

東京都周産期医療協議会

<平成20年度第2回協議会のまとめ>

I. 搬送先の選定に時間を要し、患者さんが頭蓋内出血で亡くなられた事例の検討

1. 施設への聞き取り調査

受け入れできなかった理由（重複あり）

NICU 満床	3 施設
MFICU 満床	2 施設
医師が対応できない状況	2 施設
脳外科医が当直していない	1 施設
感染症対応が不能	1 施設

2. 搬送先選定に時間が掛かる原因

①各ブロック毎に責任施設を決めているが、その施設のベッドが満床等の場合は他のブロックも含めて受け入れ可能施設を探すシステムになっている。
(他になれば最終的に当責任施設で受け入れる)

②総合周産期センターの負担が増しつつあり、十分な機能を果たす余裕のない状況が日常化している。

- ・分娩を取り扱う施設が減少し、周産期センターの正常分娩が増加
- ・搬送依頼数の増加(ハイリスク症例の増加、軽症例の搬送依頼の増加)
- ・現場の担当医師(当直医)の負担が大きく、疲弊し離脱する者が出ている

③NICUのベッドが不足している。

- ・10年前の見積もりより需要が高まっている
- ・新生児担当医、看護師も不足している

④母体救急受け入れ体制の整備が遅れている。

- ・周産期医療体制の整備は搬送事例の80~90%を占める胎児・新生児救急を中心に行われてきた。
- ・妊婦の救命救急に際しては胎児・新生児の緊急対応も必要であり、産科医、新生児医、救急医、関連各科の医師が揃っていなければならないが、現状では常時これに対応できる施設は限られる。

⑤搬送先の選定を総合周産期センターの医師が行っている。

- ・情報のセンター化がされていない
- ・一般救急と周産期救急の情報が統合されていない

II. 周産期救急、特に母体救急の体制整備に向けての対策

周産期救急医療体制の整備にあたっては、関連領域の医師不足の解消、救急医療施設の規模の拡大、施設配置の適正化が最重要課題であるが、これらを短期間で達成することは難しく、長期的視野に立った政策を立案しなければならない。今回の協議会では、現状で実現可能な対策として、救急搬送システムの改良について検討した。

1. ブロック内での完結を目指すか？

- ・ブロック内完結方式(ベッドが満床や当直医が別症例の治療に当たっている状況でも、他のブロックの受け入れ可能施設を探索せず、責任施設で搬送を受け入れる)には以下のメリットとデメリットが存在する。

メリット : 搬送先を探す時間が短縮される。

デメリット : 最善の診療が提供できない可能性がある。

総合周産期センターの負担が増加する。

- ・症例の病態と重症度により必要性が異なる。
- ・現実に対応できない施設もあり、更につめた審議が必要。

2. 都立墨東病院への当面の支援

- ・墨東病院は当直体制の強化を図ったが、人員不足のため産科医師一人当直の日をなくすことができない。
- ・総合周産期センターの指定をはずすことは地域の一次・二次施設及び住民のためにならないことから、できる範囲でセンターの役割を果たして頂くこととする。
- ・産科当直医一日体制の日は、他の総合周産期センターが輪番で責任施設を担当する。但し、多摩地域担当の杏林大学は現在でも負担が大きいため輪番施設から除外する。

<第3回協議会の検討事項>

1. ブロック内完結方式の是非の検討
2. 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の検討
3. 情報のセンター化
搬送コーディネーター、一般救急と周産期救急の情報、正確な患者情報の伝達等
4. ブロック再編成の必要性の検討
特に多摩ブロックと東部・東北部ブロックの強化について
5. 搬送先選定に時間を要した事例の報告制度の検討
6. 協議会決定事項の地域への周知の徹底策の検討