

周産期医療について

周産期医療の体制構築に係る指針(第7次)の内容

序文

- 第1 周産期医療の現状
- 1 周産期医療をとりまく状況
- 2 周産期医療の提供体制

第2 医療体制の構築に必要な事項

- 1 都道府県における周産期医療体制の整備
- (1) 周産期医療に関する協議会
- (2) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター(指定・認定等について)
- (3) 周産期医療情報センター
- (4) 搬送コーディネーター
- (5) 周産期における災害対策
- (6) 周産期医療関係者に対する研修
- 2 医療機関とその連携
- (1) 目指すべき方向
- ① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携
- ② 周産期の救急対応が24時間可能な体制
- ③ 新生児医療の提供が可能な体制
- ④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制
- (2) 各医療機能と連携
- ① 正常分娩等を担う機能
- ② 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】
- ③ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】
- ④ 周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場(施設を含む)で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】

第3 構築の具体的な手順

- 1 現状の把握
- (1) 患者動向に関する情報
- (2) 医療資源・連携等に関する情報
- (3) 都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報
- (4) 指標による現状把握
- 2 圏域の設定
- 3 連携の検討
- 4 課題の抽出
- 5 数値目標
- 6 施策
- 7 評価
- 8 公表

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

周産期医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

		低リスク分娩		地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター		療養・療育支援	
			乳幼児、小児の在宅医療・療育を 行う医療機関数					
ストラク チャー				NICUを有す				
			MFICUを有する病院数・病床数					
			ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数					
				災害時小児周別				
プロセス	•	分娩数						
		産後訪問指導実施数		周産期母子医療セ				
				NICU	J入室児数			
				NICU · GC	U長期入院児数			
			•	母体•新生児搬送	数·都道府県内搬送率	1		
			•	母体·新生児搬送数(かうち受入困難事例の件数			
アウトカム	•	新生児死亡率					NICU·GCU長期入院児数(再掲)	
	•	周産期死亡率						
	•	妊産婦死亡数·死亡原因						

第7次医療計画の中間見直しと第8次医療計画に向けて検討が必要と考えられる事項

第15回医療計画の見直し等 に関する検討会(令和元年10 月18日)資料2を一部改変

- (1) 産科・小児科の医師偏在対策について
 - ① 周産期医療に係る医療計画と産科・小児科の医師確保計画の整合性
 - ② 周産期医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し
 - ③ 医療機関の集約化・重点化等の施策
- (2) 妊産婦に対する医療体制の整備について
 - ① 産婦人科以外の医師に対する妊産婦の診療に関する研修
 - ② 妊産婦の診療に係る相談窓口の設置 等
- (3) 周産期医療における災害対策について
 - ① 災害時小児周産期リエゾンの任命等
 - ② 災害に対応したインフラ整備等
- (4) 周産期医療における機能分化・連携のあり方 (例) NICU・MFICUの重点化等の整備の方向性
- (5) 周産期医療体制構築に係る指標について

前回(第15回*)いただいた周産期医療に関する主な意見

*令和元年10月18日

- 産婦人科医師・小児科医師の数については、出生数の減少スピードを踏まえると、現時点で不足している地域であっても、10年後・20年後には、相対的に医師数が多い地域となる可能性がある。将来の推計を踏まえながら、地域ごとに重点化していくことを検討する必要がある。
- ハイリスクな分娩が増えており、周産期医療と精神科医療が連携の取れる体制の構築が必要である。
- 産後うつ、うつによる自殺や虐待等は重要な課題であり、産後ケアが有効であると言われている。産後ケアの提供 体制に関して、産後ケアを実施している施設数等の指標も含めて、検討していく必要性がある。また、全ての妊産褥婦 が助産ケアを受けられるような体制整備が必要である。
- 妊産婦の多様なニーズに応えて快適なお産を実現するために、また、働き方改革を踏まえて産科医師と助産師が 連携・協働する仕組みとして、院内助産や助産師外来の導入が推進されてきており、一層推進するためには院内助産 や助産師外来の実施施設数を指標の中に追加してはどうか。
- NICUについては、全都道府県で目標が達成され、整備目標を大きく超えている都道府県もある。急激な少子高齢化を考え、地域の人口動態も踏まえて、早急に集約化等も含めて検討をスタートさせるべきである。
- NICUの整備と合わせて、新生児を診る小児科医の確保について、周産期医療の協議会と小児医療の協議会で何らかの連携が必要ではないか。
- 災害の頻度が増えてきている状況において、BCP策定については根本的な対策であり、後手後手とならないよう、 整備を進める必要がある。
- 災害時小児周産期リエゾンの任命について、昨年の調査以降、災害も相次いでおり、取り組みを進めるべきである。

① 周産期医療に係る医療計画と産科・小児科医師確保計画の整合性

背景•現状

- 平成30年7月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和2年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科医師についても、産科・小児科の医師偏在指標を作成しており、各都道府県が、令和元年度中に産科・小児科の医師確保計画を策定することとしている。
- ○「医師確保計画策定ガイドライン」(平成31年3月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知の別添)においては、産科・小児科の医師確保計画を策定するに当たり、地域医療対策協議会の意見とともに、各医療圏における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討の機会に併せて協議を行うことが適当であるとしている。
- また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っているが、小児科医師偏在指標のみに基づく施策を実施 していては必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができないため、医師確保計画策定ガイドラインにおいては、周産期医療 又は小児医療に係る協議会等の意見を聴取した上で検討することとしている。

医師確保計画策定ガイドライン(抄)

- 7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定
- 7-4-1. 産科・小児科における医師確保計画の考え方
- 産科・小児科における医師確保計画を策定する際は、大学、医師会等との連携が重要である。また、周産期医療及び小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映することができるよう、地域医療対策協議会の意見とともに、<u>周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取するなど各医療圏における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討の機会に併せて協議を行う</u>ことが適当である。

基本的な考え方

- 産科医師確保計画における具体的な施策については、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しが含まれ、周産期医療に係る医療計画における記載内容と原則として一致している必要がある。
- 新生児医療を担う医師の確保に係る施策については、周産期医療に係る医療計画に反映する必要がある。
- 周産期医療に係る協議会に対して、産科・小児科の医師確保計画の策定に向けた意見の取りまとめが求められた際に、 対応が可能となるよう、協議事項として例示しておく必要がある。

産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標の検討の場について

会 第26回医師需給分科会(平成 30年12月26日) 資料2を改変

晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室 教授

日本小児科医会 業務執行理事

1. 検討の場の設置について

「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会(以下、「医師需給分科会」)」第22回における指摘を 踏まえて、当該分科会における産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標作成の検討に資するよう、有識 者から意見を聞き、必要なデータの整備及び考え方の整理を行うことを目的として、「検討の場」を設置する。

2. 主な検討事項

産科及び小児科について、暫定的な医師偏在指標作成に資する医療需要、医療従事者の需給に関するデー タの整理、偏在解消施策の論点整理等についての検討を行い、医師需給分科会における検討の基礎資料とす る。

3. 運営等

- (1) 迅速な検討が必要であるため議論は非公開 (議事概要についても非公開) とし、議論の結果を医師需給 分科会に報告する。なお、当該結果に基づき、医師需給分科会において、暫定的な指標についての検討を 行う。
- 平成31年1月末までに委員会を2-3回開催し、結果をとりまとめる。 (2) スケジュール
- (3) 構成員

「小児科における暫定的な医師偏在指標作成のための検討の場」 「産科における暫定的な医師偏在指標作成のための検討の場」 今村 知明 奈良県立医科大学公衆衛生学講座 今村 知明 奈良県立医科大学公衆衛生学講座 教授 日本産科婦人科学会 特仟理事 釜萢 日本医師会 常仟理事 海野 信也 自治医科大学地域医療学センター 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 教授 日本小児科学会 理事 章人 日本産婦人科医会 常務理事 日本小児科学会 理事

俊夫 日本医師会 常任理事

晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室 教授

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、産科・小児科に おける医師の偏在の状況を客観的に示すために、地域ごと の医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた産科・小 **児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等

患者の流出入等

- へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布



相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の 一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。

※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している 可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。

全国の周産期・小児医療圏

医師偏在指標 /小 下位33.3%⇒相対的医師少数区域

大

国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見 直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策

医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によっ てもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の 派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開 始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、 「相対的医師少数区域」の基準値(下位 33.3%) に達することとなる医師数を「偏在 対策基準医師数と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するため の具体的な施策を策定する。

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対 策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機 関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重 点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近 い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の 機能分化,連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な 医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府 県と大学、医師会等の連携。
- 医療機関の実績や、地域における小児 人口、分娩数と見合った数の医師数とな るような派遣先の医療機関の選定。
- 派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点 化。医師派遣の重点化対象医療機関の 医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の

勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児 科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分 な休暇を取ることができるよう、代診医の確 保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師 にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる 業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

4)産科・小児科医師の養成数を増やすため の施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻 医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、 離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担 う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関におい

新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。

- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。8

② 周産期医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し

背景•現状

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を<u>「周</u> **産期医療圏」**と呼称しており、産科の医師確保計画は、都道府県ごと、周産期医療圏ごとに定めることとしている。
- 医師確保計画策定ガイドラインにおいては、産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策について、まず は、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携を検討することとしている。
- 一方で、周産期医療の体制構築に係る指針において、「周産期医療圏」という表記は<u>ない</u>。

医師確保計画策定ガイドライン(抄)

7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定

- 7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策
- (2) 施策の内容 ① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策
- ア 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。

したがって、都道府県(特に相対的医師少数都道府県である都道府県)においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携により 産科・小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

基本的な考え方

○ 医療圏についての表記や定義、施策の方針等について、医療計画と医師確保計画が整合性のあるものにする必要がある。

周産期医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

第3 構築の具体的な手順 2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、(中略)、前期「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスク や重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機 能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこと。
- (3) (中略)、圏域の設定に当たっては、重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等)を除く産科症例の診療が圏域内で完結するこ とを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(参考) 各都道府県における、二次医医療圏数と産科医師偏在指標における周産期医療圏数

平成31年3月時点

都道府県名	二次医療圏数	産科医師偏在指標に おける周産期医療圏数
北 海 道	21	21
青 森 県	6	6
岩 手 県	9	4
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨 城 県	9	<u>3</u>
栃木県	6	5
群馬県	10	4
埼 玉 県	10	10
千葉県	9	9
東京都	13	9
神奈川県	9	6
新 潟 県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県	4	4
山 梨 県	4	2
長 野 県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	8	3
愛 知 県	11	11
三重県	4	4

都道府県名	二次医療圏数	産科医師偏在指標に おける周産期医療圏数
滋賀県	7	4
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵 庫 県	8	7
奈良県	5	5
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	5
徳島県	3	3
香川県	3	3
愛 媛 県	6	4
高知県	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	6
大分県	6	6
宮崎県	7	4
鹿児島県	9	6
沖縄県	5	5
計	335	284

偏在指標における周産期医療圏数が 少ない場合

10

③ 医療機関の集約化・重点化等の施策

背景•現状

- 産科・小児科については、これまでに「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成17年12月 22日付け4局長連名通知)により、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。
- 医師確保計画策定ガイドラインにおいても、産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策について、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携、集約化・重点化等の医療提供体制について検討することとしている。

基本的な考え方

- 産科・小児科については、これまで、医療資源の集約化・重点化を推進してきており、特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。
- この際、医療機関間における機能分化・連携、医師の時間外労働の短縮を見据えた勤務環境の改善、医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援等が必要である。
- なお、医師の派遣調整に当たっては、派遣先医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口を踏まえて、実態に見合った医師数が確保されるよう、また過酷な勤務環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化する必要がある。

③ 医療機関の集約化・重点化等の施策

医師確保計画策定ガイドライン(抄)

- 7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定
- 7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策
- (2) 施策の内容 ① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策
- イ 集約化・重点化
 - 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を 推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」とされているように、医療資源の集約化・ 重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約 化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。
 - 医療資源の集約化・重点化にともない、<u>各医療機関における機能分化・連携が重要となる</u>。病診連携や、重点化された医療機関等から居住地に 近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減することとする。
 - 〇 また、集約化・重点化を検討するに当たっては、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」を踏まえ、<u>医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる</u>。
- ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援
- 医療機関の集約化・重点化等に伴い、<u>医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、その他必要な支援を検討するべきである</u>。その際、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

表2. 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

- ① 医療提供体制等の見直しのための施策
- 集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮。(例えば、重点化された医療機関における、新たな設備の拡充に伴う費用負担の軽減や、分娩の取扱いを中止し、セミオープンシステム等により妊婦健康診査や産後ケアを提供する施設に変更する際の、建物の改修や病床のダウンサイジングの支援等。)
- 集約化・重点化等によって、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手段の確保、滞在等についての支援。
- 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮。(例えば、小児への巡回診療などを医師全体のへき地保健医療対策とともに実施。また、 ICTやIoTの活用、遠隔診療の活用等も併せて実施。)
- 小児科医師以外の小児の休日·夜間診療への参画に対する支援。(例えば、地域の救急科医師、内科医師、総合診療科医師等を対象とした、家族への配慮を含む小児の診療に関する研修による、小児科以外の医師の小児の休日·夜間診療への参画の支援等。)
- 小児の在宅医療に係る病診連携体制の運営支援。(例えば、医師に対する研修、患者の退院前調整や急変時の入院調整等を含む医療機関間の 連携体制(会議等)の運営支援、小児を対象とする訪問看護ステーションと医療機関の医師との連携構築等に対する支援等。)

小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について

(平成17年12月22日付け医政発第1222007 号・雇児発第1222007 号・総財経第422 号・17 文科高第642号 厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知)

背景

- 小児科、産科等の特定の診療科における医師の偏在問題については、早急な対応が求められている課題であり、厚生労働省、総務省及び文部科学省から成る「地域医療に関する関係省庁連絡会議」において、平成17年8月に「医師確保総合対策」を取りまとめた。
- その中で、小児科・産科の医師偏在については、<mark>医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策である</mark>と考えられ、関係学会や団体等の参画を得たワーキンググループ(※)において検討を重ね、「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」を取りまとめた。
 - ※ 小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ構成員

藤村正哲(社団法人日本小児科学会理事)、藤井信吾(社団法人日本産科婦人科学会監事)、土屋隆(社団法人日本医師会常任理事)、保科清(社団法人日本小児科医会副会長)、田邊清男(社団法人日本産婦人科医会常務理事)、石井暎禧(社団法人日本病院会常任理事)、佐々英達(社団法人全日本病院協会会長)、小山田惠(社団法人全国自治体病院協議会会長)、吉新通康(社団法人地域医療振興協会理事長)、厚生労働省医政局総務課長・指導課長・医事課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長、総務省自治財政局地域企業経営企画室長、文部科学省高等教育局医学教育課長・医学教育課大学病院支援室長

小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について ~小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進~ (平成17年12月2日)(抄)

【対応の基本的な考え方】

(1) 小児科・産科に共通の対応

小児科・産科の医師の偏在については、その原因も様々であり、「医師確保総合対策」において盛り込んだ医療対策協議会の制度 化や「女性医師バンク(仮称)」の創設、診療報酬における適切な評価などの解決策に積極的に取り組んでいくことが必要である。 特に、病院の小児科・産科の医師の確保が著しく困難な地域については、当面の対策として、医療資源の集約化・重点化を推進すべきである。これにより、小児科・産科の医師の確保はもとより、医療の安全性の確保や小児科・産科医師の過酷な勤務状況の改善も可能となることから、将来を見通した上でも地域の病院の機能に応じて良質な医療を継続的に提供するため、一部地域において集約化により、従来に比べて利便性が損なわれるとしても、緊急避難的な措置として、最も有効と考えられる。

(2) 小児科固有の対応

病院の休日夜間の外来受診者数は、平日昼間の外来受診者数よりも多く、そのほとんどが、軽症患者であるという実態がある。そのような多数の軽症救急患者に対して病院の数少ない小児科医師が入院患者の診療の傍ら対応を求められ、結果として疲弊を招くこととなっている。

このような地域については、ややもすると、病院の小児科医師が不足しているという視点だけで捉えられてしまうが、多くの場合、その背景として地域の小児救急全体の体制が十分に機能していないという実態が存在する。

したがって、医師の確保が困難な地域であって、なおかつこのような状況において、救急と病院外来における専門医療の提供の両方について住民のニーズに応えるためには、集約化・重点化を推進することが、有効と考えられる。

産科・小児科の医師偏在対策に関連する見直しの方向性について

見直しの方向性(案)

- (1) 周産期医療の体制構築に係る指針の記載内容等の見直しについて
 - 「周産期医療圏」について、医師確保計画策定ガイドラインと同じ定義を記載し、医療圏の表記を統一してはどうか。
 - ※ 第7次医療計画では、産科医師や分娩取扱施設が存在しない二次医療圏を「無産科二次医療圏」と呼称しているが、表記の統一により、今後は「無産 科周産期医療圏」と呼称することとなる。
 - 周産期医療に係る協議会について、産科・小児科の医師確保計画の策定に向けた意見の取りまとめが 求められた際には対応が可能となるよう、協議事項として例示してはどうか。
- (2) 第8次医療計画に向けて、医師確保計画策定ガイドラインを踏まえつつ、各都道府県において下記の事項 について検討していくこととしてはどうか。
 - 周産期医療に係る医療計画と産科・小児科医師確保計画との整合性について
 - ※ 各都道府県において、産科・小児科医師確保計画については令和元年度に策定され、周産期医療に係る医療計画については令和2年度に中間見直 しが行われ、それぞれ策定時期が異なるが、いずれの計画も次回の見直しは2023年度で一致している。
 - 産科医師や分娩取扱施設が存在しない医療圏がないようにするための、医療圏の見直し等の施策について
 - 医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れた、医療提供体制を 効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について

(2) 妊産婦に対する医療体制の整備について

背景•現状

- 妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」が設置され、「議論の取りまとめ」(令和元年6月10日)においては、医療提供に関することとして、
 - 産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携
 - ・ 妊産婦に対する診療の質の向上

等に取り組んでいく必要があるとされた。

- また、「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の意見の取りまとめ(平成28年12月)においては、周産期母子医療センターであっても精神疾患を合併した妊産婦の管理や緊急入院に対応できない施設が多く、総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊産婦への対応ができるような体制の整備が必要であるとされた。
 - これを踏まえ、第7次医療計画の指針より、総合周産期母子医療センターは、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者および住民に情報提供することとしている。
- 妊産婦に対する医療体制や精神疾患を合併した妊産婦への対応については重要な課題であるとされているが、現状、これらについて評価する指標例はない。
- なお、平成30年度診療報酬改定において、精神疾患を合併した妊産婦に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価(ハイリスク妊産婦連携指導料1・2)が新設されている。

基本的な考え方

- (1) 産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携体制の在り方について、各都道府県の周産期医療協議会等において検討し、 産婦人科以外の医師に対する妊産婦の診療に係る研修体制や産婦人科医による相談体制の構築等、妊産婦の診療を地域 で支える体制を構築する必要がある。
- (2) 精神疾患を合併する妊産婦について、今後も多職種が連携して患者に対応する体制の整備を進める必要がある。

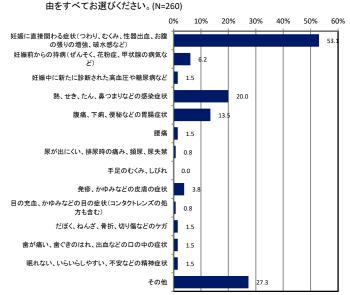
(2) 妊産婦に対する医療体制の整備について

「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」議論の取りまとめ(抄)

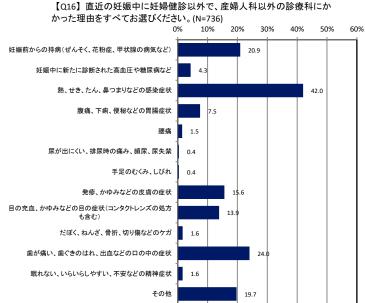
- 3 妊産婦に対する医療提供の在り方について
- (1) 妊産婦の診療・治療等について
 - 分娩取扱施設の配置状況や産婦人科医の偏在の状況が地域によって異なるため、地域の実情に応じた産婦人科以外の診療科との連携体制の 在り方については、各都道府県の周産期医療協議会等において検討を行う必要がある。
- (2) 妊産婦への診療の質の向上について
 - 関係学会・団体等は、妊産婦が安心して医療機関を受診できるように、産婦人科以外の医師も妊産婦の診療が積極的にできるよう医師会や関係 団体が行う研修等の既存の取組を有効に使いながら、研修する体制を構築する必要がある。
 - これらの研修において、妊産婦の花粉症等のコモンディジーズの診療を行う際の妊産婦への配慮や、薬の処方内容に関する薬剤師等との連携 等についても学べる機会が持てるよう検討を行う必要がある。
 - 産婦人科以外の診療科においても、積極的に妊産婦の診療ができるよう、<u>例えば、産婦人科医による相談体制を構築する等、妊産婦の診療を地</u>域で支える体制の構築を行う必要がある。

(参考) 妊産婦の医療や健康管理等に関する調査の結果 (「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」議論の取りまとめより引用)

妊娠中の産婦人科への受診理由は、妊娠に直 接関わる症状(つわりなど)が最も多く、妊娠中の 産婦人科以外の診療科への受診理由は、感染 症状(熱、せき、たんなど)が最も多かった。



【Q14】直近の妊娠中に妊婦健診以外で、産婦人科にかかった理



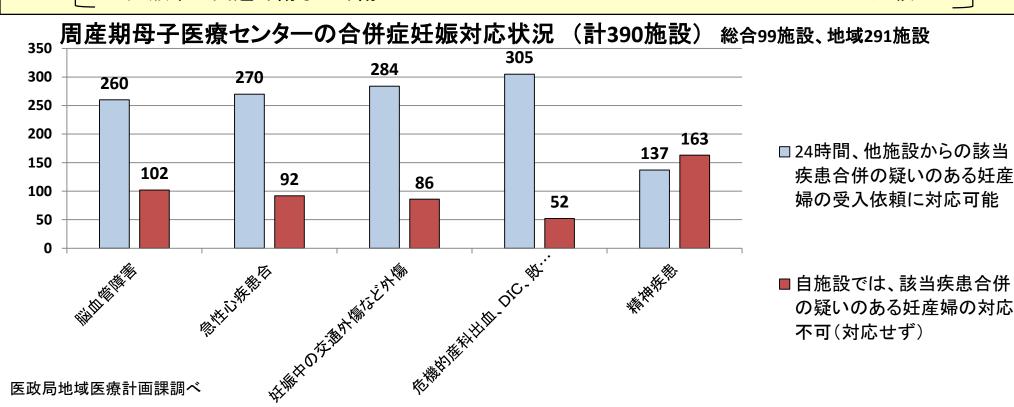
重篤な合併症を有する妊婦に対する対応状況

第6回周産期医療体制のあり方に関する検討会(平成28年8月24日)資料2より抜粋

- □ 周産期母子医療センターの整備が進み、医療計画や周産期医療体制整備計画で輸血の準備、救急医療との連携等が周知された。
- □ その結果、出血や脳・心疾患合併等への対応については比較的整備されたが、「精神疾患合併」に対する 対応可能施設の割合が低い。
 - 脳血管障害
 - 急性心疾患
 - 妊娠中の交通外傷など外傷

- 妊産婦の危機的産科出血、DIC、敗血症など
- 精神疾患

について比較



平成27年4月1日現在の状況(平成26年度実績)

総合周産期母子医療センター: 104施設、地域周産期母子医療センター: 292施設のうち回答のあったもの

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

平成30年度診療報酬改定

第1回妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会(平成31年2月15日)資料2より引用・改変

▶ 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点(月1回)	(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点(月1回)
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の 指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、 療養上の指導を行う

必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している

産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは 看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催

出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う

精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上

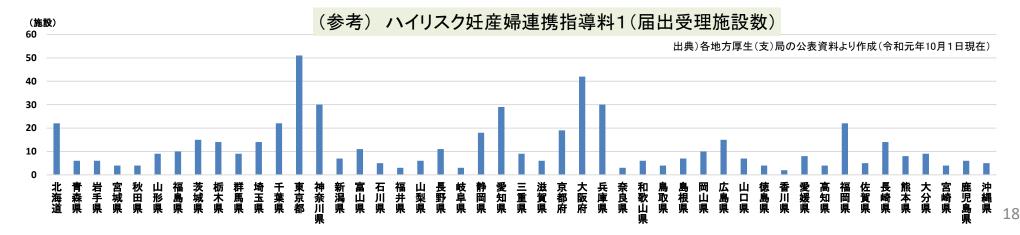
支援を要する妊産婦の情報(産婦健康診査の結果を含む)が速やかに市町村等 に報告されるよう連携体制の整備に努める

原則として受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) 等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施

精神疾患の妊産婦について、直近1年間の他の保険医療機関の産科又は市 町村等との連携実績が1件以上

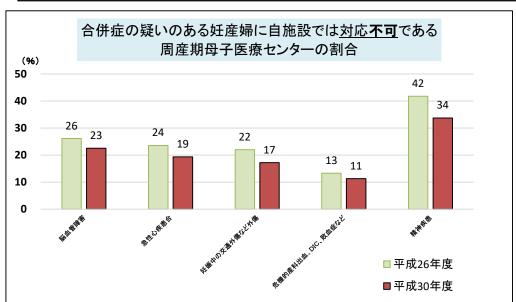
支援を要する妊産婦の情報が速やかに市町村等に報告されるよう、連携体制の整備に努める

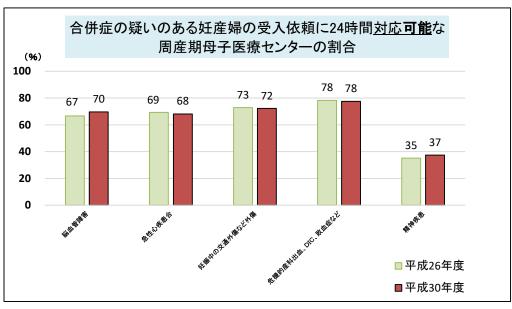
※ 精神療法を実施されている患者に限る。

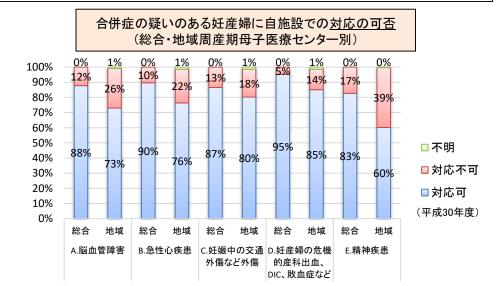


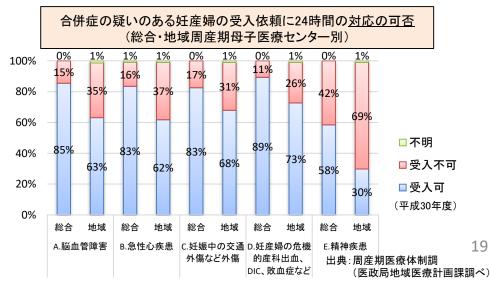
合併症を有する妊産婦に対する対応状況について

- 合併症の疑いのある妊産婦に自施設では<u>対応不可</u>である周産期母子医療センターの割合は、4年間で減少傾向であり、精神疾患合併の疑い のある妊産婦に対する対応についても改善を認めている。
- ※ いずれの合併症についても、総合周産期母子医療センターの方が、地域周産期母子医療センターよりも対応可能である割合が多い。



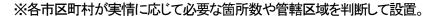






子育て世代包括支援センターの全国展開

- 〇 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供できることを目的とするもの
- 保健師等を配置して、妊産婦等からの相談に応じ、健診等の「母子保健サービス」と地域子育て支援拠点等の「子育て支 援サービス」を一体的に提供できるよう、必要な情報提供や関係機関との調整、支援プランの策定などを行う機関
- 母子保健法を改正し、子育て世代包括支援センターを法定化(2017年4月1日施行)(法律上は「母子健康包括支援センター」)
 - ➤ 実施市町村数: 983市区町村(1, 717か所)(2019年4月1日現在) > 2020年度末までに全国展開を目指す。





保健所

児童相談所

子育て支援機関

利用者支援実施施設

子育で世代包括支援センター

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援

産後

保健師

妊娠期

助産師

看護師

ソーシャル ワーカー

▲①妊産婦等の支援に必要な実情の把握

②妊娠・出産・育児に関する相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導

③支援プランの策定

4保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整

※医師、歯科医師、栄養士・管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、心理職などの専門職の配置・連携も想定される。

育児

母子保健支援 子育て支援

妊娠に関する 普及啓発

妊娠前

産前・産後サポート事業

産後ケア事業

・保育所・認定こども園等

・その他子育て支援策

子育て支援策

・地域子育て支援拠点事業

障害児支援機関

妊婦健診

産婦健診

乳幼児健診

•里親 •乳児院

両親学級等

乳児家庭全戸訪問事業

出産

予防接種

•養子縁組

不妊相談

(現業部門

養育支援訪問事業

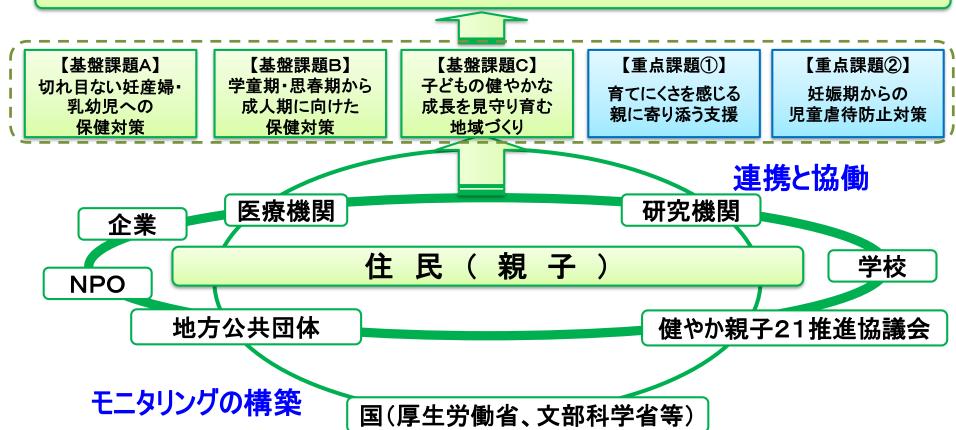
近隣住民やボランティアなどによるインフォーマルなサービス

参考

「健やか親子21」とは

- 〇 関係者が一体となって推進する母子保健の国民運動計画
- 21世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したもの
- 第1次計画(平成13年~平成26年)・第2次計画(平成27年度~令和6年度)

「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現



妊産婦に対する医療体制の整備に関連する見直しの方向性について

見直しの方向性(案)

- (1) 産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携体制について
 - 周産期医療の体制構築に係る指針における、周産期医療に関する協議会の協議事項、周産期医療関係者に対する研修内容について、前記の「基本的な考え方」を踏まえた例示を行ってはどうか。
 - 総合周産期母子医療センター等に、妊産婦の診療に係る相談に対応可能な産婦人科医師等を配置し、 地域の産婦人科以外の医師等からの相談に応じることのできる体制を構築することについて、例示しては どうか。
- (2) 妊産婦に対する医療体制や精神疾患を合併した妊産婦への対応を評価する指標例について
 - 好産婦に対する医療体制については、活用可能で適切と考えられる指標例について、第8次医療計画に向けて検討していくこととしてはどうか。
 - 精神疾患を合併する妊産婦への対応については、多職種が連携して患者に対応する体制を評価する指標を追加してはどうか。
 - ≫ 例えば、精神疾患を合併した妊産婦に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う医療機関数が挙げられる。

(3) 周産期医療における災害対策について

① 災害時小児周産期リエゾンの任命等

背景•現状

- 〇 災害時小児周産期リエゾンについては、平成28年度からその養成を開始し、第7次医療計画からは、災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、都道府県に対しその配置を求めている。
- しかし、平成30年5月時点で、災害時小児周産期リエゾンを任命していない都道府県があり、災害時小児周産期リエゾンを活用した体制の整備が進むよう、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における検討を踏まえて、「災害時小児周産期リエゾン活動要領」(平成31年2月8日)を取りまとめ、令和元年5月に防災基本計画へも反映した。
- 周産期医療の指標例には、「災害時小児周産期リエゾン認定者数」が挙げられている。

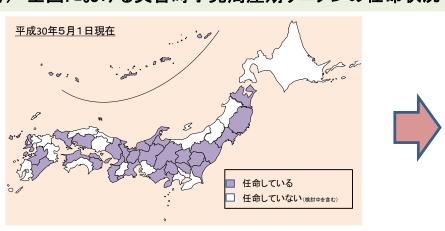
周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

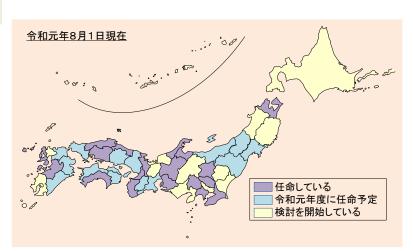
都道府県は災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を 配置すること。

また、災害時小児周産期リエゾンに認定された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。なお、訓練の実施にあたっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療施設を含めて地域全体で行うこと。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

(参考) 全国における災害時小児周産期リエゾンの任命状況





防災基本計画(令和元年5月31日中央防災会議決定)

防災基本計画の概要

- 災害対策基本法(昭和36年法律第223号)第34条第1項の規定に基づき、中央防災会議が作成する、政府の防災対策に関する 基本的な計画である。
- 我が国の災害対策の根幹をなすものであり、防災分野の最上位計画として、防災体制の確立、防災事業の促進、災害復興の迅速適切化、 防災に関する科学技術及び研究の振興、防災業務計画及び地域防災計画において重点をおくべき事項について、基本的な方針を示している。
- この計画に基づき、指定行政機関及び指定公共機関は防災業務計画を、地方公共団体は地域防災計画を作成している。 (引用:内閣府「防災情報のページ」URL:http://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/kihon.html)

災害医療コーディネーター・災害時小児周産期リエゾンに関する記載(一部抜粋)

第2編各災害に共通する対策編

第1章 災害予防 第6節 迅速かつ円滑な災害応急対策,災害復日・復興への備え

2 情報の収集・連絡及び応急体制の整備関係 (5) 防災関係機関相互の連携体制

● 国〔厚生労働省〕及び都道府県は、医療の応援について近隣都道府県間におおける協定の締結を促進するなど医療活動相互応援体制の整備に努めるとともに、災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン、災害派遣医療チーム(DMAT)の充実強化や実践的な訓練、ドクターへリの災害時の運用要領の策定や複数機のドクターへリ等が離着陸可能な参集拠点等の確保の運用体制の構築等を通じて、救急医療活動等の支援体制の整備に努めるものとする。

5 救助・救急, 医療及び消火活動関係 (2) 医療活動関係

● <mark>災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾン</mark>は,都道府県が災害時における医療提供体制及び関係団体等との連携を構築する際,都道府県に対して適宜助言を行うものとする。等

第2章災害応急対策 第4節 救助・救急, 医療及び消火活動

2 医療活動 (1) 被災地域内の医療機関による医療活動

- 被災都道府県は、災害派遣医療チーム(DMAT)等及びドクターへリに関する派遣計画の策定等により、医療活動の総合調整を行う ものとする。その際、災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンは、被災都道府県に対して適宜助言及び支援を行うも のとする。
- 国〔厚生労働省〕, 地方公共団体及び医療機関は, 医療施設の診療状況等の情報を広域災害・救急医療情報システム等により迅速に 把握し, 応援の派遣等を行うものとする。その際, <mark>災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾン</mark>は, 地方公共団体に対し て適宜助言を行うものとする。
 - ※ その他、(2)被災地域外からの災害派遣医療チーム(DMAT)等の派遣、(3)被災地域外での活動、(4)広域後方医療施設への傷病者の搬送 にも記載あり。

(3) 周産期医療における災害対策について

② 災害に対応したインフラ整備、業務継続計画(BCP)の作成

背景•現状

○「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の意見の取りまとめ(平成28年12月)においては、災害に備えた体制の確保として、周産期母子医療センターを有する医療機関については、事業継続計画(BCP)の策定、災害時を想定して災害時小児 周産期リエゾンと連携した訓練の実施、基幹施設の耐震化などが必要であるとされた。

これを踏まえ、第7次医療計画より、総合周産期母子医療センターは災害時を見据えてBCPを策定することとしている。

- BCPの策定状況について、平成30年12月時点で調査したところ、未策定の周産期母子医療センターが一定割合あった。
- 平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターを対象として非常用自家発電設備及び給水設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な病院があった。

これを踏まえ、非常用自家発電設備及び給水設備の増設等が必要な民間等の災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターに対して、整備に必要な財政支援を実施している。

※ 周産期母子医療センターについては、現在、非常用自家発電設備や給水設備の保有等について求める規定はない。

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

- 第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(2) 各医療機能と連携
- ③ 総合周産期母子医療センター イ 医療機関に求められる事項(力)災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて業務継続計画を策定すること。また、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

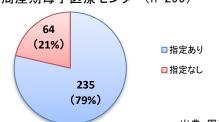
※「疾病・事業及び在宇医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宇医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

(参考1) 周産期母子医療センターを設置する病院における、「災害拠点病院」指定の有無

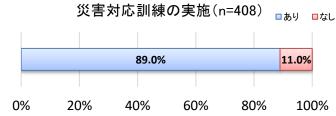
総合周産期母子医療センター(n=109)



地域周産期母子医療センター(n=299)



(参考2) 周産期母子医療センターを設置する病院における、 災害対応訓練の実施の有無(平成30年度実績)



25

出典:周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)(指定状況:平成31年4月1日、訓練実績:30年度)

(3) 周産期医療における災害対策について

基本的な考え方

- (1) 災害時小児周産期リエゾンの任命等について
 - 大規模災害時に、被災地域において適切に小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害時 小児周産期リエゾンを活用した体制の構築を進める必要がある。
- (2) 災害に対応したインフラ整備等について
 - 平成28年熊本地震や平成30年の大阪府北部を震源とする地震において、NICU等に入院している複数の新生児等の搬送が必要となった経験等を踏まえ、今後、少なくとも周産期母子医療センターにおいては、大規模災害時にも自施設内で診療の継続が可能となるよう、インフラ整備やBCP策定を進める必要がある。

災害拠点病院指定要件※(抄)

- (1) 運営体制
 - ⑤ 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
 - ⑥ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
- (2) 施設及び設備
 - ① 医療関係 ア. 施設
 - (ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。(中略) また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。
 - (エ) 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと 又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備(井戸設備を含む。)を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水 協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないこと。

※「災害拠点病院指定要件の一部改正について」 (令和元年7月17日付け厚生労働省医政局長通知)

病院のBCP策定状況調査について

第14回救急・災害医療提供体制等の 在り方に関する検討会(令和元年5月 23日) 資料6より抜粋・一部改変

調査の目的

平成30年台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震等により、病院において長期の停電や断水が生じ、診療業務の継続に多大な影響を受けた。

これらを踏まえ、BCP策定状況と停電時の非常用自家発電機や、断水時の給水設備の整備などの防災・減災対策の状況について把握するため、調査を実施した。

調査の概要

調査対象:平成30年10月1日時点における各都道府県下の全ての病院(医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5に規定されている病院をいう)(総数:8,372病院)

調査期間: 平成30年11月14日から12月28日(回収不良のため3月20日まで回収期間延長)

調査方法:都道府県を通じたアンケート調査

調査内容:病院における業務継続計画(BCP)の策定状況等調査の調査項目

BCPの策定状況等調査の結果の概要(抜粋)

策定状況(平成30年12月1日時点。医療施設動態調査(平成30年9月末概数)の病院の施設数8,372病院)が対象。【速報値】

	2 1/20 1 1/20 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
	総数	回答数	未回答数	回答率	BCP策定有り	割合	BCP策定無し	割合(※3)
災害拠点病院	736	690	46	93.8%	491	71.2%	199	28.8%
救命救急センター(※1)	7	6	1	85.7%	4	66.7%	2	33.3%
周産期母子 医療センター(※2)	79	68	11	86.1%	21	30.9%	47	69.1%
上記以外の病院	7,550	6,530	1,020	86.5%	1,310	20.1%	5,220	79.9%
全病院	8,372	7,294	1,078	87.1%	1,826	25.0%	5,468	75.0%

- ※1 災害拠点病院を含まない。指定要件としての明示なし。
- ※2 災害拠点病院及び救命救急センターを含まない総合・地域周産期母子医療センターの和。総合周産期母子医療センターは指定要件としての明示あり。
- ※3 回答数に対するBCP策定無しと回答した病院の割合。

周産期医療における災害対策に関連する見直しの方向性について

見直しの方向性(案)

- (1) 災害時小児周産期リエゾンの任命等について
 - 災害時小児周産期リエゾンが行う業務等に係る記載について、活動要領の内容を踏まえた記載にするとともに、その任命状況等の実態把握を継続し、必要に応じて、都道府県に助言等を行うこととしてはどうか。
 - 周産期医療に係る指標例における「災害時小児周産期リエゾン認定者数」について、重点指標にするとともに、災害医療及び小児医療に係る指標例にも追加してはどうか。
 - 第8次医療計画に向けて、災害医療コーディネーターとの連携を含む好事例の情報収集を行うとともに、 災害医療の体制構築に係る検討の場等において、目指すべき在り方について検討することとしてはどうか。
- (2) 災害に対応したインフラ整備等について 周産期母子医療センターに求められている医療機能を踏まえ、災害時においても高度な周産期医療を提 供できる体制を構築するために、
 - 非常用自家発電設備や給水設備の保有等に係る整備について、総合周産期母子医療センターの指定 要件として、災害拠点病院と同等の要件を定めることとしてはどうか。 また、地域周産期母子医療センターについても、同等の整備を行うことが望ましいとしてはどうか。
 - 〇 BCP策定について、総合周産期母子医療センターは既に指定要件となっているが、取組みを促すために、策定の期限を設ける(例えば、第7次医療計画後期の開始年度末である令和3年度末までとするなど。)こととしてはどうか。
 - また、地域周産期母子医療センターについても、認定要件としてはどうか。

(4) 周産期医療における機能分化・連携のあり方について

周産期医療体制の構築における、医療機関とその連携について目指すべき方向※

- ① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携
- ア 正常分娩(リスクの低い帝王切開術を含む。)や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制
- イ ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制
- ② 周産期の救急対応が24時間可能な体制
- ③ 新生児医療の提供が可能な体制
- ④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

『「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(1)目指すべき方向

前記「第1 周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

構築に当たっては、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携(広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置)、輸血の確保(地域の関係機関との連携を図り、血漿製剤や赤血球製剤等の輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努める)等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこととする。

『「疾病・事業及び存字医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び存字医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

基本的な考え方

○ 将来の更なる出生数の低下、勤務環境の改善を含む医師の働き方改革の推進等を見据え、24時間体制で、安全で質の高い周産期医療の提供体制を構築するための機能分化・連携について、関係者の協力のもと、引き続き取り組んでいく必要がある。

(4)① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、 周産期医療関連施設間の連携

背景•現状

- 周産期医療体制については、これまで周産期医療関連施設間の連携を推進してきた。
- 連携の構築に当たっては、地域における平時からの周産期医療関連施設間相互の関係構築のほか、周産期医療に関する協議会における関係者による継続的な検討、周産期医療情報センターの設置・周産期救急情報システムの運営、搬送コーディネーターの配置等について、地域の実情に応じて取り組まれている。
- また、地域の分娩を担う施設と周産期母子医療センター等の基幹となる施設との連携の一つの例として、オープンシステム・セミオープンシステムが挙げられ、近年、周産期母子医療センターを基幹施設とした当該システムの運用が増加傾向にある。
- なお、周産期医療における医師以外の他職種の活用について、「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の意見の取りまとめ(平成28年12月)において、ローリスク分娩に対する助産師の活用、専門性の高い看護師、臨床心理技術者等の周産期医療全般に係る人材の活用を推進する必要があるとされた。

これを踏まえ、第7次医療計画より、「アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数」を指標例として挙げている。

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

- 第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(2) 各医療機能と連携
- ② 地域周産期母子医療センター イ 医療機関に求められる事項(オ)連携機能 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合 同症例検討会等の開催等により、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。
- ③ 総合周産期母子医療センター イ 医療機関に求められる事項(エ)連携機能 総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、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で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

※「疾疫・事業及び存宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長涌知)の別紙「疾疫・事業及び存宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

オープンシステム・セミオープンシステムについて

く背景>

- 医師不足・分娩施設の減少への対応
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様な二一ズに応え、地域における安全・安心・ 快適なお産の場を確保する。

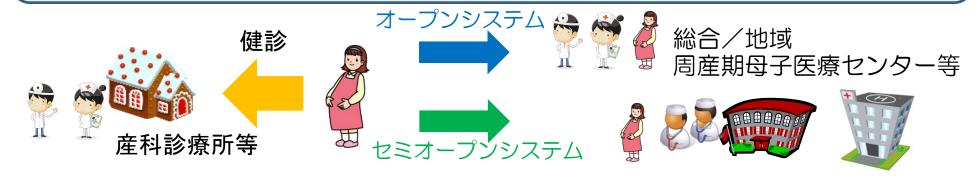
- 地域の産科診療所を積極的に活用する。
- 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- 産科医師の負担を軽減する。

【オープンシステム】

地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院(周産期母子医療センター等)に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

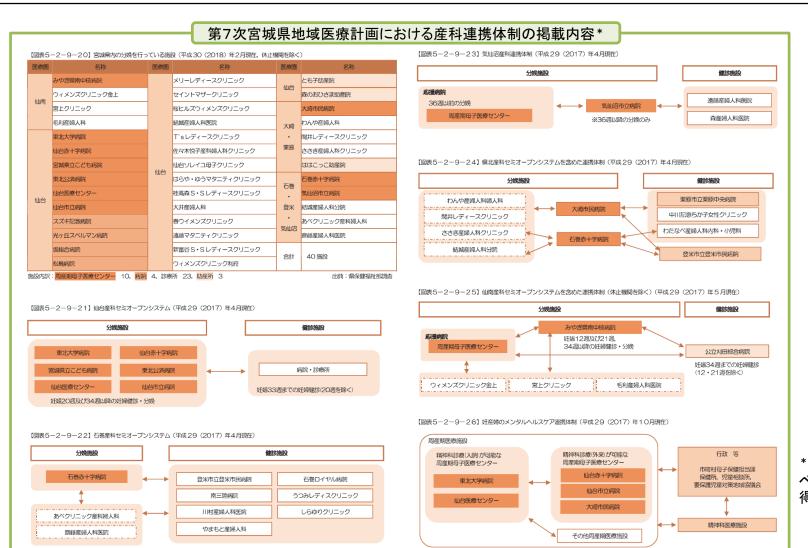
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。





(参考) 宮城県の取組例 ~セミオープンシステム及び産科連携体制について~

- 宮城県においては、分娩を行う施設の減少等に鑑み、平成15年頃より、県、市町村、医師会、産婦人科医会、大学、医療機関等の関係者による検討を行い、セミオープンシステムを含む産科連携体制が構築されており、当該体制について住民に対する周知にも努めている。
- また、産科セミオープンシステムを利用する妊婦の情報をICTによるネットワークで共有する、「センダードネットシステム」が運用されている。



*宮城県のホームページより許可を得て引用

助産師の活躍の推進~院内助産・助産師外来の推進~

背景と目的

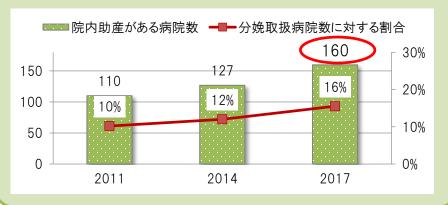
- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ
- 医師不足・分娩施設の減少への対応



妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・ 産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで助産師の活躍を推進する。

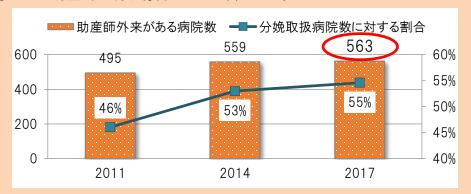
院内助産とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。



助産師外来とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。



 \mathbf{Q}

【出典】医療施設調査

平成21年

『院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働』策定

(平成20年度厚生労働科学特別研究事業「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」)

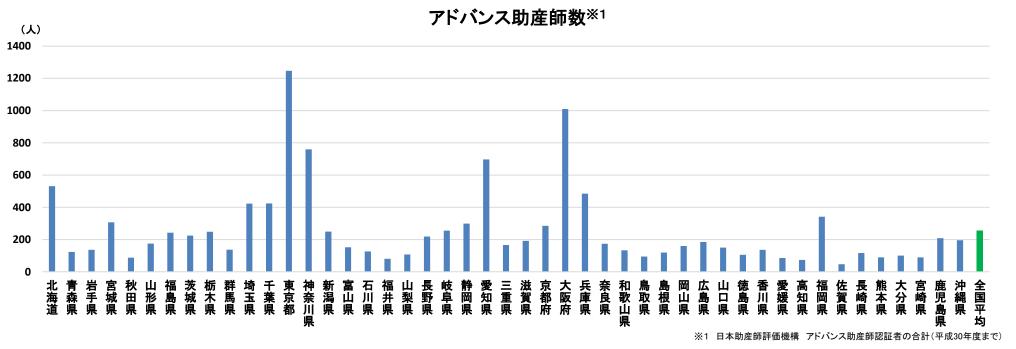
平成30年

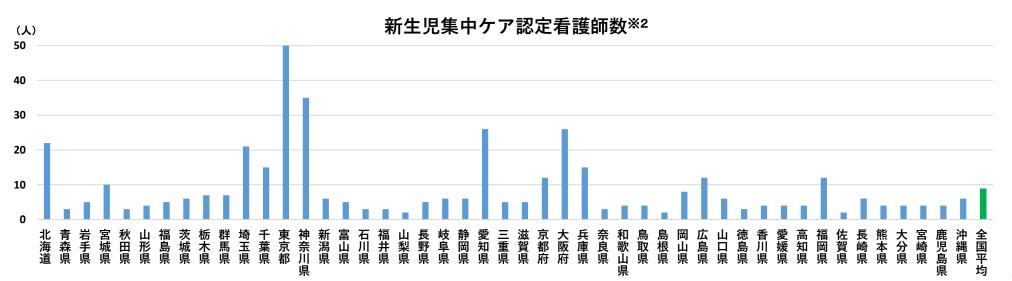
『**院内助産・助産師外来ガイドライン2018**』(ガイドライン改定)

(平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業:日本看護協会)

(院内助産・助産師外来推進 のための地域医療介護総合 - 確保基金等の活用による支援

(参考) アドバンス助産師数・新生児集中ケア認定看護師数





(4)② 周産期の救急対応が24時間可能な体制

背景•現状

- 周産期医療については、妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象としており、事案の発生は 予測が困難であることから、24時間対応が可能な体制の構築が求められている。
- 周産期の救急対応が24時間可能な体制を構築するため、これまで、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設との機能分化・連携を推進するとともに、周産期医療に係る搬送体制の構築についても、各都道府県の実情に応じて取り組まれている。
- 特に、総合周産期母子医療センターについては、常時リスクの高い妊娠に対する医療を行うことができるよう、母体・胎児 集中治療室(MFICU)の整備や関係診療科との連携の構築等、集学的な緊急対応が可能な体制を求めてきた。

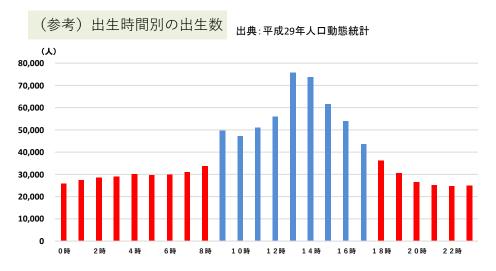
周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

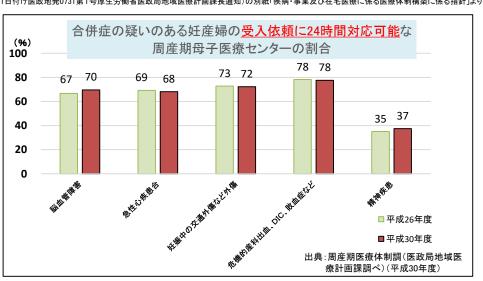
第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(1)目指すべき方向

② 周産期の救急対応が24時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24時間対応可能な周産期の救急対応

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋





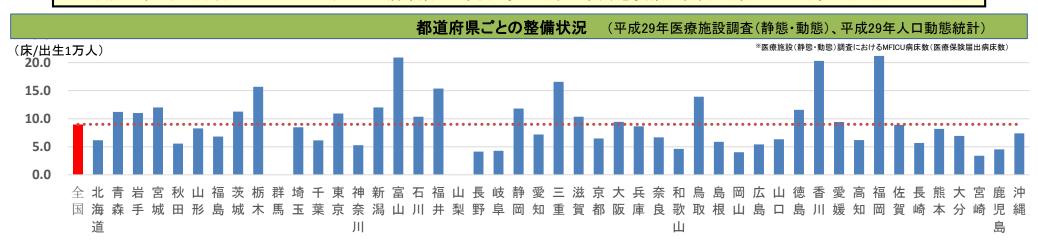
MFICU(母体・胎児集中治療室)の整備について

- MFICU病床数の整備目標は、定まってない。
 - ■平成10年 出生1万人当たり約7床(産科事象の予測困難性等を考慮し約9床)と試算

厚生省子ども家庭総合研究「周産期医療体制に関する研究」(主任研究者 中村肇)

- ■平成26年 出生1万人当たりMFICU病床数 全国平均7.1床 (医療施設調査・人口動態統計)
- ■平成27年 再推計により1000分娩当たり0.89~1床という意見 (周産期医療体制のあり方に関する検討会)
- 平成29年における、出生1万人当たりMFICU病床数の全国平均は9.0床であり、必要数の目安に到達している。(分娩1万件当たりで9.2床。)

第15回医療計画の見直 し等に関する検討会(令 和元年10月18日)資料 2より抜粋・一部改変

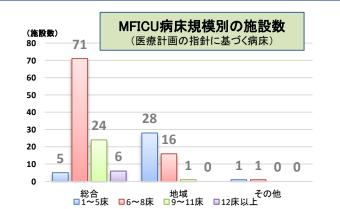


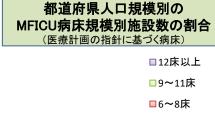
(参考) 周産期母子医療センターのMFICU病床数の整備基準

【総合】6床以上 *三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、3床以上で差し支えない。

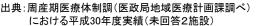
【地域】MFICUに係る要件はない。

(周産期医療の体制構築に係る指針より引用)





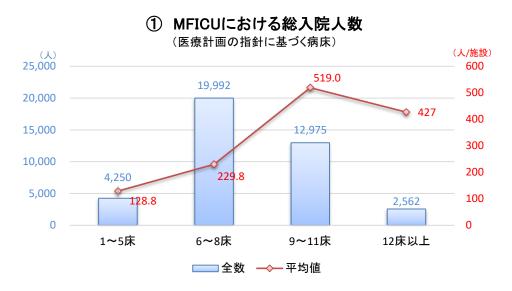


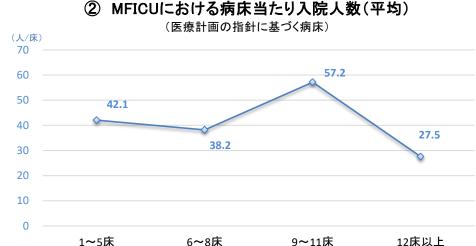


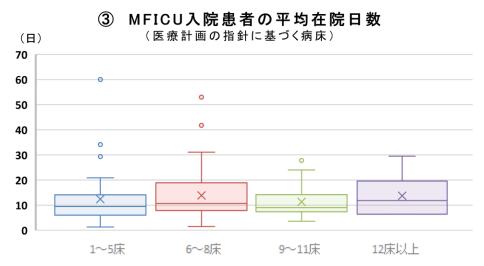


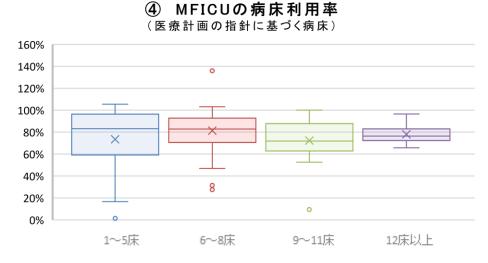
MFICUにおける産科医療の実績について

○ MFICUの総入院人数は、病床規模が大きくなるほど多くなる傾向があるが、病床当たり入院人数、入院患者の平均在院日数や病床利用率については、病床規模による一定の傾向は見られない。







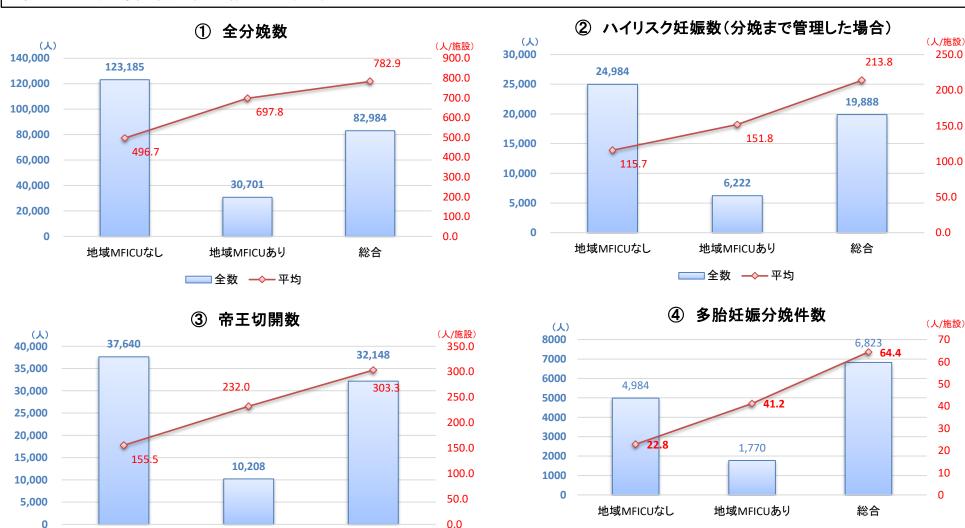


出典:周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)における平成30年度実績(未回答2施設) 対象は周産期母子医療センターのみ。MFICUがO床の施設は分析から除外。

37

MFICUを有する施設における産科医療の実績について(1)

○ 全分娩数、ハイリスク妊娠数(分娩まで管理した場合)、帝王切開数、多胎妊娠分娩数については、MFICUを有する施設の方が診療実績が多い傾向がある。 ※総合周産期母子医療センターは、全施設がMFICUを有している。



地域MFICUなし

地域MFICUあり

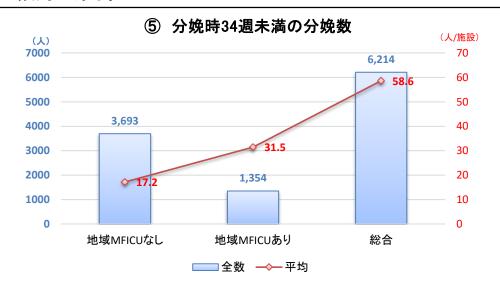
□□全数 →→ 平均

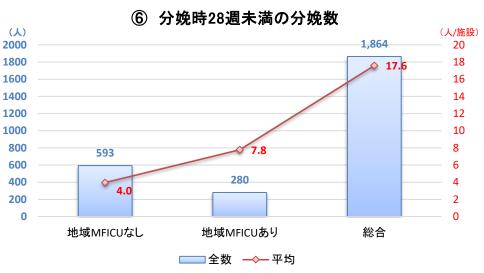
総合

■ 全数 → 平均

MFICUを有する施設における産科医療の実績について(2)

○ 分娩時34週未満や28週未満の分娩数、母体搬送の受入件数についても、MFICUを有する施設の方が診療実績が多い傾向がある。







(4)③ 新生児医療の提供が可能な体制 ~NICUの整備について~

背景•事実関係

- 〇 NICU病床数の整備については、「少子化社会対策大綱」(平成27年3月閣議決定)により、平成31年度までに全都道府県 で出生1万人当たり25~30床の整備を目標*¹としてきた。
- 平成29年度時点において、全都道府県で目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もある。
- 一方、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、今後も出生数の低下が見込まれており、病床整備の目標を 達成したところで改めて、NICUの整備の在り方について検討する必要がある。 ※↑医療施設(静態・動態)調査におけるNICU病床数(医療保険届出病床数)

周産期医療の体制構築に係る指針*2(抄)

第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(1)目指すべき方向

③ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室(以下「GCU」という。)の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制。低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生1万人対25床から30床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めるものとする。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策を検討し、明示すること。

※2「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制機等に係る指針 はり抜粋

(参考) 周産期母子医療センターのNICU病床数の整備基準*2

【総合周産期母子医療センター】

- 9床以上(12床以上とすることが望ましい)
 - ・ 三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、6床以上で差し支えない。
 - ・ 患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、医療の質を確保するために適切な病床数とする。

【地域周産期母子医療センター】

○ 「小児科等には新生児病室を有し、(中略)NICUを設けることが望ましい。」としているが、病床数の基準はない。

※2「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

NICU(新生児集中治療室)の整備について

第15回医療計画の見直 し等に関する検討会(令 和元年10月18日)資料2 より抜粋・一部改変

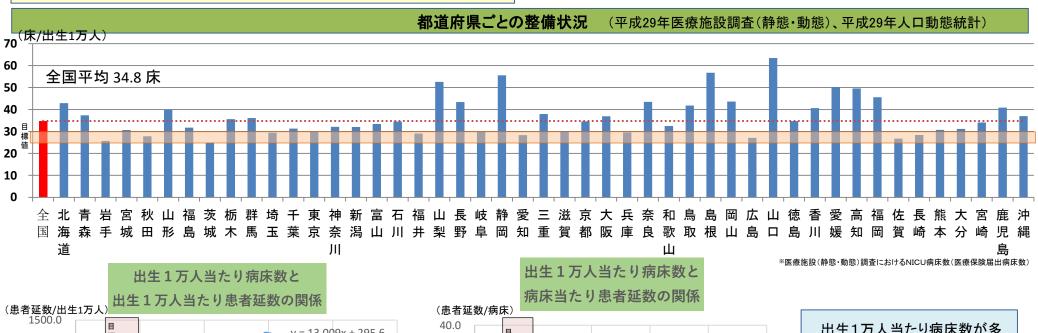
NICU病床の必要数推計

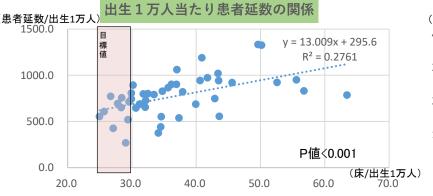
- ■平成6年 出生千当たり2床と推計
 - 厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」 (分担研究者 多田裕)
- ■平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏ま え、出生千当たり3床と再推計

厚生労働省子ども家庭総合研究「「周産期母子医療センターネットワーク」 による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する 研究」(研究代表者 藤村正哲)

NICU病床の整備目標

- ■平成22年 「子ども・子育てビジョン」(閣議決定)
 - ➤ 平成26年度までに全国平均で出生1万人当たり25~30床整備
- ■平成26年 全国平均30.4床(6県が出生1万人当たり25床未満)
- ■平成27年「少子化社会対策大綱」(閣議決定)
 - ➤ 平成31年度までに全都道府県で出生1万人当たり25~30床整備
- ■平成29年 全都道府県において目標を達成。(全国平均34.8床) 目標を大きく上回る都道府県もある。





標 30.0 ●v = -0.1616x + 27.331 $R^2 = 0.0782$ 20.0 10.0 P値=0.05981 0.0 (床/出生1万人) 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0

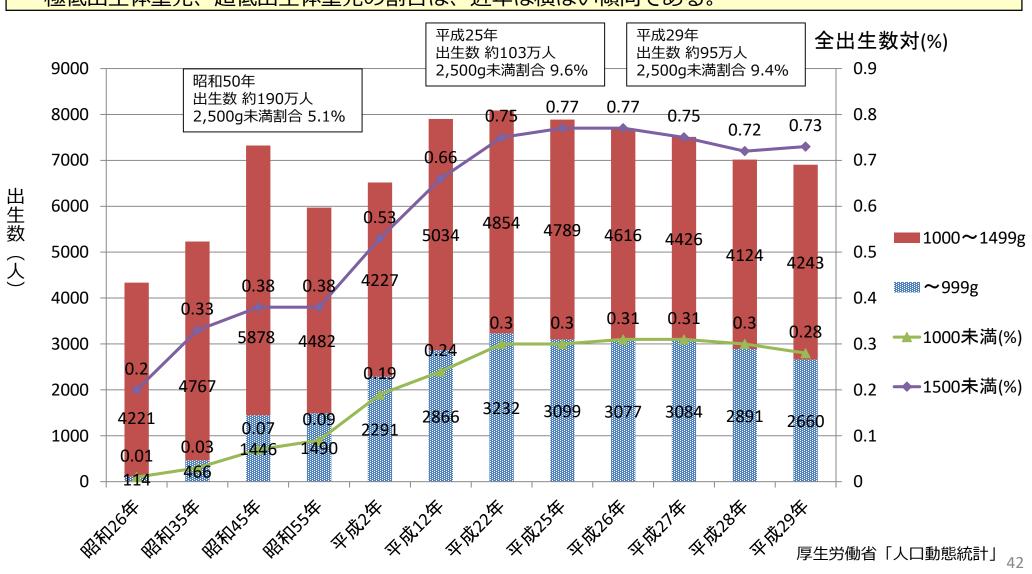
出生1万人当たり病床数が多 いほど、病床利用が低値となる 傾向にある。ただし、実績等を 踏まえた分析が必要である。

> 出典: 医療施設調査(静態・動態) 人口動態統計

- *能本県を除く
- *患者延数は9月中の患者数

出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- ・ この40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g~1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加してきた。
- ・ 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向である。

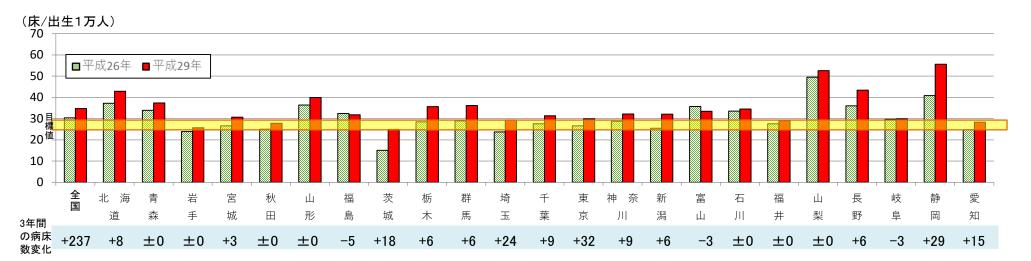


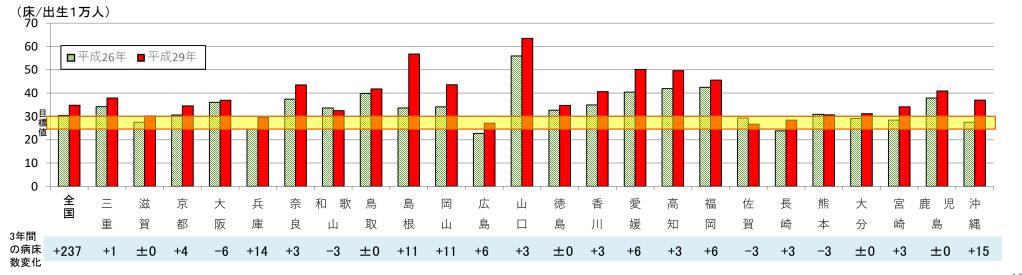
都道府県別の出生1万人当たりNICU病床数*

平成26年と平成29年の比較

**医療施設(静態・動態)調査におけるNICU病床数(医療保険届出病床数)

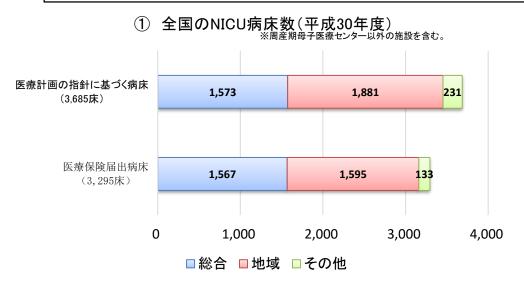
- NICU病床数については、平成26年から平成29年にかけて増床した都道府県もあれば、減床した都道府県もある。
- 増床しなかった場合にも、出生数の低下により、出生1万人当たりの病床数が増加している都道府県がある。





NICU病床数の整備状況について

- NICUの病床規模について、総合周産期母子医療センターは概ね9床以上で整備されており、約7割の施設が、望ましいとされている12床以上を整備している。地域周産期母子医療センター及びその他の施設については、NICU病床規模は様々である。
- 都道府県の人口規模が大きいほど、NICU病床規模が大きい施設が多い傾向にある。



③ 都道府県人口規模別のNICU病床規模の割合 (医療計画の指針に基づく病床)



② NICU病床規模別の施設数



④ 都道府県の出生1万人当たりNICU病床数の順位別のNICU病床規模の割合

(医療計画の指針に基づく病床)、関係期母子医療センター以外の施設を含む。 100% 11.3% 16.1% 17.6% 8.1% 80% 13.7% □15床以上 13.0% 23.8% 15.5% ■12~14床 60% 21.3% ■9~11床 26.7% 40% 36.9% □6~8床 25.9% 7.5% ■4~5床 20% 5.6% 6.9% 20.5% ■1~3床 16.7% 13.1% 0%

出典: 周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)における平成30年度実績(未回答2施設)

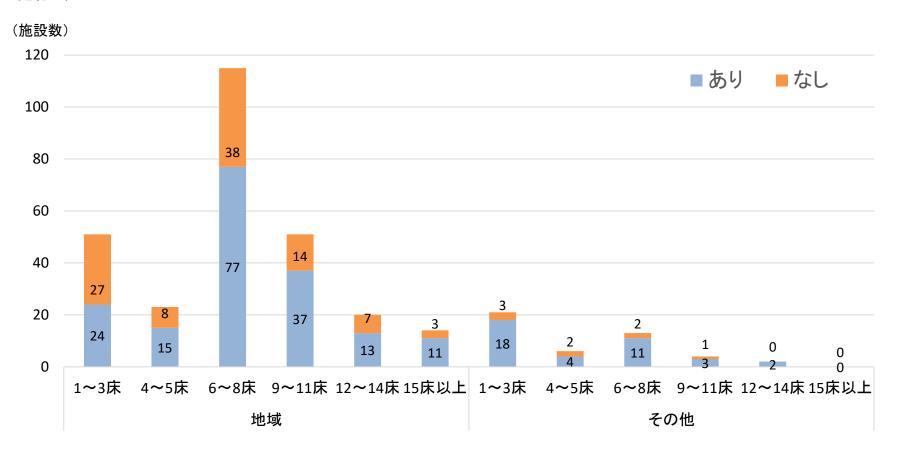
1~15位

16~31位

32~47位

NICUの周産期医療圏内における配置状況について

- 同一の周産期医療圏内に、NICUを有する複数の施設が存在している場合が一定数ある。
- 一方で、病床規模の小さい施設であっても、周産期医療圏内に他の施設がない場合がある。
- 同一周産期医療圏内のNICUを有する他の施設(総合周産期母子医療センターを含まない)の有無ごとの施設数



NICUにおける新生児医療の実績について(1)

- NICU入院児数は、病床規模の大きい施設ほど多い傾向があるが、病床当たり入院児数は少なくなる傾向がある。
- 総合周産期母子医療センターの方が、地域周産期母子医療センターよりも出生体重の小さい児を診療している。



出典:周産期医療体制調(医政局地域医療計画課調べ)における平成30年度実績(未回答2施設) 対象は周産期母子医療センターのみ。NICUがO床の施設は分析から除外。

46

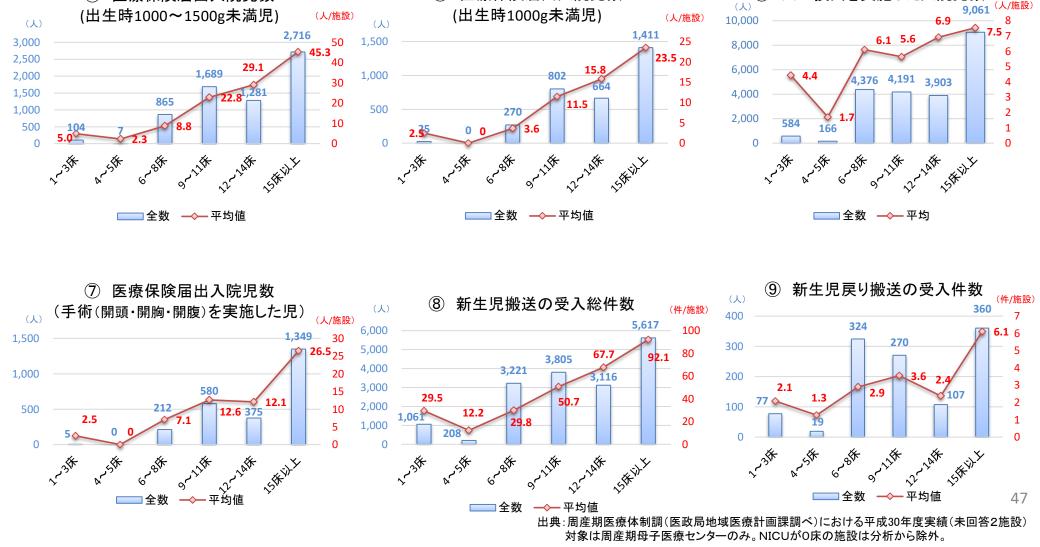
NICUにおける新生児医療の実績について(2)

○ 低出生体重児の入院児数、人工換気を実施した入院児数、手術を実施した入院児数、新生児搬送の受入総件数等のいずれについても、病床規模の大きい施設ほど多い傾向がある。

医療保険届出入院児数

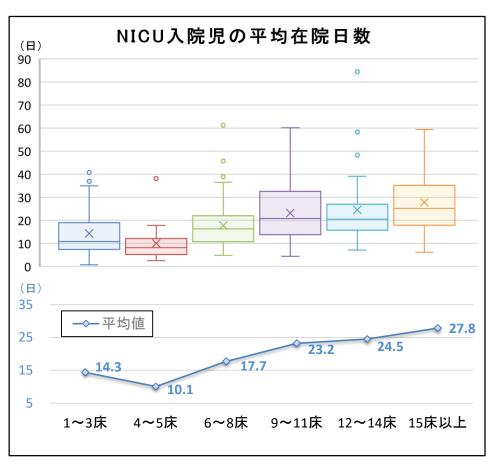
医療保険届出入院児数

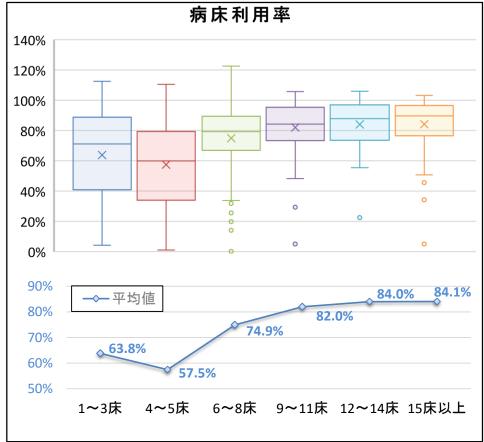
人工換気を実施した入院児数



NICUにおける新生児医療の実績について(3)

- NICU入院児の平均在院日数については、病床規模が大きくなるほど長くなる傾向があり、早産児や重症新生児を 多く診療していることが一因と考えられる。
- 病床利用率については、病床規模が大きい施設で80%以上の施設の割合が多くなるが、病床規模が小さい場合は 施設ごとの差が大きくなる傾向にある。



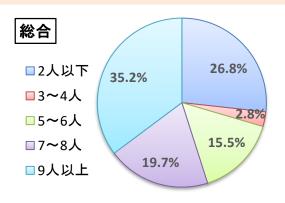


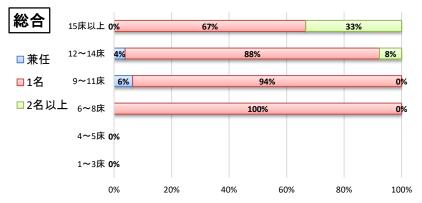
NICUにおける医師の配置等について

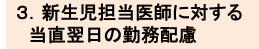
- 総合周産期母子医療センターは、半数以上の施設で7名以上の医師を配置しており、病床規模が大きい施設では、 24時間体制で2名以上配置している場合もある。
- 新生児担当医師に対する当直翌日の勤務配慮については、現状、病床規模が小さい施設ほど「なし」が多くなる傾 向にある。

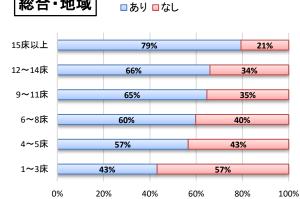
1. 日中主にNICU又はGCU を担当する医師数(常勤換算)

2.24時間体制で新生児医療を専任で担当する医師数 (一般小児及び小児救急を兼任する場合は「兼任」とする。)

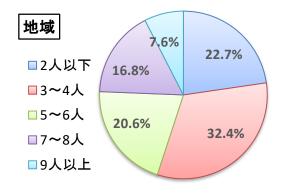


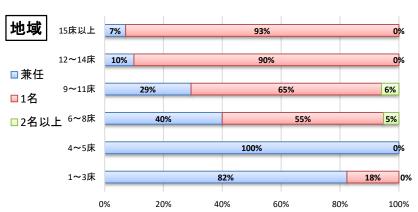






49





総合・地域

(4)4 NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

背景•事実関係

- これまで、在宅療養等への円滑な移行の促進、在宅医療中の定期的医学管理、保護者の労力の一時支援等を目的に、 地域療育支援施設や日中一時支援施設の整備を行ってきた。
- 地域療育支援や日中一次支援を実施する施設※1は増加傾向にある。

※1厚生労働省の医療提供体制推進事業費補助金による補助を受けている施設数

周産期医療の体制構築に係る指針*2(抄)

第2 医療体制の構築に必要な事項 2 医療機関とその連携(1)目指すべき方向

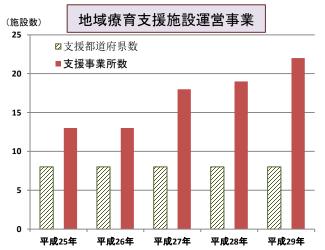
④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

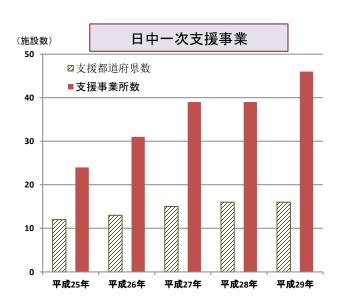
周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

²「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

(参考) 地域療育支援施設・日中一次支援施設の数※1

※1厚生労働省の医療提供体制推進事業費補助金による補助を受けている施設数





周産期医療における機能分化・連携のあり方について関する 見直しの方向性について

見直しの方向性(案)

- (1) 24時間体制で、安全で質の高い周産期医療が提供可能な体制の構築・維持について
 - ① リスクの高い妊産婦に対する医療提供体制について
 - これまで、地域において分娩を担う施設と基幹となる施設のリスクに応じた機能分化と連携を進める取組が行われてきた。一方で、MFICUの整備については、全国平均では目標の目安に到達しているが、まだ整備できていない都道府県もある。

第8次医療計画に向けて、集学的な救急対応が可能な体制を構築・維持できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割を踏まえ、リスクの高い妊産婦を受け入れる体制について、例えばMFICUを有する周産期母子医療センター等に重点化するなど、各都道府県において検討を開始することとしてはどうか。

- ② 新生児医療の提供体制について
 - NICUの整備については既に目標を達成しており、第8次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割(配置状況を含む。)、体制、実績等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始することとしてはどうか。

なお、①と②について検討していくに当たっては、医療圏の見直し等の検討状況、MFICUとNICUの配置の整合性や連携、地域の分娩取扱施設からの緊急時の搬送体制等についても留意する必要がある。

- (2) 周産期医療における医師以外の他職種の活用について
 - 第8次医療計画に向けて、アドバンス助産師や新生児集中ケア認定看護師等の専門性の高い人材の 養成状況、院内助産・助産師外来を実施する施設における好事例等について情報収集しつつ、どの様な 人材をどのような施設において活用することが有効かなどについて、検討していくこととしてはどうか。

(5) 周産期医療体制構築に係る指標について

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	低リスク分娩		地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター		療養・療育支援
ストラク チャー	産科・産婦人科・婦人科医師数					乳幼児、小児の在宅医療・療育を 行う医療機関数
	助産師数					
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数					
	分娩を取扱う医療機関の種別					
		NICUを有する病院数・病床数				
		NICU專任医師数				
		GCUを有する病院数・病床数				
		MFICUを有する病院数・病床数				
		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数				
		業務継続計画策定医療機関数・策定割合				
			災害時小児周圍	E期リエゾン認定者数		
プロセス	● 分娩数					
	産後訪問指導実施数		周産期母子医療セ			
	,		NICU入室児数			
			NICU•GC	J長期入院児数		
		•	母体·新生児搬送	数·都道府県内搬送率		
		•	母体·新生児搬送数の	かうち受入困難事例の件数		
アウトカム	● 新生児死亡率					NICU·GCU長期入院児数(再掲)
	■					
	● 妊産婦死亡数·死亡原因					

周産期医療体制構築に係る指標の見直しについて(1)

- 指針の見直しの方向性等を踏まえ、指標例については、 以下のように見直してはどうか。
- (1) 周産期医療における精神科との連携について

く考え方>

・ 精神疾患を合併した妊産婦に対して、産科、 精神科及び自治体の多職種が連携して患者に 対応する体制を評価する。



<追加する指標(案)>

- ・「ハイリスク妊婦連携指導料1・2の届出医療機関数」を指標に設定。
- ※ 算出は、社会医療診療行為別統計・調査 から可能。

(2) 災害時小児周産期リエゾンについて

く考え方>

- ・ 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に 係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑 に行えるよう、その任命を求めているが、まだ 任命が進んでいない。
- 活動としては、周産期母子医療センターに限らず、災害時の都道府県全体の小児・周産期 医療に係る提供体制の構築に関わる者である。



く見直し(案)>

- 重点指標とする。
- 災害医療及び小児医療に係る指標例にも追加するとともに、災害医療の体制構築との整合性に留意した扱いとする。

周産期医療体制構築に係る指標の見直しについて(2)

〇 「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」(①,②)及び「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」(③)について、適切な取得内容に見直してはどうか。

<現在の取得内容・出典>

- ① 妊婦(分娩直後の褥婦を含む)または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数
- ② (母体・新生児県外搬送件数)/(母体・新生児搬送数=①)
- ③ 医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数 (出典資料名:消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」、厚生労働省「周産期医療体制調」)

<課題>

- 周産期医療体制の構築を検討する際に、周産期医療機関の受入能力を評価する指標としては、消防機関による「搬送数」ではなく、 周産期医療機関ごとの「搬送の受入数」が適切ではないか。
- 周産期医療の体制構築に係る指針においては、地域の実情に応じて、近隣都道府県等との連携も推進している、また、必ずしも都道 府県内搬送率の高低がアウトカムに繋がるとは限らない。
- また、現在の取得内容では、
 - 妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない。
- ・搬送先都道府県が示されていないため、当該都道府県外への搬送人員が把握できない。
- ・ 病院救急車等による搬送人員が把握できない。

く見直し(案)※1>

① 取得内容 : 自都道府県の周産期母子医療センター^{※2}に受け入れられた母体及び新生児それぞれの<u>搬送受入総数(</u>戻り搬送を除く。) 出典資料名: 周産期医療体制調

② 取得内容:自都道府県の周産期母子医療センター^{※2}に受け入れられた母体及び新生児それぞれの<u>搬送受入総数のうち、</u> 自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く。)

出典資料名: 周産期医療体制調

③ 取得内容 : 自都道府県の周産期母子医療センター^{※2}が受け入れることのできなかった母体及び新生児それぞれの搬送件数 (自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)

出典資料名: 周産期医療体制調

- ※1 経年的なデータの一貫性を保つため、第8次医療計画までは、これまでの取得内容と合わせて、今回の取得内容(案)の情報を提供する。
- ※2 母体及び新生児の搬送を受け入れている医療機関は、周産期母子医療センターのみではないが、ハイリスクな母体及び新生児は、多くの場合に周産期母子医療センターにおいて診療 されることから、周産期母子医療センターを対象とした調査から得られるデータは、各都道府県の周産期医療機関の受入体制を概ね反映していると考える。

周産期医療体制構築に係る指標の見直しの案

	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療セ	ノター	療養•療育支援
			乳幼児、小児の在宅医療·療育を 行う医療機関数		
			追加		
7 4					
ストラク チャー					
	MFICUを有する病院数・病床数				
	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数				
•					
	産後訪問指導実施数				
	NICU入室児数				
プロセス	NICU· GCU長期入院児数				
	● 母体·新生児搬送数·都道府県内搬送率				佐山土壮杰市
			算出方法変更		
•		•	NICU·GCU長期入院児数(再掲)		
アウトカム					
•					
ストラク チャー ●	災害時小児周産期リエゾン任命者数	*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例)との整合性に留意すること。		票化・項目名修正・ :付けの見直し