

平成28年度第1回  
東京都小児医療協議会  
会議録

平成28年7月28日  
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○宮澤（夏）事業推進担当課長 定刻になりましたので、平成28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。

私は医療政策部事業推進担当課長の宮澤と申します。よろしくお願いいたします。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。着座にて失礼します。

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

○笹井技監 東京都福祉保健局技監の笹井でございます。委員の皆様には、お忙しい中、またこのように遅い時間にご出席をいただきまして、大変ありがとうございます。開催に当たりまして、一言ご挨拶をさせていただきます。

この協議会でございますけれども、東京都における小児医療体制の確保、充実を図るということを目的に、都民の代表の方、学識経験者、また医療関係機関の代表の方などにご出席いただいて、小児の救急医療体制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。本日は、初期救急医療体制や整形外科領域での対応などについて皆様からご意見をいただき、今後の事業の展開に繋げていきたいというふうに考えております。

また、先日、7月26日でございますけれども、私どもの医療審議会において答申を受けました東京都地域医療構想につきましても、あわせてご報告をさせていただきます。

この地域医療構想は医療法の改正により都道府県が策定することとなったものでございますが、東京の医療提供体制の将来のあるべき姿をお示しし、その実現のための施策などを盛り込んでおりまして、東京の医療提供体制を維持、発展させていくための方針となるものでございますので、ご報告をさせていただきます。

それでは、最後になりますが、今後とも小児医療体制の充実、強化に向けまして取り組んで参る所存でございますので、本日も忌憚のないご意見をいただきますようお願いを申し上げまして、私からの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。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 それでは、委員のご紹介をさせていただきます。お手元の資料1、委員名簿をご覧ください。

まず、前回、平成27年9月の協議会開催後に人事異動等に変更となりました新たな委員のご紹介ですけれども、東京消防庁救急部長、松井委員ですが、遅れて到着する予定になっています。

その他、名簿順になりますが、本日出席いただいております委員の皆様をご紹介します。

独立行政法人労働者健康安全機構、有賀委員です。

○有賀委員（労働者健康安全機構） よろしく申し上げます。

- 宮澤（夏）事業推進担当課長 東京女子医科大学、楠田委員です。
- 楠田委員（東京女子医科大学） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 公益社団法人東京都医師会、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（夏）事業推進担当課長 一般社団法人日本小児科医会、松平委員です。
- 松平会長代理（公益社団法人日本小児科医会会長） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 東京大学医学部附属病院、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（夏）事業推進担当課長 日本大学医学部附属板橋病院、高橋委員です。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 埼玉医科大学総合医療センターの阪井会長です。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 先月、埼玉に異動しました。よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 東京都立小児総合医療センター、澁谷委員です。
- 澁谷委員（都立小児総合医療センター） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター、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（夏）事業推進担当課長 公益財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センター、小保内委員です。
- 小保内委員（多摩北部医療センター） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 東京都立墨東病院、三澤委員です。
- 三澤委員（都立墨東病院） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 日本医科大学付属病院、横田委員です。
- 横田委員（日本医科大学付属病院） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 杏林大学医学部付属病院、山口委員です。
- 山口委員（杏林大学医学部付属病院） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 特別区保健衛生主管部長会、福内委員です。
- 福内委員（特別区保健衛生主管部長会） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 東京都市福祉保健主管部長会、藤崎委員です。
- 藤崎委員（東京都市福祉保健主管部長会） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 福祉保健局、西山委員です。
- 西山委員（医療政策部） よろしくお願ひします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 なお、項番1番の阿真委員、項番2番の館林委員、項番19番の大久保委員はご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研究開発法人国立成育医療研究センター総合診

療部救急診療科医長、植松先生にお越しいただいております。

- 植松医長（国立成育医療研究センター） よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）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いたします。  
医療改革推進担当部長の成田でございます。
- 成田医療改革推進担当部長 成田でございます。よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 地域医療構想担当課長の宮澤でございます。
- 宮澤（一）地域医療構想担当課長 宮澤でございます。よろしくお願ひいたします。
- 宮澤（夏）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（夏）事業推進担当課長 次に、配付資料の確認をいたします。

お手元の資料をご覧ください。資料は、資料1から資料9までと、参考資料が1から4までございます。また、委員の皆様のお手元には、「平成28年小児事案（整形外科）」というタイトルの、東京消防庁からご提供のあった資料をお配りしております。

資料に不足等はございませんでしょうか。不足がございましたら、事務局へお申しつけください。

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、会議録は公開となっておりますが、議事（2）の関係資料であります「平成28年小児事案（整形外科）」につきましては、個人を特定できる可能性のある情報が含まれているため非公開とし、会議終了後、回収させていただきたいと思ひます。

また、カメラをお持ちの方の取材はここまでとなりますので、ご退出いただきたいと思ひます。

本日の協議会の終了予定ですが、午後9時を予定しています。

それでは、これから議事に入ります。これからの進行を阪井会長にお願いしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） それでは、よろしくお願ひいたします。

今日の議事、議題は、先程お話があった四つを用意していただいております。初期救急医療体制。それから、小児の整形外科救急患者の件。それから三つ目は、これは毎回恒例ですが、こども救命センター事業の運営状況。それから、最後に、前回、一部の方にお集まりいただきまして話をしましたけど、東京都の地域医療構想について、あのときの議論の結果どのようにまとまったのかということ。これはご報告だと思ひます。この四つですよ。

それでは、先程の整形外科の治療の非公開の件は、皆さんの了解を得たということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、初期救急医療体制について話を進めたいと思ひます。最初に資料の説明をお願いします。

○事務局（花島） はい。小児救急医療担当の花島と申します。着座で説明させていただきます。

それでは、議題（１）の東京都における小児初期救急医療体制について、資料２から資料４で説明させていただきます。

まず、資料２の「小児初期救急医療体制について」をご覧ください。東京都における小児初期救急医療体制につきましては、資料の「経緯」のところにありますとおり、平成１２年の東京都救急医療対策協議会の報告を受けまして、平成１４年度から小児初期救急平日夜間診療事業を開始いたしまして、平日準夜帯の小児の初期救急医療体制を確保する区市町村の取り組みへの補助を行ってきたところでございます。また、平成２５年の東京都小児初期救急医療体制検討部会におきましても、都内全域での体制確保を引き続き支援していく必要があるとの報告を受けまして、事業を継続して実施して参りました。

本年７月現在の状況ですけれども、実施地区４０まで、体制が広がって参りました。東京都といたしましては、現在未実施の１３の地域につきましても、小児の初期救急医療体制を確保していきたいと考えているところでございます。

資料の中ほどになりますが、「未実施地区の現状・課題」というところになります。こちらに現在の未実施地区の現状・課題についてお示ししております。

未実施地区の現状や課題ですが、まず（１）といたしまして、区市町村内や近接地に受入れ医療機関がないために未実施となっている地域がございます。このような地域につきましては、区市町村内または、近接地に受入れ医療機関がなく、医師確保が困難なことや、財源不足によって実施に至っていないという状況でございます。その一方で、限られた医療資源を有効活用することによって、複数の市町村が共同で事業を実施している地域もございます。

次に（２）になりますが、区市町村内または近接地の二次救急医療機関等が患者さんを受け入れているという地域もございます。このような地域につきましては、各区市町村内や周辺地域に住民が夜間帯に受診できる二次医療機関などがあることから、事業実施に至っていないという現状がございます。しかし、一方で、こうした二次救急医療機関などは、救急搬送患者への対応に追われている可能性も懸念されるところでございます。

次に（３）になりますが、独自の方法で小児初期救急を行っている地域もございます。このような地域につきましては、区市町村が独自の取組によりまして、小児初期救急医療体制を確保していただいておりますが、都の事業の補助条件に達していないために、未実施地区となっている現状がございます。

こうした現状・課題を踏まえまして、限られた医療資源を有効活用していくという観点から、今後複数の区市による共同実施を広げていくことは可能かどうか、また二次救急医療機関などに負担がいないかなどを検証するために、区市町村と小児科の指

定二次救急医療機関などを対象に、この度小児初期救急医療体制に関する現況調査を実施いたしました。

続きまして、資料3をご覧ください。こちらは小児初期救急医療体制に関する現況調査の結果の概要をまとめたものでございます。

まず調査概要ですが、調査につきましては、今年の5月から6月にかけて、区市町村と医療機関向けに調査を実施いたしました。区市町村向け調査につきましては、53区市町村にご協力をお願いいたしまして、回答率100%で回答をいただいております。また、医療機関向け調査につきましては、小児科の東京都指定二次救急医療機関52施設と二次救急医療機関以外で、都の小児初期救急平日夜間診療事業の未実施地区の主要医療機関2施設を加えました全54施設にご協力をお願いいたしまして、こちらも回答率100%で回答をいただきました。

まず、区市町村の調査結果についてですが、こちらの資料には、未実施地区（13区市町村）の調査結果の概要をお示ししております。未実施地区の13区市町村について、小児初期診療事業を実施しない理由をお聞きしたところ、「管内に二次救急医療機関がある」または「管外の近接地に二次救急医療機関がある」という回答が最も多い状況でした。また、資料右側に移りますけれども、他の区市町村との共同実施についてお尋ねしたところ、事業未実施地区の13区市町村のうち6区市町村は、東京都や他の区市町村から要望があれば検討する、との回答状況でした。こちらの質問につきましては、既に事業を実施している40区市町村についても同じ質問をしております、その結果、50%、半数の区市町村が「要望があれば検討」と回答されておりました。

一方で、医療機関の調査結果に移りますが、小児初期救急平日夜間診療事業を実施していない区市町村に所在する医療機関と、その周辺の医療機関22施設に対して、小児の初期救急患者を受け入れる負担感についてお尋ねしたところ、「大変負担である」又は「やや負担である」と回答された医療機関は77.3%でございました。また、その一方で、特に負担はありませんと回答した医療機関もございまして、こちらについては22.7%という結果でございました。

そこで、調査結果のまとめといたしましては、管内・管外に二次救急医療機関があるため、小児初期事業を実施していない区市町村がある一方で、該当の医療機関では8割弱が負担を感じているということ、また負担を感じていない医療機関も一定数あるということがわかりました。また、既に事業を実施している地区、実施していない地区ともに、共同実施の検討には前向きな区市町村が約半数あり、支援の強化によって、実施地区の広がりが期待できるのではないかと考えております。

続きまして、資料4をご覧ください。このような調査結果を踏まえまして、小児初期救急医療体制の都内全域確保に向けた今後の方向性について、こちらの資料4でご説明させていただきたいと思っております。

資料上段の部分になりますが、都の事業を実施していなくても、実質的に小児初期救

急医療体制が整備されている地区もございます。そこで、小児初期救急医療体制が整備されている水準を整理させていただきまして、今後はその水準を満たしていない地区を中心に、支援を強化していきたいと考えております。

資料左側の「小児初期救急医療体制が整備されているとみなす水準【案】（以下、「整備水準」という。）」と記載している部分をご覧ください。こちらに体制が整備されているとする水準の案をお示ししております。本日は、こちらの水準について、委員の皆様方にご承認をいただければと思っております。

整備水準の内容についてですが、まず一つ目として、区市町村に所在する医療機関又は周辺の医療機関によって、都の補助事業、小児初期救急平日夜間診療事業と同等の体制があること。また、二つ目といたしまして、区市町村が当該体制について住民に広報していることを挙げさせていただいております。こちらの二つの水準を満たしていることに加えまして、「但し、当該体制が整備されている医療機関の二次救急医療体制に影響を与えていない場合に限り、整備されているとみなす」とさせていただきたいと考えております。

こうした整備水準を整理した上で、資料右側の「今後の方向性」になりますが、今後の方向性といたしましては、この整備水準を満たしていない地区を中心に、支援を行っていききたいと考えております。

まず一つは、複数区市町村の共同実施に向けた支援といたしまして、他の地区と共同実施している事例を紹介するなどの働きかけによって、共同実施を支援していきたいと考えております。また二つ目といたしまして、二次救急医療機関へ影響がある地区への支援ということで、今回の調査結果などの現状を区市町村へご説明いたしまして、事業実施を働きかけていきたいと考えております。最後、三つ目になりますが、従来も実施している事業になりますが、資料にございますとおり、人材育成・施設等整備・普及啓発・参画支援に関する支援について、引き続き実施して参りたいと考えております。

ただいまご説明いたしました整備水準を考慮した上で、7月1日現在の都内の小児初期救急医療体制の整備状況を一覧表と図でお示したものが、資料の下段となります。左側の一覧表をご覧くださいと、まず①の都事業を実施している地区が現在40区市町村。今回の調査結果に基づきまして、整備水準を満たす地区となるのが②になりますけれども、二つの市。また、③ですが、①②以外の小児初期体制が整備されていない地区が11区市町村ということで、今後、この11区市町村を中心に支援を行っていききたいと考えているところでございます。

以上が資料の説明となります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。

この話も何回か議論していますけれども、この1年間で東京都で色々な調査をしてくださって、その結果、水準の見直しを考えてくださって、それで、今後、より効率的に進めていきたいと思います、こういう話ですね。

ご議論はございますか。僕のほうから、少し確認をしてもいいですか。この事業というのは、もう15年来やっている事業ですね。東京都が各区市町村に補助金を出すというもので、その補助条件が資料2の下の方の四角に枠に記載されています。①は輪番制ではなく、固定の施設であること。そして②が平日のうち複数日実施ということは、できるだけ毎日やってほしいけども、2日やればよろしいと、そういうことですね。1日ではだめだと、こういうことなんですよね。

○事務局（花島） はい、そうです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ③が、一番患者さんが困っておられる午後5時から夜の0時までの間に3時間以上やりましょうと。今、多くのところはこのようにやっておられると思います。④の「小児科医師、看護師、事務職員を各1名配置」というのは、これは、毎回、小児科の医者が1名ということですか。それとも、その施設で勤務している人が1名いればいいということなんですか。

○事務局（花島） 毎回、小児科医師が1名という形で配置をしていただいております。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ああ、そうですか。では、この日は内科の先生ですよというのはだめなのでしょうか。

○事務局（花島） はい、そうです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ああ、なるほど。そういう意味では東京都らしいというか、他の都道府県、例えば私が今いる埼玉県なんかでは、とてもできないというふうに思います。わかりました。

これで、もう十何年。2000年からでしたっけ。2002年からですか、その辺からでしたかね。

○事務局（花島） 事業の実施ですか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうです、東京都が小児初期救急体制の整備を始めたのは。

○事務局（花島） 平成14年度からになりますね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 平成14年ですと、ちょうど今から14年前ですね。2002年からかな。その辺ですよ。私も、少しそのところへ関与したので、よく覚えていますけど。わかりました。そういう背景があって、このような議論に至っているわけですけども、ご質問とかご議論はございますでしょうか。

どうぞ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） いいですか。多分どなたも同じことを思っているのかもしれないんですけども、資料4の上半分の左、「整備されているとみなす水準【案】（以下、「整備水準」という。）」というところの、丸二つの下の星マークというんですかね。「但し、当該体制が整備されている医療機関の二次救急医療体制に影響を与えていない場合に限り、整備されているとみなす」。この日本語が少し分かりにくいのですが、「二次救急医療体制に影響を与えていない場合に限り、整備されているとみなす」



という、この「影響を与えていない」というのは、この資料3の下半分の右、「負担感（未実施地区等の医療機関）」で「特に負担はない」と、こういうふうに答えているときには、「整備されているとみなす」という、そういう意味ですか。

○事務局（花島） はい、そういう意味になります。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 「大変負担」とか「やや負担」とか「特に負担はない」とかという話は、時には負担があるけど、まあ「特に負担はない」にしておこうかとか、それから、余り負担ではないんだけど、この手の話は負担があると言っておいたほうが得なんじゃないかとか、さまざまな思惑が入ってくる可能性があると思います。この「大変負担」「やや負担」「特に負担はない」の判断基準についてはどうなっているんですか。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 そこにつきましては、病院としてのご回答を今後も定期的に拾っていくことで、負担がないということが、さまざまな要因があろうかと思うんですけれども、病院の見解として今後も引き続き伺っていきたいというふうに考えています。

○有賀委員（労働者健康安全機構） つまり、こういうときには大変負担があるとかやや負担があるとかって、書き手の感性でいいのですか。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 そうですね。ここは議論のあるところなんですけれども、客観的な水準のようなものをつくるということも考えたんですが、なかなか一概に言うということが難しいと考えまして、意識調査といいますか、そこを、今後も病院に投げかけていきたいというふうに考えています。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 別に曇みかけるつもりではないですが、災害が起きてしまって、病院が被災しますよね。そのときに、「大丈夫？」と言うと、「大丈夫」と答えるんですよね、多くの場合。それで、後からいろいろ見てみると、かなり疲弊している。それでも、カテコラミンが出ているからかどうか分かりませんが、多くの場合は「何とかしています」と言うんですよ。だから、熊本赤十字病院が全国の赤十字病院から助けてもらったという話は、この間、日本病院会の会議で出てきまして、大変助かったと言うんですよね。結局自分たちが疲れていることがわかったと。

この件に関しても、負担があるとかないとかという話を単純に聞くというのは、私は危険だと思いますので、どういうときに大変かなとか、どういうふうになったら大変じゃないかという話を、複数の人で1回ブレインストーミングをするみたいにやってもいいんじゃないかと思います。恐らく要素がたくさんあるので面倒くさくなったというので、ただ単純に聞いたんじゃないかというのが僕の予想でございます。

以上。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 要するに、客観的に二次救急医療に初期救急医療、初期救急患者さんが悪い影響を与えていたら、もっともっと補助してやらなくちゃいけないですし、全然影響していないんだったら大丈夫だと、そういうことを言

いたいわけですよ。そういうことを目指したいんだけど、基準がなかなかわからないから主観的に聞いてみると、こういうことですよ。その答えを、何ていうんだらう、鵜呑みにするしかなかったという、そういう案なんだらうと思います。有賀先生がおっしゃるように、何かもうちょっと客観的に影響を与えているのかどうかというところは、知る方法があればいいですけども。

どうぞ。

- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） すみません。私が全く分かっていないのかもしれないんですけども、これ、二次救急医療について初期診療が影響を与えていないということというのは、独立しているという意味だと僕は理解していたんですけど、二次救急をやりながら初期診療をやっているのではないという意味ではないんですか。違うんですか。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 要するに、都としては、幾つかの二次救急医療機関には二次救急医療を頑張ってくださいという補助金を出しているわけですね。ですから、それとダブらないようにするというか、そこはそれとしてしっかりやってほしいのということですよね。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） そうですね。例えば、実は千代田区でやったんですけど、一時救急を診る人と二次救急を診る人を分けているんですよ。兼務してはいけないということを随分言われたので、そのことが書かれているのかなと思いきや、違う話だったということですか。違うんですか。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長 ここでの意図は、その区市町村で初期救急事業を行っていないために、初期救急の患者さんがその区域内の二次救急医療機関に流れ込んでいて、それでその病院が大変になっているということが影響があるというふうに考えています。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） でも、そうなりますと、資料3の医療機関の調査結果、初期救急患者を受け入れる負担感というところで、初期救急を受け入れる負担感があるということは、この二次医療機関ですね、これ。これはよくわからないんですけど。ちょっと理解しにくい。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） つまり、二次医療機関として補助金をもらっているんだけど、初期救急患者がたくさん来て。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） それが負担なんですか。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 補助金をもらっている二次救急医療に支障を来しておるというふうに主観的に考えておるか、感じているかどうかということかで判断したわけですね。そういうことです。高橋先生、おわかりですか。
- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） わかりました。二次医療機関に対して初期救急が来過ぎちゃうので。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 初期救急患者の、まあ、つまりよくある

じゃないですか、うちはでかい病院なのに……

- 高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院）　　そういう。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター）　　何でこんな、初期救急診療所に行ってくればいい患者さんがうちに来るんだという、そういうことを言う医者がありますけど、そういうことを何とか拾いたいということ。

有賀さんおっしゃるように極めて主観的な話ですから、熊本日赤みたいになっていても大丈夫ですということもいれば、全然疲れていないのにこれは疲れていると言っておいたほうがいいよなどと思う人がいてもおかしくないし、なかなかいい方法がないかなとは思いますが、いかがですか。

何か。事務局、どうぞ。

- 宮澤（夏）事業推進担当課長　今の負担感の問題につきましては、今後も病院に丁寧に確認しながら定期的な形でやっていこうというふうに思っています。今これを確認したからずっと負担がないということではないというふうに考えています。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター）　いや、もちろんそうなのですが何回やっても方法論としてそれしかないのかというのが有賀先生のコメントで。だから、ブレインストーミング的に話をしたらどうかということですよ、有賀先生がおっしゃっているのは。
- 有賀委員（労働者健康安全機構）　今、77%というパーセントが出ていますけど、対象病院は幾つなんですか。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長　対象病院は22の病院です。
- 有賀委員（労働者健康安全機構）　22病院なら行けますね。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター）　行けるといいますと。
- 有賀委員（労働者健康安全機構）　訪問して。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター）　まあ、もちろん。それ、一個一個細かくはチェックでできますけど、でも、どういうふうにチェックするんですかね。患者さんの数とか、そういうので見るんですか。どれぐらいの患者さんがそこへ来ているとか。
- 宮澤（夏）事業推進担当課長　そうですね。そのやり方につきましては、少し検討していきたいというふうに思っています。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター）　松平先生、以前、初期救急のこの問題について部会をつくって、いろいろ議論しましたよね、どういう形が望ましいかということ。3年ぐらい前でしたかね。そのときにこの話題も出ましたですか。
- 松平会長代理（公益社団法人日本小児科医会会長）　ええ。私もちょうどこの初期救急をやっていない文京区で小児科を開業しており、文京区の小児初期救急の委員会の委員長もさせていただいているんですけども、もう5、6年前、文京区で検討して、文京区では初期救急施設は要らないという結論をずっとしてきたんですね。それはやはりここで言われている二次救急の医療機関の中で初期救急が賄われているということで、二

次医療機関の先生方も負担感がないし、それから、区民の方たちも小児の初期救急については困ったことがないということで、委員会の結論としては、文京区には小児初期救急医療施設は要らないという結論でずっと来ていたんですけども、去年からちょうど東大の岡先生のところの、少し若い先生が入ってこられて、いや、そんなことはない、と。やはり東大でも二次救急、三次救急指定の中で初期救急の患者さんがたくさん来て、やっぱり負担感が出ているということのお話を初めて聞きまして、これはやはり文京区でも初期救急医療施設の開設を検討しなくちゃいけないということで、今、東京都の担当の方と文京区の方とお話ししていただきながら、やはり文京区でも初期救急医療施設をつくる方向で考えております。

ですから、ここで言われている大体8割ぐらいの二次医療機関が、未実施の地域の中で負担感を感じているということはやはり現実合っていると思いますので、未実施のところではやはりもう一回改めて、二次医療機関の先生方の負担感を解消するためにも、新たに初期救急医療施設をつくる方向で検討していかなければいけないと思っております。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 松平先生はその70何%のほうが重視すべきだと。負担感があると言っているんだから、初期救急医療施設をつくるように、施設というんですか、まあ、そういう仕組みですね、つくるようにすべきだろうという、地元のお考えですね、地元としての。なるほど。

○松平会長代理（公益社団法人日本小児科医会会長） ええ。

それからもう一つなんですけども、文京区に隣接する豊島区は、都立大塚病院の中で初期救急センターをつくっていただいてやっけていただいているんですけども、その患者さんの割合を見ますと、3分の1は文京区の患者さんが行っているんですね。これは、文京区の行政としてもやっぱり考えなくちゃいけない現状があるということで、二次医療機関の負担感と、それから実際、患者さんの動向を見て、文京区、こういう医療資源が恵まれているところでも、やはり小児の初期救急は今後つくっていく検討をすべきだと思っております。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。

ほかに。どうぞ。

○福内委員（特別区保健衛生主管部長会） 特別区の状況としては、今、松平先生がお話をさせていただいたように、二次救急医療機関が豊富にあるというような現状の中で、今、未実施の区があるのかなというふうに思われますが、行政としてというか、特別区として、この事業を実施しようということになるためには、どこからかのやはり要望といたしますか、つまり区民が困っている、もしくは区内にある二次救急の医療機関が困っている等の声なり実態があるというのが重要ですので、そのあたりを東京都も、区へ働きかけのときにしていただけるといいのかなと。

単にやっていないからつくらなくてはいけないというふうに言われても、なかなか区

民からのご要望がない中では、予算をつけたりとか、そういうことを首長が判断するかというと、なかなか難しい部分もあるかと思しますので、実態をやはりよく精査していただければ、今のような、それぞれの区で整備をしよう、二次医療機関、二次救急の医療機関に負担をかけないようにしようということになるのかなと思っております。

また、私が実は以前いた特別区で、区内にある複数の二次救急医療機関に集まっていたいて、それぞれの医療機関の状況について伺ったことがあります。そのときはまだ初期救急の体制がなかったので、患者さんたちをどんなふうに診ていただいているでしょうというのをそれぞれの病院に聞きましたら、やはり大分病院によって違いました。つまり、余り負担感がありませんというのは、どちらかというと、やはり大学病院で、研修医等もたくさんいて、そういう意味では、何人か初期救急の患者さんが来ても負担に思われない。ただ、やはり大学病院ではない二次救急の医療機関は、ドクターの数もともと豊富ではないし、そういう先生たちは通常の業務の中でも当直にたくさん入っている中で、やはり初期の患者さんがたくさん来るのは非常に負担だというふうに言われていました。

以上です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） だから、そういう点ですよ。負担感がある、ないという主観的なところだけじゃなくて、医者の数とか勤務実態とかベッドの稼働数とか、本当に二次病院が二次病院としてきちんと機能しているかという、そういうことを、都として、補助金を出しているからにはきちんと評価しなくちゃいけないんじゃないですかね。ちゃんと機能していない二次病院が負担感があると言ったって、それはおかしいわけで。ちゃんと機能している病院が負担感があると言えば、それは初期救急を外してあげましょうというふうになるでしょうし。

有賀先生、そういうことじゃないですかね。もうちょっと、そういうところを突っ込んでやったらどうかという気がします。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 恐らく、行くとわかると思うんですよ。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 現場に行くとですね。

○有賀委員（労働者健康安全機構） さっきの東大病院の話もそうですし、他の大学病院もそうかもしれませんが、大学病院だからって、小児科の医者が余っているかという話になると、余ってはいないんですよ、恐らく。だけど、みんなでシェアしているという話があるのかもしれないと。

やっぱり、僕は、22施設だったら、行けるなと思ったのは、行って何人かと話をすれば大体わかるんじゃないかなという、そういう、医療人としての長年の勘みたいなの、そういう感じですよ。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 東京都にはその辺をちょっとお願いしたいところではありますよね。その上で、この見直し案といいますか基準を考えていただいて、より突っ込んだ行政にさせていただくということが必要かと思えます。

ほかに。どうぞ。

○小保内委員（多摩北部医療センター） ちょっと異なる視点からなんですけれども、当院は東村山市にありまして、ここの北多摩北部5市が共同して、2施設で初期救急を実施しています。で、当院の中で一次診療のブースを設けて、やっているわけですね。そこに執務されてくる方々が、基本的に医師会の先生が順番で来られています。

隣接されている地域に実施していない市がありまして、そこからの患者がいっぱい来るわけですね。医師会の先生たちが7時半から10時半まで3時間勤務されるわけですが、かなりその医師会の先生たちが、この5市ではちゃんと共同してみんなで話し合っているけど、やっていない市の人がこんなに流れ込んでくるという負担感もあるんです。

だから、二次病院の負担感だけじゃなくて、実施してくれている、だから、隣接する市に、一緒にやりませんか、それであなたたちの市から何名かこうやって執務してくれれば、みんながこれだけ楽になりますよ、と。あなたたちの市はこれだけの患者を入れているんですから、寄越しているんですから、やっってくださいよというような話を、ある程度まとめるような働き、それを東京都が橋渡ししていただければありがたいかなど。

結局その執務ができない部分に関しては、当院の医師が代行してやるというような形になっていますから、研修医なんかがそういった救急を勉強するというのでやってくれてはいますけれども、そういった意味では僕らの病院にもそういった負担はかかってくるというところがあります。

外の施設じゃなくて院内でやってくれているので、入院適用がありそうだとすると、もうその段階から一次から二次に移って、僕らの病院の当直医が診るといような形で進んでいくので、患者さんには非常に感謝されているというか、とてもいいシステムだということで評判を得てはいるんですけれども、いわゆる医師会の先生たちの負担感というのもしっかりと調べる。負担を感じているのは病院だけではないというところをちょっと認識していただければと思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。もっともですよ。だから、その辺、もうちょっと突っ込んで、せっかくいい制度だと思いますけども、よりよくするという努力は必要かと思います。

どうぞ。

○正木委員（東京都医師会） ちょっと確認をさせていただきたいんですけれども、補助要件なんですけれども、平日のうちの複数日実施というのは、複数というのは2日以上でよろしいということですか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） という意味でしょうね。さっき私、そう確認しましたよね、そこは。だから2日でいいのかという気はしますけどね。

○正木委員（東京都医師会） ええ。というのは、恐らく全部埋めろといっても埋められない地区があると思います。それと、まして「小児科医師、看護師、事務職員各1名配

置」と書いてありますけれども、3日間以上は、私、江東区ですけれども、小児科医は確かに埋めていますけれども、それ以外のところは、内科、小児科と看板を上げている先生にお手伝いしていただいています。そのかわり、年に何回か小児初期救急の勉強会を開いて、極力勉強していただいています。あと、受け皿としては、私のところはもう、最近では昭和大学の豊洲病院もできましたし、墨東病院もありますので、とても助かっております。

ですから、これも、もうちょっとやわらかい書き方にさせていただいたほうがいいかなと。

以上です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。この小児科医の定義みたいなものが何かあるんですか。別に、小児科を標榜しておられたら、それでいいんじゃないかと私なんかは思いますけども。

○正木委員（東京都医師会） ねえ。そうですね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そういうことですよ。ええ。多分そうですね。そこは柔軟にというか、弾力的に運用されたほうがいいですから。

いずれにしても、今、小保内先生がおっしゃったように、執務しておられる先生方の負担感もあると思うし、それからそんな不公平感というか、どれぐらいの地域からどれぐらいの患者さんが来ているかということも、数字は当然挙がるわけですよ、各診療所で全部。少なくとも数はあるし、どこにお住まいの患者さんかということもわかりますよね。そういうので、もうちょっと突っ込んだ話をしませんかね。だから、今回せっかくここまで調べていただいてよかったのですが、もう一頑張りというか。それで、よりいいような方向に行けると思います。

逆に、本当にせっかく補助金をつぎ込んでやっているけど、余り患者さんが来ないという診療所もあるわけですよ。例えば私が前にいた世田谷のある診療所なんかは本当にそうで、3時間開いても1人も患者が来なかったなんていう日が結構あるなんていう数字が出ておるんですけど、なかなかそれを表に皆さん出してくれないんですけども。補助金の無駄遣いだとは私は思っています。そういうのは止めるとか、そういう方向もちゃんと考えたほうがいいと思います。

○正木委員（東京都医師会） あと、先生、失礼します。電話相談は、結構ございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ああ、そうですか。

○正木委員（東京都医師会） 人数で考えちゃうと、その地区がかわいそうではないかと思えますけれども。すごい電話の数です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。じゃあ、それも含めて、やればいいですね。

○正木委員（東京都医師会） はい。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） まあ、もうちょっと、より質的によろし

くするというか、もう14年経ったわけですから、次の段階に進めたいと思います。

じゃあ、この話はこれでよろしいですか。

あ、どうぞ。

○松平会長代理（公益社団法人日本小児科医会会長） もう一つだけよろしいですか。小保内先生が地区医師会の先生方の意見を述べていただいて、大変ありがたかったんですけども、もう一つ問題は、やはり今の若い小児科の開業医の先生が余りこういう初期救急事業に参加しないことです。それも非常に困ってしまっていて、何とか小児科医会を通じて、地区の先生方にも初期救急に参加するようにお願いしております。

それからもう一つは、4月1日から診療報酬改定がありまして、小児科診療所に限って、小児かかりつけ診療料というのが新たにできまして、これは、自分が主治医、かかりつけ医となった医者は、ある程度その患者さんを24時間責任を持ってフォローしなくちゃいけない立場になります。この小児かかりつけ診療料を算定した診療所は、24時間患者さんをフォローすることを義務づけられるわけで、その中で、やはり#8000であったり、この初期救急医療施設を利用することが大変大切になってきます。これから日本全体でかかりつけ医ということが求められてくる中で、小児科の開業医の先生も少しは意識改革はしてくれるのではないかなと思って、期待しております。

以上です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。

それでは、今回お示しいただいたこの整備案を認めていただいたということで、次のステップに進んでもらいたいと思います。

それでは、次は、今回新しく取り上げてもらった小児の整形外科救急患者の問題について、事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局（花島） はい。それでは、議題（2）の小児整形外科患者への対応について、資料5で説明させていただきます。

資料5「二次救急（小児整形外科患者対応）について」をご覧ください。前年度の小児医療協議会などで、小児救急医療の課題の一つといたしまして、小児の整形外科領域の案件への対応について挙げていただいていたかと思います。そこで、今回こちらにつきましても医療機関向けに調査を行いまして、その結果報告と合わせまして、今後の取り組みの方向性などについて委員の皆様からご意見をいただきたいと考えております。

まず、資料上段の「現状」というところをご覧ください。平成27年の14歳以下の東京ルール案件の約6割が、整形外科領域の案件という現状がございます。具体的に申し上げますと、平成27年の14歳以下の東京ルール案件は全体で127件ございましたが、このうち傷病名とキーワードから、整形外科領域と思われる案件を抽出したところ、75件、約6割が整形外科領域の案件という状況になっております。この東京ルールとなりました整形外科案件の搬送先については、7割弱を地域救急医療センターで受け入れていただいております。センターで受け入れた後に、約2割は大学病院などへ転



送されている状況でございます。

資料に戻りますけれども、そういった整形外科案件のうち、骨折が約5割を占めまして、手術の可能性が高い案件が多い状況でございます。また、救急搬送案件全体、14歳以下の平成26年度の状況になりますが、平均搬送時間、覚知から病着まで約36分のところ、整形外科案件のみの場合は、約40分と長くなっている状況でございます。

こういった現状を受けまして、資料の「小児整形外科患者に係る調査結果」という部分に移りますが、今年の5月から6月にかけて、指定二次救急医療機関の外科系、小児科系の全235施設を対象に調査を行いました。回収率68%で、160施設の医療機関にご協力をいただきました。

調査の結果でございますが、まず、受入状況といたしまして、小児の整形外科患者を概ね受け入れていると回答した医療機関は約2割という結果でございます。また、手術が必要な患者の受け入れが原則可能であると回答があった医療機関は約3割という結果でございます。また、特に乳幼児が受入困難となっているとの回答結果でございます。

次に、院内体制ですが、小児の整形外科患者を主に診察している医師がどの診療科の医師かお尋ねしたところ、整形外科医であると回答した医療機関が約7割という結果でございます。また、整形外科医の当直を毎日配置している医療機関は2割、整形外科医かつ小児科医の当直を毎日配置している医療機関は約1割という結果でございます。

次に、受入困難となる理由ですが、最も多い理由として、「診察する医師が不在」。続いて、「手術が必要な患者の対応が不可能」、「小児科医・麻酔科医等が不在」、「医師が小児の診察に慣れていない」という結果でございます。

次に、手術対応できない理由ですが、最も多い理由といたしまして、「整形外科医はいるが小児科医が不在」。次いで、「小児に慣れた麻酔科医等が不在」、「小児用の手術器材がない」という結果でございます。

最後に対応困難な外傷についてですが、「開放性骨折、肘周辺の骨折、神経血管損傷の可能性のあるもの」という回答が挙がりました。また、「緊急手術が必要な案件は対応困難な場合が多い」との回答も多くいただいております。

このような調査結果を受けまして、資料の「今後の方向性」というところになりますが、搬送先選定困難になっております小児の整形外科案件についての取組の方向性として、まず一つは乳幼児患者や緊急手術にも対応できる医療機関を確保していくこと、また受け入れ可能な医療機関を明確化すること、といった方向性で検討していきたいと考えております。

本日、委員の皆様から広くご意見をいただきまして、今後の都の事業展開に繋げていければと考えております。

説明は以上になります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。

この問題は、もう前からいろんなところでは出ていた話を、この協議会で取り上げようという今回取り上げてもらったんですけど、調査をしていただいた結果、特に乳幼児、小さい子供の開放骨折など、肘とか、その辺少しややこしいというか、場合によっては手術が必要、場合によっては手術が不要、かなりの可能性で手術あるいは麻酔は必要だろうというような患者さんを、受け入れられない、受け入れにくいという救急病院が多いという実態ですね。その結果、なかなか選定先が決まらないとか、いわゆるたらい回しになっているというような状況があると思います。現場感覚も多分皆さんそうだと思うんですけども、この辺、いかがですか。

どうぞ。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） 都立小児病院ですが、この案件、前回のこの会で少しお話しさせていただいたと思うんですが、我々のところに整形外科の小児症例が5軒、6軒、最大確か9軒か10軒断られてから来るという例が何件か続いたために、救命科の責任者が、これはまずいということで、消防庁の担当者の方に来ていただいて、一緒に協議させていただいたんですね。骨折のどういう形で搬送をしているのかとか、ルールがあるのかとか、いろいろなことを話したんですけども、結局、今の東京都のルールというのは、地域の整形外科を標榜しているところにまず問い合わせたって、順番に近いところからやっていくというのがルールということでやっていたんですけども、それではとても、結局9軒、10軒断られて、確か1時間以上かかってきた案件もあったという。

非常に重く受けとめて、そのときに我々のところで話が出たのは、ここにも書いてありますけど、やはり東京都全体でまず、どこで乳幼児を含めた小児の整形外科が対応できる医師がいるかというのをきちっと把握していただいて、東京都全体で、整形外科患者に対するコーディネーターがぜひとも必要じゃないかと。そこのコーディネーターに連絡すれば、今都内のどこの施設が乳幼児も含めて受け入れられる整形外科医がいて対応できるかということ、常に情報を集約してですね。あるいは、もしそれが難しければ、当番を地域ごとに決めて、それも東京都を中心に、曜日とか日にちで決めて、そのときはこの施設が責任を持って受けるとか、そういう制度にしないと、この問題は解決しないんじゃないかというのが、我々の中で話し合ったときの意見でした。

以上です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。誠にそういう実態で、そういう方向性の解決が求められているのかなという気がします。

他にご意見はございますか。どうぞ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） すみません。先ほどの話で、東京ルールの対象になった14歳以下が127件で、そのうち75件が整形外科領域の案件とありましたよね。これ、14歳以下でいいと思うんですが、14歳以下の整形外科の対象になった患者さんというのは、東京ルールにならないで受け取られた患者さんも多分いると思うんです

が、全体としてどのぐらいいるのでしょうか。

つまり、ルールができれば、東京ルールにならずにさっさと運ばれるという話のときに、全体としてはどのぐらいありそうなんですか。東京消防庁のほうから見て。これを見ると、5軒、6軒、7軒と断れて東京ルールになったという話なんですけど、東京ルールにならなかったのも多分あるんじゃないかなと思うんですが。

そういう意味では、どうですかね、75件の東京ルールと、そうじゃない例が25件ぐらいで、年間100件ぐらいとか、そのくらいですか。もし年間100件だったら、3日に1回ぐらいだから何とかなるのかなとか思うので。そういうのを知りたいので、よろしくをお願いします。

○松井委員（東京消防庁） すみません、今すぐには回答できません。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 概ねでいいから。

○東京消防庁（西田） とりあえず、小児、14歳以下で救急車で搬送した人員だけを考えますと、大体約5万人、5万ちょっとの方を搬送しております。その中で、整形外科に該当する方が何人いるかというようなところは、また調べてみないとわからないところなんですけども。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 5万人のうちの、5分の1ということはないのかな。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そんなにはないでしょうね。うん。

○有賀委員（労働者健康安全機構） ないよね。だって、やはり熱が出たとか、痙攣だとか、その手の話が山ほどあるわけで。

○事務局（花島） すみません。事務局のほうで、あらかじめ東京消防庁のデータから、そうではないかというところで算出した数字になりますと、年間で約9,700件ぐらい。これは平成26年の数字になります。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 9,700件の整形外科の子供。

○事務局（花島） はい。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） おお。

○有賀委員（労働者健康安全機構） じゃあ、やっぱり1万人じゃないの。本当かな。

○横田委員（日本医科大学付属病院） それが全て骨折ではないですよ。

○事務局（花島） 全て骨折というわけではないです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） いや、だから、そうでしょうね。まあ、怪我ですよ。基本的には怪我だから、どの辺を整形というのか分からないですけど。

○事務局（花島） はい。整形外科案件という形での集計になります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうしたら、それ以外に外科案件なんていうのもあるわけですか。

○事務局（花島） そうですね。なかなか、きっちりと区別するところが難しいところですので。はい。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 分からないですよ。よく挙がるのはち

よつとした挫創とかで来ることはありますが。

横田先生、どうぞ。

○横田委員（日本医科大学付属病院） はい。マイクがありますか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） マイクがあります。

○横田委員（日本医科大学付属病院） 私も澁谷先生の意見に100%賛成なんです。

ただ、そのときにどうしても必要になるのが、今の数字の部分なんです。実は、この整形に関しては、小児に限らず東京ルールのもう、1番、2番になってくるんです。ですから、そのときにその輪番制なり当番制にするときに、具体的に1日その地域に何件ぐらいというのを想定しないと、1日当たり幾つ確保していけば解決するかというのが出てこないんですよ。全ての、一つの施設に全部集約というのは、それはそもそも破綻します。ですから、有賀先生が言われるように、数値を出していただくと、澁谷先生のシステムができてくると思うんです。

とりあえず、やっぱり整形というのは、どうしても機能的な予後というのを患者さん側も医療者側も期待するので、そういった背景というのが、どうしても断るといふところに出てくるので、医療機関としても限られてきちゃうと思うんです。実際、その骨折とか。特に、小児の場合はですね。ですから、だからいけないということではなくて、だとしたら、どういうふうにすればというふうな形で、まず、数を、こう、出る数字でいいんですけど、大ざっぱなところは捉えていかないと、だめかなというふうに思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） まあ、そうですね。最初は、数字で議論したほうがいいですね。今のお話では、整形外科案件が年間、子供が9,000件以上あると。14歳以下はね。でも、それは思っていたより随分多いんですけども、本当に困るといふか、この東京ルールに乗せなくちゃいけなかったのが126件なんです。

○事務局（花島） 127件です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 127件か。だから、それが本当に困ったのが127件という感じなんです。その中には、乳幼児が多いとか、開放骨折らしいのが多いとか、そういうことじゃないかというふうには思うし、そのうちの一部が何回も回ってから東京都立に来たというケースだと思いますし、成育も全く同じような状況だと思います。

どうぞ。

○横田委員（日本医科大学付属病院） 輪番だと、輪番制にするには東京ルールにならないようにするわけなので、東京ルールになっていないという骨折、小児も含めてというのが実際何件ぐらいあるかという、そこですよ。だから、そのデータというのは、ぜひ、必要なかなと。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） それは、だから9,600から120幾

つを引いた9,000幾らじゃないんですか。そうではないんですかね。ほとんどは上手くいっているということ。そういうわけじゃない。

- 松井委員（東京消防庁） 先生、もう少しありますので。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうでしょうね。
- 松井委員（東京消防庁） ええ。今、ちょっと手持ちの資料なんですけど、運動競技事故というので、14歳以下で1,277件、去年あるんですよ。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。
- 松井委員（東京消防庁） なので、水難事故というのは、ちょっと違うと思うんですけどね。一般負傷が、14歳以下で1万4,000件あるんですよ。その中で何件かが、多分それに絡んだ形で。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） でも、今の運動競技事故というのは、整形外科じゃないんですかね。
- 松井委員（東京消防庁） 運動系というのは、これは整形外科系で。多いと思います。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） だから、1,200件。
- 松井委員（東京消防庁） 昨年度で1,277件あります。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。
- 横田委員（日本医科大学付属病院） 一番いいのは、東京都の脳卒中医療連携協議会でワンウイーク・スタディーをやったんですね。そのときにきちっとしたデータ、確か回収率を、——有賀先生、ほぼ100%でしたよね。だから、ああいう数字を使うと、そういう輪番制とかというようなところの具体的な数字が把握できるので、ワンウイーク・スタディーって、そんなに手がかからないはずなんです。だから、そういうのも方法の一つかなというふうには思います。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。
- 松井委員（東京消防庁） あとは、当庁でも、その分野に絞れば、データベースには入っていますので、できますので。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですか。
- 松井委員（東京消防庁） ちょっと、今日はすぐには分かりませんが。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ええ。ちょっと時間をかければ、数字は出るわけですね。
- 松井委員（東京消防庁） はい。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） まあ、1,200件のうちの1割が非常に困ってというのは、何か感覚的には、私はすごくよくわかりますけどね。
- 松井委員（東京消防庁） まあ、運動競技に絞れば、1,277件なんですけどね。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） でも、運動器って、整形外科ですからね。
- 松井委員（東京消防庁） これは多いですよ。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ええ。そうすると、それですよ。

○松井委員（東京消防庁） あと、一般負傷が1万4,000件ありますので、その一般負傷分を含めるとより多くなります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） まあ、それはだから、怪我とかでありまして、切ったとか張ったとかというようなことでしょうけど。

植松先生、何かご意見ありますか。

○植松医長（国立成育医療研究センター） 全体的な意見としては、輪番制に私もすごく賛成して、東京都にもずっとお願いしているんですけども、数としては、本当に整形外科なんだけれども、骨折ではない、いわゆる救急医がいれば診れるような症例がかなり多いと思うんですね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 整形外科がいなくてもということですか。

○植松医長（国立成育医療研究センター） はい。まあ、救急医がいればということですよ。小児科医だと、ちょっと、研修していないと難しいかなという。あとは、骨折の中でも、救急医だったら対応できる骨折と、そうじゃない骨折もあるので、そのところをどうするか。ただ、搬送時点ではそこまで分からないと思うので、全体をどういうふうに分けるかというところと。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。やっぱり、特に子供ではありますし、あれでしょう、開放骨折かもしれないとなったら、やっぱり麻酔のバックアップとか、ある程度、時間、ゴールデンタイム以内に、処置ができる体制がないと、受け入れにくいというふうには思いますよね、打診された病院のほうは。ですから、どこでもできるというわけじゃないのは明らかでしょう。

どうぞ。

○植松医長（国立成育医療研究センター） その話で、整形外科医は受けられるんだけど、オペ室が埋まっていますという回答もあります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そう。うん。ありますね。

○植松医長（国立成育医療研究センター） ちょっと、うちも含めて、あります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。そう。麻酔科医がすぐ対応できないというところもありますよね。そういう意味では、私はどこでもできる話では全然ないと思いますし、輪番制がいいのかどうかよくわかりませんが、やっぱり一目散にここへ行けばいいというところはあったほうがいいと思います。たとえ遠くたって、東京都内ですし、いいんじゃないかという気がしますけど。まあ、いずれにしても、数字を出してから議論したほうがいいのではないのでしょうか。

楠田先生、どうぞ。

○楠田委員（東京女子医科大学） すみません。ちょっと門外漢なので、勘違いしているかもしれないですけど、この資料5の右のほうの真ん中のところに、「手術対応の可否」というので、「原則可能」と「困難なときが多い」と「全く不可」と、大体ほぼ3分の1なんですけど、私は、指定二次医療機関、外科系であれば手術は可能というふうに理

解していたんですけど。これは小児科が入っているから、こうなるんですかね。そうすると、少なくとも外科系は可能というふうに判断していいんですかね。私、これが専門じゃないので余計なんですけど、理解出来ませんでした。

○有賀委員（労働者健康安全機構） これ、子供の麻酔ができないという意味じゃないですかね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。だから、聞き方にもよるでしょうけど、手術といっても、一般的な手術から整形外科の手術も違うし、整形外科の中でも、どうもやっぱり、子供は麻酔をかけられるかどうかみたいところが大きいんで、都内の救急医療機関であっても、こういう手術も含めた子供の整形に対応できるのは、3分の1しかないというのは、全くそうだと思いますけどね。

○楠田委員（東京女子医科大学） これが現実ということですかね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 全く。私は30パーセントでも多いぐらいだと思っています。

○有賀委員（労働者健康安全機構） ちょっと、先生、いいですか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） どうぞ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 東京ルール絡みだったと思いますけど、外傷を診てもらおうというんで、帝京大学でしたっけ。

○横田委員（日本医科大学付属病院） ああ、開放骨折ですよ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） ですよ。開放骨折ね。で、帝京がどれぐらい外傷で活躍しているか、ちょっとつぶさには分かりませんが、75件だとしますよね。75件だったら、全部帝京に運んでも。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。スムーズにできるね。

○有賀委員（労働者健康安全機構） だって、そうでしょう、4日か5日に。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 1例ですよ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 1例来るわけでしょう。それは、だから、ふだん外傷センターに来ている間に、14歳以下で、ちょっとしんどそうなのがあるだけでしょう。全部帝京に運ばばいいじゃない。という話になるんですよ。だから、だから基本的な数のデータがあやふやだと、この手の話がうまくいかないんですよ。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。まあ、その70件というのは、氷山の一角とは言いませんけど、絞られたところで、あやふやなのはいっぱいあるし、いつでも受けますというのは大変な、先生も言うことで大変な話で、2件一緒に来たら困ったとか、いろんなことがありますから1カ所じゃ無理なんだろうけど、でも、そんなに何カ所も要る話ではないと僕は思いますね。輪番にするのは、僕は反対ですね。もう、とにかく場所を決めて、東はこっちとか西はこっちとあって、すぐ運ばないと、それこそやっぱり時間が勝負というところはあると思いますね。

ですから、そんなにめちゃくちゃ多くもないんですよ、そうはいつでも。だから、そ

の辺、ちょっと数字をもう一回しっかり消防庁からいただいて、それで、もうちょっと突っ込んだ議論をしませんですか。どういうふうな制度にするかは、これ、結構大きな問題だと思うし。

確かに、十何カ所なんていうのは、成育でも、しょっちゅうとは言いませんけど割とありますし、都立で断られたというか、都立では今やっているからということもあるし、逆も、成育で断られたのもきつとあると思うんですね。だから、現状がよろしくないのはそのとおりなんで。この問題、ちゃんと、解決に向かいたいと思います。

他にございますか。ちょっと、今日は数字がもう一つあれなんで。まあ、でも、こういうのができただけでもよかった。

清原先生、どうぞ。

○清原委員（東京北医療センター） 今の件に関連してですけど、先ほどの患者さんの人数とか、あと整形がいるかどうかというアンケートなんですけど、結局大まかなアンケートになっているので、実際は小児整形外科医って、外傷ばかり診ている人はそんなに多くなくて、ちょっと考え方が違ってくるので、むしろさっき救急科の先生が診たりとか、レベルによっていろんな科の先生が診ているし、うちなんかも外科系当直で、結局アッペとか胃がんばっかりの手術をしている人が子供の外傷を診るとか、そういう形になっていますので、受け皿がどうしてもずれているので。

大事なのは、結局この出ている外傷とかの患者さんがどこの地域で発生しているかという患者さんの数と、実際その方はどこに搬送されて受け入れられているかという、その搬送距離とか分布の問題があると思います。特に、整形外科医が当直しているといっても、大学病院なんかは恐らく救外の患者さんのためじゃなくて、病棟の患者さんのために当直しているのがメインなので、需要と実際の数とのバランスが整っていないと思うんで、そこら辺をちょっとやったら、例えば都心の23区の真ん中のあたりはたくさん整形外科医がいるような病院があるんだけど、実際は、そういう急患を受けるには、体制としてはちょっと違う考え方だし、患者はむしろそれよりもっと外側に多いという、アンバランスになると思うんで、恐らくこの疾患に関しては、搬送距離はかなり度外視して搬送しないといけなくなってくるんで、そのあたりは救急隊の搬送距離で結局出動時間が長くなってしまいますから、そういう問題もあると思いますけど、そのあたりも、でも検討していかないと、東京ルールの枠の区の範囲内でもおさまらないような形になっちゃうような気がしますので、そういうのも含めて検討に加えていただければと。すみません。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん、なるほど。いや、おっしゃるとおりだと思います。

ほかにいかがでしょうか。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 すみません。東京消防庁から、資料の説明があります。

○松井委員（東京消防庁） 今、先生がおっしゃっていた資料を少し説明させていただき



ます。5事例あります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） はい。

○松井委員（東京消防庁） 担当の者から説明させていただきます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） あ、そうか。個人情報とかいうやつですね。

○東京消防庁（西田） それでは、ホチキスどめになっております資料を説明させていただきます。こちらは平成28年中の4月から7月までの間で、小児事案（整形外科）で、東京ルールになった事案を5事例、上げさせていただいております。

まず1番が、事例1が挫創に関するものです。7月の上旬の日曜日の13時台ということです。23区内で発生しまして、8歳の女の子。自転車の後ろに乗っていたところ、左の足が自転車の後輪のスポークに挟まれて受傷したというのが受傷形態です。

そして、バイタルはご覧のとおりでございまして、外傷は左足関節のアキレス腱部分の、横方向に6センチの挫創といった外傷でございます。その他、運動障害ですとか知覚障害はありませんでした。

そして、病院の選定なんですけれども、救急隊は整形外科で選定をしております。整形外科で選定して、病院端末で丸のところに連絡しているんですけれども、いずれの病院も、整形外科は診れるんだけど小児科医がないから駄目ですというようなことで、小児科医の対応が困難ということで4カ所断られて、東京ルールとなっております。結果的には地域救急医療センターで収容してもらったというような事案であります。

こちら、現場の滞在時間ですが、救急隊が現場に着いて現場を出るまで、時間が38分という時間になっております。傷病名、初診時程度は、左足関節の挫創（軽症）という内容でございます。

そして、2事例目が打撲の事案です。こちらは、6月の下旬の土曜日の20時頃、23区で発生した事案です。9歳の男児がスケートボードで坂を下っていて転倒しまして、左の肘を地面について受傷したというような内容です。

バイタルはご覧のとおりでございまして、外傷は左の肘、約1センチ四方の擦過傷と、肘を曲げた状態で肘部に陥没部位があったというようなことでございます。救急隊はやはり整形外科で選定をしました。診療が丸のところに連絡していきましたが、こちらも同様に、小児の整形外科は対応が難しいよということで2カ所断られて、また、手術時の麻酔科医師がないということで断られたということで、東京ルールとなっております。こちらも地域救急医療センターで収容していただきまして、現場は1時間05分でしたけども、終了となっております。傷病名、程度が、左肘の打撲（軽症）ということとなっております。

次のページになりまして、次は脱臼の事案です。

6月の中旬ごろの水曜日の18時頃なんですけど、こちら23区で発生した事案、14歳の女性の学生の方ですね。部活動で走り高跳びをしていて、着地に失敗して左手を

ついたときに、左肘を受傷したという内容です。こちらの外傷なんですけれども、左肘部の変形があって、腫脹があったということです。麻痺等はありませんでした。

救急隊はやはり整形外科で病院端末が丸のところから連絡をしていったんですけども、小児科の対応は困難だということで6カ所に断られまして、東京ルールとなっております。こちら地域救急医療センターで収容となっております。

この方はここで一時的に診ていただいたんですけども、その後、完全脱臼ということで専門の処置が必要ということで、転院となっております。この方、現場41分滞在で、左肘関節の脱臼ということで、中等症となっております。

4事例目が骨折の事案です。6月の木曜日の15時台、23区で発生した事案です。こちらは6歳の男の子、登り棒で遊んでいて、飛びおりた際に右肘を受傷したと。着地したときに、ちょうどカエルのような感じで落ちたときに両手を地面について、右の肘を受傷したという内容です。外傷は、右肘の変形と腫脹があったというものです。運動・知覚障害等はありませんでした。同様に救急隊が、整形外科で、病院端末にのっとして選定しております。こちら、6歳男児ということで、小児対応が難しいということで5カ所に断られて、東京ルールとなっております。

こちら地域救急医療センターに受け入れていただきまして、この方も、処置困難ということで、一時的に受け入れていただいたんですが、その後また転送となっております。現場滞在は45分ございまして、右上腕骨の骨折（中等症）となっております。

そして、もう一枚めくっていただきまして、最後の事案が開放性骨折の疑いの事案です。

こちらは4月の金曜日の14時台。こちら23区で発生した事案です。11歳の男の子が、キャリアカーの後部のパワーゲートのところを飛び越えようとして、そのハッチが動き出したということで、右の下腿部をぶつけて受傷したということです。下にイメージ図が描いてありますけども、そのちょうどキャリアカーの飛び出たところを飛び越えようとして、それが動いてしまったということで、右の下腿をぶつけて受傷したものです。

外傷は、右の下腿約6センチの挫創でございます。救急隊は同様に整形外科で選定をしましたが、やっぱり小児、子供の対応は難しいということですか開放性骨折は対応困難というような理由で5カ所に断られて、東京ルールになっております。

ただ、このときも地域センターに連絡したんですけども、こちらは2カ所あったんですが、どちらもやっぱり難しいということで、結果的にそのまま選定をずっと継続して続けまして、その後8カ所目、計15カ所目に連絡したところで終了となっております。連絡時間は51分で、現場滞在59分。傷病名と初診時の程度は、右足の下腿骨の骨折疑いということで、中等症で初診時の程度名をいただいたところでございます。

5事例は以上でございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） どうもありがとうございました。いずれ

も、こういう整形外科単独外傷とっていいようなケースだと思いますし、救命救急というほどじゃないんですけども、ただ現場ではやっぱり大変困っておって、患者さんも痛いし、行くところがなくて苦しいし、親御さんは何だこれは、という感じでしょうし、救急隊員は非常にフラストレーションだと思いますし、解決しなくちゃいかん問題だと思います。

じゃあ、今日は、ちょっとこの件に関しては、これでやめておきましょう。もうちょっと突っ込んだ話を、ぜひ近々できるように、事務局のほうで設定しておいてください、また。鋭意進めていただきたいと思います。

では、次は、これ、次は恒例のあれですな、小児の救命救急センター事業の話ですね。お願いします。

○事務局（花島） はい。それでは、議題（3）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6、資料7、参考資料2で説明させていただきます。

まず、資料6をご覧ください。資料6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。さらにこども救命センターには、小児の臨床教育の拠点といたしまして、そういった機能もございますので、地域の医療機関に対して臨床教育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。各センターで研修テーマを工夫していただいておりますところですが、内容につきましては資料のとおりとなっております。

続いて、資料の右側になりますけれども、こちらは前年度、平成27年度東京都こども救命センターの受入実績でございます。こちらはP I C Uに入室した者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27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。

実績の件数ですが、4センター合計で845件ございました。年齢についてですが、①のところになります。1歳から6歳が全体の46.1%で、多くを占めております。

続きまして、②の時間帯でございますが、平日の時間外が最も多い状況で、全体の43.2%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、合わせて約7割となっております。

続きまして、④の搬送依頼元についてですが、医療機関からの転送が約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。

次に、⑤の搬送方法ですが、救急車搬送につきましては3区分に分けております。救急車（当院チーム同乗）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

こととございます。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、救急隊のみで搬送のこととございます。これら救急車を使用した搬送数の計は、63.8%となっております。なお、「その他」につきましては、独歩や民間救急、タクシー、ドクターヘリなどが入っております。

続きまして、⑥の初診時傷病程度とございますが、重篤と重症を合わせて91.5%となっております。なお、この欄の一番右の「その他」でございますが、こちらは程度を把握できなかった案件ですので、比率の計算には算入しておりませんので、記載をバーとしております。

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、外傷でございます。

続きまして、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）が多くなっている状況でございます。

最後に、⑨転帰についてでございますが、転院が、搬送元、他院転院の二つを合わせて9%、退院が80.7%という状況でございます。

資料をおめくりください。こちらは、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年度の事業開始当初からの実績の推移を、概要でございますけれどもご覧いただければと思います。

まず、受け入れた患者さんの年齢についてでございますが、「1歳未満」が平成22年度は20.9%でございましたけれども、直近の27年度では32.1%と増えておりまして、「7歳以上」が、逆に35.7%から21.8%と減ってきております。

さらに搬送依頼元についてでございますが、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18.9%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、23年度時点では74.8%、直近の27年度につきましては91.5%と増えておりまして、重たい患者さんに集約されてきているのではないかと考えられます。

続きまして搬入後の診断ですが、上位3項目は、事業開始当初の22年度から27年度まで、脳・神経系、呼吸器系、外傷で全体の7割前後ですが、個々の占める割合が変わってきておりまして、特に呼吸器系につきましては、22年度は18.9%でございましたが、27年度では33.6%と、多くなっております。

最後に転帰でございますが、「搬送元転院」が、22年度は6.1%、27年度については5.2%という状況で、5%前後で推移しておりまして、「退院」が71.4%から80.7%と増えてきている状況になっております。

次に、参考資料の2をご覧ください。こちらは、都内の救急搬送案件のうち、三次救急搬送案件の状況をお示ししております。

こちらの資料につきましては、前年度の協議会からお示ししているデータでございます。

すが、重症以上の救急搬送案件について、こども救命センターの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、こども救命の4病院の方々にご意見をいただきまして、三次救急搬送案件の受け入れ状況を比べてみたほうがこども救命センターの運営事業の状況がわ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もとに、こちらの資料を作成しております。

まず、1の受入患者数でございますが、表側に、転院、直送別に、表頭は搬送医療機関別となっております。こども救命センターが4施設の計、その右隣の都内三次救急医療機関、こども救命センターの東大病院と日板病院は除いておりますが、その24施設の計を記載しております。

まず、平成27年の東京消防庁が搬送した三次救急案件の総数ですが、1,379人で行いました。うち、こども救命センターへは366人、三次救急医療機関は955人という状況で行いました。また、転院搬送につきましては、こども救命センターへ63人で、全体の51.2%。三次救急医療機関は50人で、40.7%が搬送されております。1病院当たりいたしますと、こども救命センターが約16人、三次救急医療機関が約2.1人となりますので、こども救命センターへの転院搬送が進んでいるのではないかと思います。

次に、年齢の区分になりますが、転院搬送でこども救命センターに搬送される「1～6歳」児、「7歳以上」の患者さんの割合が多くなっております。

次に、右側の3の、収容初診時傷病名区別になりますが、こちらについては、全体のおおむねの傾向でございますが、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。

説明は以上となります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。

数や内容がだんだんと思っていた、いい方向というか集約されて、子供の、より重症、あるいは内因系が多いというのもそういうことですかね。当初考えていたような方向に事業が進んでおるかなというふうに思って、聞いておったんですけども、コメントやご質問、ございますでしょうか。あるいは、今後この事業をもうちょっとこういうふうに進めていったらどうかとかというようなこともございましたら。

どうぞ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） ちょっといいですか。資料の7でいいと思うんですが、一番下の転帰のところ。転送元へ転院した。要するに、元へ戻った。それから、他院へ転院したという話で、何というかな、亡くなった人も入れて、100分の9.9%ですよ。いいんですよね、5.2足す3.8で。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですね。

○有賀委員（労働者健康安全機構） それで、ちょっと実人数というのは、これですか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 840人ですか。

- 有賀委員（労働者健康安全機構） いやいや。つまり、その9%だから……
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですね。
- 有賀委員（労働者健康安全機構） ですよ。この資料6の下のほうの、これでいいんですかね、44足す15とか、44足す32とか。よくわかりませんが。おおむね数十人が転送されていると。

この転送の方法は、東京消防庁の車を使っているとか、または成育医療センターだと成育医療センターの搬送用の車を使っているとか、民間の救急車を使ってお金を払っているとか、いろいろあると思いますが、僕の問題意識は、集約するという、その上り搬送については比較的熱心にルールができていますが、その後転院する場合。よかったねと言って、元へ戻るとき。そのときにも恐らく、例えばインフュージョンポンプを使いながらとか、看護婦さんがくっついて行くとか、小児科医と一緒にくっついて元の病院に行っているとか、そういうふうな状況が多分あると思う。しかし、そこら辺の下り搬送というか、その辺の資源の投入の景色を、もうちょっと見たいなと思って質問しております。いかがでしょうか。

- 宮澤（夏）事業推進担当課長 下り搬送の実態は、ちょっとここに数字がないものから、今後把握することも検討しつつ、行っていきたいと思います。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） この問題は、最初のころからすごく、この事業を始める前から議論があったところで、本当に帰れる、帰せるのかとか、あつという間にいっぱいになっちゃうんじゃないかというようなこと、最初から議論していたことで、で、数字を見ると、10%未満ぐらいですもんね。何か退院が多いのは、80%退院しているというのは4病院からですね。いいのやら、どうやらという気は、確かにしますね。もうちょっと、こう、元の病院あるいは元の病院の近くのところへ、その地域に帰すということを最初に掲げてやり始めた事業ですから、元の病院の地域へ帰せているほうが多分望ましいんだろうとは思いますが。まあ、現場的には、なかなかそれは親御さんが帰りがらんとか、いろいろ問題があるのは、ここでも議論しておる、あるいは報告があるところなんですけども。

澁谷先生、植松先生、いかがですか。何かその辺ございますか。この問題はずっと議論してきたし、大きな問題だと思いますけど。

- 澁谷委員（都立小児総合医療センター） うちも余裕があるときはいいんですけども、例えば今ですと、ほぼ8割から9割、ちょっとベッドが埋まっていて、いろんな救急を、実はちょっと断らざるを得ない事態になっているんですね。そういうときに、ぜひ、退院できる子、退院というか転院できる子はできるだけ地域に帰そうということでやるんですけども、なかなかご家族が了解してくれなくて、きちっと退院までここで診てほしいというご家族がやっぱり多いという。ですから、こども救命で搬送する前に、既にある程度落ちついたら地域の病院にまた戻ってくる可能性があるということを最初に伝えていただくということをお願いできればと、いつも現場では思っています。

- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。なるほど。そう。そうですね。どうぞ。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） 東大の場合には、そもそもP I C Uが小さいので、そのあたりは結構ご理解いただいています。例えば、ある病院からの重症例を東大で引き受けて急性期だけ治療して、紹介元の関連のP I C Uに後でトランスファーさせていただいたとか、そういったような例もあります。区東ブロックでの会議でもそうした情報交換をしながら、少しずつ連携協力は進んでいるかなと思います。昔は、そういうことって、本当に難しかったですけれども、少しずつそういう理解は、医療者の中で進んできています。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですよ。なるほど。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） そのかわり、ともかく、こども救命案件は受けるということは施設内でも認識を高めています。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） みずからも。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） ええ。みんなに浸透してきているような感じはあります。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですか。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） ただ、澁谷先生が言われるように、ご家族が転院を希望されないというケースは、やっぱりなかなか難しい点がありますけれども、そこも、以前よりはみんなの理解が深まっているかなという気はします。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。それはいいですね。そういったように、東大がある東の地域の中では、それなりにこう、やっていることが浸透してくれば、帰しやすくなるということはあるんでしょうね。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） そうそう。そうですね。ともかく、ベッドに余裕がないということがともかくみんなにわかっただけで。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） なるほど。
- 岡委員（東京大学医学部附属病院） あと、先ほどの有賀先生のお話ですけれども、基本的には東京消防庁の救急車を使わせていただいています。搬送時にもかなり重症度が高くデバイスなども付いた状態で、I C UからI C Uみたいな形でのトランスファーです。病状が完全に回復して転院しているというわけではありません。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。その辺の実態も、またまとめてこの話のときに出してもらったほうがいいです。どうぞ。
- 有賀委員（労働者健康安全機構） いいですか。重症なので、東京消防庁にお願いしているという、その部分そのものについて反駁するつもりは全くありません。むしろ、その間における保険診療——例えば、そういう意味で、投入した資源に支払うべき対価については、一体、社会はどう考えているのかという、そういう問題意識であります。で

すから、東京消防庁を使えば安いというか、ただという話でいけば、幾らでも使って構わないのかという話になるわけですか。必ずしもそうじゃないという話があるので。

ですから、例えば、東大病院の車で行ったら、それは東大病院に幾ら幾ら払わなくちゃいけないというふうな基本的な議論を、やはりここでもすべきじゃないかということでもあります。つまり、多摩だったら多摩小児総合医療センターに集約させるという話があるのであれば、今度は集約から帰ると、元へ戻るといふ、そこら辺のことも一緒に社会のルールとして考えたほうがいいんじゃないか、こういう話です。

東京消防庁から見ても、たかだか今言った数十件ですから。まあ、下り搬送が山ほどあるのに比べれば、どうってことはないといえ、どうってことないんでしょうが、塵も積もれば山なので、やはり、何というかな、そういうふうな観点で見てほしいということをしちっと主張すべきだと私は思います。

○松井委員（東京消防庁） ありがとうございます。我々も、あくまでも、もう準備が整っていて、「東京消防庁、頼むよ」と言われると、ちょっとやはりこの転送は違うんじゃないのかなという形になります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 「救急です」と言われたら、いいということですよ。

○松井委員（東京消防庁） ええ。ただ、やはり緊急ですと、あとほかに手段がありませんということについては、当然頑張ってやっていきたいと思っています。

今、ちょっと手持ちの資料なんですけど、14歳以下のお子さんたちの転院搬送、上り下り全部関係なく、転院搬送だと3,434件あるんですね。ですから、これ、平成27年度のデータなんですけど。ですからお子さんたちのやはり転院搬送というのも結構ありますので、この部分での緊急度というのをしっかりとご理解いただいた上で、ご利用いただければというのが、正直言って我々もあります。我々、今、本当に救急車の適正利用というのをかなり訴えさせていただいていますので。

ですから、もし救急以外で対応ができるのであれば、やはりそちらを優先して、事前準備等万端であれば、それを活用していただければありがたいというのが当庁の望みでもございますので、今後ともよろしくお願いいたします。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） これ、多分保険点数をつけるというって、随分各学会とか、あるいは、この前は東京都でもやったんじゃないかな、消費税のお金をどう使うかという話のときに。そこに集約される問題ですよ。下り搬送の搬送料が、誰も払わないという。患者さんに払わせていいのか、みたいな。だから、そういう場で、またやっていきたいといったのも、この協議会としても、その保険の点数をつけるというのがいいのかどうか知らないけど、そのコストを誰が払うかという問題について、やっぱり社会として集約した事業をやっているんだから、それに見合ったこととしてやっていきたい。まさか、でも、東京都でそれを払いますというわけにはなかなかいかんですよ、今さら。行きますか。そういう予算をつけるには――この前、コー



ディネーターをつけようという話は予算がついたという話で、あれはあれでうまくいっていると思うんだけど、コーディネーターみたいなもんですもの。

まずは、でも、その前に実態を調べることですかね。どれぐらい自分のところの車で行って、どれぐらい民間救急車を頼んで、そのお金を誰が払っていて、どれぐらいが、岡先生がおっしゃったように、重症だからという理由だと思えますけど、東京消防庁の救急車を使わせてもらおうというふうになっているかというところで、まあ余り理屈をがしがし言うと、救急でもないのというふうになりますけど。まあ、半ば救急ですもんね。

どうぞ。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） 転院について、ちょっと。

我々のところに幸いドクターカーが2台あって、1台は新生児にある程度特化しているんですが、もう一台は小児全般のドクターカーで、ほとんど今、転院のときの搬送は、そのドクターカーを使っているんですね。でも、ドクターカーの維持費というのはかなり高くて、ドライバーもずっと24時間常駐させて、いつでも出動という体制にして、つい最近もバッテリーやなんかの交換で、ものすごい高額なお金がかかったりですね。つまり、そういうのにかなり、転院搬送にドクターカーを使っている、で、いざ動きたいときに、今、転院に使っているから迎えに行けないとか、そういうこともあるので。何か少しでも、やっぱりこのこども救命事業における案件の場合の転院は少し補助が出るとか、何かそういうのが少しでもあると、我々としては助かるなというのは思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうですね。

○澁谷委員（都立小児総合医療センター） うちにあるドクターカーを使って転院はしているんですが、かなり負担が大きいというのは事実です。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。東京都の病院がそう言っているんですけど、東京都はどうですかね。同じ東京都のお金のような気がしますけど。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 そのあたりの、まず実態を把握した上で検討していきたいと思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん、そうですね。どこにお金を使うかという問題ですけど、東京都立小児病院にそういうお金を今つぎ込んでおられるわけですから。同じ東京都のお金をどう使うかという問題だと思いますけど、東京都立病院以外のこの事業に参加している3病院から見たら、それも、ねえ、変な話ですよ。俺たちにもくれよということになりますから。

コーディネーターにつけるお金はまだ残っているんでしょ、多分。予算を全部使い切っていないと僕は思いましたけど。だから、その辺をちょっと整理する意味でも、それからコーディネーターがどの程度機能しているかということも含めて、余り機能していないというふうに思うんだったら、むしろ、明らかに動いている救急車のほうのお金にちゃんとつけたほうがいいのかもかもしれませんね。

どうぞ。

○楠田委員（東京女子医科大学） この戻り搬送、実は周産期でも、かなり頭の痛い話で。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。そうですね。

○楠田委員（東京女子医科大学） おっしゃるように、もちろん最初の上り搬送は救急でお願いするんですけども、お母さんでもそれから子供でも、落ちつけば、やっぱり地域の医療機関というのは当然いいだろうというふうに思いますし、病床の有効利用という意味でも一番いい方法だと。多分新たに施設を整備するより搬送にお金をつけたほうが、よっぽど、総額は安いはずなんですよね。新たな周産期センターをつくって、人を雇うより。だから、そういう意味では、本当に効率よくお金を使うなら、周産期医療も含めて、やっぱり戻り搬送に、ぜひ、予算をつけていただきたいなというふうには、いつも思っているんですけども。

ちょっと、今言いたかったのは、先ほどの救急車の使い方の件なんですけど、いわゆる緊急でなければ、ちょっとまあそぐわないということだったんですけども、実は幾ら予定していても、結局搬送中に要するに緊急性を増すというか悪くなるというのが、こういう子供だとか妊婦さんの問題なんです。ですから、確かに何月何日に行きたいという、そういう意味では緊急じゃないですけども、じゃあ普通の地道を行けばいいのとか、そういうことをすれば、多分搬送中に悪くなるのは見えていますし。

今回の熊本の地震でも、実は熊本から九州に、病院、心疾患の子供が運ばれたんですけども、やっぱり時間、経過とともに悪くなって、熊本から福岡のこども病院まで行ったんですけど、着いたときにはやっぱりもう、心疾患の子供が非常に悪くなっていたという事例がありまして。

やっぱり搬送時間が長くなればなるほど、子供あるいはこういう妊婦さんに関しては悪くなるというのは、それはだから時間が緊急なんじゃなくて、疾患が緊急に搬送しないといけないという患者さんですので、それも十分救急搬送の対象になるというふうに思いますので。予定されているから緊急じゃないというんじゃないで、予定していても緊急患者さんがいるというふうに、ある程度考えていただいたらというふうに思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 医学的にはそのとおりですよ。だから、ルールは、社会のルールは現場で緊急だと言われて行ったりするのは、緊急ということになっているんでしょうけど。医学的には楠田先生おっしゃったとおりで、多分昔はそういうことがあんまりなかったんでしょうね。一旦病院に運んだらそれで終わりという感じだったんでしょうけど、今はそういう、下りがいいということはよくわかりませんが、搬送そのものの重要性が増していますので、そういう点でも考え直すべきときだと思います。

いずれにしても、やはりこれも数字を出して、その4病院にもう一度調査をかけてください。それから澁谷先生のところのコスト、送用の車を用意して、運転手さんも用意してというのはどれぐらいお金がかかっているかということ調べていただいて。その

あとに議論しましょう。じゃあ、この問題はそれで、今日は終わりたいと思います。

最後に、先日集まっていたいて、フリーディスカッションみたいなことをして、まとめていただいたその結果の、今日ご報告ですね。医療計画でしたっけ。よろしく願います。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 はい。地域医療構想担当課長の宮澤でございます。私からご説明をさせていただきます。

都におきましては、昨年4月から地域医療構想の策定作業を進めて参りまして、今週、医療審議会から答申をいただきまして、確定している内容でございます。今、会長からもありましたけれども、3月の時点で、この本協議会の委員の皆様、骨子案をご説明させていただきまして、ご意見を伺う機会をいただき、そこでいただいたご意見も踏まえまして取りまとめているものでございます。そのあたりを中心にご説明いたします。

まず、資料8でございます。まず概要版で全体をご確認いただきたいと思っております。

資料の左上の「地域医療構想策定の背景」の下、「第1章 地域医療構想とは」でございます。地域医療構想がどういうものであるかというものを記載してございます。すぐ下でございますが、地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等に関わる全ての方が協力して、将来にわたって医療提供体制を維持・発展させ、東京の将来の医療の姿として掲げます、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するための方針となるものであることを記載してございます。

その下の記載事項でございます。医療法で構想に記載することとされている2点、記載してございます。

その下、地域医療構想の性格でございますが、構想は医療法に定めます医療計画に位置付けるものでございまして、平成30年に改定いたします次期保健医療計画と一体化をするものでございます。また、策定に当たりましては、策定のプロセスでございますけれども、策定部会を中心といたしまして、多くの皆様からご意見をいただきまして、そのご意見を十分反映してきたという旨、記載してございます。

「第2章 東京の現状と平成37年（2025年）の姿」でございます。

まず、東京の特性といたしまして、①から⑧まで、八つの特性を挙げた上で、これらの地域特性や、がん、急性心筋梗塞、脳卒中など、疾患の特徴に応じた患者の受療動向が見られるということについて記載をしております。

その下、将来推計でございますが、右のグラフが示しますとおり、今後、高齢者人口の増加によりまして、医療需要の増加が見込まれております。推計に当たりましては、現在の患者の受療動向や流出入が今後も続くという予測のもとに推計いたしました平成37年の病床数の必要量等をその下に記載してございます。

さらに、この必要量の表の下でございますけれども、この必要量と病床整備の考え方について記載をしております。この必要量等でございますけれども、平成25年の患

者の受療動向をもとに推計しているなど、推計値でございまして、今後、将来人口、また患者の受療動向、さらには病床稼働率等、さまざまな要因によりまして変化する可能性があるというものでございます。

構想策定後も、病床の整備につきましては、これまでどおり基準病床数制度によりまして実施いたしまして、地域に必要な医療の確保を図るという旨、記載してございます。

2枚目でございます。「第3章 構想区域」でございます。

都における構想区域でございますが、以下の13区域といたしまして、「病床整備区域」と呼称するという事としてございます。また、マップの下でございますけれども、この構想区域でございますが、必要な病床の整備、さらには地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位というものでございまして、構想区域ごとに調整会議を設置いたしまして協議する旨、記載してございます。

その二つ下でございますが、構想区域の状況といたしまして、13の構想区域ごとの状況につきまして、①から⑧まで記載をしてございます。各種データに加えまして、地域の方、地域の意見聴取の場等で出された意見等を含めて、記載しているところでございます。

その下の事業推進区域でございますが、5疾病5事業などの医療連携の推進に当たりましては、疾病事業ごとに患者の受療動向、医療資源の分布状況に応じて事業推進区域を柔軟に運用していくこと、高度急性期から在宅医療に至るまでの連携を強化するため、医療情報の共有化を図る旨、記載しております。

「第4章 東京の将来の医療～グランドデザイン～」でございます。

第4章は、将来の医療の姿と4つの基本目標、こちらを掲げた上で、構想に記載することとされております「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」といたしまして、4つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載してございます。

最後に、「第5章 果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」でございますが、構想の策定によりまして生じた関係者それぞれの役割について記載をしてございます。

また、東京都保健医療計画の取組状況でございますが、こちらは次回30年に構想と計画を一体化するものであることから、現行の保健医療計画策定後に、新たに開始いたしました取組につきまして、第4章のグランドデザイン、4つの基本目標と対応させる形で記載しているというものでございます。こちらの中に、小児医療の取組ですとか人材の確保・育成といったようなものを書かせていただいております。

概要で全体を見ていただきましたけれども、地域医療構想は、3点の特徴が挙げられます。

まず1点目でございますけれども、この構想は、医療・介護・福祉等にかかわる全ての方がみんなで協力して進めていくというものであること。2点目が、2025年の医療～グランドデザインを掲げたこと。3点目が、グランドデザインの実現に向けた基本

目標に、地域包括ケアシステムの構築に向けて医療が下支えしていくという考え方を医療計画において明確にしたこと、という3点でございます。

以上が概要版でございます、資料の9、こちらが構想の本文でございます。3月にご意見をいただきましたのは、第4章のグランドデザインのところでございます。課題と取組の方向性、特にその方向性のところでご意見をいただいておりますので、第4章のご説明をさせていただきたいと思っております。資料9、本文の182ページ、お聞きいただきたいと思っております。

182ページには、グランドデザインと4つの基本目標を、中段から下にかけて記載しているところでございます。

続いて、183ページでございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） すみません。資料の9というのは、この、分厚いこれですね。「東京都地域医療構想（案）」というやつですね。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 はい。本文でございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） はい、わかりました。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 183ページをお開きください。「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」でございます、4つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載してございます。

この183ページには、Iから、下のIVまで、基本目標の下に、それぞれ課題ということで記載をさせていただいております。第4章のこの全体の構成を見ていただきまして、続いて184ページをお開きいただきたいと思っております。184ページ以降、基本目標のIからIVごとに記載をしてございます。それぞれ現状に続きまして、2025年に向けた取組の方向性といたしまして、まず課題を挙げた上で、矢印の先の網かけの部分に取組の方向性を記載してございます。

Iの高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展。こちらは185ページにかけまして、課題の①から④までの取組の方向性を記載してございます。

続いて186ページ、お進みいただきたいと思っております。こちらは、基本目標のII、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築でございます。

まず、現状といたしまして、医療を提供する側と医療を受ける側に分けまして、現状を整理してございます。この下の、医療を受ける側、「患者の受療動向や医療需要の状況」の一番下でございますけれども、小児・周産期の状況につきましてご意見を踏まえて、記載をしたところでございます。高年齢の出産、低出生体重児の出生数が増加傾向にある、と。それに伴いまして、NICU等からの在宅移行後の継続的な医療提供や家族への支援のニーズが高まっているという記載をしてございます。

取組の方向性でございますが、189ページにかけまして、課題のIから課題のIVまで記載をしてございます。このうち、188ページ、お開きをいただきまして、下段の課題の③、在宅移行支援の充実の課題でございます。こちらでございますが、入院早期

からの地域の関係者との連携、また患者の状態に応じたりハビリということに加えまして、最後のポツになりますけれども、小児等が保健、医療、福祉だけでなく教育も含めた多岐にわたる関係者の連携の強化、在宅移行支援病床の活用等、患者・家族への継続的な支援の充実というものを加えさせていただきます。

続きまして、190ページ、お開きください。基本目標Ⅲ、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実でございます。この一番下、ちょっと文字が小さくて申しわけございませんが、この地域包括ケアシステムの定義について記載してございます。

この構想におきましては、高齢者に加えまして、障害者、子供、子育て世帯といった、全ての人を対象とした広義の地域包括ケアシステムを指すというものでございます。

現状でございますけれども、健康づくりと在宅療養について、分けて記載をしてございますが、このうち在宅療養の一番下のところでございます。NICU等からの在宅移行をする場合など、小児等の在宅療養について、患者・家族を支援する仕組みが十分ではないといったご意見をいただきまして、加えてございます。

取組の方向性につきましては、課題の①から課題の④まで記載をしてございますけれども、191ページの課題の③、在宅療養生活の支援でございます。こちらにつきましては、切れ目のない患者の状態に応じたりハビリの提供、また身近な医療機関の幅広いバックアップ体制の確保を挙げてございますが、これに加えまして、小児等の在宅療養を支える家族の負担を軽減するため、レスパイト病床の確保など、周産期母子医療センター等における支援体制の整備、また、患者や家族への相談体制の充実というものを挙げてございます。

続いて192ページでございます。引き続き課題③の関連でございます。こちらは多職種連携の関係でございますけれども、一番下でございます。「小児等については、保健、医療、福祉、教育といった関係者が連携し、様々な相談を受けるなど、在宅療養生活を支援」という事項を加えているところでございます。

続きまして、194ページ、基本目標のⅣ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。こちらは、196ページにかけまして、課題の①から④まで記載をしているところでございます。

こちら、195ページ、課題の③、「在宅療養を支える人材の確保・育成」でございます。こちらにつきましては、在宅療養にかかわるさまざまなニーズに対応できる、さまざまな医療・介護人材の確保、チームとなって患者・家族をサポートできる人材の育成というものに加えまして、在宅に移行した小児等の発達や成長に応じて療養生活を支援する人材の育成というものを入れているところでございます。

ご覧いただきましたように、この第4章でございますが、グランドデザインの基本目標の達成に向けた取組の方向性という形で書かせていただいております。今後10年間の取組の方向性というものでございまして、こうした方向性も踏まえまして、次回の保

健医療計画の改定の中で、具体的な施策に落とし込んでいくという流れになっていくというものでございます。

最後に、第5章の2のところでございますが、200ページでございます。「東京都保健医療計画改定後に開始した主な取組」といたしまして、こちら30年の際に構想と計画を一体化するものでありますことから、記載しております。この第5章の2につきましては、既に開始している取組を記載しており、それが第4章と違うところがございます。

216ページ、お開きをいただきますと、小児医療の取組ということで挙げさせていただいております。こちら、課題それから矢印の先に、取組ということで整理をしております。それぞれ課題につきましては、現行の計画の該当ページ、また取組につきましては、先ほどの第4章のグランドデザインの基本目標、これに関連づけて整理をさせていただいているところがございます。第4章と第5章、そういう違いがあることを踏まえて、ご覧いただきたいと思っております。

駆け足でございましたが、説明は以上でございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ありがとうございます。

それで、ちょっと僕、最初、医療計画と言ったけど、医療計画じゃなくて医療構想なんですよね。ただ、それが、この平成30年に新しくまたつくる医療計画の一部をなすものだというので、よろしいわけですか。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 はい。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） だから、医療計画をつくる前に、医療構想をまずつくったと。そういうことなんですか。ありがとうございます。

ご質問、コメントございますか。どうぞ。

○山口委員（杏林大学医学部付属病院） 一つお尋ねしたいんですけれども、小児医療需要に関する将来推計の基本的な考え方をお尋ねしたいんですけれども。

資料8で、将来の小児、年少人口につきましては、2010年比で2025年には12%減、2040年には29%、約30%減が推計されておりますけれども、資料9の186ページのほうには、高年齢出産とかリスクの高い低出生体重児の出生数の増加から、小児医療需要については将来増というご認識でいらっしゃるということでよろしいのでしょうか。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 小児の医療需要につきましては、将来的には増加しないというふうには思っておりますけれども、高齢出産等、ハイリスク出産等、多くなっているということで、そうしたところはきちんと踏まえないといけないというご意見もいただいたので、盛り込ませていただいたところがございます。

あくまでも、全体のボリューム、量としては減ってはいくわけですが、単純に量が減るというだけではなくて、ハイリスクへの対応ですとか、きちんとそういうものに対応する体制が必要であろうということで、現状に書かせていただいているという

ころでございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 子供の数は減るけども、患者さんの数は減る、減るかもしれない。だけど、それぞれの医療の質に関しては、これは間違いなく上がっていくと、そういうことなんですね。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 はい。おっしゃるとおりです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） はい。どうぞ。それでよろしいですか。

○楠田委員（東京女子医科大学） 多分これは周産期医療協議会のほうでかなりご説明させていただいた内容だと思うんですけども、東京都は将来的には確かに出生数等も含めて減少傾向に、いつかはなっていくと思うんですけども、現実には東京都で出産されるお母さん方というのは、どうしても職業を持っておられる方が多いので、大体30歳過ぎたらというのが、今は大体35歳過ぎてから生まれる方が結構、というか、かなり着実に増えているんですね。ということは、やっぱりお母さんも子供も合併症が多い、と。それから、従来はやっぱり妊娠するのが困難であったり、いろんな合併症を持っておられた方も、最近のそういう生殖医療技術の進歩で、かなりの方がやっぱり子供を産むように、産むことができるようになってきたということで、確実にそういうリスクのあるお母さん、子供さんは増えていると。それから、これは、特に最近わかってきたんですけど、そういうハイリスクの子供は、実は大きくなってもハイリスクなんですね。いろんな合併症を起こすということがまたわかってきたので、我々としては、トータルの人口あるいは出生数が減ったとしても、実はその割合が増えているので、恐らく、まあ当面は減らないだろうということで、こういう意見がいろんな方から出たということだというふうに考えております。

○山口委員（杏林大学医学部付属病院） ありがとうございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 今のは、周産期医療の話、冒頭、新生児の話だと思いますけど、もうちょっと大きい小児も、昔は亡くなっていたような患者さんがどんどん生き延びておられるし、複雑な病態を持った方が増えているその結果ですね。だから、山口先生の救急外来でも、多分そういう元気な子供だけじゃなくて、病気を持った子供が救急でかかるということが増えてきているんじゃないかと思うんですけど、そういう意味で、何ていいますかね、子供の数は明らかに減っていますが、患者さんの数が減っているのかなというのは、新たに生まれて——新たな患者さんといえますか、そういう方とか、より複雑な病態が増えていることは間違いないと思うんで、小児医療の、何ていうかトータルのボリュームとしてはどうなるのかなという。そういう感じが今していますけどね。

あ、どうぞ、横田先生。

○横田委員（日本医科大学付属病院） 細かな数字はもちろん忘れてしまったんですけど、この平成26年、じゃない、2025年の必要病床数なんですけど、幾つか資料を見ると、今日いただいた資料の数字、細かな数字、私、忘れましたが、大分こう違う



ような印象なんですけど、急にこう変わってしまったということですか。それとも、折に触れて、公になっている数字とは一緒なんですか。私の記憶違いなんでしょうか。その辺。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 2025年の病床数の必要量等のご質問でございますけれども、国のほうから、患者住所地をベースとして算定したものと、患者の流出入を反映している、医療機関所在地ベースで算出したものと、二つのデータが提供されておりまして、そこから都道府県間で患者さんの流出入なんかを調整した上で、それぞれの県で定めることとされました。検討を開始した当初から見ていただいております医療機関所在地ベース、患者さんの流出入を反映させた数字とほぼ変わらない数字としてございます。そういう意味では、これまで見ていただいているものとほぼ同じもの、同じ内容だという推計でございます。

○横田委員（日本医科大学付属病院） ああ、そうですか。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） どうぞ、小保内先生。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 全然違う話なんですよ、僕が話したいのは。で、有賀先生が、もしこのことを話したんだったら。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 有賀先生、今の続きですか。違うの。また、違う話。

○有賀委員（労働者健康安全機構） いやいや、多分みんな関係していると思いますよ。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） じゃあ、小保内先生、どうぞ。

○小保内委員（多摩北部医療センター） 前回、集まってヒアリングをされたときに、僕は児童精神というのは非常に重要になってくるだろうというようなことを申し上げたと思うんですが、精神的な問題として扱われているのが208ページの課題②と③。それから、10代で死因の1番が自殺になっているという日本は、とても変な国だということ、自殺の若年層の自殺対策ということで220ページの③に挙がっていますけれども、やはり発達障害とか脆弱な家庭が増えていることによって起こっている、あるいは意味虐待とか、それから、そういう家庭で育ってしまった子供が精神的に病んでいくとか。非常に児童精神というものをきちんとした一つの章としてやらないと、2025年とかそういうときに、もっと大変なことになると、僕は非常にそういうところを危惧しております。それがないということは、このグランドデザイン、小児の部門として、全く承服できない。受け入れがたいと僕は思います。

ですから、小児でかなりその問題が今大きくなってきているので、それを一つ章立てしてつくるぐらいの気持ちで、これ、もう一回、その部分は考えていただきたいというふうに思います。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 先生から、3月の際に児童精神の話をいただきました。

児童精神につきましては、保健医療計画ですね、30年に一体化させていく保健医療

計画のほうで、児童精神、小児精神科医療の取組を記載しています。具体的に94ページの中で、具体的な取組をきちんと記載させていただいて、それに基づいて取組を進めております。計画に書いてあるものにつきましては、構想には書いておりません。このため、構想を見ただけでは何もやっていないんじゃないか、取り組んでいないんじゃないかというふうに見えるかもしれないんですけども、そこは計画とあわせて見ていただきたく思います。児童精神についても、着実に進めているところでございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） つまり、ここに書かなくても、もう既にやっていますよと。まあ、やっていますということなのか、それとも30年からやりますということなんですか。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 いえ、既に、現行の計画の保健医療計画に記載をしております、その計画に基づいて取組を進めているところです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 今やっていますということね。

○宮澤（一）地域医療構想担当課長 はい、そのとおりです。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） でも、小保内先生は、今やっているんじゃないかと言いたいわけですね。

○小保内委員（多摩北部医療センター） というか、全然、やっているのが見えてないよねというのが実感でございます。当該地域においても、いわゆる児童精神って、医療だけがやればいわけじゃなくて、療育機関とか、全てが一体となって進めて、学校も含めて一体となって進めていかなきゃいけないんですけども、そういったものを議論するような場も全く設定されていないですし、今、地域でそういうものをつくっていくということで動き始めてはいるんですけども、全くそういうところに行政の影すら見えないというのが現状ですから。やっていると言われても、えっ、という感じですよ。

○有賀委員（労働者健康安全機構） いや、ちょっと。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） はい。有賀先生、何か追加ですかね。

○有賀委員（労働者健康安全機構） 僕の言いたいことも、煎じ詰めていくと、地域社会のあり方という形での、社会の、何ていうか、でき方というかあるべき姿というか。そこから辺のことについての思想がまるで出てこないの。だから、したがって、いらいらするんですよ。

で、僕が直接的にもしいらいらすることを言えといえ、例えば191ページに「地域包括ケア病床の活用」と、こうあります。しかし少なくともこの地域包括ケアというふうな仕組みと、それからこの地域医療構想そのものが基本的にどれだけシンクロしているのかという話については、余りシンクロしているということを真っ正面から扱った論文がないんですよ。論文がないという論文が、北海道医師会の機関紙に載っていましたが。だから、みんなが何となく、どうなっているんだろうなと思っている。

つまり、何を言っているかという、例えば、今の地域包括ケアのところ、  
「地域の診療所や中小病院等の身近な医療機関の幅広いバックアップにより、」とありますが、

これ、今どきの言葉で言うと、恐らく、いわゆる地域密着型病院が地域包括ケアの部分で面倒を見るんだろうと。地域包括ケアも、ここに説明されたみたいに、高齢者に加え、障害者やそれから障害を持つ子供たち、そこら辺が全部ここに入っているわけですね。ですから、そういうふうな人たちが、時々入院なんていう話になったときに、この病床でいくと、さすがに高度急性期じゃないことはわかりますが、急性期かもしれないし、慢性期かもしれないし。そうなってくると、いわゆる地域密着型の病院は地域社会において、今現在、恐らく包括ケアというふうな形で在宅の患者さんが増えてきたときに、いざとなったときに面倒を見る。つまり、日本医師会の救急や災害医療に関する委員会の、実は私、昨年までの委員長だったので、その委員会の中においては、日常的な水平連携に準じた垂直連携。つまり、救急車が走るにしても、子供の整形外科で走るようなああいうふうな走り方ではなくて、もう、障害を持った方がまた肺炎になったねとか。それは、子供でも、大人でも。そういうふうな人たちが時々入院というふうな形で面倒を見るような、そういう救急搬送は多分、水平連携に準じた垂直連携と考えられる。その面倒を見る病床というのは、例えばこの資料8でいうと、これ、どこに入るのかという話になる。これって、よくわからないんですよ。ちょっと教えてくださいか。

○西山委員（医療政策部） はい。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） じゃあ、今のことについてですか。はい。

○西山委員（医療政策部） よろしいですか。先ほどから、病床の話も出ていたものですから、ちょっとお話を差し上げようと思っていたんですけど、いろいろご意見ありがとうございます。

まず、この病床ですね。ここに出ている病床、資料8の1/2のところに出ている病床というのは、厚労省が出したデータに基づいた試算でして、例えば受療率、患者さんの受療率とかそういったものも全て、現行を単純に人口を掛けて引き延ばした数字だというふうにご理解いただければと思います。なので、先ほど以来先生方おっしゃられている、医療の質に関わる部分の将来までも見た数字ではないということです。ということなので、ここはあくまでも推計値ということでご理解をいただければと。

その上で、地域医療構想は、二つのことを法律で記載することになっていまして、1件目はこの病床の推計を出しなさいということ。それから、もう一点目は、10年後を見据えて、施策の方向性を記載することです。その施策の方向性を書いているのが4章です。

先ほど小児精神についてはまだまだ不十分だというお話をいただきましたが、小児精神については、5章、今の保健医療計画に追補する事項として記載しています。来年が次の保健医療計画を改定する時期ですので、この4章と5章が一体になって、具体的な政策に落ちていく、計画に落ちていくというイメージでございます。ちょっと、説明になっているかどうかわかりませんが、ご理解いただければと思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） その保健医療計画には、より強化してい

かなくちやいかんところは、より具体的に評価すると書くんでしょうけれども。

- 西山委員（医療政策部） これから。ええ。これからのいろいろなご意見を伺いながら、作り込んでいくということになると思います。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） だけど、これは構想だから、ある意味、より高い話ですよ。より高いところから方向性を書きましょうということなんですよ。
- 西山委員（医療政策部） そこはちょっと、何というんですかね、より高いところというよりは、保健医療計画に書かれていない部分を10年後を見据えて、方向性を示していこうということですよ。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。方向性ですよ。
- 西山委員（医療政策部） 設計図ですね、方向。そこまでぐらいのものを、厚労省のほうは記載しなさいというふうに書いてございますので。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。だから、小保内先生のポイントは、その方向性のところに、もっと若年者とかいうよりも、子供の精神的な問題、あるいはそれを取り巻く脆弱な家族の問題、虐待の問題。そういうところ、方向性をもっと、色づけがないんじゃないかということだと思ったり、私もそういうふうには感じますけどね。
- 西山委員（医療政策部） ご指摘ありがとうございます。我々、私どもとしてはそういう形で今回は整理をさせていただいているということでございますので、先生方のご意見はまた受けとめて、次回の計画の中で検討していきたいと思っております。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） 次回の計画って、あるわけですか。次回って、その保健医療計画の話で。
- 西山委員（医療政策部） 保健医療計画ですね。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） ああ。30年の改定で。
- 西山委員（医療政策部） はい。
- 阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） じゃあ、ちょっと、もう時間が過ぎているので、有賀先生を最後にしましょう。
- 有賀委員（労働者健康安全機構） いや、もしそうだとすると、地域医療構想そのものは、やはりいわゆる地域包括ケアシステムとシンクロしていないじゃないか。というか、どうシンクロするのかわからないという、そういう原始的な感想は、全くそのとおりでいいんですか。だって、地域社会が全然見えないわけですよ、地域社会のあり方が。今言った、その、精神医学的な背景を持った子供たちが云々かんぬんも、それからそういうふうな背景を持った子供たちで、時々入院しなくちゃいけない人がどうなのかなという話だとか、それから、現にたくさんこれから増える在宅のお年寄りの人たちが、水平連携に準じた垂直連携を受けなくちゃいけないという状況において、地域医療構想ではよく見えないわけですよ。少なくとも、この病床の分割みたいな話でいけば。だから、

そういう意味では、厚生労働省のリクエストに単に反応ただけであって、それとは別に東京は東京できちっと考えていくというふうに言っておられるということで理解しているんですね。

○西山委員（医療政策部） はい。きちんと考えています。ただ、この病床の推計値と施策の方向性というのは、先生のおっしゃるように、リンクしていない部分はあります。その中で我々が重視しているのは4章、5章のところでございますので、有賀先生がおっしゃられた認識は、十分踏まえて書いているつもりですし、次期の計画でもそういうところを踏まえながら進めていきたいということでございます。よろしいでしょうか。

○有賀委員（労働者健康安全機構） いや、いいんですけど、もしそこまで言っていたくんだとすれば、東京では地域医療構想に関しては、厚生労働省の人に言われたんで、作文だけしていますと。極端なことを言えば、それでもいいってことですね。

○西山委員（医療政策部） そういうことではありませんで、あくまでも病床数はそういう推計値に基づいて出しているということでございます。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） よろしいですか。

○有賀委員（労働者健康安全機構） いや、よろしくない。

○小保内委員（多摩北部医療センター） よろしくないですよ。全然わからないですね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。まあ、だけど。

○小保内委員（多摩北部医療センター） どうしたいのかというのが、全くこれじゃ、グラウンドデザインじゃないじゃんという話ですよということなので、もっとグラウンドデザインとしてわかるように書いてください。じゃなきゃ、現場が動けない。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。まあ、わかるように書いてくださいと言われても、言われたほうも困るでしょうけど、少なくとも具体的にはあれですよ、子供の精神面のこと、それからそれを取り巻く家族の問題、それから、今の連携だけでは十分に対応できていないというところは踏まえていただきたいと思いますけどね。

それから、今日発言していただかなかった先生方とかで、誰かいらっしゃいますかね。

三澤先生、よろしいですか。

○三澤委員（都立墨東病院） はい。私は、どちらかという、現場のほうの意見という形になると思うんですけども、いろんな救急医療の問題その他に対しても、実際に今この数字に出ていない患者さんたち、実際にこの表に出てきていないような100名とか、そういうのではない人たちが、実際の二次で対応してくれるところでいっぱい、実は処理されている。その現実をちょっと、一応皆さんに認識しておいてもらいたいと思うんですね。それ以上のこと、救命をどうするかということ以外に、それ以外の人たちがそのそれぞれの施設で非常に処理されているので、その人たちだけになっているということをおちょっとご理解いただいて対応していただかないと。

僕なんかも救命センターに大変お世話になってはいますけれども、そのときに戻ってき

た患者さんのこととか、そういうことを対応しようとする、かなりそれなりのレベルのある病院でないと、戻れない患者さんもたくさんいらっしゃいますので。そうすると、それを一律に戻すというのも非常に難しいと思うんですね。実際にこの数字を見ても、8%しか戻っていないのを見て、僕、実はびっくりしたんですけども、それだけ受け取れない病院がいっぱいあるということなので。そうすると、救命だけではなくて、そのバックアップできる病院がやっぱり確保されないと、救命センターとしての機能は恐らく発揮されないと思うので。

ですから、それでそのためにそれぞれ小児医療センターとか大学病院の救急センターの先生たちが最後まで診なくちゃいけないという現実になっちゃっていると思うので、その下の整備もちょっとしていかないと、幾ら救命センターだけを、救命のシステムだけを整えても、その実際の中核で、現場で働いている人たちのシステムも、もうちょっと——先ほど、ですから、さっき実数をちゃんとインタビューとかでとったほうがいいというあのご意見には賛成ですね。はい。よろしくお願いします。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。だから、救命が進むと、逆に、やっぱりそれに対応する体制が、単なる救命のところだけじゃなくて、それ以外のところも、それ以外にも必要になる。

○三澤委員（都立墨東病院） 救命の——はい。上のトップだけじゃなくて、その下を支えているところの人たちの、そういういろいろな、そういった方たちの整備をしていかないと、もう、それは砂上の楼閣、絵に描いた餅になってしまいますので、幾らいい理想を立てても、下のところで受け取れなければ、その機能はやっぱり発揮されないと思いますので、その辺のことをちょっと具体的に考えていただけるとよろしいかと思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） うん。だから、さっき僕が申し上げた、昔は救命できていなかったような方が今は救命できているわけだから。

○三澤委員（都立墨東病院） そうですね。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） それに伴う、子供の数は減っているかもしれないけども、救命できる数は増えてきているわけだし、救命できた方に伴って、また新たな医療需要ができていますと、こういうことなのです。

○三澤委員（都立墨東病院） そうですね。はい。先ほどのお話のとおりだと思います。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） それは医療の宿命みたいなものだと思いますし、先ほどの精神的な問題に関しても、同じように捉えられるかだと思います。その辺を踏まえた行政が求められていくと思います。

それで、僕は最後にもう一回具体的なところだけちょっと申し上げておきますと、今日出た初期救急の医療システムをより充実させるために、二次救急病院の勤務実態だとかベッドの稼働のこととかを踏まえて、単なる主観的に負担が多いとか負担がないとかというだけじゃなくて、わずか二十数施設でしょうから、現場を見ていただいて、もう

ちょっと突っ込んだ議論ができるようにしたいと。

それから、同時に、その初期救急施設のほうの執務しておられる先生方のいろんな考え方、現状に対する問題意識も拾い上げてもらって、そういう、どの地域にどういうふうにつくっていけばいいかということを議論するための材料を出しましょう。

それから、子供の整形外科のことについては、その数ですね。それを出していただいて、もう一回議論して、この次にはぜひ、新しい施策を打ち出せるような形の機会を持ちたいと思います。

あとは、救命救急に関しては、今、三澤さんがおっしゃったことに象徴されるように、この後のことをどういうふうに行っているか、あるいは下り搬送の実態ですね。救急か救急じゃないかなんていう議論ではなくて、実態をまず見て、それをどうしたらいいか。お金のことも含めてですね。東京都立小児病院のドクターカーの維持にどれだけ金がかかっていて、ということですね。そういうことを誰が負担したらいいか。なかなか保険点数に反映するのはすぐには無理でしょうから、東京都の中だけでも少し解決できればと思います。その辺を踏まえて、次回、今年度もう一回この会をやればいいんじゃないでしょうかね。大体、年に2回はやっていましたよ。去年だけ1回だったみたいですけど、今年、ぜひ、もう一回やるということをお願いしたいと思います。

最後にまだ言い足りないという方が有賀先生以外にいらっしゃったら、誰か受けますけど。よろしいですか。

(なし)

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） それでは、これで一通りの話は終わりましたんで、マイクを返しますけど、事務局、何かございますか。

○宮澤（夏）事業推進担当課長 はい。阪井先生、ありがとうございます。今後も引き続き小児救急医療体制の確保・充実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、今後ともご協力いただくかと存じますので、引き続きよろしく願いいたします。

事務連絡になりますが、駐車券が必要な方は、事務局までお声がけください。入庁許可証は、1階の庁舎出口で警備員にお渡しください。

以上となります。

○阪井会長（埼玉医科大学総合医療センター） そうしたら、今日は幾つか行政のほうにお願いしましたが、その辺のデータを集めて、速やかにまたこの会を行っていただきたいと思います。

じゃあ、それでは、今年度第1回の協議会を終わります、これで。どうもありがとうございました。

(午後 9時20分 閉会)