

総括研究報告書

主任研究者 竹村 喬

I. 研究計画

1. 本研究の目的

心身障害の発生は妊娠・分娩・産褥・新生児を包括する周産期医療と密接な関係があり、周産期医療を円滑にすすめるためには、ハイリスク、救急への対応が大きな課題となっている。一方、新生児は産科と小児科の谷間にあり、常に日の当る場所にあるとはいえない。その上、労務対策や医療経済など周産期医療の運営にあたっては、今後解決すべき点は少なくない。

本研究は、わが国の周産期医療をよりよきものにするために、これら周産期医療をめぐる諸問題を検討し、その結果をふまえて、厚生省に提言し今後の行政施策に資するのを目的としている。

2. 本研究の計画

本研究は昭和61年度より63年度までの3ヵ年計画である。

- 1) 初年度：昭和61年度
 - (1) 関連文献の収集
 - (2) 実態調査（周産期センター、搬送、情報伝達など）
 - (3) NICUの実態調査
 - (4) NICU送院基準の設定
 - (5) 総合的な討論
- 2) 第2年度：昭和62年度
 - (1) 前年度に明らかにされた問題点（母体搬送、情報センターなど）の検討
 - (2) NICUをめぐる問題点（患者対象、長期

入院児など）の検討

- (3) 周産期医療の運営（勤務体制、医療経済など）の検討

- (4) 産科、小児科のよりよき連携の検討
- (5) 妊産婦、新生児管理（指針）の検討

3) 最終年度：昭和63年度

- (1) 周産期医療の地域化をすすめるための提言
 - ① 周産期センターと協力病院のあり方
 - ② 搬送体制のあり方
 - ③ 情報伝達とくに情報センターのあり方
- (2) 周産期医療の運営に関する検討と提言
 - ① 周産期医療経済の検討
 - ② 周産期医療の運営に関する提言

3. 本研究の構成と組織

本研究班は主任研究者・竹村 喬（大阪府立母子保健総合医療センター病院長）のもとに、分担研究者として、多田 裕（東邦大・新生児学教授）、中野仁雄（九州大・産婦人科教授）、小川雄之亮（埼玉医大・小児科教授）が当り、それぞれ多田班・中野班・小川班を結成して研究に当たった。

研究協力者は、多田班では、井村総一（東京都立大塚病院・小児科部長）、小林美智子（大阪府立母子保健総合医療センター・主幹）、柴田 隆（順天堂大伊豆長岡病院・小児科教授）、竹内 徹（大阪府立母子保健総合医療センター・副院長）、竹峰久雄（兵庫県立こども病院・新生児科部長）、谷沢 修（大阪大・産婦人科教授）、仁志田博司（東京女子医大・母子医療センター新生児部門教授）、本多 洋（三井記念

表 1 班会議並びに分担研究者打合せ

年月日	会 議	場 所
昭和 63. 5. 9 (月)	打合せ	東京, 私学会館
63. 7. 11 (月)	打合せ	東京, 高輪プリンスホテル
63. 9. 10 (土)	班会議, 分担班会議	福岡, 九州大学
63. 11. 7 (月)	打合せ	東京, ステーションホテル
平成 1. 1. 8 (日)	分担班会議	埼玉医大総合医療センター
1. 1. 20 (金)	打合せ	東京, ステーションホテル
1. 2. 11 (土・祝)	班会議, 分担班会議	東京, ルビーホール
1. 3. 6 (月)	打合せ	東京, 京橋会館

病院・産婦人科部長), 水野正彦 (東京大・産婦人科教授) 計 9 名である。

中野班の研究協力者は, 池ノ上 克 (鹿児島市立病院・産婦人科医長), 佐藤 章 (福島医大・産婦人科教授), 下川 浩 (九州大・産婦人科講師), 神保利春 (香川医大・母子科学教授), 武田佳彦 (東京女子医大・産婦人科教授), 竹村秀雄 (小阪産病院・院長), 千葉喜英 (国立循環器病センター・周産期医長), 寺尾俊彦 (浜松医大・産婦人科助教授), 西島正博 (北里大・産婦人科助教授), 野口圭一 (野口病院・院長) 計 10 名である。

小川班の研究協力者は五十嵐郁子 (国立岡山病院・小児科医長), 稲川 昭 (日鋼記念病院・小児科部長), 鬼頭秀行 (聖隷浜松病院・未熟児センター主任医長), 後藤彰子 (神奈川こども医療センター・新生児科部長), 竹内 豊 (松戸市立病院・新生児科部長), 千葉 力 (青森市民病院・小児科部長), 戸蒔 創 (名古屋大・小児科講師), 中村 肇 (神戸大・小児科教授), 増本 義 (国立長崎中央病院・小児科医長) 計 9 名である。

II. 研究経過

前年度の研究結果をふまえて, 本年度はその継続として行われた。

研究を円滑に進めるため, 分担研究者打合せ会を 4 回開催 (5 月 9 日, 7 月 11 日, 1 月 20 日, 3 月 6 日) 班会議の運営などについて協議した。

班会議は全体会議が 2 回 (9 月 10 日 (土), 2 月 11 日 (祭)), 分担班会議は 3 回 (9 月 10

(土), 1 月 8 日 (日), 2 月 11 日 (祭)) 開かれた。

それぞれ会議の議事録は別項に示した通りである。

III. 研究結果

1. 研究概要

本年度の研究は前年度から持越している問題 (医療経営など) の検討と 3 年間のまとめを行い, これをもとに厚生省への提言について検討した。

なお, 各班では, 同時に班員独自の研究も一部で行われた。また, 前年と同様班会議の際, 九州大学と埼玉医大の見学を実施し, 見識を深めた。

2. 各班の研究

1) 多田班

多田班は初年度から総括班として位置づけられ, 研究が進められている。

前年度の宿題「医療経営」について検討するとともに, 本年度は最終年度に当たるので, 中野・小川班と協力し, 3 年間のまとめと提言の原案を作成した。

2) 中野班

各個研究 (池ノ上, 神保, 千葉) と 3 年間の総括がなされ, 産科側からみた提言の原案が作成された。

3) 小川班

NICU と経済効率を中心とした問題点について, 実情調査を行うと共に 3 年間のまとめと小児科側からみた提言の原案を作成した。

3. 総 括

本研究班は上述の如く、本年度は3年間のまとめと提言に重点をおき、前年に引続き中野班は産科側から、小川班は小児科側から検討された。これをうけて、多田班は中野・小川両班長をまじえた班会議をもち、その結果をふまえて全体会議で討論し、結論を出す形をとった。

本年度の本研究班の研究結果を要約すれば、次の通りである。

医療経営面からみて、どの施設も収支のバランスはくずれ、施設の整備や運営が困難になっている。すなわち、各施設とも、次のような問題をかかえていることが明らかにされた。

1) 社会保険における診療報酬の過少評価

(1) NICU の過少評価

NICU が成人の ICU に比し手間が余計にかかるのに、技術料は逆にそれよりはるかに少額である。因みに極小未熟児の入院費用はアメリカの1/8に過ぎない。

(2) 薬剤費、機材費の過少評価

未熟児の特殊性が考慮されず、給付も体重に見合うもの（超未熟児では成人の約1/60～1/100）しか計算されていない。

(3) 超未熟児の NICU 加算

現行の社会保険では NICU の加算はあるが、その適用期間は余りにも短く、超未熟児や極小未熟児のケアを行う NICU では非現実的である。

2) 病床の低稼働率と不採算性

周産期センターのように救急を扱わねばならないところでは、緊急用の NICU や母体の救急ベッドを用意する必要があり、常時満床にすることは不可能である。そのため経営面からみてどうしても不採算となる。

3) いわゆる“三角搬送”と報酬

新生児救急車をもっている施設では、分娩立会いや新生児救急治療のために、新生児救急車が出動することになる。このような場合、自施設が満床であれば、救急患者を収容できる空床病院をさがし、そこへ搬送することになる。これが、いわゆる三角搬送である。このような例

に対しては、現行法のもとでは公的施設においては報酬を要求する根拠がなく、全くのサービスとなっている。当事者にとっては大きな課題である。

4) 要員の不足と経営

新生児の専門医や産科、新生児の看護要員は少ない。例えば点滴路を確保するために必要な要員が配置されていない。いづれも経済的理由によるもので超未熟児の保育に必要な要員の確保は救命という点から必須である。

4. 3年間のまとめ

本研究班では3年間、周産期医療をめぐる諸問題について、現状を調査して、問題点を指摘するとともに、その対策を考えてきた。ここでは前二者について述べることとし、後者については次項の提言としてまとめた。

1) 地域における周産期医療システム

周産期医療は地域性が強く、地域におけるハイリスクと救急症例を篩別して、高次医療を行えるセンター的な施設（例えば周産期センター）に収容し、集中管理するのが医学的にも、経済的にも能率的であり合理的である。これがいわゆる周産期医療の地域化でありシステム化である。

このうち、新生児医療については、かなりシステム化が進んでいるが、妊産婦・胎児を対象とした産科医療のシステム化は、ほとんどできていないのが現状である。

なお、周産期医療のシステム化には、二次・三次施設（周産期センターなどの受入病院）の協力と一次施設の教育、さらに情報伝達機構と搬送の整備が条件となる。いづれも現状はほとんどの地域で組織化されていない。

2) 周産期医療と救急、とくにその受入れ体制

上述のごとく周産期医療のシステム化において最も重要なことは、ハイリスク・救急患者の受入れ体制である。受入れ施設側とくにその要員からみて、周産期救急の受入れ体制は決して満足すべき状況にあるとはいえない。

(1) 産 科

常時当直医のいない施設があり、昼間でも混合病棟では産科専任の看護婦を配置し

ているところは少ない。そして、夜間勤務看護婦、助産婦が2人しかいない施設もあり、産科救急患者を取扱う施設としては十分な人員配置ができていない。これには、医療経営、要員の絶対数不足、医療資源の活用など、種々の要因がからむことではあるが、関係者の認識を深めてほしいところである。

(2) 新生児科

新生児医療の要員についても、産科のそれと相似している。新生児の専門医は少ないし、NICUでも専任の看護婦のいないところも多い。病床のほとんどが小児科ないしは産科との共用か混合病棟である。また、施設により設備、要員、医療内容にバラツキがあり、濃淡の差は大きい。

元来、医師、看護婦などの配置要員は、量的な面はもちろん質的な面も同時に考慮される必要がある。他科医療とは基本的に異なる要素の多い周産期医療では、要員は通例の尺度ではかることはできない。高度医療を行う周産期センターのNICUは、その診療内容からICUと同等の要員が必要であるのに、実態は余りにも少なく、その差が大きすぎるのが現状である。

3) NICUについて

NICUについては、次のような問題点が提示された。

(1) 呼称

NICUの定義があいまいで、その整備状況、要員などにより、NICUの名称がつけられるべきであるのに、安易にNICUと呼ばれているところが多い。また、社会保険加算対象の基準が余りにも現状とずれていて、真のNICUと異なるからである。そのため重症例、中等症例を取扱うものには、軽症例のそれと区別すべきである。この点についてSNCU(特殊新生児治療施設)の提案があった。

(2) 収容児の対象

収容児の対象は一般には出生体重や疾病により基準を決めるべきであるが、現状は

必ずしもそうでなく、さらに検討を要する。

(3) 長期入院によるベッド回転率の悪化

超未熟児の入院期間の長期化、院内出生児(空床確保の要あり)の増加などにより、ベッドの回転率が悪化する傾向がある。医療経営上から問題である。

(4) 要員の配置—とくに夜間の勤務体制

上述のごとく、産科・新生児とも要員が十分配置されておらず、とくにNICUは24時間均一医療を行うため、夜間勤務体制とりわけ要員の確保が大きな課題である。

(5) 長期入院児の慢性集中治療(chronic intensive care)

長期入院児の調査から、3ヵ月以上のchronic intensive careを受けたハイリスク児は全国で1年間に、4,000例近くあると推測される。これら長期入院児の多くは、低体重児(極小未熟児、超未熟児)、心奇形、仮死によるものである。長期入院児の予後については、極小未熟児、超未熟児では、出生体重の小さい程、在胎週数の短い程、入院期間は長くなるが、予後は比較的良好で、ほとんどが1年以内に退院していた。これに対し、仮死や奇形児の長期予後は不良である。

4) 母体搬送

(1) 周産期救急と母体搬送

周産期救急は母体救急、胎児救急、新生児救急に分れる。

母体救急には子宮外妊娠、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、分娩後の大出血、子癇などがあり、胎児救急には前期破水、早産、IUGR、分娩遷延、合併症、CPD、胎児仮死などが主なものである。

新生児救急には、超未熟児、極小未熟児、仮死、呼吸障害、重症感染症、高ビリルビン血症、緊急手術を要するものなどがこれである。

これらの救急事態に対し、二次ないし三次医療機関へ搬送する手段として母体救急と胎児救急は“母体搬送”、新生児救急は新生児搬送される。

(2) 母体搬送の定義・概念

従来から「母体搬送」という用語は関係者で広く用いられてきたが、その定義はあいまいであった。本研究班では実態調査の成績をうけて討論を重ねた結果、「母体搬送」とは、母体・胎児管理を行うため、妊婦を高度管理施設に搬送することをいい、胎児医療と高度の母体管理の対象となる疾患を有する妊産婦（母体・胎児）の搬送と定義することになった。すなわち、母児の救命を目的に、必要な人員・設備をもつ医療機関への妊産婦（母体・胎児）の搬送を意味し、緊急時のみでなく非緊急時の搬送をも含んだ概念である。

(3) 母体搬送の対象疾患

母体搬送の対象疾患としては、母体要因（主なものは妊娠中毒症、分娩異常、前置胎盤、常位胎盤早期剥離）と胎児要因（主なものは前期破水、切迫早産、胎児奇形、切迫流産）のものがあり、数的には両者は相半ばしている。

(4) 母体搬送の頻度

本研究班の調査によれば、母体搬送例は22,051例の分娩に対し1,518例あり、6.9%（施設としては5.0%以下のところが多い）に相当していた。このことから母体搬送は約5%の頻度で起こるものとみてよい。

(5) 児の予後からみた母体搬送の効果

本研究班では母体搬送のうち、最も多い切迫早産、前期破水例について、母体搬送の有効性を、児の生死、妊娠持続期間により調査した。

① 切迫早産、前期破水例における母体搬送の時期（週数）と児の予後

切迫早産、前期破水の母体搬送例においても児の死亡率は在胎週数に関係することはいうまでもないが、その境界については議論のあるところである。本研究班の調査では妊娠24週までのものは死亡率が高いが以後減少し、26週以後になると妊娠継続例が増え、28週では5%にも減少していることが明らかになった。

② 入院から娩出までの期間と妊娠の継続
入院後48時間以内に娩出したものは予後不良（24～28週の死亡率80%）で、それ以上のものは予後良好（24～28週の死亡率12.5%）であった。

(6) 搬送元への「逆」搬送

母体搬送により送院された患者が検査・治療を終えたあと、その施設から再びもとの施設へ「逆」搬送することは、地域医療システム化という点から望ましいことである。本研究班の調査では、全体の搬送患者の6.9%が「逆」搬送され、その主なものは、切迫早産、前期破水（妊娠中の搬送は少ない）、他科合併症であった。

5) 新生児搬送

本研究班の調査によれば、院外出生児の死亡率は、院内出生児より高率で、母体搬送の有効性が明らかにされるとともに搬送が改めて問題となった。新生児搬送は約半数（53.8%）の施設で行われ、新生児専門医のハイリスク児分娩の立会いは約1/3強（38.5%）、施設の専用救急車の保有率は約1/3弱（27.3%）であった。

搬送に自治体などの協力体制が充分でないという意見もあった。いずれも新生児救急体制の問題点としてあげられよう。

6) 情報伝達

周産期情報システムに関しては、未だほとんど組織化されておらず、一部の地区で緒についたばかりである。

(1) 情報センター

東京都や愛知県では医療機関の空床数等に関する情報が情報センターを中心に供給されている。しかし、一般には送る側と受ける側で個々の連絡により情報の伝達が行われているのが現状である。

(2) 紹介用紙の統一

地域医療のシステム化には、統一された紹介用紙によって、患者の情報提供が行われることが望ましい。しかし実際には本研究班の調査によれば、未だ施設の半数にも達していない。

(3) 地域医療機関との合同症例検討会、カン

ファレンス

地域医療機関と合同で、公開の症例検討会や、カンファレンスをもつことは、地域医療を向上せしめる上で必要である。本研究班調査によれば、現在は若干の施設を中心に開かれているところもあるが、未だ十分とはいえない。

7) 超未熟児の出生増加

低出生体重児の出生は減少しているのに、周産期医療の進歩によるためか、超未熟児の出生が増加傾向にあるとの意見が出された。以前に比し、超未熟児保育の必要性が高くなることが予想される。

8) 新生児医療と倫理

重症新生児例を多く取扱うようになり、新生児医療の倫理が問題になりつつある。周産期医療に課せられた今後の大きな課題であろう。

9) 周産期医療と医療経済

(1) 社会保険における診療報酬

周産期医療における社会保険の診療報酬が余りにも低額である。

① NICU

NICUはICUに比し、その特殊性が考慮されていない。

② 薬剤費などの評価

超未熟児が極小未熟児では微量の薬剤を調合しなければならず、手間のかかるのに診療報酬は体重に比例し、低額となっている。

③ 超未熟児のNICU加算

NICU加算が認められているが、適用期間が短く、超未熟児の診療報酬としては、余りにも非現実的である。

(2) 周産期センターにおける病床の低稼働率

周産期センターのような救急を取扱う施設では、緊急事態に備え、空床を用意する必要がある。そのため、病床の稼働率は低くなるのは当然である。一般病床並に考えられがちであることは関係者としてまことに遺憾である。

(3) 三角搬送と不採算性

新生児救急車のいわゆる“三角搬送”は

公的施設では無報酬である。

(4) 要員と経営

新生児の専門医や看護要員が少ない。とくに超未熟児の保育に必要な要員の確保は、経営・労務問題がからんでいるので、なかなか難問であるが、現場のなやみは深刻である。

10) 未受診妊婦

愛知県の母体死亡の半数近くが母子健康手帳の交付をうけていなかった事実から、現在でもなお未受診妊婦が存在することは確かである。行政的な対策が必要であろう。

5. 提 言

1) 周産期医療の地域化・システム化の確立について

これからの周産期医療は、そのあり方から考えて、好むと好まざるとに拘らず、地域化・システム化の方向に進むものと思われる。

周産期医療の地域化には、その性格などからみて、母性・胎児医療、新生児医療の両面より考えるのが合理的である。

(1) 母性・胎児医療のシステム化

周産期医療の地域化には、一次・二次・三次施設と、これらを結ぶ搬送システム、情報センターが有機的に機能しなければならない。

現在わが国では、神奈川県、愛知県、大阪府など一部の地域で、周産期医療のシステム化がほぼ確立しているが、全国的には未組織のところが多いためである。組織化されたところでも、万全ではなく、未組織地域を含めて、行政の援助を得なければ、システム化はあり得ないと思われる。

具体的には、わが国の実情から考えて、現段階では母性・胎児のハイリスク・救急患者集中管理が地域として行える体制が必要である。

(2) 新生児医療のシステム化

新生児医療については、大阪地区で新生児科医のボランティアに端を発したシステム化（新生児診療相互援助システム）がはじまって十年余り経った。

他の多くの府県でも規模や組織がこれとは多少異なることがあってもシステム化の道を着実に歩んでおり、今後はこれを全国的に普及するのが課題である。

2) 救急患者の受入れ体制—“周産期センター”を核とした受入れ病院

(1) 受入れ体制

緊急患者の受入れは周産期医療の地域化を進める第一歩であり、基本でもある。受入れ機関がなければ、周産期医療のシステム化はなりたない。受入れ病院としては、二次・三次機関がこれに当たることになるが、わが国では、現在これを明確に区別できないのが実情である。

二次・三次医療機関を問わず患者の受入れは当事者の熱意だけでは解決できない。各施設では、要員の確保、とくに深夜勤の配置など労務問題もからむところから、当事者の悩みは深刻である。その解決を望むや切なるものがある。

(2) 周産期センター

受入れ病院の核となるのがいわゆる“周産期センター”である。周産期センターはNICU（新生児集中治療室）とMICU（母性集中治療室）が完備したものでなければならない。このような周産期センターが各府県に少なくとも1ヵ所配置されるのが理想的であろう。もちろん現在でもそれだけの機能をもった施設（大学や病院）はあろうが、独立した周産期センターとして位置づけられた“母子センター”の意義も大きい。

しかし、“周産期センター”は未だめづらしい存在であり、問題点も少なからず指摘されている。すなわち医療面からは、送院基準、送院のタイミング、搬送、情報処理、地域医療機関との連携、運営・経営面からは経済効率、労務問題、診療各科の連携、支援中央部門の協力などである。その対策として、医師会との協力体制、行政・病院管理者の理解・協力、診療各科とくに産科と小児科の協調が不可決である。

3) NICU をめぐって

NICU をめぐるとは山積みされている。呼称や収容児の対象など、最も基本的なことが話題になっている。病床回転率や要員不足、低診療報酬などはNICUをもつ施設では死活問題である。これは新生児医療の歴史が浅く、一般の認識も少ないので、NICUの特殊性が理解できていないからであろう。

また、長期入院児については、ICUとは別に集中管理（例えば“小児医療センター”）すべきである。そして、医療面とともに民生面からの援助が必要である。いづれも行政はじめ関係者の深い理解協力を得なければならないことばかりである。

4) 母体搬送

周産期医療の進歩とともに胎児医療がやがて脚光を浴びてこよう。その結果、今後益々母体搬送が増えるであろう。母体搬送の効果をあげるためには、タイミングが何より重要である。当事者の医学的な研鑽が要求される所以でもある。

一方、現在のところ専用救急車を有しているところは少なく、一般救急車、自家用車で間に合わせているのが現状である。しかし、理想をいえば、英国のような母子救急車の配置が望ましいことはいうまでもない。

5) 新生児搬送

新生児の搬送には車中で治療をする関係で専用車が必要である。現在は施設の保有率は未だ低く、同乗できる専門医・看護婦・運転手などの要員、三角搬送における搬送料など多くの問題をかかえている。いづれも医療経済に関与することばかりで、行政はじめ関係者の熟考をお願いしたいところである。

6) 情報伝達—情報センターの設置

周産期医療のシステム化・地域化には情報センターの設置が不可欠である。現在完備しているのは東京都・愛知県ぐらいのもので、他地区では産科医、新生児科医のボランティアに頼っているのが現状である。是非とも、行政の力で周産期情報センターの設置をお願いしたいところである。

7) 周産期医療と医療経済をめぐる諸問題

周産期医療における医療経済的な問題は余りにも多く、周産期医療をめぐる問題点のすべてが医療経済に結びつくといっても過言ではない。

本研究では、この点について検討を重ねたがその結果をふまえて次の提言をしたい。

(1) 診療報酬の見直し

周産期医療を円滑にすすめるため、余りにも低額でおさえられている早産未熟児（とくに超未熟児、極小未熟児）の社会保険報酬の改善が必要である。また、現在ほとんど顧みられていない胎児医療についても目を開かれねばならない。具体的に何よりも診療報酬の早期見直しが切望されることである。

(2) 周産期医療—とくに周産期救急に対応するための経済的援助

周産期医療は他科と異なる救急医療として位置付けられるので、その整備には要員（産科、新生児科とも）、設備、空床の確保をはかるよう経済的な支援が待たれている。すなわち、周産期医療の特殊性から、周産期医療そのものが救急医療であり、他科の救急医療とは全く異なった性格を有している。従って、周産期医療には常時待機の姿勢が必要であり、要員、設備、空床確保など一見、余剰投資にみえるが、絶対条件であることが認識されねばならない。とくに周産期医療の質的向上に必要な最小限の要員確保に積極的な経済的支援が望まれる次第である。

(3) 患者輸送制度整備のための経済的援助

新生児専用自動車の配置と運営が周産期医療のシステム化には不可欠であるが、現状は不十分である。地域の実情に応じ、適材適所に適正数を配置するために経済支援をお願いしたい。

(4) 情報センター設置のための経済的援助

地域の周産期医療システムを確立し、既存の病院や診療所を有効利用するため、情報伝達システムを整備することが重要で、とくに情報センター設置には経済的支援が

望まれる。

以上具体的な項目について述べたが、周産期医療は最も不採算性の高い部門だけに、医療が医療経済ぬきには語れない時代背景のもとでは、当然のことながら、その対策は困難が予想される。それに、成人の尺度が通じない特殊な分野であるので、医療技術面でも、看護面でも、すべて成人の数倍も手間がかかり、時間を要するのに、診療報酬は逆に少ない事実も案外知られていないのが現状である。第一線にあるもののボランティアに支えられている現在の周産期医療を欧米並に質的向上をはかるためには、医療経済面の改善、援助なしには到底目的を達し得ないことを、声を大にして訴えたい。

8) 社会的ハイリスク妊産婦（未受診妊婦など）の管理

今日的な妊産婦管理をうけていない未受診妊婦（例えば母子健康手帳未交付）が未だに存在している。早急な行政的対応が望まれる。

9) 周産期医療と医の倫理

母児救命を命題とする周産期医療では、妊娠・分娩・新生児の経過が急変し予期せぬ不幸な運命を辿ることがある。いづれも周産期救急の対応時に起こるだけに厄介で、医事紛争に連なりやすい。

また、超未熟児、先天異常、重症仮死、死産などの例では、患者や家族への説明をめぐって難渋することが少なくない。

このように周産期医療の第一線では、医の倫理をめぐるしばしば問題がおこる。相手が新生児だけに、母親、家族の考え方に左右されることが多く、成人の「医の倫理」がそのまま通じるか疑問で、頭を悩ますことがしばしばである。専門医、行政、学術経験者などを含めた「新生児医療をめぐる倫理委員会」の発足を是非望みたい。

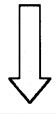
10) 今後の課題

以上、述べてきた他にも、精神科患者や感染症（結核・エイズなど）を合併した妊産婦の管理や産科・小児科の協力体制、NICU 退院児の

フォローアップシステム、新生児科の独立、妊産婦新生児管理指針など話題になりながら十分な検討ができなかった事項も少なくない。そして、前項で提言としてまとめたものも、完全に解決したとはいえず、今後も行政や社会の理解、協力を得なければならないものが多い。ここでは、本研究班の重点課題である周産期医療のシステム化を中心に、今後に残された課題を簡条書きにあげ、提言のまとめとしたい。

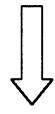
- (1) 周産期医療の地域化・システム化の確立
- (2) 救急患者（母性、胎児、新生児）の受入れ体制
- (3) 二次・三次機関の設定とその前段階としての現存施設の病診連携による有効利用
- (4) 受入れ施設の要員、救急ベッドの確保
- (5) 周産期センターの設置
- (6) NICU の定義、施設の整備（要員、機材適正配置などの基準設定）と正しい評価
- (7) 長期入院児の移床対策—ホームケアシステムを含めて

- (8) 母体搬送のタイミング
- (9) 新生児専用車の適正配置（要員、機材）と三角搬送の回避
- (10) 情報センターの設置
- (11) 社会的ハイリスク妊産婦の管理—とくに保健所・助産所・母子健康センターとの連携
- (12) 精神病患者や感染症（結核・エイズなど）合併妊産婦の管理
- (13) NICU 退院児のフォローアップシステム
- (14) 産科・小児科の協力体制
- (15) 周産期医療の不採算性と経済援助—NICU 加算の見直しと母体集中管理（MICU）の加算、胎児医療などの社保適用と母子救急への補助金交付
- (16) 周産期医療と医事紛争
- (17) 周産期医療と医の倫理
- (18) 新生児科の評価
- (19) 周産期死亡率の定義
- (20) 周産期死亡・死産の実態調査



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



1. 本研究の目的

心身障害の発生は妊娠・分娩・産褥・新生児を包括する周産期医療と密接な関係があり、周産期医療を円滑にすすめるためには、ハイリスク、救急への対応が大きな課題となっている。一方、新生児は産科と小児科の谷間にあり、常に日の当る場所にあるとはいえない。その上、労務対策や医療経済など周産期医療の運営にあたっては、今後解決すべき点は少なくない。

本研究は、わが国の周産期医療をよりよきものにするために、これら周産期医療をめぐる諸問題を検討し、その結果をふまえて、厚生省に提言し今後の行政施策に資するのを目的としている。