

平成24年度第1回 東京都周産期医療協議会

平成24年7月18日

東京都福祉保健局医療政策課

(開会 午後6時00分)

- 事務局(中澤) それでは、定刻になりましたので、ただいまから、平成24年度第1回周産期医療協議会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しいところをご参加いただきまして、ありがとうございます。

私は、周産期医療を担当しております医療政策部事業推進担当課長の中澤と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

まず初めに、この7月の都の幹部異動に伴いまして、新たに就任いたしました福祉保健局医療政策部長の浜より、協議会開催に当たりまして一言ご挨拶を申し上げます。

- 浜福祉保健局医療政策部長 本日はお忙しい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。7月16日付で医療政策部長に着任いたしました浜でございます。初回でございますので、一言ご挨拶させていただければと思います。

おかげさまをもちまして、東京都の周産期医療体制はこの間、随分整備が進んでまいりまして、NICUにつきましては、平成22年10月の計画に従って整備を進めているところでございまして、平成26年度末までの320床に向けて、今年の5月現在で288床まで整備が進んできているところでございます。

この他にも、個別・具体的な取り組みといった、その他の取り組みといたしまして、スーパー母体救命ですとか、周産期搬送コーディネーターによる調整ですとか、新しい東京都ならではの仕組みを次々に組み立てることができまして、その他、NICUの退院支援につきましても、モデル事業を踏まえて、今後具体的な取り組みを進めていくということも考えられるようになってきているところでございます。

また、今日の議題でもございます胎児・新生児救急搬送体制も、これから進めていきたいというふうに考えております。

このように、周産期医療体制で東京都ならではの整備を進めてこられましたのは、都内の医療機関さん、関係の先生方、関係団体さん、それぞれにご尽力いただいていることはもちろんでございますが、このような場で、日常業務に加えてお時間をとっていただきまして、現場を踏まえた建設的なご意見をたくさん頂戴して、次々にご提案をいただいているということのおかげであるというふうに、大変ありがたく思っております。

これからも、まだまだ課題はございますので、一つずつ、一歩ずつ進めてまいりたいと思いますので、今後ともどうぞ、ご支援、ご指導のほど、よろしくお願い申し上げます。

- 事務局(中澤) 続きまして、資料1の委員名簿をご覧いただきたいと思っております。

本日の会議から新たにご就任いただいた委員の先生方をご紹介させていただきます。

東京都助産師会会長の石村委員でございます。

東京消防庁救急部救急医務課長の畠山委員でございます。

ただいまご挨拶申し上げました福祉保健局医療政策部長の浜委員でございます。

よろしくお願いいたします。

次に、委員の出席状況でございますが、本日は順天堂大学の竹田委員、日本大学の丹正委員よりご欠席の連絡をいただいております、丹正委員の代理として出席されるご予約の守谷先生は、少々遅れてのご出席のご予定です。

また、猪口委員と楠田委員につきましては、途中退席のご予定となっております。よろしく願いいたします。

続きまして、事務局を紹介いたします。

7月の幹部異動に伴いまして担当部長に異動がございましたのでご紹介いたします。

小林医療政策担当部長でございます。

笹井医療改革推進担当部長でございます。

遠藤救急災害医療課長でございます。

竹内災害医療担当課長でございます。

新倉保健医療計画担当課長でございます。

よろしく願いいたします。

続きまして、資料の確認を簡単にさせていただければと思います。

資料1の名簿に引き続きまして、資料2、総合周産期母子医療センターの指定についてというA4の資料が2枚。

次に、資料3-1といたしまして、胎児及び新生児救急搬送に関するワーキンググループの報告、A4、1枚。

その次、資料3-2としまして、低体温療法適応児の搬送調整方法の案がA3、1枚と、その後ろに参考とした資料がA4、1枚についてございます。

その次、資料3-3としまして、低体温療法に関する調査、集計結果、A4のものが5枚ついております。

続きまして、資料3-4、胎児救急にかかる搬送体制（案）が、A3のものが1枚。

続きまして、資料3-5として、常位胎盤早期剥離症例に関する調査結果の速報というものがA4で5枚の資料がついております。

次が、資料4としまして、東京都保健医療計画の改定についてという、A3の資料が1枚。

その次が、資料5といたしまして、東京都NICU退院支援モデル事業報告書の概要というものがA3で、全部で3枚の資料がついてございます。

次が、資料6としまして、神奈川県との県域を越えた周産期搬送体制の試行の中間報告がA4で1枚。

次が、資料7といたしまして、災害医療コーディネーターについて他、災害医療関係の資料が、全部でA3のものが9枚ついてございます。

資料としましては、資料1から7、以上でございます、その後ろは、参考資料として1から10まで添付させていただいておりますけれども、こちらはこの会の最後に簡単に触れさせていただきたいと思っております。

資料の不足等がございましたらお声かけいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

なお、本日の会議は東京都周産期医療協議会設置要綱の第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録は原則公開となっておりますので、ご了承いただきたいと思ひます。

本日の終了予定は、概ね20時ぐらひを予定してござひます。

それでは、これより議事に入らせていただきます。以降の進行は岡井会長によろしくお願いいたします。

○岡井会長（昭和大学） 梅雨が明けると同時に猛暑がやってまいりましたが、先生方にはお暑い中、ご出席いただきましてありがとうございます。

それでは、今日も重要な審議事項がござひますので、どうぞよろしくお願いいたします。

議題に沿っていきたいと思ひます。協議事項の（1）番です。総合周産期母子医療センターの指定について、この件の説明をお願いいたします。

○事務局（中澤） それでは、資料2をご覧いただきたいと思ひます。

総合周産期母子医療センターの指定について、ご説明いたします。

このたび、独立行政法人、国立成育医療研究センターから総合周産期母子医療センターとしての指定について申請がござひました。

同センターは、現在、地域周産期母子医療センターとして位置づけられている施設でござひます。成育医療研究センターの所在地は世田谷区で、区の西南部ブロックに所属してござひます。

4の運営体制ですが、産科部門は、M-FICUが6床、後方病床が79床、また新生児部門は、NICUが21床、GCUが30床です。

職員体制はそれぞれ記載のとおりとなっております。

申請内容につきましては、先日、現地の実査を行いまして、設備、病床、職員体制等、施設の状況につきましては、総合周産期センターとしての整備基準を満たしていることを確認してござひます。

また、整備基準では、総合周産期センターは、原則として救命救急センターまたは同等の機能を有するものとされてござひますが、やむを得ず、救命救急センターまたは同等の機能を有していない場合は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を関係者及び住民に情報提供するというふうにしてござひます。

成育医療研究センターにつきましては、救命救急センターまたは同等の機能を有してござひませんが、同センターにおいて対応不可能な脳血管障害、心疾患等、母体の合併症につきましては、目黒区にござひます独立行政法人国立病院機構東京医療センターを協力医療機関として連携して対応することとしてござひまして、このことについては両施設

間で文書を取り交わしてございます。

次のページをご覧いただきたいと思います。

成育医療研究センターの総合指定に当たりましては、同センターが所属する区の西南部ブロックの搬送調整は、これまでどおり日本赤十字社医療センターが行うことといたします。また、多摩ブロック内の搬送調整が困難で、多摩ブロックの周産期センターから周産期搬送コーディネーターが搬送先の選定依頼を受けた場合に、原則として成育医療研究センターへ最初に受け入れ依頼を行うということにしたいと思います。

同センターは、多摩地域を支援する役割を担う総合周産期センターとして受け入れに協力する役割を担っていただくこととします。

その下、参考といたしまして、平成23年度の取扱実績をお示ししております。搬送受入数等、一定の実績がございまして、総合指定に問題となる状況ではないと考えております。

以上、同センターにつきましては、総合周産期母子医療センターとして指定できる施設であると確認できましたので、ご承認をお願いいたしたいと思います。

以上です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまの件に関しまして、ご質問とか、ご意見とかございませんか。

○杉本委員（日赤医療センター） 同じ区の西南部の総合周産期センターとして位置づけられております日赤として、区の西南部を中心とする全体の搬送体制からの意見です。従来、成育医療センターは胎児治療を中心として、全国からの患者さんを主に治療するという建前から、区の西南部地域の地域医療には余り積極的ではない姿勢が元来あったのですが、1年前に、そういう姿勢ではなかなか総合としての役割を果たせないのので、1年間の実績を見ていただくことを提案させていただきました。

それから、もう1点、都の全体の総合周産期センターの配置を見ますと、12の総合周産期センターで、地域周産期センターが12で、24のセンターがあるわけです。しかし、総合は区部が10で多摩が2で、多摩地区にできるのであれば、そのバランスでも望ましいのですが、区部に増えるのでは、さらに偏在が著しくなってしまう面がありました。そこで、たまたま区の西南部で、かつ多摩地区に比較的近い地理的条件があったので、多摩地区の症例を主に受けていただいて、多摩当番という少し変則的な制度が解消されるのであれば、成育医療センターの総合周産期センターとしての位置づけも意味あるものとなるだろうということです。これにつきましても、1年間の多摩地区の搬送体制への協力の実績を見せていただく。この2点をお願いして、今日の協議を迎えたわけであります。この1年間で、かなり積極的に地域の受け入れ、多摩地区の受け入れの実績を残されたので、こうした姿勢を続けていただければ十分、東京都の13番目の総合周産期センターとして認めてもいいのではないかと考えております。

これは区の西南部、さらに都全体の周産期センターの配置を考えて、コメントとして

述べさせていただきました。

○岡井会長（昭和大学） 杉本先生、ありがとうございました。

これまでの経緯についても触れていただきましたが。

今の件ですが、多摩ブロックからの搬送を、まずファースト・チョイスとして成育にお願いするということに、これからなるわけですね。多摩当番は残すんですか、今の案では。

○事務局（中澤） 成育の指定が順調にいきますと、8月1日付で、早ければ指定ということになると思うんですけども、総合指定の後の様子を見させていただきまして、特に問題なく搬送調整の仕組みが回るということであれば、私たちとしては、多摩当番の方は廃止していてもいいかなというふうに思っております。

○岡井会長（昭和大学） 現在、多摩から区内に運ばれて来る母体搬送は、どれ位の例があるんですか。1日でもいいけど。月に何例とか。年でもいいです、数字を教えてください。

○事務局（中澤） コーディネーターの実績を見ますと、昨年度1年間で転院搬送の多摩からの依頼ということで見ると、62件ございます。

○岡井会長（昭和大学） 1年間で62件、5日に1件ぐらいということですね。

○事務局（中澤） そうですね、転院搬送に関しては。

○岡井会長（昭和大学） では、成育一つでも頑張れそうな感じがするので。

どうぞ、発言してください。

○中井委員（日本医科大学） 多摩で従事しておりますので、確認したいんですけども。

今の成育の総合周産期はよろしいかと思うんですけども、この扱いのところで、すべてコーディネーターを介した扱いになるということなんでしょうか。いわゆる、区部ですと、その区で取り仕切る周産期がありますから、そこに一次施設などから直接連絡が行くんじゃないかと思うんですが、この場合はどういう運用になるのか。その運用も含めて、ここで協議して決めるのかということ、ちょっとお伺いしたいんですけど。

○事務局（中澤） 成育に、第一に電話するというルートは、多摩地域に関しては一義的に母体搬送の調整を杏林大学のコーディネーターさんにやっていますけれども、そのコーディネーターさんのところで調整がつかない転院搬送の件について、周産期搬送コーディネーターのところに連絡が来た場合、うちのコーディネーターから、まず成育さんにご連絡するというので、コーディネーターのルートに乗っているケースということになると思います。

直接的に多摩の一次・二次施設から、成育の方に連絡していただくという、ブロックの調整役とか、そういう役割ではないです。

○岡井会長（昭和大学） よろしいですか。

いろいろと東京都のシステムが複雑になってきています。だから、これをもう一回整理して下さい。コーディネーターさんの役割は、僕はもっと広げてもいいと思うし、も

っと活躍してもらいたいと思います。いろんな部分で、それはいきなりコーディネーターでいいという話になるところが出てくると思います。今話すと話が広がり過ぎるんでやめておきますけど、多摩もそうなので、そのところを1回きっちりと整理して、コーディネーターさんをお願いしたら、みんなやってくれるよみたいになれば一番いいんです。何か、すごく複雑になり過ぎてるんですよ、いろんなことが。

○中井委員（日本医科大学） そのとおりで、実際に、例えば、一昨年、多摩総合医療センターが総合周産期になられたので、もともとは杏林だけが頼りだったわけですけども、それがどういう順序で、どっちを連絡するんだというのも、あんまり文書化されていないんです。特に、実際に、多摩で分娩している施設は多いわけですから、一次施設で。そういったところに周知する際に、岡井委員長がおっしゃったように、少し明確にしてくださいと助かると思うんです。

○事務局（中澤） では、今回の成育の指定も受けまして、都全体の仕組みについて再度、周知を図れるようにしたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） もう一度、システムを簡略化していく、単純化していくということをやしましょう。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） 今の中井先生の質問にも関連する、多少書いてある参考資料8が、平成23年度の母体搬送の症例で、その次が新生児なんですけど、母体搬送を見ると、右のところが地域周産期母子医療センターで、四つ目が成育なんですけども、110の母体搬送を受け入れていて、ブロック内が57で、ブロック外が26なんです。だから、かなりブロック内で今でも受け入れておられるから、それプラス、今度は、よりブロック外で多摩が優先されるかなというふうに思います。

一つ、質問だけど、この資料の一番最後の2枚目の一番最後、妊娠22週以降28週未満の分娩数（死産を除く）13件と書いてあるけども、これは超低出生体重児の分娩数を考えると、13件というのは余りにも少ないので、何か記載ミスかなという気がするので、一度確認していただいた方がいいかなと。

○事務局（中澤） ありがとうございます。

○岡井会長（昭和大学） 22週以降の数、28週未満ですね。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） そうです。

○岡井会長（昭和大学） 22週から28週の間分娩数13件というのは、そんなにないか、そんなに少ないかな。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） でも、1,000グラム未満で、先生、29件入ってるんですよ。それを思えば、ちょっと少な過ぎるかなと。

○岡井会長（昭和大学） これとも合わないのかな。

○事務局（中澤） こちら成育医療センターの方から提出いただいたデータではあるんですけども。

○岡井会長（昭和大学） もう一回確認だけしてください。

○事務局（中澤） 確認させていただきます。

○岡井会長（昭和大学） お願いします。

よろしいですか。他に、なければ、今回、成育医療センターを総合周産期母子医療センターとして指定するという点に関して、ご承認いただけますでしょうか。

（異議なし）

○岡井会長（昭和大学） それでは、ありがとうございました。この周産期医療協議会でご承認いただいたということにいたします。ありがとうございました。

次の、（２）の議題なんですが、新生児搬送の責任者の楠田先生が、今日はちょっとお時間がないので、新生児の方を先にやりたいと思います。ですから、説明等も、胎児の話は後回しにして、新生児の方だけをお話ししていただいて、それから審議したいと思いますので、お願いします。

○事務局（中澤） それでは、資料３－１をご覧くださいと思います。

昨年の本協議会において、ご報告いたしましたとおり、昨年１１月に胎児救急及び低体温療法が必要な新生児の搬送について検討するため、周産期搬送部会のもとに、胎児及び新生児救急搬送に関するワーキンググループを設置いたしまして、検討を行ってまいりました。

ワーキングの委員につきましては、そちらの資料にあるとおり、産科、新生児科、それぞれ３名の先生方に委員をお願いしております。

具体的な検討経過ですが、昨年１１月に１回目のワーキングを開催しまして、検討に当たって、まず周産期センター等に対して調査を実施することといたしました。

調査票を作成しまして、１２月に各施設へ常位胎盤早期剥離と、それから低体温療法に関する調査を依頼いたしました。

それらの調査結果をもとに、３月と５月の２回検討を行いまして、ワーキングとしての意見をまとめて、６月２６日の周産期搬送部会において報告し、議論いたしましたところ です。

その議論を踏まえて低体温療法適応児の搬送調整方法と胎児救急に係る搬送体制の案をまとめましたので、順にご説明させていただきます。

それでは、先に低体温療法適応児の搬送調整方法（案）の方をご説明いたします。資料３－２をご覧くださいと思います。

まず、１として、ワーキンググループ検討結果の概要です。

なお、この後ろに資料３－３といたしまして、低体温療法に関する調査の集計結果をつけておりますので、併せてご覧いただければと思います。

それでは、このＡ３の資料でご説明します。

まず、①としまして、調査結果では、都内の低体温療法適応児は年間約６０人でした。一方、低体温維持装置のある、または保有の予定のある施設は全部で１３施設ございましたことから、児の人数と施設の数を見ると、このために新たな搬送システムを構築

するという必要性は少ないだろうということ。

②として、対応としては、現行の周産期医療情報システムの新生児あるいは小児科の項目に低体温療法の列を新設しまして、各施設に実施の可否を入力してもらって、情報を共有すること。

それから、③としまして、周産期センター、連携病院は、このシステムの情報を踏まえて低体温療法適応児の搬送調整を行うこと。

④としまして、低体温療法実施施設の有効活用を図るため、搬送元の医療機関は急性期を過ぎた後の新生児の後方搬送について受け入れに協力すること。

以上が、主な検討結果となっております。

具体的には、その下の2の周産期医療情報システム改修内容にありますとおり、画面の新生児の欄の人工呼吸と医師添乗の間、周産期連携病院の画面では小児科の欄になりますけれども、そこに低体温療法の列を追加しまして、受入可能の場合はマル、受入不可または設備がないという場合にはバツを、各施設に入力していただくようにしたいと思います。

この画面の改修予定ですが、今年の秋以降を予定しております。

3としまして、システム改修までの対応ですけれども、周産期搬送コーディネーターが低体温療法適応児の搬送調整依頼を受けた場合、調査結果の情報をもとに、低体温療法実施施設を対象に搬送調整を実施していきたいと思っております。

右側の4、低体温療法適応児の搬送調整方法ですが、まず、周産期センター、周産期連携病院において、低体温療法の適応と判断し、かつ自院で実施できない場合は、周産期医療情報システムの情報を踏まえて、現行の搬送システムにより新生児の搬送調整を行うことといたします。

また、産科施設等において低体温療法の適応と判断した場合は、ブロック内の総合周産期センターに受入要請、搬送調整依頼を行います。

なお、搬送元の医療機関は、急性期を過ぎた後の新生児の後方搬送について受け入れに協力していただくこととします。

その下に、参考といたしまして低体温療法適応児の搬送上の留意点について記載しております。搬送元の医療機関と低体温療法実施施設のある搬送先の医療機関について、また周産期搬送コーディネーターについて、それぞれ留意点を簡単に記載しております。

なお、2枚目に参考資料としまして、低体温療法の適応基準と除外基準の項目をお示ししております。

低体温適応児の搬送調整方法の説明は以上です。よろしく願いいたします。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまの説明に対して、楠田先生から補足がありましたらお願いします。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） 搬送部会でご議論させていただいたときには、この参考にあります低体温療法適応時の搬送上の留意点というので、本来、理論的には早

期から頭を冷やすような搬送方法が望ましいことは望ましいわけですが、逆に、中途半端というか、適切でない冷やし方というのも予後を悪くするということが分かっていますし。逆に、余りにも高体温、要するに新生児は温めるのが原則なんですが、余りにも高体温というのも仮死にとっては余り良くないということが分かっていますので、この辺を少し、前回より簡略して書かせていただきましたので、基本的に大きく変わることはありませんけれども、低体温の子供に関しては、従来の温めることに関して、温め過ぎないぐらいの注意で十分かなというふうに思いましたので。これは、救急隊の方にも、これで十分周知していただけるかなというふうに思います。そういう変更を少し加えました。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

この間の搬送部会の際に、温め過ぎ注意というところの記載の中に、実際の温度を入れたらどうかという議論もあったんですが、それはもうやめるということで。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） 途中で何度も測定するとの項目があったんですけども。

○岡井会長（昭和大学） 実際に、救急隊員が「どうしましょう」という質問してきたときは、「では、何度にしてください」と言うということでもいいんですね、その理解は。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） はい。

○岡井会長（昭和大学） ここにはこれだけしか記載しない、ということでもよろしいですか。新生児の先生は、特にそれで異論がなければ。

では、この低体温療法適応児の搬送調整方法に関しましては、原案どおり、こういうやり方でやっていくということでもよろしゅうございますね。

他になければ、楠田先生、ありがとうございました。

実は、もう一つ、胎児の方があるのですが、胎児の方は、ちょっと議論があるんです。ここで用意しました案に対して、ちょっと修正をとという話がありますので、少し時間をかけて審議したいと思います。

それでは、資料の説明をお願いできますか。

○事務局（中澤） それでは、資料3-4をご覧ください。

胎児救急に係る搬送体制の案をまとめたものでございます。

まず、1のワーキンググループ検討結果の概要です。

調査結果の詳細につきましては、この後ろに資料3-5としてつけさせていただいておりますので、参考にご覧いただければというふうに思います。

それでは、A3の資料に基づきまして、調査結果とワーキンググループの意見について、主なものをご紹介します。

都内の常位胎盤早期剥離症例のうち、搬送症例は年間約70例あり、多くは早産でした。母については、搬送症例で、ショック、DIC症例が多く、母体ICU入院が増加しておりました。児については、搬送症例で、低出生体重児が4倍以上、新生児仮死発

生率、NICU入院率ともに2倍以上、新生児死亡率は約4倍となっております。

また、早産症例について、搬送例と自院例で比較した場合、搬送例では児の子宮内胎児死亡が約3倍、新生児死亡が約2倍となっております。

また、初発症状の連絡から分娩までの時間と、児死亡の関係では、時間経過とともに児の死亡率が増加の傾向にありました。

ワーキンググループの意見としましては、胎児救急の判断に当たっては、胎児の心拍異常、それから妊産婦の下腹痛の有無が重要であること、また胎児救急の救命率向上には、発症から1時間以内に娩出できる搬送体制の構築が望ましいことなどが出されております。

次、下の2の胎児救急搬送システムのところをご覧ください。

(1) 本システムの目的ですが、生命に危険が生じている胎児の救命を図り、児の予後を向上させることといたしました。

(2) 本システムの対象ですが、胎児の生命に危険が生じている場合、具体的には常位胎盤早期剥離や、切迫早産等により、胎児機能不全の兆候がある場合で、速やかに母体搬送及び急速遂娩が必要と医師が判断した場合といたしました。

(3) 本システムの概要ですが、まず産科施設等で、本システムの対象に該当し、母体搬送が必要と判断した場合は、ブロックの総合に胎児救急ということ伝えて、受け入れ要請を行います。ブロック総合は、速やかに母体搬送を受け入れ、急速遂娩を実施します。

NICU満床等により、娩出後の児の管理が困難な場合には、新生児の転院搬送で対応することとします。

胎児救急はブロック総合が受け入れて、急速遂娩を実施すること、これが大原則ということにいたします。

ただし、例外として、ブロック総合よりも搬送元の施設に近い周産期センター等がある場合と、他の緊急疾患等の対応のためにブロック総合で急速遂娩が実施できない事態が万が一生じた場合には、ブロック内で調整を行うか、周産期搬送コーディネーターに搬送先選定を依頼するという事にいたします。

児の娩出後、新生児の転院搬送が必要な場合には、必要に応じて周産期搬送コーディネーターに搬送先選定を依頼していただきます。

(4) として、コーディネーターの対応についても触れました。コーディネーターは、胎児救急として搬送先選定依頼を受けたら、距離や時間を考慮した上で、速やかに児の娩出ができるよう施設の選定を行います。

また、医師から胎児救急という指示がない場合でも、状況の聞き取りの中で胎児救急かもしれないと考えられる場合は、該当するか否かを確認することといたします。

3の胎児救急搬送の流れの図ですが、こちらは今ご説明した内容を図にあらわしたのになっております。

ブロックの総合周産期センターで受け入れることを大原則といたしますが、搬送元の施設により近い周産期センター等がある場合は、そこへの受け入れを調整し、また、万一他の緊急疾患等の対応によって自院での受け入れができない場合は、現行のコーディネーターのシステムを活用して搬送調整を行うということをあらわしているものです。

胎児救急に係る搬送体制についての説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

これは仮に、胎児救急搬送システムとなっておりますが、新しいシステムの対象をどうするかということに関して、杉本先生から意見がありますので、それを聞いて、その後の皆さんのご意見もお聞きしたいと思います。

○杉本委員（日赤医療センター） ワーキンググループで話した内容でまとめていただいた1の概要を見ていただきます。これは胎盤早期剥離症例に限っており、しかも切迫早産で、かつ症状が、心拍異常と妊産婦の下腹痛が極めて大きなサインであること、そうしたサインがあった場合、1時間以内に娩出できる体制を目指そうというのがワーキンググループの結論となったわけです。

しかし、胎児救急搬送システムという名前にしたことにより、対象が少し広がり、かつ責任体制が不明確になりました。胎児救急搬送システムの中身にも、そうしたニュアンスが出ています。ワーキンググループの考えた内容と少しずれが生じているわけです。

ワーキンググループとしては、早剥胎児救急搬送システムという名前をつければ、もう少し曖昧でない搬送システムを考えていただけたと思うんです。早剥胎児救急搬送システムという形で絞った方が今回の目的は達せられるのではないかと。一つはワーキンググループの報告に基づいて対象を絞っていただきたいということと、もう一つは、早剥の場合の1時間ということを考えて場合には、ブロック総合が、逃げ場のない、断らないという姿勢で受けることです。そこが非常に重要なところですよ。例外的なものを想定し、逃げ場がある形で作るのは、責任体制が曖昧になって、どうも目的が達せられないのではないかと危惧があります。私のコメントです。

胎児救急搬送システムとつくった場合には、従来の搬送体制の中で、胎児の状態が悪い場合と、そうでない場合を分けて、胎児の状況が悪い場合のシステムを構築するのであれば、こうした胎児救急搬送システムということでもいいかもしれません。しかし、今回は、その中でも、特にスーパー母体救命の中から出てきた胎児そのものを救命できるような産科の体制を考えたいということで始まっていますので、最初に言いましたように、対象を絞ることと、総合の責任を、もう少し逃げ場のない、しっかりした責任体制のもとに受けていただく内容を考えていただく方が、ワーキンググループとしての調査を生かす結果になるのではないかと考えておりますので、ご協議を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した。

前回の搬送部会とは感覚が違ってきているんですけど、ワーキングの松田先生と中井先生は、今の早剥胎児に絞った体制として考えた方がいいということですか。

- 中井委員（日本医科大学） 杉本先生がおっしゃったとおりで、我々が解析したデータは全部常位胎盤早期剥離ですから、その1時間という根拠も、その疾患に限ったものです。ここにあるように、適応が切迫早産等により胎児機能不全の兆候があるなんていうことになる、これは切りがなくて、それは意味が。

そういう、いわゆる胎児の具合が悪くなっているというのは自院で帝王切開するなり、できるんです。それが産科の施設ですから。この場合は、母体の危機も迫るので特別なルールをつくらうということですから、こういうものは除外した方が紛れないと思います。

- 岡井会長（昭和大学） 松田先生も、そう。早剥に限る。
○松田委員（東京女子医科大学） そうです。それと、総合の責任体制を明確にするところも、ブロック内で何とか処理するというのも、それも賛成です。
○岡井会長（昭和大学） 他にご意見ありませんか。

私がこの間搬送部会の話聞いた限りでは、他の胎児救急も含めるといような感覚だったんだよね。タイトルが胎児救急搬送システムになったからかな。

- 杉本委員（日赤医療センター） タイトルは早剥胎児救急という形で、むしろタイトルを変えていただいて、特別な疾患に絞った体制ということにさせていただいた方がよろしいかと思います。

- 岡井会長（昭和大学） 他に、それと同じような扱いをしなければいけない状況とか、あんまり想定できないですか。

似たような取り扱いした方が胎児のためというようなことが想定できるかどうかですよ。全然ないかな。いや、分かるよ。早剥で、特に検討してみたら、早産の早剥のケースで急ぐのにというのが、スムーズに搬送できなくて時間かかって予後が悪かったというのが浮き上がってきた。

それと似たようなことは、他に、早剥以外にはないかなということなんだけど。

- 杉本委員（日赤医療センター） 従来のケースの中では、早産骨盤位破水例で、搬送時に児を出していれば救命できたのに、搬送の途中で状態が悪くなって、着いたときには死亡していたというケースがございました。

- 岡井会長（昭和大学） 名前はまたつけられると思うんですけど、対象は早剥児で、それで、今の話だと早剥で、Late Decelerationが出ているというような状況よりも、さらにもうちょっと前の状況でということになるね。

- 中井委員（日本医科大学） なかなか、そのモニター異常というのが搬送例に出ていないんです。いろんな腹痛であるとか出血であるということはあるんですけども、実際に、この間の、先々週の学会なんかでもモニター解析をしましたけれども、余り特異的な所見が出ないのが早剥の特徴ですから。臨床医が早剥と疑えばこのラインじゃないかと思

うんですけど。

○岡井会長（昭和大学） 私が一番心配するのは、「早剥」というのを頭につけちゃうと、漏れる症例が出るんじゃないかということです。切迫早産という診断で管理している症例の中に早剥がある数含まれているんですね。それに気がつくのが遅いために、早剥の診断が遅れてしまうために帝王切開するタイミングが遅れて予後が悪いという症例は相当あるんだけど、それは、「早剥」とタイトルの頭につけてしまうと、その診断つかない症例はこのシステムに乗らないというおそれがある訳でしょう。

一般的に、そういう診断が遅れるところは、搬送して助けてもらいたいというような施設で、自分ところで帝切できるような施設は、大体、診断が遅れることもあんまりないんで。だから、対象がそうだとしたときには、よっぽど上手にそここのところを理解してもらわないと、うまくこのシステムが利用されないことになってしまうというおそれがあるので、それを気にしているのです。

切迫早産で胎児機能不全と、そう思っている症例は、本当は早剥だったと。でも、その施設では早剥と診断がついていないというケースが、それの方が僕は問題だと思うんです。どうですか、ここは。

○杉本委員（日赤医療センター） 逆に、オーバートリアージといいますか、過剰診断で、昨日も、切迫早産で、胎盤の肥厚があることで、早剥が疑われ搬送されたケースがあるんですね。結果としては、それは早剥ではなかったんですけども、そういうケースが含まれてきても、それはやむを得ない思います。

○岡井会長（昭和大学） 僕が気にしてるのはアンダーの方です。診断がつかないで、あくまでも切迫早産と書かれている、早剥だと診断つけられない場合が結構あるでしょう。先生、脳性麻痺の原因分析をやっていても、いっぱいあるじゃないですか。

○中井委員（日本医科大学） それは資料の、今ご覧にならなくてもいいんですけど、3-5に出ているんですけども、71例あったんですね、搬送例が。そのうち、早剥と診断されて来ているのは31例なんです。

○岡井会長（昭和大学） そうでしょう、他の人は早剥と診断されていないんですよ。そういう人たちがこのシステムに乗るためには、切迫早産で、早剥と診断できていなくても、心拍数がおかしいとかいうのを入れた方がいいんじゃないかというのが僕の意見です。

○杉本委員（日赤医療センター） 胎児心拍異常と下腹痛の強いものを対象とすることは、早剥が疑われることでの搬送のシステムですね。だから、搬送システムが、それは誤解を招かないようなネーミングをもうちょっと考える必要があります。

○松田委員（東京女子医科大学） まさしくそのとおりで、心拍異常と下腹痛というのをキーワードにして、早剥の疑いも含むというところで、皆さんの気持ちが一致になればいいと思うんですけども。

先ほど、他にないかなと言われたんですけど、あとはグレードAとすると臍帯脱出で

すから、これはもう搬送のことは考える余裕はないということであれば、救急搬送ということであれば、早剥もしくは、その疑いの強い症例ということであればよろしいんじゃないかと思うのですけども。

○岡井会長（昭和大学） 中林先生、どうですか意見ありませんか、今の議論に。

○中林委員（愛育病院） 私は、松田先生と先日の日本周産期・新生児医学会で早剥の司会をさせていただきました。まず典型的な早剥ということに限って議論しましたが、下腹痛が強いものは予後がかなり厳しいということが分りましたが、早剥重症度をどう定義するかというところで、かなり問題が出ました。私なりに整理すると、早剥の重症度というのは、CTG異常があるかないかということが胎児に関係するし、次は、DICがあるかないかということが母体の生命予後に関係すると思います。

これらのことが診断できるような施設であれば、できるだけ早急に、例えば中井先生からも出ていますので、発症後1時間ですすめためには、母体管理ができる施設であれば、そこで児を出すのが良いと考えます。

今までは、母体搬送がよいという成績は、搬送してから総合センターで専門的な母児の治療をしたり、分娩出時期を決めたりすることを考慮すると、母体搬送の方がベターな例が多いのですけども、早剥に関しては、症状が起きたら、児は娩出は早いほどいいわけですが、臍帯脱出と違って、母体の予後が関係してきますので、DICの診断と治療ができないところでいたずらに帝王切開すると、母体死亡につながりますので、キーワードとしては、CTG異常とDICの検査・治療ができる施設であれば、児を出した後、新生児搬送ということもあり得るといことが、埼玉県などからご意見がありました。地域によって母体搬送と新生児搬送、それぞれ歴史がありますが、やはり、母体搬送でなければ、どうにもできない地域も多いので、この早剥に対する胎児救急搬送システムはつくった方がいいんじゃないかと思えます。

同時に、その施設と総合センターの間で、母体管理はするから新生児をお願いしますという確約がとれれば、そういった方法があってもいいと考えます。つまり、選択肢としては、母体搬送と、自分のところで母体治療ができるのであれば、そこでの児娩出、そして新生児搬送という、もう一つの選択肢があってもいいんじゃないかと思えます。

ただし、それには新生児部会の、協力がなくていかないだろうと考えるので、それができる体制をどのぐらいでつくれるかということが、今後の問題ではないかというふうに考えました。そうしないと、この早剥の問題は解決しないだろうというふうに思いました。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

自院で出して、あとは新生児にお願いするということも大事なことで、先生言われたとおりなんですけど、どういう症例をそういうふうにしましょうかというのは、これはもうちょっと調査を加えてみないと、この協議会でサジェスションするというのも難しいので、次のステップで、先生の言われたことをぜひ入れていきたいと思うのですが。

落合先生、何かご意見ありませんか。

- 落合委員（東京産婦人科医会） ご議論を聞いていて、やはり送る側としては、できるだけ縛りが緩い方がいいんじゃないかなというふうには思います。確かに、きちっと診断がついてというのが理想的なことかもしれませんが、なかなか一次施設ではそこまですれない。できるだけ広いものでとっていただくという体制が必要なのかなというふうに思います。

それから、もう1点は、例えば下腹痛とか、そういった症状を一つのものにしていきますと、スーパー搬送とどういうふうに分けをしていくのか。その辺が十分なアナウンスができるようにしていただきたい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。

この問題、実は時間かけて審議して、もうちょっと整理したいんです。今日、これをやり出すと、あとの他の審議事項に進みませんので、この議論はここで打ち上げさせていただきたいと思います。再検討のための委員につきましては、小児科、産科3人ずつの6名でもう一度、今の議論を踏まえて、今の出ている案の修正版を提出したいと思えますけど。

ご許可いただければ、そういう手順で、次の回にもう一度出して、そこでご承認いただくというふうにしたいと思います。

もし、今のうちに言っておきたいご意見がありましたら発言しておいていただいて、ちゃんと記録に残していただいて。

- 中林委員（愛育病院） 一つ、忘れないうちに。先日の日本周産期・新生児医学会のシンポジウムでは、児は1時間以内、母体に関しては、大体3時間以内であると予後がよろしいということです。児の方が非常に早くて、母体はもう少し余裕があるということでした。DICの有無が母体予後に非常に強く関与することと、PIHがあるかどうか、それが臓器障害その他に関係するという話が出ましたので、追加させていただきます。

- 中井委員（日本医科大学） この間、質問されて、データを持ち合わせていなかったんですけど、PIHの合併症の率というのは、この搬送例と自院例で差がないんです。だから、特に早期剥離が、PIHが起こったということではないので。そこだけ。

- 岡井会長（昭和大学） 搬送に手間取っているということですかね。

- 石村委員（東京都助産師会） 助産師会でも、医師会の先生と一緒に、緩い方がありがたいです。診断がつけられるとは限らないので。よろしくお願ひしたいです。

- 岡井会長（昭和大学） 他にご意見を言っておきたいということがあれば、ご要望なりでも結構ですけど、よろしいですか。

そうすると、今のことを踏まえて、しっかりしたものをつくりたいと思いますので。あとは先生方、よろしくお願ひします。杉本先生、楠田先生、細野先生、それから山本先生、川上先生ですね。事務局よろしいですか、そういうことで、一旦持ち帰るという

ことにさせていただきます。

○事務局（中澤） はい、分かりました。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

そうすると、次は、東京都保健医療計画の改定についてよろしいですか。お願いします。

○事務局（道傳） それでは、東京都保健医療計画の改定につきましてご説明させていただきます。

私は、周産期医療担当係長をしております道傳と申します。よろしくお願ひいたします。

それでは、資料の4をご覧ください。

東京都では、医療法第30条の4に基づき、医療計画を含む東京都保健医療計画を前回、平成20年3月に改定をしておりますが、本計画期間が今年度末までとなっております。現在、改定に向けて準備を進めているところです。

本計画の中では、いわゆる東京都の保健と医療全般につきまして計画として定めているところなんですけれども、その中で、周産期医療に関しましても位置づけされております。今回の改定におきましては、国の方で指針が示されておまして、その中で目指すべき方向としまして、左上のところに掲げております四つの項目が挙げられております。

一つ目は、正常分娩等に対し、安全な医療を提供するための周産期医療施設間の連携、二つ目に周産期の救急対応が24時間可能な体制ということ、三つ目に救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制ということ、四つ目に、NICUに入院している新生児の療養・療育支援が可能な体制ということ。この四つについて指針としてお示ししている状況です。

これらの方向性を踏まえまして、東京都の現状と課題、あと施策の方向性をまとめたものが右上となっております。

まず、1、現状及びこれまでの取り組み状況でございますが、周産期センター、連携病院の整備状況がそれぞれ24施設と11施設で、計、現在35施設ございます。また、NICUにつきましては、今年度5月1日現在で288床という状況です。

これに加えて、取り巻く状況としましては低出生体重児やハイリスク妊婦の増加に伴う、そういったハイリスク対応のニーズの増加ということ、それに加えて都外からの患者の流入といった状況がございます。

これらに対しまして、これまで東京都で取り組んできた状況としましては、まず母体救命総合周産期センターの整備ということで現在4施設、また搬送システムが設けられております。また、周産期搬送コーディネーターの配置、その他、今回の計画期間中に、いわゆる周産期の二次医療機関ということで周産期連携病院の創設、また多摩地域の新生児対応の強化ということで多摩新生児連携病院の創設。この他、今年の1月から開始

をしております神奈川との県域を越えた周産期搬送体制の試行といったこと。また、現在、本日もご議論いただきました胎児救急搬送システムの検討等がございます。

この他、(2)のネットワークグループの立ち上げということで、現在、今年度中に全ブロックで立ち上げることを目指しまして、整備を進めていること。

その他に、後ほどご報告させていただきますが、NICUの退院支援の取り組みについてといったことがございます。

2番の課題ですけれども、大きく四つの事項を取り上げております。

一つ目は、周産期医療体制の強化を図ることにより、ハイリスク妊産婦、新生児への対応の強化を図ること、二つ目に母体・胎児・新生児のリスクに応じた搬送体制のさらなる充実や、県域を越えた周産期搬送等の搬送体制の整備、三つ目は、都内に八つありますネットワークグループごとの連携の一層の強化、四つ目は、NICU長期入院時の在宅療養への移行を支援する。そのことの充実という形となっております。

これらの課題に対応するための施策の方向性としましては、3番にお示ししております四つのことを掲げております。周産期母子医療センターの機能強化やリスクのある妊娠・出産に対応可能な二次医療機関の確保を図るとともに、NICUの整備により、救急医療体制を強化すること。周産期医療体制を、搬送体制を整備することにより緊急に母体救命処置が必要な妊産婦等の搬送体制や搬送先の見つからない妊婦等及び新生児を速やかに搬送する体制の充実を図ること。安全な周産期医療を提供するため、都内八つの周産期医療ネットワークグループにおいて正常分娩からハイリスク分娩を担う医療機関の機能別役割分担と連携を進めること。四つ目が周産期母子医療センターと地域の関係機関等との連携によるNICU等入院児の円滑な在宅療養等への移行と在宅移行後の児と家族の安心・安全な療養生活の実現を目指すこと、という形で四つ挙げております。

今後、この保健医療計画の改定に向けまして、下のスケジュールにお示ししておりますが、保健医療計画推進協議会と、その下にあります改定部会において議論を進めまして、最終的には今年度末に、一番上にごございます医療審議会において諮問・答申を諮った上で、最終的に保健医療計画を策定していくスケジュールとなっております。

説明は、以上です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまご説明いただきました東京都保健医療計画の改定についてということに、何かご質問とか、ご意見とかございませんでしょうか。

○杉本委員（日赤医療センター） 課題の中の2番目の県域を越えた周産期搬送体制の構築ということですが、今、試行として、神奈川との取り組みが行われておりますけれども、神奈川はかなり県全体の周産期体制が整備されてきていて、以前と比べて都内に流入する数は半減しているわけです。

一方で、埼玉県は、最近でも、周産期センターの新生児科医がいなくなったために、センターとして機能しなくなったところがあります。埼玉県全体の周産期体制が崩壊し

ているといっても言い過ぎではない、そういう危機的状況がございます。ですから、これは取り決めをする、しないにかかわらず、都内へ流入していることは、今後さらに増えるのは目に見えている現状がございます。

そうした現状を踏まえると、この中身として、できるだけ早く埼玉の流入に関する、スムーズにいく行政上の取り決めをする体制を始めていただきたい。その内容をここに織り込んでいただけると具体的にありがたいということです。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

神奈川とは暫定的なものができているんですね。形としては、まだ試行ではありますけど、でも、それと同じような形で、埼玉ともやっていけるとお思いますので、ぜひ早目に埼玉との意見交換会なり何なりを持っていただければと思います。ありがとうございました。

○杉本委員（日赤医療センター） 具体的には施設に直接連絡が来ますので、コーディネーターが受け皿として受けていただいて、都内の状況に応じてそれをご紹介いただくような形がとれると、もう少し施設の負担が減るだろうとお思いますので、ぜひよろしくお願ひします。

○岡井会長（昭和大学） 他に、ございますでしょうか。

これは、この改定を医療審議会の方に出すんですね。周産期医療協議会からという格好で。どういう手順なんですか。計画を改定するという手順は。

○事務局（中澤） 保健医療計画の中で5疾病5事業という位置づけの中に周産期医療も入っております。それで、この計画を策定するに当たっては、もちろん、保健医療計画の推進協議会改定部会の方で委員の先生方のご意見を聞くんですけども、周産期の関係については専門的な見地から、周産期医療協議会の先生方のご意見を私たちが受けた上で、そちらを反映させて骨子等に盛り込んで行きたいというふうに思っているということです。

○岡井会長（昭和大学） その会議があったときに出てくれて、今の説明をしてくれるわけですね。

○事務局（中澤） 周産期の部分につきましては、こちらの方から、課題ですとか今後の方向性というのを今後説明していくということになると思います。

○岡井会長（昭和大学） そのときに、このところでいろいろと活動してきた実績もあわせて報告してもらおうと、今後目指しているところも分かってもらいやすいかなと。

まず、NICUの数を増やして、受け入れ率が高まったというか、断る率が下がっているというような状況を報告してください。受け入れ状況がどんどん改善されて良くなってきているというようなこともあるし、それからスーパー母体の実績もきちっと報告をしてもらって、それからコーディネーターもそうですね、それから神奈川県との連携の試行のこととか、私たちここでみんな議論したりして力を入れてやってきている活動の実績を組み込んだ計画にして頂ければと思います。これだけやって、これだけ良くな

っていますよ、だからこの後、またこうやってやらせてくださいという、恐らく、その方が皆さんに私たちやっていることの意義を分かってもらいやすいと思いますのでお願いします、ぜひ。

他に何かございますか。よろしいですか。

そしたら、この改定については、こういう方向でお願いしますということで、ありがとうございました。

では、その次は報告事項になりますけども、(1)NICUからの円滑な退院に向けた取り組みへの支援、モデル事業報告書について。

○事務局(西山) 退院支援担当の西山でございます。私の方からご説明させていただきます。

それでは、資料5をご覧ください。

モデル事業は、平成21年度からNICU退院支援体制検討会を立ち上げ、検討を行いながら、平成22年度と23年度の2カ年で実施してまいりました。この間、検討会等におきましては、委員の皆様から貴重なご意見をいただきながらモデル事業を進めてまいりました。ありがとうございました。

このたび、2年間のモデル事業が終了し、事業の総括を報告書という形にまとめました。現在、7月下旬の発行をめどに準備を行っているところでございます。こちらの資料5は、この報告書の内容を東京都モデル事業報告書概要①から③としまして、A3資料3枚にまとめたものです。

1枚目はNICU退院支援検討の必要性、取り組みの概要、取り組みの効果についてお示したものです。周産期母子医療センター等実態調査によりますと、周産期母子医療センター等のNICUまたはGCUから、引き続きで90日以上入院しているお子さんは、22年度は100人、23年度は104人でございました。そのうち、1年以上の長期入院のお子さんは、22年度は22人、23年度は26人。そのお子さんの多くが医療ケアの必要な状況でございました。なかなかスムーズに在宅療養に移行できないという現状があり、このような現状はお子さんにとっても、ご家族にとっても、決して望ましい状況ではないと考えられました。

また、母体搬送の際に医療機関が受け入れ困難とする背景としてNICUが満床であるということも一つの理由になっていることから、NICUの整備を進めるとともに病床の有効活用も必要ということもありました。そのような必要性から、右側のモデル事業の取り組みにお示するように、在宅移行が望ましいNICU及びGCUに入院しているお子さんについて、在宅への移行支援及び在宅移行後の継続した支援を実施するための取り組みを行うことといたしました。

実施方法としては、都立墨東病院を中心にしまして、あと、地域における支援の一部分をNPO法人Ohanaに実施していただきながら、関係機関が連携して進めてまいりました。

実施内容としては、都立墨東病院では院内に看護師とソーシャルワーカーの2職種のNICU入院児支援コーディネーターを配置し、このコーディネーターを核として、主にシステムづくりを中心に事業を展開いたしました。

まず、妊産褥婦、それから全NICU・GCU入院児に対しまして、スクリーニングシートを用いて、スクリーニングを実施いたしました。図にお示しするようなマトリックス表を用い、医学的な重症度と家族の養育力の両方からそれぞれのケースの置かれている状況をプロットし、支援の必要性を予測し、要支援者を選定、支援を行いました。

事業の全体像につきましては、次ページの概要②、イメージ図をご覧ください。

左側が墨東病院の取り組みになります。中でも、モデルケースとして選定されたお子さんの退院に向けては、院内の新生児科、産科、それから小児科が連携しながら、カンファレンスや退院前後の家庭訪問の実施などを行いました。

また、地域の関係機関との調整、在宅移行の訓練など、家族の在宅療養に向けた準備にも取り組みました。

それから、右側をご覧ください。こちらが地域におけるサポート体制になります。上半分が今回のモデル事業で、NPO法人Ohanaが主に取り組んでいる内容になります。病院と地域との連携を促進することや、退院後の家族の生活や児の成長・発達を意識した早期支援と、地域フォローアップといたしまして退院前後の育児教室、それから地域における親の交流会の開催、またNICUスタッフ向けの退院支援カンファレンスの実施、退院児を持つ家族の手記やNICU退院支援手帳の作成などにも取り組みました。

次に、これらを踏まえた取り組みの効果でございますが、1枚目の概要①にお戻りいただきまして、下の方に記載してあります取り組みの効果をご覧くださいと思います。

モデルケースの支援から明らかになった効果としましては、早期からの支援や在宅移行訓練により、病院スタッフにも家族にも、病院への意識づけができたこと、家族の在宅生活のイメージ形成や児への愛着形成などにつながったこと、長期入院児の退院が実現したこと、NICU入院児支援コーディネーターの配置の効果としては、早期からの要支援者の選定と支援が可能になったこと、院内、また地域の支援機関との連携が促進されたこと、墨東病院とNPO法人Ohanaの協働の効果としては、NICUスタッフの意識の変化につながったことなどが挙げられます。

また、定量的効果としては、右側の図表にあるとおり、モデル事業実施前の平成21年度とモデル事業実施期間の22年度、23年度を比較してみますと、新生児科の平均在院日数の短縮、母体搬送受け入れ件数の増加が見られ、一方、母体搬送断り件数の減少が見られております。

また、モデルケース13名中12名の退院が実現するとともに、長期入院児の減少も見られております。

最後に、3枚目をご覧ください。

モデル事業の取り組みと効果を踏まえた在宅移行支援の課題と今後の施策の方向性についてまとめたものです。簡単に内容をご説明いたします。

1点目は、周産期母子医療センターにおける在宅移行支援体制の整備です。

今後の方向性として、NICU入院児支援コーディネーターの配置促進、産科・新生児科・小児科の協働体制の確保による退院支援に必要な取り組みの実施、早期から時間をかけて家族の気持ちに寄り添う支援、家族が医療ケアや育児に自信を持ち退院できるよう支援、NICUスタッフが在宅生活を見据えた退院支援に取り組めるよう支援、NICU入院児支援コーディネーターと地域支援機関との連携体制の構築の六つについて述べています。

2点目は、周産期母子医療センターにおける在宅移行後の支援体制の整備です。

今後の方向性として、在宅療養中に急性増悪したときの受け入れ体制の整備、在宅療養中の定期的医学管理及び家族の労力の一時支援、児の状態変化や家族の不安が強い退院直後の時期を支える相談体制の整備の三つについて述べています。

3点目は、地域における在宅支援体制の整備です。

今後の方向性としては、医療ケアの必要がある乳幼児の在宅療養等を支える保健・医療・看護・療育等の資源の整備促進、訪問看護師や在宅診療所医師に対するNICU入院児の現状や在宅移行支援の取り組みへの理解と協力の二つについて述べています。

下の図は、周産期母子医療センターを中心とした退院支援の流れをイメージ図にしたものです。周産期センターにおいて院内連携を図りながら、また地域とも連携を図りながら退院に向けて支援を行い、在宅生活につなげた後は、地域のネットワークによって家族と児を支えながら、退院後も、必要時には周産期センターで支援を行うという流れを示しております。

報告書の概要については、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。

この件に関しまして、有馬先生、何かご意見ございますか。

○有馬委員（日本重症心身障害学会） モデル事業としてこれだけなされたというのは、大変よかったんじゃないだろうかと、かなり問題点をはっきりして、それから一定の進歩があったということだろうと思います。

このコーディネーターという人たちが、どれぐらい在宅と、今まで入っている医療機関と、見ているときの親と、どれだけ連携を上手にやって、説明を上手にされるかというのが一つの大きな問題、キーポイントになるんだろうと思います。

それから、私たちのように、今度は、障害ができた人の在宅という立場で、場合によっては短期入所とあって、1週間でも、一月でも、それぐらい親がばててきたようなときに一時的に預かると、そういうことができる役割はあるだろうと思いますが、今まで、いろんなところでやっております、それから私たちが在宅にいる人たちの入所を大

量に開設のときに受け入れた経験もあるんです。

1年、2年見ているうちに、特に小さい方はかなり亡くなるんですね、在宅で。その点で、在宅で一時受けて、それから何かあったときはすぐ引き受けるという、そういうような救急体制がどれぐらいとれるかということが一つだろうと思います。

親の方も、家庭で見ている、気がついたときには死んでた、あるいは息がとまっていたので救急でどこかに連れていった、それでどうももとに戻らなかったと、そういうような事例、あるいは呼吸器感染みたいなもの、それから食事をむせるとか、いろんなことがやっぱり小さいときほどあって、死亡率がどうしても高いものですから、そのところで、小さいときほど在宅に戻ったときは、病院にいるときよりも死亡率がかなり高いものなんだということは念頭に置いておく必要はあるだろうと。そういうことが一つ感想でございます。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

モデル事業をやっている間にはなかったのですか。児が亡くなったとかいうケースは、ゼロですか。

○事務局（西山） 13例のモデルケースのうち、12例が退院しておりまして、そのうちの1例がお亡くなりになるということがございました。

○岡井会長（昭和大学） それは、NICUであっても、別の病床であっても、もし病院で診ていけば起こらなかったかもしれないというようなことですか、亡くなった理由は。

在宅で、先ほど有馬さん言われたリスクは、やっぱりお母さんとか、お父さんが見ておられてということで、何かあったときに、病院とは違いますからすぐ対応できないということがあると、そういうふうに理解していいような、そういう症例ですか。

○事務局（西山） 在宅移行したお子様の中では、医学的には重症度が高いお子様だったというのがございます。

○中林委員（愛育病院） 私も、これはとても大切なことだと思うんですが。

有馬先生も随分昔からこういった問題を指摘されていて、モデル事業で一部進んだとしても、一番進みづらい要因としては何があるんでしょうか。というのは、例えば愛育から退院した方々が、それをケアする人たちを訪問する人材、その他を見ても、そんなに多くないんですね。ですから、そういう方々の養成が遅れているのか、また家庭環境が整っていないために在宅にいけないのか。または、お母さんたちが疲れて、短期のレスパイトのようなことの施設が、またはそういった病床が完備されていないために進んでいけないのか、やはり地域に帰れば、その地域のセンター等がそういった役割を果たしていかないといけないと思うんですけども、どの辺が、一番大きな進行を妨げている問題点なんでしょうか。

私は、ちょっとこの辺、良く知らないのですが教えていただければありがたいと思いますが。

○岡井会長（昭和大学） 答えられますか。

○事務局（中澤） 今、中林先生がおっしゃった幾つかの要因があると思うんですけど

も、それらの要因はすべて、要因としては挙げられるかと思います。

それとあとは、やはり私たちは周産期医療の立場でやっているわけなんですけれども、一つは、NICUなりGCUなりの入院中に、いかにお母さん、ご家族に早期から働きかけるか。それで、退院に向かってやっていくんだという意識をつくっていただくとか、そういう取り組みというのも、実際にこれまでされてない状況が一部あったりする中では、そういう意識づけといいますか、それで一緒に地域にうまくつなげていかれるように、コーディネーターが核になって支援していくということが非常に大事だなというふうに思っているところです。

○岡井会長（昭和大学） 他に何か、この件で。

○川上委員（日赤医療センター） 有馬先生のご意見は、大変私たち忘れがちところで、大事な点だと思うんですけれども、当然のことながら、うちでも障害を持っていて、お帰りになって、自宅で突然死した方は複数例の経験がございます。ただ、生命のことだけ考えれば、例えば1年でも2年でも、NICUなり、そういうところに入れておけば、生命は恐らく安全性は高いと思いますね。ただ、在宅にいった、亡くならない多くの方は、やっぱり家族の一員として、一緒に家で過ごすということが親にも子にも、そのメリットが非常に多いと思うんです。

ですから、先生のご意見、本当に大事なご意見だと思うんですけれども、ただ、生命維持だけを中心に考えると、私どもが一生懸命親子関係を大事にして、在宅にということと、どうしたらいいのかなというような気がするんで、ちょっとその辺のところの先生のお考えを聞かせていただきたいと思っております。

○中林委員（愛育病院） 生命はもちろん大切なんですけれども、やはり家族としての生活も大切です。在宅医療では家庭に入っても、近くの医療施設からの支援があるのでやっていける体制がないと、何かあったときに遠くまで行かないと児の生命が助からないようでは困るのです。地域にそういう体制があると家族も安心して、在宅医療に移行する勇気がわくんじゃないかと思います。

そういう支援をしないと、遠くの施設まで行くのは、何かあったときにも依頼しづらいし、そういった地域でのサポート体制が十分にあった方がいいという気持ちなんです。ですから、どうしても助からない症例もあるし、ただNICUに長期いるだけがいいということではないと思っているだけに、家庭での支援体制がいかに設備されるかということが、この支援事業の重要な点ではないかと思うのです。そのためどこが妨げになっているのかなと思って、お聞きしたわけです。

○川上委員（日赤医療センター） その点に関しては、私たち、東京都の方もバックアップ体制、すごく一生懸命やったださっていると思うんですね。ただ、生命の、家での突然死という話になりますと、バックアップ体制とはちょっとまた違った要素があると思うんですね。ですから、生命を守るためということと、それから家族関係といいますか、親子関係ということのジレンマといいますか、その辺のところの問題は、医療体制

だけの問題とはちょっと違った面があるのではないかと思います。

○中林委員（愛育病院） 分かりました。

○杉本委員（日赤医療センター） 中林先生が言われたように、地域でそれをどういうふうに支援していくかという点では、産科から新生児科、さらにその次の小児科と周産期とのつながりを、今後もっと強化しないといけない。今後の大きな課題だと思うんですね。ですから、訪問看護師、あるいは在宅の診療所の医師が、小児科が関係してくださるところだと思うので、ブロックごとにそうしたNICUから在宅医療をサポートする、小児科医療とのつながりを、今後やはり地域としてつくっていくことは、これはモデル事業からはっきりと出ているんだと思うんです。

私どもも、今、川上先生が言われたように、できるだけ家族と一緒に子供が過ごせる、そういう状況をつくろうと支援をしているんですけど、どうしても訪問看護師の数が少ない。このモデル事業では、OhanaというNPO法人が非常に大きな役割を果たしているんですが、こうした支援をしてくださる法人が、今後さらに大きく活動ができる状況が期待できるのかどうかということは、これがモデル事業に終わらないで、現実にもう一步この周産期医療体制が踏み出すことができるかの大きなかぎになってくるように思いますので、行政がそうした訪問看護師、あるいはNPO法人というものを育成する事業を、本腰を入れてやっていただければ、今後の周産期医療の次のステップの展望が開けると思います。ぜひこのモデル事業を生かしていただきたいと思います。

○中林委員（愛育病院） 私も全く同感で、当院を新しくするに当たり、小児慢性疾患4床のうち2床ぐらいはそういう形で使っていきたいと思っているんです。ただし、杉本先生のおっしゃったような、訪問看護を専門にやれる人、訓練された人が少ないんですね。それで、これはかなり急いで養成しないと、実際にはできないなと思ったものから。そういうシステムが今のところ足りないなと思ったものですから、お聞きしたわけですので、ぜひ杉本先生も同じ感想をお持ちであれば、そういうシステムを構築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。

他にこの件、何かご意見とか、感想とかありますか。

（なし）

○岡井会長（昭和大学） 感想ですけど、概要②見ると、これは大変だなと。本当にこれはなかなか大変な事業であるので、やる限りはぜひしっかりやっていただきたいと思います。よろしくお願いします。

それでは、その次のご報告を受けたいと思います。（2）神奈川県との県域を越えた周産期搬送体制の試行、中間報告、お願いします。

○事務局（道傳） それでは、資料6をご覧ください。

平成24年1月31日から神奈川県との間で周産期搬送体制に関する試行を開始しておりまして、これまで大体5カ月が経過したところでございますので、その間の中間報

告をさせていただきます。

まず、1の実績をご覧ください。

6月末までの間で神奈川県との間での調整実績は、神奈川県から東京都への搬送が6件、東京都から神奈川への搬送はゼロ件でした。それぞれ戻り搬送につきましては、実績はゼロとなっております。

続いて、2番の搬送元ブロックと搬送先ブロックでございますが、こちらは、参考資料1に東京都の、裏面に配置図がございまして、参考資料3のところに神奈川県の図面がございまして、あわせてご覧いただければと思うんですけども。

搬送元につきましては、神奈川県横浜のブロックからが3件と多く、その他は川崎、湘南、西湘ブロックから搬送されております。一番遠いのが、静岡県に一番近いようなブロックのところから搬送された例が1件ございました。

また、搬送先ブロックとしましては、区西南部が4件と多く、その他は区中央部と区南部でそれぞれ1件ずつ計上していただいております。

3番の母児の状況でございますが、在胎週数としましては22から23週が3件、24から27週が2例、28から33週が1例ということで、かなり週数の短い在胎週数期間のお母さんの搬送が多かったということです。

母体年齢につきましては、資料のとおりとなっております。

母児の状況でございますが、こちらは基本的には切迫早産や前期破水といったこととですが、それに加えまして双胎や品胎のケース、あるいは胎児心疾患のケースといった形で、さまざまな状況があったということでございます。

こちらの資料には挙げておりませんが、7月にも直近で1例、神奈川県からの搬送がありまして、こちら湘南ブロックからの紹介で受け入れをしていただいているものがございました。

現時点では、まだ戻り搬送の調整事例が出ていないことがございますので、引き続き試行を継続してまいりたいと思っておりますし、今後は周産期搬送部会の方で、こちらの神奈川県との試行につきましては、検証を進めてまいりたいと思っております。

以上です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

ただいまのご報告に関しまして、何かご意見、ご質問とかございますか。

○杉本委員（日赤医療センター） 戻り搬送はまだ出ていないんです。実際には、まだ動かなかったんですが、転院の意思があって、戻ることを希望された場合には、どういうふうにしましょうかという相談をした事例がございまして。一番問題になりましたのは、やはり足です。戻り搬送するときの移送手段で、だれが経済的負担をするのかという問題がまだ解決されておられませんので、この辺のところをもう少し具体案を出して対応する必要がありますので、よろしくお願ひします。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

戻り搬送を実行するためには、杉本先生言われたことを押さえないと難しいということですね。6件ぐらいだったら、無理に戻り搬送しなくてもいいような気もしないでもない。たくさんになってくると大変なので、行ってもらわないといけないというのがあるんだけど。戻り搬送というか、最後はもうある程度までいって退院する状況になってからでもいいような気もしますけどね。

○杉本委員（日赤医療センター） 戻りでも、うちの例は三つ子で、1カ月ほどこちらで管理して生まれたんです。それでもNICUに3人が入っていて、そのNICUに入った子供を戻すという点で協議があったわけです。母親を戻すことだったら、あんまり問題かないんです。

○岡井会長（昭和大学） 子供の話なんだけど。3人だから大変なんだ。

○川上委員（日赤医療センター） 今の例は、神奈川の方から来て、お母さんが面会に来るまで片道1時間半ということで、面会に来るのが大変だろうということで話が出たんですけど、結局、親御さんが、このままがいいということで、話はずぶれたんですけども、そのときに、やはり私どもが安定した状態の子供を連れていかなきゃいけないのか、あるいは送り先の方が迎えに来てくれるのかということが、やっぱり当面は一番、新生児科医にとっては大きな問題になるわけですね。

急性期であれば、私たちも子供の命を救うとかそういうモチベーションがあるんであれですけど、安定した、運んでいくだけのことで半日つぶすというのは、神奈川の方のドクターにしても、こちらのドクターにしても、すごく面倒なことになるんで、その辺の取り決めを何とかしていただければ、これから先の例も、スムーズにいく例が出てくるんじゃないかと思います。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。ぜひ、それは検討してくださいね。ここでやるのかな、搬送部会ですか。

○事務局（中澤） そうですね。これから、このケースについての検証を行ってまいりますので、今、出していただいたご意見も参考にしながら、その辺は少し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、次の報告は災害医療体制のあり方検討部会の報告です。事務局の方で、お願いします。

○竹内医療政策部災害医療担当課長 私の方から説明をさせていただきます。

資料7をご覧くださいませでしょうか。

まず、左上のところに書いてありますけれども、災害医療協議会というのがあります。これは、昨年東日本大震災の、そういった教訓を受けまして、東京都の災害医療体制に対して、より一層の充実を図るために、昨年の12月26日に第1回目の災害医療協議会を開催した次第でございます。

その協議会のメンバーにあっては、この構成、都医師会、三師会と、あと災害拠点病

院などなど、こういった構成メンバーでなっているところがございます。

第1回目の協議会においては、審議結果といたしまして三つあります。一つは、災害医療コーディネーターというのを都庁と各二次保健医療圏ごとに設置していく。そしてまた、協議会の下により具体的な検討を行うために部会を設けていく。そして、三つ目に二次保健医療圏ごとに地域災害医療連携会議を設置していこうと、この三つについて審議がなされて、承認いただいたところがございます。

左下のところで系統図がありますけれども、災害医療協議会とありまして、その横に災害医療体制のあり方検討部会というのがあります。

この検討部会なんですけれども、1回目を1月27日、2回目は3月29日、ここに書いてないんですけれども、3回目を6月29日に実施した次第でございます。

地域災害医療連携会議でございますけれども、12医療圏ごとに行っておりまして、今、二つの医療圏で終わっているところがございます。一つは、5月24日に区西部で行っております。区西部と申しますのは、新宿区、杉並区、中野区でございます。そして、7月4日に南多摩医療圏で、南多摩は、八王子、町田、多摩、日野、稲城でございますけれども、その医療圏で終わっておりまして、それぞれ、準備でき次第、地域の災害医療連携会議の準備を進めているところがございます。

右側に移っていただきまして、東京都の災害医療コーディネーターなんですけれども、2系統に分かれて、まず一つは、都庁に参集していただく東京都災害医療コーディネーター。この方は、1月27日に3名の方、猪口先生、山口先生、大友先生を任用させていただいたところがございます。

もう一つの系統は、地域災害医療コーディネーターとして各二次保健医療圏ごとに設置していくということで、この医療圏内のそういった医療情報を集約しながら、医療資源の配分と差配等を行っていただくと、そういう役割を担っていただくということで、5月14日に12名の方を任用させていただいたところがございます。

1枚おめくりいただきまして、ここから先の資料については、先般、6月29日に行った災害医療のあり方検討部会の資料の一部でございます。

この中でフェーズ区分と必要な活動ということで示させていただいておりますけれども、まずこのフェーズなんですけれども、今までは、48時間を境といたしまして、2系統、2区分しか分かれていなかったと。それでは、かなり大ざっぱ過ぎるだろうということで、フェーズ0からフェーズ5まで、6区分に区分けさせていただいた。フェーズ0が発災直後で、発災から6時間ぐらいまで。フェーズ1というのが超急性期、72時間ぐらいまでですけれども、フェーズ2が急性期と、こういった形で区分させていただいています。

その中で、横軸が時間軸といたしまして、縦軸といたしまして傷病者の状況はどうやって変化していくのかといったところがございますけれども、まず、倒壊、火災等によりまして傷病者が多数発生していく。外傷系の傷病者が最大になっていくのが超急性期。

しかしながら、亜急性期ぐらいになってくると慢性疾患が悪化する患者が増加していくだろうとか、こういった傷病者の状況になっていく。

②としまして、医療ニーズはどのように変化していくかと申しますと、最初はやっぱり外傷治療だとか、救命救急のニーズが高い、しかしながら、急性期や亜急性期ぐらいになってきますと、慢性疾患の治療だとか公衆衛生的なニーズが増えていくのではなからうか。

③の必要な医療救護活動なんですけれども、フェーズ0の時点では、地域ごとの自立的な活動が中心であります。しかしながら、フェーズ1、2ぐらいになってきますと、やはり広域的な活動体制が構築されて、全国、海外等からも応援チームが集結してくる。こういったところと言われるのではなからうかといったところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、続いて、行政はどういうふうな変化という形なんですけれども、まず区市町村についてでございますけれども、区市町村、医療救護所、設置主体が区市町村でございますので、まず区市町村が医療救護所を立ち上げていくと、そういった後、医薬品のストックセンターを設置していくとか、そういったものになっていく。

ここの左のところに書いてあるんですけれども、区市町村災害医療コーディネーターというのがございますけれども、この下の都では、先ほど申し上げました東京都災害医療コーディネーター、そして地域の災害医療コーディネーターを任用したんですけれども、区市町村でも、この災害医療コーディネーターを任用していただきたいということです。これは後で申し上げますけれども、地域の災害医療コーディネーターのカウンターパートとして、こういった区市町村ごとにコーディネーターを設けていただきたいといったところでございます。

東京都といたしましてこういったフェーズごとの変化がありますかというのと、まず初めには災害対策本部を設置していく。それだとか、災害現場に派遣していく東京DMATの被災現場への出場だとか、そういった陸上自衛隊などの派遣要請などなど、こういったものを東京都全体としてオペレーションを行っていくといったところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、まず、病院ということで、以前、この病院の関係ですけれども、災害時は後方医療施設といたしまして、後方医療施設というのは災害拠点病院、それとか救急告示医療機関、もしくは被災を免れたすべての病院を後方医療施設として位置付けていたわけでございます。

この後方医療施設に災害時は重症者を受け入れるというような仕組みを作っていたんですけれども、それでは重症者を円滑に受け入れるためには、ちゃんと受け入れられるところを指定して、色分けをしていった方がいいだろうといったところから、災害拠点病院を都内では70指定しておりますけれども、災害拠点病院が重症者の収容・治療を主に行っていくべきであろうと。

そしてもう一つ、その下に、②災害連携病院というのがございますけれども、この災害

連携病院、こういったところが主に中等症の傷病者を受け入れる必要があるであろうということでございます。

これは、②-1が救急患者に対応する病院、②-2が救急患者以外に対応する病院というふうにあるんですけれども、これを全部ひっくるめて災害連携病院というふうに位置づける案を出したわけでございますけれども、先般の部会では、災害連携病院というのは、普段からやっている医療機関を位置づけるべきであろうということで、部会の検討結果では、災害連携病院は主に救急告示医療機関を位置づけていくべきであろう。それ以外の病院には災害医療支援病院として位置づけて、そういった慢性疾患の患者さんの対応だとか、そういったものを行っていくといったところで、病院については、災害拠点病院が重症者を主に受け入れる、そして救急告示医療機関などのそういった災害連携病院というところが中等症を受け入れて、それ以外の病院がそういった慢性疾患だとか、そういった専門的な医療を行っているようなところ、そういったところが災害医療支援病院として位置づけて、そういった患者さんを受け入れていくと、こういうふうに色分けしていこうというような検討結果になった次第でございます。

もう1枚おめくりいただきまして、診療所なんですけれども、一部の診療所と、②のその他の診療所というふうに分けられているんですけれども、一部の診療所というのは、たとえば救急告示医療機関だとか、透析を行っている診療所、それだとか産婦人科を行っている診療所、こういったところは、災害時には、継続して行っていただくといったところでございます。

その他、それ以外の診療所については、継続して行っていただきたいんですけども、地域、区市町村等の防災計画によりまして医療救護班として指定されている診療所等もありますので、そういったところは区の防災計画に従いながら動いて行っていただく。

あと、③、④の医療救護所なんですけれども、医療救護所については、超急性期と急性期以降では、二つのパターンがある。超急性期については、医療救護所は病院の近くに設置していただきたい。

これは、災害時になれば、傷病者は重症、中等、軽症問わず、病院に殺到していくだろうと。やはり、阪神大震災でも、先般の東日本大震災でも、軽症者がかなり殺到して、病院が機能しなくなったといったようなところもありました。そういったところで、軽症者をどう、うまく動線を用いてさばっていくかということで、病院の近くに医療救護所を設けて、重症・中等症は病院の中に引き入れて、軽症者は医療救護所に持っていく。そのために、医療救護所は、超急性期にあっては病院の近くに設置して行っていただく。

これは、慢性期になってきますと、避難所でのそういった慢性疾患対応が主になってきますので、避難所に医療救護所を併設していただいて、そこで医療救護班が行って診療を行う。

こういった流れで、超急性期と急性期以降では、医療救護所の設置場所を、こんなふうな形で設置していただきたいといったところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、続きまして、災害時における医療救護活動の情報連絡体制ですけれども、この流れは発災直後から超急性期・急性期ぐらいまでの区部に対するスキームでございますけれども、右上に、東京都の災害対策本部、これは本部長を知事といたしまして設置されるわけでございますけれども、福祉保健局長がいて、医療政策部、その下に東京都災害医療コーディネーター、先ほど申し上げました3人の方がその災対本部に入るわけでございます。

左側にずっと流れていきますと、二次保健医療圏ごとに、二次保健医療圏医療対策拠点というのを設けていただきたい。これは、地域災害医療コーディネーターがいる災害拠点基幹病院、もしくは中核病院でございます。これを医療対策拠点として、地域災害医療コーディネーターがここに位置する。

それで、医療圏内のそういった医療について、いろいろ差配をしていくということでございます。地域の医療コーディネーターだけでは非常に難しいということで、都の職員等が入って、このコーディネーターをサポートしていくような形をとっていききたいといったところでございます。

さらに左に行ってくださいと、区ごとにも、やはり区の災対本部が設置されますので、その下に、区市町村の災害医療コーディネーターという形で設けていただいて、地域の災害医療コーディネーターと区市町村の災害医療コーディネーターがうまく連携し合って、この二次保健医療圏の中でうまく災害医療体制について行っていただきたいといったところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、これは多摩地区のバージョンでございます。

多摩地区には、都の保健所がありますので、この二次保健医療圏の中で、都の保健所がこの地域のコーディネーターとともに二人三脚で医療対策拠点を支えていくようなところでございます。内容については、先ほどの区部とほとんど変わりません。この都の保健所が入ったところが変わったところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、これは区部等におけます急性期・亜急性期・慢性期ぐらいのフェーズでございます。そうすると、先ほども申し上げましたとおり、慢性期ぐらいになってきますと、やっぱり区市町村主体の医療体制になっていくということで、区ごとに医療救護活動拠点を設けていただきたい。これは、どこになるのかと申し上げますと、やっぱり保健所だとか健康管理センター、こういったところに区の医療救護活動拠点を設けていただきたい。ここに、他県から来た医療救護班がここに集まってくれたい。区市町村のコーディネーターがこういった医療チームをどこに差配していくかというのを、そういったところをこのコーディネーターが差配していくという形でございます。

まだまだ、そうして他県から医療チームが来ますので、そこはどこの区に差配していくかというのは、地域のコーディネーターが差配していくような形をとっていききたいということでございます。

もう1枚おめくりいただきますと、これは多摩地区のバージョンでございますけども、これも先ほどのものと同じで、都の保健所が加わったといったところでございます。

そしてまた、こういった内容について今検討を重ねているところでございまして、今後の方向性なんですけれども、7月23日に災害医療協議会が行われて、ここに最終報告をしていくという流れでございます。

この報告された内容、災害医療協議会で検討された内容は、今後、東京都の地域防災計画が今年の夏に修正があります。それに反映させていく、それとか、先ほどもありましたとおり東京都の保健医療計画とか、25年度の予算要求などなどに今回の検討結果を反映させていくスケジュールで進めていくところでございます。

災害医療の関係については、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。

余り詳しい議論をする時間はありませんが、何かありますか。お願いします。

○石村委員（東京都助産師会） 東京都助産師会では、昨年の3.11の災害を受けまして、去年の3月から今年の6月まで4,000人の方の妊産婦さんを受け入れまして、各助産所で受け入れたりと、訪問とかで、4,000人の方の災害救助をさせていただいたんですけども、今回、都医師会とか都看護協会さんが入っている中に一緒にさせていただいて、妊産婦さんの保健衛生に多分貢献できるんじゃないかと思うんですけども、ぜひ一緒にさせていただければありがたいなと思います。

○中井委員（日本医科大学） 医療ニーズっていう、そのフェーズごとに書かれていて見やすくてよろしいんですけど、ここに、周産期であるとか、妊産婦あるいは新生児という文言がなければ、例えば、6時間で、東京は何人お産まれになるかご存じでしょうか。

10万分娩ですから、ざっと計算すると70人なんです。フェーズ1の72時間で820人、それからフェーズ2の1週間で2,000人なんです。実際、災害のときに、我々の学会なんかでも、直接向こうに出向いていろんな支援するのと、それから医療資源が、材料がなくなるんですね。ですから、ここに周産期という文言がなければ、その次の東京都が医療材料を集める、ストックの設置というところにも反映されませんし、ぜひお願いしたいと思うんですけど。

○岡井会長（昭和大学） よろしいですか。僕も周産期は、どこで働くんだと思ってずっと聞いていたんですけど、ご理解いただけましたか、中井先生の言われたこと。

こういう全体の体制の中に周産期はこの部分で、こういうことで活動してくださいというのをに入れておいてくださいということです。

○竹内医療政策部災害医療担当課長 また担当の方と、この周産期については、また良くお話をしながら、あとまた先生方のお知恵を拝借しながら、そしてまた災害医療協議会の方に諮ればというふうに考えておりますので。

○岡井会長（昭和大学） それで助産師さんも、そういうときには活躍してもらわなくちゃいけないので。

○竹内医療政策部災害医療担当課長　また、助産師さんの関係についてなんですけども、地域災害医療連携会議ということでもありますけれども、この地域災害医療連携は地域ごとに連携会議を行っております。そういった中に、各コーディネーターの意見を聞きながら、そういった助産師さんの関係を入れていくかとか、そういった、コーディネーターともお話をしたいというふうに考えております。

○岡井会長（昭和大学）　お願いします。他に。

○杉本委員（日赤医療センター）　災害時の受け入れ体制の中で、ヘリコプター搬送について、少し情報をいただきたいと思います。救急の対応できる病院、その中でも周産期の関係の病院で、東京都にどのくらいヘリコプター搬送を受け入れる、ヘリポートのある病院があるのかという情報をいただきたいなと思うんです。

これは災害時の問題ですけれども、先日、遠隔地からの搬送で、ヘリポートのあるセンターにお願いしたいという依頼があったときに、東京都のコーディネーターは一切その情報を持っていなくて答えられなかったということを聞いていますので、そうしたことのニーズも、やはり対応ができるような体制が必要だと思っておりますので、お願いし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。

他になければ、では、これはこれでご報告を受けたということで、1,000年ぐらい後に起こることを祈ってますけど。

それでは、次の参考資料のご説明。もう時間が大分迫っていますので、大事なところ、ポイントだけでいいですから、お願いします。

○事務局（道傳）　参考資料につきまして、ポイントだけ絞ってご説明させていただきます。

まず、参考資料1につきましては、現在の周産期センターと連携病院の整備状況となっております。前回の協議会からの変更点としましては、周産期連携病院の上から二つ目のところにあります。東京医科歯科大学医学部附属病院が平成24年4月付で周産期連携病院に指定されております。

その結果、周産期センター24施設、連携病院11施設という形になっております。

現在、NICUは288床、あとM-FICUにつきましては、こちらも地域周産期センターの順天堂大学さんの方で4床整備されておりました。その他、成育医療センターさんで6床増えておりますので、計10床が前回よりもプラスされております。

続いて、資料2と資料3につきましては、説明を省略させていただきます。

参考資料4につきましては周産期搬送コーディネーターの実績、こちらは年度別となっております。参考資料5が平成23年度の実績となっております。

参考資料4について、少し触れさせていただきますが、平成23年度の実績は、転院搬送199件、一般通報218件ということで、計417件で、昨年度より若干件数が増加しているということです。1日平均の取扱件数としては1.14件という状況です。

以下の資料で曜日別、受け入れ施設種別、患者種別等で、年度別比較をしておりますが、それほど大きな年度の違いといったところはないかと思っております。

続きまして、参考資料6と7でございますが、こちらは東京都の母体救命搬送システムの搬送事例の状況と、7番につきましては、前回の協議会でご提示した資料以降のスーパーの搬送事例の一覧をここに掲載しております。

参考資料6をご覧くださいと思いますが、制度の開始されました平成21年3月25日以降、昨年度末、平成24年3月31日までで報告を受理した搬送事例としましては179事例ございました。トータルとしましては、一般通報51例、転院搬送128例でございます。年度別としては、下にもございますが、大体同じような形で、転院搬送の方が多という状況です。

続いて、次に病院の種類につきましては、こちらもスーパー総合とスーパー総合以外の病院ですけれども、基本的には母体救命搬送システムのスーパー総合センターの方で、こちらが105例となっております。大体3分の2ぐらいを受けていただいているという形です。

年度別推移でも、次の、2ページ目でございますが、概ね傾向は変わっていないという状況です。

次に、母の重症度が3ページの6番でございますが、こちらは重篤・重症・中等症・軽症ということで、重篤と重症が計128件、71.5%を占めております。年度別の推移としましては、平成23年度は22年度と比べますと、重篤症例が若干減っておりますが、かわって重症症例の方が増えているというような状況となっております。

次に、ちょっとかなり飛んでいただきまして、5ページの11番、母の転帰でございますが、今回の179例の中で死亡事例は10例となっております。前回の報告以降の死亡例としましては、1例だけ、母体死亡がございましたが、こちらはもう搬送の時点で、既に心肺停止状態という状況でございました。妊婦さんだったわけなんですけれども、特段原因は分かっていないというような状況でございます。

児の転帰につきましては12番でございますが、こちらに記載されているとおりとなっております。

最後に、16番で、搬送の平均時間と病院選定の平均時間を掲載してございますけれども、一般通報につきましては、平成23年は長い事案が何件かありまして、それを足を引っ張られている形で、全体の平均としては時間が長くなっております。転院搬送につきましては、全体の搬送調整時間は年々減ってきている状況で、全機関平均では41.3分というような状況となっております。

こちらの、先ほどの周産期コーディネーター実績につきましては搬送部会で、こちらの母体救命搬送システムの実績につきましては、今後、母体救命搬送システム検証部会の方で検証や改善の方を図ってまいりたいと思っております。

続いて、資料8ですけれども、こちらは産科とNICUと周産期連携病院の患者取り

扱い実績となっておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

続きまして、9番に東京都の周産期医療の現状ということで、こちらは平成22年の周産期医療体制整備計画の資料編にも入れておりますが、周産期の参考指標につきまして、資料としておつけしたものでございます。

若干、平成22年、平成23年の調査結果等を反映させたものとなっておりますので、こちららも後ほどご覧いただければと思っております。

参考資料10番につきましては、今年の周産期医療協議会の議事録となっておりますので、こちららも併せてご覧いただければと思います。

駆け足でしたが、以上です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

どの項目でも構いません。ご質問、ご意見等ありましたらお願いします。

○畠山委員（東京消防庁救急部） 済みません、資料4の中の保健医療計画の改定の部分なんですけれども。資料4の。

○岡井会長（昭和大学） 戻るのでですか。

○畠山委員（東京消防庁救急部） ごめんなさい。その中で、これまでの取り組み状況というところに、実は私、搬送部会にも出ているんですけれども、都立多摩小児総合医療センターで行われておりますモービルNICUと申しますか、小児専用の救急車の運用というようなものについては、やはり実績としてあるので。また、東京都が日本全体の中でもかなり先行して取り組んでいる事業だと思えるんですけれども、そういったものをこれまでの取り組みとして、保健医療計画の中に入れていただくということは、いかがなものございませうか。

以上です。

○岡井会長（昭和大学） 事務局いかがですか。モービルNICU。新生児の先生方が動いているということですよ。迎えに行っている話でしょう、新生児を。違うんですか。具体的には、どういう話ですか。

○畠山委員（東京消防庁救急部） この前、搬送部会の中で、地域の小児科の先生ですとか、産科の先生から、現在、多摩の小児総合医療センターで行われている、そういった、先生方が専用の車に乗って、専門の。

○岡井会長（昭和大学） そうでしょう、新生児を迎えに行く話だよ。

○畠山委員（東京消防庁救急部） そういった専用の車の取り組みをやっていただいているんですけど、それは、やっぱり先行的な取り組みとして今までの取り組みの実績等に入れていただいてもいいんじゃないかなというふうに考えているんですが、いかがでしょう。

○岡井会長（昭和大学） 歴史的な話からすると、そっちが先だったんですよ。それで、そういうふうに産まれてから新生児を迎えに行くよりは、赤ちゃんをおなかの中に入れてたまま、お母さんごと運ぶ方が良いという考えが後から出てきた母体搬送。

どっちかといえば、多摩は、母体搬送の整備が遅れたので、先生たちが頑張ったという形が残っている。でも、それはそれで、それなりに必要性が最近出てきているので、区内の方も、そういうのもう一度考え直そうというのはあるんですけど。だから、今までの歴史的な話の中からすると、取り組みとって入れにくいところもあるんですけども、でも特に、多摩地区はそれをすごく充実させた形で実施しておられるので、そういうことを強調するというのは、それはそれでいいかもしれません。ちょっと考えてみてくださいか、事務局で。

○事務局（中澤） 先ほど、これまでの取り組み、実績を中に盛り込むことはどうかというお話もありましたし、その辺は、現状及びこれまでの取り組み状況として、どんな形でというのは、ちょっとこれからなんですけれども、今のご意見は参考にさせていただいて、取り入れられれば取り入れる方向で、ちょっと検討させていただきます。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。他に。

○杉本委員（日赤医療センター） 今のことに関連しては、先ほど議題に出た、早剥の胎児救急のシステムの中で、多摩地区では、「モービルNICU」という新生児科医がドクターカーに乗って迎えに行く現実的な必要性があります。このシステムを考える上で、多摩地区の場合にはこれが現実的対応でもありますので、そうした体制を生かされた文言として表現していただければいいと思います。

○岡井会長（昭和大学） 他に。

○中林委員（愛育病院） 母体死亡についてですけど、今までスーパー救急症例に関しては、かなり死亡率が高いというインプレッションがあったんです。それが、今回のデータでは、1例が残念ながら死亡してましたけど、多くは助かっている。これは母体救急に対する認識が変わって、皆さんこれだったらすぐに送ろうというふうになったために、このように変わったことによるのか、前回の死亡率と短期間の変化は、どういう因子ですか。

○岡井会長（昭和大学） この1例というのは、この1年、もっとさかのぼって1年半ぐらいで1例かな。

○事務局（道傳） 約2年です。

○岡井会長（昭和大学） 2年ぐらいで1例ですか。全部で3年だよ、これ。

○事務局（道傳） 前回の死亡事例が、たしか平成22年7月が最後で、今回。

○岡井会長（昭和大学） ここから1例があるんだね。

○事務局（道傳） 24年の1月にございました。

○岡井会長（昭和大学） 印象としては、スタートした頃よりは死亡している数が少ない。そうと統計学的に言えるかどうか分かりませんが、全体に少ないので、そういう印象はあるんです。それで、その前の3ページ見てもらえますか。

これが参考になるなと思って、参考資料が1、2、3と、母体救命搬送システムによる云々と書いてある資料の3ページ、これ年度ごとの重篤、重症というのがあるんです

けど、平成23年度は重症が重篤より多いんですよ。ということは、少し早目に送っているという可能性があるんですよ。これが本当にきいてるか分かりませんよ、一つの可能性としてそういうこと。

ですから、送る側も、こういうシステムができたので、今までよりも、ちょっと早いタイミングで送れるようになっていて、受ける側はもちろん、それなりに体制もしっかりとれるようになったと、そういう面はあるんだと思うんですけど、どれが具体的にきいているかは分かりませんが、いい方に解釈すれば、システムの運用が良くなってきたということも関係している可能性はある。

○中林委員（愛育病院） そういう解析ができると、一般の医療施設では早目に送ろうという意識になるのではないかなと、私は思います。

○岡井会長（昭和大学） 一番最初はやっぱり重篤しか送らないみたいなのところがあったんですけど、重症レベルで送ってもらえれば。助けられる可能性が高まるかなということだと思いますけど。

他に。

○落合委員（東京産婦人科医会） 大変、このシステムは医会の会員にとってもありがたいシステムだと思っておりますが、この参考資料6というのは一般に周知してもよろしい資料なんでしょうか。

といいますのは、医会の会員にぜひこういったものをお見せして、このシステムの検証と一緒にいただければありがたいなと思っているんですけど。

○岡井会長（昭和大学） この件は、事務局がオーケーなら、この協議会でオーケーを出すかどうかだと思うんですけど。事務局はどうですか。

○事務局（道傳） 本日の会議は公開会議となっておりますので、こちらの資料も後ほどホームページにも公開する資料となっておりますので、ぜひご活用いただければと思います。

○岡井会長（昭和大学） では、周産期医療協議会としてオーケーでよろしいですか。東京都産婦人科医会の方で公表しても、よろしければ、それはオーケーということ。

ありがとうございました。他に何かございますか。

もう時間もないんですが、この実績で、さっきもちょっと言いましたが、受け入れ率は、昔と比べると随分良くなってきているんですね。一番最悪のときは30%ぐらいしか受け入れられなかった、今は相当いい状況になってきた。

NICUの数が増えたのもありますし、体制も整備が進んでいる、コーディネーターの活躍もありますけど、大分いい方に進んできたという印象があります。だから、そういう実績を報告して、宣伝してもらって。

○事務局（道傳） 先生がちょうど申し上げられた一次受け入れ率の推移なんですか、参考資料9、最後から二つ目の資料の27ページと28ページに母体搬送の一次受け入れ率と新生児搬送の一次受け入れ率につきまして、資料を掲載しておりますので、参考に

ご覧いただければと思います。

○岡井会長（昭和大学） 二十……。

○事務局（道傳） 27ページと28ページということで、一番最後の方になりますが。

○岡井会長（昭和大学） 参考資料9って、議事録ですか。

○事務局（道傳） 参考資料9は東京都の周産期医療の現状という資料の一番最後の方のページになります。

○岡井会長（昭和大学） 議事録みたいなところ。

○事務局（道傳） 議事録のもう一つ前の。

○岡井会長（昭和大学） 議事録の前、ここに出ているんですね。ありがとうございます。

他に何かございますか。何でも結構ですけど。

○中林委員（愛育病院） 強調したかったのは、母体死亡の50例ぐらいの、日本全国の母体死亡を検討したところ、やはり救命不可能な羊水塞栓症は別として、出血多量とかPIHなどの救えるようなものは、東京では成績が大変いいんですけども、地方によっては、送る側が遅れて送って、DOA的なものが多いということがわかりました。やはり一般病院の啓蒙というのが母体救命には必要です。こういうシステムができてくれば早目に送るということが非常に重要だなということを感じますので、東京都はそういう点では、非常に恵まれていると思います。

産婦人科医会も学会も、そういう教育に熱心なので、スーパー救急へ早めに送ってただけということ、今後もぜひ続けていただければ、東京が非常にいい成績になるんじゃないかというふうに思いましたので、追加させていただきます。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

他になければ、では、事務局からご連絡事項等あればお願いします。

○事務局（中澤） 岡井会長、ありがとうございます。先ほど、1点、胎児救急に関する搬送体制について、数名の先生にまたお集まりいただいて協議させていただくということですが、また後日、追って、日程調整等お願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○岡井会長（昭和大学） それではよろしいですか。

どうも、本日は遅くまでご審議いただきましてありがとうございました。これで周産期医療協議会を終わりにさせていただきます。ありがとうございます。

（閉会 午後8時12分）