

平成22年度第1回 東京都小児医療協議会

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

(開会 午後7時00分)

○事務局(越阪部) それでは、定刻となりましたので、まだお見えでない委員の先生方いらっしゃいますが、お一人いらっしゃいますが、第1回の東京都小児医療協議会を開催させていただきます。

先生方におかれましては、本協議会の委員にご就任いただきまして、まことにありがとうございます。また、本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして、重ねて御礼を申し上げます。私、本協議会の事務局、福祉保健局救急災害医療課長、越阪部と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。

まず、開会に当たりまして、杉村福祉保健局長より一言ごあいさつ申し上げます。

○杉村福祉保健局長 5月16日付で、福祉保健局長に就任をいたしました杉村でございます。

委員の先生方には、日ごろから東京都の保健医療施策にご尽力を賜りまして、まことにありがとうございます。

また、本日は、大変お忙しい中、そして天候が大変不順な中、第1回の協議会にご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。重ねて御礼を申し上げます。

東京都は、これまで365日24時間の安心・安全、そして患者中心の医療ということの実現を目指しまして、東京発医療改革に取り組んでまいりました。

昨年からは、関係者の皆様の絶大な協力をちょうだいしながら、患者が傷病の状態に応じた適切な医療を迅速に受けられるというようなことを目指しまして、地域全体で救急患者を受けとめる救急医療の東京ルールを推進するとともに、周産期の充実、抜本的な充実にも取り組んでまいりました。

また一方で、出産あるいは子育て支援について、新たな発想のもとで社会全体で子育てを支える体制を検討するため、少子化打破緊急対策本部というものを設置をいたしまして、医療はもちろんのこと、保育、雇用、住宅などを幅広い観点から検討を進めまして、本年1月に、少子化打破緊急対策最終報告というものを取りまとめしております。この報告の中でも安心して子育てができる環境を整えていくため、小児医療体制についても限られた医療資源を最大限に活用しながら充実させるべく取り組んでいくことといたしております。

言うまでもございませんが、小児医療をめぐる環境は大変厳しいものがございまして、全国的にも医師不足が深刻化する中、地域の実情にあった新たな仕組みを構築していく必要がございます。

また、小児医療を支えていくためには、小児医療に対します都民、特に小さなお子さんをお持ちの方々の理解と適切な行動が大変重要であるというふうに考えております。

本協議会では、東京都の新たな施策でございます、こども救命センターの指定についてのほか、小児医療の今後の施策展開のあり方などについて、委員の先生方に専門的な

見地からご議論をいただきまして、今後の東京都の小児医療の推進に反映してまいりたいというふうに考えております。どうぞよろしくお願いを申し上げます。

○事務局（越阪部） 本日は、第1回目の協議会ということでございますので、お手元の委員名簿に従いまして、本日ご出席の委員の先生方のご紹介をさせていただきます。着座にて失礼をいたします。

資料2をごらんいただきたいと思います。

それでは、ご紹介を申し上げます。

『知ろう！小児医療 守ろう！子ども達』の会の阿真委員でございます。

読売新聞社東京本社の館林委員でございます。

昭和大学の有賀委員でございます。

東京女子医科大学、楠田でございます。

東京都医師会、江本委員でございます。

東京小児科医会の松平委員でございます。

東京大学、五十嵐委員でございます。

日本大学、麦島委員でございます。

国立成育医療研究センター、阪井委員でございます。

都立小児総合医療センター、長谷川委員でございます。

帝京大学、菊地委員でございます。

多摩北部医療センター、小保内委員でございます。

日本医科大学、横田委員でございます。

杏林大学の山口委員、少々おこなれているようですので、後ほどお見えになりましたらご紹介させていただきます。

新宿保健所の福内委員でございます。

国立市健康福祉部長の雨宮委員でございます。

東京消防庁、荒井委員でございます。

病院経営本部、齋藤委員でございます。

福祉保健局の後ろにいる協議会所管の医療政策部長、中川原も参画させていただいております。

なお、委員で墨東病院の大塚委員につきましては、本日所用により欠席ということになっておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

続きまして、事務局側の幹部職員の紹介をさせていただきます。

ただいま、ごあいさつ申し上げました、杉村福祉保健局長でございます。

桜山福祉保健局技官でございます。

山口医療政策担当部長でございます。

飯田事業推進担当課長でございます。

それでは、次に配付資料の確認をさせていただきます。

資料は、1から5まででございます。資料1、東京都小児医療協議会設置要綱です。

資料2は、ただいまごらんいただきました協議会委員名簿でございます。

資料3は、4点に分かれております。

資料3-1、こども救命センターの指定について（案）でございます。

3-2、東京都こども救命搬送システムについて、これはワーキング報告でございます。

資料3-3、東京都こども救命センター施設要件でございます。

3-4、指定ブロック区分でございます。

資料4は、小児医療の充実に向けた今後の方策（案）でございます。

資料5は、東京都小児医療協議会の構成について、これも案でございます。

以上、8点に加えまして、座席表を配付をさせていただいております。ご確認をお願いいたします。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、まず資料1の東京都小児医療協議会の設置要綱についてご説明をさせていただきますので、資料1をごらんいただきたいと思っております。

まず、第1の設置でございます。

東京都における小児医療体制の確保、充実を図ることを目的に、東京都小児医療協議会を設置する。

所管事項については、4点掲げでございます。

都における小児医療体制の確保に関すること。

2番目といたしまして、小児医療関係者の研修に関すること。

三つ目といたしまして、小児医療体制についての調査に関すること。

最後に、その他小児医療体制の確保に関して必要なこと、ということにしてございます。

第3、構成でございますが、1から5までの各関係の代表者の方々、一応全体で24名というような枠になってございます。

委員の任期でございますが、委員の任期は2年間ということにさせていただきたいと考えております。

会長ですが、第5です。協議会に会長を置くということで、後ほど委員の先生方の互選により選任をさせていただきたいというふうに思っております。

第6でございますが、協議会は、会長が招集する。

第6の2、必要があると認めるときは、協議会に委員以外の者の出席を求め、意見を聞くことができるとしてございます。

第7、部会でございますが、協議会には、必要に応じて部会を置くことができるということとしております。

第8、会議の公開等でございますが、この会議並びに会議に関する資料及び会議録につきましては、原則として公開ということにさせていただきたいと思っております。本日もそ

の扱いで、公開ということでご了承をいただきたいというふうに考えております。

第9の庶務につきましては、福祉保健局救急災害医療課ということにさせていただきます。

第10、委員の謝礼の支払でございますが、先ほど第6の協議会への委員の出席及び会長に求められて会議に出席した委員以外の者に対しての謝礼を支払うこととするということにさせていただきます。

以上、簡単ではございますが、設置要綱の説明とさせていただきます。

続きまして、会長の選任を行いたいと思います。

本協議会の会長につきましては、ただいまご説明申し上げました設置要綱第5の1によりまして、委員の先生方の互選ということになっております。どなたか委員の先生方で推薦等がありましたら、挙手の上、お願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

江本委員、よろしくお願いいたします。

- 江本委員（東京都医師会） ここはやはり小児救急医療に全国적으로活躍されている国立成育医療研究センターの阪井先生にぜひお願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

（拍手）

- 事務局（越阪部） ありがとうございます。

それでは、国立成育医療研修センターの阪井先生に会長をお願いをしたいと存じます。阪井先生、会長席の方にお移りいただけますでしょうか。

阪井会長、早速で恐縮なのですが、一言お願いできればと思いますが、よろしくお願いいたします。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 阪井でございます。まさか医師会の先生から、ご指名がかかると思っていなかったのですが、確かに東京都の救命救急に関するワーキンググループなどをやらせていただいておりますので、引き続きやれということだと思っております。

正直なところ、大変恐縮しておりますが、ご指名でございますから2年間の任期を全うするように精いっぱい務めさせていただきます。

行政がいろいろと考えてくださって、こういう場を設けてくださって、選考されたメンバーの方とともにやるわけですが、単なる行政との調整係ではなくて、委員の1人としても意見を言わせていただいて、何かお役に立てればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

- 事務局（越阪部） どうもありがとうございました。

続きまして、要綱第5の3によりまして、会長の代理を行う副会長を指名いただきたいのですが、この要綱によりまして、会長にあらかじめ指定していただくということになっております。

阪井会長、会長代理の推薦をお願いしたいと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 小児科医会の松平先生にお願いしたいと私は思っておりますが、いかがでしょうか。

（拍手）

○阪井会長（国立成育医療研究センター） では、お願いいたします。

○事務局（越阪部） それでは、松平副会長、お席の方に移っていただけますでしょうか。副会長の方からも一言お願いできますでしょうか。

○松平副会長（東京小児科医会） 東京小児科医会の松平と申します。私は、30年近く文京区で小児科を開業しております。小児医療はやはり初期、二次、三次、こういうものが連携して初めて成り立つものだと思っておりますので、開業医、初期救急、初期医療の立場からこれから発言をさせていただきます。どうかよろしくお願いいたします。

○事務局（越阪部） ありがとうございます。

それでは、議事に移らせていただきます。

以降の進行につきましては、阪井会長、よろしくお願いいたします。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） それでは、先ほどの資料の確認にもございましたけど、きょうは議事が、議題が三つぐらいあると思いますが、まず最初に、こども救命センターの指定についてということを行いたいと思います。

事務局の方からまず説明をお願いいたします。

○事務局（越阪部） それでは、こども救命センターの指定について（案）という資料3-1になりますが、3-2、3-3、3-4と合わせてご説明をさせていただきたいと思っております。

まず、資料の3-1と3-2を比較、並行して見ていただくと非常にありがたいのですが、この資料の3-2でございますが、これは、こども救命搬送システムについてワーキンググループを本年1月から3回ほどワーキングを開催させていただきまして、このこども救命搬送システムについて、さまざまな角度からご議論をいただきました。そのワーキンググループの報告によりまして、この報告を都のシステムというようなことで構築をさせていただいております。

3-2のまず（1）の目的でございます。

小児の重症症例等によりまして、他の医療機関では救命治療の継続が困難な小児重篤患者の受け入れ要請があった場合に、患者を必ず受け入れるこども救命センターを指定する。それで、迅速かつ適切に救命治療を受けられる体制を確保するということとしております。

事業の（2）の内容でございますが、救命治療の継続が困難な小児重篤患者の受け入れ要請があった場合に、診療科を問わず24時間体制で必ず受け入れ、医療提供をするとともに、迅速かつ適切に救命治療を受けられる体制の確保ということとさせていただいております。

（3）の診療機能でございます。こども救命センターは、他の医療機関では救命治療

の継続が困難な小児重篤患者について医療機関からの要請を受け、患者を必ず受け入れ医療を提供する。

(4) 診療体制でございます。①から④としてございます。

①では、こども救命センターへの重症患者の搬送受け入れは24時間、365日体制とし、要請があった場合は必ず受け入れ診療を行う。

②救命治療の際に、対応可能な小児科医及び小児外科医を常時確保する。また、外科、整形外科、脳神経外科等の救命治療に必要な医師の当直、またはオンコール体制を確保するということです。

③としては、集中治療・手術等の専門的な診療を行う。

④患者の受け入れが可能な病床を確保することとしております。

(5) でございますが、対象患者。

①といたしまして、救命救急センター等での救急初期診療（蘇生的治療）後、「こども救命搬送システム対象症例表」に該当する症例のうち、当該医療機関では診療の継続が困難で、こども救命センターへの搬送が救命センターとして必要と判断された小児重篤患者であって、当該医療機関からの要請を受けた者としております。

②といたしまして、年齢でございますが、おおむね0歳から15歳以下までの小児救急患者、ただし、周産期医療システムの対象患者は除くこととしております。

こども救命センターへの搬送については、(6)の搬送手順でございますが、直近の救命救急センター等は、搬送された小児救急患者に対し救急初期診療（蘇生的治療）を行う。

直近の救命センター等は、蘇生的治療後、こども救命搬送システムのこの対象症例表に該当する症例のうち、診療の継続が困難で、こども救命センターへの搬送が必要と判断した場合には、原則として、後ほどブロックの説明もいたしますが、ブロック内のこども救命センターへの受け入れ要請を行うということとしております。

ただし、要請を受けたこども救命センターは、自院での受け入れが困難、一応他患者扱いとかというようなことで困難な場合については、成育医療研究センター、または都立小児総合医療センターへ受け入れ要請を行う。これはいわゆるセカンドコールというふうにお考えいただければと思います。

搬送につきましては、こども救命センターの搬送チーム、または医師同乗の上の救急車によるということにしております。これは※、2行下にありますが、受け入れが決定後に、必要により消防機関へ転院搬送を要請するというようなことになっております。

こども救命センターの搬送チームなのですが、このドクターカー等によって搬送依頼のあった救命救急センターや二次救急医療機関に患者を迎えに行く、または送る、こども救命センターの医師等のチームのことを搬送チームというふうにさせていただいております。

②といたしまして、搬送元医療機関等への転院搬送についてでございます。こども救

命センターは、患者の全身状態が安定した段階で、原則として搬送元医療機関等と協議の上、転院搬送を行う。転院搬送は、こども救命センター搬送チームまたは民間救急車によるということとしております。

(7)です。こども救命センターでの院内受け入れ、あるいは協力体制等でございます。

①としまして、院内各診療科及び院内諸部門の協力体制を確保し、適切な医療が行われるよう配慮をする。

②としまして、円滑な収容を行うため、受け入れに当たって施設内の連絡体制を明確化する。

③といたしまして、収容要請に対し必ず受け入れられるようベッド確保を行う。

④としまして、急性期を脱した患者を原則として搬送元医療機関や患者居住地の医療機関等に転院搬送することにより受け入れ体制を確保することとしております。

(8)でございます。事後検証体制でございますが、①各こども救命センターまたは合同で症例検討会等定期的に開催するとともに、その症例について搬送元の医療機関の医師との情報交換を行い、受け入れ体制の改善あるいは対象患者の判断の適正化等に努める。

②といたしまして、都におきましては、東京都こども救命搬送システムの運用状況あるいは有効性の検証を行うため、発生事案件数など、事案に係るデータの収集に努めるとともに、事後検証を行う体制を確保することとしております。この事後検証を行う場面としましては、本協議会でやっていきたいというふうに考えております。

ただいまご説明した内容を図に落とししたというのがこの大きなA3の資料になるわけですが、創設目的とねらい・あるいは事業内容については、今、ワーキング報告の中にもありました。その下の地域ブロック内ということで、こども救命搬送システムということで枠が囲ってあるところが図になっておりますが、この枠のちょっと下に小さな救急車のマークがありますが、いわゆる救急搬送が重症以上の場合の搬送ということになりますと、直近の救命救急センター等に搬送いたします。ここで蘇生的治療を行った後、①として、右側①で、こども救命案件と判断と。判断したという場合について、ブロック内の原則としてブロック内の受け入れ、こども救命センターに受け入れ要請を行います。

こども救命センターは高度な救命処置、集中治療を行っていくと。搬送に際しては、③でありますように、緊急搬送、先ほども申し上げましたが、こども救命センターの搬送チームあるいは医師同乗の上、救急車による搬送ということになってございます。

右上、②のダッシュというのがありますが、他の患者さんの患児対応中の場合などにつきましては、要請を受けたこども救命センターが他のブロックのこども救命センターへ取り次ぐ。先ほどのセカンドコールであれば成育医療研究センターあるいは都立小児総合医療センターというようなところに対応中の場合については、セカンドコールをし

ていくようなことになろうかと思えます。

下にまいりまして搬送システムの流れですが、これも先ほど1番から4番までワーキング報告でご説明申し上げましたので、省略をさせていただきます。

その右側が、こども救命搬送システムの対象症例表ということになっております。0歳から15歳以下で、以下の疾患等に該当する小児救急患者で、緊急に救命治療が必要な者というふうにしておりまして、1番といたしまして、小児重症救急症例で急性期の救命治療と集中治療管理（循環作動薬、人口呼吸、体外循環）のいずれかが必要な患者ということで、（例）といたしまして、呼吸不全ショック、これは呼吸循環管理を要する症例、中枢神経疾患、あるいは重傷外傷中毒などの外因系救急疾患。それともう一つ、2番といたしまして、その他の重症例で搬送を受け入れた直近の施設での診療の継続が困難な症例というふうにしております。

例といたしましては、近い将来に集中治療管理が必要になると予測される症例あるいはその他こども救命センターでの診療が適切と判断される、こども救命センターの判断された場合の症例ということにしております。

続きまして、資料3-3の東京都こども救命センター施設要件をごらんいただきたいというふうに思えます。

小児三次救急医療機能ということで、この診療体制、受入体制、人員体制等につきましては、ワーキング報告と同様ですので省略をさせていただきます。

施設及び設備のところですが、（1）といたしまして、小児集中治療室（PICU）または集中治療室（ICU）内に小児専用病床を有し、かつ必要な設備を有していることとしております。

（2）で小児の専門的な医療として以下の設備を整えることが望ましい。備えることが望ましい。4点挙げております。頭蓋内圧測定、人口呼吸管理、それから補助循環、急性血液浄化療法ということで、こういう設備を備えることが望ましいということにしております。

2番の小児医療連携の拠点でございますが、こども救命センターにつきましては、子どもの救命治療を行うということと同時に、小児医療のレベルアップのために拠点機能を担っていただきたいということで、地域ブロック会議の幹事施設というような役割を担っていただきたいと。これはこども救命センターは地域における連携の仕組みづくり等を進めるため、地域ブロック会議の幹事施設といたしまして、会議を開催をしていただくこと。

また、3といたしまして、小児臨床教育の拠点機能ということで、地域の医療機関をサポートするため、小児救急医療や地域を支える医師あるいは看護師等の医療従事者に対する研修を実施することとしております。

次に、資料の3-4をごらんをいただきたいと思えます。

この指定ブロックの区分ということなのですが、小児三次のネットワークというよう

なもので、従前福祉保健局の小児三次ネットワークというようなものを推進するため、そのネットワーク協議会というようなものを設置をしておりました。そこでの議論をいただきまして、平成19年に都内をここにあります四つのブロックに分けまして、その四つのブロック内で基幹病院、準基幹病院を指定いたしまして病院間の連携により小児の重症、重篤患者への対応を行ってきたというような経緯がございます。そのブロックの考え方というようなものを引き継ぐものでございます。

左側これもちょっと面積的には非常に大きくなるわけですが、多摩ブロック、多摩の医療圏がここにすべて五つの保健医療圏が入っております。

それから、区北ブロック、区東ブロック、区西南ブロックということでこの四つのブロックに分けて今後研修等あるいはブロック会議等を行っていただきたい。それで、その上で、今回の指定に関してでございますが、下に下がっていただきますと、指定することも救命センターということで掲げさせていただいておりますが、その各ブロックに1カ所子ども救命センターを指定するというような考え方でございます。ここに医療機関名を示させていただいております。区東ブロックにつきましては、東京大学医学部附属病院、区西南ブロックにつきましては、国立成育医療研究センター、北ブロックにつきましては、日本大学医学部附属板橋病院、それから、多摩ブロックにつきましては、都立小児総合医療センターということで、従来の小児三次ネットワークのときの基幹病院などに私ども個別に意向確認をさせていただき、この4施設をお願いをしたいというふうに考えております。

この4施設あるいは救命救急センターと十分な連携のもと、小児の重症、重篤事案を確実に受けとめ、小児救命医療の確保を図っていきたいというふうに考えているところでございます。

資料3の関係につきましては、説明は以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

それでは、この件につきまして、既にワーキンググループで何回も話をしているので、ワーキンググループの先生方には何も申し上げることはないと思いますけども、ご質問はないと思いますけど、きょう初めてごらんになった阿真委員とか、館林委員とか、その他の皆様方、それから楠田先生とか、松平先生、江本先生、何かご質問なりコメントございますでしょうか。いきなり言われてもなかなか、どうぞ、お願いします。

○江本委員（東京都医師会） これは三次救急からでしか行けないのですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 三次救急からというか、話としては、まず大きな枠組みとしては、重篤な子どもが発生した場合、子どもの患者さんが発生した場合に、まず近くのところで蘇生をしていただくと。それは多くの場合は救命救急センターであろうというふうに想定していますし、また、そうでないところに行ってもすぐにそちらに搬送されるだろうと思っています。

その救命救急センターからさらに蘇生された後、初期治療を受けた後、こういうこと

も救命センターと指定されるところに必要であれば搬送してもらおうと、搬送しよう。だから、ここに最初のところは限られるかと言われると、実際的には限られると思います。

- 江本委員（東京都医師会） ただ、二次救急でもいろいろグレードがありまして、三次救急並みの二次救急もあるわけですね。そういうところから直接このこども救命センターにということは想定されていない。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） もちろん実際にはそういうことは幾らでもあると思います。現実にはやってもらったら結構なんですけど、このシステムとしてはそれは載せないということにしたんだというふうに思いました。その辺は最初のころに多少議論した覚えがありますが、救命救急センターが非常に子どもの重篤な患者さんのケアに現在大きく関与してくださっているのです、そことの連携を図った上でよりよいものをつくっていかうという発想にしましたものですから、先生のおっしゃる二次救急あるいはそうではない施設、クリニックでもあると思いますけど、そういうところから幾らでも連絡はしてもらえばいいのですけど、このシステムに載せているという話にはしないでかおうというふうにいたしました。

事務局、そうでしたですね。

- 事務局（越阪部） はい。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） だから、実際には、医療者同士でどんどんやってもらえればいいのですよ。どうぞ。
- 有賀委員（昭和大学） いろんな会議でいろんな議論をしているので、僕がどこで何をどういうふうに発言したかちょっとには覚えているのではありません、小さな子どもたちの初期の救急隊の対応については、たしか少し広めに、救急隊から見て、従来なら近くの病院でもいいかもしれなかったけれども、少し広めに救命救急センターに運ぶというふうな話に、荒井部長なっていましたよね。
- 荒井委員（東京消防庁） こちらの資料にもちょっとありますけども、乳幼児用の観察カードというのを救急隊は使っておりますので、成人の場合よりも恐らくオーバートリアージぎみに重症と判断をするという活動基準になって運用を図っていると思います。
- 有賀委員（昭和大学） ですから、そういうふうな少し広めにお子たちを拾い上げて、ほんでもって救命救急センターになるべく運びましょうというふうな話のその先にこの手の話が展開するはずなので、仕組みそのものは、今議長がおっしゃったようなことだと思うのです。

ただ、成育医療センターがこういうふうなこども救命センターということでこの仕組みの中での位置づけがそうであってもなくても、例えば、昭和大のある診療科から比較的、最近、成育医療センターのICUに患者さんを運んで、実はそれは救命センターとは全く関係なかったのですけれども、運んで助けてもらって、その後、また帰ってきているというふうな話がありますので、極めて現実的には今先生がおっしゃったみたいに、



られるだけの数であるかどうか、ちょっと教えていただきたいのです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） あのととき数も議論しましたですね。もうちょっとあったような気がします。どうぞ。

○事務局（越阪部） ワーキングの中でもこの患者数の見込みというようなものが当然議論になったわけなのですが、一応成育医療センターでのICUでの取り扱い患者数と、それからあと諸外国の1点は1カ所、ブリッティッシュ・コロンビア州のPICUであるとか、あるいはオーストラリアとか、ニュージーランドのPICUの数、そこその小児人口の割合ですね。東京と15歳以下小児人口の割合というようなことで区別をしますと、大体400から500というようなことで、1日1.3～1.4人というような件数になるのかなというのをワーキングのときに資料としてお出しさせていただいているのです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ちょっと余分なことだか知りませんが、東京都の中では余分かもしれませんが、基本的に僕らがやっている医療は別に県境がないわけですから、東京都という人口だけでいくと今の数かもしれませんが、私のところの病院なんかは神奈川県に隣接しているところがありますし、逆に千葉からもいっぱい来ますし、埼玉南部は物すごく子どもの人口が多いとかありますから、本当はもっと多いのだらうと思いますけど、しかし、とにかく一歩踏み出さなくては始まらないので、やってみて近隣の県とも協力しながらと、県といいますか、そういう施設ですね。そういうことで、形ではまずは東京都が一歩踏み出そうと、こんな感じなわけです。

○楠田委員（東京女子医大総合医療センター） NICUは目標病床数をターゲットにして整備しようとしているのですけども、多分これも先ほどの話で、年間400から500人ということで、何床ぐらいあれば多分回るだろうということやっておられると思うのですけども、軽症になればこれまたもとのところに返されるわけですね。なかなかここが我々もNICUで苦労しているところで、現実に軽症化してすぐ帰れるか、あるいは逆に言うと、もう本当に状態が悪い状態で固定化するというようなことも多少考えないといけないかなというふうに考えているのですけども、これ大体この方が平均在院日数が何人で、何床ぐらいでいけるという、そういう何か予測とかは立てておられるのでしょうか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そこまでワーキングで詰めてなかったと思いますが、それに迫る議論はいっぱいしました。それで、おっしゃるとおり、一番の肝は、このシステムをうまく機能させる一番のポイントは、もとの地域へ患者さんを帰すと、もとの施設とは言いませんが帰ってもらうということで、では帰すタイミング適用をそこがかなり微妙ですね。

それで全身状態が一たん安定したら帰すということにしたのです。ですから、これもやっぱり受けとる方の能力もあるし、それから、受けとるというのはそのさっき言っていたもとの方ですね。それから、もとへ送り出す方のベッド数、能力もあるではないで

すか。ですから、P I C UはN I C Uと違ってまだ保険点数上も整備されておらないわけですから、何床と決めずとにかく落ちついたら帰すということをやってみようというふうに考えておりました、成育医療センターで数年、8年ぐらいですか、開院以来ほかの病院から受けとったり、迎えにいったりしてやっているわけですが、その経験でいくと、先ほどの数字から見て、年間東京都に限れば500名ぐらいというようなところでやって、最初うちと都立が主に受け皿になるというような形でやって、まあパンクすることはないだろうというふうに考えているわけですが、それも、しかし、ひとえにちゃんと帰せるかどうかにかかっています。

それについては、本当にいろんな議論が出たのですが、帰す先が本当にあるのかとか、しかし、そこまで整備してから始めようというものではなかろうということで、私たちの8年の経験で踏み出していけるだろうというところで考えておりました、最終意見としては、先ほどの館林委員からも話がありましたように、日本全国で例えば20カ所とか、人口300万から500万に1カ所とかいうような形で、日本全国で多分500床とかいうP I C Uを整備していけばいいのだろうとは考えてはいますけども、それに一步迫るのをまず始めようというところなのです。それぐらいしかちょっと今は答えられないのですが、ただ、その辺帰すのが一番肝だということはみんな重々承知した上でやろうとしています。

どうぞ。

○有賀委員（昭和大学） 普通の救命救急センターの議論ですと、例えば、昭和大学は20床だとか、日本医大が40床でしたか45床でしたか、ですよね。だから、そういうふうな議論が一般的にあって、規模というか、ストラクチャーというか、そこら辺で、ああ、そうかと思うのですが、例えば、東大の附属病院にしろ、先生のところにしろ、P I C Uはそれぞれ何床ぐらいあることになっているのですか。つまり、例えば、そうかそうかそれだったら成育医療センターが全体の半分は面倒を見るんだとか、何かそういうふうな目安があるので、ここにはそれが出てこないのかなと、ちょっと気になるのですが。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 今、非常にいいご質問だと思います。痛いところを突かれたと思いますけども、実際P I C Uも定義もそれをはっきりしていないところがありますけども、實際上、やっているP I C Uという意味では、私たちのところが20床と東京都立の長谷川先生のところが20床の予定ですね。今は半分になってきますから10床でしょうけども。

東大と日大はこれ、そうだ、すみません、東大は6床あると。主に循環器の患者さんを見ておられるということですが、そういう意味では救急を入れるためのP I C Uの増床はこれからということですが、それから、日大も救命センターで既に子どもを見ておられるので、その延長で常時P I C Uを整備していこうとこういうふうに聞いております。

- 有賀委員（昭和大学） 6床ぐらい。
- 麦島委員（日本大学医学部附属板橋病院） 日大はそこまでいけません。多分いかないと思います。徐々にその状況を見て。
- 有賀委員（昭和大学） これは余分ですけども、3ぐらいはあると何とかなるわけですね。いや、今3でいつかは6にするかと、そんな議論をしているのではないので、全体の景色をイメージするためにお聞きしているのです。
- 五十嵐委員（東京大学） うちには東京大学ですけども、6床ありますけども、4床はほぼ循環器の術前・術後管理に使っていますので。ただ、大変大人のICUが小児をサポートしてくれるという体制になりつつありまして、年齢が非常に小さくなければ、例えば、5歳とか6歳以上だったら、もう成人用のICUに入れてくれるというようなことももう方針として決めてあります。
- 有賀委員（昭和大学） 先生、今全部で500床あればいいなというふうにおっしゃって、なおかつ20カ所もあればいいのではないかということがありましたですね。割り算すると20、25…。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ええ、そうです。
- 有賀委員（昭和大学） そういうところもあるのですか。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そうです。ただし、それは既にいろんな形で始めているところもあるので、一律にワッと言わないのと、それと保険とか加算とかまだついていない段階で、皆さんどこまでできるかというのがありますよね。

ただ、この中では、阿真委員と私一緒だった厚生労働省の医政局が行ってくださった重篤な小児救急患者の検討会というところで私試算を出させていただいたので、大ざっぱに500床ぐらい。東京の人口は日本の10分の1だとすると、多分子どもも10分の1ぐらいですかね。周辺部も入れてそうですね。そうすると50床と。そうするとうちが20で、都立が10から20といったら、それを単純に計算したら、あと日大と東大はこんなもんがあればいいというのは出ますけども、ただ、そういうのでいいのかということもありますね。

一つの理由としては、さっき私が申し上げた、別に東京都の子どもたちを見るわけはありませんから。

それと、あといろんなことがあります。例えば、東京都内には医育機関というか、教育機関がたくさん集中していますね。その人たち医者を育てるという意味では、人口比よりも多い場所は必要かもしれませんし、逆に、そういうことを言うと、今度は地域からまた東京に医者が集まるとか文句を言われるかもしれません。いろんなことがあるのでそのところははっきり言えない状況です。

ただ、数からいくと、今私申し上げたように、大ざっぱに言って、こんな形でいつて何とかなろうかと思っていますし、いずれは本当に4施設なのか、3施設か、2施設なのかわかりませんが、あんまり私は4より多くなることはないと思っていますけど、そ

ういう見通ししております。私自身の個人の見解も含めて申し上げました。

ほかによろしいですか。どうぞ。

○横田委員（日本医科大学附属病院） 前のときにも申し上げた記憶があるのですが、救命センターからの上り搬送というのを想定する場合に、恐らくその対象の小児というのは外因性の疾患、例えば、外傷それから窒息それから熱傷、この三つが一番多くなると思うのですね。たしかこれは東京消防庁のデータだったと思うのですが、小児の救命センターへの搬送というのは、ほとんどが外因性疾患。特にこれも前、僕申し上げたときに、外傷それから窒息に関しては、これは小児科あるいは小児外科が常勤していることというふうな条件が書いてあるので、僕そこにちょっとこの間申し上げたのは、熱傷が意外と入ってくるというのをぜひ考えていただいて、そういう体制をとっていただきたいというふうに思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。この前もそういうことお聞きしまして、よく肝に銘じております。

ほかによろしゅうございますか。

それでは、実際にもう東京都から聞いている話では、予算もついておるし、早くやれということだと思います。実際我々医療人から見ても、現場から見ても、これは初期救急、二次救急と違って日々命にかかわっている救急ですから、早くやれば早く助かる子どもも出てくるということで、私は早くやった方がいいと思っておりますけど、そのためにはオフィシャルに多分指名しなくてははいかんわけですね。どこをやるというお金をつけると。

ワーキングの中からはいくと、各ブロックに一つということで四つの病院が挙がっておるわけですが、その病院の先生方は特に何かご意見ございますか。その間もいろんな話が来てこうなったので、この4病院はやろうということでまとまっておると思っておりますけど、それでは委員の先生方、後はそのオフィシャルな指名は東京都の方でお願いするという流れ、この運びでいくことでよろしゅうございますか。

どうぞ。

○有賀委員（昭和大学） 今言った資料3-3の人員体制のその他のところに、子どもさんの心身のケア及び家族に対するケアの必要性にかんがみてソーシャルワーカーとある、その次の児童福祉士というのは、これはソーシャルワーカーの中で特に子どもさんについて詳しいとかそういうことではなくて、こういうふうな別途の職種があるのですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうですかね。

○有賀委員（昭和大学） 精神PSW、MSWとそれからPSWは僕はよくわかるのですが、この児童福祉士というのはこれはどういうことなのですか。教えていただけます。

○事務局（越阪部） ここで言うソーシャルワーカーと同じように、小児のソーシャルワーカーというか、児童福祉士というのがあるのですね。そういう職といいますか。

- 有賀委員（昭和大学） 児童福祉士というその医療職種があるのですね。
- 事務局（越阪部） 資格職種が。
- 有賀委員（昭和大学） 国家資格。
- 事務局（越阪部） ちょっとあれなのですが、国家資格だと思うのですけれども。
- 有賀委員（昭和大学） ああ、そうですか。
- 事務局（越阪部） はい。
- 阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） 割と私たちにとっては身近な発達とか療育関係のところに来てくださる、学校でも児童福祉士さん来てくださったりとか、割と身近な存在です。
- 有賀委員（昭和大学） これ小児科の先生方、身近におられるのですか。ここら辺が知らないんだから、おれが知らない。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ポイントは施設としてそういう子どもにかかわる、特にソーシャルワーカーは大事でしょうけど、虐待の対応とかそういうことが救急であれば、先生ご存じのようにいろいろと問題になってくるので、そういうことができるようにやれと。
- 有賀委員（昭和大学） ちょっとよくわからないもので、学校とか地域社会に…。
- 阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） そうですね。はい、います。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 病院にはいないのやったら、こういう要件にはちょっとそぐわないかもしれませんな。私たちワーキングでは気がつかなかったですけど。では、事務局そこところは私は削除するなりしていいと思いますけども。病院にいる職種ではないみたいなので、私のところには多分いないと思います。
- 事務局（越阪部） では、ちょっと整理をさせていただきたいと思います。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ええ。ありがとうございます。  
では、施設の指定の方はそろそろやらないともうとっとと始められないわけなので、早めにしていただければと私は思っておりますけど、ご意見ございませんか。  
(なし)
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） では、そういうことでよろしく願いいたします。
- 事務局（越阪部） それでは、ご了承いただきましたので、手続関係、大変役所的な言い方で申しわけないのですが、委託ということですので、そういう契約をこれから取り交わし、それが終了後に指定をさせていただくと。そんなに時間はかからないと思いますので、なるべく早く指定ができるように努力していきたいと考えております。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 先ほども1、2の病院からいつからやるのですかと聞かれて私も返事ができなかったので、具体的に進めていただければと思っております。  
それでは、この話はこれでよろしいですね。

では、次の議事に、議題に移ります。

次に、小児医療の充実に向けた今後の方策ということで、この協議会は何も救急医療に限った話ではなくて、小児医療全般についての協議をする会ですので、救急以外の面も大事だと思っております。

では、事務局の方から、もう1回資料の説明ですけど、よろしく申し上げます。

○事務局（越阪部） それでは、資料4の小児医療の充実に向けた今後の方策（案）というA3のペーパーをごらんいただきたいと思っております。

平仄は、1番から5番まで五つの項目に整理をさせていただいております。普及啓発、相談から人材の確保、育成、養成まで。その隣の行ですが、従来の取り組みと課題ということで、今までの取り組みあるいはその中での課題をここに記載をさせていただいております。

また一番右の行なのですが、今年度の取り組みと今後の課題、方向性ということで、今年度の取り組み、これは新規というふうにお考えいただきたい。今年度新たな取り組みというようなものをここに挙げさせていただいております。もう一つは、今後の課題、方向性というような形でごらんいただければと思っております。

まず、1番目の普及啓発・相談でございます。

今までの取り組みということで、東京都子ども医療ガイド、小児救急の普及啓発、これは区市町村の包括事業ということでやっております。母と子の健康相談、これは16年ぐらいからですか、小児救急電話相談も加えた形で#8000番というような事業になっております。

次に、東京消防庁で行っております、救急相談センター#7119、患者・家族対話推進懇談会等事業というようなものを現在取り組みをしているところでございます。

この課題でございますが、相談事業やインターネットあるいはガイド等について、まだ十分に広く周知されていない可能性もあるというようなこと。それから、小児の初期救急の普及啓発、これはやっている区市町村によって行っている場所にも若干取り組みに差があるわけですが、その初期救急の普及啓発について、区市町村によって取り組みに若干差が出ているというような課題がございます。

右の方にいただきますと、今年度の取り組みといたしましては、新たに都民向けの小児医療講演会というようなものを開催すると。

今後の方向性でございますけれど、各地域における周知方法の検討、認知度の向上あるいは実行的な普及啓発方法の検討などがあるのではないかとというふうに考えているところでございます。

2番目といたしまして、小児初期医療でございます。今まで現行の取り組みといたしましては、小児の初期救急、平日・夜間診療事業ということで、平日の夜間に限った診療事業を行っている。それから、初期救急の施設整備等の補助を実施しているということでございます。

先ほど申し上げました、課題に区市町村ごとに医療支援が異なるというようなことで、区市町村事業としての取り組みが進んでいない地域もございます。また、地域において、初期救急医療に携わることのできる開業医さん等の数が限られておりまして、地域によっては小児初期救急事業に参画している一部の医師の負担感が大きいのではないかとというようなところでございます。

今年度の取り組みでございます。今年度は地域小児医療ネットワークモデル事業ということで、地域における初期と二次の医療連携の推進を図るためのモデル事業を実施していくということとしております。これはモデル事業ですので、地域については、きょう小保内委員がいらっしゃっていますが、多摩北部医療センターのある北多摩北部地域で実施をしていくと、モデル的に実施をしていくというようなことで予定をしているところでございます。

また、今後の方向のところですが、初期救急の平日・夜間診療事業の未実施地域、これとどういうところで実施ができないのかというような部分も含めて、その課題等についてヒアリングを実施したらどうか。あるいは初期と二次との医療連携を一層推進するための施策の検討、これはこのこども救命センターを中心とするブロック会議などでこういうような施策の検討を行っていただきたいというふうに考えているところでございます。

あと二次医療機関の活用も含めた拡充策ということで、これは今病院のブースを使ってということでしょうか、医師会館とかではなくて、病院のブースを使って初期救急を実施するということになりますと、その初期と二次との連携というようなものもスムーズにいくというようなことで、即応されている事例などもございますので、こういうのを促進していったらどうかというようなものを検討していきたいというふうに考えております。

小児の二次医療でございます。取り組みにつきましては、休日・全夜間診療事業ということで、小児につきましては、小児科あるいは小児科の重症対応あるいはそれに加えて専任看護師の配置というようなものをプラスアルファとして加えております。

それから、休日・全夜間診療事業参画医療機関の施設整備費等の補助、小児科の分について実施をしております。

ここの課題でございますが、多摩地域などの病院では、小児科医師の確保が非常に困難であるということで、休日・全夜間診療事業いわゆる24時間365日というようなところまで至らないケースがあると。それから、病院独自の取り組みのみでは実施施設の拡大は困難であるというようなことで、行政の支援も必要ではないか。

そのようなことで、ことし新たに右側の方の今年度の取り組みですが、休日・全夜間の診療に参画をするような医療機関に対する支援事業というようなものを開始しております。小児二次救急医療機関への参画を支援するため、医師の確保にかかわる経費等を支援するというようなことを実施を開始しております。

それとあわせて、小児救急医師の確保緊急事業、当然、休日・全夜間の診療事業に参画するには医師の確保が不可欠ですので、大学医局に小児医療の調査・研究講座、これを開設し、地域の医療機関への勤務を通じてその調査・研究を行う医師を派遣していただくというようなことをセットでやることによって、この参画支援がふえるのではないかとというようなところで今実施をしているところでございます。

今後の課題でございますが、小児の二次医療を担う地域中核病院にやっぱり小児科の医師確保策、こういうようなものをどうしていったらいいかというようなものの課題があるというようなところでございます。

それから、小児三次救急、三次医療でございますが、従前は救命救急センター運営費補助ということで、大人の中でその仕組みの中に子ども、小児も入っているというようなところ、救命救急センターで継続的な対応が困難な小児重症患者の対応が十分でないであるとか。それから、集中あるいは専門医療を実施する医療機関を活用した仕組みの検討が必要である、このような課題を受けて、今年度新たにただいまご承いただきました、こども救命センターを創設していくということに至ったわけでございます。

今後の課題といたしましては、こども救命センターにおける小児の重篤患者の対応実態、これは当然報告もいただきつつ、そういうような把握をし事後検証を行っていききたいと。それから、救命救急センター及び二次機関との連携・推進策などの検討、これは主に出口の問題などをこういう場面で検討していかなくてはいけないかなというふうに考えております。

最後、5番目ですが、人材確保と育成でございます。従来までの取り組み、地域における小児医療研修、これは開業医さんに対する研修でございます。救急専門医等の養成研修、これは小児救急の専門研修でかなりこれは人気がありまして、この平成22年度に大幅に拡充をさせていただいていると。

東京シニアレジデント育成事業、それと地域医療支援ドクター事業あるいは医師奨学金、(特別対応・一般対応)、あわせて医師勤務環境改善事業ということで、この2番目の丸から5番目までが、平成20年、21年あるいは22年に拡充するというところで、この3年ぐらいい力を入れて医師の確保・養成には、東京都としても取り組んでいるところでございます。

ただ、課題もございます。地域において小児初期救急医療に携わることのできる開業医さん、開業医等限られております。二次医療機関等への負担感が大きいことであるとか、あるいは小児医療資源の少ない地域の中核病院における小児科医師の確保・定着を進めていく必要があるのではないかとというようなところでございます。

これは先ほどと重複しますが、今後の取り組みといたしまして、医師確保のところでもちょっと挙げさせていただいております。休日・全夜間診療事業の参画支援事業、これが22年度、それからあわせて、大学の医局への研究講座ということで医師確保緊急事業ということ です。

それから、今申し上げました、救急専門医等の養成事業は、24名を10倍の240名というようなことで、これはかなり人気があるというような研修なのですが、対象も看護師さんに拡大をした中で、240名分というようなことで、本年度は希望拡大して確保しているところでございます。

今申し上げましたように、20年から足早にこういうような新たな医師確保等の取り組みを行っておりますので、この取り組みについての推進の状況あるいはその効果なども検証というものが必要になるだろうというようなところで整理をさせていただきました。

このようなところにつきまして、今後この協議会においていろいろとさまざまなご意見をいただければというふうに考えているところでございます。以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

さまざまな取り組みのお話が出ましたですけども、委員の先生方、皆様から何かご質問とかご討議ございますでしょうか。どうぞお願いします。

○松平委員（東京小児科医会） 幾つかお尋ねしたいのです。まず、小児の救急電話相談事業の#8000ですけども、これがなかなか現実的には余り機能していないのではないかと、どうもお話をお聞きすると、#7119の方に子どもの救急電話相談がたくさん集中してしまっていて、#7119の本来の事業ができていない可能性もあるということで、小児科の開業医からすると、もう少し#8000を機能を充実化していただいて、時間的な問題であるとか、人員の問題であるとか、スタッフの問題であるとか、#8000を充実させていただいて、#7119の事業を少し分別化するということをお願いしたいと思っているのですけど、いかがでしょう。

○事務局（越阪部） こういう協議会の場で、例えば実績などをお示しするとか、あるいは今の職種のかかわっている職種の問題であるとか、あと時間の問題なんかもあると思うのですね。7119は24時間やっているわけですけど、一定の時間に制限があるというようなことで、もともとが小児の救急相談ではなかったというようなこともありまして、そういうところをどういうふうに改善する、こういう改善の方法がいいのではないかと、そういうようなそういう議論もこういう中でしていきまして、局内でそういうものが一つでも改善できるように反映はさせていきたいなというふうには考えております。

○松平委員（東京小児科医会） #8000の厚生労働省の緊急班が2年前から立ち上がって中間報告が出ているのですね。日本小児科医会の会長が研究班の主任になっているのですけれども、よろしければ次の委員会、この委員会のときに中間報告を出させていただいて、もう少し#8000の充実とそれから東京都が担う#8000の働くといえますか、少し集中的にやはり#8000、全国各都道府県で今やっていますが、とてもできないので、どこか集約化した形でやっていただくことが必要になるかもしれないので、もしよろしければ次に資料として出させていただきたいと思っています。

○事務局（越阪部） ぜひお願いをしたいと思います。よろしく申し上げます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ちょっと今の点ですが、私も余りよくわかっていないのですが、わかっておられない方もいらっしゃるかと思ひまして、もう1回7119と8000の違いを教えてください。

○事務局（越阪部） #8000番については、小児救急相談も含まれているのですが、母と子の健康相談室ということで、小児救急の相談だけではなくて、母子の健全な育成を図るといふ趣旨でいろいろな健康に関する不安や悩みといふようなものも相談に入っております。

当初は、母と子の健康相談からスタートしているのですが、今副会長の方からも話がありましたけれど、16年の7月から、国の方で#8000番という全国統一番号をつくりまして、小児救急の電話相談事業といふようなものをそこに加えております。

現在は、先ほど時間のことを申し上げましたが、月曜日から金曜日は午後の5時から10時まで、それから土日祝日等につきましては、9時から午後5時までということで、時間に制約もあると。#7119につきましては、30万から超える相談件数があるのですけれど、この母と子の健康相談は約3万ぐらいといふような状況でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） では、まずどうぞ。

○荒井委員（東京消防庁） #7119を所管している東京消防庁でございますが、#7119はこれは本来的には救急車の適正利用といひますか、救急医療の適正医療を促す施策の一つとして発足をして3年が経過している事業でございます。

私どものまさにキャッチフレーズといふのは、病院に行くべきかあるいは救急車を呼んで医療機関に行くべきか迷ったときには#7119を回してくださいと、いきなり119番で救急車といふのではなくて、まず相談をしてくださいといふことで始めた事業でございます。

今、ご紹介ございましたとおり、年間に約30万件の電話を受け付けておりまして、そのうち8割ぐらいが医療機関案内、残り2割ぐらいが救急車にこういう症状なのですけれども、すぐに病院に行った方がいいでしょうか、あしたまで様子を見てもいいでしょうかといった相談業務です。体制としては、24時間365日で運用しておりまして、東京都医師会から派遣をいただく医師の方が常時1名常駐をしております。それから、看護師を非常勤の方々を雇っておりまして、最大4名体制の看護師が相談に応じると、それと別に通信員といふのを置いておりまして、電話の受け付けと医療機関案内などを行うといふような体制で行っております。

やはり今先生方から#8000との関係といふことでお話がありましたとおりで、#7119の相談業務につきましても相談の内容を分類いたしますと、ベスト10のうち約三、四項目当たりが小児の関係でございます、特に一番多い相談の内容といふのが小児の発熱といふものがもうこれは3年間ずっと通しまして相談業務の相談内容の一番トップに来ているといふような実情でございます。

私どもとしても、今後、救急相談センターのさらなる取り組みとして、例えば救急車

で行くべきかどうかという内容ではなくて、お子様の健康相談といった内容の場合には、#8000との連携を深めるというようなことについても、福祉保健局さんと今後は検討していきたいと考えているような状況でございます。以上です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

要するに、7119の方は子どもに限ったわけではなくて、救急車を呼ぶかどうかということも含めた救急に関する相談電話だと。

○荒井委員（東京消防庁） さようでございます。各世代を通じてでございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ですから、30万と数が多いわけですか。

○荒井委員（東京消防庁） 運用を始めてみたら、相談内容の中でお子さんに関するものが非常に多い実情にあったというのが出てきたということでございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。江本委員どうですか。

○江本委員（東京都医師会） 救急部長がほとんど話していただいたので。

確かに#7119はまだ1都3県ぐらいしかやっていないのですね。#8000はほぼ全県ということで、その辺がまた違うということ。それから、#7119に関して、小児で特に問題になったことはないですね、有賀先生。今うまくいっていますので。

○有賀委員（昭和大学） 子どもさんについてのトラブルは余りないですね。

○江本委員（東京都医師会） そうですね。

○有賀委員（昭和大学） 大人でめまいだったものが、実は小脳出血だった。まあゆっくり行きなさいと言って、患者さんが後から怒ってきたとかいう話はありませんけども、さしたる記憶に残るような難しい問題は、多分子どもさんに関してはなかったのではないかと思います。

勤務いただく今東京都医師会からという話がありましたけど、医師会、地域でもってクリニックを開業されている先生も参加されていますよね。その先生方の印象などが時々医師会報などに載りますけれども、ふだん自分たちが相談を受けているお母さんから相談される内容がお子さんの内容、聞く内容として非常に多いというふうなことを言っていますので、多分先生方のところに来ているちょっとだけ急ぎ気味かなと思うような発熱だとか、それから頭こっつんこだとか、そういう話が行っているんだと思います。

○江本委員（東京都医師会） そんなに負担になっていないと思います。松平先生。

○松平委員（東京小児科医会） ただ、本来、先ほど部長が言われたように、#7119は救急車を呼ぶか呼ばないかを判断する場所であって、子どもの発熱の相談の場ではないわけですね。これは本来、#8000がやるべきことを仕方なく#7119が受け持っているということが現状だと思うのですね。

それから、もう一つ今言われたように、#7119は全国で4カ所ですか、モデル事業としてやっていらっしゃるから、逆に言うと、全国的にはやられていないのですね。全国は#8000でそれをカバーしようとしているのですが、各県で#8000をつくっていてもほとんど民間事業に丸投げなのですね。ほとんど専門家が関与していな

いので、非常にレベルの低い#8000になっているので、#8000も全国的に見ると、やはり#7119みたいにレベルを上げたものをやはり大都会でつくっていかなくてはいけないのではないかと考えております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いろいろとそれぞれあれですね。何か申したいことがありますか。

○有賀委員（昭和大学） 発熱をそもそも扱うものではあるかないかというより、むしろ#7119は緊急度の判断なのです。だから、病体そのものについて医療者として聞くときの背景になる頭痛だったらクモ膜下出血のことを考えながらこの質問があるんだろうということはもちろんわかりますけれども、むしろそういうふうな発熱だったら今すぐ救急車がいきますよと、そういうふうなヒエラルキーで並んでいますので、ちょっと8000の内容、相談の内容とは少し、そういう意味では先生、もともとが違うんだろうというふうに思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） よくわかりました。いずれにしても何かちょっと多少はもつれがちになって子どもというところで、それをほぐす必要がありそうですね。これね。相当な努力をそれぞれ傾注しているわけですから。

ですから、これは次回、ではあれですか。8000の方の担当の方に来ていただいて、しかし、そこで聞いてもすぐには議論にはなかなかできにくいだろうから、何かどうしましょうかね。資料でもつくっていただいて、皆さんに事前に配るか何かして。

○有賀委員（昭和大学） 7119が出発するときにも、実は8000番の事業がもうあることはわかっていますよね。ですから、いろんな東京都がやっているいろんな相談ごとがこう並んでいて、そこにまた7119も入ってくるので、いずれいろんな意味での交通整理なりをしないと、都民の方たちが多分困るだろうというふうなことは、もう最初から言っているわけですよ。

○阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） 既にきょう困ったなと思って。いつも8000と7119を日々宣伝をして歩いている私たちとしては、8000と7119、もう基本的には東京に関しては私たちはいつも悩んだら119だよというふうに言っていて、「な」ですね。7119の「な」悩んだら119だよということを伝えていて、7119がもう本当にパンク寸前だというのでしたら、あんまり私たちが7119をさんざんワーッとというよりも8000を進めた方がいいのかなとも思いますし、まだまだ受け皿が7119大丈夫という状態でしたら、どんどん今までどおり言っていきたいと思うのですけど。

○有賀委員（昭和大学） あれですよ。協議会の会長としては、もっともっと受け皿をふやして、そして、都民のリクエストにこたえようとするという話ですよ。

○荒井委員（東京消防庁） 救急相談センターのキャパシティにあわせてご利用いただくということではなくて、都民の皆さんの需要にあわせて私どもの執行体制を整備していきたいという基本的な考え方でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いいですか。ちょっとここでこれ以上議論しない方がいいと思います。いずれにしても、問題は、私は7119を申しわけない、余りよく知らなかったのですが、私は8000の方ばかり首を突っ込んでいたというか、見聞きしたので。

問題は、やっぱりダブっているところに問題があつて、子どもということで手厚くやればいいというものでもないですよ。迷わないようにしないといけないので。だから、こういう観点からもう1回ほぐす必要がないでしょうかね。

次回までに、ではどういうふうに次回実りある議論をすればいいかを事務局と私で考えますけども、もうちょっとやり方を考えてみましょうか。阿真委員がおっしゃっていたように、どっちを宣伝すればいいというものでもないとは思うので。

では、これはこの件はこれで終わりたいと思いますけど、それ以外にほかの事務局からのいろいろお話があつた件、あるいはなかった件に関しても、この協議会としてこういうことを、向こう2年間私も含めて任期があるわけですから、その間に何か1個ずつでも片づけ、あるいは新たな取り組みをするというか、都にしてもらおうというか、一緒にやるというか、そういうような意味でも。お願いします。

○松平委員（東京小児科医会） 初期救急の立場からまたお話しさせていただきます。七、八年前、小児の初期救急は本来は区市町村事業であるということで、東京都は関与しないということだったので、やはり現状を見ると非常にお粗末であるということで、東京都が率先して地区医師会行政、地区の行政の中の初期救急を整備してくださったわけですが、ここ数年たつてきまして、東京都医師会でもちょっと調べたことがあるのですが、やはり地区の小児救急センターが余り機能していないですね。これはどうしてかという、やはりお父さんお母さん方から余り信用されていないというか、自己完結型の医療を求められていまして、熱だけ来てお薬だけ出して帰してしまったら、やっぱりお父さんお母さん方は利用されなくなってしまって、どうしても病院に初期救急が行ってしまうという現状がありますので、初期救急についてもやはり医師会設立の初期救急であるとか、初期救急だけではなくて、ここにも書かれていますけど、病院併設型の初期救急医療体制にやっぱりシフトしていく時代に来たと思つているので、我々がその病院の中に行くか、先ほどお話出た#8000にもう少し我々地域の開業医がかかわるか、そういうところをまた教えていただければありがたいと思つます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） その点は、では事務局の方、何かありますか。

○事務局（越阪部） まだ先ほどから触れておりますけれど、未実施の地域があるというふうに申し上げましたが、現在は18区13市というふうなところで、31のまだ未実施の地域がかなりございます。それと、あと意外と区の真ん中、中央の辺というのが、いわゆる医療機関があるわけですから、そんなに困らないというのでしょうか、住民サイドの方も行くところがあるというようなことも関係しているのかなど。

ただ、役割としては、初期、二次というのは違うわけですから、すべて二次に行ってしまうと、その二次の方の負担というのがかなり大きくなっていくというようなこともありますので、先ほどここでは各区なり市なりの実情を相対でいろいろ話を聞くとかいうようなこともやり、あるいは今お話ありました病院併設型というふうなことが可能かどうか、そういうようなことで、初期については区市町村ということの役割になって、我々は一定の財政支援ということになっておりますけれど、そのところがもう少し連携してやるように今後していきたいなというふうに考えているところでございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 先ほどわざわざ事務局の方、病院のブースでやってうまくいっているところがあるというようなコメントをしておられましたけれども、私の知っているのは聖路加病院ぐらいなのですが、ほかにもあるのですか。

○事務局（越阪部） きょう二次の機関代表で多摩北部医療センターの小保内先生来ておりますので、多摩北部医療センターも一応そういう形をとっておりますので、先生、指名して申しわけないのですが。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 多摩北部医療センターの小保内です。僕が今勤務している多摩北部医療センターの医療圏というのは、清瀬、小平、東久留米、東村山、西東京という五つの市を医療圏域としております。

皆さんもご案内のように、清瀬小児病院が統廃合で移転するという段階になりまして、二次を担当する病院がないという、公立昭和病院があるのですが、それだけでは十分ではないということで、多摩老人医療センターを公社病院と公社化しまして、そこに小児科をつくったといういきさつで動いてきています。

今まで清瀬小児病院というのは、もう皆さんもご存じのように、でかい病院でキャパシティもありましたので、一次診療からずっとやってくれましたけれども、そこがなくなるということで、僕らの病院と公立昭和病院だけでそれを全部受けるのは不可能ということで、地域の医師会の先生たちと協議会を立ち上げまして、どういう形でやっていくかという協議をした結果、多摩北部医療センターと佐々病院という病院が西東京市にあるのですが、佐々病院の方に準夜救急を開こうという形で開いて、月曜日から金曜日まで準夜初期救急を受けております。

もちろん僕らの病院の当直医もおりますので、初期という形で入ってきても、いや、これは入院が必要だとか、そういうふうになってくれば僕らがそれを受けて二次対応していくという形で、一次と二次の併設という形でやっております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。そういうことを本当にいつかできればいいと思っておりますけれど、素晴らしいことだと私はすごく感激しました。お願いします。

○五十嵐委員（東京大学） 台東区にある永寿病院というのがありますが、そこでは小児科があるわけですが、365日準夜帯は東京の中心の大学の先生たちが主に行きまして担当しています。そして準夜の外来を担当しています。それで、恐らくそこで重

症になった場合は、必ずしも永寿病院に入院するわけではなくて、中心部の大学病院に入ってくるというそういうシステムになっています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 私のポイントは、大学病院からそこに行くというのではなくて、地域の開業の先生がその地域の病院で地域の病院の先生方と一緒にやる、小保内先生がおっしゃったようなことができないかなと私はずっと思っておったのですけども、松平委員がおっしゃったように、病院併設型がいいに決まっていると言っていた方がふえてきたら私はすごくうれしいのですけども、なかなか今まではそういう意見の方が少なかったように私は理解していましたので、個人的にはそんなことは当たり前だという気はいたしますけど、病院の方が設備があつていいんだし、なぜ病院があるのにそれ以外の場所で開業の先生が集まって、そこにアルバイトということで大学の医者が行くのか、非常に私は理解に苦しんでおりますけども。これは非常にいい方向だと思いました。

○松平委員（東京小児科医会） 今、会長が言われたとおりなので、やはり少し時代が変わってきたと思うのです。私も3年前から、都立の大塚病院で月に1回準夜当直しているのですけども、これは病院のためではなくて、我々開業医自身のためで、非常に卒後研修になるのですね。それから、自分の患者さんを送れますから、行った主治医とも会いますし、それこそ病診連携になるので、これは非常にいいことだと思うので、ぜひ進めていきたいし、我々高齢者がやっているわけで、大学を離れて開業した先生がそのままそういうシステムに乗ると、開業した寂しさがありませんよね。それから、卒後研修もできますから非常にいいと思うので、ぜひ進めていただきたいと思います。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 今、松平先生がおっしゃったことは本当に現実でありまして、僕らの病院に地域の先生が来ますから、自分の送った患者さんをそのまま病棟に上がってきて見てくださるということと、地域の先生と僕ら全員のスタッフがかなり近い関係になってくるので、患者さんを送ってもらったり、また帰したりとか、そういったことが非常にスムーズにできるという点で、地域の中でそういった関係をつくっていくのは非常にいいことだと僕は思っています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いや、すごいことだと思いました。私が言うのも変ですけども。

○有賀委員（昭和大学） 荏原医師会がやっている小児の初期診療に関しては、もう1年ぐらいたつと思います。昭和大学病院の外来に入ってきていました。だから、そこに医師会の先生も見える。それから、さっき言ったアルバイトでそっちに行っていた小児科の先生をそこでやる。だから、患者さん側から見ると昭和大に来ているようなことではありますけれども、実は医師会の診療所がそこにあると。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） なるほど、わかりました。

阿真委員と館林委員いかがですか。患者側の立場から見てそういうことに対してどうですか。

- 阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） 何で今までやらなかったのかなという感じですかね。とっくにあっていいことで、早く整備されるといいなと思います。
- 有賀委員（昭和大学） 僕が公立昭和に行ったところの今から20年以上前から東海地域の市立病院が結構やっていたのですね。小平でもやろうと思ったのですが、もうできなかつた。だから、地域によってはそういうことをやっているところがあるのです。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） この件は、いずれにしましても東京発というわけではないかもしれませんが、もっとどんどんと広報して行って、その方向にしていけばいいかと思います。ちなみに、私の病院の地元のところはなかなかそれができなくて、むしろ医師会の主導する、主導という言葉は悪いですかね。病院と関係なくやって、それにアルバイトに来てくださいというのが乱立していますけどね。アルバイトに行く医者がもう疲れ切って行けなくなって、つぶれかかったりして非常に変なことになっていますけども。それはともかくこの件大変いい話だと思いますし、どんどんと進めていければと思います。
- ほかにありますか。この件はこれで結構だと思いますけど、ほかにございますか。どうぞ。
- 楠田委員（東京女子医大総合医療センター） 普及啓発・相談の項目になるかなという気もするのですが、新生児ですと生まれたときの蘇生の講習会のようなものを行っているのですが、家族の方にとりあえず窒息だとか誤嚥のときの、いわゆるパルスまでいなくても、もし本当に簡単な蘇生法というのを何らかの形で都民の方にやっただけというのは重症化を防ぐと思いますし、もっと前の小児医療の充実の前に重症化しないために事故防止のような啓発もここにあってもいいのではないかなというふうに思いますけども、どうでしょうか。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 子どもの事故防止及び事故った場合の心肺蘇生ですね。そういうことを都民の方に普及啓発していけば、重症化することも減ってくるだろうし、そもそも事故も減るだろうと、もっともなことですよ。どうぞお願いします。
- 福内委員（新宿区保健所長） 今の事故防止の啓発等ですけれども、特別区保健所、保健センターで乳幼児の健診を各区市町村はしておりますので、特に三、四カ月等の健診は受診率が非常に高く、生まれたお子さんの90%から95%受診をされます。そのときに、私の新宿でもそうですけれども、保健師が少しお母さんたちに集団で事故防止についてお話をする、必要なリーフレットを差し上げる。
- それから、新宿区では、今、熱が出たときにどの程度だったらどういうところを受診しましょうというようなパンフレットを独自につくったものも説明をしてお渡しをするということで、乳幼児健診ではほとんどのお母さんたちに会えるチャンスですので、むしろ東京都というよりは、区市町村でやった方が住民に近いというふうに考えます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 乳幼児健診の場でそういうことをやっておられるというお話でしたですね。どうぞ。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 地域啓発事業についてなのですけども、先ほど事務局の方から、僕らの病院というか僕らの地域で医師会と連携していろいろな事業をやるということの中で、こういった医療啓発をしていこうということを医師会の先生たちと話していきまして、ここには全然載っていない項目、例えば、軽度発達障害のある子にはどう接していったらいいのだろうかとか、そういった項目を医師会の地域の先生たちと話合って、一つ一つ決めてそういった活動をしていくというのが、今僕らが地域の先生と計画しているところなのですね。

今こういうふうに書かれてしまうと、啓発というものはこれだよというふうな一つのイメージをつくってしまうので、もっとそういったもの各中核病院と地域の先生との連携とかそういう中で、もっとフレキシブルにできるようなイメージにしておけばいいので、あんまりこういった中に事故防止策だとかなんとかという項目立てしなくてもいいのかなというふうには考えております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 今先生おっしゃったのは、このどの部分ですか。この資料の。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 啓発相談の取り組みというところにいろいろ書いてあったりしますよね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） この一番最初のところですね。

○小保内委員（多摩北部医療センター） ええ。そういう中に、例えば事故防止のとかというのは、それぞれの機関で考えでやっていけばいいことで、そういったものが効果を発揮していけばいいわけで、一つ一つこういったことという項目立てせずとも啓発を何とか進めていきましょうねと、そういった方法はどういうふうなことがあるのかとか、そういうことを考えるというような形でまとめておいていただければ、項目立てする必要はないのではないかなというふうに考えます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 何を啓発するかということについてはですね。

○小保内委員（多摩北部医療センター） そうですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） だから、どうそれをやるかについては、例えば、今先ほどおっしゃった、乳幼児健診のところで保健師が頑張るとかですね。

○小保内委員（多摩北部医療センター） そうですね。それはそれぞれの機関が立案して進めていけばいいのではないかなと。ただ、連携というものをきちんとやっておかないと、あそこでもここでも同じことをやっているというのでは意味はないですから、そういった意味できちんとした連携をつくっていくと。

一番最初に示されているこの救命センター構造の中の連携というものをただ単なる救急の連携ということではなくて、医療全体の連携というふうにとらえていけば、そういった問題は解決できていくのではないかなと。意外とそういった連携という考え方が希

薄であるのかなというのが僕が地域中核病院の中に出て感じているところであります。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） あると思います。おっしゃるとおりだと思います。だから、それをどうやればやっていけるのかということですね、問題は。

楠田先生おっしゃったように、都民皆さんが親御さんたちが心肺蘇生のことを本当に余り知らないのかどうかよくわかりませんが、ただもっと普及していった方がいいだろうという気は私もすごくしますけどもね。ただ、どうやったら普及できるか、それから、小保内委員がおっしゃったような発達障害、最近物すごく社会問題になってきているような気がしますが、それに対する親御さんへの不安とかサポートとかをどうやっていけば普及していけるかというのは大きな問題だと私は思いますけども。

小保内先生みたいな方がいらっしゃる場所がいいのかもしれないけども、一般的には先生おっしゃったように、連携というのは余りうまくできないというか、少なくとも医者はみんな忙しくて目の前の診療で手いっぱいだという感じはすると僕は思いますけど。皆さんいかがですか、その辺。どうぞ、館林委員。

○館林委員（読売新聞） ここに呼んでいただいたのは、多分私がだめな親の代表として呼んでいただいたと思うのですが、子ども育てても40点ぐらいで仕事も40点ぐらいの状態なのですが、講習会をしていただいても行く暇もないし、保育園の父母会をやっているのですがそれも行く暇もない。父母会では活動するので、何か父母会とかへ来て何かこういうふうにと教えてくだされば、まあやると思うのですが、何か開かれたからといってどこか行くというような時間は全くなくて、唯一いいのは、かかりつけの先生がすばらしい開業の先生で、こういうときはこういうふうにするのだよとお昼に教えてくれるので、そんなに夜にバタバタすることはみんなないというのはいいことで、やっぱり何か1回講習会があってもなかなかわからなくて、そういう開業の先生に日ごろからちょっとずつ指導を受けているので、何となく受診構造がわかるかなというそういう状態なのですが。なので親の代表スタイルもあって、だめな親でも何か理解できるような啓発活動をしてくださるといいなと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 例えば、どういう啓発活動ですか。どうぞ。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 今そういう要望があったのですが、今僕らの地域で考えているのは、例えば、保育園なんかの夏祭みたいなのがありますよね。そういうときというのは必ず親御さんがついてこられるのですね。そういうところに地域の先生とか僕らとか看護師そういったものが出向いて行って、そういったお話をするような機会をつくるというのを今計画をしております、一つ地域中核病院の一つ大きな問題として、小児科というのは季節性がすごくあって、冬場は大変忙しいけど夏場は意外と暇というようなことになると、看護師がほかの病棟に駆り出されて行ったりなんかしたりとか、そこに大人の患者を入れてくださいというようなことがあったりして、そういうことがだんだん看護スタッフのモチベーションを下げているって、小児病棟がだんだん落ちていくというような、そういった過去の痛い経験をもとに、夏場そういうふうに

外に出て啓発活動をしたりするのも病院の一つのスタッフの仕事というふうに看護スタッフの仕事というふうに認めてほしいというようなことを今病院とも交渉しているのですけれども、そういうふうな形で親御さんが集まれる時間、集まれる場所に僕らが入るというのを一番の啓発の仕方というふうに考えていて、僕らはこんなことをやるから、みんなおいでというのは、啓発の仕方として来る人は絶対そんなことをやらなくてもわかっている人ばかりなのです。だから、そういう啓発の仕方はやる必要ないというふうに僕らは考えておまして、今お話になられたように、保育園の保護者会とかそういうところでやっていくというのは、僕らの啓発のスタイルに今後なっていくのかなというふうに思っています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。いい例を挙げていただきました。阿真委員、どうぞ。

○阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） まさに私たちも8月は2回、保育園の夏祭で医療の講座を開催するのですけれども、そのときに来ていただく先生ですが、育休中・産休中の先生、女医さんいっぱいいらっしゃって、忙しい先生方にお声をかけなくとも、復職までのステップとして、私たちの会の講座なんかをやっていくことですごく感を取り戻せるということをおっしゃっていて、育休中・産休中の先生方をきちんと把握して、そういう先生方に活躍の場を提供していくというのも一つの手ではないかなというふうに思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） なるほど。また斬新なお話でしたけれども。今、小保内委員おっしゃったことは、やはり実践したということは、要するに、病院の勤務医、小児医療、小児科医が地域へ出ていくということですよね。

○小保内委員（多摩北部医療センター） そうです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） それから、阿真委員がおっしゃったのは、休んでおられる産休とか育休で現場を離れて、離れているというのだろうか。一時休んでおられる方を地域に引っ張りだすと、あるいは患者会の方から引っ張り出す。そういうことによって、より地域の親御さんと小児医療者の距離を縮めようというわけですね。そうすると、館林委員のおっしゃったようなお仕事にお忙しいお母さん方も何とか接点がつくれていくだろうと、こんなことになりますね。

行政としては、そういうことをもとにして、今お聞きになったようなことで何か行政としてそこで介入できることがないかどうか検討していただければと思いますけど、非常によい例を挙げていただきました。

この件に関しまして、もうちょっと何かありますか。どうぞ。

○松平委員（東京小児科医会） 今、5歳児、発達障害のことをお話いただいて、発達障害については、むしろお父さんお母さんの知識がなくて、我々地域の開業医がまず知識を持っていないという認識に立ちまして、昨年から東京都医師会の中で5歳児健診事業というのを始めまして、昨年、土日2日間かけて会員に集まっていたいて講習会をし

ました。それで、その参加した方に研修終了証を出しまして、実際やっていただくことになっているのですけれども、現在は各地区医師会を回って夜2時間ぐらいですけれども、発達障害の勉強をさせていただいております。

その中で、発達障害は、我々のレベルですと5歳児に見つかることが多いので、3歳児とそれから就学児というのは定期健診があるのですけれども、3から5歳まで定期健診ないのですね。そこで5歳児健診をやることによって発達障害を見つけられるのではないかということで、5歳児健診の東京都医師会方式というのをつくりまして、今みんなで勉強会をしております。

その5歳児健診をやっていただく医療機関は、東京都医師会のホームページを見ていただくと医療機関が出ていますので、もし、5歳児健診が希望、それから発達障害のどうしても疑いのあるお子さんを持っている方はその医療機関に行っていただければ東京都方式の5歳児健診をやっていただけたらと思っています。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。今話題の5歳児健診ですね。東京都医師会としては、もう既に一步踏み出しておられると。わかりました。ほかによろしいですか。

さっき楠田先生が一番最初のきっかけとしておっしゃった、子どもの心肺蘇生のことでは、横田先生とか有賀先生とか、例えば、学校で子どもに心肺蘇生を教えるというようなことですね。救急医がやって、救急医かどうかは別にしても。慶応でやろうと盛んにやっておられますですね。慶応の幼稚舎から中学・高校までですか。慶応大学の先生がやっている。そういうのをやっておけば、その方たちがまた大人になっていけば、うまく、良循環というか、親になったときに子どものころから知っていればという気がしますし、その辺の何か取り組みは救急医の方では何かありますか、そういう。まだ一部の方の取り組みですけど。

- 有賀委員（昭和大学） 日本救急医学界とそれから日本臨床救急医学会とこの2本立てで僕たちは活動していますけども、後者の方は、救急隊やナースも一緒にやっているのです。

臨床救急学会のホームページを見ていただくとわかると思うのですけれども、学校でぜひ今言ったBLSを、もともとは授業で取り上げて、体系的にずっと慶応大学でやっているようなことをできるといいなということが最初の発想だったのですが、そこは地域地域の教育委員会とかいろいろありますので、今のところ、こういうふうな内容であれば、それなりの成果が出るだろうというふうなプログラムをホームページで見せていくというふうなところに今のところなっています。だから、それをまねっこすれば、やってやれないことはないだろうとこういう話になります。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） まだ東京都で何かやろうかというふうなところまではいかない。

- 有賀委員（昭和大学） 全国レベルの学会でのディスカッションで今のところそこまで

来た。だから、それを場合によっては、東京都の教育委員会と交渉して、小学校の3年生だとか6年生だとか中学1年生でやろうねという話はあったっていいとは思いますが、そこまでの積極的な売り込みは今のところはやってはいません。学校の先生たちを集めてディスカッションしたその成果物が今のところホームページのところに展開しているというレベルであります。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。どうぞ。

○荒井委員（東京消防庁） 消防では、消防ばかりですみませんけども、小学生につきましても、成人に行っているような3時間とかいった、まとまった救命講習はちょっと難しいかと思うのですが、幼児期からの防火防災教育ということをお各教育委員会などに働きかけまして、1時間2時間の授業枠をいただきまして応急手当やあるいは災害時の身の守り方などについて、なるべく普及をするように努めております。

例えば、この夏休みの時期ですと、各地域の小学校でおやじの会と言いまして、親と児童という意味でおやじの会というので、よく夏休みの校舎などを使ってお父さんお母さんと子どもたちが1泊の何かキャンプのようなものをよく各地域でやられております。そういったところにも職員を派遣いたしまして事故防止、例えば、子どもさんの場合は、こういったちょっとした水たまりでもおぼれるような事件・事故が発生していますとか、万が一あめ玉などがのどに詰まったようなときには、こういった異物除去の方法をお父さんお母さんやってあげてくださいといった普及啓発にはなるべく努めるにはいたしております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

では、ほかによろしいですか。どうぞ。

○江本委員（東京都医師会） 今ちょっと事務局に確認したいのですが、東京都医師会の方で公立学校でのAED講習会をやっていただきたいというこの予算要望をしていますので、前向きにご検討をよろしくお願いします。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 私はAEDをやるんだったらその前にどうか、いわゆるBRSですね、の一環としてやったらいいと思いますし、ひょっとしたら子どもを持つような年代に近いところがいいのかもしれないですね。高校生とかどうですかね。あるいは子宮頸ガンのワクチンなんかと一緒にやるとか、ことしからワクチンが始まりますかね。そういう子どもを持つということに対して子どものBRSも一緒に教えて、ガンの防備するとか、あの世代に働きかけるようなことをしていけば少子化に役立つかと、少子化防止ですか、役に立つと思いますけど。そのあたりもちょっといろいろフリーディスカッションになりましたけど、行政の方考えていただいたらと思います。

最後に僕の方から一つ申し上げたいことは、ここに何も書いてありません。関係、書いていないことなのですが、子どもの医療の現場にいて、救急も大変問題があるとは思ってはいませんが、同じぐらい問題があると思う、あるいはそれ以上かもしれないと思っているのは、慢性化した患者さんの医療といいますか、救急の方から言えば、出

口問題なんていう言葉になりますけども、救急に限らず、救急の出口に限らず、高度医療というのですかね。昔は亡くなっておられた患者さん方が多く生き延びられるようになって、少子化だからゆえに余計大変といたしますか、ご家族も大変、医療者も大変、子どもが行く場所があんまりないというので長く入院しておられるという現状があると思うので、療育なんていう言葉を軽々に使わない方がいいのかもしれませんが、特に東京都側かどうか知りませんが、恐らく日本全体そういう小児医療のある種の進歩といたしますか、進歩に対して対応できていないのではないかと感じております。それは我々医療者の問題、すぐれた医療者の問題かもしれませんが、同時に行政と一緒にやらないと解決していかない面があると思います。

こども救命センター構造はその子どもの、救命的な部分に関しては、解決の糸口になると私は思っておりますけども、その後の救命はできたけどもというそれで慢性化してしまった場合の、なかなか社会復帰ができないという場合の子どもの医療、医療体制と言えいいのかな、そういう慢性化した患者さんに対するケアも含めた家族も含めた問題が子どもの医療の大きな問題になりそうだというふうに感じております。恐らく、皆さんサポートしてくださると思いますけど、阿真委員、何かありますか。

○阿真委員（知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会） 何かアイデアがあるとかということではなくて、きょう始まってからずっと絶対に必ず助けるという言葉を言うてくださるたびに、必ず受け入れですね、必ず受け入れ、必ず受け入れという言葉が何度も出てくるたびに、受け入れた後のことはどうだろうか、その後はどうなるだろうかということはずっと考えておりました。NICUのときの厚労省のご一緒した会議、有賀先生と一緒にあった会議でも出ていましたけれども、この問題は本当に皆さんと一緒に親の立場としてもどうしていくかということをやっと考えていきたいというふうに思います。

○小保内委員（多摩北部医療センター） それというのは、かなり地域中核病院に課せられた問題だと僕はとらえておまして、そういうお子さんを地域の中でどうやって支えていくかと。これに関しても地域の開業の先生たちと今ディスカッションを始めているところです。

今までそういったお子さんがどうやって在宅に出ていたかということを考えますと、地域中核病院を経由しない在宅が非常に多いのですね。いわゆるセンター病院から療育病院を経由して在宅に。療育病院とかセンター病院は広域病院ですので、地域との関係が希薄になってそういう患者さんが地域に戻ってきてしまっているというのが一番大きな問題で、地域中核病院をうまく利用して、在宅のコーディネートを地域中核病院がやるようなシステムをつくらせてほしいというようなことを、今、僕らは今東京都保健医療公社という公社病院なのですが、公社の方から東京都の方をお願いをしています。これもモデル事業としてやらせていただけるならば、僕らはいろいろ考えているところがありますので、東京都としてサポートしていただきたいというふうには考えています。

ただ、この事業というのは、サポートしていただく補助金だったら補助金が出て、何年間だけできてそれでおしまいというわけにはいきませんので、これを永久的、永続的に続けていくにはどういうふうにしていかなければいけないのか、つまり、そこが一番大きなポイントになるので、軽々に補助金みたいのをつけてもらって、ではその間だけやりましたというのでは話にならないので、そういった永続的なシステムをどうやってつくっていくかということ、今後保険の問題とかいろんな問題も含めて考えていかなければいけないという課題ではありますけど、一応こんな形でやらせていただければ僕らはやりますよというようなアイデアは一応つくって提出しております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター）　そうですか。ありがとうございます。

この話もきょうはここまでしておきたいのですが、項目に加えていただいて、子ども救命センター構想のように何らかの形でシステムとして、あるいはまずはモデル、どこか1地域でやるのかもしれませんが、最終的には、国への働きかけというのですか、保険医療体制の中でどうやっていくかということも視野に入れてやるのが、多分東京都の医療の専門家と行政との責任かなというふうに思います。大きな課題だと思っています。

それでは、今後のこの今の2番目の話、小児医療の充実に向けた今後の方策と、随分長いですね。では、このことはちょっとここで置いておきたいと思っておりますけども。

○小保内委員（多摩北部医療センター）　最後にいいですか。今後の方策の中に生かしますという議論はずっとあるのですけれども、亡くなった子どもに関しての議論が一つもなく、何で亡くなったのかということをつまびらかにしておかないと、対策というのはきちんとできないのではないかとこのように僕は思っていて、僕はちょっと4年間ばかりドイツにいて、そういったチャイルドデスレビューをやるような仕事をしてきたのですが、残念ながら、日本にはそういったシステムが全くない。死亡の死亡診断書の内容も物すごくお粗末であったりとかしてしまっていて、亡くなった子どもに対する扱いが非常にブアであるというのは非常に大きな問題だと考えています。幸い東京には監察医務院がありますので、デスレビューをするということはそんな大変な労力をしないでもできるのではないかなというふうに考えていまして、できれば、この委員会で監察医務院の福永院長を一度呼んでいただいて、そういったことができないか、いわゆる僕らが何で亡くなってしまったのかということを知らないと、それに対する対策というのはきちんとつくれないというところから、チャイルドデスレビューをやっていくような方向性をこの委員会の中で考えていただきたいというふうに思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター）　ありがとうございます。全く同感というか、そのとおりですね。どうぞ。

○松平委員（東京小児科医会）　東京都医師会もその予算要求を今度はしたのですけれども、子ども虐待、東京都で検証部会があるのですけれども、それは明らかに子ども虐待が疑われた検証例だけなのですよ。去年はたしか4例しかないのですよね。やはりそう

いう疑い例も含めた形、先生言われるように、全部の子どもの死亡例を検証することは非常に大切だと思いますので、ぜひやっていただきたいと思っています。その予算の中、予算要求の中に出させていただきます。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。今の件、私非常に大事だと思いますし、かなり確かに福永先生を呼んで話を聞くというか、作戦会議ですね、要するに。メンバーも確かに東京都とかそろっていると思いますし、こども救命センター構想も多分それに一役買えるというか、重症の患者を集めようという方向にいくと、よりどういうふうに子どもが亡くなっているのかも明らかになってくる方に行くと思います。

では、残り時間がわずかになりましたけど、この協議会の今後の方向ですかね。構成について。構成ですね。形の方の話をさせてください。

それでは、越阪部さん、よろしくお願いします。

- 事務局（越阪部） ただいま非常に新たなアイデアだとか、それから現行でももう取り組まれているようなものというようなものを活発にいろいろお話しいただいたわけなのですが、そういうようなものを課題一つ一つ事項をもちろん絞った形になろうかと思うのですが、そういうような今後この協議会のもとに部会を設置をいたしまして、少し絞った形で議論していただければどうかというふうに考えて、この構成についてという案を資料としてお出しさせていただきます。

左側、小児医療協議会のこの親会につきましては、先ほど申しあげました所管事項、委員の構成、要綱で部会を置くことができるということにしてあるわけですが、そこにまだ仮称というようなことで仮のマークがついていますが、医療連携部会というようなものを一つつくったらどうか。これは当然地域ブロック会議というようなこども救命センターを中心としたブロック会議あるいは右側を見ていただきますと、右側のちょっと上にこども救命センターが並んでおります。これはセンター同士が連絡会というようなものでの課題であるとか、この救命事案等が出てきた場合について、課題あるいは問題点、こういう整理するなり協議をする場みたいなものをこの医療連携部会に一つ上げていただいて、ここで議論していただくというようなものも一つかと思います。それが実績の症例に関する検証に関することというようなことになろうかと思います。

それから、その上にちょっと逆転してしまって申しわけありません。小児救急医療における初期、二次、三次、こういうような役割分担のもとの地域連携に関すること、あるいは小児医療全般連携、小児医療の連携、救急だけではなくてですね、連携に関することというようなものを、委員の構成としては、こども救命センターの各ブロックの代表の方あるいは三次医療機関の代表の方、それから二次医療機関のドクター及びソーシャルワーカーの方々、保健所、東京消防庁それから庁内関係部署などが集まって、一つこの医療連携部会をつくって議論をして、協議会の方に上げていったらどうか。

もう1点は、今も普及啓発というようなことで、#8000番というようなことの話

も出ておりましたが、そのような普及啓発部会で初期救急に関する、これは全体の把握という意味で調査あるいは保護者等に対する研修・講演会、それから全体的に小児医療の普及啓発ということで医学系の先生あるいは都民代表の方、やっぱり医師会さん、保健所、庁内関係などで、こういうような形で二つの部会をつくり議論をおのおのして、協議会の場で最終的な承認というような形でいただければというようなことで考えております。この構成についてご協議いただきたいと、ご審議いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

要するに、これだけの人がそうしょっちゅう集まるわけにもいかんし、もっと動きのよいワーキンググループみたいなものをつくって、何ていうか、機能的にやっというわけですね。

例として挙げられているのが、医療連携部会というのと普及啓発部会ということで、中身を読ませていただくといろいろとダブっている部分もありそうな、なかなか境界は難しいところがあると思いますけど、しかし、ワーキング、ワークするグループをつくらなくては話になりませんから、仮の名前としてこういう名前に置くとして、二つぐらいつくるのは妥当かなと私も思いますけども、皆さん何かご意見ございますか。

医療連携の方に関しては明らかに一つ仕事があるのが、先ほどのこども救命センター構想の検証及び具体的などころの問題点をつぶしていく役割があるかと思っております。

それを最終的にこの協議会、今集まっている皆さんで最終的にもう1回練ってということですね。そんな感じですね。それで都に上げるというよりも皆さんも一緒だから、ここで最終的に決めるというのですかね。動かしていくということでしょうけど、実際の議論やワークといいますか、調査その他も含めてはこういう部会でやっという、こういうことですね。

お忙しい皆さんですから、何人か代表的な人を集めて、それでリーダーを決めてやっという。そういうメンバー構成とか、リーダーの選定とかが話題になるかも、話題というか頭をよぎるかもしれませんが、その辺はもしよかったらあれですね。都の方と僕の方でいろいろと考えさせていただくと、どうせといたら変ですけど、会長が指名するという形になるわけですね。きっとこういうのに関して。選挙とかするわけにはいかんでしょうし。ご意見ございますか。

（な し）

○阪井会長（国立成育医療研究センター） よろしいですか。

では、こういうことで進めていただくということで、ここの親会、親会というのかこのメンバーに関してはあれですか。今後は2年間の任期ということはさっき聞きましたですけども、どういう頻度で集まるとか何かお考えありますか、都の方では。

○事務局（越阪部） 今年度につきましては、きょう7月29日ですか。中途からのスタートということになりました。これからこども救命センターの運営も開始、運用開始に

なっているいは実績を積み上げるということになりますと、ちょっと時間もいただかなくてはいけないのかなと思います。その間に、今ご承認いただきました部会の方の議論も焦点を絞って、私どもだけではなくて、やはり局内の関係部署みたいなものの参加も視野に入れてやっていかななくてはならないということですので、この親会につきましては、これはちょっと今事務局の本当の案なのですけれど、年度内はもう一度ぐらいある程度の検証結果なり事例検討ができるようなものが集まったところ、あるいは部会での一つの議論ができたものを協議会の方に上げさせていただくということで、もう1回ぐらい年度内に開催をさせていただきたいというふうに考えております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） この会はですね。

○事務局（越阪部） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） わかりました。では、部会の方はもっと機能的に動く。それで、きょう具体的な話が出た、#7119と#8000の話であるとか、それから、チャイルドデスレビュー、福永先生を入れた話だとか、すぐには実現しないにしても何らかのアクションを起こしていくということをそういう部会でやっていく方向にしたいと思います。

では、私の方はこれにて終わって、また事務局の方にあとお返ししようと思いますが、お願いします。

○事務局（越阪部） 本日はどうもありがとうございました。

特に事務局としては、今の部会の方のご承認をいただきましたので、会長、副会長と相談の上、あるいは協議会の委員の先生たちにも部会の方のご協力もいただく場合もあると思います。当然事前にご依頼のお話をさせていただきますけれど、それでは部会のメンバーが決まりましたら、また案内といいますか、きちっと決定のメンバーと部会長等を決定したあかつきにはご報告をさせていただきたいというふうに思っております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そしたら、これできょうの予定していたものは、全部カバーできましたですね。

○事務局（越阪部） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 私の方で閉会と申し上げればいいのですか。

○事務局（越阪部） 一つ、どうも阪井先生ありがとうございました。

連絡事項一つなのですが、もう既にお手元にいっていただければあれなのですが、お車で来られた方につきましては、駐車券の用意がありますので、事務局の方にお声をかけていただきたい思います。

本日はありがとうございました。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） では、これで第1回目の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59分）