

平成20年度第2回 東京都周産期医療協議会

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

(開会 午後2時38分)

岡井会長 それでは、定刻を少し過ぎましたが、知事がお見えになりましたので、平成20年度第2回周産期医療協議会を始めさせていただきます。

本日はいつもの協議会のメンバーに加えまして、総合周産期センターの代表の先生方にも出席していただいております。皆様方にはお忙しいところ、また、急な会議の出席要請にもかかわらず、本日出席いただきましてありがとうございます。

周産期医療協議会の本来の日程を早めまして、今日ここで行うことになりました経緯につきましても、皆様方ご推察のことかと思っておりますが、先日、都内で救急搬送が必要な患者さんの搬送先を探すのに時間を要し、そのケースでは患者さんが亡くられるという大変残念で悲しい出来事が起こりました。

それを受けまして、協議会でも早く会議を開催したいと思っておりましたところ、石原知事の方から協議会に東京都の周産期医療体制の改善に向けて検討を早急にしてほしいという要請がございまして、本日のこの会の開催に至った次第でございます。

このようなケースを減らしていく、あるいは根絶するためには、その根源にある問題を解決しなければいけません。それは産科・小児科の医師不足、中でも、救急の診療に当たる医師の絶対数が不足していることが挙げられます。また、さらに言えば、日本の救急体制、救急施設の規模の問題、またその配置の問題等々、そこまでやっていかなければ根本解決にはなりません。現状、今ある中で、少しでもそういう体制をよくするために、私たちが今まで考えてきたシステムに改良を加えることができればその点を改良していきたいし、今やれる中でできるだけことはやっていきたいということで、今日はそのことを中心に、皆さんにご審議願いたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、開催に当たりまして、石原知事の方からごあいさつをいただきたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。

石原知事 岡井会長を初め、皆さん急遽お集まりいただきましてありがとうございます。お聞き及びのように、先般、墨東病院でああいう出来事が発生しました。

ただ、私も素人ですけれども、出産というのは女性にとっても非常に難事で、昔から「案ずるより産むが易し」と言われるくらいですが、実は大変な女性の作業だと思っておりますが、それに脳出血という非常に重大な事態が合わさって、ああいう結果になったというのは誠に残念でございまして、関係者に本当に、家族の方々にも心からお悼み申し上げます。

その後、厚生労働省の担当大臣といろいろ応酬があったのですが、これは国なり、あるいは都なりがプロパーで解決できるものではございませんで、やはり、いろいろな、大きなバックグラウンドがあって、それが複合的・重層的に重なって、こういう事態になったと思っております。

特に、産科あるいは小児科のお医者さんが少ない、なり手がない、努力しても報いられないという状況がさまざまあるようでありまして、その他この他、医療費というもの

がかさんでいくので、あるいは、やはり文部科学省のイニシアチブでしょうか、とにかく医学生というのを減らそうというふうな指導もあったわけで、そういったことまで、非常に重層的・複合的に重なってこの事態を生み出したと思うのですが。

都は、都なりにできることの措置も発表いたしましたけれども、これは決して東京都プロパーで解決できる問題ではございません。これは、やはり国家全体の問題だと思えますけれども、同時に東京は東京なりにできることもあると思えますし、また、そのためにも先生方のご意見をお借りして、できるだけ手早く結果としていい状態になるような努力をしたいと思えます。

一方、やはり私も長いこと国会議員をしておりましたけれども、低福祉、低負担、高福祉で高負担というのは世界の常識でありますけれども、どうも日本の状況を見ますと高福祉、低負担というのがまかり通っていて、これはやはり財政的にもいろいろな問題が国家に生じてくると思えますし、そういったはずみが重なって重なって、今日の事態を生んだと思えますが、ひとつ、この機会に先生方から忌憚のないご意見をいただきまして、都なりにできることをやっていこうと思えますので、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

岡井会長 どうもありがとうございました。

それでは、会議を始めたいと思えます。事務の方からお願いします。

室井課長 それでは知事が退室されますので。

岡井会長 それでは申し訳ありません、カメラの方はご退席願いますようお願いいたします。

(石原都知事・カメラ 退室)

岡井会長 それでは、時間も15分ほど経ちましたので、早速議案に入りたいと思えますが、まず、今回の都立墨東病院のケースに関しまして、東京都が厚生労働省と一緒に調査をしてくれましたので、その結果をまず報告していただきたいと思えます。

室井課長 その前に委員の出席につきましてご確認、ご説明させていただきたいと思えます。

本日は、通常の協議会委員と産科・新生児科部会長に加えまして、総合周産期母子医療センターの産科の代表、都立墨東病院の院長、都立大塚病院の副院長にご出席をお願いしております。

なお、有馬委員と宇賀新生児部会長からはご欠席のご連絡をいただいております。

ご出席の委員の紹介につきましては名簿をお配りしておりますので割愛させていただきます。

資料につきましては、資料1から6までとなっておりますので、ご確認いただきたいと思います。また、参考資料として、資料1から資料3まで添付してございますので、ご確認いただければと思えます。

では、本日の終了予定は、おおむね16時半までを予定しておりますのでよろしくお

願いたいします。

それから、本事案の説明に先立ちまして一言申し上げたいと思います。

本日、新聞あるいはテレビのニュース等で多摩の妊婦の搬送事案がかなり報道されております。東京都といたしましては、まだ詳細を把握しておりませんで、現在調査中でございます。この調査結果につきましては、まとめ次第、本協議会に報告をさせていただきますまして、ご審議いただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、資料の説明にまいりたいと思います。

こちらの資料の2番、「母体搬送事案に関する経過について」というもので、事案の内容についてご説明させていただきたいと思います。

事案発生日でございますが、平成20年10月4日土曜の19時ごろでございます。

事案の経過でございますが、江東区でございます地元産婦人科によりますと、ここにかかっている患者さんの転院搬送に関しまして、19時ごろから都立墨東病院を含めて8医療機関に連絡を行った。しかしながら、受入可能な病院が見つからずに墨東病院に再度の要請をしたということでございます。

その後の墨東病院における対応は以下のとおりでございますまして、19時ごろ地元の産婦人科医師から「母体搬送の受入れ可否」の問い合わせがございました。当直の医師が「土日は基本的には母体搬送を受け入れていない」という回答をし、他の周産期センターに依頼した方が迅速かつ適切に対応できるとの判断から、受入れ可能な医療機関名を伝達したところでございます。

19時45分頃、再度、地元産婦人科医師より母体搬送依頼がございました。そのときは他医療機関の受入れが困難だったと聞いたこと、それから、下痢、嘔吐、頭痛等の症状が増悪している状況であるということで、当直の医師がバックアップの産科部長に緊急登院を要請しております。

20時頃、地元産婦人科へ母体搬送受入れ可能と連絡をしております。

20時18分、救急車で墨東病院に到着しております。救急車内で患者さんの意識レベルが急激に低下したということでございます。

20時30分頃、脳卒中が疑われたため、脳外科の当直医が対応。

21時41分、帝王切開術により児娩出、児のレスキューを行っております。そちらは児の救命のため、ご家族の同意を得て母親に先行して実施したということでございます。

22時24分、頭部の血腫除去手術を開始いたしまして、10月5日の午前1時28分に終了しております。

しかしながら、10月7日(火)20時31分、残念ながら死亡されました。死因は脳出血ということでございました。

続きまして、ページをめくっていただきますと、今回の母体搬送事案に係る医療機関への調査についての資料がございます。

今回につきましては、福祉保健局が、厚生労働省と総務省消防庁と合同で各医療機関を訪問いたしまして、聞き取りを行ったところでございます。

対象医療機関につきましては、こちらに書いてございますが、かかりつけ産婦人科医院及び都立墨東病院から搬送依頼を行ったが受け入れができないと回答した医療機関8施設でございます。名前はここに書いてあるとおりでございます。それとかかりつけ産婦人科医院でございます。

実施期間につきましては、平成20年10月24日から31日までの間に行いました。主な聞き取り内容につきましては、当事案に関する経緯、母体搬送の受入体制、その他周産期医療体制等に関する意見というようなことをお聞きしたところでございます。

2ページ、次のページをおめくりいただきまして、調査結果でございます。

まず、依頼内容等についてということで、(1)でございますが、各医療機関においては、基本的に搬送依頼があった場合、当直日誌等に記録を残すようにしておりますが、医師が患者対応等を行いながら記録しておりますので要点のみの記載となっております。このため、今回聞き取り調査をしましたが、搬送依頼の詳細なやりとりにつきましては当直医等の記憶によるところが大きかったという状況でございました。

アのかかりつけ産婦人科医院から聞き取った内容ですが、まず、下痢、嘔吐、頭痛の症状がある患者の受け入れを各医療機関に依頼した。患者が激しい頭痛を訴えていること及び妊娠の問題でないということを伝えたということでございます。

それから、当直の医師2名が患者の処置をしながら、搬送先の選定に当たったということでございます。

なお、先ほども少し申し上げましたが、墨東病院に搬送中に患者の意識レベルが急速に低下したということでした。

それから、イの依頼先の各医療機関からの聞き取り内容でございます。かかりつけ産婦人科医院から搬送依頼を受けました医療機関につきましては、このかかりつけ医からの電話の中で妊娠週数、頭痛、嘔吐、下痢等の症状を聴取したことが確認できました。ただし、頭痛に関する切迫性の認識につきましては医療機関によって異なっていたということがわかりました。

それから、(2)搬送依頼への対応等についてでございます。受け入れができなかった理由につきましては、ここに書いてあるとおりでございますが、都立墨東病院につきましては、当日は1人当直であったこと等ということでございます。

日赤医療センターにつきましては本案件の約1時間前に救急患者を受け入れ、M F I C Uが満床であったということでございます。

日大板橋につきましては、本案件については記録は確認できなかったということでしたが、当日は他の搬送依頼についてN I C U満床のため受け入れできないという状況であったということございました。

それから、慶應大学につきましては、感染症を疑いました。それで個室を探しました

が満床だったということです。2人部屋は空いておりましたのでシステム上は「 」と  
いうことでもございました。

それから、順天堂医院につきましては産科・婦人科病床が満床ということでした。シ  
ステム上も産科空床「×」ということでもございました。当直医が2人とも分娩対応中と  
いうことでもございました。

それから、慈恵医大につきましてはNICUが満床でもございました。その上、NIC  
Uでの管理が必要な未熟児の出生待機中であったということでもございます。

それから、慈恵青戸病院でもございますが、この病院は周産期センターではございま  
せんので、NICUを設置していないということでもございます。そして、脳外科医の当  
直日でもなかったということでもございました。

それから、最後、墨東病院から連絡が行きました東京大学病院でもございますが、NIC  
Uが満床ということでもございました。

ページをめくっていただきまして、イの周産期医療情報システムの表示との関係でござ  
いませうが、都立墨東病院がかりつけの医院に対して、周産期医療情報システムの情  
報を見て「受け入れ可能」として紹介した医療機関においては、周産期医療情報システ  
ム上、産科空床は「 」となっておりますが、受け入れができなかった理由は、産科  
満床ということではなくて「NICU満床」であるとか、「MFICU満床」、「個室  
満床」ということでもございました。

各医療機関の当日の当直体制につきましては、都立墨東病院が1名、それから、その  
他の医療機関、慈恵青戸病院ですが、こちらも1名、それ以外は2名もしくは3名とい  
うことでもございます。

続きまして、母体搬送の受入体制でもございます。調査対象の医療機関はいずれも妊婦  
の搬送依頼は原則として産科で受け、合併症等で他科との連携が必要な場合は産科の医  
師がNICU、麻酔科医等に連絡をし、速やかに連携をとる体制を整えていると回答を  
しているところでございます。

本事案において、都立墨東病院におきましても、産科当直医がNICUに受け入れ可  
能か確認をし、バックアップの産科医師に緊急登院を要請して、受け入れを決定した。

また、患者到着後、緊急コールを行い、1分程度で救命救急センターの複数の医師が  
駆けつけ、気管内挿管等の処置を実施した。10分程度で脳外科当直医が対応し、院内  
各科が連携して処置に当たったということを確認しております。

それから、3番目でもございますが、聞き取り調査の中で当周産期医療体制に関するさ  
まざまなご意見を頂戴しておりますので、ここに整理をしております。

まず、(1)周産期母子医療センターについてでもございますが、周産期母子医療セン  
ターを設置する病院により、対応できる領域はそれぞれ異なることから、各病院の機能  
を明確にし、それを周知し、また、評価するべきであるというご意見です。

それから、分娩を取りやめる病院が多い中、周産期母子医療センターに正常分娩から

ハイリスクまで、分娩が集中しているという実態があるということ。

それから、ハイリスク妊娠の割合が上がっておりまして、病院やクリニックが、少しでもリスクがある妊婦を周産期母子医療センターに紹介してくるという状況がありますというお話もございました。

それから、周産期母子医療センターが機能を確保するために、正常分娩を制限するなどしてハイリスク妊産婦を受け入れる機能を確保する必要があるというご意見がありました。

それから、救急患者の受け入れのために、空床を確保して病床稼働率が低くなっても経営的に成り立つような支援が必要であるということのご意見がございました。

(2)の母体の救命救急医療についてでございます。周産期医療の整備は、未熟児医療への対応から始まった経緯があり、すべての総合周産期母子医療センターにおいて母体救命の体制が充分整えられているというわけではないということでございます。救命救急センターや脳外科、循環器内科・外科等を備えた施設で必ず受け入れられる仕組みを検討すべきであるというご意見もございました。

(3)NICU病床についてでございます。NICUの稼働率が非常に高い状況にある。NICU満床により、母体搬送の受け入れができないということが多いということございました。それから、新生児の医療機関等で新生児を診られる小児科医、看護師が不足しておりまして、NICU増床ということも簡単にはいきませんというご意見もありました。

それから、(4)搬送調整についてでございます。患者さんを抱えている搬送元の医療機関で搬送先を探すのは負担が大きい。搬送調整を専任で行うコーディネーターが必要であるというご意見。それから、総合周産期母子医療センターにおける患者の症状に応じた搬送の振り分け、現在行われておりますそういった機能は非常に重要でございますが、一方で、総合周産期センターが搬送先を探すのは、そのセンターの医師の過重な負担になっているというご意見もありました。

それから、依頼元と依頼先が互いに患者の症状等を同じレベルで共有するために、搬送を依頼する段階におきましてFAXによる診療情報の伝達などが必要ではないかというご意見がございました。それから搬送調整や情報交換等に使用する「ホットライン」の設置が必要ではないかというご意見もございました。

その他の医師確保等につきまして、いろいろとご意見をいただいております。これは長くなりますので、割愛させていただきます。

引き続きまして資料4をご覧いただきたいと思います。「東京緊急対策」という冊子をご用意しております。これは抜粋でございますが、10月31日に発表したものでございます。

緊急時の経済対策等といったところでございますが、東京都におきましても経済不安等を解決して、都として取り組んでいく必要があるという考え方をとりまとめたもので

ございます。雇用対策から中小企業対策、インフラ整備等も含めまして総合的な対策となっているものでございます。

2枚めくっていただいたところに、周産期医療対策について記載がございます。これは、あくまでもとり急ぎ実施する必要があると考えたものでございます。予算措置を伴う対策でございまして、補正予算に対応するために緊急的に実施を決めたものでございますので、ご理解をいただきたいと思っております。

こちらの内容でございますが、周産期医療緊急対策の「対策の概要」の内容をごらんいただきたいと思っております。真ん中より少し上でございますが、まず、本日、緊急に東京都周産期医療協議会を開催するというを書いております。

続きまして、国に対して産科・小児科医師の確保などについて緊急提案をしていきますというを書いております。本日の会議につきましては、今回の事案等からいろいろ出てくる課題ですとか、具体的な改善策等々につきましてもご検討いただきたいという考えでございましたが、その中で、国に対しての提案と要望をしていかなければいけない、そういうものもあると思っております。

ぜひ、そういったところも、このあとのご議論で出していただけると、それを、また東京都としての緊急提案に反映させていくことを考えております。

続きまして、都立病院における緊急対策につきましては、病院経営本部の谷田課長の方からご説明をいたします。

岡井会長 墨東病院の個別の問題は後にさせていただきますので、概要だけ、この対策をお話ししていただいたら、一番大事な対策、この周産期医療協議会で搬送のシステムを改良する、そのためにはどうするかという議論を早くしたいのです。その説明で時間を使ってしまうと実質的な審議ができなくなるので。

室井課長 それでは、こちらに書いてあるとおりでございますが、簡単にご説明いたします。都立病院の緊急対策ということで、医療体制を充実していく。地域のお医者さんの協力を得ていく。それから、受入れ・紹介機能の充実を図るために、助産師等のコーディネーターを配置するというでございます。

それから、産科医師確保対策ということで、医療クレークの配置、それから院内保育所の充実を行っております。

それから、地域で支える周産期医療体制の構築ということでございます。周産期母子医療センター機能の確保ということでございまして、搬送調整業務の支援をする看護師を配置した場合の補助を行うということですか、産科医のオンコール体制を整備してもらうために、これも支援をしていくとか、それからNICUの後方病床の看護体制を充実した場合には、これも支援していく。さらには地域の医療機関の医師の協力により、休日診療体制を構築するような、具体的な支援をしていく等でございます。

それから周産期連携病院ということで、今、周産期センターと一般の病院という形になっておりますが、その中間のミドルリスクの患者さんの緊急搬送に対応できる病院を



確保するもので、そのための財政的な措置を講じているところでございます。

最後、資料の次のページでございますが、これにつきましては、総合周産期センターの医師の数等を表に示したものでございますので、ぜひご参照いただければと思います。

非常に長くなりまして、申し訳ありません。

岡井会長 ありがとうございます。都立病院の問題、現状少しでもバックアップするというのは、一番最後にみんなで議論したいと思います。

そうしますと、今回の都立墨東病院の事例の経過をご報告いただきましたが、その事例の中身を掘り下げるとというのが今回の目的ではありませんので、先生方、皆様、大体のことはわかっておられると思うので、もしも、搬送先を決めるのに時間がかかる、その時間を短くしていく、あるいは時間のかかる症例を減らす、そのためにシステムをどう改良し、進歩させていくかの議論のために必要な確認事項とか質問があれば、それだけお受けしたいと思います。何かございますか。

東京都は、今、地域で支える周産期医療体制のためには予算措置が必要と考えてくれています。これはありがたいことですが、現実の対応として救急性の高い症例をどうするかということで、皆様方からいろいろなご意見とかアイデア等をいただきたいのですが。私、ひとつ、一番先に緊急的にやる対策として、1つのオプションを考えています。皆さんにメリット・デメリットをディスカッションしていただいで決めたいのですが。

今回の事例がありまして、地方の私たちの仲間の方から、東京ではセンターが幾つもあると言われました。だから探すということに時間がかかるのであって、地方だと総合周産期の機能を果たす病院は、その地域には1つしかない。そこしか送る先がないので、そこが満床になっても全部受けるのだと。患者さんの行く先を決めるのに時間がかかることはないのだという指摘を受けたわけです。

そうすると、それに対応する1つの方策としては、今ブロックごとに責任のセンターというのは決まっていますね。今のやり方だと、そのブロックの総合周産期センターに連絡をして、そこが、NICUが満床であるとか、医師がほかの症例にかかっている受けられないということであれば、ほかの施設で空いているところを一生懸命探すわけです。それで、探してもなければ最終的にそのセンターで受けるというのが現在のシステムです。

すべてをそのセンターで受けるというのは、実際には最善の対応ができないかもしれない。医師がほかのことにかかっているわけですし、それから、ベッドが満床だという現実があるわけですから。しかしながら、そうやった方が、場合によっては、今の私たちがとっている体制、順番に探して、探してだめなときに、またそこに戻ってくるとい、このシステムよりいいのかどうかということなのです。最初から絶対に受けてしまうやり方です。

そういうふうに決めれば、これは地方で総合周産期センターの機能を持っている施設が1つしかないのだから、みんなそこに行きますよと言われることは東京でもできるの

です。ブロックごとで完結してしまうということにすれば。しかし、それがいいかどうか、現在はベストを探しているわけですが、ブロック完結型にするとそれができない。

もう一つ、デメリットとして考えられるのは、今でも大変な総合周産期センターの現場の医師の負担をさらに重くするという、そのデメリットもあるのです。

そんなことで、どうなのだろうかと考えるわけで、ご検討いただきたいと思います。

杉本先生、お願いします。

杉本部会長 現状認識は、少し正確ではない部分があると思います。東京全体が受け入れる先がないところが多いのではなくて、ブロックの中では、ブロックで完結しているところはかなりあると思うのです。私のブロックも、私のブロックからほかへお願いしたケースはほとんどありません。

ですから、そういう中で、多摩と、区の東部地区がやはり弱いという点で、そうした受け入れ先がなかなか見つからないということが起きているわけであって、部分的には、地方と同じように、各ブロックごとに責任を持った体制で完結しているブロックはたくさんあると思うのです。

ですから、そういう現状も踏まえた上で、弱い多摩地区と東部をどういうふうにかバ一するかというのが現実的な対応だろうなというふうに思うのです。だから、その現状を知らない人は東京全体がそうして受け入れ先はなく、何件も探しているというような状況ととらえられているので、少し違うのではないのかなというふうに思います。

それから、施設からの搬送と救急車搬送で、少し受け入れの問題が違っているので、その辺も少し分けて考えていただきたいということです。

岡井会長 後半の指摘の面はそのとおりで、そういうように、この後の話も進めなくてはいけないのですが、ブロックごとに完結しているかということ、先生のところは恐らく一番うまく行っているのだと思うのですが。問題が多いのは、もちろん西と東ではありますが、例えばうちの領域でも満床なことはある、しばしばあるのです。一発で受けられないというのは、むしろ半分以上です。だから、そのときは探すのです、やはり。

探してだめなときに、最後は受け入れる。それはシステムとしてそういうことを私たちの中では取り決めとしてやってきているので、そこは先生が言われたように、別々に、多摩と東部と東北、そこだけ別の体制をつくるのか。ほかのところは現状でいいよというのでいいのかどうか。ご意見を聞かせていただきたいと思います。どうぞ、お願いします。

楠田委員 東京女子医大の楠田です。まず最初の認識として、やはりこの周産期医療に我々がかかわっている供給体制です。これが、どう考えても限度がある。要するに、今の周産期医療のニーズに対して、これは多分、東京・地方を問わず、明らかに絶対数がギリギリだというふうな認識があるというのはもちろんだと思います。

ですから、どんなにうまくやっても、いつも綱渡りという具合に、現実には我々はやってきたと。幸い、妊産婦死亡率も周産期死亡率もいいところにはありますけれ

ども、でも、これはかなり綱渡りでやってきたという認識をお伝えしなければならない。

それから、そういう状況でやっているから、毎回どうしてもほころびが出てきてしまう危険性がある。我々は限られた資源で、いかに、そういう突発的な、今回のような不幸な出来事を減らすかというところに、実際にはチームの問題なのですけれども、それを深めるのだと。

岡井先生が言われた地方では平然としている。ところが、東京では通らないという話は、杉本先生のようにかなり規模があって、完全に完結型で終わっている地域の東京ではありますけれども。でも、絶対数をみれば、やはり、待ったなしの東京では、いつもそういうことがあります。これは、1つは、地方というのは一定の地域をカバーして、発生数が決まっているのです。ですから、そのときには無理をして、多少質も、残念ながら全体としては落ちるかもしれないのですけれども、ある程度、数週あるいは月単位で見れば必ず完結するわけです。

ところが、東京は圧倒的に、やはり人数が多いですから、そうはいかない。それから、逆に言えば、東京はそういう、いろいろな、ほかにカバーできる施設があるから、せっかくある施設を使った方がいい。

きょうは東京のところなので、東京のところだけ考えると、限られた資源を一番有効に使うのは、やっぱり今後の連携なので、今までもありますけれども、さらに限られた資源を一番、それだけ力を大きくさせるネットワークのシステムが、いわゆる私どもの助け合いなのです。そういうシステムをつくるのが一番、今、我々にすぐできることかなというふうにと思いますけれども。

岡井会長 ありがとうございます。今の件で、そこからディスカッション始めて、もっと広げているいろいろな対策のお話ししていきたいと思いますけれども。

中林委員 私どもは2年前に、この問題を、妊産婦死亡の分析を行っている池田班と医療提供体制の検討をしている海野班と一緒に検討しました。母体搬送は周産期センターが複数ある東京や大阪の大都市と、神奈川県でどうしても時間がかかります。実際にそういうことが起きているのです。これはネットワークといういいシステムがせっかくあるのだけれども、それを統合するシステムがないために、情報が統合されていないために、そういった時間のロスができるということです。実は神奈川の海野先生の方は、私のそういった話を聞いて神奈川でそういう周産期情報をセンター化して数名の方が交代でやっているそうです。それから大阪の末原先生の方はOGCSを利用して、「じゃあ、私たちもやってみよう」ということで、すぐやっていただきました。そうしたら、両方も完璧かどうかは別として、かなり総合センターの負担を減らすことができ、母体搬送をサポートできるようになったというお話がありました。

それと同時に、今度は関東地区についてお話ししますと、東京に母体搬送の3割ぐらいいは周辺の県から流れてきて、埼玉にしる神奈川、それから千葉・茨城、そういうところが東京に受け入れを要請するときに、そのアクセスする場所が決まっていないので、

地方であちこち探さざるを得ない。それが、もし神奈川も東京も、ある程度そういうセンター化ができれば、関東周辺は大変助かるということです。楠田先生のおっしゃったように、ネットワークという意味を生かすためにも、やはり中央のヘッドクォーターがあって、そこがコーディネーターシステムを、私は助産師さんもいいと思うのですけれども、慣れた方がコーディネートするということが大切です。

ただし、各ブロックごとの責任体制というものが無責任になってはいけないので、できるだけブロック完結を目指すという基本は今までも培ってきたので、それはそれで生かすと同時に、センター的なコーディネート機能を持つことは、今の東京の状況を変えるために、是非とも必要であると思います。

また、私が申し上げたとき、「1年ぐらい神奈川の様子を見てからやりましょう」と東京都は言っていたのですけれども、実際に神奈川と大阪は、やってみてうまくいっているという報告がありますので、やはりそれはトライしてみる価値があるのではないかなと思います。

岡井会長 ありがとうございます。そうすると、情報の統合ということ重視するのはブロック完結型ではなくて、やはり楠田先生が言われたような横のネットワークを強化するという流れの、1つのいい方策というのですけれども。

この点に関して他にご意見を。

杉本部長 これは、2つ対比するものではなくて、基本はやはりブロック完結であって、それを超えるもの、つまり圏外からの流入について、東京全体として調整する機能は、やはりこれは必要だと思うのです。ですから、3つに分けていただきたいと思うのです。

だから、ブロック完結のこと、それから東京の弱い部分である多摩地区と区東部に対すること、それから圏外からの流入と、この3つを少し分けた形で進めていくことが必要ではないかと思います。

楠田委員 そうしますと、現在、東京都で年間どれぐらい母体搬送の依頼があって、そのうち、どのぐらいが都外で、どのぐらい地域搬送があって、そのシステムに関することは都外になると思うのですけれども、例えば中央で管理するとして、年間、母体搬送で、多分1,000件とか1,500とかという数になっていて、それから新生児は、さすがにそんなにはないと思うのですけれども。

おおよそのデータは、多分、東京都にあると思います。

岡井会長 これはあります。

楠田委員 そうすると、それは、そのすべてに中央が関与する必要はないと思うのですけれども、そのうちの3分の1とか、そういう能力を持った中央部分の支援センターをつくらないと、なかなか、そこでさばき切れないという問題が出てくると思います。それから、どのぐらいキャパシティ、どのぐらいの能力がないとできないかというのもあると思います。

中林委員 今、楠田先生がおっしゃったように、また、杉本先生の意見も、私も地域完結型が基本的には必要だと理解しています。同時に今起きているのは、日本の母体死亡の統計をとってみますと、直接産科的死亡というように、産科独自の症例以外に、母体死亡の45%が間接産科的死亡とあって、他科の協力がないと助けられないような症例が総体的にふえている。つまり、直接産科的死亡は産科の努力によって減ってきたけれども、そうでない今回の脳疾患・脳外科疾患とか、心疾患合併妊婦が増えてきています。一方、今ある周産期センターは母子を中心にできたセンターもありますから、母体合併症には対応できないことがあります。そのため、今後は母体救急と一体化できるような周産期センターが何カ所か必要なわけです。ところが、都内の救急隊が扱う緊急搬送のうち、周産期救急はわずか5~6%しかないのです。この5~6%の周産期搬送に対して救急隊が全部、適切に搬送先を決める指令はなかなか出せないのが現状です。

そこで、他科の合併症妊婦をもった妊婦に対して、救急本部に助産師さんたちがいて、産科の状態と合わせてどこへ搬送した方がいいでしょう、と決めることができればよいのです。例えば、脳外科と産科・未熟児室のあるところは今ここが空いているからどうでしょうというようなことができればよくて、その担当者が常時、総合センターとコンタクトをとっていれば適切な施設が選べると思うのです。

そういった意味で母体搬送の広域化というのが疾患によって必要になってきているのです。他科の合併症のある救急的なものに関しては、別にシステムが必要な時期に入ってきたというふうに思います。

岡井会長 ありがとうございます。

母体救急を別に考えないといけないということだろうと思います。このシステムの最初の出発点が、要するに胎児・新生児医療ということに重点を置いてつくってきたので、母体の救急は別に考える。ですから、例えば、今の総合周産期センターが9カ所あっても、その中で母体救急を受けるといなのをまた絞り込むとか、そういう話もありますし、母体救急と胎児・新生児救急と分けて議論をする必要もあるし、さっきも杉本先生が言われたように、一次医療、二次医療からの搬送依頼の話と、どこから救急車で搬送されるというのとは、議論をそれぞれ別にしないといけないのですが。

ここまでのところで整理しますが、我々は横のネットワークというものを捨てることはしないというのでいいですか。

そうすると、ブロック完結型を今までよりは重視するとなると、これまで例えば私たちの昭和大学周産期センターに、地域の一次施設から電話がかかってきた時、NICUがないと受けられない、NICUが満床であるということで、ほかの施設を探すというのが始まるわけですね。その場合に、「いや、NICU満床ぐらいなら受けなさいよ」とすると、全体的に最後に残った横のネットワークは、どういうケースに適用されるのか。仕方がないからその地域のブロックで完結しないでほかのところの助けを借りるのか。どこまでは無理をしてでも受けるのか、ということも具体的に整理しないと、結

局、今までと全然変わらないという話になってしまうおそれがあるのです。

お願いします。

杉本部長 まず、各ブロックごとの完結をできるだけすることに関してですけれども、今、ブロックごとのセミオープン化を中心とした医療連携は、形は進んでいます。その中で、顔の見える連携という形で、各ブロックで一次から三次まで、いろいろ勉強会を含めた検討の場として今、走り出したところですが、

その中で、私のブロックでは二次医療機関として位置づけされている東京医療センターと非常にいい連携関係ができて、週数の早いものに関しては他地区へお願いするよりも、むしろ地区内での地域医療センターないしは二次医療機関で受けてもらえるところが、連携をしていると出てくるということで、地域の中でもう少し連携先を探していくということも、現実には掘り出していくということですが、可能なことなのです。

今までそれをできていないので、そのことは今のブロックごとの連携を進める中で今後できることだと思います。

岡井会長 そのブロックでできるだけ完結をしたいからブロックの中の能力を高めようと。そのためには余り重症でない症例を二次施設に上手に受け取らうと。これは、先ほど東京都の対策の中にも出ていまして、それはそれで、もちろん大事なことでやらなくてはいけない。総合周産期センターが能力を発揮するために、二次施設なりに頑張ってもらっていいのですけれども。それはわかりますよ。

杉本部長 あるいは総合で、もう比較的軽度にあったケースを下部の機関にお願いして、これはバックトランスファーと違うのですけれども、似たような形です。それで、総合のベッドをあけて受け入れるということのやりくりも可能になるわけです。

岡井会長 ほかに、どうぞ。松田先生。

松田教授 女子医大の松田です。今の杉本先生の話フォローするのですけれども、やはり、我々総合が困るのは緊急に搬送される、電話が来るのが一番困るのです。受けたいけれどもNICUに余裕がない。それは全部どこの施設も同じだと思うのです。

そうすると、その一歩手前で、例えばもう少し病病連携、病診連携を進めて、例えば、その病院のいるハイリスクにはどんな人がいますかというところを、そのブロックのセンターの総合の先生が把握していれば、余裕がある搬送ができる。余裕がある搬送というのは、例えば、すぐNICUの世話にならない。切迫早産でも数日の余裕があるというところがあるのであれば、より受けやすいわけです。

そのためには、やはりブロックの中の総合のセンターが中心となってネットワークをつくっていかないことには。先ほど楠田先生も言いましたけれども、病床数はギリギリでみんな動いているわけですから、もう少しお互いの医者間の話し合いが必要だと思います。

それから、もう一点。今から2年前に東都医病発第142号というのがあって、これはルールは決めたのです。多摩地区が負担になっているから、多摩地区の負担を残りの

8つの施設で日に日に変えようと。今、墨東が実はそんなに大変だというのは、私たちは知らなかったのですけれども、そうであるのだったら、またそれは残りのセンターで協力してしないといけないとか、それがいわゆる横のネットワークではないかと思うのですけれどもいかがでしょうか。

岡井会長 墨東の政策は後で時間をとってやります。それは置いておいて。先生が言われたのは、杉本先生と同じことですね。

松田教授 もう少し進んで、例えば今、私のところでは、国際医療センターの先生と非常にうまく連携がいていて、少し軽い症状であったらそこで引き受けてもらう。

岡井会長 だから、そのブロックの中で。

松田教授 ブロックの中で、もう少し、連携をすると・・・。

岡井会長 総合と二次との連携を密にすれば、総合の方に余裕ができるという話でしょう。

松田教授 そうです。

岡井会長 だから、受け入れるだろうと。よその施設を探す症例を減らすことができるだろうという話ですよ。

松田教授 そうです。

岡井会長 それはとても大事なことなのですが、いざ、本当に、現実には患者さんが来られたときに、いっぱいだとかいうことで受けられないということが起こるわけです。これは、その現場の先生方で、「先生頑張ってください」と言っても、もう頑張りようがないくらいみんな頑張っているのですよ。でも、それでも受けるのだから、大変な負担をかけるけれども、取り決めとして、「ここまではやってください」というのは、やはり決めておかないと、また問題になることがある。それは、それぞれの施設のブロックで体制を強化すれば総合を受けられるケースはふえます。ふえると思います。ただし、それでも症例が重なることはあるので。そういうときにどうするかとか、やはりきちっと決めないと。頻度は減っても受入施設が見つからないというのが出てくると思うので。

どうぞ、お願いします。

杉浦委員 杏林大学の杉浦と申します。新生児の方を担当しています。今、ブロックごとに機能を見直して、そして、なるべくブロック間で残っている能力の再編をしようというのは非常に素晴らしいアイデアだと思います。しかし私ども新生児の方の状況 周産期医療というのは産科の診療と周産期と両方そろって初めて成り立つわけですけれども 新生児の方の事情から言いますと、もうNICUを持っている施設そのものが、集約化が10年かけて終了しておりまして、地域をこれから見直して、その機能の再分配をできる施設というのが、それほど残っていないというのが実情でございます。

NICUを持っている病院はすべてこの周産期医療のネットワークに、既に参加していて、それ以外の施設にはもう残っていないというのが現状でございます。

私個人的には、前の長野県でいわゆる地域完結型の周産期医療をやっておりました。けれども長野県と東京が一番違うと思うのは、長野県は地勢学的に、完全に人の動きが区切られていまして、その地域の中で全部収容すれば、外からは流れ込んでくることはありません。逆に医療資源が足りないという時には、その施設が頑張っておいてアピールして、それで解決すればそれで問題がある程度コントロールできるということがあります。

ところが東京都は 楠田先生がおっしゃいましたように もともとの医療過疎がベースにごさいます、特に東京の近隣の県が非常に医療資源に苦しんでいらっしゃる状況にあります。その中にありますと、その地域で一生懸命収容しても、どんどんどんどん外から流れ込んできて、我々のコントロールが及ばなくなります。特に東京都の都境の施設は多分そういうことでお悩みになっているのではないかなと思います。

ですので地域完結型を目指すのは第一義だと思うのですが、それでは解決しないことがありますので、ネットワークはぜひ必要だと思います。またもう一つここで追加させていただくなら、東京都だけでなく、神奈川や近隣の県でそれぞれでネットワークをつくって、ネットワーク同士がまた連携すると、そういうところまで進まなければ解決にはならないのではないかなというふうに思います。

岡井会長 ありがとうございます。山本先生。

山本教授 私はブロック完結型の杉本先生の考え方に賛成なのですが、それはやはりあるブロックが総合周産期センターなどで、その患者さんの状態を把握して、それで事の重大性というのをまず把握して、それをどういうふうにもネーグするかが大事だと思うのです。間接死亡のような非常に珍しい症例は、ある程度専門医でないと判断できないわけです。

あるブロックで受けて、判断して、その他のブロックとの調整をとる。特に母体の救命が必要な場合には救急救命センターとも連携をとらなくては行けないので、ある程度、専門家といえますか、非常に周産期に卓越した人の判断で緊急性を把握する必要があるのではないかなと思います。

岡井会長 ありがとうございます。どうぞ、お願いします。

岩下教授 同じようなことなのですが、例えばNICUがいっぱいということだと、NICUによっては児の状態によって受け入れるところ、受け入れないところ、あるいは、ただ×になっているだけだとかかわからないわけです。だから、産科もそれから新生児も、トリアージといえますか、状態で、これならそこで受けられるというようなものを評価する人、また、システムがあった方がいいと思うのです。ただ単に、×だから35週もとれないのか、30週はとれないけど、34週はとれるのかと、いろいろあると思うのです。その評価をお願いしたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。この話は情報の統合、あるいは情報の質を高めていくとか、ネットワークの機能を進歩させるという、そこにかかってくる問題だと思うのですが、



そうするとブロック完結を目指す、そのためには、やはり我々の中で、こういう症例はそこで頑張ってくださいという取り決めを作らないといけないと思います。きょう、もっとほかにもいろいろ情報の統合の話はまた進めたいので、ブロック完結の話はここでやめます。

やめるというのは、次、これはお願いしているのですが、協議会はきょう1回で終わりませんから、次また早いうちにやります。そのときに、僕はその取り決めを今まで以上に総合周産期が責任を持つ、そこのところを、レベルを高く設定して、新たな案づくりをご審議いただきたいと思います。よろしいですか、それは。

そうすると、最初から、例えば救急隊が、それこそ未受診の妊婦さんの具合が悪いということで、どこへ行くのだと探すようなこともあるわけで、そうなるとその地域で一次、二次、三次までいつも話し合っている、そういう患者さんはまた探すということになりますので、そういう別のケースで救急隊が問題になるような、そういうケースで、どういうふうに情報を交換し、どういうふうに患者さんを搬送していくかという、その点に話を移したいと思います。

それから、もう一つ、そのブロックでどうしても完結できない場合に、ほかのところをお願いしなくてはいけない場合にどうするか。今も、もう既にお話しいただいているのですが、この間の日本産婦人科学会の拡大産婦人科医療提供体制検討委員会のときに、北海道の水上先生が札幌ではこうやっていると言われましたが、中林先生が言われた話に似ているのですが、その札幌地域の救急のセンター、消防署なのですか、基本は。そこに一般の救急の患者さんと周産期救急患者さんと、共通の情報が全部入ると。それで、周産期のことで言えば、かなり細かい情報もそれもまめに入れていっていると。何々病院はNICUは1個しか空いていません、医者は何人ですというような、今、僕らが一般に回しているネット上の情報よりは詳しいものを送っている。救急車の依頼があった場合はすべてそこに情報が集まって、そこで、ここが空いているというような判断をしてやるというのを、ことしの10月1日から始めた。始めたばかりですから、またその中で問題点とか出てくるかもしれませんが、そういうことも含めて、先ほど中林先生が言われたような情報の統合に関してはどうですか。東京の場合、札幌の10倍以上ありますので、現実に可能かどうかという話もあります。やれるでしょうけれども、お金さえ出せば。

楠田委員 この周産期の搬送というのは、結局、母体搬送といえども妊娠週、あるいは他科の救急が絡んでくるので、結局、母体の連携がいる、NICUの連携がいる、あるいは他科がかかわるときには他科の医療も必要だという、一番効率の悪い救急体制です。

通常、我々は、病気になれば自分だけ受け入れるところがあればいいのだけれども、その3つがそろわないと何も連携がされないという、それは効率の悪い救急体制ということで、それがまず出発点になっている。それを今言われたのが中央なり、あるいはネットワークでコントロールするにはどうすればいいかということになれば、やはりもっ

と本当は詳しい情報になるというような見出しがあっていいと思うのです。

ただ、今のシステムを、例えば産科の先生あるいは当直の先生が、そこまでタイムリーに更新して、正確な情報をそのときに発していけるかということ、それは。

岡井会長 現実的に難しいですね。

楠田委員 この「 」というのも、「受け入れますよ」というのではなくて、「受け入れられる可能性がある」というだけであって、それが先ほど言われた診療水準ということ。母体の条件によって違うのです。ですから、もし、これをもっともっと強化するなら、やはりその専属の人がやはりそれを一刻一刻アップデートできるような人がいないと、我々の今の診療の中で正確性を持たせるというのは全く不可能だと思うので、そういうようなことに何か予算をつけるなり、人をつけるというのが1つだと、このシステムをもっとパワーアップさせるには、と思います。

岡井会長 その件は前回の議事録に出ていないですか。都の方からの。

中林委員 たしか総合センターの予算につけるという話ですか？

岡井会長 そう。

中林委員 全体のシステムに予算をつけるというわけではないですよ。

岡井会長 杉本先生、どうぞ。

杉本部長 母体救急の機能的な問題なのですけれども、幸いなことに、9つある総合周産期センターのうち、愛育病院を除いてはすべてE Rなのです。現実的に母体のあらゆる部分に本当に対応ができる総合センターが8つあるということなのです。墨東は今、産科自体の問題がありますけれども、E Rとしては8つの病院があって、さらにそれ以外にもE Rが今27~8、東京都であると思うのです。ですから、総合センターで送れば、今のままでかなりうまくそれは処理できるはずなのです。

私はむしろ問題は、院内の連携の問題を今後もう少し密にして整備していかないといけないかなというふうに思っています。

岡井会長 ありがとうございます。院内の連携というのは、いわゆる。

杉本部長 周産期部門と、いわゆる。

岡井会長 周産期の救急を受ける部門と、一般の救急を受ける部門とが独立した機構になっているところが多いということで、それはまた国の方でもその連携の問題を抜本的に考えるという会がありますので、それをしっかりやって、個々の施設でまた実行していきたいと思います。

今の話の延長で、情報を集めるセンター機能を都のどこかにお願いをするかということです。今の、いわゆる一般の救急のときの搬送先の決定とか、救急車の消防の対応とかがどんな状況になっているのか、東京都の現在の状況を教えてもらえますか。

伊藤委員 この救急の方は、通報内容とか、あと救急隊が現場にいきまして観察、いろいろな状況聴取をいたしまして、それに応じて、東京都の救急医療情報システム、告示医療機関についておりますけれども、各科ごとに、診療ができるのか手術ができるのか、

あとは男女別のベッドがあるのか、空床状況ですね。その情報がすべて入っておりまして、それが災害救急情報センター、2カ所ありますけれども。

岡井会長 今、2カ所ですね。東京を2つに分けて。

伊藤委員 そうです、23区と多摩地区です。そこで重症以上のときはセンターで選定します。あとは、現地の救急隊が中等症以下と判断した場合には、全部の救急車に車載の端末装置というのがついておりまして、救急医療情報システムの情報が常に最新のものが見られるということで、救急隊は、その情報に基づいて適合する近いところから当たっていくと。まず、のところですね、そのような選定をしております。

岡井会長 そのときに、今、一般救急ですから、相当たくさんの施設が登録をして、空床状況とか連絡が入るわけですね、センターに。どれぐらいの時間の間隔で、そういう情報が、集まってきているのですか。

伊藤委員 救急医療機関すべてについており、約330あります。

岡井会長 330の施設から何時間おきに更新が。ベッドが空いていたけど、今はいっぱいになりましたとか。

伊藤委員 更新は、リアルタイムで入力ということをお願いしております。

岡井会長 リアルタイムというのは、変化があったときに、その都度更新してくださいと。

伊藤委員 そうです。昔は朝と夕方2回というようなことでやっていたのですが、なかなか情報が古くなってしまいますので、平成14年からは常にリアルタイムの情報をくださいということによってしております。

岡井会長 それで、みんな、きちっとやってくれているのですね。というのは、どうしても、先ほど楠田先生からお話があったのですが、現場の医師が忙しくて、そういう情報を提供するのが困難な状況があります。

杉浦委員 では、補足させていただきまますけど、杏林大学はERとして常にその情報を入れていますが、そのためには当直補佐という形で専任の者が端末の前に一晩中、ずっと座り続けています。そして院内の各科から、「何々科はクローズです」、「何々科はオープンです」というのをリアルタイムで入力しています。ですので、医師でない専任の者が端末の前に一晩ずっと座って、その仕事をしているというのが救急の端末の運用状況です。周産期の運用とは、大幅に異なっている部分があると思います。

岡井会長 では、今度、周産期医療のネットワークで今やっているようなことを、そちらの、いわゆる一般の救急でやっているところのシステムに入れてもらって、私たちが情報を提供して、もちろん何か変化があれば更新していくということをやっていくことは、それほど大変ではなくて、やれるのですか。もしも、やるとすれば、同じ中に入れてもらう。

伊藤委員 今現在、周産期のシステムにつきましては、先ほど申し上げました東京消防庁の指令室が災害救急情報センターに周産期システムの端末、これを置いていただいて

おります。ですから、周産期関係の事案のときには、その周産期システムの × 状況、それを参考にしながら、なおかつ、先ほど申し上げました救急医療情報システムの方の情報、これを併用して使っているということなのです。

室井課長 今のお話をもう少しかみ砕いてお話ししますと、医師の転院搬送の場合も、医師からの依頼があれば東京消防庁は探してくれます。そのときには、東京消防庁の先ほどの指令室には救急情報システムもありますし、周産期システムもある。両方を見ながら選定ができるという状況になっております。

岡井会長 現実には、それをやってくれていると。ただ、周産期医療の場合は救急隊にお願いするより、一次施設で何かあったときに医師間だけで病院探しをやっていきますよね。そこに、うまく全体を見ている消防庁の情報を入れていって、よりの確な病院を早く見つけるかということですね。

室井課長 基本的には、医師の転院搬送につきましては、医師同士のお話をさせていただくというのが原則です。ただ、なかなか、そうは言っても患者さんを抱えていて大変だというような場合には、東京消防庁に依頼をしていただければ、東京消防庁の方は、今でもできる体制になっていると、そういうふうにご理解をいただきたいと思います。

岡井会長 それは、依頼すればできる、相当いいシステムにはなっているのですね、現状。そうすると、その情報に関しては、制度をよくすることとか、中身を充実させるとかということは必要になりますか、これから。

さっき、岩下先生のお話があったのですよね。同じ早産でも、何週だとかというので違って来る。「全部受けられますよ」、「何週以下はだめですけど、何週以上なら受けられますよ」とか、そういう情報も、現状で、ネットワークで × をやっていますね。あれよりも相当詳しいものを、これから入れていくということが必要になるかという話なのですけれども。

中林委員 今、救急本部の方は、E Rに関しては、今、杉浦先生がおっしゃったように、いろいろなデータをアップデートしていますけれども、周産期に関しては、ネットワーク画面の × にあるデータだけで探しているのです。そして、救急隊に依頼したと同時に大抵は自分たちでも探すので、両方からダブって情報が行くのです。そして、あっちやこっちから、いろいろな情報が錯綜しているというのが、今までのたらい回し的な話になっています。救急隊から問い合わせが来た、総合センターから問い合わせが来た、それでどこが断ったというような話になっているのです。そういう場合に、受け入れ先がすぐに見つからなければ、救急隊に連絡すれば、今、言ったようなE Rと同じように産科情報も詳しくわかって、そして、その専属の人が各周産期センターの状態をよく把握していれば、こういう状態で、この人だったらここへ行けばすぐ受けられそうだと分かります。原則的には今、言った地域完結型をやるけれども、そこが忙しそうだったら、東京であれば30分から1時間行けばいいから、ここに収容しましょうという指令を出していくことがネットワークの意義ではないかと思います。

そういうことが、岡井先生が、やれますか？それがやれば、消防の方が、今ERでやっていることを周産期の専門の何人かが、東京にある全ての周産期センターの状態を事細かく知って、救急依頼があったときにすぐ対応できるということにすれば、一番ありがたいと思います。

伊藤委員 まず周産期関係の救急につきましては、今までのシステムは、あくまでも、この周産期医療のネットワーク、8ブロックの総合が調整をしていただくと、それが大原則で今まで来ています。

それで、なかなか決まりそうもないというようなときには、我々消防の方が先ほども申しましたシステムで補完をしているというか、そのような形で動いているのです。

情報の種類なのですけれども、先ほど申し上げましたように、今の救急医療情報システムは、診療ができるのかどうか、手術ができるのかどうか、男性ベッド・女性ベッドがあるのかどうか。×だけなのです。それで28の項目、科目とかです。それだけでありまして、周産期医療システムのような非常に細かいデータ、このようなものが組み込まれてはいないというか、これを統合するといっても。

岡井会長 それでも問題は起こらないのですか。例えば、情報の範囲では受けられるとあっていったら、実際、そんな状況だったら、うちはやっぱりだめだから、もう一回、よそを探してくださいとかというようなことも、現実には起こっているでしょう、今のやり方で。

伊藤委員 これは、今、東京都の救急医療対策協議会の。

岡井会長 患者さんを見たら、入ってきた情報と違って。

伊藤委員 その中でも救急医療情報システムの見直しというのは出ております。一番先にできそうなのは、今、各医療機関では入力するだけで、ほかの医療機関の情報が見られないと。それを、お互いに見れるようにしようではないかということで、今、我々、その実現に向けて検討を進めている最中です。

もう一つは、情報も細かい方がいいのか、あるいは、もっと単純な方がいいのか、これも、いろいろな先生方によって違いまして、やはり救急の現場は、けがなのか病気なのか、あとは小児科は特別ですから、この3つだけ。単純でいいのだという先生方もいらっしゃいます。

また、逆に、もっともっと細かい情報にするべきだという、これは非常に議論がありまして、そこら辺、また東京都救急医療対策協議会の方向性もありますし、あとは東京都のメディカルコントロール協議会、そこら辺でも検討していく内容であると思います。

岡井会長 ありがとうございました。

吉井委員 MC、メディカルコントロール協議会というのがありまして、プレホスピタルということが、今、伊藤委員が言われたように、システムに表示されていることとあわせて、救急車は救急救命士が同乗していて、処置基準であるとか、プロトコールというんでしょうか、疾患に対して、どう見立てるのかという。

発災のところが、そうした訓練も事後検証ということを通して、具体的にやっておりますので、システムの表示の関係と、救急隊がそこへ行って患者の状態を見て対応することとが合わさって、今、技術的にも確認していると。だから、今の妊婦の問題も、では、この中に入れていけるのかどうかということも含めて、じっくり見ていかないと。統合できるかどうかだけというふうな話にはならないと思います。

岡井会長 あくまでも総合周産期センターが最初に責任を持ってという話を、救急隊の方でも、そういうふうに認識しておられるわけですね。そこが何か中途半端な、さっきのあれじゃないけど、どこまで総合周産期がそれをやるのかという問題ですね。要するに、今のところでは、自分のところで受けられないと、受けてくれる病院探しというのが総合周産期の責任になっているのですよね。

また、そこで、負担がかかっているという現実があるでしょう。そうすると、その部分を、どれくらい、今言っている東京都のセンターの方に移行してしまうのかと。要するに、先ほど言った、ブロックで完結したい。でも、どうしてもだめなやつは、そこから自分たちが探すのではなくて、センターに「こういう人がいます。うちは受けられません。あと、とにかくいいところを探してください」というような形でお願いするような手順みたいなものが、取り決めみたいなものができればいいですけども。いかがですか。

楠田委員 さっきも言ったのですけれども、周産期の救急は条件が厳しいわけです。お母さんが一人で搬送されるのではなくて、胎児の問題、母体合併症の問題が出てくる。だから、その3つが診療上OKでないと受け入れられないので、周産期の情報はほかの情報に比べれば、かなり詳しいはずですけども。でも、あれでも実際には、我々は表せないものがあって、実際には電話でお互いに確認しているわけです。ですから、実際には施設間転送ですので、そういうお互いの症状を確認して、それで、やっと受け入れを受けるわけで、かなり、専門的と言うと語弊がありますけれども、それなりの知識が必要です。

今、中林先生が言われたように、ブロック完結ができないときには、そういう中央でやってもらえれば、これは本当にいいシステムで、それが動けばいいと思いますけれども。やはり、ある程度の検証をしないと、本当に、そこまですぐに受け入れられるかということ、ちょっと。

岡井会長 例えばですけど、総合と地域と合わせて22は必要なデータをいつも送っておくと。それで、そういう症例があった、自分ではどうしても受けられないときには、そこに言う。そこから、ざっと探してもらおうというようなシステムがうまくいけばいいかもしれません。これは、本当に検証してみないと、現実にもうまく動くかどうかは、分かりませんが。

杉本部会長 機械的に空いているところがあれば、そういうシステムで十分だと思うのですけれども、今までやってきたように、いっぱいの場合が多いということですから、

そこには、やはり専門家の判断というのが要ると思うのです。

楠田先生が言われたように、未熟児の問題、母親の問題、合併症の問題があっても、未熟児といっても軽度の3、4、5週の場合には、そのことはもういいのだから母体を優先すべきだとか、それは、やはり専門的な知識のある者がいないといけないので、それをサポートできるような、アドバイスできるような体制が伴えば、機械的に決めることプラス、そういうアドバイス体制ということがあれば、実用的にはなると思います。

岡井会長 ありがとうございます。

救急の方も、だれかいるのですよね、医師が。そういう判断をしたり、トリアージをする医師が、消防隊の方には。

伊藤委員 救急隊指導医制度というのがありまして、2カ所に1年365日、24時間。  
岡井会長 杉本先生が、今、言った判断をする医師がいるのです。だから、ひょっとすると当番で、それこそ、だれか消防署に1人、産科か新生児の先生が詰めるという話をしないとイケないかもしれない。ありがとうございます。

話を、また次の方に移したいのだけれども。

中林委員 今のことをするに当たっては、今、どのぐらいやっているか知りませんが、顔の見える医療ということですが、私どものところではオープン、セミオープンということをやっている、地域の十幾つの施設は医師が当院に来て、いろいろ話をしたり患者さんの状態を常に連絡して、リスクがある妊婦はあらかじめ連絡しています。地域完結型に近いようなことをやっています。杉本先生のところも、それをやられていますよね。

杉本部長 ええ。

中林委員 だから、そういうものをできるだけやって、顔が見えていれば、いざというときは大抵は受け入れが可能となります。ただし、どこにもかかっていない早産の妊婦が飛び込みで来たとか、いろいろな、予定をオーバーするような状況のときに、ネットワークシステムがあるということです。地域で顔の見える関係をつくっていくというのがまず第一だということは、ここで確認しておいて、その次に、余りに大きな負担を消防庁にかけずにやっていけるようなシステムがい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、今の東京都の消防署の方のシステムにも、こちらの周産期医療体制を支えていただくという役を、これから今まで以上に担っていただくような方向で検討させてもらっていいですか。

伊藤委員 今の話は、消防に、そのようなものをつくって行って、消防がやるということでお話が進んでいるのですか。

岡井会長 今、消防署がやっている一般の救急患者さんの搬送のシステムに、可能であれば周産期の部分も一緒に乗せてもらって、そういう症例があったときには、そちらで搬送先をお探しするということが。これは可能かどうか検討してもらわないといけない

のですけど、お願いできれば検討してもらいたいと。どの程度、担うかですけれども。吉井委員 ですから、趣旨として申し上げたことなのですけれども、先ほどおっしゃられていたように、子どもと、それから母体と合併症と、そうしたようなことも全部含めて診断しなければいけない。そのときに、まず地域の中で顔の見える関係というのがある、既存の医療資源というものがあって、それから、もう一つは、二次的なミドルリスクに対する産科対応というようなこととか、いろいろな施策があった中で、その上で、今回のようなケースが起きないようにするための連絡通信情報システムというのでしょうか、そういうものがどうあるべきかというところがまずあって、その上で、これは、やはり東京消防庁に全部押しつけるという意味ではなくて、東京消防庁のシステムがどう利用できるのか、どう活用できるのか。だから、医者と医者とのお互いの会話をする関係も含めて、どうあるべきかというところを検討して行って、という形ではないかと。えらそうに言って、すみません。

岡井会長 おっしゃるとおりで、どれぐらい助けてもらえるかという話を今しているわけで、具体的には、またいろいろとご検討もいただかなくてははいけません。

でも、その点には都もお金は出し惜しみしないでしょうから、ぜひ、お金の問題でできないとは言わないでいただきたいと思います。

それで、その点は、もうちょっと細かく詰めたいのですけど。

今の話の続きですか。お願いします。

松田教授 その際、例えばチェックリストとかをつくって項目をしておいて、プラス、ファックスを送るといような体制があれば、もっと情報伝達がより確かになるという可能性はありますよね。そういうところまで想定をしているのではないのですか。

周産期の救急が一般に入るのは、かなり難しいと私は思うのですけれども。

岡井会長 ですから、トリアージをするなり判断する医師も、だれか医師か助産師か看護師かを出さないといけないという話になると思うのです、具体的には。これも、次の協議会で、もう少し具体的な案なり提言なりを検討することにしましょう。それまでに、都の方でも、いろいろを資料をそろえてもらえれば助かりますけど。

室井課長 確かに、案というよりも、現在のシステムについて、改めてペーパーでご説明をした方がよろしいかと思えます。

岡井会長 そういう資料を。

室井課長 言葉での議論ではなくて、ペーパーでの議論を進めた方がよろしいかと思えます。

岡井会長 何の議論ですか。

室井課長 ペーパー、紙の上にきちんと落とした議論を。

岡井会長 資料を見てね。わかりました。

そういう方向の検討も重要であるということで、いいですね。

次、もう時間がないので。杉本先生から最初にご指摘があった、東京都の中で、問題



は多摩、西の地区と、それから東、東北部と、その地区を現実、明日でも、また難しい症例が出る可能性があるので、これから、できるだけ早く、我々の周産期システムの中でそこを援助していくかと、その具体的な話をしたいと思うのです。

申し訳ないのですが、一番大変なところで、その部分を担っておられる岩下先生の方から、支援体制に対する提言。今のやり方は不十分だろうと思うので。

岩下教授 いつも言いますが、今、我々は、母体搬送の依頼があって、受入率30%しかないのです。今度、30%を切りました。28%です。

ということは、70%以上の方がお受けできないと。ほとんどがNICUがいっぱいだったのですが、今年に入ってからM-FICUというか、産科の方がいっぱい、とれないような。というのは正常産がふえているというのがあるのですけれども。

そんな中で多摩地区で、今、都の周産期医療協議会の決まりでは、総合周産期に電話がかかってきたら、そこで探して、それで搬送依頼元にお話しするということが、それが、とてもできない状況なので、依頼がありますと東京都のネットワークの画面をコピーしたものを渡して、まず搬送元でも探していただく。それは幾つか利点があるのですが、そういうものがないときに、また、こちらにお電話をいただいて探すわけですが、それを多摩地区で探しても、まず見つからないので、結局は「多摩当番」と称する都区部の先生方に非常にご迷惑をおかけしているという状況があります。

ということで、では、どうすればいいかといいますと、なかなか妙案はございませんが、先ほど岡井先生が言いましたように、多摩地区にも医療資源はゼロではないですから、一次、二次、それから三次の役割分担を今、進めつつあります。杉本先生のところも、たしかやられているのではないかと思うのですが、今まで三次で受けていたものを一次から二次で受けてもらって、二次でカバーできないものを三次に送るというような。一次の施設がいきなり三次に搬送依頼をするのではなくて、やはり二次でこらえていただく、それしかないと思うのです。

だから、今、そういうものを、第1回を、この前、東京都主導で会議をやりましたけれども、それを、これから2回、3回と重ねて行って、三次に来るものができるだけ少なくなるし、また、三次からのバックトランスファーシステムを多摩地区内で構築して、区部の先生方にはなるべくご迷惑をおかけしたくないと思うのですが、いかんせん絶対的な医療資源が少ないので、できるだけことはしますが、やはり区部の先生方のお力を借りなければいけないということだと思しますので、ひとつ、よろしく願いいたします。

楠田委員 岡井会長が中座しておりますので、代わりに。

杉本部長 現状の確認なのですけれども、昨年度の東京都の資料によると、杏林大学の搬送受入数が102例で、受入率が29%というような数字が出ています。多摩当番が受けた数というのは、これは東京都の方で資料がありますでしょうか。

室井課長 申し訳ありません。持ち合わせておりません。

杉本部長 そうですか。ですから、どの程度、区部が今までカバーしてきたかという実績がわかれば、もう少し具体的な内容になるのかなと思いましたので。

楠田委員 ただ、多摩当番がなければ、今の岩下先生のご説明だと、もう多摩地区はほぼパンク状態ですよね。ですから、それなりに輪番制が動いているのだとは思いますが、そのデータがあれば、もっと、このシステムが、とりあえず動いているという証拠になるとは思います。

ということで、岩下先生の方から多摩地区の現状ということでお話をいただきましたけれども、実際に多摩当番ということで、ここにお集まりの総合周産期の母子医療センターの方では輪番制を決めているわけですが、これで、実際に、こういうことが問題だとか、こういうことを改善すべきだということが、もしあれば、ここでまずお伺いして、それから東部の問題に行きたいと思っておりますけれども。

杉本部長 もう一点、確認なのですが、府中病院を改築するというか、新築するという構想が今、進んでいますよね。ですから、実際に府中がそういう母体搬送というものを受け入れることができるような状況が何年後かに期待できるのかどうかという、その具体性です。ですから、今の状態で、どのくらい頑張れば、少し新しい展望が開けるのかということについて、都の方でビジョンを教えてください。

谷田課長 今の先生のお話ですが、病院経営本部の谷田と申します。都立病院を担当させていただいております。

今、先生からお話があった府中病院の件ですが、我々としても府中病院の新しい部分と、それから小児病院の関係で、今、清瀬、それから八王子と、それから梅ヶ丘病院、小児総合医療センターと、それらを一体として整備を進めておりまして、来年度の末、平成22年3月のオープンを目指して整備を進めているところでございます。東京都の計画としては、そのようなことで今、進んでおります。

杉本部長 建物は建つのでしょうか、今、墨東病院に都立病院の医者がいないという現状で、府中で20人規模の産科医を集めることというのは、具体的に可能なプランとしてあるのでしょうか。

谷田課長 今、どこも産科の先生の不足という問題があるのですが、我々としては、そういった計画が実現できるように各方面に向けて努力しているというところですので、その計画を、きちんと担保できるように努力は続けていく方針です。

杉本部長 よろしいですか。今、我々のところは、総合周産期は杏林だけなのですが、地域周産期、本当に産婦人科があるのは武蔵野日赤だけで、そのほか2つ、清瀬小児と、八王子小児も地域周産期ですが新生児しか受けられないのです。

でも、役に立っていないかということ、そうではなくて、八王子とか立川の産婦人科医で、実際には我々は受けられないですから、そこで帝王切開していただいたりするのに八王子小児の先生がすぐ来てくれると。そこで引き取ってもらうというようなことで、今までも役に立っているのです。地域周産期センターとしての役割は担っているのです。

が、今度、それが全部、府中に来てしまうと、八王子、立川あたりが全然ないというのです。あの辺の多摩の中心部の人で開業して、たくさんお産をやっている先生方が非常に困るということをしょっちゅう聞くのですけれども、それは東京都としてどういうふうなことを考えていらっしゃるのか、ぜひ聞きたいと思うのですけれども。

谷田課長 今、先生からお話のあったところは、1つは、現在、八王子の小児病院につきましても、お話にありましたように新生児の受け入れをやっているということで、新生児のドクターカーは配置させていただいているのですけれども、それについては、今度、府中で新しく整備するところも同様に、ご用意はさせていただくと。それを引き継いで運営はさせていただく。

その上で、今回、総合周産期というような形で、一体とした整備というのを目指させていただいているので、母体搬送の方を当然ながら中心にやっていくという部分もあると思いますし、その組み合わせの中で、今、それだけの地域の先生方とお話しながら、その視点で、多摩地域全体は、すごく広い地域をどうカバーするかも当然あると思うのですけれども、その中では当然、ちゃんとしていかないといけないと思います。

杉本部長 よろしくお願ひします。今でも都立府中から、たくさん我々のところに搬送依頼があるので、これで本当にできるのかなというのが非常に心配なのですが、よろしくお願ひいたします。

岡井会長 今の話は、府中の病院ができたという話ですよ。もちろん、建物だけではなくて、人のことから全部計画的に本当にやっておかないと、杉本先生が言ったとおりで、建物はできたけど、人がいませんから機能が果たせませんになってしまうので、それは、今から本当にちゃんとやっていただきたいというのが1つありますが。それまでですよ。それまで現状のままでいいのか、もう少し何かシステムとして改良して、多摩の総合周産期の負担を軽くするのも当然ですけれども、地域の方々の安心を確保するように何か改良する点があると思うのですけれども、どうですか、今の輪番制、当番制について。

中林委員 総合周産期センターとか地域周産期センターというのは、本来的には一般の診療所の先生方が困った症例を中心に受け入れるという形。特に公的な病院は、そういった性格をはっきりさせないといけない。一時、都立病院が赤字だと正常分娩をたくさんとって赤字を埋めるというような方法もあるようすけれども、そういう形ですと、都立病院の先生はみんな嫌になるわけです。

今まで都立病院のよさというのは、少し給料は安いけれども、ハイリスクがたくさん来て勉強になる。正常分娩は、余り多くなくてもいいのではないかなというところがあったのですけれども、そういうところが最近の都立病院に見えません。

今、墨東病院は、まさにそのようにしていただいているのでよろしいのですが、これでハイリスクと母体搬送が土日もちんと受けられるようになれば、私は、大変いいので、ここでハイリスクとローリスクを一般の周産期センターでもきちんと分けていくと

いいと思います。地域や総合センターではローリスクはあまり多くとらないで、モデルートからハイリスク以上にしていこうという形にして、特に公的病院は、そういった色彩をより強くするという形にすればよいのではないかと。今の日本は分娩の半分が診療所で半分が周産期センターで行っているわけですから、そういったリスクスコアをつけながら、一般の妊婦にも協力していただくといいのではないのでしょうか。

がんセンターがうまく運営されてきたのは、紹介患者だけ、がんの患者だけを見るから、うまくいっているわけで、周産期センターもハイリスクが多くなっていくような、そういう時代になってきていると思います。

そういうふうなことを考えて、東京都全体として、都立病院が、ハイリスクと母体搬送の分娩でも運営できるという形にしていただきたいと思います。そのためにハイリスク妊娠加算とかハイリスク分娩加算料とかというものの引き上げが現在、行われているわけですので。確かに、まだ加算額は足りませんが、そういうことを、より行政からのサポートもしていただき、一般の診療所の先生方も困らない、それからハイリスクの人も困らないという住み分けをしていただきたいと思います。

岡井会長 どうぞ、杉本先生、お願いします。

杉本部長 今の中林先生のハイリスク・ローリスクを分けるということには、私は反対です。それは、日本の産科の医療の中で、それが進んだために搬送問題が起きているのです。つまり、日赤で今、2,500例、お産をしていますけど、ローリスクが7割ぐらいです。でも、その中で完結しているもので、院内で8%ほどNICUを使う症例はあるのですけれども、そうした大きなセンターというものができれば、搬送症例はむしろ減るのです。

それと、「ハイリスク、ハイリスク」といっても、妊娠中にわかるハイリスクは帝王切開すれば問題が解決してしまうようなものがほとんどなのです。実際に問題になるのは、分娩経過の途中で変化が出てくる、そういうものにどう対応するかというプロがいなくなってきている。ですから、正常産を見ていないから、それができない。

だから、正常産をたくさん見ながら、異常が出るものをきちんと対応できる、これが、やはり求められるので、ローリスクの分娩もかなり扱っている中でハイリスクを扱っていく方が、日本のお産のやり方としては、むしろビジョンとしていいと思うのです。

岡井会長 わかりました。杉本先生のご意見も、よくわかります。今の問題は・・・。

杉本部長 もう一つ。ハイリスクで、センターで3人の当直制でやるとすれば20人必要になるのです。それを、普通のお産もやらないでハイリスクだけ扱うということでは、実質的に無理なのです。ですから、そういう現状からも、日赤でやっている形というのは、割と日本に合っているのかなというふうに感じてやっております。

岡井会長 わかりました。ありがとうございました。この問題は、また、いつか将来の日本の周産期医療体制のあり方として、しっかり考えていかなくてはいけないことだと思いますが、今日はやめておきます。

それで、当面、西の多摩地区の患者さんの方々を本当に守っていくためにはどうするかという具体的な、これは急ぎますので、案を出していただきたいと思うのです。

今の当番制だと、まずは杏林に行くわけです。杏林がだめなときに、それから、ではということになっているのですけれども、いきなり杏林の曜日を決めておいて、それ以外はみんな、いきなり受けろというようなこととか、それぐらい考えないと、やはりなかなか解決しない問題です。22年3月までは、少なくとも何か体制をとらないといけない。今は、どうも何か、本当に負担がかかっているのですよ、杏林大学には。産科の医師もそれほど多くないところで、もう現場の人たちが、これではまたやめていくというような悪循環に陥りますので、みんなで支えないといけないと思うのです。

何かいいアイデアとかありませんか、具体的なやり方ですけど。

お願いします、松田先生。

松田教授 確認ですけれども、緊急搬送のルールというのは、2年前に決まったのが、今いろいろな状況で、もう、できないところが多いという理解でよろしいのでしょうか。最初は、総合周産期センター同士での連携をして病院を探そうというのがあったのですけれども。

岡井会長 それは、やっているのです。

杉本部長 よくできていますよ。原則は、それはやっています。

松田教授 でも、先ほどは、「できていない」と言われましたね。

岡井会長 それは、もう本当に、このところへ来て、大変に忙しくなって、原則どおりにやろうと思っても、できないケースも、そういう場合も出てきたという話です。だから、そこを支援しよう。

松田教授 だから、新たな方法を考えるのは十分賛成なのですけれども、現状を、私は確認したいです。

岡井会長 すみません。岩下先生の発言のときに席を外していたので、どれぐらいに。

松田教授 病院を探すことができないから、依頼されている病院の方にもお願いして病院を探してもらうというのは、2年前の取り決めでは、そうではなかったわけですよ。

岡井会長 そうではなかったですね。

松田教授 それが、もう現場の先生が少ないとかだから、今はできていない。状況が変わってきたという理解でよろしいのでしょうかということです。

楠田委員 多分、「原則」という意味では、まだ、松田先生の言うておられる、やはり総合周産期がルールとして対応するというのが完全と思うのです。ただ、総合周産期だけがやると、どうしても効率が悪いので、岩下先生のご説明は、当然、総合周産期もやるのだけれども、ある程度、そういう発生源の病院も結果としてやるということで、原則は変わらないのだらうと思うのです。

そうすると、大変だから、そこを飛び越えて、あるときは直接、輪番あるいは当番の方がやっていくかということ、そこは、やはり、せっかくのシステムですから、当然、地

元の先生という顔の見える関係もありますし、いろいろな意味で、都立病院よりも、ある程度スピーディーに、そういう重症例の当番をやっている方が効率がいいわけですから、やはり原則としては変わっていない。ただ、原則が変わっていないのだけれども、杏林の状態が非常に大変。それから東の方も大変ということで、そこで検証ということで、それを考えて、原則も変える必要があるだろうということです。

岡井会長 どうぞ、お願いします。

瀧川委員 都立大塚病院の新生児をやっております瀧川なのですが、これは確認なのですけれども、多摩地区のバックアップとしての都内のNICUの輪番制というのは、うまく機能しているのでしょうか。それを聞きたいのですけれども。

室井課長 データがないのです。

瀧川委員 NICUも輪番制になっているのですが、僕らはM - Fというか。だからN、Mの関係、どこか同じにして、そこはM - Fの方で聞いてもらって、NがだめだったらMはだめですと言うことですよ。だから、NICUだけの輪番制というのは、ないのですよね。

杉浦委員 多摩地区のNICUは八王子小児病院がコーディネートすることになっていますので、NICUの輪番制というのは置かれていないというわけです。

杉本部長 新生児搬送ですね。新生児搬送に関しては、あるということです。ですから、3分の1が杏林で収容できているけど、3分の2は都内の輪番制の方で見ているというのは、恐らく。

岡井会長 行っているわけですね。3分の2ぐらいが、行っていると。

杉本部長 だから、それなりに受け皿にはなっていると思うので。ただ、先ほど岩下先生が言われたように、ブロック内での二次病院との連携を密にすることによって、少し区部へ流れるケースを減らせるだろうという努力をされているというので、ほかの周産期は今までどおり輪番制でそれをサポートするということをするということで、現実的には、ある程度は効果があるのではないかというふうには。

岡井会長 そうすると、これは岩下先生のご努力で。

岩下教授 というか、私よりも東京都の主導で。たしか杉本先生のところもやられているので、各ブロック内で一次、二次、三次の役割を細かく症例ごとに分けて、これは岡井先生につくっていただいたのがありますよね、ああいうのを多摩地区でも、この前、1回、東京都主導で会議をやって、それを2回、3回と、これから続けて行って、もう少し多摩地区だけで二次病院でも我慢してとってもらおうとか、そういうことをやって。

岡井会長 そうすると、今の体制の維持でいいと。22年3月まで、いいということですか。

岩下教授 よくはないですけど。

岡井会長 さらにサポートをしたいですけど、この協議会として、我々のシステムとしては、どうなのですか。

中林委員 やはりハイリスクと母体搬送の症例のみを扱うというのでは、日赤も大学病院もほかも、収支を考えればやっていけませんので、それに対して云々ということは当然できないのです。実際に、当院でも3分の1がハイリスクで、3分の2がモデレートからローリスクであり、ほかの周産期センターもそんなもので、ハイリスクはせいぜい多くても半分ぐらいなのです。

ただ、それはそれで、今後、日本の分娩システムがどうなっていくかは別として、現状においては1施設の産科医が周産期センターでも十何人とか20人とかということで、1人当たり年間100とか150とかという分娩を扱っています。それはいいのですけれども、本当に困った症例というのを引き受ける場所が都内に数箇所あった方がいいだろうと思います。そういう病院が、ハイリスクや母体搬送中心の分娩を扱い、経営に関しては正常産がなくてもやっていけるような病院があった方が、多摩地区のように非常に不便なところをカバーする点ではいいのではないかと思います。

本来、行政がそういうことをしていくという姿勢がないと、現在の一般の民間病院がそれをやるのは困難です。ですから、それは行政的に、都立病院なり国立病院なりが、そういう機能を持たないといけないのではないかと思います。将来、10年、20年すれば、日本の周産期システムがどう変わっていくかわかりませんから、そのときは別として、現状においては、そのようなことをしていかないとやり切れないのではないかなというふうに思うのです。そういう施設が幾つか都内にあればいいなというふうな意向です。

杉本先生が「反対です」とおっしゃられた、日赤の運営形態を別にどうこうというわけではありません。我々も日赤と全く同じ運営形態ですし、総合センターの多くはそういう形態をとっていると思うのです。ただ、都立病院とか国立病院というのは違ってもいいと思っています。

岡井会長 わかりました。先生、大事なご指摘ですが今後の検討にさせていただき、多摩地区のシステムを、東京都全体でどう支援するかという話でお願いします。

宮澤副院長 都立大塚病院の宮澤と申します。

ブロック完結型を目指しているということですが、元々多摩地区では周産期の施設が少ないので地域（ブロック）で完結するのはかなり難しいのではないのでしょうか。さらに、神奈川、千葉、埼玉、茨城からも搬送依頼があるわけですし、そちらの状況を踏まえた体制を考えなければいけないのではないのでしょうか。

実際にベッドが空いていれば他県からの依頼でも受けざるを得ませんし、満床や手術・処置中などでは近隣からの依頼でも断らざるを得ません。大塚も地域周産期センターですが、他県や都区内、多摩地区など色々な地域からの依頼を受け、墨東や日赤と同じ年間約200件の母体搬送に対応しています。

このように総合周産期センターや地域（ブロック）だけではとうてい完結できない現状の中ではネットワーク情報システム端末の ×を参考に東京都全域で判断していくの

が基本だと思うのですが。実際に、コーディネートするだけでも現場の医師は大変だという声も聞きます。

あとは、先ほど話題になりました東京消防庁の救急医療情報システムが周産期関連のシステムにどうにか関連づけられないかということだと思います。

岡井会長 ありがとうございます。それは、皆さんの確認事項で、そうなのです。

もう1つ。この後、次に東部及び東北部に移りますが、具体的な話になりますけれども、輪番は今、東の方を担当している病院も受けているのですか。輪番制の中に入っているのですか。僕は、そこを外してもいいかなと。

総合周産期の中でも少しは余裕のあるところと、本当にぎりぎりのところがあるので。ですから、そこを。

杉本部会長 去年の実績を見ますと、墨東は199例、約200例の搬送を受けているのです。多摩当番もずっと続けているので、外から見ていると、それなりの力でやっているのかなというふうに見ていたのですが、これほど現状がひどいというのは、今までの実績からすると非常に急激な変化なのかなというふうに感じています。

岡井会長 ですから、多摩の当番の方を除いて組んだ方が実際には役立つ機能になると思うので、それをやらないといけないのと、もう時間が余りないので東の方に移したいと思いますが、具体的に、都立墨東をどう支援するかということと、あの辺の地域の、ほかで、今助けに回っている、綾部先生のところとか板橋とか、日大とか、その先生のご意見も聞いてということで、きょう、小林先生、都立墨東病院の院長先生に来ていただいていますので、少しご発言いただきたいと思います。お待たせしました。

小林院長 都立墨東病院の小林でございます。

今回は、私どもが十分な搬送受け入れができなかったということで、先生方にもいろいろご迷惑をおかけしてしまい、大変申し訳ないと思っております。

先ほどからお話を伺っておりましたが、当院は、昨年度が199件、それから、今年上半期は101件という母体搬送を受けております。これは、1つには、東部地区は区部のブロックの中では分娩数が一番多いのですけれども、それにもかかわらず、総合周産期センターが1つで、それに、地域周産期センターも1つだけということがあります。それから、隣の東北部ブロックには、総合周産期センターが域内にはございませんで、ですから、東部地区に隣接した区域の方は墨東病院に来てしまいます。

それから、先ほども話が出ていました千葉・埼玉です。千葉は、最近は少し周産期センターができてきたので減っておりますけれども、埼玉はまだないということで、1つのブロックだけでございまして、かなり広域のハイリスクの妊婦さんを扱ってきたわけです。

その中で、ご承知のように人がどんどん減りまして、6月まででも相当に厳しい当直回数だったので、6月末で1人退職ということになり、これで2人当直体制をとると11回当直しなければなりません。平均で11回当直するということは異常な



事態で、管理者としては、そんなことは放置できません。

それで、では周産期センターの指定を返上するかという話も出たのですけれども、先ほども申しましたように、東部地区には墨東しかないわけで、うちが撤退したら、本当に、あそこは壊滅状態になりますので、地区の産婦人科医会の先生方とも話をしながら、とにかく全面的になくなってしまうと困るので、例えば、月から金までだけでも確実にやるという、そんな形はどうだろうかという話の中で、今回、7月から、土・日、祝日は1人体制でやらざるを得ないと、こういう状況に追い込まれてしまったわけでございます。

本来は先生方に相談した上で、許可を得てすべきであったと思いますが、とても時間的にそういった余裕もございませんで、地域の先生方と相談の上、始めたというのが実態でございます。

そういう中で、今回母体搬送受入れが遅れたという事態が起きてしまったわけでございまして、これを何とか解消するべく、医師集めに努力をしておりますけれども、とにかく日本中で産科医が少ないという状況で、特にこういった最前線の周産期医療をしようという産科医は、さらに少ないので、本当にギリギリの状態でございます。

別添資料の6に、11月からの当直体制を示してあります。ご遺族の方から、二度とこういうことを起こしてほしくないというお声もありますので、何とか解決していこうということで、土日祝日の半分を2人体制にしたのですが、これは、別に人がふえたというわけではございませんで、現状の医師が当直回数を無理をして増やして、ようやく半分だけ埋まったという、こういう実態でございますので、これも一体いつまで続けられるかという状況でございます。

ということで、少なくとも現在1人当直の日については、また今回と同じようなことが起きる危険性が非常に高いものですから、1人当直の日だけでもバックアップをつくっていただくということをお願いいたします。

それから、もう一つは、先ほども岡井会長からお話が出ました多摩当番です。多摩当番も、医師が1人のときに当たると、これは、もう本当に私どもも受けられませんので、そのところを、ぜひ、この会でご検討いただければと思います。

それから、これは、すぐということではなくて将来的な検討で結構ですけれども、先ほどもお話ししましたように、東部地区は、どうも分娩件数と、施設が非常にアンバランスだと思うのです。ですから、将来的に、先ほどネットワークという話もございましたが、ブロックというときに、ある程度、分娩件数、施設数、ベッド数、そういったところを平準化するようなことも検討していただければ大変ありがたいと考えております。岡井会長 ありがとうございます。墨東病院を支援することの前に、ご発言いただいた中で重要なことがあったのは、今までブロックをつくるときに、地域、エリアで見えて分けていますが、分娩の数とか症例の数で、もう少しブロックを組み直すというのも1つの考え方だと思います。今、ご発言されたので、これは、いつか、しっかり議

論したいと思います。

墨東病院に、これからも総合の機能を果たしていただかなくてはいけないことは間違いないので、もし、返上しますということになると、地域の一次施設だけではなくて、結局住民が困るということになりますので、ぜひ、それは続けていただきたいと。

それにつけても、現実に対応する医師が足りないということがありますので、みんなで何とかサポートしていきたいと思いますが。11月は当面、何日と何日は2人で、1人の日がこれだけあると。

本当に情けないという気がするのですけれども、なぜ、こういう状況になっているのだと。もとを言えば、とにかく医師不足の問題への対応が遅れてしまったというのが根本にあるのですが、とにかく11月はこういうことで、この協議会で認めるしかないですね。

1日しかいないときは、この日は墨東ではなくて、墨東に対しても輪番制を設けて、墨東が1人のときは、どこかほかのところで受けると決めるしかないです。

この周産期の救急は、一般の救急よりは一次施設から、あるいは二次施設などの医療施設からの依頼が圧倒的に多いですから、そういうところにきちんとインフォメーションを流しておけば、いけると思うのです。

だから、当面、墨東には頑張ってくださいますが、その医師がまたやめたり何かあったら困りますので、限界がありますので。1人しかというときには、ほかのセンターのどこかが輪番で引き受けると。よろしいですか。もう、そうするしかないと思っ

ているのです。皆さんの、もちろん賛成を得ないと決められませんが、杉本部長 多摩当番以外に、もう一つ、墨東当番を残りの中でということは、これは、もうやらざるを得ないと思うのですが、ただ、そのときに、墨東の担当の地区である江東、墨田、江戸川の一次医療施設から直接連絡が来るのか、墨東が一たん。

岡井会長 一たん、受けるかですね。

杉本部長 受けて墨東から来るのか、その辺の。

岡井会長 それは、決めないといけない。それと、もう一つ、この件では、綾部先生は何も言っていないのですが、東北の大変なのは先生のところで今は受けているのです。その立場で、今の多摩当番、墨東当番のことに関連して、先生から意見を聞きたいです。

綾部教授 非常に総論的な話になるかもしれませんが、例えば、1回、患者さんが来て、そこで診て、受けられると思ったけど受けられなかったというときに、もう一回、そこで探すということは、私は、それはいいと思っているのですけれども、だれから非難されるかという患者の家族なのです。

実際に搬送元から受けて、その結果がうまくいかなかったときに、搬送元が患者さんから訴えられると、その搬送元について弁護士が帝京を訴えてくるのです。おまえのところのやり方が悪かったから、せっかくな状態です。送ったのに、だめだったと。そういう中で、我々は常に戦っているのです。

そうすると、例えば、成育医療センターで発表した250人に1人、人間というのは250回に1遍、何もしないと死ぬのだと、お産で。それを、100万件、お産があったら年間4,000人死ぬところを、今3,950人、助けているのだというような、そういう社会にもっとアピールして、我々は一生懸命やっているのだと。例えば、今回でも、「たらい回し」という表現をしないで・・・。

岡井会長 その件は大事な件ですけど、今の議論と外れています。今の議論は輪番制。先生のところの東北の方の。

綾部教授 わかっているんですけど、いろいろなところから送っていただくときに、必ず、「　　なんかになぜ送った」とか、あるいは「　　に送ったら分娩料が高かった」とか、そういうクレームが現場でしょっちゅうあるのです。

岡井会長 綾部先生、僕が聞きたいのは、では、そのことが、帝京大学が、本当に申し訳ないけど、東北部の患者さんを受け入れることの現実の障害になっているのですか。

綾部教授 なっています。

岡井会長 そういふことがあるから受けられないという事実があると。それは問題ではありませんよ。今、先生が指摘されたことは問題であるし、社会の人に理解してもらえるように、いろいろ僕らも説明しないとイケないことですが、現実には、それが受け入れられない。

綾部教授 我々は、拒否はしていません。拒否はしていませんけれども、非常に意欲をそがれている、士気をそがれているのです。

岡井会長 意欲をそがれると。やっている人の。

綾部教授 けれども、受けていますよ。我々は、本当に受けています。

岡井会長 いや、そこは、しばらく受けてくださいよ。頼みます。

瀧川委員 大塚病院の瀧川なのですが、多摩当番にしても墨東の当番にしても、総合だけでそれをカバーするのは、なかなか無理ではないかと思って。地域に手を挙げるところがあれば、そういうふうにしていったらどうかなと思うので、その辺はいかがでしょうか。

岡井会長 僕、今回の墨東病院でのケースで考えたのは、いろいろシステムをつくって複雑にすると、やはり時間がかかって、こうなってしまうのです。最適、ベストがこうであっても、ベストにたどり着くまでに時間がかかるシステムは、やはり本当に緊急の場合に困るので、ベストではなくてセカンドベストでいいから緊急の場合は早くたどり着くと、それを大事に考えたシステム改良をする必要があるのではないかというのを僕は思っているのですけれども。

綾部教授 それで、1回、とりあえず、うちに来てもらったと。だけど、例えば、脳外科がいっぱい、どうしてもだめだった。では、ほかにちゃんと紹介しますよといったときに、もう矢のようなクレームが来るのですよ、今でも。私も当直していますから、わかるのです。

岡井会長 クレーム問題は、わかりました。それはそれで、もちろん対処しないといけないですけど、どうですか。

今、問題になっているのは、杉本先生が言ったことです。直接、輪番の、「今日は墨東には行かない」とするか。一次施設に、何月何日は、例として帝京大学に連絡しなさいというふうにしてしまうのか、何はともあれ、一度は墨東に連絡して、そこから、もう一回行くのか、どちらかに決めましょうよ、とにかく。どちらがいいのでしょうか。

もちろん、一番大事なことは、その施設も大変だけれども、本当の救急のときに患者さんが早くいいところに行けるかということですよ。

楠田委員 やはり、この問題は、原則は変えない方がいいと思うのです。だから、とりあえず、例えば、きょうは直接やり取りする方に行くとか、その調整すら大変ですから、やはり原則は総合に連絡していただく。総合から当番の方に連絡していくという。そういう、今と同じ考え方です。そういう原則を持ってやらないと、いろいろなシステムをつくるというのは混乱を招くところです。やはり原則は原則でやると。当然、多摩と東北に関しては、そういう輪番制のところを前もって決めておくと、それが一番シンプルで効率的だと思います。

瀧川委員 だから、輪番制の病院をふやせばいいのではないのでしょうか。

杉本部長 責任は余り広げても、かえって曖昧になるので、総合で受けて、地域医療センターなり二次医療機関というのは、そのエリア内で総合から、逆にトランスファーできるものは受けてもらって総合のベッドを空けるというようなことを、エリアごとに総合が運営を。

岡井会長 それは、最初に先生が言われたことで、それはやらなくてはいけないのです。ブロックの機能を強化するという意味で。

そうすると、時間が過ぎたのですが、幾つか次回までの宿題ができました。

よろしいですか。協議会、今、議論したことの延長で、最低、もう一回は近いうちにやらせていただくということでいいですね。では、それでやらせていただきます。

それで、問題点を整理したいと思います。ブロック完結型をするために、もう少し議論することがある。地域の連携も、そのブロックの中での機能別の施設ごとの連携等もあるし、それから、具体的に、どこまで本当に、今までの手順と違う、新たな基準で、よその施設を探すというのを考えないといけない。それも、また決めましょう。

それから、情報ネットワークの問題、本当に上手にしておかないと、余り複雑にすると、そこでまた時間がかかったりとか、機能しないということがありますので、そこも具体的なものを、ぜひ、ここで提言させてもらいたいと思います。

それから、西の方と東の方の支援体制。西は、では、今までどおりでいくということでもいいですね。岩下先生のところに一番かかわる問題なので。では、それでいくと。

東は、今、言ったように、墨東の1人当直の日は輪番制で、ほかのどこかが支援すると。どこにどういう順番でというのは、今度までに、やはり母体搬送を受けた症例の数

とか、受けられなかった日が何パーセントぐらいあるのかとか。受けられない日が多いということは、その施設がそれなりに忙しくて受けられないということがあるのですから、そういうことの統計も見ながら具体的に決めたいと思いますけれども。

吉井委員 そういう意味で、今の基本的な先生のお考えということで、総合でという話と、総合から当番の方へ行くというお話がありました。そういう意味で、事務局的に、11月8日からの話がございまして、そうした調整を具体的に進めさせていただくというのは、よろしゅうございますね。

岡井会長 11月はそうしましょう。

吉井委員 カバーする体制を、もう事務局でつくっていくと。

岡井会長 案を出してください。それを、もう一回見て。墨東の話は。

そうすると、ちょうど時間ですね、始まったのも10分ぐらいおくれましたから、2時間ぐらいで終わりです。何かございますか。

桜山技監 最後によろしいですか。福祉保健局で技監をしております桜山と申します。

きょうは貴重なご意見、いろいろ伺いましたけれども、できれば来年度の予算にいろいろ先生方のご意見を反映していきたいと思っておりますので、今、岡井先生からもお話がありましたように、また検討の場をとということですが、非常に先生方、お忙しいところ恐縮ですが、事務局で調整いたしますので、また早急に、ご意見を伺う場をちょうだいしたいと思っております。どうぞ、よろしく願いいたします。

岡井会長 よろしく願いします。

杉本部長 今回の墨東の件で、患者さんを、どうすればよかったかなというのは、皆さん考えていらっしゃると思いますけど、医師が足りないとか搬送の問題というのは、これは1つバックグラウンドとしてあるとしても、それが理想的な状態であっても非常に難しかったかもしれないという点もあるし、今の体制でも何とかあったかもしれないという点も、やはりあることはあると思うのです。

それは何かといえば、病気がかなり重症であっても、受け入れて立ち会った医師たちの、特に8つの総合周産期センターの医師たちが、単に受け入れ可能かどうかしかやっていないとすれば、今後は患者さんの状態によって、単なる早産ということではなければ、もう少し何が必要かということを考えるような受入体制を、それぞれの総合周産期で人を育てるということでは必要だと思うのです。

ですから、今回は、簡単に言えば、これはもうCTを撮る必要があるのだということが、まず最初であれば、そういうことで、次の疾患の診断というの、その次だと思えますけれども、そういうふうなことがやりとりの中で出てくるような総合の受け方ということが今後、求められると思うので、これは産婦人科学会、あるいは、こういう医師の相互の間での教育ということで我々に与えられた宿題だと思いますので、このことも我々内部としては考えていく必要があるだろうと思います。

岡井会長 ありがとうございます。それも貴重なご指摘ですけど、1つだけ、僕の方

からさせてもらおうと、これは医療事故のヒューマンエラーと似たようなところがあって、「おまえらエラーするな」、「ミスするな」、「頑張れ」と、これは大事なのですが、それだけでは、絶対に防ぎ切れない。こういうものは、もちろん、その人たちが、そういう病状を見て、早く的確な判断ができる、それは、その人の実力でもあるし、その人の特性でもあるわけです。そこはそこで、もちろん教育しないといけない、レベルを上げなくてはいいけないのですが、システムをしっかりさせるということは、別の意味で絶対的に必要なのです。

ヒューマンエラーが一方では起こるけれども、それが大事にならないようにシステムで守る。これは日本の中で考え方として欠けてきた部分で、どうしても日本は、「気合いを入れて頑張れ」とか、そういう話にみんななってしまうので、その点は大事だけれども、ここではシステムの改良に全力を注ぎたい。

杉本部長 システムそのものが、産科、婦人科、あるいは生殖医療ということで、かなり分化したことで、少し弱点が出ていると思うのです。ですから、統合した産婦人科として、岡井先生のところは、そうした当直体制を組んでいらっしゃいますけど、非常に、大学でも産科の当直医が少ないところでは、かなり分化したものをやっていたところもあると思うので、今後の方向性としては、もう少し統合のいい面も考えて、そういう教育体制が必要だろうと、こういうことです。

岡井会長 わかりました。ありがとうございます。

田中委員 時間ありませんが、産婦人科医会からということで、今日は参加しておりますが、総合周産期の者としてお話しさせていただきます。私、大田区の東邦大学ですが、大田区の全分娩数は年間5,300で、大田区にある病院が東邦大学病院と大森赤十字病院と東京労災病院で、開業の先生が二箇所で行っています。つまり分娩を取り扱う施設が五つしかないのです。

トータルすると、ここで3,000弱しかまかなえないのです。正常であっても、ある区は、もう完璧に、ですから半分近くが母体搬送どころか正常妊娠・分娩を受け入れることもできないというところがあるということです。ですから、搬送というか、僕らは紹介なのですが、正常妊婦を他院に紹介するのもかなり苦慮しているのです。

ですから、正常を幾らでも、今、正直なところ、大体、月90から100ぐらい、うちでやっているのですけれども、ベッドもない状況です。正常分娩をやるなど言われたら、これは、もう大変な状況が起きるというようなことで、正常も受けているという状況です。

そういうところで、今、産婦人科の医者は何とか頑張っていますが、うちは、正直言って、新生児も、もう人が、これ以上やったら体を壊すから、やめたいという苦情が出てくるぐらいで。やはり産婦人科も少ないのですが、新生児科も麻酔科も全部がふえてこないと対応できません。これは行政の方をお願いするしかないので、ぜひ、そちらの方もお願いしたいというところです。

岡井会長 ありがとうございました。今のお話も、みんなで心得て。

ここで、今、こうしようという具体的なシステムの改良をやっていきますが、それで終わってはだめなのです。根本的なことに関しても、僕ら、言い続けないと。一步一步、少しでもよくなるようにやっていきたいと思います。

それでは、どうもありがとうございました。ほかに何かなければ、今回はこれで終わって。次の日程に関しては、今決めないでいいですね。

室井課長 また、調整してご連絡させていただきます。

岡井会長 それでは、どうもありがとうございました。

(閉会 午後4時48分)