

平成25年度第1回 東京都周産期医療協議会

平成25年12月17日

東京都福祉保健局

(開会 午後6時00分)

○八木事業推進担当課長 それでは、定刻になりましたので、平成25年度第1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、お忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

私、周産期医療を担当しております事業推進担当課長の八木と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。

まず初めに、開催に当たりまして、福祉保健局技監、前田よりご挨拶を申し上げます。

○前田福祉保健局技監 福祉保健局技監の前田でございます。

本日は、大変年末のお忙しい中、多数の皆さんにおいでいただきまして、ありがとうございます。本日は、この年末近くになった時期ではございますけれども、今年度、最初の周産期医療協議会でございます。

東京都では、ご存じのとおり、22年の周産期医療協議会におきまして、先生方の貴重なご意見を賜りまして、26年度までを計画期間といたします東京都周産期医療体制整備計画を策定いたしまして、この計画に基づきまして、周産期医療体制の整備を進めているというところでございます。また、計画策定後も、23年には、神奈川県との県境、県境を越えた周産期搬送の試行でございますとか、あるいは24年度の胎児救急搬送システムの開始など、重要な案件につきまして、大変いろいろ貴重なご意見を先生方から賜りながら、周産期医療体制のさらなる強化、充実に努めてまいっているというところでございます。

周産期医療体制につきましては、この体制の中で整備いたしました「スーパー母体救命」でございますとか、「周産期搬送コーディネーターによる搬送調整の仕組み」、そして、「胎児救急搬送システム」につきましては、先生方の熱いご議論によってできたものでございまして、その後の取組を通して定着しつつところでございますけれども、まだまださらなる周知徹底と改善が必要でございます。

これらの東京都の取組は、周産期医療を担う先生方や関係機関、あるいは団体の皆さん方のご努力に支えられて成り立っているというものでございます。今後とも引き続き幅広くご議論いただきまして、東京都の周産期医療の推進にご指導、ご協力をいただきますようお願いを申し上げます。

簡単でございますけれども、私からの挨拶とさせていただきます。よろしく願いいたします。

○八木事業推進担当課長 本日の会議室ですが、皆様の机の上にそれぞれマイクが設置されております。手元のボタンを押していただきますとスイッチが入り、もう一回押していただきますとスイッチが切れる仕組みになっております。ご発言いただく際には、お手数ですが、操作のほうもよろしく願いいたします。

それでは、本日は、新たなメンバーでの第1回目の協議会になりますので、資料1、

委員名簿に従いまして、委員の皆様をご紹介します。次第を1枚おめくりください。
資料1、委員名簿。

東京女子医科大学、楠田委員でございます。

東京大学の藤井委員でございます。

東京都医師会、正木委員でございます。

東京産婦人科医会、落合委員でございます。

東京都助産師会、石村委員でございますが、若干遅れているようでございます。

続きまして、日本重症心身障害学会、倉田委員でございます。

日本赤十字社医療センター、杉本委員でございます。

杏林大学の岩下委員でございます。

日本大学の細野委員でございます。

日本医科大学の中井委員でございますが、本日は代理として関口先生にご出席をいただいております。

続きまして、東京消防庁、竹内委員でございます。

特別区保健所長会代表、成田委員でございますが、本日は代理で荒川区保健所の倉橋委員にご出席いただいております。

都保健所長会代表、木村委員でございます。

都立大塚病院、瀧川委員でございます。

都立多摩総合医療センター、光山委員でございます。

失礼しました。順天堂大学の竹田委員でございます。

医療政策部長の小林は、本日、欠席となっております。また、医療を受ける側代表の渡利委員も、本日、ご欠席との連絡をいただいております。

産科連絡会代表としまして、日本大学の山本先生にご出席いただいております。

新生児連絡会代表といたしまして、昭和大学の板橋先生にご出席いただいております。

救命救急部門代表といたしまして、日本大学の丹正先生にご出席いただいております。

続きまして、事務局職員を紹介いたします。

福祉保健局技監、前田でございます。

医療改革推進担当部長の笹井でございます。

救急災害医療課長の遠藤でございます。

次に、配付資料の確認をいたします。お手元の資料をご確認ください。資料は、資料1から8までと、参考資料が7点ついております。

資料1は、本日の名簿となっております。

資料2、本協議会の設置要綱、A3で1枚となっております。

資料3-1、3-2、それぞれA3で1枚の資料となっております。

資料4-1、こちらはA3の1枚の資料。資料4-2、こちらはA3で3枚の資料となっております。

資料5-1、平成24年度のコーディネーターの実績になりますが、こちらはA4で3枚の資料となっております。資料5-2、こちらは平成25年度半期分となりますが、コーディネーターの実績、A4で3枚の資料となっております。

資料6-1、こちらは母体救命搬送システムの状況ですが、A4で5枚の資料となっております。資料6-2、こちらもA4で5枚の資料となっております。資料6-3、こちらはA4で6枚の資料となっております。

資料7、こちらはA3で1枚。

資料8はA4で7枚の資料となっております。

続きまして、参考資料であります。参考資料1、こちら、東京都周産期母子医療センターの現況図となっております。参考資料2、こちらは神奈川県医療施設の配置図となっております。参考資料3、こちらはコーディネーターシステムの概要となっております。参考資料4、こちらは母体救命搬送システムの概要となっております。参考資料5は平成24年度の患者取扱実績、参考資料6は平成25年度の患者取扱実績、参考資料7は、昨年度、平成24年度の第2回の協議会の議事録となっております。

資料が多くて申し訳ございません。欠けているものがありましたらお知らせいただきますよう、よろしくお願いいたします。

この会議の取り扱いですけれども、資料2の設置要綱第8にございますとおり、会議及び会議に関する資料、議事録は公開となっております。

引き続きまして、協議会会長の選任を行います。本協議会の会長につきましては、同じく設置要綱5の1によりまして、委員の互選となっております。これにつきまして推薦等ありましたら、よろしくお願いいたします。

○落合委員（東京産婦人科医会） 女子医大の楠田先生に会長をお願いできればと思っておりますが、いかがでございましょうか。

○八木事業推進担当課長 楠田先生とのご推薦をいただきましたが、いかがでしょうか。
(拍手)

○八木事業推進担当課長 ありがとうございます。それでは、楠田先生に会長をお願いいたします。

会長席にお移りください。

続きまして、会長の代理を行う会長代理につきまして、同じく要綱第5の3により、会長にあらかじめ指名をいただくこととなっております。楠田委員、会長からのご挨拶とあわせて、会長代理のご指名をよろしくお願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） ただいまご指名にあずかりました東京女子医大母子総合医療センターの楠田でございます。皆さん方のご推薦によりまして、このたび、周産期医療協議会の会長を務めさせていただきます。

私は、この前、岡井会長がやっておられたときに会長代理をさせていただいておりましたので、そのときの経験も踏まえて、この協議会のほうを運営させていただいたらと

思います。

先ほど、すみません、ちょっとだけお話しさせていただくと、前田技監のほうから、この東京都の周産期医療のことについて少しコメントがございましたけれども、東京都というのは、周産期医療では、やはり全国的には先進地区で、全国の周産期医療を引っ張ってきておられたわけですけれども、この周産期の整備以上にやっぱりハイリスクの妊婦さん、新生児が増えたので、少し皆さんの記憶から薄くなりつつあるかもしれませんが、平成20年に妊婦さんが亡くなるということが発生しました。だから、ちょうど5年前になりますけれども、それ以来、東京都では、さらにこの周産期医療体制の整備の加速が行われまして、先ほど技監のほうからご紹介ありましたスーパーだとか、コーディネーターだとか、胎児救急だとか、あるいはNICUの長期入院児の対策も進みまして、さらに周産期医療が充実したと。広域搬送もやり始めた。ただ、やっぱりいろいろまだまだ課題がございますので、ぜひ皆さん方のお力をいただいて、この東京都の周産期医療をさらに発展させたいというふうに考えておりますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

それで、会長代理なんですけれども、やはり産科の先生で、杉本先生にぜひお願ひしようと思ひますけれども、どうでしょうか。よろしいでしょうか。

(拍手)

○楠田会長（東京女子医科大学）　じゃあ、杉本先生、よろしくお願ひします。

○八木事業推進担当課長　それでは、杉本先生、会長代理の席にお移りください。

本日の終了予定ですが、おおむね20時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。

それでは、これからの進行は楠田会長にお願ひいたします。会長、よろしくお願ひします。

○楠田会長（東京女子医科大学）　それでは、この議事次第に従って進めていきたいと思ひます。

初めは、協議事項で、県域を越えた周産期搬送体制の構築についてという議題になります。

では、事務のほう、説明をよろしくお願ひします。

○八木事業推進担当課長　それでは、県境を越えた周産期搬送体制の試行について、ご説明をいたします。

資料3-1をご覧ください。

上の段にあります、これまでの経緯の（2）に記載あるとおり、平成24年1月31日に東京と神奈川県の間で県境を越えた周産期搬送体制の試行を開始しております。

試行内容についてなんですけれども、資料を1枚めくっていただきまして、3-2をご覧ください。

こちら、試行開始をした際のプレスとなっております。柱書きがございますとおり、

東京都及び神奈川県は、両県内で対応が困難な場合に、相互に受入先の医療機関を選定し、搬送する体制を構築すると。

目的としましては、東京都における周産期搬送体制のさらなる強化、こういったことを掲げて始めたものであります。

試行の内容につきましては、1にございますとおり、いわゆる上りの搬送だけではなく、「あわせて」の行になりますけれども、本試行により搬送された妊産婦及び出生した新生児については、急性期を過ぎ、居住地のある都内または県内の医療機関へ転院が可能と判断された場合には、転院先の調整を行うと。いわゆる戻り搬送も検証の対象としております。

仕組みなんですけれども、こちら、右側のエリアの下の図をご覧くださいと思います。それほど難しいものではないですけれども、神奈川県から東京都への搬送体制についてのもになっております。上にあります神奈川県のほうの産科の施設、ここで、より高次の医療機関への搬送が必要だということになりました場合には、神奈川県の中の各ブロックの基幹病院のほうに依頼すると。そこでもだめだった場合には、神奈川県窓口と書いてある、こちらの基幹病院のほうに連絡すると。そこでも県内を探しても見つからない場合には、東京都の周産期搬送コーディネーターに連絡し、コーディネーターが都内の病院を探すと、こういった仕組みになっております。戻り搬送につきましては、急性期を過ぎて転院可能という場合なんですけれども、逆の流れをたどることとなっております。

左に戻っていただきまして、試行開始日、3のところなんですけれども、平成24年1月からということ。また、次の行、おおむね6カ月程度試行し、その後、検証を行い、結果を踏まえて本格実施というようなことを考えておりました。

なおなんですけれども、その他のところにございますとおり、いわゆる母体救命処置を必要とする妊産婦の搬送、また、新生児の搬送、また、一般通報、これは対象外ということになっております。母体の転院搬送が対象になるというふうな仕組みになっております。

資料に戻っていただきまして、資料3-1をご覧ください。

これまでの経緯のところなんですけれども、(3)にありますとおり、平成24年7月に協議会に中間報告をさせていただいております。このとき、実績が6件ということで、検証には至っておりません。また、(4)24年の2回目の協議会でも中間報告をさせていただきました。このときは18件となっております。今年度になりまして、25年10月、協議会のほうの部会であります周産期搬送部会で試行継続について協議をいただいたということ。本日、協議会のほうに案件として上げさせていただいております。

試行の実施状況、その下の段をご覧くださいと思います。平成24年1月から平成25年8月まで、19カ月間で計24件、月平均で1.3件、神奈川県から受けてい

るという状況であります。

ちょっと詳しく見ていきますと、取扱実績、テーブルがあるかと思えますけれども、東京から神奈川へ患者を送った事例、これは0件ということになっております。逆に、神奈川県から東京へ患者を送られてきた件、こちら、搬送依頼があったのが24件、実際にコーディネーターを使って受入に至っているのは、このうち19件というふうになっております。24件のうち、当該システム、先ほど見ていただきましたシステムに乗って戻ったのは1件という状況になっております。

(2) なんですけれども、依頼元のブロック別の件数、横浜からの依頼が14件と多く、東京都のほうの受け手は区中央部、区西南部での受入が6件と多く、神奈川県に近い地域での受入が多くなっております。

右に行きまして、母体の妊娠週数ですが、22～23週が14件、24～27週が9件と、比較的早い妊婦の母体搬送が多くなっているという状況であります。

(6) ですが、所要時間をご覧いただければと思います。一つ目のぼちになりますが、こちら、神奈川県のコーディネーターが搬送依頼を受けてから東京都に依頼をするまで、自分の県内で探した時間になります。これが平均で1時間11分。

次のぼちなんですけれども、これは神奈川県コーディネーターが東京都のコーディネーターに依頼をして、東京都のコーディネーターが都内の病院を探した時間になります。こちらが56分で、平均の照会回数は3回となっております。

全体として、三つ目のぼちになりますけれども、神奈川県のこちらが搬送依頼を受けてから都内の病院に到着するまでの所要時間が3時間39分、こういった状況となっております。

続きまして、一番下の囲いになります。試行の検証及び継続についてですが、囲いの中の左側をご覧いただければと思います。実施状況を簡単にまとめておまして、①としまして、神奈川県から東京への搬送は月平均1.3件、数としては少ないように見えますが、搬送部会のほうでは、若い週数の妊婦の搬送が多いので、件数に比べて、東京都の医療機関の負担は多いんじゃないかと、そういったご意見もいただいております。

二つ目としましては、システムを利用した戻りが1件しかなく、当初、想定しておりました急性期を過ぎた後の戻り、これが進んでいないということがあります。

三つ目としましては、東京都から神奈川県への搬送調整が0件ということで、神奈川県における調整方法の検証ができていないということを記載しております。

このような状況を踏まえまして、このままの仕組みで本格実施に移行するのはちょっと困難だろうというふうに判断しまして、仕組みを変えた上で試行を継続し、改めて実施状況を見ながら、本格実施への移行を検討したいというふうに考えております。

主な改善点として右側のほうにあります。一つ目は、患者情報の取得についてであります。現行の仕組みですと、東京都の受入先の医療機関が患者情報をとる際に、一度、神奈川県の本幹病院も経由しているという状況でありました。ただ、これですと、照会

時間がかかってしまったり、また、伝達ミス等出るんじゃないかということがございまして、今後は搬送先、東京都の医療機関が搬送元の医療機関に直接電話をするというようなこと、こういったことも可能にするという、そういった仕組みにしていきたいというふうに考えております。

二つ目なんですけれども、こちらは、現行ですと、東京都のコーディネーターが30分探しても見つからない場合には、神奈川県のように連絡をするという仕組みになっていたんですけれども、先ほど見ていただいたとおり、都のコーディネーターが調整する平均時間が56分とありますので、実態に合わせまして、60分を経過した場合または選定可能な医療機関全部に当たってもだめだった場合、この場合に連絡をすると、こういった仕組みに変えたいと思っています。

③～⑤につきましては、どれも戻り搬送を促進するための仕組みとなっております。これまで、戻り搬送に関する説明を患者にするか否かというのは、搬送先、また、搬送元の医療機関の判断に任されていて、決まり事とはなっていなかったんですけれども、これが戻りが進まない要因の一つだろうということを考えておきまして、搬送の前後で患者に対して、急性期が過ぎて、医師が転院可能と判断した場合には、戻り搬送の対象になりますよと、こういったことを患者に対してチラシを配布して周知する。また、医療機関の先生のほうにもリーフ等を配布して、仕組みを理解していただく。こういったことで、戻り搬送につなげていきたいというふうに考えております。

試行の時期ですけれども、おおむね1年ぐらいを予定しておきまして、その試行状況を見まして、改めて本格実施への検証をしたいというふうに考えております。

説明は以上になります。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

それでは、この神奈川県との搬送調整ですけれども、ご説明いただきましたように、件数としては少ないですけれども、かなり重症例が来ていると。一方、東京都から神奈川のほうには今のところないと。ただ、当初の戻り搬送等に関しては、もう少し改善が要るだろうということで、今回、この改善案を提出いただきまして、この改善案に従って試行を続けようという、そういうご提案でございます。

この東京都の周産期医療体制、こういう搬送に関しては、搬送部会のほうで議論していただいて、それを最終的に協議会のほうで承認するという形になっておりますので、この協議会での承認が終わりましたら、その内容に従って、この神奈川との搬送体制の調整を試行として続けるということになります。

では、この最初の議題について、何かご意見はございますでしょうか。

○板橋委員（新生児連絡会） ちょっと確認なんですけれども、この24件、結局、ぎりぎりですって、そこで生まれてしまって、戻れないという可能性も十分あって、必ずしも戻せる状況ではなかったという可能性をちょっと検証しておくべきだと思います。

それと、主に母体のことですが、逆に、東京都で生まれてしまったケースのベビーの

戻り搬送のことは、余り議論にここではならないと思うんですけども、その件についてもやっぱりあわせて評価しないと、ちょっと片手落ちかなというふうに思うんですが、いかがでしょうか。

○八木事業推進担当課長　ご質問ありがとうございます。

この資料をまとめるに当たりまして、都内の周産期医療センターに調査のほうをまかせていただいております。確かに、お母さんの状態が安定しない、また、生まれた新生児の状態が安定しないので、搬送が困難だということで、都内の病院にしばらくいたという事例もございます。

ただ、詳細、詳しく追ってはいないですけども、本人希望によって、搬送された病院のケアがとても手厚いので、ここで産みたいという、その本人の希望によって入院が長くなったという、そういった事例もございます。状況としては、そういった状況であります。

もう一つ、ご指摘いただきました生まれた新生児の搬送、これについても、このシステムの対象とはなっております。なかなか現実問題として難しいところはあるかと思えますけれども、システムの対象とはなっておりますので、医学的に戻せるということになれば、東京都の周産期コーディネーターに連絡をいただければ、周産期コーディネーターが神奈川県と調整をして搬送先を探すという、そういったことで運用をしていきたいと思っています。

○楠田会長（東京女子医科大学）　部会の会長、杉本先生、よろしくお願ひします。

○杉本会長代理（日赤医療センター）　搬送部会で検討させていただいた内容では、24件の中で、母体が安定して搬送が可能になった症例は非常に少なく、やはり出産を終わって、新生児が残って、新生児を戻すということが問題になった症例がございます。ですから、恐らく戻り搬送は新生児搬送が主体になるのではないかとこのように理解しております。そのとき、一つ、まだ解決すべき問題として、搬送の交通手段ですね。救急隊は、救急事例ではないので、搬送に、そこに従事することはできないという建前がございますので、病院のドクターカー、両方の施設でどちらかが持っていれば、それが使えるということでありまして、両方の施設がない場合に、患者負担というようなことも起きておりますので、この交通手段と、それに係る負担がかかった場合に、どのように公的に補助ができるかということ、今後、少し詰めていく必要があるかというふうに思っております。

以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学）　やはり生まれた新生児が状態が安定したから、また、神奈川県というのは、現実にはなかなかいろんな社会的な要因もあって、進んでいないというのが現状です。この改善点の中に一つ、やっぱり変えていただくことを、ある程度、家族の方にも前もって理解していただいたほうがいいかもしれないということで、そういう周知をするようなことも改善点の中には含まれておりますけれども、現実には

なかなか進んでいないのが状況だと思います。

ほかは、ご意見はどうでしょうか。

○八木事業推進担当課長 一つ、補足させていただきます。杉本先生からご指摘いただきました戻り搬送の手段、費用負担の件なんですけれども、神奈川県、今の現状ですと、神奈川県から東京都に送っている件数が24件ということで、引き取りについても、神奈川県のほうで引き取ってほしいということを考えておきまして、神奈川県の行政のほうの仕組みとしましても、神奈川県内の病院が自分のところの病院救急車を使って東京都に戻り搬送を行った場合、その費用の一部について負担をするという、そういった補助制度はあると聞いております。ただ、仕組みが補助ですので、手続が煩雑であったり、また、ちょっと再生基金という事業を使っている関係で、地域限定になってしまっているということがありますので、そのあたりが課題じゃないかということで、神奈川県のほうには、もうちょっと使いやすいものにしてほしいということを話をしていきたいと考えております。

○楠田会長（東京女子医科大学） 戻り搬送というのはなかなか大きな問題で、実は、中医協の中にもテーマとしては出ておきまして、戻り搬送も医療の一部というような認識になれば、非常に我々としても助かるという、そういう状況だとは思っています。ちょうど中医協のほうの議論は、どうなるかはちょっと我々としては読めないもので、それを見守るという状況だと思えます。

ほかはどうでしょうか。

○落合委員（東京産婦人科医会） 確認なんですけど、この24件は、全て神奈川県の救急隊によって搬送されているんでしょうか。東京都の救急隊が要請されたということはないんでしょうか。

○事務局 東京都の救急隊はないと思います。ただ、ちょっと消防に確認ができなかった案件がございましたので、そちら、もしかしたら病院の救急車を使われている可能性がある案件が数件ございました。

○楠田会長（東京女子医科大学） これは東京都で受入が決まっていれば、基本的には神奈川県の救急隊が運んでくれるはずなんですけれども、その県と都の境で何か乗りかえないといけないというようなことは、本当は発生していないというふうには思うんですけれども、その辺はどうですかね。消防庁の方、何かコメントはございますでしょうか。

○竹内委員（東京消防庁） 神奈川県で運んできて、じゃあ東京で乗せかえるなんていうことはないと思います。基本的に、先ほども杉本先生がおっしゃったとおり、これ、東京の場合、救急の対象ではないということなので、我々のほうからこういったところで神奈川県に搬送するということはないであろうというふうに思っておりますけれども、かなりふだんの救急活動でも、実際、神奈川県内の病院に搬送することは、東京の近接したところまでは運んでいます。例えば横浜だとか、もうあっちのほうまで運ぶことはほとんどないです、原則としてはございませんので。

私からのコメントは以上でございます。

- 楠田会長（東京女子医科大学） これ、たしか小田原かどこか、一つあったよね。小田原はどういう救急車で来たかはわかりますか。
- 八木事業推進担当課長 小田原から来た件数は、実は小田原から来たのは2件ございまして、多分神奈川県の救急車で来ているというふうに思います。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 向こうが運んでくるんですね。
ほか、ご意見ございますか。
- 丹正委員（救急救命部門） ついでにちょっとお聞きしたいんですが、今、事例はないんですけども、これが神奈川県から、例えば神奈川県に行った場合に、その戻り搬送をもし行うといった場合には、これは東京都の補助というのは何かあるんですか。
- 八木事業推進担当課長 ございません。今、仕組みとしてはございません。
- 岩下委員（杏林大学） 主な改善案で、東京都に考えていただいたところはありますけれども、この中の④ですか、「患者さんの理解を深めるために、仕組みを案内するチラシを作成し」とありますけれども、これはどこの総合周産期センターもそうなんですけど、1回搬送を広域でなくても、東京都で受けても、戻るというお約束をしても、大体の方は戻らないですね。同じ問題がやはり広域搬送でも起こっていると考えて、こういうチラシをつくる場合に、どこまでその強制力があるのか。実際に入院している患者さんを週数になったから戻ってくださいといったとき、患者さんが、いや、ここで産みたいと言った場合に、病院側としてはそれ以上強く言えないと思うんですが、その辺は東京都はどういうふうに考えていますか。
- 八木事業推進担当課長 やはり強制的に転院するということはできない、強制はできないというふうに考えています。この仕組みについては、神奈川県のほうの周産期協議会のほうでも諮っておりまして、大筋了解いただいているんですけども、先生ご指摘いただいたように、患者さんにわかりやすいもの、また、医療機関のほうで周知しやすいものとするよという事で、作成に当たっては、医療機関の先生方のご意見等伺いながら、神奈川県とも調整して作成をしていきたいと考えております。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 神奈川県立子ども医療センターはNICUが足りないんで、何かもう7割～8割くらいはバックトランスファーしているそうですね。だから、そういうのがある程度普及すればいいんでしょうけど、なかなかちょっとそこまで行くのは難しいとは思いますが。
- 岩下委員（杏林大学） これは搬送依頼元は周産期センターでなくて、一般病院なんですかね。
- 楠田会長（東京女子医科大学） それはデータとしてはどうでしたですかね。
- 八木事業推進担当課長 両方のケースがございまして。
- 岩下委員（杏林大学） どっちがどのぐらいかわかりますか。
- 八木事業推進担当課長 少しお時間をください。

○板橋委員（新生児連絡会） 先ほどの神奈川のバックトランスファーの事例は、ちょうど2週の子供だったんですけれども、そのケースは、いわゆる一般病院に戻っていたと思うんですが、重症だったので、結局、半年くらいはずっとNICUの中にいたように思います。

○事務局 先ほどのご質問、ちょっとこちらの補足でご説明いたしますと、先ほどの24件のうち、大体3分の1から半分ぐらい、周産期センターから、今、確認が正確にできないんですが、それぐらいが主に神奈川県内の周産期センターからの搬送という形になっております。ただ、それも、そちらで初めから管理しているケースもあれば、神奈川の一次施設から周産期センターに運ばれた上で、再度の転送ということでの依頼というケースもございます。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 実際にあった事例で、神奈川の受入の周産期センターがバックトランスファーの場合にあったんですけれども、患者さんのご自宅が、その距離がかなりあるセンターで、むしろご自宅は川崎に近かったので、これは医療センターの事例なんですけれども、医療センターのほうが交通の便がいいというようなことで、バックトランスファーしないで、そのまま残ったというような事例もございましたので、先ほど患者さんの希望ということがございましたけれども、そういう患者さんのご都合もあわせてご希望された場合に移ることは実質的に可能となると、そういうふうに理解されてよろしいと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほかにご意見どうでしょうか。

もしご意見がございませんようでしたら、一応この改善策をある程度提案しまして、このまま試行を続けると。また、試行を1年間やって、その検証に従って、本格実施をまず搬送部会で協議していただいて、それで、最終的にはまたこの協議会で判断するという予定になりますけれども、それでよろしいでしょうか。

（了承）

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、ご承認いただきましたので、この案件については協議会として承認ということにさせていただきます。

続きまして、報告事項が並んでおりますけれども、まず、周産期搬送部会の報告のほうをお願いしたいと思います。

○事務局（道傳） それでは、報告事項（1）搬送部会の報告としまして、まず初めに、胎児救急搬送システムについてご説明いたします。

私は、救急災害医療課で周産期医療担当係長をしております、道傳と申します。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、資料4-1をご覧ください。

胎児救急搬送システムにつきましては、平成23年度から24年度、2年にわたりまして、周産期搬送部会やワーキンググループでの検討を経て、本協議会でご議論いただきまして、平成25年3月27日からシステムを開始しております。このシステムの概

要と実績を把握するための調査につきまして、ご報告を順にさせていただきたいと思っております。

まず、概要の左上、目的でございます。こちらは生命に危険が生じている胎児の救命を図るとともに、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しております。

すみません、先生方には既にご承知のことかとは思いますが、確認の意味も含めて、概要のほうも、再度、ご説明させていただきます。

対象ですけれども、産科施設等において、胎児の生命に危険が生じている可能性があり、速やかに母体搬送及び急速遂娩を必要と判断した場合で、①常位胎盤早期剥離及びその疑いがある場合、②早産期に胎児機能不全の兆候がある場合を対象としております。

①、②に該当する場合でも、母体救命を必要とする状況で、都のもう一つのシステムであります母体救命搬送システムの対象となるような症例や、産科施設等で分娩を実施し、その後に新生児搬送をするような場合は、本システムの対象外となります。

本システムの要点は、左下でございます総合周産期センターの役割でございます。総合周産期センターは、「胎児救急」として搬送受入の要請を受けた場合、他の緊急疾患等の対応により、緊急帝王切開等急速遂娩が実施できない場合を除いて、原則として受け入れて、必要な処置を行うこととしております。

ここで、ちょっと参考資料3、後ろのほうになりますが、ご覧いただけますでしょうか。

こちらは、周産期搬送コーディネーターの概要ということで、こちらも、先ほどご説明がありましたように、平成21年8月末から開始しているシステムでございますけれども、右側の中段でございますように、都内を八つのブロックに分けて、現在、搬送先調整担当の総合周産期センターを中心に、ブロック内の母体・新生児搬送の要請に対しまして、自院での受入とブロック内調整の役割をお願いしているところですが、これに加えて、コーディネーターを配置しまして、都全域の調整を行っているところでございます。この仕組みも活用しながら、胎児救急の仕組みが今できているというところでございます。

もう一度、資料4-1にお戻りください。

まず、右側の搬送の流れでございますが、初めに、産科施設等において胎児救急が発生した場合、①でブロックの搬送先調整担当の総合周産期センターに依頼を行い、原則として搬送受入となります。このとき、ブロック総合よりも直近の周産期センターがある場合には、続けて②の流れで依頼を行うという流れになっております。

なお、多摩地域やブロック内に総合周産期センターがない区東北部のようなブロックなどでは、その地域の事情を考慮しまして、①よりも②の直近依頼をブロック総合に優先して行うことも可としております。

ブロック総合が、他の患者の対応など例外の理由によりまして受入ができないという

場合には、④にありますように、周産期搬送コーディネーターにブロック内外の調整を依頼するか、みずからブロック内調整を行うことにより、受入病院を選定いたします。

これまでの実績なんですけれども、周産期センターとミドルリスクに対応する周産期連携病院からの毎月の報告によりますと、制度開始の25年3月から9月末までの半年間で、要請件数が29件、受入件数が26件でございました。平均しますと、受入が月4.3件となっております。このうち、受入ができなかった3件につきましては、周産期コーディネーターを通じまして、直ちにほかの病院での受入が決まっております。

この各施設からの報告なんですけれども、受入状況はわかるものの、要請疾患名や母児の転帰、受入ができなかった理由などが把握できないということ、また、対象とする症例や病院の対応が、システムのルールに基づき運用されていたかどうかといった実態までは把握できない報告となっております。

そこで、1枚おめくりいただきまして、資料4-2をご覧くださいませでしょうか。

こちら、既に11月29日に各周産期センター、周産期連携病院に対しまして依頼をさせていただいておりますが、胎児救急搬送システムに係る調査を実施させていただいております。

この調査の方法と内容なんですけれども、1の(1)のところで、個票による調査を実施しまして、①にありますような胎児救急搬送システムで搬送された事例、また、②胎児救急システムを利用しなかったが、事後に胎児救急に相当するものと判断した事例、そして、③胎児救急対象事例ではあるが、自院で分娩し、新生児搬送となった事例を対象に1件別の調査を実施しております。

また、右の(2)にございますが、アンケート調査を実施しまして、各施設の胎児救急の対応状況やご意見等を伺いたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして、調査の個票となっております。様式1の上段が要請時の状況、下段に受入後の状況をご回答いただきまして、時間経過と母児の状況や転帰などについてご回答をいただきたいと思っております。

また、1枚おめくりいただきまして、3枚目が施設ごとのアンケートとなっております。システムについてのご意見とともに、受け入れた施設につきましては、調整に関する感想や気づいた点を聞く内容となっております。

本調査の結果なんですけれども、次回の周産期搬送部会において検討を行う予定です。

説明は以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） 胎児救急搬送システムで、今年の3月から開始されたシステムですので、比較的まだ新しいシステムですけれども、今その報告がございましたけれども、何かご意見はございますでしょうか。

○岩下委員（杏林大学） これは道傳さんに前に申し上げましたですね。ちょっと我々の杏林であった事例で、いきなり胎児救急という宣言をされて、送られてきたんですけれども、当然すぐに帝王切開と思って、午前中でしたので、手術室、稼働しているところ

ろを全部ストップしていただいて、それで備えていて、本人が大分遅れてきたんですけども、来たところが胎児機能不全、すぐに帝王切開するような状態でなくて、後から帝王切開したんですが、そのときには、ちょっと院内で麻酔科、ほかの科から物すごいクレームが来て、ということから、一つ言えることは、このシステムで本当にすぐに胎児を娩出しなきゃいけない状態なのかどうか、判断は搬送元の判断によりますので、それを徹底していただきたいということが1点と、あと、この主な疾患で、常位胎盤早期剥離が挙がっていますけれども、これは中井先生のデータですか、出ていますけれども、該当施設で帝王切開してから児を搬送したほうが予後はいいというデータが出ている。特に多摩地区はうちと多摩総合しかありませんので、多摩総合のほうで新生児搬送を実際にやっていますし、当該施設のほうに新生児を迎えにいて、新生児の蘇生を行っていますので、そういうこともちょっと加味していただきたいというのが私の意見です。

○楠田会長（東京女子医科大学） 事務局、何かありますか。

○八木事業推進担当課長 ご意見ありがとうございます。この調査開始しようというのも、先生からご意見いただいたものも含めて、実態を把握したいということがございます。

もう一つは、児を出してから搬送したほうが予後がいいんじゃないかというようなこと、これも区のブロック会議に参加させていただいたときにちょっと話題になったんですけども、東京都としましても、母体搬送を原則とする、そういう扱いという、そういう取り決めではなく、あくまでも、ちょっと責任転嫁になってしまうかもしれないんですけども、その児の状況、先生のご判断に応じて、よりよい方法を選んでいただくということ、原則として母体搬送を推奨する、そういったものではございませんということを考えております。

この件については、制度の周知とあわせて、Q&Aみたいな形で、よくご質問をいただくものについて、簡単なペーパーをつくりまして、11月末だったかと思うんですけども、各周産期センター、連携病院のほうに周知をさせていただいておりますので、またこういったご意見をいただければ、Q&Aの更新なんかも考えていきたいと思っております。ありがとうございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） 今年3月から始まったところなので、十分まだ周知ができていないところもありますし、それから岩下委員が言われたように、オーバートリアージが当然ありますけど、逆に、結果、胎児救急だったという、アンダートリアージも多分あると思いますので、その辺を、今、調査していただいて、分析したいと考えておりますけれども。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 搬送部会での議論を踏まえてのコメントでありますけれども、最初のこのシステムを考える、でき上がる時の一番の目標は、発症してから1時間以内に子供を出そうということが、一応システムの最も大きな狙いでした。ですから、到着までに30分、これはブロック内でないと難しいだろうということで、ブロックの総合がそれを責任を持って受けるというのがまず1点。それから、各施設で

大体30分以内に子供を出せる体制というのがあるというのが、周産期センターとしてはほぼ合意ができておりますので、こうした母体搬送の場合に、地域のブロックが責任を持って受けて、帝切で出すということでもありますけれども、新生児として搬送をした場合に、もっと早くできるというときは、もちろんそれでよろしいかと思いますが、ただ、東京都の新生児搬送、しかも迎えにいつて搬送ができるのは、これ、多摩地区しかございません。ですから、多摩においては、この新生児搬送のシステムを主眼として搬送していただいて結構です。システムそのものをよく読んでいただきますと、そういう原則として確認をされて書かれておりますので、区部と多摩で少し状況が違うので、それを踏まえた上での体制であるということで、そのこともよく読んでいただきますと書かれておりますので、ご確認いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

○事務局（道傳） わかりました。ありがとうございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほか。

○山本委員（産科連絡会） 日大の山本ですけれども、私も、娩出してから搬送したほうがよいか、常位胎盤早期剥離の場合ですけど、考えていたのですけれども、その疑いがあるというふうなことで搬送されて、結果的には、このシステムになったために、非常に児の予後が改善されたような症例もありますので、実際にはその疑いといつて搬送されてきて、帝王切開したときにはもう胎盤は50%以上はがれていて、何とか児は予後がよかったというような症例もありましたので、このアンケートをとつていただいて、どのような結果になっているかということを知ることも大事ではないかなと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） アンケートの締め切りが24日で、ぜひ先生方の施設も行っていると思いますけれども、まだ集まりはどうなんですか、もう一つですかね。

○事務局 少しずついただいているところなんですけれども、まとまり次第、こちらも早急に取りまとめて、部会のほうにはお諮りしたいと思つております。

○楠田会長（東京女子医科大学） 重要なアンケートで、このシステムをいかにこれから発展させるかということにかかわる大きなデータを提供してくれると思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それから、新生児搬送か、母体搬送か、これはなかなか難しい問題で、中井先生のデータも、その新生児搬送がよかつたところまでは多分言つていなかったと思うんですけど、やっぱり子供の予後と、それからお母さんの予後もありますので、我々、新生児を扱うほうも、かなりこれは難しい問題だとは思ひます。

ほか、何かご意見はございますでしょうか。

○杉本会長代理（日赤医療センター） オーバートリアージのことに關しましては、やはりスーパー母体救命でも、最初はかなりオーバートリアージの症例はありましたけれども、ある程度、学習効果といひますか、送る側の意識も高まつて、徐々に減つてきているような現状もござひます。ですから、今回、今の調査をやはりよく検討した上で、一次医療機関の診断レベルをそれなりに向上させるきっかけになればいいのではないかと

いうふうに思います。この点で、落合先生のほうで何かコメントがあればいただきたい
と思います。

○落合委員（東京産婦人科医会） いろいろな機会を通じて、一次機関のレベルといたしま
しょうか、そういうのをまた上げるような努力を医会としてもしていきたいというふう
に思っております。ありがとうございます。

○藤井委員（東京大学） オーバートリアージの問題は、ただ、この施設によって対応能
力がもう全然違いますので、余り厳しく言うと、多少のオーバートリアージは目をつぶ
る制度でいくしかないのではないかと思います。アンダートリアージの規制はいいんで
すけど、余りオーバートリアージを規制するような方向には動いてはいけないんじゃない
かと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） この後、母体救命の報告もありますけど、本当にぴっ
たりはまってしまうと、多分必要なものが抜けてしまいますので、多少のオーバートリ
アージやこういうものは必ず含まれるんだというふうには思います。

ほか、ご意見よろしいですか。

じゃあ、もしないようでしたら、また後で戻っていただいても構いませんので、次は
搬送コーディネーターの実績のほうをお願いします。

○事務局 それでは、資料5-1をご覧ください。コーディネーター実績につきまして、
ポイントを中心にご説明いたします。

まず、1ページの1、取扱件数でございます。平成24年度、1年間の実績となっ
ておりますが、取扱件数が一般通報207件、転院搬送383件、あわせて590件で、
1日平均1.62件となっております。23年度の1日平均が1.14件であったこと
と比べますと、大体42%増加しております、特に転院搬送が大幅に増加してござ
います。

2、3は省略いたしまして、1ページおめくりください。

4、ブロック別依頼件数及び受入件数の転院搬送でございます。こちらは、依頼は多
摩からが多く、受入については、中央部、区西部、区西北部、区西南部で多く受け入
れていただいております。

その他の8件ですけれども、こちらは分娩進行等によりまして、依頼がキャンセルと
なったものです。

他県への搬送は、千葉県、神奈川県に1件ずつで、両方とも搬送元の医療施設からの
選定となっております。

5の一般通報につきましては、転院搬送と異なりまして、大体どのブロックもある程
度の数、ブロック内で受け入れていただいているという様子が見えます。

なお、他県の6件ですけれども、救急隊による選定がほとんどでして、その内訳は、
千葉3件、埼玉2件、神奈川1件という状況でございます。

6番、受入施設種別ですけれども、どの施設区分でも23年度比で増加してござ
います。

が、特に総合周産期センターが、昨年度、242件から323件に、周産期連携病院が、昨年度、19件から84件と、大幅に増加しております。

続きまして、7番、患者種別ですけれども、ほとんどが母体搬送となっております。母児両方の39例につきましては、主に自宅や救急車内での墜落分娩による母児搬送のケースでございます。

次に、8番を飛ばしまして、9番の妊娠週数なんですけれども、分娩数の多い正期産ではなく、大体28～33週がピークとなっております。

1ページおめくりいただけますでしょうか。

続いて、11番の転院搬送理由ですけれども、切迫早産と前期破水が約7割を占めております。

12のFAXの有無なんですけれども、コーディネーターの選定依頼時に搬送元の医療機関からコーディネーター宛にFAXを送っていただくルールとなっておりますけれども、こちら、FAXの送付なしの割合が20%ということで、年々、減少傾向にあり、一次施設からのご協力をいただいている状況でございます。

続きまして、5ページ、13番、一般通報の初診時診断名ですけれども、墜落分娩が18%と多く、次いで切迫早産、陣痛の発来という状況でございます。

14番のかかりつけ対応不可理由ですけれども、妊婦健診未受診が31%ほどございましたが、こちらも、年々、減少傾向にございます。

続きまして、資料5-2をご覧ください。こちらについては、平成25年度の4月～9月までの6カ月間の実績でございます。24年度と比較して、特徴のある項目を中心に説明いたします。

1番の取扱件数ですが、1日平均1.8件ということで、24年度の1.62件と比べましても増加しております。

続いて、少し飛びまして、3ページをご覧ください。9番の妊娠週数ですけれども、こちらも傾向は24年度と同様の傾向でございますが、24～27週の転院搬送が、前年度と比較して約1.4倍増えているということで、比較的早い週数が増えている傾向がございます。

続いて、1ページ飛ばしまして、5ページをご覧ください。こちら、14番のかかりつけ対応不可理由ですけれども、先ほど、妊婦健診未受診がございましたが、25年度上半期は24%ということで、さらに割合は減っております。そのかわり、遠方という理由での一般通報が、前年度が25%だったんですけれども、今回、30%ということで、若干増えているという傾向がございます。

コーディネーター実績につきましては、説明は以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、コーディネーターの実績報告ですけれども、ご意見はございますでしょうか。こちらのほうは、既に3年程度、もう実績がありまして、毎年、コーディネーターのほうで搬送先が決定する件数も増えてきているというこ

とで、順調に運営されているという、そういう状況です。

ご意見はございますでしょうか。

○岩下委員（杏林大学） 受入の前に、その依頼があってから受入先決定するまで、どのぐらいの時間がかかっているのかはわかりますか。

○八木事業推進担当課長 少々お待ちください。すぐ出ます。

○楠田会長（東京女子医科大学） 今日はコーディネーターの方は来ていただいているんですね。

○八木事業推進担当課長 ご質問の件なんですけれども、依頼からの所要時間ですが、転院搬送につきましては、25年度のこの上半期の実績で言いますと、大体39.5分、搬送先決定までかかっております。中央値が30分ぐらいということで、若干長い事例に引きずられて平均が長くなってはおりますが、主に30分前後で選定となっております。

また、一般通報につきましては、覚知からの所要時間なんですけれども、搬送先決定までが47.1分ということでございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほか、ご意見はどうでしょうか。

順調にコーディネーター制度は運営されているというふうに思いますけれども、コーディネーターの方のご努力の結果が数値にもあらわれておまして、多分周産期センターの先生方が何度も何度も電話をしないといけないというような事態は、かなりここ数年で減ったのではないかとこのように考えております。

よろしいですか、コーディネーター制度は。

では、引き続き、コーディネーターのほうの事業も順調に進んでおりますので、また実績のほう、報告をしていただきたいと思います。

続きまして、母体救命搬送のほうの報告をお願いします。

○事務局 それでは、資料6-1をご覧ください。

この前に、一応参考資料4をご覧くださいませでしょうか。こちらが、東京都母体搬送システムの概要となっております。ちょっと念のためということで、簡単にご説明させていただきますが、緊急に母体救命処置を必要とする妊婦等を都内4カ所のスーパー総合周産期センターで必ず受け入れるというシステムとなっております。4カ所の病院は、右上にございますように、昭和大学病院、日赤医療センター、日大医学部附属板橋病院、都立多摩・小児総合医療センターの4病院でございます。

具体的には、右下にあります対象症例表に該当する疾患で、緊急に母体救命処置を必要とする妊婦褥婦につきまして、左下の流れにより搬送先を選定いたします。

転院搬送と一般通報で流れが若干異なりますけれども、直近の救急医療機関に当たりつつ、最終的にはスーパー総合周産期センターで受け入れる仕組みとなっております、できる限り、近いところで受入先を見つけるような流れとなっております。

それでは、資料6-1にお戻りください。

こちらですが、平成21年3月25日の制度開始から25年3月31日までの実績と

なっております。合計274件ございました。

まず、1番、搬送の種類でございますが、これまで、平成21年度以降、年間51件、66件、62件と、年間60件前後、月平均5件前後で推移していたんですけども、24年度は95件ということで、月平均7.9件となっております。搬送の種類としては、一般通報、転院搬送とも、4分の3以上が直近の病院に搬送されている状況でございます。

2の病院の種類ですけれども、平成22年度以降は、全体の5割以上がスーパー総合周産期センターで受け入れていただいている状況です。

続いて、1ページおめくりいただきまして、3番の月別の状況ですけれども、こちらから5番の時間別については、ちょっと省略をさせていただきます、4ページの母の重症度をご覧ください。

年度別に見ますと、重症、重篤の全体に占める割合は、どの年度も大体7割ということで、大きく変化はしておりませんが、内訳を見ますと、平成21年と22年度は重篤の事例が多くなっておりませんが、23年度以降は、重篤よりも重症の事例が多いという状況となっております。

それから、一般通報と転院搬送を比較しますと、重症、重篤は、転院搬送の割合が多く、重症度が軽くなるにしたがって、一般通報の割合が増える傾向が、特に平成23年度以降、はっきりしております。

続いて、8番のブロック別搬送元及び搬送先ですけれども、スーパー総合周産期センターがあります区西南部、区西北部、多摩地域、また、墨東病院のあります区東部地域の件数が多くなっております。

9番の週数ですが、こちらは産褥搬送が非常に多くなっているという状況です。

1ページおめくりいただきまして、10、母の年齢でございます。各年度とも30歳代が最も多い状況となっております、累計の35歳以上の高年齢層の割合は41%となっております。その下の重症度別の割合を見ますと、年齢が高いほうが重篤、重症の事例の割合が高い傾向にあります。

続いて、11、母の転帰ですが、退院が最も多くなっておりまして、8割を超えている状況ですけれども、重篤のうち16例、6%が残念ながらお亡くなりになっております。昨年協議会で報告した24年10月以降の母体死亡は5例ございまして、その内訳は、肺塞栓及びその疑いが各1例、自殺が1例、吸引分娩後の心肺停止が1例、原因不明の心肺停止1例ということで、5例とも受入病院の到着時には心肺停止という状況でございました。

なお、部会での検討においては、5例とも受入先は速やかに決定しておりまして、搬送時間も全体としては40分程度で搬送されているということで、システムとしては、おおむね問題はないのではないかとというふうなご意見をいただいております。

次に、12の児の転帰でございますが、産褥搬送が多いということから、児も健康と

いう事例が多くなっております。一方で、22週以降の胎児死亡事例が30例ございました。

続いて、13番、スーパー母体救命対象症例別疾患の診断後の状況ですけれども、傾向はこれまでと変わらずということで、出血性ショック、産科DICが多いという状況です。

最後に、9ページの16番、搬送の平均時間と病院選定平均時間でございますが、折れ線グラフが選定時間、棒グラフが覚知～病着までの時間の積み上げとなっております。24年度実績につきましては、一般通報、転院搬送ともに、選定時間の平均は前年度比で少し長くなってございますが、覚知～病着までの搬送時間はどちらも短縮しているという状況でございます。

続きまして、資料6-2をご覧ください。

こちらは、母体救命搬送システムによる搬送事例の状況につきまして、平成25年度の4月から9月までの半年間の実績となっております。合計58件の事例がございまして、平均すると一月当たり9.6件という状況です。昨年度と比べても増えているという状況です。

先ほどの資料6-1と比べまして、特徴的な項目を抜粋してご説明いたします。

1の搬送の種類ですけれども、転院搬送が37件(64%)、一般通報が21件(36%)となっております。転院搬送が多い状況は変わっておりません。一般通報、転院搬送ともに8割以上が直近の病院に搬送されております。

2番の病院の種類から、6ページの10、母の年齢までは同様の傾向ですので、説明のほうは省略をさせていただきます。

7ページの11番、母の転帰をご覧ください。こちらも退院がほとんどとなっておりますけれども、2例、母体死亡がございました。内容としましては、弛緩出血、産道裂傷、出血性ショック、DIC、くも膜下出血疑いというのが1例、くも膜下出血に脳動脈瘤破裂が1例となっております。この2につきましても、部会でご検討いただいた際、病院選定や搬送という面につきましては、システム的には問題はなかったとのご意見をいただいております。

続いて、12番の児の転帰ですけれども、こちらも産褥搬送が多いという状況は変わっておりません。そのかわり、子宮外妊娠が2例、流産などによる22週未満の死亡が11例、22週以降の胎児死亡事例が1例ということで、若干22週未満の死亡事例がこの半年は多かったのかなという印象がございまして。

続いて、13～15は省略をいたしまして、16番の搬送の平均時間と病院選定平均時間でございます。25年度は折れ線グラフの選定時間につきまして、一般通報は前年度比で短くなってございますが、転院搬送は少し長くなってございます。棒グラフの搬送時間につきましては、一般通報、転院搬送とも、前年度比、若干長くなってございます。

最後に資料6-3をご覧ください。

こちらは母体救命搬送事例の一覧になっております。昨年の部会では平成24年の9月までの事例についてご報告しておりますので、それ以降、24年10月から25年9月までの1年分を掲載しております。この間の死亡事例は、先ほどご説明した5例と2例をあわせまして7例となっております。具体的には、2ページ目の244番、3ページ目の248番、250番、253番、5ページ目の269番、6ページ目の277番、そして、7ページ目の287番の7例となっております。ご参考にご覧いただければと思います。

説明は以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

この母体救命搬送システムは、最初に少し私のほうからお話ししましたように、妊婦さんが亡くなるということを契機に、前会長の岡井先生がこのシステムの構築にご尽力されて、かなり早い時期から動いておるシステムで、こちらのほうもかなり実績が積まれておりますけれども、この母体救命搬送システムのご報告につきまして、何かご意見はございますでしょうか。

検証部会長の山本先生、何か追加はございますでしょうか。

○山本委員（産科連絡会） 日大の山本ですけれども、母体死亡例が24年10月から7例と増えたように思うけれども、脳出血とかCPAで送られてきても、対応するすべがないような症例とかありまして、その搬送システムが働いていないということが原因ではなくて、かなり重篤な状態で搬送された症例がこの期間には多かったというようなことを追加したいと思います。ですから、システムそのものは有効に働いているんじゃないかと思います。ただ、症例がかなり重篤であったというのが、少しこの24年10月から続いたというのは追加したいと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 母体救命の成績としては、期待するようなそういう数字よりも少し多いのかなというふうな印象は受けましたけれども、出産年齢が非常に毎年上がっておりまして、やはりリスクの多い、高い高年齢層の妊産婦さんが背景にあって、そこで起きる重篤症例ということであれば、年々、ある程度、今の状況では難しい症例が増えてくるかなというのは大体推測はできるんですけれども、それに対応する出産年齢の高い人の妊婦管理あるいは出産時の管理ということをもう少し考えるに当たって、そういう観点から、年齢構成を考えたこの検証ということをもう少し詰めて見ることはできないのかなというふうに思いますので、少しご検討をいただきたいと思います。

○八木事業推進担当課長 ご指摘ありがとうございます。今回、配付いたしました資料も、一覧のところ、母体の年齢、5歳区分に分けております。これも杉本先生からご指摘いただいて分けたところでもありますけれども、そういった全体として何人というだけではなくて、細かく見ていくということも検討していきたいと思います。ご意見ありがとう

ございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） これは全部足して、この間の分娩数で割ると、幾らぐらいになるんですかね。

○八木事業推進担当課長 分娩、1年、大体10万人ぐらい生まれておりますので、スーパーが始まって4年間で40万人、16を40万で割ると……。

○楠田会長（東京女子医科大学） 10万出生で4とすると、今、平均は大体それぐらいですか。4ぐらいですか。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 全国平均というところだとは思うんです。

○楠田会長（東京女子医科大学） せっかくだから、全国平均よりも少し下がればというのはありますけど、ただ、ご指摘があったように、リスクが違うとは思いますが、それを本当は補正しないといけないとは思いますが、ただ、山本部会長からのご報告もありましたように、システムとしては稼働していますけれども、やっぱり症例のほうにかなり重篤な原因があった例が多かったということだとは思いますが、

あと、よろしいでしょうか。

それじゃあ、これも本当に重要なシステムですので、今後、またいろんな検証の結果が反映されていくと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、続きまして、次はNICUのいわゆる長期入院の子供たちをどうするかというようなことで始まったNICU等退院支援検討部会のご報告のほうをお願ひしたいと思ひます。

○事務局（佐藤） 平成25年度より設置いたしましたNICUと退院支援検討部会について、報告させていただきます。

私は、救急災害医療課退院支援担当係長の佐藤でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、資料7をご覧ください。

設置までの経過といたしましては、平成21年度にNICU退院支援検討会を設置し、平成22年度から2年間、都立墨東病院を中心とした区東部地域でのNICU退院支援モデル事業を行い、モデルケースの在宅移行支援を通じて、NICUからの円滑な退院に向けた取組の支援について検討してまいりました。

その成果を踏まえ、以下の三つの体制を構築して事業展開をしております。

一つ目は、周産期母子医療センターにおける在宅移行支援体制の強化といたしまして、入院児支援コーディネーターの配置、在宅移行支援病床の設置です。

二つ目は、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として、在宅移行支援病床の設置、在宅療養児一時受入支援事業の実施でございます。

三つ目は、地域における在宅支援体制の整備として、地域診療所医師、保健師等向けの在宅移行研修等を実施しております。

資料中ほどの設置目的及び主な検討事項をご覧ください。

目的は、NICUから退院できずに長期の入院を余儀なくされる長期入院児の退院を支援するため、これまで都が進めてきた退院支援の取組を検証し、今後の退院支援の方策を検討することです。委員の先生方は、学識経験者、団体、周産期や小児の医療施設、診療所、訪問看護ステーションなどの代表と行政機関の委員等で構成されております。

本部会で検討を行う内容は主に三つございます。一つ目は、早期からの在宅移行支援、院内外の調整・連携を行うNICU入院児支援コーディネーターの配置促進について、二つ目は、在宅移行支援病床の設置について、三つ目は、在宅移行後の児の受入を行う在宅療養児受入支援事業の促進についてでございます。

右のイメージ図は、退院後の在宅療養を支える仕組みとなっております。

下の欄をご覧ください。こちらは参考といたしまして、NICUからの在宅移行児を含めた在宅療養が必要な小児への支援を行う事業として、今年度から二つの事業が開始しておりますので、ご説明させていただきます。

一つ目の東京都小児等在宅医療連携拠点事業は、地域で在宅療養児を支える体制の構築に向け、医療・保健・福祉関係者による協議の場の設置や、地域の医療・福祉資源を把握しながら、連携強化のための研修等を行う国のモデル事業であり、周産期母子医療センターを持つ都内の三つの病院で開始しております。

二つ目は、地域医療再生基金を活用した区市町村への支援です。小児等在宅医療連携拠点事業が病院側から地域に向けた事業であるのに対しまして、こちらは身近な保健福祉サービスの担い手である区市町村側から、在宅療養支援の構築を目的として実施する事業を東京都が支援するものでございます。

資料、右側をご覧ください。今年の8月に開催いたしました第1回の部会の検討内容でございます。内容は主に二つ、NICU入院児実態調査と在宅移行支援病床に関することです。NICU入院児等実態調査とは、NICU入院児の状況や在宅移行支援体制を把握するために、平成23年度から皆様のご協力の上で実施している調査でございます。平成24年度は、従来の調査に加えまして、退院した児の状況や退院児に導入されたサービス等についても調査を実施しております。

調査結果といたしましては、平成24年10月1日時点で、NICUの長期入院児は79人であり、平成23年度の104人から減少しております。内訳は、90日以上半年未満の入院児が44人、半年以上1年未満の入院児は19人、1年以上の入院児は16人でした。

この調査結果に関する主な意見といたしましては、病院間で在宅移行支援体制に差があること。在宅移行した児の状態と比べて、導入された支援サービスが少ない傾向があり、理由の分析が必要であること。長期入院となる原因の分析がさらに必要なことなどが挙げられました。

次に、在宅移行支援病床の課題につきましては、設置している病院間で本病床の利用状況に差があること。急性増悪時の受入が少ないこと。本病床を利用して、在宅移行す

ることが望ましい児の状況が不明確であることなどが挙げられております。

得られました主な意見といたしましては、本事業は国庫補助事業でありまして、国が規定している補助要件や対象児の設定が厳しく、積極的な参入や活用がしにくいというようなこと。本病床を活用して在宅移行が進むには、施設基準を満たすだけでなく、地域との連携のスキルが病院側に必要であること。一方で、本病床の設置によりまして、在宅移行が病院の方針として明確となったため、看護師等の認識が変化したというようなご意見もございました。

以上のようなご意見を踏まえまして、今年度実施いたしておりますNICU入院児実態調査のほうに、以下のような項目を反映させていただいて、調査を行っているところでございます。

以上の調査結果等を踏まえまして、今後2年間、4回の開催で、NICUからの在宅移行支援体制を把握するとともに、課題を抽出し、今後の取組を推進していく方策を検討する予定でございます。

説明は以上です。ありがとうございました。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、NICU等退院支援の検討部会のご報告ですけれども、何かご意見はございますでしょうか。

これはいわゆる周産期医療、もちろん救急医療なんですけれども、そういう救急医療の後にこういう長期の入院されているお子さんもいらっしゃるの、そういうお子さんの支援に関しても、この周産期医療体制の整備の中では不可欠だということで、こういう検討部会が設けられて、いろいろ検討されているところでございます。

部会長であられる細野先生、何か追加はございますでしょうか。

○細野委員（日本大学） 従来から、この退院できないお子さんが多くて、各病院ごとに何とかしようということでやってきましたけれども、やっぱり東京都が中心となってこういう取組をしてくださることで、病院全体が考えてくれるという方向に変わりましたので、特にこの退院支援コーディネーターを設置することによって、それまで医者にかかった労力がかなり軽減されているという現実がありますし、長期在院患者にかかわらず、例えば親の養育の能力が低い方やなんかでも早期介入ができるので、長期在院にかかわらず、全体的な退院が短くなるような副次効果も出ていますので、ぜひ今後もこれを進めていただければと思います。よろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） 調査では、長期入院のお子さんが少し減る傾向にあるのではないかと、そういう結果だと思いますけれども、実際に墨東病院のモデル事業では、その当時、長期入院されていた方の実際に退院が実現したという、そういう実績もございます。

ただ、これは何かすればすぐ解決するという問題ではなくて、やはり長期のずっと持続的なサポートが要る問題だと思いますので、今後も東京都としても、いろいろ対応をお願いしたいというところではございます。

ほか、特によろしいですか。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 実態調査の中で、未熟性ということだけに関しては、出生時の妊娠週数とこの在院日数がどの程度、当然関係しているわけですが、90日以上になる子の場合には、やはり28週未満の子供たちがほとんどなのかどうかという点ですね。

それとあと、当然それ以外の奇形などのいろんな合併疾患というのが問題にはなると思うんですが、長期入院となる原因の分析というのは、そういう内容を調査しようという、そういうことなんでしょうか。

○八木事業推進担当課長 長期入院となる原因ですね。原因疾患も含めて調査をしております。

○楠田会長（東京女子医科大学） 私のほうから少しコメントなんですけど、この長期入院79人で、内訳が90日以上半年未満と、半年以上1年未満と、1年以上というふうにありますけれども、この90日から半年は、杉本委員ご指摘のように、圧倒的に早産児あるいは慢性肺疾患の子供が多いですね。その後は、やはり先天異常がある、あるいは重度仮死のお子さんがどうしても退院が進まないで、最終的に1年以上になると、一番のマジョリティーは重度仮死、先天異常という順番になってくると思います。

○事務局（佐藤） すみません、お待たせいたしました。90日以上入院しているお子さんの在胎週数等は特に調査はしておりません。90日以上入院しているお子さんの原因疾患では、低出生体重児が最も多く、次いで慢性肺疾患、気道異常、先天異常症候群の順となっております。今年度、具体的に退院できない理由を分析するということでは、今年度の調査の中に、どうして退院できないのかということ細かく伺う項目を設定しております。

○楠田会長（東京女子医科大学） どうぞ。

○杉本会長代理（日赤医療センター） それで、ちょっとお伺いしたいのは、この児の側の要因ということは、ある程度、わかるんですけれども、もう一つ、病院の対応として、家族などがNICUに入院している段階で、いろいろケアに加わっていくというようなことが、今、盛んに進められておりますので、そうした家族の入院中のかかわりの仕方といいますか、そういうそのシステムに関することは、こういうところから見えてくるのかどうかという、そういう調査の内容であるかということをお伺いしたいなということです。

○事務局（佐藤） ご質問ありがとうございます。まず一つ目は、在宅移行支援病床というのを東京都は設置してございますので、そちらのほうでは、基本的な家族の教育等を行っていただくことになっておりますが、何しろ設置の病院が少ない状況でございますので、そちらを設置していない病院については、どのような在宅移行支援の訓練をされているのかということをお伺いしております。調査結果を見ますと、全体28施設の調査を実施したんですけれども、そのうち5施設が在宅移行支援病床を持っておりまして、残る

23施設のうち18施設で、在宅移行のための外泊訓練、在宅シミュレーション等を実施しているということがわかっております。今年度、こちらの項目につきましても、引き続き伺っているところでございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ご指摘のように、医学的な問題で退院できない方と、社会的な背景で退院できない方があります。特に、それなりに医療的ケアが必要なので、その医療的ケアが十分できないと退院できないので、その教育ということに関しても重要ですが、なかなか現実には難しい問題を含んでおります。

○板橋委員（新生児連絡会） 親御さんがやっぱり帰りがたらない一つの理由は、やっぱり医療的ケアを継続せざるを得ないというのが圧倒的に多いんだと思うんですね。未熟性の子は、ある程度、成熟していけば帰れますので、医療的ケアを支援するやっぱり体制がなかなか難しいですね。あとは、幾ら在宅の準備をして帰ったとしても、その後に安心して診てもらえる医療施設をどうつくるかということのほうをもっと大事で、それがあれば帰れるというのが親御さんの意見としては多いと思うんですね。ですから、今後、やはり開業されている小児科の先生方の支援をもう少し積極的に呼び込まないと難しいのではないかと。周産期の領域の中で終わろうとしても、なかなか難しいだろうというふうには思いますが。

○楠田会長（東京女子医科大学） 今、板橋委員が言われたように、在宅支援というのが重要なキーワードにはなってくると思いますので、都でもそういう研修会等を開催していただいておりますけど、本当にそういう啓発というか、いろんなことを周知するだけじゃなくて、実際にスキルも、いろんな意味で研修をして伝えていかないと難しいかなというふうに思います。

もちろんいろんな理由で長期入院になる方もいらっしゃるんですけども、日本重症心身障害学会の理事であられる倉田委員のほうから何かご意見はございますでしょうか。

○倉田委員（日本重症心身障害学会） 私の立場から申し上げますと、重症児施設がNICUの後方ベッドのほうに位置づけてほしいという要望みたいなのは確かにあるんですけども、実際、NICUでなされていたレベルの医療を求められると、それは非常に難しい。スタッフの数的にも、もう本当に少ないわけですしね。それで、非常に矛盾というか、ジレンマに陥って、気持ちとしては、やはり在宅に行った大変な重症児、結局、知的にも運動機能も重度なレベルになっている人たちが多いわけですから、面倒を見てあげなくちゃいけないというのはすごく誰でも感じているんですが、それも実際にできるかというのは、恐らくどこの重症児の施設も、ちょっと二の足を踏んでいるという状態だと思うんですね。ですから、医療的に非常に落ちついた状態にさせていただいて、例えば呼吸器がついていたにしても、あるいは、いろんな医療ケアがあるにしても、ある程度、落ちついた状態になっていれば、療育機関でもルーチンワークの中に入れることは可能になってくるだろうと思いますが、すぐ急変するような状態で引き受けるというのはなかなか難しいと思うんですね。それから、親御さんも、NICUでやっていたと

同じような医療をこちらのほうに求められると、それは非常に困難だなというふうに思っております。その辺のところを解決しないと、難しいかなと思っております。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。ご指摘いただいたように、医療と福祉を一緒にするというか、同じように流れるようにやっていかないとなかなか難しい。医療側だけではもう解決しない問題だと思いますので、ぜひ、この後、福祉のお話も出てきますので、東京都の中でもいろいろと福祉を合体して対策をとっていただけたらと思います。

ほか、ご意見はよろしいですか。

それじゃあ、この退院支援のほうを終わりにして、次は、その他の報告事項になりますので、事務局のほうからよろしくをお願いします。

○八木事業推進担当課長 それでは、木村委員、よろしくお願ひいたします。

○木村委員（都保健所長会） では、東京都西多摩保健所の木村と申します。

児童虐待の防止等のための医療機関との積極的な連携及び情報共有の必要性について、また、区市町村の母子保健事業、地域での取組事例について、簡単にお話しさせていただきたいと思ひます。

まず、厚生労働省のほうは「子ども虐待対応の手引き」というのをこの25年8月に改訂いたしました。その改正ポイントの一部でございますけれども、医療機関の関連について示しております。その中で、児童虐待防止法第5条において、病院や医師に児童虐待の早期発見の努力義務が課せられており、虐待の早期発見やその後のケアにおいて、医療機関との連携は、今後、ますます重要になっているということが述べられております。

その中で、特にリスクの高い新生児期の虐待を防止するために、妊娠期からの支援が必要とされております。この妊娠ということ、特定妊婦の把握ということがございます。この特定妊婦ということにつきましては、下にお示ししておりますけれども、児童福祉法第6条で示されておりました。出産後の養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦のことでございます。例といたしまして、既に養育の問題がある妊婦、要保護児童、要支援児童を養育している妊婦、支援者がいない妊婦、未婚またはひとり親家庭で親族など身近な支援者がいない妊婦、夫の協力が得られない妊婦など、また、妊娠の自覚がない・知識がない妊婦、出産の準備をしていない妊婦、望まない妊娠をした妊婦、育てられない、もしくはその思い込みがある、婚外で妊娠をした妊婦、既に多くの子供を養育しているが、経済的に困窮している状態で妊娠した妊婦など、あと若年妊婦、こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール依存、薬物依存などでございます。あと、経済的に困窮している妊婦、妊娠届の未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数少ない妊婦でございます。

次のページで、要支援児童につきましては、保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童のことでございます。また、要保護児童につきましては、保護者のな

い児童または保護者に監護させることが不相当であると認められる児童のことでございます。

この23年7月に厚生労働省の通知で、妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備についてということが通知されました。その中で、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第8次報告）」を踏まえた対応という通知がありました。その中で、妊娠早期からの支援の必要性ということが述べられております。この8次報告の中で、若年妊娠が占める割合といたしましては、死亡事例では40%、出生の総数では1.3%ですけれども、死亡事例では40%、また、低出生体重児が死亡事例では24.1%、全出生児では9.6%、また、望まない妊娠・計画していない妊娠の死亡事例の55.6%ということが示されております。

また、大阪産婦人科医会報告から、飛び込み出産につきましては、死産が全国平均の3倍以上、低出生体重児は全国平均の2倍以上、背景としては、やはり未成年、未婚、無職等が多いということがございます。また、未受診の理由としては、経済的問題が約33%と最も多い理由でございます。

このような初産、十代、未婚、経済的問題など養育の困難が予測されるようなリスクが重なっている親に対して、2歳の時点での虐待の発生率を妊娠中から2歳になるまでの平均23回の家庭訪問を重ねた群では、虐待の発生率は4%、家庭訪問をしなかった同じリスクのあるコントロール群につきましては19%という報告もございます。このような妊娠期からの家庭訪問が有意に虐待を予防するということが報告されているところでございます。

また、先ほどの第8次報告書より、児童相談所及び市区町村と医療機関との積極的な連携及び情報共有の必要性が示されております。そのような中で、児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項というのがございます。

医療機関との連携強化に関する留意事項の要旨につきましては、医療機関は、妊産婦や児童、養育者の心身の問題に対応することにより、要保護児童や養育支援を特に必要とする家庭（要支援児童または特定妊婦のいる家庭をいう。）を把握しやすい立場にございます。

児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応のためには、児童相談所及び市区町村の児童福祉・母子保健等の関係部署等が、医療機関（小児科を初め、産科や精神科、歯科等の妊婦や児童、養育者が受診する医療機関）と積極的に連携することが重要であるというふうに述べられております。

この中で、医療機関から児童相談所または市区町村への情報提供に係る守秘義務、個人情報保護との関係でございませけれども、医療機関は、医師等の医療従事者の守秘義務や個人情報保護との関係から、児童相談所または市区町村への情報提供について消極的になる場合がございます。このような情報提供に当たっては、可能な限り患者の同意

を得ることが基本ではございますが、同意がない場合でも、児童虐待の防止や対応のために必要かつ相当な範囲で行うことは基本的に法令違反とはならないとされております。

また、第8次報告書より、虐待の発生及び深刻化を予防するため、要支援児童や特定妊婦の家庭など、養育支援を特に必要とする家庭への早期からの支援が必要であることを示しておりまして、養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援についてということが通知されているところでございます。

また、その「子ども虐待対応の手引き」の中で、虐待に至るおそれのある要因・虐待のリスクとしての留意すべき点として、先ほどの特定妊婦と重なるところはございますけれども、まず、保護者側のリスクの要因といたしましては、妊娠そのものを受容することが困難（望まない妊娠）、若年の妊娠、子供への愛情形成が行われていない（妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある。子供の長期入院など）がございまして。また、マタニティーブルーや産後鬱病等精神的に不安定な状況がございまして。

保護者側のリスクの要因としては、さらに性格が攻撃的・衝動的、あるいはパーソナリティの障害、精神障害者、知的障害者、慢性疾患、アルコール依存症、薬物依存もございまして。また、保護者の被虐待経験、育児に対する不安、育児の知識や技術の不足、体罰容認などの暴力への親和性、特異な育児観、脅迫的な育児、子供の発達を無視した過度な要求と、いろいろございまして。

また、子供側の要因につきましては、次のページでございましてけれども、乳児期の子供、あと未熟児、障害児、多胎児、保護者にとって何らかの育てにくさを持っている子供。

また、養育環境のリスクの要因といたしましては、経済的に不安定な家庭、親族や地域社会から孤立した家庭、未婚を含むひとり親家庭、内縁者や同居人がいる家庭、子連れの再婚家庭、転居を繰り返す家庭、保護者の不安定な就労や転職の繰り返し、夫婦間の不和、配偶者からの暴力等不安定な状況にある家庭などがございまして。

その他虐待のリスクが高いと想定される場合は、妊娠届出が遅い、母子保健手帳の未交付、妊婦健康診査の未受診、乳幼児健康診査未受診、あと飛び込み出産、医師や助産師の立ち会いがない自宅分娩、あと兄弟への虐待歴、関係機関からの支援の拒否等、いろいろございまして。

ということで、いろいろ医療機関と自治体との連携が必要ということが言われているところでございまして。

自治体での母子保健事業についてでございます。

一番下の表でございましてけれども、自治体につきましては、「体系的」で「重層的」な市区町村の母子保健事業を行っておりまして、市区町村では、まず妊娠届の提出から母子保健手帳の交付、妊婦健康診査公費の負担、14回がございまして。その後、新生児訪問、あと3～4カ月健診、いろいろその他重層的なフォローの仕組みがございまして。

その次に、地域での取組事例でございます。この24年度西多摩圏域の周産期医療・母子保健連絡会というのをつくりまして、そのような中で、議題として「周産期医療と地域の母子保健事業の連携」ということで、このような会を開きました。そのような中で、市区町村の母子保健担当課と、それから病院との連携で、お互いに窓口を連絡体制をとるということをこの会の中でしたところでございます。

以上でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

都保健所長会代表の木村委員から、母子保健に関する情報提供をいただいたところですけど、追加をお願いします。

○八木事業推進担当課長 ちょっと補足させてください。今回、木村先生に、これ、ご報告いただいたきっかけでもあるんですけども、こちら、今回、虐待という切り口で特定妊婦のお話をしていただきましたが、区西北部のほうの連携会議のほうに、私、出席したとき、お母さんの性格が精神病というわけじゃないんですけども、少し不安定だったり、また、育児不安があるということで、なかなか在宅に帰せないような事例もあるというような、そんな話を聞いておまして、そういったことの手助けとして、保健師の方々、地域の保健部門と連携することによって、退院支援なんかにも使えるようなツールになるのかなということで、今回、報告のほうをさせていただいております。

各ブロックにおかれましても、連携会議等されているかと思えます。既に保健所等を会議のメンバーとして呼んでいただいているところもありますし、また、そうじゃないところもあります。もしよろしければ、NICU、病院が医療なんですけれども、そこからの退院、また、地域への生活というのを見込んだときに、保健部門との連携というのは大変重要なことになってくるかと思えますので、参考にさせていただければというふうに思います。

以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） ということで、周産期医療、先ほど言いましたけれども、救急医療ではありますけれども、それ以外の部分も大きなウエートを占めておりますので、医療プラス福祉、あるいは、こういう保健行政というようなものとやはり協力がないと進まないというふうに思いますので、ぜひご意見があればお願いしたいと思えます。

○杉本会長代理（日赤医療センター） 母子保健事業のいろんな面からの虐待防止対策、とても大事だと思います。私は、病院の虐待防止の委員会におりまして、いろいろ事例報告を聞いていますと、この母子保健事業だと、どうしても対象は母親になるんですけども、実際、虐待の加害者という観点では、父親、パートナーというのが、かなり加害者として実際には多いなという印象ですね。それとあと、私たち、余り日ごろ、気がつかないですけども、施設の職員による虐待というような事例も入ってございました。そういうことでは、この母子保健事業だけでは虐待の全体像というところはなかなか捉

え切れないなという印象がありますので、せめて、施設の職員は、これはまた別の問題ですけれども、パートナーあるいは父親に対する何らかのアプローチというのが、周産期の領域からでき得るのだろうかというのは、私、今ちょっといろいろ課題として考えてはいるんですけど、この点に関して、何か今、保健所の方々からコメントをいただくとありがたいと思いますけど、いかがでしょうか。

- 木村委員（都保健所長会） 行政、自治体が、その防止につきまして把握するときに、もちろん家族ということで、その父親あるいはパートナー、あるいは未婚の方も含めてですけれども、については、当然把握いたしますので、その中でアプローチして、それぞれ難しいと思うんですけども、アプローチしているところではございます。
- 倉橋荒川区保健所長（成田委員代理） 特別区の状況、同様でございますけれども、母子保健の中で健診等が、特にこういうNICUにかかわるお子さんたちというのは、入院等の理由で未受診になるんですね。だから、そういうようなところで、フォローを徹底するというのがまず第一で、それで、そこで情報を得る。そして、今ご指摘があったように、父親あるいはパートナー等の特殊な状況の場合は、情報を得た上で、そういうことが想定される場合には、個別対応ということで、特別な支援体制というものをできる限り、知り得る限り、とるようにしているところではございます。ただ、それがなかなか全例を徹底するというのが難しゅうございますので、その月齢数の少ない時期、そして、このような特別な例においては、特に後日の確認、どうなって、どういう状況になっているのかというのを徹底してやっているとござります。
- 板橋委員（新生児連絡会） 基本的にNICUでは、結局、ファミリーセンタードケアをやっているわけですので、家族がどういう状況になっているのかというのは、常にナーシングスタッフが中心ですけれども、確認しているはずなんですね。それを退院のときには最寄りの保健所とか保健センターに連絡票として提出していることが多いので、それを取っかかりに、またフォローしていただくというようなことはできるのではないかと思いますし、面会状況、例えばお父さんのことで面会の状況を見れば、お父さんはほとんど来ないとか、母乳を朝に届けてくれないとか、いろんなことが情報はやっぱり出てきますので、そういったものを医療機関と、今度は行政側のうまい連携がとれれば、虐待を最小限に防げる可能性はあるんじゃないかなというふうには思いますけれども。
- 落合委員（東京産婦人科医会） 医会としましても、この虐待防止、特にこの0歳児の虐待防止が大変大きなテーマで、今、取り組んでいる最中なんですけれども、先ほど委員が指摘されたような特定妊婦に対して医療機関がかかわる、これは非常に大事な切り口なんですけれども、大事な点は、未受診というものに対してどうやってかかわっていくかということなんですね。母子手帳の未発行、未受診、こういった人たちに対して、どうやってその特定妊婦として取り上げていくか。やはりそうしますと、行政もかかわりにくい。一番の現場としては、妊娠診断薬を買うような、そういうような現場で何かピックアップできないだろうか。そういったところが非常に特定妊婦、特にそういった

未受診妊婦を引っ張ってくるころの大きな問題点かなど、そんなふうに思っています。

○楠田会長（東京女子医科大学） 未受診妊婦に関しましては、先ほど大阪府医師会の報告もありまして、それから先ほどのコーディネーターの報告でもありましたように、一定数というか、相当数と言ってもいいのかもしれませんが、それなりの数がありますので、なかなか難しい問題だとは思いますが、これは産婦人科医会としては、何か対応策というのはございますか。

○落合委員（東京産婦人科医会） ですから、医療機関にかかわってくれば、そういった人たちを要対協やなんかを通じてかかわっていくことができるんですけども、実際にその医療現場に来ないわけですから、そういった人たちをどうやって管理していくかというのは非常に難しいんですね。

行政の中では、例えば中野区ですとか、そういった新宿区もそうです。幾つかの区では、試行的に薬局をお願いして、この買う人たちに妊娠SOSのこういうリーフレットを渡していると。それをホットラインで相談窓口にしていると、そういう取組をしているところはございますけど、なかなかそれがうまく行き渡っているとは言いがたいところもありますけれども。

○楠田会長（東京女子医科大学） なかなか難しい問題だとは思いますが、

○岩下委員（杏林大学） この話題にちょっと関連するんですけども、前、多摩ブロックで問題になったのは、ここに光山先生もいらっしゃいますけれども、いわゆる精神科疾患合併の妊婦さんなんですけれども、なかなか精神科と、それから産科を両方併設しているところがなくて、そういう方が周産期センターのほうに紹介で来られる。閉鎖病棟みたいなのがあればいいんですけども、外来だけの精神科と産科の連携だけで済む患者さんはいいんですが、それ以上の入院、精神科疾患で入院が必要な患者さんをいかに産科で管理していくかというのは非常に難しい問題があつて、できればこの協議会で、都のほうとしても、どういう施設と連携をとれるのかというようなことをちょっと検討していただければありがたいんですが。

○八木事業推進担当課長 ご意見として承らせていただきます。

○楠田会長（東京女子医科大学） 多分、今日、情報提供、貴重な情報をいただきましたので、実は退院支援の研修会するときにも、保健所の方からご指摘を受けたんですけども、もっと情報を、我々、医療機関が保健所のほうに早く確実に出してほしいというご意見もあつたので、我々としては、保健所のほうでいろんなことを実際にやっていたいておりますので、先ほど言ったように、医療だけじゃなくて、福祉、行政と一緒にやっていくためには、あらゆる医療機関が積極的にコンタクトして、情報を出していくということが、今後のいわゆる共同作業の中では必要だというふうに思います。そういう意味も含めて、今日、情報提供いただきましたので、多分なかなか、今日、すぐこれで解決策が見つかるというわけにはいきませんが、こういう問題も周産期に含んでおりますし、やはり医療だけでなく、両方が合体したものが必要だということを認

識していただければというふうに思います。

もし、ほか、ご意見がなければ、少し時間のほうも押しておりますので、その他の最後で、残りの資料の報告のほう、事務局のほう、お願いしたいと思います。

○事務局 それでは、かいつまんでご説明のほうをさせていただきます。参考資料1をご覧ください。

こちらは、周産期母子医療センター等の現況でございますが、前回からの変更点としましては、昨年の協議会でご協議いただきまして、公立昭和病院が今年の4月から周産期連携病院から地域周産期母子医療センターに移行してございます。また、NICUの病床数なんですけれども、下の周産期連携病院の多摩地区にございます国家公務員共済組合連合会立川病院が7月に3床新設をしております、現在、計294床という状況でございます。

続きまして、参考資料2～4は飛ばさせていただきます、参考資料5が24年度の患者取扱実績となっております。こちら、産科の状況なんですけれども、右側の網かけのところでございますが、分娩件数が24年度、年間2万5,558件、搬送の件数なんですけれども、要請が3,970件、受入が1,999件ということで、どちらも増えているという状況です。

また、左側になりますけれども、他県からの受入状況ですけれども、合計187件の受入をしております、神奈川が34、千葉が14、埼玉が136という状況でございます。

1枚おめくりいただきまして、NICUの状況でございますけれども、こちらは右側でございますが、新規入院患者数は8,414人ということで、新生児搬送の要請受入につきましては、1,839件の要請に対しまして1,576件の受入となっております。

他県からの受入状況につきましては、左側でございますが、全体で127件、神奈川が30、千葉が26、埼玉が59件という状況でございます。

また、1枚おめくりいただきまして、周産期連携病院の搬送受入状況でございますが、分娩件数が左側の上のほうにございますが、6,851件、搬送につきましては680人の受入ということで、そのうち他県からの受入が25件となっております。

続いて、25年度の実績が参考資料6にございます。こちらなんですけれども、まず右側のほうの分娩件数につきましては1万3,679件ということで、この半年の実績としましては、昨年度比で約1,000件増えているという状況、搬送受入の状況につきましても、要請が2,149件、受入が1,077件、一方、他県からの受入状況が左にございますが、全体で74件となっておりますけれども、神奈川、埼玉からの受入件数については減少しております、トータルでも昨年同期比で32件減少しているという状況です。

また、1枚おめくりいただきまして、NICUの状況なんですけれども、新生児搬送

の要請件数が1,089件、受入が881件ということで、こちらも両方とも、昨年同期比と比べまして増加しております。他県からの受入状況につきましては、合計51件ということが左にございますけれども、こちらも神奈川県、埼玉県からの受入については、前年同期比で減少しているという状況です。

最後に、周産期連携病院の状況ですが、25年度上半期、分娩件数は3,205件、受入件数は275人ということで、あと他県からの受入が4件ということですが、どれも昨年度比では減少しておりますが、これは公立昭和病院が地域周産期に移行した結果、施設数が減少している影響かなと考えております。

簡単ですが、説明は以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、実績報告に関しまして、何かご意見あるいはご質問がございますでしょうか。

まだ東京都では、24年度の実績を見ていますと、この周産期医療のいわゆる需要というのはまだ高い状況で、一部増えていると。それは、決して都外から来ているわけではなくて、都内でもやはり需要が増えているというような、そういう状況のようがございますけれども。

よろしいですか。

じゃあ、この資料はお持ち帰りいただいて、もし不明な点がございましたら、また事務局のほうにお問い合わせしていただけたらと思います。

一応本日の協議会のほうの議題と報告事項は以上ですけど、もしご発言が何かありましたらお受けしますけど、よろしいですか。

○藤井委員（東京大学） 私、今日、初めて参加させていただいて、最初に神奈川県との広域搬送の話が出て、ただ、私、関東連合の産婦人科学会のほうでやってみますと、圧倒的に足りないのは埼玉県であるし、最後の資料を見ても、埼玉県からたくさん来ているわけですね。先ほどの東京と神奈川でも、要するに、産科医療が比較的余裕があるのはもう東京都だけです。東京から神奈川に行くのはゼロ、ある意味では当たり前で、多分受け入れるだけなんです。余り東京都についてはメリットがあるかどうかは議論していないにしても、神奈川を試行しているわけですが、これを今後、ほかの特に埼玉とか、千葉とか、そういうところに拡大していく予定というのはあるのでしょうか。

○事務局 今、具体的には動いているのは、埼玉県等の関係で、試行という形で相互に受入体制を確保するという形ではなく、埼玉県で受け入れられない場合に、東京都の空き情報を一方的に提供しているという、そういった取組をしておるところであります。これ、今年の4月1日までという期限に定めて実施しておりますので、この後、今後の対応について検討をしていきたいと思っておりますが、具体的にどうするということは、まだ決まっておりません。

○楠田会長（東京女子医科大学） ご指摘のとおりで、かなり都外から入ってきておりま

すけど、それはそれで、また東京都としての多少そういう立場上の責任というか、そういうのもあるかとは思いますが。

ほかは。

○八木事業推進担当課長 ちょっと補足させていただきますと、やはり周産期の受入体制というのは、やはり身近な地域で、各自治体、都道府県単位で責任を持って整備するということが基本となっておりますので、原則はそういったところ、そういった中で、相互に助け合って、東京都の周産期体制の強化に資するようなものであれば、相互の連携体制をつくっていくというのが基本的な考え方ではあります。

○楠田会長（東京女子医科大学） よろしいでしょうか。

それじゃあ、これ、第1回ではありますけれども、25年度の第1回の周産期医療協議会を終わりたいと思いますが、少し事務局のほうから連絡事項をお願いします。

○八木事業推進担当課長 楠田会長、ありがとうございました。また、委員の先生方も、長時間、また、会議の議題が数多く、大変申しわけございません。そういった中、ご議論いただき、ありがとうございました。

事務連絡なんですけれども、お車でお越しの委員の方がいらっしゃいましたら、駐車券の準備が事務局のほうにございますので、お声かけをいただければと思います。

また、今日、ご発言していただいた委員の方、また、手元に持ち帰った資料で不明な点等ございましたら、事務局のほうにお問い合わせ、ご意見いただければと思います。ありがとうございました。

○楠田会長（東京女子医科大学） それでは、協議会を終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。

（閉会 午後8時06分）