

尾(参考文献*)らの医師に行った調査では、特定の訓練や教育を受けた看護師の説明にNCNと5年目以上は同等に考えられていたが、NCNでは上位に入っているコット移床の決定、直接授乳の決定、保育器外抱っこの決定、経口哺乳の開始など患者の状況を継続的にまた総合的に判断する複雑な判断行為は、NCNと5年目看護師では結果に大きな開きがあった。経口哺乳の決定の実施と答えたNCNは、62.7%と決して高い割合ではないが、5年目以上は30.2%と倍以上の差があった。我々の予測に反して、ほとんどのNICUで行われている行為は、全てNCNの方が「実施」と回答する割合が高かった。大この結果は、5年目以上看護師とNCNは同様に考えることはできないということを示している。

また、皮下注射や筋肉注射、人工呼吸の設定の変更、ミルクの注入の開始、動脈ラインからの採血、NCNでも30%以下の項目が、31項目もあった。

よって、看護師の業務拡大を行う場合、NCNが出来ると考える項目から導入することが実現可能性が高い事が示唆された。

E. 結論

看護師の業務拡大を検討する時、NCNと5年目以上看護師では「実施可」と考えている行為等に差があるため、教育内容・方法を分けて検討する必要がある。NICUの中で特定行為を行なおうとする看護師の候補としては新生児集中ケア認定看護師が有望であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

参考文献

*横尾京子、楠田聡、盆野元紀他. 新生児医療における医師と看護師の協働—NICU・GCUにおける看護師の業務に関する展望—. 日本未熟児新生児学会雑誌. 23 ; (2) p96 - 102.

【別添】

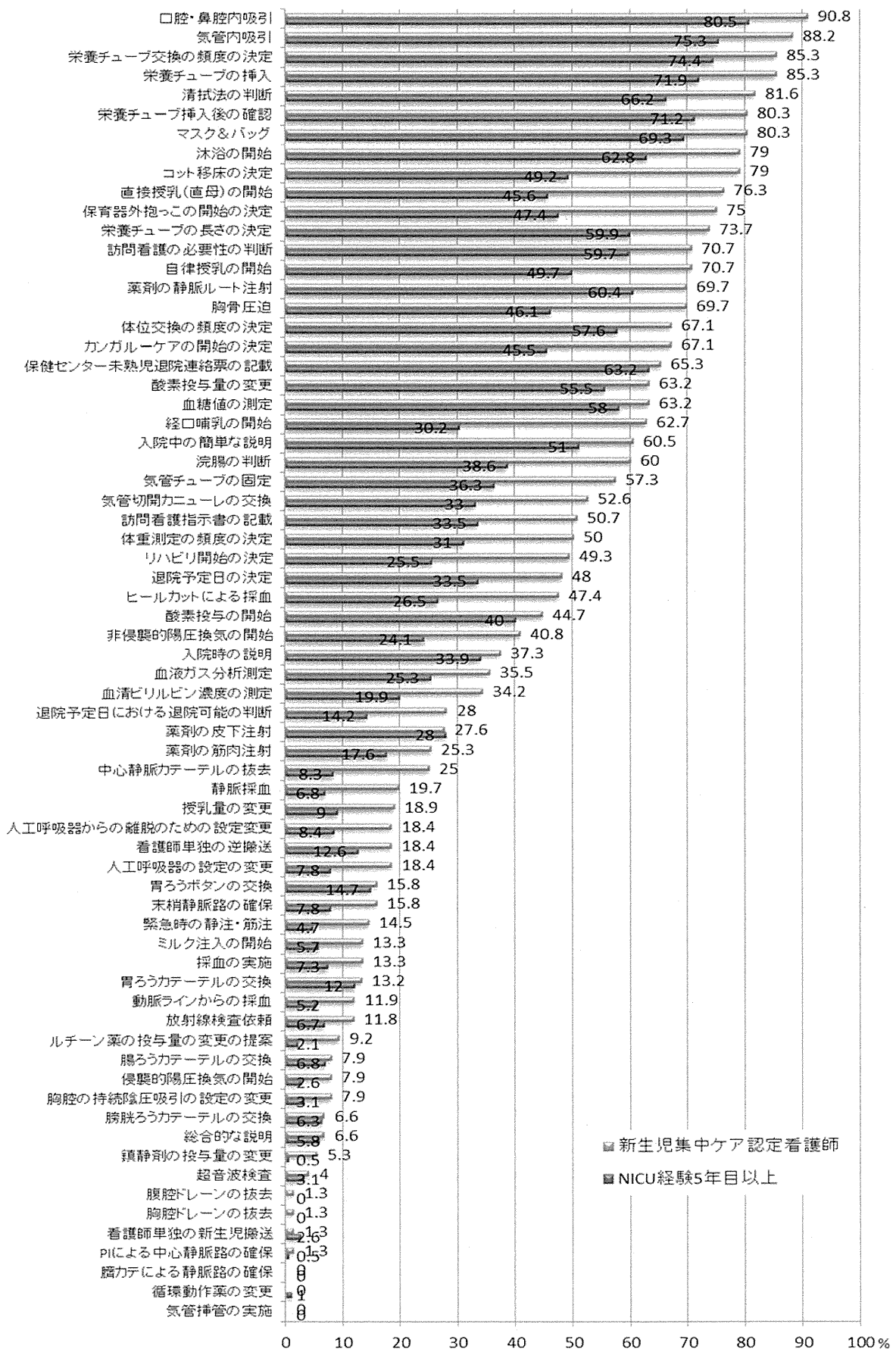


図1 認定看護師と5年以上看護師との将来実施する項目別割合比較

厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究授業）

分担研究報告書 平成 27 年度

—地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究—

分担研究課題（Ⅲ-1）：「周産期母子医療センターの施設基準と評価に関する研究」

研究分担者：鮫島 浩（宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座産婦人科分野）

研究協力者：道方 香織（宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座産婦人科分野）

【研究要旨】

産科医の減少と地域偏在の拡大に伴って MFICU 病床数の施設基準の見直しと地域格差の是正に向けた取り組みが必要となっている。そこでまず、MFICU の現在の施設基準の妥当性について検討した。全国の MFICU へのアンケート調査から算出すると、千出生あたり 0.85 床であった。東京都の実態調査をもとに必要病床数を概算すると、千出生あたり 0.89 床で、現状とほぼ同数であった。次に、アンケート調査をもとに地域格差について検討した。その結果、千出生あたり 0～2 床と大きな格差が存在した。基準値よりも MFICU 病床数が多い地域には、広域搬送地域と分娩数が少ない地域が含まれた。一方、基準値よりも少ない地域には、産婦人科医師数の問題が推測された。ただ、MFICU 病床数と周産期死亡率とは関連を認めず、MFICU のパフォーマンスを表す指標について、さらなる検討が必要である。今後、地域格差を是正するために、基準値よりも少ない MFICU 病床数の都道府県に医療資源の補助が必要と思われる。

A. 研究目的

人口 100 万人の医療圏あたり総合周産期医療センターを 1 ヶ所、MFICU を千出生あたり 0.6 床整備する指針が出されている。周産期医療が進歩し、一方、周産期医療を担当する医師不足が顕在化する中、施設基準を見直す時期に来ている。今回、MFICU 病床数の施設基準と地域格差について現状を調査し、将来ビジョンに向けた資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

現状調査には、平成 26 年度の厚生労働省医政局調査を用いた。本調査は MFICU 協議会と共同で行っている。

MFICU 病床数の施設基準には、以前に厚生科学研究費補助金で実施された「母体胎児集中治療室の機能と必要病床数に関する研究」の方法に準拠した。算出するための実態調査としては、平成 27 年 3 月改定の東京都周産期医療整備計画の資料と、宮崎県

population-based 研究の資料を用いた。

倫理面に関しては、都道府県ごとの病床数の比較であり、個人情報を含めないために問題ないと判断した。

C. 研究結果

- 1) MFICU 病床の現状は、出生千あたり 0.85 床であった。
- 2) 施設基準を見直したところ、出生千あたり 0.71 床であり、病床稼働率を 80%として試算すると出生千あたり 0.89 床であった。従って、ほぼ現状と同じであると判断できた。
- 3) 地域格差は大きく、0～2 床であり、基準値以下が都道府県の約半数をしめた。

D. 考察

現状での MFICU の施設基準は出生千あたり 0.89 床と算出された。これは現状の 0.85 床とほぼ同様であることから、平均値としては満足できる数値と考えられる。

一方、地域格差は大きいことも判明した。出生

千あたり 0.89 床という施設基準を満たしている地域は 16 都府県であった。逆に、満たしていないのは全 47 都道府県の約半数にのぼり、人的資源を中心に医療資源の補助が必要であろうと推測される。

E. 結論

MFICU の施設基準は出生千あたり 0.89 床と算出された。

都道府県の平均では施設基準をほぼ満たすものの、地域格差は大きく、基準を満たさない地域への医療資源の補助が将来ビジョンに向けた取り組みとして重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

第 3 回 周産期医療体制のあり方に関する検討会
2015/11/27

H. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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）
「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」

分担研究課題（Ⅲ-2）：「周産期母子医療センターの施設基準と評価に関する研究」

研究分担者： 楠田 聡（東京女子医科大学母子総合医療センター）

【研究要旨】

＜目的＞全国の総合および地域周産期母子医療センターの施設機能の評価に使用されている施設評価票の項目の見直し案を作成する。

＜対象と方法＞「各都道府県の周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価について」として現在用いられている施設評価票の新生児医療機能の評価項目について、日本新生児成育医学会の評議員を対象にしたアンケート意見調査を基にして変更案を検討する。

＜研究結果＞日本新生児成育医学会評議員へ施設評価への意見を求めたところ、一部から意見が寄せられた。そこで、この意見を反映する新たな新生児医療の施設評価項目の修正案を作成した。

＜考察＞評価項目および点数の修正案を作成されたので、今後はこの新基準で新生児医療機能をより適確に評価できるかを検討する必要がある。

＜結論＞新生児医療関係者の意見を反映した評価票の新生児医療機能評価項目の修正案が作成できた。

A. 研究目的

総合および地域周産期母子医療センターの施設としての機能を評価する方法として、「各都道府県の周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価について」に基づいて、項目データの収集および評価の点数化が行われている。しかしながら、現在の評価項目および点数化については、新生児医療現場で実際に診療に従事する医療スタッフの意見は必ずしも十分に反映されていない。そこで、日本新生児成育医学会の評議員に対して現状の評価方法に関する意見を求め、そしてその意見を可能な範囲で反映できる評価項目の修正案を作成する。

B. 研究方法

1. アンケート調査

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金「周産期医療体制の推進に関する研究」（研究代表者：池ノ上 克）で作成し、現在、厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室の「各都道府県の周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価について」としてすでに用いられている評価票に対してアンケート調査で意見を求めた。調査の対象は現在の日本新生

児成育医学会で、当時の日本未熟児新生児学会の評議員 211 名とし、2015 年 2～3 月に実施した。調査内容は資料 1 に示す。

C. 研究結果

1. 意見

14 名から資料 2 のような意見があった。

2. 評価項目の修正案

アンケートによる意見を可能な限り反映させるために、現在の評価票の修正案を作成した（資料 3）。

修正項目の内容

1) 理学療法士、病棟薬剤師の配置

NICU の機能強化に繋がる、NICU で勤務する理学療法士および薬剤師の確保を評価項目に新規追加する。ただし、点数化の対象とはしない。

2) 極低出生体重児および超低出生体重児の

NICU 総入院数に占める割合の評価の廃止

より多くの新生児を受け入れようと努力している NICU では、極低出生体重児および超低出生体重児の入院数の割合が下がるため不合理であるとの意見があり、今回廃止した。一方で、地域の基幹施設としての機能を評価できるように、都道府県全体の出生数に占める割合を評価できる

ように点数化した。

3) 低体温療法症例数の追加

NICU の高度医療の一つである低体温療法を実施できる機能を評価するために症例数を収集する。ただし、点数化の対象とはしない。

4) 外科手術例の NICU 総入院数に占める割合の評価の廃止

極低出生体重児および超低出生体重児の入院と同様に より多くの新生児を受け入れようと努力している NICU では、外科手術例の入院数の割合が下がるため、項目を廃止して点数化も行わない。ただし、絶対数での評価は残す。

5) 新生児出迎えおよび三角搬送数の評価

新生児の予後を改善するために重要な新生児の出迎え搬送および三角搬送数を調査していたが、その総数により点数化して施設評価することとした。

6) 周産期搬送に用いることが可能なドクターカーの保有および利用状況

ドクターカーの保有および運用状況を調査する。ただし、点数化は行わない。

7) 周産期専門医数評価点の見直し

日本周産期・新生児医学会の周産期専門医数の増加に伴い、専門医数に応じて 1 点加点していたものを、上限を 3 点とした。

D. 考察

現在用いられている施設評価基準で点数化した結果は、A 評価 32 点以上が 34 施設で全体の 9%、B 評価 27～31 点が 54 施設で 14%、C 評価 26 点以下が 300 施設で 77%となっている。すなわち、全体的には総合周産期母子医療センターが A または B、地域周産期母子医療センターが C 評価と言え分布である。ただし、各施設別に評価点

を比べると、必ずしも総合と地域周産期母子医療センターには分かれていない。これは、地域の周産期医療体制整備の事情により、各周産期母子医療センターに求められる機能が異なることも関与している。しかしながら、より精緻された周産期母子医療センターの評価基準が必要なことも事実である。本来、周産期母子医療センターは、持っている周産期医療水準の高さと地域の中核としての周産期母子医療センター機能で評価されるべきである。そこで、この観点から今回調査項目および点数化の変更案を作成した。この修正案での評価がよりの確に周産期母子医療センターの施設評価に繋がるかを今後検討する必要がある。

E. 結論

「各都道府県の周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価について」に用いられている評価票の修正案を作成した。今後は修正案の妥当性の検討が必要である。

F. 健康危険情報

特に無し。

G. 研究発表

無し。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無し。

2. 実用新案登録

無し。

3. その他

無し。

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

資料1

平成27年2月16日

日本未熟児新生児学会評議員の先生方へ

「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」研究班
研究代表者 田村正徳
研究分担者 楠田 聡

周産期母子医療センターの施設評価項目へのご意見

日頃より、周産期医療の調査にご協力頂き、厚くお礼申し上げます。
さて、平成21～24年に実施しました「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、分担研究者 楠田 聡)では、全国の周産期母子医療センターの施設評価を行いました。その後、本調査は都道府県を通じて継続して実施されておりますが、必ずしも地域での周産期医療体制整備の向上とは直結していません。そこで、平成26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)「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」(研究代表者 田村正徳、分担研究者 楠田 聡)では、この周産期母子医療センターの施設評価基準を精緻化して、より適切な評価を行い、地域での周産期医療施設の充実に必要な整備を国に提言したいと考えております。そこで、現在使用中の施設評価調査票へのご意見をお聞きしたいと思いますので宜しくお願いします。
なお、現在使用中の施設評価票は別添1および別添2を参照して下さい。
お忙しいところ申し訳ありませんが、平成27年3月7日(土)までにお願います。

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

別添1、2の調査票への改善要望

この調査票内容で評価がA,B,Cに分かれるのは、実際の現場に対応していないと強く感じておりました。もちろん事情もあると思いますが...

1. 院内に小児外科・脳神経外科・循環器外科が24時間帯でいなければならないか(疑問に思いますが、24時間体制でon callで対応できれば良いと思いますが、いかがでしょうか？(on call124時間対応1点、院内2点とか)
2. 極低出生体重児・超低出生体重児の入院数の実績が厳しすぎませんか？(多すぎる)。現在極小児の絶対数は減少してきております。もう少し基準を下げられないでしょうか？
3. 極低出生体重児・超低出生体重児・開頭、開胸、開腹手術症例の入院院数の占める割合での点数評価はナンセンスだと思われま。当該みに重症患者も、また、当院周辺の低-中程度のリスク児も積極的に受け入れて総入院数が増えたと、割合が減ってしまふ点数が下がってしまいます。これは絶対におかしいと思われま。

検討の程、どうかよろしくお願いたします。

回答先
東京女子医科大学母子総合医療センター
楠田 聡
kusuda_satoshi@twmu.ac.jp

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

資料2 日本新生児保育学会評議員施設評価への意見 (2015年調査)

1. 開頭、開胸、開腹手術症例数の医療保険届出NICU入院院数に占める割合
総入院数が大きな施設は、割合だと不利となってしまう。あくまで、「開頭、開胸、開腹手術症例数」の実数を使用すべきではないでしょうか？

人工換気必要児入院数(NICU及びVGVにおける)
在胎期間別入院数(NICU及びVGVにおける) (特に、22-23週 など)
出生体重別入院数(NICU及びVGVにおける) (特に、500g未満 など)
これらは、単に実態調査だけでなく、加点に加えるべきではないでしょうか？

分娩時週数別分娩取扱数の全分娩数に対する割合
上記と同じ理由で、これも、実数を評価すべきではないでしょうか？

分娩時週数別分娩取扱数
この実数をむしろ加点とすべきではないでしょうか。

分娩時週数別分娩取扱数の全分娩数に対する割合
上記の実数の方を加点には、使用すべきではないでしょうか。

多胎妊娠分娩数
加点の対象としてもよいのではないかと。

多胎妊娠分娩率(多胎妊娠分娩数/全分娩数)
加点の対象としてもよいのではないかと。

2. ① 理学療法士の配置
② 低体温療法の実施状況
③ 開頭・開胸・開腹手術でなく、脳外科手術・循環器外科手術・小児外科手術・泌尿器科手術とした方がいきがしました。
④ 出迎え搬送、三角搬送に加点をつけてもいい気がしました。

3. 全国の周産期母子医療センターの施設評価(=施設としての体制、設備、人員を整えているか)という意味では、悪くないと思います。大学病院や、都会の施設、こども病院がAランク

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

となるのでしょうか。(ちなみに当院はCランクだと思います)。
実績もまとめて点数にしているの、評価として、何かおかしくなるのだと思います。たとえば、極低出生体重児を年間80名以上診療している努力と、臨床心理士をセンター内に配置することが、同等の点数であるのはおかしいです。
施設評価と、診療実績評価(=地域への貢献度)は異なることが多いと思います。すなわち設備が整っていても、地域に貢献していない施設もあるし、設備が整ってなくても地域に貢献している施設もあります。

そもそも、数年前からはじまった、この周産期センターの評価方法の目的がわかっていませんでした。「周産期母子医療センターの施設評価基準を精緻化して、より適切な評価を行い、地域での周産期医療施設の充実に必要な整備を国に提言したい」のであれば、施設と実績をわけて評価するのがよいと思います。

例えば、施設基準、人的体制がAなのに、実績がCの施設は、もっと実績をあげるように努力してもらおう、あるいは補助金を減らす施設基準、人的体制がCなのに、実績がAの施設は、自治体の補助金を増やす

大阪で、府の補助金(大阪府周産期緊急医療体制整備事業)をNMCS約30施設で毎年分配するときの基準は、シンプルです。
出生体重2000g未満NICU(院内、院外) 出生児受け入れ件数
出生体重2000g以上NICU(院外) 出生児受け入れ件数
が多い順に補助金を分配しています。
入院患者をより多くみている施設に、より多くの補助金が分配されます。
(OGCSは、母体搬送の受け入れ件数が、多い順に補助金が分配されています)

全国で大阪の基準で評価すると、出生数の少ない県の施設は、不利ですし、北海道のように、広い範囲をカバーしている施設は、本来評価されるべきなのにされないのは、問題だと思います。都会の施設に比べたら、人的にも、設備的にも、小さな施設でも、その地方には、なくてはならない存在の施設もあります。

すなわち全国の周産期センターをひとつの尺度で評価すること自体が無理だと思います。ある程度の基準は、中央で作成するとして、各都道府県の周産期センターを、各都道府県の周産期協議会が作成した基準で評価してもらって、上から1/3をA評価、真中1/3をB評価、下から1/3をC評価とするのはいかがでしょうか？

実績の評価としては、現在加点されていない、人工換気必要児入院数、NICU入院院数、超早産児数、28-33週の児数、超低出生体重児数、1000-1500g未満の児数、新生児搬送受入総数、迎え搬送数などもいれるとよいと思います。他に低体温療法実施数や、NO施行数、血液透析施行数なども実績に含めたいと思います。

しかし、教育や発表、論文、次世代の育成、も大切と思いますが、その評価は、されていませんが、よいのでしょうか？

以前は、人工換気症例数が多い施設や、極低出生体重児数が多い施設ほど、死亡率や未熟児網膜症手術率が低いことを根拠に、施設の集約化を目的として、施設の評価がされていたと思います。

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

あの評価では不十分で、今回の評価方法が作成されたのでしょうか？
現在の方法では、評価することだけで終わっていると思います。

4. 周産期母子医療センターの施設評価について
ご連絡ありがとうございます。
今回、あえてA.B.Cとの評価法を用いておられますが、A.B.Cとその点数との間に何らかの基礎となる成績はあるのでしょうか？

この評価がひとり歩きしないか心配しております。
先般の新生児医の高齢化している中で新生児医療が崩壊とか治療成績が悪くなるにネットから異聞係者に伝わり、問題化しかけています。詳細な内容も知りません。戸惑っています。

5. 以下の項目を加算の対象にしてほしい。

- ① 人工換気必要入院児数
- ② 新生児搬送数（迎え搬送、三角搬送）
- ③ 母体搬送受け入れ数

- ① 評価結果がマスコミなどを通じて広く認知されるようにするべき。
- ② 低い評価に対するペナルティを設けるべきでは？

たとえば評価Cの総合周産期母子医療センターは認定を取り消すなど。

6. 別添1、2の調査票への改善要望

- ① GCUに関する評価項目をもっと高いものにして欲しいです。
具体的には、届出GCUの数を「調査のみ」でなく加算にしてほしいです。現実的に、届出GCUをつくらないと、GCUに最低限の看護師が確保されないからです。今後GCUの重要性はますます高まると思いますから、基準の高いGCUをつくることを後押しできるような制度を強く希望します。
- ② 臨床心理士についての評価項目を、心理士がセンター内にいる場合にのみ加算されるようにしてほしいです。関連して、MFICUの評価項目にも、心理士を置くことが評価されるような項目を作っていただきたいです。
現在、心理士が院内にさえいればNICUの評価項目で加算されていますが、実際は、病棟での活動は保険点数にならないので、院内の心理士がNICUの業務にまわってきただけではほぼ困難な状況であり時間も制限される状況です。是非、周産期センター内に専属心理士を配備することを後押しできるような評価として欲しいです。
- ③ 新設で、病棟薬剤師、理学療法士等のNICU部門内配置を後押しできるような項目を作って頂

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

ければと思います。

7. 周産期母子医療センターへの入院が、地域の母集団をどの程度反映するか（地域の代表性）は重要な指標だと思います。この評価に適しているのは、超低出生体重児または超早期産児の入院数であろうと考えます（地域出生数は公表）。ただ、県単位分岐や、大都市ではどうなるのか、解析してみないと分からない点がありますが、大都市部以外のおおたかの県では、予後成績を地域の代表制の観点から評価できるのではないのでしょうか。超低出生体重児または超早期産児を住所地とともに調査することによって、その評価が可能になると考えます。

8. 若輩ながら、改善要望をさせていただきます。このスコアリングですと、どうしても地域の三次NICUの点数はA評価に届きません。（都会、例えば大阪府母子ですと、ELBW、VLBWの割合が高く、しかもこども病院ですと、スコアが取りやすいと思います。） 熊本県の現状ですが、極低出生体重児はもちろん、1,800g未満でも、NICU3施設以外での管理は困難です。当科もそのようなお子さんが多数入院するため、ELBW、VLBW、手術例数を入院数の割合で点数化されると、点数が伸びません。また、こども病院レベルの施設では、心臓病は循環器病棟、外科疾患は外科病棟（成熟児）入院となるのですが、そのお子さんたちも全員当院ではNICUに入ります。逆に手術例数は多く、20例は素に超えるのですが、30%には届かず、スコアは増えません。また、科の努力では向上が難しい点もあります。小児外科医（当院は3名）、麻酔科の確保、新生児取り扱いに対するインセンティブなども当科のみでは解決できません。もちろん新生児専門医の取得など、まだまだこちらが努力すべき点も多数あります。逆に、この評価を受けることで、補助金に差がつくなどのインセンティブはあるのでしょうか？ もしA評価を取ることで、金銭的な面などで病院・自治体に有利に働くようでしたら、この評価を用いて、病院上部や行政などと戦うことができます。

最後に、この評価と無関係かもしれませんが、NICU加算に看護師基準がありますが、医師数の基準はありません。せめてNICU3床に新生児科常勤医1名は必要かと考えています。基準ができること、私たちが医師増を病院や大学医局に要求しやすくなります。よろしくお願いたします。

9. NICUの評価は低出生体重児に加点がつくことになっていますが、低出生体重でない児の重症症例（たとえば胎児水腫、PHN、心疾患など）の評価がありません。それらの児について評価していただけると幸いです。

10.

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

フォローアップについての評価項目が必要と考えます。当院においてもフォローアップ率については厳しいものがありますが、施設評価としては重要項目と考えます。発達検査施行率も同様に重要と思います。
以上、改善点として提案します。

11. この調査票内容で評価がA,B,Cに分かれるのは、実際の現場に対応していないと強く感じておりました。もちろん事情もあると思いますが…

- ①院内に小児外科・脳神経外科・循環器外科が24時間常設でいなければならないか疑問に思います。24時間体制でon callで対応できれば良いと思いますが、いかがでしょうか？（on call1124時間対応1点、院内2点とか）
- ②極低出生体重児・超低出生体重児の入院数の実数が厳しすぎませんか？（多すぎる）。現在極小児の絶対数は減少してきております。もう少し基準を下げられないでしょうか？
- ③極低出生体重児・超低出生体重児・開胸、開腹手術症例の入院数の占める割合での点数評価はナンセンスだと思われます。当院みたいに重症患者も、また、当院周辺の低-中程度のリスク児も積極的に受け入れて総入院数が増えると、割合が減ってしまい点数が下がってしまいます。これは絶対におかしいと思われず。検討の程、どうかよろしくお願いたします。

- 12. B: c. 臨床心理士の配置を常勤と非常勤で配点を差をつけてほしい
理学療法士の配置でも同様に配点をつけてほしい
病棟薬剤師の配置でも同様に配点をつけてほしい
病棟保育士の配置でも同様に配点をつけてほしい
- C: b. 新生児専用救急車の搬送を行っている施設には配点をつけてほしい
院外出生の受け入れ総数に応じて配点をつけてほしい

- 13. ① NICU、GCU（新生児センター）の評価項目
- B. 人的体制
- a. 看護師
・新生児集中ケア認定看護師数も人数に応じて加算されることが望ましいと考えます。
・認定看護師以外にも、国際認定ラクテーション・コンサルタント（IBCLC）や Newborn Individualized Developmental, Care and Assessment Program (NIDCAP) などの資格保持者の実態も調査対象にすべきと考えます。
- b. 医師

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

- ・専任医師数、兼任医師数の明記
 - ・各医師における1ヶ月あたりの当直（or 夜勤）回数および時間外労働時間を明記
 - ・月4回以上（週1回以上）の過重な当直（or 夜勤）回数や時間外労働時間が過労死基準を上回る場合には、その医師数分の減点も考慮されるべきと考えます。
 - c. その他
・臨床工学士、病棟専属薬剤師の配置
 - ・輸血業務、特に血液分割・カリウム除去などNICU特有の業務への輸血部の関与
 - ・調乳作業に対する栄養管理部の関与
- 上記に関する評価も必要と考えます。

- C. 実績
- b. 搬送
ドクターヘリによる搬送可否と実績も評価項目へ

- ② MFICUの評価項目
- C. 実績
母体搬送例における在胎週数別の受入数も評価項目として必要と考えます。

- 14. 実績のみの部分も点数化したものを、公表して欲しい。
データを分析したものを、施設代表者に還元して欲しい。
待遇改善の交渉手段として利用したい。

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

資料3 評価項目および点数化の修正案(背景が灰色部分が修正案)

項番	評価項目	記載法
施設機能(病床規模)		
1	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)、②新生児特定集中治療室管理料 1、③新生児特定集中治療室管理料 2)	床(0床の場合は0を入力にする)
1-1	1のうち、集中治療室管理料の区分(①及び②又は③)	①及び②は「1」、③は「2」(該当が無い場合は0を選ぶ)
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)	床(0床の場合は0を入力)
3	医療保険届出 GCU 数	床(0床の場合は0を入力)
4	周産期医療体制整備指針に規定する GCU 数	床(0床の場合は0を入力)
人員体制		
5	(加算の有無によらず)NICUの看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で3:1未満である/3:1である/3:1より多く配置している	「0」NICUなし、もしくは 3:1未満 「1」3:1 「2」3:1より多い から選ぶ
6	(加算の有無によらず)GCUの看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で6:1未満である/6:1である/6:1より多く配置している	「0」GCUなし、もしくは 6:1未満 「1」6:1 「2」6:1より多い から選ぶ
7	センターに勤務する新生児集中ケア認定看護師数(日本看護協会資格に限る)	名(0名の場合は0を入力)
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	名(0名の場合は0を入力)
9	センター内の24時間体制で(最も人数が少ない時間帯、多くは夜間休日)新生児医療を専攻で担当する医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-1	上記時間帯に一般小児や小児救急のみ(NICU/GCU等新生児医療以外)を担当する小児科当直医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-2	上記時間帯に一般小児や小児救急とNICU/GCU等新生児医療を兼任する小児科当直医師数(オンコールは除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-3	新生児担当医師の当直明けの業務緩和	有・無 から選ぶ
9-4	新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	有・無 から選ぶ

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

10	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)	有・無 から選ぶ
11	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)	「0」:麻酔科当直なし 「1」:院内に麻酔科当直あり 「2」:周産期専攻麻酔科当直ありから選ぶ
12	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)	可・不可 から選ぶ
13	NICU入院児支援コーディネーターが確保されている	「0」:病院内になし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	「0」:病院内になし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
	理学療法士を配置している	「0」:病院内になし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
	病棟薬剤師を配置している	「0」:病院内になし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

実績		
15	総入院児数(項番2および4のNICU及びGCUにおける)	名(0名の場合は0を入力)
15-1	項番15のうち、NICU入院児数(実人員を記入)	名(0名の場合は0を入力)
15-2	項番15-1の入院患者の平均入院期間	日(0名の場合は0を入力)
15-3	項番15-1の入院患者の最大入院期間(平成26年度中に退院した場合はそれまで、平成27年4月1日時点で入院中の場合は4月1日までで計算)※「最大入院期間」が365日を超える場合は、そのまま記載	日(入院が0名の場合は0を入力)
15-4	NICUにおける長期入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-5	項番2の病床数における病床利用率	% (0%の場合は0を入力)
15-6	項番15のうち、GCU入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-7	項番15-6の入院患者の平均入院期間	日(0日の場合は0を入力)
15-8	項番15-6の入院患者の最大入院期間(平成26年度中に退院した場合はそれまで、平成27年4月1日時点で入院中の場合は4月1日までで計算)※「最大入院期間」が365日を超える場合は、そのまま記載	日(0日の場合は0を入力)
15-9	GCUにおける長期入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-10	項番4の病床数における病床利用率	% (0%の場合は0を入力)
15-11	NICU及びGCU長期入院患者が小児科病棟(他院)へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-12	NICU及びGCU長期入院患者が小児科病棟(他院)へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-13	NICU及びGCU長期入院患者が福祉施設へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-14	NICU及びGCU長期入院患者が在宅へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
16	人工換気必要入院児数(NICU及びGCUにおける)	名(0名の場合は0を入力)
17	医療保険届出NICU入院児数	名(0名の場合は0を入力)
18	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(22週~23週)	名(0名の場合は0を入力)
19	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(24週~27週)	名(0名の場合は0を入力)
20	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(28週~33週)	名(0名の場合は0を入力)
21	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(34週~36週)	名(0名の場合は0を入力)
22	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(500g~899g)	名(0名の場合は0を入力)
23	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(900g~1499g)	名(0名の場合は0を入力)

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

24	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(1,000g~1,499g)	名(0名の場合は0を入力)
25	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(1,500g~1,999g)	名(0名の場合は0を入力)
26	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(2,000g~2,499g)	名(0名の場合は0を入力)
27	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(2,500g以上)	名(0名の場合は0を入力)
28	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(22週~23週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
29	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(24週~27週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
30	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(28週~33週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
31	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(34週~36週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
32	極低出生体重児入院数(出生時1,000g以上1,500g未満)	名(0名の場合は0を入力)
33	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	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
34	超低出生体重児入院数(出生時1,000g未満)	名(0名の場合は0を入力)
35	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	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
36	外科手術(開腹、開胸、開腹をともなうもの)症例数	名(0名の場合は0を入力)
	低体温症例数	名(0名の場合は0を入力)
37	開腹、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	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
38	新生児搬送の受入れ総数	名(0名、不明の場合は0を入力)
38-1	新生児搬送の受け入れができなかった件数(別シート1に具体的な受け入れ基準、受け入れ不能の内訳等を記載)	名(0名、不明の場合は0を入力)
38-2	38のうち、自都道府県外からの受入れ数(別シート2に搬送元の都道府県別数うわわを記載)	名(0名、不明の場合は0を入力)
39	新生児出退院送数	名(0名、不明の場合は0を入力)
39-1	39のうち、自都道府県外からのもの	名(0名、不明の場合は0を入力)
40	新生児三角搬送担当数	名(0名、不明の場合は0を入力)

40-1	40のうち、いずれかのステップが都道府県境を超えた件数	名(0名、不明の場合は0を入力)
41	新生児戻り搬送の受け入れ数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)	名(0名、不明の場合は0を入力)
41-1	41のうち、自都道府県外からのもの	名(0名、不明の場合は0を入力)
	ドクターカー利用状況	ドクターカー保有台数と搬送件数(記入裏の指示の通り)

施設全体の評価		
73	合同症例検討会の開催	有・無 から選ぶ
74	新生児科生法講習会の開催	有・無 から選ぶ
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	有・無 から選ぶ
76	24時間常時、1次施設から入院受け入れが可能である	可・不可 から選ぶ
77	24時間常時、救急隊からの直接受け入れが可能である	可・不可 から選ぶ
78	24時間常時、帝王切開が可能である	可・不可 から選ぶ
79	24時間常時、輸血が可能である	可・不可 から選ぶ
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	回(0回の場合は0を入力)
81	オープン・セミオープンシステムの導入	有・無 から選ぶ

評価項目に対する配点基準

項番	評価項目	配点基準
5	NICU勤務看護師数(センター内)	・全ての病床に対して3:1の場合:1点 ・全ての病床に対して3:1より多い場合:2点
6	GCU勤務看護師数(センター内)	・全ての病床に対して6:1の場合:1点 ・全ての病床に対して6:1より多い場合:2点
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	・人数に応じて4点加減 → 1名の場合:1点 2名の場合:2点 3名以上の場合:3点
9	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)	NICU病床数15以下の場合 ・1名の場合:1点 ・2名以上の場合:2点 NICU病床数16以上の場合 ・2名の場合:1点 ・3名以上の場合:2点
10	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)	・有の場合:1点
11	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)	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点
13	NICU入院児支援コーディネーターが確保されている	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点

14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点
32	極低出生体重児入院数(出生時1,000g以上1,500g未満)	・20名~39名の場合:1点 ・40名~59名の場合:2点 ・60名~79名の場合:3点 ・80名以上の場合:4点
29	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 → 極低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合:1点 ・30%以上50%未満の場合:2点 ・50%以上の場合:3点
34	超低出生体重児入院数(出生時1,000g未満)	・10名~19名の場合:1点 ・20名~29名の場合:2点 ・30名~39名の場合:3点 ・40名以上の場合:4点
35	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 → 超低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合:2点 ・30%以上50%未満の場合:4点 ・50%以上の場合:6点
36	外科手術(開腹、開胸、開腹をともなうもの)症例数	・10名~19名の場合:1点 ・20名~29名の場合:2点 ・30名~39名の場合:3点 ・40名以上の場合:4点
37	開腹、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	・10%以上30%未満の場合:2点 ・30%以上50%未満の場合:4点

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通じた周産期医療体制の科ネジョン実現に向けた先行研究

		・50%以上の場合:6点
39	新生児出退室搬送(三角搬送を含む)の実施数	・20名~39名の場合:1点 ・40名~59名の場合:2点 ・60名~79名の場合:3点 ・80名以上の場合:4点
73	合同症例検討会の開催	・有の場合:1点
74	新生児蘇生法講習会の開催	・有の場合:1点
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	・有の場合:1点
76	24時間常時、1次施設から入院受け入れが可能である	・可能の場合:2点
77	24時間常時、救急隊からの直接受け入れが可能である	・可能の場合:2点
78	24時間常時、帝王切開が可能である	・可能の場合:2点
79	24時間常時、輸血が可能である	・可能の場合:2点
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	・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場合:1点
81	オープン・セミオープンシステムの導入	・有の場合:2点
82	分娩や新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	・有の場合:2点
83	交替勤務、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	・有の場合:2点

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

資料1

平成27年2月16日

日本未熟児新生児学会評議員の先生方へ

「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」研究班
研究代表者 田村正徳
研究分担者 楠田 聡

周産期母子医療センターの施設評価項目へのご意見

日頃より、周産期医療の調査にご協力頂き、厚くお礼申し上げます。

さて、平成21～24年に実施しました「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、分担研究者 楠田 聡）では、全国の周産期母子医療センターの施設評価を行いました。その後、本調査は都道府県を通じて継続して実施されておりますが、必ずしも地域の周産期医療体制整備の向上とは直結していません。そこで、平成26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）「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」（研究代表者 田村正徳、分担研究者 楠田 聡）では、この周産期母子医療センターの施設評価基準を精緻化して、より適切な評価を行い、地域での周産期医療施設の充実に必要な整備を固に提言したいと考えております。そこで、現在使用中の施設評価調査票へのご意見をお聞きしたいと思っておりますので宜しくお願いします。

なお、現在使用中の施設評価票は別添1および別添2を参照して下さい。

お忙しいところ申し訳ありませんが、平成27年3月7日（土）までをお願いします。

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

別添1、2の調査票への改善要望

この調査票内容で評価がA,B,Cに分かれるのは、実際の現場に対応していないと強く感じておりました。もちろん事情もあると思いますが…

- 院内に小児外科・脳神経外科・循環器外科が24時間常時でないかはいけいけい疑問に思っています。24時間体制でon callで対応できれば良いと思いますが、いかがでしょうか？（on call124時間対応1点、院内2点とか）
- 極低出生体重児・超低出生体重児の入院数の実数が激しすぎませんか？（多すぎる）。現在極小児の絶対数は減少してきております。もう少し基準を下げられないでしょうか？
- 極低出生体重児・超低出生体重児・開頭、開胸、開腹手術症例の入院児数の占める割合での点数評価はナンセンスだと思います。当院みたいに重症患者も、また、当院周辺の低-中程度のリスク児も積極的に受け入れて総入院数が増えると、割合が減ってしまい点数が下がってしまいます。これは絶対におかしいと思われま。

検討の程、どうかよろしくお願いたします。

回答先

東京女子医科大学母子総合医療センター

楠田 聡

kusuda_satoshi@wmu.ac.jp

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

資料2 日本新生児育成医学会評議員施設評価への意見（2015年調査）

- 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
総入院数が多い施設は、割合だと不利となってしまう。あくまで、「開頭、開胸、開腹手術症例数」の実数を使用すべきではないでしょうか？

人工換気必要児入院数（NICU及びGCUにおける）
在胎期間別入院数（NICU及びGCUにおける）（特に、22-23週 など）
出生体重別入院数（NICU及びGCUにおける）（特に、500g未満 など）
これらは、単に実数調査だけではなく、加算に加えるべきではないでしょうか？

分娩時週数別分娩取扱数の全分娩数に対する割合
上記と同じ理由で、これも、実数を評価すべきではないでしょうか？

分娩時週数別分娩取扱数
この実数をむしろ加算とすべきではないでしょうか。

分娩時週数別分娩取扱数の全分娩数に対する割合
上記の実数の方を加算には、使用すべきではないでしょうか。

多胎妊娠分娩数
加算の対象としてもよいのではないかと。

多胎妊娠分娩率（多胎妊娠分娩数/全分娩数）
加算の対象としてもよいのではないかと。

- ① 理学療法士の配置
② 低体温療法の実施状況
③ 開頭、開胸、開腹手術でなく、脳外科手術・循環器外科手術・小児外科手術・泌尿器科手術とした方がいきました。
④ 出迎え搬送、三角搬送に加算をつけてもいい気がしました。

3. 全国の周産期母子医療センターの施設評価（＝施設としてどの位体制、設備、人員を整えているか）という意味では、悪くないと思います。大学病院や、都会の施設、こども病院がAランク

平成27年度地域医療基盤開発推進研究事業 地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究

となるでしょう。（ちなみに当院はCランクと思います）。

実績もまとめて点数にしているのので、評価として、何かおかしくなるのだと思います。たとえば、極低出生体重児を年間80名以上診療している労力と、臨床心理士をセンター内に配置することが、同等の点数であるのはおかしいです。

施設評価と、診療実績評価（＝地域への貢献度）は異なることが多いと思います。

すなわち設備が整っていても、地域に貢献していない施設もあるし、設備が整ってなくても地域に貢献している施設もあります。

そもそも、数年前からはじまった、この周産期センターの評価方法の目的がわかっていませんでした。「周産期母子医療センターの施設評価基準を精緻化して、より適切な評価を行い、地域での周産期医療施設の充実に必要な整備を固に提言したい」のであれば、施設と実績をわけて評価するのがよいと思います。

例えば、施設基準、人的体制がAなのに、実績がCの施設は、もっと実績をあげるように努力してもらおう、あるいは補助金を減らす施設基準、人的体制がCなのに、実績がAの施設は、自治体の補助金を増やす

大阪で、府の補助金（大阪府周産期緊急医療体制整備事業）をNMCs約30施設で毎年配分するときの基準は、シンプルです。

出生体重2000g未満NICU（院内、院外）出生児受け入れ件数

出生体重2000g以上NICU（院外）出生児受け入れ件数

が多い順に補助金を配分しています。

入院患者をより多くみている施設に、より多くの補助金が配分されます。

（OGCSは、母体搬送の受け入れ件数が、多い順に補助金が配分されています）

全国で大阪の基準で評価すると、出生数の少ない県の施設は、不利ですし、北海道のように、広い範囲をカバーしている施設は、本来評価されるべきなのにされないのは、問題だと思います。都会の施設に比べたら、人的にも、設備的にも、小さな施設でも、その地方には、なくてはならない存在の施設もあります。

すなわち全国の周産期センターをひとつの尺度で評価すること自体が無理だと思います。

ある程度の基準は、中央で作成するとして、各都道府県の周産期センターを、各都道府県の周産期協議会が作成した基準で評価してもらって、上から1/3をA評価、真中1/3をB評価、下から1/3をC評価とするのはいかがでしょうか？

実績の評価としては、現在加算されていない、人工換気必要児入院数、NICU入院児数、超早産児数、28～33週の児数、超低出生体重児数、1000～1500g未満の児数、新生児搬送受入総数、迎え搬送数などもいれるとよいと思います。他に低体温療法実施数や、NO施行数、血液透析施行数なども実績に入れてもいいと思います。

しかし、教育や発表、論文、次世代の育成、も大切と思いますが、その評価は、されていませんが、よいのでしょうか？

以前は、人工換気症例数が多い施設や、極低出生体重児数が多い施設ほど、死亡率や未熟児網膜症手術率が低いことを根拠に、施設の集約化を目的として、施設の評価がされていたと思います。

あの評価では不十分で、今回の評価方法が作成されたのでしょうか？
現在の方法では、評価することだけで終わっていると思います。

4. 周産期母子医療センターの施設評価について
ご連絡ありがとうございます。
今回、あえてA.B.Cとの評価法を用いておられますが、A.B.Cとその点数との間に何らかの基礎となる成績はあるのでしょうか？
この評価がひとり歩きしないか心配しております。
先般の新生児医の高齢化している県で新生児医療が崩壊とか治療成績が悪くネットから県関係者に伝わり、問題化しかけています。詳細な内容も知りません。戸惑っています。

5. 以下の項目を加点の対象にしてほしい。

- ① 人工換気必要入院児数
- ② 新生児搬送数（迎え搬送、三角搬送）
- ③ 母体搬送受け入れ数

- ① 評価結果がマスコミなどを通じて広く認知されるようにするべき。
- ② 低い評価に対するペナルティを設けるべきでは？
たとえば評価Cの総合周産期母子医療センターは認定を取り消すなど。

6. 別添1、2の調査票への改善要望

- ① GCUに関する評価項目をもっと高いものにして欲しいです。
具体的には、届出GCUの数を「調査のみ」でなく加点してほしいです。現実的に、届出GCUをつくらないと、GCUに最低限の看護師が確保されないからです。今後GCUの重要性はますます高まると思いますから、基準の高いGCUをつくることを後押しできるような制度を強く希望します。
- ② 臨床心理士についての評価項目を、心理士がセンター内にいる場合のみ加点されるようにしてほしいです。関連して、MFICUの評価項目にも、心理士を置くことが評価されるような項目を作っていただきたいです。
現在、心理士が院内にさえいればNICUの評価項目で加点されていますが、実際は、病棟での活動は保険点数にならないので、院内の心理士がNICUの業務にまわってきてくれることはほぼ困難な状況であり時間も制限される状況です。是非、周産期センター内に専属心理士を配備することを後押しできるような評価として欲しいです。
- ③ 新設で、病棟薬剤師、理学療法士のNICU部門内配置を後押しできるような項目を作って頂

フォローアップについての評価項目が必要と考えます。当院においても
フォローアップ率については厳しいものがありますが、施設評価としては
重要項目と考えます。発達検査施行率も同様に重要と思います。
以上、改善点として提案します。

11. この調査票内容で評価がA,B,Cに分かれるのは、実際の現場に対応していないと強く感じておりました。もちろん事情もあると思いますが…

- ①院内に小児外科・脳神経外科・循環器外科が24時間帯でいなければいけないかは疑問に思います。24時間体制でon callで対応できれば良いと思いますが、いかがでしょうか？（on call1/24時間対応1点、院内2点とか）
- ②極低出生体重児・超低出生体重児の入院数の実数が厳しすぎませんか？（多すぎる）。現在極小児の絶対数は減少してきております。もう少し基準を下げられないでしょうか？
- ③極低出生体重児・超低出生体重児・開頭、開胸、開腹手術症例の入院児数の占める割合での点数評価はナンセンスだと思われま。当院みたいに重症患者も、また、当院周辺の低-中程度のリスク児も積極的に受け入れて総入院数が増えると、割合が減ってしまい点数が下がってしまいます。これは絶対におかしいと思われま。検討の程、どうかよろしく願いいたします。

12. B: c. 臨床心理士の配置を常勤と非常勤で配点に差をつけてほしい

- 理学療法士の配置でも同様に配点をつけてほしい
- 病棟薬剤師の配置でも同様に配点をつけてほしい
- 病棟保育士の配置でも同様に配点をつけてほしい

C: b. 新生児専用救急車での搬送を行っている施設には配点をつけてほしい
院外出生の受け入れ総数に応じて配点をつけてほしい

13. ① NICU、GCU（新生児センター）の評価項目

- A. 人的体制
- a. 看護師
 - ・新生児集中ケア認定看護師数も人数に応じて加点されることが望ましいと考えます。
 - ・認定看護師以外にも、国際認定ラクテーション・コンサルタント（IBCLC）や Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) などの資格保持者の実態も調査対象にすべきと考えます。
- b. 医師

ければと思います。

7. 周産期母子医療センターへの入院が、地域の母集団をどの程度反映するか（地域の代表性）は重要な指標だと思います。この評価に適しているのは、超低出生体重児または超早産児の入院数であろうと考えます（地域出生数は公表）。ただ、里帰り分娩や、大都市ではどうなるのか、解析してみないと分からない点がありますが、大都市部以外のおおかたの県では、予後成績を地域の代表制の観点から評価できるのではないのでしょうか。超低出生体重児または超早産児を住所地とともに調査することによって、その評価が可能になると考えます。

8. 若輩ながら、改善要望をさせていただきます。このスコアリングですと、どうしても地域の三次NICUの点数はA評価に届きません。（都会、例えば大阪府母子ですと、ELBW、VLBWの割合が高く、しかもこども病院ですので、スコアが取りやすいと思います。） 熊本県の現状ですが、極低出生体重児はもちろん、1,800g未満でも、NICU3施設以外での管理は困難です。当科もそのようなお子さんが多数入院するため、ELBW、VLBW、手術例数を総入院数の割合で点数化されると、点数が伸びません。また、こども病院レベルの施設では、心臓病は循環器病棟、外科疾患は外科病棟（成熟児）入院となるのですが、そのお子さんたちも全員当院ではNICUに入ります。逆に手術例数は多く、20例は楽に超えるのですが、30%には届かず、スコアは増えません。また、科の努力では向上が難しい点もあります。小児外科医（当院は3名）、麻酔科の確保、新生児取り扱いに対するインセンティブなども当科のみでは解決できません。もちろん新生児専門医の取得など、まだまだこちらが努力すべき点も多数あります。逆に、この評価を受けることで、補助金に差がつくなどのインセンティブはあるのでしょうか？ もしA評価を取ることで、金銭的な面などで病院・自治体に有利に働くようでしたら、この評価を用いて、病院内層部や行政などと働くことができます。
最後に、この評価と無関係かもしれませんが、NICU加算に看護師基準はありますが、医師数の基準はありません。せめてNICU3床に新生児科常勤医1名は必要かと考えています。基準ができる、私たちも医師増を病院や大学医局に要求しやすくなります。
よろしくお願いたします。

9. NICUの評価は低出生体重児に加点がつくことになっていますが、低出生体重でない児の重症症例（たとえば胎児水腫、PPHN、心疾患など）の評価がありません。それらの児について評価していただけると幸いです。

10.

- ・専任医師数、兼任医師数の明記
 - ・各医師における1ヶ月あたりの当直（or夜勤）回数および時間外労働時間を明記
 - ・月4回以上（週1回以上）の過重な当直（or夜勤）回数や時間外労働時間が過労死基準を上回る場合には、その医師数分の減点も考慮されるべきと考えます。
 - c. その他
 - ・臨床工学技士、病棟専属薬剤師の配置
 - ・輸血業務、特に血液分割・カリウム除去などNICU特有の業務への輸血部の関与
 - ・調乳作業に対する栄養管理部の関与
- 上記に関する評価も必要と考えます。

C. 実績
b. 搬送
ドクターヘリによる搬送可否と実績も評価項目へ

② MFICUの評価項目
C. 実績
母体搬送例における在胎週数別受入数も評価項目として必要と考えます。

14. 実績のみの部分も点数化したものを、公表して欲しい。
データを分析したものを、施設代表者に還元して欲しい。
待遇改善の交渉手段として利用したい。

資料3 評価項目および点数化の修正案（背景が灰色部分が修正案）

項番	評価項目	記載法
施設機能(病床規模)		
1	①医療保険届出 NICU 数(新生児集中治療室管理科(総合周産期特定集中治療室管理科)、②新生児特定集中治療室管理科1、③新生児特定集中治療室管理科2)	床(0床の場合は0を入力にする)
1-1	1のうち、集中治療室管理科の区分(①及び②又は③)	①及び②は「1」、③は「2」(該当が無い場合は0を選ぶ)
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)	床(0床の場合は0を入力)
3	医療保険届出 GCU 数	床(0床の場合は0を入力)
4	周産期医療体制整備指針に規定するGCU数	床(0床の場合は0を入力)
人員体制		
5	(加算の有無によらず)NICUの看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で3:1未満である/3:1である/3:1より多く配置している	「0」NICUなし、もしくは 3:1未満 「1」3:1 「2」3:1より多い から選ぶ
6	(加算の有無によらず)GCUの看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で6:1未満である/6:1である/6:1より多く配置している	「0」GCUなし、もしくは 6:1未満 「1」6:1 「2」6:1より多い から選ぶ
7	センターに勤務する新生児集中ケア認定看護師数(日本看護協会資格に限る)	名(0名の場合は0を入力)
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	名(0名の場合は0を入力)
9	センター内の24時間体制で(最も人数が少ない時間帯、多くは夜間休日)新生児医療を専属で担当する医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-1	上記時間帯に一般小児や小児救急のみ(NICU/GCU等新生児医療以外)を担当する小児科当直医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-2	上記時間帯に一般小児や小児救急とNICU/GCU等新生児医療を兼任する小児科当直医師数(オンコールは除く)	名(0名の場合は0を入力)
9-3	新生児担当医師の当直明けの業務緩和	有・無 から選ぶ
9-4	新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	有・無 から選ぶ

実績		
15	総入院児数(項番2および4のNICU及びGCUにおける)	名(0名の場合は0を入力)
15-1	項番15のうち、NICU入院児数(実人員を記入)	名(0名の場合は0を入力)
15-2	項番15-1の入院患者の平均入院期間	日(0日の場合は0を入力)
15-3	項番15-1の入院患者の最大入院期間(平成26年度中に退院した場合はそれまで、平成27年4月1日時点で入院中の場合は4月1日までで計算)※「最大入院期間」が365日を超える場合は、そのまま記載	日(0日の場合は0を入力)
15-4	NICUにおける長期入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-5	項番2の病床数における病床利用率	%(0%の場合は0を入力)
15-6	項番15のうち、GCU入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-7	項番15-6の入院患者の平均入院期間	日(0日の場合は0を入力)
15-8	項番15-6の入院患者の最大入院期間(平成26年度中に退院した場合はそれまで、平成27年4月1日時点で入院中の場合は4月1日までで計算)※「最大入院期間」が365日を超える場合は、そのまま記載	日(0日の場合は0を入力)
15-9	GCUにおける長期入院児数	名(0名の場合は0を入力)
15-10	項番4の病床数における病床利用率	%(0%の場合は0を入力)
15-11	NICU及びGCU長期入院患者が小児科病棟(自院)へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-12	NICU及びGCU長期入院患者が小児科病棟(他院)へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-13	NICU及びGCU長期入院患者が福祉施設へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
15-14	NICU及びGCU長期入院患者が在宅へ移行した人数	名(0名の場合は0を入力)
16	人工換気必要児入院児数(NICU及びGCUにおける)	名(0名の場合は0を入力)
17	医療保険届出 NICU 入院児数	名(0名の場合は0を入力)
18	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(22週～23週)	名(0名の場合は0を入力)
19	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(24週～27週)	名(0名の場合は0を入力)
20	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(28週～33週)	名(0名の場合は0を入力)
21	在胎期間別入院児数(NICU及びGCUにおける)(34週～36週)	名(0名の場合は0を入力)
22	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(～499g)	名(0名の場合は0を入力)
23	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(500g～999g)	名(0名の場合は0を入力)

10	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)	有・無 から選ぶ
11	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)	「0」:麻酔科当直なし 「1」:院内に麻酔科当直あり 「2」:周産期専属麻酔科当直ありから選ぶ
12	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)	可・不可 から選ぶ
13	NICU入院児支援コーディネーターが確保されている	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
	理学療法士を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ
	病棟薬剤師を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保から選ぶ

24	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(1,000g～1,499g)	名(0名の場合は0を入力)
25	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(1,500g～1,999g)	名(0名の場合は0を入力)
26	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(2,000g～2,499g)	名(0名の場合は0を入力)
27	出生体重別入院児数(NICU及びGCUにおける)(2,500g以上)	名(0名の場合は0を入力)
28	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(22週～23週)	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
29	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(24週～27週)	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
30	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(28週～33週)	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
31	在胎期間別生存率(生後28日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出NICU入院児数)(34週～36週)	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
32	極低出生体重児入院数(出生時1,000g以上1,500g未満)	名(0名の場合は0を入力)
33	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	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
34	超低出生体重児入院数(出生時1,000g未満)	名(0名の場合は0を入力)
35	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	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
36	外科手術(開頭、開胸、開腹ともなうもの)症例数	名(0名の場合は0を入力)
	低体温療法症例数	名(0名の場合は0を入力)
37	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	%(0%、不明、届出無、入院無の場合は0を入力)
38	新生児搬送の受け入れ総数	名(0名の場合は0を入力)
38-1	新生児搬送の受け入れができなかった件数	名(0名、不明の場合は0を入力)
38-2	(別シート1)に具体的な受け入れ基準、受け入れ不能の内訳等を記載)38のうち、自都道府県外からの搬送元(別シート2)に搬送元の都道府県別数うちわけを記載	名(0名、不明の場合は0を入力)
39	新生児出迎え搬送数	名(0名、不明の場合は0を入力)
39-1	39のうち、自都道府県外からのもの	名(0名、不明の場合は0を入力)
40	新生児三角搬送担当数	名(0名、不明の場合は0を入力)

40-1	40のうち、いずれかのステップが都道府県境を超えた件数	名(0名、不明の場合は0を入力)
41	新生児戻り搬送の受け入れ数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)	名(0名、不明の場合は0を入力)
41-1	41のうち、自都道府県外からのもの	名(0名、不明の場合は0を入力)
	ドクターカー利用状況	ドクターカー保有台数と搬送件数(記入票の指示の通り)

施設全体の評価		
73	合同症例検討会の開催	有・無 から選ぶ
74	新生児蘇生法講習会の開催	有・無 から選ぶ
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	有・無 から選ぶ
76	24時間常時、1次施設から入院受け入れが可能である	可・不可 から選ぶ
77	24時間常時、救急隊からの直接受け入れが可能である	可・不可 から選ぶ
78	24時間常時、帝王切開が可能である	可・不可 から選ぶ
79	24時間常時、輸血が可能である	可・不可 から選ぶ
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	回(0回の場合は0を入力)
81	オープン・セミオープンシステムの導入	有・無 から選ぶ

評価項目に対する配点基準

項番	評価項目	配点基準
5	NICU勤務看護師数(センター内)	・全ての病床に対して3:1の場合:1点 ・全ての病床に対して3:1より多い場合:2点
6	GOU勤務看護師数(センター内)	・全ての病床に対して6:1の場合:1点 ・全ての病床に対して6:1より多い場合:2点
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	・人数に応じて4点加算 ・1名の場合:1点 ・2名の場合:2点 ・3名以上の場合:3点
9	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)	NICU病床数15以下の場合 ・1名の場合:1点 ・2名以上の場合:2点 NICU病床数16以上の場合 ・2名の場合:1点 ・3名以上の場合:2点
10	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)	・有の場合:1点
11	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)	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点
13	NICU入院児支援コーディネーターが確保されている	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点

14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	・病院内の場合:1点 ・センター内の場合:2点
32	極低出生体重児入院数(出生時1,000g以上1,500g未満)	・20名~39名の場合:1点 ・40名~59名の場合:2点 ・60名~79名の場合:3点 ・80名以上の場合:4点
33	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 → 極低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合:1点 ・30%以上50%未満の場合:2点 ・50%以上の場合:3点
34	超低出生体重児入院数(出生時1,000g未満)	・10名~19名の場合:1点 ・20名~29名の場合:2点 ・30名~39名の場合:3点 ・40名以上の場合:4点
35	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 → 超低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合:2点 ・30%以上50%未満の場合:4点 ・50%以上の場合:6点
36	外科手術(開頭、開胸、開腹)ともなうもの症例数	・10名~19名の場合:1点 ・20名~29名の場合:2点 ・30名~39名の場合:3点 ・40名以上の場合:4点
37	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	・10%以上30%未満の場合:2点 ・30%以上50%未満の場合:4点

		・50%以上の場合:6点
39	新生児出迎え搬送(三角搬送を含む)の実施数	・20名~39名の場合:1点 ・40名~59名の場合:2点 ・60名~79名の場合:3点 ・80名以上の場合:4点
73	合同症例検討会の開催	・有の場合:1点
74	新生児蘇生法講習会の開催	・有の場合:1点
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	・有の場合:1点
76	24時間常時、1次施設から入院受入れが可能である	・可能の場合:2点
77	24時間常時、救急隊からの直接受入れが可能である	・可能の場合:2点
78	24時間常時、帝王切開が可能である	・可能の場合:2点
79	24時間常時、輸血が可能である	・可能の場合:2点
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	・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場合:1点
81	オープン・セミオープンシステムの導入	・有の場合:2点
82	分娩や新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	・有の場合:2点
83	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	・有の場合:2点

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）

分担研究報告書 平成27年度

—地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班—

分担研究課題（Ⅲ-3）：「周産期医療体制整備指針の改定案に関するアンケート調査」

研究分担者：田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター）
研究協力者：奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター）
吉田 達彦（埼玉医科大学総合医療センター）
板橋 家頭夫（昭和大学医学部小児科学講座）
宮沢 篤生（昭和大学医学部小児科学講座）
楠田 聡（東京女子医科大学母子総合医療センター）
宇藤 裕子（大阪府立母子保健総合医療センター）
海野 信也（北里大学病院・北里大学医学部産科学）
千田 勝一（岩手医科大学医学部小児科学講座）
松本 敦（岩手医科大学医学部小児科学講座）
和田 和子（大阪大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター）
鈴木 真（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院）
佐藤 弘之（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院）
淵向 透（岩手県立大船渡病院）
菅原 準一（東北大学）
菊池 昭彦（岩手医科大学医学部産婦人科学講座）
金杉 智宣（岩手医科大学医学部産婦人科学講座）
今村 孝（福島県立医科大学付属病院 総合周産期母子医療センター）
佐藤 真紀（福島県立医科大学付属病院 総合周産期母子医療センター）
中村 友彦（長野県立こども病院）
金井 雅代、難波 文彦、内田 美恵子（埼玉医科大学総合医療センター）

【研究要旨】

厚生労働省が平成 22 年 1 月に周産期医療体制整備指針」定めてから 6 年が経過した。この間に東関東大震災を契機とした災害時医療の在り方や周産期医療を担う医師の地域偏在などが問題になり、周産期医療をめぐる事情はさまざまに変化している。これらを受けて、当班会議において次期の周産期医療体制整備指針に新たに提案すべき内容について協議した。これらの提案内容について、2015 年 9 月に全国の総合周産期母子医療センター104 ヶ所の NICU 施設長を対象としたアンケート調査を実施した。アンケート調査の回収率は $90/104=86.5\%$ であった。

19 項目にわたる提案内容の中で、17 項目に対して全体の 70%以上の賛成が得られた。17 項目を以下に示す。これらの結果をもとに、次期の「周産期医療体制整備指針」の改定要望を作成した。

ただ、アンケート回答に付随した意見では、○ 規定の常勤医数や専門医を確保できない、○ GCU について何らかの基準は必要、○ 配置基準を満たせない施設は診療報酬が減らされる不安がある、といった意見が多かった。新たな整備指針が診療報酬改定と連動することにより地域の周産期医療が崩壊することのないよう、今後とも十分な配慮を求める必要がある。

I. 多職種協働対策

I-1. 新生児集中治療認定看護師等を活用してよりレベルの高い看護ケアが実践できるように努める。さらに、その実績に応じて周産期母子医療センターを評価する。

I-2. 必要に応じ、以下の専門職を NICU に配置する。ただし、NICU15 床以上の施設では、複数配置することが望ましい。

- I-2-①. 常勤の臨床心理士等の臨床心理技術者の配置
- I-2-②. 理学療法士の配置
- I-2-③. 作業療法士の配置
- I-2-④. 言語療法士の配置
- I-2-⑤. 管理栄養士の配置
- I-2-⑥. 24 時間対応できる臨床工学士の配置
- I-2-⑦. 週 7 日勤務の病棟薬剤師の配置

II. 新生児医の配置

II-1. 総合周産期母子医療センターでは、新生児医療を担当する常勤医師が NICU3 床当たり 2 名以上の配置に努めるものとする。また、9 床未満の NICU においても 6 名以上配置するよう努めるものとする。

III. 都道府県を超えた広域協力システムの構築の義務づけ

III-1. 周産期医療に関する医療圏間の連携を促進するために、近隣都道府県で広域周産期医療協議会を設置する。

III-2. 広域周産期医療協議会では災害時の周産期医療対策も協議する。

III-3. 今後新たに周産期母子医療センターを新築する場合には、NICU1 病床当たり 10m² 以上の面積を確保することが望ましい。

III-4. GCU は NICU の 2 倍以上の病床数を有することが望ましいという項目を消す。

IV. 災害対策

IV-1. 広域周産期医療協議会で災害時の周産期医療対策の協議を行う。

IV-1-①. 対策マニュアルと連絡網の整備をして関係者に周知する。(マニュアル、連絡網は新生児医療連絡会で作成している)

IV-1-②. マニュアルには、災害時対策の責任となる総合周産期母子医療センターを指定する。

IV-2. 全国の総合周産期母子医療センター間で、災害時に相互支援可能なように、連携協定を結んでおく(全国総合周産期医療協議会と称する)。連携協定を結ぶ際には、周産期医療の専門団体である日本周産期・新生児医学会と日本新生児成育医学会等と協議する。

A. 研究目的

厚生労働省は、平成 21 年 3 月に発出した「周産期医療対策事業等の実施について」の中で「周産期医療対策事業等実施要綱」を示し、平成 22 年 1 月に事業実施のための「周産期医療体制整備指針」を定めた(参考資料 1)。さらに、周産期医療対策事業等実施要綱は、平成 22 年、23 年、26 年にそれぞれ一部改正された。周産期医療体制整備指針は平成 28 年度に改正される予定となっている。

平成 21 年度周産期医療整備指針が発出されてから 6 年が経過したが、この間に周産期医療をめぐる事情はさまざまに変化している。例えば、平成 23 年 11 月に東日本大震災が起り、災害時における周産期医療の在り方について地域の関係者

と議論しておく必要が叫ばれた。また、2015 年 7 月に開かれた新生児成育医学会においては、NICU の業務を担う医師の数の地域偏在が報告され、これによる医療格差を是正するためには NICU の業務を担う看護師の質の向上が必要であるとの意見が出された。これらを受けて、次期の周産期医療体制整備指針に新たに盛り込むべき内容について、全国にアンケート調査を行い、その正確なニーズを調査することとした。

B. 研究方法

当班会議において、次期の周産期医療体制整備指針に新たに提案すべき内容について協議した。2015 年 9 月に、全国の総合周産期母子医療センター 104 ヶ所の NICU 施設長を対象として、その提

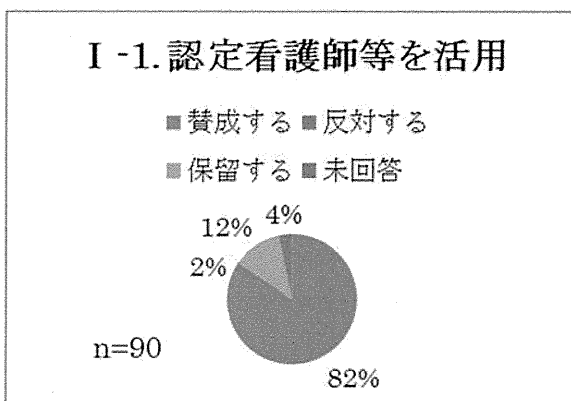
案内容に対する是非を問うアンケート調査（参考資料 2-1）を実施した。

C. 研究結果

アンケート調査の回収率は $90/104=86.5\%$ であった。新たな提案及びそれに対する是非は下記のとおりであった。

なお、調査項目 I-2 については、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士の役割について十分に理解されていなかったと判断し、これらの職種に対する補足説明を加えた形で、2015 年 11 月にもう一度追加のアンケート調査を行った。また、調査項目 II-1（病床数あたりの医師数配置）については、小規模な NICU においても一定数以上の常勤医が必要なことから、最低 6 名以上の配置を求める文章を追記した上で、追加調査を行った（参考資料 2-2）。追加調査の回収率は $79/104=76\%$ であった。

I-1. 新生児集中治療認定看護師等を活用してよりレベルの高い看護ケアが実践できるように努める。さらに、その実績に応じて周産期母子医療センターを評価する。



I-2. 必要に応じ、以下の専門職を NICU に配置する。ただし、NICU15 床以上の施設では、複数配置することが望ましい。

- I-2-①. 常勤の臨床心理士等の臨床心理技術者の配置
- I-2-②. 理学療法士の配置
- I-2-③. 作業療法士の配置

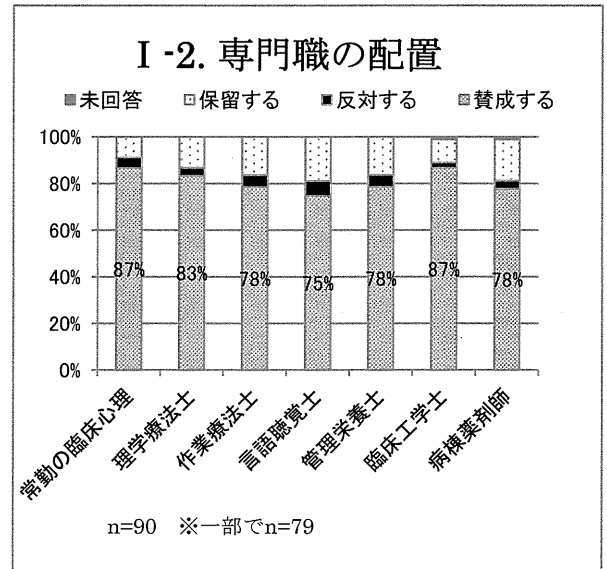
I-2-④. 言語療法士の配置

I-2-⑤. 管理栄養士の配置

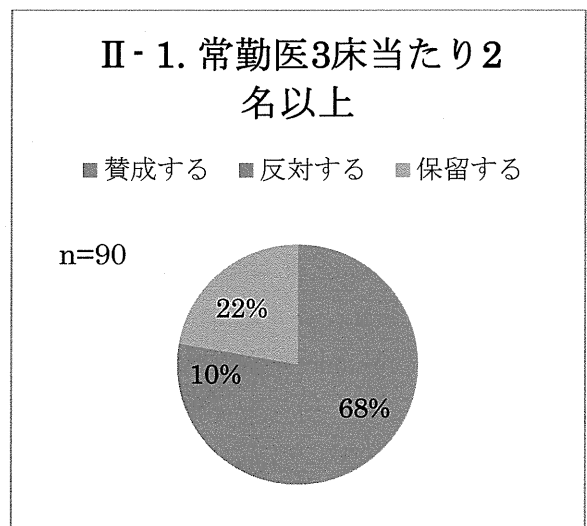
I-2-⑥. 24 時間対応できる臨床工学士の配置

I-2-⑦. 週 7 日勤務の病棟薬剤師の配置

※ 作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士については追加調査（n=79）の結果を記載している。



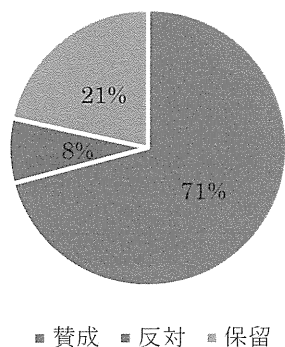
II-1. 総合周産期母子医療センターでは、新生児医療を担当する常勤医師が NICU3 床当たり 2 名以上の配置に努める。



II-1（再調査）. 総合周産期母子医療センターでは、新生児医療を担当する常勤医師が NICU3 床当たり 2 名以上の配置に努める、また 9 床未満の NICU は 6 名以上の配置に努める。

Ⅱ-1. 常勤医3床当たり2名以上、9床未満のNICUは6名以上

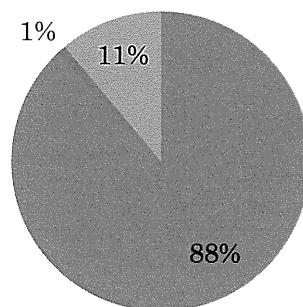
n=79



Ⅲ-1. 広域周産期医療協議会の設置

■ 賛成する ■ 反対する ■ 保留する

n=90



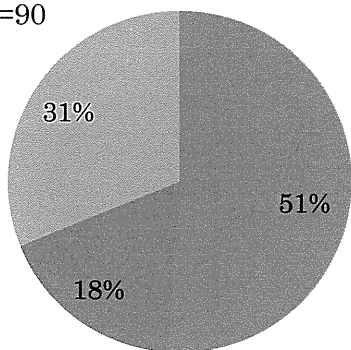
Ⅱ-2. なお、新生児医療を担当する常勤医師は、日本周産期・新生児医学会専門医が望ましい

Ⅲ-2. 広域周産期医療協議会では災害時の周産期医療対策も協議する。

Ⅱ-2. 常勤医は専門医

■ 賛成する ■ 反対する ■ 保留する

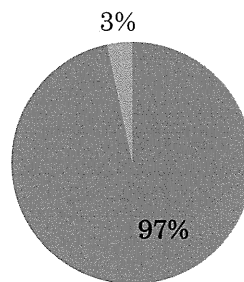
n=90



Ⅲ-2. 広域協議会で災害時対策も協議

■ 賛成する ■ 保留する

n=90



Ⅲ-1. 周産期医療に関する医療圏間の連携を促進するために、近隣都道府県で広域周産期医療協議会を設置する。

Ⅲ-3. 今後新たに周産期母子医療センターを新築する場合には、NICU1 病床当たり 10m² 以上の面積を確保することが望ましい。