

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

研究2：NICU 及び GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービス向上の研究

研究分担者 赤平 百絵（国際医療研究センター病院 小児科 GCU 科長）

研究要旨：近年、妊娠への認識低下、妊婦健診未受診、保護者の育児能力不足や育児支援体制の欠落などより良好な育児環境下でない新生児が増加している。特に新生児治療室に入院した児（以下、入院新生児）は、医療介入や出生早期の母子分離などにより、発育・発達の問題に加えて社会的問題が顕在化することが多い。それら入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における退院支援・福祉サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため病院内では医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を行い、必要な場合には子ども虐待防止委員会を開いている。地域では、地域の保健師、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。今回は、当センター病院における多種専門職会議は入院新生児に恩恵があるばかりでなく、新生児特定集中治療室退院調整加算を得ることができることに言及した。さらに、育児不安解消のための産褥ケアを、病院内で行う場合（病院内母子同室）と地域で行う場合（産褥ケア）について検討した。

A：はじめに

NICU 及び GCU 入院新生児（以下、入院新生児）の家族の医療面に対する負担や不安は大きい。家族が入院新生児のケアに参加することは、愛着形成や不安の軽減につながり、ひいては乳児虐待予防に貢献すると考える。

そこで、入院新生児における退院支援・福祉サービスのすみやかな導入のため、従来の医師・看護師・助産師などの病棟スタッフに加えて、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を定期的（週1回1時間）に行い情報共有に努めている。また、必要な場合には子ども虐待対策委員会（院内）を開いている。地域では、保健センター、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。

今回、多種専門職会議によって新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）の取得が容易になることに言及した。また、育児支援が得られない家庭が増加するなか、産褥ケア施設の充実が期待される。

B：研究項目と研究成果

・国際医療研究センター病院の NICU・GCU における多種専門職会議と新生児特定集中治療室退院調整加算：

NICU という忙しい日常業務のなかで多種専門職会議を定期的に行うのは、各医療スタッフ

の努力が必要である。2012 年 4 月から退院調整加算 600 点が算定されることを契機に、MSW や退院支援看護師が多種専門職会議に参加することになり、入院新生児への退院支援・福祉サービスの早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

・国際医療研究センター病院における母子同室制度の試み：

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母子同室制度を作成した。制度開始後 9 か月間に 5 名の児、4 名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。NICU・GCU 入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しを求められる。

・産褥ケア施設の現状の検討：

助産院を利用した産褥ケア施設は経営的にもいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。

C：結論

多種専門職会議を日常業務の中で定期的に行うことは、入院新生児に退院支援・福祉サービスの適切な導入だけでなく、退院調整加算を得ることで診療報酬の増加につながる。

院内母子同室は診療収入内で実現可能であり、産褥ケア施設と共に、育児支援のない家族へ福音となる。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-A: 国際医療研究センター病院の NICU・GCU における多種専門職会議と
新生児特定集中治療室退院調整加算

研究協力者 芳田 玲子（国際医療研究センター病院 医療ソーシャルワーカー）
研究協力者 加藤 美鈴（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）
研究協力者 松村 幸子（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）
研究協力者 須貝 和則（国際医療研究センター病院 診療情報管理専門職）

研究要旨：国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）は、すでに NICU・GCU において多種専門職会議を定期的に行い、医療上の問題だけでなく、患児やその家族の社会的問題をいち早く抽出し、必要な退院支援・福祉サービスの提供に努力してきた。2012 年 4 月から、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）により多種専門職会議を行うことにより 600 点の加算が付くようになった。これを機会により効果的に患児と家族を把握するために、標準化した評価票を作成し、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師に結びつくように機能整備を行った。また、多種専門職会議に MSW や退院調整看護師が加わることで、迅速な支援が可能になった。また、2012 年 9 月から 2013 年 10 月の間、当センター病院における採択された退院調整加算の割合について、当センター病院が加入している Diagnosis Procedure Combination（以下 DPC）を用いて検討した。206 名が算定され、算定漏れは 11 名であった。算定漏れでは事務手続きが原因によるものが 8 名、書類未作成によるものが 3 名であった。書類未作成のものは、出生 0～1 日で転院したものであった。また、算定率は 93.3% で、加入 DPC の中では一番高かった。多種専門職会議の定期開催によって、退院支援・福祉サービスが有効に行われ、かつ退院調整加算に反映されることにより診療報酬にも貢献した。

A: はじめに

医療・福祉・個人の抱える社会背景の多様化、複雑化が進み、NICU・GCU における多種専門職による包括的な入院新生児および家族の支援は必須である。国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）では、すでに医師、看護スタッフ、臨床心理士による多種専門職会議で社会面の評価を行い、必要な場合には迅速に医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）や退院調整看護師に連絡していた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）600 点 が算定されることになった。

そこで、従来の多種専門職会議の業務形態を構築し、合わせて退院調整加算の算定率につて検討した。

B: 多種専門職会議

当センター病院は NICU6 床、GCU8 床を有し、常勤医 2-3 名、小児科レジデント 4-5 名、初期研修医 2-3 名、看護師・助産師 25 名と臨床心理士（非

常勤）1 名により構成される。1 週間に 1 時間ほどの多種専門職会議で、医療上の協議はもちろんのこと、家族背景や社会上の問題について情報共有し、必要がある場合には臨床心理士によるカウンセリングや MSW や退院調整看護師による支援を迅速に行ってきた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、退院調整加算 600 点 が認められるようになった。当科では、従来の患児・家族の評価に加えて、それらをより標準化するために、入院時アセスメントシート（図 1）、入院経過スクリーニングシート（図 2）退院支援計画書（図 3）の評価票を作成した。特に入院時の評価項目をより簡便にし、多種専門職会議に、MSW と退院支援看護師が参加することで、該当項目をより明確にし、包括的に討議ができるようになった。また、急な対応が必要な場合には、迅速に MSW へ知らせる機能を確立した。

C: 新生児特定集中治療室退院調整加算

当センター病院では医事課の協力のもと、3 種

の評価票を用い、退院調整加算を申請している。図4に2012年9月から2013年10月までの加算該当数の推移を示す。申請した206名全員の申請は算定された。算定ができなかったもののうち、3名は書類未作成によるものであった。これらは出生後1日未満で原疾患の治療のため転院し、書類を作成する時間的余裕がなかった。また、医事課の事務手続きが原因で算定できないものが8名あった。

図5に当センター病院が加入しているDPCにおける退院調整加算の算定率を示した。当センターは93.3%と高い算定率であった。

D：考察

多種専門職会議の必要性が言われて久しい。しかしながら、NICUという忙しい日常業務のなかで定期的に組み入れていくのには、各医療スタッフの努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されたことで、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することで、早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

しかしながら、退院調整加算が広く浸透しているとはいえず、当センター病院のDPCでは、50%以上の算定率は5病院にしか過ぎなかった。

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

等を示す。

(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に新生児の集中治療及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又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに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。

多種専門職会議を定期的に行っている施設の中には、上記基準に該当せず算定できないNICUもある。多種専門職会議は入院新生児に対する寄与は大きく、今後、それが一般化され活用されるべく施設基準の緩和が望まれる。

E：結論

NICU・GCUにおける退院支援・福祉サービスの向上のために、多種専門職会議は必須のものである。退院調整加算による診療報酬増加は、その推進を強く後押しすることが期待される。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-B: 国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み

研究協力者 田中 瑞恵（国際医療研究センター病院 小児科）

研究要旨: NICU・GCU に長期間入院した新生児は、家族の愛着形成や育児対応が遅れがちになり、退院してからの育児に対する家族の不安は大きい。当センター病院では、それら家族の育児支援のひとつとして院内の母児同室制度を作成した。それには、医師・看護職・医療事務が一体となり、看護職の人員配置に伴う病棟選定、該当児の決定や診療報酬の算定などの問題を解決して共同で作成した。運用開始した 2013 年 4 月から 12 月まで 9 か月間に母親 4 名（入院新生児 5 名、双子 1 組を含む）の利用者があった。

A: 背景と目的

核家族化、母体年齢の増加、育児支援者の高齢化や近くにいないなどにより、産後の育児支援が得られない家庭が増えている。特に、NICU・GCU に長期入院している新生児の家族は育児不安が大きいと思われる。しかしながら、看護職のマンパワー不足や診療報酬の問題から、院内母児同室の実現は難しかった。そこで我々は、医師・看護職・医療事務と一体になり、母児同室制度を共同で作成し、2013 年 4 月より運用を開始している。

B: 院内母児同室制度の設置まで

院内母児同室支援を考えるワーキンググループを立ち上げ、メンバーとして小児科医師、産科病棟師長、小児科病棟師長、病院医事課が担当になった。

対象は NICU・GCU に長期入院した児とその母で、児は退院に向けて特別な医療処置の必要はなく、母は疾患がない場合を想定した。目的は母の育児能力の向上であるため、小児病棟か産科病棟のどちらが適切かを協議した。小児科病棟の場合には、現時点では母児同室用に独立した部屋がなく、母は付添者ということで付添用ベッド（簡易ベッド）になり、育児環境に適さないこと、当院では病棟看護師と NICUGCU 看護師が異なり、継続性ではデメリットが多いなどの意見が出た。一方産科病棟での母児同室する場合には、母親は入院理由になる疾患がなく分娩でもないため、入院扱いにならないという問題が生じた。また、育児環境に近い個室（特別室）を確保したほうが望ましいとの意見もあった。産科婦人科の混合病棟を利用する場

合、特別室の空き状況など考慮して週末にかけて行うことにした（参考資料 1 参照）。

また、今回の指導料徴収にあたっては、厚労省の保険局医療課を経験している者に聞いて、入院費、指導料徴収の整合性を検討した（参考資料 2: 母児同室運用手順）。内訳を示す。

・入院新生児: 保険扱い、別途特別室料(1 日 9,000 円) を徴収
・母親: 支援料として(2 泊 3 日 18,840 円(食事代含む) を徴収
支援料内訳(指導料 5,000 円 × 3 日 + 食事代 640 円(食事療養費額) × 6 食)
・2 泊 3 日の母児同室の総費用: 45,840 円(9,000 円 × 3 日 + 18,840 円)

以上より 2 泊 3 日の母児同室の総費用は 45,840 円と有料になり、支払能力のない家族には利用できないことになった。

病棟選定も議論を要した。母親は交流期間の長い NICU・GCU スタッフからのケアが一番望ましいと思われたが、当院のように産科病棟を選定した場合、NICU・GCU に新生児が入院しているあいだから育児手技を開始し、その後産科スタッフへ適切に申し送りをするすることで、母親の育児不安の軽減と育児手技習得は図られると判断した。

該当児は当センター病院で出生し、母親が産科を退院して 2 週間以上が経過した児を対象にした。

以上の概念を元に、病棟運営、清算までの流れを詰めた（参考資料 3: 母児同室の清算までの流れ(医事室長より)、参考資料 4: 母児同室支援申込書）。また、家族に説明用のパンフを配布した(参

考資料5. 母児同室案内パンフ)

該当する児はNICU・GCUから産科病棟へ転棟する前から育児指導評価票(参考資料6)を用いて、母の育児の熟練度を評価した。

C: 母児同室施行例の検討

母児同室を開始した2013年4月から12月までの間に、4名の母親(双胎1組を含む5名の新生児)が母児同室を申し込んだ。それらの特徴を表1に示す。

C-1: 児の背景(5名)

全員早産低出生体重児であった。在胎週数は30週から33週で、出生時体重は1503gから2022gであった。双胎は2組いたが、1組は双胎の退院時期が大きく異なるため、退院が早かった児のみ母児同室を行った。母児同室に移行したのは、日齢30日から81日で、修正では37週から42週であった。体重は2546gから3676gであった。

C-2: 母の背景(4名)

母4名全員が初めての子であった。母の年齢は31歳から44歳で、不妊治療は2名が受けていた。妊娠期の合併症は切迫早産が4名、重症高血圧症が2名、切迫早産による管理が3名、胎盤早期剥離が1名であった。分娩形式は緊急帝王切開が3名で子宮収縮抑制剤中止後の経膈分娩が1名であった。

D: 考察

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。

今回は母の育児不安を軽減することを第一の目的にした。理想としては、母児同室を希望する家庭に対し、いつでも(専用の病室を確保)、どの家族にも(院内出生などの条件をつけない)、金銭的

な負担を少なく(保険適応の範囲で)、サービスを提供していくことである。しかしながら現行の保健収載を考慮したうえで、母親への育児の指導料という形式に落ち着いた。

制度を開始して9か月間に母4名の利用があった。2泊3日で5万円近い実費がかかることは、利用を妨げる要因かもしれない。特に父母とも精神疾患をかかえている場合は、経済的に困窮している家庭が多く、事実上利用できないというジレンマがある。一方で、助産所で産褥ケアを行う場合はさらに費用がかかると試算されている。

今後利用者を増やすためには、該当児の条件の拡大(例:母が退院してから2週間以上経過を短くする、院外出生を受け入れるなど)することもひとつの方法といえる。さらに利用者の要望を参考に改善していく必要があると思われる。

E: 結論

院内母児同室を現行の保険制度に照らし合わせて制度化した。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

F: 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

第57回日本未熟児新生児学会

「母児同室に向けての当院での取り組み」

森本 奈央, 田中 瑞恵, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次, 2012年11月25日~27日 熊本日本未熟児新生児学会雑誌(1347-8540)24巻3号 Page635(2012.10) (会議録として収録)

	児の背景					母の背景						
	性別	在胎週数	出生時体重	アプガースコア	原疾患	母児同室の日齢	母児同室の体重	母の年齢	出産数	不妊治療	妊娠期の合併症	分娩様式
1	男・双胎第1子	33週3日	2022g	8点 9点	早産低出生体重児・双胎	30日(37週5日)	2885g	31歳	初産	あり	切迫早産・重症妊婦高血圧症	緊急帝王切開
2	女	30週6日	1502g	7点 7点	早産低出生体重児	81日(42週3日)	3676g	38歳	初産	なし	胎盤早期剥離	緊急帝王切開
3	男・双胎第1子	33週6日	1707g	6点 8点	早産低出生体重児・双胎	34日(38週5日)	2360g	44歳	初産	あり	切迫早産・重症妊婦高血圧症	緊急帝王切開
4	男・双胎第2子	同上	1974g	7点 9点	同上	同上	2546g	同上	同上	同上	同上	同上
5	女	32週3日	1776g	2点 6点	早産低出生体重児	39日(38週0日)	2641g	37歳	初産	なし	前置胎盤・切迫早産	経膈分娩

表1. 母児同室を行った児と母の背景

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-C: 産褥ケア施設の現状の検討

研究協力者 橋本 初江（橋本助産院 東京都助産師会理事）

研究要旨：産科医療機関から退院直後の母子に、心身のケアや育児サポート等を行う産後ケア事業について述べる。病院出産が増加している中、産後ケア事業の母体として助産院が有力候補である。しかし、経営の観点から試算した場合、1泊数万円が必要経費と見込まれている。補助金の割合は国が4分の1、地方自治体が4分の1、家族の実費が2分の1であり、いまだに家庭への負担は大きい。現時点で事業を開始した地方自治体は横浜市のみである。産褥ケアを推進するうえでの問題点について述べる。

A： はじめに

安部晋三内閣のもと、平成 26 年度厚生労働省の母子保健対策の強化として 314 億円が計上されている。その中の「地域における切れ目ない妊娠・出産の支援の強化」では 妊娠から出産、産後までの支援の強化と 不妊治療への支援がうたわれている。産科医療機関からの退院直後の母子に心身のケアや育児サポート等を行う産後ケア事業の母体として助産院が有力候補である。

今回、産後母子ケアモデルが普及するために必要なものについて検討する。

B： 産後ケア事業

助産院を利用した産褥ケア施設の定義として、褥婦が新生児と産科病院を退院したあと、親戚等の支援が得られない、育児手技そのものに不安がある場合などに、褥婦と新生児と一緒に数日間利用する施設である。

武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町（東京都世田谷区）や子育て支援施設ゆりかご（長野県上田市）などは、先駆的な産褥ケア施設で、それぞれ運営母体、料金、利用者の条件、ケアする施設の者、滞在期間、サービス内容などは特色がある（詳細はホームページ参照）。

今までも、各助産施設で個別のニーズに沿って実施されていた。今回は国と地方自治体からの補助があり、利用者の拡大が期待できる。横浜市では、産後母子ケアモデル事業を国の事業化に先駆

け、2013 年 10 月 1 日から開始した。産後母子ショートステイでは、助産所で助産師が母親の心身のケア・育児サポートを支援する。実施場所は市内 8 か所の助産所に委託する。利用者自己負担額は 1 割で、1 日当たり 3,000 円（1 泊 2 日 6,000 円）である。

C： 考察

核家族が進む中、産後の褥婦および新生児の育児支援を家族や親戚内で求めることが難しい時代になってきている。そんな中で、助産院を利用した産褥ケア施設の可能性は大きいと思われた。

しかし、経営が成り立つ入院費を試算したところ、1泊数万円かかること、補助金の割合は国が4分の1、地方自治体が4分の1、家庭が2分の1の実費であり、家族の負担が大きい。一方、地方自治体の経済的負担も決して少なくなく、開始を決めた自治体は現時点で横浜市のみである。

今後、褥婦家庭に求められる産褥ケアと財源の確保、地域のコンセンサスなど問題点を克服することが重要である。また、短期間であれば、我々が実施している院内母子同室制度（研究 2-B. 国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み）も選択肢として挙げることができる。

D： 結論

助産院を利用した産褥ケア施設は経営的にもいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。