

平成 2 7 年度 第 1 回  
東京都周産期医療協議会  
会議録

平成 2 8 年 3 月 2 5 日

(午後7時00分 開会)

○諸星事業推進担当課長 それでは、定刻になりましたので、平成27年度の第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、年度末の大変お忙しい中でございますけれども、ご出席いただき、本当に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諸星と申します。どうぞよろしくお願いいたします。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

まず初めに、協議会開催に当たりまして、福祉保健局技監の笹井よりご挨拶を申し上げます。

○笹井福祉保健局技監 東京都福祉保健局技監の笹井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

委員の皆様におかれましては、本日は、大変お忙しい中ご出席をいただきまして、ありがとうございます。日ごろから、東京都の周産期医療の推進にご尽力を賜りまして、お礼を申し上げます。また、お忙しい中、本協議会の委員のご就任に際してもご快諾をいただき、お礼を申し上げます。

さて、昨年3月には、この協議会でさまざまなご意見をいただきながら、東京都周産期医療体制整備計画を改定いたしまして、現在、この計画に基づいて、周産期医療体制の確保に努めているところでございます。本日でございますが、平成28年度母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定につきましてご協議をいただければと思います。また、その後、昨年11月にこの協議会のもとに周産期搬送体制検証部会を設置し、藤井委員に、お忙しい中、部会長をお引き受けいただいて検討していただいておりますので、その状況を本日はご報告させていただきます。また、既にご案内のことかと存じますが、今年、将来の地域の医療提供体制を示す、いわゆる地域医療構想を策定する年となっておりますので、現在、東京都では、その策定に向けまして、策定部会を設置して、議論を重ねていただいているところでございますけれども、本日は周産期医療の視点から、委員の皆様からご意見をいただければと思っております。今後とも、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、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単でございますが、ご挨拶とさせていただきます。

○諸星事業推進担当課長 本日の会議室でございますけれども、皆様の机の上にそれぞれマイクが設置されておりまして、お手元の丸い、赤いボタンを押していただくとスイッチが入りまして、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となっております。ご発言の際には、お手数ですが、操作のほうをよろしくお願いいたします。

それでは、本日は、新たな委員での第1回目の協議会ということでございますので、資料1の委員名簿に従いまして、委員の皆様をご紹介させていただきたいと思っております。

よろしくお願いいたします。

東京女子医科大学の楠田委員でございます。

- 楠田委員（東京女子医科大学） 楠田でございます。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 東京大学の藤井委員でございます。
- 藤井委員（東京大学） 藤井です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 東京都医師会の正木委員でございますけれども、遅れて出席するとの連絡をいただいております。

東京産婦人科医会の落合委員でございます。

- 落合委員（東京産婦人科医会） 落合でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 東京都助産師会の竹中委員でございます。
- 竹中委員（東京都助産師会） 竹中です。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 日本重症心身障害学会理事の倉田委員でございます。
- 倉田委員（日本重症心身障害学会） 倉田でございます。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 昭和大学の関沢委員でございます。
- 関沢委員（昭和大学） 関沢です。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 杏林大学の古川委員でございますけど、本日欠席のご連絡をいただいております。代理としまして、松島先生にご出席いただいております。
- 松島氏（古川委員代理）（杏林大学） 杏林大学の松島です。本日は代理ですが、よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 日本大学の細野委員でございます。
- 細野委員（日本大学） 細野です。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 順天堂大学の板倉委員でございます。
- 板倉委員（順天堂大学） 板倉でございます。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 日本医科大学の中井委員でございますけど、若干遅れて見えるとのことでございます。

東京消防庁の新藤委員でございますけれども、本日はご欠席の連絡をいただいております。代理としまして、救急部の緒方副参事にご出席いただいております。

- 緒方氏（新藤委員代理）（東京消防庁） 緒方でございます。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 東京都保健所長会代表の木村委員でございますけれども、本日は欠席の連絡をいただいております。代理としまして、南多摩保健所の渡邊所長にご出席いただいております。
- 渡邊氏（木村委員代理）（都保健所長会） 南多摩保健所の渡邊です。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 都立大塚病院の瀧川委員でございます。
- 瀧川委員（都立大塚病院） 瀧川です。よろしくお願います。
- 諸星事業推進担当課長 都立多摩総合医療センターの光山委員でございます。

- 光山委員（都立多摩総合医療センター） 光山でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 医療を受ける側代表としまして、中野委員でございます。
- 中野委員（医療を受ける側代表） 中野でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 福祉保健局医療政策部長の西山委員でございます。
- 西山委員（東京都福祉保健局） 西山でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 産科連絡会の代表の、日本大学の山本先生でございます。
- 山本教授（日本大学） 山本です。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 救命救急部門代表としまして、日本大学の木下先生でございます。
- 木下教授（日本大学） 日本大学救急医学科の木下です。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 あと、特別区保健所長会代表の辻委員と新生児連絡会代表の板橋委員からは、ご欠席の連絡をいただいております。

続きまして、事務局の幹部職員のご紹介をさせていただきます。

医療政策担当部長の矢沢でございます。

- 矢沢医療政策担当部長 矢沢でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 地域医療構想担当課長の宮澤でございます。
- 宮澤地域医療構想担当課長 宮澤でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 救急災害医療課長の八木でございます。
- 八木救急災害医療課長 八木でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星事業推進担当課長 次に、配布資料の確認をいたします。お手元の資料をご確認いただければと思います。資料数が多いため、次第が両面になっておりますので、ご了承願いたいと思います。

資料につきましては、資料1から9までと、参考資料としまして、1から8までとなっております。参考資料については、別綴じとさせていただきます。

資料1については、本日の委員名簿でございます。

資料2が、東京都周産期医療協議会の設置要綱でございます。

資料3につきましては、平成27年度の母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定（継続）についてでございます。

資料4-1から資料4-11までが、東京都地域医療構想についての資料になっております。少し分厚いですが、よろしくお願いいたします。

資料5につきましては、胎児救急搬送システムによる搬送事例の状況、資料6-1から6-3までが母体救命搬送システムの実施状況の推移と搬送事例の状況という資料になっております。

資料7-1から7-3までが周産期搬送コーディネーターの実績とその推移になっております。

資料8につきましては、周産期搬送システムにおける母体及び新生児搬送の取扱につ

いてという資料でございます。

資料9につきましては、平成27年度のNICU等入院児の在宅移行支援の取組についてでございます。

続いて参考資料でございますけれども、参考資料1につきましては、12月1日現在でございますけれども、周産期医療センターの現況と配置図になっております。

参考資料2につきましては、東京都の周産期搬送のルールを1枚にまとめたものでございます。

3につきましては、胎児救急搬送システムの概要、参考資料4としまして、母体救命搬送システムの概要、また、参考資料5としまして、周産期搬送コーディネーターの概要をつけさせていただいております。

参考資料6と7は、非常に細かい資料でございますけれども、患者取扱実績をまとめたものでございます。

参考資料8につきましては、昨年度の最後に開催した、第2回東京都周産期医療協議会の会議録となっております。

ちょっと分厚い資料でございますけど、何か欠けているものがございましたら、事務局までお知らせ願いたいと思います。

また、お手元に青い冊子を置かせていただいておりますけれども、昨年3月に改正いたしました東京都周産期医療体制整備計画でございます。既にお持ちの先生方が多いと思いますので、ご不要な方については、会議終了後、机上に残したままで結構でございますので、よろしく願いいたします。

次に、会議の公開についてでございますけれども、本日の会議につきましては、資料にございます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また会議録については、公開とさせていただきます。よろしく願いいたします。

続きまして、次第に沿いまして、協議会会長の選任を行わせていただきたいと思います。本協議会の会長につきましては、設置要綱第5の1によりまして、委員の互選となっております。これについて、ご推薦等ありましたらよろしく願いいたします。

落合委員、お願いします。

○落合委員（東京産婦人科医会） 昨年度も会長を務められました楠田先生をご推薦申し上げたいと思いますが、いかがでございましょうか。

○諸星事業推進担当課長 ありがとうございます。

ただいま楠田委員のご推薦がございましたけど、いかがでしょうか。

（拍手）

○諸星事業推進担当課長 どうもありがとうございます。それでは、楠田委員に、会長席に移っていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

（楠田委員、会長席へ移動）

○諸星事業推進担当課長 それでは、まず初めに、会長の代理を行う会長代理につきまして、要綱第5の3によりまして、会長にあらかじめご指名いただくことになっております。楠田会長、会長から一言ご挨拶と、会長代理のご指名をよろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、会長代理ですけれども、藤井先生にお願いしたいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

（拍手）

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。

○諸星事業推進担当課長 それでは、藤井先生、会長代理をよろしく願いいたします。それでは、会長代理席へお移りいただければと思います。

（藤井委員、会長代理席に移動）

○諸星事業推進担当課長 ありがとうございます。

本日の終了時刻につきましては、おおむね9時を予定しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきますけれども、カメラ撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。

それでは、これからの進行について、楠田会長、よろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、平成27年度の第1回東京都周産期医療協議会を開催したいと思います。

初めに一言だけ挨拶させていただきますと、今回、周産期医療協議会の会長を務めさせていただくことになりましたけれども、ご存じのように、東京都は、ここにお集まりの関係者の皆様、さらには周産期医療に携わる皆様、それから東京都の努力で、非常に充実した周産期医療体制というのが構築されておまして、先ほど笹井技監からもご紹介がありましたけれども、昨年には東京都の周産期医療体制整備計画をつくりました。これは国に先んじるもので、国のほうよりも先につくったということですし、その内容も充実しておりますし、この後、搬送の、母体救命だとか胎児救急だとかコーディネーターだとか、あるいはNICUの長期入院児のことのご報告がありますけれども、どれをとってみても、日本で一番進んだ周産期医療体制というのが幸い東京都で構築されているかなというふうに考えます。

ただ、問題がないのかということとそんなことはございませんで、やはりこの周産期医療協議会が検討してきたことは、ある程度解決に向かってはおりますけれども、同じ課題をずっと持っておりますし、さらに言えば、この後、今後の東京都の周産期医療だけではなくて、やはり医療体制全体とのかかわり合いということもありますし、この協議会の果たす役割というのは非常に大きいと思っておりますので、ぜひ、委員の皆様方にご協力をいただきたいと思っております。

平成27年度の第1回ということですがけれども、もう今年度はほとんどありませんので、今年は第1回で終わるとは思っておりますけれども、ぜひ、来年度引き続き、いろいろお

願いたいと思いますので、ぜひよろしく願いたいと思います。

藤井先生、何か一言ありますか。

○藤井委員（東京大学） 座ったまま、失礼いたします。

前期2年間もこの委員を務めさせていただきまして、東京都の周産期医療というのは、今、楠田先生がおっしゃったように、非常に恵まれているといたしますか、医者も、特に産科の医者は全国では多分一番人口当たり多し、地理的にも平地ばかりで、交通機関も非常に発達しているという状況の中で、昨年、周産期の整備計画というのもいいものがつくれたと思います。国に先んじてつくったというよりは、国の基本になったようなものをつくったと思いますが、それでもやはりまだまだ足りない面がありますので、さらにその足りないところを補うようなものをつくって、国のほうで、今、整備指針をさらにつくっていると思いますので、それが出てきましたら、また直すべきところも出てくると思いますけれども、皆様のご支援を賜りまして、いいものをつくっていきたいと思います。どうぞよろしく願います。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、早速、協議事項に入りたいと思います。協議事項は、平成28年度の母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定（継続）についてということで、事務局のほうから資料の説明をお願いします。

○事務局 福祉保健局救急災害医療課周産期医療担当の須永と申します。私のほうから、資料3、平成28年度母体救命対応総合周産期母子医療センターの指定についてご説明いたします。

東京都では、脳卒中や出血性ショックなど、重篤・重症な疾患によって緊急に母体救命処置を必要とする妊婦等の搬送時に、母体救命搬送システムというシステムを運用しております。直近の救急医療機関等に受け入れ依頼を行いつつ、そこで受け入れが決まらない場合に母体救命対応総合周産期センターが必ず受け入れることで、搬送先選定にかかる時間をできる限り短縮し、迅速に母体救命処置を行う搬送システムでございます。

この母体救命対応総合周産期センター、いわゆるスーパー総合周産期センターの指定についてですが、これにつきましては、本事業の要綱上、この協議会の意見を参考にしまして、年度ごとに指定するということになっております。平成27年度は、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、杏林大学医学部附属病院の5病院を、スーパー総合周産期センターとして指定しております。これらの5施設には、スーパー総合周産期センターとして、産婦人科、小児科の医師を初め、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。

平成27年4月に新たに指定した杏林大学病院を含めまして、スーパー母体搬送システム運用につきましては、現在もスムーズに行われていると考えております。平成28

年度の指定につきましては、継続してこの5施設について指定を受けるということで、それぞれ意向のほうも確認させていただいておりますので、委員の皆様の見解をいただいた上で、引き続きこの5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おります。よろしくお願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。

それでは、この母体救命対応の総合周産期母子医療センター5施設ですが、継続になりますけれども、この協議会でお認めするという事になっておりますが、何かご意見ございますでしょうか。特にご意見ございませんでしたら、ここではお認めしたいと思います。よろしいですか。

（拍手）

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、この5施設、お認めしたいと思います。それでは、平成28年度も引き続き指定のほうをよろしくお願いいたします。

一応、協議事項はこれで終わりますけれども・・・。

○木下教授（日本大学） 1点よろしいでしょうか。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。どうぞ。

○木下教授（日本大学） 日本大学の救急医学の木下でございます。

ここがございます資料3の「参考」というところに、この母体救命対応の総合周産期母子医療センターの機能という項目が、こう、羅列されております。前回だったと思うんですが、私、今、議事録を確認したんですけども、人員の確保等については、ぜひ、この窓口になっているような救急科医師の確保という文言も加えてほしいということを残して、たしか修正された文章も、私、見たと思うんですが、反映がされていないようなんですけども、やはり多く窓口になっている救急医の人材確保といったところも含めまして、ぜひ、このところには救急医を確保するという文言も入れていただきたいというふうに思っております。あわせてご審議ください。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それは、事務局、どうなっていますでしょうか。

○事務局 はい。そちらにつきましては、確認させていただいて、検討させていただきます。

○木下教授（日本大学） このブルーの冊子は、前回のこの会議を受けてできたものだというふうに私は認識していたんですけども、これはいかがでしょう。

○諸星事業推進担当課長 よろしいですか。

今、木下先生からご指摘いただいたところですけども、昨年度最後の協議会の中でそういうご発言がございまして、人材の確保のところ——基本的には周産期医療にかかわる医師の確保という中に、救命の医師も必要だという意味を含めて、統一した表現の中で、記載させていただいております。

○木下教授（日本大学） と、これ、具体的にどの部分になりますか。ちょっと、確認できなかったもので。



○諸星事業推進担当課長 はい。

○木下教授（日本大学） 修正された原稿を、たしか私、メールで確認したように記憶しているんですけども。1文というか1行、少し追記いただけていたように思ったんですが。

救急科医師は、やはり全国的にまだまだ専門医が少ないですし、ご承知のとおり、2019年度から開始になります専門医機構の中でも、基本診療科目に位置づけられておりますので、ほかの基本診療科目と同様に、やはり救急科専門医というものをしっかりと明記いただければというふうに思っていますので、ちょっとそこら辺のところについては整理いただければと思います。よろしく申し上げます。

○諸星事業推進担当課長 はい。ありがとうございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、また事務局のほうで確認していただいて、で、必要があればまたここに諮っていただきますし、そういうことが既に、確かに議論されておったように私も承知しておりますので……

○木下教授（日本大学） はい。

○楠田会長（東京女子医科大学） そうであれば、追加していただくということになるかと思っております。

○木下教授（日本大学） はい、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） はい。

ほか、よろしいですか。

（なし）

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、この5施設に関しては、継続して指定していただくということにさせていただきます。

じゃあ、続きまして、これで協議事項を終わりますけれども、報告事項が多うございますので、このまま次の報告事項に進みたいと思います。

まず初めは、報告事項の（1）になりますけれども、東京都の地域医療構想についてですけれども、この後、また少し資料が多くなりますけど、説明させていただきますけれども、現在、都においては、地域医療構想の策定の検討が進んでいるということになっておりますけれども、今回その報告の、地域医療構想の骨子案というのを資料として提出していただきまして、この中には2025年の医療のグランドデザインというものが示され、それを実現するために、いろんな基本目標とか取組の方向性等がここに掲載されておりますので、周産期医療はこの保健医療計画とか体制整備計画という内容で、課題としては方向性が書かれておりますけれども、実際にこの事業を推進していく上では、やはりこの周産期医療協議会で周産期の委員の先生方にいろんな視点があると思いますので、そういう視点を踏まえて、今後の周産期医療の方向性についてご意見をいただければというふうに考えておりますので、よろしく申し上げます。

じゃあ、まず初めに基本資料の4-1から10までを説明していただいて、その後、

どのようなことに視点を置いてご意見をいただきたいかということをご案内させていただいて、具体的な、このグランドデザインに関する、目標に関する先生方の忌憚のないご意見をいただきたいと思いますので、まず資料の4-1から10までの説明をお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。それでは、資料に沿ってご説明をさせていただきます。資料4-1をごらんください。地域医療構想についてでございます。ポイント部分につきましてご説明をさせていただきます。

資料左上の「背景」でございますが、先ほどございましたけれども、地域医療構想は、医療法の改正によりまして、都道府県において策定することとされているものでございます。資料右側でございます。太い枠組み、枠の囲みのところに、地域医療構想の内容は以下のとおり記載してございます。医療法で構想に記載すべきとされております2点を記載してございます。一つ目が2025年の医療需要と病床の必要量、2点目が目指すべき医療提供体制を実現するための施策というものでございます。

続きまして、資料4-2をごらんください。構想の策定に当たりまして、都におきましては、地域医療構想策定部会を設置いたしまして、集中的に議論いただいていたところでございます。名簿につきましては、右側に記載をしてございます。

続きまして、資料4-3をごらんください。策定部会の検討経過を1枚にまとめてございます。これまで9回の部会でご議論いただきまして、第8回、第9回で、これまでの議論を踏まえまして取りまとめました構想の骨子案につきましてご意見をいただいているというところでございます。

続きまして、構想の策定に当たり、ポイントとなる内容につきましてご説明をさせていただきます。資料4-4、2025年の医療需要推計をごらんください。

資料の右側でございます。医療需要の推計結果をごらんください。こちらは国から二つのデータ、医療需要推計のためのデータの提供を受けまして、推計したものでございます。2025年の必要総病床数、縦に並べてございますが、上段は患者住所地をベースとしたもの、下段は患者さんが入院いたしました医療機関の所在地をベースといたしました、現行の患者さんの流入を推計に反映しているというものでございます。

資料の一番右側でございますが、現在の基準病床数と既存病床数との比較を記載してございます。東京は高齢化の進展に伴います医療需要の増大によりまして、将来、病床が不足する推計値となっております。また、その下でございますが、4機能別の内訳を記載してございます。

続きまして、資料4-5をごらんください。先ほど見ていただきました2025年の医療需要推計、これを圏域別で示した資料となっております。

続きまして、資料4-6をごらんください。構想区域についてでございます。資料の左上、「地域医療構想」というところでございます。1、2といたしまして、先ほど見ていただきました構想に記載すべき事項を記載してございます。この一つ目の2025

年の医療需要と病床の必要量、これを定める単位が構想区域でございます。また、構想区域でございますが、構想策定後に設置いたします地域医療構想調整会議を設置いたします単位となるものでございます。地域の医療関係者等で、その地域に不足する機能をどのように確保していくかなどについて話し合いを行っていくということとなります。

資料の右側の中段でございます。都における構想区域でございます。資料の右の中段のところでございます。現在の二次医療圏でございます13区域を構想区域といたしまして、病床を整備する区域であることを明確にするために、「病床整備区域」と呼称することとしてございます。

ただし、5疾病・5事業の取り組みにつきましては、この次の資料でございます資料4-7でございますが、これまでも疾病・事業ごとの患者の受療動向、医療資源の分布状況等に応じまして運用してきているところでございます。この資料4-7の左下でございますが、周産期搬送といたしまして、周産期の医療資源の状況等を踏まえまして、8ブロックということで、周産期搬送、ネットワークづくりなどが進められております。こちらにつきましては、これまでの連携体制を基盤といたしまして考えていくというものでございまして、構想策定に当たりまして、大きく変わるというものではないというものでございます。

続きまして、資料4-8をごらんください。「東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」」でございます。この表題のすぐ下でございます、今後増加が予想されます高齢者はもちろん、小児も含めまして、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」」、これを東京の将来の医療の姿といたしまして、あわせましてその実現に向けました4つの基本目標、また基本目標のところに、例示という形で取組の方向性を記載してございます。基本目標は、Iの「高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展」から、下でございますIVの「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」ということで、四つでございます。この取組の方向性についてご意見をいただきたいと考えてございます。

続きまして、資料4-9をごらんいただきたいと思っております。構想の骨子案の構成というものでございます。また、その次にございます資料4-10、構想の骨子案の本文につきましても、あわせてごらんをいただければと思っております。

資料4-9でございますが、地域医療構想は、「第1章 地域医療構想とは」から、「第5章 あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」の5章構成としてございます。

まず、「第1章 地域医療構想とは」でございますが、地域医療構想の性格や記載事項、構想の期間などを記載いたします。このうち、真ん中にごございます記載事項でございますが、繰り返しになりますけれども、医療法に定めます記載事項、大きく二つございますが、一つ目の構想区域ごとに定めることとされております将来の病床数の必要量、在宅医療の必要量につきましては、この第2章、第3章で、また、二つ目の地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項につきましては、第5

章に記載をしております。

続いて、第2章でございます。「東京都の現状と平成37年（2025年）の姿」でございます。こちらは東京都全体の現状と将来について記載をする章でございます。

まず、現状でございますが、人口や医療資源等の状況、東京の地域特性、さまざまなこの特性を踏まえまして患者の受療動向など、東京の医療の現状、また将来につきましては、都全体の2025年の病床数の必要量等について記載をいたします。

続いて右側、「第3章 構想区域」でございます。都における構想区域は、13区域で設定をすること、また、二つ下、構想区域ごとの状況でございますが、13の構想区域ごとに医療資源等の現状や将来に向けての人口、医療需要の変化、将来の病床数の必要量等を記載する章でございます。

続いて、「第4章 東京の将来の医療～ランドデザイン」でございます。先ほど資料4-8で見ていただきましたランドデザインと実現に向けた4つの基本目標設定をしたものを記載してございます。

最後に、「第5章 あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」でございます。第5章は、地域医療構想の記載事項の二つ目、構想の達成に向けた取組の方向性を記載いたします地域医療構想の中でも重要な部分でございます。こちらでございますが、資料4-10、骨子案の本文の51ページをお開きいただきたいと思っております。

51ページ、52ページ、あわせてごらんをいただきたいと思っておりますが、「第5章 あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」の「1 施策の方向性」でございますが、（1）から（4）まで、先ほど見ていただきましたランドデザインの4つの基本目標を事項立ていたしまして、それぞれ達成に向けた取組の方向性を記載してございます。ここに周産期の先生方からの視点でご意見いただいたものを加えていきたい、書き込んでいきたいと考えているところでございます。

策定部会、また各地域から意見聴取をさせていただきまして構想をつくっているところでございますけれども、本日、周産期医療協議会の先生方、委員の皆様からいただいたご意見も踏まえながら、さらに内容を充実させていきたいというふうに考えてございます。

説明は以上でございます。

- 楠田会長（東京女子医科大学） はい。かなり膨大な資料ですので、なかなか全てをすぐご理解いただくのは難しいかもしれませんが、先ほど言いましたように、この後、先生方からご意見いただく論点というかそういうものを事務局のほうで整理していただいておりますので、それに沿ってご意見をいただいて、今も説明ありましたように、先生方の、この協議会の意見がここに入っていきますので、逆に意見がないと、これで十分だということにもなりかねないので、ぜひ、この後、多くのご意見をいただきたいと思っておりますけれども、まず、この資料について何かご質問ございますでしょうか。まあ、ちょっと急には難しいかもしれませんが、もし後でご意見をいただくところでも、も

しこの資料の内容についてご質問があれば、それはそれでまた、事務局のほうから回答がいただけると思いますけども。

どうぞ。

○藤井委員（東京大学） この資料4の最初のほうに出てくる、この地域医療構想の策定をしたメンバーがどのように決まっているのかというのを、実は知りたいと思ひまして。といいますのも、これはこの構想の全体にも通じるものがあるんですけども、ぱっと見て、内科系の先生ばかりかなと。後でまた概念のところでも申し上げますけれども、少子高齢化社会と言われているのに、どうしても高齢化のほうにばかり目が行っている、あるいは行くんじゃないかなというメンバー構成のように私は感じるんですね。

ですので、今からこのメンバーは変えられないのかもしれませんが、子供あるいは周産期は、今日、話を聞いて、この中に落とし込むという話なんだろうけども、そういうつけ足し的なものではなくて、そもそも全体の構成の中からそういうものは本来入れておいていただいたほうが、さらにここで落とし込むにしても落としやすいと思いますので。これ、どうやっていつも選んでいるんでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。ありがとうございます。

この地域医療構想でございますが、都道府県で策定いたします医療計画の一部に位置づけるものというふうになってございまして、東京都のほうでは東京都保健医療計画というのをつくっておりますが、その策定及び計画の進行管理を行います東京都保健医療計画推進協議会という協議会がございまして、地域医療構想は医療計画の一部に位置づけるものということでございまして、その協議会のもとに策定部会を設置いたしまして、その協議会のメンバーの中から、まずは入っていただいております。

資料4-2の部会の委員名簿のところを見ていただきまして、下段のところに専門委員、協議会以外の委員ということで、先ほど申しました協議会の委員に加えまして、協議会以外の先生方にも参画をいただいております。

この地域医療構想は、2025年に向けまして、病床の機能分化・連携を進めていく、4機能ごとに機能分化を進めていくという目的がございまして、各医療機関の機能代表ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれの機能代表から2医療機関ずつ、この部会のほうに医療機関代表ということで加わっていただきまして、検討を進めてきたというところでございます。

○藤井委員（東京大学） はい。今おっしゃったこの高度急性期、急性期というのは一般に言われている分類なんですけれども、そもそもその分類そのものが内科といいますか、高齢化で一般的な内科に準じた概念で、この周産期とか、あるいは多分小児科の小さい子供については——私、子供についてはあるかもしれませんが、周産期とかそういうところについては全くなじまない考えなんです。で、落とし込むからいいという考えもあるんですけども、本来であれば、最初からある程度その辺のものが入った考えであれば、より落とし込みやすいというか、柔軟に行きやすいかなと思うので、専門

委員の中に、こういう少子化のほうに対応するような方を入れていただいてもいいかと思ひます。

というのは、少子高齢化で、これもそうですけども、高齢化社会はとめようという発想は多分ないですよね。高齢化になっていっちゃうから、それに対応して何とかしなきゃいけないという発想でこれはつくられていると思うんですけど、少子化はとめようという方向の概念が常に働くので、おのずと病床配置とか医者の配置がその最初の段階で違ってくると思うので、そういう方が専門委員で1人でも入っていると、最初の構想で多少柔軟にこちらも入れやすいものができると思うので。まあ、今回はだめで、これ、いつまでの任期、今の委員の方があるかわからないんですけど、少なくとも次回やる時にはそういう少子化のほうに視点のある方を、委員、専門委員として1人入れていただけるとありがたいと思うんですけど。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。ありがとうございます。

少し繰り返しにはなるかもしれないんですけども、この地域医療構想が保健医療計画の一部に位置づけるというものでございまして……

○藤井委員（東京大学） ええ。

○宮澤地域医療構想担当課長 その保健医療計画、5疾病・5事業ですね、まさしくこの5事業のうちの一つ、周産期ということで、それぞれ5疾病・5事業ごとにこういった協議会というものがございまして、その中でさまざまな検討いただいたものを計画のほうにも位置づけまして、施策を進めているという、まずそのベースがございまして。今回、構想を策定するんですけども、それに当たりまして、こうした形で各協議会からも、先生方からもご意見をいただいているというところでございまして。

○藤井委員（東京大学） 余りこの、特殊な、一つの事業だけでこう、声高に言うのもなんなのですけども、例えば病床数を計算するにしても、そういう特殊性は多分考えないで、やはり全体的に高齢化社会で、認知症の人も増えて、いろいろ、慢性疾患の人も増えて大変だということから、病床数の計算がどうしても行われると思うので。患者さんとしてはそういう方が圧倒的に多いと思いますからそれでいいんですけど、やはり1人ぐらい専門委員に入れていただくと、私たち少子化のほうを扱う者としてはありがたいと思うんですけど。だめですかね。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。既に骨子案ができてまして、もう間もなく策定する段階に来ております。

○藤井委員（東京大学） ええ。まあ、これ、もう、いいんですけど。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。素案にという段階で。はい。

○藤井委員（東京大学） 今回はこれなんですけど、でも、多分これ、今も継続で審議しているんでしょ。

○宮澤地域医療構想担当課長 一旦、構想はつくりまして、30年に保健医療計画本体部分の改定がございまして。

- 藤井委員（東京大学）　じゃあ、30年までは。2年後までは、ちょっとあれですね。
- 宮澤地域医療構想担当課長　そこで一体化をしていくというものでございます。○藤井委員（東京大学）　少し入れていただけると。
- 宮澤地域医療構想担当課長　それぞれ、各協議会でご意見いただいて、進めていくというところでございます。
- 藤井委員（東京大学）　お願いします。
- 楠田会長（東京女子医科大学）　これ、小児のところでも、先生と同じような意見が出て、全く小児が入っていないし、検討されていないんじゃないかというところだったんですけど、今説明があったように、そういう一定の分野は、その一定の分野のそれなりの専門家が集まって、逆に言うと、周産期はこの、周産期医療協議会の専門家が出す意見を、逆に言うと、より重要視されるというか、非常に重要な意見になると思いますので、そういうのを聞いていただけるつもりだというふうにも解釈できると思いますので。小児でも同じような意見がありましたけど、そういう説明が、同じような共通の説明だったというふうに思います。
- ほか、ご質問。中井委員。

- 中井委員（日本医科大学）　すみません。資料4-10の51ページと52ページに具体的な取り組みを書かれているわけで、ここにやはり周産期なり小児医療なりの文言がどこにも見当たらないというので、非常に憤って読んでおったんですけど。

さっきの藤井会長代理と同様の意見かもしれませんが、これ、国は1.8に合計特殊出生率を増加させるというふうにうたっているわけで、それに対応する、周産期はそれに対応できるようにするような目標というのは示さないんでしょうかね。

- 宮澤地域医療構想担当課長　はい。ありがとうございます。

地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要量、それから目指すべき医療提供体制を実現するための方向性を記載するものということでございまして。

- 中井委員（日本医科大学）　ですから、その目指すべきものが1.8じゃなかったんです。そう言っていましたよね、国も。だから、それを、ちゃんと東京都は補完できるような何か整備をうたわないといけないんじゃないかと思ったのが一つと。

それから、疾患ががんであるとか認知症という実名が挙がっていますが、これ、周産期というのもどこかに入れておかないと、こういうときに全く飛んでしまう領域なので、ぜひ入れてほしいのと。「人生最期」のときをというところを、「人生最初のときを」どこで迎えるのとか、そういうのも検討していただけないでしょうか。

- 楠田会長（東京女子医科大学）　矢沢部長。

- 矢沢医療政策担当部長　今回、地域医療構想、確かに先生方のご指摘のとおり、高齢化して見ていないんですね。それではいけないというふうに私どもも思っております。東京の課題は確かに高齢化ですけれども、それと同じように、もしかしたらそれ以上に、少

子化それから周産期の問題が大きいと思っております、なので、今さらというふうに見えるかもしれませんが、お集まりいただきご意見をいただきたいというふうに思っております。このつくりについて、不十分な点があることをお認めしますので、ぜひ、そうではなくて、今後このところに一つでも二つでも周産期、小児の課題を入れていくという観点からご意見をいただければ、なおありがたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

- 楠田会長（東京女子医科大学）　ということで、この後、先生方のご意見をいただくポイント等を整理していただいておりますので、それをまず聞いて、今、矢沢部長から説明がありましたように、言えば通じるレベルだと思いますので、お願いしたいと思えます。

じゃあ、ちょっと、次のこのグランドデザインの4つの基本目標の中で、周産期医療としてはどうすることが必要かということ、論点整理をある程度していただいておりますので、資料4-11を説明していただけますでしょうか。

- 諸星事業推進担当課長　はい。それでは、資料4-11、骨子案の次についております「東京都地域医療構想に関する意見交換」というところがございます。よろしいでしょうか。それから、先ほど説明がございました資料4-8の8ページのグランドデザインを見ながら聞いていただければと思います。よろしく申し上げます。

それでは、若干重複しますけれども、いわゆる2025年の東京の医療を考えるに当たって、基本目標に関連して、将来を見据えた視点でのあるべき東京の周産期医療の課題や今後進むべき方向性など、保健医療計画に記載する事項という形でご意見を頂戴したいということで、論点を整理させていただきます。これに限らず、ご意見を賜ればと思っております。それでは、上のほうから概略だけ説明させていただきます。

まず、基本目標Ⅰ関連といたしまして、周産期母子医療センターにつきましては、ハイリスク妊産婦や新生児に的確に対応できる、当然ながら高度な医療提供機能を持っておりますけれども、今後担うべき役割とか強化すべき役割等ございましたら、ご意見を頂戴できればと思います。

次に、基本目標Ⅱの関連でございますけれども、周産期医療体制の課題や今後の方向性についてということで、周産期医療体制は、ご存じのとおり、1次、2次、3次の、ローリスク、ミドルリスク、ハイリスクという形で、リスクに応じた連携体制の中で構築されております。連携体制の表れの一つであるオープン・セミオープンですとか、そういうような取り組みも、徐々にですが進んできております。そういった連携体制の構築には顔の見える連携が重要でございますけれども、ネットワークグループ会議の活用により、連携をさらにどのように進めていけるかというところのご意見があればと思っております。

また、安全・安心な周産期医療体制の維持のために搬送体制を構築しておりますが、将来に向けての課題や今後工夫できる点等ございましたらよろしくお願ひしたいと思ひ



ます。

また、基本目標Ⅲに関連しまして、出産時の母体・新生児の安全確保という観点から、妊娠、出産に対する意識の醸成等のための普及啓発や、様々な感染症の問題、疾病の予防、また未受診妊婦の問題等に対する取り組みなども重要でございますので、今後工夫できる点等ございましたら、よろしくお願ひしたいと思います。

また、二つ目に、NICU等の退院した児の在宅療養を支えるための支援について書かせていただいております。先日、楠田先生にもご出席いただきましたが、小児医療協議会の先生方にご意見を賜りました。その際、例えば在宅支援のシステムとしまして、いわゆるケアマネ的な人が必要ではないかという話ですとか、成人したときに医療に移行できるような仕組みとか、また、いろんな選択肢がございますけども、急変時に受け入れる病床の確保とか、レスパイトの病床の確保等を選択できるようにしたほうがいいのではないかというような、様々な意見をいただいております。本日は重複してしまうところがありますので、地域の保健・医療・福祉・教育の関係者による多職種連携も必要な部分でございます。その多職種連携について、それを進める方策とか今後工夫できる点等、ご意見があればいただきたいと思います。

また、基本目標Ⅳに関連しました人材の育成のところでございますけども、周産期医療を担う人材の確保ということで、在宅、また在宅療養の支援を担う保健・医療・福祉に関わる人材の確保について、今後どのような工夫が考えられるか。例示しておりますのは、周産期医療施設やNICU等での従事経験を踏まえた方がたくさんおりますので、そういった人材の活用方法ですとか、何か具体的にございましたらご意見等賜ればと思います。また、多様な勤務形態なども含めた勤務環境の改善についても課題だと思っておりますので、そのあたりをご意見として頂戴できればと思っております。

説明は以上でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、今、ある程度論点のほうを提示していただきました。もちろんこれに全てかかわることだけではございませんで、これ以外のこともご意見を言っていただいて構わないと思うんですけども、とりあえず、この論点も踏まえて、委員の皆様がこの2025年の東京都の周産期医療はどうあるべきかということをご意見をいただきたいと思います。ⅠからⅣというふうになっておりますけれども、別に順序にこだわりませんので、この中でどの部分に関してということを指定していただいて、ご意見をいただければと思います。どうでしょうか。

多分この周産期医療体制を、最初に私言いましたけども、東京都は比較的体制整備が進んでいるとはいえ、まだまだいろんな問題がありますし、先ほどありましたように、今後、妊婦さんの数、子供の数等に関しても、藤井先生が昨年つくられたこの体制整備計画では、東京都はまだまだ、平成31年までは分娩数も特に変わらないというような予測をしております、東京ではそんな簡単には子供は減らないという状況が今後も続くと思っておりますので、この周産期医療の整備というのはもう、大きな課題の一つであるこ

とは間違いございませんので、いただいたご意見を本当に入れて実現していただくように、これからしていきたいというふうに思います。

山本委員。

- 山本教授（日本大学） 日大の山本ですけれども、今のIV番に関連することですけれども、周産期医療を担う人材の確保ということで、いわゆる女性医師にいかに参加してもらおうかということ、活用するかということで、保育所を整備して、子供を見てもらえるところを整備してもらおうとか、そういうことも含めた、女性医師に何とか周産期医療の現場に戻ってもらうような方策というのも考えていただきたいなと思います。産科医師は、もう減る一方のようなところがありますので、そういうふうな、能力があった女性医師をもう少し活用できれば、もう少し周産期医療もスムーズにいくんじゃないかと思っていますので、その点も考えていただきたいと思います。
- 楠田会長（東京女子医科大学） はい。
- 矢沢医療政策担当部長 女性医師の活用については前からの課題だというふうに考えておりますが、例えばこんな仕組みがあったら、女性医師の活用、例えば出産でおやめになった方がこういう仕組みがあれば戻れるとか、あるいは子育て中の先生もこういう仕組みがあればできるとかという、何か私どもにヒントがあれば頂戴したいと思いますが、何かございませんでしょうか。
- 正木委員（東京都医師会） 東京都医師会の学校保健を担当している正木でございます。遅れて申しわけございません。

今、私たち東京都医師会で取り組んでいるのは、女性医師をいかに取り込んでいくかということなんですけれども、今の質問は非常に簡単なことなんです。まず、院内保育所をつくるということ。次に、時短ですね。仕事の勤務時間を短くしていただいて、何も夜間泊まってもらう必要は全然ございません。3分割ぐらいで医師の確保ができれば、NICUなんかも非常に上手に回っていくというふうに考えています。あとはコストの問題。やっぱり、時間給で計算しますと、先生方の時給って、非常に安いと、私、考えております。これは幾らでも——もうちょっと上げられるんじゃないかなというふうに考えております。今、医学部を増設という方向にありますけれども、埋もれた先生方を発掘することによって十分医師は足りているというふうに、東京都医師会では算出しております。

以上です。

- 楠田会長（東京女子医科大学） この女性医師で、ほか、ご意見。どうぞ。
- 木下教授（日本大学） 日本大学救急医学の木下ですけれども、今のお話にあるように私どもの救命センターにも女性の医師が勤務しております。ただ、この女性医師の勤務が危なくなった時期がございまして、それはやはり保育所のほうの、預けるためにはおむつがとれなきゃだめだとか、そういったいろんな諸条件に合わないような環境があると、ちょっと難しくなるということで冷や冷やしていたことがございますが、それが解決で

きた途端に、その医師はまた、すぐ現場に復帰できたという経緯がございますので、やはりこの保育所問題ということがものすごく大きいんだと思います。

それから、2番目にありましたように、大学等での医師のポジションというものに関しての大学の規定がありまして、週4日以上勤務するとか、そういった規定の中でしか勤務ができないような環境になっておりますので、そこら辺のところをもっとフレキシブルに、例えば予算措置等ができれば、もっともっと働きやすい環境にはなるんじゃないかなというふうに思いました。事例ですので、これは。

○楠田会長（東京女子医科大学） 中井委員。

○中井委員（日本医科大学） すみません。お言葉を返すようで申し訳ないんですけども、私、日本中の産婦人科女性医師の勤務環境とかの調査を長年にわたってやらせていただいているんですが、東京都では院内保育所の利用率が25%ぐらいなんです。それ以上に増加しないというのは、地方と違いまして、通勤に子供さんを連れてこれない環境の人が大部分だということなんです。ですから、これはもう絶対無理だと思うんですけど、本当は公的な保育所に関して優先権が出るとか、今ポイント制だ何だと大問題になっていますけど、やっぱり、実際にうちも半数以上が女性医師ですが、4月の保育園の状況を待たないと復帰ができない。そこが確約されない状態で、ずっと、いつになるか、いつになるかというような状況を繰り返すんです。ですから、まあ、そこは難しいですね。院内保育所は結構多くの、今、産科の病院で、多分都内の周産期センターであれば、ほぼ100%ぐらいじゃないですかね、院内保育所はあるんですけど、利用率は上がらないというのが実際だと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） どうぞ。

○正木委員（東京都医師会） またお話をぶり返すようですが、先生、もしそれでしたらば、女性医師が働く時間帯というのを割り出したら、通勤時間というものの調整は幾らでも効くんじゃないでしょうか。あるいは、車で来させてという形をとれば、通勤、混んだ、混雑の中に乗る必要もございませんし、それは変えられませんか、先生。そういう発想というふうには。

○中井委員（日本医科大学） 実際、若い女性医師はあんまり車に乗らない傾向ですし、それから、やっぱり自宅のそばで預けないと、ご主人と交互にこう、キャッチアップするときなんかには不自由だということで、テンポラリーに院内保育所を使って、4月からもう決まっているんでという先生はいらっしゃるんですよ。でも、それで全てが解決とは、ちょっとしていないんじゃないかな、東京は。地方であればだいぶいいと思うんですけども。それから、時短勤務に関しては、産婦人科学会なんかでも強く推奨していますし、かなり普及はし出しているはずだと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。これ、保育所をつくるのは、この部局で扱っているんですか。

○矢沢医療政策担当部長 院内保育所の補助金という形での出し方は私どもの部ですとお

りますが、保育所は区市町村が整備するという事になっておりまして、私どもはそれを支援している立場でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） そうすると、金銭的なサポートということになりますね。

○藤井委員（東京大学） このIVの人材の確保ですが、今、産科の女性医師の話が出ましたけれども、助産師も足りているわけではなくて。ただ、助産師の絶対数としては、意外に、免許を持っている人はいると思うんですが、助産師を持っているのに看護師として働いている方がかなりいるというのを聞いています。これは竹中先生の話も伺いたいんですが、いわゆる潜在助産師と言われているような方々の活用法というものについて、助産師会はどのような考えを持っているのか聞きたいんですけど。

○竹中委員（東京都助産師会） 東京都助産師会は、今1,000人ぐらいの会員がいるんですね。その中で、病院に勤務されている者が600人くらい、地域で保健指導をしている者が300人くらい、それから助産院でお産を扱っている者が100人くらいなんですね。で、地域でお仕事をしている助産師は、やはり子育てとかをした後で、臨床に対してちょっと不安があったりするので、保健所の訪問指導とか、そういうような形でお仕事をしているので、東京都では講習会をやって、できるだけ病院なり診療所なりでお仕事ができるような形でやっていきますけど、どうしてもやっぱり不安があるというのが現実なんですね。それは、新しいことに対してチャレンジしていくというところがなかなか難しい部分があって。看護協会のほうの潜在助産師の研修会というのは、参加者も少ないみたいですし、東京都でやっている講習会にも出てきてはくれるんですけど、それが、やはり職場、医療機関への復帰にはなかなかいかないというのが現実ではないかというふうに思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。

あと、実は本日は、医療を受ける側の代表として中野委員に来ていただいておりますので、ぜひ、受ける側の立場からご意見をいただきたいと思っておりますけども。

○中野委員（医療を受ける側代表） 何か偉い先生ばかりの中で発言するのも、すごいときどきしてしまうのですけれども。

私が実際子供を出産したときというのは、本当に、696グラムの子供だったんですね。それで、24週のときに救急車で搬送されて——広尾の日赤医療センターですね、ここもスーパー総合周産期センターになっているのですけれども、そこで出産したので、とても安心して出産を迎えることができた。分娩台の上で5日間頑張っていました、その横にはもうクベースを置いてくれて、いつ産まれて大丈夫なように待っていてあげるからと言われて出産を迎えたので、本当に安心でした。

それ以降も、いろんな意味で、医療を受けてきて、不安ということは全く、私自身は感じたことがなかったです。ただ、在宅に移行するに当たって、私も、そして、今私は特別支援学校に子供が通っておりまして、中学2年生の男の子ですけども、周りのお

母様たちからのご意見を聞くと、どうしても、在宅に移行するとき、そして在宅で暮らしていくときに、いろいろと医療で苦勞している。例えば、胃ろうをして、家に帰りました。そうすると、例えば、それこそ都立の小児総合医療センター、そういうところで胃ろうをしました。そうすると、継続しての、慢性期での胃ろう交換というのは、この病院ではもう受けられませんよ、と言われる。でも、地域の、じゃあクリニックや小児科、普通の病院に行こうと、地域の病院で受けようとする、胃ろうの交換なんて、とてもできませんと言われる。そして、どこで胃ろう交換すればいいのだろうか、どこでやってもらえるかという病院を探すのに、まず苦勞します。

あと、在宅に移行してすぐというときは、私もそうだったのですけれども、夜、もう毎晩うなされるんですね。もう、夢を見て、子供が死ぬ夢を見るんですよ。1カ月とか2カ月とか。本当に、そういうときの精神的なサポートというのはなかなか得られないです。そういうところの苦勞。

そして、今度は学校に入ります。学校に入学すると、今度は学校で非常勤の看護師さんが最近都立学校には入ってくれていて、医療的なケアはやってくれるんです。気管内吸引だったり、導尿だったり、栄養の注入だったり。やってくださるのですけれども、ただ非常勤の看護師の数がどうしても集まらないんですね。そこで、お母さんが学校に通って、そして待機して、子供の医療的ケアを行う。それから、修学旅行とか、そういうときには、医療的ケアの必要な子の親というのは、修学旅行に付き添います。そうしないと、修学旅行とか宿泊行事に行かせてもらえない。そうすると、本当は、修学旅行とは、子供の自立のための授業であるはずなのに、親がついていかないと行けませんよ、親が介護している人、きょうだいがいる人は、修学旅行に行けませんよ、となります。そういう在宅に移行してからの苦勞というのがとても多いと思うので、周産期医療、すごく確立してきて、ありがたいことなのですけれども、ハイリスクな子供たちが在宅に移行するケースがとて多くなってきました。在宅で暮らす、いろんな医療的なケアが必要な子供たちにも、すごくバラエティーに富んできたりですね。助かることはありがたい。でも、それを支える方法というか、医療的にもいろんな意味で支えていくという方法をもうちょっと充実させていただけると、私たちも暮らしていきやすいだろうなと感じます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。大変貴重なご意見、ありがとうございます。

藤井委員。

○藤井委員（東京大学） 実は今の発言で、私がもう一つ言おうと思っていたことと関連するんですけど、虐待の予防というのは、医療かどうかということはあるんですけども、やはり育児不安とか、そういう、育児で大変なことで、お母さんが精神的に不安になることによって虐待が起こるということもあると思いますので、Ⅲの地域包括ケアの中に、行政及び医療と連携した妊婦さんとか褥婦さん、それから子育て中のそういう方に対する

る精神的ケアの充実というのも入れていただいたほうがいいのではないかと思います。保健師さんによる指導にプラス、当然精神科の医師の介入も必要になることもあるかもしれないし、あるいは産科、あるいは小児科の——小児科というより、産科になるんですかね、そういう方の介入も必要になるかと思いますが、それも入れていただければいいと思うんですけど。

- 楠田会長（東京女子医科大学） ありがとうございます。ハイリスク妊婦さんから産まれたハイリスクの新生児は、実は急性期で、NICUで治療が終われば、退院すればオーケーでないというのはもう明らかで、実はあの子たちは、はっきり言えば慢性疾患にも近いんですね。ですから、急性期が終わっても、やっぱりいろんな意味でサポートが要るので、本当は慢性疾患として、ずっと大きくなるまで診ていかないといけないんですけど、ついつい我々は、NICUとか、NICUから退院すれば、何となくこう、それが目標のように思いますけれども、本当に慢性疾患だということを我々は忘れないようにするのが必要で。そうすると、今のいろんな在宅の支援も要りますし、多分レスパイト等も必要ですし、それからケアマネージャーのようなものも必要ですし、精神的なサポートも要りますし、さらには虐待の予防も必要ですので、実は一本の慢性疾患というふうに考えれば、全て必要なことであるということは、自明のことだと思います。

今ちょうどそういう行政の役割として虐待予防等のお話も出ましたので、今回は保健所の代表として来ていただいておりますので、少し保健所の行政の立場でこの母子保健をどういうふうに今後充実させるかというご意見をいただければと思います。

- 渡邊氏（木村委員代理）（都保健所長会） はい。南多摩保健所の渡邊と申します。ちょっと、本日代理なんですけれども、今の中野委員がおっしゃったような小児の在宅移行のところというのは、本当にまだ手探り状態だなと思っています。それで、たまたま私どもの保健所で、実際NICUから退院したお子さんがどうやって在宅に移行して、どのぐらいの頻度で再入院して、まあ検査入院も含めて再入院して、それで、やっぱり退院した後の不安定期間というのがそれなりにある、と。その後は、それなりに安定してくると、定期的な胃ろう交換とかカニューレ交換とか、あとは検査入院、装具の調整とか、そういうようなところになっているんですけども、いわゆるNICUのあるようなレベルの病院と、その次の、ちょっとしたレスパイト入院をしていただける、あとは委員がおっしゃったような胃ろうというのがちょっとしたということかどうかわからないんですけども、地域の中でそこそこ近くて、そういう検査やケア、あとは処置ですね、外科的処置もやってもらえる、言ってみれば二次レベルの病院。そういうところの連携がなかなかできていないということですので、今は本当に課題の抽出と、じゃあそこに行政として、保健所の保健師や、あとは市のいわゆる障害部門の方々、そういう方々と何ができるんだろうという洗い出し等、今後の方向性というのを考え出したところなんです。

一つは、やはり大人で言うところのケアマネの存在がない、と。その不安定期をそれ

なりにやはり地域の中で調整するのは、保健所の保健師が、全部やりますというわけにはいきませんが、今の段階ではやはりそこを担う必要があるのではないだろうかというところは、実際、保健師が今気づいてきているところがございます。そういう意味では、保健所もそういうところに積極的にかかわる必要があるなというところは考えております。

あと、虐待に関しましても、児相とか子家セン（子供家庭支援センター）ですね、区市町村レベルの子家センの皆さんとの連携というのはやっておりますし、特定妊婦さんとか、そういうさまざまな問題を抱えているような方。あと、特に妊婦さんや、お母様で鬱などメンタル的にちょっと子育てが難しいような方。そういうような方々に対しても、保健所とか保健師が全部やるというわけではないんですけれども、少なくとも地域の中でのコーディネートはいたしますので、そういう特定妊婦や、親子というところで問題のある場合には、本当はその対象の、患者さんが住んでいる居住地の区市町村の保健師というところが一義的なんですけれども、その手間がなかなか大変でいらっしゃるようでしたら、皆さんの病院のあるところの区役所、市役所もしくは保健所、保健センターの保健師とか、子家センというところにご連絡いただければ、その後のつながりというのは、行政としては横のつながりはできるというふうに考えておりますので、微力ですけれどもどうぞご活用ください。

- 楠田会長（東京女子医科大学） どうぞ。
- 中野委員（医療を受ける側代表） 私が退院したときに一番頼ったのが、訪問看護ステーションでした。退院時に病院が小児を見てくれる訪問看護ステーションを探してくれまして、本当にほとんど断られたのですが、1軒だけ見つけてくれて、そこの訪問看護師さんが2日に1回通ってきてくれて、気管切開部の衛生管理の方法だったりとか、あと、マーゲンチューブが詰まっちゃったのでどうしようと電話をかけたらば、すぐに飛んできてくれたりとか、そういう細かい対応。それから、ちょっとした、何でもいいから相談に乗ると、いつも回っているから何でも言ってきていいよというふうに言うてくれて、本当にすぐ頼ることができた。そういう退院時に頼ることができるという訪問看護ステーションがあると、私はすごく助かったらうなと思います。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 我々のNICUの身を切って、NICUの看護師さんが辞めて、訪問看護ステーションを開いているんですね。ですから、NICUにとっては戦力ダウンなんですけど、地域にとってはプラスになるので、そういうNICU退職者が積極的にこういうハイリスクの子供の訪問看護に携わると、重症でも本当にいろんなことができるので、ぜひ、このIVのところにも入れていただけたらと思います。
- 中野委員（日本大学） ちょっと在宅のことになりましたので、NICUの在宅支援の部会長をされている細野先生、もしご意見があれば。
- 細野委員（日本大学） 在宅に関しては、さまざまな問題があつて、やっぱり老人の在

宅管理とはまるっきり違うというのが、一つは核となる人が、大人だとケアマネジャーがいて、そこが核になってやるんですけども、小児の在宅の場合はそれに相当する人材がないということ。

あと、成人の場合は徐々にやっぱり悪くなっていくというところで、もともと診ていた先生がその方をずっとわかっていて在宅に入っていくというところもありますけども、新生児、小児の場合は、急性期病床から突然地元の病院に戻されるというような形で、さらに在宅の患者さんが新生児は増えているといっても、やっぱり数はそんなには、成人に比べれば多くないので、それを診れる小児科の医師が少ない、と。

逆に、成人の先生のほうが、ちょっとしたスキルのことを教えてあげると小児も一緒に診てくださるというようなところで、やっぱり成人の先生を含めた在宅診療で、小児にこだわらずにやっていただかないと、なかなか難しいんじゃないかというのが、今、部会の中での話し合いの一つの争点になっています。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。たくさんご意見があると思いますので、どうぞ。

○藤井委員（東京大学） すみません。時間——空気も読めない人なんですけど。

この支える医療の充実、Ⅲですけれども、今、妊娠中って、お金というか助成券が、東京都は1回5,000円、最初から8,000円だとか5,000円のが出ていますし、今、楠田先生に聞いたら、赤ちゃんの健診はお金がかからない、無料だと。これ、どこが出しているんですかね、お金。東京都が出しているんですかね。

○楠田会長（東京女子医科大学） 法的健診は、国も出しているんですよ。都道府県ですかね。

○正木委員（東京都医師会） いや、ほかの地区でも出はいますけれども。

○藤井委員（東京大学） 例えば、妊婦健診のときのあの助成券、あれは東京都がお金を出しているわけですよ、8,000円、5,000円というのは。それで、日本のこの周産期医療って、妊娠中はお母さんに対して非常に経済的な援助もあるんですけど、産まれた途端に、お母さんはもうほっぽっておかれちゃうんですね。ところが、病気ではないにしても、例えば子供が、顔に湿疹があるとか、泣くとか寝ないとか、そんなことでもものすごく精神的に追い詰められたりして、それを相談して助産師さんが指導するだけで、一気に悩みが解決して、満足して、ああいいんだと思うということがわかっているんで、産後のそういうケアとか健診に関する財政的な支援を東京都でやっていただけると。要は、1カ月健診ですらお金がかかるから来ないという人も、中にはいるので。産まれた後は、子供に対するそういう経済的な支援は許されるんですけど、育てるお母さんは、病気でない限り支援がなくて。でも、子供に対して、悩まなくていいようなことを悩んでいるので。でも、それを相談するにはお金がかかりますから、そういうものに対する支援というのも考えていただければと思います。そんなに、多分東京都の予算規模からすれば大したお金ではないと思うので、お願いしたいんですけど。

○楠田会長（東京女子医科大学） 正木委員。



- 正木委員（東京都医師会） それのために、やはり今、東京都がやっている仕事としては、#8000でしたっけ、いろいろ育児相談のできる電話。電話相談、できましたよね。あれを、時間を少し延ばすようなことも今検討中で、今までは5時ぐらいまでで終わっていましたがけれども、それが少し延びるような形で。かなり、あの電話相談をするだけでも、先生のおっしゃるとおり、親御さんは安心するようですから、それをもうちょっと充実させていかなきゃいけないと思っております。
- 楠田会長（東京女子医科大学） はい。これ、多分ご意見がいっぱい出てくるというか。
- 藤井委員（東京大学） そうですね。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 今日、この膨大な資料を見て、多分後でもいろいろご意見が出てくると思うんですけども、これはこの後、例えば直接委員の方から意見をを出していただくというのは、いつごろまでならオーケーなんですか。
- 矢沢部長。
- 矢沢医療政策担当部長 この地域医療構想については、今回いただいた意見で5月に素案ができると、その後はもう入りませんので、4月の中旬ぐらいまでであれば、ご意見をいただくことは可能でございます。
- ただ、これはまだ取っかかりですので、この後、この中で出ている課題について平成30年からの保健医療計画のほうで今度は施策を打ってまいりますから、今回は今いただいた課題のような問題点がはっきりしていれば、ある意味で十分でございます。その解決策がなくてもいいので、こういった課題があるということを我々に教えていただけるのであれば、ぜひ期限を切って、また担当のほうと相談しまして、収集の方法を考えてご連絡を差し上げたいと思います。
- 楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、ぜひこの後も、この協議会の後も、ある程度ご意見を述べる機会をつくっていただきたらと思います。
- あと、個人的な意見を言うと、Ⅰだと、いつも私繰り返になりますけど、今後の大規模災害の話がありますし、Ⅱのところだと、やっぱり人口比でいくと、安心・安全という意味では、中井先生もやっておられます産科との、病院とのアクセスの時間とか、妊婦さんの自宅からのアクセスの時間等も問題になってきますので、その辺も課題かなというふうに思いますし、それから、基本目標Ⅱの一次、二次、三次医療機関のリスクに応じた連携のあり方というのも重要だと思いますので、ここは中井委員、何かご意見ございますでしょうか。
- 中井委員（日本医科大学） これ、ちょっと考えていたんです。おおむね確立はしていると思うんですけども、課題2のテーマにあるように、やはり切れ目のない、先ほど言った妊娠中、それから出産、育児ですね。そこの三つがどの地域でも、これはⅢ、Ⅳにもかかわるんですかね。この「人生の最期をどこで迎えようとも」のかかわりが、やはりその三つをどこでも安定して受けられるというのをちゃんとうたい文句に入れていただいて、内容的にはここに書いてあるようなことが推進されればいいんじゃないかと

思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。

それでは、はい。どうぞ。

○光山委員（都立多摩総合医療センター） 多摩総合医療センターの光山です。

今までも何回か出てきたと思うんですけど、やはり多摩地域とそれから区内とのNICUのベッドとかの格差がまだまだあって、大体40%ぐらいは区内に母体搬送しなくちゃいけないような状態で、なかなかそのときにいつも、何とか、多摩にもう少しそうした病床を、そういう施設をという話になるんですけども、ただそこから先が全然見えていないという。具体的にどうするというようなことは全く出てきていないので。今回、その2025年に向けて、少し具体的に多摩地域の医療について、もう少し検討する形をしていただけるとありがたいなと思います。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。ありがとうございます。

では、一応この今回の協議会の後も引き続き意見を述べていただくチャンスがあるということを条件に、これでご意見を終わりにしましょうかね。事務局として、これだけは、何かこう、確かめておきたいというような具体案、具体的な課題はありますか。

矢沢部長。

○矢沢医療政策担当部長 ありがとうございます。いただいたご意見、大変感謝しております。これだけというのはございません。むしろ何でも結構です。ただ、少し期間が短くて申し訳ないんですけども、課題と思われていることをどんどん上げていただければありがたいと存じます。よろしく願いいたします。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、ほか。

どうぞ。

○木下教授（日本大学） 1点、この場でお話することではないかもしれませんが、シームレスなNICUの後のフォローアップということで考えていきますと、こども救命センターに搬送される案件も、その後の在宅の復帰が難しかったりしますので、包括ケアの中で、この会議体だけでなく、今、こども救命センターの、昔は退院調整部会があったと思ったんですが、そういったところでも議論が今後されていくのかどうかだけ、ちょっと教えていただければと思います。

○諸星事業推進担当課長 はい。今、木下先生からいただいたこども救命センターについても、先日の小児医療協議会の先生方のほうからの意見の中で出ています。同じような在宅の取り組みというのは、NICUの退院児と同じように進めておりまして、後ほど説明がございますけども、研修とか、当然、レスパイトの整備とか、そういうようなものについて取り組ませていただいております。

○木下教授（日本大学） 小児医療に関しましては、これ、いろんなところでの壁を超えたディスカッションが必要ですので、ぜひ、そこら辺のところの整合性も整えていただければと思います。

○諸星事業推進担当課長　それで、私どもの部のほうで小児等在宅医療検討部会というようなものも設けまして、いわゆる医療・保健・障害・教育等を含めて、横のつながりを持つ部会を開いておりまして、その中で具体的にどうしていくかということは今検討しているところでございます。よろしく申し上げます。

○楠田会長（東京女子医科大学）　はい。それじゃ、申し訳ありません。だいぶ予定の時間を過ぎてしまいましたけれども、多分ご意見はまだまだあると思いますし、この後もご意見をいただくことになると思いますので、ぜひ。まあ、課題を言っていただければ今回はいいということですので、課題について、広く皆様方の立場で言っていただければというふうに思います。

それでは、この地域医療構想につきましては、ご意見、よろしいですか。じゃあ、後で、ぜひ、ご意見があればよろしく申し上げます。

じゃあ、報告事項（２）の周産期搬送体制検証部会報告のほうに移りたいと思いますので、まず事務局のほうから資料の説明をお願いします。

○事務局　では、資料を説明させていただきます。最初ですので、皆さんご存じかとは思いますが、これから東京都の周産期搬送システムの実績についてご報告させていただく前に、東京都の搬送ルールについて、簡単にご紹介させていただきます。

参考資料２をご覧ください。A 3判の資料で「東京都の周産期搬送ルール」と書いてございますが、東京都では、大きく分けて、三つの搬送ルールがございます。

左側は、①母体救命搬送システム。こちらは、先ほどもご説明しましたけれども、脳卒中、出血性ショックなど、重篤・重症な疾患によって緊急に母体救命処置を必要とする妊産婦等の搬送に適用されるものでして、直近の救急医療機関等に受け入れ依頼を行いつつ、そこでの受け入れが決まらない場合にスーパー総合周産期センターが必ず受け入れることで、搬送先選定にかかる時間をできる限り短縮して、迅速に母体救命処置を行うという搬送システムになります。

続いて、真ん中、②番、胎児救急搬送システムですけれども、こちらは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って、速やかに母体搬送及び急速な娩出が必要と判断した場合に適用するシステムとなっております。対象となる疾患は、常位胎盤早期剥離及びその疑いがある場合と、早産期に胎児機能不全の兆候がある場合でございます。

そして、残りが③番。①②を除く従来の母体・新生児搬送となっております。こちらが、都内を八つの搬送ブロックに分けておりますけれども、このブロックごとに搬送調整を担当する総合周産期センターがございまして、搬送元の産科施設等と日常的に連携している医療機関に要請しても搬送先が決まらないといった場合には、この各ブロック内の搬送調整担当の総合周産期センターに搬送受入れを依頼いたします。この総合周産期センターで自分のところで受入れができない場合には、ブロック内のほかの周産期センター等への受入調整を行います。そして、ブロック内で搬送先が見つからないと、

そういった場合には、東京消防庁内に設置しております周産期搬送コーディネーターがおりますので、そちらのほうで全都的な搬送調整を行っているというような形になっています。

右下の部分が、母体の初診時診断程度（重症度）と搬送イメージです。母体搬送の場合のイメージ図となっておりますので、参考にご確認いただければと思います。

それでは、A4判の資料のほうの冊子に戻っていただきまして、資料5の「東京都胎児救急搬送システムによる搬送事例の状況」についてご説明いたします。

胎児救急搬送システムですが、こちらは平成25年3月から運用を開始いたしました。システムの概要は、参考資料の、先ほどの2と3のほうに記載がございますので、ご参照いただければと思います。

各医療機関から搬送受け入れした事例のご報告をいただいておりますけれども、こちら、いただいたもののうち、平成25年11月から平成27年12月までの実績を集計して、こちらの資料のほうにまとめております。

1番の要請理由のグラフですけれども、平成25年度は5カ月間、平成26年度が1年間、平成27年度は9カ月間ということで、単純な比較はできないんですが、年々、件数は増加傾向にございます。これはシステムの適用となるケース自体が増えているというよりも、システムの周知が進んで、年々システムの利用が進んでいるものと考えられます。要請理由としては、常位胎盤早期剥離、早産期の胎児機能不全を要請理由としたものが8割を超えておりまして、おおむね適正な理由で利用されていると考えております。

続いて、2番のブロック別件数ですけれども、このシステムでは原則的にブロック内の総合周産期センターが受け入れをするということになっております。表をご覧くださいと、全体で約8割の事例がブロック内の総合周産期センター、地域周産期センター、連携病院で受け入れられております。依頼件数を見ますと、区東北部と多摩が多くなっていますが、ブロック内で7割から8割程度は受け入れております。

では、ブロック内総合周産期センターでどれぐらい受け入れているのかと申しますと、2ページ目のほうに移っていただきたいのですが、2ページ目の3、受入れ病院種別のほうをご覧ください。6割弱の事例がブロック内の総合周産期センターで受け入れられているという状況でございます。

続きまして、4番の母の年齢ですが、30代が71.5%を占めております。平成26年度の母の年齢別出生数では、30代の出生数が約66%ですので、それと比較しますと、やや多いような傾向にございます。

続きまして3ページ目のほうに移りますけれども、6番の疾患名のほうをごらんください。搬送受入後の診断名ですけれども、常位胎盤早期剥離が45%、胎児機能不全が41%でございました。その他9件については、一過性胎児徐脈ですとか胎動減少、足位の陣発・拝臨などでございました。

続きまして4ページのほうに移りますが、7病着までの時間（要請から病着まで）です。ここでいう要請というのは搬送元から搬送先への要請時間のことであって、東京消防庁のほうで記録している、いわゆる覚知の時間とは異なりますのでご注意ください。時間が判明している75件のうち、約65%が1時間以内となっております。

それから、8番、分娩までの時間（要請から分娩まで）ですけれども、時間が判明している80件中、24時間以内に分娩になったものは72件でした。また、分娩までの時間なんですけど、これは疾患によって差がございまして、常位胎盤早期剥離の場合ですと比較的早く娩出されているケースが多いですが、胎児機能不全の場合は、その症状に結構ばらつきがございまして、すぐ娩出するケースと、そのままたせてしまって、場合によっては妊娠継続するようなケースなどがあり、時間にばらつきが見られました。

それから、5ページ目ですけれども、9番、分娩様式ですが、9割が帝王切開で、経膣が8件、うち死産が5件でした。

10番の母転帰ですけれども、90%が退院をしております、妊娠継続は5件でした。転院したケースでは、母体が、DICですとか、急性妊娠脂肪肝のためですとか、あとは胎児胸水が出現したために専門の病院に転院搬送したケース、それから帝王切開後すぐに、帝王切開して逆搬送したといったことが理由となっております。

次に、6ページ目ですけれども、11番の出生体重では、2,500グラム未満の低出生体重児が約8割を占めており、平均体重は1,776.3グラムでございました。

最後に、12番、児の転帰ですけれども、退院が73人で85%、転院が3人で4%、死亡となった者が8人で9%、入院中が2人で2%でした。死亡した児につきましては、早剥や胎児機能不全から子宮内胎児死亡となったケースが7人、生後39日目に壊死性腸炎で亡くなったケースというのが1人でございました。

実際に運用している中で幾つか課題が出てきておりますけれども、例えば総合周産期センターが、NICUが満床ということを経由して自ら搬送元になっているというケースがありましたが、これについては緊急オペ中で、自分の病院で帝王切開ができなかったり、あとは児の体重が余りにも小さくて、娩出後の新生児搬送というのが現実的に困難といった理由によるものでした。

また、このシステムは児を急速に遂娩することを必要とするケースに適用するものなんですけれども、急速に娩出していないケースも見受けられます。これにつきましては、搬送元では対応できなくても、搬送先ではもたせて妊娠継続できる場合がございますので、娩出までに時間がかかっていることが必ずしもシステム的に問題というふうには考えてはおりません。また、部会で委員から出たご意見としましては、搬送元が要請してから救急車を呼ぶまでに時間を要しており、待っていてもなかなか搬送されてこないといったご意見もございました。

説明については、以上でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。多分、この胎児救急搬送システムはまだ成長中

だというふうに思いますけれども、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。

山本委員。

- 山本教授（日本大学） 日大産婦人科の山本ですけれども、常位胎盤早期剥離の症例で、早産例と正期産例での差というのは出せないんですかね。いわゆる正期産例での、搬送した場合と搬送しない場合の予後を比べた場合には、搬送しないほうがいいようなデータがあるんですけれども、早期産例でのデータは余りないんですね。そういうものももし出ると、このシステムが有効であるということがよくわかるんですけれども。それと、比較的このアプガースコアがいい症例が多くて、それからpHもいい症例が、意外と思ったより多いんですよ。そういうことで、じゃあ早産例がどうなっているかということをちょっと知りたいなと思うんですけれども。
- 事務局 疾患別には少し分析してみたのですが、早剥の中で、週数で早産期と正規産とで区切ってという形での分析は行っていないので、今後そういった形で分析してみて、予後ですとか何らかの違いがあるのかということについては、実際結果を見た上で、部会でも検討していければというふうに思います。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 中井先生がまとめられたときは、二百何例ぐらいですよ。だから、ちょっとまだ、症例数は少ないかもしれません。
- 中井委員（日本医科大学） ああ。1年間で、そうですね、二百十何例でしたね。
- 楠田会長（東京女子医科大学） そうですね。

関沢委員。

- 関沢委員（昭和大学） 山本先生が言われたのと同じことですがけれども、常位胎盤早期剥離と胎児機能不全だけはこれだけ多いわけですから、それを個別に解析していくと、常位胎盤早期剥離は確かに早産期に起こってしまったから搬送するというもの多くて、正期産期であれば、その場で帝王切開ということが多いんだと思うんですけど、正期産期であっても、ここの都内において帝王切開しないで送り出そうという機関がどれくらいあるのかとか、それが意外に二次施設のような、比較的大きな病院だったりとか、そういったこともやっぱりしっかり把握していったほうがいいのかなというふうに思いました。
- 中井委員（日本医科大学） もう一点だけ、いいですか。
- 楠田会長（東京女子医科大学） 中井委員。
- 中井委員（日本医科大学） 要請から病着までの時間ですけれども、これは後に出るのかもしれませんが、一般の周産期搬送と比較すると、全く違う数字なんじゃないですか。つまり、短縮効果があるかどうかという。これを60分以内にしたというの、たしか杉本部長とこれを立ち上げたときの数字の一つだったんだと記憶しているんですが。
- 事務局 これは病院からの報告だけで集計しているので、実際、東京消防庁の覚知からスタートする時間の集計と考え方が違います。この要請というのは、病院が最初に搬送先に要請した時間なので、単純に比較がその部分ではできていないというところがあります。

す。なので、その数字、時間のとり方が結構難しく、今の時点で、その部分は、まだ比較ができないというような状況でございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） よろしいですか。

どうぞ。

○木下教授（日本大学） 1点、ちょっと教えてください。資料5の2のブロック別件数のところなんですが、この区東北部の依頼件数が、多摩を除きまして、ほかの地域の二、三倍多いようなんですが、これは何か理由があるんでしょうか。

○事務局 区東北部と多摩の件数が多いということですよ。あくまで推測になってしまうんですけども、区東北部については、隣の区西北部の帝京がブロックの調整担当総合周産期センターになってはいますが、ブロック内には地域周産期センターしかないということと、比較的一次分娩施設が多いということが一つの理由だというふうに考えています。

それから、多摩については、結構地域のクリニックですとか、一次の分娩施設が多いので、そういったところも理由の一つかと思いますが、正確な理由までは分析しきれておりません。

○木下教授（日本大学） これは、胎児救急に載せる要件というのは決まっているわけですよ。

○事務局 はい。

○木下教授（日本大学） にもかかわらず多いというのは、何かそういった、産院が多いということだけ——ほかにありそうな気がするんですけども、もし検討できる要素がありましたら検討してみてください。

○事務局 はい。

○楠田会長（東京女子医科大学） いや、区東北部はもともと周産期センターが少ないので、自分のところでは解決しないんですよ、必ず。だから搬送になってきて、ほかのところは総合なり地域周産期センターが・・・。

○中井委員（日本医科大学） たぶん多摩は分娩数がほかのブロックより多いですよ、総数が。

○楠田会長（東京女子医科大学） 多摩はね。

○中井委員（日本医科大学） 多摩は。ですから、多分増えているのと、やっぱり一次施設が多いというのは、両方の地域、多いんです。ですから、そうじゃないかなという感じがしますが。

○木下教授（日本大学） これは、そうはいつでも、圏域内でほぼ収容できているわけですよ、二次医療圏の中で発生しても。

○事務局 そうですね。割合的には、7割、8割は、要はその地域の、例えば区東北部でしたら、例えば地域周産期センターですとか、多摩でしたら総合周産期センターが中心にとっただけというふうな感じですか。

○木下教授（日本大学） ありがとうございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、次、まだ報告事項もありますので、母体救命搬送システムと周産期搬送コーディネーターのほう、二つあわせて報告していただいて、またご意見をいただきたいと思います。

○事務局 はい。では、続きまして、A3判の資料6-1「母体救命搬送システムの実施状況の推移について」をご説明いたします。

東京都の母体救命搬送システムの概要につきましては、参考資料の2番と参考資料4を参照してください。資料6-1には、平成23年度から27年度12月分までの実績の推移を掲載しております。東京都の出生数と東京都妊産婦死亡数につきましては、一番上の部分に書いてありますが、こちらが暦年の数字となっております、それ以外については年度の数字で集計しております。

東京都の出生数については年々増加傾向にございまして、都内の周産期センターにおける母体搬送受入件数も増加傾向にあります。平成26年度だけは一時的に減少はしているんですけども、平成27年度は再び増加する見込みとなっております。

母体救命搬送システムによる搬送事例件数も年々増加傾向にありまして、平成26年度は123件でした。平成27年度は、12月までですけれども、既に130件ということで前年度を越しており、月当たりの平均件数も、平成26年度は約10件でしたが、平成27年度は約14件と、大体1.5倍ぐらいのペースで増加しております。このペースでいきますと、平成27年度は年間大体170件程度になる見込みとなっております。

搬送種別で見ますと、一般通報が約3割、転院搬送が約7割で推移しておりましたが、平成27年度は、一般通報が約4割、転院搬送が約5割と、一般通報の割合が増加しています。これは、昨年度、東京消防庁のほうで、救急隊が現場で重症度を判断するときに使用する疾病観察カードというものがありますが、こちらの妊産期から産褥期に適用する部分の見直しがなされまして、少しでも意識障害があれば重症とする扱いに変更されましたので、その部分が影響しているように推察されます。これによりまして、一般通報の現場で重症と判断されて、母体救命搬送システムで搬送される人が増えているのではないかと考えられます。

また、重篤・重症症例の割合でも、平成26年度は78.9%でしたが、平成27年度は67.7%に下がっておりますので、こちらについても一般通報の増加が影響しているように思われます。

少し前後しますが、収容施設種別については、スーパーが約5割、それ以外も約5割ということで、この比率についてはあまり変化はございません。

母体死亡事例については、平成26年度は2件ございましたが、平成27年度は、今のところ死亡事例はございませんでした。

母の年齢が35歳以上の割合につきましては、ほぼ横ばいとなっておりますが、平成



26年度から27年度にかけて、やや減少しているといったところです。

平均搬送時間、選定時間、選定回数については、横ばいでございます。

診断後疾患名については、出血性ショックが最も多くて、次に多いのが産科DICという傾向に変化はございませんけれども、平成27年度は、先ほど少しご説明申し上げた疾病観察カードの変更の影響があつてか、意識障害が4番目に多くなっております。A4ホチキスどめの資料6-2、6-3のほうに、やや詳しいデータを掲載しておりますので、後でご確認いただければと思います。

続いて、A3判の資料7-1「周産期搬送コーディネーター実績の推移について」をご説明いたします。コーディネーター制度については、参考資料5を参照していただければと思います。

資料7-1には、平成23年度から27年度12月までの実績を掲載しております。先ほどと同じく東京都出生数のみ暦年で、あとは年度で集計しております。

周産期センターにおける母体搬送受入件数、新生児搬送受入件数、これは他県からの搬送も含んでおりますけれども、平成26年度については一時的に減少しておりますが、基本的には増加傾向でございます。

一日のコーディネーターの搬送調整件数、こちらについては、他県からの搬送については含みませんが、平成26年度から27年度にかけて、一日の平均件数が1.5件から2.2件に増加しております。平成27年度は、このペースだと最終的に800件程度になるといった見込みです。

転院搬送と一般通報の割合については、平成26年度、27年度ともに、転院搬送が約6割で、一般通報が約4割でした。

患者種別については、母体搬送が圧倒的に多くなっており、母児両方というのは、例えば自宅で出産してしまった墜落産等のケースがほとんどでございます。

受入施設種別は、総合周産期センターが約50%、残りを地域周産期センター、周産期連携病院で受け入れております。

続いて転院搬送の内訳についてですが、総合の調整という部分について、全部調整はブロック内総合が自分の病院で受け入れできない場合に、ブロック内の周産期センター等全てに対して受け入れ要請を行ったもの、一部調整は、一部の周産期センター等に対して要請を行ったことを意味しております。各項目の割合に、ほとんど変化はございませんでした。

平均照会回数ですけれども、搬送調整件数が増加していることですか、それから今年度は、明確な理由はわからないままですけれども、都内のNICUの空床状況がかなり厳しい時期というのがございまして、3.2回と、少し増えております。

転院搬送理由は、平成24年度以降、上位4項目に変化はございません。

続いて、2枚目をご覧ください。一般通報のほうになりますが、上から4つの項目、各平均所要時間と平均照会回数に大きな変化はございませんでした。

平均照会回数が転院搬送よりも一般通報のほうが多くなっているのは、転院搬送はコーディネーターが1人で電話をかけて調整するのですが、一般通報の場合は、現場にいる救急隊ですとか東京消防庁の指令室の指令室員とともに同時並行で調整するので、回数が多くなっております。

それから、一般通報の初診時診断名ですけれども、平成25年度、26年度と、切迫早産が最も多かったのですが、平成27年度はこれまで上位4項目には入っていなかった切迫流産が入っております。周産期搬送コーディネーターは、その名のとおり、原則的に周産期、22週以降の案件を扱います。しかし、22週未満でありましても、東京消防庁のほうから協力依頼があれば、調整の協力を行っております。今年度はその協力依頼の件数が増えたので、コーディネーターが扱う切迫流産の件数が増えて、結果として最も多くなったというふうに考えております。

未受診につきましては30%前後で推移しております。母体の年齢では、スーパーや胎児救急とは異なりまして、20代が最も多くなっております。

その後ろにつけているA4ホチキスどめの資料7-2、7-3では、やや詳しいデータを掲載しておりますので、後でご確認いただければと思います。

最後に、資料8のほうの説明に移らせていただきます。A4判の縦の資料になるんですけれども、「東京都周産期搬送システムにおける母体及び新生児搬送の取扱について」と書かれた資料です。

こちらは、母体救命搬送システム及び周産期搬送コーディネーターの制度をより円滑に運用するため、取扱について周産期搬送体制検証部会にて検討、ご意見をいただきました。平成28年の4月1日から適用させていただきますので、ご報告いたします。

母体救命搬送システムについては、これまで母体救命搬送システム対象症例表にて「産褥入院期間中」というふうにしてございましたけれども、退院後の自宅での大量出血ですとか外来受診からの搬送にも対応できるようにするために、「産褥入院期間中」となっている部分を「産褥期」という記載に変更したいと考えております。

次に、周産期搬送コーディネーターの扱う事例についてなんですけれども、これまで産褥期の期間が曖昧になっておりましたので、期間を決めることといたしました。母体については、産後7日以降であっても、産科の選定が必要な場合にはコーディネーターの選定対象といたします。余りケースは多くないと思われませんが、産科選定が必要になった場合には、搬送元の医師が探すこととなり、なかなか見つからない場合に搬送元の負担となってしまいますので、対象とすることで少しでも搬送元の負担を減らして、迅速な搬送先決定に寄与するものと考えております。期間については、産後1カ月までを目安として、入院期間中であるか否かについては問いません。そして、新生児については、周産期の名称のとおり、出生後7日未満までの児について、コーディネーターの選定対象といたします。

コーディネーターは、新生児搬送についての連絡先は、基本的にNICUとなっております。

りまして、一度退院した児の場合、感染防止等の観点からNICUへの再入院というのは難しい状況でございます。そのため、入院期間中であるかは問いませんが、7日未満までとすることにいたしました。

説明については以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。それでは、母体救命搬送システムと周産期コーディネーターの実績をご報告いただきましたけれども、ご質問、ご意見ございますでしょうか。母体救命のほうも症例数が上がってきておりますし、コーディネーターのほうも実績が上がってきているということで、周知とともにこのシステムが利用されているということがわかると思いますけれども。はい、関沢委員。

○関沢委員（昭和大学） はい。資料6-2の13ですね、8ページなんですけれども、対象症例別疾患というふうに書いてあって、いろいろこう、疾患名と症状が入りまざってしまっていて、実際に本当にどういう病態で搬送が行われたのかというのがよくわかりにくいんですけれども。最終的に激しい痛みで、それは常位胎盤早期剥離であったのかとか、そういう、そこまで確認して分類し直すと、もう少しこう、どういう疾患が対象になっているのかというのがわかりやすいかなど。送る理由は、いろいろ、実際的な症候というか症状で行われているかもしれないけれども、疾患とちょっと、まあ、重複していて何かわかりにくいなと思いました。

○事務局 ありがとうございます。一応、病院から診断後の疾患名ということでいただいているものをもとに、例えば出血性ショックとかDICとか、分類できるものについてはこちらのほうに明確に分類して、細々としていて、ちょっと分類できないものについては、「激しい痛み」の中に、頭痛、胸痛、腹痛といったものに分類させていただいているので、このグラフ上だと一緒くたになってしまっているというようなところはございますけれども、病院からこれが診断後の疾患名ですといったものを、いただいたものをベースに、一応つくらせていただいております。

○楠田会長（東京女子医科大学） 参考資料4の右に、このスーパー母体救命になる対象症例の表というのがありますけれども、いわゆる病態とそれから疾患名と、症状というふうに、三つに分かれている。多分このとおりなので、先生が言われるように、最終的な診断名がもしある程度わかれば、そういう分類も可能だとは思いますが。

これ、最終診断までは聞いていたんだっけ。最後の報告のとき。

○事務局 そうですね、聞いております。この、今、楠田先生がおっしゃった対象症例表の分類に基づき、統計上は分類するようにはしているのですが、例えば結果的に陣痛だったとか、そういったものについても「激しい腹痛」というところに分類させていただいたりはしております。詳細な疾患名で分類、統計を集計すると、かなり細かくなってしまうので、ある程度この対象症例表に沿った形で分類させていただいて、集計させていただいているというような状況です。

○楠田会長（東京女子医科大学） どうぞ。

○木下教授（日本大学） すみません、教えてください。資料6-2等にございますこの「直近」というのは、救命センターのことでしょうか。それとも、2次の産科も含まれているのでしょうか。

○事務局 母体救命システムは救命ですので、救命センターですね。直近の救命センターということですか。

○木下教授（日本大学） ありがとうございます。

○楠田会長（東京女子医科大学） ほかはよろしいですか。このコーディネーターの件ですけれども、かなり件数が増えておりますけれども、昨日、東京都のメディカルコントロール協議会がありまして、周産期のコーディネーターとそれから指令室は、机を並べて情報を一緒に聞いているんですけども、その二つのシステムの間で、周産期にかかわる事例でありながら十分お互いに情報の共有ができていなかったというのが、前々回だったと思いますけど、搬送体制の検証部会で出ておりましたので、周産期の事例ということであれば、ぜひ、周産期のコーディネーターの方にご相談していただければ、周産期に関することは助言できるのではというお話を、昨日させていただきました。多分専門家が24時間体制でいらっしゃるのでは、そういう、さらに、東京都の救急全体の中での周産期の事例のいわゆる搬送の効率化に、あるいは時間の短縮につながると思いますし、今回、資料8にありますように、コーディネーターの対象も少し広げていただきましたので、周産期のコーディネーターの方の役割がさらに重要になってくるというふうに考えます。

ほか。山本委員。

○山本教授（日本大学） スーパー母体救命の統計のことですけれども、脳神経外科学会のほうで、妊娠中の脳卒中の統計をとったデータがありまして、それが欧米の状態と日本とは少し違うというようなことの報告がありまして、さらに死亡例が、正期産のところにかかなりの症例があるということと、それが妊娠高血圧症候群に関連するようなどころがあるんですけども、この母体救命の、最初からのデータを、少ない症例なので、最初からのデータを集められたら、そこのデータが出せないかなと思っているんですけども、いわゆる全国統計と、このスーパー母体救命を施行したことによって死亡率が減ったとか検出率が上がったとか、そういうふうなデータが出せないかなというふうなことです。

脳神経外科学会で出した脳卒中の統計は、妊娠高血圧症候群による脳出血による死亡がかなりあるんですね。それも正期産のときにあるんです。その脳神経外科の先生が発表していたんですけども、それは人種差の問題であって、周産期の医療を改善したから余り改善しないのではないかなというような話だったんですけども、そうではない可能性があるんですけども、こういうふうなシステムを使って、少しでも改善ができたかどうかということがわかればということです。

○事務局 確かにスーパーの中にも、そんなに脳卒中、脳血管の疾患はそれほど、年間を

通しても多くはないので、スーパーを始めた当時から集計しても、どれほどのものになるかというのはわからないのですが、週数別でというのは、余りこれまでその観点では集計はしていないので、予後等含めて、もし可能であれば、少し分析はしてみたいと思います。

○山本教授（日本大学） これ、見て、妊娠高血圧症候群で亡くなったという症例は余り出てこないで、どうして全国統計とちょっと違うのかなというところが、ちょっと疑問があるところなんです。

○楠田会長（東京女子医科大学） まあ、スーパーもかなりこれで、5年分たまったんですかね。ですから、山本委員言われるように、そろそろ何かこの効果を具体的に数字で出せる時期かもしれませんので、搬送の検証部会のほうで、またそれはご検討をぜひいただきたいというふうに思います。

ほかはよろしいですか。もしよければ……

○正木委員（東京都医師会） ちょっと、一つだけ。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。どうぞ。

○正木委員（東京都医師会） 一つだけお聞きしたいことがございます。NICUの入院児支援コーディネーターの配置ですけれども、現時点でこれはもう十分配置されているのでしょうか。一度お聞きしたことがあったのは、特に退院のコーディネートをするのに、医師がしていたところもあるというようなことも聞いておりましたので、在宅へスムーズに移行するためには、退院時のコーディネーターというのはとっても大切な役割だと考えておりますけれども、いかがでしょうか。

○楠田会長（東京女子医科大学） 多分先ほどの周産期の搬送のコーディネーターですので、これは東京消防庁に24時間体制で一人いられるんですね。で、今、先生のおっしゃったのは、この後のNICUの入院児の在宅移行支援のところでコーディネーターだと思いますので。

○正木委員（東京都医師会） はい。

○楠田会長（東京女子医科大学） よければ、その次の資料9の説明をお願いできますでしょうか。

○事務局 はい。それでは、資料9の説明をさせていただきます、退院支援を担当しております春日と申します。よろしく申し上げます。

まず、今お話がありました、退院調整をするNICUの入院児支援コーディネーターでございます。平成27年度は24施設でございます。NICUを有する施設が29施設ですので、ほぼ、ほとんどの施設で、名称はコーディネーターとつかなくても、その退院調整をする役割を持つ看護師、助産師、あとはソーシャルワーカーの配置をしているという状況でございます。ただ、100%ではまだありませんので、引き続き配置の促進をしていきたいというふうに思っております。

(2)のNICU入院児支援コーディネーター連絡会でございますが、コーディネー

ターの育成も含めまして、研修と合わせて、今年度3回実施をしております。それぞれのテーマは、まずNICUの中の家族支援や退院支援の取組についてが第1回。2回目にPICU、NICUから地域へということで、これは二次救急医療機関の小児科の先生からお話をいただいたのと、在宅療養における支援ということで、小児の在宅診療を実施していらっしゃるクリニックの社会福祉士の方からお話をさせていただいて、病院から地域のつなぎのところについて、丁寧にお話をいただいています。3回目につきましては、妊娠期からの切れ目のない支援ということで、東京都の少子社会対策部で今取り組んでおります「ゆりかご・とうきょう」とか、妊娠しているかどうかや、不安を持っている方に対する妊娠相談ほっとラインといった東京都の少子社会対策部の取組の話と、文京区から区としての妊婦さんからの切れ目のない支援ということで、地域に戻った後の引き続きの支援についてのお話をいただいたのと、それから特定妊婦で、特に未受診で飛び込み出産をされている事例について、大塚病院から、そういう方も地域に丁寧につないでいるというところでお話をいただいて、それぞれグループワークをして、横のつながりとか、コーディネーターのつながりを深めるということをやっております。

在宅移行支援病床の運営事業でございます。これはNICU、GCU、あとPICU等から地域に円滑に退院するために、中間施設として病院に設けていただくというもので、平成27年度は9施設43床で実施をさせていただいております。平成26年度が5施設31床でしたので、4施設13床増加ということで、実施をいただいています。

その下の在宅療養児一時受入支援事業です。これは、退院された後に定期的な医学管理でありますとか、いわゆる保護者の方の労力の一時支援ということで、レスパイトとして利用していただくための病床の確保でございます。平成27年度は17施設35床で実施をしまいいりました。これも、26年度、13施設24床から増加しているという状況です。

最後に、小児等在宅移行研修事業です。これもNICUやPICU等から退院されたお子さんを在宅療養に円滑に移行するためと、在宅療養、在宅移行後の地域における療養生活を支えるというところで、職種別に研修を実施しているものです。

今年度は、保健師向けと診療所の医師向け、特に、小児の訪問をしていただける診療所がまだ少ないので、そういった診療所向けの研修と、多職種合同研修は、やはりいろいろな職種の方がチームを組んで、小児の在宅移行とか在宅での支援を進めるということで、連携を深めるための研修を2日間実施しています。

最後の指定二次救急医療機関の職員向けでございますけど、これは在宅移行後に療養生活を支える地域の病院ということで、二次救急医療機関の看護師の方、理学療法士の方を対象に、それぞれ院内で実習という形で研修を行っております。

説明は以上です。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。

それでは、このNICU等の入院児の在宅移行支援の取組についてのご報告ですけれ

ども、ご質問、ご意見ございますでしょうか。

細野先生、何か追加はございますか。

○細野委員（日本大学） 特にございません。

○楠田会長（東京女子医科大学） いいですか。

ずっと、先ほどのグランドデザインでも話題になっておりましたように、こういう、いわゆる切れ目のないというか、持続的なサポートが必要だということで、いろいろ事業をやっただいていますけども、これも、今のご報告にありましたように、確実に拡大して、成長している状況だと思えますので、少しずつ充実してきていると思えます。

きょう、ちょっと途中で時間をたくさん使って、予定の時間はオーバーしつつあるんですけども、もし、本日もご発言の機会がなかった委員の皆様で、この最後の報告も含めて何かご発言が——はい、どうぞ。

○板倉委員（順天堂大学） 板倉ですけども、参考資料2に書いてある右下の図なけれども、このイメージですね。これが、右が「胎児の緊急性が高い」、左は「胎児の緊急性が低い」。舌が「母体の重症度が低い」。これはやっぱり誤りだと思うんですよね。右は、胎児の生命の危険性が高い。上は、「母体の重症度が高い」はいいと思えますけど、下は低いわけではないですよ。出産への危険度、出産の緊迫度、緊急性が高いであって、ちょっと誤解を招くと思えますので、できれば、これ、どこで決められたかわからないんですけど、ちょっと修正をしていただいたほうがよろしいかなという気がいたしました。

○楠田会長（東京女子医科大学） はい。じゃあ、そのご意見をまた反映していただきたいと思えます。

ほか、なければ、じゃあ、その他のほうに移りたいと思えますけど、その他のほうは事務局としては何かありますか。特にないですか。

○諸星事業推進担当課長 はい。

○楠田会長（東京女子医科大学） じゃあ、一応これで第1回の協議会を終わりますけど、今年度は最後になると思えますけれども、ありがとうございますと、それから、先ほどお約束させていただいたように、ぜひ、皆さん方のご意見を反映できるように、ご意見を出していただく機会を設けていただきたいと思いますので、そのときにぜひ、今回、発言の機会がなかった委員の皆様は、ご専門の立場でご意見をいただければというふうに思います。

じゃあ、これで私のほうから事務局のほうに渡したいと思えますので、よろしく願います。

○諸星事業推進担当課長 楠田会長、ありがとうございます。本日頂戴いたしましたご意見等につきましては、今後の協議会での議論とか、東京都の周産期医療の一層の向上につなげられればと思っております。また、先ほどもご紹介いたしました地域医療構想の今後の意見につきましては、事務局の中で調整しまして、提出方法や期限など、また

お知らせさせていただきますので、その際はよろしくお願いいたします。

事務連絡になりますけども、駐車券が必要な方については、事務局までお声をおかけください。また、入庁許可証については1階の庁舎の出口で警備員にお渡しいただければと思います。

事務連絡は以上となります。

これをもちまして、第1回東京都周産期医療協議会を終了いたします。本日は、遅い時間までどうもありがとうございました。

(午後9時11分 閉会)