでまいります。

終わりに、計画の策定にあたり御尽力いただいた島根県周産期医療協議会、各圏域における周産期医療体制検討会の委員の皆様をはじめ関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

平成25年4月

島根県健康福祉部長 原 仁史

島根県周産期医療体制整備計画 目次

はじめに

第1章 基本的事項

1 計画の策定趣旨	1
2 周産期医療体制整備計画の位置付け及び性格	1
3 基本的な考え方	1
4 計画の期間	2

第2章 周産期を取り巻く現状と課題

1 島根県の主な母子保健統計等	3
(1) 出生	
(2) 低出生体重児	
(3) 死亡	
(4) 人工妊娠中絶	
(5) 二次医療圏別の状況	
(6) ハイリスク妊婦・新生児の状況	
(7) 重症児等の状況	
2 周産期医療ネットワーク	14
(1) 施設・病床数	
(2) 各施設における分娩の状況	
(3) 周産期母子医療センター等の状況	
3 中核となる医療機関と地域周産期医療関連施設における機能分担	20
4 周産期医療を担う医療従事者	21
(1) 医師	
(2) 助産師・看護師	
5 医師と助産師間の連携	29
6 搬送体制	29
7 妊婦健康管理	30
8 地域住民への啓発	30
9 重症児等の支援	30

第3章 周産期医療体制の方向性

1 周産期医療ネットワーク	31
2 中核となる医療機関と地域周産期医療関連施設における 機能分担と連携の推進	31
3 医療従事者の確保	31
4 医師と助産師間の連携	31
5 搬送体制の強化	32
6 妊婦の健康管理の充実	32
7 地域住民への啓発	32
8 重症児等の支援	32

第4章 周産期医療体制整備計画の推進

1 周産期医療体制整備計画の推進体制と役割	33
2 周産期医療体制整備計画の評価	33
3 周産期医療体制整備計画の周知と情報公開	33

資料	34
----	----

第1章 基本的事項

1. 計画の策定趣旨

- 平成20年10月に、東京都で妊婦の受け入れ拒否が重なり、産科合併症以外の合併症により亡くなった事案をふまえ、周産期医療と救急医療の連携体制の確立や産科合併症以外の疾病をもつ妊産婦の受け入れを確保する観点から、周産期医療体制整備指針の改正が行われた。これにより、周産期母子医療センターの体制強化などを含む「周産期医療体制整備計画」を都道府県において策定することとされた。
- 一方、島根県では、「総合周産期母子医療センター」である島根県立中央病院、「地域周産期母子医療センター」である松江赤十字病院、益田赤十字病院、「特定機能病院」である島根大学医学部附属病院の病院間の相互連携により周産期医療に関する高度な医療を提供する体制を構築してきた。
- 本県では、周産期医療ネットワークによる各医療機関の懸命な努力や周産期救急医療と一般救急医療の連携がすすめられていることにより、産科合併症以外の疾病をもつ妊婦も含め救急対応に必要な妊産婦の受け入れ拒否といった問題は起こっていない。
- しかし、本県においては、分娩取扱施設の減少、病院勤務医師の減少、診療所での分娩取扱中止などの問題が生じており、この問題は根が深く重大である。その上、数少ない施設に分娩が集中するため、提供できる医療サービス自体も各施設の限界に近い状態である。また、今後、産科医師の退職等によりさらに厳しい状況になることが懸念される。分娩の中止など現在機能している分娩取扱施設の提供体制が変わると、ようやく維持されている県西部・中山間地域の周産期医療全体に影響が波及する危険性を持ち合わせている。
- このようなことから、医療関係者はもとより、行政、地域住民がこうした周産期にかかる危機的な問題について共通認識を図り、限られた資源を有効に活かし、地域における周産期医療を適切に提供するため、この計画を策定する。

2. 周産期医療体制整備計画の位置付け及び性格

- 周産期医療体制の整備は、母子保健法第20条の2に規定する医療施設の整備及び医療法第30条の4第2項第5号ニに規定する周産期医療の確保に必要な事業の一環として位置付けられるものである。
- 「島根県保健医療計画(平成25年4月策定)」に、周産期医療に関する基本的な内容を記載しているが、個別具体的な内容について「島根県周産期医療体制整備計画」(以下、「整備計画」という。)に定めるものとする。
- 「整備計画」は、「島根県周産期医療協議会」の意見を聴いて策定し、「島根県医療審議会」に報告する。

3. 基本的な考え方

- 島根県内の周産期医療については、分娩取扱い医療機関の減少、産科医や助産師、小児科医の不足、地域偏在など、体制としては深刻な状況である。
- 「周産期医療ネットワーク」を確立し、身近な地域(受療まで概ね1時間以内)で「妊婦健康診査」や正常に経過する分娩ができる体制を確保するとともに、リスクの高い妊娠、出産、高度な医療を必要とする新生児への対応については、「周産期母子医療センター」等への搬送により適切な医療が提供できる体制を整備する。
- 身近な地域で「妊婦健康診査」や正常に経過する分娩ができる体制を維持するとともに、妊婦自らが妊娠や出産に主体的に臨み、健康管理に取り組むことができるよう、助産師外来等の「院内助産システム」の推進に取り組む。

- 全県の周産期医療体制を検討するために「島根県周産期医療協議会」を開催するとともに、「周産期医療ネットワーク連絡会」において、医療機関間の連携や搬送体制等について検討する。また、二次医療圏においては、圏域内の周産期医療機能に応じた連携や看護職間の連携について検討し、周産期医療体制の充実を図る。
- 平成 23 年度には、県西部の産婦人科医不足の状況を踏まえ、周産期医療を維持するための方策を検討するため、「周産期医療のあり方検討会」が設置され、平成 23 年 12 月に「周産期医療体制のあり方についての報告書」がとりまとめられた。今後は、この報告書の提言を踏まえた施策の展開が求められている。
- 平成 24 年度には、平成 25 年度を始期とする新たな「島根県保健医療計画」の策定に併せ、平成 25 年度から平成 29 年度を終期とした新たな「整備計画」を策定した。

4. 計画の期間

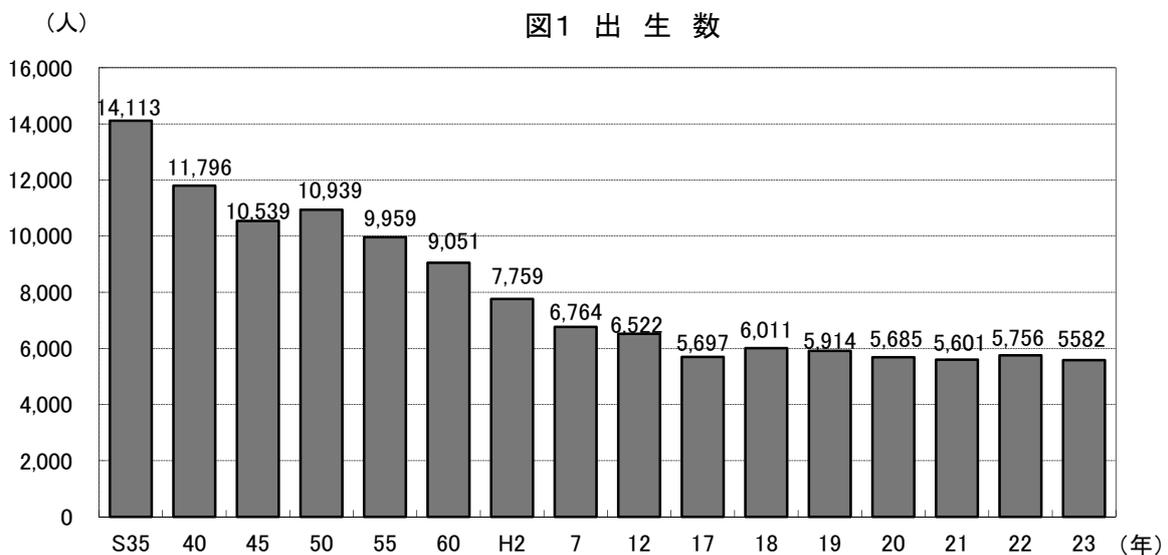
- 計画の期間は、「島根県保健医療計画」とあわせ、平成 25 年度から平成 29 年度までの 5 年間とする。
- 計画は、必要があると認める場合には適宜見直しをする。

第2章 周産期を取り巻く現状と課題

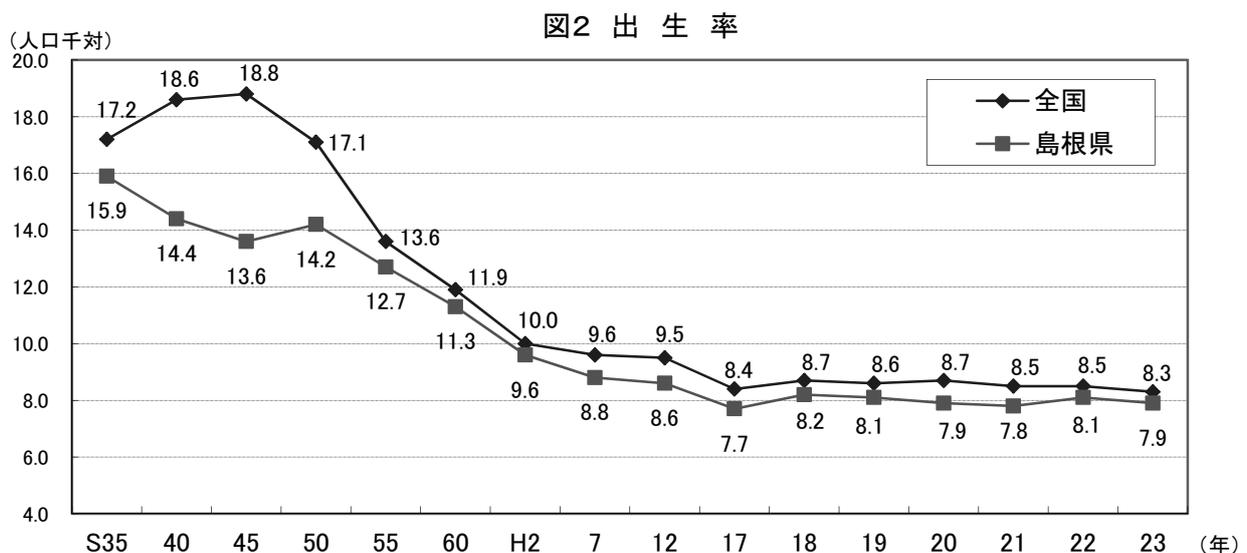
1 島根県の主な母子保健統計等

(1) 出生

- 出生数は、昭和35年には約14,000人であったが、昭和55年には1万人を割り、平成15年は6,092人、平成23年は前年から174人減少し5,582人となり過去最低である。(図1)
- 出生率(人口千対)は、全国と比較し低率で推移し、平成23年は7.9(全国第32位)となり平成17年に次いで2番目に低い値となった。(図2)
- 平成4年以降は、死亡数が出生数を上回る自然減となっている。
- 母の年齢階級別の出生割合は、30歳代以降で増加しており、近年は40歳以上の年代で増加している。(図3)

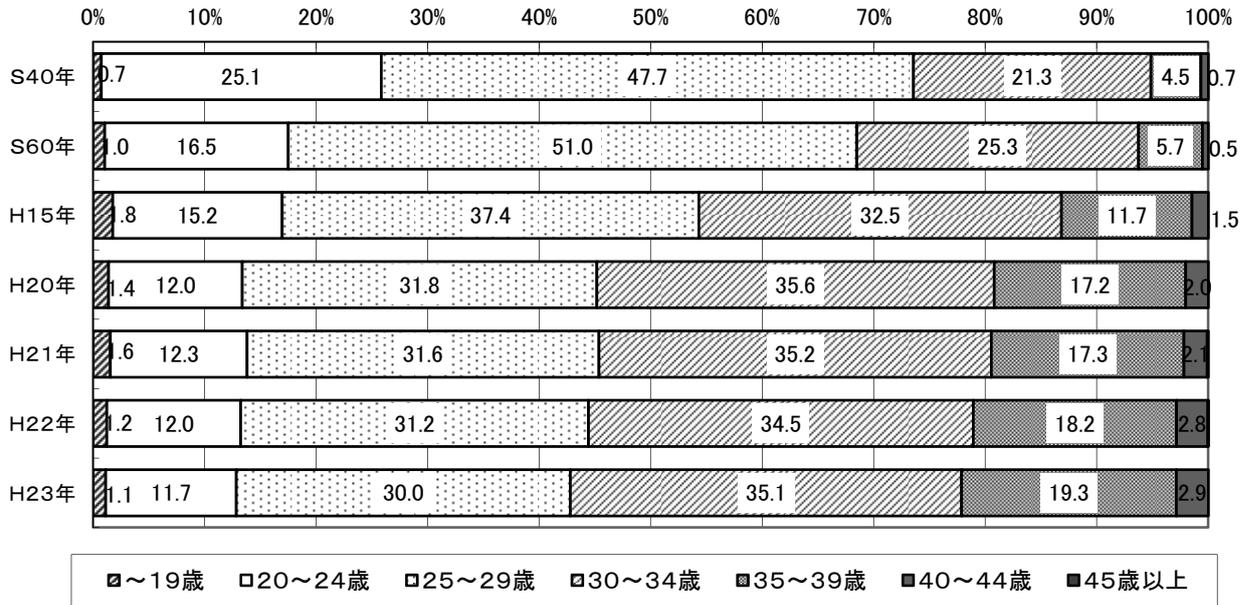


資料:「人口動態統計」(厚生労働省)



資料:「人口動態統計」(厚生労働省)

図3 母の年齢(5歳階級)別出生割合

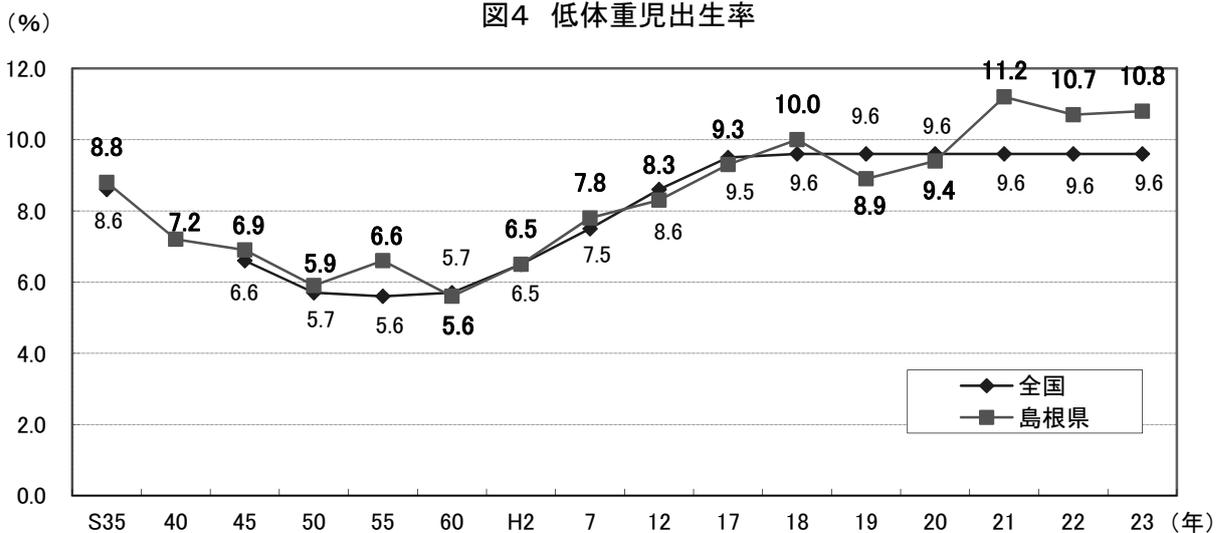


資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(2) 低出生体重児

- 出生体重が2,500g未満の低出生体重児の割合は、昭和62年まで減少傾向にあったが、平成に入ってから年々増加し、平成23年は602人、出生数に対する割合は10.8%となっている。平成10年以降の低出生体重児の出生体重別では2,000g~2,499gの児が約8割を占めていた。(図4)
- 1,000g未満の出生児は、平成17年をピークとして24人(4.5%)の出生があったが、平成23年は18人(3.0%)であった。(表1)
- 平成18年以降は、総合周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室(MFICU)において、合併妊娠や異常妊娠などの妊婦管理の充実が図られている。

図4 低体重児出生率



*H16年までは2,500g以下、H17年からは2,500g未満

(注) 出生時の体重不詳を除いた出生数に対する割合
資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

表1 体重別出生児数

(人)

年 出生体重	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
～499g	0	1	1	3	4	0	1	0	1	0	1
500～999g	16	21	23	19	20	14	13	12	16	10	17
1,000～1,499g	23	38	35	21	21	23	21	13	22	19	28
1,500～1,999g	89	74	80	76	77	72	79	72	80	71	75
2,000～2,499g	484	489	442	435	408	493	411	440	506	514	481
2,500g 以上	6,026	5,692	5,511	5,549	5,167	5,408	5,387	5,147	4,975	5,142	4,981
不詳	2	3	0	1	0	1	2	1	1	0	0
1,000g 未満(再掲)	16	22	24	22	24	14	14	12	17	10	18
2,500g 未満(再掲)	612	623	581	554	530	602	525	537	625	614	602
出生総数	6,640	6,318	6,092	6,104	5,697	6,011	5,914	5,685	5,601	5,756	5,582

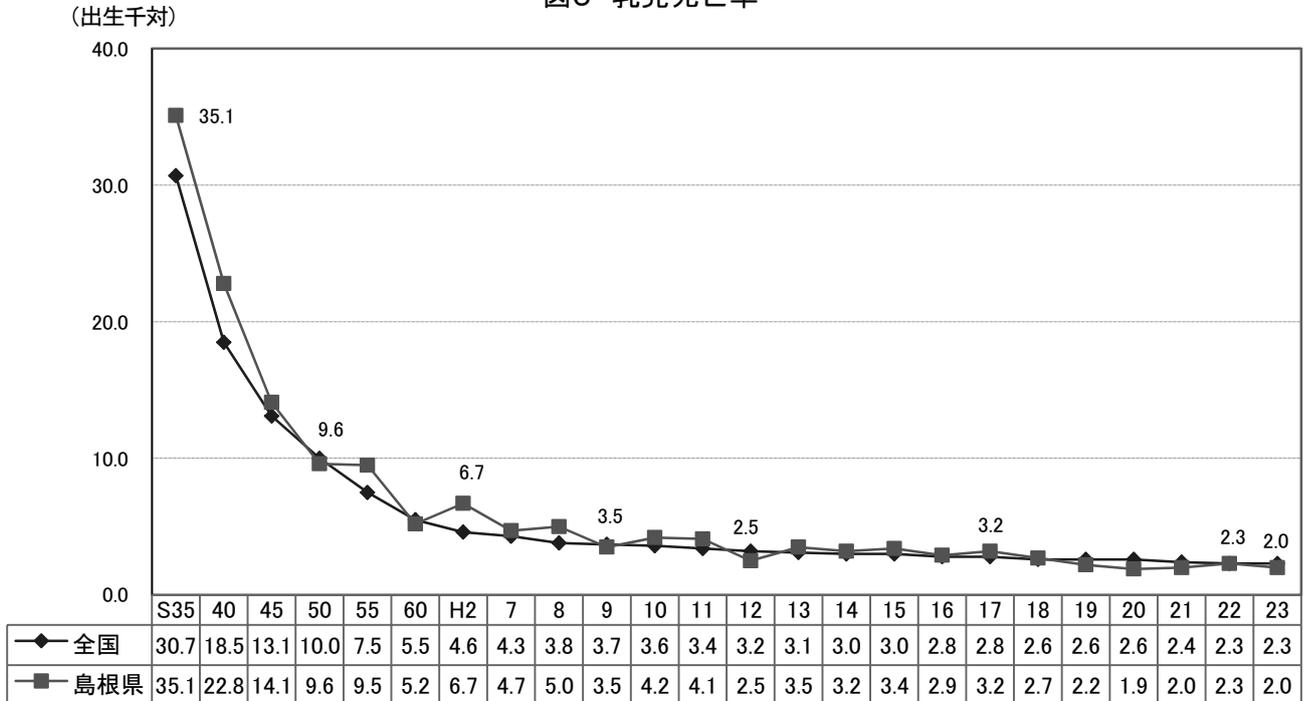
資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(3) 死亡

(ア) 乳児死亡

- 乳児死亡は、昭和50年頃までは急速に低下していったが、その後低下が緩やかになっている。また、本県の乳児死亡率は全国平均より高率に推移していたが、平成19年から全国平均を下まわり、平成23年は2.0である。(図5)
- 乳児死亡の原因は、先天奇形・変形及び染色体異常、周産期に発生した病態が主な死因となっているが、近年周産期に発生した病態による死亡が少なくなっている。(表2)

図5 乳児死亡率



資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

表2 島根県における主な死因別乳児死亡数

死因	(人)										
	年	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
全死因		20	21	18	18	16	13	11	11	13	11
先天奇形・変形及び染色体異常		8	9	8	7	3	5	3	6	6	4
周産期に発生した病態		5	5	4	6	3	2	2	2	3	4
乳幼児突然死症候群		2	1	4	1	1	1	1	1	2	1
不慮の事故		2	1	1	2	1	1	2	1	0	0

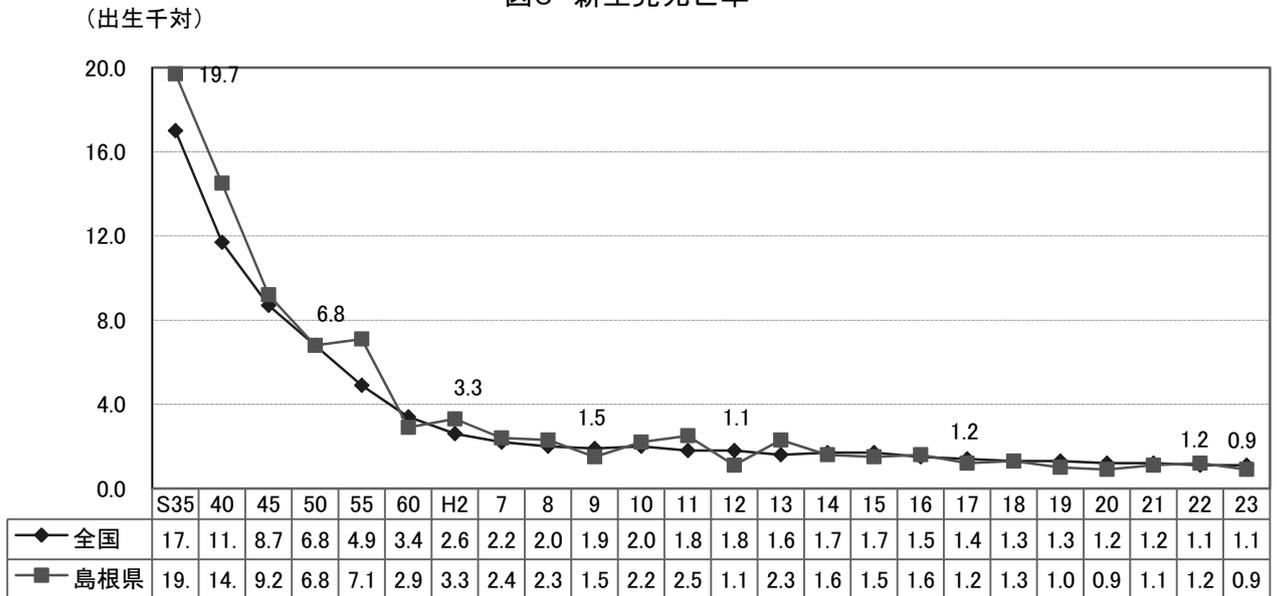
※ICD10 以降

資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(イ) 新生児死亡

●新生児死亡は昭和60年頃までは急速に低下していったが、その後低下が緩やかになっている。新生児死亡の原因も乳児死亡の原因と同様であり、先天奇形・変形及び染色体異常、周産期に発生した病態が主な死因となっている。(図6・表3)

図6 新生児死亡率



資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

表3 主な死因別新生児死亡数

死因	(人)										
	年	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
全死因		10	9	10	7	8	6	5	6	7	5
先天奇形・変形及び染色体異常		7	5	6	1	3	2	3	4	4	2
周産期に発生した病態		3	4	4	5	3	2	2	2	3	3

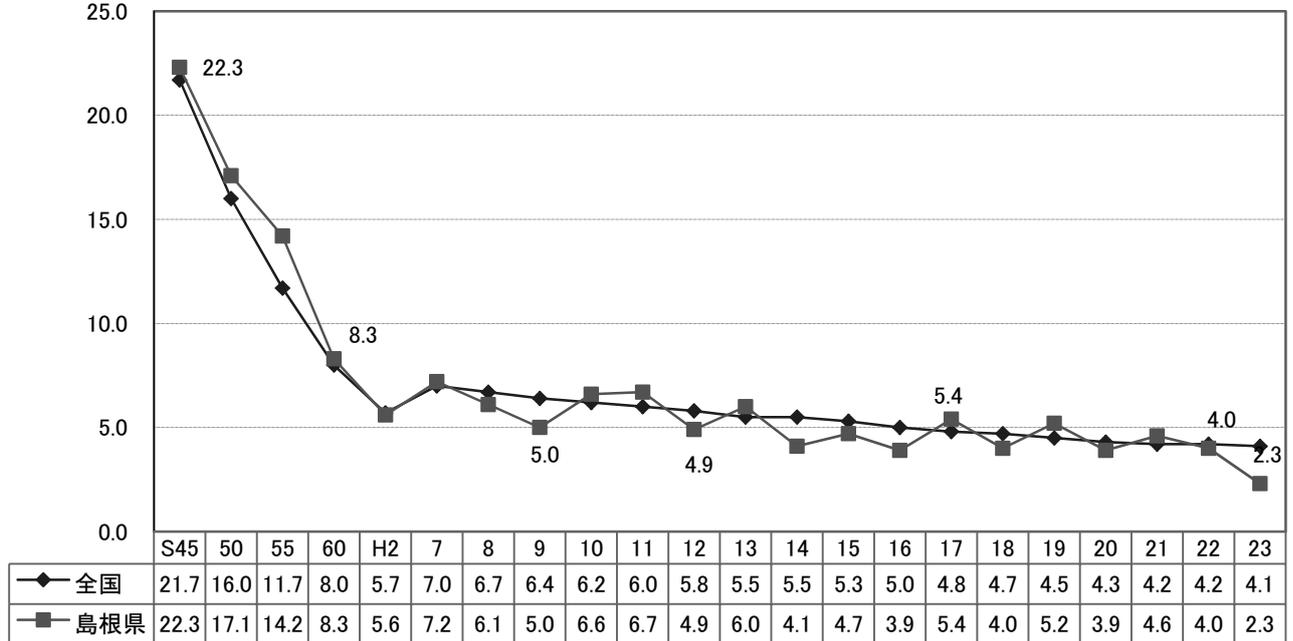
資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(ウ) 周産期死亡

●周産期死亡率は全国よりもやや低率で推移してきている。早期新生児死亡と満22週以後の死産は、昭和60年まで、ともに減少傾向にあったが、その後横ばい状態となっている。平成23年は周産期死亡13人のうち、早期新生児死亡は4人、妊娠満22週以後の死産は9人であった。(図7・8)

(出生千対)

図7 周産期死亡率

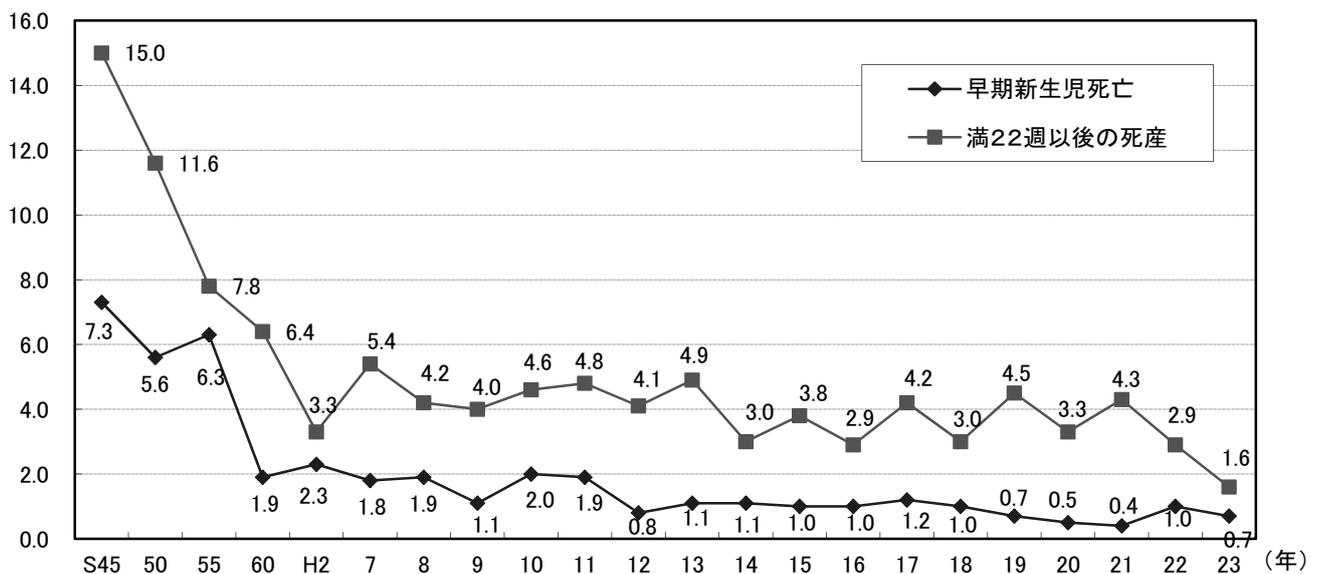


資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

$$\begin{aligned} \text{※周産期死亡率(H6まで)} &= \frac{\text{妊娠満28週以後の死産数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000 \\ \text{(H7年以降)} &= \frac{\text{妊娠満22週以後の死産数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{出産数(妊娠満22週以後の死産数} + \text{出生数)}} \times 1000 \end{aligned}$$

(出生千対)

図8 周産期死亡率(島根県)



(注) 平成6年までは満28週以後の死産率
資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(エ) 妊産婦死亡

●妊産婦死亡は、昭和60年までは複数死亡があったが、近年はない。(表4)

表4 妊産婦死亡

年	島根県		全国	
	人	率	人	率
S55年	5	47.9	323	19.5
60	3	31.7	226	15.1
H2年	—	—	105	8.2
7	1	14.4	85	6.9
8	—	—	72	6.0
9	1	14.9	78	6.3
10	—	—	86	6.9
11	—	—	72	5.9
12	—	—	78	6.3
13	1	14.6	76	6.6
14	—	—	84	7.1
15	—	—	69	6.0
16	—	—	49	4.3
17	—	—	62	5.7
18	—	—	54	4.8
19	—	—	35	3.1
20	—	—	39	3.5
21	—	—	53	4.8
22	—	—	45	4.1
23	—	—	41	3.8

※率：出産10万対

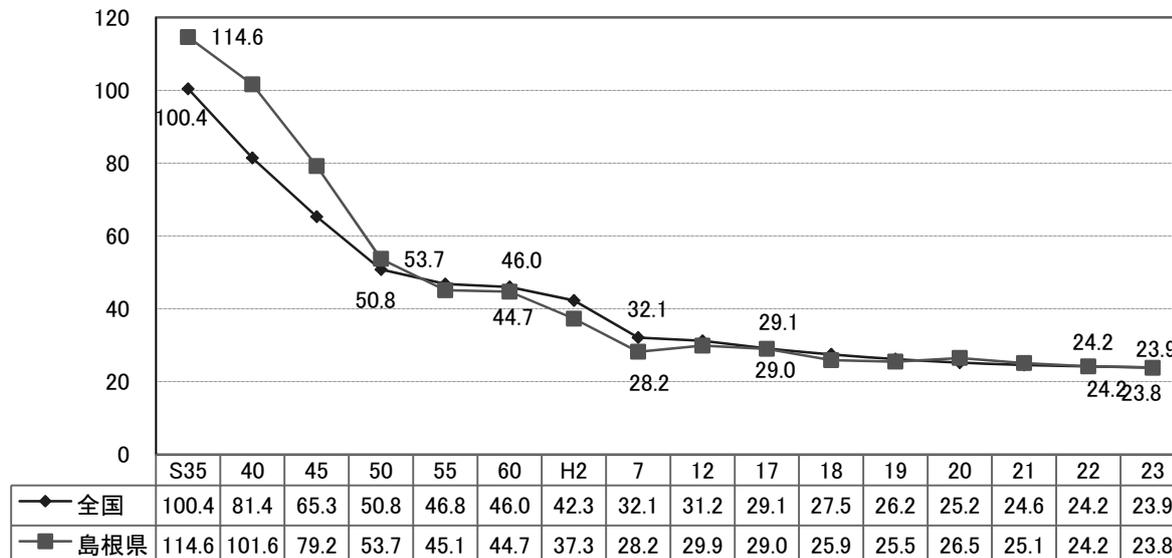
資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(オ) 死産

●島根県の死産率は、昭和50年までは全国に比し高率であったが、その後は全国とほぼ同率で推移している。自然死産と人工死産は、平成になってから人工死産が自然死産を上回っている。(図9・10)

(出生千対)

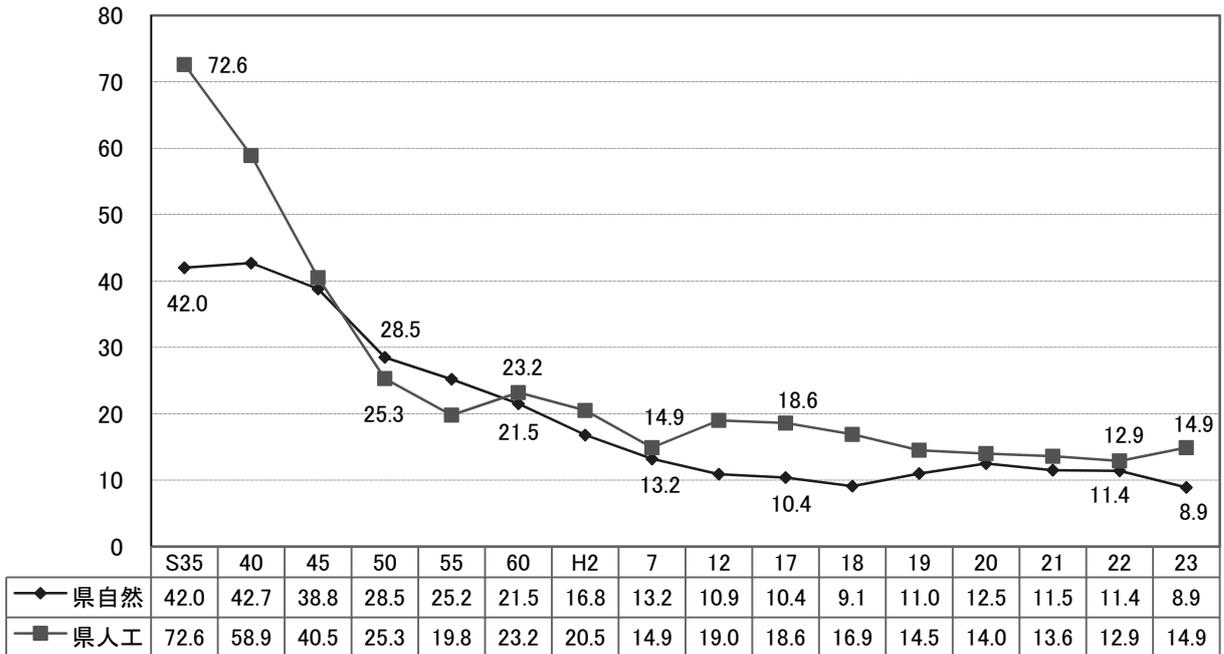
図9 死産率



資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(出生千対)

図10 自然死産率と人工死産率



資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

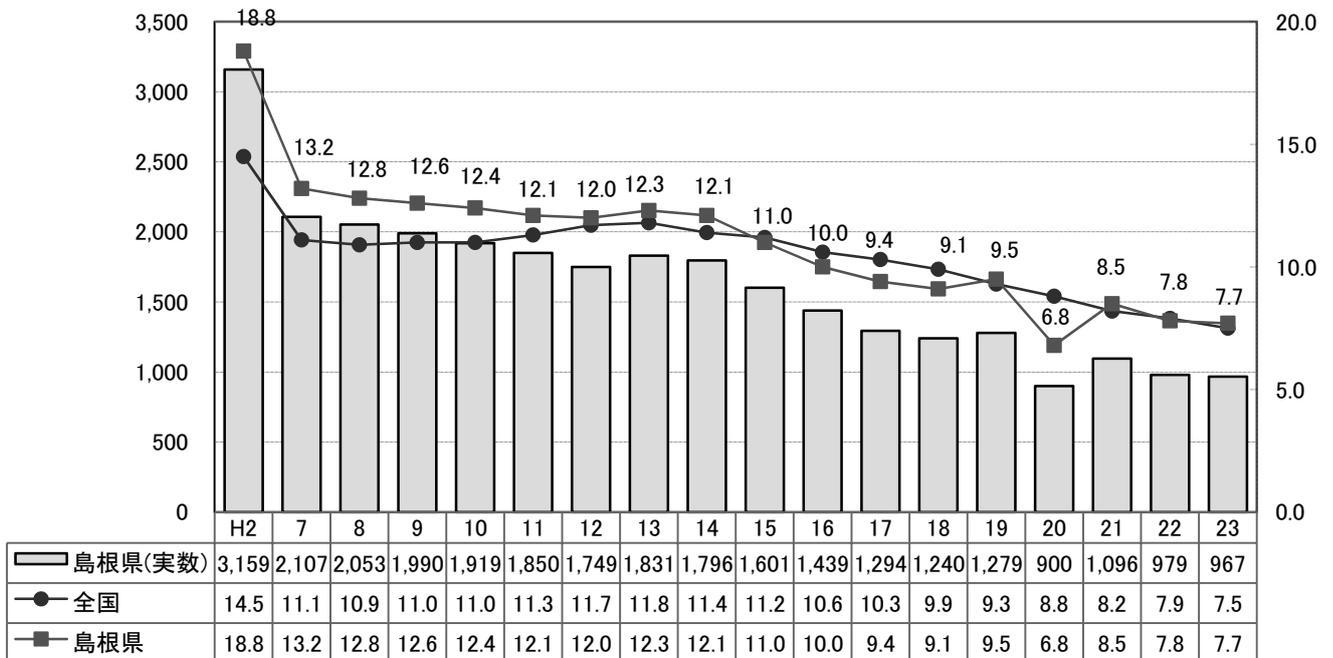
(4) 人工妊娠中絶

●人工妊娠中絶は昭和40年(県43.6 国30.2)に比べると、1/6に減少し、全国とほぼ同率になってきた。また、20歳未満の人工妊娠中絶実施率は、平成15年度をピークに減少傾向である。(図11・12)

(件)

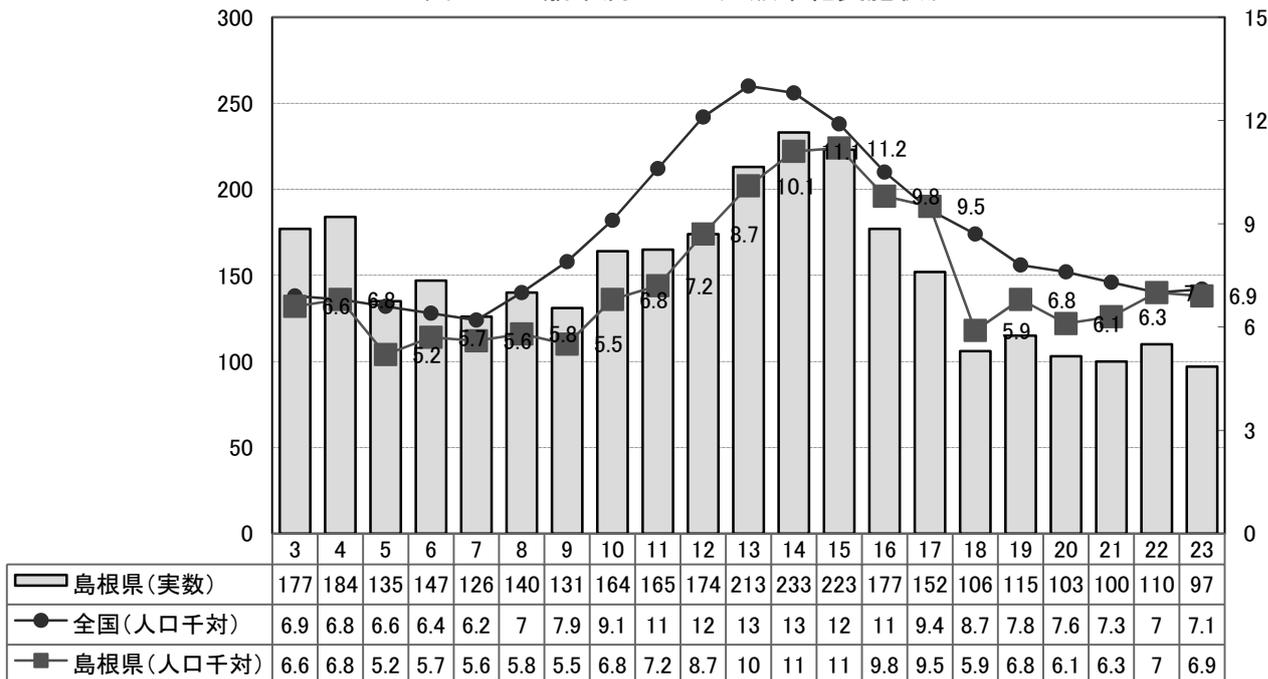
図11 人工妊娠中絶実施状況

(人口千対)



※実施率：15歳～49歳女子人口千対
資料：「衛生行政報告例」(厚生労働省)

図12 20歳未満の人工妊娠中絶実施状況 (人口千対)



実施率：15歳～19歳の女子人口千対
 (注) 15歳未満の人工妊娠中絶件数を含む
 資料：「衛生行政報告例」(厚生労働省)

(5) 二次医療圏別の状況

- 平成23年の二次医療圏別出生数は、松江医療圏、出雲医療圏で県内の64.4%を占めている。(表5)
- 二次医療圏別の低出生体重児の割合は、平成19年から23年の5年平均でみると、出雲医療圏(11.4)、雲南医療圏(10.8)が県平均(10.2)を上回っている。(表6)
- 周産期死亡率は、隠岐医療圏(5.5)、益田医療圏(4.7)、浜田医療圏(4.2)、松江医療圏(4.1)が県平均(4.0)を上回っている。(表7)

表5 二次医療圏別出生数

年	H11	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
松江	2,354	2,227	2,079	2,178	2,222	2,159	2,127	2,165	2,044
雲南	500	451	450	442	442	410	420	363	402
出雲	1,622	1,546	1,473	1,643	1,540	1,518	1,481	1,560	1,550
大田	452	453	397	424	430	399	399	411	380
浜田	692	717	637	684	638	562	605	642	609
益田	599	540	495	493	493	494	441	465	441
隠岐	175	170	166	147	149	143	128	150	156
計	6,394	6,104	5,697	6,011	5,914	5,685	5,601	5,756	5,582

表6 二次医療圏別低出生体重児

年 医療圏	低出生体重児数							低出生体重児割合(率)						
	H18	H19	H20	H21	H22	H23	5年計 (H19~23)	H18	H19	H20	H21	H22	H23	5年平均 (H19~23)
松江	224	204	205	232	222	179	1,042	10.3	9.2	9.5	10.9	10.3	8.8	9.7
雲南	41	42	35	45	47	52	221	9.3	9.5	8.5	10.7	12.9	12.9	10.8
出雲	171	134	152	182	200	204	872	10.4	8.7	10	12.3	12.8	13.2	11.4
大田	36	30	38	49	39	36	192	8.5	7	9.5	12.3	9.5	9.5	9.5
浜田	78	61	51	54	56	73	295	11.4	9.6	9.1	8.9	8.7	12.0	9.7
益田	41	38	44	49	37	43	211	8.3	7.7	8.9	11.1	8.0	9.8	9.0
隠岐	11	16	12	14	13	15	70	7.5	10.7	8.4	10.9	8.7	9.6	9.6
計	602	525	537	625	614	602	2,903	10	8.9	9.4	11.2	10.7	10.8	10.2

資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

表7 二次医療圏別周産期死亡

年 医療圏	周産期死亡数							周産期死亡率						
	H18	H19	H20	H21	H22	H23	5年計 (H19~23)	H18	H19	H20	H21	H22	H23	5年平均 (H19~23)
松江	12	18	8	9	5	4	44	5.5	8	3.7	4.2	2.3	2	4.1
雲南	3	2	1	2	1	1	7	6.8	4.5	2.4	4.7	2.7	2.5	3.4
出雲	3	2	3	9	12	5	31	1.8	1.3	2	6	7.6	3.2	4.0
大田	2	0	1	2	0	2	5	4.7	—	2.5	5	—	5.3	2.5
浜田	2	3	4	3	2	1	13	2.9	4.7	7.1	4.9	3.1	1.6	4.2
益田	0	5	4	0	2	0	11	—	10	8	—	4.3	—	4.7
隠岐	2	1	1	1	1	0	4	13.4	6.7	6.9	7.8	6.6	—	5.5
計	24	31	22	26	23	13	115	4	5.2	3.9	4.6	4	2.3	4.0

資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

(6) ハイリスク妊婦・新生児の状況

(ア) 妊婦

- 平成23年度の県内での妊婦の医療機関間搬送件数は136件で、県立中央病院が68例、松江赤十字病院が50例、島根大学医学部附属病院が16例、浜田医療センターで1例を受け入れていた。

(イ) 新生児

- 低出生体重児の体重区分別出生数をみると、平成23年には1,000g未満の超低出生体重児が年間18例あり、1,500g未満の極低出生体重児は46例あった。(表8)
- 島根県周産期医療に関する調査によると、平成23年の病院における低出生体重児出生は516例あり、県全体の593例のうち87.0%を取り扱ったことになる。特に、出生体重1,500g未満の極低出生体重児は、県立中央病院、松江赤十字病院、島根大学医学部附属病院の3医療機関で取り扱っている現状である。また、新生児の病院間転院は38例あった。心臓疾患等の手術目的である10例のうち県外病院が7例、島根大学医学部附属病院が2例、県立中央病院が1例であった。
新生児の搬送手段は、搬送元医療機関医師添乗救急車が15例、搬送先医師添乗救急車が10例、自家用車8例、医師添乗なしでの救急車3例、搬送元医師添乗ヘリコプターが2例であった。
- 地域で長期にわたり医療的ケアの必要な児等もあり、医療機関・地域との連携の充実が引き続き必要である。

表8 体重区分別出生数

出生体重 \ 年	H11	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
～499g	1	3	4	0	1	0	1	0	1
500g～999g	15	19	20	14	13	12	16	10	17
1,000g～1,499g	25	21	21	23	21	13	22	19	28
1,500g～1,999g	86	76	77	72	79	72	80	71	75
2,000g～2,499g	429	435	408	493	411	440	506	514	481
計	556	554	530	602	525	537	625	614	602

資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

表9 単産・複産別分娩件数

区分 \ 年	H11	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
出生総数	6,545	6,226	5,797	6,092	6,004	5,783	5,682	5,835	5,666
単産 (割合%)	6,477 99.0	6,158 98.9	5,731 98.9	6,014 98.7	5,941 99.0	5,723 99.0	5,618 98.9	5,771 98.9	5,614 99.1
複産総数 (割合%)	68 1.0	68 1.1	66 1.1	78 1.3	63 1.0	56 1.0	63 1.1	64 1.1	52 0.9
双子	66	67	62	77	61	53	63	64	52
三つ児	2	1	4	1	2	3	-	-	-

(注) 総数には死産の単産、複産の不詳を含む

資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

(7) 重症児等の状況

- 島根県周産期医療に関する調査によると、周産期障がい・新生児期疾患に起因する6か月以上の長期入院児は、平成21年5例、平成22年7例、平成23年6例であった。最終転帰は、自宅退院、転院、死亡となっている。
- 医療的ケアを必要とする子どもが増加していることから、平成18年度から保健所において、子どもとその家族に対する支援を医療機関と連携し、新生児集中治療管理室（NICU）等入院中から早期支援の取り組みを実施している。
- 平成25年の在宅重症心身障がい児・者の施策充実に関するアンケート調査によると、在宅重症心身障がい児の状況は、15歳以下で49名であり、医療的ケアの内容は痰吸引が最も多かった。（表10・11）
- 在宅の重症心身障がい児（者）に対し、日常生活動作、運動機能等に係る訓練等必要な療育等を行う「在宅重症心身障害児（者）巡回等療育支援事業」や、身近な地域でショートステイ、デイサービス等が受けられる体制の充実を図るための「重症心身障害児（者）在宅サービス提供体制整備事業」を実施している。（表12）

表10 二次医療圏別在宅重症心身障がい児（者）数

(人)

年齢 \ 医療圏	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	合計
～6歳	8	0	3	1	1	1	1	15
7～12歳	15	2	4	0	1	2	0	24
13～15歳	5	0	2	1	0	2	0	10
16～18歳	6	4	2	1	0	3	0	16
19歳～	18	4	7	5	20	6	1	61

資料：平成25年重症心身障害児・者の施策充実に関するアンケート（障がい福祉課）

表 1 1 在宅重症心身障がい児（者）の医療的ケア状況

(人)

気管切開	人工呼吸器	酸素吸入	ネブライザー	たん吸引	経管栄養
14	10	14	24	34	23

資料：平成 25 年重症心身障害児・者の施策充実に関するアンケート(障がい福祉課)

表 1 2 在宅重症心身障がい児（者）サービス提供施設（平成 24 年 4 月 1 日現在）

事業名 医療圏	医療型障がい児入所施設(児童療養型介護事業所(者) <入所定員数>)	重症心身障がい児(者)巡回療育支援事業	指定短期入所事業所(医療型)	重症心身障がい児(者)在宅サービス提供体制整備事業
松江	○松江医療センター<90床> ○松江療育園<90床>	○松江整肢学園 ○松江療育園	○松江医療センター ○松江療育園	○四ツ葉園<ショート・デイ> ○児童発達支援センターのぎ<デイ> ○櫻苑<デイ> ○みのりの家<ショート・デイ> ○やすらぎの家<デイ> ○,you 愛<デイ>
雲南		(巡回)		○ほつとらいふ雲南<デイ> ○あゆみの里<デイ>
出雲		(巡回)	○出雲市立総合医療センター	○ハートピア出雲<デイ> ○コミュニティサポートいずも<ショート・デイ> ○児童発達支援センターわっこ<デイ>
大田		(送迎)	○公立呂智病院	○清風園<デイ> ○緑風園<ショート・デイ>
浜田	○安養学園<80床>	○島根整肢学園 ○安養学園	○安養学園	
益田		(巡回)		○ラポール宝生苑<ショート・デイ> ○益田市障害者福祉センターあゆみの里<デイ>

※<デイ>・・・デイサービス、<ショート>・・・ショートステイの略

2 周産期医療ネットワーク

(1) 施設・病床数

- 県内の分娩取扱施設は、平成 24 年 10 月現在、病院 13 施設、診療所 8 施設、助産所 1 施設となっている。近年、医師をはじめとする従事者不足などにより公立病院等が分娩の取扱中止や、分娩を制限するなどの状況が見受けられる。また、県西部においては、平成 20 年に 1 診療所が休止し、分娩を取り扱う診療所はない状況となった。松江医療圏、出雲医療圏以外の地域における分娩は、病院のみでの対応となっており、分娩体制は圏域により格差がある。
- 平成 15 年から平成 21 年にかけて 12 医療機関が分娩取扱をやめている状況であり、そのうち診療所が 7 施設となっている。(表 14)
- 県全体の産科病床数は、平成 24 年 4 月 1 日現在 242 床である(混合病床除く)。(平成 24 年島根県周産期医療に関する調査)(表 13)
- MFICU 病床数は県立中央病院に 3 床である。(表 17)
- NICU は 20 床(診療報酬上の届出病床は 18 床)であり、NICU に併設された回復期治療室(GCU)は、32 床である。(表 17)
- 県において、平成 21 年度から 2 年間「助産師外来等開設支援事業」を実施し、平成 23 年度から 3 年間「助産師卒後教育プログラム構築・運用事業」を実施しており、開設された助産師外来等は、助産師外来 9 施設、院内助産所 2 施設、助産所 1 施設と増えてきている。(表 18・19、図 13)

表 13 病院における病床数(平成 24 年 4 月 1 日現在)

病院名	病 床 数				
	産科病床数	母体・胎児集中治療病床数	重症新生児受け入れ病床数	うちNICU加算病床数	新生児集中治療室の後方病床数
松江市立病院	22				
松江赤十字病院	20		6	6	10
吉岡病院	12				
雲南市立病院	6				
町立奥出雲病院	8				
県立中央病院	41	3	8	6	18
島根大学医学部附属病院	5		6	6	4
大田市立病院	混合病床				
公立邑智病院	混合病床				
浜田医療センター	12				
済生会江津総合病院	12				
益田赤十字病院	23		2		
隠岐広域連立隠岐病院	混合病床				
安来市立病院	H18 年 7 月以降分娩取扱なし				
津和野共存病院	H19 年 4 月以降分娩取扱なし				
松江生協病院	H20 年 1 月以降分娩取扱なし				

*重症新生児受け入れ病床数：NICU 届出や独立看護単位にかかわらず、人工換気を要するような重症児の受け入れ可能病床数とする。

*新生児集中治療室の後方病床数：新生児病床のうち重症新生児病床以外の中等症などの受け入れを含めた病床であり、一般の小児病床とは区別する。

資料：島根県周産期医療に関する調査(健康推進課)

表14 年別県内分娩取扱施設の推移

(単位：施設)

年 施設	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
病院	18	17	15	15	14	13	13	13	13	13
診療所	15	14	13	12	12	10	8	8	8	8
助産所	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1
計	35	33	30	29	28	23	22	22	22	22

*分娩取扱の休廃止の時期は、施設の変更・廃止届や聞き取りにより推定したものもある。また、助産所は、施設を有するもののみ計上している。

表15 二次医療圏別分娩取扱医療機関

(単位：施設)

	区分	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
H15年(a)	病院	5	3	3	2	2	2	1	18
	診療所	6		5	1	2	1		15
	助産所			1				1	2
	計	11	3	9	3	4	3	2	35
H24年(b)	病院	3	2	2	2	2	1	1	13
	診療所	4		4					8
	助産所	1							1
	計	8	2	6	2	2	1	1	22
比較 (b-a)	病院	▲2	▲1	▲1			▲1		▲5
	診療所	▲2		▲1	▲1	▲2	▲1		▲7
	助産所	1		▲1				▲1	▲1
	計	▲3	▲1	▲3	▲1	▲2	▲2	▲1	▲13

*分娩取扱の休廃止の時期は、施設の変更・廃止届や聞き取りにより推定したものもある。また、助産所は、施設を有するもののみ計上している。

表16 二次医療圏別産科病床数 (平成24年4月末現在)

(単位：床)

医療圏 施設	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
病院	54	14	60	混合のみ	12	23	混合のみ	163
診療所	57		36					93
助産所	8							8
計	119	14	96		12	23		264

*混合病床を含まない。

表17 病院におけるMFICU、NICU及びGCUの設置状況 (平成24年4月1日現在) (単位：床)

施設名	MFICU	NICU	GCU	
			届出病床*	
島根県立中央病院(総合周産期母子医療センター)	3	6	6	18
松江赤十字病院(地域周産期母子医療センター)	0	6	6	10
益田赤十字病院(地域周産期母子医療センター)	0	2	0	0
島根大学附属病院(特定機能病院)	0	6	6	4
計	3	20	18	32

*診療報酬上の届出病床数

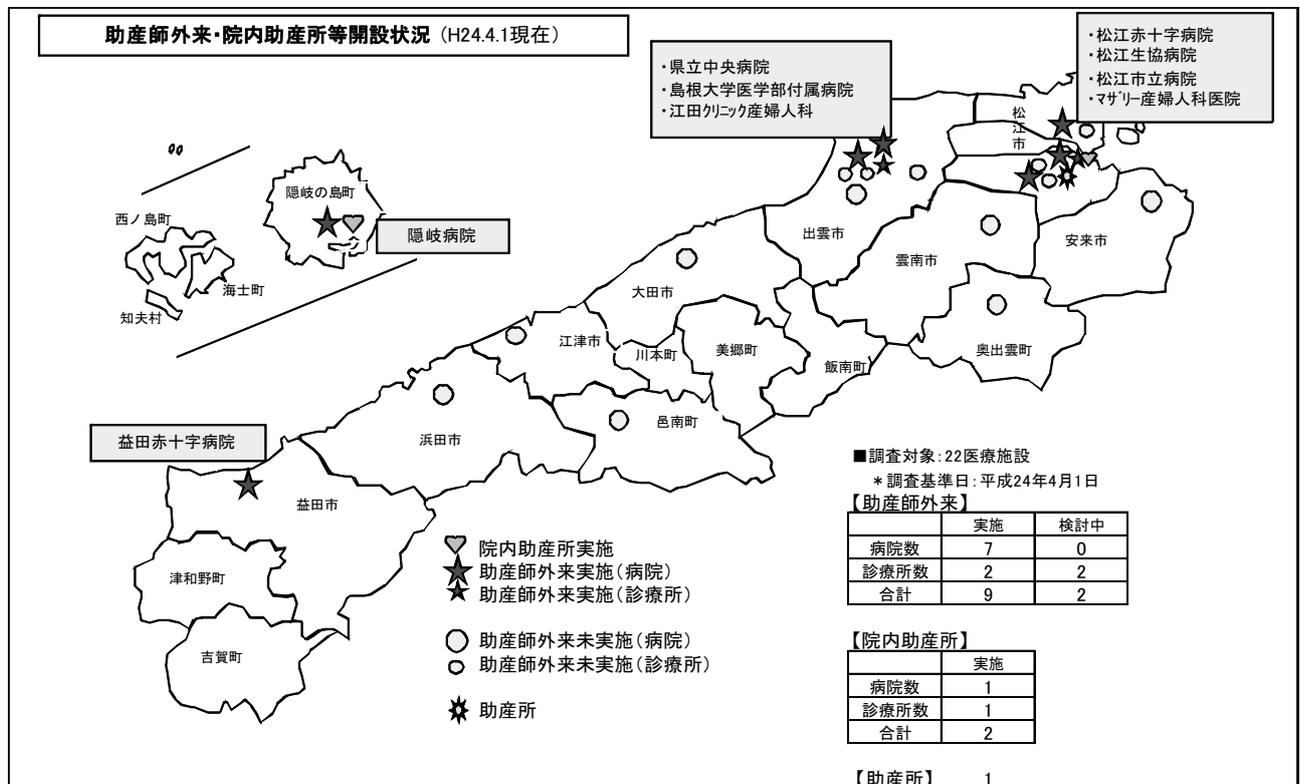
表 18 助産師外来及び院内助産所の開設状況

医療機関名	助産師外来	院内助産所
松江赤十字病院	○(H21.11～)	
松江市立病院	○(H23.7～)	
松江生協病院	○(H20.4～)	
島根大学医学部附属病院	○(H24.4～)	
島根県立中央病院	○(H16.4～)	
益田赤十字病院	○(H21.6～)	
隠岐広域連合立隠岐病院	○(H18.4～)	○(H19.4～)
マザリー産婦人科医院	○(H20.4～)	○(H21.12～)
江田クリニック産婦人科	○(H17.5～)	

表 19 助産所の開設状況 (分娩取扱施設)

施設名	開設日
生協きらり助産院 (8床)	H21.7.1

図 13 助産師外来・院内助産所開設状況



(2) 各施設における分娩の状況

- 平成23年には、県内の13病院で年間3,852件の分娩を扱っている。これは、県内の分娩数5,863件の65.7%を占めており、病院での出産が増加している。里帰り分娩は、14.6%であった。(表20)
- 病院ごとの分娩数では、県立中央病院1,060件、浜田医療センター462件、松江市立病院434件、松江赤十字病院427件、益田赤十字病院337件、大田市立病院289件、済生会江津総合病院230件、島根大学医学部附属病院206件(いずれも平成23年実績)などが多い。特に診療所での分娩取扱のない地域においては、病院での分娩に頼っている状況がある。このことから、妊婦管理や分娩等の機能分担を明確にし、病病連携及び病診連携の充実を一層図る必要がある。(資料P68)
- 隠岐医療圏では、経産婦でローリスク以外の妊婦は本土での出産をせざるを得ない状況である。
- 妊婦健診未受診妊婦による分娩(いわゆる飛び込み分娩)は、平成21年3件、平成22年1件、平成23年7件と増加し、理由は妊娠に気づかない、望まない妊娠や経済的理由が主なものであった。(資料P66~68)
- 妊婦健診及び分娩施設への移動時間は、図「妊婦健診・分娩にかかる移動時間」(資料P78)のとおりで31分~60分が多い状況である。しかし、隠岐医療圏では妊婦健診においても宿泊が伴うことが一般的である。また、益田医療圏では県境地域での移動時間が90分と長時間を要する場合がある。(平成22年2月市町村への調査による)

表20 二次医療圏別分娩数

(人、里帰り割合:%)

医療圏	年		H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
	施設区分										
松江	病院		433	662	635	871	913	878	982	1,058	1,017
	診療所					1,400	1,349	1,359	1,292	1,349	1,222
	計		433	662	635	2,271	2,262	2,237	2,274	2,407	2,239
雲南	病院		257	253	241	210	191	169	135	145	144
	診療所		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	計		257	253	241	210	191	169	135	145	144
出雲	病院		1,155	1,183	1,114	1,267	1,322	1,255	1,252	1,283	1,266
	診療所					695	773	773	713	749	773
	計		1,155	1,183	1,114	1,962	2,095	2,028	1,965	2,056	2,039
大田	病院		280	257	230	260	257	261	309	350	324
	診療所					73	81	14	-	-	-
	計		280	257	230	333	338	275	309	350	324
浜田	病院		425	446	450	584	629	668	702	750	692
	診療所					142	72	-	-	-	-
	計		425	446	450	726	701	668	702	750	692
益田	病院		500	561	517	565	544	586	452	423	337
	診療所		-	-	-	134	109	104	-	-	-
	計		500	561	517	699	653	690	452	423	337
隠岐	病院		-	147	118	56	48	43	36	37	72
	診療所		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	計		-	147	118	56	48	43	36	37	72
島根県	病院		3,050	3,509	3,305	3,813	3,904	3,860	3,868	4,046	3,852
	(里帰り)		-	-	-	726	719	734	637	664	552
	(里帰り割合)		-	-	-	19.0%	18.4%	19.0%	16.5%	16.4%	14.3%
	診療所		-	-	-	2,444	2,384	2,250	2,005	2,044	1,995
	(里帰り)		-	-	-	371	308	321	268	274	305
	(里帰り割合)		-	-	-	16.1%	12.9%	14.3%	13.4%	13.4%	15.3%
	計		3,050	3,509	3,305	6,257	6,288	6,110	5,873	6,090	5,847
	(里帰り)		-	-	-	1,097	1,027	1,037	853	938	857

<参考：助産所分娩件数>

<参考：助産所含む分娩数>

3 17 16
5,876 6,107 5,863

注：平成18年分から診療所調査

資料：島根県周産期医療に関する調査(健康推進課)

(3) 周産期母子医療センター等の状況

- 「総合周産期母子医療センター」として県立中央病院を、「地域周産期母子医療センター」として松江赤十字病院と益田赤十字病院を指定しており、これに「特定機能病院」である島根大学医学部附属病院を加えた周産期医療の中核となる4病院と、地域の周産期医療施設との全県ネットワークにより、周産期医療の提供体制を構築してる。(ネットワーク図参照)
- 平成24年4月1日現在の県内のNICU病床数(診療報酬加算・非加算)は22床で、出生10,000人あたり38床となり、国の示す25~30床の目標を満たしているものの、「周産期母子医療センター」等中核病院の偏在等により、医療機関によっては、常に空床が確保できない状況である。

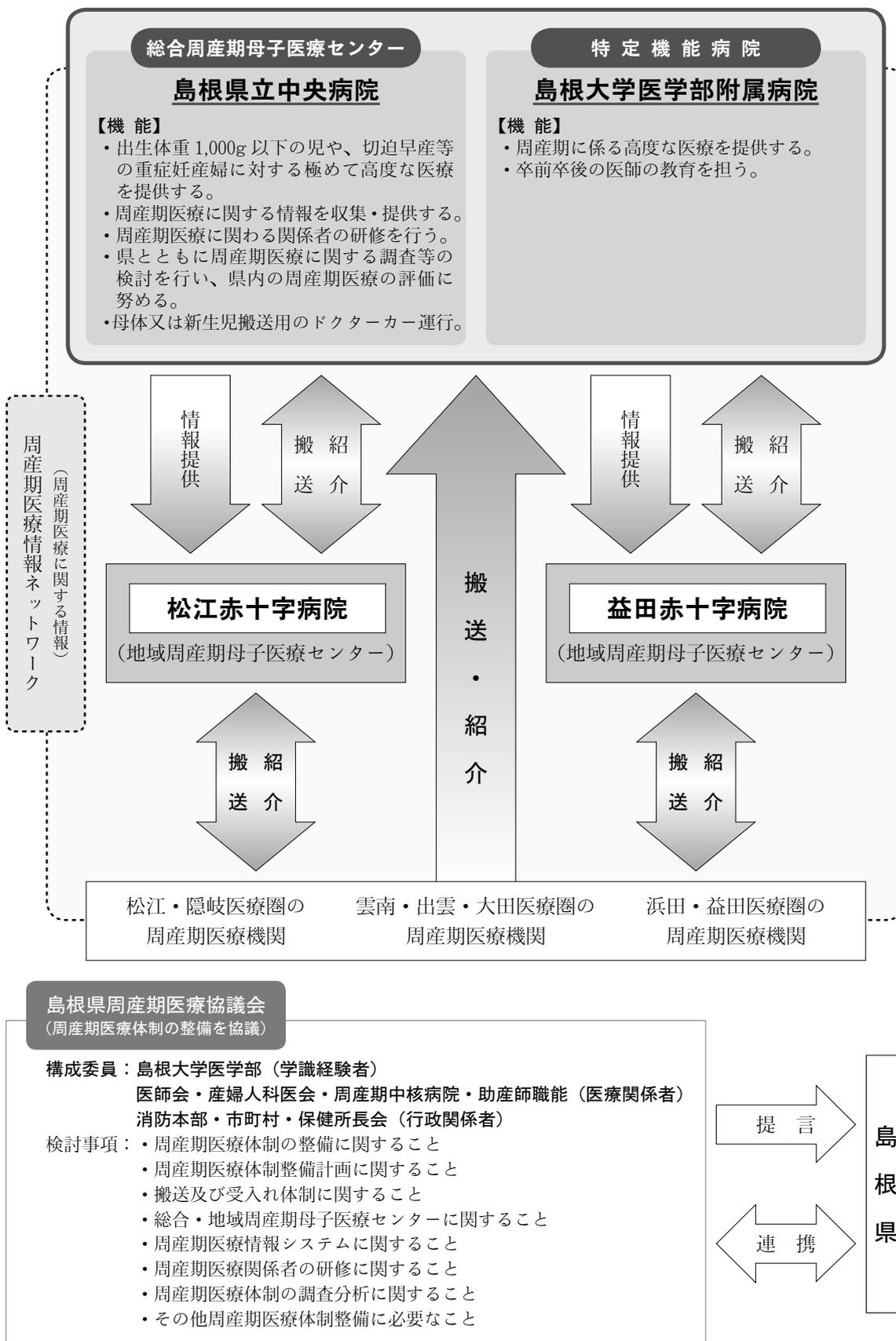
表2-1 各施設の状況(平成24年4月1日現在)

医療機関名	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		〈参考〉 特定機能病院	島根県計	
	県立中央病院	松江赤十字病院	益田赤十字病院	島根大学医学部附属病院			
指定年月日	平成18年1月1日	平成18年4月1日	平成18年4月1日				
開設者	島根県	日本赤十字社	日本赤十字社				
病床数	679	645	327				
一般産科病床	44	22	23				
一般小児科病床	30	36	21				
再掲	MFICU (診療報酬加算対象)	3	0	0	0	3	
	NICU (診療報酬加算対象)	6	6	0	6	18	22
	NICU (診療報酬非加算)	2	0	2	0	4	
	GCU	18	10	0	4	32	
医師 (MFICU, NICU 当直体制)	産科 担当	13 (当直・オンコール各1)	5	3	12	33	
	新生児 担当	7 うち専任1 (当直・オンコール各1)	7 (オンコール)	1 (オンコール)	14 うち専任1	29 うち専任2	

(厚生労働省周産期医療体制調、島根県周産期医療調査)

図14 島根県周産期医療ネットワーク図

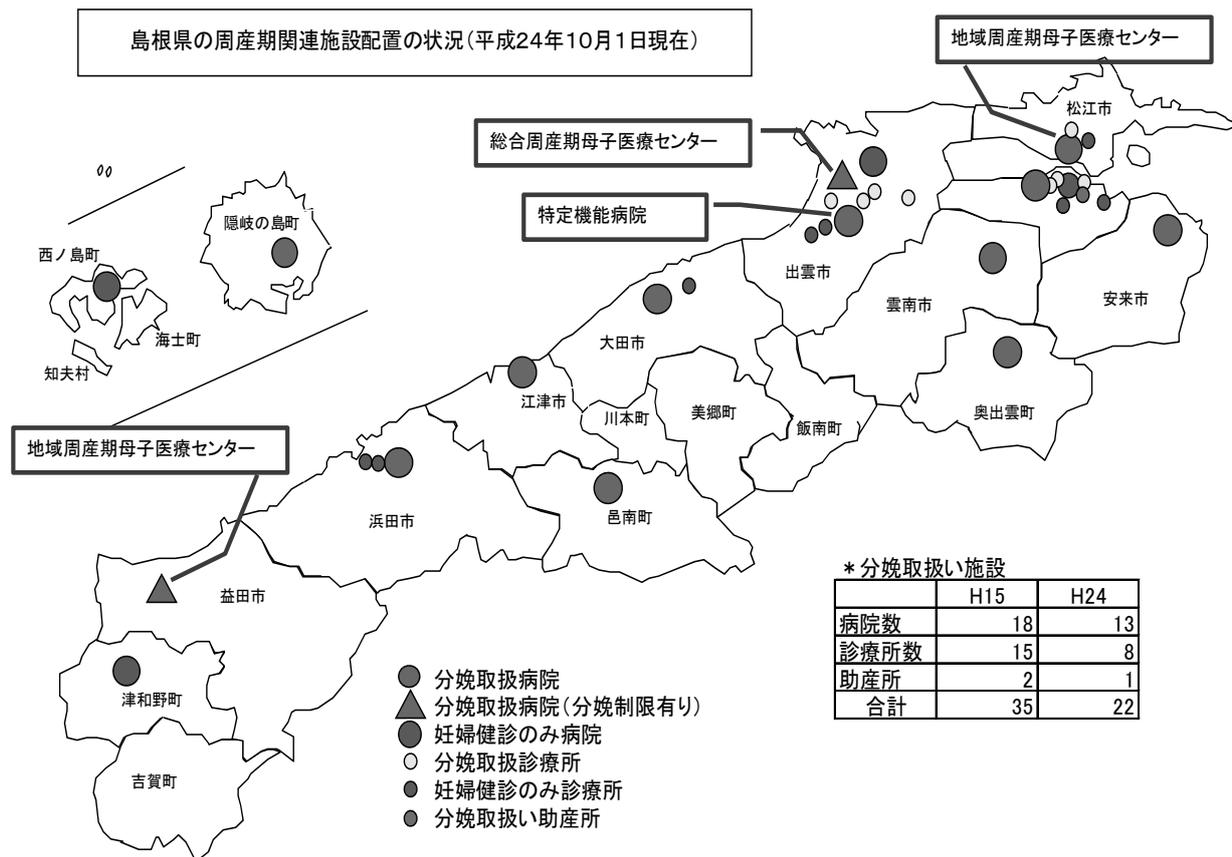
島根県周産期医療ネットワーク図



3. 中核となる医療機関と地域周産期医療関連施設における機能分担

- 分娩取扱施設は減少しており、近年は病院が13、診療所が8、助産所が1で維持されているが、県内の分娩数は6,000件前後で大きな減少はないため、1医療機関にかかる負担が大きくなっている。
- 「周産期医療ネットワーク連絡会」において、症例検討を行うとともに、搬送基準や搬送体制などの検討を行うことにより、医療機関間の連携が図られている。
- 現在、大田圏域、浜田圏域においては「セミオープンシステム」による医療機能分担が行われている。

図15 島根県における周産期医療体制（産婦人科医師が勤務している病院）



4. 周産期医療に関係する医療従事者

(1) 医師

- 「医師、歯科医師、薬剤師調査（隔年の国調査で、12月31日現在の数値）」によれば、島根県の全医師数は、従来から増加傾向にあり、平成12年は1,807人、平成22年は1,900人で、この10年で93人(5%増)増加している。ただし、平成18年から平成22年にかけては、39人減少しており、今後の動向への注視が必要である。人口10万人対医師数は、平成22年では264.8人で、全国平均の230.4人を上回っている。
一方、100k㎡あたりの医師数（以下「医師密度」という）は、28.3人で、全国平均78.1人を大きく下回る。
- 医療圏別では、平成14年以降、増加しているのは松江医療圏（県庁所在地）と出雲医療圏（大学病院所在地）、浜田医療圏のみであり、このうち、松江、出雲の2圏域に医師の7割が集中している。他の離島・中山間地域を抱える4つの医療圏では、医師が減少傾向にあり、医師不足が深刻化し、人口10万人対医師数も全国平均を下回っており、県内における地域偏在が大きな課題となっている。
- 「勤務医師実態調査（県が病院を対象に、平成18年から始めた毎年の調査で、10月1日現在の数値）」では、その松江、出雲医療圏でさえ平成24年の充足率（現員数÷必要数）は8割程度であり、絶対数の不足も大きな課題である。
- 周産期に係わる産科、小児科、麻酔科については、内科、外科などと比較すれば、医師数が少なく、離島・中山間地域では1人の医師が診療を担っている場合が多く（いわゆる「1人医長」）、1名の医師減少が、診療機能の廃止に結びつくことも課題である。

(ア) 産科

- 「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設（病院、大学附属病院、診療所）に従事する平成12年の医師数（産婦人科、産科）は74人、平成22年は69人で、この10年で5名減少(7%減)している。全国においても産科、外科など特定の診療科の医師が減少する中、島根県においてもこの産科医師不足は深刻な課題となっている。圏域別にみると、松江医療圏と出雲医療圏に約8割の医師が集中しており、産科においても地域偏在が課題となっている。「平成23年度島根県周産期医療に関する調査」では、産科医師一人当たりの分娩取扱数は99.1人で、全国平均83.6人（平成24年日本産婦人科医会勤務医部全国調査）より上回っている。浜田医療圏は115.3人、益田医療圏では112.3人、大田医療圏で108.0人であり、地域偏在が生じている。また、産科医師密度（100k㎡あたりの産科医師数）は、県全体では1.03人で、全国平均の2.75人を大きく下回っており、特に西部地域は0.39人、隠岐地域では0.29人と深刻な状況である。
- 「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の産科医師数は41名で、調査を始めた平成18年から大きな変動はないが、県内全病院では17名の医師が不足している。また、若い年代では女性も多く、その支援策も重要である。（表26・図16）
- 分娩取扱医療機関（病院、診療所）の年齢区分別産科医師数をみると、56歳以上が19名(39%)である。35歳以下は11名(22%)で、そのうち女性が8人となっている。さらに、中堅医師が少ない上に、今後は退職等に伴い分娩を取り扱う産科医師が激減することが想定されることから、後任確保が喫緊の課題である。（図17）
- 「平成23年度島根県周産期医療に関する調査」によれば、診療所における分娩取扱産科医師数は8名で、東部地域のみである。また、そのうち殆どが55歳～60歳代で、数年後には、分娩取扱を中止する診療所が出ることが予測される。

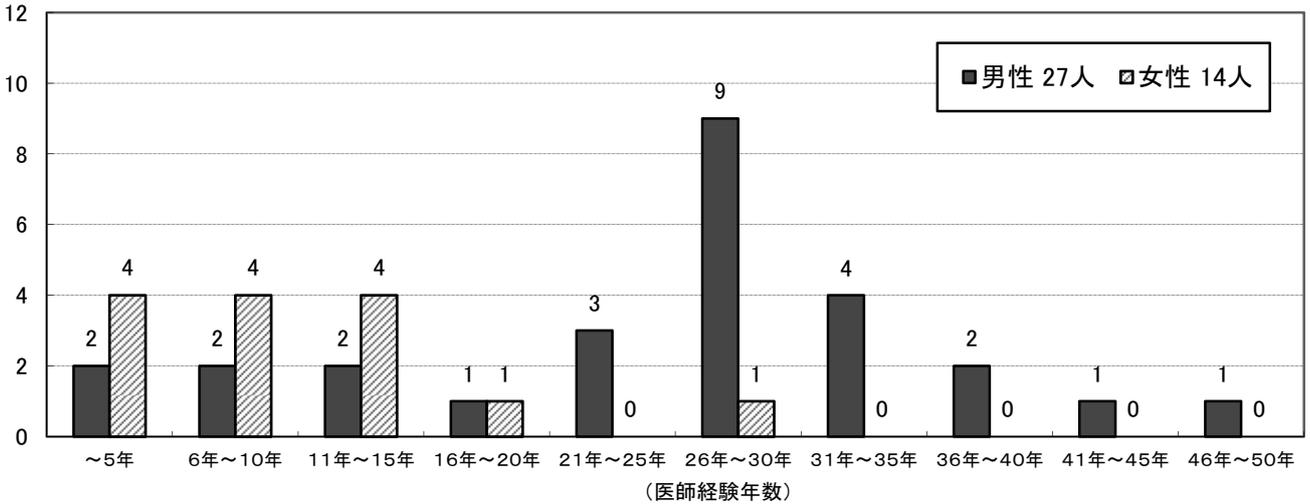
表26 分娩取扱病院に勤務する地域別の産科医師数

東部	西部	隠岐
26	13	2

資料：平成24年度勤務医師実態調査（医療政策課）

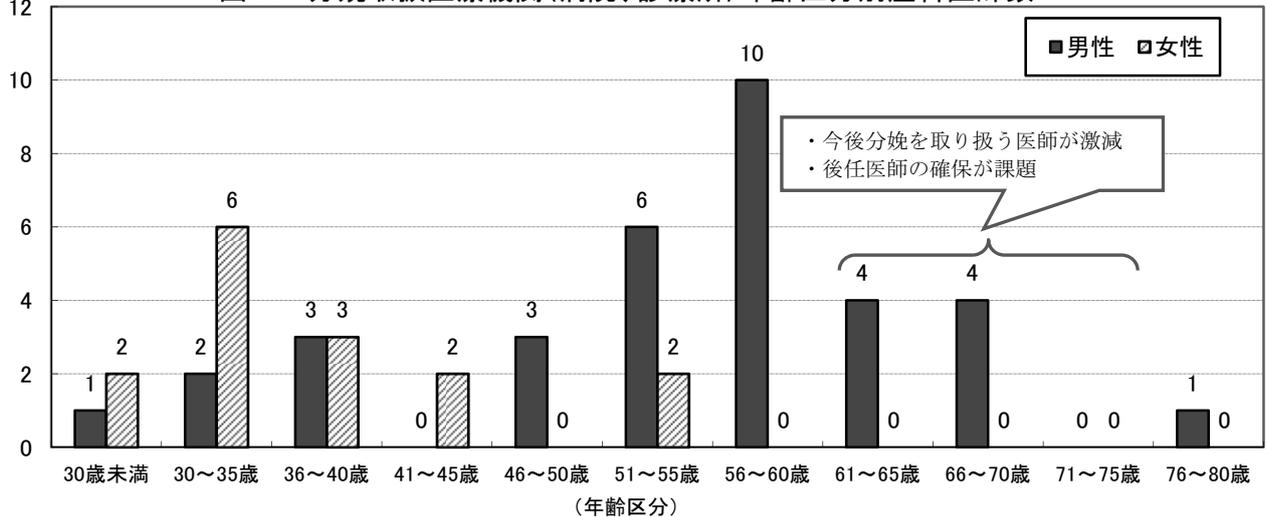
(人)

図16 分娩取扱病院に勤務する経験年数別産科医師数



(人)

図17 分娩取扱医療機関(病院、診療所)年齢区分別産科医師数



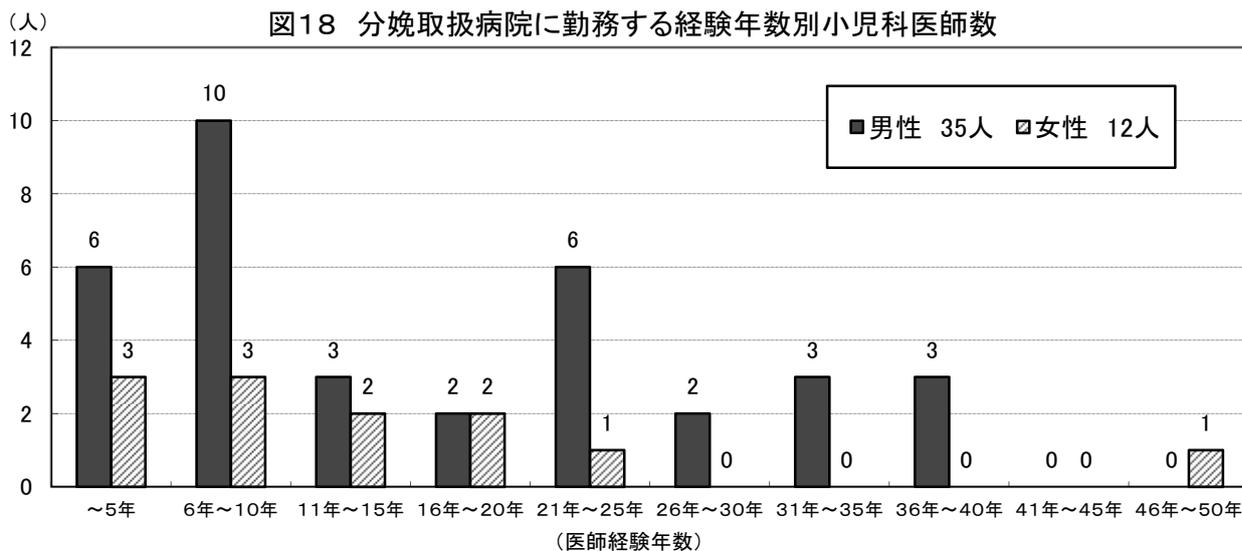
(イ) 小児科

- 「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は104人、平成22年は105人で、この10年で1名増加(1%増)しているが、不足が深刻な診療科のひとつである。また、新生児を専門とする小児科医師が少ないことも課題である。圏域別にみると、松江医療圏と出雲医療圏に約7割の医師が集中しており、小児科においても地域偏在が深刻となっている。また、小児科医師密度は、県全体では1.57人で、全国平均の4.20人を大きく下回っており、西部地区は0.81人、隠岐地域では0.29人で深刻な状況である。
- 「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の小児科医師数は47名で、調査を始めた平成18年から大きな変動はないが、県内全病院では19名の医師が不足している。(表27・図18)

表27 分娩取扱病院に勤務する地域別の小児科医師数

東部	西部	隠岐
36	10	1

資料：平成24年度勤務医師実態調査（医療政策課）



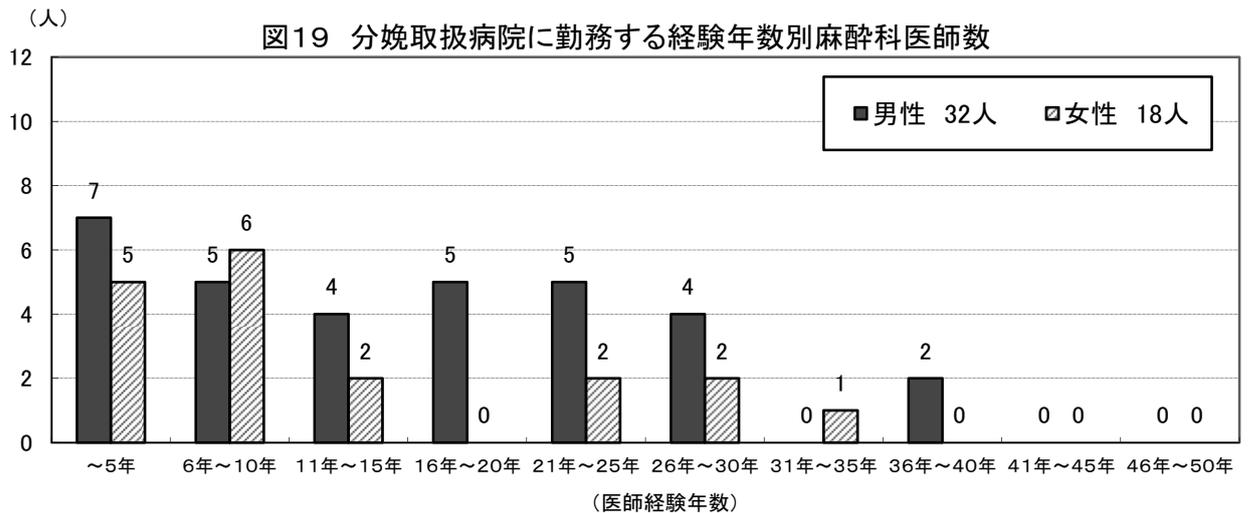
(ウ) 麻酔科

- 「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は48人、平成22年は55人で、この10年で7名増加（14%増）している。医療的な需要の高まりもあり、県全体で見れば、比較的充実しつつある診療科である。圏域別にみれば、松江医療圏と出雲医療圏に約9割の医師が集中しており、県内において地域偏在が著しい診療科である。また、麻酔科医師密度は、県全体では0.82人で、全国平均の2.04人を大きく下回っており、特に西部地域は0.20人と深刻な状況である。
- 「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の麻酔科医師数は50名で、調査を始めた平成18年から12名増加している。ただし、増加のほとんどが県東部地域で、地域偏在が深刻化しており、県内全病院では21名の医師が不足している。また、各年代において女性医師の割合が高い。（表28・図19）

表28 分娩取扱病院に勤務する地域別の麻酔科医師数

東部	西部	隠岐
43	7	0

資料：平成24年度勤務医師実態調査（医療政策課）



資料：平成24年度勤務医師実態調査（医療政策課）

(エ) その他周産期医療に関連する診療科

- 眼科については、「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は63人、平成22年は66人で、この10年で3名増加している。また、「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の眼科医師は20人で、県内全病院では12名の医師が不足している。
- 耳鼻咽喉科については、「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は57人、平成22年は45人で、この10年で12名減少している。また、「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の耳鼻咽喉科医師は16人で、県内全病院では15名の医師が不足している。
- 循環器科については、「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は51人、平成22年は66人で、この10年で15名増加している。また、「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の循環器科医師は39人で、県内全病院では17名の医師が不足している。
- 脳神経外科については、「医師、歯科医師、薬剤師調査」によれば、医療施設に従事する平成12年の医師数は45人、平成22年は32人で、この10年で13名減少している。「勤務医師実態調査」によれば、分娩を扱っている病院に勤務する平成24年の脳神経外科医師は23人で、県内全病院では9名の医師が不足している。

(2) 助産師・看護師

- 助産師は増加しているが、需要に対してはまだ不足の状態で、医師と同じく地域偏在があり、助産師外来など独立した助産師業務が担える人材が不足している。
- 助産師は、平成25年2月に産婦人科病院・診療所を対象に実施した「助産師の配置に関する実態調査」によると、県全体で現員数の25%に相当する55名の助産師がさらに必要と回答があった。平成21年度に実施した同様の調査より10名余り不足数が減少していた。(表29)

表29 助産師数

■助産師の現員数と必要数 (人)

	現員数	必要数	不足数
病院	180.3	224.8	44.5
診療所	37.5	47.7	10.2
助産院	5	6	1
合計	222.8	278.5	55.7

■入院部門にかかる助産師数 (人)

	〔分娩取扱13病院、8診療所、1助産院〕			分娩100例あたり		
	現員数	必要数	不足数	分娩数	現員数	必要数
病院	155	186	31	3,855	3.9	4.8
診療所	34.3	44.5	10.2	2,031	1.4	2.2
助産院	5	6	1	17	29.4	35.3
合計	194.3	236.5	42.2	5,903	35	42.3

■外来部門に係る助産師数 (人)

	現員数	必要数	不足数
病院	12.3	20.8	8.5
診療所	7	11	4
助産院	3.2	3.2	0
合計	22.5	35	12.5

注：非常勤職員の人数は常勤換算。現員数は当該部署に配置される看護職員数。必要数は現行の体制を基本とした上で必要な人数。

■管理部門に係る助産師数 (人)

	現員数	必要数	不足数
病院	6	7	1

資料：平成25年島根県助産師の配置に関する実態調査（医療政策課）

- また、平成14年末と平成24年末において就業している助産師、看護師、准看護師数を医療圏ごとに比較すると、助産師については全县では増加しているが、増加傾向の医療圏（松江、出雲、大田、浜田）と減少傾向の医療圏（雲南、益田）に二分されており、その増減の程度差も顕著である。(表30)
- 平成24年末において就業している助産師262名のうち、病院勤務は185名、診療所・助産所勤務は61名である（他は看護学校勤務など）。
- 看護師については、平成14年末と比較し平成24年末において、県全体で約3割の増加を見せる中、大田・益田医療圏は2割弱の増加にとどまっている。看護師と准看護師の合計で見ても、県全体で17.1%の増加を見せる中、雲南・大田・益田・隠岐医療圏は県平均を下回っている。(表30)

表 30 医療圏別看護職員数

								(人)
助産師	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
H24年末計	85	9	92	12	36	19	9	262
H14年末計	61	14	74	5	16	27	9	206
増減	39.3%	-35.7%	24.3%	140.0%	125.0%	-29.6%	0.0%	27.2%

								(人)
看護師	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
H24年末計	2,692	434	2,274	425	854	665	169	7,513
H14年末計	2,130	346	1,463	356	608	581	135	5,619
増減	26.4%	25.4%	55.4%	19.4%	40.5%	14.5%	25.2%	33.7%

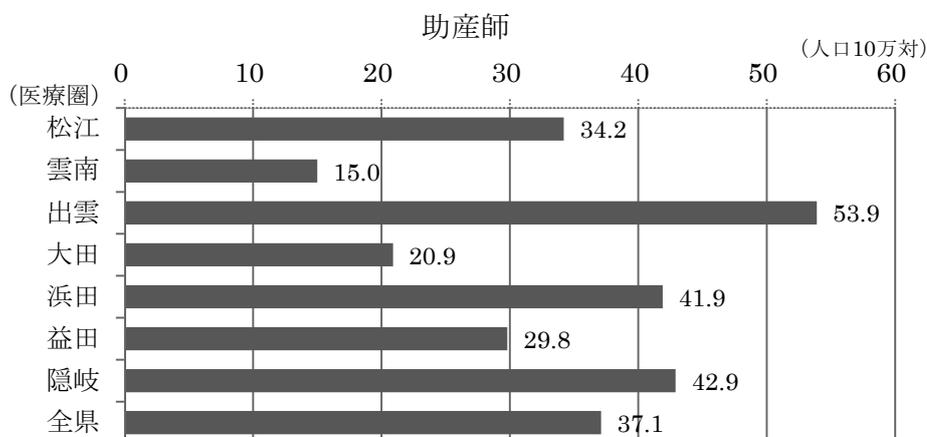
								(人)
准看護師	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
H24年末計	948	279	704	319	541	373	86	3,250
H14年末計	1,070	312	710	357	583	423	121	3,576
増減	-11.4%	-10.6%	-0.8%	-10.6%	-7.2%	-11.8%	-28.9%	-9.1%

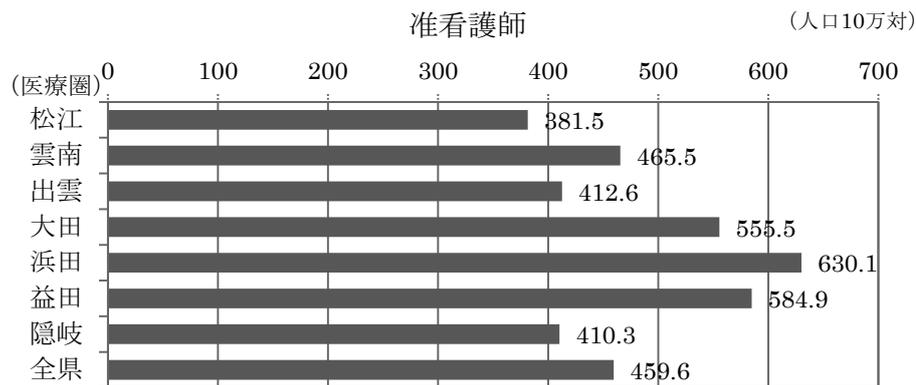
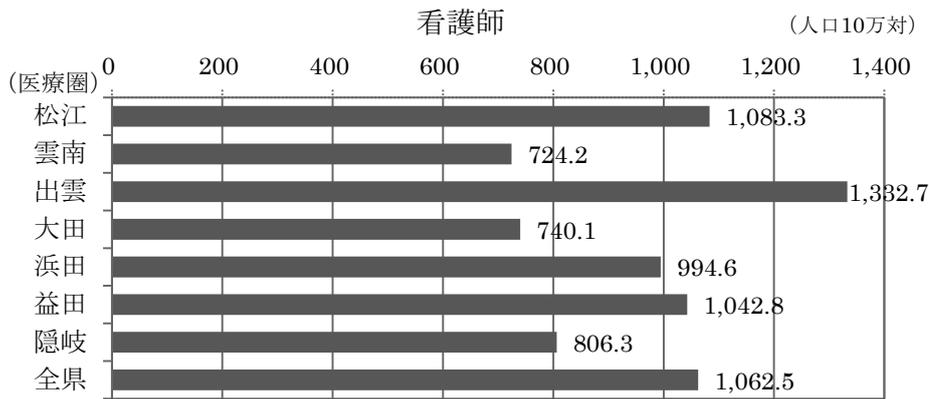
								(人)
看護師・准看護師計	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
H24年末計	3,640	713	2,978	744	1,395	1,038	255	10,763
H14年末計	3,200	658	2,173	713	1,191	1,004	256	9,195
増減	13.8%	8.4%	37.0%	4.3%	17.1%	3.4%	-0.4%	17.1%

資料：看護職員業務従事者届（医療政策課）

- 平成24年末における各医療圏の人口10万人対での助産師、看護師、准看護師の状況は以下のとおりである。（図20）
 - ・助産師については、総合周産期母子医療センター（県立中央病院）等が所在する出雲医療圏が突出しているが、雲南・大田・益田医療圏が県平均を約2割以上下回っている。
 - ・看護師についても、ほぼ同様の傾向であるが、反面、准看護師については、石見地域や中山間地域において比重が高くなっている。

図20 医療圏別看護職員の状況

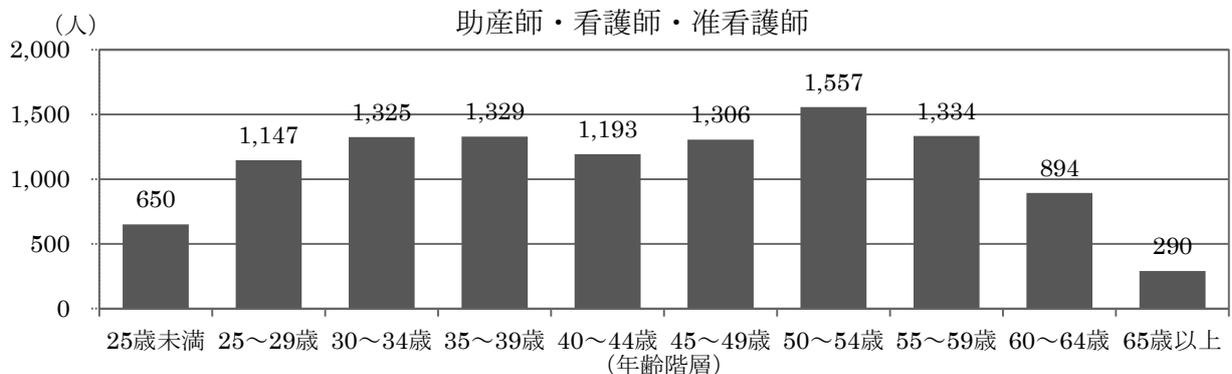
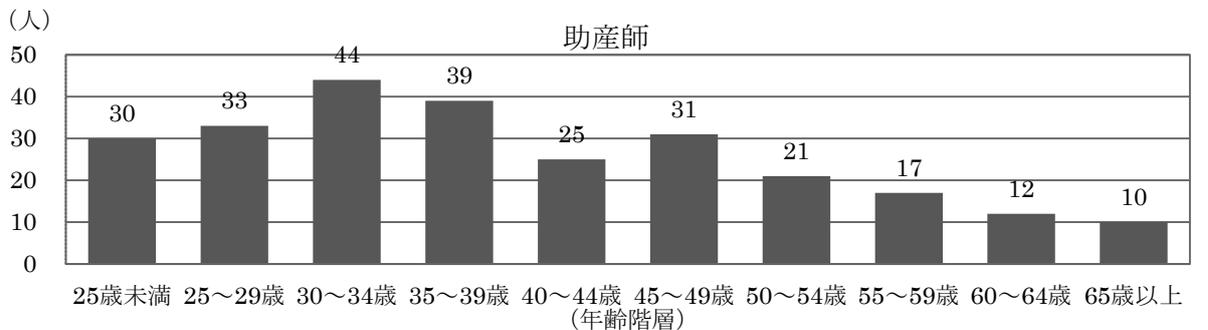




資料：平成24年看護職員業務従事者届 (医療政策課)

●助産師等看護職員の年齢構成は以下のとおりである。看護職員全体では50～59歳の比率の高さが見取れるが、助産師については傾向が異なる。(図21)

図21 看護職員の年齢構成



資料：平成24年看護職員業務従事者届 (医療政策課)

- 看護職員の中には複数の免許を有する者もあり、本県では、平成 24 年末において主として看護師として就労している者のうち 61 名、主として保健師として就労している者のうち 24 名が助産師免許を有している。
- 平成 25 年度に病院を対象に実施した「看護職員実態調査」では、勤務環境の改善の面も含めると、県内病院全体でさらに 320 名程度（部署間調整前。現員数の 5.3%）の看護職員が必要と回答があった。（表 31）

表 3 1 看護職員実態調査結果

	最大必要数(a)	病院内調整値	平成25年4月1日(b)	a/b
松江	79.7	62.3	2,260	3.5%
雲南	41.2	41.2	327	12.6%
出雲	73.6	41.5	1,769	4.2%
大田	17.8	17.0	298	6.0%
浜田	64.1	18.3	731	8.8%
益田	43.0	24.7	558	7.7%
隠岐	4.3	4.3	127	3.4%
県計	323.7	209.3	6,070	5.3%

☆各病院における平成 26 年 4 月の体制を考慮した調査時点での差引必要数

※「最大必要数(a)」は、部署毎の差引必要数のみを合計したもの

※「病院内調整値」は、部署ごとの過不足値を調整したもの

※「平成 25 年 4 月 1 日(b)」は、同日の看護職員全体の数（常勤換算後）

資料：平成 25 年島根県看護職員実態調査（医療政策課）

5. 医師と助産師間の連携

- 身近な地域で「妊婦健康診査」や正常に経過する分娩ができる体制を補完する仕組みの一つとして、産科医師との協働、役割分担により、助産師外来等の「院内助産システム」の取組が進められている。
- 平成20年度には5施設だった助産師外来開設施設は、平成24年度に9施設に拡大した。
また、院内助産所は2施設で開設されている。
- 島根県では、助産師外来等「院内助産システム」の促進のために、施設・設備や技術力向上のための助産師研修などの支援を行っている。

6. 搬送体制

- 県立中央病院、益田赤十字病院に周産期ドクターカーが配置されており、母体搬送・新生児搬送を担っている。
- 平成23年6月にドクターヘリが運航開始し、東西に長く離島を抱える本県において、周産期母子医療センター等への中核病院へより早く、より安全に搬送する体制が強化された。
- また、周産期救急医療と一般救急医療について、連携体制が取られている。
- 救急搬送において、全国的に問題となっている救急対応の必要な妊産婦の病院選定困難事案（いわゆるたらい回し）は、厳しい勤務状況の中にある各医療機関及び関係者の努力、搬送する医療機関が限られていることや医療機関と消防機関の連携等により起こっていない。しかし、県の東西を結ぶ国道が事故等で寸断されると、西部地域からの救急搬送に支障を来しているという現状がある。
- 県境の地域については、県外医療機関への搬送もあり、県外医療機関との連携が図られている。
- 「周産期医療情報ネットワークシステム」による情報提供に併せ、搬送時の「情報提供書（母体・新生児各搬送連絡票）」を県内統一し、迅速に必要な情報共有が可能になった。
- 母体搬送は年間約140件（平成23年度）あり、新生児搬送は年間約40件（平成23年度）で、新生児搬送のうち3～4割は手術目的等による県外医療機関への搬送となっている。

表3-2 搬送体制の状況

■妊婦搬送

	H18	H19	H24
搬送件数	97	131	66

■新生児搬送

	H18	H19	H24
搬送件数	26	26	27

資料：各消防本部調べ

7. 妊婦健康管理

- 市町村が実施する「妊婦健康診査」については、全市町村で14回の「妊婦健康診査」が公費負担対象になっている。
妊娠11週までの「早期妊娠届出」は増加傾向にあり、適切な時期に受診しやすくなっている。今後もさらに「早期妊娠届出」を促し、さらなる受診勧奨が必要である。
- 10歳代の妊娠や高齢妊産婦割合が増えているとともに、低出生体重児が増加している。喫煙や歯周病予防、体重管理など妊娠中の健康管理に関する正しい知識を普及啓発するために、医療と地域のさらなる連携が必要である。
- 医療機関によっては、助産師外来が開設され、妊婦健診と保健指導の充実が図られている。
- 松江・出雲・益田圏域の取り組みとして、看護連絡会を開催する中で、ハイリスク妊婦等への支援の一つとして連絡票や関係者の情報共有ファイルを作成・活用し、医療機関と市町村等の連携が図られてきている。
- 市町村・医療機関では、母親教室や両親学級などが実施されており、妊婦の健康管理の充実を図っている。また、産後うつ病など心の健康や産後支援について、取組の充実が図られつつある。

8. 地域住民への啓発

- 県内の産科医療の現状や、「周産期医療ネットワーク」、適切な受診行動等について、広く県民へ普及啓発していく必要がある。

9. 重症児等の支援

- 「新生児回復治療室（GCU）」は県内に32床整備され、「新生児集中治療室（NICU）」の後方病床として医療を提供している。
- 支援が必要な新生児については、主治医からの「新生児等養育支援連絡票」により保健所等の保健師が訪問指導等の支援を行っている。医療的ケアが必要な児で、退院後も在宅での医療支援が必要な場合は、「ハイリスク児保健・医療連携事業」により主治医から保健所に情報提供があり、退院前からの支援を開始している。
- 「小児対応が可能な訪問看護ステーション」が拡大し、平成23年9月現在21施設（条件が整えば対応可能も含む。）となっている。
また、在宅で利用できるショートステイやディサービスにおいて、重症児の受け入れが可能となるよう看護師の配置などを進めている。

第3章 周産期医療体制の方向性

1. 周産期医療ネットワーク

- ①「総合周産期母子医療センター」である県立中央病院並びに「特定機能病院」である島根大学医学部附属病院は、県全域のリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の必要な患者を受け入れ、高度な医療を提供する。
- ②「地域周産期母子医療センター」である松江赤十字病院、益田赤十字病院は、それぞれ県東部、県西部地域において周産期に係る比較的高度な医療を提供する。
- ③上記の周産期医療の中核となる4病院間の連携強化を図る。

2. 中核となる医療機関と地域周産期医療関連施設における機能分担と連携の推進

- ①「周産期医療ネットワーク連絡会」により、周産期医療の中核となる4病院と地域周産期医療関連施設との全県的な連携体制を充実する。
- ②「周産期医療情報ネットワーク」や「母体・新生児搬送連絡票」の活用による迅速な情報共有により医療機関間の連携を図り、それぞれの医療機関において適切な医療提供に努める。
- ③圏域における「周産期医療体制検討会」等において、症例検討会の開催や「セミオープンシステム」等の検討により、医療機関間の連携を推進する。

3. 医療従事者の確保

- ①産婦人科医、新生児担当医を含む小児科医の不足に対して、医師の確保に努める。
- ②大学や関係団体との協力により、「オールしまね」で助け合う仕組みを構築する。
- ③それぞれの地域の体制を維持しつつ、県西部において若手医師育成の場を確保する。
- ④後期臨床研修医の県内定着をめざし、「しまね地域医療支援センター」の取組などによりキャリア形成を支援する。
- ⑤学生や初期臨床研修医に対し、周産期医療に興味を持ち、やりがいを感じてもらえるような働きかけを行う。
- ⑥「一日助産師体験事業」を通じ、助産師を志す中高生を育み、また、「看護学生修学資金制度」等により、新卒助産師の県内定着を促進するとともに、即戦力となる経験豊富な人材を確保するなど、助産師確保を一層進める。

4. 医師と助産師間の連携

- ①「院内助産システム」は、妊産褥婦の満足度も高く、さらには医師の負担軽減にもつながるため、医師と助産師の協働と役割分担を明確にし、特に「助産師外来」の導入・充実などを支援します。
- ②助産師を志す者が県内就業を検討する際の参考としてもらうためにも、各医療機関が、地域の実情を踏まえた「院内助産システム」の構想やスケジュールを明確化する支援を行う。
- ③助産師が主体的なケアを提供するために、助産師の技術力向上が求められていることから、キャリア形成のための研修の充実・活用支援を図る。

5. 搬送体制の強化

- ①「周産期ドクターカー」、「ドクターヘリ」等のより効果的な運用に努める。

6. 妊婦の健康管理の充実

- ①医療機関と行政の連携により、妊婦等への保健指導、歯科保健指導の充実を図る。
- ②「マタニティスクール」等の充実による妊娠、出産に関する正しい知識の普及や、医療従事者と妊婦、または妊婦間の交流の場づくりにより、妊婦のセルフケア意識を高めるための支援を行う。

7. 地域住民への啓発

- ①周産期医療の現状や方向性について県民に広く周知し、住民主権の勉強会の開催など地域住民による主体的な取組を支援する。
- ②「周産期医療対整備計画」の普及版リーフレットを作成し、妊婦のみならず広く県民への周知を行う。

8. 重症児等の支援

- ①「新生児回復治療室（GCU）」、重症児に対応できる一般小児科病床、重症心身障がい児の受け入れ可能な施設等の後方病床整備について検討を進める。
- ②在宅療養の支援のために、医療機関から市町村や保健所への情報提供や連携体制をさらに強化する。
- ③在宅療養児と家族のQOLの向上のために、利用できる地域のサービスの構築や拡充について検討を進める。

【周産期医療に係る数値目標】

指 標	現状値(データ年)	目標値	把握方法
①周産期死亡率（出産 1000 対）	4.2 (平成 20～22 年の平均)	全国平均 以下	人口動態統計(国)
②妊産婦人口に対する産婦人科医の割合（妊産婦 10 万対）	1,162 (平成 22 年)	維持	医師数: 医師、歯科医師、薬剤師調査(国)
③小児人口に対する小児科医の割合（15 歳未満人口 10 万対）	113 (平成 22 年)	維持	妊産婦数: 周産期医療調査(県)による分娩数 15 歳未満人口: 推計人口(県)
④妊産婦人口に対する助産師の割合（妊産婦 10 万対）	3,701 (平成 22 年)	4,765	助産師数: 衛生行政報告例(国)
⑤妊娠 11 週以下での妊娠届出率（%）	80.4 (平成 22 年度)	100	地域保健・健康増進事業報告(国)

第4章 周産期医療体制整備計画の推進

1. 周産期医療体制整備計画の推進体制と役割

周産期医療体制整備計画の推進にあたっては、保健医療福祉関係者、県・市町村、住民の方々との連携と協力のもと、計画の着実な推進を図る。

◆周産期医療協議会等の役割

●島根県周産期医療協議会

島根県周産期医療協議会は、県内の周産期医療に関する状況把握をし、限られた資源の有効活用のために周産期医療体制整備の課題への対応策を検討し、県民の意見を反映した計画となるよう努める。また、計画全体の進行管理と評価を行うこととする。

●圏域周産期医療体制検討会

圏域内の周産期医療の課題に関する対応策を検討し、関係者間や住民等の連携を図るよう努める。

2. 周産期医療体制整備計画の評価

周産期医療体制整備計画については、毎年、島根県周産期医療協議会における調査、分析及び評価を行い計画の推進を図るとともに、必要があると認める場合には、周産期医療体制整備計画の見直しを検討する。

3. 周産期医療体制整備計画の周知と情報公開

●島根県周産期医療体制整備計画は、県民が安心して安全なお産ができるよう、住民と行政・保健医療福祉関係者が協働して推進していく社会計画である。

●このことから、周産期医療体制整備計画の策定趣旨と施策について、県民に理解していただくことが必要である。

●島根県における広報活動や、各圏域においては保健所からの普及啓発活動、また市町村・保健医療福祉関係者の協力をいただきながら県民に計画の周知を図る。

資 料

1. 周産期医療の確保について
(平成 22 年 1 月 26 日付け医政発 0126 第 1 号厚生労働省医政局長通知)
2. 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
3. 周産期医療体制整備指針
4. 島根県におけるこれまでの周産期対策の取り組み
 - (1) 周産期医療対策の経過
 - (2) 島根県周産期医療協議会の設置
 - (3) 島根県周産期医療ネットワーク構築
 - (4) 周産期医療体制のあり方検討会
5. 島根県周産期医療協議会設置要綱
6. 島根県周産期医療に関する調査 (平成 21 年・22 年・23 年)
7. 周産期医療体制のあり方について報告書
8. 妊婦健診・分娩にかかる移動時間
9. 母体・新生児搬送連絡体制
10. 母子保健に関する統計
 - (1) 主な母子保健指標
 - (2) 都道府県別主な母子保健指標
 - (3) 主要死因別乳児死亡数 (乳児死因分類)
 - (4) 新生児 (生後 4 週未満) 死因別死亡数 (乳児死因分類)
11. 用語の説明

1. 周産期医療の確保について

医政発0126第1号

平成22年1月26日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

周産期医療の確保について

周産期医療については、各都道府県において、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号）に即して、かつ、地域の実情に応じて、周産期医療に係る医療連携体制等を医療計画に定めるとともに、周産期医療対策事業等を活用し、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搬送体制の整備等を行い、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推進してきた。

しかし、平成20年10月に東京都において脳内出血を起こした妊婦が死亡するという事案が発生したところであり、これを受け、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」において、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方、課題解決のために必要な方策等について検討が行われ、平成21年3月4日に「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」（別添1）が取りまとめられた。

同報告書において、産科領域以外の急性期疾患を合併する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こと、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ、中長期的視点にたつて周産期母子医療センターの指定基準を見直すこと、周産期救急医療を一般救急医療対策の中に位置付けるよう、医療計画に関する基本方針の改正を行うこと等が提言されていること等を踏まえ、「周産期医療対策事業等の実施について」（平成21年3月30日付け医政発第0330011号）の周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に基づく周産期医療体制整備指針を別添2のとおり定めるとともに、医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第28号。別添3。）により、医療提供体制の確保に関する基本方針を改正したところである。

については、周産期医療対策事業を実施している各都道府県においては、下記の事項に留意の上、周産期医療体制整備指針に基づき、周産期医療協議会の設置、周産期医療体制整備計画の策定、総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定、周産期医療情報センターの設置等周産期医療体制の整備に取り組むようお願いする。また、各都道府県においては、下記の事項に留意の上、周産期医療体制整備指針を踏まえ、医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画の変更を検討するとともに、本通知の内容について貴管下の関係者に対して周知するようお願いする。

第1 周産期医療体制整備指針の主な内容

周産期医療体制整備指針の主な内容は、次のとおりであること。

1 総論的事項

(1) 周産期医療協議会

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療協議会を設置するものとする。

(2) 周産期医療体制に係る調査分析

都道府県は、周産期医療体制に係る調査分析を行うことが望ましいこと。また、調査分析の結果について、都道府県は、住民に公表するとともに、周産期医療協議会に報告し、周産期医療体制の整備に係る検討に活用するものとする。

(3) 周産期医療体制整備計画

ア 都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定するものとする。

イ 周産期医療体制整備計画には、現在の医療資源を踏まえた内容とともに、中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針を盛り込むものとする。

ウ 留意事項

(ア) 都道府県は、出生1万人対25床から30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとする。

(イ) 都道府県は、地域の実情に応じ、GCU、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整備を図るものとする。また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとする。

(4) 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

ア 都道府県は、周産期医療体制整備計画を踏まえ、必要な機能、診療科目、設備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するものとする。また、都道府県は、必要な機能、診療科目、設備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するものとする。

イ 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は、必要な機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うものとする。

ウ 都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるものとする。

(5) 周産期医療体制整備計画の推進

ア 都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療施設の整備、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な支援等の条件整備に十分留意するもの

とすること。

イ 都道府県は、オープンシステム・セミオープンシステム等を活用し、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その他の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。）等との緊密な連携を図ることにより、各施設の果たしている機能に応じて適切な医療が提供されるよう配慮するものとする。

(6) 周産期医療体制整備計画の見直し

周産期医療体制整備計画については、おおむね5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認める場合には、周産期医療体制整備計画を変更するものとする。

2 各論的事項

(1) 総合周産期母子医療センター

ア 総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFIICUを含む産科病棟及びNICU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、胎児・新生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、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものであること。

イ 総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

(2) 地域周産期母子医療センター

ア 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものであること。ただし、NICUを備える小児専門病院等であつて、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであつても、地域周産期母子医療センターとして認定できるものとする。

イ 地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

ウ 都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画又は周産期医療体制整備計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供するものとする。

(3) 周産期医療情報センター

ア 都道府県は、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するものとする。

イ 周産期医療情報センターは、地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営するものとする。

(4) 搬送コーディネーター

都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター等に、搬送コーディネーターを配置することが望ましいこと。

(5) 周産期医療関係者に対する研修

都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU入院児支援コーディネーター等に対し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、到達目標を定め、研修を行うものとする。

第2 その他

1 周産期医療体制整備指針の適用関係

周産期医療体制整備指針については、本日から適用するものであること。

なお、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が周産期医療体制整備指針に定める機能、診療科目、設備等を満たさない場合は、都道府県においては、当該施設に対して適切な支援及び指導を行うこと。

2 周産期医療体制整備計画

(1) 周産期医療体制整備計画の策定期限

周産期医療体制整備計画については、できるだけ早く策定することが望ましいが、平成21年度中に策定できない場合は、遅くとも平成22年度末までに策定すること。

(2) 周産期医療体制整備計画と医療計画との関係

周産期医療体制整備計画は周産期医療対策事業等実施要綱に基づく周産期医療体制整備指針に基づき定められるものである一方で、医療計画は医療法第30条の4に基づき定められるものであり、それぞれの根拠は異なるものであること。

周産期医療体制整備指針において、周産期医療体制整備計画を医療計画の一部として定めることができるものとしており、この場合においては、医療計画に、周産期医療体制に関する基本的な内容を記載した上で、個別具体的な内容は周産期医療体制整備計画に定める旨を記載することとし、当該医療計画を受けた周産期医療体制に関する個別具体的な内容を周産期医療体制整備計画に定めることとしていること。また、この場合には、医療法第30条の4第11項及び第12項に基づき、あらかじめ都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聴き、医療計画の変更後に遅滞なく、厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならないこと。

また、周産期医療体制整備計画の内容が医療計画の周産期医療体制に係る部分の内容と大幅に異なることとなる場合は、必要に応じて、周産期医療体制整備計画の内容に合わせて医療計画の変更を行うこと。

なお、周産期医療体制整備計画の見直し時期については、医療計画の期間に合わせることを望ましいと考えられ、例えば、医療計画の期間が平成20年4月から平成25年3月までとなっている場合には、周産期医療体制整備計画の見直しを平成25年4月に行うこととする考えられること。

2. 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

平成21年3月4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 ～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ている。特に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（出生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、産科だけでは対応困難な間接原因による母体死亡が顕在化してきており、今

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

～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

平成21年3月4日

後、さらに妊婦死比率を改善するためには、早急に関連診療科（脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、救急科等）との連携など具体的な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から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ぬ。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、心臓血管外科、麻酔科等）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。

本委員会では、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連携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、今後、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専門医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、それが最速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は独立して専門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、二次救急医療施設である救命救急センターとごく一部の二次救急医療施設に勤務しているものの、その絶対数は少なく、全国の二次救急医療施設のほとんどが専門医を確保できていない。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重傷の種別に応じ、各診療科医師が一般診療との兼務によって担われているのが実態である。しかし、その各診療科医師達も過重労働、救急医療の高度化および医療訴訟に対する危機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、合併症のない妊娠婦及び新生児のケアを担う助産師が不足している。また、院内助産師・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に以上に必要なとなっている。

(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名の看護配置が求められるNICUと、常時8床当たり1名の看護配置が求められる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においてもNICUと同等の高い看護レベルと看護配置が求められるが、それに対応できる看護職員が不足している。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、妊娠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、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、医療機関が未受診妊娠婦などの医的・社会的ハイリスク妊婦の受け入れを躊躇する傾向や、結果責任を問われることへの不安及び患者の入院志向が関係している。

さらに、分娩施設の急激な減少により、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、当直医師一人の患者の診療に当たって言えば、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ない実情がある。総合周産期母子医療センターが「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、そのために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、母体救急救急においては、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急救急に対応可能な体制が併設されている施設でも、施設内での適切な連携体制が取られていない場合がある。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も、その連携体制が十分整備されていないところが存在する。

周産期救急患者に適切に対応するためには、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、母体救急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形成されていない。

4 情報システムの問題

周産期緊急情報システムは、情報の更新を各医療機関に依存しているため、常にリアルタイム情報が提供されているとは限らず、緊急時に必ずしも有用でない場合がある。また、情報のセンタースター化が進んで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、国産でできる受人可能な医療機関の情報が県内に限られてしまい、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、半数以上の都道府県で一般救急のための救急医療情報システムと周産期緊急情報システムがそれぞれ独立して運用されている。そのような地域では、母見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死亡診断書から推定される数値よりも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、標準的診療の認定、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。

6 社会的ハイリスク妊婦の実情が不明

妊娠中に産科医療機関を受診していない患者は、妊娠に関する基本情報がない。妊婦健診未受診の背景に社会的経済的ハイリスク要因が指摘されているが、合形成を有する割合が高く医学的にもハイリスクである。このため、未受診妊婦を含めた社会的ハイリスク要因を明らかにし、必要な対策を講ずる必要がある。

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

少子化社会にあって、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、政府として方々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「質」を担保することへの国民の「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構築しなければならぬ。

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。

国は、厳しい財政状況ではあるが、財源確保に努めつつ、医療現場に過度の負担がかかることのないよう、必要な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、国としての総合的な対応に加え、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ぬ。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緊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。その際、社会的ハイリスク妊婦の対策についても併せて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、救急医療では多くの診療科の連携が不可欠である。これは周産期救

急医療にまいても同様であり医療機関の管理者は、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、国及び地方自治体に対して情報を発信し解決を促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、同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確保するためには、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、同産期医療、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わかりやすく提示し、もって国民の安心と安全を確保するため、本懇談会は国民に対し以下の体制整備の推進を提言する。

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、地方自治体及び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、積極的な活用のある方を検討する。

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、都道府県も同様に対応部門間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、心臓血管外科、麻酔科等）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、社履発第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、現在の同産期医療機能を担うことなく、産科領域以外の急性期疾患を合併する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、中長期的視点にたつ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。

(同産期母子医療センターの分類例)

- ・ 総合同産期母子医療センター（法体・胎児・新生児型）〔MIN型総合同産期センター〕
 - 産科・MFCU・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

に対しドクタープリーのあり方を検討する。また、人員確保が困難な同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、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同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

- ・ ハイリスク妊婦・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
- ・ 新生児の受入実績
- ・ 新生児搬送（迎え搬送、戻り搬送※）の実績
- ・ 新生児外科手術件数

※ 迎え搬送：受入医療機関の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して自らの医療機

関に搬送すること

；角搬送：同産期母子医療センター等の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して他の受入医療機関に搬送すること

戻り搬送：事態が改善した妊産婦又は新生児を受入医療機関から搬送元医療機関等に搬送すること

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。

- ・ 総合周産期母子医療センター（胎児・新生児型）〔N型総合周産期センター〕
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）〔M型地域周産期センター〕
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

- ・ 地域新生児搬送センター〔N型地域周産期センター〕
小児科（新生児）・関連診療科（地域における新生児搬送及びそのコントロール機能を行う）

上記の構想に沿って体制整備の詳細を検討する。その際、既存の同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ことが予想される。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、当該医療機関に経済的負担が掛からないような支援策を検討する。また、都道府県は、同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プリー

妊産婦の積極的な受け入れを推進するため、同産期母子医療センターに対して、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、関連診療科医師の同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、また、他医療機関に向向いての支援診療や新生児の迎え搬送等

(3) 地域におけるネットワーク
 周産期緊急医療の提供体制整備のためには、地域に限らず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と婦人科医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用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、産科以外の合併症患者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妊産婦の管理・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推進する。
 - ・ 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対応の役割を分担し、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 NICU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要因がNICU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NICU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NICU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NICUの整備を進める。NICU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、設置にあたっては開業に分散させることは避ける。
- ・ 増床したNICUの適正運用のため、新生児医療を担う医師及び看護士の確保に努め、その対策として、例えば、新生児科の標準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NICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

重症の呼吸障害等のため家庭に戻れずNICU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、GCU、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、NICU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、NICUの有効利用を可能とする。

このため、GCU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実施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、緊急入院に対応できる病床の確保やレスパイトケアのために、例えば一般小児科病床の活用なども重要であり、独立行政法人国立病院機構をはじめとして全国の施設において短期入所病床を整備することに対する支援が求められる。

また、患者ニーズと地域の医療・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が配置することを支援する。

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、増進み、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、諸外国の事例も参考に、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

周産期緊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ぬ。

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、新生児医療担当医の定員を7名以上とすることが必要である。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

診療運営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師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カ月以上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出すことと、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とともに研修・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等の専門性の高い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、メデイカルコンテロール体制の下で、救急隊員と医療関係者の連携を強化する。地域メデイカルコンテロール体制を通じて救急隊員の訓練・教育に、周産期関係者が積極的に参加することが求められる。

・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。

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

地域の実態に応じた、県境を越えた医療機関及び救急隊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同産期母子医療センター、同産期救急情報システムの役割については同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。更に、県境を越えた搬送症例においては、家族の利便性の観点から、または母親が乳児に接する機会を増加させる意味でもより搬送の必要性は高く、これに対する体制整備を推進する。

(4) 戻り搬送

総合同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、同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。
- ・ 医療機関の夜間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。

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。同時に施設間転送と救急隊による直接搬送それぞれについての手順を定める。
- ・ 同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。
- ・ 同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行え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同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、同産期医療協議会、救急医療対策協議会やメデイ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、同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、メデイカルコントロール体制の確保が重要であり、メデイカルコントロール協議会に同産期医療関係者も参画するなど、メデイカルコントロール協議会においては同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。また、新生児の迎え搬送、三角搬送、戻り搬送などを行う医師等の活動を適正に評価する。都道府県が主体となって新生児搬送や母体搬送に

また、助産所からの緊急事案に対応するために、助産所も利用できるシステムが望ましい。

- ・ 空床情報の入力や承認依頼などの諸業務を担う**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、それを担う看護師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。

上記に対し、支援策を検討する。

(2) 搬送コーディネーターの役割

搬送コーディネーターの地域の中核医療機関又は情報センター等への配置を促進し、

そのための支援策を講ずる。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、要員の転補として、周産期の支援に詳しい助産師等の活用を考慮する。

①搬送先照会・轉座

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轉座を行う。

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、各周産期時自医療センターの応答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

緊急医療は、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て上げ、情報センターの活用、小児緊急電話相談事業（＃8000）などを充実させて、緊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) 地域の緊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) 妊産婦や妊婦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、住民に妊婦健康診査の必要性について理解を求め、未受診妊婦の減少を図る。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。

同及び都道府県は、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ikal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長続など）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必要である。

第7 おわりに

本懇談会は、事案の重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、財政支援や診療報酬上の措置等を検討するなど速やかに必要な対策を施すことを要請する。

周産期救急医療体制の整備は、本格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ぬ。本報告書に示した提言は、我が国の周産期救急医療を向上させるためのグラウンドゼロである。今後、国は、健やか親子21に論う母子保健政策としての周産期医療提供体制の一府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。

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」構成員

<委員>

阿真 京子 「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会 代表
 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 主任教授
 池田 智明 国立新薬器械センター周産期科 部長
 海野 信也 北里大学医学部産婦人科学 教授
 大野 泰正 大野レディスクリニック 院長
 岡井 崇 昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授 (◎)
 釜山 孝正 山形大学医学部長 脳神経外科学教授 救急部長
 川上 正人 青柳市立総合病院 救命救急センター長
 木下 勝之 順天堂大学医学部産婦人科学講座 客員教授
 杉本 詩 大阪大学医学部救急医学 教授 (○)
 田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
 藤村 正哲 大阪府立母子保健総合医療センター 総長
 横田順一郎 市立堺病院 副院長

<参考人>

石馬 正高 東京都立東部救急センター 院長
 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長
 照井 克生 埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科診療科長

(敬称略、五十音順、◎座長、○座長代理。)

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」検討経緯

- 第1回 平成20年11月5日
 ○周産期医療と救急医療の現状と課題について
 ○意見交換
- 第2回 平成20年11月20日
 ○地域の事例等についてヒアリング
 (助産師の取り組み、広島県の取り組み、青森県の取り組み)
 ○今後の対策について議論
- 第3回 平成20年11月25日
 ○産科麻酔科についてヒアリング
 ○今後の対策について議論 (短期的対策について)
- 第4回 平成20年12月8日
 ○重症心身障害児施設についてヒアリング
 ○今後の対策について議論 (中長期的対策について)
- 第5回 平成20年12月18日
 ○報告書(案)について
- 第6回 平成21年2月3日
 ○報告書(案)について

＜主な検討事項の一覧＞

- 既に対応又は対応中の事項
- ・ 厚生労働省の救急医療担当と周産期医療担当の連携強化
 - ・ 医師の手当や勤務環境の改善等のための財政支援
 - ・ 母体搬送コーディネーターの配置への支援
 - ・ 出産育児一時金の引き上げ
- 平成20年度末までに検討すべき事項
- ・ 周産期母子医療センター等の実態調査
 - ・ 周産期医療体制の整備指針(周産期母子医療センターの指定基準を含む)の見直し
 - ・ 周産期救急情報システムの改良
 - ・ 公務員である医師の就業規程の運用について周知
- ※ 周産期母子医療センター等の見直しに際しては、厚生労働科学研究班において、具体的な検討を行う。
- 主な検討内容) 周産期母子医療センターの機能の把握、再分類と指定基準、初期・二次周産期医療機関を含めた地域ネットワーク、周産期医療と救急医療の連携、周産期救急患者の病態に応じた搬送・受入基準、広域搬送、迎え搬送、三角搬送、戻り搬送、医師・看護師の行う新生児緊急搬送、コーディネーター、搬送・受入の迅速化・円滑化の方策、情報公開のあり方等
- 平成21年度以降に検討すべき事項
- ・ 医療計画の基本方針の見直し
 - ・ NICUの整備への支援
 - ・ GCUや一般小児病棟等の新しい看護職員配置など対応能力の強化の方策
 - ・ 重症心身障害児施設等の後方病棟及び産期人形並びに重症心身障害児が入院できる小児病棟の整備への支援
 - ・ 重症心身障害児の在宅療養の支援
 - ・ 周産期医療対策事業の見直し
 - ・ 周産期救急患者の病態に応じた搬送・受入基準の作成
 - ・ 必要に応じ県境を越えた救急搬送ネットワークの構築
 - ・ 搬送元医療機関等に搬送する体制(広域搬送)の促進
 - ・ 新生児科の標榜や専門医の広告の許可
 - ・ 周産期母子医療センターの評価の仕組み
 - ・ 地域住民の主体的な取り組みに対する支援
 - ・ 救急搬送の実態把握
 - ・ 財政支援や診療報酬上の措置等

3. 周産期医療体制整備指針

周産期医療体制整備指針

第1 総論的事項

1 周産期医療体制整備の趣旨

厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、地域の実情に即し、限られた資源を有効に生かしながら、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その他の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。）を整備するなど、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。

なお、本指針の「周産期医療」とは、基本的にはハイリスク妊産婦の妊娠・分娩管理その他の産科医療及びハイリスク新生児の集中治療管理その他の新生児医療をいう。

2 周産期医療体制整備の位置付け及び性格

- (1) 周産期医療体制の整備は、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及び医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第5号ニに規定する周産期医療の確保に必要な事業の一環として位置付けられるものである。
- (2) 周産期医療体制は、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、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。

3 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療協議会

ア 周産期医療協議会の設置

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療協議会を設置するものとする。

周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる総合周産期母子医療センター等の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等のことをいうものである。

イ 協議事項

(ア) 周産期医療協議会は、次に掲げる事項について協議するものとする。

- ① 周産期医療体制に係る調査分析に関する事項
- ② 周産期医療体制整備計画に関する事項
- ③ 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）に関する事項
- ④ 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に関する事項
- ⑤ 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項
- ⑥ 搬送コーディネーターに関する事項
- ⑦ 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項
- ⑧ その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項

(イ) (ア) の③に掲げる事項については、周産期医療協議会と都道府県救急医療対策協議会、メディカルコントロール協議会等とが連携し、地域の実情に応じた産科合併症以外の合併症を有する母体の搬送及び受入れの実施に関する基準等を協議するものとする。また、この内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。

ウ 都道府県医療審議会等との連携

周産期医療協議会については、医療法第71条の2第1項に規定する都道府県医療審議会又は同法第30条の12第1項に規定する都道府県医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び都道府県医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。

(2) 周産期医療体制に係る調査分析

都道府県は、アに掲げる事項について調査し、この調査結果に基づき、イに掲げる事項について研究を行うことが望ましい。また、この調査及び研究の結果について、都道府県は、住民に公表するとともに、周産期医療協議会に報告し、周産期医療体制の整備に係る検討に活用するものとする。

ア 調査事項

(ア) 母子保健関連指標（必要に応じ妊娠週数別）

- ・出生数
- ・分娩数（帝王切開件数を含む。）
- ・低出生体重児出生率
- ・新生児死亡率
- ・周産期死亡率
- ・妊産婦死亡率
- ・周産期関連疾患患者数と発生率
- ・ハイリスク新生児の発育発達予後 等

(イ) 医療資源・連携等に関する情報

① 母体及び新生児の搬送及び受入れの状況

- ・母体及び新生児の搬送状況（救急車出動件数、医療施設への照会回数、搬送に要した時間、小児科医同乗数、ドクターカー及びドクターヘリの活用状況等）
- ・母体及び新生児の受入状況（受入要請数、受入実施件数、受入不能件数及びその理由等）
- ・周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの活用状況
- ・搬送コーディネーターの活動状況及び勤務体制 等

② 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その他の各地域周産期医療関連施設の状況

- ・所在地、診療科目、病床数・稼働率等
- ・設備（母体・胎児集中治療管理室（以下「MFIU」という。）の病床数・稼働率、新生児集中治療管理室（以下「NICU」という。）の病床数・稼働率、NICUに併設された回復期治療室（以下「GCU」という。）の病床数・稼働率、ドクターカーの保有状況等）
- ・院内助産所及び助産師外来の活動状況等

- ・診療内容（分娩数、対応可能な分娩（母体・胎児の条件等）、診療実績（周産期関連疾患患者の入院数、死亡率、合併症発生率等）等）
- ・診療体制（産科医及び産婦人科医、新生児医療を担当する医師、麻酔科医、助産師、看護師、臨床心理士等の臨床心理技術者、NICU入院児支援コーディネーター等の数及び勤務体制等）
- ・医療連携の状況（他の医療施設からの搬送受入状況、リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況、オープンシステム・セミオープンシステムの状況、医療機器共同利用の状況、他の医療施設との診療情報や治療計画の共有状況、他の医療施設との合同症例検討会の開催状況、在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況等）
- ・NICU、GCU等の長期入院児の状況
- ・ハイリスク新生児の長期発育発達予後 等

(ウ) その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項

イ 研究事項

- (ア) 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）に関する現在の問題点並びに改善策
- (イ) 周産期救急情報システムの効果的な活用方法及び周産期救急情報システムと救急医療情報システムとの連携方法
- (ウ) 産科合併症以外の合併症を有する母体への救急医療等における周産期医療に関する診療科間の連携体制
- (エ) 周産期医療に関する医療圏間の連携体制（県域を越えた広域の連携体制を含む。）
- (オ) 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する効果的な研修
- (カ) その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項

(3) 周産期医療体制整備計画

ア 周産期医療体制整備計画の策定

都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定するものとする。

周産期医療体制整備計画は医療法第30条の4第1項に規定する医療計画の一部として定めることができるものとする。この場合においては、医療計画に、周産期医療体制に関する基本的な内容を記載した上で、個別具体的な内容は周産期医療体制整備計画に定める旨を記載することとし、当該医療計画を受けた周産期医療体制に関する個別具体的な内容を周産期医療体制整備計画に定めるものとする。

都道府県は、周産期医療体制整備計画を策定したときは、遅滞なく厚生労働省に提出するものとする。

イ 周産期医療体制整備計画の内容

周産期医療体制整備計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。また、周産期医療体制整備計画には、現在の医療資源を踏まえた内容とともに、中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針を盛り込むものとする。

- (ア) 総合周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちMFICU、NICU及びGCUの各病床数）及び確保すべき医療

従事者

- (イ) 地域周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちMFICU、NICU及びGCUの各病床数）及び確保すべき医療従事者
- (ウ) 地域周産期医療関連施設（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を除く。）の施設数並びに各施設の診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者
- (エ) 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）を円滑に行うための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その他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター等の連携体制
- (オ) 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）の機能及び体制
- (カ) 搬送コーディネーターの機能及び体制
- (キ) 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修の対象及び内容
- (ク) その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項

ウ 留意事項

(ア) NICUの整備

低出生体重児の増加等によって、NICUの病床数が不足傾向にあることから、都道府県は、出生1万人対25床から30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとする。

(イ) NICUを退院した児童が生活の場で療育・療養できる環境の整備

NICUに長期入院している児童に対し、一人一人の児童にふさわしい療育・療養環境を確保するため、都道府県は、地域の実情に応じ、GCU、重症児に対応できる一般小児科病床、重症心身障害児施設等の整備を図るものとする。また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとする。

(4) 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

ア 指定及び認定

都道府県は、周産期医療体制整備計画を踏まえ、第2の1に定める機能、診療科目、設備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するものとする。また、都道府県は、第2の2に定める機能、診療科目、設備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するものとする。

イ 支援及び指導

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は、本指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うものとする。

ウ 指定及び認定の取消し

イに定める都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるものとする。

(5) 周産期医療体制整備計画の推進

都道府県は、次に掲げる事項に留意しながら、周産期医療体制整備計画を推進するものとする。

ア 適切な条件整備

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療施設の整備、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な支援等の条件整備に十分留意するものとする。

イ 医療施設間の機能分担及び連携

都道府県は、オープンシステム・セミオープンシステム等を活用し、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その他の地域周産期医療関連施設等との緊密な連携を図ることにより、各施設の果たしている機能に応じて適切な医療が提供されるよう配慮するものとする。特に、総合周産期母子医療センターの負担軽減と必要な空床の確保を図るため、総合周産期母子医療センターの受け入れた母体及び新生児の状況が改善した際に、当該母体及び新生児を地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等が受け入れる体制の確保を図るものとする。

ウ 近隣の都道府県等との連携

都道府県は、母体及び新生児の搬送及び受入れの状況を踏まえ、近隣の都道府県等との広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置を講ずるものとする。

なお、この場合においては、切迫早産の治療が継続するときは母体の戻り搬送が必要となること、新生児は、家族が児に接する機会を増やすため、戻り搬送の必要性が高いことに配慮する必要がある。

エ 関連施策との連携

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療従事者の確保、救急医療、母子保健、児童福祉その他周産期医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう配慮するものとする。

オ 輸血の確保

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、地域の関係機関との連携を図り、血小板等輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努めなければならない。

(6) 周産期医療体制整備計画の見直し

周産期医療体制整備計画については、おおむね5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認める場合には、周産期医療体制整備計画を変更するものとする。

第2 各論的事項

1 総合周産期母子医療センター

(1) 機能

ア 総合周産期母子医療センターは、相当規模のM F I C Uを含む産科病棟及びN I C U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（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症（脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷等）を有する母体

に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものである。

イ 総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

(2) 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、三次医療圏に複数設置することができるものとする。なお、三次医療圏に総合周産期母子医療センターを複数設置する場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受入れに留意するものとする。

イ 診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU及びNICUを有するものに限る。）、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。

ウ 関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画及び周産期医療体制整備計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画及び周産期医療体制整備計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。

エ 設備等

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる設備等を備えるものとする。

(ア) MFICU

MFICUには、次に掲げる設備を備えるものとする。なお、MFICUは、必要に応じ個室とするものとする。

- ① 分娩監視装置
- ② 呼吸循環監視装置
- ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
- ④ その他母体・胎児集中治療に必要な設備

(イ) NICU

NICUには、次に掲げる設備を備えるものとする。

- ① 新生児用呼吸循環監視装置
- ② 新生児用人工換気装置

- ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
- ④ 新生児搬送用保育器
- ⑤ その他新生児集中治療に必要な設備

(ウ) GCU

GCUには、NICUから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。

(エ) 新生児と家族の愛着形成を支援するための設備

新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊設備等を備えることが望ましい。

(オ) ドクターカー

医師の監視の下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機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備するものとする。

(カ) 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、輸血用検査、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に限る。）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。

(3) 病床数

ア MFICU及びNICUの病床数は、都道府県の人口や当該施設の過去の患者受入実績等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とし、MFICUの病床数は6床以上、NICU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、三次医療圏の人口がおおむね100万人以下の地域に設置されている場合にあつては、当分の間、MFICUの病床数は3床以上、NICUの病床数は6床以上で差し支えないものとする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。

(ア) MFICUの病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外のMFICUの病床数は6床を下回ることができない。

(イ) NICUの病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

イ MFICUの後方病室（一般産科病床等）は、MFICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。

ウ GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。

(4) 職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。

ア MFICU

(ア) 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。

(イ) MFICU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 NICU

(ア) 24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、NICUの病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。

(イ) 常時3床に1名の看護師が勤務していること。

(ウ) 臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

ウ GCU

常時6床に1名の看護師が勤務していること。

エ 分娩室

原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない。

オ 麻酔科医

麻酔科医を配置すること。

カ NICU入院児支援コーディネーター

NICU、GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行うNICU入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。

(ア) NICU、GCU等の長期入院児の状況把握

(イ) 望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整

(ウ) 在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援

(エ) その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項

(5) 連携機能

総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

2 地域周産期母子医療センター

(1) 機能

ア 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）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都道府県が認定するものである。ただし、NICUを備える小児専門病院等であつて、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであつても、地域周産期母子医療センターとして認定することができるものとする。

イ 地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

ウ 都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画及び周産期医療体制整備計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供するものとする。

(2) 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整備するものとし、1つ又は複数の二次医療圏に1か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。

イ 診療科目

地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。

ウ 設備

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる設備を備えるものとする。

(ア) 産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。

- ① 緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
- ② 分娩監視装置
- ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
- ④ 微量輸液装置
- ⑤ その他産科医療に必要な設備

(イ) 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NICUを設けることが望ましい。

- ① 新生児用呼吸循環監視装置
- ② 新生児用人工換気装置
- ③ 保育器
- ④ その他新生児集中治療に必要な設備

(3) 職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

ア 小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員

イ 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

ウ 新生児病室については、次に掲げる職員

(ア) 24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること。

(イ) 各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること。

(ウ) 臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

(4) 連携機能

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からの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

3 周産期医療情報センター

(1) 周産期医療情報センターの設置

都道府県は、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するものとする。

(2) 周産期救急情報システムの運営

ア 周産期医療情報センターは、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その他の地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営するものとする。

イ 周産期医療情報センターは、次に掲げる情報を収集し、関係者に提供するものとする。

(ア) 周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況

(イ) 病床の空床状況

(ウ) 手術、検査及び処置の可否

(エ) 重症例の受入れ可能状況

(オ) 救急搬送に同行する医師の存否

(カ) その他地域の周産期医療の提供に関し必要な事項

ウ 情報収集・提供の方法

周産期医療情報センターは、電話、FAX、コンピューター等適切な方法により情報を収集し、関係者に提供するものとする。

エ 救急医療情報システムとの連携

周産期救急情報システムについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図るものとする。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムを連携させることにより、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その他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター、消防機関等が情報を共有できる体制を整備することが望ましい。

4 搬送コーディネーター

都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター等に、次に掲げる業務を行う搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

(1) 医療施設又は消防機関から、母体又は新生児の受入医療施設の調整の要請を受け、受入医療施設の選定、確認及び回答を行うこと。

(2) 医療施設から情報を積極的に収集し、情報を更新するなど、周産期救急情報システムの活用推進に努めること。

(3) 必要に応じて、住民に医療施設の情報提供を行うこと。

(4) その他母体及び新生児の搬送及び受入れに関し必要な事項

5 周産期医療関係者に対する研修

都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU入院児支援コーディネーター等に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させる

ため、到達目標を定め、研修を行うものとする。

(1) 到達目標の例

ア 周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得

イ 緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得

(2) 研修内容の例

ア 産科

(ア) 胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応

(イ) 産科ショックとその対策

(ウ) 妊産婦死亡とその防止対策

(エ) 帝王切開の問題点

イ 新生児医療

(ア) ハイリスク新生児の医療提供体制

(イ) 新生児関連統計・疫学データ

(ウ) 新生児搬送の適応

(エ) 新生児蘇生法

(オ) ハイリスク新生児の迅速な診断

(カ) 新生児管理の実際

(キ) 退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等

ウ その他

(ア) 救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等

(イ) 他の診療科との合同の症例検討会等

4. 島根県におけるこれまでの周産期対策の取り組み

(1) 周産期医療対策の経過

本県の周産期死亡率は、現在は全国平均以下に減少してきているものの、平成元年ごろまでは全国に比べ高い状況にあり、県内の地域間格差も見られることから、妊娠・出産から新生児に至る高度専門的な医療が効果的に提供されるよう、これまで様々な取り組みを行ってきた。

昭和 60 年度から昭和 62 年度にかけての母子保健対策強化事業の中で、母子保健実態調査を実施した。昭和 62 年度の周産期医療体制の調査においては、県東部では松江市内の病院を中心とした体制があり、県中部・県西部では県立中央病院の果たしている役割が大きいことが明らかになった。しかし、県西部や隠岐では周産期死亡の高い地域が見られたため、平成元年から平成 3 年度にかけて県西部・隠岐地域の周産期医療対策について、検討会議を始めとする周産期保健医療ネットワークづくり推進事業を実施した。引き続き、平成 4 年度から平成 7 年度に周産期医療対策ネットワーク推進事業が実施された。この事業の成果として益田圏域においては、医療機器整備補助によって、重症新生児医療体制が整備された。

また、島根県長期計画(1994 年～2010 年)においては、『周産期医療体制の整備を図るため、県西部、隠岐地域における医療機能の強化と県立中央病院の拡充整備をすすめるとともに、県立中央病院へ円滑に搬送できる体制を整備する』としている。県西部においては、県立中央病院へ救急搬送されており、県立中央病院の高次機能の整備と県西部地域の中核病院の機能充実が急がれた。

このことから、県では平成 5 年度から平成 8 年度に中核病院診療機能強化対策事業により、益田赤十字病院と済生会江津総合病院に、新生児集中治療ユニット等の機器整備の助成を行った。平成 11 年には、長期計画第 2 次中期計画において県立中央病院の新築に合わせて周産期医療体制を強化し、重症新生児病床 9 床、母体・胎児集中管理病床 3 床の整備が図られた。

平成 14 年度には県西部医療提供体制整備計画を策定し、その中でも『益田赤十字病院に NICU 機能の整備を計画しており、今後、益田赤十字病院を県西部地域の周産期医療の拠点、済生会江津総合病院を準拠点として位置づけ、県は適切な支援を行う』とし、県西部の周産期医療体制の整備を図ることとされた。

(2) 島根県周産期医療協議会の設置

国においては、平成 8 年に周産期医療対策事業実施要綱を定め、都道府県が周産期医療協議会を設置し、地域の実情に応じた周産期医療システム(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搬送体制)の整備、周産期医療情報システム、関係者の研修、周産期医療体制整備についての調査等に関して検討協議を行うこととした。また、平成 11 年 12 月に策定された新エンゼルプランや、平成 12 年 11 月の健やか親子 21 検討会報告書においては、平成 16 年度までに、全都道府県において周産期医療ネットワークを整備することとされた。

国においては、一定要件を満たす総合周産期母子医療センターを、3 次医療圏域に 1 か所指定し、周産期医療システムの整備を行うこととしたが、総合周産期母子医療センターの指定基準が厳しく、本県では指定が困難であったため、国へ基準の緩和を要望してきた。

平成 15 年 4 月、人口 100 万人未満の県において、総合周産期母子医療センターの病床等について指定基準が緩和されたことや、平成 16 年 4 月、総合周産期特定集中治療室管理料の基準緩和により、総合周産期母子医療センターの指定に向けた取り組みが動き出した。

こうした状況により、平成 16 年 7 月に島根県周産期医療協議会を設置し、周産期医療に係る課題について検討を重ねてきた。

(3) 島根県周産期医療ネットワーク構築

この中で、総合周産期母子医療センターとして島根県立中央病院を指定（平成 18 年 1 月 1 日）、地域周産期母子医療センターとして松江赤十字病院・益田赤十字病院を認定（平成 18 年 4 月 1 日）し、特定機能病院である島根大学医学部附属病院と併せて他の周産期医療関連施設との連携により、島根県周産期医療ネットワークを構築してきた。

また、周産期専用ドクターカーを、平成 18 年度に総合周産期母子医療センターである島根県立中央病院へ、平成 19 年度に地域周産期母子医療センターである益田赤十字病院へ配備し、妊産婦・新生児の搬送機能を強化した。

さらに、平成 19 年度に島根県周産期医療情報ネットワークシステムの整備により情報提供が円滑化され、東西に長いという地理的条件を有する本県においても医療機関連携を補完する取り組みを進めている。

この取組の中で、県内医療機関における母体及び新生児の搬送時の適切な情報の迅速に提供できるよう、統一の診療情報提供書（母体及び新生児搬送連絡票）を作成し、運用を図っている。

(4) 周産期医療体制のあり方検討会

島根県の地域医療を取り巻く情勢が非常に厳しい状況のなか、特に県西部の周産期¹医療体制は、その維持すら困難な状況にあり、この状況が続けば、県全体の体制の崩壊にも繋がるおそれがある。

このような厳しい状況の中で、島根県の周産期医療体制を維持していくため、また、この厳しい医療情勢を、正しく県民に周知し、理解・協力を得ていく必要から、今後の周産期医療体制のあり方について検討するため、本検討会を設置した。

検討会では、県内の周産期医療に携わる関係者が、①周産期医療体制の確保、②医療従事者の勤務環境の整備を中心に、周産期医療体制を維持するための方策について検討を行った。

¹ 厳密には、国際疾病分類第 10 版（2003 年改訂）において、「妊娠満 22 週から出生後満 7 日未満」と定義され、わが国においてもこれを採用している。この期間は、母子ともに異常を生じやすく、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に周産期と表現される。本検討会においては、妊娠初期からのセルフケアも重要であること等から、広い意味で、妊娠初期から出生後一定期間までを考慮したものを「周産期」とした。

5. 島根県周産期医療協議会設置要綱

(目的)

第1条 東西に長く離島や中山間地域を抱え、周産期死亡率の地域間格差がある当県にあって、妊娠、出産、新生児期に必要な医療を供給できる総合的な周産期医療体制を整備し、どこに住んでいても安心して子どもを産み育てることのできる環境整備を推進するため、島根県周産期医療協議会（以下「協議会」という）を設置する。

(協議会の事業)

第2条 協議会は、前条の目的を達成するために、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 地域の実情に応じた周産期医療体制（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搬送体制）の整備に関する事項
- (2) 周産期医療情報システムに関する事項
- (3) 周産期医療関係者の研修に関する事項
- (4) 周産期医療体制整備についての調査に関する事項
- (5) その他周産期医療体制整備に関し必要な事項

(組織及び構成員)

第3条 協議会は、会長及び委員をもって組織する。

- 2 協議会は、学識経験者、医療関係者、行政関係者等で構成するものとし、知事が委嘱又は任命する。
- 3 委員の任期は2年間とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。
- 4 委員の再任を妨げない。

(会長)

第4条 協議会に会長を置き、委員の中から互選により選任する。

- 2 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 3 会長に事故あるときは、委員のうちから互選された者がその職務を代理する。

(会議)

第5条 協議会は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。

- 2 協議会は、委員の半数以上が出席しなければ会議を開くことができない。
- 3 協議会には、必要に応じて委員以外の者を出席させることができる。

(庶務)

第6条 協議会の庶務は、島根県健康福祉部健康推進課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附則

この要綱は平成16年7月9日から施行する。

島根県周産期医療協議会委員

区 分	氏 名	職 名	所 属
学識経験者	宮崎 康二	島根産科婦人科学会 産科婦人科教授	島根大学医学部
学識経験者	山口 清次	小児科教授	島根大学医学部
医療関係者	小村 明弘	島根県産婦人科医会会長	小村産婦人科医院
医療関係者	及川 馨	島根県小児科医会会長	及川医院
医療関係者	澤田 康治	第一産婦人科部長	松江赤十字病院
医療関係者	岩成 治	医療局次長	島根県立中央病院
医療関係者	加藤 文英	新生児科部長	島根県立中央病院
医療関係者	山根 由夫	副院長	済生会江津総合病院
医療関係者	石黒 眞吾	院長	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター
医療関係者	中島 香苗	第二小児科部長	益田赤十字病院
医療関係者	吾郷 美晴	島根県看護協会助産師職能委員長	島根県立中央病院
行政関係者	大庭 孝一	警防課長	益田広域消防本部
行政関係者	中尾千代子	市町村保健活動協議会会長	松江市
行政関係者	岸本 泰子	島根県保健所長会会長	出雲保健所

(平成24年4月～平成26年3月)

6. 島根県周産期医療に関する調査

平成21年 島根県周産期医療に関する調査結果

調査機関： 13病院(回答13ヶ所)、8診療所(回答8ヶ所)、1助産所(回答1ヶ所)
 調査期間： 平成21年1月1日～12月31日の状況
 調査時期： 平成22年6月

1. 分娩、死産(自然・人工)、出生数

	分娩数		死産数		出生数
		里帰り(再掲)	自然死産	人工死産	
松江市立病院	471	69	3	0	468
松江赤十字病院	372	54	17	3	355
吉岡病院	139	37	0	1	138
公立雲南総合病院	52	13	0	1	52
町立奥出雲病院	83	23	2	0	83
県立中央病院	1,008	120	7	5	1,018
島根大学医学部附属病院	244	48	12	3	229
大田市立病院	270	不明	2	0	268
公立邑智病院	39	15	0	0	39
浜田医療センター	439	90	6	3	430
済生会江津総合病院	263	75	2	1	262
益田赤十字病院	452	38	7	4	447
隠岐広域連合立隠岐病院	36	3	0	0	36
病院合計	3,868	585 15.1%	58	21	3,825
松江圏域診療所	1,292	170	4	12	1,290
出雲圏域 "	713	98	3	9	715
診療所合計	2,005	268 13.4%	7	21	2,005
助産所(21.7月～)	3	0	0	0	3
助産所合計	3	0 0.0%	0	0	3
島根県合計	5,876	853 14.5%	65	42	5,833

2. 体重別出生数

() 多胎児数再掲

体重別出生数	1000g未満	1000g～1499g	1500g～1999g	2000g～2499g	2500g以上	合計
松江市立病院		3	5 (2)	42 (9)	421 (3)	471 (14)
松江赤十字病院	3	10 (2)	23 (6)	64 (16)	255 (4)	355 (28)
吉岡病院				7	131	138 (0)
公立雲南総合病院				5	47	52 (0)
町立奥出雲病院	1		1	8	73	83 (0)
県立中央病院	11 (1)	16 (4)	32 (8)	124 (27)	835 (4)	1,018 (44)
島根大学医学部附属病院	1 (1)	4 (1)	11 (5)	30 (7)	192 (4)	238 (18)
大田市立病院			1	21	246	268 (0)
公立邑智病院				7	32	39 (0)
浜田医療センター			1	10	419	430 (0)
済生会江津総合病院	2			29 (2)	232 (2)	263 (4)
益田赤十字病院	1	3	4 (1)	42 (8)	397 (3)	447 (12)
隠岐広域連合立隠岐病院				4	32	36 (0)
病院合計	19 (2)	36 (7)	78 (22)	393 (69)	3,312 (20)	3,838 (120)
松江圏域診療所			2	62 (1)	1,226 (1)	1,290 (2)
出雲圏域 "				38	668	706 (0)
診療所合計			2	100 (1)	1,894 (1)	1,996 (2)
助産所合計					3	3
島根県合計	19 (2)	36 (7)	80 (22)	493 (70)	5,209 (21)	5,837 (122)

3. 飛び込み分娩

年齢	初産・経産	既婚・未婚	母子手帳の有無	理由
32	初産	既婚	無	経済的理由
18	経産	未婚	無	望まない妊娠
25	経産	既婚	無	経済的理由

平成22年 島根県周産期医療に関する調査結果

調査機関： 13病院(回答13ヶ所)、8診療所(回答8ヶ所)、1助産所(回答1ヶ所)
 調査期間： 平成22年1月1日～12月31日の状況
 調査時期： 平成23年6月

1. 分娩、死産(自然・人工)、出生数

	分娩数		死産数		出生数
		里帰り(再掲)	自然死産	人工死産	
松江市立病院	479	60	8	0	471
松江赤十字病院	412	95	6	0	406
吉岡病院	167	38		4	163
公立雲南総合病院	46	11	1	0	45
町立奥出雲病院	99	27		1	98
県立中央病院	1,028	136	5	14	1,033
島根大学医学部附属病院	255	33	3	5	247
大田市立病院	319	79	4	0	315
公立邑智病院	31	11	0	0	31
浜田医療センター	511	103	4	0	507
済生会江津総合病院	239	65	2	0	237
益田赤十字病院	423	0	7	9	407
隠岐広域連立隠岐病院	37	6	0	0	37
病院合計	4,046	664 16.4%	40	33	3,997
松江圏域診療所	1,295	177	9	7	1,281
出雲圏域 //	749	97	5	16	728
診療所合計	2,044	274 13.4%	14	23	2,009
助産所	17	0	0	0	17
助産所合計	17	0 0.0%	0	0	17
島根県合計	6,107	938 15.4%	54	56	6,023

2. 体重別出生数

()多胎児数再掲

体重別出生数	1000g未満	1000g～1499g	1500g～1999g	2000g～2499g	2500g以上	合計
松江市立病院	0 (0)	0 (0)	2 (1)	48 (8)	420 (1)	470 (10)
松江赤十字病院	3 (0)	7 (1)	14 (4)	67 (22)	315 (15)	406 (42)
吉岡病院	0 (0)	0 (0)	1 (0)	10 (1)	153 (1)	164 (2)
公立雲南総合病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0)	40 (0)	46 (0)
町立奥出雲病院	1 (0)	0 (0)	1 (0)	7 (0)	90 (0)	99 (0)
県立中央病院	9 (0)	8 (0)	34 (8)	144 (35)	835 (9)	1,030 (52)
島根大学医学部附属病院	1 (0)	3 (0)	10 (2)	37 (4)	195 (4)	246 (10)
大田市立病院	0 (0)	0 (0)	7 (1)	24 (3)	279 (2)	310 (6)
公立邑智病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	27 (0)	31 (0)
浜田医療センター	2 (0)	0 (0)	4 (0)	36 (4)	464 (1)	506 (5)
済生会江津総合病院	1 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (0)	230 (0)	238 (0)
益田赤十字病院	0 (0)	2 (0)	2 (0)	25 (2)	393 (2)	422 (4)
隠岐広域連立隠岐病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	35 (0)	39 (0)
病院合計	17 (0)	20 (1)	75 (16)	419 (79)	3,476 (35)	4,007 (131)
松江圏域診療所			1	62 (2)	1,182 (2)	1,245 (4)
出雲圏域 //				44	747	791 (0)
診療所合計			1	106 (2)	1,929 (2)	2,036 (4)
助産所合計						
島根県合計	17 (0)	20 (1)	76 (16)	525 (81)	5,405 (37)	6,043 (135)

3. 飛び込み分娩

年齢	初産・経産	既婚・未婚	母子手帳の有無	理由
36	経産	未婚	不明	経済的理由

平成23年 島根県周産期医療に関する調査結果

調査対象：分娩取扱い22施設（13病院、8診療所、1助産所）
 調査期間：平成23年1月1日～12月31日の状況
 調査時期：平成24年6月

1. 分娩、死産(自然・人工)、出生数

	分娩数		死産数		出生数
		里帰り(再掲)	自然死産	人工死産	
松江市立病院	434	69	1	3	434
松江赤十字病院	427	59	2	0	426
吉岡病院	156	34	0	0	156
雲南市立病院	62	10	0	0	62
町立奥出雲病院	82	18	0	0	82
県立中央病院	1,060	127	12	4	1,064
島根大学医学部附属病院	206	30	1	5	200
大田市立病院	289	59	3	2	284
公立邑智病院	35	13	0	0	35
浜田医療センター	462	87	0	0	462
済生会江津総合病院	230	40	4	0	226
益田赤十字病院	337	0	1	1	335
隠岐広域連立立隠岐病院	72	6	0	0	72
病院合計	3,852	552 14.3%	24	15	3,838
松江圏域診療所	1,222	193	15	6	1,204
出雲圏域 "	773	112	4	9	760
診療所合計	1,995	305 15.3%	19	23	1,964
助産所	16	0	0	0	16
助産所合計	16	0 0.0%	0	0	16
島根県合計	5,863	857 14.6%	43	38	5,818

2. 体重別出生数

()多胎児数再掲

体重別出生数	1000g未満	1000g～1499g	1500g～1999g	2000g～2499g	2500g以上	合計
松江市立病院	0 (0)	0 (0)	6 (2)	41 (2)	387 (2)	434 (6)
松江赤十字病院	1 (0)	7 (3)	15 (8)	53 (10)	344 (5)	420 (26)
吉岡病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0)	150 (0)	156 (0)
雲南市立病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (0)	56 (0)	63 (0)
町立奥出雲病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0)	76 (0)	82 (0)
県立中央病院	14 (2)	12 (2)	33 (9)	146 (11)	858 (12)	1,063 (36)
島根大学医学部附属病院	3 (2)	5 (0)	9 (1)	37 (5)	147 (0)	201 (8)
大田市立病院	0 (0)	0 (0)	1 (0)	20 (0)	264 (0)	285 (0)
公立邑智病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0)	30 (0)	35 (0)
浜田医療センター	0 (0)	0 (0)	5 (3)	47 (9)	410 (2)	462 (14)
済生会江津総合病院	0 (0)	0 (0)	1 (0)	8 (0)	186 (0)	195 (0)
益田赤十字病院	0 (0)	0 (0)	3 (0)	23 (0)	327 (0)	353 (0)
隠岐広域連立立隠岐病院	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	80 (0)	82 (0)
病院合計	18 (4)	24 (5)	73 (23)	401 (37)	3,315 (21)	3,831 (90)
松江圏域診療所			1	48	1,002	1051
出雲圏域 "				28	709	737
診療所合計			1	76	1711	1788
助産所合計					14	14
島根県合計	18 (4)	24 (5)	74 (23)	477 (37)	5,040 (21)	5,633 (90)

* 出生体重の傾向を把握するものであり、出生数とは必ずしも一致しない。

3. 飛び込み分娩

年齢	初産・経産	既婚・未婚	母子手帳の有無	理由
29	初産	未婚	無	妊娠に気づかなかった
20	初産	未婚	無	妊娠に気づかなかった
32	経産	未婚	無	経済的理由
21	経産	未婚	無	8カ月に妊娠が分かった後も受診できなかった
19	初産	未婚	有	里帰り分娩で翌日が受診予定日だった
40	経産	未婚	無	望まない妊娠だった
20	初産	未婚	無	その他

周産期医療体制のあり方について

報告書

平成23年12月15日
周産期医療体制のあり方検討会

目次

はじめに	1
1 周産期医療体制の現状	1
2 周産期医療体制に係る課題とその対策	2
(1) 周産期医療体制の確保	7
(2) 周産期医療従事者に係る勤務環境の整備	13
(3) 国、地方公共団体の支援	15
おわりに	16

7. 周産期医療体制のあり方について

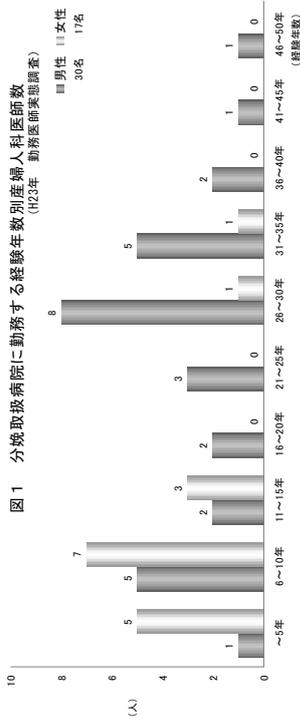
はじめに

- 島根県の地域医療を取り巻く情勢については、医師をはじめとする医療従事者不足を主な原因として、非常に厳しい状況にある。
- 周産期医療体制については、とりわけ県西部において、その維持すら困難な状況にあり、この状況が続けば、県全体の体制の崩壊にも繋がるおそれがある。
- このような厳しい状況の中で、島根県の周産期医療体制を維持していくため、また、この厳しい医療情勢を、正しく県民に周知し、理解・協力を得ていく必要から、今後の周産期医療体制のあり方について検討するため、本検討会が設置されたところである。
- 本検討会においては、周産期医療体制の置かれている状況から、県内の周産期医療に係わる関係者が、①周産期医療体制の確保、②医療従事者の勤務環境の整備を中心に、周産期医療体制を維持するための方策について検討を行った。
- 本報告書は、当面の対策を中心に、医療機関、県及び市町村等の県内関係者が取り組むべき方策について提言をまとめたもので、報告するものである。

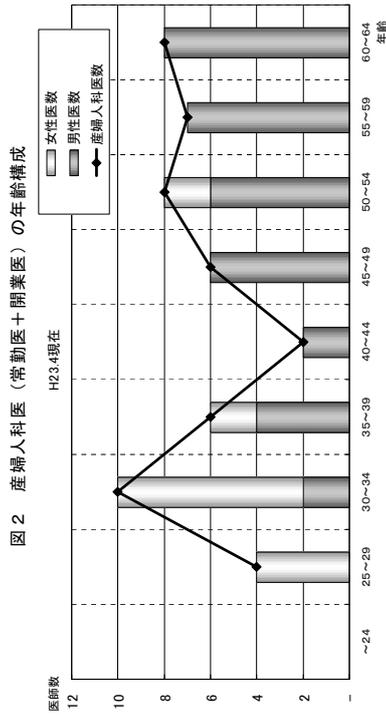
¹ 厳密には、国際疾病分類第10版(2003年改訂)において、「妊娠満22週から出生後満7日未満」と定義され、わが国においてもこれを採用している。この期間は、母子ともに異常を生じやすく、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に周産期と表現される。本検討会においては、妊娠初期からのセルフケアも重要であることから、等から、広い意味で、妊娠初期から出生後一定期間までを考慮したものを「周産期」とした。

1 周産期医療体制の現状

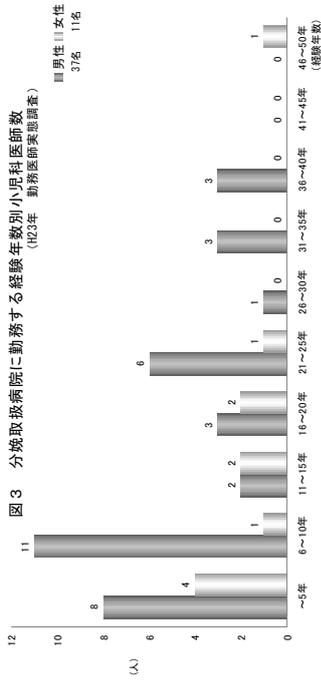
○「平成23年度勤務医師実態調査(H23.10.1現在)」によれば、分娩を取り扱う病院の産婦人科医師数は47名(東部：35名 西部：10名 隠岐：2名)である(図1)。



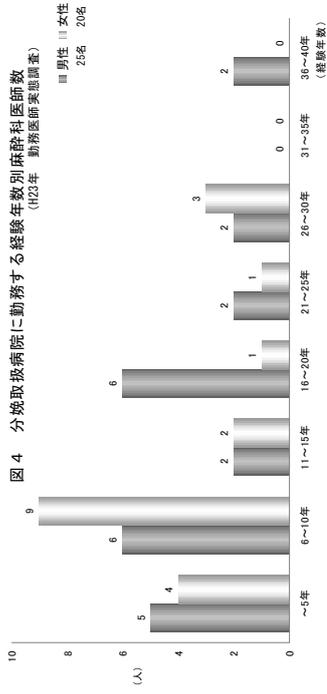
○産婦人科医師を年齢区分ごと(平成23年4月現在)にみると、全体的に年齢層が高くなっており、さらに若い世代では女性医師が多い。このまま産婦人科医が増えない状況であれば、10年後には県内周産期医療体制が崩壊するおそれがある(図2)。



○分娩を取り扱う病院の小児科医師数については、48名(東部：37名 西部：10名 隠岐：1名)で、平成20年度調査から6名増えているが、医師経験年数が10年目までの若い世代が半数を占めている(図3)。また、小児科医の中でも新生児を専門とする医師は数名であり、厳しい状況にある。



○分娩を取り扱う病院の麻酔科医師数については、45名(東部：40名 西部：5名 隠岐：0名)で、平成20年度調査から大きな変動はない。女性医師の割合が多く(図4)、県東部に偏りがあることに特徴がある。



○助産師については、第7次看護職員需給見通し（平成22年12月）によると、一定の政策効果を加味した上でも、平成27年末において助産師の需要数298人に対して供給数は292人であり、看護職員全体でも需要が供給を上回る見込みで、看護職員不足は今後中期的に継続する見通しである（表1）。

表1 第7次島根県看護職員需給見通し

	(常勤職員：人)						
	平成23年末	平成24年末	平成25年末	平成26年末	平成27年末	差引	差引
需見通し	10,687.6	10,910.9	11,064.6	11,141.8	11,226.7		
うち助産師数	283.5	290.9	293.3	295.7	297.7		
供給見通し	10,352.8	10,524.6	10,688.3	10,872.2	10,981.8		
うち助産師数	239.7	254.3	268.7	282.8	291.6		
差引不足数	334.7	386.3	376.3	269.7	244.9		
うち助産師数	43.7	36.6	24.6	13.0	6.2		

注：四捨五入のため差引不足数が、需見通し一供給見通しと一致しない場合がある。

○一方、県内の分娩取扱施設は、産婦人科医の不足や高齢化、さらには助産師、小児科医、麻酔科医の退職等によって、分娩を取りやめた施設があり、ここ数年減少を続け、現在22施設となっている（表2及び3）。

表2 年別県内分娩取扱施設の推移

	(単位：施設)										
年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年
病院	18	17	15	15	14	13	13	13	13	13	13
診療所	15	14	13	12	12	10	8	8	8	8	8
助産所	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1
計	35	33	30	29	28	23	22	22	22	22	22

注：分娩施設の休廃止の時期は、施設の変更・廃止届や開き取りにより推定したものである。また、助産所は、施設を有するもののみ計上している。

表3 二次医療圏別分娩取扱施設

年	区分	松江	雲南	出雲	大田	浜田	隠岐	計	
H15年 (a)	病院	5	3	3	2	2	2	18	
	診療所	6	5	5	1	2	1	15	
	助産所	1	1	1	1	1	1	2	
	計	11	3	9	3	4	3	2	35
H24年 (b)	病院	3	2	2	2	2	1	1	13
	診療所	4	4	4	4	4	4	4	8
	助産所	1	1	1	1	1	1	1	1
	計	8	2	6	2	2	1	1	22
差引 (b-a)	病院	▲2	▲1	▲1	▲1	▲1	▲1	▲5	
	診療所	▲2	▲1	▲1	▲1	▲2	▲1	▲7	
	助産所	▲1	▲1	▲1	▲1	▲1	▲1	▲1	
	計	▲3	▲1	▲3	▲1	▲2	▲2	▲13	

注：分娩施設の休廃止の時期は、施設の変更・廃止届や開き取りにより推定したものである。また、助産所は、施設を有するもののみ計上している。

○これに対して、分娩数はほぼ横ばいであるが（表4）、開業医が分娩取り扱いを中止した影響等により医師一人あたりの分娩数が増加し、産婦人科医の負担が増している。

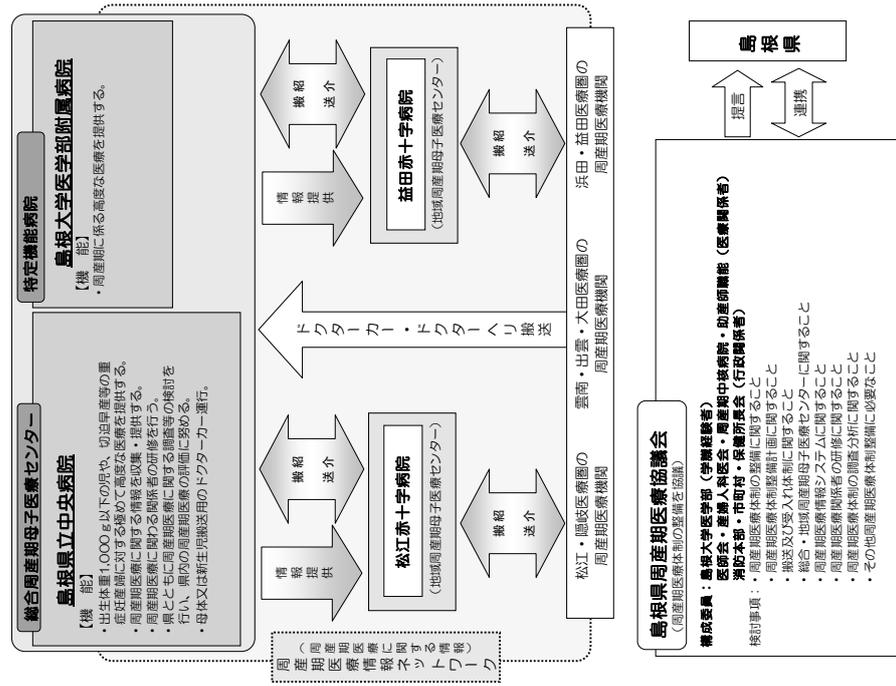
表4 二次医療圏別分娩数

		(単位：件)						
二次医療圏		H18年	H19年	H20年	H21年	H22年	H23年	
松江	病院	871	913	878	982	1,058		
	診療所	1,400	1,349	1,359	1,292	1,295		
	助産所	0	0	0	3	17		
	計	2,271	2,262	2,237	2,277	2,370		
雲南	病院	210	191	169	135	145		
	診療所	0	0	0	0	0		
	計	210	191	169	135	145		
出雲	病院	1,267	1,322	1,255	1,252	1,283		
	診療所	695	773	773	713	749		
	計	1,962	2,095	2,028	1,965	2,032		
大田	病院	260	257	261	309	350		
	診療所	73	81	14	0	0		
	計	333	338	275	309	350		
浜田	病院	584	629	668	702	750		
	診療所	142	72	0	0	0		
	計	726	701	668	702	750		
益田	病院	565	544	586	452	423		
	診療所	134	109	104	0	0		
	計	699	653	690	452	423		
隠岐	病院	56	48	43	36	37		
	診療所	0	0	0	0	0		
	計	56	48	43	36	37		
県計	病院	3,813	3,904	3,860	3,868	4,046		
	診療所	2,444	2,384	2,250	2,005	2,044		
	助産所	0	0	0	3	17		
	計	6,257	6,288	6,110	5,876	6,107		

資料：島根県周産期医療に関する調査

○また、県内の周産期医療機関間の連携は、各圏域の「周産期医療体制検討会」及び「周産期母子医療センター」等による全県的な「周産期医療ネットワーク」及び「周産期医療協議会」等により、圏域内はもとより、周産期ドクターカーやドクターヘリ、防災ヘリを活用した圏域を越える搬送体制も確保され、概ね円滑に実施されている（図5）。

図5 鳥根県周産期医療ネットワーク図



2 今後の周産期医療体制に係る課題とその対策

(1) 周産期医療体制の確保

【課題】

○周産期医療体制は、医師不足を背景に、とりわけ県西部において危機的状況にあり、それぞれの地域（二次医療圏）で分娩ができる体制を維持することが危ぶまれている。このままの状況で推移すれば、いずれ県東部にも影響が及ぶと想定される。

○周産期医療機関間の連携は、概ね円滑に実施されているが、分娩を取り扱う開業医が減少していることから、病院勤務医の負担が増大し、産婦人科医の過重労働に拍車を掛けており、将来的に連携の受け皿となる病院の機能が維持できるかが懸念されている。

○また、県外の大学医学部からの派遣を受けている病院もあるが、産婦人科医不足は全国的な傾向であり、大きなリスクを孕んでいる。

○助産師については、平成18年4月からの7対1入院基本料の新設等に伴い、看護職員の不足が顕著な状況となっており、また、中には、病棟が、産科（婦人科）と一般内科、外科等と混同化となっている病院もあることから、助産師が助産師業務に専念できない状況も見られる。

○県内に定着する助産師を確保するため、県立大学短期大学部助産学専攻に、石見アドミッション・オプイス（AO）入試枠²（平成23年に2名から4名に拡大）や地域特別選抜枠³が設けられているが、県西部出身者からの受験者が少なく、有効に活用されていない現状がある。

² 専攻科修了と同時に石見地域に助産師として就業することを確約できる入試枠

³ 1年以上の看護職としての経験を有し、出願時に看護職として従事している者で、専攻科修了後、鳥根県内で助産師として就業することを確約し、所属施設長の推薦する者が受験できる入試枠

②それぞれの地域の体制を維持しつつ、県西部において若手育成の場を確保すること

- 周産期(産婦人科)に係る若手医師が地域における周産期医療を学ぶため、指導体制等を考慮しながら、県西部における育成の場を確保する。
- ※例えば、後期研修プログラムに盛り込むなど

③若手産婦人科医・小児科医・麻酔科医のキャリア形成を支援すること

- 後期研修医が県内に定着するためにも、産婦人科・小児科(新生児科)・麻酔科の医療機関ネットワークを構築し、10年程度のキャリアプログラム⁶を作成・提示することで、県内における若手医師専門医資格取得を支援する。
- 産婦人科、小児科及び麻酔科を基本領域としながら、周産期領域の専門性を高めるための資格取得支援を検討する。

④学生や初期研修医に周産期に興味を持ってもらうような取り組みを行うこと

- 学生の時から周産期に興味を持ってもらうことが必要である。島根大学を中心として、学生向けに周産期の講演会やワークショップなどの啓発活動に取り組む。
- さらに、各病院においては、初期研修医に対しても周産期の魅力ややりがい伝える機会を設けるなど、継続して働きかけを行う。
- また、自治医科大学卒業の初期研修医に対しては、中山間地や離島など医療体制の確保がより厳しい地域における総合医としての役割を勘案しながら、周産期医療の技術取得に向けた働きかけを行う。

《助産師の確保・活用に関すること》

⑤院内助産システムを導入・推進すること

- 助産師本来の役割が果たせ、妊産婦の満足度も高く、さらに医師の負担軽減にも繋がるため、院内助産システムの導入・充実について積極的に推進すること

⁶ 診療科の専門医を育てるプログラムのこと。医師個人ごとにプログラムを組み、計画的に専門医として必要な技能と経験が積めるような仕組み。

○ 助産師の年齢構成は、看護職員全体と比べ、若年層が多い傾向となっている。助産師が新たに採用されてきてはいるが、経験が十分でないため、院内助産システム⁴などで必要とされる十分な経験や高度な技術を要する業務が担えない現状がある。

以上のような課題に対して、現在取り組んでいる医師、看護職員確保の取り組みに加え、当面、以下のような対策を講じるべきである。

【当面の対策】

《医師に関すること》

①オール島根で助け合う仕組みを構築すること

- それぞれの地域の病院で勤務する産婦人科医に不測の事態が生じ、業務継続が困難となった緊急時において、県と島根大学が中心となって、緊急避難的に支援（一人の医師が最低でも3ヶ月程度派遣されるようなもの）を行う。

- 島根県産婦人科医会の協力を仰ぎ、退職した産婦人科医に呼びかけ、土日等の直応援や産婦人科の外来に協力を求めるような仕組みづくりに取り組む。

- 分娩取扱医療機関の負担軽減を図るため、現在、浜田圏域で行っているようなセミオープンシステム⁵の構築について、他の地域でもその地域の実情に応じて導入を検討する。

- 勤務医が一人の病院の負担軽減や若手医師の指導のため、超音波診断画像の遠隔読影システムによる支援を検討する。

⁴ 医療機関の中で正常な経過をたどっている妊産婦を対象に、助産師が主となって妊娠前から分娩、産褥期までを担当するシステム。事前に医師との協議による基準によって、必要があればすぐに医師主導に切り替えることができる。このシステムを活用して助産師が外来で妊婦健診・保健指導を行う「助産師外来」と、助産師が主体的に産を介助する「院内助産」がある。

⁵ 基幹病院での分娩を予定する妊婦のうち、ローリスク妊婦の健診を連携施設に委託するもの。

進する必要がある。助産師を志す者が県内に就業するための参考となることから、地域の実情に応じて、各医療機関において、院内助産システム
の構想やスケジュールを明確化する。

- 院内助産システムを円滑に実施・推進するために、産婦人科診療ガイドラインに基づき、医師と助産師の役割分担を明確にした上で、助産師外来の開設・充実に積極的に取り組む。
- 院内助産システムにおいて、助産師が主体的なケアを提供するためには助産師の技術力向上が求められていることから、キャリア形成のための研修の活用・充実を図る。

⑥助産師確保を一層進めること

- 看護学生の時に、助産師に興味を持ってもらうことが重要であることから、各医療機関及び看護師養成施設を中心に、現役の助産師との交流や助産師体験などに取り組む。
- 県立大学短期大学部助産学専攻の石見ＡＯ入試や地域特別選抜等の制度を最大限活用されるよう、各医療機関及び看護師養成施設に働きかける。
- 助産師外来を開設するための助産師の育成には年数を要することから、U・Iターン等により、即戦力となる経験豊富な人材の確保に努める。
- 助産師不足等のため、助産師外来の開設に至らない医療機関もあることから、島根県助産師会の協力により、開業助産師（特に病院勤務歴のある経験豊富な助産師）に呼びかけ、病院助産師業務への協力を求める。
- 混合病棟が多い状況が、助産師が本来の業務に専念できない一因となっていることから、各医療機関においては、業務内容を点検し、助産師が助産師業務に専念できる方策を検討する。

《県民への啓発に関すること》

⑦分娩の正しい知識の普及に努めること

- お産は危険リスクを伴うものであることから、全ての妊婦に対してお産に関するチラシの配布や母親教室等のDVD視聴により、分娩の正しい知識の一層の周知を図る。
 - 妊婦のセルフケア意識を高める必要があり、医療機関における妊婦間や妊婦と医療従事者間の交流を促進し、また、妊婦間や先輩妊婦との交流のネットワークを形成するよう取り組む。
 - 地域住民とともに地域の周産期医療体制を守っていくために、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する。
 - 小児を中心とした初期患者が病院に集中することにより、病院勤務の小児科医の外来診療に掛かる負担が増しており、病院勤務の小児科医が本来の役割に支障を来たすことから、適切な医療機関のかかり方等について、一層の啓発に取り組む。
- #### ⑧院内助産システムの意義について普及・啓発すること
- 院内助産システムを円滑に推進するためには、このシステムが県民に正しく理解されることが必要であり、仕組みやメリットについて更なる普及・啓発活動を行う。

また、現在は医療従事者の確保を優先すべきであるが、将来的な周産期医療体制の確保のため、中・長期的に以下のような対策について検討すべきである。

【中・長期的な対策】

《医師に関すること》

①産婦人科主要分野に対応した病院の整備を検討すること

- 産婦人科を志す研修医・若手医師に赴任してもらえらる「魅力ある病院」にするため、県西部にも、周産期、腫瘍、不妊及び思春期・更年期の産婦人科主要分野に対応する病院の整備を検討する。

(2) 周産期医療従事者に係る勤務環境の整備

【課題】

- 産科・小児科・麻酔科をはじめとした周産期医療を担当する医師の不足により、医師一人あたりの負担が増加していることから、長時間労働を余儀なくされている。
- 周産期医療に携わる若手医師には女性が多く、今後この傾向が続くものと考えられる。また、分娩取扱医療機関に従事する助産師は、通常の夜勤を含む勤務体制の上に、分娩があるときはさらに当直も行っており、結婚や育児をきっかけに離職することも多い。
- このため、女性医療従事者にとって、妊娠や育児中も勤務を続けることができるような、育児支援に関する職場内や地域の環境について一層の充実を図る必要がある。

- また、産婦人科医の全医師に占める割合が4%程度であるにも関わらず、医療訴訟の約13%が周産期医療関係であることから、周産期医療を志す者の減少に繋がっている。

以上のような、過酷な勤務状況に加え、訴訟リスクを抱えていることから、以下のような周産期医療に携わる関係者の勤務環境の改善に向けた対策に取り組むべきである。

【当面の対策】

①産婦人科医の処遇を改善すること

- 全国的に、病院の産婦人科医は全科当直を免除される傾向にあることから、県内各病院においても、可能な限り、産婦人科医の全科当直の免除（または、当直回数の軽減等）について取り組む。
- また、既に処遇改善のため手当を設けている医療機関もあるが、各医療機関においては、国庫補助金を活用して、分娩手当や産婦人科特有の精神的・肉体的負担の軽減に係る手当の新設や拡充を検討する。
- 周産期に係る医師の負担軽減のため、各医療機関においては、書類記載、

②開業を支援する仕組みを検討すること

- 将来、産婦人科クリニックを開業することは、産婦人科医を志す大きな動機となり、また、開業医と病院が連携することで、地域の周産期医療体制の確保にも繋がる。開業資金や助産師をはじめとする従事者の確保・育成は大きな課題であることから、若手医師を産婦人科に誘導するためにも、開業時の支援方策について検討する。

《助産師の活用・育成に関すること》

③助産師外來が定着した上で、院内助産の実施について検討すること

- 助産師の役割増大と患者満足度向上、医師の負担軽減が期待できることから、院内助産の役割増大と患者満足度向上、医師の負担軽減が期待できることから、院

④助産師の医療機関間のローテーション研修を検討すること

- 助産師が、規模や機能の異なる医療機関の助産業務に従事することで、より幅広い経験を積み、専門的技術の向上に繋がることを期待できる。助産師の医療機関間の長期ローテーション研修の実施について検討する。

オーダーリングシステム⁷への入力などの事務作業を担う医師事務作業補助者を積極的に配置する。

- 裁判外での医療事故・医療紛争の早期解決への制度を構築するとともに、早期の被害者救済のための無過失補償制度⁸を脳性麻痺以外にも拡充するよう、あらゆる機会を通じて国に要望する。

②女性医療従事者の働きやすい環境の整備に努めること

- 増えている女性医師や不足する助産師が継続して勤務するためにも、各医療機関において、24時間保育、病（後）児等保育、ベビーシッター等の院内需要を把握し、院内保育所の整備・充実をはじめとした育児支援の充実を図る。
- また、このような女性医療従事者の妊娠中や育児中の負担軽減のため、各医療機関においては、当直や夜勤を免除（または、回数軽減等）するなどの勤務環境づくりに取り組む。
- さらに、医療従事者が確保された上での課題となるが、育児休暇等が兼ねなく取得できるような勤務体制となるよう意識醸成に努める。

⁷ 処方箋や検査箋等のいわゆる伝票をシステム化したもの。医師や病院のスタッフが医療上の処置情報を直接入力することにより、医師の指示が瞬時に電子的に各部署に送られ、従来行っていた書き写し等の行為が不要となる。

⁸ 医療事故で障害を負った場合、医師に過失がなくても、患者に補償金が支払われる制度。長期の訴訟を避け、医師・患者双方の救済を図ることが目的。

(3) 国、地方公共団体の支援

- 前述した(1)及び(2)の課題への対策は、当該医療機関の責務として講じるものもあるが、その講じる対策によっては、採算性の低いものや、政策的要素の強いものもある。
- このような地域の課題の解決に向けて、県はもとより市町村も含めて、医療機関に対しての支援を検討すべきである。
- また、既存の国庫補助負担事業を積極的に活用するとともに、国において支援策のないものや、支援額が現状と著しく解離しているものについては、国に対して支援策の拡充や制度改善を広く要望すべきである。

おわりに

- 県内の周産期医療体制は、前述したとおり、ここ数年、医師不足を背景として大変厳しい状況にある。
- 県では、医師の確保や看護職員の確保に取り組んできているが、今後も、より一層積極的に取り組まれる必要がある。
- また、本報告書にまとめた対策については、医療機関を始め、県、市町村等関係者はもとより、地域住民等が協力し、支え、地域が一体となつてと取り組まなければならない。
- さらに、現在、里帰り出産を休止している医療機関が、これを復活できるように取り組み、県内全ての地域で安心して子どもを生育する環境の構築が望まれる。

「周産期医療体制のあり方検討会」委員

<委員>

岩成 治	島根県立中央病院 医療局長
潮 敏子	益田赤十字病院 看護係長 (助産師)
○ 小村 明弘	島根県産婦人科医会 会長
加藤 文英	島根県立中央病院 新生児科部長
岸本 泰子	島根県保健所長会 会長
木村 清志	島根県健康福祉部 医療統括監
小林 正幸	独立行政法人国立病院機構浜田医療センター 産婦人科部長
澤田 康治	松江赤十字病院 第一産婦人科部長
渋川あゆみ	島根県看護協会 助産師職能委員長
谷口 栄作	島根大学医学部地域医療支援学講座 教授
中島 香苗	益田赤十字病院 第二小児科部長
横原 研	大田市立病院 産婦人科部長
三島みどり	島根県立大学短期大学部専攻科(助産学) 教授
宮崎 康二	島根大学医学部産科婦人科学 教授
山口 清次	島根大学医学部小児科学 教授

(敬称略、五十音順。○会長)

医療圏	市町村	旧市町村名	妊婦健診・分娩にかかる移動時間と施設場所								
			施設の場所	移動時間 (片道)	施設の場所	移動時間 (片道)	施設の場所	移動時間 (片道)	施設の場所	移動時間 (片道)	
松江	松江市	松江市	松江	5分～20分							
		鹿島町	松江	15分～30分							
		島根町	松江	25分～50分							
		美保関町	松江	40分～70分	米子	40分～90分					
		八雲村	松江	15分～60分							
		玉湯町	松江	15分～20分							
		穴道町	松江	30分～50分	出雲	30分	雲南	30分			
	八東町	松江	25分～50分								
	安来市	安来市	安来	5分～20分	松江	25分～50分	米子	10分～40分			
		広瀬町	安来	20分～50分	松江	35分～80分	米子	30分～80分	奥出雲	20分～50分	
伯太町		安来	20分～50分	松江	25分～80分	米子	5分～50分				
東出雲町	—	松江・安来	15分～35分	米子	30分～45分						
雲南	雲南市	大東町	雲南	10分	出雲	30分	松江	20分～30分			
		加茂町	雲南	20分	松江	50分	斐川・出雲	20分～30分			
		木次町	出雲	30分	斐川・出雲	30分～40分					
		三刀屋町	出雲	30分	斐川	40分					
		吉田村	出雲	50分～60分							
		掛合町	出雲	40分～50分	雲南	45分					
	奥出雲町	仁多町	奥出雲	5分	雲南	20分					
		横田町	奥出雲	15分	雲南	35分					
		飯南町	頓原町	広島県三次	45分～55分	出雲	40分～60分	大田	50分		
			赤来町	広島県三次	30分～40分	出雲	55分				
出雲	出雲市	出雲市	出雲	10分～30分	斐川	20分					
		平田市	出雲	5分～40分	斐川	20分	松江	40分～60分			
		佐田町	出雲	20分～30分	斐川	40分					
		多伎町	出雲	25分～45分	斐川	50分	大田	25分～30分			
		湖陵町	出雲	20分～30分	斐川	35分					
		大社町	出雲	15分～30分	斐川	40分					
	斐川町	—	出雲	25分	斐川	10分					
	大田	大田市	大田市	大田	数分～20分	出雲	60分				
温泉津町			大田	30分	江津	30分					
仁摩町			大田	20分～30分	出雲	60分	江津	40分			
川本町		—	邑智	20分	大田	40分	江津	40分			
美郷町		邑智町	出雲	70分～80分	大田	30分					
		大和村	広島県三次	50分	邑智	60分					
		羽須美村	広島県三次	45分	広島県山県郡	60分					
邑南町		瑞穂町	邑智	20分	広島県山県郡	30分	広島県三次	40分			
	石見町	邑智	5分	江津	60分	大田	60分	浜田	60分		
浜田	江津市	江津市	江津	5分～20分	浜田	20分～50分	大田	30分～55分			
		桜江町	江津	20分～30分	浜田	40分～60分	邑智	40分～60分			
	浜田市	浜田市	浜田	5分	江津	20分					
		金城町	浜田	15分～20分	江津	20分					
		旭町	浜田	15分～30分	江津	40分	邑智	30分			
		弥栄村	浜田	30分	江津	60分					
三隅町	浜田	45分	益田	30分							
益田	益田市	益田市	益田	10分							
		美都町	益田	30分							
		匹見町	益田	60分							
	津和野町	津和野町	津和野	数分～20分	益田	45分	山口市	45分～60分			
		日原町	津和野	15分	益田	30分					
		柿木村	益田	50分	浜田	120分	山口・岩国市	90分			
吉賀町	六日市町	山口県光市	90分	広島市	90分	益田	70分	津和野	50分		
	西郷町	隠岐	25分								
隠岐	隠岐の島	布施村	隠岐	35分							
		五箇村	隠岐	30分							
		都万村	隠岐	35分							
		西ノ島町	—	隠岐島前	15分	松江	240分(泊)	米子	240分(泊)		
	海士町	—	隠岐島前	30分	米子	360分(泊)	松江	360分(泊)	隠岐島後	120分(泊)	
知夫村	—	隠岐島前	30分	隠岐島後	180分(泊)	松江	180分(泊)	米子	180分(泊)		

平成22年2月市町村調査

9. 母体・新生児搬送連絡体制

母体搬送連絡票(診療情報提供書)の利用について

1. 目的

県内の医療機関の機能に応じて、限られた資源の有効活用による島根県周産期医療ネットワークの強化のため、搬送時の適切な情報を迅速に提供し、医療提供に活かす。

また、県への報告により、搬送の実態を把握し検討材料とする。

2. 利用について

(1) 各医療機関から、4医療機関（島根大学医学部附属病院、島根県立中央病院、松江赤十字病院、益田赤十字病院）へ母体搬送する場合の診療情報提供書として使用する。

* 4医療機関以外の医療機関への搬送の場合は、該当医療機関名を記入して使用。

(2) 手順

<搬送元医療機関>

- ① 母体搬送にあたっては、まず搬送先医療機関へ電話連絡する。
- ② 診療情報提供書の太枠内を記載し、新生児が搬送先へ到着するまでに第1報FAX送信する。
- ③ 診療情報提供書に追加情報を記入のうえ、搬送元控を残し、残り2枚（搬送先送付用と島根県報告用）を後日、搬送先医療機関へ郵送する。

<搬送先医療機関>

- ①搬送元医療機関から本書が届いたら、「★出産医療機関で記入」欄を埋め、搬送先送付用を残し、3枚目の島根県報告用を、毎月15日までに送付する。

*搬送元に転送など、搬送先で出産しなかった場合はその旨を余白部分に記載する。

(3) 用紙について

- 1枚目：搬送元控・第1報FAX送信用（FAX送信後、搬送元に残す）
- 2枚目：搬送先送付用（搬送先に送る）
- 3枚目：島根県報告用（搬送先に送る）

3. 管理、集計

島根県に報告分は、県で管理し現状や課題を検討する資料とする。

4. フロー図

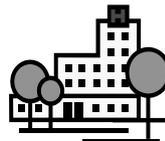
(搬送元：各医療機関)



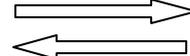
母体搬送



(搬送先：
4医療機関他)



診療情報提供書
3枚目（島根県報告用）送付



連絡会等で、現状・課題検討資料として活用



島根県
健康推進課

診療情報提供書（母体搬送）
①まずは電話連絡
②母体の到着までに第1報をFAX
③後日追加事項を記入後、搬送元控を残し残り2枚を郵送する。

母体搬送連絡状況(H23年4月～H24年3月搬送報告分)

島根県健康福祉部健康推進課

★医療機関間の搬送状況(母体情報)

	依頼元	依頼先					計
		中央病院	松江赤十字	益田赤十字	島根大学	浜田医療センター	
1	松江市立病院	2	5	0	0	0	
2	松江生協病院	0	1	0	0	0	
3	松江赤十字病院	6	0	0	0	0	
4	吉岡病院	0	1	0	0	0	
5	雲南病院	3	0	0	0	0	
6	町立奥出雲病院	1	0	0	0	0	
7	島根大学	2	0	0	0	0	
8	中央病院	0	1	0	0	1	
9	大田市立病院	2	0	0	2	0	
10	公立邑智病院	2	0	0	0	0	
11	済生会江津総合病院	6	0	0	0	0	
12	浜田医療センター	5	0	1	2	0	
13	益田赤十字病院	5	0	0	4	0	
14	隠岐病院	6	2	0	0	0	
15	隠岐島前病院	0	2	0	0	0	
16	松江圏域内診療所	1	31	0	0	0	
17	出雲圏域内診療所	27	2	0	8	0	
18	生協きらり助産院	0	5	0	0	0	
	計	68	50	1	16	1	136

★搬送依頼時の妊娠週数別搬送先

週数	依頼先					計
	中央病院	松江赤十字	益田赤十字	島根大学	浜田医療センター	
～23	6	1	0	0	0	7
24～27	13	1	0	3	0	17
28～31	6	5	0	2	0	13
32～36	23	19	1	5	1	49
37～41	19	23	0	6	0	48
42～	0	1	0	0	0	1
計	67	50	1	16	1	135

未記入 1

★搬送後の出生体重(新生児情報…情報のある、出生のみ)

出生体重	依頼先					計
	中央病院	松江赤十字	益田赤十字	島根大学	浜田医療センター	
～500	0	0	0	0	0	0
500～999	7	0	0	3	0	10
1000～1499	9	2	0	2	0	13
1500～1999	10	5	1	2	0	18
2000～2499	9	11	0	3	0	23
2500～2999	9	14	0	2	1	26
3000～	14	10	0	4	0	28
計	58	42	1	16	1	118

胎児死亡 2
搬送元へ 14
他院へ 3
産褥搬送 2
(双胎 3)

★ヘリコプターによる搬送件数

依頼元	依頼先				
	中央病院	松江赤十字	益田赤十字	島根大学	
松江赤十字病院	1				
公立邑智病院	1				
浜田医療センター	2				
益田赤十字病院	3			1	
隠岐病院	5				
隠岐島前病院		2			
計	12	2	0	1	15

新生児搬送連絡票（情報提供書）の利用について

1. 作成の経緯

平成23年度島根県周産期医療ネットワーク会議（7月）において、新生児搬送時の情報提供書様式統一と活用、搬送実態把握のため県への報告について提案し、下記のとおり活用を決定した。

2. 利用について

(1) 各医療機関から、総合・地域周産期母子医療センター、特定機能病院である4医療機関（島根県立中央病院、松江赤十字病院、益田赤十字病院、島根大学医学部附属病院）へ新生児搬送する場合の診療情報提供書として使用する。

(2) 手順

<搬送元医療機関>

- ①新生児搬送にあたっては、搬送先医療機関へ電話連絡する。
- ②診療情報提供書の太枠内を記載し、新生児が搬送先へ到着するまでに第1報として1枚目をFAX送信する。
- ③診療情報提供書に追加情報を記入のうえ、搬送元控（1枚目）を残し、残り2枚（搬送先送付用と島根県報告用）を搬送先医療機関へ郵送する。

<搬送先医療機関>

- ①搬送元医療機関から本書が届いたら、転帰を記入（報告時点の状況でよい）のうえ搬送先送付用を残し、3枚目の島根県報告用を、毎月15日までに送付する。

(3) 用紙について

1枚目：搬送元控（第1報FAX送信票） 2枚目：搬送先送付用 3枚目：島根県報告用

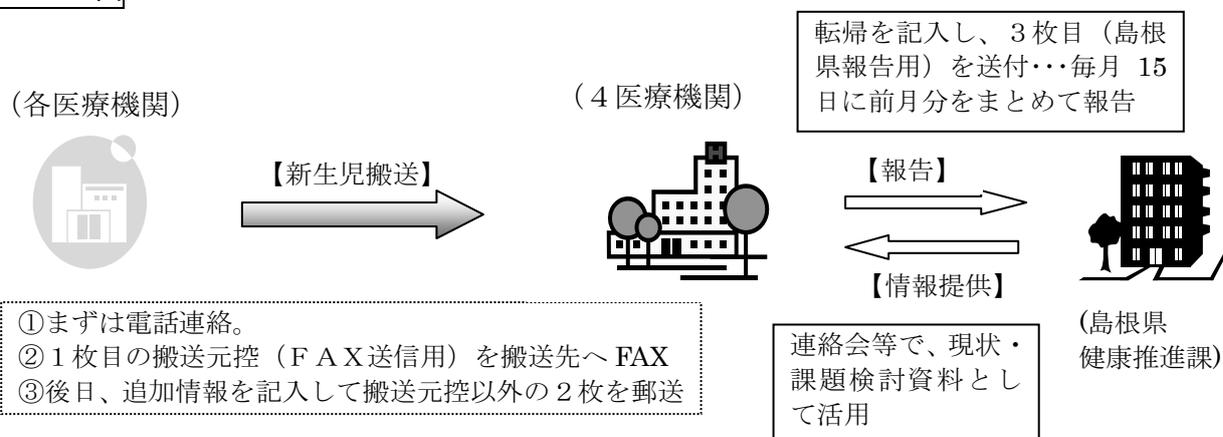
*3枚複写用紙を原則とするが、コンピューター入力を希望する場合は、下記問い合わせ先へ電子データでの様式送付を希望する旨、メールにて連絡ください。

(4) 利用開始：平成23年12月1日から活用する。

3. 集計

搬送件数等は、島根県で管理し現状や課題を検討する資料とする。

4. フロー図



診療情報提供書（新生児搬送）

平成 年 月 日（ ）

【依頼先】

- 島根県立中央病院 (Tel: 0853-30-6570 Fax: 0853-30-6571)
- 島根大学医学部附属病院 (Tel: 0853-20-2129 Fax: 0853-20-2448)
- 益田赤十字病院 (Tel: 0856-22-1480 Fax: 0856-22-3991)
- 松江赤十字病院 (Tel: 0852-61-9620 Fax: 0852-32-4062)

NICU

先生侍史

【依頼元施設名】

【担当医師】

【電話番号】

●転院の手段
紹介元医師添乗救急車・紹介先医師添乗救急車・紹介元医師添乗ヘリ・紹介先医師添乗ヘリ・医師添乗なしで救急車
自家用車・その他（ ）

新生児氏名(フリガナ) () 男・女		出産予定日 平成 年 月 日	出生日時 平成 年 月 日 時 分	在胎週数 週 日 (確実・不確実)																									
●出生時計測	体重: g	身長: cm	頭囲: cm	胸囲: cm																									
現住所 里帰り先 産後の連絡先 世帯主		氏名	年齢	職業	血液型																								
		母	歳		母型 (Rh)																								
		父	歳		父型 (Rh)																								
					児型 (Rh)																								
母	●妊娠分娩歴 (今回は含まず)		●母体の感染症																										
	妊娠 回 分娩 回 (正常・異常) 流産 回 (人工 回・自然 回) 死産 回	梅毒TPLA (- ・ + ・ 未) 梅毒RPR (- ・ + ・ 未) HBs-Ag (- ・ + ・ 未) HTLV-1 (- ・ + ・ 未) HBe-Ag (- ・ + ・ 未) HIV (- ・ + ・ 未) HCV抗体 (- ・ + ・ 未) ヘルペス (- ・ + ・ 未) GBS (- ・ + ・ 未) MRSA (- ・ + ・ 未) クラミジア (- ・ + ・ 未) その他 ()																											
体	●今回の妊娠について																												
	不妊治療: 無・有 () 妊娠中の異常: 無・有 (妊娠高血圧症候群 (浮腫・蛋白尿・高血圧 /)) ・糖尿病・甲状腺疾患・自己免疫疾患・心疾患・腎疾患・精神疾患・神経疾患・筋疾患・貧血・出血・結核・発熱・その他 () 妊娠中の薬剤服薬: 無・有 (ステロイド・リトドリン・インドメタシン・硫酸マグネシウム・抗菌剤・その他 ())																												
情	●今回の分娩について																												
	胎児の異常: 無・有 () その他 ()																												
報	●今回の分娩について		●胎児の状態																										
	単胎・多胎: 双胎・品胎 (胎) 胎位: 頭位・骨盤位・横位・その他 () 羊水混濁: 無・有 (悪臭・血性・横染・緑色) 分娩様式: 経膈 (自然・クリステレル圧出・吸引・鉗子) 誘導・促進 (薬剤:) 帝王切開 (予定・緊急) (適応) 分娩時母体処置: 無・有 (酸素吸入・ブドウ糖投与・NaHCO ₃ 投与・その他 ())	膜性: 不明・ (絨毛膜、羊膜) 前期破水: 無・有 (日 時間) 羊水量: 過多・普通・過少 胎盤異常: () 臍帯異常: () 胎児仮死兆候: 無・有 (所見) 臍帯血液ガス: 無・有 (pH ・ BS)	●出生時の児の状態 Apgar score 生後1分 () 点→生後5分 () 点→7点以上 () 分																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 33%;">0</th> <th style="width: 33%;">1</th> <th style="width: 33%;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>心拍数</td> <td>なし</td> <td>100 ↓</td> <td>100 ↑</td> </tr> <tr> <td>呼吸</td> <td>なし</td> <td>弱々しい泣き声</td> <td>強く泣く</td> </tr> <tr> <td>筋緊張</td> <td>だらり</td> <td>いくらか四肢を曲げる</td> <td>四肢活発に動かす</td> </tr> <tr> <td>刺激反射</td> <td>反応なし</td> <td>顔をしかめる</td> <td>泣く</td> </tr> <tr> <td>皮膚色</td> <td>全身蒼白または紫色</td> <td>軀幹淡紅色四肢チアノーゼ</td> <td>全身淡紅色</td> </tr> </tbody> </table> <p>※生後1分後を△印、生後5分後を○印で記載して下さい。</p> 蘇生: 無・有 (酸素吸入・マスク加圧・気管内挿管・心臓マッサージ・薬剤使用 ())							0	1	2	心拍数	なし	100 ↓	100 ↑	呼吸	なし	弱々しい泣き声	強く泣く	筋緊張	だらり	いくらか四肢を曲げる	四肢活発に動かす	刺激反射	反応なし	顔をしかめる	泣く	皮膚色	全身蒼白または紫色	軀幹淡紅色四肢チアノーゼ	全身淡紅色
	0	1	2																										
心拍数	なし	100 ↓	100 ↑																										
呼吸	なし	弱々しい泣き声	強く泣く																										
筋緊張	だらり	いくらか四肢を曲げる	四肢活発に動かす																										
刺激反射	反応なし	顔をしかめる	泣く																										
皮膚色	全身蒼白または紫色	軀幹淡紅色四肢チアノーゼ	全身淡紅色																										
●依頼の理由 (主訴) 呼吸管理・手術目的・手術目的以外の治療・眼科治療・バクトランスファー・その他 ()																													
(具体的に記入)																													
●出生後の経過と処置																													
報	●紹介前の管理																												
	保育器収容: 無・有・酸素 (/分) 排尿: 無・有 (生後 時間) 点眼: 未・済 初回哺乳 月 日 時 分 最終哺乳 月 日 時 分 (ml) 搬送直前の体温 °C (肛門・皮膚温) 呼吸状態: () その他: () 新生児マスキング検査: 未・提出済 (月 日)	排便: 無・有 (生後 時間) ビタミンK投与: 未・済 (回) ブドウ糖・母乳・ミルク (ml)																											

●転帰
軽快退院 (月 日) ・ 入院中 (月 日現在) ・ 他院転院 ・ 死亡 (月 日)

10. 母子保健に関する統計

(1) 島根県の主な母子保健指標

			13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
出生	実数		6,640	6,318	6,092	6,104	5,697	6,011	5,914	5,685	5,601	5,756	5,582	
	率 (人口千対)	県	8.8	8.4	8.1	8.2	7.7	8.2	8.1	7.9	7.8	8.1	7.9	
		国	9.3	9.2	8.9	8.8	8.4	8.7	8.6	8.7	8.5	8.5	8.3	
	合計特殊 出生率	県	1.60	1.52	1.48	1.48	1.5	1.53	1.53	1.51	1.55	1.68	1.61	
国		1.33	1.32	1.29	1.29	1.26	1.32	1.34	1.37	1.37	1.39	1.39		
低体重児出生 (2,500g未満)	実数		612	623	581	554	530	602	525	537	625	614	602	
	百分率	県	9.2	9.9	9.5	9.1	9.3	10	8.9	9.4	11.2	10.7	10.8	
		国	8.8	9.0	9.1	9.4	9.5	9.6	9.5	9.6	9.6	9.6	9.6	
新生児死亡	実数		15	10	9	10	7	8	6	5	6	7	5	
	率 (出生千対)	県	2.3	1.6	1.5	1.6	1.2	1.3	1	0.9	1.1	1.2	0.9	
		国	1.6	1.7	1.7	1.5	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1	
乳児死亡	実数		23	20	21	18	18	16	13	11	11	13	11	
	率 (出生千対)	県	3.5	3.2	3.4	2.9	3.2	2.7	2.2	1.9	2.0	2.3	2	
		国	3.1	3.0	3.0	2.8	2.8	2.6	2.6	2.6	2.4	2.3	2.3	
死 産	総数	実数	209	185	178	191	170	160	155	155	144	143	136	
		率 ※1 (出産千対)	県	30.5	28.4	28.4	30.3	29	25.9	25.5	26.5	25.1	24.2	23.8
			国	31.0	31.1	30.5	30.0	29.1	27.5	26.2	25.2	24.6	24.2	23.9
	自然	実数	81	69	64	68	61	56	67	73	66	67	51	
		率 ※1 (出産千対)	県	11.8	10.6	10.2	10.8	10.4	9.1	11	12.5	11.5	11.4	8.9
			国	13.0	12.7	12.6	12.5	12.3	11.9	11.7	11.3	11.1	11.2	11.1
	人工	実数	128	116	114	123	109	104	88	82	78	76	51	
		率 ※1 (出産千対)	県	18.7	17.8	18.2	19.5	18.6	16.9	14.5	14	13.6	12.9	14.9
			国	18.0	18.3	17.8	17.5	16.7	15.6	14.5	13.9	13.5	13.0	12.8
周産期死亡	総数	実数	40	26	29	24	31	24	31	22	26	23	13	
		率 ※2 (出産千対)	県	6.0	4.1	4.7	3.9	5.4	4	5.2	3.9	4.6	4.0	2.3
			国	5.5	5.5	5.3	5.0	4.8	4.7	4.5	4.3	4.2	4.2	4.1
	妊娠満 22週以 後の死 産	実数	33	19	23	18	24	18	27	19	24	17	9	
		率 ※2 (出産千対)	県	4.9	3.0	3.8	2.9	4.2	3	4.5	3.3	4.3	2.9	1.6
			国	4.3	4.3	4.1	3.9	3.8	3.7	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3
早期新 生児死 亡	実数	7	7	6	6	7	6	4	3	2	6	4		
	率 (出生千対)	県	1.1	1.1	1.0	1.0	1.2	1	0.7	0.5	0.4	1.0	0.7	
		国	1.2	1.2	1.2	1.1	1	1	1	0.9	0.8	0.8	0.8	
妊産婦死亡	実数	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	率 (出産10万対)	県	14.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		国	6.6	7.1	6.0	4.3	5.7	4.8	3.1	3.5	4.8	4.1	3.8	
婚姻	実数	3,803	3,614	3,569	3,441	3,345	3,305	3,203	3,103	3,220	3,283	3,058		
	率 (人口千対)	県	5.0	4.8	4.8	4.6	4.5	4.5	4.4	4.3	4.5	4.6	4.3	
		国	6.4	6.0	5.9	5.7	5.7	5.8	5.7	5.8	5.6	5.5	5.2	
離婚	実数	1,146	1,235	1,278	1,235	1,124	1,199	1,119	1,117	1,127	1,110	1,043		
	率 (人口千対)	県	1.52	1.64	1.71	1.66	1.52	1.64	1.54	1.55	1.58	1.56	1.47	
		国	2.27	2.30	2.25	2.15	2.08	2.04	2.02	1.99	2.01	1.99	1.87	
人工妊娠中絶	実数	1,831	1,796	1,601	1,439	1,294	1,240	1,279	900	1,096	979	967		
	率 (女子人口千対)	県	12.3	12.1	11.0	10.0	9.4	9.1	9.5	6.8	8.5	7.8	7.7	
		国	11.8	11.4	11.2	10.6	10.3	9.9	9.3	8.8	8.2	7.9	7.5	

注 (1) 資料：「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部

(2) 資料：「衛生行政報告例」厚生労働省大臣官房統計情報部

※1) 出産＝出生＋死産

※2) 出産＝出生＋妊娠満22週以後の死産

(2) 都道府県別主な母子保健指標

平成23年

	出生率		乳児死亡率		新生児死亡率		周産期死亡率		妊産婦死亡率		人工妊娠中絶実施率			
	人口千対	順位	出生千対	順位	出生千対	順位	出産千対	順位	出産十萬対	死亡数	20歳未満		20歳未満	
											女性人口千対	実施数	女性人口千対	実施数
北海道	7.2	43	2.1	28	1.0	25	4.3	28	4.9	2	9.1	10 236	9.4	1,179
青森	7.0	45	2.4	16	0.8	35	4.2	30	-	-	8.4	2 187	7.5	247
岩手	7.1	44	4.6	3	0.5	44	4.9	5	10.5	1	9.6	2 342	5.0	160
宮城	7.8	34	4.7	2	1.5	9	3.7	38	-	-	9.2	4 522	7.9	444
秋田	6.2	47	2.3	25	0.8	41	4	32	14.6	1	8.4	1 563	5.3	128
山形	7.4	41	3.3	5	2.0	3	4.4	13	-	-	7.3	1 548	4.8	134
福島	7.6	36	2.3	24	0.7	42	3.6	39	-	-	10.0	3 761	7.6	378
茨城	8.0	30	2.4	17	1.1	21	4	33	-	-	5.9	3 491	5.1	355
栃木	8.1	26	2.4	18	1.0	28	4.4	15	-	-	8.2	3 287	6.5	305
群馬	8.0	31	2.1	29	1.3	12	4.3	26	-	-	7.4	2 970	7.6	365
埼玉	8.2	25	1.9	40	0.8	36	4.4	16	5	3	5.3	8 387	5.3	908
千葉	8.2	24	2.3	22	1.2	16	4.4	19	5.8	3	4.9	6 547	5.5	751
東京	8.2	23	2.0	33	0.9	31	3.7	36	2.8	3	8.4	26 581	7.4	1,928
神奈川	8.5	12	2.8	11	1.5	10	4.3	27	3.9	3	5.4	10 970	5.5	1,103
新潟	7.5	39	1.8	41	1.1	22	4.3	25	-	-	7.7	3 458	5.7	321
富山	7.3	42	2.0	32	0.8	40	4.7	8	-	-	7.4	1 520	5.3	127
石川	8.3	22	1.5	44	1.0	24	5.1	3	-	-	7.7	1 826	6.3	176
福井	8.5	14	1.8	42	0.4	45	5.6	2	-	-	7.2	1 118	4.8	91
山梨	7.6	37	1.4	45	0.3	47	4.5	11	15.2	1	4.9	826	3.8	84
長野	8.0	28	1.9	39	1.1	19	2.9	45	-	-	8.6	3 502	7.2	361
岐阜	8.3	21	2.9	9	1.7	6	4.3	21	-	-	6.4	2 701	5.1	262
静岡	8.4	17	2.2	26	1.0	30	4.2	29	9.4	3	7.3	5 437	10.9	929
愛知	9.5	3	2.6	13	1.1	20	3.8	35	2.8	2	6.5	10 656	6.7	1,182
三重	8.3	20	2.5	15	1.1	23	4.4	14	6.5	1	7.7	2 874	6.4	281
滋賀	9.6	2	2.1	30	1.2	15	4.3	20	-	-	6.0	1 838	5.0	174
京都	8.0	29	1.9	37	0.8	39	4	34	9.4	2	6.6	3 792	6.8	416
大阪	8.5	13	2.3	23	1.1	18	4.1	31	6.6	5	7.6	15 153	8.0	1,626
兵庫	8.6	11	2.0	35	0.9	33	3.6	40	2.1	1	5.7	6 896	5.1	673
奈良	7.5	40	1.3	46	0.9	34	5.1	4	-	-	4.1	1 226	3.8	133
和歌山	7.5	38	3.1	7	2.0	2	3.5	41	-	-	7.3	1 406	6.6	158
鳥取	8.5	15	2.0	34	1.0	27	2.8	46	-	-	11.4	1 257	9.9	138
島根	7.9	32	2.0	36	0.9	32	2.3	47	-	-	7.7	967	5.7	97
岡山	8.7	10	2.3	21	1.0	26	3.5	42	-	-	8.7	3 442	6.8	314
広島	9.0	6	2.1	31	0.8	38	3.7	37	3.8	1	8.8	5 160	9.6	646
山口	7.8	33	2.1	27	1.2	17	4.4	18	17.4	2	7.9	2 119	7.9	260
徳島	7.6	35	5.1	1	2.5	1	4.6	9	-	-	7.2	1 075	5.3	96
香川	8.4	18	2.8	10	1.4	11	3.1	43	-	-	8.8	1 664	8.2	181
愛媛	8.0	27	1.1	47	0.4	46	4.7	7	8.6	1	8.7	2 394	9.2	305
高知	6.9	46	3.4	4	1.7	5	5.7	1	-	-	10.5	1 443	10.0	170
福岡	9.2	4	2.5	14	1.2	14	4.4	17	6.3	3	10.4	11 553	10.9	1,346
佐賀	9.0	5	1.6	43	0.7	43	4.4	12	-	-	10.7	1 785	8.1	178
長崎	8.3	19	2.7	12	1.8	4	4.8	6	16.6	2	9.5	2 581	6.7	235
熊本	8.9	9	1.9	38	0.8	37	3.1	44	-	-	11.3	4 014	9.8	441
大分	8.4	16	3.2	6	1.6	7	4.3	24	-	-	9.4	2 146	7.2	201
宮崎	9.0	7	3.0	8	1.6	8	4.3	22	-	-	8.8	1 911	8.4	235
鹿児島	9.0	8	2.4	20	1.0	29	4.5	10	6.4	1	10.3	3 380	6.5	274
沖縄	12.1	1	2.4	19	1.2	13	4.3	23	-	-	8.3	2 594	7.3	300
全国	8.3		2.3		1.1		4.1		3.8	41	7.5	202,106	7.0	20,796

注 (1) 資料：「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部

(2) 資料：「衛生行政報告例」厚生労働省大臣官房統計情報部

(3) 主要死因別乳児死亡数(乳児死因分類)

乳児死亡簡単分類		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
総 数		23	20	21	18	18	16	13	11	11	13	11
Ba01	腸管感染症								1			
Ba02	敗血症(新生児の細菌性敗血症を除く)			1				1				1
Ba03	麻疹											
Ba04	ウイルス肝炎											
Ba05	その他の感染症及び寄生虫症											1
Ba06	悪性新生物											
Ba07	白血病											
Ba08	その他の悪性新生物											
Ba09	その他の新生物	1					1	1				
Ba10	栄養失調症及びその他の栄養欠乏症											
Ba11	代謝障害				1			1				
Ba12	髄膜炎											
Ba13	脊髄性筋萎縮症及び関連症候群											
Ba14	脳性麻痺											
Ba15	心疾患(高血圧性を除く)	2		1		2			1			
Ba16	脳血管疾患											
Ba17	インフルエンザ											
Ba18	肺炎						2	1		1		
Ba19	喘息											
Ba20	ヘルニア及び腸閉塞										1	
Ba21	肝疾患			1								
Ba22	腎不全						1					
Ba23	周産期に発生した病態	5	5	5	4	6	3	2	2	2	3	4
Ba24	妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	(1)		(1)		(2)						
Ba25	出産外傷											
Ba26	出生時仮死	(1)		(1)								(1)
Ba27	新生児の呼吸窮迫		(2)	(1)				(1)	(1)			(1)
Ba28	周産期に発生した肺出血											
Ba29	周産期に発生した心血管障害				(2)							
Ba30	その他の周産期に特異的な呼吸障害及び血管障害	(1)	(2)	(1)	(2)	(2)	(2)		(1)	(1)	(2)	(1)
Ba31	新生児の細菌性敗血症	(1)									(1)	
Ba32	その他の周産期に特異的な感染症											
Ba33	出血性障害及び血液障害	(1)	(1)	(1)		(1)				(1)		(1)
Ba34	その他の病態					(1)	(1)	(2)				
Ba35	先天奇形、変形及び染色体異常	10	8	9	8	7	3	5	3	6	6	4
Ba36	神経系の先天奇形		(1)		(1)		(1)	(2)				
Ba37	心臓の先天奇形	(3)	(1)	(3)	(2)	(3)		(2)	(2)	(2)	(1)	
Ba38	その他の循環器系の先天奇形	(5)	(2)	(2)						(1)		(1)
Ba39	呼吸器系の先天奇形		(1)	(2)	(1)		(1)				(1)	
Ba40	消化器系の先天奇形				(1)					(1)	(1)	
Ba41	筋骨格系の先天奇形			(1)					(1)			(1)
Ba42	その他の先天奇形及び変形	(1)	(1)			(2)	(1)	(1)		(1)	(1)	
Ba43	他に分類されないもの	(1)	(2)	(1)	(3)	(2)				(1)	(2)	(2)
Ba44	乳幼児突然死症候群	2	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1
Ba45	その他のすべての疾患	2	3	2			3		1		1	
Ba46	不慮の事故		2	1	1	2	1	1	2	1		
Ba47	交通事故					(1)						
Ba48	転倒・転落			(1)	(1)							
Ba49	不慮の溺死及び溺水		(1)				(1)		(1)			
Ba50	胃内容物の誤えん		(1)						(1)			
Ba51	その他の不慮の窒息					(1)		(1)		(1)		
Ba52	煙、火及び火災への曝露											
Ba53	有害物質による不慮の中毒											
Ba54	その他の不慮の事故											
Ba55	他殺	1					1					
Ba56	その他の外因											

() 内は再掲

資料：「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部

(4) 新生児(4週未満)死因別死亡数(乳児死因分類)

乳児死亡簡単分類		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
総 数		15	10	9	10	7	8	6	5	6	7	5
Ba01	腸管感染症											
Ba02	敗血症(新生児の細菌性敗血症を除く)							1				
Ba03	麻疹											
Ba04	ウイルス肝炎											
Ba05	その他の感染症及び寄生虫症											
Ba06	悪性新生物											
Ba07	白血病											
Ba08	その他の悪性新生物											
Ba09	その他の新生物							1				
Ba10	栄養失調症及びその他の栄養欠乏症											
Ba11	代謝障害											
Ba12	髄膜炎											
Ba13	脊髄性筋萎縮症及び関連症候群											
Ba14	脳性麻痺											
Ba15	心疾患(高血圧症を除く)	1				1						
Ba16	脳血管疾患											
Ba17	インフルエンザ											
Ba18	肺炎						1					
Ba19	喘息											
Ba20	ヘルニア及び腸閉塞											
Ba21	肝疾患											
Ba22	腎不全											
Ba23	周産期に発生した病態	4	3	4	4	5	3	2	2	2	3	3
Ba24	妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	(1)		(1)		(2)						
Ba25	出産外傷											
Ba26	出生時仮死	(1)		(1)		(1)		(1)				(1)
Ba27	新生児の呼吸窮迫		(1)						(1)			(1)
Ba28	周産期に発生した肺出血											
Ba29	周産期に発生した心血管障害				(2)							
Ba30	その他の周産期に特異的な呼吸障害及び血管障害		(1)	(1)	(2)		(2)		(1)	(1)	(2)	(1)
Ba31	新生児の細菌性敗血症	(1)									(1)	
Ba32	その他の周産期に特異的な感染症											
Ba33	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	(1)	(1)	(1)		(1)				(1)		
Ba34	その他の周産期に発生した病態					(1)	(1)	(1)				
Ba35	先天奇形、変形及び染色体異常	9	7	5	6	1	3	2	3	4	4	2
Ba36	神経系の先天奇形		(1)		(1)		(1)	(1)				
Ba37	心臓の先天奇形	(3)		(1)	(1)			(1)	(2)			
Ba38	循環器系の先天奇形	(5)	(2)	(1)						(1)		
Ba39	呼吸器系の先天奇形		(1)	(2)			(1)				(1)	
Ba40	消化器系の先天奇形				(1)					(1)	(1)	
Ba41	筋骨格系の先天奇形			(1)					(1)			
Ba42	その他の先天奇形及び変形	(1)	(1)			(1)	(1)			(1)	(1)	
Ba43	染色体異常、他に分類されないもの		(2)		(3)					(1)	(1)	(2)
Ba44	乳幼児突然死症候群											
Ba45	その他のすべての疾患											
Ba46	不慮の事故											
Ba47	交通事故											
Ba48	転倒・転落											
Ba49	不慮の溺死及び溺水											
Ba50	胃内容物の誤えん											
Ba51	その他の不慮の窒息											
Ba52	煙、火及び火災への曝露											
Ba53	有害物質による不慮の中毒											
Ba54	その他の不慮の事故											
Ba55	他殺						1					
Ba56	その他の外因											

() 内は再掲

資料：「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部

11. 用語の説明

〔周産期医療〕

周産期医療とは、妊娠満 22 週から生後 1 週末までの期間をいう。この期間は、母子ともに異常を生じやすく、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に周産期医療と表現されている。

〔総合周産期母子医療センター〕

総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母胎・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受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠高血圧症候群、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。

〔地域周産期母子医療センター〕

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のできる医療施設をいう。

〔院内助産システム〕

医療機関の中で正常な経過をたどっている妊産婦を対象に、助産師が主となって妊娠期から分娩、産褥期までを担当するシステム。事前に医師との協議による基準によって、必要があればすぐに医師主導に切り替えることができる。このシステムを活用して助産師が外来で妊婦健診・保健指導を行う「助産師外来」と、助産師が主体的にお産を介助する「院内助産」がある。

〔助産所〕

医療法第2条に「助産師が公衆又は特定多数人のためその業務（病院又は診療所において行うものを除く。）を行う場所をいう」と規定される。助産所で行われるのは、助産師の業務である分娩の補助や妊産婦・新生児の保健指導である。

〔NICU〕

新生児を対象とするICU（集中治療室）。集中的な監視及び治療が必要な新生児に対し、医師及び看護師を配置するとともに、新生児用の人工呼吸器をはじめとし、モニター、各種の治療器具及び検査器具を配置する治療部（病室・室）。

〔GCU〕

出生時・出産後に生じた問題が解決・改善した新生児の経過を観察する施設。継続保育室。新生児回復治療室。

〔MFICU〕

母体胎児集中治療室。重い妊娠高血圧症候群、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体・胎児に対応するための設備と医療スタッフを備えた集中治療室。

〔セミオープンシステム〕

病院での分娩を予定する妊婦のうち、正常または、リスクの低い経過をたどる妊婦の健診を診療所等の連携施設に委託する仕組み。

〔ハイリスク妊婦〕

妊娠分娩過程において、母体及び胎児に危険を及ぼす可能性が高く、厳重な管理を必要とする妊婦をいう。疾患としては合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅滞や胎児奇形など胎児異常を伴うものである。

〔ハイリスク新生児〕

在胎期間や出生体重にかかわらず、子宮外の生活を送る上で多くの因子（出生前、分娩時、出生後の因子）によって生命に対する危険性が高く、特別な管理を必要とする新生児をいう。

島根県周産期医療体制整備計画

発行日／平成25年4月

編集・発行／島根県健康福祉部健康推進課

所在地／〒690-8501 島根県松江市殿町1番地

TEL 0852-22-6130 FAX 0852-22-6328

URL <http://www.pref.shimane.lg.jp/kenko/>