

院総合研究事業であり、平成 10 年度からはじまっております。その開始時点から中村先生を主任研究者として、周産期医療体制を一つのターゲットとした研究班がスタートしました。その中で一応 3 年間という計画で、研究計画をお出しいただいたわけですが、11 年度、本年度に関しましても先般行われました外部の評価委員会におきまして、継続されたいという評価をいただいて、11 年度も継続ということになったわけでございます。

評価委員会の中での議論、また研究所管課として行政、私どものほうからの要望も合わせて、一ついちばん大きなテーマが、いま中村先生からもお話がございましたが、いわゆる長期入院児の問題でございます。今日はその問題について、実際に現場で従事しておられる先生方のお話をお伺いできるということで、非常に楽しみにしております。この部分は一言で申し上げまして、全国のトレンドとしてまったくブラックボックスになっているわけです。いろいろな先生方から、ある地域ではどの程度長期入院児の問題があるということはお聞きするのですが、周産期医療体制をどんどん今後推進していかねばいけないと思っておりますが、その上で後方的な問題として、そのようなお子さん方の数とか、そういった方々を受け入れる受け皿の問題であるとかがまったく、全国統計的なものとして、数的にわからない状態になっております。

もちろんこれは程度の問題等もございますので、果して医療サイドのほうで施設整備なり、マンパワーの拡充なり、そのほかを推進していくべきものなのか、もしくはより福祉的なサイドのものをやっていくべきなのか。それともいままでのスキームには合わないような新たなものを構築していくべきなのか、これらを包括的、横断的に考えて、今後の施策を展開していかねばならないと考えております。

そうするためにも現在の状況、現時点でのトレンドとして、どのような程度の方が、どの程度いらっしゃって、どのような転帰をたどって、いまだういった施設なり、受け皿のところいらっしゃるのかという、そういうような点を在宅医療の点も含めて、幅広く調査を行っていただきたいという、そういうご要望が、評価委員会および当研究所管課である母子保健課から、

強く出させていただいているところでございます。

中村先生の研究班で今年度の調査ということで、いろいろとその調査スキームを組んでいただくことになっておりますけれども、現場の先生方にもいろいろとご協力いただくことがあると思いますので、その節はよろしくお願い申し上げます。簡単でございますが、行政的に非常に問題視している今後の一つの大きなテーマであるということだけ申し上げさせていただいて、ご挨拶に代えさせていただきます。

司会 どうもありがとうございました。いまお話にございましたように、今後の大きな行政課題ということになっておりますが、これが数的にどのくらいあって、どういう形で今後進めて行くかということでは、必ずしも現時点でコンセンサスはないのでは思っております。

そこで、先進的にこの問題に取り組んでいただいております、聖マリア病院の橋本先生と高槻病院の根岸先生に話題提供者として、ご自身の施設等で抱えておられる問題を中心に、問題提起をしていただいて、皆さま方とディスカッションしていければと考えております。

それでは橋本先生、お願いできますでしょうか。

長期入院患児の実態とその対応について

聖マリア病院副院長 橋本 武夫

それではクローニックNICUの現状、流れについて、僕らの経験を少し話題提供として述べさせていただきます。クローニックNICUはこんな厚いカルテですが、これは約7か月ぐらいです。最初は長く入院しているとカルテが厚くなって、書庫がなくなって、カルテ庫が足らなくなることからはじまったのですが、いまはその人間が大変問題になっております。ちょっと規模が違いますので、あまり参考になるかどうかわかりませんが、九州レベルとして話してみたいと思います。だいたい出生2万の地域の中でのクローニックNICUということですよ。

こういう子供ですね。こういう子供が家に帰れない。家族にもアンケートを取りましたけれども、人工呼吸

器を付けて家に帰してよいという答えは、ほとんどゼロです。稀にあって、いま実際に在宅で人工呼吸器をやっているのですが、それでもまだまだとてもたまらないということです。

一つの流れを見ますと、実は 61 年に厚生省がNICUの基準を導入しました。これは 30 床です。その直ぐあと、昭和 63 年にクローニックNICUを開設しました。これはどうしようもなく、グロウイング・ケア・ユニットの隔離病室をクローニックNICUということに変えて、そこで 4 床をやっていましたが、4 床なんてとんでもない、とてもじゃないけれど駄目だということで、それから感染症との関係もあって、GCUから外に出したいということで、平成 4 年に小児医療センターの手術室をカットして、改造して、手術場を中央に全部持って行って、そこにクローニックNICUをつくってもらいました。それもスペースの関係から 7 床ぐらいしか取れませんでした。最初の、4 床のときのクローニックNICUというのはこんなもので、グロウイング・ケア・ユニットの隔離室、これをクローニックNICUとして使っていました。

現実にもその間で数字を取ってみてもこんなもので、90 日以上というのが最初の頃には入れていましたが、180 日、6 か月以上を取っても 4 人に 1 人、約 25%が 6 か月以上の入院ということになってしまいます。BPD、クローニック・ラング・ディジーズ、奇形、声門下狭窄、無酸素性脳症、重症筋無力症、こういうものが具体的な主要疾患、原因となります。

当時、問題点としてこういうふうなものが上がりました。長期慢性呼吸障害児の数はNICU、GCU共に年々増加し、グロウイング・ケア・ユニットにおける重症児が増加している。メディカル・バイオエックスの問題。NICU基準適合患者がGCUで管理される結果、NICU基準の診療報酬を効率よく取得できないということで、この当時計算すると、年間約 1 億の損失を出しているという結果になっていました。また、良質な医療条件の問題。現在のクローニックNICUのさらに数倍の収容能力が必要である。

そこで平成 4 年に、小児オペ室を変えて 1 回目の増床、新設を行いクローニックNICUを稼働させました。そこには 5 から 8 床入るのですが、だいたい 7

床ぐらいで、看護婦 6 名がそれを分担をします。これの収支計算をいたしますと、年に 1 億 804 万円だったのが、7674 万円ぐらいのマイナスになりました。

その地域間におけるNICUの位置付けは、こういう図の中にあります。もちろん在宅酸素、人工換気、こういうものもあります。それから訪問看護はこれに当然くっついてくるので、訪問看護もこれに入れました。ドクター、ナース、助産婦、すべて自宅まで出かけて行くというシステムをつくりました。サブセンター、関連病院への逆搬送も行っておりました。それでもまだまだ足りませんでした。

クローニックNICUの意義ですが、長期慢性呼吸障害児における総合的な治療、長期入院の発達援助、それから家族への対応というのが非常に大きな問題です。家族の面会がだんだんだんだん遠ざかっていき、そのためのいろいろな社会的な問題も起きてきました。そこで、この中にホスピス的なニュアンスも少し入れなければいけないと考えました。

平成 5 年度に 2 回目のクローニックNICUを増床したあとに調べたのですが、人数的にはほとんど変わりはありません。36 人、27%ですから、126 床のうちの約 4 人に 1 人は 6 か月以上の入院です。しかもレスピレーター・ケアが結構多い。主な原因疾患をみると、慢性肺疾患、脳神経、低酸素、奇形といったものがほとんどです。クローニックNICUのほとんど全例がレスピレーター・ケアを行っております。NICU、GCUでもそのうちの 65.5%はレスピレーター・ケアから離脱できないような状況です。平成 2 年度の厚生省研究班でこれらの症例の、たとえば 1 年後の予想をつくって、その経過を見てみましたけれども、ここの範疇に入れられた症例というのはほとんど自宅には帰れないというのが現実でした。

日常業務を見ますと、一般的ケアはもちろんですが、疾病の治療、それからレスピレーターの管理、家族への対応。家族にも来ていただいて、食事とか沐浴助、こういうものをさせることができました。これは療育も非常に重要になっています。保育士、心理療法士、こういう方たちがその中に入ってくる。音楽療法、あるいははりハピリ、こういうものもその中で、合わせて行っていくということをやっています。看護人員につ

いては、われわれが想像した以上に、あまり手がかからない。いわゆる急変というものがないものですから、慢性の扱いで、看護力とか、医師の力というのは、予想したほどいらぬのじゃないかと考えています。

そういうことからコメディカルのかかわりがクローニックNICUには必要になってきます。もちろん急性期から続けてのコメディカルのかかわり合いというものは、欠かせないものだと思いますが、特にクローニックになって来ますと、こういう人たちの参加が必要になってまいります。

まとめますと、問題点と対策ですが、本来の急性期NICUが、クローニックの症例がいるために稼働しない。ですからクローニックNICU。名前を付けるときにちょっと問題があったのですが、結局小児ICUにしても、小児科が今度は稼働しなくなる。糞詰まりになって、急患が入れない。最初は小児ICUに移行していたのですが、小児ICUがパンクしてしまうということで、それでは新生児の長くなったものということで、NICUという名前をそこに入れたのです。けれども、将来的にはこの名前もまた変えていかなければいけないのじゃないかと考えております。それから医療収益、医療従事者の心理的負担、これも大きな問題です。それから長期母子分離、情緒発達障害、耐性菌感染源、在宅ケアにおける家族、地域の格差が非常に大きいということ。こういう問題点があります。

そういうことで、われわれが考えました、あるいは実行してきた対策がここに書いてあります。

クローニックNICU。サブセンターへの転院、逆搬送です。それからコメディカルの導入。24時間面会はいつでもいいという形で、面会を受け入れる。それから、地域の施設との連携が絶対必要になってきます。障害児施設との連携もとる。私も週1回その施設に行き、やっといま2例その施設で人工換気をやっている。そういう状況を少しずつつくっていているところなんです。それから、母子入院、訪問看護師。お母さんが、家族が来られていっしょに入院できるようなシステムがこれから絶対に必要ではないかと思えます。ただ入れておくという状況じゃなくて、いつでも共に、いっしょに入院できるということが、これからの非常に大切なポイントだと思います。

私たちは新しい施設をつくる以前に、障害を持った子がどこに行ったらいいのかというのを、医療者も、地域も、各施設そのものも、小児科医も、まったくそれを把握しておりません。こういう障害があったらこの地域でどこの施設に行ったらいいのかというのは、まったくわかりませんでした。私自身もまだよくわかっておりませんでした。そこで筑後療育協議会というものをつくって、そこに保健所から、行政から、全部入っていただいて、皆さんで一応資料を集めて、各施設に打診をして、その施設の特徴なり、状況を出してもらって、療育マップというものをつくりました。それを見ればどこの地域の人は、どういう状態のときはどこに行ったらいいというのが、だいたい一目瞭然にわかる。保健所、福祉施設、幼稚園、障害児学級を持っているところとか、学校とかも全部入れて、こういうものをつくることができました。県の援助を受けて作成できました。厚生省でも各都道府県にこのマップを配付していただいております。

これからの話は私たちの一つの夢です。

これは夢の作図をしたものです。それはまず高速に近いところ、高速から下りてから直ぐという条件で、セスナに乗ってまず土地探しからやって、あるところに、川のほとりにこういう土地を見つけました。まだ100%決まったわけではないですが、こんな夢を描いております。上に長細い2階建てがありますが、これこそさっき言いました、家族いつ来てもらってもいい、そして何日泊まっていってもいいという施設です。これは約20部屋ぐらいあります。こういうものを、私たちの一つの夢として、建設にかかりたい思っております。病院でこんなものをつくると言ったら大変です。やはりある大きな地域の中に1か所つくる。いわゆる総合周産期医療センターと同じような考えで、一つつくっていけばいいのじゃないかと思えます。

私たちの考えでは、ここにも載せましたけれども、九州の全域の状態を見ると、九州全体で50床ぐらいのものが一つあればよいということで、この施設は一応50床ということで、いま計画を進めています。建築はできたとしても維持の問題がある。福祉、医療、保険の問題とか、そういうことでまだまだ解決しなければならない点があって、ちょっと急速に進めないという状

況にあります。このへんも厚生省のご協力を得て、新しい形として、これをつつこつてみたいというのが夢です。これはいまの設計の中身ですが、まだ夢ですから 100%決まったわけではありません。スライドありがとうございました。

最後に、今日は中野先生もお出ですけれども、実は平成8年に福岡で、九大関連の母子周産期センターが主になって、第1回のクローニックNICUシンポジウムというのが開かれました。中野先生の英断ですばらしいこういう会を開いていただきまして、大変嬉しかったのです。このクローニックNICUという言葉の問題、あるいはその内容の理解で、実践している人と、その周りから見ている人とで違いがありましたけれど、これからまだまだこの名前も考えていかなければいけないと思います。それから超重症児という名前も、家族に取ってみると非常に大きな鎖のように思えますので、もうちょっと夢のあるような呼び方というものも考えていかなければいけないじゃないかと思っております。

九州地区の新生児医療施設の長期入院児の実態という、九州全体のことを調べていただいたデータがあります。やっぱり約50床ぐらいです。このぐらいが九州全体の数としての、一つの指標になるのではないかと思います。

以上、われわれのいままでの流れをちょっとご紹介することに止どめました。ありがとうございました。

司会 いまクローニックNICUの問題をビジュアルに夢のある、イメージの湧きやすい格好でお話しただきましてありがとうございました。どなたかご質問がございませうか。

仁志田（東京女子医大） ちょっと具体的なことで恐縮なのですが、先生は200万の人口のところでのデータですね。それから演繹して九州全体だと……、九州全体で分娩はだいたいどのぐらいですか。

橋本 15万ぐらいです。

仁志田 15万ぐらいですか。50床のことをちょっと教えてください。

橋本 九州全体の実態調査からいま長期入院児として入院しているベッド数が50床ということです。

仁志田 ちょっとよろしいですか。

司会 どうぞ。

仁志田 先生がおっしゃったのは、クローニックNICUということからもう一步進んだ考えということでもよろしいですね。クローニックNICUというと、どうしても家に帰るまでの治療が長くなるのですが、先生のお考えの中には、そこを過ぎてもう家には帰れないだろうという子供のことがあると思うのです。そういう子供が、終のすみかとするところはどこか。いままでの重心施設ではとてもみきれないような子供であるということ。それから思想がちよつと違う。先生のお話を聞くと、まさに違う思想ですね。それは、そういう子供たちにヒューマンな環境と、社会の中に戻そうという基地のようなものをつくるという、そういう考えと取ってよろしいでしょうか。

橋本 まったくおっしゃるとおりです。ですから函館とか、宮城まり子さんの静岡とか、ああいうところをいろいろ見せていただきまして、地域の人たちを逆に引っ張りこもうという構想も持っています。

仁志田 その名前として、たとえばサナトリウムと言うとちよつとおかしいですが……。

橋本 名前がですね。

仁志田 どういう名前がいいのか、また教えていただければと思います。

司会 そのあたりはほかにもいろいろご意見があると思いますので、あとの総合討論で、もしよろしければ、もう一度やりたいと思います。

それでは、続きまして根岸先生、お願いいたします。

長期入院患児の実態とその対応について

高槻病院院長 根岸 宏 邦

私どもの病院の一般小児病棟における、長期入院患者の実情をお話をさせていただきたいと思っております。

私どもの病院の一般小児病棟はNICUの後方支援的な病棟の様相を呈しておりますので、NICUとは密接に関連があると思っております。表1は、私どもの1999年6月の小児病棟のある1日を横断的に見たものです。定床は58床です。そのうちの17床はわれわれがハイケア病棟と呼んでいるもので、呼吸管理や、

呼吸心拍モニター、頻回吸引などを必要とする患児や、手術後の患者を収容するためのものです。その日はその一つの看護チームとなっております。新生児期以降の小児内科疾患および小児外科疾患を収容しております。看護体制は小児病棟全体では2交代制4人夜勤です。ハイケア病棟内はそのうちの2人が勤務しております。年間の小児病棟全体としての平均在院日数はトータルで8.4日、年間の新入院数は1755件、年間の占床率は87%です。もちろん、入院患者の中には一般小児科の下痢とか、肺炎とか、あるいはOne Day Surgery や、Over Night Surgery の患児がかなり含まれております。

調査をした日の入院患者は55名で、ハイケア病棟内には14名の患児が入院をしておりましたが、ほぼ満床状態です。一応ハイケア病棟は17床が定床となっておりますけれども、現実的には看護の問題から17名は無理で、14名がリミットであると、看護サイドと協約を結んでおります。当日30日以上長期入院患者は23名でした。表2にその長期入院患者23名の内容を示しております。年齢は2歳未満が半数近くを占めますが、年長児もかなり含まれています。16歳が1名、12歳が2名、11歳が1名、いずれも小児内科の患者です。9歳は2例で小児内科と小児外科が1名ずつです。これらの患者の新生児期の状況は、低出生体重児が14名、成熟児が9名、そして新生児期にすでに何らかの症状を呈し医療が必要であったものは20例です。新生児期に医療を受けなかったものは3例に過ぎません。先天的な異常、特に奇形症候群などを含む症例は14例で、先天異常のないものは9例です。すなわち、何らかの先天異常を有し、新生児期より何らかの医療を必要とした症例がほとんどであります。入院期間の内訳ですが、これは保険診療上の入院の起算日からの日数を示しております。今回の実際の入院期間でもありませんし、またいままでのこの子供たちの生涯にわたっての入院の期間でもありません。6か月以上の入院継続患者は12名と、約半数を示しております。そのうちの7名はほとんど自宅に帰ったことはなく、当院もしくは他の病院で産まれたときから入院を継続している患児です。何らかの方法で、家庭へ退院することができる見込みがあると考えられる症例を

治療見込みといたしました。その数は23名中5例であります。他の18例についてはこのまま入院を続けるか、あるいは入退院を繰り返さざるを得ない症例と考えられます。

表3は小児内科系の長期入院患者11例を示しております。症例1は現在までに数日間の家庭介護の経験がありますが、他の病院での入院期間を合わせると、新生児期よりずっと入院を継続しております。4歳と数か月かです。新生児期に医療を必要としなかったのは症例4と症例7のみです。症例4は新生児期に多発奇形が認められていましたが、医療は必要なほどではありませんでした。まったく後天的と考えられる症例は、症例7の自宅の風呂場での溺水による症例のみで、他の症例はすべて新生児期から何らかの症状を呈するか、あるいは何らかの先天異常を有している症例ばかりです。長期入院が必要な原因としては、人工換気療法が必要なもの、あるいは気管切開を受けているために、頻回吸引が必要であるとか、しばしば感染を繰り返すために、入退院を繰り返さざるを得ないという症例がほとんどです。したがって看護には非常に手間のかかる症例と言わざるを得ません。このへんは、先ほどの橋本先生の考えとちょっと違うのではないかと思います。

表4は外科系の患者の長期入院患者を示したものです。症例1から6までは当院および他の病院のNICUの入院を合計すると、ほぼ産まれたときからずっと入院を継続している症例です。表の入院期間というのは当院での入院期間を示しております。小児外科の患者においても、新生児期に特別な医療を必要としなかった症例は症例7と8の2例のみです。そして、やはり先天奇形を有する患児が高率を示しております。症例8以降の患者は、比較的入院期間は短いです。すでにこれまでに何回か入退院を繰り返しており、それらのものを合計すると、かなりの入院期間になります。しかし、家庭に一時帰っていたり、あるいは他の病院へバックトランスファーをしているために、当院での入院期間は見た目上比較的短くなっています。小児内科系の患者については、治療見込みのあるもの、すなわち家庭に復帰して再入院の可能性も少なくなるだろうという症例は認められませんでした。外科系

の患者においては、症例 5、7、8、10、11 の 5 例は将来的には家庭での養育が可能になるだろうという希望を持っております。

これらの長期入院患児に対する家族の思いはさまざまであって、ほとんど面会に来ない家族もありますが、ほとんど毎日面会に来て、12 歳の誕生日とか、5 月のお節句とか、あるいはクリスマスなどには、それなりのお祝いなどをして、そのことを家族の生き甲斐の一つと感じている両親や家庭も多くあります。

表 5 は 1998 年度、1 年間に 30 日以上入院した後に、退院した患児の内訳を示したものであります。男児のほうがやや多く、外科系患者のほうが小児内科系患者の約 2 倍を示しております。98 年度の退院患者数は小児内科が 1068 例、小児外科が 687 例ですので、比率から言いますと、かなり小児外科系患者のほうが、長期入院をする率は高いと考えます。

いわゆる保険診療の入院起算日を基礎として、入院日数による分類を行いました。30 日から 90 日間入院しているものは 39 例、91 日を、すなわち 3 か月を超えると、入院管理料は当初の 1561 点から 1061 点と、約 2/3 に減額されてしまいます。91 日から 6 か月までの入院を要したものが 18 例、さらに 6 か月以上のものは 16 例あります。そのうちの 4 例は 1 年以上の入院を経過しております。また入院回数を見てみますと、1 回の入院で 30 日を超えたものが 37 例ですが、他の例では 2 回以上、多いものでは 5 回以上入退院を繰り返しているものが 8 例見られます。それらの延べ入退院回数は 168 回となります。当病院の年間の退院患者数は 1755 例ですので、約 10%の入院患者が長期入院患者ということになります。

表 6 は、98 年度の症例を入院期間ごとに分けて、新生児期より医療を必要としたもの、および先天異常、奇形などを呈したもの、および完全に後天性の疾患であるものに分類をしたものです。91 日以上入院を必要とした症例では、純粋に後天性のものは皆無であります。先天異常があったとしても、必ずしも新生児期に直ぐに症状を呈する症例ばかりとは限りませんので、両者の間には多少数値の差異が見られます。純粋に後天性のもの 12 例は、大部分が小児内科系の疾患で、喘息とか、不登校、神経性食欲不振症、動脈瘤を形成

した川崎病、被虐待児などで、小児外科系の疾患では肺化膿症の 1 例のみです。このように長期入院患者のほとんどの場合、新生児期より問題を持っており、NICU がらみの症例が多いと考えられます。

表 7 は、98 年度に退院した長期入院患者の予後について、その入院期間別に調べたものです。ここでも内科系患者と外科系患者の間に大きな差が見られます。内科系患者では治癒して家庭に復帰したものは 1 例に過ぎません。喘息や神経性食欲不振などもやはり入退院をその後も繰り返しているのが実情です。内科で治癒と判定した 1 例は川崎病で、川崎病としては例外的に 1 か月以上入院した 1 例のみであります。当院では悪性腫瘍や、血液疾患は扱わないことにしておりますので、その点他の病院とは多少の差があると考えられます。それに反して外科系は治癒率が比較的高いと考えられますが、他の病院の NICU からの紹介例が多いため、紹介元の病院で、その後再入院をしていたりする症例があるかもしれませんが、そこまでは今回の調査は及んでおりません。家庭介護とは、きわめて恵まれた家庭の状況において在宅酸素療法や、在宅人工換気療法、あるいは腹膜透析などを行っている症例であります。在宅人工換気療法は 2 例において行っています。1 年以上入院を経過した 4 例では家庭介護に至ったものは 1 例で、さらに反復入院を繰り返しているものは 2 例です。死亡は 1 例です。

われわれの小児病棟は、NICU の後方支援病棟としての色彩が強いのですが、表 8 の様に長期入院患者 73 例のうち 62 例は何らかの形で NICU、あるいは周産期関連病棟より継続して医療を受けている症例です。すなわち 85%はそのような症例です。そして、そのうちの約半数は他の病院の周産期関連病棟や、NICU よりの紹介を受けた症例です。

以上、これらのことより、当院における一般小児病棟の長期入院患者の大部分は NICU や他の周産期関連病棟より引き続いて入院を繰り返している症例が多く、その症例も新生児期に種々の疾病を有していたり、あるいは低出生体重児、超未熟児や先天異常、先天奇形を合併する症例がきわめて高率に認められ、しかもその看護や介護には、きわめて多くのマンパワーを必要とする症例が多いということです。

そのような傾向はNICUを有する他の病院でも同じであろうと思われます。しかも現行の保険医療制度では入院が長期に及ぶと、それに伴って診療報酬は急激に低下することから、小児病棟の運営はきわめて困難な状況にあると言わざるを得ません。何らかの対策を切に願う次第であります。

総 合 討 論

司会 それでは、橋本先生も前のほうにおい出ください。橋本先生がクローニックNICUという言葉の妥当性、どういうものを指して今後検討していくべきかということをお話されました。われわれが医療を進めていく上において、長期入院患者医療の概念づくりと、それに対する支援体制を考えることが、今日のフォーラムの目的です。施設側から見て、どういう点に行政的なサポート、あるいは医療、福祉面でのサポートを求めていくかにできるだけ焦点を絞ってディスカッションをしていきたいと思っております。

橋本先生がおっしゃったのは、基本的にレスピレーター・ケアを必要とするような長期入院児ということですね。今後展開させていくかということで、図面でお示しいただきましたが、どの地域でもいま直ぐにあそこまでもっていきは難しいでしょうが、ほかでも、うちではこうしているというご意見があれば、ご質問でも、ご提言でも結構です、お伺いしたいと思います。

橋本 ちょっといいですか。

いまのクローニックNICUですけれども、根岸先生のクローニックNICUの適用の症例と、僕らの最初の時点でのクローニックNICUの適用の症例とちょっと違います。それから、中野先生がやられましたシンポジウムでのクローニックNICUの日本語の訳は回復病棟、あるいは夢ある病棟という名前を付けられていたのです。だから現実はずんずん違うのですよということで、ちょっとディスカッションがあったのです。

僕らのいまの4床とか7床というのは、どっちかというレミゼラブルと言いますか、夢がないと言ったら語弊があるのですが、それに近いような、ホスピスに近いような感じでの、さっき根岸先生がこれが典

型的ですと言われた、その典型的な症例なのです。だから、逆に手がいらなくなっている症例であると思うのです。

根岸先生のところは小児外科が非常に多いです、特に山本先生は気管とか食道を非常に扱っておられますから、非常に手のかかるクローニックNICUの対象に入ってくるのだと思います。そういうことで、クローニックNICUの中での適用の症例がちょっと違うというニュアンスはありますね。

司会 地域性とか、それぞれの病院の特色等でずいぶん違うと思います。小児病院ではそれぞれクローニックなケースが非常に多いのじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

根岸 橋本先生にちょっとお伺いしたいのですが、先生のクローニックNICUというのは、看護体制は独立しているのですか。それともどこと一しょにしているのですか。

橋本 看護体制は小児科の看護体制の中に入れました。そして6人がそのクローニックNICUの役割分担になって、6人で回していくのです。夜は1人です。お昼は看護婦さんに保母さんを付けるという形です。最初はドクターは、新生児のドクターがみていたのですが、ナースが小児科でドクターが新生児という関係もちょっと問題がありまして、最終的には小児科のドクターの管理に移行していくことができた。これは、ある意味で作戦だったのですけれども。

多田（東邦大学） お二人のクローニックNICUに対する考え方が少し違うように思うのですが、これは僕らとしていちばん大事な点だと思うのです。橋本先生がおっしゃったような、NICUが長くなっちゃったから、NICUの横でみる場合と、小児病棟の中で、いろんな周産期医療施設から先生のところのように送られて来るのを扱われる場合とがあると思うのです。これは障害児施設なども同じで、非常にアクティブな施設は、おそらくそういうのをお受けになるだろうと思うのです。

幸い橋本先生のところは地域全体の医療機関を含めて、そういうデザインをなさるだけのシチュエーションもあったし、県自体とか、いままでの活動があったと思うのです。そういう全体を含めたディスカッショ

ンができたということが、先生の 50 床構想の非常に大きな点だと思うのです。

いま僕らが困っているのは、NICUが一杯で困っているが、小児科側も手がいっぱいだから受けてもらえないという問題であります。また、受ける小児科側としては、いままでの経過を知らなくて、いきなり重症を受けてしまうということで、非常に大変だという点も、僕らが送っても受けていただけない一つの原因になっているのだと思います。障害児施設のほうではそういうのは当然受けていただけるはずだけれど、人がいないから、あるいは医療施設が整わないから今はできないのだ、と。武田先生がおっしゃったように、全国的に考えるときには、この三つをどうやるかということにあると思うのです。

根岸先生は小児科医会などでもご活躍ですし、小児科側の動きとして、先生にいろいろ教えていただけるとありがたいのですが。

根岸 お答えになるかどうかわかりませんが、小児科医会のほうではあまり新生児医療のことを理解をなさっている先生方が少ないので、私が言っても何のことかわからないというか、興味をお示しにならない。やはり学会というか、こういう研究会レベルでそういうふうなところへアプローチしていかないと、なかなか話が進まないのではないかと思います。

橋本 僕らのところは、いま多田先生のおっしゃったとおりの流れで、ここまで来ているのです。しかし、私立病院でもありますから、収益を上げなければいけません。そうすると、12 床のうちの 4 床が 6 か月以上入っていると、病院の医療経済効率から見ると、ものすごいデメリットなのです。ですから、私立である以上はそういうことを解決していくために、少しずつそういうクローニックをつくっていったわけです。

小川（埼玉医大総合医療センター小児科） いちばん最初に厚生省研究班の主任研究者をやらせていただいて、橋本先生なんかにデータをいただいたので、ちょっと責任がありますので申し上げますが、最初は長期入院児という名前でありました。そのときは超低出生体重児がだんだん助かるようになって、そういう子供たちがNICUに、当然約 3 か月ぐらい入院するものですから、3 か月以上入院するのはどのくらいかと

いうことで、そのデータのお陰で、いまNICUの 1,000g から 1,500g、1,000g 未満が、60 日、90 日になった、その基のデータができたのです。

それに加えて、今度はそれだけじゃなくて、さらに 90 日を超えてレスピレーター・ケアだとか、あるいは点滴だとか、気切ケアだとか、そういう手のかかる子供、これはクローニック・インテンシブ・ケアを要する子供というふうに呼ぼうということで、その調査もして、これもかなりいるということがわかりました。

それともう一つは、その受け入れが自己完結型で、自分の病院でできる場合と、自分の病院でもできそうなのだけれどもできないところ、いちばんその典型が小児病院であるということがわかりました。小児病院は臓器別になっているので、新生児を卒業するというか、その時期が過ぎると、受け入れてくれるところがまったくないということで、全国の小児医療施設の新生児の先生方がいちばん困っていらっしゃるということがわかりました。これはいまでもそういうことがあるのかもしれない。

それをどうするかということと、もう一つは重心施設の方面からの調査で、その中でレスピレーター・ケアを必要とするような、いままで重心では考えられなかった、重心の重症度分類があるのですが、その分類に当てはまらないような、そういうお子さんを受け入れざるを得なくなってきたということが出てきました。これは鈴木先生なんかそうおっしゃったのです。それをしようがないから超重身児と言おうということになったのです。はじめはゼロとか何とかという話があったのですが、分類不能の心身障害ということで超重心児ということになった。ですから、いまでも出てまいりましたように、それぞれの種類に分けて討論しないと、にっちもさっちもいかないということが一つあるかと思えます。

それともう一つは、その当時、それはいまでもそうかもしれませんが、いわゆる総合病院でNICUのあるところと、一般小児を持っておられるところで、特に都会型の病院の場合には、小児の入院例が少なくなってきたので、病床をある程度改造して、NICUにいた長期に入院を必要とするような子供を、その部屋に受け入れるような試みが、これは東京の都立大塚病院

で井村先生がスタートされました。それはすべて自分のところで面倒を見てしまおうということですが、現在はおそらくそれでは追いつかないと思います。それがいちばん問題になっているのじゃないかと思うのです。

そうなると、今度はそういう心身障害児の受け入れ施設とどのような関連を持ってやるかです。重症心身障害児施設には、重症の、いわゆる超重症児を受け入れるだけの余力はないところがほとんどなのです。もう一つは、手がかかるのですが保険の点数が非常に安いということがある。一時ちょっと上がったと思うのですが、まだまだ不十分だということもあります。そういうことで、これはかなり多角的に考えていかないといけないと思うので、一つずつやったらどうでしょうね。

おそらく、井村先生みたいに自分のところの小児病棟に受け入れた場合には、今度は在院日数が長くなると、病院自体の平均在院日数が上がる。そうすると、小児科が目撃にされるという問題がある。そうなりますと、新生児科と小児科が独立している場合には、小児科のドクターとしては、そういう子供を入れたくないということになると思います。

司会 いろいろ問題点をご指摘いただきましてありがとうございます。先生がおっしゃった超重症児の問題は、たしか保険の加算が数年前に付いて、ちょっと一部では動き出しましたが、結局マンパワーの問題などで前へ進んでいないのじゃないかなと思うのです。

いま小川先生のおっしゃった点と関連してですが、橋本先生のは50床のセンター的なもので母子入院という構想です。長期入院の場合には家族の問題等が大きいと思います。各小児病棟がどこも空いてきているという現実もありますので、地域センター的なところに分散して、ハイケアと言うか、クローニックなICUをもった方が家族との触れ合いという点では利点があると思うのですが、そのあたりについての橋本先生のお考えはどうですか。

橋本 地域センターにその余裕があれば、それは可能でしょうけれども、いま僕らの状況から見ますと、そこまではとてもまだ考えられないと思います。僕ら

のところでも受け入れをできなくて、お断りしているというケースのほうが多いのです。

藤村（大阪府立母子保健医療センター副院長）私のところも小児部門約60床ほどあるのですが、小児部門が実際にできたのは7、8年前なのですが、それ以前から小児外科、小児循環器も含めて、小児医療部門があって、私たちが子供たちのケアをしていちばん悩んでいたのは、この子供たちをどのように、一般的に言えばQOLですが、本当にその子供たちの生を最大限全うしてもらおう環境というのは何なのかということなのです。これがいちばんの悩みですね。病院にどんなに看護婦さん、医師の手を入れて、どんなにきれいな部屋をつくっても、それが私たちがこの子供たちにできるすべてだろうか。それでは駄目だからと言って、保母さん、あるいはハピリの人、そういう専門職が、悪い言い方をすると寄ってたかってケアしても、それでQOLが上がるのだろうかということなのです。

やはりその子供たちの生活というのがありますね、明らかに。長期入院というのは、言葉の反映は生活だと思ふのです。そういう意味では橋本先生が先ほどお話しになりましたのは、まだデッサンの段階ですから、すごく夢がありますので、みんなあの中に夢を入れると、いいなあという感じがします。すなわちそこに生活というものをどう持ってくるかということ。そのとき家族が先ほども位置付けられたわけです。

しかし問題は、あれは病院なのか、福祉の施設なのか、その費用はどうするのかとなると、相当新しい制度と言いますが、それを考えないといけないということです。それを独自でつくるのか、いわゆるゼロ・プランではなしに、ゴールド・プランのような真似をして、その延長で行くのか。それと、在宅との関係を常に付けながら、それは施設と呼んでいいのか、病院と呼んでいいのかわからないのですが、あのようなインスティテューションとどう関係付けていくのかということになるのですが、そこで、その原点ですね。子供たちにどういう生活を私たちが作り上げていくのかという、そのところをいちばん原点として、ぜひ議論いただきたいと思うのです。

その際極端に言えば、先ほどのようにハイデペンダンシーですから、ハイケアですから、ある一定以上の

重症なのです。それははっきりしている。ただ、自宅は無理な人ばかりではどうもなさそうですね。在宅も含め、時にそのインスティテュートに戻るといふ、そういうものすごくバラエティに富んだ中で、しかもインスティテュートの中では、レスピレーターの管理もかなり重症の人から、気切だけでほとんどケアはいける、むしろ家庭環境のほうの負担が重くて、どうしてもそのインスティテュートにおらざるを得ない人とか、いろんなバラエティがあると思うのです。

私たち新生児科医は、ある一つのニードに対して超低体重児とか、ICUとか、ある一つの方法でうまく問題が片づく医療に取り組んできたと思うのです、周産期医療は。ところが今回の長期入院児は今度は対象が広くて、ものすごくいろんな武器を持って、そして基本的には生活というものを相手にしなければいけない。これは医療と呼んでいいのかわかりませんが、そういうものを準備するという新しい世界なんじゃないかという感じがします。

司会 ありがとうございます。同じ長期入院にもバックグラウンドとして、医療的な問題から入院している児もあれば、社会的など言いますか、家族の問題で入院せざるを得ない子供と、非常に多彩であるわけですね。皆さんのところもたぶんそうだと思うのです。そういった子どもたちを一律に同じ制度でやることには当然無理があるでしょう。当面われわれとしては、どういう理由で長期入院せざるを得ない子供たちが現実にとれだけいるか。その実態をまず今年度は掴んでいきたいというのが最低限の目標で、それに対してどういう答えを、図を描いていくかというところが、次の課題になっていくと思うのです。その背景について、いま藤村先生が非常に具体的にお話しいただきましたが、それ以外に切り口といったものについて、ご提言いただければありがたいと思います。

仁志田 いま2人の先生がおっしゃったように、いかに長期に入院していても、その子供が治る可能性がある場合は、2年でも3年でも、病院にいて治療をする。それはたぶんクローニック・インテンシブ・ケアと言っていいと思うのですが、橋本先生が提言しているのは、そこから一步離れたところですね。

前にも何回か話したと思うのですけれども、私は昔

ナラビダという子供のサナトリウムでローテイトしたことがあるのです。そこでは治療はしているのですが、たぶんと言うか、99.9%はキユアできない、しかしながら藤村先生がおっしゃるように、その子供のQOLを少しでも良くして保つことができるということやってる。そういうような施設がこれからは必要だと思うのです。ですからそれは、いま先生方がおっしゃった新しいコンセプトと思うのです。思想が違うという言葉が出たように、思想が違うのだと思うのです。それに対する医療のバツクアップとか、お金がどのくらいかかるかとかというのは、僕にはまったくわかりませんが、でも新しい時代として、子供にもそういう施設が必要になったということ、いま先生の話聞いて、本当に思っています。

今日は厚生省の武田先生もいらっしゃいますから、いままでまったく新しいNICUのようなものをつくった、まったく新しい総合周産期センターというものをつくった、そこで次の時代の一つの夢、それはもう夢から現実になるべきだと思うのですが、そういうものの提言として、ぜひ受け止めていただきたいと思えます。

田村（長野県立こども病院） 小川先生のおっしゃったとおり、子供病院の中で新生児病棟の中の長期入院患者というのは、非常に大きな問題になっているんじゃないかと思うのです。いま全国の子供病院のほとんどが臓器別で分類されていますが、新生児部門だけが年齢別になっているのです。その矛盾として、たとえば心臓病の子供でも、オペをしまえば治ってしまうファロー四徴症だけと子供でしたら、長期になれば循環器が取ってくれたりするのですけれども、たとえばダウン症とか、18トリソミーとか、そういう症例で心臓病があると、紹介されて来たのはいいけれど、なかなか臓器別の枠内で受け取ってくれないわけです。そういう患者がどんどん蓄積してきてる。そういう患者を新生児病棟でみている場合、皆さんもちろんご存じのように、赤ちゃんのためを考えれば、その子供自身の外泊とかはとんでもないことだし、散歩に連れて行くなどということは、とんでもないことですが、1歳、2歳になっている子供を新生児病棟の中で長期に抱え込んでいて、意識がある状態なのに、そう

いう子供を散歩にも連れて行かない、面会もお母さんだけしか許さないというのは、その子供のクオリティ・オブ・ライフを考えれば、何とかしてあげたいところなのです。しかし、それを追求していくと今度は、新生児病棟の感染症の問題が出てくるということで、子供病院の中の新生児科の抱え込む問題というのは、いったん小児科に出て、そこで長期に抱え込むのとはまた別の、大きな問題を持っていると思います。

幸い、うちの施設の場合は、来年周産期センターができるものですから、その中に慢性呼吸管理病棟というのを、後方ベッドとしてつくってもらわないと、とても運営できないということで、それを何とか認めてもらったものですから、来年になれば多少一息つけると思っています。子供病院にそういう周産期センターをつくるときには、条件の中にそういう後方病床として、はっきり慢性呼吸管理病床を付けるべきだということまで入れていただければ、子供病院での問題も少しは解決していくのじゃないかと思っています。

司会 ほかに慢性呼吸管理病床といった格好で、ユニットとしてすでにつくっておられるところがございますか。

亀山（倉敷中央病院） うちも7、8年ぐらい前に、小児科の急性病棟とはまた別に慢性病棟があったのですが、その二つほど大部屋を潰して、慢性呼吸管理病棟をつくったのです。そしてNICUの慢性呼吸管理の子を上を上げていったのですが、7床ぐらいできるのが、数年たつと全部いっぱいになりました。そこで急性病棟の観察室というところも使って、10床ぐらいになっているのですが、結局それも、そういう慢性の子で埋まってしまうというか、一時的な効果しかないわけです。われわれの病院の中で管掌している限りはですね。

それでいろんなところに聞いてみたのです。あさひか荘という重症心身の子の施設で呼吸管理の子もみていただけないかというふうな話をしたのですが、そこでも少しみておられるのですが、空きベッドがない。ケアもよくなっているから、なかなか亡くなったりとか、あるいは退院できたりとかということではなくて、結局どこへも送れずに手詰まりになってしまうという状態なのです。

そういうことで、病院内だけで全部をやろうと思ったら、数年ぐらいで行き詰まっていくのではないかと。新しい何かそういうものを受け入れていくような受け皿を、ある程度地域で持っていただかないと、個人病院では全部は解決できないのじゃないかなと思っています。

司会 ありがとうございます。まだご意見があるかと思いますが、最後に橋本先生と根岸先生に、何をもうも求めていくかというところで、一言ずつお願いします。

橋本 せっかくいい機会なので、武田先生にお伺いしたいのです。さっき藤村先生もおっしゃったのですが、こういう新しい施設の構想があつてできたとしても、その維持がいちばん問題になると思うのです。これは医療としての運営なのか、あるいは福祉としての運営なのかということですね。これが分かれています。それがいっしょになってできるような、そういう可能性というのはどうなんでしょうか。保険も含めてですね。

武田 フィジビリティの問題というのも含めてなのですけれども、先ほど私がちょっと申し上げたように、厳密に医療の中だけでとか、その医療の中というの、いままでの先生方がご苦労されているような体制の中で行うのか、それともまったく別の新しい、先生が提唱されているような形のもので行うのか。それとも重心のように福祉的な側面を持ったもの、あれは児童福祉法上の施設ですが、医療施設という位置付けです。ある意味では実質的には医療であり、福祉でありということだとは思いますが。そういう福祉面からの拡充を行うのか。それとも、いま先生がおっしゃったような、それとは全く別のスキームが必要であるかもしれない。そこらへんのところは、こういった子供たちのコンスタントに出てくる数がわかるのではないかと思います。そういう現状が出てきたら、今後そういうものが望ましい姿ということで提唱されていくのではないのでしょうか。最初からそういうようなスキームは、まったく考えられませんかということはないと思います。

ただ、行政サイドとしては、いったいどの部分を厚くしていくのか、それともいま言ったような新しい部

分を創設していくべきなのかという、そこらへんの基礎資料がまったくないのです。ですので、いまのお話はちょっと違った切り口からのお話でしたけれども、非常に参考になることでしたが、まだ日本全体の中でどのようなトレンドなのかというのがわからないわけです。

役所の中はご存じのように、うちは母子保健ということですが、総合周産期のほうを担当しているということもあって、医療面もみております。そのほか医療の中でも保険の問題がありますが、これは保険局のほうの問題になりますし、重心のほうは官房の生涯福祉のほうになりますので、そちらのほうの切り口があるかもしれません。そこで、そこらへんのところは横断的に、全省的に考えていかなければならないことなのかなというふうな認識はしております。ですので、今後目に見える形のデータとして、そういうようなものを提示していただいて、そうであれば、どのよ

うなものが望ましいのか、逆に言えば、こういうものがなければいけないのだというようなことを、現場の先生方、専門の学会等の先生方から、ぜひご提言いただきたいと考えております。したがって、厚生省の研究班の中では、行政研究という側面が非常に強い厚生省の研究の中では、それはまさに行うべきテーマであるというふうに、こちらのほうでは認識しております。

司会 時間が少し回りました。最後の終わりの時間が限られているので、一応この問題はここで終わりたいと思います。当面、先生方は各地でその現状がどうかというところをまず把握していただいて、それを持ち寄って、実際のデータを基に、今後われわれはどういった形のものをつくり上げていくのがよいか、今年度の最後のところでもう一度討論をしたいと思いますので、ご協力のほどをよろしくお願いします。

橋本先生、根岸先生、どうも有難うございました。

表 1.

ある一日の小児病棟入院患者状況
(1999年6月某日 高槻病院小児病棟)

定床(58床)	
High Care	17床
付添無	20床
付添有	24床
対象患者	新生児期を過ぎた小児科 小児外科患者
看護体制	二交替4人夜勤 (High Care2人夜勤)
平均在院日数	8.4日
年間新入院数	1755件
年間占床率	87%
当日入院患者	55名(High Care14名)
30日以上長期入院	23名

表 2. 長期入院患者23名の内容

(1999年6月某日)

	男 : 女	14 : 9
	小児内科 : 小児外科	11 : 12
年齢	1歳未満	: 2例
	1歳	: 7例
	2歳~5歳	: 8例
	5歳~16歳	: 6例
周産期	低出生体重児	: 成熟児 14 : 9
	新生児期より症状発現	: 新生児期無症状 20 : 3
	先天異常 有 : 無	14 : 9
	(奇形症候群)	
入院期間	30~90日	7名
(起算日より)	91~180日	4名
	181~3420日	12名
治療見込み	有 : 無	5 : 18

表 3.

小児内科系長期入院患者(1999年6月某日)

症例	性	年齢 (才)	入院期間 (日)	周産期	主疾患	入院必要要素
1 奥○菜○女	女	4	1605	髄膜炎	7-フルドキ7-1	易感染性、頻回吸引
2 柿○宏○男	男	7	1500	SFD、呼吸障害	多発関節拘縮	IMV、肺低形成
3 長○○英女	女	11	385	TTN	軟骨無形成	IMV
4 栗○綾○女	女	12	214	—	多発奇形	IMV、けいれん
5 高○健○男	男	12	212	低出生体重	神経種索異栄養症	IMV
6 飛○恵○女	女	16	186	先天小頭症、SFD	CP、肺性心	呼吸不全、易感染性
7 石○初○女	女	2	177	—	溺水	呼吸不全、意識障害
8 江○理○男	男	1.5	152	HIE、気胸	椎頸軟化症	呼吸不全
9 桑○修 男	男	9	38(31)	梗小、脳内出血	脳軟化症	難治てんかん、易感染
10 谷○雅 女	女	2	45(31)	低出生、HIE	脳軟化症、CP	けいれん重積、易感染
11 野○村○男	男	4	4(105)	低出生、PVL	CP、MR	けいれん重積、易感染

()内は1998年度延入院日数；入院期間は保険診療上の入院起算日とした

表 4.

小児外科系長期入院患者 (1999年6月某日)

症例	性	年齢 (才)	入院期間 (日)	周産期	主疾患	入院必要要素	治療見込
1 荒○美○女	女	9	3420	低出生、MAS	HIE	IMV、意識障害	無
2 橋○祥 男	男	5	1854	極小	食道閉鎖	易感染、胃ろう	無
3 杉○啓○男	男	2	588	HIE	先天気管狭窄	IMV、CP	無
4 吉○湧○男	男	1	337	呼吸障害	多発奇形	IMV	無
5 大○大○男	男	1	214	超低出生、RDS	抜去困難	反覆手術	有
6 池○有○男	男	1	132	低出生、HIE	CP	呼吸不全	無
7 門○恒○男	男	0.8	58	—	GER	肺炎	有
8 小○大○男	男	0.11	41	—	先天気管狭窄	気管形成	有
9 若○亮○男	男	2	32	低出生、ヒルシュ	ダウン	短腸症候群、IMV	無
10 小○一○男	男	1	14(40)	低出生	先天性疾患	抜去困難	有
11 大○永○女	女	1	9(207)	極小	腹壁破裂	短腸症候群	有
12 小○涼 女	女	3	4(45)	極小、十二指腸閉	テラング	易感染	無

()内は1998年度入院日数

表 5.

長期入院後退院患児(98年度)

男 : 女	45 : 28
小児内科 : 小児外科	23 : 50
延入院日数	
30~90日	39
91~180日	18
181日~	16
	(内1年以上4)
入院反復回数 (延人数 168)	
1回	37
2回	15
3回	7
4回	6
5回以上	8

表 6.

入院期間(日)	症例数	新生児期より 先天異常		
		症状発現	(奇形等)	後天性
30~90	39	21 (54%)	18 (46%)	12 (31%)
91~180	18	16 (89%)	9 (50%)	0
181~	16	13 (81%)	14 (88%)	0
計	73	50 (68%)	41 (56%)	12 (16%)

1998年高槻病院

表 7.

長期入院患者の予後(98年度)

入院期間	治療	家庭介護	反復入院	死亡	計
30日 内科	1	3	11	0	15
外科	13	3	4	4	24
90日 計	14(36%)	6	15	4	39
91日 内科	0	0	3	0	3
外科	10	2	2	1	15
180日 計	10(56%)	2	5	1	18
181日 内科	0	0	3	2	5
以上 外科	3	3	3	2	11
計	3(19%)	3(1)	6(2)	4(1)	16
総計	27(38%)	11(1)	26(2)	9(1)	73

()内は1年以上再掲

表 8.

周産期病棟よりの紹介入院(98年度)

入院期間	症例数	他院周産期 関連病棟より	当院 NICUより
30~90	29	14 (48%)	15 (52%)
91~180	18	12 (67%)	6 (33%)
181~	15	8 (53%)	7 (47%)
計	62	34 (55%)	28 (45%)

フォーラム2 周産期医療整備対策事業の推進に向けてー地域周産期医療センターを中心にー

司会(多田) では、フォーラム2のほうを開始させていただきたいと思います。フォーラム2のほうは「周産期医療整備対策事業の推進に向けて」ということで、先ほど中村班長からお話がありましたように、一つは長期入院の問題を考えていくと同時に、周産期医療体制の整備を如何に有効に推進していただくかということが問題になります。今日は「地域周産期医療センターを中心に」という副題が付いていますが、その前に全体の周産期医療の在り方をご検討いただくことが、この班の一つの任務でございます。のちほど地域周産期母子医療センター的な部分の問題点を検討していただきますが、この班で私どもが考えていく周産期医療整備と、私なりの社会保険の診療報酬の考え方について今後皆さんに検討していただき、厚生省にもご検討いただきたいと思います。資料をつくってまいりました。これにいろいろ書いてありますが、後ろのほうに現在の新生児集中治療の管理料の基準とか、あるいは管理料についてという資料がありますし、それから看護面でいまの看護の保険上の実態のプリントを付けておきました。それから、先ほどもちょっと議論がございましたように、入院時の医学管理料が、日数によって変わってくるということで、NICUなどは非常に長くなるものですから、非常に問題があるわけです。特に1年も2年も入るような子供がいると、病院の入院日数が長くなってしまおうという問題が一つあります。そのあたりも解決しなければいけないということで、資料を付けておきました。最後の頁ですが、日本産婦人科学会と日本小児科学会の両学会の理事会から任命された委員が出て、周産期母子医療センターも含めてですが、こういうものをどのように考えようかという概念を、両学会で調整をいたしましたものを載せております。これに関しましては、産婦人科のほうでは、産婦人科学会誌のほうに理事会内委員会報告として、中野教授からこれがパブリッシュされておりますので、もし必要な方はご覧いただければと思います。なお、この研究班は主に新生児側が多々ございます。産科のほうは救急とか、産科死亡、妊産婦死亡の研究班がいろいろあるものですから、こちら

は主に新生児側が中心となって検討してまいりました。出生前に関しては産科の先生と検討を進めて、現在のこういう組織図、概念図的なものを作ってまいりました。

あと、退院後とか、退院できない部分について、今後どういう形で取り組むべきかという検討も入ってきたということでございます。ただ、産科独自の周産期の問題というのがありますので、われわれがこの周産期医療システムを進めていく上では、産科の先生方のご意見をぜひいただいております。今日では中野教授にご出席をいただいております。今度、厚生省の周産期医療協議会でも、産科の母体・胎児集中治療室の病床数を9床から6床へ変更をお願いしたり、あるいは全国の整備の上での概念を産婦人科から提案されて、小児科学会側でも理事会から委任された委員が承認をしたというようにいっしょに議論を進めている段階でございます。

したがって、産科のほうからの周産期医療に対する推進に向けてのお考えを中野先生に最初にご紹介いただいたあと、話題提供者の先生にお話をいただき、そのあと私から資料について説明をして、それからディスカッションに入らせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは中野先生、よろしくお願いいたします。

周産期医療推進に向けて

九州大学医学部 中野 仁 雄

先ほどから大変ご熱心なご議論をうかがっていただいて、まずは皆さまの熱意に感服したところです。お招きいただきまして、班長の中村教授大変ありがとうございます。それからまた発言の機会を与えていただきました多田先生に感謝いたします。

私の知る限りでありますけれども、指定研究でありました時代の心身障害研究で、たしか竹村班として発足したのが、いまから何年ぐらい前になるのでしょうか。もう15年か16年ぐらい前でしょうか。その中で議論が開始されたのだと思っています。その中では、それ以前に開始していましたが集中的な新生児医療、N

ICUを中心とした医療の展開、一方において産科医療という、包括的なものが進んでいたわけですが、その両者を合体するというので、たとえば胎児、新生児の一貫管理であるとか、そのための母体搬送という新語が登場するとか、あるいは母子一体化といった言葉と概念というのが確かめられた時代だったように思います。

これを第1期としますと、多田班になりましたあとの、やはり心身障害研究でありましたけれども、これはご存じのように、こういった保健行政を実際に予算化して動くということ、それに必要なクオンティティと言いますか、これを固められたという、大きな第2ステージと、こう位置付けられると思います。そうしますと、今日こうして厚生科学研究と名前を変えての活動は、どちらかというと、新しくできたステージに乗ってのクオリティの話に移ってきているのじゃないか。このようなことを感じております。

一方において、先ほど多田先生からご紹介がございましたが、まずは小児科学会が新生児診療科という診療科を名乗りたいがというご相談を、いまから10年以上前ででしょうか、産婦人科学会が受けました。それから、両学会の合同委員会が発足し、今日にいたるまで継続して、内容を変えながら討論してまいりました。その近年の討論課題が、これもご紹介がございました、周産期の医療センターの概念の定義、あるいはその中の機能の定義ということでした。

平成7年から、これはたしか保険局のほうの事業として、集中治療の加算、母体・胎児と新生児の両方に分かれての加算ということが出ましたが、平成8年からスタートした母子保健課の総合周産期母子医療センター構想を待って、そこからそれに認可されたものに対して保険給付を行うというような行政指導で今日まで来ています。そういった現況の中でこの3年間、平成8年、9年、10年と見てまいりますと、必ずしもものすごくよい反応でもって、各都道府県に1か所、多田班の答えとは少し違うのですけれども、まずはそういった約束でもって動き出した事業が、必ずしも順調には進まないという1年目、2年目、3年目の様子を見まして、私たちの学会といたしましては、これに対する対案というのを考えました。

先ほどご紹介がございましたが、産婦人科学会雑誌にお許しを得て、一括して載せたものが、平成7年から8年のプロダクトです。全国の各都道府県の現状に合わせての施設規模というものが必要であるということ、その中では申し上げたわけです。それは最低9床で親と赤ちゃんといったものを並べてつくれというのに対して、数字は正確に覚えていませんが、3ないし6床でしたか、平均値4床くらいのものも必要であるというような構想をそこに載せています。さらにはここ数年間を見ますと、果して母体・胎児集中治療というベッド数と、新生児の集中治療ベッド数がイコールでいいのか、場合によっては母体・胎児は少し少なくてもいいのじゃないかといった討論も、だんだん起こってきました。

こういうこともあって、ほんのつい先日開かれました厚生省の母子保健課が持っておられます周産期医療推進協議会の場で、多田先生から先程ご紹介があった、まずはベッド数に対する討論が行われました。9床というのに対して、母体・胎児のほうは少し減らして、たとえば6床といったような数字でいいのではないかといった、委員会でのコンセンサスが得られましたけれども、いまは厚生省の部内でそれが実現可能かということ、検討していらっしゃるということでございますので、限りなくその方向で動くことを、私は念じていますし、そのような形でおそらく近々ご紹介があるものだと思っております。

こういった総合周産期母子医療センターをどのように設置するかという話と、もう一つは先ほど言いました平成7年の、先行事業でありました加算事業、これを切り離して、これはこれとしてお願いするということが、両学会合同委員会としてはスタンスとしてございまして、それを関係の方々をお願いして、ずーっとまいっております。事実、厚生省は母子保健課、保険課、さらには日本医師会、各都道府県医師会、そして各都道府県の行政担当部署にもリプリントを送って、ご検討方依頼というのが、昨年度の活動でした。なぜこれにこだわるかと言いますと、先ほど質問の形で申し上げましたように、日本産科婦人科学会ではずーっと前から周産期管理登録を行っています。その登録施設が約二百数十ありますけれども、その二百数十

が現実には三次医療を行っています。そこで取り扱います出生数が、全出生数の約10%を占めていますけれども、三次医療を行うということで、まずその施設を上げなければいけません。その中できちんとしたNICUをお持ちの施設というのは、その半分以下、110ぐらいであります。ですから、いま現在日本全国で110の施設が母体・胎児並びに新生児の総合的な集中高次治療を行っているのが現実なのです。その結果がご存じのように、大変よい公衆衛生指標、乳児死亡率等々、新生児死亡率等々、あるいは母体死亡率、あるいは胎児死亡率、これは周産期死亡率ですね、が維持されているわけです。これが新事業として将来に向かって進みはじめましたことによって、一時期プランクを作らないというのが、私たちの大きな責任だと思っております。

となりますと、47都道府県に1か所設置され、さらに今後またご議論があります整備される地域医療センター等との、つなぎを上手にやるということ、とりあえずしなければいけない。そのためには加算というのを、総合周産期母子医療センターという認定の下に、それに加算を認可するということでは、おそらく負の、プラスではありませんでマイナス、バランスが取れない格好で受け持つという医療は、これは有り得ないわけで、横並びということで、せめて110の母体・胎児ならびに新生児のハイリスクセンターにやる気を起こさせて、頑張ってもらうためにも、そういったことは別途のこととして要求しなければならない。これが両学会の見解であります。

したがって、最近の活動としては総合周産期に関する基準の話から、もう一つはそういった保険の加算給付の話、この二つに分けて、両学会が活動しているという現況であります。そうしますと、この指定研究以来の心身障害、あるいは厚生科学研究、こういった行政研究、それから部署である厚生省、行政の当局そのもの、そして一方では関連する専門団体としての学会、これを結果的に見ますと、必要な箇所、部署が何となく輪をつくってドッキングしはじめたのかなという、こういう気持ちを持っているのです。

そういうわけで、先ほどご挨拶で申し上げましたみたいに、新しいステージの上での厚生科学研究中村班

というのは、クオリティというものを一つ一つ完備していただくという方向に向くのではないかと、このように思いますので、まずは存念を申し上げます。

多田先生、発言の機会をありがとうございました。

司会 ありがとうございます。それでは、私から一つだけ質問させていただきます。産婦人科のほうの、さっきおっしゃいました産科の登録施設の中で、NICUができる施設という、この施設の内容についてのデータはお持ちですか。

中野 まだです。

司会 そうすると、むしろ先ほどの大野先生のデータから、突き合わせて出せばよろしいのでは。

中野 そうです。大野先生にも先ほど申し上げましたのは、そういう意味です。たとえば東京都の数とか、福岡の数とかを見ましたとき、これは代表的な値になるのだろうか、地域によってばらばらだと思ったのです。したがって、産婦人科学会が持っています登録病院みたいなものを対象に集中してやっていただき、その中でA、B、Cに倣って、両方ともあるのをAにして、片方しかないのをBにするなどしますと、データの普遍性というのが出てくるのじゃないかと、こう思いましたので、先ほど発言しました。

大野 その点で最初の約200の施設というのは、どういう形で認定されたか教えていただきたいのですが。

中野 たしか昭和40何年ぐらいだったでしょうか、よく覚えていませんが、46年か7年くらいだと思います。そのときに登録システムを開始しようと決めて、産科婦人科学会としては子宮癌、卵巣癌などの癌、それからただいまの周産期、それから三つ目は、これは比較的新しいのですが、生殖に関連した登録、この三つをずっと続けています。一番最初は常識的な線で、医育機関付属病院、それから公立病院、それから赤十字病院関係で、こちらからサーベイしてお願いすることとともに、会告によって参加をうながしてきたのです。そうすると、一種ブランド化してくるものでありまして、徐々に増えてきた。それで幾つかは脱落しながら残ったのが今ですが、20年近い歴史がありますので、ある程度クオリファイされているだろうと

思っています。

藤村 ぜひおうちがほしいと思っていたのですが、母体・胎児集中治療室という概念なのですけれども、現在の最先端の産科ユニットというものは、胎児というものにいかにアプローチするかということで、いろんな場面で胎児にアプローチされている。その一つの局面は陣痛が起こるハイリスクの人たちのケアをする。しかし実際は外来においても、絨毛採取あるいはモニタリング、あるいは何らかの侵襲を加えるものとか、治療をする。外来の部分の保険でですね。それから、妊娠の中期で一度入院して、胎児に何かする。いろんなアクティビティがハイリスクの胎児という意味であると思うのです。私の理解では一部の欧米の施設では、フィタルセラピー・ユニットとかということで、インターベンショナル・オブステトリックスというか、そういうものとしてのアクティビティが、あるコーナーに整備されている。

いま一方で、総合周産期母子における母体・胎児の概念は、必ずしもそうした現在の新しいテクノロジーの上に乗った必要性から生まれた場所というよりは、分娩という過程の流れの中での位置付けになっています。これを進めていくときに、将来の日本の産科医療の、そういう新しい胎児に対するインターベンショナル・オブステトリックスというものとの齟齬が来るのではないかと。また新しいものをぶつけていかなければならない。その点先生はどういうふうに将来を見ておられますか。

中野 平成4年の5月付けで、これからの母子医療に関する検討会の最終答申が出ています。それ以降同様な討論でもって、中長期プランニングというのを修正したということは私は知りません。したがって、あれが一つの原点としますと、その中には四つの大きな柱があります。ご存じのとおりなのですけれども、その中の一つが先生のおっしゃった母体に対するものです。当時のデータでも10万の10前後を推移していた妊産婦の死亡でありました。今日はご存じのようにずいぶん減りました。10万の6を割ろうとしているぐらいで、したがってまさに一流になりました。これもやはりこの数年間の種々の、たとえば総合母子医療センターをつくる、ないしはつくろうかという機運で

ですね、この意識高揚の結果だろうと思うのです。そして、いちばん大きな役割を果たすのが、今日の総合周産期母子医療センターの中の母体・胎児集中治療室だろうと思います。母体云々でもよろしいのに、中点をして母体・胎児としましたのは、これが後半に先生がおっしゃった、胎児に対してどう展開を持つのかといった思いを含めての中点なのです。

では、母体・胎児集中治療が本当にできるのかと言いますと、母体に対してしか保険等の給付はありません。胎児は存在しない存在であります。民法上もそうであるならば、医療上も認知の対象じゃないという、大きなものさしの中に入っています。ただ、日本人の優しさと申しましょうか、保健の畑の中にリンゴの木があって、壁の向こうの医療の畑に実が落ちていくのですね。私たちはその実を食べては、しかし保健であり、医療であるという、こういうなまくらのと言えなまくらですが、包括的な発想でものを動かすことができる。したがって母体・胎児がないのだけれども、有り得る。これは日本的で悪くないと思っているのです。

さて、平成4年に戻りますと、胎児については「新生児医療のさらなる向上」というのが第2項にあります。その中の6項目のうちの一つが胎児です。「新しい医療技術の進歩にしたがって云々」という項目があります。その中で認知したのは、「Rhの血液型不適合妊娠による溶血性貧血等については、すでに確立した胎児の輸血があるが」という文章になっています。しかしながら「さらには非免疫性胎児水腫」、どういうわけかこういうのを言葉として出ささせていただきましたけれども、「などについては十分倫理的な側面に考慮しつつ、インフォームド・コンセント・ベースで研究を進めることが必要である」と、こう書いてある。したがって、それは小さな入り口ですけれども、そういったものが実績が上がってまいりましたならば、いつの時代かに胎児の認みたいな話も、追っかけながらこの世に存在するのじゃないかと思っています。

ですけれども、少なくとも当面いまの時期、胎児が医療の対象だということにするには、まだまだ知識も、技術も、そして種々の環境も整っていないであろうと

思っています。ですから、将来はプロミシングにありたい、と。これを先生に対するお答えにさせていただきたいのです。

司会 中野先生、お忙しいところをありがとうございます。今後ともよろしく願いいたします。

司会 それでは話題提供をしていただきたいと思います。最初に大阪市立総合医療センターの楠田先生をお願いいたします。

周産期医療整備対策事業の推進に向けて

大阪市立総合医療センター新生児科部長 楠田 聡

今日は周産期医療整備対策事業の中で、地域周産期医療の問題に対する話題提供ということで、お話をさせていただきます。今回は、大阪のNMCS、新生児医療のデータを最初にお話しさせていただいて、それから現在、地域、あるいは総合周産期に指定されていない周産期医療センターでの、特に経済的な問題ということを中心に、述べさせていただきます。私のあとで泉佐野病院の丹羽先生が、大阪での地域の周産期医療センターの実情というのを話しされると思いますが、とりあえず統計的な話をさせていただきます。

最初に大阪の新生児医療の現状と言いますか、大阪ではわれわれとしては新生児医療はとりあえず地域化ができたと考えているのですが、そのデータをお話しして、そしてその大阪のデータを全国に当てはめることが可能ではないかということをお話しさせていただきます。今年、NMCS、新生児の診療援助システムに加盟しているのは31施設あります。そのうちの六つが基幹病院で、その他の25病院を協力病院というふうに分けています。この6つの病院が総合周産期母子医療センター、そしてその他の協力病院が地域周産期母子医療センターというふうにおそらく読み替えることが可能だと思います。図1のように大阪府全体にまんべんなく分布していて、星印が基幹病院、白い丸が協力病院です。

地域化はいろいろな方法で判定できますが、そのうちの一つの例を挙げます。大阪で産まれた1500g未満の極低出生体重児の出生数は、400人から500人、

最近はちょっと増えて550人ぐらいの1500g未満の子供が産まれています。NMCSが1977年に発足していますが、当時は全体の1/4ぐらいしかそういう子供たちを扱っていませんでした。だんだん年代とともに増えてきて、特に1987年にOGCS、母体搬送システムが出来上がるとともに非常に入院数が増えて、ほぼ大阪で産まれる出生数と入院数は同じだという状況に現在はなっております。

大阪府の新生児医療の統計では、人口が863万人で全国2位で、出生数も8万9000で全国2位です。そして526人の1500g未満の児が産まれて、全体の新生児死亡が141人、死亡率は1.6ということになっております。これは厚生省の統計と合わすために97年、去年ではなくて一昨年のデータですけれども、NMCSの参加施設で産まれた新生児がだいたい1.9万人、約21%です。極低出生体重児は大阪でこの年に526人産まれて、入院したのが523人とほぼ全員がNMCSに入院している。新生児死亡も141人、大阪全体で死亡しているのですが、103人がNMCSの参加施設で亡くなっているということで、大阪の新生児医療をほぼ担っているということが言えると思います。

新生児医療の地域化がほぼ完成した大阪府では基幹病院と協力病院があって、それぞれが入院を受け持っています。これは1997年データですが、参加している施設数が現在より少ないのですけれども、非常に多いところから、年間30名ぐらいの入院しかない施設もあります。基幹病院以外にも、入院数の多い病院はかなりあります。入院の基準が多少違いますので、体重の大きな児に関しては軽症の子供も入っている可能性があります。

入院の基準が違うということで、入院患者の重症度を統一するために、出生体重2000g未満と2000g以上で院外出生の子供だけに絞って見ますと、先ほど基幹病院の入院数というのは決して上のほうにはなかったのですけれども、こういうふうにはリスク因子を合わせると、基幹病院が上位に入ります。基幹病院と同じぐらいの入院数を誇る施設が2つありますので、6基幹病院と言うよりか8基幹病院という形に去年はなっております。基幹病院というのは、非常にハイリスクを扱っています。

こちらはおそらく地域の周産期母子医療センターになると思うのですが、入院数が比較的基幹病院に近い施設から、極端に少なくあまり機能してない協力病院まである。そこで、大きく分けると、いわゆる三次センター病院、それを補完する形の地域周産期母子医療センター、それからアクティビティとしては少し低い病院と、三つに分けられると考えます。この基幹病院と入院数が基幹病院と並ぶような数を取っておられる病院との差は、どういうところにあるかをこれから分析したいと思います。

図 2 は、先ほどの基幹病院と協力病院での出生体重別の入院数を表したものです。出生体重が小さい子供たちというのは、どちらかというとも基幹病院にやはり多く、出生体重の大きな子供たちは、協力病院に非常に沢山入っています。出生体重 1500g 未満では半分以上が基幹病院に、1500g を超えると協力病院のほうに多く入っているということになります。

新生児搬送に関しては、基幹病院は新生児搬送を行うという規定がありますので、基幹病院でやっている。したがって、三角搬送も基幹病院が担当しています。これは歴然とした差があります。しかし、人工換気症例数は基幹病院で 600 例余りと多いですが、協力病院でも 400 例近くが行われています。

2 次入院、これは入院の依頼を受けた施設が最初に入院を受けることができなくて、その他の病院にベッドを求めたときの入院、要するに相互援助システムのベッドを援助し合った結果の入院なのですけれども、むしろ協力病院のほうがその件数が多く、重症例を扱う基幹病院と、それを補完する協力病院という非常にバランスが取れた結果となっております。

これから少しお金の問題に入っていきます。

図 3 は、各病院の診療報酬に対する経費です。この経費というのはあとで内訳をお見せしますが、いわゆる人件費とか、材料費とか、薬剤費とか、要するに診療にかかった経費です。従って、病院全体の運営費は入っていません。報酬額とかかった経費を見ますと、1 施設だけがほぼとんとという格好ですが、病院の建物の減価償却とかは入っていませんから、これでも実際には赤字になっていると思われまいます。このように診療報酬と実際の経費をみると、経費のほうがど

の施設も高い。とくに、T 施設では非常にその差が大きいのですが、おそらくNICU加算がないからだと思います。どの施設もいまの診療報酬から、2 割から 3 割ぐらいは増えないと、病院全体の建物の維持も含めた経営ということに関して非常に難しいという状況だと思います。ただ、この調査は 4 年ぐらい前のもので、多少今では保険点数も変わっていますので額は少し増えていると思います。けれども、傾向に関してはそんなに変わってないと思います。

低出生体重児が入院したときにいかに経費がかかるかということですが、新生児医療連絡会で新生児医療の経済的評価ということで、幾つかの施設の先生方をお願いして調査しました。図 4 は、生存して退院した子供たちの出生体重と入院中に請求した診療報酬費をプロットしたものです。42 例の 1500g 未満の子供たちの診療報酬と体重の関係です。明らかに体重が小さくなれば、診療報酬は上がっていきます。さらに重要なのはいかに費用に差があるかということです。たとえば、出生体重 600g ぐらいのところですが、300 万ぐらいで退院させた施設から、1500 万ぐらいまでかかっている施設がある。当然医療の内容に関しては新生児医療連絡会で調査させていただいたので、ほとんど差がないのですが、NICU加算を取っておられるか否かで大きな差が出ているということで示させていただきました。先ほど、ほとんどの病院が赤字体質だと申し上げましたが、病院毎の支出の内訳をみますと、52%から 84%と病院によって比率は異なりますが支出の半分以上が人件費というのがわかると思います。

次に基幹病院 6 施設と地域の周産期母子医療センターにふさわしい実績のある協力病院 12 施設について数字的な比較をしてみました。新生児科の数、医師の数、看護婦の数、病床数はあまり変わりません。ところがNICU加算病床数が少し変わります。1 床当たりの医師、看護婦数というのはほとんどいっしょです。ということは何が違うかというと、基幹病院では新生児を専門に、協力病院では通常の小児科の診療と新生児医療をやっておられる。あるいは看護婦さんも正常新生児をみながら、重症の子もみておられるということで、数字的にはいっしょなのですが、内容としては少し違いが出てきています。ただ、人手という意

味では、先ほど非常に人件費がかかるということを行いましたけれども、基幹病院であれ、協力病院であれ、人手という意味では非常に似かよった投資をしなければいけないということがわかると思います。

それならばどうすれば、このような経済的な問題に対応できるかということになるのですが、現在は総合母子周産期医療センターに対する運営補助というのが、平成 8 年からはじまっています。それ以前は施設整備費しかなかったのですが、運営補助という新しい制度ができて、毎年運営補助金が出て非常にいい制度ですが、この制度にも問題点があります。入院保険収入のなかに、母体・胎児集中治療室加算がありますが、これは総合周産期母子医療センターに指定されないと受けられない。したがって、地域の周産期母子医療センター、あるいは総合周産期母子医療センターと同じような医療をやっている施設であっても、指定をされないと今のところはNICU加算しか受けられないということになる。

このNICU加算がない場合にはどうなるか。それは通常の入院料ということになるのですが、通常的新生児を入院させてみていくと、入院環境料 165 点、看護料 496 点 (2:1 新看護料) に、あと夜勤の看護婦数などで加算があったり、あるいは地域によって加算があるのでそれらを合計すると最初は高いのですが、どんどん点数が減っていくというのが最大のポイントです。もちろん初期であっても、新生児の集中加算料の 7600 点には遠く及ばず、全部加えても 1500 点強ぐらいにしかありません。

従って、このままでは何らかの経済的支援をやらないと地域の周産期母子医療センターというのは、同じように人員を配置したり、重症な患者さんを扱っているのに採算が合わない。あるいは、総合周産期母子医療センターに指定されていない施設にとっても同じ問題点が出てくるので、何らかの方法で経済的な支援をしていかないと最初の設備の補助だけでは運営できないということになると思います。

それにはいろいろな方法があると思うのですが、個人的に考えた方法を示します。

一つは、東京都のように指定されたところ以外のところにも運営補助を行う。同じように地域の周産期母

子医療センターにも運営補助を行う。一つのNICU当たり総合と地域で多少値段の差をつけても、こういう補助を行うという方法です。非常に合理的な方法だと思います。ただ、これを東京都以外の全国の都道府県に適用できるかどうかは、また別の問題だと思います。

二つ目は、NICU加算を増強するという方法です。

三つ目は、新看護料というのがあって、2対1の看護料というのが現在の新看護料に含まれています。実は地域センターだとか総合センターのベッドには8床に1人の看護婦さんを付けることになるのですが、これはだいたい1対1看護ということになる。そうすると2対1より倍の人件費が看護婦さんにかかっているわけですから、そういう看護料を改定するという方法があります。

四つ目は、集中治療室加算じゃなくて、強化治療室管理料というのを新設するという方法があるのじゃないかと考えました。

当然それぞれいいところ悪いところがあると思います。東京都がやっているような補助金を出すというのは、そこに補助金をつぎ込むということで、明確に施設を特定できるというメリットがあります。けれども、問題点としては予算がいきますし、対象をもしはざるとまったく無縁の予算になるということになります。それから、NICU加算を増やすというのは非常に簡明なのですが、全国100か所あまりしかNICU加算を取っているところがありませんので対象が限定される。一方、新看護料を追加するというのは、幅広くできるのですけれども、制度を変えないといけないという問題点があります。同じように強化治療室管理料というのを新設するというのも非常に幅広い方法なのですが、やはり制度を新しくしないと駄目だという問題点があります。したがって、それぞれ一長一短がありますので、どういう方法がいいかをこれからこの研究班で考えていくことになると思います。

最後に、経済的支援に必要な経費を試算しました。

総合周産期母子医療センター以外にも運営補助を行った場合は、100か所のうち50か所はすでに都道府県各1か所ということで補助されるということになりますので、追加の50施設に8千2百万円づつ、年間