

東京都周産期医療体制整備計画

平成27年3月改定

 東京都福祉保健局

目次

I	はじめに	1
1	計画改定の経緯.....	1
2	周産期医療体制整備計画の位置づけ.....	1
3	改定の視点.....	2
II	東京都の周産期医療を取り巻く現状	3
1	母子保健指標の動向.....	3
2	東京都の周産期医療資源.....	5
3	東京都の地域特性.....	8
III	東京都における周産期医療体制整備計画	9
1	東京都における周産期医療に必要な病床.....	9
2	各周産期医療関連施設の機能.....	11
(1)	周産期母子医療センター.....	11
(2)	周産期連携病院.....	16
(3)	地域周産期医療関連施設.....	17
3	東京都の周産期搬送体制.....	19
(1)	母体救命搬送システム.....	20
(2)	周産期搬送コーディネーター.....	22
(3)	胎児救急搬送システム.....	24
(4)	県域を越えた周産期搬送.....	24
(5)	周産期医療情報センター（周産期医療情報システム）.....	26
4	周産期医療施設間連携の推進.....	27
(1)	周産期医療ネットワークグループ.....	27
(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.....	27
5	多摩地域における周産期医療体制.....	29
6	N I C U等入院児の在宅等への移行支援.....	31
7	周産期医療関係者の確保と育成.....	35
8	都民に対する情報提供と普及啓発.....	39
IV	用語解説	41

（本文中「※」の用語は、「用語解説」を参照）

V	資料編	45
1	人口動態等保健指標.....	47
2	医療資源の状況.....	56
3	周産期医療関係資料.....	62
VI	東京都周産期医療施設実態調査結果（概要）	75
1	調査概要.....	77
	(1) 調査目的.....	77
	(2) 調査の概要.....	77
	(3) 集計・分析結果を読む際の注意点.....	77
2	調査結果.....	78
	(1) 医師の診療体制.....	78
	(2) 助産師・看護師の体制.....	81
	(3) その他関係職種の配置状況等.....	84
	(4) 医療連携の状況.....	85
	(5) 対応可能な分娩（母体・胎児の条件等）.....	86
	(6) 対応可能な新生児.....	86
	(7) 診療内容（産科）.....	88
	(8) 診療内容（新生児）.....	90
	(9) 分娩取扱無診療所.....	91
	(10) 助産所.....	91
	(11) その他.....	91

I はじめに

1 計画改定の経緯

東京都（以下「都」という。）においては、安心して子供を産み育てることができ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、高年齢の出産や低出生体重児の増加等により、周産期医療に対するニーズが増加しています。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の協力を得ながら、母体救命搬送システム及び周産期搬送コーディネーター等の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。

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））

これを受け、都においては、平成22年10月に「東京都周産期医療体制整備計画」（計画期間 平成22～26年度）を策定し、安心・安全な周産期医療体制の確保を図ってきたところですが、計画策定から5年が経過することに伴い、計画期間中の都における出生状況やNICU等の増床、周産期搬送システムの運用状況などの進展を踏まえ、本計画について、必要な見直しを行うこととしました。

2 周産期医療体制整備計画の位置づけ

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」と整合性を図りながら、整備指針に沿った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27年度から平成31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します。

3 改定の視点

本計画では、都の周産期医療を取り巻く現状やこれまでの本計画に基づく取組状況などを踏まえ、次の3つの取組の視点に基づき計画の改定を行い、今後5年間の中長期的な整備方針を示します。

3つの取組の視点

取組の視点1

高年齢の出産や低出生体重児の増加等に対応するため、ハイリスク妊産婦・新生児へのケアを強化します
(計画Ⅲ 1、2、5、7)

取組の視点2

母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応を強化します
(計画Ⅲ 3、4、7)

取組の視点3

NICU等長期入院児に対する在宅移行支援を強化します
(計画Ⅲ 6、7)

<3つの視点を支える取組>

周産期に係る保健医療サービスを安定して提供する体制の確保を推進します
(計画Ⅲ 7、8)

Ⅱ 東京都の周産期医療を取り巻く現状

1 母子保健指標の動向

(1) 出生数及び合計特殊出生率※2

都における年間の出生数は、昭和42年の235,583人をピークとして減少傾向が続いていましたが、平成17年を底に微増傾向がみられ、平成25年の出生数は109,986人となっています。なお、平成31年の出生数は104,764人と推計され、今後5年間ではほぼ横ばいの見込みです。(図Ⅱ-1-1)

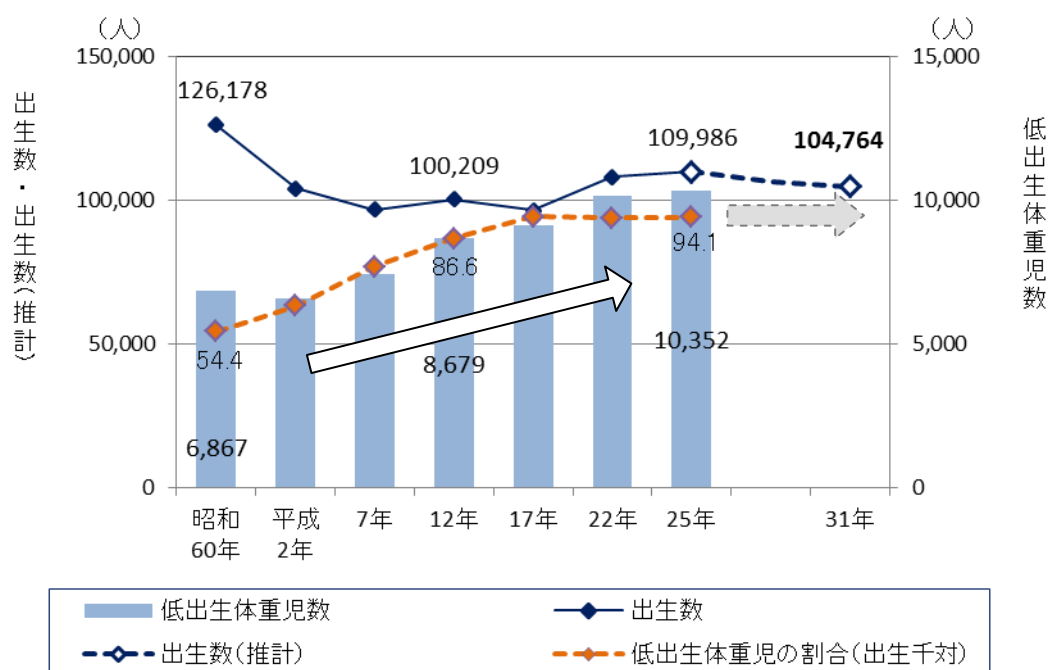
合計特殊出生率は、昭和47年以降減少傾向にありましたが、平成17年の1.00を底に平成25年には1.13へと微増しています。しかし、平成25年の全国の合計特殊出生率の1.43より低い水準にあります。

(2) 低出生体重児の出生数及び出生総数に占める割合

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25年は10,352人と近年大幅に増加しています。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25年は94.1となっています。(図Ⅱ-1-1)

また、極低出生体重児の出生数も、平成12年には698人であったのに対し、平成25年は839人と増加しています。

図Ⅱ-1-1 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）の推移



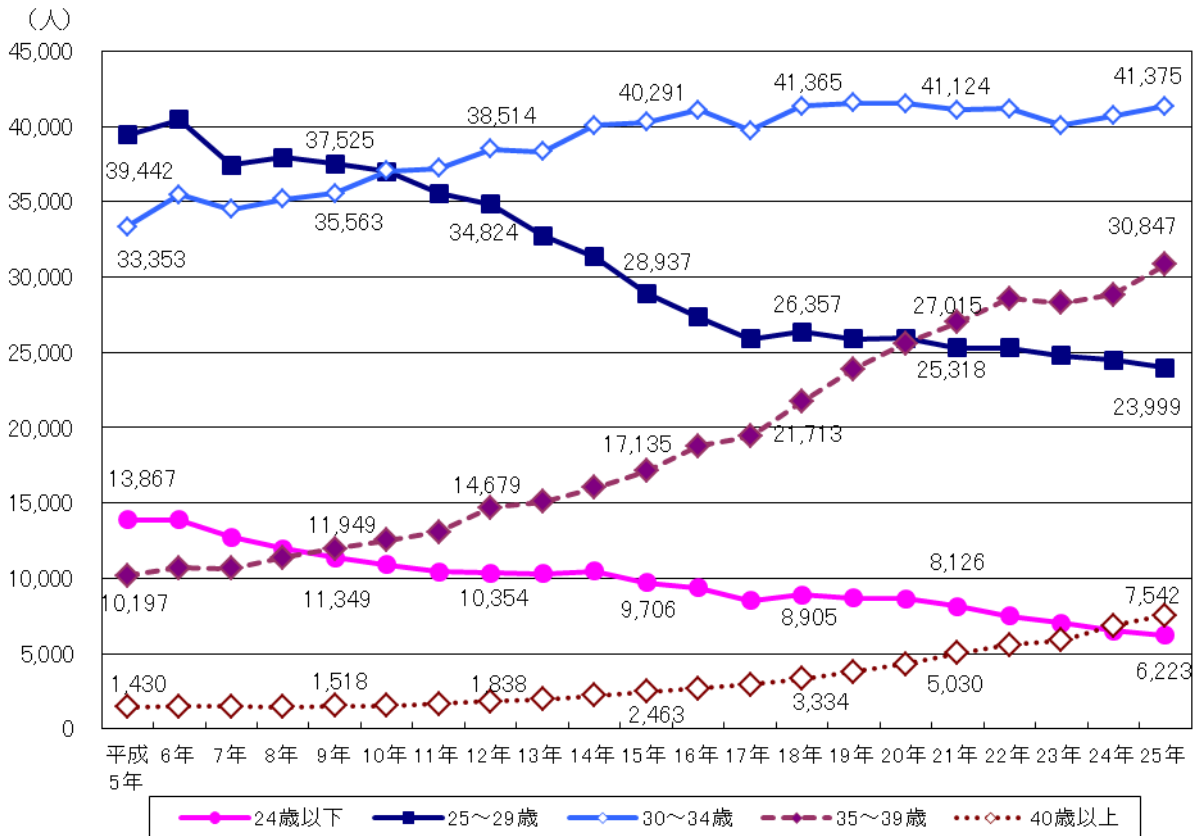
出典：東京都人口動態統計

平成31年の出生数（推計）は「東京都男女年齢（5歳階級）別人口の予測」に基づく都試算

(3) 母の年齢別にみた出生数

母の年齢別にみた出生数を見ると、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年には16,517人であったのに対し、平成25年は38,389人となっており、2倍以上増加しています。(図Ⅱ-1-2)

図Ⅱ-1-2 東京都における母の年齢（5歳階級）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25年は0.9と半減しており、新生児医療技術の著しい向上、周産期医療体制の整備、診療ガイドラインの策定による診療水準の均てん化などによるものとうかがえます。

(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25年までの33年間で、周産期死亡率は10.7から3.6に、妊産婦死亡率も27.2から2.7と減少しており、周産期医療技術の著しい向上、周産期医療体制の整備、診療ガイドラインの策定による診療水準の均てん化などによるものとうかがえます。

2 東京都の周産期医療資源

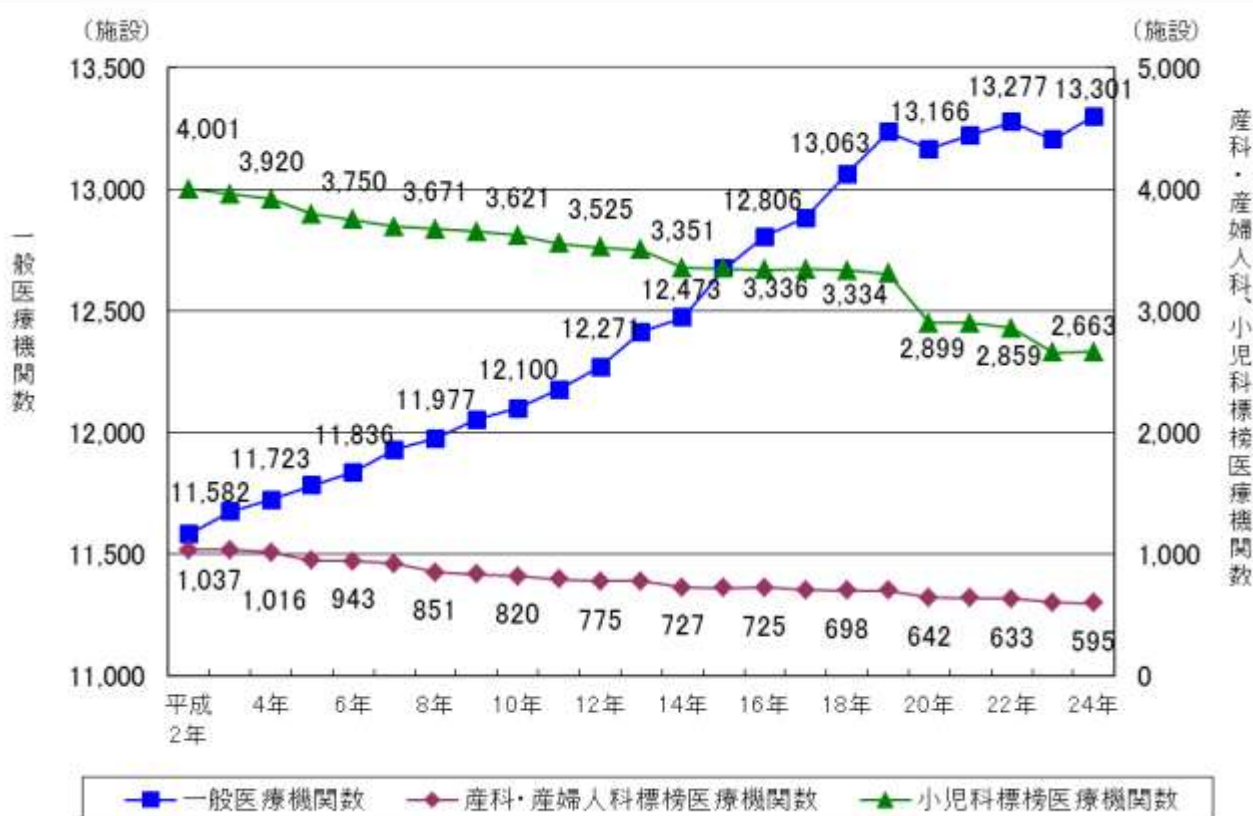
(1) 産科・産婦人科及び小児科を標榜する医療機関数

都内の産科・産婦人科を標榜する医療機関数をみると、平成2年には1,037施設であったのに対し、平成24年には595施設となっており、減少しています。

都内の小児科を標榜する医療機関数をみると、平成2年には4,001施設ありましたが、平成24年には2,663施設となっており、減少しています。(図Ⅱ-2-1)

なお、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23年は177施設となっており、減少傾向となっています。

図Ⅱ-2-1 東京都の産科・産婦人科及び小児科標榜医療機関数の推移



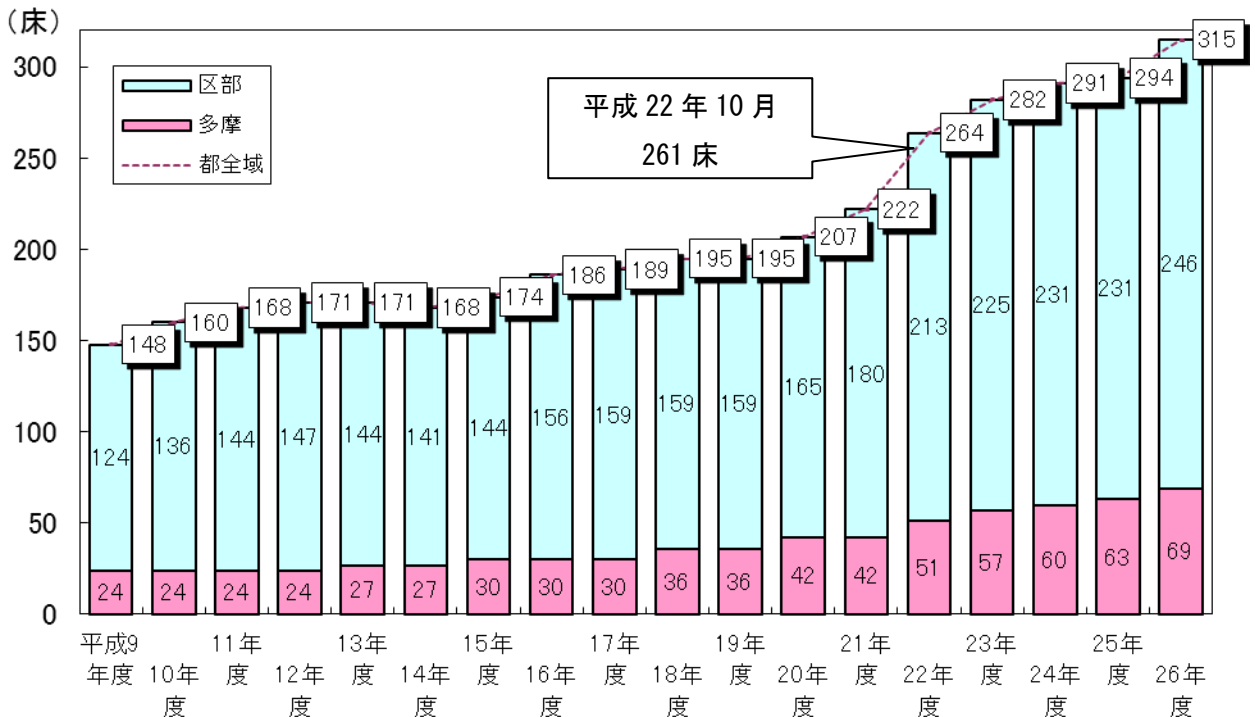
出典：東京都の医療施設

(2) NICU（新生児集中治療管理室）[※7](#)

都は、平成9年に出生1万人対20床を基本として、200床を目標としてNICUの整備を進めてきました。その後、ハイリスク妊産婦や低出生体重児の増加等を踏まえ、平成22年度に策定した東京都周産期医療体制整備計画において、出生1万人対30床を基本として、平成26年度末までに都全域でNICU病床320床を確保することを目標に一層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[※8](#)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27年3月現在315床が整備され、前回計画策定時の平成22年10月時点の261床と比較すると54床増加しています。(図Ⅱ-2-2)

しかしながら、高年齢の出産やリスクの高い低出生体重児の出生数は増加傾向にあり、引き続きNICUの必要性が高い状況が続いています。

図Ⅱ-2-2 年次別NICU病床数（平成9年度～平成26年度まで）



※ 各年度3月現在の整備病床数(床)

出典：東京都福祉保健局資料

(3) 周産期医療を担う医師

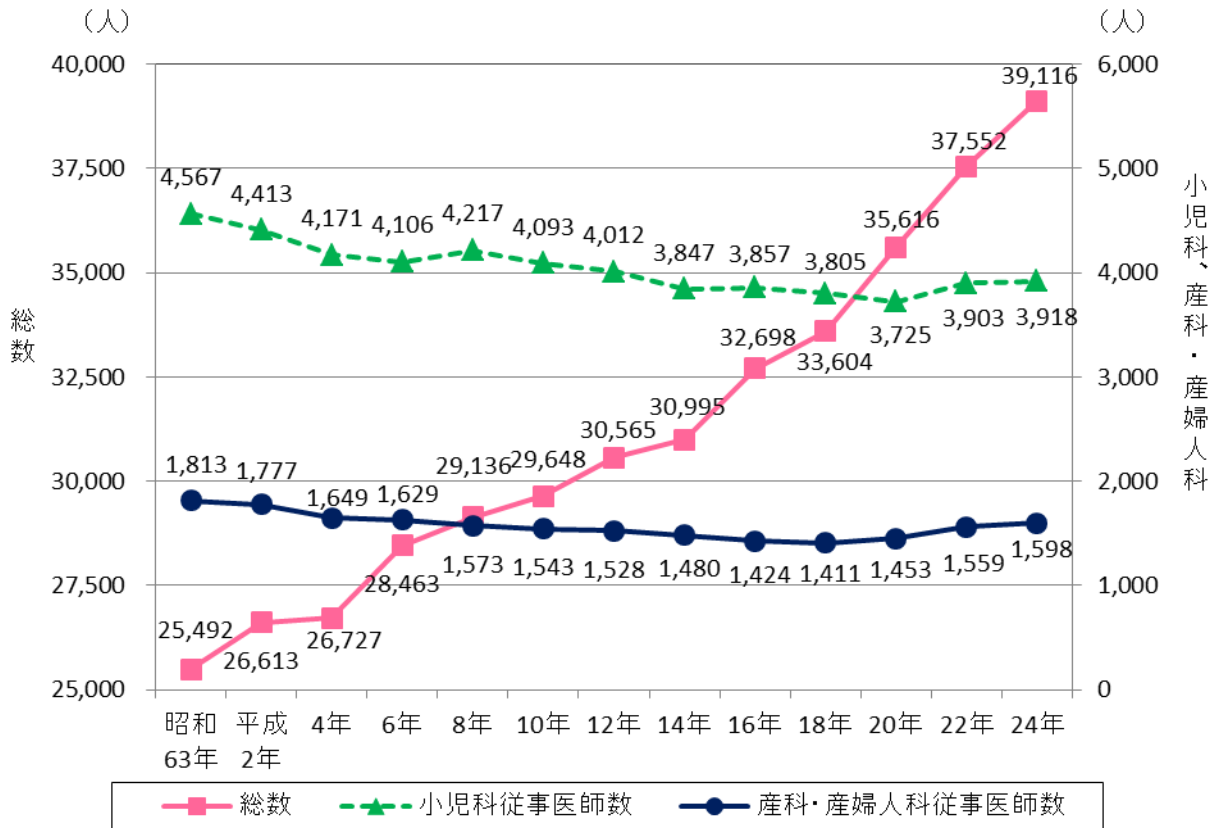
医師総数については、平成2年には26,613人でしたが、平成24年は39,116人と近年大幅に増加しています。(図Ⅱ-2-3)

これに対し、周産期医療を担う医師数は、産科・産婦人科医は平成2年には1,777人で、年々減少していましたが、平成18年を底に増加に転じ、平成24年には1,598人となっています。小児科医は、平成2年には4,413人で、年々減少していましたが、平成20年を底に増加に転じ、平成24年は3,918人となっています。しかしながら、医師総数の増加傾向と比較して、産科・産婦人科及び小児科の医師数の増加は停滞しています。

一方で、医療施設で働いている医師に占める女性医師の比率が平成24年は27.6%で年々増加傾向にあり、全国の19.6%と比較しても高く、特に産科・産婦人科や小児科では、全体の約4割が女性医師となっています。このため、短時間正職員制度の導入や当直体制の見直しなどを通じて、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。(図Ⅱ-2-4)

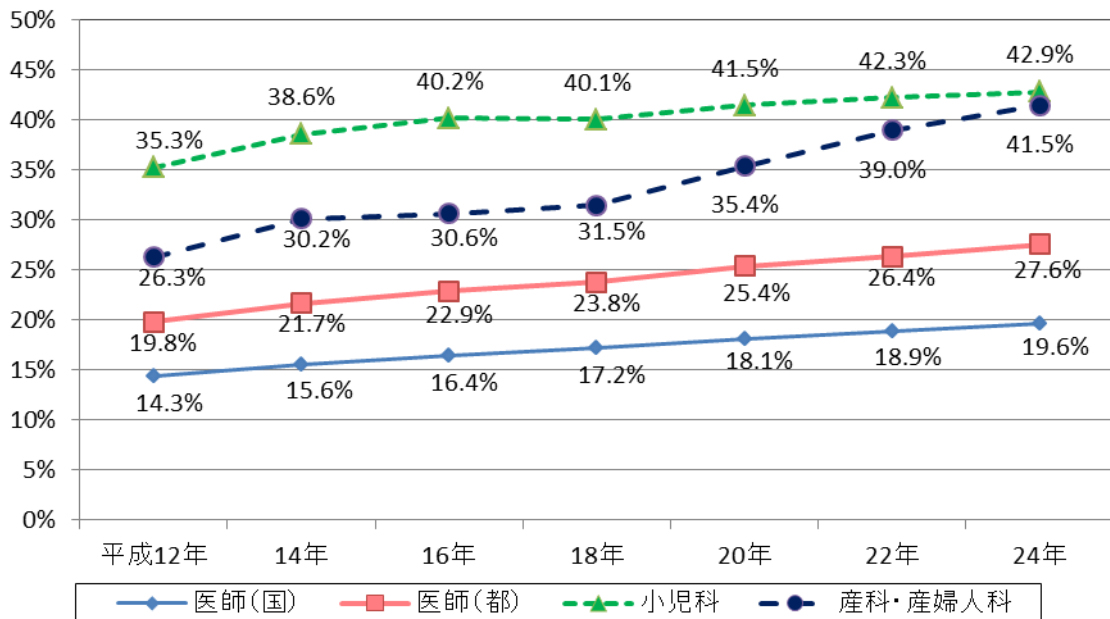
このように、減少傾向にあった産科・産婦人科及び小児科の医師数は、近年その傾向に歯止めがかかっていますが、女性医師の比率が増加傾向にあります。

図Ⅱ-2-3 都内の医療施設に従事する医師数
(総数、小児科、産科・産婦人科医師数)



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

図Ⅱ-2-4 医療施設に従事する女性医師比率



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

3 東京都の地域特性

(1) 人口

都の人口は、平成 25 年は、13,286,735 人であり、全国の約 1 割を占めています。近年の推移で見ると、全国的には減少傾向となっていますが、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 22 年の都の人口流出入の状況を見ると、夜間人口（13,159,388 人）と昼間人口（15,576,130 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

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。

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) NICU(新生児集中治療管理室)

【現状及び課題】

都では、診療報酬上の「新生児集中治療室管理料」又は「新生児特定集中治療室管理料」を算定する病床をNICUと定義し、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1万人対30床を基本として、平成26年度末までに都全域でNICU病床320床を確保することを目標に整備を進めてきました。平成27年3月現在315床が整備され、前回計画策定時の平成22年10月時点の261床と比較すると54床増加しています。(表Ⅲ-1-1)

しかしながら、高年齢の出産などのハイリスク妊産婦やリスクの高い低出生体重児の出生数は増加傾向にあり、引き続きNICUの必要性が高い状況が続いています。

表Ⅲ-1-1 年次別NICU病床数(平成22年度～平成26年度まで)

平成22年 10月	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
261床	264床	282床	291床	294床	315床

※ 各年度の3月現在の病床数

出典：東京都福祉保健局資料

【今後の方向性】

ア 定義

診療報酬上の「新生児集中治療室管理料」又は「新生児特定集中治療室管理料」を算定する病床

イ 整備方針

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、引き続き出生1万人に対して30床を基本として、都全域で「NICU病床320床」を確保します。

(2) GCU(回復期治療室)※9

【現状及び課題】

都では、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をGCUと定義し、平成27年3月現在558床が整備されており、前回計画策定時の平成22年10月時点の521床と比較すると37床増加しています。周産期母子医療センターにおいてNICUの2倍以上整備することが望ましいとしていますが、周産期母子医療センターの約3割が2倍未満の病床で運営されています。

こうした中、GCUは、NICUに引き続いて入院する児等に対し、より良い発達を支援するケアや、患者や家族を中心としたケアを提供する場としても重要な役割を担っています。

【今後の方向性】

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

イ 整備方針

各施設においてNICUの2倍以上を確保できるよう、施設や地域の状況を踏まえ、整備を推進します。

(3) MFICU（母体・胎児集中治療管理室）※10

【現状及び課題】

MFICUは、平成27年3月現在119床が整備されており、前回計画策定時の平成22年10月時点の91床と比較すると28床増加しています。

一方、ハイリスク妊婦の増加に伴い、MFICUの一層の整備が必要となっています。

なお、都では、総合周産期母子医療センターにおけるMFICUについては、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「母体・胎児集中治療室管理料」を算定する病床、地域周産期母子医療センターにおけるMFICUについては、整備基準を満たす専用病床で施設が都に届け出た病床と定義していますが、平成24年度診療報酬改定により、地域周産期母子医療センターにおいても、診療報酬上の「母体・胎児集中治療室管理料」の算定が可能となっています。

【今後の方向性】

ア 定義

整備基準を満たし、かつ診療報酬上の「母体・胎児集中治療室管理料」を算定する病床

イ 整備方針

都では、ハイリスク妊婦の増加に伴い、MFICUが不足している状況です。そのため、引き続き周産期母子医療センターにMFICUの整備を推進します。

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について、それぞれの役割に応じた機能分担を図っていきます。

(1) 周産期母子医療センター

【現状及び課題】

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を提供する周産期母子医療センターを、平成 27 年 3 月現在 25 施設指定し、リスクの高い母体・胎児・新生児に対する、周産期医療体制を確保しています。

しかしながら、高年齢の出産や低出生体重児の増加等に対応するため、ハイリスク妊産婦・新生児に対するケアの向上が求められており、NICUやGCUに入院する児に対し、より良い発達を支援するケアや、患者や家族を中心としたケアの重要性はますます高まっています。

① 総合周産期母子医療センター

常時の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、平成 23 年 4 月に東京大学医学部附属病院を、平成 24 年 8 月に国立成育医療研究センターを新たに指定し、平成 27 年 3 月現在 13 施設となっています。

② 地域周産期母子医療センター

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、平成 25 年 4 月に公立昭和病院を新たに認定し、平成 27 年 3 月現在 12 施設となっています。

都では、地域周産期母子医療センターにおけるMFICUの整備基準を定め、設置を推進し、平成 27 年 3 月現在、順天堂大学医学部附属順天堂医院及び慶應義塾大学病院の 2 施設に整備されています。

【今後の方向性】

ハイリスク妊産婦や新生児の状況及び地域の医療資源の状況を踏まえ、必要に応じて、総合周産期母子医療センターの指定や地域周産期母子医療センターの認定を検討します。

また、高年齢の出産や低出生体重児の増加等に対応するため、周産期母子医療センターにおいて望ましい成長発達を図る理学療法士の配置を推進するとともに、地域周産期母子医療センターにおいても診療報酬上の「母体・胎児集中治療室管理料」の算定が可能になったことから、同施設基準に基づく整備を進めることにより体制の強化を図るなど、ハイリスク妊産婦・新生児へのケアの強化を推進します。

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	<p>○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。</p> <p>○救命救急センター^{※1}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。</p> <p>○地域の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からの依頼により、リスクの高い母体・新生児搬送を受け入れる。</p>	
診療科目	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	
病床数	MFICU	<p>○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。</p> <p>○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。</p>
	NICU	<p>○9床以上(12床以上が望ましい。)とする。</p> <p>○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。</p>
	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	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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及びその他各種職員を配置すること。</p>
	NICU	<p>○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。)</p> <p>○常時3床に1人の看護師が勤務していること。</p> <p>○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。</p> <p>○理学療法士を配置することが望ましい。</p>
	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。

確保すべき医療従事者	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(センター内に配置することが望ましい)。
	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 指定状況 (平成 27 年 3 月現在)

施設名	所在地	MFICU (床)	NICU (床)	GCU (床)	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	9	12	24	※
	東京大学医学部附属病院	文京区	6	9	15	○
	昭和大学病院	品川区	9	15	31	○
	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	○
	国立成育医療研究センター	世田谷区	6	21	30	※
	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	30	○
	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 (13施設)		109	192	368		

※ 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
国立成育医療研究センター	産科合併症以外の母体及び新生児疾患	・独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

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		<p>○産科・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。</p> <p>○総合周産期母子医療センターからの戻り搬送^{※12}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。</p> <p>○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。</p>
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	<p>[MFICUを設置する場合]</p> <p>○原則として1床あたり15㎡以上確保し、バイオクリーンルームであることが望ましい。</p>
	NICU	<p>○3床以上(6床以上が望ましい。)とする。</p> <p>○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。</p>
	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	<p>○24時間体制を確保するために必要な職員を配置するよう努める。</p> <p>○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確保すること</p>
	MFICU	<p>[MFICUを設置する場合]</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
	NICU	<p>○24時間体制で新生児医療担当医が勤務していること、又は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。</p> <p>○常時3床に1人の看護師が勤務していること。</p> <p>○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。</p> <p>○理学療法士を配置することが望ましい。</p>
	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。
	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		○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 認定状況（平成27年3月現在）

施設名	所在地	MFICU (床)	NICU (床)	GCU (床)	
地域 周産 期母 子医 療セ ンタ ー	聖路加国際病院	中央区	-	6	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	4	6	22
	東京医科大学病院	新宿区	-	12	14
	慶應義塾大学病院	新宿区	6	9	18
	国立国際医療研究センター病院	新宿区	-	6	6
	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	-	12	20
	賛育会病院	墨田区	-	6	17
	町田市民病院	町田市	-	6	12
	武蔵野赤十字病院	武蔵野市	-	6	12
	公立昭和病院	小平市	-	6	9
合 計 (12施設)		10	93	176	

(2) 周産期連携病院※13

【現状及び課題】

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周産期連携病院として指定しています。平成24年4月に東京医科歯科大学医学部附属病院を、平成25年1月に東京慈恵会医科大学附属第三病院を新たに指定し、平成27年3月現在11病院を指定しています。

NICUについては、平成27年3月現在4施設において計15床整備されています。

【今後の方向性】

地域の医療資源の状況を踏まえ、引き続き周産期連携病院を指定し、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体制を確保します。

ア 診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

機能	<ul style="list-style-type: none">○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。○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	<ul style="list-style-type: none">○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	<ul style="list-style-type: none">○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、小児科医師及び麻酔科医師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婦の母体管理が可能な体制を確保すること。
連携機能	<ul style="list-style-type: none">○周産期医療情報システム※14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 指定状況（平成27年3月現在）

施設名		所在地	NICU (床)	GCU (床)
周産期 連携 病院	日本医科大学付属病院	文京区	-	-
	東京医科歯科大学医学部附属病院	文京区	6	3
	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	目黒区	3	-
	東京北医療センター	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葛飾医療センター	葛飾区	-	-
	青梅市立総合病院	青梅市	3	6
	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	3	5
	東京慈恵会医科大学附属第三病院	狛江市	-	-
合 計 (11施設)			15	14

(3) 地域周産期医療関連施設

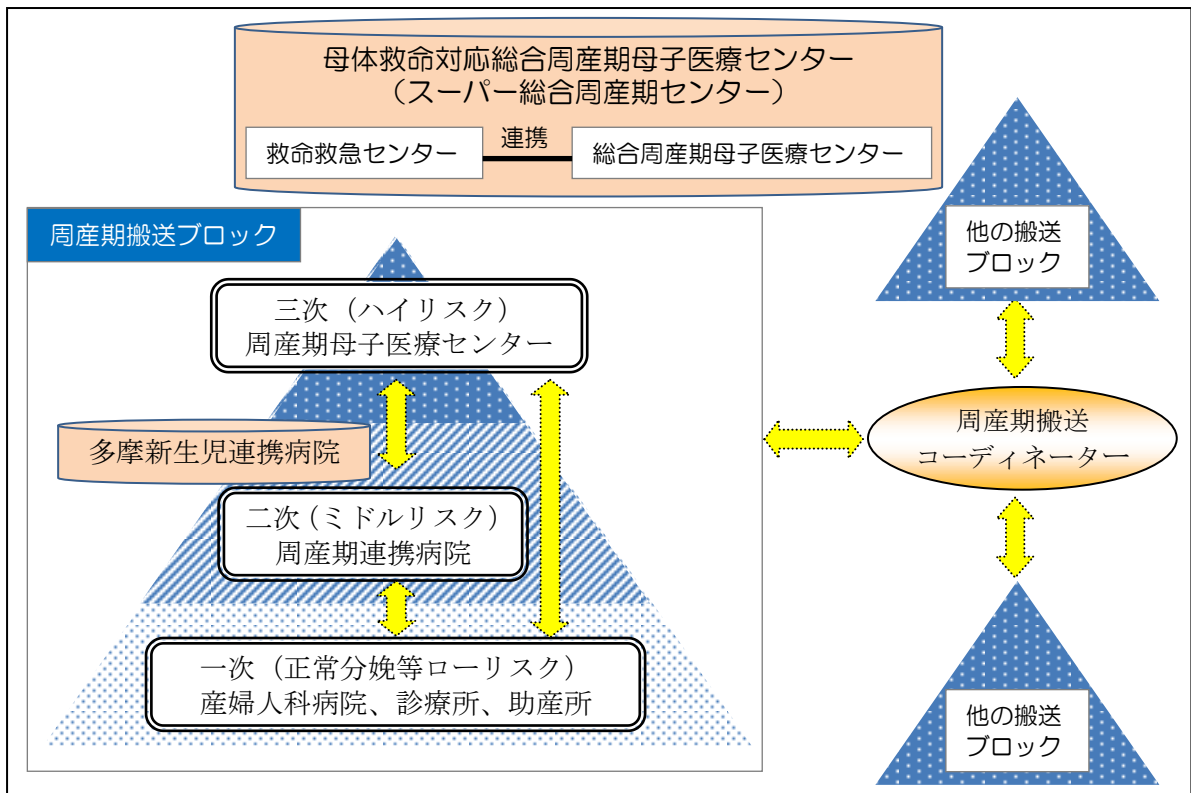
【現状及び課題】

病院、診療所及び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図っています。

【今後の方向性】

今後も引き続き周産期医療ネットワークグループにおいて、三次・二次医療機関との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。

図Ⅲ-2-1 東京都における周産期医療体制のイメージ図



※母体救命対応総合周産期母子医療センター：救命救急センターと総合周産期母子医療センターの密接な連携により、緊急に母体救命処置が必要な妊産褥婦を必ず受け入れる施設

※周産期搬送コーディネーター：総合周産期母子医療センターの担当する周産期搬送ブロック内では受入困難な母体及び新生児について、24時間体制で全都域を対象に搬送調整を行うコーディネーター

※多摩新生児連携病院：周産期母子医療センターの少ない多摩地域において、比較的高いリスクの新生児に対応する病院

【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。

○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。

3 東京都の周産期搬送体制

都は、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、二次保健医療圏ごとに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、都立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るなど、妊産婦や新生児の状態に応じた、きめ細やかな搬送体制を構築しています。このほか、多摩地域については、区部の総合周産期母子医療センターの輪番制によるバックアップ体制をとっています。

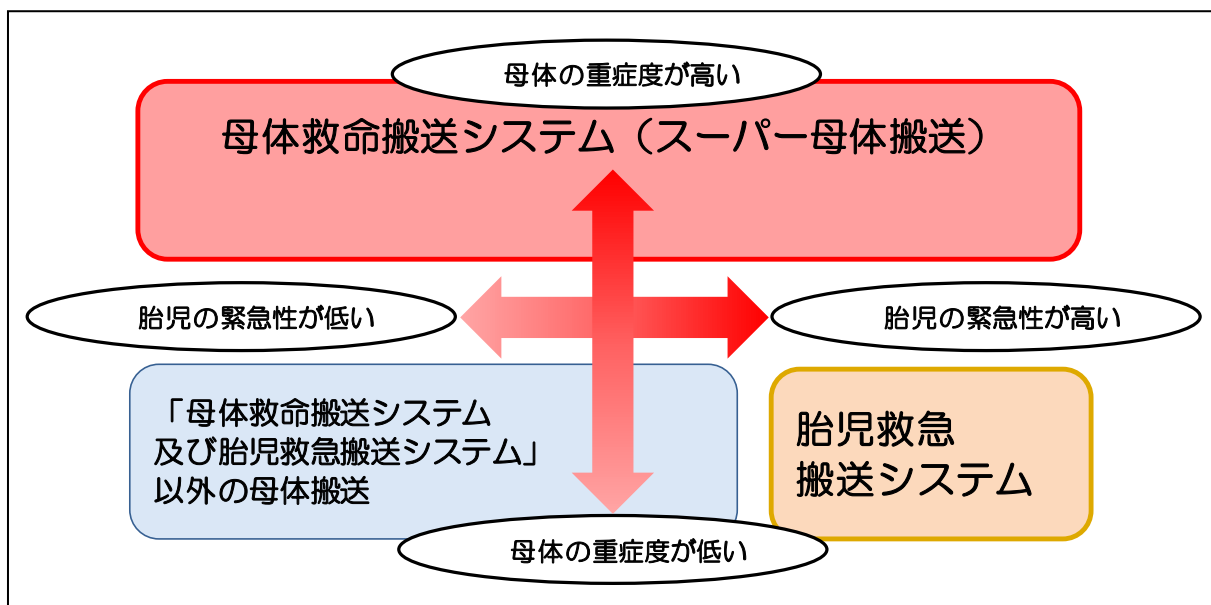
また、緊急に母体救命処置が必要な妊産褥婦について、救急医療と周産期医療が連携して迅速に受入先を確保する母体救命搬送システムを運用しています。

さらに、母体救命搬送以外の母体搬送及び新生児搬送については、各ブロックの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当しています。

これらの仕組みに加え、周産期搬送コーディネーター、胎児救急搬送システム及び周産期医療情報システム等、搬送体制を更に強化する仕組みにより、周産期搬送体制を構築しています。(図Ⅲ-3-1)

都の周産期搬送体制を構築する各搬送システム等の運用状況については、医療関係者や学識経験者等による検証を行うとともに、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行っています。

図Ⅲ-3-1 母体の初診時診断程度（重症度）と搬送イメージ（母体搬送）



(1) 母体救命搬送システム

【現状及び課題】

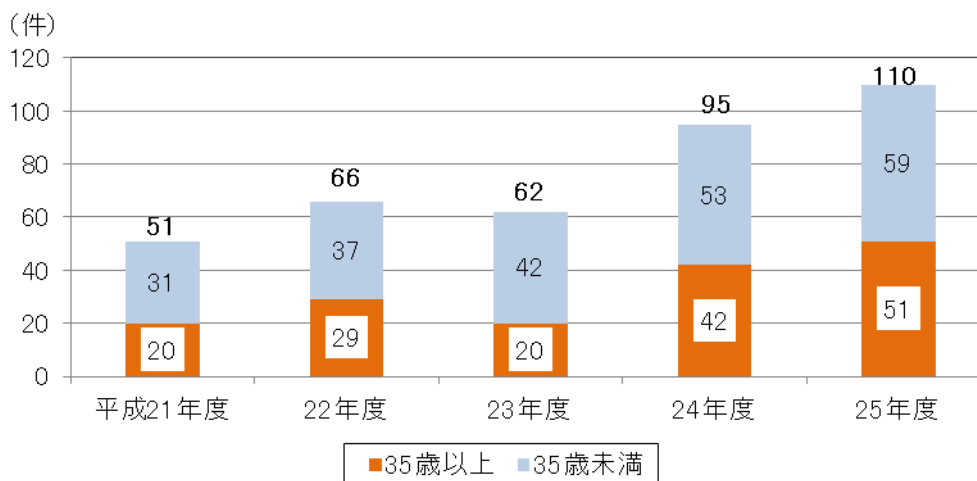
都では、緊急に母体救命処置が必要な妊産褥婦について、救急医療と周産期医療が連携して迅速に受入先を確保する仕組みを「東京都母体救命搬送システム」として定め、平成21年3月に運用を開始しています。

システム対象症例であると判断される場合には、119番通報を行い、通報を受けた各消防本部指令室から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4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実績は、ハイリスク妊産婦の増加等を背景に、平成21年度の51件に対し、平成25年度は110件と、制度開始当初と比較して倍増しています。（図Ⅲ-3-2）

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※17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。

図Ⅲ-3-2 母体救命搬送システム実績の推移



出典：東京都福祉保健局資料

【今後の方向性】

母体救命搬送システムについて、対象症例の増加や搬送状況等を踏まえ、新たなスーパー総合周産期センターの指定も含め、制度の適正な運用を推進していきます。

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と、円滑な運用を推進していきます。

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

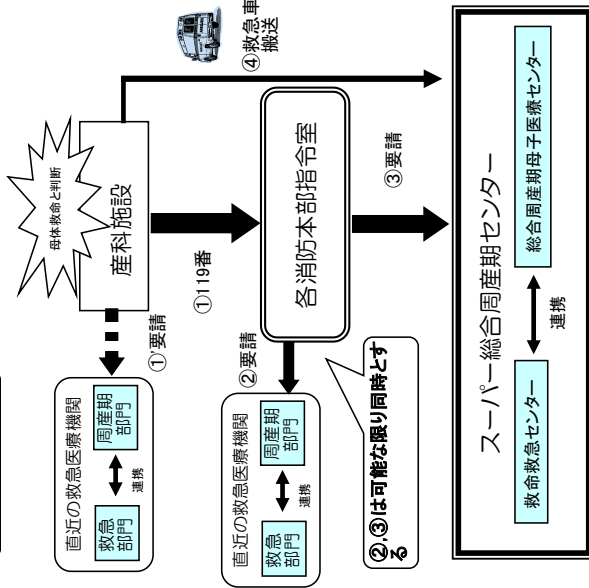
脳卒中や出血性ショックなど重症な疾患により緊急に母体救命処置を必要とする妊婦等が、近くの救急医療機関等で受け入れられない場合に、都内4か所の「スーパー総合周産期センター」が必ず受け入れることで、受入先の選定にかかる時間をできるだけ短縮し、迅速に診療を受けられるようにするシステム。

※ 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)

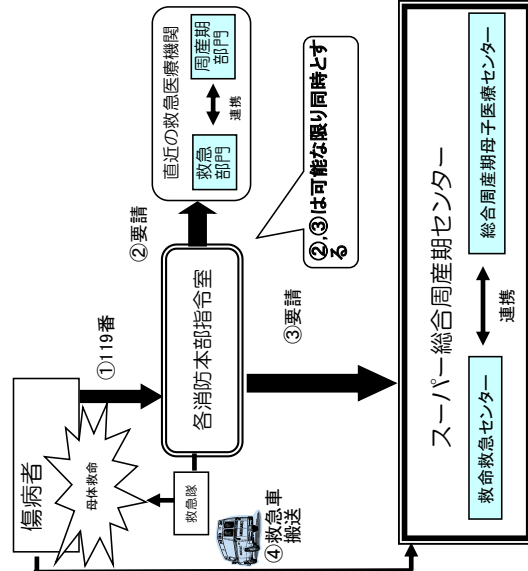
スーパー総合周産期センター

- ・昭和大学病院 (品川区)
- ・日本赤十字社医療センター (渋谷区)
- ・日本大学医学部附属板橋病院 (板橋区)
- ・都立多摩・小児総合医療センター (府中市)

転院搬送



一般通報



直近の救急医療機関が受入不能で、遠方のスーパー総合周産期センターに搬送する場合には、併行して付近や搬送路上の医療機関に連絡し、受入可能であれば、そちらに搬送することもある。

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

1. 妊産婦の救急疾患合併
 - 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、菌血症、熱傷)
 - 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 羊水嚢腔症
 - ② 子癇、妊娠高血圧症候群重症型
 - ③ HELLP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、重産道損傷等)
 - 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 激しい胸膈痛
 - ⑤ 激しい腰痛
 - ⑥ 原因不明のバイタルサイン異常

以上を呈し、重篤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

※ 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、妊娠初期から産婦入院期間までの患者

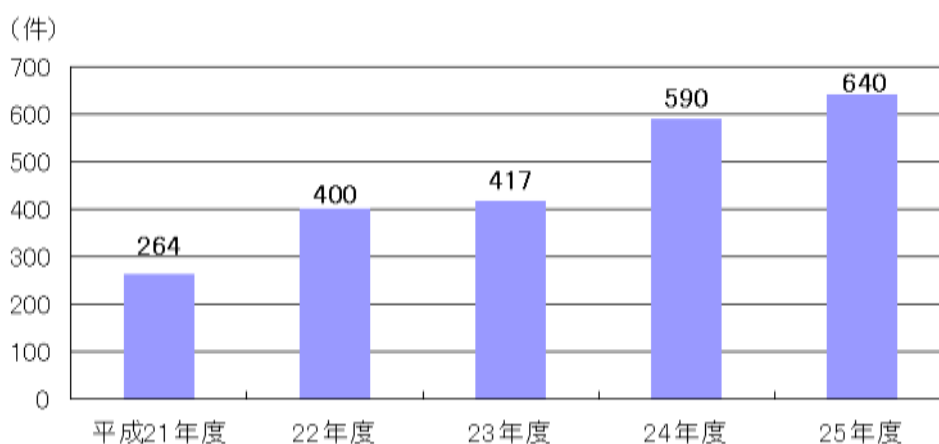
(2) 周産期搬送コーディネーター

【現状及び課題】

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。

都全域で搬送調整を行う周産期搬送コーディネーターの取扱実績は、周産期母子医療センターの患者の増加等を背景に増加しています。これに伴い、ブロックを越えて搬送された患者について、症状が安定した後、患者受入病院において転院先の調整が必要になるなど、転院調整が課題となっています。(図Ⅲ-3-3)

図Ⅲ-3-3 周産期搬送コーディネーター実績の推移（他県からの受入調整を除く）



※平成21年度は平成21年8月31日以降の実績

出典：東京都福祉保健局資料

【今後の方向性】

周産期搬送コーディネーター制度の円滑な運用を図るため、ブロックを越えて搬送された患者等の症状安定後の転院搬送について検討を行っていきます。

周産期搬送コーディネーター制度を含め、都の周産期搬送体制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、必要に際し、電話等で周産期医療情報システム参画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、医療機関基本情報調査等

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、東京大学医学部附属病院
区南部	品川区、大田区	昭和大学病院、東邦大学医療センター大森病院
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	日本赤十字社医療センター
区西部	新宿区、中野区、杉並区	東京女子医科大学病院
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	日本大学医学部附属板橋病院(豊島区は都立大塚病院)
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	帝京大学医学部附属病院(所在地は板橋区(区西北部))
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	都立墨東病院
多摩	市町村部	杏林大学医学部付属病院(母体) 都立多摩・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**母体・新生児で、総合周産期母子医療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) 胎児救急搬送システム

【現状及び課題】

都では、母体救命搬送システムや周産期搬送コーディネーター制度などにより、母体・新生児の搬送体制を構築していますが、常位胎盤早期剥離^{※18}のように、母体の救急であると同時に胎児の状況が悪化する場合や、母体に特段の異常はないものの、胎児の状況が悪化するような、いわゆる「胎児救急」の場合の搬送については、地域ごとのルールや搬送に関わる医師の判断により取扱いが異なっている現状がありました。

そこで、常位胎盤早期剥離及び早産期に胎児機能不全^{※19}の徴候がある場合など、胎児の生命に危険が生じている可能性があり、速やかに母体搬送及び分娩が必要と判断した場合に、速やかに母体搬送及び分娩を行う「東京都胎児救急搬送システム」の運用を平成25年3月に開始しています。

システム対象症例であると判断される場合には、ブロック内の総合周産期母子医療センターに連絡することとし、当該医療機関で受入れが難しい場合は、ブロック内調整、または、周産期搬送コーディネーターへの選定依頼となります。総合周産期母子医療センターは、「胎児救急」として搬送受入の要請を受けた場合、原則として母体搬送を受け入れ、必要とする処置を行います。

本システムについては、運用開始から2年が経過していますが、本システムの内容が必ずしもすべての都内周産期医療施設等に定着していない現状があります。

【今後の方向性】

システムの更なる定着を図るため、東京都医師会、東京産婦人科医会、東京都助産師会等の協力を得ながら、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。

また、胎児救急搬送システムの実施状況の把握や検証等を行い、必要に応じてシステムの改善を図っていきます。

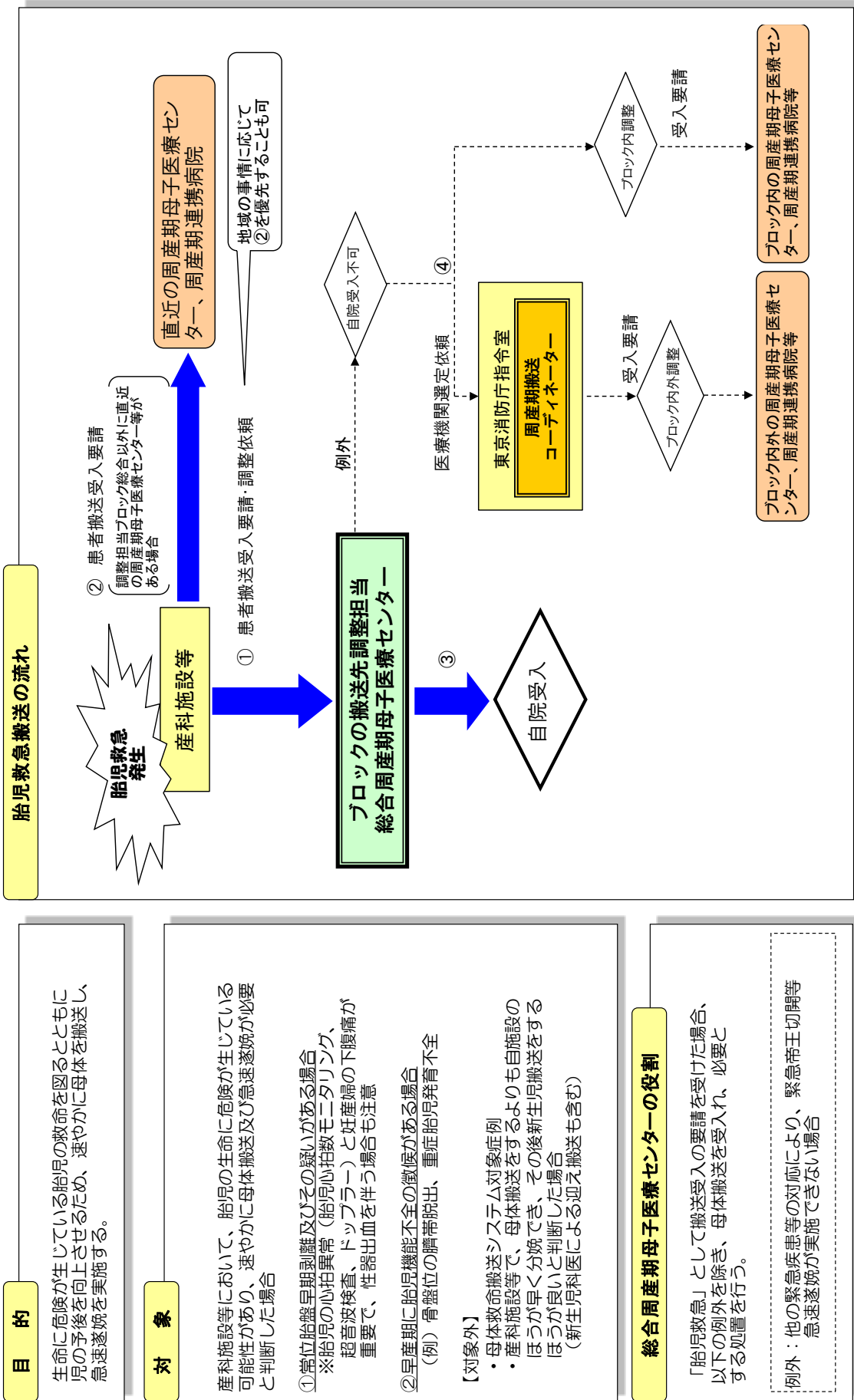
(4) 県域を越えた周産期搬送

【現状及び課題】

近隣各県において周産期医療体制整備計画が策定され、周産期医療体制が整備される中、他県からの患者受入れは減少傾向にあるものの、平成25年度の実績を見ると、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6%が他県からの搬送となっています。

こうした中、県域を越えた周産期搬送については、都への人口流入が多く、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、ルール作りなどの検討を行い、平成24年1月から神奈川県と、平成26年4月から埼玉県との間で、連携の試行を開始しています。

東京都胎児救急搬送システムの概要



目的

生命に危険が生じている胎児の救命を図るとともに、
 児の予後を向上させるため、速やかに母体を搬送し、
 急速遂娩を実施する。

対象

産科施設等において、胎児の生命に危険が生じている
 可能性があり、速やかに母体搬送及び急速遂娩が必要
 と判断した場合

- ① 常位胎盤早期剥離及びその疑いがある場合
 ※胎児の心拍異常（胎児心拍数モニタリング、
 超音波検査、ドップラー）と妊婦の下腹痛が
 重要で、性器出血を伴う場合も注意
- ② 早産期に胎児機能不全の徴候がある場合
 （例）骨盤位の臍帯脱出、重症胎児発育不全

【対象外】

- ・母体救命搬送システム対象症例
- ・産科施設等で、母体搬送をするよりも自施設の
 ほうが早く分娩でき、その後新生児搬送をする
 ほうが良いと判断した場合
 （新生児科医による迎え搬送も含む）

総合周産期母子医療センターの役割

「胎児救急」として搬送受入の要請を受けた場合、
 以下の例外を除き、母体搬送を受入れ、必要と
 する処置を行う。

例外：他の緊急疾患等の対応により、緊急帝王切開等
 急速遂娩が実施できない場合

【今後の方向性】

神奈川県及び埼玉県とは、試行の実施状況を検証の上、連携体制を検討していきます。また、千葉県とは、相互の周産期搬送体制等について情報共有を行うとともに、ルール作りなどについて検討を行っていきます。

(5) 周産期医療情報センター（周産期医療情報システム）

【現状及び課題】

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、周産期連携病院、東京消防庁指令室内に「東京都周産期医療情報システム」を設置しています。

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^{※20}を共有し、搬送先選定等に活用しています。（図Ⅲ-3-4）

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います。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。

【今後の方向性】

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。

図Ⅲ-3-4 周産期医療情報システム

No.	医療機関名称	産科					新生児科										最終更新時刻
		産科空床	ハイリスク受入	産科手術	胎児画像	お知らせ	NICU		人工呼吸	体外循環療法	医師治療	外科手術	心臓手術	お知らせ			
1	緑十字病院	○	○	○	無	無	06/21 06:09	×	×	×	×	×	×	×	×	無	09/21 13:23
2	聖隷聖医院	○	○	○	無	無	06/21 12:55	×	○	×	×	×	×	×	×	無	09/21 09:54
3	聖隷湘南病院	×	×	×	無	無	06/21 06:47	×	○	×	×	×	×	×	×	無	09/21 08:51
4	聖隷横浜病院	○	○	○	無	無	06/21 10:25	×	○	×	×	×	○	○	○	無	09/21 09:10
5	聖隷川崎病院	×	×	×	無	無	06/21 10:00	×	×	×	×	×	○	×	×	無	09/21 10:21
6	聖隷横浜病院	○	○	×	無	無	06/21 06:37	×	×	×	×	×	×	×	×	無	09/21 15:04
7	聖隷横浜病院	○	×	×	無	無	06/21 10:56	○	○	○	○	○	×	×	×	無	09/21 08:21
8	聖隷横浜病院	×	×	×	無	無	06/21 06:45	×	×	×	×	×	×	○	×	無	09/21 09:56
9	聖隷横浜病院	○	×	×	無	無	06/21 06:53	×	×	×	×	×	×	×	×	無	09/21 11:17
10	聖隷横浜病院	○	×	○	無	無	06/21 12:14	×	○	×	×	×	×	×	×	無	09/21 09:21
11	聖隷横浜病院	×	×	×	無	無	06/21 15:44	×	○	×	×	×	×	×	×	無	09/21 11:12
12	聖隷横浜病院	○	○	○	有	無	06/21 06:05	×	○	×	×	×	○	○	○	無	09/21 10:06
13	聖隷横浜病院	○	×	○	無	無	06/21 06:56	×	○	○	×	×	○	×	×	無	09/21 10:21
14	聖隷横浜病院	×	×	×	有	無	06/21 10:59	×	×	×	×	×	×	×	×	無	09/21 10:59
15	聖隷横浜病院	○	○	○	無	無	06/21 10:52	×	×	×	×	×	○	○	○	無	09/21 09:44

4 周産期医療施設間連携の推進

(1) 周産期医療ネットワークグループ

【現状及び課題】

8つの周産期搬送ブロックごとにブロック内の医療機関等との連携を推進するため、周産期母子医療センターを中核として周産期医療ネットワークグループを構築しています。

各グループにおいては、医療機関の機能分担と連携を進めるため、診療機能情報の共有や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、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」を目指した、各グループの実情に即した連携体制の構築を進めています。

【今後の方向性】

出産後の産婦への支援などの顕在化しつつある課題に対応するなど、周産期母子医療センターを中核とした「顔の見える連携」を更に進めるため、今後も、地域におけるそれぞれの役割分担の下、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

【現状及び課題】

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（以下「連携医療機関」という。）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、妊婦健康診査はセミオープンシステムに参画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。（図Ⅲ-4-1）

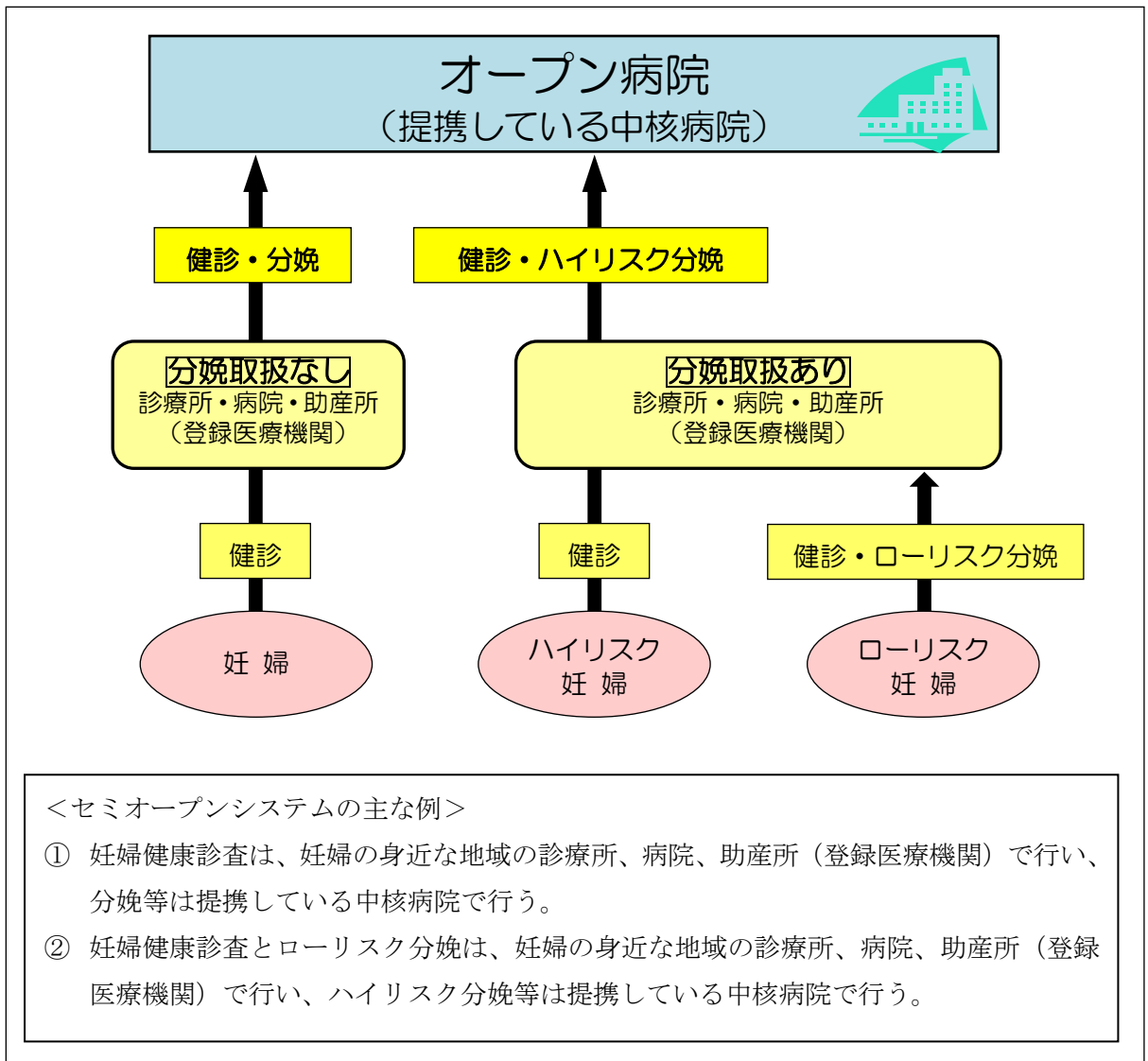
オープンシステムとは、妊婦健康診査は連携医療機関で行い、分娩は提携している中核病院で、連携医療機関の医師・助産師が行うシステムです。

これらのシステムについては、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、地域の診療所等の妊娠・分娩管理に伴うリスクが軽減されたり、中核病院の外来患者数の減少により負担が軽減されることなど、妊産婦と医療機関の双方にメリットのある取組であるものの、システムを導入している施設が少ない状況であることから、都では、これらの取組を推進しています。

【今後の方向性】

セミオープンシステム等については、「周産期医療ネットワークグループ」による各地域の連携体制を活かし、妊婦健康診査と分娩などのリスクを踏まえた役割分担を進めるため、引き続きこれらのシステムの取組が進むよう、関係機関等への働きかけや周知を行っていきます。

図Ⅲ-4-1 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

(1) 多摩地域における周産期医療体制

【現状及び課題】

多摩地域においては、分娩取扱施設数が減少し、出生千人当たりの産科・産婦人科医師数も全国平均を下回る状況となっています。

こうした中、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。

周産期搬送調整のための地域ブロックについては、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、母体搬送は杏林大学医学部附属病院が担当し、院内の助産師が搬送コーディネーターとして、搬送受入れ及び調整を行っています。新生児搬送については都立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。

これらに加え、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医療ネットワークグループの連携体制の強化や新生児搬送体制の充実などを図っています。

【今後の方向性】

多摩地域全体で1つのブロックとし、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を中心に、一次から三次までの機能に応じた役割分担と連携を進めていきます。

また、全都での取組に加え、多摩地域における周産期医療体制を確保するため、多摩地域における周産期医療ネットワークグループの連携体制の強化や新生児搬送体制の充実などを引き続き図っていきます。

(2) 多摩地域における周産期医療ネットワークグループ

【現状及び課題】

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グループのリーダーとなり、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、各サブグループにおいて周産期母子医療センターまたは周産期連携病院が中心となり連携会議を開催し、地域の実情に応じたきめ細やかな連携を図っています。

【今後の方向性】

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、一層協力しながら引き

続き多摩地域における連携体制を充実させていきます。併せて、6つのサブグループにおける連携体制を推進し、きめ細やかな連携を図っていきます。

(3) 多摩地域における母体救命対応総合周産期母子医療センター

【現状及び課題】

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母体救命対応総合周産期母子医療センターとして、平成23年2月に都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターを指定し、多摩地域における母体救命体制の強化を図りました。

しかし、多摩地域における母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定は1施設にとどまっており、母体救命搬送システム対象症例の増加や搬送状況等を踏まえると、一層の母体救命体制の強化が必要とされています。

【今後の方向性】

母体救命搬送システム対象症例の増加や搬送状況等を踏まえ、多摩地域において、新たな母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定をするなど、体制の充実強化を図っていきます。

(4) 多摩新生児連携病院

【現状及び課題】

周産期母子医療センターの少ない多摩地域において、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施設を「多摩新生児連携病院」として指定していますが、平成27年3月現在、1施設の指定にとどまっています。

【今後の方向性】

多摩新生児連携病院の指定の拡大を図ることにより、比較的高いリスクの新生児に対応する施設を確保し、多摩地域の新生児搬送体制の強化を図っていきます。

【取組】

- 周産期医療ネットワークグループ（多摩地域）
- 多摩新生児連携病院
- 東京都地域医療支援ドクター事業

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、適切な時期に退院できない状況にあります。

こうした中、平成22年度から平成23年度までの2年間、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、その成果を踏まえ、NICU等入院児の在宅等への移行支援の取組を実施しています。

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長期入院児は、平成26年10月1日現在72人おり、平成22年5月1日現在の100人と比較して、28人減少しています。このうち、児の状態や家族の状況などにより1年以上入院している長期入院児は、平成26年10月1日現在13人おり、平成22年5月1日現在の22人と比較して、9人減少しています。

(表Ⅲ-6-1)

表Ⅲ-6-1 NICU・GCUでの長期入院児の推移

調査基準日	総数	90日以上 半年未満	半年以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上
平成22年5月1日	100人	37人	41人	22人	
平成23年10月1日	104人	57人	21人	16人	10人
平成24年10月1日	80人	44人	19人	11人	6人
平成25年10月1日	80人	46人	20人	6人	8人
平成26年10月1日	72人	36人	23人	7人	6人

出典：東京都周産期医療施設実態調査（平成22年5月1日）

東京都周産期母子医療センター等NICU入院児実態調査（平成23年10月1日以降）

(1) NICU入院児支援コーディネーターの機能の強化

【現状及び課題】

低出生体重児の増加等を背景としたNICU等長期入院児への在宅移行支援として、都立墨東病院における退院支援モデル事業の成果を踏まえ、周産期母子医療センター等にNICU入院児支援コーディネーターの配置を推進し、平成26年10月現在22施設において配置されています。

NICU入院児支援コーディネーターは、従来は医師が中心となっていてい

た退院に向けた調整を、看護師やMSW（医療ソーシャルワーカー）等が担うことにより、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医療的ケアの指導や相談・助言等を行うなど、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ます。

N I C U入院児支援コーディネーターの配置等により、長期入院児の数は減少傾向にあります。

【今後の方向性】

周産期母子医療センター等に対しN I C U入院児支援コーディネーターの配置を働きかけるとともに、N I C U入院児支援コーディネーターの質の向上に向けた取組を行い、在宅移行に向けたコーディネート機能の強化を図り、N I C U等入院児の在宅療養等への移行を支援していきます。

(2) 周産期母子医療センター等における在宅移行支援体制の整備

【現状及び課題】

都では、周産期母子医療センターに対し在宅療養への移行に向けた退院準備や在宅移行後の急性増悪時の受入れのための在宅移行支援病床の設置を進めており、平成25年度は5施設に整備されています。しかし、周産期母子医療センターにおける小児重症患者の増加に伴い、在宅移行支援病床の設置や運営が困難な状況があります。

また、周産期母子医療センターや小児指定二次救急医療機関において、在宅移行後の家族を支えるためレスパイト病床^{※21}の整備を進める在宅療養児一時受入支援事業を実施しており、平成25年度は7施設において実施されていますが、レスパイトのニーズは高く、一層の整備が求められています。

【今後の方向性】

周産期母子医療センターに加えて、地域の医療機関にも在宅移行支援病床の整備を進めるとともに、更なるレスパイト病床の整備を進めるなど、N I C U等入院児と家族に対する円滑な在宅療養への移行を支援していきます。

(3) 地域における在宅療養支援体制の整備

【現状及び課題】

周産期母子医療センターにおけるN I C Uの確保及び在宅療養への円滑な移行を促進するため、N I C U等入院児に関わるN I C U等スタッフ（医師、看護師及びMSW等）、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、保健師等を対象とした研修を実施してきました。

また、保健所や福祉機関、療育機関との連携を強化し、ハイリスク妊婦等に対する出産前後からの支援・連携体制を構築するとともに、平成25年度から在宅療

養へ移行した児を地域で支える体制の構築に向け、医療・保健・福祉等の連携を強化するためのモデル事業を実施しています。

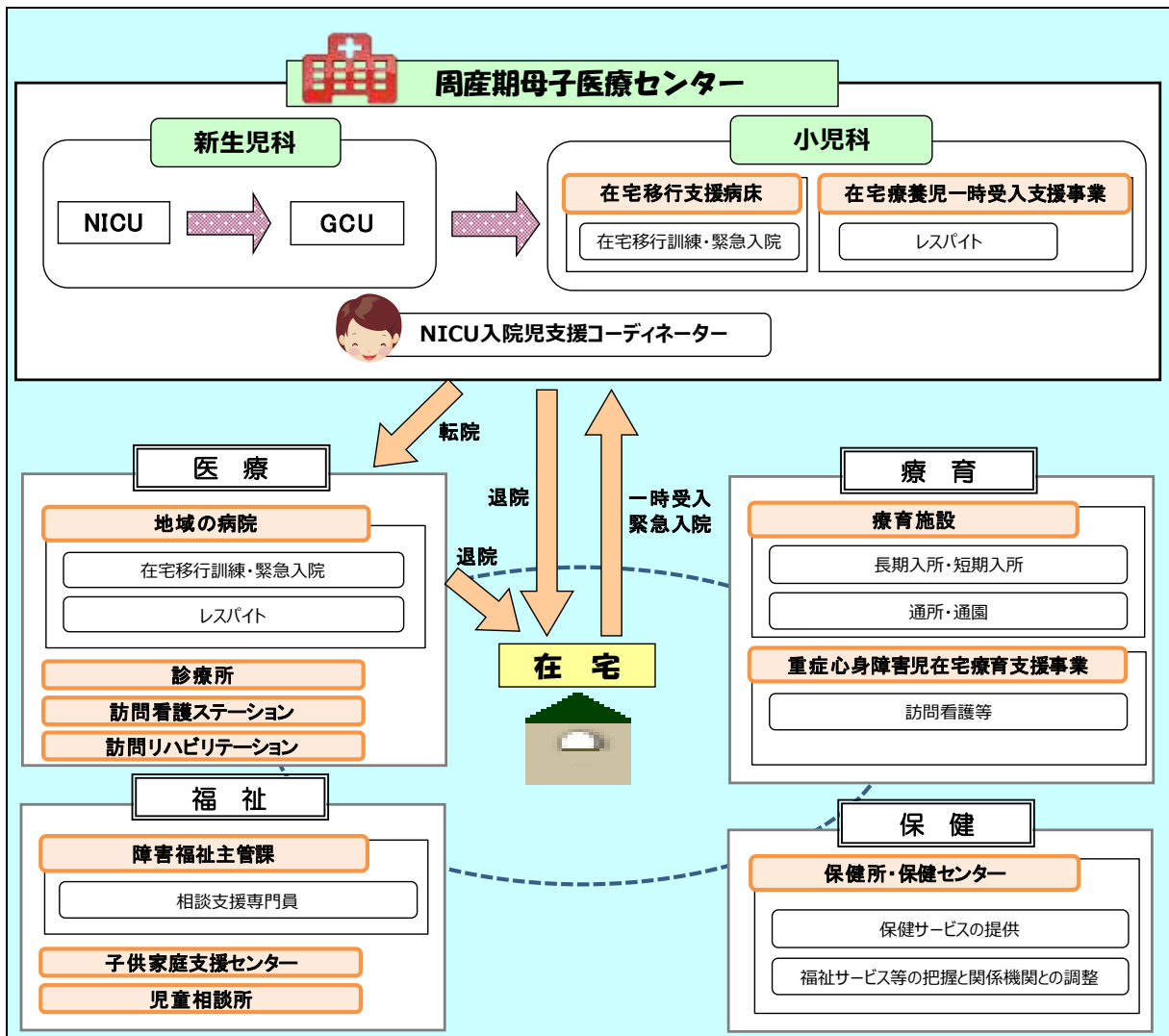
低出生体重児や退院時に医療・介護ケアが必要な児の増加を踏まえて、地域における在宅療養への移行支援をさらに強化する必要があります。

【今後の方向性】

NICU等入院児に関わる関係者が連携して、在宅等への移行及び地域での療養生活を支える仕組みを構築するため、多職種連携を目的とした研修の充実を図ります。

また、小児患者の在宅療養について、実態の把握やモデル事業での取組を踏まえ、地域における連携に係る新たな施策展開を検討していきます。

図Ⅲ-6-1 退院後の在宅療養を支える仕組み



【取組】

○東京都周産期母子医療センター運営費補助

(NICU入院児支援コーディネーター配置加算)

○東京都在宅移行支援病床運営費補助

NICUやGCUに長期入院している又は同等の病状を有する気管切開以上の呼吸管理を必要とする小児について、NICU・GCUと在宅療養の間に中間的な病床として在宅移行支援病床を設置し、在宅生活への円滑な移行の促進を図ります。

○東京都在宅移行支援病床整備費補助

在宅移行支援病床の施設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、在宅生活への円滑な移行の促進を図ります。

○東京都在宅療養児一時受入支援事業補助

NICU等長期入院児等の在宅医療中の定期的医学管理及び保護者のレスパイトケアを実施します。

○東京都小児等在宅移行研修事業

周産期母子医療センターにおけるNICUの確保及び在宅療養等への円滑な移行を促進するため、医師・看護師・理学療法士・MSW・保健師等に向けた職種別研修や多職種合同研修を実施します。

○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

【現状及び課題】

都内の分娩を取り扱う産科・産婦人科常勤医師数は、平成 22 年 4 月現在は 784 人でしたが、平成 26 年 4 月現在は 775 人と微減となっています。地域により分娩を取り扱う産科・産婦人科医師の高齢化が課題となっています。

新生児診療を行う小児科常勤医師数は、平成 22 年 4 月現在は 396 人でしたが、平成 26 年 4 月現在は 397 人でほぼ同数で、そのうち新生児専任の常勤医師数は、平成 22 年 4 月現在は 136 人でしたが、平成 26 年 4 月現在は 161 人と増加しています。しかし、特に周産期母子医療センターにおける新生児医療に従事する医師の不足により、診療体制の確保に苦慮する医療施設があるなど、人材の確保が課題となっています。(表Ⅲ-7-1)

また、医療施設で働いている医師に占める女性医師の比率が平成 24 年は 27.6% で年々増加傾向にあり、全国の 19.6% と比較しても高く、特に産科・産婦人科や小児科では、全体の約 4 割が女性医師となっています。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。

表Ⅲ-7-1 産科・産婦人科常勤医師数（分娩を取り扱うもの）及び新生児診療を行う小児科常勤医師数の推移

	平成 22 年度			平成 26 年度		
	男性	女性	計	男性	女性	計
産科・産婦人科 常勤医師	498 人 (63.5%)	286 人 (36.5%)	784 人 (100.0%)	456 人 (58.8%)	319 人 (41.2%)	775 人 (100.0%)
新生児診療を行う 小児科常勤医師	248 人 (62.6%)	148 人 (37.4%)	396 人 (100.0%)	237 人 (59.7%)	160 人 (40.3%)	397 人 (100.0%)
新生児専任 常勤医師	89 人 (65.4%)	47 人 (34.6%)	136 人 (100.0%)	114 人 (70.8%)	47 人 (29.2%)	161 人 (100.0%)

出典：東京都周産期医療施設実態調査（平成 22 年度、平成 26 年度）

都では、医師の確保が困難な地域や診療科等に従事する医師を確保するため、平成 21 年度から、東京都地域医療医師奨学金制度を設け、将来的に周産期医療に従事する医師の確保を図っています。これに加え、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や、都立病院における新生児専門医の育成など、新生児科医の確保と新生児専門医の育成を図っています。

また、女性医師の確保・定着に向け、短時間正職員制度や当直体制の見直し等、勤務環境の改善に対する支援を行うとともに、保育所や学童クラブなどの拡充にも努めています。

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する「東京都地域医療支援ドクター事業」を実施し、地域の医療体制の確保を支援しています。

【今後の方向性】

今後も引き続き、東京都地域医療医師奨学金制度及び東京都地域医療支援ドクター事業を実施するとともに、医師に対する処遇改善や、女性医師の確保・定着に向けた勤務環境の改善に対する支援を行うなど、周産期医療を担う医師の確保を図っていきます。

(2) 助産師・看護師

【現状及び課題】

周産期母子医療センターにおける常勤の助産師及び看護師の数は、平成 22 年 4 月現在は助産師が 1,194 人、看護師が 971 人でしたが、平成 26 年 4 月現在は助産師が 1,391 人、看護師が 966 人で、助産師については増加しています。しかしながら、NICU増床時などに新たに助産師及び看護師を確保することは依然困難な状況にあり、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。(表Ⅲ-7-2)

表Ⅲ-7-2 周産期母子医療センターにおける助産師及び看護師数（常勤）の推移

		平成 22 年度	平成 26 年度
助産師	産科	988 人	1,113 人
	新生児	206 人	278 人
	合計	1,194 人	1,391 人
看護師	産科	246 人	244 人
	新生児	725 人	722 人
	合計	971 人	966 人

出典：東京都周産期医療施設実態調査（平成 22 年度、平成 26 年度）

現在、都では、看護師確保については「養成・定着・再就業」を柱とした確保対策を実施するとともに、質の向上を図るため認定看護師等の資格取得を支援しています。

一方、助産師については、分娩取扱施設が減少する中、周産期母子医療センター以外でもハイリスク妊産婦が増加しており、分娩介助の少ない施設における介助スキルをアップさせるための出向ニーズが高まっています。限られた助産師が、より良い助産ケアを提供するために、実践能力の向上が必要です。

【今後の方向性】

「養成・定着・再就業」を柱とした看護師確保対策を更に充実していくとともに、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。

また、分娩取扱施設間での助産師の出向を支援し、助産師実践能力の向上等を図っていきます。

(3) 院内助産システム^{※22}

【現状及び課題】

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るよう、院内助産システム（院内助産^{※23}・助産外来^{※24}）の積極的な活用を促進し、平成25年4月現在、院内助産が6か所、助産外来が53か所で実施されています。（表Ⅲ-7-3）

表Ⅲ-7-3 院内助産システムの実施状況の推移

	平成22年4月	平成25年4月
院内助産	2か所	6か所
助産外来	42か所	53か所

出典：東京都福祉保健局調べ

【今後の方向性】

院内助産システムの積極的な活用と開設を引き続き促進し、医師と助産師によるチーム医療を行うことで、妊産褥婦の安全性と快適さの両立を図ります。

(4) 研修

【現状及び課題】

都では、一次医療機関から三次医療機関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などの研修を総合周産期母子医療センターにおいて実施しています。

また、平成22年度から、新生児蘇生に関する研修を東京産婦人科医会に委託し、毎年度、区部及び多摩地域の2か所で実施しています。

一方、高年齢の出産に伴うハイリスク妊婦等の増加により、母体救命搬送システムによる搬送件数は増加傾向にあります。約半数が産科危機的出血等の患者となっています。妊産婦死亡率が顕著に低下している中、出血は依然として母体死亡の主要な原因であることから、本システムをより有効に機能させるため、搬送元となる一次周産期医療機関等における産科救急対応能力の向上が必要とされています。

【今後の方向性】

一次医療機関から三次医療機関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などの研修を、引き続き総合周産期母子医療センターにおいて実施していきます。

また、一次周産期医療機関等の周産期医療関係者を対象として、新生児蘇生に関する研修に加え、産科危機的出血時等における初期対応の強化を図る研修等を行い、周産期医療全体の質の向上を図っていきます。

【取組】

○東京都地域医療医師奨学金制度

○医師勤務環境改善事業

病院における医師の勤務環境を改善する取組、離職した女性医師等の再就職を支援する取組などに係る経費の一部を補助することにより、勤務医の離職防止と定着対策の導入促進を図ります。

○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都職員として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、都立病院等において、安定した身分で本人の希望による研修ができ、医療技術の習得も可能となります。

○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

○院内助産所・助産師外来開設研修事業

○助産師出向支援導入事業

限られた助産師がより良い助産ケアを提供するために、助産師の出向を通して、助産師として必要な知識及び技術を習得させ、助産師実践能力の向上等を図ります。

○周産期医療関係者研修

○新生児救命研修

一次周産期医療機関等の医師及び助産師等を対象として、新生児蘇生に関する研修を実施します。

○産科救急研修

一次周産期医療機関等の医師及び助産師等を対象として、産科救急に関する研修を実施します。

8 都民に対する情報提供と普及啓発

(1) 都民への情報提供

【現状及び課題】

都の周産期医療対策については、都民に対し、周産期母子医療センター等の診療機能や実績、都の周産期医療に係る各種統計を都ホームページなどにおいて情報提供を行っています。

【今後の方向性】

今後も引き続き、都民に対し、周産期母子医療センター等の診療機能や実績、都の周産期医療に係る各種統計について、都ホームページなどにおいて情報提供を行ってまいります。

(2) 都民への普及啓発

ア 妊婦健康診査

【現状及び課題】

妊婦健康診査については、現在、都内全区市町村において、望ましい回数とされる14回分の公費負担が実施されています。

しかし、一方では、ほとんど妊婦健康診査を受けずに出産する、いわゆる未受診の妊産婦も依然として存在しており、周産期搬送コーディネーターによる搬送調整事例をみると、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3割を占めています。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。

妊娠届を提出しない妊婦については、区市町村による把握が困難であることも、課題となっています。

【今後の方向性】

インターネット広告や交通広告などの広域的手法を活用するとともに、関係団体と調整を行い、医療機関等と連携しながら、妊婦健康診査の重要性を啓発して、受診を促進します。あわせて、相談機関や窓口の周知も図ります。

イ 相談・支援体制

【現状及び課題】

都では、「女性のための健康ホットライン」による相談支援を実施してきましたが、これに加えて、妊娠・出産に関する不安や悩みなどを妊婦や家族が電話やメールにより気軽に相談できる「妊娠相談ほっとライン」を平成26年7月に開設し、相談・支援体制の強化を図っています。

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を進めていますが、適切な支援を行うためには、これらの関係者の連携が重要です。

【今後の方向性】

「妊娠相談ほっとライン」による相談対応等を着実にを行い、相談内容によっては、適切な関係機関を紹介するなどして継続的な支援につなげていきます。

また、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）等が連携して特定妊婦を支援できるよう、相談窓口を周知するとともに、産前から産後まで妊産婦に切れ目ない支援を行うことができるよう、区市町村の取組を支援していきます。

IV 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

年間出産数 10 万に対する年間妊産婦死亡数（妊娠中又は妊娠終了後満 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、緊急帝王切開術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 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。

- 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 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、平成27年3月1日現在26か所指定されている。
- 12 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。
- 13 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。
- 14 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、周産期連携病院及び東京消防庁指令室において、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 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。
- 18 常位胎盤早期剥離
正常位置、すなわち子宮体部に付着している胎盤が、妊娠中または分娩経過中の胎児娩出以前に、子宮壁より剥離するものをいう。

- 19 胎児機能不全
胎児が子宮内において、呼吸ならびに循環機能が障害された状態をいう。妊娠中・分娩中いずれの場合にもみられる。
- 20 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。
- 21 レスパイト病床
NICU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。
- 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則って、妊婦健康診査、分娩介助及び保健指導（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。

