

患者調査票(続き)

6 妊婦のリスクファクター

(現在の妊娠)

分類	点数	分類	点数	分類	点数
1 高血圧 降圧剤服用なし	1	28 予定日不明妊娠	1	54 妊婦健診2回以下	1
2 高血圧 降圧剤服用中	5	29 減数手術を受けた	1	55 Rh血液型不適合	5
3 心臓疾患 NYHA I II	1	30 長期不妊治療後の妊娠	2	56 2絨毛膜2羊膜性双胎妊娠	1
4 心臓疾患 NYHA III以上	5	31 27週以前に染色体異常の疑いあり	1	57 2絨毛膜2羊膜性双胎妊娠 (体重差25%以上)	2
5 甲状腺疾患 管理良好	1	32 28週以前に染色体異常の確定	2	58 1絨毛膜2羊膜性双胎妊娠	5
6 甲状腺疾患 管理不良	2	33 妊娠初期検査でB型肝炎陽性	1	59 1絨毛膜1羊膜性双胎妊娠	5
7 糖尿病 食事療法のみ	1	34 妊娠初期検査でSTDの治療	2	60 3胎以上の多胎	5
8 糖尿病 インスリン注射	5	35 28週以後の初診	1	61 妊娠糖尿病 食事療法のみ	1
9 虐待既往歴	2	36 分娩時が初診	2	62 妊娠糖尿病 インスリン療法	5
10 肝炎	1	37 既往歴 難産	1	63 妊娠中の出血 20週未満	1
11 先天性股関節脱臼	1	38 既往歴 早産	2	64 妊娠中の出血 20週以後	2
12 子宮がん細胞診異常	1	39 既往歴 死産	2	65 33週以前の前期破水・切迫	2
13 風疹の抗体なし	1	40 既往歴 子宮筋腫	1	66 34-36週の前破水・切迫早産	1
14 慢性腎炎	2	41 既往歴 子宮腫部の円錐切除	1	67 妊娠高血圧症候群軽症	1
15 精神神経疾患	2	42 既往歴 反復流産	2	68 妊娠高血圧症候群重症	5
16 気管支喘息	2	43 既往歴 新生児死亡	2	69 HELLP症候群または子漏	5
17 血液疾患	2	44 既往歴 大奇形	2	70 羊水過少	2
18 Rh-	2	45 既往歴 IUGR	2	71 羊水過多	5
19 てんかん	2	46 既往歴 帝王切開	2	72 低置胎盤	1
20 抗リン脂質抗体症候群	5	47 既往歴 巨大子宮筋腫	2	73 前置胎盤	2
21 HIV陽性妊婦	5	48 既往歴 子宮手術後	2	74 前回帝王切開例の前置胎盤	5
22 たばこ	1	49 前回妊娠 妊娠高血圧症候群軽症	1	75 巨大児	1
23 ドラッグ乱用	2	50 前回妊娠 妊娠高血圧症候群重症	5	76 IUGR	2
24 酒	1	51 前回妊娠 巨大児出産	1	77 CPDの疑い	1
25 向精神薬の使用	2	52 前回妊娠 産後出血多量	1	78 骨盤位	2
26 排卵誘発剤の注射	2	53 前回妊娠 常位胎盤早期剥離	5	79 横位	2
27 体外受精	2				

13

厚生労働科学研究費補助金 平成17年度総括・分担研究報告書
「産科領域における医療事故の解析と予防対策」 主任研究者 中林正雄

医師プロフィール

1	年齢、性別	男性・女性 () 歳
2	常勤、非常勤の区別 (定義も含めて)	常勤 非常勤 定義 ()
3	分娩の経験年数	() 年
4	熟練度 (○はひとつ)	ハイリスク分娩への対応 ・十分可能 ・まあ可能 ・不可能
5	夜勤・当直	夜勤：平均月 () 回 (: ~ :) 当直：平均月 () 回 (: ~ :)
6	主治医制 (○はひとつ)	・単独の主治医制 ・複数の主治医制 ・患者によって異なる ・主治医制は無い

14

課題と今後の予定

【課題】

- 仙台地域の分娩データが約120件。今後は地域を拡大してサンプル数を増やす
- 夜勤も含めた医師配置のアルゴリズムを検討する必要がある

【今後の予定】

- 仙台地域の集計・分析 2009年12月～10年2月
- 他地域での実施 10年3月～

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」
(H21-子ども-一般-002)

研究代表者：岡村州博 東北大学大学院医学系研究科周産期医学分野 名誉教授

分担研究

「地域機能分担連携システムの現状分析と普及継続できるシステムの構築」

研究分担者：小笠原敏浩 岩手県立大船渡病院 副院長

平成 21 年度分担研究報告書

【研究要旨】

「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中モデル事業」（研究代表者：岡村州博）では「地域連携機能分担システムの構築－交通アクセスの悪い地域での新しい地域連携機能分担システムの構築－」（研究分担者：小笠原敏浩）として岩手県南沿岸地域での新しい機能分担連携システムを構築し、その成果をまとめた。本研究では、平成 19 年 9 月から稼動しているシステムの詳細な現状分析から課題を明らかにし、普及継続できるシステムの構築をおこなう。身近な地域で妊婦健診が受けられるシステムの改良と普及のため、遠野市助産院“ねっとゆりかご”の現状分析と医療機関との連携を検討する。更には、総合母子医療センター、地域母子医療センターとの IT を利用したシームレスな搬送情報共有システムを構築し、スムーズな搬送体制の構築を目指す。検討期間は、システムが稼動して 1 年後の平成 20 年 9 月から平成 21 年 8 月までとした。

【具体的検討項目】

地域連携機能分担システムの現状分析

- (ア) 地域センター病院と基幹病院の連携・搬送状況の具体的検討
- (イ) 院内助産システムの具体的検討
- (ウ) 問題点・課題を解決案の提案

【研究要旨】

産婦人科医師不足による危機的状況を打開するため、地域周産母子医療センターを軸とした地域連携機能分担システムを構築した。地域周産母子医療センターに医師を集約化しハイリスク妊娠・手術を取り扱い、地域基幹病院ではローリスク妊娠を院内助産システムで取り扱う機能分担をおこなった。マンパワーの提供・IT による情報の

提供・救急搬送システムを充実することにより地域連携機能分担システムが確立できる。

A 研究目的

岩手県のように山岳地形で面積が広く交通アクセスの悪い地域では都市部に比較して利便性が悪く、健診通院・出産場所への移動・緊急搬送も非常に不便である。このように交通アクセスの悪い地域では、都市部と同様の集約化は地形的・また不便な交通網からも不可能であり、新しい地域連携機能分担システムが必要となる。そこで、産婦人科医療過疎地域である岩手県南沿岸地域を研究フィールドとして、地域連携機能分担システムを構築し検討した。具体的には、地域周産医療センターを軸にローリスク妊婦を取り扱う施設とハイリスク妊婦を取り扱う施設の機能分担を明確にし、地域病院では助産師による助産師外来・院内助産システムを運営し、センター病院ではハイリスク分娩に対応できるよう医療資源を集中させ、機能分担し互いに連携するシステムを構築する。

B 研究方法

岩手県のように山岳地形で面積が広く交通アクセスの悪い地域では都市部に比較して利便性が悪く、健診通院・出産場所への移動・緊急搬送も非常に不便である。このように交通アクセスの悪い地域では、都市部と同様の集約化は地形的・また不便な交通網からも不可能であり、新しい地域連携機能分担システムが必要となる。そこで、産婦人科医療過疎地域である岩手県南沿岸地域を研究フィールドとして、地域連携機能分担システムを構築し検討した。具体的には、地域周産母子医療センターを軸にローリスク妊婦を取り扱う施設とハイリスク妊婦を取り扱う施設の機能分担を明確にし、地域病院では助産師による助産師外来・院内助産システムを運営し、センター病院ではハイリスク分娩に対応できるよう医療資源を集中させ、機能分担し互いに連携するシステムを構築した。

1) 地域連携機能分担システムの概要

集約化以前は地域周産母子医療センター（県立大船渡病院）に2名（常勤医師1名・臨時医師1名）・地域基幹病院（釜石病院）に2名（常勤医師2名）のそれぞれに2名の医師が配置されていたが、産婦人科医師は地域周産母子医療センターに集中させ（常勤4名）、そのうち1名がローテイトで地域基幹病院に常駐（非常勤）する形態とした。地域基幹病院では医師は通常の外来業務（婦人科診察・妊婦健診など）、夜間・休日の急患対応も行う。分娩は基本的にローリスク妊娠のみを扱い、原則的に分娩は全例院内助産システムで行う。ハイリスク妊娠は地域周産母子医療センターで管理し、また母児に危険が生じ帝王切開等が必要である場合には、地域周産母子医療センターに緊急搬送する。帝王切開や婦人科手術は原則地域周産母子医療センターで行

い、他の婦人科疾患や癌化学療法などの治療も原則地域周産母子医療センターで管理する（図1）。連携搬送をスムーズにおこなうために、妊婦情報・胎児情報は、専用線ファイルメーカーTM サーバーにて両病院の情報をリアルタイムに把握できるように情報を共有した。この地域は、分娩施設のない遠野市を含めると東京都に匹敵する面積であり、出産施設は地域周産母子医療センターの県立大船渡病院と地域基幹病院の県立釜石病院2施設だけである。

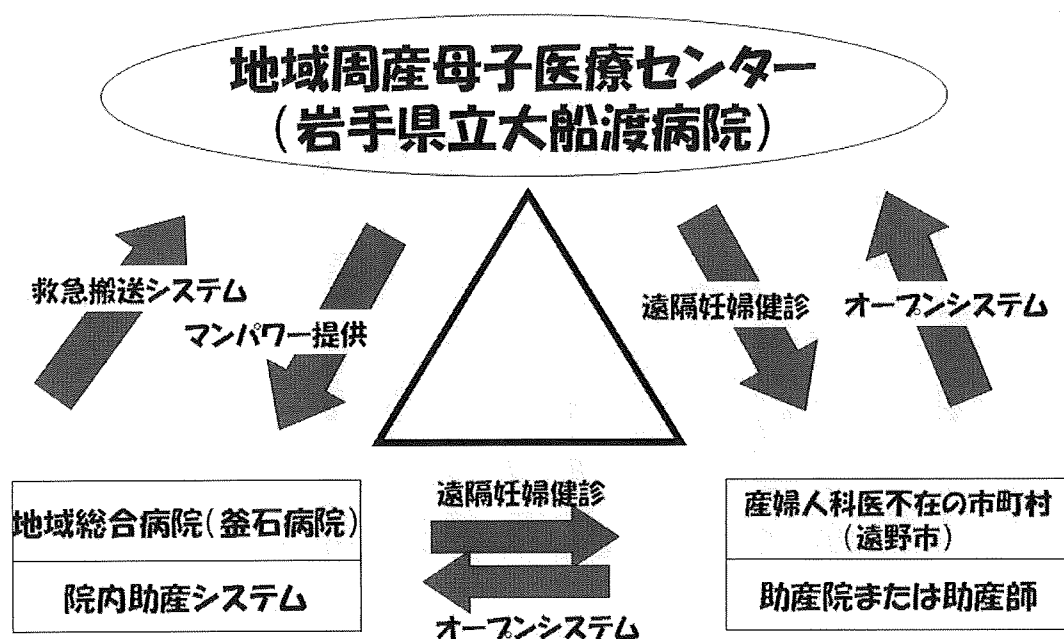


図1 地域産婦人科医療体制

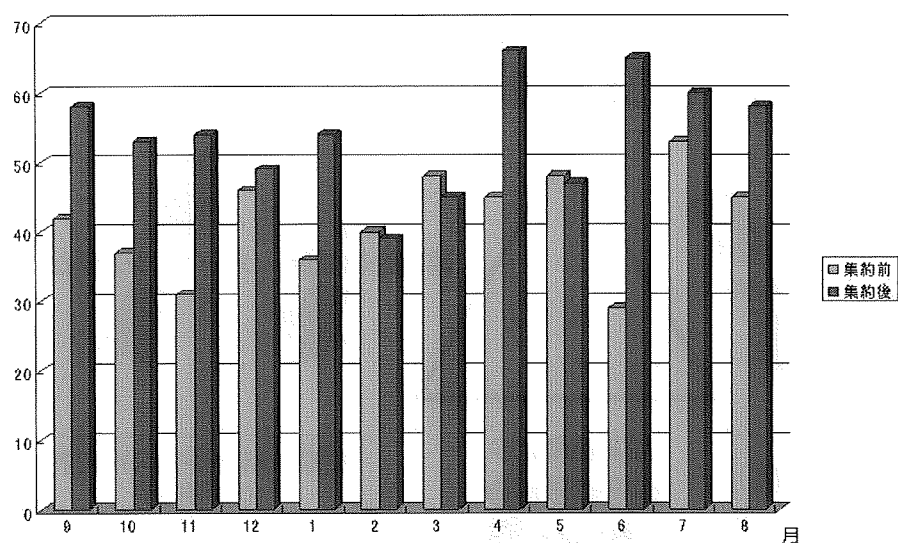
2) 検討項目

集約化拠点化をおこなった平成19年9月から平成21年8月までの2年間と集約前の平成18年9月から平成19年8月までの1年間を比較した。検討項目は両病院の集約化前後の分娩数・帝王切開数の変化、地域基幹病院の院内助産システムの状況、地域基幹病院の医師管理分娩の状況、院内助産システムからの緊急搬送状況、地域基幹病院外来からの地域周産医療センターへの紹介・搬送状況、両病院の患者数・収益について検討した。

C 研究結果

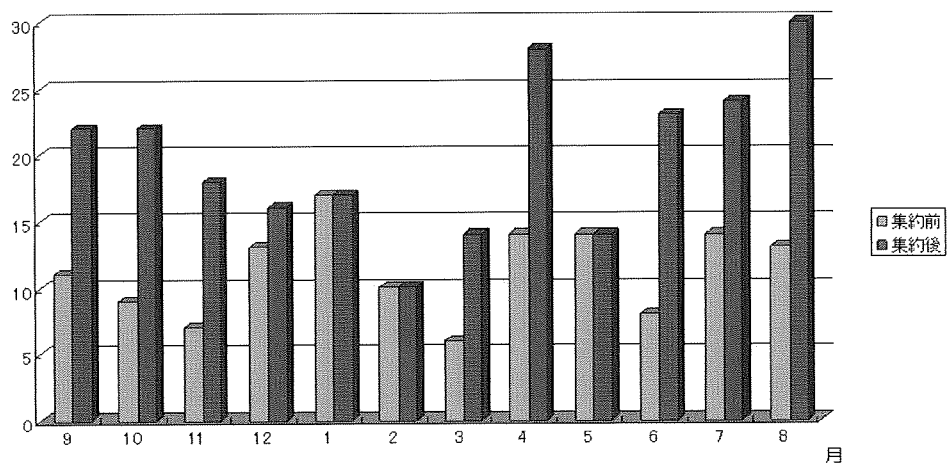
1) 地域周産母子医療センター病院（県立大船渡病院）の分娩数・帝王切開数の変化

集約化拠点化をおこなった平成19年9月から平成21年8月までの2年間と集約前の平成18年9月から平成19年8月までの1年間を比較した。集約化拠点化により、センター病院の分娩数は集約前（平均 41.7 ± 7.3 例/月）から集約後（平均 54 ± 8.1 例/月）で1ヶ月13例の増加に留まったが、帝王切開は集約前（平均 11.3 ± 3.4 例/月）集約後（平均 19.8 ± 6 例/月）で1ヶ月8例増加した（図2、図3）。



集約前 41.7 ± 7.3 例（平成18年9月から平成19年8月）
 集約後 54 ± 8.1 例（平成19年9月から平成20年8月）

図2 県立大船渡病院の分娩数の変化（集約前後の比較）



集約前 11.3±3.4例（平成18年9月から平成19年8月）
 集約後 19.8±6例（平成19年9月から平成20年8月）

図3 県立大船渡病院の帝王切開数の変化（集約前後の比較）

2) 地域基幹病院（県立釜石病院）の分娩数の変化

集約化拠点化により、2年間の分娩数は527例で院内助産システム469例（89%）、医師管理58例（11%）であった。月平均分娩数は 22 ± 4.3 例（院内助産 19.5 ± 3.6 例）であった。集約化以前の月平均分娩数38.6例と比較すると、月平均16.6例減少している。（図4）。

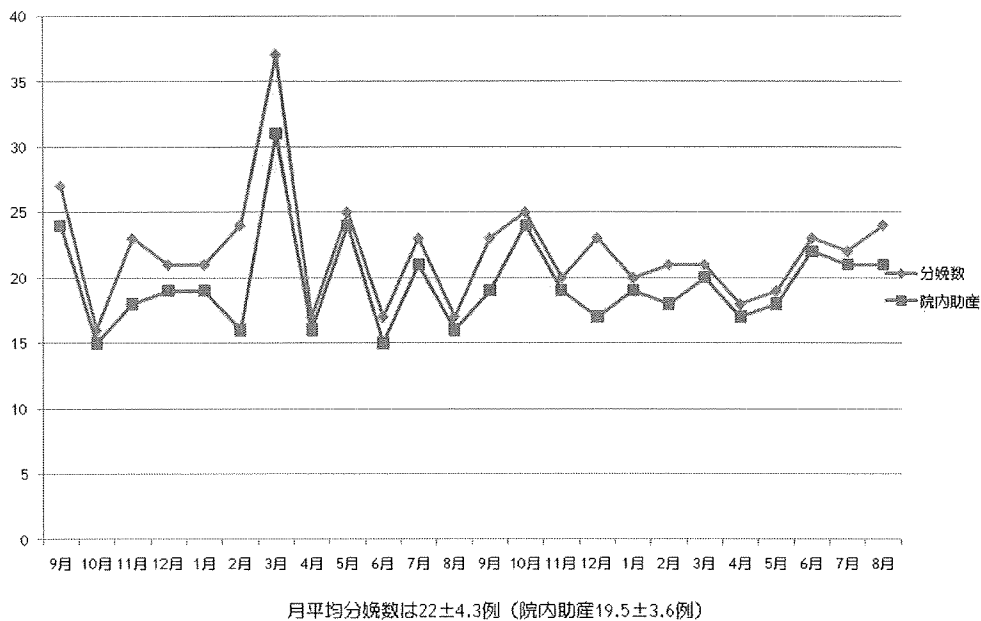


図4 分娩数の変化（県立釜石病院）（平成19年9月～平成21年8月の2年間）

3) 地域基幹病院（県立釜石病院）の医師管理分娩の状況

帝王切開は、地域周産母子医療センターへの搬送が困難と判断された症例4例におこなわれており、1例は緊急性があり重症である常位胎盤早期剥離であったが、無事救命できた。また、子宮内反症も1例発症しており、県立大船渡病院から応援医師が更に1名駆けつけ、無事整復できた。吸引分娩は13例、陣痛促進が23例であった。早産3例（うち当院初診1例）、流産2例（うち妊婦健診未受診妊婦1例）で、自宅出産2例（うち妊婦健診未受診妊婦1例）、車内分娩2例（うち他県で妊娠管理中の妊婦で苫小牧へ向かうフェリーで移動中に陣痛発来し、救急搬送1例）、野外分娩（妊婦健診未受診妊婦）であった。妊婦健診未受診妊婦や他院管理中で飛び込み症例が問題となる。（表1）

また、ローリスク妊娠とは言え、常位胎盤早期剥離や子宮内反症などの重症で緊急性を要する状態が起こりうることを念頭に置き救急搬送システムや情報共有システムを構築する必要がある。

表1 県立釜石病院での分娩状況（平成19年9月から平成21年8月まで）2年間

総分娩数	527例
院内助産システムでの分娩	469例（89%）
医師管理の分娩	58例（11%）
帝王切開	4例
経膈分娩	41例
（帝王切開の適応：進行早産、常位胎盤早期剥離、NRFS 2例）	
吸引分娩	13例（うち子宮内反症1例、外陰血腫1例）
微弱陣痛に対する陣痛促進	23例
早産	3例（1例は当院初診時早産）
流産	2例（1例は妊婦健診未受診）
妊娠週数不明	1例
羊水混濁	1例
自宅出産	2例（1例は妊婦健診未受診）
車内分娩	2例（1例はフェリーで移動中に飛び込み）
野外分娩	1例（妊婦健診未受診）
治療後状態	3例（切迫早産1例 IUGR1例）
異常胎児心拍パターン	2例

4) 地域基幹病院（県立釜石病院）院内助産システムから地域周産母子医療センター（県立大船渡病院）へ緊急搬送された症例

地域基幹病院院内助産システムで分娩予定であったが異常が生じ、地域周産母子医療センターへ緊急搬送になった症例は 32 例で、分娩が進行せず帝王切開が必要と判断された症例 14 例、破水後分娩に至らない症例 13 例、異常胎児心拍パターン 5 例であった。いずれも予後は良好であった（表 2）。

表2 県立釜石病院院内助産システムから県立大船渡病院へ緊急搬送した症例

院内助産分娩数	469例	
搬送理由	搬送数	帝王切開
分娩が進行せず帝王切開が必要と判断	14	14
分娩に至らず（破水・微弱陣痛）	13	3
異常胎児心拍パターン	5	3
合計	32	20

ローリスクの7%が搬送になった

5) 地域基幹病院（県立釜石病院）外来から地域周産母子医療センター病院（県立大船渡病院）へ搬送された症例

医師外来レベルでセンター病院へ紹介された症例 253 例のうち産科症例は 187 例（73.9%）で、選択帝王切開 70 例（37.4%）、分娩予定日超過 36 例（19.3%）、切迫早産 19 例（10.2%）であった。

地域基幹病院では一般の婦人科外来も運営しているので、この他にも婦人科疾患（手術症例・婦人科緊急疾患など）の紹介が 66 例ある（表 3）。

表3 県立釜石病院外来レベルで県立大船渡病院へ紹介・搬送となった症例

内訳	19年	20年	19-20年
選択帝王切開（前回帝王切開・骨盤位）	43	27	70
分娩予定日超過	13	23	36
妊娠高血圧症候群	6	3	9
羊水異常・胎位異常	3	3	6
早産（切迫早産）	14	5	19
子宮内胎児発育遅延	3	2	5
双胎	7	2	9
合併症妊娠	3	2	5
子宮頸管無力症	9	4	13
常位胎盤早期剥離	1	0	1
子宮内胎児死亡	1	3	4
子宮外妊娠・流産	1	6	7
本人希望	2	1	3
婦人科疾患	43	23	66
産科合計	106	81	187
合計	149	104	253

6) 地域基幹病院（県立釜石病院）外来から地域周産母子医療センター病院（県立大船渡病院）へ搬送された症例

院内助産システムとは関連なく、外来レベルでセンター病院へ搬送された症例 87 例の内訳は、予定帝王切開（前回帝王切開・骨盤位）42 例、分娩予定日超過 12 例、妊娠高血圧症候群 7 例、妊娠 37 週以降帝王切開が必要と判断された症例 6 例、早産 6 例の順であった。

地域基幹病院では一般の婦人科外来も運営しているので、この他にも婦人科疾患（手術症例・婦人科緊急疾患など）の紹介が 36 例ある（表 4）。

表4 医師コールの状況

平成20年9月から平成21年8月まで

135例/235例=57.4%

縫合 119例/135例=88.1%

弛緩出血 4例/135例=3%

微弱陣痛 3例

異常胎児心拍パターン 1例

胎盤娩出 1例

新生児に関して 6例

D 考察

【考察】

岩手県では平成 14 年から産科休診が相次いだ。最近では、産婦人科医師は全国的に不足しており、都市部でも分娩を休止する病院が続出し、いわゆる“妊婦受け入れ拒否”などの問題が浮上している。日本産科婦人科学会・産婦人科医療提供体制検討委員会緊急提言（2006 年 4 月 7 日）では「ハイリスク妊娠・分娩を取り扱う公立・公的病院は、3 名以上の産婦人科に専任する医師が常に勤務していることを原則とする」と提言しており¹⁾、われわれの研究班である厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」では地域での産婦人科施設集約の詳細な検討がなされてきている²⁾。

岩手県のように面積が広く交通アクセスの悪い地域では、地域単位で周産期医療システムを構築することが必要になる。それには地域周産母子医療センターと地域基幹病院の機能分担が必要であり、それに付随する地域救急搬送システムも不可欠である。研究フィールドとした岩手県南部沿岸地域は、釜石医療圏（釜石市・大槌町）の約 6 万人、気仙医療圏（大船渡市・陸前高田市・住田町）の約 8 万人、さらには遠野市の一部を含めると東京都より広い地域であり、出産のできる開業医や助産院がなく県立釜石病院と県立大船渡病院の 2 病院でしか出産ができない。出産を 4 人の医師でカバーしており、両病院間の距離は 46.6 km であり陸路で 1 時間もかかる。

2 つの医療圏（気仙医療圏・釜石医療圏）を 4 人の医師でカバーするには機能分担と連携が重要となる。地域基幹病院ではローリスク妊娠、地域周産母子医療センターではハイリスク妊娠を管理する機能分担をおこなった。また、搬送を円滑におこなうために妊婦情報は専用線ファイルメーカーTM サーバーにてリアルタイムで情報共有した。この情報共有により緊急搬送の際にも情報伝達がスムーズにおこなわれる。IT による情報共有のほかにマンパワーの共有も重要であり、地域周産母子医療センターから地域基幹病院へローテーションで産婦人科医 1 名派遣し、緊急時の対処・紹介・緊急搬送の情報伝達・連携もスムーズにおこなわれる。

地域周産母子医療センターでは産科施設集約後の 1 ヶ月の分娩数の増加は 13 例に留まっている。これは地域基幹病院での院内助産システムで月 22 例の分娩を取り扱っているためそれほどの増加していないが、帝王切開数が 1 ヶ月 8 例増加し、手術数の増加につながっており、センター病院の負担がかなり増している。地域基幹病院での院内助産システムはローリスク妊娠が対象であり医師との共同管理をおこなっているなのでその予後は良好である（図 5）。

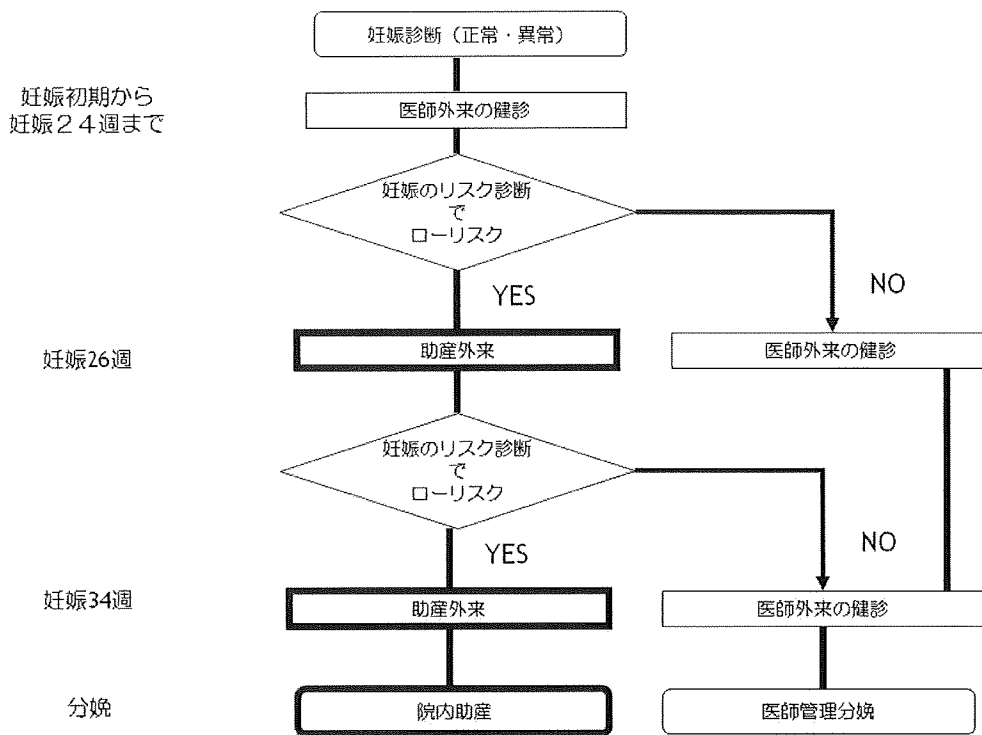


図5 県立釜石病院の助産外来フローチャート

今後も長期的な追跡をおこなう予定である。しかし、医師管理分娩になった症例には緊急性があり重症である常位胎盤早期剥離や子宮内反症も生じており、また、妊婦健診未受診妊婦や当院初診で早産に至った症例もあり、院内助産システムでの分娩だけを扱っていても外来レベルで紹介症例や飛び込み症例にも対応しなければならない。そこで、リスク管理や緊急時の迅速な搬送体制の確立が必要である。そこで緊急時のエマージェンシープログラムを作成し緊急訓練も実施した3)。

今回、地域基幹病院院内助産システムからセンター病院へ32例が適切に搬送されたが、医師間のITによる情報共有と搬送方針について医師間の意見の統一が大切と思われる。

一方で、ハイリスク妊娠症例の増加によりセンター病院の負担の増加が増えたことが今後の課題に挙げられる。地域基幹病院での手術例はセンター病院で行うことになり、さらに化学療法や緩和医療などの症例も増加し、入院患者数・手術患者数も大幅に増加した。病棟の混雑に伴いクリニカルパスを整備し、入院期間を短縮に努めているが、入院患者の増加に対応できず、産婦人科病床定数をオーバーしている。施設集約化は、医師のみ集約化するのではなく、医師の集約化とともにそれに見合った助産師・看護師の増員が必要である。

産婦人科医師の激務の緩和に関しては、医師を集約化し、院内助産システムを導入

したことにより2病院での業務連携が確立されつつあり、休日勤務が緩和されている。しかし、院内助産システムで医師がコールされた例は57.4%であり、その大部分が裂傷の縫合(88.1%)である(表4)。これはやむを得ないことと思われるが、介助技術のレベルアップに努めるべきであろう。現在、われわれの研究班では認定助産師(エキスパート助産師)育成により、出産における助産師業務の検討がすでにはじまっている。産婦人科医師の若い年齢層では女性医師が多く、育児との両立などを主体とした女性医師対策も今後積極的に推進していく必要もあり、女性医師が働きやすい環境を整えることも課題となりえよう。

【結語】

岩手県のように過疎地域において施設集約化をすすめるためには、地域周産医療センターを軸にローリスク妊婦を取り扱う施設とハイリスク妊婦を取り扱う施設の機能分担を明確にし、地域病院では助産師による助産師外来・院内助産システムを運営し、センター病院ではハイリスク分娩に対応できるよう医療資源を集中させ、互いに連携することが重要となる。またマンパワーの提供・ITによる情報の提供・救急搬送システムによる地域連携機能分担システムの構築も必要となる。しかし、集約化は医師のみ集約化するのではなくそれに見合った助産師・看護師の増員が不可欠である。更には、安全性のレベルを維持するため認定助産師(スーパー助産師)の育成も必要であろう。さらに長期的な検証と費用効果の検討も必要となり、医療のみならず行政の視点からの検証も必要となる。地域住民に安全で安心できる妊娠出産を提供できるように一層の研鑽を積んでいきたい。

文献

- 1) 日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会：緊急提言
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/27apr_4.pdf 2006
- 2) 小笠原敏浩：厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業 厚生労働省平成19年度 総括・分担報告書 103-109 2008
- 3) 小笠原敏浩：院内助産システムでのエマージェンシープログラムの作成 助産雑誌62 822-830 2008

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

分担研究報告書

「周産期救急搬送システムへのコーディネーター導入の効果」

研究分担者	上原茂樹（東北公済病院） 千坂 泰（東北大学病院）
研究協力者	谷川原真吾（仙台赤十字病院） 佐藤多代（東北大学病院） 星合哲郎（東北大学病院）

宮城県周産期救急患者搬送コーディネーション

日本における周産期医療はこれまで新生児管理を中心として構築されてきた。診療所を中心とした一次医療施設、最重症児や超早産児を扱う三次医療施設、一次医療施設からの搬送の中核を担う二次医療施設というのが一般的な構図であり、各施設がそれぞれの連携先に個別に連絡をとり搬送先を探すことで対処してきた。しかし、各医療施設が個々に対応している場合、医療圏全体でのベッドの有効利用が難しく一部で診療限界を超えてしまい患者搬送受け入れ困難なケースが生じていたと考えられる。また産科医、新生児科医不足の折、診療能力の限界を超えてしまい医療の安全を保てなくなる事も危惧される。

そこで、各医療施設間での連携を充実させ、医療の質を保つ為のネットワークシステムの構築が必要となった。さらに、新生児管理を中心とした周産期医療システムに、母体救命救急もとりにれたネットワークシステムの整備、周産期母子医療センターの充実、各施設間の円滑な連携を進める為の周産期搬送ネットワークシステムの構築が急務となっている。今回宮城県における周産期医療ネットワークシステムの充実とともに、その円滑な利用を進めるための搬送コーディネーションを構築したので報告する。

宮城県における周産期の現状（図1-①～④）

仙台地区

東北大学病院・仙台医療センター・仙台市立病院・仙台赤十字病院・宮城県立こども病院・東北公済病院・N T T東日本東北病院

気仙沼・大崎・石巻・仙塩・仙南地区

気仙沼市立病院・大崎市民病院・石巻赤十字病院・坂総合病院・スズキ記念病院

図 1-①

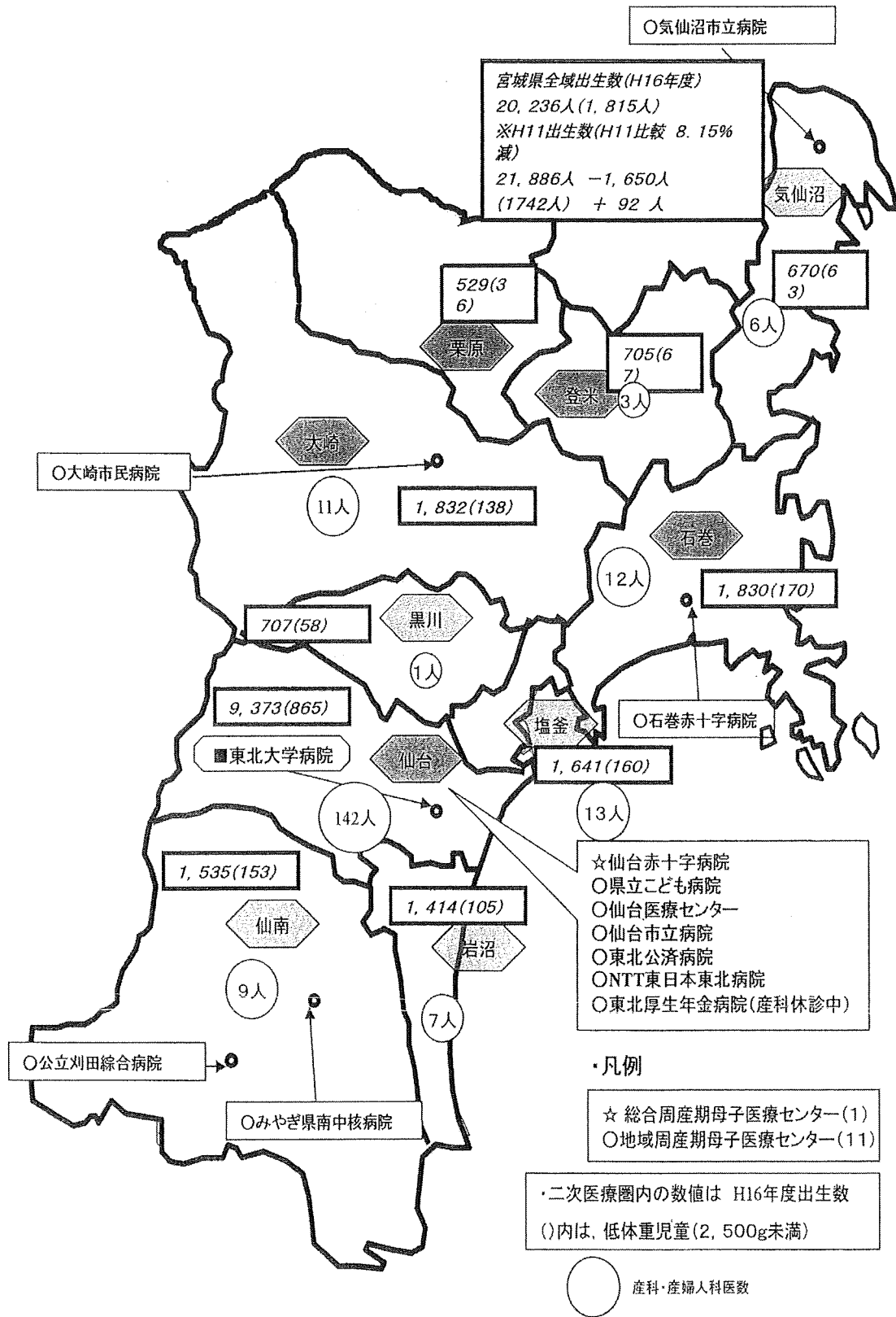


図 1-②

宮城県周産期救急搬送受け入れ統計

	2009(H21)													計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		
仙台赤十字病院	5	15	18	9	9	13	8	17	8	6	13	7	128	
東北大学病院	6	3	3	3	7	5	8	8	14	8	6	17	88	
宮城県立こども病院	4	9	7	9	7	1	8	9	6	11	6	7	84	
仙台医療センター								4	4	2	2	3	15	
仙台市立病院	3	2	3	2	3	3	1	5	3	3	1	0	29	
東北公済病院	3	2	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	10	
大崎市民病院								2	1	1	2	2	8	
石巻赤十字病院	2	0	1	0	0	2	1	3	3	4	3	4	23	
気仙沼市立病院	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	
合計	23	31	34	23	27	25	26	48	41	37	33	41	389	

図 1-③

	石巻日赤	大崎	気仙沼	合計
H16年	—	5	7	12
H17年	—	7	4	11
H18年	15	4	2	21