

図1 母体年齢階層別の周産期死亡率

周産期死亡率=妊娠22週以後の死産数+早期新生児死亡数/出産数×1,000

死産率=妊娠22週以後の死産数/出産数×1,000

早期新生児死亡率=早期新生児死亡数/出生数×1,000

出産数=出生数+妊娠22週以後の死産数

早期新生児死亡=生後1週未満の死亡

((財)母子衛生研究会編:母子保健の主なる統計,母子保健事業団,東京,2001より作成)

クがほぼ2.7倍高いといわれている^{5,6)}。

つまり、高年妊産婦では、さまざまな身体的な変化と共に、分娩時のリスクとも相まって結果的に死亡率が高まる。

(2) 周産期死亡率

年齢階層別周産期死亡率、妊娠22週以降の死産率、早期新生児死亡率などは、母体年齢の25~29歳が最低で、35歳以上になると増加し、40歳以上になると急増する(図1)⁹⁾。

母体年齢と共に染色体異常や奇形児の発生、低出生体重児などが増加し、逆に糖尿病による巨大児の発生も増加する。

さらに、分娩時には新生児仮死発生、新生児合併症も母体年齢と共に増加する⁷⁾。

(3) 胎児発育

総出産数に対する2,500g未満の低出生体重児の割合は、1970年5.7%、1980年5.2%であるが、1990年6.3%、2000年には8.6%と漸増している¹²⁾。年齢階層別にみても、単胎児では15~49歳まで全年齢階層共に増加しているが、特に40歳以上では10人に1人以上が低出生体重児

である。

水上らが行った栃木県における調査⁸⁾では、初産婦4,192例の胎児発育を調べると、SGA (small for gestational age) 児は29歳以下では全出生児の5.8%、30~34歳代の5.8%、35歳以上で7.3%と、有意ではないが年齢と共に、増加傾向を見出している。

反対に、LGA (large for gestational age) 児も35歳以上では12.5%で、29歳以下の9.7%よりも有意に増加していた⁸⁾。この現象は、加齢によってSGA児が増すのは母体の高血圧が関与し、LGA児が増すのは加齢による耐糖能異常率の増加が原因と考えられている⁸⁾。

(4) 早産

早産については、加齢と共に増加するという意見と関係を認めない意見とがある。

しかし、高年女性では不妊症の女性が多く、その治療から多胎妊娠発生が増し、そのため早産が増加すると危惧する意見もある⁹⁾。

(5) 対策

早く結婚し、早く妊娠できる世の創生がいちばんの解決策であるが、残念ながら問題は複雑で、今すぐの解決は困難である。つまり、当分、高年の妊産婦は増えこそしても、減少することはないようである。そのため、今後、妊産婦全般のリスクと共に胎児・新生児のリスクも上昇する可能性がある。

妊娠・分娩の場では適正なリスク評価こそが重要で、できれば妊娠前から身体的条件を整えながら、安全な妊娠・分娩に努める必要があると考えられる。

2. 多胎妊娠

近年の大きな特徴として生殖補助医療技術 (assisted reproductive technology; ART) による妊娠の増加が挙げられる。世界で初めて体外受精・胚移植 (*in vitro* fertilization-embryo transfer; IVF-ET) による出産の成功が報告されたのは、1978年である。その後、この方面での技術革新は続き、1992年には顕微授精・卵細胞質内

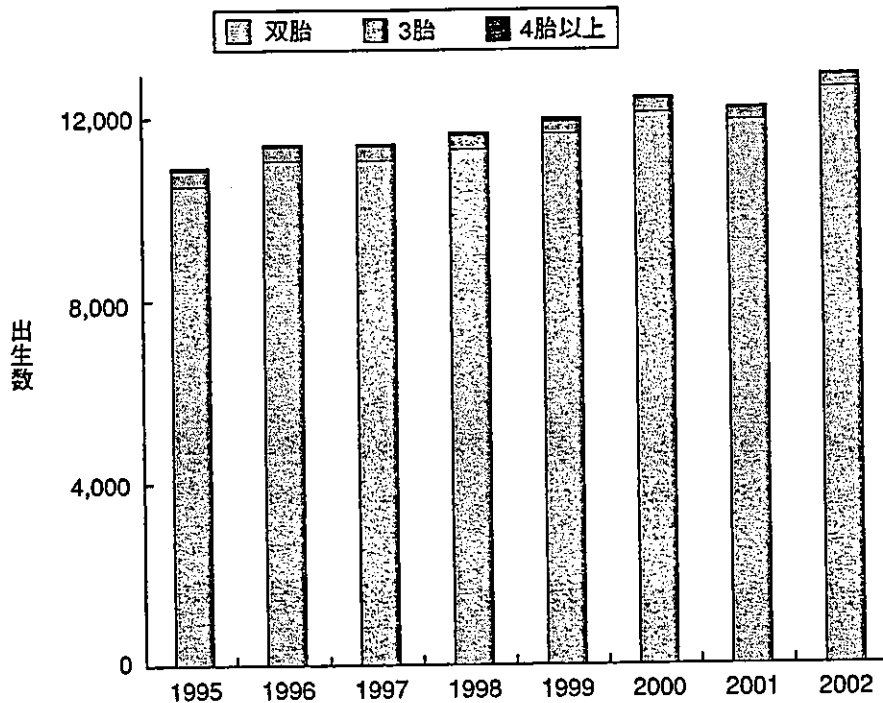


図2 多胎妊娠の年次推移

(厚生労働省大臣官房統計情報部：平成14年人口動態統計。(財)厚生統計協会、東京、2004；127より作成)

精子注入法 (intracytoplasmic sperm injection ; ICSI)による出産が報告され、卵細胞、卵管だけでなく、精子をも含めてARTの守備範囲は大きく拡大した。

近年には各種の医療施設ではARTが日常的に駆使され、日本の出生児の1%はこれらARTによる児である。ARTが周産期医療にもたらした主な影響は、1つには高年妊産婦の増加であり、もう1つには多胎妊娠の増加と考えられる。1995年以降のデータでも明らかで、多胎妊娠、特に双胎妊娠が増加している(図2)。

多胎妊娠では妊娠悪阻、貧血、妊娠中毒症、羊水過多などの母体合併症や早産、双胎間輸血症候群など胎児異常の発生が多く、周産期死亡率は単胎妊娠に比べ5~6倍高い。

さらに、1児死亡の危険性もあり、多胎妊娠では脳性麻痺や知能障害、てんかんなどの児の神経学的脳障害の発症頻度が高く、双胎で4.7%、3胎で3.6%である¹⁰⁾。

(1) ARTと多胎児、早産

ARTによる多胎妊娠率は平均で22%程度という¹¹⁾。日本産科婦人科学会周産期管理登録調査によると、双胎の32.7%、3胎の80.4%がARTによる人工的な操作を加えた結果の妊娠で、4胎以上はすべて人工妊娠であった¹⁰⁾。

多胎の37.7%が早産になり、胎児の数と早産の時期は逆相関している。すなわち、平均出生週数をみると双胎で35.1週、3胎では32.7週、4胎では28.7週、5胎では28.1週である。

双胎でもIVF-ETで妊娠した例のほうが、自然妊娠した双胎例より早産が多いという傾向があり、注目されはじめている¹²⁾。

(2) 多胎妊娠の防止

多胎妊娠では母児への合併症が多いため、対策として予防ができれば最も良い。日本産科婦人科学会では体外受精、胚移植 (IVF-ET) における、胚移植数を3個以内と会告で制限している¹³⁾。

また、ゴナドトロピン製剤による排卵誘発で

は、投与量に比例し多数の卵胞が発育し多胎妊娠を作りやすい。そこで、ゴナドトロピン製剤の投与量に関してさまざまな工夫が行われ、ある程度の成績が得られている¹⁴⁾。

胎児減数手術も考えられるが、安全性および倫理面から社会的なコンセンサスが得られた手技とはいえない。

(3) 早産予防

予防的安静入院、予防的頸管縫縮術、子宮収縮抑制剤の予防的投与などが考えられている。しかし、これらには、早産防止に明らかに役立つというエビデンスはない¹⁵⁾。

一般的に考えられる早産予防として、子宮頸管長の経膈超音波による観察を妊娠早期から行う。内子宮口の開大や、頸管長の短縮を観察する。双胎妊娠における頸管長のカットオフ値は単胎妊婦よりも長い可能性があり、妊娠24~26週で35mm以下は注意深い観察が必要である。

同時に細菌性膣症の診断を適宜行い、いわゆる早産マーカーである子宮頸管内粘液中顆粒球エラスターゼや癌胎児性フィブロネクチンなどを用いながら、早期からの早産の予防に努める。

子宮頸管長短縮例で、炎症がなく妊娠中期であれば縫縮術を考えるが、頸管短縮例には効果がないという意見もある¹⁵⁾。このように、多胎の早産予防はなかなか容易ではない。しかし、子宮内に2名以上の胎児がいるのであるから、早産すると危機が2倍に高まる。したがって、エビデンスを求めながらではあるが、前述の事柄を組み合わせて早産予防を行っていく。

II. 胎児心拍 (fetal heart rate ; FHR) モニタリングの問題点

1. 有効性への疑義

胎児 well-being の評価として分娩監視装置による FHR モニタリングが広く使用され、周産期医療の発展に貢献してきた。しかし、近年、その評価の有効性に疑義がもたれてきている^{16,17)}。大きな周産期医療上の危機ともいいう

る状況である。

長年、FHR モニタリングを行って来て、確かに分娩中の胎児死亡は減少したが、脳性麻痺 (cerebral palsy ; CP) 児の発生を減少させることはできなかった。FHR モニタリングにより CP の発生を予防できると信じてきた産科医にとってはがっかりする事実である。そして、古くからある聴診器 (トラウベ) で間欠的に聴診する方法で分娩中の胎児を管理した場合と比べ、FHR モニタリングを行った場合の CP の発生頻度に差はなかったという有名な事実までである¹⁸⁾。

その原因としては、多くの CP は分娩前発生であること、そして、分娩時のアスフィキシア (胎児低酸素血症 + アシドーシス) が原因で CP になる頻度は 0.025% と極端に少ないため、特定の FHR パターンが今まで同定されてこなかった可能性があること¹⁷⁾。また、最近、CP の原因の多くとして考えられている胎児感染の際の FHR パターンが同定されていない¹⁹⁾ ことなどが考えられている。

いずれにしても、胎児の低酸素血症やアシドーシスを FHR パターンのみで診断すると偽陽性率が 63~99.8% にまで及ぶという^{20~22)}。つまり、胎児のアスフィキシアの診断に対して FHR モニタリングの positive predictive value (陽性反応適中度) は低く over diagnosis が多いということが分かってきた。

しかし、医事紛争の現場では、往々にして、胎児アスフィキシアは FHR モニタリングにより診断できるという前提に立って議論される事実もあり、実際には、FHR パターンで CP の原因となるアスフィキシアを判定し、多くの帝王切開が行われてきた。

2. FHR パターンの解釈

また、FHR パターンの用語および解釈、それらに基づく胎児の管理法などが現在まで標準化できていないことも、FHR モニタリングの欠点となっている¹⁶⁾。調査によると、1つの FHR パ

ターン例でも検者による解釈に相違があり、また同一検者でも時間が経つと解釈が異なってくるという。検者によって、あるいは時期によって解釈が異なるのでは、当然、その検査の再現性、信頼性は乏しい²³⁾。

3. 用語と定義の統一

米国、カナダでは、胎児心拍数パターンの用語と定義を統一し、今後、動物実験や臨床データを蓄積しようと、ガイドラインを発表し¹⁶⁾、同様に日本産科婦人科学会でも周産期委員会において用語、定義の改定が行われた²⁴⁾。

今後、標準化された用語と定義を用い、FHRモニタリングの所見が表す胎児情報を再整理・蓄積し、FHRモニターの有効性が確立されることを期待したい。

4. 現在コンセンサスが得られている FHR パターンの解釈

NICHD (National Institute of Child Health and Human Development ; 米国国立小児健康人間発達研究所) のカンファレンス (1997) でコンセンサスが得られている FHR パターンで、児の中枢神経学的障害や胎児死亡の危険が高いと考えられている所見としては、基線細変動が消失し、しかも、遅発一過性徐脈、変動一過性徐脈、持続する徐脈などである。

そして、逆に正常な酸素化の状態にある胎児と診断しうるのは、FHR の基線と、基線細変動ともに正常で、しかも一過性頻脈があり、一過性徐脈のないものである。

これら以外の所見については、診断的意義および胎児の取り扱いには合意に至っていない。

そのため、胎児アスフィキシアが疑われるような場合には、胎児が置かれた状況を考えながら、現在もてる手段を駆使して胎児評価を行うべきである。

5. これからの胎児管理

胎児 well-being を評価するため、FHR モニタリングの所見の再評価を待つとともに、FHR モニタリング以外で信頼性の高い方法を確立す

ることが急務であり、そのためのヒントとなりうる評価法について簡単に論じる。

(1) バイオフィジカルプロファイルスコアリング (BPS)

Manning は胎児が低酸素状態になると体幹、四肢の運動、呼吸運動が減少し、筋のトーンスが低下することに着目し、NST (non stress test) の所見に羊水量の評価を付け加え BPS を提唱している²⁵⁾。各項目が正常なら 2 点をつけ 5 項目で総計 10 点とした。

BPS で胎児低酸素血症がないと診断した場合 (BPS 8 点以上) には、偽陰性率は 0.6/1,000 例で、NST の偽陰性率 1.9~5/1,000 例よりも低い。BPS を用いることで、NST の偽陽性率、偽陰性率ともに減少する。そのため、BPS を分娩時の胎児監視に用いる試みも最近報告され²⁶⁾、今後、分娩監視として応用して帝王切開率を軽減しうる可能性も示されている。

(2) 胎児パルスオキシメトリー

また、今後の胎児評価方法として、分娩時の連続的酸素飽和度計測 (胎児パルスオキシメトリー) が検討されている。胎児の酸素化状態を直接計測できるため、理想的と考えられるが、人間の胎児低酸素の閾値が不明であることや、低酸素に対する反応に個人差があること、さらに、低酸素状態ではパルスオキシメトリーによる計測上の誤差が大きいことなど、今後解決しなければならない問題点が残っている¹⁶⁾。

【おわりに】

本邦の周産期死亡率はすでに世界最低である。しかし、新たな社会的な事象に伴って、新たな危機が出現することが危惧される。高年妊娠や、多胎妊娠の増加など、今後とも周産期領域の医学が受け止めていかなければならない問題である。しかし、根本的な解決には、広く国民全体を巻き込んだ議論が必要になるのではないだろうか。

考えるべきは、日本の妊産婦死亡率はまだまだ

だ高いことである。高年妊娠や多胎妊娠などはこのリスクを増し、翻っては今後の胎児・新生児の周産期リスクをも押し上げていく可能性もある。

今までの胎児管理では、FHR モニタリングを基礎として、周産期医療を推し進めてきたが、現時点でさまざまな反省点が出てきている点を述べた。FHR モニタリングの所見の標準化を進めるとともに、新たな胎児評価方法を開発し、FHR モニタリングのもつ偽陽性率を低下させ、帝王切開を減少し、同時にCPなどの中枢神経障害を消失させることが今後の目標であろう。妊産婦に内在するリスクが、高まっている現在、早急に解決しなければならない問題である。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所編：人口の動向 日本と世界—人口統計資料集—2001/2002. 財団法人厚生統計協会.
- 2) 杉浦健太郎, 新家 秀, 大浦訓章他：本邦における高年妊産婦の現状. 産婦の実際 2003; 52: 1373—1379.
- 3) (財) 母子衛生研究会編：母子保健の主なる統計. 母子保健事業団, 東京, 2001.
- 4) 小林隆夫：高年産婦と分娩. 産婦の実際 2003; 52: 1445—1449.
- 5) Wagner M: Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356: 1677—1680.
- 6) Hall MH, Bewley S: Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354: 776.
- 7) 衛藤義勝：高年妊娠の新生児. 産婦の実際 2003; 52: 1451—1456.
- 8) 水上尚典, 大口昭英：母体年齢と胎児発育. 産婦の実際 2003; 52: 1427—1430.
- 9) Pschirrer ER, Monga M: Risk factors for preterm labor. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 727—734.
- 10) 武田佳彦, 新保利春：周産期委員会報告. 日産婦会誌 1995; 47: 593—603.
- 11) 布施養慈：早産の最近の傾向と児の予後. 産婦の実際 2003; 52: 1057—1063.
- 12) Nassar AH, Usta IM, Rechdan JB, *et al*: Pregnancy outcome in spontaneous twins versus twins who were conceived through in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 513—518.
- 13) 水口弘司：多胎妊娠に関する見解 (生殖, 内分泌委員会; 会告). 日産婦会誌 1996; 48: 11.
- 14) 岩崎信爾, 藤間芳郎, 丸山浩之他：多胎妊娠の防止法とその問題点. 産婦治療 1998; 77: 283—288.
- 15) 末原則幸：多胎妊娠の管理—最近の知見— 1) 切迫早産管理. 日産婦会誌 2003; 55: N207—N210.
- 16) National Institute of Child Health and Human Development Research Planning Workshop: Electronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1385—1390.
- 17) Parer JT, King T: Fetal heart rate monitoring: is it salvageable? *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 982—987.
- 18) MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, *et al*: The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 524—539.
- 19) Freeman RK: Problems with intrapartum fetal heart rate monitoring interpretation and patient management. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 813—826.
- 20) Dayal AK, Manning FA, Berck DJ, *et al*: Fetal death after normal biophysical profile score: An eighteen-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1231—1236.
- 21) Paul RH: Electronic fetal monitoring and later outcome: a thirty-year overview. *J Perinatol* 1994; 14: 393—395.
- 22) Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, *et al*: Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *N Engl J Med* 1996; 334: 613—618.
- 23) Ayres-de-Campos D, Bernardes J, Costa-Pereira A, *et al*: Inconsistencies in classification by experts of cardiocograms and subsequent clinical decision. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 1307—1310.
- 24) 日産婦学会周産期委員会：委員会提案 (胎児心拍数図に関する用語・定義). 日産婦会誌 2002; 54: 23—27.
- 25) Manning FA: Fetal biophysical profile: a critical appraisal. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45: 975—985.
- 26) Kim SY, Khandelwal M, Gaughan JP, *et al*: Is the intrapartum biophysical profile useful? *Obstet Gynecol* 2003; 102: 471—476.

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くるよう、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 ベッドが正常に稼働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けるように、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。

従来の重症心身障害児施設でなく、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していきたいと思っております。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1

医療機関名 _____

1. 先生の施設のNICU加算認可ベッド数は何床ですか。() 床
2. 先生の施設の新生児入院総ベッド数は何床ですか。() 床
(NICU 後方支援ベッド；いわゆる GCU などを含む。)
3. 先生の施設で新生児の人工呼吸管理は何床まで可能ですか。() 床
4. 平成 15 年 (1 月～12 月) の NICU 新規入院患者数を在胎週数別に教えてください。

～24 週	() 人
25～26 週	() 人
27～28 週	() 人
29～30 週	() 人
31～32 週	() 人
33～34 週	() 人
35～36 週	() 人
37～38 週	() 人
39 週～	() 人

5. 平成 15 年 (1 月～12 月) の NICU 新規入院患者数を出生体重別に教えてください。

～999g	() 人
1000～1499 g	() 人
1500～1999 g	() 人
2000～2499 g	() 人
2500～2999 g	() 人
3000～3499 g	() 人
3500 g～	() 人

6. 平成 15 年 (1 月～12 月) の NICU 新規入院患者数を男女別に教えてください。
(調査が困難でしたらご記入は結構です。)

男児 () 人 女児 () 人

7. 現時点での 1 年以上 (平成 14 年 12 月以前から) の NICU 長期入院患者数を教えてください。() 人

「設問 7」の答えが 0 人の方は ⇒ [NICU 調査；その 3] についてお答え下さい。

「設問 7」の答えが 1 人以上の方は ⇒ [NICU 調査；その 2] [その 3] をお答え下さい。

※ [NICU 調査；その 2] は 1 年以上の長期入院患者それぞれに関してお答えください。

患者が複数の場合は、申し訳ございませんが、用紙をコピーしてご使用ください。

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るですか。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）が必要と思われるですか。先生のお考えを教えてください。

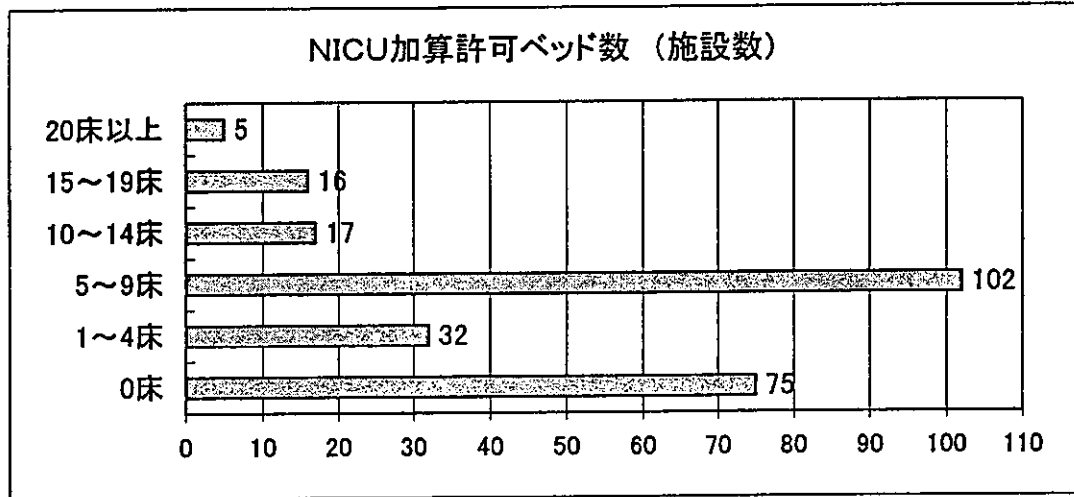
ご協力ありがとうございました。

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	
平均値	5.72
中央値	6
標準偏差	5.50
最大値	33
最小値	0
範囲	33

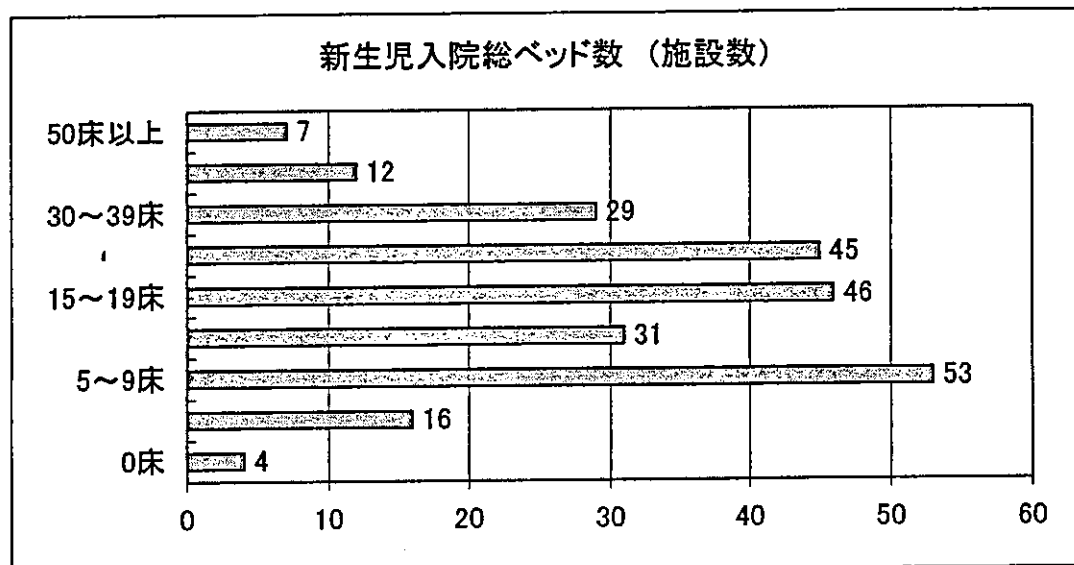
区間	
0床	75
1~4床	32
5~9床	102
10~14床	17
15~19床	16
20床以上	5



問2: 新生児入院総ベッド数

問2	
平均値	18.70
中央値	16
標準偏差	13.64
最大値	80
最小値	0
範囲	80

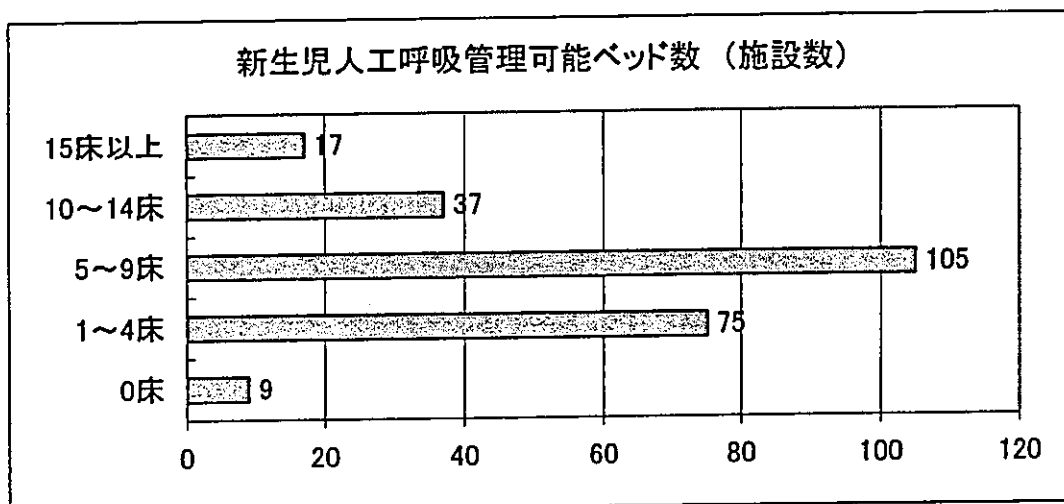
区間	
0床	4
1~4床	16
5~9床	53
10~14床	31
15~19床	46
20~29床	45
30~39床	29
40~49床	12
50床以上	7



問3: 新生児の人工呼吸管理可能ベッド数

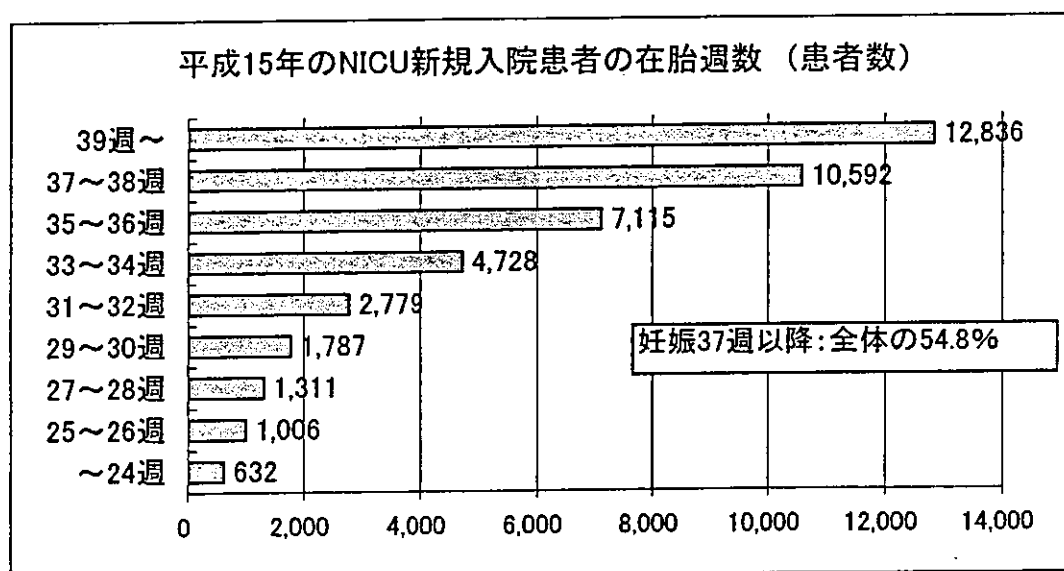
問3	
平均値	6.75
中央値	6
標準偏差	4.41
最大値	30
最小値	0
範囲	30

区間	
0床	9
1~4床	75
5~9床	105
10~14床	37
15床以上	17



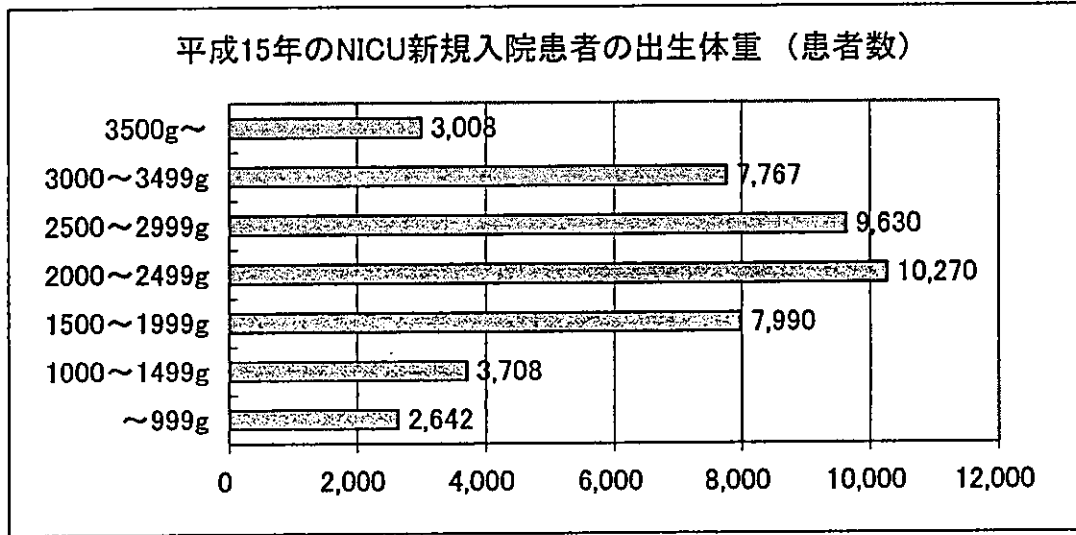
問4: 平成15年のNICU新規入院患者の在胎週数(総数:42,786、施設あたり平均173)

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



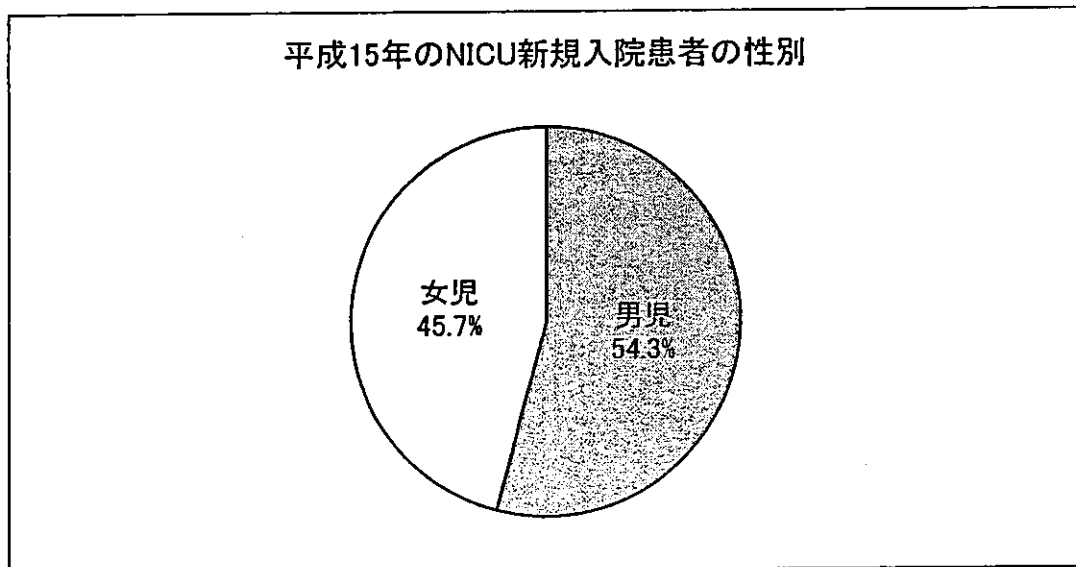
問5:平成15年のNICU新規入院患者の出生体重

	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

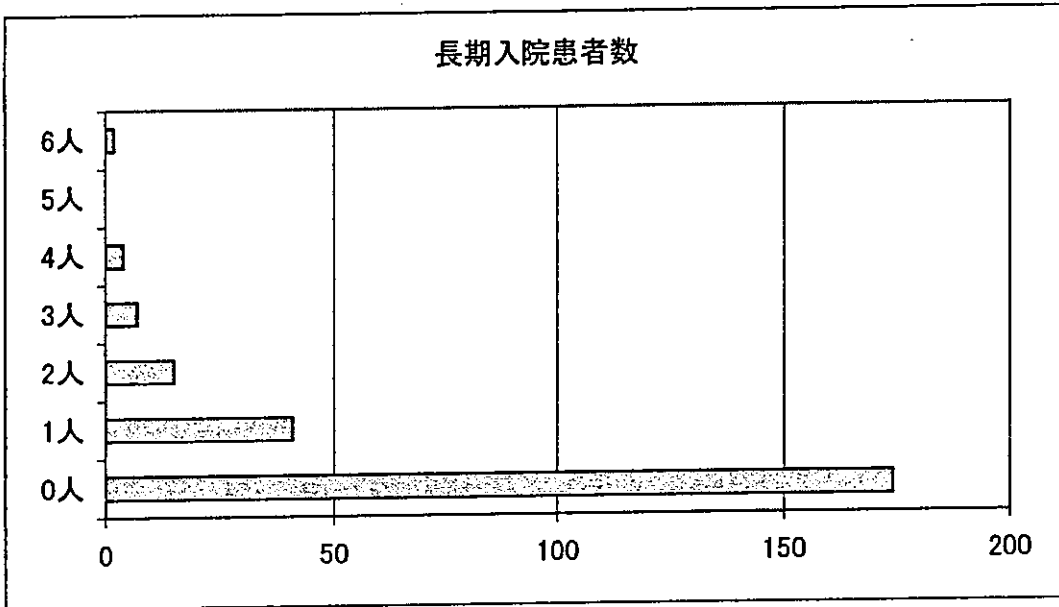
	男児	女児
合計	18,410	15,496
平均値	102.28	86.09
中央値	86	74
標準偏差	72.70	62.05
最大値	452	360
最小値	0	0
範囲	452	360



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

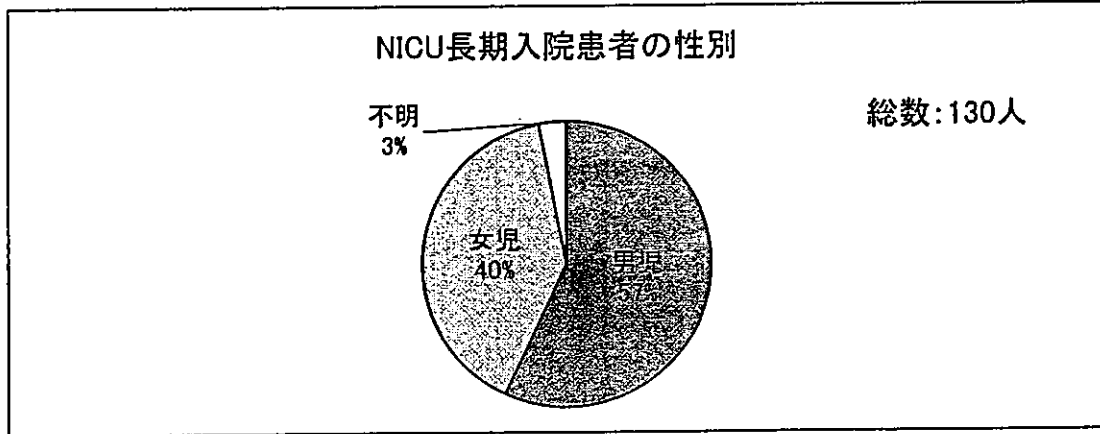


総数 : 130
 (施設あたり平均0.53)

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

