

塞と上大静脈症候群を来した色素失調症の1例. 第257回NMCS例会(2007・6 大阪)

13) 森啓之、市場博幸、青谷裕文、猪谷泰史、加部一彦、佐久間泉、松浪桂、藤村正哲: 2004年に総合周産期母子医療センターで出生したCLD児の臨床像. 第43回日本周産期・新生児医学会(2007・7 東京)

14) 田中裕子、市場博幸、江原英治、郡山健、森啓之、大西聡、寺田明佳: 当院でのDown症候群に発症した一過性骨髄異常増殖症の臨床像の検討. 第43回日本周産期・新生児医学会(2007・7 東京)

15) 森啓之、松村寿子、川崎有希、保田典子、寺田明佳、大西聡、田中裕子、江原英治、市場博幸: 当院における超低出生体重児の晩期循環不全のまとめ. 第1回新生児内分泌研究会(2007・9 東京)

16) 松村寿子、市場博幸、保田典子、小澤有希、寺田明佳、大西聡、田中裕子、江原英治: NICUにおける標準予防策の徹底がMRSA保菌者数・発症者数に及ぼす効果. 第258回NMCS例会(2007・9 大阪)

17) 今田理恵、市場博幸: どうしたら女性医師がNICUで働き続けることが出来るのか、また新生児医療に携わり続けることが出来るのか～私たちの声 大阪新生児診療相互援助システム(NMCS)をベースにしたアンケート調査より～. 第258回NMCS例会(2007・9 大阪)

18) 寺田明佳、市場博幸、田中裕子、森啓之、大西聡、保田典子、松村寿子、江原英治: ワークショップ1 「新生児薬物療法のエビデンス

を目指して」 胎便関連腸閉塞症に対するガストログラフィン胃内投与法の有効性・安全性の検討. 第52回日本未熟児新生児学会(2007・11 高松)

19) 保田典子、市場博幸、白石淳、藤村正哲、根岸宏邦: 大阪新生児診療相互援助システム(NMCS)データベースを用いた大阪における新生児死亡の検討. 第52回日本未熟児新生児学会(2007・11 高松)

20) 今田理恵、新宅治夫、山野恒一、市場博幸: どうしたら女性医師がNICUで働き続けることが出来るのか、また新生児医療に携わり続けることが出来るのか～私たちの声 大阪新生児診療相互援助システム(NMCS)をベースにしたアンケート調査より～. 第52回日本未熟児新生児学会(2007・11 高松)

21) 松村寿子、市場博幸、寺田明佳、大西聡、田中裕子、江原英治、保田典子: NICUにおける標準予防策の徹底がMRSA保菌者数・発症者数に及ぼす効果. 第52回日本未熟児新生児学会(2007・11 高松)

22) 大西聡、松村寿子、保田典子、寺田明佳、森啓之、田中裕子、江原英治、市場博幸: 新生児期に脳梗塞と上大静脈症候群を来した色素失調症の1例. 第52回日本未熟児新生児学会(2007・11 高松)

23) Terada S, Ichiba H, Saito M, Yamano T: Amniotic fluid transforming growth factor-beta and the development of neonatal chronic lung disease. Hot Topics in Neonatology 2007 (2007・12, Washington DC)

図1

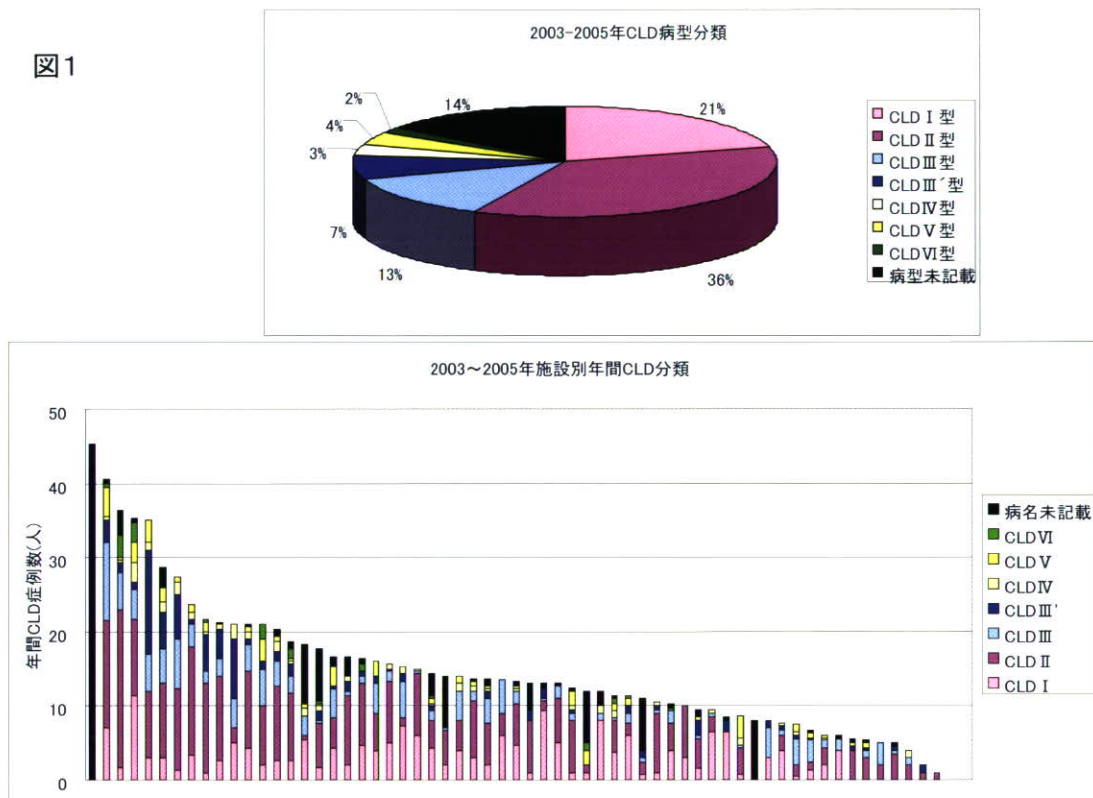


図2: 施設別年間CLD症例数との相関

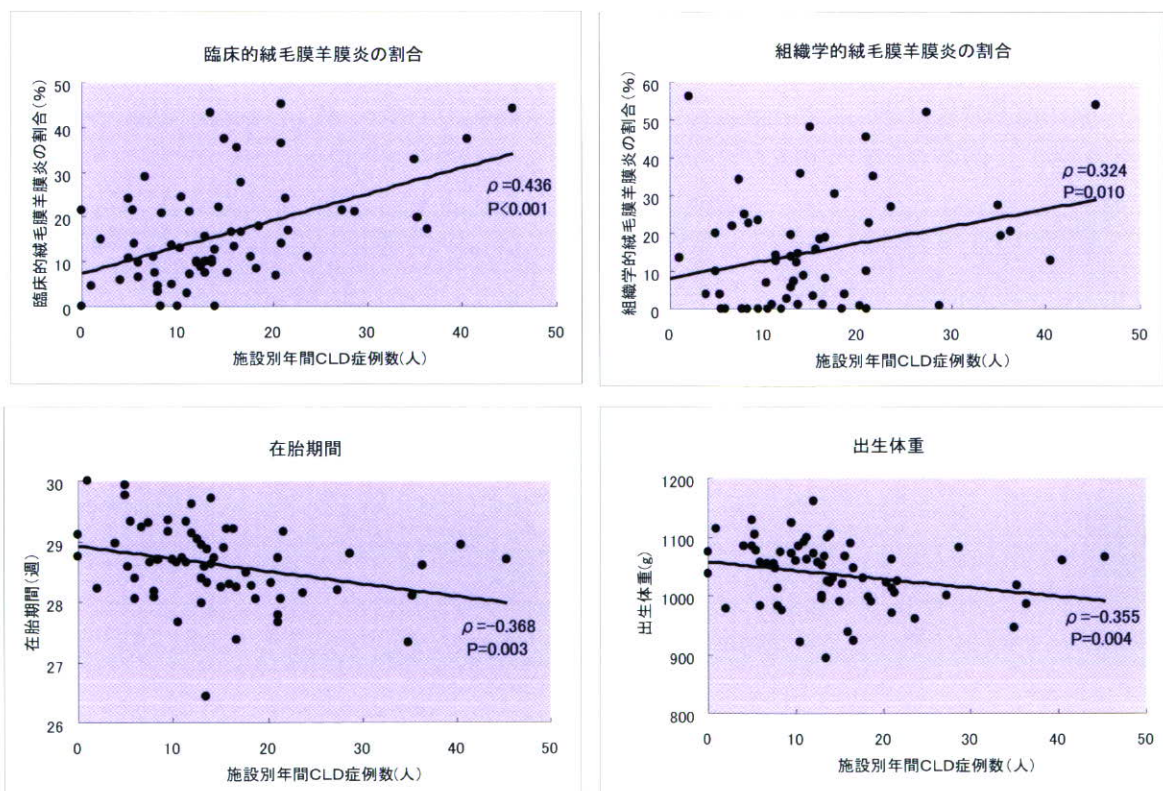


図3:施設別年間CLD症例数との相関

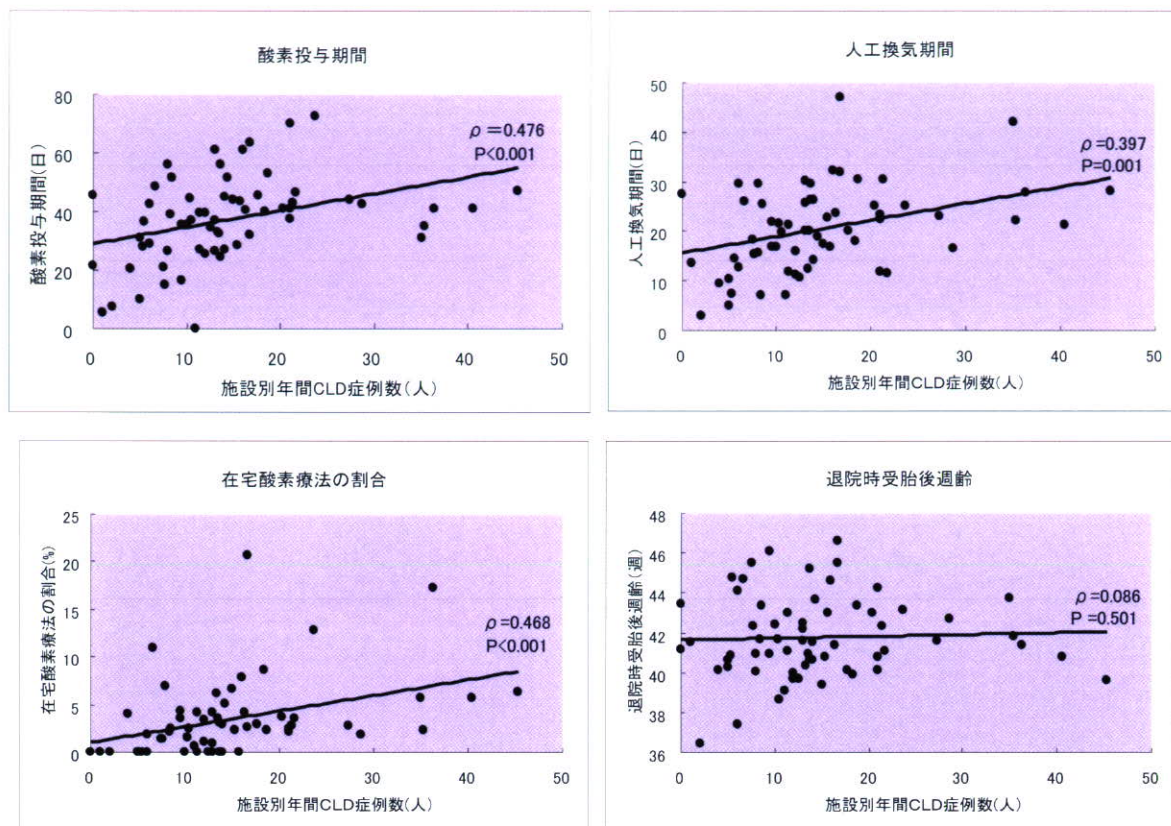


図4

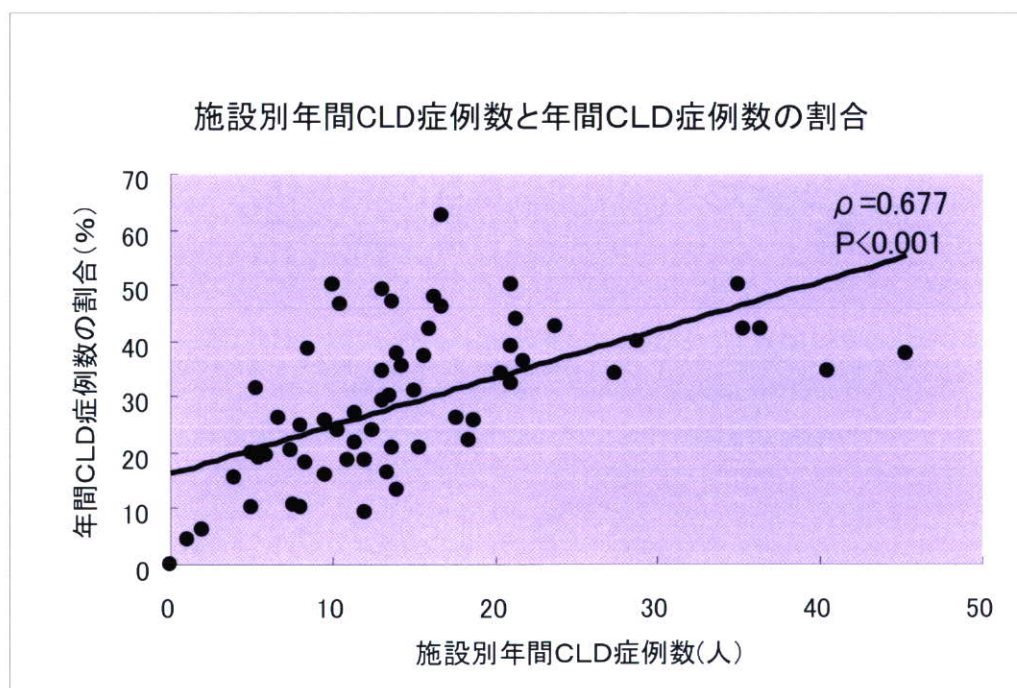


図5:施設別年間CLD症例数の割合との相関

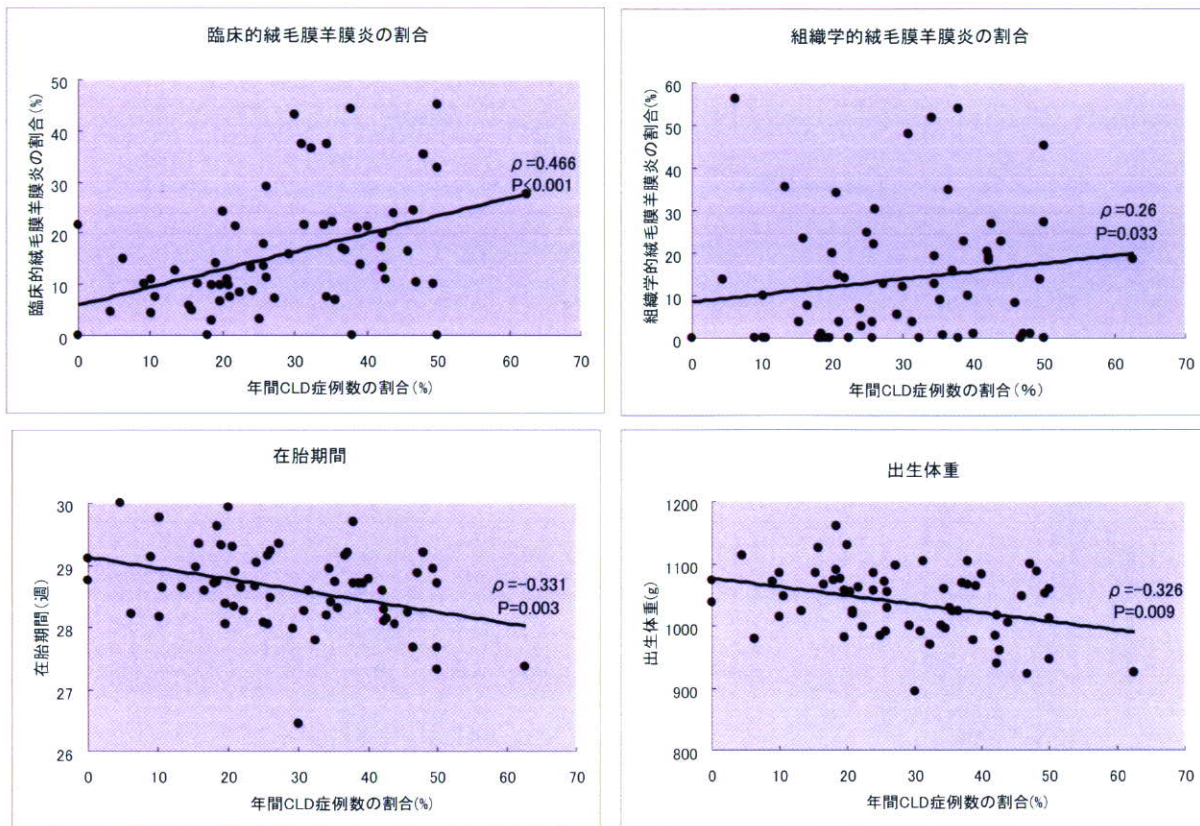


図6:施設別年間CLD症例数の割合と相関

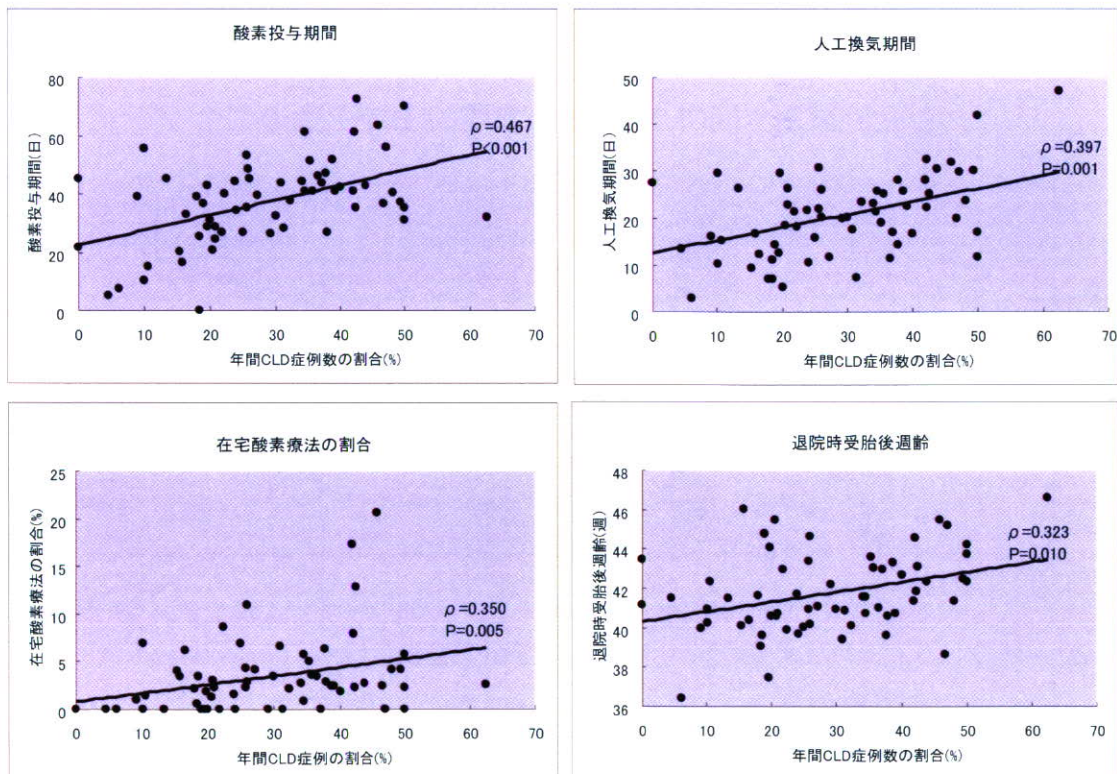


図7:施設別胎盤病理検査施行の割合との相関

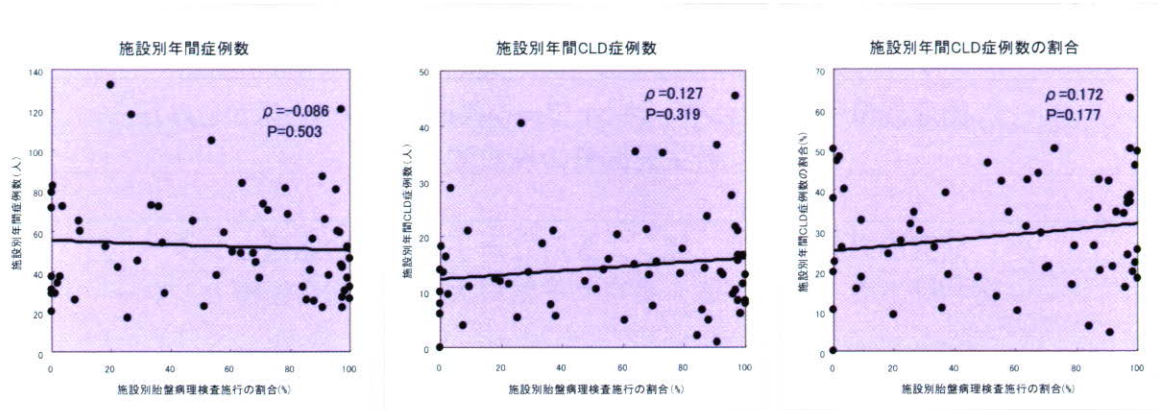
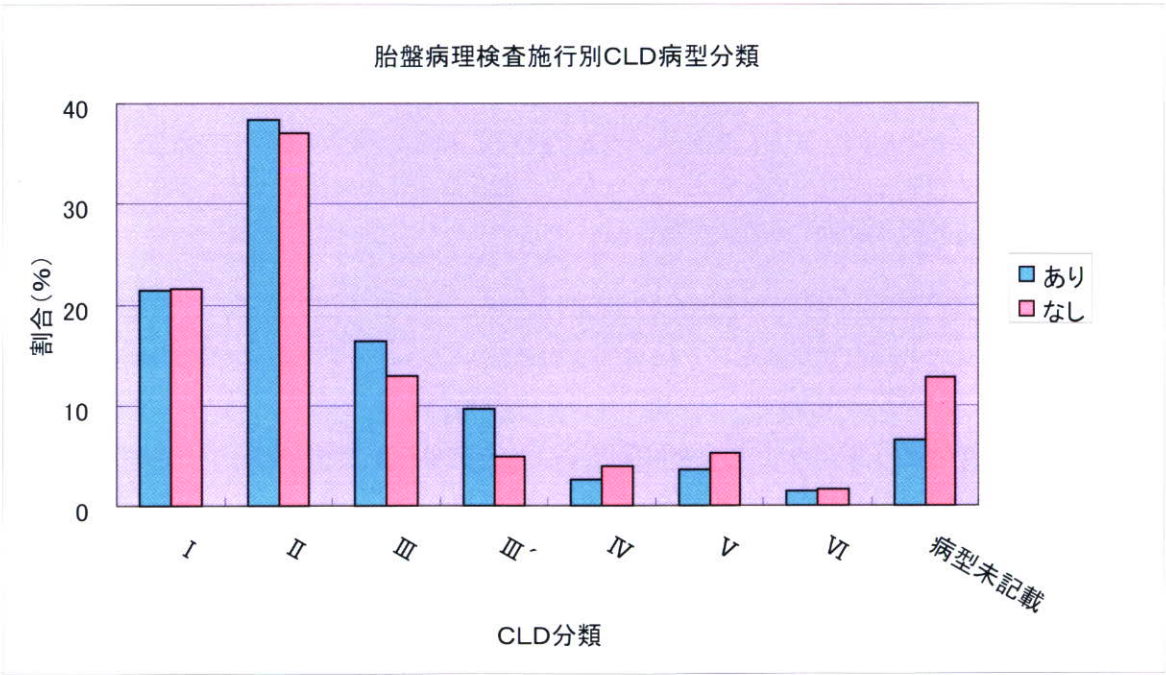


図8



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、
フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

分担研究報告書

－ハイリスク児の予後改善のための施設データベースを用いた分析－
周産期母子医療センターネットワーク共通データベースからみた
新生児医療の施設間格差

研究協力者 松浪 桂 大阪府立母子保健総合医療センター
分担研究者 楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター

研究要旨

全国の主要周産期母子医療センターに入院した、2003～2004年出生の出生体重1500g以下の児が登録された共通データベースを用い、特に総合周産期母子医療センターにおける新生児医療に関連する施設因子について後方視的に解析した。施設データは共通データベースの施設データおよびアンケートによる実態調査（主任研究者 藤村正哲 2006年）を用いた。

総合周産期母子医療センターにおける出生体重1500g以下の粗死亡退院率は、施設により0.9～23.8%に分布した。施設別粗死亡退院率と実態調査における年間分娩数・NICU医師数・夜勤看護師数に相関がみられた。一定基準を満たす総合周産期母子医療センターといえども患者背景にばらつきがあり、施設規模や立地など物理的な要因、スタッフの充足度など人的な要因が影響を与えている可能性が考えられた。今後、粗死亡退院率の比較だけではなく、患者重症度を調整した統計手法での解析や、施設訪問などによる評価も検討する必要がある。

A. 研究目的

全国の主要周産期母子医療センターを対象としたハイリスク新生児のデータベースを用いて、本邦のハイリスク新生児の予後に影響を与える因子として、特に総合周産期母子医療センターにおける新生児医療に関連する施設因子について検討する。

B. 研究方法

全国の主要周産期母子医療センターに入院した、2003～2004年出生の出生体重1500g以下の児が登録された共通データベースを用い、特に総合周産期母子医療センターにおける新生児医療に関連する施設因子について後方視

的に解析した。

施設因子は、データベースに登録された施設情報およびアンケートによる実態調査（主任研究者 藤村正哲 2006年）を用いた。

（倫理面への配慮）

疫学研究に関する倫理指針に則り、全てのデータは非連結匿名化されている。また、データ収集に先立ち、データ収集施設である東京女子医科大学の倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1. 共通データベース

共通データベースのうち、総合周産期母子医療センターにおいて、2003年 34施設 1960

名、2004 年 45 施設 2485 名の出生体重 1500g 以下が共通データベースに登録された(表 1)。同時にこれら参加施設の施設資源に関するデータとして、病床数、スタッフ数、外科系疾患の診療体制、フォローアップ体制の有無について収集した。

2. アンケートによる実態調査

主任研究者 藤村正哲により、2006 年 1~3 月に総合周産期母子医療センター 61 施設に調査用紙を送付し、58 施設から回答を得た(回答率 95.1%)。主な調査項目は、病床数、分娩数、周産期医療の人員体制(看護師を含む)、新生児医療に従事する医師の研修等に関する情報、搬送システムであった。

共通データベースに登録され、かつアンケートによる実態調査に回答した総合周産期母子医療センター 45 施設について以下の項目について検討した。

3. 施設因子

1) 施設規模

共通データベースより得られた、総合周産期母子医療センターの病床数とスタッフ数(図 1)、年間入院数(図 2)について示す。医師数は NICU 病床数に比例、看護師数は NICU 病床・新生児病床数に比例した。超低出生体重児が年間 20 名以上入院する施設は約半数を占めるが、一方超低出生体重児が年間 10 名未満しか入院しない施設も 2 施設あった。

2) 診療体制

外科疾患は 80%、心臓外科疾患は 51%、脳外科疾患は 73%、眼科疾患は 91%の施設で診療を行っていた。

4. 粗死亡退院率

総合周産期母子医療センターにおける出生体重 1500g 以下の粗死亡退院率は、施設毎に 0.9~23.8%に分布した。なお、単年度しかデータの無い施設は単年度の粗死亡退院率にて

検討した。

1) 施設規模(図 3、図 4)

施設毎の粗死亡退院率は、1500g 以下の年間入院数、新生児病床数、NICU 病床数と相関が認められなかった。

2) 患者背景(図 5、図 6)

施設毎の粗死亡退院率は、施設毎の平均在胎期間・平均出生体重と有意な相関がみられた。当然ではあるが、より小さな未熟な児を診療している施設ほど、粗死亡退院率が高かった。

3) 産科要因

年間分娩数が多いほど、死亡退院が少なかった(図 7)が、産科医師数と死亡退院との相関は認めなかった。

4) 新生児医療の人員体制

NICU 常勤医師数と施設毎の粗死亡退院率は有意な相関がみられた(図 8)。新生児病棟に属する看護師総数と施設毎の粗死亡退院率に有意な相関はなかったが、NICU 病床の夜勤看護師数が多い施設では粗死亡退院率が低い傾向にあった(図 9)。

なお、入院数・病床数・分娩数などの施設規模、人員体制と児の未熟性との相関はなく、単に施設規模の大きい施設がより未熟な児を多く診療している訳ではなかった。

D. 考察

「医療の質」評価の 3 要素として、①structure②process③outcomes の 3 要素が挙げられる(Donabedian のモデル、アメリカ、1980)。

周産期医療でみると、①structure は医療設備などの物的資源、医師看護師などの人材、教育や研究などの構造を、②process は診断や病名、治療方法、患者への説明、フォローアップ、看護ケア、指導も含まれる。③outcomes として、生命予後のほか、罹患率(合併症)、QOL、患者満足度などが挙げられる。

今回は特に施設因子として、主に①structure について検討したが、一定基準を満

たす総合周産期母子医療センターといえども患者背景にばらつきがあり、施設規模や立地など物理的な要因、スタッフの充足度など人的な要因が考えられた。ただし、粗死亡退院率の比較だけでは施設の規模、特性を考慮しておらず、医療の質を評価する上では、②processとして診断や治療法についても考慮する必要がある。これまでの研究でも、例えば出生前ステロイドの使用頻度や慢性肺疾患などの合併症の罹患率など、診断、治療法においても施設間に差があることが明らかになっており、看護ケアなどデータの収集だけでは計ることのできない因子も多くあると考えられる。また、③outcomeとしても、死亡退院率の結果のみで評価することはできず、フォローアップデータに関する長期予後の評価も重要である。今後、患者重症度を調整した統計手法での解析や、施設訪問などによる評価も検討しなければならない。

E. 結論

全国の主要周産期母子医療センターに入院した、2003～2004 年出生の出生体重 1500g 以

下の児が登録された共通データベースによる施設別粗死亡退院率と実態調査における年間分娩数・NICU医師数・夜勤看護師数に相関がみられた。今後、粗死亡退院率の比較だけではなく、患者重症度を調整した統計手法での解析や、施設訪問などによる評価も検討する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

1) 松浪桂、「周産期母子医療センターネットワーク共通データベースからみた新生児医療の施設間格差」日本未熟児新生児学会・日本新生児看護学会 合同シンポジウム「周産期医療の格差を考える」2007.11.24-26 香川

表1 共通データベース登録情報（総合周産期母子医療センターのみ）

総合周産期母子医療センター	2003年	2004年
施設数	34施設	45施設
登録数(1500g以下)	1960名	2485名
死亡退院	213名 (10.9%)	234名 (9.4%)
そのうち、在胎25～32週出生児のみ		
登録数	1478名	1895名
死亡退院	108名 (7.3%)	118名 (6.2%)

図1 総合周産期母子医療センター45施設における病床数と新生児医療のスタッフ数
医師数はNICU病床数に比例、看護師数はNICU病床数・新生児病床数に比例した。

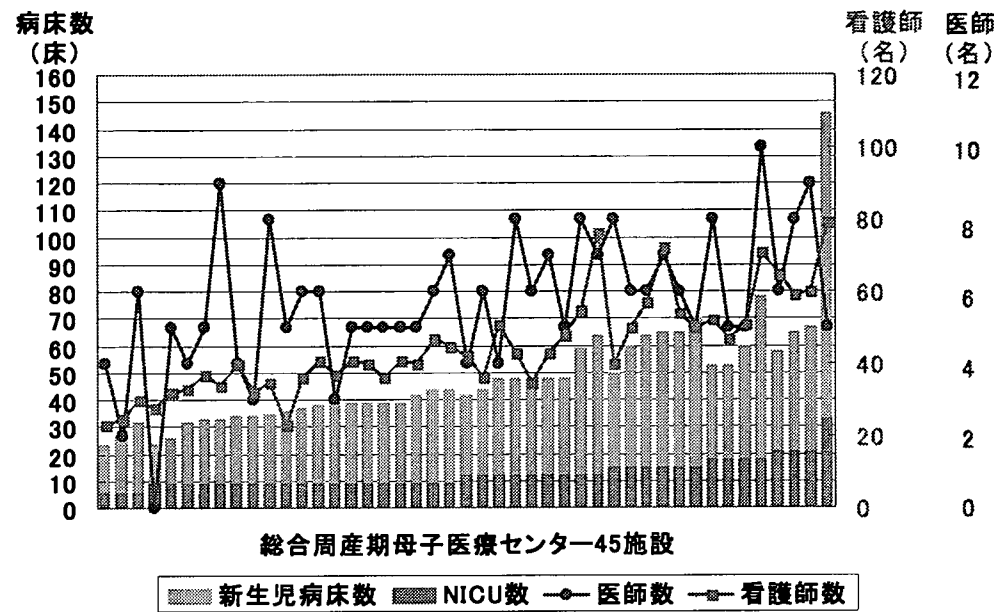


図2 総合周産期母子医療センター45施設における年間入院数
超低出生体重児の年間入院数が年間20名以上は約半数の施設であったが、一方年間10名未満の施設も2施設あった。

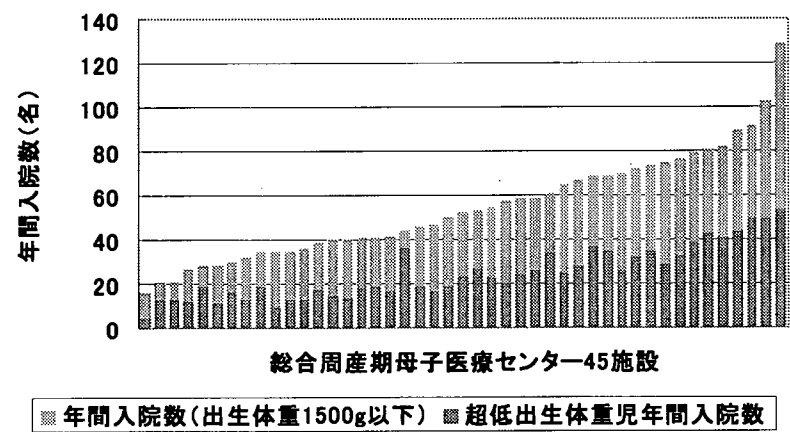


図3 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎の入院数と粗死亡退院率
施設毎の入院数と死亡退院に有意な相関はなかった。

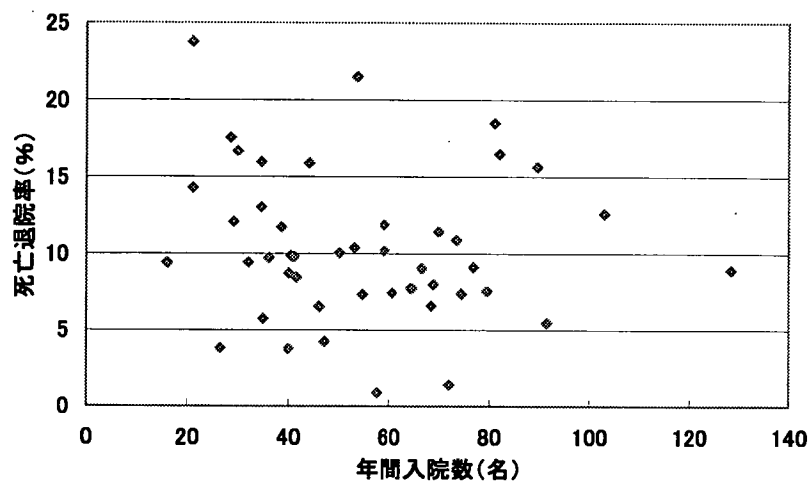


図4 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎の病床数と粗死亡退院率
施設毎の病床数と死亡退院に有意な相関はなかった。

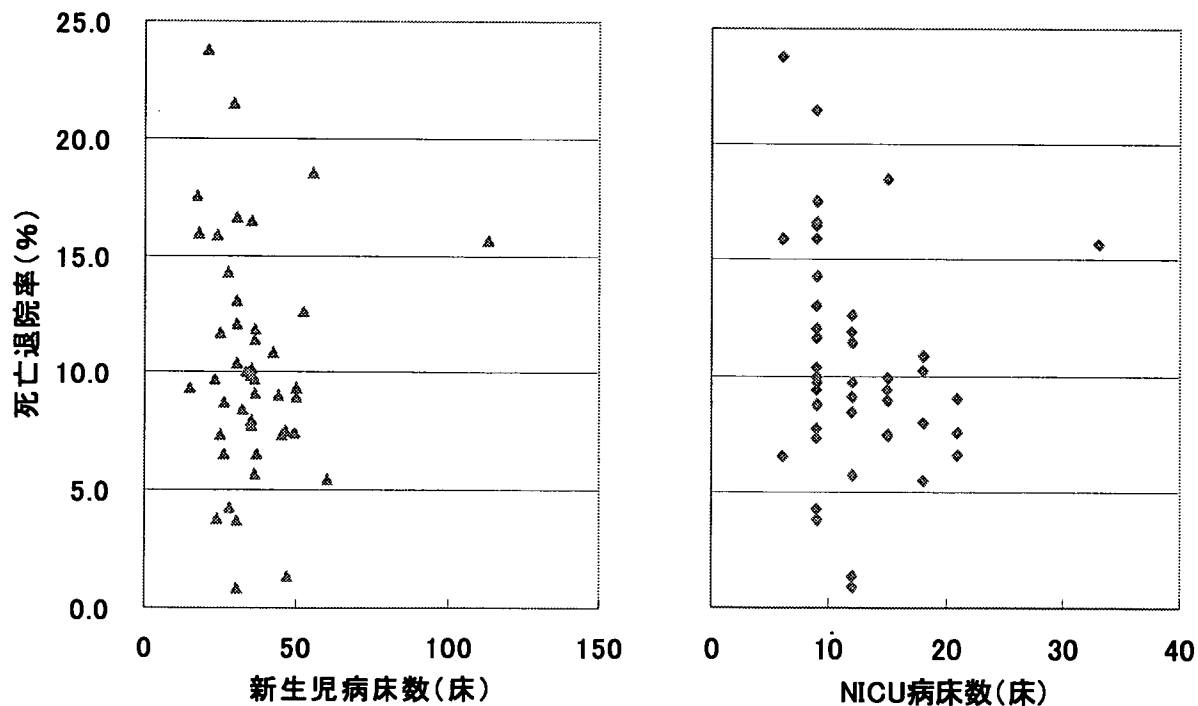


図5 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎の平均在胎期間と粗死亡退院率
在胎期間の短い未熟な児が多い施設ほど死亡退院が多い ($r=-0.488$ $p=0.001$)。

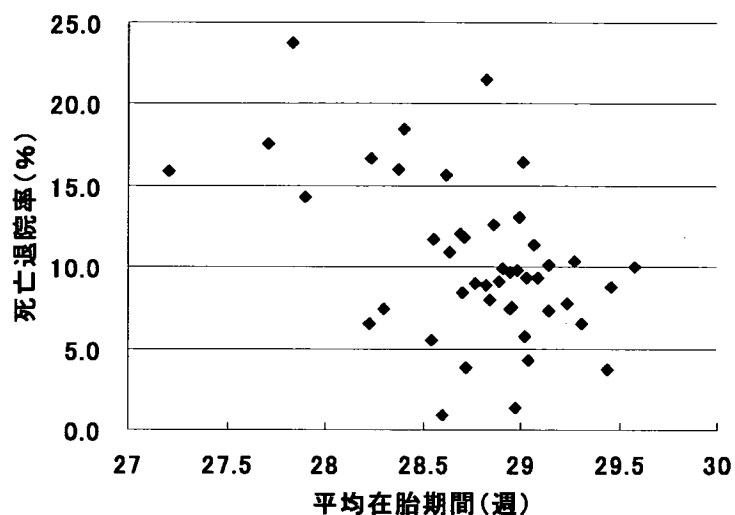


図6 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎の平均出生体重と粗死亡退院率
平均出生体重が小さい施設ほど死亡退院が多い ($r=-0.509$ $p<0.001$)。

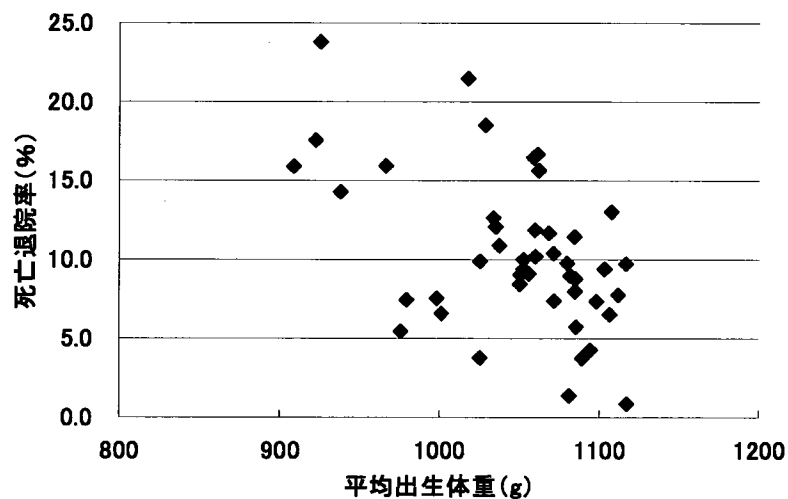


図7 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎の年間分娩件数と粗死亡退院率
年間分娩数が多いほど死亡退院が少ない ($r=-0.362$ $p=0.016$)。

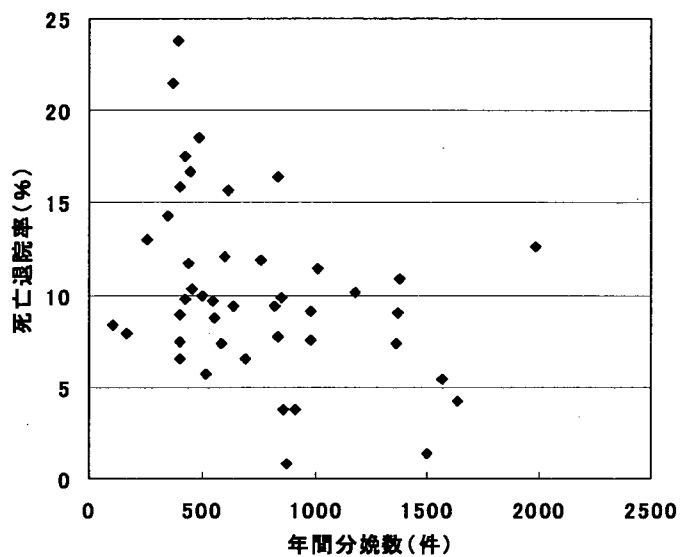


図8 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎のNICU 医師数と粗死亡退院率
NICU 医師数が多いほど死亡退院が少なかった($r=-0.301$ $p=0.044$)。

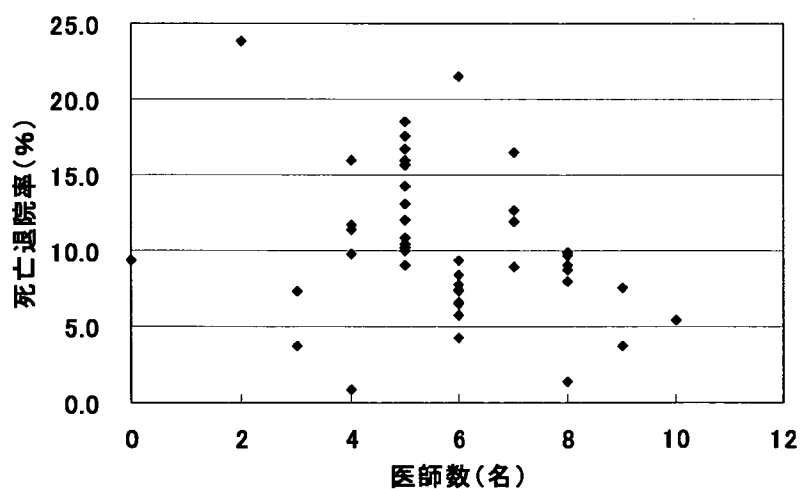
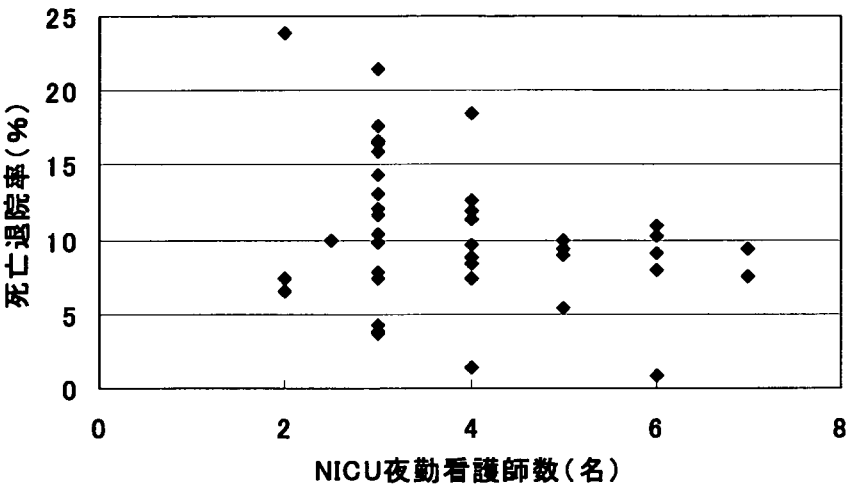


図9 総合周産期母子医療センター45施設における施設毎のNICU夜勤看護師数と粗死亡退院率
看護師夜勤数が多いほど死亡退院は少ない傾向にあった($r=-0.307$ $p=0.057$)。



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、
フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

分担研究報告書

－ハイリスク児の予後改善のための施設データベースを用いた分析－
2003-05 年のデータに於ける母体搬送と新生児搬送による比較検討

研究協力者 和田 浩 淀川キリスト教病院
分担研究者 楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター

研究要旨

1500 g 以下にて出生の児のデータより、母体および新生児搬送の有無にて分類し比較検討した。緊急母体搬送され出生した児については、新生児搬送の群と同様その経過に注意が必要であり、特に母体の子宮内感染症の合併が児における長期の人工換気、慢性肺疾患・脳室内出血・敗血症などの重篤な疾患の発症に関与する可能性が示唆され、積極的な予防措置と集中管理が必要であるものと考えられた。

A. 研究目的

出生体重1500g未満にて出生した児のデータを基に、新生児搬送の有無 および 母体紹介の有無にて症例群を比較・検討する。

B. 研究方法

2003-2005 年の 3 年間に於ける周産期母子医療センターネットワーク共通データベース（出生体重 1500g 以下）のデータを基に、登録の 7949 例を 1) 母体外来紹介群 (1407 例)、2) 緊急母体搬送群 (4037 例)、3) 母体紹介なし（院内出生、1604 例）、4) 院外出生（新生児搬送）群 (901 例) の 4 群に分け、統計学的に比較検討した。

C. 結果

1) 母体データに関する比較では、年齢・妊娠回数・初産の率には差が無かったが、多胎例は、外来紹介での母体紹介例が多かった。しかし緊急母体搬送/新生児搬送でも、多胎の率は 39.3/19.3%が占めていた（図 1、2）。

2) 母体基礎疾患を有する率に差は無かったが、Clinical CAM および PROM は有意に緊急母体搬送群が多く発症していた。

3) 児の在胎週数、出生体重、Apgar score に有意差はなかったが、蘇生時の気管内挿管は、緊急母体搬送群 および 新生児搬送群が、他の 2 群に比して有意に高率に施行されていた。

4) 死亡退院率は、紹介なし（院内出生）群が、他の 3 群に比して有意に低率であった（図 3）。

5) 人工換気日数は、緊急母体搬送群が、他の 3 群に比して有意に長期であった（図 4）。また酸素投与日数も、同群が長期の傾向にあった。

6) CLD, 新生児痙攣, IVH, 出血後水頭症, 子宮内感染症、敗血症についても、緊急母体搬送群での発症率が、他の群に比して高率であった（図 5～10）。

D. 考察

1) 多胎例は、外来紹介での母体紹介例が多かった。しかし緊急母体搬送/新生児搬送でも、各々の 35/19%は多胎が占めており、今後の課

題の一つと考えられる。

2) 母体基礎疾患を有する率に差は無かったが、Clinical CAM および PROM は有意に緊急母体搬送群が多く発症していた。

3) 児の在胎週数、出生体重、Apgar score に有意差はなかったが、蘇生時の気管内挿管は、緊急母体搬送群 および 新生児搬送群が、他の 2 群に比して有意に高率に施行されていた。

4) 死亡退院率は、紹介なし (院内出生) 群が、他の 3 群に比して有意に低率であった。

5) 人工換気日数は、緊急母体搬送群が、他の 3 群に比して有意に長期であった。

6) CLD, IVH, 出血後水頭症, 子宮内感染症, 敗血症についても、緊急母体搬送群での発症率が、他の群に比して高率であった。

7) 以上より、院内出生例の中でも 緊急母体搬送群の児の場合、CAM や PROM の合併が多く罹病率も高いことを鑑み、臨床経過により注意が必要であり、特に呼吸・循環および感染症に対する積極的な予防措置と集中管理が必要であるものと考えられた。

E. 結論

1) 緊急母体搬送群において、Clinical CAM および PROM が他の群に比して有意に多く、それが出生した児の経過における長期の人工換気、CLD, IVH, 出血後水頭症, 子宮内感染症, 敗血症といった重篤な疾患の高発症率に関与している可能性が示唆された。

2) 新生児搬送群と同様或いはそれ以上に、緊急母体搬送され出生した極・超低出生体重児の経過には注意が必要と考えられ、今後発達予後データとのリンクなど、データベースの構築を含め更なる検討が必要であるものと考えられる。

図1 多胎の率の比較

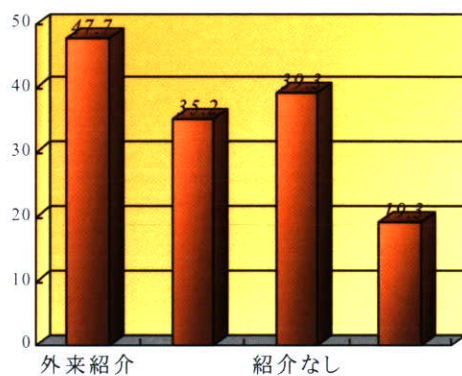


図4 児に関する比較2；人工換気日数

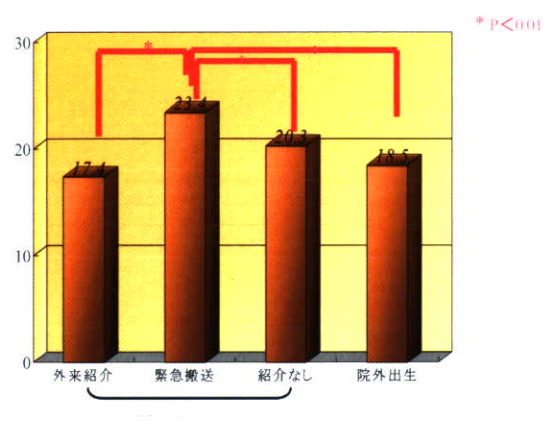


図2 多胎の内訳

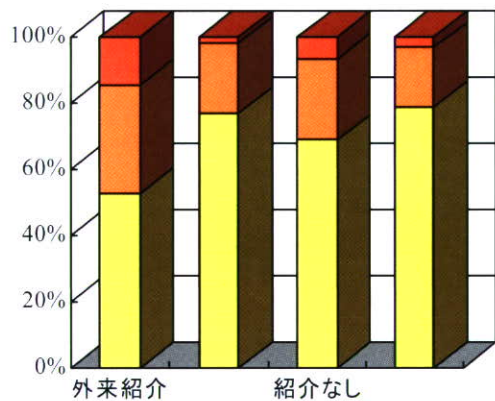


図5 疾患に関する比較1；CLD

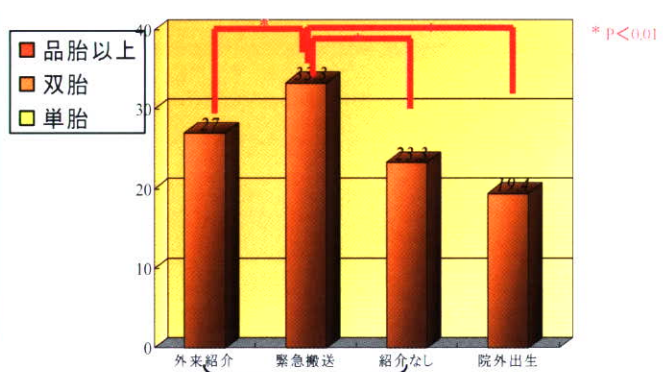


図3 児に関する比較1；死亡退院

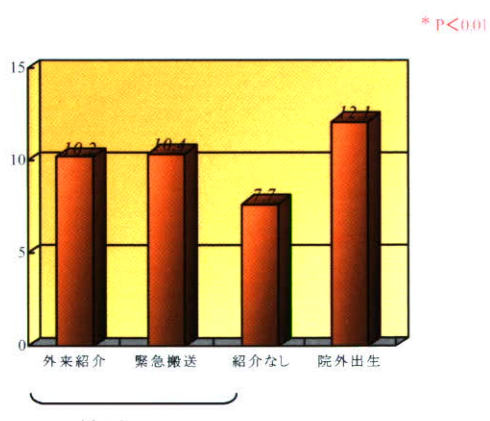


図6 疾患に関する比較2；CLD 36w

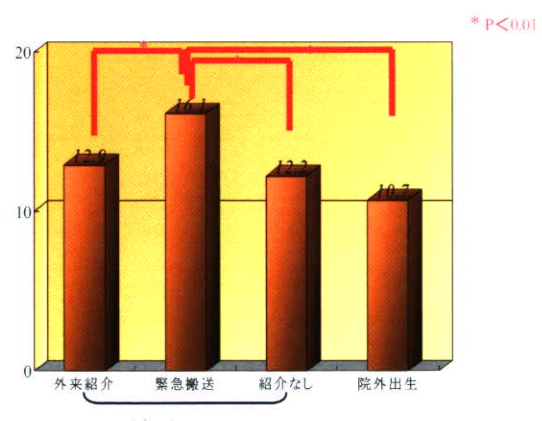


図7 疾患に関する比較3；新生児痙攣

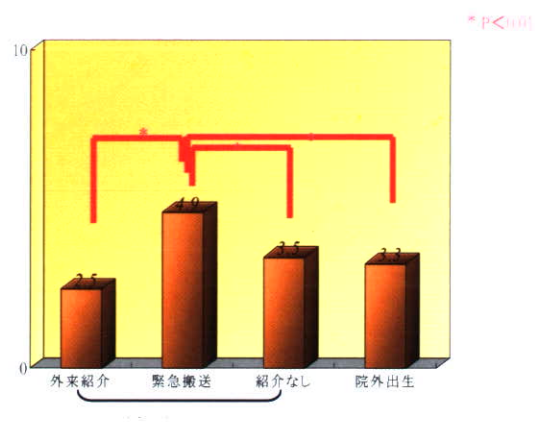


図9 疾患に関する比較5；子宮内感染症

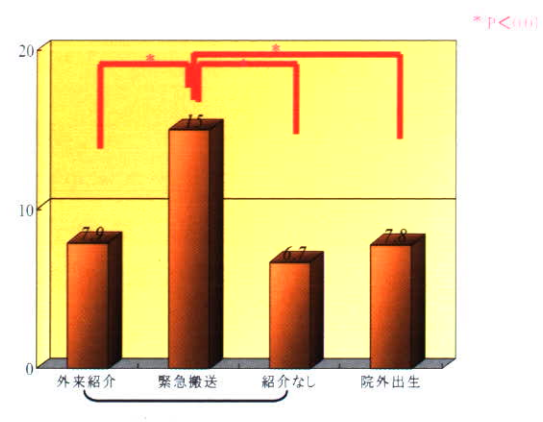


図8 疾患に関する比較4；IVH

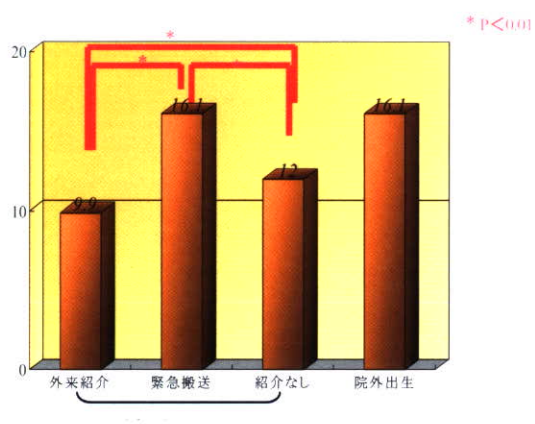
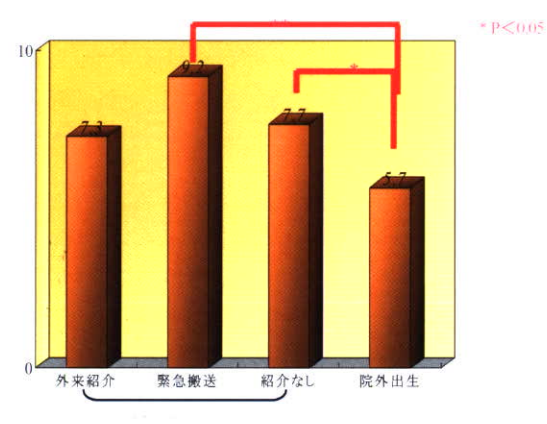


図10 疾患に関する比較6；子宮内感染症



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、
フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

分担研究報告書

－ハイリスク児の予後改善のための施設データベースを用いた分析－
医療の質の評価のためのデータベースの確立と活用に関する検討
－データの欠測の問題とデータマネジメント体制の確立－

研究協力者 米本直裕 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療統計学分野
分担研究者 楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター

研究要旨

周産期領域における医療の質の改善のためには、その指標を収集し、評価を行う基盤であるデータベースを確立すること、さらに臨床もしくはPublic Healthの視点から、その必要に応じて質の高い臨床研究を実施することが求められている。今年度は、過去3年間（2003-5年）で集積したデータベースのデータの質の確認を行い、今後、データベースのデータの質の問題や、データベースを利用した研究の解析における問題を検討した。具体的には、データの質を確保するためのデータマネジメントシステムの提案とデータベースのデータの欠測の問題に関する考察を行った。今後、欠測の問題については、解析において生物統計学的に困難な問題が生じる可能性がある。データの質の向上のためのデータマネジメントシステムだけでなく、これを利用した研究を行う支援体制を整備し、科学性・倫理性・信頼性を向上させるとともに、スピード・質・コスト改善のための臨床研究のノウハウを活用し、周産期領域における医療の質向上のために寄与したい。

A. 研究目的

周産期領域における医療の質の改善・向上のために必要な、指標を収集し、評価を行う基盤である臨床研究データベースおよび、それを利用した質の高い臨床研究が実施できる基盤を確立する。

B. 研究方法

周産期領域の医療の質を評価するデータベースを構築する上での問題、評価を行う研究を実施するにあたっての問題や解析方法の問題を検討する。具体的には、過去3年間（2003-5年）で集積したデータのうち、評価に必須と考えられる項目に対して、データチェックを行う。データチェックを行った項目は、母の年齢、胎児数、分娩様式、院外出生、アプガールスコア

5分値、出生体重、RDS、IVH、子宮内感染、退院時出生後日数、死亡退院である。データチェックにより、データの質の確認を行い、研究実施支援体制を構築するための必要要件を検討する。

（倫理面への配慮）

ヘルシンキ宣言および疫学研究の倫理指針に従い、データの取り扱いを行う。本研究で利用したデータでは、連結不能匿名化されたデータである。

C. 結果

データの概要：3年間（2003-5年）のデータベースに登録されていたデータは62施設、計7949名であった。2003年は2170名、2004年

は 2777 名、2005 年は 3002 名であった。そのうち、3 年間を通してデータを登録した施設は、34 施設、計 5909 名であった。

データの欠測の問題：データチェックを行った項目のうち、全ての対象者でデータ登録されていた項目は、院外出生のみであった。他の項目にはなんらかの欠測が存在していた。出生体重、RDS、IVH は 2003、4 年では全ての対象者でデータが登録されていたが、2005 年には欠測があり、RDS で 0.91%、IVH で 0.92%の欠測が生じていた。他の項目では、母年齢で 6.58%、胎児数で 4.39%、アプガールスコア 5 分値で 3.18%が欠測していた。ただし、データチェックを行った項目全てのデータがそろっている対象は 6644 名 (83.6%) あった。

D. 考察

データベースを利用した臨床の質を評価する研究には、メリットとデメリットがある。メリットは既にデータが集められているので、比較的短時間で研究の成果が得られること、またデータを集め続けていることで、多量のデータを蓄積することができ、経年的な変化の把握、モニタリングが可能なことである。しかしデメリットもあり、データがすぐに質の高い評価や解析にみあうほど整理されていないこと、データがある研究目的のために集められたものではないので、目的の評価に必要な情報が十分ではないかもしれないことである。デメリットを解決するためには、できるだけ簡単にデータを評価、解析にできるような形式にデータを整理すること、データの質を揃えておくこと、つまりデータマネジメントが必要である。

本研究ではその第一段階として、特によく評価に利用する項目に対して、データチェックを行い、データの質の評価を行った。個々の項目については、おおむね良好な結果が得られたが、データの欠測がある項目もみられ、特に複数の変数を同時に使用する解析 (多変量解析) を行う際には対応が必要であると考えられる。デー

タの欠測は生物統計学的には、結果に対してバイアスを生む重要な問題であるとされ、どのような理由、性質で欠測しているかが問題となる。これには決定的な解決策はなく、状況に応じて、欠測データの調整や補完、感度解析などが用いられる。今後、本データベースを利用して医療の質を評価する研究を行う際には欠測データの扱いについて十分な検討すべきであると思われる。

医療の質を評価するデータベースをどのように整理、管理していくか、できるだけ早く質の高い成果を本データベースから生み出すことができる体制を確立するかは、データの品質管理であるデータマネジメントが必要である。ここには欠測データの取り扱いの問題も含まれる。さらに、臨床研究実施の支援体制もまたそれに含めて今後検討していく必要があると思われる。研究の科学性・倫理性・信頼性を向上させるとともに、スピード・質・コスト改善のための臨床研究のノウハウを活用し、周産期領域における医療の質の向上を図っていきたいと考える。

E. 結論

データの質の向上のために、データマネジメントの必要性、およびそれを行う支援体制を整備することを提案する。データの欠測に関しては、今後、研究を行う際に状況に応じて十分な検討をすべきであると考ええる。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

特記事項なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

特許取得・実用新案登録 なし

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、
フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

分担研究報告書

総合周産期母子医療センターにおけるフォローアップ体制の整備

分担研究者 三科 潤 東京女子医科大学母子総合医療センター 准教授
研究協力者 河野由美 東京女子医科大学母子総合医療センター 講師

研究要旨

統一プロトコルによるフォローアップの実施が可能な総合周産期センターの施設数は2004年以後着実に増加したが、新規指定による施設数の増加に伴い、周産期ネットワーク全体での割合は2006年以降60～70%で横ばいの状態であった。周産期ネットワークに登録された2003年出生の極低出生体重児3歳健診のデータを39施設中22施設（56%）から回収し、データベース化を行った。統一プロトコル通りの実施率は健診時期79%、発達検査法64%であった。更なるフォローアップ体制の整備のためには、マンパワーの確保に加え、医師の負担軽減をもたらす方策、心理士派遣の継続、フォローアップのネットワーク化などが課題である。

研究協力者

佐藤和夫 国立病院機構九州医療センター 小児科部長
佐藤紀子 愛育病院母子保健科 部長
清水正樹 埼玉県立小児医療センター 未熟児新生児科 副部長
本間洋子 自治医科大学小児科 准教授
渡辺とよ子 墨東病院総合周産期母子医療センター 新生児科部長

A. 研究背景と目的

周産期医療システムの整備に伴い総合周産期母子医療センター（以下総合周産期センター）から退院する児が、退院後に受ける医療的・社会的支援の整備と、アウトカムの指標である長期予後を経産期医療へフィードバックできるフォローアップ体制の確立は総合周産期母子医療センターネットワーク（以下周産期ネットワーク）の重要な課題である。

周産期ネットワークのフォローアップ研究班では、2004年に統一プロトコル（対象：出生体重

1500g未満の児、健診時期：3歳～3歳半頃、方法：健診用紙に従い新版K式発達検査を含める）を提唱し、実施体制の整備を行ってきた。

本研究は周産期ネットワークのフォローアップ体制整備の進行状況を明らかにすること、また統一プロトコルの実施結果を調べ、問題点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

I. フォローアップ体制整備の施設調査

2004年より行っているフォローアップに関するアンケート方式の個別調査を本年度は新たに加わった総合周産期センターを対象に行った。

II. 3歳健診データベースからの検討

2003年出生データベースに登録された39施設の極低出生体重児の3歳健診結果を回収し、データベース化を行った。そのデータをもとに実施施設数、実施率、実施内容の問題点等を検討した。

III. フォローアップ外来用リーフレットの作成

フォローアップの質を高め、ハイリスク児およびその家族への支援となるような、フォローアッ