

平成27年度第1回  
東京都小児医療協議会  
会議録

平成27年9月4日  
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○諸星課長 定刻となりましたので、ただ今から平成27年度の第1回東京都小児医療協議会を開催させていただきます。

委員の先生方におかれましては、大変お忙しい中でございますけれども、ご出席いただきどうもありがとうございます。

申し遅れましたが、私は医療政策部の事業推進担当課長の諸星と申します。議事に入る前の間、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、福祉保健局技監の笹井よりご挨拶を申し上げます。

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

本日は皆様大変お忙しい中、ご出席を賜りまして、誠にありがとうございます。開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

この協議会は、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、都民の代表の方、学識経験者、医療関係機関の代表の方などにお集まりをいただきまして、三次救急医療としての東京都こども救命センターの運営から、身近な地域の医療に当たる平日夜間帯の小児の初期救急の医療の確保などについて、ご議論をいただいているところでございます。

そうした中で、東京都こども救命センターにつきましては、超急性期の治療を終えた後も入院が継続して長期にわたっているような事例もあるということで、重篤な小児の患者さんの受入要請があった場合に、患者さんを必ず受け入れて、迅速かつ適切な救命治療を行うことができるようにということで、一昨年7月に本協議会のもとに東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会を立ち上げまして、これらの問題を検討して、今年2月に取りまとめを行ってまいりました。今日はその部会の検討報告をさせていただきます。

また、本日は部会長として、この非常に難しい課題にご尽力をいただいた岩中先生に、お忙しい中ご出席をいただいております。岩中先生、誠にありがとうございます。

最後になりますが、今後とも東京都は小児救急医療の充実強化に取り組んでまいり所存でございますので、本日も貴重なご意見をいただけますようお願いを申し上げまして、ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○諸星課長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様方のご紹介をさせていただきます。

次第をめぐっていただきまして、お手元の資料1としまして、委員名簿をご覧いただきたいと思っております。

まず、前回、昨年9月に協議会を開催させていただきましたけれども、その後、人事異動等で変更となりまして、新たに就任していただきました委員の先生方をご紹介させていただきます。

名簿の7番目でございます。東京大学医学部附属病院小児医療センター、センター長

の岡委員でございます。

- 岡委員（東京大学医学部附属病院） 岡です。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 続きまして、名簿の17番目でございます。東京都福祉保健主管部長会の代表としまして藤崎委員にご就任いただいたんですけど、本日欠席というご連絡をいただきまして、代理としまして国立市の予防・健康担当課長の堀江様にお越しいただいております。
- 堀江委員（東京都福祉保健主管部長会） 代理出席です。  
申し訳ありません。議会中ということで、藤崎部長は欠席をさせていただきました。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 続きまして、18番目になります。東京消防庁救急部長の安田委員でございます。
- 安田委員（東京消防庁） 安田でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 続きまして、名簿は最後になりますけれども、福祉保健局医療政策部長の西山でございますけれども、急遽公務が入りました関係で、本日は欠席させていただきます。ご了承願いたいと思います。よろしくお願いいたします。  
続きまして、そのほか、名簿順になりますけれども、もう1年たっておりますので、改めて出席していただいている委員の皆様方のご紹介をさせていただきます。よろしくお願いいたします。
- 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。
- 阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会） 阿真でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 読売新聞編集局の館林委員でございます。
- 館林委員（読売新聞） 館林です。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 昭和大学病院の有賀委員でございます。
- 有賀委員（昭和大学病院） よろしく申し上げます。
- 諸星課長 東京女子医科大学、楠田委員でございます。
- 楠田委員（東京女子医科大学） 楠田でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 東京都医師会の正木委員でございます。
- 正木委員（東京都医師会） よろしく申し上げます。
- 諸星課長 日本小児科医会の松平委員でございます。
- 松平副会長（日本小児科医会） 松平です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 諸星課長 日本大学医学部附属板橋病院、高橋委員でございます。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） 高橋です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 諸星課長 本協議会の会長でございます国立成育医療研究センターの阪井委員でございます。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 阪井です。よろしくお願いします。
- 諸星課長 小児総合医療センターの澁谷委員については、遅れて見えるという連絡をいただいております。
- 東京北医療センターの清原委員でございます。
- 清原委員（東京北医療センター） 清原です。よろしくお願いします。
- 諸星課長 多摩北部医療センターの小保内委員でございます。
- 小保内委員（多摩北部医療センター） 小保内です。よろしくお願いします。
- 諸星課長 日本医科大学付属病院の横田委員でございます。本日欠席の連絡をいただいております。代理としまして救命救急科の講師の横堀様にご出席いただいております。
- 横堀委員（日本医科大学付属病院） 横田は公務につき、欠席で申し訳ございません。救命センターの横堀と申します。よろしくお願いします。
- 諸星課長 杏林大学医学部付属病院の山口委員でございますけれども、欠席のご連絡をいただきまして、本日代理としまして病院庶務課課長補佐の橋詰様に参加いただいております。
- 橋詰委員（杏林大学医学部付属病院） 山口は別の会議のほうに出席しております。かわりに出席のほうをさせていただきます橋詰と申します。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 特別区保健衛生主管部長会の福内委員でございます。
- 福内委員（特別区保健衛生主管部長会） 福内です。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 東京都病院経営本部の高野委員でございます。
- 高野委員（東京都病院経営本部） 高野でございます。よろしくお願いします。
- 諸星課長 ありがとうございます。
- 名簿の13番目の墨東病院の三澤委員については、欠席という連絡をいただいております。
- また、本日、オブザーバーとしまして、東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会の部会長を務めていただきました。現在、埼玉県立小児医療センターの病院長の岩中先生にお越しいただいております。
- 岩中病院長（埼玉県立小児医療センター） 岩中でございます。昨年までいろいろとお世話になりました。今日は最後の会になると思っておりますけれども、よろしくお願いします。
- 諸星課長 岩中先生につきましては、別の公務がございます関係で、途中で退席とさせていただきます。よろしくお願いいたします。
- 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成田でございます。
- 成田部長 成田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 諸星課長 救急災害医療課長の八木でございます。
- 八木課長 八木でございます。よろしくお願いいたします。
- 諸星課長 続きまして、配付資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をご確認

いただきたいと思います。

資料につきましては、資料1から6までと参考資料が1から3。それから別添資料としまして、A4カラーのパウチをしてございますけれども、東京都こども救命センターのご案内でございます。

このご案内につきましては、イラスト部分について若干の修正を加えて、3月末に各医療機関に送付させていただいているものでございます。

資料等に不足等がございましたら、事務局のほうにお申し付けいただければと思います。よろしいでしょうか。

なお、本日の会議につきましては、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、会議録については公開となっておりますので、委員の皆様にはあらかじめご了承願いたいと思います。

また、本日の協議会の終了予定でございますけれども、8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。これからの進行について、阪井会長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）　　どうも、皆様。阪井でございます。

今日初めての方もいらっしゃるようですので、ちょっとだけ最初に前置きさせていただきます。この協議会は、5年前ですか。当時、こども救命救急センター構想が持ち上がって、それが実現する、どういうふう to 実現しようかというときに、最後の詰めみたいなときに、一堂に集まって協議会を立ち上げてやっていこうということで始まりました。その後、無事にこども救命制度ができ上がって、今は三、四年目ですか。何とかここまで来ている段階ですけれども。

最初は、そういう関係で私が協議会の取りまとめ役みたいな形になっているわけですが、ここまで来て思うことは、後で岩中先生からもお話があると思いますが、救命救急医療だけを取り上げて限界があるというか、それをうまく回せるように、その後の、うまく退院、転院できなかった人をどういうふうにするとか、地域でどういうふう to 子供を守っていくかというところも議題となってまいりました。

今日はその続きで、現在、その制度の運用の仕方とか、うまくいくかどうかを検討するのが中心になりますけれども、毎回、私は申し上げているんですけど、せっかく行政の方と一緒に議論する貴重な機会ですので、年に2回ぐらいの貴重な機会ですから、公開されているとはいえ、ざくばらんに話をさせていただければと思います。私も司会進行役を仰せつかっておりますけれども、自由に意見を言わせていただこうと、現に今までそうしてきました。ということで、有意義な1時間半余りを過ごしたいと思います。

それでは、今日の議題は、これも東京都のほうで取りまとめた、先ほど申し上げたこども救命センター制度の現状。

1番目は、問題になっている転院・退院支援体制を、部会として岩中先生がまとめた

ものの報告をしていただいて、議論していただきます。

2番目は、そのルーチンというか、その運営の実態、状況をご報告いただいて、さらによりよいものにするためにどうしたらいいか検討していく。その他となっています。

では、1番の転院・退院支援体制の部会からの報告です。事務局のほうでお願いいたします。

○事務局（谷本） 小児救急医療系の谷本と申します。着座にて説明させていただきます。

まず資料2と3で説明をさせていただきます。

資料2につきましては、東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会の報告書となっております。

資料3は、その報告書の概要版ということになっております。

まず、資料2、報告書ですけれども、最後のページ、31、32ページをお開きください。

こども救命センターですけれども、重篤な救急患者を必ず受け入れて、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と言われていたことから、こ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に、平成25年度からこども救命センター転院・退院支援体制検討部会を開催させていただいております。

31ページには、この部会のメンバーの名簿となっております。

こども救命センターの代表の方、関係団体の方、医療機関の三次、二次、初期の先生方、訪問看護ステーション代表、行政機関代表という形で委員を構成し、ご検討いただいた次第です。

32ページにつきましては、部会の検討経過を記載してございます。

平成25年7月から年3回、2カ年で計6回開催しております。

次に、この報告書の表紙をおめくりいただければと思います。

左側のページに目次を書いてございます。第1、2、3からなる3部構成とさせていただいております。最後に部会で使用した主な資料を添付させていただいております。

第1としては、小児救急患者を取り巻く状況を、第2については、部会での検討状況を記載し、第3については関係機関が果たす役割等として、この報告書のまとめとしております。

次に、右側のページをご覧ください。

「はじめに」といたしまして、上段から中段にかけてなんですけれども、これは先ほど申し上げた部会の開催経緯等をまとめております。

そして、最後の段落になりますけれども、こちらで「救命治療に必要な患者を速やかに受け入れる体制を確保するとともに、医療依存度の高い患者及びその家族が在宅での療養を安心して行える体制が構築されることを期待する」ということでまとめております。

す。

報告書の内容につきましては、資料3の概要版で説明させていただきます。

資料3をご覧くださいと思います。

資料3は2枚ございまして、まず1枚目をご覧くださいと思います。

左側ですけれども、第1の小児救急医療を取り巻く状況でございます。

こちらでは都内の年少人口及び都内救急搬送数の推移のほか、こども救命センターについて記載させていただいております。説明は割愛させていただきます。

次に、右側をご覧ください。

この部会の検討状況を記載しております。部会報告書では7から14ページに記載しております。

部会では、課題を検討するに当たりまして、こども救命センターの状況を確認するため、退院支援コーディネーターをモデル配置した成育医療センターと小児総合医療センターの傾向を確認しております。

その中で入院日数ですが、この2病院の平均入院日数は20.8日でした。

そして、その症例の8割弱につきましては、入院日数は21日以内という結果でした。

それから、上から三つ目の表にもございますように、この入院日数を転院と退院で分けてみたのですが、転院となった症例は退院となった症例に比べ、10.8日と18.8日とありますように、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傾向が出てきました。

次に、この救命センターからの転院・退院の困難な理由について、こども救命センター側からご意見をいただきました。

例えば転院の場合、受入れ先医療機関の受入体制が課題となっているのではないかと。

退院の場合では、家族が在宅で患者をみることへの不安や急変時の対応。さらには、在宅での療養生活を行うに当たって、医療資源等が不足しているなどのご意見がございました。

次に、こうした状況の中、患者の全身状態が安定した後、その後の在宅移行に向けた治療や退院準備につきましては、患者の居住地の医療機関で行うという流れをつくるのが、患者及び家族、こども救命センターにも負担の軽減につながるのではないかとことから、指定二次救急医療機関等へ調査させていただきました。

昨年度の協議会でも中間報告としてお伝えしておりますが、状態が安定した患者を受け入れる際の課題等について二次救急医療機関等へお聞きしたところ、記載しておりますように、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などが上位の意見でした。

⑥にあるように、ベッドが不足しているから受けられないのではと調査前は思っていたのですが、医療依存度の高い患者の対応に慣れていないため受けられないという調査

結果になっております。

さらに医療デバイス等の管理が難しい理由について確認したところ、看護師の体制などが挙げられております。

次に、モデル事業として配置した退院支援コーディネーターの効果として、情報共有化することができるようになり、院内連携体制が充実したこと。転院・退院に向けての課題や確認事項を整理することができ、各院内のスタッフの役割が明確になったこと。患者・家族への入院当初から介入することなどにより、支援体制も円滑に行えるようになったというご意見をいただきました。

このように部会の中でご議論いただき、2枚目の資料となりますが、次のような方向性、具体的報告としてまとめております。

2分の2をお開きいただければと思います。

方向性としては四つございます。

一つ目は、円滑な転院・退院を実現するため、こども救命センターの退院は、退院向けの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け入れ先を確保する。

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を受けられるよう、医療従事者への育成を行う。

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。

また、その具体的な方策といたしまして、関係機関別にまとめ、その下、左側に記しておりますけれども、この丸つき数字が右側の図のそれぞれの実施する事項に該当しております。

まず、こども救命センターについてですが、①といたしまして、現在モデル配置している2センターの退院支援コーディネーターが、先ほど申し上げたように効果が見えてきたことから、各センターの受け入れ状況を勘案しながらにはなりますが、そのコーディネート機能を充実していく必要があること。

また、②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・保健機関等との連携を進める必要があることから、現在も行っている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取組が重要であるとしています。

次に、患者家族の支援についてですが、転退院支援を必要なタイミングで行うことができるようになることから、患者家族に早期に介入を図り、信頼関係を構築する必要があること。

また、④といたしまして、患者家族の不安や負担を軽減するため、レスパイト機能を持つ医療機関を確保する必要があるとまとめていただいております。

また、地域の中核病院につきましては、こども救命センターでの治療が終わり、全身状態が安定したものの人工呼吸管理等が必要な患者を受け入れる病床を確保することが必要であること。

また、⑥にありますように、地域の中核病院から在宅療養を目指すに当たり、地域の事情を考慮して退院調整する必要があることから、地域の医療・福祉・保健機関等との従事者と連携を図り、情報交換をすることなども必要としております。

次に、これらに関係する方たちの育成として、地域の中核病院が人工呼吸器などの医療デバイスの管理や専門性の高い疾患に慣れる機会を持つことが必要であること。

また、⑧として、この患者の転退院にかかわる関係者は、医療・福祉・保健機関等多機関多職種に及ぶことから、例えば互いに使用している言葉が分からないということもあるようで、互いの使用する言葉や考え方を理解し、連携をとることが必要であるとしております。

また、その他、在宅療養に当たっての環境整備といたしまして、⑨コーディネーターは、入院時から患者家族の不安、負担を軽減するため、地域の医療・福祉・保健機関等と連携し、療育意識の醸成、在宅時における支援体制の調整などを行っていくことが望ましい。

⑩といたしまして、患者家族が在宅療養するに当たっての不安を軽減するため、転退院した後でもこども救命センターや地域の中核病院等が、患者の急性増悪時の支援をしていくことが重要としてまとめていただいております。

東京都といたしましても、取りまとめ結果を基に、徐々にかもしれないのですが、こども救命センターの円滑な転退院を進めることができるよう支援してまいりたいと思っております。

説明は以上です。

○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。

岩中先生、今日はお忙しいと伺っております。まずは、私からお礼を申し上げて、岩中先生に取りまとめをお願いしたのは私なもので、先生を推薦したものですから。どうもありがとうございました。

今のご報告について、何か追加なり、ご意見はございますでしょうか。

○岩中病院長（埼玉県立小児医療センター） 昨年まで、2年間にわたりまして6回ほど、本当に真摯な議論をいただいて、それで、限られたその財源の中で、できる範囲のことをやっていこうということと、最終的には、この東京都内にある、ない物ねだりをしないで、あるものをいかに活用するかという視点のもと、それから、先ほど谷本さんはおっしゃいませんでしたけど、やはり急性期病床から患者さんを出すことで、急性期入院をどうのこうのという議論の前に、やはりそういう患者さんたちが地元で、子供目線で見ると、やはりアメニティがいい療育環境のもとで、ご家族が安心して生活が、療育環境、療養できるようにするというのが、やはりもう最大の前提にあって、その上で、どうい

うふうなことができるかという視点に立った議論が行えたのかなと思っています。

私は、この4月に急な人事で埼玉県の方へ異動しましたので、今、埼玉県で同じことを現実で直面しているんですが、ある意味、こども救命センターでの審議ということに限っておりましたが、やはりまだ東京都はかなり恵まれているなど、正直思っています。特に、この部会では、どちらかというところ、在宅へ直接帰すのではなくて、やはり地元の中に根づいている指定二次医療機関あるいは中核病院に患者さんをお願いすることで、患者さんも、やはりご自宅に近い、ご家族も楽、それで安心してきちっと何でも相談ができるような環境をつくろうとしました。ご家族が疲れたときにはレスパイト入院もあり、軽い症状であれば、そこで面倒を見てもらうと。そういう流れをつくるという意味では、これから東京都、今回、調査していただいておりますように、意外にベッドはあいているんだということはわかっていますので、いかに人材の育成をし、周辺の設備、環境を整えて、どういうふうな形で実際に動かしていくかと。

このこども救命のこの施設、4施設の問題をまず具体的に検討することで、引き続き、東京都内には急性期でこういう患者さんたちを、急性期医療を担当していただいている方々はたくさんいらっしゃいますし、NICUはあっちにもこっちもございますので、次のステップとしては、これがこども救命センターから、さらにもう少し広い範囲の急性期医療の中に取り込まれている、そういう患者さんたちの次のステップという形に、この議論を広げていってくださればいいのかと。

そういう意味では、この2施設におきまして、コーディネーターの方々が本当に貴重なデータをつくっていただいて、やはり議論のたたき台をつくっていただいたと。この事務局においても非常にたくさんの施設の調査を行ってくださって、要するに、データを基に、根拠を基に、委員の経験とか勘だけではなくて、そういう数値を基にして、いろいろな具体的な検討ができたこと、大変ありがたかったというふうに思っています。

私は、東京都の施設から外れましたので、隣の県で引き続き応援をすると同時に、埼玉県の患者さんをどうやって東京都で診てもらおうかなということ、ちょっと今たぐらみながら、検討させていただきたいと思っておりますので、どうぞ引き続きよろしくをお願いします。

簡単でございますが、補足というよりは、部会長としての反省を込めたコメントをさせていただきます。どうも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） どうもありがとうございました。最後のところの話は、埼玉県の患者さんは、もちろん東京都のこども救命センターで、いざというときは受けるのは、全く私としては問題ないと思います。東京都としては、そういうふうに言えるかどうかはわかりませんが、医療人としては当然そういう機能を持った病院が受けるのは当たり前だと思いますけど、その帰るときに、退院とか転院を埼玉県の地域のほうに帰れるように、速やかに帰れるように、そういう制度がまたちゃんとできたら、制度というか、仕組みができるように、岩中先生にも、また引き続き、ご尽力い

ただきたいと思います。

- 岩中病院長（埼玉県立小児医療センター） コメントですが、埼玉県は本当に医療資源がございませんで、総合周産期医療センターは、埼玉医科大学の川越の総合医療センターが1施設だけで、私ども、実は、あと1年半後に、新病院を新都心にオープンして、跡地に医療型の介護施設、特に短期入所部分を30%以上持つものをつくりますが、恐らくあっという間に埋まってしまって、また元のもくあみに近い状況になるだろうと思っています。

ただ、こういうきっかけ、今回、この部会でいろいろと皆さんからご指導をいただいたり、意見交換をさせていただいたおかげで、私も、埼玉県の在宅医療といいますか、重症心身障害児をどういうふうに診ていくかと。かなり具体的な展開もできたので、東京都をお手本にさせていただきながら、やはり続いてやっていこうという自治体は山のようにありますので、ぜひ、事務局の方といいますか、東京都の方々をお願いするのは、精力的に、せっかく議論していただいた話ですので、ぜひこれを具現化していただくと。それがコーディネーターを使ってデータをつくりました、こういう意見が出ましたで終わってしまえば意味がありませんので、ぜひそこをしっかりとやっていっていただきたいなというふうに思っております。どうぞ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。

さて、今のご報告について、ご質問や、あるいはコメント、議論すべき点はございませんでしょうか。どうぞ。

- 館林委員（読売新聞） いろいろありがとうございます。素人でよくわからないですけれども、こういう救命センターに入院された方の状態が、いま一つ、想像がつかないのです。それをもうちょっと私たちも知りたいなと思います。

たまたま知り合いでインフルエンザ脳症になったお子さんがいて、退院後、知的にも問題が出るようになって、ご家族もお困りなのですが、路頭に迷ってしまう感じになりました。高齢者の方はケアマネさんがいて、受けられる支援プランを立てていただけるのですが、子供だと数が少ないこともあるのですが、退院後の支援が明確になっていないように感じます。何人かに話していて、ある看護師さんから、こういう子供たちにも支援プランを立ててくれるケアマネさんが必要だよ、という話になりました。お母様は、子供の状態を少しでもよくしたいから、良い先生にかかって、リハビリをして、少しでも機能が戻るようにしたいのだけれど、そういう先生は見つからないんですという話をされていました。小児救命センターを退院した子供たちが、どんな状況にあって、どんなことに困っているのかをもう少し知りたいと思いました。

先生方が努力してくださって、状況が改善したのはとてもよくわかったのですが、その後の家族はどうなったのか。以前、虐待の話も出ていましたが、介入が必要な家庭に対策はできているのかも知りたいと思いました。利用者目線での実態がわかるといいかなと思いました。ちょっと、ない物ねだりかもしれないですけど、ご検討をいただければ

ばと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 今、まさにおっしゃったような、その退院に至ったとしても、退院した後の相談支援機能というのですかね、どこにどうかかっているかわからない。医者にかかる分には、医者が紹介すればいいのかもしれませんが、ケアマネって、要するに、介護保険のケアマネですよ。ああいうのが子供、医療が必要な退院後の子供に、いない。そういう存在がないから、みんなが困っているという状況がある。状況が私の身の回りに結構あると思います。

実際にそういう声を聞きますし、世田谷区が、この前、調査をして、住民の実態把握ということで、介護をしているお母さん方は睡眠時間が4時間だとか5時間だとかという状況で、どこに話を聞きに行ってもいいかわからないみたいなのも出ていましたし、結構やっぱり高齢者に比べて子供の、そういう慢性的な状態を持った子供に対する地域でのケアの体制というのは、本当に求められていると私は感じているんですが。

いかがですか、今のお話を聞いて。その辺をちゃんとすれば、少しはこの転院・退院の話も進んでいくだろうと思いますが。

○楠田委員（東京女子医科大学） 東京女子医大の楠田ですけど、先ほど、ちょっと岩中先生が言われましたように、周産期医療も同じような問題を、課題というか、抱えておりました。我々の場合は、もともとNICU、長期入院の子供にどういうことができるかということで議論が始まって、やはり退院できないのは、もちろんお子さんの状態にもよりますけれども、多くの場合、やっぱり家族の問題だとか、受入施設の問題が圧倒的に多いですね。

ですから、そこをやっぱり解決しないと、NICUというのは、決して子供にとっては生活の場としては配慮をされていないところですので、我々としては、やはり入院していることでベッドが埋まるというのも、もちろんありますけど、それ以上に、やっぱり子供の、先ほどのお話のとおり、アメニティを考えれば、それはよくないので、何とかして退院支援できないかということで、同じような退院支援のコーディネーターの方を配置させていただいて。

その結果、実は、一時的に、全体的にかなり長期入院の方が減少したんですね。ただ、減少した裏には、実は帰った方の症状を診てみると、圧倒的に重症のまま帰っておられるんですね。ということは、数が減ったというよりは、実はいらっしゃるところが、確かに家庭に移すことが一時的にできたんだけど、家族の負担たるや、それはもうかなり、今まで以上に、我々としては、変な言い方で言えば、押しつけているような面もあって。一旦、下がった後でも、やっぱり逆にもうそれ以上は無理だろうということもあったので。

今、我々が考えているのは、もう本当に先ほどのご報告のとおり、やっぱり連携なり、あるいはレスパイトなり、あるいは本当の子供のケアマネジャーのような形の、やっぱり持続した支援がなければ、これはもう本当に一時的に、目の前の患者さんがどこかに

移動されたというのは何の解決にもならないので、今回もそういう意味の救命センターからの退院等も、我々かなり参考にさせていただけることになると思いますので、やっぱり子供のというか、家庭全体を我々は見ていかないと、医療者の立場以上に、そういう社会的な立場と視点が必要かなということで、先ほどのご発言もそうだと思いますので、非常に重要な視点だ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。

どうぞ。

○福内委員（特別区保健衛生主管部長会） 今のお話の中で、ケアマネジャーのような方が必要ではないかというお話は、実は地域の医師会の先生方と小児の在宅医療に関する検討の中で、地域の中核病院の先生方からも出ております。

もちろん不十分ですけども、これまで、NICUから退院をされてくるお子さんや、そういうようなケースで、病院からご連絡があれば、例えば特別区の場合は、それぞれ地域を、保健センターなり保健相談所が持っておりますので、その地区担当の保健師が、例えば、在宅へ帰るときに何が要るのかということで、今、かなり小児専門で回ってくださる訪問看護ステーションもできてきていますし、あとは、それらの医療はどうするのかというところ等を、あとはヘルパーさん、そういうものをコーディネートをするということはやっています。ただ、果たして、それがどれだけカバーできているかという視点では、ちょっとわからないというところが実情かと思います。

また、その地域を担当している保健師も、もちろん小児の患者さんばかりではなくて、障害者から、乳幼児健診の現場から、さまざまなことをやっていますので、その1人の方をどれだけ濃く見ていただけるか。それから、お子さんは当然成長するわけですから、そこに教育の問題やら、いろんなものが出てきたときに、継続してどこまでそのコーディネーターとしての役割を果たしているのかというような課題も、やはりこちら、行政側にはやはりあるのかなと。ただ、そこについては分析が不十分というような状況かなと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。そういう地域担当保健師という、そういう方がいらっしゃるわけですか。私はそれがわかっていないんですけど、23区に限られているわけですか。

○堀江委員（東京都市福祉保健主管部長会） それは区部だけでなく、多摩地区にも、当然市町村にもおりますので。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。それは言ってみれば、子供の患者のケアマネさんみたいな形で機能している人もいらっしゃるという、今の話で聞きましたけど、そういうのであれば、モデルとして、そういうのがきっと埼玉県にも必要でしょうし、あちこちのそういう高度先進、子供のこういう救命医療をやるところには必要になってくる。あるいは、NICUを盛んにやっておられるところ、日本は全体的に子供の医療は進んでいますから、救命率が上がるにつれて、ますますケアマネジャーが

必要な子供の患者は増えてくると思うんですけど、地域に帰すためには。あるいは帰った後、クオリティ・オブ・ライフをきちんと維持するためには、そのケアマネにかわるような制度でもいいんですけど、何か必要だと思うんですけど、せっかく東京都がそういういい制度を持っておられるんだったら、もっとそれを活用するなり、力を入れるなり、考えたらどうですかね。

○福内委員（特別区保健衛生主管部長会） 地域を担当している保健師がいるというのは、全国同じだと思いますので。

ただ、先ほどお話ししましたように、どれだけカバーできているかというのもありますし、あと、マンパワーが十分なのかということもありますので、例えばそういう小児の患者さんなりに特化したような、仕組みみたいなものが必要なのかとか、そういうことも少し検討していく必要はあると思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですね。せっかくそういう制度があるんだったら、それを使うなり、僕は正直、ゼロからやるのは大変でしょうから、介護保険みたいな、ああいうものをつくるのも非常に大変でしょうし、ケアマネジャーの域には達しないとしても、少しでも近づける取っかかりがあるんだったら、せっかく東京都はそういうことがあれば、何かそこを強化してみるとか。

小保内さん。

○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小児科の小保内です。

実際に、こういうお子さんたちを転退院で受けて、地域に帰すという、そういうふうな診療も既に7年前からやっていて、保健所の地域保健師さんとか、いろいろかかわっていただいてやっていますけれども、地域包括ケアという、先ほど出ていた老人の対策と子供の対策は全く違って、老人って、ある意味、あと数年といたら変な言い方ですけど、ゴールが見えているんですけど、子供は、僕たちがかかわった子は、僕たちより後まで生きていくんですね、必ず。介護者が子供より先に要介護者になるというリスクもあるわけですね。

先ほど話があったように、年齢がいくと教育の問題とかいろいろ出てくるので、1人のケアマネがどうこうできるという問題ではなくて、組織としてなくてはいけない。教育委員会とか、そういうものまで含めて、子供のというか、人間のライフスパン全部にわたってマネジメントを受け渡していくような、そういうシステムをつくっていかなくちゃいけなくて、その入り口として、まず乳幼児だったら乳幼児を見る保健師さんがいるというのは、それはいいんですけど、じゃあ、その先どうするということまで考えていかないと、この小児の在宅医療というのはいまよくないというのが一番のポイントです。

それから、先ほど館林委員のほうから、私の子供をもっとよくしたいから、医療機関を探したいというお話があったんですけど、それはとっても大事なことで、希望を持ってやるべきことはあるんですけど、その基本って、やっぱり日常の生活が安定するとい

うことなんですね。

実際に、僕らが転退院をさせて地域に帰すときには、必ずこの人が、それと取り巻いている家族、実は兄弟なんかは、そういう子が帰ってきて、みんなで家族旅行に行けなくなっちゃったとか、そういう子も出てくるわけです。そういうようなこと全部を含めて、家族を安定させるのにどうするかというのを考えるのが、一番最初のポイントになっていて、その中で、どういうふうに医療がこの子をさらによくしていけるかという、これが、どちらが先、どちらが後ということではないですけども、一番僕らが転退院を受けて地域に帰すときには、家族全体の生活の安定を図るとというのが第一になっていて、その中から、子供がよくなっていくにはどうしていくかというような格好で進めているのが現状です。

○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。地域の中核病院でそういうことをやっておられるのは立派なことだと思うんですけど、小保内先生みたいな方がいらっしゃるところはいいのかもしれないけど。

阿真さん、どうぞ。

○阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会） 地域の担当保健師さんについてなんですけれども、本当に非常に大切な役割とは思いますが、その地域の担当保健師さんが悪いということでは全然なくて、実際にそういった保健師さんと接する機会もたくさんある中で、本当にお忙しくて、某区、自分のいる区ですけども、もう本当にお忙しくて、グレーの虐待の方のフォローとか、ものすごい数をこなされていて、地域に出てきてほしい、ちょっと見てほしいというようなところには、とても出てこられるような状況にはなくて、もうとてもとても本当にお忙しくて、いろんな相談に乗ったり、あと、高齢者のこととか、すぐまた、乳幼児が出ても、また、この方、すごく地域のことをわかってくださったなと思うと、高齢者のほうに移られたりとか、そういうことも多々ありますし。

本当にちょっと、その方を頼りにしているというのは、すごく中心的な先生とかがいらっしゃって、うまくいっている地域もあるかもしれないですけど、なかなか本当に、本当にお忙しいというのが私たちにとっては印象で、その保健師さんたちからも、つなげる先を教えてとすごく言われて、小児科のクリニックだったりとか、いろいろよく面倒を見てくださるところがたくさん私たちの地域にはあるので、そういうところと連携しながら何とかやっているというような状況で、ちょっと人が本当に少ないというのは感じています。

○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。要するに、人が全体的に足りないというところに問題があるわけですね。

岡先生、どうぞ。

○岡委員（東京大学医学部附属病院） 東大の小児医療センターの立場ではなくて、小児の障害児というような立場から。最近では、やはり結構その小児の地域で見てくれる保健

師さんは随分と、例えば病院の退院カンファレンスなんかに出てきていただけるようになって、私はやはり大きな変化だと思います。

ただ、人手不足は、もう医療関係、障害関係も、本当にもう常々あるので。そのときに、例えば先ほど小保内委員がおっしゃった、病院がそういうふうに情報の中枢となって運営している地域もあれば、いろいろなスタイルがあると思いますけれども、ただ、できるだけ小児の詳しい専門性の方を、やはり東京都としても、そういう専門の職員として置いておいていただくとやはりありがたいかなと、私も、今の阿真委員のお話を聞いていて思いました。

どうしても保健師さんの仕事のかなりの部分は高齢者なので、そこにちょっと小児がついていて、そこにいい方が来て、そこで頑張っていたいただいているという現状で、そういう意味で、こういうところから、そういう小児の在宅の方の専門性というようなことを強調していただくと非常にありがたいなというふうに思いました。

それから、あと、先ほど館林委員のお話の中で、なかなか専門的な、もっとうちの子をよくしたいという、なかなか難しいということで、基本的には、ある程度、短期間集中型のリハビリテーションというのを、本当はもう少し充実させないといけないんですけども、そういう療育施設が非常に経営も難しいですし、それからあと、ショートステイの方も受け入れなきゃいけないということで、非常にベッドが混んでいて、その短期間集中型のリハビリみたいなものを受け入れるキャパシティが非常にタイトになっています。

そういう意味で、それからあと、先ほど小保内委員もおっしゃったように、今見ているこういう障害を持ったお子さんたちは、本当に私たちよりも長生きをするのかもしれない。そういう方たちは、実は同じレベルで行くのではなくて、やっぱり年をとられていって少しずつ落ちていくんですね。そういう意味で、今、在宅に行ったお子さんたちが、本当に10年後にどうなるのか、20年後にどうなるのかということは、本当に私たちは非常に責任を持って、これから対応をしないといけない。そういう意味では、障害児のそういう入院も可能な施設というのをどういうふうに確保していくかというのは、本当に大きな、大事なことじゃないかなというふうには思っています。

ですけれども、そういうところがないわけではないので、やっぱりそういう情報をどういうふうに、先ほど館林委員が言われている、うちの子をどうしていいのかわからないという方に、どういうふうに情報を伝えられるかと。そこは情報を伝えるだけだったら何か工夫があるんじゃないかなという気がしますので。例えばこの2病院にいらっしゃるコーディネーターの方とか、そういうような方が、そういう情報の交換というのを中心になってやっていただくか、何か方法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）　ありがとうございました。先ほどから、地域へ帰った後の、帰る直前からその後ぐらいのところに話がフォーカスされていますが。頑張っ

方で、一番もとをただせば、救命センターがよくなって、救命率が上がれば、もともと増えてくるわけですし、患者さんは、これは減る見込みは余りないですよ。少子化とか言いながら、むしろ医療の進歩とともにだんだん増えていくと。

楠田先生の話じゃないですけど、NICUが少し楽になったといったときに、地域に皆さん、重い状態を抱えたまま帰っただけだということ、行政としても、本当に少子化対策じゃないけど、正面から取り組まないとあれですよ、今だけ過ごせばいいとか、そういう問題ではないので。

高齢者は介護保険とか、地域包括ケアとか、どんどんと進んでいるような気がします。子供の、こういう慢性の病態を持った子供と家族のサポートというのは、小児に関する行政の大きな課題だと思いますので、やり方をちょっと考えてみたいと思いますけど。こういう会を利用していいし、もっと小さな会議でもいいですし、どうしますかね。

まずは、とりあえず四つの救命センターのうちの二つですか、コーディネーターを配置してくださった、そのところのコーディネーターたちの情報網をもっと広げるなり、そういうせっかく今まで積み上げたことを、もうちょっとそっちのほうに生かせるような形で、何か施策を考えていきたいと思います。

どうぞ。

○諸星課長 今、私どものほうで、東京都在宅療養推進会議というのを持っております。その中に小児等在宅医療検討部会を8月6日に立ち上げまして、これまで2カ年にわたりまして小児等在宅医療の連携拠点事業というものを実施、その部分も踏まえて、今後の施策展開を検討するというものを8月から立ち上げております。その中で、いろんなさまざまな方から意見をいただきまして、本日出たような意見もございましたけども、小児も含めた在宅医療についての検討を始めさせて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） まさに、時宜を得た話です。

どうぞ、高橋先生。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） 2年前のこの会でもちょっと発言させていただいたと思うんですけど、結局、障害が固定してしまっているような状況を考えますと、それはどこの家庭に起きてもおかしくない。それってどんな病気でもそうなんですけども、それを社会で支えるということが基本的な考え方だというように考えますと、今、在宅に関して、板橋区の医師会がかなり頑張っているんで、我々のところからも、退院、デイサービス、呼吸器をつけたままという方も出てきているんですが、結局、労力を、その家庭に、何というか、集中させてしまっているというか、そこでその家庭はもう自由度を失うわけですね。そういったことをレスパイトという考えでいいのかどうかと。

むしろ、ふだんの日常の生活を保障されていて、時々、自宅に連れて帰れるというのがいいのかということを経済的に考えていかなきゃいけないですし、それから、先ほど来のお話もありましたように、加齢が進んでいくと、また戻らなきゃいけないというよ

うなことになってしまいますね、きっと。だから、今、介護している人が、親が介護だと、二重介護になってしまうというふうなことも当然想定されるので、小児の在宅を進めるのと同時に、その先を見て、政策的なことを考えていただければありがた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）　どうぞ。

○館林委員（読売新聞）　重度の方はすごく大変だと思います。本当にそれは大変なんですけど、何というか、医学的な治療はできないけれども障害が残っていて、小保内先生とか岡先生がおっしゃってくださった、リハビリが必要になる、家族支援とか、きょうだい児支援が必要な方とか、療育とか、特別支援学校とか、作業所とか、医療から遠くなるにつれて、どんどん医療との連携が悪くなっていくような気がします。何というか、行政がかかわって、もうちょっと全体的な協力があるとありがたいなと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター）　医療の枠を超えた連携ということですよ。どんどん連携が悪くなっちゃうんですかね。

どうぞ。

○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。

先ほどからの意見もあった、確かに病院単位じゃなく、都とかその他、もうちょっと医師会とか、地域でもいいんですけど、やっぱりそういう行政とか、いろいろ含めたこういう議論ができないと、進んでいかないとだめだと思うのと、もう一つは、病院自体も、実は、今、小児科がメインの病院ってそんなに多くないので、結局は病院全体の経営と人事とを維持しながら、小児科を維持していかないといけないので、なかなかそういうのに人を配する、幾ら行政から言ってもらっても、なかなか動いてくれないですね。そうすると、やはり固定して人を配置できるのは、やっぱり区とか、そういう行政だと思うので、そういうところから小児のほうに、ちょっと力入れた部分があって、その方がいるから、その病院でも、そういう人を配置しても継続してできるという形だったら続くと思うんです。

それから、ちょっと今回の件で、後で話が出てくるのかもしれませんが、実は、当院、どちらかという、搬送元になることが多い。恐らくこども救命にたくさん受けていただいて、それもあるので、逆に言うと、この制度が始まって、こども救命は割とずっと受けてくれているので、これは何とかして逆搬送はできるだけとれるようにしようという、少なくともうちから行ったところはできるだけとれるようにしようという努力はしています。前だと、恐らく何でこれを受けるんだろうという感じになってしまったかもしれないですけど、やっぱり多少そういうギブ・アンド・テイク的なところはできているので、それはいい面があるんですが。

ちょっと気になるのは、やはりご家族というのは急に、予想されている病気がちょっと悪化したというので戻ってくるときは、まだ比較的、受け入れがいいんですが、全く予想されない、痙攣重責であったりとか、外科的疾患であったり、急変して全く違う

状態になったときに、恐らくお母さんはかなりパニックの状態になっていて、そのときに助けてあげたというか、そのときに診てあげた医療機関、こども救命の先生方は、きっとコミュニケーションが一定とれるようになっていて、関係もよくなって、退院というか、転院されると思うんですけど、そこで搬送元の病院へ行ったときに、そのときの関係が維持されているかという、必ずしも維持されていなくて、もしかしたら、ちょっと医療的に不足するんじゃないかという不安を持っていて、要するに、お母さんたちが求めている医療と、こちらができると思っている医療のやっぱりギャップは間違いなくあるんですね。それを理解してもらうのに時間がかかるのと。

どこまで、例えば退院をどこを目指しているのかというのがはっきりしないことがあって、このときに余り退院、退院という話をしてしまうと、ご家族もやっぱり受け入れが少し、転院に対して受け入れが悪かったりするときもあるんじゃないかと思うので、どうしても、退院の基準みたいなものがはっきりしないで転院してくると、きっとやっぱりそこで退院に持っていくいろんな流れとか、すごく時間がかかってしまうことがあるので、それはやっぱりちょっと、こども救命とかで、そういうシステムがあるのであれば、東京都とか、あるいは幾つか大きい単位で、そういう継続的な、ここでモデルケースに出ているような、同じ病院の中で退院に持っていくような流れというのは、やはりもうちょっと大きな単位でつくってもらおうとか、もう退院なら退院で、この基準で帰ると決めていただいて、こういうふうになったらみんな帰るんだというのが、みんなわかっていたら、そのかわり帰った後のサポートをもうちょっと充実させるとかして、その辺はまだちょっと曖昧な気がしていて、結構ご家族は受け入れられていないのかなというのがあります。

幸い東京都は、確かにさっきのお話であった阿真さんみたいな、子供を一生懸命に見てくれるところもあるので何とかなっていますが、やっぱり全国それができるわけではないのでというふうなこともあるので、そういうこども救命センターから搬送元に送り返す。それから、退院に持っていく流れが、できればこども救命から戻る段階で、ある程度の形ができていて、それを後が続けて引き継いでいくような形になれば、より僕らで受けやすいかなというの、今のところ、希望の段階です。

それから、やっぱり搬送元というのは、急性疾患を診ている病棟が搬送元になっていることが多いので、療育病院になることは余りないですね。そうすると、急性の疾患を受ける、ある程度重症の疾患と、そういう在宅に行きそうなお子さんって、結構同じぐらいの管理が要求されてしまって、ベッドが例えば40床あっても、10床あいているけれども、重い患者さんを診られるのは5床とか、一定の数しかないの、それで、結局、受けるキャパシティが減ってしまうという弊害もあるのかなと。そのあたりを解決するためには、その後の退院がスムーズに行かないとだめなのかなというの印象であります。話が長くなってしまったのですが、そんな感じです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いろいろな問題があるようですが、一つ、先

生がおっしゃったのは、こども救命のその救命、いわゆる病院と、その後に、元の病院にといいですか、そこのやっぱり連携というか、コミュニケーションですかね。恐らく医療者同士のコミュニケーション、親御さんはいろんなこと、思いがとおりでしょうからね。それは、僕は医療者同士で解決できることだと、しなくちゃいかんことだと思うんですけど、だけど、地域あるいは医療の枠を超えた話というのは、やっぱりかなり行政に期待するところが大きいんですかね。そういう仕組みをつくって、情報が行き渡るように、人のネットワークをつくるということでしょうね。

僕の病院もそうですし、澁谷先生のところもそうですけど、救命側としては、コーディネーターというのは大変ありがたい存在で、そういう機能が僕らのところでは今まで非常に不足をしていたので、できれば常勤レベルの人が欲しいですけども、ソーシャルワーカーとか、あるいは事務系の人でもいいですけど、そういうコーディネートをする、あるいは情報を集めて、それを蓄積して、新たに活用していけるという、そういう仕組みが大変よかったと思いますし、今後もこれを続けていかななくちゃいかんと思います。

その一方で、その後、行った後、地域に帰った後の話もありましたが、それは大人のほうの救命ではどうなんですか。有賀先生、その辺の問題というのはもう解決されているわけですか。

○有賀委員（昭和大学病院） 基本的な骨格はほとんど同じですよ。要するに、大人の場合には先程の話にありましたが、普通の医療、普通の老人なり何なりの介護という話が、一番底の部分に流れている。そこから時々、救命センターや急性期病院に入ってきて、また元へ戻っていくと。そういうふうなことだと思うんですよ。何というか、一昔前、僕らが卒業したころの、救急車が運んでいる6割方、7割方は交通事故という時代からすると、今は7割から8割が、基本的に内因性疾患を運んでいます。半分は65歳以上です。ですから、そういうふうなことでいくと、今のお話は、底流を流れているベーシックな社会背景として考える必要がある。つまり、その底辺の部分での流れは、やはり高齢者医療というふうな状況になっているわけですよ。だから、その部分の社会的な仕組みが、いずれ地域包括ケアとか、そういうような話にだんだんくなっていく。そういうのを水平連携というのであれば、垂直連携としての救急医療がある。

ですから、お年寄りの方々が元へ戻る、そういうまたはその準備ができる場所に上手に移すことによって、大人の救急医療がうまくいくかどうかという話ですね。だから、その帰る場所というふうな考え方で議論せねばならない。東京消防庁は極めて有能ですから、急性期病院を探して、東京の北から南へ、西から東へと運ぼうと思えば運べるわけですよ。それでは幾らなんでも、お年をめした方たちが地域社会から出ちゃうというので、東京都医師会などがいろいろバックアップして、葛飾区とか、八王子市とかでやっているような、その地域の中で受けとめようという議論がされているわけです。

だから、基本的に考えていることは多分同じだと思うんですけど、お子さんたちのほうは、やはりお子さんたちのお父さん、お母さんはやはり若いという、そこらあたりと

か、それから、さっきもおっしゃった、兄弟がいるとか、それから、家庭というものを基本的に見ておらないと、子供の養育なんていう話にはさらさらならないという話が出ていますので。大人の救急も、確かに社会的な部分が極めて重要だといえば重要ですが、お子さんのほうが、もっと何か発育というふうな経時的なことを考える必要がある。大人の難しさが三次元だとすると、子供は多分四次元の世界になるだろうと。こんな感じですかね。

ですから、何というか、そこから思うのですが、確かに家庭に戻すという話は、今何となくトレンド的にそれがいいんだというふうにみんな思っている節がある。しかし、これからの社会資源全体のことを考えたときに、点在するように子供たちが面倒を見てもらうという、そういうふうな景色で本当にいいんだらうかと。場合によっては、どこか1カ所を集めて、そこで面倒を見るというふうな形にしないと、もう社会が成り立たなくなるんじゃないかなという話はあるんじゃないかと。

これはお年寄りに関する議論の中でもありますよね。自宅で孤独死なんていう話は極めてぜひいたくたという言い方をしていますよね、倫理学の先生が。これからは集合住宅みたいなどころを集めて、そこで面倒を見るような形をとらないと、やっていけないんじゃないかと。面倒をみてあげなくてはならないお子さんたちも、増えることはあっても、減ることはないわけですから、自宅にもどせばよいという一点張りの考え方を考えていかないとだめなんじゃないかなという、恐らくそこら辺のどこかでブレークスルーをやらないといけないかなという感じがします。おうちで見るという考え方だけで本当にうまくいくんですかね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 先生、いろいろ大きな問題提起がありましたけど、諸星さん、この話もあれですか、小児の在宅医療の部会ですか、そういう協議会とかで、きっと話が出るわけですよ、あり方みたいな。ここでこれ以上やることはないところですが。

○諸星課長 先ほどご紹介いたしました小児の在宅医療検討部会の中で、色々などころから来ていただいています。この中で、現状の課題を含めて、ご意見いただきましたので、また時間をかけて。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ぜひ、不足していれば有賀先生をお招きください。

ほかはよろしゅうございますか。

この話は尽きないし、コーディネーターの話から、岩中先生のご尽力による報告からありまして、主に在宅医療と、その先の話になりましたですけども、まだご発言いただいている先生方、よろしいですか。

じゃあ、次の議題として、こども救命の運営状況、実施状況ですね。

事務局から報告をお願いします。

○事務局（谷本） それでは、資料4、平成26年度東京都こども救命センター運営事業

実績報告についてお話しさせていただきます。

資料4、左側には、こども救命センターの概要、いわゆるこども救命センターにおける救命治療で行う役割に加え、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されておりますので、その役割を記載しております。

平成26年度は、各ブロックで地域ブロック会議を1回ずつ行っていただいております。例えば東大病院では、退院・転院の状況を議題として、地域の医療機関等との連携会議を行っていただきました。

さらに、こども救命には、小児臨床教育の拠点機能としての機能もございまして、地域の医療機関等に対し、臨床教育等をしていただく地域研修会を、研修テーマを工夫していただきながら開催していただいております。研修会場は、資料のとおりとなっておりますが、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26年度こども救命センターの受入実績でございます。P I C Uに入室したもののみ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26年度における受入実績ですが、転送・直送の案件を中心に説明させていただきますと、4センター合計で652件ございました。25年度実績は623件でしたので、30件ほど増えておりました、主に直送案件が増えております。

①の年齢についてですが、1～6歳が全体の46.2%で多くを占めております。

続いて②時間帯ですが、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7割となっております。

続いて④搬送依頼元についてですが、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、救急車（チーム同乗）、こちらはこども救命センターの医師等が同乗して搬送された案件のことで、続いて、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、救急隊のみでの搬送のことでございます。これら救急車を使用した搬送数の合計は68%となっております。

なお、その他には、独歩や民間救急車、タクシー、ドクターヘリなどが入っております。

続いて⑥初診時傷病程度ですが、重篤と重症を合わせて92.2%となっております。

なお、この欄の一番右、その他ですが、これは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「-」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の脳・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やA-lineなどが多くなっています。

続いて⑨転帰ですが、転院が搬送元、他院からの転院の二つを合わせて12.4%、退院が77.6%となっております。

資料をおめぐりください。続いて資料5、東京都こども救命センターの受入実績の推移でございます。平成22年度事業開始当初からの実績の推移を、概要ですが、ご覧いただければと思います。

なお、平成22年度から24年度までの実績につきましては、小児総合医療センターの実績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いてですが、1歳未満が、平成22年度は20.9%でしたが、26年度では30.5%と増えておりまして、7歳以上が、逆に35.7%から23.3%と減ってきております。

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7.7%から18.1%と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、平成23年度につきましては74.8%、26年度が92.2%となって増えてきておりまして、重たい患者さんに集約されてきているのかなということがうかがえます。

続きまして、搬入後診断ですが、上位3項目は、22年度から26年度まで、脳・神経系、呼吸器系、外傷で、全体の7割前後なのですが、個々の占める割合が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、26年度につきましては27.6%と多くなっております。

最後に転帰ですが、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して、搬送元転院が、平成22年度で6.1%から26年度の7.5%と、低い水準ではありますが、推移してございます。次に、退院ですけれども、71.4%から77.6%という形で増えてきているというような状況になっております。

続いて、参考資料の2をご覧ください。平成26年度都内救急搬送の状況（三次救急搬送案件）でございます。こちらは、都内救急搬送のうち、三次救急搬送案件の状況をお示ししております。

昨年度、平成26年度の協議会では、重症以上の救急搬送案件をお示ししていたのですが、その際、医療機関ごとに重症以上のとり方が変わってきてしまう傾向があることから、こども救命センター4病院の方々に協議会終了後ご意見をいただきまして、三次救急搬送案件の受入状況を比べてみたほうがいいのか。こども救命センターの運営状況が、そのほうが、直送案件にはなるのですけれども、分かるのではないかとということで、東京消防庁からいただいたデータを基にこの資料を作成しております。

まず、1の受入患者数ですが、表側は転院・直送別に、表頭は搬送医療機関別になっております。こども救命センターというところでは、こども救命センター4病院の計を、その右隣には都内三次救急医療機関となっておりますが、こちらは東京都こども救命センターである東京大学医学部附属病院及び日本大学板橋病院を除いた三次救急医療機関24施設の計を、その他につきましては、都内の大学病院と都外の三次救急医療機関の計を示しております。

まず平成26年度の東京消防庁が搬送した三次救急案件の総数ですが、1,413件でした。うち、こども救命センターへは408人、三次救急医療機関には941人でした。また、転院搬送につきましては、こども救命センターへ88人、全体の54.7%、三次救急医療機関へは66人、全体の41%が搬送されております。

1病院当たりになりますと、こども救命センターが22人、三次救急医療機関が2.75人となりますので、こども救命センター指定医療機関への転院搬送というのは、進んでいるのではないかなというふうに考えております。

次に、2の年齢区分別になりますが、転院搬送でこども救命センターに搬送される1～6歳児の患者の割合が多くなっております。グラフの凡例ですが、黒地に白点がこども救命センターを、白地に黒点が三次救急医療機関を、その他につきましては黒字に罫線となっております。

次に右側の3、収容初診時傷病名区分別になります。全体の印象としてですけれども、こども救命センターへの搬送は内因系が多く、三次救急医療機関への搬送は骨折や外傷・臓器損傷などの外因系が多い傾向がございます。ちなみに、このグラフの中で一番多く数字が出ております診断名不明等のところにつきましては、主に痙攣重積となっております。

平成26年度の東京都こども救命センターの運営事業実績報告については、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。

大分前のやつよりもわかりやすくなってきたような気がしますけれども。ご質問、ご意見ございますか。

○館林委員（読売新聞） すごい勉強になりましたし、こういう制度ができて本当によかったなと思います。ありがとうございます。

市民目線というか、一般人目線からの質問は、一時期、周産期で問題があったんですけど、受入不能みたいなことは、まだ、そういうのはないのか、地域によってちょっと運べないとか、そういうことはないのでしょうかということですか。

あと、最近「見える化」がはやっています。PICUに運ばれると救命率が上がると聞いていたので、これが始まったことで、救命率が上がったということがもしわかれば知りたいというのが、素人からの質問です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そういうデータがありますか。受け入れられなかった場合とか、あるいは地域的にこの辺はかなり、困っているとか。あるいは全体

的に救命率が上がったかということですのでけれども。

まず断ったという、そういうのはデータをとっているんですか。

○事務局（谷本） 受入不能という形でのデータというのは、すみません、とれていません。こども救命のシステムといたしましては、まずブロックごとの中で、4ブロックに東京都のこどもセンターを分けていますけれども、そのブロックの中でまず受けていただいて、そこがだめだったらセカンドコールということで受けていただいております。これは、今までと同様ですが、そのような形で受けとめていただいております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 東京消防庁のほうにそういう、四つのこども救命センターが、三次救急要請を受け入れ、何というか、断ったなんていう、そういうデータみたいなものがあれば。

○安田委員（東京消防庁） 今ちょっと、数字的には持ち合わせておりませんが、断られたということはまずないというように聞いております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） まずないと聞いておられる。断ったのがあれば、それは記録に残るわけですよ。

○東京消防庁 すみません、記録には残りますし、きちんといろんなところにお話をしています。ただし、たまたま患者さんが重複してという、直近からたたいていきますので、三次の場合はそれもございませぬけれども。

今年の例で言いますと、やっぱり、ここのデータにも出てはいますが、なかなかこども救命センターは外傷がとれないということで、これはある地域で発生したんですけれども、やっぱり11病院、救命センターで断られている。その中にこども救命も入っているのです。ということで、これは我々としても、こどもの外傷については、非常にそういう部分では危機感を持っています。

これについても、最終的には三次医療機関の集まった会議の中、または個別に医療機関を回って、受入体制の確保については、東京都を通じてお願いをしているということです。

○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。

外傷は弱いだらうって、初期からそういう話がありましたけれども、できるだけそれをやりながら受け入れていこうということで、でも、四つが四つ全部が全部そういうふうになっているわけではないのかなと。得意、不得意があったりして。だけど、一つがだめならほかのところはバックアップして、受けようという形にはなっていると思うので、全部で断られたということはないよう気がしますけれども。

さっきの11断られたって、多いですよ。それは、こどもだからということであれですかね、大人の救命、普通の救命センターで、ほか行ってくれというふうになるんですかね。例外的なケースですかね、11断られる。

○安田委員（東京消防庁） もちろんレアケースです。

○有賀委員（昭和大学病院） 運もありますからね。重症例が重なっていれば。

○横堀委員（日本医科大学付属病院） 日本医大の救命の横田の代理の横堀です。

先ほどの11症例というのは、多分、小児の頭部外傷が絡んだ症例だったんですね。最終的には、私どもの病院で受けさせていただいたのですが。やっぱり、一つは小児ということと、もう一つは脳外科ということ。この二つが重なると、やっぱり応需という割合がどんどん下がってくると思うんですね。専門性が二つ来ると、さらに受け入れが減るとというのは、やっぱり僕たちも、もっともっと勉強をしなければいけないなと思って、そういった症例でした。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 本当は小児、例えば四つがいろんな…、あるいは一旦直近で受けていただいてから、小児を移すという。それがこの制度の趣旨、一つの特徴ですから。

○横堀委員（日本医科大学付属病院） 救命センターの間の連携もとれるようにしなければいけないのかなというふうに。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） まだそういう問題もちょっとあるということだと思います。

それから最後の、本当にこれをやって、こどもの救命率が上がったのかというのは、やっぱり出さないかんですね。これも何か、前々回ぐらいに誰かに言われたとおりで。本当にこれ、1～4歳の日本の子供の死亡率が決してよろしくないというのが、少しはよくなっていくのかと、当初議論していた覚えがありますけれども。なかなか、これも出すのは大変そうな気がしますけれども。

どなたか、何か、思いつきじゃないけれども、何かこうやればということはありませんかね。

○松平副会長（日本小児科医会） 東京都でチャイルドデスレビューをやっていらっしゃいますよね。あれ、たしか、まとめたときに、救命の中で救えた症例というのは、わずか1例か2例ぐらいだったと思うんですね。だからほとんど、これができて、救命率が上がったということはないんじゃないかと思うんですけれども。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。難しいかな、そうすると。でも、クオリティが上がったぐらいは言いたいところですけどね。

○有賀委員（昭和大学病院） 今の件について、外傷の症例であれば、外傷のレジストリーでやっているような方法を使うことができる。要するにプロバビリティー・オブ・サバイバルを計算で出す。つまり、それぞれの解剖学的重症度、年齢、それから生理学的重症度をルールに従って入れて計算する。それでそこそこ、この症例がどうだということがわかりますよね。だから、どのぐらい数があるか知りませんが、昔の初めのころの外傷症例でやってみて、それから直近の年度でやってみて、それで比べてみてという話は十分に成り立つ。つまり、内因性疾患じゃない外傷に関しては昔と今を数値として比べることはできる。これは救命センターの中で普段やっているかということ、ひところよりはやっていない可能性があるんですが、その気になれば、出る。だから、その症例の

プロフィールさえどこか1カ所で集めればできるということです。やれますよね。

○横堀委員（日本医科大学付属病院）　そうですね、はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター）　多分同じことを、先生おっしゃっていることと思いますが。予測死亡率等と比べて、実際、実死亡率がどれだけ低くなったかは、うちの病院の中でのデータはありますし、先生のところも出せるでしょうから、四つの病院で、初期のころよりも今のほうが、クオリティというより救命率か、より重症な患者さんが助かるようになったというデータは、そういうふうになんか本になっているのかわかりませんが、データは出せますよね。実際にどれぐらいかということとは。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター）　そうですね。きれいに数値で出していますので、集中治療科のほうではデータを持っていらして、改善傾向だというふうには聞いていますけれども。具体的な数値は、今日はちょっと持ってきていないですが。

一つは、救命率に関しては、今まで、特に最重症の、例えば一般的な人工呼吸器を使ったり、血圧を上げるカテーテル系を使っても対応できない。要するに人工心肺の小型である、いわゆるECMOをつける症例に関しては、確実に救命率が上がっていると思うんですけども。我々のところでも、要するに紹介元からはこれ以上の対応はできないということで送られて、こちらでつけて、救命して、退院した子は何人も実績がありますので、そういうのは明らかに、搬送元から運んできて、大体ECMOをつけると。かなりこれも高額な医療で、非常に予算的には厳しいところではあるんですけども、確実に今まで救命できる、ECMOをつけなければ救命できなかった症例に関しては、実績は確実に上げています。これも集中治療科でデータを持っていますけれども、年間かなりの症例を。

肺がだめになった、あるいは心筋炎で心臓がだめになった、その大きく二つですけれども。かなり、後遺症が残った例もありますけれども、死亡ではなくて退院という形で、ECMOをつけるまでは全然、循環も呼吸も全く対応できないということで送られてきて、装着して1週間、2週間、場合によっては1カ月ぐらいつけたこともありますけれども、多くの子は退院していることは事実です。そういう意味では、救命率は上がっているということですね、最重症例に関して。

○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。

四つの病院にそういうデータを出してほしいと言って、それでまとめて出すことはできると思います。

今、澁谷先生がおっしゃった、心筋炎なんかは一つの疾患としてはいい例かもしれませんがね。確かに数は多くないけれども、実感としては、昔は死んでいたというような。

それから、もう一つは、送り元というか、いわゆる救命センターで、これは子供だから、一旦落ちつかせた後、こども救命に送ったというケースが、ある程度数はあるわけですよね、そんなにいっぱいはないかもしれないけれども。それがだから、この制度ができる前と今とで、どれぐらいの手応えというか、データがあれば。昔は送るところ

がなかったから、自分のところで大変だったですけれども。今は送って、要するに病院のどっかに送って、よくなったよという例が出ればいいんですけれども。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） 先ほど11件目ぐらいに、受け入れができなくてというお話がありましたけれども。我々のところに運ばれてきて、8件、10件と非常に多く断られてきた例、先ほど脳外科的疾患で小児というのがありましたけれども、やっぱり整形外科的な非常に複雑な骨折と小児ということで10件ぐらい断られて、それで当院に来たという例が何件かありまして、その点から関しても、症状が重なったという、ちょっと話が、思ったことがあったんですけれども。やはり整形外科的小児の疾患が常にどこも受けていただけない、なかなか受けられない。普通の救命センターでは、非常に受けるのが難しいということがあるということは聞いたことがある。年長児だったらいいんですけれども、1歳、2歳、3歳、乳幼児で複雑な骨折の場合には、なかなか受けていただけないで、8件、10件断られて、我々のところに来たという例が何例かあります。

○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。

救命とあんまり関係がないかもしれないけれども、整形はあれですね、重篤にかかわらず、重篤者でなくても、結構子供で整形外科的、骨の、骨折ですかね。結構断られて、あちこち回ってくるような感じがしますね。こども救命と直接関係がないようなレベルの話かもしれないけれども。特に開放骨折なんかで全身麻酔をかけて、洗わなくちゃいけないとか、処置するしかないなんていうと、結構麻酔がかけられないとか、そんな理由で結構断られている気がします。

前もお話ししましたですよ。子供の整形の救急って、結構問題が残っているんじゃないかと思えますけれども。こういうのも、救命救急とはちょっと違うかもしれませんけれども、整形外科というくくりで見ただけの場合に、整形外科的救急という、子供の問題の一つとして、もうちょっと手をつけなくちゃいけない状況かなとは思っていますね。前に調べていただきましたですかね。

○諸星課長 小児の整形外科案件につきましては、どうしても病院選定で残ってしまうというケースも、私どもも分かっております。ただ、現在のところ、搬送の患者の状況などを確認したり、また現状を把握することがまず必要かなと思っています。今後の課題かなと思っています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですね、そう思います。

ほかによろしいですか。もう丸4年になって、大分まとまってきたかなという気がしますので。そういう意味で評価をする。もう1回あれですね、一つ区切りの評価をしてみる時期なのかなという気はします。その点、今の運営状況、実情について何かございますか。よろしいですか。

それでは、議題（3）その他では、特に今日はあるのでしたか。どうぞ。

○事務局（谷本） 報告事項になります。資料6をご覧ください。東京都内における小

児救急医療体制についてでございます。小児初期、二次、三次救急の状況につきまして、ご説明させていただきます。

資料中央に東京都内の図があります。左下に凡例を掲載しておりますが、区市町村ごとに色を塗ってあるものが初期救急の状況、数字を四角で囲んであるのが二次救急の状況、黒地の四角で囲んであるのが三次救急の状況になっております。

初期救急につきましては、墨で塗られたものが、東京都の補助事業である小児初期救急平日夜間診療事業でございます。27年度につきましては、35自治体となっております。

なお、初期救急なのですけれども、26年度から27年度にかけてですが、変わってきたのは、これまで白地の地域が、これは白地のところは隣接する区市町村の医療機関が受け入れている区市町村、つまり自身の区市町村では初期救急を行っていない地域になるのですが、3カ所から2カ所に減りました。東大和市が市内医療機関と話し合い、医療機関独自でまずは小児救急を行っていただくということになっており、減っております。今後も、引き続き区市町村における初期救急事業が拡充し、安定的に実施できるよう、支援、働きかけをしてまいりたいと思っております。

二次、三次救急の状況につきましては、ご覧のとおりとなっております。

また、右下のほうには、普及啓発の状況と他部署・他機関の実績になりますが、#8000や#7119の相談件数を記載させていただいております。どちらも相談件数が増えている状況となっております。

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。

今の点について何か。毎年というか、毎回同じような話が出ているかもしれませんけれども。よろしいですか。

ほかの点に関して、何か言い残したこととか、言い足りなかったこととか、何かございましたら、どうぞご発言いただければと思いますけれども。どうぞ。

○館林委員（読売新聞） 税金を使って私たちのために、どういういいことをしてくださっているのか、わかりやすくまとめるといいのかなと思います。どんな病気になったときも受け入れてもらえる体制があり、受入不能例が出た場合は、先生方がレビューをして対策をしてくださって、この専門とこの専門の先生についてはここに置きましょうとかをやってくれるシステムがあり、常に改善が行われている。

完全に回復すること子供もいるけれど、後遺症が残る子供もいる。後遺症が残った場合は、このような支援が受けられるなどが、東京都で一般の人の目線でわかりやすく説明できるようになっているといいかなと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） こういう制度をつくって、やってみて、これだけよかったよということを、何か一般目線というのですか、それは当然医療者のほうの責任もあると思うんですけれども、行政のほうで考えていただいて、いろいろ投げて

いただければ、こちらも手助けするというか。それで、より行政の仕事が一般の方にわかっていたいただければよいかと思います。よろしく申し上げます。

あと、さっきちょっと思ったんです。退院・転院の話で、退院はいいという話で、転院の場合の一つの問題は、小さな問題かもしれませんが、救急車をなかなか使えないというか、東京消防庁の救急車が、いわゆる下り搬送で使えないというか、うちもいろいろ困っているし、それに対してもうちょっと何か、患者さんにお金をつけなくてもいいように、制度ができればいいかなといつも思っているんですけども。その辺ご意見ありますか。大抵は自分のところの病院の救急車を何とか使ったりしているところが多いんだと思うんですけど、それでいいのかなという気がしまして。うちなんかは、そのお金をどうするかという、患者さんに請求するかどうかで、よくもめるんですけども。どうぞ。

○有賀委員（昭和大学病院） 僕の記憶によると、厚生労働省の救命救急センターを含めた三次救急ないし周産期医療で議論されたと思います。そこでは下り搬送についての人件費だとか、それから病院の車が出ているというような場面において、いわゆる保険診療というか、何らかの対価が得られるような、そういう社会の仕組みがないと困りますねという話だったんですね。今回も、例えば多摩総合医療センター、または小児の府中キャンパスの医療センターに、小児医療のための資源を集積したわけですよ。そこにその患者さんを運べという話です。そして、上り搬送については、それなりの社会の仕組みがあるわけですよ。初期医療機関で診ればそれなりの。または運ぶに当たっては、それこそ自治体消防が頑張る非常によい対象だと思いますが、救命センターに向かって運ぶと。これは自治体消防が運んでいるということからすると、税金が面倒を見ているんだろうと。

阪井先生のところに入って診療をすれば、それは阪井先生のところでは診療報酬が得られる。さっき言った、ECMOがどうなのかは知りませんが、そういうこととなっている。だけれど、そこからさて元の病院に戻ろうといったときに、今言った、医療をしながらという意味で対価を求めようと思っても、どうにもならない。だから昭和大学病院も、多分先生の病院も、何というかな、病院全体の収支の中で、「まあ、いいか」っていうのりでやっているわけですよ。そういうことが、「まあ、いいか」でいいうちはいいんでしょうけれども、それは恐らくなかなか長続きはしない。社会の仕組みが小児医療に与える資源を集積する方向に向かっているのであれば、その後、分散して元へ戻るということも一緒に面倒を見るというふうなことを考えないといけない。こういう感じですよ。

だから、行政としては、そういうふうな資源を集中させるための仕掛けをつくったんですから、そこからその後どうするかということも一緒に考えないといけないというふうな、私は思いますね。そういう意味では、中途半端な無責任というふうなそしりを免れないと、こういう感じで。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 有賀先生、いろいろ言ってくださいましたけれども、退院・転院部会のところに出てこなかった話だと思ったので。現場としては、そういうことをいつも疑問には思っているし、自分のところの救急車でやればいやって、なかなかできないところも多いですしね。そこのカバーが抜けているなどというのが、すごく思います。
- 有賀委員（昭和大学病院） だから、例えば民間救急車を使ったときに、どうするのかという話で。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） お金もかかりますよね。
- 楠田委員（東京女子医科大学） 今、有賀先生にご指摘いただいたように、本当、財政から見ても大きな問題で、遠くから患者さんが来られて、また落ちついたときに帰るとなると、ほとんどが病院か民間救急車なんですね。何かやっぱり診療報酬でそこも医療として認めるというのは、やっぱり本筋だと思うんですけども。ただ、それが今のところなかなか見えないので、我々としては、今回消費税の3%分の財源で地域医療から、推進というか、そういう地域医療をサポートする方式が、各都道府県にある程度裁量を任されているんですね。そういうところから、補助金という形で、この救急も含め、やはり戻る方に対して、何か手当が当面、最初にできればなというふうに考えていまして。これは、周産期のほうでも多少はこういう意見を提案したんです。なかなかその辺がまだできていないので、対価としての診療報酬がされれば、もちろん一番いいと思うんですけども、ちょっとなかなかそれが、できないとなると、やはりそういう補助金が最初のステップかなというので、そういう地域医療の振興のための補助金として何か考えていただくというのが、一番手っ取り早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） おっしゃるとおりで、提言しますよ、政策として、やっぱり四つのところを集めることにしたんだから、そこから元に戻るといって、そこをスムーズにするために、そこにお金をつけるというような、大した金じゃないんですけども、全体から見たら。そこが抜けていますよね。そこは政策としてやったらどうかと思いますけれども。
- そうしないと、なかなかさっきの転院・退院の話が進んでいかない。コーディネーターをつけただけじゃ、十分じゃない。それは、ない物ねだりをするのはよくないし、岩中先生は、きっと今あるものを生かしていこうというふうに考えておられたんでしょうけれども。その問題は、下り搬送という言葉がいいかどうかわからないけれども、ずっとあると思います。そこは行政の方にも、ちょっと頭の中に入れておいていただいて、次なるステップとして、そこは。さっきの整形外科の救急もそうですけれども、一つの問題だと思います。と申し上げておきたいと思います。
- ほか、よろしいですか。
- 楠田委員（東京女子医科大学） 実は今、周産期医療体制の、全国的に見直そうということで、いろいろ検討されているんですけども。その中で一つ、いろいろなところに

周産期センターができたんだけれども、じゃあ、そこにアクセスするのに距離と時間を考慮した場合に、特に東京は距離的には短いところが多いと思うんですけども。実は時間で東京をマッピングすると、結構その差が大きいんですね。もちろん北海道とかそういうところは大きいんですけども、それと同じぐらい格差が非常にある都道府県の一つに、どうしても東京都がなくなってしまいうんですね。

これは便利だからといえども、立地でありますけれども、逆に言うと、東京の広さであれば、もっともっとそれを均一化できるチャンスがあるので、多分小児救急も本当に近いところから、そうでないところのギャップというのはかなり、何倍何倍というふうに多分時間ではなっているはずなので、やはり均一性という意味では、何も狭いから、遠くても北海道よりもましだろうというんじゃないかと、もうちょっと時間の均てん化というか、平均化も東京都としては考えていただいたほうがい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）　そうですね、小笠原の問題じゃなくて。そういうご意見もありましたので、データを見るなりして、東京は狭いと思っていましたけれども、東京の中でも真ん中に集約されているんですね。

○楠田委員（東京女子医科大学）　そうですね、だから格差という意味では非常に強いところになります。

○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した。  
ほかはよろしいですか。

○阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会）　小児の初期救急に関連する事業のところ、一つ担当者にお伺いしたいんですけども。普及啓発のところ、小児医療講演会というくくりのところは、これは都が実施した事業という意味でしょうか。

○事務局（谷本）　こちらのほうは、東京都が実施したということにはなるのですが、東京都のほうも、私どもの係で独自でという形ではなく、ほかの東京都のイベントの中で小児救急のご紹介をさせていただいたり、地域の初期救急の状況など、チラシを配って、都民の方にご紹介している状況でございます。

○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。

○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、本日の議事は以上にしたいと思います。

事務局のほう、ありがとうございました。連絡その他ございますか。

○諸星課長　ありがとうございました。本当にさまざまな貴重なご意見をいただきましてどうもありがとうございました。今後も引き続き小児救急医療の確保や充実に努めてまいりますので、先生方におかれましても、今後ともご協力のほどよろしくお願いしたいと思います。本日はどうも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）　何か、例年のとおり、言いたい放題でありまして申し訳なかったですけども、いろいろ貴重な意見も多かったと思いますので、ぜ

ひ頭に入れていただいて、またご相談いただいて、できるところから施策としてやって  
いただきたいと思います。

それでは、今日の協議会をこれで終わりたいと思います。どうも皆様ご協力ありがと  
うございました。

(午後 8時43分 閉会)