

とか、近々というのは聞いているんですけども。

○小林 まだ調整中ですよ。関係学会等々。

○池田 第3次修正案、大綱案が出ていると思うので、なしにはならないとは思っていませんけど。

○山中 ちょっと、私はよく知らないんですが、事故調と組み合わせていただければ、私が希望しているのは、例えば転落したといっても、どういう状況で転落したか、警察は現場に行って、建造物を計ったり、指紋が残っているかとかやっているでしょうけど、そのデータが予防のほうに来ないんですね。この前、日本学術会議から提言を出したなか、必要な情報は警察のデータでもを提供すべきではないかと書いたんですけども。

○池田 しかし、事故調の最大の目的は再発予防ですので。先生のお話の趣旨はこれに添っていると思います。

○山中 ありがたいことです。予防につなげたいと思います。

○H この、いわゆる転落事故も、事故調に報告されるような例なんですか。

○山中 事故調は、基本的には医療事故のなかでも、診療のアクシデントに限定されていると思います。

○渡辺 診療関連ですね。だからこういう、ほんとうに家庭で起こった事故は、事故として警察にしか届けられないんじゃないですか。いまのスキームだと。だから、これはやっぱり、山中先生の登録システムを別に持たないとだめですよ。

○池田 別に動く、なかなか、法令だとかいろいろな問題でたいへんだと思いますので、一緒に動かれるのがいいんじゃないかなと思うんですが。そこらへんは届け出ということに。

○渡辺 警察は、捜査情報は絶対機密ですので、捜査以外には使わないということだから、原因究明、事故防止には、絶対役立つ。

○山中 オーストラリアの検死のシステムを聞きますと、検死状況を予防のために情報提供していると聞いています。日本の警察は、いまのところ出す気はないかもしれませんが、世界的な流れとしては、出していただかないと国民の健康を守れないわけですから、そういう考え方を広めていくしかないと思っています。

○藤村 かなり、いろいろなステップがあるので、いまはまだ、かなり下のほうのステップが上がってこないのが難しいけども、一つのきっかけは、やはり、またさっきの話じゃないけど、学会に委託するなり、一歩踏み出して、組織全体で取り組むような雰囲気と、そのキックオフというか、弾みをつけるのにいくらかの研究費を出すというのが、一番取り組みやすいかもしれませんね。ただ、その前に、来年度から取りあえず、学会に協力依頼というのは、たいへんですよ。

○渡辺 今回は、その研究班として、要は全例調査をやったんですよ。妊産婦の死亡も、幼児の死亡も。でも、全例調査をずっと経年的にやるというのは、なかなか難しいですよ。全例のデータがあるほうが役立つのか、1部であっても経年的のほうが役立つのかという、ほんとうは一定の範囲をカバーすれば、経年的にデータが集まるほうが、もっと役立つんですね。ですから、そういう一部だけでも何らかのかたちで、研究室なり学会でやれるような仕組みがあれば、ほとんどかもしれませんけど。それが広がっていく可能性はあります。

○小林 その一部というのは、一部地域という意味なのか、それともある程度のデータを抽出したものをアトランダムに抽出すべきなのか、そこは、イメージとして、何かございますか。

○渡辺 たぶん、一地方とか、一県を全部カバーするというのを、やっぱりまず無理だと思うので、やはり施設じゃないですかね。

○藤村 基本的には、施設しかありえないですよ。

○小林 協力医療機関を定めて、協力医療機関からデータを届けてもらう。

○渡辺 それを抽出するんですね。

○藤村 それをできるだけ、だんだんサンプリング的に徹底できれば。

○S 感染症なんかは、先端病院で。

○H 定点みたいなかたちで。

○藤村 かなり大きな数をしないと、この死亡というのはいかんです。

○櫻井 例えば既存の死亡登録のシステムを、ちょっと掲げて考えた場合に、今回、1歳から4歳なら、年間100人ぐらいで、15歳未満でも、だいたい2,200人程度なんですよ。全国で。それで、今回1歳から4歳までの、死亡場所としての病院というのは、もうある程度わかっていたわけですよ。だから逆に、例えば来年なんかは、その病院をめがけて、1年間にだいたい、ゼロ歳から15歳未満までを全部ターゲットにして死亡調査をするというの、一つのたたき台としては、できるような気がするんですよ。

それで実際の出てきたデータの数と、だいたいわかっている数と比べてみて、どれぐらいの差があるのかというのを調べていけば、実際抽出されたものが、実態をあらわしているかどうかというのわかるだろうし、今後どういうふうなことを注意したらいいかもわかるだろうし、そこから出てくる、例えば外傷の数というのものも、たぶんカバーできるから、それがわかれば、先生の言った、より詳しいことを書くケースというものを、さらに調べるといっても、将来可能になるかもしれないのですが。

○藤村 非常に具体性がありますね。いまの話だと、数十の医療機関で、死亡にすれば4分の1とか5分の1を把握できる可能性があるわけだね。いままでは、一人、二人、三人、あのあたりはちょっと置いておいて、多いほうのを調べる。

今日は、予定時間をだいぶオーバーしてきたので、先生、まとめていただいて。

○池田 ほんとうにありがとうございました。ちょうどいい時間になりましたので。

すみません、先生方に支えられて3年間、まだまだ、これから数カ月ありますので、まだ追い込みに入らないといけないと思うんですけども、取りあえず、ここまでの妊産婦死亡班と、乳幼児死亡班と、一緒に一堂に集まって、非常に大きなものが、得られたものだと思っておりますが、小林先生、それではよろしくお願いします。

○小林 冒頭でもごあいさつさせていただきましたけれども、非常にこの乳幼児の死亡、あるいは妊産婦の死亡というのは、母子保健の一番コアのなかのコアの部分の政策課題であると。子どもの安心・安全、あるいは妊婦さんの安心・安全の確保というのが、母子保健の最重要政策課題でありまして、そのコアの研究を、この班で担っていただいているという、非常に私どもも重視をしている研究班でございます。

しかも、2年前の大淀病院の事例もありましたし、あるいは新生児のほうも、あるいは乳幼児の部分、あるいはこのあたりの全体的にいま、全体的には、国際的には、日本は最

高水準に達しつつあるといっても、いろいろ課題はあると。公的データ、公的統計についても、まだまだ改善する余地があるというのが、この3年間の結論として、いろいろ取り出されてきたということは、非常に大きな成果だったと認識いたしております。

ほんとうに、行政的には、明日から非常にいろいろな多岐にわたる新しいデータを入れていただきまして、それを3カ年締めくくりとして、みなさま方には報告書に3カ年の成果をまとめていただきたいというふうに考えておりますけれども。

また来年度、同じような研究テーマで、いまちようど公募をかけている段階でして、また先生方のほうから、そういう課題が上がってくれば、このテーマでの研究を行政としても引き続き進めていきたいと考えておりますので、またそのときには、いろいろご協力いただければと考えています。

先生方、3年間、どうもありがとうございました。引き続き、よろしく願いいたします。

○池田 小林先生、どうもありがとうございました。

それでは、今回の研究会は解散します。ありがとうございました。

(終了)

Ⅲ.本研究と関わりのある新聞等の掲載物

だが、医療事故の被害とは別だ。医療側はまず、事故の真相を究明してほしい。今年4月、産科の医療事故の被害者らが大阪市内で開いたシンポジウムで、こんな声を上げた。

産科医不足の原因の一つとして訴訟の多さが指摘されているが、被害者側には「裁判を起こすのは、医療側があまりにも不誠実な場合だ」との思いがあるためだ。「病院側が真相を明らかにしていない」と思った時は事実上、訴訟以外に究

再発防止を求める声も強い。解決策はないのか。

■

訴訟となるケースも少ない、脳性まひの後遺症を抱えた新生児について、医師らに過失がなくても補償の対象とする「産科医療補償制度」の議論が進んでいる。制度を運用する財団法人日本医療機能評価機構

（東京）に運営組織準備委員会を設置し、今年2月から検討が続く。分娩の際に脳性まひになった患者と家族の経済的負担を軽くし、中立的な第三者組織が事故原因を分析して事故の再発も防ぐのが狙い。来年度からの導入を目指し、新生児1人当たり2000万~3000万円の補償が考えられている。ただ、疑問の声もある。

患者「情報公開が先」

補償制度進む議論

産科の事故で長女を亡くし、準備委員を務める京都府の高校教師、勝村久司さん(45)は「現段階では、補償制度がどのように運営されるか不透明な部分が多い。訴訟は医療側の不誠実な対応から起きる。患者側は事故の真相を知りたい。

医療
クワイシス
がけつぶちの産科救急

▷③

毎日新聞
2007.9.6(木) 2面 朝刊

被害者の視点を忘れずに「産科医療」の事故・裁判・質・システム



医療事故の被害者らが開いた産科医療のシンポジウム＝大阪市中央区で4月

カルテが改ざんされるケースすらある現状では、情報公開を徹底しなければ、訴訟は減らないのではないかと指摘する。

事故防止へ向けた取り組みも始まっている。日本産婦人科医会は、母体や新生児に異常があった例などを集計して解析し、再発防止に役立てようとしている。05年には病院や診療所から298件の報告があり、うち報告書があった168件を分析した。その結果、分娩に伴う新生児異常が33

例で最も多く、分娩に伴う母体異常(18%)、産婦人科手術事故(16%)が続いた。石渡勇・常務理事は「多くは分娩周辺に集中している」と指摘し、会員に注意を促している。

国立循環器病センター(大阪府吹田市)の池田智明・周産期診療科部長が、開業産婦人科医で作る「東京オベグループ」(会員約240人)の協力で進める取り組みも注目されている。日米の専門家が考案した、分娩時の胎児心拍数のパターンから胎児の状態を判断する基準を活用。医師と助産師、看護師が、どのような役割を果たせば安全な出産を実現できるかを検証している。

国内の妊産婦死亡率は出産10万人に対し5・7人(05年)で、池田部長は「世界最高水準といわれる低さの新生児死亡率に比べ、改善の余地がある」と説明する。妊産婦死亡を巡っては、▽届け出・登録が実際より過少である可能性が高い▽死亡症例を評価し、防止策を立案、普及するシステムがない▽死亡症例が発生した場合の取り扱いが明確でない――の三つの問題点があるという。

池田部長は「いいものはいいし、悪いものは悪い。はっきりさせ、問題があれば直していく。その姿勢を示していけば、社会や国民から必ず受け入れられると思う」と話す。 〓つづく

妊産婦死亡の原因調査へ

出産で妊婦が死亡した04、05年の症例について、産婦人科医でつくる厚生労働省の研究班が死亡原因の調査を始める。カルテなどを集め、評価委員会が原因を特定する。調査結果は統計にまとめるが、具体的な事例は公表しない方針。調査は04、05年の死亡例約1

厚生労働省 研究班

20件のうち、遺族と医療機関が承諾した症例を対象とする。調査委員の産婦人科医12人が医療機関からの聞き取りやカルテなどの収集をし、中林正雄・愛育病院院長ら専門家4人による症例検討評価委員会が死亡原因などを検討する。医療機関が調査に協力しない場合は、その

理由を聞き取ることとしている。

厚生省によると、昨年の出産による死亡は62人で、10万人あたり5・7人。主任研究者の池田智明・国立循環器病センター・周産期診療部長は「日本の妊産婦死亡率は決して低くない。その原因を探り、医療システムの改善につなげたい」と話している。(久保佳子)

全国の総合母子医療センター

厚労省、態勢を調査

奈良県大淀町の町立病院で8月、重症の脳出血の妊婦(当時32)が次々に他の病院に搬送を断られた末に死亡した問題を引きっかけ、厚生労働省の研究班は、全国61カ所

にある「総合周産期母子医療センター」の診療態勢の調査を始めた。調査をふまえ、近隣の病院との連携やセンターの充実など、妊産婦死亡を防ぐ方策を検討する。

奈良県内にセンターはないが、大淀町のケースでは、センターがあっても脳外科医がいなければ対応できなかったとの指摘があり、全国で実態調査をする。

センターは、複数の産科医による24時間の診療態勢や新生児集中治療室(NICU)が8床以上あることなどが都道府県の指定の条件。妊産婦や新生児の救急搬送の「最後のとりで」とされる。

しかし、子ども病院がセンターに指定されているところなどでは、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)で全身がけいれんしたり

する子癇などの治療はできて、妊産婦の脳卒中や急性心疾患、交通事故などへの対応が難しい。

研究班は、成人用の集中治療室(ICU)のベッド数や専門医数▽脳卒中、急性心疾患の診療態勢▽成人の交通事故などに対応できる救命救急センターの診療態勢▽麻酔科医の勤務態勢や輸血の準備状況、などを調べ

る。来年2月ごろに結果をまとめ、公表したいとしている。(久保佳子)

妊産婦死亡率5倍格差

10都道府県別 京都が最悪に

妊娠や分娩がもとで妊産婦が死亡する確率に、都道府県によって5倍以上の差があることが、厚生労働省の研究班の調べでわかった。過去10年間の平均をとったところ、最も低い広島が出生10万件あたり1・84人だったのに対し、最も高い京都は10・70人。一方、胎児や新生児の死亡率を同じ10年間の平均値で見ると、西日本は低くて東日本で高い東西格差が浮かび上がった。研究班は地域格差の原因を分析し、3月をめどに報告をまとめる。

(久保佳子) 34面に関係記事

毎年、全国で80人前後の女性が妊娠や出産が原因で死亡している。都道府県ごとに見ると、自治体によっては死亡数がゼロの年もあり、これまで指標として重要視されてこなかった。

研究班は今回、国の人口動態調査を基に95～04年の10年間の平均を割り出した。その結果、全国平均は出生10万件あたり6・39人。際立って低い広島と最高の京都では、

したところ、最低の広島は出生10万件あたり6・01人で、最高の山梨は7・28人。妊産婦死亡率に比べて差は小さいが、約1・4倍の開きがあった。

妊産婦死亡率が低い都道府県には、広島のほか、愛媛、鳥取、岡山、徳島と中・四国地方が集まる。高い地域には埼玉、千葉、茨城、東京など、関東周辺が目立つ。西日本が軒並み低いのに

果となった。京都府は10年間で妊婦6人が死亡したことが影響した。周産期死亡率では、地域差がより顕著だ。中・四国地方をはじめとする西日本が軒並み低いのに、

全施設 複数の産科医

妊産婦死亡率になせ、こうした地域差が生じるのか。厚生労働省の研究班は、都道府県の担当者や難しいお産を扱う全国の総合周産期母子医療センターにアンケートを実施するなど、原因究明を進めている。医師数や搬送システムの

最良の広島

整備状況、地理的条件など、複数の要素が影響しているとみられる。妊産婦死亡率、周産期死亡率がともに全国で最も低い広島県の場合、深刻な医師不足を扱う病院に行ける、といった地理的な多条件を理由に挙げ、

前年から先行して実施。産科医が1人しかいない施設から医師を引き揚げ、お産を扱う施設すべてで産科医を2人以上確保する独自策を展開してきた。さらに、道路網の整備が進んでいて、県内のどこからでも車で15～20分程度でお産を扱う病院に行ける、といった地理的な多条件を理由に挙げ、

(国の人口動態調査より計算。妊産婦死亡率は出生10万件あたり、周産期死亡率は出生10万件あたりの人数)

都道府県	妊産婦死亡率	周産期死亡率
全国平均	6.39	5.93
北海道	4.87	5.96
青森	3.85	6.84
岩手	5.71	6.29
宮城	5.53	6.22
秋田	5.54	6.47
山形	10.14	6.28
福島	6.95	6.25
茨城	7.19	6.35
栃木	6.45	6.77
群馬	4.20	4.44
埼玉県	8.96	6.15
千葉県	8.09	6.37
東京都	7.00	6.01
神奈川県	6.87	6.07
新潟県	6.51	6.18
富山県	3.02	5.75
石川県	5.38	6.52
福井県	6.29	6.65
山梨県	4.81	7.23
長野県	8.20	5.57
岐阜県	7.57	6.27
静岡県	6.53	5.82
愛知県	5.50	5.80
三重県	8.87	5.87
滋賀県	4.34	5.91
京都府	10.70	6.05
大阪府	6.73	5.41
兵庫県	4.37	5.38
奈良県	6.16	5.93
和歌山県	4.26	6.05
徳島県	3.62	5.43
香川県	4.64	5.56
愛媛県	3.75	5.03
高知県	1.84	5.01
福岡県	5.42	5.88
佐賀県	4.25	6.05
熊本県	6.36	5.29
大分県	3.05	5.55
宮崎県	8.99	6.03
鹿児島県	5.13	5.67
沖縄県	4.70	5.73
広島県	9.27	5.85
岡山県	5.83	5.62
広島県	5.56	5.83
広島県	6.34	5.38
広島県	10.59	5.35
広島県	8.37	7.12

妊産婦死亡率に地域差

「5倍」に衝撃 対策半ば

お産が原因で亡くなる女性の確率が、都道府県によって5倍も違う。厚生労働省の研究班がはじき出した数字に、現場の医師たちは驚きを隠さない。「医師が足りない」「地理的な要因が大きい」「病院と診療所の連携の問題では」さまざまな憶測が飛び交い、制度や運用のあり方の影響を指摘する声もある。一筋縄ではいかない対策の難しさが同時に浮き彫りになった。(久保佳子、和田公一) 一面参照

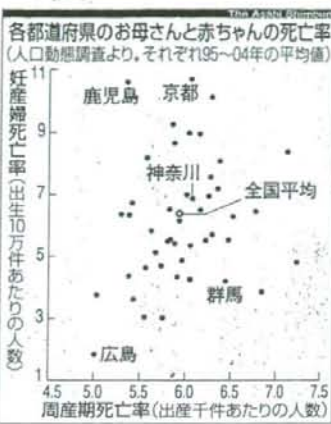
医師不足・地理的要因も

妊産婦死亡率、周産期死亡率がいずれも全国で最も低く、「日本一安全なお産」を実現しているのが広島県だ。県立広島病院の大濱三院長は「10年以上前から産科医不足を予想して先手を打ってきた。その成果が出た」と指摘する。広島大の関連病院は91年から産科医が1人しかいない施設でのお産を中止。医師を特定の病院に集約化し

た。分娩施設がなくなる地域への反発は強かったが、同大学の産科婦人科学教授として「便利さと安全と、どちらが大事ですか」と地元的首長や議会、住民の説得に当たったのが大濱院長だった。一方、赤ちゃんと母親の死亡率がいずれも全国平均より高い神奈川県、リスクの高い妊婦の受け入れも高度な新生児医療を行う総合周産期母子医療センターと、比較的高度な医療ができる地域周産期母子医療センターが計17あり、救急搬送を支えるシステムも85年から整備されている。一見、充実した産科医療体制だが、聖マリイアンナ大病院の井植慎一郎医師は「絶対的な医師不足で、そのシステムが崩壊しつつある」と言い切る。県産科婦人科医会の推

計では、県内でお産を扱う病院の減少が少子化以上の速さで進み、10年後には、分娩数が産科の受け入れベッド数を大きく上回って、1万人以上の「お産難民」が発生するとされている。妊産婦と周産期とで、死亡率がかなり異なる地域があるのはなぜか。鹿児島県は、赤ちゃんの死亡率が全国でもトップクラスの低さなのに、母親の死亡率はワースト2位。鹿児島市立病院、周産期医療センターの次郎部長は「基幹病院にたどり着く前に亡くなるケースが多いのではないかと、地理的に厳しい条件を原因とみる。県北部や南部の半島先端部から同病院へは、車で2時間以上かかる。離島も多い。妊産婦死亡率が全国ワースト1だった京都府。04年に6人の妊婦が亡くなった点について、産科医の一人は「8件の中には、赤ちゃん用のベッドはあるが、一般の集中治療室がない病院に危険な妊婦が送られてしまった

ケースがあった」と証言する。だが、こうした事例の原因を突き止め、再発防止を図る「症例検討会」のようなシステムが、京都をはじめ多くの都道府県にはない。逆に、周産期に比べて妊産婦死亡率の低さが目立つ群馬県。高木剛・県立小児医療センター産科部長は、群馬大学病院との連携を要因に挙げる。同センターは小児医療に特化しており、大人の治療体制は不十分だ。そこで、母親が危険な場合は車で15分、同大学病院に、赤ちゃんが危険な場合は同センターに搬送する「分業」を進める。し



地域の实情十分把握を

敗戦直後の低さは世界トップクラスになった。だが、年々深刻化して

産婦死亡率は、出産10万件あたり約160人と現在の途上国と同レベルだった。60年後の今、病院での出産が一般的になるなど、医療水準が著しく向上したことで、死亡率

良の事例が社会的な注目を集めた。福岡のケースは医師の刑事責任が問われる事態となった。「産科医療水準を今後保てるのか」との危機感が現場で高まっている。厚生省の研究班が今回、妊産婦死亡率に着目

した背景には、そうした事情がある。研究班は「地域格差が大きいというところは逆に、改善の余地がある」ということとして、地域差の原因調査が対策に結びつくこと自信を持っている。医師数の違いに加え、病院間の連携の度合いや救急搬送システムの有無など、地域格差の背景に

妊婦の脳出血、実態調査へ・国立循環器病センター

妊婦が出産時に起こす脳出血などの実態を把握するため、国立循環器病センター（大阪府吹田市）は7月から調査に乗り出す。産科や脳外科を持つ病院や救命救急センターなど約2000施設にアンケートを実施し、発症や受診時の状況、治療内容などのほか、母子のその後の状況も調べる。

奈良県では昨年8月に出産中の女性（当時32）が脳出血を起こし、相次いで転院を拒否された後に死亡している。同センターは今年中にも調査結果をまとめる方針だ。（18:30）

asahi.com 2007年(平成19年)6月28日

妊婦の脳血管障害を調査へ 国立循環器病センター

2007年06月28日

妊娠に関連した脳出血など脳血管障害の発生の実態調査を7月から実施することを、国立循環器病センター（大阪府吹田市）が28日発表した。周産期施設や救命救急センターなど全国約2千施設を対象に昨年1年間分の発生状況などについてアンケートを行い、今後の治療に役立てるという。

アンケートでは発症時や受診時の妊婦の状況や、手術の有無などを回答してもらい、発症から治療までの時間や母子のその後の状況などを調べる。年内に解析を終え、年度内に報告書を出すという。

厚生労働省が91～92年に実施した妊婦の死亡原因調査では出産時の出血が38%、脳出血が14%で2番目に多く、妊娠と脳血管障害の関連が疑われていた。しかし、その関連を把握できる詳しい調査はこれまでなかった。

昨年8月に奈良県大淀町立大淀病院で出産中に意識不明になった妊婦が19病院に受け入れを断られた末、脳出血で死亡し、遺族は適切な治療を怠ったとして町と担当医師に損害賠償を求め提訴している。調査を進める池田智明周産期治療部長は「日本では妊婦の脳血管障害のデータは少ない。奈良の問題を考えるためにも研究の必要性を感じた」としている。

妊婦の脳血管障害調査

全国2000施設 発症リスク解明へ

循環器病センター 国立

出産時などに妊婦が起こす脳血管障害の実態を解明するため、国立循環器病センター(大阪府吹田市)は7月から、発症状況やその後の母子の容体に関する全

国調査に乗り出す。奈良県大淀町の町立大淀病院で、出産中の妊婦(当時32歳)が脳出血で搬送先の同センターで死亡するなど、各地

告されているが、発生頻度や死亡率などは分かっていなかった。発症につながるリスクを明らかにし、処置に関するガイドラインを作成する。

対象は全国の周産期施設や救命救急センターなど約2000施設。昨年1年間に妊娠に関連して脳血管障害を引き起こした患者の画像診断までの時間、開頭手術など外科的治療の有無、母子のその後の状態などを聞く。出産時の年齢や血圧のほか、喫煙や片頭痛、糖尿病の有無なども調べ、脳血管障害を起こしやすい危険因子を探る。

今年度中に結果をまとめる方針で、調査を担当する同センターの池田智明・周産期治療部長は「同様のケースは意外と頻発しているのでは」と思っている。実態を詳しく調べ、死亡を減らしたい」としている。

妊婦の脳血管障害調査 全国2000施設で...国立循環器病センター

発症リスク解明へ

出産時などに妊婦が起こす脳血管障害の実態を解明するため、国立循環器病センター（大阪府吹田市）は7月から、発症状況やその後の母子の容体に関する全国調査に乗り出す。奈良県大淀町の町立大淀病院で、出産中の妊婦（当時32歳）が脳出血で搬送先の同センターで死亡するなど、各地で脳血管障害の死亡例が報告されているが、発生頻度や死亡率などは分かっていなかった。発症につながるリスクを明らかにし、処置に関するガイドラインを作成する。

対象は全国の周産期施設や救命救急センターなど約2000施設。昨年1年間に妊娠に関連して脳血管障害を引き起こした患者のカルテを基に、発症状況や画像診断までの時間、開頭手術など外科的治療の有無、母子のその後の状態などを聞く。出産時の年齢や血圧のほか、喫煙や片頭痛、糖尿病の有無なども調べ、脳血管障害を起こしやすい危険因子を探る。

今年度中に結果をまとめる方針で、調査を担当する同センターの池田智明・周産期治療部長は「同様のケースは意外と頻発しているのではと思っている。実態を詳しく調べ、死亡を減らしたい」としている。

（2007年6月29日 読売新聞）

産科周産期
総合医療センター

一般救急困難25%

厚労省調査「診療体制不十分」

全国の総合産科周産期母子医療センターのうち、大学付属病院ではない施設

の4分の1は、脳・心疾患など一般救急疾患の診療は「未熟児・新生児医療

を主眼に発展した周産期医療の「落とし穴」と指摘。「成人一般救急疾患に対する診療を加えた

の再構築が必要」としており、8日から東京で始まる「日本周産期・新生児医学会」で発表する。

同医療センターは新生児集中治療室(NICU)や母体・胎児集中治療室(MFICU)を備え、地域の周産期医療ネットワークの中核を担う。

調査は昨年11～12月に実施。全国61カ所の同医療センターのうち、大学病院以外のセンター(以下センター)41施設と大学病院を兼ねるセンター(以下大学センター)20施設、さらに医療センターに指定されていない57大学病院(以下大学)の計118施設にアンケートを送付した。

計76施設が回答し、センターは32施設(回答率78%)が回答した。そのうち、約4分の1に当たる6～9センターが、専門医の不足などで敗血症や急性脳・心疾患、外傷の診療体制が不十分で成人一般救急疾患を受け入れられないと回答。受け入れ

不可能としたセンターの大半は、近隣の診療可能施設と共同で対応すべきだと答え、大学センターと大学は、外傷以外で受け入れ不可能とする回答はなかった。【新井隆一】

周産期医療に詳しい愛染橋病院(大阪市)の村田雄二院長の話。現行の施設基準は、総合産科周産期母子医療センターは必ずしも母体生命を脅かす疾患に対応した設備を必要としない。将来はこれらの施設と救命救急・ICUを備える施設との有機的つながりが必要だろう。

「迅速に帝王切開」3割だけ

地域母子医療センター 麻酔科医不足原因

緊急帝王切開など高度な医療が必要なお産に当たるため、都道府県が指定する全国の地域周産期母子医療センターのうち、国が設置基準として求めている「30分以内に帝王切開ができる態勢」を昼夜問わずとっているのは、約3割に過ぎないことが厚生労働省研究班（主任研究者＝池田智明・国立循環器病センター周産期科部長）の全国調査でわかった。産科、小児科より麻酔科医不足が原因と答えられた施設が多く、麻酔科医確保も重要な課題であることが判明した。

調査は今年3月、地域周産期母子医療センターに指定された209施設に対して実施、103施設（49％）が回答した。有効回答のあった92施設のうち、26施設（28％）は「常に30分以内に帝王切開ができる」と答えたが、44施設（48％）は「日勤帯のみ」、20施設（22％）は「（昼夜とも）ほぼ不可能」と答えた。

「日勤帯のみ」「ほぼ不可能」とした64施設に、理由を複数回答で聞いたところ、「手術室の確保が困難」が44施設、「麻酔科医がいらない」が21施設。これに「産科医がいらない（13施設）」「看護師不足（12施設）」「小児科医がいらない（10施設）」が続いた。厚生労働省は、地域周産期母子医療センターについて、米国の学会の目安などを参考に「30分以内に帝王切開で分娩が可能な医師配置が望ましい」という基準を設けている。

調査に当たった埼玉医大総合周産期母子医療センタ

「産科麻酔科の照井克生・准教授は「産科、小児科だけでなく、麻酔科の人員配置も今後、十分配慮すべきだ」と話している。



Algorithm Features Color Codes

Fetal Heart Rate from page 1

Dr. Parer and a colleague in Japan decided to get the ball rolling by drafting a management algorithm that will be published in the American Journal of Obstetrics and Gynecology. His coauthor is Dr. Tomoaki Ikeda, director of perinatology at the National Cardiovascular Center, Osaka, Japan.

"It is a first step for us to begin to agree on management approaches to fetal heart rate patterns," Dr. Parer said. "It could be that in another couple of years we'll say, 'That didn't work. Let's try something else.'"

There's no consensus yet on the algorithm in the United States, "but in Japan there is a very broad consensus that this approach is acceptable and needs to be tried," Dr. Parer said. The algorithm is being tested in more than 60 Japanese hospitals.

The authors divided all possible fetal heart rate patterns into five categories and labeled them with colors borrowed from U.S. Homeland Security threat advisory systems to denote the potential for fetal acidemia.

Patterns labeled green are normal, with no fetal acidemia. The blue category suggests that fetal oxygenation is adequate, but acidemia may develop.

Patterns in the yellow category can be thought of as "a teeter-totter in balance" that could swing either way, Dr. Parer said. No central fetal acidemia is present, but the fetal heart rate pattern suggests there are intermittent reductions in oxygen which may result in fetal oxygen debt.

A fetus that appears to be on the verge of decompensation based on the fetal heart rate pattern would be in the orange category. Any pattern in the red category is "bad news"—evidence of actual or impending damaging fetal asphyxia.

For each color category, the algorithm recommends specific actions. (See sidebar below.)

The key tool in the algorithm is a color-coded grid that allows the health care provider quickly to match a fetal heart rate pattern with the appropriate color category, based on the pattern's variability (moderate, minimal, or absent), the fetal heart rate (tachycardia, normal, or mild, moderate, or severe bradycardia), and the presence and type of heart rate decelerations.

All but one of the patterns with absent variability, for example, are coded red. The exception is one "orange" pattern—absent variability, normal heart rate, and no decelerations.

"This is a very difficult case to know what to do for," Dr. Parer commented. "You're damned if you do [deliver], damned if you don't, because some of these babies are already damaged before the monitor was placed on."

Nearly half of fetal heart rate patterns with minimal variability are grouped in the red category, with most of the rest being orange.

Heart rate patterns with moderate variability carry a smattering of colors. A pattern with severe variable decelerations and a normal heart rate, for example, is categorized as yellow, but if the severe variable decelerations are associated with a mild bradycardia, the category turns orange.

The assumptions about the risks for patterns evolving into more dangerous ones are based on unpublished data from Japan derived from surveys of pattern evolution in the final hour before delivery in more than 2,000 births. "There's a certain amount of faith" in setting the management algorithm up, Dr. Parer acknowledged.

Because the management algorithm was developed at his university (the University of California, San Francisco) and in Japan, "it pertains to our facilities. It may not pertain to your facilities," he added. ■

Nearly half of fetal heart rate patterns with minimal variability are grouped in the red category of the color-coded grid, with most of the rest being orange.

2007年(平成19年)

7月15日

Fetal Heart Rate Threat Advisory System

Under the algorithm proposed by Dr. Parer and Dr. Ikeda, a fetal heart rate pattern would be placed in one of the following categories, with these interpretations and suggested actions:

- ▶ **Green.** Normal. No fetal acidemia. Very low risk of evolving into a more serious pattern. Action: Normal labor and delivery techniques.
- ▶ **Blue.** No central fetal acidemia, but acidemia may develop. Low risk of evolving to a more serious pattern. Action: Conservative therapies. Have operating room (OR) available and physician informed.
- ▶ **Yellow.** Intermittent reductions in oxygen that may result in fetal oxygen debt. Moderate risk to evolve to a

more serious pattern. Action: Increase surveillance and use conservative therapies. Have physician at the bedside and OR available. Inform anesthesiologist and newborn resuscitator.

- ▶ **Orange.** Fetus is on the verge of decompensation, and heart rate pattern has a high risk to evolve to a more dangerous pattern. Action: Conservative therapies, and prepare for urgent delivery. Have physician at bedside and anesthesiologist present. OR and newborn resuscitator should be available immediately. Perform labor and delivery in OR if possible.
- ▶ **Red.** Actual or impending damaging fetal asphyxia. Action: Urgent delivery in OR with physician, anesthesiologist, and newborn resuscitator.

母子の命に地域格差

救急医療現場、窮状を報告

シンボで仙台



病センターの池田智明周産期部長は、年間六十人程度と公表されている国内の妊産婦死亡には、間接的な要因などが含まれていない可能性がある」と指摘。「死亡症例をきちんと分析し、医療現場の対応や連携にフィードバックする必要がある」と述べた。

救急搬送の実情を住民に示し、早急に導入を図るべきだ」と訴えた。

東北大病院周産母子センターの千坂泰講師、青森県立中央病院総合周産期母子医療センターの佐藤秀平母体胎児集中治療部長、岩手県立釜石病院の小笠原敏浩副院長らは、医師不足で苦しむ各地の救急医療の現状と課題を報告した。

シンボは、産科医の集中化モデル事業などの研究に取り組み厚生労働省研究班(主任研究者・岡村州博東北大学教授)が主催。東北を中心に医療関係者ら約百人が参加した。

医師不足が深刻化する産科医療の現場で、妊婦のリスクに応じた病院の受け入れ体制などを探るシンポジウム「母と子の命を救う救急医療ネットワーク」が二十一日、仙台市青葉区の仙台国際センターで開かれた。

愛育病院(東京)の中林正雄院長と国立循環器病院ネットワーク(東京)の国松孝次理事長は、十道県で十一機にとどまる

NPO法人「救急ヘリ病院ネットワーク(東京)」の国松孝次理事長は、十道県で十一機にとどまる

北日本新聞

産科外救急に不安「2割」

総合周産期医療センター態勢再構築が急務

厚労省調査

リスクが高い妊娠・出産が研究班が調べたと、産を引受けの中核施設へ、回答施設の約二割が、として全国に六十カ所余、脳出血など産科以外の妊娠設置されている総合周産期母子医療センターに「受け入れ不可能」とし、態勢を厚労省に不安があることが二十

八日までに分かった。一つした例は、子ども病院がセンターに指定されている場合に目立った。

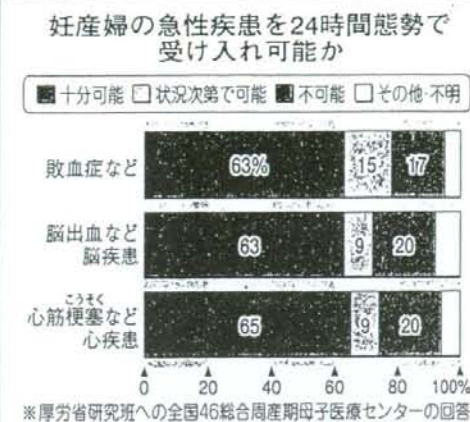
主任研究者の池田智明・国立循環器病センター・周産期治療部長は「未熟児や新生児の医療を主眼に作られたシステムの落とし穴。成人の救急疾患

にも対応できるよう、周産期医療を再構築すべきだ」と指摘している。調査は、奈良県で昨夏、出産時に意識不明となった妊婦が約二十の病院から受け入れを断られた後、脳出血で死亡した事故を教訓に昨年末実施。計六十一のセンターにアンケートを送り、敗血症

をはじめとする重篤な疾患や、脳疾患、心臓疾患など成人の急性疾患の診療態勢を尋ねた。

回答した四十六センター（大学病院十四、それ以外三十二）のうち、八一九センター（一七～二〇）がこれらの疾患について「二十四時間態勢での受け入れは不可能」と答えた。

うち六一七センターが子ども関連病院で、専門医不足などが背景にあるとみられた。大学病院では不可能との回答はなかった。



総合周産期母子医療センターへ合併症のある妊娠や重い妊娠中毒症、胎児の異常など、リスクが高い妊娠に対応するため、24時間態勢で妊産婦と新生児を受け入れる医療施設。新生児集中治療

室（NICU）病床数などに基き、都道府県が指定する。厚生労働省は各都道府県に1施設以上の設置を目指しているが、同省によると、7月中旬までの指定数は40都道府県に計66施設で、奈良など7県には設置されていない。

池田部長は「妊産婦の脳出血や敗血症などは、数は少ないが一定の割合で発生し得る。総合センターは周産期救急の最後のとりでとされており、単独で受け入れ不可能なセンターは近くの大学病院などの連携が求められる」と話している。



総合周産期医療センター

2割 母体救急に不安

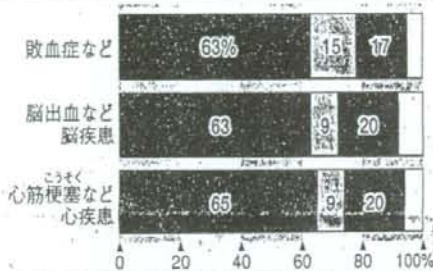
厚労省調査 敗血症や脳疾患

リスクが高い妊娠・出産を引き受ける中核施設として全国に六十カ所余り設置されている総合周産期母子医療センターの診療態勢を厚生労働省研究班が調べたところ、回答施設の約二割が、脳出血など産科以外の妊産婦の急性疾患は「受け入れ不可能」とし、態勢に不安があることが二十八日までに分かった。

こうした例は、子ども病院がセンターに指定されている場合に目立つた。主任研究者の池田智

妊産婦の急性疾患を24時間態勢で受け入れ可能か

■十分可能 □状況次第で可能 ■不可能 □その他・不明



※厚労省研究班への全国46総合周産期母子医療センターの回答

明・国立循環器病センターに作られたシステムの1周産期治療部長は「未落とし穴。成人の救急疾患にも対応できるよう、

周産期医療を再構築すべきだ」と指摘している。調査は奈良県で昨夏、出産時に意識不明となった妊婦が約二十の病院から受け入れを断られた後、脳出血で死亡した事故を教訓に昨年実施。計六十一のセンターにアンケートを送り、敗血症をはじめとする重篤な疾患や、脳疾患、心臓疾患など成人の急性疾患の診療態勢を尋ねた。

回答した四十六センター(大学病院十四、それ以外三十二)のうち、八

が子ども関連病院で、専門医不足などが背景にあるとみられた。大学病院では不可能との回答はなかった。池田部長は「総合センターは周産期救急の最後のとりでとされており、単独で受け入れ不可能なセンターは近くの大学病院などとの連携が求められる」と話している。

ズーム

総合周産期母子医療センター 合併症のある妊娠や重い妊娠中毒症、胎児の異常など、リスクが高い妊娠に対応するため、24時間態勢で妊産婦と新生児を受け入れる医療施設。新生児集中治療室(NICU)病棟数などに基づき、都道府県が指定する。厚生労働省は各都道府県に1施設以上の設置を目標しているが、同省によると、7月中旬までの指定数は40都道府県に計66施設で、奈良など7県には設置されていない。

山口新聞

ふるさと創生へ 県民とともに

発行所/みなと山口合同新聞社
〒750-8506 下関市東大和町1丁目1-7 ☎0832-3211

母体救急2割不安

総合周産期医療センター態勢調査

専門医不足影響

リスクが高い妊娠・出産 産期母子医療センターの
産を引き受ける中核施設 診療態勢を厚生労働省研
究班が調べたところ、回
り設置されている総合周
産期母子医療センターの

血など産科以外の妊産婦
の急性疾患は「受け入れ
不可能」とし、態勢に不
安があることが二十八日
までに分かった。

落とし穴。成人の救急
疾患にも対応できるよ
う、周産期医療を再構築
すべき」と指摘してい
る。

総合周産期母子医療セ
ンター（合併症のある妊
娠や重い妊娠中毒症、胎
児の異常など）、リスクが
高い妊娠に対応するた
め、24時間態勢で妊産婦
と新生児を受け入れる医
療施設。新生児集中治療
室（NICU）病床数など

どこに基づき、都道府県が
指定する。厚生労働省は
各都道府県に1施設以上
の設置を目指している
が、同省によると、7月
中旬までの指定数は40都
道府県に計66施設で、奈
良など7県には設置され
ていない。

こうした例は、子ども
病院がセンターに指定さ
れている場合に目立っ
た。主任研究者の池田智
明・国立循環器病センタ
ー周産期治療部長は「未
熟児や新生児の医療を主
眼に作られたシステムの
センターを送り、敗血症
をはじめとする重篤な疾
患や、脳疾患、心臓疾患
など成人の急性疾患の診
療態勢を尋ねた。
回答した四十六センタ
ー（大学病院十四、それ
以外三十二）のうち、八
十九センター（17・20％）
がこれらの疾患について
「二十四時間態勢での受
け入れは不可能」と答え
た。うち六・七センター
が子ども関連病院で、専
門医不足などが背景にあ
るとみられた。大学病院
では不可能との回答はな
かった。
池田部長は「妊産婦の
脳出血や敗血症などは、
数は少ないが一定の割合

で発生し得る。総合セン
ターは周産期救急の最後
のとりでとされており、
単独で受け入れ不可
能なセンターは近くの大
学病院などとの連携が
求められる」と話してい
る。