

200905004A

厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

周産期母子医療センターの診療体制及び 診察実績による評価項目と評価法に関する研究

平成21年度 総括・分担報告書

平成22年6月

研究代表者 池ノ上 克

(宮崎大学医学部長 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

周産期母子医療センターの診療体制及び
診療実績による評価項目と評価法に関する研究

平成 21 年度 総括・分担報告書

平成 22 年 6 月

研究代表者 池ノ上 克

(宮崎大学医学部長 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

目 次

I. 総括研究報告

- 周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と
評価法に関する研究 1
池ノ上 克

II. 分担研究報告

1. 周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法に関する研究 —都市部システムの評価— 13
杉本 充弘
2. 周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法に関する研究 —地域システムの評価— 27
佐藤 秀平
3. 周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法に関する研究 —母体リスク対応の評価— 31
池田 智明
4. 周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法に関する研究 —新生児リスク対応の評価— 35
楠田 聡

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 37

IV. 成果の刊行物・別刷 41

研究代表者

池ノ上 克 宮崎大学医学部長 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授

研究分担者

杉本 充弘 日本赤十字社医療センター周産母子・小児センター センター長

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 センター長

池田 智明 国立循環器病センター周産期科 部長

楠田 聡 東京女子歯科大学母子総合医療センター 教授

研究協力者

金子 政時 宮崎大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 准教授

厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

周産期母子医療センターの診療体制及び
診療実績による評価項目と評価法に関する研究

研究代表者 池ノ上 克

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「周産期母子医療センターの診療体制及び
診療実績による評価項目と評価法に関する研究」
総括研究報告書

研究代表者：池ノ上 克 宮崎大学医学部長 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授
研究分担者：杉本 充弘 日本赤十字社医療センター周産母子・小児センター センター長
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 センター長
池田 智明 国立循環器病センター周産期治療科 部長
楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター新生児部門 教授
研究協力者：金子 政時 宮崎大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 准教授

研究要旨

周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目を設定し、評価基準案を作成した。まず、周産期母子医療センターを、新生児センター、MFICU、センター全体の 3 つの評価対象に分けた。新生児センターと MFICU の評価は、施設機能、人的体制、実績の 3 つに分けて、それぞれの項目を設定した。今回は、一部の項目に対しては評価基準を設定せず、実態調査に留めた。センター全体としての地域の貢献度をみるために、センター全体を評価対象として、研修会、地域との連携、システムに分けて評価項目を設定した。また、評価者の一部を医師会、消防署、麻酔科、輸血部として第三者からの評価を受けることとした。

上記の評価項目と評価基準案に従って、都市総合周産期センター；2 施設、地方総合周産期センター；1 施設、都市地域周産期センター；2 施設、地方地域周産期センター；2 施設を対象に、試行調査を行った。その結果、新生児センターの評価が、MFICU に比較して低いこと、総合周産期センターに比較して地域周産期センターの評価が低いことが分かった。この原因分析には、全国調査の結果が必須であるが、新しい周産期医療体制整備指針への対応の遅れや設定項目の難易度等が考えられた。また、実績評価において、絶対数での評価と割合での評価の 2 つの面から評価を行ったが、この点に関しては、今後の検討課題である。さらに、NICU 入院児の定義を、新生児集中治療室管理料又は新生児特定集中治療室管理料を算定されている児とし、ハイリスク妊娠の定義をハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩加算の対象となる疾患として、管理した患者の重症度の定義を行った。

しかし、この方法で定義されない疾患でも重症な疾患があり、如何なる疾患を重症度の高い疾患として定義するかは、今後の検討課題である。

A.研究目的

周産期の救急患者の受入困難事案が平成20年11月に発生したことを受け、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」が設置され、今年3月の報告書が取りまとめられた。この中で、周産期母子医療センターについて、その診療実績を踏まえた評価の仕組みを導入する方針が示され、平成21年度中に着手することになっている。そこで、本研究では、全国の周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績について適切に評価する項目と評価基準を作成することを目的とした。

B.研究方法

厚生労働省による周産期母子医療センターの実態調査（平成21年4月1日現在）、周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～報告書（平成21年3月4日）および周産期医療体制整備指針を踏まえて、評価可能な項目を抽出し、基準案を作成する。

次にモデル施設を対象に、評価項目・基準案を適用した試行調査を実施する。この調査結果から、評価項目の実行性、妥当性および評価基準の正当性を検証する。

（倫理面への配慮）

特に必要とすることはなし。

C.研究結果

1. 基準案の作成（別紙参照）

周産期母子医療センターを、新生児センター、MFICU、センター全体の3つの評価対象に分けた。新生児センターとMFICU

の評価は、施設機能、人的体制、実績の3つに分けて、それぞれ項目を設定した。今回は、一部の項目に対しては、評価基準を設定せず、実態調査のみに留めた。

施設機能に関しては、保険認可の有無に関らず周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数および必要な職員を確保しているかどうかについて実態調査を行うこととした。

人的体制に関しては、看護師数と医師数は周産期医療体制整備指針に規定されている数を満たすか、それ以上ならば加点することとした。また、周産期（新生児、母体・胎児）専門医数の評価は、単に数のみならず施設の教育体制への評価の意味あいも含めており、人数に応じて加点することとした。麻酔科医に関しては、センター内に24時間確保されている場合と病院内に確保されている場合との格差をつけた。MFICUにおいては、周産期医療体制整備指針に規定してある関係診療科との連携および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）に対応する機能を考慮にいて、院内に24時間体制で脳外科医、心臓外科医、循環器内科医が確保されている場合は加点するようにした。

実績に関しては、地域のニーズに応える施設を高く評価することを念頭においた。しかし、都市と地方の違いや周産期医療体制の整備の違いから公平な評価項目の設定が難しく、結果として実態調査のみの項目が多くなった。また、同様の理由から評価項目に実数と割合との両面から評価する項目を設定した。搬送に関しても、実数では地域における発生数が異なり、また一方で、割合で評価するとどれ位の頻度で発生して

いるのかという資料がなく、実態調査に留めた。

周産期医療体制の整備には、新生児センターとMFICUとの協調が不可欠である。このことを考慮に入れて、センター全体の評価項目を設定した。研修会、地域との連携、システムに分けてこの評価を行うこととした。システムに関しては、地域への貢献度を評価する目的と周産期体制の整備に関する麻酔科および輸血部の協力を得る目的で、評価者を一部、第三者に委ねた。

2. 配点と評価基準

新生児センター：施設機能 0点、人的体制 14点、実績 21点、合計 35点

MFICU：施設機能 2点、人的体制 10点、実績 16点、合計 28点

センター全体：研修会 2点、地域との連携 1点、システム 15点、合計 18点

総計は、新生児センター 53点、MFICU 46点である。

新生児センターの評価基準は、総計53点の60%以上をA評価、53点の50%以上60%未満をB評価、53点の50%未満をC評価とした。MFICUの評価基準は、総計46点の60%以上をA評価、46点の50%以上60%未満をB評価、46点の50%未満をC評価とした。

3. 試行調査（表）

都市総合周産期センター；2施設、地方総合周産期センター；1施設、都市地域周産期センター；2施設、地方地域周産期センター；2施設で試行した。

それぞれの大項目の得点率は、人的体制；新生児センター 42.8±25.4%、MFICU 50±26%、実績；新生児センター 27.2±18%、MFICU 44.7±22.7%、合計

点；新生児センター 33±17%、MFICU 49±12.1%、評価点；新生児センター 48.7±13.3%、MFICU 60±8.7%であった。

① 新生児センター

人的体制は、都市総合周産期センターの評価が高く、地方総合周産期センター、地域周産期センターの評価が低い結果となった。実績は、総合周産期センターが地域周産期センターより高い結果となった。総合評価では、都市総合周産期センターがAおよびB評価であったが、地方総合周産期センターと全ての地域周産期センターはC評価でとなった。新生児搬送受入れ数は、今回は実態調査のみで評価項目とはしなかったが、人的体制が整っていない地域周産期センターでも、総合周産期センターと同程度の搬送を受入れていた。

② MFICU

施設機能と人的体制は、地域周産期センターの評価が低い結果となった。実績は、都市地域周産期センターが高く、またひとつの地方地域周産期センターでも高い評価となった。総合評価では、都市および地方の総合周産期センター、都市の地域周産期センターではA評価であり、地方の地域周産期センターでは、BとC評価であった。母体搬送受入れ数は、今回は実態調査のみで評価項目とはしなかったが、必ずしも総合周産期センターが、地域周産期センターより多くの母体搬送を受入れているわけではなかった。

D. 考察

今回、周産期センター評価基準案を作成

して、7つの施設で試行調査を行った。この調査から得られた結果に対して下記のような考察を行った。

(1) 新生児センターの評価・得点率は、MFICUのそれと比較して低い。

人的体制および実績とも得点率で比較すると、いずれも新生児センターが、低い結果となった。人的体制に関しては、周産期医療体制整備指針に則って項目の設定を行った。全国的に調査をしないと明らかなことは言えないが、新生児センターの整備が新しい整備指針に追いついていないのかもしれない。実績に関しては、項目の設定が新生児センターにとって厳しいものになっているのか今後、検討していく必要がある。

(2) 地域周産期センターの得点率が低い。

地域周産期センターの得点率が、総合周産期センターと比べて低い傾向にある。この点は、人的体制の違いから当然出てくる違いであると考えられる。しかし、人的体制が整っていないにも関わらず、実績をあげている施設もあり、このような施設を評価する方法も今後検討していく必要があるものと思われる。

(3) 絶対数の評価か、割合での評価か？

新生児センターの評価では、NICU入院数に対する割合を、MFICUの評価では、全分娩数に対する割合で評価する項目を設定した。NICU入院児の定義は、注釈で示したが、重症度は異なる。地域によっては定義に合うが重症度のより低い児を多く受け入れざるを得ない施設がある。また、分娩数も地域や施設の事情によりローリスク分娩を数多く受けざるを得ない施設がある。一方で、絶対数の評価にすると、発生数そのものが、都会と地方では異なるので、評

価の基準を一律に設定することが難しい。そこで、今回は、両面からの評価を行ったが、今後の検討課題である。

(4) NICU入院児とハイリスク妊娠の定義について

NICU入院児は、新生児集中治療室管理料又は新生児特定集中治療室管理料を算定されている児と定義して、重症度の定義を試みた。MFICUの評価では、ハイリスク妊娠を、ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩加算の対象となる疾患として、重症度の定義を試みた。ただし、このような定義では、評価し得ない疾患も存在し、適切な疾患定義に関しては、今後の検討課題である。

E. 結論

周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法の作成を行った。現時点で、評価基準を設定できない項目に関しては、加点せずに実態調査とした。実際に運用された評価結果は、周産期母子医療センターの充実を目的として利用されるものであり、施設のランク付けのためではない。

今後は、実態調査を踏まえて、全国の周産期母子医療センターの適切な評価法が作成され、コトの周産期医療行政のさらなる張ってと充実に資するものにつながると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

注釈

新生児センター

- #1. 規定する NICU とは、保険認可の有無に関わらず周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数および職員を確保しているものを指す。
- #2. 規定する GCU とは、保険認可の有無に関わらず周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数および職員を確保しているものを指す。
- #3. NICU 入院児とは、新生児（特定）集中治療室管理料を算定されている入院児とする。
- #4. 出迎え搬送とは、受け入れ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。
- #5. 三角搬送とは、周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れ医療機関に搬送すること。
- #6. 戻り搬送とは、状態が改善した妊婦または新生児を受入れ医療機関から搬送元あるいは地域の医療機関に搬送すること。

MFICU

- #1. 規定する MFICU とは、保険認可の有無に関わらず周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数および職員を確保しているものを指す。
- #2. ハイリスク妊娠とは、ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩管理加算の対象となる疾患とする。

評価

1. 新生児センター評価；
新生児センター評価点と共通評価項目点を合わせた合計点を元に行う。
(NICU 評価合計点=NICU 評価点+共通評価項目点)
2. MFICU 評価；MFICU 評価点と共通評価項目点を合わせた合計点を元に行う。
(MFICU 評価合計点=MFICU 評価点+共通評価項目点)
3. 上記それぞれの合計点が総合点の 60%以上ならば A 評価、50～<60%ならば B 評価、50%未満ならば C 評価とする。

表. モデル施設における評価

	都市総合A	都市総合B	地方総合A	都市地域A	都市地域B	地方地域A	地方地域B
新生児センター							
施設機能(0)							
保険認可NICU数	15床	15床	9床	6床	15床	3床	3床
保険認可GCU数	0床	40床	15床	0床	25床	13床	5床
人的体制(14)	10点	11点	2点	6点	3点	3点	7点
人的体制・得点率	71.4	78.6	14.2	42.8	21.4	21.4	50
実績(21)	7点	11点	10点	3点	5点	3点	1点
実績・得点率	33.3	52.4	47.6	14.3	23.8	14.3	4.8
NICU入院数	147名	249名	102名	65名	243名	54名	110名
極低出生体重児数	50名	101名	61名	14名	37名	13名	15名
極未数/N入院数	34%	40.6%	59.8%	21.5%	13%	24.1%	13.6%
超低出生体重児数	21名	61名	37名	7名	34名	9名	2名
超未数/N入院数	14.3%	24.5%	36.3%	10.7%	13%	16.7%	1.8%
新生児搬送受入数	47件	107件	10件	2件	59件	38件	49件
出迎え搬送数	0	13件	3件	2件	0件	3件	5件
三角搬送数	0	0	0	0	0件	0件	2件
戻り搬送数	3件	41件	33件	1件	2件	1件	0
合計点(35)	17点	22点	12点	9点	8点	6点	8点
合計点・得点率	48.6	62.9	34.3	25.7	22.9	17.1	22.9
MFICU							
施設機能(2)	2点	2点	2点	2点	1点	1点	1点
保険認可MFICU数	9床	6床	9床	0床	6床	0床	0床
人的体制(10)	7点	8点	7点	6点	2点	3点	2点
人的体制・得点率	70	80	70	60	20	30	20
実績(16)	7点	1点	7点	10点	11点	4点	10点
実績・得点率	43.8	6.3	43.8	62.5	68.8	25	62.5
全分娩数	782	2477	661	280	366	772	371
ハイリスク妊娠	36%	8%	42%	90%	55%	9.4%	50%
帝王切開率	34%	19.2%	22.8%	50.3%	43%	71%	33%
母体搬送受入数	110件	184件	126件	131件	182件	264件	161件
合計点(28)	16点	11点	16点	18点	14点	8点	13点
合計点・得点率	57.1	39.3	57.1	64.3	50	28.6	46.4
センター全体							
研修会(2)	2点	2点	2点	2点	2点	1点	1点
地域との連携(1)	1点	1点	1点	1点	1点	1点	1点
システム(15)	11点	15点	9点	11点	13点	11点	11点
合計点(18)	14点	18点	12点	14点	16点	13点	13点
評価・得点率							
新生児センター(53)	31	40	24	23	24	19	21
新生児センター・得点率	57%	75%	45%	43%	45%	36%	40%
MFICU(46)	30	29	28	32	30	21	26
MFICU・得点率	65%	63%	61%	70%	65%	46%	50%

()内は配点を示す。

評価は総配点に占める総得点の割合を示す。

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

周産期母子医療センターの診療体制及び
診療実績による評価項目と評価法に関する研究
－都市部システムの評価－

研究分担者 杉本 充弘

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書

「周産期母子医療センターの診療体制及び
診療実績による評価項目と評価法に関する研究
－都市部システム評価－」

研究分担者：杉本 充弘

日本赤十字社医療センター 周産母子・小児センター長

研究要旨

都市部においては複数の周産期母子医療センターが存在するにも関わらず、救急搬送受け入れ困難事例が少なくない。その背景には施設における人員配置や診療能力の格差、および地域格差等によりセンター間での受け入れ能力や実績に差が生じている可能性がある。そこで、都市部の代表例である東京都における周産期母子医療センターの取り扱い実績を分析するとともに、診療現場のスタッフよりヒアリングを行い、センターの評価項目を抽出し基準案の策定を行った。都市部においてはセンター管轄区域内のみならず隣接区域ならびに他県で発生した救急事例の受け入れ実績等も評価に加味すべきである。今後、都市部において限られた医療資源を有効活用し、周産期患者取り扱い実績を増加させていくためには、周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による評価項目と評価法を確立させ、関連予算の適切な配分によりハード面、ソフト面での充実をはかっていくことが必要である。

A. 研究目的

全国的に周産期救急患者の受け入れ困難が社会問題となっている。とくに本来高度医療機関が複数あり、医療資源が豊富と考えられていた都市部においてその傾向が強い。例えば東京都には全国の特設機能病院 81 のうち 12 病院があり、うち周産期センターが 8 病院を占め、特に区部には高度医療機関が集中している。平成 21 年 12

月 1 日現在、東京都の周産期母子医療センターは、全部で 23 施設、NICU は 219 床ある（図 1, 表 1）。ただ、医療供給体制が多くとも、人口集中に応じて救急需要がそれを上回るため、搬送先選定には長時間を要するケースが少なくない。その要因として、救急搬送における医療施設相互間の連携、情報伝達が不十分である可能性とともに、人員配置や診療能力の格差、お

よび地域格差等により周産期センター間での受け入れ能力が質・量ともに施設間で差を生じていることが考えられる。

限られた医療資源を有効活用し、地域の周産期診療体制を強化するためには、行政からの運営補助予算を最も適切に配分していく必要がある。そこで本研究においては、周産期母子医療センターの診療体制および診療実績について分析し、母体合併症への対応、高度な未熟児治療への対応なども含め、都市部における周産期センターの診療内容、稼働実績を反映し得る評価項目と評価基準の作成を行うこととした。

B. 研究方法

東京都における周産期母子医療センターの診療体制および取り扱い実績の直近のデータを分析し、診療能力に影響する要因につき、分担研究者の所属する周産期センターにおいて産科、新生児科でヒアリング調査、協議を行った。それに基づき評価項目を抽出し、基準案の策定を行った。

(倫理面への配慮) 該当する項目なし

C. 研究結果

東京都福祉保健局の資料より東京都周産期母子医療センター等の現況(平成21年12月1日現在)を表1に

示した。また、平成21年度上半期の各施設の患者取り扱い実績を表2に示した。

これによるとまず産科部門(表2-1)では、総合周産期母子医療センターの各施設間において、母体搬送要請件数は最少69件から最多175件まで、同様に、受け入れ件数は20件から93件、受け入れ率は26.4%から53.1%まで差をみとめる。患者取り扱い実績にはMFICUや後方病床数などの施設規模、全分娩数など表にあるデータ以外に、施設が総合病院であるか、高度救急に対応できる施設であるか、スタッフの数や勤務体制、担当ブロック内外の搬送患者発生数など多数の要因が関与している可能性がある。

地域周産期母子センターの各施設間の取り扱い実績について、母体搬送要請件数は最少5件から最多153件まで、同様に、受け入れ件数は1件から76件、受け入れ率20.0%から78.6%までなどさらに大きな差がある。また、センターが管轄する搬送ブロック内のみならず搬送ブロック外ならびに他県で発生した救急事例の受け入れ実績についてもセンター間で差がある。

新生児部門(表2-2)では、総合周産期母子医療センター各施設間において、新生児搬送要請件数は最少10件から最多86件まで、同様に、受け

入れ件数は8件から64件、受け入れ率34.5%から100%までなどと差がみとめられる。新生児部門においても、患者取り扱い実績にはNICU、GCUのベッド数などの施設規模、新規入院患者数など表にあるデータ以外に、総合病院であるか、小児科専門病院であるか、心臓など手術に対応できるか、スタッフの数や勤務体制、担当ブロック内外の搬送患者発生数などの多くの要因が関与している可能性がある。地域周産期母子センター各施設間においては、新生児搬送要請件数は最少8件から最大241件まで、同様に、受け入れ件数は6件から186件、受け入れ率37.5%から100%までなどとより大きな差がみとめられる。また、産科と同様、センターが管轄する搬送ブロック内のみならず搬送ブロック外ならびに他県で発生した救急事例の受け入れ実績についてもセンター間で差がある。

こうした患者取り扱い実績の違いの要因について、施設規模やスタッフ数、勤務体制、その他の診療活動等において、研究分担者の所属する総合周産期母子センターの現場で勤務している産科および新生児科医からヒアリングを行い、診療実績を反映できる評価項目を抽出したものを表3に示した。

周産期母子医療センターのなかに

も、さまざまな母体や胎児の合併症に対応できる施設と、主に新生児未熟児医療を中心としている施設とが存在する。母体や胎児のさまざまな合併症を扱えるかどうかを評価するためには、内科や外科など数多くの診療科の設備やスタッフが備わっているかという総合病院機能をみる必要がある。

また、センターの施設設備においては院内の周産期部門に専用エレベータを有しているか、分娩室やNICU、手術室、救急外来など連携部門が近接しているかなど機能面での評価がこれまでされていない。こうした面での評価も行い、診療の機動力、迅速な対応能力も評価すべきであるとしている。また、遠距離搬送の受け入れにも対応できるようヘリポートの設置の有無も項目に挙げた。

一方、ハード面のみでなく、ソフト面での評価も重要である。スタッフにおいては医師のみでなくセンターに勤務する看護師や薬剤師が周産期専門知識を備えているかを評価すべきとしている。また、地域連携室を備え、医療連携業務に従事するスタッフや、事務処理など医師の業務を補助するスタッフの数も重要である。勤務体制においてはスタッフ、とくに医師が長時間連続勤務にて疲弊することが診療能力の低下、離職、ひいては受け入れ困難や医療事故につながる可能性

がある。このため、交替制勤務体制となっているか、超過勤務やオンコール勤務に適切な歯止めと業務量に応じた対価があるかどうかを評価すべきとしている。この他にも、地域における周産期医療体制検討会や症例検討会、勉強会などの開催状況、母体や新生児のバックトランスファー数、新生児のフォローアップ体制なども考慮し、総合的に施設評価を行うべきである。

D. 考察

都市部においては複数の周産期センターが設置されているが、それぞれのセンターには診療実績に差がみとめられていた。これにはMFICUや後方病床数、NICU、GCUのベッド数などの施設規模、全分娩数や新規新生児入院患者数などの数値以外に、スタッフの数や経験、専門性、スタッフの勤務体制、担当ブロック内外の搬送患者発生数など多くの要因が関与している可能性がある。こうしたデータの分析、および救急取り扱いの現場でのスタッフの意見を取り入れて都市部における周産期センターの診療内容、稼働実績を反映できる評価項目の作成を行った。救急医療においてはすでに表4に示すような施設評価基準があり、それに倣って周産期母子医療センターにおいても項目ごとに評価点をつ

けて加点し総合的に客観的評価できるようにすべきである。地方においては、他に周産期母子医療センターがないため施設、人員に余裕がなくとも無理をして救急搬送を受け入れている場合が少なくないことが予想されるが、都市部においては、センターが複数存在するため、余裕がない場合には受け入れ困難とし他施設に診療を委ねる傾向がある可能性がある。したがって、管轄する搬送ブロック内のみならず搬送ブロック外ならびに他県で発生した救急事例の受け入れ実績についても評価項目にする必要がある。

今後は地域の周産期施設、地方自治体、関連学会、医会等と協力したうえで基準案の妥当性を検証し、より適切に評価できる項目を作成、運用していくことが周産期診療のさらなる充実につながるであろう。

E. 結論

昨今、都市部における周産期医療の危機、とくに救急搬送受け入れが困難になる例が相次いで報道され社会問題化している。行政には少子化対策の重要な柱としても周産期医療の充実をはかり、地域住民の不安を解消していくことが求められている。しかし、スタッフの育成、施設の整備には多額の予算と長い年月を要するため、周産

期医療の拡充を早期に実現することは困難である。そのため、限られた医療資源をより有効に活用し、周産期関連の予算配分を適切に行うことで実効ある周産期医療体制の整備を進めていくことが重要である。都市部において地域住民のニーズにできるだけ応えられるよう、患者取り扱い実績数を増加させていくためには、広域における周産期医療提供体制を整備する視点も取り入れることがのぞまれる。そのためには周産期母子医療センターの診療体制及び診療実績による適切な評価項目と評価法を確立させ、ハード面、ソフト面双方において実効ある整備が必要である。