

図3 3病院における医師1人あたり1週間の平均業務時間 (時間)

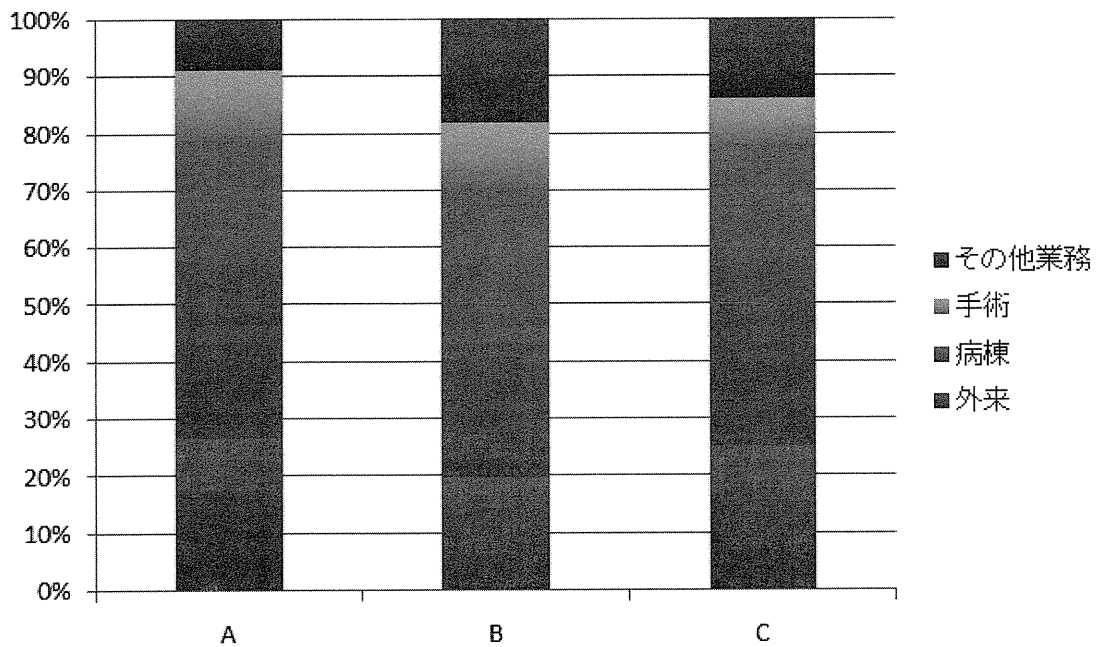


図4. 3病院における1週間の業務時間の業務種類別割合 (%)

評価項目及び配点基準

1. NICU、GCU（新生児センター）の評価項目

	評価項目	評価	配点基準
A. 施設 機能 (病床 規模)	1 医療保険届出 NICU 数(新生児集中治療室管理料(総合周産期特定集中治療室管理料)、新生児特定集中治療室管理料 1、新生児特定集中治療室管理料 2)	床	実態調査のみ(加点なし)
	2 周産期医療体制整備指針に規定する NICU 数(人工換気可能病床数) ^{#1}	床	実態調査のみ(加点なし)
	3 医療保険届出 GCU 数	床	実態調査のみ(加点なし)
	4 周産期医療体制整備指針に規定する GCU 数 ^{#2}	床	実態調査のみ(加点なし)
B. 人的 体制 (勤務ス タッフ)	a 看護師		
	1 NICU 勤務看護師数(センター内)	総数 名 全ての病床に対して i) 3:1 未満 ii) 3:1 iii) 3:1 より多い 常時 3 床に 1 名の看護師が勤務していること	実態調査のみ (加点なし) ①全ての病床に対して 3:1 の場合 : 1 点 ②全ての病床に対して 3:1 より多い場合 : 2 点
	2 GCU 勤務看護師数(センター内)	総数 名 全ての病床に対して i) 6:1 未満 ii) 6:1 iii) 6:1 より多い 常時 6 床に 1 名の看護師が勤務していること	実態調査のみ(加点なし) 全ての病床に対して 6:1 : 1 点 全ての病床に対して 6:1 より多い : 2 点
	3 新生児集中ケア認定看護師数(日本看護協会資格)	総数 名	実態調査のみ(加点なし)
	b 医師		
	1 センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格)	名	人数に応じて 1 点加点
	2 センター内の 24 時間体制で新生児医療を担当する医師数(オンコールは除く) (1)NICU 病床数 15 以下の場合 (2)NICU 病床数 16 以上の場合	名 名	①1 名の場合 : 1 点 ②2 名以上の場合 : 2 点 ①2 名の場合 : 1 点 ②3 名以上の場合 : 2 点
	3 院内に 24 時間体制で小児外科医が確保されている(オンコールは除く)	i)有 ii)無	有の場合 : 1 点
	4 24 時間体制で麻酔科医が確保されている(オンコールは除く)	i)病院内 ii)センター内 iii)無	①病院内の場合 : 1 点 ②センター内の場合 : 2 点
	5 必要な専門医コンサルテーション(専門医に意見を聞くこと)が可能(オ	i)可能 ii)不可能	実態調査のみ(加点なし)

	ンコールを含む) (眼科、小児循環器科、小児循環器外科、脳神経外科、整形外科)		
	c その他		
	1 NICU入院児支援コーディネーター ^{#3} が確保されている	i) 病院内 ii) センター内 iii) 無	①病院内の場合: 1点 ②センター内の場合: 2点
	2 臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	i) 病院内 ii) センター内 iii) 無	①病院内の場合: 1点 ②センター内の場合: 2点
C. 実績	a 入院患者		
	1 総入院数 (NICU 及び GCU における)	名	実態調査のみ (加点数なし)
	2 人工換気必要児入院数 (NICU 及び GCU における)	名	実態調査のみ (加点数なし)
	3 医療保険届出 NICU 入院児数 ^{#4}	名	実態調査のみ (加点数なし)
	4 在胎期間別入院数 (NICU 及び GCU における)		
	22~23 週	名	実態調査のみ (加点数なし)
	24~27 週	名	実態調査のみ (加点数なし)
	28~33 週	名	実態調査のみ (加点数なし)
	34~36 週	名	実態調査のみ (加点数なし)
	5 出生体重別入院数 (NICU 及び GCU における)		
	~499g	名	実態調査のみ (加点数なし)
	500~999g	名	実態調査のみ (加点数なし)
	1,000~1,499g	名	実態調査のみ (加点数なし)
	1,500~1,999g	名	実態調査のみ (加点数なし)
	2,000~2,499g	名	実態調査のみ (加点数なし)
	2,500g 以上	名	実態調査のみ (加点数なし)
	6 在胎期間別生存率 (生後 28 日を超過して生存した率、生存数/医療保険届出 NICU 入院児数)		
	22~23 週	%	実態調査のみ (加点数なし)
	24~27 週	%	実態調査のみ (加点数なし)
	28~33 週	%	実態調査のみ (加点数なし)
	34~36 週	%	実態調査のみ (加点数なし)
	7 極低出生体重児入院数 (出生時 1,500g 未満)	名	40~79 名 1点 80 名以上 2点
	8 極低出生体重児入院数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	%	*
	9 超低出生体重児入院数 (出生時 1,000g 未満)	名	15~29 名 1点 30 名以上 2点
	10 超低出生体重児入院数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	%	* × 2 点
	11 開頭、開胸、開腹手術症例数	名	10~19 名 1点 20 名以上 2点
	12 開頭、開胸、開腹手術症例数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	%	* × 2 点
	b 搬送		
	1 新生児搬送の受入れ総数	名	実態調査のみ (加点数なし)

2	新生児出迎え搬送 ^{#5} 数	名	実態調査のみ（加点なし）
3	新生児三角搬送 ^{#6} 数	名	実態調査のみ（加点なし）
4	新生児戻り搬送 ^{#7} 数	名	実態調査のみ（加点なし）

* 10%以上 30%未満： 1点

30%以上 50%未満： 2点

50%以上： 3点

2. MFICU の評価項目

	評価項目	評価	配点基準
A. 施設 機能	a 病床規模		
	1 医療保険届出 MFICU 数	床	実態調査のみ (加点なし)
	2 周産期医療体制整備指針に規定する MFICU 数 ^{#1}	床	実態調査のみ (加点なし)
	3 手術室		
	①センター内	i)有 ii)無	①有の場合: 1点
	②病院内	i)有 ii)無	②実態調査のみ(加点なし)
	b センター設備		
	1 センター内血液ガス分析装置	i)有 ii)無	有の場合: 1点
	2 センター内分娩監視装置数	台	実態調査のみ (加点なし)
	3 センター内超音波診断装置数	台	実態調査のみ (加点なし)
4 センター内呼吸循環監視装置数	台	実態調査のみ (加点なし)	
B. 人的 体制 (勤務ス タッフ)	a 看護師数		
	1 MFICU 勤務助産師・看護師数	総数 名 全ての病床に対して i)3:1未滿 ii)3:1 iii)3:1より多い 全病床を通じて常時 3床に1名の助産師又 は看護師が勤務して いること	①全ての病床に対して 3:1の場合 : 1点 ②全ての病床に対して 3:1より多い場合: 2点
	b 医師数		
	1 周産期(母体・胎児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格)	名	人数に応じて1点加算
	2 センター内に24時間体制で産科を担当する医師数		
	(1)MFICU 病床数6以下でオンコール体制が確保されている場合	名	①1名の場合: 1点 ②2名以上の場合: 2点
	(2)MFICU 病床数7床以上の場合	名	①2名の場合: 1点 ②3名以上の場合: 2点
	3 24時間体制で麻酔科医が確保されている(オンコールは除く)	i)病院内 ii)センター内 iii)無	①病院内の場合: 1点 ②センター内の 場合 : 2点
	4 院内に24時間体制で脳外科医が確保されている(オンコールは除く)	i)有 ii)無	有の場合: 1点
	5 院内に24時間体制で心臓外科医が確保されている(オンコールは除く)	i)有 ii)無	有の場合: 1点
6 院内に24時間体制で循環器内科医が確保されている(オンコールは除く)	i)有 ii)無	有の場合: 1点	
C. 実績 (入院 患者数)	1 全分娩数(妊娠22週以降の分娩数)	名	実態調査のみ(加点なし)
	2 取り扱ったハイリスク妊娠 ^{#2} 数(分娩管理まで行った数)	名	実態調査のみ(加点なし)
	3 全分娩数に占めるハイリスク妊娠 ^{#2} の割合	%	*×2
	4 分娩時週数別分娩取扱数 22~23週	名	実態調査のみ(加点なし)

	24～27 週	名	実態調査のみ (加点なし)
	28～33 週	名	実態調査のみ (加点なし)
	34～36 週	名	実態調査のみ (加点なし)
5	分娩時週数別分娩取扱数の全分娩数に対する割合		
	22～23 週	%	①10%以上 20%未満 : 1 点 ②20%以上 : 2 点
	24～27 週	%	①10%以上 20%未満 : 1 点 ②20%以上 : 2 点
	28～33 週	%	実態調査のみ (加点なし)
	34～36 週	%	実態調査のみ (加点なし)
6	帝王切開数	名	実態調査のみ (加点なし)
7	帝王切開率(帝王切開数/全分娩数)	%	*
8	多胎妊娠分娩数	名	実態調査のみ (加点なし)
9	多胎妊娠分娩率(多胎妊娠分娩数/全分娩数)	%	*
10	母体搬送受入れ数	名	実態調査のみ (加点なし)

* 10%以上 30%未満 : 1 点

30%以上 50%未満 : 2 点

50%以上 : 3 点

3. センター全体の評価項目

	評価者	評価項目	評価	配点基準
A. 研修会		1 合同症例検討会 ^{#1} の開催	i)有 ii)無	有の場合： 1点
		2 新生児蘇生法講習会 ^{#1} の開催	i)有 ii)無	有の場合： 1点
B. 地域との連携		1 周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会 ^{#2} への参加	i)有 ii)無	有の場合： 1点
C. システム	都道府県医師会	1 24時間常時、1次施設から入院受入れが可能である	i)可能 ii)不可能	可能： 2点
	管轄消防本部	2 24時間常時、救急隊からの直接受入れが可能である	i)可能 ii)不可能	可能： 2点
	院内麻酔科	3 24時間常時、帝王切開が可能である	i)可能 ii)不可能	可能： 2点
	院内輸血部	4 24時間常時、輸血が可能である	i)可能 ii)不可能	可能： 2点
	院内医療安全部	5 医療安全策の確保	i)有 ii)無	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修に年2回以上参加している： 1点
		6 オープン・セミオープンシステムの導入	i)有 ii)無	有の場合： 2点
		7 分娩や新生児を取り扱う医師に手当 ^{#3} を支給する等処遇の改善が図られている	i)有 ii)無	有の場合： 2点
		8 交替制勤務、短時間勤務などにより当直翌日の勤務配慮を行っている	i)有 ii)無	有の場合： 2点

注釈

1. NICU、GCU（新生児センター）の評価項目

#1. 「周産期医療体制整備指針に規定する NICU 数（人工換気可能病床数）」とは、新生児用人工換気装置を有する病床であり、医療保険届出の有無に関わらず、周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数及び職員を確保しているものの数を指す。

【総合周産期母子医療センター】

設備：新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）、新生児搬送用保育器、その他新生児集中治療に必要な設備を備えるものとする。

病床数：9床以上とする（12床以上とすることが望ましい。）。ただし、三次医療圏の人口がおおむね100万人以下の地域に設置されている場合については、当分の間、6床以上で差し支えないものとする。

職員：次に掲げる職員の確保に努めるものとする。

- ・ 24時間体制で新生児医療担当医が勤務していること。
- ・ 常時3床に1名の看護師が勤務していること。
- ・ 臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

【地域周産期母子医療センター】

設備：新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、保育器、その他新生児集中治療に必要な設備を備えることが望ましい。

職員：次に掲げる職員を配置することが望ましい。

- ・ 24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること。
- ・ 各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること。
- ・ 臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

#2. 「周産期医療体制整備指針に規定する GCU」とは、医療保険届出の有無に関わらず、周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数及び職員を確保しているものを指す。

【総合周産期母子医療センター】

設備：NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。

職員：常時6床に1名の看護師の確保に努めるものとする。

【地域周産期母子医療センター】

職員：次に掲げる職員を配置することが望ましい。

- ・ 24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること。

- ・各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること。
- ・臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

#3.「NICU入院児支援コーディネーター」とは、周産期医療体制整備指針に基づき、NICU、GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図る者を指す。

#4.「医療保険届出NICU入院児」とは、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入院児とする。

#5.「出迎え搬送」とは、受入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。

#6.「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医療機関に搬送すること。

#7.「戻り搬送」とは、状態が改善した妊婦又は新生児を受入医療機関から搬送元又は地域の医療機関に搬送すること。

2.MFICUの評価項目

#1.「周産期医療体制整備指針に規定するMFICU」とは、医療保険届出の有無に関わらず、周産期医療体制整備指針に規定されている設備、病床数及び職員を確保しているものを指す。

【総合周産期母子医療センター】

設備：分娩監視装置、呼吸循環監視装置、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）、その他母体・胎児集中治療に必要な設備を備えるものとする。

職員：次に掲げる職員の確保に努めるものとする。

- ・24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が勤務していること。
- ・MFICUの全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

【地域周産期母子医療センター】

設備：緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器、分娩監視装置、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）、微量輸液装置、その他産科医療に必要な設備を備えることが望ましい。

職員：帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員を配置することが望ましい。

#2. 「ハイリスク妊娠」とは、ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の対象となる疾患とする。

3. センター全体の評価項目

#1. 「合同症例検討会」及び「新生児蘇生法講習会」とは、外部の医師等も対象にして、センターが主体的に開催しているものを指す。

#2. 「周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会」とは、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、都道府県が設置したものを指す。

#3. 「分娩や新生児を取り扱う医師に対する手当」とは、医療提供体制推進事業費補助金の産科医等確保支援事業及び新生児医療担当医確保支援事業による手当を指す。

評価基準

1. NICU、GCU（新生児センター）に関する評価

- ・ NICU、GCU（新生児センター）に関する評価については、「1. NICU、GCU（新生児センター）の評価項目」と「3. センター全体の評価項目」により、評価を行う。
- ・ 具体的には、「1. NICU、GCU（新生児センター）の評価項目」の点数と「3. センター全体の評価項目」の点数を合計し、当該合計点について、以下の表に従い、評価を行う。

合計点	評価
53 点の 60%以上	A 評価
53 点の 50%以上 60%未満	B 評価
53 点の 50%未満	C 評価

2. MFICUに関する評価

- ・ MFICUに関する評価については、「2. MFICUの評価項目」と「3. センター全体の評価項目」により、評価を行う。
- ・ 具体的には、「2. MFICUの評価項目」の点数と「3. センター全体の評価項目」の点数を合計し、当該合計点について、以下の表に従い、評価を行う。

合計点	評価
46 点の 60%以上	A 評価
46 点の 50%以上 60%未満	B 評価
46 点の 50%未満	C 評価

東京都周産期母子医療センター
平成22年度 患者取扱実績(産科・第1～4四半期分)

産科実績(22年度)総括表 4月～3月

Table with columns: 施設種類/施設数, 全体, 総合, 地域. Rows include: 要請回数, うち受入, 総合・地域受入割合, 母体搬送 (元別内訳, 地域別再掲), 産褥搬送件数, スーパー-母体救命受入件数(再掲), 未受診妊婦受入件数(再掲).

参考

Table with columns: 施設数, 平成10年度年度計, 平成11年度年度計, 平成12年度年度計, 平成13年度年度計, 平成14年度年度計, 15年度年度計, 16年度年度計, 17年度年度計, 18年度年度計, 19年度年度計, 20年度年度計, 21年度年度計, 22年度年度計. Rows include: 分娩件数 (週数別, 方法別), 母体搬送 (要請総数, 受入総数, 産褥搬送件数), 未受診妊婦受入件数(再掲), 母体搬送一受入率.

— 27 —

産科実績(個別表)

Table with columns: 平成22年度, 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, 合計. Rows include: M-FICU, 後方病床, 全分娩件数, 母体搬送 (元別内訳, 地域別再掲), 産褥搬送件数, スーパー-母体救命受入件数(再掲), 未受診妊婦受入件数(再掲), 母体搬送一受入率.

※育児医療センター並びに国際医療研究センターについては、地域周産期母子医療センター認定が平成22年10月1日であるため、認定日からの実績数値である。

東京都周産期母子医療センター
平成22年度 患者取扱実績(NICU・第1~4四半期分)

NICU実績(22年度)総括表 4月-3月

Table with columns for 平成22年度, 全体, 総合センター, 地域センター. Rows include ベッド数, 新規入院患者数, 出生体重別, 合計, 新生児搬送, 地域別, 医師出動件数.

参考

Table showing trends from 平成10年度 to 平成22年度. Rows include ベッド数, 新規入院患者数, 新生児搬送, 受入不可件数, 医師出動件数, 超低出生体重児比率, 超低出生体重児比率.

NICU実績(個別表)

Large table showing NICU performance by center and region. Columns include 平成22年度, 総合周産期母子医療センター (各施設), 地域周産期母子医療センター (各施設), 合計. Rows include ベッド数, 新規入院患者数, 出生体重別, 合計件数, 人数, 搬送元内訳件数, 地域別, 医師出動件数, 新生児搬送一次受入率(%).

※成育医療研究センター並びに国際医療研究センターについては、地域周産期母子医療センター認定が平成22年10月1日であるため、認定日からの実績数値である。

會議資料

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「周産期医療体制の推進に関する研究」第 1 回全体会議議事録

日 時：平成 22 年 10 月 2 日（土）15：00～

会 場：東京八重洲ホール「612」

出席者：池ノ上 克，杉本充弘，楠田 聡，池田智明，佐藤秀平，徳永昭輝，
前田 眞，岡本喜代子，関本美穂，井本寛子，福原康之，榊原康洋，金子政時

（敬称略）

【議事次第】

1. あいさつ
2. 研究班メンバーの自己紹介
3. 検討事項について
4. スケジュールについて
5. 予算執行について

1. あいさつ

池ノ上：平成 22 年度厚生労働省科学研究費補助金「周産期医療体制の推進に関する研究」第 1 回全体会議を始めさせていただきます。お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。5 時までの予定ではありますがしっかり議論をしたいと思います。

平成 20 年でしたか、周産期症例の救急搬送の受け入れ困難という症例がいくつか発生致しまして、それから体制の整備と推進ということが各方面で行われております。それに関する研究班ということで、私どもは平成 21 年度から携わっております。今年度は第 2 期として 2 年間にわたってそれを整備拡充していくということで、前回関わっていただいた先生方とまた新たな先生方にも参加いただきまして、更なる充実した報告書をまとめたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

榊原：厚生労働省医政局指導課で小児・周産期医療係長をやっております榊原と申します。今日はお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。周産期医療体制についてはご承知かとは思いますが、NICU やその後方病床の整備が課題となっています。厚生労働省としては平成 22 年 1 月 29 日閣議決定した「子ども・子育てビジョン」に基づいて NICU を平成 26 年度までに出生 1 万人当たり 25～30 床を目標に整備するとか、周産期医療に携わる医師の確保等、周産期医療体制の充実に取り組んでいます。また今年度の診療報酬改訂や予算においても周産期医療の充実を図るための対策を盛り込んでいるところであります。

本日の議題であります周産期母子医療センターの評価については、もともと「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」というのが平成 20 年の墨東病院事件の後に舛添元厚生労働大臣のもとに改正されまして、ここでまとめられた報告書で平成 21 年度以降に検討すべき事項と提言され、先生方のご議論を経て、4 月 20 日に医政局指導課長通知として送付させていただいたところです。都道府県を通じて各センターから評価結果の報告がなされておりまして、本日はその報告をもとに活発な議論が行われることと思います。どうぞよろしくお願い致します。

2. 研究班メンバーの紹介

池ノ上：ありがとうございました。それでは今回第 1 回全体会議でございますので、研究メンバーの先生方の自己紹介をお願いします。

杉本：日本赤十字社医療センター周産母子センターの杉本です。都内の墨東病院をきっかけとする医療体制の見直しということが継続して行われているわけですが、東京都自体は母体救命の搬送体制とコーディネーターという二つの新しい体制を取っていて、それなりに受け入れの体制が少しずつ整備されている段階です。今後もう少し中身のある搬送体制というのが構築されるようにということで、今回の研究班の内容を期待しております。よろしくお願い致します。

徳永：徳永です。よろしくお願い致します。新潟市民病院に 20 年ほど勤務しておりまして、平成 14 年から自分自身でクリニックを開業し、現在、分娩数は月間 30 件くらいで、いろんな先生方と協力しながらやっております。大学在籍中は、婦人科を中心にやっておりました。今回、産科を中心にやっている開業医の立場で研究にお役に立てればと思い、参加させていただきました。

池田：国立循環器病研究センターの池田です。平成 17 年まで宮崎の池ノ上先生の下で周産期、産婦人科を勉強させていただきました。大阪にきて 5 年ですが、大阪の総合周産期は 5 つありまして、OGCS というものが動いておりますが、その中で地域周産期センターとして MFICU、NICU を中心にやっております。よろしくお願い致します。

楠田：東京女子医科大学母子総合医療センター 新生児部門の楠田です。先ほどご紹介いただいた墨東病院のケースも NICU がネックになったということで、我々としては今後そのようなことが起こらない

ように皆さん方のお力を借りてなんとかしていきたいと思えます。よろしくお願い致します。

佐藤：青森県立中央病院の佐藤です。東北地区の6県ともやはり産科もNICUもドクターが足りないという状況がずっと続いています。その中で東北地区の総合周産期医療センターを含めた母子センターの充実に関して東北のチームで何かできないかということも話をしています。今回会議の中で、できるだけ各施設の充実だけでなく地域の充実についてもどこかで検討できればよいかと思っています。よろしくお願い致します。

関本：東京大学大学院公共政策学の関本と申します。私はもともと麻酔科医です。研究のテーマとして、医療経済学を専攻しています。去年までは京都大学の医療経済学分野に所属していましたが、その時に話題となっていた産科診療体制のことについて診療提供体制構築の仕方であるとか連携の仕方というのが、人的資源・設備の資源などどのような関係があるのか興味がありまして、宮崎大学で、若干のデータ収集や勉強させていただいたご縁で今回ここに参加させていただいております。よろしくお願い致します。

岡本：日本助産師会の岡本と申します。池ノ上先生とは昨年助産師業務ガイドラインの見直しの時にご指導いただきまして、地域医療関連については1.1%と非常に少ないのですが、助産床というのがございまして、助産師会としてもその安全に1番力を入れております。特に大事な周産期医療の連携については少ないのですが、是非一緒に考えさせていただきたいと思えます。よろしくお願い致します。

井本：日本看護協会助産師職の井本と申します。今日は日本看護協会 福井の代理で出席させていただきました。私自身は、杉本先生と一緒に日本赤十字社医療センターで勤務しております。今日はこの会議のことを充分福井に伝達しながら、私自身も助産師としていろんな意見を聞いておきたいと思えます。どうぞよろしくお願い致します。

前田：三重中央医療センター総合周産期医療センター部長をしております前田でございます。僕自身は日本産婦人科医会の会長でいらっしゃる寺尾先生の下で30年以上仕事をしており、指導を受けておりますので、池ノ上先生とも30年以上、未だにご指導を受けております。ちょうど3年前に三重県がワースト3を抜け出せないという話から、佐川先生に三重県にきてくれと言われ、三重県でやって3年目です。浜松でも大変だと思っていたのですが、こんなに大変とは。三重県内のNICU全部が浜松市内のNICUより少ないのです。それにびっくりしました。3年間で9床くらい増えたのですが、ベッドが増

えただけで人員は増えてはいない。なんとなく成績もよくなってきたような気がするのですが、果たして三重県のこの体制が、ちょうど僕のような60歳前がバリバリやっていて、あと5年もつかどうかというのが心配になっています。そういった三重県にフィードバックできるようなご意見とかアイデアをいただければいいなと思って参加しました。僕がこの会に何か役に立つようなことができるかどうかはいささか不安ではありますが、どうぞよろしくお願い致します。

金子：金子と申します。よろしくお願い致します。

3. 検討事項

池ノ上：それでは検討事項に移ります。先ほど榊原先生からご紹介ありましたように墨東病院や大阪の大淀病院だとか、いくつかのいわゆる母体救急症の収容がなかなか困難だということを契機に、全国的に周産期医療体制を整備する必要性が認識されました。そして、それに関する懇談会が開かれて、その懇談会からの提言で周産期医療体制の整備指針が出されました。これが平成21年3月の報告書に取りまとめられて整備指針が出たわけです。これに基づいて全国のいろいろな施設で、例えばNICUのベッド数を増やすとかオープン、セミオープンのシステムを導入していくとか、あるいはコーディネーターを設置して地域との連携をよくしていくとか、臨床心理士等を配置するとか、質的・量的にも整備を進めるということ、全国的に展開していくことになりました。その際に、ただ一律にそれぞれの施設に対して支援しても効率的に整備が進んでいかない可能性があります。そこで、私たちの班研究のテーマとして与えられましたのが、それぞれの施設の評価をどのようにするか、それを地域の周産期医療体制の推進という視点からその質的・量的に推進していくための事業に関わる様々な事項をあげて検討しようということになりました。それが平成21年度の研究テーマであり、既に報告書にもなっています。そこで今年度はある程度の全国的な実態が把握できましたので、その一部を、まだ全部は解析しきれませんが、当教室准教授の金子先生に解析してもらいましたので、それをたたき台にしながら先生方にご議論いただいて、そしてそれぞれのご専門立場から今後こういったところを詰めていけばとか、こういう視点で見るべきではないとか、そういったことをご提言いただければと考えているところがあります。こういうことをやりながら運営費の補助事業だとか体制強化がなるべく空振りに終わらないでバットの芯では捉えられないかもしけれども一応バットに当たるくらいのところまでの評価項目、

評価のあり方が提言できればと思っているところでもあります。実際、どんなことをイメージしてわれわれの班研究が進んでいくか、この1年半弱であります。現在の医療体制の整備の方針をさらにどう言ったところが現実的で、どういったところが非現実であるのかという、体制整備の方針に関する提言が何かでてくれればよろしいかと思えます。それから運営費の補助事業が的確に行われるために、補助金の支援・支給が実際の実情に即したものであるべきであると考えます。それに資するような提言が新たに出来ればと考えております。それから評価をしてみて必ずしも充分ではない、指針に照らして充分でないという施設も出てきますので、そこについてはさらに努力目標といいますか、各都道府県への実施基準をフィードバックするという意味でもそういった作業が有効に使えるということを考えていきたいと思っております。それに合わせまして、先ほど三重県や東北のお話がでましたが、実質どこに問題があるかというのを施設間あるいは各地域というなかでの問題点が浮かび上がってくればよいかなと思っております。もうひとつは、人の問題、医療経済の問題が非常に重くのしかかっておりまして、そういう意味では勤務環境の評価でありますとか、周産期医療そのものの医療経済の中における位置づけですとかそういったところも今回関本先生にメンバーに入ってくださいましたので、委員の先生方のいろんなご議論をいただきながら、データをお取りいただくなり、それを活用していただいて、そういった面からの何か提言をいただければと思っている所でもあります。そういう意味で、今回の第二弾のセンター体制の評価ということで初年度はプレリミナリーな評価に終わった部分もがございますが、それをさらに実行のあるものにしていきたいと考えております。そういうことで、前回の委員の先生方と検討を加えて、ある一定の質問事項のフォーマットを作りました。それを全国の対象となる総合周産期センター、地域周産期医療センターに送って、そこからバックしていただいた。それを金子准教授の方で分析してもらったその結果を話してもらい、その上で先生方のご意見をフリートークの形でお聞きできればと思えます。よろしくお願ひ致します。

金子：まず資料の確認ですが、別添1が今年度実際に調査をしたものです。評価項目および配点基準と書いてあります。今回行いました調査要綱は、池ノ上先生からも説明がありました通り、周産期医療体制整備指針というのが行われまして、それを踏まえたものになっております。これにはいくつか問題点があるかと思いますが、これから得られました個票を榊原さんからいただきまして、それをまとめたものが資料1から資料11まであります。資料1から資料4までがNICU, GCUに関するものです。資

料 5 から資料 6 までが MFICU に関するものです。資料 7、資料 8 が NICU, MFICU, GCU あわせた全体的な質問事項をまとめたもの、それを全てまとめ平均を出したものが資料 9 から 11 になります。ですから 9 から 11 の資料を中心にお話をしていきたいと思えます。

今回、まとめたものは全体で総合周産期センターが 84 か所、地域周産期センターが 252 か所、平成 22 年 4 月 1 日現在の調査であるそうです。このうち評価の対象になった回答数は NICU で総合が回答数 58 施設ありました。MFICU の回答はありますが NICU の回答がないというのが 11 施設ありました。このうち、A 評価が 15 施設、B 評価が 10 施設、C 評価が 33 施設でした。地域におきましては回答が 161 施設ありまして、A 評価 0 施設、B 評価 10 施設、C 評価 151 施設でした。MFICU に関しましては、総合の回答数が 69 施設、A 評価 25 施設、B 評価 25 施設、C 評価 19 施設です。地域に関しましては、21 施設から回答があり、A 評価 1 施設、B 評価 5 施設、C 評価 15 施設でした。ただし今回の回答に関しての注意事項なのですが、現在まだセンターにはなっていませんが今年度中に指定または認定される予定の医療機関も若干含まれているということと、総合周産期母子医療センターのうち国立の NICU は国庫補助対象外のため申請がありません。それから補助金は赤字のセンターのみ対象のため、黒字で補助金申請をしない施設もあるということです。ただそういう施設であっても厚労省の方に回答された施設に関しては個票を特別にいただきまして、今回のまとめの中に加えさせていただいております。実際に資料 9 から 11 をみていただきたいのですが、まず資料 9 です。

池ノ上：ちょっとすみません。A 評価、B 評価、C 評価というのはどのように決めたのでしょうか？

金子：NICU, GCU に関しましては合計点が 53 点になります。そのうち 60%以上の点数をあげた施設を A 評価、50%以上 60%未満の施設を B 評価、50%未満の施設を C 評価としております。MFICU に関しては 46 点満点でしたので 60%以上を A 評価、50%以上 60%未満を B 評価、50%未満を C 評価としています。

金子：資料 9 から 11 の元になるデータが資料 1 から 8 になります。黄色でマークした項目が点数の対象になっているものです。色がついていないものは、今回は実態調査のみにとどめたものです。

まず NICU, GCU の施設機能、人的体制について説明します。ここに示す数字は平均点です。みていただきますとわかるように、NICU, GCU の A 評価、B 評価、C 評価で看護師数に関してはほとんど差がありません。3 : 1 基準に関しても差はなさそうです。6 : 1 基準に関しては、まだ 6 : 1 基準を満たし