

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"> 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。 基本的に付きそいがいないこと。 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。 	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"> レスピレーター管理能力があること。 短期的なものであるにせよ、家族がベッドサイドで寝泊まり可能なスペース、アメニティがあること。 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。 	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"> 呼吸管理加算など重症度にあわせた管理加算がとれる。 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)。 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"> 小児の在宅医療の臨床経験 小児科医 3～5 名常勤 NICU の実情を知った小児科医 呼吸管理が 3～5 名はできる 	<ul style="list-style-type: none"> 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 新たな制度を作るよりも、現行の保険制度で対応 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。
48	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時(状態急変時)に速やかに対応できること。 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) 	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	経済的には良いとうかがっています。

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」後方支援施設がないNICU 責任者のコメント	質問③「NICU」後方支援施設がないNICU 責任者のコメント
1	当NICUが担当する地域は半径ほぼ150km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家族がいつしよ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	NICU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	NICUとしての機能と同等のものが重要です。レスピレーター、保育器、モニター（心電図、SpO ₂ ）。NICU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良いと思います。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NICUに入室していましたが、独歩可にもかかわらず、NICU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。SpO ₂ 、EtCO ₂ 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NICU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）	NICU加算と同程度
9	今回のご質問の意図とされる所とは異なるかも知れませんが、NICU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NICU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。NICU運営を圧迫しているものは長期入院児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2000g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)

	質問とNICUの運営者からの回答の概要	回答にNICU運営者からの追加コメント
11	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の使用が可能 リハビリテーションを行う人員、設備 家族の負担を考えれば、何床かは完全看護体制のベッド 	<p>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。</p>
12	<p>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・経済的人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)。</p>	<p>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。</p>
13	<p>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。</p>	<p>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が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。</p>
14	<p>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。</p>	<p>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？</p>
15	<p>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、</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>ではないかと思ひます。</p>	<p>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思ひます。</p>
16	<p>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。</p>	
17	<p>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。</p>	<p>NICUに準じた加算が必要であると考えます。</p>
18	<ul style="list-style-type: none"> 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。 理学療法、言語療法の機能。 (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。 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)。 	<p>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)</p>
19	<p>出来れば呼吸管理も可能な施設が良いと思ひます。</p>	
20	<p>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。</p>	<p>症例により異なると思われま。</p>

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)

	NICU 後方支援施設がないNICU 責任者のコメント	NICU 後方支援施設があるNICU 責任者のコメント
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よいと思います。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"> ・1日あたりの高額な補助は必要ないと思われますが、 ・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。 ・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、 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。小児科関係の学会、学会が中心となるべき問題と思いますが)。	わかりません。
24	人工呼吸器等呼吸器関連の設備。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。	<ul style="list-style-type: none"> ・NICU 加算・重床加算。 ・「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の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"> ・人工呼吸管理 ・チューブ栄養管理 ・頻回の口腔内吸引可能 ・ストーマ・ケア ・導尿、場合によっては CAPD (腹膜透析) 	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。そうすると 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"> ・輸液管理 ・ミルクの注入の管理 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)

	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント	近隣に「NICU 後方支援施設」があるNICU 責任者のコメント
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兼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るべき。 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ふ。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)

	NICU 後方支援施設がない理由	NICU 後方支援施設がない理由
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。）	・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（可能などころに）、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	chronic intensive care 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ズもあり、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のでしょうか。	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。十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)

	NICU 後方支援施設がない理由(自由)	NICU 責任者のコメント(自由)
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だと思います。
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 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ないかと思	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すが, 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)

	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント	NICU 加算
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，両方が必要だと思います。
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（ベット数，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。 ・重症心身施設的機能：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） ・すぐにつけられ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と。 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)

	NICU 後方支援施設がない	NICU 後方支援施設あり
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"> ・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。 ・措置病床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。
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の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"> ・超重症・準超重症児入院診療加算の点数をアップする。 ・この加算について、「6ヵ月以上経過した」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。
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）にいないかならなと思います。	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"> ・人工換気を含めた医療的ケアが可能、リハビリも含む。 ・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。 	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、役割を担ってもらわべきと考えます。	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"> ・在宅酸素療法の導入可能な施設 ・完全看護、かつ母（家族）付き添いも可能 	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られていないと、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)

	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント	NICU 後方支援施設がない理由
90	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の呼吸・理学管理 リハビリテーションも含む 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。 	
91		<p>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。</p>
92	在宅支援のための訪問看護，往診体制。	
93	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医の 24 時間体制勤務 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） 訪問診療体制（在宅になった場合） 	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	<p>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。</p>
97	<p>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。</p>	<p>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。</p>
98	<p>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。</p>	<p>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？</p>
99	<p>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。</p>	<p>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。</p>
100	<p>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，どこかの 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。</p>	<p>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。</p>
101	<p>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。</p>	当然，経済的な手当をつけなければならない。
102	<p>○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必要と思います。</p>	<p>○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）</p>
103	呼吸機能等を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必要と思われれます。	ベッド数と人員が必要と思われれます。

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)

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ヶ所、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一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(ナースの人員費が出るぐらい)
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思います。

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)

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

	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント
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。
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というのは余り望ましくありません。
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、出来高払いはなじま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。	・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。 ・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。
146	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)	

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)

	近隣に「NICU 後方支援施設」がないNICU 責任者のコメント	NICU 後方支援施設があるNICU 責任者のコメント
147		
148	<p>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</p>	<p>・超重症児 6 名に対し, 常時 Ns 1 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とは, 現在の経済状況では不可能ではないでしょうか。</p>
149	具体的に思いうかびません	同上
150	<p>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。</p>	
151	<p>・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。</p>	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	<p>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。</p>	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>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</p>
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がのぞましい。
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, とい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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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"> ・ respirator. ・ SpO₂ 他モニター類 ◎NICU (の経験のある) 医師の常勤 ・ 小児神経科医 ○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ひます。 	<p>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と思ひます。</p>
15	<p>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ひられます。</p>	
16	<p>家族の宿泊できる施設 (母親)</p>	<p>何らかの補助金。当地域では絶対赤字になりそうだから。</p>
17	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期的呼吸管理。 ・ リハビリテーション ・ 面会宿泊プライバシーの保てるスペース (母子室など) ・ 外来 (在宅ケア児の診療と支援) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。
18	<ul style="list-style-type: none"> ① IPPV (HFV 含む) 管理ができる。 ② 理学療法士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。 	<p>上記の項目において加算が必要 (NICU 並みに)</p>
19	<p>機能はともかく、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NICU での経験のある医師、看護師がいること。 ・ 小児神経の経験も持ち合わせていることが望ましい。 <p>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) がありがたいと思ひます。</p>	
20		
21		
22	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 重症在宅児のショートステイ機能をもつこと! ・ 近隣 NICU と密接に連携を取りあえること。 	
23	<p>リハビリ、呼吸管理、母子入院など</p>	
24		<p>NICU 加算に近い金銭的な援助は必須</p>
25	<p>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</p>	<p>何らかの公的資金の導入 (国や地方の)</p>
26	<ul style="list-style-type: none"> 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 $2,329 \pm 899$ （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)にしめした。「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。