

厚生省厚生科学研究補助費 (子ども家庭総合研究事業)
 分担研究報告書
 「周産期医療体制に関する研究」班
 NICU 長期入院患児の実態とその後方支援に関する全国調査

分担研究者 山縣然太郎 山梨医科大学保健学 II 講座教授
 研究協力者 葉袋淳子 山梨医科大学保健学 II 講座

長期入院患者に対する医療支援、社会的育児支援の在り方を考える上での基礎資料として全国の長期入院患者の実態を調査した。NICU (病的新生児病床 (広義のNICU をさす。以下単にNICU と略す) を有する全国の医療機関) を有する施設を対象に平成11年12月1日現在の入院患児について、入院期間等を調査した。対象は492施設で、回収数372施設 (回収率75.6%) であった。入院患児全体 (9596名) で入院期間は1週間までが最も多く、2週間までで半数を超える。半年以上の入院が9%、1年以上が約5%であった。入院期間について、平均入院日数は必ずしも入院期間を代表しておらず、中央値や75や90百分位数を検討することが妥当である。これにより在胎週数別、出生体重別の標準入院期間を算定できる。また、患児の出生時体重以外の情報を加味することにより、より正確な算定が可能である。

後方病床については自宅退院が見込めない患児のうち、50%が後方病床へ移ること可能であるが、20%は空き待ちの状態、30%は後方病床がない状況にあった。後方病床の必要数等については年次推移などの情報得ることにより算定可能である。

1. 研究目的

周産期医療の発達と関係者の努力により、多くのハイリスク新生児が救命され、良好な経過をたどっている。一方で、種々の事由により、長期入院を余儀なくされている患児もあり、新たな課題となっている。本調査は長期入院患児に対する医療支援、社会的育児支援の在り方を考える上で、その実態を全国レベルで把握をすることを目的とする。

2. 研究方法

(1) 対象

対象は病的新生児病床 (広義のNICU をさす。以下単にNICU と略す) を有する全国の医療機関に平成11年12月1日現在、入院している患児のうち、小児科または新生児科 (小児病院、小児医療センターは小児内科または新生児科) が管理しているすべての患児とする。年齢は問わない。

上記入院患児のうち、平成11年12月1日時点で連続60日以上入院患児でNICU病床に入院している患児または過去にNICUを経験している患児については、「長期入院 (60日以上) 患

児個別調査票」(調査票2)により、後方病床についての検討をする。

(2) 調査方法

1. 「全入院患児調査一覧表」(調査票1)に対象入院患児に関する情報を記入。
2. 「長期入院(60日以上)患児個別調査票」(調査票2: 患児一人につき1枚の調査票)に、60日以上入院患児のうち、NICU入院患児またはNICU経験患児に該当する児について記入。
3. 「後方病床に関するご意見」(調査票3)に各施設における後方病床の状況と意見をご記入。

3. 結果と考察

(1) 入院患者調査

1) 回収率

対象 492施設 (病的新生児病床 (広義のNICU をさす。以下単にNICU と略す) を有する全国の医療機関)

- ・回収数 372施設
- ・回収率 75.6%

2) 結果

入院患者数 9,596 名 (男 5,247(54.9%) 女 4,309(45.1%) 不明 40)

入院患児の年齢分布

年齢	人数	%	累積%
0 歳	4,623	48.2	48.2
1 歳	996	10.4	58.6
2 歳	628	6.5	65.1
3 歳	470	4.9	70.0
4 歳	422	4.4	74.4
5 歳	332	3.5	77.9
6-10 歳	1031	10.7	88.6
11-15 歳	852	8.9	97.4
16-20 歳	179	1.9	99.4
21 歳以上	62	0.6	100.0
不明	1	100.0	

入院患児全体で 0 歳児が全体の半数、特に 0 歳児のうち 4 週までが 2,021 人で、0 歳児の 43.7%、全体の 21.1%。

入院期間

期間	人数	%
1-7 日 (1 週間)	3,693	38.8
8-14 日 (2 週間)	1,218	12.8
15-21 日 (3 週間)	681	7.2
22-28 日 (約 1 ヶ月)	484	5.1
29-60 日 (約 2 ヶ月)	1163	12.2
61-90 日 (約 3 ヶ月)	631	6.6
91-180 日 (約 6 ヶ月)	813	8.5
181-360 日 (約 1 年)	396	4.2
361 日以上 (1 年以上)	445	4.7
不明	72	100.0

入院患児全体で 1 週間までが最も多く、2 週間までで半数を超える。半年以上の入院が 9%、1 年以上が約 5%。

NICU 経験の有無

	人数	%
なし	5,162	54.9
現在入院中	3,164	33.6
過去に入院	902	9.6
不明	181	1.9
記載なし	187	100.0

入院患児全体で NICU に現在入院または経験者が 45%に上る。

在胎週数 (NICU 入院のみ記載)

週数	人数	%
28 週未満	635	15.4
28-31 週	763	18.5
32-36 週	1253	30.4
37-41 週	1447	35.1
42 週以上	23	0.6
不明	5475	100.0

現在 NICU に入院している患児のうち早期産は 65%を占める。

出生時体重 (NICU 入院のみ記載)

体重	人数	%
1000g 未満	709	17.1
1000-1499g	724	17.5
1500-1999g	739	17.8
2000-2499g	726	17.5
2500-2999g	643	15.5
3000-3499g	470	11.3
3500-3999g	109	2.6
4000-4499g	17	0.4
4500g 以上	7	0.2
不明	5452	100.0

現在 NIUC に入院している患児の出生時体重は 3000g までの 500g ごとの分類ではいずれもほぼ同じであり、低出生体重時は全体の 70%である。

NICU の状況と平均入院期間

	人数	平均入院日数 (日)	中央値 (25-75 百分位数)	最大 値
なし	5134	83.9 ± 384.0	7(3-37)	7230
現在 入院	3162	71.5 ± 193.0	24(8-64)	3442
過去 入院	901	223.6 ± 621.0	22(6-101)	5621
不明	181	100.5 ± 301.8	10(3-68)	2280

NICU 入院状況と入院期間を上表に示した。入院日数が正規分布を示さないために平均入院日数は患児の入院期間を代表していない。中央値および百分位数（パーセンタイル）を見ることが妥当であると思われる。

NICU 入院歴のない患児は中央値が1週間、25パーセンタイルは3日、75パーセンタイルは5週間の入院となっており、NICU の入院歴のない患児の75%が5。NICU に現在入院している患児の中央値が24日、過去にNICU 入院した経験のある患児は22日とほぼ同程度であった。また、現在のNICU 入院患児が過去にNICU に入院した患児に比べて75パーセンタイル値が短いのは経過途中の患児を含むためと、過去にNICU 入院し再度現在入院している患児は重症度が高いか、合併症があるなど、患者の属性の違いによるものと推定される。

次表は出生体重別の入院期間である。上記と同様に平均入院日数は代表値とはいえ、中央値、百分位数を表示するほうが、現在入院している患児の入院期間の実態をよく反映している。

低出生体重児の場合、中央値、75および90パーセンタイル値はいずれも体重が増えるに従って、期間が短くなっている。1000g未滿で10週、1000~1499gで6週、1500~1999gで3週、2000~2499gで2週を中央値に、それぞれ、4ヶ月、9週、5週、5週のなかに75%が入っている。

一方、低出生体重児でない患児の場合は必ずしも体重と入院期間は関連がなく、ここでは考慮されていない疾患や合併症などの要因によるものと思われる。

NICU 状況と出生体重 (NICU 経験者のみ)

体重	人数	平均 入院 日数	中央値 (25-75 百分位数)	90 百 分蘭 数	最大 値
1000g 未滿	708	127.3	72 (31-116.5)	202	3646
1000-1 499g	724	65.7	40 (20-65)	98	3070
1500-1 999g	739	79.3	21 (9-39)	120	4773
2000-2 499g	726	82.4	14 (6-34)	140	3203
2500-2 999g	642	133.8	13 (5-55)	276	4829
3000-3 499g	470	119.1	10 (4-35)	181	3818
3500-3 999g	109	194.0	9 (3-31)	325	5621
4000-4 499g	17	167.3	9 (5-19)	192	2445

(2) NICU 長期入院 (60 日以上) 患者調査

対象 回答数 1210 名 (NICU 入院または経験者 1159 名について集計)

入院期間

入院期間	人数	%	累積%
2-3 カ月	42	3.7	3.7
4 カ月まで	345	30.6	34.3
5 カ月まで	198	17.6	51.9
6 カ月まで	88	7.8	59.7
1 年まで	199	17.7	77.4
2 年まで	126	11.2	88.6
3 年まで	44	3.9	92.5
3 年超	85	7.5	100.0

Frequency Missing = 32

3ヶ月を超え4ヶ月までが最も多く全体の3分の1を占めている。5ヶ月までで全体の半数が占められ、3年を超えるものが7.5%いた。

性別

性別	人数	%
男	628	54.8
女	519	45.2

Frequency Missing = 12

性別では男性の方が多く、女性を10ポイント上回った。

在胎週数

在胎週数	人数	%
28週未満	372	32.5
28-31週	254	22.2
32-36週	193	16.8
37-41週	320	27.9
42週以上	7	0.6

Frequency Missing = 13

在胎週数で見ると早期産が7割を占めていた。調査1における結果ではNICU経験者に占める早期産の割合は65%であったので、60日を超える入院において早期産は正期産に比べて、やや入院が長くなる傾向にある。また、早期産のなかでも在胎週数の短い患児の占める割合が多くなっていった。

出生時体重	人数	%
1000g未満	414	36.1
1500g未満	212	18.5
2000g未満	122	10.6
2500g未満	136	11.9
3000g未満	153	13.3
3500g未満	84	7.3
4000g未満	22	1.9
4000g以上	4	0.4

Frequency Missing = 12

出生時体重については体重の少ない患児の占

める割合が多くなっていった。

年齢分布

年齢	人数	%	年齢	人数	%
0ヶ月	2	0.2	1歳	132	11.5
1ヶ月	31	2.7	2歳	51	4.4
2ヶ月	314	27.4	3歳	30	2.6
3ヶ月	188	16.4	4歳	16	1.4
4ヶ月	90	7.9	5歳	14	1.2
5ヶ月	57	5.0	6歳	11	1.0
6ヶ月	46	4.0	7歳	13	1.1
7ヶ月	27	2.4	8歳	6	0.5
8ヶ月	36	3.1	9歳	5	0.4
9ヶ月	18	1.6	10歳	6	0.5
10ヶ月	14	1.2	11歳	2	0.2
11ヶ月	18	1.6	12歳	4	0.3
			13歳	5	0.4
			14歳	5	0.4
			15歳	7	0.6
			以上		

Frequency Missing = 11

月齢2ヶ月が27.4%と最も多かった。また、1歳以上が4分の1を占めていた。

入院事由に低出生体重

低出生体重	人数	%
あり	709	61.2
なし	450	38.8

60日以上の長期入院患者のうち6割が、低出生体重児であった。

NICU入院

	人数	%
現在入院	864	74.5
過去に入院	295	25.5

NICU状況は75%が現在の入院であった。

過去にNICUに入院していた患児の入院期間

日数	人数	%	累積%
2ヶ月以上3ヶ月まで	55	29.9	29.9
4ヶ月	29	15.8	45.7
5ヶ月	10	5.4	51.1
6ヶ月	13	7.1	58.2
7ヶ月以上1年未満	38	20.7	78.8
1年以上2年未満	26	14.1	92.9
2年以上3年未満	8	4.3	97.3
3年以上	5	2.7	100.0

Frequency Missing = 975

NICUを退院した経験のある患児について上表のように約半数は5ヶ月入院しており、8割は1年以内に退院している。一方、2年を超えた患児は8%いた。

NICUに入院期間を評価するには退院患者の入院日数を検討することも必要であるが、この場合、退院できない長期入院者が含まれないために、最大値は過小評価となる可能性がある。一方、現在入院している患者の評価では中央値などは過小評価していることになる。

人工喚起療法

	人数	%
現在施行中	306	26.5
過去に施行	732	63.4
経験なし	117	10.1

Frequency Missing = 4

人工換気療法は90%が施行されているかまたは過去に施行されていた。

経管栄養

	人数	%
現在施行中	630	54.5
過去に施行	507	43.9
経験なし	18	1.6

Frequency Missing = 4

経管栄養はほとんどが施行されていた。

今後の見通し

	人数	%
自宅に退院（在宅医療不要）	527	45.5
自宅に退院（在宅医療必要）	226	19.5
小児病棟へ転床	67	5.8
他の医療機関へ転院	35	3.0
療育施設へ入所	46	4.0
見とおしがたたない	233	20.1
その他	25	2.2

今後の見通しは全体の45.5%が元気に自宅に退院できると予想されている。一方で、5人にひとりが見とおしが立っていない状況であった。

後方病床の必要性（60日以上入院の全患児に対して）

	人数	%
必要あり	550	47.5
必要なし	609	52.5

自宅退院の見とおしが立たない患児についてほとんどが後方病床の必要性ありと回答した。

どんな後方病床が必要か（上記の必要ありに対して）

	人数	%
一般病棟	296	52.3
重症心身障害者施設	191	33.7
その他	79	14.0

Frequency Missing = 593

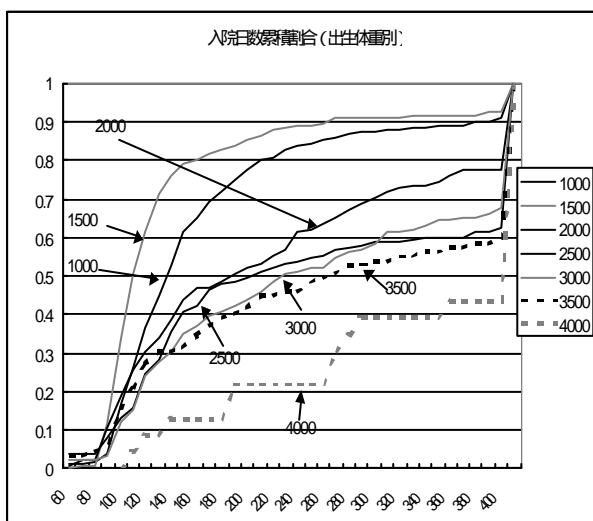
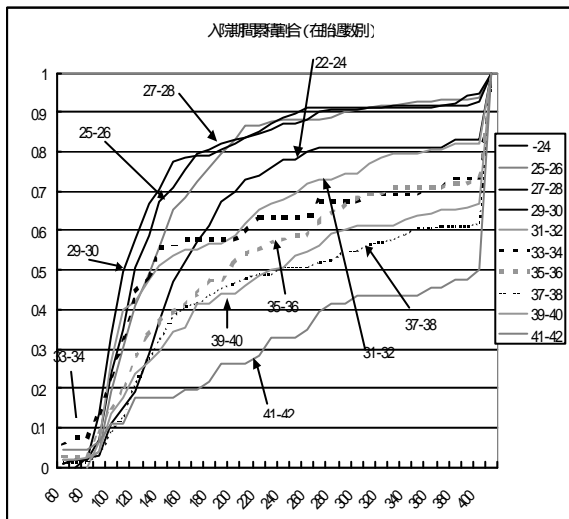
後方病床への退院は可能か

	人数	%
可能	378	50.6
空きが出るまで待つ必要あり	164	21.9
そのような施設がないので不可能	141	18.9
その他の理由で不可能	65	8.7

Frequency Missing = 411

後方病床への可能性ありは半数に止まり、20%が空き待ちの状態であった。また、30%は後方病床がないことやその他の理由により後方病床へ移ることができないと回答した。

60 日以上入院患者全員について累積入院日数を在胎週数別および出生時体重別に図示した。X 軸が入院日数でカーブが急に立ち上がっているものは 60 日以降の入院日数が少ないことを示している。27-28 週、29-30 週の 60 日以降の退院が早いことが分かる一方で、在胎週数が高い患者は 60 日過ぎると退院が遅いことが分かる。出生時体重別では 1000g 未満、1000~1499g まだが 60 日を過ぎてからの退院が早く、これは標準的な入院期間が長いことを反映している。一方で、出生時体重が標準の患者は 60 日を過ぎると退院が遅くなる傾向にあることが分かる。

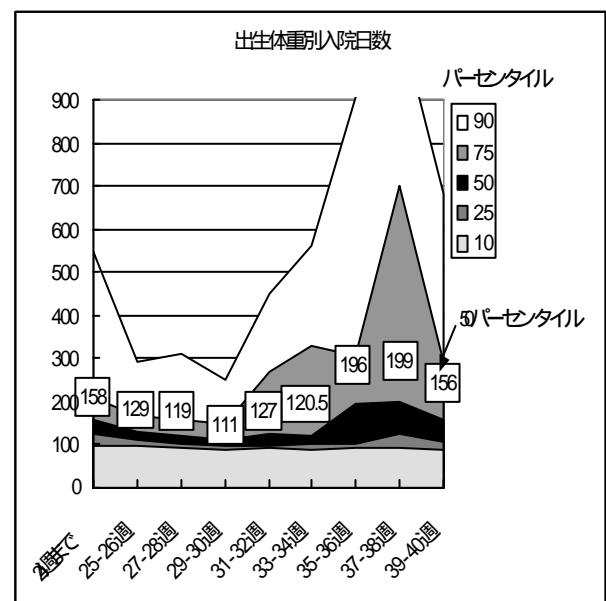


NICU 入院患者について、入院期間を評価する上で、入院日数が正規分布をしていないために平均入院日数はその代表値とはなっていない。そこで、入院日数の百分位数 (パーセンタイル) を示した。

在胎週数で 29-30 週がもっとも入院日数が少なくなっていることが分かる。平均で見ると、25-26 週が最も少ない。これは 29-30 週で小数例で長期の入院患者が含まれるためである。

この百分位数の値を参考にして、在胎週数別の標準的な入院日数を割り出すことが可能である。さらに、この患者について低出生体重以外の要因を加味することにより更に正確な標準入院日数を割り出すことが可能である。

パーセンタイル	10	25	50	75	90	症例数	平均
24週まで	99	127.5	158	211	550	88	269.5
25-26週	96	107	129	169	291	156	181.9
27-28週	92	102	119	158	308	158	186.3
29-30週	89	97	111	146.5	252	116	223.1
31-32週	91	97	127	269	448	61	233.7
33-34週	89	100	120.5	329	561	32	413
35-36週	90	103	196	304	904	42	340.7
37-38週	92	123	199	702	1084	39	431.9
39-40週	89	105	156	291	683	21	275.1
41-42週	90	90	158	226	226	2	158

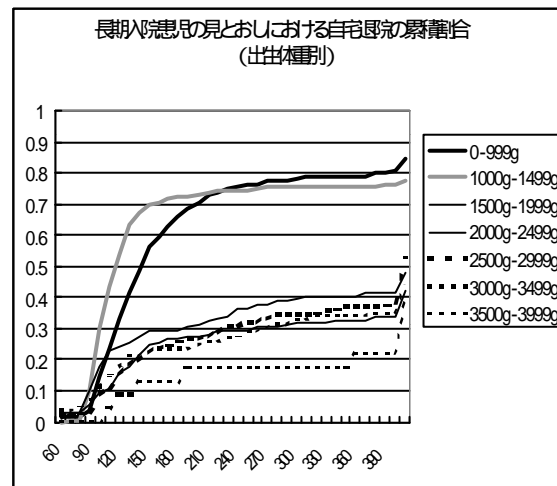
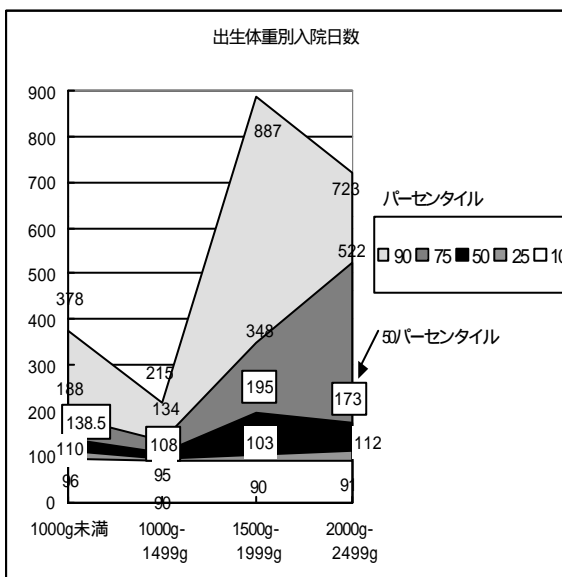
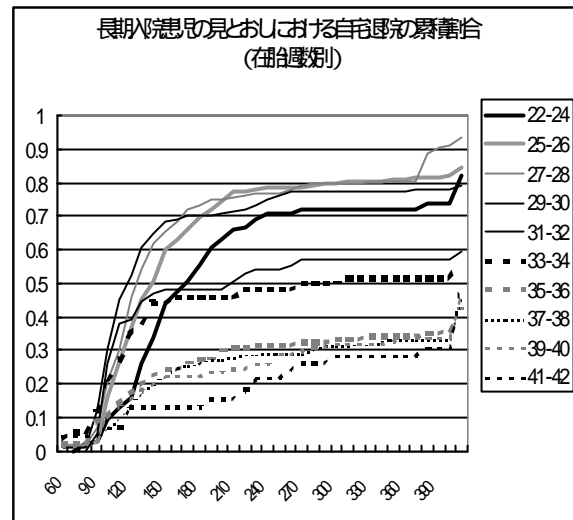


同様に出生時体重別に百分位数を示した。1000～1499gの患児がもっとも入院期間が短いがその75%が退院するのに4ヶ月以上の入院日数を要し、90%の退院を見込めるのは7ヶ月であることが分かる。その他の出生時体重では更に入院期間を必要とする。これから、出生時体重別の標準的な入院期間を検討することが可能である。

パーセント タイル	10	25	50	75	90	症例 数	平均 数
1000g未満	96	110	138.5	188	378	366	219.2
1000g -1499g	90	95	108	134	215	187	170.5
1500g -1999g	90	103	195	348	887	95	387.7
2000g -2499g	91	112	173	522	723	61	345.3

自宅退院の見とおしについて

患児の今後の見通しについて在胎週数別、出生時体重別の累積分布を示した。長期入院患児の場合、在胎週数の少ないものの体重の少ない患児の方が明らかに自宅退院ができる患児の割合が多いことが分かる。



(3) 後方病床に関する意見 調査票 3

各施設ごとの、後方病床に関する状況と意見を調査した。

詳細な検討は次年度の課題とする。

後方病床の有無

	人数	%
あり	195	53.0
なし	173	47.0

不明 4

必要性

	人数	%
あり	284	77.4
なし	83	22.6

不明 5

クロス集計

後方病床の有無	必要	必要ない	合計
なし	117(60.3)	77(39.7)	194
あり	165(96.5)	6(3.5)	171
合計	282(77.3)	83(22.7)	365

不明 7

自由記載

ID	その他の意見
2	ハイリスク新生児の入院が困難で、地域の必要性に答えられない。保険診療での管理体制の確立を期待。
5	北海道北地方という特殊性で、長期入院児であっても、面会の機会が少ない場合がある。市立、町立レベルでの後方病床があると良い。
9	理想としては、NICU内、もしくは小児病棟内の後方病床的な専用の部屋を持ちたいと考えている。実際は、スペースの問題で専門病棟がとれない。他院での後方病床が可能ならばよいが、協力病院がないので不可能。
12	常時、緊急時に対応できるため、後方病棟は必要。
17	母子関係の重要性から後方病床の必要性は高い。慢性肺疾患児の場合、小児病棟での感染が問題となるがワクチン等すませ両親に発育発達・生活の質の向上における利点を挙げ説明している。呼吸器具使用児を他院に後方病床を期待することは難しい。
19	病床数が少ないため、必要性は大きくない。しかし、本来は、十分な治療（リハビリを含む）とケアができる病床が必要。

20	他院小児科等に依頼している。大学病院という特殊性もあると思われるが、現在、解決すべき最大の問題。
27	両親の受け入れ、自宅でのサポートを含め、考えるべき。
28	当施設は、病棟を年齢に従って分け、スタートした。年数を経るに従って、自宅退院の困難な、慢性疾患で濃厚治療を必要とする患児が確実に増えてきた。院外の転院も模索しているが、困難な状況。在宅医療を進める必要性はあるが、現段階では家庭の状況の整った患児に限られる。
35	現在一般病棟を後方病床として当てているため、さしあてって必要性を認めていない。
39	現在、受け入れ可能な病院が複数あるが、本格的なNICU施設は、搬送に1時間を要す。また、リスク軽減のためなるべく母体搬送をしておき、軽度の患者をも送ることになり、後方病院の負担を増す。また、積雪期の搬送は大変辛い。近隣に、中程度の施設でも設置してほしい。
46	特に、後方病床を定めていないが、利用可能な病床はある。
50	母子分離管理を長期必要とした児に対して、退院前に母子同室を目的に、後方病床を利用し母親に慣れてもらい自宅管理をスムーズに行なえるようにする。
53	あるとはいっても、常に満床でベット待ちに時間がかかる。
53	重身施設のベットを増すだけで十分なのか。慢性疾患の収容施設も考えるべき、要検討。
55	一般小児科病棟を考えている。
60	産科病棟にある場合、どうしてもMRSA感染率が高いため、すぐに、移床できないことがある。他施設ではどうしているのか。
62	退院前、十分な母児同室の期間があれば、母子相互関係が確立し、虐待も防げるかもしれない。マザーリングしないで退院させる事は考えられない。
66	未熟児医療を行なっている。特に必要を感じない。
70	長期管理、退院直前のマザーリング等のため、母子同室が望まれる。家族の疾患に対する理解や、対応方法の熟知に役立ち、円滑になるものと思われる。
74	人工喚起を要する後方病床が、是非、必要。
74	不採算性を補うような制度を、考えて欲しい。
76	後方病床を併設すると、小児科の経営が悪化する可能性があり、併設したくてもできない。
80	重症患者の、最終受け入れ病院のようになっていく。長期呼吸管理の児が多く、救急病棟の働きが全くできていない。長期療養型病院で、呼吸管理ができる後方病院がどうしても欲しい。
84	円滑に運営するため、必要。
85	新生児、未熟児センターに搬送しており、ほとんど必要性を感じない。
92	他院の母体搬送を受け入れないときは、中核病院で収容してもらい、安定したら転送される事はしばしばある。
92	地区内で中核病院とサテライトの病院とで、ネットワークを形成し、連絡を密にとって連携が良ければシステムは進められる。
92	重症心身障害児においては、遠隔地にあり、スタッフ施設の充実も望まれる。
95	重症患者は、転院。
98	利用の仕方が問題。

105	400万人に1ヶ所位の、コロニー的施設、100万人に1ヶ所位の、地域小児医療の中心的役割をもつ、センター付属の施設が必要。(利用者も多様化している)	147	他院で出生処置された患児を、居住地に關係で後方病床として受け入れている。
107	後方病床と、NICUの責任者が同一であることが必要。	149	新生児ネットワーク内へ、組み込んでいく必要がある。
109	NICUはベッド数に限りがあるため後方病床は必要であるが、スペース・スタッフの不足が現状である。	150	新生児一人あたりの負担を下げるように、人数を増やして余裕を持ちたい。
112	児の発育、発達に見合った医療を継続させるため、在宅医療に向けての指導や、「みとり」の医療のため後方病床の整備が必要。	151	在院日数短縮の方向性から、移床がますます困難になった。長期療養型病院で人工換気等の療法可能病床が確保できないのも現状。
117	CCUに該当しないpost-NICU児に関して、何らかのガイドラインができることを期待している。	156	退院できない児の医療費を引き下げる方針なら、受け皿を当然整備すべきである。受け皿病床の医療レベルも、現在の水準を維持する際、努力するのは当然である。
123	母子同室可能な病床を3床有しているが、収入が少なく、大きな問題になっている。	157	後方病床としての小児科病床は満杯か、スタッフ不足でほとんど機能していない。これらを早急に改善する必要がある。
123	授乳中の母親もあくまで付き添いという事で、保険上、食事を出す事ができない等、考慮した健保の改善を望みたい。	160	再入院の頻度が高く、是非必要であるが、一般の入患者も多くベッド数が足りない。一般病床に設置する事ができない専門病床であり、センターが必要だが、ベッド数が足りない。
124	長期入院し、自宅には医学的に帰れない、あるいは、両親が退院を希望しない場合がでてきた。後方病床が存在しないと、NICUの回転率が悪くなり、採算がとれない。	163	小児科病床から重症児を送れる、後方病床が必要。
128	人工換気症例の中で、長期入院に改善が見こめるものに関しては、必要と思う。	163	小児科内のNICUの後方病床は、看護婦や医師の配属の多い病床として、整備する事が望まれる。
129	小児科病床は、感染症が主体となるので、隔離でき、専任の看護婦があたるのが望ましい。	164	後方病床の充実なくしてNICUの充実なしと実感している。
129	人工呼吸管理も可能がよい。	164	呼吸管理しながら、長期療育できる施設が欲しい。
129	クリーンで付き添いのない病床。退院前の母子同室の病床もあればよい。(退院が確定した児に、一週間母親が付き添い、転科している)	167	後方病床を整備しないと、NICUの入院は困難になっていく可能性が高い。
130	小児病院のため、合併症をもった新生児、未熟児のNICU入院がほとんど。NICUを退院できる状態になっても、他科の管理が必要なことも多い。	172	神奈川県立子ども医療センター、横浜市大病院の後方病院となっている。今後も、その役割を果たしていく。
131	小児病棟を、NICUの後方病床として、使用できないか。	182	NICUから転棟できる固定したベットがない。重症児を収容できるベットは慢性化し、空きベットができる可能性が低い。
131	急性期の治療は終了したが、退院はできない、という児の受け皿は必要と思われる。しかし、実際、施設としての管理運用が成り立つかどうか。当院では、救急病院でありながら、半分は後方病床的役割を持たざるをえない。	183	必要と考えるが、他科との混合病棟なので、看護婦の配置の面で常に難渋。
138	年間約230例の入院があり、コンスタントに長期入院例があるとともに、退院後の呼吸関連のトラブルでの再入院の希望も多い。	186	ベット数不足
138	慢性的に、呼吸管理を要する児のためのcloiuc NICUが必要。	186	心奇形、神経系の異常が単独であれば、管理可能であるが、呼吸器系の異常を伴うものは管理困難。
139	障害児施設に空床がない時は、都立、国立などの公的病院の小児科病棟が、もっと積極的に、これらの児を受け入れる体制を作るべき。	186	緊急時の対応ができない。
141	家族のケアに時間の制限が出てしまう。	187	NICU管理が必要な場合は、子ども病院へ搬送。急性期を脱した児を、受け入れている。将来的には地域のネットワークが必要。
141	感染管理が難しい。	187	長期化する患者は、同じ病院内の小児科病棟に転棟し、母子同室とすべき。抜管の困難なbrain damageのある児に関しては、長期管理の可能な障害児施設への転院が望ましい。
141	リハビリテーションが必要な児に、十分な環境を用意できない。	191	一般病棟を使用している。専用病床があれば良い。
144	療育、小児科、整形外科等、他科を含めて総合的にみれる、総合病院、療育施設が必要。(総合病院に療育を含めた施設がよいのでは)ベットの回転率など言わず総合病院が管理すべき。慢性でも常に死に直面している。	196	障害児施設のキャパシティが少ない。
145	小児内科、小児外科等の病棟はあるが、現実には満床のため、転棟は非常に困難。長期入院、長期人工呼吸管理が必要な児の、病床確保は、是非必要だが、病床数の不足がどうしても解決できない。慢性ICU等の施設設置が必要かも。	196	里帰り分娩の障害児を、居住地の障害児施設へ搬送する場合の方法がわからない。
		203	国立病院、国立療養所、それぞれの病院群の分担された機能を集約し充実させながら、新しい新生児医療体制の構築を展開していく事が必要である。
		204	医療圏として確保すればよい。
		205	呼吸障害の低出生体重児は、蘇生、呼吸管理し、金沢医科大学に搬送。現時点では、必要としていない。
		213	未熟児医療を行なう上で後方病床は必須。
		213	小児科と新生児は、主治医が兼任なので、必要な場合は乳児室を利用している。
		214	後方病棟の意味が分からない。

214	他院、入院加療した患児でも、家族と当院の信頼関係ができていれば、加療を行ないたい。
218	家族だけで占領できる個室が望ましい。
219	大学病院のため、慢性的に長期管理必要な患者は、地域の中核病院へ依頼している。
222	小児科一般病棟を利用し、現在のところ足りている。問題点としては、ベットコントロール。
225	重症心身施設への転院を考えたも、MRSAキャリアだと受け入れてもらえない施設が多い。あるいは、満床を理由に拒否。マンパワーの問題で、多数を見れないとも聞く。急性疾患が多い当病院では、付き添いが要求され、長期入院児の後方ベットとはなりにくい。
234	後方病床があれば安心であるが、確保は難しい。
235	個室が少ないため、家族の希望の沿う事が難しい。
235	措置入院の場合は、児童相談所が入院を決めるため、医療上の必要性が反映されない。
235	後方病床においても、家族の付き添いが必要。
236	家族の付き添いスペース、設備の充実が必要。
240	後方病床があればNICUの急性疾患の対応力を増強する事ができる。また、効果をもたらすことができる。
240	実現性のあるものとしては、一般小児病棟の一室を後方病床にすること。小児科病棟として、重症の心身障害児の定期ショートステイを進める動きが岐阜県としてあり、その動きによって後方病床設置を進めていくしかない。
241	一般小児科と新生児科が、違う医局の関連で、ベットのやり取りがやや難しい。県の指導で、加算ベット15床、ベット5床といびつな型をしていて、経済効率が悪い。
242	新生児に関しては、ベット数、医師数が絶対的に不足。受け入れ病院を探すのに一苦労。目指す医師も少なく、しかも、未熟児は減らない。重症児に関しては、しっかりした施設があるので安心。
248	ある程度、落ち着いて親の面会等できるよう、転院してもいいと思う。
257	体制は、まだ整備されていないが、新生児救急医療が破綻しかかっていることを考えると、病床確保は必須。
265	是非、公共施設として、各地に開設されることを望む。
270	小児科一般病棟を必要に応じて、便宜使用。一般感染症児との厳密な分離等は困難。
271	後方病床のみでなく、在宅での管理の訪問制度の確立も大切である。
272	わずかながら、年々増えているように思う。小児科病棟の可動から考えると、現在では、後方病床の確保は、困難と思われる。
276	常時満室のことが多く、緊急時に不安。仮に受け入れ先があっても、家族の大変さを思うと近くが良い。
277	公立病院の経営状態、人材の面から満床にする事は難しい。必要とする患児が少数であることから、その時に応じて一般病棟を用いるのが現状。自治体のバックアップで設置が可能ならば、それにこしたことはない。
280	小児科病棟の一部を後方病床として使用しているが、しばしば、小児急性疾患の児で小児科病棟は満床になってしまうため、予定通りの転床がままならない。NICU出身者が、心置きなく児と過ごせる後方病床があったらと切に望む。
294	NICUの長期入院を避け、NICUの健全な運営を図るには不可欠。

295	後方病床としての内容も、程度はさまざまだが、当院では母親付き添いの形式をとっている。軽症児を付き添いなしで可能なベットの確保ができれば、看護、診療状況が改善されると期待。
299	重症心身障害児施設の数、病棟(年)数が少なく、入れるまで年数がかかる。
301	後方病床を必要とする例は、現時点で2名だが、必ず、必要とする例は増えてくる。併設する施設を強く希望するが、一地方都市では困難である。
312	医療資源の有効利用のために絶対必要。
313	当院NICUは、名ばかりの運営で、マンパワーの不足がある。小児科病棟はあるものの連携が不十分。
318	一般病棟に後方病棟を設けることは可能だが、付き添いができることが条件。
321	NICUと自宅の中間にある、家族と共に生活する施設、医療ケアの訓練もできる施設が必要。
325	ある程度、時間がかかる例については、小児科病棟に移室させる予定。しかし、退院のめどが立たないような例については、地域が施設を確保する必要があると考える。
328	感染症が多く、小児病棟で管理できない。
328	スタッフが少ないため付き添いを要し、問題を困難にしている。
328	長期の、人口呼吸管理ができない。(スタッフが少なく、急性期疾患の入院がほとんど)
331	在宅医療が必要な場合、退院前に家族が療育の練習ができる、中間的な病棟を望む。しかし、当小児科病棟は、急性感染症の患者が多く困難。
332	超重症児を管理する、施設の必要性。
332	自宅介護に疲労した家族のため、預かり入院可能な、施設の必要性。
333	NICUに比べ、一般小児病棟が極端に少ない。新生児救急システムだけでなく、小児救急システムの充実が不可欠。
338	本年度、NICU外に設置予定(8床)。
340	大阪府立母子センターの搬送(ドクター付き)により、ほぼ、対応ができています。
342	循環器病専門施設であるため、小児病棟に後方病床が全く期待できない(一般小児科がない)。長期入院となった児の療養については、大変苦労している。他施設に紹介しようとしても、受け入れ可能な施設がほとんどない。後方病床の早急な整備が必要。
342	地域行政に対して、長期入院児発生頻度から算出した、必要な後方病床の設置を義務化するのが、確実に確保できる手段と考えられる。
343	小児病棟を後方病床として使用しているが、NICUと比べると看護婦のマンパワーが少なくなる。モニタリングが必要な児などは、目が行き届かないため状態が不安定な場合は、後方病床への移床がスムーズに行えない。NICUと一般病棟の中間的な看護体制が必要である。
344	当科は、後方病床として機能している。
347	運営には、人員をある程度配置する必要がある。そのためには、保険診療上の対応が必要。
348	一般病棟の側から考えると、NICUの後方病床としての役割が大きくなると、他の入院に不都合が生じるため問題がある。
351	PICU14床を有し、外科系疾患を有する乳幼児を中心に、一部NICUからの継続長期入院児が収容されている。

351	後方病床のうち、母子入院指導上、在宅ケアが可能な児と、超重症児などで在宅ケアが困難な児がいると思われるが、病床運用のためには、看護婦の確保や保険診療上の補助などの対応が必要。	401	必須である。しかし、慢性患者の治療はお金のならぬ医療システムであり、受入先が無く困っている。社会保険での重症管理料が、90日を越えても、医療の必要度に応じた斬減方式の加算システムが必要。
355	産科の新生児室を使用している。NICUは小児科病棟内にあり、同じフロアにあるのが望ましい。	403	0才から4、5才ぐらいまでの幼児入院を、受け付ける施設が少ないように思う。
358	一般小児科での入院が年間1000症例で精一杯。新生児症例については、MNCSを通じて移送している。症状の安定した児は、ベットの空きがある限り引き上げたい。	403	養護施設への入所を嫌がる親に対して、どう働きかけていったらいいかわからない。
364	新生児医療担当機関と、患児の住所地の中核医療機関の関連が大切。	405	必要だと思う。
366	一般病棟を中心に考えると、その病棟からの後方病床がなければ、どうしてもNICUまでひびいてくることになる。	408	今後、長期入院患者は増加してくるであろうし、面会時間に制限のあるNICUでも、家族へのサポートは難しいと考えられる。特に、レスビ管理のできる施設で、面会に制限がなく、家族と長期間過ごせる環境が早くできることを望む。
366	予後不良児に対する、基本的な考えが変わらない限り、後方病床は一定数必要である。	415	一人一人のニーズに合ったもので、医療と生活の場が、一致したものが望ましい。
369	固定した後障害や、発作の反復など家庭保育が困難な症例に対して、専門的療育を行なう施設の拡充が望まれる。	417	後方病床は必要であるが、急性期型病院を目標としている病院であること、採算性、スタッフ、スペースの面から、本院での設置が不可能。
371	新生児入院数は多くなく、かつては、搬送していた。	422	面会などの自由が利く開放的な施設が欲しい。
372	NICUの運営を行なう上で必要と考えるが、設備と人員が不可欠となり、運営をいかにして行くかが問題。	422	重症児を扱える能力も欲しい。
374	独立した未熟児センター14床として運営、産科内に1～2床の母子入院できる病床があって、退院前の指導が数日でできれば良い。	429	自宅での、呼吸管理に向け、必要性を感じている。
374	小児科病棟では、担当看護婦が別であり、個室管理になると費用の面が問題。	431	各施設に必要なとは思わないが、二次医療圏に一つ位あれば良いと思う。
375	特に、必要としていない。全国的には、システム化の必要があると思われる。専門施設を、新たに設ける必要があるのではないかと。	433	NICUのベット数が5床であり、重症児のみしか受け入れられない。
376	患者を取り巻く環境（親子関係特に母子関係、家庭環境、社会環境等）を良好に保つ包括的な支援が不可欠。小児病棟においても同様。環境整備に努力できるよう、国としても経済的な裏づけをサポートすべき。	433	母親と同室で療育できるほうが、児にとっても幸せ。
381	小児病棟を後方病床として利用しているが、脳性麻痺や知能障害を残したときは、他府県にお願いしている。	433	適切なりハピリなど、児のためになるような施設が整備されることが必要。
384	長期入院患者を、サポートする病院を作っていくべき。	438	呼吸管理を要する重症児は、受け入れてくれる療育施設のNICUに入院を余儀なくされる。
389	奈良県内におけるNICU病床数は、不足している。大阪府内の搬送依頼も、時にある。病床、スタッフの充実を、強く望む。	443	空床の小児病棟を利用している。母子同室の病床が必要。
390	後方病床の増床と、やや重症児の管理可能な体制が望まれる。	448	当院は、後方病院的役割を担っている。clouic NICUの必要性を感じる。
391	状態が安定しているが、まだ退院できない児に関しては、退院までの期間を、後方病床に移すことでNICUベットの有効利用につながる。	455	それぞれの病院が、2～4床は確保すべき。
391	面会しやすい病院に移る事によって、母子の接触機会を増やせる。	455	慢性呼吸不全、栄養管理ができ、在宅支援ができる病院がほしい。
393	他院へ転院や母体搬送している。転院に問題があることがあり、充分必要だと思う。	457	不足している。空床待ちで、数ヶ月から数年かかる。
394	小児科、一般病棟には、伝染性疾患の入退院が頻繁にあり、別個に作る必要があると思う。	458	退院前に、小児病棟を母子同室にして使っている。
395	県内のいくつかのNICU施設がまとまって、後方病床を共有するシステムが望ましい。	460	現在は、小児一般病棟を使用しているが、感染の心配もあり、一般病棟とは別の環境と、施設が必要と思う。
397	小児総合病棟には、多数の長期入院患者がいることを考えれば、NICUの有無を問わず長期入院施設（重度患者の長期ケアが可能）が望まれる。	464	後方病床についても行政からの強力なバックもと、整備される必要がある。
		467	NICUが満床で困っている。
		467	情報化社会の中では、施設間の格差は知ることができ、がんばろうにも家族の理解が得られない。
		474	受け入れ施設自体無かったり、何ヶ月も前から予定していても転院できなかつたりする事が多々ある。一般小児病棟に一旦引き上げて、退院、在宅治療のめどがたっている患者に限られる。
		475	小児科への転院がスムーズ。
		480	現在、長期入院の児はいないが、以前、新規入院時に支障をきたすことがあった。
		483	他地域で、管理されていた児などの後方病床になることはある。
		484	小児科病棟の一部を使用しているが、専用の部屋があるとよい。

487	すべて3人の医師で治療にあたる。一般小児病棟（16床）は混合病棟で、圧倒的に、マンパワー不足。
903	疾患、児の状況は、極めて多様性に富む。一律に管理することは不可能ではないか。
906	長期入院と家庭で療育の、中間的施設の必要性を感じる。特別養護老人ホームの乳幼児版のような施設ができないだろうか。専門施設のベットを長期ふさぐことも問題、かといって家族に負担をかけられないケースもある。
83	一般病棟を後方病床として使用しているが、慢性の呼吸管理のできる後方病床の整備が必要。
488	在宅医療システムをしっかりとしていく。
488	二次患者の受け入れ施設を国で指示して、指定されたら他の面で優遇してほしい。
314	重症心身障害児の受け入れ施設は、ベット数など不足しているので数、質ともに充実していく必要がある。
469	長期入院患者のための後方病床、後方病院という考え方については、一般小児科、重症心身障害施設にそれを求めるべきだと思う。
419	比較的重症児の管理ができること。家族の面会、児への関わりが自由である。
261	他院NICUに送った児を、大きくなってから引き受けている。
261	別の病院、または、生まれた病院で引き受けられると、NICUのある病院の混雑は緩和できる。
118	小児病棟が後方病床として機能している。

118	重身施設が極めて少なく、多くの子供たちが自宅で介護されている。介護保険を適用してほしい。
317	意識状態がはっきりしていて知恵がついてきている子供たちにとっては、小児病棟を中心とする後方病床は必要。
317	地域全体で、受け入れ可能な病床を確保するシステムが必要。
7	現在、医師看護者ともに人手不足のため、人口換気をする患児についてはまったく見ていない。
15	NICUをもつ新生児科と小児科は、医師、看護単位、病棟も完全に分離している。
228	心疾患や外科的疾患を合併した新生児は優先されているが、人工呼吸器からの離脱が困難な児を受け入れてもらうのが難しい。
137	院内の後方病床のみならず、地域、あるいは関連病院サテライト病院として、運用していけるようなシステムが必要。

参考資料

調査票2の自由記載

性	生年	月	入院期間	出生体重	見直し	後方1	後方2	後方3	退院	退院その他
1	1998	11	417	2238	5	1	2	呼吸管理、栄養管理（経管による）、吸引などの処置が随時必要であるため	3	話し合い現在まだそこまで進んでいないなど
2	1999	1	332	2775	5	1	2	chronic staeleになっているか。NICUより出れない為 - 人工換気の為 -	3	両親の説得が必要
1	1999	4	246	2548	1	1	2	重度の発達遅滞があるため	3	両親が希望しない
2	1998	11	403	2578	6	1	1	末期の肝不全で根治の見込みなし、離婚し母親が働らいているので家庭での介護が不可	3	離婚し母親が働らいているので家庭での介護が不可
2	1999	7	106	2650	1	1	1	治療の一貫性	3	無呼吸頻回のため
2	1978	12	#VALU E!	2574	1	1	2	CP + MR	3	本人の両親の希望が強い（一般病棟での管理）
1	1999	6	204	3074	3	1	1	術後栄養管理、在宅へ向けての患者指導（チュービングなど）誤嚥性肺炎等の危険高く、後方病床の確保が必要	2	本院では小児一般病棟が充分でないのではやむをえず、本院へNICUへ再入院させざるを得ない。
2	1999	9	113	2910	1	1	3	虐待の可能性残子	3	母親がOKしない
2	1999	3	282	1862	5	1	1	現在心不全は比較的控制されているが、社会環境的、経済的な理由で退院できない。	1	母は18才。父はバングラデッシュの人で保険なし。など
1	1986	5	3674	830	5	1	2	症状としては安定しているので療育施設が適当と思われる。	1	母：離婚しているがもとの夫と暮らしていて、生活保護が受けられない。母：Pgyで受診、内服中。この児の福祉・

										介護手当で生活しているため、療育施設への転院をいやがっている。(療育施設へ入ると、介護手当が出ないため)
2	1997	5	939	2044	2	1	1	.	1	病棟も常時人工換気を施行中の児があり、病床での受け入れが困難
2	1989	8	1006	1356	4	1	2	気管切開 重度脳障害及び 両親の希望により	3	病状不安定なため
2	1999	2	323	1848	5	1	1	心疾患 急疾不全に対する治療が必要	3	病状の改善のめどがない
2	1999	9	117	1892	5	1	2	.	3	病状が不安定のため
1	1999	6	199	2065	5	0	0	病状が重篤で集中治療室以外での管理は不可能	3	病状が重症
2	1993	8	2140	3438	5	1	1	地域的に他に施設がない	0	病院新築移転予定
1	1998	3	264	1641	5	1	2	重症心身障害児のため	3	年齢が小さい、家族が養育を拒否
2	1997	1	1060	2404	5	1	3	人工換気が必要、精神発達は良好	1	入所不可とされている
1	1999	8	148	2670	4	1	2	重度脳性麻痺	3	転居予定もあり、現在のところ入院としている
1	1999	3	269	746	0	1	0	何らかの代謝異常をもっている可能性がある	3	体重がまだ、1600gと小さい
1	1999	5	222	1114	6	1	1	長期IVHを要する	3	双胎第2子で母の付き添い不能
2	1999	7	150	2010	5	1	1	家族の接触が必要	3	双胎のもう一方がいてつける
2	1999	5	238	980	5	1	3	人工呼吸管理、補液、経管栄養中	3	全身状態が安定しない
1	1991	3	3218	2914	1	1	2	人工呼吸管理中のため	3	人工呼吸器離脱試行中のため
2	1999	8	131	1794	2	1	1	人工呼吸管理を必要としている	3	人工呼吸管理のできる一般病棟がないので
1	1990	10	3366	2600	2	1	2	一般病棟の観察室に長期入院していて救急患者用として使用できない	3	人工呼吸管理
2	1998	12	367	2700	5	1	2	NICUのベットの長期占拠による、新たな児の入院への支障となっている。	2	人工換気療法中の児を引き受けてくれる施設なし
1	1996	4	1195	3028	5	1	2	重症すぎて在宅人工換気は不可能	3	人工換気中
2	1999	1	355	3140	2	1	1	NICUにおいて人工呼吸器を専有しているため	3	人工換気の設定が高く 当院小児病棟での管理が困難 C h r i n i c l c u 的な施設が必要
1	1997	10	805	2270	5	0	0	.	3	人工換気からの髄離脱が不可能
1	1999	1	357	1598	5	1	2	人工換気を止められない在宅人工換気は重症すぎて不可能	3	人工換気
1	1993	7	2365	2398	1	1	3	小児科のICU その後退院へと考えています	1	人工換気を行なう必要があり、また兄もネマリニンミオパチーで入院中のため
1	1999	5	232	1768	5	1	2	人工換気が必要、染色体異常で発達望めない	3	親の理解力乏しく説得できていない
2	1990	8	3417	.	6	1	2	重度脳性麻痺	3	親の希望
1	1996	9	891	3300	5	1	3	入院中のアクシデントにより脳障害発生	3	親との話し合いが進まず訴訟中
2	1998	10	445	2382	5	1	1	先天性心疾患 (両親が手術を拒否している) の管理としての人工呼吸管理が必要なため	3	親が転院を希望せず
1	1999	5	118	4120	5	1	1	長期間家族と分離するため	3	心肺機能が悪いため
2	1999	9	92	426	1	0	1	治療の一貫性	3	状態不安定

1	1998	12	371	2020	5	1	2	自宅退院で在宅医療を行いたい が、医療上の処置の必要性が あまりにも多すぎる。NICUに 新入院できない患者を生じる原 因にもなっている	3	上記の親の希望をかなえたい が...
1	1997	9	841	2600	5	1	1	医療のニーズが高いが家族は医 療を望んでいない。下痢しやす く輸注ポンプでの経管栄養、酸 素吸入中。	1	消化管機能不全が続いている 慢性栄養障害
2	1999	3	272	3150	5	1	1	呼吸管理を必要とする(気管切 開人工換気中)	3	小児病棟(一般)現在受け入 れ体制がととのっていない
1	1999	3	285	1940	5	1	1	気管切開にて呼吸管理行ってい るがくり返す感染にて抗生剤の 静脈投与が必要	3	小児科病棟への転棟が望まし いが、付き添いが付けられない児 の入院は手がかかるため事実 上入院生活
2	1998	12	384	2580	5	1	1	呼吸器感染症をくり返し、抗生 剤の静注が必要(気管切開施行 中)	1	小児科病棟の看護婦不足のた め手のかかる児の転棟は拒否 されている。
1	1999	9	116	2440	5	1	1	呼吸管理を必要とする	3	小児一般病棟は長期には受け 入れが出来ないしその体制が ととのっていない
2	1999	4	240	1942	2	1	1	チアノーゼ発作	3	小児ICUがない
1	1999	8	125	2687	1	1	1	NICUにおけるNDPAPの 専有のため	3	将来気管切開後に自宅への退 院を目的に当院小児病棟へ転 棟予定
1	1999	5	220	4302	5	1	2	脳の活動性に乏しく脳萎縮が著 明で発達の改善が認められる可 能性が低い為	3	自発呼吸に乏しく突然死の可 能性もあり各種施設でも引き 受けられない為
2	1997	11	765	2152	5	1	2	脳波の活動性に乏しく意識や周 辺に対する反応が改善される可 能性が低い為	3	自発呼吸が無いとトラブルで の突然死の心配もあり受け入 れをお願いできない、しても 断られる。
1	1999	6	203	2552	5	1	1	.	3	児の症状に見とおしがたた ない
1	1999	9	93	2318	6	1	2	筋緊張低下	1	施設をまだ捜していない。
2	1992	7	2322	2830	4	1	2	気道 多く、呼吸パターンきく、 又 下性肺炎あり、医療による 処置必要。家族が在宅に でな い。	1	施設に空きがなく、病院に入 院している児の入所は後回し にされる傾向がある。家族が 退院(転院)して消極的な場 合は、村に入所が難しくなる。 本児の場合、病院入院中 のALTEによる脳障害であ ることもあり、強制も難しい
2	1999	6	197	1812	5	1	2	.	2	埼玉県内にはない。施設のある 東京都に転居をすすめている。 母はもともと東京都の住 民なので
1	1997	7	904	2186	1	1	2	筋疾患による呼吸不全に対する 人工呼吸管理を長期間に必要と する。	2	在宅での人工呼吸管理の準備 中。
2	1999	10	65	1550	0	0	1	回復は見込めるが 気管内吸引 咽頭吸引を要する	3	今のところは 病状に見とお しがたたない
2	1999	7	152	1870	2	1	1	.	1	呼吸器管理中は不可
1	1999	8	134	2320	5	1	2	自発呼吸なく、ADLもまった く不良	2	呼吸管理を要する児の受け入 れはできない
1	1994	9	397	3110	5	1	2	脳性マヒ	3	呼吸管理を必要とするので
2	1999	7	175	1010	5	1	2	人工換気続行の必要あり。	3	現在体重1200gで、ブル ーン、ペリー症候群に対する 治療も方針定まらず。
2	1999	4	251	2136	1	1	3	現在の日本にはそのような施設 があるか否か不明	3	現在の日本にはそのような施 設があるか否か不明
1	1998	11	408	2380	4	1	2	人工換気中で、今後も人工換気	3	気管切開を施行する必要があ

								の必要がある	る
1	1999	10	89	2112	5	1	1	N I C U ケアは必要ないが入院は必要	3 看護マンパワー不足
1	1999	3	279	1624	0	1	1	.	3 感染しやすい?
2	1999	9	110	2580	1	1	1	治療の一貫性	3 外ドレナージ中
1	1996	4	1359	1500	5	1	2	長期の療育が可能な施設が望しい	3 家族の拒否
1	1998	8	492	2090	6	1	2	抜管トラブル後の低酸素による意識障害持続	3 家族との和解条件
1	1989	6	1314	815	5	1	2	身体的には安定している、集中治療の必要性は多い。	2 家族が転院を希望しない
1	1991	12	2882	1674	5	1	2	重症心身障害児	3 家族が希望せず
1	1995	12	1013	2700	5	1	2	一般病床で管理すると一般患者の設備が患児で他児に使用できない	1 家族がここがよいと言う
1	1999	5	219	1682	5	1	1	県内の重心施設では、IMV、経管栄養、反動性肺炎等を考えると重症過ぎて管理できる施設がない。一般後方病床での管理が適切	3 院内に小児 呼吸管理可能床がない。
2	1999	9	113	526	6	1	3	intensive care のできる後方病床が非常に少ない。患児の十分なフォローアップのためには不可欠であると思われる。	3 院内ではintensive care のできる後方病床は少なく、他の施設を探す必要がある。
1	1995	12	1466	3209	5	1	1	人工換気療法の管理のため	3 一般病棟で人工換気ができない。
1	1996	6	1281	3156	5	1	1	人工換気療法の管理のため	3 一般病棟で人工換ができない。
1	1999	8	124	3068	1	1	1	現在3ヶ月となり全身状態は落ちついているので母子分離を防ぐためにも一般病棟での管理が望ましい	3 一般病棟で看護が不可能満床
2	1998	9	482	2308	5	1	1	人工呼吸器技管の目度が多いたたないため	3 一般病棟での人工呼吸管理が不可能
2	1999	6	111	2816	1	1	1	家族との接触を増す	3 一般病棟が満床 管理ができない
2	1998	12	380	572	1	1	1	.	3 一般病床が満床である
2	1999	9	90	2326	5	1	1	.	3 チアノーゼ発作を反復するので
1	1999	6	173	2230	3	1	3	一般病棟で両親つきそいで経過を見るには児の呼吸障害重篤であり 親つきそいなしでかつ 呼吸心拍モニタリングをしっかりできる病棟で見るべきか	1 ただし 院内には適当な場所がない
1	1998	10	420	2628	3	1	2	低酸素性虚血性脳症による重度の心身障害を合併し、長期にわたる入院加療が必要	0 しかし、里帰り分娩で当科に入院中であるが居住地の病院への転院を考慮中。
1	1997	11	518	3072	4	1	2	.	3 けいれんがコントロール不良
1	1996	3	1370	2868	5	1	2	レスピレーター管理が今後も必要とおもわれる、在宅にもっていきたいのではあるが...	1 あるいは御両親の意志で在宅、後両親はいわゆる「心施設」を希望していない
1	1999	2	304	1990	5	1	1	.	3 terminal care
1	1997	4	116	2096	5	1	3	.	3 18トリソミーの重症心不全のため、末期患者であり、積極的な治療にも限度がある。
1	1999	7	159	2468	1	1	1	今後気管切開を行う予定であり、その後退院の目途がつけば母子入院の必要がある。	3 12月初旬気管切開施行予定

調査票等

厚生省厚生科学研究費「周産期医療体制に関する研究」班
NICU長期入院患児の実態とその後方支援に関する全国調査
全入院患児調査一覧表（調査票1）(1)

平成11年(1999年)12月1日現在、小児科（小児内科）および新生児科で管理しているすべての入院患児

	性別	生年月日 19XX年X月X日	今回の入院日 19XX年X月X日	NICU経験 (選択肢)	在胎週数 (NICU経験のある場合)	出生体重 (NICU経験のある場合)	
記入例	男	95.8.25	99.10.20	0			
記入例	女	99.10.15	99.10.15	2	31週	1600g	NICU経験の選択肢
1							0:なし
2							1:現在NICU(広義の)に入院中
3							2:過去にNICU(広義の)に入院したことがある
4							3:不明
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

NICU(広義の)とは、日本小児科学会新生児委員会の規定している「新生児特殊治療施設」(治療を要する新生児のための病室・病棟全体を指す)と同じ意味である。

厚生省厚生科学研究費「周産期医療体制に関する研究」班
NICU長期入院患児の実態とその後方支援に関する全国調査

長期入院(60日以上)患児個別調査票(調査票2)

- 60日以上のNICU入院経験患児について -

現時点(平成11年12月1日現在)で、60日以上入院患児のうち、広義のNICUに入院中またはNICU入院経験患児について、下記の調査項目をご記入ください。

1. 性	1. 男 2. 女
2. 生年月日	19 年 月 日 生
3. 今回の入院日	19 年 月 日 入院
4. 在胎週数	() 週
5. 出生体重	() g
6. 今回の入院事由 (重複可)	1. 低出生体重 2. 診断名()
7. 広義のNICU入院の有無	1. NICUに入院中 2. 過去にNICU入院していた。期間()日間
8. 人工換気療法について	1. 施行中 2. 過去に経験あり 3. 経験無し
9. 経管栄養について	1. 施行中 2. 過去に経験あり 3. 経験無し
10. 今後の見通し	0. 自宅へ退院(在宅医療不要) 1. 自宅へ退院(在宅医療必要) 2. 小児病棟へ転床 3. 他の医療機関へ転院 4. 療育施設へ入所 5. 見とおしがたない 6. その他()
11. この患児に対する後方支援について ・後方病床の必要性	0. なし 1. あり
・後方病床が必要な場合どこが適切ですか。 ・その理由は何ですか。	1. 一般病棟 2. 重症心身障害児施設 3. その他() ()
・実際には上記への後方病床への退院は可能ですか。	0. 可能 1. 空きが出るまで待つ必要がある 2. そのような施設がないので不可能 3. その他の理由で不可能(理由)

NICU(広義の)とは、日本小児科学会新生児委員会の規定している「新生児特殊治療施設」(治療を要する新生児のための病室・病棟全体を指す)と同じ意味である。