

全 体 班 会 議 記 録

ハイリスク児の搬送と費用負担

— ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究 —

第 1 回 総 合 討 議

日 時：平成5年2月15日（月）15：20～16：30

場 所：アルカディア市ヶ谷

小川：多田班、中村班と一緒に「21世紀の周産期医療」というテーマで、フォーラムを先日開催致しました。多数の先生方の出席を得ました。今日は、周産期医療の中で保険医療の矛盾点がいろいろある中で、新生児の搬送が大きくクローズアップされております。産科の先生方からもコメントをいただきたいと思います。

今日は話題提供を、新潟市民病院の小田良彦先生と、東京都立八王子小児病院の西田朗先生に、お願いしました。西田朗先生にはじめお話をいただいて、そのあと小田良彦先生にお話をいただくことにいたします。西田先生の八王子小児病院は都立病院ですが、新生児専用の搬送車がありませんので、公共の消防庁の救急車を使って搬送をしておられます。おそらく日本でいちばん多いぐらいの搬送例があるのではないかと思います。消防庁、あるいは消防署の公共の救急車を使って搬送するグループの代表として、話題提供をしていただきます。小田先生のところは新生児専用の搬送車がありますので、自院の新生児専用、あるいは専用でなくても、自院の搬送車を使った場合、保険上どういふ問題があるか、そしてそれはどのようにしていけばいいかということをお話いただき、コーヒブレイクを取ったあと、全体討議をし

たいと思います。

では、西田先生からお願いをいたします。

話 題 提 供

東京都立八王子小児病院

西 田 朗

「ハイリスク児の搬送と費用負担」という題の討論に話題を提供しろということですので、実際に現在われわれが行っている概要をお話するとともに、問題となっている点を2、3指摘して私の責務を果たしたいと思います。

本日お集まりのほとんどの先生方は、新生児の専門の方ですので、いまさらお話しすることではないと思いますが、まず新生児搬送および三角搬送というのはどういうものかということをお話ししてから、本題に入りたいと思います。

都立病院は、ドクターズカーを持たないという大前提がいまのところまだありますので、われわれはいわゆる消防庁の救急車を使用して搬送を行っています。したがって新生児搬送という場合、産科の先生から入院の依頼があると、われわれが消防署に電話をして、まず消防署の救急車にわれわれの施設に来てもらい、搬送用の保育器ですとか、あと診察や治療用の器材と、われわれ医師を乗せて、産科施設に向かい、産科

施設で新生児に診察および加療を加えたのち、われわれの施設に搬送して入院させるという、一連の行為を指しています。

三角搬送というのは、われわれに依頼があった場合に、われわれのところが満床であるとか、他の事情で入院させることができないとき、いま述べたような新生児搬送と同様に産科施設に赴き、診察および加療をしたのちに、他の新生児収容施設に搬送し、帰院することを指しております。

われわれの施設では三角搬送を含めた新生児搬送を年間に約240件行っていますが、本日の主題である費用負担を含め、種々の問題を抱えていますので、そのことについてお話をいたします。

保険医療により認められており、われわれが新生児搬送を行うときに請求可能と思われるものは、初診料に関係したもの、時間外診療および往診料に関係したもの、それから救急搬送診療料です。

救急は搬送診療料とは「当該保険医療機関に搬送されてきた患児を救急自動車（消防法施行令（昭和36年政令第37号）第44条第1項に規程するものを言う）」によって、「さらに別の保険医療機関に搬送する際、治療の必要上、救急隊員その他の救急業務にたずさわる、いわゆる救急隊員に求められて、当該救急自動車に同乗して診療を行った場合、または患者の発生した現場から救急自動車によって、保険医療機関に当該患者を搬送する際、治療の必要上、救急隊員に求められて当該救急自動車に同乗して診療を行った場合に算定することができる」ということになっています。

いま述べました救急自動車はどのようなかと言いますと、消防法施行令に規定する市町村、または都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車を言うわけで、保険医療機関が保有管理するものは含まれておりません。したがって救急搬送料はドクターズカーを使用した場合は算定できないということになっています。

ですから、我々のように、消防署に救急車を使用して新生児搬送を行った場合は、往診料と合わせて、救急搬送診療料が算定出来るはずですが、実際東京都の場合は、福祉局の保険指導課の指導によって、残念ながらこれはいっしょに算定できない現状にあります。

診療時間に関するものでは、診療時間加算というのがあって、1時間以上のとき、30分を増すごとに100点加算できることになっております。われわれは年間60から70例分娩立ち会いを行っておりますと、経膈分娩の立ち会いの場合には数時間以上産科施設で待機することもありますし、またかなり広い地域で三角搬送を行いますと、数時間以上搬送に費やされることがあるのですが、診療時間加算は、残念ながら実際に診療しているときでなければ算定してはいけないと指導されており、待期時間に関してはぜんぜん評価されておられません。

初診料や往診料以外では、対診等の場合の診療報酬の請求というのがあります。これはどうなのかというと、「保険医は必要があると認められるときは、他の保険医の立ち会い診療を求めることができる。その当該基本診療料、往診料等は各々請求できるが、治療行為にかかる特掲診療料は主たる保険医のみ請求する。共同で行った診療の報酬の配分は、相互の合議にゆだねる」というものです。主たる保険医というのは、分娩施設の産科医をさしておりますので、われわれが産科施設において、種々の治療を行った場合、たとえば、持参した薬剤を使用した時でも、新生児側からは、保険請求は出来ないということなのです。

そこで、われわれは以下に示すような合議書をつくって、産科施設と取り交わしております。「保険医療機関および保険医療担当規則16条に基づき、われわれ都立八王子小児病院（以下甲という。）が実施する対診に際し、甲と乙（これは産科施設です）とは対診等の場合の診療報酬請求について、次のとおり取り決めを行う。1.甲は重症新生児の治療を目的とした保険医療機関

である乙からの立ち会い診療の求めについては、可能な限り協力するものとする。2.甲が乙から求められた立ち会い診療に関する診療報酬のうち、その当該基本診療料、往診料等は甲、乙各々請求する診療報酬のうちに、その当該基本診療料、往診料等は甲、乙各々請求するが、治療行為にかかる特掲診療料は健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法、別表第1、診療報酬点数表（甲）より算定した乗じた額を東京都が発行する納入通知書により甲が乙に請求する」、…3…4…、要するに先ほど述べましたように、われわれは治療行為に関しては直接保険請求できませんから、まず実際に立ち会って行った治療を産科の先生方に、お知らせして、産科の先生方が実際にそれを行ったということで保険請求をしていただき、次にわれわれは産科の先生からそれに見合う額を直接お金でいただくという形にしないと、産科施設におけるわれわれの治療行為が、新生児側の収入にならないということです。ですから、われわれが行った治療を直接請求できない。間接的にしか請求できないということになるわけです。

このような、新生児搬送や対診の場合、われわれは必ず新生児のカルテをつくって保険請求をするわけですが、分娩立ち会いしていて児が死産になった場合がいちばん問題です。死産の場合こういう方式ですと、児のカルテを作ることが出来ないわけですから、われわれが分娩立ち会いをしているいろいろ行っても、それが実際の評価にはね返ってこないという現実があるので。

われわれがいま行っている新生児搬送というのは、必要に迫られて、われわれが自主的に行ってきた事業であり、新生児医療にかかわる医師や、看護婦の熱意に支えられてどうにか行っているというのが現状です。したがって早急に行政面からの種々な対策がほどこされるということ、熱望いたします。

小川：ありがとうございます。

いまの西田先生のお話に対して、忘れないうち

に質問したいということがありましたが、どうぞ。

犬飼（聖隷浜松病院小児科）：分娩立ち会いをして、正常であった場合、死産と同じように、請求を先生方はされてないのですか。

西田：正常で赤ちゃんが生まれた場合には、実際に診察したというのは請求しています。往診料を取っています。だから生まれたときはいいのです。それから死産という場合、実際に死産の場合と、非常に状態が悪くて、できれば死産扱いにしたいという場合とでは、ずいぶん意味が違って、あとの死産扱いにしたいという場合とでは、ずいぶん意味が違って、あとの死産扱いにしたいという場合が、非常に困るのです。

志村（静岡こども病院新生児科）：今回の改訂で、救命救急管理料という救命救急士が乗ると400点算定される項目が新設されました。私達専門医がより整った救急車で搬送してもゼロ算定です。ぜひ矛盾点として取り上げていただきたいと思います。

小川：ほかにございませんか。

なければ、また総合討論でゆっくりディスカッションしていただくことにして、続いて小田先生をお願いをいたします。

話題提供

新潟市民病院小児科

小田良彦

新潟市民病院の小児科の小田でございます。先ほど司会の小川先生のほうから、「立派な救急車を持ち」というご紹介がありましたけれども、実は私達の使っている救急車は、うちの救命救急センターに配属された救急車を利用させていただいているというもので、内部のほうも一静岡の柴田先生とか、犬飼先生が使っておられるような、働くNICUという、そういういい車ではありません。それから、私達の特異性かもしれませんが、そのドクターズカーは消防署に常に置いてあって、保守管理は全部消防署でやってくださいますし、消防隊長と消防手と2人いつも

来ますが、その2人の給料も消防署が払っていますので、うちの病院は人件費が何にもかかっておりません。そういう特殊性があるので、話題提供としてしゃべっていいのかどうか、だんだん不安になってきたのですが、一応しゃべらせていただきます。

また、年間出勤数は最初は多かったのですが、最近はだんだん減ってきて、去年は80回ぐらいに減りました。それからセンターがいくら満床でも、よそに運ぶということではなくて、全部いったんうちに入院させますので、三角搬送ということはありません。そういう特殊なセンターであることを念頭に置いていただいて、お話を聞きいただきたいと思います。

先ほどもご紹介がありましたように、ちょっとアンケートを取らせていただきました。ドクターズカー搬送についての調査研究は、順天堂大学の柴田教授のほうから詳しく発表されると思いますが、私は新生児医療連絡会というのがあり、そこの各地区の幹事を対象に、アンケートを取らせてもらいました。その結果からまずお話をします。

全国32施設に対して行いました。返事をいただいたところは20施設です。大学は4、一般病院が9、小児病院、こども病院が6、その他であります。施設規模を見ますと、聖マリアン病院の120を除けばだいたい30床が平均的な定床でした。ドクターも正規の医師が4人ぐらいで、その他研修医が1ないし2が加わっており、ナースは25から30人程度でした。

そういう施設ですので年間の入院数ですが、150から300例です。うち院外出生は100から200です。これらの院外出生児をドクターズカー、あるいは先ほど西田先生が言われました消防救急車で医師同乗で搬送する割合は、60から70%が7施設、院外出生のすべてを搬送しているのが6施設ありました。搬送方法は病院独自のドクターズカーが14施設、消防救急車が5施設でした。

ほぼ全施設で24時間、365日受け入れ体制を

取っています。また搬送範囲は医療圏外にも出ております。ですから、搬送車の動く範囲というのは、非常に広がっています。一方、搬送医は新生児専門医がやっているというのが13施設、小児科医も加わって、新生児科医、小児科医両者共同で体制をつくっているところが6施設です。ちなみに私達のところも両方でやっております。

看護婦がいっしょに乗る割合は、100%いつも看護婦が乗ってくれるというのが8施設のみであり、そのほかは看護婦が乗る場合もあるし、乗らない場合もある。ぜんぜん相手にしてもらえないというのが8施設ありましたが、ドクター1人で何でもかんでもやらなければならないというのは、非常に負担だと思います。

費用負担ということがいちばん大事になってくるかと思いますが、搬送車の維持費とかガソリン代、その他いろいろ金がかかるわけです。

私達のところは特別ですので、維持費はガソリン代くらいで、年間30万ちょっとぐらいしかかかってないのですが、40万から50万が5施設、100万ぐらいかかるというのが2施設ありました。また専任の運転手を雇っておられる施設が9施設あったのですが、給料にはさまざまありました。安いところは350万、高いところは500万以上でしたが、概ね400万から500万円ぐらいの給料を年間払っているようです。当然のことですが、搬送時間以外は院内の別の仕事をしておられるわけです。ですから、維持費あるいは人件費をひくると、専任運転手を雇って正式にというか、堂々とやっているところは5~600万円ぐらい年間かかっているのではないかと思います。

往診料の保険請求は10施設で行われています。これは約半数です。ドクターズカーというのは、実は病院の施設の一部とみなして、往診料は認めないという県もあるそうです。私のところの新潟県は、以前は認めておりませんでした。

ドクターズカーの往診というふうには書かない

で、往診というのであれば、何にも差しさわりはないということで、往診料も今度いただくことにしました。

アンケートでは患者負担として、タクシー代、高速代、ガソリン代を患者さんに請求するところがありましたが、これは法律に「車馬賃は患家の負担」というのが出ていますので、それに沿ったものと考えられます。

そのほか公的補助のあるのは、静岡県などの1、2の施設に過ぎません。

それから搬送用保育器とか、その他搬送車の一部補助を受けている施設が9施設ありました。

図1 社会保険診療報酬

点数表の解釈 (平成4年4月版)

1. 往診料	
基本往診料	520点
(1) 緊急加算	50/100
(2) 夜間加算	100/100
6:00 - 8:30	
17:15 - 22:00	
(3) 深夜加算	200/100
(22:00 - 6:00)	
2. 救急搬送診療料	520点
消防救急自動車	
3. 救急医療管理加算	320点
病院郡輪番制方式	
共同利用型病院方式	
4. 救急救命管理料	400点
5. 初診料	348点
	(198 + 50 + 100)
(1) 時間外加算	75点
(2) 深夜加算	430点
(3) 休日加算	215点

図1は搬送に関する保険請求でいたいこういうところが可能ではないかなと思っています。基本往診料と言いますのは、患家の要請による往診料で、これが16Kmまでが520点です。

それから、緊急加算というのがありますが、こ

れは先ほどディスカッションでも出ましたが、「入院患者以外の患者の医療に従事しているとき…」なのです。ですから、はっきり言えばこれは開業の先生か、あるいは外来で仕事をしているときに、搬送車に乗ってくれと言われて、行ったのでなければ取れないはずなのです。こういう縛りがある。しかも、「標榜時間内にあって」ということになりますから、ますます厳しくなるのですが、これももしかすると、外来で診察している真っ最中なのだけでも、搬送の要請があったから、それをやめて来たということになれば、加算は可能だと思います。

次に、夜間加算が100分の100、深夜加算というのは100分の200あります。図1の時間は、私共の病院が標榜している時間帯ですので、これは各病院によって違いがあります。おおよその時間は診療報酬の平成4年4月版がありますが、そこでご覧になればわかると思います。

2番目の救急搬送診療料、この520点は先ほども出しましたが、消防法に基づく消防救急車による場合ですね。ですから消防救急車でないと取れないと縛りが非常に大きいと思います。

それから救急医療管理加算の320点は、これはその病院が二次輪番のその当番日に当たっていれば、取れることになっています。ですから、病院群があって、二次輪番に当たっていれば、320点は取れることになります。

救急救命管理料の400点は、先ほども議論ができましたが、救急救命士が患者発生現場にて、医師の指示下で処置を行った場合に400点取れるということですので、新生児に関しては難しいのではないかなと思います。

以上のようないろいろな縛りが大きく影響して、私達が取れるというのは、非常に数が少ないわけですが、ちょっとそのへんを整理してみます。

現行ではドクターズカーの場合は日勤帯は往診料は520点、夜間が100分の100追加されて1040点、深夜は1560点請求できる。ただし消防救急車で行けばこれに520点が追加されます

ので、日勤帯が1040点、夜間が1560点、深夜が2080点となります。これに先ほど申しました病院群の二次輪番に当たれば、320点が追加加算できると思います。しかし、先ほど西田先生は往診料とこれはいっしょに請求できないという、東京都の方針があるとおっしゃいました。そのへんは私は地元の県のほうに確かめてないので、自信はありません。

以上から、先ほども申しましたが、新生児搬送車のほうが消防救急車よりも医療保険上の評価は低いということになります。それで私の要望は、救急搬送加算料の「消防救急車」の縛り、これを取っていただく、あるいは「救急加算」の260点のこの縛りが取れば、日勤帯が1300点、夜間が1820点、深夜が2340点となって、この前のアンケート調査で行った希望額には遠いのですが、やや近いかなというところに来ると思います。

以上です。

小川：何か質問がございますか。

小田先生は自院の車の場合を中心にお話いただいたわけですが。

田中（新潟大学医学部産婦人科）：ドクターズカーの使用頻度が徐々に減少しているとの、小田先生のご発言ですが、何か原因があるのでしょうか？

小田：たしかに最初は120～130あったと思うのですが、そのころは不安だから何でもかんでも送ろうかというようなこともあったのかもしれませんが。とにかく入院数も非常に多かったのです、その当時は。いまは入院数も減り気味になってきていますし、ドクターズカーで行くのも少なくなっているのです。もう一つは、母体搬送が非常に増えたのだと思います。これがいちばん大きいと思います。

田中：僕もたぶん母体搬送という概念が、一般の産科医にも浸透してきたと思うのですが、先生が見ておられて、母体搬送で来た子の予後と、ドクターズカーで迎えに行った子の予後というのは違いますか。やはり母体搬送で産ましたほ

うがいいのでしょうか。当然そうでしょうね。

小田：全体のことについてはちょっと調べていませんので、わかりませんけれども、この前、超未熟児だけで調べてみたのです。以前からずっとフォローしてきた院内出生と、母体搬送で来たのと、院外出生とを分けて調べたのですが、長期予後はいまだわかりませんけれども、生命予後については、院内出生がいちばん良くない。それから母体搬送です。院外出生がいちばん良い。統計学的にみれば差はないでしょうけれども、ですから院内で長らくフォローされてきたというのは、妊婦のいろいろな周産期の障害があるからではないかなと思っていますが、そのへんの詳しい分析はまだやっていません。

小川：トランスポートのシステムとか、その効果については、いま多田班で柴田先生がシステムとしての調査をやっていたいておりますので、今日はほんのちょっとパイロット的なことだけ、ご報告があったと思います。来年、再来年に本格的な調査があると思いますので、そのへんがはっきりするのではないかと思います。橋本（聖マリア病院新生児科）：搬送に対して日本でいちばん大きな支出をしている施設だと思っていますが、年間約1000例ぐらいの搬送があります。そして救急車が5台と搬送技師が7人ぐらい常勤しています。そうするとその人件費だけで、300万ぐらいの年間の支出になります。搬送する医師も分娩立ち会いとかで行くケースが増えてきたため、出て行きますと、半日それで取られるというケースが非常に多くなりました。車の維持費やそういうものも含めると、すごい損失になるというか、支出は多大なものになります。

救急搬送についての条文は、昭和35～36年頃のもので、そのころ僕等のところではジープで搬送していたような時代ですから、もうそろそろこれを全面的に変えていただかなければならないのではないかと考えています。救命救急士が蘇生できるという時代に入ってきていますから、ぜひこれは見直して、最初から搬送に対す

る規格というものを保険のほうでつくっていた
きたい。そこで、新生児だけではなくて、た
とえば循環器学会や、救急蘇生学会など手を
組んで少しアピールしていかなければならな
いのではないかと思います。小田先生、よろしく
お願いいたします。

竹内（松戸市立病院新生児科）：先生からのアン
ケートをつい先日、机の上の書類の山で発見を
したわけで、申し訳ございません。

これは自前の救急車を持って、自分のところ
で運転手を雇ってやるとなると、24時間です
から、1人では駄目なわけで、2人以上いること
になる。それで非常に人件費がかかる。そこで、
減価償却とか、車の保守管理も含めて、維持に
どのくらいかかるかということで、アンケート
の回答の中で悩みみたいなのがありましたら、
教えていただきたいのですが。私達のところ
では、ざっと計算すると1500万ぐらい、救急車
の維持にかかっているのです。

小田：先ほど、ちょっと触れましたけれども、専
任の運転手を雇っておられる施設がだいぶあ
ったのですけれども、多いところは4人とか5人雇
っておられるところがあるのです。その給料
だけでも1000万超すわけです。そのほか車の維持
費とかを含めると2000万近いのではないと思
います。そういう施設もありました。

ただ、その4、5人雇っている運転手が24時
間飛び回っているかという、そうではないの
です。ですから、病院内のほかの仕事もいろ
いろやっておられる。たとえば、医療機械の保守
管理をやったりとか、事務的なことをやったり
とかしている。ですからはっきりどのくらい金
がかかっているかというのは、非常に難しいと
ころではないかなと思います。

竹内：私のところも運転手さんは6人ぐらい
いるのですが、新生児のためには、1人が24時間
いるわけで、そこで2人でチームを組んで交替
で、1か月づつ回している、一応2人がたずさ
わっていると計算して、そのぐらいの額になる
のです。

先ほどの先生の救急往診料とかいろいろもの
を全部認められても、年間300回出勤しても500
万か600万ぐらいにしかならないのです。そう
すると、先ほどの提言が全部認められても1000
万以上の赤字になっているということなので、
これからずーっと長くこれ続けるのかなと思
うと、いろいろ問題があるなということで、橋
本先生のおっしゃったことに帰ってくるわけ
なので、どうにか将来ならないかなと思ってい
るわけです。

小田：1点10円ですが、そういう10円、20円
のことをいつまでも言っていられないと思
います。そこで救命救急センターのように施設を
はっきりさせて、これは全国に約110位あって、
それに対して国から年間6300万、これは全額
ではないと思いますが、そのくらいが補助金
で出ているのです。私達の場合もそういう時
代にもう来ているのではないのでしょうか。1
点、2点を言っている時代ではないと思うの
です。

小川：ほかにご質問はないですか。

なければ、いまからコーヒブレイクに入
って、ちょっと休んでいただいてから、核
心に迫るディスカッションをお願いしたい
と思います。それでは予定どおり、これか
ら15分間コーヒブレイクにいたしたいと思
います。

総 合 討 論

小川：それでは、いよいよディスカッション
に入りたいと思います。周産期医療の中で早急
に解決しなければいけない問題を順番に取り
上げようと思い、いちばんデータがあるとい
うか、ディスカッションしやすいという点
から、新生児搬送を組上に上げたわけ
です。いまお2人の先生から、話題提供を
していただきましたように、公共の消防署
の救急車で搬送した場合と、自院の救急
車で搬送した場合とで、保険の点数が違
うという問題、それからいずれの救急車
を使うといちばんの問題は、特に公共の救
急車の場

合、われわれが俗に言う三角搬送の問題があるわけです。三角搬送というのは、Aの施設からBの産科施設に迎えに行き、そこの患者さんを今度はCの施設まで運ぶ、そしてCの施設からAの施設へ空で帰って来るわけです。この三角搬送の問題をどうするかということです。

特に自院の救急車、あるいは公共の救急車を問わず、救命救急士という制度が正式にスタートして、もうすでに何人かの救命救急士が誕生したわけですが、この方が救急車にお乗りになると400点という点数が付く。これは早くも保険で取り上げましたね。にもかかわらず、ドクターが乗っても400点も取れないということで、そこに大きな矛盾があるわけです。これをどのようにすればいいかということです。

そのほかいろんな問題があると思いますが、まず、自分のところに救急車があるとき、ぜんぜん採算が合わないから問題だというお話があとのほうで出てきましたが、新生児専用救急車は、府県で周産期センター的なものができれば、新生児専用救急車購入の補助をする制度を、母子衛生課でおはじめになりましたね。その制度で救急車が入った施設が幾つかあると思うのです。

一方、東京都のように、徹底的に消防庁の救急車を使ってやるという、方向付けをしておられるところもあります。そういうふうに地域によっていろいろなのです。

そういうことで、新生児専用救急車の必要性が、かつてあれだけ言われたのに、あまり広がっていない。母子衛生課でせいかくスタートされたのですから、いままでこういうふうに苦労しておられるところのその費用を、何とかできないかなと思うのですが。

それと、新生児専用の救急車をお持ちの場合に、府県によって補助の出るところと、出てないところがある。いちばん有名なのは静岡県で、静岡県は県立の病院が一つと、私立の病院が二つですが、私立の病院には県から新生児専用の救急車の補助というのが出ていますね。ほかの

府県ではそういうものがほとんどなくてやっているという問題があります。

ある府県では、府や県のものだから、ある程度赤字が出て、問題なくて行っているというところもありますが、私立になると聖マリア病院みたいに、年間何千万の赤字で、責任者としてはかなり問題になってくるというところもあります。同じ公のところでも、松戸市立病院のように、市立病院だけれど赤字分が問題だということもあります。

そこで、最初に自分のところで持っている新生児救急車についての問題点から、話を進めていただきたいと思います。それについては先ほど橋本先生が年間2000万ぐらい赤字と言われました。それで橋本先生のご意見としては、保険の小手先の改善だけでは駄目だというお話があったのですが、そのへんに関してはいかがでしょうか。

自分の所で救急車をお持ちの施設でご意見がございましたら、どうぞ。

小泉（群馬県立小児医療センター）：私達のところも自前の救急車です。私達のところは先ほど小田先生が言われたように、救急車は1台なのですけれども、運転手は一応4人います。通常ウィークデーの昼間は運転手が2人病院に詰めています。運転する人と助手席に乗る人とです。夜間は病院には1人詰めています。あと1人はオンコールで呼び出します。絶えず2人で出勤する。それを4人で交替してやるという体制です。

その採算とか何とかというと、先ほどのように小手先の保険点数だけでは賄いきれません。ただ、私達のところは県立の病院ですから、地域医療のためにということで、県が負担していますから問題ないのですけれども、やはりこれは私立の病院でやっていくにはかなり問題だろうと思います。そこで、普通の社会保険の中の救急搬送というのとはまったく別のものとして、位置付けなければ、いけないのではないかと考えています。

小川：ありがとございました。ほかにご意見

がございませんか。

多田（東邦大学医学部新生児科）：先ほどから東京都のことが問題になっていますので、東京都の実用をお話ししたいと思います。

東京都には消防庁の救急隊というのがかなりの数ございます。そこで大塚病院ができるときに、病院が新生児救急車を持つという議論が持ち上がってまいりました。そのときに、東京都はこれだけ広いところなので、幾つ持つかという問題になり、各救急隊なり各病院が、みんな持たないと不公平になる。東京都に1台あって、それが全東京中を走り回れば、いちばんいいのですが、いまの救急体制というのは、それぞれ持ち場があって、たまたまその地域の消防庁の救急車が出払っているときは、周辺から行くことでカバーをしています。全都を一つなり、二つのところでカバーをするということは、考え方としてまだなじんでおりません。

都議会でこの問題が出て、各地域の都議の先生方が自分の地域にないと困るというようなことを問題にしまして、これだけ消防庁の救急隊があるのだから、それを利用してもらうということになって、新生児専用救急車を置くことができませんでした。

もう一つはいまも議論がありましたように、誰が運転するかということです。昼間だけならまだ職員でもできるかもしれないが、24時間搬送するために待機をしているということになると限りがある。

それで一つの方法としては、小田先生のところで作られるように、消防隊の人達が管理をする。これはある地域を一つの病院でカバーしている場合には可能なのですが、東京都のようにクロスしている場合には、非常に難しいので、結局実現をしなかったのです。

地域周産期医療システムの中で搬送をどうするかという問題を大きく論じるときには、地域のセンターが担当する。そしてそこは赤字であっても、補助金を付けるなり何なりしてやっていただくというのが、根本的な考えだろうと思

ます。ただそのときに東京都で見ますと、地域割というのが非常に厳しくなっていて、県境を越えられない、行政区域を越えられないとか、いろいろな問題があります。

救急問題を論ずるときに、その実際の運用面と同時に、この地域を取り扱うということ、ぜひ同時にやっていただかないと、機能化しないと思うのです。特に東京付近、関東圏というか、こういうように行政区が非常に近いところで、便利な病院が近所にあるのに、行政範囲を越えてしまうところをどうするかという問題も、同時に検討していかないと、現実的な解決にならないような気がしています。

東京都でみると、誰が運転するかという問題もからめて、救急車を論じないといけないのだろうと思っています。

小川：ありがとうございました。いま東京都のお話をいただきましたが、静岡のケースについて、私は簡単に補助金と言いましたが、柴田先生訂正をしてください。

柴田（順天堂伊豆長岡病院小児科）：搬送をいかにするかということは、非常に長い間の問題で、私どもは1975年にアメリカの未熟児、新生児の医療を見てきまして、それ以来、搬送を行って来ていますが、橋本先生が言われましたように、たしかに経済的には大きな負担であったかと思いますが、それに伴う付帯的なことも病院としてはあるわけです。そのへんのところの計算は大変に難しいわけですが、そういう意味においてやっているわけです。

1986年に23の病院で新生児専用の救急車がありましたが、それ以後、今日も多田教授に発表していただきましたが、それは中間報告ですから、あまりはっきり数字は出ていませんが、だいぶ増えております。10病院ぐらい新生児の救急車は増えています。また消防署の救急車で搬送されるということも、大変増えております。

また実際に1986年の調査で搬送をしておられる病院を調べてみますと、1週間に1回、52回以上行った病院は、40件ぐらいになってしまっ

ている。ですから、本当に搬送するのであれば、実の意味で搬送をしておられる病院には、ぜひ搬送料を認めていただきたい。

今度の保険点数で16Km以上の往診はまったく認められないのです。16Km以上でも認められてはいるのですが、よほどの理由がない限りは駄目であります。いままでは16Km以上でも、これもいろんな問題はあるわけですが、一応認めてもらっていた。静岡県では三つの病院、センター病院には認められていた。そうすると、私どもは下田までまいりますと、60Km余りありますから、夜間には10万円ちょっとになります。病院としましては経済的にうるおう訳であります。

それから、静岡県の問題をちょっと申し上げますが、以前は1件搬送すると、1万円の助成金を年間300件までの頭打ちでもらえました。現在は、新生児センター運営助成金ということで一括年間1000万円、東西のプライベート・ホスピタルはいただいています。県立こども病院にはありません。しかし救急車の予算を付けていただいている。最初は救急車はなかったのですが、県から救急車の予算をちょうだいしている。いまは2台目ですね。今度は立派なものです。そういう県の姿勢というものも必要であろうと思います。

なお、私は16Kmの縛りをなくしていただければ、いいのではないかなという気がしないでもないのです。

小川：ありがとうございます。いま16Kmの縛りをなくしてほしいというお話がありましたが、これはわれわれの班の、特に多田先生の班の周産期センターをどういうふうにつくるか、その整理統合ということも含めて考えた場合、たとえば先ほど話がありましたが、救命救急センター的にわが国に100なら100のセンターをつくって、それが中心になってやる場合に、そこが救急搬送を行う業務もすべてやるということになれば、16Kmということが問題になりますね。

柴田：救命救急センターが搬送を行う場合にも16Km以上の往診を認めて欲しい。

小川：そうですね。そういう問題がまた出てくると思います。

藤村（大阪府立母子医療センター）：私どもも大阪府が設立した病院で、自院の救急車を持っていますので、その立場から少し発言させていただきます。

大阪府は救急車のために、年間約3000万支出しています。これは運転手の給与がほとんどです。備品については、救急車を6年ないし、8年に1回更新しなければいけません。これは一般会計予算から支出されますので、その償却は勘定に入れないといけませんが、ここには含まれていません。

いままでに、費用の点については議論がありましたから、それはちょっと置いておいて、救急車を運行する基幹になる人の問題について考えたいと思います。車が有り、運転手がいても、医療要員がきちっと保障された形で、赤ちゃんを運ぶ体制にない場合、病院内の診療に非常なしわ寄せが来ます。これは実は非常に大きな問題だと思います。救急搬送のためにいま出勤されている新生児の病棟は、出勤するときに、医師が乗って出て行ったとき、病棟が空になるか、あるいは自宅にいる医師を呼び出しているわけです。勤務に入っていない人が呼び出されているわけです。

私どもの場合は、年間に約200件搬送しています。その3分の2は夜間です。これは2人当直でないとできません。10名の正規職員がおります。でも、その人達で2人当直しますと、だいたい月の当直が7回です。週休2日制になりましたから、土曜日休みという勘定に入れますと、休みの半分以上は病院に勤務していることになります。つまり、そうした先生方の大きな犠牲において、いま新生児の救急搬送が行われているという事実を見つめないといけないと思います。

ともかく救急車もある、運転手も準備した、一応病院の収支も保険でつじつまの合うようにし

たとして、ドクターはどうなるのか。いま実際に車に乗って、車酔いしながらやっているドクター自身は、きっともう直ぐに自分達の立場が認められると、そう思いながらゲーッとやっているわけです。これを本当に何とかしてあげないと、やっていたと思ったらやめているということになるわけです。これは別にやる義務はないのです。しかし搬送しないと赤ちゃんの予後が悪くなるということをはっきりしています。自分の医療の良心からして、搬送をしないと新生児医療は進まないということを、その人は感じている。ですから自分がNICUに勤める限りは、搬送しなければいけないと自覚している。自分が出て行くしかない。その原点をどうしても保障しないといけない。ということになりますと、やはり新生児集中治療施設というものが、きちっと整備されて、そこに搬送も含めた医師の人員というものが保障され、また当然ナースも保障されるべきだと思います。そういった形でこそ、真の新生児救急搬送がこれからも若い医師に不当な犠牲を強いることなく、進んで行くのではないかと思うのです。

もちろんそのためには、公的な補助であるとか、保険診療で十分に見合うような収入であるとかを、考えていかなければいけないと思います。

小川：いま基本的な、原則的なことをお話しいただきました。まさにおっしゃるとおりだと思います。そういうことを踏まえて、多田先生の班では、センター化ということをお考えになっていると思うし、すべてはそちらにつながると思うのですが、それまで待っておれないのですね。

今日これを挙げました一つの理由は、遅れを取ってはいけないということがあるのです。というのは、ほぼ1年前に厚生省がドクターズカーをこれからはじめると発表しました。そのとき、いままでドクターズカーはないとはっきりと新聞に書かれていましたが、冗談じゃないわけで、われわれはドクターズカーでやっているじゃな

いかと、私どもはそう思ったのですが、厚生省としては、それは公に厚生省が認めたものはないということだったのでしょね。そこで、これからドクターズカーをやるということを打ち上げたわけですが、その中には新生児ということは一言も出ていない。これは救急救命センターを中心とした、おとなを対象としたものでしか過ぎないわけです。そうすると、また新生児はそのままということになる。救命救急センターのときにも、「新生児は除く」という一項がありました。今度またドクターズカーも新生児は除くということになると、いつまでたっても、これはぐちを言うだけで終わってしまうものですから、ドクターズカーという構想があるとなれば、それに乗れないとしたら、われわれは別の方法でどうするかということがあるものですから、緊急の話題として、今日ディスカッションをお願いをしたような次第なのです。

これは新生児だけの問題ではなくて、母体搬送ということになると、今度は産科の先生方も、直ぐにからんでまいります。現実の問題として、もうすでに何年前かに、私は救急医学会で救急隊の方の部会で話をしましたときに、彼等がいちばん困るのは、妊婦さんの搬送だとききました。産科の先生が協力してくれないとの事です。新生児の場合は先生が協力してくれるのだけれど、産科の先生は協力してくれないから、こわくてしょうがないということになると、おそらく母体搬送の場合にはドクターズカーということが、近い将来問題になってまいります。ですから、産科の先生方も他人事と思わないで、いまから考えていただいて、遅れを取らないようにしていただきたい。そういう意味でぜひこの話に乗っていただきたいということで、今日組上に乗せた次第でございます。

では、ご意見をどうぞ。

池ノ上（宮崎医科大学産婦人科）：小田先生に一つおうかがいして、あと藤村先生のお話に関連して、意見を述べさせていただきたいと思いません。

私は前任地が市の病院でしたが、小田先生の病院も市民病院ですね。市のベースでお仕事をやっておられるのですが、おそらくカバーしておられる医療圏は新潟県全体ではないかと思えます。その場合に消防署というベースで救急搬送を考えた場合に、市の行政範囲と、県の行政との間に、幾つかのバリアがあります。鹿児島県での私の経験では、市と県との間にどうしてもバリアが出てくる。市立病院というのは、市民がまず先決であって、その次が県なわけです。ところが市以外には新生児収容施設はない。それで要請があれば、われわれは収容したい。しかし市としては、そういうのを気持ちよく認めてくれないという問題がある。そういった中で小田先生のところでは、どのように消防隊、それから市というベースでの救急搬送を展開されているか、お教えいただければと思います。

それから、藤村先生のご発言に対して、私も同じようなことを考えているのです。私はいま宮崎県にいます。そこで鹿児島県や宮崎県という、南九州の地域を考えますと、先ほどから議論が出ておりますように、センターのドクターが救急車なり、自院の救急車に乗って迎えに行き、そこでピックアップして、また運んでくるということになると、かなり時間を要します。

その場合、実際に搬送を必要とする症例で、スペシャリストのテクニックなり、知識を要するというのは、頻度からいくと非常に少ないのです。むしろある程度の新生児ケアのトレーニングを受けた医師であれば、それ以上悪くはしないで運ぶことができるだろうという症例の占める割合のほうが多いわけです。そうすると、さっき多田先生のお話にもあったと思うのですが、二次的な施設に新生児医療のテクニックや考え方の、プライマリーなトレーニングを受けた人達がいかに配置されるか、そして搬送はできるだけ片道搬送でもできるような、そういった状態をつくるのが、特に地方都市では急ぐ必要があると思うのです。

たとえば、宮崎県の場合ですと、宮崎市から

延岡市まで行って、また帰ってくると、これは6時間ぐらいかかってしまう。高速道路もないですしね。もうちょっと市町村の診療所に入ると、さらに道路は悪くなりなかなか救急搬送は難しいのです。

そこで、その地域のいちばん近くの二次施設に、産婦人科医なり、小児科医なり、新生児のプライマリーケアのできる人達を配置したらいいと思うのです。

先ほど、途中でぶつと施設の新生児医療が消えてしまうというお話がありました。一生懸命ある方が希望を持ってやっておられても、その方がおやめになったあと、その地域に新生児医療がなくなってしまうということですが、そういったことがないようにするためには、やはり小児科医、産婦人科医も含めて、新生児医療のプライマリーケアのトレーニングのシステムをつくる必要があります。地域の中核となっている国立病院や大学病院にトレーニングの場を整備するということが、非常に大切で、かつ急務であると考えております。

小川：地域によっていろいろと違うということだと思います。

小田：いまの池ノ上先生のご質問ですが、消防士が運転しているうちの病院のドクターズカーは、市外はもちろん県外にまでも行っております。たとえば先天性心奇形があって、うちでできないということで、女子医大に運んだことが何回かあります。当然新潟県内はどこでも出ていっていますが、その場合特に問題はないようです。

多田：それは、こっちから行くのはいい。連れて来ちゃうのはいけないのです。

柴田：先生のところから女子医大に送ろうと、札幌に送ろうと行ってくれる。ドクターが乗ればですね。ドクターが乗らないと駄目です。

多田：自分の県で処置ができなかったときに、相手まで行くというのはかまわないのです。

小田：ただ、ドクターズカーがどっかに出ているというときに、市の消防救急車を出していた

だくことがあるのですが、そのときは市内に限るということになっているみたいです。

なお、市外に出た場合は、日当が出るのです。私達にもちょっとは出ているし、消防士の運転手さんにも幾らか出ているようです。

小川：いまの地域外搬送のお話ですが、これは原則としては地域外搬送はないわけです。広域消防というのはあるのですが、これは発生地主義、現場主義というのが、消防庁の取っている方針ですから、すべて患者さんの発生したところの消防署が、一義的には責任があるということになっていると思います。

昔、愛知県で新規救急医療システムをスタートしたときに、消防庁長官に質問をしました。当時は病院間搬送は認められてなかったのです。それを医療機関同士の搬送もいいということのお墨付きをもらい、消防庁長官から全国への通達をそのときにいただいたのです。それで病院間搬送もよろしいということになった。しかも地域外搬送もよろしいということになった。これは援助システムというのが消防関係にはあるので、発生地の消防署がほかの消防署にお願いしますという一言があればOKなのです。ただ、メンツからみますと難しいということだけなのです。

竹峰（兵庫県立こども病院）：議論を蒸し返すようで恐縮ですが、搬送の問題についてのいちばんの問題は、先生方が、私も含めて、あまりにも馬鹿正直過ぎるということです。（笑い）あまりにも慈善主義的な考えでこれにタッチしたということが、大きな問題だろうと思います。

現在の保険診療におきます救急搬送というのは、あくまで大人をベースにした考え方で、それに新生児もやり出したから、ちょっとは乗せてくれやという、本当に付随的な項目しかないわけです。それをわれわれは流用させていただいているのです。したがって、消防の救急車で運んだら、お金をいただけるけれども、普通の病院の救急車で運んだらいただけないというのは、発想がぜんぜん違うものを、次元の違うも

のを持ってきているからです。

とは言うものの、この搬送そのもののいちばんの問題は、医療として成り立たない限り、これは永続性がないということです。将来の発展性もない。そういうことは、私を含めて大反省すべきだと思います。医療として成り立つためには、社会の問題もありましょう、病院の問題もありましょう、地域性の問題もありますが、差し迫っていちばん困るのは、やはり診療報酬で何とかしてもらえないかということです。その取り組みがまず大事だと思います。それから地域性です。いま宮崎のほうから問題提起がありました。これはいままで搬送に慈善的な行為を向けていたのですが、その搬送行為を地域で行政を交えて、何とか補助をいただくための手段を講じて、地域に活性化していかないと仕方ないと思うのです。

その他いろいろ方法はあると思います。患者さんから往診料をいただいてもいいと思うのです。病院だけが一切切負担して、ドクター、ナースが非常に苦しんでいるわけです。私の勤務していますこども病院もそのような状態です。私を含めて、たった5人しか、研修医をいれて5人しかいません。それが4日に1回当直している。私ができない状態になっているので、4日に1回当直して、当直した者が搬送にまで出ているのです。

それでもいつも神戸大学の中村先生から、こども病院の医者勤務状態では、とてもあとは送れないということも言われるのです。（笑い）面と向かっては言われませんが、先日の班研究のときに、ドクターのいろいろの問題点を指摘されて、そういう条件整備がないと、大学からは人を送れないというようなことを言われると、私は背筋が寒くなるわけです。

搬送問題の改善方策としてはいろいろあると思うのですけれども、やはり多方面にわたっての対策というものが必要だと思います。慈善的な行為というのも、そろそろやめたらいいと思っております。

小川：われわれは慈善家過ぎるというご意見ですが、たしかにそういうところがあると思うのです。やむにやまれずスタートしたのがこうなって、さあどうしようということになってきたことはたしかだと思います。

米国の場合は救急搬送は商売でやっています。それで非常にお金がかかるということはたしかです。

しかし、そうかと言って、同じ日本の中で、おとなと子供と比べて、あまりにも不公平であり、子供のためにということを考えますと、何かここでわれわれはしなければいけないという問題が出てくると思うのです。

竹内：おとなと子供の違いだけではなくて、ドクターズカーを持って、われわれがいそいそといままで楽しく迎えに行っていたことが、結局周りから見ると、患者さんを集めているということにもなるわけです。われわれは決してそういうつもりでやっているのではないのですが、ドクターズカーを持って点数云々のことを言うと、最終的に保険審査の先生方や、あるいはほかの先生方からは、それは結局患者さんを集めていることになるので、点数は付かないのだよということになる。それが世の中の、あるいは皆さんの考え方の中に、一つあるのではないかと思うのです。

ですから、周産期医療、新生児医療というものが、数は少なくなっても搬送が必要なのだということの必要性を、もう少しアピールしないとわかってもらえないのではないかと思います。

そのへんを多田先生、あるいは柴田先生の研究班でメインにして、その具体案をつくっていただけたらなと思っているのです。これはかなり早急にやるべき問題だと思うのです。

小川：いかにアピールしていきますかね。

橋本：竹峰先生は慈善的行為はやめたらいいと言われるけれども、だからと言って搬送をやめるわけにはいかないと思います。竹峰先生自身もおそらくおやめにはならないと思います。

いまこれだけ問題がいろいろ出てきましたし、

それこそさっき言いましたように、昭和36年当時の救急搬送の一つの条文ですから、今日小川先生がこういう会をつくっていただきましたので、厚生省の研究班として、保険のことも合わせた大きな研究班にさせていただきたいと思います。その時期ではないかと私は思うのです。

救急車そのものにしても、これだけ車社会で、日本の車は優秀なのですが、日本の救急車はアンバランスで、荷物を運ぶような救急車ですから、そういうことも含めて、本当に基本的にやっていかなければならない時代ではないかと感じています。

柴田：皆さんも言われましたように、お金のことを考えずに、未熟児、新生児の搬送をわれわれがはじめてしまった。それがきっかけになって、雨後の筍のように、ここに集まっておられる先生は違いますが、調査をしてみると、われもわれもといろんなところでやっておられるのです。それは尊いことではありますけれども、ある程度調整統合していかないといけないのではないのではないかなと思うのです。

6年ぐらい前の調査しかないのですが、今年これからスタートをいたしますが、いろんなことをお尋ねして、それをご報告いたしますので、その成績を基に、皆さんにディスカッションをしていただいて、ある程度のところでやっていこうじゃないかという形にしたほうが、むしろいいのではないかと考えています。

ですから、もう一度詳しく調べさせていただきますので、皆さんにもひとつご協力をお願いしたいと思います。どういう文面にするかは、これから班長のお許しを得てから、調査をさせていただきます。ご予定です。

小川：いま柴田先生のおっしゃったおとなの救命救急センターの救急車は、ドクターが乗らなければいけないということからスタートしたのではないのです。

ドクターズカーというのが厚生省で出てきたのは、去年だと思っています。私の記憶では去年新聞に出たと思うのです。これからやりたいとい

うことで。

柴田：救命救急センターに付けておったのではないですか。

小川：付けてましたけれども、それは必ずしもドクターが乗らなければいけないというものじゃなかったのです。

たしか、去年の発表で、厚生省がお金を出してやるのははじめてだということがありましたから、そのときに新生児のグループで何か話をしたときに、そんな馬鹿なことがあるか、われわれはもっと昔からドクターズカーをやっているじゃないか、どうしてそれがわかってないのだろうかということを行った覚えがあるのです。

ほかの領域でドクターズカーというのができて、救急関係で予算が付いて、援助が出るとなると、ますます格差が出てくる。それをどうするかというのが、当面の問題だと思っているのです。

多田：いま地域でどう考えるかという問題が出てきているので、あえて袋叩きに会うことを覚悟の上で、申し上げさせていただくのですが、先ほどからいろいろ議論がありましたが、その地域のセンター的なところでやはりカバーしなければいけないと思うのです。もちろんある程度の収入は保険でも取れるようにしていただくのはいいのですが、その地域の責任のあるところはセンターでやって、そしてそのセンターの費用は、ある程度公的にサポートされるという考え方で行かないと、保険だけで1件何万円もらうということやっていくのだとやはり、商売になってしまって、この医療にはなじまないような気がするのです。

藤村先生から先ほどお話がありましたが、そういうことも含めて、来年度僕等が検討していかなければいけない問題が沢山あると思うのですが、こうやってお集まりいただく機会があまりないので、私なりの考え方を言わせていただいて、ご批判を仰げればと思うのです。

先ほど100という線が正林先生から出ましたが、100がいいかというかは別として、いわゆる

NICUの地域化、という考え方は取り入れていかないといけないと思います。そのときに医者は何人いるかです。人生の楽しみのないようなことをやっていたら、潰れちゃうというご指摘も非常に当を得ているわけで、そのとおりだと思います。そうすると、われわれの班の今年の検討では、一つの施設でNICUの患児を、重症の部分と、ある程度それのあとの部分とを含めて、だいたい1人の当直医が見られるのが30人であろうと三科先生からのご提案がありました。これは皆さんだいたいリーズナブルだと思っていちゃると思います。これより増えたところは2人当直がいないと無理です。いずれにしても、30床あるところは、医者は7人は最低必要であろうと思います。これが現実だと思うのです。

そうしますと、小児科医も産婦人科医もだいたい同じだと思いますが、年間300人台しか出てこない。そうするとざっと30年間働くとする、年間23人から25人の医者がここに参加してくれないとやっていけないことになります。つまり1割近い小児科医、あるいはこれから産科的なセンターができれば、産科も同じだと思いますが、そういう人数が直接センターに関係しないでできていかない。NICU100が30床だけでいいのか、60床の施設があるのかというのは、また計算しなければいけないわけですが、そういうことを考えると、先ほど池ノ上先生がおっしゃったように、二次病院にもその1割以外の人達の中で新生児ができる人がいてくれて、センターには7人を確保する。外部の病院にもある程度できる人がいてくれるという体制を組むというより、他に方法はでないような気がするのです。

そこで、そこに看護婦が何人いるかというようなことも今後、実際的に詰めて検討していきたいと思っています。したがって私どもの班以外の先生方にも、それをぜひ検討していただきたい。それから柴田先生にはぜひそこらへんのデータを集めていただきご提言をいただきたいと思っています。

これはNICUだけの問題ではなくて、産科も同じだと思います。母体搬送を受けるような重症の施設の他に、いわゆる産科の開業の先生方が、二つに分かれ、おやめになる施設もどんどん増えています。合併症のない分娩を担当する産科の先生が残り、今後は合併症は全部送るということになるのははっきりしているわけです。

この間のフォーラムでは産科のいままでの二次という病院も、合併症がある例が送られてくるようになるのでかなりのドクターを集めてやっていかなければいけないということでした。したがってPICUという、いままでの概念にあるような、非常に高度なところをやる産科と、そうではないが帝王切開や、胎児仮死、重症でない早産を分担する病院も必要になります。新生児と周産期の両方をそういう問題として考えていくことを、来年度のテーマにして、それが具体的にいいか悪いか、あるいはそれにどういう機能を持たせるか、どのくらいの数があるかというような方向を、この班で検討していかないと、解決をしないのではないかと考えています。この機会に、どこが問題か、どこを検討しろという意見があれば、どんどんいただければと思っています。

来年度はそういうことで、先ほど正林先生がおっしゃったような意味で、少しは方向性を付けて、そして3年間で、この班としてどういう方向でやるということを出していきたい。

そして、そういうことをやらないような、センターでない施設は、いま竹峰先生がおっしゃったように、どんどんおやめになってもかまわない、それでも地域の医療が維持できるという方向を3年間のうちに打ち出せばありがたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

小川：そうするとその場合、いまのフリーディスカッションのテーマである搬送はどこに位置しますか。

多田：そのセンターがサポートして地域をカバーする。そのときに運転手や何かをどこが担

当するかという問題も、柴田先生の調査などを踏まえて、どういうのがいちばんいいかの方向をある程度出して、議論ができればと思っています。

柴田：前回(1986年)トランスポートのことを調べました。そして運転手さんをどうしていますかと聞きますと、皆さんが大変に苦勞をしておられました。消防署に依託するとか、病院の職員がやるとか、守衛さんといっしょだとか、そういうことで、まとめきれませんでした。

私は多田先生のご意見に賛成です。搬送はセンター病院が行うようにされて、その人件費はどうするかは、またお考えいただきたいと思うわけです。

いろんな病院で非常にご努力をされて、新生児医療をここまで支えられてきたのです。1人で一生懸命やってくださる先生も大変尊いのですが、アンケート調査などをしておりますと、その先生がおやめになったらトランスポートもやめてしまったということが、往々にしてあるので、その点多田先生の班に期待しているのです。多田：いま1人でやっておられるという施設は、やがてなくなっていくと思います。それは産科も同じだと思うのです。たとえば、十分なスタッフのいないところで医者が夜中まで働くというのは、その先生が熱心なうちはいいのですが、先ほど池ノ上先生がおっしゃったように、軽い部分はやっていただかなければいけないと思うのですが、重症なのは、センターに送る方向に必ずなると私は思っています。

中村(神戸大学医学部小児科)：私自身この救急の問題について前から思っているのですが、いまのお話でも、新生児の救急だけは普通の救急とは別という考え方をしているわけですね。今日の議論でもそうだと思うのです。私は兵庫県ですが、兵庫県にもいわゆる地域救急システムというのがあるのですが、それは新生児とはまったく何の関係もないのです。今後新生児の問題をどういうふうにならに組み込むように持っていくのか。それともあくまでも新生児は新

生児として独自にやるのか。実際に地域では新生児だけは産科と小児科の関係だから、救急ではないというとらえ方をされています。この点を明確にしないとあまり将来性がないのと違うかなと思うのです。(笑い)それで結局、先生方頑張ってやって下さいぐらいで、頭をなでられて帰ってくるというのが、関の山じゃないかなという気がします。

ドクターズカーの問題も出ていますし、やはり新生児救急も歴とした救急の一つであるというのを、何とかアピールしていくような方向性を取れたらというのが私の希望なのです。

前川(慈恵医科大学小児科):門外漢の私がこういう発言をするのはどうかと思うのですが、ただいまの議論を聞いていますと、いかに新生児の搬送が大変かということがよくわかります。それで、それを実現される場合について、これは私の考えですけれども、ちょっと申し上げさせていただきます。

いま保険点数を上げることを申請するときには、小児科学会の社保委員会が各専門分科会に必要な項目を聞いて、それで優劣を付けて申請するわけです。ですから、いくらここで必要と新生児をやっている方が言っても、内分泌は内分泌で、小児神経は小児神経で要求が出てきますので、順位が一番にならない可能性があります。

もう一つの方法は、新生児学会からお出しになるといいと思うのですけれども、新生児学会は産婦人科の先生がおり、おそらくこれを言いますと母体搬送からさっき問題となったモニターの件まで、いろんなことが出てきますのでこれを第一として出すのがなかなか難しい。

ですから、小児科学会理事会なり何なりに、熱心に働きかけにいられたほうが良いと思うのです。

これ以上、医療費の予算は上がらないと思うのです。ですから決まったワクの中でのパイの取り合いになると思います。そこで、そのときにこの問題を小児科学会としての第一の目玉にするような努力を、ここではなくて、むしろ小

児科学会に対してやらないといけないと思うのです。ここで言うだけでは、母子衛生課がいくら法案をつくっても、みんな潰されてしまうと思います。

もう一つは、平成6年から小児科学会の認定試験があります。私は元来小児科医は、新生児を知らないといけないので新生児と循環器だけは、10部門のうちで独立して入っております。そうすると、これからの小児科医は新生児を知らない、認定医になれないのです。厚生省の研修システムで、1施設ではなくて、多施設で目的によって研修をしても良いということになっています。ぜひ先生方は大学の先生に交渉して、これからの認定医は新生児が必要だから、研修の一環として、周産期センターで研修をおこなうよう呼び掛けたいと思うのです。そうじゃないと試験に受からないよということで。新生児は、子供のはじまりですから、新生児を知らない小児科医というのは、小児科医ではないと思うのです。

皮肉なことに、周産期または未熟児センターは大学にあまりないのです。ですから、少しずつでも大学というか、小児科学会に出てこられて、いろんなところで今の問題などをPRなされたらと思うのです。

小川:ありがとうございました。前川先生は昨年まで小児科学会の理事で、しかも総務をやっておられ、現在は教育委員長ですから、非常に重い言葉だと思います。

保険の場合には、いまおっしゃったようなステップがあるのですが、ここで皆さんにお考えいただきたいのは、同じ救急でも、救命救急センターというのは、保険とはまったく関係なくて、厚生省の別の施策として、人口100万に対しておよそ一つということでスタートしたということです。しかも、そのときに但し書きで「新生児は除く」というのがあったのです。昔のICUと同じです。ですから、それを逆手に取れば、あれは新生児のことは別に考えていただけということだと私は理解しているのです。そうじゃ

ないかもしれませんが。

小児、新生児の救急とかそんなことよりも、救命救急センターと同等のものということで、別枠で考えて、保険になじまないものというほうに行ったほうがいいのではないかという気もするのですが、そちらのほうのお考えはいかがでしょう。

多田：いま小川先生のおっしゃった、そういう方向でぜひやっていただきたいと思うのです。

東京都は休日救命救急になっているのです。ウィークデーはわれわれの奉仕です。土曜、日曜に関してはお金が出ます。先ほど西田先生がご発表になりましたが、東京では3施設、3床を確保しています。それには当直料と、空きベッド料と言いますか、ベッド確保料というものが、每晚その施設には支払われます。空床確保がまま維持できなくなって困っています。

休日救命救急というのができたときに、新生児と、脳外科と、火傷、それから心臓のほうと、この四つが特殊救命救急というのですか、その部門として位置付けられて、それに対して東京都が医師会にお金を出して、その事業をやる。そのお金を、新生児医療協議会というものを17施設でつくって、それが医師会から受けてやっています。東京都の施設には出ないわけですが、民間にはそういうところからお金が出るという形になっています。

したがって、小川先生がおっしゃたように、一つの部門として、独立させて認めてもらう素地はあるわけなので、各地でそういうことで動かして、国レベルでもはっきりさせていただければよいと思います。

小川：救命救急センターの場合は国3分の1、都道府県3分の1、そして設立母体3分の1ですね。それで運営費も出ているわけです。しかも救急車もそうなのです。それが今度ドクターズカーということになると、さらに援助を出すという方向にあるわけです。

もしも、産科と新生児がいっしょになった周産期センターが、多田先生の班のこれからの研

究で、たとえば幾つということがはっきりしたら、救命救急センターは「新生児は除く」という項目があるわけですから、今度はそういう救命救急センターに値する新生児の施設を人口幾らに対して幾つか知りませんが、そういうものができて、それが国が3分の1、都道府県3分の1、事業主体3分の1ということになれば、万々歳だということになるわけです。最終的にはそういう方向がいちばんいいのではないかと、私自身は思っています。

仁志田（東京女子医大新生児科）：搬送に関しては、私自身は公の救急車を利用するというのをずーっとやってきましたので、先生方の苦勞は少しわからないというような意見になるかもしれません。

私は搬送はいくら保険が上がっても、お金をもらっても、藤村先生や竹峰先生が言った問題は解決しないと思います。池ノ上先生がちょっとおっしゃったように、新生児搬送というのは、必ず相手にドクターがいるのです。産科の先生がいる。あるいは送られてくる病院には小児科がいることもある。そこが違うと思うのです。ですから、そういう先生方がある程度のプライマリーのケアして、向こうから送って来れば、こちらから迎えに行かなくてもいい症例が沢山あると思います。神奈川で新生児搬送のシステムをつくったときには、ドクターが迎えに行くというのは原則ではなく向こうが送ってくるというのが原則でした。送り出し先に医師がいるというのが新生児、周産期搬送の一つの特徴だから、それを生かすシステムを考えることも一つだと思います。

もう一つの方法は、搬送に関しての人員まで含めたチームをつくるべきです。

私の頭で考えると、その二つの方向しか解決はないと思っています。

田中：今まで新生児救急のお話がありましたが、国あるいは地方の行政はこの問題を新生児医療単独ではなく、包括的な周産期医療としてとらえているようです。現実に、秋田、新潟両県で

は周産期センターの新設、充実を積極的に行なっております。以上により、産婦人科医との協調のもとに周産期全体の問題として、取り上げるよう行政に働きかけるべきだと思います。また、若い医師の育成においても、産科、小児科両科のローテーションが可能な教育制度の設立も含めた提言が必要だと思います。

中林（東京女子医大母子センター産科）：厚生省等に要望書を出すことが必要ですが、その場合産婦人科学会と新生児学会、小児科学会、さらに日本母性保護医協会等が連名で出すのが効果的です。

いまは母体死亡等はもちろん、新生児死亡や後障害がおこれば、その多くが医療訴訟になり、非常に多額の賠償金が請求されます。そのため、分娩を取り扱っている産婦人科医にとっても、新生児搬送システムの確立はぜひとも必要なものです。

そこで、新生児の先生が小児科学会とおっしゃるのもよくわかるのですが、産婦人科学会にとっても大変大きな問題ですので、これは両科を挙げて、厚生省への要望書を提出していただきたいと思います。

小川：時間がまいりました。まだちょっと消化不良とおっしゃる先生があるかもしれませんが、これは議論しても果てしがなく、まとまりのないのがフォーラムであるわけなので、あとまた先生方にいろいろ考えていただくということにしたいと思います。なお、先生方がお話しになったことの、ポイントは、記録に止どまりますので、どういう点が問題だったかということ、厚生省の方にも報告書の中で読んでいただけるということになると存じます。そういう意味では、このフォーラムは無意味ではなかったと思います。

ただ、今日気が付きましたのは、せっかく保険で請求できるものを、請求していないところがあるということです。これがちょっと気になりました。そこで、請求した分が、どれだけ返

ってきたかという、そういうデータも必要だろうと思うのです。それを踏まえて文句を言うということが大切なので、ちゃんと請求できるころは、十分に請求をして、そしてうまくいかなかったのは、返ってきたのはどれだけかという、そういうデータを出すということも、考えていただきたいと思います。

そういう意味で、現在認められている保険はフルに利用して、そのデータを出していただきたいし、またそれ以上のことは、大きな意味でこれから考えていきたいと思います。これは正林先生のいらっしゃる母子衛生課でもできないことではないような事業だと思いますので、今日私どもがディスカッションしたことを踏まえて、いろいろとお考えいただけることと存じます。

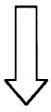
約束の時間まで2、3分しかありませんが、最後に正林先生にコメントをいただきたいと思えます。

正林（厚生省母子衛生課）：本日はいろいろ勉強させて頂き、誠に有難うございました。今後私どもが政策を立案する際、本日の議論を参考にさせて頂きたいと思えます。また、多田班につきましては、搬送や後方施設、マンパワー等を勘案の上、適切なPICU、NICUの必要病床数を示して頂けたらと思えます。期限は1年です。

小川：ありがとうございました。

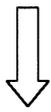
今日は1日いろいろとディスカッションしていただいてありがとうございました。一応3年の予定でこの班が続きますので、これで本年度は終わりなのですが、来年度の研究に向かって、早速始動していただいて結構でございます。来年度はもう少しお金も早く来ると思えますし、一応班ができていますものですから、スタートも早くしていただけたらと思えます。そういう意味では本年度よりは来年度のほうがさらに結果が得られることが多いと思えますので、どうか先生方よろしく願いいたします。

本日はご苦労さまでした。（拍手）



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



小川:多田班・中村班と一緒に「21世紀の周産期医療」というテーマで、フォーラムを先日開催致しました。多数の先生方の出席を得ました。今日は、周産期医療の中で保険医療の矛盾点がいろいろある中で、新生児の搬送が大きくクローズアップされております。産科の先生方からもコメントをいただきたいと思ひます。

今日は話題提供を、新潟市民病院の小田良彦先生と、東京都立八王子小児病院の西田朗先生に、お願いしました。西田朗先生にはじめお話をいただいて、そのあと小田良彦先生にお話をいただくということにいたします。西田先生の八王子小児病院は都立病院ですが、新生児専用の搬送車がありませんので、公共の消防庁の救急車を使って搬送をしております。おそらく日本でいちばん多いぐらいの搬送例があるのではないかと思ひます。消防庁、あるいは消防署の公共の救急車を使って搬送するグループの代表として、話題提供をしていただきます。小田先生のところは新生児専用の搬送車がありますので、自院の新生児専用、あるいは専用でなくても、自院の搬送車を使った場合、保険上どういふ問題があるか、そしてそれはどのようにしていけばいいかということをお話しいただき、コーヒブレークを取ったあと、全体討議をしたいと思ひます。

では、西田先生からお願いをいたします。