

25 福保医救第921号
平成25年11月29日

都内周産期母子医療センター管理者 } 殿
都内周産期連携病院管理者 }

東京都福祉保健局医療政策部長
(公 印 省 略)

胎児救急搬送システムに係る調査の実施について(依頼)

日頃から、東京都の周産期医療対策事業に関しまして、御理解、御協力いただき厚くお礼申し上げます。

都では、母体救命搬送システム（平成21年3月25日開始）及び周産期搬送コーディネーター制度（平成21年8月31日開始）に加え、平成25年3月27日から、生命に危険が生じている胎児の救命を図ると共に、児の予後を向上させるため、速やかに母体を搬送し、急速遂娩を実施することを目的とする胎児救急搬送システムを開始しております。

制度開始から8か月が経過したところですが、胎児救急搬送システムにより受入要請のあった事例について、要請に対する対応や搬送受入時の対応及び母児の予後等について調査することにより、胎児救急搬送システムの現状の把握、効果検証及び機能向上等のための検討材料とさせていただきたく存じます。

つきましては、御多忙のところお手数をおかけしますが、調査の趣旨を御理解いただき、何卒御協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1 調査方法及び調査内容

(1) 搬送受入に関する調査（個票による調査）

平成25年3月27日（水曜日）から平成25年10月31日（木曜日）までの間に搬送受入要請のあった下記①から③の**全事例**について、①及び②については様式1により、③については様式2により、**当該妊産婦及びその出生児の加療中に得た可能な限りの情報でかまいませんので御回答願います。**（回答不可能な項目は空欄で結構です）

- ① 胎児救急として受入要請のあった事例（様式1）
- ② 胎児救急に相当すると事後に判断した母体搬送受入事例（様式1）
- ③ 胎児救急の対象であるが、「産科施設等で、母体搬送をするよりも自施設のほうが早く分娩でき、その後新生児搬送するほうが良いと判断した場合」で、娩出された新生児を搬送受入した事例（新生児科医による迎え搬送を含む）（様式2）

※ 調査票について、上段は全症例につき作成をお願いします。様式1の下段は、搬送受入により対応した症例についてのみご回答ください。

※ 調査票は、1事例ごとに1枚作成をお願いします。調査票が足りない場合は、お手数をおかけしますが、複写してご回答くださいますよう、よろしくお願い致します。

※ 該当する事例がない施設については、回答不要です。

(2) 胎児救急搬送システムに関する調査（アンケート調査）（様式3）

胎児救急搬送システム全般や、受入依頼があった際の対応に関するご意見等について、様式3により御回答ください（全施設回答をお願いします）。

[留意事項]

- ・ 個人情報にかかる事項もございますが、貴院において情報提供可能な部分の回答で結構です（不明な点は無回答でもかまいません）。
- ・ 調査に当たっては、収集するデータは全て匿名化し、施設及び個人が特定できない形で集計を行います。
- ・ 本調査の結果は、周産期医療対策以外では使用いたしませんので、御理解のうえ、御協力いただきますようお願い致します。

2 提出期限・提出方法

記載した調査票をまとめて、平成25年12月24日（火）までに、同封の返信用封筒にて、下記担当まで返送願います。

なお、1（1）の個票の提出がなく、1（2）のアンケートのみの回答の場合は、FAXでの提出も可です。

集計・分析結果は、東京都周産期搬送部会等において活用いたします。

※ 御回答いただく個票の枚数が多く、切手の不足がある場合には、個票枚数に合わせて切手を追加でお送りいたしますので、お手数ですが御連絡ください。

3 提出先及び問合せ先

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課周産期医療担当
道傳（どうでん）、渡部（わたなべ）

住所 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
東京都庁第一本庁舎23階南側

電話 03-5320-4378(ダイヤルイン) ファクシミリ 03-5388-1441

E-mail Midori_1_Watanabe@member.metro.tokyo.jp

様式1

胎児救急搬送システム 搬送受入に関する調査票

胎児救急として受入要請のあった事例及び胎児救急に相当すると事後に判断した搬送受入事例すべてについて、下記の調査票にご記入をお願いいたします。

区分	<input type="checkbox"/> ① 胎児救急として依頼を受けたもの <input type="checkbox"/> ② 胎児救急に相当すると事後に判断したもの
----	--

母体搬送受入要請時情報	
受入要請日時	平成 25 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分頃
受入要請者	<input type="checkbox"/> 搬送元医療機関 <input type="checkbox"/> ブロック総合周産期センター <input type="checkbox"/> 周産期搬送コーディネーター
搬送元医療機関名	前医の診断名 (要請時診断名)
年齢等	歳 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 妊娠週数 週 (<input type="checkbox"/> 推定)
初発症状 (患者の訴え)	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他 () 連絡日時 (患者から搬送元へ訴えのあった日時) 月 日 時 分頃
搬送前の状況	<input type="checkbox"/> 胎盤肥厚 <input type="checkbox"/> 胎盤後血腫 <input type="checkbox"/> CTG異常 (レベル:) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> DIC (産科DICスコア 点 <input type="checkbox"/> 抗DIC治療) <input type="checkbox"/> 出血 (ml) <input type="checkbox"/> 輸血 (ml) <input type="checkbox"/> IUFD (子宮内胎児死亡)
受入の可否	<input type="checkbox"/> 受入 (受入不可 : <input type="checkbox"/> 他患者対応中 (<input type="checkbox"/> 産科不可 <input type="checkbox"/> 手術室不可 <input type="checkbox"/> 麻酔科不可)) <input type="checkbox"/> 受入不可 ⇒ (理由 <input type="checkbox"/> その他 ())

受入事例については、下記についてもご記入ください。

母体・新生児情報 (搬送受入事例のみ)	
搬送受入日時等	年月日 平成 25 年 月 日 (曜日)
	覚知時間 午前 午後 時 分 病院到着時間 午前 午後 時 分頃
疾患名	
母体の初診時程度	<input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 軽症
分娩日時	平成 25 年 月 日 午前 午後 時 分
分娩時週数	週 日 分娩時年齢等 歳 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産
娩出	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 (<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 自然) <input type="checkbox"/> 妊娠継続
	<input type="checkbox"/> 帝王切開 (<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 予定) (適応: <input type="checkbox"/> 母体 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 母児)
母児の状況	<input type="checkbox"/> 胎盤肥厚 <input type="checkbox"/> 胎盤後血腫 <input type="checkbox"/> CTG異常 (レベル:) <input type="checkbox"/> IUFD (子宮内胎児死亡) <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 剥離面積 (%) <input type="checkbox"/> 母体ICU入院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> DIC (産科DICスコア 点 <input type="checkbox"/> 抗DIC治療) <input type="checkbox"/> 出血 (ml) <input type="checkbox"/> 輸血 (ml) <input type="checkbox"/> 出生児のNICU入院
母転帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡
出生体重	g 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
アプガースコア	点/1分 点/5分 点/10分 臍帯動脈血pH
児転帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡
経過等	

回答日	平成25年 月 日	病院名		ご回答者	
-----	-----------	-----	--	------	--

胎児救急搬送システム 搬送受入に関する調査票

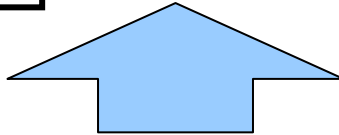
- ③ 胎児救急の対象であるが、「産科施設等で、母体搬送をするよりも自施設のほうが早く分娩でき、その後新生児搬送するほうが良いと判断した場合」で、娩出された新生児を搬送受入した事例(新生児科医による迎え搬送を含む)すべてについて、下記の調査票にご記入をお願いいたします。

搬送前の状況									
受入要請日時	平成 25 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分頃								
受入要請者	<input type="checkbox"/> 搬送元医療機関 <input type="checkbox"/> ブロック総合周産期センター <input type="checkbox"/> 周産期搬送コーディネーター								
搬送元医療機関名				母体の診断名等					
依頼理由									
初発症状 (患者の訴え)	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	連絡日時(患者から搬送元へ訴えのあった日時) 月 日 時 分頃								
分娩日時	平成 25 年 月 日 午前 午後 時 分								
分娩時週数	週 日			分娩時年齢等			歳 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産		
娩出	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 (<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 自然) <input type="checkbox"/> 妊娠継続								
	<input type="checkbox"/> 帝王切開 (<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 予定) (適応: <input type="checkbox"/> 母体 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 母児)								
新生児科医※の分娩立会い	<input type="checkbox"/> 分娩立会いなし <input type="checkbox"/> 分娩立会いあり ※「受入先病院」の新生児科医の分娩立会い								
搬送前の状況	<input type="checkbox"/> 胎盤肥厚 <input type="checkbox"/> 胎盤後血腫 <input type="checkbox"/> CTG異常(レベル:) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> DIC(産科DICスコア 点 <input type="checkbox"/> 抗DIC治療) <input type="checkbox"/> 出血(ml) <input type="checkbox"/> 輸血(ml)								
出生体重	g			性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
アプガースコア	点/1分		点/5分		点/10分		臍帯動脈血pH		
搬送手段	<input type="checkbox"/> 消防救急車 <input type="checkbox"/> 病院救急車(<input type="checkbox"/> 自院(受入施設)所有 <input type="checkbox"/> 搬送元所有) <input type="checkbox"/> その他 ()								
母転帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡								



搬送後の状況									
搬送受入日時等	年月日	平成 25 年 月 日 (曜日)							
	覚知時間	午前 午後	時	分	病院到着時間	午前 午後	時	分頃	
疾患名									
受入先	<input type="checkbox"/> NICU入院 <input type="checkbox"/> その他 ()								
児への対応・処置等									
児転帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡								
経過等									

回答日	平成25年 月 日	病院名		ご回答者	
-----	-----------	-----	--	------	--



胎児救急搬送システム調査票

1 東京都胎児救急搬送システムについて、ご意見等があればご記入ください。

[]

2 平成 25 年 3 月 27 日の制度開始から平成 25 年 10 月 31 日までの間に、胎児救急による母体搬送の受入要請がありましたか。

- 要請あり (質問3についてもご回答ください。)
 要請なし (質問は以上で終了です。)

以下、胎児救急の受入要請を受けた医療機関のみ回答をお願いします。

3 胎児救急に係る対応について

(1) 胎児救急の母体受入に関する依頼元医療機関とのやり取りで気付いた点をご記入ください。

[]

(2) 胎児救急の母体受入について院内調整をするに当たり気付いた点をご記入ください。

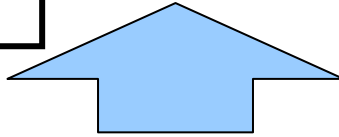
[]

(3) 胎児救急の要請に対して自院で受入れが出来ない場合で、東京都周産期搬送コーディネーターに選定依頼する場合がありますが、東京都周産期搬送コーディネーターとの調整で気付いた点をご記入ください。【東京都周産期搬送コーディネーターに選定依頼を行った医療機関のみご回答ください】

[]

病院名		ご回答者	
-----	--	------	--

御協力ありがとうございました



胎児救急搬送システム調査票

1 東京都胎児救急搬送システムについて、ご意見等があればご記入ください。

[Empty space for handwritten response to question 1]

2 平成 25 年 3 月 27 日の制度開始から平成 25 年 10 月 31 日までの間に、胎児救急による母体搬送の受入要請がありましたか。

- 要請あり (質問3についてもご回答ください。)
 要請なし (質問は以上で終了です。)

以下、胎児救急の受入要請を受けた医療機関のみ回答をお願いします。

3 胎児救急に係る対応について

(1) 胎児救急の母体受入に関する依頼元医療機関とのやり取りで気付いた点をご記入ください。

[Empty space for handwritten response to question 3(1)]

(2) 胎児救急の母体受入について院内調整をするに当たり気付いた点をご記入ください。

[Empty space for handwritten response to question 3(2)]

病院名		ご回答者	
-----	--	------	--

御協力ありがとうございました