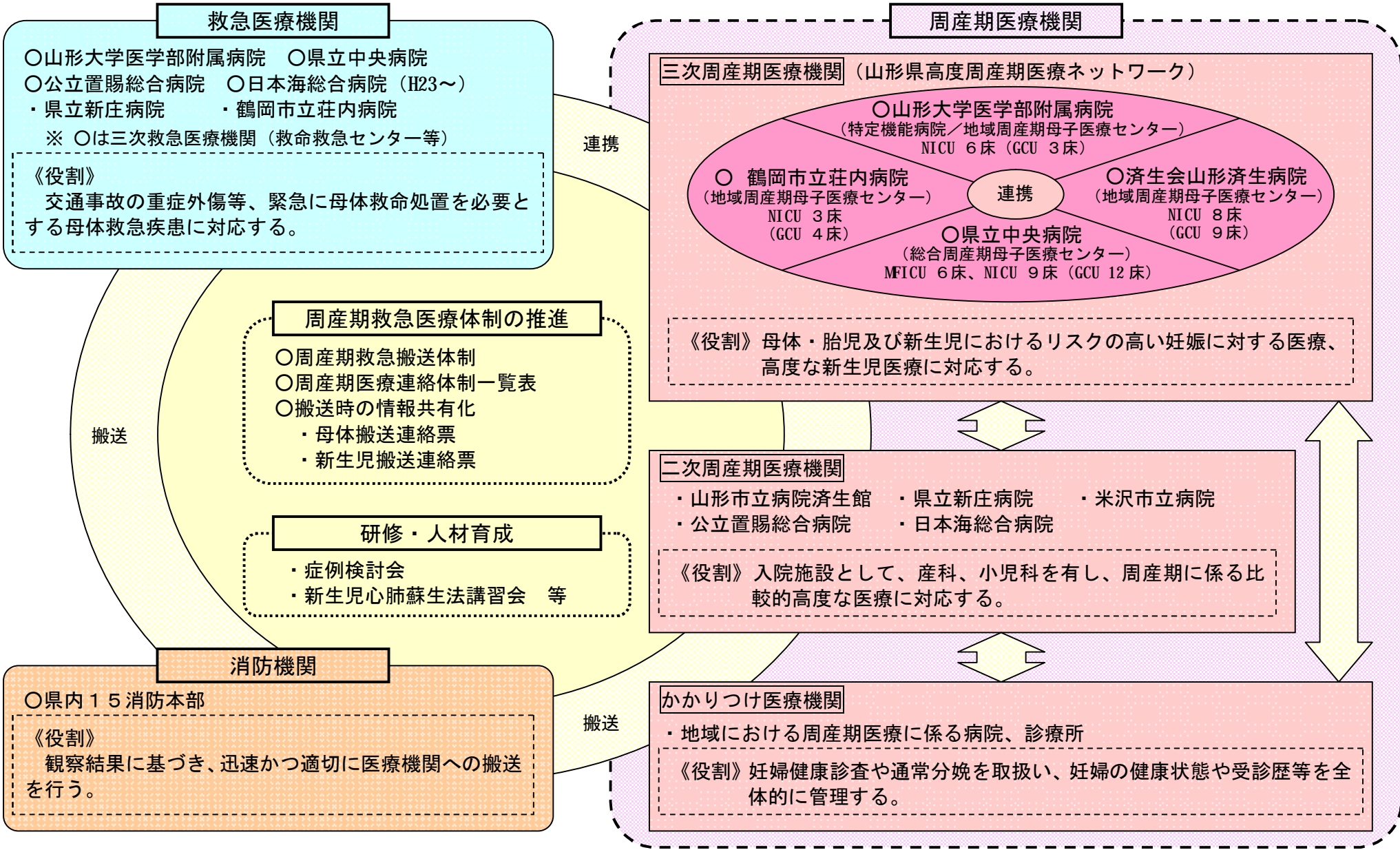


資 料 編

資料 1	山形県の周産期医療体制	26
資料 2	山形県周産期救急医療体制について	27
別添 1	山形県周産期救急搬送体制	28
別添 2	山形県周産期医療連絡体制一覧	29
別添 3	母体・新生児搬送連絡票取扱要領	30
資料 3	山形県周産期医療体制整備計画検討状況	33
資料 4	周産期関係用語解説	39

山形県の周産期医療体制



山形県周産期救急医療体制について

1 主旨

安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進するため、周産期医療における救急搬送体制及び連絡体制を整備するとともに、搬送時の情報共有化を図ることにより、本県における周産期救急医療体制の適切かつ効果的な推進を図る。

2 山形県周産期救急搬送体制(別添 1)

周産期における救急事案の発生を受け、患者を周産期医療機関等に搬送するまでの体制、搬送基準及び救急隊の観察・聴取事項並びに救急車内での処置について定める。

3 山形県周産期医療連絡体制一覧(別添 2)

県内の二次保健医療圏ごとに、二次周産期医療機関及び三次周産期医療機関並びに三次救急医療機関の機能を明示し、病態に応じた搬送先選定が可能となる連絡体制を定める。

なお、本体制は、周産期医療機関、消防機関等周産期医療関係機関で活用するものとする。

4 搬送時の情報共有化

県内の周産期医療機関で、共通の搬送連絡票を使用し患者情報の共有化を図る。なお、その取扱いについては、「母体・新生児搬送連絡票取扱要領」(別添 3)において定める。

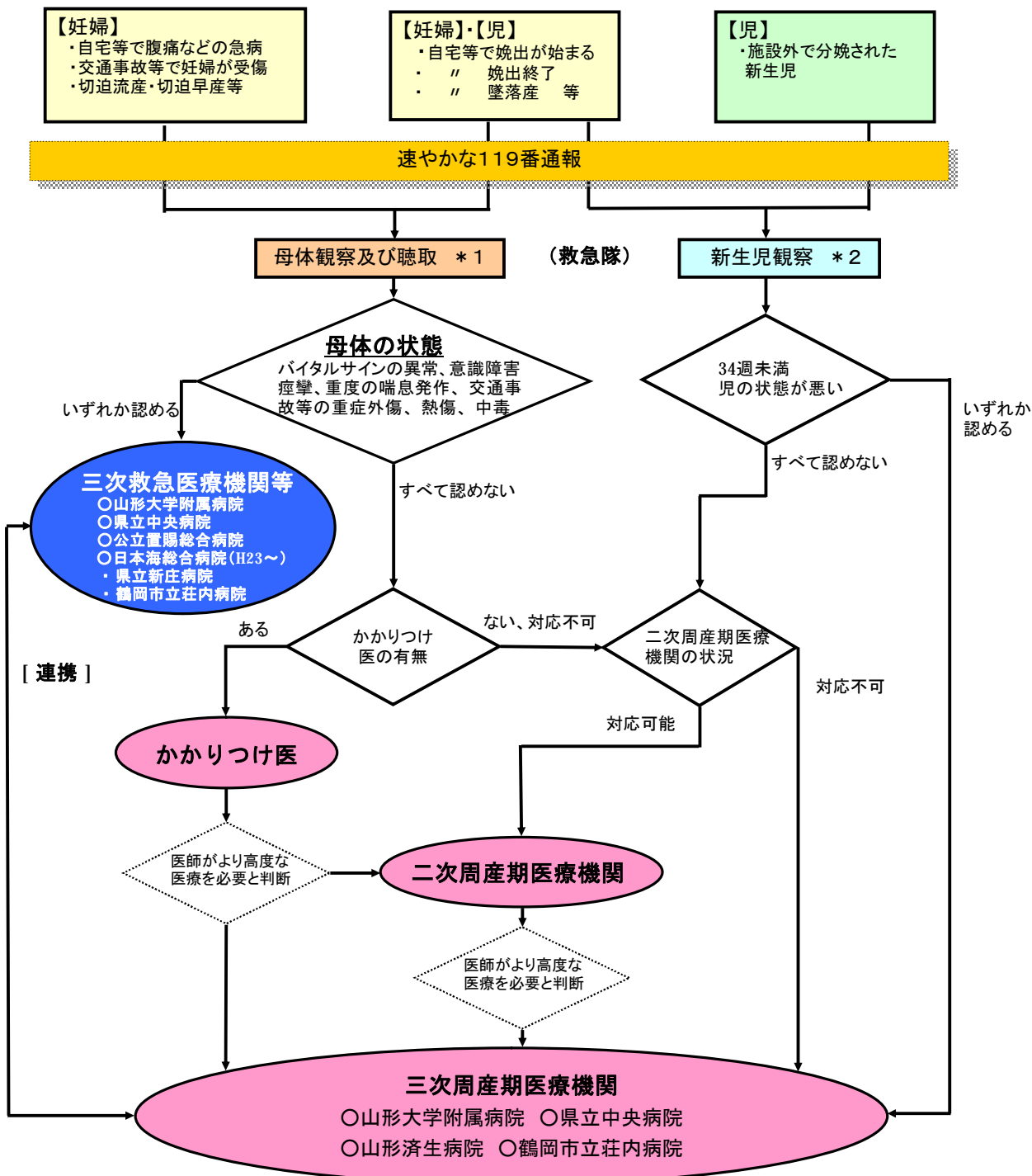
- (1) 母体搬送連絡票
- (2) 新生児搬送連絡票

5 その他

平成 22 年 4 月 1 日から運用を開始する。ただし、必要に応じ見直しを行うものとする。

山形県周産期救急搬送体制

周産期救急事案発生



救急隊の観察・聴取

救急車内での処置

【妊婦観察・聴取事項】 *1
 基本情報：氏名・生年月日・住所・妊娠の有無
 母体の全身状態：①血圧②心拍数③体温④呼吸⑤意識の有無⑥痙攣の有無
 【以下、セカンドコールとしてもよい】
 関連事項：⑦下腹部痛⑧性器出血⑨破水感⑩かかりつけ医の有無⑪妊娠週数⑫分娩予定日⑬母子健康手帳の保持⑭出産経験の有無⑮既往歴

【新生児観察事項】 *2
 ①啼泣の有無
 ②呼吸・心拍
 ③チアノーゼ
 ④酸素飽和度
 ⑤筋緊張

【妊婦】
 ・大量出血の場合は、数枚の滅菌ガーゼを重ねて陰部（外陰部）にあてる
 ・なるべく左側臥位を保つ
 ・破水している場合は、骨盤高位を保つ

【新生児】
 ・臍帯をクランプする
 ・保温する（体表面の水分を拭いた後タオルで包む）
 ・口腔内吸引
 ・症状によっては酸素投与

※三次周産期医療機関が遠方の場合、二次周産期医療機関での応急処置が必要

山形県周産期医療連絡体制一覽 (公表)

地域	区分	病院名	診療科	医師勤務	機能	備考
村山地域	三次	山形大学医学部附属病院 (特定機能病院) 地域周産期母子医療センター	産婦人科	全日	母体重症合併症、胎児異常 外科疾患、心臓疾患、脳外科疾患、多発奇形	
			NICU	全日		
	救急	山形大学医学部附属病院 救急部		全日	母体救急性疾患	
	三次	県立中央病院 総合周産期母子医療センター	MFICU	全日	母体重症合併症 超低出生体重児・超早産児、極低出生体重児、胎児・新生児奇形 や感染症・仮死などの新生児疾患(外科疾患を除く)	
			NICU	全日		
	救急	県立中央病院 救命救急センター		全日	母体救急性疾患	
三次	済生会山形済生病院 地域周産期母子医療センター	産婦人科	全日	ハイリスク合併症妊婦 超低出生体重児・極低出生体重児(先天性複雑心疾患及び先天性 外科疾患を除く)		
		NICU	全日			
二次	山形市立病院済生館	産婦人科	平日	母体合併症 低出生体重児(在胎34週以上)		
最上地域	二次	県立新庄病院	産婦人科	平日	母体合併症 低出生体重児(在胎34週以上)	※34週未満は村山地区三次へ
置賜地域	二次	公立置賜総合病院	産婦人科	全日	母体合併症 低出生体重児(在胎34週以上)	※34週未満は村山地区三次へ
	救急	公立置賜総合病院 救命救急センター		全日	母体救急性疾患	
	二次	米沢市立病院	産婦人科	全日	母体合併症 低出生体重児(在胎34週以上)	
庄内地域	三次	鶴岡市立荘内病院 地域周産期母子医療センター	産婦人科	平日	母体合併症 極低出生体重児・超低出生体重児(在胎24週以上)	※24週未満は村山地区三次へ
	NICU		全日			
	二次	日本海総合病院	産婦人科	平日	母体合併症 低出生体重児(在胎33週以上)	

※ 低出生体重児 2500g未満
 ※ 極低出生体重児 1500g未満(在胎32週未満)
 ※ 超低出生体重児 1000g未満(在胎28週未満)

母体・新生児搬送連絡票取扱要領

1 目的

県内の周産期医療機関で、共通の搬送連絡票を使用することにより、迅速かつ円滑に患者情報を共有し、適切な医療の提供を行うことを目的とする。

2 搬送連絡票の種類

(1) 母体搬送連絡票

(2) 新生児搬送連絡票

3 搬送連絡票の利用方法

(1) 搬送連絡票の作成と搬送先への送信

搬送元の医療機関は、搬送までの間に可能な範囲で搬送連絡票を記載し、搬送先の医療機関へファックスにより送信すること。

なお、搬送を行う際は、電話等により、搬送先の医療機関へ出発時間等を連絡すること。

(2) 搬送連絡票の補完と事後の送付

搬送元の医療機関は、搬送後に、搬送連絡票の未記入項目を補完のうえ、搬送先の医療機関へ送付すること。

(3) 搬送連絡票の保管

上記(2)の搬送連絡票は、搬送元と搬送先それぞれの医療機関で保管すること。

4 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、個人情報保護法等の関係法令に基づき、適正に行うこと。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

新生児搬送連絡票（診療情報提供書）

搬送日時：平成 年 月 日	
紹介先	紹介元
_____ 病院	病院名
_____ 科	住所
_____ 先生	(TEL)
	医師名
	印

患者氏名： _____ 性別：男・女
 母親氏名： _____ 母親年齢 _____ 歳
 患者住所： 〒 _____ TEL _____

出生日時：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 日齢： _____
 出生週数： _____ 週 _____ 日 予定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 出生時計測：体重 _____ g 身長 _____ cm 頭囲 _____ g 胸囲 _____ cm

搬送(紹介)の目的 (_____)

出生時の状態

アプガールスコア 1分 _____ 点 5分 _____ 点 (5分以後 _____ 分 _____ 点)
 分娩様式 自然・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) ・施設外分娩・その他
 適応 (_____)
 胎位 頭位・骨盤位・その他 (_____)
 特記事項 _____

症状 : 低体重・呼吸障害 (陥没・呻吟・多呼吸・無呼吸) ・チアノーゼ・心雑音・
 黄疸・嘔吐・腹満・哺乳不良・体重増加不全・けいれん・発熱・低体温・発疹
 奇形 (_____) その他 (_____)

治療内容・経過 :

処置 : 点眼 (無・有) ビタミンK (無・有) 栄養 (無・有: 母乳・ミルク _____ ml)

出生前情報 (母体情報)

母の血液型 _____ 型 Rh (+ ・ -) 不規則抗体 (無 ・ 有) _____)
 既往妊娠分娩歴 _____ 妊 産 異常: 無 ・ 有 (_____)
 母体疾患 無 ・ 有 (_____)
 母体投薬 無 ・ 有 (_____)
 妊娠高血圧 無 ・ 有 (発症週数 _____ 週 血圧: 約 _____ / _____ 蛋白尿: 無 ・ 有)
 切迫流早産 無 ・ 有 (発症週数 _____ 週 治療 _____)
 前期破水 無 ・ 有 (発症週数 _____ 週 日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 混濁: 無 ・ 有)
 羊水異常 無 ・ 有 (過多 ・ 過少: 発症週数 _____ 週 羊水混濁 悪臭 血性羊水)
 IUGR 無 ・ 有 (発症週数 _____ 週 出生前予測体重 _____ g 原因 _____)
 胎児形態異常 無 ・ 有 (_____)
 胎児機能不全 無 ・ 有 (胎児心拍モニター所見 _____)
 その他 _____

- ・ 搬送時は可能な範囲で記入し、搬送先へファックスで送信すること。また、搬送後に追加の内容を記入し、搬送先施設に送付すること。なお、搬送を行う際は、搬送先に出発時間等の電話連絡を行うこと。
- ・ 必要に応じ、検査等の記録を添付すること。
- ・ 自筆の署名がある場合には印は不要とする。