

表1 調査対象

年	1990	1995	2000
ELBW数	2291	2610	2866
全NICU数	265	283	282
回答NICU数	↓ 182	↓ 146	↓ 180
NICU退院数	1208	1088	1771
3歳 follow up	↓ 853	↓ 757	↓ 286

表2 3歳時の総合発達評価の判定基準

異常: 1) 2) 3) のいずれかに該当するとき
1) 自立歩行が不可能な脳性麻痺
2) 両眼失明
3) 精神発達遅滞; 2項目のDQ<70+1項目のDQ<80
境界: 1) 2) 3) のいずれかに該当するとき
1) 自立歩行が可能な脳性麻痺
2) 片眼失明
3) 精神発達遅滞; 1項目のDQ<70+1項目のDQ<80 または3項目のDQ<80
正常: 上記に該当しないとき

DQ:遠城寺式の対人関係・発語・言語理解で評価

表3 超低出生体重児3歳時予後調査の背景

	1990	1995	2000
調査数	853	757	286
男:女	401:452	341:416	148:136
院内:院外 (母体)	584:269 (373)	641:116 (457)	238:46 (180)
多胎	145 (17%)	130 (17%)	63 (22%)

表4 超低出生体重児の障害発生率の比較(1)

	1990	1995	2000
総合発達評価			
境界	10.9%	14.9%	14.7%
異常	14.1%	14.9%	23.9%
脳性麻痺	12.0%	14.3%	14.8%
視覚障害			
両眼失明	2.2%	1.2%	0.9%
片眼失明	0.6%	0.7%	0.0%
弱視	5.5%	5.0%	4.4%

表5 超低出生体重児の障害発生率の比較(2)

	1990	1995	2000
聴力障害	2.2%	2.1%	2.1%
てんかん	4.3%	3.8%	4.2%
反復性呼吸器感染	11.1%	8.1%	4.5%
喘息	8.0%	9.2%	5.9%
在宅酸素療法	3.6%	3.7%	3.6%

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

周産期医療フォーラム

「周産期医療体制の整備を目指して」

日時：平成16年2月11日（水）午後1時～5時

場所：母子愛育会日本子ども家庭総合研究所4階ホール

出席者：主任研究者；中村肇、分担研究者；多田裕、大野勉、後藤彰子、三科潤、加部一彦、中林正雄、岡井崇、研究協力者；松田義雄、上谷良行、澤田健、千葉勉、福原里恵、側島久典、金太章、宇賀直樹、猪谷泰史、大木茂、北島博之、田村正徳、服部司、山崎明、清水正樹、藤村正哲、楠田聡、堺武男、河野由美、梶原真人

総合周産期医療センター；西尾公男、堀大蔵、大川敏昭、原田英明、藤野浩、渡辺博、高島健、近藤乾、広沢元彦、宮崎全隆、沼田修、氏家二郎、海野信也、小濱守安、南宏尚、河野勝一、滝澤基、水島正人、依田卓、渡辺晋一、久木田穰次、渡辺尚、鬼頭修、吉里俊幸、高橋尚人、幸脇正典、須花寛人、板橋家頭夫、奈倉透明、李容桂

講演演者；本間洋子、中村友彦

谷口隆（厚生労働省母子保健課）

中村 今日とは休日のところ、班会議ということでお集まりいただきまして誠に申し訳ございません。日がなかなか取れなくて、むしろ休日のほうがお互い出やすいだろうということもありまして、こういうことになりましたことを申し訳なく思っております。この班は、今年3年目でございまして、周産期医療水準の評価と向上のための環境整備に関する研究をテーマにしておりますが、要するに現在、すこやか親子21にも挙げられています各都道府県への総合周産期医療センターの設置です。それが一つの厚生労働省としての大きなプロジェクトになっておりまして、われわれもそれに向けてどういう形で進めていくのいいかという提言をするのが一つの大きな仕事でございました。ご承知のように、まだ全国各都道府県に設置しておるわけではございませんので、むしろ遅れ気味であるというそ

の責任の一端を感じるところでございまして、今日は全国各地から、いろいろな事情を皆さんお持ちで、第一線でやっておられる方にお集まりいただいておりますので、今後、国として、どういう面に留意して進めていったらいいかというようなご提言をいただければ、取りまとめて、また報告したいと思っております。

それで、今日の議事次第ですが、前半は各個研究という形でやってきましたこの4つのテーマについてそれぞれレポートしていただきまして、2時ぐらいから周産期医療フォーラムという形で、先ほど申しました総合周産期母子医療センターあるいは地域周産期母子医療センターの在り方といったものについて討論させていただきたいと思っております。お手元に資料を数点お持ちいただいておりますが、プログラムと2枚目に1枚物を入れておりますが、これは評価委員会用に報告書とし

てまとめさせていただいたものでございます。概要の概要という格好で、あまり内容を詳しくは書いておりませんが、今日この1、2の点につきまして、ご発表いただく中に、その詳細をお聞きいただけるものと思います。あと、今日の各スピーカーの先生方の資料がお手元に届けられておりますので、ご参照になりながら、お話をお伺いいただければいいかと思えます。それでは早速、病名コードと電子カルテへの対応ということで、現在、特定機能病院にはDPCが入っております。近々、民間病院にもDPCの導入ということが言われておりますので、新生児領域において、あるいは周産期領域においてどのような対応をすべきかということで加部先生にご発表いただきたいと思えます。

1. 病名コードと電子カルテへの対応

愛育病院小児科 加部一彦

加部 不便なところにお集まりいただきましてありがとうございます。中村班、それから、その前の後藤先生の班を通じて、ICD10を新生児医療にどのように生かすかということをやっとやらさせていただきました。基本的にICD10は今、NICUでどのように使われているかということをご報告したいと思うのですが、ICD10コードを利用している地域施設というのは、NICUでは以前から割と多いです。後藤先生のグループで平成8年、9年、猪谷先生がお作りになったファイルメーカーのICD10の病名コード表が、そのままNICUのサマリーのシステムとして使われていることが多いです。ただ、病名のコーディングというのは、主治医が行なっているというのが多分、普通の状況です。そ

れからコーディングされた病名というのは、おそらくその病棟それぞれでチェックするということが行われているということもあまりない。また、せつかく病名コードをICD10で入力をしているのですけれども、現在それを副次利用するということが行なわれていないということが、残念ながらここ数年間ずっと変わらない状況だと思えます。この病名コーディングに関しては、ICD10コードを定めているのはWHOなのですけれども、WHOではICD10コードのコーディングはコーディングスペシャリストが行なうべきで、医者は行なわないようにというような指導をしているのですけれども、日本では病名コードのコーディングスペシャリストの養成は、ようやく去年ぐらいからNPO法人ができて始まったばかりで、おそらく皆さんの病院で病歴管理士がいらっしゃる場所も、きちんとトレーニングを受けたコーディングスペシャリストというのはまだないということで、国際的にも日本のコーディングの体制というのは非常に遅れています。ましてや主治医が行なっている。それから、それぞれコーディングされたコードの妥当性・正確性についてはチェックされていないのです。なぜ医者が行なってはいけないかということになっているかということ、ICD10のコーディングというのは、病名・診断名を付けるのは若干違っています、統計処理のための病名なので、これはあとで地域や施設ごとにさまざまなローカルコードの存在ということにもかかわってくるのですけれども、非常にある意味大ざっぱで、診断名と違って、あまり精緻なものではない。ひとくくりにもとめてしまえというものなのです。ですから、医師が行なうと、当然コーディングの表の中に付

けたいという病名がないという問題が出てきて、それが地域や施設ごとにさまざまなローカルコードが存在するという現状につながっています。これはICD10の問題を研究班ですずっと始めてから、病名のローカルコードをどうするのか、研究班で作るとか、あるいは学会で制定しろとかいろいろな話があったのですが、結局現状ではそれぞれ施設が付ける。ただ、それに関しては本来の趣旨的なことからいうと、ローカルコードを付けて、てんでばらばらにするのはあまり望ましいことではないということなのですが、残念ながら日本の現状はこうです。例えば、東京都も現在、病名を都に報告するものでICD10のコードを入れているのですが、それを作るにあたって病名がないということで、34病名に関してのローカルコードを作っているのです。ただ、そういうことをすると、先々利用する場合に少し問題が出てくるということをお話ししたいと思います。

それからDPCに関して、今日はあまりお話をする時間がないのですが、このICD10コードと同じ、DPCコードの中にはICD10のコードが埋め込まれています。DPCコードは特定機能病院の方は多分ご存じだと思うのですが、14桁から成り立っているのですが、最初の6桁のうち最初の2桁がメジャーディズィズコードです。新生児の場合は14になると思うのですが、それにICD病名のコードを付けて、そのほかに7桁目8桁目、以下14桁目までいろいろなコードをふるというコード体系になっています。この辺の7桁目以降の設定が、基本的には成人のもので考えられていて、例えば9桁目10桁目は手術などの処置の分類が入るクリニカルモディフィケーションと

いうコード体系が入るのですが、日本ではまだ全く未整備です。手術は従来のKコードといわれるものを便宜的に使っていたりします。それから18桁目に副傷病名を付けること、これはICD10コードで付けることになっているのですが、これも新生児の場合のように副傷病名が複数ある、あるいは主病名が複数ある場合に、これをどうやってコーディングするのかというのは基本的にまだ解決された問題ではありません。

課題ということなのですが、データの正確性ということですが、それから、そもそも従来から長いこと病名をコーディングしろとわれわれも言ってきた、別に疑問もなくコーディングを行なって、サマリーのシステムに登録しているのが実情なのですが、実際なぜそんなことをするのかという意義ははっきり分からないままやっているのが実情で、結局こういうことが、コードは使っているけれど、全然それは何をするのか分からないというようなことにつながっているのだと思います。DPCの問題点は、主病名というのは最も医療資源を投入した傷病名であるというふうに規定されているのですが、これも必ず臨床診断名とイコールではないのです。それはICD10コードを使っているということもあるのですが、最も医療資源を投入した傷病名の一つかという非常にプリミティブな臨床家としての疑問が出てくるのだと思います。それから、一入院で複数の主病名が生じた時にどうするのか、DPCコードは一入院に一コードなのだというようなことを専門家は言うのですが、RDSの問題が解決して、その後ずっと入院している子が、そこでRDSで入院できなくなってくると、いったん退院させるのかというような話

がDPC研究会などで議論になっています。それから副病名の位置付けは、先ほど言いましたけれども、これも現状では全く無視をされています。

そもそもなぜ病名をコーディングするのかという話になってくるのですけれども、本来的には、医療の質を評価するインプラとして病名をコードするということが必要です。これからの新生児医療にどうやってコード化された病名を生かしていくかという話になるのですけれども、一つはクリニカルインディケーターを作る。クリニカルインディケーターというのは何か、あまり聞き慣れない言葉だと思うのですけれど、従来であれば、例えば1,000グラム未満の子の救命率といったようなことで、私たちはそれぞれの施設のパフォーマンスをある程度判断してきたと思うのですが、これからの時代は施設間の評価をするにあたって、救命率であるとか、従来調べてきたようなデータを施設ごとに出すのではなくて、例えばRDSならRDSで、RDSという病名が付いた子の1,000グラム未満の子でRDSという病名が付いたときに、全国の平均在日数はこれくらい、呼吸管理数はこれくらいといったような、それぞれ疾患ごとの、それこそその病名コードごとの、それがインディケーターなわけです。そういったものを作っていく。それを作ることによって、要するに標準値を作ることによって、各NICU間がその標準値に対してプラスなのかマイナスなのか。マイナス評価であれば、そのクリニカルインディケーターで表示されたその中央値に向かって、どのようにそれを向上させていくのかというベンチマーキングを行なう、そのような指標を作らなければならないというのがこのコーディングすることの最も大き

な目的だったのです。

それから、おそらくDPCは現在、特定機能病院だけなのですけれども、これは今後徐々に拡大していくと思います。これは、包括支払い制の問題は、DPCと本来、病名のコーディングとは別個の問題として考えなければいけないのですけれども、これはこのままどんどん包括支払い制へ対応していくのだとすれば、今のDPCのコーディング、あるいはDPCの存在のあり方ということでは、当然NICU新生児医療には十分機能しないわけで、それに対する精緻化に関して私たちの提案というのをどんどんしていかなければいけない。新生児医療の実情をどうやって反映させていかなければいけないのかということも今後、検討しなければいけないと思います。それからクリニカルインディケーターを作ったり、DPCがどんどん導入されてくると、医療内容を標準化をしようという動きがあります。例えば、クリニカルパスなどというのは非常に使われているのですけれども、これも外国では新生児医療、救急医療というのはあまりクリニカルパスに馴染まない、要するにガイドンスと言われる一定の標準的な医療の流れの中から脱落してしまうものが非常に多い領域であると言われているのですけれども、当然そういったような議論が日本ではあまりなくて、パスが少しブームのような形で今、行なわれています。ですから、こういったような標準化に対して、私たちが自分たちのやっていることをある程度評価をしなければいけない、その評価をするインプラとして、やはりコーディングされたデータを活用しなければならないということになると思います。今、言ったようなことなのですが、そうすると、やはりこれも従来、この班から

長いこと提案をしてきたのですけれども、それぞれクリニカルデータベースネットワーク、従来何回も提案しながら、僕が忘れていてやらなければいけないのですけれども、施設ごとのばらばらのデータを持ち寄る方式では、やはりもう限界がある。それから従来、患者データベースをもとに、いろいろなデータを集めて、それを解析しようという試みを行なってきたわけですけれども、今後クリニカルインディケータとして疾患単位、診断した診断名単位に統計処理を再現しなければいけない。そのための新しいデータベースを開発をしていかなければいけないというふうに思います。それから、こうなってくるとデータベースセンターというものが、ある程度永続的にないと困るわけです。例えば研究班だと3年間単位でどうなるか分からないわけですけれども、やはりどこかに永続的に管理できるデータベースセンターを作りながら運営をしていって、新生児医療の質あるいはNICUのパフォーマンスの評価をどこかでモニターできるようなそんな仕組みを作る必要があるかと思います。

ここで電子カルテの話をしたと思うのですけれども、電子カルテは今、非常にお金が投入されているのですけれども、そういったような潮流に、こういったものは乗れないのかということです。NICUでも電子カルテの導入というのは進められているのですけれども、これはいろいろさまざまな問題点があります。最大の問題点は、今、電子カルテを導入することそのものが目的化をしているということです。結局なぜ電子カルテが必要なのか全然なくて、お金が付いて、今ブームだから、あるいは病院を建て替えると電子カルテにしなければいけないというようになっ

ているので、だから使いものにならないということなのです。NICUの電子カルテは非常に問題があります。来週また白馬フォーラムがありますけれども、白馬フォーラムでもまたこの辺の議論があるのだと思いますが、結局NICUは非主流部門なのです。大体主流部門が使用作成しますので、私たちの要望というのはほとんど反映されません。結局そうになると、電子カルテにあわせて仕事の手順を変えなくてはならないというふざけた現状になっています。ただ、それでも医療の質の向上と効率化のために電子カルテは不可欠である。これは、はてなをつけたのは、これは厚労省がこういうふうに言っていますし、やはり今後、私たちの医療の質を向上していくということに関しては、情報の電子化ということはある程度必要であるということはず間違いなだらうと思います。そのためどうするかということが今後の課題になるわけですけれども、電子カルテの導入が一方の医療の質の向上ではありません。実際、現実にはコストも労力も増えた、無駄な投資だったという話が非常に多いわけです。やはり明確な意義付けをするということと、NICUの標準仕様というものを研究班のような場所で皆さんと広く議論しながら、メーカーに逆に提案してしまう。その中には、その病名コードを使いながらやってきたこと、あるいはやろうとしたことを取り組んだ、そういったようなものを今後研究して作成する必要があるというふうに考えました。どうもありがとうございました。

中村 どうもありがとうございました。いろいろこれからの課題も多いわけですが、猪谷先生、加部先生のほうでICD10をベース

にした新生児用の病名コード表というのは、以前お配りしたところですが、それをもう一度整理してご利用いただけるようにしたいと思っております。電子カルテの問題等まで、現時点では手をつけていないわけで、これはこれからの課題ということになるかと思えます。

A 標準化に関しては多分、厚労省が去年から何かデータベースの委員会を作りましたね。結局欧米の電子カルテが施設間の比較標準化をするために作ったのに対して、日本の電子カルテというのは、カルテを電子化するために電子カルテを作ったというところがあるので、違いが出てきているのでしょうか、とにかく標準化をしなければいけないということで、新生児も先生がおっしゃるように標準化が必要だと思うのですが、少し僕が勘違いしているかもしれないのですが、初期の中村班のデータベースが、コードを入れて標準病名を出すという仕組みにされていましたね。標準病名を皆で作りましょうという流れでできているので、僕は反対で、病名は方言があってもいいだろう。だけれど、全施設の比較をする時にコードで比較をしようと、だから病名を入れてコードを標準化する形を出したいというふうに思っていたのですが、その少しニュアンスの違いがほかの施設でデータベースを使われている施設なども、病名が標準化されているのです。コードが標準化されているのではなく、そのところが少し気になっていたもので、どちらか方向をきちんとしていただければと思います。

加部 多分、先生のご指摘のとおりで、結局、僕たちの考え方が今まで病名を付けてそれにコードをふるというような、病名の標準化が

コードの標準化という混乱している部分があったのですけれども、今後はやはり、私も病名に関しては方言があってもいいし、仕方がないと思うのですけれども、コードに関してはきちんと同じものを入れれば同じものが出てくるというものが必要なのではないかと思います。そう意識して使っていないので、コードというのはこういうものだというのを、もう少し知っていただかなければいけないという必要があると思います。

中村 今のはコードが一つでも病名が複数に当然なってますね。

A 例えばCLDの分類が時代とともに変わってきて、CLDオールのコードが合っていれば、そういう疾患群として出てきますね。そういうことで、病名が例えば、BPD からCLDに変わっても、CLDからBPDに変わっても、コードは変わらないという形をとって、そういう使い方をしないといけないんだと思います。

加部 ローカルコードと言ったのは、CLDならCLDのそれぞれ1群、2群、3群というのは、全部枝葉をふって、病名とコードを1対1でしようとしているのですが、それは少し難しいというか、先々国際比較などをする場合に使えなくなってくるということだと思います。

中村 今、ご指摘のように以前とだいぶそのあたりの状況も変わってきておりますので、各病院でもICD10がかなり全体で普及してきておりますので、ICD10はICD10として、その枝として普通の病名が付いて

いるというのは一般的になってきているのではないかと思いますので、新生児のほうもそういう格好で検討していきたいと思っております。

楠田 DPCというのはあくまで請求のためなので、今コードをいろいろ学会のほうから出させていただいて検討しているのですけれども、あくまで入院費がいちばんかかった主病名を入れるということで、先ほど言われましたRDSで手がかかれば、結局、今だったらCLDという病名になってしまうことになると思います。ですから、この病名コードの分類、データベースDPCをつなぐというのは永遠に不可能かというふうに考えますので、そこは多分はずしたほうがすっきりするのではないかと考えますけれども。

加部 支払いとDRGですね、日本ではDPCなのですけれども、DRGと支払いをリンクさせているのは、実はアメリカしかないのです。DRG自体はドイツでもやっていますし、フランスでもやっていますし、ブラジルなどもかなりやっています。韓国も確か導入しているのだと思うのですけれども、DRG自体は何をやっているかというところ、こういう標準化であるとか、クリニカルインディケータのようなことで、統計的に使おうとしている国のほうが多いのです。ですから、日本がアメリカ風にPPS包括支払いと結び付けてしまうために、今、少し無理が生じている部分もあるので、本来DRGそのものは、もしかすると、従来の方法よりもたくさんの施設を一例に比較するには、むしろ評価という意味では適している部分もあるのかと思うのですけれども、ただ、先生がおっしゃるように日

本のDPCがかなり経済的なことと強力にリンクして作られている関係で、どこまで今後DPCを評価という意味で使われることが私たち日本でできるかというのは分からなくなってくるので。

楠田 多分、日本はDRGというか、ダイアノースグループという考えではなくて、やはり支払いをメインにしたDPCということに今後なるのではないかと思います。

中村 どの一本でいくか、臨床上必要なものをわれわれとして別立てで考えていく必要があるかその辺りが検討課題ですね。

中村 それでは続きまして、VLBWのフォローアップということで三科先生お願いできますか。これは入院レコードと、それに引き続くフォローアップをどういう形で進めていくか、その標準化ということと、いろいろご検討いただいておりますので、その取りまとめをお願いします。

2. VLBWのフォローアップ

東京女子医大母子総合医療センター

三科 潤、河野由美

三科 ハイリスク児のフォローアップ体制を、あとでお話しされます大野先生の全国調査の一部として実施いたしましたので、そのまとめをお話すると、ハイリスク児フォローアップ研究会のフォームをより書きやすい形に変えることをいたしましたので、担当しました研究協力者の河野先生からお話しさせていただきます。

河野 大野先生らの行なった周産期医療体制

に関する実態調査の一部で、フォローアップ外来に関するアンケート調査を行ないました。最終的に回答のあった総合周産期センター24施設、対象は32施設、それから3次および地域周産期センターの195施設、対象は281施設の回答結果につき解析しました。

最初に専門外来としてのフォローアップ外来のオフについてですが、上が全体で左が地域および3次で、右が総合施設になります。3次施設では約70%がフォローアップ外来、専門外来として持ち、20%は一般小児科外来でフォローされていました。総合施設はどの施設もフォローアップ外来を持っていますが、1施設では一般小児外来と両方で診ているという回答でした。次にフォローアップ外来の主な担当者ですが、専門外来としてフォローアップ外来を持っている施設について担当者に尋ねたところ、30施設では80%が新生児病棟担当の医師です。総合施設では新生児病棟の医師が87.5%、残りは外来が主な担当の新生児医師、および小児神経科医師でした。3次施設では一般小児科医が担当している施設が7.0%でした。その次に、小児科医以外のフォローアップ外来の担当者、主にコメディカルの参加はどうかということについてお尋ねしました。3次施設では臨床心理士が25%、総合施設では45%とかなり差がありました。PTについてはどちらも20%、OT・STについては10%、16.7%でした。保母について、あると答えた施設は3次の1.4%で、総合ではありませんでした。全体に見てコメディカルの参加率は低率でした。

次にフォローアップ外来の1週間あたりの受診者数ですが、3次施設では中央値が、少し見にくいですが、20人。大体このあたりですが、20人から40人という施設も

35%程度あります。総合施設が中央値が40人で、50人以上という施設が4分の1になります。それに対応した外来担当医の数ですが、中央値が3次施設で2人、総合施設で3人となり、3次施設では1人か2人がほとんどです。総合施設では一応3人以上で大体半分以上を占めていました。その次に、短的にフォローアップ外来が新生児医師にとって負担になっていますかという質問に対して、地域および3次施設では、約半数が負担になっていますという答えです。総合施設では30%が負担になっている。半数がそうでもないという答えでした。次に、各施設で極低出生体重児の自院での外来フォロー率についてお尋ねしました。一応50%未満、50から70、70から90、90%以上、不明ということでお答えいただいたのですが、3次施設では70から90%が最も多く、26.7%ですが、70%未満という施設も30%近くあります。総合のほうでは50%以下というところはありませんが、こちらでも70%未満という施設が3分の1を占めており、総合施設ですべてが外来フォロー率が高いというわけではありませんでした。

ここで、先ほどありましたハイリスク児フォローアップ研究会作成の共通の健診用紙を使用していますかという質問に対してですが、3次施設で使用しているとしたのは16%で、ほとんどの施設は使用していない。総合施設では45.8%が使用している。残りの半分近くは使用していないという結果でした。それぞれの地域において、NICU退院児のフォローアップのための地域化、地域のネットワークがありますかという設問に対して、これは3次も総合もほぼ同じような回答なのですが、70%程度は地域のネットワークは形成さ

れていないという答えでした。3次施設のほうで形成されているという答えの主なものは、未熟児出生連絡表を使った保健所、保健婦との連絡、それから保健婦の訪問ということで、実際には3施設で地域の育児支援事業として未熟児を対象とした親子の集いなどの教室を開いているという答えでした。この結果、総合施設においてのフォローアップのための地域のネットワークは、非常にまだ不備であるということが分かりました。この結果から、NICU退院児のフォローアップを向上させるためにはということで、以下のようなことを考えます。まず、特に3次施設では新生児医師にとってフォローアップが負担になっているという現状、それからどちらの施設においても心理士、その他のコメディカルスタッフの担当が非常に低率であるということで、フォローアップのための人員の確保も今後、その方法について検討していく必要があるということ。それから総合周産期センターの役割。次のフォローアップ体制の地域化とも関連するのですが、総合周産期センターに求められていることとして、地域の中核施設としてのバックアップとしての施設、それから養成や教育機関、あるいは療育機関との連携をとる役割、それから障害に応じた支援に関する家族への情報提供といったことを3次施設のほうから総合周産期施設のほうに望まれており、ただ、先ほど見たように総合周産期センターでの地域のネットワーク作りはまだ全然進んでいない状況ですので、これらをどうやって進めていくかということが今後、検討が必要と思われま

さらにそういう地域化を進めていくうえで、情報交換のためにデータベースを作る必要がある。先ほど加部先生のお話にもあったとお

りなのですが、この研究班ではまずNICUへのデータのフィードバックと、地域でのデータ交換のために共通の健診用紙を使用することを進めてきましたが、残念ながら健診用紙の使用率は低かったということと、NICUの入院情報とのリンクがうまくいってなかったということで、本年度、この研究班およびハイリスク児フォローアップ研究会において健診用紙の改訂を行ないました。これが新しい健診用紙ですが、濃い黄色の部分でNICUの入院基本情報とリンクさせている共通のデータベースの部分です。ここは一応、今のところ氏名でリンクさせることにより自動入力ができるようにしています。それから健診の項目について、赤で示した必須入力項目とその他の一般入力項目と区別することによって、ぜひここだけ入れておきたいという項目を設けました。それから、今までは非常に煩雑だったのですが、今でもまだけっこう煩雑ですけど、なるべくチェックリストやボタン方式にして入力を簡単にするようにレイアウトに工夫をしました。それから新たに、これは1歳半ではありませんが、3歳以上ではIUGRの成人病の問題等も含め、血圧・検尿の項目を追加しましたし、現在の養育環境として社会的な背景、経済的な背景を情報として得られるように、家族構成、マルチリポートメント、集団保育、学校などについての情報を追加しました。あと、ここにはありませんけれど、発達の評価として、1歳半、3歳では新版K式を行なう、それから6歳と小学校3年生ではWISC-IIIを行なうということは同じですが、これが行なえなかった場合に、発達のスクリーニングを入力するという形で、その検査が行なえない施設でも、このデータに入力ができるように工夫しております。最

終的には先ほどありましたが、この1歳半、3歳、6歳、小3の健診用紙と新生児入院基本情報、その中のレイアウトにフォローアップのための必要な項目のレイアウトに追加したもの、それから健診の手引きなどを一つのCDの中に入れて、皆さんにお配りできるようにしたいと考えています。以上です。

中村 はい、どうもありがとうございました。入院の基本情報、それとフォローアップの手引き、生後1歳半と3歳、6歳と9歳、その四つのポイントでの標準化した健診用紙です。これはフォローアップ研究会でいろいろご検討いただいているのを最終的にまとめて、今年度末にCDの形で、主要な施設にお配りする予定にいたしております。

A フォローアップ研究会で行ってきたもののなかで、暦年齢3歳というのは、かなり修正3歳と違うと思うのですけれども。

三科 健診の時期を修正にするかということです。健診用紙では検査の結果について修正を使った場合と、暦年齢でやった場合と新版K式の結果については両方入力するようなレイアウトになっています。あとは健診の時期が実年齢で何歳なのか、修正で3歳何カ月月なのかということを入力できるようになっていますが、実際の健診年齢はやはり幅があるので、それを変えるということは今のところは検討されていないです。

中村 先生、基本的に修正の満3歳と暦年齢の満3歳と、どちらをリコメンドしますかということですね。

三科 現在は暦年齢ということで決めています。それは最初の時からいろいろ議論があるのですけれども、お母さんたちも自分たちで修正年齢を数えているのですけれども、2歳3歳となると、もうご自分のほうで暦年齢で数えていらっしゃる方が実際に多くて、そういうふうに健診を受診される方も多いかと思えますし、もう一つは前川先生と検討していて、満3歳からは暦年齢でいいでしょうということで、暦年齢にしています。それで、今河野先生が言われたように、両方で比較することはできると思いますので、あと少し比較させていただいて、どうしても修正でやったほうがいいとなれば、どの時期で各施設がするかということだけで、修正する場合にはどちらでもできると思うのです。ですから、プラスマイナス2カ月にはなっていますし、それほどずれるといことは実際にはないのではないかと思っているのですけれども。

中村 先生のところでは3歳の時に、健診の指導をする場合、暦年齢で満3歳の時にいらっしゃるというふうに話されるわけですね。

三科 はい、その頃に連絡しています。

中村 それでは、後藤先生よろしく申し上げます。ハイリスク児がそれこそ病院の中でたまってまいりますし、あるいは家庭へとだんだんと裾野が広がってきておりますので、そういった面でどう対応するかということです。

3. ハイリスク児の地域における社会支援

神奈川県立こども医療センター

後藤彰子

後藤 スライドなしで、お手元にお配りしたプリントでご説明させていただきます。今年度3年目ということですが、地域における社会支援ということなのですが、初年度、次年度という形で慢性疾患の子供たちが本当に亡くなくなくなって、本当にその9割が亡くなくなかったというふうに言われております。当然NICUから卒業する子供たちもたくさんいるわけで、それで在宅化が進む、そしてそういう中で地域での受け皿が本当にまちまちということで、さらに今後増え続けていくだろうという在宅の子供たちに、医療者側が地域で進めていく課題ということで、初年度、次年度は主に神奈川県を中心にして少し調べさせていただいて発表させていただいたのですが、初年度次年度に関してはいろいろな種類の在宅、例えば酸素も、呼吸器も気管切開児もいろいろあるのですが、その中でどうやってスムーズに在宅に進めていくかというところで、訪問看護ステーションの利用を積極的にする。そして、その利用のためには、やはり質の高い小児訪問看護師を養成しなければいけないというあたりを進めていく結果といたしまして、昨年度は小児訪問看護師の養成コースを市の行政のほうに立ち上げてもらいました。あとは、昨年度は神奈川県は養護学校ですが、ナースの導入というところをつなげてもらいました。実際には神奈川県で、私どもの施設でたくさん在宅を扱っているのですが、実際全国的にはどうなのだろうかということと言わないと話が進んでいかないのでないかということで、昨年10月にアンケートを出させていただいて、皆様にご協力をいただきました。そのアンケートの結果なのですが、58%168施設ぐらいで全国の新生児医療連絡会の先生方をお願いして、

189施設ですか、そこで58%の回答をいただきました。いずれもNICUを持つ病院でした。その結果、大学病院が30病院、小児科病院が21病院、その他の病院が58病院ということで、そのお手元のところの表を見ただけだと、小児病院群、大学病院群、その他の病院群というふうに分けさせていただきました。1998年から2002年までの5年間の総計として1,000人ちょっとの方の気管切開が施行されているということ、抜群に小児病院群というのがやはり多い。小児病院群というのは、少しばらばらに小児医療施設協議会というところに加わっている小児病院群なのですが、トータルに小児病院群として出させていただきました。施設平均で小児病院群が平均26人、大学病院群が7人、それからその他の病院群が5.5人ということで、平均して10人足らずということです。

実際、ではどういう理由で増えているのだろうか、それから増えているのだろうかというご質問をさせていただきました。これは神奈川県10床以上小児のベッドを持つ病院に昨年度の調査をした時に、実際に増えていると答えられたところが40数%、45%前後でした。この今回の調査の中にも増えているか増えていないかという項目をアンケートの備考にそこにお付けしましたが、出しました。トータルな結果として、増えているという答えになったところは40%ですが、小児病院群の中では66%増えているという答えでした。大学病院群の中では53%です。減っているところはほとんどございませんでした。変化なしが増えているということです。その増えている原因といたしましては、小児病院群と大学病院群それぞれ、その他の病院群としては理由が違っていて、小児病院群は

集中医療の進歩というのが70%以上ということで、大学病院群のほうは障害児の長期生存、その他の病院群では圧倒的に障害児の長期生存、91%が障害児の長期生存というお答えでした。そのほかに在宅医療の進歩ですとか季節への抵抗感の減少ですとか、MRSAの増加というお答えをいただきました。それから気切管理が一体どんなふうに行われているのかと言いますと、ほとんどが小児科医の先生が外来で気切管理をしている。病院によっては非常に稀ですが、外科、単科、小児科医だけではなく、気切をした直後は耳鼻科の先生と一緒に、小児外科の先生と一緒にというお答えでしたが、ほとんど長期的には小児科医が単独でというお答えをいただきました。それで実際、在宅で今、どのくらいフォローされているかというところが結果にお示しした部分ですが、全病院の中で889例のお子さんが今、外来で管理されているという結果でした。それよりもましてびっくりしたのは、今、入院中に356人の気切の患者さんがいらっしゃるということで、近い将来この方たちが5年間のトータルの結果としてですが、今、入院中という患者さんが356人いらっしゃるということは、脅威だと。神奈川県の前年のデータですと今入院中の患者さんが34人というデータが出ております。

この結果を、ではどうやって地域における社会支援にまとめていくかということなのですが、実際、神奈川県で出たデータとそんなに変わらないデータが出たのだということが一つと、それから小児病院と大学病院とその他の病院と役割が少しずつ、気切をするに至った原因が少しずつ違うのかというところが一つと、それからやはり地域の在宅に持つていくためには、特に療育センターなどでは気切

している子が走り回っていて困っているというようなこともありました。神奈川県でもやっつと、横浜市では、養護学校の教職員をナースと同じような仕事ができるような許可をいただいています。県立の養護学校ではそれができなくて、ナースを入れていただくということ、そういうことがやはり行政に申し入れていかなければならないところで、特殊な学校、養護学校ではなくて地域の幼稚園だとか、特にNICU出身の気切のお子さんというのは、重症児ではないので歩き回ります。そういうお子さんを地域にお母さんが付き添わなくて幼稚園、学校という所につなげていかなければいけないということで、そこへの対応、受け入れ態勢をつなげていかなければいけないということです。あとは退院したてのお子さんに対しては、訪問看護ステーションの看護師の人をあげることで、連携を強めて、大いに利用していかなければいけないかというふうなことを考えました。以上です。

中村 ありがとうございます。多くの施設で同じ悩みを抱えておられると思いますので、このデータをもとに厚生労働省、あるいはそれぞれの地方自治体での行政へのほうへの働きかけといったものが今後必要になると思うのですが、藤村先生が来ておられるので、小児科学会でまた、この辺の議論をお願いしたいといけないかもしれませんね。

藤村 小児科学会の生活環境というか、療育環境という委員会はございます。特化した在宅医療ではちょっとありません。

中村 学会よりもむしろこの班としてはもちろん厚生労働省のほうにこの数字等は出して

やっついこうとは思いますが。

藤村 やはり学会で取り組む場合で、どういう切り口でいくか、そこのところ妙案を出していただいて、要望書を出すというのは、もちろん学会から出すのは当然ですが、委員会としてどういう活動をするかまたいろいろ教えていただきたいです。

後藤 あと小児看護学会というところの研究学会が、独自にマニュアルを作ったりしているのです。それが、聖路加看護大学の小児看護の及川先生という方が中心になってやっています。それも研究班のお仕事なのですけれども、その中に全く小児科医が入っていないのです。フォローするのは小児科医ですから、その連携もしていかなければいけないと思っています。

中村 最後の報告書でそのあたりもまとめてお願いできますでしょうか。統合病床の問題から在宅へとだんだんと問題が大きくなってきておりますので、またいろいろ知恵を拝借したいと思っております。それでは少し時間も過ぎておりますので、上谷先生、2000年出生の3歳児予後調査、現在進行中のところをお話ししていただけますか。

4. 超低出生体重児 3歳時予後全国調査中間集計結果

兵庫県立こども病院

上谷良行

上谷 2000年出生の超低出生体重児 3歳時予後調査を今、集計させていただいています。お配りしました資料の中に、現在、回答を寄せていただいた施設のリストを出させていた

できました。ただし、これは1月末までのところですので、それ以後にいただいている施設が何施設かあります。それと規模の大きな施設は、まだ全部が集まっていないということで、後でまとめて全部送っていただけるという傾向がありますので、大きい施設はかなり残っています。ですから、中規模の施設 51施設から 285例いただいております。非常に大ざっぱな集計ですので、これがすべてとまだ理解していただかないほうがいいと思いますが集計させていただいた結果を少しお話しさせていただきます。

これまでの調査は 90年と 95年と今回の 2000年なのですけれども、超低出生体重児の衛生統計上で出てくる数がこの数で、2000年度は 2866例ということです。小児科学会新生児委員会の調査ですが、超低出生体重児の退院した症例がある施設は、全部で 282施設で、この3回の調査でそこにアンケートを出しまして協力していただけるかどうか伺って、今回 180施設が協力できるという結果です。その施設における超低出生体重児の退院数は 1771例ということになるのですが、過去 2回はこうなっています。その中で現在回収しているのが 286例ということです、まだ非常に少ない数になっています。毎回、同じ判定基準を適用しています。異常、境界、正常なのですけれども、異常ということに関しては、自立歩行ができないCPと両眼の失明と、それからMR、これは遠城寺式の対人関係、発語、言語理解のこの三つで評価しています。それから境界に関しては、自立歩行が可能な脳性麻痺。それから片側の失明。それから遠城寺のデータです。これでない時は正常と判定しています。

それで、今回 286例の背景ですが、前回は

90 年が 853 例、95 年が 717 例と少し減っているのですが、大体同じような比率になっています。院内、院外、母体搬送ですけれども、やはり院内出生が圧倒的に多くなりまして、そのうちの大半が母体搬送ということで、かなり母体搬送の率が高いのではないかと思います。それから多胎の率ですが、毎回 17% くらいでしたが、現在のところ 22% でかなり多胎の率が上がっているような感じです。それから総合発達評価です。先ほどの総合発達評価で見ますと、全体で、脳性麻痺も含めて、失明も含めた評価なのですが、今回は前回と境界の率はあまり変わらないのですが、異常の率が今回は高いです。これに関してもう少し症例が集まってみないとはいっきり言えないと思うのですが、今のところ異様に高いという感じがいたします。脳性麻痺の比率は、90 年から 95 年で少し高くなっていたのですが、それとほとんど今のところ変わっていません。それから視力障害です。失明の率に関しては、両側の失明の率はやはり確実に下がっているのではないかと思います。片眼失明する率は、今までのところは 286 名の人で片眼の失明というのはありませんでした。弱視に関してはあまり変わっていないと思います。聴覚障害はこの 3 回ともほとんど差はありません。てんかんの率も差はありません。反復性の呼吸器感染症は、実際どういう基準で判定するかきっちり規定はしていないので、その都度その都度、判定される先生の印象でということなのですが、少し下がっているという感じがします。在宅酸素の率はほとんど変わらないというふうになっています。現在のところ集計できているのはこれだけです。一応こういう結果ですけれども、ご出席の先生方でまだ出されていないという先

生方はできるだけ早くお願いしたいと思います。今回の報告書には今のデータをもう少し、きっちりしたものにして中間報告として出させていただきたいと思います。以上です。

中村 今回のデータは以前に比べてかなり悪いのですが、バックグラウンドが随分違うのです。前はトータルの施設ですが、今回は早く送っていただいているのは、どちらかというと中小の施設が多ございますので、かなり A ランク、いわゆる大きい施設では、予後はいいというデータがこれまで出ておりますので、そこに期待しているのです。なかなか悩ましいところで、ものすごく良くなったということはあまり言えないのではないかと思います。悪くなったかどうかというのは少しまだクエスションです。調査期間がまだ終了しておりませんので、この研究班はこの 3 月で終わりますが、この調査は 3 月末までの分を集計しなければいけませんので、最終的には夏ぐらいまでに皆さんに報告をできるのではないかと思います。ぜひ優秀な施設のデータを多数お待ちしておりますので、よろしくお願いいたします。

周産期医療フォーラム

それでは今日のいちばんの主題でございます周産期医療フォーラムということで、現在動いております総合周産期母子医療センターの各都道府県への設置の問題を、よりうまく進めていくのにどうればいいのかという面で検討していきたいと思っております。私と多田教授とで司会していきたいと思っております。一つは新生児側から大野先生を中心に全国調査をしていただいているデータ、それと産科M F I C Uの立場からということで岡井先生、中林先生、それと研究協力者として松田先生を中心に調べていただいておりますデータがございますので、まずその2題を発表していただきたいと思っております。

多田 その後、それをベースに総合と地域周産期母子医療センターの連携はいかであるべきかということで、話題の提供を栃木県の場合を本間先生、それから長野県の場合を中村先生からご発表いただきまして、東京都の場合は簡単にご紹介いたしまして、皆さんに各地の現状とそれから、これから何を検討していくべきかということになるべく時間を取って、皆さんのご意見を聞かせていただければと思っております。そんなことで、前半の二つの進行の部を中村先生にお願いして、後半は私が主にやっていくことになるかと思っております。準備ができましたらよろしく願いいたします。

東京都の場合

東邦大学新生児学教室 多田裕

まだ準備ができていないようでございますので、私から東京都の場合をご紹介いたしま

すと、東京都とは限らないのですけれど、大都会のほうと、それから地方の場合とが随分違います。特に東京都の場合は、20ばかりNICUをやっている施設がございます。大部分のところはそこで母体搬送を受けております。しかし、東京都はそれに対してお金をくれるのが、いわゆる総合周産期という国の規定の、国からお金をもらうのが1カ所でございますけれども、そのうちの10カ所を総合周産期母子医療センターと指定いたしまして、それから残りの10の、いわゆるNICUがあるネットワークを作っている施設を地域周産期母子医療センターとして認定しております。国の規定は、あれは地方自治体と国とが、それからその施設が3分の1ずつ今、お金を補助するという形になっておりまして、残念ながらこのお金が増えることがない、今のところ単価が増えておりませんけれども、その金額が出るわけです。いわゆる国と地方自治体のお金が総合周産期になると、運営補助として出るわけでございますが、東京都の場合は、産科のほうも総合周産期母子医療センターとしての母体胎児集中治療室の認定が得られるという施設、人員とそれからスペース、施設そのほか認定されて、保険上それでお金がもらえる施設を総合周産期母子医療センターと称しております、これが地方自治体が出すお金の分だけをくれることになっています。

それから、地域周産期母子医療センターというのは、産科のほうは原則として母体搬送を任意に受けいただいているのですが、それを規定に合うというのがないということで、NICUに対する補助金という形で、半額出すという形でやっております。したがって、かなりの施設が何とか産科の母体胎児集中治

療室の整備をして、少しでもお金をもらいたいという形で今、施設数が増えまして、10と10という形になっている。ただ、東京都ではご存じのように、渾然としておりますので、その中に10ありますので、一応2次医療圏ごとにその地域をなるべく総合がカバーしてそれを地域が補うという形で、何かあったときにはやむを得ず総合がその場合、最終的にカバー、自分のところだけでできなければどこかで何とか都合をつけようという形で、地域の責任制を多少持つ。ただ、従来のつながりからどこに送ってもいいという形的前提は崩れておりませんが、だんだんもうこのシステムにのって送られるようになってまいりましたが、空いている施設があまりないものですから、その中で探し回って、それでどうしてもなかった時に、総合が責任を持ってその地域で発生したものについては、自分以外のところであっても入れるという形になっております。今後NICUが増えてくるのか、小児救急の問題でむしろ減るのかこれから議論されると思いますが、減る可能性もあるのですが、今のところは何とかNICUの加算を取って収益をあげたいという施設が少し出てまいりまして、地域、あるいは中には総合になるのもあると思いますけれども、むしろそうなりたいという施設がむしろ少しずつ増えております。どこまで広げるか、そこが東京都の問題で、今後検討しなければいけない問題だろうと思っております。では、大野先生お願いします。

1. 総合周産期母子医療センターの現状について一全国調査より
NICUの立場から

埼玉県立小児医療センター 大野勉
(分担研究報告書参照)

大野 それでは、中村班の全国調査の結果についてお話しさせていただきますが、皆様方のおかげで1998年と、それから2000年は小児学会の全国調査をこれも中村班とタイアップでやっているわけですが、今度2002年に再度、全国調査をさせていただきました。それで今度の場合は、前回の2000年の時は1300の全部の施設を対象として調査をさせていただきましたが、その2000年調査の際に、自分の施設は3次医療施設だという施設以上、つまり総合、地域、そして3次医療施設を対象にして調査を行いました。

総合になっているのが現在31カ所、それからあと地域周産期と3次医療施設、これが281カ所ありました。その施設にアンケートを出して、この平成13年の時のハイリスクの入院実績や、医療設備、要因、その他地域での医療体制のこと等を聞いています。回答率はここに書いてあるとおりでございます。

まず総合周産期の施設ですが、規模でいきますと、NICUは1床あたり大体認可されているのが11.9床ということで、ほぼ12床でありまして、後方も23.3ということで、大体NICU1床に対して1.9ということで、ほぼ12床と24床、36床規模の施設が平均で大多数を占めているということです。それからNICU1床あたりの面積も、平均面積が11.0ということで、NICU加算の基準になっている7平米以上をすべての施設がクリアしています。そして、この総合の施設で、NICU加算は100%取っているわけですが、多分この調査した年から、その前の年から新生児の管理加算というのが取れるようになりました。このことをすべての施設が知ってい

るわけですが、実際に取れているのはわずか43.5%ということで、いわゆる後方病床で、看護師が6床に1人というのがまだクリアできないところが大多数であるということが総合でも言えるのではないかとことであります。

今度は医者ですが、この総合のほうで未熟児新生児病棟の医者の勤務体制を見て、回答のあったのは21施設あるのですが、大多数は新生児の専任医師が勤務している。1施設だけは小児一般病棟と兼務で医者が勤務しているという総合施設があるということであります。大体1施設の平均の新生児専任の常勤医師が7人で、あと非常勤も含めると1施設あたり7.4人、そしてその未熟児新生児病棟で働く医者の1週間の平均勤務時間を出しますと、大体総合周産期で71.9時間ということになります。

総合周産期の施設での医者の当直体制ですが、専任の医者が当直しているというのは85.7%、回答のあった21施設の中で、3施設は小児一般病棟と兼務で当直するという回答でした。その医者の月の当直回数の平均が大体5.7回というのが、総合周産期における新生児の医者の勤務状態だろうということになります。

次に地域周産期医療施設ないし3次医療施設での状態を総合と比較する意味で出してみますと、地域ないし3次の回答のあった193のうち、NICU加算施設の病床数は1施設あたり大体4.9であります。NICUと後方の比は1.8で、大体比はいいのですが、大体5床程度の施設ということになります。NICU加算を取るための面積なのですが、7平米以下のところは62%もありました。それから、このNICU加算を取っているという

のが、このうち130施設、66.7%です。それから新生児管理加算を知っているというのは87.2%の施設は知っているのですが、実際取れているのは3分の1の施設ということになります。

この3次ないし地域での医者の状態ですが、まず勤務体制、常勤の医者が勤務しているのが45%、半分以上は小児科と一般病棟で兼務ということになります。それから1施設の平均の医者の数は、常勤が新生児の医者が2.6、非常勤も合わせて2.8ということになります。それから1週間の平均の勤務時間、新生児の専任医師の場合には82.2時間、一般小児病棟が70.1で産科病棟と兼務しているところが90時間に達するというので、総合に比べるとこの辺の時間はかなり多くなっているということになります。

それから、3次施設での医者の当直体制ですが、新生児の専任医師が当直しているというのは大体40%弱、それ以外はオンコールだとか一般病棟と兼務ということでありまして、当直の回数も総合のケースより若干平均で高めになっているということです。

看護体制を総合とそれ以外の地域、3次とで比較しています。当然、総合周産期母子医療センターの場合には100%独立看護体制で、NICU加算を取っている1床あたりの看護婦さんは昼間は0.6ですが、夜勤になると0.3ですので、大体3床に1人は確保できているということになります。それから地域および3次医療施設で、独立の看護体制をとっているのは65.4%で、残りはほかの病棟と混ざっている形です。独立看護体制をとっているところはおそらくNICU加算も取っている関係で、この看護婦さんの夜勤の勤務状態を見ますと、大体0.3、2.9、若干総合よりは

悪くなりますが、ほぼ3床に1人近い数の看護婦さんの確保ができていますが、当然こういうところの場合には非常に少なくなっていますので、NICUの認可というのはなかなか厳しいということになるだろうと思います。

そういったことから、今度はこれらのデータを都道府県別に少し比較してみようということを行ないました。ハイリスク新生児1,000人あたりの比較検討をこれから出していくのですが、その時にこのデータがどれだけ信頼できるかということが大事なので、この時の2000年調査で出した私のハイリスク児の予想8.8%から計算して、ハイリスク児全体で10.6万人。このアンケートによって得られたデータが5.3万人ということで、大体ハイリスク全体では約半分のデータ、1,000から1,499でいきますと、大体実数の70%程度、1,000グラム未満で86%程度のカバーをしているデータであるということでもあります。それで見ていくと各都道府県、これは新生児病床数、下段は保健認可病床数で、上が未熟児新生児病床棟です。こちら側が平成10年にやったもので、こちらが今回の調査です。ざっと見ていただければいいのですが、あとは興味のある方は自分の都道府県を見ていただければいいのですが、信号と同じで赤が悪い、次が黄色、だんだん緑からブルー、濃い色になっていくごとに良いと考えていただいきますと、まず未熟児新生児病床ハイリスク児1,000人あたり、例えば北海道などは非常に良かったのに一気に悪くなっているということで、全体的に見ていきますと、赤と黄色が非常に多くなって、ハイリスク1,000人あたりの病床数はどの都道府県も非常に悪くなっている。病床数が不足しているということがお分かりかと思います。それからこの保健

認可NICU病床については、非常に極端に言えば、大体これはそんなには大きく動いていない、県ごとで多少変動はあるかもしれませんが。はい。

次に人工換気可能病床数ですが、これについてもハイリスクあたりで動いています。こういうふうに全体的に悪くなる。後方病床数についても非常に悪くなっているということでもあります。次に新生児の専任勤務医がいる施設については、それほど大きくは動いていないようです。それから新生児専任の常勤の数についても、それほどあまり大きな動きがないです。これは当直のいる施設です。独立看護の施設についても少し逆に良くなっているのかもしれませんが。看護体制については、少し悪い傾向にあるということであろうと思います。それから、この人工呼吸管理を行った割合なのですが、総入院数に対して、平成10年がこの施設で13.8、こちらが21.9、当然数がこちらのほうが30施設になっていますので、当然高くなる可能性ありますので、これは単純に比較できないというふうに思っています。

これが逆に、今度はこの赤のところは総合周産期になっている都道府県です。それから黄色のところはNICU認可が9床以上あるベッドですが、この多いところは9床以上のNICU加算の施設がないというところになるかと思えます。大事なのは地域周産期および3次医療機関であれ、NICU加算ベッド数が総合周産期の基準の9床以上ある施設が、今回の検討で45施設あるのですが、そのうち43施設については設備的には総合の基準に達しています。しかし、当直医の数とか看護婦不足によって基準をできない施設が43、45ありますが、全国でこの3次、な

いし地域の中で 31 施設あって、実際クリアできるのが 12 施設程度しかないというのが今の現状であります。

今度は同時に、各都道府県の周産期医療にかかわる行政担当者にアンケートを出しました。内容はその地域での各都道府県のハイリスク児の発生状況、それからNICUの病床数、周産期の医療協議会だとか総合・地域の設置状況、それからこれらの整備にかかわる経費だとか課題について聞いています。非常に回収率が良く、97.9%です。この研究班の本丸の件だけが少し抜けてしまっていますが、くれぐれも言うておきますけれど、現場の意見と必ずしも合いませんので、その辺で怒らないようにしてください、毎年集計しているというのは9県ありまして、そこでの数を単純に、その9県での出生指数で割りますとハイリスク児が5.2%、それから過去の調査で大体把握しているというのが14県、それからいろいろな別の資料からそういうハイリスク児を把握しているというのが14県。この9県と14県と14県を合わせた37県で出したデータでいきますと、ハイリスクが5%、われわれの2000年の調査と比較しても随分と少ないということで、多分ハイリスクについては必ずしも完全には把握されていないのではないか、全くやっていないという県がありました。

次に、NICUの充足状況がどうかということとその行政担当者に聞いた結果です。NICUは余っているとは言わないけれども、足りているところがあるところがこういう都道府県で、不足しているというのが赤で書いたところ。ただ、このNICUの病床数に関しては、2000年調査の病床数とそれほど変わらないで、NICUの数についての把握とい

うのはかなり回答いただいた都道府県では、かなりしっかり把握されているのかというふうに思います。

それから周産期協議会の設置については、既に設置しているところが31で、さらに近々作るというところが9県で大体40県、予定していないというのがこの黄色いところだそうです。それでその協議会で、あり方だとか医療の実態調査、それから総合周産期の指定が決定したが22県と6県ですので、現在この調査の時点では19県だったのですが、28県ぐらいは近々出来てくるだろうと、地域についても29県で出来てくるだろうということのようでございます。それから総合周産期センターの指定状況なのですが、既に指定しているところが先ほど挙げたようにこういうところであって、近々指定しますというところがここで、候補もある、全く予定のないところがあるところがこういうところだそうです。ということで既に指定されたのが19県31施設あります。近々予定しているところが、12県の19施設、候補はあるけれどもまだ見通しが立っていないところが11県、指定予定なしというのがこの5県であります。

地域周産期センターの指定状況では、既に指定しているこの紫色のところは17県124施設。近々指定するというところも4県26施設という状況であります。

次、お金の話なのですが、総合周産期母子医療センターの補助金なのですが、1施設あたり総額で7,235万円、うち国庫がその3分の1の値段ということであります。そのほか周産期ネットワーク事業経費として13県がそれをもらっていますが、1県あたりの平均が2,118万円。それから研修事業費が15県でもらって1県あたり61万。調査研究費が