

図 7 静脈路・注射

「説明」は図 8 に示すように、入院中の簡単な説明は NCN 60.5% で 5 年目以上は 51% であった。それ以外の 2 項目は 30% 台で、総合的な説明は両者とも 10% 以下であった。

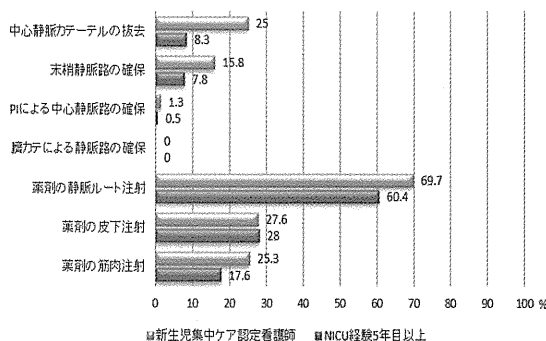


図 8 説明

「呼吸管理」は図 9 に示すように、酸素投与量の変更は両者とも、50% 以上であった。それ以外の 5 項目は、40% 台や 30% 以下であった。

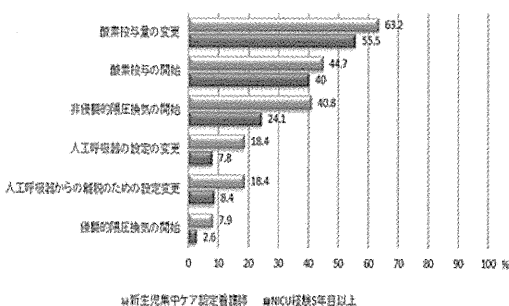


図 9 呼吸管理

「リハビリ」「検査」は図 10 に示すように、両者とも 4 項目すべてで、50% 以下であった。5 年目以上では、採血、放射線の依頼、超音波検査に関しては 10% 以下であった。

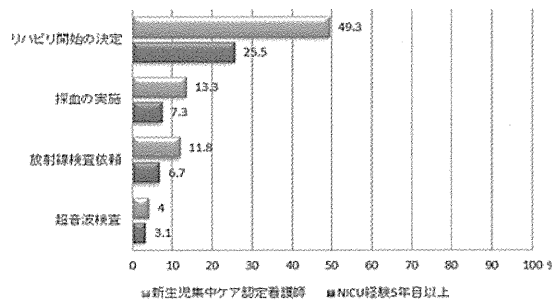


図 10 リハビリ・検査

「カテーテル」「ドレーン」は図 11 に示すように、胃瘻ボタンの交換等 7 項目すべてが 30% 以下であった。

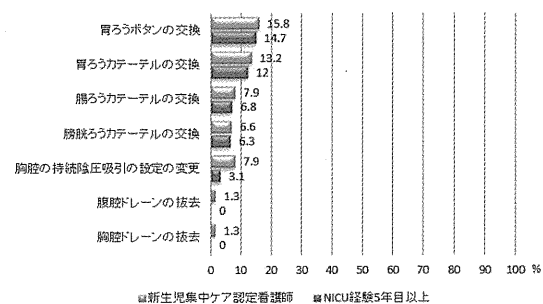


図 12 カテーテル・ドレーン

「救急処置」「搬送」「投薬」は図 13 に示すように救急処置のマスク&バッグは両者とも 70% 以上であったが、胸骨圧迫は NCN で 69.7%、5 年目以上は 46.1% であった。搬送及び投薬については 6 項目について 30% 以下であった。

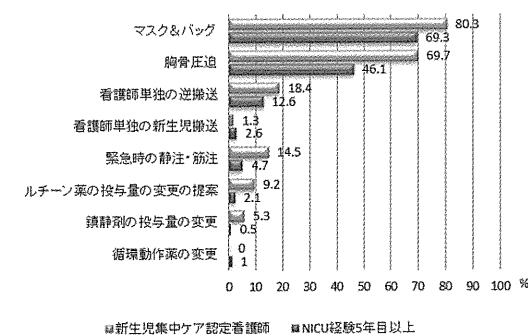


図 13 救急処置・搬送・投薬

#### D. 考察

平成 27 年 10 月より特定医行為研修が行われるようになり、看護師の業務拡大が新生児領域でも可能になった。では、誰がどのような行為を将来的に行うかについて、新生児集中ケア認定看護師と NICU 経験 5 年以上の看護師に分けて検討した。

横尾（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・方法等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.

2011.

【別添】

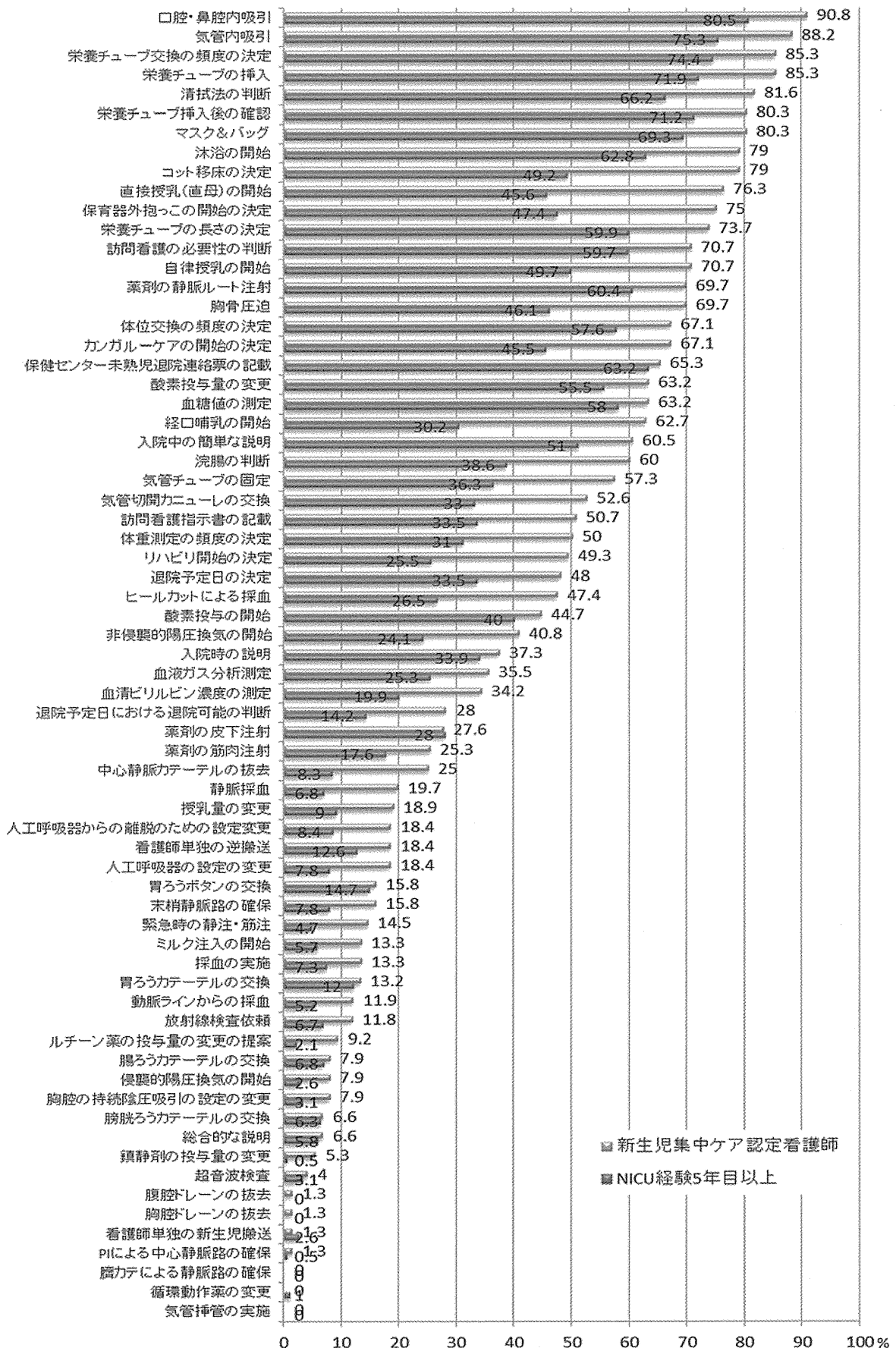


図1 認定看護師と5年以上看護師との将来実施する項目別割合比較

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な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 協議会との共同であり、日本国内の MFICU のほぼ全施設をカバーして行った調査である。

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、宮崎県の 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数値の比較であり、個人情報を含まないために問題ないと判断した。

C. 研究結果

結果 1) 現状の MFICU 病床数は出生千あたり 0.85 床であった。

平成 26 年度の厚生労働省医政局調査を用いて、都道府県ごとに医療保険届け出 MFICU 病床数を調査し、各都道府県の分娩数で除した。その結果をもとに平均値を算出すると千出生あたり 0.85 床であった。

結果 2) ハイリスク妊娠と分娩の現状を踏まえて MFICU 病床数を新たに試算すると、出生千あたり 0.71 床であり、病床稼働率を 80% として再試算すると、出生千あたり 0.89 床であった。従って、ほぼ現状(0.85)と同じ病床数であることが確認できた。(表 1)

施設基準を新たに算出するにあたり、東京都の平成 27 年 3 月改定の周産期統計資料を主に用いて、ハイリスク妊娠や分娩の実数を

得た。出生千あたりの割合を表 1、列 A に示した。

また、ハイリスク妊娠の中で、総合周産期母子医療センターの MFICU が取り扱うべき割合(表 1、列 D)と、地域周産期センターの MFICU が取り扱うべき割合(表 1、列 E)を、東京都のデータと宮崎県の population-based 研究などから推測した。一方、地域 MFICU に搬送すべきであっても諸般の事情で搬送できず、1 次施設で分娩を余儀なくされる症例もある。そこで最終的には、地域 MFICU が取り扱うべき症例の 10%のみが搬送されていると推測して試算した(表 1、最終列)。

これらの数値を用いた結果、総合 MFICU の病床数は出生千あたり 0.61 床、地域 MFICU の病床数は出生千あたり 0.10 床であり、合計で出生千あたり 0.71 床と算出された。

MFICU の病床稼働率を NICU と同等に約 80%とすると、必要な MFICU の病床数は出生千あたり 0.89 床となった。これは結果 1) で得られた 0.85 床とほぼ同様であった。

結果 3) 地域格差は大きく、出生千あたり 0～2 床であり、基準値以下が都道府県の約半数をしめた。(図 1)

都道府県別に、医療保険届出 MFICU の出生千あたりの病床数を図 1 に示す。病床稼働率を加味した 0.89 床、加味しない 0.71 床、さらに既存の周産期医療体制整備指針の 0.6 床を横線で示す。

MFICU 病床数が出生千あたり 0.89 床を超えている都府県が 16 あり、その内 3 つは広域搬送システムによる搬送を近隣から受けている都府県であった。また 5 つは分娩数が 8000 に満たない県であった。このように、MFICU 病床数が基準値を超えている地域には、それぞれの理由がある程度推測可能であった。

一方、MFICU 病床数が出生千あたり 0.6 床

に満たない府県も 21 ヶ所存在した。これらの地域には、必要な MFICU 病床数(0.89 床)を確保するための支援が必要であろう。

結果 4) 周産期死亡率と MFICU 病床数との間に有意な相関を認めなかった。

上記の結果 3) で地域格差が大きいことが判明したことから、MFICU 病床数と周産期死亡率との関連を調べた。図 2 には、都道府県ごとの 2010～2014 の 5 年間の周産期死亡率の平均値と、今回の調査で得られた出生千あたりの MFICU 病床数との関連を示す。

このように MFICU 病床数と周産期死亡率には有意な関連性を認めなかった。換言すると、MFICU 病床数が少なくとも周産期死亡率は悪化することはない、病床数の不足をなんらかの形で補っている工夫があると推察された。

## D. 考察

現在の周産期医療の実情を踏まえて MFICU 病床数を算出すると、MFICU の施設基準は出生千あたり 0.89 床であった。これは現状の出生千あたり 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、図 1 に示すように、MFICU 病床数の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 都府県であり、そこには広域搬送、分娩数の少ない県、といった理由が示唆された。一方、施設基準を満たしていないのは 47 都道府県の約半数の 21 地域にのぼり、この地域への人的資源を中心に医療資源の補助が必要であろうと推察された。

しかし、過去 5 年間の平均周産期死亡率と MFICU 病床数の間に関連はなかったことも判明した。少ない病床数を上手く用いて周産期死亡率の減少に努めていると推測される。

どのような工夫があるのか、更なる調査が望まれる。また、周産期死亡率以外のより適切なクリニカルインジケータは何か、などの検討が今後必要である。

#### E. 結論

MFICU 病床数の施設基準は、現状のデータを基に試算すると、出生千あたり 0.89 床と算出された。これは現状の平均値、0.85 床とほぼ同数である。

都道府県別の MFICU 病床数を見ると、出生千あたり 0~2 床と地域格差は大きかった。

基準を満たす地域には、広域搬送や分娩数が少ないなどの理由が推測可能であった。一方、基準を満たさない地域が全都道府県の約半数あり、その地域への医療資源等の補助が、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

#### 参考資料

表 1

図 1、2

表1 MFICUベッド数の推測値

東京都周産期医療整備計画実態調査に基づく疾病頻度 (H27年3月) 総分娩数: n=80,766								
条件づけ	1/1000 A	平均入院 (日数) B	延日数 C=A x B	総合MFICU 担当割合 (%) D(%)	延日数 C x D(%)	地域MFICU 担当割合 E(%)	Eの10%を受け入れると仮定して 延日数 C x E x 0.1	
<b>妊娠中の管理</b>								
22-27週の早産、n=484	一般に3/1,000程度	3.0	21.0	63	90%	56.7	10%	0.6
28-33週の早産、n=1,038	重症PIHの約半数は早発型 n=500 残りの約500が対象	6.2	14.0	86.8	10%	9.4	80%	6.9
34-36週の早産、n=3,643	重症PIHの約半数が遅発型 n=500 残りの約3100が対象	38.4	2.0	76.8	0%			
<b>分娩管理</b>								
帝王切開 緊急 n=8,776	緊急の約半数をMFICUで	108.7	2.0	217.3	30%	65.2	30%	6.5
帝王切開 予定 n=5,181	分娩管理の多くは一般病棟で可能	64.1	0.0					
重症PIH n=1133	90%は早産(上記早産から除去)	14.0	5.0	70	25%	17.5	75%	5.3
(軽症PIH) est=重症x2	多くは一般病棟で可能	28.0	0.0					
DM n=389	内科的管理は産科、内科の一般病棟で。分娩管理のみMFICUで	4.8	3.0	14.4	50%	7.2	50%	0.7
GDM n=1695, (est=4%以上)	内科的管理は一般病棟で分娩管理のみ	40.0	2.0	80	10%	8	80%	6.4
その他の内科合併症 n=3,307		40.9	3.0	120.9	20%	24.2	60%	7.3
産前胎盤 n=409	分娩後のみ	5.1	3.0	15.3	80%	12.2	20%	0.3
産科DIC n=505	分娩後のみ	6.3	7.0	44.1	50%	22.1	50%	2.2
(分娩中の異常事態) est=5~8%	多くは緊急帝王切開に含まれる	50~80%	0.0					
FGR	早産、PIH、帝王切開に含まれる	50.0	0.0					
							222.5	38.4
							222.5/365=0.610	38.4/365=0.10
0.71 MFICU bed/1,000分娩								

図1 都道府県別MFICUの病床数(/出生千) (総合・地域周産期母子医療センター合計) 基準値との比較と都道府県別の地域格差(平成26年厚生労働省医政局調査)

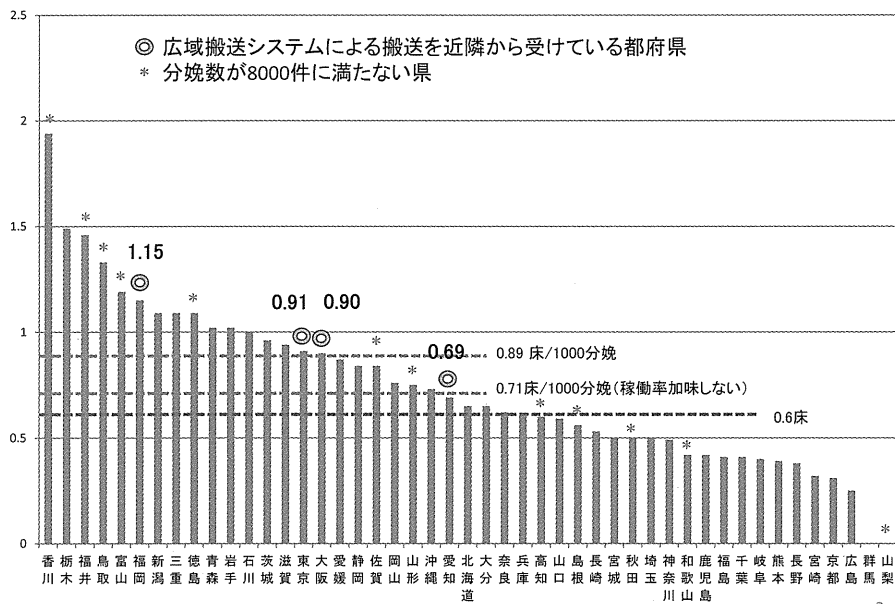
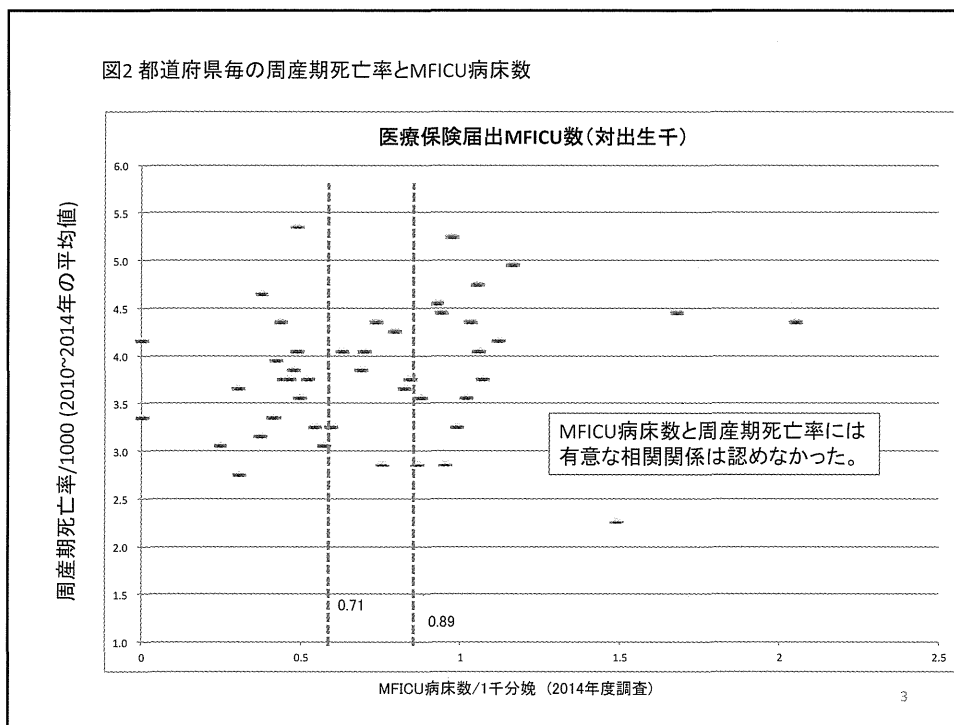


図2 都道府県毎の周産期死亡率とMFICU病床数





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26-27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-2）：「周産期母子医療センターのNICU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を適切に評価できる指標を作成する。本分担研究では、特に新生児医療機能の評価を行うために必要な指標を作成する。

＜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」としてすでに用いられ、全国の総合および地域周産期母子医療センターから報告されている施設評価票の新生児医療機能の評価項目点数と周産期ネットワークデータベースに登録されている極低出生体重児の予後とを比較する。

＜研究結果＞2012年の施設評価票は、全国の389施設から報告されたが、周産期ネットワークデータベースの予後データは201施設から登録されていた。そこで、2012年までの登録数が10例未満の27施設、累積死亡退院例が0の19施設を除いた、155施設を比較検討した。比較対象施設での評価項目点数とその施設の登録児の粗死亡退院率の間には明確な関係を示さなかった。一方、死亡率を児の重症度で補正した標準化死亡率（SMR）と評価項目点数の間には相関関係を認めた。特に、地域周産期母子医療センターでこの関係が強く認められた。

＜考察＞評価項目点数と極低出生体重児の重症度で補正した標準化死亡率の間には相関関係があり、現在用いられている評価項目は、施設の新生児機能のある程度反映していると言える。特に、この関係は地域周産期母子医療センターでより強い。しかしながら、その関係は明らかでなく、今後さらに周産期母子医療センターの評価項目を精緻化する必要がある。

＜結論＞評価票の新生児医療機能評価の妥当性が一部示された。

#### A. 研究目的

わが国の周産期医療は、国際的に優れた水準にあるが、これは、周産期医療体制の整備と、産科管理および新生児管理の医学的進歩の結果である。しかしながら、この周産期医療水準には、施設間差および地域間差が存在する。今後は、各地域の周産期医療の実情に即した整備を通じて、この施設間差および地域間差を是正し、そして、その地域全体の周産期医療水準をさらに向上させる必要がある。

そのためには、地域で整備されている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能力の評価と地域全体での周産期医療体制の機能を評価する必要がある。そこで、本分

担研究では、施設の評価基準を整備して、正確な施設評価が可能となるように検討する。ただし、施設の評価については、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ので、まずこの評価票の妥当性について検討を行う。

#### B. 研究方法

##### 1. 対象

全国の総合および地域周産期母子医療センターから報告された施設評価票(資料 1 および 2) の NICU、GCU (新生児センター) の評価項目点数と、周産期ネットワークデータベース (<http://plaza.umin.ac.jp/nrndata/>) に登録されている極低出生体重児の予後を比較する。すなわち、極低出生体重児の死亡退院率を施設機能と見なした。なお、施設評価票は 2012 年の実績とし、ネットワークデータベースについては、登録開始年である 2003 年から 2012 年までの蓄積データとした。さらに、極低出生体重児の予後については、入院数全体に対する粗死亡退院率と入院児のリスクで調整した標準化死亡率 (SMR: standardized mortality rate) とした。ただし、登録された児の総数が 10 例未満の施設、蓄積された登録症例の死亡退院例が無しの施設については、比較検討対象から除外した。

## 2. SMR の計算

出生体重、在胎期間、性別、多胎、院外出生、頭囲分娩、妊娠高血圧症候群、母体ステロイド投与、胎児心拍異常、帝王切開、1 分アプガースコア、先天異常で粗死亡率を調整した。なお、この 12 因子で調整すると、死亡退院の予測率が 92.3%となる。

## C. 研究結果

### 1. 比較対象施設

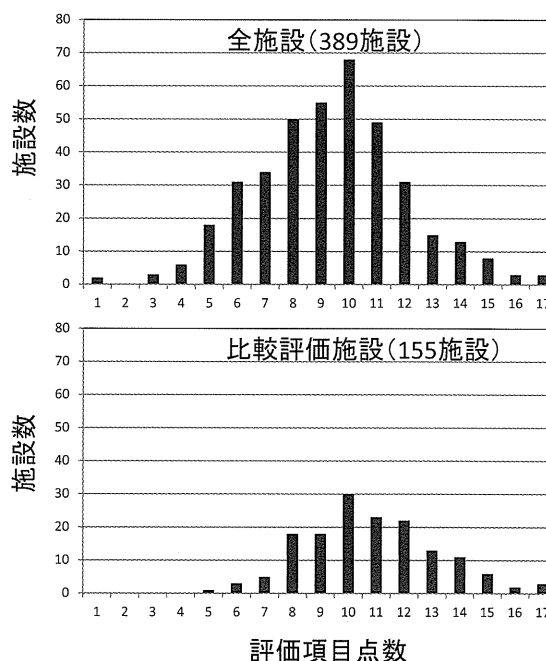
2012 年の施設評価票は、全国の 389 施設から報告された。一方、2012 年までに周産期ネットワークデータベースには 201 施設が参加していた。しかしながら、2012 年までの登録数が 10 例未満の施設が 27 施設、死亡退院例が 0 の施設が 19 施設あり、最終的に比較検討した施設数は 155 施設となった。なお、総合周産期母子医療センター 90 施設、地域周産期母子医療センター 65 施設であった。

比較対象の 155 施設の登録児の総数は 38,908 例、施設別の登録症例数の中央値は 175 例 (11~995 例) であった。

### 2. 全施設および比較対象施設での NICU、GCU (新生児センター) の評価項目点数の分布

図 1 に、評価項目点数が得られた全 389 施設および今回の比較評価施設である 155 施設の評価項目点数の分布を示す。両群で分布形態はほぼ同じであるが、今回の比較評価施設の方が全体に評価項目点数がより高いところに分布している。これは、ネットワークデータベースに登録している施設が総合周産期母子医療センター中心であるためである。しかしながら、今回の検討対象施設が全国の総合あるいは地域周産期母子医療センターから不均一に抽出されているとは言えない。

図 1 全施設および比較検討を行う評価施設の評価項目点数の分布

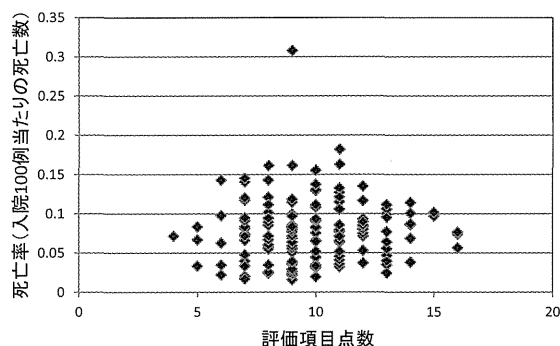


### 3. 評価項目点数と死亡率の関係

比較対象施設での評価項目点数と登録児の

死亡退院率の関係を図 2 に示す。この死亡率は児の重症度を加味しない粗死亡率である。図 2 に示すように、評価項目点数と粗死亡率の間には相関関係を認めない。

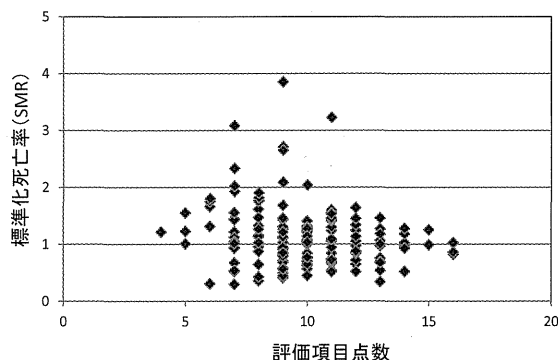
図 2 評価項目点数と死亡率の関係



#### 4. 評価項目と SMR の関係

次に、死亡率を児の重症度で補正した SMR を用いて、評価項目点数と比較した。その結果を図 3 に示す。両者には緩やかな関係を認め、評価点数が高位の施設の SMR が低い傾向にあった。

図 3 評価項目点数と標準化死亡率の関係



#### 5. 総合と地域周産期母子医療センターでの比較

評価項目点数と SMR の関係を総合および地域周産期母子医療センター別に検討した。

図 4 総合および地域周産期母子医療センター別の評価項目点数と標準化死亡率の関係

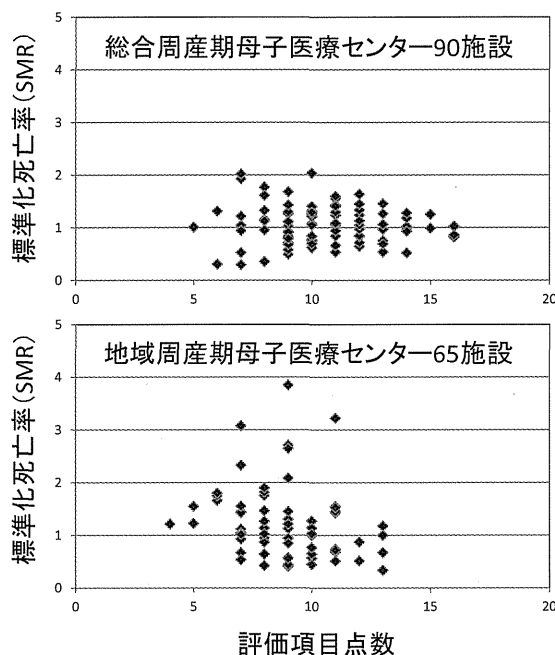


図 4 の上段が総合周産期母子医療センター、下段が地域周産期母子医療センターでの相関関係を表す。総合周産期母子医療センターでは、全体に SMR は低く、評価項目点数と SMR は緩やかな関係である。一方、地域周産期母子医療センターでは SMR と評価項目点数の関係は急峻でより強い関係を示した。

#### D. 考察

全国の総合および地域周産期母子医療センターで、「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」として用いられている評価票の新生児医療機能評価の妥当性について、評価項目点数と施設の極低出生体重児の死亡退院率の関係をj用いて検討を行った。その結果、評価項目点数と極低出生体重児の重症度で補正した標準化死亡率の間には相関関係を示した。この関係は地域周産期母子医療センターでより強く認められた。したがって、現在用いられている評価

項目は、施設の新生児機能をおある程度反映していると言える。ただし、標準化死亡率が新生児機能として適切な指標であるかどうかも含めて、周産期母子医療センターの評価項目を今後さらに精緻化する必要がある。

#### 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」として用いられている評価票の新生児医療機能評価の妥当性が一部示された。今後はさらなる評価項目の精緻化が必要である。

#### F. 健康危険情報

特に無し。

#### G. 研究発表

#### 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

##### 3. その他

無し。

(別添1)

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

Table with 4 columns: 評価項目, 評価, 配点基準. Rows include A.施設 (機能, 病床規模), B.人的 (体制, 勤務スタッフ), and C.実績 (入院患者, 搬送, 患者数).

Table with 4 columns: 評価項目, 評価, 配点基準. Rows include 新生児出生数, 新生児三角搬送数, 新生児戻り搬送数.

\* 10%以上30%未満: 1点
30%以上50%未満: 2点
50%以上: 3点

Table with 4 columns: 評価項目, 評価, 配点基準. Rows include C.実績 (入院患者, 搬送, 患者数).

2. MFICU の評価項目

Table with 4 columns: 評価項目, 評価, 配点基準. Rows include A.施設 (機能), B.人的 (体制, 勤務スタッフ), and C.実績 (入院患者).

4	分娩時週数別分娩取扱数		名	実態調査のみ(加点数なし)
	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	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(加点数なし)
	34～36週		%	実態調査のみ(加点数なし)
6	帝王切開数		名	実態調査のみ(加点数なし)
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(加点数なし)
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(加点数なし)

\* 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 <sup>1)</sup> の開催	i)有 ii)無	有の場合: 1点	
	2 新生児蘇生法講習会 <sup>2)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 <sup>4)</sup> 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 交棒制勤務、短時間勤務などにより当該翌日の勤務配慮を行っている	i)有 ii)無	有の場合: 2点

(別添2)

### 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

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」

分担研究課題（Ⅲ-3）：「周産期母子医療センターの施設基準と評価の改定案に関する研究」

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。



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」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」(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)までをお願いします。

### 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時間常備でいなければいけないか(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 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、開胸、開腹手術症例の入院児数の占める割合で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@twmu.ac.jp

### 資料2 日本新生児成育医学会評議員施設評価への意見 (2015年調査)

1. 開胸、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  
総入院数が大きな施設は、割合だと不利になってしまう。あくまで、「開胸、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VOCUにおける)  
在胎期間別入院数 (NICU及びVOCUにおける) (特に、2-2-3週 など)  
出生体重別入院数 (NICU及びVOCUにおける) (特に、500g未満 など)  
これらは、単に実態調査だけではなく、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、実数で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。
2. ① 理学療法士の配置  
② 低体温療法の実施状況  
③ 開胸・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

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いられているので、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NACS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、人工換気症例が多い施設や、極低出生体重児が多い施設ほど、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に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らいいです。

現在、心理士が院内にさえいなければ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

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はあると思いますが、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、手術例数を入院数に割ると点数化されると、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、補助金が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、病棟上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加算に看護師基準がありますが、医師数の基準はありません。せめてNICU3室に新生児科常勤医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。よろしくお願ひいたします。

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.

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時間帯性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 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ず。検討の程、どうかよろしくお願ひいたします。

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

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

- ・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胎数選別後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。

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
<b>施設機能(病床規模)</b>		
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)
<b>人員体制</b>		
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

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時間体制で産科医が確保されている(オンコールは除く)	「0」:産科医当直なし 「1」:院内に産科医当直あり 「2」:周産期専属産科医当直あり から選ぶ
12	必要な専門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

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(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(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)

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(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)

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

40-1	40のうち、いずれかのスタッフ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	新生児振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(記入員の指示の通り)

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

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

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

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 点 → ・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時間体制で産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

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

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	超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	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: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:0点
36	外科手術(開頭、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:0点 ・30%以上50%未満の場合:4点