

したいが、現実には、ずれができてきているのではないかと思います。

**多田裕先生（東邦大学）：**楠田先生もおっしゃったように、広義か狭義かという問題は、NICUが始まる前から問題があったのですね。

それで、今日も楠田先生の議論にあったと思いますが、厚労省が調べているNICU病床というのは、「保険の適用に関して特定の縛りはない」として調査しているのです。我々が考えている施設数より随分多くなってしまおうということが従来からありました。もうこれだけ普及しているのです。昔の広義とか狭義とかではなく、周産期医療整備指針に書いてある、規定通りの病床をNICUと言うということにした方がすっきりするし、病床が足りなければ、その分を増やせという要求もしやすいと思いますが、行政を変えるというのはなかなかできません。

ただ、今、藤村先生がおっしゃったように、議論すると同時に、それをどこが提案するか、行政を待っていても絶対に言ってこないのです。例えば学会でやるのか、研究班で提言をしてそれを守ってくれ、という形で持っていくかというところを、先生方で議論をしていただく時代になったのではないかと思います。

**藤村正哲座長：**ありがとうございます。周産期医療整備指針に示された、きちんとした「規格を満足した新生児集中治療室を持つもの」と、私たちは考えるべきだと思います。その方向で考えていくということではいかがでしょうか。それは飯田先生がおっしゃることと大体一致する訳ですね。

**飯田浩一先生：**これは自分らの都合のためかもしれませんが、整備指針に書かれているNICUの基準でしたら、当然、新生児特定治療室管理料を算定できる条件ですので、整備指針を満たして算定していないことはないと思います。ですから、整備指針に例えば「管理料を算定していること」という文言を入れる方向性は無理でしょうか。

**楠田聡先生：**整備指針ではあくまで「望ましい」とか「努めること」となっている。ですから、NICUの整備指針に出ているところも、全部を言うと「望ましい」ということになってしまう。今回も前回の整備指針でもだいぶその辺はもめたようですが、そこで「こうであるべき」とはできなかつたようです。ですから、診療報酬と整備指針は残念ながら今のところは…。だから、飯田先生のような問題が起こるので。

一つ申し訳なかったのですが、全出生あたりベッド数が2.5から3床というの、あの中に「診療報酬の新生児特定集中治療あるいは総合周産期新生児集中治療の算定する病床が2.5から3である」と書けばよかったです。あれをNICUと言ってしまった。だから、「このNICUは、診療報酬を算定するNICUですよ」というのを、確かにもう一度、学会か連絡会で宣言するというのは、誤解を解くためにいいかもしれません。

**藤村正哲座長：**今後、学会としても楠田先生のまとめられた方向で引っ張っていただこうということではどうでしょうか。次の話題にいきたいと思います。

#### ●今後の新生児医療

**高橋幸博先生：**今、新生児科医が行える仕事の量を超えて、いろんな分野の研究や、新たな診療にも携わなければやっていけないようなNICUになってきています。できればNICUでの仕事に集中できるような環境作りを将来的に考えていただきたい。

**藤村正哲座長：**かなり大きな漠然としたお話でもありますので、確かに皆さん反対はないと思います。具体的にいろいろと提案が出て来るとは思いますけれども、これは異論のないところですね。楠田先生が、ご提案があるようなことを言っておられました。

**楠田聡先生：**今後の新生児医療ということで、背景をお話しすると、和田先生が出されましたが、出生数は減っているがハイリスク児は増えた。ここ数年ほぼ同

じくらいになった。ただ、お母さんの出産年齢は1年毎に平均が1歳近く延びている。ということはさらにハイリスクの子供が生まれるだろうから、当面ハイリスク児の数は変わらないだろう。ですから出生数は減ってもハイリスク児のニーズは変わらないので、先程言ったように、NICUのベッドは1000出生あたり2.5から3床、2.6床になったと思いますが、地域的にはやはり足りないところがある。

ただ、ベッドができたからといって、当然人が付く訳ではない。病床数の整備に比べて医師の整備が遅れていますが、日本未熟児新生児学会の会員数を見る限り、少しずつ増え始めているので、何年か遅れてそのベッド数に見合う数になっていくので、当面数年は我々のフィールドは大きくなることはないのかなというのが、私の最初の意見です。

次は藤村先生からこのNRNを引き継いだのですが、かなり茨の道かなという気がしています。やはり研究体制を維持するためには、それなりの組織と資金が要るので、それに関しては学会理事長にもどのぐらいできるのかというのを相談して、皆さん方に提案させていただく。さらに、いわゆる急性期の新生児の問題と、この研究班で特に問題だった、いかにフォローアップをするかということに関しては、このNRNの当面の問題かと考えます。

フォローアップを良くするためには、一つは小児慢性特定疾患を使う。日本小児科学会の新生児委員会で、極低出生体重児を小児慢性特定疾患の対象にすれば、今後自動的にある程度データができるのではないかと話を話していました。小児慢性特定疾患はそれなりに厳しい基準がありますが、今回は国立成育医療研究センターの松井陽先生の研究班に森臨太郎先生が入っておられるので、森先生のサジェスションがあって、極でなくても、1,000g未満にする方がより重症度も増すので、それでどうだろうかということで、研究班から全ての小児科学会分科会、未熟児新生児学会にも問い合わせがありましたので、戸荻先生を通じて、超低出生体重児を小児慢性特定疾患の候補ということで出ささせていただきました。

これは研究班に投げられて、最終的には母子保健課で検討されると思います。

昨日から中村肇先生が言っておられるように極低出生体重児は難病である。死亡率も減っていますが、それなりに高いですし、発達障害あるいは脳性麻痺というのは明らかに高いですから、そういう意味では小児慢性特定疾患が通れば、かなりのメリットが患者さんにもあると考えられます。ただ、慢性特定疾患が新たに増えるというのは非常に厳しいようです。森先生が知っておられるとは思いますが、分かる範囲でお願いします。

**森臨太郎先生（国立成育医療研究センター）**：では、小児慢性特定疾患のことだけ少しお話をします。現在、関与されている方はご存じかもしれませんが、成人の難病に関して非常に大きな動きが出て来ている。今年度から難病の研究班の在り方を考えようと、厚生労働省の疾病対策課で根本的に書き直そうということで、その疾病の内容から全部を含めて検討中です。そういう大きな波がある時に何ができるかということ、出来るだけ母子保健にいいことを提案していく。母子保健あるいは母子医療のいわゆる一つの生き延び方ですが、その一つとして、小児慢性特定疾患の今までの問題を解決できないか。難病の大きな波と一緒に乗って、小児慢性特定疾患を解決できないかという動きが、今年度から出て来ています。

私は小児慢性特定疾患を検討する研究部に今年度から赴任したというタイミングもあって、関与させていただいています。一つの手段としては、小児慢性特定疾患に関与しているお子さんたちが20歳あるいは18歳以上になったときに、いわゆる成人期の移行問題ですね、難病の枠組みを使って、そこに一緒にもっと入ってもらって解決しようということなんです。ただ、それだけではなくて、せっかく小児慢性特定疾患を考え直すのであれば、新しい疾患を増やすというのは非常に難しいものの、整理をする。やはり動いている時がタイミングなので、私は、新しい、もしかしたら今まで忘れ去られていた疾患で、小児慢性特定疾患が入るべき疾患がり、そこで極低出生体重児や

超低出生体重児も検討できるのではないのでしょうか。これはなぜかという、河野先生をはじめ先生方の発表を見てもそうですが、それこそ中村先生が、昨日ご指摘のように、私たちがこういう行政の施策がどうこうと言う前に「超低出生体重児あるいは極低出生体重児は慢性疾患である」、要するに小児科の慢性疾患であると考え直してもいいのではないかと私は考えているというのが一つあります。ですから、そういう枠組みに入るメリットがどこまであるか分かりませんが、少なくともそういうことを表に出すのか、「これ、周産期の問題だけではないですよ」ということを言うのは、一つの目的でもあるのかなと思います。

先程楠田先生がおっしゃいましたように、小児慢性特定疾患はデータベースを作りますので、私の手元にそのデータベースが全部あるのですが、例えば超低出生体重児のデータですね、フォローアップのデータも入っているシステムと一緒にできるかなと思っています。それもメリットの一つです。

まだ現在検討中です。予算もありますし、多分、最終結論は今年度中につきません。来年度中に恐らく決まっていきます。もし、超低出生体重児なり極低出生体重児が小児慢性特定疾患に入っているほしいと皆さんが思っていたければ、二つの重要な提案があります。

一つは患者会です。この小児慢性特定疾患は、最終的に平場の議論で決まります。平場の議論で大きな声が出るというのは非常に大事で、そのときに我々のように利益相関を持っている専門家の集団が言うのも大事ですが、それよりも患者団体が言うのは非常に大事です。ですからお願いしたいのは、未熟児の患者会というのはそれぞれ病院ごとにあるはずですが、全国組織としてはないと私は見えています。できれば早い時期に全国組織にして、強い声を出していただいて、そういう平場の議論で大声を出していただく。これが通りやすくする環境整備の一つになります。

二つ目は学会自ら、小児科学会を基盤にしながらかつめて、「極低出生体重児、あるいは超低出生体重児、あるいは早産

児、超早産児は慢性疾患である」という概念を打ち出していきたいと思っています。そういう積み重ねで、もしかしたら入る可能性もあるかなという状況です。

**藤村正哲座長**：はい。ありがとうございます。楠田先生の提案からその話が續いてきましたが、この辺りで次の問題提起の議論とか、いろいろとご相談ありましたら出してください。

### ●医療体制

**高田哲先生（神戸大学）**：今、小児神経学会では在宅医療ということが非常に大きな問題になっております。一方で、重度な子供さん、高度なという意味ですが、そういう医療が必要な子たちというのは、実は先天奇形であるとか染色体異常の方たちの数がどんどん増えてきている。これだけの周産期センターが一緒になってデータベースを作っている。当然そういう方たちのデータを早くから取っていきながらサポートをできるような仕組みが作れないかというのが一つです。

それから、私はそういう患者さんを直接見っていますが、以前に仁志田先生が倫理的な意思決定と愛護的ケアについて、その後、船戸先生がガイドラインを出されたりしていますが、一方では、実際の倫理の決定という場面がどうなっているのかというのが非常に不安に思われている。実際には多くの専門職が入った形で議論されていると思うんですが、NICUの中で、倫理的な決定をする部分がどれくらいちゃんと整備されているのか。患者さんから「どうなってるのか」ということを、私はよく耳にいたしますので、その辺りのことについても考えていただいたらと思います。

**藤村正哲座長**：はい。どうもありがとうございます。今、言われた最初のポイントは、在宅医療関係で重度の…。

**高田哲先生**：一つは、生まれつきの奇形とか染色体の問題を持っていて、生まれたときから診断がつくという問題、それからそういう子たちの家族からいいます

と、胎内でも診断がつくようになってきた時に、生後どこまで治療するのかどうか、実際にどうやって決定されているのかというのが明らかでない。そういう場合どのような仕組みがあるのかということです。

**藤村正哲座長**：趣旨は分かりました。他にございますでしょうか。

今日、和田先生がインフラとか医療体制のことを出されました。長い間新生児医療に従事してきて、特に中小の NICU で人手がなくて本当に毎日倒れるかと思う位働く新生児科医がまだ日本にずっと続いているんじゃないか。要するにたこ部屋みたいな NICU ですね。その問題は忘れたらいけないと思います。

総合周産期母子や地域周産期母子として指定はされた。ただ、地域の中、現場で働いている新生児科医の中には、例えば月 8 回以上当直とか、「なぜ自分がこういう環境でこの地域周産期母子という名前を維持しないといけないのか」とか、いろんな医師としての悩みを抱えている人もまだ続いているのではないかと思います。新生児医療を今ここでディスカッションする限り、私はそういう問題提起を残していかないといけないのではないかと思います。

**和田和子先生（大阪大学）**：一つは、全国を平均しますと病床数も整ってきた。それから医師数も不足ながらもそれなりにやっているというような数字が出ている。網塚先生がおっしゃったように、地域差ということは恐らく解消しづらいところがありまして、特に若い先生方は症例の多いところで若い時はもまれたいというのがあったり、新生児科を目指す人に限らず、労働環境がちゃんと整っていないところに人は居着かないというのは昨今の事情になっております。

参考になるかどうか分かりませんが、小児科学会も震災をきっかけに、学会として公募をして、僻地であったりとか、日本のどこにお子さんに対しても質の高い医療を提供するというのを、全国に向けて誘導していくようなことが少しずつ始まっています。私自身も、「ハイ

リスクの患者さんの数自体はもうこれ以上増えませんか」と言った一つのメッセージとしては、偏ったところに若い人がワッと行くと、その一人一人のスキルは下がるんじゃないかという危惧はあります。トレーニングということと、日本で今まで我々が保ってきた質を保つということに関しても、お助けに行くなり、人事交流を…、私はよく「大学、大学」と言っていますが、学閥が大事だという意味ではなくて、都道府県を超えて、あるいは大学の壁を越えて交流するというのは、今後は必要なことではないかと思っています。

もう一つ、コメディカルのことです。高橋先生もおっしゃっていましたが、NICU で対応すべき事柄が非常に増えて、細やかになり先進的になり高度になって、1 人の医者が何でもできるということはできなくなります。私の調査でも、心理士、コーディネーター以外の臨床工学技士、薬剤師等々、必要なコメディカルの職種も増えていきますし、他の職場に比べて協働が進んでいないということが明らかになりました。私たちが、医師の中でも小児科医の中でもマイナーであるように、病棟薬剤師にしても理学療法士にしても、やはりベビーに関する分野というのは、それぞれの職種でも恐らくマイナーなんだろうと思います。ただ、先進的に行われていて、どんどんコメディカルの方が入って非常によく機能している病院が、個々に見ればあると思います。昨年、PT の先生が未熟児新生児学会の学会賞を取られていました。先進的にやられている施設はあると思うので、是非これから私達も意識して、学会活動なり研究会なりを通じて、NICU に入ってきている、うまくいっている成功事例をご紹介しつつ、コメディカルの仲間を増やしていくような仕組みも、これから必要なのではないかと考えています。

それともう一つ、先程の倫理の話です。高田先生がご指摘されていましたが、恐らく皆さんも感じておられると思います。非常に重篤な先天異常のお子さまというのは、出生前診断が多くなり、その多くは総合周産期、地域周産期センターで生まれ、出生前から関わられるということ

が多くなっていると思います。

一番ホットな話題としては、母体血で初期の染色体異常症の検査ができるということで、非常に議論になっていますが、これからの周産期センターの機能の一つとして、そういう倫理的な問題を扱う部分を、質の高いカウンセリングができる人をちゃんと配置するとか、そういう視点もこれからは必要になってくるんじゃないかと思っています。以上です。

**近藤裕一先生（熊本市民病院）：**二つあるんですけど、まず高橋先生と和田先生がおっしゃったコメディカルのことです。

NICU で働く臨床心理士さんや薬剤師さんがマイナーだとおっしゃったんですけど、見方を変えるとすごい最先端なんですよね。例えば薬剤師で、NICU 病棟で働いているといたら日本にまだそんなにいない。今、東京小児医療センターの薬剤師の方と連携を取って、薬学会で「NICU で働くと、こんなに役に立つんだ」とか、「面白いんだ」というようなことを発表してもらおうようにアシストしています。恐らく臨床心理士は、全国組織もありしっかりされていますが、理学療法士や保育士もとても大切だと思いますし、皆さんもどんどんサポートしていただいて、そうすると私たち医者とか看護師がすべきことがもっとたくさんできるので、成績も…。きっと、発達障害とかも減るためにも必要かと思うし、是非皆さんもまた何かご意見があったらよろしくお話ししたいと思います。

二点目は、藤村先生と森先生がおられるので、小児医療提供体制のことをお尋ねします。

小児医療体制について、去年 12 月末までに小児科の基幹病院とセンター病院と地域振興病院のどれに入るかというようなことを自分たちの地域ごとに決めて小児科学会に出しなさいというのが出て、びっくりしました。小児医療供給体制なのか、小児救急医療の供給体制みたいに私は読んでしまったんですね。要するに 24 時間小児科の医者が救急医療に対応するかどうかということがすごく出てまして、昔、藤村先生の時には救急型と NICU 型と両方する型に分けていただい

ていたんですけど、どうも何か「24 時間小児救急医療をちゃんと見ることが大切」みたいな感じで。うちも NICU 当直しかしていないから名乗りをあげないことにしています。あれはとても詳しいデータをあげないといけないですね。森先生もそれを集約されると思うんですけど。NICU だけの当直しかいないところで小児救急というのはなかなか表に出せないところもあります。「小児医療供給体制がある」というのは、実際的にはどういうことなのか、新生児のことがむしろ抜けたところで話が進んでいるんじゃないかなと思って心配しています。

**森臨太郎先生：**日本小児科学会の中核病院小児科地域小児科センター登録事業というのが、一年半ぐらい前に日本小児科学会の代議員総会で承認いただきまして、これは元々藤村先生のおが国の小児医療提供体制の在り方という流れの中で出て来たものではありません。

近藤先生がおっしゃったように、確かに救急というのが随分色が強いという印象かもしれませんが、実は藤村先生がお作りになったとき、元々の問題意識は小児の救急をどうするかというところから始まって、ただ私が引き継いでから、実は色が少し変化して、小児医療に変えています。これは幸か不幸か、その変化にお気付きの先生方と、お気付きじゃなくて救急のイメージを引きずってらっしゃる方、昔のことを知らないで「何で救急の色が強いんだろう？」と思っている方と、いろいろといらっしゃるんですよ。

最初から話をすると、正に総合周産期センター、地域周産期センターみたいな形で、中核病院小児科という病院の機能群と、それから地域小児科センターという病院の機能群と、地域小児科センターに近いような病院だけでも非常に人口密度が少ないためにそれだけの数ができないという、いわゆる 1.5 次ぐらいの病院も地域振興小児科という要素、あるいはそれ以外の病院も病院小児科、一般小児科といろいろありますが、病院の機能を明確化して、継続的に調査する形で周産期の体制を整備してきたように、小児の医療提供体制を整備していきましょ

うというのが事業の根幹であります。

その中で、中核病院小児科は高次の小児医療を提供する施設で、基本的に主眼にありますのは、こども病院と大学病院本院です。地域小児科センターの定義は、基本的に 24 時間の小児医療を提供する病院です。「二次小児医療」という定義はなかなか難しいですが、要するに 24 時間 365 日、二次の救急というか二次レベルの小児医療が提供できる場所という形になっています。

ただ、確かに矛盾があって、二次の小児医療というときに、例えば、発達障害も二次、三次という話になるかもしれないですけど、別に入院が必要とは限らない訳ですよ。ですから難しいところですが、「二次の入院診療」と呼んでいます。救急とは限りません。この微妙なところでなかなかコンセンサスが作れなかったものですから非常に申し訳ないですが、そういうところで当てはまる場所を出していただいて。ただ、現状はそれを出したからといって診療報酬に関わるものでもありませんので、基本的にはそういう病院がどこなのかというのを見させていただくというか、登録して、今後継続的に調査していくというふうになります。

ただ、先生方はこの NRN の動きをずっと見てらっしゃるので、何となく想像いただけたと思うのですが、NRN が、総合周産期センター、地域周産期センター、そして疾病登録をベースにして診療の質を向上していくという枠組みができてきておりますように、基本的には小児医療で同じようなことをやっていこうというのが主眼です。例えば中核病院小児科、地域小児科センターという枠組み、それから先程お話が出た小児慢性特定疾患のデータベースを含めた各疾患小児のサブスペシャリティの疾病登録は既にもうやっていますので、そういうことを複合的に含めて、小児医療の質の向上ということを考えてやっていますので、是非先生方もできる限りご協力をいただければと思っています。

**楠田聡先生**：すいません。小児医療の供給体制の前の、和田先生がおっしゃって

いた話に戻らせていただきます。繰り返しになりますけど、NICU の病床数がかなり整備されて、2.6 に達した。ただ、和田先生がおっしゃるように地域差があることは事実です。それから、飯田先生の話で、NICU の考え方も多少地域によって差があるようなことも起こりつつある。コメディカルも整備指針の中ではある程度書いてありますが、これも温度差が地域によってはあるだろう。

ということは、何が必要かということ、全国規模の周産期医療協議会が必要だと思います。母子保健課に周産期医療推進協議会があった頃は、そういうものを作って全国規模で協議するという事になっていったと思いますが、指導課に移ってからはまだそういうのはないですよ。ある程度整備が進んだ以上、やはり全国規模で周産期医療の整備を見ていく必要があると思いますので、是非全国規模の周産期医療協議会を開いて、地域の問題、格差の問題があればそれをどうするか。しかも今は広域でお互いに融通しようということになっていますので、そういうことも含めて、問題を解決するためには都道府県単位で整備することになっていますが、全国規模の周産期医療協議会を開いて問題を話し合うのがいいことだと思います。

母子保健課の周産期医療というのは、昔多田先生がやっておられたと思いますので、ご意見があればお願いしたいと思います。

**多田裕先生**：今の周産期医療協議会という点では、NICU が足りなくなってきたということで、この班の前の班で提案した周産期医療体制の整備の実施にあたって協議会を作って、産婦人科と一緒に母体母子保健課でやりました。先生がおっしゃるように、地域の周産期医療体制をどう整備するかという点が視点になっていたと思います。先程の森先生のお話だと、だんだん集中してきたが、小児の医療体制を検討し整備を進めていくと NICU だけでは完結しなくなってきたのだと思います。高田先生のお話もあるように、いろんな領域あるいは障害の問題も含めて広げなきゃいけない。発達障害の 5～6%

が NICU の中から出て来るけれども、それ以外もかなり多い。ということは、超未熟児や極小未熟児については是非こういう研究班を続けて、核の部分をよく学問的に研究していく。ただその成果は、今度は発散させていくというか、広げないといけないと思うので、楠田先生がおっしゃったような意味の周産期医療協議会というのは、正常新生児を含めた新生児医療を対象にする。これまで我々はアイデンティティを作りたいと思って、一所懸命周産期医療の報酬の問題や NICU の立場の改善を目指してきたのですが、そればかり言っていると、小児科なり産婦人科なり全体の医療の中で、我々の立場は却って悪くなってしまいます。我々新生児の者はその周辺の人たちに協力を求めたり、応援してもらいながら、我々が核でやったものを広げていくのにどうしたらいいかという視点で、是非周産期医療協議会を開いていって、地域の広域化も必要だと思いますし、いろんなことを考えていく。それにはやはり救急だけではないので、母子保健課に乗り出してきてもらうようにすると、彼らの仕事としても非常に広くなると思いますので、是非そういうことを働きかけていただく核になっていただければありがたいと思います。

**藤村正哲座長：**ありがとうございます。中林専門官もおいでですが、ご発言いただけますか。

**中林洋介先生（厚生労働省医政局指導課）：**今いろんなご意見を伺って、都道府県ごとには周産期医療整備指針に基づいて協議会を作って、県内の問題を話し合うように示されている訳です。今、ご指摘いただいたように、医療計画の周産期医療の項の中で、患者さんについては県をまたいでも連携して協力するということとは文言が入っていたと思いますが、実際に実務者レベルでどうかということについては、ご指摘いただいたような視点もあると思います。すぐ対応できるかどうか分かりませんが、まず持ち帰って議論します。何度か申し上げさせていただきましたが、確かに入り口の問題で、退院してそのあとのフォローの問

題を考える上では診療科としての連携もありますし、私たちの立場から言わせていただければ、母子保健の方々、障害を持ってケアが必要な方については、障害部との連携が必要なので、そういったところで行政と現場とが一緒に話し合える機会というのが確かに必要だと思います。こういった形でそれができるのかということについては、私一人では答え兼ねるのですが、持ち帰って議論させていただきたいと思います。また、その件について、過去の経緯など教えていただければそれも参考に話していきたいと思います。ありがとうございます。

**高橋幸博先生：**本当でしたら田村先生とか仁志田先生がお話しする議題かもしれませんが、NICU はものすごい勢いで気管切開している子どもさんが在宅医療に帰っている訳ですね。ところがその人たちのショートステイやお産のときに子どもを預かってもらう施設というのは全然なくて、NICU は一所懸命誘導している訳です。そのあとのケアというか体制が、果たして今のこの組織でやるべき内容か分からないのですが、そこが整備されなければ、長期入院とか、逆流じゃないですけど戻ってきますので、その辺をどこが主体でやっていただくかは別として、考えていかないといけない問題だと思います。在宅医療が進むことによって、NICU の回転が良くなったのも事実ですけども、帰られた方が果たして QOL が良いのかというのはまた別なので、その辺も考えていかないといけない。

**河野由美先生（自治医科大学）：**フォローアップ体制の課題について三点だけまとめさせていただき、皆さんのご意見を聞きたいです。

一つはフォローアップ率の中には、施設としてデータを登録する施設としていない施設があるという問題をどうするかということで、データ登録できない施設、あるいはしていない施設はなぜなのかを知りたいというのが一つです。

それから、脱落を減らすにはどうすればいいか。仕掛けが必要だということを考えていますが、もし超低出生体重児が

小児慢性特定疾患に登録されるのであれば、かなりの脱落を防ぐことはできるのではないかと。さらにその上に長期追跡という意味で 18 歳まで追跡できるはずですので、追跡は可能になる。しかしながら、小児慢性特定疾患に登録されたからといって、ちゃんと健診に来て評価できるという保証はないはずですので、そうなったときに私たちはどうするかということやちゃんと考えておく必要があると思います。

最後に、地域との連携をどうするかというのがこれからの課題だと思います。本当に極低出生体重児だけをフォローしていればいいのかという問題はすごく大きな問題で、先天異常のある子や severe SGA の子は別のフォローアップシステムに持っていかないといけないのですが、それは地域との連携というのが非常に重要ですので、そこをどうするかというこ

とを、今後の課題としてあげておきたいと思っています。

**藤村正哲座長**：ありがとうございます。フォローアップの件は今回かなり議論してきていただきましたので、今のご発言は記録をいただきたいと思っています。

最後に私から申し上げたいのですが、この研究班は 9 年にわたってきまして、ここでひとつのまとめをすることになりましたが、新生児集中治療の研究に終わりがあるわけではありません。この度一定の中間の成果、それなりのまとめで次のステップにぜひ発展させていく、その一つの段階はできたと思いますので、皆様のご尽力に心からお礼を申し上げたいと思います。

皆さん、本当にご苦労さまでした。(拍手)



厚生労働科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

「重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究」  
総合研究報告書（平成 22～24 年度）

2013 年 3 月

「新生児集中治療ネットワーク」研究班  
研究代表者 藤村正哲

地方独立行政法人 大阪府立病院機構  
大阪府立母子保健総合医療センター  
〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840  
Tel 0725-56-1220, Fax 0725-56-5682

