

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（総合）

分担研究者 赤平 百絵（国際医療研究センター病院 小児科）

研究要旨

新生児治療室に入院した児（以下、入院新生児）やその家族を支援するために、多種専門職による退院支援・福祉サービスの介入や充実が重要である。そのために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日常業務と平行して定期的に行い、入院新生児の情報共有、必要な社会資源の抽出を行っている。多種専門職会議による退院支援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（退院調整加算）を得ることができる。しかし、施設基準などの算定には制約があり、実施施設にもかかわらず加算が取れず、実態と伴っていないことがある。今後、退院調整加算を契機に多種専門職会議がどの規模の新生児治療室でも実現できるよう、算定基準の改訂が望まれる。また、育児不安解消のための産後ケア施設の充実が、すみやかな退院に重要である。しかしながら、実施体制の充足困難や経営的観点から、実施はいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。今後の産後ケア施設の制度の助成金を含めた見直しが必要と思われた。一方出産した病院内の母児同室制度による育児支援は、産後ケアの形態の選択肢になりうると思われた。

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

芳田 玲子（医療ソーシャルワーカー）
加藤 美鈴（看護部・退院調整）
松村 幸子（看護部・退院調整）
須貝 和則（診療情報管理専門職）

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

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標準化した評価票を用いて行い、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、従来施行していた多種専門職会議の業務形態を再構築し、合わせて退院調整加算の算定率について検討した。

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、入院経過スクリーニングシート、退院支援計画書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（退院加算）

2012年9月から2013年10月までの退院加算に申請した206名全員の申請は算定された。申請に至らなかったのは11名であり、書類未作成や事務手続きに関連することが原因であった。その中に出生後1日未満で原疾患の治療のため転院したのも含まれている。

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は93.3%と非常に高かった。

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。

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

1. 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。
2. 退院加算による診療報酬増加は、多種専門職会議を強く推進し、社会資源、福祉の早期介入がより容易になった。

2-A 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

田中 瑞恵（国際医療研究センター小児科）

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。

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。

- ・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事で、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である。

参考資料として、母児同室の清算までの流れ、母児同室支援申込書や家族に説明用のパンフを作成した。

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）が母児同室を利用した。

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。

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。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。

2-C 産褥ケア施設の現状の検討：

橋本 初江(橋本助産院、東京都助産師会理事)
片岡 優華(首都大学東京大学院博士後期課程)

1、はじめに

平成 26 年度厚生労働省の母子保健対策として「地域における切れ目ない妊娠・出産の支援の強化」を図ることがうたわれ予算化されている。東京都では、平成 19 年度にモデル事業として「子育てスタート支援事業」を開始し、平成 22 年度から本格実施をしている。

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委託先として、助産院が有力候補であるが、この事業の一環として補助金を利用できる産後ケア事業として実施できている所は限られている。その現状と課題について検討する。

2、子育てスタート支援事業

この事業は区市町村が、出産や子育てに関し、家族等による援助を受けられない等、特に支援一定期間、通所(デイケア) 宿泊(ショートステイ)により、育児に関する負担感の軽減を図ることで、安心して育児に向き合える環境を整えることを目的としている。

対象者は若年親、望まない妊娠による出産、多胎児出産、強い育児不安又は家族・親族等から支援を受けられない事情等のために、区市町村において継続的な支援を特に要すると認めた妊娠期から出産後概ね 6 か月までの妊婦・母児である。ただし、経過が順調であって医療的処置の必要のないものに限る。

期間は、デイケアは妊娠期及び出産日から 6 か月までの間の 14 日間以内、ショートステイは同期間で 1 回あたり 7 日以内である。(必要に応じては延長可)

実施体制としては常勤職員一名以上配置し、この他に専任職員を配置するものとする。助産師等は 24 時間常駐させること。医師及びカウンセリングの行える臨床心理士と連携できる体制を整備すること。等の体制整備を行う事ができると、委託事業として補助金を受け取ることができる。

3、産後ケア事業

産後ケア施設とは、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。

一般社団法人日本産後ケア協会によると、2014 年 5 月時点で、全国にある産後ケア施設は表の通りである。

全国で産後ケア事業を行っている施設は 101 施設あり、そのうち 81 施設は助産所であった。産後ケア委託事業としては 23 施設が区市町村からの実施し、補助金の利用がされていた。1泊2日ショートステイの利用料金については施設によって大差がみられるが、平均はおおよそ 30,000~50,000 円程度であり、補助金がある場合には 3,000~10,000 円程度であった。

表 全国の産後ケア施設の概要

エリア	施設数	利用料金 (1泊2日)	補助金の 有無
北海道	2	64,000~	無
東北	4	20,000~	無
	1	3,000	有(助産師会から補助)
中部・上信越	16	20,000~	無
	8	10,000~	有(静岡県7)
東京	13	18,000~	無
	2	3,200~	有
関東(東京除く)	14	10,000~	無
	7	3,000~	有(全横浜市)
近畿	20	24,000~	無
中国・岡山	1	問い合わせ	無
	4	10,000~	有
九州	7	18,000~	無
	2	3,000~	有

*病院・助産院含む、利用料金は表示あるものを集計

4、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。産後の母親のニーズとし、育児を手伝ってもらいながら、まずは自分の身体の回復をしたいとの声が多くなっている。

現時点で産後ケアを行っている施設は全国で 101 施設とまだまだ少ないが、年々増加してきている。そのうち 81 施設は助産所であったため、助産所を利用した産後ケア施設の可能性は大きいと思われる。しかし、産後ケア委託事業として実施され、助産所で補助金が利用できる施設は 22 施設と少ない現状であった。横浜市や静岡県内ではモデル事業として多くの施設が実施できていた。助産所等が委託事業者となり、補助金を利用でき

るようになることが普及を進める一歩として望まれるが、子育てスタート支援事業としての実施体制を整えることは、規模の小さい助産所等では難しい現状がある。先に述べた実施体制を整えることは規模の小さい助産所等では難しいのではないかと考える。

1泊2日ショートステイを実施し、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。全国の利用料金を見ても30,000～50,000円であり、利用をするにはかなりの金額負担が生じることになる。補助金の割合は国が4分の1、地方自治体が4分の1、家庭が2分の1の実費であり、補助金が得られてもなお、家族の負担が大きい現状ではある。さらに、地方自治体の経済的負担も決して少なくない。東京都でも推進をしているが現時点で2か所しか委託事業として実施できていない現状である。

東京都助産師会としても産後ケア事業の必要性を感じているが、新たに産後ケア事業の為に助産所を作るとなると、分娩室などの設備が必要になり難しいと考える。世田谷区の武蔵野大学付属産後ケアセンター桜新町は旅館として建設し、産後ケア事業を実施している。目的に応じた助産所の設備等、制度上の工夫を行う事も必要と考える。

また、東京都では対象者として産後6か月としているが、本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、経過が順調であって医療的処置の

必要のないものに限る。とあるため、障害を抱えて退院した母児の場合には対象外となるケースもあると考えられる。障害を抱える母児を対象とした産後ケアの必要性が考えられるが、そのような施設はまだまだ少ない。そのような場合に対応できる施設の制定や補助等も今後検討していく必要があると考える。我々が実施している院内母子同室制度などの病院内での支援の場所も選択肢として挙げることができるが、実施体制を充足させることは、病院での人的、経営的視点からも難しく委託事業として行う事を断念しているところも多いのが現実である。

E：結論

助産所・産科施設等を利用した産後ケア事業は、実施体制の充足や経営的観点からも、いまだ厳しい状況にあり、普及を妨げているのではないかと

本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、現在の産後ケア事業では退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、障害を抱えて退院した母児の場合には更なる産後ケアが必要であるため、更なる制度や施設の充実をしていく必要がある。

F：参考になるサイト

一般社団法人 日本産後ケア協会
<http://sango-care.jp>