

【図表】

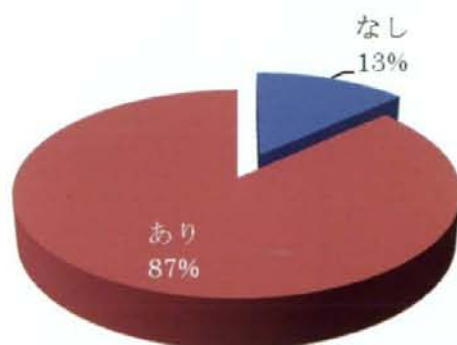


図1 6カ月以上の長期入院例の有無 (n=53)

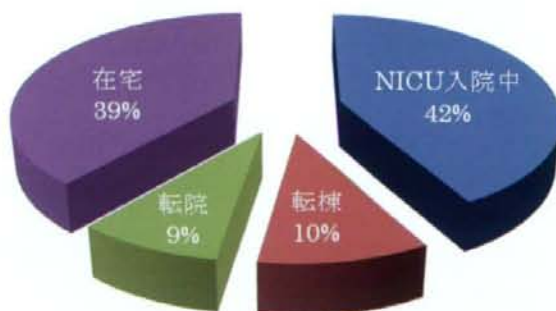


図2 転帰 (n=250)

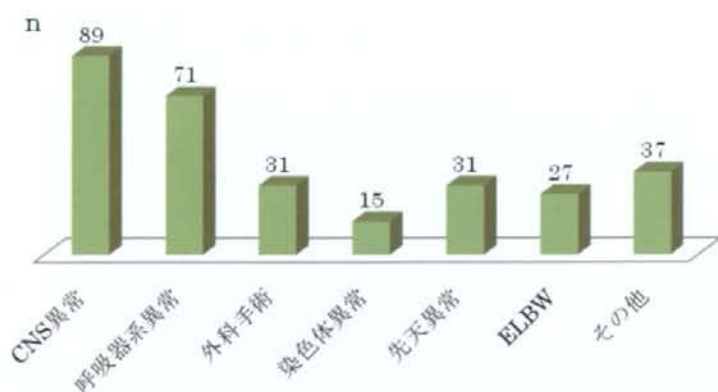


図3 長期入院理由（重複あり）

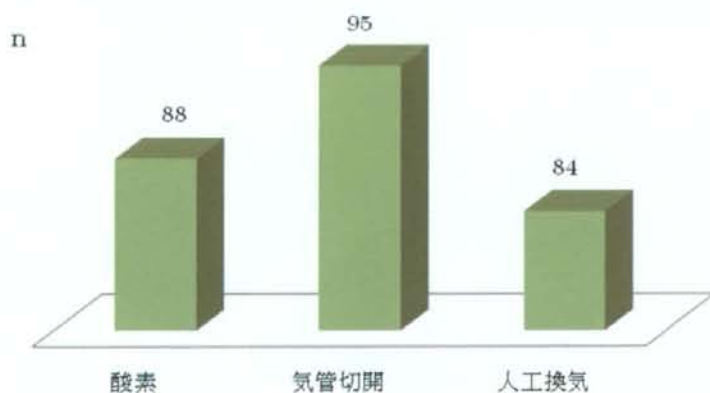


図4 呼吸管理（重複あり）



図5 栄養管理方法（重複あり）

■ 6ヵ月～1年未満 ■ 1年～2年未満 ■ 2年以上

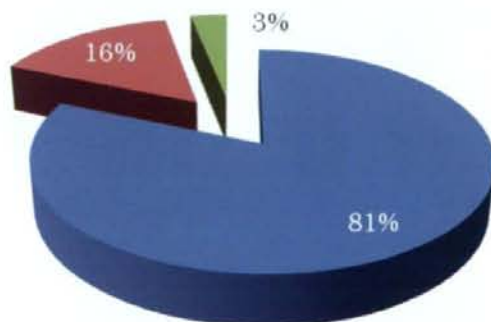


図6 在宅可能となった児のNICU入院期間

■ 6ヵ月～1年未満 ■ 1年～2年未満 ■ 2年以上

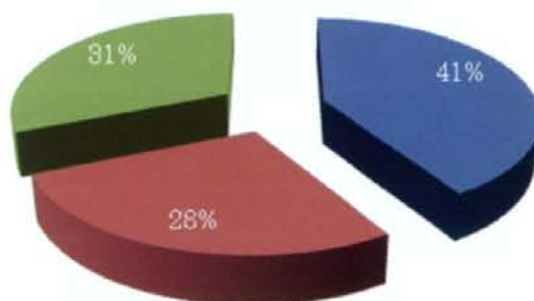


図7 在宅不可例の入院期間

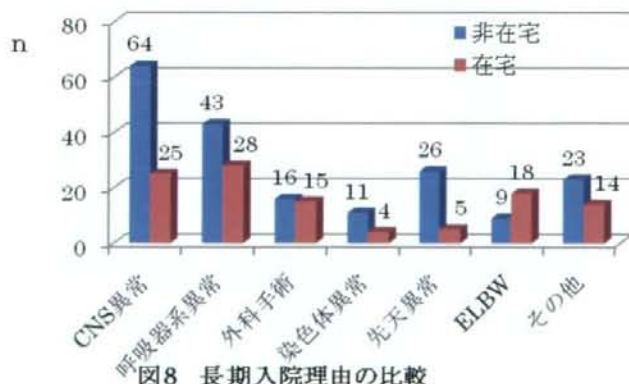


図8 長期入院理由の比較

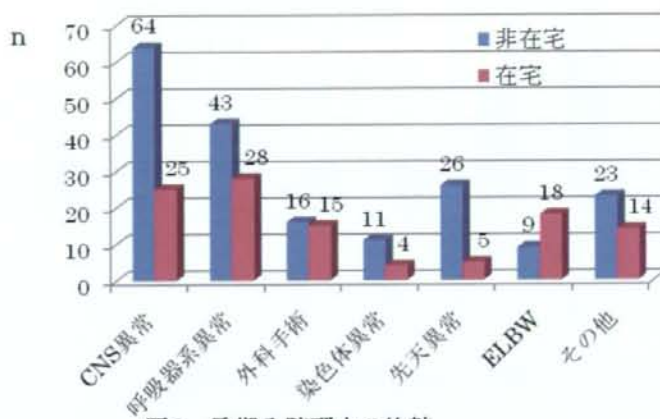


図8 長期入院理由の比較

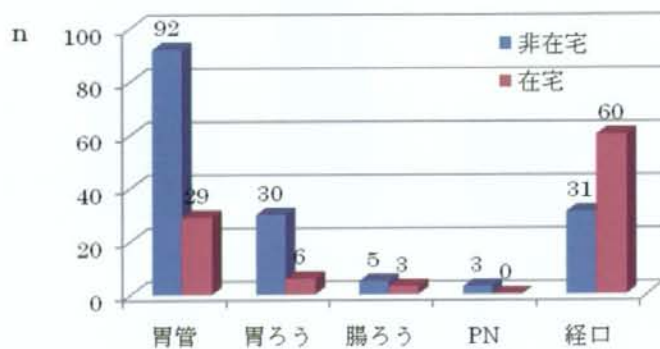


図9 栄養管理法の比較

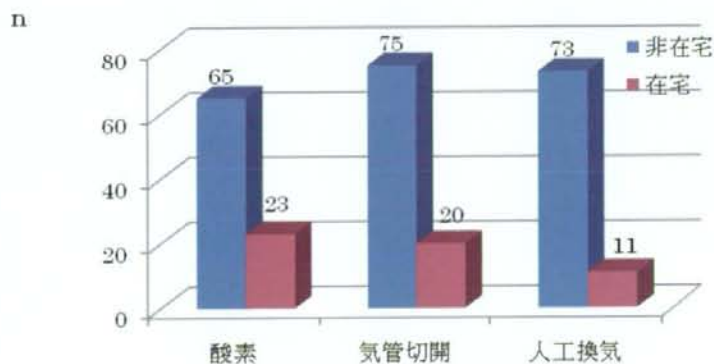


図10 呼吸管理法の比較

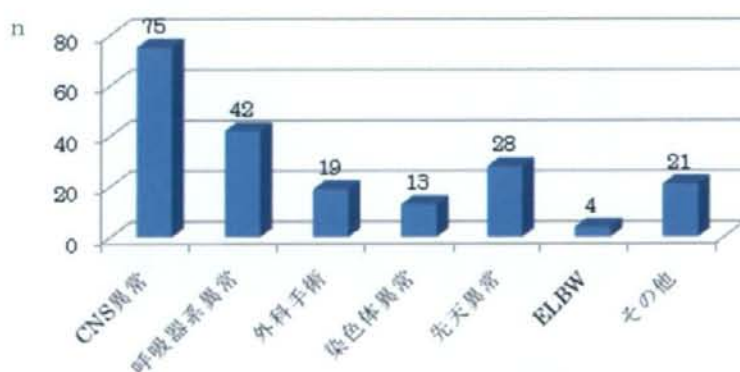


図11 経口摂取不能の基礎疾患

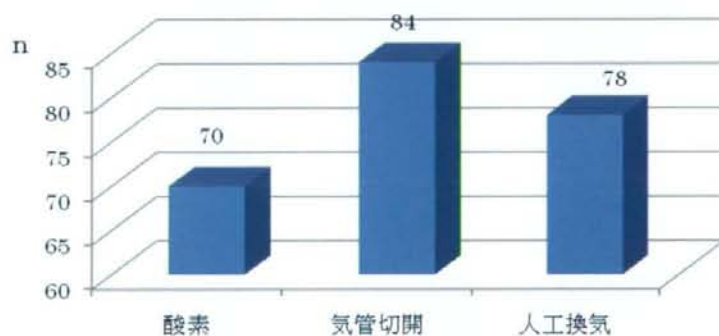


図12 経口摂取不可例の呼吸管理方法

表 1 調査票

NICU 入院期間 該当するものに○	診断名 (長期入院の原因と 関連するもの)	転帰 該当するものに○	退院/転棟/転院時の状況 (1) 該当するものに○	退院/転棟/転院時の状況 (2) 該当するものに○
1 6 ヶ月以上 1 年未 満 ( ) 1 年以上 2 年未満 ( ) 2 年以上 ( ) 4	1 在胎 ( ) 週 ( ) 日 2 出生体重 ( ) g 3 4	NICU 入院中 ( ) 転棟 ( ) 他院 ( ) 在宅 ( ) そ の 他 ( )	胃管 ( ) 胃ろう ( ) 腸ろう ( ) 静脈栄養 ( ) その他 ( )	酸素 ( ) 気管切開 ( ) 人工呼吸器 ( ) その他 (具体的に) ( )
2 6 ヶ月以上 1 年未 満 ( ) 1 年以上 2 年未満 ( ) 2 年以上 ( ) 4	1 在胎 ( ) 週 ( ) 日 2 出生体重 ( ) g 3 4	NICU 入院中 ( ) 転棟 ( ) 他院 ( ) 在宅 ( ) そ の 他 ( )	胃管 ( ) 胃ろう ( ) 腸ろう ( ) 静脈栄養 ( ) その他 ( )	酸素 ( ) 気管切開 ( ) 人工呼吸器 ( ) その他 (具体的に) ( )
3 6 ヶ月以上 1 年未 満 ( ) 1 年以上 2 年未満 ( ) 2 年以上 ( ) 4	1 在胎 ( ) 週 ( ) 日 2 出生体重 ( ) g 3 4	NICU 入院中 ( ) 転棟 ( ) 他院 ( ) 在宅 ( ) そ の 他 ( )	胃管 ( ) 胃ろう ( ) 腸ろう ( ) 静脈栄養 ( ) その他 ( )	酸素 ( ) 気管切開 ( ) 人工呼吸器 ( ) その他 (具体的に) ( )

貴施設では NICU 長期入院 (6 ヶ月以上) 患者に対して、NST (nutritional support team) が関与していますか? (はい・いいえ)

表 2 在宅ケア移行と関連する要因 (1)

	Ad. OR	95%CI	p
CNS異常	0.87	-	ns
呼吸器系異常	0.61	-	ns
外科手術	1.31	-	ns
染色体異常	1.02	-	ns
先天異常	0.47	-	ns
ELBW	1.40	-	ns
経口摂取	3.93	2.06-7.48	0.000
経管栄養	0.40	0.22-0.72	0.002
胃ろう	0.51	-	-
腸ろう	0.64	-	-
静脈栄養	0.80	-	-
酸素投与	0.51	0.27-0.93	0.029
気管切開	0.47	0.25-0.90	0.022
人工換気	0.24	0.11-0.50	0.000

表 3 在宅ケア移行と関連する要因 (2)

	Ad. OR	95%CI	p
在胎期間	0.99	-	ns
出生体重	1.00	-	ns
経口摂取	3.00	1.54-5.86	0.001
人工換気	0.32	0.15-0.70	0.004

表 4 小児期の持続的経鼻経管栄養法の主な問題点

- ① 食欲と関係のない注入
- ② 摂食・嚥下行動を必要としない挿入時のための摂食・嚥下機能の低下
- ③ カテーテル挿入時の鼻咽頭腔内の損傷
- ④ 鼻腔内の狭小化による呼吸路の狭窄
- ⑤ 鼻咽腔刺激による分泌物の増加、細菌の繁殖
- ⑥ 周囲からの口唇・口腔への感覚刺激の減少
- ⑦ 唾液の減少
- ⑧ 食道・胃への刺激による胃食道逆流の増加
- ⑨ 寝かせることが多くなるための生活空間の狭まり
- ⑩ 味覚・触覚などの感覚刺激の減少
- ⑪ カテーテルによる喉頭蓋の損傷

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
板橋家頭夫	栄養管理法-新生児	渡辺明治 福井富徳	今日の病態栄養療法 (改訂第2版)	南江堂	東京	2008	87-91
田角 勝	経管栄養法と経腸栄養剤	田角 勝 向井美恵	摂食・嚥下リハビリテーション	医歯薬出版	東京	2006	186-190
田角 勝	機能障害のない摂食・嚥下障害	田角 勝 向井美恵	摂食・嚥下リハビリテーション	医歯薬出版	東京	2006	186-190

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年



平成 20 年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」

### 分担研究報告書

### 分 担 研 究 課 題 名

「中間施設としての小児救急・慢性呼吸循環管理病室の在り方の検討」

“中間施設候補”の慢性呼吸管理児受け入れに関するアンケート調査（1）

分担研究者 田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター  
研究協力者 奈倉道明 高田栄子 櫻井淑男 森脇浩一  
埼玉医科大学総合医療センター小児科

#### 研究要旨

産科の救急患者受け入れ拒否の背景には、新生児集中治療室（略して NICU）が満床のために出生した児をケアできないことが挙げられる。NICU が満床になる背景には、慢性の呼吸管理を要する児が長期に入院している例が多いことが挙げられる。産科救急医療の問題を解決するためには、そのような児を、小児医療を担う地域の中核病院に転床させることが必要であると考えた。そのための条件を探すべく、日本小児科学会認定指導医のいる全国すべての地域中核病院（508 箇所）にアンケート調査を行い 83%にあたる 421 の施設から回答を得た。その結果、受け入れが「可」の病院が 165、「条件付可」の病院が 177 施設であり、小児病棟規模としては、小児科医 9 人以上、看護師 26 人以上、病床 34 以上、人工呼吸器を 5 台以上有する施設がほとんどであった。これらが NICU 長期入院児が重心施設や在宅医療に移行した後の中間施設候補と考えられた。ただ、親が付き添うことが条件として求められが多かった。中間施設候補の問題点は地域格差で人口比で補正した場合には関西圏・東海圏で多く、首都圏で少なく、昨今の産科の救急患者受け入れ拒否の地域格差の遠因になっている可能性が示唆された。今回の一次アンケートの結果を受けて、慢性呼吸管理児を在宅医療に移行させるための条件を二次アンケートで問うこととした。

#### A 研究目的

近年、産科、小児科医の不足が叫ばれている。特に、救急処置を要する妊産婦を受け容れる産科施設が不足しているため、いわゆる妊婦患者のたらい回しが社会問題としてクローズアップされている。その理由としては、もちろん産科医や産科施設の不足が要因として挙げられるが、妊婦患者が

生んだ新生児を適切にケアできる小児科医や新生児医療施設が不足していることも、大きな要因として挙げることができる。

現在、日本全国には総合母子周産期医療センターがほぼ各県に 1 箇所以上配備されている。本来ならば、こういった施設の新生児集中治療室（略して NICU）が、救急処置を要とする新生児を受け容れる責務を

担っているが、実際には NICU の病床は満床で、新規の入院患者を受け入れることができない状態にあることが多い。そのため、ハイリスクな妊婦を産科施設で受け入れることが困難になっている。

NICU の病床が満床になる要因としては、低出生体重児の数が増えたことも挙げられるが、慢性の呼吸管理を必要とする児が NICU を退院できずに長期間 NICU のベッドを占拠している例が重要な要因となっている。そこで、これら NICU に長期入院している重症児を、NICU から在宅医療や重症心身障害児施設などに移行させることが必要となってくる。

ただ、慢性呼吸管理児を在宅で両親がケアしながら生活していくためには、かなりの医療的、福祉的援助が必要になる。NICU は手厚い医療・看護体制のもとで慢性呼吸管理を 24 時間ケアする環境にあるが、そこから突然に在宅での両親のケアに切り替えることは、実際には困難を極める。両親は、健常な新生児を家に迎え入れるときでさえ、多くの不安、苦労、予期せぬ事態を抱えて新生児のケアに取り組まなければならない。ましてや、重症な病態を抱えた新生児・乳児を退院させる場合には、両親の前に想像しがたいほどの不安と困難が立ち上がることになり、スムーズに退院させることはしばしば困難である。

そこで、慢性呼吸管理児が NICU から退院するまでの間に、親が児に付き添っていただき、児のケアに慣れさせて医療的・看護的ケアに習熟させた上で退院させることが必要である、と我々は考えた。それを可能にする場所を仮に「中間施設」と呼ぶが、中間施設の有力な候補として考えたのは、

地域で小児科医療を活発に展開している中核病院の小児科病棟である。

そこで我々は、全国の小児科の中核病院にアンケート調査を依頼し、こういったが慢性呼吸管理児が入院を要する状態になったときに受け入れることが可能かどうか調査し、受け入れるために必要な条件を解明することとした。

さらに、慢性呼吸管理児を在宅への移行のために中間施設として親の付き添い入院を受けられるにあたり、必要な条件を二次アンケート調査で挙げていただき、詳しく解析することとした。

## B 研究方法

日本小児科学会認定の指導医が在籍する全国の病院（計 508 施設）に対し、一次アンケートを依頼した。主要な質問は、「呼吸管理が必要なNICU長期入院児を在宅医療や療育施設に移行した後に、患者が急性増悪した場合、一時的な呼吸管理を目的として貴科で受け入れ可能ですか？」である。

この質問に対し、①可能、②条件付き可能、③不可能の3つの選択肢を提示した。また、その病院の小児科医師数、小児科病棟の看護師数、年間の新入院数、新規に使用できる人工呼吸器の台数、年間の人工呼吸器管理数など、病棟の規模に関する質問を同時に行った。

## C 結果

回答の結果は、受け容れが「可」の病院 165、「条件付可」177、「不可」80、無回答 87であった（回答率 422/508=83%）。それぞれの病院の小児科病棟の規模に関する結果を（1）、（2）に述べる。ただし、調査で得られた数値は、特に年間入院数と人工呼吸器患者数に関しては大雑把な数値が多く、正確さに欠けるものであることをあらかじめ明記しておく。

また、可と条件付可の病院に対し、受け容れるのに必要な条件を多選択肢の中から選んで頂いた。その結果を（4）に述べる。また、可と条件付可の病院が日本全国の中でどのように分布しているかを（5）、（6）で述べる。

### （1）受け入れが「可」の病院

165 箇所（回答数 422 の 39%）あり、それらの病院の特徴は下記のとおりである。

（以下 平均±標準偏差）

小児科医数 9.0±5.9

看護師数 26±13

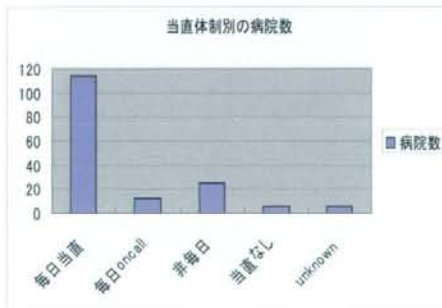
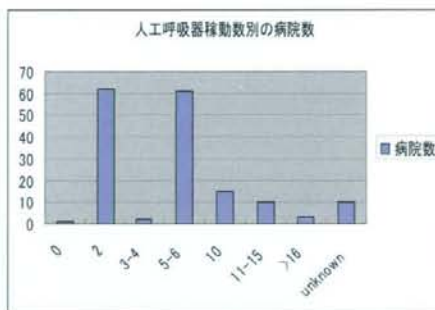
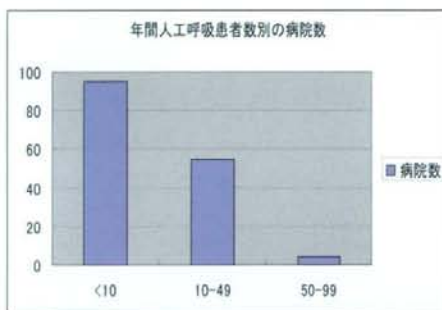
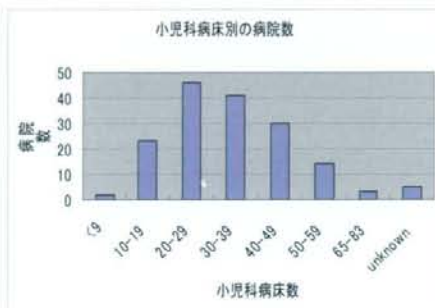
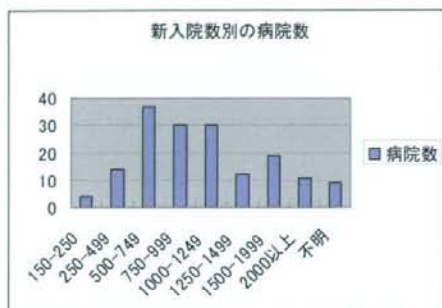
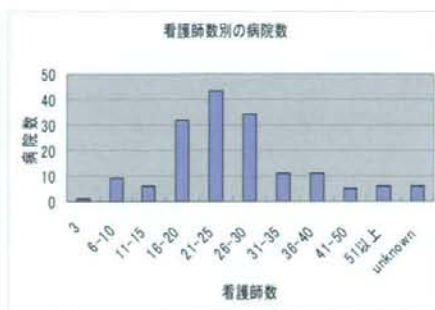
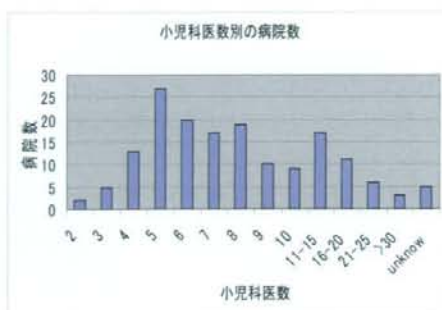
年間新入院数 995±490

病床数 34±12

人工呼吸器数 5.1±4.1

年間人工呼吸器患者 27±23

毎日当直もしくは on call 124（75%）



(2) 受け入れが「条件付き可」の病院  
 177 箇所 (回答数 422 の 42%) あり、それら  
 の特徴は下記のとおりであった。

小児科医数 8.2±5.7

看護師数 25±9

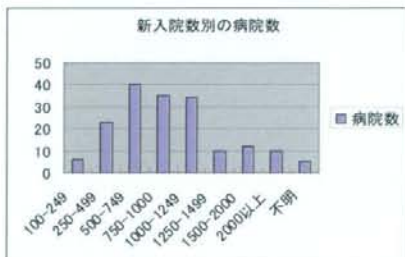
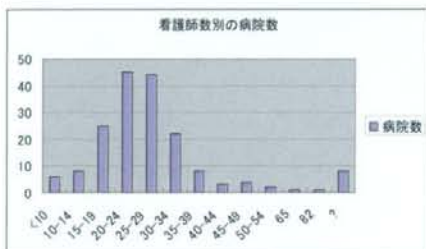
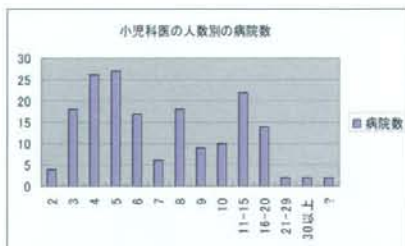
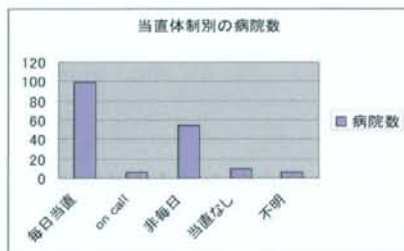
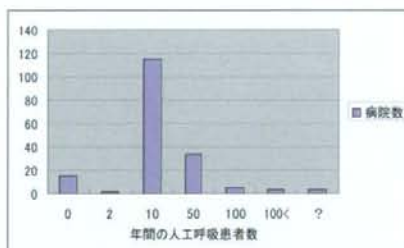
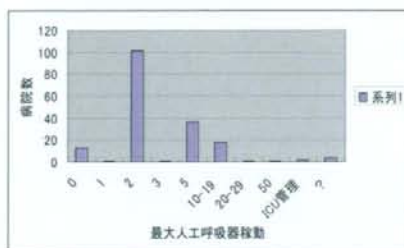
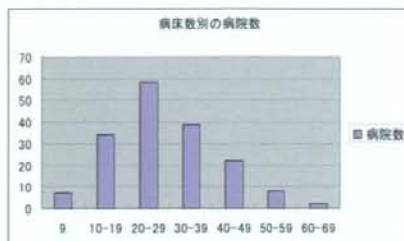
年間新入院数 912±473

床数数 33±16

人工呼吸器数 3.9±5.0

年間人工呼吸器患者 21±24

毎日当直もしくは on call 105 (60%)



## (3) 「可」の病院と「条件付き可」の病院の規模の比較

小児科病棟の規模に関する指標を比較すると、以下のとおりである。

	可 (165)	条件付可 (177)
小児科医師数	9.0±5.9	8.2±5.7
看護師数	26±13	25±9
年間新入院数	995±490	912±473
病床数	34±12	33±16
人工呼吸器数	5.1±4.1	3.9±5.0
呼吸器患者数	27±23	21±24
毎日対応	125 (75%)	105 (60%)

「可」と「条件付可」の病院を比較すると、小児科医師数は 8-9、看護師数は 25-26、年間新入院数は 900 台、病床数は 33-34 と、スタッフや病床の規模には有意差がない。しかし、可の病院は条件付可と比較して、人工呼吸器数が多く ( $p<0.01$ )、年間の人工呼吸器患者数が多く ( $p<0.01$ )、当直もしくは on call で毎日対応している病院が多かった ( $p<0.05$ )。

## (4) 受け入れのための条件

これら条件付き可の病院が選択した受け入れのための条件は、下記のとおりである。ただ、条件の詳細は、二次アンケートの中でより詳しく質問している。

親の付き添い	79 (45%)
自施設の患者のみ	67 (37%)
人工呼吸不要	27 (15%)
年齢制限	21 (12%)
日数制限	21 (12%)

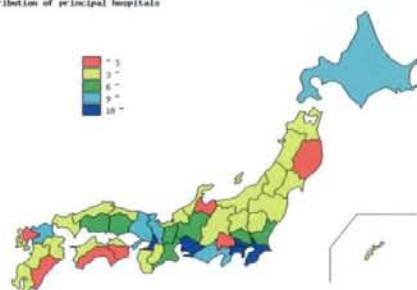
(平均 14.2±13.7 日)

## (5) 日本国内での中核病院の分布

呼吸管理を要する NICU 児の受け入れ可の病院 165、条件付き可の病院 177 を合わせ、合計 332 病院を中核病院と呼び、その日本国内の分布について考察した。

都道府県別の中核病院数は、最少の県が徳島県 (0 箇所)、宮崎県 (1)、山梨県 (1) であったのに対し、最多の県は、大阪府 (35 箇所)、東京都 (31)、愛知県 (25)、神奈川県 (22) であった。その地図上分布は下記のとおりになる。

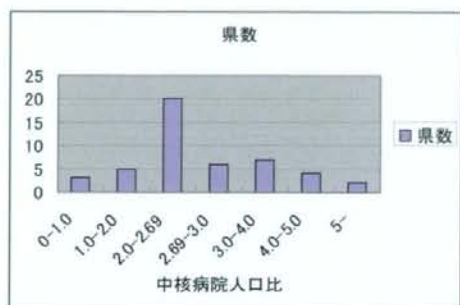
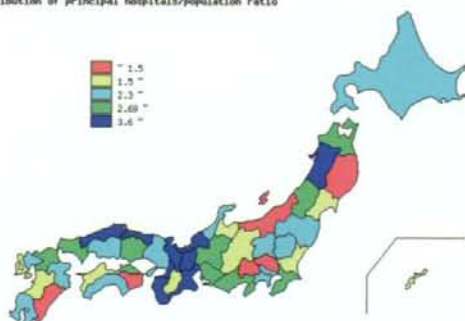
distribution of principal hospitals



(6) 中核病院人口比

ただ、中核病院数を単純に比較するだけでは医療事情を的確に把握することはできない。各県における人口を考慮する必要がある。そのため、中核病院数を人口で除した比＝(可+条の病院数)／人口(百万人)を中核病院人口比と名付け、これを県別に算出した。中核病院人口比の全国平均値は2.69、中央値は2.48であった。

distribution of principal hospitals/population ratio



中核病院人口比が最少(1未満)の県は徳島県、宮崎県、埼玉県であり、最大(4.8以上)の県は滋賀県、鳥取県、和歌山県であった。中核病院人口比の地図上分布は下記のとおりである。

中核病院人口比の全国平均値は2.69であるが、平均値未満の県は28県(60%)と多い一方、3.0以上の恵まれた県が13県(28%)あり、地域格差が非常に大きいことが分かる。特に人口が過密する首都圏の中では、埼玉県が非常に低く、東京都、神奈川県は平均値未満であった。このように中核病院人口比が低い県は、NICU重症児の問題を抱えるリスクが高い県であると言える。

県名	中核 病院数	人口(万人)	中核病院 人口比
徳島県	0	0.81	0.00
宮崎県	1	1.15	0.87
埼玉県	7	7.07	0.99
山梨県	1	0.88	1.14
新潟県	3	2.42	1.24
岩手県	2	1.38	1.45
宮城県	4	2.36	1.69
富山県	2	1.11	1.80
茨城県	6	2.97	2.02
長崎県	3	1.47	2.04
愛媛県	3	1.46	2.05
奈良県	3	1.42	2.11
熊本県	4	1.84	2.17
沖縄県	3	1.37	2.19
長野県	5	2.19	2.28
鹿児島県	4	1.74	2.30
兵庫県	13	5.60	2.32
佐賀県	2	0.86	2.33
福島県	5	2.08	2.40
広島県	7	2.88	2.43
東京都	31	12.66	2.45
栃木県	5	2.02	2.48
群馬県	5	2.02	2.48
大分県	3	1.21	2.48
神奈川県	22	8.83	2.49
北海道	14	5.60	2.50
高知県	2	0.79	2.53
石川県	3	1.17	2.56
山口県	4	1.48	2.70
岐阜県	6	2.11	2.84
静岡県	11	3.80	2.89
千葉県	18	6.07	2.97

香川県	3	1.01	2.97
福岡県	15	5.05	2.97
山形県	4	1.21	3.31
愛知県	25	7.31	3.42
青森県	5	1.42	3.52
岡山県	7	1.96	3.57
福井県	3	0.82	3.66
三重県	7	1.87	3.74
大阪府	35	8.82	3.97
島根県	3	0.74	4.05
秋田県	5	1.13	4.42
京都府	12	2.64	4.55
和歌山県	5	1.03	4.85
鳥取県	3	0.60	5.00
滋賀県	7	1.39	5.04



## D 考察

アンケート調査を 508 病院にお願いし、慢性呼吸管理児の一時的な受け入れの可の病院 165、条件付可の病院 177 の回答を解析した。その結果、小児科医 9 人以上、看護師 26 人以上、病床 34 以上、占有されない人工呼吸器 5 台以上のキャパシティがあれば、呼吸管理が必要な NICU 出身の重症児を受け入れることは可能と考えられた。可の病院と条件付可の病院の間には、医師数、看護師数、年間新入院数、病床数に有意差を認めなかったが、可の病院は人工呼吸器台数、年間人工呼吸器患者数が有意に多く、また、当直や on call 体制によって毎日救急患者に対応していることが多かった。このことから、毎日当直・宅直を行い、人工呼吸器に余裕がある病院では、受け入れがより積極的になると言えた。

また、受け入れが積極的になるための条件として条件付可の病院が挙げた理由は、「親が付き添うこと」が多かった。この背景には、親が児のケアを病院任せにせず積極的に学ぶことが要求されており、また、入院中の重症児のケアに対する労働力としても期待されているためである。また、自施設でフォローしている児以外に外部から患者を受け入れる気持ちが、条件付可の病院には少ないことが分かった。その背景には、労働力や設備の不足、未知の重症児に対する不安、親の無理解やコミュニケーション不足に対する医療者側の不安があるものと思われた。

また、こういった中核病院の分布は日本国内で偏りがある。地域人口を考慮したと

してもその偏在は是正されず、単なる都心と過疎地域との違いだけでは説明できない。そのため、それぞれの地域事情に合った運用を考えていかねばならず、画一的な方法で成功するとは、言えないであろう。

## E 結論

NICU 出身の完成呼吸管理児が地域の中核病院の小児科で受け入れられるためには、小児科としてある程度の規模が必要である。その上、受け入れを積極的にするためには、医師や看護師のモチベーションが高く、当直・宅直にて毎日救急患者に対応でき、人工呼吸器に余裕があることが必要である。また、医療者側としては、親に付き添って児のケアに当たって頂くことを求めており、自施設でフォローしている患者以外の受け入れに消極的な傾向が見られる。その背景には、労働力や設備の不足、未知の重症児に対する不安、親の無理解やコミュニケーション不足に対する医療者側の不安があるものと思われ、これらを解消するための方策が必要である。また、こういった中核病院の分布は地域によって偏りがあるため、それぞれの地域事情に合った運用を考えていかねばならない。

さらに、NICU 出身の慢性呼吸管理児を退院させて在宅医療へ向けるためには、中間施設での親の付き添い指導が必要であり、退院後の在宅支援も積極的に行わなければならない。そのために必要な条件を探るべく、今回の受け入れ可・条件付可の病院に対して、二次アンケート調査を行う必要があると考えた。

平成 20 年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」

### 分担研究報告書

#### 分 担 研 究 課 題 名

「中間施設としての小児救急・慢性呼吸循環管理病室の在り方の検討」

“中間施設候補”の慢性呼吸管理児受け入れに関するアンケート調査（2）

分担研究者 田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター  
研究協力者 奈倉道明 高田栄子 櫻井淑男 森脇浩一  
埼玉医科大学総合医療センター小児科

#### 研究要旨

一次アンケートで慢性呼吸管理児を受け入れ可もしくは条件付可と答えた 177 箇所の地域中核小児科に対し、二次アンケート調査を施行した。その中で、慢性呼吸管理児を在宅医療や重心施設に移行させるための中間施設として入院を受け容れるための条件を質問し解析した。その結果、十分な人員と診療報酬を配置し、感染暴露に対する対策を講じ、家族の付き添いを前提とし、医師・看護師に専門的な知識やトレーニングを施し、NICU 入院中から家族の理解と協力を得るための説明マニュアルを開発し、在宅医療ケアシステムを地域の中に確立する、といった準備が必要であることが明らかとなった。

#### A 研究目的

慢性呼吸管理児を在宅で両親がケアしながら生活していくためには、かなりの医療的、福祉的援助が必要になる。そのためには、NICU 出身の慢性呼吸管理児が NICU から退院するまでの間に、親が児に付き添っていただき、児のケアに慣れさせて医療的・看護的ケアに習熟させた上で退院させることが必要になる。それを可能にする場所を仮に「中間施設」と呼ぶが、中間施設の有力な候補として我々は、地域で小児科医療を活発に展開している中核病院の小児科病棟を考えた。そこで我々は、全国の小児科の中核病院にアンケート調査を依頼し、こういった慢性呼吸

管理児が入院を要する状態になったときに受け容れることが可能かどうか質問した。可、もしくは条件付可と回答した病院に対し、さらに二次アンケートを依頼した。その中で、慢性呼吸管理児を在宅へ移行させるために中間施設として入院を受け容れるにあたり、必要な条件を挙げていただき、解析することとした。

#### B 研究方法

全国の小児科指導医が在籍する合計 508 の病院に、「長期に NICU で呼吸管理を必要とする児が、在宅医療に移行した後に急性増悪した場合、一時的な呼吸管理を目的として貴

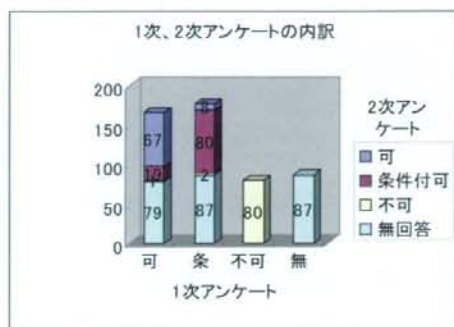
科で入院を受け容れることは可能ですか？」の質問に始まるアンケート調査を行った。この質問に対し、①受け入れ可、②条件付可、③不可の選択肢を提示したところ、①可の病院は 165、②条件付き可の病院 177、③不可の病院 80、無回答の施設 87 であった(回答率 83%)。

これら可と条件付き可の合計 342 病院に対し、NICU 出身重症児を受けれるための条件に関する二次アンケートを送付した。

### C 結果

二次アンケートの回答が返ってきたのは、①可の病院 165 中 87、②条件付き可の病院 177 中 90 であった。二次アンケートの中で冒頭の質問をもう一度提示したところ、可の施設 87 のうち、再び可と回答した病院は 67、条件付き可と回答した病院は 19、不可と回答した病院が 1 あった。また、条件付可の病院 90 の中では、二次アンケートで可と回答した病院が 8、条件付き可と回答した病院は 80、不可と回答した病院が 2 あった。詳細は下グラフのとおりである。

このように、1 次アンケートで表明した回答と 2 次アンケートでの回答が食い違う例が、少なからず見られる。1 次アンケートの結果からは、可の病院と条の病院とで規模にあまり違いがないことが判明している。そのため、可の病院と条件付可の病院を明確に線引きすることにあまり意味がないものと判断し、2 次アンケートで可と条件付き可と回答した合計 177 病院 (回答率 52%) のデータを、まとめて集計することとした。



- (1) 「平成 19 年 4 月～20 年 3 月の期間に、NICU 出身の呼吸管理を必要とする児が急性増悪して小児科病棟に入院した例は、何例ありましたか？」との質問に対して。

0 人と答えた施設は 102 (58%)、1-3 人と答えた施設は 58 (33%) あった。ただ、NICU 出身児以外にも、小児科でフォローアップされている慢性患者の中には、長期の呼吸管理を要する患者 (先天奇形や脳炎脳症後遺症など) が存在する。それらの患者を含めるとより多い数値になると考えられるが、今回の調査ではそのような患者を除外している。

NICU 出身の重症患者は、小まめでデリケートなケアを必要とするため、病棟にそのような患者が 1 人いるだけでも看護の上で多大な負担を強いられる、と指摘された。

- (2) 「上記のような児のための病床数を増やすためにはどうすればよいと思いますか？ (複数回答可)」との質問に対して。

「医師の増員」との回答が 55、「看護師の増員」との回答が 70、「モニター機器の増設」

が44、「保険点数の増額」が38あった。他に、「病床の拡張」(5)、「看護師のトレーニング」(3)、「補助金の給付」(2)、「(成人の)ICUでの管理」(2)、「慢性呼吸管理専用の部屋を増設」(1)といった意見が見られた。

病床を増やすための条件	病院数	%
看護師の増員	70	40%
医師の増員	55	31%
機器の造設	44	25%
保険点数の増額	38	21%

- (3) 「上記のような児が入院できるように必要な条件は何ですか？(複数回答可)」との質問に対して。

「自施設でフォローアップしている児に限る」(66)、「他の施設が空いていない」(30)、「親の付き添い可」(46)、「呼吸器なし」(29)、「看護師の増員」(35)、「医師の増員」(19)、「入院期間の限定」(24)などの回答が得られた。

要求する看護実質配置の平均値は、重症児1.4:看護師1であった。要求する医師数の平均値は、増員4.0人であった。

入院できるための条件	病院数	%
自施設の児	66	37%
親が付き添う	46	26%
看護師の増員	35	20%
他の施設が空いてない	30	17%
呼吸器不要	29	16%
入院期間を限定	24	14%
医師の増員	19	11%

- (4) 「NICUで長期に呼吸管理されている児を、在宅医療に移行されるための

準備として、小児科病棟に転棟させることは可能ですか？」との質問に対して。

可が54(31%)、条件付き可が99(56%)、不可が24(14%)あった。

- (5) 「上記に必要な条件は何ですか？(複数回答可)」との質問に対して。

「自施設で生まれた児に限る」(55)、「自施設でフォローされている児」(52)、「親の付き添い」(48)、「他の施設が空いていない」(20)、「呼吸器なし」(26)、「気管切開されている」(17)、「入院期間の限定」(28)、「保険点数の増額」(23)、「看護師の増員」(36)、「医師の増員」(22)、「在宅医療への見通しが立っている」(7)、「重症心身障害児施設の受け入れ枠拡大」(2)など。

入院期間の上限の平均は1.4ヶ月であった。保険点数の増額は、1日1患者当たりの保険点数として平均6,300点であった。要求される看護配置の平均値は、児:看護師=1.8:1であった。医師の増員数の平均値は4.3人であった。

在宅準備入院に必要な条件	病院数	%
自施設の児	55	31%
親が付き添う	48	27%
看護師の増員	36	20%
他が空いていない	30	17%
入院期間を限定	28	16%
呼吸器不要	26	15%
保険点数の増額	23	13%
医師の増員	22	12%