

平成20年度第3回 東京都周産期医療協議会

平成20年11月28日

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

(開会 午後7時01分)

室井課長 本日は、お忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。定刻になりましたので、平成20年度第3回東京都周産期医療協議会を開催いたします。

私は、福祉保健局医療政策部救急災害医療課長の室井でございます。

議事に入りますまでの間、進行役を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず、今回から新たに委員にご就任いただいた先生をご紹介します。

東京産婦人科医会会長の町田委員でございます。

町田委員 町田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

室井課長 また、本日は、今月21日に最終報告を発表いたしました、救急医療対策協議会会長の杏林大学医学部救急医学教室、島崎教授にもご出席をいただいております。

島崎教授 島崎でございます。よろしくお願ひします。

室井課長 島崎先生には、救急医療の観点から、さまざまなご意見をちょうだいできればと考えております。よろしくお願ひいたします。

また、今回も前回と同様に、各総合周産期センターの産科の代表の先生方、それから墨東病院の小林院長にもご出席をいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

そのほかの委員の先生方につきましては、お手元に名簿を配付させていただいておりますので、ご紹介を割愛させていただきます。

なお、委員の出席の状況でございますが、本日は、有馬委員と前回ご出席いただきました大塚病院の宮澤副院長からご欠席のご連絡をいただいております。

続きまして、資料の確認に移りたいと思います。お手元の資料をご確認いただきたいと思います。

資料は1から8まで、参考資料は3点ございます。まず、おめくりいただきまして資料1でございますが、本日の委員の名簿でございます。さらにおめくりいただきまして資料2、それからあと資料3というのがその先でございます。それは、岡井会長からご提供いただきました資料でございます。資料3の次でございますが、A3の資料がございます。こちらが資料4、東京都の周産期の現在の搬送体制についてまとめたものでございます。それから資料5でございます。次のページでございます。こちらが、周産期搬送システム(搬送先選定の一元化)の取組例ということで、ほかの府県で行われておりますセンターコーディネーター方式のご説明の資料を用意してございます。

ずっとおめくりいただきましてA3が終わりましてA4のところからなのですが、資料の6-1というのがございます。それからその先、6-2というのがあるのですが、こちらにつきましては、厚生労働省の調査結果をまとめたものでございます。これは、各周産期母子医療センターにご協力いただきました、国の実態調査が先日ございましたが、それに対するご回答を、各センターのご了解をいただきまして、本日の資料とさせ

ていただいたものでございます。各病院の標榜診療科ですとか、救命センターの指定状況、病床数等の基礎データ、あるいは合併症妊婦への対応体制などの項目がございます。都内各センターの状況がわかりますほか、本協議会の課題となっております母体救命への対応策を検討する上での基礎資料としてもご利用いただけるものと考えまして、本日配付させていただいております。

さらにいきますと資料7というのがございます。墨東病院周産期センターにおける12月及び年末年始の当直体制についてというのがございます。

続きまして資料8というのがございまして、周産期母子医療センターにおける救急搬送患者の円滑な受入れについてというのがございます。これは先日、福祉保健局長名で各センターに通知をした文書の写しとなっております。

なお、参考資料につきましては1から3までと、一番最後でございますが、カラー刷りで、救急医療講演会というのを今度やろうと思っております。そちらのチラシを配付してございます。

資料に欠けているものがございましたら、お知らせいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、本日の会議でございますが、東京都周産期医療協議会設置要綱の第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録は公開という形になっております。

それから、本日の終了予定時刻でございますが、おおむね9時までを予定しております。

それでは、議事に入らせていただきますので、テレビ撮影につきましてはここまでとさせていただきますと思います。

(カメラ 退室)

室井課長 それでは、進行は岡井会長にお願いいたします。

岡井会長 先生方、委員の皆さん、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。あいさつに時間をかけるのももったいないぐらい審議する内容がたくさんございますので、早速議題の審議に入りたいと思います。

きょうは、今後の周産期医療体制についてですが、二つのことを主に時間をかけて審議していただきたいと考えています。

1番目が母体搬送の受入れについてというふうに挙げさせていただきましたが、このことに関しまして最初に少し説明を加えさせていただきたいと思います。

資料の2に、前回の協議会のまとめを、簡単ですがつくっております。前回の協議会では、1の事例の検討を行い、その中で搬送先選定に時間がかかる原因を分析いたしました。そこで、1、2、3、4、5とその原因が挙げられましたが、これを一つ一つ今、読み上げません。ご確認いただいて、何かありましたら後でお願いします。

それで、その2のところ周産期救急、特に母体救急の体制整備に向けての対策、少し時間をかけて議論をしたのを覚えていらっしゃると思いますが、問題になったのが、

一つはブロック内での完結を目指すのがいいのではないかということに対して、現状はなかなか難しい面もあると。これは委員の先生方は、皆さん、ここに至った経緯を全部わかっておられると思うので、ここに話を持ってくる前段の部分は、省略させていただいたのですが、ブロック内で完結を目指す方式については、搬送先を探す時間が短縮されることが一番大きなメリットです。しかしながら、デメリットとしては、例えばNICUが満床であるのに無理をして患者さんを受け入れるということが、最善の医療の提供にならないと、そっちの方にいく可能性もあります。

それからもう一つは、現在の東京都の総合周産期母子医療センターは、どこもぎりぎりの状態でやっている。現場で当直して働いている先生方も疲弊しているし、ベッドも恒常的に満床という状況で、さらに負担をかけるということが実際にいいのかと、そういうことが議論されました。

ブロック完結のシステムには、現状に対応できない施設もあるという問題点もあり、症例の病態とか重症度に応じて分けていいのではないかという意見もありました。

その後議論をさせていただいたのは、都立墨東病院への当面の支援ということですが、これは後で議題に挙がりますので省略させていただきます。

その次のページですが、第3回協議会の検討事項、メモ的につくったのですが、その1にブロック内完結方式の是非をもう一回検討したいのですが2に挙げております母体救急と胎児・新生児救急における搬送システムの分別化、これを加えてこのことを検討したいと考えました。

そのことに関する案をつくらせていただいたのが資料の3です。

こういうことを議論していくに当たりましては、もっと時間をかけてゆっくり議論すべきだという意見もあるでしょうし、また、多方面の方に来ていただいて、広く意見を聞かせてもらった方がいいとか、そういう意見もあるのは存じ上げておりますが、現在、都民の皆さんが大変大きな不安を抱いておられるということと、実際の頻度はそれほど高くないにしても、似たような症例がいつ発生するかわからないという現状の中で、この母体の救急に関しては、早く体制をとる必要があると考えまして、こういう案をきょう提示させてもらって、早速、これに関してどうかということを審議していただきたいと思っているのですが、そのことを審議すること自体に関して、ご意見があれば伺っておこうと思いますが、よろしいですか。この審議を先に進めるということで。

皆さんのご承諾をいただければ、内容について説明してご審議いただきたいと思ます。

(異議なし)

岡井会長 ありがとうございます。

それでは、資料3をごらんになっていただきたいのですが、私たちが東京都で周産期の救急患者さんの搬送をやってきたこれまでのシステムは、病態に分けては考えていなかったのですね。みんな一つのシステムで動いていました。母体の救急、つまり母体の

状態が悪くなったときには、胎児も状態が悪くなることが多い。また、そういう症例では、胎児の発育が悪くて低出生体重児が生まれることも多い。ですから、そういう状況では、母体も新生児も両方助けるといふ、その基本的な考え方の上で、これまで対応してきたわけです。

ですから、そこにあるCという胎児・新生児管理のための緊急搬送のルートに、これまではAの妊産褥婦救命が必要な症例、それから産科救急疾患、すべてをCのルートで行うのが基本的なシステムだったわけです。

しかしながら、この間の事例等を検証いたしますと、そこに時間をかけて新生児も診られる施設というようなことで探していますと、時間のかかることが最終的な患者さんの予後に重大な影響を及ぼすと、そういう症例もあるという、その事実をしっかりとつかんで、お母さんの救命をまず最初に考えるべき症例もあるだろうと思うのです。そういう症例に関しては、今までとは違うシステムでやった方がいいのではないかと、そういう基本的な考えであります。

それで、Aというのは、いわゆる偶発合併症で、妊婦さんの病気が産科疾患とは別に存在して、それが悪くなるというケースです。頭蓋内に血管の病気を持っていて、この間の事例のようにそれが突然出血したと、そういうこととか、あとは心疾患、それまで重症でなかったものが急激に悪化したというような場合もあるかもしれませんし、とにかく急いで救命が必要であるという、そういうものをA群として、それからBというのは、産科的な救急疾患である常位胎盤早期剥離とか、妊娠高血圧症候群とか、そういうものになります。

そういうものの中で、特に、書き方もまた工夫が必要かもしれませんが、特に重症で、おくれるとお母さんの命が危なくなるというそういう場合を、先ほど言った、脳に出血をしている可能性があるとか、心臓の状態が非常に悪いというような場合に加えて、その地域の事例はすべて緊急入院として受け入れるという体制をとりたい。これは、ベッド満床、手術中等にかかわらずという形をとりたい、これは一つの案ですけれども。

受け入れ窓口は産科医とするより、場合によっては救急センターの方に先に行ってもら方がいいのかもしれませんが、現状、周産期救急の場合は搬送元が、一般の家庭とか道端で、交通事故か何か起こったというのではなくて、ほとんどのケースが一次の産科の施設などにかかっていますので、産科の医師から連絡が入ってくることが多いわけです。そのときに、こちらで産科医師が最初の窓口で対応した方がスムーズにいくだろうということで、暫定的にそうしたいと考えています。受け入れ決定後に、患者さんが着く前に救急救命、手術室等に連絡をします。それで、来てもらってそれから患者さんの状態を確認して、場合によってはまだ時間的余裕がありますよということなら、今のうちの体制で手術をするよりは、こちらの病院の方がいい診療ができるからということで、再搬送とか二次搬送があり得るといふ、そういうのが今回提案させていただくシステムです。

こちらのCの方の胎児・新生児管理のための緊急搬送、これは実際には一番多いわけですが、早産になって低出生体重児が生まれそうだとか、そういうケースです。それから、いわゆる産科疾患であっても重症でない場合は、胎児の状況とかを考えてNICUが重要になりますので、NICUの受け入れの可否を確認して受けるかどうかを決定し、これも少しは改良を加えるかもしれませんが、今の体制でよりよい施設を選定する。その今の体制というのは、詳しいのが資料4に出ています、そういう形でやっという提案でございます。

しかしながら、母体救急であればすべて受け入れるといっても、受け入れる先が対応できないという総合周産期センターも現実にはありますし、そういう母体救急を受けるという体制をとるためには、相当の人手なりベッドの余裕を持ってはいけないことになりますので、現在のように東京都に九つあるのがいいのかということ、私個人的にはそれだけでもいいと思っています。総合周産期の中で現実に対応できると言ってくださるところ、そして、客観的に見ても受け入れられることができるだろうと、最善の診療ができるだろうと、そう思われる施設を総合周産期の中から選択して指定するというのはどうだろうかと。指定する数は、申し上げてしまいますが、三つとか四つくらいでいいのではないかとこのように考えておる次第であります。

このことを、とても急速なスピードで審議をお願いして申しわけないのですけれども、ぜひ、最初に、きょうここでこの方針について議論していただいて決定したいのです。それから次の話に進みたいというふうに考えております。

よろしゅうございますか。もちろん、反対の意見もお聞きしたいと思います、そういう形で、この資料3の(案)と書かせてもらったものをたたき台にして議論を進めるということではよろしければお願いしたいと思います。

よろしいですか。その前提に疑問がございましたら、どうぞ指摘いただきたいと思います。よろしいですか。

では、各論に入りたいと思います。

この内容についてのご質問をお願いします。

中林委員 基本的には、今、岡井先生がおっしゃった方向で私は賛成なのですが、ここでBの重症妊娠高血圧症候群とか常位胎盤早期剥離、これのうちの軽症というのは言葉としておかしいです。AはICU管理が必要な症例ということだろうと思います。そして、このBの産科緊急に関しては、今の総合センターであれば大抵のところはよほど重篤でない限り受けているので、産科救急のBと新生児救急のCが今は一緒になって総合センターで受けているという解釈の方が、内容的には分かりやすいです。Aを重症、軽症と分けるのは言葉的に誤解を生じると思います。

内容的にはおっしゃる方向で結構です。

岡井会長 言葉あるいは表現の仕方もありますね。余り細かい分類をして、ノートを見ないとどちらかわからないでは困るのですけれど、ある程度、目安としての基準みたい

なものは決めた方がいいとは思っていますけれども。

先生、お願いします。

田中委員 日本産婦人科医会から来ました田中です。

先生、例えばこのA、Bから行っている緊急入院すべて、ベッド満床・手術中にかかわらずと、これで受けた場合に、例えばの話で早剥の可能性があると。受けて確かにそうだったと。そうすると、手術中で受けたけれども、麻酔科がみんな手術に手をとられていて、すぐにはできない。数時間後にはできるといったときに、当然母体を中心に考えて、子どもはもう無理かな。それで5時間待てるのだったら、うちは例えばとれるよというところがあったらそれはとると、そういう意味でしょうか。

要するに、母体を優先して子どもは犠牲になってしまうかもしれない。もう探したけれどもどこにもない。この地域だから自分のところでやりますよという、そういう条件まで含めて何でもとるというふうに、これは解釈してもよろしいですか。

岡井会長 何でもとるというシステムで動く施設は、麻酔科がないから手術ができませんというようなことは、ゼロというのは難しいかもしれませんが、ほとんどないというぐらいに対応できるところを指定するわけです。

ですから、先生が懸念されているようなことがしばしば起こるところは、今回ここからはずれるといふ形になると思います。

田中委員 わかりました。

楠田委員 女子医大の楠田なんですけれども。

基本的にこういう母体救命が必要な症例が、搬送依頼があったときに、今回も少しありましたけれども、NICUが満床ということで母体救命のチャンスがなくなるというのは、我々も当然新生児側としては避けたいというのは、本当の、これは心から願っていることなので、そういう意味で、これもいわゆるNICUの病床に関してはもう既にオーバードライブしている中の、母体救命のためにNICUが対応すると、そういう認識はいいと思うのですね。

ただ、とはいえ、やはりNICUにそれなりに負担がかかるわけですし、それから当然、既に入院中の子どもに対しても診療レベルが落ちるわけですから、NICUが緊急に受けたことに対して、何らかが働くようなシステムがないと、ともかく受けることは我々も決して拒否する気はありませんし、受けることはもう大歓迎、それは母体救命につながるなら大歓迎なのですけれども、それなりのNICUに対する何かパワーアップさせるものを、ぜひ考えていただいて。

それから、NICUのベッド、せめて確認も。全くNICUの先生が知らずに来るといふのも、ちょっといろいろ問題等ございますので、ぜひ、お願いしたいと思います。

岡井会長 すみません。「(必要に応じ)」というのを私、消すつもりが消し忘れています。必ずNICUに連絡します。先ほども言いましたように、母体の命が危ないので、胎児もどんなに悪い状態になっているかわかりませんので、ごめんなさい。失礼

しました。これは消すつもりで忘れていました。

それで、新生児を担当しておられる先生方には、赤ちゃんの方の命の軽視みたいなふうに、そこまではとらないにしても、お母さんの命も大事だけれど、赤ちゃんの命も同じように大切なんだと、その感覚があるとちょっと疑問視するところもあるかというのも、私、わかるんです。

だけれども、これはNICUがどうでもいいのではなくて、今、楠田先生が言われたように、こういう施設、絶対受けるぞというところは、本当に可及的速やかに十分な体制がとれるように都からも支援してもらおうということも考え、NICUも構想の中には入っているわけで、満床で受けられないということがないように、そこをみんなで守っていくという格好になるのだらうと思うんです。

その一つは、軽症の人は、そういうところには来ないような、周りのほかのところは軽めの人はたくさんとってくれて、そのベッドをあけておく工夫もすると。それでも満床になることはありますが、とにかく最初はすべて来てもらうという体制をとるのですが、NICUのベッド満床にかかわらずと書いてしまうと、何かその部分を軽視しているような印象を受けるかもしれません。それは決してないんです。当然、両方助けるというつもりでやるわけです。

杉浦委員 杏林大学の杉浦です。今、NICUの話が出たので、ついでにちょっと発言させてください。

新生児から見ても、これはもうやるべきことであると我々は考えていて、私の前任地でも今のところでも、これに近いことを院内の取り決めでやっていました。ですので、基本的な構造としては非常にすばらしいのではないかというふうに考えます。

ただ、やはりどうしても母体救命が必要な症例を帝王切開とかで分娩したときに、新生児が重症化し、それを満床のNICUに移すということがどうしても出てくると思います。そのときにNICUが全くない状態だと非常に問題です。大人の場合は別のベッドを借りることは可能ですけれども、新生児は院内でほかの場所にベッドを借りることができないというところがあります。

それでこれを実際に動かすに当たっては、やはりシミュレーションが必要だと思うのですが、年間のどのくらいの症例数がA及びBの重症としてNICUの病床に関係なく搬送されるというふうな予測がもしあれば、教えていただきたいと思います。

それから、三、四カ所に置くとして、その施設がどのくらいの出生数をそれぞれカバーすることになるかというのも、できれば確認をしていただければと思います。杏林大学は都内の3分の1を、9分の1、これから10分の1の施設で担当しているということがありますので、やはりそういう試算は必要だと思います。

あともう一つ、いわゆる都道府県の境界に近い地域というのは、東京都外から同じような依頼が来る可能性があると思うのですけれども、それについてどのような対応をしていくか、そのあたりも詰めていただければと思います。

岡井会長 先に、都外の方ですが、都外をどうするか、後の検討にまわさせていただきます。そこまで私、頭の中で考えていなかったです。都の場合、自分たちのカバーする領域を分割して、その人は全部というふうにしたかったのですけれども。

それと、数ですが、今、東京都で総合周産期に搬送されてくる患者さん全体を合わせると、年間1,400ぐらいだったと思うんですよ。ですよね。一回調べてもらえますか。

そのうちの90%ぐらいは、Cになります。Aというのは、恐らく1、2%です。Bが残りの8%ぐらいになるのですが、Bのうち、この図でいくと左側の重症にいくのはBのうちどれぐらいか、半分はないだろうと思います。そうすると、1,400の5%ぐらいになりますか。

中林委員 70ぐらい。

岡井会長 70ぐらい。多分そこまでいかないと。中林先生が言ったように、Bの重症と軽症の振り分け、どこに線を引くかで、その数が相当違ってくるとは思いますけど。Aは1%ぐらいでしょう。

松田教授 女子医大の松田ですけど、実際に東京都の方にお伺いしますけれども、Aに相当する、要するにICU管理を必要とする妊婦というのは、例えば今年度もしくは昨年度で、どの程度発症したという調査はされておられるのでしょうか。

そういった質問が我々のところに来ていないので、多分これデータがないと思うのですけれども、それを早急にしていただきたい。

例えばこの総合に入っていない東京医科歯科大学とか、そういったところもERとか救命救急はあるわけですから、そこに行っている症例がとにかくぜひ知りたいですよね。そうすると今、この最後に書いてある「状況により他院への再搬送がある」というときに、例えば女子医大に来たとする、そうすると、NICU管理を必要とする状況ではない、もうほとんど予定日に近いという症例であったら、それはそういった救命救急がある施設にお願いするということの前提で動くと、私は理解しているのですけれども、そのときにそのような協力をぜひお願いしたいということも、アナウンスも同時にしていただきたいというふうに、私は思います。

岡井会長 今の件は、もちろん体制ができれば、それに対してサポートをしてもらわなくてはいけないわけですから、場合によっては先生のところをお願いしますよということがあり得るということは、当然含まれているわけですが、最初からもっといいところがあるのではないかとということで探すという、それが、今回の根本的な問題になっているので。探し始めると、あそこはだめだった、じゃあこっちはあいているかもしれないとなります。それをやらないということなのですよ。

とにかく一回来てもらう。来てもらって状況を見て、それから探せばいいんです。診ているわけですから、初期対応としての救命処置ぐらいは当然できる。それができるような施設を指定するわけですからね。

楠田委員 数の話を言っていますか。

岡井会長 どうぞ。

楠田委員 池田班の妊産婦死亡の研究班、中林先生も他の班でやっておられますけれども、あそこで全国の総合とそれから救命救急センターにアンケートをとられていますので、その結果によると、たしかこういういわゆる産科以外の合併症による緊急のものは1%程度だと。

ですから、岡井先生が言われるようにそれぐらいの数ですので、東京都で年間発生したとしても、それほどそれが多くない数だとは思いますが。

ただ、本当にそのラベルがつくかどうかはわかりませんよね。そういう母体緊急疾患だというラベルがついて、情報が回るかどうかは別として、実際の発生頻度は1%程度だと思います。

岡井会長 実際には、すぐ対応が必要ではないものも送られてくる可能性はあるんです、相当の数が。これは仕方がないと思っていますけれど。

杉本部長 日赤の杉本です。

A、B、Cのこの分ける分け方自体が決まれば、このチャートで走れるということだと思いますので、実質的にBのところは、これは割と診断がかなりついているケースですね。先ほど中林先生が言われたように、母体がICU管理を必要とする、あるいはその可能性のあるというのが、こちらの母体救命の方へ流れるというそういう基本的な解釈でいいと思うのです。

問題はAだと思うのです。今回の2例を見ていても、麻痺がある症例というのは、これはかなり症状がはっきりしていましたが、もう1例は、感染症が疑われたり、あるいはヘルプ症候群が疑われたりというような、そういう診断の過程でかなり迷いがあるケースであったということで、必ずしも早くも、これはAに該当する症例であるというふうに定まらないようなケースも、中になんか入ってくるということですね。そのときにそれをAとするのか、どういうふうな受け皿にするかという、これは現実の対応の一つとして問題になると思うのです。

だから、そのこのところの取り決めを、ひとつ工夫はもう一ついるのかなというふうに思います。

中林委員 松田先生と杉本先生がおっしゃったことですが、私が心配しているのは、例えば大学病院とかしかるべき二次の病院であって、NICUはないけれども、母体救急に対しては大変いい病院も多々あるわけですね。そういう病院が、多分この三つ、四つには入らない。そうしますと、本来22週とか28週とかという、極小や超低出生体重児に対応できるような総合センターが、36週とか40週の母体救急に対応することによって、NICUの機能が有効活用されないのではないかという心配を、松田先生はされているし、杉本先生もこのAにかなりの症例が行ってしまって、Aの三つ、四つの病院が困らないかというご心配のようです。一度このシステムを立ち上げてから、そ

れから分別するか、またはコーディネーターを決めてそれで分けるとか、その辺は二つの方法があるので、次のステップで具体的には決めていくということで、大筋は今のような方向で、何とか運営するのがよいのではないかと私は思います。

岡井会長 ありがとうございます。

杉本先生が言われた、どういう症例を送ってくださいというガイドラインみたいなものをつくる必要があると思います。しかし、余り細かくは必要ないのですよ。細かいと、それを見ているだけで時間がかかるので、これは該当するかどうかと迷っちゃったりして、上の先生に電話して聞いたなんて、そんなばかなことにならないように、ぱっと見てわかるようにすると。

どうぞ、お願いします。

桜山技監 福祉保健局の技監の桜山です。

今の会長と中林先生のお話に重なるのですけれども、やはりこういうのを皆さんの合意で作りましたら、救急の方でも島崎先生の方でやっていらっしゃる、消防庁でやっていらっしゃる検証会議というのがあるのですね。ですから、先生方で部会みたいな形で検証会議をつくっていただいて、これはAに該当したのかどうか、特に問題があったケースとかそういうのを中心でいいと思うのですけれども。そういうのをやっていただくと、だんだん集約していくのかなという気はいたします。

岡井会長 ありがとうございます。ぜひ、そういう体制も、これからしっかりとっていきたいと思います。

この、患者さんの病態を判定する、あるいは重症度を判定するには、救急医療の専門家の先生の指導が絶対必要なので、私が考えているのは、産婦人科と救急医学の方で作業部会でもつくらせてもらって、ぜひわかりやすいシンプルなもので、どういう症状、どういう病態が対象になるかのガイドラインをつくりたいと考えているのですが、その点はいかがですか。ご意見があれば先生の方からも。

島崎教授 杏林大学の島崎ですが。

産婦人科学会と救急医学会の間で、合同で基本的な母子救急の枠組みの提言を出しておられますよね。あの中では、まず、施設内連携は必須であろうということになっています。救命センターとそれから母子センター、これはまず全国的な話なのですけれども、総合周産期センターかな、両方持っているのが50施設ぐらいあると。地域の周産期センターと救命センターがプラス75ぐらいあるのですね。

ですから、それぞれの中で施設間連携をきちりとしてやりましょうというのは、一ついい方法だと思いますし、恐らく先生が三、四施設でさし当たって東京都内でそういう形でやっていこうというのは、数から言うと、集中したとしても大きな救命センターを持っていて総合周産期センターを持っているようなところだと、受け入れる数としてはそれほど問題ないだろうというふうに見ておられて、三、四施設とおっしゃったと思うのですけれども。実際動いてみないとわからないのですけれども、我々としては、こう

いう患者を受け入れますとか、そういうのをひっくるめて、具体的な施設間連携の中身として、当然そういうのは入ってくると思いますから。

それは決めるということは当然やぶさかでないし、積極的に協力したいとは思っておりますが。救命センターそのものにはかなり負担がかかってくる可能性がありますので、恐らく今まで、母体を救命センターの中で診るといことは余りなかったことですから、そういう形で母体が入ってくるということになると、一つは母体と関係ない合併症の治療というものは、ある種お手のもので皆さんやっておられたりするのですけれども、そこへ産科の先生がきっちり積極的にアテンドしていただくことが一つと、それからシステムとしての救命センターの基盤強化というものは絶対必要だというように思いますので、その辺もきっちりやっぱり考えていただければ、十分協力できる話だというふうに考えています。

岡井会長 ありがとうございます。

救命救急も、みんな大変なのですけれども、断ったりすることが少ないような状況にあって、産科も人手は少なくても、それでも困窮度が比較的軽いところ、NICUの満床状態も他よりはいいと、そういうところで選んでいくしかないと思います。

こういう取決めをしないで現在のままでは、あそこはどうか、こっちはどうかということで、選定にすごく時間がかかる。無理をしてでもまず絶対受けるという体制をつくりたいですね。

島崎教授 よろしいでしょうか。

先ほどの紹介で、救対協の私、会長をやっているのですけれども、先日、一般救急の話ですけれども、従来の救急医療システムで、例えば5医療機関以上受け入れ医療機関が決まらない、それから5件以上紹介したけれども決まらない、それから30分以上現場で立ち往生というような患者は、そういう患者だけをピックアップして、地域救急センターというのを設けて、二次医療圏内で、さし当たってオーバーナイトだけでもそういう患者を受け入れて診ていこうと。手挙げでやるのですけれども、恐らく地域の二次救急医療機関も救命センターもひっくるめて。

それなりに、それに支援は、都としてはやっていきたいと。それには、コーディネーターを置いたりしてやっていくということですから、うまくやれば、そういうシステムの中でコーディネーターなんかを置くと、そのシステムの中に一部組み込めるかなという気がします。

ただ、この受け入れの第一の窓口は産科医、これは実は私、非常に賛成で、一般救急と同じように東京ルールの中に組み込まれますと、実は我々余り母体のお産までの状態の病態というのは、余り詳しくないのですね。ですから、恐らくいろんな一般産科病院から、産科の先生方のそういう幾つか決めた病院へ連絡が入って、恐らくその先生が話を聞かれると、大体病態の把握は我々以上にうまく、それは当然ですけれどもされていると思うので、それから我々のところへ連絡が来てという話の方が、実際的にはスムー

ズに動くかなという気がします。

中林委員 今までこういった母体合併疾患の救急が、なかなかうまく回らなかった理由の一つは、今、先生がおっしゃったように、救急の95%は産科疾患ではないことです。特に周産期の疾患ですと、救急も少し引いてしまうというところがありました。一方、このような症例がだんだん多くなってきたわけで、そういう点では、岡井先生が提案したような、スーパー総合センターみたいな、総合センターのさらに上位のセンターが必要です。地方では総合センターはみんなスーパー総合センターの役割をしているのですが、東京では総合センターが幾つもあるので、その中で救命救急をいつでもできるような総合センターをスーパー総合センターに指定するということは必ず受けるというセンターをつくるという理念からすると、いいことではないかと思えます。

岡井会長 ありがとうございます。

この件に関して。杉本先生、どうぞ。

杉本部長 各周産期センターがいっぱいいっぱいやっているという現状は、だれもがわかっているわけですが、その中でさらにプラスアルファの引き受けてやるという場合には、やはりかなりのリスクがかかってくるわけです。

つまり、結果が悪かったときに、母体の場合には2億円、あるいは子どもの場合でも1億円の訴訟というのは、今、一般に起きているわけです。いっぱいいっぱいのときにそうしたものを受けるに当たっては、やはりかなりのそうした訴訟ということの背景のリスクも、結果としてベストを尽くしたとしても出てくる可能性が非常に高いわけですから、こうした救急受け入れということに対して、法的なそういう訴訟に対するバックアップということですね。ですから、とにかく受け入れて、できる限りのことはやりますということを言ったときに、その施設が結果として訴えられたようなときに、何らかのバックアップのシステムをやはり並行して考えていただく必要があるのではないかと思います。

上の部長なり教授が、下の者に引き受けたのだからやれと言っても、そうした訴訟に対するバックアップがないと、なかなか動きません。ですから、そういう現実を踏まえて、こういうシステムを考えるとときに、並行してやはりそれも対応として考えていただきたいと思えます。

岡井会長 ありがとうございます。大事なご指摘をいただきました。

この体制を、私はできるだけ早く確立しないといけないと思っています。もちろんやってみているいろいろな小さい問題が出たりとかあって修正していくのは構わないのですが、スタートさせたいんですね、東京で。それは最初にお話ししたとおりの現状があるからですが、それと並行して杉本先生のご指摘の問題点ももちろん解決していく。ただし、その解決を待っているという、時間がかかると思うので、杉本先生が言われたことは本当に大事なのですが、一緒にやっていくということで、これを必要条件にしないでスタートさせていただきたいと思っているのですけれどもね。

中林委員 今、私もその三つの機関に、いつも受け入れを可能にするためには、周りの残り六つか七つの総合センター、または地域センターがかなり協力をしないとやっていけないだろうと思います。

それから、三つの施設は、逆に今までと同じ数の分娩その他を受けていると、やはりいっぱい受けることはできないことがあるので、ある程度分娩数を制限をせざるを得ないということで、本来的にはこのような施設は公的病院がやるべき問題で、どちらかといえば都立病院なり国立病院が、本来、採算を無視してやっていくべきだと思います。公的病院が空きベッドをつくって受入れベッド数を確保するといったことが本来ですけど、現状ではそのようになっていないので、しばらくはやはり余裕のある総合でやらざるを得ないと思います。

しかし、それにはその三つのスーパー総合がかなりの犠牲を払ってやることになりまますので、それに対する周りのサポートと同時に行政的なサポートもなければいけないのではないかと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

どうぞ。

松田教授 ただいまの協力体制ということで、少し話がずれるかもしれませんが、消防庁の方も来られているので、これはついこの週に我々の施設で経験した症例を紹介します。妊娠初期の救急車を要請した人が、保険なしの外国人であったと。そのときに一次、二次の救急の担当の国公立病院は、搬送を受けなかったと。そうすると、隊員の方が女子医大の方に連絡をして、お宅は総合周産期だから受けるべきであるというふうに言われたとのことでした。

ということが、今、言われたように協力体制をしてもらわないと困るということなんです。妊娠初期の出血で、どうして私たちが受ける必要があるのかというところを、もう一遍、これも一応法整理してもらえば必要があると。これは、一次、二次の国公立で十分対応できるし、その症例は来られたらほんの少量の出血であって帰ったというところで、この話はまだ伊藤さんの方までは行っていないかもしれませんが、こういったのが日常茶飯事に起こっているという状況は、我々は周産期のプロであると、皆、自認していますから、ちょっとここは少し何とか、救急隊の方もわかっていたらいいということ、協力体制の中での要望として言わせてもらいました。

岡井会長 ありがとうございます。

今の話も、やっぱり周りがみんなサポートしてくれないと、うまく行かないということですね。周りの施設から送り込めば絶対受けるのだからと軽症まで送られると、この体制はもたないので、本当に大事なことだと思いますね。

それに関しては、二次の施設にどういう症例までお願いするとかというようなことも検討したいと思います。

では、先生、お願いします。

楠田委員 大体今、お話が出てきたので、こういう母体救急に対しては、何らかの形で受けるのだという、そういう体制をつくる。緊急につくるのは、絶対必要だと思う。それは、我々新生児側も大歓迎なのですけれども、ただ、やはり母体搬送を、とはいえ、この90%の実際の胎児・新生児管理の緊急搬送も断らざるを得ないわけですよ。そういうのが多いから、結局こういう今回のような症例がまざってしまうというリスクがあるわけですから、やはりふだんからいろんな母体搬送、新生児搬送も含めてとれるような体制をつくるのが、その次に絶対必要だと思うのです。こういう緊急なことをやったとしても、それはやはり何かそこを繕うだけであって根本的な解決にはならないので、やはりそういう意味ではベッドをふやす。特にNICUをふやすというのが、非常に最終的な解決策になると思いますので、この方式をやるということに関しては我々も大賛成なのですけれども、その次のこと。

特に、先ほど杏林の島崎先生も言われましたように、総合、それから地域の多くは、救命救急センターを持っているところなのですね。ということは、そこにNICUのベッドのあきさえあれば、もっともっと簡単に対応できるので、この緊急対策はもう大賛成なのですけれども、その次のステップも今から、ぜひ始めていただければと思います。岡井会長 ありがとうございます。

これはあくまでも本当のベストではなくて、セカンドベストですね。ベストのことを言えば、今、楠田先生が言われたとおりのことをきちんとやると。それはしかし、すぐいけないので、現状、とにかく対応できることはやろうという、そういう話だと思ってください。

お願いします。

宇賀部会長 私、東邦大学の宇賀と申します。

多分、次の話として出てくるだろうと思うのですけれども、やはりコーディネーターが、もう本当に重要な役割を果たすだろうと思うのです。ですから、どうしてもある程度のルールをつくって、コーディネーターを確立して、そのコーディネーターは、あらかじめどういう症例が起きたときにはどの病院に行くという、そのあらかじめ病院を選定して、病院自体もそれを知っていて、何か起きたら自分のところにこういう患者が来るよというようなところまでコーディネーターがやっておいてくださって、発症したらそういう患者さんはすぐそこに行くというふうにすれば、もうほとんど送る時間はゼロになるわけですよ。

ただ、そのコーディネーターの力量が非常に問われるわけで、その辺のところのルールとコーディネーターの能力とが合致さえしていれば、少なくともそれをしっかりやらないと、現状ではうまく、何をやってもいけないのではないかというふうに思います。

岡井会長 ありがとうございます。

そうすると、コーディネーターの件はきょうの議題の二つ目にご審議いただきたいと考えていますので、そういうことも含めてやるとして、先ほど提出させていただいた案

を細かいところをもう少し詰めて、それからどこの施設で実際に受けてもらえるかと、そういう責任をとる体制をとってもらえるかということも個々に検討して、できれば次の協議会のときに、候補施設を挙げて実際にどうかというのを決めたいと思います。よろしいですか。

皆さんがよろしければ、そうさせていただきたいと思います。

岩下先生、どうぞ。

岩下教授 杏林大学の岩下です。

私たちのところの事例をちょっと申しますと、例えば脳出血で脳外科に入院なさっていて、それで内側とか帝王切開したというのも二、三例ありますし、それからこの前胸痛で来られた方は、救命救急センターに初めにかかられているということがあるので、この岡井先生がおつくりになった図式だと、まず、産科のどこかが診ていて、それから総合周産期などに連絡をくれるという、そういうシステムだと思うのですが、ほかのところはわかりませんが、いきなり三次救急に来たり、脳外科に来るような症例も我々結構あったので、だから、そういう意味と。それから産科の人がもし一次施設などで診ている場合には、先ほど話が出ていますけれども、やはりガイドラインがないのに、この疾患が何かということをしかりと判定できるようなシステムが、やっぱり必要ではないかと思うのですね。

それを、だから、早急にやるということであるならば、脳出血にしても心筋梗塞にしても、初めからこの三つ、四つの質問事項で当たりをつけて、それからというようなシステムを早急につくらなければいけないのだろうと思います。

岡井会長 その患者さんの重症度を判別するためのガイドラインというのは、むしろ搬送元の先生方に周知する必要があると思うのですよね。

受ける側は、基本的に無条件です。頼まれてこういうのがあるからお願いしますと言われたら指定施設は、まずはとにかく受け入れると。そこでまた、この基準を満たしていないから、よそを探しなさいとやり出すと現状と同じに戻っちゃうので、それがこの肝ですから。送る方がしっかり選別して送ってくださいという形になると思います。

それから、先生が言われた脳外科にいきなり行った妊婦さんというのは、もしもいきなり送ったとすれば、産科の施設から送ったのではないと思いますが。

岩下教授 その方は妊娠をしていたのですけれど、2例ぐらいあるんですが。脳出血があって、脳神経外科に、どこかの病院から来たのですよね。だから、我々がタッチしないで、後から脳出血で向こうを手術して、継続して、後で帝王切開をお願いしますというのが、この前もありましたし、その前もありました。

岡井会長 もちろん、そういうふうに脳外科に先に行くのがあってもいいのですが、ベストのことを考えると、やっぱり胎児に対してどうなのかということもケアしなければ。

岩下教授 それまで我々知らなかったということもありますので、だから、それを全部こちらの方に一回集めると。産科医が受けるためには、何かやっぱりそういう情報を、

だれかがどこかで診ていれば、多分その産科からこの総合周産期に電話なりなんなりに連絡があれば、そういうシステムを確立しないと、ばらばらなところへ送られて、我々は知らないというふうなことがあったのですね。

岡井会長 そうですか。

杉本部長 施設内の連携ですよ。

岡井会長 そうですね、どちらかといえば。

わかりました。ありがとうございます。

それでは、半分時間を使ってしまいましたので、次のコーディネーターの話に行きたいと思います。

宇賀先生のご指摘を受けて、ご意見等ございますでしょうか。

このコーディネーターは、一つは、今のスーパー総合ですか、スーパー総合に患者さんを受け入れたと。しかし、緊急度が低いのでまだ他を探す余裕があって、現在手術が進行中のここよりも他の施設の方がいいかもしれないという場合ですね。また、この症例では NICU のあることが重要なのでということで、再搬送する先を探すと、そういうのもありますし、二つ目としては、最初の判断基準のフローチャートのCに当たるような、一般にたくさん取り扱っている搬送例、切迫早産とか前期破水とか、そういうときに、コーディネーターを置いて探した方が、効率よく短時間によりよい行き先が見つかるということがあると思うのですが、その二つに関してですけれど。

お願いします。

室井課長 資料をご用意しております。資料4と5がございます。せっかくですので、ちょっと説明させていただいてもよろしいでしょうか。

岡井会長 では、手短かに説明してください。

安達係長 それでは、資料4と5、A3版の大きい資料になりますけれども、こちらにつきましては、失礼ですが、着席のままご説明申し上げます。

先ほど、前回のまとめにございましたように、前回の協議会では搬送のブロック内での完結とブロックを超えた搬送先選定のコーディネートについてのご意見が出ましたので、検討の参考にしていただくために、現行の東京都の搬送体制の概要と、あと他府県での取り組みについて、事務局の方でまとめたものを用意しました。まず初めに、資料4をごらんください。

資料4は、現行の東京都の周産期の搬送体制の概要です。左上の図に流れを簡略化したものを記載してございます。図の左側が、一般の分娩施設等からの転院搬送の場合です。転院搬送の場合は搬送元の医療機関で、連携のある病院や近隣の周産期センターなどにみずから依頼をし、また必要に応じてブロック内の総合周産期センターに受け入れを依頼します。総合周産期センターで受け入れができない場合は、総合周産期センターにほかの周産期センターを紹介してもらったりですとか、あるいは、総合周産期センターに搬送先の選定を依頼します。通常、母体搬送の依頼は周産期センターの産科で、新

生児搬送の依頼はNICUで受けています。

搬送調整依頼を受けた総合周産期センターは、周産期医療情報システムの診療能力情報、×情報を参照しながら搬送先を選定し、結果を依頼元に連絡します。

搬送先選定の際は自ブロック内を優先ということにしていますが、実際は端末の が ついているところを片端から電話をかけるというようなことが多いと思います。

それから、多摩地域と墨東病院の1人当直の区東部地域につきましては、現在、バックアップ体制として、区部の総合周産期センターが当番で受け入れや選定に協力する態勢をとっています。

また、図の右側が119番の一般通報の場合の流れです。現場に到着した救急隊は、傷病者が周産期の案件だというふうに判断した場合は、大手町と多摩の2カ所にある指令室に連絡をします。指令室では、救急医療情報システムと周産期医療情報システムの端末が両方設置してありますので、必要に応じ双方を参照しながら病院選定を行います。

また、指令室からブロック内の搬送調整を担う総合周産期センターに選定を依頼し、場合によっては、救急隊が救急車に搭載している救急医療情報システムで、二次救急医療機関の産科の診療能力情報を参照しながら、その近くに医療機関を探すということも同時並行で行う場合もございます。

その図の下にございますのが、現行の搬送ブロックです。区東北部には総合周産期センターがないので、西北部の板橋区にある帝京大学医学部附属病院さんに担当をいただいています。

また、多摩地域においては母体搬送を杏林大学さんが、新生児搬送を都立八王子小児病院が調整担当として担当しています。

以上のルールをまとめたものが右側に記載してありますけれども、内容については重複いたしますので省略させていただきます。

岡井会長 安達さん、資料5はコーディネーターの配置だけについて説明してくれますか。コーディネーターをどういうふうに配置して、どう活用しているかということについてのみお願いします。

安達係長 はい。資料5、神奈川の方式は設置場所が救急の情報センターと同じ場所に設置してございまして、事務の職員が常時24時間対応しています。搬送の依頼を基幹病院、周産期センタークラスの病院が一たん、一般分娩施設からの依頼を受けて、その情報を中央情報センターにFAXで流しています。

それで、中央情報センターは事務系の職員で、特に周産期の知識に詳しい方ではありませんので、基幹病院のドクターの指示のもとに選定作業を、電話をかける作業をやるということをやっています。その結果、大体66%は搬送先が見つかるんですが、残りの40%程度は見つからずに戻ってしまっていて、その40%については、他県、主に東京都だと思いますが、に搬送を依頼するというのが神奈川のシステムです。

2枚目、3枚目には神奈川のシステムの概要がついていますので、後ほどごらんいた

だきたいと思います。

それから、大阪府のシステムは各OGCSシステム参加病院のベテランの医師が、ベテランというのは、部長かそのOBクラスの医師が、1名当直をいたしまして、コーディネーターをするというようなシステムをとっています。こちらも一般分娩施設からOGCS参加病院に一たん依頼をしまして、そこで受け入れられなかった場合に、府立の母子保健総合医療センター、大阪府の総合周産期センターに依頼をします。そこで当直医師が対応できない場合に、第三当直として、ベテランの医師がコーディネートをして、搬送先を見つけるというようなことをやっているのが大阪府の方式です。

大阪府の方式につきましても、何枚目かに図で流れ図が書いてありますので、後ほどごらんください。

それから、千葉県ですけれども、千葉県のシステム、これは割と最近、ことしの6月から始めたシステムですけれども、こちらは現在、亀田総合病院に1人専門の事務職のコーディネーターを置いています。こちらの方は事務職ではありますが相談業務の経験などがあるので、ある程度、婦人科疾患等には詳しい方です。千葉県は昼間のみ、その方の勤務時間のみこの方が対応して、それ以外の時間は従来どおり病院の当直医師が対応しています。こちらの千葉県の方も一般分娩施設で二次医療圏内の各周産期センター、あるいは、その同等クラスの病院に一たん依頼が来まして、そこで受け入れができない、地域完結ができない場合に、コントロールセンターに地域間依頼をするというふうなシステムをとっています。

こちらは周産期センターの ×情報というよりは、コーディネーターさんが日ごろからこまめに病院さんと連絡をとって、今はどこのお医者さんが当直をやっているとか、そういうようなことをこまめに連絡をとりまして、そういった詳細情報に基づいて確認をして、その情報でコーディネートをしているというようなことを聞いています。

それから、一番最近始まったこの札幌市さんのシステムですが、札幌市さんは10月から試行を始めまして、夜間急病センター内に助産師さんが2名、夜間業務をしています。時間は夜のみです。昼間は通常どおり医師同士の連絡で見つけているということです。

それで、こちらは一般医療機関・救急隊・患者、一般市民からの相談すべてこちらで対応いたしまして、必要に応じて病院を紹介しています。特に夜間の救急隊は、こちらオペレーターを紹介するというようなルールでやっているというふうに聞いています。

こちらの場合は、周産期システムも救急システムも両方使用せずに、オペレーターさんが毎日、各医療機関に電話をしまして、 × の情報を確認して、先ほど宇賀先生がおっしゃっていたように、第一優先、第二優先という病院をあらかじめ押さえておく、きょう患者さんが出たらおたくに送りますよというようなことを、あらかじめ確保をして、それで何か起きた場合にそちらに願いますというようなことをやっています。

札幌市さんの ×情報手づくりのものなんです、一番最後に資料として載せていま

すけれども、本当にNICUが か×か か、産婦人科が か×か か、それだけのシンプルな情報で順位づけをして、あらかじめ確保するというようなところが札幌市さんの特徴になっております。

以上が、今は神奈川方式、大阪方式、札幌市とって、有名な各県の取り組みを紹介しましたけれども、それぞれのシステム、それぞれ特徴がございますけれども、患者情報の伝達にFAXを使用しているですとか、あるいは、システムの ×というのはどうしても細かい情報が補足仕切れないので、そうした日々の応需情報については、オペレーターと各医療機関のドクターとのコミュニケーションで補っているというような工夫をされています。

また、都市部のシステムは一たんやはり基幹的な病院で依頼を受けて、それに対応できない場合にコーディネーターを利用するというような方式をとってありまして、一応、それぞれブロック完結を前提とした方式をとっているという点で共通しています。こういった取り組みを参考に議論いただければと存じます。

事務局からの説明は以上です。

岡井会長 ありがとうございます。ただいまご説明いただいた他府県の状況等も踏まえて、東京はどうするのか、まず、どこにコーディネーターを置くのかという話から始めたいと思いますけれども。今の周産期医療システムの中には、そのセンターですべてのところを把握しているというのではないんですね、コーディネートのセンターがないんです。まず、それを置く必要があるのか。あるいは、総合周産期各施設にそういう機能を持たせる、もちろんいろんな形で、費用等に関しては都が支援してくれると思いますが、そういうような格好にするのか、その辺どうでしょうか、ご意見お伺いしたいと思いますけれども。

楠田委員 いわゆる大きな人口を抱えている地域である神奈川、大阪、千葉、おのこの中央にコーディネーターを置いておりますよね。東京もこれに匹敵するか、これ以上の人口があるわけですから、当然、情報の数も多いですから、それをすべて中央でやるというのも、多少やはり効率が悪いですし。

岡井会長 どれぐらいなのかね。

楠田委員 いや、年間でも母体搬送は1,500から1,800ぐらいですよね。新生児も800とか1,000近いですから、合わせると。

岡井会長 探すのにこちらに問い合わせたり、依頼したりとかという件数は、その何倍もあるんですね。

楠田委員 そうですね。だから、要はすべて中央じゃなくて、やっぱりお互い地域とのつながりもありますし、せっかく顔の見えるそのつながりがあるわけですから、やはり、当然第一の情報は地域、あるいは、基幹病院に行って、そこで要するに手に負えないものをやはり中央で管理するという方が、効率は多分、東京だといいと思うんですね。ですから、どっか中央、もう多分、ですから東京都のどこかに置く、情報救急センター

になるかもしれませんが、とにかく、基幹病院でさばけないものを扱うようなものをつくるというのが、一番効率がいいというふうに思います。

岡井会長 産科救急、周産期救急ではない、一般の救急事例というのは、10倍以上とか、100倍近く恐らくあるんですよ。それは今二つのセンターでやっているんですよ、指令室みたいな二つで。ですから、相当数が多くても、多分しっかりしたセンターが1個あれば、周産期救急は統括できるんじゃないかと僕は思うんですけども、どうですか。無理ですかね。

救急の方のシステムのことはわかりませんが、症例の数というのはうんと多いわけで、それを二つの指令室でやっているんですよ。

中林委員 20倍位でしょう。

田中委員 ちょっと先生よろしいですか。

これを総合周産期の医師がやはりやるとなると、確かに楠田先生の、一番近いところの領域はいいと思うんですね。今は医師の労力を軽減するというところから見ると、やはりこれもかなり労働がふえるかなと。そうすると、また労働量がふえていくので、できれば、やはりこのほかの地区がやっているようなコーディネーターがいて、それは東京都は東京都でそれは構わないのですが、そこで今度はさばけないと、さばけないという表現は悪いんですが、無理というときは、やはり広域ということを考えれば、その専門のコーディネーターが今は消防庁は2カ所でやっていますが、あれも当然、そのところへ当番として、みんな各救急をやっている大学とか大きな病院が当番制で行っているわけですけども、同じようなシステムをやった方が、都から広げるさっきの都の境目のところで、じゃあ、今度は神奈川も一緒にやる、千葉も一緒にとといったときに、連絡がしやすいかなという気はしますけれども。

岡井会長 消防庁の方いらしているんですよ。すみません。

現在、物すごく多くの患者さんの搬送、その二つの指令室でやっていて、その辺どういう状況なのか、現状をお話いただくとありがたいのですが。

伊藤委員 今、年間、救急出動件数約70万件弱です。そのうちの63万人ほどが実際の医療機関への搬送となっています。その指令とか救急隊の管制、これについては大手町と立川2カ所の総合指令室の方で運営しています。

先ほどお話に出ましたコーディネーターというものはまだありません。救急隊指導医という制度がありまして、これはもともと救急隊が現地で救急処置、基準はあるんですけども、ちょっと相談したりとか、それから、助言をいただきたいとか、そういったことのために始まった制度です。それから、救急救命士制度ができてからは、医師の具体的な指示もいただいているところで、今問題になっているコーディネーターのためのドクターではないんですけども、その救急専門のドクターですね、2カ所に365日24時間、各病院さんをお願いして、交代でその勤務についていただいているところで

岡井会長 ありがとうございます。

ありがとうございます。

こうすることで救急車をお願いしすって電話を受ける人は、その指令室に何人ぐらいいらっしゃるんですか。たくさんの方がいるわけですよね。まず電話を受け取るメンバー。

伊藤委員 常時見ていますと、大手町と立川合わせて20人が30人。

岡井会長 20人から30人が電話を受け取る。あと、その搬送先を選定して探して、コンピュータにデータが入っているんでしょうけれども、決めて、じゃあこちらですって指令出すような、そういう役割をしている人は別にいるんですか。

伊藤委員 受け付けをした者が。

岡井会長 その人がやるんですか。

伊藤委員 指令を出します。

岡井会長 じゃあ、受け取るのと指令するのと同じ人が、その一つの症例に関してはやるわけですね。

伊藤委員 救急隊が出た後については、その管制というものの担当がおりますので、そちらの方が連絡を持って運用していると。

室井課長 補足しますと、まず救急車を出しますよというのは、その指令室の方でやりますね。それで現場に行きます。それで患者さんの症状を診ます。それでいろんな重篤な場合、あるいは中等症の場合、軽症の場合といろいろあるでしょうと。

そこで基本的には、まず病院探しは救急隊がやります。それで、救急隊がどうしても困った場合とか、それから、重症、重篤、命の危険がある場合には、今度はまた指令室の方に返します。そこで指令室の方で探すと、そういうような形になっています。

周産期の案件も指令室で、救急隊の救急車の中には救急医療情報システムの方しかありませんので、周産期情報システムがありませんので、周産期マターも指令室の方で探すという形になります。

岡井会長 指令室は探すときに、向こうに連絡は直接入れるんですか、今受け入れられますか、こういう患者さんですけどもということで。

室井課長 まず基本的には、それは救急隊がやります。

岡井会長 救急隊がやっているんですね。

室井課長 ええ。ベースはそれなんですけど、そういう命に危険がある場合とか周産期とか、それから、本当に困ってしまったような場合に指令室の方にやってもらうという、そういう形になっています。

岡井会長 どれぐらい人が必要なのかな、周産期のそのコーディネーターというか、搬送先を探す作業、それから、いろいろな一次施設からの連絡を受ける人ですが、センター化した場合にですよ。一般救急の数からいうと、1人、2人でいいような感じがしますよね。

楠田委員 大阪の例が、かなり件数を見ていただくと、9月までで108件ですか、20年度。この倍ぐらいですかね。

岡井会長 大阪は4分の1でしょう、東京の。

楠田委員 いや、大阪は人口800万です。

岡井会長 そんなにいたんだっけ。

杉本部長 1日1件か2件ですよ。

室井課長 数字の関係ですが、救急車は東京消防庁で年間70万件出ているということなんですが、そのうち周産期事案については、東京の場合0.6から7ぐらいです、パーセント。1%はいかないという数字になっています。60万件の1%はいかないということですから。

杉浦委員 以前、NICUの充足度を調べたことがあるのですが、大阪府は割と充足しているんで、充足している場合は1回で決まるから、余りコーディネーターのお世話になることが少ない可能性があると思います。

もう一つの考え方としては、東京都でブロックを超えて搬送されたその件数、たしかデータがあったように思うのですが、それがこの場合のコーディネーターの扱う事例数になるのではないかなと思います。数字はございますでしょうか。

室井課長 申しわけありません。前回もそういうお話があったんですが、ブロックを超えた搬送については、数字の把握というのを特に出していただいておりませんで、私ども把握していないんですね。ちょっとそこはまた検討していく必要があろうかなと思っております。

岡井会長 杉浦先生がそのことを指摘されるのは、ブロックはブロック内で総合周産期センターが責任施設になっていますね。その中で解決できるときは、全部自分でやるということを前提に話しているんですか。それだってセンターでできるんじゃないかと思っているんですけれども、どうですか。

杉本部長 やはりブロック内完結というのはまず、原則で私、あっていいと思うんです。

それで、要するに妊産婦さんというのは、居住地の近くのやはり搬送先というのが当然望ましいので、ブロック内でまずやって、それをはみ出る症例と県外の症例ですね、となると、全体で1年間ではかなり数は少ないと思うんですね。

岡井会長 取り扱いは分けるんですよ、分けるんだけど、ブロック内で探すのにしても、一次施設から依頼があった時に、ここに地域センターが三つあって、総合もあるけれども、どこがいいかを探すのも、センターでやれるんじゃないかと、ブロックは九つぐらいしかないわけで、全部コンピューターにデータが入っているんですよ。

杉本部長 でも、地域連携ということで、異常があればすぐ近くの総合のところ、それは結びついて送ってくるというのは、これは日常の病診連携の延長にあるんじゃないでしょうか。だから、ブロック内の完結ということはあっていいと思うんですよ。

岡井会長 探す作業がなければいいんだけど、あると、またその医師に負担が掛ってしまうので、それじゃあ、一つずつの病院にコーディネーターを置けという話になっちゃいますし。

岩下教授 杉本先生のところは多分、施設がたくさんあると思うんですけども、多摩で探せといっても、ないんですよね。あと、この前の事例もそうですけれども、やっぱり四つ、五つの施設を利用するのに、やっぱり1時間以上電話が繋がらないんですよね。電話して当直の医者がまず出るまでに5分、10分かかったり、もっと緊急の場合にはとっっても間に合わないんですよね。だから、だれがやるにしても、もう少し迅速に連絡がついて、だめです、あいています、いいですというのをやらないと、本当の緊急の場合には間に合わないんじゃないかと思うんですが。

杉本部長 区部と多摩では大分事情が違うので、それは分けて考えた方がいいかもしれないと思います。

山本教授 コーディネーターが必要なのは、やはり産科医が不足しているので、産科医が医療以外に搬送先を探すことによりかなりエネルギーをとられていて、本来の産科の医療ができていません。ですから、中央でもよろしいので、コーディネーターが1人でもいてくれば、搬送先を探す仕事のかわりができるからです。

例えば、私ども総合周産期センターでも、私どもが搬送をとれないときには他の総合を探しているわけです。ですから、その地域内で探すというよりは、むしろ、ほかの地域を探しているので、コーディネートするのは、広い範囲でコーディネートしなくてはいけません。できれば、中央にコーディネーターをおいて振り分けを行ってほしいと思います。ただ問題は、ある病気がどんどん時々刻々と変わっていて重症化する場合には、送り先との関係を密接にとれるようなコーディネートができないと困ると思います。急速に変わっていくような場合と、ある程度待てる場合とで、対応がちょっと違うと思います。

やはり、私どもの周産期センターでも2時間ぐらいかけて探すことがあります。そのとき、2時間待っていても患者さんの状態が変わらなければよろしいけれども、脳出血のように、10分も20分もする間に変わっていくような場合は、単に普通のコーディネートしているのでは困ると思います。診ているドクターとコーディネーターと常に密接な関係を持つこと、また、直接、その診ているドクターがコーディネートする場合もあると思います。

岡井会長 本当に重症化してきて急激に状態が悪化すれば、さっきのAルートで救命救急が決まっていますから、コーディネーターうんぬんではなく、送ればよいという体制をとりたいたいですねという話ですけども。

山本教授 ですから、墨東病院の場合もそうですけれども、救急車に患者さんが乗っていたわけです。けれども、救急救命には運ばれなかったわけです。ですから、コーディネートすることが必ずしも完璧ではないと思います。そこは、問題はあってもいいんじゃない

けれども、今の産科医不足を補うような、コーディネートをしてくれる人が少なくとも必要ではないかと思います。

岡井会長 ありがとうございます。どうぞ。

中林委員 コーディネーターに関しては、私は当初から必要だと申し上げていたんです。ただ関東地区全体で早期にコーディネートを、広域コーディネートをすると、各周辺の地区が、自分たちは周産期センターを整備しなくても東京にお任せということになりかねないので、各地域ブロックごとにしっかりやりましょうというお話を進めていました。だから、東京もブロックに分かれて、各ブロック完結型が当然であるわけですね。

特に救命救急と違って、未熟児が生まれれば、その後、ずっと何カ月もお母さんが母乳のために通わなくちゃいけないとか、そういうことを考えれば分娩場所は地域に近いほどいいわけです。

しかし、都の中央部ではそういうことができるんですが、多摩地区と千葉県に近い東部は、開業の先生方が半分以上の分娩をしていますから、そこから送られる症例が多くて、杏林大と墨東病院がオーバーフローしてしまうというのが現実ですね。

そして当病院でも、むしろ当地区からの母体搬送ではなくて、ほかのブロックからの母体搬送の方が多いというぐらいです。これを改善するためにやはりコーディネーターがいないと医師に余分な負担をかけることになります。今は総合センターの医師にこれ以上の負担をかけるべきではないというのが、基本的な考えだと思うのです。コーディネートを地域で行えば、そんなにオーバーフローすることはないと思います。このようなコーディネーターとして助産師さん等でうまく機能していけば、岡井先生がおっしゃっているように、何か困ればすぐそちらという形にも進んでいくかもしれない。また田中先生がおっしゃったように、千葉とか神奈川県とかいろんなところから、自分のところがあふれたからどうしようというときにも機能するようになるので、やはり、これはなるべく早くつくって、その後どのように成長させていくかということを考えていくのが理想的だというように、私は思っています。

岡井会長 ありがとうございます。

先生、何かありますか。

楠田委員 中林先生が言われたとおり、これは新しい試みですよ。だから、新しい試みをやるということに関しては、もう皆さん同意を多分されるでしょうから、このコーディネーターを置くというのはもう全く私も大賛成なんですけれども、新しい試みをやる以上は、やはり最初から大きく広げるといろんな欠陥が出て困りますので、やはりある程度、施設で対応できるものは対応し、それでできないものを中央のコーディネーターでできるようなものを、まずつくって走らせるというのが、新しいシステムでやる場合の一番いいやり方だと思います。

岡井会長 ありがとうございます。いろいろご意見をいただきましたが、東京都の出生数10万、それでセンターに1名か2名コーディネーターと称する人を置いて、あと

は電話番号と消防隊の方の力もお借りしてとか、そういうわけにはいかないんですかね。消防庁の方に、今まで扱っていなかった周産期の電話を受けたりするのはお願いできませんか。コーディネーターはいるんですよ。ややこしいことがあったらその人に聞いて、そこから指示を受ければいいんで、そういうのが入ると大変ですか、今の消防庁は。伊藤委員 先生、この話は東京消防庁に直に人がいるんじゃないで、東京都全体の中で、救急医療ですとか周産期医療、その中でのコーディネーターがどこにどうやって配置していこうかというお話になると思うんですね。

私、東京消防庁にどうだと言われても、ちょっと今ここでは何とも。

岡井会長 そうですよ。東京都の両方の立場で答えられる方がいらっしゃれば……。

吉井委員 先ほど、島崎先生の方からもちょっと紹介をいただいたところなんですが、この間の21日に救対協の報告を出しましたが、きょうの資料にありますよね。

室井課長 参考資料2です。

吉井委員 参考資料2をごらんください。

ページとしては15ページになりますけれども、左側にあるのは現実に行われている部分、先ほど来説明もしているところで、重複があったらお許しいただきたいと思うんですけれども、現在行われている出動した後、救急隊が直近の救急医療機関を中心に選定をするということで、下の方の矢印が向かい合っておりますけれども、その下にちょっと文字がございまして、受入先医療機関で、必要と思われる救急医療を全て提供できることを前提に、症状に応じた、その救急隊が出動した現場に直近する医療機関、これを直近の原則というような言葉を言っておりますけれども、そうしたような形で、救急隊みずから、救急車の救急隊がそういう医療機関を選定していくということです。ここは、二次救急という入院と治療、それから手術等を行えるという、救命の段階までいかないようなところで対応できるということで探します。

それから、右の方に東京消防庁指令室というのがありますが、その右下に、というか一番下に救命救急センターがございまして。いわゆる、重篤とか重症ということで命に直接関わるのではないかとこのところになってきますと、これは都内に22カ所ということで、それぞれ区市町村レベルにあるわけではございません。そういう意味で直近ということではなくて、症状に応じて、消防庁の指令室の方に救急隊から連絡をして、そこで選定をしてもらうという、縦の線ですね、これが一般的な基本的な原則でございます。

そして、あわせて直近の原則で積み上げていくだけではなかなか時間がかかってしまう場合ということで、東京消防庁指令室では、救急隊と関わりを持って搬送先をセットする、図で斜め左におりている矢印ですが、時間がかかる等の場合、救急隊と並行して選定をする、これが、現場に出動した救急隊が、その後の医療機関を定める場合の方式なのですが、ここで時間がかかったりするときに、いわゆる救急医療の中の一つの受け入れも含めたシステムとして、ちょっと今の現行方式に加えた形で、新たに加味するというか、導入するというのが要るんだと。

そこには右上の方の絵の中の、これは患者発生地域と書いてある枠の地域救急センターというのがあるかと思うんですが、いわゆる通常の二次救急医療機関のうち、若干、その機能的にも冗費分的にちょっと力があるところに、その地域の中で患者を受け入れる、医療機関の選定も含めて調整をしてもらう。最終的にだめであれば、地域救急センターがやりますけれども、そのところでは、言葉は先ほどもずっと出ておりますが、コーディネートというか、そういうような機能もここは役割を果たしますと。これは救急車と向かい合うような形で、患者の受け入れを迅速に行っていこうと。

それで、今度は下の方に点線で と書いて伸びておりますが、これは保健医療圏が12あるんですけれども、その圏域の中だけでやっぱり対応できないというような場合には、ここでもやっぱりコーディネートと置いておりますけれども、ほかの圏域の地域救急センターなんかと連携をとって、その発生をしてなかなか受け入れが決まらない患者というか、その者を受け入れる場を探していこうと。これはコーディネートということで、この報告書によれば消防庁の指令室に指導医はいますけれども、そのサポートを受けながら、いわゆる全体の通信システムの中で、こういうコーディネーターを置いて調整を図っていこうと、こういうぐあいがあるが今、新しくやろうとしている仕組みということでございます。

そうしたところと今回の、先ほど岡井先生からご説明があったAとBとCというような状況と、それから、今回のいわゆる圏域を越えて対応せざるを得ない状況のところの中で、いわゆる総合周産期母子医療センターには、緊急対策の中ではクラーク等によって、ドクターが全部やるんじゃないということでの総合周産期が持てる機能については、サポートできるようなことも一応入れているわけですが、後はどう結びつけるかということについて、どういうふうなやり方が一番早いのかということになるかと思うんですけれども。

岡井会長 これ相当、実際的なことですよね。実践的な話になっちゃうから、頭の中で考えていてもうまくいかない可能性はあるんですよ、こういう話って。

中林委員 さっき松田先生がいわれたように、妊娠の初期で何もNICUのあるところでなくてもいいのに総合センターへ急患が送られてくるのは、こういう体制のためです。救急隊が独自で直接患者さんの対応をすると、彼らが連絡できる病院というのはやっぱり地域センターと総合センターですので、急患が総合センターへ来てしまうんですね。周産期と救急とが連携していない救急隊が独自で対応するからそういうことになってしまいます。指令室の方へ幾らお願いしても、そこではコーディネートできないわけなんです。だから、そういった症例が突発的に病院間でなしに一般で来たら、それは消防庁にある周産期専門の人のところへ連絡が行って、この地区であればどこどこ病院の産婦人科で処置してもらいなさいという指示ができれば、さっき松田先生の言ったことは解決するわけですね。

それと同時に、母体が二十何週であり、超低出生体重児出生の可能性があれば、どこ

の病院でなければいけないというようなことが、助産師さんレベルであれば十分可能なわけです。そういうことをしないと、いつまでたっても、このスーパー総合センターとか総合センターとかいろいろつけても、とにかく救急だったらそこへ行ってしまえということが、消防隊員の間では起きてしまうわけです。

だから、周産期と救急が連携したシステムを、救急隊本部において、都の助産師さんを張りつけるというシステムが、一番いいのではないかと思います。ただ、それが可能でしょうかというのが岡井先生の先ほどの質問なのです。

岡井会長 今は返事ができないと。

中林委員 ぜひやってほしいという要望なんですけれども。

岡井会長 コーディネーターはセンターでいいんでしょう、やっぱり。周産期の搬送をコーディネートする人をセンターに置くと。そのセンターはどう考えてもやっぱり消防庁関係になってくるんですよ。だから、今やっているところの部屋の片隅のどこかを、周産期の人に使わせてもらうとかですね。

中林委員 昔のことを知らない方がいらっしゃるかもしれないので一言。昔、都立大塚病院には情報センターがあり、そこへ東邦大の多田先生のような方が1週間に一遍ずつ当直をして、オーソリティがそれぞれどこに搬送しろという指令を出していたそうです。当直は1週間に一遍だけれども、こういうのも自分たちの役目だよねと言いながらやっていたということでした。多田先生とこの前お話ししたら、大塚病院ではそういうことをしていて、そこがなくなったのでこういう事態になったんだということをおっしゃっていました。

岡井会長 もしも消防庁じゃない別のところというと、都は何かどこか考えつくところはあるんですか。周産期搬送の情報を集中させて、だれかコーディネーターがいて、またもちろん電話オペレーターもいて、何かやれるというところ、どこか別の都立病院の1カ所に部屋をつくってやるとか、そんな話になるわけです、もし消防庁と別になると。どうなんです、都の方としてのその辺のお考えは。

室井課長 都の方としても明確な考えがあるわけではないんですが、他県の事例なんかを見ていると、消防のところに置いている神奈川みたいなところと、それと大阪、千葉のように病院に置いているところとがあるということかと。

岡井会長 消防にもし可能であればお願いしたいのは、一般救急との連携ができるシステムです。これはもちろんシステムにそういうものを組み込むというのは大変な作業だとは思いますが、将来的な理想の姿からすると、周産期の救急搬送も一般の救急搬送も、同じシステムの中でやっていければ一番いいことはいいんですよ、すぐにはできないことかもしれないんですけれども。

周産期だけを独立してやってゆくというのは、理想の姿とは違うんですよ、特殊なところがあって、これまでの歴史の上に発展してきたところはあるんですけども。

杉本部長 数の上から言いますと、年間やっぱり七、八百件をコーディネートするこ

とになると思うんですよ。そうなるか……。

岡井会長 1日二つぐらい。

杉本部長 平均ではそうですけども、数件来る日もあると思うんです。

ですから、比較的簡単なのは、やはり都立病院の今は非常にアクティブにやっているのは大塚しかありませんから、大塚のその第三なり、第四当直としてコーディネーターを置いて、事務的にコーディネートして、それで医学的に迷う場合は、大塚のドクターにアドバイスをもらうというようなことがすぐできるシステムではないのかなというふうに思うんですけども。

岡井会長 現実対応としてね、大塚と。

ちょっと待ってください。山本先生。

山本教授 できれば、周産期だけではなくて、脳出血のように母体の救命措置が必要になる場合がありますから、そういう場合には救急救命センターに直行できるような、コーディネートができるという方がよろしいので、コーディネーターは消防庁のようなところに置いていただけないかと思います。

岡井会長 宇賀先生、どうぞ。

宇賀部長 今さっき大塚病院のところでコーディネーターを置けばいいという話もありましたけれども、コーディネーターの、僕、重要な役割というのは、日々刻々変わる、その今の周産期センターの施設がありますよね、20かそこら。その施設の中でどこが一番手薄とかいっばいで、どこが一番忙しくて、どこが一番患者が受け入れられるかという判断をあらかじめする必要があるんだと。そのためには毎日、日々日々、そのコーディネーターとは限らず、東京都の職員の方でもいいですし、あっちこっち電話をかけまくって、どこが一番どういう患者さんが受け入れられるかというのを知っておいて、その情報をもとに救命救急なり、消防隊にせよ、コーディネーターにせよ、順繰りに入院させていくと。

岡井会長 わかりました。情報センターの方から積極的に情報をもろう、連絡を絶えずやっていて、そこでは、今は東京はどういう状況にあるか、ここで何か起こったらここが最適だなという、シミュレーションがいつもできているような状態で待つと。それは理想的ですよ。

杉本部長 運用の中身がないとうまくいかないよと。

宇賀部長 ですから、患者さんのパターンを何種類か分けて、こういうパターンが来たらどこどこってというのは、あらかじめ常にシミュレーションしていく作業がないと、うまくいかないんじゃないかということです。

岡井会長 ありがとうございます。大変いいご指摘いただきました。

ほかに、どうぞ、お願いします。

室井課長 今の宇賀先生のお話なんですけど、非常に札幌方式と似ているのかなというふうに思いました。

ただ、これが東京においてどういう形で成立し得るのかなというところがあって、札幌の人口で考えますと、要するに東京の場合は、大体1ブロック当たり、いろいろありますけれども、100万人ということで政令指定都市並みなんです。ですから、札幌市の人口ぐらいいるわけです。

ですから、それもちよっと念頭に置いて、どこまできめ細かくできるのかというところが、現実問題としては考えなくちゃいけないのかなというふうにちょっと思ったんですが。

宇賀部会長　ですから、そのところは十分人材を立てて、それこそ、電話オペレーターがあっちこちに電話しまくっているというふうなことが、毎日毎日行われるようにならないと機能しないんじゃないかなと思いますけれども。

岡井会長　松田先生、お願いします。

松田教授　今までは九つの総合周産期が、ほぼ同じ足並みをそろえていたのにいい点もあれば、逆に今回のような悪い点もあったということなので、きょう提案されたスーパー総合をつくるんだったら、今度は情報のネットワークをもっと強化してほしい。それがやはり今までのこの流れを見ていますと、例えば、神奈川県でも大阪府でも札幌でも、公的な施設がしているということであれば、当然、都立、それは消防庁か、あるいは都立大塚かわかりませんが、そこはもっと今よりも強力な情報管理をもってすれば、今は朝夕の2回というのも、これも現場では夕方の5時の更新がたまたま忙しくてずれてくる可能性もあるんですよね。それをコントロールしてほしいわけですよ。それがいわゆるコーディネーターではないのかというので、それは私たち現場の医者がすることではないというのが、多分、ここで皆さんがそう思っていることではないでしょうか。

中林委員　私も今全く同じことを言おうと思ったんですが、今回のことで私も忘れてはいけないのは、総合センターと言っても、実際にそこにいるのは松田先生とか我々ではなくて、産婦人科医になって二、三年生の若い人がやっていて、重症例をコーディネートしているのです。うまくいけばいいけれども、それがいろんなことでうまくいかなかった場合、その人の責任は非常に大きく、悩みというかトラウマになっているんですね。若い産婦人科医はそういう責任まで負わされては、とてもたまらないという気持ちがあります。世間からもいろいろバッシングもあるかもしれませんが、ノイローゼになったりする人も当然出てきます。だから、そういう責任を総合センターの若い医者に負わせていいのかというのは、やっぱり負わせたくないと思うんですね。

岡井会長　ありがとうございます。

杉本部長　違うんだなと思って今思いました。うちが一番上の者が必ず搬送に関しては受けることで判断しています。ですから、二、三年生の者にやらせているという病院があるのに非常にびっくりしました。

それと、あとホットラインをつかってリアルタイムで端末を直すようにということ、今、自主的に変えました。朝夕2回でそれでいいということにはならないと。今回、特

にうちは になっているのに受けなかったというようなことでご指摘を受けましたので、ホットラインをつくって、受け入れが決まるたびにそれを変えていくというシステムにしておりますので、それ自体はコーディネーターがやることではなくて、当然、各施設が努力すべきことだと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

司会の不手際で、時間が最初の予定より少しずれてきているんです。

情報のセンター、救急センターと言っていいかもしれません。そのセンターをどうするのか、周産期救急に対してですね、情報センターをどこに置くのか、それから、コーディネーターをどうするのかという問題。幾つもの意見が出ましたが、論点を整理して、次の協議会で、一つずつその論点に沿って結論を出していきたいと思います。それまでに都にも宿題として、センターを置くのならどこがいいか、大塚という案も出ているけれども、それが可能なかどうか等々、できるだけ調べておいてください。

それから、実際にどれぐらいの労力がかかるかとか、何人必要かということもシミュレーションとかをやらしてもらえれば、そういうことをやるプロが多分都にはいらっしゃると思うので、お願いします。

室井課長 本日、物すごく多様なたくさんのご意見をいただいたかと思えます。非常に私も本当に財産になるようなお話かと思うんですが、これをちょっとやっぱりきちんと整理をして、次の会議に臨みたいと思いますので、私どもの方でやらせていただきたいと思えます。

岡井会長 よろしくお願いします、ぜひ。

それでは、この件は審議を打ち切りまして、次に、きょう審議を予定していることが他にもあるんですが、墨東病院の12月と年末年始の体制についてを、もう体制は決まったんですね、それをご報告いただきたいと思えます。

室井課長 資料7です。この件につきましては、小林院長の方からお話をさせていただきますでしょうか。

小林院長 墨東病院の小林でございます。先生方に墨東当番をつくっていただきまして、11月は1人当直の日が4回ございましたが、先生方のご支援により円滑に総合周産期センターの責務を果たすことができましたので、ご報告いたします。

あと1回、今度の日曜日が残っておりますけれども、現在までに4回1人当直の日がございまして、計5件の母体搬送要請を受けました。2件につきましては総合周産期センター、日赤医療センターと日大板橋病院で受けていただきました。2件は地域周産期センター、東京医大と大塚病院で受けていただきました。残りの1件は当院で受けまして、要請をいただいたケースは全部きちんと処理できました。どうもありがとうございました。

続きまして、資料7に書いてございますように、12月と年末年始につきましては、いろいろと努力をいたしまして、何とか全部2人当直体制が組めることになりましたの

で、ここでご報告いたします。

ただ、今回は2人当直体制が組めましたけれども、非常にぎりぎりで組んでおります。1月以降も、すべて組めるかどうか、現在のところわかりませんので、墨東当番については、制度として、これからもしばらくの間続けていただければと思います。

以上で、報告を終わります。

岡井会長 ありがとうございます。当面2人当直でいける体制を確立されたのは、医師の当直回数をふやしたのではなくて、応援医師をふやしたんですか、どちらですか。

小林院長 両方です。応援もふやしていただいたのと、それから、院内の職員も平均すると、日にちで言うと7.2日に増やしております。

岡井会長 月に7.2日の当直。

小林院長 はい。ですけれども、日曜祭日は昼間と夜がございますので、それを1回ずつというふうに計算しますと、9.2回という当直をしてようやく埋めております。

岡井会長 そういう体制は非常事態と考えるべきで、それは本来の尋常な姿じゃないと思うんですね。そういうふうにして当直回数を3日に1回近くにするから、それを見ている学生、研修医がそこを敬遠する。また、疲れ切ってやめる人が出るからさらに人が減っていくということもあるんで、今そういう大変な窮地にある墨東病院を、周りのほかのところも何とか支援したいと思いますので。

杉本先生。

杉本部長 今、墨東病院の院長先生からご報告がありましたけれども、聞いていても綱渡りのような当直体制だなという印象ですね。

ですから、どこの周産期センターも苦しいんですけれども、墨東が崩壊すれば、ドミノのようにほかのところにも波及していくということが目に見えているので、何とか墨東を支えて立ち直ってほしいなというふうには思うわけですが、そういう中で、一つは先日の周産期センターの集まりのときに、東邦の先生からもご意見が出ましたけれども、まず都立病院の産婦人科医の再編成ということをひとつ考えてほしいと。拠点的な産科医療に、重点的にもう少し配置がえができないかというご意見が一つありました。

それから、もう一つ私が考えておりますのは、この周産期センター、あるいはそれに準ずる大学から、短期間の派遣というような形で、半年ないしは1年で、この綱渡りのような当直体制よりはもう少し安定した体制を、短期間ではあるけれども応援できないのかなというふうに考えております。

一つは、府中病院が1年半後ぐらいに立ち上がるので、そうなると少し多摩地区の情勢が変わるので、区部も負担が減ってくると思いますけれども、少なくともその1年半ぐらいの間、何とかもう少し安定した形での支援体制ができないかというふうに思っておりますので、ぜひ、その点でご意見いただきたいと思います。

岡井会長 私も先ほどのご報告、これはもう尋常な状態ではないと思いました。当直が

2人になったから、当直を3日に1回やってくれるようになったから大丈夫だという話ではないと思いますので、みんなで支援したいと思うんですが。杉本先生のご提案は、大学の各医局が連合して支援しようやと。今までの経緯はご存じの人も多いと思いますが、東京大学、それから、今は日本医大、そういうふうの一つの大学の系列で見るとはなくて、みんなで少しずつでもいいから支えていこうという、そういうご提案だと思うのですが、それに関していかがですか。大学の先生、山本先生、岩下先生、私どももです。

田中委員 大学だけじゃなくて、日赤医療センターもぜひ、人数同じぐらいいますので。

岡井会長 きょうは時間もありませんので、結論を出すんじゃなくて、そういうことができる施設のメンバーが、1回集まってやったらどうですか、そのためのスモールグループの検討を、よろしいですか。

山本先生、どうぞ。

山本教授 日大の山本ですけれども。

正確に把握しているかどうかわかりませんが、勤務体制も余りかたなく、もう少しフレキシブルにやっていただきたい、例えば、私どもが出張に医師を出す場合、2年交代だとうまくいかないことがあります。大学からの出張は半年ぐらいで回せると、自由に医局員が交代できるのですが。

2年といたしますと、かなり大学を離れることになり、一つのところにとどまることになるので、医師がたまたま上の医師と合わないようなこともあるわけです。それが2年も続くと、医局をやめてしまうようなこともあります。ここは医局員が少ないことがありますので、半年ぐらいの交代でも非常事態では対応していただくとか、そのような配慮をしていただきたい。

実際面、私が聞いているのが正しいかどうかわからないけれども、医師の交代が比較的容易にできるような体制をつくっていただきたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。病院側も人が行きやすい体制をとっていただくということだろうと思いますが、どうぞ。

中林委員 今お話があったのは、国で言えば緊急医師派遣と同じようなことなんですよ。そして、それは確かに困っているところに人がいるところから送らなければいけないという相互補助的にはいいんですけども、長期的にはせっかく人が集まって、勤務状態がよくなったところから人を送るのでは、産科医療がよくなりません。若い人たちが入ってこないということで、長期的な展望ではないと思うんですね。

やはり、都は多くの人々が都立病院に行きたいと思うような環境をつくらなければなりません。現実的対応として日赤や東邦大や昭和大に集まった人たちを送っても、これは短期的な手法です。やはり基本的な考え方を、都立病院により多くのドクターが集まるような対策をとらなければいけないということを、この会としてぜひ都に答申することが基本原則じゃないかと私は思います。

岡井会長 ありがとうございます。そのとおりだと思います。

それでは、この件はスモールグループでディスカッションをして、具体的な案を提示させていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

時間がもうなくなってきたんですが、その他、事務局の方から説明がありましたら、ポイントだけ要領よくお願いします。

室井課長 では、残りの資料のご説明をさせていただきたいと思います。資料8でございますが、周産期母子医療センターにおける救急搬送患者の円滑な受入れについてということで、先般、11月25日にご通知をさせていただいたものでございます。

趣旨といたしましては、院内の連携をしっかりとやっていただいて、また院内の連携体制を確認していただいて、円滑な経営をお願いしますという趣旨でございますので、ぜひともよろしくお願いいたしますと思います。

それから引き続きまして、参考資料に救急医療対策協議会の報告書、先ほどちょっと出てまいりました。こちらなんですが、先ほどかなりお話は出てまいりましたので、簡潔にご説明をしたいと思いますが、こちら皆様はもうご存じだと思うんですけども、昨年から、ことしの特に初めのころにかけて、一般の救急車が現場で立ち往生してしまい、なかなか病院が決まらないというようなケースが全国で相次ぎまして、東京でもそうした事案が大きく報道されたということがありました。そういった状況を踏まえまして、いろんな調査をしたところ、そちらは実際あるということでございましたので、行ったというものでございます。

ポイントとしましては、先ほど吉井部長の方からご説明しましたようなことが一つでございますが……、すみません、読んでいただければと思います。

それから、あと予算も含めて、残りの資料をお読みいただければと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

それでは、きょうはもう余り時間がありませんが、何かこのことをきょう言うておかなくてとはかありましたら、どうぞお願いいたします。

杉浦委員 多分、きょうの会議を出発点に、先ほど岡井先生が提案された搬送体制で進むと思いますが、NICUが急にふえることはすぐには期待できないと思います。すると、先ほどの岡井先生のお話で、1カ所が年間25人受けるとするとすれば月に2例、そのうちNICUに全部は入らないにしても、例えば六～七割入るとすると、積みり積もって無視できない数になると思われれます。その場合には新生児搬送もせざるを得なくなりますので、それについては、搬送部会とか新生児部会とかの方にも状況をおろしていただいて準備を進めていただければと思います。よろしくお願いします。

岡井会長 ありがとうございます。どうぞ。

田中委員 いつも僕は思うんですが、この産科とか周産期救急、産婦人科が少ないとか何とかって世間では言われておりますが、やはりこれは産婦人科が少ないのは当然ですが、新生児をやる小児科、救急ですから当然手術が必要ですから麻酔科、これもすべて

が多くなると、幾ら産婦人科のこのシステムをよくしても、決してうまく稼働しないと思いますので、ぜひ、必ず、もしマスコミの方いらっしゃるのであれば、すべてが変わらないといけないというところの視野で、それはもう十分先生ご承知だと思いますが、よろしく願いいたします。

岡井会長 ありがとうございます。重要なお指摘をいただきました。

それでは、きょう、ゲストといいますか、アドバイザーとして参加していただいた島崎先生から、最後に何かございましたら、この会に向けて。

島崎教授 特にございませんが、私自身も、非常に周産期の方の認識が余り持っていなかったんですけども、いろいろ興味深く聞かせていただきました。

救命医学会の方としても、あるいは救命センターとしても、都ということであれば都内の大きな救命センターが、どれがそういう形で三、四カ所になるのかわかりませんが、できるだけ協力はさせていただきたいというように思っております。

岡井会長 ありがとうございます。

それでは、次は、先ほどの母体搬送を全部受けるというスーパー総合の指定を決めたいと思います。それまでに各施設にはご連絡申し上げて、やれるかどうかということもお問い合わせをさせていただきます。

それをスタートさせるに当たって、それにかかわるさまざまな諸問題も出ましたので、そういうことを整理して、きちっとやれるような体制に向けてスタートしたいと思います。

それから、もう一つはコーディネーターと情報センター、これはきょう出たことの問題点を整理をして、一つずつ審議をして結論を出すというふうにしたいと思います。

それでは、きょうは本当に有意義なお審議をしていただきまして、ありがとうございました。

次の会のことですね。お願いします。

室井課長 次回の協議会につきましては、12月の半ば、具体的には12月の17日か19日を想定しております。大変お忙しいところ恐縮なんですけど、早期に調整をいたしまして、いずれかの日にちで開催をしたいというふうに思っておりますので、よろしく願いしたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

室井課長 それでは、本当に長時間にわたりまして、本日はありがとうございました。

(閉会 午後9時01分)