

平成 24 年度第 2 回 東京都周産期医療協議会 議事録

平成 25 年 1 月 29 日 (火)

平成 24 年度第 2 回 東京都周産期医療協議会

日時 平成 25 年 1 月 29 日（火）19:00～21:00

場所 東京都庁第一本庁舎北塔 42 階 特別会議室 A

1 開会

（中澤課長） それでは、お一人お見えになっていない先生がいらっしゃいますが、定刻になりましたので、ただ今から、平成 24 年度第 2 回周産期医療協議会を開催します。先生方には、お忙しいところをご出席いただきまして、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。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、まず資料 1 の委員名簿をご覧ください。本日の委員の出席状況ですが、本日は順天堂大学の竹田委員、都保健所長会の友松委員、都立大塚病院の瀧川委員、おたまじやくしの会の向委員、また、救命救急部門代表としてご出席いただいている日本大学の丹正先生からご欠席の連絡をいただいています。

続いて、事務局の紹介をします。福祉保健局の前田技監です。

（前田技監） よろしくお願いたします。

（中澤課長） 医療政策部遠藤救急災害医療課長です。

（遠藤課長） よろしくお願いたします。

（中澤課長） 次に、資料の確認をさせていただきます。お手元の今、ご覧いただいた名簿が資料 1 です。その後ろから確認させていただきます。資料 2 は「地域周産期母子医療センターの認定について」、資料 3 は「平成 25 年度母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定（継続）について」、資料 4-1 は「胎児救急搬送体制検討会報告」、続いて、A3 の資料 4-2 は「胎児救急に係る搬送体制（案）」、その後ろに前回の協議会の資料を参考に付けております。続いて、資料 5 は、「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」、A3 の資料 6 は「NICU 退院支援の取組について」です。ここまでが資料となっております。

参考資料として、1～9 まであります。参考資料 1 は「東京都周産期母子医療センター等の現況・配置図」、参考資料 2 は「神奈川県周産期救急医療システム受入病院の一覧」、参考資料 3 は「東京都母体救命搬送システムの概要」、参考資料 4 は「東京都母体救命搬送システムによる搬送事例の状況」ということで、A4 が 4 枚付いています。参考資料 5 は A4 横で、「東京都母体救命搬送システムによる搬送事例一覧」ということで、全部で 3 枚の資料となっております。参考資料 6 は「東京都周産期搬送コーディネーターの概要」、参考資料 7 は「平成 24 年度東京都周産期搬送コーディネーター実績」で、こちらも A4 が 3 枚となっております。参考資料 8 として、周産期母子医療センターの「平成 24 年度第 2 四半期分患者取扱実績（産科・NICU・周産期連携病院）」です。参考資料 9 は、前回の 7 月に行われた「平成 24 年度第 1 回東京都周産期医療協議会議事録」となっております。

この他、本日は委員の皆様のお手元に机上配付資料①、②を配付しております。①が胎児救急に関する調査結果、②が胎児救急事例の医療連携に関する調査結果です。資料は以上ですが、不足等がありましたら声を掛けていただければと思います。よろしく申し上げます。

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 に基づいて、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。しかし、今ご説明しました机上配付資料の 2 点については、調査内容に病院個別の状況が含まれているため、非公開とさせていただきます、会議終了後に回収させていただきたいと思います。この件については、会長に進行をお願いした後に採決をお願いしたいと思います。

それからもう 1 点、本日の会議室は、皆様のお席の前にそれぞれマイクが設置されています。真ん中の赤いボタンを押していただくとスイッチが入り、もう 1 回押していただくとスイッチが切れるという仕組みになっておりますので、ご発言いただくときには、操作も合わせてお願いしたいと思います。

本日の終了予定は、概ね 20 時 30 分です。

これから、議事に入らせていただきます。以降の進行は岡井会長にお願いします。

2 議題

(岡井会長) 先生方には、お忙しい中、本協議会にご出席いただきましてありがとうございます。早速、協議を始めたいと思いますが、本日も重要な議題がありますので、どうぞ最後までよろしくご審議をお願いします。

先程お話がありました、資料非公開の件について、議事の進行に先立ち、採決をさせていただきますたいと思います。先生方の机の上に置いてあります「会議後回収」と書かれた机上配付資料①、②の二つについて、非公開とすることで承認いただける委員は挙手をお願いしたいと思います。ありがとうございました。挙手多数ということで、この二つの資料は非公開とさせていただきます。

それでは、協議事項1から進めます。最初は、公立昭和病院の地域周産期母子医療センターの認定についてということをお願いします。

《協議事項》

(1) 地域周産期母子医療センターの認定について（公立昭和病院）

(中澤課長) それでは、資料2をご覧ください。「地域周産期母子医療センターの認定について」ご説明します。

このたび、公立昭和病院から地域周産期母子医療センターとしての認定の申請がありました。公立昭和病院は、現在、周産期連携病院として指定している施設です。所在地は小平市の花小金井で、多摩ブロックに所属しています。

公立昭和病院の運営体制は、4番にあるとおり、NICUが6床、GCUが9床、産科病床が40床となっており、地域周産期センターの認定基準の病床数では、NICU3床以上というものがありませんが、それを満たしています。

職員体制は、それぞれ記載のとおりとなっております。24時間体制の確保がされており、NICUの看護体制の基準も満たしています。申請内容については、先日現地に行きまして、調査を行いました。設備、病床、職員体制等、施設の状況については、地域周産期センターとしての整備基準を満たしているということを確認しています。

資料の裏面をご覧ください。参考として平成23年度の取扱実績をお示ししています。新生児部門、産科部門とも搬送の受入数等、一定の実績があります。以上、公立昭和病院については、地域周産期母子医療センターとして認定出来る施設であると確認しております。委員の皆様のご意見をいただいた上で、認定の手続きを進めてまいりたいと思います。よろしく申し上げます。

(岡井会長) いかがでしょうか。公立昭和病院について、今ご紹介いただきましたが、地域周産期母子医療センターに認定する件に関して、ご意見やご質問があればお受けした

と思います。

実質的にも、相当活動をしていただいている病院ということで、これに指定されると、診療報酬上の有益な点もあるのですね。よろしいですか。それでは、協議会の委員の先生方の了承を得たということで、この事項は承認させていただきます。ありがとうございます。

それでは、二つ目の協議事項の「平成 25 年度母体救命対応総合周産期母子医療センター指定（継続）について」ということで、資料のご説明をお願いします。

(2) 平成 25 年度母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定（継続）について

(中澤課長) それでは、資料 3 をご覧ください。母体救命対応総合周産期母子医療センター（スーパー総合周産期センター）の指定についてですが、これについては、要綱上、本協議会の意見を参考に年度ごとに指定するということになっています。平成 24 年度は、資料にあるとおり、昭和大学病院、日本赤十字社医療センター、日本大学医学部附属板橋病院、都立多摩総合・小児総合医療センターの 4 施設を指定しています。これら 4 施設には、スーパー総合周産期センターとして、産婦人科、小児科の医師をはじめ、母体救命処置に必要な医師の体制の確保や、院内における救命救急センターとの連携体制、また、各診療科や諸部門との協力体制の確保をしていただいております。事例が出た際には、必ず受け入れるという体制をとっていただいております。スーパー母体搬送システムの運用は、現在スムーズに行われていると考えています。

平成 25 年度の指定についても、継続して指定を受けることについて、4 施設の意向も確認させていただいておりますので、委員の皆様のご意見をいただいた上で、引き続き 4 施設をスーパー総合周産期センターとして、指定したいと考えています。よろしく願いいたします。

(岡井会長) ありがとうございます。この件について、ご質問等がありますか。先日、検証部会で、スーパー母体搬送の事例の検証等行いましたが、システムとしては、当初の目的に沿うような機能を果たしているという評価がありました。ご協議いただくことは、これまでのスーパー総合の指定はお話いただいた 4 施設ということで、平成 25 年度もやってよろしいですかという話です。今日の予定では、後でスーパー救急の事例の説明などがありますか。

(中澤課長) 先日、検証部会でお示ししたデータは、時間の範囲で簡単に触れさせていた
ただこうと思っています。

(岡井会長) では、後ほど、その事例の紹介等があったときにご質問等があれば、受け
付けるということで、ただ今の協議事項はご承認いただけますか。よろしいですか。それ
では、ご承認いただいたということにしたいと思います。ありがとうございました。

では、三つ目です。これは新しい体制ですが、胎児救急搬送体制についてご説明を先に
お願いできますか。

(3) 胎児救急搬送体制について

(中澤課長) 胎児救急搬送体制については、前回、7月の協議会において議題として協
議をお願いしましたが、その場で結論が出なかったため、別途、数名の委員の先生方で検
討して整理をした上で、再度、協議会にお諮りするということになっていました。

まず、資料 4-1 をご覧ください。前回、7月の協議会終了後、胎児救急搬送体制検討会
という形で、協議会の下に設置して、委員として、そちらに書いてある6名の先生方にお
集まりいただき、検討を行っています。

3「検討経過」にあるとおり、8月に検討会での議論を行い、それを踏まえて、9～10月
にかけて、検討会で実施することになった調査を行いました。調査結果を取りまとめた上
で、11月に搬送体制の修正案を作成して、関係の各委員へご意見を伺って情報提供させて
いただきながら、案を固めてきました。ですから、今回お示しする修正案については、検
討会委員や、その前に、最初に検討していただいた「胎児及び新生児救急搬送ワーキング
グループ」の先生方、また、周産期搬送部会の委員の先生方にも事前にご確認いただき、
ご了解を得ているものです。

前回の協議会では、二つの論点がありました。1点目として、胎児救急の対象について、
常位胎盤早期剥離の事例に限るのかどうかということ、それから2点目としては、総合周
産期センターの役割について、胎児救急として母体搬送受入を依頼されたときには、例外
を設けずに必ず受け入れることにするのかということだったと思います。

裏面の検討結果の概要をご覧ください。1点目の論点となっていた、胎児救急搬送シス
テムの対象については、8月の検討会での議論で、早剥に限ると、早剥と診断出来ないケ

一スがこの仕組みに乗らないというリスクが生じてしまうという意見がありました。まず、このシステムの対象の前提として、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して、対象を絞った上で、早剥、また疑いのある事例だけではなく、早産期に胎児機能不全の徴候がある場合も胎児救急搬送の対象として含めることにしようという結論になっています。

論点の二つ目である総合周産期センターの役割についてですが、例外を設けず、必ず受けるということで、全ての総合周産期センターが本当に対応出来るのかというのは確認が必要ではないかという意見が出ました。総合周産期、地域周産期センター、連携病院も含めて調査をすることになりました。

それと併せて、システムの流れを考えるに当たって、分娩取扱施設で胎児救急の事例が出た場合、日頃連携している施設について、予め把握するため調査をしてみようということになりました。昨年9～10月にかけて、これら二つの調査を実施しています。調査結果の概要ということで、細かい数値等は机上配付資料の①、②にあるとおりです。こちらについては、併せてご覧いただければと思います。

今、ご覧いただいている検討結果の概要の(2)周産期母子医療センター等の対応の現状についての四角で困ってある結果の概要をご覧ください。周産期センターと連携病院に対する調査では、質問として胎児救急の要請に対して、速やかに母体搬送を受け入れて緊急帝王切開を行うことが可能かどうかということ聞いています。その結果、対応可能であった総合周産期センターが8施設ありました。一方、手術室や麻酔科の状況、ベッドの空床状況等、条件により対応が可能だとした総合周産期センターが5施設ありました。

もう一つの質問として、胎児救急の事例を受け入れ、分娩後に新生児搬送を要する場合、転院搬送ができる体制がとれるまで、一時的な新生児管理が可能かということ聞いたところ、対応可能とした総合周産期センターは9施設、条件により対応可能とした総合周産期センターは4施設ということでした。

これらの結果から、全ての総合周産期センターで例外を設けず、必ず受け入れるとすることまでは難しいのではないかという方向になりました。総合周産期センターでの受入を原則とする一方で、受入が困難な場合を例外として盛り込むことにしました。

(岡井会長) 良いですか。今までのところを少し審議して、その次の(3)は後で説明という形でよろしいですか。

(中澤課長) 分かりました。

(岡井会長) では、最初の新しいシステムの対象疾患を常位胎盤早期剥離だけでなく、その疑い、それからもう一つ、早産期の胎児機能不全ということをつけ加えるという結論になりましたが、いかがでしょうか。これは前回の議論のときもありましたが、その患者を診ている施設で、早剥ということを全く念頭に置かないで、切迫早産と診断してしまう。しかし何かおかしいぞという症例があります。早剥の疑いというものだけに対象を絞っていると、そういうものがこぼれるというか、抜けてしまう恐れがあるので、早産期の胎児機能不全というものをに入れておいた方が良いのではないのでしょうか。その中に、実際に来てみると、早剥であったというものが入ってくると思いますが、そういうものが抜け落ちないで、そういう症例に対しても対応出来るだろうということで入れるという結論になりました。その辺に関していかがでしょうか。ご意見、ご質問があれば、お願いします。

(杉本委員) ワーキンググループの議論では、早剥は後から確認される場合が多いので、あくまでも疑いです。疑われる症例は、色々な調査の中で、早産期に胎児機能不全と強い下腹部痛の症状があった場合はそれに該当することが結果として出ています。これは初めから疑われる場合に、それが漏れることと少し違っていると理解されます。

例えば、骨盤位、臍脱というようなケースがあった場合も、これに準じた形で良いという意味で、早産期胎児機能不全の徴候がある場合も含めると表現されたのだと私は理解しています。そういう意味で、早剥がメインですが、そのような特殊な、違うケースの場合もこれに乗せることが予後改善に結びつくでしょう。コメントとして付け加えさせていただきました。

(岡井会長) ありがとうございます。今、早剥のことを最初に強調しましたが、それ以外のことも含めるということは大事なことです。お願いします。中井先生。

(中井委員) それ以外のものを含めるというのは非常にありがたいというか、よろしいのですが、先読みして、資料 4-2 にある早産期に限ると、先程の臍脱など、その他の合併症は早産期に限らないので、文言の整合性が悪い気がします。

(杉本委員) 周産期搬送のメインは早産期になっています。ですから、正期産の場合には、急速遂娩ほどの分娩施設も一応対応しているはずですが。その中で、早剥の場合、母体管理に不安がある場合は、正期産であっても入って良いという意味で、文言の中で、早剥の場合には早産期に限らず含めて、それ以外の場合、胎児機能不全に関しては、早産期と付けると私は理解しています。その場合には、文言としての整合性では、表現が不十分かもしれませんが、その真意は捉えていただきたいと思います。

(中井委員) 言葉で説明されると、よく分かるのですが、「胎児の生命に危険が生じている可能性があり、速やかに」というのが対象の建前になりますが、そうすると、そこに早産が含まれておらず、あるいは、「新生児医療を要する」など、うまい言い方を加えた方が一般会員に伝わりやすいのではないかという気がします。

(岡井会長) 先生がおっしゃっているのは、(2)の小見出しの下の文章ですね。

(中井委員) そうです。すみません、先に行ってしまった。資料4-2の(2)です。

(岡井会長) 今、杉本先生からお話があったとおりで、早剥というのは母体管理が必要であるという意味で、搬送の必要性が生じるということです。それからもう一つは、他の単なる胎児機能不全であれば、そこで早く出してあげた方が良いのですが、それが早産期であると、その生まれた赤ちゃんの早産児としての管理が必要になるという意味が二つ含まれています。最初の下線が引いてある部分には、そのことがよく表現されていないというのが中井先生の指摘なのですね。

ですから、ここに入れるとすれば、「可能性があり、母体の集中管理、また、出生後の早産児の管理が必要」というようなことをあえて入れるかどうかですね。それまで入れれば、先生は満足されるわけですね。

(中井委員) 入れるか、アンダーラインを抜いてしまうかどうかです。①、②にすれば良いです。対象①、②でも成立するから。

(岡井会長) どうしましょう。

(松田委員) 2 番目の「早産期に胎児機能不全の徴候がある場合」というのが、まだ完全に一致していないので、少しあやふやというか、これも上にある※のような感じで付けられてはいかがでしょうか。

(岡井会長) 説明をということですか。

(松田委員) はい。例えば今、杉本先生のお話で、早産期の骨盤位の臍帯下垂などがあれば、分かりますが、他の例えばすごくシビアな FGR (胎児発育不全) などの場合にはどうするかということが対象で。

(岡井会長) それは具体的には入るわけですね。

(松田委員) それも含むというような感じにした方が分かりやすいかもしれません。

(岡井会長) そのように具体例を挙げた方が分かりやすいか。

(松田委員) あと一つ、それほど多くはないと思いますが、例えば染色体異常 13、18 が疑われ、非常に厳しいアノマリーを合併している症例もこのシステムに乗るのかということになってくると、それは NICU のバックアップ体制にも非常に影響してきます。これはかなり救命出来ないというような状況で送られてきたときに、胎児救急というのは何よりもスピードを上げて受け入れるというシステムですから、そのような重症の、かなり Life incompatible な状況をどうするなどということは考慮されなくてもよろしいのでしょうか。

(杉本委員) 染色体異常を中心とする胎児異常は、出生前診断には限界があるので、搬送として受け入れた総合周産期が判定するしかありません。ですから、送ること自体は、それも含めて送っていただくことで良いと思います。一次医療機関では、その診断は非常に難しいと思います。ですから、送る対象としては入れても良いけれども、対応する方が、

そういうものも含まれて送られてくることを念頭に置いて、診断、対応を考えることになると思います。

(岡井会長) ありがとうございます。「速やかに」というのは、やはり上に入っているのですね。速やかに母体搬送して、急速遂娩が必要であると。それが色々な胎児疾患で、今、速やかに母体搬送して急速遂娩と思えないものは、一応入らないことになるので、そこはある程度常識的に判断してもらえenと思います。

それから、2 のところは、幾つかの典型的な例を挙げることはあっても、いちいち厳しく規定して、ここに限る、これこれと書き上げるということはやめたいと思います。大体、は臍脱や、先生が言われた FGR があって、心拍数パターンに異常が出ているなど、幾つか挙げられると思います。臍脱でなくても、破水してハートレートがおかしくなっているといたったようなものもあるかもしれません。幾つか典型的なものをここに挙げさせていただくということによろしいですか。あとは常識的な判断をしてもらおうということです。

そうすると、「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」というのは、残しておいた方が良くなるので、先程言った1番のところに、もう一つ付け加えましょう。なぜこのシステムに乗せる必要があるかという理由として、早産児で出てインテンシブケアが必要であるということと、お母さんの方も集中的な治療が必要であるという事例であることが分かるように付け加えます。そうすると、中井先生が言われたことに対応出来るし、システムに乗せる対象がよりはっきりしてきます。

(石村委員) 東京助産師会の石村です。助産所では医師がいません。常識的には医師が判断することなのでしょうけれども、医師がいません。私たちはそれに備えて分娩監視装置の勉強をしたり、付けていたり努力はしています。しかし常に医師が判断しなければならないというのは・・・。

(岡井会長) 分かりました。ここは「又は助産師」を入れましょう。「必要と医師、又は助産師が判断した場合」でよろしいですか。

(中澤課長) 今、周産期搬送システムの中で、助産所の位置付けとしては、助産所は必ず嘱託医を持つということになっているということから、嘱託医の方の判断でという形で

位置付けさせていただいています。

(岡井会長) それは筋ではありますが、現実には、嘱託医というのはなかなか連絡がとれないというようなことがしばしばあるので、助産師が判断出来ないということになると、その規定のために、助かるものが助からないという症例も出てこないとも限りません。

「又は助産師」と、それにさらに詳しく説明を付けるのであれば、何か説明をしても良いけれども、入れておいてあげた方が良いのではないですか。助産所も搬送システムに入っているでしょう。助産所でお産している人を、この胎児救急搬送システムに乗せないというわけではないのですよね。

(中澤課長) 乗せないということではありませんが、私たちが搬送システムを考える上で、判断するのを医師という形にさせていただいているというところがあります。先生のおっしゃるとおり、必ず連絡がとれるかどうかということはあるかもしれませんが、これまでの周産期搬送システムの中では、一応そのような形で整理をさせていただいているということがあります。

(石村委員) 先程岡井先生が言ってくださいましたが、嘱託医に必ず連絡がとれるとは本当に限りません。そして、今まで早剥の方の症例検討などがありましたが、すぐに送れないというのは結果が良くありません。本当にすぐに連絡がとれない状態です。

(杉本委員) 「医師が」というのを、右側の図にあるように、「産科施設等が」というようにしたらどうでしょうか。

(岡井会長) いや、気持ちは分かりますが、施設が判断するというのは、少しおかしいかなと思います。右の絵は、場所から場所に患者が移動するというような感じですが。中澤課長の言われたことは筋なので、東京都として、どうしてもしっかりさせたいのであれば、どこかに注意事項のようなものを書いて、「助産師は嘱託医師に連絡がとれるときは、そこから指示を受けること」として、「そうでない場合に直接」と、そこまで言うのであれば、どこかに注を書き換えておいて、また助産師も連絡が出来るようにしておいてはどうか。

(杉本委員) (3)には、「医師が」という文言ではなくて、「産科施設等は」となっています。その下の「胎児救急搬送システムの概要」のところですよ。

(岡井会長) 本当だ。

(杉本委員) ですから、こういう流れからすると、「産科施設等が判断する」ということで、表現しても整合性が取れなくはないので、良いと思います。

(岡井会長) 助産師も分娩の途中、あるいは、何かで患者がやってこられて、見たらおかしいというときに、速やかに搬送システムに乗って患者を搬送したいということは起こり得ることです。そのときに、規則上それが出来ないというのは良くないので、出来るようにしてあげたいのです。そのやり方として、助産師という言葉を入れるか、杉本先生の言われるように、「産科施設等は」と全部含まれるというような格好の表現にしておくかということになります。どうでしょうか。「産科施設等は」で良いですか。

(楠田委員) 「産科施設等」で良いのではないですか。いっそのこと、「医師」を抜いても、これは対象ですから、「必要と判断した」対象は胎児ですよ。

(杉本委員) ここは主語を抜いてもおかしくない。

(楠田委員) 抜くのも手だと思います。その下に概要があるわけですから。ですから、スーパーなど、その辺の整合性ということになると、少し広い表現にしておけば、いけるかなという気はしますが。

(岡井会長) それでは、ここは主語なしで行っても良いですね。そこに先程の母体の診療、集中的治療というような言葉と、出た児のケアのことを含ませる文章を考えて、修正を加えた案を皆さんに後でお送りしてチェックしてもらおうということにしましょう。それでよろしいですか。中澤課長何かありますか。

(中澤課長) 下線のところをこのような形ではなく、先程中井先生からお話があったような、母体の集中的な管理や、早産児の管理などが必要な場合というような形にするということで理解してよろしいでしょうか。

(岡井会長) ええ。

(松田委員) 母体が重症な場合は、母体救命対応に入るわけですから、これは母体が重症ではない症例を付記する必要はないのでしょうか。

(岡井会長) 手術した後の出血に対する対応などは、早剥だとやらなければいけません。それから、そのような恐れがあるようなものがこの対象になるでしょう。今は重症ではありませんが、帝王切開したら、場合によっては出血が止まらなくなるというようなリスクがあれば、自分のところで帝王切開するよりは、施設の整ったところというような意味です。

(杉本委員) それに関しては、早い段階で胎児を出すということが目的です。取りあえず、母体はまだ悪くないという条件で送っていただいて、母体が悪くなったら、そこからまたスーパーへ送っていただければ良いと思います。2段階になると思います。

(岡井会長) 松田先生が言われたのは、母体が既に相当悪いのに、こちらに乗せてしまうのがあるといけないので、そのことも書いておいた方が良いのではないのでしょうか。それは、そこまで書く必要があるかどうかです。そういうものはスーパーで、これではないと、ここにコメントとして言葉を残すかどうか、入れるかどうかです。

(杉本委員) それは、母体救命搬送が必要とされた場合は、母体救命搬送のシステムにというように書いていただければと良いと思います。

(岡井会長) 注のところに、対象外というものが書いてあるので、もう一つ対象外として、松田先生が言われた、「母体が重症の場合は」と書いておきましょうか。より親切ですね。

(杉本委員) それは書いていただいた方が良いでしょうね。両方のシステムの使い分けでは良いと思います。

(中井委員) アンダーラインのところは、言葉が少なく、「胎児の生命に危機が生じている可能性がある場合」だけにしておけば、①、②で今の注釈で終わるのではないですか。胎児救急搬送システムの対象ですから、今だけ注釈を付けるのであれば、「胎児の生命に危機が生じている可能性がある場合」だけでも成立する気がします。

(岡井会長) もちろん生命に危険が生じている可能性があるのと、急速遂娩は必要なので、そのとおりですが、やはり速やかに搬送して、さっさと切りたいという感覚を残したいですね、事例の対象として。

(楠田委員) 初めての試みだから、ある程度書いてあった方が良いのではないのでしょうか。普及すれば、それはそれで一言で言えるかもしれませんが。

(岡井会長) 分かりますが、何となく感覚的に理解しやすいというか。

(杉本委員) 「胎児の生命に危険が生じている場合」だけだと、流産のような症例、あるいは正期産など、非常に広くなってしまうのです。ですから、このような搬送の内容も書かれた方が、もっと具体的ではっきりするだろうという気はします。

(岡井会長) よろしいですか。では、ここの一文は、幾つか意見が出たので、今の意見は私の頭に残っていますし、中澤さんがきっと記録に残してくれますので、それらを踏まえて、もう一度この文章は修正版をお送りしたいと思います。今、皆さんにいただいた意見がきちんと入るように考えます。

(2) のシステムの対象について、別の意見はありますか。今のこのような形でのよろしいですか。それでは、ありがとうございました。その点は修正を加えるということにします。

それでは、資料 4-1 の裏側の (2) の方です。対応ですね。前に議論したときに、受ける側が必ず受けるのか、例外的に総合周産期センターであっても受けない場合もあるのかと

ということの議論をした結果、先程中澤課長からお話のあった結論です。それに対してご意見等ありますか。アンケート調査では、「条件により可」というのが相当あり、必ず対応出来るという答えではなかったということが、このような例外を設けるという結論につながりましたが、いかがでしょうか。

(杉本委員) 受け入れられるかどうかということと、もう一つは頻度がどの程度かということ、概算として、年間 70 例と出ております。八つのブロックでどのぐらいかと言えば、1 ブロック 10 例以下で、1 カ月に 1 例あるかないかである。頻度を考えれば、例外はほとんど要らないと思いますが、万が一のことがないとは限らないとすれば、例外規定はあっても良いが、例外中の例外であるという認識で取り扱っていただければよいと思います。

(岡井会長) ありがとうございます。今の杉本委員の意見ですが、よろしいですか。

(楠田委員) スーパーの場合は 4 施設で、かなり確実に輪番制を敷いているので、多分行けると思います。総合だと 13 あります。ですから、色々な条件があるので、絶対とは言わずに、例外が多少起こり得るから、今言われたように、他も施設があるので良いのではないのでしょうか。

(岡井会長) 規定としては、こういう話にしておいて、実際には総合の先生は頑張ってくださいということで、今、杉本先生が言われたような形で、皆さんに認識をしっかりとってもらおう。これはこれで大事なことだと思います。

(杉本委員) もう 1 点、30 分以内の搬送を目指すこと、これは色々考えてきたので、どこかで触れていただきたい。

(岡井会長) これは資料 4-2 の、ワーキンググループの検討内容の結果を記したところがあります。最後に時間が出ていますが、「発症から 1 時間以内に娩出出来る搬送体制の構築が望ましい」というのがワーキンググループの提言であったと思うので、ここに書いておけば良いですね。これはシステムの体制はこうですよという紹介をするところに、ワーキンググループの検討結果はどこかに載りますか。システムとしては消えてしまうのか、2

と3だけになるのか、1をどこかに残しておくのか。

(中澤課長) 恐らく、今の資料4-2の概要まで、細かい形では残さずに、仕組みメインの説明にはなるかと思いますが、今、杉本先生がおっしゃった1時間というところの目標というか、そこら辺を注か何かで載せるような感じでしょうか。

(杉本委員) この流れからすると、システムの目的のところ注として入れていただくのが良いと考えます。それを目指した搬送体制の構築であること、注として、「発症から娩出までの1時間を目指す」ことを書いていただけると良い。

(岡井会長) ここに早く搬送する、児の娩出を早くするというのは良いのですが、時間を具体的に書くのはどうかと思います。こういうものが出ているのに、そのとおりでないと、色々なところから変な批判を受けたりすると良くないので、スーパーも目標時間は書いていませんよね。ですから、早く出すのだということをするということを目的のところに入れれば良いのではないのでしょうか。時間は具体的には書かない方が良さそうな気がします、どうでしょうか。目指すのだから良いのかもしれないけれども、具体的な数字を出すのは気になりますが、いかがですか。

(楠田委員) 1時間というのは、確か1時間以内と以上で予後に差があったということですね。ですから、そういう話をどこかに書いた方が良くないのでしょうか。やはり目的のところ1時間と書くと、それに縛られてしまうので、何かそのような解説のようなものの方が良いのではないのでしょうか。

(岡井会長) このワーキンググループからの検討結果というのは、どこかには説明のような、解説のような形で付けておけば良いのではないのでしょうか。全部消し去るのではなくて、この資料を、このようなシステムでやりますと各施設に配付する、説明会で配るといときには、解説ということで、概要のことをきちんと示しておく。この搬送システムを利用する人により良く理解してもらい、総合周産期で受ける側の先生にもよく理解してもらうということによろしいでしょうか、杉本先生。

最初の目的のところにも、少しでも早く出してあげ、速やかな搬送によって、迅速な娩

出を目指すと、少し強調する文章に修正します。他に何かありますか。お願いします。

(光山委員) 多摩総合医療センターの光山です。多摩の場合は距離的に、例えば八王子から当院まで、15km以上あるような状態です。都内であれば、東京駅から新宿まで測ったところ、7kmです。総合周産期のところに最初から来るという形ですと、かなり時間がかかってしまうので、多摩の場合は、最初から二次医療圏のところをある程度指定的に、それぞれのところはやっていただいて、そこで無理なときは当センターで受けるというような形でお願いしたい。アーバンとルーラルタイプというか 都区内と多摩では違うかなということがあります。そこのご配慮をお願いしたいと思います。

(岡井会長) 先生の言われたことは、資料4-2の3「胎児救急搬送の流れ」の中で、右の方に①-2として、右の方に「患者搬送受入要請」とあり、これが「最寄りの周産期センター、周産期連携病院」となっているので、多摩だとそちらの方がより多く利用されるという形で良いと思います。地域での説明のときには、そういうことを説明して、必ずしも全部総合ではないということで行けると思います。

(杉本委員) このシステムを考えるときに、近藤先生に出させていただいて、多摩の事情をよくお話しいただいています。多摩はむしろ近くの帝王切開術が出来るところで、まず娩出して、新生児搬送をメインとする内容で話し合われています。それがこの中で文言としてどこに出てきていますか。

(中澤課長) 資料4-1の説明がまだ途中ですが、(3)の分娩取扱施設に調査をしたところのご説明を・・・。

(岡井会長) そうしたら、全例を受けなさいということではなくて、例外も認めるということでもよろしいですね。そこまで来たら、その次のステップということで、具体的な搬送のことについて、中澤課長説明をお願いします。

(中澤課長) では、資料4-1の裏面の(3)をご覧ください。こちらが分娩取扱施設に行った調査の概要を簡単にお示ししています。この調査をお願いしたところ、都内分娩取扱

施設の 82%からご回答をいただいています。胎児救急事例が生じた場合に、どこに医療連携をとっているのか、どこの周産期センター等に連携しているのかというところを聞いています。胎児救急事例が生じたときに、分娩取扱施設が最も連携するといった 89%が同一ブロック内の周産期センターだったということです。それから、自施設から最も近い周産期センターと胎児救急の事例が出たときに日頃から連携しているとお答えいただいている割合は 85%ということで、概ね胎児救急の事例については、同一ブロック内、あるいは最寄りの周産期センター等と連携が取られているのだということが分かりました。

それからもう一つ、結果の概要の三つ目にあることが、光山先生からご質問いただいたことに関係してくると思います。最寄りの周産期センター等が各ブロックの搬送先調整担当の総合周産期センターとなっている割合がどのくらいあるかということ調べたところ、約 4 割ということです。区部が 48%である一方で、多摩地域が 16%ということで、広域であるだけに総合周産期センターから遠い施設もあるということです。胎児救急の対応は、早く緊急帝王切開ができるように、なるべく近い施設が対応することが重要だということがこの間、お話しの中でありました。この結果を受けて、搬送先調整担当である総合周産期センターよりも近い周産期センター、連携病院等が他にある場合は、より近い施設に搬送出来るような流れを盛り込もうということで、資料 4-2 の流れにも反映させていただいています。

では、資料 4-2 の流れのところだけ簡単にご説明させていただきます。先程と重なるところもあると思いますが、このシステムの対象として、母体搬送が必要だと判断された場合には、産科施設等は、まずブロックの搬送先調整担当の総合周産期に連絡をして、胎児救急だということを伝えていただいて、受入要請を行っていただくということになります。もし、産科施設からブロックの調整担当の総合周産期センターよりも近い施設がある場合には、調整担当の総合周産期センターに、もっと近いところがあるということを伝えていただいた上で、右側の横に矢印がありますが、①-2 として、最寄りの周産期センター等に胎児救急ということ伝えていただき、受入要請を行っていただきます。

最初に連絡を受けた調整担当の総合周産期センターは、連絡と共に直ちに受入準備を進めていただき、母体搬送を受け入れて対応出来るように準備をしていただきます。①-2 の要請がされている場合であっても、その結果がどうであったかということには待たずに準備を進めようということです。より近い周産期センター等が受入可能ならば、そちらに、それが駄目だった場合はブロックの調整担当の総合周産期センターが受けるというのが原則

ということにさせていただいています。

ただ、先程お話があった例外ということで、他の緊急疾患等の対応で、緊急帝王切開の対応が出来ないという場合があるかもしれないので、その場合だけは例外として、今ある周産期搬送コーディネーターに連絡していただき、速やかに都内の近いところの調整をするか、多摩地域ではブロック内で調整をしていただいている仕組みがあるので、その中で探していただくなどという形で、とにかく早く受入先を見つけようとしています。説明は以上です。

(岡井会長) ありがとうございます。ただ今の搬送の流れについて、ご質問やご意見等ありますか。今、話があったように、右側に行って自院受入不可というのは例外となっています。どちらでも良いというわけではないということです。

(中井委員) 23 区内のイメージで聞かせていただきますが、そうすると、例外以外は、つまり同じ総合でも幾つかある場所があるので、調整担当に連絡をして、原則、そこで受入ですね。そこで、もし「ちょっと待ってくれ、調整する」というのに入った場合に、①-2 のアームが発動するというイメージでよろしいのでしょうか。

(岡井会長) ①-1 と①-2 はそれほど厳密な区別はありません。いつもの行っている近いところがあれば、そちらでも良いのです。ですから、そこは割と太い線です。例外というのは例外であって。

(中井委員) かつて母体救命のときにも、最終的に 119 番一本にした方が時間は短縮したわけですね。それを踏まえれば、本当は一本の方が潔いのですが。

(岡井会長) ですから、こういうときはこちらと、その施設が一本をどちらかに決めておいてもらえば良いのです。先程の多摩の場合などでは、23 区でもどこか少ないところがあります。東北部だったか。そういうところは最初から近いところに決めておいた方が良いでしょう。

(杉本委員) 東北部で、帝京が飛び地で調整担当になっています。そこは①-2 になる地

域だと思います。多摩の大部分と東北部は①-2の横線部分に入ってくるのではないかと思います。

(岡井会長) ①-1と①-2は、それぞれ搬送元になる施設が、自分はいつもここなのだということで、決めておいて良いことではないでしょうか。そのような説明をしておいて対応してもらおう。

(中井委員) 了解しました。続いて、多摩の方の質問ですが、多摩に置き換えた場合、ブロック調整というのは杏林大学1施設と考えてよろしいのでしょうか。多摩のブロック調整は杏林だと理解しています。

(中澤課長) そうです。母体に関しては杏林です。

(中井委員) しかし、この場合も、ここにブロック調整と書いてあるので、当然、杏林1施設ですね。

(中澤課長) 基本はそうです。

(中井委員) では、先程の光山先生のところにたくさん行くということはないわけですね。

(中澤課長) 多摩の場合はエリアが広いので、直近がどこかというところで、結構ばらけるかなと思います。

(岡井会長) それはそうとして、ブロック調整は杏林一つと決まっているのですか。

(中澤課長) 母体搬送が杏林で、新生児搬送は小児総合がやっています。

(岡井会長) ということです。ですから①-1と①-2は、矢印を同じ太さにしますか。

(中井委員) それで、さらにエクスキューズではありませんが、多摩地域のことを言えば、新生児科のドクター搬送があります。これはオフィシャルにそのように言っているんで、それは先程光山先生も杉本先生も言われたとおり、どこかに小さいアームというより、①-2 の下のところに、例えば※印などで付けられないかということです。

(岡井会長) ※印で何を付けるのですか。

(中井委員) ドクター搬送依頼です。

(中澤課長) 資料 4-2 の 2 の (2) の一番下の注をご覧くださいと、ここで、医師が母体搬送するよりも、自施設で分娩した方が早くできる場合で、自施設で分娩し、その後新生児搬送すると判断する場合は対象外としています。

(岡井会長) 今の中井先生が言われたようなものは、それに含まれているということですね。

(中井委員) ワーキングでも話したとおり、多摩では、自施設で帝王切開をするかどうか判断するのに、新生児科医が来てくれると言っています。ですから、そのアームも加えておいていただければ良いと思います。多摩地域においては、新生児ドクターの搬送依頼というのがあっても良いと思います。

(岡井会長) ごめんなさい、変な理屈ですが、新生児の人が来てくれて、自分のところでやるというのは、厳密にはこの救急搬送には入らない話です。これは母体を連れて行って、向こうで帝王切開してほしいという症例を念頭に置いて考えているので、そういうことに対しても、コメントなり何かを書いておくことは悪いことではないと思いますが。

(中井委員) そうすると、アームは少し言い過ぎでしたから、※印か何か。

(岡井会長) 何か注や説明のところに入れておくということで。

(中井委員) 多摩地域においてはと。光山先生そういう理解でよろしいのですよね。

(岡井会長) 今、言った資料4-2の2の(2)の一番下の注に、例えば多摩地区などではこういうことというのを一言入れれば良いでしょう。新生児科医に迎えに来てもらうというやり方を。

(中井委員) アームの方ではなくて、こちらの方。

(岡井会長) ですから、早く分娩出来る場合と、多摩地区のような新生児医が迎えに来る場合と、それからスーパーはスーパーだということで、注が三つ入ることになります。それはそれで良いですか。では、そういうことで対応してください。その他に搬送の流れのところ、何かご意見などはありますか。よろしいですか。お願いします。

(畠山委員) 直接関係するかどうか分かりませんが、今までの話の経緯の中で、「産科施設等」と書いてあります。その「等」は、具体的に定義していただくと非常にありがたいのですが、これから場合によると、メディカルコントロール協議会の中で、救急活動上、医療機関として認めるということになると、福祉保健局もいらっしゃるので、医療機関として助産所があり、特定看護師や特定の教育を受けるということではないにしろ、医療の補助としての補助看護の皆さん方と、救急救命士においても、やはり医療の補助なので、そのような中で、東京都としては助産師に権限を与える。要するに、どんなに小さな診療所でも、われわれは医師の補助として動く形に教育されているので、ここでいう「産科施設等」の「等」の中に、どこまで含まれるのか分かりませんが、非常に失礼な言い方になるかもしれませんが、助産師は医師と同じ権限を持って、母子医療センターの先生に医師と同じような形で要請出来るということを東京都は認めるという読みになるかどうかも含めて、メディカルコントロール協議会の指示指導委員会を含めて、微妙な問題があります。ですから、できれば「産科施設等」の「等」とはこういうものだということをお示しいただいて、救急隊としての医療の指示をしていただく、メディカルコントロール協議会にどうフィードバックしていけば良いかということが分かるようにしていただくと非常にありがたいです。この辺については、後ほど事務局と話をしても結構です。その辺の問題については、保留していただけると、われわれとしても非常に動きやすいのですが、いかがで

しょうか。

(岡井会長) 産科施設とはどういう施設かという議論は少し置いておいて、先程お話ししたように、助産所でお産する患者もいるので、そのときに何かが起こったら、本来のシステムでは、助産所には必ず嘱託医師がいて、色々な判断します。ところが、その医師と連絡がとれないということは、めったになければ良いのですが、しばしばあることなので、そのときに助産師に何の権限もなければ、困るのは患者です。そういう患者を作ることは、あまりよろしくないのに、助産師でもそういうことができるようにしようということです。それはいつもそうしなさいと言っているのではなく、医師と連絡がつかない場合はそういうこともあって良いのではないかということは先程結論が出ました。ですから、それはこの協議会で、もう一度反対する人がいれば、反対とってください。そうでなければ、そこは助産師でも良いことに決めましょう。

産科施設とはどういうものかというのは、決まりがあるかどうかですね。産科施設という言葉の定義など、私は正直言って、正確には知りません。調べるつてがあれば、後ほど調べますが。

(石村委員) 現在、助産所は医療機関と定義されている状況です。例えば、直接支払い制度であるとか、産科医療補償制度であるとか、そういう制度に関しては、必ず医療機関として定義していただいています。医療法の中では、医療機関として定義していたように私は記憶しています。東京都はどのように定義しているのでしょうか。

結構、このようなことで救急車が搬送してくれない場面があったようで、ついでお聞きください。新生児搬送ですが、熱発児がいたようで、3人隊員がそろわなければ送れないということで、担当助産師が乗っても駄目だと言われて、30分待たされて、3人隊員が乗った救急車が来て、やっと近隣の病院に送ったようですが、このようなことが起きてほしくないと思います。それをどのようにお考えいただくか、私たちが扱う妊婦も、同じように緊急のときには速やかに搬送していただきたいと思います。

(畠山委員) 一部誤解があるようですが、たとえご自宅からそのような患者があったとしても、119番通報があれば、われわれは出場します。救急救命士という資格に基づいて、傷病者の観察をし、こちらにもいらっしゃいますが、救急隊指導医という方に相談しながら

ら搬送します。今言った30分うんぬんという話は調べてみなければ分かりませんが、基本的には都内であれば、30分以内に目的とする医療機関には運んでいます。そのような意味で言うと、運ばないということは基本的にはあり得ません。

(石村委員) これは確実にあった話なので、いつ、どこでということはすぐに出ます。今日は私の手元では無理ですが、去年のことで、中野だと思います。

(岡井会長) ありがとうございます。そういう話はここでは打ち切ります。後でやってください。

このシステムに乗るときに、そういう症例である、対象であるという判断を助産師がすることがあっても良いと。それは原則、嘱託医なりができれば良いのですが、実質的に出来ない場合があるので、助産師が判断しても良いということを私は認めたいと思いますが、どうですか。

(中澤課長) 例えば、助産所で嘱託医に連絡をしたときに、嘱託医の方がつかまらなかったという場合、日頃、ネットワークで、各ブロックで助産所にも加わっていただいたりしていますので、調整担当の総合のところに連絡して、そこで総合の先生に相談していただき、そこで、これは胎児救急ということでやろうというようにしていただくという形にしたかどうかと思いますが。

(杉本委員) 今のことに関連して、嘱託医と連携医療機関というものがあります。どちらかには連絡がつくと思います。単独で助産師だけで判断しなければいけない場合は、極めて珍しいと思います。そのぐらいの余裕はあると思います。

(石村委員) それで、どちらかという方もいます。orということです。

(中林委員) これは助産師はそのような権限を緊急時に認めると、それをしなかった場合の罰則規定その他が難しくなるので、原則的には何らかの形で医師の指示というようにしておくのが良い。法律上、当然出来る権限があれば、それをしなかった場合の罰則が強くなります。それに関する法律がまだ決まらないうちには、原則的には医師の指示などと

いう形をとっておかないといけない。今の法律では、正常産に関しては助産所で分娩してよいということになっており、異常が突発した場合には、医師がその相談に乗るということになっているので、原則的には何らかの形での相談体制を作っておく。それが嘱託医であっても、総合センターの医師であっても良い。分娩を扱うからには、そのような体制をとるという方がより正統ではないか。もし、それでなくすとすると、かなりの法律の改正をしないとイケなくなるような気がします。

それから消防隊の方も、その規則を変えとなると、消防隊の教育から何かからすごく変わってくるので、やはり原則は、今課長がおっしゃったような方向が良いのではないかと思います。これはゆっくり検討しないとイケないのではないのでしょうか。ここだけで決められないような感じがします。先程言ったように、権利と義務の両方が生ずるということで、全助産師がそれで良いのかどうかは、なかなか難しいのではないのでしょうか。

(岡井会長) どうですか。このシステムは、早く胎児を出して、助けてあげたいというのが基本ですから、私はそれを忘れて、規則などというのは私の好む方向ではありません。助産師から電話があって、総合の人が話を聞くと、そこで総合の人が判断出来るのですから。

(中林委員) そこで総合センターの医師が入ってくる。

(岡井会長) そう、入ってくるわけでしょう。ですから、搬送のシステムに乗る判断は、最初は助産師が、そのようにやった症例になるのです。そこで総合がそれを認めたという格好になるのです。

(中林委員) そこで医師が認めれば良いと思います。

(石村委員) 医師が認めなかった場合はどうなるのでしょうか。

(中林委員) そうすると、今度は医師の責任になります。そのときは助産師が責任を取る問題ではありません。ただ、そういうことを医師がするとは一般的には思えません。

(石村委員) いずれにしろ、安全に素早く送れる方法をいただければありがたいです。先程中澤さんがおっしゃったように、各ブロックで確実に電話を取って、対応してくれるのであれば、それはそれで良いかとは思いますが。

(中林委員) 総合センターとしては当然確実に受けとるということになっていますので、報告が来れば、それはそのように対応すると思います。

(松田委員) 助産師でなくても、最初のころはフォールスポジティブの症例が多いと思いますが、いずれ経験を重ねるにつれて、受ける方も送る方もより精度が上がってくるのではないのでしょうか。ですから、助産院の方もこんなことを思っている助産師がいるということが、関連する周産期母子医療センターに認知してもらえれば、今議論があったように、そこまで言うのであれば多分本当だと思い、周産期母子医療センターの医師がNoと答える人はいないと思います。

(杉本委員) 石村さんは、現在の周産期搬送において、助産所からの搬送を受け入れてくれない周産期センターが多いという現状を鑑みて言われているわけですね。ですから、胎児救急に関しては、先程中澤さんが言われたように、地域のネットワークの総合は必ず受け入れること、助産所からの搬送も受け入れることを確認していただく必要があると思います。

それから、産科施設のことですが、人口動態などの施設分娩は、病院、診療所、助産所の三つが施設となっているので、それで良いと思います。

(岡井会長) この文章は何度も読んでいるのにあまり気にならなかったのですが、ここで「等」が付いているのは、どういう意味を含んでいるのですか。

(中澤課長) これまでの周産期搬送の仕組みの中で、従来から「産科施設等」という言葉が使われているので、今回の資料を作成するときにも、コーディネーター等のシステムと同じような形で言葉をそろえたということです。

(岡井会長) あまり深い意味はない。

(杉本委員) 一般通報の場合が今までの搬送体制の中ではあったので、このような言葉が使われていると思います。今回は転院搬送だとすれば、産科施設で良いと思います。

(岡井会長) 今まで使われていたのは、病院や施設からではなくて、色々なところから送られることがあるということですね。

(畠山委員) 今まで検討してきている中で、今、うちでもやられているのが、こちらの母体救命搬送システムの概要というもので詰めてきました。その中で、ここには「等」というのが入っていません。あくまでも医療機関という形で考えていたので、このシステムの中では、救急救命士は救急救命士という医療の補助として、行った現場において判断をさせていただくので、このような各消防本部への連絡、通報という形になっています。患者に対する観察、あるいは処置について救命士ができる範囲のことは、救命士が責任を負ってやらなければいけないので、このような仕組みの中では「産科施設」と書いてあったので、今まで私の読みが足りなかったのかもしれませんが、「等」というところは、あくまでも医師がいないところを含めるのかと思って、今まで質問をさせていただきました。決して、ここで決まったことを否定するというものではありません。先程先生がおっしゃったとおり、このシステムを徐々に積み重ねていって、助産師のそのような思いなどが良い結果になっていって、システムが東京から全部変わるということを否定するわけではありません。私も早く行って運びたいのは山々ですが、現場で活動する救急救命士の資格を保護するためには、最低限ここだけは守らなければいけないというところがあるので、ご理解いただければと思って言っただけで、決して助産師がどうのこうのと言っているわけではありません。

(岡井会長) ありがとうございました。

(杉本委員) 今、救急の方が言われたことにも関連しますが、自宅で早産の時期の妊婦に、非常に腹痛が強い場合があったときに、早剥が疑わしいと救命士が判断すれば、このシステムに乗るのではないかという気もします。ですから、「等」の中には救急救命士がそういう判断をすることも含めていると理解できますが、この辺は救急隊としてはいかがで

しょうか。

(畠山委員) 救急隊の活動は、分類があります。そのような場合については、転院搬送ではなくて、通常の救急活動の急病扱いになります。あくまでも医療機関に行った場合には、転院搬送ということで、転院元の医師の指示と転院先が決まっているという前提の下に救急車を出します。ですから、事故種別上も変わってきます。それは申し訳ありませんが、医療法や消防法などの条例の中でやっているということで、医療機関について言えば、救急病院等を定める省令の中に、助産所が含まれているという解説がないので、そこも今のところは分からないので、検討させてほしいというのが気持ちです。すみません。

(中林委員) その場合には、救急隊の方が本部の医師に指導を仰いでいますよね。あれはどういう場合ですか。自宅や助産所などがそういうものに含まれると私は解釈していました。

(畠山委員) 救急隊指導医がいて、救急救命士の特定行為をやるときには、医師の指示が必要になります。そのような指示を出す方は、丸の内と立川にあるセンターの医師です。それと同時に、傷病等について不明な場合、あるいは処置等の判断に迷った場合についても、救急救命士の医療の質を担保するために、救急医の先生から指示をいただいています。その際にどのような医療機関に搬送すべきいう、診療科目についてのご助言もいただくことにはなっています。

ただ、今まで構築してきたこちらのシステムは、あくまでも救命ということで、特殊な形での一つでも多くの命を救うという専門のシステムと考えていますので、そちらの先生の指示をいただきながら、現場で活動する先生方も含めたシステム、そこで搬送というもので救急隊がどう関与出来るかということで全力を尽くしていきたいという形で参加させていただいています。

(岡井会長) 色々な状況が考えられるので、特殊なこともあるので、「等」は入れておきましょう。今言ったようなあれで、救急隊が行って、医師の指示を受けるにしても、どこかの医師が指示する場合もあります。それから、何といても問題の発端は、助産所からの搬送ですが、それもやはり原則は受けてあげるべきだと私は思うので、この「施設等」

の中には、助産所も当然入ってくると考えたいと思います。もちろん、これでもしも注を付けるのであれば、助産所でそのような場合は、「できる限り嘱託医師、又は連携病院の医師の指示を仰ぐこと」など、一言付けておけば良いのではないですか。連絡が取れない場合は助産師が総合に電話をするということになると思います。よろしいですか、それで。

(中林委員) 嘱託医制の意味があるというものは、やはり原則はそうしているからです。それから、本当に緊急の場合は、超法規的というか、法律にどうしても色々な事情で、特別に連絡がつかないということで、そうなっていくので、原則は原則として。

(岡井会長) 原則としてとだけ入れておいて、ただし、それも助産師は常識で分かる。連絡を取るのに30分も1時間もかかったのでは何のためにこのシステムができたのか分かりませんから、それは常識的に考えてもらうということでもよろしいですか。この件は良いですか。これで決着。

(石村委員) また修正があるかもしれませんが、今のところは大丈夫です。

(中井委員) (3)の①-2と①-1の選択について、とても明確に先生方からご示唆いただきましたが、左側の説明文(3)の①と②の間に「調整担当ブロック総合以外に最寄りの周産期センター又は周産期連携病院がある場合は」と記載してありますが、地域ごとにそちらがいつも優先であれば、優先しなさいという、先程の弁を借りると、この表現はあまり正しくありません。調整担当ブロック総合にその旨を伝えないと、そちらには連絡してはいけないと書いてあるので、「調整担当ブロック総合に伝えた上で」をカットして、①-2という文章が止まる場所の最後に、「を優先する」などという文言を入れ、「最寄りの周産期センター又は周産期連携病院がある場合は、そのセンターを優先する」というような書き方に変えた方が、先程の運用であれば、明快ではないでしょうか。

(岡井会長) 私はそれで良いと思います。中澤課長どうでしょうか。今、中井委員の言われたことが分かりますか。「旨を伝えた上で」と。

(中澤課長) ここに入れた意味が、検討会の先生方のご意見を伺っている中で、とにか

く連絡を受けたら、ブロックの調整担当の総合はそれを基に動きますが、他にも連絡するというを一応、ブロック総合に伝えておいて、準備は準備としてやってもらいますが、近いところが受けられたら、その準備を中断して、そちらに行ってもらおうということを総合に分かっておいてもらった方が良いのではないかというようなニュアンスがあったかと思いました。

(岡井会長) それは違いますよね。スーパー母体搬送と同じような考えではありません。今回は少し違う。最初から近くにあれば、その医療機関は、その近くにいつも頼っているわけだし、今回もその近くに先に頼っても良いということですから。

(中井委員) そのように先程の解釈をされたので、この文章との整合性がなくなります。しかも、その後の結果をまたブロック調整に伝えろというのも変な話ですから。

(岡井会長) 「調整担当ブロック総合にその旨を伝えた上で」というのは要らないでしょう。

(中澤課長) そうすると、順番は、一応修正案としては、ブロック担当の総合にまず電話をするのが1番としていますが、今のお話では、もしもブロックよりも、最寄りのところがあるのだったら、先にそちらに電話をするという理解で良いのでしょうか。

(中井委員) ですから、僕は先程、それで良いのかということで質問したのです。しかし、本来混乱しないように、ブロック調整が最優先という方が潔いのではないかと質問をしましたが、現実がそうではないからというお答えで・・・。

(岡井会長) いや、多摩など。

(中井委員) 23区内でも現実がそうではないので。

(杉本委員) この矢印を太くというのはそういう意味ですよ。

(岡井会長) この矢印は、どちらも同じ太さにして、①と②という番号がややこしいのです。両方とも①なのだけれども、どちらでも可なのですよね。その施設のいつもお願いするところ、あるいは、こういうときにお願いしたいと思っているところということで良いのではないですか。ですから、最寄りの周産期センターが駄目なときには、ブロックに調整をお願いしなければいけないということになります。

(中井委員) ですから、もしフローをシャープにするのだったら、最寄りの周産期センターが①-1です。①-1がたまたま調整担当のところもあるわけです。先程40%でしたか、あるとおっしゃっていたので、そうしたら、そこはオールインワンで、例えば女子医大といたら、女子医大に決定するわけです。簡潔にこのフローを医会委員に分かりやすく伝えるには、最寄りが①で、ブロック調整が②ということですね。

(岡井会長) 最初は最寄りが①でしたね。僕が逆にしたのでしたね。

(中澤課長) 7月の案は、例外にそれを入れていたのです。

(岡井会長) 例外ではないということにしたのだけれども、順序が。

(中澤課長) 恐らく先にブロックの総合に連絡をずとしたのは、ブロックの総合での準備をとにかく素早くしておいていただくという意味と、2番目には確実に受けられるように、なるべく早く受けられるようにするという意味があったかと思います。そこら辺が特に問題なければ、順序はどちらでもよろしいかと思います。

(杉本委員) スーパー方式にするかどうかですね。

(岡井会長) 旨を伝えた上で、最寄りの周産期センターの手間がどれぐらいかかるかです。

(中井委員) 最寄りが潔く断ってくれれば、すぐですよ。

(杉本委員) 潔く受けてくれるのかと思ったら、そうではない。そうすると、中井先生の案だと、矢印が縦になって、最初が最寄り、その次が総合ということですね。

(中井委員) 最初は総合を母体救命のように運用すると理解していたので、これで良いかと思いましたが、皆さんのお話によれば、必ずしもそうではないということですね。

(岡井会長) ですから、最寄りの周産期センターとブロック総合は、僕の頭の中では並列です。並列というのは、一つの施設にとってはどちらかが最初に決まっていて、その施設では、最寄りが先で、駄目であれば総合というところもあるし、最初から総合というところもある。施設によって違うという感じなのですよね。

(中井委員) 最寄りの施設というところに、(搬送先調整担当も含む)ということですね。

(岡井会長) そういうことですね。それは最寄りのうちだということですね。

(中井委員) 医会員にこれを周知する場合は、順位は極めて重要なので。これはスーパーと違って、スーパーはそこでなければ助かりませんが、これは時間の勝負です。近ければ、総合であろうと地域であろうと、早い方が良いという考え方だと思います。帝王切開して出すだけのことですから、早い、最寄りが一番良いのではないかということです。

(岡井会長) では、そうしましょうか。皆さんどうですか。杉本先生何か。

(杉本委員) 最初の矢印が2本必要になるわけですね。直接総合の場合と、最寄りに行って、それから駄目で総合という2系統になるということですね。

(中井委員) あるいは、最寄りの周産期センターがたまたま総合のときです。

(岡井会長) 最寄りの周産期センターがたまたま総合のときはそれで良いというような考えに立つとシンプルにはなります。ですから、①が最寄りの周産期センター、周産期連携病院で、括弧して総合が相当していても良いと。そこで駄目なときに、ブロック総合が

今度は相当責任を持ってやってくれよということです。

(中井委員) しかし、そうするとそこで終わりですよ。それ以外でも以上でもありません。ブロック総合に言うときには、「日本医大が駄目だったので、多摩総合にかけました」ということになります。

(岡井会長) それで、例外はたまにこういうことがあっても仕方ありません。よろしいですか。そこは修正をします。今の打開案で行こうと思いますが、何か異論がある先生はいらっしゃいますか。よろしいですか。

では、中澤課長何回も修正ですみませんが、良いものにしたいので、よろしくお願いいたします。

(中澤課長) では、修正して、岡井会長にご相談した上で皆様にメールをさせていただきます。

(岡井会長) 他に、胎児救急搬送体制全体にコメントやご意見がありますか。よろしいですか。だいぶ時間を取りましたので、それではありがとうございました。

次は報告事項ということで、時間があまり残っていないので、ポイントだけで結構だと思います。よろしくお願いいたします。

《報告事項》

(1) 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

(事務局) それでは資料5をご覧ください。報告事項の一つ目は、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です。こちらは昨年1月31日から神奈川県として公開しておりまして、ちょうどもうすぐ1年を経過しようというところですので、中間報告をさせていただきます。まず、1の取扱実績をご覧ください。こちらは、12月31日までの実績となっております。神奈川県から東京都へ搬送調整のあった事例が合計18例、そのうち東京都から神奈川県への戻りの調整依頼があったのが1例でした。逆に、東京都から神奈川県への搬送調整の依頼は0件となっており、戻りも0となっております。

搬送元ブロックと搬送先ブロックは、神奈川県からは横浜地区からの搬送調整依頼が9

件と最も多く、その次が川崎となっております。その他に、小田原市のような西湘地区という、かなり遠くからの搬送依頼も2例ほどありました。受入地区としては、区西南部、区中央部、区南部の順で多く受け入れていただいています。

母子の状況は、妊娠週数は22～27週が17例ということで、ほぼ、この週数での妊婦の搬送調整依頼となっております。母体年齢は資料のとおりです。

搬送理由については、約半数が切迫早産となっており、その他前期破水や妊娠高血圧症候群がありました。以上です。

(岡井会長) ありがとうございます。ただ今の報告に関して、何かご質問等ありますか。よろしいですか。神奈川県とはスムーズに行っているのですが、他県との体制もまた検討して、始まっていると思いますが、引き続き検討して、なるべく早く連携体制を作りたいと思いますので、よろしくをお願いします。

それでは、次に「NICU 退院支援の取組について」をお願いします。

(2) NICU 退院支援の取組について

(事務局) 退院支援担当の西山からご説明をさせていただきます。2年間で実施してきたモデル事業を終了し、その総括を「東京都NICU退院支援モデル事業報告書」という形にまとめて、昨年10月に都内の周産期母子医療センター、保健所、区市町村保健センター等関係機関へ配布させていただいています。事務局の作業に少し時間がかかり、発行が遅れまして、誠に申し訳ありませんでした。

また、NICU退院支援体制検討会の会長である楠田委員はじめ、皆様には大変お忙しい中、貴重なご意見をいただき、最後までご指導を賜りまして、深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

こちらの資料6は、モデル事業が終了し、今年度既に取組を始めたNICU退院支援に関する主な事業を中心にお示ししたものです。モデル事業の具体的な取組内容については、前回詳しくご説明をさせていただいておりますので、本日は右側の平成24年度の主な事業を中心にご説明をさせていただきたいと思います。

右側をご覧ください。こちらは今年度の主な事業ですが、予算化したものを中心にお示ししてあります。まず、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。NICU入院児支援コーディネーターの配置促進です。こちらは新規補助事業です。この事業

は、周産期母子医療センターにおける NICU 入院児支援コーディネーターを中心とした取組を推進するために、早期からの在宅移行支援の取組や院内外の連携、調整等の役割を担うコーディネーターの配置に対する支援を行うというものです。

次に、さらに各施設の取組の情報共有や退院支援にかかわる資質向上を目的にして、NICU 入院児支援コーディネーター連絡会を実施しています。今年度は 2 回開催しています。NICU 入院児支援コーディネーターやその業務を担っている看護師、助産師、ソーシャルワーカー等が集まって、今年度は退院支援の取組の発表や、グループワークを取り入れた情報交換、交流など、活発に行いました。継続開催のご要望が多いため、今後、内容の充実を図りながら実施していきたいと思っています。

次に、NICU と入院児在宅移行研修事業です。今年度は事業化して、引き続き職種別という形で実施しています。NICU とスタッフ向けについては、NICU 入院児の在宅移行支援に必要な知識や技術の習得の促進をすることを目的として開催しています。12 月に開催し、100 名以上のご参加がありました。

次に、在宅移行支援病床の設置促進です。併せて図 2 もご覧ください。こちらは NICU や GCU の在宅療養との間に、中間的病床としての在宅移行支援病床を設置した場合の運営と整備に対する支援を行うというものです。この病床の運営は、長期入院になるお子さんの場合は、より時間をかけて退院準備を行う必要があるため、ご自宅の生活に近い環境を作って、育児や医療ケアなど、できるだけご家族中心で試行してみることや、この病床で外泊訓練を行うなどの活用を考えています。また、この病床は在宅移行後にお子さんが急性増悪したときの受入もできるものになっております。

次に、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として、短期入院（レスパイト）の実施促進についてご説明します。在宅療養を支える支援としては、レスパイトの不足が地域の大きな課題としてありましたが、今年度から新規補助事業として、在宅移行後のお子さんを保護者の要請に応じて、定期的医学管理、及び保護者の労力の一時支援を目的として受入を行った場合に支援を行うということを始めています。保護者の労力の一時支援とは、ご家族の一時的な休息や休養、ご家族の急病等の場合に受入を行うことが考えられます。今年度、新しい事業ですので、今後は、今年度行っている施設に院内の取り決めや実績などをお聞かせいただきながら、進めていきたいと思っています。

最後になりますが、地域における在宅支援体制の整備です。こちらは NICU 等入院児在宅移行研修事業の地域の診療所小児科医師向けと保健所、保健センターの保健師向けの二つ

の研修会を実施しています。この研修会については、地域で在宅療養を支援する人材の確保、育成を目的としており、これから2～3月で各1回開催します。地域の小児科医師向け研修については、小児科の先生に限らず、成人を行っているような在宅診療の先生方なども対象としており、東京都医師会などのご協力をいただきながら、幅広く周知を行っていききたいと思っています。

今までが平成24年度の主な事業の説明ですが、NICUの退院支援は平成21年度から検討を始め、モデル事業の実施、今年度からは新しい事業等をスタートさせるなど、取組はまだ始まったばかりです。これからの取組を進めながら、中身の充実や足りないところを補うなど、課題の解決を図っていきますが、事業の評価や今後の退院支援の方向性については、引き続きご意見をいただく場が必要と考えています。

これまでは、NICU退院支援体制検討会でご議論いただいておりますが、今後は形を少し変えて、まずは2年程度を目途にして、NICU退院支援検討部会を協議会の下に設置していききたいと考えています。以上です。

(岡井会長) ありがとうございます。ご質問をお願いします。

(中林委員) この事業は、今、国でも東京都でも、また国立成育医療研究センターでも熱心に検討されていると思いますが、東京都と全国的な研究との連携はどうなっているかというのが一つの質問です。

もう一つは、一番下の図で、在宅移行支援病床と短期入院（レスパイト）とは、実際にはかなり共通して使うことが多いのですが、私がこの間申請したら、別々でなければいけないとお聞きしてました。実際の運用上ではレスパイトだけ別に幾つか病床を取るの難しいということで、申請を諦めようかと思っていますが、その辺はどうなっていますか。

(事務局) 全国との連携というところでは、研究班などの色々な調査といったものは参考にさせていただいたりしています。また、楠田会長にご相談して、今回、モデル事業の報告書なども全国の周産期センターに送らせていただいたりしています。これからもそのような有用な情報についてはいただきたいと思っています。

2点目の在宅移行支援病床については、一応、専用病床と考えております。レスパイトについては、保護者からのレスパイト要請があつて、病床を使った分だけを実績とすると

いうものなので、例えば使っていないときには一般の病床として使っていただくというものです。

(中林委員) それはよろしいということになっているのですね。それが駄目だとお聞きしたものでしたから。

(中澤課長) レスパイトの在宅療養児一時受入支援事業の方は実績に基づいてということですが、在宅移行支援病床の方は常に病床を確保していただくということで、少し違いがあります。

(中林委員) 例えば在宅移行支援病床が4床あって、在宅支援ですから、2床を使うときも4床を使うときもありますが、そのときにレスパイトが入ったらどうするのだということ。4床を別に確保していないとレスパイトに使っていけないという形になるわけでしょう。

(事務局) すごく分かりづらいのですが、在宅移行支援病床のベットではレスパイトは実施できず、別の事業立てになっています。先生が今おっしゃった、例えば在宅移行支援病床を4床確保していただいた場合、2床しか今は使っておらず、他の2床が空床になっているというような状況があっても、この2床ではレスパイトは行えません。4床は専用病床として在宅移行訓練等の目的のために使っていただくことになります。ただし、この病床は、在宅移行訓練等を行う目的と、もう一つ、退院後の急性増悪時の受入という2つの目的を持つ病床なので、空床2床を、退院後の急性増悪時したお子さんの受入に使うことはできると思います。

(中林委員) 理解はしましたが、やはり初期の事業ですので、有効活用ができるように、弾力的に運用がしやすいような形にさせていただけるとありがたいと思います。

(事務局) それらの事業につきましては、有効に活用されることが大事だと思いますので、その辺は実績などをいただきながら検討していきたいと思います。

(中林委員) 実際には、全国的にも色々なものが足りなくて、東京都の墨東のモデル事業が上手くいったぐらいで、あとは非常に難航しています。やはりいかにすべり出しをスムーズに行かせるかというのが、このような事業は大事ではないかと思しますので、よろしくをお願いします。

(事務局) ご意見ありがとうございました。

(楠田委員) 全国のものに比べると、東京都はかなり細かいところまで行けています。そういう意味では、先進的なことをやっています。われわれの統計では、全国的に長期入院児は減っていますが、東京都も明らかに減っています。この効果が出ていると思います。ただ、それがNICUの子どもがどこかに行って、そこで家族が苦勞されているのでは困るので、それでこのようなレスパイトなどをやっていますが、レスパイトというのはなかなか微妙で、国としては、このようなものがどういう位置付けになるかというのが難しいので、そういう意味では、都だから多少できるので、全国単位になると、レスパイトという言葉すら、まだ難しいかなという状況です。

(杉本委員) 確認ですが、現在、入院児支援コーディネーターは、24全ての周産期母子医療センターに配置されていると認識して良いのでしょうか。

(事務局) 昨年度、10月1日での調査では、コーディネーターという名称ではありませんが、半分ぐらいの施設には、そのような役割をしている方がいらっしゃいました。この補助事業は、今、総合3、地域3で実施しております。

(杉本委員) 現在は半分ぐらいということですか。

(楠田委員) これは始まる前にも話をしましたが、どういう資格の方がどのぐらいそこで勤務するかということが、十分周知されていないので、その辺も今後周知が必要ではないかというところです。

(岡井会長) 他に何かありますか。よろしいですか。このNICU退院児支援の取組は、効

果を上げるのはなかなか難しい課題だと思います。大変ですが、頑張ってくださいとしか言いようがない。

では、その他の報告をお願いします。

(事務局) それでは、時間の関係もあるので、かいつまんでご説明します。まず、参考資料1をご覧ください。前回の協議会以降の変更点についてご説明します。まず、前回の協議会でご議論いただいた国立成育医療研究センターが平成24年8月1日から、総合周産期センターに指定されています。その他、多摩地区にある東京慈恵会医科大学附属第三病院が平成25年1月1日から周産期連携病院に新規に指定されています。この結果、現在、総合周産期センターが13、地域が11、周産期連携病院が12の計36施設となっています。

なお、NICUの病床については、昨年9月1日付で、連携病院の青梅市立総合病院が3床新設しておりますので、現在、291床という状況となっております。

続いて、参考資料4をご覧ください。こちらは「東京都母体救命搬送システムによる搬送事例の状況」です。スーパーのシステムが開始して平成21年3月25日から平成24年9月30日までの報告分となっております。件数は227件となっております。1番の「搬送の種類」の真ん中に年度別がありますが、特に今年度（平成24年度）については、トータル48件ということで、昨年度と比べて、大体1.5倍ぐらいのペースで件数が出ている状況です。

少し飛ばして、5ページの11番「母の転帰」をご覧ください。これについては、ほとんどが退院という形になっていますが、死亡事例が11例となっております。平成24年4月1日以降では、1例の死亡事例が追加となっております。その事例は脳出血の妊婦事例でした。

1ページおめくりいただいて、12番の「児の転帰」をご覧ください。こちらにも産褥搬送が多い関係で、ほとんどが健康ということになっておりますが、死亡例については、22週以降の死亡が28例となっております。平成24年4月1日以降は7例ありました。そのうち6例は常位胎盤早期剥離の妊婦からの出生児となっております。

続いて、参考資料7の周産期搬送コーディネーターの実績について、少し触れさせていただきます。こちらは、平成24年度のコーディネーター取扱実績ですが、9月までの半年間で324件ありました。昨年が年間約410件程度でしたので、これも1.5倍ぐらいの件数となっております。なお、一般通報は昨年と大体同じぐらいの件数となっております。

が非常に増えているという状況です。

その後の2、3ページ目の状況については、記載のとおりです。

4ページ目をご覧ください。11番の「転院搬送理由」も昨年度までと変わらず、切迫早産、前期破水が全体の約70%を占めているという状況です。

また、5ページ目の13番「初診時診断名（一般通報）」も、切迫早産、切迫流産、前期破水、陣痛発来となっていますが、墜落分娩が約20%ということで、若干割合が増えているというような状況となっています。

駆け足ですが、参考資料の説明は以上です。

(岡井会長) ありがとうございます。ただ今、ご説明、ご報告いただいたことに関して、何かご質問などはありますか。よろしいですか。この資料は持って帰って良いのですね。

(中澤課長) 参考資料については、お持ち帰りいただいて結構です。

(岡井会長) 今、時間がなくて、簡潔にご報告いただいたので、お持ち帰りいただいて、よく見ておいていただければと思います。

そうしますと、その次の参考資料8以下は説明もなしですね。これは後で見ておいていただくということで良いですか。

(中澤課長) はい。ご覧いただければと思います。

(岡井会長) ありがとうございます。それでは、本日予定の議事に関しては大体終了しましたが、他に何か協議会で議論すべきことなどがありましたら、お願いします。

(松田委員) 埼玉県との関連はどうなっているのでしょうか。

(中澤課長) その件については、今、埼玉と協議を進めているところで、ここでお話し出来る内容にはなっていません。また協議をして、案等が固まりましたら、情報提供をさせていただきます。

(岡井会長) よろしいですか。埼玉は相当大変な状況にあるので、なるべく助けてあげる方向で色々と検討してもらえればと思います。他に何かありますか。よろしいですか。

それでは、事務方にお返ししますので、後はお願いします。

3 閉会

(中澤課長) 岡井先生ありがとうございました。

それでは、閉会に当たりまして、福祉保健局の前田技監より、一言ごあいさつを申し上げます。

(前田技監) 本日は、平成 24 年度最後の協議会ということで、また、この 3 月で、今回お願いした先生方の任期が満了ということですので、最後に一言ごあいさつを申し上げます。

先生方には、この任期中におかれましては、大変お忙しいご予定を押して、東京都の周産期医療体制強化のために、本日、拝見して分かるように、非常に密度の濃いご議論をいただきまして、大変感謝申し上げます。この間、平成 22 年度に策定した「東京都周産期医療対策整備計画」を推進する中で、東京都母体救命搬送システムや、周産期搬送コーディネーター制度の検証等をしていただくとともに、特に昨年度（平成 23 年度）は、本日の資料にもありましたように、神奈川県との県域を越えた周産期搬送体制の試行の開始や、NICU 退院児支援モデル事業の取組、そして、昨年度から昨年にかけては、本日、ご協議いただいた、胎児及び新生児の救急搬送体制の構築等々、周産期医療における都の非常に重要な案件について、大変精力的にご議論いただき、その中でさまざま大変貴重なご意見を賜りましてありがとうございました。

都としましては、先生方のこのようなご熱意に応えられるように、整備計画を誠実に推進して、周産期医療体制のより一層の充実を図っていきたいと考えているところです。東京都の取組については、何といたっても、周産期医療を担う先生方、あるいは関係団体、関係機関の皆さん方のご協力なしには成り立たないものです。今後とも、都の周産期医療体制の推進にご協力いただけますように、重ねてお願い申し上げます。

本日まで、本協議会にご出席いただきまして、大変ありがとうございました。

(中澤課長) ありがとうございます。

それでは、先程の机上配付資料の①、②については、そのまま机に残していただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

(岡井会長) それでは、先生方どうもありがとうございました。