

## 一般救急医療システムの中への母子救急の位置づけ

野口圭一

### はじめに

私に与えられたテーマは、「一般救急医療システムの中への母子救急の位置づけ」というのですが前回述べましたように、一般救急医療は、特別な災害等に関するものもありますが、概ね、休日、時間外、夜間などの患者の受診に対するものであって、その対応の如何によっては、診療拒否とか、たらいまわしとして、問題になるので、それには、公的の補助助成が、考慮されています。

愛知県においては、昭和49年「愛知県救急医療対策要綱」を策定し、次いで昭和52年に厚生省の「救急医療対策事業実施要綱」の制定に伴い、図のような救急医療体制制度となり、その運営の円滑化のため、医療情報システムを一部の地域で昭和54年3月から、次いで、県下全域で、56年4月から案内業務が行われるようになりました。

第2次救急医療体制の中、名古屋市においては、前回お示したように、土曜日午後、日曜日祭日のため輪番方式での対応に待機と空床に対して、補助が出ています(表1)。

第3次救急医療体制は、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療に対応し、救命救急センター(8機関)と第三次病院群(3機関)を指定、助成、更に、本年度ドクターカーに専門医師の搭乗と、そのための報酬が考慮されています(テストケースとしてドクターカー出勤モデル事業実施要綱—細則による)—(厚生省事業費1億9600万円—救急現場医療確

保事業)。

母子救急としては、前記の一般の救急とは、若干趣をこととし、母体側の救急の場合、胎盤の早期剥離、子宮破裂にみられるように、超救急というべきものと、前置胎盤(未剥離)、妊娠中毒症などで2、3次へ母体搬送を行う場合など、非緊急といえるものがあります。

胎児側の場合にも、分娩中の胎児仮死、臍帯脱出などは緊急性ですが、切迫早産、PROM、合併症妊娠などは、非緊急的な母体搬送です。

未熟児特に、極小、超未熟児の発生の疑われ

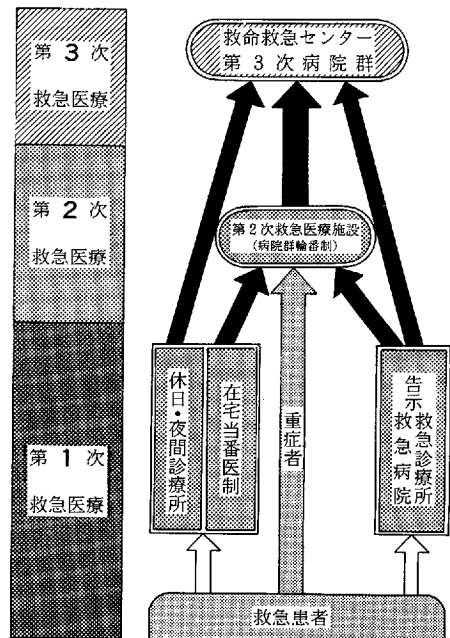


図 愛知県の救急医療体制

表1 救急二次・三次体制助成等の内容(平成3年度予算)(名古屋)

診療費		内科・小児科・外科・産婦人科	眼科・耳鼻咽喉科	
方式		病院群輪番制	病院群輪番制	
実施体制		1日当り12病院(内1,小2,外4,産2)	1日当り2病院(眼1,耳鼻1)	
人件費助成	1日当り従事者及び基準額	医師	48,900円×1人=48,900円	48,900円×1人=48,900円
		看護婦	10,000円×1人=10,000円	10,000円×1人=10,000円
		薬剤師	15,700円×1人=15,700円	15,700円×1人=15,700円
		X線技師	11,300円×1人=11,300円	
		検査技師	11,300円×1人=11,300円	
		事務員	8,300円×1人=8,300円	8,300円×1人=8,300円
	計	105,500円	82,900円	
対象単位数	190単位(土曜日50日,休日70日)	190単位(土曜日50日,休日70日)		
補助額	105,500円+190単位×1/2=10,022,500円 10,022,500円×12病院=120,270,000円	82,900円×190単位×1/2=7,875,500円 7,875,500円×2病院=15,751,000円		
空床確保助成	10,000円×2床×190単位1/2×12病院 22,800,000円 室料127点,基本看護料282点,給食料137点 入院時医学管理料454点 計1000点	10,000円×1床×190単位×1/2×2病院 1,900,000円 室料127点,基本看護料282点,給食料137点 入院時医学管理料454点 計1000点		
市域体制助成	4,000,000円			
補助額合計(予算額合計)	147,070,000円 (146,317,000円)	17,651,000円 (17,559,000円)		
備考	人件費 = 前年単価×市人勧(3.79%) 医師 47,100×1.0379=48,900円 看護婦 9,600×1.0379=10,000円 薬剤師 15,100×1.0379=15,700円 X線技師・検査技師 10,900×1.0379=11,300円 事務員 8,000×1.0379=8,300円	空床確保補助=平成2年度診療報酬点数(甲)による 対象単位数=土曜日1単位,休日2単位		

(三次体制)

対象施設	補助額
名古屋第二赤十字病院 急命救急センター	10,000,000円
名古屋掖済会字病院 急命救急センター	10,000,000円

(その他)

事項	金額
休日急病診療所 運営管理補填基金補助	3,000,000円
平日準夜体制補助金	8,000,000円

- 待機空床助成がある
- ランニングコストが一部認められている

る場合には、新生児科、NICU側としては、発生(出産)した時点からの取り扱い、緊急ですが、送る側の産科としての対応は非緊急です。

こういうことですから、一般救急の目からは、母子救急の殆どは緊急性のある救急とは認めら

れず、行政からの助成、補助も積極的ではありません。

なお、健康保険では手術の時間外、深夜加算は、収容後8時間以内とされているように、母体搬送後の分娩まで(手術開始まで)また、異

表2 救急関係予算(愛知県)

1次			
在宅	休日	昼	17,940円(1日)
		夜	17,940円
休日診療所	休日	昼	46,920円
		夜	76,230円
2次			
在宅	24時間1日		76,590円 (待機料)
3次			
病院部	基本	31,281,000円(年間)	
	病床1床当り	66,000円(1日)	
救命センター	基本	111,195,000円(年間)	
	ドクターカー	3,762,000円(年間)	
県 2/3, 市町村 1/3 (名古屋市更に別にあり)			

- ・救急へは高額の予算があるが、母子としては特に認められていない
- ・2次に待機助成がある
- ・3次施設に多額が投入されている

常児発生までの時間が、この時間を越えるものが多いので、母子は救急での対応は救急としてなじまないこととなります。

愛知県における救急対策費は(名古屋市を除いて)年間18億も計上されているのに母子に対しては極めて僅少です(表2)。

前年の班会議の報告でも、「周産期医療は他科と異なる救急医療として位置づけられるとし、その整備には要員、設備、空床の確保をはかるよう、経済的支援が待たれる。常時待機の姿勢が必要であり、一見余剰投資に見えますが、絶対条件であることが認識されねばならない。」としています。しかし、一般救急としては、補助助成がありますが、母子救急としては、取り上げられていません。

ただし、前回述べましたように、周産期センターの新設改造ないし周産期関係NICUの整備に対しては、費用の一部の補助、ないし、借入金の利子補填が考慮されています。ランニングコストは原則として出ていません。(名古屋市においては、1,000万程度の補助があります。)

要は、周産期センターの新設、子供病院の設立には、行政の補助があり、さらに既設の組替え、改善によって、周産期関係、特にNICU

の設備には補助があるので、この方法によって、周産期施設の設備を行う(要請)必要があります。

母子救急も、確固たる位置づけを確立せねばならず、少産、特殊合計出生率が問題のこの時期に、具体的な対応を要求すれば、その実現の可能性も有り得るでしょう。

## 新生児救急

新生児側を対象として考える場合には、未熟児特に超、極小未熟児の出生を考慮する場合と(優生保護法。ICD-10も関係もあり発生増加)、成熟児の出生を予想する場合の対応を分けて考える必要があります。

前者の場合は、当然、NICUの完備した施設での、母子共の対応が必要であって、いわゆる送る側の立場として、その生育、育成のためにも、医療事故、医事紛争の回避の上からも、早期に診断、早期に母体搬送を行う傾向となっています。

送られる立場としては、出生後の対応としてNICUの医師をはじめコメディカルを含めてのスタッフの充実ならびに財政面での公的援助の、より必要なことは、前年度総括研究報告書に述べられている通りです。母体搬送をされたものでは、異常新生児の発生は予測されているので、その施設で十分対応できる筈です。

超、極小未熟児に対しては、当県では、施設は余裕があるが、スタッフについては、さらに十分な充実と補助が必要です。

HRP、HRIとは考えられなく、異常児の発生を予期していない分娩に際して、突然の胎児仮死などは、緊急対応であり、母体搬送を行う余裕がなく、現場での新生児専門医の協力が必要となり、分娩後の搬送(新生児専門医の立会い、同伴による)が定着しています。

そのための随時の待機、NICUを含めての新生児ベッドの空床が必要となり、その助成も必要であり、救急としての取り扱いとしても理解されます。

あらかじめ予見して、非緊急の状態、専門施設(NICUと産科の完備している施設)へ母

表3 地域中核病院における母体搬送 S 61 年

地 区	病院別	分娩数	NICU の 数	非 緊 急 (収容 24 時間以上の分娩)			緊 急 (収容 24 時間以内の分娩)			収容 / % 分娩数
				収容数	児死亡	母体死亡	収容数	児死亡	母体死亡	
名古屋市	公的	1256	18	47	12		19	3		5.3
	公立	1044	6	2			3	1	1	0.48
	大学附属	653	23	5	1		0(1)			0.77
尾張地区	公立	701	15	9	0		9(2)	0		2.6
三河西部	公的	1057	26	7	1		2(2)	0		0.85
三河中部	公立	510	10	19	2		26(2)	2		8.8
三河東部	公立	697	4	8	2		8(1)	2	(1)	2.3

・産科部門の、一般分娩取り扱いのため、余裕がなく、安心して母体搬送できない（ ）は分娩後母体のみ搬送

体搬送される事が望ましいが、多くは緊急的に発生搬送の余裕のないものです。そのための新生児用ドクターカーおよび、救急医師への補助が必要となります。厚生省に、一般救急のための専門医の搭乗するドクターカーの計画がありますが、少産の憂慮されている今日、母子のためにも救急車（大阪の母子センター）の全国的の配置を要求する好期です。

### 母 体 側 救 急

現在、官公立の総合病院で、NICU が充実していても、産科のスタッフが不十分のため、すなわち、現在のスタッフで、一般のリスクのないと思われる分娩のため満床、且人手不足により、緊急の母体搬送の受け入れに対応しきれない状態であり（表3）、送る側として安心して母体搬送にふみきれません。一先回、神保先生も述べられて居られました。この様な現状では、緊急母体搬送よりは、むしろ分娩施設において、それなりの協力体制（随時集合型グループ診療）によって対応し、異常新生児に対しては、まず分娩させて、新生児専門医の協力（立会い）ということを強調しています。

ただし、切迫流産、PROM を含めての、非緊急的なものは、搬送先の選択、情報の提供を十分に行うことができます、母体搬送をはっきり区別して対応せねばなりません。

母体搬送を確実に受け入れるためには、地域医療計画に基づき、その地域の基幹病院（官公

立総合）を調査、選定し、その施設を若干組替えて、NICU を充実し、スタッフの待機と常時空床を確保し、さらに、一般分娩を行わず、紹介、HR のみの取り扱いという体制を確立することとすれば、全国的に、速やかに母体搬送に対応できることとなります。この場合、スタッフの待機と、空床助成が必要です。余裕があれば、大規模の周産期センターの設立が望ましいが、まず前記の方法を、全国的に早急に実行することを、強く要望するものです。

これが実現するまでは、緊急状態での母体搬送は、危険であり、むしろ現場への救援によらねばならないでしょう。

### システムの抜本的改革

わが国の母子医療周産期医療の向上ためには、妊婦管理周産期医療システムの抜本的改革が必要であります。

先回、時間の関係で、持ち越しとなった問題であります。異常児の発生は全出産の約50%で、英国のように、まず全妊婦について、総合病院（特に官公立）以外の一次の施設で、初診、母子健康手帳の交付手続き、妊婦管理を行い、次いで、

1. 中期に合併症妊娠を含めて、異常妊娠（胎児を含め）をチェック（ガイドラインによる）し、それぞれ二次施設へ転医、さらに、
2. 後期（周辺期の初期）にガイドラインにより再チェックし、（切迫早産、PROM、妊娠

中毒症、IUGR、胎児病等)、二次、三次施設に転医させるというシステム化が確立されれば、一次の施設では、主としてノーマルのみの取り扱いとなり、緊急状態での搬送も殆どなくなり、二次三次の施設も緊急の受け入れが減少し、余裕を持って医療が行えることとなる。

二次三次施設での一般の分娩の減少による収入減は、二次三次施設としての助成の要求が必要となります。

それでも発生する緊急事態には、現場への緊急救援体制によらねばならず、そのための救援に対する助成が必要となります。

### ま と め

(1) 母子救急としては、未だ確立されていない、少産が問題の時、確立する好期である。

(2) 母子救急にては、緊急、非緊急とを明確に区分して論ずるべきであり、非緊急での搬送が重要である。緊急時の搬送には問題がある。

(3) 極小、超未熟児の発生の増加に対して、設備とスタッフの充実、助成が必要である。

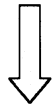
(4) 母子緊急ドクターカーの整備と待機科の助成が必要である。新生児専門医の救急車への搭乗は、すでに行われている。

(5) 母子救急受け入れ施設の指定と、その施設での一般分娩の廃止、ハイリスク・紹介のみの取り扱いを徹底し、待機空床助成を行うこと。

(6) 緊急時の救援体制の確立と、救援スタッフへの助成を行うこと。

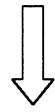
(7) 妊婦管理周産期医療の抜本的改革として初診・母子手帳交付手続・妊婦管理は一次施設でおこない、二次三次への転医のためのチェックのガイドラインを制定すること。

(8) 未熟児(異常児)を生まない運動を展開し、一般大衆および医療関係者を教育し、医学的、社会的に発生要因の排除と対策を推進すること。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

私に与えられたテーマは、「一般救急医療システムの中への母子救急の位置づけ」というのですが前回述べましたように、一般救急医療は、特別な災害等に関するものもありますが、概ね、休日、時間外、夜間などの患者の受診に対するものであって、その対応の如何によっては、診療拒否とか、たらいまわしとして、問題になるので、それには、公的の補助助成が、考慮されています。

愛知県においては、昭和49年「愛知県救急医療対策要綱」を策定し、次いで昭和52年に厚生省の「救急医療対策事業実施要綱」の制定に伴い、図のような救急医療体制制度となり、その運営の円滑化のため、医療情報システムを一部の地域で昭和54年3月から、次いで、県下全域で、56年4月から案内業務が行われるようになりました。

第2次救急医療体制の中、名古屋市においては、前回お示したように、土曜日午後、日曜日祭日のため輪番方式での対応に待機と空床に対して、補助が出ています(表1)。

第3次救急医療体制は、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療に対応し、救命救急センター(8機関)と第三次病院群(3機関)を指定、助成、更に、本年度ドクターカーに専門医師の搭乗と、そのための報酬が考慮されています(テストケースとしてドクターカー出勤モデル事業実施要綱-細則による)-(厚生省事業費1億9600万円救急現場医療確保事業)。

母子救急としては、前記の一般の救急とは、若干趣をことにし、母体側の救急の場合、胎盤の早期剥離、子宮破裂にみられるように、超救急というべきものと、前置胎盤(未剥離)、妊娠中毒症などで2、3次へ母体搬送を行う場合など、非緊急といえるものがあります。

胎児側の場合にも、分娩中の胎児仮死臍帯脱出などは緊急性ですが、切迫早産、PROM、合併症妊娠などは、非緊急的な母体搬送です。

未熟児特に、極小、超未熟児の発生の疑われる場合には、新生児科、NICU側としては、発生(出産)した時点からの取り扱いは、緊急ですが、送る側の産科としての対応は非緊急です。

こういうことから、一般救急の目からは、母子救急の殆どは緊急性のある救急とは認められず、行政からの助成、補助も積極的ではありません。

なお、健康保険では手術の時間外、深夜加算は、収容後8時間以内とされているように、母体搬送後の分娩まで(手術開始まで)また、異常児発生までの時間が、この時間を越えるものが多いので、母子は救急での対応は救急としてなじまないこととなります。

愛知県における救急対策費は(名古屋市を除いて)年間18億も計上されているのに母子に対しては極めて僅少です(表2)。

前年の班会議の報告でも、「周産期医療は他科と異なる救急医療として位置づけられるとし、

その整備には要員、設備空床の確保をはかるよう、経済的支援が待たれる。常時待機の姿勢が必要であり、一見余剰投資に見えますが、絶対条件であることが認識されねばならない。」とされています。しかし、一般救急としては、補助助成がありますが、母子救急としては、取り上げられていません。

ただし、前回述べましたように、周産期センターの新設改造ないし周産期関係 NICU の整備に対しては、費用の一部の補助、ないし、借入金の利子補填が考慮されています。ランニングコストは原則として出ていません。(名古屋市においては、1,000 万程度の補助があります。)

要は、周産期センターの新設、子供病院の設立には、行政の補助があり、さらに既設の組替え、改善によって、周産期関係、特に NICU の設備には補助があるので、この方法によって、周産期施設の設備を行う(要請)必要があります。

母子救急も、確固たる位置づけを確立せねばならなく、少産、特殊合計出生率が問題のこの時期に、具体的な対応を要求すれば、その実現の可能性も有り得るでしょう。