

一応これが「開催要項」(スライド1)で、厚生省のホームページのところに出ています。基本的には周産期の救急医療体制の強化が当初の目的です。後で本文のほうにもいろいろ出てきますけど、藤村先生も何回もこの会議の時に注意を喚起しているんですが、この会議に参加している人たちや、文章のなかに「周産期」というのが、本当は新生児と母体を含んだ周産期というよりも、母体救急だけに関与したところにも「周産期」という言葉が使われていて、少し混乱しております。一応周産期の救急医療体制の強化を、主旨として、検討事項が「周産期医療と救急医療の確保のあり方」「周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み」ということになっています。それともう1つ注意しなきゃいけない事は、この会議を担当する事務方は、母子保健課と協力しつつも、同省医政局指導課で、医政局が主導のかたちで行われています。

次に構成員のメンバーですが、これが最初から任命されている委員の一覧(スライド2)ですが、座長は岡井(崇)先生で、(スライドに示す)この赤字が産科の立場の方々で、この黒字が救急医療の立場の方々で、小児科側は、残念ながら藤村先生と僕だけです。それに阿真(京子)さんという方が、「小児医療を守ろう」という、親御さんの立場から、小児科をバックアップして下さっているという、こういう構成になります。

#### 構成員名簿(発足当初)

- 座長 岡井崇 昭和大学医学部産婦人科学教室  
 副座長 杉本壽 大阪大学医学部救急医学  
 ・池田智明 国立循環器病センター産科  
 ・海野信也 北里大学医学部産婦人科学  
 ・大野泰正 大野レディースクリニック院長  
 ・有賀徹 昭和大学医学部救急医学講座  
 ・嘉山孝正 山形大学医学部長  
 ・川上正人 青梅市立総合病院救命救急センター長  
 ・横田順一朗 市立堺病院 副院長  
 ・藤村正哲 大阪府立母子保健総合医療センター  
 ・田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター  
 ・阿真京子「知ろう！小児医療を守ろう！子ども達」の全代表

(スライド2)

ですから、初めから、産科と救急とをどうやって結びつけようかということを検討する目的で始まった会議ということをご理解していただければと思います。

11月5日に第1回会議が開催され、このときのテーマが、「都立墨東病院の母体搬送にかかる調査結果と、今後の周産期母子医療体制について」ということになっています(スライド3)。

#### 検討日程

- (12月中を目途に取りまとめ予定であったが1月にずれ込み)  
 2008年 11月5日(第一回) 都立墨東病院の母体搬送にかかる調査結果と今後の周産期母子医療体制について  
 座長は救命救急ネットワークと周産期医療ネットワークを単純に統合してケリを付けようとするが異論百出。  
 →樹添大臣の検討希望課題  
 1. 総合周産期母子医療センターのあり方  
 (当直産科医師1名の規定は変えなくて良いか?)  
 2. 地域の救急ネットワークの構築  
 3. NICUのあり方  
 NICUスタッフ(看護師も含む)の確保策  
 4. 空床情報ネットワークのIT化(携帯電話のモードの活用?)  
 11月20日(第二回)比較的うまくいっている地域の報告  
 ・うまくいっている所の紹介(青森、広島、宮崎、大塚、長野)。  
 佐藤秀平参考人(青森)、道井正深参考人(広島)追加。  
 ・藤村先生が「MNCIS」と総合周産期母子医療センター-新生児部門の全国状況を紹介。

(スライド3)

このときは実は座長の岡井先生は、基本的には救命救急ネットワークと周産期医療ネットワークを単純に合併して、それでおしまいというようにしたかったようですけれども、当然のことながら関係者からいろいろ異論が百出して、結局うまくまとめられませんでした。それで、以後の検討課題まとめたのは結局舛添大臣です。舛添大臣がそのときに提示した課題は、1つは、「総合周産期母子医療センターのあり方」です。これは今回の墨東事件が、産科の当直医が1人だったので起きたということに関係して、海野(信也)委員のほうから、もともと総合周産期センターがはじめたときは、産科当直2人だったけれども、それが全国に展開するにおいて、2人という縛りでは難しいということで1人になったという経過を報告したものですから、それがそのままいいのか、それともやっぱり2人に戻すべきかということを検討して欲しい。

次に、「地域の救急ネットワークの構築」、そして3番目の課題として、舩添大臣が「NICUのスタッフの確保」というのをいれてくれ」ということを提起してくださって、それで我々も非常に元気づきました。

これは墨東病院に舩添大臣が見学に行ったときに、NICUが看護師不足で、3床使っていないですよね？

渡辺とよ子（都立墨東病院）：1年前に12床から15床に、3床増床したのに、看護師不足で使えていない。

田村：看護婦さんが足りなくて、NICUが使えてない。せっかくNICUのベッドがあっても、看護師とか医者がいないんで使えないということが現場にあるようだから、それを何とかするためにNICUスタッフ（これは看護師も含めてですけども）それをどうやって確保するかを検討してくれ、と提起されました。

そして4番目は、携帯電話のiモードなんかを使って、空床情報をもっとスマートに現場で見ることができないかという課題です。

第2回目の会議のテーマは「比較的うまく行っているところの地域の報告」ということで、青森と広島と宮崎、大阪、長野の事例が報告されました。このときは藤村先生がNMCSと総合周産期母子医療センター新生児部門の全国状況を紹介されました（スライド3）。

それから3回目の会議のテーマ（スライド4）は、「今後の周産期医療体制について」ということで、これからどうしようという、この辺でいろいろな要望がどんどん各委員から出されました。それと、麻酔科とか助産師会から参考人が追加ということになりました。そのときに岡井先生と有賀（徹）先生が、昭和大学病院を、スーパー総合周産期母子医療センターにするということをおっしゃって、最後に私が、今日、杉浦先生がこれから述べられるようなデータとか楠田（聡）先生のデータを使わせていただ

いて、新生児の側でこういうことをしてほしいという要望をお願いしました。

それで、そのときに出した具体的な要望表というのが、今日の配布資料のなかにエクセルで入っています。

第4回目の12月8日の会議（スライド4）のときは実は私はワシントンのHot topics in Neonatologyに行っていて、参加してなくて、あとでまた藤村先生から追加していただければと思いますけど、いちおう議事録によれば、医師不足対策としてのインセンティブとか勤務の適正化についてのいろいろな案が出されたのと、療育の立場から有馬（正高）先生が参考人として出られて、「現状では療育施設ではNICUの長期入院時の受け入れは困難だ。」ということ、はっきり明言されたそうです。産科の委員が1人、木下先生が追加になったということが書かれています。

### 検討日程-2

（12月中を目途に取りまとめ予定であったが1月にずれ込み）  
2008年

- 11月25日(第三回) 今後の周産期医療体制について  
 ・周産期麻酔(照井克生)、助産師会(岡本喜代子)の参考人追加。  
 ・阿真委員が患者の立場からの意見。  
 ・スーパー総合周産期母子医療センター構想(岡井、有賀)。  
 ・田村が日本新生児医療連絡会 杉浦案、楠田データ紹介、NICU必要病床数2/1000出生→3/1000出生必要、NICU(2)の新設加算、交代制までは直ちに残業手当を適用。(具体的要望表:配布資料)
- 12月8日(第四回) 今後の中長期対策について  
 ・医師不足対策(インセンティブ、勤務適正化)  
 ・有馬正高参考人が現状では療育施設ではNICU長期入院の受け入れ困難を明言。  
 ・産科木下謙之委員追加

12月18日(第五回) 報告書案について  
 ・岡井慶典案(配布資料)に対して修正・追加項目の指摘が続き、年越しで再検討となった。

### (スライド4)

当初の予定ではこの4回で終わるはずだったんですが、延々と、どんどん延びて12月18日に、第5回で会議が開かれて、この時に岡井座長が報告書案を出して、それを検討して終わるはずだったんですが、結局、半分ぐらいしか議論がすすまなくて年越しということになりました。

で、最終回の第6回は先ほどお話ありましたように、2月3日で、座長報告案をもとに検討



会が行われる予定です。それで今日、皆様方のご意見を伺いたいと思います。

今日お配りした資料は、さっきの第3回に提出した具体的要望案のエクセルと、それと今度の検討会で話されるであろう座長報告案に対して、連絡会の役員メーリングリストでご意見をいただいて、修正したもののプリントアウトしたものがお手元にあります。

それでこれ全部議論していると、とても終わりませんので、そのなかの第4章…ページ数ふっていませんけど、6ページ目ぐらいになりますが、その「周産期医療体制について」を中心に、ちょっと皆様のご意見をいただければと思います(スライド5-12)。

**第四章 周産期医療体制について**  
**1 周産期救急医療体制**

(2) 関係者間の連携 P7

- ・ 厚生労働省の救急医療担当部局と周産期医療担当部局の連携の更なる強化に努める。また、救急省消防庁との連携についても、継続的な協力体制を確保する。
- ・ 救急医療部門と産科医療部門(母体救急医療及び胎児・新生児救急医療)及びその関係部門(脳神経外科など)の間で、学会レベル及び各医療機関内での連携を推進する。なお、これについては、日本産科婦人科学会・日本救急医学会による「地域母体救急医療体制整備のための基本的枠組の構築に関する提言」(平成20年11月18日)を参考とする。
- ・ 救急医療施設と後方施設との連携を強化する。これについては、NICUに長期入院している児童に対する対応に關し、平成19年12月26日に4局長が連携して通名通知を发出したところであるが、その効果を検証するとともに、後方施設の受入困難な状況に対する財政支援や診療報酬上の措置等更なる対応を協議すべきである。
- ・ 以上を達成するためには、行政組織や医療機関、教育機関における「縦割り」を解消する必要がある。

(スライド5)

で、まず7ページ目のところ、「周産期救急医療体制の(2)(スライド5)で、「関係者間の連携」というところがあります。で、ここです、これ舛添大臣の思惑だと思わんですが、「厚生労働省の救急医療担当部局と周産期医療担当部局を連携して、更なる強化をする」というのが書いてあります。で、救急医療部門と周産期医療部門、これをまず連携させるといことと、救急医療部門と後方施設を連携させると。そのためには、行政の今の縦割りをあらためる必要があるということが出てまして、これは結論としては私は非常に良い事だとは思いますが、ただ具体的には、母子保健課の力が削が

れる可能性があるんじゃないかなと。その辺は藤村先生からまた解説していただきますけど、そうすると今までせっかくこの周産期医療の関係、我々新生児医療の関係者が、母子保健課とつくっていた人脈とかそういったものがうまく活かされなくなる危険性が、あるんじゃないかと思えます。

それから、今度は、次のページをあけていただいて、ページ8のところ、「医療機関の機能のあり方」のところ、「周産期母子医療センターの指定基準を見直す」というのがはいつています(スライド6)。それで、具体的な例として書いていますけれども「母体新生児救命型」、これは今までの総合周産期センターの機能に、救命救急センターの機能があるところということですね。それから「新生児救命型」、これはどちらかというと、小児病院に産科をつくって周産期センターをやっているところなんかこれに相当すると思います。そして「母体救命型」。それから「連携型」。これはほかの、いくつかの施設が連携してやろうというかです。

**第四章 周産期医療体制について**  
**1 周産期救急医療体制**

(3) 医療機関の受け入れ体制 P8

1) 医療機関の機能のあり方

- ・ 周産期母子医療センターの指定基準を見直す。なお、現在指定を受けている総合周産期母子医療センターは、それぞれが確保可能な診療機能を果たすべきである。
- ☆(周産期母子医療センターの分類例)
- ・ 母体・新生児救命型：産科、MFICU、新生児科、NICU、救命救急センター
- ・ 新生児救命型：産科、MFICU、新生児科、NICU
- ・ 分娩科型：産科、新生児科、救命救急センター
- ・ 連携母体救命型：産科、新生児科、救命救急センター(複数施設による連携)
- ☆平成20年度末を目途に上記医療関係者の参加する研究協議において体制整備の取組を検討する。

(スライド6)

これは海野先生が出した案で、海野案では、この母体新生児救命型、これに救命が加わった場合に、補助金を1.2倍にしようとか、1.5倍にしようとかいうことを、出してはくれているんですが、おそらく今の財政事情からいくと、

ここに何か加わるよりも、この型が一番良いタイプというふうにならして、どれかが欠けるところの補助金なり、もしくはMFICU加算なりが減額される可能性のほうが高いんじゃないかと、危惧します。

そしてそれらを、具体的にはですね、「上記の医療関係者の参加する研究班等において20年度内に検討する」ということになっていて、この班というのが、よく分からないんです、はっきり言わせて。どうもその、有賀先生を中心とした救急の人たちがつくっている班を母体に、ひょっとするとそこに、産科・小児科を少し入れるという意味なのかな、というふうに思っています。これについてもまだ、あまり、僕らには情報は十分伝わっていません。

それから、同じページのところで、「ドクターフィーのあり方を検討する」という(スライド7)のがありまして、これは妊産婦の受入を奨励するため、このところも、どうもやっぱり、妊産婦がやっぱり一番優先されて、「赤ちゃんのため」という言葉は出てこないんですが、財政支援とか、診療報酬上の措置を検討する、と。そしてその場合に、診療実績に基づいてそのドクターフィーを出そうと。で、その診療実績としては、いちおう母体をカットしておきますと、胎児・新生児については、1000グラム未満、1500グラム未満の取扱数、母体搬送の受入実績、新生児搬送の受入実績、新生児外科手術件数、ここに新生児搬送の受入だけじゃなくて、新生児搬送の担当実績なんかも入れてもらおうと、今まで一生懸命赤ちゃんを搬送しても、三角搬送しても、全く手当てがつかなかったところなんかにも、多少はドクターフィーが入ってくる可能性があるかなと思いますけれども、こういった項目だけでいいのかどうかというあたりも、皆さんご意見をください。

第四章 周産期医療体制について	
1 周産期救急医療体制 P8	
ドクターフィーのあり方を検討する。医療機関に対しては、救急センター及び二次救急医療体制での搬送診療科における妊産婦受入を奨励するため、財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。	
上記の財政支援や診療報酬上の措置等については、診療実績に基づき講じられるべきである。	
★(診療実績の評価項目の例)	
○母体について	
・ハイリスク妊婦の取扱件数	
・母体搬送の受入実績	
・母体救命救急症例受入実績	
○胎児・新生児について(新生児領域)	
・1000g未満児の取扱数	
・1500g未満児の取扱数	
・母体搬送の受入実績	
・新生児搬送の受入実績	
・新生児外科手術件数	

## (スライド7)

それから、2枚ぐらい先にいきまして、「医療機関等におけるリソースの維持・増強」(スライド8)のところで、①として、これは先ほどの楠田先生の報告が採り入れられて、NICUを増床する必要があると。そして、そのための適正運用のために、新生児担当医の待遇改善、新生児科の標榜、それから新生児担当医の養成手法の整備化、それから専門看護師さんたちの支援とかいうことですね。

それから②のところが、「後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制」ということで、重心の施設やその中間施設に対していろいろ補助をしようとか、それから、「訪問看護ステーションの活用」とか、それから「国立病院に短期入所病床を整備しよう」というようなことが盛られています。

第四章 周産期医療体制について	
1 周産期救急医療体制	
4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強	P10
① NICU病床の確保都道府県は、出生1万人対2.5～3.0床を基準の目標として、地域の事情に応じたNICUの整備を進める。但し、NICUを小規模施設に分散させることは避ける。	
・増床したNICUの適正運用のため、新生児医療を担う医師及び看護師を確保する対策として、新生児担当医の待遇改善や新生児科の標榜、新生児科医養成手法の整備、専門看護師や認定看護師の認定支援などについて検討する。	
② 後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実	
・このため、NICUや一般小児科病室の対応能力の強化や全面的な重症児・重症胎児の搬送を進める必要がある。またこれらの整備の際には、上記病床は医療を行うのみならず、基本的に託児業務を兼ねていることから、その整備に当たっては児童福祉施設最低基準との適合性を図りながら検討される必要がある。	
・加えて、退院した重症児が安心して在宅療養できるよう、訪問看護ステーションの活用促進に向け、その整備を進める。また、緊急入院やレスパイトケアに対応できる病床の確保が重要であり、独立行政法人国立病院機構など全国の施設において知見と取組の共有が求められる。	

## (スライド8)



それから、同じページで、今度は、医療機関等におけるリソースの維持・強化の②として、後方病床の拡充と NICU 長期入院している子の支援体制の拡充の一環として、NICU 長期入院支援コーディネーター…これは梶原（真人）先生が中心になって、いちおう全国の都道府県に1人ずつ国庫補助半額で出す、ということになっているんですが、残念ながら現在の時点では、この NICU 長期入院支援コーディネーターが配置されてる都道府県は1県もまだありません。それを、全額国が補助するかたちで総合周産期センターに配置するというようなことなにかが、案として入れられています。(スライド9)

それから、ここをちょっと今日、皆さんのご意見をいただいて帰らなきゃいけないんですが、これは藤村先生が調査されて分かったことなんですけど、長期の NICU 入院児には、特別児童扶養手当として、1級の場合にひと月約5万円、それから障害児福祉手当としてひと月14380円が支給されますが、それが重心施設に入るとその支給が停止されて、逆に重心施設に入った場合には、施設利用料、食費とか日用品で、これは所得にもよるんですけども、1万円から1000万以上の収入のある方の場合には5~6万、結構高額なお金を負担しなきゃいけなくて、差し引き7~8万から、高給取りの方の場合10万円ぐらいの家計費の支出増になると。そしてこれが NICU から重心の施設に移るといときに、親のほう抵抗する1つの原因になっているんじゃないかということを出されました。障害福祉課がこれで焦ってまして、僕のところに来た日に、藤村先生のところにも、たぶん、昨日ぐらいに来たはずですけど、「彼らとしては、こういうことが盛られるのは困る」ということで、彼らが僕に聞いたのが、「選択肢として2つありますが、どっちがいいでしょうか」と。1つは「重心の施設に入っても、このお金がもらえ続けるようにする」かと。ただこれは、正直言って莫大な予算が必要になりまして、つまり、この子たちだけじゃなくて、

重心に入っている人はたくさんほかにいるわけですから、そうすると實際上、それは非常に困難である。彼らは重心に入った場合に手当を出さずに、お金をむしろ取るようにしているのは、重心の子どもたちは手間もお金もかかると。そういう子どもたちをできるだけ在宅医療のほうに移すために、在宅医療に移ればこういう手当はそのまま残るんで、むしろ彼らとしては、在宅医療と重心の間に差をつけるつもりでつけたんだと。そして「もしこれが、NICU から重心に移るのに障害になっているようならば、NICU の子どもたちに支給するこれをやめますか?」と、まあ脅迫みたいなものですね。その二者択一だというふうには迫られて、私は「すぐにはお答えできませんので、今日の皆さんのご意見をうかがって、ご返事します」と、いちおう言ってます。ですから、これについてはちょっとぜひ、後で皆さんご意見をください。

#### 第四章 周産期医療体制について 1 周産期救急医療体制

- 4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 P10
- ② 後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実
- 患者のコードと地域の医療・福祉サービス等の支援の詳細を熟知した(4)ら(5)長期入院支援コーディネーター(医療ソーシャルワーカーMSW等)を、すべての総合周産期母子医療センターに配置する。当番その費用は全額国庫補助によるものとし、同センターへの国庫補助を増額する。
  - 長期NICU入院児は特別児童扶養手当(1級)50,750円/月)と障害児福祉手当(14,380円/月)が支給されるが、重症心身障害児施設に入所するとその支給が停止される。同時に入所によって施設利用料と食費、日用品費が約2万円必要となる。差し引き7~8万円の家計支出負担増は、重症児の家族が施設入所を拒否してNICU継続入院を希望する大きな理由であり、制度の改定が必要である。

#### (スライド9)

それから、次のページ(スライド10)ですけど、医師確保のところ、皆さんにお諮りしておきたいのは、「24時間の集中治療提供をしているNICUの医師を、少なくとも7名とする」、おそらくここにはあまり反対する方はおられないと思うんですが、「総合周産期センターでは、2人当直を維持するために、NICUの医師を14名以上とする」というのを、いちおう、新生児側の要望ということで入れたんですが、これにつ

いては、こんなことは現実的に不可能だと言って、ちょっとメールをいただいたりもしていますので、皆さんのご意見をください。

それからあと、「新生児科の標榜を認めてくれ」ということで、それからあと、「学会もしくは学会に準拠した専門家集団が行う医師養成・確保事業を行政的に支援する」。これはあとで、おそらく杉浦先生が詳しくお話されると思います。

**第四章 周産期医療体制について**  
**1 周産期救急医療体制**

4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強 P13

① 人的リソースの維持・拡充

○ 医師の確保

24時間の集中治療を提供しているNICUの医師を少なくとも7名とするよう、定数を増員し、特に総合周産期母子医療センターでは二人当直制を維持するためにNICUの医師定員を14名以上とする。

- ・ 新たに産科医や新生児担当医を目指す若手医師に対する奨学金の導入や、新生児科の履修を認めることを検討するなど、周産期医療を支える医師の確保・育成に取り組む。
- ・ 新医師臨床研修制度の導入により医師養成・確保機能の担い手が流動化している。医師数は少ないが専門性の高い新生児科分野においては、地域経済的な医師養成・確保機能が必須であり、学会もしくは学会に準拠した専門家集団が行う医師養成・確保事業を行政的に支援する。

(スライド10)

それから、また2ページほどはぐっていただいて、今度は「妊産婦救急に応じた搬送システム」ですね(スライド11)。これは、産科のほうでいろいろ対応のガイドラインを作ると。それから重症の場合に、スーパー総合周産期センターなんかをつくらせ。これは彼らの話ですが、それで広域搬送システムとして、県境を超えた医療機関との緊急搬送ネットワークを構築する。これは地域の必要性に応じてです。

それから新生児搬送システムとして、「都道府県に最低1台の新生児専用ドクターカーを運転手、担当医師、看護師ともに、都道府県が責任を持って整備する」と。その設置するところは、周産期医療協議会で決定するというです。

**第四章 周産期医療体制について**  
**4 搬送システムの整備**

(1) 妊産婦救急における病院に応じた搬送システム P13

- ・ 救急患者の搬送に応じた対応ガイドラインを共同で作成する
- ・ 都道府県は、周産期医療、救急医療、消防防災の関係者による協議の場を設け、地域の医療需要に応じた救急患者の搬送及び受入ルールを策定
- ・ 救急患者の搬送及び受入ルールの策定にあたっては、必要に応じ、重症患者に対応する医療機関を定め、そのために必要となる財政支援を行う。

(2) 広域搬送システム

地域の必要性に応じて、県境を超えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築する。広域搬送に関しては、救急医療用ヘリコプターや消防防災ヘリコプター等を活用したシステムを検討する。

(3) 新生児搬送システム

- 都道府県が運営主体となって最低1台の新生児専用ドクターカーを運転手、搬送担当医師および看護師とともに整備する。設置施設は都道府県の周産期医療協議会で決定する。
- 救急搬送システムと新生児搬送システムの連携

(スライド11)

たぶんこれが最後になると思うんですが、また2ページほどはぐっていただいて、「周産期救急情報システムの改良」というところで、情報センターを設置して、そこに搬送コーディネーターを置くと。で、それからあと、それぞれの病院での救急もしくは周産期医療関係者の負担を軽減するために、空床情報の入力なんかについては、医者が入れなくても済むようにすると。それから搬送コーディネーターを地域の基幹となる施設に置くというようなことが、我々も修正を加えた案というかたちで出ています。(スライド12)これについて、ぜひ、皆様方のご意見を伺えればと思います。以上です。

**第四章 周産期医療体制について**  
**5 救急医療情報システムの整備**

(1) 周産期救急情報システムの改良 P14

都道府県は、周産期救急情報システムの運用改善及び充実を図るため、情報センターを設置(必要に応じて稼働数も共同で設置)するとともに、搬送先選定の迅速化等のため調整を行う搬送コーディネーターを24時間体制で配置

- ・ 医療機関の空床情報や診療体制に関する正確な情報が迅速に伝達され、自動的にアップデートされ、さらに地域の関係機関において広く共有できるシステムを構築する。
- ・ 救急医療と周産期救急の情報システムの統合、又は両者の連携を推進する。併せて、医師同士の情報交換ができる機能を付加する
- ・ 空床情報の入力方法や搬送の依頼方法等を改善し、救急医療現場の担当者の負担を軽減する。

(2) 搬送コーディネーター(妊産婦、新生児)の役割

- ・ 搬送コーディネーターを、地域の基幹となる医療機関又は情報センターに配置する

(スライド12)



## 「周産期救命救急懇談会の報告」討論

杉浦座長：田村先生、ありがとうございました。新生児医療連絡会とか、あと新生児医療フォーラムではもう既に結構いろんな意見が出ていて、連絡会の役員会では実際にこの要望書という報告書を見ながら、実は赤とか緑とかいうところは、その課程で我々の意見が入ってきたというものです。それで、非常に膨大なものを含んでいますけれども、そうですね、特にまだ「どこ」と限定しないんですけども、ご意見とかあれば、まずよろしくお願いいいたします。

飯田浩一（大分県立病院）：大分県立病院の飯田といいます。「関係者間の連携」というところに関してですけれども、後方施設の話がでましたけども、有馬先生が述べられたように、現状ではたぶん、非常に協力が難しいんだろうと思います。で、今の療養所の想定している患者を超えてる患者が集まってくるという状況になりますので、かなりやっぱり引き気味だろうと思います。ただ、今までに、周産期レベルでは総合周産期センターというのができて、そして小児科サイドで地域小児科センターという構想ができて、そういう流れがずっと続いてくれば、やはりこの次は地域療育センターのような、たとえば地域の療育としては、こういう設備があったら、こういう施設基準をつくってこういう保険診療の点数を与えますと、そういうところをつくってくれば、たぶん療育センター側も入りやすいと思うんですね。経営的にマイナスではないと分かればですね。だからやっぱり、ステップとしては、やはりそういうところまでを小児科が関わってつくっていけば、少し年数はかかるかもしれないですけども、しかしそういうのが前向きにすすんでいくんじゃないのかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

田村：1つ追加がありますが、先ほどのですね、福祉課の人が、このまま出されることに非常に危機感をもってこられたときに、今度の新しい予算案のなかに、彼らとしては、2つ盛り込むと。1つは療育施設にNICUの子どもを引き受けるための増床する場合には、その増築に対して補助金を出す。

それともう1つは、そういった施設に人工呼吸器をNICU卒業生のために買うのであれば、それも補助金を出す。ただし今のところ、人に対する手当というのは、まだそこまで余裕がない。だけど彼らとしても、それなりにそういうNICUあがりの子どもが療育に行きやすくなるように頑張ってるんだから、こういうお金のことを言わないでほしいというのが、彼らの言ってることですね。ですから彼らも彼らなりに、少しずつは考えてはきているところでしょう。

藤村座長：いま、付け加えますと、私、昨日聞いた話ですが、今年度予算でついているんです。あと2カ月しかないんです。で、実はそれも厚労省ちょっと困ってまして、基金として都道府県に渡して、実際には来年度に使えるようにする、みたいです。ただ計画は今年度に申請しないといけない。そんなこと言ってませんでしたっけ？

田村：すいません、それは私は来年度というつもりで聞いていました。

藤村座長：20年度にもうついているんでね。

高橋幸博（奈良県立医科大学）：奈良医大の高橋ですけど、1つは周産期救急ということは言葉ですが、できたら「母体・新生児救急医療」とか別の名前にしていただけませんか？ いわゆる「周産期」という言葉が全面的に出ると、どうしても母親を一般的にイメージされると思うので、どうしても新生児の問題が取り残される可能性があります。

それから2番目に、ここにある「労働基準法」という言葉が入っていますが、これを守らなければならないとなると、すぐにはできません。この2点お願いしたいのですが。それから先ほどの、藤村先生が提示された事例は、実際、子どもの施設でもありました。障害児施設へ移っていただくのに、それまで支給されていた給付…家族的な背景もありましたが、家族が非常に生活的に困っておられまして、この給付をアテにされていました。そのため、なかなか障害児施設へ移っていただくことができませんでした。その子は重症患児ですけれども、いまの救済制度ありますね、この新しい制度で救済制度が可能でしょうか？

田村：先生、それはほとんどうちは総合周産期センターなんかでは、対象にならないような患者が多いですよ。もちろんたまたま満期で、という子がいればいいですけども。

高橋：ということは、この問題には僕は、答えがちょっとしにくいんですけど。

田村：これは別に議論しないと。

高橋：こちら側の要望としては、入れていただきたいとしか言いようがありません…。

田村：いや、入れていただきたいと思います、先生。「お金をとらない、あげないようにしていただきたい」ということでいいですか。要するに、彼らは2つ迫っているんです。つまり、実質的に全ての人に、療育にいる人にこのお金をあげることはできないんで、はっきり言うと。

高橋：まあ、そういうことですね。

田村：だから、これをそのまま入れるのであれば、NICUに入っていて、これをもらっているこういう子どもたちは、とれなくなりますけど、

それでいいですか？という、脅迫ですけど、それはどうしますか？

高橋：答えがしにくいですね、これは。

藤村座長：その件に関しては、私昨日、障害福祉の課長（代理）が来たんで言ったんですけど。やはり基本的には今の枠組みで仕方ないと思うんですが、NICUに入院している方あるいは小児病棟に5～6年ほど入院しての方が、重心にいいよ移られますかというときに、「8万円なくなります」と言われてはショックを受ける。それで、私が提案したのは「激変緩和措置」をこういう人たちには提案して、やはり18カ月ぐらいかけて、徐々に手当を減らしていくというふうな、その間にその方々の生活設計をもう一度立て直してもらおうと。ともかく、移った次の月からゼロでは、これは普通に生活している人もちょっとびっくりするぐらいの額ですから。

高橋：実際にそれを仲介したコーディネーターが非常に困ったんですけどね。だから、おそらくこういう事例は、それを仲介する人が非常に困れると思うんですけどね。

藤村座長：MSWも説明しようがないと言ってますから。これだけお金、差がつけば、在宅の場合は何も手当は変わらないわけです。8万円そのまま支給されるわけです。ですからその基本線は維持しつつ、やはり長期入院で何年もその扶養手当を、子どもさんは1回も家に帰ったことがないのに、実は家族が貰い続けているわけです。6万円もらってはるわけです。

高橋：こういう事例が起こるとするのは、在宅医療にもっていくのも困難で、家庭的にも問題がある事例です。全部、重心施設に行くわけではないので、非常に特殊な例だと思います。



藤村座長：在宅に行かれる方には、その手当は継続される…。

高橋：…わけですから、問題ないんですけど。

藤村座長：問題ない。実際、それだけ費用かかるわけですね。だから、重心に移ると、福祉の制度にスイッチされると。そうすると全部、国がそちらへ出しているから、家族に支援はできないと。

それからもう1つね、障害福祉手当というのが、それも打ち切られるんですが、これは継続すべきだというのは、昨日、障害福祉の課長（代理）が認めました。重心に移っても、本人に支給されている福祉手当は出されるべきだなど、検討しますと言いました。

高橋：そうですね。

藤村座長：それは1万5千円ぐらいです。ちょっと細かいことになってますが…。

高橋：もう1つだけいいですか。先生が言っておられた、救急科と連合するときに、この主体が救急科に移る可能性があるという、それをちょっと説明いただけますか？

藤村座長：そうなんです。移るといって、医政局指導課というのと、児童家庭局母子保健課というのがありますね。ここはご存じだと思います。周産期医療はずっと昔から母子保健課の主管で、母子保健法のもとに法律もあると。それはもう、母子保健課の管理で。ところが今回、この救急という、周産期救急という問題が出てくると。1年前から、先生のところで周産期の問題があったときに、2人、課長補佐が来ましたよね。医政局指導課課長補佐と、母子保健課課長補佐と、両方が来ると。こういうややこしい事になってるので、今回も問題になったんですけども、それを医政局指導課に担当の課長

補佐を置いて、その人は周産期救急をやると。ただその場合、母子保健課課長補佐もそっちへ入ると。じゃあ、今まで総合周産期母子等の行政で、周産期医療行政というのがありますよね。これはどこが担当するのか。それは母子保健のほうでまだやるみたいです。

そうすると、総合周産期センターで、母体搬送や新生児搬送のほとんどは、緊急ファクターなんですよ。救急医療でしょ。それをどっちが主管するかは、まだ、ものすごい不明瞭だと思います。これはもう、ご本人さんに聞いてみるしかないんで。だからもう、割り切ると119番がらみだけ医政局指導課に渡せばいいんじゃないかな、という気もするんですけどね。

で、それまでの母体搬送とか新生児、産科いろいろやっているのは、相変わらずやはり母子保健課がやればいいと思うんですが、ともかく今年の1月1日ですね。だから変わったばかりで、我々それから1回も顔を合わせてないので、質問されても分からないんです。

高橋：その制度で、うちの施設では最終的には救急救命が収容するようになったんですけど。この前の事例では、救急救命が収容しても生まれてくる子どもはNICUでというふうになるのです。結果的には全ての子は受け入れてあげないといかん状況にならざるを得ないというのが、現状です。

吉川清志（高知医療センター）：さきほどの手当のことですけれども、私も同じような事例を経験しました。藤村先生が言われたように、激減を緩和するような措置も必要とは思いますが、施設に入所すると手当が出なくなり、病院に入院している間は手当が支払われるのは不合理です。実は在宅で世話してる方の手当が非常に少ないと僕は思いますので、入院している児に支払われている手当を廃止し、それを在宅介護手当に回すべきだと考えています。入院していたら1ヶ月に100万ぐらい費用がかかって

いるのですが、在宅の方は8万とか、それぐらいしか家族は手当をもらってない。そして在宅介護を支援する各市町村は、看護師さんを雇ったり、その他いろんな費用を負担してると思っています。自宅で介護している家族や市町村に、入院中に支払われている手当や入院費の一部を回していただけたら、家族も市町村も在宅介護に移行しやすいと考えています。

藤村座長：今いわれた、特別児童扶養手当を上げるというのではなしに別の…。

吉川：どうするか私は言えないのですが、在宅でレスピレーターを使っていると、お母さんが24時間側に付いていて、大変しんどい思いをしながら毎日を過ごしています。そして学校に行くにしても、市町村が看護師さんを雇っています。重症児の在宅介護は、地方自治体とか家庭の負担の上に成り立っている状態です。それなのに、子どもを病院に入院させている人が手当をもらっているというのは全くおかしいと思いますし、この制度が病院から施設への入所を妨げている一因となっていると考えますので、改めるべきだと思います。

藤村座長：実は、懇談会で出しているんですけど、「レスパイト入院管理料」というのを提案してるんです。一般小児科に。いま、その管理料がないですよね。本来、在宅ケアといっても、基本的には、昼間はどちらかでお願する体制を将来はつくるべきじゃないかなと。そのためにはたくさんベッドがあるので、重心はもう、もちろん無理。で、デイケアセンターというのが考えられる。しかし、それをどこにつくるかということ、どうも一般病院小児科が担う必要があるんじゃないかと。それなりの数のベッドが地域に必要なですから。そうなるとう一般小児科が、収入でバランスとれるようにならないといけないし、同時に訪問看護ステーションを、その小児科のある病院が運営できるような仕組み

を、将来というか、すぐにつくっていかないと、家族にしたら、いつもその病院に行けばMSWに行く、訪問看護ステーションに行く、レスパイトで入院する、あるいはデイケアセンターへ行く。全部同じ入り口から入っていけるんじゃないかと。

で、今の、手当はまた別の発想だと思うんです。それはちょっと新しい制度があると思うんです。ですからかなり大きな提案になるので、今言ったのは児童扶養手当をどうするとか、障害福祉手当をどうするかという話なんですけどね。レスパイト入院管理料の新設ということで、提案してます。

田村：先生、このエクセルのところがいちおうそれは書いています。レスパイトも短期的な方策のところ。

ただ、こういう個々の具体的なことについては、さっき出ました、ちょっとよく分からない研究班で具体的に検討するという事になって、とりあえずこの、次回の2月3日のときは、基本的な理念みたいなことを、最終的にまとめあげることになるので、その辺について皆さんのご意見を、さっき言ったような項目について、いろいろいただければありがたいです。

藤村座長：先生がこられなかった時、僕は懇談会で研究班のこと質問したんです。で、「小児科は入ってない」と言われました。

板橋家頭夫（昭和大学）：藤村先生、先ほどのレスパイト入院の件でちょっと確認なんですけど。レスパイト管理料をとる小児科の病院は、いわゆる2次の施設という意味ですか。あるいは、3次施設という意味ですか。

藤村座長：一般に診療報酬はあまり詳しい条件つけないですけど、管理料という限りは、多少ねえ、条件、ナース何対1とか、これは当然出てくると思うんです。ただ、いまご質問の、た



ぶん、どのレベルの小児科かということになると、我々小児科学会でよく言ってる、地域小児科センターにあたるようなところに、将来はなると思うんですが、今は一般県立病院の小児科とか、それなりの15床、20床、小児科病棟を持っているようなところはね全部、自分から手を挙げて、もう患者さんが来て、レスパイト入院管理料を請求したら認められるようになる。はっきり言って、病院なら誰だって請求できるわけですから。その辺が、ちょっとよくまだ考えてないですけど、どのレベルの小児科も可能だと。

板橋：分かりました。あともう1点ですけれども、人数の件です。総合周産期センターのNICUで14名を要求するとなると、結局集約する以外には人数を確保することは困難だろうと思います。多くの施設で14名確保できる施設はきわめて稀です。また、大学病院では人が多くても、夜アルバイトに出かけたり、日中もアルバイトに出かけたりというような、様々な事情があります。あまり派手にバルーンをあげてしまった後に、じゃあその人材をどうしようかということになり、行き詰まってしまうのではないかと思います。

田村：現状で行き詰まるというか、現状ではたぶん多くのところができないと思うんですが、1つは、今とりあえずは来る人がいなくて困っていると、ポストがなくて…というところが全国的に多いんじゃないかと思いますが、将来的にはやっぱりきちんと定員をそれだけつけておいてもらわないと、皆これからおそらく若い人たち、そんなハードワークなところに行きたくないというような傾向の人もどんどん出てくると思いますから、そういう意味では、定員をつけさせるという意味では、14という数字は目標としては妥当な線じゃないかなと。

ただ、1つ危惧する意見としていただいたのは、逆に、今、総合周産期センターの資格とい

うかネーミングを変えると同時に、おそらくそれは補助金もおそらく変わってくる可能性があると思うんですが、その時に、「おたくは総合周産期センターといってるけど、14名の定員を満たしてないから、補助金を減らします」とかいうようなかたちで逆に行政の、お金を削る材料に使われないかということを危惧して、私のところに意見を寄せられた方はおられません。だから、そういうことはどうやって歯止めするのかということとはちゃんと考えなきゃいかんかもしれないと思うんですが。

宮城雅也（沖縄県立こども医療センター）：ちょっと話は別なんですけど、ハードの面ですけれど。実は、新生児の入院とか母体搬送の入院には、瞬間最大風速が吹いて、器械が足りなくなることがありますね。そのときに、どこかで器械を集約していて、レンタルしてくれるシステムがあったら非常に助かるということで、沖縄県の新生児の先生が集まって話しています。そういうシステムはないので、ぜひそういうハード面でのバックアップもしてほしいなと思っております。

で、もう1点、さきほどの特別児童扶養手当などはですね、先生方がおっしゃった長期入院支援コーディネーターの費用にある程度回せるようにするため、特別児童扶養手当の一部を入院中は医療施設に支払えれば、医療施設としては非常に助かるなと思っています。実は超未熟児なんか、ある程度障害を持っている子を地域へ帰すときには、必ずコーディネーターが必要です。そういう子どもたちに、早め早めに関わっていけたらもっと早く帰せるようになります。それなら、我々も一生懸命特別児童手当を早く申請して、医療施設側のコーディネーターなどの費用に回してですね、早く地域へ帰せるようなシステムを考えていったらどうかなど思ってます。

田村：地域コーディネーターについては、それ

こそさっき、飯田先生が今、まとめておられるので、今の現状と NICU コーディネーター、どういうふうを活用していけばいいのかについて、ご意見いただけますか？

飯田：大分県立病院の飯田です。田村先生の下で地域コーディネーターについてまとめをしています。

厚労省からの通知がきましたのが、昨年 3 月末でしたので、おそらくどの自治体も平成 20 年度予算には間に合ったところはないみたいですね。ですから、20 年度は実際に設置した自治体はゼロということでした。ただ「検討している」という自治体は数自治体ありましたので、21 年度にはいくつかの都道府県では配置されるんじゃないかと思います。実際上はやはり国庫負担半分、あとは自治体負担で、それもいつまで続くか分からないということで、やはりそういう面で配置に非常に躊躇しているというのが 1 つと、あと、大変な自治体というのは、だいたい大都市のほうが多いものですから、1 名だと、とても全部をまかないきれないと。補助が 1 名だとですね。そういう問題もあって、なかなかこう、踏みだし辛いところがある 1 つ。

それとまたやはり、現場と行政のほうで、ちょっとやはり意志の疎通がうまくいってないみたいで、必要性をなかなか行政のほうで理解できないというところも、いくつかみられるようでした。だから、次年度は少し、配置は実質的にはされていくんじゃないかなと思っています。以上です。

藤村座長：1 年間で 1 名補助金 185 万円と聞いたんですが、そんな安いんですか？あれでは受けられないと大阪府はいうんですけども。

飯田：補助金の額はちょっとはっきりしてませんが、うちの県の人からは 300 万と伺いましたけど、1 年。…という話を伺いました。

藤村座長：それは、国から 300 万くるんですね。

田村：国の 50%補助ということになってる。半額補助になっています。

飯田：半額を補助するとは聞いてます。具体的にちょっと、はっきりいっただけはわかりません。

藤村座長：僕が大阪府から聞いたのはね、低すぎると。しかも 1 名だという、両方の問題で。でも大阪府が受けるみたいです。だれか、どこかが受けないといけないというんで…。

飯田：ああ、そうですか。

田村：ああ、これは制度として、いちおうありますんで、皆さん都道府県ですできるだけ県の行政にはたらしかけて下さい。ですけれども今のところ半額補助ですので、僕たちの要望では、半額じゃなくて全額国庫補助にしろと要望しています。それを総合周産期センターに配置してくれということをお願いしてますから。これはぜひ、活用していただきたいと思うんですけど。

宮園弥生（筑波大学）：筑波大学の宮園ですけれども、さきほどの NICU の医師定員なんですが、おそらく「人を増やす」という場合に、病院の経営面というのが非常に大きいと思うんですね。それでやはり、14 人の新生児科医を維持するためのベッドの規模というのが、とても問題になると思うんですが、だいたいその 14 人をペイする病床数っていうのは、どれぐらいに想定されていらっしゃるのか、NICU 加算を増やすというのがこの表にも書いてあるんですけど、やはり現実に本当に増やせるかというのは、そういう経営面も非常に問題あるかなと思うんですが、いかがでしょう。



田村：これは、いくらお金をそこにかけてもらうかです。とりあえず今回の問題で、1 つは、できるだけそれぞれのドクターの収入がよくなるということと、新生児の現場で働く人のクオリティ・オブ・ライフがよくなるということと、それらをまず第一に考えてもらう、そしてしかもそれを直接国が考えてくれるという、絶好のチャンスなんです。我々は経営者の立場から言ってるのではなくて、あくまでもそこで働く労働者の1人として、最低そのぐらいは担保すべきだということによって要望をしているのです。経営者の立場で原価計算をしていったら、おそらく14人なんてとてもつけられないということになると思いますけど、逆にそういったことを労働者の立場から言うには今が絶好のチャンスだということによって言ってるんです。別に私が病院の経営者であれば、けっしてこんなことは言いません。

(会場：笑)

北島博之（大阪府立母子保健総合医療センター）：たとえば、脳神経外科の、この前の奈良のケースのような、そういうお母さんが…これからつくろうとする、スーパー総合周産期なりに入った場合の、救急病棟というかたちのあり方というのは、どんな議論になっているんでしょう？

田村：お母さんが？

北島：お母さんが手術した後のケアの場所とか、そういうのは具体的に…。

田村：それは特には議論に入っていません。いちおう基本的に考えられているのは、今のスーパー総合周産期センターは、救命救急センターと産科がおそらく入り口のところで、多くの場合はカバーする。うちでは、母体救命救急に限っては仕方ないから絶対断らないというこ

とでいま、やりはじめています。そのやり方は、電話を受けるのは産科が受けて、だけど脳外科とか心臓外科とか、もしくは循環器科とかに関わらなきゃいけないときは、救命救急センターに入院させて、それから産科がケアします。そして産まれた赤ちゃんについては、NICU がいっぱいのときには、我々がどこかに運ぶことをいちおう考えていますけど、それは個々の施設で、たぶん変わってくると思います。ここの委員会のなかでは、どうすべきかというところまでは、そんな具体的なところまではいっていません。

北島：森先生、イギリスとかオーストラリアではそういう、MFICU 的なところで全部そのお母さんたちが受け入れられているのか、それとも救急病院的なところに一時的に預かって、落ち着けばそういうほうに移行するのとか、そこらは…。すいません、ごめんなさい。イメージがちょっと分からないので、我々はどうやって関わっていくか。

森臨太郎（大阪府立母子保健総合医療センター）：オーストラリアでもイギリスでも、大きな病院というのはほとんど公的病院、予算制です。で、多くの子ども病院の隣に大きな総合病院がありますので、たとえば脳外科で関わるような、脳外科もプラス産婦人科みたいな患者さんが来られた場合に、そこに、子ども病院に来られた場合には、当然その隣にある総合病院からそのまま脳外科の先生と一緒に来て手術をするとかいうかたちです。それはもう、給料的にも病院の経営的にも全く同じ母体といますか、予算制公立病院です。で、スッときますので、あんまりそういう問題は起こってないと。

北島：起こってないのね。

森：はい。

北島：バースセンター的なところだから、お母さんのケアを、落ち着けば、そういう MFICU 的なところへ移行されるんでしょうね。

田村：それは先生、実際そうなったところで、おそらくその病院病院で、対応が変わってくると思うんです。

北島：はい。すいません、どうも。

近藤裕一（熊本市市民病院）：熊本市市民病院の近藤と申しますけど、4 の搬送システムのところなんですけど、ちょっと今の話ともつながるんですけど。

この搬送システムで、1 の妊産婦救急に関しては、その地域の協議会とかで検討するというふうになっているんですけど、3 の新生児搬送システムに関しましては、地域ごとに新生児専用ドクターカーを置いて、119 番通報された新生児の分娩があったら、すべて総合周産期からも出動する、というふうなかたちになっていたんで、妊産婦のほうについては地域ごとに協議するようになっていまして、新生児に関してはこういうふうには何か、単一といいますか、1 つの選択肢しかないように書いてあるんですけど。

熊本では12月25日のクリスマスの日、県主催で会をやっていただいて、救急隊も含めて検討しました。その時にちょっとわかったんですけど、119番通報新生児分娩というのは、熊本市でも年に20件くらいあるそうで、出生は6000数人くらいなんです。ですからおそらく、1万人産まると、40数人くらいは、そういう救急車要請の分娩というのがあっていまして、でも、その中で、NICUに来院することはほとんどなくて、ほとんどはかかりつけの産婦人科に連れて行って、事なきを得てるんですよ。ですから、この3の赤の部分がすべて総合周産期に連絡できるように…。

田村：先生、それはそうならないはずですよ。

近藤：そうですね。

田村：よく読んでいただければ分かりますけど、新生児専用ドクターカーを、運転手、医師つきに整備するんだけど、整備する施設については都道府県の周産期医療協議会で決定するということであって、これはすべての総合周産期センターに置くということではなくして…。

近藤：でも、どこかに置くわけですよ。どこかに置いたときに、そういう、ほとんど事なきを得るような、救急車で搬送するような妊婦さんあるいは新生児を、全部、総合周産期の…要するに専用ドクターがある病院に要請するということでしょ、これは。でもほとんどそれは必要ないんじゃないかということで、熊本ではですね、いちおう救急隊はもちろん駆けつけて、そこでももちろん最初から妊婦さんが週数が早いとか、妊婦健診をまったく受けてないときには、NICUに連絡していただいて、うちからも救急車を出すんですけど、かかりつけがちゃんと分かっている、そこに連れていけばいいだけのときは、もうNICUには連絡しないというふうな…。

藤村座長：ちょっと言葉足らずということですね。「かかりつけのない新生児分娩事案」と、そうしたらいいですね。これは実は、「かかりつけのない」という趣旨で、確かにこれ書いているんです。

近藤：それともう1つ、地域的な拮抗と申しますか、県に1台の新生児専用ドクターカーでは、広い県全部をカバーするのは、実際、無理ですよ。

田村：だからいちおう、「最低1台」となって



ます。

近藤：ああ。でも、全ての自宅分娩にも、新生児専用救急車で全て対応するというのも実際難しく、特にうちとか、時間外は代行運転なんですよね。出動するまで30分ぐらいかかるので、もう実際、救急隊に連れてきていただいたほうが早いので、会議では先生の新生児蘇生プログラムの本を渡しまして、「いつでも教えにきますから、やりましょ」ということで、それは杉浦先生からもメーリングリストで札幌の事件のあと、ある地域では救急隊が新生児蘇生法をやって、超未熟児を搬送して事なきを得たということもありましたので、いちおうその情報もお知らせしてですね、救急隊のほうが…おそらく救急隊は数分の単位で現場に着いて、病院までもそれこそ…。

田村：長野の例でしょ。中村先生がおられますから。

近藤：ああ。ですから、もっと救急隊を利用するという表現もあってもいいか、あるいはもっと、この1の産科の救急と同じように、地域ごとに協議するというほうがいいのか。これ、とても何か決めつけられているような気がしたんです。

田村：その辺はでも、藤村先生に聞いてください。藤村先生、どうします？

まあ、ただその辺は別に先生、ガチガチに規定することではないんで、あくまで要望する、そういうものを各都道府県に…。ここでポイントになるのは、都道府県に最低1台の新生児専用ドクターカーを、運転手、搬送医師、看護師、共に整備する、と。つまり、彼らの出動に対しては、きちんとそれに対してドクターフィーや、ナースフィーを出して、運転手もそれこそ24時間体制で確保するように、それを都道府県の責任で行うというところに重点があるのであ

って…というふうにご理解いただければと思うんですけど。

近藤：119番通報だけではないということですね。それだけ考えたシステムではないと。

田村：…というか、後半は、これはあくまで補足というか、メインが一番上のところにあるんじゃないかなと思ってるんですけども。

藤村座長：ちょっと近藤先生に質問ですけど、119番、先ほど先生が熊本でとおっしゃったのは、自宅なりで、路上なりで、新生児が産まれたのが20件ある？

近藤：6000人で20件ぐらい、年にあるということですね。

藤村座長：そんなにあるのかな。

杉浦座長：いや、何かすごく増えているみたいで、東京都の救急隊の人が、この前、蘇生法の講習会来ましたが、やはりものすごく増えていると言っていました。だから、そのぐらいあるかもしれません。

ただ、この文章、たしかに必須になっちゃってるのはドクターカーで、これを配備すると。で、実際の搬送方法は①と②の新生児専用ドクターカーを運用している地域と、そうじゃない地域って分かれていて、それが選べるようになっているので、そういう意味ではいろんな選択ができるような文章だとは思んですけど、①、②のなかで、ないしはその中間もあると思うので、そういうなかの、最適なモデルは周産期医療協議会で探す、みたいな文言は、あってもいいかもしれないなと思いました。また考えます。ありがとうございます。

高橋：奈良医大の高橋ですが、先生お話になった分類ですね。これは行政的に分類するんじゃ

なくて、どうもお金が絡んでいるというように思うのですが…。

田村：おそらく、こういうところを出る分類の見直しなので、単なるネーミングじゃなくて、おそらくお金が、これで違ってくる可能性は十分あると思います。だからそれに対して、「それは困る」というのであれば、今、言っておいていただければ、少なくとも新生児科委員としては、困ると言いますし…。

高橋：いま藤村先生が進めておられます NICU の総合と地域という話が、一方ではすすんでいますよね。それは新生児救命型になるのですか、ちょっと分からないですけど。小児の救急体制整備で決められた地域、救急何かタイプの、認定ありますよね、小児科学会がやろうとしている、総合のタイプとか、それから地域の、救急型・新生児型というのと…。

田村：いや、それは私は知らないのですが…。

高橋：そちらのほうも、おそらく…。

田村：いや、これは先生、少なくとも我々が出した案じゃなくて、これは産科が出してきてる案なんで、小児科学会のそういう動きがあることを見越して言ってる案じゃないと思います。単純に言う、要するに救命救急センターがあるところにはお金をつけようと。救命救急センターと総合周産期センターがあるところには、という言い方なんですけど、僕らが危惧するのは、今これだけ財政事情が厳しいところで、そこにお金を増やすじゃなくて、むしろ救命救急センターがないような周産期センターの補助金を減らそうというふうになるんじゃないか、ということを危惧しています。

高橋：それはものすごい問題になると思います。むしろ付加的な意味合いで、そういうのを受け

入れれば、付加的に、というかたちのほうが、望ましいと思うんですけどね。そういう事例を…。

田村：あのね、仲間内でやってるわけじゃないわけですよ。

高橋：分かっています。

田村：はっきり言って、もう敵ばかりですよ。

(会場：笑)

高橋：いやちょっとそれは、懸念した先生の憶測が…懸念して、これがすすむと…。

田村：だから、そのなかで、それをやるためには舐添大臣を納得させるような論理でいかないといけません。いま、彼らは、今回の事例は、たとえば子ども病院の総合周産期センターのところじゃ、結局今回のお母さんなんか絶対に助からなかったわけで、それを救命救急センターと一緒にやっている所であれば、そこは少し補助金をもっと増やしてもいいんじゃないかと言ってるわけです。それはそれで、彼らとしては理屈は通ってるわけですよ。だから、それではダメだと言うのであれば、たとえば…むしろそこで攻めるんじゃないかとね、たとえば、子ども病院なんか、長野もそうですけど、子ども病院が実際は自分のところに連れてくる患者さんでもない分娩に立ち会って、NICU 車で三角搬送して、それで患者さんを運んだり、もしくは連れてきたりしてるわけじゃないですか。ちゃんとそれだけの事をやってることを実績として示して、それでドクターフィーも出せというふうに言ったほうが…。

こういう分類をされてね、救命救急センターがないところにも、あるところにも同じようにお金をつけましようというのは、やっぱりそれはね、今の流れからいくと無理ですよ。だから、



むしろそうじゃなくて、ほかのところで、その代わりこういうところで頑張っているんだから、それに対して、きちんと、その代わりに金を出せというふうに要望するほうが、僕としては、今回の懇談会の構成員を考えれば、通る可能性が高いと思います。

高橋：というと、これはないほうがいいわけですか。

田村：いや、ないほうがというより、これはしゃあないです、先生。

高橋：しゃあないですか。

田村：ここはしゃあないから、その代わりそうじゃないところで、僕らが今頑張っていることを、分かり易くアピールして、頑張ってる現場の医者や看護師にちゃんと見返りがくるように要望するほうが、実際のだと思うんですけど。

高橋：それはよく分かります。その方がいいと思いますね。

藤村座長：ちょっと時間の関係で、この辺で。あの、多田先生。

多田裕（実践女子大学）：実践女子大学の多田でございます。

要望は、いろいろと藤村先生にお願いしてあるのですが、今の議論を全部書き込むことは困難だというのは、よく分かっています。そして、懇談会ですから、これは外添大臣がこの懇談会をつくって、目玉になるところに予算をつけて、少し直そうということですね。そのベースに、今までの周産期医療システム協議会を含めた、地域のシステムを活かしてもらうということが、あまり強調されてなかったもので、ぜひ、そこを強調していただき、その上に、「ここは変えてください」というかたちで言うと、先ほど

からの議論のかなりの部分がクリアされる。ですから、これに搬送体制から何から全部書いて、新しく日本全国のシステムつくろうと思ったらとても書ききれないし、そんなことを言っていたら、救急の先生や何かに相手にされなくなっちゃう。

それでちょっと心配なのは、NICU の問題です。これは和田先生のレジメを拝見して、「エッ」と思ったのですが、大学には、NICU だけがあって GCU がないみたいなものが、先ほどの統計を見せていただいても、少しあるみたいですね。それを NICU と呼ぶと言うのは、人もいなくて、僕はおかしいと思うので、NICU というからには、NICU プラス GCU がある。しかも、厚労省の社会保険の基準を満たしているというようなもののみを NICU と言うとの定義を、ぜひ、とっていただきたい。新生児医療全体を NICU というのは、役人とか、地方の人たちは皆そういう言い方、あるいはよその科の先生も皆そう言っているから、それは NICU とは言わないのだとして頂きたい。その核の部分が確保されることが絶対に必要だと思います。そうすると、7人以上と先生がおっしゃる医師数を確保することがぜひ必要です。

もう1点考えなければいけないのは、まもなく小児救急が整備されることです。これは放っておいても必ずそうなります。そうすると、NICU で 14 人、それから小児救急で 14 人で、28 人いなければ NICU ができないといったときに、果たして、そんな要求をしておきながら、「お前たちは出来ないのだから、ごく一部の病院だけやればいいんだ」となれば、NICU ともいえないし、新生児医療もできないし、お金もつかないという施設が多くなり、マイナス面もあると思います。したがって、7人にして、それで必要な医療はなんとかできるとか、必要な場合にはさらに大きくするということが必要だと言うようなことを先生方に上手に表現していただければと思います。今、現実に大学以外で、NICU 14 人プラス小児科 14 人か 7 人か

分かりませんが、小児科の救急も組める人数というのは、藤村先生の計画された小児科学会の整備案でもかなり困難なのではないかと思えます。そこらへんの現実を踏まえたうまい発言をしていただけるとありがたいと思えます。

杉浦座長：どうもありがとうございました。そしたら楠田先生、ちょっとこれを最後にしたいと思うんですけども、お願いします。

楠田聡（東京女子医科大学）：いろいろ、本当に藤村先生と田村先生にはご苦労していただいておりますけれども、たぶんこれ、ちょっと流れがまだ十分、皆さん方に理解されていないところがあると思うんですね。

これは、あくまで母体の偶発合併症によって亡くなった方が、残念ながら救命措置を救急で…まあERでもいいですが、そういう救急センターで治療できずに、NICUが満床だとか、病棟が、MFICUが満床だということで、とれなくて、緊急の救命処置を受けずに亡くなったということで、基本的にはいわゆる周産期救急と書いてありますけれども、周産期のなかの、母体の救命の救急ですよ。もうその会議では分かっていると思いますが、周産期救急と書いてあるのは、その周産期医療の救急の人もまだ混乱があって、このままいくと、母体の救命を救命センターとドッキングさせれば全て解決するんだ、という流れに、たぶんなっていたんだと思うんですね。それを先生方が「いや、そうじゃなくて、NICUが重要で、NICUがないことで今回も半分の施設が断っているわけですから、NICUが重要だ」というところまで、かなり戻されてきたと思うんですね。ですから、そういう流れのなかで文書ができたということを理解すると、先生がつくられたこのエクセルの表ですよ、これで超短期的・短期的・中長期的というふうにありますけれども、最初にあった長期入院とかそういうのは、なかなか急には

解決できないので、やっぱり最初の、このNICUの増床が重要だと思うんですが、これはやはり予算とそれから人の確保があるということで、超短期といっても、なかなか難しいと思うんですね。

次、この短期的、1年以内に実施するもの、要するに来年度予算、あるいは次の保険改定に続くものがかなり重要だというふうに、私は思うんですけども、ここで先ほども少し議論があった、NICUを増床して、その代わりに、2を新設するということとか、超重症児の管理料だとか、この辺がこれ、確実に懇談会の結果として出るわけですよ。そうすると、かなりの重きを持つと思いますので、ちょっと私としてはこの短期的なところを、皆さん方がとりあえずこのかたちで出ることによって問題ないか、これが実現するかどうかは別として、それがやっぱり、出ていくかどうかというのを、最後にちょっと、ご意見聞いていただいて、発言していただいたら、というふうにお願いしたいと思えます。

藤村座長：楠田先生、これエクセルは、田村先生と僕らの要望ですよ。これ全部出るわけではない。資料として…。

田村：要望した資料としては出てます。資料としては。ただ、これが採用されるかどうかは、さっき言った、わけの分からない研究班で、具体的な個別のことについては検討するという事になっているので、そのときにはもちろん、我々が出した資料というかたちでは出るとは思うんですが、それがこのとおりに採用されるかどうかは、まったく…。

楠田：この通り出て、NICUが2つに分かれるかもしれない。

藤村座長：特に、今の、言われた箇所は、真ん中の列の、下のBのイのところで、NICU管理料10000点アップ、NICU管理料2の新設6000点、



3床に1人の看護師との条件は従来のNICUと同じである。小児科医は、NICU内ではなくて、病院内に24時間おればよい、と。NICU2を新設して6000点にしよう、と。8300点ではないと。これでいいですかという、ご質問です。もうこれ、出しているんですけどね。

田村：それといちおう、これは僕らの独断で決めたんでなくて、札幌での新生児医療連絡会のときに、役員会で出して、総会でも出して、いちおう皆さん方が反対ないということで、こう出しているんで、僕なんか勝手に決めたわけはありませんから、それは誤解ないようにしてください。

あと、NICU1と2というのに分けちゃうと、NICUのベッドがこれだけ足りないと言っているときに、埼玉県なんかでも行政は、実際はNICUの加算とれてないところを、準NICUと呼んでNICUベッド数にカウントしたりするんで、NICUの名称を使うことには、私個人は反対ですけれども、それにもかかわらず、連絡会でそう決められたということで、このまま出しています。

楠田：まあ、一部の反対はあるとしても、いちおう、合意。それから実は小児科学会の平成22年度の改定でも同じ文書になっているわけですね。で、これでいちおう出そうということになっているのと、それから先ほどうし言った、NICUを増床するのに、いちおう班研究で、班ができるはずなので、そのなかでやっぱり議論することになるんですね。で、こういう話になると思うので、反対される方もいらっしゃるけれども、基本的にはこういうものも選択肢としていいか、というのを…じゃあ、先生、よろしいですか。

藤村座長：最後にもう一度、まとめの討論ということありますので、ちょっとほかの演者の時間がなくなってきちゃってるんで、次、大学病

院のことをお願いしたいと思います。

## 2. 文部科学省の増床計画

和田和子 大阪大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター

### 結言

昨今の周産期医療をめぐる様々な問題に対応すべく、文部科学省が大学病院の周産期医療体制整備計画を発表した。背景には2008年10月に東京で発生した妊婦死亡事案の“搬送拒否”の大半が大学病院であったことが強く影響している。文科省はこの事案を受けて、全国大学病院の周産期医療体制についてアンケートを行い、これに基づいて整備計画を発表した。この整備計画の概要は、平成21年度からの4年間で、1) NICU未設置の国立大学病院解消、2) 半数の国立病院において現行平均11床程度の周産期医療に係わる病床数を倍増し20床とする、3) あわせて国公立大学病院におけるNICU等に関する人材養成に対する支援を行うというものである。(スライド1-12) 新設や増床を準備していた施設にとっては願ってもない機会である一方、地域連携や個々の大学病院の事情が加味されないなかの全国一律の整備計画には問題点も多いと考えられる。そこで、研究班では、全国の大学病院の現状を把握し、より有効な整備計画を訴えていくべきと考え、研究班で独自の緊急のアンケート調査を実施した。

### 対象

全国の医学部を有する大学79校(本校のみ、国立42校、公立8校、私立29校)の小児科責任者に対し、1) 今回の整備計画への意見、2) 新生児学の教育について、3) 女性医師支援について郵送によるアンケート調査を行った。回答率は、国立42校中32校(76.1%)、公立8校中7校(87.5%)、私立27校中22校(81.5%)、全体で79校中61校(77.2%)であった。(スライド13-15)

### 結果

1) 現在の診療内容について

(スライド16-18)

所属する医療圏において全体の68.9%の大学で非常に貢献している、29.5%でやや貢献していると答えている。この理由は、外科、循環器外科等、関連各科の協力が得やすい大学病院があげられていた。

2) 医師数は充足しているか(スライド19)

国立、私立とも、全体の90%で医師数が不足していると答えた。

3) 新生児専門医(スライド20-21)

周産期新生児専門医制度がスタートしてまだ間もないが、新生児専門医がいる割合は、国立43.5%、私立54.5%、全体で47.5%であった。取得が可能である大学は全体の67.2%であり、現状では大学のみで専門医を育成するには限界があり、周産期センターとの連携が必要であると考えられた。

4) NICU認可について(スライド22)

現在、NICU認可病床のない施設において、国立では6校で設置予定、1校で計画中、私立では1校で設置予定、2校で計画中、計画なしが1校であった。設置を困難にしている理由は、当直体制、看護体制が組めない、責任者がいない、場所がないなどがあげられた。

5) 今回の国立病院 NICU整備計画についての意見(スライド23-28)

今回の計画について自由記載で意見を求めたところ、肯定的な意見は非常に少なく、条件付き肯定的、否定的意見が多くを占めた。その多くは人的不足への配慮、地域ごとの事情への配慮を求めているものであった。

6) 教育について—教育のために NICUは必要か—(スライド29)