

池ノ上：なるほど。

岡本：佐藤先生のところでは、症例カンファレンスや勉強会等に助産師が参加してもよい会があるのですよね。

佐藤：もちろん、年に何回かあります。そういう会には当然いらっしゃっていますし、勉強会にも参加されています。

杉本：そういう環境はあるのですね。

佐藤：もともと嘱託医の施設があったので、そこを中心にして考えられていらっしゃると思うのですが。

池ノ上：もう少しマイナーなことで医師の判断が必要はところは嘱託医でやられて、これはだめだという時のマニュアルみたいなものが整備されていないわけですね。東京はコーディネーターにまっすぐ行けばいいのですね。

杉本；いくつかの嘱託医療機関の中に周産期センターも入っています。

池ノ上：なるほど。

杉本：日赤の場合は、都内の約 30 施設の助産所と契約してやっております。年に 1 回は集まって報告会、症例検討会があればそこで必ず話をするようにしています。

池ノ上：年に 1 回。

岡本：非常によくしていただいています。

杉本：オープンシステムがちょっと伸びないというのは、確かにうちでオープンシステムをやっている出張助産師という自宅出産に出かけて行く方は施設でないと少し不安だという時にはオープンシステムを使われてお産をされます。当初の考えていた数からするとあまり伸びていません。

池ノ上：なるほど。そうすると産婦人医もオープンシステムですか。

杉本：医師はいわゆる外来レベルで診ていてお産には立ち会わないセミオープンという形がほとんどです。オープンを使っているのは助産所です。患者さんと一緒に来て、自分で

お産をします。

岡本：安心してお産ができますね。

池ノ上：前田先生のところはセミオープン、オープンと両方されているのですか。

前田：今の国立病院の中では、契約書もシステムもなにもありません。オープン、セミオープンシステムになっていません。紹介状のない、普通の一般外来でこんな人までこの外来にたどりつくのというような症例が 6 割です。浜松の時には紹介状がなければたどりつかなかったです。やはり文化の違いだと思います。

池ノ上：こんな人まで前田先生の外来にたどりつくというのは具体的にどういうことですか？

前田：ようするに、婦人科の症例だと、手術だけをお願いしますというようにいろんな科の先生から絞り込まれて外来に紹介状を持ってこられています。MRI 検査は別のオープンシステムですすで取られているので全部揃っていて、その日のうちに手術の予定が決まるという外来を浜松の時にはやっていました。今は、ちょっとお腹が痛い、出血、癌検診、乳癌検診をしてほしい・・・等などの一次施設と同じ外来をやっています。話は変わりますが、岡本先生の調査研究はすごいなと思いました。産婦人科医の温度差だと思います。佐藤先生のようにどんな症例でもとにかく助けるぞというようなところに患者さんは流れて行くのです。神奈川県は私もよく存じ上げておりますが、やはりうちに来てもらったら困るという医師と、助けようというまず第 1 歩の思いを強く持っている先生との温度差があるんだと思います。これは反省しなくてはいけないと思いました。システムが上手く出来上がって稼働しても産科医師の温度差があるんだろうなと感じました。

岡本：このようなところであまり言いたくありませんが、助産師の資質がすごく大きいのです。

前田：それはお互いです。女性が強いというのは認めています、お互いですよね。佐藤先生のように来るもの拒まず、助けたいんだという先生もいるんです。

佐藤：産科医の大部分の先生は、助産所からの紹介、搬送になにかトラウマを持っていることがあります。すごく大変だったという。でも開業医の先生方からの同じような形での紹介があっても決してそうは言いません。それってなんでだろうと考えると、助産師さんが診ていたからということがどこかに上の目線がドクターの中にあって、そういうことが大きな障害になっていると思います。同じレベルで同じステージに乗って周産期をやっているんだよという意識が少ないと思います。

池ノ上；神奈川県が出てきて申し訳ないのですが、嘱託医にまず行かなければならないということが通常化しているというのは、嘱託医の先生が必ず自分のところへ来なさい、それから次ですよというふうになっているのか、センターはなるべく来ない方がいいということであるべく周産期センターではなく嘱託医に行きなさいということなのか、どっちなんでしょう。

岡本：両面あると思います。

前田：神奈川県はあれだけ大学もたくさんあって、大変だと思います。私は三重県で国立病院なのに、嘱託医として個人名でたくさん契約させられています。何枚サインをしたとか。これは地方だからこそできたんだろうなと思います。三重県に着任して4年半です。4年前から日本一というのは富士山だけでいいのに、三重県は日本一助産師さんが少ない県です。

杉本：助産師が少ないですか。

前田：日本一です。杉本先生の施設より県全体で少なかったのです。だれか自慢げに言っていました。県庁に行っても47番目ですと言われ、あれえー、日本って80県くらいあったかな？と。それが1番最初の驚きでした。さらに若手の離職率が高いので、県内新たに助産師のスキルアップセミナーを始めて、池田先生と講師として行っているうちに、彼は当地で教授になられました。2人で講義を一生懸命して、若手を辞めさせない。ベテランや中堅の方たちも別枠でセミナーを開催しました。そして助産師の方々に気にいっていただ

けたおかげで次から次に病院に押し寄せてきて、しかも国立病院の周りには性格的に少し問題のある開業医の先生や駅ビルでやっている先生しかいなくて頼むところもなかったということです。だから大学病院で師長までやった方たちが運営する助産院や出張助産所が国立病院の近くにありますが、その方たちは周りになかったというようにいろいろな条件が重なっているのでバイアスもかかっていますが、face to face で囑託医お願いしますと来られた。最初はちょっと抵抗したのですが、助産師会の中でいろいろなガイドラインがあって細かに書かれている。水上先生が出された学会のガイドラインにも院内助産のことが細かく書かれている。浜松でも細かく決められていました。女性がやる仕事というのはものすごく細かいのです。助産師さんのまた一部かもしれませんが、とても細かい。契約書もバーッと読んでそしてサインをします。

池ノ上：サインすべき書類の内容が細かい。

前田：ものすごく細かくて素適です。上手く言えませんが、信頼してくださったことあるのですが、外来の患者さんを紹介して来られるときも必ず付いてこられます。それがすごいです。患者さんの数も少ないのかもしれませんが、外来で一緒に待っていて、診察室と一緒に入って、内診室にも一緒に入ってくる。もちろん血液検査や超音波検査があるというのもありますが、何かあった時には「はい、いいですよ」と言ってしまいます。目に見えない努力を助産師さんたちもやっているのですから断れません。

池ノ上：前田先生は全然トラウマがないですね。

前田：ないほうです。

池ノ上：かつてそういう関係がトラウマとして残っている医師は結構いると思います。

前田：若い人のためにそれを払しょくするにはどうしたらいいでしょう。

池ノ上：前田先生のような行動を取るのがいいのではないのでしょうか。私は宮崎に着任したときに助産師さんに「大学に患者を送ってもいいですか」と相談されました。「いいですけど、県立病院とかたくさんあるじゃないですか」と言ったら「なかなか敷居が高くて・・・」

と言われました。「どんどん来て下さい」と言っていたらみんなが同じことをするようになってきました。スタンダードが診療所の先生たちをお願いしていることを助産所の助産師さんたちにもお願いして同じことをやってもらいます。都城というところは産婦人科医院が何軒かありますが、モニタリングがいい加減かなというのがあります。独立行政法人国立病院機構都城病院に予算がついたのでそれをもとにして、都城市内にある開業医の分娩中のモニタリングを全て繋がるようにしました。その中に助産所が3軒入っています。助産所の intrapartum monitoring もセンターの都城病院、藤元早鈴病院に来ます。それを自動診断装置に乗せてアラームがなったら、その2施設の産婦人科医のどれかを送るというようにしています。

前田：野田先生のところもですか。

池ノ上：もちろんです。だからその説明会の時に助産師さんたちはものすごく真剣に説明を聞かれていました。積極的に助産師も動き、受ける側も動く。先生が言われるのは新しい世代の産婦人科医にかつていろんなことがあってトラウマを持っている産婦人科医たちが「嘱託医になったらだめですよ」とか言うことが多い様です。

前田：います、います。

池ノ上：というようなことで、これから友好的関係を作っていくということが大切です。

目標は同じ方向に向かっているというのは間違いないのですから。それでは、福井先生お願いします。

福井：平成22年度の診療報酬改定でNICUの退院調整加算が新設されました。この加算が、機能しているかどうかに着目して、調査をしました。新生児の退院支援業務に係る調査と評価です。昨年9月1日0時点の調査をしました。全国89施設の総合周産期母子医療センターを対象に質問用紙を配布して49施設(55.05%)から回答を得られました。調査項目は1~4まであります。結果は、NICUの平均在院日数は28.4日、NICUに1年以上入院している子どもは37人でした。在胎週数は82名中31週±6.2日で在胎日数が220日±44、

APS 4.59 点/1 分、6.49 点/5 分でした。入院日数は 327.6 日でした。次のページですが、退院時体重が $5,167 \pm 1,957$ です。退院調整を行っている部門は NICU/GCU で勤務する看護師が退院調整を行っている施設が 20 施設 (40.8%)、平成 22 年の診療報酬改定では病院の退院調整部門にいる看護職などが退院調整をするという要件でしたが、実態としては NICU で働いている看護師が退院調整を行っていました。一方、新生児特定集中治療室退院調整加算があることを知らないというところが 3 施設ありました。退院に向けての必要な条件は医療依存度の高い子どもに対応可能な施設の充実が必要、医療依存度の高い子どもの訪問看護ステーションの充実が必要である、院外の後方病床を増やして欲しい、家族への継続的なケア指導などの援助が必要だということがあげられていました。退院時に必要だった医療ケアは経管栄養、酸素投与、気管吸引、四肢リハビリ、気管切開の管理、呼吸理学療法でした。退院調整支援として実施した内容で一番多かったのが、市区町村との連携です。他にも様々ありますが、同じ院内にある退院調整部門と NICU の看護職が連携するということが退院調整内容として挙げられていました。退院調整部門が院内にあるけれども NICU の外にあるということがあまり良い状態ではないということがわかりました。今、1 回目のデータクリーニングが終わっての集計を報告させていただいておりますが、退院調整が機能している施設の背景や、どういうことが退院調整に有効に働いているかということとをこれから出していこうと思っています。考察の視点としては、退院支援業務の内容を洗い出して明確化にしていくこと、退院支援調整に必要な知識、技術、資源の活用方法について、標準的な方法を示し NICU の退院調整に資することができるのではなかと思っています。平成 24 年 4 月の診療報酬改定で新生児特定集中治療室における退院調整の充実について議論され、院内の退院調整部門ではなく NICU に、NICU の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としてうえで、300 点の評価から 600 点に引き上げることが決まりました。平成 22 年度の改定では、病院内の退院調整部門の看護師などが退院調整するという要件でしたが、今回の調査で NICU の看護師が退院調整を行っているという

ことがわかりました。タイミングがよく、院内の調整部門ではなく NICU 中にある看護職に退院調整をしてくださいという要望をすることができました。平成 24 年度の診療報酬改定の具体的な内容としては、超低出生体重児（出生時体重 1,000g 未満）、極低出生体重児（出生時体重 1,500g 未満）の長期入院が見込まれる場合は退院支援計画策定時と退院時の 2 回算定可能とする。今現在は退院時に限り 1 回ですと 300 点ですが、改定案には階段が付けられていて 2 倍の 600 点が付けられる。算定要件の施設要件は、当該医療機関内に退院調整に関する部門が設置されていることと、当該部署に新生児の集中治療室および退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上、または新生児の集中治療室及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する選任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていることというように、ハードルが高いようにも思いますが、こういう体制が整えられれば退院調整がさらに有効になるかと思えます。

平成 24 年度の改定で、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU 設置医療機関とあらかじめ連携し NICU に入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられています。この加算を引き上げてこれを一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）、今入院基本料金で 1 番高いのは 7 対 1 ですが、13 対 1、15 対 1 のところにも NICU と連携していた子どもが転院したら評価をしますということになりました。しかしながら、NICU で子どもがケアを受けている環境と 13 対 1、15 対 1 の環境では雲泥の差があります。ここまでして誘導しなければならないという根本的なことは、何かなと思っています。また 2 年間で評価をして、新たな提言ができるのか、ここは活用されるのかというのは難しいような気がします。今回の調査のデータで 1 番難しい子どもを退院調整しても在宅に退院することができなかつた場合に後方病床へ転院というのは、決して 13 対 1、15 対 1 の病院ではないと思われまふ。入院が 1 年以上と、長くなつた場合には、こういう施設もあり得るのかも知れませんが、そういう場合には訪問看護ステーションとの連携や小児病棟との有効な連携が行われています。本来は、どうすればいいのか、

ここ2年間で、平成24年度の改定後の影響について、評価していく必要があると思います。後ろに付けた資料は退院調整部門とそれぞれクロスをかけた生データです。まだ3割くらいの解析での報告ですが、いずれにしてもこの調査を行うことによってNICUの退院調整加算がさらに評価していただきました。以上です。

池ノ上：はい、ありがとうございます。13ページの障害者施設についてお話をしましたが、これはNICUからいく子どもたちの施設ですか。

福井：施設ではなく病院です。この4月から一般病棟にもいけるようにする。診てくる病院があれば加算をつけて評価しますというものです。もともとNICUとの連携はしておいでくださいねということが前提にあります。

池ノ上：雲泥の差というのは、例えばどんな。

福井：例えば看護師の配置人数のことがあります。看護師が受け持つ患者さんの人数が全く違います。7対1の看護配置であれば、42人の患者さんに対して1日に必要な看護師の数は18人です。1日に18人です。13対1や15対1であれば1日に9~10人でもいいわけです。42人の患者さんを担当するのに、このように看護師の配置基準によって看護師の数は全然違います。NICUは、常時3:1の看護師配置基準ですから、12人の子どもをどの時間帯も4人以上の看護師で担当しています。13:1や15:1であれば、夜間は2人以上の看護師配置でよいので、20人以上の患者さんを受け持つこととなります。この状況に、NICUに入院していた子どもさんが転院するということになり、環境が大きく変わるということです。

療養病棟に入院している患者さんは、長期入院になっている高齢者の方が少なくありません。そういった病棟にNICUに入院していた子どものケアを行うことができる看護師がいるのかどうか、小児科の医師はいるのかどうか、というような環境も懸念されます。

池ノ上：看護力や医療提供能力に差があるということですね。

福井：療養ではなく医療依存が高いから病院に転院しなければいけないと思います。そう

すると医療依存の高い子どもが医師もいない看護職も訓練しなければならないという状況で転院したときに十分に診ることが可能なかどうかという懸念を発言しましたが、このような方向になりました。

池ノ上：はい、わかりました。

杉本：ケアの度合いというか、厚さが違うのでかなり不満が出ますよね。NICU から退院したくないという状況が目に見えます。そこが NICU の出口を誘導しようとする政策としては不十分ではないかというのが福井先生のおっしゃりたいことだと思います。

福井：その通りです。

池ノ上：確かに重症児、入院を要するお子さんたちの行く先が本当にはないのです。それは、施設数も少ないのですが、医師もいない。そういうお子さんたちをきちんと診てくれる小児科の医者が少ない。これは私のところもそうですし、各地域もそうだと思います。

杉本：在宅で出来るのが 1 番よいのかもしれませんが、訪問ケアをしてくれるような東京の中でもいくつかあるのですが、それがまだ不十分なのでなかなか在宅に持っていけないというのが現状です。早い時期に在宅に持っていかないと家族が子どもがいない状況での生活というのが出来上がってしまいます。そうすると在宅で引き取ろうというような意欲がなくなってしまう。早い時期からの在宅ケアを目指してやりましようとして動いてはいますが、実際のケアチームが足りないというのが大きな課題です。東京でも墨東病院を中心としたモデルは動いています。特定の地域しか在宅のケア能力のあるところがないので、東京都全体に広げるのは難しいというところ今行き詰っています。

池ノ上：実際にはこういう病院で受け入れられないですね。

福井：そう思うのですが・・・。

杉本：小児病院でベッドの余裕があって看護師を補充することでそれが可能かということですね。やはり小さい子どものいる NICU で勤務した経験のある看護師でないとなかなか難しいと思います。

福井：何年も入院していなければならないというような疾患上の理由もあって、退院調整が非常に難しいような、そのような状況はさておき、相当工夫をしてでも転院か、在宅への退院が出来る、そういう対象はどういう対象かといったことが今回の調査で特定できればいいかなとも思っています。2,000g 以上になっても退院を敢えてさせていないという病院のデータを今回の調査ではありませんが、みました。このよう病院のデータをみると、退院調整すべき子どもは、長期入院児ということではなく、退院可能な子どもへの退院支援を早期に行うことだと思います。

前田：ほかに医学的な理由があるのではないですか。

福井：そうでしょうかね～。相当の数でしたが、つき詰めていくと本当は NICU のベッドを空けられるのではないかという感じもあります。努力はいると思います。

池ノ上：うちでは未熟児網膜症で眼科のドクターがなかなか OK を出しません。そういうのが時々ありますね。結構大きくはなっている、新生児医療的には終わっているけれども目の変化を追いたいので退院させてはだめですか。

杉本：それは定期的に検診のシステムを作ればいいですよ。全体としては新生児医療から小児医療への連携がまだスムーズに出来ていないということですね。一般小児科医は新生児のレベルの医療はあまり慣れていないということもあって、在宅になったときにちょっとした異常があった時に積極的に診て下さる方が少ないのが現状です。

池ノ上：そうですね。

杉本：重症であればもとセンター、病院に来ていただければ対応はできるんですが、軽度の異常な時に対応して下さるところが非常に少ないということですね。

池ノ上：そういうお子さんたちを対象にした小児科の先生の数足りないのでしょうかね。

福井先生がおっしゃったフォローしないというのはそういうことでしょうか。

福井：そうなんです。

池ノ上：ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは福井先生の方でまた解

析していただき、報告書としてまとめていただければと思います。それでは、時間を少し過ぎてしまいましたが、これで第 2 回目の全体会議を終了したいと思います。ありがとうございました。

