

平成22年度第2回 東京都周産期医療協議会

平成22年10月20日

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

(開会 午後6時31分)

○事務局（飯田） 定刻になりましたので、平成22年度第2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、お忙しいところ、また診療の後お疲れのところ、どうもありがとうございます。私、事業推進担当、飯田でございます。議事に入るまで進行を務めさせていただきます。

まず初めに、開催に当たりまして、福祉保健局を代表いたしまして、杉村局長よりご挨拶を申し上げます。

○杉村（福祉保健局長） それでは一言ご挨拶申し上げます。

岡井先生初め、委員の皆様には本当に日ごろからお世話になりまして、誠にありがとうございます。今日ご検討いただきますのは、周産期医療体制整備計画がメインになると思いますけれども、これについては、ことし5月に策定部会を立ち上げまして、楠田先生に大変精力的にご検討いただいて、きょうその整備計画の案をお示しをして、また委員の皆様にご検討いただくということでお願いをしたいというふうに思っております。

一昨年の秋の母体搬送事案以降、本当に委員の先生方のご努力によりまして、さまざまな改善を図ってまいりましたし、そういうふうに取り組んできたわけでございますけれども、今後、今日ご検討いただく整備計画を東京都として、この計画は5年間の計画になりますので、これに基づきまして、また一層その周産期医療体制の充実をぜひ図っていききたいというふうに考えております。

今日はどうか、本当に夜の遅い時間ですけれども、どうぞよろしくお願いを申し上げます。ありがとうございます。

○事務局（飯田） では続きまして、本日ご出席賜っている委員のご紹介でございますけれども、本来ですとお一人お一人ご紹介させていただくべきところですが、座席表並びに資料1をご参照いただきたいと思います。

なお、今年度第2回目でございますが、第1回目にご紹介していない先生につきまして、ご紹介いたします。

東邦大学大森病院の田中委員でございます。

東京都医師会、大橋委員でございます。

日本大学板橋病院、丹正委員でございます。

順天堂大学、竹田委員でございます。

多摩総合医療センター、桑江委員でございます。

次に、局の幹部をご紹介いたします。ただいまご紹介いたしました杉村福祉保健局長でございます。

桜山福祉保健局技監でございます。

その他、今回計画に関しまして関連する部署の課長が参っております。

医療政策部の前川医療人材課長でございます。

少子社会対策部、寺西家庭支援課長でございます。

本日欠席のご連絡はいただいておりますが、まだ本田委員が到着していないようでございますが、進めさせていただきます。

次に、配付資料を確認させていただきます。

ただいまの資料1に続きまして、資料2、周産期医療体制整備計画策定部会における検討経過というのが大きな1枚。

資料3、整備計画の概要（平成22年度～5ヵ年）というものがあります。

次に、別に資料4-1から3を置いております。

資料4-1でございますが、医療体制整備計画（案）でございます。これが32ページのものでございます。

次に資料4-2、資料編目次というものでございまして、これが28ページのものでございます。

次、資料4-3でございますが、東京都周産期医療施設実態調査結果（概要）というものが13ページのものでございます。

先ほどの綴じているほうに戻らせていただきまして、参考資料1というのが、前回、第1回の周産期医療協議会の議事録でございます。

参考資料2でございますが、国から発信されました周産期医療体制整備指針、これを参考資料2として置かせていただいておりますが、何か不足しているものがございましたら、ご連絡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設置要綱第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。

本日の終了予定でございますけれども、おおむね20時30分く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、これからの進行は岡井会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○岡井会長（昭和大） それでは、平成22年度第2回目の周産期医療協議会を始めさせていただきます。

先生方にはお忙しいところ、ご出席いただきまして大変ありがとうございます。

本日の議題は、東京都周産期医療体制整備計画、これの審議ですが、この計画（案）に関しましては、整備計画策定部会で楠田部会長を中心に相当綿密に計画して、かなり詳細な、緻密な計画（案）ができております。本日はそれを先生方にご審議いただくということでございます。

それではまず最初に、飯田課長のほうから、これまでの経過と全体の概要を説明していただきたいと思っております。

それから、個別にはまた詳しくやりたいと思っております。ではお願いします。

○事務局（飯田） では、まず資料2からご説明させていただきます。これは検討経過

でございます。最初に考えておりましたのは、はじめにと現状と課題、そして整備計画、国への要望というような流れで、整備計画をつくっていかうということで、整備計画の内容につきまして、(1) から (9) ございますが、それを3回に分けて検討いたしました。それが下の整備計画策定スケジュールに書かれております。

まず第1回、5月21日には、周産期センター等の機能・役割、整備基準、それから一次から三次までの連携システム、それから4番目、多摩地域における周産期医療体制の強化ということで検討していただきまして、その中でご意見をいただいたのは、NICUの病床については、今までカウントしていなかったネットワーク参画病院、いわゆる国立系の病院のNICUもカウントしていくとか、周産期の連携病院のNICU分も組み入れるなどのご意見をいただきました。また、地域周産期でもハイリスクに対応できるような病院の産科病床については、MFICUを整備することなどもご議論いただいたところです。

第2回、6月18日でございますけれども、NICUの整備計画、320床までのロードマップなり、それから搬送体制、県域を越えた搬送体制も含んでご議論いただきました。また、人材確保と育成、周産期医療情報センターの機能、都民への情報提供と普及啓発ということで、この回では、特に新生児医の確保の重要性などをご議論いただきました。また、都民の情報提供といたしましては、妊婦健診の受診向上などについてもさまざまなご意見をいただいたところです。

第3回でございますが、7月20日、1回目、2回目の積み残し及びNICU入院児の退院支援についてご議論いただきまして、NICU、GCUから在宅療養などを目指す準備の仕組み、ファミリールームなどが必要だということや、地域の訪問看護ステーションなど、地域で支える仕組みづくりが必要だというようなご意見をいただきました。

これらの検討結果を踏まえまして、資料3でございます。これが計画の概要でございますが、左側に現状と課題が書いてあります。

まず、母子保健指標から見ますと、低出生体重児は増加しております。一方、出生数も増加しております、平成20年は10万6,015人ということです。速報値ですけれども、平成21年度も増えておりまして、10万6,613人と若干増えている。それで、新生児も、新生児の死亡率も低下していますけれども、こういうハイリスクでの対応が必要だということがまず第一にあります。

次に、東京都の地域特性と周産期医療資源でございますけれども、高度の医療を提供する周産期センター等は、区部に19施設、多摩に4施設と。地域偏在も見られるということと、分娩取扱施設が減少しております。何と云っても、それを支える医師が減少しているということでございまして、これらへの対応が必要だという現状がございます。

周産期搬送体制につきましては、スーパーなりコーディネーターの設置により強化

はしてきておりますけれども、県域を超えた搬送調整については、今後課題があります。

また、NICUの入院児の在宅療養への移行支援といたしましては、やはり医療ニーズとか療育支援の必要性の高い児の在宅への移行が困難であるとか、地域において医療ケアに対応可能な訪問看護ステーションなどが不足しているといったような課題があるということで、この在宅療養等への移行支援についても課題があるということでございます。

そして、周産期医療を支えるスタッフの不足と育成ということで、やはり先生方は過酷な勤務状況であるということと、産科・小児科については女性医師が高い割合になっております。例えば、全国平均ですと、女性医師は18.1%、東京でも25.4%ですが、この分野におきましては、30～40%は女性医師というような中で、これらの課題に対応すべく、右側でございますけれども、計画（案）の项目的なものを出させていただいております。

まず、都における必要病床数・周産期センターの機能でございますが、まずNICUにつきましては、出生数をかんがみまして、平成26年度末までに320床。地域周産期にも新たにMFICUを整備する。総合周産期センターについては、母体救命対応の強化を明示しました。

次に2番目、周産期搬送体制でございますけれども、母体救命搬送システム、スーパーの検証及び強化を行う。また、周産期搬送コーディネーターの機能強化を行う。県域を越えたものについては、ルールづくりを検討するというところでございます。

3番目に施設間の連携でございますけれども、顔が見える一次、二次、三次のネットワークグループの強化を行っていく。セミオープンシステムなどを活用した連携も強化していくことでございます。

4番目に、多摩地域における強化でございますけれども、スーパーを新設する。ネットワークグループについても、きめ細かい連携をしていくということとか、多摩新生児連携病院を創設するというところでございます。

NICU入院時の在宅療養への移行支援ですけれども、やはり周産期センターにおける体制整備、それから退院後の在宅生活を支援するための環境整備とか、退院前からの保健・療育・福祉との連携強化ということをやっております。

次に6番目でございますけれども、医療関係者の確保と育成でございますけれども、新生児の確保、それから処遇改善、チーム医療の推進などについて触れております。

7番目につきましては、周産期医療情報センターの機能・都民への普及啓発ということで、医療情報につきましては、周産期医療情報の収集・解析の強化、また都民への情報提供、普及啓発については、健診、受診の促進・特定妊婦に対する支援などに触れさせていただいております。

最後に国への提案要求として、23年春に提案した内容をこの整備計画の最後に記

載させていただきました。

以上がポイントの大枠でございます。

- 岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。具体的な細かい点に関しましては、この後、各項目ごとに審議いただきますので、楠田部会長から補足事項がありましたら、お願いしたいのですけれども。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） 策定部会の部会長をさせていただきましたので、少し補足説明させていただきます。

今、飯田課長のほうから概略の説明がありましたけれども、本当に実は短い期間でまとめまして、ここに今日ご出席の委員の方の多くの方にはこの策定部会にも入っていただいて、一緒に検討していただいたと思います。本当に短い期間でできたのも、皆さん方のご協力のおかげだと思いますので、改めて最初に御礼を申し上げます。

それで、この整備計画策定部会の少し背景ですけれども、今日示してあります参考資料2、周産期医療体制整備指針、これが国の周産期医療体制の整備のために、ことし出た指針ですけれども、実はこれの前のバージョンというのは平成8年に出ているんですね。そういうことで、かなり実は古くなってきてまして、途中、MFICUの数だとか、それから三次医療圏における総合周産期の数だとか、そういう微調整はされましたけれども、大きく変わらずに十何年使われてきて、多少制度のひずみというか、少し合わないところが出てきた帰来があって、そのことも多少影響したと思うのですけれども、先ほど局長も言われましたように、2年前に起こりましたそういう東京都の事例も、多少はこういう制度疲労があったのではないかというふうに考えられます。

そういうこともありまして、今年国のほうで新たに整備指針をつくり直しまして、その中でこういう都道府県での新たな整備計画を策定するようというふうになっております。それで、この新たな国の整備指針にのっとりまして、今回、検討させていただきました。

もちろん、この国の指針に大きく依存するところもありますし、それから、先ほどこれも課長が言われましたように、東京都独自の問題もありますので、そういうものを踏まえて、本当に3回という短い検討の期間でしたけれども、それをまとめたものがきょう提案させていただいた内容になります。

これから多分、個別のことで、いわゆるご意見をいただけることになるとは思いますけれども、とりあえずこういう国の新たな整備指針にのっとり、東京都の今後5年間の計画指針というふうにご理解いただいて、ご審議いただければと思います。以上です。

- 岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。個々のことではなくて、これまでの経過等でご質問があればお聞きしますが、よろしいですね。

（なし）

- 岡井会長（昭和大学） では、そういうことで一つずつ審議していきたいと思いますが、資料4-1から順番にいきます。

全部一度に議論すると相当長いので、先ほど飯田課長とも打ち合わせましたが、区切ってやりたいと思います。

最初は、この資料4-1のところを見ていただくと、はじめに、それから東京都の周産期医療を取り巻く現状と課題、それから東京都における周産期医療整備体制計画（案）がありまして、その計画（案）のうちの1、必要な病床、それから2の各周産期医療関連施設の機能というこの二つ、そこまで先に説明をしていただいて、この議論をしたいと思います。それでよろしいですか、お願いできますか。

○事務局（飯田） では、資料4-1、4-2、4-3の、まず資料4-1なんですけれども、この整備計画全体像なんですけれども、三部作になっておりまして、資料4-1、4-2、4-3が合体して計画になります。資料4-2については、母子保健指標などが書いております。資料4-3につきましては、前回も出しましたが、実態調査の結果の概要が書いてございまして、これにつきましては、資料4-3の12ページのハイリスク新生児の長期発育発達予後につきまして、川上委員からご指摘いただきまして、その後、各病院のデータをもう一度見直しましたら、多分記載が逆ではないかと思われる病院について、もう一度問い合わせたものを訂正して、こちらのほうに記載させていただいております。

まずそちらのほうをお断りしまして、資料4-1、おめくりいただきまして、はじめにというところで経過が書いてありますが、今、楠田部会長からお話いただきましたように、国の動き、また東京都もPTや周産期医療協議会でいろいろな議論を行いまして、国の整備指針ができましたと。その整備指針を受けて、今回、計画を策定し、1ページ目の一番最後ですけれども、平成22年度からの5カ年としますけれども、この計画を推進する上で必要に応じて見直しを行うものというふうにしております。

次のページからは、母子保健指標の動向が書いてございます。例えば、低出生体重児がふえているとか、母の年齢が、特に20代後半の母の出生数が減っているのに比べまして、30代後半の出生数がふえているなどの、こういう母子保健の背景を書かせていただいております。

また、周産期死亡率、妊産婦死亡率などは低下しているということでございます。

4ページ目でございますけれども、東京都の地域特性で見ますと、全国的には人口は減少傾向にありますけれども、東京都では増えていると。流入人口も多い、というようなことは、こちらのほうに書いてございます。

次に、東京都の医療資源でございますけれども、産科・産婦人科を標榜する医療機関数、特に分娩取扱数については、非常に減っているということでございます。詳しくは資料4-2に書いてございますが。また周産期を担う医師の数というのも非常に減っておりまして、産科医は平成2年には1,777人でございましたけれども、平成12年には1,528人、平成20年には1,453人。小児科医につきましても、同様に減っておりまして、平成2年4,413人ですけれども、平成20年には3,725人と

減少しているということでございます。

N I C Uでございますけれども、かつて平成9年に立てた目標では、出生1万人に対して20床を基本としておりましたけれども、その整備の状況がこの右側の表に書いてございます。

本整備計画の考え方、これから詳細にご説明いたしますけれども、その考え方でいきますと22年度は261床というふうになっております。

次に、周産期母子医療センターでございますが、総合周産期は11施設、地域は12施設というふうになっているということ。

周産期連携病院は、平成21年3月に連携病院を初めて指定し、6施設指定いたしましたけれども、現在10施設まで拡充しているということが書いてございます。

6ページから計画の中身というか、重要なところになってまいります。

東京都における周産期医療に必要な病床ということで、まずN I C Uでございます。これにつきましては、定義は、診療報酬上の新生児特定集中治療管理料を算定するところでございます。目標数としては、出生1万人に対して30床を基本にして、平成26年度までに320床ということでございます。その320床に関します年次計画が、今年度末が270床、24年度末に300床、26年度末に320床というふうにしております。

また、M F I C Uでございますが、総合のM F I C Uについては、診療報酬を算定するものでございますが、地域におきましては、整備基準を満たす専用病床で施設が都に届け出た病床というもので、都独自のM F I C Uを規定していくという、診療報酬とは関係なく、都が指定していくものを新たにつくるということです。

G C Uでございますけれども、これはN I C Uの後方病床ということでございます。

2番目です。周産期医療関連施設の機能でございますが、周産期センター、連携病院等の機能につきまして、8ページから書いてございます。

まず8ページでございますが、総合周産期の機能でございます。機能は大きく三つございまして、M F I C U、N I C Uを持ち、高度な周産期医療を行うこと。2番目の丸に、救命救急センターやその他診療科と連携し、母体救命に対応するということが条件になります。ただし書きがございまして、関係診療科を併設していない場合は、近隣の連携可能な医療機関と協定等を結んで、その旨を都民に情報提供するということ。

3番目でございますけれども、地域の周産期医療施設、消防機関、周産期コーディネーターからの依頼により、リスクの高い母体・新生児の搬送を受け入れるという機能を持っております。

病床数については、M F I C Uが6床以上、N I C Uが9床以上というような規定がございまして、また確保すべき医療従事者も記載しております。これらの確保すべき医療従事者に、新たなN I C U入院児支援コーディネーターを配置することが望ましいというふうに新たに記載させていただきました。

これらの機能なり病床数などをかんがみまして、それに合致するものが右のページの②総合周産期の整備状況ということに書いてあります。条件に合致する11病院を書いておりまして、各病床を記載しております。

なお、救命救急センター、もしくは同等の機能を有していない場合は、協力病院ということで、愛育病院に関しまして、昭和、慈恵、それから東大病院と協力しているというものを明記しておりますので、総合周産期については、この引き続き指定することをご確認、後でいただきたいと思えます。

次のページが地域周産期センターでございます。

地域周産期センターの機能でございますけれども、周産期にかかる比較的高度な医療行為を行う。それから、総合からの戻り搬送、消防機関や周産期搬送コーディネーター、その他周産期医療施設からの依頼により、比較的高リスクな妊産婦及び新生児を受け入れる機能にする。また、都独自のMFIICUを設置する場合は、産科系救急疾患などのハイリスク妊産婦に対応するというところでございます。

病床数なり職員体制もこのように規定されておりますが、職員体制の中のMFIICUでございますが、母体の集中管理に適した産科医療設備を有する専門病床に対し、常時4：1以上の助産師または看護師が勤務していることが望ましい。ただし、後方病床である産科一般病床と一体的に運営している場合には、当該病床の看護体制は7：1以上であり、これに重複しない看護体制を有するというような規定を新たに示しております。

これら地域周産期に合致する病院が12施設ございまして、こちらのほうも先ほどと同じように病床数なりが書いてございます。

それから10月1日から、前回の周産期医療協議会で認定をいただいた国立国際及び成育医療センターもこちらのほうに記載させていただきましたので、これらも引き続き認定していくことについてご確認いただきたいと思えます。

次、(3)でございますけれども、周産期医療情報ネットワーク参画医療機関、これは今現在、東大病院一つになっておりますが、今後は周産期母子医療センターへの指定に向けて働きかけていきますということでございます。

次のページが周産期連携病院でございます。こちらにつきましては、ミドルリスクの妊産婦に対応するという、それから病床確保・オンコール体制などの確保で、24時間体制で妊産婦の搬送受け入れに対応する。重症でない新生児の診療を行う。ただし、NICU病床を有する場合には、今まで搬送をしてきた新生児を病院内で対応するとともに、一次施設等からのハイリスクの新生児の搬送に対応するというところでございます。

連携病院につきましては、10月現在、10施設が指定されておまして、NICUを診療報酬を算定しているところで、ほかの医療機関からの受け入れも可能である東京医療センターのNICUが3床あります。

ほか、周産期医療関連施設ですけれども、これらがすべて連携をとりながら、地域の実情を踏まえて、機能向上維持に努めることとするというようなことを書いてございま

す。

以上が周産期センターの機能等でございます。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。それではただいまの整備計画（案）、病床数、それから各種地域周産期医療関連施設の機能等につきまして、ご意見やご質問があれば伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

まず、さんざん部会のほうで議論をした結論なんですが、NICUの目標数を今年度末270床、それから少しずつ増やして、大体15床ずつ増えていくんですか。そして25年度には320床という、こういう計画でございますが、これについて何かご意見等ございますか。よろしいですか。

（なし）

○岡井会長（昭和大学） ただ、いろいろな状況を見ながら、これは5年前に一たん決めたから絶対に変更しないということではないんですよ。フレキシブルに状況に応じて、増減ももちろんあり得るということで、現時点での計画という。それでよろしいですね。

○杉本委員（日赤医療センター） NICUのベッド数に関しては、ちょっと二つの要因で、途中で考え直したほうがいいかなという点を思っております。

一つは、新生児科医、専門医がどのくらい期待するように増えるかという点が問題になるかと思えます。

それからもう一点は、低出生体重児の数は増えているんですが、その内容として、一つは多胎児が少し減少の傾向にあるということがあります。もう一つは、1,500グラム以下の極小未熟児、極小低出生体重児が実質的には徐々に少なくなっています。これは背景いろいろあると思えますけれども。

そういうことで、レートプレタームの低出生体重児がふえているので、NICU自体の数の中での、非常に重症な子に関しては、少し減少の傾向にあるということが出ておりますので、途中でその内容を少し見直していく必要があるだろうなというふうには思っております。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。先生、何か今の点で。お願いします。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） まず見直すかどうかですけれども、これは1ページの、先ほど課長も言われた最後のところに、今後この計画を推進する上での情勢の変化に対応し、必要に応じ、見直しを行うものとしますということで、これは5年突っ走るというわけでは決してございません。

それから、杉本委員の最初のご質問なんですけれども、ご指摘のとおり、本当に新生児科医がどれくらい増えるかというのは、我々期待しているんですけれども、どこまでふえるかというのはだれもわかりませんので。

ただ、幸い少しまた学会員も増える傾向にありますので、今後また増えるのではないかなというふうには期待しておりますけれども。

ただ、それはわからないので、今回、NICUと呼んでいまして、とりあえずNI

CUの1と、それから2と、どちらも看護師さんの配置は一緒ですので、いわゆる本当の集中治療、少し先生も言われました、ステップダウンしたような Late preterm の子どもも含めて、一応今回数に入れておりますので。そういう、多少より軽症の子どもでも診れるようなものを含めて考えております。

それから、1, 500グラム未満の数、これも先生おっしゃるように絶対数、全国的には減っているのですけれども、ここ東京都ではまだ出生数がふえているのですね、21年度も。

- 杉本委員（日赤医療センター） あと、資料では減っていると思います。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） 1, 500グラム全体の数では、多分先生、横並びではないですか。
- 事務局（飯田） 資料4-2の、一番細かいのが1ページ、母子保健指標で、出生数と体重別で、21年の速報値は載っていませんが、20年ですね。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） 4ページですかね。4ページの全国の低出生体重児の出生状況で、それから上が東京都ですよ。21年度が載っておりませんが、先生のご指摘のとおり、全国的には減っております。でも、東京都はそれほど今のところまだ明らか減少というところまではいっておりませんが、これはちょっと今後の傾向を見ないとわからないというところだと思います。
- 岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。今、杉本先生が整理してくれたとおりの問題があるので、計画はリジットではなくてフレキシブルにいこうということですが、今の超低出生体重児に関しては、最近、産科は相当そういう早い時期の早産に対していろいろな工夫をして、現実にもちょっとは減っていると思うし、これから5年の間に減らしていけるだろうという感覚を持っていますので、期待してください。お願いします。
- 桑江委員（都立多摩総合医療センター） 多摩総合医療センターの桑江と申します。

NICUのほうは専門外ですのであれなのですが、MFICUに関しまして、東京都独自でして下さるといって自体は、非常にありがたいと思っておりますが。

この半年、総合にさせていただいてちょっと感じたこととして、あと詳細なご検討いただいてすごく思っていることが、産褥の母体搬送、救命的なものが非常に多いと。ここ1週間はうちも何例か受けたのですが、すべて産褥の出血ですとか、けいれんですとかということがあるので。

例えば、救命救急センターは持っているけれども、産科がない、あるいはそういうところが、多摩地域は非常に医療資源が乏しゅうございますので、思いつくところは災害医療センターなのですけれども。逆にそういう救命救急があるところで、産科が協力病院、愛育病院のように近くの病院に協力できるというところがあれば、直近でそちらにもう赤ちゃんはいないわけなので、必ずしもNICUはなくても運んでいただけたところがあると非常にありがたいかなということをおもひまして、ちょっとその辺についてご

検討いただけたらと思います。

○岡井会長（昭和大学） 周産期連携病院というのは、母体救急にだけ、だけというかNICUがなくても母体の緊急に対して対応するという、そういう機能を主に担ってもらう病院なのですが。この中で多摩地域だと日本医大多摩永山病院、それから立川は多摩とは違うけれども、大分近いですか。それから、他は？

○事務局（飯田） 共済立川と公立昭和。

○岡井会長（昭和大学） 青梅もそうですよね。西のほうということでいけば。その辺が、今、桑江先生が言われたようなことでお願いできる病院ということで名を挙げさせてもっているのですけれども。

名前は周産期連携病院という、そういう名前と呼んでいます。まだもうちょっと足りないかもしれませんけれども。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 産婦人科を持っていらっしやらないけれども、救命救急センターが非常にアクティブにやっている病院というのがあるので。それを産褥の母体はある程度協力、病院みたいな形で引き込めるといいのではないかなというふうにちょっと思っておりますので。必ずしも産婦人科がないけれども、救命救急センターは非常にアクティブなところの話で、ちょっと連携病院ではないのです。

○岡井会長（昭和大学） いざ、呼吸停止だなんていうことになると救命救急になりますが、産褥の出血となると、DICの診断をして、その出血の様子から子宮を取らなくてはいけないとかという話があると、これは産科があるほうがベターですよね。本当に死にそうになると、またそれは挿管して呼吸管理ということになりますけれども。

だから、一義的にはこちら、こちらは救急もできるし、産科もあるわけですから。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） もちろんそうなのですけれども、産褥のいわゆる子宮からの出血とか膣裂傷がひどくてというのは、もちろん産科がないとだめなんですけど、結構、けいれんですとか脳出血の症例に関しての産褥でしたら、受けられるのではないかなと思うのですけれども。

○岡井会長（昭和大学） ここの周産期の連携の中には上がってなくても、救命救急センターというのは東京都消防庁できちんと整理して、この地域はここというのがあるので。それは搬送する側のほうの認識で、そちらに送ることはもちろん可能だと思いますよ。

だから、それはちょっと周産期と離れてきてしまうかもしれない。先生が言われているような役割を担う病院は。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 多分産婦人科がないので受けにくいと思うのですね、そういうところは。だけれども、協力病院みたいな、産婦人科が例えば出て行って、少し手伝えばそこで十分対応できるという機能があるのではないかなと、近くにいると思いますので。今すぐどうということではないのですけれども、ご検討いただけたら。

要するに、母体、胎児に関係のない合併症であったり、脳出血を疑われるとか、そういう場合には非常に力があるのではないかと感じております。

- 岡井会長（昭和大学） 具体的にはどういう病院を考えていますか。
- 桑江委員（都立多摩総合医療センター） 国立病院機構災害医療センターですね。
- 岡井会長（昭和大学） それは東京都消防庁では、救命救急センターの中にちゃんと上がっているわけですよね。だから、いざとなればそういう病院に送るのだということを認識してもらえればいいわけなのですよね。
- 事務局（飯田） 今回の議題ではないのですが、今までスーパー救命につきまして幾つか検証したときに、多摩でも、特に脳血管障害の疑いがある者は、一度は今、話が出た災害医療センターに行ってから、ほかに産科があるスーパーに転送されたというような事案もありますので、そういう事案を検証しながら、また見直していきたいと思えます。
- 岡井会長（昭和大学） そういう病院をまたこのグループの中に正式に加えて、リストアップしてやっていくかという、ちょっとずれるかなという感じなのですよね。先生が言っていることは、僕はよくわかるのですよ。でも、一応これは周産期のグループということになっているので。本当に周産期から離れたことの診療だけであれば、東京都の救急の別のシステムがありますから、そちらでやってもらえるということで。ほかに何かありますか。よろしいですか。

（なし）

- 岡井会長（昭和大学） そうすると、先に話のあったNICUの数、このところ、病床の整備計画はこれでいいですね。これはご承認いただいたということで。

（了承）

- 岡井会長（昭和大学） もう一回戻ります。この総合周産期医療センター、それから地域医療センター、それから今申し上げましたネットワークとか連携とか、そういうところの機能の定義から、今ここにリストアップされている病院を承認いただけますでしょうか。よろしいですか。異論がなければ、これをここまでご承認いただいたということで。

（了承）

- 岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。

では、次のところでは、搬送体制の問題ですか、それから連携のほうも入るのかな。

21ページまで。“搬送体制と周産期医療施設間連携”の、そこまでですね。そこを二つやってもらえますか、飯田課長。

- 事務局（飯田） では、多摩まで一気に。

- 岡井会長（昭和大学） いいですか。では、多摩までやってください。

- 事務局（飯田） 14ページから21ページまでご説明します。

14ページからご説明させていただきます。東京都の搬送体制ですが、平成9

年からこの周産期事業が開始して、区部は7ブロック、多摩は全体1ブロックでシステムをつくってございましたけれども、母体搬送困難事案が発生後、一番下に書いてあります、これらの周産期搬送システムに加えて、周産期搬送体制のさらなる強化を図るため、平成20年度以降、周産期搬送にかかる新たな仕組みを導入し、運用しているということで、計画に先んじて新たなシステムはもう運用しているところです。

その一つが東京都母体救命搬送システムでございます。このシステムについて、14ページの下の方ですけれども、搬送事例についてスーパー総合周産期センター等から情報収集を行いまして、母体救命搬送システム検証部会において検証を行うとともに、必要に応じてシステムの改善を行っている。また、同時に本システムのさらなる定着を図っているというような状況です。

最後に、多摩にもスーパー総合周産期を指定していくというようなことで、右側にはシステムの概要を書いてございます。

次のページでございますけれども、搬送コーディネーターでございますが、こちらのほうは第二パラグラフですけれども、周産期搬送コーディネーターを平成21年8月から東京消防庁指令室に設置し、運用されています。

最後のパラグラフですが、今後は、総合周産期センターの協力を得ながら、周産期搬送コーディネーターの機能を強化していくということと、これにつきましても、さらなる定着に向けまして、医師会、産婦人科医会、助産師会の協力を得ながら都内の周産期医療施設等に周知を引き続き図っていくということでございます。

この機能強化につきましては、もう既に前回強化をご議論いただいたところでございます。

次のページでございますが、新たな発想としまして、県域を越えた周産期搬送でございます。

他県からの搬送が約10%ということでございまして、最後のパラグラフです、今後は、東京都と人口移動が多く、周産期搬送件数が多い近隣3県との連携体制を構築するために、周産期搬送のルールづくりなどの検討をしていくということを書かせていただきました。

次に話題が変わりまして、施設間連携の推進でございますけれども、一つはネットワークグループとしまして、顔の見える連携を進めており、今も推進しているところでございます。こうした取り組みを続けて、連携体制を構築していくということです。

19ページですが、セミオープンシステム（オープンシステム）を活用した連携ということで、第三パラグラフですけれども、これらのシステムは、妊産婦の利便性が保たれるだけではなく、早目の紹介等で、やはり分娩のリスクが軽減されることや、中核病院の外來診療の負担が軽減されるなどのメリットがありまして、都内においても愛育、日赤、多摩永山、大塚病院などで既に導入がされていると。

最後、東京都はこれらオープンシステム、セミオープンシステムの活用について、こ

これらのネットワークの取り組みの中でも推進していくということを書かせていただきました。

次、20ページでございます。

多摩地域における周産期医療体制でございますけれども、多摩地域については、都全体的な取り組みに加えて、多摩地域の周産期センターの拡充や連携体制の強化が課題となっておりますので、まず(1)、多摩地域において総合周産期母子医療センターを設置したこと。もう既に22年4月に設置しましたが、それ以前は1カ所のみで総合で多摩地域を網羅しておりましたけれども、4月から二つの総合周産期センターが設置され、かつNICU24床、MFICU9床、GCU48床という最大級の総合周産期センターができています。

また、新生児搬送についてもドクターカーの活用も引き続き続けていくということでございます。

(2)、先ほどスーパーのところでも申し上げたのと重複いたしますけれども、多摩地域においても新たに1カ所指定いたします。

ネットワークグループでございますけれども、多摩地域につきましては、広大なエリア、一つのグループとして、多摩地域周産期ネットワークグループを平成21年度に構築しました。

さらに、右のページでございますけれども、多摩地域を六つのサブグループに分けております。ちょうど連携病院なり、地域周産期センターを合わせてちょうど六つありまして、それぞれがヘッドになるサブグループをつくりまして、きめ細かい一次と二次の連携もこちらのほうで図っていくということです。

(4) 番目に、連携病院の中で、特に新生児に力のある病院につきましては、多摩新生児連携病院というものを新たに創設し、平成22年10月現在、1カ所指定しているというところでございます。

以上が搬送体制、それから連携体制、多摩の医療体制というところでございます。

○岡井会長(昭科大学) ありがとうございます。それでは、今ご説明のあった事項に関しまして、ご質問やご意見がありましたら、お願いいたします。

さっきの母体救命搬送のところ、15ページに図があるのですが、その一番左の図は、転院搬送のときの患者さんの流れ等、連絡のことなのですが、最初につくった案では、産科施設、一次施設が多いかと思っておりますけれども、母体に大変重篤な状況が発生したという場合には、近くでいつも患者さんの搬送をお願いしているところに、まず最初の要請は自分でやってくださいと。それでだめなときに東京消防庁に連絡をして、そこからスーパーに乗るといふ、そんな感じだったのです。

ところが、後で症例を検証してみると、最初の段階でとても時間のかかっている症例があったのです。どういうことかということ、この近くのいつもお願いしているところに連絡をしても、たまたま上の先生がいなくて、当直医が若くて、ちょっと待ってくださ

い、上の先生に聞いてみますなんて言っている間に時間が掛って、長い場合はそこだけで40分も50分もかかっていることがあります。

せっかくスーパーのシステムをつくったのにここで時間がかかるので、それはやめようというので、①、②は同時とすると。私は、個人的には最初から消防庁、119番でいいと思っています。この症例はスーパーに乗せるべき症例だと判断した段階で、119番でいいと個人的には思うのですね。

それで、消防庁のほうで近くの病院、そこは、総合をやっているとわかっているわけですから、事例が発生した施設、すぐ近くに受けられる施設があることはわかっているわけですから、消防庁がスーパーの病院と、その近くの病院に同時に連絡を入れるというようにすれば、最初の段階での無駄な時間の浪費というのはなくなるのではないかと考えているのですけれども、これはいかがですか。皆様のご意見をお聞きしたいと思います。

では杉本先生から。次に丹正先生。

○杉本委員（日赤医療センター） 今、岡井先生が言われたように、最初の段階で119番通報しておけば、とにかくその時点で受け皿になるところはほぼ決定されますので。救急車が到着するのを待つ間に選定病院を探す一つの手段として、直近のいつもおつき合いのある救命救急も、その選択の中の一つに入ってくるという理解でよろしいのではないのかなというふうに思います。

ですから、同時というよりも意識を入れかえて、一番は119番で、2を要請という、一般通報と同じレベルの考えでいいのではないかということです。

○岡井会長（昭和大学） どうぞ、丹正先生。

○丹正委員（日本大学） 私も大体同じなのですが、やはり岡井先生がおっしゃったように、東京消防庁への依頼だけでいいんじゃないかと思うのですね。私も最初にスーパー総合の委員会のときにもちょっと失礼なことをいろいろ申し上げたんですけども、やはり東京消防庁の現場の救急隊は、この重症度等の見方もよくわかっておりますし、それであとは直近のこの救命対応の、どこにあるのか、そういうこともよくわかっているわけですね。ですから、ホットラインで入るほうが、かなりやはり時間の短縮になるだろうなとは思っています。

私も会長がおっしゃったことに賛成です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。お願いします。

○町田委員（東京産婦人科医会） 診療所で産科をやっている者にとりましては、大変会長が言われるとおり、ありがたいと思います。ぜひともそうしていただきたいと思えます。

○岡井会長（昭和大学） そちらでだれか手が挙がって……。よろしいですか。

そうしたら飯田課長、ここを今言ったように修正するというので、こちらでもう一度預かって、この書き方だけ修正することでよろしいですか。

消防庁のほうの意見も聞かなければいけないか。

○増田委員（東京消防庁） 東京消防庁といたしましては、この②を一番に挙げていただくことは全く異存はございません。ただ、この私一番の要請と書いてあるのは、これは直近の医療機関は産科の医療施設の先生に探していただくというよりは、これはかかりつけに連絡するということなのかと思ったので。そういうわけではないのですね。

かかりつけ、例えば患者さんの情報をよくご存じでしょうから、そういう意味ではないのですね。

○岡井会長（昭和大学） いや、そういう意味ではないのです。いつも近いところでやっているところ、今までやっているというのも最初考えていたのですね。

○増田委員（東京消防庁） それでは、もう本当にそういう救命対応の場合は119番で全く問題ないかというふう考えます。

○岡井会長（昭和大学） よろしいですか。飯田課長、何かコメントありますか。

○事務局（飯田） ①番、②番を逆にすることとかはいいのですけれども、一つだけ課題がありますのは、ホットラインになります。ですので、例えば周産期センターにも、今までは産科のクリニックの先生からいきますと、大体窓口が産科にお電話していたのが、119番して指令室にボタンタッチされますと、もう産科には電話が行かずに、すべてホットラインで行くということでございますので、そこでまた病院が、ああ、これはまた産科に聞いてくださいとか言われないように、またその辺もあわせて決めていただかなければいけないですね。

○岡井会長（昭和大学） いや、それは一般搬送の今までと同じですよ。今までの①がだめなときに119番して、ホットラインにしてそうやってやっているわけですから、スーパー事例といったときには、その救急は、ない部分での体制はできているはずなのです。はい、来てくださいとスーパーは言うわけだし。

○丹正委員（日本大学） ちょっとよろしいですか。今、飯田課長がおっしゃったことは、多分事実で、私どもの施設もそうなのですから。直近対応で母体救命に対応する場合は、救命センター、私どものホットラインではなくて、産科のほうに連絡が来るのですよね。スーパー総合の対応機関ではなくて、最終的なスーパー総合周産期医療センターとして依頼がある場合はホットラインに入ってくるので、この2種類が入ってくるわけですね。

ですから、今、飯田課長がおっしゃったのはそのことですね。ですから、これが例えば119番オンリーにすると、すべてホットラインで直近対応も入ってくるという。

○岡井会長（昭和大学） いや、そうではないでしょう。スーパーのときはホットラインに来るけれども、直近のときはどうしている、今までと同じですよ。

○杉本委員（日赤医療センター） 一番問題は、その症例が母体救命なのか通常の母体搬送なのかの、そここのところの使い分けですよ。だから、一般病院が、これは母体救命であるというふうに判断すれば、もう119番でということ、それで一本化でいいの

ですけれども。

○岡井会長（昭和大学）　そうです。これはもともとその話だから。スーパーの話であって、一般的な事例で母体搬送というのは、これにはもともと乗らない話ですから。

○杉本委員（日赤医療センター）　ただ、そのときに通常の診療所ですと、そこがまだいつもここの総合に送っているからというようなことで、母体救命ということを必ずしも認識しないで連絡をしてくるケースがあるのです。

ですから、日赤の場合でも、そういう形で来た場合、これは母体救命ですから119番を通してくださいと、そこで方向を修正することが、今まででも何例かあるのですね。ですから、そのところがまだ一般の診療所では認識が徹底されていないということは事実なのです。

○岡井会長（昭和大学）　わかりました。

○丹正委員（日本大学）　ちょっと追加でよろしいですか。

この3施設で対応が違った、ちょっとはつきり覚えていないのですけれども、違っていたかもしれないのですが、少なくとも私どもの施設では、最後のとりでのスーパー総合周産期への依頼ということであった場合は、東京消防庁からのホットラインで私ども救命センターに入ってきます。ですけれども、直近対応の母体救命対応ということであれば、これは産科に入ってくるのですね。

○岡井会長（昭和大学）　そうなんですか。

○事務局（飯田）　そうです。

○丹正委員（日本大学）　ええ。ですから、あとの2施設がどうだったかちょっとはつきりわからないのですが。

だけれども、私どもの救命センターは、それを対応できると思いますので。

○岡井会長（昭和大学）　それはだから、その場合はでも、今ここで問題になっている話は、直近で来るわけですから、やはり産科に行くわけですよ。119番に行ってるのは、今まで直近の場合に119番に行っていれば同じですよ。

○丹正委員（日本大学）　そういうことですね。

○岡井会長（昭和大学）　そういうこと。そこは同じなのです。そこは変わらない。

だから、理論的にはこの症例が普通の一般搬送とは違う、スーパーだとその担当医が判断した場合にこのシステムに乗せると。その場合は、やはり消防庁の119番に連絡していくということなのですが、具体的に実際の事例では、杉本先生が言われたみたいに、迷ってしまう場合もあつたりとか、混乱しているということもあるけれども、システム上ははつきりさせておいたほうがいいでしょう。

○増田委員（東京消防庁）　すみません、よろしいですか。スーパーですといった場合は……

○岡井会長（昭和大学）　という言葉を使ってくださいと言っているわけですね。

○増田委員（東京消防庁）　もうこれは間違いなくホットラインに入って、もし産科に入

- るのは、我々の考えでは、この直近への医療機関への連絡で産科に入るのではないかと。
- 岡井会長（昭和大学） 事例として、スーパーの事例であれば、消防庁のほうは、きょうは昭和大学が当番であったとしても、遠い場合には近くに連絡しながら来るわけですよ。そのときにはどこに入っているのですか、連絡は。
- 増田委員（東京消防庁） ホットラインです。
- 岡井会長（昭和大学） ホットラインでしょう。近くでも、直近でも。スーパーの事例であればホットラインになりますよね。
- 増田委員（東京消防庁） そうです。
- 岡井会長（昭和大学） それと同じです、変わらないのです。
- 丹正委員（日本大学） 違うと思いますね。少なくとも私どもの施設は違います。
- 岡井会長（昭和大学） それはでも、かけているほうは消防庁のほうだから。
- 丹正委員（日本大学） 消防庁も直近であれば産科のほうに、総合周産期医療センターのほうにかけてくるんですよ。
- 岡井会長（昭和大学） それはスーパー事例でもですか。
- 丹正委員（日本大学） スーパー事例でもです。
- 岡井会長（昭和大学） それは確認しないと…。
- 丹正委員（日本大学） この最後のとりでの3カ所ということで来る場合には、これは……
- 岡井会長（昭和大学） それはちょっと消防庁のほうに聞いてみないとわからない。
- 丹正委員（日本大学） いや、救命センターのほうにかかってきていますね、実際に。
- 増田委員（東京消防庁） ちょっと具体的に係長に答えさせますので。
- 岡井会長（昭和大学） すみません。
- 緒方（東京消防庁） 救急医務係長の緒方でございます。お世話になっております。
- 救命の場合には、東京消防庁はすべてホットラインをたたきます。それで、あと状況によって、今は一般の場合でもそうなのですけれども、ホットをたたいても、産科に聞いてくれということで、産科に確認し直すというのが現場では今、起きています。それをさっき飯田課長のほうが心配していたと思います。
- そこでやはりホットをたたくのですけれども、ホットですぐ回答してくれないで、あえてもう一回、じゃあ、東京消防庁さん、産科にもう一回回してくださいといわれて産科に確認するというのが現場で今起きているというのがあります。
- 岡井会長（昭和大学） それは当番のスーパーではない直近の場合は断ることができませんから、産科の状況を確認したりすることをやるわけですよ。だけれども、当番のスーパーの場合は、満床でも何でも受けるのですから、すぐ来てくださいます。その違いはもちろんありますけれども。
- 丹正委員（日本大学） ちょっと私もそこわからない——よろしいですか。でも、私どもの日大板橋病院は、東京消防庁は直近対応の母体救命ということであれば、間違いな

く産科のほうに連絡が来ています。

- 岡井会長（昭和大学） 知っているのですね。
- 丹正委員（日本大学） いや、総合周産期。
- 岡井会長（昭和大学） 今はそういう現状にあるわけですか。
- 丹正委員（日本大学） そういう現状にあります。
- 岡井会長（昭和大学） わかりました。それもう一回整理してもらって…、消防庁の対応はこれまでと同じなのです、変わりません。飯田課長が心配したことは、そこは変わらないんです。
- 事務局（飯田） 丹正先生の多分おっしゃっているのは、この一番左側の転送の、転院のときに、産科施設から直近の救急医療機関という矢印が、ここが窓口が、例えばここが産科のクリニックから日大がたまたま直近の救急医療機関だった場合は……
- 岡井会長（昭和大学） 消防庁を通さない場合でしょう。
- 事務局（飯田） クリニックからの場合は、産科に連絡が行ってしまうのです、救命ではなくて。
- 岡井会長（昭和大学） 消防庁を通さない場合でしょう。
- 事務局（飯田） 通さない場合などは、もうみんな産科に。
- 岡井会長（昭和大学） 通さない場合だよ、それは。
- 丹正委員（日本大学） ちょっとまってください、私もなんかそこまで言われるとわからなくなっちゃいましたけれども。
- 岡井会長（昭和大学） それはだから……
- 丹正委員（日本大学） とにかく、私どもの救命センターにホットラインで入ってくるのは、この最後のとりでとしてのスーパー総合周産期の場合にホットラインで入ってくるのですね。それ以外は、おそらくここが3施設で多分違うと思うのです。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） これはスーパーなので、もちろん変えるのはいいと思うのですけれども、ちょっと祖語があるといけないので、一度スーパーの部会でもんでいただいて。これは先ほどのコーディネーターのほうも、これがもう最終案というわけでもありませんし、もちろんまだまだ強化する方法はありますので。
- 岡井会長（昭和大学） では整理し直します。消防庁のほうでもう一回調べて下さい。消防庁にとにかく集めるでいいですよ。それはいいでしょう。スーパーの事例は自分がいつもお願いしている、近くの病院に聞いてみようかはやめてくださいということなのです。そこで時間を食っている症例があるのですぐに 119 番に連絡を入れることにしようと言っているのです。スーパーの事例ですよ。
軽い病例はいいのですよ。軽い普通の母体搬送はいいけれども、一刻を争って、早く手術をするか何かしないと命が危ないと、そういう判定をしたわけですから、それはもう消防庁に行ってもらおうほうが早いという、データの的に出ているわけですから。
- 杉本委員（日赤医療センター） 直近の救命救急として受けたときの病院の窓口が、昭

和と日赤は救命救急の救急を窓口と一本化しているということで、これは同じだと思うのですよ。ただ、ほかの救命救急の直近の機関は、窓口をそういうふうにしているかどうかは、確認をしないといけないかなというふうに、今、丹正委員の言われたことを聞いていてちょっと思ったので。

- 岡井会長（昭和大学） それは確認しておきましょう。
- 杉本委員（日赤医療センター） それは確認して今後そここのところの統一性をとるよ
うにということは、一つの宿題ではないかなというふうに思います。
- 岡井会長（昭和大学） それはやりましょう。ただ、一次施設で事例が発生したところ
が連絡するのに、最初から消防庁であるということはいいでしょう、それは。そこから
先はもう一回検討しましょう。
- 山村委員（東京都助産師会） ちょっと確認で。産科の救急かどうかちょっとわからな
い症例で、早産ですね、早い時期の破水とかというのは、かなり緊急性が高いですけれ
ども。ただこの産科救急にも入っていないし、それから急な胎児心音の異常、心拍が
低下して、もう本当に救命しなければいけない、そういう事例があるのですけれど
も。そういう場合も一応119番を通していい、スーパーの症例になるのですか、それは。
- 岡井会長（昭和大学） なりません。それはそれで考えなくてはいけないことな
のですけれども、大事なことですけれども、このスーパーは、何度も言っているけれど
も、母体ですから。母体が、それも死にそうな人ですからね。普通のちょっとぐあいが悪い
ではないですよ。
- 山村委員（東京都助産師会） 赤ちゃんが死にそうというのは入らないということ
ですね。
- 岡井会長（昭和大学） これは違うのです。赤ちゃんはまた別に考えなければい
けない。これは母体だけです。
- 山村委員（東京都助産師会） いや、でも、それを救急隊に言ったら、それはス
ーパーになるんじゃないかというようなことも、ちらっと言われたのですね。
- 岡井会長（昭和大学） ならない。
- 山村委員（東京都助産師会） ならないのですか。
- 岡井会長（昭和大学） ならないのです。救急隊員にはもう一回ちゃんと
言わなければ。物すごく早産のリスクが高いとか、さっき言った胎児の心拍数がおかしいなど、どう
早く運ぶとか、これは別の宿題ですよ。本当に急ぐ病例はもちろんありますから。普
通の母体搬送では済まない。
特に分娩の最中に胎児の状態が悪くなって、そこで帝王切開ができないような施設、
これをどこへ運ぶかというのは、一つの宿題で、ぜひまた新たなシステムを考えたいと
思いますけれども。スーパー母体搬送とは別ですから。
今のところそういう症例であるということで、これまでのシステムの中で、まずこれ
を頑張って、急ぐ必要があることを伝えてやってもらうということになると思います。

- 楠田会長代理（東京女子医科大学） ただ、これはとりあえず同時にしておけば、今すぐは先生、大きくは問題ないのですよね。
- 岡井会長（昭和大学） 同時にしてもいいのだけれども、そっちに頼っちゃうんですよ。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） ただ、そうしないとちょっと今、変えてしまうといろいろな施設がいろいろな状況でどう受けているかわからないので。別に後でゆっくり、そこは正しく説明すればいいじゃないですか。
- 岡井会長（昭和大学） 救急車からの今までどおりですから、消防庁からは。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） 一般通報は。
- 岡井会長（昭和大学） 一般通報と同じですからね。
- 丹正委員（日本大学） よろしいですか。今おっしゃった、同時ではなくてもう決めるのであれば、もう119番一本化したほうが、多分まとまりやすいと思います。
- 岡井会長（昭和大学） 僕もそう思っているのですけれども、最終的にもう一回部会で最終決定して、そのときに先生が言われた、要は消防庁からどういうふうに伝えているのかということ、もう一回整理し直したいと思います。
- いいですね、それで。
- 事務局（飯田） 確認です。このままでよろしいんですか。①番、②番だけ逆にしますか。これは部会で、担当するということでしょうか。
- 岡井会長（昭和大学） 今度部会はいつやるのでしたっけ。
- 事務局（飯田） 11月ぐらいにやるつもりです。ですのでこのままで。
- 岡井会長（昭和大学） 今はこのままで同時ということにしておいて、11月に正式に、全部119番にしてくださいということを決定して、それから消防庁からの連絡の問題とかを整理して、最終決定しましょう。
- 今は同時にしておきます。11月にちゃんと正式に決定して、修正版を皆さんにお配りすると。いいですか、それで。

（了承）

- 岡井会長（昭和大学） それから、山村委員からご指摘いただいた件ですが、これはやらなくちゃいけないと思ったのですけれども、そのシステムがうまくできていなくて。帝王切開ができない施設で胎児の状態が急に悪くなった場合に、これも結構急ぐのですよね。今までだと急ぎますよということだけで、できるだけ近くのところへお願いするのだけれども、やっぱり近くは今とれないというようなことがあったりというので、良いシステムを考えたいと思います。
- 何かご意見ありますか、田中先生、その点について。
- 田中委員（東邦大学） 東邦大学の田中です。それは先生、今までどおりの決まりでいいのではないですか。直近のところで、まずその総合に、担当の総合に連絡する。
- 岡井会長（昭和大学） 消防庁が連絡するのですか？
- 田中委員（東邦大学） そこをとれなければ、総合が探すというのはいかがでしょう。

- 岡井会長（昭和大学） それで時間がかかってしまったら、胎児の状態がどんどん悪くなっていくと。今、僕ら脳性麻痺の事例の症例をやっていると、そういうのも出てくるのですよね。時間がかかってしまっているという。
- 竹田委員（順天堂大学） 一番多いのは早剥ではないですか。
- 岡井会長（昭和大学） そうです。早剥だけではないですけども、早剥が多いと思いますよ。半分ぐらい早剥かもしれない。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） これは前新生児部会長の宇賀先生が言っていたことで、胎児新生児のスーパーが要りますというふうに言っておられたので、何かそういうものが本当はあればいいですけども。
- 岡井会長（昭和大学） 産まれた赤ちゃんの問題もありますね。予想していなかったのにとっても悪い状態で生まれてしまったというのがありますので、それも急ぎますから。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） ちょっと検討事項ではありますけれども。
- 岡井会長（昭和大学） 検討事項ということで。
- 楠田会長代理（東京女子医科大学） ちょっと今すぐいい案が出てこないですね
- 岡井会長（昭和大学） この話は今後議論を進めたいと思います。
- 中林委員（愛育病院） あとの新生児のところで出てくると思っていたのですけれども。今、竹田委員の言われたように、早剥で帝王切開ができるところで、例えば32週で早剥が起きた場合、帝王切開で児を出して、そこでお迎えが来てくれれば助かります。未熟児は診れないけれども、帝王切開はできるというところはたくさんあるのです。ところが、今は母体がDICを起こしたり、児が新生児仮死になると困るので、母体搬送をしてしまう。非常に悪い状況で総合センターで帝王切開をされて新生児が脳性麻痺または死亡という例が最後に残ってくるだろうと思います。
- これに関しては、都内に幾つか余裕のあるNICUが新生児のお迎え搬送をしていただきたいですね。そういう施設が何カ所かないと困ると思います。
- しかし、今のところはどこも入院中の重症児が多くなって、かつ新生児の医師が、夜間に出て行ってしまったら、院内にだれもいなくなってしまうということであり、新生児のお迎えは頼んでも来てくれないのです。そうすると、やむを得ず早剥という診断はついて、胎児を出したほうがいいのだけれども、送らざるを得ない。
- これに関しては、地方は搬送するところが一つなので、みんなそこに決まりますけれども、東京と大阪は搬送先が幾つかあるがために、どうしようか決めるために時間がかかるという問題になってしまいます。その辺の解決を計るために、NICUのうち何カ所かは余裕を持って、救急お新生児をが迎えに行けるというシステムが、5年後ぐらいにはできてほしいですね。そのような方向性がちらっと書いてあったのですよね、ここの新生児搬送のところに。
- しかし、人間的にもNICUの医師は少ないですし、そこまで突っ込んだことは書かれていなかったの、後ほどご質問はしようと思っていたのですけれども、今たまたま

出ましたので、一度それをご検討いただければと思います。特に5年後ぐらいには、最後に残ってくる問題として、竹田先生もご指摘のあったようなことが出てくるかと思うのです。

○岡井会長（昭和大学） わかりました。今言われた、例に挙げられたような事例の取り扱いも含めて、胎児・新生児の救急ということで、システムをどうするのか、宿題にしたいと思います。じっくり考えていい体制をつくりたいと思いますので。ありがとうございました。

ほかには何かございませんか。

○田中委員（東邦大学） 確認よろしいですか。今の中林先生のご意見ですと、これは消防庁にちょっとお伺いしたいのですが。例えば新生児を迎えに行き行って受け入れますと、というときに、自分のところで組むとか、そういう保育器を持って行けば、これは普通の救急車が来てくれれば、すぐ行けるわけですね、本来は。依頼した場合に。自分のところで救急を持っていなかった場合に。

○増田委員（東京消防庁） 保育器を持っています。

○田中委員（東邦大学） 自分のところで今度は保育器を持っていくから、すぐ単なる普通の。なぜかという、救急、いろいろな分署、すべて保育器があるわけではないわけですね。例えば大田区だったら、市野倉があってどこがないとか、ある基点のところしかない。そこがちょうど出払っているなんていうときには、すぐ出られないわけですね。

ですから、自分の病院に保育器があって、救急車だけ来てくれればいいというのであれば、すぐ行けると思うのですが。その辺も僕は実は検討に入れないと、すべての分署があれを持っているわけではないわけですから。よろしくお願いします。

○岡井会長（昭和大学） わかりました。新生児搬送のための設備等をあわせて、お願いします。

○川上委員（日赤医療センター） 中林先生のご意見なのですけれども、今、新生児科医が迎えに行っていないというのは、それは施設によってですね。

○中林委員（愛育病院） 施設によってですね。

○川上委員（日赤医療センター） 私どものところは迎えに行っている。

○中林委員（愛育病院） 迎えに行ってくださいるところもあるんです。

○川上委員（日赤医療センター） それから昔の八王子、多摩の周辺といいますかね。実際の現場のドクターとしては、本当に迎えに行かないといけないのかどうかという、その重症度の判断といいますか、産科の先生方から、本当に迎えに来てもらうことがこんなにメリットがあるんだというような声を上げてもらえれば、多分、新生児科医はその必要性に応じて働けると思います。ですから、どうぞそういう声をいっぱい上げていただいて。

○中林委員（愛育病院） 愛育病院でも新生児科医にそのようなことがあったら、開業の先生方々のところへ飛んで行ってくれとお願いしているのですけれども、新生児科部長としては、夜間は自分のところをあけて、行くわけにはいかないというお答えが返ってくるのです。当院でも NICU の人数を確保して、そういう要望があったら迎えに行けるようにしてあげてくれと、私は要望するのですけれども、なかなか担当の部長としては難しいということなのです。

今、先生がおっしゃったように、本当に緊急で要望があれば、何が何でも行きますよという意欲を NICU の皆さんが持っていただければ大変ありがたいです。産科医も母体搬送すればそれで終わりではなしに、その母児の予後を考えて、お迎えを必死に頼むように、そういう意欲もなければいけないでしょう。その辺は各施設によって事情が違ふし、頼まれても行けないというところも多々あるのですね。

それはまた、新生児科医の中で討議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。ルールをつくりたいと思います。

○杉本委員（日赤医療センター） 新生児搬送についての実績は、いつも四半期報告で出ているので、どこの病院がそれをやっているか、これは明らかなのですね。ですから、その辺は新生児科の内部で調整していただきたいと思います。

ただ、もう一つ、田中先生が言われたように、実は二次病院の非常に弱体化ということがこの早剥で送れない、母体ごと送ってしまえば、それで責任が回避できるという実態があるのですね。夜間には一人しか当直していないのです。ですから、早剥すればそこで出して、新生児搬送したほうが、症例としてはもう明らかに予後がいいことがわかっているケースは、これは1年の間でも、その時点で母体搬送したために送ったときには IVFD で、助けられる可能性のあった新生児が亡くなっているということも、これは今の都内の二次病院が弱体化している一つのあらわれとして、幾つかのそういう事例が起きていることは事実です。

○岡井会長（昭和大学） 町田先生、どうぞ。

○町田委員（東京産婦人科医会） 多摩で診療しているわけですが、医療資源が乏しい多摩で、唯一本当にありがたいことは、ドクターカーで新生児科の先生が来てくださるのです。これで助かっている症例というのは、物すごくたくさんある。その中には早剥も当然含まれているはずですが、これはぜひ調べていただいて、実績としてデータに入れて、それをもとにして今話を進めていただくと大変ありがたいと思います。多摩にはたくさん、そういった症例があるはずですが。

○岡井会長（昭和大学） 今、いろいろご提案いただいたこと、合わせて総合的に考えて一つのシステムをまたつくりたいと思いますので、その節は委員の先生方のご協力、よろしくお願いいたします。

それでは、搬送の件はこれでいいということによろしいですか。ほかに修正点で何かありましたら…。いいですか。

(なし)

○岡井会長（昭和大学） 当面、このスーパーは続けると。それから、多摩をスーパーに指定して、絶対やってもらいたい形に持っていくのはいつごろになりますか。多摩等というのは、多摩の病院で。

○事務局（飯田） 今この病院や消防庁とかと調整中で、11月から12月にスーパー部会で区部との連携など、いろいろまだ課題が整理されていないので、それが整理されてからということになるかと思えます。

○岡井会長（昭和大学） わかりました。では、そのときはまたよろしくお願いします。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 一言だけ。今、院内調整をしております、11月から一応院内では週に1日試行していこうということで、大体院内の合意を得られたところなのですが。議論していく中で、やはり課題も見えてきたということがあって。後のほうでちょっとお話しさせていただきたいと思うのですが、やはり産婦人科だけであれば、今でもほとんど要請があって、救命事例は受け入れているようなところもあるのですが、やはり他科が関わってくるということで難しいと。

○岡井会長（昭和大学） はい、それは私たちも頑張って、頑張って、頑張って、ほかからの協力を得ることができたので、頑張ってください。

それでは、今度はコーディネーターのことですが、これも順調にスタートはしていると思えますし、コーディネーターのほうは、私に言わせれば、まだ余力があると。もっと活用できるのではないかというふうに思っていますが、何かご意見とかございますでしょうか。

最初のスタートからは少し機能拡大をしてもらうことになったのですよね。

○杉本委員（日赤医療センター） これは5カ年計画ですから、5年後にコーディネーター制度の目指す目標の姿をある程度見えるようにしていただきたいと思うのですね。ですから、その辺が方向性だの努力目標の形でしか出ていないので、もう少し具体化できるのではないかなという気はするので。5カ年計画という点からの、もう少し具体性を持った形をお願いしたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） 具体性、これはどうですかね。最終的には、医師が病院探しというようなことから一切手を引けると。そことコーディネーターの人をお願いすれば、それで済みというようになれば一番いいのですよね。そういうようなこと。

○増田委員（東京消防庁） 新生児が1,500、母体が1,500ですから、3,000ですよね。だから一日、そのまま割りますと10件ぐらいになりますので。そういう意味では、ある程度このコーディネーターの方がやるのは可能です。

それから、もう一つは、ちょっと見えないのが、広域の搬送なのです。ですから、本当はそれも含めて、杉本先生おっしゃるように、5年後にはすべてそういうものが、コーディネーター制度ができればいいとは思いますが。

ただ、ちょっとここに明記まではできなかったもので、そういう意味では、これも申し

わけないですけども、またこういうコーディネーターの部会で、それは具体的にしま
すけれども、イメージとしては、こういう広域も含めたものが搬送のコーディネーター
の最終的な役割かなと考えています。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。はい、お願いします。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 先ほど課題が見えてきたということの一つが、
このコーディネーターの方にお願ひできたらということがありまして。今、多摩地区
は先ほど飯田課長がお話しになったように、六つのサブグループに分けて、中心になっ
ているところが周り非常に顔が見える連携をつくっていかうということなのですね。

私たちも始めまして、非常に困ったなと思っているのが、かなり早い段階で前置胎盤
の出血とか受け入れてしまいますと、ベッドが回らなくて、ここ半年間の在院日数が非
常に、予定していたのが10日と思っていたのですけれども、17日ぐらいになってしま
って、受け入れられなくなってしまっているのが実情なのですね。

それで、今、例えばこの先生だったら、何週だったら戻せるかという戻り搬送の話
を顔が見える連携の中でコーディネートアンケートをとって、ここは36週、ここは35
週というふうに中心となっていていただいている、私たちのところだと武蔵野日赤なん
ですが、日赤の先生方にお願ひしているところなのですが。

要するに、切迫早産、前期破水、前置胎盤に関しましては、結構時間があるので、コ
ーディネーティングして下さる方が、先生のところは何週だったら戻り搬送ができま
すかというのをちょっと一言聞いていただくと、こちらもちょうととりやすいかなとい
うことがあって、ぜひご検討いただけたらと思います。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。コーディネーターは、機能強化の一
つですね。

ほかに何かございますか。

（なし）

○岡井会長（昭和大学） そうすると次は、“施設間連携の推進”。これはオープン病院等
の発展といいますか、システムの普及というような形を進めていかうということだと思
いますが。オープン施設をやっているのは愛育病院ですか。先生からコメントがあれば
お願いします。

○中林委員（愛育病院） 当院では今まで16施設の開業の先生方と連携をいたしまして
おります。それから近々田町のほうにも新病院ができるということなので、さらにいく
つかの施設にご希望があれば連携が可能ですというお手紙をさしあげたところです。こ
のブロック内の診療所との病診連携が今まで以上にできるシステムを進めています。東
京都からもご支援をいただいて、ブロック内でのより強固な連携を進め始めたところ
です。

セミオープンの運用になりますと、一般の病診連携という以上に、年に何回は集まっ
て話し合いをして、検査システムは同一にするとか、いろいろなことが共通化されます

ので、医療の標準化には大変役に立つのではないかなという感じがします。多くの参加している方々から、ここ三、四年やってみて、自分たちもメリットがあったといっています。

それから、診療所の先生方は、1週間お休みするのでお願いしますとか、そういう利用の仕方もあったというようなことで、随分有効だったというご意見をいただきました。今回さらに拡充をするということになったところで、ようやくこのシステムも安定したというような感じがいたしております。

○岡井会長（昭和大学） いかがですか。こういうのは診療体制のあり方の、一つのモデルだと思いますので、日本の場合、何かその辺の整備がおくれているような気がするのので、ぜひこういうのも発展させていきたいと思っています。

よろしいですか。

（なし）

○岡井会長（昭和大学） そうすると次が多摩です。多摩に関しては、桑江先生からコメントをもらって終わりにしましょう。何かありますか。

これまで医療資源の配置というか、配分が薄かったと思いますけれども、都のほうも多摩のほうには力を入れようということなので、これから少しずつはよくなっていくと思いますけれども。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 皆さん方の本当にご協力及びご指導で、よちよち歩きで始めまして、大体半年たったところなのですけれども。先ほどこちょっと課題が見えてきたということの一つが、その一つはバックトランスファーの基準を自分たちのところできちんと決めて、受け入れるときに、じゃあ、何週になったら帰りますよということを初めからやらないとだめだなというのが一つありまして。どうしても受けてしまうと、患者さんは戻りたくないということになってしまって、滞ってしまうというのが一つ、すごくよく見えてまいりました。

あともう一つ、一つは院内の整備という意味で、やはり先ほどのお話が一つ、救命救急で受けるのか、総合周産期で受けるのかということが、やはり病院の窓口がいろいろなところがあって、では電話交換システムに入ってしまったらどうか、外側に向ける電話の番号がどうも一つしかなかったらしくて、それが近くの日医大の多摩の中井先生とかにもかなり怒られて、全然つながらないとか。そういう外から見たらどうだという発想が今までなかったの、やはりそういう特別なときには特別な電話番号を使わなくてはいけないとか、細かいことなのですけれども、やはり地域の連携をやっていく上の、院内の整備もそうですけれども、外側からどういうふうにしたら一番直近で受けられるかということが、そういったことが非常にいろいろ見えてまいりました。

それと東京都が非常に詳細な調査をしてくださったので、ある意味、数がわかってきたといえますか、私も平成17年にアンケートをとって、母体搬送はこれぐらいだろうと。ハイリスク妊娠の紹介はこれぐらいだろうということで、ある程度予測をしていた

のですけれども、この間ブロックの会議で、サブグループで、一応杏林大学が100ぐらい受けられると。それで町田市民と武蔵野赤十字病院がそれぞれ50ぐらい受けられるから、先生のところで100ぐらい受けてくれば、区内まで送らなくていいのではないという話になりまして、この半年間で大体今、母体搬送は74件ぐらい受けたので。

ただ、やはりこれでもまだ都内のほうにはお世話になっていると思いますし、多摩当番はまだ相変わらず続けてくださっているということを考えると、この数ではだめなのだろうなと思って。結局22週から例えば36週までという数が出てきてまいりましたので、そうしたときにプレタームをどういうふうにか考えるかということなのですから。

この統計をちょっと先日、飯田課長にお願いしたのですが、37週から後ではなくて、36週はもうほとんどどこも、先生方としては37週と同じように赤ちゃんも診てくださるところが多いものですから、36週以上は普通に扱えるというふうにか考えますと、やはり28週から31週、32週から35週と、ここを二つに分けたときに、さっきざっと計算しますと、詳細はちょっと置いておくとして、このくらいだったら何とか多摩で踏ん張れるんじゃないかなと。全部で51床しかNICUがないのですけれども、それをうまく活用すると、この数だったら何とか受けられるんじゃないかなという数がおぼろげながら見えてきましたので。

この母体搬送が、結局300なのか400なのかという話はあるんですけれども、それとNICUに入らなければいけない赤ちゃんの問題等を見ると、少しずつおぼろげながらやっていけるだろうかということが見えてまいったような次第です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。そういうことで、皆さんからすぐ期待されていますので、桑江先生のところでよろしくお願いします。頑張ってください。

それでは、今お話しがあったところで、“搬送システム”、ちょっと修正が加わることになると思いますので修正版を出します。あとは“コーディネーターの件”も杉本先生が言われたように、もうちょっと最後の目標的なものを具体的なものを出す。それとあとはよろしいですか、大体。

まだありますか、お願いします。

○杉本委員（日赤医療センター） 今の多摩地域の整備ということに関して、これもやはり5カ年計画ですから、緊急避難的につくられた多摩当番というのがいつ解消できるのかという、そういう見通しをしっかりと出していただきたいと思います。

ですから、この5カ年の間にそれを解消を目標として整備をするということであれば、そういうことをしっかりと明記していただきたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） 多摩当番は、実際にはできるだけ早くやめたいのですよね。なかなかそうはいかない。でも、本当のことを言うと、5カ年のうちに、例えば施設をもう一個ふやすとか、病院の医師を何人ふやすとか、何かやらないとできない仕事なので

す。

○杉本委員（日赤医療センター） だからNICUの増床の中身は、多摩地域をどこまでカバーしているかというところをもう少し詳細に詰めていただく必要があるんじゃないかなと思います。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 先ほどだからちょっとNICUの整備目標を見ていたときに、あと60床ふやすわけですよ、5カ年で。今、多摩は51床しかなくて、東京都の3分の1は多摩地域で生まれていることを考えますと、もっと必要なのです。今、杉本先生がおっしゃったとおりで、多摩地域をふやさなければいけないのではないかなという感じを受けまして、ではその受け皿があるのか、新しいところに頼むのか、今のところを拡張するのかなというのが、もしある程度ご計画があったら伺いたいと思うのですけれども。

○岡井会長（昭和大学） 今すぐは、これちょっと答えられないことなのですが、今言われたことは本当に大事なことで。多摩はこれからも人口は予想ではふえていくし、厚くしなくてはいけないですね、本当に病院の規模は今、間に合っているのか。もう一ついるのか、今の病院を、さらに周産期施設の規模を拡大する必要があるのかとか、そこまで考えないといけないですよ。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） NICUだけを考えますと、東京都の北のほうも実は少し足りない状況です。それから、もちろん多摩が足らなくて。それで本当は具体的なことというのをもちろん出せばいいのですけれども、実はそういう原案のような資料は一応、用意はしていただいたのですけれども、ちょっとこれやはり個々の病院の事情がありますので。それをどこというふうには公表できないので、書いておりませんが、今言った、やはり多摩と東、これがキーのポイントではあります。

ですから、何も集中しているところにふやすのではなくて、やはり足りないところに病院としてはお願いしたいのですけれども、繰り返しになりますが、ちょっとこれは病院の事情がありますので、ちょっとここには載せられないと、そういう事情があるというふうにご理解していただいたらと思います。

○岡井会長（昭和大学） そうすると最終案では、具体的なことは、なかなか数字としては上げられない部分はあります。今後検討しましょう。

では次にいきたいと思います。この次が、“NICUの入院児の在宅等への移行支援”、そこからこのⅢを終らせて、国への提案要求の前までですか、これできますか。すみません。

○事務局（飯田） では、22ページからご説明いたします。

まず、NICU等入院児の在宅等への移行支援ということで、こちらの表がありますように、平成22年5月というのが、ワンデー調査ですけれども、90日以上、NICUもしくはGCUに入院している児が100人。そのうち22名が1年以上入院していると、こういう実態もございます。

しかしながら、地域での連携なり、地域でのサポートできるような訪問看護ステーションなど、在宅生活を支えるための資源の整備も必要ということで、21年度から検討開始、現在平成22年度から、都立墨東病院の渡邊先生を中心にいたしまして、NICU等の入院児を対象に、退院支援のための取り組みを行っております。あわせて、都全体といたしましても、周産期センター、保健所、保健センターの研修をモデル的に行っております。

今後はということで、次のページでございますけれども、周産期センターに対し、入院児支援コーディネーター機能の配置を働きかけていきますということと、それでコーディネーターが院内外のコーディネートをするということと、家族に対しましても在宅に向けた技術指導、相談・助言を行う。

また、療養支援移行に対して、退院が準備できるような療養移行支援病床とか、レスパイトみたいな、家族を支える環境の整備を進めるということも検討をしていきます。

また、NICUから退院した児とかその家族を支援するために訪問看護ステーションの拡充、技術の向上を図るための方策も検討していくと。

最後に、出産前後からの支援・連携体制を構築するというようなことを書いております。

次に、人材の育成と確保ですが、医師については、特に周産期関係にかかる医師は減少しているということと、また女性の割合が高く、女性の働きやすい環境づくりが必要と。

今後はということで、右の25ページになりますが、女性医師の確保・定着に向けて、保育所や学童クラブの保育サービスを拡充する。

また、産科・新生児科医師の処遇改善。現在都立病院で実施している新生児専門医の育成を引き続き行って、こういうことなどによって周産期医療センターの新生児の確保と新生児医療技術の向上を図っていくということでございます。

あとは島しょや多摩など、公立病院につきましては、一定期間医師を派遣する地域支援ドクターの事業も引き続き行っていくということを書いております。

次に、助産師・看護師ですけれども、第二パラグラフ、現在、養成、定着、再就職という三つの柱で看護師確保対策を行っておりますが、これも今後充実していくということとあわせて、新生児集中ケア認定看護師の資格習得支援などを行っていく。

院内助産システムでございますけれども、院内助産、助産外来を行っておりますが、研修などを通じまして、院内助産システムの活用を支援しています。

(4) 研修でございますが、周産期医療関係者研修、これも今後継続していくことと、さらには今年度から始めたいと思っております新生児蘇生に関する研修を行っていきながら、周産期医療全体の質の向上を図っていくということを、人材育成のところで書きました。

次のページ、26ページですけれども、周産期医療情報センターの機能・体制でござ

います。

これは昭和62年からオンラインで東京都周産期情報システムを設置しまして、診療能力情報を共有化して、病院の搬送先選定に活用しています。

第二パラグラフ、また本システムでございますけれども、各周産期センターから収集しました妊婦・新生児の症例データを蓄積・集計・解析するデータベースもあわせて持っております。しかしながら、このデータ回収なども進んでいないところもございますので、今後ともということで、本システムを活用した、まず搬送調整に必要な情報の収集について、これを適宜活用していくということ。

それから、最後に書いてあります、さらに、周産期センター等が保有する、妊婦や新生児の症例データ等を収集・蓄積・解析して、適切な情報を継続的に提供してまいります。

最後27ページ、都民に対する情報提供と普及啓発でございますけれども、東京都の周産期にかかる各種統計や情報提供はホームページにおいて行っておりますが、これも引き続き行っていくということと、(2) 都民への普及啓発の①でございます。妊婦健康診査、これにつきましては、真ん中辺、現在は、都内全区市町村において、14回の公費負担を実施しておりますが、これの継続を国にお願いしていくということ。

それから、やはり最後のほうに書いてあります、受診促進や安全な出産に向けた知識の普及啓発等の先駆的な取り組みを紹介するなど、効果的な事業につながる支援を行っていく。また、妊娠・出産に関する不安などの相談機関や窓口の周知を図っていくということで、この健康診断に関する促進を行っていくと。

また、あわせて②相談・支援体制ですけれども、特に出産前からの支援の必要な特定妊婦についての支援が必要であるということで、次のページ、今後はという最後のパラグラフですが、医療機関・保健機関・福祉機関・その他相談機関が連携して特定妊婦を支援できるよう、相談窓口・支援体制の周知や、区市町村における制度の活用を図っていきますということを書かせていただきました。

国の点は、もうこちらのほうは既に出されているものでございますので割愛します。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。それでは順番に聞きましょう。最初のNICUに長期入院している児の在宅への移行、これを促進しないといけないのですが、この点に関しましては、有馬先生から一言発言いただけますか。お願いします。

○有馬委員（日本重症心身障害学会） 今、たまっている人たちが重症心身障害も結構多いと。特に先ほどご議論ございましたけれども、重症心身障害になりやすいのは、むしろ成熟児のほうが多い。原因からいうと、低、無酸素性脳症の後遺症というのが重症心身障害児には多くて、非常に超未熟児というのは、脳性麻痺にはなるのですが、脳損傷は比較的軽いんですね。ダブルで知恵のおくれ、肢体不自由が強いというのは大体成熟児で、周産期のときの障害が強いのがかなり多い。そういうのが1年以上たまってしまふということだろうと思うのです。

ですから、ここの資料にも書いてございましたけれども、超未熟児で非常に早産、例えば22週、23週というのは、1年以内で大体退院できるところが多いというふうに書いてありますけど、これは我々の印象と一致するのですね。

もう一つは、もともと先天的な奇形、その他を持っているグループというのが資料にありますけれども、これは恐らくそれほど予防ができるわけでもありませんので、変わらない状態で発生し、生命維持の機能が高まれば、それだけ減りはしないで、ふえる可能性は持っているというところだと思います。

この重症心身障害のほうもそういうことで、NICUや小児科病棟などからお受けしたことはあるわけですが、NICU、GCUから直接というのはなかなか難しいので、途中で、今ここに書いてあるような、いろいろな具体的な対策と訪問看護などの充実が望ましく、それから重症児施設のほうはそのレスパイトで受けるという、そういう役割だろうと思うのです。

今一つ問題になっているのは、私たちのところも大体レスパイトでは年間四、五百件、在宅の重症心身障害児を受けているのですが、それにある数が急に入ってくると、今の人たちとちょっと競合を起こす、そういう状態もありますので、この点を何とかしなければいけないだろうということを考えております。

今は訪問看護の充実とか、通所、レスパイトの他に、急性の合併症の時の対応、そういうようなものが具体的なことだろうと思います。

○岡井会長（昭和大学） 基本的には在宅の促進ということですよ。そのサポートが大事だと。

渡邊先生、モデル事業のほうをやっておられるということで、お願いします。

○渡邊委員（都立墨東病院） 現在、モデル事業が始まりまして、一つは、NICUに入院している子どものコーディネーターということで、私どもではNICUの長期の経験のある助産師と、それから医療ケースワーカーと二人がスクリーニングから始めて対応しておりますけれども。入院中に関しましては、現在していますのは、産まれる前から、妊婦さんの段階で、医療的なハイリスク、それから社会的なハイリスクなどをスクリーニングして、長期になりやすい要因というのがありますので、そういうものを早くつかんで対策を立てるということで。それは入院中に関しては、入院からさらにその先のところに連携をするということではできるのですけれども、課題としましては、医療的なケアが必要なためにNICUを退院できない、在宅が難しいという方については、やはりNICUでケアをしているようなレベルの、そういう赤ちゃんの訪問看護ステーションというのが極端に少ないということが一つ課題です。

それから、今、療育が必要な障害を持って在宅になるケースについては、これもケース会議を先日して、課題も非常に明らかになってきておりますけれども、療育施設が今まだまだネットワーク化されていなくて、一つの療育センターがすべてを受けるということは無理な話ですので、どれぐらいのキャパシティがその地域で、その療育、それか

らレスパイト、通園ですね、そういうものが明らかになっていないといえますか、そういうネットワークがまだ療育のほうではできていないということは、東部療育センターの柳先生なども非常に、そこが非常に課題もあるし、周産期はネットワークになってきているのですけれども。

これは周産期センターの事業では、なかなか手の出ないところかもしれないのですけれども、療育、在宅支援というところのレスパイトなどのそういうNICUに、どこに入ればいいのかというような、そういう構造をもうちょっと明らかにしていって、まだまだどのような整備、それから現在あるものをどういうふうにするかということが決まるのではないかと考えています。

また、現在コーディネーターが始まって、一番今忙しくしておりますのは社会的ハイリスクが非常にふえているということで、飛び込み分娩なども多いですし、そういうケースの支援というの、今後、周産期センターの一つの仕事として、大きい割合を占めるのではないかと思います。

○大橋委員（東京都医師会） 東京都医師会の大橋でございます。ご報告ですが、東京都医師会のほうで、このNICUからの在宅のほうへ引き受けということで、主に小児科の先生方が協力をしなければいけないということなのですが、開業の小児科の先生たちも、NICUのお子さんを引き受けるのになかなか経験もないということで、今度これに関する勉強会を東京都医師会で今年度3回開催するというので、これは松平理事が担当でございますけれども、そんなような動きがあるということで、一応ご報告させていただきます。

○岡井会長（昭和大学） ほかにこの件に関しまして、ございますか。

○杉本委員（日赤医療センター） NICUからのこれは出口の問題ということというふうに言われておりますけれども、やはり子どもの発達に応じたケア、あるいは介護ということをもっと積極的に考えなくちゃいけないことだと思うのですね。

NICUの守備範囲はどこまでかということになった場合に、当センターでは、一応1年ということをめどとして、それを越えた場合は小児科がそれを受け皿となって、療育医療を継続していくという形を今年からとっております。各周産期センターは、やはりそういう形をとりつつ、地域の在宅医療の支援を受けて、地域の、先ほど言われたような。小児科の先生たちとの協力体制地域ごとにつくっていくということが、やはりどうしても必須だと思うのですね。ですから、それは各NICUが中心となって、その小児科との連携、さらにその小児科が地域の小児科との連携というつながりをつくっていかない限りは、これは流れていかないんですね。

ですから、最終的にはやはり、在宅という目標で支援をするわけですから、まずNICUにとどまらないで発達に応じたそういう介護、あるいは看護ということの積極的な展開という、そういう視点で動いていただきたいなというふうに思います。

○岡井会長（昭和大学） 流れができれば大分いいのでしょうかけれども、流れなければい

けない。

○楠田会長代理（東京女子医科大学） 我々ももちろん抱えるのがいいというふうには全く思っておりませんし。実は、いつもNICUの病床が回らない、病床が不足する、その中に1年以上の長期入院の方が何%いるとか、そういう統計がよく出るのですけれども。我々はそういう空床確保ではなくて、もちろんNICUのベッドということもありますけれども、やはり子どもを考えると、もう杉本先生が言われるように1年以上はNICUにいるというのは、絶対これはもう、子どもにとっては虐待に近い状態で、病院内の環境は家庭での養育とは異なり虐待をしているようなものなんですね。

ですから、そういう子供の環境を考えれば、やはりNICUから退室できて流れができてほしいですし、そのためには、今、医師会のほうでもやっていただける、松平先生を中心にやっていただけることをお聞きましたし。これはもうNICUの医者がやるのではなくて、NICUの医者をお願いして地域の小児科、あるいは施設、あるいは訪問看護ステーション、そういうところのご協力をいただいて、ぜひそういう流れる道というか、本当に子どものためになるような方向になればいいというふうに考えております。

ぜひこれは本当に、我々からお願いしたいことになります。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。大分時間を押しているんですが。

○田中委員（東邦大学） 今、楠田先生から、これは子どもの虐待になるのではないかという言葉がちょっと出ましたから、これは確かに子どもさん動く、動くというか年齢によってとかいろいろあるのですが、やはりこれは産んだ母親、家族、その心のケアを、この23ページには左のほうの表の中に臨床心理士というのが小さく書いてありますが、やはりこの辺、物すごく僕は重要だと思います。

ですから、虐待につながる、物を与えないとかなんとかで、今の社会情勢で、虐待もつながって、罪をつくらぬような、やはり行政としてはその辺の、物すごい難しいところなのですが、臨床心理士、今この中では医師とか助産師とか保健師という、そういう話が出ていますが、臨床心理士を物すごく活用する場面が出てくるのではないかなと思いますので。その辺を含めて、この辺の専門は恐らく中林先生がいろいろデータを出しておりますので、かもしれませんが、やはり罪をつくらぬ行政を、心の行政もやっていただきたいなと思ひまして、ちょっと一言。以上です。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。なかなか難しい問題がいっぱい含まれていて、早急に解決できることはないのですが、一つ一つ努力して、この問題も前進させたいと思います。

それでは、次は人員確保ですが。この医師の確保に関しては、こうやって東京都の行政も努力してくれることはありがたいことですが、私たちのほうで、やはり学会、医会ですね、それぞれが本当に力を入れて、この領域を情熱を持ってやってくれる若手医師を集めると。そっちが根本だと僕は思っていますので。それをある意味、東京都もサポートしてくれるということでありたいと思ひますが。

助産師とか看護師の関係で何かありますか。よろしいですか。

- 中林委員（愛育病院） 産婦人科医に関しては、学会・医会の努力等でかなり上向きになってきて、それから、我々のところは幸いなことに助産師という味方がいますので、院内助産とか医療システムで人的不足をカバーしていくことができますので、工夫によっては今の苦しい状況を克服できるかと思えます。

今、一番心配なのは、新生児科医でして、楠田先生は増加傾向とは言いますけれども、本当に東京の状態でも充足できるのだろうか。そうすると、そこに関係するのは、新生児集中診療室認定看護師、こういう方々の協力が、産科でいえば助産師に相当する方々の協力がNICUで必要なわけですが。

その養成に関しては、東京都が積極的に行っているというふうな情報は余りまだ知らないで、これらの人々の養成について、私どものところでもどんどんそういうことを考えるべきです。

- 岡井会長（昭和大学） これは、先生、看護師さんにそういう特別な資格を与えるとかということに関しては、日本医師会の相当強い反対があるので、簡単にはいかないのです、実は。賛成派ももちろんあるのですが、反対派は相当力を持っていて、とにかくもうこれは大変な議論になりますから。東京都は安易にそんなことを進めるとは書けない状況にあるのだと思うのですけれども。

- 中林委員（愛育病院） 当院ではそれを養成するために、わざわざ広島の方に半年間出張したりとか、そんなことをしているのです。これはある程度、日本看護協会等ではかなり認めて養成しています。ここには認定看護師というような資格支援に取り組むと書かれていたものですから、本当にこうであれば、東京都がどれぐらい本気で取り組むのかを知りたいなということです。産科サイドではここで院内助産というのを書いているので、これは杉本先生も一生懸命やっつけようと思っておりますけれども、助産しと看護しと医師が協働していくということはぜひ進めていきたいと思っています。

最近、妊婦さん方で40歳以上の高齢妊婦さんとか、合併症を持った方が妊娠して、とても子育てに苦勞して、ノイローゼになってしまう人もかなりいます。一部の区によっては、産後ケアセンターというようなものを立ち上げてやっていますけれども、実際、財政的にはかなり厳しくて、公的な補助がないとなかなか成り立っていないのですね。

何かそういった女性を産後も半年位はこういった施設が面倒を見るというようなことがあっても良いと思います。5年後にはそういう人たちも1カ月の間に数日間とか1週間とか、休む時間がとれるような施設もあつていいんじゃないかというふうに思うので、何かお考えがあればいただければと思います。

- 楠田会長代理（東京女子医科大学） 最初の特定看護師とはもちろん呼べないのですが、実はこの認定看護師と特定看護師の間には、少し考え方の違いがありまして。実は認定看護師の中に、やはりいろいろ、せつかくの資格意識があるわけだからやりたいという希望も多いので、広島大学の横尾先生、それから北里大学のほうを中心に、少

しそういう一部で、今度その事業に公募されまして、できるものから、要するにグレーゾーンのようなところからやっという動きが始まっています。

ですから、我々としては将来的にやはり助産師のようなプラクティショナーの形の方が良いと思います。実はアメリカのペーパーに載ったんですけれども、日本では、体重測定と沐浴以外は全部医者がやっているなんていうようなペーパーが出て、ちょっと誤解も多いのですけれども。そこまでそういう、いわゆる看護師の現場でのやっていることが、日本では後進国であるというのは事実ですので、ちょっとその辺は少しずつ改善されていくように我々も協力していきたいと思います。

それから、最後のもう一つ、お母さんの、いわゆる援助ですけれども、これは多分27ページの最後の要保護児童対策地域協議会等による、これが多分、それを解決するものになるのではないかとこのように考えておりますけれども。これは、東京都の福祉事業の一つだということに伺っております。

○田中委員（東邦大学） そうですね。

○岡井会長（昭和大学） 今、周産期情報センターとか、都民に対する情報提供のところまで話が進んだのですかね。情報センターの機能まではいっていませんけれども。

人員の確保、育成に関して、何かコメントとか。どうぞお願いします。

○桑江委員（都立多摩総合医療センター） 今回、こちらのほうで、総合周産期センターを多摩で立ち上げるに当たり、かなり私たちも努力して、都立病院の医師の待遇が非常に悪かったということもありまして、待遇改善の要望をして、経営本部のほうでも本当に努力していただいて、かなり待遇をよくしていただきましたので、何とか開設に間に合ったという気がしております。

それで、今回スーパー総合周産期センターの指定の話が持ち上がったときに、今までの3病院につきましては、日赤医療センターを初め、ある意味で民間的な病院、あるいは大学病院だったと思いますので、東京都のほうから、ある程度の補助もいって、それが人件費等に使えるという自由さがおありになるかなと思うのですが。初めて公立病院ということで、そういった業務に従事するというので、ある程度の少し課題が見えてきたことがありまして。

ご存じのとおり公務員に関しましては、給与削減等の動きももちろんありまして、私たちがこここのところ、かなり重症を受け入れていますので、そうしますとやはり当直以外にも泊まり込んで、若い先生たちは頑張ってくれて、何とか命を救っているのですけれども。やはり、そこで今まで時間外給与のほとんど出なかったところを何とか出すようにしていただいたのですが、やはりまたそれが急に削減的な動きになってきておりまして。それは今後何十年もこの体制をやっていくのであれば、全国的に公立病院が苦戦しているという一つの原因としては、そういう待遇が悪いということがあって、病院勤務医が去ってしまうということが、まず根底にあるものですから、そういうところのご配慮と。

あと、今、困っているのは、オンコール体制というのには、実際に緊急等にすればそこにはつくのですけれども、オンコールの場合は、やはり労働していないということで、どうしても手当がないんですね。産婦人科もある意味ではもう仕方がないというところもあってやれるのですが、やはり他科からそういったところの疑問がたくさん出てまいりまして。特にすごくお世話になるだろうと思われる脳外科の先生とか、もともと旧府中病院時代にも私たち、現場は非常に仲がよくて、ツーカーでやっている仲なので、個人的にはもちろん出てきてやってくださるのですけれども、だとしても、やはりこういったオンコール体制を強要される。あるいはオンコールの人数、人の名前を出してくださいといっても、いやちょっと出せないとか、そういったことがありまして。

とりあえず週1日で試行で始めさせていただくのですが、これを2日、3日、あるいは杏林大学さんとのすみ分け等々もあって、ふやしていくときに、ここが非常に難しい問題として、今ちょっと課題になってしまっておりますので。確保に関しまして、何とか公的病院で初めてということをきっかけに、やはり産婦人科医の労働強化にならないように、何とかご検討いただけたらと思って、ちょっと提議させていただきました。

○岡井会長（昭和大学） 都のほうからの支援のうちの一つとして、都立病院に勤務する医師の待遇を改善してほしいということだと思います。

今、公社のほうは相当自由がきくのですよね、昔都立、今公社という病院がありますが。多摩はまだ都立なのですね。ダイレクトに都立。

○事務局（飯田） はい。

○杉本委員（日赤医療センター） 待遇改善もこれは必要なんですけれども、上を見れば切りはないんですけれども、うちはまだかなりそういう待遇ではそんなに恵まれてはいないので、目標として、都立と同じレベルにしてくださいというのがうちの要望なんです。

○岡井会長（昭和大学） ちょっとレベルが低過ぎる、目標の。

そういうことで、またこれからもよろしくご支援をお願いします。

次にいきたいと思いますが、次が“情報センターの機能体制”と、それから“都民に対する情報提供”、この辺についてはいかがですか。少し関連のあることも出ましたが。

今回、私が感心したのは、統計、本当にすごくしっかりしたものを出してもらって、先ほど桑江先生も言われましたけれども、具体的な数値が出ていることは、いろいろな計画を立てたり、方針を決定する上で役に立ちますので。ぜひこのぐらいので緻密な統計を続けていただければと思いますけれども。

お願いします。

○杉本委員（日赤医療センター） 先ほど要対協の話がちょっと出ましたけれども、産科としては未受診妊婦の受け皿として、都の要対協の組織がかなり充実しているということをご紹介いただいたので、大変その情報で今動き出しているところなんですけれども。

一つお願いしたいのは、そこをお願いして、その後、その親子の養護はどうなったの

かなというところが、その現場の周産期のものとしては、少し情報をいただきたいということ。

地域ごとにやはり周産期と、そうした児童、あるいは子育て支援の福祉施設、そういうところとのつながりを持てるような、協議会のようなものを年1回でもよろしいと思いますので、少し考えていただいて、お互いの情報交換というような形で生かすことができれば非常にありがたいと思いますので、ぜひ今後検討していただきたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） これに直接関係している方、いらっしゃいますか。要保護児童対策地域協議会。

お願いします。

○事務局（寺西） 少子社会対策部の家庭支援課長でございます。要保護児童対策地域協議会というのは、区市町村ごとにできまして、しかも新しい制度と申しますか、この5年ぐらいに区市町村も児童相談や虐待通告の窓口になってきたと。その中で、平成20年の改正でもって、児童だけではなくて、特定妊婦と呼ばれる支援を要するような妊婦さんもその協議会の中で議論をします。

だから、区市町村ごとにはさまざまな階層レベルでの協議会が行われておりまして、そこには医師会も入られておりますし、保健所、保健センターであったり、児童相談所であったり、子供家庭支援センターが入っている状況です。

ただ、そういう制度ができて、まだ区市によっては充実していないというご指摘がこの会議の中でもございまして、そのとおりでございまして、さまざまな支援を今、都のほうから各区市にしている、なおかつその協議会の中の、場合によったら割と公的なものであれば、周産期医療機関も参加していただけるのではないかと思うので、そういう情報提供はしてまいりたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） ありがとうございます。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） もう一つ別の、この周産期医療情報センターというこの役割の期待でありますけれども、私ども周産期センターの提供している、いろいろな条項の中で、四半期ごとの搬送体制というか、あるいは毎日の受け入れ態勢というようなことは、かなりしっかり機能はしているのですけれども、従来からむしろ保健的なデータですね。例えば、妊婦の貧血の状態が都ではどういうふうになっていたとか、あるいは喫煙の妊婦のリスクがどういうふうに変化しているとか、そういう情報がここ10年ぐらい、余り提供されていないように思うのです。

ですから、そうしたことも従来、大塚の母子保健センターがあったころには、そうした情報もいただいていたように思いますので、その点も今後少し補っていただけると、周産期の母子保健体制ということでは、役に立つのではないかと思いますので、ぜひその点もよろしくお願ひしたいと思います。

○岡井会長（昭和大学） 都に出している、いわゆる周産期の出産に関するデータは、学会のほとんど合わせているんですね。だから、報告する側の手間が二重にならない

ようにしたいので。それはだから多分先生のところは大事なので、学会のほうの妊産婦の統計でやっているものも同じように合わせていった方がいいかもしれない。それは考えていただくということで。

それ以外にもいろいろ、そういうこと以外でも人口動態だとか、いろいろと都のほうは割と緻密な統計をとってくれていますので。

ありがとうございました。では、ここまでのところはこれで承認していただくということでもよろしいですか。

(了承)

○岡井会長（昭和大学） あともう一つ残っているのですでしたっけ。国への提言というのがありましたよね。それはよろしいですか。

○事務局（飯田） 国への提言はもう既に行っていますので、省かせていただきました。

○岡井会長（昭和大学） それではいいですか。

そうすると、きょうご審議いただきました、この東京都周産期医療施設整備計画（案）、この周産期医療協議で承認いただいたと。幾つかの細かい点につきましては、事務のほうで、あるいはこちらのほうで改定させていただいて、審議なしになりますが、ご通知させていただくということになると思います。

それでは、そういうことで、ほかに何かきょうお話しすることありますか。

○事務局（飯田） その他の報告事項が二つばかり。

前回、この周産期協議会で決定いたしました搬送ルールの変更につきまして、10月15日から変更しますという通知はもう既に出しております。それはブロック外を含めてコーディネーターが搬送先選定をさせていただくということだとか、あと内科疾患があっても、窓口には産科でお願いいたしたいとか、他の科と連携強化をしていただきたいというような文書を含め、各種データと合わせて、周産期センター等にご報告しておりますので、よろしくお願ひします。

それからもう一つ、前回の協議会で未受診妊婦のことにきまして、調査したほうがよいのではないかというご意見をいただきましたので、これにつきまして、関係部署と現在調整をしておりますので、そのうちまた先生方にご協力いただくということになるかと思っておりますので、ご報告合わせて2点、させていただきます。

○岡井会長（昭和大学） ほかに何かございますでしょうか。よろしいですか。

(なし)

○岡井会長（昭和大学） それでは、これで第2回の平成22年度周産期医療協議会終了させていただきます。どうもありがとうございました。

○事務局（飯田） どうもありがとうございました。

(閉会 午後8時46分)