

周産期医療システムに関する研究 分担研究報告書

分担研究者：多田 裕¹⁾

研究協力者：服部 司²⁾、千葉 力³⁾、平井 滋⁴⁾、佐藤郁夫⁵⁾、小泉武宣⁶⁾、沢田 健⁷⁾

布施養善¹⁾、加部一彦⁸⁾、猪谷泰史⁹⁾、末原則幸¹⁰⁾、山崎武美¹¹⁾、近藤裕一¹²⁾

池ノ上克¹³⁾

要約：

- 1) 地域の周産期医療施設の実態を明らかにするための産科およびNICUの調査用紙を作成し、さらに調査票に基づく評点につき検討した。
- 2) 本調査票は各周産期施設の整備状況や活動状況の比較や、地域の周産期医療整備状況の検討に有用であると考えられた。
- 3) 各地の周産期医療施設を調査したところ、9床以上の狭義のNICUを有する施設は68（このうち社会保険で新生児集中治療管理加算が認められる施設は52）であった。これらの施設は、人口の多い都道府県に集中しており、14都府県では複数の施設（合計53施設）が存在しており、1施設があるのが15府、1施設もない道府県が18あった。
センター的な施設を狭義のNICU6床以上の施設とすると、全国に137施設（社保96施設）あり、1施設もない府県は5であった。137施設のうち産科施設を有しない施設（こども病院等）が13あった。
- 4) 新生児医療に従事している医師数を推定するために、狭義のNICUを3床以上有すると回答があった284施設の新生児医療に関与している医師の数を集計すると769名であった。この中には小児科を兼務している医師が多いので、今後の周産期センターの整備のためには、要員の確保のための対策が必要であることが明らかになった。

1)東邦大学医学部新生児学教室、2)市立札幌病院未熟児センター、3)青森市民病院小児科、4)国立郡山病院小児科、5)自治医科大学産婦人科、6)群馬県立こども病院第2内科、7)東邦大学医学部佐倉病院小児科、8)愛育病院新生児科、9)神奈川県立こども医療センター-新生児・未熟児科、10)大阪府立母子保健総合医療センター-産婦人科、11)県立広島病院母子総合医療センター-12)熊本市民病院新生児医療センター、13)宮崎医科大学産婦人科

見出し語：周産期医療施設体制、診療実績調査、全国の周産期施設の評価、医師数

研究方法：

本研究班に対するリサーチクエスチョンは、

- ①各県の周産期医療体制の評価
- ②周産期医療情報の内容と収集方法のあり方である。

本研究班は、平成9年度は各地域を代表する産科医療および新生児医療の専門家15名に研究協力者としての参加を求め、3回の分担研究会議と2回の全体班会議を開催し班員全員で討議した。

本研究班の本年度の課題は、各地の周産期医療の現状を調査するとともに、都道府県が今後の整備に役立てるために収集すべき周産期医療情報の種類と収集方法を検討することであり、さらに周産期医療施設の整備状況を客観的に評価する方法を確立することにある。

このため、本研究班では必要な周産期情報を収集できるような産科および新生児医療の調査票を作成するとともに、この調査票に基づいて各施設の評価が可能であるかを検討した。また、各県の周産期医療体制の評価のために、各地の産婦人科と小児科を標榜する病院および小児専門病院の調査結果を分析し、要員の整備状況を含めたわが国の周産期医療整備の現状と問題点を分析した。

結果：

①各県の周産期医療体制の評価

1) 周産期医療体制評価のための調査票の作成

地域の周産期医療システムのあり方を周産期医療協議会等で検討するためには、基礎資料として地域全体の周産期医療情報を収集する必要がある。

当研究班では、調査の際に収集することが必要な項目につき検討し、NICUおよび産科情報の調査用紙を作成した(表1、2)。採用した項目は次の通りである。

①NICUの実態調査

1) 新生児病室病床数 2) 年間入院数 3) 新生児・未熟児病棟担当当直医師数 4) 新生児・未熟児病棟担当医師数 5) 小児科当直医師数 6) 小児科医師数 7) 新生児・未熟児病室の看護単位 8) 新生児・未熟児病室の夜勤看護婦数 9) NICUへの新生児搬送状況

②産科の実態調査

1) 年間分娩数 2) 体重別年間出生数/新生児死亡数 3) 体重別年間死産数 4) 在胎週数別出生数/新生児死亡数 5) 在胎週数別死産数 6) 多胎分娩数 7) ハイリスク妊婦入院数 8) 帝王切開数 9) 緊急帝王切開までの所要時間 10) 産婦人科当直医師数/産科専任当直医師数 11) 産科専任医師数 12) 産科病室の看護体制 13) 病的新生児の取扱い 14) 社会保険での母胎・胎児集中治療管理室相当病室の有無(認可病床数、面積、器材整備状況)

さらに、各地域あるいは各施設の周産期診療機能を評価することが必要になるので、本調査表の回答内容に対する評点方法を試作した。

2) 各都道府県の周産期医療の整備状況の調査

(1) 周産期医療施設の配置状況

本研究班では、昨年まで継続して研究してきた結果から、各地域には人口約100万人程度の生活圏が形成されており、社会経済的にもこの様な地域性を持って活動していることから、

周産期医療もこの生活圏に基づいて運営整備されることが望ましと結論した。

平成8年度から実施された周産期医療整備事業では、都道府県に1カ所の総合周産期母子医療センターを指定し、高度な周産期医療を担当し、総合周産期母子医療センター1カ所当たり数カ所の地域周産期母子医療センターを認定し、連携して地域の周産期医療を担当することになっている。総合周産期母子医療センターには9床以上の新生児集中治療管理室（NICU）と9床以上の母体・胎児集中治療管理室（M・FICU）を備えることが規定されており、またこのような病床で高度な周産期医療を実施できる十分な要員の確保が求められている。

産科でのM・FICUを整備した施設は少ないので、NICUについて調査したところ、9床以上の狭義のNICUを有する施設は68

（このうち社会保険で新生児集中治療管理加算が認められる施設は52）であった。これらの施設は、人口の多い都道府県に集中している傾向があり、14都府県では複数の施設（合計53施設）が存在しており、1施設があるのが15府県であり、1施設もない道府県が18あった。

センター的な施設を狭義のNICU6床以上の施設とすると、全国に137施設（社保96施設）あり、1施設もない府県は5であった。137施設のうち産科施設を有しない施設（こども病院等）が13あった。

（2）周産期施設の整備状況

高度な周産期医療を実施するためには、十分な要員が確保されていることが重要である。社会保険で新生児集中治療管理料の算定が許可される基準を充たしていることが、最低限必要な

基準と考えられるが、整備された施設は人口の多い地域に集中しており、NICUが6床以上の96施設を見ると、79施設は18都道府県にあり、1施設の府県が17府県で、12の県には社会保険の基準を満たすNICUが整備されていなかった。今後はこれらの施設の要員や設備を整備し、基準に合致するような施設とすることが必要であると考えられる。

（3）新生児医療に従事する医師数

新生児医療に従事している医師数を推定するために、狭義のNICUを3床以上有すると回答があった284施設の新生児医療に関与している医師の数を集計した結果は表3の通りで、一般小児科の兼務も含まれると考えられるが769名であった。6名以上の医師が勤務する施設は34施設に過ぎず、このうちには大学病院が13あり、これを除くと6名以上の医師が新生児医療に従事している施設は21に過ぎなかった。7名以上の医師が従事している施設は16施設で、大学病院が5施設、その他が11施設であった。

総合周産期母子医療センターが今後全国に約100カ所整備されるとし、各施設に週1回の当直で勤務できる最低7名の新生児医療担当医が配置されると仮定すると、約700名の医師の勤務が必要であり、現在新生児医療を担当している全ての医師数とほぼ等しくなる。地域周産期母子医療センターは全国に約300必要であるが、医師は一般小児科の応援を求め新生児医療担当医は各施設2名と仮定しても約600名、両センターを合わせると約1300名の医師の勤務が必要になる。

現在小児科医を志望する医師は全国約300名であるが、新生児医療担当医を確保するため

には、小児科志望医を増加させるための早急な対策が必要である。産科部門も同様で、周産期医療の要員確保が緊急の課題である。

②周産期医療情報の内容と収集方法のあり方

1) 収集すべき周産期医療情報の内容

地域の周産期医療システムを検討するための調査用紙を作成し、地域全体の周産期医療情報を収集する際に利用できるようにした。

調査項目につき点数をつけて、各施設の比較が可能であるかを検討した結果、本調査を実施すれば各施設間の評価や地域全体の整備状況の評価が可能であることが明らかになった。本調査の内容は今後の都道府県での周産期医療実態調査に利用が可能である。

2) 周産期医療情報の収集と伝達の方法

今後の周産期医療では、治療を有効に行うためにはF・M I C UやN I C U入院患者の情報を、診療を担当する医療機関の間で迅速に連絡することが必要になる。また患者の退院後も継続した医療や保健の援助が必要であり、その情報の伝達方法も重要である。

本分担研究班では「ハイリスク児出生の実態把握と追跡管理に関する研究」班（分担研究者中村肇神戸大学教授）とも協力して、患者情報データベースの基準を作成した。これらの情報のうち必要な項目を各都道府県が共通の様式により集計すれば、地域の周産期情報の把握が容易になり、また、この様な周産期情報を地域の保健や福祉に生かすことも可能である。

地域全体の情報を把握する役割は都道府県が中心になるべきであるが、その分析や評価は総合周産期母子医療センターが行政と協力して行うべきであり、最終的には周産期医療協議会で検討

し、地域の周産期医療システムの評価に役立てることが必要である。

個別研究：

服部班員は北海道の周産期医療の現状を調査し、周産期医療は6つの診療圏に分かれ、各診療圏とも新生児の異常は基幹となるべき病院へほぼ集約されているが、産科母体搬送については機能分化、地域化が不十分と考えられる診療圏があることを明らかにした。

千葉班員は青森県の新生児医療施設の現状を調査し、看護単位が独立している施設は3箇所であるが、人工換気病床は最大の施設でも6床であり、医師は7名が1施設、6名が2施設であった。これらの現状は、地域周産期母子医療センターとしての施設には相当するが、総合周産期母子医療センターに相当する施設はなく、今後の整備が必要であることを示している。

平井班員は、福島県におけるN I C Uへの多胎児の入院状況の年次的変化を調査し、不妊症治療による出生児の占める割合が増加しており、今後の周産期センター運営において、産科とN I C Uとの協議の必要性を指摘した。

佐藤班員は、栃木県における周産期医療システムの整備の経緯ならびに整備後の周産期医療の現状につき検討した。栃木県は自治医科大学と獨協医科大学の2施設が総合周産期母子医療センターと指定され、これらの施設が中心となり周産期医療システムが整備されてきたが、整備後はセンターに収容される数が増加し、センターの運営を円滑にするためには、センターと連携して医療を担当する地域周産期センターの整備が重要であることを明らかにした。また、総合周産期母子医療センターを実際に整備、運用上の問題点も指摘した。

小泉班員は、これまでの研究で群馬県周産期

医療システム図試案を作成してきたが、本年度はこのシステム案に従って県からの補助金による施設整備が行われた。この結果全県域において地域の新生児医療の責任体制が明らかになり、機能しだした実態を明らかにした。

近藤班員は熊本県について実態の調査を行い、その結果をもとに県の周産期医療システムの整備につき検討した。この結果、熊本県は人口が186万人であるが、その地理的背景、人口分布等を考慮すると総合周産期母子医療センターは1施設、地域周産期母子医療センターは3～4施設とすることが实际的であろうと結論した。

池ノ上班員は宮崎県の周産期医療体制の整備状況を評価した。宮崎県で狭義のNICUを有するのは4施設であるが、2施設は地域の中核病院でありながら産科医師は夜間は自宅待機であり、当研究班で作成した評価点は低くなる。一方大学病院は産科医師が多いので、要員の面から評点が高くなる。県としては規模の小さなNICUの設置予定はあるが、要員の確保が問題であり、教育面から要員の供給方法を考えていく必要があることを指摘した。

猪谷班員は、神奈川県周産期医療システムの運営状況を調査し、すでに機能している周産期救急システムと補助金の実態と周産期医療対策事業の実施状況などの問題点を明らかにした。

布施班員は、周産期医療整備実施事業における大学の関与について検討するために、全国の大学医学部、医科大学80校が実施している周産期医療の実態、特に施設の状況について調査した。この結果、大学の周産期医療への取り組みに大きな差がみられ、産婦人科、小児科両科がバランス良く連携している大学が少ない実態を明らかになった。さらに、これらの調査結果に基づいた各大学の周産期医療へのかかわり方

についても検討した。

考察：

都道府県が地域の周産期医療の現状を調査し、整備の基礎資料を得るための調査用紙を作成した。本研究班がこれらの調査用紙の試案の検討の段階で、すでにこの調査用紙に採用された項目は、班員が所属する東京都、北海道、広島県、沖縄県などでの都道府県での調査用紙作成の参考に利用された。

今後の都道府県が収集した周産期医療情報を生かし、システムを整備するためには各周産期医療施設の整備状況を客観的に評価することが必要である。

このような評価の方法については、従来全く考慮されていなかったが、地域の周産期医療の整備のためには必須であり、システム整備の効果を判定する上でも有用である。このような目的に本研究班のスコアが参考になればと考える。

また、各地の周産期医療施設の整備状況の調査結果からは、各地に総合ないし地域周産期母子医療センターの基礎となる施設は存在するが、病床規模、要員などの点で不十分であることが明らかになった。

わが国の周産期医療は、現在急激な変貌を来しており、国の周産期医療整備事業が開始されたことを契機に、各地で周産期医療システムの整備についての検討が始まっている。しかし現状では周産期医療整備事業が成果を上げる前に、各地の周産期医療が壊滅する恐れもあり、要員特にセンター施設の医師確保のための強力な対策が必要であることが本年の本研究班の検討過程でも痛感された。また、今後の各地の周産期医療システム整備の上での、多くの質問が本研究班に寄せられた。特に、総合周産期母子医療セン

ターの母体胎児集中治療管理室の整備・運用には問題が大きい。このため、比較的多い質問についての当研究班の見解を、昨年の本研究班報告書に掲載したQ & Aに加えて、本年の分担研究班報告に参考として加えた。

表1

産科の実績調査

病院名 : _____

産科責任者名 : _____ (記載者名 : _____)

1) 年間分娩数 (199__年) : _____ 例

2) 体重別年間出生数 (199__年) : _____ うち新生児死亡数

- ① 超低出生体重児 (~999g) の出生数 : _____ 名 _____ 名
- ② 出生体重(1000~1499g) の出生数 : _____ 名 _____ 名
- ③ 出生体重(1500~1999g) の出生数 : _____ 名 _____ 名
- ④ 出生体重(2000~2499g) の出生数 : _____ 名 _____ 名
- ⑤ 出生体重(2500g~) の出生数 : _____ 名 _____ 名

3) 体重別年間死産数 (199__年) :

- ① 出産体重児 (~999g) 死産数 : _____ 名
- ② 出産体重 (1000~1499g) の死産数 : _____ 名
- ③ 出産体重 (1500~1999g) の死産数 : _____ 名
- ④ 出産体重 (2000~2499g) の死産数 : _____ 名
- ⑤ 出産体重 (2500g~) の死産数 : _____ 名

4) 週数別出生数

うち新生児死亡数

- ① 妊娠23週までの出生数 : _____ 名 _____ 名
- ② 妊娠24-27週までの出生数 : _____ 名 _____ 名
- ③ 妊娠28-31週までの出生数 : _____ 名 _____ 名
- ④ 妊娠32-35週までの出生数 : _____ 名 _____ 名
- ⑤ 妊娠36-39週までの出生数 : _____ 名 _____ 名
- ⑥ 妊娠40週以後の出生数 : _____ 名 _____ 名
- ⑦ 週数不明の出生数 : _____ 名 _____ 名

5) 週数別死産数

- ① 妊娠23週までの死産数 : _____ 名 _____ 名
- ② 妊娠24-27週までの死産数 : _____ 名 _____ 名
- ③ 妊娠28-31週までの死産数 : _____ 名 _____ 名
- ④ 妊娠32-35週までの死産数 : _____ 名 _____ 名
- ⑤ 妊娠36-39週までの死産数 : _____ 名 _____ 名
- ⑥ 妊娠40週以後の死産数 : _____ 名 _____ 名
- ⑦ 週数不明の死産数 : _____ 名 _____ 名

6) 年間 多胎の分娩数

双胎 (_____) 三胎 (_____) 4つ子以上 (_____)

7) 年間ハイリスク症例入院数 : ハイリスク妊婦入院数 _____ 例

- (1) 緊急母体搬送受け入れ数 _____ 例
- (2) 非緊急の母体搬送受け入れ数 _____ 例
- (3) 産科救急受け入れ数 _____ 例

8) 年間帝王切開実施数 : _____ 例

うち 予定の帝王切開 _____ 例
緊急の帝王切開 _____ 例 (うち勤務時間内 _____ 例)
時間外・夜間・休日 _____ 例

9) 緊急時 帝王切開決定から-児娩出まで 約 _____分

麻酔医の体制は

- 夜間も当直体制 夜間はオンコール
昼間は常勤医と常勤的非常勤医（研修医・レジデントなど）を含め _____名

10) 緊急検査は

- 昼間は検査室で対応 昼間は医師が行う
 夜間も検査室で対応 夜間は医師が行う

11) 可能な緊急検査項目は

12) 輸血の準備は

- 常時各型（ ）パック保存・・・輸血をオーダーしてから輸血開始まで 約 _____分
 必要時に確保・・・輸血をオーダーしてから輸血開始まで 約 _____分
 輸血部で対応
 その他

13) 産婦人科医師数：

- 常勤医 _____名
常勤的非常勤医（研修医・レジデントなど） _____名
非常勤医師（当直・応援など） _____名
（非常勤産婦人科医師は週何日の実働日数があるかを記載して下さい）

14) 産婦人科当直医師数： _____名
（毎日でない場合には、週平均何日またはon callなど詳細を記載して下さい）

15) 産科専任当直医師数： _____名
（産科だけが独立して当直している場合には、この欄に産科当直を記載し、産婦人科当直医師数には、産科当直数と婦人科当直数を加えた数を書いて下さい）

16) 産科専任医師数： _____名
非常勤産科専任医師数： _____名
（産科専任の医師がある場合には、この欄に産科専任医師数を記載し、産婦人科医師数には、産科と婦人科を併せた医師数を書いて下さい。
非常勤産婦人科医師は週何日の実働日数があるかを記載して下さい）

17) 産科病室の看護単位： 1. 産科（病床数： _____床）
2. 産婦人科（病床数： _____床、うち産科 _____床）
3. 混合病棟（病床数： _____床、うち産科 _____床）

18) 分娩室勤務は 1 独立している 勤務体制は準夜勤： _____名 深夜勤 _____名
2 独立していない

19) 産（婦人）科病室の夜勤助産婦・看護婦数：
準夜勤： _____名（うち助産婦： _____名）
深夜勤： _____名（うち助産婦： _____名）

20) 産婦人科病棟が独立していない場合の夜勤助産婦・看護婦数：
産科担当準夜勤： _____名（うち助産婦： _____名）
産科担当深夜勤： _____名（うち助産婦： _____名）

2 1) 病的新生児の取扱い:

- (1) 重症児は全て院内NICUに収容
- (2) 重症児は原則として外部のNICUに送り中等症のみ院内に収容
- (3) 重症児も中等症も原則として外部に送り軽症または正常新生児のみ院内に収容
- (4) その他 ()

2 2) NICU以外 (産婦人科病棟など) で病的新生児を取扱っている場合その基準は (具体的に)

2 3) 22)での担当者は

- 新生児科医 小児科医 産科医

2 4) 社会保険での母胎・胎児集中治療管理室認可病床数: _____ 床
(社会保険での認可の申請している場合にも記入して下さい)

2 5) 社会保険での母胎・胎児集中治療管理室の面積: _____ m²
(社会保険での認可の申請を予定している場合にも記入して下さい)

2 6) 社会保険での認可はされていないが要員・面積など母胎・胎児集中治療管理室認可基準を満たしていると考えられる病床数がある時には病床数を書いて下さい:
_____ 床

2 7) 母胎・胎児集中治療管理室認可病床や分娩室・産科病棟・産科外来などで産科専用で使用できる設備・備品をお書き下さい

- 救急蘇生装置 (気管内挿管セット・人工呼吸器など) _____ 台
- 除細動器 _____ 台
- ペースメーカー _____ 台
- 心電計 _____ 台
- ポータブルX線撮影装置 _____ 台
- 呼吸循環監視装置 _____ 台
- 分娩監視装置 _____ 台
- 超音波診断装置 (カラードップラーによる血流計測が可能なもの) _____ 台
- 自家発電装置 無停電装置 (自家発電用コンセント 無停電コンセント)
- 電解質測定装置 血流ガス分析装置 _____ 台
- 分娩部・母胎・胎児集中治療管理室専用医師当直室 _____ ベット
- その他 ()

産科評価方法

病院名 : _____
合計点数 : _____ 点

- (1) 年間分娩数 : 分娩なし : 0点
499以下 : 4点
500~749 : 6点
750~999 : 8点
1000以上 : 10点
- (2) 1500g未満の分娩実績 : 10未満 : 0点 10~19 : 4点
20~29 : 6点 30~39 : 8点
40以上 : 10点
- (3) 母体搬送受け入れ数 : 10未満 : 0 10~24 : 2点
(ハイリスク妊娠数) 25~49 : 4点 50~74 : 6点
75~99 : 8点 100以上 : 10点
- (4) 母胎・胎児集中治療室 (MFICU) 病床数
認可されている
12床以上 : 10点 9~11床 : 9点
6~8床 : 8点 6床以下 : 7点
認可されていないが同様な機能の病床がある (含看護婦数)
9床以上 : 6点 6~8床 : 5点
4~5床 : 3点 3床以下 : 2点
- (5) 後方病床数 (母体・胎児集中治療管理室数を除く産科病床数で評価)
0~9床 : 2点 10~14床 : 4点
15~19倍 : 6点 20~24床 : 8点
25床以上 : 10点
- (6) 看護単位独立の場合の勤務者数 (準夜+深夜) (MFICUは3床に2名、その他の産婦人科病床を後方病床として計算した看護婦数) :
後方病床25床以上に2名 : 1点 (注2名としたのは準夜+深夜のため)
19~24床に2名 : 2点
13~18床に2名 : 4点
9~12床に2名 : 8点
8床に2名 : 10点
- (7) 看護単位非独立の場合の産科担当勤務者数 (準夜+深夜) (MFICUは3床に2名、その他の産科病床を後方病床として計算した看護婦数) :
後方病床25床以上に2名 : 0点
19~24床に2名 : 1点
13~18床に2名 : 3点
12床に2名以上 : 5点
- (8) 産婦人科担当当直医 : 毎日2名以上 : 10点
毎日1名 : 5点
週1~3日1名 : 2点
当直なし : 0点
- (9) 産婦人科常勤医師数 : 10名以上 : 10点 7~9名 : 8点
5~6名 : 6点 3~4名 : 4点
2名以下 : 2点

表2

N I C U の実績調査

病院名 : _____
NICU責任者名 : _____ (記載者名 : _____)

1) 新生児病室病床数 :

- ① 社会保険で認可された新生児集中治療管理室の病床数 : _____ 床
② 狭義のNICU数 (人工換気またはそれに準じる集中治療が可能な病床) : _____ 床
③ 後方病床数 (新生児病室の中のNICU以外の病床) : _____ 床

2) 年間入院数 (199 ____年) :

- ① 超低出生体重児の入院数 : _____ 名 (28日以上生存例 _____ 名)
② 出生体重1000~1499gの児の入院数 : _____ 名 (28日以上生存例 _____ 名)
③ 極低出生体重児合計 (①+②) : _____ 名 (28日以上生存例 _____ 名)
④ 年間人工換気症例数 (含③VLBW児) : _____ 名 (28日以上生存例 _____ 名)

3) 新生児・未熟児病棟担当当直医師数 : _____ 名

(狭義のNICUと新生児後方病床専任当直医の数を記載 : 週に何日か当直しているときにはその旨を記載して下さい)

4) 新生児・未熟児病棟担当医師数 : _____ 名

(狭義のNICUと新生児後方病床のみを担当する医師の数を記載)

5) 小児科当直医師数 : _____ 名

(別に新生児・未熟児担当当直医がいるときは合計数 : 週に何日か当直しているときにはその旨を記載して下さい)

6) 小児科医師数 : _____ 名

(新生児・未熟児病棟担当医師がいるときは合計数を記載して下さい)

7) 新生児・未熟児病室 (狭義のNICUと新生児後方病床) の看護単位 :

1. 独立している
2. 小児科に含まれる
3. 産婦人科に含まれる
4. 混合病棟

8) 新生児・未熟児病室 (狭義のNICUと新生児後方病床) の看護単位が独立している場合の夜勤看護婦数 :

準夜勤 : _____ 名
深夜勤 : _____ 名

9) 新生児・未熟児病室 (狭義のNICUと新生児後方病床) の看護単位が独立していない場合の夜勤看護婦数 :

病的新生児担当準夜勤者 : _____ 名
病的新生児担当深夜勤者 : _____ 名

10) NICUへの新生児搬送 :

1. 原則としてNICU側で輸送
2. 日勤帯のみNICU側で輸送
3. NICU側の都合がつけば輸送にあたる
4. 原則としてNICU側は輸送せず

11) NICUへの新生児搬送方法 :

1. 専用救急車保有
2. 一般救急車使用 (NICUが迎えに)
3. 一般救急車使用 (出生病院により)
4. その他 (

N I C U 評価方法

病院名 : _____
合計点数 : _____ 点

- (1) 社保NICU: 1～3床: 2点 4～6床: 4点
7～8床: 6点 9～11床: 8点
12床以上: 10点
社保NICUが0床場合:
狭義のNICUが1～3床: 1点 4～6床: 2点
7～9床: 3点 10床以上: 4点
- (2) 後方病床: NICU (社保の有無によらず3床以上の場合) の倍数で評価
0.9倍以下: 4点 1～1.4倍: 6点
1.5～1.9倍: 8点 2倍以上: 10点
- (3) 年間極低出生体重児取り扱い数:
5例以下: 0点 6～11例: 2点
12～19例: 4点 20～29例: 6点
30～39例: 8点 40例以上: 10点
- (4) 年間人工呼吸器使用児数 (年間極低出生体重児が12例以下の場合に加算):
5例未満: 0点 6～11例: 1点
- (5) 看護単位 独立: 5点 非独立: 0点
- (6) 看護単位独立の場合の勤務者数 (準夜+深夜) (NICUは3床に2名、その他の新生児病床を後方病床として計算した看護婦数):
後方病床25床以上に2名: 0点 (注2名としたのは準夜+深夜のため)
19～24床に2名: 2点
13～18床に2名: 4点
9～12床に2名: 8点
8床に2名: 10点
- (7) 看護単位非独立の場合の新生児・未熟児病棟勤務者数 (準夜+深夜) (NICUは3床に2名、その他の新生児病床を後方病床として計算した看護婦数):
後方病床25床以上に2名: 0点 19～24床に2名: 1点
13～18床に2名: 3点 12床に2名以上: 5点
- (8) 新生児・未熟児病棟担当当直医: 毎日1名以上: 10点 週4日以上1名: 8点
週1～3日1名: 6点
当直なし但し小児科当直毎日: 4点
- (9) 新生児・未熟児病室担当医師数: 1～2名: 2点 3～4名: 6点
5～6名: 8点 7名以上: 10点
新生児担当医師数が2名以下の場合には小児科医師数により下記を加算する
小児科医師数3～4名: 1点
5～6名: 2点
7名以上: 3点
- (10) 新生児搬送: 原則としてNICU側で輸送: 5点
日勤帯のみNICU側で輸送: 3点
NICU側の都合がつけば輸送にあたる: 1点
原則としてNICU側は輸送せず: 0点

表3

新生児医療施設数と担当小児科医師数

新生児病棟 担当医師数	NICU 3床以上の施設		NICU 0～2床の施設	
	施設数	勤務医師数	施設数	勤務医師数
0人	17	0人	131	0人
0.5人	4	2	20	10
1人	60	60	331	331
1.5人	14	21	5	7.5
2人	24	48	43	86
2.5人	4	10	2	5
3人	41	123	12	36
3.5人	2	7	0	0
4人	34	136	2	8
4.5人	3	13.5	0	0
5人	22	110	0	0
5.5人	1	5.5	0	0
6人	18	108	0	0
7人	8	56	1	7
8人	4	32	1	8
9人	3	27	0	0
10人	1	10	0	0
記載なし	14	—	89	—
合計	284施設	769人	637施設	498.5人

注：新生児病棟に勤務する医師の平均人数
 (2～3名との回答は2.5人として計算した)



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:

- 1)地域の周産期医療施設の実態を明らかにするための産科および NICU の調査用紙を作成し、さらに調査票に基づく評点につき検討した。
- 2)本調査票は各周産期施設の整備状況や活動状況の比較や、地域の周産期医療整備状況の検討に有用であると考えられた。
- 3)各地の周産期医療施設を調査したところ、9床以上の狭義のNICUを有する施設は68(このうち社会保険で新生児集中治療管理加算が認められる施設は52)であった。これらの施設は、人口の多い都道府県に集中しており、14都道府県では複数の施設(合計53施設)が存在しており、1施設があるのが15府、1施設もない道府県が18あった。
センター的な施設を狭義のNICU6床以上の施設とすると、全国に137施設(社保96施設)あり、1施設もない府県は5であった。137施設のうち産科施設を有しない施設(こども病院等)が13あった。
- 4)新生児医療に従事している医師数を推定するために、狭義のNICUを3床以上有すると回答があった284施設の新生児医療に関与している医師の数を集計すると769名であった。この中には小児科を兼務している医師が多いので、今後の周産期センターの整備のためには、要員の確保のための対策が必要であることが明らかになった。