

平成26年度 第1回東京都小児医療協議会
会議録

平成26年9月12日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○八木課長 それでは、定刻になりましたので、平成26年度第1回東京都小児医療協議会を開催いたします。

先生方におかれましては、お忙しい中ご出席いただきまして、どうもありがとうございます。

私は、医療政策部事業推進担当課長をしています、八木です。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、開催に当たりまして、福祉保健局技監、前田よりご挨拶を申し上げます。よろしく申し上げます。

○前田技監 福祉保健局技監の前田でございます。今日は、大変こんな夜分、また、皆様方ご多忙の中おいでいただきまして、ありがとうございます。今年度の協議会の開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本協議会、ご存じのとおり平成22年から、東京都における小児医療体制の確立あるいは充実ということと、そして救急医療の充実ということを目的としまして、都民の代表の方、あるいは学識経験者、医療関係の代表の方においでいただきまして、さまざま貴重なご意見をいただいているというところでございます。特に今この協議会におきましては、これまで三次救急医療には東京都こども救命医療センター、この運営でございますとか、あるいは身近な医療におけます、地域におけます平日夜間帯の初期救急医療の確保について、さまざま貴重なご意見を賜りまして、それを東京都におきましては、それらのご意見を踏まえまして、こうした小児救急医療体制の整備に努めているところでございます。

本日の議題になっておりますけれども、この東京都こども救命センターは、患者の受入実績は事業を開始した平成22年以降、非常に増加傾向にございまして、これはやはり小児の重篤患者の救命医療におきまして、この救命センターが一定の役割を果たしているということを示すものではないかと思っております。ただ、そうした一方で、やはりこの救命センターにおきまして、急性期の治療を終えた後にも当該病院の中に継続して入院するという事例などが多く発生しておりまして、そのために各センター新たな患者を受け入れることができないというような、そのために空床を確保するために苦慮されているという、いわゆる出口問題というのもやはり顕在化してきているという状況でございます。また、そのために、こうした問題を通した対応も今後協議していかなければならない課題ではないかと考えております。

いずれにいたしましても、東京都として今後の小児医療の充実・強化につきまして、また図っていかうと考えておりますので、本日もまた貴重なご意見を賜ればと考えております。どうかよろしくお願いを申し上げます。

○八木課長 ありがとうございます。

本日は、委員改選後、第1回目の協議会となりますので、お手元の資料1、委員名簿

に従いまして、本日ご出席いただいている委員をご紹介させていただきます。

知ろう小児医療守ろう子ども達の会、阿真委員でございます。

読売新聞編集局、館林委員でございます。

昭和大学病院、有賀委員でございます。

東京女子医科大学、楠田委員でございます。

東京都医師会の正木委員ですが、若干遅れているようでございます。

続きまして、日本小児科医会、松平委員でございます。

東京大学医学部附属病院、岩中委員でございます。

一つ飛びまして、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、澁谷委員でございます。

東京北医療センター、清原委員でございます。

多摩北部医療センターの小保内委員も遅れているようでございます。

続きまして、特別区保健衛生主管部長会、福内委員でございます。

東京都市福祉保健主管部長会、雨宮委員でございます。

なお、日本医科大学付属病院の横田委員の代理として増野様に、東京消防庁の松川委員の代理として新藤様にお越しいただいております。

他の委員につきましては、欠席の連絡をいただいております。

また、本日はオブザーバーとして、国立成育医療研究センターの森先生にお越しいただいております。三つ目の議題にあります、小児の死因調査についてご説明をいただくこととなっております。

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。

医療改革推進担当部長の矢内でございます。

救急災害医療課長の遠藤でございます。

次に、配付資料の確認をいたします。お手元の資料をご覧ください。資料は、資料1から6までと、参考資料が1から4、それからA4カラーのパウチをしております、東京都こども救命センターのご案内が配付されております。

資料に不足等がございましたら、挙手にて事務局にお知らせいただければと思います。

なお、本日の会議ですけれども、東京都小児医療協議会設置要綱の第8に基づき、会議及び会議に関する資料、議事録、こちらは公開となっておりますので、委員の皆様方、ご了承をいただきたいと思います。

また、本日カメラをお持ちの取材の方はここまでとなりますので、カメラをお持ちの方はご退室いただければと思います。

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。委員からのご推薦ございましたら、よろしく願いいたします。

岩中委員、お願いします。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） この協議会は、長年、小児専門病院にお勤めになっている阪井委員が委員長で、大変継続性が重要な協議会でございますので、このままもう一期、阪井先生に委員長をお願いしたいと思います。いかがでございましょうか。

（拍手）

○八木課長 ありがとうございます。

それでは、阪井先生に会長をお願いしたいと思います。会長席にお移りください。

続きまして、会長代理ですが、同じく設置要綱第5の3により、会長に指名していただくということになっております。

阪井会長、すみませんが、会長代理のご指名をお願いいたします。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 継続性が大事だということであれば、ぜひ松平先生をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

（拍手）

○八木課長 ありがとうございます。

松平先生、会長代理の席にお移りください。

本日の協議会の終了予定ですが、20時30分を予定しております。

それでは、これより議事に入らせていただきます。阪井会長におかれまして、これからの進行と一言ご挨拶をいただければと思います。よろしくをお願いいたします。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） では、着座にて話をさせていただきます。

岩中先生に言われると、私いつも断れないものですから仕方がないんですけど、2期やらせていただいたということで、もう一期はやらせていただくとは思っておりますし、松平先生もご快諾くださいましたので、またこのコンビでやらせていただきます。

思い起こせば、小児救急医療が社会問題化したのがもう1990年代、10年以上前ですかね。それから、この協議会が立ち上がって丸4年、今年は5年目になるのですかね。それで、東京都の小児救急医療に関しまして、特に救命救急医療あるいは初期救急医療に関しまして随分整備されてきたと思って喜んでおります。その一方で、それに伴って、また新たな転院・退院の問題だとか、その後の問題だとか、それから、慢性化した患者さんの在宅医療とか、いろいろ救急に進歩に伴った問題も出てきていると思いますので、この協議会ではあれもこれもはできませんけども、広く皆さんのご意見をいただいて、行政のほうの参考にしていただければと思いますし、従来どおり、進行系の私も意見を言わせていただきたいというふうに思っております。よろしく申し上げます。

それでは、8時半までお時間をとっていただいているということですので、今日は報告事項が多いようですけども、まずは、こども救命センターの制度が発足してもう何年もたちますので、これはご報告が中心ですかね、資料が二つありますので、事務局からまず説明をお願いいたします。

○事務局（谷本） 小児救急医療係の谷本と申します。すみません、着座にて説明させていただきます。

それでは、資料2、平成25年度東京都こども救命センター運営事業実績報告についてで説明させていただきます。資料2をご覧ください。

資料2、左上をご覧くださいと思います。こども救命センターの概要ですが、東京都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の受入要請があった場合に、必ず受け入れ、迅速かつ適切に救命措置を受けられる体制を確保し、安全・安心な小児医療体制を整備することを目的とするものでございます。

恐れ入りますが、先ほどご説明しましたパウチしたA4の資料、東京都こども救命センターのご案内をご覧くださいと思うのですが、改めてですが、こども救命センターについての確認をさせていただければと思います。こども救命センターは、都内4ブロックに1施設指定しておりまして、東京都の地図、この地図上では赤い星印のところに4センター、東大病院、成育医療研究センター、日大板橋病院、小児総合医療センターがございまして。

裏面をご覧くださいと思います。どのような患者が対象となるかということですが、おおむね0歳から15歳までの以下の疾患に該当する患者で、緊急に救命処置が必要なものでございます。一つ目といたしまして、小児重症救急症例で、急性期の救命処置で、例といたしましては、呼吸循環管理を要する症例、中枢神経管理を要する症例、重症外傷・中毒などの外因系救急疾患の患者を挙げております。また、そのほかに、2をご覧くださいと思うのですが、その他の重症例で、こども救命センターでの診療が適切と判断された症例などがこども救命搬送システムの対象症例となります。

次に、システムの流れですけれども、救命センター及び二次救急医療機関等の施設におきまして、救急の初期診療を行っていただき、その後、継続的な処置が困難だということになりましたら、2番のところをご覧くださいと思うのですが、ブロック内の東京都こども救命センターに受入要請をしていただくということになっております。

少し飛びますが、システムの流れの5番をご覧くださいと思うのですが、こども救命センターにおいて、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の協議の上、転院搬送を行うということになっております。

その下にシステムの流れの図がございまして。水色の太線の矢印、二つございまして、病院からの受入要請があったものがこども救命搬送システムの対象ということになります。

それでは、もう一度、資料2のほうにお戻りください。左側のところ、こども救命センターには、救命治療を行っていただくことに加えまして、小児医療連携の拠点機能として地域ブロック会議を実施いただいております。平成25年度の取り組みとしましては、地域ブロック会議を各ブロックで1回ずつ行っており、例えば東大病院では、転院・退院体制の現状と課題を議題といたしまして、地域の医療機関等と連携会議を行っていただきました。また、こども救命には、臨床教育の拠点機能として地域の医療機関

等に対しまして臨床教育等をしていただく地域研修会を開催していただいております。研修内容は資料のとおりですけれども、より多くの方にご受講いただけるよう、各センターで取り組んでいただいております。

続いて、資料の右側ですが、こちらは平成25年度東京都子ども救命センター受入実績でございます。PICUに入室した者を集計しておりますが、うち、他県からの搬送は除いております。実績ですけれども、昨年までの集計と異なり、24年度実績報告までは転送・直送の集計のみお伝えをしておりましたが、25年度実績、今回からは転送のみの集計と、転送・直送の集計の二つに分けております。

先ほどパウチした子ども救命のご案内のシステムの流れ図で申しますと、水色の矢印が転送、三角形の右脇に患者発生現場、重症と判断された場合で、グレーの矢印で子ども救命センターに向かっているものが直送となります。ただ、資料2の右側の上の四角の枠の中の丸の三つ目に、直送についての説明を書かせていただいておりますけれども、救急隊からの受入要請によるものというふうになっておりますが、すみません、こちらについては、それ以外にも独歩やタクシー、民間救急なども含まれていることをご了承いただければと思います。

平成24年度までの実績につきましては、転送と直送の合計数値でお伝えしておりますので、今回も転送・直送の案件を中心に説明させていただきます。

まず、平成25年度における受入実績ですけれども、4センター合計で623件ございました。24年度実績は473件でしたので、前年度に比べ増えてはおりますが、24年度までは、都立小児総合医療センターが24年度までの実績に三次救急からの受け入れのみを実績としてカウントしていたため、単純な比較は難しくなっております。①の年齢についてですが、1から6歳が全体の44.1%で多くを占めております。

続いて、②時間帯ですけれども、平日の時間帯が最も多く全体の5割弱となっております。

次に、③搬送された理由についてですが、呼吸障害や中枢神経系の障害が合わせて6割となっております。

続いて、④搬送依頼元についてですけれども、医療機関からの転送が4割、救急車の直送が6割といった状況でございます。転院搬送の中でも、ブロック内二次救急からの転送が多い傾向となっております。

次に、⑤搬送方法ですが、救急車搬送については3区分に分けております。救急車（チーム同乗）というのは、子ども救命センター等の医師等が同乗して搬送された案件のこと、救急車（搬送元同乗）につきましては、転院搬送、依頼元の医療機関の同乗、ほかにつきましては、救急隊のみで搬送のことです。これら救急車を使用した搬送数の合計は64.8%となっております。その他には、先ほど申し上げましたように民間救急車やタクシー、独歩、ドクターヘリなども入っております。

続いて、⑥初診時傷病程度ですが、重篤と重症、合わせて90.2%となっております。

す。なお、この欄の一番右、その他に143件という数字が入っておりますが、これは傷病程度を把握できなかった案件で、比率の計算には算入しておらず、記載をバーとしております。

次に、⑦搬入後の診断ですが、多かったところでは、00脳・神経系、02呼吸器系、20外傷でございます。

続いて、⑧各種デバイス、緊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。CMV、人工呼吸管理やA-line（動脈圧ライン）が多くなっております。

続いて、⑨転帰についてですが、転院が搬送元、他院からの転院の二つ合わせて12.8%、退院が80.3%となっております。

資料をおめくりください。次に、資料3、東京都こども救命センター受入実績の推移でございます。今までは資料2だけの単年度の受入状況のみをご報告しておりましたが、平成22年度から事業を実施しておりますので、その推移を概要ですけれども、ご覧いただければと思います。なお、先ほども申し上げましたように、22年度から24年度までの実績につきましては、都立小児総合医療センターさんが三次救急医療機関からの搬送のみ計上されておりますので、単純な比較ができないことをご了承いただければと思います。

まず、受け入れた患者の年齢につきましては、1歳未満が平成22年度は20.9%でしたが、25年度になりますと30.3%と増えておりまして、逆に7歳以上につきましては、35.7%から25.5%と減ってきております。

次に、搬送依頼元ですけれども、ブロック内の二次救急医療機関等からの搬送が増えてきております。

次に、初診時傷病程度ですが、重篤と重症を合わせた割合が23年度につきましては74.8%、25年度が90.2%と増えておりまして、重たい患者に集約されてきているのがうかがえるかと思っております。

続きまして、搬入後診断ですが、上位3項目は22年度から25年度まで、呼吸器系、脳・神経系、外傷で全体の7割前後というような状況になっております。個々の占める割合が、その3疾病で変わってきておりまして、特に呼吸器系が22年度は18.9%だったのですが、25年度では27.4%と多くなってきております。

最後に、転帰ですけれども、こども救命案件は患者の状態が落ちついたら搬送元に返送することになっておりますが、平成22年度の6.1%から平成25年度の8.0%と低い水準で推移しておりまして、退院が71.4%から80.3%と増えてきているというような状況になっております。

あと、すみません、参考資料としてお配りしております、参考資料2-1、2-2ですけれども、こちらにつきましては、東京消防庁の救急搬送案件のうち、こども救命センター4病院への搬送件数を掲載しております。参考資料2-1は重症以上、2-2は転院搬送分を掲載しております。これまでの資料2、資料3との整合性がとれた数字で

はないんですけれども、重症患者のうち、どのくらいの割合がこども救命センターに集約されているかを示すために添付してございます。

例えば資料2-1の1、発生圏域別救急搬送数ですが、二つ目の平成25年度のテーブルをご覧いただければと思います。太字の丸で囲っておりますもののうち、右側の丸をご覧いただければと思うのですが、平成25年度に都内救急搬送数が1,531件ありまして、そのうちのこども救命センターと指定している医療機関に搬送された件数が、その左側の太い丸、530件で、点線の丸の全体で見ますと34.6%になります。4センターに34.6%集約されておるといったような状況になっております。平成24年度の実績につきましては、その上のテーブルをご覧いただければと思うのですが、全体の31.9%が集約されているといったような状況でございます。

平成25年度の東京都こども救命センター運営事業実績報告の説明は以上です。

○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。

さっき、ちょっと私、全体像を最初に申し上げなかったんですけど、一番最初の今日の式次第というか、表紙のところに議題がありまして、議題は今日、その他を入れて四つといたしますか、今は1番のこども救命センター運営事業の実施状況についての、最近、直近、この1年のご説明でした。何かご意見、ご質問などございましたでしょうか。

どうぞ。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） 都立小児総合医療センターの澁谷ですが、参考資料2-1で、平成25年度の医療機関名の重症以上の救急搬送内訳が出ておりますけれども、先ほど谷本係長にちょっとご質問させていただいたのですが、当センターが131で、成育医療センターが228ということで出ておりますけれども、重症以上の定義というのはどうなっているかとちょっとお聞きして、この表はどこから集計されたかということをお聞きしたのですが、これは東京都の消防庁からの資料ということで、重症以上というのが生命の危険が高いということで非常に漠然としておりまして、それはやはり施設によってどういうふうに、どういう状況で重症ととるかによって、かなり重症の集計が変わってくるのではないかとというふうに考えておりまして、一つは、実際に救急搬送を当センターでは日に大体平均して9から10あって、1年間に3,000数百、3,400前後ありまして、それは現場の者に聞きますと、成育医療センターとほぼ同じ、時に当センターが多いというふうに聞いておりますので、それで重症が約倍近く違うとなると、やはり基準が施設によってまちまちではないかと。当センターの場合は、PICUに入院する必要があると思われる案件を重症以上というふうに原則しているという現場の回答でしたので、そのあたりが統一されて集計されているかということがちょっと気になります。もし同じような基準でこの数字が出ているとしたら、多摩地区の救急車の利用が軽症にかなり偏っているという問題も考えなくちゃいけないことになると思いますので、そのあたりはこういう表を見るときに少し考えていただく必要があるのではないかとというふうに考えています。一つのあれとしては、救

急車の台数が何件のうち、重症何件という形にしたというところが、もし集計で出れば、より一つ参考になるのではないかというふうに思いました。

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。この重症どうこうというのは、ごめんなさい、ちょっと聞き落としたかな、東京消防庁の救急隊員の判断ですか。

○八木課長 搬送する際に観察カードのほうで、一義的には判断するのですが、病院に運んだ際に、病院の先生がこの患者は初診時、重症なのか、重篤なのか、軽症なのかということで判断した、その病院の先生の判断で集計しております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ああそうなの。そうすると、じゃあ4病院でちゃんと基準を合わせればいいということですよ、澁谷先生のポイントは。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） そうです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） それはできますよね。

○八木課長 各病院さんのほうと調整をさせていただいて。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうそう、4病院の代表を集めて、現場の人を集めて、こういうふうにしようよという、ちょっと食い違っている、例えば東京都立はP I C Uに入ったケースを重症にすると。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） P I C Uに入ると、要するに救急隊の人に最初に搬送が来て、最初にほんの数分で見たところの状態をすぐ丸つけてお返しすることになっていると思うのですけれども。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 早く帰りたい場合もあるでしょうからね。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） ずっと救急隊を引きとめておくわけにはいきませんので。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですね。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） いろいろな検査結果が出る前に判断しなくちゃいけないので。最初の対応した医師が、この患者がP I C Uに入院する必要があるかどうかと判断したときに、当センターでは重症、P I C Uに恐らくこの子は入院しなければいけないと判断したときに重症に丸つけることにしているということなんですけど、その辺の基準を統一したほうが、より比較しやすいんじゃないか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。成育医療センターも多分同じようにしているような気はしますけどね。それは、でもちょっと、4病院だから基準としておいたほうがいいんじゃないですかね。

○八木課長 はい。では、そのような機会を設けさせていただいて、調整のほうをしたいと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） お願いします。

ほかにご意見ございますか。

東大は、岩中先生、何かご意見ありますか。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） 今のご意見に、基本的に反対するものではありません。基準を統一するのは非常に重要なことだと思っています。施設の環境といえますか状況が違いますので、例えば、恐らく日大板橋はP I C UがなくてI C Uに入れていらっしゃると思いますけど、うちは6床でP I C Uに直接入るといのはもうとんでもないものだけで、ほとんど1回、一度、小児科病棟に入院させて管理をする、個室あたりで管理することが多いですから、その組織、施設の基準で考えるというよりは、皆さん、やはり小児救急医療に携わっている現場の方々ですと、こういうことにしましょうよという基準をつくること自身は、臨床医ならそれほど難しくないと思いますので、その辺を勘案した上で決めていただかないと、非常に、恐らくP I C UとかI C U直送のものだけというふうになると、多分、日大と東大はもう激減すると思いますので、その辺の配慮をしていただいた上で、やはり行政が主になってやっている、こういう施策ですので、それがきちっと都民に伝わるように、その辺の案分はやはりしっかりやっていただきたいなと思います。

○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。

日大は、今日はいらっしゃっていないんだ。

有賀先生、何かご意見ございますか、この辺のことについて。何か複数の病院でやると、きちんとしたデータを出すので、やっぱり医療者としてはこういうふうにしたいということ、各病院の事情もあるということだと思うんですけど。

○有賀委員（昭和大学病院） この重篤、重症、それから中等症、軽症とかという話は、結構昔からのクラシックな話をずっと引きずっていますよね。ですから、どこかで何らかの発想の転換をしていかなくちゃいけないのかもしれないのですよね。だから、つまり救急医療という観点からすると、重症とか中等症というふうなことは、確かに結果としてそうなのだということになりますけれど、急げという観点で言うと緊急度ですよね。だから、緊急度の高いものが全部重症かという、必ずしもそうではない。しばらくすると重症になるというふうなこともあったりして。だから、重症度と緊急度に関しては、総務省消防庁で言っている分類をそのまま持ってきてもいいのかもしれませんが、今、小児科の先生方が言われるように、どこかで、この件に関してのみ言えば集まって決めればいいんじゃないですかね。重症度だけではなくて緊急度という観点も入れておかないと、救急医療に関して言うと、なかなか話がすっきりしないと。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 専門的にはそのとおりですよ。都民の方にはなかなか、緊急度とか重症度とかというのはわかりにくいかもしれませんが、専門的・医学的にはそのとおりで、結果的に重症じゃなくても緊急度が高いケースはありますよね。早く対処したから軽く済んだということもあるし、重い病気だけど、そんなに救急的には緊急に対応しなくてもいいというのはありますよね。どっちが大事かといえ、ですから緊急度が目の前では大事なんだけど、結果的にはどっちも大事だというこ

とになりますかね。その辺は、じゃあちょっと4病院の専門、現場が十分よくわかっている医長クラスかな、窓口決めてありますよね。うちで言えば植松とか、そういうのが集まって1回議論させればどうでしょうか。議論してもらえばどうでしょうか。

○八木課長 ありがとうございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） お願いします。

ほかにこの件に関しまして、いかがでございましょうか。大分軌道に乗っていたんだろうなと思いますし、全体の重い子供の3分の1強ぐらいがその4病院に集まっているというような数字もそうなんだろうとは思いますが、二次病院から来ているケースが多いというのも、従来だったら二次病院にそのままとまっているか、あるいは三次というか、救命センターに転送されたようなケースなんだろうとは思いますが、二次病院から来るのも結構ですし、直接来たり、運んできたり、あるいは親が子供を連れてきたりなんていうのも実際ありますので、その4病院がそういうしっかりやっているとすれば、直接連れてくる人もいるし、救急隊員も、従来は国立小児病院なんか救急をやっていなかったわけですから、こういうふうになってくると行けるんだというので、東京都立も開きましたし、それでだんだんと知名度が上がっていったというか浸透してきたんだろうと思います。その一方で、都内には20幾つの、いわゆる救命救急センターがあるわけですから、そちらも大いに使っていただければいいのだと思いますし、こんなような数字かなという感じがして見ておりました。今後も、だからこれはこのまま続けていくということで、微調整しながら、さっきの重症度の話なんかも含めて直していきながら続けていきたいと思っています。

それでは、この件、よろしゅうございますか。議題の（1）に関しましては。

それでは、議題の（2）に行きます。それから、配付資料は今日、たくさんありますけど、事務局のほうできちんと配っていただいていると思いますが、もし足りない方とかがいらっしゃいましたら事務局におっしゃってください。

それでは、次、（2）のほうに行きましょう。東京都子ども救命センターとの転院・退院支援体制について、これはこの2年間ぐらい随分議論してきたことですが、お願いします。

○事務局（谷本） それでは、資料4、東京都子ども救命センターにおける円滑な転院・退院支援策についてをご覧くださいと思います。

子ども救命センターは、重篤な救急患者を必ず受け入れ、救命治療を行う施設として事業を行っておりますが、一方で、慢性重症患者の方が増加していることから、子ども救命センターの原則である、患者を必ず受け入れるという体制を確保し続けるために、慢性期に移行した患者の円滑な転院・退院に必要な支援体制につきまして検討するため、平成25年度から子ども救命センター転院・退院支援体制検討会を開催しております。

部会のメンバーにつきましては、このホチキスどめの資料の一番下、A4の資料にな

るんですけれども、3枚目についておりますが、ここをご覧いただければと思います。

部会の開催状況を資料の1/2のところ、左上に書かせていただいております。これまでに25年度に3回、26年度に1回の計4回開催しております。その中で、こども救命センターの転・退院について、どのような傾向があるのかを確認するため、こども救命センターでコーディネーターをモデル配置しております成育医療研究センターと小児総合医療センターの転・退院の傾向を分析し、こども救命側の状況がどうなっているかを確認しました。

資料の左下ですが、二つのセンターの入院日数の傾向です。平均入院日数が21.5日で、入院した患者の約7割が21日以内の入院期間でした。全体として長いというよりは、長くなってしまっている患者がいるということが見えてきました。また、受け入れた患者のうち、転院した者の平均入院日数は10.7日、退院した者の平均入院日数が18.7日となっております。病状が落ちつくまでの期間や、転院に比べ在宅移行に向けての訓練や調整などの時間に時間がかかる退院のほうが入院期間が長くなるというような傾向が出てきました。

次に、医療・介護の状態別に見た平均入院日数ですが、発症前後において、レスピレーター管理や気管切開、経管栄養、サチュレーションモニターなどの医療・介護ケアが必要であったかによる傾向を分析しております。発症前に必要がなく、発症後に必要となった「なし・あり」の患者が「なし・なし」や「あり・あり」に比べて転院のケースでは大きな差は見られませんでした。退院の場合には新たに医療・介護ケアが必要になると、その対応・調整などに時間がかかることなどが理由かと思われそうですが、平均入院日数が長くなる傾向がございました。

次に、転帰ですけれども、転院となるのは全体の約11.9%で、その中でも、一番下の表からもわかりますように、搬送元があったほうが転院する傾向が強いことが見えてきました。これらのことから部会では、こども救命センターで救命処置が終わった後は、その後の在宅移行に向けた療養や訓練等は患者や家族の自宅に近い地域の医療機関で行うという流れをつくるのが、こども救命センターにとっても患者家族にとっても負担の軽減につながるのではないかと意見がありまして、右側になります。その受け皿となる指定二次救急医療機関等への調査をしております。

その結果ですが、3の(1)につきましては小児科標榜医療機関に、(2)から(5)につきましては二次救急機関に調査をしております。まず、3の(1)にありますように、こども救命センターの患者の状態が落ちついたら返送するというシステムをご存じかなどお聞きしたところ、小児科標榜の救急医療機関の小児科医が、こども救命センターを知っていると答えたのが87.5%、うち、こども救命システムをご存じだったと答えたのが69.2%、患者の状態が落ちついたら戻すというルールをご存じだったのが、そのうちの84.7%、全体の割合ですと51.2%でした。また、その医療機関の救急担当医にお聞きしたところ、こども救命センターの認知度が50.0%、シス

テムの認知度がそのうちの37.8%、搬送のルールの認知度は、さらにそのうちの71.4%となっておりまして、全体の割合ですと13.5%という程度の状況で、救急担当医がこども救命センターへ送る際、状態が落ちついた後は地域の病院に戻ってくることに、患者や家族または院内に対しまして伝えられていないことも、状態が落ちついた際に転院がスムーズに進まない要因の一つになっているのではないかとということがうかがえます。

次に、(2)状態が安定した患者を受け入れる際の課題等ですが、多くの意見をいただいたのが、①医療デバイス等の管理が難しい、②専門性の高い疾患に対応できないといったものでした。⑥にありますように、ベッドが不足しているから受けられないのではと当初、調査前には思ったのですけれども、医療依存度の高い患者の対応に慣れていないために受けられないという意見が多かったということでございます。

続いて、(3)で医療デバイスの管理が難しい理由としてですが、看護師の体制によるものが最も多く、医師や設備の体制については、ご覧のとおりになっております。

管理が難しいということで、そういう患者に慣れていただくための研修について、ご希望はあるかということ(4)でお聞きしております。希望ありというご回答を多くいただいております。

また、在宅療養が必要となる患者を地域で支えるために必要となる、在宅療養を行う診療所や訪問看護ステーションなどとの連携につきましても、(5)でお聞きしております。定期的な連携会議の開催については、実施しているところが2割程度という結果になっております。

こども救命センターの状況や調査結果を踏まえまして、部会でご議論いただき、中間報告であります。次のような方向性、ご意見でまとめております。次のページの資料2/2をご覧くださいと思います。

方向性としたしましては、大きく四つございます。一つ目は、円滑な転・退院を実現するため、こども救命センターの退院に向けたコーディネート機能や患者・家族への支援を充実する。二つ目は、こども救命センターからの転院促進のため、地域の中核病院に受入先を確保する。三つ目に、地域の中核病院において医療デバイス等の管理が必要な患者が受け入れられるよう、医療従事者の育成を行う。四つ目に、地域の医療・福祉機関等との連携を促進する。でございます。

具体的に部会でいただいたご意見をその下の左側に記しておりますけれども、この右側の図と、図の中に記載されております丸つき数字が、その左側の事項に該当しております。

まず、こども救命センターにおける取り組みですが、一つ目としたしまして、現在、モデル配置しております二つのセンターの退院支援コーディネーターが一元的に集約・分析できるようになりまして、退院調整についての準備や、注力しなくてはならない事柄についての把握が速やかにできるようになっていることから、各センターの受入状況

も勘案しながらにはなりますが、その機能を充実していく必要があるということ。

また、二つ目といたしまして、患者の転院先となる二次救急医療機関や在宅医療にかかわる診療所・訪問看護ステーション、区市町村等といった地域の医療・福祉機関等との連携を進める必要があることから、現在も行っておりますブロック会議等を継続・充実することや、地域の資源を把握することによって、顔の見える関係を構築する必要があるとのご意見をいただいております。

次に、三つ目といたしまして、地域の中核病院における受入体制の強化につきましては、区部、多摩地区など、病院の立地している地域の状況を踏まえて、こども救命センターでの治療が終わっても、いまだ医療デバイスが必要な患者が在宅移行に向けた治療や準備をするための病床を、地域の中核病院に確保することが必要であるということ。

さらに、四つ目にありますように、地域の中核病院からの在宅移行を円滑に進めるには、地域の中核病院と地域の医療・福祉機関等においても、対応可能な医療や受入条件等の情報交換が必要であることのご意見をいただいております。

また、患者家族の支援としてですが、⑤になりますけれども、家族の不安や負担を軽減するためのレスパイト体制を確保していく必要があるということ。

そして、これらの取り組みを進めるためには、関係する医療従事者の育成を図る必要もあることから、⑥にありますように、先ほど説明した二次救急医療機関等の受入れに関する調査によりますと、人工呼吸器等の医療依存度の高い患者の受入れになれていないことから、それになれるための研修や、⑦にありますように、多職種が連携して在宅移行にかかわることから、連携する際に使用する言葉や多職種の考え方など、お互いを理解し、みずからの専門性を高めていける研修も必要ではというようなご意見が出ております。

説明は以上になります。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうもありがとうございました。

非常に大事な問題を岩中先生のご指導のもとで、部会で議論していただいた様子がよくわかりますが、岩中先生、何か追加でいただけますでしょうか。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） 昨年からはじめました部会ですが、先ほどの谷本さんの説明の1枚目にありますように、昨年3回は、かなり基本的な問題を非常にカジュアルに意見交換させていただいて、一部の委員間では、頻回にメールでこうしたらどうだ、ああしたらどうだという意見をたくさんいただきまして、私もずっとCCで拝見しておりまして、非常に熱心にやっていただいた。今年は少し取りまとめていかなければいけないということで、6月の第4回の部会で少し方向性をまとめて、今日、今、行政のほうから、都のほうから発信がありましたように、ある程度、2枚目にありますようにまとめてまいりました。

この間、やはりかなり問題になっていましたのが、基本的に、ない物ねだりはしないと。現在あるものを使って何とかしようじゃないかということが中心で、今日、先ほど

の行政からの発言にもありましたように、余っている空床を何とかしようじゃないかと、人材の育成をしようじゃないかと、このあたりは比較的予算を使わなくてもできる話なので、今後、より精力的に使っていかなきゃいけないというふうには思っています。

一方で、部会では一度も出た話ではないのですが、実はちょっと初めて今日皆様にご披露しますけども、3日前の9月9日に、社会保険関係の三つの外保連と内保連と看保連というのが合同で、「医療と介護の連携」というシンポジウムを行いました。皆さん、一部の方はご存じだと思いますけど、この春から、厚生労働省の保険局の中に医療介護連携政策課という新しい課が設置されて、これは一体何をしているのかというと、今までは医療は診療報酬で、介護は介護報酬で、医療は2年に一度ずつ改定をする、介護報酬は来年、3年に一度ずつの改定をします。そうすると、平成30年にビッグイヤーといいますか、両方一緒に改定をするという時期がやってくるわけです。それに向けて、医療と介護が余りにもばらばらでやっているとだめだということで、その二つを一緒に連携していこうということで、その新しく担当される審議官の吉田さんという人が、一緒にシンポジウムに加わっていただいて、いろいろ議論をしていたんです。この中で、皆さんご存じのように、診療報酬は今回消費税のアップ分をカバーしていない、改悪に近いような、医療機関にとっては大変厳しい改定だったわけですが、その一方で、今回は地域に、自治体に基金という形で、特に介護を中心に、あるいはインフラの整備のために、かなりの額がそれをカバーするために、いわゆるやった診療に対して経費はないけれども、いろいろなものを整備しましょう。その吉田さんといろいろ話をしていた結果、この基金は非常に使い勝手はいいんです。何に使うんですかという話をしたときに、やはりインフラの整備、それから人材の育成、それを自治体のほうからはこうしましょうと言わないで、いろいろな団体だとか組織から、こうしたらどうだという提案をどの自治体でも今待っているところだという話を聞いて、恐らく東京都のほうは当然ご存じだと思いますが、これを、ちゃんと基金を使わないと、恐らく地域は県立病院の改修に全部使ってしまうって、年度末にですね、それで終わってしまうという危惧を発信していらっしゃいます。

ですから、今までの部会では、ない物ねだりはしない、あるものをやりましょうといったときに、実は、例えばこういう協議会から、例えば正式にいろいろな形で、例えば後方病床という出口問題になるときに、その設備がない、レスパイトをしようにもレスピレーターもない、看護師さんも足りない、教育しないと働けない、実はこれが全部基金の多分対象になる施策じゃないかというふうに、今お話を聞いていてちょっと思い出しまして、やはり部会から、もう今、去年のディスカッションのまとめをしているところなので、今ここにそれを急に放り込むわけにはいきませんが、やはりこういう協議会の席で、退院・転院の、特に転院のインフラを整えるために、やはりもう少しそういうものを都のほうに――都のほうもきっと基金は来ているはずですよ。ですから、その

基金をこういうものの連携に使うという提案を、より具体的な何か絵を描けないものかなというのを、ぜひこの協議会で提案をさせていただきたいなというふうに思います。

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。

大変意義深い、力強いお話だったと思うんですけども、東京都のほうは何か今のことに關してありますか。

○八木課長 基金の概要につきましては、岩中委員からお話があったとおりであります。

関係機関や関係団体等の意見を聞いて、東京都として、国のほうに都道府県の計画をまとめて上げていくという、そういった段階にはなっております。ただ、各団体から来ている事業の内容は、かなり多額になってきていると聞いております。国全体で900億ということなんですけども、自治体間で取り合いになってくるかと思うんですけども、900億をオーバーするような金額になっているかと思っておりますので、具体的・効果的な施策でないと、また公平性や事業の継続性を担保できる事業である必要があるかと思っております。またそういった点も考慮しながら、ご意見をいただければと思います。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） 1点だけいいですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） そのシンポジウムでいろいろと話をして、どの方もみんな、ご年配というか高齢者の話をするんですね。誰一人として、子供の医療連携・介護連携をどなたも話さない。実はフロアには、個人名は申し上げませんが、それなりの小児科関係の方々、結構、私、座長をしていましたので、いらっしゃっているのはわかっていたんですが、余り時間もなかったもので、私自身も1人だけで子供子供と言うのもいかなものかと思ったので、そのときは口をつぐんでいたんですけど、基本路線は、ほとんど老人をどうするか、認知症になりかかっている人をどうするかという話ばかりなんですね。やはりこれは非常に寂しい。せめて、これは提案ですが、東京都はやはりこれだけ子供に対して気合いを入れているんだというのを見せるためにも、その片隅の予算を、今申し上げたようなレスパイトのあれとか、教育用の支援であったりとか、人材の育成であったり、多分二、三億もいただければ、そこそこのことができるんじゃないかと思っておりますから、ぜひ前向きにご検討いただきたいなというのをちょっと追加の発言で、ちょっと余談かもしれませんが、一言提案したいと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 議論をするベースラインとして、全体の枠組みをもう一回ちょっと確認したいんですけど、医療・介護の連携というのが一つのあれですか、キーワードに今なっているわけですね。そういう方向に沿った施策を各自治体で……

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） ご存じのように、今回の診療報酬の改定は、病院の機能のすみ分けであったり、超急性期病院と回復期病院としっかりと7対1だとか分けていこうという、その流れの中で、やはり在宅へ移行するというのに非常に厚労行

政は気合いが入っていて、そのためのインフラ整備という形で、診療報酬は、やはりやったもの、技術であったりとか、努力であったり、そういうものに報酬として支払うわけですが、それをするためのインフラをきちっと整備しましょうという形で、地方自治体にそれなりの額を配付すると。その各自治体の割合がどうなっているのか等、具体的ことはわかりません。ただ、どの自治体にも、それなりの額はインフラ整備のために配ることになっているという話は、吉田さんがおっしゃっていましたので、私は、実際の実体額は、今、八木課長は900億とおっしゃいましたけど……

○八木課長 26年度が示されていて、来年度以降はわかりません。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） ですから、900億が全国の自治体に振り分けられて、それがどういう構図で振り分けられるのか。地域格差、そういうことも考えるんですけど、例えば東京都の中でも、転院・退院支援体制のこの検討部会で話をしていると、やはり地域によってかなり連携であったりとか、空床がある病院でこういうことに協力してくれそうな施設があるかどうかで随分違うので、やはりそういう、特に手薄なところにやはり何らかの形でこういう経費が回るようになると、少し目の目が、明るいものが見えてくるのかなという、あくまでもまだ頭の中にあるもので、具体的な提案はできませんが、先ほど谷本さんがおっしゃった提案の中の③番と⑤番と⑦番で、少なくとも基金が使える内容ではないかというふうには思います。ですから、これはやはり具現化しないと行政はなかなか動けませんので、そういうものを例えば考えるようなワーキンググループであったり、何かそういうことをちょっと考えてもいいんじゃないかというのを今考えているところです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） それは、東京都としては、東京都はこういうことをやるんだということを、ある時期までに政府に出すわけですか。それで、その分、900億の中身の幾分かをもらう、そういう枠組みなんですか。

○八木課長 そうです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いつまでに出すんですか、それは。

○八木課長 今、徐々にヒアリング等を実施しているという段階と聞いています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 26年度の予算ですね。

○八木課長 そうですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） すると、今、今年度だよな。

○八木課長 そうですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） もう9月だから。

○八木課長 はい。これは毎年、来年度はまた来年度ということでやるかというふうに思いますので、本年度全部決めないと、来年度以降がフィックスされるとか、そういった話ではないかというふうに思います。

以上です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） じゃあ、ここは、今日は我々、子供の医療に

ついて協議しようということで集まっているわけですが、今の話では、特に介護と医療との橋渡しというか、両方をにらんだ医療の話は通るだろうと。そういうのが求められているということですから。

何かご議論ありますか、こういうのはどうかとか。

今、例えば先生がおっしゃったのは、③番と⑤番と⑦番でしたっけ。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） 少なくとも今の谷本係長がおっしゃった中の③、⑤、⑦番のところに関しては、この基金を使えるようなというか、何か具体策が出せそうな気配のところかなという気はしながら聞いていたんですけど。

○楠田委員（東京女子医科大学） いいですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ。

○楠田委員（東京女子医科大学） 私は、実はこれ、長期入院の新生児部会の担当なので、NICUも長期入院で退院というのは非常に大きな問題で、ここにいらっしゃる先生方と同じように、NICUの退院問題もやっぱり部会で検討させていただいているんですけども、実はNICUの退院施策に関しましては、ちょっとこちらの小児の救急よりも前から対策をしていましたので、かなり東京都の長期入院の方も実際に数として減ったんですね、具体的に。それはそれなりにいろんな効果がありましたけど、ただ、減ったというのは、逆に言うと患者さんがよくなったわけではないので、それは当然家族の方に負担がかかってくるわけだから、やっぱり在宅支援をしない限りは、やっぱりこれまたどこかで行き詰まるはずなんですね。在宅支援の中で非常に重要なのが、本当に岩中先生に言っていた、この③と⑤の在宅支援移行の病床とレスパイトで、こういうものは本当は、岩中先生はだめと言われるかもしれないですけど、診療報酬のレスパイトがあれば本当に我々としては助かるんですけども、今のところ、なかなか難しいので。

先ほどの基金の話で、これは本当にいい対象になると思いますし、それからもう一つ、基金の何か例文みたいなものが出ていて、戻り搬送を地域でそのシステムをつくるというような例文も多少出ているんですね。実はNICUも、東京都でどこかの施設に軽症になったから搬送するときは、それはもう要するに家族の方の自己負担か、あと成育とか都のように、その病院の救急車があればいいんですけども、多くのところが持っていないので、自己負担なんですね。それは本当はベッドを有効的に使うわけですから、本当は患者さんの負担というよりは、やっぱり地域で負担すべき内容だと思いますので、それをちょっと東京都にも、NICUのほうでも提案はしているんですけども、やはり家族に何か、もちろん医療で我々もレスピレーターが欲しいとか何かもありますけども、そうじゃなくて、やっぱりそういう、何か重症の患者さんを抱えた方のサポートになるようなものに施策として使うのが一番いいと思いますので、私としても、この③、⑤、あと戻り搬送ですね、それに何か予算をつけていただくようなことを、周産期も含めて提案し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。

ほかに何かありますか。

○松平副会長（日本小児科医会） よろしいですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ、先生。

○松平副会長（日本小児科医会） 岩中先生にいいことを言っていたんですけども、この診療報酬絡みの基金が900億あると言いましたけど、多分300億ぐらいはもう既に既存の事業なんですね。その中に、やはり「#8000」も入っているんですね。「#8000」事業がこの基金を使って拡大する可能性もありますので、ぜひ、東京都としても、この基金を「#8000」拡大のために私は使っていただきたいと思っています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 今幾つか出ましたけども、ほかにもありますか。あるいは、東京都のほうから。

矢内部長のほうからございますか。

○矢内部長 小児医療体制の確保ということで、非常に有用なご意見をいただきました。ただ、基金につきましては、東京都といたしましても、関係団体のご意見を伺って、厚生労働省とも既にヒアリングを何回か繰り返しているところでございます。

今、松平先生からもお話があったように、900億のうち、これまでの既存事業に充てられる部分もかなり多い部分がございます、医療と介護の連携、人材育成といったところに、東京都としても重点的にこの基金を充てたいと考えておりますが、実際のところ、東京都に幾ら配分されるのかとか、そういった細かいところについては、まだ国のほうから示されているものではございません。

この基金につきましては、今年度限りということではなくて、消費税増税分を充てるということでございますので、来年度以降も存続するものであると考えておりますけれども、来年度からは介護保険分の事業にも充てるというようなことが既に決まっておりますので、本日いただいたご意見につきましては、きちんと部内でまた検討して、必要などころにできるだけ予算が配分できるようというふうには考えていきたいというふうに考えております。どうぞよろしく願いいたします。

○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。

その関係団体へのヒアリングの関係団体の中に、我々の小児医療協議会も入っておるということでございますね、そうすると。

関係団体というのは、ちなみにどういう団体なんですか。学会とか、そういうことですか。

○矢内部長 東京都といたしましては、東京都医師会、あと歯科医師会、薬剤師会、看護協会等からご意見をいただい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） 歯科医師会、医師会、看護協会、そうですか。

○矢内部長 薬剤師会も。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 薬剤師会。そうすると、あんまり、特に救命

救急に関係しているようなところではなさそうですね。そうしますとね。

○矢内部長 医師会のほうには、病院の先生方もご参加されていますので、病院からのご意見という形でもいただいています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。わかりました。

岩中先生が、進行をしていたから子供のことを話せなかったなんて信じられないですけど、せっかく、子供のことを余り言わない方が、高齢者のほうがどうしても数が多いでしょうから、子供のことをぜひ声を上げたいところですよ。

今、幾つか、「#8000」まで話が、レスパイトから、いろいろ出ましたですけど、私としては、下り搬送——戻り搬送か、返送ですよ、今回の転院・退院の話にかかわりますけど、それについては、今、楠田先生がおっしゃったように、患者さんの負担で民間救急車を使うか、あるいは、うちも救急車は一応寄附でもらったのがあるんですけど、全然整備も十分じゃないし、そういう予算もなかなかないものですから、病院としてですね、東京消防庁には頼めないだということは、なかなか皆さん理解してくださらないので、本当はそういう下り搬送には東京消防庁の救急車を使っちゃいかんわけですよ。だから、そういう意味では、あれはそうですね。そういう意味では、どこの病院も、結局ベッドをあけるために——ベッドをあければ次の患者さんが来て、またプラスになるからということで、いろんな工夫をしながらやっているのが現状だと思うので、救命救急的な患者さんを受け入れているような施設からの転院・転送、戻す返送ですかね、あるいは転院の搬送のために、今そこが抜けていると思いますから、そういうものを特に強調していただきたいというふうに私は思いますが、皆さん、いかがですか。わかりやすい話かなとは思いますが。レスパイトは結構いろいろ、もう随分議論をされてきましたし、研修も大いに結構だと思うんですけど、ピンポイントで言うと、わかりやすいのは下り搬送のお金だけだと思います。それが病院にとって非常にやりやすくなれば、ベッドの回転もよくなるし、患者さんのご理解なんかも得られると思いますけど、何せ自分で払ってくださいというのは非常に苦しいところがありますよね。ということで、よろしくをお願いします。

じゃあ、この件はほかにありますか。転院、転送。

どうぞ、お願いします。

○清原委員（東京北医療センター） 二次救急病院で、どちらかというと搬送元で、戻り搬送の対象になる病院になると思うので、当院の意見を述べさせていただきます。

先ほどの基金をどう使うかという件、ちょっと僕も余りはっきりしたことは言えないんですが、結局戻り搬送をできるだけ受けられるように努力をしたいのですが、いつも危惧するのは、ベッドの問題もあるんですけど、戻ってきた患者さんが一体いつ退院できるかというめどが立たないと、結局いろいろたくさん患者さんもたまってくるので、そういう方のレスパイトやいろんなことに使える病床がなかなか難しいんですね。それがいつも恐らく悩んで、もちろんずっと診ている患者さんが救急で来て、お願いして、

戻ってくるときは、それはもうそういうことを考えていられないので、できるだけ入れますが新たにどんどん受けるようにするためには、多少そういう先のめどというのがやっぱり必要になってくるのかなと。

その場合にいつも思うのは、やっぱり患者さん個人と家族と色々な条件があるので、それはケース・バイ・ケースで決めていることが――退院の基準ですね、退院の基準を決めていることが多いので、もちろんある程度の基準は各救命センターの先生方、持っていると思うんですけども、結局どういった基準のところまで到達したら帰るのかという、落としどころみたいなものがある程度あったほうが良いと思って、実は成人なんかの場合も、大体在宅医療に持っていくより、多少将来のリスクがあるといっても、そういうふうには持っていくんでしょけれど、子供の場合は、やっぱり家族の不安とか、逆に期待もたくさんあるので、できるだけ病院で少しでも長くいてくれたほうが良いという面と、自宅で見たいという、すごく人によってかなり違ってきてしまうものですから、結局あんまり客観的な基準がなくて、このぐらいのところまで行ったら大変だけれど、おうちで頑張るようにして、それは後でレスパイトで補うとか、何かほかの手段をやりましょうということが言えるんですが、あんまりそのもとになる基準みたいなのが、僕らの知識ではあんまりないものですから、きっとあるのかもしれませんが、そういったことをもう少し、退院の基準とか目標とかがはっきりすると、そこまですべて退院の目標にして、その間、戻り搬送を見て、その条件にある程度合致したら、自宅の条件、この辺で帰りましょうという、大体そういう目標みたいなものとか、例えばこども救急センターから戻ってくる場合、大体この方はどのぐらいの期間の入院でいけそうかなとかというのがあると、さらに受けやすくなるのかなと。もちろん全部うまくいくわけではないんですけど、そういったことがちょっとやはり必要で、そういうのも多少、今すぐじゃなくても、少し基準みたいなものをつくっていけて、かつ受け入れる施設がもっと増えてくると、お互いの負担は減るのかなと。

それからもう一つは、病院で小児科の皆さんは一生懸命小児科のことを考えているんですけど、病院ってやっぱり経営が今かなり厳しいので、結局は病院全体の中で何人か戻り搬送を受けたときに、それが病院の経営に結びつくかということ、まだその評価は余り高くないので、そのあたりが、何か受けることによって病院の評価が上がったり、小児科の評価が上がるような何か施策があればありがたいかなと。ちょっと具体的でなくて申しわけないですが、ちょっとそんなところを思っています。よろしくお願ひします。

○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した。

大変重要な点を指摘していただいたと思いますけど、二つ目のところは、あれですよ、そういう保険点数が何かを反映するんですよ。受けたら、逆紹介みたいな感じで、受けたらそれだけ評価していただくと、点数的にですね。そういうようなことをやれば解決するということでしょうかね。

有賀先生。

○有賀委員（昭和大学病院） 要するに多摩総合医療センターのような形で、患者さんの集約化をしているわけですね。そうですね。成育医療センターも、そういう意味で集約化の拠点になっているわけですね。集約化させるという方法論そのものが、もしよいものだというふうな考え方に立つとすれば、今お話しの、戻ってきた患者さんを受け取ること、それから、戻るその途中での医療に対して、何らかの形で、それが保険診療なのか何なのかわかりませんが、その対価をきちんと払うこと、これらは全部一体的な話なんですね。ですから、集約させることについて一生懸命頑張ってください、そのエネルギーは、同時進行で今の問題を解決すべきなんですよ。

実は、厚生労働省の中の救急医療の会議があったときに、戻り搬送に関する診療報酬についてもちゃんと議論していて、書いてあるんですね。厚生労働省のお役人によると、そこはやっぱりうまくいかなかった、残念だったと言っていましたけど、東京都の基本的な考え方が、そういうふう集約するんだということであれば、今ここで出てくる問題は、集約することと同時進行で解決しなくちゃいけない問題だというふうな、そういうふうな位置づけをしていただいて、それで、もし国がそれについて十分な方策を展開できないのであれば、東京都だけでも頑張るという気概を持っていただきたいというのが、僕ら現場で働く人たちの基本的な考え方だと思うんですね、これは。集約することと同時に起こる問題なんですよ。そういうふうな位置づけ。ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 非常にクリアカットにおっしゃっていただいたとおり、まさにそこがポイントですね。だから、東京都も、東京からの医療改革ということで、国が点数がつかないなら、東京都でやってやろうじゃないかというか、救命センター構想そのものに、集約化構想そのものに、やっぱりそういう戻りをちゃんとするというのが入っているわけですから、予算的ところが厳しいのはわかりますけども、せっかく基金もあるという話ですし、何かやってみましょうよ。四つしか病院はないわけだし、それから、清原先生みたいに気概のある二次救急医療機関も、そんなに山ほどあるわけじゃないでしょうから、幾つか絞ってやってもいいかもしれませんね。モデル的にお金をつけるみたいなことを考えていただきたいと思います。

それからもう一つは、清原先生の1点目のご指摘は本当にそのとおりで、もう退院のめどが立たない患者さんということですね、基本的に。やっぱり親御さんが若くて、老人の場合以上に、我々の対象は経済的にも脆弱なご家庭が多くて、家に帰ってこられたら、お母さんは仕事にも出られなくなって、家計が半減するみたいな、そういうのは僕はしょっちゅう見るわけだし、もう下手したら夫婦別れして、親が逃げちゃったりすることもあり得るわけですね。全然見舞いにも来なくなっちゃうとかですね。救命で来たばかりそうになってしまうという、非常に現場の複雑な気持ちを助長するばかりな、そういう医療の矛盾みたいなものをしょっちゅう現場では感じますので。しょっちゅうというか、そういう患者さんに会うたびにですね。

○有賀委員（昭和大学病院） そのほうが記憶に残るんですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ええ。その患者さんをまた次の清原先生のところをお願いしても、清原先生も困るだろうなとか思いながら、拝み倒してお願いするみたいな、そんなようなことをやっても仕方がないので、やっぱりその後、帰れない人は——やっぱり帰れない子供はどうするかですね。結局、在宅までいかないでしょう、子供をどうするかというのは。数は多くないかもしれませんが、やればやるほどだんだん増えていきますので、やっぱり僕は施設というか、長期入所施設というようなものをつくるしかないかなと思っております。その辺も東京都は、もう少し行政としては受けとめていただきたいと思いますけどね。部署が違うのかもしれませんが、在宅の方にも、矢内部長とか、前田技監にも、よろしくお願ひしたいと思います。全体としてですね。救急だけやっても、結局しわ寄せがどこかに行くだけになってしまいかねない。救急がよくなるのはいいに決まっているんですけど、でも、やればやるほど複雑な気持ちになるというのはよろしくないです。

次に、澁谷委員。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） 小児総合医療センターで昨日——当センターが在宅医療の拠点病院になったということもあって、毎月のように公開の勉強会を開いているのですが、昨日、ちょうど重症の染色体異常を持って、気管切開をして、栄養チューブ、経管栄養の子の退院までの経緯を、ご家族を講師として勉強会を開いて、講演していただいたんですね。そこでご家族が指摘いただいたのは、やはり訪問看護と訪問医の先生がしっかりサポートしてくれたことによって、在宅に移行することができた。もちろん、何か急変があれば医療センターに来ればいいという思いはあったけれども、日々、週4日訪問看護師が来てくれて、訪問医の先生も週1日必ず診にきてくれるというような体制があったからこそ帰ることができたということがあったので、先ほどの機器の話もありますけども、その辺のやっぱり訪問看護、訪問医の制度を、なかなか施設をつくるというのは非常に大変だと思いますので、そのこのところのまずは整備のほう少し近いのではないかなというふうにはちょっと思ったんです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうですか。在宅医療の支援ですよ。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） そうですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 在宅するための支援。週4回というのは、もう制度としてできているわけなんですか。私は余りよくわかっていないんですけど。

○八木課長 重たい子は診療報酬で診られます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） それはもうできていると。今の話は、もう既にある施設でやる時点ですごくよかったです。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） そのシンポジウムのほうでも、看保連から出るの、もう毎日のように、お年寄り、例えば朝、水を補給しに訪問看護ステーションから行って、次の日はこの時間帯に排尿とか排便がちゃんとできているかチェックしてと、

毎日のようにどこか、訪問看護ステーション1カ所だけじゃなくて、複数の組織から…
…

○阪井会長（国立成育医療研究センター） でも、それは介護保険があるからでしょう。けど、先生、子供はだって介護保険ないじゃないですか。だから、澁谷先生がおっしゃったのは、そういう制度が今、東京都にあるからできているという、そういうことをおっしゃりたいわけですか。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） なかなか全体ではどういうふうになっているかちょっと私も把握していないんですけども、もうその患者にとっては、そういう制度をきちっと整備していただいた上で退院に移行できたので、在宅に行くことに自信を持って退院ができた。それがなければ、ちょっと退院は無理だっただろうと。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 訪問医はこれからあるでしょうし、なかなか子供の在宅の訪問医は少ないから、増やしていかないと……

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） その基金の使い道や何かで、もうそういうところに重点的に――まず新しい施設をつくってというのは非常に大変なことだと思いますので、そういうところに、人件費はかかるかもしれませんが、充実できればなとちょっと今考えています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。

ただ、どうしても、在宅、在宅といっても、在宅にできない方も私はいると思いますけどね。ですから、在宅になったって、子供が大きくなって行って、親も年いってというので、ご老人の在宅と違うところはありますでしょう。ご老人は、いつか終わりがあるというか、特に悪性腫瘍の方なんかはそうなんでしょうけど、子供の場合は、やればやるほど長くなるということで、在宅のサポートだけではおさまらないんだと私は思いますけどね。施設がいいかどうか、それはわかりませんが、そういう休めるところ、レスパイトも必要ですし、あるいはもっと長いレスパイトというか、そういうのも必要かなと思っているんですけど、その辺いかがですか。何かもうちょっと議論する余地がありますか。よろしいですか。

ちょっとこれ、もうやめておきましょうか。次、まだほかにも大事なことが控えています。

（3）番目の小児の死因調査について、今日、森先生に来ていただいていますし、よろしく願います。

では、森先生から願います。

○森部長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。成育医療センターの森と申します。

この協議会のもとで、前回の協議会のもとで進めさせていただきました、子どもの死亡登録・検証調査ですね。前回にも、ある程度ご報告させていただいたのですが、ある程度の最終報告という形で、本日、結果をご説明させていただきたいと思っております。

資料5をご覧くださいまして、この資料5に沿ってお話をさせていただきます。

調査の目的ですが、ちょっと繰り返しになりますけれども、現在のところ、死亡届を中心とするようなデータを見ても、正確な実態というのがなかなか難しいという子供の死因について、子供の死亡があってもわからないという点で、そういう視点で、都内の病院における子供の死亡の状況をより詳細に調査することで、より正確な実態を把握して、今後の東京都の小児医療施策の検討の際の参考になると。こういうところがございます。

ただ、その問題意識としては、この委員でもございます楠田先生等がされた、その下に参考と書いてございますけれども、死亡届ですね、死亡個票のデータから、こういうデータが出てございます。これは全国の統計ですけれども、1歳から4歳児の死亡場所について、一つの病院内での小児死亡が5人以下の、いわゆる小規模な病院での死亡が55.2%を占めているというような報告がありましたので、思ったより集約化が進んでいないというところの問題意識でございます。これが一体、東京都ではどうなんだろうということの一つの結果になります。

二つ目、左の下にございます調査の対象ですね。小児、18歳あるいは20歳というところが小児ですけれども、楠田先生等の検討もございまして、今回はまず5歳未満と、すなわち4歳までの死亡を中心に、ただ、産科に関しては、少し——ここは小児医療協議会ですから——除いた形で、東京都内での全死亡例に関して、平成23年1年間で死亡した症例に関して、平成24年4月1日から本年9月30日まで、症例を検討させていただいて——収集させていただいて、検討をさせていただいたという形になります。その下のところが流れ図になります。ここはちょっと後で、調査結果と一緒にお話をさせていただきますと思います。

右の上を見ていただいて、調査の体制ですけれども、確かにこれは東京都の小児医療協議会のもとで行っているのですが、と同時に、既にもう終了しているのですが、厚生労働科学研究費の我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究班というのがございまして、そこの研究班。それから、ここに書いてございませんが、日本小児科学会の子どもの死亡登録・検証委員会というところがありますので、その小児科学会、厚生労働省の科学研究班、東京都と一緒にさせていただいたという形になります。全国でもこれだけ大規模でやっているというのは初めてで、非常に意義深いもので、東京都がリーダーシップをとっていただいたというところがあります。後でお話ししますが、それについていろんな、都道府県でさまざまな試みが始まっているというところがございます。

調査のあり方等に関しては、そこをちょっとご覧いただきまして、結果のほうをご報告させていただきます。

結果といいますか、その登録の方法ですけれども、まず、都内に全部で640の病院がございます。病院、入院・医療施設ですね。それから、小児科標榜のある10床以上

の有床診療所58施設。それから、ここにちょっと書いてございませんが、監察医務院のご協力をいただいて、さらに、東京消防庁にもご協力いただいて、この1年間に、重症以上で運ばれた形跡のある病院、実はこの上に、今お話ししたところも全部含まれるのですが、そこにアプローチしまして、この1年間に亡くなった症例は、この何歳ですね、この5歳未満で亡くなった症例は何例ありますかということで、一次調査をかけました。そこで286例の登録を得まして、そのうち詳細な情報をいただきたいということでご協力いただいたのが、全部で257例と、この辺は前回のところでご報告させていただきましたが、90%の把握ができました。こういった調査では驚くべき数字で、これはそれぞれの先生方に非常に問題意識があるのかなというふうに思いました。

年齢等はそこに下に書いてございますが、これはある意味当たり前の話で、28日未満、あるいは1歳未満が非常に多いという傾向にあります。

次のページに行きます。

本委員会で非常に重要な事項として挙がっています搬送の状況を少しご説明させていただきたい。搬送といいますか、言ってみれば、集約化がどこまで進んでいるのかという点でございます。左側のところ、搬送の状況の(1)、①死亡症例の分布というところをご覧くださいまして、死亡症例のうち、81%は東京都のこども救命センター、あるいは三次救急医療機関にあるということで、いわゆる、逆に言えば、小児科を標榜していない病院で死亡症例というのが存在していなかった。少なくとも我々は把握しなかったと。恐らく、これはなかったのかなというふうに思います。

先ほどの楠田先生等の検討と同じような数値で見ますと、1歳から、1年間5例未満の死亡があった施設であった症例に関しては、何%かという見方で見ますと、14%。逆に言えば、その残りの86%が、死亡症例が五、六例以上の病院に分布している。ここは、先ほどの全国の、これはちょっと年数が違いますので、現状でも国内で変わっているかもしれませんが、55.2というところとは随分違いますので、東京都は、ここに「まとめ①」と書いてございますけれども、小児の死亡症例は三次救急医療機関への集約化が比較的されているのではないかなというところのまとめになっております。

もう少し詳細な救急搬送ですね。これも、たらい回し等、どれくらい時間がかかったかというところも救急医療搬送においては重要ですので、その辺のところの情報も収集しております。

②ですね、救急隊接触時の状況、あるいは搬送時間についても検討しております。救急搬送された57例中、心肺停止であった54例の中で、特に心室細動等の症例はなかったというふうに書いてございます。覚知から現場到着までの平均時間は7分と。あるいは、覚知から病院到着までの平均時間は29分というところで、もちろんいろいろ症例によって差はあるんですが、症例を私たちが一つ一つ検討する中でも、問題があるかなというような救急搬送モデルはありませんでした。

それから、右のほうに、恐らくちょっと重要なほうに入っていきますので、見ていただければと思います。

研究班によって、まずこの257例全部に関して症例スクリーニングを行いました。ちなみに、その研究班のメンバーに関しては、その次の別紙にございます、別紙の左側にメンバーを書いています。まだちょっと、もう少しメンバーがございますけれども、ここはオリジナルの主要メンバーという形になります。このメンバーで、このうち小児科医5人で、英国の死因カテゴリーの先行研究がございましたので、その英国の10の死因カテゴリーを用いて、この257例のカテゴリー分けをいたしました。そのうち、5歳未満においては、こういうように、約半分は染色体異常、あるいは遺伝子異常、あるいは先天異常というところにカテゴリー分けされるような死亡でした。これは先進国では共通のところなんです、特に、恐らく我が国は少し多いかなというような印象があります。

それから、その次に、新生児、あるいは周産期に関連した死亡が19%となっております。その次に、実は、突然の予期しない、あるいは説明できない死亡というところが12%。少しこの辺が懸念事項というふうになります。あるいは、外傷及びその他の外因死というところに10件、4%というふうにあります。

それから、この死因のカテゴリーとともに、スクリーニングのときに、9段階で予防可能性について、絶対的なグレード分けではございませんけれども、1・2・3、4・5・6、7・8・9と、それぞれの専門医が感覚的にカテゴリー分けした部分がございます。結論から言いますと、257例中、その専門医の皆さんが、予防可能性が高いとされた、すなわち7・8・9とされたのが16例ございました。その16例のうち、本検討部会で検討すべき、すなわち救急医療体制等に関係する部分ということで、12症例に関して、今度は別紙の右側ですね、小児の死因調査に関する検討部会の委員の、この15人のメンバーの中から一部、またそのパネルメンバーをつくっていただきまして、そのパネルメンバーの先生方に随分長時間いただきまして、詳細な検討をしていただいております。

そのときに、予防可能性等だけではなくて、じゃあどういうふうになれば予防できたのかという、施策につながる話もしていただいております。その除いた4例に関しては、虐待の可能性がありましたというところですので、本部会では関係しないだろうということで、ちょっと別のところで検討する形になっております。ですので、それを除いた12例に関して、今お話ししましたように、予防可能性、それから予防策について議論いただきました。

その12例のうち、恐らく、これも予防可能性はやっぱり高いですねというふうにされたのが11例でした。その中で、やっぱり個人情報がございます、なかなか、1例で非常に勉強になったなという症例に関しては、残念ながら、余り表に出せない部分がございます、ただ、複数例あることで、これはちょっと重要なかなというところでメッ

ページとして挙げられたのが、この下の「まとめ③」にあります二つの点です。

一つは、予防可能性が高いとされた症例の多くは、こういう溺水——溺水というのは、多分風呂とかプールという形になりますが、あるいは窒息。これは特に就寝中の環境というところですので、全て保護者のせいにしてしまっただろうかというふうには思いますけれども、少なくともそういう水回りのこと、それから就寝中の環境に関して、何らかの形で啓発活動ができるんじゃないかなと。そのことによって救えた命もあるのではないかなというような意見が出されました。

それからもう一つ、小児の救急医療体制の話になりますが、何例か、日中、あるいは夜間でも、早い時間に一度受診をして、その後急変してしまったというときに、ご家族が、一度受診して大丈夫と言われたので安心してしまったかなというところで、後で急変になったときに、その受診のタイミングが遅れてしまったというふうなことが考えられるような症例がありました。この辺のところも、啓発活動といいますか、情報提供というのが可能性としてあるのかなと。もちろん、この情報提供の仕方というのはなかなか難しいんですけども、じゃあ何でも来てくださいというふうにはなかなか難しいところはあるんですが、一つ改善の端緒となるかなというような印象がありました。

以上です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうもありがとうございました。大変貴重なデータだと思いますし、257名の、詳細に聞き取り調査をされたと。大変な労力だったと思うんですけど、東京都のおかげで、あるいは厚労省の研究費のおかげで、両方ですよね、そして先生方のご努力でこういうデータがまとまりました。

全体として見ても、森先生、あれですか。結構、それまでの全国で調べた、割と日本の子供は結構、余り子供が亡くなっていない病院で亡くなるケースが多いんだと。亡くなるケースが多いというか、ひとりぼつんと死んでいる病院が結構いっぱいあったというのが、楠田先生たちの以前の研究で、それは日本の広く薄い小児医療体制というか、どこへでも行けるからいいようなものの、死んじゃうような重症の子供があちこちに亡くなっていていいのかという問題提起があった論文ですけど、それに対して、東京都に関しては、結構集約されていると。それはいいことであるというふうに考えてもいいわけですね。

○森部長（国立成育医療研究センター） そうですね。恐らく東京都だけなんていうところかなというふうには思いますけれども、私たちがそのデータを見る限り、東京都に関しては、集約化といいますか、体制そのものが、少なくとも初期体制に関しては大丈夫かなと。

それからもう一つ、なかなか難しい言い方になるのですが、実際に、さっき後でお話ししました、この2ページ目のところの研究班における症例スクリーニングの実際の死因カテゴリーのうち、半分が染色体異常、遺伝子異常、先天異常というふうにかかれていて、これは、実は5歳未満ですので、この5歳未満が、実は、

ここ数年、日本では非常に高いというお話も、これは楠田先生のお話にもありましたけれども、実はその理由として、もしかしたらこういうふうに関心基礎疾患が非常にある子たちが、いろんな意味で多いのかなと。これは恐らく諸外国に比べるとちょっと多いのかなというような印象は、印象としてあります。

そこは、楠田先生、藤村先生等がされたこの分析においても、そういう面で見ると少し違う像がもしかしたらあるのかもしれないというふうにも思っています。

ただ、東京都だけでするので、ちょっとこれは今後、小児科学会を中心にいろんな全国でこういう検証が始まっていますので、こういうデータも横並びで検証すると、もう少し全国の全体像が見えてくるかなという気もしています。

○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。

何かご意見。

どうぞ。

○阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会） ありがとうございます。

257症例のうちの予防の可能性が高いと判断された症例は11症例ということで、私からすると、すごく多いなというふうに感じました。聞いているだけですごくどきどきしてしまうお話で、一度受診して、安心して、次の受診が遅れるというのは、保護者にとっては非常によくあることだと思うので、啓発が大事ということで、恐らくこれから何かつくられるか、または、何か発信していただけるんだと思うんですけども、ぜひ教えていただきたいなというふうに思います。啓発活動をしているので、毎年、何百人と保護者に伝える機会を持っていますので、ぜひ詳しく、わかりやすく教えていただくと注意できるかなと思いますので、お願いいたします。

○森部長（国立成育医療研究センター） 確かにそのとおりで、今後啓発ができればなと思いますし、そのために実はできることは、例えば2回目の受診のときに、何でも来てくださいというわけにはいかないの、どういう症状があったら2回目の受診にもちゅうちょせずに来てほしいみたいなことは、データが集まれば可能なかなというふうに思うんですが、非常に心苦しいのが、これは、個々の亡くなった方、あるいはご家族にとっては非常に微妙な情報になります。そういう情報を集約してご説明するときに、表に出すときに、やっぱりどうしても大きなハードルがございますので、実は、先ほど全国でというお話もありましたように、データが厚くなれば、よりそういう、こういう症状があったときに2回目の受診をしたほうがいいですよという言い方が、そういう情報が集まりやすいんですね。

そういう意味で、正直、この1年間の情報で、本来、ご家族、あるいは保護者の皆さんに、こういう症状があったらやっぱり受診しましょうねというような情報を取り出したいところがなかなかできないという限界も実はございます。でも、少なくともそういう方向で日本小児科学会としても、情報の集約と同時に啓発というところに結びつけてい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） ほかによろしゅうございますか。

どうぞ、楠田先生。

○楠田委員（東京女子医科大学） 我々、今紹介いただきましたように、2010年に、藤村先生がこの研究班をされていまして、私も一緒にデータを出させていただきましたけど、たしかこのときは、2004年と2005年の2年間の死亡を集めて分析したと思うんですね。確かにその後、これは2011年でしたっけ、ですから5年、6年たっておりますけれども、ただ、このときは、明らかに死亡例が5人以下の施設というのが過半数を占めていたので、たった5年、6年でこんなに全国が変わっているだろうと予測するのはちょっと無理があるかなというふうに思いますので、やはりこれは、東京都はかなり集約されているということを物語っているのだと思います。

それから、一つ、私が注目したのは、286例のうち、新生児死亡が121例ですかね、東京都、今回。これは多分、全国平均より圧倒的に新生児死亡が多いと思うんですね。我々がこの当時出したデータは、新生児死亡の割合以上に1～4歳死亡が多くて、特にそれが目立ったので、どうかというので調査した。これは1～4歳死亡だけでしたが、調査したという経緯がありました。東京は、どちらかというとなら新生児死亡が、4歳以下の子供の死亡でより多く占めていると。しかも、東京都の新生児死亡は、全国平均では良いほうですね、データでは。だから、ということは、1～4歳児死亡も東京都は少ないですよ、2011年は。だから、非常にいい成績だと思いますし、それからこの資料5の2ページ目を見ていただきますと、死亡場所、もう本当に集約化されていて、しかも、東京都のこども救命センターで105例。救命センターがスタートしたのは、2009年でしたか。こども救命がスタートしたのはいつだったっけ。

○八木課長 平成22年ですので……

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 4年前、22年の9月ですね。

○八木課長 はい。

○楠田委員（東京女子医科大学） じゃあ、既にこのときはもう1年以上たっていたということですかね。だから、かなりのスピードで効率よく集約化されているということで、そういう意味では東京都の子供の救急体制というのはすばらしいものがあるんじゃないかなというふうに思います。

森先生が言われた、これが全国でどうかということも一つですし、それから、例えば2004年、2005年のときに東京都でどうだったかというのも、一応比較の対象になると思いますので、それも含めて検討してみれば、個人的な感想ですけど、やっぱり東京はすごく子供の救急に関しては集約されて、先生方の努力のたまものというふうに思いますけども。

○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。

ほかによろしゅうございますか。

大変貴重なデータなので、よく見て、よく考える必要がある。見れば見るほどいろいろ

ろとわかることも出てくると思いますし、それから、何よりも初めてですよ。こういうのが日本で初めてですよ。そういう意味では、東京都として誇れることかと思えますけど、大事なことは、これをもとにして、また次に重ねて行って、日本全体のデータも含めて出していくということだと思います。そうしないと——例えば今回なんか、予防接種との関連は調べられたんですけど。

○森部長（国立成育医療研究センター） データとしては出していないんですが、実は、残念ながら予防接種の情報が非常に乏しいので、恐らく分析しようがないんですね。残念なのですが。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。やっぱり今、予防接種が非常に大きな、子供の医療の中では話題ですけども——話題というか、大事なポイントですけども、それによって亡くなる人とか、亡くならないまでも、いろいろ副作用で話題になっていますけども、そういうことを議論するにもこういうデータが大事です。

有賀先生、どうぞ。

○有賀委員（昭和大学病院） すごく幼稚な質問かもしれないんで、森先生、笑わないでね。

資料5の、要するに先天異常とかと書いてある。研究班による症例スクリーニングの、だから資料5の右の上。先生、この染色体異常とか、ここら辺がやっぱり多いような印象があるとおっしゃいましたよね。

○森部長（国立成育医療研究センター） はい。

○有賀委員（昭和大学病院） これって、東京においては、例えば子宮の中で子供が死んじゃうとか、生まれた瞬間にもうだめとか、そういうふうなことを乗り越えてここまでたどり着くことが日本国の、東京では多いということにはなるんですか、ならないんですか。

○森部長（国立成育医療研究センター） 幾つかの方向性でこれが多いと感じるのかなと思っています。一つは、楠田先生がさっきおっしゃいましたけども、新生児、あるいは小児医療の治療成績がよくなると、ここだけ残るんですよ。そういう意味で、相対的に多く見えるということはよくある話だなと思います。逆に言えば、簡単に言えば、途上国へ行くと感染症が非常に多過ぎて、これは目立たないんですよ。というところは、一つありだと思います。

もう一つは、確かにこれは私の——私、オーストラリア、イギリスで小児科医として働いていましたけれども、そこでの印象から見ると、正直、多分絶対数として多いのかなというふうな思いはあります。絶対数で多いというときに2種類の考え方があって、一つは、周産期のスクリーニングが日本は余りしないというところがございまして、これはいろんな文化的な背景もあると思います。もう一つは、ケアが非常に質が高いので、寿命が延びるといいますか、なので、人年でいくと非常に目立つ。それが特に、一般的には、産科でいきなり生まれたら亡くなっちゃうところが、実はもうそれが少し

寿命が延びていく。昔だったら28未満で亡くなったのが1歳に延びると。そういうところでも少し多いという部分があるのかもしれないです。

○有賀委員（昭和大学病院） それはこれからわかるんですか。

○森部長（国立成育医療研究センター） 少し感覚的な——私たちが症例を見たときの感覚的な話で、数字としては、これから実はこういうデータは、本当は米国あるいは英国の主要都市と比較したい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） 大変よいポイントだと思います。出生前診断というか、話題になっていましたけど、ちょっと最近下火ですかね。でも、あれもこれからは大変な問題ですよ。そういうことの議論にも役立ちますし、海外とも比べたいと思いますので、ぜひこれはデータをもっと積み重ねられればいいですよ。今回は大変なご苦勞でここまで来ただけでもすごいとは思いますが、せっかく国勢調査がこれだけ行き届いている国なんですから、子供の死亡に関してぐらい、もうちょっと、それに合わせて、制度で欲しいところですよ。東京都だからここまでできたとも言えますけど。

小児科学会、学会単位でやるものでもないような気が私はするんですけどね。小児科学会が頑張っとうとされていると聞いていますけど。やっぱり行政的な面が大きいでしょう。隅々まで。

○森部長（国立成育医療研究センター） 小児科学会の中でも、比較的スムーズにいているところは、行政のご協力、あるいは行政の主導があるところだろうというふうに感じていますので、学会だけで、先生がおっしゃるように、医療機関だけでできるものではない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） ええ。しかも、小児科学会というのは、小児科学会ですからね、救急医学会とはまた別になっているわけだし、外科学会とも別になっているわけですから、学会というか、本当に地域ベースで綿密に調べなくちゃいけないという、個人情報も絡んだり、いろんなことがありますから、東京都は東京都だけのことでしょけど、ここは東京都の小児医療協議会だから、東京のことを考えればいいのか。でも、日本全体のことを考えたら、何かどこかへ話を持っていきたいところですよ。もっと。東京発の医療改革という意味でも、東京都の方にも頭の中に入れていただいて、またそういう機会があればぜひ思いますし、学会レベルでももちろん、僕ら、日本全国で調べていかななくちゃいかんということは強調しますけど。

救急医学会とか、有賀先生、よろしくお願いします。そんな学会レベルの話と同時に、厚労省とか、総務省とか、そういうところですかね。

○有賀委員（昭和大学病院） 全く同じかどうか知りませんが、熱中症に関して、全国レベルでデータをとり始めたのは、例えば総務省消防庁が、各消防本部から熱中症をどれぐらい運んでいますかといって、全国統計として出すと。これは多分そこそこ昔からやっていたんだと思うんですけど、本当に熱中症かどうかわからんわけですよ、消

防本部では。

だから、病院が受けたというふうなことでデータをとろうねという話は、論理的にはやはり行政の仕事かもしれないけれど、とにかくやらなきゃいかんと思った人がやらないかんからということで、救急医学会はやり始めたんですよ。だけど、いかんせん学術団体ですから、毎年毎年やる力はないんですよ。だから、隔年的にやって、もうすぐ10年ぐらいになりますけれども、厚生労働省にしても、それから環境省にしても、やっぱり自分らの問題だというふうな気づきは少しずつあるんですよ。だから、厚生労働省が、こういうふうなデータについてはぜひ自分たちの仕事としてやっていきたいというようにを言い始めてくれていきますので、小児科学会は小児科学会で力づくでやっていただくと。しばらくやって、どうしてあんたたちやらないんだ、というふうな形に持っていくほうが、恐らく早いんじゃないかという気がしますね。

どこかの与党の会派とつるんで何かをするなんていう話よりは、よっぽど品よく、力づくでやれるんじゃないかなと、私として個人的にはそのように思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） でも、まずは東京都でこれだけやったんだからといって、厚労省に話を持っていくという。あるいは、子供省なんていうのがあれば一番いいんでしょうけど。日本はよくそういうのがないからと言われるんですけど。やっぱり厚労省ですかね。その辺も、ちょっとこの協議会の枠を超えちゃいますけど、私たち、特に医療者、この中のメンバーで医療者の方は、子供のために動いていきたいと、動いていかなくちやいかんというふうに改めて思いました。

○有賀委員（昭和大学病院） 一緒にやっていくといいですよ、小児科学会と。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですね。学会と一緒にやる。ありがとうございます。

（4）のその他で、これは事務局のほうで何かありますか。

○事務局（谷本） 報告事項で、資料6を。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 資料6。

○事務局（谷本） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） その他ですね。

○事務局（谷本） そうですね。

東京都における小児救急医療体制についてでございます。平成24年、25年の2年にわたりまして、小児初期救急の医療体制の検討部会を開催しまして、昨年度、平成25年度の小児医療協議会でもご議論いただいたかと思えます。その中で、東京都の小児救急の医療体制につきましては、平日準夜帯の小児初期救急医療体制の確保や普及啓発については、住民に身近な区市町村が行うことが効果的であるところのご意見をいただいたところですが、その後のご報告ということでさせていただきます。

資料中央に東京都内の地図があります。左下に凡例を掲載してございまして、墨色で塗られたものが東京都の補助事業であります小児初期救急平日夜間診療事業になります。

平成24年度から26年度にかけ4増1減しております、35自治体が26年度は実施しております。増えた自治体の中には、資源の有効活用を図るために、3自治体が共同して実施していただいているものもございます。

また、右下をご覧ください。小児初期救急医療を担う人材の拡充につきましては、従来から実施しております、二次救急医療機関等での48時間の研修を行います臨床研修のほかに、今回新たに実施いたしました、より多くの方に参加していただくための講義形式による、小児救急研修会というのを行っております。この研修会では、年間3万8,000人の患者さんをご覧になっている都立小児総合医療センターのERの先生に、小児初期救急の重症患者を見逃すことなく、素早く見つけるポイントなどを丁寧にご講義いただきまして、41名のご受講をいただいております。

また、普及啓発におきましては、区市町村において、小児救急等に関するパンフレット、ポスター等の作成や講演会等の実施をしていただいております。

今後も引き続き区市町村における小児初期救急事業を拡充し、安定的に実施できるよう、東京都は支援、働きかけをしてまいりたいと思っております。

ご報告は以上です。

○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。

松平先生、ぜひコメントをお願いします。大変話がいいほうに来ているというふうに思いますけど。

○松平副会長（日本小児科医会） 今お話ししていただいたように、東京都は全国的に見ると、小児の初期救急医療体制は非常によく整っていると思います。ただ、以前から、阪井会長にも言われましたけども、初期救急医療体制を、やはり二次医療機関を含めた形で、初期救急医療体制をこれから将来的にはつくっていく必要があると思っております。

それから、先ほど来出ておりますように、初期救急医療体制をつくるとともに、やはり家庭看護力、家庭での看護力を向上させるような研修会を、阿真さんも先ほど言われましたけども、そういうものにもやっぱり我々が参加する必要もあると思います。

それから、在宅のお話も出ましたけれども、今、東京都医師会が小児医療機関を対象に、小児の在宅についてどのくらいまで協力できるか、個々にアンケートをとっております。在宅というと非常に大げさな形になりますけれども、我々小児医療機関が、在宅を受けている患者さんの予防接種だけでもできるとか、先ほど出ましたように、短期間の訪問ができるとか、そういうところの細かいところまで、今、東京都医師会はアンケートをとっておりますので、ぜひ、まとまりましたら、正木先生のほうからご報告いただきたいと思っております。

そんなところですよ。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうもありがとうございました。

○有賀委員（昭和大学病院） ちょっといい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ。

○有賀委員（昭和大学病院） この奥多摩がへき地医療対策において総合的な救急体制云々とあるんですが、東大和市と、それから国立市は、周りのまちに行ってくれと言っているんですね。つまり、国立の市長さんは、私たちのまちでは小児の初期の救急医療に関しては全く、ごめんなさい、周りに行ってくださいねと言っているという、そういう理解でいいんですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ、お願いします。

○雨宮委員（東京都市福祉保健主管部長会） 国立市の雨宮と申します。

決してそういうことではなくて、国立市の地域特性だというふうに思うんですけれども、国立市は非常に小さい市でございまして、病院という機能はほとんどないという市でございまして。近隣に都立の小児総合医療センターさんがあったり、あるいは立川市に災害医療センターがあったり、あるいは国家公務員の共済組合の立川病院があったりとか、そういう周辺にかなり充実した機能がございまして、そちらのほうで受けていただいているというふうなことから、住民の方からも特に大きな要請というのはないんですね。ですから、そういう他の資源でできているというようなことの中において、私どもとしては、そこに今はお願いをさせていただいているというのが現状でございまして。

○有賀委員（昭和大学病院） ちょっとたたみかけるようで申しわけないんですけど、私、江戸川区の住民なんですけど、江戸川区においては、病院は病院で入院医療に関してやってくれと。そうじゃないものに関しては、江戸川区医師会の先生方に、輪番並びに固定でやっていただくと。そういう意味で、初期救急ということと、それから入院を必要とするような二次救急というふうなことについては、やはりそれなりの機能があるわけなので、国立の人たちからは文句が出ないとおっしゃっていますが、知らないんじゃないですか、それは。

私は何となく、もしそうだとすると、ほかの立川市だとか日野市だとか、みんな、何らかの形で補助を受けたり、自分らがそれなりのことをやっているということでは、その手のことは、やはり東大和市も国立市も私はやるべきじゃないかなと、素直に思うのですよ。いじめるとか、そういうんじゃないで。

私がもし国立に住んでいたら、何で国立には初期救急に関するそういうふうな仕組みがないんですかというふうになるんだと思うんですよね。ある日あるとき立川に行っているからとか、ある日あるとき他の総合医療センターへ行っているからいいと、そういう問題では私はないんじゃないかなというふうに、江戸川区に住んでいると、そういうふう思う。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 私はちょっと違うと思うんですけど、これは行政の区分でしょう。だから、別にどの市、どのまちにも、その初期救急体制といえますかね、診療所がないとかんというわけじゃないと思いますよ。それをやるにしても、初期救急をしっかりとやるにしても、医者の数も要りますし、看護師も要りますから……

- 有賀委員（昭和大学病院） いや、だから……
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ちょっと待ってください。だから、どこにも必要だというと、また1市1医大みたいになりかねないわけなので、だから、それはちゃんと周りも含めたところでしっかりやれば私はいいと思います。
- 有賀委員（昭和大学病院） いやいや、初期救急だからやっていただきたいと。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） いや、先生、初期救急だって、夜しっかり救急医療体制をつくるというのは、そんな簡単なものじゃないと思いますけど。
松平先生、どう思われますか。
- 松平副会長（日本小児科医会） これは多分、初期救急に対する基本的な問題になると思うんですね。私も阪井先生と同じように、各市町村が個別に一つずつつくらなくちゃいけないとは思っていません。
- 有賀委員（昭和大学病院） だったら、国立市は周りにお金を出しているんですか。
- 松平副会長（日本小児科医会） ただ、問題は、私はむしろもっとほかにありまして、初期救急を実際誰がやっているかということ、江戸川区なんかでも、ほとんど地区の医療機関はやっていなくて、大学から来られているんですよ。そうじゃなくて、本当にやっぱり地域の医者が実際に参加するような初期救急体制をつくらなくちゃいけないと思っています。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そうしたら、ちょっと先生、やっぱり医師会とか、もうちょっとその辺の——今、有賀先生の素直な疑問だとは思いますが、でも、私も現場の人間としては、余り薄くやったって、みんなが疲れ切るだけだし、住民の方にとってどれがいいかというのは、結構簡単じゃないかもしれませんよね。人口の分布、子供の分布があるから。だから、その辺をもうちょっと、この問題については、素直な疑問が出るのは確かによくわかるので、もう少し突っ込んだところを……
- 有賀委員（昭和大学病院） 今、松平先生が、大学の先生がやってみていると言うけど、大学の先生じゃない先生もやっているわけですよ。それで、そういうふうなことに参加しなかった臨海病院は小児科が潰れたという歴史がある。なくなっちゃったんですよ、小児科が一時期。それは、周辺の住民がどーんと押し寄せたんですよ。だから、それでいいという問題じゃなくて、やっぱりそれなりの面としてやっていただくということプラス、その重点的な部分で階層的にやっていくという、そういうような立体構造がないといけないんじゃないかなと思って、素直な疑問として質問しました。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） わかりました。この問題ももう少しあれですね。もう少し解析して、ビジョンを立てる余地がありそうですね。細かく見ていきますと。
じゃあ、その他はこれでもう終わらしましょう。すみません、今日は8時半と最初におっしゃいましたね。私も8時半と言って、もう8時55分になろうとしています。すみません。

じゃあ、協議会、今年度第1回目の議事に関してはこれで終了といたします。

それで、特に何かご発言したいと、まだご発言されていない先生方、委員の方で何かありますか。あればお聞きしますが。

よろしゅうございますか。

議事はこれで終了しますので、あと事務的なサイドで、何か事務的な連絡はございますか。

○八木課長 阪井会長、ありがとうございました。

今後も、さまざまご意見いただいたことを踏まえまして、小児救急医療体制の確保に努めてまいりたいと思います。先生方におかれましては、遅い時間までご議論いただきまして、どうもありがとうございます。

駐車券についてなんですけど、お車でお越しの先生、駐車券のほうを事務局のほうで準備しておりますので、お帰りの折にお声がけいただければと思います。よろしく願いします。

以上です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） じゃあ、これで本年度第1回の小児医療協議会を終わりたいと思います。

次回は、今年度もう一回やるわけですね。

○八木課長 現在、具体的な予定はしておりません。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） でも、もう一回やりましょうよ。

またご連絡さしあげますので、よろしく願いいたします。

どうもありがとうございました。これで終わります。

（午後 8時54分 閉会）