

# NICU に関する実態調査報告

平成 17 年 3 月

社団法人 日本産婦人科医会

## 目次

調査の背景および目的 .....	1
調査方法および対象 .....	1
調査用紙 .....	3
調査集計結果（NICU に関する実態調査：その1） .....	7
調査集計結果（NICU に関する実態調査：その2） .....	11
調査集計結果（NICU に関する実態調査：その3） .....	29
調査結果概要 .....	51
考察（および参考文献） .....	53

## 調査の背景および目的

近年の周産期医療の進歩および普及により、これまで生存不可能と考えられていた超低出生体重児や重症新生児の救命が可能となってきた。また、母子保健の更なる充実を目指し、全国において総合周産期母子医療センターの設置が推進されてきている。

しかしながら、周産期医療の現場に注目してみると、全国の周産期センターでは、慢性的な NICU のベッド不足から、新生児搬送や産科医療における病診連携、たとえば周産期施設に対する合併症妊婦の紹介や母体搬送等がスムーズにおこなえなくなっているのが現状である。

その NICU ベッド不足の背景のひとつとして、慢性肺疾患を有する児や自宅や通常の障害児施設では管理できない高度の呼吸管理を必要とするいわゆる超重症長期入院児の NICU における存在がクローズアップされてきている。また、このような児は、仮に小児科病棟に転棟しても、家族の 24 時間の付き添いが必要であり家庭崩壊等の危険性からも NICU にて収容しているのが現状であると思われる。

よって、日本産婦人科医会では、現存の NICU の有効な活用の推進、ならびに、重症慢性疾患を有する児とご家族のケアを積極的に行なっていけるように、このような慢性的な集中治療を必要とする児のための専用施設、所謂‘NICU の後方支援施設’の設立に関する提案を行なっていきたい。これは、従来の重症心身障害施設でなく、NICU と従来の施設の中間に位置するもので、例えば高度の呼吸管理等も可能であるような施設の設立を目指すものである。

今回、その第一歩として、全国主要 NICU における 1 年以上の長期入院患者に関する調査を実施し、既存の NICU ベッドが正常に稼動していない現状について考察をおこなった。

## 調査方法および対象

全国 363 施設の NICU 責任者に対して、次頁以降のごとく「NICU に関する調査のお願い」および調査票を送付し、各施設の平成 15 年 1 月～12 月における NICU の入院状況、1 年以上の長期入院患者の実態、および NICU 後方支援施設として必要な機能等に関してアンケート調査を行なった。

回答数は 248 施設（68%）で、1 年以上の長期入院患者は 130 例であった。

NICU 責任者 殿

社団法人日本産婦人科医会  
会 長 坂元 正一  
母子保健部  
副 会 長 清川 尚  
常務理事 朝倉 啓文  
常務理事 田中 政信  
母子保健委員会  
委 員 長 茨 聡

### NICU に関する実態調査のお願い

拝啓 厳冬の候、先生におかれましては、ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より産婦人科医療ならびに当会事業の推進に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、近年の周産期医療の進歩および普及、ならびに先生方の御尽力により、これまで生存不可能と考えられていました超低出生体重児や重症新生児の救命が可能となつてまいりました。また、母子保健の更なる充実を目指して、総合周産期母子医療センターの設置が全国的に推進されてきていることは、誠に喜ばしいことでもあります。

しかしながら、新規入院に対する NICU のベッド数は慢性的に不足しているのが現状で、その原因のひとつとして重症慢性疾患を有する新生児の長期入院の増加があげられております。

このことは、産科医療において母体搬送等をスムーズに行っていく上でも障害となっている現状があります。

日本産婦人科医会では、現存の NICU の有効な活用の推進ならびに、重症慢性疾患を有する児とご家族の方々のケアを積極的に行っていくように、所謂“NICU の後方支援施設”の充実に関する提案を行っていきたいと考えております。

従来 of 重症心身障害児施設でなく、NICU と従来 of 施設の中間に位置するもので、例えば高度の呼吸管理等も可能であるような施設の設立を目指していきたいと思います。その第一歩として、全国主要 NICU における 1 年以上の長期入院患者に関する調査を実施いたしたくご依頼申し上げます。

調査は質問形式で、先生のご施設の平成 15 年における NICU の入院状況（その 1）、1 年以上の長期入院患者に関する個別調査（その 2）、また、NICU 後方支援施設の必要とする機能等に関するアンケート（その 3）に分かれております。

本調査の集計結果は、厚生労働省等に提案する際の資料として活用することを計画しております。

なお、ご多忙中誠に煩瑣な依頼で申し訳ございませんが、本旨ご賢察の上 2 月 13 日までにご回答下さいますようお願い申し上げます。

敬具



## NICUに関する調査；その2

(1年以上の長期入院患者に関して個別にお答えください。)

医療機関名 \_\_\_\_\_

1. 患者番号 ( ): 今回の調査での各施設における通し番号です。
2. 性別に○をしてください 男児・女児
3. 在胎週数は何週ですか? ( ) 週
4. 出生体重は何グラムですか? ( ) グラム
5. 現在の延べ入院日(月)数を教えてください。 ( ) カ月
6. 入院児の診断名をお答えください(複数可)。  
[ ]
7. 奇形・染色体異常の有無を教えてください。  
奇形： 無・有 奇形の診断名 ( )  
染色体異常： 無・有 染色体診断名 ( )
8. 現在の診断名を教えてください(複数可)。  
[ ]
9. 現在呼吸管理は行っていますか? ( 行っている ・ 行っていない )  
また、その内容についても教えてください。(○をしてください)。  
その内容：人工呼吸 ・ 気管切開 ・ 気管内吸引・  
酸素投与 ・ 呼吸理学療法 ・ その他 ( )
10. その他、現在行っている治療内容を教えてください。  
リハビリ 有 ・ 無 経管栄養 有 ・ 無  
その他 ( )
11. 退院の見込みはありますか? また、児の受入先を教えてください。  
無・有 ( 自宅 ・ 後方施設 )
12. 退院出来ない児はその理由を教えてください。  
[ ]
13. 家族の面会は月に何日くらいですか? ( ) /月程度
14. 長期入院患者を抱えることによって家族に生じた問題点などお気づきのことがありましたら教えてください。  
[ ]

### NICUに関する調査；その3

※ NICU 後方支援施設の設立、および必要とする機能等に関する先生のお考えをお聞かせください。

#### 医療機関名

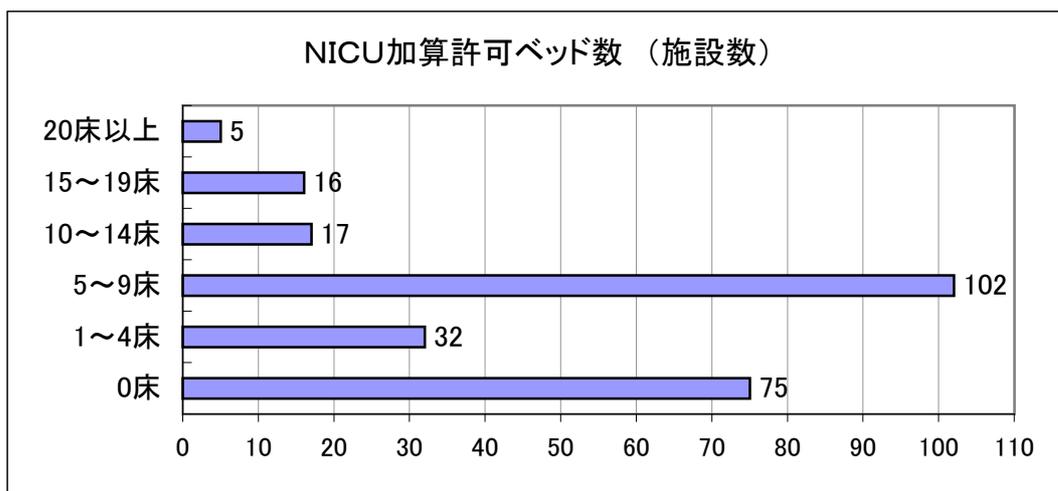
1. 先生の施設の近くで、今回の提案する所謂“NICUの後方支援施設”にあたるような施設がございましたら施設名を教えてください。
2. 今回の提案する所謂“NICUの後方支援施設”にはどのような機能が必要と思われますか。先生のお考えを教えてください。
3. 今回の提案する所謂“NICUの後方支援施設”にはどのような運営補助（例：NICU加算、総合周産期母子医療センターの運営補助金など）が必要と思われますか。先生のお考えを教えてください。

ご協力ありがとうございました。

## NICUに関する実態調査(その1) 集計結果

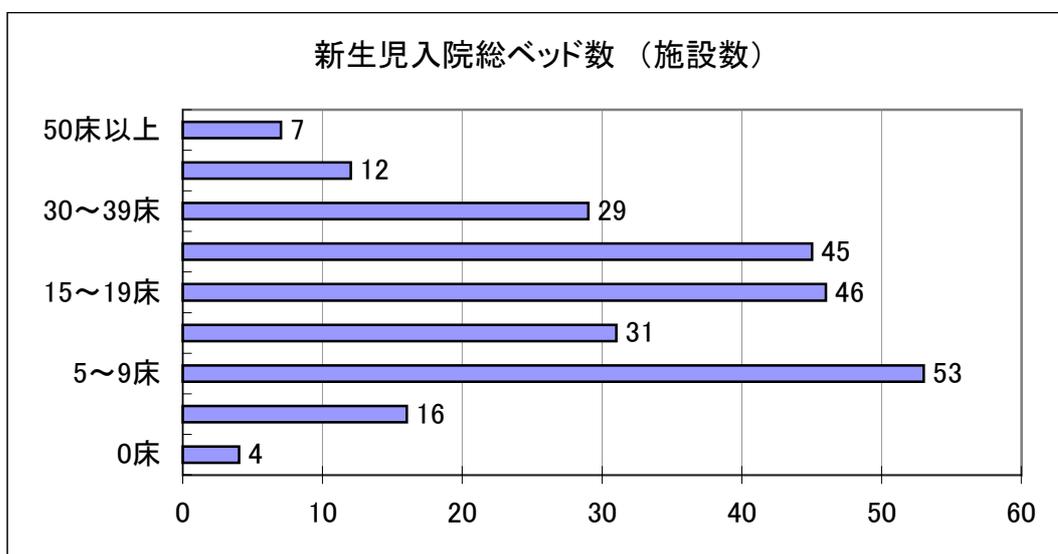
問1: NICU加算許可ベッド数

問1		区間	
平均値	5.72	0床	75
中央値	6	1～4床	32
標準偏差	5.50	5～9床	102
最大値	33	10～14床	17
最小値	0	15～19床	16
範囲	33	20床以上	5



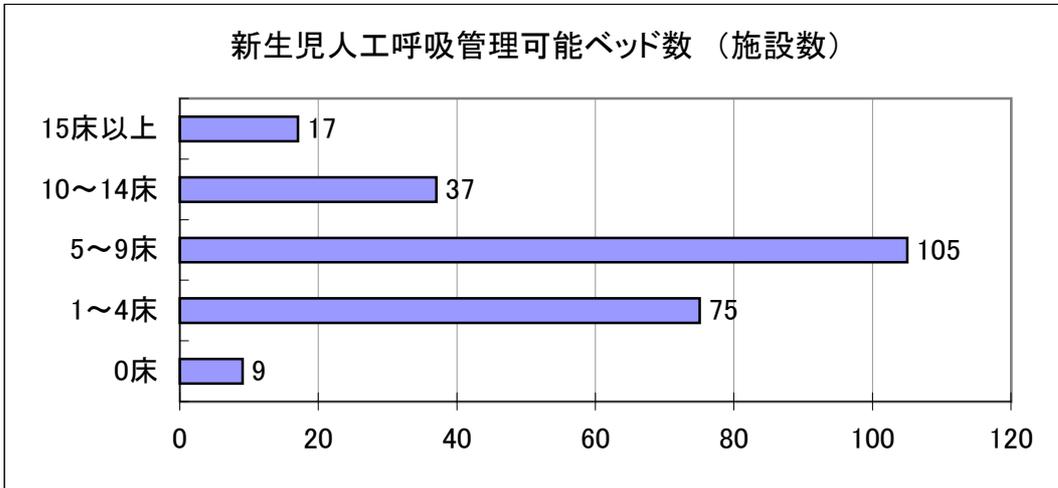
問2: 新生児入院総ベッド数

問2		区間	
平均値	18.70	0床	4
中央値	16	1～4床	16
標準偏差	13.64	5～9床	53
最大値	80	10～14床	31
最小値	0	15～19床	46
範囲	80	20～29床	45
		30～39床	29
		40～49床	12
		50床以上	7



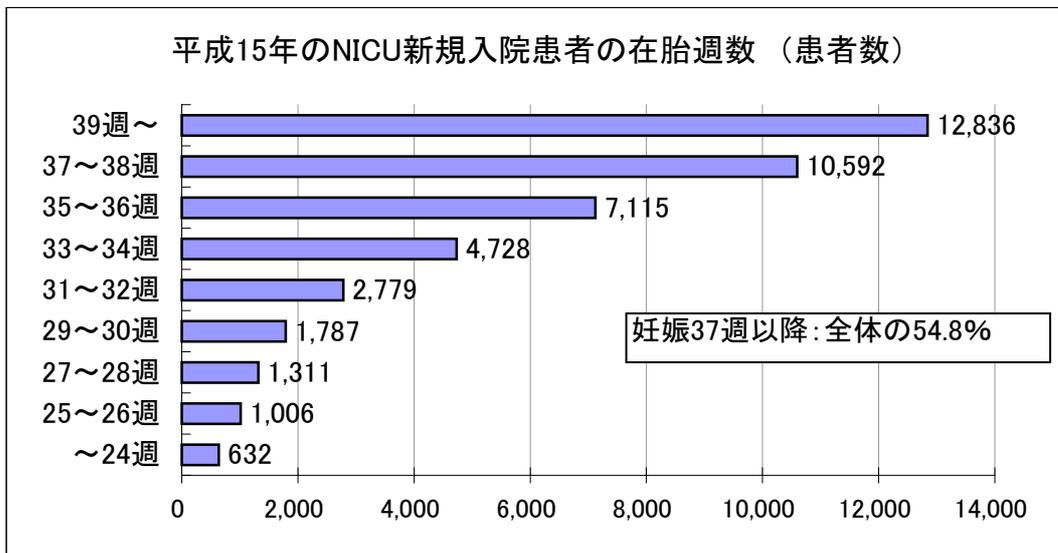
問3: 新生児の人工呼吸管理可能ベッド数

問3		区間	
平均値	6.75	0床	9
中央値	6	1~4床	75
標準偏差	4.41	5~9床	105
最大値	30	10~14床	37
最小値	0	15床以上	17
範囲	30		



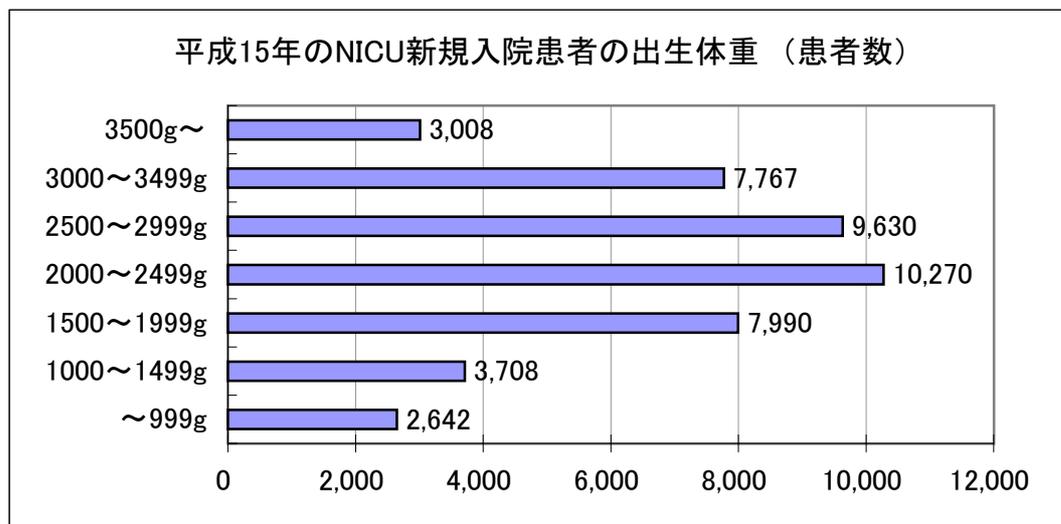
問4: 平成15年のNICU新規入院患者の在胎週数(総数:42,786、施設あたり平均173)

	問4	平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値	範囲
~24週	632	2.76	2.0	3.63	21	0	21
25~26週	1,006	4.37	3.0	4.77	22	0	22
27~28週	1,311	5.70	4.0	5.74	31	0	31
29~30週	1,787	7.77	6.0	7.11	36	0	36
31~32週	2,779	12.03	9.0	9.45	51	0	51
33~34週	4,728	20.38	16.0	15.02	88	0	88
35~36週	7,115	30.80	26.0	21.55	107	0	107
37~38週	10,592	46.25	36.0	38.80	265	0	265
39週~	12,836	56.05	44.0	46.12	254	0	254



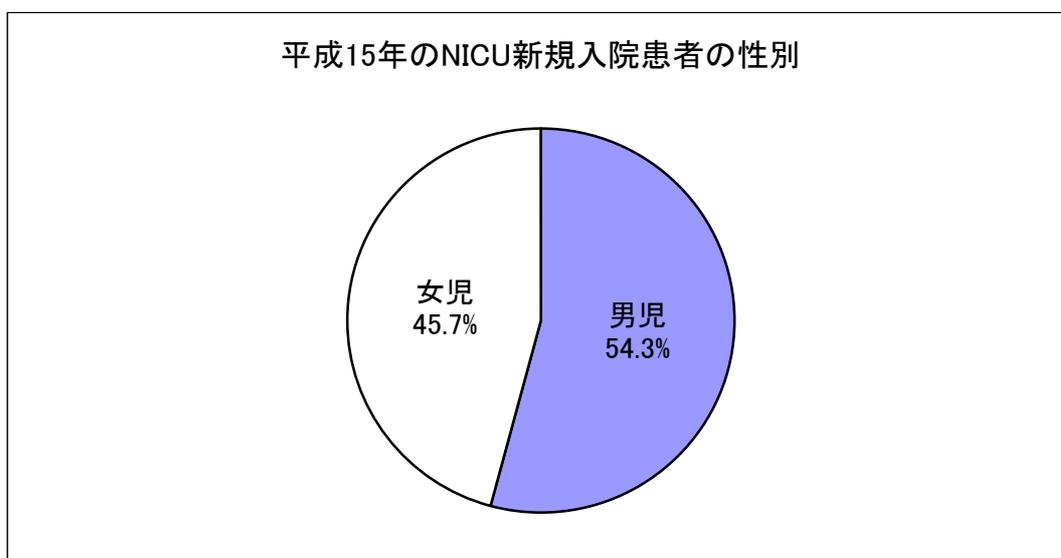
## 問5:平成15年のNICU新規入院患者の出生体重

	問5	平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値	範囲
～999g	2,642	11.29	8.0	12.13	65	0	65
1000～1499g	3,708	15.85	12.0	13.59	74	0	74
1500～1999g	7,990	34.15	24.0	80.75	1222	0	1222
2000～2499g	10,270	44.08	36.0	31.11	163	0	163
2500～2999g	9,630	42.42	33.0	34.44	223	0	223
3000～3499g	7,767	34.22	27.0	28.78	172	0	172
3500g～	3,008	13.25	9.0	20.20	243	0	243



## 問6:平成15年のNICU新規入院患者の性別

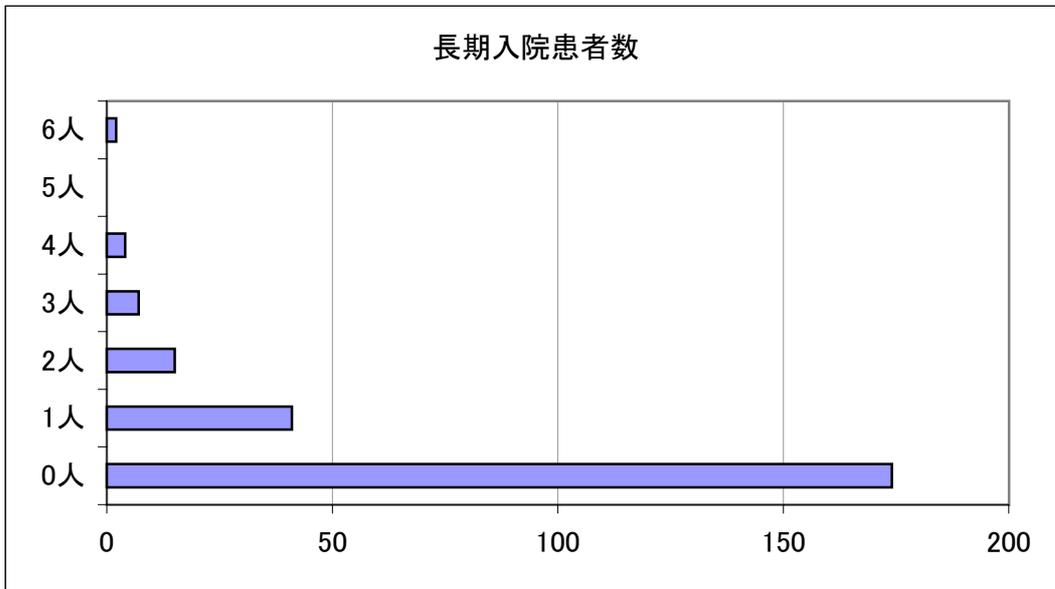
	男児	女児
合計	18,410	15,496
平均値	102.28	86.09
中央値	86	74
標準偏差	72.70	62.05
最大値	452	360
最小値	0	0
範囲	452	360



問7: NICU長期入院患者数(平成14年12月以前からの入院患者)

	問7
平均値	0.53
中央値	0
標準偏差	1.17
最大値	10
最小値	0
範囲	10

	問7
0人	174
1人	41
2人	15
3人	7
4人	4
5人	0
6人	2

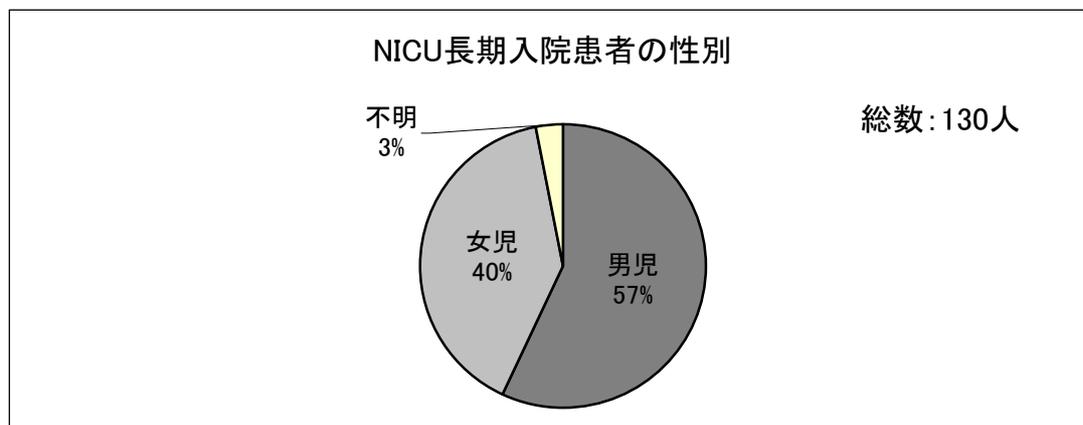


総数 : 130  
 (施設あたり平均0.53)

## NICUに関する実態調査(その2) 集計結果

問: NICU長期入院患者の性別

	人数
男児	74
女児	52
不明	4
総数	130

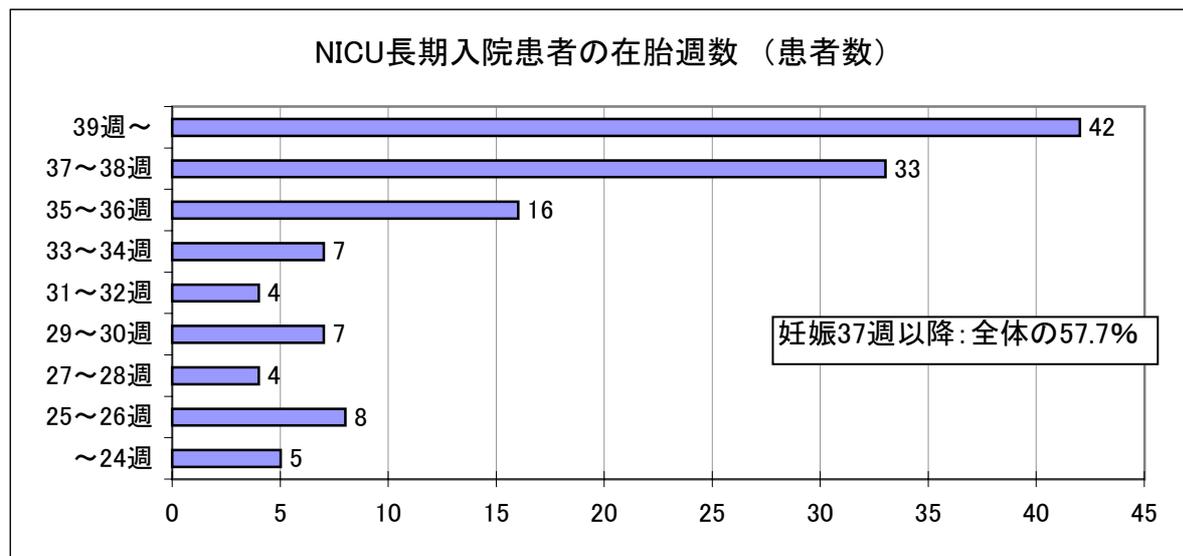
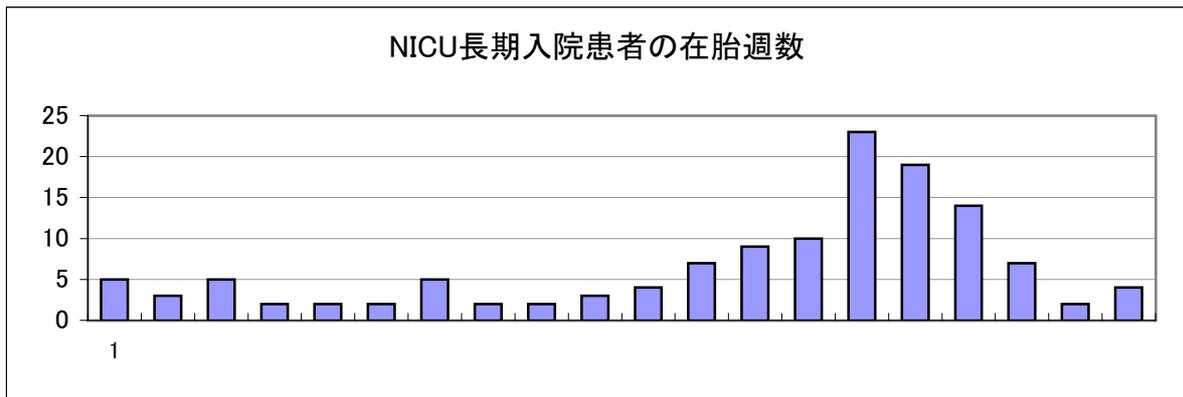


問: NICU長期入院患者の在胎週数

	在胎週数
平均値	35.63
中央値	38
標準偏差	4.91
最大値	42
最小値	24
範囲	18

区間	
24週	5
25週	3
26週	5
27週	2
28週	2
29週	2
30週	5
31週	2
32週	2
33週	3
34週	4
35週	7
36週	9
37週	10
38週	23
39週	19
40週	14
41週	7
42週	2
不明	4

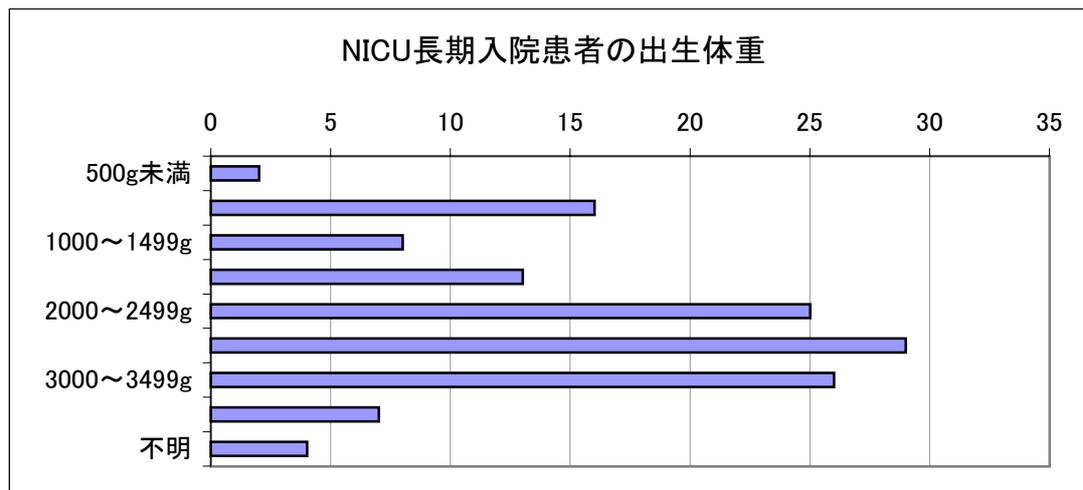
区間	
～24週	5
25～26週	8
27～28週	4
29～30週	7
31～32週	4
33～34週	7
35～36週	16
37～38週	33
39週～	42



問: NICU長期入院患者の出生体重

	出生体重
平均値	2329.03
中央値	2479.5
標準偏差	899.12
最大値	4156
最小値	395
範囲	3761

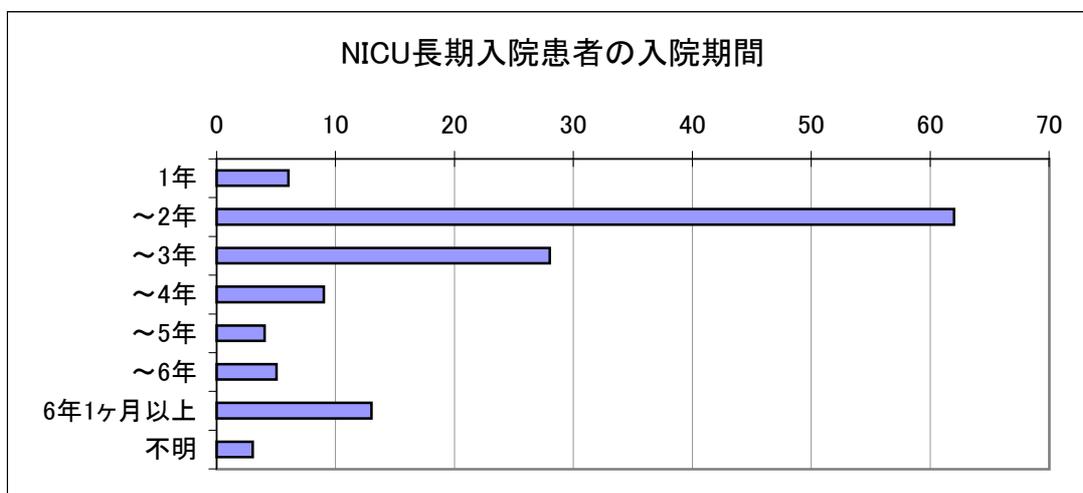
区間	
500g未満	2
500～999g	16
1000～1499g	8
1500～1999g	13
2000～2499g	25
2500～2999g	29
3000～3499g	26
3500～4200g	7
不明	4



問: NICU長期入院患者の入院期間

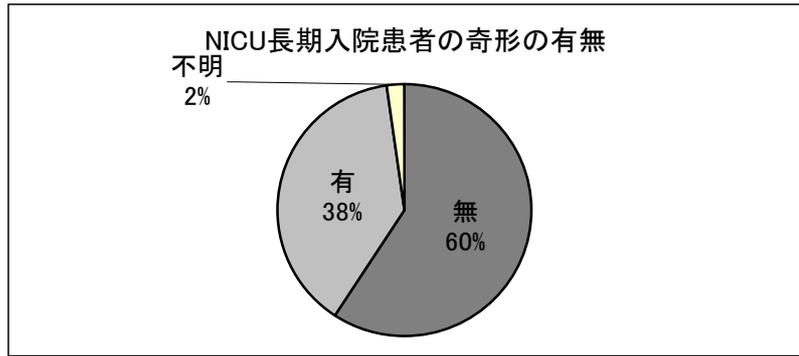
	入院期間(日)
平均値	32.07
中央値	23
標準偏差	27.57
最大値	229
最小値	12
範囲	217

区間	
1年	6
～2年	62
～3年	28
～4年	9
～5年	4
～6年	5
6年1ヶ月以上	13
不明	3



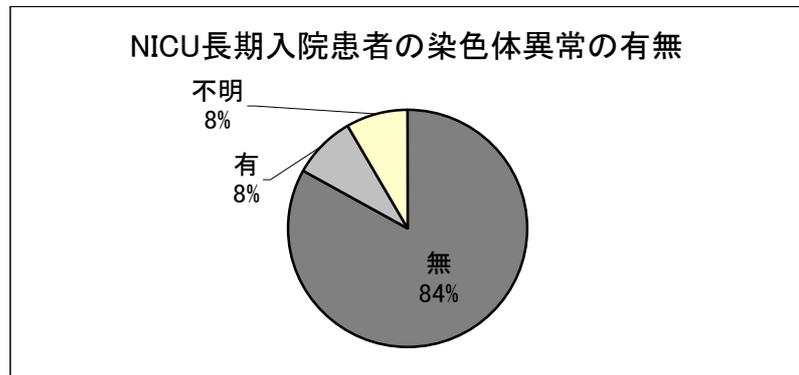
問: NICU長期入院患者の奇形の有無

	奇形
無	77
有	50
不明	3



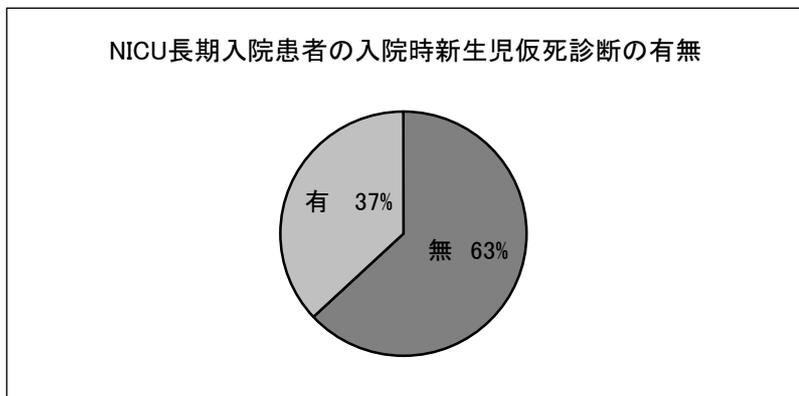
問: NICU長期入院患者の染色体異常の有無

	染色体
無	108
有	11
不明	11



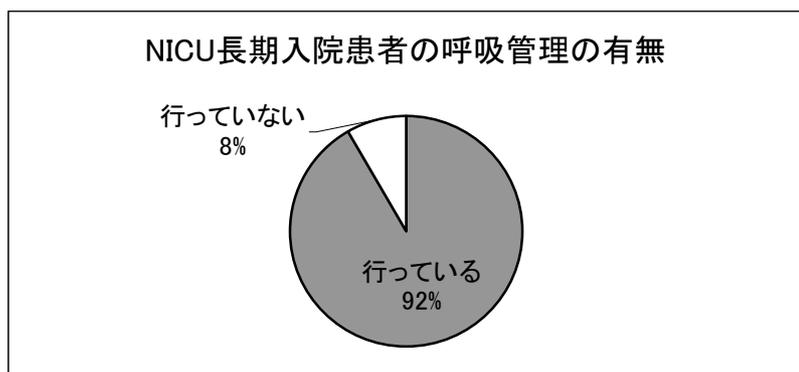
問: NICU長期入院患者の入院時新生児仮死診断の有無

	仮死
無	82
有	48



問: NICU長期入院患者の呼吸管理

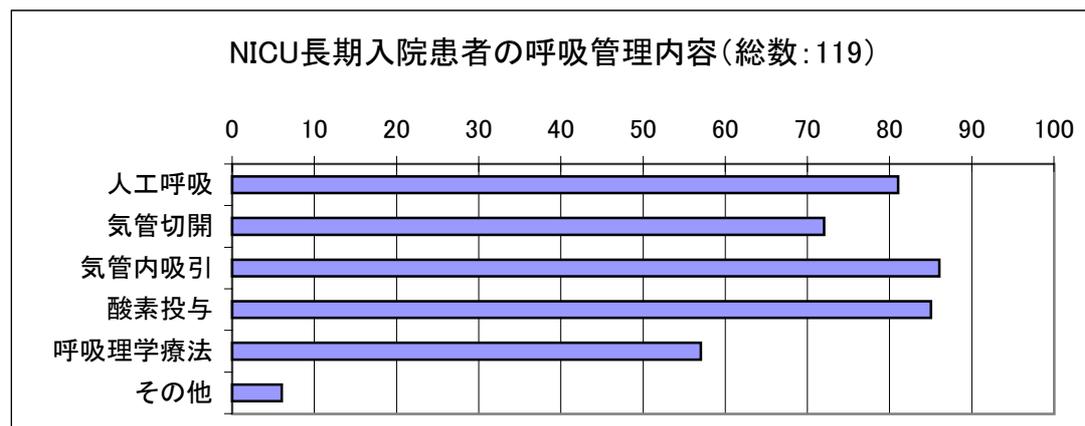
	呼吸管理
行っている	119
行っていない	11



問: NICU長期入院患者に行われている呼吸管理の内容(総数:119)

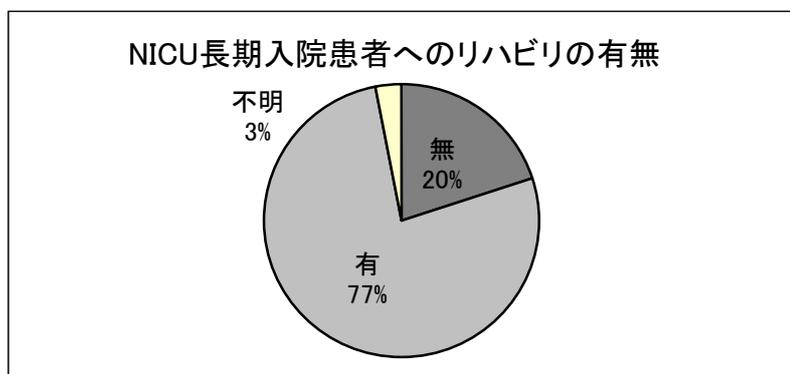
	呼吸管理
人工呼吸	81
気管切開	72
気管内吸引	86
酸素投与	85
呼吸理学療法	57
その他	6

気管内挿管



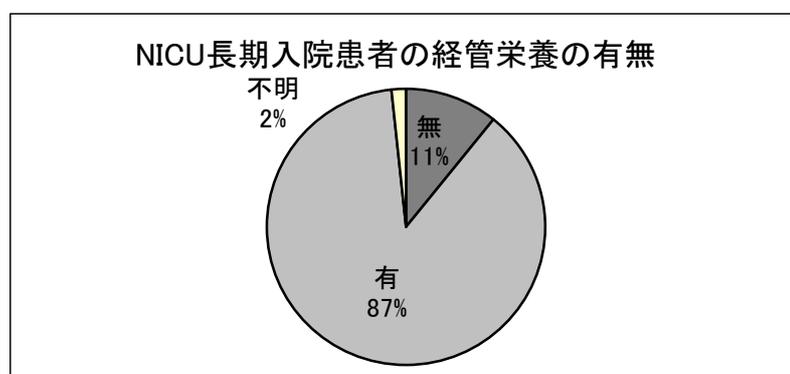
問: NICU長期入院患者への治療内容(リハビリ)

	リハビリ
無	26
有	100
不明	4



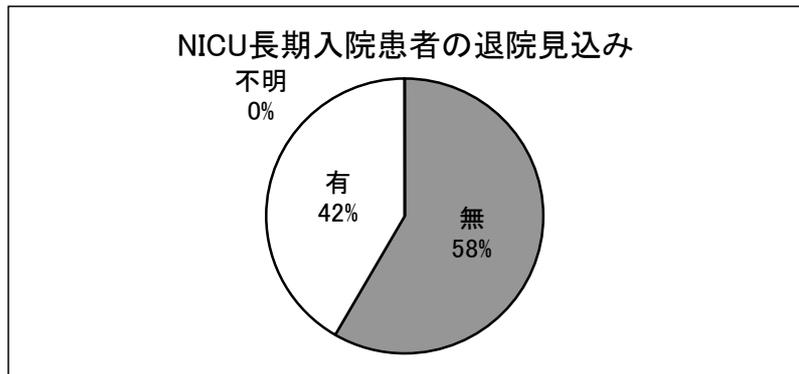
問: NICU長期入院患者への治療内容(経管栄養)

	経管栄養
無	14
有	114
不明	2



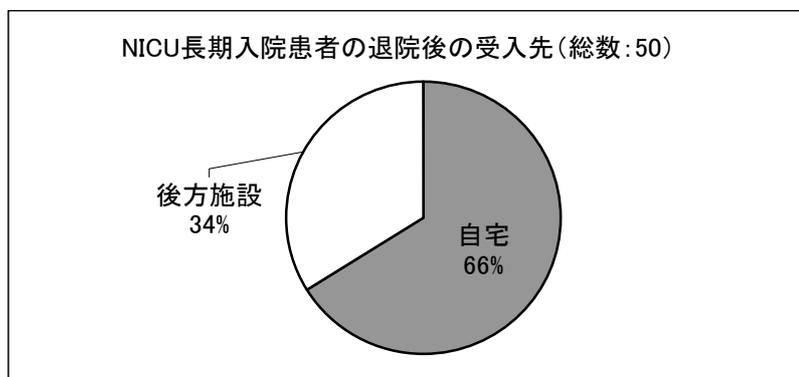
問: NICU長期入院患者の退院の見込み

	退院見込
無	76
有	54
不明	0



問: NICU長期入院患者の退院後の受入先

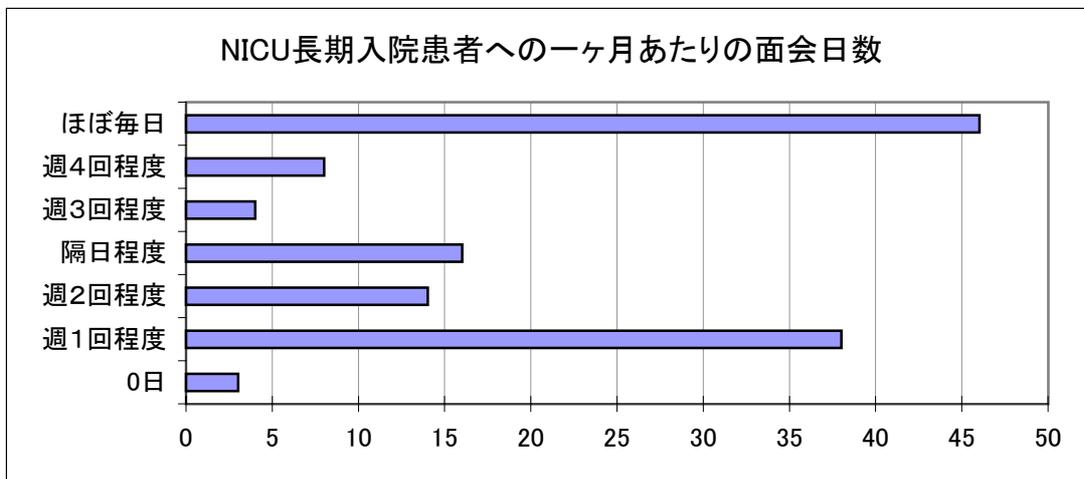
	受入先
自宅	33
後方施設	17



問: NICU長期入院患者への面会日数(一ヶ月)

	面会日数
平均値	15.10
中央値	10
標準偏差	11.95
最大値	30
最小値	0
範囲	30

区間	人数
0日	3
週1回程度	38
週2回程度	14
隔日程度	16
週3回程度	4
週4回程度	8
ほぼ毎日	46



## NICU長期入院患者の入院時の診断名

その2

入院時の診断名	24週	25週	26週	27週	28週	29週	30週	31週	32週	33週	34週	35週	36週	37週	38週	39週	40週	41週	42週	不明	計	
体温調節障害				1				1				1										2
多発奇形											1	1	1	1	2	1		1				8
染色体異常		1									1	1	1	2	2	1						8
新生児仮死	1	1	1				3	1	2	1	4	4	1	10	14	3	3					48
分娩障害															1							1
横隔膜異常														1								1
肺形成異常								1	2						1		2			1		7
呼吸窮迫症候群	1	4	1		1										1				1			7
一過性多呼吸																1						2
エアリーク																1	1					2
無呼吸																						0
慢性肺疾患		1	4	1						1		1	1			1						8
その他の呼吸障害		1						1		1	1	1	1	2	1	4	2	1				15
先天性心疾患										3	2	4	4	1			2					15
肺高血圧												1					1					2
動脈管開存	1		1		2		1				1						1					6
不整脈																	1					1
心不全								1									1					2
細菌感染	1	2	1																			4
ウイルス感染						1																1
神経異常													1	1	1	1	1	1				6
癇癇																1						1
新生児低酸素性虚血性脳症			1				1			1	1	1	3		4	9	3	2	1	1		27
頭蓋内出血			1				1									1						3
水頭症	2						1								1	1						6
頭蓋・脳障害			2					1			1	2	1	3	3			1				14
出血性疾患																						1
双胎間輸血症候群									1													2
双胎間輸血症候群以外の双胎			1	1			1		1	1	1	1			1							7
消化器疾患			1	1			1				1	2			1	1	1	1				8
横膈膜ヘルニア					1											1						3
小奇形												4	4	7	9	2	5	1				28
腎・尿路系疾患			1								1							1				3
骨系統疾患											1	1	1	3	4	4						15
筋疾患								1	1					1		1						5
皮膚疾患																						1
中枢神経奇形																						0
低出生体重児	6	1	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	2							32
未熟児・早産児					1				1			1										3
精神発達障害																		1				1
家庭事情による長期入院																2						2
代謝異常																1						1
計	10	10	20	4	9	3	14	4	8	9	12	23	19	23	52	39	23	19	3			5

NICU長期入院患者の現在の診断名

現在の診断名	24週	25週	26週	27週	28週	29週	30週	31週	32週	33週	34週	35週	36週	37週	38週	39週	40週	41週	42週	不明	計
体温調節障害												1									1
多発奇形			1		1						1	1	1	1	2	1		1			10
染色体異常													1	1	2	1					5
新生児仮死												1	1	1	4						6
分娩障害																					0
横隔膜異常														1			1				2
肺形成異常																	1		1		2
呼吸窮迫症候群																					0
一過性多呼吸																					0
エアリーク																1					1
無呼吸			1					1							2						5
慢性肺炎患	4	1	3		1								1	1	1	3					16
その他の呼吸障害	2	3		1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	3	4	3	3			30
先天性心疾患								3		3			3	4	4	2					12
肺高血圧	1		2					1		1			1	1	1						6
動脈管閉存																	1				1
不整脈												1									1
心不全											1						1				2
細菌感染											1						2	1			4
ウイルス感染							1														1
神経異常	2		1	1				3	1			1	1	2	1	7	2	3	2		27
痙攣																					0
新生児低酸素性虚血性脳症	1	1						1						2	2	1	7	3	3	1	30
頭蓋内出血			1															1			2
水頭症	2	1	1	1	1		1			1				2					1		11
頭蓋・脳障害	1	2					2			1	2	4	5	1	11	13	5	4			51
出血性疾患																					0
双胎間輸血症候群																					0
双胎間輸血症候群以外の双胎												1									1
消化器疾患	1		1	1	1		1	1	1	1	1	3	3	4	2	2	2	2	3		22
横隔膜ヘルニア															2	1		1			4
小奇形					2					1		4	4	5	4	1	5				22
腎・尿路系疾患												1	1	1	6	3	2				12
骨系統疾患	1										1	1	1	1	2	3	4		1		14
筋疾患										1				1	2	1	1		1		7
皮膚疾患									1												1
中枢神経奇形																					0
低出生体重児																1					1
未熟児・早産児																					0
精神発達障害	1	1		1			1	2	1	2	2	2	2	4	7	2	4	3			27
家庭事情による長期入院															2						2
代謝異常															1						1
計	14	10	12	4	7	1	11	3	4	13	11	24	20	20	69	47	33	27	3	7	

長期入院患者主病名(患者サマリーからの推定診断名あり)

在胎週数 (週)	N	多胎妊 娠	胎児発 育遅延	呼吸窮 迫症候 群	気管支 異形成	慢性肺 疾患	無呼吸	一過性 多呼吸	動脈管 開存	心室中 隔欠損	新生児 仮死	心臓系 虚血性 脳症	痙攣	奇形
24~25	8	0	1	1	2	5	0	0	1	0	1	2	1	0
26~27	7	2	1	4	2	3	0	0	1	0	0	1	2	1
28~29	4	3	4	5	2	4	0	0	3	0	0	2	1	2
30~31	7	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	1	3	1
32~33	5	2	2	0	1	0	0	0	0	1	3	1	0	3
34~35	11	1	1	0	0	2	0	0	1	1	4	4	0	6
36	9	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	5	2	3
37	10	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	7
38	22	0	8	0	0	0	1	0	1	2	9	6	4	14
39	19	1	2	0	1	2	0	0	0	1	9	10	2	6
40	14	0	1	0	0	1	0	0	1	2	4	6	2	6
41	8	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4	2	0	4
42	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
記載なし	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
	129	10	25	11	8	18	2	2	12	12	41	42	19	57

NICU長期入院患者の在胎週数と予後の関係(実数)

週数	人数	奇形有	染色体異常有	呼吸管理有	人工呼吸	気管切開	気管内吸引	酸素投与	呼吸理学療法	リハビリ有	経管栄養有	退院見込有	退院先自宅	退院先施設
24	5	0	0	4	1	2	2	4	1	3	3	3	3	0
25	3	0	0	2	1	1	1	2	1	3	1	2	2	0
26	5	1	0	5	2	4	4	5	1	2	3	3	2	0
27	2	0	0	2	0	1	1	1	0	2	2	2	2	0
28	2	1	0	1	0	1	0	0	0	2	2	2	0	2
29	2	0	0	2	1	0	0	2	1	2	1	1	1	0
30	5	1	1	4	3	2	3	4	2	5	5	2	2	0
31	2	0	1	2	2	1	1	1	0	2	2	1	0	0
32	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
33	3	0	2	3	1	0	1	2	0	2	3	1	0	0
34	4	3	1	4	2	0	2	4	2	3	4	2	1	1
35	7	4	0	7	5	6	6	5	5	4	7	3	3	0
36	9	2	1	8	7	7	7	4	5	6	8	4	0	5
37	10	8	1	10	7	5	5	7	5	9	9	3	3	0
38	23	13	3	20	11	13	13	12	8	18	21	8	3	3
39	19	6	1	19	17	13	18	13	11	17	19	9	6	3
40	14	4	0	13	10	8	11	9	5	10	11	5	3	2
41	7	4	0	7	6	4	6	6	5	6	7	1	1	0
42	2	1	0	2	1	2	2	1	2	2	2	0	0	0
不明	4	1	0	3	3	2	2	2	2	1	3	2	1	1
合計	130	50	11	119	81	72	86	85	57	100	114	54	33	17

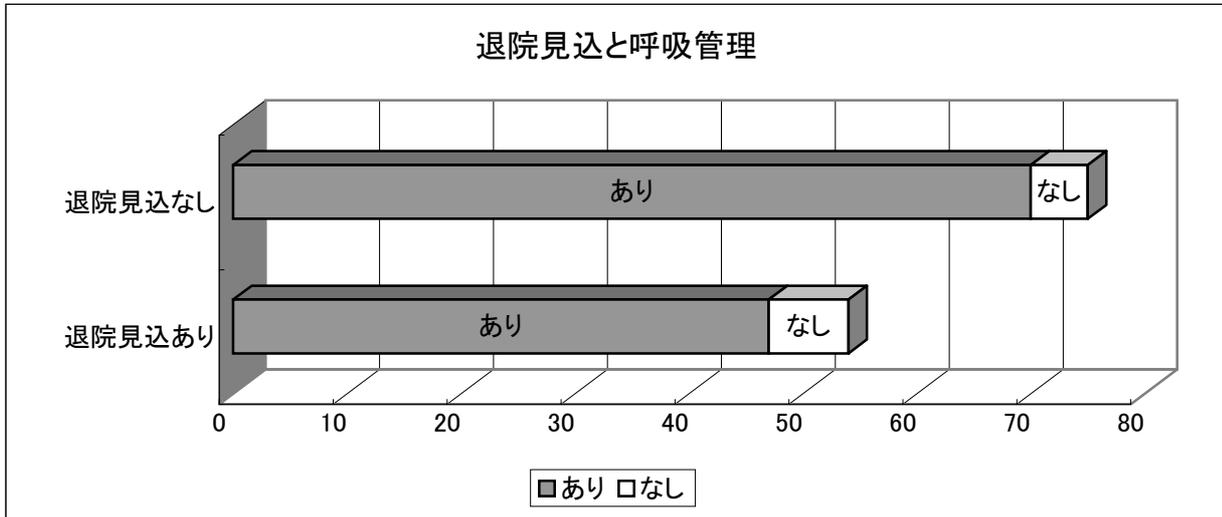
NICU長期入院患者の在胎週数と予後の関係(割合)

週数	人数	奇形有	染色体異常有	呼吸管理有	人工呼吸	気管切開	気管内吸引	酸素投与	呼吸理学療法	リハビリ有	経管栄養有	退院見込有	退院先自宅	退院先施設
24	5	0.0%	0.0%	80.0%	20.0%	40.0%	40.0%	80.0%	20.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	0.0%
25	3	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	33.3%	33.3%	66.7%	33.3%	100.0%	33.3%	66.7%	66.7%	0.0%
26	5	20.0%	0.0%	100.0%	40.0%	80.0%	80.0%	100.0%	20.0%	40.0%	60.0%	60.0%	40.0%	0.0%
27	2	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
28	2	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%
29	2	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%
30	5	20.0%	20.0%	80.0%	60.0%	40.0%	60.0%	80.0%	40.0%	100.0%	100.0%	40.0%	40.0%	0.0%
31	2	0.0%	50.0%	100.0%	100.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%
32	2	50.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
33	3	0.0%	66.7%	100.0%	33.3%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	66.7%	100.0%	33.3%	0.0%	0.0%
34	4	75.0%	25.0%	100.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	25.0%	25.0%
35	7	57.1%	0.0%	100.0%	71.4%	85.7%	85.7%	71.4%	71.4%	57.1%	100.0%	42.9%	42.9%	0.0%
36	9	22.2%	11.1%	88.9%	77.8%	77.8%	77.8%	44.4%	55.6%	66.7%	88.9%	44.4%	0.0%	55.6%
37	10	80.0%	10.0%	100.0%	70.0%	50.0%	50.0%	70.0%	50.0%	90.0%	90.0%	30.0%	30.0%	0.0%
38	23	56.5%	13.0%	87.0%	47.8%	56.5%	56.5%	52.2%	34.8%	78.3%	91.3%	34.8%	13.0%	13.0%
39	19	31.6%	5.3%	100.0%	89.5%	68.4%	94.7%	68.4%	57.9%	89.5%	100.0%	47.4%	31.6%	15.8%
40	14	28.6%	0.0%	92.9%	71.4%	57.1%	78.6%	64.3%	35.7%	71.4%	78.6%	35.7%	21.4%	14.3%
41	7	57.1%	0.0%	100.0%	85.7%	57.1%	85.7%	85.7%	71.4%	85.7%	100.0%	14.3%	14.3%	0.0%
42	2	50.0%	0.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
不明	4	25.0%	0.0%	75.0%	75.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	25.0%	75.0%	50.0%	25.0%	25.0%

退院見込の有無と呼吸管理の関係

	呼吸管理		
	あり	なし	計
退院見込あり	47	7	54
退院見込なし	70	5	75

	呼吸管理	
	あり	なし
退院見込あり	87.0%	13.0%
退院見込なし	93.3%	6.7%



◎ 退院見込のある患者の現病歴および主治医コメント

在胎週数(週)	出生体重(g)	延入院月数(月)	主病態	担当医コメント
24	395	17	胎児発育遅延、早産児:低酸素虚血性脳症、慢性肺疾患	気管切開を出来るだけ避けようとしたことによる長期入院
24	447	23	子宮内感染による早産:慢性肺疾患など	家族の経済的問題
24	592	19	ウィルソンミキティ症候群	
25	760	15	新生児仮死、先天肺炎:慢性肺疾患	
25	866	14	呼吸窮迫症候群:出血後水頭症	
26	588	12	慢性肺疾患	
26	662	13	デ・ランゲ症候群	
26	711	14	双胎第二児、呼吸窮迫症候群、頭蓋内出血:慢性肺疾患	家族の受け入れが困難だった
27	802	21	双胎第一児、声門下狭窄症	家族の受け入れ困難、遠距離からの搬送例
27	896	15	髄膜炎後水頭症	家族とのコミュニケーション困難
28	774	27	胃破裂、水頭症	家族の受け入れ困難
28	1,496	34	呼吸窮迫症候群、ヌーナン症候群	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
29	732	13	先天性サイトメガロ感染症、慢性肺疾患	家族の受け入れ困難だった
30	1,072	43	DIC、頭蓋内出血	家族の受け入れ困難
30	1,605	13	双胎間輸血症候群(受血児):低酸素虚血性脳症	
31	2,090	64	呼吸窮迫症候群	後方支援施設の不足
33	1,562	20	双胎第二児、心奇形:脳性麻痺、CATCH22	手術待機中、家族の受け入れ困難
34	1,728	29	18トリソミー	家族の受け入れ困難
34	1,926	55	軟骨異栄養症、肺低形成:慢性肺疾患	人工換気をできる周辺施設の不足
35	1,962	20	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難、家族の受け入れ困難
35	2,240	17	双胎一児死亡、胎児仮死:脳性麻痺	家族の在宅酸素トレーニング中
35	2,602	40	新生児仮死:低酸素性虚血性脳症	呼吸管理が困難
36	2,495	14	新生児仮死:脳性麻痺	
36	2,580	18	ガレン静脈瘤:脳性麻痺	家族の受け入れ困難(遠方からの搬送のため)
36	2,698	23	新生児仮死:脳性麻痺	家族の経済的問題
36	2,837	19	低酸素虚血性脳症	
37	2,032	16	致死性小人症、呼吸不全	
37	2,310	24	二分脊椎	呼吸管理が困難

◎ 退院見込のある患者の現病歴および主治医コメント

在胎週数(週)	出生体重(g)	延入院月数(月)	主病態	担当医コメント
37	2,893	29	新生児仮死:低酸素性虚血性脳症	
38	1,346	22	18トリソミー、ファロー四徴症	家族の受け入れ困難
38	1,670	27	骨形成不全症	母親の休職、同胞の精神的ストレス
38	1,960	17	一過性多呼吸、四肢絞扼輪、シルビウス裂周囲多小脳回症	
38	2,073	14	多発性関節拘縮	家族の受け入れ困難
38	2,310	25	新生児仮死:ペナ・ショックア症候群	後方支援施設の不足
38	2,338	23	彎曲肢異形成症	
38	2,380	14	先天性有機酸代謝異常症、脳性麻痺	
38	2,910	21	新生児仮死:脳性麻痺	家族の受け入れ困難
39	2,167	12	先天性関節拘縮	
39	2,616	50	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	
39	2,672	33	胎児・新生児仮死(臍帯脱出):低酸素虚血性脳症	
39	2,868	21	胎児・新生児仮死:脳性麻痺	
39	3,033	27	気管無形成症	家族の来院がない(遠方からの搬送)、家族行方不明
39	3,110	17	新生児仮死(早剥):脳性麻痺	
39	3,120	17	脊髄髄膜瘤(Chiari奇形)	家族の受け入れ困難であった
39	3,130	53	ミトコンドリア脳症	家族の受け入れ困難
39	3,230	22	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ意志なし(児への関心なし)
40	2,786	15	彎曲肢異形成症	後方支援施設の不足
40	2,924	19	新生児仮死:脳性麻痺	家族の経済的問題
40	3,014	19	肺胞蛋白症:間質性肺炎	
40	3,102	27	新生児仮死:脳性麻痺、先天性気管狭窄症	家族の経済的問題(受け入れ良好)
40	3,194	25	中腸軸捻転症:短腸症候群	
41	2,984	16	低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ困難(経済的等)
		51	細菌性髄膜炎:水頭症	
			ヒルシュスプルング病	手術待機中

■ 退院見込のない患者の現病歴および主治医コメント

在胎週数(週)	出生体重(g)	延入院月数(月)	主病態	担当医コメント
24	626	20	慢性肺疾患	循環・呼吸管理が困難
24	722	21	出血後水頭症	ドレナージ術後にて
25	860	90	気管狭窄、低酸素性虚血性脳症、脳性麻痺	家族行方不明
26	826	20	呼吸窮迫症候群:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
26	962	13	呼吸窮迫症候群、ウィルソンミキティ症候群	呼吸管理が困難
29	785	30	低酸素虚血性脳症	後方支援施設の不足、母親の休職
30	1,402	31	先天性水頭症:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難、後方支援施設の不足、家族の受け入れ困難
30	1,634	14	新生児仮死(自宅分娩):低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ困難
30	1,636	29	新生児仮死(自宅分娩):脳幹機能障害	家族の受け入れ困難
31	1,470	16	筋緊張性ジストロフィー	呼吸管理が困難
32	1,363	15	双胎間輸血症候群、新生児仮死	
32	1,483	15	tight skin contraction syndrome	呼吸管理が困難
33	1,974	43	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	後方支援施設の不足、遠方からの搬送による家族の別居
33	2,090	18	新生児仮死:先天性筋緊張性ジストロフィー	呼吸管理が困難
34	2,464	14	母体死亡(突然死)で帝王切開:脳性麻痺	
34	2,808	13	スーナン症候群	家族の意志確認不可
35	1,960	26	ペナ・ショッカー症候群	呼吸管理が困難
35	2,116	17	新生児仮死:低酸素虚血性脳症、滑脳症	循環・呼吸管理が困難、両親不在による同胞の精神的ストレス
35	2,460	83	後鼻孔閉鎖、動脈管開存:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
35	2,500	12	軟骨異栄養症	
36	1,600	54	8pトリソミー、先天性心奇形	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
36	2,045	56	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ意志なし
36	2,460	55	ALTE、低酸素虚血性脳症、脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
36	2,680	84	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
36	3,200	52	致死性骨異形成症	後方支援施設の不足
37	2,130	23	ペナ・ショッカー症候群	家族の受け入れ困難
37	2,204	19	PEHO症候群	後方支援施設の不足
37	2,320	24	13トリソミー	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足

■ 退院見込のない患者の現病歴および主治医コメント

在胎週数(週)	出生体重(g)	延入院月数(月)	主病態	担当医コメント
37	2,336	22	ミオパチー	家族の受け入れ困難
37	2,446	67	彎曲肢異形成症	家族の受け入れ困難
37	2,840	12	致死性四肢短縮症	
37	3,724	20	ウェスト症候群	呼吸管理が困難、家族の精神的ストレス
38	1,380	83	胎児発育遅延、両大血管右室起始症	後方支援施設の不足、家族の受け入れ意志なし
38	1,720	28	ダンディー・ウォーカー症候群	家族の受け入れ意志なし(家庭崩壊)
38	2,328	33	脊髄破裂(Chiari奇形)	後方支援施設の不足、家族の受け入れ困難
38	2,700	62	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
38	2,718	38	双胎第二児、低酸素虚血性脳症:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
38	2,830	20	低酸素虚血性脳症(臍帯脱出):脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
38	2,890	17	新生児仮死(臍帯脱出):脳性麻痺	後方支援施設の不足
38	2,900	32	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難
38	3,016	25	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難
38	3,035	26	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	後方支援施設の不足、家族の受け入れ困難
38	3,100	14	新生児仮死:ジューベルト症候群	呼吸管理が困難、家族の疲労に対するサポート要
38	3,278	33	横隔膜ヘルニア、アペール症候群	家族の受け入れ困難
38	3,440	14	13トリソミー	家族の受け入れ意志なし、けいれん・無呼吸発作頻発
38	3,654	23	脳梁欠損、滑脳症	呼吸管理が困難、家族の受け入れ困難、家族とのコミュニケーション困難だった
38	3,773	39	脊髄髄膜瘤(Chiari奇形)	
39	2,028	23	プラダー・ウィリー症候群、慢性肺疾患	呼吸管理困難
39	2,050	15	18トリソミー	呼吸管理が困難(家族は自宅療養希望強)
39	2,540	16	低酸素虚血性脳症	後方支援施設の不足
39	2,568	27	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難、家族の受け入れ困難
39	2,676	41	先天性気管支狭窄症	家族の精神的・経済的負担大
39	3,046	13	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難
39	3,198	33	新生児仮死:低酸素虚血性脳症、頭蓋内出血	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
39	3,394	20	Fetal Brain Death、低酸素虚血性脳症:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
39	3,466	32	低酸素虚血性脳症(早剥)、胎便吸引症候群:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難

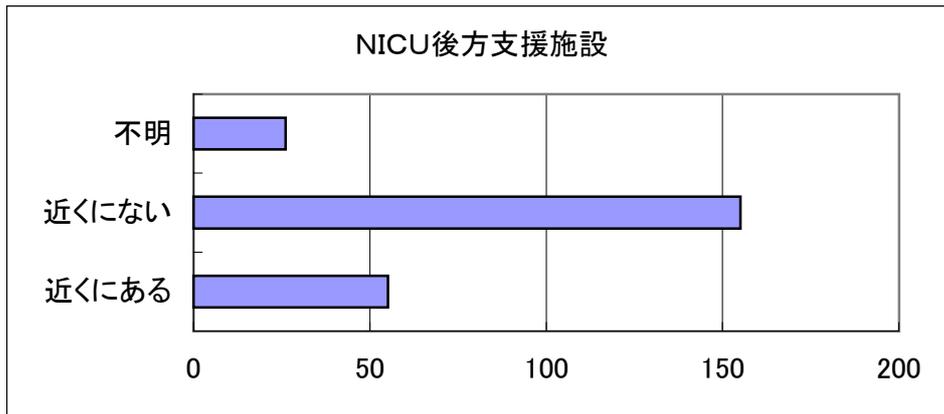
■ 退院見込のない患者の現病歴および主治医コメント

在胎週数(週)	出生体重(g)	延入院月数(月)	主病態	担当医コメント
39	3,502	48	新生児仮死:脳性麻痺	呼吸管理が困難、家族の受け入れ意志なし
40	2,464	12	致死性四肢短縮症	
40	2,858	12	新生児仮死:低酸素虚血性脳症	後方支援施設の不足、家族とのコミュニケーション困難
40	2,870	124	致死性四肢短縮症	家族の受け入れ意志なし(同胞には秘密)
40	3,204	14	低酸素虚血性脳症	呼吸管理が困難(両親間の意思統一不可)
40	3,248	71	ネリンミオパチー	循環・呼吸管理が困難
40	3,343	39	新生児仮死:低酸素虚血性脳症、脳性麻痺	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
40	3,358	24	低酸素虚血性脳症(硬膜外麻酔による胎児徐脈):脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
40	3,408	26	肺低形成	
40	3,958	30	ファロー四徴症	易感染、家族の受け入れ困難
41	2,696	48	先天性横隔膜ヘルニア、頭蓋内出血:脳性麻痺	循環・呼吸管理が困難
41	2,925	73	多発奇形	後方支援施設の不足
41	3,214	52	脳梁欠損(新生児仮死)	後方支援施設の不足、家族の受け入れ困難
41	3,252	23	低酸素虚血性脳症(先天性声門下狭窄)	後方支援施設の不足、家族の受け入れ困難
41	3,490	23	新生児仮死:低酸素性虚血性脳症、脳軟化症	
41	3,500	118	新生児仮死(子宮破裂):脳性麻痺	後方支援施設の不足
42	2,868	84	脊髄性筋萎縮症	家族の受け入れ困難、後方支援施設の不足
42	4,156	26	クローバーリーフ頭蓋、低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ意志なし
			低酸素虚血性脳症	家族の受け入れ困難
			致死性骨異形成症	呼吸管理が必要

## NICUに関する実態調査(その3) 集計結果

「NICU後方支援施設」の整備

近くにある	55	23.3%
近くにない	155	65.7%
不明	26	11.0%



近隣に「NICU 後方支援施設」がある NICU 責任者のコメント (55 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性肺疾患で酸素管理が出来ること。</li> <li>(重症心身障害施設ほどではない) 中等症の障害の子の経管栄養, 気道管理ができること。</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>レスパイトケア機能</li> <li>デイケア機能</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>①NICU, GCUに準じた医療設備</li> <li>②在宅へ向けての家族の宿泊設備等</li> </ul>	看護スタッフの確保のため, 特別予算が必要と考えます。
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間, 専属医師と独立した看護単位のあるNICUと診療内容を同程度とする施設(人工呼吸管理を含め, 24時間救命救急ができること)</li> <li>・さらに緩和ケア(ターミナル・ケア, 看取りの医療)が実践できること</li> <li>・倫理的決定を下すことができること</li> <li>・家族が中心となる育児機能を持つこと。育児の場を提供すること。</li> <li>・在宅の患者さんと一時預かり又は短期入院が出来ること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NICU加算に準じる診療加算は絶対に必要である。多くの後方支援施設は重症児を扱うにもかかわらず, 財政面での負担を強いられている。</li> <li>・人材の確保も不可欠である。人材が供給されるためには, 若い医師や医学生, 医療関係の学生に知られなくてはならない。実習への参加を勧めたり, (義務付ける), 学生への広報活動を行ったり, それを援助する制度。</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>①呼吸管理ができる(気管切開をする技術もある)(気管切開する必要となり病例の呼吸管理が可能であること)</li> <li>②心機能(+呼吸機能)の評価ができる</li> <li>③家族のつきそいが可能な設備</li> </ul>	運営上の補助は必要
6	呼吸管理ができる機能 上記2病院には依頼したが, 今までは引き受けていただけられない。	当院にも運営補助がないので無理か?
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の力量として, 長期間の呼吸管理が行える。酸素授与(配管), 吸引器, ヒスプレーターなどの設備や, DrやNrsがそのような技術に十分習熟していること。</li> <li>・病棟の体制として親に付添を強いけないこと。(長期入院が必要なため, 家庭(族)の負担が大きいため)</li> </ul>	後方支援施設に搬送する病例は, とても手がかかる場合が多く, 何らかの形で補助は必要と思われます。
8	施設そのものがととのっているわけではないのであくまでも考えですが, NICUからその子の成長の過程で切れ目なく見ることが出来る必要があり, 特に両親・家族のケアと指導ができるような医療だけでなく含人的なプランを立てられる機能が必要だと思います。	NICU長期入院となる子をみている施設では現時点(医療的なケアだけ行っている)でも赤字になってしまいます。絶対的に国や県からの補助が必要と考えます。
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>①”NICU”と限定する必要があるのか? 神経筋疾患や代謝性疾患などNICUを経ず, 長期呼吸管理となる児は多数存在する。何故, NICUと限定するのか今回の主旨説明からはよく判らない。</li> <li>②”小児科診療の”という, もうひとつ広いわく組で進めた方が現実的ではないか?</li> </ul>	③名案なし。
10	長期的に呼吸管理を要する患者も受け入れられる機能。	
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸管理(気切を含む)や経管栄養のできるスタッフの充実(主にナース)</li> <li>・在宅に移行した時の支援体制がとれるかどうかなど。</li> </ul>	
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>①十分なマンパワー</li> <li>②小児神経科専門医の常勤</li> <li>③今までは各地の国立療養所が主に重身のcareを行い, 年1回研究会を開いていたので, そういう行事とのつながりをもたせること。</li> <li>④身体以外に心理のcareも必要(家族に対しても)</li> <li>⑤入院がいずれ満床となると考えられ, その時在宅の患者に対するアプローチ(訪問など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重心加算</li> <li>・訪問看護等加算</li> <li>・カウンセリング料 など。</li> </ul>

近隣に「NICU 後方支援施設」がある NICU 責任者のコメント (55 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション, 聴覚, 言語治療, 視覚障害対応等, NICU 出身の nord cap に対応できること</li> <li>・在宅治療への移行, 支援が行えること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸管理が長期にわたるための期限のつかない NICU 加算のような補助が必要。</li> </ul>
14	リハビリ施設としての機能、デイケアが可能な施設	老人介護施設に準ずる運営補助
15	完全看護、人工呼吸管理、在宅医療支援体制 リハビリテーション、カウンセリング	超重症児加算の増額 リハビリテーション科の増額
16	治療は可能なのは、一時的な人工換気可能、クベース内酸素、光線療法、点滴、チューブ栄養。検査可能なのは、血ガス、採血、超音波、CT。・NICU におけるタイミングがわからない時があります。・搬送中に状態がどんどん悪化してくるのがこわい。・どの NICU に送ったらいいかがいつもわかっていれば安心できます。・当院では 33 週未満は母体搬送してます。	採算は今はのぞめませんのでどんどん縮小されて、スタッフも病床も減っています。
17	そこに従事できる職員（医師、看護師）が十分必要となります。マンパワーの充実が絶対条件で必要です。現時点で、当院の NICU のマンパワーは不足しているのが現状なのです。とうていマンパワーの充実ができるとは思えません。	マンパワーの確保のため、人件費が十分確保できる体制が必要です。国や県、市での補助金は当然必要となります。
18	呼吸管理を行える Chronic pediatric ICU 的機能	重症加算として保険点数が上げれば運営可能かもしれません。
19	1) 重症心身障害施設 2) 慢性の呼吸不全児を扱える施設	在宅ケアに繋げるための運営補助として在宅ケア支援補助金など
20	(1) 療養所の現在持っているパラメディカル（看護師、指導員、臨床心理士等）に、小児の ICU 的なトレーニングを受けた医師と看護師が適正に配置されたベットがいくつかあること。 (2) いずれ在宅児が出てくることを考えて、現在行われている短期入所制度の弾力的運用（人工呼吸器の児でも）；病児保育のように登録をしていれば、当日の朝に連絡をすればすぐに預かってくれる（1 日でも）、あるいは訪問看護制度の応用。	上記のような事ができるためには、現在の GCU に準ずるほど医師と看護師の確保と指定を受ければベット加算を要求できる様な制度。現在の新生児入院医療加算（GCU 加算）では話になりませんが、NICU 加算の 1/2 くらいが必要と思われます。
21	重症化した場合でも対応できる、1 設備（人工呼吸器、心電呼吸モニター、中心静脈栄養）と看護体制が必要。	日本小児科医会が提案されている小児保険法のような独立した制度の利用もひとつの考えと思います。
22	リハビリ、母児入院	特に idea はありません。よろしくお願いします。
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期呼吸管理病床</li> <li>・療育スタッフ（小児神経専門医、臨床心理士、ケースワーカー、PT、OT、ST）</li> <li>・長期療養病床</li> <li>・短期入所、一時預かり、病後保育</li> <li>・デイケア</li> <li>・在宅医療支援センター（訪問診療、訪問看護）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者については、小児入院管理 1 のようなもの、及び呼吸管理加算など十分な加算が必要。</li> </ul>
24	”後方支援” ですので、人工呼吸・中心静脈カテーテル留置 etc. の高度医療は必要ありません。人員的には小児科医が必要です。処置としては、静脈ライン留置、経鼻のマスク O <sub>2</sub> 投与。また、MRSA のことを考えてしっかりした感染対策し患者ごとの手袋着用、ウエルバス消毒、…）が必要であると思います。	
25	（別の施設でなく）NICU のある施設の NICU の外に（後方支援）施設をつくるべき。在宅へむけての準備、在宅支援ができることが必要と思う。	
26	ショートステイサービス 訪問看護、往診家族の宿泊施設	健康保険上の加算をつける。 国、地方自治体の各施設への補助金。

近隣に「NICU 後方支援施設」がある NICU 責任者のコメント (55 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
27	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院設備</li> <li>・完全看護・療育（つきそいなしでも可能なように）</li> <li>・人工換気可能</li> <li>・外泊可能（受け入れまでの準備段階として）</li> <li>・臨床心理士などメディカルケア</li> <li>・理学療法士</li> <li>・小児神経科医，小児整形外科医</li> </ul>	<p>運営を円滑に行うには，援助は必要と思いますが，具体的には分かりません。</p>
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工換気が可能</li> <li>・気管切開のケア</li> <li>・呼吸理学療法の実施，保護者への指導</li> <li>・一般的なりハビリ（PT，OT など）</li> <li>・院内学級</li> </ul>	<p>Chronic NICU 加算的なものを補助してもらえるとよいが，地域療養，在宅療養へ移行しやすい仕組みがあるといいと思います。</p>
29	<p>障害の軽い児も受け入れてほしい（歩行可能でも人工呼吸器が必要な児はうけいれる施設がない）。</p>	<p>現状ではかなり大規模な施設を作るのは不可能では？（ただでさえ小児科のマンパワーがない。国字予算もないのでは）</p>
30	<p>①NICU に準じた集中治療ができる。②リハビリ等の支援治療も十分できる（理療士，作業療法士の設置）。③両親へのケアができる心理士の設置。</p>	<p>①重症児加算。②理学療法等に関するリハビリテーション加算。</p>
31	<p>NICU で後方支援施設が必要になるケースは ①低酸素脳症 ②PVL の重症例 ③気道狭窄例（声門狭窄などによる抜管困難例）が多いので，これらを十分にみられることが必要。</p>	<p>NICU 加算に相当する運営補助がなければ手がかかる割に利益少なく，どこの病院も手を上げないと思います。</p>
32	<p>①人工呼吸器を十分な台数を持ち，院内に小児科の当直医が毎日勤務していること。 ②救急を取り扱わないで，のんびりしている病院がよい。（救急と両方を扱うには無理がある。）</p>	<p>①補助金（国，自治体） ②保険制度上の優遇 ③ボランティア組織との関連づけ。</p>
33	<p>人工換気が可能であったり，難治性のけいれんのコントロールが可能であること。</p>	<p>NICU とは関係なくても福祉施設としての運営補助は必要と考えます。</p>
34	<p>当直管理が可能な数のスタッフ（呼吸管理を習得した小児科医および看護師） 十分な医療機器</p>	<p>重度障害児を受け入れる施設を各県に1カ所か，数県に1カ所を義務化 充分な予算化（補助金）が必要である。 このような児の在宅化が家庭への負担があまりにも大きいことから是非必要と考えられます。また受け入れもオープン化し，在宅者の緊急受け入れもできるゆとりも必要ですし，入院児の重症化にもスタッフや設備面での対応できることが望まれます。</p>
35	<p>NICU に近い設備が必要。 看護師や医師は，独立でなくても良く，オンコール体制が良い。</p>	<p>NICU 加算時期の終わった児に対しても，ある一定の補助が出ると運営しやすいと思います。</p>
36	<p>超重症児のケアも可能な慢性期の児の受け入れ病床 人工換気，1～2時間毎の気管内吸引，持続的呼吸心拍管理 S p C2 などのモニタリング，経管栄養が可能である。 教師の配置基準を十分に考える必要がある。</p>	<p>超重症児の加算を手厚くし，入院期間の長期化に対応できる保険点数制度が必須である。</p>
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最新の呼吸器だけでなく，在宅呼吸管理に向けた LTV 等の呼吸器の設置。また在宅ケアに移行できるべき，訪問看護師，CE，巡回医師 etc 人材の配置。</li> <li>・呼吸理学療法士の配置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・補助金も必要であるが，総合周産期構想時に各県の財政により，構想が頓挫した事からも，きちんとした保健加算による，補助が必要と思われる。</li> <li>また，ある程度，総合周産期母子センターがベッド状況 etc を把握し，コントロールする必要もあるかと思えます。（特に岡山県の場合，各施設が思い思いに動きすぎます。後方支援施設ができて，システムが構築されなければ，意味がありません）</li> </ul>

近隣に「NICU 後方支援施設」がある NICU 責任者のコメント (55 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
38	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器まで含んだ、いわゆる呼吸管理が行なえること。</li> <li>基本的に付きそいがいないこと。</li> <li>家族の来院時、数時間～数日間共に過ごせる個室等の設備があること。</li> </ul>	NICU 加算と同等かそれ以上の資金援助が必要と思われる。
39	<ul style="list-style-type: none"> <li>レスピレーター管理能力があること。</li> <li>短期的なものであるにせよ、家族がベッドサイドで宿泊可能スペース、アメニティがあること。</li> <li>児の長期的予後を見すえた上で、児をとりまくソーシャルワーカー機能が充実していること。</li> </ul>	重症心身障害加算なるものがあればよいと思われるが、家族に負担にならないようにすべき。
40	リハビリ、学校	
41	人工呼吸管理を含む呼吸管理を行うことができる。肺炎、けいれん etc をおこした時、施設内で処置できる。(隔離室、観察室を持つ)在宅医療への支援ができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸管理加算など重症度にあわせた管理加算がとれる。</li> <li>重症度に応じた補助金がでる(そうすれば重症児を受け入れてくれやすいのではないか)。</li> </ul> これまでに1年以上長期入院の後、後方支援施設に行った人4名(うち2人は2年以上)、1年若ですが呼吸管理 etc 長期化するため〃 1名 H7～これまでにいました。
42	①NICU 的な機能 ・24 時間体制。長期呼吸管理。 ②リハビリテーション ・摂食・四肢リハビリ ③ケースワーカー、臨床心理士等、医療福祉によるファクター。	何らかの加算 or 補助が必要と思います。
43	長期に呼吸管理が出来る。例えば、重症奇形児、慢性肺疾患、事故後…患者さんにとっては転院は精神的にも負担なので、出来れば同じ敷地内にそういう施設が出来て、元の主治医とも会える態勢がとればよいと思います。	
44	母児同室のまま児を手離せずに治療できる十分なスペース(病室)。家庭へ帰る前に児が家族と共に数日過ごしてケアの指導や訓練を行えるスタッフならびに十分な病室(在宅移行を前提とした重症慢性疾患児を含む)	上記の例に加えて、1500g 以上児の定期検診(軽症、重症を問わず)に保険点数がつくようにしてほしい。
45	①人工呼吸療法が可能であること。 ②小・中学校教育が受けられること。 ③家族宿泊が可能であること。 ④24 時間の面会が可能であること。	運営補助は必要と考えますが、具体的に挙げることはできません。
46	呼吸管理を必要とする CP 児を収容、管理できる施設	少なくとも南福岡病院の重身施設は黒字運営していると言うことなので必要ないだろう。 (ただし病院全体としては赤字なので病院自体の維持が必要だろう)
47	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児の在宅医療の臨床経験</li> <li>小児科医 3～5 名常勤</li> <li>NICU の実情を知った小児科医</li> <li>呼吸管理が 3～5 名はできる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状の超重症児加算の点数を現行の 2～3 倍に up すること</li> <li>新たな制度を作るよりも、現行の保険制度で対応</li> <li>乳幼児の在宅医療は年毎にすすんでおり、在宅中心で考えるべきであって、施設収容は考えるべきではない。</li> </ul>
48	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時(状態急変時)に速やかに対応できること。</li> <li>往診・在宅看護(ちょっと調子が悪い時、受診が大変な児に対して)</li> </ul>	地域医療連携の専門職に対する助成 在宅医療(特に小児)の算定アップ
49	重心施設は熊本は数では足りていますが 1. 呼吸管理のできるベッドが必要 これは新生児医療の進歩(?)に伴って生じてきた新しい重心児の為 2. 重心施設の年齢制限が必要 老人施設化している	経済的には良いとかがっています。

近隣に「NICU 後方支援施設」がある NICU 責任者のコメント (55 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営 補助が必要か。
50	家族の付添いなく児の入院管理可能 気管切開の管理, 安定した状態での呼吸管理が可能 療育スタッフ (PT, OT, ST) の配置	
51	家族が宿泊できる施設。(在宅にむけて夜間のトレーニングをするため) 在宅に必要な物品を展示してある施設	運営補助は必要と考えます。
52	人工呼吸器管理が可能で, リハビリテーションを施行可能な施設。上記病院にはそれが可能であり, 当施設より紹介受け入れてくれている。	重障児施設としての補助は現在十分にできていると思われる。問題は数(受け入れ数)の不足で, 施設の増数が必要である。
53	・重心身施設に入れる適応とならない, 長期入院となっている児のうけいれの充実化を必要とする。	①新生児センターの運営において, 増床の際の補助金があるとセンターの充実化がすすむと思われる。
54	・人工呼吸管理が可能 ・家族とともに過ごすことのできる部屋(病室) 一なるべく個室がよいと思います。 ・専任の当直体制 (on call ではなく)	具体的なことは分かりませんが, 人工呼吸その他の管理で, しかも長期入院となると考えられますので, かなりの運営補助が必要と思います。
55	現在, 当院では月 1 回の割合で名護療育園・保健婦さんらとカンファレンスを行っています。目的としては ・情報の共有化(患者について, 医療支援等) ・NICU 長期入院患者の把握—今後の治療方針を全員で話し合う。 ・早期のリハビリの開始 (NICU 入院中からリハビリを開始している case が 2 例) ・親の会等のサポートシステムの紹介 ・ボランティアの紹介 (家族へ)	・長期の入院患者, それもかなり手のかかる患者を多数かかえる施設となることが予想される。上記に例としてあげられているような NICU 加算等の補助は必要である。たとえば, NICU 出身者何名を受け入れれば特別加算があるとか, レスピレーター 1 台使用につき補助がおりるとか, 重症児を受け入れやすい体制にしてほしい。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
1	当 NICU が担当する地域は半径ほぼ 150 km あり、それでも人口は 40 万人に満たない程度です。後方支援施設には、全く現実味がありません。	
2	①長期人工換気あるいは気管切開管理ができる。 ②不安定なバイタルサイン（無呼吸など）に対する 24 時間対応ができる。 ③家族がいっしょにすごせる空間と時間が確保できる。 ④在宅医療へ移行する際の支援ができる。 ⑤在宅医療を行っている児のショート・ステイに対応できる。	保険医療機関として重症児加算等を算定できることと収容施設として措置費が算定できることが同時に可能となること。
3	N I C U と同様の呼吸管理機能。リハビリ施設。家族のカウンセリング機能。	
4	N I C U としての機能と同等のものがが必要です。レスピレーター、保育器、モニター（心電図、S p C2）。N I C U のある病院（もしくは重症心身障害児施設）と隣接もしくは院内においておけるか院内に併設してほしいと思います。	周産期母子医療センターとしての補助金がよいと思います。地方自治体で別会計にして病院の収支と別計算ともするとよいと思います。（その場合の補助金や人件費のみになります。）
5	以前当院で先天性中枢性肺胞低換気症候群（いわゆる「オンディーヌの呪い」）の児が N I C U に入室していたことがありましたが、独歩可にもかかわらず、N I C U に入室継続せざるを得ない事態となっていたことがありました。理由として ・24 時間の監視体制が一般病棟ではとれない。（入眠すると人工呼吸器を装着しなければならず、覚醒時は外さなければならない。S p O <sub>2</sub> 、E t C O <sub>2</sub> もモニタリングし設定変更しなければならない。） ・他の（重度心身障害児施設など）では人工呼吸器管理ができない。 現在は一般病棟で行うとか工夫をし	このような施設の必要性というのは、医療が進歩し N I C U から生還する児が増加したことに伴い高まってきたものであり、ある意味新しい概念の施設だと思われます。従って従来の保険制度の枠組みによる運営補助をこのような施設に当てはめるのはいささか困難であり、運営補助も新しい枠組みで作るよう国・地方自治体等に働きかける必要があるように思います。（現実的には難しいのかも知れませんが。）
6	○呼吸器管理可能 ○気切後管理可能 △胃管、十二指腸管、胃壁管理可能 △腎臓、人工肛門管理可能	
7	・呼吸管理 ・理学療法 ・医療ソーシャルワーカー、保健師を常駐させ、退院後の支援をスムーズにする	病床加算というより、施設への補助が適当と思われます。
8	人工換気 リハビリ（PT） 家族と宿泊可能な室（個室）	N I C U 加算と同程度
9	今回のご質問の意図とされるところとは異なるかも知れませんが、N I C U の後方支援施設として、長期重症児だけを対象とした施設に限定するのではなく、いわゆる軽症児をより自然な形で、かつ早期に自宅へ退院させることのできる機能を持った施設も N I C U の後方支援施設として検討されても良いのではないかと考えています。N I C U 運営を圧迫しているものは長期入院だけでなく不妊治療による多胎児も大きな負担となっています。多胎児には出生体重 1700 あたりから 2000 g 台前半、または在胎 33-35 週あたりの児が、絶対数としても多い	先日、1 月 17 日に新生児・小児看護体制に関して朝日新聞へ拙文を投稿させていただきました。要旨は、保育所など健常児を預かる施設よりも、病児を扱う病院の新生児・小児の看護に対して「保育」の人手を看護力とは別に認められることが、もし実現すれば改めて後方支援施設などとは言わなくても小児科病棟全体の保育・看護力がアップすれば、それだけで現状の問題は解決できるのではないかと考えています。当然、一足飛びにこのような状況になるはずもありませんので、今後導入予定のハイケアユニットの新生児版のような後方支援施設の設置を訴えて
10	1, 重要な課題として、人工呼吸器をつけた児またはそれに近い（気切児等）児が 24 時間体制で緊急入院できるベッドの確保。 2, 家族の負担軽減のための物的・人的サポート。たとえば家族の希望により 1~3 時間程度の短期入院が可能。 3, 在宅看護に対しても、現在の老人福祉制度をある程度参考にしたサポートシステムが必要。	

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器の使用が可能</li> <li>リハビリテーションを行う人員, 設備</li> <li>家族の負担を考えれば, 何床かは完全看護体制のベッド</li> </ul>	後方支援施設には赤字部門を押しつけるという可能性が考えられると思います。しかし新生児医療が進歩し, 広まっていけば必ず必要な存在となりうるはずで補助金を出してでも運営していかなければならないと思います。
12	NICUに準ずる位の高度の医療が行われなければならないと思います。一方, 在宅療法に向けての教育・指導的なスタッフが整備されなければならないと思います。又, 家族への心理的・社会的・経済的支援がきちんと出来なければならないと思います(心理療法士, 社会福祉士など)。	設備的・人的にもレベルの高いものが多く要求され, 当然公的援助なしにて, 出来ないものと思われま。
13	施設を移ることが患者さんにとってもプラスになることでなければならないと思います。そのためには単に人工呼吸管理が可能というだけではなく, 当然 PT・OT・ST 等リハビリ部門の充実や, 感染等での急性増悪時にも対応できる必要があるでしょう。最終的にはやはり家庭療育を目標とするべきだと思いますし, そのためには在宅看護を担当する部門の充実も不可欠です。	通常の保険診療のわく内では, とてもむりでしょう。しかし運営補助金等は期間に限られることが多いので, やはり恒久的なことを考えれば, 保険診療上で何らかの加算がとれることが望ましいと思います。
14	呼吸管理と経管栄養ができること。 リハビリができること。 ケースワーカーがいること。	施設の運営上, 赤字がでない補助制度が必要と思う。センター内に作るか, 外に作るかで対策が違うのではないか?
15	長期人工呼吸管理をしている児について全身状態が安定し半年~1年を経た場合に後方支援施設に移動できるとよいかと思ひます。また脊髄骨髄膜病(重症)や何らかの身体異常などで寝たきりや誤嚥性肺炎などを繰り返す児がみられると良いかと思ひます。従って, ①2~3例は人工呼吸管理が可能。 ②一般入院病床(NICU出身の児がかぜや肺炎などになった場合に必要) ③心身障害児の診療にも知識を持つ小児科医が常勤していること ではないかと考えます。	NICUから引き続き継続診療を行う場合には2年位を目途に診療加算(NICU加算みたいな形で)がつけられると宜しいかと考えます。
16	人工呼吸管理を含めた長期医療から, リハビリテーション等の慢性期医療までカバーできる施設が理想であると思ひます。	
17	1)慢性肺疾患の児, 2)先天性心疾患の児, 3)代謝疾の児, 4)重症仮死後の重症な脳障害の児, 5)先天性の気道の病気の児, 等の管理ができることを考えると, かなり充実した設備と人員を必要とすると考えられます。緊急時の対応を考えると, 24時間の医師の勤務を必要とすることになるでしょう。	NICUに準じた加算が必要であると考えます。
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>新生児医療スタッフ(医師, 看護師)による人工呼吸管理も含めた診療体制。</li> <li>理学療法, 言語療法の機能。</li> <li>(臨床心理士(ソーシャルワーカー), 保健婦, 保母)などのコメディカルの配属。</li> <li>眼科医, 耳鼻科医の診療体制(常勤でなくとも良いと思ひます)。</li> </ul>	総合周産期センターと同様の補助が必要と思ひます。(国, 県, 施設が1/3ずつ負担)
19	出来れば呼吸管理も可能な施設が良いと思ひます。	
20	神経学的予後不良児の人工換気療法や, 在宅酸素療法に移行する必要性のありそうな慢性肺疾患児などの酸素療法など。	症例により異なると思われま。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
21	NICU にできなくて,” NICU の後方支援施設” に求めるものとして、家族の 24 時間付き添い、外出・外泊等の訓練が可能なシステムとスタッフが備われば良いと思います。さらに、同施設には、外来からの一般感染症患者は入室しないようにできればと思います。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1 日あたりの高額な補助は必要ないと思われませんが、</li> <li>・逆に長期入院となった場合でも不利とならない、(病院の負担がふえないような) 制度があればと思います。</li> <li>・さらには、現在の医療補助制度 (障害者の申請、特別児童扶養手当等) が、</li> </ul> ①小児 (未熟児、その他先天性の障害児) にもっと match したものにならないか? ②認定にかかる時間をもっと短くできないか? (入院期間の短縮→医療費の軽減につながると思います) と考えます。
22	NICU の適応となるリスクの高い児は、認可された NICU が積極的に受け入れ、その分、落ち着いた baby をひきとるような機能が必要と思います。患児をもっと相互に動かせるのが理想と思います。	福島県では、当院は「協力施設」として補助を受けています。実際には、人手不足が深刻で、スタッフの入れ替わりが激しく、教育が追いつきません。研修 (医師、看護師含めて) の必修化などの制度面でのサポートもお願いします。
23	家族の付添い可能なスペースのある病室など (基本的には小児科医が関与する施設と思います。小児科関係の医会、学会が中心となるべき問題だと思います)。	わかりません。
24	人工呼吸器等呼吸器官関連の設備。麻酔科、小児外科、心臓外科、脳外科、耳鼻科、眼科など関連する診療科。臨床心理士、保育士、理学療法士等関連スタッフ。	・NICU 加算・重症加算。・「総合周産期母子医学センター」－「地域周産期母子医療センター」－「周産期医学協力施設」システム運営補助金。・システム連絡網 (インターネット、Fax、電話) の設備補助。
25	NICU の後方支援施設は、単に医療レベルが NICU より薄くなったところではなく、本人や家族にとって、そこに移ることが積極的意味を持つ場所でなければならないと思います。どのようなところが、そのような意味を持つかはいろいろな人の知恵を集める必要があると思いますが、私が個人的に思いつくものとしては 1. 生命維持に必要な不可欠な医療環境を保持しながら (呼吸、栄養、感染症、精神学的管理など) 2. 失われた機能を回復する治療についての専門性 (いわゆるリハビリや、将来的には人工臓器や再生医療への橋渡し) 3. QOL	上記の先天性奇形症候群や障害を残した児を対象とした運営補助は、いわゆる超重症児加算との整合性をとる必要があると思います (たとえば超重症児の中でも呼吸管理を必要とする場合は、別加算とするなど)。一方慢性肺疾患や心疾患など医療が中心となるばあいは、慢性集中治療管理として、あらたなカテゴリーの運営補助と保険加算が望まれます。この際、新生児管理加算料との整合性が問題になると思います。 あと、このような慢性集中治療管理を在院日数の計算から何とかはずせないか、精神科のような特例がほしいところです。
26	一般の NICU と同じ設備と人員 (特に看護師) が必要。	NICU 加算、重症加算など患者個人の診療点数が高くなるような方法が必要。
27	退院できずに NICU に滞っている児の慢性管理 (人工換気を含む)。	
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸管理</li> <li>・チューブ栄養管理</li> <li>・頻回の口腔内吸引可能</li> <li>・ストーマ・ケア</li> <li>・導尿、場合によっては CAPD (腹膜透析)</li> </ul>	人工呼吸器管理や頻回の口腔内吸引に対応するには、スタッフ数の充実が不可欠。それをまかなう NICU 加算に準ずる加算 (今申請中の GCU 加算のようなもの) が必要。
29	慢性肺疾患など長期にわたり呼吸管理を要する患者を管理できる機能。	急性期病棟と同等の入院管理料が請求できることと、県からの公的補助金が投入されること。
30	後方支援といっても、呼吸管理が必要で、両親のサポート etc. まったく関連のない病院でのフォローはむずかしい。	人的サポートが必要。そうなると NICU をもつ病院との差別化はむずかしく、周産期センターをふやすのが最も望ましい。
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液管理</li> <li>・ミルクの注入の管理</li> </ul> 呼吸管理の機能は NICU にまかせるべき。	新生児科医が増えないかぎり、どのような運営補助を行っても無意味です。
32	・人工換気療法	運営補助金が必要

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
33	在宅へのとりくみ, 特に, 族内看護等の機能を必要とします。	必要と思います。
34	・後方支援とは言え, NICU に準じた設備が必要と思います。 ・スタッフに関しては, NICU のトレーニングを経験した人員が必要と思います。 ・入院が長期化することが予想されるため, 家族と患者がゆったりとした時間を気がねなく過ごせる配慮が必要と思います。	必要と思いますが, 申し訳ありませんが, 具体的には, よくわかりません。
35	1) 発達支援, リハビリ, 理学療法などが総合的におこなえるようなシステムであり, 患者や家族のみならず, co-medical もやりがいのある医療環境とすべき。 2) 家族が積極的にケアに参加できること。 3) この施設を退院した児の訪問ケアや一時預かりをおこない, 退院しやすい環境を整備すること。	新設すべきと思います。
36	人工呼吸管理 (気管切開等も含め) 可能で, 年齢, 体重の制約もある程度緩やかであってほしいです。また, ケースによっては自宅への退院指導も施行。	
37	呼吸管理が必須 PT, 心理士, MSW の配置	NICU Bed の有効利用をさまたげている一番の要因ですから, ” 運営補助” がそこまで” 拡大して適用可能” ということでしたら, 今後の展望がひらけます。その場合” 別の施設” のみならず院内における” 慢性呼吸病棟” も対象に含まれるとよいと思います。
38	①NICU に準じた, 設備と人員配置がなければ受け入れは難しいと思います。 ②リハビリテーション設備および, 小児のリハビリに精通した医師とスタッフ ③在宅医療を支えられるスタッフ (訪問看護, 医師の往診など) ④24 時間 365 日救急外来を運営できるように, 人員, 財政的な援助。	(1) 診療報酬 ①小児のリハビリテーションに手厚く配慮する。 ②小児のための在宅医療の受け皿づくり。 (2) 小児のリハビリテーション施設の新設あるいは拡充のための補助。
39	・habilitation 部門の充実・在宅療法支援 (ショートステイなど)・気管切開例の人工換気療法・神経学的フォローアップ部門	後方病床に対する独自の病床加算の新設が必要。必ずしも総合周産母子センター内に設置する必要は無いと思われる。
40	人工換気, リハビリテーション, TPN, 経管栄養に対応できる。一方で, 外出やあるいは外泊も念頭においた施設を構築できれば, 良いのではないのでしょうか。	赤字にならないような何らかの運営補助は必要でしょう。ただし, 「24 時間常駐の医師が必要」というような厳しい施設基準が付随すると実際には難しいと思います。
41	人工呼吸器管理が可能であること	呼吸器管理, 経管栄養等の医療を必要とする場合, 公的に運営の補助が絶対に必要と思います。
42	慢性患者の呼吸管理	なかなか採算のとれる医療がないので, やはり何らかの運営補助は必要と思います。(必ずしも, NICU を有する施設に併設する必要はないと思います。)
43	・新生児医療に専門的に1年以上従事したことのある医師の存在 ・新生児医療に専門的に1年以上従事したことのある看護師の存在 ・小児科, 産科と独立した新生児室	”GCU 加算” など1週間程度でも1日1000点程度の診療報酬があるといい (まるめで～)
44	単なる後方ではなく, 中心は小児外科疾患だと思う。小児外科医がおり, リハビリが充実していればなおよい。	親が退院をしるるケースについて, 補助金を出す (病院にでも, 親にでも)。
45	1) 人工換気ベッドが必要。 2) 脳性麻痺, 染色体異常の児などが想定されるので, リハビリテーションセンターに隣接するものがよい。	1) 現在の保健医療の枠内に収まらないので, 立法化が必要。社会が認知をして, 税金を投入できるようにする。

近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
46	1. 家庭でのケアが難しい, 神経患者 (重身も含む) の児 が入院できる (療育センターよりももう少し医学的ケア ができる方が望ましい)。 2. 在宅人工換気への橋渡しをできる施設。 3. いずれも部屋代, 付き添いが不要の施設。 4. Acute PICU 5. Chronic PICU	1. PICU 加算 2. 重身のケアに関しての加算を増やしてほしい 3. 後方支援施設の運営補助金
47	1) 重症慢性疾患 (気切・人工呼吸管理が必要であるが, 子供らしく遊ばせたり, 食事の介助が必要な症例, 在宅 ケアまでの親の練習も) 2) 重症心身障害児→いわゆる重症仮死最重症タイプで, (気切±人工呼吸) が必要であるか, 意識なくねたきり の状態, 入浴介助設備) 3) 急性対応 (検査・手術) を必要とする重症慢性疾患→ 一般小児総合病院外科疾患合併の重症児 (療育センター的機能, 1), 2)は病院小児病棟も通さない。 (療育センター的機能, 1), 2)は病院小児病棟も通さない。	・重症児加算を up (人工呼吸管理, 経管栄養, リハビリ などで点数化して) ・在宅ケアの支援をもっと充実させる。 ①訪問 Nrs. の時間 up ②在宅ケア外来担当医の往診も充実させる ・総合周産期センターの中で (可能なところに), 新生児 科と小児科とは別の, 慢性病床をつくるのも応急処置。 現在療育センターはどこも満床であり, 地域も限られて いる。家族とのつながりを keep するためには, あまり遠 方にならず, 在宅ケアを少しでも可能にするような地域 との連携必要。
48	chvenic intensive vare unit としての機能が必要。(重 症例が多く, それに対する治療・管理が必須である)	”NICU” 卒業生以外からのニードもあり, 現在の重症児 加算の大幅な増額が必要である。
49	1) 慢性呼吸機能障害に対応できる 2) リハビリ等の専門家がいる 3) 家族と患者とが長時間にわたり Care に参加できる 4) 外泊を含めて入退院が可能である 5) 在宅医療を支援する	1) 設備補助を全額 2) 運営はNICU加算と同額位の保険点数
50	・人工換気施行中の児も入院可能。 ・一時入院も可能。 ・面会時間はフレキシブル。 ・HOT, 在宅人工換気を施行中の児に対して, 訪問がで きる。	厚生労働省の全面的な運営費の補助が望まれます。
51	呼吸管理などを含めた病院機能 在宅, 福祉などの専門家が常駐。	自治体レベル。但し, 昨今の周産期救急体制の広域化を 鑑み, 近隣地域で医療圏単位を柔軟に形成する必要があ ると考える。
52	NICU と従来の重症心身障害児施設の間位置するも のということになれば, 結局, 日本の小児病棟にはほと んどないP-ICU というべき施設かと思われま す。現実的に, このような施設を単独につくることは難 しいのではないかと, むしろ重症心身障害施設を増やし, その中にP-ICUのベッドをつくりだしていくことがよ いかと思われま す。(あるいは小児病棟内に)	年齢的 ・NICU加算というよりP-ICU加算かと思 います。公的な運営補助金は絶対必要と思 います。 ・P-ICUあるいはNICU後方支援施設設定 に対しての援助。
53	回答はなかなかむずかしいように感じ ます。(重症心身障害児施設でさえ数が絶対的に 足りませんので)。地域によって異なるのでは ないでしょうか。	わかりません。
54	ほぼNICUと同じ人員設備が必要と思われ る。抜管後保育器外適応の期間は成長発達 や機能訓練の為にNICUと同等の人員が必 要であり, さまざまな方面からケア, 支 援をする必要がある。NICUより, 多くの 支援をする必要があるときもある。充分な 支援で自宅退院はよりすみやかになると考 えられる。	GCU加算としてNICUとほぼ同じ加算が ぜひ必要だと思われる。
55	療育, 一般小児科	bedの回転が遅いことが予想されるので 経済的援助
56	在宅支援 家族一時的宿泊 (入院) discharge manager	現在の重症児加算は安すぎるが加算で補 助する方がよい。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
57	小児科医が常勤 人工呼吸器管理が可能 PT によるリハビリ	NICU 加算? でしょうか。
58	呼吸器, 神経の疾患が主なので, 準 ICU の機能とその専門家の常駐および呼吸器神経症児の専門家の関与。	連続性を考えると NICU 加算と同程度保険の補助が適当 と思います。
59	NICU に限らず, 小児科一般病棟 (急性期) としての後方支援施設も必要と考えます。NICU の後方支援施設としては, やはり現在の NICU とほぼ同等の機能が理想と考えますが, それが実現されるようであれば, 現在の NICU ベッド不足も少しは緩和されているはずであり, 困難と思われる しかし, 後方支援施設としてはあくまでも状態が安定しているのが前提ですが, 呼吸管理・輸液管理・チューブ栄養管理ができ, ある程度の検査が可能である事が条件だと考えます。一番問題なのは医師・ナース等の確保などマンパワーの問題なのではと思います	機能上はあくまでも従来の NICU に附属する組織であるべきでしょうが, 予算面では別の枠の補助も必要だと思います。
60	医師, 看護師, パラメディカルを含め小児科, (小児) 神経内科, リハビリテーション, 歯科に関する管理が可能であること。 人工呼吸管理が可能であること。	重症管理加算など。
61	・人工呼吸管理可能 ・理学療法, 作業療法などのリハビリ科の存在 ・退院後, 状態悪化時の緊急体制及び入院施設 後方支援施設の充実以前に 22~23 週の超早産児を今の intait 率で本当に助けるべきか, 重症仮死など重篤な後遺症及び生涯にわたる人工呼吸管理を必要とする児をどこまで積極的に助けるかその点について” 日本国内での流れ” を大きく変えていくべきだと思います。助けるのであれば, まず, 障害児に優しい社会を作り, ” 医療費のムダ” と言われないような国を造ることからスタートするべきではないでしょうか。	・NICU 加算は急性期のものであり, 日数も体重別に限定されており, 後方支援施設の補助にはなり得ないと思います。 ・国は医療費削減を前面に出し, 成人では入院日数が長くなればなるほど病院側は不利益が生じるような医療制度にしてしまっており, そんな中で小児のみ長期入院に運営補助に値する助成金制度を作ることは困難です。もちろん, 補助金がなければ病院は赤字となることは必発と考えます。 ・以上のことなどから, ” 在宅医療” を充実させるべく, 医療技術, 助成制度を作れば良いのではないのでしょうか。後は, 乳幼児加算などの 1 つ
62	呼吸管理を必要とする, と言うことが必要であるならば, 基本的には NICU と同等の機能が必要と思われます。なので, 後方支援なる施設の充実は難しいと思われます。NICU の状態を保つには, 人間, 機材の充実が必要です。	
63	安定した時期における呼吸管理, 経管栄養などの栄養管理などの技術面に加え, 転院後の家族の心況に対応しうる養護レベルも必要であると思います。 (ただ, 後方施設に児を転院させる三次機関は, ある程度その児に対する方針 (気切をおく, 胃瘻をおく, など) をしっかりとててから転院を決定する義務があり, これを行わないと家族や支援施設スタッフが困惑することが予想されます。)	NICU 加算がとれない二次病院の小児科が主に後方支援施設にあたることになると思うため, 総合周産期母子医療センターの運営補助金などをあてることが妥当と考えます。
64	長期入院が必要な児は疾患も様々である (中枢神経, 筋疾患, 呼吸器, 循環器, 消化器など)。そのためターミナルケアとは違いそれぞれに高度な医療レベルが必要とされる。それに対応できる場所はやはり, 3 次機能を持った施設となる。しかし, 現在の日本の小児医療ではそのような後方支援施設を作るのは不可能とも思われる。	上記の機能を持った施設を作るには莫大な予算と人的パワーが必要である。特に人をあつめるにはまず予算からだと思われる。
65	呼吸管理, IVH, 高カロリー輸液などが出来る。	・加算が是非必要と思います (加算の期間を限定されないこと)。・人手が必要なこと, 高度医療を要求されます。入院期間の制限がないこと。すぐ満床になってしまうでしょうし, 経済効率が悪いのを知っている機関による運営が必要と思われます。

近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
66	①療育機能；リハビリ ②在宅指導，支援；在宅支援，レスパイト 家族と宿泊が可能。 地域福祉との連携，コーディネート。	NICU の後方支援施設として新たに補助金をつけるよりは，地域基幹病院がその役目を担えるように，NICU 退院後，重症児加算などといった，一床でも引き上げられる施設であれば，加算をつけるのが良いと思われる。
67	①呼吸管理（気管切開，人工換気など）や中心静脈栄養管理などにも対応できる医療設備，スタッフの配置。 ②PT，OT，ST，臨床心理士，視覚・聴覚障害についての専門的知識をもった訓練士を配置したハビリテーション部門。	
68	人工換気ができ，moniter 管理がしっかりできること。 Nrs の配置が十分できること。 在宅医療をすすめていく方向であり，家族と施設をいったり来たりできたりするとよい。	自治体からの補助と，医療費としての加算，両方が必要と思います。
69	・人工換気が可能 ・リハビリスタッフ ・ケースワーカー ・在宅移行への支援	NICU 加算に準じた運営補助が必要。
70	気管切開を受けている児又，在宅人工呼吸管理を行わなければならない児（先天性筋疾患など）を受け入れられること，又短期入院を受け入れられるだけのスペース（ベッド数，医師，看護師などの人的なものも含む）が必要と考えられます（入退院をくり返す場合にも対応可能なように）。	NICU を運営していく以上急性期をすぎた患者さんを受け入れるスペースは必須と考えられます。NICU を計画していく段階で後方支援施設は同時に考えられるべきで，当然 NICU の運営補助金，つくるのであればその予算の中に含まれていくべきと考えます。
71	・経管栄養または中心静脈栄養 ・呼吸管理…呼吸器使用 ・循環器管理（心不全） ・泌尿器管理（腎不全） ・理学療法（視覚・聴覚・言語等も含めて）	全額公費あるいは自己負担なしにすべき。
72	・NICU 的機能：呼吸管理（人工呼吸，モニタリング等）や循環管理が，24 時間できる。 ・重症心身施設の機能：児の発達を促す療育機能（重症心身施設での療育だけでなく，療育施設一般での機能）と重症心身障害児の全身ケア。 両者の機能を両方とも持っていること。	多大な運営補助が必要と思いますが，赤字補てんというよりは，NICU 加算的な補助の方がよいかと考えます。
73	最低，人工呼吸装着中の児の管理，医療ができる。	患者一人につき，NICU 加算に準ずる程度の加算が付く。施設として採算がとれることが絶対条件。
74	・看護スタッフが 24 時間，常にみていることができる（少なくとも 3:1 看護） ・すぐにかかけつけることができる小児科当直医が必要（常時いる必要はないが） ・24 呼吸管理可能 ・できれば，NICU→Chronic NICU，Pediatric ICU 小児科病棟の連携が可能	マンパワー，スペース等より NICU に準じた加算が必要。
75	適切な医療，リハビリテーションを行えるのはもちろんのこと，ケースワーカー，ソーシャルワーカー等，医療以外の問題を家族が相談でき，家族へのアメニティーも行える施設。	人工 100 万人に対し 1 施設あれば良いと思います。
76	家族が宿泊できる場所は必要。	
77	①在宅レスピレーターに移行する前段階程度の呼吸管理が可能である施設。すなわち，頻回の呼吸器設定の変更や，高濃度酸素を必要としない例を管理可能である施設が必要。GUC と同レベルと考えて良いのではないか。 ②完全看護制であること。母付き添いが条件ではスムーズな受け入れは困難。	少なくとも，赤字にならないような加算が最低限必要。さもなければ，決して受け入れてもらえないと思われる。

近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
78	超低出生体重児, 極低出生体重児の急性期を脱したもの。経管栄養のみとなったものなどをケアできる施設。しかし、急性期をみる施設が真の意味で高いレベルにあることが前提。また、集中治療をする施設と後方支援の治療の統一化を図ることは難しいと思う。親にも移動など負担になるのでは？	特になし
79	意味がよく分からない。	
80	当地では未だ NICU 設備自体が不十分な体制であり、”後方支援施設”に関する考えは現在もちあわせておりません。	現実、症例あるも少なく、独立した設備は不要。療養所の設備を拡張して、より重症の児（少数）を受け入れる体制にするのが現実的と思います。
81	重心施設内または併設での慢性呼吸器管理病床。小児のリハビリ、発達支援に精通したコメディカルスタッフの確保。	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病院（急性期病院）では、保険制度上在院日数のしほりがある限り、後方病床を保有することはきわめて困難です。加算、補助金では解決できないと思います。</li> <li>措置病棟に後方病床としての機能を持たせるべく整備するか、在院日数計算の対象から除外すること。</li> </ul>
82	当院では長期人工換気・経管栄養・療育などの医療的ケアが必要な児は小児病棟を経て、在宅医療へ移行しています。総合病院ですので、後方ベッドは比較的充実しています。しかし、在宅医療者のショートステイには対応できていません。どうしても長期入院を必要とする患者は障害を有しているわけですから、入院ベッドを有した療育施設が後方支援施設として必要と考えています。当院では、救急期治療が終了し、体重増加を待つだけのような GCU 的後方支援施設の必要性はあまりありません。	<ul style="list-style-type: none"> <li>超重症・準超重症児入院診療加算の点数をアップする。</li> <li>この加算について、「6 ヶ月以上経過した」という判定期間がありますが、もう少し短縮させる。また、後方支援施設に転院しても、この期間が継続してカウントされることもよいのではと考えます。</li> </ul>
83	1) 低出生体重児として出生し、呼吸状態や全身状態が落ちついた状態になれば、bach transfer を考慮することになりますが、無呼吸発作が少し残っていることもあるため、24h 体制で、少なくとも 1 名は常時、観察する Nr が、そのユニット（病室）にいないといけないと思います。	加算よりも Nr 雇用のための補助金が必要と思います。
84	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工換気を含めた医療的ケアが可能、リハビリも含む。</li> <li>医療のみでなく、御家族の相談にのることができる機能。ソーシャルワーカーや臨床心理士。</li> </ul>	赤字にならず十分なケアが行えるだけの運営補助。
85	人工呼吸管理の必要な児に対する施設。リハビリテーションの専門職。	おそらく総合周産期センターの運営補助金では”NICU 後方支援施設”の運営には困難と思われるので、何らかの公的補助が必要だと思われます。
86	在宅医療にいかに移行させていくかという機能というか、視点が必要と考えます。もし、慢性的な入院を可とするならば、従来の重症心身障害児施設と本質的には同様のものとなり、むしろ、従来の重症心身障害児施設に必要な予算や人員を配置して、役割を担ってもらおうべきと考えます。	申しわけありませんが、特に良い考えはありません。ただし、担当の看護師配置ができるような予算は必要だと思います。
87	当院ではなるべく早く在宅人工換気療法ができるように、在宅看護システムができています。よって長期人工呼吸器を使用するような患児は早目に気管切開し、家族とともに在宅療法を積極的にやっている。	
88	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素療法の導入可能な施設</li> <li>完全看護、かつ母（家族）付き添いも可能</li> </ul>	急性期の治療ではないので、保険点数が低いので点数を上げて NICU 後方支援施設を運営しても赤字にならないよう補助金が必要。
89	家族により受け入れ困難な点は、呼吸管理が、在宅で必要な場合と思います。たとえ、気管切開であっても、吸引など経時的な管理が必要。それらの管理可能な Bed は、公的施設では皆無の状態です。理由は人的、経済的問題と思われる。	長期入院患者の支援施設には、莫大な人的パワー、お金が必要です。市立（市民）病院などは、Nurse、組合の問題で長期入院患者の受け入れは、全くしていないのは、怒れる。法律で、絶対何人は受け入れなくてはならないと決めてもらわないと、困難と考える。又、受け入れている病院には補助金を加算してほしい。

近隣に「NICU 後方支援施設」がない NICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
90	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期の呼吸・理学管理</li> <li>リハビリテーションも含む</li> <li>保育士、保健師、心理士が時々でいいので、訪問なりケアできること。</li> </ul>	
91		このような患児は絶対数が少ないため、設置しても採算が取れないと思います。従って、現実的には引き続き担当する小児科の病棟を充実させることが現実的だと思います。
92	在宅支援のための訪問看護，往診体制。	
93	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児科医の 24 時間体制勤務</li> <li>在宅治療に向けての家族への指導体制（医師以外のスタッフ）</li> <li>訪問診療体制（在宅になった場合）</li> </ul>	やはり NICU 加算のようなものが必要と思います。
94		
95		
96	人工呼吸管理施設・家族と生活出来るだけのスペース・リハビリ施設	・謂ゆる「治療施設」というよりも「ケア施設」であるので、国や県からの補助金で運営されるのが望ましい。
97	低体重の状態であっても受け入れが可能となるような機能。つまり、NICU ほどではないが、ある程度の集中治療が行える機能が必要だと考えます。	名称にはこだわらないが、経済的な援助が不可欠であると考えます。
98	慢性肺疾患，先天性筋疾患，染色体異常（奇形症候群）等，状態はある程度落ちついているが，人工呼吸管理，頻回の吸引等の処置が必要で，在宅ケアが困難な児を受け入れてもらいたい。	人工呼吸器装着に対しては NICU 加算をとってもよいのではないのでしょうか。その他，いわゆる重身の児に対する加算は？
99	長期入院例の一つの要因に，児の状態は一般病棟に転床可能だが，一般病舎では付き添いが必要で，家族が家庭の事情で付き添い不可のため NICU 長期入院となることがある。完全看護は不可能でも，週 2～3 日に家族が付き添いから開放されるようなシステムをつくるのが望ましい。	退院のめどがたたない長期入院例は，現行のシステムでは病院にとってありがたくない，患者になってしまう。やはり，何らかの加算があり，病院としてそのような児をみるメリットがあるような制度が必要。
100	できれば慢性に経過する児の人工呼吸管理ができることが望ましい。たとえば予後不良の染色体異常を有する児の場合等，NICU のベッド占有期間が長く，どこの NICU も困っている。それが無理ならせめて気切患児のケアができる程度は必要。	NICU からの児を積極的に受け入れてくれる施設には，何らかの運営補助金ができれば…とは思いますが，具体的にはよくわからない。
101	長期に高度な医学的管理を必要とし，在宅管理等を目指す，指導ができる。またショートステイなど家族の短期休暇 etc を受け入れてくれる施設。基本的には国公立の施設とならざるを得ない。（その責任があると考える）→現在多くの民間に頼っている。 在宅 etc を実施していかなければすぐに満杯となる。 将来的には特養的な施設も必要。	当然，経済的な手当をつけないければならない。
102	○児童相談所，ソーシャルワーカー，臨床心理士等とスムーズな連携する機能が重要と思います。	○金銭面もちろん大事だと思います。 ○人的補助も重要と思います。（十分な人数の医師，マンパワーが大事） ○児童相談所，ソーシャルワーカー，臨床心理士との連携，補助も重要。（長期入院なので，親御さんへの援助も大切）
103	呼吸機能等を改善がおこなえるリハビリ。学校	施設個別に収入を得るシステムが必要。
104	呼吸管理や気切，N-G，ED tube 管理をしてくれる機能が重要と思われます。	ベッド数と人員が必要と思われます。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がない NICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
105	結局は NICU に準じる施設が必要と思う。重症心身障害児施設も一杯の状況であり、中間の施設を作っても一次的な解決にしかならないのではないか。中間施設+重心施設の充実が必要。	
106	1) 人工呼吸管理病床 (レスパイト分も含む) と職員確保。 2) Short stay のできる病床と〃。 3) day care のできる空間と〃。 4) 都道府県に 1 ケ所、巡回診療班*を設置する。	総合周産期センター内に、フォローアップチーム**を作り、そのスタッフが、地域の療育及び後方支援施設と連携して、ひつような職員養成、指導者 (在宅ケアのための) 養成を行なう。 ** (新生児科医 1, 小児神経科医 1, (リハビリ) 整外医 1, PT2, 心理士 2, 保健師 2, 看護師 2, できれば MSW1)
107	・呼吸管理 ・リハビリテーション ・在宅医療に向けての、親子入院が可能な個室設備	今後の NICU ベッド不足の解消のためには、NICU のベッド数のある程度の増加も必要であろうが、それ異常に後方支援施設の設置が重要と考える。 施設を運営する上で、十分な採算が見込める、魅力的 (?) な保険上の加算や運営補助金が無いと、設置は困難と考える。 加算、運営補助金は、どちらか一方だけでなく、両方が必要。
108	人工呼吸管理を含む集中治療ができること	何らかの加算が必要と考えます。(スタッフ確保、運営のためには……)
109	ある程度呼吸管理 (人工換気を含む) が可能であること。 在宅支援 (在宅人工換気) が可能であること。	長期にわたる加算が可能なこと。 又在宅人工換気例には家族の負担を大幅に軽減する補助 (経済的、人的に)
110	入院治療 (療養) に加えて、在宅の方のデイケアサービス、レスパイトケアなど通所施設的なサービスがあれば退院へのハードルも低くなると思います。	
111	1) 血行動態、呼吸管理、神経発達、小児外科的診療などが総合的にみれる必要がある。 2) 家族の精神的サポート (カウンセリング) 3) 家族の自立をうながすシステム (最初から自宅でみる気がまったくない家族に対する総合的なアプローチ) 4) 病院 (施設) に対する経済的、人的援助	具体的な考えはありません。
112	人工呼吸器/酸素療法などの呼吸管理。理学療法士のチーム	よくわかりません。
113	NICU に準ずる呼吸管理・モニタリング、リハビリ、経管栄養は言うに及ばず、家族が 1~2 泊できる宿泊施設 (自炊可)。 医学的診療に対する倫理的配慮を組織的な機能、たとえば仁志田らの分類を 1/年は再評価するとか。そういう機能。 退院時の在宅看護支援。	現実的にどういう運営補助がいいのかよくわからないが、予算的には NICU 加算援助が必要になると思う。
114	長期人工呼吸、IUH など在宅あるいは障害児施設でケア不可能な児に対応できる。	NICU と同等でなければ、設置運営する主体はないと思われます。
115	ある程度家族にも患児のケアに参加できるようなことができれば、また母児同室のようなことが短期間でもできれば (家族で 2~3 日過ごすことができればとも思います)	ある程度時期がくれば打ち切りになるのではなく、児が退院まで続く運営補助があればと思います。
116	呼吸管理。 リハビリテーション管理。 訪問看護センター	重障児のケアの管理料 (ナースの人件費が出るぐらい)
117	・人工呼吸管理が可能であること。 ・リハビリテーションを含め、神経学的問題に対しても対応できること。	NICU 加算とまではいかななくても何かの形で加算がとれるようにしないと採算がされないと考えます。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
118	①人工換気療法が可能 (長期間の) ②家族が常時面会でき、かつ家族の休憩、宿泊の設備がある。	現行の保険制度ではかなりの赤字運営を覚悟でないと出来ないのでは、公的な資金のバックアップあるいは NICU 加算のような特別な制度が必要と思います。
119	・呼吸管理 ・理学療法 ・家族のメンタルサポート	・重症心身障害児管理加算の検討
120	呼吸管理 理学療法 (リハビリ) ショートステイ、介護 が可能な施設	公的補助が必要
121	呼吸管理、理学療法が可能で、患児の急変時にも対処できることが必要だと思います。 居住地近くの転院でなければ自院で対応していくか、総合センターに併設するしかないのではないのでしょうか。	病状は落ち着いていても、退院や療養所への転院が無理で、急変の可能性のある児については設備もスタッフも整備が必要でしょうから、運営補助金は別枠で必要だと思います。
122	1. GCU に勤務するナースと同等の能力(経験)を有するナース 2. 発達を含め総合的にフォローできる小児科医 3. 理学療法、カウンセラー(心理士)、保母的な役割の果たせる人が必要と考えます。	
123	NICU 並みのモニタリングが可能であり、すぐにスタッフが駆けつけられる状況にあること。	当施設に総合母子周産期センターの認定がとれませんが、地域的な事情から殆んどすべての疾患に対応しています。総合周産期母子医療センターの認可がない施設でも、何らかの補助が得られるようになれば、と思います。
124	レスピレーター管理が可能であること。	
125	①長期の人工換気が行えること。 ②Family が自由に面会や宿泊などができ、児との時間を共有できること。 ③GER に対する ope や気切など医療行為がある程度行えること。	どういう形にせよ運営補助は不可欠だと思います。
126	病院から家庭へとワンステップで帰れない児にはさまざまな状態があります。 ある程度近い所に、小児科のある総合病院(できれば併設)した中で療育できる施設が必要。 呼吸管理ができ、えん下、摂食リハ、呼吸リハ、運動リハができるのが大前提で、保育士によるかかわり、いつでも short stay ができ、施設内外泊ができればと思います。 (地域周産期医療センターの一つ併設できればと思います)	
127		
128	リハビリ 母児入院もでき可	
129	保育器、人工呼吸(IMV)など、ほぼNICUに準じた機能が 必要と思います。	
130	・呼吸管理が可能(人工呼吸器使用可)・理学療法士の常駐	NICU 加算
131	小児神経科医のフォロー体制 リハビリ訓練の支援体制	総合周産期母子センターの補助施設として運営金補助
132	保母、心理指導員の配置	・clonic NICU 加算 ・運営補助金

近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
133	人工呼吸管理 家族と生活できる空間 (父や母が宿泊できる病室)	母子保健行政の一貫で行なうものだと考えます。
134		体重によらない長期の加算が可能であるような保健制度、および、小児科の常時当直を可能にするマンパワーとそれに対する補助金制度がないと、運営困難に陥ると思われまます。
135	現存する一般小児科が充実した形で存在し、NICU 卒業生をどんな形であっても受け入れ、在宅にもっていけるように機能すれば、提案される後方支援施設は要らないと考えています。 仮にできても、小児科医の確保がむずかしいと思います。既存の基幹病院小児科の充実か、重症心身障害児施設の充実かが現実的と思っています。	
136	・ある程度の集中治療が継続できる施設 準NICU 的な機能、レスピレーター管理、中心静脈栄養等 ・できれば、その地域での中心的な周産期医療センターに付随するような型が良いのではないのでしょうか。(家族の方との人間関係、信頼関係、治療の継続性を考慮する場合) ・小児神経の専門医、小児整形の専門医、リハビリ等の機能 ・家族の宿泊施設等も	国あるいは自治体からの運営補助金等が望ましいのではないのでしょうか。
137	人工呼吸器管理や発達・成長に関してのスペシャリストを医師はもちろんの事、看護師も育てるべきである。	長期入院患者をかかえていた病院からの補助が必要である。
138	長期のレスピレーター管理ができる。 リハビリが可能であること。 手術なども施行可能であること。 発育・発達の評価ができるスタッフがそろうこと。	保険上、加算が大きく、収益が大きくなれば、運営可能なのでは。各地に母子医療センターが設立された際も運営補助金があったと聞きます。これも大きいと思います。
139	①人工換気療法・理学療法等を含む、医療的機能 ②家族の面会、在宅への指導・支援などの福祉的機能	医療的行為、福祉支援が、保険でまかなえるような運営補助が必要。
140	1. 慢性呼吸不全の管理 (呼吸器・気管切開) 2. 保育 (保育師) 3. 特殊教育	慢性患者介護加算+運営補助金
141	人工呼吸を含めた呼吸管理 口鼻吸引が必要な時に即座に対応できる看護スタッフ	入院期間にとらわれない、保険制度
142	ICU と療育の機能をあわせもつ施設	GCU 加算程度の補助
143	呼吸管理および神経専門医 リハビリ機能 (整形) 小児外科	施設が経済的負担とならない様に手厚い援助が必要。つまり人材確保ができ、又、患児を他施設より受け入れれば入れる程、加算が多くなるシステム。
144	①人工換気可能病床 ②比較的豊富なマンパワー ③カウンセリング機能 (状況によっては看取り (ホスピス) の医療も視野において)	・NICU 加算の 1/2~2/3 程度の加算が欲しいのですが、ある程度の期限の設定もやむをえないと思います。 ・一施設に一件いくらかというのは余り望ましくないと思います。
145	人工呼吸管理+小児神経科医がいる施設。 けいれん等神経系の異常を伴うことが多く、呼吸管理と平行して神経的な対応が必要だと思います。	急性期病院での対応が必要と思いますが、出来高払いはないと思いますので、特別なベッド枠を考えた方が良いと思います。
146	現在は長期入院の児はいませんが、時に当院でも1~2年以上の児がいます。現状では後方支援施設を他院に設けるよりは、当院の機能を拡充する方が無駄がないものと思われまます。 また、それまでの経過を把握しているという点でも、院内での治療継続がのぞましく、転院は家族の心情としても、見捨てられた印象をもちかねません。本来のNICUを圧迫することは事実ですが、院内のNICU内 (新生児)GCU もしくは、小児科内HCUが良いようです。(最近の現状程度なら)	・長期になると入院費が安くなると、経営側からクレームつきかねないため、入院費が下がりすぎないように。 ・しかしその一方で、療育医療の対象をこえると、気切、人工換気をうけていても、対象となる小児慢性疾患もなく、家族の経済的負担は大きいので (上気道の問題+CPなど)、何らかの補障必要。

## 近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント (155 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が 必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助 が必要か。
147		
148	治療としては人工呼吸管理が充分にできること。在宅に向けての呼吸理学療法ができること療育としては・PT, OT, ST の配置 ・保育, 学校, ファミリールーム (家族と一緒に泊まれる病院) 在宅支援としての・ソーシャルワーカー ・訪問看護体制 (在宅人工呼吸など重症児の在宅介護の為に) ※治療の場と生活の場としての2面から必要な機能がいます	・超重症児6名に対し, 常時Ns1名で運営可能なchromeNICU 加算 (具体的に何点かはわかりません) ・重症児施設の借送入所と同等の扱い, 借送費※個人的考えとしては, 現在各地域にある国公立の重症心身障害児(者)施設を, 上記のようにレベルアップしていく方が, 費用的にはかなり安いと思います。全く新しい施設を作ることは, 現在の経済状況では不可能ではないでしょうか。
149	具体的に思いうかびません	同上
150	例えば, 抜管困難症のため, 体重・修正週数は十分であるにもかかわらず, 退院できないBabyの管理が出来る施設。 一般の重症心身障害児施設より, もう少し高度の管理ができる施設が必要。	
151	・重心身施設に入れる適応とならない, 長期入院となっている児のうけいれの充実化を必要とする。	①新生児センターの運営において, 増床の際の補助金があるとセンターの充実化がすすむと思われる。
152	家族と一緒に過ごせる個室 (family room) や, 家族と散歩できる様な施設, 家族と一緒に入れるお風呂などの設備が必要であると思います。	人工呼吸を必要とする児には, 相当な看護力が必要ですので, NICU 加算に準ずる加算が必要であると思います。また, 運営補助金も必要であると思います。
153	・慢性呼吸不全児の呼吸管理 ・リハビリテーション ・家族の精神的肉体的負担の軽減 ・在宅ケアを行っている児がいつでも戻ってこられる体制	慢性呼吸管理やリハビリが十分できるだけの人材確保のための補助 家族サポートに対する保険上の点数化や補助 NICU 加算と同様の手厚い補助
154	よくわかりません	よくわかりません
155	特になし	特になし

近隣に「NICU 後方支援施設」があるかどうか不明な施設

(26 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
1		
2	1)在宅人工換気ならびに在宅酸素療法中の患児が家人の休養などを目的に数日ないし数週間入院できるような設備と看護体制が必要。 2)長期人工換気ならびに／あるいは長期の栄養管理（中心静脈栄養・経管栄養）が可能な機能。 3)腹膜透析による管理ができる。 4)人工換気装置やモニターなどの全国集中管理（機器の貸し出しの融通や保守管理）が出来るとよい。 5)在宅で必要なモニター類の貸し出し機能。	NICU 加算に準じる補助が必要。
3		
4	気管切開後の管理，呼吸管理，リハビリテーション。	
5	重症心身障害児施設にあるような機能（呼吸器を含めた重症児の管理ができる医療設備，療育のためのリハビリテーション設備，デイケアなど短期入所できる設備など）が必要と思われます。	運営のためには，国などからの補助は必ず必要であると思われるが，患児1人1人に対しても（家族の補助として）補助金が出しやすい制度にしてもらいたい。
6	デイケア的要素 母児同室	人的支援 ローテーションの確約（若手医師）
7	人工換気療法ができ，モニタリングも十分できる ICU 的要素と family との十分なかわりももてる療育的な要素も必要と思います。小児病棟との連携で何とかならないかと考えています。しかし，慢性期になった症例は，療育施設に行く方向にならないといけないと思います。	小児慢性疾患の対象として医療補助を行う。人工換気療法を必要な児には加算をするべきと思います。療育施設に人工換気加算 etc. をつけるのはどうでしょうか？
8	長期の呼吸管理を必要とする場合，MRSA 等が定着しやすく，NICU 内の水平感染源となる。そのため，個別（NICU とはなして）の管理区域を作る必要がある。幼児期から学童期にかけても呼吸管理が必要となることを考えると療育の面が必要となる。重度心身障害施設に高度医療の機能をつけるか，高度医療の施設に心身障害児をケアするノウハウをつけていくかが考えられるが，両者の機能をあわせもつことが必要。	NICU の後方支援施設には，NICU の高度機能に重度心身障害児をうけもつノウハウをあわせてもつ必要があり，施設のハード面，ソフト面でも補助金がないと実現不可能とおもわれます。 施設基準は NICU よりも軽くし（特に，医師，看護師の数），療育的な面を加え，新たな，後方支援施設加算（NICU 加算と同程度）を運営補助金とすることがのがぞましい。
9	「従来の重症心身障害児施設でなく」，「高度の呼吸管理等」を必要とする「重症慢性疾患を有する児」を診療する施設で働きたい，と思う医師の数が多いとは思えません。それが一番問題となると思います。そのような施設を新しく設置していくよりは，重心施設に ICU 機能を付加していく，という形の方が現実的と考えます。	
10		人員配置（医師及び看護師）及び運営補助金
11	在宅（訪問）診療 ショートステイ リハビリ 臨床心理師 急変時の対応 ※在宅にもっていかないと後方支援施設もいずれ bed respirator が不足してくる。	・十分なスタッフ ・超重患者加算，準超重患者加算の見直し
12	母子関係を構築できるような機能。 児をあずかる新生児センターと共に，母子共に入院し，児のケアができ，母子関係を築いた上で退院できるようなところ。	NICU 加算。
13		

近隣に「NICU 後方支援施設」があるかどうか不明な施設

(26 施設)

	質問2:「NICU 後方支援施設」にはどのような機能が必要と思うか。	質問3:「NICU 後方支援施設」にはどのような運営補助が必要か。
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・respirator.</li> <li>・SpO2他モニター類</li> </ul> ◎NICU (の経験のある) 医師の常勤 <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児神経科医</li> </ul> ○もし、CT、MRI、X-p を用いるなら、大病院やセンター病院の付属施設として設立するのが良いかと思います。	保険医療で運営が維持できるように保険制度を見直すべきだと思います。
15	呼吸管理を長期間要する児が複数名入院することが考えられるため、急変などに対応できる技術のあるドクター、ナースが必要であると同時に、母子の精神的サポートも必要であるため、臨床心理士、ボランティアスタッフも入れるように枠を設置する必要があると思われます。	
16	家族の宿泊できる施設 (母親)	何らかの補助金。当地域では絶対赤字になりそうだから。
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期的呼吸管理。</li> <li>・リハビリテーション</li> <li>・面会宿泊プライバシーの保てるスペース (母子室など)</li> <li>・外来 (在宅ケア児の診療と支援)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新生児期より NICU 1 年以上の呼吸管理を要し、退院困難な状況にある児を対象。</li> <li>・NICU からの後方支援施設への受け入れに対して、小児入院医療管理加算に加え運営補助を行なう。</li> </ul>
18	①IPPV (HF0 含む) 管理ができる。 ②理学療法師によるリハビリができる。 ③在宅管理を行う能力がある。 ④家族の宿泊が可能。	上記の項目において加算が必要 (SICU 並みに)
19	機能はともかく、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・NICU での経験のある医師、看護師がいること。</li> <li>・小児神経の経験も持ち合わせていることが望ましい。</li> </ul> この2つを満たすベテラン医師の存在 (むずかしいですが) がありがたいと思います。	
20		
21		
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NICU では比較的安定しているが、呼吸管理、経管栄養などの医学的処置が必要な児 (いつかは退院できることが予想される児) のための家族指導などを行えるようにすること。(母児同室などの機能)</li> <li>・重症在宅児のショートステイ機能をもつこと!</li> <li>・近隣NICU と密接に連携を取りあえること。</li> </ul>	
23	リハビリ, 呼吸管理, 母子入院など	
24		NICU 加算に近い金銭的な援助は必須
25	人工呼吸管理が可能, 又, 重症新生児が退院する前の準備として親の付き添い入院が可能な施設	何らかの公的資金の導入 (国や地方の)
26	①人工呼吸器管理 ②在宅人工呼吸管理の指導, 支援。	

## 調査集計概要

### NICUに関する実態調査（その1）：NICU年間入院状況

回答を頂いた全国NICU248施設（対象の68%）の平均NICU加算許可ベッド数は5.72（範囲：0～33）で、新生児入院総ベッド数は18.7（0～80）であった。また、人工呼吸管理可能ベッド数は平均6.75（0～30）であった。

平成15年のNICU新規入院患者の総数は42,786で、施設あたり平均173であった。入院児の在胎週数は、37週以降の正期産児が23,428（54.8%）と過半数を占め、妊娠24週未満の患者は632（1.4%）、妊娠25～28週は2,317（5.4%）であった。NICU新規入院患者の出生体重は2000～2499gの出生体重の患者群が最も多く、1000g未満の超低出生体重児数は2,642（6.2%）であった。

アンケート施行時（平成15年12月末日）における1年以上のNICU長期入院患者数は130で、施設あたり0.53（0～10）であった。

### NICUに関する実態調査（その2）：NICU長期入院患者の実態

1年以上のNICU長期入院患者（総数：130）の平均在胎週数は35.6週であった。37週以降の正期産児が75（57.7%）をしめ、妊娠24週未満の患者は5（3.8%）、妊娠25～28週は12（9.2%）であった。NICU長期入院患者の出生体重の平均は2,329±899（395～3761）gで、1000g未満の超低出生体重児数は18（13.8%）であった。

長期入院患者の平均入院期間は32ヶ月で、6年以上の長期入院患者は13（10%）であった。

NICU長期入院患者において、先天奇形合併患者は77（59.2%）で、染色体異常は11（8.5%）であった。新生児仮死は48例（45.2%）において認められ、うち37週以降の正期産児は31で新生児仮死の64.5%を占めた。長期入院患者の主病名において、多胎児、気管支異形成、慢性肺疾患、動脈管開存症は早産児に有意に多かったが、他疾患（項目）では在胎週数による特徴は認められなかった。呼吸管理をおこなっている患者は119（91.5%）で、人工呼吸を必要とする患者は81（62.3%）であった。

退院見込のある患者は54（41.5%）であった。長期入院および退院見込に関連した担当医のコメントを表（P23-P27）に示した。呼吸管理の必要性や家族の受け入れが困難であることなどがあげられたが、退院見込の有無と呼吸管理の要否との関連性は統計上認められなかった。

### NICUに関する実態調査（その3）：NICU長期入院患者の実態

「NICU後方支援施設」の有無に関して、近くにあるという回答が55(23.3%)、近くにないという回答が155(65.7%)、無回答が26(11.0%)であった。

NICU後方支援施設に必要な機能および運営補助に関する各NICU責任者のコメントを表(P30-P49)にしめた。「NICU後方支援施設」機能として必要なものとしては、呼吸管理が可能であること、親子同室または付添人の宿泊施設等の完備、在宅医療支援やリハビリ、また、再入院受け入れがスムーズである等の支援機能の充実が主にあげられた。「NICU後方支援施設」運用補助に関してはNICU加算もしくは補助の適用や新規加算の設定等の意見があげられた。

## 考察

全国 NICU の約 70%にあたる 248 施設において、約 1 年以上の長期入院患者総数は 130 にのぼり、そのなかの約 60% (75 人) に退院見込がつかない状況であった。このうち呼吸管理を必要としている患者数は 70 人 (93%) で、施設あたり 0.28 人となるが、人工呼吸管理可能ベッド数は施設平均 6.75 であることから、呼吸管理ベッドの約 4%を 1 年以上の退院見込のない患者が占めている計算となる。もっとも、人工呼吸可能ベッド数が 5~9 床である施設が全体の約 44%、さらに 1~4 床である施設が全体の約 32%をしめているのが現状であり、このような施設において 1 年以上の長期患者を 1 人でもかかえていることは、新規患者収容を大きく妨げているものと推定される。

平成 11 年度厚生科学研究「周産期医療体制に関する研究」における「NICU 長期入院患者の実態とその後方支援施設に関する全国調査」<sup>1)</sup>では、全国 NICU372 施設 (回答率 75.6%) における 60 日以上長期入院者数は 1159 人であり、そのうち自宅に退院見込があるものが約 65%、対して退院の見通しのたっていないものが約 20%であった。後方病床については、約 30%は後方病床がない状況にあったとしている。さらに 6 ヶ月以上の長期入院患者を対象におこなわれた同二次調査において、長期入院の第一の理由は人工呼吸管理を必要とする重症児であるという結果が得られた。今回おこなったアンケート調査は、退院見込のない患児の現状をより描出するために長期入院の基準を 1 年とした。このことよって本検討の対象数は少なくなったが、それでも前述の厚生科学研究結果を十分に支持するものであり、後方支援施設の設立の必要性をさらに強調する結果になったものと思われる。

現在、全国的に在宅酸素療法が進められているが、患児の家族の負担は大変なものであり、また、医療施設やサポートが十分でない地域では本医療のあり方そのものに対する疑問の声があるのも現状である<sup>2)</sup>。後述の「NICU 後方支援施設」機能に関する項でも触れるが、今後は在宅療養との連携に関する調査等も必要であると推定される。さらに、在宅医療サポートはもちろんのこと周産期施設等においても地域間格差は未だ大きく、地域条件等を考慮した調査・考察 (ならびに設置推進) が必要である。

本調査において、1 年以上の NICU 長期入院患者では、先天奇形合併や正期産新生児仮死のしめる割合が高い結果が得られた。すなわち、近年の NICU 長期入院例の増加は、決して極小未熟児の生存例の増加自体によるものでなく、先天奇形、極小未熟児で出生した児の合併症や重症仮死などの outcome の改善による<sup>3)</sup>ものといえる。1996 年におこなわれた全国 NICU におけるアンケート調査<sup>4)</sup>においても同様に、1 年以上の入院例では超低出生体重児の割合が減少し

ており、また、1997年における九州地区の新生児長期入院患者の実態<sup>5)</sup>についても、未熟性に起因する長期入院児は約1年半後の追跡調査で全例退院（死亡もふくむ）していたのに対して、先天異常、分娩障害、その他に起因する児は過半数が入院を継続していたとのことであった。このような児の合併症に関しては、児の未熟性と違って、将来においても改善の見込みは少ないことから、療養機能を含む後方病床の整備推進が求められるのが現状である。

これらと同様なNICU長期入院患者罹患の検討や後方支援施設の充実を期待する報告<sup>6)~12)</sup>は、前述の厚生科学研究「周産期医療体制に関する研究」が報告された以降も全国各地から散見されている。このことは、各NICUもしくは新生児医療機関のスタッフの後方病床確保が未だ十分になされていないことに対する危機感のあらわれであると推定されるが、今回の近隣における「NICU後方支援施設」設置の有無に関する質問においても、「NICU後方支援施設」が近くにないという回答が約3分の2であった。

「NICU後方支援施設」機能に必要なものとして、呼吸管理が可能であることは必須の条件であるが、付添人の宿泊施設等の完備や再入院受け入れがスムーズである等の支援機能が他に多くあげられた。これらに関しては、NICU看護師長を対象にしたアンケート調査<sup>13)14)</sup>においても同様の傾向が認められ、さらに、NICUだけの問題とはせずに、病院内での問題提起、あるいは社会一般、行政機関への働きかけが重要であるとした回答も多かった。また、「NICU後方支援施設」機能がNICUに準じて充実していることは、患者およびその家族が安心して転院を受け入れることが出来るうえでも重要であると指摘されている。

以上、1年以上のNICU長期入院患者およびNICU責任者の後方施設の充実を求める現状について若干の考察を試みた。これらは新生児医療従事者だけの問題でなく、産科医療においても病診連携（周産期施設に対する合併症妊娠の紹介や母体搬送等）がスムーズにおこなえなくなっていることに関連し、われわれ産科医側からも社会一般、行政機関への働きかけをおこなっていくべき問題であると考え。今回の調査結果を基盤として、その具体化をすすめていくことが次の課題である。

## 参考文献

- 1) 平成11年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）「周産期医療体制に関する研究」（主任研究者 中村肇）2000年3月
- 2) 橋本武夫、他：NICU長期入院児ケアの夢物語. *Neonatal Care* 2000;13:35
- 3) 川上義、他：NICU長期入院例の経年的変遷. *新生児誌* 1992;29:750

- 4) 本間洋子、他：全国 NICU における長期入院例と転院例に関する検討. 日児誌 2000;104:72
- 5) 飯田浩一、他：九州地区の新生児医療施設の長期入院児の実態. 日本未熟児新生児学会 1997
- 6) 福田清一：NICU における長期入院児の実態. Neonatal Care 2000;13:10
- 7) 佐藤敬、他：旭川厚生病院 NICU における長期入院例の検討. 新生児誌 2000;37:185
- 8) 奥田朱美、他：当院 NICU における長期入院の現状. 新生児誌 2000;37:186
- 9) 上谷良行、他：兵庫県における NICU 長期入院児の現状と問題点. 新生児誌 2001;38:383
- 10) 川口千晴、他：奈良県における NICU 長期入院例の現状. 日児誌 2002;106:195
- 11) 米山宏、他：東京都周産期医療情報データベース（1989～1998 年）にみる NICU 長期入院の実態. 日本公衛誌 2002;49:967
- 12) 船戸正久、他：長期人工呼吸管理を要する超重症児の QOL と転帰. 日児誌 2003;107:1224
- 13) 横尾京子：‘看護の立場からみた NICU 長期入院児の問題と課題’. NICU 長期入院児の看護. Neonatal Care 春季増刊 1996:43
- 14) 大森啓充、他：NICU 長期入院者の在宅医療支援に一考察. Neonatal Care 2002;15:79

## 社団法人 日本産婦人科医会

### 母子保健委員会

委員長	茨	聡
副委員長	棕棒	正昌
委員	長田	久夫
委員	金杉	浩
委員	竹内	正人
委員	多田	裕
委員	中田	高公
委員	松原	茂樹

### 母子保健部

副会長	清川	尚
常務理事	朝倉	啓文
常務理事	田中	政信
理事	西野	英男
理事	松岡	幸一郎
幹事	鈴木	俊治
幹事	杉山	力一
幹事	前村	俊満