

平成29年度第1回
東京都小児医療協議会
会議録

平成29年7月4日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○宮澤事業推進担当課長 定刻になりましたので、平成29年度第1回東京都小児医療協議会を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変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。

私は福祉保健局医療政策部事業推進担当課長の宮澤でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めたいと思います。着座にて失礼します。

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

○笹井技監 改めまして、東京都福祉保健局技監の笹井でございます。よろしくお願いいたします。皆様には、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。

また、このたび、委員の改選に当たりましては、ご多忙の中、新たにあるいは引き続き委員をお引き受けいただきました。誠にありがとうございます。

さて、この協議会でございますが、東京都における小児医療提供体制の確保、そして、さらなる充実に向けまして、都民の代表の方、学識経験者、医療機関の代表の方などにお集まりをいただき、小児の救急医療体制やNICUなどからの在宅医療の移行支援などについてご議論をいただきまいりました。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

また、議事にございますとおり、今年度は医療法に基づく医療計画である東京都保健医療計画の第7次改定の年でございます。このため、計画の策定に当たって、現在関係者の皆様からさまざまなご意見を頂戴しているところでございます。

今回の改定では、昨年7月に策定いたしました、東京都地域医療構想でお示した、東京の将来の医療の姿、グランドデザインとこれまで行ってまいりました施策の取り組み状況を踏まえまして、平成35年度までの6年間の計画を策定してまいります。

本日は、この計画の策定に向けまして、小児医療提供体制について、これは計画に盛り込む必須事項の一つでございますので、皆様にはそれぞれのお立場からご意見をいただきたいと存じます。

次第のとおり盛りだくさんな議題となっております。また遅い時間の会議で恐縮でございますけれども、本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○宮澤事業推進担当課長 本日は、委員改選後、第1回目の協議会ですので、お手元の資料1の委員名簿に従いまして、本日ご出席の委員をご紹介します。

資料1をご覧ください。順番に申し上げます。

阿真委員です。

○阿真委員（「知ろう小児医療守ろう子ども達」の会） 阿真です。よろしくお願い致します。

○宮澤事業推進担当課長 館林委員です。

○館林委員（読売新聞編集局医療部） 館林です。よろしくお願い致します。

- 宮澤事業推進担当課長 有賀委員です。
- 有賀委員（労働者健康安全機構） よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 楠田委員です。
- 楠田委員（杏林大学） 楠田でございます。よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 正木委員です。
- 正木委員（東京都医師会） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当課長 松平委員です。
- 松平委員（日本小児科医会） 松平です。よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 岡委員です。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 高橋委員です。
- 高橋委員（日本大学附属板橋病院） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当課長 窪田委員です。
- 窪田委員（成育医療研究センター） よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 本田委員です。
- 本田委員（都立小児総合医療センター） 本田です。よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 清原委員です。
- 清原委員（東京北医療センター） よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 小保内委員ですが、遅れていらっしゃる旨、ご連絡をいただいております。
- 三澤委員です。
- 三澤委員（都立墨東病院） 三澤です。よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当福内委員です。
- 福内委員（特別区保健衛生主幹部長会代表） 福内です。よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当課長 藤崎委員です。
- 藤崎委員（東京都市福祉保健主管部長会代表） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当課長 森住委員です。
- 森住委員（東京消防庁） 森住です。よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 大久保委員です。
- 大久保委員（病院経営本部経営戦略担当部長） 大久保でございます。よろしくお願ひします。
- 宮澤事業推進担当課長 福祉保健局医療政策部長、西山委員です。
- 西山委員（医療政策部） 西山でございます。よろしくお願ひいたします。
- 宮澤事業推進担当課長 なお、14番の横田委員には、ご欠席の連絡をいただいております。また、15番、山口委員におかれましては、ご欠席の連絡をいただいておりますが、代理として杏林大学医学部附属病院庶務課課長補佐の橋詰様にお越しいただいております。

ります。

○橋詰委員代理（杏林大学医学部付属病院） よろしく申し上げます。

○宮澤事業推進担当課長 続きまして、事務局側の幹部職員を紹介させていただきます。

先ほどご挨拶申し上げましたが、福祉保健局技監の笹井でございます。

○笹井技監 どうぞよろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 医療改革推進担当部長の成田でございます。

○成田改革推進担当部長 成田でございます。よろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 障害者政策推進部障害児・療育担当課長の瀬川でございます。

○瀬川障害児・療育担当課長 瀬川です。どうぞよろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 医療政策部地域医療担当課長の久村でございます。

○久村地域医療担当課長 久村でございます。よろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 歯科担当課長の三ツ木でございます。

○三ツ木歯科担当課長 三ツ木です。どうぞよろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 医療人材課長の松原でございます。

○松原医療人材課長 松原と申します。よろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 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。よろしくお願ひいたします。

○宮澤事業推進担当課長 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から資料9までと、参考資料が1から9まででございます。参考資料の9は、東京都保健医療計画の冊子になっておりまして、これを机の上に置いております。終了後は、机の上に置いたままでお帰りいただければと思います。

資料に不足等はないでしょうか。不足がございましたら、事務局へ申しつけください。

なお、本日の会議は、東京都小児医療協議会設置要綱の第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録は全て公開となっておりますので、委員の皆様にはご了承いただきたいと思ひます。

続きまして、協議会会長の選任を行います。会長につきましては、本協議会の設置要綱第5によりまして、委員の互選となっております。委員からのご推薦がございましたらお願ひいたします。

よろしくお願ひいたします。

○楠田委員（杏林大学） この会の以前からの委員でございますし、東大病院の小児科の医療センター長をされております、岡委員を推薦したいと思ひます。

○宮澤事業推進担当課長 ただいま岡先生を会長にとご推薦をいただきましたけれども、いかがでしょうか。皆様ご賛同いただけますでしょうか。

（拍手）

○宮澤事業推進担当課長 ありがとうございます。

それでは、岡委員には会長をお願いしたいと思います。岡先生、恐れ入りますが、会長席にお移りいただきます。

次に、会長代理ですけれども、同じく、設置要綱第5の3によりまして、会長に指名していただくということになっております。岡先生、会長代理のご指名をお願いできればと思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） 会長代理には、引き続きまして、松平先生にぜひお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

皆様、よろしいでしょうか。

（拍手）

○宮澤事業推進担当課長 それでは、松平先生、会長代理の席にお移りいただきたいと思
います。

本日の協議会の終了予定ですけれども、午後8時を予定しています。

それでは、これから議事に入りたいと思います。

岡先生におかれましては、ここからの進行と一言ご挨拶をいただければと思います。
よろしく願いします。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） 若輩ではございますけれども、会議の進行をさせ
ていただきます。昨年もいろいろなご意見をいただいて、フィードバックという形で今
回の議事の中にも反映されていると思いますので、また今年度も活発なご議論をいただ
ければというふうに思います。

本日は、外傷等への対応について、それから在宅移行研修、そして一番大きなのは保
健医療計画の改定について、最後は、こども救命センター運営事業の実施状況と、こう
いったような議案を順番にさせていただければと思います。

それでは、まず議題の1にあります、小児外傷患者（骨折等）への対応についてとい
うことで、事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局（花島） 医療政策部救急災害医療課の花島と申します。着座にて説明させてい
たいただきます。よろしく願いいたします。

それでは、議題1の小児外傷患者（骨折等）への対応について説明させていただきます。
まず資料2-1をご覧ください。

こちらの議題につきましては、昨年度の協議会でも議題の一つとして挙げさせていただ
いたところがございますが、昨年度はもう少し詳しいデータをお示しした上で議論を
進めたほうがよいのではないかとご意見をいただいておりますので、今回東京消防庁
からデータをいただきまして、資料にお示しさせていただいております。

改めて、その方向性などについてご意見をいただければと思っております。

まず、資料の現状・課題のところがございますが、都内の救急搬送人員数、0歳から
14歳までは約5万1,000人、うち約6,000件が整形外科選定事案でございま

す。ここでは、救急隊による病院選定の際に、選定科目に整形外科が含まれるものを整形外科選定事案としております。この整形外科選定事案は、骨折などが多く、小児の手術などに対応できる医療機関が少ないことなどから、選定困難となるケースが多いと想定されます。

そこで、この約6,000件の整形外科選定事案について分析を行っております。

資料の2、分析の(1)でございますが、直近3カ年の全体の推移をお示ししております。総数については、6,000件前後で推移しておりまして、うち選定回数が6回以上となってしまう件数については、93件から67件という状況で、件数・割合ともに減少傾向でございます。

次に、資料の(2)の発生地域別の推移でございます。こちらも直近3カ年の状況をお示ししております。表中の発生率というのは、選定6回以上となった件数を総数で割った数字でございます。

まず①の医療圏別件数推移です。全体として区の東北部が選定回数6回以上となる発生率が高い傾向にございますが、区の東北部の直近の平成28年の欄をご覧くださいますと、件数、発生率ともに減少しております。

また、直近の平成28年は、区の南部と区の東部の選定6回以上の件数、発生率が増加しております。

次に、②の区市町村別選定回数6回以上の推移でございます。こちらは区市町村別に選定回数6回以上の上位を区市の推移をお示ししております。平成26年と平成27年につきましては、葛飾区、足立区が上位にございましたが、直近の平成28年は江戸川区が最上位となっております。

以上のように、発生地域に変動が見られていることから、特定の地域で発生率が高いとも言い切れない状況になってきていると考えているところでございます。

次に、資料の右側(3)の発生時間帯、曜日の状況をご覧ください。

こちらは、平成27年と平成28年のデータをお示ししております。①は、曜日別件数の推移ですが、総数、選定6回以上ともに土曜日、日曜日の発生件数が多い状況でございます。

②につきましては、時間帯別の件数の推移をお示ししておりますが、こちらは総数、選定回数6回以上、ともにおおむね14時から18時までの間で発生件数が多い状況でございます。

資料をおめぐりいただきまして、資料2-2をご覧ください。

資料左側の(4)の傷病名でございますが、こちらも平成27年と平成28年のデータをお示ししております。全体では、打撲が最も多い状況で、選定回数6回以上では骨折が最も多い状況となっております。

次に、資料の右側、(5)の年齢区分でございます。こちらも平成27年と平成28年のデータをお示ししております。全体では、12歳から14歳が多い状況ですが、選

定回数6回以上になりますと、やや年齢が下がりがちで、おおむね6歳から9歳が多い状況でございます。

次に、(6)の初診時傷病程度でございますが、こちらも平成27年と平成28年のデータでございますが、全体では軽症が最も多い状況で、選定回数6回以上になりますと、中等症が最も多くなりますが、軽症についても5割弱を占め、軽症であっても選定困難となってしまう事案が一定数あるという状況でございます。

このような状況を受けまして、当課におきまして、昨年度医療機関のヒアリングをさせていただきました。資料左下の3、医療機関へのヒアリングをご覧ください。

昨年の10月から12月にかけてまして、搬送困難ケースが多い区の東北部の小児の二次救急医療機関4病院、東京女子医大東医療センター、博慈会記念総合病院、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター、東部地域病院を訪問させていただきました。搬送困難となる原因、その解決策などについてご意見を伺いました。

その際、多くお聞きしたご意見として、対応が難しい外傷については、一旦受け入れたとしても転送できる病院を確保してほしい、転送先があらかじめ確保されていれば安心して受け入れることができ、断る事例も減るというご意見をいただきました。

そこで、資料右下の4の今後の方向性になりますが、今後、初期診療後、対応困難な場合に転送できる医療機関、また可能であれば、転送案件だけではなく、受け入れが困難となった場合に直接受け入れる医療機関を全都的に確保いたしまして、骨折等による小児外傷患者が搬送困難とならない体制を整備していく方向で検討していきたいと考えております。

説明は以上になります。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） はい、ありがとうございました。

それでは、ただいまの小児の整形外科患者への対応についてということでの何かご意見等ございましたら、よろしくお願ひいたします。

昨年からの宿題についてということになりますけれども、いかがでしょうか。

では、有賀先生お願いします。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 有賀です。大変な症例については、たしか帝京大学の外傷センターへ運ぶという話があったような気がするんですが、この資料の2-1と2-2における帝京の外傷センターの位置づけはどんなふうになっているんですか。これは東京消防庁のほうがいいのかな。

○宮澤事業推進担当課長 帝京大学には、開放性骨折の案件として、東京ルール適用後になったものについて受け入れをお願いしているところです。

したがって、東京ルール後の案件が、ここの選定回数6回以上に含まれておりますので、おおむねこの60件から90件の中に含まれているものと考えています。

○有賀委員（労働者健康安全機構） もしそうだとすると、この4、今後の方向性は、帝京大学の外傷センターを入れるとしても、同じことがここに書かれるのでしょうか。何故

なら、対応困難な場合に転送できる医療機関があったらいい、それから受け入れの困難なところがあった場合に、受け入れる医療機関として帝京大学の位置づけがあるという話がすでにある。これはもっと増やせということですか。意味がよくわからない。

○宮澤事業推進担当課長　そうですね、帝京大学を始めとしまして、対応困難な場合に転送できる医療機関を確保するということを考えており、具体的な医療機関をここには書いていないんですけれども、それができる医療機関を見つけていこうと思っています。

○有賀委員（労働者健康安全機構）　帝京だけじゃ足りないのですか。

○宮澤事業推進担当課長　はい。

○岡会長（東京大学医学部附属病院）　窪田先生、どうぞ。

○窪田委員（成育医療研究センター）　国立成育医療研究センター、総合診療部長の窪田と申します。

先生のご指摘、最もだと思いますが、現状の日本の小児科医が非常に問題なんだと思います。例えば、軽い外傷でも、ぶつけましたとかいうことでも断るんです。それが非常に大きな問題で、自分は内科医であると、けがは診ないと。何のために小児二次救急医療機関になっているのかわからないところがあるのですけれども、実際問題、小児内科医であるということでも全く診ません。

例えば、具体的な事例としましては、私どもの成育のある世田谷に子供の夜間診療所があるんですけれども、そこの前で自転車でこけて、けがした子がいたんですが、当時そこにいた小児科医は診療しませんでした。自分たちはけがは診ません、その子はどこに行っただかわかりません、それが当たり前のように行われています。これが小児科医の現状でございます。

ですから、バックアップがきちんとあるから、軽い子を診てよというふうにも言わない限りは、多分この二次救急病院が引き取ってくれないという現状がございます。これは今までの小児科医への教育の問題がものすごく大きいと私は感じておりまして、今後、一般の小児科医に対して外傷に対する初期的な治療ができるような教育をやっていかない限りは、どんなに整形外科の先生を増やしても解決する問題ではないと私自身は思っております。

○岡会長（東京大学医学部附属病院）　そのほかどうでしょうか。東部地域というと、東大もそうなんですけど、例えば墨東病院の三澤先生とかいかがですか、突然のご指名で申し訳ないですけれども。

○三澤委員（都立墨東病院）　墨東の場合には、いわゆる内科系の疾病と外傷系の疾病とそれから小児の疾病で分けてやっておりますが、外傷系頭部打撲や転落等その他に関しては、外傷系で診ていただきます。外傷系のほうで問題ないということがあれば、内科で診るという、小児内科においてスタンスでやっております。

今お話がありましたように、正直言って、今のシステムですと、外科を回ってきている先生は、4年間小児初期研修をやられていますので、ある程度の対応はできるように

はなっていますが、我々の世代ではほとんど外傷というものには縁がなかったので、それに関しては、やはり願います、逆にどう診ていいかわからないというのが現状です。

ですから、当院のシステムでは、トリアージをする段階で、内科系と疾病系と内科疾病とそれから外科系と小児内科系で分けておりますので、最初のその段階で外傷が疑われる場合には、まず外傷系が診るというスタンスをとっています。

ただ、当院は、ある程度トリアージと各人員が確保されていますので可能ですけれども、小児科医だけで対応しているような施設では、現実的には非常に難しいのではないかと思います。整形外科の先生もそれほどたくさんいらっしゃるわけではないので、それぞれのところに配置するというのは、現実的には難しいんじゃないかと思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。先生の施設は、施設の中でできるんだけど、一般は窪田先生が言われるような事情があるんじゃないかということですね。

そのほか、いかがでしょうか。本田先生、どうぞ。

○本田委員（都立小児総合医療センター） 都立小児の本田です。当院は、基本、小児科医と救急医と両方で診ていますので、外傷系も含めて断っていないんですけど、今問題に思っているのは、救急車で今来ている人の4割ぐらいが外傷系です。救急車を年間に3,000台ぐらい受けているんですけど、そのうちの4割ぐらいは外傷系、遠方からかなりの人がある、というのは地域では受けていないという形になります。

ただ、有賀先生はよくご存じかもしれませんが、救命センターの先生方と話をする、外傷系を受けないということはないと話されています。なおかつ小児の骨折も受けるとおっしゃっています。ということは、ホットラインにかかってない限り、救命センター側に行かないか、救命センター側から救急、いわゆる軽症、中等症を断っているか、で当院に来ると思っています。当院は、基本断らないという線で診ているので、それで来るんだという形になると思っていますですね。

小児科医が外傷を診た場合、その後、骨折だった場合に、あるいは骨折の診断は難しいので、そこをきちっとやれるということがない限り、小児科医は診ないと思います。

とすると、やはりそれを診られる医者がきちっといるということが重要になってくるんですけど、だけど今度小児というだけで診ないのか、それとも救急救命センターの先生方は診るとおっしゃっているんだったら、二次救急の患者も診てほしいというか、そういうふうにしないと、全部当院に来てしまい、当院が困ってしまうということも結構あるので、救命センターのところはどう考えられているのか、私は知りたいですね。診断もそれから治療も、小児科医だけでやるのはなかなか難しいと思っていますので、もう少しそこをきちっと診ていただければと思い、質問しました。

今日は山口先生がいらしてないので、そのあたりはあれなんですけども、確かに。有賀先生。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 横田先生も山口先生もいないという。3年前までは

救命救急センターにいましたので発言します。東京の救命救急センターの特徴は、東京消防庁がこれは三次救急医療の対象であるというふうな判断をしたものと、それから二次救急病院の先生方が救命救急センターに運んでほしいというふうなリクエストをしたもの、これらでほとんど専らですよね。私の記憶によれば、お母さんがだっこして、そのまま救命センターに飛び込んできたという話もないわけではないので、今のようなプロセスでない患者さんもいるかといえはいますし、それから昭和大学の二次救急部門で診ていて、やっぱり一緒に診てよねというふうなこともありました。

ただ、今度は逆に救命救急センター側からみてもこの小児のインテンシブケアはかなりしんどくなりそうだという話になると、とりあえず受けますけれども、成育医療センターにまた運ぶという適応はどのようかと、成育の先生と相談するというのもやっていますから、比較的重篤な状況においては、そこそこの水準でやれているんだと思うんです。ただし、先程来の圧倒的多数の中等症以下というか、軽症というか、結果的にそうだったという話なので、本当は診てあげたほうがいいのかもかもしれませんが、やはり重症患者さんをいっぱい抱えていると、なかなかそうはいかないという話になる。東京では大体そういうふうなことになっております。東京消防庁、場合によっては追加を。

○森住委員（東京消防庁） 東京消防庁です。確かに選定という意味では、二次を選定して行きますので、いきなり三次に行くことは、こういった事例ではほとんどありません。ここで軽症、中等症とっていて、なおかつ選定回数が書かれておりますけど、実際にこのごろ6回、7回選定をしていくとなると、数時間、子供が痛い痛い救急車の中での状態でこの業務をやっているわけで、ほぼ夕方から夜にかけてなんですね。だから、やはりどこかでしっかり受け皿がないと、今後さらに厳しいなと思っています。

先ほど帝京の話も出ておりましたけど、やはり地域的に東京都で一つでは厳しいというところもありますし、まずは診ていただいてということも整備していただく必要があるのかなと考えます。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

どうぞ、阿真委員。

○阿真委員（「知ろう小児医療守ろう子ども達」の会） 年齢区分のところでは12歳から14歳が最も多いということなんですけれども、2歳から5歳の回数ではなくて、全体の総数で2歳から5歳が多いというのはわかるというか、こういったことに関して啓発がかなり進んでいるかなと思うんですけれども、12歳から14歳という夕方から夜にかけてというふうになると、やはり部活動やクラブ活動、そういったような活動の間の事故なのかなというふうには想像するんですけれども、部活動などの活動に関しての12歳から14歳の間の子供たちの啓発活動というのは随分遅れているというか、ほとんどなされていない、組み体操がやると注目されて中止になっているとかいうことはありましたけれども、それ以外ではほとんどなされていないんじゃないかなと思います。

ですので、今回全てこれで予防できるとか、防げるというふうには全然考えていない

んですけれども、かなりまとまった数でこれだけ出てきているので、どういった取り組みをすることで、どういった効果が生まれるのかですとか、教育委員会など、そういったところとお話の場を持っていただいたりですとか、そういった方向で考えていただくと、そもそもの発生自体を予防できる、少なくできるのかどうかということを考えていただけるといいんじゃないかなというふうに思います。以上です。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。どうぞ、橋詰委員。

○橋詰委員代理（杏林大学医学部附属病院） 杏林大学の橋詰と申します。事務サイドの立場から、確認ですが、こちらのキーワードで骨折等で一番高い件数があるのですが、例えば外傷のときに骨折以外にも頭部、腹部等の多発外傷があった場合のキーワードで、消防庁の救急車で選定理由として、選んで理由のほうをきちんと行っていただくことによって、一応当院の一・二次救急のほうに関しましては、各診療科の先生が待機をしておりますので、基本的にはお受けはできるんですが、例えば骨折のほうではお受けできるけども、脳外のほうはオペ中で対応できないといった場合の搬送も多々あるというのはお伺いしておりますので、そちらのキーワードに関して、もう少し細かい設定をしていただくことによって、応需率等も変わってくるんじゃないかと思っております。今後の細かいキーワードの見直しをできればお願いしたいと思っております。以上です。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。そのほか、いかがでしょうか。

今までいただいた意見としては、そもそも小児科医のもう少し救急体制をというようなお話と、後は、救命救急センターがどういう患者さんを受け入れるかといったようなことについて、もう少し情報を小児医療施設とも交流する必要があるのかなという感じは、確かに私どももそのあたりのことは十分よくわかってないというところがありますので、そういったようなところかなと思います。

そういう意味で、東京都のほうで、引き続きこの問題についてもう少し整理をしていただいて、最終的に今回ヒアリングをしたような医療機関が自分たちのところでとらええず受けて、それでその上で搬送するなら搬送するといったようなことで、先ほど言われたような何時間も救急車の中で待つというようなことが少しでも防げればということは、確かにおっしゃるとおりかなというふうに思いますし、東大病院も断ったりしてないかどうか不安なんですけども、思います。

窪田先生、どうぞ。

○窪田委員（成育医療研究センター） 国立成育医療研究センターの窪田でございます。

今お話ありましたように、私たち実は外傷を一生懸命診たいと思っております。ぜひ送ってください。でも全部傷病で送られたらやはり問題がありますので、しっかりと小児科医がその患者さんを診て、これは成育のほうがいいというときに送っていただければ、非常に患者さんにとっても幸せだと思いますし、私たちは言い訳はしません。何が重なっているとかなんとかという言い訳が多い医療はもうやめたいと思っております。受けま

すので、ぜひ送っていただきたい。

そのかわり、ちゃんと教育もします。周りの先生たちに軽い外傷をこういうふうに診たらいいんじゃないかという教育もしたいと思っていますし、そしてその上で連携もあって診れるというような体制を構築していきたいと思っておりますので、ぜひ成育のほうをよろしくお願ひしたいと思っています。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） 高橋先生。

○高橋委員（日本大学附属板橋病院） 日大小児科の高橋です。

これ見てみますと、やはり6回以上ということが問題で、その中の57%ぐらいの骨折の初期対応が喫緊の課題ということになるかもしれないし、2番目の打撲が18%ぐらいで、これの中に軽症が入っているのかなという気もするんですけども、骨折の初期対応と打撲に対しては、これどんな打撲かわからないのですが、自転車で転んだような人を6回連れ回すことはまずないと思うので、腹部とか、交通外傷の打撲だと脾臓が問題があったりするかもしれないというところで引いてしまう人がもしかすると思いうんですね。なので、成育や東京都立や東大、当院などが断ることはないと思うんですが、そうではない地域のところでどうやって受けてもらうかということを見ると、まず骨折ぐらいはというところの初期対応のシステムをつくるというのは、まずプライマリーに大事なというふうには思います。もちろん打撲などを小児科医が診るというのは、啓発していかなきゃいけないとは思いますが。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） では、今手を挙げたお二人、手短によろしくお願ひします。本田先生から。

○本田委員（都立小児総合医療センター） 都立小児の本田です。最終的に受け皿がない場合、こども救命と4カ所でいいと私も思うんです。ただ、全部受けると、相当な数になってしまうので、ですから普通の骨折が疑わしいだろうという形の人たちを、まず小児科医とそれから整形外科医が必ずいるところで診ればいいというふうに思うんです。もしくは放射線科医ですね、診断が難しい場合があると思うので、そこをまずどういうふうに変定するかです。救急車がどこへまず行くのかというときに、全部こども救命に行くのもおかしいと思うので、まずどこか最初からある程度搬送先を決めておくことはと思うので、その部分が大事だと思いますけど。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） わかりました。

では、森住委員。

○森住委員（東京消防庁） 東京消防庁です。先ほどのキーワードの部分で正しくお伝えしたいと思います。

これは全部救急搬送をして、診療が終わった後に分類をしたものであって、このキーワードをもって病院の変定をしているわけではありません。これは結果の分析でございます。

ですから、運んだ結果、診断が骨折だったとか、打撲だった、主な傷病を分析したも

のでございます。

例えば、事例もありますけど、9歳の男児が1メートル、公園の遊具で遊んでいたところ落下しました。一通りのバイタルと左肘の変形があります、どうでしょうか、そういう連絡をきちんとしておまして、こういう事例であっても、夕方の17時34分ですけど、22病院、経過時間、選定まで49分というようなことが日常的に起きているということでございます。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） わかりました。ありがとうございます。

時間のこともありますので、一応今回の議論はここで打ち切らせていただきます。いただいた意見をもう一回東京都のほうでご検討いただいて、ただ、かなり成育の窪田先生、本田先生初め積極的なご意見も含めて、地域の医療にフィードバックすることによって、また変わってくるんじゃないかなというふうに思いますので、そこを少し整理していただければと思います。

それでは、時間の関係もありますので、申し訳ありませんけれども、次に進めさせていただきます。

議題の2、小児等在宅移行研修について、資料の説明を事務局のほうよろしく願いいたします。

○事務局（春日） 退院支援担当をしております春日と申します。よろしくお願いいたします。

少し離れた席からご説明させていただきます。

資料は3になります。A3のものが4枚、3ページを最後に小児在宅移行研修の今年度の研修計画になってございます。

それから、参考資料としまして、参考資料2に本研修事業実施要綱と、参考資料3に東京都周産期母子医療センター等NICU入院児実態調査結果の速報値・抜粋版をご用意しておりますので、あわせてご覧いただければと思います。

それでは、資料3の小児等在宅移行研修事業についてご説明をさせていただきます。

本事業は、平成24年度から平成26年度まで、NICU病床の確保及び在宅療養等への円滑な移行を促進するために、NICU等入院児在宅移行研修事業として実施をしていました。

この小児医療協議会等でご意見をいただきまして、PICU等の確保も必要であり、PICU等に入院しているお子さんの在宅療養への円滑な移行も促進することというのを目的に含めまして、平成27年度から小児等在宅移行研修として実施をしているものです。

本年で実施3年目となりますので、本協議会でお時間をいただきまして、実施状況をご報告させていただき、また研修内容の充実に向けたご意見を頂戴いたしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

本事業の目的でございますが、四角の二つ目にありますとおり、NICU、PICU

等入院児の在宅療養への円滑な移行を促進するとともに、在宅移行後の地域における児の安全・安心な療養生活の実現を図るため、各保健・医療・福祉従事者に対して、研修会を実施することにより、NICU・PICU等入院児の円滑な在宅移行を担う人材と移行後に必要な医療・保健・福祉サービスを担う人材の育成を図るということで、実施をしております。

まず平成27年度から始めています指定二次救急医療機関向け研修についてです。この研修は、在宅移行支援病床運営事業や在宅療養児一時受入支援事業を実施する医療機関をふやすということを目的に行っています。

在宅移行支援病床運営事業といいますのは、NICUやPICUから自宅に帰られるまで中間的な施設として在宅移行に向けたいろいろお母様に対する手技習得のための支援ですとか、さまざまな調整を行うために入院をしていただく病床を確保して、支援をいただいているものです。

在宅療養児一時受入支援事業は、いわゆるレスパイト事業で、退院した後に一時的にご家族の介護負担を軽減するために入院をしていただくという事業になっています。

対象としましては、指定二次救急医療機関の看護師、理学療法士です。看護師向けには、看護師①というのは、都立東部療育センターのほうで二日間、重症心身障害児の療育支援に関する理解を深め、具体的な支援方法を実践できるという目標で行っています。内容は、療育施設の見学・実習、入所児への看護です。

看護師の②と理学療法士につきましては、都立小児総合医療センターへこの研修事業を委託しまして、重症児の理解や看護に必要な知識、技術の習得、在宅移行の具体的な支援方法を実践できるという目標で、看護師は3日間、それぞれ見学や講義、また実際に病棟に入らせていただいた看護実習をさせていただいています。

理学療法士のほうは5日間、小児のリハビリテーションを外来ですとか、病棟において実際に実習演習をさせていただいています。

実績は、下の表に示すとおりです。

本事業の目的であります在宅移行支援病床運営事業、また在宅療養児一時受入支援事業の実績につきましては、右側の現状と課題のところに表示に一覧にしてお示ししています。平成26年度から平成28年度のものをお載せしています。平成26年度につきましては、指定二次医療機関は在宅移行支援病床運営事業のほうでは、参加されていませんでしたが、平成27年度、平成28年度、1施設、2床実施をいただいております。

在宅療養児一時受入支援事業につきましては、平成26年度、1施設、1床。平成27年度2施設、2床。平成28年度、3施設、3床と、毎年1施設、1床ずつですけれども、増えているという状況でございます。

課題としましては、NICUの実態調査をしていますので、医療ケアが必要なお子さんが大体どのぐらい退院されているかというのは、調査結果で約200人ぐらいいらっ

しゃるということで把握しています。この方たちが、地域に帰られているんですけど、受入体制を整備して、家族の介護負担を軽減させる必要があるということと、NICU・GCUやPICU等から、在宅に移行するための支援を行う在宅移行支援病床や在宅療養児一時受入支援事業の利用者数、延べ利用者数と延べ利用日数につきましては、毎年両方とも増加をしているという状況で、在宅移行支援病床につきましては、平成28年度は病床利用率が100%近くあります。97.3%になっています。

さらに、これら事業を充実していく必要があるのではないかとというふうに考えております。

続きまして、2ページ目、地域の診療所小児科医師向けの研修でございます。それは、小児の在宅移行後に訪問診療等を実施していただく診療所医師を確保するということを目的に行っているものです。平成27年度まで半日で毎年講義形式で実施をしておりました。平成27年度の実績はここにお示ししているとおりです。

実施後にアンケートを行われていまして、先生方からのご意見で、より実践的な研修を希望される声が多く聞かれましたので、平成28年度につきましては、あおぞら診療所墨田の訪問診療チームの同行往診をしていただくということ、すみません、半日とありますけれど、1日です。往診に同行をしていただくのと、さまざまな診療報酬と小児在宅医療を支えるシステムなどについての講義をいただきました。

現状と課題、右側にお示ししております。なかなか小児在宅に取り組んでいらっしゃる医療機関を把握するのが難しく、データが古くて大変申し訳ないんですが、在宅患者訪問診療料の算定、乳幼児加算を算定されている医療機関と在宅児医学総合管理料の小児科療養指導料を算定していらっしゃる医療機関が年々増えているということでお示しをしています。

ただ、先ほど申しました実態調査で、平成27年度医療ケアが必要でご自宅に帰られたお子さんが177人いらっしゃったんですが、退院のときにこの小児科の訪問診療を行う診療所に退院後つながったというのが21人、11.9%でした。まだまだ人工呼吸管理や在宅酸素療法など、在宅において医療ケアを要する小児に対して訪問診療を行う診療所が少ないという声をよく聞くところでございます。こういった診療所の確保について、課題というふうに引き続き考えております。

成人の在宅診療を実施している診療所の方も小児の往診に行つて、訪問診療に行つていただくこともあり、小児科独特の成長発達を促す支援であったり、やはり成長していくので日々変わつていたり、病態が変わりやすいと、いろいろ小児の在宅医療の特性がございますので、こういった成人の在宅医療を実施していただいている先生を対象とした実践的な研修も必要ではないかというふうに考えております。

次に、下の段の保健師向けの研修でございます。これは、地域における支援を強化するということで実施をしているものでございます。

平成27年度につきましては、国立成育医療研究センターさんにご協力をお願いいた

しまして、会場をお借りして、それぞれ講師で講演をしていただいた後、NICU・GCUの見学実習をさせていただいています。

平成28年度につきましては、NICU入院児支援コーディネーター連絡会を年3回実施しておりまして、コーディネーターさんと情報交換をしていただいたり、少し連携を深めるという目的で、同時開催をしております。

右側の検証と課題がございます。この棒グラフと折れ線グラフは、平成23年度から平成26年度に実態調査の結果で、医療ケアを要するNICU等退院児が自宅に帰られた場合の住所地を各区市町村ごとにお示しをしています。区市町村によって出生数ですとか、人口規模が異なりますので、折れ線グラフでは出生千対でお示しをしています。

保健師さんには、つながるケースが多く、その下、導入あり、144人で80.4%。多くの方は、退院後、保健所、保健センター保健師との関わりを持つよう、病院さんのほうが見つないでくださっているということはあるんですが、地域によって、こういった医療ケアを必要なお子さんが退院されてくることが少なく、保健師自体がそういった医療ケアを要するお子さんに関わった経験がない、支援をした経験がないという方がまだまだ多くいらっしゃいます。入院先の医療機関は搬送などで周産期センターなど遠くに運ばれてしまったということもありますので、なかなか身近なところですぐにつながってということが難しいということもあるかと思ひ、今後もスキルアップが必要であるというふうに考えております。

次に、3枚目の多職種合同研修です。これは小児等の在宅移行支援を担うリーダー的職員の人材育成を行うということで、医療法人財団はるたか会のほうに委託をして研修を二日間丸々みっちり実施をしていただいております。

それぞれ平成27年度と平成28年度の職種別の参加者数と参加者の所属別の人数をお示ししております。平成28年度は、障害児相談支援指定特定相談支援事業所、障害児相談支援事業所、それから特別支援学校のほうにもご案内させていただいて、特別支援学校の先生なども平成28年度は参加していただいております。

現状と課題、右側にお示ししております。

また、この実態調査の結果、退院後に地域でコーディネーターの役割を担う方はどなたでしょうかという設問があるんですが、保健師が76人、42.9%で最も多く、次いで訪問看護師52人、29.4%でした。ただ、コーディネーターがいないという方は58人、32.8%と約3割の方がいらっしゃいました。

真ん中のグラフにつきましては、退院時に導入したサービスの割合、濃いほうが導入した、薄いほうが導入しなかったというところでお示ししています。やはり退院後に病状が急変した場合の緊急入院先を確保しているというところは最も多くて、次が保健所、保健センター、そして訪問看護とつながっていきます。福祉的なところとのつながりが少ないという状況でした。

課題としましては、退院後の地域生活を円滑に送るため、保健・医療・福祉・教育の

各機関が連携して支援する必要があるということと、NICUと退院後すぐには、障害福祉サービスを利用する方は少なく、サービス等利用計画作成の対象にはならないので、高齢者のケアマネ的な役割になるかと思うんですが、相談支援専門員の方の関与はほとんどないという状況でした。

また、相談支援専門員の方は福祉職であることが多くて、生活にこの医療の視点を取り入れた計画の策定に困難を生じることが多いという状況がございまして。

NICU等からの在宅療養を円滑に進めるためには、医療機関内外における多職種の連携が必須であって、やはり地域のコーディネート役を担う方がいないということは課題というふう以前からもずっと伺っている状況ですけれども、同じように、それもやはりなかなか難しいのかなという結果になっているかと思えます。

説明は以上です。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） はい、ありがとうございました。

時間がないので、もし今のご報告について、何か特にご意見がという方はいらっしゃいますか。はい。

○館林委員（読売新聞編集局医療部） 館林です。ありがとうございます。

とてもいろいろ進んでいると思うんですけども、お子さんたちの特に保育とか教育とか成長していくところで、いろいろ問題を抱えている方が多くて、医療的ケア児の方もすごいいろんなタイプの方がいらっしゃって、普通の学校に行きたいという方もいるし、支援学校に行きたいという方もいるし、保育園とかいろんなところにそれぞれご希望があると思えますので、お子さんが成長するのに困らないような体制を医療から少しはみ出たところも含めて、ケアしていただければありがたいと思えますので、よろしく願います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） 今の先生のご意見は、教育のほうにも手を出してもらえるといいかなという、そういうご意見ですか、そういうわけではなくて。

○館林委員（読売新聞編集局医療部） 学校でもやはり医療的ケアが必要で、結局受け入れられないとか、あとお母さん付き添いでとか、そういうことが余りにもたくさんあって、やっぱりお年寄りとは違うところは、お母さんの願いというのはそういう少しでも成長させてあげたいというところにあるので、そこも切れ目ないケア、福祉なのか医療なのかわかりませんが、伸ばしてほしいということです。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） はい、わかりました。ありがとうございます。

窪田先生、短く。

○窪田委員（成育医療研究センター） 大変すばらしいデータをまとめていただいたんですけども、よくわからないのが、研修会をやったこととこの現状と課題が直結してない、要するに研修会を受けた人がどういうふうになったのかというのが全くわからずに、ただ外形だけデータが出ている。違いますか。この研修会の意味、アウトカムというのがどれだけいいのかということの評価しないで、次の年も次の年も研修会を行うことに

関しては疑問を感じるんですが、いかがでしょうか。

○事務局（春日） ありがとうございます。先生おっしゃるとおりだと思います。ただ、単年度ですぐにアウトカムが出るものではないというふうに考えているところもあります。レスパイト事業ですとか在宅移行支援病床につきましては、指定二次救急医療機関さんのほうも手を挙げてきてくださっているというところで評価をしているという事実はあるかなと思います。診療所などもまたきちんと評価ができるように、調査なども行っ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。

○窪田委員（成育医療研究センター） ぜひ、この会議に参加した人が今何をやっているのかというアンケートをとってください。そうすることによって、ここに参加した人が少しでも在宅にかかわっていらっしゃるのであれば、素晴らしい研修会を行っていらっしゃるんだというふうに思いますし、そうでなければ見直したほうがよろしいんじゃないかと思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。大事なご意見。
ちょっと手短に、すみません。

○楠田委員（杏林大学） すみません。楠田です。私、NICUのほうを専門にやっておりますので、NICUの患者さんが長期に入院してなかなか在宅に移行できないということがあったので、最初のころ説明されたようにNICU病床の確保ということもあったんですけども、今はそうではなく、やっぱり子供の在宅移行を円滑にしようということなんですけど。

この参考資料の3というのが、皆さんのお手元にあると思うんですけども、その左下のところが、こういういろんな事業をやって、NICUの長期入院児がどうなったかという推移を示しております、平成24年から28年なんですけど、劇的にこういう長期入院の方が在宅移行できるようになったかということ、なかなか難しい問題がありますので、そういっておりませんが、それなりにやはりこういう事業、あるいは先ほどの研修会も含めて、我々としてはNICUでの効果がある程度数値として見えているかなという、そういうコメントです。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

先ほど窪田先生も言ったように、どういったような成果が上がっているのかというあたりについてもまたぜひご検討いただければいいかなと思いますので、また次年度以降よろしく願いいたします。

よろしいでしょうか。

今回一番大きなテーマは次の保健医療計画の改定ではないかなと思うんですが、そちらのほうにそれでは進ませていただきます。

それでは、事務局のほうからご説明をよろしく願いいたします。

○事務局（花島） それでは、議題（3）の保健医療計画の改定について、ご説明をさせていただきます。資料4の保健医療計画の改定についてをご覧ください。

まず、保健医療計画全体のお話になりますが、簡単にご説明させていただきます。

計画の性質につきましては、資料にございますとおり、医療法に定める「医療計画」を含むものであり、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」でございます。

また、計画の期間につきましては次期医療計画より6年間となりますので、今回改定される計画につきましては平成30年度から平成35年度までの計画となります。

改定の要旨につきましては、資料右上のとおりでございます。

改定までのスケジュールでございますが、資料の太枠で囲っている部分、「各疾病・事業の協議会等」という部分は本日の小児医療協議会に当たる部分でございます。本日後ほど、小児医療の骨子（案）についてご説明させていただきますが、本日の協議会で検討後、全体の改定部会で疾病ごとに検討が行われることとなります。小児医療分野につきましては、7月18日に開催されます改定部会に、各協議会等の座長、こちらの小児医療協議会で申しますと会長の岡先生にご出席いただいた上で検討されることとなります。その後、素案の検討をされまして、最終的には医療審議会で諮問、答申が行われ、公表という予定になっております。

また、スケジュールの一番下に、国の動きという欄でございますが、本年3月末に厚生労働省の医政局から医療計画の策定指針が発出されております。本日、小児医療体制の指針につきましては参考資料4としてお配りしておりますので、お時間があるときにご覧いただければと思います。

資料4に戻りますが、資料の下の部分に国の指針に示されております「小児医療体制構築」の目指すべき方向の大きな項目部分を抜粋して掲載しております。①から⑤までございますが、今回の指針では⑤の災害時を見据えた小児医療体制という項目が新たに加えられております。

資料をおめくりいただきまして、資料5をご覧ください。

こちらの資料につきましては、保健医療計画の全体像と、昨年7月に策定いたしました、東京都地域医療構想についてのご説明の資料となります。保健医療計画につきましては、今回の改定で、2025年を見据えた計画として昨年策定されました「東京都地域医療構想」と一体化されます。地域医療構想では、東京の2025年の医療～ランドデザインの実現に向けまして、資料左側にございますとおり、4つの基本目標を掲げております。これらの基本目標を達成するための具体的な事業計画となるものが、資料の右側になりますが、「東京都保健医療計画」ということとなります。小児医療につきましては、第4節の切れ目のない保健医療体制の推進の11の部分に組み込まれていく予定でございます。

資料をおめくりいただきまして、資料6-1をご覧ください。

こちらの資料から、保健医療計画の小児医療分野の骨子（案）となります。本日は、こちらの「小児医療」の骨子（案）について、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。

資料6-1につきましては、計画策定に当たりまして最初に小児医療の現状を記載しております。

まず、資料左上の1の年少人口の状況でございますが、平成29年1月の年少人口は約159万人で、人口割合は11.7%でございます。近年少しずつ増加しておりますが、将来推計では緩やかに減少していく見込みでございます。

次に、2の医療資源の状況になりますが、まず、小児科医師数につきましては、平成26年の小児科医師数は10年前と比較して約150人増加しております。また、男女比につきましては、東京は全国値と比較して女性の割合が高い状況でございます。また、小児科を標榜する病院数は10年前と比較して30の減、小児科を標榜する診療所については10年前と比較して533の減となっておりますが、診療所につきましては、小児科を主たる診療科とする診療所は約10年前と比較して20の増となっております。このようなことから、小児科の医療資源につきましては、集約化の傾向にあること、また、医師数の増加、小児科を主たる診療科目とする診療所の増加などから、環境はやや改善傾向にあるのではないかと考えております。

次に、資料右上の3の死亡の状況をご覧ください。

まず、死亡率について、乳児、幼児、児童、新生児の死亡率を資料に掲載しておりますが、概ね全国値を下回る状況でございます。

また、次に死因についてでございますが、乳幼児、幼児については先天奇形、変形及び染色体異常の割合が高く、児童につきましては、悪性新生物、自殺、不慮の事故の割合が高い状況でございます。

次に、資料の4の小児救急医療の状況につきましては、資料下のこれまでの都の主な取組とあわせてご説明いたしますので、これまでの都の主な取組の部分をご覧くださいと思います。

これまでの都の主な取組として、まず、1番が小児救急医療体制の確保でございますが、(1)小児初期救急医療体制として、区市町村が平日の夜間に行う小児初期救急医療事業に対し運営経費を補助しております。こちらの初期救急体制につきましては、年々、整備地区が拡大しておりますが、地域の受入医療機関がなかったりですとか、あとは小児科医の高齢化等の理由によって体制確保・維持が難しい地域もある状況でございます。

次に、1-(2)の小児二次救急医療体制ですが、こちらは休日、全夜間において入院を必要とする患者さんに対応する救急医療機関を確保しているところでございます。こちらの二次救急事業の実績につきましては、入院患者さんが約8%という状況で、軽症の患者さんが多い状況でございます。

次に、2番のこども救命センターの運営でございますが、小児の重篤患者を受け入れるこども救命センターを4施設指定しておりまして、また、こども救命センターのほう

に急性期を過ぎた患者の退院・転院支援を行うコーディネーターを全4施設に配置しているところがございます。

次に、3番の小児医療に関する普及啓発・相談事業の推進でございますが、まず子供の病気に関する基礎知識等の普及啓発事業を行う区市町村に補助を行っているところがございます。また、子供の健康相談室（＃8000）ですとか、夜間・休日に対応できる医療機関に関する普及啓発を実施しております。

次に、4番の地域の小児医療体制の確保でございますが、診療所の医師を対象とした臨床研修の実施、また救急医療機関に勤務する医師等への専門的な研修の実施、さらに療養支援に関する研修につきましても実施をしているところがございます。また、小児医療に従事する意思を有する医学生に奨学金を貸与し、医師を確保・育成しているところがございます。

資料をおめくりいただきまして、資料6-2をご覧ください。

こちらの資料は、小児医療における課題をお示ししております。こちらに記載しております課題を踏まえた上で、施策の目標（案）を次の資料6-3に記載しておりますので、課題と合わせまして資料6-3でご説明させていただきます。資料をおめくりいただき、資料6-3をご覧ください。

まず、資料6の目標1、小児救急医療体制の充実になりますが、最初に小児初期救急医療体制の拡充を目標として記載させていただいております。先ほども申し上げたところなんですけれども、初期救急医療体制については徐々に体制が整備されまして地域が拡大しているところなんです、地域内に受入医療機関がないなど体制確保が困難な地域については、複数区市での実施を促すなど、都全域での体制の確保に向けて区市町村へ支援が引き続き必要と考えております。

次に、小児二次救急患者の受入促進のところでございますが、本日の最初の議題にも挙げさせていただきました小児外傷患者の受入を促進する体制の確保を目標に入れさせていただいております。

また、次に国の指針4でも追加されました災害時の体制といたしまして、災害時を見据えた小児医療体制の整備を記載しております。災害時の体制構築としては、厚生労働省が昨年度から実施しております小児周産期災害リエゾン養成研修へ医師等を派遣しまして小児周産期リエゾンを養成すること、また、小児周産期リエゾンは災害時に災害医療コーディネーターをサポートして、小児周産期医療に特化した調整を行う役割を担うこととなりますが、この災害医療コーディネーターと双方が連携した総合防災訓練などを実施していきたいと考えております。また、災害時周産期医療検討部会を設置いたしまして、こちらは周産期の医療協議会が設置する部会となりますが、そちらのほうで小児周産期医療にかかわる災害時の課題ですとか、具体的な体制について検討してまいりたいと考えております。

次は目標2に移りまして、こども救命センターのさらなる機能強化という部分になり

ます。

こども救命センターは設置されてから7年が経過しているところですが、設置当初から比較しまして年々、受入患者はおおむね増加傾向にあります。そういった中で、さらなる受入体制強化のために、二次救急医療機関ですとか救命センター、また、退院支援の観点からは、地域の関係機関とのさらなる連携促進が必要なのではないかと考えております。

そこで、資料の目標2のこども救命センターの評価・検証の部分になりますが、従来のこちらの小児医療協議会での評価・検証に加えまして、現在もセンターの先生方にご協力いただいて開催しているこども救命センター連絡会等を活用しまして、事例検討ですとか、あとは他の機関との連携について検討を行うことなどによって、さらなる機能強化を目指していきたいと考えております。

また、こども救命センターに関連いたしまして、在宅移行支援の充実として、退院支援コーディネーターによる円滑な転退院の支援ですとか、あとは在宅移行支援病床、レスパイト病床の設置を引き続き促進していくこと、また、在宅移行が困難なお子様、社会的背景、親御さんのご病気などによってどうしても移行が困難なお子さんにつきましては、その実態を踏まえた上で、地域で小児の療養生活を支える支援を検討していくことについて、目標に入れさせていただいております。

資料をおめくりいただきまして、資料6-4をご覧ください。

目標3に、小児医療に関する普及啓発・相談支援事業の推進を挙げております。

小児の二次救急事業で軽症の患者さんが多いことですとか、また、死因のほうに不慮の事故の割合が高いといったようなことなどから、子供の健康に関する相談事業や、あとは医療機関の適切な利用を促すための情報の提供、また子供の事故防止に関する普及啓発事業を引き続き推進していきたいと考えております。

まず、休日・夜間に子供の急病等に関する相談体制を確保ということで、子供の受診の必要性の判断ですとか子供の健康に関する相談を行う電話相談（＃8000）を引き続き実施していくこと、また、普及啓発事業を行う区市町村へ支援を実施していくこと、また、休日・夜間も対応可能な医療機関や病気の基礎知識に関する情報を都民へ提供するため、パンフレットの作成ですとか、医療機関案内ひまわり、東京都こども医療ガイドによる情報提供を実施していきたいと考えております。

次に、目標4の地域の小児医療体制の確保でございます。

まず、小児医療を担う人材の確保といたしまして、初期救急体制ですとか二次救急医療体制の確保・維持のため、診療所医師を対象とした研修、また救急医を対象とした専門研修などを引き続き実施していくことを挙げさせていただいております。また、小児医療に従事する意思を有する医学生に奨学金を貸与すること、離職した女性医師等への復職支援を含め、医師の勤務環境を改善するために医療機関が行う取組を支援することについても目標として記載させていただいております。

また、次の項目からは、在宅医療ですとか障害者施策分野などとかかわってくるものになりますが、まず地域における在宅療養体制の充実として、こちらは保健医療計画の中でも小児医療分野とは別の項目としてございます在宅療養の分野と連携しながらの記載になってきますが、医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援していくことを目標として記載しております。

また、次の在宅重症心身障害児等の療育体制の充実につきましては、小児病棟ですとかNICUなどに入院している重症心身障害児、また医療的ケアが必要な障害児の方が退院後も身近な地域で療養・療育が可能となるよう、在宅療養支援や地域生活基盤の整備をしていくことが課題となっていると思いますが、こちらでも障害者施策の分野と連携しながら目標について記載していきたいと考えております。

また、次のこころの問題のある児への支援（小児精神科医療）でございますが、課題としては、こちらでも地域の関係機関が連携して支えていく体制の整備などがございますが、こちらでも小児医療分野とは別項目になります精神疾患分野と連携して目標について記載していきたいと考えております。

最後に、小児がん医療提供体制の充実につきましても、がん分野と連携して記載していきたいと考えております。

資料をおめくりいただきまして、資料7、東京都内における小児救急医療体制をご覧ください。

こちらは、現行の保健医療計画にも掲載しているものですが、29年の4月現在のものに更新しておりまして、こども救命センター、救命センター、あとは小児の二次救急医療機関と、あとは小児の初期救急医療事業の実施区市町村を地図でお示ししたのになります。各医療機関等の配置とあわせまして、こども救命センター事業における四つのブロック、区の北ブロック、区の東ブロック、区の西南ブロック、多摩ブロックについてもお示ししております。こちらのブロックにつきましては、次期保健医療計画におきましても引き続きこども救命センター事業の事業推進区域としてこれまでどおりのブロックで運用してまいりたいと考えております。

資料の説明は以上となります。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

来年度から始まる6年間の保健医療計画の改定ですけれども、これについて、ただいまのご説明について、ご意見、ご質問等ございましたらよろしくお願いたします。

○高橋委員（日本大学附属板橋病院） 日本大学の高橋です。質問なんですけども、小児の死因のところで見ても虐待が入ってないんですけど、これは不慮の事故の中に虐待は含まれるんでしょうか。かなり重症例が来ている、もしかしたら亡くなったかもしれないお子さんって結構いると思うんですけど。

○宮澤事業推進担当課長 厚生労働省の人口動態統計等から引っ張っています東京都人口

動態統計からとっておりますので、虐待がどこに入っているかというのは確認しないとわかりません。

○高橋委員（日本大学附属板橋病院） かなり虐待の対応も、初療を多分、小児科が、小児の救急が担当することになってしまうと思うので、そこに関しては一定の対策が必要かなというように思うんですけども。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。
小保内先生、どうぞ。

○小保内委員（多摩北部医療センター） よろしいでしょうか。多摩北部の小保内です。虐待は殺人に分類されます。国の人口動態統計もそうなんですけど、内因死と外因死に大きく分けておまして、外因死の中に不慮の事故、自殺、他殺、その他の外因死というふうに分けておまして、虐待死は殺人のほうに分類されるという格好でございます。東京都の福祉保健局が出している人口動態も全くそれと同じ分類にしてあるので、虐待死はそこに入ってくるんだというふうに思われるんですけども、東京都といわず、全国的にチャイルド・デス・レビューなどがきちんと行われていませんので、それがどこに入っているのかという細かいところまでは言えませんけれども、基本的に殺人に入っているというふうなところですよ。

昨年度、衆議院の厚生労働委員会でチャイルド・デス・レビューをやるという方向で進めましょうという附帯決議がなされていますので、東京都もこの医療計画の中にきちんとチャイルド・デス・レビューをやって、そのデータをもとに将来の医療計画を策定するということ、それから虐待とかそういうものに対する対策をきちんとつくるという方向性を打ち出していいただかないと、今後、国とのあれもありますしいけないかなと。それから、今、先生がお考えになられているような、そういった疑問が出てくるのかなというふうに感じているところです。

それから、この資料の提示のことで一つ苦言を呈したいのは、死亡率の出し方が単年で出されても意味がないんですね。死亡率というのは、年次推移を出すことによって初めてこの医療政策がうまくいったかどうかということがわかるわけで、今回のこの会議が開かれますまで、僕は、いわゆる小児救命センター事業が始まる前の2009年から2015年までの全国の人口動態調査と東京福祉保健局が出している人口動態調査を分析してきました。ここに書かれているように、おおむね東京都の死亡率、0歳から14歳までの全体の死亡率を見ても、全国よりも低いことは低いんですけど、2010年、2012年、2014年は全国を上回ります。その原因というのは、2010年と2012年と2014年は、自殺の発生率が全国よりはるかに東京都が高いんです。全国の自殺の発生率というのは、一次関数的に増えてございます。東京都の自殺発生率というのは、ノコギリの刃のように上がったり下がったりしているんですけども、その増加傾向は全国とほぼ同じ傾向で増えてございまして、これが非常に東京の死亡率、小児の死亡率に大きく影響を与えているのが自殺ということがわかるわけですね。

自殺って、死んじゃった子供をどうこうするよという問題よりも、そこに至る前の子供たちを当院のような二次救急病院でも年々受け入れる数が増えてございます。ということで、今回ようやくこころの問題を対象にしますというようなことを書いていただきましたけれども、小児救急の中にその自殺対策といいますか、こころの対策というものをきちんと入れていただかないとまずいのかなというふうに思います。

ということで、今後の対策の中できちんと子供の死因を明らかにして、きちんとした統計をとり、将来の医療政策のためにそれを使うということで、チャイルド・デス・レビューを東京都で実施すること。それから、心の問題を他分野とどうのというよりも、小児救急としてどうするのかという、きちんとした姿勢を打ち出すという方向が大事だというふうに感じております。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

小保内先生、チャイルド・デス・レビューというのは、死亡票を見ていくというのはそういう作業になるわけですか。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 今まではそういうふうな作業でしたけれども、全国的にやるのであれば、東京都は監察医務院もございますから、死因究明から何かから全てを含めてやっていけるかなというふうに考えております。

○高橋委員（日本大学附属板橋病院） おっしゃるとおりで、虐待も、それからこころの問題もまず取っかかりが医療対応できるので、それを課題として挙げていただくということはとても大事ですね。貴重なお子様が死に直結するので、ぜひ検討していただきたいというふうに思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

先生。

○松平委員（日本小児科医会） 私は小児科の開業医なんですけども、まずもって、先ほど窪田先生が言われたように、小児科医は子供の総合医であるということを自負しているんですけど、本当に外傷については余り勉強してこなかったことをまずもって反省しております。

それから、昨年、4月の診療報酬改定で小児かかりつけ診療料というのが新たに算定されまして、小児科開業医が24時間子供を診るという決まりで、電話相談もいいんですけども、そういう内容の算定条件になっておりますけれども、その中で小児科開業医が24時間子供を診ていくということがなかなか難しいということで、昨年できました小児かかりつけ診療料が、全国的に採用されているのが約4%しかありません。これは、やはり24時間診るところがネックになっております。これは#8000を利用していいことになっておりますので、東京都でも24時間、#8000を充実していただければ、もっと小児科開業医が、24時間ケアができる体制づくりになると思います。

それから、今出ました子供のこころのことですけれども、子供のこころの問題が全て

児童精神科医に行ったらとても数が足りませんので、ぜひ、日本小児科医会では年に4日間、500人ぐらいが4日間缶詰になりまして、「子どものこころ」研修を受けております。全国に約1,000人の認定医がございますので、身近な軽い子供のこころの問題でしたら、地域の小児科、開業医をぜひ利用していただきたいと思います。

それから、もう一つだけ。我々が危惧しているのは、今、地域包括ケアシステムの構築とか地域医療計画が各論じられておりますけれども、大人の急性期病院が減少されて、慢性期病院になる傾向にあると思いますけれども、その中で病院全体の急性期病院が減って子供の急性期病院がそれとともに減らされてしまうのは、季節変動性がある子供の入院にとっては非常に危惧しておりますので、その点につきましても東京都で考えていただきたいと思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

窪田先生、どうぞ。

○窪田委員（成育医療研究センター） どこに入るのか難しいんですけども、先般ユニセフから子供の貧困の問題が出たと思います。日本の国は子供の幸せの較差が先進国で下のほうだと、非常に較差が大きいというようなデータが出ております。それに対して、小児医療を担う人間として、子供の貧困の較差の解消というところに、やはりポイントを一つ当てていただきたいというふうに思っておりますので、ぜひ。東京って本当に子供幸せなんですかという、救急と在宅だけ充実していれば幸せなんですかということだとも思うんですね。幸せじゃない子供がいるんだとしたら、その理由をつかんで対策を講じなければいけない、そういうふうに思っておりますので、ぜひ子供の貧困という問題に関して取り組んでいただきたいと思っております。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

じゃあ、どうぞ。

○阿真委員（「知ろう小児医療守ろう子ども達」の会） 資料6-1なんですけれども、下の「これまでの都の主な取組」の啓発のところなんですけど、平成26年度から28年度まで、10カ所、9カ所、12カ所ということで、せっかくこの事業があつて都が補助をしてくださるということなんですけど、半分も全然いかないような自治体、市区町村がこれを使っているということで、これは非常に残念かなと思います。

6-4のところには、子供の健康に関するもの、事故防止に関するもの、医療機関の情報の提供というふうにありますので、この普及啓発を行う市区町村への支援のところにも、病気のことだけではなくて、子供の病気の基礎知識ももちろんですし、子供の事故防止に関する普及啓発活動とか#8000の周知だとか、そういった幅広いところで、あと子供のこころの話ですとか、そういったところの子供に関わる医療的なものであれば支援をするというような幅広い目でもってやっていただけると、もう少し市区町村がこれを実施、これ多分10カ所、9カ所、12カ所というのもほとんどパンフレットを

作成するとか、ほかのやっているところも知っておりますけれども、ほとんど余り動きがないのが現状かと思っておりますので、幅広く支援をしていただけると、もっと活発に市区町村が動いてくださるのではないかなというふうに思います。

以上です。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

本田先生、どうぞ。

○本田委員（都立小児総合医療センター）

今回新しく医療計画に加わった小児周産期リエゾンですけれど、熊本で比較的うまくいったのは、熊本県も市も含めて、全体的に把握が非常によかったから。NICUも、それからあと重症の心臓の術後の患者さんも、搬送もうまくいったし比較的早くできたんですけれど、東京都全体で全体をリエゾンが把握できるというのは私は考えにくいと思います。なおかつ、熊本の場合というのは、もともと小児の二次救急の全体が常に連携がとれていた。小児というのを考えたときに、やはり広域でないといけないんですけれど、その広域の部分はどういうふうに考えるのかを検討せずに、リエゾンだけつくれば全てうまくいきますよということは絶対ないので、リエゾンとその広域の小児の医療圏みたいなものとの連携みたいなことをきちっとやって訓練をしていくという形、ということとはふだんの二次救急、三次救急も含めたようなネットワークの構築がきちっとできてないと難しいところがあるんです。普段の構築から。だから、これ在宅医療の問題と全く同じですけど、普段の構築からきちっとやっておかないと、多分リエゾンだけつくればいいというものじゃないんです。そこをうまく書き込んでいただければいいかなと思います。

あと2点あります。簡単に言います。

在宅医療の問題で、特に重心の場合にはこれは大島分類の4分の1は保健所がやることになっています。その重心と、医療的ケア児の中でも非常に重い患者さんと、多摩地区の場合には市町村と、それから保健所はそれぞれ1市に1保健所じゃないものですから、この連携がうまくいってないので、ぜひここの連携をうまくきちっとやれるような体制の構築を書き込んでいただければと思います。

それから、こころの問題はあるんですけれど、発達障害支援法の関連になりますが、これをどこへ書き込むのかよくわからないんですけれど、発達障害の患者さんをどういうふうに診るかというのは相当大きな問題にはなっているとは思いますが、その問題をここに書き込むということでもよろしいのでしょうか。この発達障害と小児科、あるいは児童精神科も連携してみないといけないのですが、発達障害支援法の関係というのはどこに入ってくる、精神のところでもよろしいのでしょうか。

その3点を追加します

○宮澤事業推進担当課長 発達障害関係につきましては、精神医療の分野で書く予定で考

えておりました。ここでは精神疾患の医療等と連携する形で小児のほうにも書き込んでいくと、そういうことを考えておりました。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） あと、そのほか、よろしいですか。

清原先生。

○清原委員（東京北医療センター） 東京北医療センターの清原です。

在宅医療の件です。NICUから卒業して、退院されて在宅医療に行くというのがありますし、PICUとか救命救急から戻って在宅医療に行くんですけど、結局、10歳でも5歳でもいつかは15歳、20歳、25歳になっていって、実は15、6歳から20歳ぐらいを過ぎたころから、どこに移行してくるかが非常に難しく、小児科が全部診ていければ一番いいんでしょうけどマンパワー的にかなり厳しくなってくるのと、それをやると二次救急病院とか急変で入院したときに恐らく小児病棟を圧迫してしまって、実際、救急が回らなくなるという現実も生じているので、全部じゃなくてもいいですけども、ある程度そういう大人に移行する段階をどうやっていくのか、例えば総合診療医とかほかの在宅医療はどのように子供を受け入れてくれるのか、大人と同じように受け入れてくれればいいんですけど、小児だから、あるいは小児だったからということで、受け入れ方にギャップがあるような印象もあるので、そのあたりも今後の検討に入れてもらおうと、先行きの患者の数とそれを診れる医師との、あるいはいろいろな医療資源とのバランスがもう少し改善するのかなという印象があるので、それも検討に入れていってあげればと思います。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

大体よろしいでしょうか。

そうしましたら、今いただいたご意見を私のほうでよろしければ預かりというふうにはさせていただきます、7月18日の改定部会ではこの部会でどういう意見が出たかというのをできるだけお伝えできればいいかなというふうに思っています。それ以外の部分に関しては、一応皆さんご了解いただいたということで基本的には進めさせていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、本当に時間がなくて申し訳ないんですけど、次のこども救命センター運営事業の実施状況についてのご説明をいただけますか。よろしく願いします

○事務局（花島） それでは、議題4の東京都こども救命センター運営事業の実施状況について、資料8と9でご説明させていただきます。

まず、資料8のこども救命センター運営事業実績報告をご覧ください。

資料8の左側には、こども救命センターの概要と、小児医療連携の拠点機能として地域ブロック会議などを実施していただいておりますので、その取組を記載しております。平成28年度は各ブロックで地域ブロック会議を1回ずつ行ってございまして、地域の医療機関等との連携会議をそれぞれのセンターのほうで行っていただきました。さらに、こども救命センターには小児臨床教育の拠点としての機能もございまして、臨床教育を

していただく地域の医療機関に対して、地域研修会を開催していただいております。各センターで研修テーマを工夫していただいで、取り組んでいただいでいるところがございます。

資料の右側になりますが、こちらは平成28年度の東京都子ども救命センターの受入実績でございます。P I C U、I C Uに入室した者のみを集計しておりまして、他県からの搬送については除いております。実績でございますが、転送のみの集計を上段に、転送・直送の集計を下段に記載しております。

平成28年度における受入実績でございますが、転送、直送の案件を中心に説明させていただきます。4センターの合計で、平成28年度につきましては761件ございました。近年、増加傾向にございましたが、平成28年度についてはやや減少しているところがございます。

年齢については、1歳から6歳が最も割合を多く占めているところです。

時間帯については平日の時間外が最も多い状況、搬送された理由につきましては、呼吸障害ですとか中枢神経系の障害が多いところがございます。

搬送依頼元につきましては、医療機関からの転送が4割、救急車の直送が約6割といった状況でございます。転院搬送の中でも、ブロック内の二次救急からの転送が多い傾向となっております。

⑤の搬送方法につきましては、3区分に救急車の搬送を分けておりまして、救急車（当院チーム同乗）は子ども救命センターの医師などが同乗して搬送された案件、救急車（搬送元同乗）は転院搬送依頼元の医療機関の同乗、救急車（他）は救急隊のみでの転送のことございまして、これらの救急車を使用した搬送の数は約50%となっております。

続いて、⑥の初診時傷病程度ですが、重篤と重症を合わせて約9割になっております。

次に、⑦の搬入後の診断ですが、多かったところでは、脳神経系、呼吸器系、外傷でございました。

⑧の各種デバイス、救急時にどのような処置をしたかの実人数を記載しておりますが、CMV、人工呼吸管理ですとかA-l i n e（動脈圧ライン）が多くなっております。

続いて、⑨の転帰についてでございますが、転院が搬送元、他院転院の二つ合わせて13%、退院が約80%となっております。

資料をおめぐりいただきまして、資料9の東京都子ども救命センター受入実績の推移でございます。こちらは直近5カ年の実績の推移を、概要でございますがご覧いただければと思います。

受け入れた患者の年齢についてですが、1歳未満というのが平成24年度は25.8%だったところが、年々おおむね増加傾向にございまして、直近の28年度ではやや割合が減少しております。逆に、7歳以上が26.4から22.9%と減少傾向にございます。直近で平成28年度はやや割合が減少しているんですけども、29.8%と

なっております、1歳未満の状況が増加傾向にあるというところでございます。

搬送依頼元ですが、ブロック内の二次救急医療機関等からの搬送が増加傾向にございます。

初診時傷病程度につきましては、例年と同様の傾向なんですけれども、重篤・重症の割合が高い状況でございます。

搬入後の診断について上位3項目は、直近5カ年、全て脳神経系、呼吸器系、外傷で、全体の7割前後でございます。

最後に、転帰でございますが、搬送元転院が平成24年度は5.5%で、平成27年度についても5.2%という状況でしたが、直近の平成28年度については7.8%という状況で、前年と比較して割合が上がっているところでございます。

本日、参考資料の5といたしまして、都内救急搬送案件のうちの三次救急搬送案件の状況もお示ししておりますので、お時間のあるときにご覧いただければと思います。

説明については以上となります。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

それでは、ただいまの内容について、ご意見、ご質問等ございましたらよろしく願います。特にそれぞれのセンターの先生、いかがですか。よろしいでしょうか。

それでしたら、これは毎年の運営の状況のご報告ということで、引き続き事業の運営に、各センター、よろしく願います。

それでは、続いて、引き続きまして、議題のその他になりますね。事務局のほう、よろしく願います。

○事務局（花島） その他といたしまして、一つ報告事項になりますが、こども救命センターの設置及び運営に関する要綱につきまして一部改正を行いましたので、ご報告いたします。参考資料6の東京都こども救命センターの設置及び運営に関する要綱をご覧ください。

改正した部分がこちらの4ページになります。今年度の4月より、従来の成育医療センター、小児総合、日板橋病院に加えまして、東京大学のほうにも退院支援コーディネーターを配置していただくことになりまして、こども救命センター全4施設に配置されることになりました。これに伴いまして、こども救命センターの施設要件の人員体制の部分、網かけの部分を追加しております。退院支援体制を確保するにあたりましては、急性期を脱した患者の円滑な退院・転院支援を行う退院支援コーディネーターを配置することが望ましいということ、施設要件として加えさせていただいております。

こども救命センターの先生方、コーディネーターの皆様については、転院・退院支援にご尽力いただいているところでございますが、引き続きよろしく願います。

以上、ご報告になります。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。

ただいまの件について、何かご意見、ご質問等ございますでしょうか。よろしいです

か。

どうぞ。

○館林委員（読売新聞編集局医療部） 先ほどのお話もあって、ほかの分野の取材でもそうなんですけど、病院は何かその社会的な問題がわかる窓口でもあるような気がしますので、その退院支援コーディネーターのその前の（1）の医療ソーシャルワーカーのところに書いてあるんですけど、例えば自殺未遂とかしたら誰か、松平先生のところでもいいですけど、どなたかにつないでもらえるとか、虐待の方とかも、身体だけじゃなくてそういうメンタルなケアもどこかにつないでいただけるようになっているといいなと思いました。

○岡会長（東京大学医学部附属病院） ありがとうございます。貴重なご意見だと思います。

そのほか、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

一応、本日の議題というのは以上なんですけれども、まだ少し時間があるので、何かこれだけは言っておきたいというようなことでご意見等ございましたら、よろしく願います。

どうぞ、正木先生。

○正木委員（東京都医師会） 全体を通してなんですけれども、先ほど窪田先生がいわゆる研修会、地域医療の一端として研修会をやりましたけれども、在宅に関しての勉強会を行いましたけれども、これは数値としては出ておりませんが、地区医師会の開業医の先生方が少しずつ手挙げをしてきてくれているのは事実です。ですから、役に立っているのは間違いないと思います。ただし、開業医が一人で重症の患者さんはとても診られません。こちらで講演をされている前田先生という先生は、これはこれを専門になさっているのでチームでやっております。ですから、我々開業医もチームをつくってやっっていこうという、少しずつそういう動きが出ておりますので、もう少し先生待っていただければ、満足していただけるんじゃないかと思います。

もう一つは、読売新聞の方でしたね、先ほどのお話がありましたね、医療的ケア児のいわゆる学校へ行くということなんですけれども、これもちょうど始まったばかりでございます。今、各地区に教育委員会、学校、医師会、皆さん、多職種でもって話し合いをして、いわゆる医療的ケア児を受け入れる体制をつくりなさいよと、そういう推進する委員会のようなものをつくってくださいというお触れが出たばかりでございます。

実は、つい1カ月前なんですけれども、東京都医師会にある学校から手紙が参りました。突然その医療的ケアの子供が入ってきたと、母親がまず学校へ送ってきてすぐそのまま置いて帰って、何もかもやれというふうなことであたふたしてしまったということの事実がございますので、これもこれから時間をかけてやっていく、もう必ずやっしていきますから、少し時間を下さい。

それでは、本日の協議会は終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後 7時47分 閉会)