

東京都周産期医療体制整備計画

平成22年10月

<目 次>

I	はじめに	1
1	経緯	1
2	周産期医療体制整備計画の位置づけ	1
II	東京都の周産期医療を取り巻く現状と課題	2
1	母子保健指標の動向	2
2	東京都の地域特性	4
3	東京都の周産期医療資源	4
III	東京都における周産期医療体制整備計画	6
1	東京都における周産期医療に必要な病床	6
(1)	N I C U (新生児集中治療管理室)	6
(2)	M F I C U (母体・胎児集中治療管理室)	6
(3)	G C U (回復期治療室)	7
2	各周産期医療関連施設の機能	7
(1)	総合周産期母子医療センター	8
(2)	地域周産期母子医療センター	10
(3)	周産期医療情報ネットワーク参画医療機関	11
(4)	周産期連携病院	12
(5)	地域周産期医療関連施設	13
3	東京都の周産期搬送体制	14
(1)	東京都母体救命搬送システム	14
(2)	周産期搬送コーディネーター	16
(3)	県域を越えた周産期搬送	18
4	周産期医療施設間連携の推進	18
(1)	周産期医療ネットワークグループ	18
(2)	セミオープンシステム（オープンシステム）を活用した連携	19
5	多摩地域における周産期医療体制	20
6	N I C U等入院児の在宅等への移行支援	22
7	周産期医療関係者の確保と育成	24
8	周産期医療情報センターの機能・体制	26
9	都民に対する情報提供と普及啓発	27
IV	国への提案要求	29
1	診療報酬制度の充実	29
2	周産期医療に対する補助制度の充実	29
3	人材の確保	29
	用語解説	30

I はじめに

1 経緯

都においては、安心して子供を産み育てることができる環境づくりの推進を図ることを目的として、平成9年度から東京都周産期医療対策事業を開始し、地域において妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効果的に提供する総合的な周産期医療体制の整備を進めてきました。

近年、晩婚・晩産化等を背景とした低出生体重児の増加等により、高度周産期医療ニーズが増大しています。その一方で、産科・小児(新生児)科医師や分娩取扱施設等医療資源の減少が社会問題化する中、平成20年秋に区東部及び多摩地域で発生した母体搬送困難事案を受けて、都では、東京都周産期医療協議会において直ちに検討に着手し、周産期医療体制の充実・強化に向けた新たな取組を講じてきました。

さらに、「東京都周産期医療体制整備PT」を設置し、国に対しNICUの整備促進に関する緊急要望を行った結果、診療報酬が大幅に改善するなど、都民が安心して出産できる医療体制の充実が図られました。

国においても、「周産期医療^{※1}と救急医療の確保と連携に関する懇談会」を設置し、今後の周産期医療と救急医療の確保と連携のあり方及び課題解決のために必要な方策について検討が行われ、平成21年3月に「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」が取りまとめられました。

同報告書において、産科領域以外の急性期疾患を合併する妊産婦にも最善の医療が提供できるよう周産期医療対策事業を見直すことなど、医療計画に関する基本方針の改正を行うこと等が提言されていることを踏まえ、国は、「周産期医療対策事業等の実施について」(平成21年3月30日付医政発第0330011号)の周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に基づく周産期医療体制整備指針(以下「整備指針」という。)を改定しました。('周産期医療の確保について'(平成22年1月26日付医政発0126第1号))

2 周産期医療体制整備計画の位置づけ

今般の整備指針改定を受け、都における安心・安全な周産期医療体制の確保を図ることを目的として東京都周産期医療体制整備計画を策定しました。この計画は、医療法第30条の4の規定により策定している「東京都保健医療計画」と整合を図りながら、整備指針に沿った東京都の中長期的な周産期医療体制に対する整備方針とするものです。

なお、計画期間は、平成22年度から平成26年度までの5か年としますが、今後この計画を推進する中で情勢の変化に対応し、必要に応じ見直しを行うものとする。

Ⅱ 東京都の周産期医療を取り巻く現状と課題

1 母子保健指標の動向

(1) 出生数及び合計特殊出生率※2

都内の出生数は、昭和42年の235,583人をピークとして昭和40年代後半から減少し、平成元年以降、10万人前後で推移しており、平成21年の出生数は、106,613人（区部72,743人、多摩地域33,661人、島しょ地域209人）となっています。

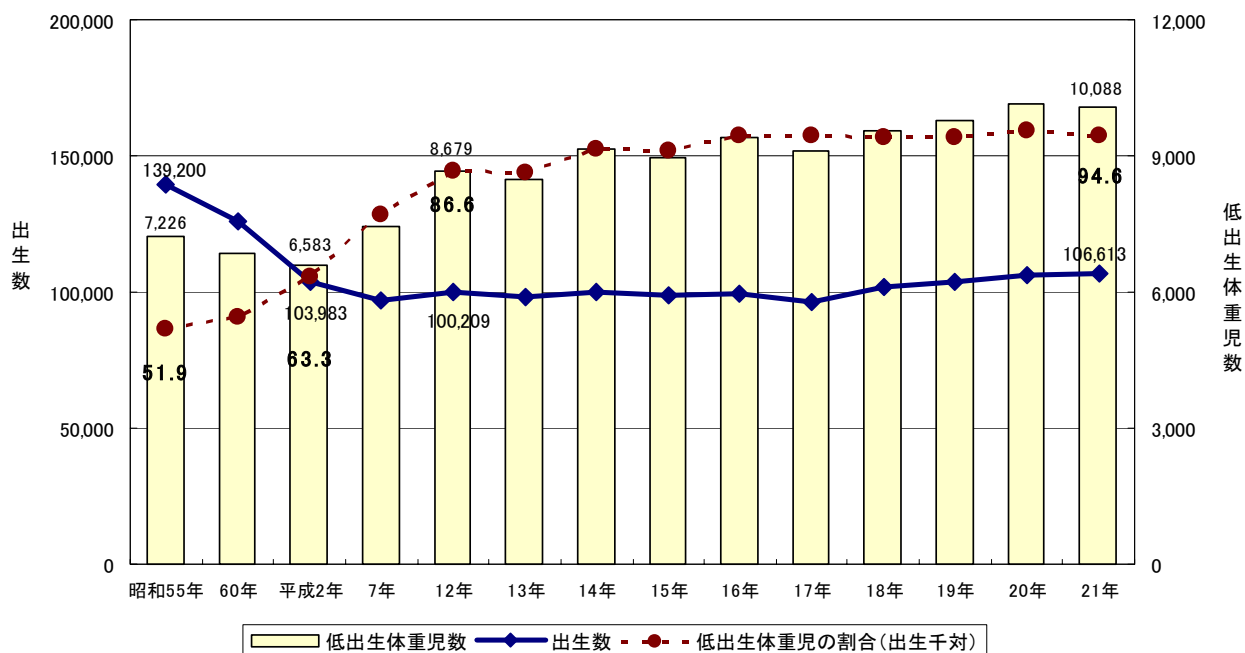
合計特殊出生率は、昭和47年以降低下傾向にあり、平成21年には1.12で全国平均を大きく下回る状況が続いています。

(2) 低出生体重児の出生数及び出生総数に占める割合

出生数が減少する一方、リスクの高い低出生体重児※3の出生数は、平成12年には8,679人であったのに対し、平成21年は10,088人と近年大幅に増加しています。

また、全出生数における低出生体重児の割合についても、近年増加傾向を示しており、出生千に対する割合は、平成12年には86.6であったのに対し、平成21年は94.6となっています。

東京都の出生数、低出生体重児数及び低出生体重児の割合（出生千対）

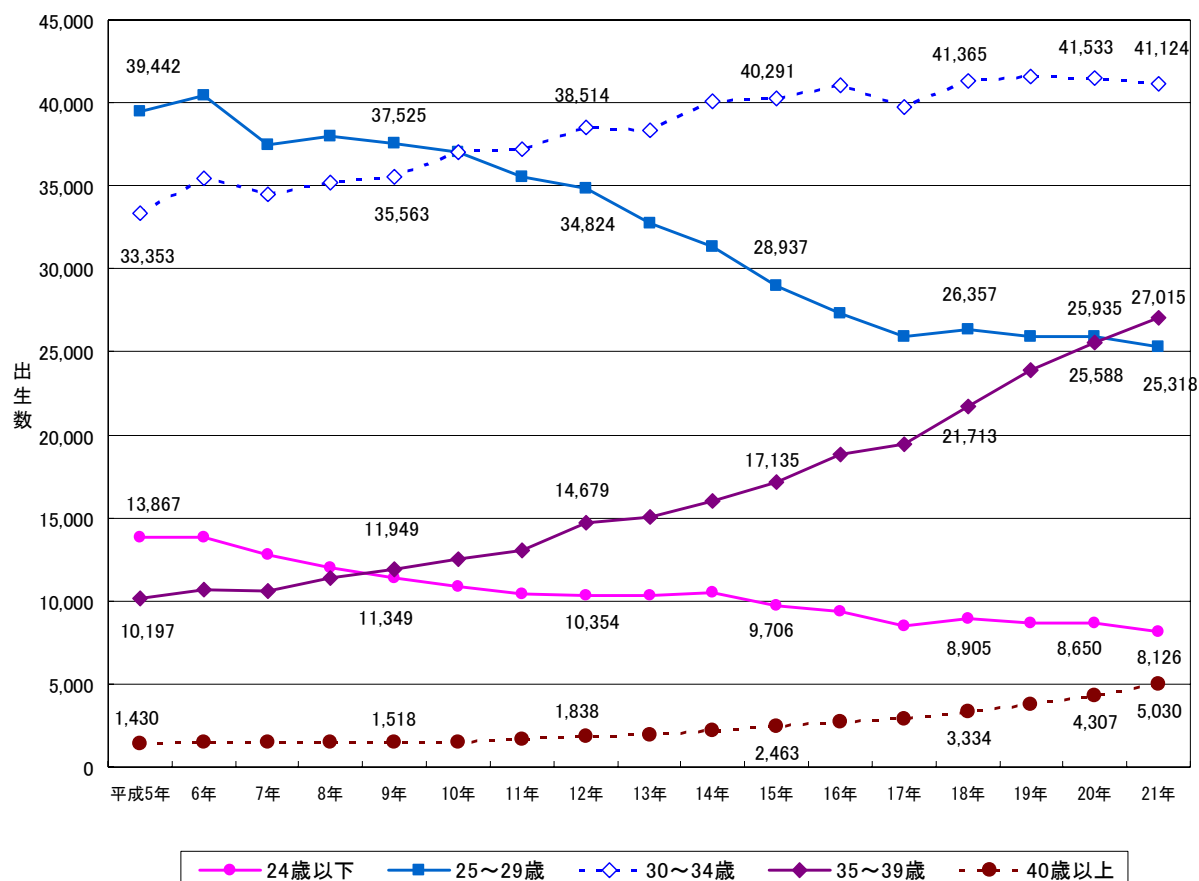


出典：東京都衛生年報(平成15年まで)・人口動態統計(平成16年から20年まで)・人口動態統計年報(平成21年)

(3) 母の年齢階級別にみた出生数

母の年齢階級別にみた出生数をみると、平成9年以前は25歳から29歳までの出生数が最も多かったものの、平成10年以降、30歳から34歳までの母からの出生数が最も多く、さらに35歳以上の母からの出生数は、平成12年は16,517人であったのに対し、平成21年は32,045人となっており、2倍近くまで増加しています。

東京都における母の年齢別出生数



出典：東京都衛生年報・人口動態統計・人口動態統計年報

(4) 新生児死亡率※4

新生児死亡率は、平成12年には出生千に対する割合が2.0でしたが、平成21年は1.1となっており、全国平均の1.2を下回っています。

(5) 周産期死亡率※5及び妊産婦死亡率※6

昭和55年から平成21年までの29年間で、周産期死亡率は10.7から3.9に、妊産婦死亡率も28.6から7.5と減少しており、周産期医療技術の著しい向上がうかがえます。

2 東京都の地域特性

(1) 人口

東京都の人口は、平成 20 年は 12,898,939 人であり、全国の約 1 割を占めています。近年の推移でみると、全国的には減少傾向となっていますが、東京都においては、年々増加しています。

(2) 人口流出入の状況

平成 17 年の東京都の人口流出入の状況をみると、夜間人口（12,415,786 人）と昼間人口（14,977,580 人）の差が大きく、全国と比較して、他県からの人口流入が多いことが大きな特徴といえます。

(3) 医療資源の状況

東京都には、高度な医療を提供する大学病院等が多数存在しますが、多摩地域には比較的少ない状況です。このため、多摩地域の周産期を含む高度医療については、民間病院に加えて公立病院が大きな役割を担っています。

3 東京都の周産期医療資源

(1) 産科・産婦人科を標榜する医療機関数

都内の産科・産婦人科を標榜する医療機関数をみると、病院は、平成 2 年には 214 施設ありましたが、平成 12 年には 137 施設となり、平成 20 年には 119 施設に、診療所は、平成 2 年には 823 施設ありましたが、平成 12 年には 638 施設となり、平成 20 年には 523 施設にそれぞれ大幅に減少しました。さらに、分娩取扱施設については、平成 2 年には 394 施設ありましたが、平成 20 年には 179 施設となり、こちらも大幅に減少しました。

(2) 周産期医療を担う医師数

医師総数については、平成 2 年には 26,613 人でしたが、平成 12 年には、30,565 人となり、さらに平成 20 年には 35,616 人と増加しています。

しかし、周産期医療を担う医師数は、産婦人科医は平成 2 年には 1,777 人でしたが、平成 12 年には 1,528 人に、さらに平成 20 年には 1,453 人に、小児科医は、平成 2 年には 4,413 人でしたが、平成 12 年には 4,012 人に、平成 20 年には 3,725 人と年々減少しています。特に、分娩を取り扱う産科医、小児科のうち新生児を専門に診る医師の不足は深刻な状況にあります。

(3) N I C U (新生児集中治療管理室)

都は、平成 9 年に出生 1 万人対 20 床を基本として当時の出生数から必要数

を勘案し、200 床を目標としてN I C Uの整備を進めてきました。都はこれまで、目標の達成に向けて周産期母子医療センターの運営や施設・設備整備に対する支援を行ってきたところであり、平成 20 年度に 200 床を達成し、平成 22 年 10 月現在、261 床まで整備が進んでいます。

しかしながら、早産の増加、晩婚・晩産化等によるハイリスク妊婦の増加等を背景とする低出生体重児の増加、他県患者の利用などにより、N I C U適応患者は年々増加しています。さらに、ハイリスク新生児が長期間にわたってN I C Uに入院しているケースなどにより、N I C Uは常時満床の状態にあり、緊急時であってもハイリスク妊婦の搬送の受入れが困難な状況が発生しています。

N I C Uの増床に当たっては、診療報酬上の施設基準を満たすためのスペース及び設備等の確保が必要となるほか、何よりも周産期医療を担う医師・看護師の確保が必要であり、この人員確保が極めて困難な状況にあります。

年次別N I C U病床数(平成 9 年度～平成 22 年度)

(床)								
9年度	11年度	13年度	15年度	17年度	19年度	20年度	21年度	22年度
148	168	171	174	189	195	207	222	261

※ 各年度の3月現在(平成22年度は10月現在)の病床数

(4) 周産期母子医療センター※8

高度な周産期医療を担う周産期母子医療センターは、平成22年10月現在、23 施設あります。このうち、常時母体及び新生児搬送受入体制を有し、母体救命を含むハイリスク妊娠及び新生児医療等に対応する総合周産期母子医療センターは 11 施設、産科・小児科(新生児医療を担当するもの)を備え、周産期にかかる比較的高度な医療行為を行う地域周産期母子医療センターは 12 施設となっています。

周産期医療資源の減少と都民の高度医療への志向もあいまって、本来ハイリスク分娩や三次救命救急医療を中心に担うべき周産期母子医療センターに、正常分娩(ローリスク分娩)を含む分娩が集中しています。この結果、周産期母子医療センターのスタッフに過大な負担がかかり、過重労働等勤務状況の悪化を助長し、高度医療の確保が危ぶまれる状況が生じています。

(5) 周産期連携病院※9

東京都では、分娩取扱施設が減少する中、周産期母子医療センターへの分娩・搬送の集中を緩和するため、周産期母子医療センターとの連携の下、ミドルリスクの妊産婦に対応する施設を、平成 21 年 3 月に周産期連携病院として 6 病院指定し、平成 22 年 10 月現在 10 病院まで拡充しています。

Ⅲ 東京都における周産期医療体制整備計画

1 東京都における周産期医療に必要な病床

(1) N I C U(新生児集中治療管理室)

ア 定義

診療報酬上の「新生児(特定)集中治療室管理料」を算定する病床

イ 整備目標

東京都は、ハイリスク妊産婦や低出生体重児の増加等を踏まえ、出生1万人に対して30床を基本として、平成26年度末までに都全域で「N I C U病床320床」を整備することを目標とします。

平成22年の診療報酬改定において、新生児特定集中治療に対する評価が大幅に充実されたこともあり、現在、周産期母子医療センターでの増床や周産期母子医療センター以外の周産期医療関連施設においてもN I C Uを整備する動きが出ています。

都における今後5か年の年度別N I C U整備計画は以下のとおりです。N I C Uの整備目標達成に向け、周産期母子医療センターと周産期連携病院等に対し、N I C Uの整備を促進していきます。

22年度末	23年度末	24年度末	25年度末	26年度末
270床	285床	300床	310床	320床

(2) M F I C U (母体・胎児集中治療管理室)※10

ア 定義

(ア) 総合周産期母子医療センターのM F I C U

東京都周産期母子医療センター整備基準（以下「整備基準」という。）を満たし、かつ診療報酬上の「総合周産期特定集中治療室管理料」を算定する病床

(イ) 地域周産期母子医療センターのM F I C U

整備基準を満たす専用病床で施設が都に届け出た病床

イ 整備方針

都では、晩婚・晩産化等によるハイリスク妊婦の増加に伴い、M F I C Uが不足している状況です。そのため、これまで総合周産期母子医療センターに整備してきたM F I C Uについて、今後は地域周産期母子医療センターにも整備していきます。

(3) GCU (回復期治療室)※11

ア 定義

診療報酬上の「新生児治療回復室入院医療管理料」の算定にかかわらず、NICUの後方病床として運営する病床で、施設が都に届け出た病床

【取組】

○東京都周産期母子医療センター運営費補助

周産期母子医療センターの運営に要する費用の一部を補助することにより、リスクの高い母体・胎児に対する高度な周産期医療等の確保など、体系的な周産期医療体制の整備を図ります。

○東京都周産期母子医療センター施設整備費等補助

周産期母子医療センターの施設整備及び設備整備に要する費用の一部を補助することにより、高度専門的な周産期医療体制を整備します。

また、NICU病床を増床する際の施設・設備整備の補助率の引き上げや、後方病床であるGCUの整備の際の補助制度などにより、NICU病床の整備促進を図ります。

○周産期連携病院等施設設備整備費補助

周産期連携病院の施設整備及び設備整備に要する費用の一部を補助することにより、ミドルリスク妊産婦の受入体制の確保を図ります。

2 各周産期医療関連施設の機能

限られた医療資源の下、周産期医療機能が適切かつ円滑に提供されるためには、一次から三次までの周産期医療施設がリスクに応じた役割分担やそれに基づく医療機関相互の連携体制を強化することが重要です。

このような状況に対応するため、都内の周産期医療施設の機能分担を図っていきます。

(1) 総合周産期母子医療センター

ア 診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

機能		○相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症(脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷等)を有する母体に対応する。 ○救命救急センター※12やその他関係診療科と連携し、母体救命に対応する。ただし、やむを得ず救命救急センター又は同等の機能を有していない場合は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療機関を確保し、関係者及び住民に情報提供するとともに、医療機能の向上を図ることが望ましい。 ○地域周産期医療関連施設等、消防機関又は周産期搬送コーディネーターの依頼により、リスクの高い母体・新生児搬送を受け入れる。
診療科目		○産科及び新生児医療を専門とする小児科(MFICU及びNICUを有するものに限る。)、麻酔科その他の関係診療科を有する。 ○内科については呼吸器、消化器、循環器、血液、腎臓、代謝、感染症、膠原病等の自己免疫疾患等に対する専門性を有する。
病床数	MFICU	○6床以上とする。原則として1床あたり15㎡以上の面積を確保することとし、バイオクリーンルームであることが望ましい。 ○後方病床はMFICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。
	NICU	○9床以上(12床以上とすることが望ましい。)とする。 ○原則として1床あたり7㎡以上の面積を確保することとし、バイオクリーンルームであることが望ましい。
	GCU	NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。
確保すべき医療従事者	MFICU	○24時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務していること。 ○MFICUの全病床を通じて常時3床に1人の助産師又は看護師が勤務していること。
	NICU	○24時間体制で新生児医療担当医が勤務していること。(16床以上の場合は複数勤務していること。) ○常時3床に1人の看護師が勤務していること。 ○臨床心理士等の臨床心理技術者を配置することが望ましい。
	GCU	○常時6床に1人以上の看護師が勤務していることが望ましい。
	分娩室	○原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない。
	麻酔科医	○麻酔科医を配置すること。
	NICU入院児支援コーディネーター	○NICU等の入院児に対し、その状態に応じた望ましい在宅療養等への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通したコーディネーターを配置することが望ましい。
連携機能		○地域の周産期医療ネットワークグループの中心となり、連携体制を構築する。 ○救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

イ 整備状況（平成 22 年 10 月現在）

施設名		所在地	MFICU	NICU	GCU	救命救急センター又は同等の機能
総合周産期母子医療センター	愛育病院	港 区	6	9	26	※
	昭和大学病院	品 川 区	6	12	23	○
	東邦大学医療センター大森病院	大 田 区	9	12	24	○
	日本赤十字社医療センター	渋谷 区	6	15	40	○
	東京女子医科大学病院	新 宿 区	9	15	24	○
	都立大塚病院	豊 島 区	6	15	28	○
	帝京大学医学部附属病院	板 橋 区	10	12	24	○
	日本大学医学部附属板橋病院	板 橋 区	9	12	24	○
	都立墨東病院	墨 田 区	9	15	30	○
	杏林大学医学部附属病院	三 鷹 市	12	15	24	○
	都立多摩総合医療センター・小児総合医療センター	府 中 市	9	24	48	○
合 計 （ 11施設 ）			91	156	315	

※ 救命救急センター又は同等の機能を有していない施設

施設名	当該施設で対応不可能な疾患	協力医療機関
愛育病院	産科合併症以外の母体及び新生児疾患	・昭和大学病院 ・東京慈恵会医科大学病院 ・東京大学医学部附属病院

(2) 地域周産期母子医療センター

ア 診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

機能		○産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。 ○総合周産期母子医療センターからの戻り搬送※13や、地域周産期医療関連施設等、消防機関、周産期搬送コーディネーター等の依頼により、比較的高リスクな妊産婦及び新生児を受け入れる。 ○MFICUを設置する場合、産科系救急疾患などのハイリスク妊産婦に対応する。
診療科目		○産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。
病床数	MFICU	○MFICUを設置する場合には、母体の集中管理に適した産科医療設備を有する専用病床を設置すること。
	NICU	○3床以上(6床以上とすることが望ましい。)とする。 ○原則としてバイオクリーンルームであることが望ましい。
	GCU	○NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。
確保すべき医療従事者	産科	○24時間体制を確保するために必要な職員を配置すること。 ○帝王切開術が必要な場合に、迅速(おおむね30分以内)に手術への対応が可能となる医師(麻酔科医を含む。)及びその他各種職員を配置すること。
	MFICU	○母体の集中管理に適した産科医療設備を有する専用病床に対し、常時4床に1人以上の助産師又は看護師が勤務していること。 ○ただし、後方病床である産婦人科一般病床と一体的に運営している場合には、当該病床の看護体制は7対1以上を確保しており、これに重複しない看護体制を確保することが望ましい。
	NICU	○24時間体制で院内に小児科(新生児医療)を担当する医師が勤務していること。 ○常時3床に1人の看護師が勤務していること。 ○臨床心理士等の臨床心理技術者を配置することが望ましい。
	GCU	○常時6床に1人の看護師が勤務していることが望ましい。
連携機能		○総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

イ 整備状況（平成 22 年 10 月現在）

施設名		所在地	MFICU	NICU	GCU
地域周産期母子医療センター	聖路加国際病院	中 央 区	-	3	10
	東京慈恵会医科大学附属病院	港 区	-	9	18
	順天堂大学医学部附属順天堂医院	文 京 区	-	6	22
	国立成育医療研究センター	世田谷区	-	15	25
	東京医科大学病院	新 宿 区	-	9	14
	慶応義塾大学病院	新 宿 区	-	9	16
	国立国際医療研究センター病院	新 宿 区	-	6	8
	東京女子医科大学東医療センター	荒 川 区	-	9	18
	葛飾赤十字産院	葛 飾 区	-	9	20
	賛育会病院	墨 田 区	-	6	20
	町田市民病院	町 田 市	-	6	6
	武蔵野赤十字病院	武蔵野市	-	6	14
合 計 （ 12施設 ）				93	191

(3) 周産期医療情報ネットワーク参画医療機関

N I C Uを有し、周産期母子医療センターと同等の機能を持つ医療機関に、東京都周産期医療情報システム※14を設置し、周産期医療情報ネットワーク参画医療機関としてハイリスク妊産婦及び新生児の受入れを行っています。

今後は、周産期母子医療センターへの指定に向けて、働きかけていきます。

周産期医療情報ネットワーク参画医療機関(平成 22 年 10 月現在)

施設名	所在地	MFICU	NICU	GCU	救命救急センター又は同等の機能
東京大学医学部附属病院	文 京 区	-	9	15	○
合 計 （ 1 施設 ）			9	15	

(4) 周産期連携病院

ア 診療機能、診療体制等

機能	○周産期母子医療センターとの連携の下、24時間体制でミドルリスクの妊産婦に対応する。 ○NICU病床を有する場合には、従来、周産期母子医療センターへ搬送要請してきた母体・新生児に対応するとともに、地域周産期医療関連施設等からのハイリスク新生児の受入れにも対応するよう努める。
診療体制	○二次救急指定医療機関であること。(24時間対応で自院のかかりつけ以外の妊産婦の搬送受入れに対応可能であること。) ○重症でない(集中治療管理までは必要としない)新生児の診療が可能な体制があること。 ○地域周産期医療関連施設等からの紹介(搬送)や周産期母子医療センターからの逆紹介を受け、産科手術(帝王切開術・子宮外妊娠手術等)や内科合併症のある妊産婦の母体管理等が可能であること。
職員体制	○ミドルリスクに対応できる産科医師の24時間診療体制を確保すること。 ○産科医師、小児科医師等の当直又はオンコール体制を確保すること。 ○産科手術(帝王切開術・子宮外妊娠術等)や内科合併症のある妊産婦の母体管理が可能な体制を確保すること。
連携機能	○周産期医療情報システムの適正な入力や周産期医療ネットワークグループなどへの参画により、周産期母子医療センター等との機能的な連携体制が図れること。

イ 整備状況（平成22年10月現在）

施設名		所在地	NICU
周産期連携病院	日本医科大学付属病院	文京区	-
	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	目黒区	3
	東京北社会保険病院	北区	-
	東京都保健医療公社豊島病院	板橋区	-
	順天堂大学医学部附属練馬病院	練馬区	-
	東京慈恵会医科大学附属青戸病院	葛飾区	-
	青梅市立総合病院	青梅市	-
	日本医科大学多摩永山病院	多摩市	-
	国家公務員共済組合連合会 立川病院	立川市	-
	公立昭和病院	小平市	-
合 計 (10施設)			3

(5) 地域周産期医療関連施設

病院、診療所、助産所などの地域周産期医療関連施設は、主にローリスク妊婦・正常分娩、ローリスク新生児や軽度異常の診察、治療を行う施設であり、周産期医療ネットワークグループに参画し、三次・二次医療機関とリスクに応じた役割分担と連携を進め、地域の実情を踏まえながら、機能の維持に努めることとします。

3 東京都の周産期搬送体制

都では、救急医療事業として、昭和 53 年度から「新生児未熟児救急医療事業※15」を実施し、平成 9 年度からは周産期医療対策事業として、周産期母子医療センターを中心に搬送体制整備を進めてきました。

区部は、二次医療圏ごとに 7 ブロックに分け、東京消防庁の救急車による母体搬送・新生児搬送を実施しており、多摩地域においては、全体を 1 ブロックとして、東京消防庁等の救急車による搬送に加え、八王子小児病院において実施してきたドクターカー※16による新生児搬送を、都立小児総合医療センターで引き続き実施する併用体制をとっています。

また、昭和 62 年からオンライン専用端末による産科及び新生児科双方の診療情報のネットワーク化を図り、現在、全ての周産期母子医療センター、周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、周産期連携病院、東京消防庁総合指令室内に東京都周産期医療情報システムを設置し、産科・新生児科の空床状況など搬送受入可否を示す診療能力情報※17を共有し、搬送先選定等に活用しています。

これらの周産期搬送システムに加えて、周産期搬送体制の更なる強化を図るため、平成 20 年度以降、周産期搬送にかかる新たな仕組みを導入し、運用しています。

(1) 東京都母体救命搬送システム

都では、緊急に母体救命処置が必要な妊産褥婦について、救急医療と周産期医療が連携して迅速に受入先を確保する仕組みを「東京都母体救命搬送システム」として定め、平成 21 年 3 月に運用を開始しています。

システム対象症例であると判断される場合には、直近の救急医療機関に連絡し、当該医療機関で受入れが難しい場合は、都内で 3 か所指定されている母体救命対応総合周産期母子医療センター（以下「スーパー総合周産期センター」という。）が必ず受け入れることで、受入先の選定にかかる時間をできる限り短縮し、迅速に母体の救命処置を行う体制を確保します。

母体救命搬送システムの運用開始以降、搬送事例についてスーパー総合周産期センター等から情報収集を行い、東京都周産期医療協議会※18の「母体救命搬送システム検証部会」において搬送システムの検証を行うとともに、システムの改善を行っています。また、スーパー総合周産期センター及びその他の救急医療機関等の協力を得ながら、本システムの更なる定着を図っています。

今後は、既存のスーパー総合周産期センターとの役割分担や運用方法を検討しながら、多摩地域にもスーパー総合周産期センターを指定し、母体救命搬送体制の充実を図っていきます。

東京都母体救命搬送システムの概要

東京都母体救命搬送システム

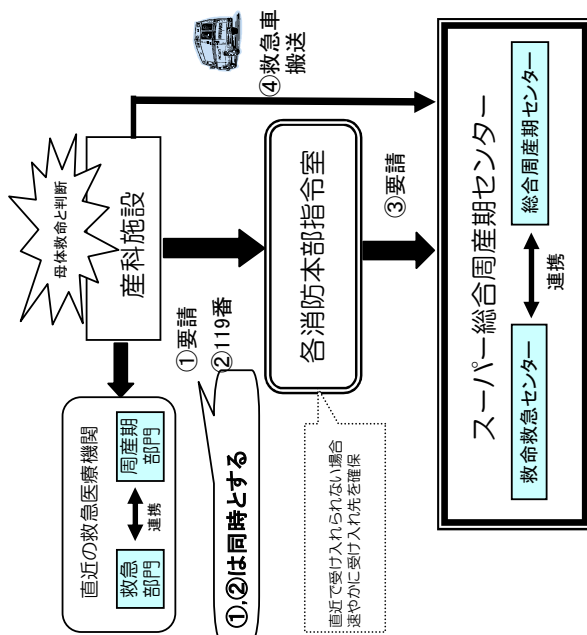
脳卒中や出血性ショックなど重症な疾患により緊急に母体救命処置を必要とする妊婦等が、近くの救急医療機関等で受入れが決まらない場合に、都内3か所の「スーパー総合周産期センター」が必ず受け入れることで、受入先の選定にかかる時間をできるだけ短縮し、迅速に診療を受けられるようにするシステム。

※ 本システムの対象となるのは、脳卒中や出血性ショックなど重症な疾患により、緊急に母体救命処置を必要とする妊産婦。 (「母体救命搬送システム対象症例表」と「疾病観察カード」等を参考に判断)

スーパー総合周産期センター

- ・昭和大学病院
- ・日本赤十字社医療センター
- ・日本大学医学部附属板橋病院

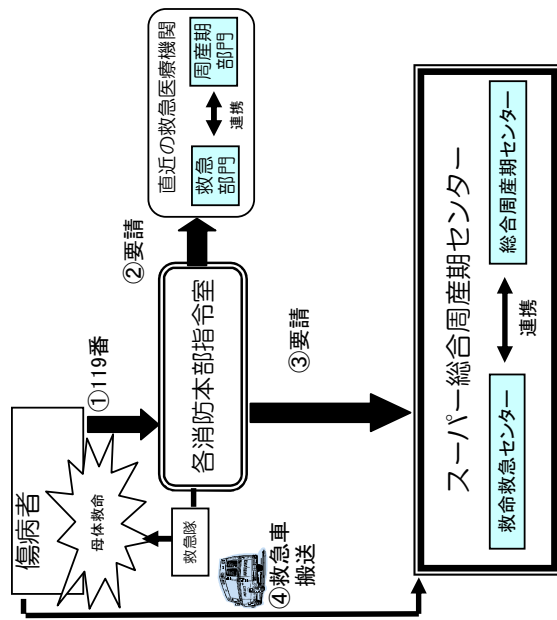
転院搬送



①、②は同時とする

直近で受け入れられない場合、速やかに受け入れ先を確保

一般通報



母体救命搬送システム対象症例表

以下の疾患等の妊産婦で、緊急に母体救命処置が必要なものを

1. 妊産婦の救急疾患合致

- ①脳血管障害
- ②急性心疾患(心不全、虚血性心疾患 等)
- ③呼吸不全(肺血栓症、肺水腫、重症気管支喘息等)
- ④重症感染症、敗血症性ショック
- ⑤重症外傷(交通外傷 等)、熱傷
- ⑥多臓器機能障害・不全(肝不全、腎不全、薬物中毒等)

2. 産科救急疾患(重症)

- ①羊水塞栓症
- ②子癇、妊娠高血圧症候群重症型
- ③HELLP症候群、急性妊娠脂肪肝
- ④出血性ショック(前置胎盤、胎盤早期剥離、出血、重症産道損傷等)
- ⑤産科DIC(常位胎盤早期剥離等)

3. 重症な症状(診断未確定)

- ①意識障害
 - ②痙攣発作
 - ③激しい頭痛
 - ④激しい胸痛
 - ⑤激しい腹痛
 - ⑥原因不明のバイタルサイン異常
- 以上を呈し重症な疾患が疑われる症例

4. その他1～3に準ずるもので緊急に母体救命処置が必要なものを

※ 緊急に母体救命処置が必要な重症度の判断にあたっては、「疾病観察カード」を参考とする。

※ 対象は、妊娠初期から産褥入院期間までの患者

(2) 周産期搬送コーディネーター

母体救命搬送以外の通常の母体搬送及び新生児搬送については、区部は二次医療圏を単位とする7つのブロックに、多摩地域は全体を1ブロックとしてブロック分けを行い、各ブロックにおいて総合周産期母子医療センターが搬送受入れ及び担当ブロック内の搬送調整役を担っています。

この体制に加え、都では、助産師等による周産期搬送コーディネーターを平成21年8月から東京消防庁指令室に配置しました。都内産科施設等において搬送が必要となった母体・新生児で、総合周産期母子医療センターにおいて受入れ不能かつ当該ブロックにおいて搬送調整が困難な場合に、24時間体制でブロックを越えて全都域を対象に搬送調整を行うことで、選定困難事案の減少及び選定時間の短縮や、周産期母子医療センター等の医師の負担軽減を図っています。また、周産期搬送コーディネーターは119番通報による搬送調整にも対応しており、各消防本部と連携を図りながら搬送先選定を行っています。

これらの周産期搬送システムについては、東京都周産期医療協議会の「周産期搬送部会」において検討を行い、コーディネーター機能の強化等を行っています。今後は、総合周産期母子医療センター等の協力を得ながら、周産期搬送コーディネーターの機能を更に強化していくとともに、この搬送システムに基づく搬送依頼が必ずしもすべての一次医療機関に定着していない現状を踏まえ、システムの更なる定着に向けて、東京都医師会、東京産婦人科医会、東京都助産師会の協力を得ながら都内周産期医療施設等に対する周知を引き続き行っていきます。

東京都周産期搬送コーディネーターの概要

目 的

- ・選定困難事案の減少及び選定時間の短縮
- ・周産期母子医療センター等の医師の負担軽減

設置場所

東京消防庁総合指令室（千代田区大手町）

コーディネーターの職種

助産師又は同等の知識を有する者

コーディネーターの業務内容

- ① 応需情報の把握**
周産期医療情報システムの診療能力情報を
もとに、原則として午前9時頃と午後5時
30分頃の2回、必要に応じ、電話等で周
産期医療情報システム設置医療機関の状況
を把握し、搬送先選定の一助とする。
- ② 搬送先選定業務**
依頼元産科施設等からのFAXによる患者
情報及び総合周産期センター等からの搬送
先選定に関する助言、医学的助言のもとに、
搬送先医療機関の選定を行う。
- ③ その他の付随業務**
周産期医療情報システムの更新依頼、搬送
先選定に関するデータの整理及び統計の作
成、医療機関基情報調査等

コーディネーター業務の対象

○ 受付時間

24時間体制

○ 受付対象

都内の各搬送ブロックの搬送先調整担当の周産期母子医療センター（各総合周産期母子医療センター）

○ 各搬送ブロックの搬送先調整担当の周産期母子医療センター

ブロック	担当区域	搬送先調整担当
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	愛育病院
区南部	品川区、大田区	昭和大学病院、東邦大森病院
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	日赤医療センター
区西部	新宿区、中野区、杉並区	女子医大病院
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	日大板橋病院（豊島区は大塚病院）
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	帝京大学病院（所在地は板橋区（区西北部））
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	墨東病院
多摩	市町村部	杏林大学病院（母体） 多摩・小児総合医療センター（新生児）

※ 一般通報＝傷病者の発生地 転院搬送＝搬送元医療機関所在地

○ 対象患者

- (1) 転院搬送
都内産科施設等において搬送が必要となった母体・新生児で、総合周産期センター等において、受入れ不能かつ当該ブロック内での搬送調整が困難である患者
 - (2) 一般通報
都内の一般通報のうち、救急隊が周産期案件と判断し、各消防本部に医療機関の選定を依頼した患者
- ※ (1)、(2)ともに東京都母体救命搬送システム対象症例は除く。

(3) 県域を越えた周産期搬送

都内の周産期母子医療センターでは、他県からの患者を多数受け入れている現状にあります。平成 21 年度の実績をみると、都内周産期母子医療センターの母体搬送受入件数のうち、約 10%が他県からの搬送です。

各県域内の周産期搬送は、各県が定めた搬送ルールに基づいて既に行われていますが、県域を越えた搬送についてはルールや搬送要請を行う窓口などの仕組みができていないのが現状です。都内で搬送先が決まらない場合の他県への搬送、あるいは他県患者の都内への搬送調整等に係るルールを構築するとともに、県境地域における相互の連携体制の構築が必要です。

今後は、東京都と人口移動が多く、県域を越えた周産期搬送件数が多い近隣 3 県(埼玉・神奈川・千葉)との連携体制を構築するため、各県の周産期搬送体制について情報共有するとともに、県域を越えた周産期搬送のルール作りなどの検討を行っていきます。

4 周産期医療施設間連携の推進

分娩取扱施設が減少する中、周産期母子医療センターへの分娩・搬送の集中を緩和するため、平成 21 年 3 月に、ミドルリスクの妊産婦に対応する施設を周産期連携病院として指定するなど、一次から三次までのリスクに応じた機能分担と連携体制の構築を進めています。

(1) 周産期医療ネットワークグループ

都では、周産期母子医療センターを中核として、一次から三次までの医療機関等の医師等による「顔の見える連携」を進めるため、8つの周産期搬送ブロックごとに、周産期医療ネットワークグループの構築に取り組んでいます。

医療機関の機能分担と連携を進めるため、各グループにおいて医療機関の診療機能等の情報を共有し、搬送基準等について検討を行うとともに、症例検討会や研修を開催するなど、各グループの実情にあった連携体制の構築を進めています。

こうした取組により、日ごろから患者の症状やリスクに応じた患者紹介が積極的に行われ、連携が進みつつあります。今後も、それぞれの地域における周産期母子医療センター、周産期連携病院、その他地域周産期医療施設の役割分担の下、連携体制を構築していきます。

(2) セミオープンシステム（オープンシステム）を活用した連携

セミオープンシステムとは、分娩を受け持つ中核病院と、身近な地域の診療所等（連携医療機関）との相互の紹介を通して、患者のリスクを踏まえ、医療機能に応じた役割分担を進める取組です。例えば、妊婦健診はセミオープンシステムに参加している連携医療機関が受け持ち、分娩は提携している中核病院で行います。

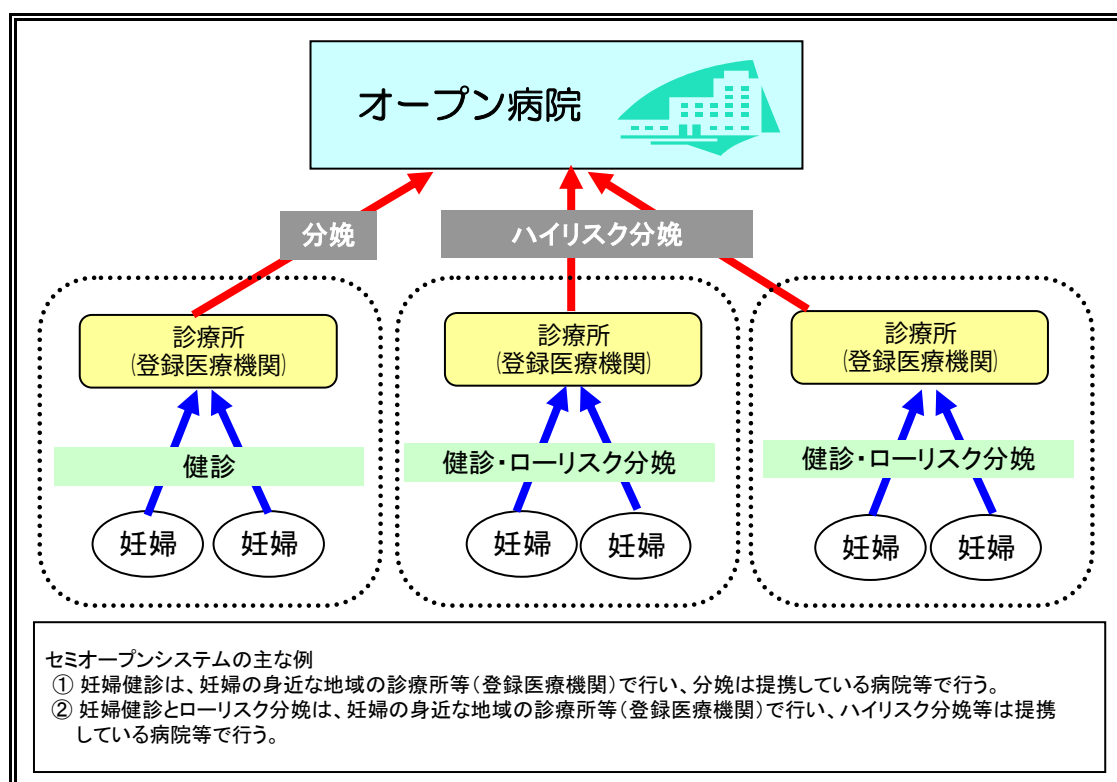
オープンシステムとは、妊婦健診は身近な地域の診療所等（連携医療機関）で行い、分娩は提携している中核病院で、連携医療機関の医師・助産師が行うシステムです。

これらのシステムは、妊産婦の利便性が保たれるだけでなく、早めの紹介等により、地域の診療所等の分娩に伴うリスクが軽減されることや、中核病院の外来患者数の減少による外来診療の負担が軽減されることなど、双方にメリットのある有効な取組であり、都内においては、愛育病院、日本赤十字社医療センター、日本医科大学多摩永山病院、都立大塚病院等で既に導入しています。

これに加えて、三次医療機関と地域の診療所が連携を図る取組として、地域医師会の協力を得て、出産等の診療を行う「産科診療協力医師登録制度」を都立墨東病院において実施しています。

東京都は、各地域の周産期医療ネットワークグループによる連携体制を生かし、セミオープンシステム又はオープンシステムの取組を推進します。

セミオープンシステムのイメージ



5 多摩地域における周産期医療体制

多摩地域においては、分娩取扱施設数が減少し、出生千に対する産婦人科・産科医師数も全国平均を下回る状況となっています。

都の周産期医療対策事業が始まった平成9年度以降、多摩地域には総合周産期母子医療センターが1か所のみの状況が続いていました。また、周産期搬送調整のための地域ブロックも、多摩地域5保健医療圏を併せ、多摩地域全体で1つのブロックとしています。

このように、周産期医療資源が不足している状況から、全都での取組に加え、多摩地域における周産期母子医療センター等の拡充や連携体制の強化を図っていきます。

(1) 多摩地域における総合周産期母子医療センター

東京都では、MFICU9床、NICU24床、GCU48床を一体的に運営する都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターを、都内最大級の総合周産期母子医療センターとして平成22年4月に指定しました。

現在、都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターと杏林大学医学部付属病院が、多摩地域の総合周産期母子医療センターとして周産期医療体制の中核を担っています。

なお、多摩ブロックにおける搬送調整については、母体搬送は杏林大学医学部付属病院が担当し、院内の助産師が搬送コーディネートをを行っています。新生児搬送については小児総合医療センターが担当し、ドクターカーを活用しながら搬送受入れ及び調整を行っています。

(2) 母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定

緊急に母体救命処置を必要とする妊産褥婦を必ず受け入れるスーパー総合周産期センターを区部に3か所指定し、平成21年3月から運用を開始しておりますが、今後、既存のスーパー総合周産期センターとの役割分担や運用方法を検討しながら、多摩地域においても1か所指定していきます。

(3) 周産期医療ネットワークグループの構築

一次から三次までのリスクに応じた役割分担と連携を進めるため、多摩地域を1つのグループとして、「多摩地域周産期医療ネットワークグループ」を平成21年度に構築しました。杏林大学医学部付属病院と都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターの2つの総合周産期母子医療センターがグループリーダーとなり、多摩地域に所在する周産期母子医療センター、周産期連携病院、その他主要な二次医療機関、一次医療機関及び助産所の代表等が参加しています。

さらに、多摩地域を6つのサブグループに分け、周産期連携病院等を各サブグループのリーダーとした連携体制も構築し、診療機能の共有化や、症例検討会等を通じた医療技術の向上など、きめ細やかな連携を図っています。

今後とも、杏林大学医学部附属病院と都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターの2つの総合周産期母子医療センターが役割分担を行い、一層協力しながら多摩地域における連携体制を充実させていきます。

(4) 多摩新生児連携病院

比較的高いリスクの新生児の診療を行うため、24時間体制での新生児搬送の受入れや、周産期母子医療センターからの逆紹介等に対応する「多摩新生児連携病院」を平成22年度より新たに創設し、平成22年10月現在1か所指定しています。

【取組】

○周産期医療ネットワークグループ（多摩地域）

○周産期連携病院

○多摩新生児連携病院

○東京都地域医療支援ドクター事業

多摩・島しょの公立病院等を支援し、地域の医療体制を確保するため、医師不足が深刻な公立病院等へ医師を一定期間派遣します。

地域医療の支援に意欲をもつ医師を採用し派遣することにより、公立病院等を支援し地域の医療体制を確保するとともに、医師にとっては、安定した身分で希望分野における研修ができ、医療技術の習得も可能となります。

6 NICU等入院児の在宅等への移行支援

NICUの恒常的な満床状態を解消できない要因のひとつとして、NICU・GCUに入院している児が、在宅療養等へ円滑に移行できないことがあります。集中治療を脱しても医療ニーズや療育支援の必要性が高いNICU等入院児は、家族が地域での支援体制について不安を感じているため、円滑に退院できない状況にあります。

平成22年に実施した周産期医療施設実態調査によると、平成22年5月1日現在、周産期母子医療センター等のNICU又はGCUに新生児期から引き続き90日以上入院している児が100人おり、うち22人は1年以上の長期入院となっています。

周産期母子医療センター等の長期入院児の状況(平成22年5月1日現在)

(人)

	90日以上半年未満	半年から1年	1年以上	合計
入院児数	37	41	22	100

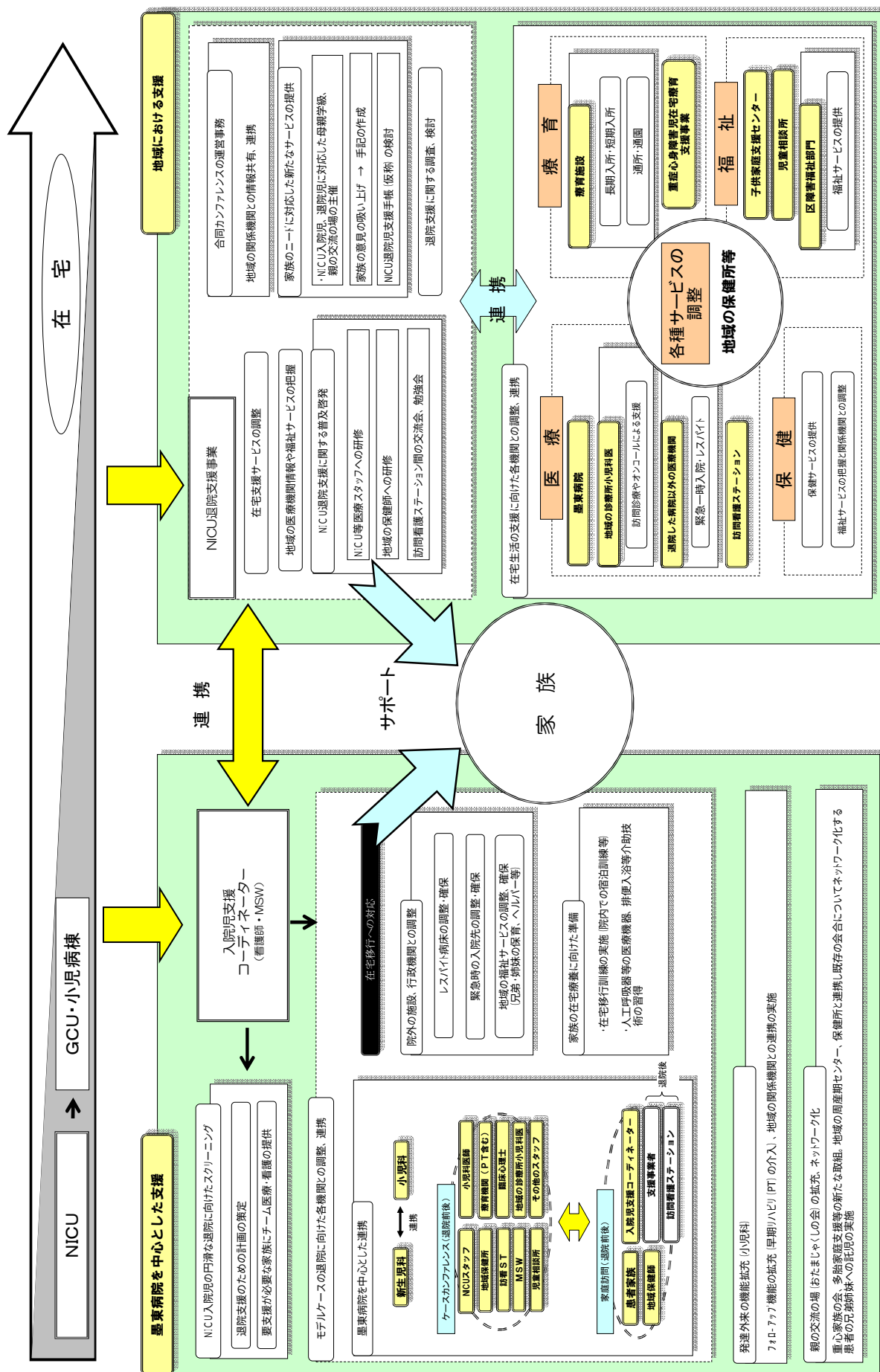
NICU等入院児の在宅療養等への移行を支援するため、周産期母子医療センターにおいては、入院児の家族に対する相談・支援体制や、退院準備を支援する病床等の整備が求められています。また、ハイリスク妊婦への出産前からの支援や、社会的サポートの必要な母親及び児に対する支援を行うため、産科、新生児科、小児科等との連携に加え、保健所・保健センターや福祉機関等との連携を強化する必要があります。

一方、各地域においては、在宅生活を支えるための資源（地域小児科医、レスパイト病床※19や訪問看護ステーションなど）の整備が必要です。

東京都では、周産期母子医療センターにおけるNICUの確保を図るため、医療ケアが必要な長期入院児の円滑な在宅療養等への移行に向けた支援体制の確保について、平成21年度から検討を開始しました。

平成22年度からは、都立墨東病院のNICU等の入院児を対象に、在宅移行が望ましい児に対する退院支援及び継続した在宅生活を支援するための取組や周産期母子医療センター・保健所・保健センター職員等の研修をモデル的に行い、都全域での取組に向けて、検証を行っています。

「NICUからの円滑な退院に向けた取組への支援」事業



今後、都は、周産期母子医療センターに対し入院児支援コーディネーター機能の配置を働きかけていきます。これにより、周産期母子医療センターは院内外とのコーディネート機能を強化するとともに、家族に対して在宅療養に向けた看護技術指導や相談・助言等を行うことにより、家族が自信を持って日々の療育や看護に当たれるよう支援していきます。

また、在宅療養への移行に向けた退院準備（在宅移行支援病床）や在宅移行後の家族を支えるための環境（レスパイト病床）の整備を進めるなど、NICU等入院児と家族に対する支援も検討します。

さらに、NICU等を退院した児が在宅において継続して療養ができるよう、健康管理や医療的ケア、発達・療育支援を行う訪問看護ステーションを拡充し、技術向上を図るための方策を検討していきます。

地域との関わりについては、保健所・保健センターや福祉機関、療育機関との連携を強化し、NICU等へ入院する児を出産する可能性をもつハイリスク妊婦や、社会的にサポートが必要な母親に対する、出産前後からの支援・連携体制を構築していきます。

【取組】

○NICUからの円滑な退院へ向けた取組への支援

○東京都重症心身障害児在宅療育支援事業

在宅重症心身障害児(者)訪問事業、在宅療育相談事業、訪問看護師等育成研修事業、在宅療育支援地域連携事業を柱にした、重症心身障害児の在宅移行支援と療育支援を行います。

7 周産期医療関係者の確保と育成

(1) 医師

周産期医療は、産科及び小児（新生児）科の医師が中心を担っていますが、その医師数は減少傾向にあり、全国的に社会問題となっています。こうした背景には、当直明けに引き続く 36 時間連続勤務や、週 70 時間近くに及ぶ勤務などの長時間勤務があり、病院勤務医が減少していく原因の一つともなっています。この勤務環境の過酷さは医師の使命感に過度に依存してきた結果ともいえます。

また、都内の女性医師数は年々増加し、女性の比率は約 4 分の 1 を占めています。特に、周産期医療を担う医師の男女比率をみると、他の診療分野（科目）と比較して女性医師の従事割合が高く、30%～40%を占めている状況です。このため、子育て中の女性医師が働きやすい勤務環境の整備が必要です。

今後は、女性医師の確保・定着に向け、勤務環境の改善に対する支援を行うとともに、「東京都保育計画※20」に基づき、保育所や学童クラブ※21などの保育サービスを拡充していきます。

また、周産期医療を担っている産科・新生児科医師に対する処遇改善を行うとともに、現在都立病院で実施している新生児専門医の育成を引き続き行い、都内周産期母子医療センターの新生児科医の確保と新生児医療技術の向上を図っていきます。

さらに、都では、確保が困難な診療科の医師を多摩・島しょの公立病院等に一定期間派遣し、地域の医療体制を確保する「東京都地域医療支援ドクター事業」を行っています。本事業を引き続き実施し、産科及び新生児医療を行う医師を派遣することにより、多摩地域の公立病院等を支援し、周産期医療体制の充実を図っていきます。

(2) 助産師・看護師

周産期母子医療センターにおける助産師及び看護師についても、依然確保が困難な状況にあり、平成 22 年度からは、NICUやGCUなどの診療報酬が拡充・新設されましたが、施設によっては、十分な看護体制が確保できていない状況です。

現在、都では、「養成対策・定着対策・再就業対策」を柱とした、看護師確保対策に取り組んでいますが、今後はこれを更に充実していくとともに、周産期医療の最新の知識や技術を有する認定看護師等の資格取得支援を行うなど、質の高い看護師等の確保を図っていきます。

(3) 院内助産システム※22

都内では、平成 22 年 4 月現在、院内助産※23は 2 か所、助産外来※24は 42 か所で実施されています。

院内助産システム（院内助産・助産外来）の積極的な活用と開設を促進することにより、医師と助産師の役割分担・連携の下、助産師がハイリスクも含めた妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、個々のケースに応じた助産ケアを提供することができます。また、チーム医療を行うことで、妊産褥婦の安全性と快適さを両立させることが可能となります。東京都は、この院内助産システムの活用を支援していきます。

(4) 研修

都内の一次から三次までの周産期医療関係者に対し、周産期医療の基本的な手技、最新の周産期医療技術、さらには、新生児蘇生に関する研修等を行い、周産期医療全体の質の向上を図っていきます。

【取組】

- 待機児童対策・保育サービスの拡充
- 院内保育施設運営費補助
- 院内保育所整備費補助
- 産科医等確保支援事業（分娩手当）
- 産科医等育成支援事業（研修医手当）
- 新生児医療担当医（新生児科医）確保事業
- 医師勤務環境改善事業
- 周産期医療関係者研修
- 新生児救命研修
- 院内助産所・助産師外来開設研修事業
- 東京都地域医療支援ドクター事業

8 周産期医療情報センターの機能・体制

東京都では、昭和 62 年からオンライン専用端末による産科及び新生児科双方の診療情報のネットワーク化を図り、現在、すべての周産期母子医療センター、周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、周産期連携病院、東京消防庁総合指令室内に東京都周産期医療情報システムを設置し、産科・新生児科の空床状況など搬送受入可否を示す診療能力情報を共有し、搬送先選定等に活用しています。

また、本システムは、更なる周産期医療の発展に寄与することを目的として、周産期母子医療センター等から収集した妊婦・新生児の症例データを蓄積・集計・解析するデータベースを有しており、東京都及び周産期母子医療センター等は、本データを利用することができます。

今後とも、本システムを活用し、医療機関相互の連絡・協力体制を推進するとともに、周産期搬送コーディネーターによる詳細情報の収集を適宜行うことにより、円滑な搬送先選定を行っていきます。

また、周産期母子医療センター等から引き続き妊婦・新生児の症例データを収集し、解析等を行っていきます。

9 都民に対する情報提供と普及啓発

(1) 都民への情報提供

東京都の周産期医療対策については、東京都ホームページにおいて、周産期母子医療センターの現況や患者取扱実績などの情報提供を行っていますが、今後も引き続き、周産期母子医療センターや周産期連携病院等の診療機能や実績、東京都の周産期医療に係る各種統計について情報提供を行っていきます。

(2) 都民への普及啓発

ア 妊婦健康診査

平成 21 年 8 月から開始した周産期搬送コーディネーターによる搬送調整事案からみると、119 番通報における周産期搬送案件のうち、妊婦健康診査未受診の妊産婦の搬送が約半数を占めることが明らかになりました。未受診の妊婦については、妊娠経過に関する情報が少なく出産時の母体及び新生児の安全が確保しにくいこと、妊娠・出産に対する意識が低く出産後の子育てにも影響が出やすいことなど、いわゆるハイリスクである場合が多くなっています。

妊婦健康診査は、妊娠の経過や胎児の発育状況の確認、母体の変化のチェック、妊婦・胎児の異常を早期に発見するためにも大変重要です。このため、妊婦健康診査の重要性について、更に普及啓発する必要があります。

現在は、都内全区市町村において、望ましい回数である 14 回分の公費負担が実施され、より受診しやすくなっています。公費負担は時限措置となっているため、安定的な事業の継続について国に提案要求しているところです。

今後の妊婦健康診査未受診者対策としては、まず、飛び込み出産における未受診妊婦の背景（属性）や、区市町村における未受診者の把握の仕方、受診促進の取組の状況等を把握する必要があります。その上で、受診促進や安全な出産に向けた知識の普及啓発等の先駆的な取組を紹介するなど、効果的な事業につながる支援を行っていきます。また、妊娠・出産に関する不安や悩みなどを妊婦や家族が気軽に相談できるよう、相談機関や窓口の周知を図っていきます。

イ 相談・支援体制

出産後の養育に当たり、出産前の支援が特に必要な特定妊婦^{※25}については、医療機関だけでなく地域の関係機関による出産前からの支援が必要です。母子保健サービスなどの保健所・保健センターでの支援に加え、子供家庭支援センターや児童相談所などの相談機関での取組や、要保護児童対策地域協議会^{※26}等によるネットワークの構築など、在宅生活を支援する体制の整備は進んでいます。しかしながら、こうした地域の支援体制が、周産期母子医

療センター等周産期医療施設へ十分周知されていないため、相互の連携が十分にされていない場合があります。

今後は、医療機関・保健機関・福祉機関（福祉事務所、子供家庭支援センター、児童相談所、女性相談センター等）、その他相談機関が連携して特定妊婦を支援できるよう、相談窓口・支援体制の周知や、区市町村における制度の活用等を図っていきます。

Ⅳ 国への提案要求

東京都では、周産期医療対策事業に係る、診療報酬や補助制度を充実させることを目的に、以下のとおり、国に対し提案要求しています。

1 診療報酬制度の充実

周産期医療に係る診療報酬の改定について、新生児特定集中治療室管理料の基準や算定評価、ドクターカー等において同乗する医師が搬送中に行う診療行為に対する評価等の検証を行うとともに、引き続き実態に応じた改善に努めること。

2 周産期医療に対する補助制度の充実

- (1) 周産期母子医療センター等で働く、産科医や新生児科医の確保を含め、安定的な運営を図れるような補助制度など、仕組みについて改善を図ること。
- (2) 一次から三次までの医療機関が連携を強化し、リスクに応じた役割分担の下で、効果的・効率的に医療を提供できる体制作りやネットワークの構築などに対して、実効性のある支援策を講じること。
- (3) 周産期医療施設の整備促進のため、施設整備費補助を充実させること。
- (4) N I C U退院児の地域における在宅療養に必要なコーディネーターの配置や、レスパイト病床の確保、訪問看護ステーションの拡充など、円滑な退院支援や、在宅生活に必要な財政支援を図ること。

3 人材の確保

- (1) 不足が顕著な診療科医師（産科、小児科（新生児科））の確保について、実効性のある措置を緊急に講じること。
- (2) 医師の負担を軽減する体制整備について、診療報酬改定の評価検証を行うとともに、病院勤務医師の勤務環境を改善する施策の推進に努めること。
- (3) 女性医師が生涯にわたって、安心して医療に携わることができるよう、病院内保育運営事業の更なる充実を図るとともに、再就業等総合的な支援策の一層の充実を図ること。
- (4) 産科医療補償制度については、開始から1年を過ぎ、医療機関や妊産婦及びその家族の声や、制度の運用状況を踏まえ、対象疾患の拡大の可否等の検討を行い、制度の充実を図ること。

※ 平成22年6月に行った平成23年度国の施策及び予算に対する都の提案要求の内容

用語解説

1 周産期医療

妊娠期から産褥期までの母体・胎児に対する主として産科的医療と、病的新生児に対する医療を合わせた医療をいう。産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に「周産期医療」と表現されている。

なお、統計上、「周産期」とは、妊娠満 22 週から生後満 7 日未満までの期間を指すが、周産期医療の対象はこの期間に限らない。

2 合計特殊出生率

15 歳から 49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした場合の子の数を表す。合計特殊出生率が 2.1 を下回ると、将来、人口が減少するとされている。

3 低出生体重児

出生体重 2,500 グラム未満の児。他に、1,500 グラム未満は極低出生体重児、1,000 グラム未満は超低出生体重児という。

4 新生児死亡率

新生児とは、出生日を 0 日と数えた場合に、生後 0 日から 28 日未満の児のことをいう。新生児死亡率とは、年間出生数 1,000 に対する年間新生児死亡数をいう。

5 周産期死亡率

年間出産数（後期死産数：妊娠 22 週以降の死産数＋出生数）1,000 に対する年間周産期死亡数（後期死産数＋年間早期新生児死亡数：生後 1 週間未満の死亡）をいう。

6 妊産婦死亡率

年間出生数 10 万に対する年間妊産婦死亡数（妊娠中又は妊娠終了後 42 日未満の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるもの。ただし、不慮又は偶発の原因のものを除く。）をいう。

7 NICU（Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療管理室）

新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24 時間体制で集中治療が必要な新生児の治療を行う場である。

8 周産期母子医療センター

産科・小児科双方から一貫した総合的かつ高度な周産期医療が提供できる施設である。

産科側では、緊急帝王切開等に速やかに対応する体制、小児科では新生児集中治療管理室等の医療設備や体制を備えている。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターがあり、施設・設備の状況や体制によって、都道府県知事が指定・認定する。

9 周産期連携病院

周産期母子医療センターとの連携のもと、産科の 24 時間体制に加え、産科医師、小児科医師、麻酔科医師の当直（オンコール）体制等を確保し、ミドルリスクの妊産婦に対応する病院。

- 10 MFICU (Maternal-Fetal Intensive Care Unit : 母体・胎児集中治療管理室)
合併症妊娠、胎児異常等、母体又は胎児におけるハイリスク妊娠に対応するため、分娩監視装置、人工呼吸器等を備え、主として産科のスタッフが24時間体制で治療を行う場である。
- 11 GCU (Growing Care Unit : 回復期治療室)
NICUの後方病床。NICUにおける治療により急性期を脱した児、又は入院時より中等症であってNICUによる集中治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児を収容する。
- 12 救命救急センター
生命危機を伴う重症及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し高度な医療技術を提供する三次救急医療機関である。都内では、2010年10月現在24か所指定されている。
- 13 戻り搬送
状態が改善した妊婦又は新生児を受入医療機関から搬送元又は地域の医療機関に搬送すること。
- 14 東京都周産期医療情報システム
都内の周産期母子医療センター、周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、周産期連携病院及び東京消防庁総合指令室において、産科・新生児科の空床状況等の診療能力情報を相互に照会できるシステム。
また、周産期母子医療センター等から収集した妊婦・新生児の症例データを蓄積・集計・解析するデータベースも有している。
- 15 新生児未熟児救急医療事業
都が休日における救急医療体制を充実強化するために、昭和53年に全国に先がけて開始した事業（準夜診療・脳神経外科救急医療を含む三事業）の一つである。都内の病産院などで出生し、かつ、在院中の新生児・未熟児で緊急に専門的治療（NICU等）を必要とする救急患児が対象で、東京都新生児救急協議会傘下の11病院の輪番により、一休日3施設3床以上の確保を行っていた。
- 16 ドクターカー
専門医が同乗し、搬送中に治療・管理を行う救急車のこと。都立小児総合医療センターには、緊急に高度医療を要する新生児を搬送するために保育器、人工呼吸器等を搭載した新生児専用救急車を配置している。
- 17 診療能力情報
周産期医療情報ネットワークに参画する医療機関の診療可否を判断するための、産科やNICUの空床の状況や手術の可否などの情報のこと。この情報を基に、搬送先の選定等を行う。
- 18 東京都周産期医療協議会
東京都周産期医療協議会設置要綱により平成9年7月に設置され、都の周産期医療体制に関する事項（体制整備、情報システム、研修、調査等）について協議する。学識経験者、保健医療機関・団体の代表、周産期医療施設の代表、行政機関の代表、医療を受ける側の代表で構成する。

19 レスパイト病床

N I C U等長期入院児の在宅医療中の定期的医学管理及び保護者の労力の一時的支援を目的とした病床のこと。

20 東京都保育計画

児童福祉法第 56 条の 9 に基づいて策定する「保育計画」であり、保育の実施への需要が増大している都道府県が、区市町村における保育の実施の事業及び子育て支援事業等の供給体制を確保することを目的として、広域的な見地から策定する計画。

21 学童クラブ

保護者が就労等により昼間家庭にいない、おおむね 10 歳未満の児童に対し、放課後安心して遊び、生活できる場所を確保する事業。

22 院内助産システム

病院や診療所において、保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に基づいて、妊婦健康診査、分娩助介及び保健指導（健康相談・教育）を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう。

23 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。

24 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査及び保健指導が助産師により行われる外来をいう。

25 特定妊婦

出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦のこと。

26 要保護児童対策地域協議会

地方公共団体が、要保護児童（保護者の無い児童又は保護者に監護させることが不適當であると認められる児童）の適切な保護を図るために設置する協議会。関係機関、関係団体及び児童の福祉に関連する職務に従事する者等の関係者により構成される。同協議会は、要保護児童の適切な保護又は要支援児童（保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童）若しくは特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行う。