

平成26年度第1回 東京都周産期医療協議会

平成26年12月18日

東京都福祉保健局

(開会 午後7時06分)

○諸星事業推進担当課長 楠田先生がまだお見えになりませんが、定刻でございますので、ただいまから、平成26年度の第1回東京都周産期医療協議会を開催させていただきます。先生方におかれましては、お忙しい中でございますけれども、ご出席いただきまして、どうもありがとうございます。

私、11月から周産期医療を担当しております、事業推進担当課長の諸星と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

議事に入るまで、進行を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

初めに、協議会開催に当たりまして、福祉保健局技監の前田よりご挨拶を申し上げます。

○前田福祉保健局技監 福祉保健局技監の前田です。

本日は年度末の大変ご多忙の中、夜分お越しいただきまして、ありがとうございます。また、日ごろから東京都の周産期医療の推進につきましては、さまざまな形でご尽力をいただきまして、ありがとうございます。改めて御礼申し上げます。

今回の協議会につきましては、東京都の周産期医療体制整備計画の改定に向けまして、これまで藤井委員に部会長にご就任いただいている計画策定部会におきまして、6月から非常に精力的にご論議をいただいているところでございます。

本日ご出席の委員の皆様方に、この計画の骨子(案)をお示しさせていただきます、ご意見を賜りたいと考えているところでございます。

周産期医療体制について、東京都はスーパー母体救命、あるいは周産期搬送コーディネーターによる搬送調整の仕組み、さらには胎児救急搬送システム、そして、NICU入院児の在宅療養への移行支援ということで、さまざまな取組をしているところでございますけれども。これらにつきまして、部会等で先生方の熱いご議論によって、こうしたものができてきたというものでございます。

ただでございましたらではなくて、当然、その後の取組、一層の推進というものが重要でございます。その点では、まだまだ周知徹底でありますとか、指導でありますとか、あるいは改善の必要などあるというふうに考えているところでございます。

それらにつきまして、周産期医療体制整備計画策定部会におきましても、さまざま委員の先生方からご意見を賜りました。

本日は、本協議会におきまして、策定の骨子案につきましてご意見をいただき、さらにまた策定部会も開催して、そこで検討を加えて、最終的な計画をまとめていきたいというふうに考えております。

本日は、ぜひ活発なご議論をいただければ、幸いかと思います。どうかよろしくお願いいたします。

○諸星事業推進担当課長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様方のご出席の状況をご報告させていただきます。本来ですと、

委員の皆様一人一人をご紹介させていただくところでございますけれども、本日の会議で新たにご就任いただいた先生方をご紹介させていただきたいと思っております。

資料1の委員名簿をご参照いただければと思います。

それでは、本日の会議に新たにご就任いただきました委員をご紹介させていただきます。

東京都助産医師会会長の竹中委員でございます。

続きまして、東京消防庁の救急部の救急医務課長の新藤委員でございます。

それと、出席状況についてご案内を申し上げます。

日本重症心身障害学会の理事の倉田委員と特別区の保健所長会の辻委員、あと、医療を受ける側委員の渡利委員からご欠席のご連絡をいただいています。

また、本日、医療政策部長の小林につきましては、公務がございまして欠席させていただきますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

また、まだお見えになっておりませんが、順天堂大学の竹田委員の代理としまして、牧野先生がご出席をいただく予定と聞いております。

また、本日、産科・新生児の連絡会の代表としまして、日本大学の山本先生、昭和大学の板橋先生にご出席をいただいております。

また、救命救急部門代表の木下先生の代理として、日本大学の山口先生にご出席をいただいております。よろしくお願ひいたします。

続きまして、事務局側の職員をご紹介させていただきます。

救急災害医療課長の八木でございます。

また、医療改革推進担当部長の矢内でございますけれども、同様にほかの公務がございまして、本日急遽欠席させていただきますので、どうぞよろしくお願ひいたします。申しわけございません。

続きまして、本日配付してあります資料についてご説明を申し上げます。配付資料は大量でございますので、よろしくお願ひいたします。

まず、次第が1枚目にございまして、1枚めくっていただきますと、協議会の委員名簿がついております。

その下に要綱でございます。

資料3としまして、これまで3回の策定部会におけます検討経過についてを1枚つけております。

また、資料の4-1としまして、部会でご議論いただきました内容をまとめた改定計画の骨子の概要でございます。

資料4-2としまして、その骨子(案)をつけさせていただいております。

続きまして、資料5-1としまして、A3の1枚の資料でございますけれども、母体救命搬送システムの実施状況の推移というものをつけさせていただいております。

また、資料5-2と5-3は、それぞれ平成25年度、26年度の上半期の実績でご

ございます。

資料5-4については、それらの期間の事例の一覧とでございます。

続きまして、資料6-1でございますけれども、周産期搬送コーディネーター実績の推移となっております。

資料6-2と6-3については、それぞれ平成25年度と26年度の上半期の実績をつけさせていただいております。

また、参考資料として、七つほど用意をさせていただきましたので、次第のほうに記載しておりますので、右肩に資料番号を振っております。ご確認のほうをよろしく願いたいと思います。

資料等欠けているものがございましたら、挙手いただきまして、事務局のほうで伺いたいと思います。よろしく願います。よろしいでしょうか。

本日の会議でございますけれども、資料2の要綱の第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録については公開という形になっておりますので、よろしく願います。

あと、本日の会議の終了時刻でございますけれども、おおむね8時30分ぐらいを予定させていただいておりますので、どうぞよろしく願います。

それでは、議事のほうに入らせていただきます。

それでは、これからの進行については楠田会長に願います。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、26年度の第1回の東京都周産期医療協議会を始めたいと思います。

今ありましたように、大体1時間半というか、遅れてきた人間がこんなことを言うのも変なのですけれども、1時間半ぐらいを予定しておりますので、ご協力をよろしく願います。

今日は周産期医療体制整備計画の策定に関する協議事項が主でございますので、これを中心に、残りは報告事項ということになると思います。

では、最初の議題であります、東京都の周産期医療体制整備計画の策定についてですが、これは5年ごとに見直しをしております。東京都の周産期医療体制の整備計画の次の5年に向けた案を策定していただいておりますので、まずご紹介をさせていただきたいと思っておりますけれども。

まず初めに、策定部会の骨子(案)を取りまとめられております、藤井部会長のほうから一言ご挨拶をお願いします。

○藤井委員（東京大学） 藤井でございます。

今年度3回の部会で、現行計画の取組状況、それから、課題、今後の方向性について議論してまいりました。議論の内容につきましては、資料4-2でございます、今日協議していただく骨子(案)にまとめてございます。

本日の結果を踏まえまして、次回の策定部会で計画本文(案)について議論をする予定

になっておりますので、協議のほどよろしくお願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

ということで、既に3回部会のほうでご検討をいただきまして、本日この協議会の委員の皆様へ今の案をご説明させていただき、それで最終案を今年度中、来年の3月までにまとめるというか、計画になっております。

それでは、実際にまとめていただきました案につきまして、資料を使いまして、事務局のほうで説明のほうをお願いしたいと思います。

ただ、かなり内容が豊富ですので、最初に資料3と、それから、4-1、4-2、それから、骨子(案)の1枚目というところからまずご説明をいただいて、皆様方のご意見をお聞きして、また続きのほうに行きたいと思っておりますので、まず最初の方の説明、事務局からよろしく申し上げます。

○諸星事業推進担当課長 ご説明いたします。まず、資料3のA4の横の資料をご覧いただきたいと思っております。

東京都周産期医療体制整備計画策定部会における検討経過というものでございます。今、藤井策定部長からご挨拶をいただきましたけれども、1の周産期医療体制整備計画の検討事項ということで、はじめに、現状と課題、整備計画を、1回から2回の部会の中で具体的に検討をさせていただきました。

下の方に、2番の整備計画策定スケジュールとして書かせていただいておりますけれども、第1回、第2回という形で具体的に検討させていただきました。第3回の10月の検討策定部会の中で、この骨子(案)についてご議論をいただいたところでございます。

本日、網掛けのところでございますけれども、第1回目の周産期医療協議会ということで、整備計画骨子(案)をご検討いただきます。

その意見を踏まえまして、2月に予定をしておりますけれども、4回目の策定部会において、その結果の確認をさせていただいて、整備計画の案についてまたご議論をいただくというような予定になっております。

また、その上で、3月予定でございますけれども、第2回の周産期医療協議会を開催させていただきます。整備計画の案の検討をさせていただくというような予定になっておりますので、よろしくをお願いをしたいと思います。

それでは、非常に細かいところでございますけれども、資料に沿って、計画の骨子(案)についてご説明をさせていただきたいと思っております。

本日関係する資料としましては、資料4-1ということで、A3の1枚の骨子の概要というものと、実際に資料4-2ということで、骨子の(案)という形のものがございますので、この二つを合わせながらご説明のほうを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、今回の改定の目的でございますけれども、骨子の概要の一番上でございます、近年の出生状況とかNICUの増床状況、搬送システムの運用状況などを踏まえた必要

な見直しを行って安心・安全な周産期医療体制の確保・強化を図るところを、大きく改定の目的とさせていただいたところでございます。

資料4-2の骨子(案)の方をご覧いただきたいと思います。Ⅰ番、Ⅱ番、はじめにと、周産期医療体制整備計画の位置づけという形のものを書かせていただいております。

まず、計画改定の経緯でございます。1番でございます。その三つ目に、東京都における出生状況とかNICUの増床、搬送システムの運用状況などの進展を踏まえ、必要な見直しを行うという形で、先ほど申し上げました、改定の目的のところと同様のことを書かせていただいております。

また、2番目としまして、計画の位置づけでございますけれども、「東京都保健医療計画」との整合を図りながら、いわゆる整備指針に沿いました東京都の中長期的な周産期医療体制に対する整備方針ということになっております。

今回の計画につきましては、平成27年度から31年度までの5か年という形になっております。

ただし、国の方針等を見直しとかを踏まえて、変更等が必要な場合とか、情勢の変化等がございました段階で、また必要に応じて見直しを行っていくという形のもの位置づけさせていただいているところでございます。

具体的な内容に入っております。ローマ数字のⅡ番として、東京都の周産期医療を取り巻く現状という形になっております。

1番として、母子保健指標の動向ということを書かせていただいております。

概略になりますけれども、A3の骨子の概要のところ三つほど書かせていただきまして、左側でございます。平成25年の出生数については109,986人ということで、今後5年間はほぼ横ばいであるということです。31年の推計としては、104,764人という形を設けさせていただきました。

また二つ目の丸としまして、リスクの高い低出生体重児は平成12年の8,679人から25年には10,352人という形で増加をしていますと。また、極低出生体重児についても同期間に839人と増加をしているということになっております。

また、35歳以上のお母さんからの出生数につきましては、12年から25年には2倍近くまで増加しているということを踏まえて、母子保健指標の動向のところ記載をさせていただいております。

また、それ以外につきましては、骨子のほうの部分でございますけれども、下から二つ目の丸で、産科・産婦人科を標榜する医療機関と分娩取扱施設はほぼ横ばいであるとか、減少傾向にあった周産期医療を担う医師の数については、20年ごろを境に増加に転じるというようなことを、母子保健指標の動向として書かせていただきました。

次に、骨子を1枚めくっていただきまして、2ページでございます。今回改定するに当たりましての視点を三つほど設けさせていただいたのが、3番の改定の視点でございます。A3の骨子の右側の改定計画の概要のところ黒い部分、取組の視点1、2、3

となっております。

改定における取組の視点としましては、一つ目としては、高齢出産や低出生体重児など、増加傾向にあるハイリスク妊産婦・新生児へのケアを強化。

二つ目としまして、母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応を強化。

三つ目としまして、NICU等長期入院児に対する在宅移行支援を強化というところを、改定における取組の視点という形で位置づけをさせていただいたところでございます。

続きまして、ローマ数字のⅢ番目になります。東京都における周産期医療体制整備計画ということで、1番としまして、東京都における周産期医療に必要な病床という形で、NICU・GCU・MFICUの整備の部分について書かせていただいたところでございます。

骨子の(案)の2ページのところの中ほどに表がございます。NICU・GCU・MFICUの推移ということで、22年の計画当初から見ますと、26年10月には、NICU294床、GCU566床、MFICU116床ということで、それぞれ増加という形になっております。

また、骨子の現状と課題の四つ目でございますけれども、26年に診療報酬の改定がございまして、NICUの算定に当たっては、一定の受入れ実績が求められているということで、最近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院の患者数が30件以上という形で、診療報酬上そういうものが設けられたというような状況がございましてということを書かせていただいています。

また、これにつきましては、今後の方向性でございますけれども、骨子の(案)の少し色がついているところでございます。三つほど書かせていただきました。

NICUにつきましては、ハイリスク妊産婦とか低出生体重児の増加等を踏まえ、平成31年度末までの間、都全域で「NICU病床320床」を確保するというふうにさせていただいております。

また、GCUにつきましては、各施設においてNICUの2倍以上を確保できるようにということで、施設や地域の状況を踏まえて整備を推進すると。

また、MFICUにつきましては、不足感というものがございまして、ハイリスク妊婦の増加に伴い、増床が必要ということで、今後も整備を推進していくというような形で位置づけをさせていただいたところでございます。

また、GCUにつきましては、指針等を踏まえて、基本的には周産期母子医療センターのNICUの2倍以上整備という形になっておりますけれども、約3割の施設が2倍未満の病床で運営しているということで、現状と課題の中にも書かせていただいているところでございます。

続きまして、2番目の各周産期医療関連施設の機能というところでございます。2ページの下の方から始まります。

また、二つ目の○としましては、胎児の救急搬送システムでございますけれども、25年3月から開始をさせていただきまして、25年は43件ほどの実績がございます。

また、三つ目の○としまして、いわゆる県域を越えた周産期搬送ということで、近隣3県（埼玉・千葉・神奈川）になりますけれども、連携体制を構築するために、ルール作りなどの検討を行っておりますというところと、あと神奈川県と埼玉県との間で、連携の試行を開始させていただいております。

あと、全ての周産期母子医療センター及び周産期連携病院等につきまして、周産期医療情報システムを導入させていただきまして、空床状況などの診療能力情報を共有しまして、搬送先選定等に活用させていただいているというようなことでございます。

あと、図の初診時診断程度と搬送イメージ等について図であらわしたものと、コーディネーター実績の推移とシステム搬送実績の推移なんかを表にあらわしております。

この部分につきましての今後の方向性でございますけれども、いわゆるシステム部分につきましては、おおむね適正に運営をされているところでございますけれども、搬送件数等の増加もございますので、これについては、更なる検討を進めていくという形を記載しております。

前半の部分は、以上でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

今、資料3が、今までの検討の経過と今後の予定になっておりますけれども、先ほど言いましたように、今日の協議会の後、再度策定部会を開いていただきまして、それで最終案を再度周産期医療協議会のほうに提出をしていただく予定になっております。

資料の4-1が全体の骨子をまとめていただいておりますので、その内容が、今説明していただいた資料の4-2にありますので、4-1を見ながら、実際には具体的な話として、資料の4-2のほうに目を通していただきまして、今からご意見をいただきたいと思っております。

それでは、まず資料の4-2、整備計画骨子(案)ということになりますけれども、まず初めのところでは、改定の経緯ということでいろいろと、初めの、この目的のようなものを書いておりますし、位置づけを書いておりますけれども。まず、この辺で何かご意見ございますでしょうか。

NICUを増床して、搬送システムを更に強化していくという内容になっております。それで、今回も5年計画ということですので、5年間の整備計画をつくるということになっております。

内容に関しましては、IIにあります、取り巻く状況ということで、全国的には出生数は減っておりますけれども、東京都では余り減らないというか、少し増えている時期もあって、最終的に、資料1の最後の31年までを見ていただきますと、やはり10万以上の毎年出生があるだろうということで、今とそれほどベースは変わらないだろうという予測で、この整備計画を立てております。

この辺あたり、どうでしょうか、ご意見。

どうぞ。

○板橋委員（昭和大学） 昭和大学の板橋です。

減少傾向にあった周産期医療を担う医師数は、増加に転じているだろうと思うのですが、働く形態が本当に現状に見合っているのかどうか。例えば、女性医師が増えてきて、子育て中の方々、うちでもそうですが、時短勤務が増えてきたり。そういった中で、単に数合わせで増えているというよりは、機能を維持できるための必要な人数が自主的にそろっているかどうかというデータはございますか。

○楠田会長（東京女子医科大学） どうでしょうか。事務局でありますか。

中井先生が、この前、産婦人科をまとめられたので、中井先生が一番適任かもしれませんね。

○中井委員（日本医科大学） ちょっと細かな数字じゃないんですけども、東京都自体は、確かに医師数は増加していますし、それから、周産期母子医療センターの1施設あたりの平均医師数というのはもう、他の県を圧倒して、これ、産科医ですが、新生児科医はちょっと勘定していませんので、産科医は増加しています。

ただし、やはり40%が女性医師で、そのうち半数が育児・子育て中ということになりますから、全体では20%が完全にフルタイムと言えるかどうかかわからないというのが現状です。東京都は全く、全国の数字の代表みたいなところですから、そういう状況です。

学会では、一応、総合周産期センターは最低20名ぐらいないと、2人以上の当直を確保できないという試算をしておりますし。地域周産期であれば、1人の当直、1人の待機、東京はちょっとルールが違いますけれども、全国的にはそれで10名は確保したいということを、学会として、今度、提言をしているところです。

今の板橋先生のご質問に対しては、東京都としては、とりあえず現状は確保されているんじゃないかというふうに思います。

○藤井委員（東京大学） 先生、僕、策定部会長がこんなことを言うのはあれなんですけれども。減少傾向にあった周産期医療を担う医師数は、平成20年を境に増加に転じていると言い切っちゃうと、これ、足りているという印象が与えられちゃうんですね。実際はそんなことはなくて、数は増えているかもしれないけれども、内容的には全然足りなくて、都内ですら、分娩取り扱いの病院がどんどん減ってきています。

ですので、ここのところにもう1行、質的な変化といいますか、数は増えているけれども、内容としてはむしろ、周産期医療のお産を、分娩取扱数はむしろ減少しているというふうなことを一言入れられたほうがいいと思います。何かこれだけ見ると、十分に足りているんじゃないかという感じになっちゃうので。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、ただしマンパワーとしては……。

○中井委員（日本医科大学） 東京都はあれですよ、3名の総合周産期の当直を置くと

か、タスクが少し高いですね。ですから、2名で計算した20名ですから、ちょっと東京都民にそのまま当てはまるかは、今、藤井先生がおっしゃるような見方もできるかもしれないです。

○楠田会長（東京女子医科大学） だから、マンパワーとしては、まだ充足していないという……。

○藤井委員（東京大学） マンパワーとしては、むしろ、とにかく東京都は確かに全国に比べればいいんですけれども、でも全然足りていないです。東京都ですら、引き上げが起こっていますので。

○板橋委員（昭和大学） よろしいですか。周産期の医師というのは、産婦人科医だけではなくて、新生児科医もあるので、新生児科医のデータっていうのは、まだちょっと十分、今、小児科学会の調査が集計中なので、まだ出てはいないんですが。仕事をしている感じからすると、やっぱり足りないなという印象があるんですけれども。

楠田先生、何かデータはありますか。

○楠田会長（東京女子医科大学） いや、これは中井先生に一応指名されたというか、中井先生方のデータを新生児科医でも今やろうとしていますけれども、ちょっとまだかかります。

少なくとも、確かに十分充足しているということはありませんので、少しちょっと、今言った1行を書き加えていただいて、マンパワーとしては充足していないというようなことを……。

○中井委員（日本医科大学） もし記録に残るのであれば、資料として、今、数字だけ言っておきますけれども。13の総合周産期母子医療センターで、主たる勤務先になっている先生が498名いらっしゃいます。それから、12の地域周産期母子医療センターで、主たる勤務先というふうにそう言っている先生が384名です。これは主たる勤務先という聞き方で、常勤とは限らないんですけれども、学会の名簿にそのように記されています。

○事務局 ありがとうございます。

まず、この2番の1のところは、ちょうど母子保健指標の動向ということで、指標についての解説部分になっておりますので、できましたら、そういった追加のものについても、何かそういった指標的なものを、何か該当するものがあつたら、そういったものをちょっと使いながら、先生のご指摘のあつたものとかをつけて、記載を追加する。

また、この後に医療人材のところについても章が1個ございますので、そういった中で、先ほどの女性の医師のそういったライフスタイルといいますか、そういったところとかも少し触れさせていただきながら、女性医師確保といったところとかについても、記載を加えていきたいなと考えております。

○藤井委員（東京大学） それはそうなんですけれども、やっぱり一番最初に出てくるころなんで、大事な第一印象ですから。中井先生から資料を提供していただいて。

○楠田会長（東京女子医科大学） いや、これはだから産科もありますし、新生児もこれが出るころまでには十分間に合いますから、出せると思います。

○中井委員（日本医科大学） これは、総合と地域をざっくり全部まとめた状態でいいますと、1施設が扱う、カバー範囲ですね、どれぐらい自治体の中の分娩を、それから、リスクをカバーするかというのは、大体全国平均で2,600なんです。2,600の分娩がある地域に、1周産期センターがあるというのが全国平均ですけれども。

東京都をそれで計算すると、もっと悪いんですね、東京都は3,836分娩を1施設がカバーしなければいけないので、全国の2,600よりも多いので、施設数をもっと増やしてもいいというのが、全国並みに計算すると当てはまる。ですから、そういう意味で、先生の言っているように、きつい状況になっているということはあるかもしれないです。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、ここはまた、データのほうをある程度裏づけをつけてということに、お願いしたいと思います。

あと、この1枚目のところはどうでしょうか。じゃあ、また後で戻っていただいても構いませんので。

じゃあ、続いて、2枚目のほうで、地域特性、それから、改定の視点、それから、実際の計画という具体的な数字を挙げておりますけれども。

まず、具体的なところはどうでしょうか。Ⅲの1になりますけれども、東京都における周産期医療に必要な病床数ということで、NICUに関しましては320床、これは現在の整備計画の目標、最終目標数になりますけれども、これをそのまま行くということですが、これに関してはどうでしょうか。特にご意見ございますでしょうか。

○岩下委員（杏林大学） さっき板橋先生が言いましたけれども、箱物は幾らでも計画で増やせるんだけれども、人がそんなにいるかということを見ると、こういう計画だから、やっぱり女性医師が増えているとか、環境の変化のことを考えないと、こういう病床数だけを増やすという計画がとん挫しちゃう可能性があると思うんですよね。必ずそこも考慮しながら、実際にどのぐらい増床するかというような計画を立てていただきたいと思うんですけれども。

○楠田会長（東京女子医科大学） 先ほどもありましたように、人材確保という意味では、また後のほうで出てきますけれども。ここはとりあえず病床数の目標としては、現在、先ほど言いましたように、分娩数が大きく変わらないと。

ただ、低出生体重児の出生率がまだ増える可能性はありますけれども、大きくは今のところ変わらないだろうということで、出生数に対するNICUの病床数としては、320というふうに出しておりますけれども、これに関してはよろしいですかね。

あと、MFICUのほうは、現在、目標数というふうにはしておりませんが、一応、22年から26年にかけて25床増えておりますけれども、これもまだ十分充足しているというわけではございませんので、これも増やす方向という整備の方針ですけ

れども、よろしいですかね。

どうぞ。

○板橋委員（昭和大学） GCUの件で。

○楠田会長（東京女子医科大学） ああ、それは次に。

まず、MFICU、よろしいですか。

○岩下委員（杏林大学） MFICUは、私、杏林のところは一番、15床だから多いところですよ。ただその運用が、やっぱりハイリスク管理加算ですか、取れるのと取れないのとあって、MFICUについて、ハイリスク管理加算をもう少し幅広く広げてくれるようなことを考えていただけると、ありがたいんですけども。

今はMFICUは15床ありますんで、ただ、後方ベッドがうちは24床しかないんで、結局、後方ベッドがいっぱいになると、MFICUを埋めたりですね。そういうバッファに使ったりするところがあるんで、必ずしもMFICUだけ増やせばいいかと言うと、後方ベッドのことだとか、それから、管理する指標といいますか、加算が取れる条件を少し考慮していただきたいということです。

○楠田会長（東京女子医科大学） 今、ご指摘いただいたことは、実はMFICUというのは、3ページの今後の方向性の真ん中より下のところに少しありますけれども。地域・総合にかかわらず、診療報酬上のMFICUというのは算定可能になっておりますけれども、実際に地域でMFICUというのは、なかなか運用上いろいろな問題があるということもあるかもしれませんけれども。そういう、今、診療報酬上のMFICUを、基準に基づいて整備していくということになっておりますけれども。

岩下先生、その辺はどうですかね。

○岩下委員（杏林大学） 計画はよろしいんじゃないですかね。計画はよろしいですけども、その運用方法をちょっと踏み込んで、何か提言してくれるとありがたいということだと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） ということです。

あとは、MFICUはよろしいですかね。

じゃあ、GCUで、一応、GCUに関しましては、2倍以上確保できるように、施設や地域の状況を踏まえ、整備を推進するということになっておりますけれども。

板橋先生。

○板橋委員（昭和大学） GCUについては、結局、7対1なり6対1の状況で看護師の配置なんですね。NICUで重症化していて、もう加算が取れないケースも、GCUには送り出さないんですね。結局、NICUに残しておかなければいけない状況に、要するに体制の問題で。そうすると、GCUが実を言うと、私どもの大学ではGCUがずっと5割ぐらいしか埋まらなかった場合の数で、倍近くの数で配置していると。そうすると、大学側からは、一般病床が90%以上超えていてベッドが欲しいので、GCU側を使っていないんだらうから、その分を一般病床に移したらどうかという話が出てきます。

結局のところ、GCUのほうが、結局、一般病床と同じ看護師の扱いで対応している、スペースはNICUのそばにあっても、一般病棟としての対応でやっている限り、結局のところ、十分にNICUを効率よく回していけない状況があります。

長期になればなるほど、NICU加算が取れないほうが、NICUのスペースに多く残ってしまう可能性があります。病院側にとっても、非常に難しい問題になってきますので。GCUの適正な数というのが本当に2倍なのか、そのあたりも、こういうのは、多分楠田先生のほうがよっぽど僕より詳しいと思うんですが。楠田先生に聞いたほうがいいのかもかもしれません。

○楠田会長（東京女子医科大学） いや、これはだから先生のおっしゃられるような意見を私も申し上げて、施設や地域の状況を踏まえ整備を推進すると、そういう書きぶりに、ちょっと変えていただいた経緯がありますので。

○板橋委員（昭和大学） ただ、何らかのやっぱり支援がないと、結局のところ、一般病床と同じ扱いでやっていて、6対1にすれば多少の加算はつくにしても、そのあたりが、もし本当に本腰を入れるのであれば、言うだけではなくて、やっぱりそういうふうに配置する病院に対してのメリット、インセンティブを持たせることで、そのNICUの動き方ももっとよくなるのではないかなというふうには思いました。

○楠田会長（東京女子医科大学） 同じようなことが、先ほどの2ページのⅢ-1の丸の2のところになりますので、GCUに関しては、いろいろな施設でいろいろな運営、運用の仕方がありますので、板橋先生が言われたように、多く持っているところは多く持っているようなメリットがあるように、何らかの施策を行うよう、ある程度考えていただくということが必要かと思えます。

ほかはどうでしょうか。NICU、MFICU、GCUの整備に関しては、よろしいですかね。

（はい）

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、ちょっと次急ぎますけれども、2ページの後から次のページに行って、要するに、今の東京都の周産期医療体制ですね、こういうピラミット状の形をしまして、三次、二次、一次という、それから、そこをサポートする搬送のコーディネーター、それから、スーパー母体をという施設、それから、多摩の新生児連携病院という、こういう形で現在運営されておりますけれども。こういう体制を維持して、今後も整備をしていくということになると思えます。この辺のご意見はどうでしょうか。

今のところ、これでもうまく回っておりますので、では、これはこのような体制でという、今後も続くということになろうかと思えます。もしまた、後でご意見があれば、お願いしたいと思います。

どうぞ。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 今のその搬送のピラミットですけれども、実

質的には問題になっているのは、医療資源で医師の数が少なくなっている。そのことの影響を受けているのが、二次医療機関ではないのかなというふうに感じています。

というのは、二次としての機能を果たせない病院が多くなっているということで、結果として三次にそのしわ寄せが来ているということになりますので、その実態を踏まえて、三次の支援を厚くしていくのか、あるいは二次のてこ入れが何か可能なのか、この辺が今後課題として残っていくかなというふうに思います。これはコメントです。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

二次というのは、結局、三次の病床をいかに効率よく運営するかという意味では、非常に気になると思いますので、そこも三次と同じように重要かと思います。

ほかはよろしいですかね。

（なし）

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、同じようなことですがけれども、周産期の搬送体制で、現在、多摩、大きなところですがけれども、1ブロックで、あと区部を7ブロックに分けて運営しております。同じように、4ページを見ていただきますと、そこを母体救命と、あと胎児救急というものも搬送体制で入れまして、同じような重症を一番ピラミットの先頭にして、診ておりますけれども。こういう、ちょっと多摩が大きなブロックにはなりますけれども、7ブロックプラス多摩1ブロックというような搬送体制、先ほどのピラミットも含めて、こういう体制で今後も行こうと。

それから、県域を超えたものは、現在、神奈川と埼玉で試行を行っておりますけれども、これは近隣3県全体で進めていこうという、そういう内容になっておりますけれども。その辺に関しては、ご意見はどうでしょうか。

どうぞ。

○岩下委員（杏林大学） 先ほどの医療資源が、周産期医療資源が増えているということなんですけれども、これ、多摩地区と区部に分けたデータを東京都は持っていらっしやいましたね。あれを見ると、多摩地区の出生1,000人当たりの産婦人科医の数って、全国平均を下回っていたと思うんですけれども。

だから、同じ区割りでも区部と多摩で分けられちゃうと、かなり多摩は医療資源が少ないんじゃないかと。我々のところなんかは、三鷹市とって、むしろ杉並とか世田谷に近いんですね。だから東京都三鷹区にしてもらって、区部に入れてもらったほうがいいのかなと。

多摩地区でサブグループ、ネットワークですか、のお話を聞くと、やっぱりどこも人が全然足りないと言うんですね。だから、いろいろな症例を受けられないとなるんで。やっぱりちょっと区部とは条件がかなり違うんで、あそこで線を引かれちゃって、こっちは多摩だから全部やれというのは、ちょっと厳しいような感じがしますね。それもちょっと考慮していただきたいということで、よろしくお願いします。

中井先生もそうだよな。

○中井委員（日本医科大学） 御意。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 今の岩下先生のご意見に関連すると、多摩地区の中でも、むしろ区部に近いほうに医療機関が偏っているために、逆に医療機関の負担を少なくするような形をとると、医療過疎のところが出てくるということになりますね。だから、それを、どちらを重視するかと言えば、医療過疎のところを緩和することを今重視されて、区部に近い多摩地区の医療センターに負担がかかるのをやむなしということでとられていることですから。そこを今後緩和していくには、さらに西のほうの八王子あるいは立川のほうに拠点病院ができない限りは、解消していかないだろうというふうに思いますので、この辺は長期計画の中で、ぜひ地域的な充実性を西のほうに持たせていただきたいと思います。

○諸星事業推進担当課長 ありがとうございます。

今後の方向性のところに書かせていただいているんですけども、いわゆる周産期の母子医療センターの指定とか認定ですね、これについて検討とか。

また、先生、地域の医療資源がなかなかないというのは、私たちも理解をしていますが、そういう中でございますけれども、また周産期医療センターの部分の指定とか認定なんかを今後また検討していきたいというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） あと、ハイリスクというか、その中でも一番ハイリスクな母体救命の、いわゆるスーパー総合に関しましてはどうでしょうか、何かご意見はございますでしょうか。

現在、4施設で行っております、かなり、この後、症例も細かく出てくると思いますけれども。4ページの真ん中の右側の表を見ていますと、かなり母体救命搬送、これはまた搬送部会のほうで検討をいただけたらと思いますけれども。

何か、山本先生、ご意見ございますでしょうか。

○山本委員（日本大学） やはり母体救命は、特に重篤症例が増えていますので、この4施設でよろしいかどうかということを検討しております、もう少し増やす方向と、先ほど話が出ていた多摩地区のほうですね、そちらのほうの充実もしなくちゃいけないというようなことも含め、細かいことは書いてないんですけども、倍増というようなことをお願いできないかなと思います。

○藤井委員（東京大学） これは骨子(案)で、整備計画(案)ではないので、もうぱっさと骨子で、多分それは3ページの、先ほどの今後の方向性のハイリスク妊産婦やのところで、必要に応じて周産期母子医療センター、この中にスーパーが入っているんですよ、きっと。スーパーから地域まで全部、この言葉の意味には、違うんですか。3ページの真ん中の今後の方向性の最初の丸がね。

○諸星事業推進担当課長 そうですね、上に。

○藤井委員（東京大学） 必要に応じてという、ここにスーパーという言葉、この中に今

のことは多分入っているということで。ですよね。

○楠田会長（東京女子医科大学） この図には入っていますね。

○藤井委員（東京大学） 図に入っているし、今後の方向性もそういうことなんで。

○諸星事業推進担当課長 そうですね、基本的には、幾つか施設はございますので、この中の部分について検討をしていくというところとか。あと、多摩新生児連携病院とか、あの部分についても少し考えていかなくちゃいけないなというところは、ちょっと思っております。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 今の多摩の問題に関して、この5年でということ是非常に難しいので、既存の施設の認定という言葉しか出てこないんですけども。10年先、それ以上のことの今後の都の計画の中に入れてほしいのは、都立の母体救命対応の周産期センターを八王子ないしはその近辺に、今後、都立病院としてつくっていくような計画性を入れていただくことは、根本的な解決策に結びついていくと思うんですね。

ですから、そういう大きな計画がないと、今の既存の施設を少してこ入れしたぐらいでは、なかなか対応は難しいだろうというふうに思いますので、長期計画の中にそうした視点を持っていただけるといいと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） 多摩の問題は後半でも出てきますので、ではまた、そこででもご意見をいただきたいと思いますので、前半部分に関してはよろしいでしょうか。

それでは、またご意見をいただきますし、今からご説明いただく後半部分にやはり多摩のお話も出てきますので、それも含めて、資料の4-2の骨子(案)、5ページ以降の説明をお願いします。

○諸星事業推進担当課長 説明させていただきます。

こちらの5ページをお開きいただきたいと思います。また、骨子の概要につきましては4番になりますので、取組の視点2以下になっておりますので、そちらのほうをご覧くださいと思います。

また、4番目の周産期医療施設間の連携の推進というところでございます。ここに現状と課題という形で、三つほど掲げさせていただいておりますけれども、基本的には周産期搬送ブロックごとにネットワークグループを構築しながら、一次から三次までの医療機関等の医師等による「顔の見える連携」を推進してまいりました。

このグループにおきまして、症例検討会とか研修などを開催していただきながら、グループの実情に即した連携体制を工夫していただいているところでございます。

また、セミオープンシステム等につきましては、地域の診療所等の分娩に伴うリスク軽減とか、中核病院の外来患者数の減少による負担の軽減を目的に取組を推進してまいっているわけでございますけれども、システムを導入している施設数は横ばいという状況になっています。

先ほど言ったネットワークグループの中でも、この辺のセミオープンについてご紹介をさせていただきながら、いろいろな部分で推進をしているところでございます。

これにつきましては、今後の方向性でございますけれども、5ページの下段のほうにございます。2点ほどございます。

基本的には、「顔の見える連携」という部分については、引き続きというような部分と。あと、セミオープンシステム等につきましては、引き続きなんでございますけれども、部会等の中でも、病院とか診療所側のメリットだけではなく、患者が受けるメリットをうまく伝えていくなどのご意見なんかも頂戴をしておるところでございます。

続きまして、1枚めくっていただきまして、6ページでございます。いわゆる多摩地域における周産期医療体制というところでございます。

現状と課題につきましては、母体搬送調整の部分では、杏林大学の医学部附属病院さん、また新生児の搬送調整については、多摩総合・小児総合医療センターにやっただきまして、こういう中で、連携と役割分担の中で、ネットワークグループを構築していただいているところでございます。

また、多摩地域については広範囲になりますので、6つのサブグループに分けて、そのグループの中で周産期母子医療センター等が中核となって連携会議を開催して、地域の実情に応じた連携を構築しておりますというところを書かせていただいております。

スーパーとしましては、多摩地区については、多摩総合・小児総合医療センターを指定させていただいております。

多摩新生児連携病院については、1か所でございますけれども、指定をさせていただいているところで、1か所にとどまっているということを記載しております。

今後の方向性につきましては、いわゆる多摩全域を1つのグループとした「多摩地域周産期医療ネットワークグループ」というところも含めて推進をしていながら、きめ細やかな連携を図っていくというところと。

いわゆる多摩新生児連携病院につきましては、指定拡大ができるように、いろいろな調整を図ってまいりたいというふうに書かせていただいております。

続きまして、6番目のNICU等入院児の在宅等への移行支援のところでございます。

これにつきましては、現状と課題のところ6点ほど書かせていただいております。また骨子の概要のA3のほうでは、四つほど記載をさせていただいているところでございます。

基本的には、NICUの入院児支援コーディネーターの配置の推進の部分とか、在宅療養に向けた部分としてはレスパイト病床の整備とか、在宅移行支援病床の整備等を書かせていただいております。

基本的には、在宅のためには、医師と看護師、保健師、在宅療養支援診療所とか、訪問看護ステーション等を対象に研修をして、それが円滑にできるようにさせていただいているというところです。

また、当然ながら、地域支援のところでございますので、保健所と福祉機関とか、療育機関との連携を強化しながら、対応をしているというようなことを書かせていただいています。

今後の方向性につきましては、入院児の支援コーディネーターの配置を働きかけることによって、在宅移行コーディネーターの強化を図っていくとか。NICU等の入院児と家族に対する円滑な在宅への移行を支援していくというところと。

あと、NICU等入院児にかかわる関係者が連携をしまして、在宅への移行とか地域での療養生活を支える仕組みを構築するため、多職種連携を目的とした研修の充実という部分とか、小児患者の在宅療養についての実態の把握やモデル事業など、このようなものやって施策展開につなげていくというようなことを、今後の方向性に明記をさせていただいたところでございます。

7ページをお開きいただきたいと思います。7ページの上のほうにつきましては、今申し上げましたとおり、周産期母子医療センターを取り込みます在宅の部分のいろいろな地域支援がございますので、こういう中で連携をしながら、退院とか一時受入、緊急入院という形で対応しながら、体制を整備していくというようなことが必要かなというふうに書かせていただいております。

また、7番目の周産期医療関係者の確保と育成でございます。これについては、先ほど、冒頭にございましたけれども、減少傾向にあった周産期医療の医師数については増加に転じているけれども、不足している状況という形で、こちらについてはそういうような表現でさせていただいております。

先ほどから言っております女性医師の確保・定着に向けては、勤務環境の改善等の支援とか、いわゆる産科・新生児科医師に対する処遇改善とか、新生児専門医の育成などを実施しているところでございます。

また、看護師の確保についても同様に、「養成・定着・再就業」というところで認定看護師等の資格取得を支援するなど、確保対策を実施しているという部分とか。

あと、医師と助産師の役割分担・連携の下で、院内助産システムとか、そういうものやってきたというところを書かせていただいております。

また、下の二つについては、いわゆる研修的などところを実施しながら、関係者の部分の確保と育成を図っていくというようなことを書かせていただいております。

8ページをお開きください。今後の方向性でございますけれども、今申し上げたところにつきまして、基本的に引き続きというような形で記載をさせていただいております。特に研修の部分とか、定着策なんかも引き続きやっていきたいというところを、今後の方向性の骨子としては書かせていただいております。

8番目の都民に対する情報提供と普及啓発でございます。基本的には、東京都のホームページ等を使いながら情報提供をしていくとか、妊娠・出産に関する不安や悩みなどの部分を相談できるように、「妊娠相談ほっとライン」を26年7月に開設をさせてい

ただいたというところと。

妊婦健診の重要性を啓発しながら、受診を促進していくというようなことを書かせております。

四つ目としましては、医療機関・保健機関・福祉機関等が連携しながら特定妊婦を支援できるよう、相談窓口を周知しているということでございます。

これにつきましては、今後の方向性でございますけれども、先ほどと同じように、基本的には引き続きというところと、また、一番最後に、産前から産後まで妊産婦に切れ目のない支援を行うことができるよう、区市町村の取組を支援していくという形で、まとめのほうをさせていただいているところでございます。

説明は、以上でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、後半のほうを説明していただきましたので、まず5ページに戻っていただきまして、施設間連携の推進ということで、セミオープンシステムも含めてご意見をいただきたいと思えます。

一応、真ん中にイメージ図がありますけれども、従来どおりブロックに分けて、周産期母子医療センターがやはりピラミットの頂点になるような形で、ローリスクとハイリスクをうまく分けよう。特にリスクの低い方に関してはセミオープン、あるいはオープンシステムというようなものを十分に活用して、いわゆる周産期センターに全てが集中するのではなくて、リスクに応じた役割分担をやっていこうという、そういう内容になるかとは思いますが。

現状と課題と今後の方向性、何かご意見ございますでしょうか。

○岩下委員（杏林大学） この図の中にある助産所ですけれども、実際には助産所と二次、それから、三次施設との連携がうまくいっていないというか、多摩地区のネットワークには、助産所の方もいらっしゃいますよね。それが何かうまくいかないといえますか、受け入れてくれないというようなことがあって。

逆に、総合とか地域周産期では、助産師さんはたくさんいますけれども。それと助産所を開業している人たちの間というのは、必ずしも連携がよくないというか、商売がたきじゃないですけれども、何かお互いにライバル意識があったりして。だから、医師の間の連携みたいにもうまくいっていないと思うんですけれども。その辺は、東京都は把握していらっしゃいますか。

○事務局 ありがとうございます。

例えば、助産所とのセミオープン、オープンシステムを実施している施設としましては、杉本先生がいらっしゃる日赤医療センターさんや、あと葛飾赤十字病院さんなんかはされているというのを聞いております。

そのほか、セミオープンですと、連携されているところもあるのかなと思うんですけれども、ちょっと細かいところは、すみません。

○楠田会長（東京女子医科大学） 助産師会として。

○竹中委員（東京都助産師会） 助産師会の竹中です。

セミオープンとオープンシステムは、助産師がその病院のほうに連携をさせていただいて、産婦さんと一緒に行って、病院のほうの助産師さんと一緒にその方のお産を介助するという形で、なかなかスムーズにいかない部分もあるかもしれませんが、できるだけお顔の見える関係を持って、オープンシステムが十分に図れるように、ふだんから連絡会とか情報交換とかをさせていただくようにはしております。よろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） 杉本先生、お願いします。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 地域の助産師の連絡会ということでは、日赤では、オープン・セミオープンを登録している助産所が30施設ぐらいあります。

それで、年2回地域の助産師の交流会というのをやっております。今、日赤のお産が3,000ちょっとを超えておりますけれども、助産所の方のセミオープン・オープンは100数十例で、そんなに多くはありません。

今、助産所そのもののお産が少し、都内では減ってきていて、病床の余裕があるということもあって、むしろセンターでお産をした後の産褥のケアを助産所のほうにお願いするようなケースが少しずつ出てきておりますので、そうした連携も含んだ助産所とセンターとの連携ということは、今後進めていく必要があると思います。

○中井委員（日本医科大学） 確かに、ちょっと今はそうなんですけれども。

もう一つは、セミオープンっていうのは、基本的には、基幹施設のセンターの患者さんを一次施設なり二次施設で健診したということになりますから、それを助産所で、じゃあ健診をお願いするかというと、またちょっとそこが違和感があつて。

今、杉本先生がおっしゃっているようなのは、いわゆるセンターと助産師さんの別途のオープン・セミオープンなんですね。ですから、それはそれで、本当は組織図的にちょっと別なんですよ、先生、これは通常のものとは分けて、ベッドを……。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 日赤では、必ずしも別になっていなくて、オープンとして利用しているところは、助産所が中心です。セミオープンで利用しているのは、診療所、小病院というのは主体になっております。

必ずしもそれは分けているわけではないんですけれども、非常にローリスクで、本人が近くの助産所で健診をしたいという場合には、ポイント健診だけをセンターでして、リスクが高くなればこちらに来ていただくというような形で、このシステムの中に入れてやっております。

ですから、必ずしもこれは別の体系ということではなくて、全体としては、一つの体系として運用しております。

○楠田会長（東京女子医科大学） よろしいですか。

それでは、こういう役割、リスクに合わせた役割分担を推進していくと。実際のやり方は、その施設、あるいは地域の事情がありますので、少し、全てが一つの枠にはまる

わけではございませんけれども、こういうセミオープン・オープンというような役割分担を推進していくということで、よろしいですか。

どうぞ。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 日赤は、セミオープン・オープンを始めてからも数年以上たつんですけれども、徐々にその比率が増えてきまして、お産が増えるのと、セミオープンでの症例数が増えるのがほぼ平行になって、今、4割がセミオープンを利用した出産です。ですから、3,000のお産のうちの4割ですから、1,000を超えるセミオープンのお産が日赤では行われているということです。

ですから、ほかのセンターももう少し力を入れていただくと、地域としての安全を守りながら、割と産む人たちの満足度を高くするような、そういうマネジメントができるのかなというふうには感じております。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、これはそういう、本当に進んでいる例もありますので。

どうぞ。

○藤井委員（東京大学） すみません、これも策定部会の会長が言うのも何なんですけれども。

医師と助産師の役割分担連携の下ということで、医師と助産師って、本来違う職種なので、連携をしてこそ、両方大事なので、両方なきゃいけないわけですよ。役割分担というと、何か片っ方だけでポイント・ポイントを見ていく感じなんだけれども、その裏には必ず連携があつてなので、役割分担という言葉は必要ですかね。医師と助産師の連携の下じゃだめなんですか。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 連携でいいと思います。

○藤井委員（東京大学） 連携が大事で、役割分担というと、何かこれは医者だけ、これは助産師だけで分担しようという感じが出ちゃう感じが。東京都で、これ、役割分担を入れたいのなら、あれですけども。

○事務局 今後の方向性のところでございますね。

○中井委員（日本医科大学） はい、骨子なので。多分、この役割分担というのは、連携という意味になるんだと思うんですが。

○楠田会長（東京女子医科大学） そうですね。じゃあ、ちょっと書きぶりはまた考えていただくということで。方向性は変わらないと思いますので。

じゃあ、次は。どうぞ。

○木村委員（都保健所長会） 5番目の多摩地域における周産期医療体制について。そこでよろしいんでしょうか。

○楠田会長（東京女子医科大学） 次、そこに行きます。どうぞ。

○木村委員（都保健所長会） 私は西多摩地域のことだけでしかわからないんですけども、西多摩地域では、最近産婦人科の質と数という問題で、西多摩では数そのものが減

少している状況です。

あと、5年後、10年後といたしますと、今、クリニックで分娩を扱ってくださっている先生が、高齢化と後継者、いろいろな問題がございまして。実際に分娩を扱う施設が減っていることと、それから、公立3病院あったうちの2病院が分娩を取り扱わなくなっております。

そのような状況で、今、かつかつな西多摩の……数だけで言えば、分娩を西多摩地区の中で担うことができている状況ですけれども。今後、5年、10年、非常に難しくなってきたりまして、実際に産婦人科医そのものが減っている状況でございますので、そういう地域の中で偏在するというのは非常に、東京都の中でも大きいのかなというふうに感じているところでございます。

以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

あと、この5のところ、多摩地域、現状と課題、方向性、特に多摩新生児連携病院というのを、今、指定しておりますけれども。1施設にとどまっている現状ですけれども。この辺は、中井先生、何かご意見ございますか。

○中井委員（日本医科大学） やはりそれは新生児科の医師のほうも大分少ないんで。あるところの施設に、例えば、2、3人増えましたという、そこはちょっと頑張るんですけれども。それが永続的に続かないのが多摩の現状で。やったり、やめたり、やったり、やめたりという繰り返しになっているんじゃないかと思うんですけれども。

○楠田会長（東京女子医科大学） ということで、ここはやはり人材がということがあると思います。

○瀧川委員（都立大塚病院） 大塚病院の瀧川と申します。

先ほど杉本先生もおっしゃったんですけれども、大規模施設を僕はつくるっていうことをやっぱり、5年後・10年後を考えて、必須じゃないかなと思いますね。都立でやるかどうかは別にしまして。

それとあと、もう一つ、NICUにしてもGCUにしても、MFICUにしても、病床数の数値目標は、そういう地域性を勘案してこれから考えていかないと。5年後はともかくとして、10年後ぐらいには、都内23区はそこそこ充足していて、むしろ患者の取り合いになる。多摩地区は全然足りない状態がまだ5年後も続くというような状況が、病院をそうされるんですね。それも考えて、やはり施策をぜひ考えていただきたいなというふうに思っています。

○岩下委員（杏林大学） 今、新生児のほうも足りないという話ですけれども。多摩地区は、新生児が、要するに周産期連携病院だとか、それから、地域周産期と総合周産期で、みんなNICUがあっても、そこは満員なんですよね。だから、新生児の搬送コーディネートをしよとか、何とか言っても、場所がというか、みんなフルでいっぱいというところで、その中で一番大きな多摩総合だけが、時々、余裕が少しあって受

けてくれる状況なんで。

新生児のほうのネットワークをつくるとか言っても、なかなか医療資源がないところなんで、まずは人を増やすとか、それから、箱物もそうなんですけれども、そこら辺を考えないと、連携といっても、言葉だけで何も進まないんじゃないかと思うんで、ということだと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） この後に人が出てきますけれども、そこがやはり、多摩地域でもキーワードになるというところだと思います。

じゃあ、多摩地域のことに関しては、いつも、周産期医療体制としては重要な課題になるとと思いますので、特別な何か施策が必要ではないかという、皆様方のお考えだと思います。

それでは、ちょっと次を急ぎますけれども、6のNICU等入院児の在宅等への移行支援につきましては、どうでしょうか。

6ページに現状と課題と方向性の後、7ページに模式図がありますけれども、これは長年やっている課題で、すぐにはもちろん解決しませんけれども、少なくとも、やはり全体としては、長期入院児に対する支援が充実してきているようには思いますけれども、何かご意見ございますでしょうか。

○板橋委員（昭和大学） レスパイト入院をする施設の、いわゆる基準というのですか、例えば、私どものような大学病院でレスパイト入院を扱うようになると、多分、急変時は必ずうちに来ることになってしまう。自前のNICUで長期入院化したケースは、多分責任を持つのは、意識としては、やはり責任を持たなくちゃという意識は相当強いんですが。

例えば、他施設で生まれて、それから、あとはここ最近多いのは、他府県から超重症児が、里帰りでお産したので東京都で預かってくれないかと言って、私どものところに2、3件来ていますけれども。

そういうことをやっているのと、結局、小児病棟がそういう子たちで埋まってきますし、実際かなり短期間で入退院を繰り返すケースも多くなってきて、今度は小児病棟が本来の急性期の機能を果たせない部分が片や出てくるというようなバランスの悪さが、なかなか僕らもちょっとレスパイト入院のある施設を名乗り上げるときの、ちょっと逡巡してしまうところなんです。

もしレスパイトをやるにしても、例えば、急変時どうしてもとれなかったら、どこかにちゃんと、それこそバックアップがあるようなシステムまで考えないと、言っているだけで、実際には、周産期のほうではそれでいいかもしれないけれども、小児医療のほうではそういうことをずっとやっていかなきゃいけないのかという話になっちゃうと、本当に重心施設に変わりつつあるので、私どもの病院もそうなんですけれども。そこは、やはり頭の痛いところなんです。そのあたりをブレイクする、あるアイデアがないと、なかなか手を挙げにくいのではないかなというふうには思っています。

○楠田会長（東京女子医科大学） これ、部会長の細野先生、何かご意見。

○細野委員（日本大学） 日本大学の細野ですけれども。

この辺のことは、実際のところを検討すると、三次がレスパイトをやると、なかなか難しいというのは、これ、わかっているんですけれども。ただ、二次の力が、今、非常に落ちちゃってですね、二次病院がレスパイトさえできないと。無理してやると、親が非常に不平不満、文句が二次病院に出て、結局、二次病院の人たちが今度は疲弊してしまうということで、絶対受けたくないということなので、結局、三次が預かるというふうに、そういう悪循環になってしまっていますので。

大もとは、やはりこれはケアマネジャーがいない中で、小児科医、今、退院支援コーディネーターも配置していただいていますけれども、なかなか院内の患者さんだけで、その後退院した患者さんを幅広くケアできるだけの人材が今いない中でやっているところが、一番問題なんで、この辺。

あと、トランジットの問題、障害を持った子を誰が診ていくかという、今は新生児で起こったことは新生児科医が最終的に診ているほうが多いという中で、退院したお子さんが地域に戻ったとき、地域の先生方が何が一番要望されるかという、無理して戻した場合に、必ず何かあったら、ぽんともとのところへとってくれるんならば、幾らでもやりますと。

自分たちが入院先を探すのは、これはもう勘弁してくださいと、そういう意見なんで、そこで、今、非常に悩んでいるところなんで、先生のご意見はもっともなんで。二次病院の力を上げるような、ただ二次病院も患者数が一旦減っちゃって、医師が少なくなっちゃったんで、そこでやはり難しくなっているという、今、悪循環の中のもとを断ち切っていくかというところを今検討しています。

○楠田会長（東京女子医科大学） では、またその辺は部会のほうで検討をお願いしたいと思います。

じゃあ、すみません、私が大分最初に遅れたので、時間がほとんどなくなってしまったので、申しわけないんですけれども。

あと、人材の確保と、それから、普及啓発を含めて、7ページ、8ページでご意見ございませうでしょうか。

○岩下委員（杏林大学） 女性医師の確保・定着に向け、勤務環境の改善に対する支援を行うとともにありますけれども、具体的にどういう支援をすとか、医師の環境改善ですか、何か具体的なアイデアがあっおっしゃっているのかどうかというのと。

それからあとは、助産師の力をいろいろと借りるということで、助産師実践能力の強化を図るというので、今、例のクリニカルラダーのレベルⅢの認証制度というのが始まっていますかね。あれはちょうど、院内助産ができる能力を身につけるとのことだと思っておりますけれども。そういったものを東京都として何か推奨していくことを考えていらっしゃるかどうか。わかりますか。

○事務局 まず最初に、女性医師の勤務環境の改善というところなんです、女性医師に限らず、医師勤務環境改善事業ということで、東京都の、ちょっと所管は異なるんですけども、医療人材課のほうで事業として設けております。その中では、勤務環境の改善だとか、再就業支援の事業、またチーム医療の推進といった内容の項目を支援しているものがございますので、そういったところを引き続きご活用いただきたいというところとなっております。

○岩下委員（杏林大学） じゃあ、具体的な案はないわけですね。

○事務局 基本的には、一律のものというよりは、各医療機関からの提案といいますか、それについて個別に支援をしていくという、そういった内容となっております。

ちょっとクリニカルラダーについては、少し、すみません、確認をさせていただければと思います。

○岩下委員（杏林大学） ここに助産実践能力の強化を図ると書いてあるので、そういうことを考えると、書いてあるのかなと思ったんですけども。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほかにどうでしょうか。

細野先生。

○細野委員（日本大学） 今までは余りテーマになってこなかったかと思うので、産科のほうは、結局、妊婦健診や何かも、当然、負担がかかっているということで、いろいろな助産師さんの活用とかが出ていますけれども。新生児のほうも、実際は今度、フォローアップのほうにかなり負担も最近出てきているんですね。

さらに正常新生児のお産も大学病院に集中してくると、そういった方々も影響になる。あと、小児学会でも、これ、今、問題になっているのは、小児科医の中でも健診をちゃんどできる医者が少ないんで、さらに保健所からの依頼がかなり健診は出してくれということで、それができるのはやっぱりNICUをやっている医者、あと小児神経の医者ということで、そこで非常に妊婦健診と対極の新生児の健診の問題に対する新生児科医の軽減措置みたいな、何か施策を一つ考えていただければなという、ここは1点あります。

○楠田会長（東京女子医科大学） というご意見で。

どうぞ。

○竹中委員（東京都助産師会） クリニカルラダーは、看護協会のほうで制度をつくって、東京都助産師会のほうにも福井先生のほうがいらっしゃって、ご説明をいただきました。

そして、開業の助産師、それから、助産院でお産する助産師、それから、訪問する助産師も、全てレベルⅢのところをとっていくようにというふうに、基礎になるところですから、そういうふうに説明を受けましたので、来年のたしか10月から申請が開始になると思うんです。基本的な知識と、それから、技術、それから、必ず受けなくちゃいけない研修項目とかがありますので、その辺のところは、やはり助産師の質を確保する

ために声かけをして、申請させたいというふうに思っております。

○楠田会長（東京女子医科大学） それじゃあ、一応、この骨子（案）全体を見ていただいて、もう一度2ページに戻っていただいて、骨子（案）のさらに骨子というか、改定の視点ということで、東京都の周産期医療を取り巻く現状を踏まえ、次の視点に基づき改定を行うということで、三つを挙げていただいておりますけれども。こういう視点で、今回、改定作業をやるということにつきまして、もしご意見をいただければ言っていただきまして、それでその内容を含めて、また全体の計画のほうを考えていただきたいと思っておりますけれども。

この三つ、どうでしょうか。この文言というか、こういうことを踏まえて改定を行うという目標、計画になっておりますけれども。ハイリスクの妊婦さんが増えていると。母体救命に関しても強化が、数が増えていますので、要るだろうと。それから、先ほどありました、長期入院。こういうようなことが、特に大きく改定の中では重要になるだろうということで、ここに書いてありますけれども。よろしいですか。

どうぞ。

○光山委員（都立多摩総合医療センター） 議論の論点がずれるかもしれないんですけれども。母体救命とかの対応に対して、麻酔科が、当院だけかもしれないんですけれども、麻酔科医が少ないために、休日・祭日のそういう対応がやや、ちょっと陰りが見えているようなところがありますけれども。やはり、常に対応ができるためには、手術ができるものがないと、不可能という形になってきますので。そういう意味で、麻酔科医、あと救命医の確保ということも目標の中で、ひとつ考えていただけるとありがたいと思っておりますけれども。

○楠田会長（東京女子医科大学） それはどっかに、最終的には、この骨子（案）で今おっしゃられた単語は余り見受けなかったんですけれども、どこかに入ることになりますかね。スーパーのところの、重要なご指摘だと思うんですけれども。

○事務局 母体救命対応の総合周産期センターのところと、あと総合周産期センターが備える機能として、救命救急センターとの連携体制を確保することなどが要求として書いておりますので、そういった中で救命救急センターや、あるいは麻酔科といったところの、具体的な医師の確保とまで書くか、連携と書くかは、これからなんですけれども、書かせていただくことになるかと思えます。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、そういうふうに、またさせていただきたいと思えます。

それじゃあ、一応、骨子（案）をいただいて、この後、報告事項があつて、報告事項がすごくあるんですけれども、すみません、私の本当に不手際で申しわけないんですけれども。

とりあえず、今、ご意見はここで終わらせていただいて、あと報告事項を事務局のほう、ごくごく簡単にやっていただいて、報告事項と、それから、骨子（案）にもし追加意

見がございましたら、お聞きしたいと思います。すみません。これはまだ途中というの
もありますので、まだ年度末ではございませんので、簡単に説明をお願いしたいと思
います。

○事務局 それでは、資料をまとめてご説明をさせていただきたいと思
います。

まず資料の5-1、母体救命搬送システムの実施状況の推移についてをご覧ください。
母体救命搬送システムは、平成21年3月から開始をしておりますが、その後21年度
から5か年の実績を年度別で推移をお示ししております。

ポイントとしましては、二重線の下のところ、母体救命搬送事例数とございますが、
21年度51件のところが、25年度は110件ということで約2倍に増えているとい
うこと。

また、搬送種別では、大体転院搬送が7割ということ。

収容施設別に言いますと、スーパー総合周産期センターが、現在、大体5割～6割ぐ
らいの受入れを行っていること。

また、下に母体死亡事例数とございますが、こちらについては年度によってちょっと
でこぼこしている状況でございますが、25年度に2件、こちらが25年5月ですけれ
ども、6月以降については、現在のところ死亡事例は発生していないという状況でござ
います。

また、先ほど整備計画骨子でもございましたが、母の年齢35歳以上という、そうい
ったところについて見てみますと、だんだん割合が増えているということで、こちら
も母体救命システムのほうに少し影響が出ているのかなというところでございます。

診断分類につきましては、資料記載のとおりとなっております。

こちらの細かい内容については、資料の5-2で25年度実績としてお示しして
おりますので、後ほどご覧いただければと思います。

また、資料5-3で26年度上半期の実績を示しておりますが、こちら1番の搬送の
種類のところを見ていただきますと、トータルで67件ということで、昨年度が110
件ということを考えますと、若干件数は増えているのかなという状況です。月平均が1
1件程度という状況でございます。

スーパーについては、以上です。

続けてコーディネーターもよろしいでしょうか。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。

○事務局 それでは、資料の6-1をご覧ください。

こちらは、周産期搬送コーディネーター実績の推移でございます。コーディネーター
については、平成21年8月31日に設置をしまして、それから、大体5年と3
か月ほどを経過しているところでございますが、22年度からの年度別の推移を示して
おります。

こちら、二重線の下ところが搬送調整件数となっております。こちらの件数につ

きましては、他県からの受入れですね、神奈川、埼玉県と連携の件数については含まれておりませんので、あくまでも都内の調整件数という実績です。22年度400件のところが、25年度は640件ということで約1.5倍となっておりますが、主に増えておりますのは転院搬送のほうでございまして、一般通報については、ほぼ横ばいという状況であります。

患者種別を見ていただきますと、おおむねコーディネーター調整はほとんどが母体搬送調整となっております。

受入種別としましては、総合周産期、地域周産期センターで大体8割ぐらいのものを受けていただいておりますが、母子周産期連携病院につきましても、大体1割程度の受入れを、調整をお願いしているところです。

こちらについても、35歳以上の年齢の高い妊婦さんの搬送が、少し増加傾向にあるのかなという状況です。

転院搬送理由や一般通報初診時診断名については、ここ4年間おおむね上位は変わらずという状況でございます。

これにつきましても、資料6-2で25年度1年間の実績、資料6-3で26年度上半期の実績をお示ししております。

資料6-3をご覧くださいいただければと思いますが、こちらは4月～9月の半年の実績でございますが、現在の累計は289件ということで、1日平均1.58件ということで、24、25年度と比べると少し少なくなっているところです。

ただ、実際には、埼玉県からの調整などもありますので、コーディネーターの調整件数としては、それほど変わっていないのかなという状況です。

コーディネーター実績については、以上です。

- 楠田会長（東京女子医科大学） では、母体救命搬送と、それから、コーディネーターのほうの実績をご報告いただきましたけれども、どちらも順調に運営されておりました、母体救命もかなり対象が増えておりますし、搬送コーディネーターも増えていると。ただ、今年は前年度よりは少ないということですが、実数では他府県もありますので、こちらのほうも増えているということで、どちらのシステムも順調に運営されていると思いますけれども、何かご意見ございますでしょうか。
- 中井委員（日本医科大学） すみません、ちょっとそれなんですけれども。もう一つ、胎児救急のデータをここではお出しにならないんですか。
- 事務局 胎児救急につきましては、現在は周産期センターと周産期連携病院から毎月ご報告をいただいている実績で把握をしております、参考資料の患者取扱実績の中で項目として設けておりますが、まだまとめてはおりません。
- 中井委員（日本医科大学） 要は半年分のやつはたしか胎児死亡が少ないというふうな、出されていたと思うんですが。あれの年度のやつをぜひ見たいと思って、今日来たんですが。

- 事務局 そこまでは、すみません、まだとっていない状況です。
- 中井委員（日本医科大学） それから、もう1件、重要なのは、県域を越えた搬送システムの試行の実績数というのをちょっと教えていただきたいんですけども。これ、全体の数は、さっきの周産期センターのやつに出ていますけれども。そのシステムを使ったのがどれぐらいあったかというのを、特に埼玉と神奈川をお願いします。
- 楠田会長（東京女子医科大学） まず、その胎児救急は、参考資料の5の……。
- 中井委員（日本医科大学） 数は出ているんです、四十何件と。
- 楠田会長（東京女子医科大学） で、余り多くないというところですかね。
- 杉本委員（日本赤十字社医療センター） 胎児救急に関しましては、母体救命搬送の中で、胎児の予後が悪かったのが、かなり早剥の症例があったということで、一つ胎児救急ということをつくるきっかけにはなっていますので。胎児救急搬送システムができたことによって、母体救命で搬送された症例の中の早剥症例というのが、どういふふうに減ったのかというような動きと。
- それから、胎児の予後というのが母体救命の中で、胎児救急ができてから幾らかの改善の傾向があるかどうかということが、ひとつ調べてほしい内容でありますので、次の部会までにその数字をお願いしたいということは、事務局のほうにお願いはしてあることなんですけれども。それに関しての何か情報はありますでしょうか。
- 事務局 胎児救急の実績ということですね。そちらにつきましては、これから把握をしていく必要があるかなということで、今度の周産期搬送部会で少し、またご相談をさせていただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 多分、一部は母体救命と重なるところがあるとは思っていますね。母体救命は順調に増えているんですけども、胎児救急に関してはそれほど、今のところ、搬送実績はないという、そういう状況だと思います。
- じゃあ、またこれは搬送部会のほうでもまとめていただいて、ご報告をいただきたいと思います。
- ほか、どうぞ。
- 杉本委員（日本赤十字社医療センター） それから、コーディネーターの実績の中で、未受診妊婦が非常に増えたということが前回のときには注目をされていたんですが、その後その動き、どういふふうな動きが見えるでしょうか。
- 事務局 未受診妊婦につきましては、コーディネーター実績の、例えば、こちらの資料上では割合でお示しをしているんですけども、資料の6-2をご覧くださいいただければと思います。6-2の5ページ目、妊婦健診未受診の割合がありますが、23年度からだんだん減ってきているんですけども。一方で、件数のほうが、一般通報ですと大体200件ぐらいということで、ほぼ横ばいの状況ですので、コーディネーターの調整件数としては、若干減っているか、大体横ばいかぐらいの推移かなと思います。
- 杉本委員（日本赤十字社医療センター） 先ほどの妊婦健診の普及、さらにその重要性

の啓発というようなことがうたわれていたので、こうした実績が数字でわずかずつでも減っていけば、その効果の一端かなというふうには理解できるかと思いますので、その数字のフォローアップを今後も続けていただきたいと思います。

○諸星事業推進担当課長 県域を越えた周産期医療の搬送の試行をやっているわけですが、いますけれども、その数字につきましては、25年度で、神奈川から東京のほうに来た件数は6件ということです。26年度についても、今の現段階では同じ6件ということで、あと半年でございますけれども、そんな推移でございます。

また、埼玉県につきましては、一応、26年度からになりますけれども、33件ほど、今、カウントされておまして、ちょっと埼玉のほうが多いかなというような感じになっております。

○中井委員（日本医科大学） それは26年度ですか。

○諸星事業推進担当課長 はい、26年度、今、10月末までです。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほかは。

これ、事務局、参考資料のほうも説明があるのかな。参考資料は。

○事務局 少しだけ。

○楠田会長（東京女子医科大学） お願いします。

○事務局 それでは、参考資料の5をご覧ください。参考資料の5のほうが、25年度の患者取扱実績となっております。

先ほど中井委員よりご照会がありました、他県からの受入件数の、いわゆるコーディネーター調整関係、神奈川県周産期センターで受入れていただいた実績については、こちらの左側の上のところでございます。

まず要請件数全体では、産科については4,124件、25年度にあったものについて受入が2,080件となっております。

他県の受入については、中段でございますように、神奈川から11、千葉から26、埼玉から80ということです。埼玉につきましては、前年度が130ぐらいあったので、大分減ってきているというような、そんな状況が見受けられます。

また、1枚おめくりいただきまして、こちらは25年度の、今度は新生児の患者取扱実績となっております。

左側のところがございますが、網かけのところ、搬送の受入要請と受入の件数と人数となっております。25年度は周産期センターは2,057件の要請に対しまして、1,688件の受入という状況でございます。

また、地域別では、他県からの受入、下でございますように、他県計で91件の受入という状況であります。

1枚おめくりいただきまして、こちらは周産期連携病院の受入実績となっております。25年度搬送受入件数は、左側中段でございますように、25年度が508件ということで、前年度より減っておりますが、こちらについては、公立昭和病院さんが地域周産

期センターに認定されているということで、その影響かなと考えております。

参考資料6以降は、26年度の上半期実績ということで、直近の数字をお示ししている状況であります。

以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、参考資料のほうで何かご質問ございますでしょうか。

どうぞ。

○細野委員（日本大学） 質問じゃないんですけども。もし可能だったら、低体温療法をやった数を次年度からでも、調べて載せていただければ、胎児救命のこととか、あとその後の退院支援のほうのあれも含めて、参考になるかと思しますので、可能ならご検討をいただければと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） 項目の中には、低体温は入っていないね、確かにね。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） 四半期の届け出はないですか。

○楠田会長（東京女子医科大学） 今のところ、届け出る様式はないですね。

○細野委員（日本大学） 毎月実績の中に低体温療法の実績を報告してもらおうという。

○杉本委員（日本赤十字社医療センター） そうですね。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほかは、ご意見ございますでしょうか。

もしなければ、今のことも含めて、私の不手際で申しわけないですけども、全体で、大分時間がオーバーしましたがけれども、最後にご意見があればお聞きしたいと思いますけれども、よろしいですか。

○光山委員（都立多摩総合医療センター） 胎児救急のフローことなんですけれども、実は昨日臍脱があつて、コーディネーターさんからの依頼があつて、うちで受け入れるときに、受け入れが決定しても救急車が呼ばれていない状態があつて、ちょっと時間がかかってしまったんですけども。例えば、フローとしてはこのままでも、最初に119番は連絡して、もう救急車は早く呼びなさいみたいなことを最初に入れていただくと、後の流れは同じかもしれませんが、今までも、直接受け入れをするときに結構なかなか待っていても来ないみたいな形のこともあるんで、やはり最初に救急車だけは先に呼んでいただくというか、そういうことを1項目入れていただいたほうが、まだ少し時間の短縮ができるかなというのがあつて、ご検討願います。

○楠田会長（東京女子医科大学） それはまた、搬送部会のほうでお願いしたいと思います。

ほか、よろしいですか。

（はい）

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、今日のメインである、今後の整備計画に関しましては、今日のご意見を策定部会のほうに、藤井会長のほうにご報告をさせていただきます。その結果をまたまとめていただいて、次の協議会で都の最終的な案を

検討したいと思います。

それでは、一応、議題は以上ですけれども、事務局のほう、何か連絡はありますでしょうか。

○諸星事業推進担当課長 本日はどうもありがとうございました。

今ご提案がありましたような、ご意見をいただきました意見につきましては、踏まえて、計画（案）の作成のほうにつなげていければなと思っております。

策定部会の検討を踏まえながら、次回の協議会でまた協議をさせていただきたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

第2回目の協議会につきましては、来年の3月ごろの予定をしておりますので、追って日程調整を行いますので、ご協力のほうをお願いいたします。

本日は遅い時間にまことにありがとうございました。

（閉会 午後8時50分）