

られるのは、医政局国立病院課との関係、自治体病院を管轄する総務省との関係、救急医療の分野での総務省消防庁との関係、大学病院や医学教育制度の分野での文部科学省との関係等である。この中でも、救急医療との関係では総務省消防庁との関係を明確化し、合理的な救急医療体制を構築する必要がある。

(イ) 都道府県：

- ① 都道府県段階では、行政の担当者と医療機関の担当者が直接交流し、「顔の見える関係」を構築することが、きわめて重要である。その上で、都道府県が周産期医療・救急医療関係者が定期的に情報交換、システムの確認を行うため協議の場を提供し、それに積極的に関与する。
 - ② 都道府県レベルでの具体的な手順については、日産婦学会・日本救急医学会の共同提言を参考に、地域の実情に即した体制整備を迅速に進める必要がある。
 - ③ その中で、都道府県行政における、救急医療と周産期医療対策の一元化をはかるために都道府県レベルの「救急・周産期医療等対策室」に対応する枠組みの設置を検討する必要性について、また、周産期医療と救急医療の現場医療関係者の交流を促進するために、MC 協議会等に周産期側からの参加を求める等の施策を検討する。
- ③ 提言：周産期医療と救急医療の連携強化のために必要な施策について
- 1) 国は地域における救急医療体制の整備を促進するための諸施策を迅速に遂行すべきである。その際、行政組織・制度上の縦割り構造の影響をできる限り除く方向で整備を進めるべきである。救急医療においては、総務省消防庁が担当する救急業務と厚生労働省医政局指導課が担当する救急医療行政との関係を整理し、地域と現場の実情と必要性に即した施策が迅速に実行される体制を整備する必要がある。
 - 2) 都道府県は、母体救命事例への対応に関する周産期医療及び救急医療体制の現状と周産期医療と救急医療現場を支える医療従事者等の勤務の実態を詳細に調査し、その結果を勘案した上で、地域の実情に応じた周産期医療と救急医療の連携を強化するための施策（具体的な施策に関しては、参考資料 1 を参考にすること）を立案し、平成 21 年 10 月 1 日までに公表するとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。
 - 3) 国及び都道府県は、周産期を含むすべての救急医療情報に関して都道府県単位で統一的に処理するシステムを導入する可能性を検討する必要がある。

ある。

- 4) 周産期センターと救命救急センターは施設内・施設間の連携を強化し、地域における母体救命症例への適切な対応能力を確保する必要がある。

(イ) 周産期センターの診療内容に応じた再分類とその指定基準

① なぜ再分類が必要なのか：

- 1) 現状認識：周産期医療対策事業は平成 8 年度より予算化され、わが国の周産期医療体制の整備が全国で順調に展開し、周産期医療に関連する統計指標が確実に改善する基盤を形成してきた。周産期医療対策事業では都道府県単位で周産期医療協議会が組織され、総合周産期母子医療センターを中心とする地域の周産期医療機関相互の連携体制が整備されることに大きな貢献を果たしてきた。中でも、周産期救急搬送の大多数を占める胎児・新生児救急症例については、産婦人科医・新生児科医が絶対数が足りない状況の中で献身的に制度を支えてきたこともあり、きわめて有効なシステムとして機能し、世界最高水準の医療提供が実践されている。マンパワー上の問題をはじめ、後述する多くの問題を抱えてはいるものの、地域の周産期医療体制において、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を中心とするシステムは事業開始後 12 年が経過した時点においても十分に機能していると言えることができる。
- 2) 母体救命救急体制の問題：平成 18 年に発生した奈良県の妊産婦脳出血事例、平成 20 年に発生した東京都の 2 例の脳出血事例は、多くの高次医療機関が存在する地域においても、母体急変時に周産期医療システムとして十分な対応ができない実態を明らかにした。母体救命救急対応は、胎児・新生児救急対応を主体とした現行の周産期医療対策事業の中では対処しきれない、未だシステム化されず、個々の地域、医療機関の対応に任せられていた部分であり、今後の整備課題として残されていた事項と位置づけるのが妥当と考えられる。本研究の任務は、具体的な体制整備について検討することである。
- 3) 現行の周産期医療システムにおける母体救命対応機能：NICU を中心とする病的新生児を対象とした診療機能は、母体救命対応機能とは基本的に異なるものである。現行の周産期医療対策事業においては、母体救命救急への組織的な対応については、全く記載がない。わずかに周産期医療システム整備指針の各論的事項における総合周産期星医療センターの機能に関する記載の中で、「総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・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搬送受入体制を有し、合

併症妊娠、重症妊娠中毒症、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。」と記載され、「合併症妊娠、重症妊娠中毒症、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」という表現の中にその意図がうかがわれる程度の記載となっている。制度を立ち上げた時点の考え方では、総合周産期母子医療センターの母体胎児集中治療管理室 MFICU では、母体救命に関わるように医療を実施することは想定されず、そのような患者は成人の通常の集中治療管理室 ICU で管理されることが想定されていた。このため、母体救命救急対応はこれまでの周産期医療対策事業の中では明確には規定されず、現行の整備指針のみに基づいて制度及び施設を整備する限り、母体救命体制の整備は進みにくく、また実際に進んでいない実態が実際に発生した事例や諸調査によって浮き彫りになってきている。

- 4) 現行の周産期医療システムで機能が不十分な部分を補完する：従って、母体救命救急対応の体制を構築するためには、現行の周産期医療システムで機能していると考えられる通常の産科救急と胎児・新生児救急に関する医療体制を損なわないように配慮しつつ、これまでは連携が不十分だった救急医療体制と周産期医療体制の関係を明確化し、発生した患者が二つのシステムの間で取り残されることなく、迅速かつ適切な医療提供がなされる制度整備を行う必要がある。
- 5) 母体救命救急対応に関する周産期センターの再分類：
 - (ア) 平成 18 年の奈良県町立大淀病院の事例、平成 20 年の東京の 2 事例は、母体の脳出血という重大な合併症の発生に際して、周産期医療システムが十分に機能していないというきわめて強い不安を国民に抱かせる結果となった。いずれの事例も、一次産科医療機関で発生が確認され、最終的に治療が行われた医療機関に搬送されるまでの経過が円滑ではなかったことが明らかになっている。周産期死亡率、新生児死亡率、妊産婦死亡率等の客観的な安全性に関する公衆衛生指標上、わが国の周産期医療は先進国の中でも良好な水準を保っている。しかし、それだけでは国民は安心することはできない。どう考えても適切とは言えない搬送が連続して（いるかのよう）に報道される中では、安心を提供するためには、そのような患者の受入能力を有する施設が国民の立場からも明らかになっていること、そして、それらの施設が実際に重症の救急患者を受け入れている実績を明らかにすることが必要と考えられる。
 - (イ) 現行の周産期医療システムにおいては、一般の産科救急・胎児新生

児救急が主たる対象となっており、総合周産期母子医療センターの施設基準はそれに即したものとなっている。それに基づいてわが国の周産期医療は発展し、きわめて大きな成果を達成してきている。その中で、既存の機能している周産期センターの中には救命救急センター等を併設している施設が、総合周産期センターだけではなく地域周産期センターにも多数存在し、母体救命に対しても十分な貢献を行っており、大多数の事例では制度上の問題点が指摘されることのないまま適切に対応されている。

- (ウ) しかし、周産期医療対策事業が始まって12年が経過し、ほぼ全国に周産期医療システムと周産期センターのネットワークが構築された現在では、周産期救急の中でも最重症の母体救命への対応も当然にシステムに組み込まれることが必要になってきている。これまで暗黙のうちに、一部の地域・施設で行われていた周産期医療と救急医療の連携を明示的なものとして全地域で促進するとともに、周産期医療分野における救急医療分野や他の診療科の貢献を適正に評価することによって、緊急時の医療体制に関して、妊産婦が安心して妊娠分娩にのぞむことのできる環境を整備する必要がある。
- (エ) 都道府県の周産期医療システムは、その構成員である医療機関の地域周産期医療体制における機能とその診療実績をより明確に公開する必要がある。それにより、地域周産期医療におけるその施設が果たしている役割が国民の立場からも明確になり、実績に基づいた「安心」が提供されることが期待できる。また各医療機関に対しては、地域周産期医療体制の確保への貢献の程度を診療実績に応じて評価することが必要である。周産期センターの再分類はこのような「機能の表示」と「機能の評価」という意義を有するものである。

② 周産期センターの再分類の具体的方法

1) 懇談会報告書における記載：

(周産期母子医療センターの分類例 懇談会報告書 p9)

- 総合周産期母子医療センター（母体・胎児・新生児型）[MN型総合周産期センター]：産科・MFIUCU・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
- 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・MFIUCU・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有する）

懇談会報告書の記載に対する意見：懇談会報告書の記載はその施設が有する診療科・部門のみを示しており、それらの診療科・部門が地域周産期医療にどのような機能を果たしうるか、実際に果たしているかということが明確でない。総合病院には多くの診療科が存在するが、専門医療に特化し、救急医療への対応が難しい場合もある。従って、母体救命対応に必要な診療科・部門が存在しているから、自動的にその機能を果たしうるとするのは適当ではない。M型、N型、MN型という表示は母体 Mother=M と胎児・新生児 Newborn=N への救急対応機能を示すものとして位置づけ、診療実績を公開することによって、地域周産期医療における貢献の程度を示すのが適当と考えられる。地域新生児搬送センターという呼称は、積極的に搬送患者を受け入れ、地域新生児医療に貢献している施設としては、表現が不十分と思われるので、総合周産期母子医療センターの新生児医療機能を有する施設として「地域新生児医療センター（N型）」という呼称が適当ではないかと考える。

一方、母体救命救急機能と新生児救命救急機能からみた分類方法が新生児医療関係者から提案されている。この分類法に関しても議論が必要である。

母体救命救急機能評価

機能評価	M+	M-
要件	全ての母体救命救急に対応	条件付きで母体救命救急に対応
救命救急センター設置	○	○
麻酔科医対応	○	○
脳神経外科医対応	○	×
心臓血管外科医対応	○	×
院内救急体制整備	○	○

MO: M+, M-のいずれの要件も満たさない施設

○: 常時対応可能

×: 常時対応可能ではない

胎児・新生児救命救急機能評価

機能評価	N+	N-
要件	全ての胎児・新生児救命救急に対応	条件付きで胎児・新生児救命救急に対応
NICU認可病床保有	9床以上	3床以上
麻酔科医	○	○
小児外科医	○	×
新生児対応の脳神経外科医	○	×
院外出生への対応	○	○

NO: N+, N-のいずれの要件も満たさない施設

○: 常時対応可能

×: 常時対応可能ではない

③ 提言：周産期センターの機能表示とそれに基づく再指定

- 1) 現行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の施設基準には変更を加えない。
- 2) 現行の周産期医療システムで十分機能していない部分を補完するために、母体救命対応機能および高度新生児医療機能に関する表示を加える。
- 3) 新たに周産期センター機能を表す表示方法として、M型、N型、という呼称を加える。
 - (ア) 総合周産期母子医療センター (N型) :
 - (イ) 総合周産期母子医療センター (MN型) :【MN型総合周産期センター】
 - (ウ) 地域周産期母子医療センター
 - (エ) 地域周産期母子医療センター (M型) :【M型地域周産期センター】
 - (オ) 地域新生児医療センター (N型) :
- 4) N型の呼称の条件：現行の総合周産期母子医療センターにおける新生児医療機能と同等以上の高度新生児医療機能を有すること
- 5) M型の呼称の条件：現行の総合ないし地域周産期母子医療センターの施設要件に加えて、救命救急センターないしそれと同等の設備・体制、24時間体制の麻酔科を有し、施設内連携により、母体の救命処置が必要な重篤な合併症¹への診療能力を有すること
- 6) MN型、M型、N型の呼称を有する医療機関は、過去3年間の一般産科・胎児救急症例、新生児救急症例、母体救命救急症例の受け入れ実績と診療実績を周産期医療協議会に報告するとともにホームページ上で一般に公開することとする（表3の評価指標を参考にする）。
- 7) 地域の周産期医療システムにおいて母体救命対応能力の整備を促進するため、MN型総合周産期センターおよびM型地域周産期センターについては、総合周産期母子医療センター運営事業および地域周産期母子医療

¹大量出血、脳出血、血栓塞栓症等に対応する診療能力

センター運営事業における各センターへの補助金の増額を行う。

- 8) 地域の周産期医療システムにおいて新生児救急対応能力の整備を促進するために、新生児診療実績および新生児搬送実績を要件とした総合周産期母子医療センター運営事業および地域周産期母子医療センター運営事業における各センターへの補助金の増額を行う。
- 9) 高度の母体救命救急医療体制の整備ならびに高度の新生児救急医療体制の整備を評価する診療報酬上の加算（M型加算・N型加算）を創設する。
- 10) 地域の周産期医療システムの機能を向上させることを目的として、診療報酬上の誘導処置を行う（表3の評価方法ならびに機能強化の方策を参考にする）。
- 11) 都道府県は平成21年9月末を目途に周産期医療システムの現場の状況について詳細に検討し、地域の実情に応じて、周産期医療機関の再指定、再認定を行うものとする。

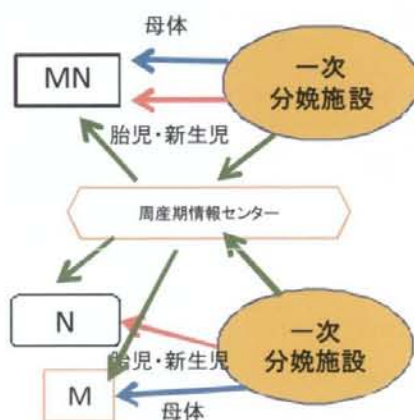


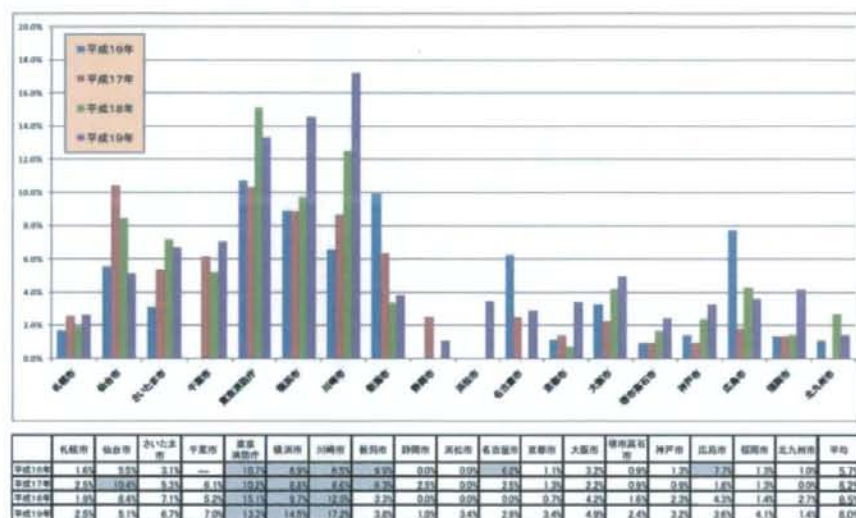
表3 周産期医療機関の機能分類と評価の方法

	機能分類	評価指標	評価方法	機能強化のための方策
<p>総合周産期母子医療センター</p> <p>(これまでの総合周産期母子医療センターの施設基準は満たしていることを前提とする)</p>	N型	<p>(病的胎児・新生児への対応能力)</p> <p>新生児科医師数</p> <p>NICU入院児支援コーディネーターの有無</p> <p>1000g未満児の取扱数</p> <p>1500g未満児の取扱数</p> <p>母体搬送の受入実績</p> <p>新生児搬送の受入実績</p> <p>新生児搬送(迎え搬送、三角搬送、戻り搬送)の実績</p> <p>新生児外科手術件数</p> <p>新生児心臓外科手術件数</p>	<p>高度新生児医療施設(N型)加算の創設</p> <p>新生児科医師数に応じた補助金の増額</p> <p>受入・取扱実績に応じた補助金の増額</p> <p>新生児搬送の診療報酬上の評価</p>	<p>NICU増床</p> <p>新生児科研修奨励手当の支給?</p> <p>NICUにおける新生児科医の常勤ポストの確保</p> <p>新生児科医への直接incentive(時間外入院対応手当、新生児搬送手当等)</p> <p>Nurse Practitionerの導入の検討</p> <p>GCU看護配置の充実</p>
	MN型	<p>(病的胎児・新生児対応+母体救命救急対応能力)</p> <p>(N型の指標に加えて)</p> <p>救命救急センターないしそれと同等の設備・体制、24時間体制の麻酔科を有し、施設内連携により、母体の救命処置が必要な重篤な合併症への診療能力を有する。</p> <p>ハイリスク妊娠・分娩取扱数</p> <p>母体搬送の受入実績</p> <p>母体救命救急症例受入実績</p>	<p>高度母体救命体制(M型)加算の創設</p> <p>受入・取扱実績に応じた診療報酬増の仕組みが必要</p> <p>母体救急症例受入実績に応じた診療報酬増の仕組み</p> <p>産婦人科以外に診療科における妊産婦診療加算</p>	<p>周産期センターと救命救急センターの連携補助(補助金)</p> <p>産婦人科医の救命救急センター研修支援</p> <p>産婦人科当直体制の充実(拘束者への適正処遇)</p>
<p>地域周産期母子医療センター(これまでの地域周産期母子医療センターの施設基準は満たしていることを前提とする)</p>	M型	<p>(母体救命救急対応能力指標)</p> <p>麻酔科の24時間体制</p> <p>救命救急センター併設の有無</p> <p>(optional:脳神経外科の24時間体制)</p> <p>心臓血管外科の24時間体制)</p> <p>大量出血に対応可能な輸血体制</p> <p>ハイリスク妊娠・分娩取扱数</p> <p>母体搬送の受入実績</p> <p>母体救命救急症例受入実績</p>		
<p>地域新生児医療センター</p>	N型	<p>(病的新生児対応)</p> <p>1000g未満児の取扱数</p> <p>1500g未満児の取扱数</p> <p>新生児搬送の受入実績</p> <p>新生児搬送(迎え搬送、三角搬送、戻り搬送)の実績</p> <p>新生児外科手術件数</p> <p>新生児心臓外科手術件数</p>	<p>N型加算の創設</p> <p>新生児科医師数に応じた補助金の増額</p> <p>受入・取扱実績に応じた補助金の増額</p> <p>新生児搬送の診療報酬上の評価</p>	

療機関の負担を増加させる。図4に消防庁調査による政令指定都市における産科・周産期傷病者搬送の現場滞在時間の現状を示した。大都市においても地域差が非常に大きいことが示されている。地域によっては産科救急患者の受け入れを促進するシステムの構築が必要なことは明らかである。

図4

大都市の産科・周産期傷病者搬送事案における現場滞在時間30分以上の事案が占める割合



※ 表中背景色の付いている項目は、全国平均の割合を上回るもの。

- 3) 他の診療科・部門における妊婦の診療について：妊婦に発生した合併症の診療は、産婦人科以外の診療科・部門にとって、通常の診療以上の配慮が必要であり、負担感が強いのが実情である。初期臨床研修制度において産科を必修診療科とした背景には、そのような妊婦アレルギーを払拭するねらいがあったが、その効果が現れるにはある程度の時間が必要である（平成22年度以降必修診療科から外れることになれば、そのような効果は期待できなくなる）。歯痛、腰背部痛等の比較的軽症の合併症を有する妊婦が産科以外の診療科で処方拒否されるのは日常なことである。特に救急診療においては、妊産婦を敬遠する傾向は顕著であり、周産期センターに患者が集中する傾向を助長している実態がある。産科以外の診療科・部門で妊婦を対象とした診療が円滑に行われるためには、特別な配慮が必要な妊婦の診療について、医療機関及び診療に当たる医師に対する incentive の付与が有効であると考えられる。

② 提言：産婦人科初期・二次救急医療システムの構築

1) 都道府県および市町村は、地域の医師会および産婦人科医療機関の協力を求めて、地域の初期・二次産婦人科救急システムの整備を推進する必要がある。(大阪府では平成21年度に産婦人科一次救急ネットワーク事業を立ち上げようとしている(図5,6)。)

図5 産婦人科一次救急医療ネットワーク整備事業／構築のねらい

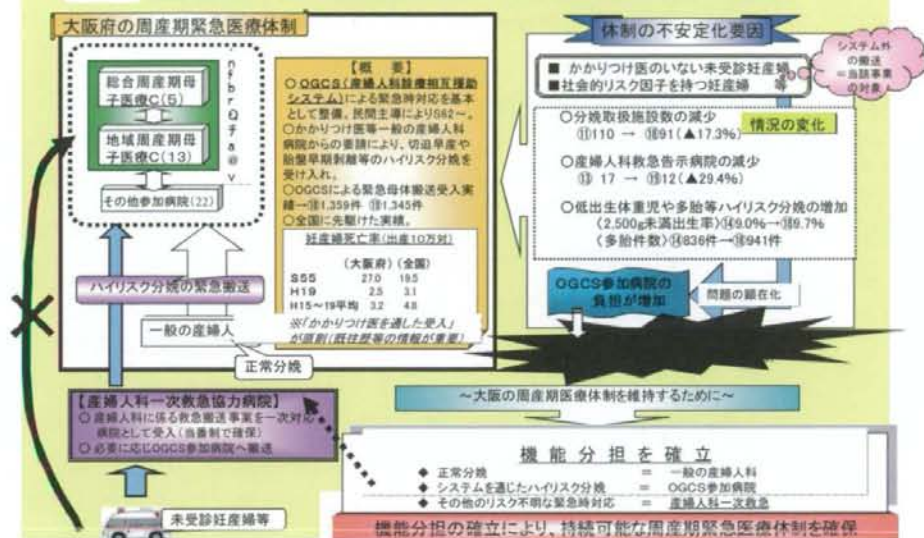
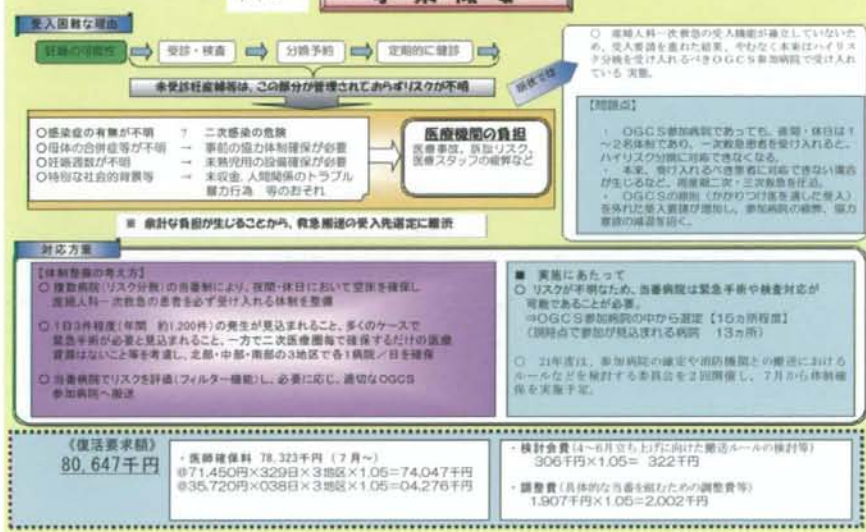


図6 ～事業概要～



③ 提言：他の診療科・診療部門に対する妊婦受け入れ促進策

- 1) 救命救急センターならびに二次救急病院の他の診療科における妊産婦受入を奨励することを目的として、「妊産婦救急加算」を創設する必要がある（時間内：外来 1000 点／件・入院 5000 点／件程度、時間外：外来 1500 点／件・入院 7500 点／件程度）。
- 2) 時間外妊産婦救急加算については、実際に診療に当たった医師に対して「時間外妊産婦救急診療手当」として支給されるものとする。

(エ) 周産期救急患者の病態に応じた搬送・受入基準

- ① 東京都の周産期医療協議会では、「妊産婦救命が必要と判断された場合：意識消失・バイタルサインの変化・激しい腹痛・頭痛など」を母体救命救急症例の示す症状の例としてあげている。母体の症状から、母体救命救急症例だと判断できればその後の対応は比較的容易である。問題は、初期の症状が曖昧で、診断に苦慮する場合で、その時点で適切と考えた対応が、結果論としては不適切と判断される可能性がある。従って、確実な症例だけを対象とするということでは、漏れが生じる。施設間である程度のオーバートリアージを容認する合意を形成することが必要である。それを含めて、どのような搬送・受入基準を作成するか、施設間で誤解の余地がないように十分に検討した上で決定する必要がある。搬送症例についての事後検討等を通じて、初期・二次施設とセンター施設との間のコミュニケーションを深め、連携を強化する必要がある。
- ② 搬送・受入基準について、地域の実情を十分に考慮して検討し、実際の運用の中で、よりよいものへと改良していく必要がある。

3. 周産期センターにおける各診療部門の問題—NICUの抱える問題点の検討

(ア) 基本認識：

- ① 新生児科医の抱えている問題：わが国の新生児医療は新生児科医の献身的な努力によって切り開かれてきた。NICUは24時間体制で医師が常駐する必要があり、本来は交代勤務制が実施されるべき施設だが、新生児科医の絶対的不足と、施設当たりの医師数が限られていることから、当直回数が著しく多くなるとともに当直あけの連続勤務が常態化しており、膨大な時間外勤務をこなすことになっている。新生児科も非常に過酷な勤務条件となっている。診療上のニーズの増大に伴う業務量の増加に新生児科医の絶対数が全く追いついていない。病的新生児は非常に不安定で、その生命の維持には長期間にわたる細心の注意と高度の診療技術が必要である。また、病的状態から人生

を開始した児に対しては、その後も長期にわたるフォローアップが必要であり、その中には児の家族に対するケアも非常に重要である。新生児科医にかかる負担、ストレスは非常に大きく、精神的身体的に燃え尽きて、現場を離れる医師も多い。新生児科は小児科の一部とみなされており、独立した診療科、専門領域としての認知が不十分である。新生児科学を専門に研究し、その専門医を養成する講座を有する医学部はわが国ではごく少数しかない。新生児科医は NICU が本拠地となるため、通常の医師のキャリアパスの一つである開業というオプションがその専門性を生かす形では存在しない。開業する場合は小児科医としての開業となり、生涯に涉って専門性を生かす機会に恵まれない可能性がある専門領域なのである。従って、新生児科医が抱える問題を解決の方向に導くためには、1) 新生児科を標榜科として認めること、2) 大学医学部における新生児科講座を増加させ新生児医学・医療専門の研究者・臨床医の養成が確実に行われる体制とすること、3) 各地域の NICU の規模を大きくし、施設当たりの新生児科医数を確保することにより、無理のない交代勤務制をとるよう誘導策をとること、4) 現状では新生児科医が担っている業務の一部を実施可能な nurse practitioner の制度化とその養成を検討すること、5) 制度上の位置づけが曖昧な新生児搬送(迎え搬送、三角搬送、戻り搬送)の位置づけを明確化し、搬送に伴うリスクを最小限にするとともに搬送に看護師等が同乗できる体制を整備すること等が必要であり、いずれも喫緊課題として取り組まれる必要がある。

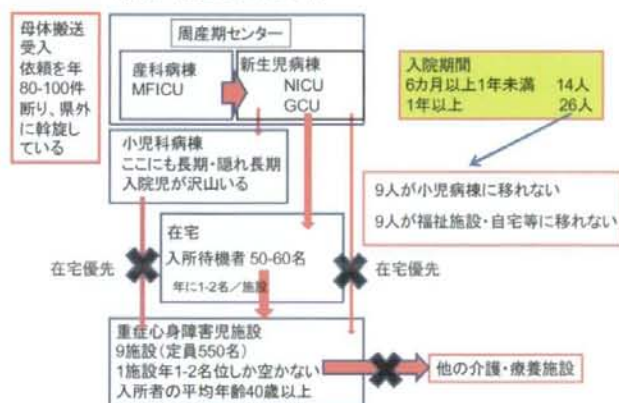
- ② **NICU の絶対数不足**：新生児科医および NICU スタッフの勤務の過酷化を招き、経験のある人材の安定的確保が困難となる背景には、NICU の絶対数が不足しているために、満床でも受け入れざるをえない状況が常態化していることが関係している。NICU を増やすための様々な努力がなされているが、人材の確保困難のために、施設は整備されても十分に稼働できない状況が全国でおきている。NICU を増やすためには、新生児科医および NICU スタッフの養成システムと NICU における勤務実態の把握とそれに対する適正な評価、そして勤務条件の改善が推進される必要がある。
- ③ **新生児病棟の看護配置の問題**：新生児病棟（広義の NICU）は重症児および急性期の新生児を対象とした狭義の NICU と急性期を脱し、成長を待つ **growing care** の段階となった児を対象とする GCU から構成されている。前者は常時 3:1 の看護配置、後者は常時 8:1 の看護配置とされているが、狭義の NICU の絶対数の不足のために、受け入れざるを得ない新生児の入院によって本来は狭義の NICU で継続的に管理されるべき児が GCU に押し出される、ということがおきる。その結果、8:1 の配置の部署でより濃厚な看護が必要な患児を管理することになり、さらなる勤務者の負担増加の重大な要因となっ

ている。

- ④ NICUの長期入院児の問題：図7に神奈川県における周産期センター-新生児病棟（広義のNICU）の長期入院児の状況を示した。NICUは新生児のための施設であり、1歳以上の児は、本来はNICUの対象ではない。しかし重症で退院できず、

他の病棟や病院に移ることもできずに1年以上の長期入院となっている児が2008年2月の時点で26名存在していた。このような児が全国の新生児病棟の約4%の病床を占めていると

図7 神奈川県におけるNICU長期入院児の状況（2008年2月）



いう調査がある³⁾。新生児病棟の重症児が退院するためには、患児とその家族を系統的に支援する地域の仕組みが必要だが、それが整備されていないことが問題の解決を困難なものにしている。このような長期入院が起きる背景には、以下のような問題がある。

- 小児病棟に重症児を看ることのできる病床が著しく少ない（看護配置の関係で、多くの重症児には対応できない）
- 重症児の在宅支援システムの欠如
 - (ア) 在宅児レスパイト入院システムの未整備
 - (イ) 訪問看護制度の活用が困難
 - (ウ) 学校教育の問題
 - (エ) 学校教育修了後の問題
- 療育施設—重症心身障害児者施設の問題
 - (ア) 療育施設の病床数が不足している
 - ① 入院患者の高齢化が進み、新たな受け入れが困難になっている
 - ② 地域による差がある
 - ③ 肢体不自由児施設だった施設が多く、重症心身障害児の受け入れが少ない
 - (イ) 重症児の受け入れ体制が整っていない

- ① 診療報酬制度が重症児受け入れを前提にしていない
- ② 療育施設の医師の多くは小児神経科医であり、呼吸管理などの経験が少ない
- ③ 多くの療育施設の看護師も同様に呼吸管理などの経験に乏しい
- ④ 地域における具体的な重症児の必要病床数が示されていない
- ⑤ 医師の確保が難しい

(ウ) 連携

- ① 児童相談所からの措置入院を主として受け入れてきた歴史があり、医療施設側との直接の連携ができていないことが多い
- 流れが各段階で滞っている：重症児への対応として、新生児病棟→小児病棟→在宅→療育施設という大きな流れが考えられるが、そのすべての段階で移行が困難な状況がある。各段階の流れを改善することが、母体搬送や新生児搬送の受入の改善に直結すると考えられる。
 - 重症児の問題は、周産期医療に限定される問題ではなく、わが国の障害児(者)医療・福祉政策全体の問題として、総合的な対策を立案し、実行する必要がある。
- ⑤ 新生児搬送をめぐる問題点：新生児搬送に対する診療報酬上の評価は、(小児患者等を含めて病態が不安定な患者を、医師が同乗し救急用の自動車等で搬送した場合の評価である)緊急搬送診療料として1300点が算定されるにすぎない。「妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に算定する」妊産婦緊急搬送入院加算5000点と比較しても、その物理的負担やかかる経費を勘案すれば、不均衡に評価が低いことは明らかである。新生児搬送においては、新生児緊急搬送用のドクターカーを有する施設の新生児科医が、患児を出生した産科施設に迎えに行き、必要な蘇生処置を施し、自施設への搬送(迎え搬送)、自施設が収容できない場合は他施設への搬送(三角搬送)を日常的に実施している。また、周産期センターで管理を受け、状態が安定した児を地域の病院に戻すことによって周産期センターのNICU病床を確保するための搬送(戻り搬送)も数多く行われている。このような新生児搬送業務は、地域の限られた医療資源を最大限に活用するために非常に有用であるにもかかわらず、診療報酬上は非常に評価が低く、担当施設および担当者のボランティアによってかろうじて運営されているのが現状である。

(イ) 新生児科が抱える問題への対策：わが国の新生児医療を安定的、持続可能なものとするためには、勤務条件の改善と incentive 付与による人材の確保、制度改革、補助金および診療報酬による誘導等、多角的で広範な対策が必要である。以下に必要と考えられる諸施策を表 4 に示すとともに、特に喫緊に必要と考えられる事項を列挙した。

表 4. 新生児医療を改善するための施策

新生児受入阻害要因	改善のための方策		
	制度	補助金	診療報酬
NICU 不足	医療計画における NICU 設置目標値の設定	NICU 増床に対する補助 (国・県)	NICU 管理料の増額 (総合周産期において 10000 点/日) NICU 管理料 2 (看護配置は 3:1、小児科医師は院内勤務で可) の新設 (6000 点/日) 逆搬送受入加算
新生児科医不足	新生児科の標榜科化 NICU の規模を大きくする必要性 (労働条件の改善と診療成績の向上) 看護師・助産師による役割分担と補助業務の拡大 新生児集中ケア認定看護師制度の普及拡大 時間外勤務手当の (法令で定めるとおりの全額) 適正支給 当直翌日の勤務緩和	特殊勤務への待遇改善 (新生児緊急搬送・終夜の集中治療勤務・医療事務補助者の配置) 教育専門職や退職者による研修医に対する教育プログラム参加への補助 新生児心肺蘇生法普及事業への補助 時間外搬送・ハイリスク分娩立ち会い・入院に從事した産科・小児科・麻酔科医師への直接手当支給 (補助金) 産科・小児科・救急部門の専門医研修奨励金制度	交代勤務導入加算
NICU 看護師不足			
GCU 8:1 看護配置	GCU 看護基準の見直し		
小児病棟 重症児対応能力	NICU 入院児支援コーディネーターの配置の 100% 国補助 小児 HCU 制度の新設 (4:1 体制? HCU 加算?)		超重症児管理料の新設 (6000 点/日)
在宅支援の不十分さ	在宅支援センターの設置 訪問看護の促進		レスパイト入院への保険適用 在宅医療管理料の増額
療養病床での受入	『区分 2』に「脳性麻痺」の病名を入れる		超重症児管理料の新設 (6000 点/日)
重症心身障害児者施設			超重症児管理料の新設 (6000 点/日)

*NICU 入院児支援コーディネーターについては、社会福祉士の活用が有効と考えられる。

「新生児集中治療病床の運用を確保するために不可欠の対策」

(*同懇談会報告書に記載されている該当箇所を示す)

1. 診療報酬改定でNICU医療の改善が見込まれる事項とその対応内容

(ア) NICU に対して

- 新生児集中治療管理料 1 (1日につき) 10,000 点
 - 現行の新生児集中治療管理料を同①として増額する。専任医師の当直体制 (NICU 勤務・情報処理・搬送) を継続する。
- 新生児集中治療管理料 2 (1日につき) (新設) 6,000 点
 - 医師当直体制が NICU と小児科勤務を兼ねている NICU に対して新設する。その他の施設基準は新生児集中治療管理料①と同じ。
- 新生児緊急搬送料 (新設) 10,000 点
 - 医師又は看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児を搬送したときに算定する。
- 新生児入院医療管理加算の増額 (1日につき) 3,600 点
 - *第3 基本的な方針 1 国の責務 (P7) *第7 おわりに (P20)

(イ) 一般小児科病棟と重症心身障害児施設に対して

- 超重症児管理料 (1日につき) (小児科) 6000 点 (療育施設) 5000 点
 - 一般小児科、重症心身障害児施設 (包括入院管理料) として新設し、従来の加算は廃止する。
- レスパイト入院管理料 (1日につき) (小児科、療養施設) (新設)
 - 6000 点 (呼吸管理) 4000 点 (非呼吸管理)
 - 在宅医療を行っている家族への支援を行い、一般小児病床をレスパイト入院に活用する。
- *第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 ② 後方病床拡充と長期入院している重症児に対する支援体制の充実(P13)

2. NICU の増床補助、搬送コーディネータ補助

(ア) 施設設備補助 (1床当たり 1200 万円)、運営補助金の増額

- 総合周産期母子医療センターにおいて 70 センターで各 6 床 = 420 床
- 総合で増床できない県は、地域周産期母子医療センターで増床
 - *第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 ①

N I C U の確保 (P13)、③人的リソースの維持・拡充(P14)

(イ) 都道府県を越えた広域搬送協力コーディネータの全額補助

- *第4 周産期救急医療体制についての提言 5 救急医療情報システムの整備 (1)周産期医療情報システムの改良 (P17), (2)搬送コーディネータの役割 (P18)

3. NICU 長期入院対策

(ア) NICU 長期入院支援コーディネータを全額補助

- *第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 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(P13-14)

4. 新生児集中治療の位置づけを明確にする

(ア) 標榜科として「新生児科」の承認

- *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 (2) 新生児医療担当医不足(P3)
- *第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 ① NICU の確保(P12-13)

5. 新生児科医へのインセンティブ

(ア) 救急車医師・看護師同乗搬送手当 2万円/人

(イ) ハイリスク分娩立会い手当 1万円/分娩

(ウ) 時間外入院手当 1万円/1入院

- *第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (2) 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー(P10-11)

4. 周産期センターにおける各診療部門の問題—麻酔科の抱える問題点の検討

(ア) 現状認識：

- ① 周産期センターでは、産科救急においても母体救命救急においても、リスクの高い緊急手術を必要とすることが多く、麻酔科医の24時間対応体制は必要不可欠である。
- ② 現行の周産期医療システム整備指針において地域周産期母子医療センターの施設整備について、「帝王切開術が必要な場合30分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員」の配置が望ましいとされている。このような超「緊急」の帝王切開術は非常にリスクが高い。専門の麻酔科医の関与なしに安全に対応可能な体制をとることはきわめて困難である。現実には常時、「30分以内に児の娩出が可能」な施設は、総合周産期センターで47%、地域周産期センターで28%にすぎないのが現状である。迅速な対応が困難な理由は、1. 夜間、土日祝日の麻酔科医の当直は、総合周産期センターでは70%、地域周産期センターでは約30%でしか行われていない。2. 周産期センターに専属する麻酔科医

	総合周産期C	地域周産期C
ほとんど存在せず、		
大部分の麻酔科医は併設される大規模病院での業務を主としている。		
3. 麻酔科医の当直体制がとられていても、一名ですべて		
	総合周産期C	地域周産期C
・ 30分以内の緊急帝切いつでも対応可能	18(47.4%)	26(28.2%)
日勤帯なら対応可能	18(47.4%)	44(47.8%)
ほぼ不可能	2(5.3%)	20(21.7%)
・ 律速段階(複数回答)		
手術室	12(31.6%)	44(47.8%)
麻酔科医	11(28.9%)	21(22.8%)
産科医	9(23.7%)	13(14.1%)
看護師	6(15.8%)	12(13.0%)

の診療科の院内・院外からの緊急手術に対応しなければならないため、産科救急に手が回らない。4. 手術室看護師の十分な確保ができていない点にある(池田班調査による)。すなわち、周産期センターにおいても十分な麻酔科医師数が確保されていないため、「30分以内に児の娩出が可能」な体制はおろか、「緊急帝王切開術」すら迅速に開始できない施設が多く存在する現実がある。

- ③ 現在、本邦の麻酔管理(全身麻酔、脊椎・硬膜外麻酔)の麻酔科医によるカバー率は約60%でしかない。この麻酔科医の絶対的な不足は、周産期センターに限らずすべての領域で同様である。ここ数年、麻酔科医数は年3-4%の割合で増加しているが、高齢化による手術必要患者の増加が麻酔科医の増加を上回るため、麻酔科医不足は高齢化が収束しない限り解消されないと予想される。このような状況下で、周産期・救急医療の場、特に周産期センターで専属に麻酔業務を行う麻酔科医を確保するための方策を積極的に推進する必

要がある。

- ④ 欧米諸国だけでなく、アジア諸国においても産科麻酔は、麻酔科の専門領域として人気があり、多くの麻酔科医が周産期センターで専属の麻酔科医として働いている。しかしわが国で産科麻酔を専門とする麻酔科医の数は極めて少なく、数十名にすぎない。周産期医療現場での麻酔科医配置が進まない理由の一つに、帝王切開を含む産科麻酔に対する診療報酬上の評価がきわめて低いことがあげられる。帝王切開術では母児双方に対する配慮が必要であることから、帝王切開においては可能であれば全身麻酔よりも局所麻酔—脊髄くも膜下麻酔または硬膜外麻酔が医学的に望ましいとされており、実際周産期センターにおける帝王切開術の93.3%は脊髄くも膜下麻酔で行われている。帝王切開術における全身管理は母体と児の双方の予後に影響することから、特に合併症を有する場合や緊急手術例では技術的に高度であり、全身麻酔と同等の細心の管理が必要である。しかし、全身麻酔に対する診療報酬が、7000点（重症加算で+2200点）であるのに対し、脊髄くも膜下麻酔では1750点に過ぎない。また妊産褥婦に他の診療科の合併症に対する手術が必要となった場合、全身管理は非常に高度なものとなるが、その評価は全くなされていない。そのため、麻酔科医は診療報酬の高い全身麻酔に集中し、麻酔科の設置されている病院においてすら産婦人科医が脊髄くも膜下麻酔を行うことが日常化している。現在、わが国の周産期センターにおける帝王切開術の年間平均件数は200・300件である。これに対して支払われる診療報酬約500万円は、常勤麻酔科医1名の雇用すら不可能な金額である。この診療報酬体系上の妊産褥婦の麻酔管理に対する低評価は、周産期センターへの麻酔科医配置の最大の障害となっている。今後も麻酔科医の争奪が激化する中、限られた麻酔科医を周産期・救急部門に誘導するためには、診療報酬の早急な改善が必須である。
- ⑤ 無痛分娩はわが国では普及が進んでいないが、周産期センターでは心循環系に合併症を有する妊婦などで分娩中の母体の循環系の変動を最小限にするという医療上の必要から、対応可能な体制の整備が求められている。そのような体制の整備は、周産期センターにおける緊急手術への対応能力の強化のためにきわめて有効である。そのためには、これまでは十分とは言えない無痛分娩に対する診療報酬上の評価を検討する必要がある。

(イ) 麻酔科が抱える問題への対策：以下のような対策をとることにより、周産期センターへの麻酔科医の関与の充実を誘導することが可能と考えられる。

- ① 帝王切開の脊髄くも膜下麻酔および硬膜外麻酔の診療報酬を全身麻酔と同額とする。