

平成20年度第4回 東京都周産期医療協議会

平成20年12月17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31分)

室井課長 それでは定刻になりましたので、平成20年度第4回東京都周産期医療協議会を開催いたします。

先生方におかれましては、年末の大変お忙しい中、ご予定を調整していただきましてご出席をいただきました。まことにありがとうございます。また、開始時間が突然変更になりまして、ご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。

本日、協議会の委員の先生方に加えまして、先般11月21日に東京都の救急医療対策協議会がございました。その最終報告書を発表したところでございますが、その実質的な小委員会において取りまとめをしていただきました、昭和大学病院の有賀副院長にご出席をいただいております。また、東京消防庁の野口救急部長にもご出席をいただいております。お二人には、後ほど東京消防庁の活動状況等についてお話をいただきたいというふうに考えております。

また、今回も杏林大学の島崎教授、それから、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、大塚病院の宮澤副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。

また、本日は、東京都におきましては、周産期医療に関しまして、患者・利用者の視点から庁内横断組織を設置いたしまして、現行の制度やシステムを検証するためのPTを立ち上げております。周産期医療体制整備PTというものでございますが、このメンバーにつきましても、本日傍聴させていただきたいというふうに考えております。猪瀬副知事が座長になっております。

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、宇賀先生につきましては、本日少し遅れて来るということでございます。

委員の出欠でございますが、本日は、杏林大学の岩下教授の代理で橋口先生にご出席をいただいておりますので、よろしくお願いいたします。

座らせていただきます。次に、配付資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をご確認ください。

資料は1から6までと、参考資料として3点ございます。まず資料1でございますが、本日の出席者名簿でございます。資料2は、前回第3回の協議会のまとめと論点につきまして、事務局で整理した資料でございます。資料3は、母体救命対応の総合周産期センターに係る協力確認についてという会長名の依頼文を出しましたが、それでございます。資料4でございますが、都全域の搬送コーディネーターの設置にかかる論点整理を行ったペーパーでございます。資料5につきましては、周産期医療情報システムの多胎情報の追加に関する資料、また資料6は、今年度の周産期医療関係者研修会のお知らせでございます。

なお、参考資料といたしまして、前回の協議会の議事録と前回資料の各府県の搬送コ

ーディネーターの資料、それから、救急医療対策協議会の報告書の抜粋を配付しておりますので、審議の中で参考にいただければと思います。

資料に欠けているものがありましたら、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、本日の会議の公開・非公開というお話でございますが、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ことにさせていただきます。

本日の終了予定時刻でございますが、おおむね9時くらいには終了する予定というふうに考えております。よろしく願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきますが、テレビ撮影につきましては、ここまでというふうにさせていただきますので、カメラについてはご退室をお願いしたいと思います。

(カメラ退室)

室井課長 それでは、進行は岡井会長をお願いいたします。

岡井会長 議事に入ります前に、猪瀬副知事から一言ごあいさついただければありがたいのですが、よろしゅうございますか。

猪瀬副知事 座ったままで失礼します。

石原知事にプロジェクトチームをつくった方がよいのではないかとことを申し上げまして、それはすぐ決まったんですけれども、地方分権改革推進委員会の勧告がちょっとありましたものですから。早速、おととい、月曜日から稼働することにしまして、ただ、それまでに資料はたくさん読んでおりましたが、実際に墨東病院とか東京消防庁、それから日赤医療センターを月曜日に視察いたしまして、それから、来週の月曜日、また、府中療育センター、府中病院、それから府中病院の施設のところです、つくるところ。それから杏林大学医学部付属病院、それを視察させていただきたいなと思って、予定しています。

先ほど紹介していただきましたが、患者さんや消費者や利用者という、そういう利用サイドから、供給サイドでいろいろご苦労なさっていて、事業サイドからの視点も入れて、それから、縦割りになっていますから、役所は、できるだけ横串を刺して、プレインストーミングしたりしながら、それから、また個々の病院に個人的にお尋ねすることはあると思いますが、そのときにいろいろとお話を聞かせていただきたいなというふうに思っております。

P Tの結論はすぐには出ませんが、こういうところにも出ることにしましたので、これから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。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速議事を進めたいと思いますが、本日の議題で大切なのは二つございます。一つは、母体救命対応の総合周産期母子医療センター、これをきょうここで決めて

いただきたいということと、もう一つは、前回から引き続いております搬送コーディネーターのことでございます。

前回の議論につきまして、簡単に事務の方から、ここまで話が来ていたということをお話しただければと思います。

室井課長 それでは、資料2をごらんいただきながら、前回11月28日の議事の状況について、簡潔にご説明をいたします。

おおむね、論点といたしまして3点ございまして、母体搬送の受け入れについてということでございますが、こちらは岡井会長の方から、緊急に母体救命が必要な症例を必ず受け入れる総合周産期センターを検討しようというご提案がございまして、おおむね皆様のご了解を得たという状況でございました。次回といいますか、本日のこの会議でございまして、病院の選定ですとか、ガイドラインの検討をやっていこうということでございました。

それから、二つ目のテーマでございまして、搬送コーディネーターにつきましては、他の府県での取り組みの紹介をさせていただきました。そこでいろんな意見交換をいたしまして、本日の会議では、課題の整理であるとか、都としての導入の検討をするのかどうかということをやっているということでもございました。

3番目に、都立墨東病院の支援についてということでございます。これは、墨東病院の小林院長の方から、12月は、年末年始は夜間当直2人体制を確保できましたというご報告がありました。しかしながら、最大月9日の当直という非常にシビアな体制でございまして、引き続き、区東部ブロックの当番制度、第2回目の協議会で決めていただきましたが、それについては継続をしようというお話になりました。

それから、各大学病院等から短期間の派遣によります応援体制のご提案というのがありまして、対応可能な施設のメンバーで検討しようという話になったところでございます。

以上でございます。

岡井会長 ありがとうございます。最初の件にいきたいと思います。母体の救命が緊急に必要な症例を必ず受け入れる施設を指定しようということで、その後、ここで話をさせていただきましたように、私、この会の会長としまして、各総合周産期センターのセンター長の方々と話し合いをさせていただきました。2回、パーソナルにはコミュニケーションをとりまして、その後、資料3にございます書類をご送付申し上げまして、書面の上でもご意向を確認させていただきました。

その結果でございまして、昭和大学病院、日赤医療センター、それから日大板橋病院の三つの総合周産期母子医療センターが、この指定を受けて、母体救急には、必ず受け入れるという体制で臨むということ、ご返事をいただいております。

今回、その指定を受けられないという施設に関しましても、従来どおり、総合母子周産期医療センターとしての役割はそのまま果たしていくし、今度の新しい体制に対して

も協力を惜しまないという、その約束も文書でいただいたところでございます。

昭和大学と日赤医療センターと日本大学板橋は、それぞれのセンター長からもオーケーをいただいておりますが、他の施設の先生方から見て異論がありましたら、ご意見を伺いたいと思いますが。いかがでしょう。あと、この協議会の委員の先生方ですが。

この三つをそういうことで指定するというので、よろしゅうございますか。

(異議なし)

岡井会長 異論はないということで、じゃあ、この協議会での決定とさせていただきます。ありがとうございました。

それで、今申しました母体救命の処置が緊急に必要な患者さんは必ず受け入れるというのは、これは憲法でございまして、その下に、さまざまな取り扱いに関する取り決め等も必要になりますし、三つの施設の間での連携もまた必要になってくることもあると思いますので、そのことを議論をするのに、作業部会をつくりたいと思っています。前回のときもお話ししたとその作業部会のメンバーについてですが、ここにお集まりいただいている先生方は、どちらかといえば後方から、余りいい表現じゃないかもしれませんが、号令をかけるといいますかね、頑張れよとエールを送る方の立場である先生が多いわけで、実際に現場の第一線で当直もし、そういう活躍をしておられる先生方を中心にメンバーを組んで、細かいことを決めていきたいと思っております。

そのメンバーの選出に関しまして、今度指定された三つの病院の先生方が中心になると思いますが、今言ったような若手の現場で活躍しておられる先生を中心に作業部会をつくるということに関しまして、ご意見がございましたらお願いできますか。

もし、委員の皆様にもオーケーと言っていただければ、そういうことで進めたいと思いますが。

前回は問題になった、どういう患者さんを対象にするかということについてもガイドラインが必要です。その点も、作業部会をつくりたいと思います。もちろん、一般救急の先生にも入ってもらいますし、新生児の先生にも入ってもらいます。麻酔科の先生も入ってもらおうということで、メンバーを募りたいと思っています。

(異議なし)

岡井会長 では、そういうことでいきたいと思っております。ありがとうございました。

今までの話はスムーズに進んでいるんですけども、何かご意見等ございますか。お願いします。

田中委員 例えば今、3施設、指定されましたが、大変ありがとうございます。日本産婦人科医会の田中です。これはもうちょっと後から出てくることだと思っておりますが、いつごろから、それを発足する予定なのでしょうか。

岡井会長 大急ぎで、ただいま申しました細かい取り決め等々決めていこうと思っておりますが、ことしいっぱいはちょっと無理だと思っておりますので、作業部会をことしじゅうに1回やって、来年入ったら数回やって、できれば2月ぐらいから、この体制を実際にスター

トしたいなというふうに考えています。

田中委員 ありがとうございます。

島崎教授 今3施設で受け入れるという話なんですけど、母体のお産以外の合併症を伴った患者の受け入れというのが一つのキーになっていますよね。そうすると、救命センター、三つともあるわけですけども、救命センター側の対応というのは、それなりにコンセンサス、みんな、この3病院では得られているんでしょうか。

岡井会長 すみません。ごめんなさい、よく聞こえませんでした。

島崎教授 もう一度言いましょうか。お産以外のね、母体が合併を持ったときに受け入れるというのが、この周産期の一つのキーにはなっていると思うんですけども。そうすると、救命センターがそれなりに動かないとだめだと思うんですけど、救命センター自身は、これのコンセンサスは得られているんでしょうか。

岡井会長 はい。3施設では得られています。それから、院長にも許可をいただいている。

島崎教授 それで、そうしますと、救命センターは、これ以外のいろんな患者さんが入ってきますよね。そうすると、満床になったときの対応とかはどういう形をとられるんでしょうか。

岡井会長 満床になっても、基本的には受ける。それがコンセンサスです。

島崎教授 それでよろしいんですか。

岡井会長 ええ。その今入っている患者さんをどこかの科に移動させるとか、最大限のさまざまな工夫をして。

島崎教授 何が何でも受け入れるという。

岡井会長 何が何でも、まず受け入れる。それで、受け入れた後に、この人は思ったより軽症だなとか、そういう状況があれば、2次搬送も構わない。状況を見て、十分時間的に余裕があればそういう判断も入ります。満床になる可能性が一番高いのはNICUでございますけど、そういうNICUの対応が必要でない事例であればいいんですが、23週とか、24週とか、500グラムとか、そういう大変高度な診療が必要な小さい子が産まれることもあるわけですね。そういう場合、NICUが満床でも受けているわけですから、場合によったら新生児搬送といって、昔、その体制でやっていたんですけども、その新生児をNICUのある施設に、あいている施設に搬送するという事も考えられます。

島崎教授 これ三つ持ち回りにするんですけども、それとも、三つともが、常時三分で毎日やるというんでしょうか。

岡井会長 ええ、それに関しては、作業部会で検討させていただきたいと思っています。

島崎教授 ちなみにですね、東京都が特殊救急疾患というので、熱傷と心筋梗塞、脳卒中はもう抜けたのかな、やっておるんですけど、それは必ずそういう特殊な疾病群なので、どこかが、大きな病院がきっちり受けて入れて治療をする必要があるだろうということ

で当番制を敷いているんですが、むしろ当番日は、その受け入れ医療機関は、むしろあけておくんですね。できるだけ違う病院に患者を入れて、どうしてもとれないというときに、最後のオプションとして、その当番制の医療機関がそれを担うというような形をとっているんで、そういうことも考慮をしていただけたら、その3病院だけは非常にそれなりに一生懸命やられると思うんですが、物理的に何もかもいっぱいということが起こり得ないとも限らないんで、その辺も考慮していただけたらなというような気がします。

岡井会長 ありがとうございます。本当に大事なご指摘いただきましたので、ぜひ先生のご指摘を入れて、しっかり検討したいと思います。ありがとうございます。

ほかにありますか。よろしくをお願いします。

有賀副院長 救命救急センターのある「周産期のアクティビティの高い病院」ということで、母体救命対応センター（仮称）というようなことになっているんじゃないかなと想像します。岡井先生ご自身は座長というのもありますので、今、島崎先生がおっしゃったようなことに対して、昭和大学病院の中だけのことを、多分言及しづらいお立場かと思しますので、ちょっと昭和大の中で、この件について、岡井先生を含めた関係者が集まって議論したことを、かいつまんで、簡単にご紹介したいと思います。

実は、救命救急センターというか、昭和大学病院に関する救急医療に関しては、救急医療センターの運営のための運営委員会というのがございます。それから、母子の、産科のことについては、また別個の新生児や小児科を扱っておられる先生方による別の固まりの委員会があったと思いますが、それらが合体して、2回以上の議論をしております。みんなが集まったのは2回ぐらいですけども、それぞれ別個の対応がありますので。

今、島崎先生がおっしゃった救命救急センター満床という話がございましたけれども、満床に関しての議論は、恐らく律速段階になるのは、新生児の方のベッドのやりくりがままならないというようなことが一番のポイントだろうと。救命救急センターに関して言うと、今でも、例えば、心肺停止状態になった患者さんに関しては、これは、ベッドがあるとかないとか言わずに、とにかく、今すぐそこで蘇生をしないといけないということもありますので、必ずそれは受けてるんですね。ですから、それを受けて、いいあんばいに蘇生がかなったとしますと、その段階で、例えば昭和大学から東邦大学へ連絡したり、東邦大学から昭和大学へ連絡来たりとかしながら、蘇生がかなった症例については、入院ベッドのために患者さんを移動させていると、このようなことがあります。

ですから、新生児のための搬送という話の中で、多分、律速段階になるだろうという話をしたのは、そういうようなこともある。しかし、救命救急センターでは、今でもそのような経緯で患者さんをお互いに運んでいるというようなことがあるので、ある日あるとき、ベッドが満床ということがあるかもしれませんが、そうだったとしても、とりあえずの処置はしようじゃないかというようなことで話をしたという次第であります。

ですから、恐らく、母体救命対応の総合周産期センターという話の中で、そこで治療が全体として完結されるというようなことをイメージしているとは思いますが、僕は、それは、ほとんどそれでいけるとは思いますけれども、万々が一のことがあったとしても、とりあえずの処置をしながら先へ進むというようなことで議論をした。というようなことなので、それをちょっと披露しておきたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。フォローしていただきました。

場合によったら、室井さん、昭和大学のチャート、コピーして配ってもらえますか。私どもの大学のを出すのはどうかと思ったんですけども、一応イメージをつかんでいただくということで、後でもいいです。配っていただいて。

室井課長 後で配らせていただきます。

岡井会長 有賀先生にもフォローしていただきましたが、さまざまな想定外のことが起こったりする場合もあるし、かなり確率的には低けれども、こういうこともあり得るというような、いろんなことがあるんで、そういうことに対してどう対応するかというのも作業部会で検討していく課題の一つになると思います。

それから、島崎先生から言われた、輪番制にするのかとか、場合によったら、ほかに助けてもらうところもつくっておかなくちゃいけないとか、そういうような話もあると思います。ありがとうございます。

はい、どうぞ。

楠田委員 東京女子医大の楠田です。

新生児の問題なんですけれども、前回のこの協議会でも当然議論になったわけですが、今回起こった症例を含めて、どうもNICUが律速段階になっているというのが非常に頻度が多いので、NICUが、本来ならば増床されて用意があるのが、もちろん理想的な姿なわけです。

ただ、それはまあ、例えば1カ月後、2カ月後というふうには全く急にはかなうことができませんので、前回お話ししたように、NICUとしては、従来は満床であれば、やはり空いているところということをお願いしていたわけですが、母体救命ということであれば、NICUの事情にかかわらず、NICUが受けるということに関しては、当然我々も協力して、賛成するという、そういう立場です。

ただ、とはいえ、やはりNICUが満床でありますと、その子どもを診療することも含め、それから、既に入院している子どもたちの診療にも影響しますので、その場合には、ちょっと旧来型の対応になってしまうんですけども、新生児搬送という、以前はかなりやっていたんですけど、最近減ったといいましても、まだ東京都だと800例近く搬送しておりますので、そういうことで、我々NICUとしても、当面の間は対応したいというふうに考えておりますので、そういうNICUの律速段階だけで、この制度が回らないというようなことには、我々としては考えておりません。

岡井会長 ありがとうございます。先ほど言い忘れましたが、この制度をできるだけ

早く立ち上げて、都民の皆さんにも安心してもらい、また、実績も上げたいと思います。どれくらい、こういうことが必要な症例があるのか、このシステムがあったために、そういう患者さんの救命率が上がったのかということも検証しながらやっていきたいと思いますが、まずは1年後に、きちっと検証したいと思います。

それでよろしいですか。この件に関しましては。

(異議なし)

岡井会長 それでは、ありがとうございました。次の議題に行きたいと思います。

次は、コーディネーターを置く件です。それから、周産期救急の情報をセンター化して、もう少しネットワークをよくしようという話でございました。

室井さん、前回までの議論を整理したものがあれば、簡単に解説していただければと思います。

事務局 それでは、前回の議論と主な動きにつきまして、事務局の方から、失礼して着席のまま、ご説明させていただきます。

資料4をごらんください。大きな字の方の資料で、今回の議論にわかりやすいようにということで、大きなポイントだけをまとめたものでございます。1枚めくっていただいた方で、前回の議論の割と細かめなものをつけておりますので、手短にご説明したいと思います。

まず、都全域で搬送コーディネーターを一元化して設置することについてということで、協議会の主な意見としましては、迅速で効率的な搬送先の選定、それから、今、各周産期センターでやっていたいる搬送先選定に当たる医師の負担軽減ということで、おおむね皆さん、導入について前向きなご意見いただきました。

それから、役割といたしましては、緊急母体救命、緊急母体対応の総合周産期センターに運ぶような症例以外のものの、従来の切迫早産ですとか、そういった症例の搬送先の選定。例えばブロック内で完結できない患者の地域間の調整ですとか、周産期センターでなくても対応可能な患者の2次医療機関への振り分け、そういったものが機能としてあるのではないかと。

それから、母体救命対応の総合周産期センターで一たん受け入れたけれども、比較的軽度だったので再搬送が必要な場合の再搬送先の選定、あるいは応需情報の把握を行う。これについては、各病院で引き続きやる方がいいんじゃないかというようなご意見もありましたが、応需情報の把握をしていくというようなこともご意見いただきました。

また、搬送先の経路といたしましては、各他府県の例を挙げまして、神奈川、大阪、千葉といった大都市においては、一般分娩施設から周産期センター等基幹病院が連絡を受けて、一たん連絡を経由して、コーディネーターへ連絡をとっているというようなご報告をいたしました。

これに関しての論点ですけれども、右に行きますけれども、総合周産期センターで今やっていたいる調整機能をどこまで残して、どこまでブロック完結を求めるのか

ということの関係の整理が必要である。

それから、先ほどご議論いただきました、母体救命対応の総合周産期センターに該当するケースと、どういう関係になるのかというような整理も必要。

それから、ご意見としては、短時間に重症化する患者などで、今現に診ているお医者さんによるコーディネーターが必要な場合もあるのではないかとというようなご意見もありましたので、課題として載せてございます。

前回もご説明が漏れたんですが、神奈川の方では、緊急とか重症の患者さんについては、基幹病院で、従来型のように搬送先を選定していると。それから、比較的緊急度が低くて、電話をかけるのが長くかかりそうな患者さんについては、その情報センターでやっているというようなことも、神奈川方式ではやっていると聞いております。

それから、設置場所につきましては、東京消防庁の指令室に置いたらいいというような案と、どこか都立病院の一つ選んで、周産期母子医療センターに置いたらどうかというようなご意見がありました。

これに関する論点といたしましては、メリットとしましては、消防庁に置けば一般救急との連携がよくなるのではないかとというようなご意見。それから、都立病院等に置けばいいというようなご意見については、周産期の専門の医師のアドバイスがすぐに受けられるというようなメリットがあると思います。

それから、医師の関与、それからコーディネーターの職種ということで、医師の関与の度合いについてコーディネーターの職種は異なるだろうということで、神奈川のような事務職で行う場合、それから、かなり知識がある助産師さんですとか、大阪のようなベテランの医師がやるというような、そういったご意見がそれぞれあったかと思えます。

それから、患者情報の伝達とか選定基準につきまして、やはり患者情報が正確に伝わらないというのが今回、搬送の事例で問題となりましたので、そうしたチェックリストですとか、患者情報提供用紙をファクスするとか、そういった情報の伝達の方法を工夫するべきではないか。

それから、患者の緊急性・重症度を判定するようなシステムが必要ではないか。

それから、総合周産期センターで地域の患者さんの状態を判断するような医師の能力を育てるべきではないかというようなご意見をいただきました。

これに関する論点といたしましては、コーディネーターが医師でない場合、その患者の緊急性・重症度のトリアージをどういった形で医師が関与するかということになると思うんですが、例えば神奈川方式であれば、情報を一たん経由する総合周産期センターがある程度指示を行うというようなことを聞いています。

それから、千葉のように、総合周産期センターに医師がいる場合に、コーディネーターを配置している場合には、医師がコーディネーターにアドバイスできるよう、何らかの仕組みがあるという、コーディネーターの近くに医師がいるとか、すぐに相談できるような形をとっているというようなことも考えられます。

また、それらのいずれの方式をとる場合でも、患者情報の伝達内容ですとか、判断基準の標準化といったものが必要ですし、それについての送り手側の1次、2次医療機関、受け手側の3次医療機関、それからコーディネーターとの間で、そういった基準を、コンセンサスが必要ではないかというふうに思われます。これにつきまして、周産期医療協議会でそういったものを作成とか、周知とか検証する必要があるのではないかと考えられます。

それから、その他の課題ですけれども、やはり他県とのネットワークの連携も今後必要ではないかというようなご意見をいただきました。これに関する課題といたしましては、近隣県と協議が必要であるということは当然なんです、流出入の状況の把握。東京は流入過多になるのではないかとということも含めて把握していく必要があるのではないかと。それから、受けたはいいですけれども、その後に、患者が軽快に達した後のバクトランスファーの仕組み、確実に、東京都の急性期のベッドをあけていただくような、そういった仕組みが必要なのではないかというような論点が考えられます。

それから、そのほかの論点といたしましては、主に、これまで転移搬送について主に論じてきましたけれども、一般通報119番の対応について、コーディネーターで行うのか、これまでの従来方式で行うのかといったことも、追って整理が必要かというふうに考えられます。

以上が、雑駁ではございますけれども、前回の議論を基にしました論点整理でございます。

岡井会長 ありがとうございます。これまでは、情報のセンター化は必要であるということと、コーディネーター、あるいはそれに類する方に、その情報の管理、それから、搬送先の選定等を手伝ってもら、全部お任せするわけにはいかないところもありますが、手伝ってもらというところまでは、ほとんど異論がなかったと思うんですが、どこにそのセンターを設置するかが問題として残っています。

案が二つありまして、東京消防庁の指令室の一角に、そういう周産期の部門を間借りできないかというようなことが一つの案と。もう一つは、それがかなわなければ、どこかの総合周産期センター、都立になりますか、のところに置くということになるかと思いますが、東京消防庁の方のお仕事も本当に大変で、また現在やっておられるシステムが相当しっかりしたもので活動しておられる。その中に入り込むというのも、いろいろご迷惑をかける点もあるかと思えます。

きょうは、消防庁から野口救急部長に出席していただいていますので、現状のやり方等々について、お話をまず聞かせていただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

野口救急部長 資料は持ってまいりませんでしたけれども、せんだって、岡井先生や杉本先生にご視察いただきましたし、猪瀬副知事にもおいでいただきましたが、現物を見ていただきながらお話しした方がいいと思いましたので、スライドを用意してきました。

総合指令室における救急隊の運用と救急管制システムというのは、我々の消防の中で

救急隊を出すのを部隊運用、それから、出した救急隊のバックアップをするのは救急管制と、あえて業界用語を使わせていただいた方がはっきり意味がわかるかなということでもあります。

なお、このシステムというのは、皆さんご存じのとおり、我々消防というのは、歴史的に災害対応をやってきた機関でありまして、その中で救急というのもやっているわけではありますが、実は、この救急というのは、今日、島崎先生や有賀先生においでいただきましたけれども、メディカルコントロール協議会という、主に救命センターを中心とした先生、それから福祉保健局にも参画いただいている救急隊の教育と、こういったシステムづくりについて、より救命センターを含めた病院との連携ですね、こういったことを中心にしてやらせていただいています。

ちょっと細かいのでありますけれども、ここで何を申し上げたかったかということ、119番を受けているところが総合指令室でありまして、特別区は大手町にあります。いわゆる東京消防庁の本部庁舎。それから、多摩地域というのは立川にあります。この2局下で119番を受け付けて、そこで、先ほど言った救急隊を出す、救急隊をバックアップすると、こういう仕事をしているということでもあります。

結果的に、今、救急隊が229隊あって、1日これだけの件数をこなしているということはどういうことかということ、大体平均で46秒に1回は救急隊を出してバックアップしている仕事をしていると、こういうことが言いたかっただけであります。

これが総合指令室でありまして、大手町、この写真は大手町の方でありますけれども、立川も全く同じシステムであります。こういう形で、いわゆる119番の受付台と、それから、無線を中心とした救急隊、出場した救急隊といろいろ交信するという管制台と呼んでいるんですが、あります。

それで、受付指令台というのは、119番を受けて、内容を聞いて、番地を聞いて、近くの救急隊を出すという仕事が主なものであります。これが、いわゆる部隊運用を司っている受付指令台。この救急管制台というのが、先ほど言いましたように46秒に1回ずつ部隊を出して、それぞれの地域の中で活動している救急隊をバックアップする、こういった内容であります。また詳しくは、そのときにご説明をします。

それから、救急隊指導医という先生が、365日24時間、ここに常駐していただいております。後ほどお話ししますが、メディカルコントロール協議会の中で、この指導医という先生方の位置づけもされてありまして、救急隊のそれぞれの活動について、患者さんの容態だとか症状に応じた指導・助言を行っていただくと、それからご承知のとおり、救急隊には救急救命士という資格保持者が乗っておりまして、心肺蘇生にかかわるような、もろもろの処置を行うときに、法律上の指示をいただいているということでもあります。

そのほかに、こういったシステムをバックアップするための監督台というのがあります。後ほど出てきますけれども、特に救急管制なんかの場合ですね、そのバックアップ

の中でなかなか病院が決まらん。それから、一刻も早く病院を探さなきゃならんというときには、この監督台を含めて、要するに、救急隊が救急隊だけで病院を探すのではなくて、ここの総合指令室と一緒に探す。マンパワーを確保するということであります。

ちなみに、マスコミの方もいらっしゃいますけれども、東京の救急というのはなかなか病院が決まらんというふうな、全国ワーストワンにされておりますが、結果的には、救急隊が独自に探しているのは、1病院、1病院を重ねていく。我々の場合には、あるシステム有的时候には、5人、6人が束となって病院を探す。当然のごとく病院は多くなると、こういうことであります。

これはですね、救急隊を出場させるときです。千代田区大手町一丁目3番5号に救急の要請が入ったときに、ここにありますように、おおむね8台ぐらい、これはシステム上、そのそばにいる、近い救急隊から上がってまいります。この場合には、日本橋の救急隊が最も近くで出られるということになっております。その日本橋救急隊を指定して、ここで出場指令を出す。こういうようなシステムがあるということです。

この救急隊の活動の状況というのは、先ほど言いましたように、46秒に1回でありますので、全体的に管理をするとき、先ほど言いましたようにバックアップをしなければいけませんので、出した救急隊が今どういう状態にいるのか、つまり、既に現場を出発しているとか、病院に着いたとか、現場に着いたとか、こういった単語で時間を表示してあらわしているということでもあります。

これは、先ほど近いところの救急隊というのは、昔は消防署だとか出張所に配置してありますので、定点的なところから出していたわけですがけれども、現在は動態管理というシステムで、その救急現場の近くにどの救急隊がいるのかということが、こういうシステム上、出てきます。そこの救急隊を使って、それを出すということでもあります。

いよいよこれが救急管制業務でコーディネーターとかかわるところでありますけれども。要は、救急隊の動態管理、それから、救急隊の連携による医療機関の選定・搬送・連絡、病院ですね。それから指導医との連絡、それから、事案というのはいろいろ複雑でありまして、単に病院との連絡だけで済むという事案ではなくて、福祉系の関係の方だとか、または警察との関係もありますので、出た救急隊がそれをこなしていくというのは、患者さんの処置をしながら何かをやるというのはなかなか難しい。救急隊は1隊当たり3名しかおりませんので、こういったこともすべてやります。そうした場合には、重点、この救急管制業務の中で後に出てきますけれども、ある事案の中で、特に急がなければならんとか、なかなか困難性があるという場合には、重点管制というのがあるんだということを、後ほどご説明します。

これは救急隊が現場に着きました。そして、自分で病院を探せる。つまり、よく言う軽症であるとか、または、ある程度の時間的余裕があるということについては、後に出てきますけれども、病院を探すシステムがありますので、救急隊が独自に部隊として探

す。しかしながら、特に心臓がとまっている、それから、なかなかやっぱり搬送先が見つからんというような事案については、先ほど言った救急管制の方が、この救急隊と連絡をとり合って、必要によって指導医の先生の助言を受けて、救急隊も探すし、この管制も探すということになります。

特に、先ほど心臓がとまった患者さんを重点管制とお話しましたが、少なくとも処置が多様で、いろんなことをしなければならんというときに、その3人の救急隊が病院を探すということは非常に大変なことでありますので、特に救命の措置を要する場合には、先駆的に、この救急管制の方が行って、病院を決めて、連絡をするということになります。

これは、病院を探すときの救命医療システムであります。これは先ほど出たシステムを作動させますと、これは何をあらわしているかという、千代田区大手町一丁目3番5号での救急現場から、救命センターがある病院を探し出したいというときに、このように実名入れてありますけれども、駿河台日大から始まりまして、その距離的に近い病院の一覧表が出てまいります。それで、ごらんのとおり、非常に単純な情報であります。診療ができる、手術はだめだ、男の人はベッドはあります、女の人はありませんと、こういう情報であります。こういったある程度瞬時の判断を要するような情報を病院の方から入れていただいて、その患者さんに適用する病院を探していくというようなシステムであります。もちろん、その内容については、この情報そのものから病院と再度連絡をとってやりとりをするということになります。

救急科というのは救命センターを指します。おおむね、この救急医療情報は、内科、外科、小児科を中心として、それぞれの医療機関が、こういうような科目について緊急の患者さんを受け入れるぞというようなことを申告していただいている情報であります。先生方ごらんになればわかるとおりの話であります。たしか、ここにも産科とか婦人科というものがございます。これは、先ほど来出ております周産期とは違った形で、一般的な救急の中で入れていただいている情報であります。こういった情報を探すことができます。

この情報というのは、先ほど言いましたように、救急隊がある患者さんの症状の中で時間的余裕がある場合には独自に探しますので、同じような、つまり車の中で見られるような、我々、車載端末と呼んでいますけれども、それを使うことになります。

先ほど来出ていたように、重点管制は、このように救急対応事案だとか、多数負傷者発生事案であるとか、選定困難事案というときには、救急隊に任せるのではなくて、総合指令室の救急管制台が救急隊になりかわってやる。もしくは一緒になってやるということでございます。

周産期ネットワークでありますけれども、東京消防庁の先ほどの総合指令室には、多摩も大手町も同じように、先ほどの医療情報システムとは別の形で置かせていただいて、情報を見られるようにできております。したがって、ちょっと後のやつを説明した方が

よろしいですね。

重点管制の奏功事例と挙げましたけれども、決して珍しい事案ではありません。救急隊が119番で自宅へ行ったら、いわゆる妊娠中の方がいて、そして、その方は、ご家族ともかかりつけへ搬送してくれと。既にかかりつけの病院もオーケーを出していると、しかしながら、実際に現場に行った救急隊員が、非常に意識が低下しているのが顕著であると、そこで、総合指令室にいる指導医の先生に、その相談をしたと、その結果、その先生が、いや、これはもっと近い、周産期のシステムを使ってやったらどうだということで、この周産期の総合センターと地域センターそれぞれに電話をしまして、そして、近くの、直近の周産期の母子医療センターの方に搬送することによって、結果的に救命ができたという事案であります。

したがって、このような形で、我々は一般救急と申し上げていいかわかりませんが、大体、東京消防庁管内で、自宅から119番をかけてくる方が、年間大体2,100件ぐらいあるんですね。こういったシステムを使いながらやらせていただいている、こういうような状況であります。

これはもう説明しなくてもいいと思うんですけども、今、私が申しましたように、一般通報というのは119番で、病院ではなくて自宅でそういうような患者さんが発生したときに、先ほどと同じように、救急隊のほかに総合救急管制台の方でネットワークと連絡をとらせていただいて、病院を決めております。そのほかに、症状によって指導医の先生の方からネットワーク以外のところでも探したらどうだというアドバイスがあった場合には、一緒に、先ほどの産科もしくは婦人科ですね。それから、そのほかにも、周産期には参加されておられませんけれども、NICUをお持ちの病院もありますので、そちらと連携をとらせていただいているということでもあります。

これは、転院であります。これは言うならば、病院の方からほかの病院へというご要望で出る通報であります。これも大体2,200件ぐらいありまして、その場合、今のルールはですね、他の病院に転院したいという病院の方が、この総合周産期のネットワークの中で転院先を決めていただいて、そして、救急車でその転院先に搬送すると、基本的にはこういうルールで今やらせていただいているということをお知らせさせていただきます。

以上であります。

岡井会長 ありがとうございます。

ただいま、現在の消防庁の患者搬送のシステム、あるいは実際のやり方等についてご説明ありましたが、有賀先生、補足で、今のシステムに関してのご説明、追加事項があれば、お願いします。

有賀副院長 では、せっかく昭和大学で岡井先生を中心に議論していた流れについての紙がありますので、これも使えば、今の話についてもっと理解が進むかもしれません。

これは、母体の搬送依頼についての受け入れの判断ということになってはいますが、ち

ようど中段の上の方に、A B C Dとあります。このBとかCとかというのは、産科の先生方、または新生児と一緒に診ておられる、そういうふうな局面におけるコアの話だと思います。ここら辺で、新生児の、何とかな、ちっちゃな子がいっぱい出てくるとい話がとても大変だという話になっているんだと思いますが。

今、救急部長が言われたのは、そういうふうな患者さんの搬送については、恐らく、この他産科病院・産科医院から、例えば昭和大学へ運んでほしいと。昭和大学とはこういう話ができるんだよと。そうなったときには、多分救急隊は、その産科医院に行くなり、または一般の家庭に行くなりして、昭和大学病院の方に、「今から運びますけれども、よろしゅうございますね」「聞いていますよね」ということを確認した後に運んでいくという話になるんだと思いますね。そのときに使われるのが、産科のネットワークについての情報システムだというふうなことなんだと思います。

実は今、問題になっているのは、そのAですよ。妊産褥婦救命が必要ということで、例えば脳出血だとか、それから心筋梗塞とか、場合によっては、おなかの手術とかですね。そういうふうなことがあった場合には、もちろん、従来からの産科のネットワークの中で、今の野口部長さんのご発表で言えば、その産科のネットワークの中で運んでくださいというふうな情報が来ても、もちろんいいわけです。そういうふうなことが今までも多分あったはずで、そういうようなことについては、いよいよ患者さんを受け持った産科の先生が、脳外科の先生と相談しながらやっていくというようなことでやってきたはずなんです。しかしAについて情報を体系化して、きちっと共有しようということになりますと、この119番通報は、従来的一般救急のシステムで使っている東京消防庁か多摩のセンターに、119番の通報が一般の方から入る。もちろん、病院から入ってもいいんですが。

それを受けた消防本部が、一般救急のルールに従って、患者さんの行き先を決めると。そのときに重点管制というふうな状況になってきますと、先ほど救命対応というのがありますが、あれは救命救急センターへの患者の搬送が必要だというふうな、一定の水準以上の難しさをその患者さんが示している場合には、そのようなルールがあります。救命対応ということであれば、これは重点管制と。重点管制となってきたときには、ここに、私たちのところの救命救急センターの方へ情報が来るわけです。そのときに、昭和大学の中では、瞬間的に産科の方と連絡をとりながら、とりあえず受けることは決めるということになりますので、「どうぞ運びなさい」というふうに言って、産科の先生には、「こういうのが来るからよろしくね」というようなことで、話が出発するということになるのであります。

だから、したがって、今、岡井先生のところと、それから、三つぐらいのところ、頑張りましょうという話が最初決まりましたけれども、頑張りましょうということは、特別な建物をもう一個建てるとい、そういう意味での頑張りましょうというわけではなくて、情報の整理整頓をしながら、限られた人材しかいませんので、負荷はかかりますけれど

も、工夫の世界でやっていこうというようなことになるのだと思います。

この東京消防庁からこっちへ入ってくる、特にAの部分で、東京消防庁にいる救急隊への指導・助言をするドクターが、この情報の推移を見守ることができる。その中で、場合によっては、やはりこういう選択の方がいいんじゃないかという助言をしているというようなことができる。これについては、ぜひ産科の先生方に、東京消防庁を見学されて、救急隊指導医があそこに座っていて、それで救急隊が重点管制という時には、パッとライトがつかますので、そこを押せば聞けるわけですね。やりとりしている話が。だから、そういうふうなことをぜひ見学していただきますと、野口部長さんのお話がよく理解できると思います。

病院をとにかく探せと言ったときに、例えば一気に5台以上の電話があっちこっちに向かって、バババッと行く。そしてオーケーが二つ以上の病院から出ても、最初にオーケーを出したところへ行くというようなことをしょっちゅうやっていますので、そういう意味での病院選定と運ぶという意味での機動力は、さすがに消防本部だなという、そういう感じであります。

追加です。

岡井会長 ありがとうございます。島崎先生、今のシステムのことでございますか。お願いします。

島崎教授 今、気になっておりますのは、一つは、例えば三つを決めたときに、他のまともな産科と、まともな救命センターを持っている病院が、「そちらへ任せてるんだからいいよ」というので非協力的な体制をとられると、非常にやばいですよね。地理的条件で母体が、この三つの病院からかなり離れていて、近くに三つ以外の救命センターがあるといったようなことがあり得ますので、その辺含めて慎重に運ばれた方がいいかなという気はします。

岡井会長 ありがとうございます。その件に関しましては、一応、少なくとも総合周産期母子医療センターには、これまでどおり、従来どおりやるということと、新体制を支援するということの確約を文書でいただいておりますので、それを実行していただくということと、軽症から何から全部あそこへ送ればみたいなことになってしまうと、パンクしちゃいますので、軽症は遠慮して、ほかのところという体制をとらないといけませんし、そういうことでやりたいと思います。作業部会で細かいことをしっかり議論したいと思いますが。

今の救急の方の搬送体制とか、あと、リンクですよ。周産期情報のネットワークと、今動いている消防庁での一般の救急情報とのリンクの点に関して質問等お願いします。

杉本部長 質問というよりも、見学させていただいて、やはり産科以外の領域の救急体制ということでは、非常にすぐれたシステムで、実際にうまく稼働しているのを目の当たりに見ますと、産科で特別な、そういうほかの科の偶発合併症ということのケースの場合には、やはり救命の時間を要するようときには、そのシステムをやはり利用し

た方が、はるかに効率的に受け入れ先を選定することができるだろうというふうに思います。

それで、島崎先生が、ちょっと危惧をされている、従来の総合周産期の役割の中では、やはり産科救急症ではっきり診断がついているものについては、やはり直近の総合周産期がまず対応ができるかどうかを診ていただいて、それで一つ目の直近のところできなければ、次の二つ目の選択として、先ほどの母体搬送を絶対受けるというところへ連絡していただくというような、診断がはっきり確定している場合には、そうした、むしろシステムをとった方が現実的ではないかなというふうに思っておりますので、今後作業部会で、そうした点をもう少し詰めていきたいと思えます。

中林委員 愛育病院の中林です。

これは、この前の私どもの班会議で、年間どのぐらいの重症妊婦が出るかということをやってみたところ、分娩数12万例に2325例でした日本全国では250人に1人が、この救命救急センターに行くような患者だったということなんです。ですから、東京都では、恐らく年間400件ほど出てくるはずなんです。ところが400件のうちの半分は、しかるべきセンターとか、大病院でお産されていますので、残りの半分の200例ぐらいが、恐らくこういった脳出血とか、早剥とか、産後大量出血とか、ショックとか、そういう、いわゆるICUが必要な疾患がそのぐらいあったわけですね。ですから、それらの疾患がそのまま、母体が救急だということで直接、3つの病院へ行くと大変なパニックになります。

一方、今言った3つの病院に関しては、24週とか26週とかいう超未熟児でも対応できる施設なんですね。一方、重症妊婦の2,000症例がどういう週数かと思って調べたら、平均33週前後なんですね。大体30週ぐらいから36週ぐらいで、常位胎盤早期剥離とか、そういうのは32週から34週が多いとか、産後出血で36週ぐらいの大量出血が多いだとか、そういう感じで、意外と妊娠の後半に結構多いのです。何も極少未熟児が扱える総合センターでなくても、例えば周産期センターでない日本医大だとか、救命救急の大変優秀なところとか、そういうところに行った方が救命率が高いんですけれども、一度、妊娠ということになると、救急病院に行かないで、どうしても産科の方に入ってきてしまう。その辺のトリアージをどのようにしていくかということが大切です。既にデータで、どういう症例がいくつあるというのが出ています。早剥が一番多いんですけどね。800ぐらい。それから、弛緩出血が300で、脳出血が200ぐらいでした。ただ死亡率は、脳出血が一番高くて、早剥が0.5%とか、弛緩出血が1%とかいうことで、死亡する率は少ないけれども発症率が高い疾患と、死亡率が高いけれども、まれな疾患があります。大体1年間のデータで2,000例ぐらいのデータがまとまっていますので、そういうデータの妊娠週数を見ながら、どういうふうにやっていくかを具体的に検討した方がいいんじゃないかと思えます。これらの症例を全部、3病院で扱ったら、やはりパニックになると思うんですね。

岡井会長 その点を検討する作業部会をつくらうということになっているんですが。

先生、400例は、これは自分の施設で扱っている症例も入っているわけですね。最初からハイリスクで、総合周産期に入院していた人とかが全部入っているの、私たち、過去のデータから計算してみると、搬送のシステムに乗ってくるのは90例と見込んでいます。

中林委員 かなり近いとは思うんですね。100例から200例ぐらい。多分それでいいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。ほかに野口さんに質問とかありませんか、委員の先生方から。よろしいですか。

そうすると、一つここで決めたいのは、可能であればリンクをさせていただくというようなことも含めて、消防庁の方のご協力をお願いできないかなということで、よろしいですか。それを第一希望にさせてもらって、そこで何か問題があればセカンドベストとして、どこかの周産期センターにこのネットワークの情報センターを置くと、コーディネーターもそこに置くという、それが二つ目の選択ということで、よろしいですか。

野口救急部長 きょうですね、私、こちらの方に出席させていただきましたけれども、先ほどから申しましたように、119番で、ご家庭で、周産期関係で大体2,100、それから、転院搬送で2,200というのが、我々の119番にかかっているんですね。したがって、どちらにしても、オール東京都として考えれば、当然我々としても、我々がお役に立つことであれば、当然のごとくやらなきゃいかんと思います。

ちょっとお話ししましたけれども、実はメディカルコントロールで、これからいろいろ検討されると思うんですが、うちでは、これが観察カードというんですね。我々救急隊というのは、勝手に活動しているわけではなくて、先生方から言うとプロトコルです。我々からすると、救急活動の活動基準というのがありまして、どういう患者さんについては、どういう緊急度を要するかというのを、この観察カードの中で見るようになっておりまして、これは非常にシンプルにつくってありますけれども、実はこれには、この背景には、メディカルコントロールの教育というのがあって、その中でやられています。

先だっても岡井先生たちが来られたときにお話ししたんですが、実は、今、救急車の中での、こういった妊婦さんの対応というのは、正直申しまして、まだまだ教育が足りていないと私は思っております。したがって、岡井先生の大学の講師の方に来ていただいたら、会場があふれんばかりの救急隊員が集まりまして、非常に盛況なんですね。ですから、ぜひそういうことで勉強させていただいて、やらせていただきたいなと思います。

以上です。

岡井会長 ありがとうございます。

ほかにご質問とかなければ。どうぞ、お願いします。

宮澤副院長 東京消防庁で相談事業をやっていると思うのですが。助産師とか小児科、あるいは内科の医師が交代で消防庁に待機していて、住民の病状によって救急受診の必要性を判断し受診の時期をアドバイスするという相談事業を今やっていますよね。その中に、産婦人科の医師が入ればいいのではないかと思うのですが。

助産師はいますよね、多分。これに、産婦人科の医師が相談事業、あるいはコーディネーターとして参画し消防庁に居ると、すごくスムーズに行くのではないかなという気がするのですが。その辺の検討をしていただければと思います。

岡井会長 今回の続きですけれども、コーディネーターの職種どうするかとかですね、どこまで機能を果たして、どういう役割を果たしてもらうのかとか、コーディネーターについても相当細かく議論することが残っているので、それに関しては、コーディネーターのことを検討する作業部会をつくりたいと思っています。部会の名前はまた考えるにして、そのときの委員長を楠田委員にお願いしたいと思っていますけれども、まず、その点から先にご了承いただいても、よろしいですか。ご意見があれば。

有賀副院長 そんなハイレベルな話じゃなくて、今ご発言のありましたところの電話の相談センターの件は、東京消防庁に 7119 でアクセスする、あれですよね、先生おっしゃったのは。あそこには、助産師の資格を持っている人は多分いないと思います。全部、看護師さんです。東京都医師会の事務所でカレンダーを作成して、僕ら大学の者もいますけれども、ドクターが、つまり開業されている先生も含めて、医師が1人と、それから看護師さんが、最初は2人、今は3人、恐らく4人、5人にならないといけないうのかもしれませんが。彼女らが、電話を受けているというような話になります。

ですから、ちょっと今先生がおっしゃったように、助産師さんだとか、産科に特化した、そういうふうな方たちがあそこにおいて相談を受けるということには、実はなっていません。ただ、プロトコールというか、相談の内容の中に、例えば不正出血とかですね、そういうふうな特殊な状況についても作成すればよい。例えば、頭痛もありますし胸痛もあります。いろんなものがありますけれども。その中にその手のものが入っていて、それでもってルールに従って聞いて、すぐ行きなさいとか、すぐこれから救急車がきますよとか、場合によっては、それだったら明日の朝ゆっくり来なさいというようなことをやっているというようなことになります。

今のコーディネーターの話とはちょっと少し違うと思います。

岡井会長 ありがとうございます。今のお話、ちょっと置いておきまして、コーディネーターに関する検討部会というか、作業部会をつくりたいということは、それもよろしゅうございますかね、ご承認いただいて。楠田先生に委員長をしていただくと。

これにもいろんな領域の先生に入っていただいて、救急の専門の先生にも入っていただくということで、楠田先生中心に委員をセレクトしてもらいたいと思います。

そうすると、その前に、コーディネーターの作業部会に対する注文等で、あるいはサジェスションとして言うておきたいとかがございましたら、ぜひ今、ご発言いただきた

いのですが。

前に、コーディネーターは、こうあるべきだとか、こうした方がいいとか、話がありましたね。大体そんなことでいいですか。お願いします。

宮澤副院長 前回、私出席できなかったんですけども、前回の議事録を見させていただいたところ、都立大塚病院でコーディネートの役割をしていたということなのですが、大塚病院の中に母子保健センターというのがございまして、そこに、別個に小児科と産科の先生が常駐して、コーディネートしていたということです。

岡井会長 大分昔の話ですね。

宮澤副院長 そうですね。昔の話ですね。前回その話が出たので。大塚病院自体がコーディネートしていたというわけではないので、ご参考までに。

岡井会長 わかりました。ほかに何か、この件に関してございますか。お願いします。

宇賀部会長 新生児科医の立場から、ちょっとコーディネートのやり方について、ちょっと一言注文しておきたいんですけども。産婦人科の救命救急に関しては、すぐにここに入れるというシステムがだんだんできてくるかもわからないんですけども、新生児の命を助けるという意味では、やはり、どういう状況ならば、有無を言わず、ある総合周産期センターに入れなきゃいけない。もう一刻も争って入れなきゃいけないという症例が、どういう状況というのが、あると思うんですね。

例えば、もう既に23週ぐらいの子どもが、もう、すぐそこで生まれそうになっているとか、それから早期剥離で、もう胎児の心拍が緊急に落ちているという場合は、やはり新生児を中心にした搬送システムというものをコーディネートしていただかないと、ちょっとこの表だけですと、ちょっとそこら辺が弱いかなというふうに思われますので、ぜひともお願いしたいと思います。

岡井会長 わかりました。今の、宇賀先生のお話は、チャートに書いてあるCというやつですよ。胎児・新生児救急の中で、特に、緊急度の高いものをどう扱うかということ。このコーディネーターを設けたときには、そういうこと考慮した、いい搬送先選定をやってもらいたいということですよね。その辺は、コーディネーターの作業部会の方で、よろしくご検討をお願いします。

ほかに。お願いします。どうぞ。

杉浦委員 今の宇賀先生の発言の補足になりますけれども、札幌市で新生児の搬送困難事例が発生しました。そこで、私ども新生児科の全国組織で各都道府県において同じようなことが起こるかという調査をしたところ、やはり10都道府県がそういうことが起こる可能性が極めて高いという回答をしています。

それが起こらないと言っている県の特徴をまとめると、一つは、割と早期に総合周産期医療センターに連絡が入って、それこそ第一通報の時点に入って、それで、総合周産期が選定をする。それに加えて新生児救急車が出動する県が多かったという特徴があります。ということで、そういうデータもありますので、ぜひ、この会は母体搬送で始ま

りましたけれども、新生児搬送も含めてご検討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。その点もぜひしっかりやっていきたいと思います。

どうぞ、お願いします。

杉本部長 コーディネーターの働きの中身の原則として、やはりブロック完結ということの、今までの部分は、やはり当然生きてくると思うんです。ですから、そこで受けられない症例を中央のコーディネートの方へ投げかけるというふうに、私はとらえているんですが、一応そういう原則でよろしいでしょうか。

岡井会長 いや、それはそっちがいいかどうかも含めて検討してもらいましょうかね。コーディネーターの問題だけじゃなくて、胎児新生児救急の方の搬送先選定のシステム、何がベストかということも含めて、そちらでやっていただきたいと思うんですけれども。

楠田委員 多分、今予測している数というのは、母体が1,300~1,500ぐらい、それから新生児がやっぱり800ぐらいあるので、2,300件ぐらい東京都だと情報がありますので、これをすべてコーディネーター、最初からというのは難しいというふうに考えます。私個人としては、やはり先生が言われるように、まず地域完結があって、その次のバックアップだというふうには思います。これはちょっと検討させていただきたいと思います。

それから、ちょっともう一つ新生児のことで、最後、搬送のことで追加で確認したいんですけれども。こういうコーディネーターも含め、そういう緊急例を間違いなく、安全に、しかも早くということになりますと、多少、先ほど言ったように、新生児搬送も重要な要素になると思うんですね。現在、新生児搬送というのは、基本的には、多くを都立八王子病院に依存しているんですね。あそこの新生児搬送救急車というのは、本当に出ずっぱりで、かなり負担がかかっておりますので、消防庁の部長、野口さんに少しお聞きしたいんですけれども。

現在、いわゆる重症の新生児を運ぶというのは、救急隊の、一般の場合にはあんまり依頼されることが少ないと思うんですね。今後こういう救命のためにある周産期センターに行った場合に、さらにそこから新生児を搬送するということが起こらないとも限らないので、そういうときには、また、消防庁の救急隊としても新生児搬送に対してより一層ご協力をお願いしたいと思いますので、ぜひそれも心置きいただければというふうに思います。

野口救急部長 多分先生がおっしゃっているのは、都立八王子小児のことですよね。それで、我々、実は保育器というものを持っているんです。現実に新生児の搬送というのが、これは大体転院なんですけれども、先生とか看護師さん同乗のもとに、現に今やっております。

それで、一つですね、これはメディカルコントロール委員会もさることながら、福祉保健局も後ほどご説明されるかもしれませんが、救急医療対策協議会の中で、結局、今の病院の収容がなかなかままならないという患者さんが発生したときに、どうするかとい

うことを考えたとき、東京ルールというのをつくりましたよね。それは、後ほどご説明されるんですよね。そのときに、我々の消防側の判断というのは、ちょっと言葉としては大変申しわけないけれども、戦略的にね、それをどう使っていくかという問題だと思うんですよ。今、先生おっしゃったように。

結論としては、むしろ肯定的な話です。つまり、ある病院で一時的にでもせよ、何か措置をしなければならぬ。それが結果的には、患者さんの救命につながるならば、それは当然やっていただきたい。しかしながら、その病院で完結しないという場合に、時間を置いて、ほかの病院に運ばなければならぬ。これは当然あり得る話ですよ。しかしながら、我々、実は救急隊が、今度は運ぶ側としていつも困っているのは、病院がどういうルールだかわかりませんが、自分の病院ですべて自己完結しないと受け入れてくれんということがあるわけですよ。これじゃあですね、せっかく東京の中にある病院という資産をうまく活用してないだろうと私思っていますので。

長く言っちゃいましたけれども、ぜひ、それは戦略的に我々もご協力したいと思しますので、よろしくをお願いします。

岡井会長 ありがとうございます。ほかに何かご意見。どうぞお願いします。

山村委員 日本助産師会東京都支部の山村です。

搬送を受けていただく側としては大変肩身が狭いんですけれども、ちょっと確認させていただきたいことがあります。

今の母体救命の施設が3施設挙げられたと思うんですけれども、地域的に偏りがあるような気がするんですね。多摩地区の方には全くないとなると、そちら側からもいっぱい来るわけですよ。年間90件という計算だと、1カ所、年間30件。ということは、月に三、四例は受けるということですよ。そうすると、結構、絶対に受けるわけですから、例えば今までに、私どもも助産師が日赤医療センターにかなり連携をお願いしていて、行っているんですけれども。たまたま同時に、脳出血事例と、例えば早産事例とか、早剥の疑いとかという場合に、どちらも受けていただければ、これは幸いなことなんですけれども、万が一、より救命を要する方を優先された場合は、その場合は、次の機関に紹介されるという形になるんでしょうか。私どもは直接、この三つの機関のどこかに直接お話、搬送の受け入れ要請をしていいのか。それとも、さっき言われた消防庁の方に直接ご連絡した方が早いのか、その辺をちょっと確認させていただきたいと思えます。

岡井会長 どちらに連絡するかも含めて、それから、非常に低頻度というか、可能性は少なくとも、本当の重症の症例が重なってしまうとなったときに、どう対応するか。これは全部、作業部会でもう一度きちっと整理してお話をさせていただきたいと思えます。

それから、多摩の方は、東京の中心部まで来るのは遠いので、先ほど杉本先生が言われたみたいに、診断確定していれば、こっちよりも近いところで受けてもらえるということも、そのシステムの中に入れ込んでいくような格好にもなると思えます。

それからもう一つ、多摩の方は、このままでは、今この体制というのは、もう本当に現在で臨時に緊急措置としてやっている対応であって、多摩にはしっかりしたセンターをつくっていただきたいと、今、府中の病院の計画が進んでいますから、それはぜひお願いしたいところであります。

山村委員 ありがとうございます。

それからもう一点、コーディネーターのメンバーですが、この中には、医師、小児科医、それから助産師も入るのでしょうか。ぜひ、活用していただきたいと思っています。岡井会長 助産師も候補の中に、これから検討する職種としての候補に挙がっております。

山村委員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

中林委員 コーディネートする人の立場ということ、ある程度公的に支えられるような方がいいと思うんですね。例えば、大阪のように、先輩たちがアルバイト、ボランティア的にやるというよりは、やっぱり、都なり、公的な病院に勤めている人が、しかるべく権限を持ってここにしなければいけないというふうに言っていたかかないと、なかなかまとまりづらいということが一つです。

それから、今までは当然、母体搬送の方が新生児搬送よりもベターだということで、母体搬送をしているわけですが、今度は、都内の日赤とか昭和大に関しては、受けたら、その中の安定した人を新生児搬送せざるを得なくなると思うんですね、多分。そうした場合に、それぞれの施設の新生児の先生方が、そういう新生児搬送に関して、多摩の方はそうやっているわけですが、東京で、そういうことをするような準備をしないといけないかと思うんですが。

多分、体重1,500g前後の子どもを、安定していけば、他のセンターへ移すというようなことになるわけですね。そうすると、お母さん方は、自分が今までいたのに、急に遠いところへ赤ちゃんが行かれて困るとか、いろいろなクレームも来るので、この辺はやっぱり基本的には地域完結型をやりながら、いかに遠くなる人を少なくすることが、実質的には大切になります。新生児搬送をできるだけ少なくする、先生方の施設が少なくすることがやっぱり大切だと思うんですけども。その辺を新生児科の先生方は、おおむね了解していただいているんですか。

楠田委員 ちょっと途中でも申し上げたんですけども、今回のこういう母体救命に関しましては、やはりNICUの病床が、いわゆるリミッティング・ファクター、隘路になるというのは、我々としては当然避けなければいけないので、その意味で、こういうシステムに関しては、先ほど申し上げたように、全面的に協力すると。

ただ、先生言われましたように、そうすると、新生児の、いわゆるいろんな権利をそうすると奪ってしまっているのかと。そうはいきませんので、我々としては、このシステムの中で、やはり最大限、新生児がやはり無事に救命でき、大きくなるようにしたいので、そういう意味では、先生言われた、この新生児搬送に対する準備体制を我々整え

ないといけないと思いますので。その中の一つが新生児搬送ということで、救急車も含めた搬送体制ですので、それは、新生児部会の宇賀先生もいらっしゃいますので、いわゆる新生児を今後どういうふうに、必要に応じて搬送するか。それは緊急の場合もありますでしょうし、先生の言われた、いわゆるバクトランスファーと言われるものもあると思いますので、それは我々の方で当然検討して、このシステムの一部歯車として十分回るようにしていきたいと思います。

中林委員 その方向であれば、ぜひよろしくをお願いします。

岡井会長 ほかにご意見等ございますか。お願いします。

町田委員 コーディネーターと、ちょっと広い意味で関連してくるかと思うんですが、このブロック分けなんですけれども、これに手をつける、先生、お考えはあるんでしょうか。これは、かなり重要なことだと思っているんですけれども。

岡井会長 それは、次の段階で、今やっていることをまずきちっと整理して、スタートさせて、その後もう一度、ブロックの再編は考えております。今のだと、総合周産期センター一つ一つが責任を持つ分娩数が大分違うんですね。数に大きく開きがあるので。それをもう少し調整して、負担を均一にするようにできないかということは、今はすぐ手をつけませんが、将来的には考えています。

町田委員 今、東京都内では、厳密にお産やっているのは196施設なんです。それは非常に分布と申しますか、これはわかっていますので、それに、状況に合ったようなブロック分けが一番よろしいんじゃないかというのが考えられます。

岡井会長 ありがとうございます。ほかに、よろしいですか。

そうすると、母体救命対応周産期センターの体制をきちっと機能させるために大事なものは幾つかありますが、その搬送元になる、そこに患者さんを送ってくる2次施設、1次施設のご協力が、大変重要になってくるんですね。作業部会で、どういう患者さんを送ってほしいということも整理したガイドライン等つくりますが、そういうことに関しての周知と申しますか、その地域の先生方に理解してもらう機会をきちっとつくっていかないといけないんですが、その件に関しましては、ぜひ医会の町田会長、医師会の大橋先生にご協力をお願いしたいと思いますので、ご発言いただければと思います。

大橋委員 出席させていただいているんですが、なかなか話が、我々のところよりも上の方の話ばかりなので、発言する機会がございませんが。

今、会長おっしゃったように、これが動き出しますと、やはり1次施設がその辺のことをよく理解をしておくということが非常に大事で、そうでないと、せっかくシステムができていても、1カ所に負担がかかってパンクするということになりますので、その辺は十分に協力をさせていただきたいと思っております。

岡井会長 ありがとうございます。それでは、きょうの二つのメインの議題については、ここで一応クローズしたいと思いますが、ほかに、それに追加発言がありますか。よろしゅうございますか。

それでは、その他のことで議事として挙がっていることについて、事務局の方からご説明いただけますか。

事務局 それでは残り、事務局から事務的な報告事項を3点ほどお伝えしたいと思います。

まず1点目、資料の5になりますけれども、たしか、夏の第1回の協議会でご相談、一度申し上げていたのですが、これまでこちらでファクスで情報集約して、ファクスで提供してきた多胎情報、厳密に言うと品胎異常の情報ということになりますが、こちらにつきまして、周産期の情報システムに載せて、直接入力していただいた方が便利ではないかということで、準備が整いまして、12月19日からそういった表示がされるようになります。ただ、まだ入力の仕方ですとか、そういったものについて全然周知をしておりませんので、それにつきましては、取り急ぎマニュアルを各周産期センターにお送りしたいというふうには思っております。またゆっくりご説明する機会、産科部会、新生児部会等でできればと思っておりますが、先に立ち上げて、走っているということです。

内容といたしましては、多胎情報と、あと、病院間の連絡事項ですね。例えば今、うち工事中なんで、受け入れはちょっとできていませんですとか、そういったコメントを入れるようなことも設けましたので、お知らせ欄というのができましたので、そちらも、どういった場合を載せるかというような整理も必要ですが、ご活用いただきたいというふうに考えております。

それから、2点目といたしまして、資料はございませんけれども、現在の町田市民病院が10月から周産期センターというか、まだ認定はしていないんですが、センターを開設しまして、11月からNICUの認定を6床取って、活動していただいております。こちらにつきまして、できるだけ早期に、地域周産期センターとして認定していきたいというふうに思って、今回できればかけたいというふうに思っていたんですが、ちょっとまだ調整が整ってありませんので今回の周産期協議会にはかけられなかったんですけども、多摩地域で貴重な増床ということもございますので、早期に、ちょっと準備が整い次第こちらにお諮りしたいと思いますので、もし、来月、周産期医療協議会を開く機会がなければ、持ち回りという形であっても協議をお願いしたいと思っておりますので、そういったことになりましたら、ご協力をお願いしたいというふうに思います。

それから、3点目につきましては、資料6になりますが、毎年各総合周産期センターに持ち回りをお願いしてます、東京都周産期医療関係者研修会、昨年度は女子医大さんをお願いをいたしまして、今年度、東邦大学さんをお願いをしております。こちらは、昨年度に引き続きまして、先生のご要望で、新生児の蘇生法を引き続きやった方がいいというようなご意見いただきましたので、2日間、新生児の蘇生法の一次コースをやっていただくことになりました。日程が2月7日・8日ということで準備をお願いしておりますので、この場をおかりしまして周知させていただきたいと思っております。

事務局からの報告は以上3点でございます。

岡井会長 ありがとうございます。そうしますと、きょうの予定の議事は、これで終わりになりますが、追加等ございましたらお願いします。

田中委員 資料6を補足させていただきます。この発言は、日本産婦人科医会ではなくて、東邦大学大森病院としてのものですが、ここにはたまたま、東京消防庁あてのものがありますが、都内の産科標榜医療施設には全部出しております。それで今回は、大体この土曜日2班、日曜日1班で、162名を予定しております。ぜひ今回、消防庁、救命士の方、多分初めてかなということですが、多数の参加を希望しています。

今後も総合周産期として、毎年これほどここが行わなければいけない義務がございますので、ぜひ東京消防庁救急救命士の方を必ずこの講習に参加できますように今後やっていただきたいというのは、私の希望であります。私が救急救命士のその授業の中で分娩の実際の実習とかを笹塚でやらせていただいておりますが、何しろ、救急車に乗っている器具が、ほとんど何も使えないものなんですね。

ですから、ここで補足していただきたいのは、先ほどもちょっと話ございましたが、ある診療所、もしくは近くの家で分娩した、そこで何か異常があったとかとなると、近くのどこか医療機関で初期手当でもやっていただきたいような状況が多分あると思うんです。それでなおかつ、さらに高次医療機関に運ぶという、そういうシステムも、僕は必要なのかなと。何しろ何も無いんですね。あの中でできるのは、もう口でちゅーちゅー吸う、吸引だけです。臍帯のクリップもちょっとあるぐらいで、ほかに何かないのって言ったら、何もないと。この状況で何か処置しろというのは、非常に難しいんですね。

ですから、その辺の法的整備も今後必要になってくるかもしれませんが、ぜひ、これはシステムと、あとは法律の問題も絡んでいきますので、ぜひいろいろご検討、特にきょうは有賀先生とか救急の方がいらっしゃいますので、ぜひその辺もよろしく願いいたします。

以上、補足です。

岡井会長 ありがとうございます。また、宿題がふえたような気がしますが、順序立てて少しずつ解決させていきたいと思っております。

ほかに、何かございますか。

杉浦委員 今の田中先生のご発言ですけれども、札幌市の事例が（表に）出る前に、ある県で、腹痛で呼ばれて救急隊が出動したところ、25週の赤ちゃんが生まれていて、それで、たまたま救急隊の方が新生児蘇生法を習っていらっしゃって、蘇生して連れて帰られたという事例もあります。ですので、ぜひ救急隊の方の間で広げていただければと思います。以上は私からのお願いでもあります。

岡井会長 ありがとうございます。それでは、本日の議題、全部終了させていただきます。終わりにしたいんですが、お忙しい中、最後までご在席いただきました副知事、もしも何かございましたら、最後に締め言葉をいただければと思います。

猪瀬副知事 皆さん、それぞれ現場で大変ご苦労なさっていて、どこか多分うまくシステムが機能する、何かの一本、それを入れれば、何かつながるようなところがあるという、その謎の解明みたいなのが一番難しいんでしょうね。そういうことで今お話聞いていて、少しずつ何か結論に近づいてきそうな感じが少し見えてきていて、ほっとしているところでなんですけれども。

あと、それから、皆さん、それぞれ、うちのデータによれば、うちのデータによればというふうな、データが共有されているのをベースにしていくとよろしいかなというふうに思ったんですけれども。

どうもご苦労さまでした。

岡井会長 ありがとうございます。データは共有しているんです。ただ、こっちのデータから物を言うと、あっちのデータから物を言うと、という話で、ちょっと分かれてますが。両方とも知っています。すみません。ありがとうございました。

それでは、この会は終わりにさせていただきます。次のことに関しては、また改めてご連絡ということで、よろしいですか。ありがとうございました。

(閉会 午後9時02分)