

NICU長期入院者対策 検討報告と緊急提言

2009年8月

大 阪 府 医 師 会

目 次

I. はじめに	1
II. NICU 長期入院児解決のための緊急提言	2
1. NICU 後方病床の確保	2
2. 在宅医療の推進と支援	2
3. コーディネータの配置	3
III. 大阪府医師会周産期医療委員会 NICU 長期入院者対策小委員会からの具体的な提言	4
IV. 大阪府医師会周産期医療委員会 NICU 長期入院者対策小委員会の目的と検討事項	6
1. 目的	6
2. 検討事項	6
V. 全国的な実態調査と大きな流れ	7
1. 日本産婦人科医会「NICUに関する実態調査報告」	7
2. 日本小児科学会倫理委員会の実態調査	7
3. NICU 入院児支援コーディネータの設置	7
4. 新生児医療施設における実態調査	8
VI. 大阪における NICU 長期入院児の実態と報告	10
1. 大阪の NMCS（新生児相互援助システム）における NICU 長期入院児の実態	10
1) 「長期人工呼吸管理が必要な超重症児に関するアンケート調査」	10
2) 「長期人工呼吸管理を要する超重症児の QOL（いのちの輝き）と転帰」	10
3) 「長期 NICU 入院児について」	10
2. 大阪府（行政）での実態調査（2007-2008 年）	11
VII. これまでの NICU 長期入院者対策小委員会での検討内容	21
1. 平成 19 年度第 1 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H19 年 4 月 19 日）	21
2. 平成 19 年度第 2 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H19 年 8 月 9 日）	21
3. 平成 19 年度第 3 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H19 年 10 月 11 日）	22
4. 平成 20 年度第 1 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H20 年 11 月 6 日）	23
5. 平成 20 年度第 2 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H21 年 1 月 15 日）	23
6. 平成 20 年度第 3 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H21 年 3 月 5 日）	24
7. 平成 21 年度第 1 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H21 年 4 月 28 日）	25

VIII. 大阪での具体的な対策提案（提言）	27
1. 小委員会各委員からの意見	27
2. 小委員会委員以外からの追加提言	37
VIII. 日本周産期・新生児医学会からの厚生労働大臣への要望書「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」報告書添付資料	44
IX. おわりに	47
X. 参考文献	49

I. はじめに

全国的に周産期医療の崩壊が懸念される中で、大阪府医師会は大阪府・大阪市・堺市行政の参画を得て、「周産期医療委員会」、「周産期医療システム再構築検討委員会」を設置し、大阪の周産期医療を守るべく努力してきた。長期的には産婦人科医、小児科医（新生児科医）の増加および医療施設等を整備する為の施策が根本的解決であり、短期・中期的には、現在ある周産期医療資源の有効利用が不可欠である。

「周産期医療委員会」においては産婦人科診療相互援助システム（OGCS）、新生児診療相互援助システム（NMCS）の2次、3次救急搬送機能を十分に活用できる体制作りを議論してきたが、周産期救急搬送受け入れ困難例について、議題として取り上げられることもあった。困難事例の6割以上はNICU満床の為であるが、その一因として超重症児など長期入院児が今も全国的にも大きな問題になっている。この問題は、厚生労働省の班会議でもしばしば取り上げられた研究テーマで、関連学会や関連医会での調査報告もなされている。

NICU ベッドの有効利用の為、平成 19 年に本委員会の中に NICU 長期入院者対策小委員会を発足し、後方病床、重心施設、在宅支援などの問題について検討してきた。

今まで7回にわたり討論を重ね、本報告書を作成した。この小冊子は地域行政担当者も加わった医療あるいは療育現場の担当者による悲痛な生の声の報告書であり、国策として今すぐ実施されなければならない施策が述べられている。大阪府の現状を踏まえたものであるが、全国的に通用する内容であり、平成 21 年 3 月 16 日に提出された日本周産期・新生児医学会からの厚生労働大臣への要望書と意見を一にする部分も多い。

本小冊子を作るために、船戸委員長をはじめ委員会のメンバーにはご多忙中にもかかわらず、多大のご苦勞をおかけした。そのご苦勞が水泡に帰すことなく、周産期医療行政に生かされることを切に望むものである。

平成 21 年 8 月吉日

大阪府医師会理事 小川晴幾

II. NICU 長期入院児解決のための緊急提言

1. NICU 後方病床の確保

1) 新生児入院医療管理加算の増額*

6:1 看護の場合、1 日 3600 点加算*

(現在診療報酬上の NICU をとっていない施設も含め 6:1 看護で現在 800 点が加算されている。しかし NICU 後方床の有効利用と人員配置・体制整備のためには、上記の加算だけでは不十分である。)

2) 超重症児 (人工呼吸管理) 包括入院管理料の新設 (加算廃止) *

15 歳未満の小児に関しては、一般小児病床、重症心身障がい児施設病床 (超重症児包括入院管理料) として新設、**15 歳以上の場合には従来の加算は最低限必須。**

そのための条件として「**超重症児病棟**」は **7:1 看護の傾斜配置を認める。**

<基礎データ：超重症児：人口 1000 に対して 0.3 人、2007 年から概算：約 7000 人、内人工呼吸器使用 30%、約 2000 人、30%入院継続すると病院に 600 人滞在：日本小児科学会倫理委員会資料 2007 年) >

(1) 一般小児病床：1 日 6000 点 (包括) * - 15 歳以下

(予算：600 x 60000 x 365 = 13,140,000,000 円)

<現行：特殊疾患入院管理病棟：病床 6.4 へーべ、10:1 看護

超重症児 (者) 入院診療加算：6 歳未満：600 点、6 歳以上：300 点；準超重症児 (者) 入院診療加算：6 歳未満：200 点、6 歳以上：100 点 >

(2) 療育施設病床 1 日 5000 点 (包括) * - 15 歳以下

(予算：600 x 50000 x 365 = 10,950,000,000 円)

<現行：障がい者等入院基本料：15:1 看護の場合：954 点、10:1 看護の場合：1300 点、7:1 看護の場合：1555 点 >

→**障害者等入院基本料においても 7:1 看護の傾斜配置を認可する。**

2. 在宅医療の推進と支援

1) レスパイト入院管理料 (新設) * - 人工呼吸管理のみ想定

(1) 一般小児科病床：1 日 6000 点 (包括) * - 15 歳以下

(2) 療育施設病床：1 日 6000 点 (包括) * - 15 歳以下

在宅医療を行なっている家族への支援を行い、一般小児病床をレスパイト入院に活用する (条件は上記に同じ)。

2) 超重症児緊急受入れ入院料 (新設)

緊急受入れ当日のみ 10000 点 (包括)

3) 在宅医療支援手当の導入 (新設)

在宅医療支援手当 1ヶ月 10万円

→医療的ケアを含んだ在宅医療推進のための支援体制の総合的対策が今後絶対必須

特に在宅で生活している場合、特別児童扶養手当、障がい児福祉手当に加え、在宅医療支援手当などを支給する。それに伴い長期入院中費用がかからない場合、福祉的な手当支給を中止または減額する。

3. コーディネータの配置*

専門ケースワーカー配置の全額補助

後方病床への移行、在宅医療の支援など地域の医療機関や療育施設、訪問看護、ホームヘルパーなどの情報提供や連携の橋渡しを行うために、医療機関や中央児童相談所、保健センターなどにコーディネータが必要。

* 「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」(通称「舛添懇談会」) 報告書添付資料：日本周産期・新生児医学会からの厚生労働大臣への要望書と同様

Ⅲ. 大阪府医師会周産期委員会 NICU 長期入院者対策小委員会からの具体的な提言

大阪での NICU 長期入院児の具体的な対策として次の施策を提言する。

1) NICU 等長期入院児のための後方支援病床計画策定

(理由) NICU 後方支援病床は日本全体でも不足と考えられるが、大阪府は患者を京都や和歌山に紹介しなければならないなど、他府県と比較しても不足している。既存施設は年長児に対応した施設が多く、NICU 退院後の重症乳児を受け入れる病床を準備する必要がある。

2) NICU 等長期入院児の実態把握と公的協議会の設置

(理由) これまで実態把握は不定期なアンケート調査によるものであった。公的財産ともいえる NICU 病床を有効利用するため、府は公的協議会を設置して利用状況を把握し、退院または転院可能症例を、円滑に後方病床に紹介できるように援助する体制が必要である。

3) NICU 入院児支援コーディネータの配置と有効活用

(理由) (大阪府の事業概要) 出産期に係る周産期医療提供体制の確保に資するため、病院の NICU や小児病棟等に長期入院する児童について、保健医療分野の専門職が支援を行うことで、退院後の自立生活を送るためのエンパワメントや退院促進のためのコーディネート等を行う。

4) 保健センター保健師を地域コーディネータとして教育・活用

(理由) (大阪府の事業概要) 保健所における医療と保健の連携システムを基本として、NICU 長期入院児の在宅医療支援を推進するため、地域における関係機関相互のネットワークを強化するとともに、在宅高度医療児対応事業者等の育成を行うことにより、退院後の高度医療機関と連携した地域医療や支援体制の整備を図る。

5) 当該医療機関または他医療機関での超重症児病床確保：整備のための補助金支援、診療報酬（超重症児加算）の増額

(理由) NICU の効率的な運用のためには、超重症児の受け入れ先確保が必要であるが、状態安定後も、必ずしも療育施設への転院や自宅への退院が可能な状態とは限らない。頻回な吸引やバギング等の医療ケアを要する場合、さらに医療ケアが安定するまでの一時的な受け入れ病床（院内他病棟ないしは他医療機関とのシェア）が必要である。しかし、病床の効率的な運用が妨げられるのは NICU 外でも同様のことであり、超重症児の受け入れには、ハード面とソフト面の両面での整備が必要であり、補助金支援および診療報酬（超重症児加算）の増額が是非必要である。

6) 療育施設（重症心身障がい児施設等）における超重症児病床確保：整備のための補助金支援、診療報酬（超重症児加算）の増額、看護師配置の柔軟な運用と傾斜配置（早出、遅出、病棟単位での重症度に応じた看護師数のシフトなど）

（理由）重症心身障がい児施設等の医療型児童入所施設では多様な重複障がい児を長期にわたり受け入れてきたが、その中で特に超重症児を多く受けるためには、個々の病棟単位で看護基準や勤務が選べ、かつ6歳以上でも同等のケアが続けられるような診療報酬上の支援が不可欠である。

7) 療育施設での人材確保：小児科後期研修時の重症障がい児施設・療育施設研修の必須化推進

（理由）重症心身障がい児施設は小児科において一般的に関心の薄い分野である。私たち重症心身障がい児施設にできることは小児科医の後期研修の場を提供し、一般小児科医に障がい者医療に関心を惹起させ、さらには、重症心身障がい児専門医を養成することである。重症心身障がい児施設に医師のマンパワーを導入することがNICU後方支援の恒久的方策である。

8) 在宅支援体制の構築：経済的支援（在宅支援手当支給）、家族以外の医療的ケア支援、ナイトケア支援、訪問看護・ヘルパーの在宅以外での柔軟な運用、デイサービス・ショートステイ・ロングステイなどレスパイトケア支援、ホームモニタリング、緊急時の受入支援などの構築

（理由）「子どもの最善の利益は、家族と共に家庭や地域で暮らすこと」との理念の基に、今、在宅医療をしながら地域で通常の生活をする子ども達が増加している。家族支援だけでなく、本人の自立支援を視野においた支援体制の構築が必須となる。この推進のためには、従来の特例児童扶養手当、障がい児福祉手当に加え、在宅医療支援手当などの支給も必要。

IV. 大阪府医師会周産期委員会 NICU 長期入院者対策小委員会の目的と検討事項

平成 19 年度に大阪府医師会周産期委員会の下部組織として NICU 長期入院対策小委員会が設立された。以下現在までの活動と今後の展望について報告する。

1. 目的

現在、日本の NICU 全体で超重症児など長期入院児が大きな問題になっている。大阪の NMCS（新生児診療相互援助システム）においても、長期人工呼吸管理を必要とする超重症児が増加しており、急性期のハイリスク新生児の入院に支障をきたす状況となっている。2004 年の NMCS 施設における調査においても 6 ヶ月以上長期人工呼吸管理をしている児が 44 名存在し、その内約 2/3 は退院の見込みの立たない児であった（大阪全体では NMCS 以外でも存在すると推測される）。将来的に、大阪の NICU ベッドの有効利用を含め、こうした超重症児のより良い後方支援施設との連携およびトータルケア・システムの構築のために多面的に検討する小委員会設立の必要性に迫られていた。

2. 検討事項

- 1) NICU 後方支援施設の条件と整備
- 2) 病院-療育施設の連携強化
- 3) 在宅支援、緊急時の受入れ、レスパイト受入れ整備など

V. 全国的な実態調査と大きな流れ

NICU 長期入院児の問題は、厚生労働省の班会議でもしばしば取り上げられた研究テーマで、過去には中村肇班「周産期医療水準の評価と向上のための環境整備に関する研究」（2000-2001年）でのNICUの長期に関する実態調査（山縣晃太郎）^{1,2)}、小山秀夫班「NICUの後方支援に関する研究」（2004-2005）での報告³⁾がある。以後最近の研究報告について要約を紹介する。

1. 日本産婦人科医学会「NICUに関する実態調査報告」⁴⁾

2005年日本産婦人科医学会は、NICUのある全国363病院に03年の入院状況のアンケート調査を施行した。その結果248施設が回答した（回答率68%）。1年以上入院する患者は130人（1施設あたり0.52人、平均2年8ヶ月）で、退院の目途がたない患者が76人（58%）あった。入院6年以上にわたる長期患者が13人いた。長期入院で人工呼吸の必要な患者は81人で、うち70人は退院の目途がたっていない。近年の長期入院患者の病態は、必ずしも超低出生体重児を含んだ極低出生体重児ではなく、先天異常や低酸素性虚血性脳症などが過半数を占めている。こうした状況が、NICUベッド不足の原因の一因となり、ハイリスク妊婦の紹介や緊急時の母体搬送の受入困難となることを指摘している。そのため行政などの働きかけを行い、「NICU後方支援施設」の充実を求めることが強調されている。

2. 日本小児科学会倫理委員会の実態調査⁵⁾

杉本健郎らは、2007年5月1日時点での年齢20歳未満の超重症児について、宮城県、千葉県、神奈川県、滋賀県、大阪府、兵庫県、鳥取県の8府県でアンケート調査を行い、日本小児科学会雑誌に報告している。総数1,246名の入院率は約30%であった。急性期病棟には15%であった。12%は退院が可能であったが、在宅や他施設の受入が困難な状況にあった。在宅医療支援（訪問診療、訪問看護など）は極めて限られた利用資源であり、在宅介護の殆どは家族（主に母親）が担っていた。結論として超重症児の受入施設の拡充（ケアホームも含む）、小児在宅医療の推進施策、さらにヘルパーによる医療的ケア支援を可能にする条件整備が必要であると提言がなされている。

3. NICU入院児支援コーディネータの設置⁶⁾

2007年梶原らは、厚生労働省研究班の報告として「NICU長期入院児の実態調査報告」を発表した⁷⁾。全国296施設（総合周産期母子医療センター61施設、日本周産期・新生児医学会基幹研修施設116施設）にアンケートを郵送し188施設から回答があった（63.6%）。新生児病棟の約4%に長期入院児が入院、病院施設内に216例、すなわち新生児病棟の呼吸管理可能病床の6.6%が長期入院呼吸管理例であった。アンケート回収率から全国長期入院児は340人と推計された。この報告をもとに後方支援施設として小児病棟の超重症児病棟、重症心身障がい児施設など療育施設、在宅生活などを挙げ、その推進のためにNICU入院児

支援コーディネータの設置するよう提言した。この提言に基づき医政局長、雇用均等・児童家庭局長、社会援護局長、保険局長の連名で各都道府県知事宛「新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組みについて」（平成19年12月26日）という、この問題に必要な対策を取るよう通達を行った。そして、国はその目的のための補助金支給や診療報酬増額による経済的支援、さらに新規にコーディネータ配置や在宅支援などのための事業予算を計上することを決定した。このNICU入院児支援コーディネータの必須の役割として、「NICU等の長期入院児の現状把握及び現在入院中の医療機関と望ましい移行先（他医療機関、福祉施設、在宅等）との連携・調整」、さらに望ましい役割として、「移行後の緊急時に備えた救急医療機関・専門的医療機関との連携」「家族への包括的ケアの提供」「在宅生活等への移行に伴う医療的・福祉的環境整備」が挙げられている。今後、これらの施策により後方支援施設の確保とコーディネータ配置や在宅支援の整備が推進することが期待される（現実に2008年度より国で予算化が決定し、地方自治体でコーディネータが配置されつつある）。

4. 新生児医療施設における実態調査⁸⁾

2009年田村らは、厚生労働省研究班の報告書を発刊した。新生児医療連絡会に加盟している新生児医療施設計206施設に対して長期入院児の発生数およびその転機をアンケート調査した。その結果、(1) 全国の長期入院児の年間発生数は約220例と推計された（出生1万人当たり約2.2例の発生率）。(2) 2年間の新生児医療施設での転機では、2年後には18.2%に減少していた。(3) 約30%は自宅への退院、約15%は死亡退院であった。(4) 長期入院児のうち、基礎疾患に関しては、新生児仮死後後遺症例が新生児医療施設内に留まる傾向の強いことを指摘している。このうち、約55%、すなわち約120例に対し、毎年受入れ施設または在宅支援体制を整える必要があり、特に新生児仮死後後遺症例に対する特別支援が必要であると述べている。

また、「中間施設候補」に関する調査も報告している。全国地域小児中核病院（508施設）にアンケート調査を行い、421施設（回答率83%）から回答を得た。その結果、在宅医療中の慢性呼吸管理児の急性増悪時の受入れが「可」が165施設、「条件付可」が177施設であった。小児病棟の規模としては、小児科医9人以上、看護師26人以上、病床34床以上、人工呼吸器15台以上有する施設であった。これらの施設は、NICU長期入院児が重心施設や在宅医療に移行後の中間施設候補として考えられると述べている。その条件として、十分な人員と診療報酬、感染暴露対策、家族の付添い、それを前提に医師・看護師に専門的知識とトレーニング、NICUから移行のための家族への十分な説明、地域在宅医療システムの構築などが挙げられた。

さらに療育施設への受入れ状況に関する実態調査では、重症児・者療育施設はほとんどが満床状態で、受入れ推進のためには以下の整備が必要であることが示された。

(1) 死亡退所以外では、地域の受け皿作り（たとえばケアホーム）をしない限り空床が

得られない。(2) NICU 受け皿に見合う重症児病棟の医療保険増額がなければ、看護体制が組めない。(3) 短期入所についても、現在の介護給付では人工呼吸装着児は安全に受け入れられず、増額が必要である。(4) 重症児ケアマネジャーは、福祉職と医療職の最低2名体制が必要である。(5) ケアホーム事業の推進のためには、医療のバックアップ体制作りと介護職の医療的ケア推進、夜間介護給付の大幅な増額が必要である。(6) 重症児の訪問看護ステーション利用推進には、在宅看護の難しさを認知し、システム構築と同時に診療報酬の大幅な見直しが必要となると述べている。

全国の在宅療養支援診療所において、小児の在宅医療を積極的に行っている医療機関は残念ながら10施設以内で、その中でも10人以上の小児患者に在宅医療を行っている医療機関は3箇所程度と厳しい状況が報告されている。小児在宅医療の裾野を広げるためには、小児科一般開業医の在宅医療参入が必要と述べている。

VI. 大阪における NICU 長期入院児の実態と報告

1. 大阪の NMCS（新生児診療相互援助システム）における NICU 長期入院児の実態

1) 鍋谷まことら⁹⁾「長期人工呼吸管理が必要な超重症児に関するアンケート調査」

2003 年度厚生労働省精神神経疾患研究班（分担研究班：鈴木康之）の一環として鍋谷、船戸らは大阪 NMCS における 6 ヶ月以上の長期人工呼吸管理が必要な超重症児に関するアンケート調査を行った（回答率 100%）。その結果、入院中の長期呼吸管理児は 44 例であった。そのうち 2/3 は低酸素性虚血性脳症、先天奇形、神経筋疾患、超低出生体重児など新生児からの疾患が関与していた。また、在宅中の長期呼吸管理児は 11 例であった。在宅医療の推進のためには、家族の精神的支援と経済的支援体制の整備やレスパイト施設、訪問看護など社会的体制の整備が強く望まれていた。NICU では、日常介護への早期参加促進、カンガルーケア、タッチングケアの推進など親子の愛着形成に関する取り組みが積極的になされていた。今後医療施設、療育施設、行政、福祉、教育などの役割分担と協力連携、さらに児の QOL を支える支援体制の早急な構築が必要であるとの結論であった。

2) 船戸正久ら¹⁰⁾「長期人工呼吸管理を要する超重症児の QOL（いのちの輝き）と転帰」

2006 年度厚生労働省精神神経疾患研究班（主任研究者：佐々木 証之）で行った我々の施設（淀川キリスト教病院）での調査では、1982-2005 年の 23 年間に当院の慢性呼吸管理病棟に 1 年以上入院した超重症児は 15 例で、NICU 経由が 9 例、直接入院が 6 例であった。基礎疾患は、低酸素性虚血性脳症 8 例、神経筋疾患 6 例、先天奇形 1 例であった。生存例が 6 例（内入院中 3 例、最長 15 年、在宅中 3 例）、死亡例が 9 例であった。内 7 例は、入院中に肺炎、敗血症、その他の原因で死亡した。最期は家族と医療チームと児の「最善の利益」を中心とした話し合いの上 DNR（蘇生せず）、または緩和的医療を適応し、家族の希望がある場合、看取りの医療を適応した。残り 2 例は、在宅および外泊中に死亡した。こうした回復不可能な超重症児に対しては、児の「最善の利益」を中心に家族と共に治療目標を定めて、目標に向かってチーム全体で児と家族を支援することが大切である。今後全人的な QOL を高める在宅医療の推進や緩和ケアを含めた「いのちを慈しむ医療」の導入と、トータルケア（良い生と死）を支えるための後方支援体制の整備が重要である。

3) 北村直行¹¹⁾「長期 NICU 入院児について」

2007 年 NMCS 創立 30 周年記念として「新生児白書Ⅲ」が大阪府医師会から発刊された。その中で北村は、長期 NICU 入院児の調査を行った（回答率 100%）。その結果 1 年以上の長期入院児は 8 施設において 23 例の回答があった（2 施設各 3 例、6 施設各 2 例、5 施設各 1 例）。アンケート結果から、こうした児の大阪での受入施設として、枚方療育園、愛徳整肢園（南大阪療育園）、済生会中津乳児園、その他、府外として国立病院機構和歌山病院、南

京都病院などの名前が挙げられていた。その具体的対策として、①NICU 後方支援施設拡充のための推進事業、②公的協議会（行政、周産期関係者、療育関係者、家庭児童センター関係者など）の設置、③NICU 長期入院患者の月別詳細把握と報告、④大阪府内療育施設における該当患者の受入状況の公表、⑤養育医療制度の延長、⑥周産期関連長期入院児一般病棟での管理加算の新設、⑦周産期関連長期入院児の慢性 ICU 病床の在院期間算定除外、⑧周産期専属ケースワーカー業務への補助金、⑨在宅医療推進とその支援体制の整備（医療的ケア、ナイトケアなど）⑩在宅医療における家族費用負担の軽減と補助、⑪在宅医療支援病床加算の新設が挙げられている。そしてこれらの方策をもって積極的にNICU 長期入院児の対策を行わなければ、大阪の周産期医療は緊急に常時、対応可能とは言えない状況が今後も続くことになると述べている。

2. 大阪府（行政）での実態調査

2007 年、厚生労働省からの通知「新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組について」を受け、大阪府域における NICU 等長期入院児の実態把握調査を行った。大阪府域にある小児科病床のある 82 病院を対象に、NICU 等に 6 か月以上入院している 18 歳未満の児童について、「基礎情報」、「医療の状況」、「今後の見通し」等の状況を調査した。2008 年度も「NICU 長期入院者対策小委員会」における議論を踏まえ、調査を継続して行った。

2 年間の長期入院児の基礎情報をみると、6 か月以上の入院児の総数が 98 名から 63 名になり、また、NICU に 6 か月以上入院している児童は 6 名から 0 名に減少した。医療の状況については、各年度とも「レスピレーター管理」（約 35%）や「気管内挿管」「気管切開」（約 50%）など変化はなかった。今後の見通しについては、各年度とも 1 か月以内の退院予定件数は「あり」が 1/3、「なし」が 1/2 であり、退院予定がある場合の移行先については、変化はみられなかった。

なお、NICU が満床である状況は改善されておらず、さらに小児科病床においてレスピレーター管理中であるなど、NICU を入院経路とする長期入院児が各年 10 名存在した。詳細な検討が必要ではあるが、長期入院児に対する様々なアプローチがなされ、結果として NICU 長期入院児が減少したことがうかがえた。しかし、現実には NICU は満床状態であり、これを改善するための施策が必要である。

- 平成 19 年度実態調査は平成 20 年 2 月 1 日を基準日として調査を行った。その結果は次のとおりである。

①基礎情報

平成 19 年度は 17 病院に 98 名入院しており、その内訳は NICU6 名、GCU13 名、小児科病床 79 名、その他 1 名であった。年齢等その他の基礎情報は次表〔1〕～4〕のとおりであった。

1) 年齢

	件数	%
15歳以上	12	12
10～15歳未満	13	13
5～10歳未満	23	23
1～5歳未満	36	37
0歳	14	14
計	98	100

2) 入院期間

	全件	%	うちNICU	うちGCU
10年以上	4	4		1
9～10年未満	3	3	1	
7年	2	2		1
6年	1	1		
5年	2	2		1
4年	2	2		
3年	6	6		2
2年	9	9		2
1年	29	30	2	1
6か月～1年未満	40	41	3	5
計	98	100	6	13

3) 基準日入院病床

	件数	%
NICU	6	6
GCU	13	13
小児科病床	78	80
その他	1	1
計	98	100

4) 入院経路

入院経路	基準日における入院病床				計
	N I C U	G C U	小児科病床	その他	
G C U			1		1
N I C U		1	9		10
院内出生	4	8	9		21
自宅		1	34		35
他の小児科病床		1	1		2
他院		1	11		12
他院出生後入院	2	1	9	1	13
その他			4		4
計	6	13	78	1	98

②入院児に対する医療の状況

平成 19 年度の調査時点における入院児に対する医療の状況について調査したところ、その結果は次表〔1)～4)〕のとおりであった。

1) 医療行為で該当するもの（複数回答）

	件数	%
レスピレーター管理	36	37
気管内挿管 or 気管切開	49	50
下咽頭チューブ（エアウェイ装着）	1	1
酸素吸入または room air 下で SaO ₂ 90%以下が1日の10%以上	29	30
1回/1時間以上の頻回の吸引	17	17
6回/日以上以上の頻回の吸引	42	43
レスピレーター装着せずネブライザー常時使用	2	2
レスピレーター装着せずネブライザー3回/1日以上以上の使用	2	2
中心静脈栄養施行中	14	14
経管 or 経口全介助	69	70
胃・食堂逆流現象（体位・手術・内服剤等で抑制できない or コーヒー残渣様の嘔吐を伴う程度のもの）	14	14
体位変換（全介助）6回/日以上	51	52
定期導尿（3回/日以上）or 人工肛門	4	4
過緊張（けいれんは除く）により3回/週以上の臨時薬を要する		-
血液透析を施行中	2	2

2) 移動・運動で該当するもの

	件数	%
寝たきり	56	57
座位まで	10	10
膝行等での移動可		-
不安定独歩可（装具使用でも可）	5	5
安定独歩	20	20
1歳未満のため移動不可	8	8

3) 社会性、言語能力で該当するもの

	件数	%
追視可	45	46
あやすと笑う	39	3
人見知りする	24	26
有意語あり	27	6

4) てんかんについて該当するもの

	件数	%
てんかん発作なし	48	49
てんかん発作あるが、無投薬	3	3
てんかん発作あり、抗痙攣薬で発作抑制可能	25	26
難治性てんかん発作あり	6	6

③入院児の今後の見通し

平成19年度調査における長期入院児のうち、1か月以内に退院予定の者は34名であった。退院予定者の移行先内訳は、在宅29名、他院転院3名、福祉施設1名、乳児院1名であった。また、退院できない場合、その理由としては、病状が重症等のため退院不可34件、福祉施設の空きが無い13件、受入医療機関が無い17件、家族が退院を希望しない16件、地域の在宅支援体制が不十分9件、現在治療中であり終了後退院可能8件であった。退院できない原因疾病等その他の調査結果は次表〔1)～5)] のとおりであった。

1) 1か月以内の退院予定

	件数	%
ある	34	35
ない	50	51
わからない	14	14

2) 退院予定がある場合の移行先

	件数	%
在宅	29	30
他院転院	3	3
福祉施設	1	1
乳児院	1	1
その他		-

3) 退院できない主な原因疾病

	件数	%
未熟性による合併症	4	4
多発奇形症候群、染色体異常	4	4
低酸素性虚血性脳症、頭蓋内出血	18	18
先天性心疾患	3	3
神経筋疾患	12	12
その他（腫瘍・移植等の対象）	25	26

4) 退院できない理由

	件数	%
病状が重症または不安定で退院、転院が不可能	34	35
福祉施設の空きが無い	13	13
転院を受け入れる医療機関が無い	17	17
家族が退院を希望しない	16	16
地域の在宅生活を支援する体制が不十分であるため、在宅に移行できない	9	9
現在治療中であるが、治療が修了すれば自宅療養が可能	8	8

5) 入院児の状態から、最も望ましいと考えられる療養・療育環境

	件数	%
引き続き医療機関のNICU等に入院	5	5
同じ病院の小児科病床	23	23
他病院の小児科病床	5	5
福祉施設	16	16
自宅	18	18
その他	3	3

○ 平成20年度実態調査は平成21年2月1日を基準日として調査を行った。その結果は次のとおりである。

①基礎情報

平成20年度は18病院に63名入院しており、その内訳はNICU該当なし、GCU11名、小児科病床45名、その他7名であった。年齢等その他の基礎情報は次表〔1)～4)〕のとおりであった。

1) 年齢

	件数	%
15歳以上	3	5
10～15歳未満	14	22
5～10歳未満	9	14
1～5歳未満	28	44
0歳	9	14
計	63	100

2) 入院期間

	全件	%	うちNICU	うちGCU
10年以上	2	3		
7年	1	2		
6年	1	2		
5年	1	2		
4年	2	3		
3年	6	9		1
2年	5	8		
1年	15	24		6

6 か月～1 年未満	30	47		4
計	63	100	-	11

3) 基準日入院病床

	件数	%
N I C U		-
G C U	11	17
小児科病床	45	71
その他	7	11
計	63	100

4) 入院経路

入院経路	基準日における入院病床				計
	N I C U	G C U	小児科病床	その他	
G C U(自院)			1		1
N I C U(自院)		2	3	1	6
N I C U(他院)		2		2	4
院内出生		5	7	1	13
自宅			19	2	21
小児科病床(自院)			3		3
小児科病床(他院)		1	4	1	6
その他		1	8		9
計	-	11	45	7	63

②入院児に対する医療の状況

平成 20 年度の調査時点における入院児に対する医療の状況について調査したところ、その結果は次表〔1)～3)〕のとおりであった。なお、平成 20 年度は、入院児が利用している公的制度について調査した。

1) 利用している公的制度について該当するもの(複数回答)

制度名称	制度の利用あり	
身体障がい者手帳	30	うち 1 級 23
療育手帳	16	うち A 12
小児慢性特定疾患	35	うち重症認定 10
特定疾患治療研究事業	4	

乳幼児医療費助成	19	
特別児童手当	21	
障がい児福祉手当	15	
その他	10	

2) 医療行為で該当するもの（複数回答）

	件数	%
レスピレーター管理	22	35
気管内挿管 or 気管切開	31	49
下咽頭チューブ（エアウェイ装着）	1	2
酸素吸入または room air 下で SaO2 90%以下が1日の10%以上	19	30
1回/1時間以上の頻回の吸引	13	21
6回/日以上での頻回の吸引	25	40
レスピレーター装着せずネブライザー常時使用	1	2
レスピレーター装着せずネブライザー3回/1日以上での使用	9	14
中心静脈栄養施行中	10	16
経管 or 経口全介助	44	70
胃・食道逆流現象（体位・手術・内服剤等で抑制できない or コーヒー残渣様の嘔吐を伴う程度のもの）	9	14
体位変換（全介助）6回/日以上	29	46
定期導尿（3回/日以上）or 人工肛門	2	3
過緊張（けいれんは除く）により3回/週以上の臨時薬を要する	5	8
血液透析を施行中		-

3) 移動・運動で該当するもの

	件数	%
寝たきり	32	51
座位まで	7	11
膝行等での移動可	4	6
不安定独歩可（装具使用でも可）	1	2
安定独歩	11	17
1歳未満のため移動不可	8	13

③入院児の今後の見通し

平成20年度調査における長期入院児のうち、1か月以内に退院予定の者は21名で

あった。退院予定者の移行先内訳は、在宅 17 名、他院転院 3 名、福祉施設 1 名であった。また、退院できない場合、その理由としては、病状が重症等のため退院不可 9 件、福祉施設の空きが無い 6 件、受入医療機関が無い 5 件、家族が退院を希望しない 14 件、地域の在宅支援体制が不十分 3 件、現在治療中であり終了後退院可能 14 件であった。退院できない原因疾病等その他の調査結果は次表〔1)～5)〕のとおりであった。

1) 1 か月以内の退院予定

	件数	%
ある	21	33
ない	37	59
わからない	5	8

2) 退院予定がある場合の移行先

	件数	%
在宅	17	27
他院転院	3	5
福祉施設	1	2
乳児院		-
その他		-

3) 退院できない主な原因疾病

	件数	%
未熟性による合併症	2	3
多発奇形症候群、染色体異常	3	5
低酸素性虚血性脳症、頭蓋内出血	12	19
先天性心疾患	3	5
神経筋疾患	6	10
その他（腫瘍・移植等の対象）	18	29

4) 退院できない理由

	件数	%
病状が重症または不安定で退院、転院が不可能	9	14
福祉施設の空きが無い	6	10
転院を受け入れる医療機関が無い	5	8

家族が退院を希望しない	14	22
地域の在宅生活を支援する体制が不十分であるため、在宅に移行できない	3	5
現在治療中であるが、治療が修了すれば自宅療養が可能	14	22

5) 入院児の状態から、最も望ましいと考えられる療養・療育環境

	件数	%
引き続き医療機関のNICU等に入院		-
同じ病院の小児科病床	1	2
他病院の小児科病床	17	27
福祉施設	3	5
自宅	9	14
その他	17	22

Ⅶ. これまでの NICU 長期入院者対策小委員会での検討内容

現在まで 7 回の小委員会が開催された (H19 年 4 月 19 日、8 月 9 日、10 月 11 日、H20 年 11 月 6 日、H21 年 1 月 15 日、3 月 5 日、4 月 28 日)。

1. 平成 19 年度第 1 回 NICU 長期入院者対策小委員会 (H19 年 4 月 19 日)

「救命救急センターとは異なるが、NICU において長期に渡りベッドを必要とする子どもが存在する。限られたベッドを如何にして機能させるか明快な答えを引き出すには、人のいのちとは何かという重く、難しい問題に向かい合わなければならない。NICU を出た患者が地域で生活をするためにも多くの懸案を抱えており、府医としてどのようなスタンスで取り組むか考えていただきたい」という副会長の挨拶で開会。委員長から日本産婦人科医学会母子保健委員会の全国調査の結果を報告し、また大阪の NMCS での長期入院に関する調査についても説明がなされた。大阪においても長期人工呼吸管理を必要とする超重症児が増加し、急性期のハイリスク新生児の入院に支障をきたしている現状が伝えられた。また大阪府からは、厚生労働省の依頼に基づき調査したアンケートの中間集計についても報告された。その後、自由に意見交換が行われた。「ベッド不足は確かであるが、増床すれば問題が解決するわけではない」「財源に対する考え方として、医療保険の適応となるのか、福祉として税金が投入されるのか、両方で進められるのか、それによって患者負担も変わってくるので、施策の方向性が左右される」「働く医師、看護師を含む職員不足は療育の分野でも深刻である。国がどのような考えで後方支援に対する施策がなされるのか、果たして患者の望んだものになるのかは懸念がある」「在宅生活に対する整備は現実に進んでおらず、療育園でも人工呼吸器がついていると入所困難になる」「7:1 看護によって、看護師が病院へ就職する傾向があり、ますます療育施設の体制確保は困難になっている。しかし、急性期病院が長期入院患者を診ていくことには問題を感じる」「NICU では治療が目的、療育では状態が安定したとき引き受け、生きる意味と向かいあいながら QOL を確保するという認識が大切」「両者の関係を整理して、連携することが必要」以上のような意見がでた。

2. 第 2 回 NICU 長期入院者対策小委員会 (H19 年 8 月 9 日)

前回は、NICU 側からの問題点や課題を検討したが、今回は NICU 後方支援を期待されている療育施設 (重症心身障がい者施設) からの意見を聴取した。

「超重症児 (者) 加算を 1 日 300 点から 1400 点へ増点させるべき」「看護職員配置については、3 人夜勤ないし実質 7 対 1 (旧 1.4 対 1) の配置が望まれる」「しかし、現状では看護師確保が困難であり、10 対 1 基準を取れていない施設も多い」「医師も小児科医が不足しており深刻であり、どの施設も募集しても獲得は非常に厳しい」「この状況では、安定している呼吸器患者の受入はある程度可能であっても、NICU からの受入や不安定な患者の受入は困難」「短期入所において人工呼吸管理が必要な患者は次第に増加し、施設入所よりも多くなっている」「短期入所は、入院でないため入院算定ができない」「重症心身障がい児施設

は医療型と生活型に大別すれば、生活型として捉えていく傾向」「年少の超重症児の場合、容態も変化しやすく、全面的に受け入れるには不安が残る」「国に対しては、医療費においては超重症児（者）加算の増額、看護配置での柔軟さ（早出、遅出の容認、病棟単位での看護職員数のシフト）を求める」「地方自治体には短期入所に対する補助金施策を望む」「基本的には利用者は児童相談所からの紹介である」「診療密度の向上と医師不足の改善も目指し、NMCS 参加病院から毎年 1 名医師の派遣を望む」「重心施設が NICU 長期入院者を受け入れるときのルールを設定してもらいたい」「超重症児受入のための補助金拠出を要望する」「療育施設移行まで病院にも中間施設的な病棟や部屋を設ける」「将来医療度の高い患者は療養型医療施設へ移すことも考慮」これらの検討を踏まえ、次回子ども家庭センター（旧児童相談所）からのヒアリングを予定することになった。

3. 第 3 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H19 年 10 月 11 日）

今回 NICU と療育施設を繋ぐ業務に携わる大阪府中央子ども家庭センターの働きについて、療育施設への入所に対する判断基準やその問題点について聴取した。重症心身障がい児施設は、この度施行された障害者自立支援法により、利用者との関係が措置から契約へと移行し、それに伴い子ども家庭センターの役割も変わった。一般的な手続きは、子どもの状態を見て保護者に結果を通知し、受給者証を発行する。同時に情報提供と斡旋を行う。それを基に保護者は直接施設と交渉し、利用契約を結ぶ。但し、①保護者が不在で利用契約締結が困難な場合、②保護者が精神疾患等の理由により、制限行為能力者又はこれに準ずる状態の場合、③保護者の虐待等により入所が必要であるにもかかわらず利用契約締結が困難な場合、措置制度が適応される。しかし、応能負担になるため利用料を納められないケースが少なくない。大阪の重症心身障がい児施設における定員は 600 床である。しかし現時点では満床状態であり、近畿の他府県や東海地区にも枠を広げて紹介斡旋をすることもある。大阪府内では子ども家庭センターが 6 ヶ所あり、そこへ寄せられた依頼を中央に集約する。府内全体のバランスを考えた上、子どもの状態像と養護性を精査しながら施設入所に関しての判断を下している。しかし大阪では、需給バランスがとれておらず、空きが出てもすぐに埋まる状況である。とくに NICU から療育施設に移る児は呼吸管理が必要であることがほとんどだが、条件を満たせる施設は極めて少ない。昨年、金剛コロニーを整備し定員を増やしたが、直ぐに満床になった。現時点では他府県枠を利用することが多い。重症心身障がい児施設は、児童福祉法に基づくものだが、18 歳以上でも利用可能である。

（討論）「年間入所希望者数は？」「100 名程度、その内 H17 年には 31 件のみ入所した」「大阪で満床の場合、措置への対応は？」「大阪以外にも目を向けていかなる手段を講じてでも探す」「病院の方が手厚いので療育施設への移送を希望しないと聞く」「受け皿がないことは事実であるから、誰かが主体となって設置すべき」「在宅への支援をもっと厚くしないと、家族負担が大きくなりモチベーションが維持できない」「療育施設での医師、看護師の確保が重要、それが可能であれば、NICU からでも療育施設への移行が可能になる」

「NICUの後方支援施設」が整備された時、現在NMCSに入院している児のどの位が移行可能であるか、次回までに調査を行い、数字を提出する。

4. 平成20年度第1回NICU長期入院者対策小委員会（H20年11月6日）

今回はオブザーバーとして、日本医師会・今村常任理事と厚生労働省・小林母子保健課長補佐にも参画いただいた。小委員会の設置の目的や過去3回の検討概要、最近の全国的な動きが紹介された。また、GCU病床を診療報酬や看護体制を手厚くすることによって、NICU病床から移せる児も存在が指摘、800点の新生児入院医療管理加算を包括5400点にまで引き上げることが目安にすることを提案された。小林課長補佐からは保険点数の改訂にあたっては、引き上げへのエビデンスとなるデータが提出されれば、議論の俎上に乗せることは可能であるとのコメントがあった。大阪府の行政からのアンケート調査の集計結果が報告された。大阪府下のNICU病床のある82病院にアンケート調査を行い、100%の回答率を得た。17病院が6か月以上の長期入院者が存在しており、NICU病床6名、GCU病床13名（新生児関係計18名）、小児科病床79名（NICUおよびGCU病床から移行したのものも含むと同時に、小児病棟に直接入院したものも含まれる）の計98名であった。退院可能なものが20名いた。今後は大阪府として支援モデルを構築していくことになるが、在宅支援コーディネータを含め、予算を視野に入れて、検討を進めていきたいと報告があった。とくに国から都道府県に求められているコーディネータの役割に関する議論や看護配置の問題などが検討していくべき問題として提起された。新たな国基準で考えると大阪府ではNICUは240床必要だが、現状は213床であり、不足している27床を満たすことが求められた。

5. 平成20年度第2回NICU長期入院者対策小委員会（H21年1月15日）

大阪府健康づくり課より「大阪府における小児医療等体制」の将来のビジョンについての説明が行なわれた。国は在宅支援のためのコーディネータを都道府県に導入する予算を1人分（約550万円）計上している。しかし、大阪の人口約880万人を考えると、1人のみの導入では府全域をカバーできない。最低で医療圏域毎の設置が望まれる。最終的には大阪府として独自の展開を進め、母子保健事業のガイドラインを新たに示した事業展開を行うとともに、国が示している方針では問題解決に至らないことを証明したいとした。大阪府のスキームによると、拠点病院に指定したソーシャルワーカー等に力を借りながら、保健所が中心となって、地域の診療所や在宅事業所などの相互連携を図っていく。現時点では拠点病院を府立母子保健総合医療センターの1か所としているが、次年度には2～3か所設置し、国庫補助などによって優遇したい。拠点病院は入院中から在宅での生活に向けた援助をしながら、退院のためのコーディネートをを行い、地域に在宅医療に対する支援を求める。また、保健所業務として、介護保険制度で位置づけられたケアマネジャーの役割を期待している。現行は平成22年度までに結論を出し、それ以降にも実施可能な計画目標を立てたいとした。それに対して各委員から下記の意見が出された。

「今回、提出された大阪府の計画は在宅へ戻すことが前提となったものであり、病院や療育施設で治療が必要な患者への視野がない。患者が家庭へ戻ったために、看病などで大きな負担を強いられる家族も数多く予想できる。必要とする医療が受けられなかったり、経済的な援助を得られなかったりする人の想定もないまま、このプランを進めることを容認しがたい」「本委員会は NICU 病床が満床であるために母体搬送の受入れが出来ないことを危惧するところから始まったものである。全国的には NICU を増床する可能性もあるが、ハードの整備が出来たとしても小児科医師の確保がなされなければ、話しが進まない。在宅で生活可能な患者はよいが、そうでない人の受け皿の整備が急務であり、病床規制の枠外として考えてもらいたい」「在宅へ返しても、病院へ戻ってくるケースも多い。在宅だけでなく後方病床や療育施設を含めた議論が必要であり、患者個々のケースに応じた治療目標を立てられれば、問題点も明確に浮かび上がるのではないか」「厚生労働省のアイデアでは問題解決が難しいとする立場なら、そのことを否定する施策を立てるのではなく、大阪として独自のものを出して府民に還元していく方がよい」など。

今期の事業について討議がなされ、NICU 長期入院への対策について委員が各々の立場からレポートを執筆戴き、それをもとにして、提言をまとめる。本委員会へ報告するとともに、大阪府医師会の事業として反映されるような方向性で小委員会を進めていくことになった。その他、国が療養介護士を創設するよう準備を進めているが、医師会や看護協会の理解が十分に得られていない現状があり、今後注目したい。堺市が心身にハンデのある人たちや難病患者の健康づくり、社会参加を支援していくための、健康福祉プラザ（入所 50・ショートステイ 10）を創設し、平成 23 年度末の開所を目指していることが紹介された。

6. 平成 20 年度第 3 回 NICU 長期入院者対策小委員会（H21 年 3 月 5 日）

英国に留学されていた大阪府立母子保健総合医療センターの望月成隆（新生児科診療主任）医師から「英国の長期入院対策の実情」を報告戴いた。望月医師は小児病棟が慢性的に満床であり、児が退院できる目途が立たないため、NICU 病床に転棟できなかった経験から在宅医療に関心を持った。約 3 か月間、渡英し、小児在宅医療をはじめ King's College Hospital（以下：KCH）や St. Thomas' Hospital（以下：ST.Thom）にある NICU の見学などを行った。NICU 病床は府立母子が 18 床（GCU・12 床、医師：13 名、看護師：70 名）であるのに対して、KCH が 18 床（GCU24 床・医師：17 名、看護師 70 名）ST.Thom が 12 床（GCU30 床・医師：15 名、看護師 72 名）と規模は変わらないが、府立母子での年間の分娩数 1700・NICU 入院数 280 に対して、KCH の年間分娩数が 5500、ST.Thom が 6000 であり、NICU 入院数はともに 600 と効率よく回転していた。病院と地域の連携が密接であり、地域小児科医や在宅看護師が在宅移行後のフォローを可能にする体制整備によって、患児が在宅に戻れることを強調した。また、看取りについて日本と英国における考えの違いについても触れた。最後に英国医療の特徴として①集約化、②役割分担、③分散化を挙げながら、在宅医療の可能性として、慢性患者の病院出口となりうることに加え、新生児や妊婦の早期退院を促

進し、医療資源が有効に活用できることなどを挙げた。

その後、各委員からの提言について検討した。意見のいただいた 8 名の委員から、それぞれの資料をもとに口頭で説明を行った。「NICU の長期入院児を減らすためには、(1) 大阪府内における NICU 病床を増設すること、(2) NICU からの退院促進をスムーズにすることが考えられる。そのうち、本委員会では (2) を議論の核とすることを確認。(2) においては、在宅や療育施設などへの転院、他病棟に移ることなどが考えられる。しかし、在宅では家族の負担などが大きく、病院と地域間の連携をスムーズにすることや在宅指導講習会の場を求める必要がある」「重症心身障がい者施設などの転院を図るには看護体制を含めた保険点数や医師確保、ケースワーカー業務の整備など問題は多岐に渡る。その上で、重症心身障がい者施設において、後方支援病床計画の策定や大阪府からの補助金による支援を求める」「後方の受入れ施設においては、7:1 看護の基準は必要だ」また「英国の経験として話しのあった、未熟児の看取りに関する宗教的な価値観の線引きも本委員会の役割ではないとしながら、議論がなされるべきである」その他、(1) については NICU を現在の病床規制の枠外にしない限り、実現は難しいという意見が上がった。

さらに担当理事から平成 21 年度の周産期医療研修会で今村常任理事や厚労省の参加を求め、本委員会での検討において、国の施策に反映が可能な部分は提言していきたいとし、小委員会での了承を得た。

7. 平成 21 年度第 1 回 NICU 長期入院者対策小委員会 (H21 年 4 月 28 日)

児玉委員より資料「重症心身障がい児施設で NICU からの引き受けを増やすためには」をもとに説明。医療看護濃厚病棟を可能とするため、看護基準を病棟単位で認めるよう要望することに加え、超重症児(者)加算入院診療加算増と 6 歳を超えた超重症児(者)への診療報酬上の保証が求められた。

船戸委員長より作成した提言書(叩き台)に関する内容等について検討した。提言書は目的や構成委員のほか、これまでの NICU 長期入院者対策に対する全国的なコンセンサスを纏めたことに加え、各委員の NICU 長期入院者対策に対する考えや本小委員会が辿ってきた議論などに触れている。大阪府医師会からの提言は公的協議会の設置やコーディネータの有効活用を要望することになるが、中平委員からは提言に対するより詳細な解説が求められるとし、書き加えることにした。今回の小委員会では次年度に診療報酬改訂が迫っているため、緊急提言として GCU での新生児入院医療管理料やレスパイト入院管理料などの新設を挙げている。その他、白石委員からは府立母子保健総合医療センター新生児科部長である北島博之先生が記した、「大阪府立母子保健総合医療センターにおける「NICU および後方病床の現状と課題」が提出され、十分に配慮したうえで、提言を完成させることになった。

周産期医療研修会の開催について小川理事より説明された。「NICU の不足と長期入院対策」をテーマとして、7 月 4 日に薬業年金会館で開催することとなった。式次第では提出さ

れた案に加えて、愛仁会高槻病院の南 宏尚副院長が追加発言を行うこととなった。開催については現時点では近畿各府県医師会、近畿の行政機関（母子担当）のほか、大阪府医師会の広報定例会を通じて、関連メディアへ通知する予定である。

Ⅷ. 大阪での具体的な対策提案（提言）

1. 小委員会各委員からの意見

【根岸委員】（NICU）NICU 長期入院児対策（提言書）

1) 目的： NICU に長期入院している児の増加のために、NICU ベッドの本来の目的であるハイリスク新生児受け入れ困難が生じ、その結果ハイリスク妊産婦の受け入れ困難が生じていることに対する速効的対策。特に人的・医療経済的資源をムダ無く有効に利用し、NICU ベッドの有効利用を図る。

2) 現状の要約： 超重症児・先天異常児等が、出生直後から NICU に入院し NICU ベッドを占拠している例が多い。これらの児は、呼吸管理や IVH など高機能医療を必要とする例が多く、医師のみならず看護面における多くのマンパワーを必要とする。従って、最低でも一般病棟の 7:1 看護規準は必要である。しかし、現状では重症心身障がい者施設では 7:1 看護基準は取得されておらず、人員の傾斜配分により看護師を重点配置している現状では、このような児をさらに増加して受け入れることは困難である。

保護者側からも、NICU を一度退院してしまうと、再入院する施設を見つけることが困難になることを恐れ、退院→在宅に二の足を踏むということも見受けられる。

3) 対策案：

- (1) 一般病院に Post NICU 重症障がい児病床を、病床規制枠外に 3~4 床ぐらいの増数を認める（診療報酬 4,000 点ぐらい、大部分包括、一部出来高、2:1 又は 3:1 看護基準）
- (2) 当該一般病院は、総合・地域周産期母子医療センターを有する 7:1 看護基準を原則取得している病院とする
- (3) 当該病床への入院は、NICU 退所後の児の入院に限ることとする（一度当該病床を退院しても再入院可能とする）
- (4) 診療報酬で 4,000 点が不可能な場合は、補助金を各自治体が補助する。現状の超重症児、準超重症児加算（600 点、200 点）だけでは対応は困難である。

【北村委員】（NICU）

平成 19 年 10 月発行の新生児白書の中にもすでに述べている提言を新たに提出する。

1) 地域受け入れ施設（NICU 後方支援施設）拡充のための推進事業

在宅医療推進とその支援体制の整備：堺市に新設予定があるとのことであるが、現状は大阪府内では後方支援施設が絶対的不足と思われる。京都や和歌山の施設に転院している症例がみられ、今後は北摂や東大阪、大阪市内にも後方支援施設の拡充を求める。1 歳未満の症例や合併症・医療的ケアの必要をもつ児でも受け入れられる施設の準備と NMCS も協力しての施設従事者教育システム構築を進めてもらいたい。これは周産期問題のみならず、公共事業拡大による景気回復と雇用促進による失業者対策にもなる事業であり、まだ不況

が継続すると予想される中での今後の大阪経済にもプラスとなる計画であると確信する。

2) そのための公的な協議会（行政、周産期関係者、療育関係者、家庭児童センター関係者など）の設置

「NICU 長期入院者対策小委員会」はこのまま継続が必要である。構成メンバーには第三者（具体的には何を指す？）も加え、事業の推進を促す必要があると考える。

3) NICU 長期入院者の月別による詳細把握と報告。

4) 大阪府内療育施設における上記該当患者受け入れ状況の公表

コーディネータにより、大阪府全体の実数把握と報告をしてもらいたい。

5) 養育医療制度の延長

新生児期から継続して医療を要した症例の養育医療制度を現在の 1 年から 3 年程度に延長する。1 年以上入院を継続する症例は大阪府下で年間 100 例は超えないと予測される。

6) 周産期関連長期入院児の一般病棟での管理加算設置

重症または何らかの医療的ケアを必要とする症例は、NICU より看護師配置の少ない一般病棟では管理困難となる。十分な看護配置を行える管理加算措置が必要である。

7) 周産期関連長期入院児の慢性 ICU 病床の在院期間算定除外

平均在院日数の増加を恐れて長期入院になる可能性の高い症例は敬遠される。重症のために長期入院となっている症例の慢性 ICU 病床は在院期間算定の対象外にすれば、受け入れ施設が増加すると思われる。

8) 周産期専属ケースワーカー業務への補助金支出

9) 在宅医療推進とその支援体制の整備（医療的ケア、ナイトケアなど）

重症児や多くの医療的ケアを必要とする症例では家族との関係や地域保健センターとの連携が必要である。ケースによっては虐待予防措置も必要となり、成人のケースワーカーとはまた異なる特別な業務が増加する。各病院に周産期専属ケースワーカーが配置でき、大阪府全体のコーディネータと連携をとってシステムを構築できるように、周産期専属ケースワーカー業務を整備した施設への補助金支出を求める。

10) 在宅医療における家族の費用負担の軽減と補助

在宅医療を続ける家族には、保険適用の医療費のほかにも在宅医療に伴う消耗品の一部自己負担や通院に伴う交通費、症例により人工呼吸器・吸引機・加湿器などの光熱費が一般家庭以上に必要となる。

11) 在宅医療支援病床加算の設置

在宅医療を支える家族には、日々緊張と精神的・肉体的負担が積みまとう。在宅医療を継続するには、不調に陥った時に速やかに入院を受け入れる病床が必要である。一般病棟の総室入院は困難なケースが多く、個室使用による差額料金も発生する。経済的負担に加えて疲労した家族の肉体的負担の軽減と、これらの家族を支えることにより間接的に周産期医療を支えることとなる後方病院を援助するための措置である。

これに加えて、今後議論・検討の必要がある問題がある。25 週未満の症例、特に 22 週、

23 週の超重症児をどう取り扱うかも大切な倫理問題となる。

【白石委員】 (NICU) 長期入院児が NICU から退院するには

長期入院児が NICU から退院するには、他病棟、自宅、転院（療育園、重心施設含む）などになる。それぞれの問題点を列記すると、

他病棟：NICU の病床を確保するという意味では、手っ取り早い方法かも知れないが、NICU は、基本的に急性期病棟であり、NICU 加算のことを考えても、ある程度以上の入院期間を超えたら、機械的に他病棟への転棟を徹底することが必要である。しかし、他科医師には理解が得られず、乳児でさえ他病棟が満床のときは GCU に入院させろと言われる。NICU は新生児対象の急性期病棟だと主張しても、長期入院児を例にとり、乳幼児も診ているのではないか、と言われる。NICU の性質をよく理解している第三者が、病院内でコーディネートしてくれると良い。

自宅：退院を進めるにあたって、問題となるのは、退院後のサポート体制である。家族に、時間的・精神的・経済的にかかなりの負担を強いながら、頑張れと励ますばかりでは、家族の疲弊はたまる一方である。現状では、訪問看護、保健師訪問くらいのサポートしか受けられず、訪問看護では、コストのこと・熟練の問題等が挙げられる。在宅医療への支援体制の充実が最も大切で、効果的な方法である考えられる。在宅医療での保険点数の増加や、福祉に関わる人を増やして頂くことが大切である。国民あたりの福祉に従事するひとの割合というのは、どのような状況なのだろうか？派遣労働者の解雇が問題になっている昨今、福祉従事者の増員へのシフトが必要と思われる。

転院：結局はキャパシティの問題であろう。対象者発生数と収容先病床数が見合ってこそ、有効な手段となり得ると思われる。

【中平委員】 (小児外科)

前回の NICU 長期入院者対策小委員会に出席できなかったので、詳しくは解らないが、大阪府医師会周産期医療委員会への報告書は送られてきた資料を校正して提出するのか？長期入院児対策としては後方支援対策が中心になると思う。今回長期入院児に対する後方支援に関わる対策について提言を提出して、NICU 増床対策は別途に対応するのだろうか。もともと NICU ベッド不足が問題となっており、さらに長期入院児による NICU ベッドの占拠という点からも NICU 増床対策も提言項目に取り上げる必要はないのか。提言項目の必要性、内容は資料の中に記載されているが、提言の内容は下記の項目 1) - 6) と箇条書きとなっている。それぞれの対策項目に必要性、内容を付記しておく、読む人に解りやすいと思う。また、6) 在宅支援体制構築の中に医師会としての支援対策、役割について今まで議論されていなかったと思うが、検討の上可能な支援対策も考える必要があると思う。

(提言内容)

1) NICU 等長期入院児のための公的協議会の設置

- 2) NICU 等長期入院児の実態把握と後方支援病床計画策定
- 3) NICU 入院児支援コーディネータの配置と有効活用
- 4) 当該医療機関または他医療機関での超重症児病床確保：整備のための補助金支援、診療報酬（超重症児加算）の増額
- 5) 療育施設（重症心身障がい児施設等）における超重症児病床確保：整備のための補助金支援、診療報酬（超重症児加算）の増額、看護師配置の柔軟な運用（早出、遅出、病棟単位での看護師数のシフトなど）
- 6) 在宅支援体制の構築：経済的支援、家族以外の医療的ケア支援、ナイトケア支援、訪問看護・ヘルパーの在宅以外での柔軟な運用、ディサービス・ショートステイ・ロングステイなどレスパイトケア支援、ホームモニタリング、緊急時の受入支援などの構築

【依岡委員】（産婦人科）

我が国において周産期医療のレベルは世界的に見ても高水準であるが、一方NICUにおける未熟児の入院の長期化が問題となり、間接的に急性期の患者の受け入れに支障を来している。さらには異常分娩の差し迫った緊急患者の受け入れ態勢が取れず、患者の受け入れ不可能に陥るといった悪循環が問題となっている。この問題は今に始まったことではないが、今までは多少無理しながらも産科医が対応していたものが、近年は多少の無理では収拾がつかない状態にまで進行したという事ははっきりした。

医療レベルが低ければ生存することが出来ないような児が、我が国では一定期間入院の後に元気に退院していくこともあり、それは望ましい形である。一方医療レベルが低ければ一概には言えないが数日の入院で児が死亡するといった経過を辿ることもあり、その児にとって、残念な結果であるが、その児が長期にベッドを占有することもないため、他の児の入院受け入れが可能となるのだろう。10-15年前と比べると周産期医療は進歩しており、今まで救命不可能であった週数の未熟児が救命出来るようになっているが、その陰では小児科医などの献身的な管理ゆえであることも理解しておく必要がある。

私の施設ではある程度人材に関しても集約されており、他のNICUに比べると専任6名程度と恵まれた環境であるが、重症患者が多いときには当直以外にももう一人当直を増員することで対応しているのが現状であり、現場はかなり疲弊しているのが現状である。

本題の長期入院の対策としては大きく、1) 入院患者を減少させることを考えること、2) 退院後の受け入れを考えることであろう。1) に関しては入院施設を増やすことも含めれば金銭的な問題もあるが、既存の施設で働く医師が不足しているときに施設を増やすというのは問題の解決にならないし、医師やスタッフが確保出来たとしても余程の増床を行わない限り、いつか満床となり同じ状態になるだろう。胎児の病気による長期入院については欧米のように週数に関わらず人工妊娠中絶を容認する国や宗教的文化が違う国とは少し事情や考え方が我が国の実情とは異なるだろう。また、重篤な状態で産まれた児に対し、積極的な治療を行わないような看取りの医療については倫理的でデリケートな問題を

含んでいる。2) に関しては小委員会でも議論されているが、唯一実現可能な方法と考えたい。これについても在宅管理と後方病院での入院となるが、後方病院については個人病院では採算性、看護体制等の問題がある。在宅管理に向けてサポートする体制を構築することはすぐに現実可能かは別にして、将来最も根本的な方法と考える。これに関しては欧米のシステムが参考になると思われるが、国の全面的なバックアップが必要である。また、在宅に関する知識、技能をもつスタッフの育成、確保が必要であろう。もし一定の技能を有する ICU や NICU 経験者などの有効利用できれば潜在的な人材は存在するのではないか。いずれにしても周産期センターなどで慢性患者が長期入院を余儀なくさせるのは問題で、一度後方病院へ転院して在宅医療に移行する(もちろん直接在宅医療への移行が可能ならそれが望ましいが)システム作りを考えられれば一定の効果が期待できると思われる。しかし、システム作りといっても短時間で構築可能とは思えないため、まず中長期的な計画をもとにスタートさせる一方、短期的には現実的な保険点数の変更や病院の採算性に配慮した行政の調整を行うことも必要であろう。

【早田委員】(産婦人科) 問題解決にむけて

私は産科医であるが、これまで NICU を卒業した子どもが、いかに follow up されているかあまり知らなかった。せいぜい早産した未熟児の follow up 外来(未熟というだけで時間がたてば比較的健康な児に成長)くらいで、出生時重症仮死児や筋疾患、先天異常児等の経過については今回本委員会に入って、様々な問題点があることを痛感した。今までの意見や配布資料などから、我々をとりまく周産期医療の現状を勘案すると、不足する NICU を増床させることは現実不可能であり、むしろ受け皿の充実が必要と考える。

1) 後方支援施設(重度心身障がい者施設等)の充実

今の規模を大きくするのではなく、現状に即した加算の増額、看護体制の緩和によってマンパワーを確保する。

2) 医療機関における重症児病床確保

補助金の支援や診療報酬加算増額

3) 在宅医療への支援

老人介護の問題と同様、このような社会的弱者に対しては医療とともに福祉の側面からの支援が重要。家庭での介護を努力している家族が身体的精神的にも経済的にも負担にならない社会としてのシステム作り。ここにはコーディネータの配置や緊急時にも受け入れ可能な医療機関との連携、ヘルパーの効率的な運用やレスパイトケア支援、経済的支援(患者家族の負担ゼロ)などを盛り込む。

これらを具体的にどう実現していくか、現状でどこまでが現実的な対策かを実感できないが、早急に手がかりをみつけて、行政に訴えなければ、ますます周産期医療が先細りになっていくように思う。

【田中委員】(大阪小児科医会) NICU 長期入院解決のための提言

開業小児科医の立場としては在宅サービスの充実という視点からの提言が求められていると考えられる。在宅側はNICU 長期入院児では高度な医療的依存度が高く、病院との関係も強く、又、退院後も急変することが多く、なかなか受け皿が充実しないのが現状である。しかし、児は退院後、地域で育ち成長していくために、地域を良く知る、かかりつけ医、訪問看護、保健所等の地域サービス側の役割は重要と思われる。在宅側の受け入れを困難にしている要因を考え、受け入れやすくするために以下の事を提言する。

1) 病院関係者、地域サービス側(かかりつけ医、訪問看護、保健師、ヘルパーなど)で在宅に向けての連携パスの作成。

連携パスでは次の項目を検討する。

(1) 在宅サービス側と連携をとる時期を盛り込む。

例えば在宅用人工呼吸器に移行し、安定した時期など、より早期から在宅側が関われば、家族の在宅に向けてのモチベーションも高まると思われる。

(2) 退院前に複数回の在宅チームとの共同の連絡会を開催する。

その時期、内容を盛り込む。そこでの検討項目として、医療ケアの在宅チームへの技術的委譲。必要なら複数回、病院での実習指導が必要(在宅で可能な手技への変更も検討)病院主治医と地域開業医との役割分担を決める。緊急時の対応の検討。ケアマネジメントの担い手の決定など。上記内容を含む連携パスを作成し、その工程表に基づいて在宅へ移行していく。もちろん一人一人で違いはあるが、一般的なパスがあれば、その変更対応の検討も容易になると思われる。

2) 総合周産期センターで、在宅チームに向けて実習指導講習会を定期的で開催してもらいたい。

例えば北地区は関西医科大学附属枚方病院、愛仁会高槻病院、大阪市は愛染橋病院、南地区は大阪府立母子保健総合医療センター等で、NICU 長期入院児は高度な医療ケアを受けている児が多くその手技の委譲も問題になっており、在宅側の受け入れを困難にしている要因である。在宅チームへの技術指導が望まれる。

3) レスパイトケアのシステムを確立してほしい。

高齢者の在宅医療以上にケアの担い手の家族、特に母親のレスパイトケア(特にショートステイ)は必要で、病院で便宜上レスパイト入院が行われているが、制度として確立してほしい。

4) 在宅医療の小児での診療報酬の改訂

2006年以降、確かに在宅医療は老人と一般が統合されたが、小児は想定されていない。NICU 長期入院児を在宅へ移行するには、上述のように在宅側との連携がより、綿密に必要となり、その連携に対しての評価が望まれる。

5) NICU 退院児の在宅ケアでも訪問看護の役割は大きく、経済的支援として乳幼児医療助成の訪問看護療養費適応が望まれる。NICU 退院児の在宅ケアでの在宅の意味は高齢者との

居宅とは違い、在宅＝社会であり、保育所、幼稚園、学校などの教育現場への訪問看護の適応が望まれる。高齢者でも居宅の概念が広がっている。

【西田委員】(療育施設) NICU 後方支援についてのわたしの考え

2月3日毎日新聞夕刊をみると東京都内の妊婦死亡問題を受け、厚生労働省の有識者懇談会がNICUの病床数の1.5倍増を提案した。その後厚生労働省も同様の方針を示した。また、NICU長期入院者対策小委員会では先日の大阪府案によると500万円程度の国からの予算使途は大阪府立母子保健総合医療センターNICUの病床数の運用に関するものであった。これらの一連の動きは新生児医療の面からだけ見れば好ましい傾向である。しかし、NICUの長期入院児を減らす方策ではない。第1回NICU長期入院者対策小委員会(H19.4.19)では厚生労働省の中間集計について報告され、ベッド不足は確かであるが、「増床すれば問題が解決するわけではない」「働く医師、看護師を含む職員不足は療育の分野では深刻である。国がどのような考えで後方支援に対する政策がなされるのか、はたして利用者、保護者が望んだものになるか懸念がある」第3回NICU長期入院者対策小委員会(H19.10.11)では「療育施設での医師、看護師の確保が重要であり、それが可能であれば一定の訓練期間によって、NICUを占有している重心児の療育施設への移行が可能である」として、大阪での具体的な対策としてNICU等長期入院児の実態把握と後方支援病床計画策定をすること、さらに重症心身障がい児施設等での超重症児病床の確保とその目的のための補助金支援、診療報酬(超重症児加算)の増額、看護配置の柔軟なシフト制の検討等が提言された。以上、従来の重症心身障がい児施設の活用が強く議論されたが、前回の大阪府の提案では重症心身障がい児施設活用について片鱗すら見えないのは遺憾である。

NICUあるいは障がい児が急性期の乳幼児病床を占有していることは、医療経済だけの問題ではなく、こころとからだのバランスのとれた子どもの発育を願う療育の基本理念上からみても好ましくない。最近、妊婦の救急搬送における事案が頻発し、社会問題になっているが、これは医師不足等の様々な問題が重なったことによるものである。その結果、問題解決としてNICUの増床と短絡的にとらえられている。しかし、NICUのベッド数増床だけではこの問題は片付かない。NICUの後方支援について抜本的な解決がなければ、さらに多くのNICUから供給される超重症心身障がい児がNICUのベッドをふさぎ、さらには一般小児病床にあふれて急性期小児医療の混乱が生じる。大切なことは、新生児医療の進歩によりNICUまたは小児病院のベッドを重症心身障がい児が占有していることが重要な問題点であることを認識する必要がある。新生児医療では急性期型の病院と慢性療養型の施設のバランスが必要で、大阪では重症心身障がい児の受け入れる療養型の施設は不足している。特に乳幼児層に顕著であり、大阪のNICU機能が麻痺している大きな要因になっている。低年齢層の重症心身障がい児を受け入れるには経験豊かな小児科医が望ましいが、新生児科を志向する医師は多いものの、障がい児医療を志す小児科医はまれである。これは医学教育の歪みである。あるベテランの小児科医でも、私は小児科医であるという私の施設の

就職を断わったものがいたが、このような偏った考えを抱くのは障がい者教育への貧困の結果に基づくものである。小児神経や新生児医療を志す者は障がい児医療の実態を知るためにも、後期研修の一環として半年から 1 年程度の障がい者医療の研修に関与して問題を知り考える必要があるのではないか。私たち重心施設の医師として NICU の後方支援対策についてはできるだけ協力する意思があり、今までもささやかであるが協力してきたつもりである。しかし、根本的な解決策として物的・人的整備、特に障がい児医療・療育に情熱を燃やす人材が不足している。また経済的裏付けも重要で、これがなければ福祉医療は挫折あるのみである。具体的な提案として医師研修の中に障害者と向き合うプログラムが必要ではないか。特に、新生児医療に携わる医師は障がい者の実態を把握し、勉強して欲しい。そのためには新生児医療を志す者、あるいは小児神経を志す者は小児科後期研修の一環として重症心身障がい児施設での研修を必須と心がけるべきである。療育医療への研修医の参加は、障がい者医療に新風を吹き込み、活気を与えると同時に、マンパワーの一助となるであろう。加えて小児障がい者医療の進歩・発展のために優秀な指導者の育成が必要である。

【児玉委員】（療育施設）重症心身障がい児施設で NICU からの引き受けを増やす為には全国に約 120 カ所ある重症心身障がい児施設での超重症児（者）受け入れは着実に数を増しているが、これ以上の受け入れ、あるいは NICU からの受け入れの増となるといくつもの制約が妨げになっており、その解決なしには大幅な増は難しいと思われる。以下その理由と改善案を示す。

1) 重症心身障がい児施設で NICU からの受け入れを急増できない理由-1

看護基準を病棟単位で認めてもらえないと、医療看護濃厚病棟ができない。

重症心身障がい児施設は身体障害と知的障害がともに重度で重複しており、家庭や地域でケアしていくのが困難な方を受け入れて、原則無期限で世話する児童福祉施設であり、かつ病院ということになっている。受け入れが直接病院からというケースは少なく、在宅で苦労を重ねてきた人を受け入れる場合の方が多いと思う。そのすべての方が医療や看護で極めて濃厚なケアを必要とするわけではない。年齢層も在宅ケアの数が増えるに従い上昇し、入所時に既に成人になっている場合が少なくないため、入所者年齢平均が 20 歳を越えている施設が大半である。一方で年齢があがるにつれて機能低下が目立ち、気管切開や人工呼吸器が必要になってくる人（超重症者）が増え、あるいは最近の新規入所児童では医療的に重い人が優先的に入るため、乳幼児でも超重症児と呼ばれる児が増えて来ている傾向もある。こうして重症心身障がい児施設では、幼児から成人まで、医療的に重度な方から、比較的元気な方まで非常に幅が広い入所児者を受け入れて世話している。当然スタッフ配置も看護が濃厚な病棟と、比較的生活面を重視した病棟などいくつものパターンを組み合わせで運営している。

こうした重症心身障がい児施設が NICU からのケースを受け入れる時には、相当濃厚な看

護体制を組む必要があるが、問題はその体制を組むのが困難な点にある。濃厚ケアが必要な児者を多く受け入れている病棟は、あまり大人数ではなく 30 床台程度で運営されているが、それに対して看護配置は 3 名夜勤が可能なレベルを必要とする。そのためには今の制度では 7:1 の基準をとる必要がある。ところが現行基準では 7:1 配置をとるためには、同一病棟（障害者施設等入院基本料をとっている病棟全部という意味）の全病棟を通じて平均 7:1 の看護配置でなければ認めてもらえない。これは重症心身障がい児施設にとってほとんど不可能な基準である。ある程度低い看護基準の病棟と濃厚な病棟に分けて、傾斜配置を行い工夫して 7:1 配置の病棟を設けて超重症児（者）を迎える、ということが可能になるようにしていただかなければならない。個々の病棟単位で看護基準を選択できること、あるいは 7:1 基準については個別病棟で申請出来ること、という扱いを認めてもらう必要がある。実際には 7:1 の看護配置を行って超重症児（者）をみている施設もあるが、そうした施設は濃厚な配置に応じた入院基本料をもらわず、持ち出して運用しているものであり、収益性は犠牲にしているもので、それ以上に受け入れるようにとは言えない。

2) 重症心身障がい児施設で NICU からの受け入れを急増できない理由-2

特別加算あるいは超重症児（者）加算入院診療加算の増が是非必要である。

個別病棟で 7:1 看護配置が可能になることは肝要である。それでも NICU の時の配置から見ると少ない。医師の配置も更に必要であるが、そうした配置をしても大半が超重症児（者）の病棟を運営する場合、今の診療報酬では採算があわない現状がある。1 日に約 4,000 点が必要とのデータの上で、日本重症児福祉協会としては超重症児（者）の加算を 2,000 点にするよう要求しているが、それではあまりに大きすぎる、ということで現在は加算 1,400 点の増で要求している。それに対して平成 20 年 4 月に改定では、6 歳未満の超重症児は 300 点から 600 点に増、準超重症児は 100 点から 200 点に増となった。この点数ではまだまだ少ないことと、加えて次の項のような問題が残った。

3) 重症心身障がい児施設で NICU からの受け入れを急増できない理由-3

6 歳を超えた超重症児（者）への診療報酬上の保証が必要である。

超重症児を引き受けても、すぐに 6 歳を超えていく。ケアする大変さは同じでも 6 歳を超えると超重症児加算が急に半分になるのでは安定した病棟運営ができない。熱心にケアすればするほど 6 歳を超える超重症児が多数になってくるが、加算が減額ということになれば多数の超重症児を NICU から受けようという方針はとりきれない。更に重症心身障がい児施設の役割は、NICU からの超重症児引き受けとは限らない。最近では人工呼吸器を付けて在宅療養を選ばれる家庭も多く、NICU 以後の方向の一つになっている。そうした在宅療養を支えるのが短期入所による援助であり、もし家庭療養が継続出来なくなった時には入所として引き受けるという重症心身障がい児施設の存在である。現に重症心身障がい児施設で受ける超重症児の多くは、在宅からか小児科一般病棟からである。そうした援助を背景にして NICU を出て行くケースが増えていく、ということも間接的ながら NICU 後方支援と言える。ところが、こうして在宅生活を数年以上経過して重症心身障がい児施設に入ろう

とするとすでに 6 歳を超えているので受け入れ困難ということになってしまう。そこで改めて 6 歳を境にしないで超重症児（者）入院診療加算を増やしていただきたい。

但し、問題は現在の診療報酬では超重症児（者）（準超重症児（者）も含めて）入院診療加算は、元々重症心身障がい児施設から出た要望に基づいて設けられたと思うが、現在はほとんどの年齢層、病棟の入院患者に適用されている。従って、NICU 後方支援のつもりで加算を増やしても、医療費総体への影響は大きなものになってしまう。それを考えると、当面小児科病棟、重症心身障がい児施設、肢体不自由児施設、独立行政法人国立病院機構等に限定して特別加算を要望したいと思う。その場合一定以上の看護基準を満たしていることを条件に加えても良いと思われる。

4) まとめ

いずれにしても NICU からの引き受けを急ぎ実現する為には、ある程度それを誘導する施策が必要だと思われる。重症心身障がい児施設としては、上記した看護基準を個別病棟単位で別々に選択出来る事、超重症児（者）入院診療加算の増を 6 歳制限なしで認める事、などの実現を要望する。

【加美委員】（行政）意見

府下の総合・地域周産期母子医療センターの有する NICU の 19 年度末時点の稼働率が 92.4%と言われている。そして、周産期医療委員会の議論によると、この数字の分母は、府下の全 NICU 数であり、病院の工事等で、患者を受入れられなかった病床も含まれているとのことである。このことは、平成 21 年 1 月 22 日の周産期医療委員会でも話題になり、関係委員の実感では、常に満床ということである。したがって、議論の出発点として、府下の NICU のうち、現実に患者を受入可能な NICU 数とその稼働率を各病院に対して調査すべきではないかと感じた。

2. 小委員会委員以外の追加提言

「大阪府立母子保健総合医療センターにおける NICU および後方病床の現状と課題」

1) はじめに

平成 19 年 12 月 26 日に、厚生労働省医政局総務課長、雇用均等・児童家庭局母子保健課長、社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長、保険局医療課長連名で、「新生児集中治療室 (NICU) 等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組について (留意事項)」として、各都道府県宛に現状の詳細な把握と問題点の解析とともに今後どのように問題点を解決していたらよいか直接に把握することの指令が出た。そこで大阪府は平成 21 年 2 月に大阪府の全小児医療施設に対してアンケート調査を行い、現在周産期医療の解決すべき最も大きな問題となっている 6 ヶ月以上にわたる NICU の長期入院児の把握と、同じく小児病棟の長期入院児についても全数調査を行った。当センターにおいては、小児科関連全科にて調査を行い平成 20 年 2 月 1 日時点における長期入院児の状況と問題点を把握したのでここに報告し、さらに大阪府全体の同状況と問題点についても述べる。

2) 当センターにおける NICU 長期入院児の状況と問題点

平成 20 年 2 月 1 日における当 NICU での 6 ヶ月以上の長期入院児は 3 名おり、全症例が院内出生で、1 名は超早産児で一旦退院した後に乳幼児突発性危急事態が起こり幸い救命できたが蘇生後脳症のため自発呼吸が出ない状態 (症例 1: 1 歳 1 ヶ月)、他に神経筋疾患疑い (症例 2: 3 歳) の児と骨系統疾患 (症例 3: 9 歳) で気管切開を行っている人工換気療法児であった。児が退院できない個別の問題点は、症例 1 はまだ児自体の呼吸循環状態が十分安定していないために、在宅に向けて院内散歩から自宅への外出を試行中であった。症例 2 は、児の精神的な問題が原因と考えられる嘔吐が瀕回にみられその度に中心静脈栄養を必要としており、また家族全員の児の受け入れが非常に悪く、状態が良くなった時に外泊を行うと体重減少がみられたりしたので、栄養状態が改善して中心静脈栄養が不要になっても虐待やネグレクトのおそれがあった。症例 3 は、4 歳の頃に外泊がうまく行くようになり長期外泊を試行したあたりから母親の児のケアに対する不安が大きくなった様子で、その後父親の意見で自宅を病院の近くに引っ越した頃から、両親の不和が大きくなってその後、約 3 年を経て離婚となったため、養育者は母親一人となり在宅は不可能となっている。

平成 21 年 3 月現在では、症例 1 は祖父母の支援を受けて、在宅人工換気療法を行っている。症例 2 は、家族の受け入れが改善しないままであったが、中心静脈栄養が不要となったため、大阪市内の療育施設へ転院することができた。症例 3 は、小学校 3 年生でもあり、当センターの院内学級へ NICU から毎日通うことも大きな問題となり、平成 20 年の 9 月に 9 歳 3 ヶ月の時点で幼児病棟へ転棟できた。ただ大阪において人工換気療法児の療育施設への転院はこの 10 年以上ほぼ不可能であり、当センターから神経筋疾患などでの転院例は、小学 5 年生の先天性筋緊張ジストロフィー児が国立刀根山病院へ 1 例あったのみで、この

症例も同じ筋疾患の母親と共に診療を受けている。当センターでも開院当初は、NICU での入院は6ヶ月を最長とするという申し合わせをしていたが、1991年の小児病院開設以降は、小児各専門科の病床としての入院数が増加するに従い、NICU からの乳幼児棟への転棟は困難となった。特に人工換気療法児は、乳幼児病棟において夜間に手がかかるために1995年頃には退院の見通しのない児の転棟は、小児内科同士の申し合わせで見合わされることとなった。実際に小児病院開設以降でまだ退院の見通しのない児の転棟は今回が初めてである。

この乳幼児棟での人工換気療法児の問題はここ10年で大きな問題となってきており、その一番大きな原因は、在宅でケアされている心身障害児が育って行く過程の中で筋緊張が強くなりまた食道胃逆流がおこりやすくなり肺炎等を瀕回に起こすために、低酸素状態に陥ることで障がいさらに強くなり、気管切開から人工換気療法を必要とする児が増加し、レスパイト入院が必要となる児の増加であると考えている。一方で、当センターのような総合周産期センターでは、胎内診断される羊水過多（神経筋疾患や骨系統疾患による嚥下困難のためのことが多い）やあるいは奇形症候群の児の出生が多くなり、NICU に入院してくる児のうち長期間人工換気療法の必要な児が、1年間で1-3例は生まれてくる。ご家族のご協力でこの子どもたちが無事退院できても、やはり在宅での人工換気療法は継続されるために、一定数のレスパイト入院が保証されないと、在宅ケアが困難となることは明らかである。しかし、このようなレスパイト入院児を受けてくれる施設は皆無といつてよい。この10年間、我々NICUと乳幼児棟のスタッフは長期人工換気療法児の退院へ向けて、地域での緊急入院ができるようにと努力してきたが、受け入れ病院自体の体制の中に、酸素投与までは可能だが人工換気療法児をケアできる状況がない。

3) 大阪府の小児医療施設におけるNICU長期入院児の状況と問題点と考察

(1) 小児施設全体における長期入院児の入院数の偏りについて

平成21年2月に行われた大阪府の全小児医療施設に対してアンケート調査では、医療機関81から回答が寄せられ、17施設に114名の6ヶ月以上の長期入院児がいることが判明した。1年以上の入院児は13病院で57名と半減するが、分布の偏りが大きく、高槻病院16名、府立母子保健総合医療センター15名、市立総合医療センター7名以外の施設は3名以下となっている。ちなみにこの3施設は、NMCS基幹病院であり残りの基幹病院の愛染橋病院3名、淀川キリスト教病院2名、6基幹病院のうち長期入院例がないのは、唯一関西医科大学附属枚方病院だけである。さらにこの入院施設のうち、6ヶ月以上の入院児のいる17施設のうちNMCS参加施設が14、1年以上の入院児のいる13施設のうち10が参加施設となっている。この周産期医療の中心となるべき基幹病院への集中傾向が、そのNICUベッドの回転を妨げる大きな原因となっていることは間違いない。

81施設に計2322床の小児科病床があり、57名の1年以上の長期入院児がいるので、40.7床に1名の長期入院児数となるが、13施設の計1003床については、17.6床に1名の入院となる。2005年の日本産婦人科医会による全国NICU調査では、248施設の総病床4637で1

年以上の長期入院児が 130 例、1 施設あたりで 0.5 名、35 床あたりで 1 名の入院となっており、また 2006 年の大阪 NMCS28 病院の総病床 478 で 14 例、1 施設あたりで 0.5 名、34 床あたりで 1 名の入院となっており、大阪の出生数は全国の約 10 分の 1 と考えると長期入院児の割合も全国と同等と考えられる。実際の入院施設への入院数の偏りは、おそらく全国的にも同様な現象があると考えられ、その詳細を調べることに意味がある。次いで、なぜ子どもたちが NICU に大きくなってまで入院しているのか、また小児医療施設から退院できないのかその理由を解析し考察する。

(2) NICU 長期入院になる理由とその背景

表 2 に NICU 長期入院児の入院期間とその場所を示した。1 歳以上の長期入院児は NICU の急性期病床には 1 歳児が 2 名のみで、回復床 (GCU) に 1 歳以上の児が 8 名いる。この 10 名のうち、7 名が人工換気療法児で、人工換気を受けていない 1 歳児には痙攣重積があり、3 歳児は筋疾患で経管栄養を受けていた。この子どもたちのうち 1 歳児の 2 名は、平成 20 年 2 月の時点で在宅への移行が決まっていた。

さて、前述の 3 病院は大阪府における総合周産期センターの中核として機能しているため、胎児異常の早期発見がなされ母体搬送がその多くを占めていると考えられる。高槻病院 3 名、府立母子医療センター 2 名、市立総合医療センターに 1 名と 3 病院で 10 名のうち 6 割を占めていた。この 6 名のうち 5 名は、疾病分類からすると母体搬送による。10 名中 7 名は院内出生で、3 名は他院からの搬送入院であり、母体搬送がその主な経路と考えられる。疾病分類をでは超・極低出生体重児が 3 名、骨系統疾患 1 名、染色体異常 1 名、先天性筋疾患 1 名このうち 5 名は院内出生 (上述の 3 病院で出生) で胎児関連母体搬送による。超低出生体重児の 1 名が他院を退院後に虚血性脳症となり小児科病棟に入院された後、呼吸循環状態が悪くなり GCU 入院となった例であった。残り 4 名のうち 3 名は 35 週以上の新生児仮死による低酸素性虚血性脳症で院内出生 2 名と院外搬送入院 1 名、もう 1 名は脳室内出血後の水頭症で他院出生後入院で 4 名とも人工換気療法児であった。

2005 年の日本産婦人科医会による全国 NICU 調査での 1 年以上の NICU 長期入院児 130 例の疾患別内訳は、奇形症候群 38%、新生児仮死 37% で呼吸管理が 92% であったが、この 10 名の内訳は、奇形症候群 (神経筋疾患等もいれると) 3 名、新生児仮死 3 名でその割合は近似しており、呼吸管理は 6 名で全国データと比較すると少ない。退院の見通しに関しては、2 名は病状が不安定なために在宅移行が無理、4 名は家族の受け入れが悪く退院を希望しない、4 名は在宅ケアをしたいが支援体制が不十分で踏み切れない状態であった。人工換気療法をしていない 4 名のうち 2 名は家族の受け入れが悪いという社会的な問題も含まれていた。

表1. NICU等の長期入院児アンケート調査回答医療機関(一部)と各施設への入院数

病院略称	6ヶ月以上 入院児数	1年以上 入院児数	個別調査 票回収数	小児科 病床数	NMCS参 加病院
府立母子保健総合医療センター	25	16	24	203	基幹
高槻病院	22	16	21	59	基幹
大阪大学医学部附属病院	18	3	4	50	地域
大阪市立総合医療センター	17	7	16	200	基幹
府立呼吸器・アレルギー医療センター	10	2	10	49	
愛染橋病院	6	3	6	56	基幹
市立大学医学部附属病院	3	1	3	40	地域
ベルランド総合病院	3	3	3	16	地域
淀川キリスト教病院	2	2	2	25	基幹
近畿大学附属病院	2		1	36	地域
府立急性期・総合医療センター	1	2	2	50	地域
枚方市民病院	1	1	1	48	
大阪医科大学附属病院	1	1	1	37	地域
大阪市立住吉市民病院	1		1	36	地域
北野病院	1		1	35	地域
千船病院	1		1	33	地域
関西医科大学附属滝井病院	1	1	1	30	
計	115	58	98	1003	

表2. 入院期間

	全件(%)	(内 NICU)	(内 GCU)	計
10年以上	3 (3%)			
9~10年未満	3 (3%)		1	1
7年	2 (2%)		1	1
6年	1 (1%)			
5年	2 (2%)		1	1
4年	2 (2%)			
3年	6 (6%)		2	2
2年	9 (9%)		2	2
1年	29 (30%)	2	1	3
6ヶ月~1年未満	41 (41%)	3	6	9
合計	98(100%)	6	13	19

(3) 病院から長期間退院できない児について

長期入院に至る入院経路は大きく分けて3つある(表3. 入院経路別の1年以上の長期入院児数分布を参照)。胎児異常や出生時仮死などによる院内出生児で22名、他院出生あるいは治療中の重症児でケア内容がその病院で困難となったために転院してきた児(他院出生児と略)で16名、自宅から入院となった児(自宅入院児)17名、不明2名であった。この中で退院が近日中に決定している児あるいは症状が不安定で在宅は不可能な児を除くと、実際に長期間退院できないでいる児は、院内出生児で9名(10/22:41%)、他院出生児で9名(56%)、自宅入院児2名(12%)であった。特に他院出生児のうち他院出生入院児では5名(5/9:56%)、他院からの入院児では3名(3/5:60%)、他の小児科病棟からの児1名(1/2:50%)と共に退院できない率は高かった。

表3. 入院経路別の1年以上の長期入院児数分布						
	院内出生	他院出生	自宅入院	不明	計	
入院経路	22	16	17	2	57	
近日退院予定	5	2	8	0	15	
病状不安定・治療中	7	3	6	0	16	
母子家庭など	1	2	1	0	4	
退院予定がない	9	9	2	2	22	
退院予定なし児の率	9/22(41%)	9/16(56%)	2/17(12%)			
人工換気/気切/全数	5/5/9	6/8/9	1/1/2	2/1/2		
追視/笑う/有意語	1/0/0	3/1/1	0/0/0	0/0/0		
各病院における退院予定のない児の入院経路別分布						1年以上の長期入院児数
高槻病院	4	1	2	2	9	16
府立母子センター	2	2			4	15
市立総合		1			1	7
愛染橋	1	2			3	3
大阪大学					0	3
ベルランド病院	1	2			3	3
呼吸器・アレルギー					0	2
淀川キリスト		1			1	2
府立急性期					0	2
枚方市民	1				1	1

更に退院できない家庭的な背景を調べてみると、まず出生時からの入院児が最も退院できない率が高いことがわかる。これは出生時の辛い状況が母子に大きなトラウマを与えるために母子関係をうまく形成できないまま年月を経たためだと考えられる。さらに 3 例の母子家庭（児の出生後の離婚が多い）と姉が在宅で重度障害である 1 例の場合には、在宅人工換気療法児を自宅に迎えることは難しいと考えられる。この 4 例を除いて解析を進める。

退院予定のない児については、治療内容において人工換気療法と気管切開が最も多く、また児本人にとっても追視や笑うことがないなどの表情の乏しさが家族関係再生を阻む大きな要因となっている。一方医療側から分析すると、各病院における在宅人工換気療法や他の在宅ケア経験の豊富さが、在宅に向けての推進力となることがわかる。例えば、愛染橋病院やベルランド病院では、1 年以上の長期入院児が、固定しているデータが読み取れる。その一方で大阪市立総合医療センターや大阪大学そして元来 NMCS 基幹病院でありながら長期入院児の少ない関西医科大学枚方病院などは、長期入院児が非常に少なく系列病院を探して小児科病棟間での転院を行っている可能性がある。高槻病院や府立母子センターでは、近隣にいわゆる系列病院というものはないために、小児科間での転院ができないでいることが患児の内容で読み取れる。

大規模 NICU を持ち入院疾病児の内容がよく似ている高槻病院と府立母子センターで比較してみると、府立母子センターの方が退院予定のない児が少ないようにみえるが、母子家庭の児が院内、他院出生で各 1 名、そして在宅重症児を持つ家庭が 1 つあり計 7 名となり、現時点では双方差がないことがわかる。府立母子センターでは 1 章で述べたように、ここ 10 年間は NICU から乳幼児棟へ転棟ができないために、在宅人工換気療法の適応児は、まず乳幼児棟のスタッフと連携をとって NICU から退院し、乳幼児棟でのレスパイト入院を確保することで、家族に退院を促してきた。その結果として、レスパイト入院を必要とする在宅人工換気療法児が増加して、乳幼児棟での診療を圧迫している。府立母子センターの在宅医療チームのまとめに書かれている通り、このレスパイト入院を必要とする児が、一定の割合での増加が続くと考えられ、早晚、在宅医療特に人工換気療法児を中心として、レスパイト入院の地域への拡散、つまり近隣の地域周産期センターを活用して、レスパイト入院の協力を要請しその早期実現を達成しなければ、今後も NICU や小児病棟における長期入院を減少させうる在宅医療への流れが止められてしまう事態が危惧される。

また、長期入院児が施設へ転院することに関して、微妙な問題が背景にある。例えば、患児の発達促進を考慮して家族へ療育施設への転院を勧めると、既に患児が障害者手帳 1 級を持っている場合には、児が病院から施設へ行くことで障害者特別扶養手当と障害者手当の受給が止められる。母親（特に母子家庭などの場合）の生活できなくなる場合が起こるので、施設転院を拒否されることがある。これなどは、厚生労働省において手当の受給時期と目的とをはっきりと明示して、誰もが納得できるシステムに改善するべきだと考える。

(4) まとめ

1章に当センターにおける、NICU 長期入院児の現状と問題点について述べ、2章で大阪地域での現状と問題点について述べた。共に、当センターでの長期入院児が多いために、重なった部分があると思うが、結論は今後の NICU そして小児病棟の円滑な運営のためには、地域の小児科特に呼吸管理を可とする地域周産期センターにおけるレスパイト入院の促進を図らねばならない。当センターにおける問題は、大阪における高槻病院と同じく全国の総合周産期センターの抱えている問題と同一であり、全国的な展開を必要とする。新しく NICU ベッドを増床することも大切なことであるが、そこから在宅医療につながる地域の小児科病棟を有効に活用する視点がないと、ここでの NICU 長期入院児と同じ問題を大きく広げるだけである。

日本周産期・新生児医学会より舛添厚生労働大臣に提案されている要望書の中でも、特に 2) 一般小児病棟と重症心身障害児施設に対して、包括入院管理料としての超重症児管理料の改訂 1日 6000 点 (小児科)、5000 点 (療育施設) とレスパイト入院管理料の新設 1日 6000 点 (呼吸管理) 4000 点 (非呼吸管理) の提言は、実施されると画期的な改善策となるに違いないと考える。現場でいろいろな困難に遭いながら、重症心身障害児とその家族のためを思い、退院から在宅医療を進めてきた私たちが考えて、これ以外に方法はなないと結論したい。最後に 2章の最後に論じた障害者手当の受給時期と目的をはっきりするための改善策も大切な事柄であると信じる。

(大阪府立母子保健総合医療センター新生児科部長 北島博之)

Ⅷ. 日本周産期・新生児医学会からの厚生労働大臣への要望書（「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」報告書添付資料）

厚生労働大臣 舛添要一殿

平成 21 年 3 月 16 日

有限中間責任法人 日本周産期・新生児医学会 理事長 名取道也

「新生児集中治療病床の運用を確保するために不可欠の対策」への早期実現に関する要望書

昨年来「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」を開催され、懸案の諸課題を検討いただきましたことにつきまして、厚くお礼申し上げます。

周産期医療供給体制の改善は焦眉の課題であります。舛添大臣におかれましては、同懇談会報告書の内容につきまして、その実現を図るための具体的方策を一刻も早くお取りいただきますよう、お願い申し上げます。

下記は、同懇談会報告書の趣旨を踏まえて「新生児集中治療病床の運用を確保するために不可欠の対策」を本学会としてとりまとめたものであり、その速やかな実施に政策上の格段のご配慮を要望いたします。

【記】

「新生児集中治療病床の運用を確保するために不可欠の対策」

- A. 診療報酬改定で NICU 医療の改善が見込まれる事項
 - 1) NICU に対して
 - 2) 一般小児科病棟と重症心身障害児施設に対して
- B. NICU の増床補助、搬送コーディネータ補助
- C. NICU 長期入院対策
- D. 新生児集中治療の位置づけを明確にする
- E. 新生児科医へのインセンティブ

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」（通称「舛添懇談会」）

（別添）「新生児集中治療病床の運用を確保するために不可欠の対策」

（*は同懇談会報告書に記載されている該当箇所を示す）

A. 診療報酬改定で NICU 医療の改善が見込まれる事項

1) NICU に対して

（1）新生児集中治療管理料①（1 日につき） 10,000 点

現行の新生児集中治療管理料を同①として、増額する。専任医師の当直体制（NICU 勤務・情報処理・搬送）を継続する。

- (2) 新生児集中治療管理料② (1日につき) (新設) 6,000点
 医師当直体制がNICUと小児科勤務を兼ねているNICUに対して新設する。その他の施設基準は新生児集中管理料①に同じ。
- (3) 新生児緊急搬送料 (新設) 10,000点
 医師または看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児を搬送した時に算定する。
- (4) 新生児入院医療管理加算の増額 (1日につき) 3,600点
 *第3 基本的な方針(検討における大前提) 1 国の責務 (p7)
 *第7 おわりに (p20)

2) 一般小児病棟と重症心身障害児施設に対して

- (1) 超重症児加算 (1日につき) (小児科) 6,000点
 (療育施設) 5,000点
 一般小児科、重症心身障害児施設(包括入院管理料)として新設し、従来の加算は廃止する。
- (2) レスパイト入院管理料 (1日につき) (小児科、療育施設) (新設)
 6,000点(呼吸管理)
 4,000点(非呼吸管理)

在宅医療を行っている家族への支援を行い、一般小児病床をレスパイト入院に活用する。

*第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関におけるリソースの維持・増強 ②後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実 (p13-14)

B. NICUの増床補助、搬送コーディネータ補助

- (1) 施設整備補助(1床当たり1200万円)及び運営補助金の増額
 総合周産期母子医療センターにおいて70センターで各6床=420床
 総合で増床できない県は、地域周産期母子医療センターで増床
 *第4 周産期救急医療体制についての提言 3: 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・強化 ①NICUの確保 (p13) ③人的リソースの維持・拡充 (p14-15)
- (2) 都道府県を越えた広域搬送協力コーディネータの全額補助
 *第4 周産期救急医療体制について提言 5 救急医療情報システムの整備 (1) 周産期救急情報システムの改良 (p17-18) (2) 搬送コーディネータの役割 (p18)

C. NICU長期入院対策

- (1) NICU長期入院支援コーディネータを全額補助
 メディカルソーシャルワーカー(社会福祉士等)配置の全額補助

*第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 ②後方病床拡充と NICU に入院している重症児に対する支援体制の充実 (p13-14)

D. 新生児集中治療の位置づけを明確にする

(1) 標榜科として「新生児科」の承認

*第2 現状の問題 1 周産期救急医療を担うスタッフの不足 (2) 新生児医療担当医不足 (p3)

*第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 ①NICUの確保 (p13)

E. 新生児科医へのインセンティブ

救急車医師・看護師同乗搬送手当 2万円/人

ハイリスク分娩立会い手当 1万円/分娩

時間外入院手当 1万円/1入院

*第4 周産期救急医療体制についての提言 3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制 (2) 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー (p10-11)

IX. おわりに

周産期・新生児医療の著しい進歩は、従来救命不可能であった多くのハイリスク新生児の intact survival（後遺症なき生存）に貢献した。一方長期に人工呼吸管理が必要な超重症児といわれる重症児が増加し、長期に NICU 病床を占有するようになった。そのため、新しい NICU 入院の受入れができない状況が全国で大きな問題となってきた。こうした超重症児は、これ以上の治療を施行しても回復不能なことが多く、NICU で医療行為や介護行為を受けながら延命生活を送る状態にあるのが現実である。こうした状況で超重症児の QOL（いのちの輝き）と同時に、より良い Total care を社会として真剣に考えなければならない時代となった。

子どもの最善の利益は、どのような状態であっても「家庭で愛する家族と一緒に過ごすこと」が基本である。そうした意味でも本来在宅医療支援の充実が、NICU 長期入院児の最も望ましい解決法である。しかし実際は、家族がどれだけ在宅生活を望んだとしても、この実現のためには多くの阻害因子があるのが現状である。現在、在宅医療の推進は、家族に経済的負担の増加、医療（医療的ケア）や介護負担の増加を一方向的に押し付ける形で進められている。今後は子どもの QOL（いのちの輝き）だけでなく、家族の QOL にも十分配慮した在宅医療支援システム構築が是非とも必要である。特に、将来的には、たとえ家族に依存しなくても患者が自立して医療と介護を受けながら地域で生活可能な支援体制を構築することが急務であり、行政的施策の第一であると考ええる。そのためには、経済的支援に加え、在宅支援診療所、訪問看護ステーションなどによる医学的支援と同時に、ホームヘルパーやボランティアによるナイトケアも含んだ介護的支援が必要である。また、救急時の受入れ体制の整備も大切な施策である。さらに現在最も大きな問題となっている医療的ケアを、生活行為として非医療者（介護支援者など）も研修し、安全に実施できる支援システムの構築が必要である。このシステム形成のために経済的にも人的にも投入できるよう、行政機関は最善を尽くすことが重要である。次善の策として、長期の在宅支援のためのレスパイト・ケアなど後方病床の確保に加え、NICU 長期入院者の受け皿となる後方病床（中間施設、小児病棟、療育施設、ケアホームなど）の整備が必要となると考えられる。

初代バクバクの会（人工呼吸器をつけた子どもの親の会）会長、故平本弘富氏は、遺稿文の中で、「子どもたちの命と意思を大切に」する基本的な考え方として、1）医療的ケアは、「医療行為」というより「生活支援行為」、2）「メディカル・コントロール（医療者による制御）」ではなく本人と家族の自主性を尊重した「メディカル・サポート（医療者による支援）」の実現、3）在宅の安全と生活上必要な情報収集と提供を行う「ナショナル・センター」の創設など、本人と家族の QOL と自立を支えるための具体的な提案を行っている¹²⁾。こうした平本氏の遺言は、医療者としても深く心に刻まなくてはならない。NICU の長期入院者対策は、ただ NICU から患者の療養場所を移すことだけでなく、患者・家族のニーズに対応した支援体制の構築が、今後進めるべき大切な施策に反映されるべきである。

2007 年、大阪府医師会周産期委員会の下部組織として NICU 長期入院者対策小委員会が立

ち上がり、2年間に渡って具体的な問題点と解決法について多面的に検討がなされた。この報告書は、その検討を緊急にまとめたものである。具体的にはNICUの後方病床の確保、重心（療育）施設との連携、在宅医療支援についていわゆる「舛添懇談会」での検討を参考にしながら数々の提言を行った。願わくばこうした提言ひとつひとつが具体的に実現し、多くの方々の支援により超重症児といわれる子どもたちのQOL（いのちの輝き）がより良く支えられるような体制作りが必要である。この超重症児の問題は、医療・看護・介護・福祉・教育との連携と協働が必要であり、将来すべての人に関する Total caring society 実現の試金石になるものと思われる。

今回、このNICU長期入院者対策小委員会に加わり、2年間以上に渡り多面的にこうした検討をしていただいた各委員の方々、また協力していただいた大阪府医師会事務局の方々に心から感謝する。

（大阪府医師会周産期医療委員会 NICU長期入院者対策小委員会委員長 船戸正久）

X. 参考文献

- 1) 中村肇 (主任研究者) : 厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 「周産期医療体制に関する研究」平成 11 年度、12 年度報告書、2000, 2001.
- 2) 山縣善太郎 : 本邦に於ける低出生体重児長期入院の実態. 日本未熟児新生児学会雑誌、2001;13(2) :1-7.
- 3) 小山秀夫 (主任研究者) : 成育医療研究事業 「NICU の後方医療に関する研究」. 平成 15 年度、16 年度研究報告書、2004, 2005.
- 4) 鈴木俊治、朝倉啓文、茨聡、他 : 全国 NICU における長期入院例の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌、2005;41(4) :837-842.
- 5) 日本小児科学会倫理委員会 (杉本健郎、河原直人、田中英高、他) : 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点ー全国 8 府県のアンケート調査ー. 日児誌、2008;112(1) :94-101.
- 5) 梶原真人 (分担研究者) : NICU に長期入院中の (準) 超重症児の実態調査と分析 (第 1 報). 厚生労働省科学研究助成障害保健福祉総合研究事業 「障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する施設サービスの効果的な在り方に関する研究」 (主任研究者 : 澤野邦彦) 平成 18 年度総括研究報告書、2007:p. 45-54
- 6) 梶原真人 (主任研究者) : 新生児医療施設に長期入院中の重症児を支援する新生児医療・療育コーディネーターに関する調査研究. 平成 19 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書、平成 20 年 2 月 (財団法人こども未来財団). 2008.
- 7) 田村正徳 (主任研究者) : 平成 20 年度厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」. 平成 20 年度総括・分担研究報告書、2009.
- 8) 鍋谷まこと、玉井普、船戸正久、他 : 長期人工呼吸管理が必要な超重症児に関するアンケート調査. 日本小児科学会雑誌、2006;110(9) :1247-1255.
- 10) 船戸正久、鍋谷まこと、玉井普、他 : 長期人工呼吸管理を要する超重症児の QOL (いのちの輝き) とその転帰. 日本周産期・新生児医学会雑誌、2006;42(4) :821-825.
- 11) 北村直行 : 長期 NICU 入院児について. 大阪府医師会、新生児白書Ⅲ、2007;p121-126.
- 12) 平本弘富美 : 家族が望む援助. 船戸正久・高田哲編著 : 医療従事者と家族のための小児在宅医療支援マニュアル、メディカ出版、大阪、2006:pp151-156.

関係者名簿

大阪府医師会周産期医療委員会 NICU長期入院者対策小委員会

- 東 隆司（大阪市健康福祉局健康推進部健康施策担当課長）
平成 20 年 3 月まで
- 今井龍也（堺市健康福祉局健康部副理事）
平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月まで
- 加美敏隆（大阪市健康福祉局健康推進部保健医療計画担当課長）
平成 20 年 4 月から
- 川崎忠男（堺市健康福祉局健康部副理事）
平成 21 年 4 月から
- 北村直行（泉大津市立病院診療局理事兼小児科部長）平成 20 年 4 月から
- 児玉和夫（愛徳福祉会南大阪療育園医療管理者）
- 白石 淳（大阪府立母子保健総合医療センター新生児科医長）
平成 20 年 4 月から
- 田中祥介（医療法人田中小児科医院理事長）
- 中平公士（前・大阪市立住吉市民病院特別医監）
- 西田 勝（重症心身障害児施設枚方療育園医療管理者）
- 根岸宏邦（社会医療法人愛仁会会長）
- 野田哲朗（大阪府健康福祉部地域保健福祉室精神保健疾病対策課長）
平成 20 年 3 月まで
- ◎ 船戸正久（淀川キリスト教病院副院長兼小児科部長）
- 松下彰宏（大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課長）
平成 20 年 4 月から
- 依岡寛和（関西医科大学附属枚方病院産婦人科学助教）
- 早田憲司（愛染橋病院産婦人科副部長）

◎は委員長

大阪府医師会 関係役員

- 酒井國男（会長）
- 杉本 壽（副会長）
- 齋田幸次（主担当理事）
平成 20 年 3 月まで
- 小川晴幾（主担当理事）
平成 20 年 4 月から
- 井藤尚之（主代理担当理事/担当理事）
平成 20 年 3 月まで/平成 20 年 4 月から
- 大笹幸伸（主代理担当理事）
平成 20 年 4 月から