

平成 2 1 年度第 3 回 東京都周産期医療協議会

(開会 午後6時34分)

事務局(飯田) 大変長らくお待たせいたしました。ただいまより、平成21年度第3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、年末のお忙しいとき、そして診療の終わった後、本当にお疲れのところをお集まりいただきましてありがとうございます。私、事業推進担当の飯田でございます。議事に入るまでの間の進行を務めさせていただきます。

まず、開催に当たりまして、福祉保健局杉村次長よりごあいさつ申し上げます。  
事務局(杉村) 次長の杉村でございます。

今、司会からもございましたけれども、きょうは本当に、先生方におかれましては、年末のお忙しいところ、また寒いところを、周産期医療協議会にご参加いただきまして、大変ありがとうございます。

昨年9月、10月に2件の搬送困難事例が起きまして、それから、もう早いもので1年以上経過をすることになります。その間、岡井先生初め協議会の皆様方には、本当に無理なスケジュールの中、密度の濃いご検討をいただきまして、我々、本当に感謝をいたしております。その検討のおかげで、ことしの3月には、いわゆるスーパー周産期センターの運用が開始されましたし、その後、周産期連携病院というものについても発足をすることができました。8月の末には、いわゆる搬送調整コーディネーター制度も発足をするという中で、着々と周産期医療体制について強化が図られてきているというふうに私も感じております。これは本当に、先生方の、この周産期医療協議会での検討と、それから先生方が現場にまた戻られて、その現場の中でのご尽力をいただいている、その成果だというふうに考えておりまして、まことにありがたく、改めて御礼を申し上げます。また、先日、東京都の第4回定例会という議会があったわけでございますけれども、その議会の中でも、いわゆる多摩地域の都立病院の再編等の問題も含めて、この周産期医療体制の整備について、あるいは小児医療体制の整備についてというのが大変大きな、議会の中で、いろいろ話題になりまして、やはり、いかにこの周産期医療を含む医療体制の整備というものが、東京都の中で、全体の中で大きなテーマになりつつあるかというのは、私も改めて認識をしたところでございます。そういう中で着々と強化が図られているわけでございますけれども、やはり周産期医療というのは大変難しい課題でありますし、医師不足等、全体の医師不足等の中で、日々また新たな課題が出てくるということがあるわけでございます。

それから、先生方もご承知のとおりでございますけれども、国が周産期体制整備指針、周産期医療体制整備指針というものを改定するということになりまして、東京都といたしましても、周産期医療体制整備計画というものを策定する必要が今回出てきております。きょうの会議の一つの大きなテーマでもございますが、この計画の中には、周産期母子医療センター等の機能を明確にするということは当然でございますけれども、東京都として、これからNICUを何床整備していくのかといった非常に大きなことも、こ

の計画の中で明らかにしていかななくてはならない、そういう課題がございます。そういうことで、これからもまたさまざまな面で、いろいろ無理なお願いも先生方にしていかななくてはならないということも考えておりますけれども、どうかどうか、大変、東京都の中で、この周産期医療体制の整備という大きなテーマでございますので、ぜひとも、今後ともよろしくお願いを申し上げます。

きょうは、本当にありがとうございます。よろしくお願いを申し上げます。

事務局（飯田） では次に、着席にてご説明いたします。委員の交代のご案内をいたします。

前回まで杏林大学の杉浦先生が委員でございましたけれども、新生児の方かわりまして、日本大学から細野先生にお願いしております。よろしくお願います。

細野委員（日本大学） 日本大学の総合周産期センターの室長をしております、細野と申します。よろしくお願いたします。

事務局（飯田） ほかの委員につきましては、資料1の委員の先生方です。本来は一人一人ご紹介するべきところですが、代理出席につきましては、改めてご紹介させていただきます。

本日は、産婦人科医会の方の町田委員よりご欠席の連絡をいただきまして、同東京産婦人科医会常務理事の中井先生に代理のご出席をいただいております。

また、救急部門の代表といたしまして、日本大学の丹正先生のかわりに守谷先生のご出席をいただいております。

さらに、本日、神奈川県のご現状のお話をいただくために、北里大学教授の海野先生にもご参加いただいております。ありがとうございます。海野先生につきましては、また後ほどご講演をいただけるということでございます。

次に、配付資料をご確認させていただきます。

きょうは非常に多いので、今の資料1の次に、資料2といたしまして、整備計画の策定についてという大きい資料になります。

資料3につきましては、NICUの整備目標についてというものが9ページのつづりがございます。

資料4といたしまして、1枚の資料でございますが、総合周産期母子医療センター大塚病院の今後の役割についてということです。

資料5といたしまして、海野先生からちょうだいいたしましたパワーポイントがございまして、最後の方に2枚ばかり表がついているものがあります。全部で12ページございます。

資料6-1といたしまして、東京都母体救命搬送システムによる搬送事案、これが数枚ございます。資料6-2、グラフがたくさんついているものですが、東京都母体搬送システムによる搬送事案分析結果というものがございます。資料6-3でございます。同じく、このシステムの検証部会における確認事項というのが1枚でございます。

資料7でございますけれども、東京都周産期コーディネーターの実績というものが、グラフがついたものでございます。

次に、資料8でございます。1枚でございますけれども、都立多摩総合医療センター及び小児総合医療センターの開設等についてというものです。

次の資料9でございますけれども、日赤医療センターからの周産期母子医療センターの移転に伴う診療体制についてでございます。

次、資料10でございます。大きいものですが、患者実績の上半期分の産科とNICUのものがございます。

資料11といたしまして、22年度主要事務の予算見積概要の抜粋がございます。

ここまでが資料でございます、次が参考資料になります。東京都周産期医療センター等の現況といたしまして資料1、それを地図に落としたものが参考資料2でございます。参考資料3でございますけれども、東京都母体救命搬送システムの概要が1枚。参考資料4でございますが、周産期コーディネーターの概要が、資料4として3枚でございます。最後の参考資料でございますが、前回の周産期医療協議会の議事録でございます。

もし、不足がございましたら、お申し付けいただければと思います。

よろしいでしょうか。

なお、本日の会議は、東京都周産期医療協議会要綱第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録は公開となっておりますので、ご了承ください。

本日の終了予定ですが、おおむね8時50分ぐらいを予定しております。

それでは議事に入らせていただきますので、テレビ撮影につきましては、ここまでとさせていただきますので、ご退出の方をお願いいたします。

では、これからの進行は岡井会長をお願いいたします。

岡井会長（昭和大学） それでは、議事に入りたいと思います。

本日は、報告事項を含め大変多くの議題がございますし、海野先生の講演も予定しておりますので、要領よく審議を進めたいと思います。どうぞよろしくご協力をお願いいたします。

それでは、協議事項から進めていきたいと思いますが、最初の議題は、国が周産期医療体制整備指針の改定を行って、通知してきております。それに伴って、都の方で今後どういうことを検討していかなくてはいけないかということについて協議をしたいと思いますが、最初はNICUの整備ということについて、ここから審議に入りたいと思います。

それでは、飯田課長の方から、資料を使ってのご説明いただけますか。

事務局（飯田） では、資料2と資料3を、まとめてご説明申し上げます。

今、岡井会長からお話があったように、国は、周産期医療、救急医療の確保と連携に関する懇談会報告を受けまして、8月に周産期医療体制整備指針の案を発出しております。

す。その中に、都道府県において、中長期的な立場から周産期医療体制整備計画を策定するものというふうに書かれております。これを踏まえまして東京都でも周産期医療整備計画を策定し、来年度の夏ごろまでには何らかの形にしていきたいということでございます。

計画期間でございますけれども、5年間ということで、策定から平成26年度末でございます。

その中に、今後新たに検討することといたしまして、NICUの整備目標、現在は平成9年度には出生1万対20床という目標を掲げておりましたが、今後は平成26年度末、出生1万対25から30と国が申しておりますので、もし出生1万対30であれば320床程度という目標、高い方の目標を掲げておいてみましたので、本日、協議会としてのご意見を賜ればと思います。

2番目に、搬送体制といたしまして、県域を超えた搬送調整のことも記載することになっておりますので、搬送数の多い近隣といたしましては、神奈川県、千葉県、埼玉県でございます。その範囲での周産期搬送にかかわる構築など、この範囲と、その体制について今後検討していかなくてはいけないということです。また、この計画策定に当たりましては、周産期関連施設の実態調査というものも行っていかななくてはならないということです。本日のご意見を踏まえまして、平成22年度中には、協議会の委員または専門部会の先生方にご意見をいただきながら骨子などをつくっていきたく思っております。骨子をつくって計画に盛り込むメニューをつくった後は、来年度は、その骨子をもとに起草部会なり策定部会などを設置して内容を検討していただくというような考えでございます。

次に右側でございますが、国の周産期医療体制整備指針の改定案の中に、計画に盛り込むべき事項として掲げられているのは周産期センター等の機能でございます。その中で病床数であったりとか診療機能であったりとか、確保すべき医療従事者などが、こちらの方で記載されると。一番のネックとしては、課題としては、NICUの整備というものについて、出生1万対25から30を目標に、地域の実情に合わせて整備しなさいというようなことが書かれております。次に周産期搬送体制でございますけれども、都内の総合周産期、地域周産期等に加えまして、県域を超えた搬送体制も検討するということが掲げられております。ほかには、医療情報であったり、コーディネーターの機能・体制であったり、周産期関連の研修体制、いわゆる人員の育成の確保であったりとか、その他体制に必要な事項といたしましては、NICUの長期入院児に対する退院支援などが盛り込まれる事項としてなっております。先ほども申しましたように、これに対しては調査を行っていくということと、あわせて東京都の施策として国に言われた以外にも幾つか乗せていきたいということで、東京都の母体救命搬送システムであったりとか、連携病院、今後新設する新生児連携病院、ネットワークグループなどもメニューとして入れていきたいというふうに考えております。

今後のスケジュールですけれども、本日、整備目標につきましてご意見を伺って、また今後の進め方をご確認させていただいた上で、今年度、3月までの間に先生方に個別にご意見をちょうだいいたしまして骨子をつくっていきたいなということでございます。来年度は、それを受けて起草する委員会などをつくって検討していただき、周産期医療協議会のご意見を経て策定をするというような流れでいきたいと思っております。

本日は、一番のメインになります、その計画の中でNICUの整備目標についてということで資料3をごらんいただきたいと思っております。

これは、目標を、議論するに当たってのデータを集めてみました。まず、出生数でございますが、これ折れ線グラフで書かれているところですが、昨今、ちょっと出生数が上がっております。それに対するNICUですけれども、色の濃い棒グラフが現状でございます。白抜きの棒グラフが、この出生数1万対30の割合で、もしNICUの整備をしたら、このぐらい必要になりますというような出生数1万に対して30というのが白抜きのグラフでございます。

では、都はどのぐらいNICUが必要かと申しますと、平成19年度のNICU必要数ですけれども、出生体重別に年間出生数がわかっております。これに、楠田先生方の厚生科学研究のデータを参考にいたしましてNICUの入院率と入院期間を掛け合わせて、それを365日で割りますと、NICUの必要数が出ております。それを体重別に縦計しますと、平成19年は、実は289床必要であったということで、出生1万対2.79ですか、2.8は必要であったということです。

平成20年につきましては、体重別の出生数が、まだ人口動態出ておりませんが、低出生体重児の数が出ておりまして、速報値ですけれども、初めて1万を超えております。その19年度と20年度の倍率が約1.04倍なのですが、それを各体重の児の数に掛け合わせたのが、この推計数です。それに、先ほどの入院率と入院期間を掛け合わせ、365で割ったものを計算すると、実は20年も299床、いわゆる300床東京都には必要であったということでございます。

では、その背景は何かといいますと、次のページでございますが、低出生体重児の推移があります。平成12年、2000年を基軸にしておりますけれども、平成20年におきましては、都全体で低出生体重児が初めて1万人を超えているというような状況です。

その割合ということになりますと、東京全体では出生1,000対95.6でございますので、約10人に1人は低出生体重児というようなデータでございます。

また、その背景になるのは母の年齢だと思っておりますけれども、これは全体として第一子、第二子以降もすべて含めた母の年齢でございます。真ん中の2本の折れ線グラフが特徴的なのですが、三角の下がっているのが25歳から29歳の20代後半のデータでございます。この右肩上がりなのが35から39といった30代後半でございます。ここが、まさに逆転しそうな状況になっているということです。一番上に、ステー

ダブルに多いのが30代前半でございますから、今や30代のお母さんが多いという状況です。一番下の丸のグラフですけれども、数が少ないので顕著には見えないのですけれども、40歳以上のお母さんというのが、ここ数年で、平成12年は1,800だったのが20年には4,000ということで、倍以上にふえているということです。

そういう中で、年齢の割合を見ますと、7のグラフですけれども、一番黒いところが30代前半ですから、この黒いところよりも上が30代以上ということになりますけれども、今や30代以上のお母さんが約70%ということです。

では、これを第一子、初産で見えますと、次のページになります。これも同じような傾向がございます、右肩上がりになっているのが、やはり30代の後半の35から39でございます。若干下がっているのが20代の後半のデータでございます。20年度は、まだ、この数が、人口動態出ておりませんので空白になっています。

この数を割合で見ますと、やはり先ほどと同じように黒いところ以上が30歳以上なのですけれども、第一子におきましても約60%が30代以上ということがございます。

次に、母の年齢別の子どもの体重値の割合ということで、グラフにさせていただいております。これは母子医療統計でございますので、周産期センターなどでのデータとなります。まず、ここで見られるのは、やはり30歳代の低出生体重児も多いということですが、これを割合で見えます。黒いところより下が、今度2,500グラム未満ですけれども、これを見ていただくと25から29歳が、ちょっと若干落ち込んでいるのですけれども、それ以降は非常にふえていると。特に35～39歳でございますと、2,000グラム未満が非常に多くなっているということです。これを、同じく初産で見ても全く同じような傾向でございます、25から29の割合は低出生体重児少ないのですけれども、30代前半、後半とも、低出生体重児が実は半分も占めているというようなことです。

この背景といたしまして、高齢出産の背景なのですけれども、平均初婚年齢、次のページの一番上ですけれども、平均初婚年齢の推移を見ますと、全国に比べまして東京の初婚年齢、妻の方ですが、1歳高く推移しているということです。

それから、単産・複産の分娩件数でございますが、昨今、ツインがふえていると。不妊治療等によるものと考えられますけれども、やはり複産がふえるということは、一遍に複数のNICUが必要になるということです。

周産期母子医療センター、これちょっとデータが古いのですけれども、NICU・GCUに入院なさっている方の住居地を見ますと、24%が他県ということで、最近若干減っているというふうにお聞きしておるのですけれども、データが古くて申しわけございません、最近も、やはり20%ぐらいは他県の方もご利用いただいているということです。

以上が、どちらかというとならNICU、これからとても必要だということですが、一方で、出生数の推移の予測でございます。国の人口問題研究所の平成19年のデータから、

高位推計、中位推計、低位推計をグラフにしたものです。途中で切れているのが、実際の出生数でございます。そうしますと、国においても、高位推計よりも高いレベルで、今、推移しております。ということです。

それを東京都について概想してみるとどういふふうになるかといつて本当に試みの試算をしたものが、この16のグラフです。高位推計を用いまして、実際のデータを見ました。それを、東京都はスケールの右側で破線、点線のグラフになりますけれども、実際の出生数が左側、20年までですけれども、21年以降は、高位推計の減少率で東京都の出生数を推移した数が大きな丸の破線でございます。しかしながら、高位推計でも若干実数の方が多くなっております。これを、どちらかといつと、これが今後も1.03ぐらいふえるといふふうに見込んで、下駄を履かせたような状況ですけれども、それが破線の細い方です。したがいまして、これを見ますと、破線の大きい方、小さい方、あわせてですけれども、大体平成26年については平成18年や17年ごろの出生数に下がっていくのではないかということが予想されます。ただ、このグラフですけれども、人口動態の専門の研究者ではなく、事務局がつくったものですので、どのぐらい変化するかは、ちょっとわからないけれども、一応こんなような数になるということです。

次のページは、参考までですけれども、5歳刻みでの東京都の人口です。0歳から4歳児ですと、22年ぐらいまでは、これ太い実線ですけれどもふえるといふことで、その後は減っていくよといふことでございます。20代から44歳の女性の数も、22年ぐらいまではふえて、それ以降は減少傾向にあると。また、合計特殊出生率は、昨今は上がっていますよといふ、参考までのデータです。

以上をもちまして、今後の整備目標の考え方として、現状は、平成9年度以降、都内全域を一つの圏域として、NICUを200床整備目標とし、200床達成後も整備を推進してまいりました。今後、NICUを必要とする要因として、まずは、国の方が出生1万対25から30といふことで、平成20年の出生数では1万対25が265床、1万対30が318床となっております。出生・体重別の増加ですけれども、低出生体重児が非常に増加し、平成20年は初めて1万人を超えています。この割合も10人に1人が低出生体重児だと。晩産化は進んでおりまして、平成20年で約70%が30歳以上のお母様からのベビーだといふことです。晩婚化も、ほかの県より、いわゆる国平均よりも高いわけです。不妊治療等による複産の分娩件数がふえているといふことは、同時に複数のNICUが必要になる状況も多くなっているといふことでございます。また、他県からの搬送も受け入れているといふことです。

NICUの減少にかかる要因としては、出生数が低下して、平成26年は、平成17年もしくは平成18年ぐらいのレベルに減少するといふこともあるのですが、実際は推計よりも高い数値で出生数がふえているといふようなこともあります。一方では、20歳から44歳の女性の人口は、今後は減り、また、現時点で300床の整備が必要だといふのは先ほども申しましたけれども、今後出生数は減少しますけれども増加要因はさ

らに上昇するということが予想されておりますので、当分の間、出生1万対30を基本に整備目標を定めていきたいということで、平成20年度を起点といたしますと1万対30の318、切りが悪いので約320ということで、目標達成には人材の確保とか、つくればつくるほど赤字になるというか、そういう状況もございますけれども、都内で必要と思われるのは320ということでございますので、先生方のご意見をお聞かせいただきたいというふうに思っております。

以上です。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

東京都が、周産期医療体制で今後整備しなくてはいけない計画は、ほかにも幾つかあると思うのですが、最初にNICUの数、どれぐらいを目標にするかということからスタートしたいと思います。国の方は、1万の出生に対して25から30、それぞれの地域に合わせて考えてくれという指針を出しているのですが、ただいま飯田課長からご説明がありましたように、東京都では19年度、20年度の実績、それから今後の出生数の推移を考えますと、1万あたり30を目標にするのがいいのではないかというのが、事務局の考えでございます。その点について、ご審議をいただきたいと思いますが、ご意見等ございますでしょうか。

楠田会長代理（東京女子医大） 女子医大の楠田なのですけれども、今、飯田課長からネックというふうに言われたのですけれども、確かにNICUがネックになっていることは間違いありませんので、そのネックになっているNICUの問題、ちょっとコメントさせていただきます。

このデータを見ましても、やはり、もう既に東京都では足りない状態が続いていたと。その結果が、やはり昨年母体搬送を受け入れることができなくて、そのうちの多くが、やはりNICUが満床だということでお受けできなかったということで、こういうのは、もう既に現実に起こっておりますので、そういう意味でNICUをふやさないといけないし、そのネックを解消するためには、これ、病床数を増加させるしかないということで、私はこれで、こういう計画に大賛成なのですけれども。

一つだけコメントを。このNICUを増加させる要因の中に、実は新生児の予後がよくなったというのが、もう一つあるのですね。だから、おっしゃるように、ハイリスクの方がふえているので出生数に対するハイリスクの新生児の数は、割合がどんどんふえていると。出生数は、それほど減っていない。それどころかふえている状態なので、絶対数もハイリスクの新生児はふえていると。それで、NICUが必要になるというのは、もう当然なのですけれども。

それから、今、新生児死亡率が毎年下がってきていますので、それは何を意味しているかということ、よりハイリスクの赤ちゃんが助かるようになってきたと。助かるようになってくると、実はこれはNICUを使うのですね。使うというと、ちょっと言い方に語弊がありますけれども、実は、赤ちゃん、亡くなると、変な話NICUは要らなくて、

どんどん新生児医療が進んでおりますので、どんどん助かるようになっておりますので、それはまた、このNICUの需要を増加させる要因になっておりますので、この推計プラス、そういう予後の改善というのもNICUを必要とする要因になりますので、そういう意味では、320床ですか、切りのいいところ、これが30に、1万出生の30床ということなのですから、非常にこれが東京都ではやはり必要な病床数だというふうに思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

今のご意見に、何か加えてご発言あるいはご質問をお願いします。

中林委員（愛育病院） 今のご意見には全く賛成なのですが、飯田課長のおっしゃったように、箱物ができて実際に人が育っていないというのが大変大きな問題で、NICU、私どもでも人を一生懸命募集しても、なかなか集まらない。産科医以上に集まりづらい。そして、そのためにNICUを養成するために、国にお願いして、たしか幾つかの大学で養成をするように、特に女性医師を養成するような計画を練って、15大学ですかね、選ばれて養成するようになったのですが、さらにそれを続けていこうと思ったところ、そういった予算が、今回、もう切られてしまうということで、国は、これだけ箱物をつくるのであれば、人を養成する必要がある。ところが、その養成する文科省の費用が、予算が削られていくということで、大変矛盾したご指導だろうと思うのです。この辺、やはり、国の予算がないのであれば、都が人材をどのように、この5年間で1.5倍近い増加を、どのようにふやしていくことができるかと。それがないと、絵に描いた餅で、箱物はふやせますけれども人は簡単にふえませんが、その辺のお考えを聞かせていただきたいと思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

人のことは、本当に大事なのですが、今の必要数の推定の議論を一回終わらせて、それからもう一回議論したいと思います。この推定というか、東京都の出生数がどうなのかというのは、それも実際には難しいですよ、数を推測するのは。毎年のように修正して出していかなければならないと思うのですが。

ただいま楠田先生が言われた要因で、必要となるNICUの数がふえていく傾向は、これは多分続くと思います。それから、晩婚化とかによる低出生体重児の割合の増加というのも、今後ふえていくことが予想されるので、NICUの必要な数が今の見積もりを大幅に下回るということは、ちょっと考えにくいなと私は思っているのですが、その辺のことに、どうでしょうか。

中井委員（東京産婦人科医会） 医会の立場で。この320という数は大変喜ばしいこととありますし、その点はよろしいのですが、今、岡井先生が言ったようなことを考えますと、事業計画そのものには書いてないのですが、この後方ベッドの支援とか、そういったあたりは、都の事業としては、もう計画されないのでしょうか。

事務局（飯田） GCUの整備なども、今回、後でお話ししますが、予算的には

要求をしておるところでございます。また、来年度からNICUの退院支援のモデル事業なども行って、NICU、またその次、そしてその次ということ連続して考えていくということも、この中に盛り込みたいと思っております。

岡井会長（昭和大学） よろしいですか。

さまざまな形で東京都は、そういうことの整備に相当強力で支援をしてくれることを期待しておりますので、よろしくをお願いします。

それでは、ちょっとここで一たん切りをつけたいのですが、平成26年のNICUの目標を320に設定すると。しかし、これは、飯田課長、決めたら5年間動かさないのではないですよ。状況によっては、どちらかに修正するということもあり得るけれども、今の段階では、そこに目標を置くという、そういうことでよろしいですか。

事務局（飯田） はい。一応計画には数値を掲げなくてはいけないのですけれども、柔軟に考えていきたいというふうに思っております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

それでは、そういうことで、ご異論がなければ26年の末までに320床の整備を目標ということで計画を記載する、提出するのですか、これ、国に。提出する形なのですね。

事務局（飯田） 整備計画をつくりましたら、国に報告するとともに、都民に広く公表するというのも掲げられております。

岡井会長（昭和大学） では、そこは、そういうことで決めさせていただきます。

ありがとうございます。

それで次に、少し時間をかけて、その他の東京都の周産期医療の整備計画に関して、どんなことでもいいです、すべてのところに関してご意見があればと思いますが。先ほどの、中林先生からお話があった人材の確保といいですか、新生児医、産科も足りませんけれども、特に新生児専門の医師の確保ということに関して、飯田課長の方から考えておられる計画等ありますでしょうか。

事務局（大久保） 医療人材課というところで人材確保につきまして、いろいろなメニューを考えております。一つは医学部の定員の増加ということ。これは国のことでございますので、都としてはいかんともしがたい部分でございます。しかしながら、医学部の中で奨学金制度を設けまして、国の医師緊急確保対策の枠以外に都独自で奨学金制度を設け、周産期医療、それから産科医療、小児科医療、僻地医療に従事するというふうな学生に対しては奨学金をお渡しするという制度をつくっております。また、医師勤務環境改善ということで、さまざまなメニューに対して取り組みをしているところでございます。なお、診療報酬につきまして、新生児医療についての診療報酬上の改善につきましては国に要望しておるところでございますが、このたび政府の検討もございましてどうなるかわかりませんが、都としてはできる限りのことはしていくつもりでおります。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ほかに、今、都が考えておられることを聞かせていただきましたが、それ以外に、こちらから何か提言するようなことがあればと思いますが、杉本先生、お願いします。

杉本委員（日赤医療センター） 東京都の抱えていることの問題の一つは、多摩地区と23区との格差、医療施設の偏在の問題というのがございますね。このNICUのベッドに関して言えば、現在の時点で23区に関しては出生1万に対して28近くの数になっていると思います。多摩地区においては、1万に対して12という数になると思うのですね。ですから、搬送問題が起きていることの多くの部分は、この、偏在によって多摩地区で受け入れができないものを23区に運ばざるを得ないというところの搬送問題があるわけですね。ですから、これに関する今後の対応ということで、都の考えがあれば教えていただきたいと思うのですが。

事務局（飯田） 先生ご指摘のとおり多摩地区の方のNICUは少ないのですけれども、それに対して東京都は何ができるかということで、連携病院というものをつくって、NICUまでは必要ではないミドルリスクが受け皿ということが多摩地区の方で強化していきたいというのが、まず1点あります。それから、多摩地区の中でも一次、二次、三次として医療体制のネットワークをし、役割分担をしていくというのが、まずあります。それから、後でお話もしますが、府中の方で、今度24床のNICUというものをつくっていくというところを考えております。そういうことをかんがみながら、また多摩地区で潜在的に力のある病院については積極的に私の方から足を運んでお願いし、連携病院になっていただく、その次のステップとしてはNICUをつくっていただくというようなことをお願いしていこうというふうに考えております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

杉本先生言われるとおりで、ふやすときに地域のことを考えて、その格差をなくすような方向でふやす。どこの病院にNICUを設置するのか、数をふやすのかというときに、都心で集中してやっているところに、またというのではなくてということですよ。

ほかに、この件。

楠田会長代理（東京女子医大） そういう地域偏在で、今、先ほど少し言われた連携病院のことなのですが、NICUをつくって、何でもかんでもNICUに運ぶというのは、幾らこれNICUをつくっても追いつかないので、要するにNICUに運ばない施設というのも、非常にこれ重要なのですね。ですから、多摩地区というだけではなくて、どの地域にでも、要するにNICUに入らなくてもいいぐらいの、少しの、いわゆるミドルリスクの子どもたちは診られるような施設を、どんどんつくっていただいて、その中から、もっとハイリスクが診られるなら、それはそれですばらしいですが、ミドルリスクを診るという連携病院の価値というか、そういうのをもっと高く評価していただいて、そこにやはり何らかの支援なり、費用を、ぜひ投入していただきたい。

それから、先ほど、中林先生が言われた、人材のことも、要するにNICU

で働かなくても、NICUに送らずに、それなりの処置ができる、あるいはNICUに送るまでの最低限の処置ができる新生児科医等も、これは新生児科医と呼ぶかどうか、小児科医でいいのかもしれませんが、重要ですので、そういうNICUで直接働かない人たちでもNICUの研修ができたり、あるいはそういうNICUに送らないで、自分たちで診られるような人たちに対しても、何らかの、そういう奨学金なり人件費なりを補助していくことが、実際には重要なことというふうに思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

桑江委員（府中病院） そのくだんの多摩地区にいる者なのですけれども、今のお話、非常に重要だと思うのですけれども、一つは、きのうも、やはり搬送依頼があったのが、35週6日とかなのですね。そうすると、ちょうど、この、本当にNICUが必要でない35週、4週の終わりぐらいでも、確かに医師は非常に養成するのに時間もかかるし大変だと思うのですが、ある程度、看護師さんの専門の方、あるいは認定看護師さん、あるいは専門家、何というお名前になるかわからないのですけれども、ある程度NICUで十分トレーニングをされた方が、その周産期連携病院等々に赴任されることで、随分現場としては、実際問題として底上げにつながるのではないかと非常に思っております、35週、6週ぐらいを診られる、実際、そのNICUができるまでの間をちょっとしのぐという発想で、東京都の方で、その計画あるいは研修等々の計画を立てていただくと、現場としては非常にありがたいかと思えます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

周産期関連の医師不足に端を発してといいますか、ほかの業種の方にも頑張ってもらわなくてはという話は実際上がってまして、これ、周産期だけではなくて、医療全般に、今、その話題が出てきているのですよね。看護師さんにどれだけ医師の業務部分を担当してもらおうかと。しかし、これはすぐにはできませんので、医師ももっと確保しないといけません、ほかの看護師さんや助産師さんに、どれだけ頑張ってもらおうか、そこもまた、促進していかなくてはいけないことだと思いますので、それを東京都としてはぜひ支援してほしいということだと思います。お願いします。

中林委員（愛育病院） これは、後ほどの海野先生の講演にも関係するかと思うのですけれども、周産期医療というのは、基本的には地域完結型であるべきだと思うのですね。そうしますと、東京に十分なNICUがあれば、一部の県からは、かなり東京に流れ込んでまいります、それは、境界領域の方はよろしいのですけれども、今、大体75%、25%が他県からの流入ですね。これは、やはり東京都が音頭をとって、他県においても、余り遠い搬送が起こらないようなシステムを、やはりつくっていかないと、みんな東京へ送ればいいのではないかということになってしまっているといけません。いわゆる、本当に広域で治療すべき人たちと、それからその地区地区で治療できる方々がいるわけですから、その辺は東京都だけふやすということではなしに、周りの県にも、しかるべくものができるような、やはりここは、国が全体を指導するとはいいながら、関東地区

で東京が中心となって、そういったことができていくと大変いいのではないかと思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

今のご意見に関する議論は、海野先生のご講演の後で少しやりたいと思います。

それで、ほかに、これからの東京都の整備計画のことで、ご提言とかご発言とかございますか。どんなことでも。

宇賀委員（東邦大学） NICUの数を、楠田先生がなされたように、軽い患者さんは普通の一般小児科でも診られるではないかというところで一番危惧されるのは、きちんと診られる施設ならばいいのですけれども、基準とか、そこで働いている人たちが、どの程度のレベルなのか、きちんと認定した上でお願いするという体制ができてないと、非常に危険なことが起こり得るという。実際に診ているというわけではないのですけれども、やはり軽い、この子は軽い子だと思っても重いこともありますので、中等度の数の少ないNICUのところでも、きちんとやれるという、そういうところを、やはり確認していくことが必要ではないかなというふうに、私は、ちょっと心配しております。

それから、もう一つ申し上げたいのは、NICUで働く者の立場として、やはり若い医師が、特に後期研修医、研修医の人たちがたくさん回ってくる体制ですね、そういう体制がつくられることが非常に重要なのです。それがないと、いつまでたっても同じ人が年々歳とっていくと、そういう歳とった新生児科医が長年やってくたびれていくということが起こるわけで、常時NICUには若い医師が常に何人かは必ずいるということが、こういう体制が必要なので、そういう体制をいかにつくっていくかということを皆さん今後検討して、そういう体制をつくっていただきたいというふうに私は思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

先生、ありますか。

楠田会長代理（東京女子医大） 後半の問題は、NICUに若い医師が必要なのはたしかなのですけれども、ちょっとこれはなかなか、私も一言では、もちろんお答えできないので、ちょっとそれは今後の課題にさせて下さい。

前半の、その、要するに、ある程度診療能力がなければ、そういうリスクのある子どもを診ると問題だというお話だったので、私が言いたかったのは、特に、先ほども35週という話が出ましたけれども、レートプレタームの子どもたちですね。レートプレタームの子どもたちというのは、絶対数が一番多くて、なおかつその中でNICU管理が要る子というのは、本当に実際の20%とか15%程度なのです。ですから、レートプレタームの子どもたちを、生まれたから、早産児だから、低出生体重児だから全員送れということになれば、それはちょっと送り過ぎだろうと。やはり、その中で本当の治療の必要な子とそうでない子を見きわめて、治療の必要な子は送って、そうでない子どもは経過観察するというので、何もリスクのある子まで診るので

はなくて、何でもかんでも送るのを減らすだけで、かなりNICUの負担は減るだろうという、そういう考え方です。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

そういうことも考えながら、本当に生かせる計画を進めていかなくてはいけないと思いますが、ほかに何かございますでしょうか。

杉本委員（日赤医療センター） この整備計画のもとになっている出生数の推計などに関して、東京都の人口動態を見てもみると、自然増というのはごくわずかで、人口は、それよりも伸びが多いのですね。つまり、恐らく他県からの流入、あるいは外国人の増加ということの要素がかなりあるのではないかとこのように思われるのですが、これに関する実態の数字というのは、把握はできているのでしょうか。

岡井会長（昭和大学） 東京都の人口動態の動きの背景になっている因子という要素を分析していますか、ということですけども。

事務局（飯田） 参考の最後に、5歳ごとのこのデータには、確かに外国人も入っていたのですが、どちらかという自然増の方が多くて、流入人口とか、そこら辺までは、ちょっとまだ十分に把握していないところがございます。

杉本委員（日赤医療センター） 今、質問させていただいたのは、最近、未受診の妊婦さんが前よりふえているように思うのです。その背景に、そうした動きというのがあるような気がするのですが、実態として少し明らかにできるような数字がいただけると、その対応策ということも、また次の問題として出てくるのではないかと思いますので、お願いしたい。

岡井会長（昭和大学） これは宿題として調べてもらえますか。できますか、都として、外国人の数というのを。

事務局（飯田） はい。できる限り、何か考えて調べてみます。

岡井会長（昭和大学） では、お願いします。

今のことでちょっと気がついたのですが、多摩地区の人口動態の予測は、どうなっていますか。都心部と比較して、今後の5年間。多摩は、ふえ続けると考えるのか、どこかで頭を打つのかとか、その辺の予測は難しいですか。

事務局（飯田） 地域ごとの、予測というのができてなくて、国の推計から都の推計を概算しているぐらいのものなので、ちょっと地域ごとの推計というか、動態調査というのはあるのですが、推測としては、ちょっと難しいかもしれませんが、これについても、統計の方に聞いてみて、もしあれば。

岡井会長（昭和大学） そういうことをやる部門が都にはあるのですよね。医療にかかわらず、そういう人口動態とか、予測しないとね、いろいろなことを計画してやっていくことができないので。では、ちょっと調べていただけますか。お願いします。

ほかに、よろしいですか。

細野委員（日本大学） 外国人の件に関してなのですが、外国人を一つに区切っ

てしまうと非常に危険だと思うのですね。我々、英語は通じる方の場合は、割合いろいろな問題が処理しやすいのですけれども、英語が通じないと、もう、本当にいろいろなことで時間がかかって、通訳を入れたり、いろいろなそういうことなので、英語がしゃべれる方と、ちょっとそうではない方を分けて統計がとれれば、速攻お願いできるかと思うのですけれども。

岡井会長（昭和大学） 国ごとということでもいいと思います。どこの国かという。

事務局（飯田） 調べてみます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。お願いします。

それでは、この整備計画に関しましては、22年夏ごろをめどに計画の最終案の作成が目標ですから、この協議会で、引き続き議論していくことになると思いますので、きょうは、大事なことで、NICUの数ですね、目標、26年度末、320床というのを決めさせていただきました。ほかにも大事なご提言いただきましたので、次の検討につなげたいと思います。ありがとうございます。

それでは、その次が、ちょっと話が変わるのですが、大塚病院が総合周産期センターに認定を、もうされたのでしたっけ。

事務局（飯田） はい。

岡井会長（昭和大学） されたのですね。それで、どういう役割を担っていただくかということに関して、少しご協議いただきたいということです。飯田課長、ご説明お願いできますか。

事務局（梅村） それでは、私の方から、資料4についてご説明をいたします。

平成21年10月から大塚病院が総合周産期センターに指定されたことに伴いまして、現在、他の総合周産期センターが担っております割り当てブロック内での搬送調整など、総合としての役割についてお諮りをしたいと思います。

まず、搬送調整についてでございますが、参考資料2の配置図をご参照いただきながらご確認いただければと思います。

母体・新生児の搬送調整につきましては、現在、日大板橋病院が行っている区西北部、それから帝京大学病院が行っている区東北部の総合としての搬送調整役については、これまでどおり日大板橋、それから帝京病院が行いたいと考えております。ただし、大塚病院が所在します豊島区内からの搬送の受け入れや搬送の依頼について、大塚病院に対してあったものにつきましては、大塚病院が積極的に受け入れに努めるとともに、区西北部内の搬送調整を行いたいということを考えています。大塚病院によりまして、大塚病院による区西北部内での調整が困難だった場合は、区西北部、本来の調整役の日大板橋さんと調整しまして、消防庁の周産期搬送コーディネーターに大塚病院が搬送調整依頼を行います。区東北部につきましては、これまでどおり帝京大学病院が総合としての受け入れや搬送調整の方を行いたいと考えています。

これまでの大塚病院の搬送受け入れの実績をかんがみまして、ブロックの搬送調整役

ということを大きく行うよりも、今後も引き続き総合として母体・新生児の受け入れに努めていただきたいというふうに考えております。

区東北部の案件で、消防庁にあります周産期搬送コーディネーターの全般的な調整でも受け入れが決まらなかった場合の総合による最後の砦、受け入れ先としましては、豊島区内の案件は大塚病院が、区東北部は帝京病院が、帝京病院と大塚病院が協力・連携しながら受け入れに努めることと考えております。

次に、周産期医療ネットワークグループにつきましては、従来どおり日大板橋と帝京大学の方にリーダー役をやっていただきますが、大塚病院も、当面は総合のサブとしまして二つの病院と協力しながら参加をしていくということとします。

また、多摩地域での受け入れが困難だった場合の区部の総合周産期センターにより選定や受け入れの協力をする多摩当番につきましては、既に12月から大塚病院にも参画をいただいて実施をしております。

さらに、総合周産期センターの持ち回りで実施しております周産期関係者の研修につきましても、今年度は杏林大学の方で実施をいたしますが、平成22年度は大塚病院の方に研修実施病院としてお願いしたいと考えております。

こちら、資料4の内容で今回ご了承いただけたら、日大板橋、それから帝京大学、それから大塚病院の三者にて確認の上、決定をして実施をしたいと考えております。

以上です。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

大塚病院の役割の、多摩当番に加わるのと研修をやるというのは、これはいいです、わかりやすくよかったのですが、その前がわかりにくいですね、とつても。どういうことになっているのか。これ、そこまで決めないと機能しないのですかね。そこは細かく決めてしまうと、かえってスムーズに患者さんが動かないような気がしないでもないのだけれど。

事務局（飯田） ちょっと細かく説明させていただいたのですけれども、要は、今までどおりなのですが、豊島区においては大塚が、また地域とのネットワークをつくるということもありまして、豊島区のこと自区内で頑張ってもらおうと。コーディネーターへの調整も大塚がやってもらいましょうということ。最後の砦役としましては、やはりお隣の足立、葛飾、荒川というのが総合もないというところで、帝京大学と協力しながら最後の砦をやってもらいましょうというようなところがポイントでございます。

岡井会長（昭和大学） 豊島区を担当するということでもいいのですね、基本は。でも、ほかのところも、あそこは大変苦労している地域であるので、帝京と日大板橋とは協力しながらサポートするぐらいのことはしてくださいよと、そういう意味ですか。これは、やはり責任を決めておくか、でなければ、その3病院で、話し合っただけで何か決めておかないと、いざ患者さんの搬送に困ったときにスムーズにいかないということは現実にあり得ることなので。

よろしいですか、大塚の先生は、きょうはいらしてないですね。先生、話はわかりましたか。

細野委員（日本大学） この大塚、日大から出ていますので、人が出ていますので、常にコミュニケーションはとれていますし、帝京大学ともコミュニケーションはとれていますので、問題なくこれで。

岡井会長（昭和大学） では、今の、豊島だけが本当の責任であって、ほかのところは協力しながらサポートするという役割でよろしいですか。

細野委員（日本大学） サポートする形で従来からやっていますので。

岡井会長（昭和大学） 今のことで、委員の先生方から、何かご意見等ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、飯田課長、そこは、そういう形で頑張ってくださいということで決定させていただきます。

そうしますと、協議していただく事項は予定ではこれでおしまいです。次は海野先生のご講演に移りたいと思います。

昨年、東京都母体救命搬送のシステムを考えたときにも、近隣の他県からの要請をどうしようかということの議論をして、結局、当面スタートの段階では、東京都内だけに対して責任のある態勢でやっていこうと決めた訳です。実績を見ながら、今後他県からの要請に対してどうこたえるか考えようということになっていました。特に、スーパー母体搬送だけではなくて、一般の周産期の患者さんの搬送に関しても、他県との協力等考える必要があるのは、先ほど中林先生からご指摘があったとおりです。本来ならば、ほかの県、千葉県、埼玉県も一緒にやればいいのですけれども、まず差し当たって、神奈川の状況をお聞きし、海野先生交えて、他県との東京都の協力に関して、少し時間をとってディスカッションさせていただきたいと思います。

それでは、海野先生、講演お願いします。

海野先生のこと、紹介しないといけないですね。神奈川県周産期医療協議会の会長...？。

海野教授（北里大学） 会長ではないです。

岡井会長（昭和大学） でも、実質的には一番中心でやっている先生です。北里大学産婦人科の教授です。それから、日本産科・婦人科学会の医療改革委員会の委員長ということで、医療改革委員会の方でも、産婦人科医師不足や、診療体制のいろいろな問題点などを洗って、その改革に努めてくれている先生です。

それでは、よろしくお願いします。

海野教授（北里大学） どうも、きょうはお時間をいただきましてありがとうございます。本日、私は、神奈川県産科・婦人科医会の周産期医療対策部担当理事という立場で参っております。

既に、先ほど東京都の方からご説明をいただきましたように、新しい周産期医療体制

整備指針案の中で、広域搬送の体制の整備ということが記載されておりまして、その件に関しまして、これから東京都中心に、その周辺の県との間でのシステムをつくるということをお願いしていかなければならないという状況なのかなというふうに感じております。それで、本日は、そういうことを含めまして、神奈川県の方から保健福祉部の鈴木主幹と、それから神奈川県の救急医療中央情報センターの副センター長の水町さんにも来ていただいております。よろしくお願いいたします。

ということで、できれば、この機会が、今まで県境をまたいで具体的な行政の間でのコミュニケーションですとか、あるいは周産期医療協議会同士のディスカッションとかということは、なかなか難しかったところがあると思うのですが、そのきっかけになればいいかなというふうに思っております。実を申しますと、11月に日赤医療センターの杉本先生に、神奈川県の方の周産期救急連絡会というのがございまして、そちらの方でご講演をいただきまして、その際、いろいろご相談させていただいて、杉本先生からお声をかけていただいたというような経緯でございます。

それで、ちょっと資料の方からご説明させていただければと思います。

この資料5のところ、1ページ目、下段の方が、ちょっと大ざっぱに、ほかの県がどんな様子なのかということの周産期統計資料でございます。東京都の出生が10万ぐらい、神奈川が8万ぐらい、埼玉が6万、千葉が5万というような感じの状況ですね。それで周産期指標を見ますと、新生児死亡率は、東京、神奈川、千葉は横並びでございまして、埼玉が勝っていると。それで、妊産婦死亡率に関しては、東京が少しだけよくて、あと、神奈川、埼玉、千葉はちょっと厳しい状況にあるというのが全体の状況かというふうに思われます。それで、この東京都の先生方は、ほかの県の方を助けている立場だと思しますので、そこへ見られて、ちょっと複雑なところもあるかもしれませんが、こういう状況であるということです。

それで、2ページ目から、少し神奈川のシステムをご紹介いたしたいと思っております。神奈川は、周産期救急システム、もうこれは大分、もう20年前ぐらいから、こういう形で運用しております。大ざっぱに言いまして、県全体を6ブロックに分けました。それで、それぞれに基幹病院、そのとき、最初つくったときは総合とか地域とかありませんでしたので、基幹病院というのがございます。基幹病院を中心に各ブロックで連携して協力する病院として、中核病院と協力病院というものを決めておりまして、その中でネットワークを組んでいるということになります。例えば、北里大学病院は県央、北相ブロックの基幹病院でございまして、社会保険相模野病院が中核病院、大和市立病院が協力病院というような位置づけになっております。

基幹病院が、基本的にはブロックのことに責任を負って、基本的には引き受けるわけですけれども、引き受けられなかった場合には、ほかのところを基幹病院が責任を持って探すということを長年やっておりました。一昨年から、2007年度から、県の医師会に置かれております救急医療中央情報センターでの母体搬送のあっせん先紹介事業と

いうのを、県で始めていただいています。その結果、若干その状況が変わってきているというところを、きょうはご報告させていただきたいというのが1番のところでございます。

と申しますのは、長年、神奈川県からは東京都に年間100件前後ぐらい、大体神奈川県で発生しております母体搬送事例の10%内外のところを東京都の病院にお願いしているという現状がございました。東京都で足りなくて、千葉とか埼玉、ほかのところにも送ったりなんていうようなことも実際に起きておりました。そういう印象が、多分東京都の先生方、強いと思います。そういう中では、なかなか、神奈川と連携したらえらい目に遭うぞというような感覚があるかもしれないなと思います。なのですが、ちょっと、この辺、今は、こういう状況ですということをご理解いただいた上で、今後の連携のことを考えていただければというふうに思っています。

この資料の4ページ目をごらんいただけますでしょうか。

これは2007年、2008年及び2009年度上半期の母体搬送依頼の発生状況でございます。大体、年間1,000件から1,100、1,200弱ぐらいの母体搬送の依頼が発生しております。それで、基幹病院が受けるというのは、そのブロック内で発生したものの、そのまま基幹病院が受けることができた場合というようなことになりませんが、これが大体40%台になっております。それで、2007年度以降は、基幹病院が受けられなかった場合は、救急医療中央情報センターの方で県内の施設、これ、対象となっておりますのが、この12ページ目にあります周産期救急システムの新生児のところを書いてありますが、この32病院でございますが、のところを網羅的に探していただいて受け入れ先を決めると。受け入れ先が決まらなかった症例に関しては、基幹病院に戻して、基幹病院が何とかすると。その中には、他県にお願いをするというようなことが含まれるわけですが、そういう形で運用されているということです。実際には、大体40%強を基幹病院が受け入れて、6割弱を救急医療情報センターが、県内のほかの施設を見つけ出すということになっているということになります。

結果として、この4ページの下段のグラフですが、県外搬送の割合というのが、どういう状況になっているかということですが、2007年度から、この救急医療中央情報センターによるあっせんを開始しまして、当初は余り変わらなかったのですが、2008年、2009年と急速に下がっております。今年度、これは、この資料の11ページ目に一番最近のデータが載っております。今年度の4月から11月まで、救急中央情報センターでの搬送が、受付と、その照会の結果が記載されているわけですが、結論から言いますと、1のところの何行目かに県外搬送というところがあると思いますが、県外搬送が、ことし8カ月間で15例と、これ、全部東京の病院が受けていただいていると思いますが、ということになっております。ここに記載のある構成比というのは救急情報センターの扱った事例の中での3.8%ということにして、これ以外に基幹病院の受け入れの症例がございますので、全体ではもっと低いことになります。この2%台と

というような、今、県外搬送状況になっているということになります。こういう状況ですので、そろそろ東京都にお願い、連携をお願いしても余りご迷惑をかけなくてもできるかなというところもございまして、きょう参上している部分がございます。神奈川県がどのように改善した理由は、一つは救急情報センターが非常に効率的に搬送先を見つけているということがございます。それから、あともう一つは、5ページ目の下段に書きましたけれども、川崎市立川崎病院が、今年度新たにNICUを開設した。県立子ども医療センターが昨年度NICUを若干増床したというようなことによって、ちょっと受け入れ能力が一時的に改善しておりまして、これが状況の緩和につながっていると思います。今後も、聖マリアンナ医科大学病院が総合周産期に指定されて、受け入れ能力を向上させる予定がございますし、さらにもうちょっとたちますと、社会保険相模野病院も増床をしようということで今調整を行っているということで、神奈川県NICUの方も、少しずつですけれども、今後何とか需給緩和するようにという方向で努力はしているということになるかと思えます。

神奈川県の問題は、ほかにもたくさんございまして、5ページ目の上段をごらんいただきますと、これは、いわゆる出口問題です。これは、ちょっと前のデータに、平成20年2月の段階でのデータなので、ちょっと古いといえば古いのですが、この時点で1年以上NICUに入院しているお子さんが26人おられるという状況でございました。それで、これも、神奈川県の場合、特に重心施設の整備が少ないというような問題がありまして、後方病床の問題が非常に大きいという問題を抱えております。

題名が県域を越えた母体・新生児搬送ということですが、新生児救急に関しては、新生児の先生方、何とか県内完結ができていているというふうに言っております。ですから、この搬送の中では、母体搬送に関しては、今後、状況によりましては、まだ県外搬送をゼロにするというような状況には、まだもう少し時間がかかると。また、きょうも東京都のお話を伺って、東京都も整備を進められる予定ですが、まだ足りていない部分を感じておられるということなので、その辺のところが必要時に相互の連携ができないかということが議論になろうかと思えます。

それから、あとはもう一つ大きな問題は、遠距離搬送をして、そこで生まれたお子さんや、お産されたお母さん方を、あるいは生まれなかったとき、搬送した後、生まれないという場合もありますので、そのときに、どういう形でもとの施設あるいは地元に戻るかという、そういう戻り搬送の問題、これも相互の連携を考える上では、あらかじめよく詰めておかなければいけない問題だろうというふうに考えてございます。

どういう症例が県外搬送の対象になっているのかということ、ちょっと考えようと思ひまして、北里大学は、今ちょっと非常に受け入れられないぐらい満員の状態がずっと続いておりまして、ということで、北里大学病院の、ちょっとデータをお示ししているのですが、その中で、この8ページ目、依頼理由(域内)というところ、その対象を示しているところがございます。実際には、どこでもそうだと思いますけれども、総合

周産期センターへの搬送受入依頼の中では、やはり切迫早産症例と前期破水症例の割合が非常に高いというのが事実だと思います。ただ、こういう症例は若干待てる部分があると。ただ、一方、母体救命救急ですとか飛び込み分娩ですとか、そういう症例に関しては待てないということになります。待てない症例に関しては、私ども無条件に受け入れる方針にしておりますので、結果的に受け入れている症例を見ますと、そういう、母体合併症ですとか、産褥出血や飛び込み、常位胎盤早剥みみたいな症例を受け入れていて、切迫早産や前期破水症例については非常に少数しか受け入れられていないというのが現状でございます。

それで9ページ目をごらんいただきますと、結果的に北里大学病院で、昨年度に県外搬送をお願いした症例が20症例ございました。この上の方の黒い、四角のバーの部分が県外搬送という部分です。ここをごらんいただきますと、28週未満の症例が、すごく多いということで、これは切迫早産、前期破水症例に関して、どうしても週数の若い症例に対しては受けられる施設が限定されますので、県外搬送をお願いするようなことになってしまったというような経緯でございます。

それで、この県境をどうまたぐかということに関しては、私ども、総合周産期センターのメンバーで、ずっと検討、これは神奈川県ではなくて日本全体でずっと検討してきております。

9ページ目の下段、それから10ページ目の上段に書きましたのは、そういう中で、大体こういう形であればコンセンサスが得られるのではないかと、特に行政も含めてご納得いただけるのではないかとということをもとめたものでございます。第一に、広域搬送症例は、もう絶対最小限にとどめて、最緊急、超緊急とか緊急のせっぱ詰まった搬送ということを他県をお願いすることは避ける。地元でそれは処理する。それ以外の、どうしても無理というケースに関してのみ広域搬送を行い、それに関しては基本的なルールを、それぞれの県の間で決めて、それに基づいて行う。その際には、戻り搬送に関する部分についても、あらかじめ決めておく。基本的には送った側が責任を持って、その患者さんをしかるべく戻すというようなことが必要なのだろうというようなことを、今まで検討してきております。

すみません、大体そういうことが、私ども、きょう、ここでお話ししたかった内容でございます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまお話しいただいた、神奈川県の周産期の患者さんの搬送等についても結構ですし、これから大事になってきます県間の協力、それから広域搬送全般に関しても結構ですから、ご発言をいただきたいと思います。

楠田会長代理（東京女子医大） 非常に参考になるデータをありがとうございました。この4ページの下のところ、救急医療中央情報センターによるあっせん業務、コーディネートを始められて明らかに減っているのですけれども、その要因としては、効率が

上がったことと、それからNICUを増床されたということだったのですけれども、先ほど東京都の例も出しましたように、ハイリスクの子どもがふえていますので、NICUの増床というのは余りインパクトがなくて、コーディネーターの方の、やはり効率よくベッドを見つけるというのが、かなりインパクトがあったのかなというふうに感じたのですけれども。その、先生の印象としては、どちらの方が、より強いというふうに思えますか。

海野教授（北里大学） 2008年に関しては、確かに効率化の要素だと思います。それで、2009年に関しては、やはりちょっと、川崎の新しいNICUができましたので、そこ全部あいているところから始まっていますので、そこでかなり数を受け入れてもらっているところがあります。それが、やはりプラスアルファとして効いてきているだろうというふうに思うのですね。今後、この2%台というのが、どこまで続けられるかというのは、それらのNICUのところで、また長く入院するお子さんが出てきたりする可能性もありますので、ちょっと見ていかないといけない部分かと思えます。

楠田会長代理（東京女子医大） そうすると、今後の広域の連携をするに当たって、やはりそのコーディネート業務というのは、かなりやはり重要だと。要するに、限りある資源であるからこそコーディネートする人が専属でやるというのが非常に重要だということになると思いますので、この後、話が進んだとしても、お互いのコーディネーターの連携の役割が非常に大きいかなと思えます。

海野教授（北里大学） ちょっとつけ加えますと、コーディネーター、この情報センターによるあっせん業務が始まってから何が変わったかと申しますと、一番は、非常に情報がクリアになりました。それで、何が足りていないのか、要するに今何が、どういう状況にあるのかというのが、いつでもリアルタイムに把握していただいております。毎月、こういう形できちんとご報告いただいておりますので、状況がよくわかる。それからあともう一つ、基幹病院の立場で申しますと、もちろん探してもらっているのはありがたいのもあるのですが、県外にお願いするときに、もう県内は全部探し尽くしてあるということが確信を持てるわけですね。ですから、そういう意味では、安心してというか、そういうことを確認した上で県外の先生にご迷惑をおかけするということをお願いすることができるということになる形です。

岡井会長（昭和大学） 神奈川県に入ってくるのもあるでしょう。静岡県とか山梨県とか、どうですか。

海野教授（北里大学） それは、正直言って余りないです。それで、本当は、北里は地理的には町田からとか八王子からとか受けなければいけない立場なのかもしれないのですが、事実上、受けられていません。ですから、実際には、余りそういう症例はないのだろうと。時々、東京から横浜へという、本当に東京困られてという場合に、時々そういうことがあるとは聞いております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

中林委員（愛育病院） 海野先生のお話、数年前に関東地区での広域の搬送を考えたときに問題として出たものを、ほぼ、神奈川地区においては完結している。そして、やはり各地域で完結していけば、広域搬送というのは極めて少なくなっていく。私は5%以内であれば、地理的環境、その他によって、ある程度いいのではないかと思いますけれども、東京のように、やはり25%となると、少し多いなということで、各地区での努力が必要だと思うのですが、それは、やはり各地区にコーディネーターシステムが、今できていかないと、結局それは整理がつかないわけですね。ですから、今のところ、先生のところと、それから幾つかは東京の周辺の地域においてもコーディネーターシステムができていますけれども、それができてないところもあるし、特に埼玉、川越地区においては非常にリソースが少ないということもありますので、その辺は、今度全体として、使う立場の人から見れば、やはり地元の方がずっといいわけですから、それがどのようにできるかということをぜひ海野先生のような立場で、各地区ともご検討いただいて、なるべく地域ごとの完結を目指すということで、私、きょう出していた方向性は、大変、ほかの地区にとっても東京都にとってもいい方針ではないかということを感じましたので、ありがとうございます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。ほかに。

桑江委員（府中病院） 多摩地域としましては、先生が出された、東京都の中で、神奈川とほぼ一緒といいますか、非常にすばらしい仕事だなと思って聞いておりました。やはり、私たちも、今、ネットワークをつくりつつあるところなのですが、結局、母体救急あるいは遠くまで運べない、やはりそういう、多摩地域、大変広いものですから、そういう方は、やはり直近なところで何とかして受けなければいけないし、ある程度、そのコーディネーティングが、杏林大学さんがコーディネートしてくださっているのですが、そちらで、おっしゃるとおり、手術の早い、少し時間に余裕のある、そういう方は、少し時間をかけても区内でお世話になっているというような状況が、実際問題できていますし、できつつあるし、集大成みたいな感じで、今、海野先生のお話があったということで非常に参考になりました。

あと1点、ちょっと違うなと思うのは、多摩地域は、八王子小児病院の先生方が非常にドクターカーで頑張っていて、年間540件ぐらいは、もうドクターカーで治療していらっちゃって、それ、恐らく後で出ますけれども、多摩総合医療センターの中の周産期センターになったとしても、何百かはやっぱり残るだろうというところがありますので、母体の救命と、そのドクターカーを何とかやって、なるべく多摩当番の先生方にはお世話をかけないよということ、今、ネットワークをつくっているところですが、大変参考になりました。ありがとうございます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

神奈川の事情でもいいですし、広域搬送全般に関してのご意見でも結構ですから、お願いします。

杉本委員（日赤医療センター） この周産期搬送、あるいは救命救急搬送は行政単位でできているシステムですけれども、実際の医療圏というのは、生活圏という中で動いているわけなので、そういうことでは、先ほど言われました町田あたりは、実際には日常の医療そのものが北里あるいは聖マリアンナというような、神奈川県内の病院に受診している方がたくさんいらっしゃるわけですね。ですから、緊急のときになったら、逆に、都心の方へ運ばれるということ自体が通常の医療と違う流れが、むしろ生じているというようなおかしなことも起きているわけで、そういうことでは、神奈川の周産期医療体制が非常に整備されて、東京への流入というような一方通行でなくなったときに、逆に東京都の多摩の問題ということの一つの回答の補助になるような、そういうことが、今後期待されてくるかなというふうに私は個人的には思っているのです。ですから、救命救急の方の母体救急のシステムが走り出したときに、スーパー総合に行くのを集中したら困るなというようなことがありましたけれども、実際には直近の救命救急で受けていただいているのです。そういうことの中では、先ほど桑江先生が言われたように、町田あたりでは、救命救急のときには、むしろ神奈川の方で、行きつけの病院が、そこですぐ受けてもらえるような形というのを、これはむしろ現実的になりますので、一定のルールを決めて、ぜひ今後、うまく、この連携ができれば、実際の患者さんの立場からすれば、非常に日常の医療圏ということで密着した体制になっていくだろうなというふうに期待をしておりますので、ぜひ前向きに進めていただきたいと思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

私も、今、杉本先生が言われたことを、ディスカッションの題材に上げようかなと思っていたのですが、9ページのところに、県境をどうまたぐかの提案で、広域搬送症例を最小限にする、これはよくて、問題は、その三つ目に、最緊急・緊急のせっぱ詰まったのは、他県には送らないで自分のところでやろうとなっている点です。これは思想としてはいいし、できればいいのですが、杉本先生が言われたように、本当に近いところは、県をまたいでしまえば近いところがあるという、そういうのに対して、連携が大事なかなというのがあるので、個別な領域で一つ一つ話し合って協定を結ぶとか何か、そういうことをやっていかななくてはいけないのかなと、今、思っていましたけれども。

海野教授（北里大学） 実際に、町田から、たくさん救急車が北里大学病院には来ておりますので、それはそうなのですが、頼む側としては余り言えないので、これ、原則としては、とにかくそういうことで、ただ、地域のそれぞれの特性、特徴に応じて、その地域にとって最善のことをやっていこうということで、それぞれ、個別に決めていくということの部分では、これは今までも、ほかの県の、例えば岡山と広島の間とか、そういう地域の特性としてどう考えても県内完結は合理性がないという地域では、広島には運ばないで岡山に運ぶというようなことが、倉敷に運ぶということが行われています。広域搬送システムを作る際には、そういうことを考えていくということになると思います。

岡井会長（昭和大学） ほかに、この県境をまたぐ患者さんの搬送等に関してのご意見、

お願いします。

竹田委員（順天堂大学） 先ほどの中林先生から、埼玉の話が出ましたけれども、東京の近隣県では、一番多分、埼玉が厳しいと思われれます。それは、NICU のベッド数も厳しいのですが、総合周産期センターも不足しており、かなり危ない状況に今なっていますね。そのために、東京ができることは、県境をまたいで患者を受け入れることのほかに、東京の人材を埼玉に供給することもあります。順天堂として、人を出すことはできるので、埼玉の医療が崩壊しないように産科医を埼玉県医療機関に増員することを考えています。患者ベッドの調整だけでなく人材派遣の調整も考えなければならないことです。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

中林委員（愛育病院） 行政の方にお教えいただきたいのですが、生活圏と行政圏で、私、さっき5%とか10%というのをある程度あるだろうということで、その辺は当然だと思ったのですが、東京ですと、そういった、その周辺との人数、いわゆる医療がないので移るのではなしに、生活圏的に通勤するのは、私なんかの常識的には10%前後かと思うのですが、どのくらいが一般的なのですか。特に東京の場合は、地方に、住んでいるところと勤めているところがあればいいので、何とも言いづらいのかもしれませんが、その辺の行き来が、当然このくらいはあって、生活圏上と行政圏は、これくらいは当然だという範囲が、ある程度あるのではないかと思うのですが、お教えいただければ。

事務局（飯田） 今、手持ちにないのですが、もし言うのであれば昼間人口、お昼の人口が、どこから流入しているかというデータは、ある程度つくれるかなと思います。

吉井（医療政策部長） それは、ありますね。1,200万に対して、昼間は、たしか1,500万ぐらいで、流入出で500万というような形なのかなと。今、ちょっと、いろいろな論議聞いていて、何%とかどうこうということは、それはまた地域地域によって状況が変わるのですね。まさしく医療情報システムのひまわりなんか、町田と神奈川県、その境あたりのところは、情報の交換というのが何かうまくできないのかというような、別途の話ではあったりするわけで、先ほど中林先生がおっしゃったように、基本的な考え方は海野先生がおっしゃったようなことが基本だろうというふうに思うのですが、本当にそのところの生活圏のところの部分というのは、実体的なところで、どうしていくかという部分はあるのかなと。ただ、体制的にどうするのかというあたりは、また非常に難しい問題になってくるのではないかなという気はしております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

海野教授（北里大学） すみません、きょうはどうも本当ありがとうございました。ちょうど、東京都の整備計画のご予定を先ほどお示しいただきましたけれども、神奈川県の方でも、大体同じぐらいのペースで、もうちょっとゆっくりかもしれないですが、と

ということで、この来年の1月には、策定のためのワーキンググループを組織してということに、一応周産期医療協議会で決まっておりますので、その中で、この県域間の、その広域の連携に関してということに関して、東京都の方とご相談させていただきながらということでやっていっていければというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

岡井会長（昭和大学） それでは、今後、具体的にどういう協力体制をとっていかということを検討する作業部会をつくりたいと思うのですが、それはよろしいですか。神奈川県だけではなく。千葉県も、埼玉県も一緒に。もちろん、神奈川も、ほかの強い協力が必要なところとはやっていただいているのですけれど、今回は一応東京中心みたいになってしまいますが、代表の方に集まらせていただいて、具体的な協力関係の樹立についての話し合いをしたいと思います。よろしいですかね、まず、そういうのをつくるということに関して。

事務局（飯田） これ、整備計画をつくる間には、ぜひとも、この周産期医療協議会の相互乗入れとかも検討していかなくてはいけないと思います。あと、救急の方で、消防庁さんの方で、やはり救急車の県域を越えた搬送とか、そういうことも、どういうふうになっているのかも、これから研究していかなくてはいけない。例えば、多摩の方ですと、山梨とか、そういうところを、お声かけなくてもよろしいでしょうかね。

岡井会長（昭和大学） 具体的に山梨から、どれくらい来ているか。多摩から山梨に行っているのがあるか、それはちょっと調べてもらった方がいいですね。症例数というか、数としてどれくらいなのかな、年間。調べられないですかね。各周産期センターに聞かなければいけない？

中井委員（東京産婦人科医会） 実際、八王子あたりの病院では結構入ってきているのですね。でも、そうすると今度そこが満員になると、またそれが内側に入ってくる。それから、先ほどもちょっと話が出た、入り組んだところ、川崎市も、すごく入り組んでいますね。麻生区というところ、上の方は。私の病院は、多摩市で一番はずれですけども、あそこで大体10%が川崎の患者さんなのですよ。ですから、そのぐらいは、やはり乗り入れているかなと思う。

岡井会長（昭和大学） では。

吉井（医療政策部長） 先ほどの資料の2の方のA3の中にもちょっと触れてあるのですけれども、これ、いろいろ、左側の網掛けした三つ目のところで、実態調査というような形も、今後、ちょっと予定をしておりますので、そうしたようなことも、今のお話、ちょっと踏まえる必要があるのかなと思っております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。実態調査も含めて、この件に対しては今後検討を進めるということで、その進め方、また実際に作業部会をつくるかどうかも含めて、また都の方から案を1回出していただいきたいと思います。

それでは、この件は、これで終わりにしたいと思います。

そうしますと、きょうは、この後、報告事項が幾つかございますので順番にお願いしたいのですが、最初が、東京都母体救命搬送システムの検証部会報告ですか、お願いします。

事務局（飯田）では、所用の為、御退席される委員がいらっしゃいますので、申しわけございません。

資料6 - 1からでございます。このシステムにつきましては、参考資料3の流れを並行してごらんいただきながら、これを見ていただければと思います。

資料6 - 1は、今まで、このシステムを使って搬送された件数でございまして、もう既に4枚ぐらいたまりまして、11月末までに29件、12月末まではいっていないので、12月20日までに36件の母体搬送システムで運ばれたものがございました。中には心肺停止などで搬送されるような残念な事案もありまして、これを含めて検討・分析部会で検証いたしましたので、そちらを中心に説明させていただきますので、資料6 - 2のグラフがたくさんある資料6 - 2でご説明申し上げたいと思います。

資料6 - 2は、12月のデータではなく、11月末までの29件につきまして詳細に分析をしております。

まず搬送種類でございますけれども、119番の一般通報と転院搬送でございますが、転院搬送の方が約2倍多いということでございます。先ほども話題に出ましたけれども、直近の病院に運ばれている割合が意外と多い。この直近には、3スーパーが当番ではないときに、直近として受けたものも含まれているということです。

次に病院の種類でございますが、スーパー総合の3病院に最終的に運ばれたのが11件で、そのスーパー以外に、このシステムにご協力いただいている病院、総合周産期とか地域であったりとか、連携病院であったりとか、救命救急センターへ運ばれたのが18件でございます。

月別なのですけれども、8月のスーパー母体搬送が多かったです。12月、書いてないのですけれども、12月も7件ありまして、8月と12月は多いというような状況でございました。

次のページです。

曜日なのですけれども、母体が非常に救命を要する日が金曜日の転院搬送が多いということでございますが、これは金曜日の転院搬送が非常に多いということも背景にあるかと思えます。

時間別ですけれども、これ、スケールが0から3ぐらいなので、何とも申し上げられませんが、意外と転院搬送は病院がやっているような時間帯が多いのかなということです。

重症度でございます。これ、最終的に病院から報告をいただいたデータで分析をしております。まず、重篤が14件と非常に多かったです。特に転院搬送の重篤が多かったです。重症は転院搬送と一般搬送半分半分ぐらいで、中等症が7例で転院搬送が多かつ

たです。ということで、重篤と重症合わせますと22件で、全体29件の約79%がスーパー事案ということで、オーバートリアージはそんなになかったというふうに分析もされます。

次ですけれども、搬送元の医療機関や、どこから搬送されたかということですが、一般通報はすべて自宅で、例えば駅とかデパートの中とか、そういうものはございませんでした。転院搬送におきましては、やはりクリニックが一番多く、次に病院というように、助産所からは1件ございました。

次にブロック別の搬送元になった地域としては、やはり多摩地域が搬送元となるところが多かったです。搬送受け入れ先としては、やはり多摩地域、多摩地域は区部からの搬送も受けていただいています。受け入れ先となっていたのは、やはり区西南部の受け入れが多く、これは日赤などが受け入れていただいているということでございます。区西部におきましては、搬送元となる場合が非常に多いというように見受けられました。

週数です。母体の週数、非常に産褥が多かったということでございます。それから、正期産である37週から40週が6件程度、それ以前は、週数はばらついておりました。8週は、エクトピーでございます。

4ページ目でございますが、この母体の年齢を見ますと、30代の前半が多く、30代の後半も多かったです。特に特記すべきことは、30代の後半が重篤なり重症の割合が非常に高いなということです。この折れ線グラフですけれども、各年代別の出生数を、このスーパーをご利用いただいた数で割ったのです。そうすると、35から39歳の方のご利用率が多いということです。40代は減った様ですが、まだ40代の事案が1件ですので、何とも評価が難しいなと思いました。

次に、お母様の転帰でございますが、おおむね退院しております。転院しているのが2件、残念な結果になってしまったのが4件ございました。これは、羊水塞栓とか、もうCPA状態であったりとか、そういうような状況でございます。

次、ベビーの方の転帰ですけれども、我々、わかるデータで、ちょっと分析させていただいたのですが、まず、22週未満で亡くなったのが1件。それから、22週以降で、胎内でも含めてですけれども、亡くなったのが3件です。退院が6件、妊娠継続が5件です。先ほど産褥搬送が多かったということで、転院前の病院で元気にベビーが生まれているというような、健康というのが非常に多かった。あとは、転院後、退院なさっているという例も2件ございました。

次に、母体救命の対象症例疾患別で、杉本先生がつくってくださった対象症例表が参考資料3にございますけれども、こちらの分類で疾患別で分けてみますと、脳血管障害が救急合併症の中で一番多いということです。それから、産科救急といたしましては、やはり産褥が多かったということも関係して、出血性ショックなりDICが多かったということです。あと重篤な症状です。ここで、やはり重篤なのはどこに多いのかという

と、意外に救急合併症で産科特有の合併症以外の多臓器不全だったりとか心疾患などにも多かったということで、やはり、このスーパーの周産期部門と救急が連携したということで、こういうところに少し効果があらわれればいいかなと思っております。

病院を選定する時間ですけれども、これは、一般も転院も含めまして、平均が11分でございます。転院搬送の場合、もう既に転院先が決まっているよという場合である、なしが10件ぐらいあって35%ありまして、それ以外の平均が、約10分半ぐらいだったので、平均11分でございます。その分布を見ますと、なしが10件で、大体15分以内ぐらいに決まっております。ただ、ちょっと30分以上かかってしまったというのは、吸引分娩が始まってクリニックと院内調整がなかなかできなかったとか、そういうような事案もございました。

6ページ目ですけれども、覚知から病着までの時間が、平均で43分でございます。多いのは、やはり41分から50分ぐらいが半分弱ぐらいでございます。その分布を見ても、一般の通報ですと50分以内に搬送されているということです。転院搬送においては、やはり1時間以上かかってしまったのは、これも、やはり搬送元で吸引分娩が始まってしまったというようなこととか、転院搬送でもO<sub>2</sub>(酸素)への対応、通常の転院搬送をしている間に病態が悪くなってスーパーに切りかわったために時間がかかっているというようなこともございました。

それを、覚知から病着までの平均時間を一般通報と転院搬送で分けてみました。左が一般通報ですけれども、一般通報は、現着から現発までの時間の割合が意外とあります。一方で転院搬送でございますけれども、その場から現場を出発するまでの割合は少ないのですけれども、一方で、搬送する病院までの時間の割合が、ちょっと長いということです。比較すると、一般通報の方が短い時間で病院まで到着しているということです。指令室の選定時間でございますけれども、これは、転院搬送の場合は、先ほど申しましたように、既に転院先が決まっているものがありますので、決まっていないものの平均をとったものが、折れ線グラフになっております。

このような分析結果をもとに、いろいろ詳細にご検討いただいたのですけれども、その中で出てきていたご意見の中で確認してきた事項が、資料6-3にございます。やはり、スーパー母体搬送、3月25日から始まって、まだまだ大きな病院も、また小さなクリニックも含め、この搬送手順について、まだ周知ができていないところもあるということで、年明けにでも分娩を取り扱わない施設も含め、再度周知していきたいと。もう既に、分娩の施設に対しては2回、いろいろご説明書を送ったりとか、説明会を開いております。また、いろいろなところで先生方にもPRしていただいているのですけれども、まだこれもさらに続けていかなくてはいけないということです。それから、結果的にスーパー母体救命ぐらいに転院搬送でもスーパー母体救命に該当するような重症又は重篤な症例を見ていただいた場合は、可能な限りご報告いただけるように、周産期センターなり連携病院なり、救命救急センターなどに、また再度ご依頼をしていきたいと

思っています。

それから、各病院の搬送要請に対しまして、オーケーかオーケーではないかの回答です。スーパー3病院につきましては、本当に院内での調整をしていただいておりますけれども、その他の周産期センター、連携病院、救命救急センター等については、院内連絡体制をスムーズにして、なるべく早く回答していただけるようお願いしていきたいと思っています。これは、院内で救命と産科のご返答が異なるとか、また院内で救命と産科を、調整しなくてはいけないというようなこともあるということが事例でもございましたので、この辺は、いろいろなところの病院をお願いしていこうと思っています。それから、調査票ですけれども、我々わかる範囲で、こちらの方の調査をしておりますけれども、児の転帰などは、どういうふうになったのかとか、そういうような調査すべき項目というのを改めて検討をしていって、こういうデータの蓄積をもって母体救命のシステムに寄与していきたいというふうに考えております。

以上、スーパーに関する部会のご報告です。

岡井会長（昭和大学） 飯田課長、ちょっとここで一回切りましょうか。コーディネーターは別にやりましょう。

この母体救命搬送システムに関しましては、先日、検証部会というのを持ちまして検討いたしました。杉本部長の方から、つけ加えることありませんか、報告に対して。杉本委員（日赤医療センター） システムのねらいは病院選定に時間を要しないということの目標でやりましたので、平均11分の選定で、病院到着まで43分という数字が出ているのは、ここ9カ月の間で、ほぼ満足するような数字ではないかというふうには思っております。ただ、症例の難しさもあって4例死亡例が出ておりますので、これは別途また医学的な検証というのは違う場所で進めていくような問題かというふうにも思っております。いずれにしても、直近の救命救急センターのご協力が非常に大きいということで、先ほど言われましたように、スーパーでない病院の院内の連携ということがさらに進めば、もう少しスムーズな体制が、さらに強化されるのではないかと考えております。

以上です。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

今の、杉本先生のお話があった平均43分、覚知から到着までですね、この時間は、東京都の一般救急患者さんの搬送における平均より、たしか10分ぐらい短いですね。

よろしいですか。伊藤委員、どうですか。

伊藤委員（東京消防庁） 国の方の発表で、49分。何分かです。

岡井会長（昭和大学） 国の発表ですか。

伊藤委員（東京消防庁） そういことですね。私どもも、このスーパーが始まり、8月から周産期コーディネーターが開始されて、今まではというか昔は、何時間もかかったり非常に遠くまで行っていたのが、この新しい制度により非常にスムーズに、決

定されていると、大変感謝しています。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告いただきました、実質4月からここまでの成績等に関して、ご意見、ご質問がございましたらお受けします。

桑江委員（府中病院） 意見といたしますが、ちょっと3点ほどお話ししたいと思っております。

うちでも何件か経験させていただきましたので、今後、議論を深めていただきたいこととか、あるいは院内の問題も、杉本先生のお話しされたようにあるのかとは十分思うのですけれども、やはり救命救急センターの方のコーディネーターと、産婦人科の方が、多少、やはり連携が、連携と言ってしまうといいのかどうか、ちょっと考え方も多少違うところもありまして、患者さんへのご説明を救命救急センターの方がなさることが、後でちょっと齟齬があったりとか、どっちが表に出すのかというのを決めておかなければいけないとか、あるいはもうちょっと議論しなければいけないのかということとか。あと、やはり救命救急センターの方の受け入れと、やはり産婦人科の方の受け入れが、ちょっとずれてしまって、そっちで断ったり、こっちを受けたりというのが、ちょっとうまくいかなかったとか、そういう事例がありまして、院内調整の問題が大部分になるのではないかと思うのですけれども、そういった、どうしても、この救急とコラボレーションをやるときに、産婦人科の現場の医者として、ちょっと心配だったのが、今まで産科は産科で、ネットワークでやってきたものが医師不足で破綻したというのが現実問題で、救命救急センターの方の支援室、あるいは力を借りてうまくいっているというふうな、今、お話しされていらっしゃったと思うのですけれども、やはり産科の特殊性みたいなのが、救命救急の先生方に、まだ、なかなか浸透しない部分がありまして、始まったばかりなので、これからどんどん努力していかなくてはいけないと思うのですけれども、その辺のことをちょっと1点感じたのと。

あと、やはり、受け取る側、非常にリスクが高かったりストレスがかかったり、産科の場合は、必ず紛争事例になったりすることもありまして、やはり精神的、時間的に非常にストレスを受け取る側は感じたりしておりますので、この辺が、その病院単位なのか、東京都として少しアナウンスメントしていただいてもいいかと思うのですけれども、やはりそういうことに対しての少しバックアップがないと、受け取る方としては非常に疲弊してしまう原因になるかなというのが一つありました。

あと、やはり受けるということに関して、何かの、例えばドクターフィーとか、都立病院の場合には、一応総合周産期センターですとドクターフィーがつくのですが、そういったものを、ほかの、他科の先生、これを見ますと、やはり脳外科の先生とか、やはりほかの科の先生方にも、かなり救急でいろいろな患者さんが飛び込んでくるというのをお受けいただいているわけなので、何らかの手当があると、少し励みになるかなと思います。

岡井会長（昭和大学） ただいまご指摘いただきました三つの点は、すべて大事なことだと思いますので、今後の、このシステムの改良・改善に向けての検討に加えていきたいと思えます。ありがとうございました。

ほかに何かございますでしょうか。

それでは、時間も押していますので、次の議題に行きたいと思えます。

これからもさらに検証を進め、申しましたように、システムを少しでもよくしていくために検討を加えていきたいと思えますので、よろしくご協力をお願いいたします。

次は、コーディネーターの件ですね。お願いします。

事務局（飯田） では、今後とも、スーパーの方の受け入れにつきましては、ご協力いただきたく思えますのでよろしくをお願いいたします。

次に、資料7で、周産期搬送コーディネーターの実績をお話しいたします。

まず、その前に、コーディネーターは、東京都では8月31日から開始だったのですが、先ほど海野先生おっしゃってくださったように、神奈川県は東京都に先駆けてコーディネーターシステムができておまして、このコーディネーターをつくるに当たっても神奈川県に多大なご指導を賜りました。どうもありがとうございました。この場をもって、お礼にかえさせていただきたいと思えます。

東京都の実績たるやということで、11月30日までの実績のご報告を申し上げます。

一般通報が41、転院搬送が52ということで、半分よりちょっと転院搬送の方が多いかと。合計93例でございます。12月20日までは124件で、大体1日に1件から2件程度ということでございます。

時間帯でございますけれども、転院搬送の午後のオファーが多いということです。一方、一般通報119番ですと、夕方から夜中の準夜の時間が多くなっているということです。

ブロック別の搬送依頼と受入件数ですけれども、やはり、多摩の杏林大学の助産師コーディネーターさんからのオファーが多くなっております。受け入れにつきましては、いろいろな区部の方でもたくさん受け入れていただいているというような状況です。

次のページでございますけれども、では、ブロック別の依頼件数と受け入れ件数で、一般通報の場合です。一般通報ですと、コーディネーターが全都的にブロックの調整も含めて行いますので、これをブロックで見ると、ほぼブロック内で受け入れていただいているという状況でございます。

次に受入施設種別ですけれども、総合周産期が非常に多いということです。これ後で出てきますけれども、週数が22から28の週の方のオファーの件数が多いということで、総合で受けていただいているケースが多いのですけれども、あわせて地域であったりとかネットワークであったりとか、連携病院でも受け入れていただいているということです。

次に、母体の年齢ですけれども、やはり30代の前半と35から39歳というので、

やはり出生数が多い年齢に多くなっております。

次のページでございますけれども、妊娠週数でございますが、22週～24週、25週～28週とあって、やはり厳しい状況でNICUが必要な件数というのが多くなっています。また、29から34週も、ある程度多いということで、37週以降の正期産というのは、余りない。スーパーと違って、産褥は非常に少ないということです。

転院搬送理由です。先ほど海野先生のデータと同じように、切迫早産と前期破水が非常に多いというような状況でございます。これは、スーパーは扱っていないということでございますので、このような症例の割合が多くなっております。

一般通報の場合は、かかりつけ医がいらしても対応が不可能な理由ということで、夜間の対応がないビル診であったりとか、遠方、例えば他県であったりとかということが多いということと、41%以上が未受診ということで、きょう、保健所の先生方もお見えですので、母子手帳をお持ちになって14回の検診を受けていただくということが母子ともに安全だということで、こういうデータをもって、ぜひぜひPRしていただければと思っております。

以上でございます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

それでは、コーディネーターの方の部会長をしておられる楠田先生から、追加の発言をいただきます。

楠田会長代理（東京女子医大） 8月の末日から始めましたけれども、今、ご報告ありましたように、およそ1日一、二件ぐらいでやっておりまして、これを365日24時間でカバーしておりますので、非常に、能力的には、それほど、今のところ多く依頼を受けているというわけではないようです。ただ、この今回のデータだけでは必ずしも十分皆様方におわかりいただけないかもしれませんけれども、非常に依頼を受けてから早くコーディネーターの方が見つけておられますので、少なくとも、この1日一、二件。それをものすごく苦労して探されるのではなくて、本当に、うまく探されているという現状がありまして、このコーディネーター制度も、先ほどのスーパー母体と同じように東京都が始めたシステムなのですけれども、立ち上がりは非常にスムーズにしておりますので、各施設の先生方のご負担は、かなり減ったというふうには思いますし、それから、先ほども言いましたように、効率よくベッドが使えていると思いますので、このシステムを、もっともっと拡大して、特に広域になれば、もっと威力を発揮するだろうと。

それから、スタートするときから、これはもう第一世代ということで、最低限の能力でスタートしましたので、できれば、そういう意味で、コーディネーターの方々も非常に能力持っていらっしゃると思いますので、いろいろな意味で付加価値も今後つけ加えていければというふうに考えております。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。それでは、コーディネーターの運用

実績等につきまして、ご質問とかご意見とかございますか。

よろしゅうございますか。

コーディネーターの機能は、私個人的には、もう少し拡大していけると思っていますので、それによって周産期センターの医師等の負担は、さらに減少させることができると思います。また、その辺も検討をしていただきたいと思います。

それでは、次のご報告をお願いします。

多摩総合医療センターと小児総合センターの開設等、準備の状況ですが、お願いします。

事務局（飯田） 病院経営本部の方から。

谷田課長（病院経営本部経営戦略担当） 私、病院経営本部の谷田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。日ごろより、都立病院の運営に関しましては、先生方のご理解、ご協力をいただいております。この場を借りまして、お礼申し上げたいと思います。

本日は、お時間いただきまして、資料8にございます都立多摩総合医療センター及び小児総合医療センターの開設等についてご報告を申し上げたいと思っております。ちょっと着席して説明させていただきます。

資料8でございますが、まず、この両病院でございますけれども、開設日といたしまして平成22年3月を予定しておりまして、近々に、またこれが3月の、今上旬で予定しておりますが、正確な日にち等も申し上げられるようになるかというふうに思っております。

この両病院につきましては、多摩総合医療センター、こちら、現在の都立府中病院でございますが、こちらにつきましては全体で789床、それから小児総合医療センター、こちらの方は、現在の清瀬小児病院、それから八王子小児病院、梅ヶ丘病院を統合する予定のものでございますが、全体の病床数は561床という形になっておりまして、この2病院、一つの建物として設計してございまして、両病院合計しますと1,350床という規模になります。その中で、この両病院が一体的に総合周産期母子医療センターを今後運営していきたいというふうに考えてございますが、その規模といたしましては、多摩総合の側で、産科の病床数が42床、M-FICUが9床、それから小児総合医療センターの側では、NICUが24床、GCUが48床という規模を予定しているところでございます。総合周産期母子医療センターにつきましては、別途、こちらの周産期医療協議会の方にも、また指定の申請を今後させていただきたいというふうに考えてございます。

それから3番目、移転に伴う診療体制の調整についてでございますが、この府中病院、一つは府中病院の側ですね、こちら来年の2月から3月の分娩の予定者の予約については休止ということと、それから、その移転の直前まで合併症妊娠等の救急に関しては、可能な限り対応していきますということにつきましては、5月の第1回のこちらの周産

期医療協議会で報告をさせていただいたところでございます。一方、その小児病院の側でございますが、現在のNICUの病床、清瀬小児病院の6床、それから八王子小児の9床につきましては、移転時までは、その病床を確保していきたいというふうに考えてございます。差し迫った新生児搬送につきましては、八王子小児病院が、今、その搬送の調整の機能というものを持ってございますけれども、移転時まで、現在八王子小児病院で所有してございます新生児のドクターカーを継続して配置しまして、お受けした患者さんにつきましては責任を持って調整を行いたいというふうに考えてございます。また、先ほども申し上げましたが、開設日というものが、また明らかにできると思うのですが、すけれども、その開設日に合わせまして、移転というものにつきましては、順次、両病院一遍に移転するというわけにはいかないと思っておりますので、順次移転をしていくと。その中で、その対応をしていきたいというふうに考えてございます。

それから4番目、新病院開設後の病床の展開についてでございますが、こちらにつきましては、多摩総合医療センター、それから小児総合医療センターの開設につきましては、医療ニーズに十分配慮しながら早期に全面開設というのを目指していきたいというふうに思っております。当然ながら、安全上の問題ですとかございますので、順次の開設という形にはなっておりませんが、早期の全面開設というのを目指していきたいというふうに思っております。それから、NICUの部分につきましては、開設時に24床のオープンというのを目指していきたいというふうに思っております。

それから、その他というところでございますが、まだまだ、このペーパーでは詳細をお示しできていない部分があると思っておりますので、開設日、それから移転日の確定など、別途関係の皆様方、医療機関の皆様方に個別にお知らせをさせていただきたいというふうに考えてございます。

いずれにしても、新病院開設に当たりまして、関係者の皆様方には多大なご負担をおかけすることになるというふうに思っておりますが、どうぞ、ご理解、ご協力を賜りますよう、よろしくお願ひしたいということでございます。

以上でございます。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまのご説明に関しまして、特にご質問があればお受けしますが。

よろしゅうございますか。

細野委員（日本大学） ちょっとわかりにくいのですが、結局、入院制限は、NICUに関しては清瀬も八王子も、直前まで行わないという理解でよろしいのでしょうか。

榎本課長（病院経営本部開設調整担当） 病院経営本部の開設調整をしております榎本と申します。私の方から、お答えさせていただきます。

移転の、大体3月上旬の出生を予定される方ですとか、それと心臓疾患の合併症等があります患者につきましては、ちょっと調整しております。それからあと、移転日が、

順次移転ということでございますけれども、ある程度、移転するときの患者さんの安全を考えまして、その程度の規模まで、ある程度は落としていきたいというように考えております。

細野委員（日本大学） 実際には、両病院で1カ月に50名ぐらいの入院をとっているわけですね。そこが、2月は、ほとんど制限なくとって行くのか、2月も調整をかけて行くのかによって、その50人をほかの病院で振り分ける形になると思うので、かなり負荷がかかってくるので、その辺がちょっとわからないと、うちの方でも内部に説明していくのに、ちょっと説明しにくいのですけれど。

榎本開設調整担当課長（病院経営本部） 50名、年間で300ぐらいの収容がございまして、八王子と清瀬あたりですけれども、その辺につきましては、ある程度、できる限りNICU6床、清瀬の6床、それと八王子の9床につきましては、フルでもって稼働いたしまして、実習の方を、少し調整していく形でもって、一般病棟などで診て、できる限りのことはしていきたいというふうに考えております。

岡井会長（昭和大学） NICUは、移転まで、寸前までちゃんと機能させるということですね、NICUは。

谷田課長（病院経営本部経営戦略担当） すみません、補足いたしますと、今、岡井先生からありましたように、NICUについては直前まで維持をしていきたいというふうに思っておりますが、やはり全体としては、新生児部門全体としては、安全な移転等も考えますと、どうしても縮小せざるを得ない部分というのはございます。ただ、説明申し上げましたように、搬送の調整としては、やはりきちんと入る先というのを決めなければいけないと思っておりますので、それについては引き続き努力しますとともに、先生方の方にも、そういう意味では負荷がかかるというところの部分は、どうしてもあるかと思っておりますが、それについては、また個別に、もう少し詳しいお話ができればいけないというふうには、こちらの方も認識しておりますので、またよろしくお願ひしたいというふうに思っております。

岡井会長（昭和大学） ではもう少ししたら、もう少し具体的に細かいこと、計画をお話しいただけるといことなので。

ほかに特になければ、次の報告事項に行きたいと思ひます。

次は、日赤医療センターの説明。

事務局（飯田） 資料9をごらんいただきたいと思ひます。

日赤医療センター、12月28日に新病院の方に、同じ敷地内ですが移転いたしますので、スーパーも含めて、25日から29日までの受け入れが非常に難しいということと、NICUの一部制限なども12月1日から始まっておりますし、一般の母体の受け入れも、ちょっと抑えるということもやっております。この25日から29日ですけれども、ほかのスーパーも頑張っていたらということなので、どうぞよろしくお願ひいたします。また、この日に、最後の砦として、ブロック内での最後の砦役は、ほかの総合

周産期センターにもお願いしておりますので、これはお互い様なので、ぜひほかの周産期のセンターの先生方、どうぞよろしくご協力いただきたいと思います。

以上でございます。

杉本委員（日赤医療センター） 新病院は既に竣工を終わって、先日内覧会を行いました、きょう、ご出席の先生にも、ご参加をいただいた方もいらっしゃいます。28日は患者さんの移送を1日で行うということでございます。移転のいろいろな細かなことは、もう既に、連日始まっております。そうした中で、ここに書いてあるように、母体搬送、NICUの受け入れということ制限させていただいておりますけれども、12月に入って、この12月非常に多くて、制限しているにもかかわらず26件の搬送の依頼がありました。その中で、8件は、どうしても受けざるを得ないということで受けておりますけれども、18件、コーディネーターを介して、ほかの施設でお願いいたしました。地区内の東京医療センター、連携病院でありますけれども、そのうちの5件を受け入れていただくなど、いろいろご協力をいただいておりますので、この25日から29日までは、特に最後のところで必ず受け入れるということができなくなりますので、ぜひお願いしたいと思います。

移転が終わりました後は、NICUが、今12床でありますけれども、今後15床にふやすという予定にもなっておりますので、府中の方の移転の際には、こちらで逆に協力ができるのではないかというふうに思っておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

岡井会長（昭和大学） 喜んで協力させていただきたいと思います。その期間は頑張りたいと思います。

それでは、次が、21年度上半期の患者取扱実績ですか、お願いします。

時間も押していますので。

事務局（飯田） 時間もないので、資料10、11を早目に、ご説明申し上げます。

まず資料10でございますけれども、産科の方の患者取扱実績の周産期センターのものでございますが、要請件数が1,706、左側の一番上の小さな表でございます、のうち、受け入れたのが727件ということでございます。ですので、大体2.4回から2.5回ぐらいのオフアールで受け入れているということです。地域別の再掲なのですが、搬送ブロック内で受け入れられたというのが409件で一番多かったです。今年度から、他県からの受け入れというのも今回調査をさせていただいております、70件だというようなことです。各病院の実績が、下の段にずらずらと書かれております。資料10と書いてある、一番右の上の側ですけれども、こちらが平成20年の上半期と今年度の上半期を比較しておりますけれども、大体母体搬送の数としては、そんな大きくは変わっていないのかなというような状況でございます。

以上が、産科です。

同じようなデータがNICUでもありまして、次のページでございますが、同じよう

に左の上の表を見ていただくとよろしいかと思うのですが、新生児搬送の合計の件数、要請が1,045、受け入れが805でございました。地域別の再掲というところがございますけれども、やはりこれもブロック内での要請と受け入れというのが多くなっておりますということです。それから、こちらにつきましても、他県のデータを今年度から入れております。その下が、各周産期センターの実績でございます。

次に、資料11もあわせてご説明いたしますが、これは、東京都の予算の見積の概要で、このベースで我々は予算を要求しているということです。

7ページと書いてあるところが周産期対策のところですが、今まで10億9,000万ぐらいだったのですが、19億5,000万ぐらいの、約、倍まではいかないのですが、増額の要求をしております。周産期センターなど、先ほども議論がございましたが、運営費、人員確保含めまして、運営費の増額を要求しているところでございます。

新規につきまして若干ご説明しますが、8ページの2番目の多摩新生児連携病院（仮称）の創設ということで、特に多摩地域におきましては、先ほど議論にあったようなミドルリスクなりハイリスクに近い新生児に対応可能な医療機関を確保し、新生児の受け入れの役割分担などを図っていききたいということでございます。ネットワークは今後も続けていきますし、連携病院も、今後ともお声をかけさせていただきたいと思っております。

9ページ、次のページですが、これは、新たに新生児医療担当医（新生児科医）の確保事業といたしまして、出産後、NICUに入院する新生児を診ていただいたドクターに対しまして何らかのお礼をするというような、手当を支給する制度を来年度要求しております。また、研修ということで、新生児の蘇生法の研修をあまねく広げていきたいということで、この研修も新たに来年度予算要求をしております。

次のページが、ページが飛んで104ページというので、これ、周産期の施設整備補助でございます。この新規といたしまして、新たに、今までNICUとM-Fしか対象になってなかったのですが、新たにGCUの施設整備費の項目を創設いたしまして増額の予算を要求しているということです。

参考資料1でございます。これ、前回と大きく変わっているのが、まず都立の大塚病院が総合になっていただきました。区部の都立の大塚病院です。

それから、真ん中の小さな細かいグラフですが、周産期情報ネットワーク参画の病院に、国立国際医療センターNICU6床が加わっていただいて、もう既に情報システムの中に参画していただいております。

それから連携病院でございますけれども、11月1日に順天堂の練馬病院が、こちらの連携病院に加わっていただいているという状況で、このようなシステムで、今後とも頑張っていきたいと思っております。

私からは、以上です。

岡井会長（昭和大学） そうしますと、上半期の周産期センターの実績と、それから2

2年度の予算の件、両方ご説明いただきましたが、ご質問あるいはご意見等ございましたらお願いします。

予算のところでは、8ページの一番下の産科医等確保支援事業だけが減らされているという印象を受けるのですが、産科医がふえたという報道がこの間あったのですけれども、だからといって手を抜くと、また減りますので、絶対に手を抜いてほしくはない、このまま支援し続けてほしいというのが私の気持ちですが、だれかバックアップしてくれませんか、産科の先生。

事務局（飯田）先生、すみません。この補償制度の、制度、国がつくられた制度なのですけれども、分娩費用が50万以上ですと、このお手当差し上げられないという制度なのです。実は、東京都は、分娩費用が50万円未満というところばかりではなくて、平均すると大体55万ぐらいになってしまうので、対象となる医療機関が少ないというので調査した結果、対象となるところに全部差し上げて、このぐらいの予算になるということでしたので、この制度のあり方の方かなというふうに考えております。岡井会長（昭和大学）わかります。だから、その点は、そうするしかないのですが、産科医等確保支援事業というのは、それだけではなくてできるのですよね。ほかにも何らかの形で、医師の勤務環境改善のための費用とかというような形で出せますので、ぜひ、産婦人科、もういいのだというふうに思わないで下さい。

杉本委員（日赤医療センター） 出産費用が50万に満たないところは補助が出るのですけれども、これ以上の料金のところには、補助は出ないのですけれども、その病院自体がそれを負担して出すように行政指導をお願いしたいと思うのです。ですから、補助金が出ないことは、もう知らないという、そういう病院の管理者があって、決して少なくはないのです。ですから、そういうことで、公的な補助としては出ないけれども、産科医確保のために病院の管理者に対して行政指導という形で、少しお願いしたいなという点が1点あります。

それからあと、後期研修医の産科の後期研修に関しては、月5万円というのが、国と都と病院の負担ということで、この1月から当センターでもそれを始めるというふうなことが決まりましたので、そういうことも積極的にやっていただけると、かなり違うと思いますので、よろしくお願いしたいと思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

宇賀委員（東邦大学） 産科医等確保支援事業の額と、新生児医療担当医確保事業、これ、けたが違っているのですよ、先生。それを、まずは会長としては、一けた違うのではないかということ指摘していただいて、その上で減らされているということを書いていただくとありがたいなと思うのですが。

岡井会長（昭和大学） 新生児等は、けたを一つふやしていただきたいということで、お願いいたします。

宇賀委員（東邦大学） 笑い事ではないです、そこは。

岡井会長（昭和大学） すみません。どうしても、自分の方に目が行ってしまうもので、ほかに。

中林委員（愛育病院） 先生言われたとおり、新生児、本当に大変なのですね。それで、やはり、対象を、今、産科でも20代の7割が女性なのですね。だから、女性が産科医とか新生児科医となるところにターゲットを当てていかないと、やはり効率が悪い。ですから、やはり女性の医師が周産期医になることを、いかに強調するか。特にNICUの医療というのは、大学でなかなか、今までは育ってないのですね。地域でのNICUの医師は育っているけれども、大学病院として教育しているというところは大変少ないんです。それを、ようやく、文科省も何とかしようということになったので、都としても、ぜひその辺の、女性医師のNICU医師をたくさんふやすような対策、ターゲットをこの5年間でしていただきたいというふうに、私どもからは見えますので、新生児科医も、ぜひ、その方面で活動していただきたいと思います。

岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

それでは、時間が予定よりも既に15分オーバーしていますので、そろそろ終わりにしたいと思いますが、何かきょうのうちにご発言しておきたいこと等ございましたら、最後にお伺いしたいと思います。よろしゅうございますか。

それでは、飯田課長、事務連絡等お願いします。

事務局（飯田） 本当に、本日はどうもありがとうございました。周産期医療整備計画に向けまして非常に高い目標の宿題をいただきましたので、NICU320というので。クベース等、モニターがあっても全然だめで、そこに息を吹き込むドクターであったりとか、いろいろな運営費というものが大切だということを認識しておりまして、その整備目標に向けた新たな考え方というものをつくっていきたいと思います。

また、母体搬送とかコーディネーターにつきましても、先生方のご協力のもと運用できております。感謝申し上げます。それで、それにつきましても、医師会とか医会のご協力をいただきながらPRもしているところでございます。

今後とも、日々の周産期情報システムの更新とかコーディネーターからの情報収集には、今後ともよろしくお願いいたしたいと思います。また、12月は非常にNICUのバツというのが多くて、非常に厳しい中、搬送もふえております。またご協力いただきたいと思います。年度内に、あと1回、整備計画骨子について、それまで先生方のところに個別にご相談に行くこともあろうかと思いますが、ぜひともご協力ください。

最後になりますが、神奈川県からのご参加、海野先生ほか、事務の方も来ていただきまして、これからの近隣との搬送の検討の第一歩ということにもなりました。ありがとうございます。

本日は、本当に遅い時間までご検討いただきましてありがとうございました。

（閉会 午後9時02分）