

平成25年度 第1回東京都小児医療協議会
会議録

平成25年9月6日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○事務局（八木） それでは、定刻になりましたので、平成25年度第1回の東京都小児医療協議会を開催いたします。

先生方におかれましては、お忙しい中ご出席いただきまして、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八木です。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

初めに、開催に当たりまして、福祉保健局技監、前田よりご挨拶を申し上げます。よろしく申し上げます。

○前田技監 福祉保健局技監の前田でございます。本日は、このような夜分に、皆さん、さまざまなお仕事された後ということにかかわりもせず、多数の方にご出席いただきまして、大変ありがとうございます。また、委員の皆様方には、日ごろから東京都の小児救急医療体制につきまして、さまざまな形でご支援、ご指導いただいております。改めて、この場をかりまして御礼を申し上げます。

東京都におきましては、この3月になりますけれども、安全で安心かつ良質な保健医療体制の実現に向けまして、今般また東京都の保健医療計画を改定したところでございます。この中で、この小児医療につきましては、身近な地域で休日・夜間に初期救急診療を受けられる体制の充実を図るということや、最初は22年度にこの協議会で設置・指定をご承認いただきました、東京都こども救急センターを中核としました東京都医療連携ネットワークの構築の取組を進めるということを記載したところでございます。

今後につきましては、さらにこの東京都こども救命センターの機能を確保するための円滑な転院や退院に向けました取組の支援などを検討していくところが必要なところでございます。つきましては、この協議会を受けまして、小児救急についての東京都の取組を担う先生方や関係機関、あるいは団体の皆様方のご協力によりまして、幅広くご議論いただきたいというふうに思っております。今後の東京都の小児救急体制の推進につきましては、皆様方のご尽力、ご協力なしには成り立たないところかと考えておりますので、どうかよろしくようお願い申し上げます。

○事務局（八木） 前田技監、ありがとうございます。

本日の終了予定ですが、おおむね21時を予定しております。机の上にお茶と軽食をご用意させていただいておりますので、事務局からの説明を聞いていただきながらお召し上がりいただければと存じます。

それでは、委員の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24年7月の協議会開催後に人事異動等で変更となった方を委員名簿順に紹介させていただきます。

左のほうで5番目になりますが、東京都医師会、正木委員でございますが、本日は欠席とのご連絡をいただいております。

8 番目、日本大学医学部附属板橋病院の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） 高橋でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○事務局（八木） 下から 2 段目になります。病院経営本部の野瀬委員でございます。

○野瀬委員（病院経営本部） 東京都病院経営本部、野瀬でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○事務局（八木） 続きまして、福祉保健局の小林委員でございます。

○小林委員（医療政策部） 医療政策部長、小林でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局（八木） このほか、名簿順に、本日まで出席いただいております委員をご紹介します。

一番上から、「知ろう小児医療 守ろう子ども達の会」の阿真委員でございます。

読売新聞編集局の館林委員でございます。

昭和大学病院の有賀委員でございます。

日本小児科医会の松平委員でございます。

東京大学医学附属病院の岩中委員でございます。

国立成育医療研究センターで、本協議会の会長の阪井委員でございます。

都立小児総合医療センターの長谷川委員ですが、本日は代理として井上様にご出席いただいておりますが、ちょっと遅れているようでございます。

帝京大学医学部附属病院の菊地委員ですが、本日は代理として小林様にご出席いただいております。

多摩北部医療センターの小保内委員ですが、遅れているようでございます。

引き続きまして、都立墨東病院の大塚委員でございます。

日本医科大学付属病院の横田委員ですが、本日は代理として荒木様にご出席いただいております。

東京都市福祉保健主管部長会の雨宮委員でございます。

東京消防庁の有賀委員ですが、本日は代理として竹内様にご出席いただいております。

なお、東京女子医科大学の楠田先生、杏林大学の山口委員、特別区保健衛生主管部長会の福内委員は欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、事務局側の幹部職員を紹介させていただきます。

医療改革推進担当部長の笹井でございます。

救急災害医療課長の遠藤でございます。

医療調整担当課長の田口でございます。

少子社会対策部事業推進担当課長の小竹でございます。

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ください。資料は 1 から 6 まで、参考資料が 1 から 5 までございます。

資料1は、先ほどご覧いただきました委員の名簿でございます。

資料2はA4の冊子となっております。

右肩にあります資料3、資料4、これはA3がそれぞれ1枚の資料となっております。右肩の資料5なんですけども、これはA3が1枚とおめくりいただきますと、その後にA4が1枚ついております。

資料6、こちらはA3の1枚の資料となっております。

続きまして参考資料ですが、参考資料1がA3で1枚、参考資料2-1、2-2、これがそれぞれA3で2枚ずつ、計4枚、ホチキスでとめてあります。

参考資料3は、A3で1枚となっております。

参考資料4は、A4のカラー刷り、両面のコピーとなっております。

最後になりますが、参考資料5がA4の冊子となっております。

資料に過不足等はありませんでしょうか。

開示についてですが、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、議題5、その他以降につきましては、非公開として、会を進めさせていただきたいと存じます。後ほど、協議会長のほうから決をとらせていただきます。

それでは、これより議事のほうに入らせていただきます。これからの進行を阪井会長にお願いいたします。阪井会長、よろしくお願いいたします。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

それでは、本年度、平成25年度の第1回の東京都小児医療協議会を始めます。これ、第1回とありますけど、第2回はあるんですかね。一応、今日の具合によってはあるということですか。

○事務局（八木） 現在のところ、予定しておりません。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。

○事務局（八木） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） じゃあ、そういうことになればまたやるということで、とりあえず、今日は思う存分、いつもどおり、闊達にご意見をいただければと思います。これだけ皆さん集まっていたいたんですから、言いたい放題言っていただいて、大体私がいつも失言するんですけども、後で取り消せばいいということにしておきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、まず最初に頼まれた一言が、先ほどおっしゃったようにその他の議題の中には、私、前もってお聞きしてありますけど、個人情報が入っておりますので、その部分は非公開にしたいと思うんですけども、ご承認いただけますでしょうか。よろしゅうございますか。

（了承）

○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。じゃあ、そういうふ

うにさせていただきます。

それで、議事に入りますが、まず最初は、1番目は、小児初期救急医療体制について、これは部会を立ち上げて、松平先生のリーダーシップの下で、何か回を重ねておられたと聞いております。まず資料の説明を、お願いいたします。

○事務局（谷本） 小児救急医療係の谷本と申します。着座にて説明させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

それでは、東京都における小児初期救急医療体制について説明させていただきます。資料2の東京都における小児救急医療体制について、A4の部会報告と資料3の東京都における小児初期救急医療体制について、A3の部会報告・概要版で説明させていただきます。

まず、小児初期救急医療体制検討部会ですが、平成24年度の本協議会において当部会を設置いたしまして、検討することについてご承認いただきました。本部会の委員ですが、資料2の29ページをお開きいただければと思います。後ろから2ページ目なんですけれども、部会名簿となっております。学識経験者や都民代表、関係団体や区市町村、二次救急医療機関、行政代表の方で構成されております。昨年度、協議会終了後3回にわたり、小児初期救急医療体制について基本的考え方等を検討し、まとめて参りました。

それでは、説明に入らせていただきます。A3の資料3をご覧くださいと思います。

本報告の構成ですが、4章構成となっております。

第1章は、小児初期救急を取り巻く状況といたしまして、都の年少人口の推移や小児科医師数、小児科標榜医療機関数の推移など基本データをまとめております。都の年少人口につきましては、平成25年には約154万人で、平成13年の約143万人からは毎年微増しておりますが、昭和60年に比べると約30%減少しております。

次に（2）の小児科医師数等についてなんですけれども、年少人口10万人対小児科医師数は毎年増加しております。一方、医療機関数は、病院、診療所ともに減少しております。このような状況から三次や二次の医療機関に多くの医者が集まり、初期救急を行う医師数が減少する傾向が見受けられます。このような中、それぞれの状況は区市町村ごとに異なっているために、限られた資源を有効に活用することが必要ということで第1章のところをまとめております。

次に、第2章、小児救急医療体制の現状についてです。東京都が実施する初期、二次、三次救急の取組のほかに普及広報の取組をまとめてございます。

（1）の初期救急医療体制の取組ですが、1の小児初期救急平日夜間診療事業について、後ほどの説明にも出て参りますので、細かいですが補助要件等の説明をさせていただきます。

（ア）なんですけれども、休日夜間急患センターなどの固定施設で実施すること。

(イ) 平日のうち1週間当たり複数日において体制を確保すること。(ウ) 診療時間は、午後5時から午前0時までの間で原則3時間以上診療すること。(エ) 小児科医師1名、看護師1名、事務職員1名の診療体制で行うこととなっております。この事業は都の補助事業で、基準額735万円、または実支出額を比較して少ないほうの額の2分の1が都からの補助金で支出されるというものでございます。このほか初期救急関係の事業として、休日の補助事業である休日急病診療事業、初期救急事業を実施していただく医師を確保するための小児救急医療の参画する医師への研修事業がございます。二次救急、三次救急、普及広報の取組についてはご覧のとおりでございます。

続いて右側に行っていただきまして、第3章、平日準夜帯の小児初期救急医療体制及び普及啓発等の課題についてでございます。

(1) 平日準夜帯における小児初期救急医療体制の状況についてですが、平日準夜帯における小児初期救急医療体制の実施状況について区市町村に調査し、その取組を実施主体や実施方法別に分類いたしました。お手数ですが、資料2、報告書の14ページをご覧ください。

まず、大きく分けて、区市町村実施主体が区市町村か否かで分けております。実施主体が区市町村の場合、それをさらに二つに、一つは都の補助事業である平日夜間診療事業を実施している区市町村。凡例でいきますと、1の(1)になっております。また、もう一つのほうは、都の補助事業を受けていないんですけれども、独自で実施している区市町村ということに分けました。凡例でいきますと、1の(2)、薄いグレーのものになっております。また、都、区市町村は実施主体となっていないんですけれども、その区市町村内にある民間の医療機関が受け入れている場合を2の(1)。もう一つは近接する区市町村の医療機関が受け入れている場合を2の(2)として分けてございます。地図で見ていただきますと、黒い墨で塗られているものが1の(1)でして、32カ所ございます。この補助事業実施地域の中には、共同で事業を実施している市もございまずし、二次救急医療機関の中で初期と二次を分けて実施している例もございまず。また、薄いグレーで塗られている1(2)の区市町村でございますが、補助事業以外の方法で区市町村が実施主体となって実施している地域で、10カ所でございます。ここでは、都の補助事業の要件を一部満たしていない、例えば休日夜間急患センター等で内科・小児科体制で実施しており、専任の小児科医師が常時いない状態ですとか、1週間のうち複数日の診療体制が確保できていない例もここに入っております。

続いて、2の(1)、格子柄の区市町村ですが、区市町村が実施主体となっておりませんが、当該区市町村内に平日準夜帯に受入れ可能な医療機関がある地域で8カ所でございます。この中には、新宿区のように管内の医療機関と協議し、患者を受け入れている例もございまず。

また、凡例2(2)の白無地の区市町村ですけれども、3カ所ございます。当該区市町村内に受入れ可能な医療機関がなく、近接する区市町村の医療機関が受け入れている

地域でございます。

一応、このような形で平日準夜帯の小児初期救急医療体制の状況を調査、分析いたしました。

次に報告書の15ページをお開きいただければと思います。

2番といたしまして、小児初期救急平日夜間診療事業の利用状況、その下の3番といたしまして、休日・全夜間診療事業（小児科）の利用状況をまとめております。通常の診療時間と一概に比較することは妥当ではないかとは思いますが、小児救急医療平日夜間診療事業も、一日あたりに平均すると、約6人程度に患者さんがとどまっているという状況でございます。また、休日・全夜間診療事業（小児科）の二次救急診療事業ですが、利用者の9割以上が軽症患者となっております。都といたしましては、区市町村に対し、限られた医療資源を効果的に活用していただくことを促すとともに、小児救急医療の適切な受療行動を住民に促すよう働きかける必要があるとのご意見をいただいております。

次に4、小児救急等に関する普及啓発及び広報では、区市町村は普及啓発等の取組を引き続き行う必要があるとのご意見をいただいております。

次に17ページをお開きください。第4章、小児初期救急医療体制の充実に向けてでございます。こちらが本部会のまとめとなるところでございます。

1の小児初期救急医療体制の確保・充実についてですが、（取組の方向性）のところ、丸の一つ目ですけれども、小児初期救急医療体制は、住民に近い立場で母子保健サービスを提供する区市町村が病気の予防や早期発見と併せて確保する必要があることから、区市町村は地域の実情を踏まえ、平日準夜帯における小児初期救急医療体制を確保していく必要があると記しております。

次に丸の三つ目、都としては、住民の利便性の確保とともに、適切な医療機能の分担を進めるため、都内全域で区市町村が実施主体となった平日準夜帯の小児初期救急医療体制の確保を図ることを、引き続き支援していくことが必要であるとしております。

次に、その具体的な取組といたしまして、丸の一つ目ですけれども、都は、区市町村が住民ニーズを把握・分析し、小児初期救急医療体制の確保や効果的な活用について、地域の実情に応じたあり方を検討するよう働きかけていく必要があるとしております。例えば診療時間や実施場所、実施する曜日について住民ニーズはどうか、それを踏まえて効果的な事業実施を検討いただくよう支援していくものでございます。

次に丸の二つ目ですけれども、単独での事業実施は困難な区市町村においても、複数の区市町村で、例えば東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市のように、共同実施している事例や、例えば品川区や豊島区などのように、地域の中核となる二次医療機関の施設を利用して、初期と二次が連携して事業を実施している事例などの効果的な取組を紹介し、それぞれの区市町村の取組を支援する必要があると記しております。

また、丸の三つ目ですけれども、区市町村が地区医師会や二次救急医療機関等と協議

の場を設定し、小児初期救急医療体制の整備や効果的な活用の検討、小児初期救急を担う医師の確保の調整をすることなどに支援する必要があるとしております。

さらに丸の四つ目なんですけれども、小児初期救急医療を担う小児科医師が少ないことから、地域における内科医などの開業医に対し研修を実施し、人材の拡充を図っていく必要があるとしております。

このほか、丸の五つ目、「平日夜間診療事業」を実施する区市町村に対し、小児初期救急医療施設及び設備の整備支援により、医療体制の充実を支援していくことと記しております。

次に18ページをご覧ください。2、普及啓発及び広報の推進・充実でございます。

(取組の方向性)ですが、核家族等により子育てや子供の病気に関する知識を継承する機会が乏しく、急病時に身近に相談できる相手もいないため、各種の電話相談やインターネットを利用する機会が増えていると考えられております。一方で、保健医療に関するさまざまな情報があふれ、都民が自ら必要とする情報にたどりつき、適切なサービスを選択することが難しくなっております。こうしたことから、行政が情報を整理し、利用者が求めるサービスを選択できる仕組みが必要であると記しております。

なお、小児初期救急医療に関する普及啓発及び情報提供は、都が行う普及啓発と併せ、区市町村が保健医療サービスや子育て支援サービスに関する情報と総合的・一体的に提供していくことが効果的であると記しております。

そこで具体的な取組ですが、丸の一つ目、都は、小児医療に関する情報等を提供する「東京都こども医療ガイド」や「母と子の健康相談室(＃8000)」などの電話相談等を有効に活用してもらうための広報を一層推進するとともに、「東京消防庁救急相談センター(＃7119)」や「東京版救急受診ガイド」による救急医療に関する情報提供を適切に行う必要があるということ。その際、利用者がよりアクセスしやすい方法を検討する必要があるとしております。また、区市町村が積極的に普及啓発を行い、例えば乳幼児健診や保育所等への出前講座などを活用し、地域の医療機関と共同し、小児の身近に起こりうる病気や事故に関し、普及啓発を図る必要があるとしております。

なお、実施に当たりましては、育児休業中の小児科医師の活用も検討するほか、都は他の区市町村の効果的な実施事例を紹介して、区市町村を支援していくとまとめております。

資料2及び3の説明については、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。このことについては、部会の先生方皆様のご努力を本当に多としたいと思いますけど、せっかくお集まりいただいたんですから、さらにこの報告をご覧になって、部会のメンバーでなかった方はいろいろとご質問いただいてもいいし、部会の方も、何か追加コメントとか、あるいは、今から見ればこうだったのかとおっしゃっていただければ、多分、都の行政の施策にも反映されるわけですよ。せっかくですから、皆さんご意見いただければと思いま

すが、よろしいですか。

それでは、どうぞ。

○松平副会長（日本小児科医会） この委員会を昨年から3回にわたって開かせていただいて、委員の先生方それから事務的なお仕事をさせていただきました皆様方、本当に一体となって、よくやっていただきまして、こうまとめさせていただきました。資料3のところで先ほど十分ご説明がありましたけれども、少し地域の小児科開業医から見た感じでお話しさせていただきます。

小児救急医療を取り巻く状況のところで、東京都の年少人口が減っているということでございますけれども、最近は少し増えている中で、やはり、今お父さん、お母さん方がやはり子供の医療については小児科の専門医を望んでいるということで、決して子供の数が減ったから小児医療は少なくていいんだということには、私はならないと思っております。

それから、小児科の医師数は比較的、小児科専門医はそう減ってはおりません。それから、小児科標榜の医療機関が減っているというのは、特に診療所は、内科、小児科を重複標榜された診療所は減っていますけれども、小児科単科の診療所はそんなに減っていないと思っております。

それから、2番の小児救急医療体制の現状ということで、ちょうど今から12年くらい前にも同じこの報告書が出されておりますけれども、そのときも関わらせていただいて、そのときと大きな違いを感じるのとは、この小児救急医療体制の現状ということで、平成14年ですかね、この小児初期救急平日夜間診療事業が始まったときに、本来は小児の初期救急医療事業というのは区市町村がやるべきであるけれども、その当時、本当にみすばらしい現状がありました。かなり都民の方の不満もたくさんありましたので、そういうところから平成10年度に始まりまして、最初6件ですけれども、18年、19年あたりから30を超えるような数になって、逆に言うと、最近が増えておりませんが、いろんなアンケートの結果、このあたり、平成18年、19年で、かなり東京都の小児初期救急医療体制は充実してきたんだろうと思っております。

それから、やはり全体的に東京都の補助事業としてやっていただくのが一番よろしいという意見が多かったんでございますけれども、現実的には地区の病院を使ってやっていらっしゃる方もあるので、それもそういう形で初期救急されていることも、一つは尊重すべきじゃないかというご意見もありました。

それから、先ほど少し触れていただきましたけども、普及啓発事業の中で、委員の方たち——私もそうなんですけど、やはりもう少し東京都の、これは担当課が違うらしいんですけども、#8000の事業を少し充実させていただきたい。やはり、時間外の患者さんは、人間の声を実際聞くことによって安心する部分がたくさんあるということで、#8000の事業をぜひ進めていただきたいと思いますと思っております。

それから、最後になりますけれども、やはりこの事業をやっていく中で医療機関が毎

日平均6人弱ぐらいの患者さんを診ているので、これが多いか少ないかというのは非常に議論があるところでございますけれども、私も都立大塚病院で月1回やらせていただいて、3時間ですけれども、6人という数は連続して来ていただければ非常に少ないんですけれども、間隔を置いて来られたり、深夜になってから来られるということもあるので、決して私は、少ないという評価は当たらないと思っております。また、何かご質問があったら答えさせていただきますけれども、以上、発言させていただきました。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

ほかに――今、部会長から補足がありましたけれども、ご意見、ご質問ございませんでしょうか。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） よろしいですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） はい。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） 日本大学小児科の高橋と申します。私は5月から板橋のほうに来たんですが、それまでは駿河台病院、千代田区でこの事業に随分かかわってきました。かなり紆余曲折を経て、実際に千代田区でやってみますと、大体2.2人とか2.3人ぐらいですね。一定のところが増えたんですけども、それ以上はもう増えない状態です。ただ、行政の、例えば千代田区の区長さんあるいは千代田区の医師会の先生方の話をお聞きしますと、安心感がかなりあるので、それだけでも、やっていただいて嬉しいと。それから、実際には電話の相談はかなりその倍ぐらいあるんですけど、その場合には必ずいつでも来ていただきたいと、来ていただいて構わないという話をしております。そういったことで先ほどお話にも出ましたように、声を聞いて安心するというようなことが、そういったことを成立させることができているのかなと感じております。

以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。人数だけ見て一見少ないように見えるけども、それだけの数の話ではないんだということだと見受けましたけども、その点に関して何かご意見、ご議論ございますでしょうか。よろしいですか。

どうぞ、じゃあ、阿真さん。その点でなくても、何でも結構です。

○阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会） 部会にも参加させていただいたんですけども、5人とか6人とか、あと、千代田区だと2人とか3人とか、数だけ見ると確かに少ないかなというふうに思うんですけども、これはこの現在の利用状況を把握・分析し、さらなる効果的な活用を検討するというのは、この事業自体をしっかり定着というか、もっと利用していただくために分析しながら、これだけの人数が本当にそれでその地域のニーズを拾っているのかどうかとか、そういったことも検討しながらこの事業を進めるということでしたよね、たしか。

○事務局（八木） そうです。はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ニーズを反映しているのかを検討しながら、

進める。検討するということですね。

○阿真委員（知ろう小児医療 守ろう子ども達の会） 検討するということですね。それを把握していくということですね。継続して把握していくということですね。

○事務局（八木） はい。事業の実施主体が区市町村となっております。区市町村ごとに事業をしているんですけども、そこに来ている患者ですね、時間帯によって、もうちょっと時間を延ばしたら患者はもう少し多くなるんじゃないかとか、また、曜日によって、行きやすいというとな変なのかもしれないですけども、ほかの医療機関が閉まっているときにやったほうがいいとか、そういう地域ごとのニーズがあるかと思しますので、まず区市町村が住民のニーズの調査をした上で、それに見合った運営体制に変更していく、こういったことを検討してもらいたいというふうなことを、ここではうたっております。

○松平副会長（日本小児科医会） よろしいですか。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ。

○松平副会長（日本小児科医会） この小児初期救急の事業の中で、今6人弱という、まあ少ない患者さんかもしれませんが、それに反して二次救急医療の機関にはかなりたくさん行っていらっしゃるんですね。このすみ分けをこれからしっかりしていかないと、小児初期救急もよくなれないと思います。

それからもう一つは、小児初期救急は決して患者さんのためではなくて、我々地域の小児科開業医が参加するということによって、自分の時間外診療をサポートしてくれるという、小児医療機関にとっても安心体制になるということなので、もう少し小児科の開業医が、実際、初期救急医療事業に参加するように、これからはやっぱりしていかなくちゃいけないと思っております。中には、小児の初期救急医療機関を作っている実情として、大学の先生をお願いしているというところもあるので、これはやはりこれから小児初期救急は、地区で実際開業している医師がある程度できるところまではやっっていかなければならないと思っております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

どうぞ。

○有賀委員（昭和大学病院） 私、今、全く同じようなことをお聞きしようと思ったんですが、量的な感覚でいいますと、この事業の対象になって、いいあんばいに面倒を見てもらっている人だと、私が江戸川区医師会の先生方と話をすると、例えば江戸川区などは、最初に医師会のやっているその初期のところに行ってもらって、それで、例えば注射をすとか採血をすとか、ちっくんするようなちょっとインベーシング（侵襲的）なことをやらないかなといったときには、その病院に行ってもらう。そういうふうなことで、ある程度患者の流れをコントロールしていることがあるんですけども。

その他の施設においては、例えば今、品川区におけるこの事業とそれから昭和大学病院の夜中の小児科の外来というのはコラボしているというか、この事業の展開する場所そのものが昭和大学の中にあるという部分がありますので、患者さんから見ると、二次

救急病院に行ったんだけどこの事業の対象になっていると、こういう話なんですよね。だから、本来的にどのぐらいの数が、あっちが幾つでこっちはこっちという話は多分本質的じゃないのかもしれませんが、大体どれぐらいの人たちが二次のほうへ行っちゃっているのかという話は多分把握されていると思うんですが、どんなものなんですか。片方は6人だ、2人だ、3人だと言っているときに、向こうが100人だ、1,000人だ、2,000人だと言っていたときには、もう全然、話の中には入りませんので、ちょっと教えてください。

- 事務局（八木） 資料2の15ページをご覧いただければと思うんですけども、下の表になります。こちらは休日・全夜間小児の実績となっておりますが、上の段が取扱患者数、24年度ですと25万人ぐらい、うち入院患者が1万6,000人ということで、この差が入院の必要がない、いわゆる初期相当の患者というような、そういった捉え方になるかと思えます。
- 有賀委員（昭和大学病院） その患者さんたちは、全部この対象なんですか。僕が聞いているのは、この対象じゃなくて、勝手に病院に行っちゃっているという人たちが多分いるんでしょう。
- 事務局（八木） はい。
- 有賀委員（昭和大学病院） だから、その差が、この取扱患者数とその入院患者の差が初期の患者さんでございまして。これはまあ、この数が全体を捉えているんなら当たり前前の話で、そんなことを聞いているわけじゃなくて、二次救急病院に初期の対象となるような人がどのぐらい行っているのかということを知っているのです。
- 松平副会長（日本小児科医会） だから、今ご説明があったとおり、15ページの下ですかね、取扱患者数が25万ちょっとで、入院患者数が1万6,000というから、それ以外の方は軽症とを考えていただくという考え方で言ったんですけども。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） いや、その病院に、残り24万ぐらいですよ。この患者さんが幾つの病院に行っているわけですか、これは。
- 松平副会長（日本小児科医会） これは、二次救急指定病院ですね、小児科を標榜する。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ええ。だから、幾つ、そこはあるんですか。
- 松平副会長（日本小児科医会） 幾つでしたっけ。
- 事務局（八木） 休日・全夜間診療事業なんですけども、24年度で50施設に行っております。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） それは二次病院ですよ。有賀先生が気にしている大きな病院に行っちゃう患者、初期救急患者は24万人いるというのは、50施設に24万人ぐらい行っているということですか。
- 松平副会長（日本小児科医会） そうですね。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そういうふうに考えればいいんですな。
- 事務局（八木） はい。

- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そうすると、一日当たり700人ぐらいが50施設に行っているということになりますよね。
- 事務局（八木） はい。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そうすると、単純に700を50で割ったら、14ぐらいですから、1施設当たり、1日14人ぐらいでしょ、初期救急患者が1施設に行っているのは。そんなふうな計算ですか。
- 事務局（八木） はい、ちょっと電卓をたたいて。そういうふうな考えで……
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） あ、ゼロが1個足りない。24万割る365で、700ぐらいじゃないの。
- 事務局（八木） そうですね、失礼しました。今、電卓をたたくと、13人ぐらいです。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 13人ぐらいでしょ。
- 事務局（八木） はい。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） そうすると、13人ぐらいが——これは24時間ベースですか、一日当たりというのは。
- 事務局（八木） 休日・全夜間診療事業ですので、夜です。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 夜ね、じゃあ。夜と休日ですよ。に、13人ぐらい行くと。多く見て14人でしょ。それで、その初期救急のほうは平均が6人。だから、2倍以上の患者さんが二次病院に行っていると。
- 事務局（八木） ただ、初期救急のほうなんですけども、東京都の補助要件で、仮に3時間ですので、3時間で6人で1時間当たり2人になります。一方、休日・全夜間のほうは、5時から翌8時ぐらいまでですので……
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） ずっとやっているわけね。
- 事務局（八木） 時間帯がかなり長くなっておりますので。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） 夜中に行っても大丈夫。そういう意味ですな。
- 事務局（八木） はい。
- 阪井会長（国立成育医療研究センター） なるほど。大体の参考になりますか、有賀先生。
- 有賀委員（昭和大学病院） その次にご質問しようと思ったことは、要するにお父さん、お母さんが安心を求めて、お子さんを連れていくわけですよ。品川区のさっきのお話で、少なくとも私がいれば病院の救急部長みたいなことをずっとやっていたので分かるんですけども、結局のところ、昭和大の小児科の先生が、ある日、ある晩、医師会の診療所にお手伝いに行くと。それは、医師会の先生方が全部埋まらないと、昭和大、何とかしてくれやという話で。そっちはそっちで、いい収入源になるらしいと。一方、昭和大の当直をしている人たちからすると、何で向こうに行かないでこっちにみんな来ちゃうんだろうと。わかりますよね、向こうで初期診療をやっているにもかかわらず、大学病院のほうに来ちゃう。それはもう、だから、つまり結果的には20人に1人ぐら

いしか入院しないという、小児の初期診療の病院の景色をそのまま具体的に感じているわけです。

だから、僕がお聞きしたのは、そういう意味では、今や、いわゆる独立して医師会の診療所に行って、そして、その後病院に行くという流れをある程度人為的に作っているような江戸川区医師会のようなやり方でなければ——江戸川区医師会の場合も細かくはよく知りませんが、東京臨海病院ができたときに、その流れとは別個に小児の初期をやりますよと言った途端に、どーんとあそこに患者さんが行って、お父さん、お母さんが連れて行って。それで、あの地域ですから、比較的、何ていうかな、コンプレイント（苦情）の多いお母さん、お父さんが多かったみたいで、十何人いた小児科は一気にいなくなったわけですね。

ですから、そういうことがあるので、初期のこの事業と、それからお父さん、お母さんが安心するために比較的大ぶりの病院に行っちゃおうという話を、今後どんなような形で整理しながら、地域の先生方がそのことについて上手にコントロールしながら地域社会を守っていくのかと、そこら辺のことをちょっと聞きたい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そのことは去年も話が出たと思いますが、松平先生にお聞きしたいんですけど、先生、去年、このことに関しては、初期救急診療は病院併設型がいいんだと、この会でおっしゃいましたよね。それから、日本小児科学会もそういうことを出していますよね。それに関して今回の先生方の部会の報告にそのことが書いていないのが、私、ちょっと不満に思っているんですけど。それでもって、親御さんの、今、有賀先生がご質問なされたようなことに沿うということは明らかかなわけですね。だから、東京都としてもそういうことをやってもらうのは私は困ると思うんですけど、いかがでしょう。

○松平副会長（日本小児科医会） ええ。この委員会の中でも、3回の中で、そういう意見、議論は十分して参りました。ただ、東京都の小児の初期救急医療体制がまだ十分東京都の補助事業として完備されていない地区もあるということで、まず最初は東京都全体が、東京都の補助事業の中で小児初期救急医療体制を充実していただきたいという、その意見に最終的には集約したのです。

我々のこれからの望みとしては、まさに今、先生方が言われたように、小児初期救急は、やはり小児初期救急だけで終わらないで、二次、三次もある程度連携した、加味した形で施設を作るべきだということで、私も今、都立大塚病院でやらせていただいていますけども、これはもう一次、二次が一緒になっていますから、そういう体制が、確かに将来的には必要であるということももう十分議論が出ましたけれども、この答申の中に書くには、まだ少し時間が早いということで、今回は明らかにはしませんでしたが、やはり効率的に小児救急をやるということと、それから機能分化をするということは、書いてあると思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） どうぞ。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） よろしいですか。その部分で、実は千代田区は1回もめています。それはなぜかという、さっき有賀先生がおっしゃったように、外でやると給与がもらえるんだけど、大学の中でやると、大学の給与規定に基づいて支払わなければいけないので、これは公的病院は大体そうだと思うんですが、その分だけ別に給与を支給することができないんですね、大学のシステムとして。なので、千代田区の場合は、僕らのところ、それぞれ1人—僕、50過ぎて、月6回、7回当直していたんですけども、そういった後にさらにこの事業ということで、もう1枠救急を設けなきゃいけないと。これ、一次救急に専念しなければいけないですから、そうすると、とても、誰もできなくなってしまうと。それで、それをブレイクスルーしたのは、千代田区の行政が柔軟に対応してくれたんですけども。

これ、言っているのかどうか分かりませんが、当時、私とその事業の代表者になって、私のところに事業の担当医宛のその給与が振り込まれてくると。それをその人たちに後で支払って、確定申告してもらおうというような形をとっていました。そうすると、かなり、疲れていてもある程度お金になると、もうちょっと頑張れるというような人が出てきますね。これはもう、非常に疲れてでも生活はあるよということなんで。そんな形で、それをまとめるのに4年ぐらいかかっています。

でも、逆に、始めてみると、実は開業されている先生は、その二次救急、三次救急が併設されている病院で一次救急をやるというのはすごく安心感があるというふうにおっしゃっていますし、患者さんの評判もいいということなので、そういった方法論、給与体系、例えば都立病院でも多分難しいと思うんですけど、そういったことを何とかしてクリアしていくのが必要なんじゃない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） どうぞ。

○松平副会長（日本小児科医会） 今のことに関連するんですけど、この資料2の17ページの（具体的な取組）というところの②のあたりで、今、先生方が言われたことを、直接的ではありませんけれども、間接的にこの委員会としては述べたつもりでございます。

それで、やはり私ももう、当初から病院併設型がいいと思っていますし、事実、都立大塚病院で、私、8時から11時、3時間なんですけども、その間はちゃんと都立の小児科の専門の先生は当直体制をとっていただいて、重症な方が来るとその先生にお願いするというので、そういう体制がありますと、何がいかというと、我々8時から11時まで行っていますと、小児科専門医だけじゃなくて、結構整形の先生とか耳鼻科の先生とか皮膚科の先生も、小児の初期救急医療体制、大塚病院の中で手伝ってくださるんですね。それは、後ろに小児科専門医がいるからということで、何も小児初期救急医療はこれから小児科専門医だけでやろうとすると非常に難しいので、そういうやり方もあるんじゃないかと思っています。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 私は今非常に大事なことを松平先生におっし

やっていただいたと思うんですけど、そういうことをぜひ、部会でもおっしゃりたかったんだと思いますけど、この場でおっしゃってくださったんですから、ぜひ、この協議会の意見として、私は出したいと思いますけどね。決して小児科医だけでやることではないし、それから小児科だけでやっている例えば関西のほうの施設を見ても、結局、切り傷とか骨折かもしれないなんていう患者さんは断っていると。結局そういう患者が病院に行くというふうになるんでしょうし。それは、患者の立場から見たら、やっぱりレントゲン1枚撮れないところは行きにくい、行きたくないというのが事実だと思いますし。それから、私が今やっておる世田谷区なんかで言うと、実際、補助金をもらってやっている診療所は、電話をかけてから来なくちゃいけないというふうになっていまして、電話が来て、ちょっと重そうだったら成育へ行きなさいというふうにおっしゃるので、それで1日に3人しか来ないとか言ったら、僕らは怒りますよね。我々、患者を受けるほうは。

だから、お金の問題だけじゃないと思うんですよ。医療者のモチベーションといいますか、何かモラルハザードじゃないかぐらいに思いますね、そういうところにお金がいっぱいつぎ込まれているということを考えると。ですから、やっぱり、小児科だけでやるんじゃないということも含めて、後ろに二次病院があるというところでやるという方向性を、僕は出すべきじゃないかと思うんですけども、松平先生、よろしいですか。

○松平副会長（日本小児科医会） ええ。一応、ここの17ページの（具体的な取組）の丸の2番の中で、「区市町村において複数の区市町村が共同で実施している事例や、地域の中核となる二次救急医療機関の施設を利用することにより、」ということで、その辺が今、先生が言っていたことにも当てはまるので、決してこの我々の部会でも議論して来なかったわけじゃないし、そういう意見が大勢を占めたことだけはお話しさせていただきますと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。そうしたら、かなり苦労して書かれたことは私も読み取れますので、病院併設型を推進したいということをお話の今日の意見にさせていただいてよろしいですね、先生。

○松平副会長（日本小児科医会） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） じゃあ、そういうことで、この話題は去年から一歩進んだということでお認めいただければと思います。

それでは、次の議題に行きます。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よろしくお願ひします。

まず、じゃあ、資料の説明ですね。

○事務局（谷本） それでは、資料4、平成24年度東京都こども救命センター運営事業実績報告についてです。資料4、A3、1枚の資料になっております。そちらをご覧くださいと思います。

こども救命センターなんですけれども、資料の左上ですが、平成22年7月に本協議

会において承認され、9月から運用を開始し、3年が経過しているところでございます。都内を4ブロックに分け、4病院にお願いし、実施しているところでございます。

東京都こども救命センターは、重篤な小児救急患者を必ず受け入れ、救命治療を行っていただくことに加えまして、小児医療連携の拠点機能及び小児臨床教育の拠点機能としての機能がありまして、その中で、地域ブロック会議ですとか地域研修会を開催していただいております。その平成24年度の実績を資料の左側、中段、下段のほうに記載しております。

次に、資料の右側をご覧ください。こちらは、平成24年度東京都こども救命センター受入実績で、P I C UまたはI C Uに搬送された実績でございます。この数値は各東京都こども救命センターから当局への報告を単純集計したもので、P I C UまたはI C Uの入室患者の受入状況を集計してございます。転帰につきましては、各こども救命センターからの報告時期によって、異なっております。

その下へ行っていただきまして、全体数、平成24年度の受入実績といたしましては、473件でございます。平成23年度の受入実績が372件でしたので101件増えています。①の年齢についてですが、1歳未満と1歳から6歳の合計で348件でございます。全体で73.6%となっております。年齢の若い児が多く占めている状況でございます。

続いて②の時間帯ですが、平日の時間外が最も多く、全体の5割弱となっております。

次に、③搬送元からの転送依頼の理由についてですけれども、呼吸障害や中枢神経系の障害が多かったということでございます。

続いて、④搬送依頼元についてですが、ブロック内外の医療機関から5割弱、一番右側ですが救急車の直送、こちらで5割強といった状況でございます。平成23年度の実績では救急車の直送が61.8%でしたので、直送の部分では7.3%の減となっております。その分、ブロック内二次等の割合が多くなっているという状況でございます。

次に、⑤搬送方法ですが、救命車の計が、こちら真ん中の三つですね、こちらを足しますと67.9%となっております。

続いて、⑥初診時傷病程度ですが、重篤、重症、合わせまして87.5%となっております。23年度は74.8%でしたので、重篤、重症患者の割合が増えたという状況になってございます。

次に、⑦搬入後の診断ですが、多かったところでは、「00 脳神経系」が132件で27.9%、「02 呼吸器系」で131人、27.7%、「20 外傷」が85人で、18%という状況でございます。23年度の実績では、呼吸器系が20.2%でしたので、7.5%増となっております。

続いて、⑧の予測死亡率ですが、0～0.9、1～1.9に多く分布されている状況でございます。

次に、⑨各種デバイスですが、緊急時にどのような処置をしたかということになって

おりますが、「CMV」、人工呼吸器管理が170人、35.9%、「A-line」、動脈圧ラインが176人、37.2%と、多くなっております。

続いて⑩の転帰についてですが、転院が、搬送元、他院からの転院を二つ合わせて49人、10.4%、退院が374人、79.1%となっております。転院合計及び退院の、いずれも23年度に比べ、若干増えてございます。23年度転院の二つの合計が8.1%で、2.3%増になっております。退院につきましては、78.5%で、0.6%増えてございます。

資料4の説明のほうは以上になりますが、続いて参考資料2-1、2-2が後ろのほうにございますので、申し訳ございませんがお出しただければと思います。

こちらにつきましては、東京消防庁の救急搬送事案になっておりまして、こども救命センター4病院への搬送件数となっております。参考資料2-1は重症以上の、2枚おめくりいただきまして、2-2につきましては、転院搬送分を掲載してございます。

こちらの集計と先ほどの資料4の集計なんですけれども、例えばこども救命センターの実績には中軽症患者が入っていたり、ウォークインの件数が入っておりまして、捉え方が異なっております。申し訳ございませんが、こちらのほう、資料4と参考資料2-1、2-2というのは、内訳という形でもございませぬし一致しませんが、参考という形でお出しさせていただきます。

平成24年度東京都こども救命センター運営事業実績報告の説明は、以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。数字が少しややこしいですけど、何かこの段階でご質問とかご協議はございますか。

どうぞ。

○有賀委員（昭和大学病院） すごく単純な質問をさせていただきたい。資料4の全体数が1年間で473でしたよね。これって、その前の1年間よりも約100ぐらい増えたとおっしゃいましたっけ。そうすると、その前もやっぱりそういうふうには、2割増しみたいな、何ていうの、その……

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 傾向ですか。

○有賀委員（昭和大学病院） 何というか、こう、ウサギ跳び的な、ステップワイズにぼんぼんと増えておるんですか。

○事務局（谷本） 平成22年度につきましては、こども救命が始まりましたのが平成22年9月からになりまして、平成22年9月から3月までの集計が196件になっております。

○有賀委員（昭和大学病院） それって、1年間にすると、どのぐらいになるのかしら。電卓ぱちぱちで。

○事務局（谷本） そうすると……

○有賀委員（昭和大学病院） いや、僕が聞いているのはね、えっ、そんなにたくさん増

えているんだと……

○事務局（谷本） 392件ですね。

○有賀委員（昭和大学病院） そんなにたくさん増えているんだという話を聞くと、行くべき人が行かなかったということが、その前の年にあったのかなと、ちらっと思ったんです。そこら辺は小児科の先生方のほうが体で分かっているんじゃないかなという気がするんですが。行ったほうがいいとか、実は行っていなかったのかなということはないんでしょうね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） この話は、いわゆる救命救急センターが26カ所でしたっけ、そこで子供をたくさん診てもらっているので、そこでとりあえずワンタッチしてから、さらに集中治療が必要な患者さんを、集中治療ができる、子供の治療が得意な四つのところへさらに移したかったら移してくださいというシステムですよ。だから、最初は余り4施設が有名でもなく信用もされなかったのか、あるいは俺たちでできるよという感じになったのかは、その辺はいろんなご意見があったと思うんですけど、やっているうちにだんだん信用度が上がってきたというふうに私は捉えているんですけど。救急隊の方もだんだん、救急隊の方自身も毎日されて、ちょっと遠いけど先に東大の方に運んだ方がよいとかいうのもあり得るのかなとも思いますが。

そんなところで、東大の岩中先生、ご意見ございますか。あるいは都立の井上先生あたり、お願いします。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） 阪井先生のおっしゃるとおりだと思います。平成22年に始まりましたときには、このこども救命センターの仕組みというのはまだ啓蒙が余り行き届いていなくて、また、実際には、いろいろな患者さんがいろいろな形で搬入はされてくるんですが、こども救命案件とは一体何ぞやというその定義がしっかりできていなくて、要するにいわゆる三次医療で他施設から普通に重症でお預かりするその案件とこども救命案件というその救命救急センターとかその辺で子供の面倒が見れないとワンタッチで送られてくるという、そのあたりのその定義づけがかなりはっきりと明確になってきてこういう実数は把握されたのかなというふうに私自身は思っています。現実的にはやはり少し周知が進んできて、かなり消防庁のほうも利用していただけるようになりまして、大分進んできている過程だと思います。完全にフルになっているかどうかはまだこれから分かりませんが、そういう印象を持っていますけど。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 井上先生、いかがですか。

○井上医長（都立小児医療総合センター・長谷川委員代理） 遅れて参りまして、すみません。都立小児総合医療センターの救急科の井上と申します。

私も全く同じ印象で、恐らく認知が出てきたということだと思うんですね。あと、恐らくまた外傷に関しては、まだ、近隣の救命センターでお子さんを診ていただいているんじゃないかなという印象は持っています。ただ、内因性に関してはかなり認知されてきたけど、外傷に関しても、特に、高度な気道管理、呼吸器管理が必要なお子さんに関

しては、搬送いただいているんじゃないかなという気はするんですね。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 日大の高橋先生はご意見ございますか。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） 全く同じような感じだと思います。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 全体的としてはいい方向に行っていることは多分間違いないんじゃないかなという気がしますね。もっと細かく数字を見ていかなくちゃいかなのしょうけども。それから、少なくとも、重症の救急患者は集約していくべきであろう。小児に関してはですね。大人もそうかもしれないですけど。そういう医学的・専門的な感じとも合っていると思いますし、いい事業になってきているような気がいたしますけど、私もその一員なんで、自己評価が甘いかもしれませんが。

それで、これ、実は問題は、むしろ出口問題ですよ、転院・退院支援。この話を、次に進めさせていただいてよろしゅうございますか。

じゃあ、資料の説明をお願いします。

○事務局（谷本） それでは、資料の5、東京都こども救命センターにおける転院・退院支援体制についてを説明させていただきます。A3資料をご覧くださいと思います。

こども救命センターですけれども、重篤な患者の受入れというようなことを先ほどお話しさせていただきまして、平成22年9月に事業を開始しておりますが、一方で慢性重症患者の方が増加していると言われてることから、この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退院・転院に必要な支援体制につきまして検討するため、平成24年度の本協議会で設置のご承諾をいただいたところでございます。

昨年度の協議会后、こども救命センター代表から成る、平成24年度に2回にわたり準備会を行いまして、こども救命センターの現状や部会での検討方法についてを協議いたしました。そして、平成25年度に入りまして、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ております。

部会のメンバーですが、資料5の2枚目、ホチキスどめになっておりますけれども、A4資料のほうをご覧くださいと思います。メンバーですけれども、こども救命センター代表の方のほか、都医師会、三次から一次までの医療機関の代表、在宅サービス代表、各種分野の行政機関代表で構成してございます。

次に、課題解決に向けた対応策の検討の視点ですが、申し訳ございません、資料を前のページにお戻しいただければと思います。

A3資料5の左側の検討部会についての2でございますけれども、検討の視点といたしましては、まず①といたしまして、こども救命搬送システム対象症例案件を対象とすることとございます。それから、②といたしまして、速やかに実効性のある対策を検討することを目的とするために、「あるものを使う」視点から検討を開始しようというものです。新たな療育施設を作るというようなことを議論するのではなく、あるものを使って、どのように円滑に転・退院が進められるのかを議論していくということとござい

ます。その下に図が描かれているかと思えます。前後してしまいましたが議論する範囲のイメージになっております。議論する範囲といたしましては、太線の矢印で四角く番号が振られているところがございます。

患者の流れからいたしますと、図の左上に救急車の絵がございます。ここからこども救命案件として搬送され、太線矢印の流れを経て、転・退院をしていくこととなります。この番号が振られている太線矢印の範囲が議論の範囲ということでございます。先ほどのこども救命の実績との関係で、人数のイメージなんですけれども、先ほどの資料4で、24年度こども救命実績の10番の転帰欄に数字が入っているところがございます。救急車からこども救命案件でP I C Uに入ってくる、これが全件が473件といたしますと、矢印の1と3の一部が搬送元転院に当たり26件、矢印の2と矢印の4の一部が他院転院に当たりまして23件、矢印の5と6の一部が退院に当たりまして374件、P I C Uに継続したままという方が4件、病棟継続の方が17件ということで、イメージとして持っていただけるかと思えます。

続いて、資料5の左下、退院支援コーディネーターについてですが、転院・退院における課題・問題の分析、当部会への報告を通じ円滑な転院・退院支援に有効な解決策を検討していくため、退院支援コーディネーターをモデル配置しております。配置先ですが、取り扱い患者数が多く見込まれる国立成育医療研究センターと都立小児総合医療センターの2施設となっております。

配置期間は、平成25から26年度の2か年でございます。

コーディネーターの具体的な業務につきましては、ご覧のとおりとなっております。現時点では、日が浅いために集計ができておりませんが、今後は実績を確認するとともにこれらの業務を分析し、部会の議論に反映していきたいと考えております。

続いて、資料の右側、第1回検討部会についてですが、7月11日に第1回検討部会を開催いたしました。議題といたしましては、「東京都こども救命センターからの転院・退院の困難理由について」としております。

主な議論の内容といたしましては、経路別・要因別に議論いたしまして、こちらの2番目の表なんですけれども、大きく転院と退院とに分けております。例えば転院の場合、転院を困難とさせる患者及び家族側の理由といたしましては、家族による転院拒否や搬送元への医療不信。転院を困難とさせる受入先側の理由といたしましては、医師、看護師、ベッド数などの受入体制が不十分であったり、こども救命は原則搬送元に返すというのがこのシステムの原則ですが、搬送元がそのシステムを認識しておらず、円滑に戻せないなどの理由がございます。また、その下の段の退院の場合ですけれども、患者・家族の理由のところにおいていたしましても、家族のケア、急変時の対応などの家族不安であったり、家庭環境、家庭内の経済事情、家族の養育意思、レスパイト不足などが理由として挙げられておりました。このほか、議論の中で、P I C Uから一般病床に移ったケースで入院が長期化するケースが多かったというような意見もございました。

また、第1回部会での意見、今後、解決策を検討するに当たりどのような点を踏まえ議論していくかについてですけれども、転・退院を阻んでいる要因を分析するために、「患者の状態（入院前からデバイスがついているのか、急変した状態で入院したのか）別に議論する必要がある」ですとか、こども救命センターといっても、それぞれの病院が規模の異なることから、一まとめにして議論していくには限界があるのではないかということから、総合病院の一診療科として実施している「東大・日大板橋型」、小児の専門病院としてベッドが多くある「成育・小児総型」に分けて、入退院の流れを把握し議論する必要があるというご意見をいただいております。また、退院支援コーディネーター配置後の実績を確認し、実態を把握していく必要があるですとか、この部会では医療だけの話だけではなく、障害、児童福祉などの関連する施策を踏まえた議論が必要であるというご意見をいただきました。これらのご意見を踏まえ、次回の議論に反映していきたいと思っております。

そして、今後のスケジュールですが、検討期間は2か年計6回で検討して参ります。第1回はこの7月に行われましたが、2回目、3回目で解決策の検討をするとともに、退院支援コーディネーターの業務分析をし、4回目で骨子とりまとめ、5回、6回でとりまとめ案、とりまとめとしていきたいと思っております。

先ほどの実績のところでのこども救命の周知の話も出てきたかと思えますし、今回の転・退院を阻む理由といたしましても、こども救命の搬送システムの認識不足というのはございましたので、ちょっと資料のほう、参考資料なんですけれども、カラー版で参考資料4というのをお渡ししております。そちらをご覧くださいければと思います。

こちらなんですけれども、昨年度、こども救命代表者の方々からの意見交換の場でも、こども救命の周知をより一層行っていただく必要があるというようなご意見もいただきまして、改めて周知させていただこうと思っております。こちらのほう、チラシを作成いたしまして、二次、三次救急医療機関や小児科標榜の病院等へお配りしていこうと考えております。

説明は以上です。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。この件も、部会の先生方、事務の方、ありがとうございます。

実質的にこれから解決策を探るということですが、ここまで来るだけでも大変だったと思えますし、2施設なんですけれどもコーディネーターをつけていただいて、ありがとうございます。

それで、部会を率いてくださっている岩中先生、何か追加コメントはございますでしょうか。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院） この部会を担当しております、東京大学の岩中でございます。

今、事務局からご説明がありましたように、それがほぼ全体なんです、まだ始まっ

たばかりで、実は第1回目は課題の抽出ということで、4施設からどんな患者さんで悩んでいるかというのを持ち寄っていただきました。大体ほぼ共通しておりまして、非常に重篤で寝たきりになって、なかなか地元の病院に戻しても一部の専門家、いわゆる小児科のゼネラリストではなかなか診れない患者さんで、例えば血液疾患が分かる人間がいなければいけないとか、そういうふうな非常に複雑な患者さんも、これ、当然長期化するだろうなというのは、おおよそ予想は立ちました。そのあたりはそのとおりだったと思います。

一方で、先ほど見ていただきましたこの資料4の、先ほど事務局からも説明がありましたが、この転帰でやはり資料の一番下の⑩番のところにありますように、P I C Uから、搬送元病院であったり、地域の二次医療機関へ戻せると、これはもう非常に出口は楽なんですけど、1回それぞれその4施設の病棟に引き取ると、そこから先が非常に長期化するという傾向が、やはり当然のようにございます。そのあたりを議論していくときに、今、事務局からも説明がありましたように、成育医療研究センターと東京都の小児総合医療センターは、P I C Uの数も大きいですし、後方病棟のバッファが大きいので、かなりいろいろな扱いができるというゆとりがありますが、一方で大学病院の日本大学と東京大学は、P I C Uの数が非常に制限されていて、日常の診療でもかなり使っているということ、それと、後方病棟の一般病床が非常に少ないので、本当にすぐにあっふあっぷになるという、そのバッファの違いで、やはりこれを同じ土俵の上で議論するのはちょっとしんどいなということで、少し立ち位置を変えながら意見交換をしていかなきゃいけないというのが現在の部会の流れでございます。

これから、まだ退院支援コーディネーターがようやく着任したばかりで、今、データを集め始めていますので、第2回目の部会では、実際にどういう患者さんがどういうふうの流れっていくかという、もうちょっと具体的なデータがそろいますので、余りしんどい患者さんばかりだけで議論していると、何か愚痴のこぼし合いになってしまいますので、もうちょっと建設的な意見交換をするためには、やはり客観的なコーディネーターのデータが必要だろうと考えています。今、そういうふうな状況ですので、まだこの先、少し不透明なところがありますけど、この部会に出ております委員は、大体状況は分かっておりますので、できるだけ頑張っていきたいなと。

一方で、二次医療機関とは、例えば課題の中に、今、事務局は申し上げませんでしたけど、例えば救命救急センターから転院してくると。だから、私たちの施設は今度その小児科に戻そうとすると、その小児科の先生方はそんな患者は知らんぞという話になっているという、そういう状況だとか、いろいろなパターンがたくさんあるということは随分分かって参りました。ですから、そのあたりも含めて、もう少し具体的な、少し詳細を詰めていく予定です。

ただ、一方で、先ほど最初のご説明にもありましたように、例えば寝たきりになっちゃったその子たちをみんなまとめてもらえるような200床ぐらいの病院を作ってくだ

さいよと、それが一番簡単なんですけど、そういうものをやっていると切りがないので、とにかく今の現状にあるその組織と施設の中で、いかに知恵を出し合って、その転院のシステムを作り上げるかと。一方で、そのためにはやはり二次医療機関等に、先ほど最後に説明がありましたように、いかにこのこども救命センターというのが、預かるかわりに引き取れるようになったらすぐ引き取ってねということをしつかりと周知せないかんというのがこの部会の一つの目的でもあると思っていますので、そのあたりを中心に議論していきたいと今思っています。まだちょっと緒についたばかりですので、しばらくちょっと議論を眺めていただければと思いますけど。

以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター）　ありがとうございました。

せっかくですから、しかしこの点について、何か、もっとこういうふうやってほしいとか、ここは疑問であるというところがございましたらどうぞ。

さっき岩中先生は都立小児総合医療センターと成育医療センターはベッドが多いからいいかなとおっしゃいましたけど、決してよろしくありませんで、我々もひいひい言っております。

これは、実はこの事業を始める、まずは肝の問題だということで、有賀先生を初め、多くの救命の先達からもアドバイスを得て、私、日大まで行ったりして、いろいろ打ち合わせをしたりしましたですよね。当初から予想どおりといっちゃ予想どおりなんですけども、確かにその救命センターから出ておって救命センターに返すわけにはいかんわけだから、その救命センターがある病院の小児科なり、あるいは何科ですかね、まあ多くは多分小児科なんだろうが、そっちとの連携はどうかなんていうことも容易に想像できたんですけど、そこまでちょっと詰めずに走ってきたというところはありますよね。

○岩中委員（東京大学医学部附属病院）　1点追加させていただくと、このこども救命案件のこういう患者さんたちが解決できないと、いわゆるそれ以外にもやはり重症の患者さんのやりとりはあっちこっちでいっぱい行われていて、そちらのほうへ話は進んでいかないんですね。実際このこども救命案件というのは、この、先ほど出た四百七十何件ということでしたけど、昨年度の三百七十何件のときは、大体、全体の重症患者さんの移動のまだ4分の1ぐらいしかこども救命案件を扱っていないんじゃないかというふうに、実は言われています。ですから、恐らく都内全域にある大きな総合病院であったり、特定機能病院である大学病院等がやはりかなりこのこども救命センターに近い活動を並行して進めていただいている、それをいかにきちっと上手にすみ分けをして、効率よく持っていかという案件も、この転院・退院支援の裏にはそういう問題があるという前提で、最終的にはそういうところも含めて、そのあたりの機能のすみ分けだとか、分業みたいなものを考えていく、その入り口なんだろうなというふうに私自身は捉えています。

ですから、話が大きくなるともうどんどん解決ができなくなるので、とりあえずこの

案件はこども救命センターの転院・退院支援という形だけで今現在話を進めていますが、欲を言えば、最終的にはそのあたりの出口問題も全部解決していくというところに進めなければいけない。今は入り口だけで、とにかくこの非常に重篤な患者さんをとにかく受け入れて、それを戻すというところで、とにかくそのところに限局して今はディスカッションしていますが、最終的な目標としては、東京都に住んでいらっしゃるお子さんたちの全ての重症の患者さんたちがハッピーな生活を、いいQOLを手に入れるようにするためには、そこまで話を、最終的には進めなきゃいけないと。先の長い話だと思いますけど。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ぜひぜひ進めていただきたいです。ご意見あるいはご要望などございますか。

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。先ほどの「あるものを使う」というような発想の中で、その右側の議論を見ていくと、あるものを使いようがないというところになってきているわけですね。高齢者は、急性期病床のほかに療養病床ってあるんですけど、小児はそういったものが想定されていないということもあるし、既存のものに関しては、小児で脳性麻痺になった人で、もう50歳になっちゃっているというように。それで、新たに小児が受け入れられなくなっているということもあるので、そういったのが現実なんですよ。ですから、あるものだけでいけるのかというのがどうしても、どこかでブレークスルーしないと、難しいのではないのかなという気がします。

それから、逆に言うと、いろんな視点の問題で子供を預けたきりになってしまうと、子供のハピネスは保障されないこともありますし、逆に、うちでやろうとすると、今お母さんの7割近くが働いていますよね。そういったことも考える必要があって、落とすところがどこなのかというのは、なかなか難しい問題だと思うんですけど、それを踏まえた議論を進めていくということが大事なの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） 高橋先生、今、大変よいことをおっしゃっていただいたと私は思うんですけど。

資料5の図を見ていただきたいんですが、検討部会についてご説明いただいた、詳細な図でよく作ってくださったと思うんですけど、右下のほうに療育施設とありますよね。家の図のある下に、右下が保健所で、左が療育施設とありますけど、その「あるものを使う」という発想は、それぞれ、そうはいつでも、ちょっとずつあるから何とか組み合わせるということであればいいと思うんですけど、療育施設、私は全然ないんだと思うんですよ。高橋先生もおっしゃいましたけど。特に、私の今おる東京の南、西のほうには、一つもないですよ。だから、ないのが分かっているのに「あるものを使う」という発想で議論するというのは、これはまやかしかだと私は思います。ですから、やっぱりあるべきものはちゃんとあるべきものにしていこうという、ほんの第一歩でいいか

ら、まず作っていかうという、そういう気概を示していただきたいというふうに思いますけど。

岩中先生の部会に、「あるものを使う」という発想ではなくて——それは、常識的には都民の税金、国の税金がこんな苦しいときに、何かまた作れなんていうのは難しいことかもしれませんが、しかし、ないものはないんですから。お年寄りに関しては、私は結構いろいろな制度が発達していると思いますし、物もあると思いますけど、子供の重症患者というのは、昔は死んじゃっていたわけですからね。死んで、おらんかったわけですから。それが今生き延びて、これから生きていかないかん方がたくさん——たくさんでもないですけど、幸か不幸か、そんなにいっぱいではないので。少子化の時代に、生き延びるといっても、そんなにたくさん助かるわけじゃない。でも、助かった方が、喜んだ次には悲しんじゃうみたいなことになっているのが現実ですから。それで、しかもずっと悲しみ続けなくちゃいけないという、変な話になるわけですよ。亡くなったらその場で一瞬の悲しみで済むとは言いませんけども。それはちょっと暴言かもしれませんが、せっかく助かったのに大変な生活を強いられて、病院からは早く出ていってほしい顔顔をされてですね。そういうところは、僕は非常に、これはこの図を描いていただいたのは結構ですけど、療育施設が書いてあるんだしたら、「あるものを使う」ではないだろうと思いますが、いかがですか。

- 有賀委員（昭和大学病院） 先に阪井先生がいっぱい言っちゃったんで余り言いませんけれども、とりあえずの患者さんの流れを考えると、その一丁目一番地の議論は、あるものというか、今現在、何かアベラブル（利用可能）な、そういうふうなシチュエーションで物事を考えるという、その第一発目はそれでいいと思うんですよ。それがなくて、あれも欲しい、これも欲しいという話じゃないわけで。別の国にあるようなものをみんな作れみたいな話になっても、どうにもなりませんから。

ただ、やはりその小児科の比較的重篤な患者さんを一生懸命診ているような、そういうふうな施設、例えば昭和大学病院の小児科の中を見ると、やっぱり、品川区で、例えばN T T東日本関東病院の中に僕は小児の病棟があると思ったら、ないんですね。だから、そういう意味では、結構相当程度いろんなことをやらないかと。救命に入ってきた患者さんは、多分小児科と一緒に診ていますので、その患者を知らないとは言えないとは思いますが、じゃあどれぐらい診れるかという、やっぱり、なかなか、茶筒を振って、上のほうにすき間を作るような、それだけの余裕があるような状況は、もうないですよ。

だから、多分、長らくずっと、いわゆるインテンシブ（集中的）ケアをやっている場所にずっと居続ける子供さんたちがいますから、これはもう、話の出発点は、私、これ、よく分かるんですけども、恐らく行政の、そちらのほうにずらっと並んでおられる方たちは、今後どういうふうな形で、療育施設というか、ハンディキャップを持った子供たちを上手にきちっと診ていけるような、そういうふうな社会の仕組みをどう作ってい

くのかという話は、やはりそれこそ行政の、何ていうんだろう、だいたいと言っているぐらいの大きな話じゃないかなと思いますね。これはもう、僕とか阪井先生が、ああでもない、こうでもないと言うよりは、むしろそちらの課長さん、部長さんたちが、究極的に東京都の子供たちを将来面倒を見るにはこうしようねという提案こそあらまほしいというのは、僕の、何ていうか、偽らざる本音。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

ほかの方はいかがで—どうぞ。

○笹井医療改革推進担当部長 今ご意見がございましたように、施設という選択肢もあるかと思うんですけれども、今、小児の在宅診療、在宅療養についても、先進的にやっていらっしゃる医療機関なども少しずつ出てきて、そういう選択肢もあっていいと。家族と一緒に過ごせるという意味でですね。で、都としては、その在宅療養を小児も進められる環境整備も一方で整えていかないといけないということで、幾つかの拠点を設けながら、モデル事業的にこれから進めていく予定でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 在宅はもちろん結構だし、在宅と僕は両輪だと思いますけどね。つまり、子供の在宅医療というのは、親がしっかりしていればできますけど、だんだん年がいくわけですから、子供も大きくなっていきますでしょ。そうすると、この先どうなるんじゃないかというふうになるわけですね。お年寄りの在宅医療は、世話をしているほうが若いでしょうから、いずれはお亡くなりになる。子供は逆ですので、そこは全然違うんだというふうに現場では思いますけども。

ですから、やっぱり預かってもらえるところ、さっき誰かがレスパイトとかおっしゃっていたと思いますが、一時的に預かる場所、それから、もっと長く預ける場所—恐らくは残念ながら恒久的に預かってもらうところですね。養父母でも現れない限りは行き場所がない重篤な子供というのは、これから増える一方だと思いますけども。

○事務局（八木） よろしいですか。このこども救命センターの転・退院支援の部会については、2年間という短い時間で、回数も限られている中で議論を一つ答えを出していないといけないということで、こういった視点で検討していきます。ただ、転・退院支援部会のメンバー、行政のほうには、障害者施策推進部の課長も入っておりますので、こういったこども救命センターにいる患者の状況は障害部のほうでまた持ち帰っていたら、別の機会ですらそういった場で検討していくのかなと思っております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） お願いします。

○松平副会長（日本小児科医会） よろしいですか。在宅のことなんですけども、我々開業医が非常に今までやってこなかったというのは自己反省をしているんですけれども、大阪は小児科の開業医が非常に積極的に子供の在宅をやっていますので、東京の開業医も大阪を見習って、これから、東京都でも研修の場を設けていただいておりますので、そういうところで、我々開業医も少なからず在宅に力を入れていきたいと思っております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ぜひ、お願いします。在宅も非常に大事なことですよね。ただ、在宅できない患者も必ずおります。さっき申しましたように、在宅に移ったけども、最終的には誰か預かってくれという患者さんもたくさん出てきていますよ。ですから、例えば在宅人工呼吸というのは、子供で始めて、もう20年近くなると思いますけど、これから20年後を見たら――絶対的な数はそんなに子供は多くないですけど、ますます少子化になるかもしれませんが、助かっていく子供は累積していきますから、そんな、何か変な言い方ですが、簡単には死なないですからね、お年寄りと違って。さっき誰か50歳とかおっしゃっていましたが、そういう方が現に出てきているわけだから。そこは、先を見越した施策というのが必要だと思いますし、僕ら専門家のほうも、もっとそっちに目を向けないといかんと思っています。

じゃあ、この話題はちょっとここでやめまして、次に行きます。

じゃあ、次の議題は、これは新しい話ですかね。ご報告ですか。ネットワークの話をお願いします。

○事務局（谷本） それでは、資料6、東京都小児医療ネットワーク事業（平成22年度～25年度）についてをご覧くださいと思います。

この事業につきましては、都立清瀬小児、八王子小児、梅ヶ丘病院を移転・統合し、小児総合医療センターを開設したことに伴いまして、多摩地域における小児医療体制の一層の充実を図るため、また、都民が身近な地域で症状に応じた適切な小児医療を受けられる体制を整備するために、医療機関間のネットワークの構築を円滑なものとし、効率的な医療連携体制の確立に資するものとして、平成22年度から4か年事業として実施しているもので、今年度が最終年度であるため、この事業の実績等についてご報告するものでございます。

まず、事業の目的ですが、左上の事業の目的のところをご覧ください。

都民が身近な地域で症状に応じた適切な小児医療を受けられる体制を整備するため、既存の小児医療資源を活用した医療機関間のネットワークを構築するというところでございます。

次に、事業概要についてですが、この事業、二つございます。一つは、二次と三次の医療機関の連携モデルである、多摩小児医療ネットワークでございます。これは、小児総合医療センターと多摩北部医療センターで遠隔診断システム（e-PICUシステム）や小児救急支援システム（e-Triageシステム）などの情報システムを用いて、地域の二次医療の支援や二次・三次間の転院搬送の迅速化、患者受入れの円滑化などを図るものでございます。また、事業のもう一つ目が、一次と二次の医療機関の連携モデルである地域小児医療ネットワークでございます。こちらは、一次と二次の医療連携を図るため、地域の連携会議や研修事業等を実施するものでございます。

次に、事業の実績等についてですが、右側のほうをご覧ください。まず、二次～三次連携モデルのe-PICUシステムです。

システムの概要についてですが、ちょっと見づらいかもしれないんですけども、支援側システム欄の写真のところをご覧ください。生体情報モニターや患者カメラ映像、放射線画像の情報をもとに、テレビ会議機能を用い、小児総合医療センターが多摩北部医療センターの診療を遠隔支援するものでございます。

利用実績ですが、平成23年度から25年6月までで22件でございます。主な使用症例につきましては、右側のご覧のとおりでございます。

効果といたしましては、①として、小児は状態が悪化するスピードが速く搬送先で状態が悪くなることがあるために、多摩北部から小児総合医療センターへ搬送する間に小児総合医療センターの医師が診療に介入することができ、早期かつ確実に患者の状態を安定させることができるという効果がございました。

②といたしまして、小児総合医療センターでの急性期治療後に、多摩北部へ早期に戻ることができたということです。また、多摩北部で小児総合医療センターと遠隔診断し、患者家族は小児総合医療センターの医師の顔を見ることができ、安心感を得ることができるという効果がございました。

③といたしまして、救急ではなく準救急の症例になりますが、小児総合医療センターの医師がe-PICUシステムを用い、多摩北部医療センターへ処置や検査を事前に行うことで、小児総合医療センターへ移ってからスムーズに処置ができ、小児総合医療センターでの入院期間が短縮されるという効果がございました。

次に、右上の1(2)のe-TRIAGEシステムについてでございます。

システムの概要といたしましては、緊急度判定システムを取り入れ、電子カルテシステムの一部として組み込み、患者情報を管理するものでございます。

利用実績ですが、平成23年11月の稼働以降、小児総合医療センターのERを受診した全ての患者に対して実施しておりますので、実績はご覧のとおりとなっております。効果につきましては、看護師のトリアージ判断をサポートすることが可能となったほか、「緊急度」と待ち時間や処置時間の関係や、トリアージ結果と重症度との関係などの検証を行うことができるという効果がございました。

次に、2、地域小児医療ネットワークの事業等でございます。

時機に応じた地域の医療ニーズに応えるとともに、地域の診療所との連携を図るため、(1)といたしまして、地域医療体制強化といたしましては、北北小児医療協議会や同協議会実務者委員会の設置、開催のほか、インフルエンザやRSウイルス等の流行状況に応じた救急診療体制の検討強化を行いました。次に、(2)地域への啓発活動として、小児救急に関する市民講座等を実施いたしました。また、(3)小児医療水準向上、小児医療標準化として、小児症例検討会を開催いたしました。

このほか、①コンビニ受診の抑制と受療行動の適正化に努めたほか、地域の中核病院と診療所との連携により、長期療養児による在宅支援システムを構築し、地域移行を円滑かつ迅速に行うことが可能となったという効果がございました。

説明は以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。

小保内先生、何かコメントございますか。

○小保内委員（多摩北部医療センター） このe-PICUというのは、うちと小児総合でやったんですけども、余りにも距離が近過ぎるものですから、北多摩北部医療圏域で発生した三次事例が最初に僕らのところに来るんじゃなくて、救急車で行ったら、たった30分ぐらいで行けるところなんで、小児総合に先に行ってしまうので、利用件数としては非常に少ないという結果になってしまいました。もし、僕らのところがもっと遠隔地であったなら、さらにいろいろな、いわゆるそのe-PICUの効果を見ることができたのではないかなと思いますけれども、むしろ逆に、これが、近かったんですが、それだけ利用回数が少ない分、いわゆる向こうのICUを離床して、挿管されたまま帰ってきた子もいます。そういう子を、その後も、そういうのは時間を決めてできるので、向こうのPICUの先生と回診のような形でこのシステムを利用して、僕らがそういったいわゆる超急性期を脱した子を早期に受け入れて自宅に帰すというようなところには、非常に効果的だったかなというふうに思っています。

それから、利用頻度が少ないので、いわゆるe-カンファレンスと僕らは呼んでいますが、例えば髄膜炎で膿がたまっちゃったような子をどうしましょうかと、いつこちらにやったらいいでしょうかみたいな話で、オペの前日に行って、オペが終わって3日で帰ってくるというようなことで、それ以降は僕らがずっと抗生剤治療を続けて家に帰すみたいな形で、いわゆる三次病院の負担を軽減するには非常にいい。それから、二次病院としては、どこまで待ってればいいのかというような、ちょっといっぱいだから待っていてというような話じゃなく、その間どういうふうにしようかというようなことも併診をしながらやっているんで、お互いに信頼しながら待つことができたという点では、別な使い方としてですけども効果があったのかなというふうに考えております。その延長として、いわゆる重症の高度障害を持ってしまったお子さんたちを地域の医師会の先生方と共同で帰していくというところに発展させているというのが、この事業の一番大きな成果かなと。僕らはこれを小児総合のICUだけでなく、その他、都内のICUの長期入院者を受けて帰したりとか、遠くは新潟県立中央病院からもそういう患者を受けて――もちろん僕らの医療圏域内に住んでいる人というふうに限定してですけども、じゃないと僕らがその後フォローアップできないので、そういった限定をしておりますけども、そういった形の利用というのは非常に効果的だったのではないかなというふうに考えています。

○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。近い、遠いにかかわらず、医療連携のツールとしてすごく良かったように聞こえましたが、理解しましたけど、大変うまくいっているということじゃないでしょうか。あるいは、もっと応用できそうな気がしますけど。先ほどの小児救命事業の退院・転院支援についても使え

そんな気もしますし、広く、もっと、医療機関同士でなかなか連携がうまくいかんということはよく聞きます。見聞きしますし、私も感じますけど、こういうものを、一つ、重症患者の診療サポートに使えるんじゃないかなと思いましたが。

特にコメントはございますか。大塚先生、何かございますか。

○大塚委員（東京都立墨東病院） いえ、なかなかうちのほうはそこまで整理していないんで、先生方に普段ご迷惑をおかけしてしまっているのが事実でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） いえ、そんなことはないですけども。こういうので都立病院へつなぐとか、都立だけというわけじゃないんでしょうけど。随分お金がかかる話なんですね。

○事務局（八木） かかる話であります。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですか。なるほど。まずは、でも、東京も多摩地区でやってみようということで始めたわけですよ。

○事務局（八木） はい。当初は上り搬送を想定していた部分ではあるんですけども、実際使ってみると小保内委員からお話あったとおりで、この後、また2病院間で、こういった利用の仕方、もっと効果的にできる方法がないかということで、継続して活用をしていただきたいと思いますと思っておるところであります。せっかく作ったシステムですので、有効活用をしていただきたいと思いますと思っております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） そうですね。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） ここは24時間稼働するんでしょうか。要するに、全ての診療科の専門医がいないと、24時間は無理ですよ。都立の場合にはそういうのが可能という。

○小保内委員（多摩北部医療センター） この稼働に関しては、いわゆる準緊急でこの子どもはどうでしょうか、いつそちらにお願いしましょうかというようなのは、もうあらかじめ、こちらの地域連携室から向こうの地域連携室でコーディネートしてもらって、参加する医師も全部時間を合わせてやるという形ですので、24時間じゃなく、もう予定してやっております。

e - P I C Uに関しては、マンパワーの問題があって24時間できないんですけども、こちらに緊急の患者さん、重症の患者さんが入ってしまって、夜中に連絡して、できそうかということで、できそうだということで、1例、ぜんそくの大発作の患者さんで、深夜まではいっていないんですけど、準夜帯で使ったことはございます。ただ、やはりマンパワーの問題で、これに専従とまではいきませんが、関わってくれる医師がいないと。僕らはもう常に1対1ぐらいでいるので、もう、すぐに、これ、まずいよというを使いたいというぐらいのそういう準備ではいるんですけども、都立小児総合のほうの対応というのはそういうわけではないので、そこら辺の問題が、一つ大きなネックになっているかなというのはございます。

○高橋委員（日本大学医学部附属板橋病院） ありがとうございます。これ、たしか静岡

県立こども病院と沼津市立病院で心臓の循環器のエコーをこういう形でやっていて、それで搬送に随分貢献しているという話を聞いていますので、今はお金がかかるかもしれないけど10年たったらかからなくなるかもしれないので、期待したいなと思っています。

○有賀委員（昭和大学病院） これ、私が、実は本当に極めて具体的に幾らという値段そのものを知っているわけじゃないんですが、しばしば行政が何年かお手伝いして、その後、地方自治体がお金が払えなくてやめちゃうというふうな話が間々ある。そのレベルのお金の多さと、それから、その後、上手に自治体がお金をそれほど負担なく事業として続けているという中に、麻生飯塚病院とそれからその地域の消防本部が、結局患者さんの画像伝送を麻生飯塚病院にすると。それから、ここにある生体情報モニター、これ、どれぐらいたくさんあるか知りませんが、少なくとも救急隊がモニターする程度のものについてのそれを送ると。当然、放射線の画像はありませんけど、これはもう、今、電話伝送で比較的安くやっているとしますので。何が安くなるかというところの、患者さんのそのカメラ画像というか映像そのものが、私は細かな工学的な知識はないので分かりませんが、僕らがその患者さんを診るとかいうときには、その視野の真ん中で患者さんを診ているわけですね。カメラとか、そういうふうな機械仕掛けな画像を右から左へ移すときには、真ん中もそのへりも、基本的には同じぐらいの情報量をため込んだまま送るということをしているんだそうです。

その麻生飯塚病院の周辺の消防本部が救急車に乗せて活用している方法は、基本的に真ん中のあたりは比較的情報量が多い形で、インフォメーションを修正してきていると、周辺についてはばさばさ切って、写ってはいるんだけど、情報量は少ないと。そういうふうな電話伝送の仕掛けをして、それによって安くしてしまったという話があるんですものね。だから、多分10年後にはと、今、高橋先生がおっしゃいましたが、そういうことを考えて、えらい安くして、それで、これだったら、例えば東京都の補助がある間はできるけど、補助がもしなくなったらもうできないんじゃないかという話じゃなくて、都立病院同士だから東京都の補助も何もないんでしょうが。これがだから、例えば荏原の消防本部と昭和大学の間でもしやっただとして、それを東京都が補助しているということになると、東京都の補助がなくなっても、何とか地元の消防本部がちょこちょことうまくやりながらやっていけると。その程度のお金の水準でいけるといふような、画像を送るシステムもあるんだそうです。だから、それも研究して、今言った、高いという話は、ぜひ高くない形にして、継続的にこれができるようにすると。

今言ったみたいに、北北小児医療協議会というのはどのぐらいの広さなのかよく分かりませんが、医師会の先生方も使うことができるという話になれば、そこは相当程度に安くばらまくような、そういう形にせないかなのではないかなと思いますので、ちょっと研究していただくといいんじゃないかなと思います。麻生飯塚病院のほうにアクセスすれば、幾らでも教えてくれます。僕はそこから直接聞きましたから。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございます。では、都のほうと都立病院のほうでいろいろと研究していただいて、有意義な事業を進めていただければと思います。

じゃあ、この話はこれにて終わりにさせていただきまして、最後の議題でその他ですが、これは先ほど申しましたように非公開ですので、すみませんが傍聴席の方は退席していただきたいと思います。それから、資料をお配りいただけますか。

（非公開の議事につき、傍聴者退室）

○阪井会長（国立成育医療研究センター） では、ちょっとこの辺で、予定された議事としては終わりたいと思います。

ちょっと、すみません、時間がなくなっちゃったので、予定外のことも、ぜひ何かこれだけとは、何かありますか、ここで。もうあまり時間がないから、むしろやるんだったら、2回目を設定したほうが良いと私は思いますけど。

2回目を設定しなくても、私は、こういう場では、なかなか、やっぱり言いにくいということもあるだろうし、行政の方から見たら、私たちがどういう意見を持っているかもっと詳しく聞くことは、私は意義があるだろうと思うので。できれば、何というんだろう、こういう会を開くと予算が要りますよね、それなりに。日当も払うんでしょから。

○事務局（八木） はい。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） だから、そういうお金のかからない会で、何かボランティアでもいいんだけど、日程を設定していただいて、来たい人は来なさいと言って、東京都から連絡してもらって。このメンバーにですね。それで、行政に何を僕らは望むかということをお願い放題するような、ブレーストーミング的な対応を、会長として提案したいんですけども。

○事務局（八木） そのこともご意見として伺わせていただきます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ええ。ぜひお願いします。協議会の会長として申し上げたいと思いますけど。というのは、この会、この終わりが、予算としては多分終わりなんだろうけど、僕ら委員として2年目の任期で終わりですよ、これで、このメンバーは。

○事務局（八木） はい。25年度、今年度までの任期となっております。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） 去年からでしたものね。

○事務局（八木） そうです。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） だから、もう、今日新しく来られた方もいらっしゃるんですけど、基本的にこの会は解散なんです。解散というか、このメンバーは終わりですから。終わるに当たって、そういうふうに私は言いたいですね。

ちょっと、フォーマルにやるのも結構ですけど、やっぱりインフォーマルな会議も私

は必要かなと思います。そうしないと、皆様も、特に東京都側もなかなか言いにくいですよね、ここで言うと。録音もされちゃうし、傍聴の人もいるというので。だから、そうじゃないオフレコの会を私はやっていただきたいなと思います。

じゃあ、それを申し上げさせていただいたので、これで私のほうの役割は終わりとさせていただきます。

○事務局（八木） 阪井会長、ありがとうございました。また、本日も出席いただいた委員の方々、金曜日の遅い時間にさまざまご意見いただきまして、ありがとうございました。引き続き、小児医療体制の確保・充実に努めて参りたいと存じます。

二つ、事務連絡なんですけども、資料7の1から4につきましては、回収をさせていただきますので、机の上の上に置いていってください。番号を振ってありますので、持ち帰りますと連絡をとらせていただきます。

もう一つ、車でお越しの委員の方がいらっしゃいましたら、駐車券の準備がありますので、事務局にお声がけください。

事務局からは以上でございます。

○阪井会長（国立成育医療研究センター） ありがとうございました。

それでは、すみません、不手際で10分過ぎましたけど、これで本日の協議会は終わりとさせていただきます。ご協力ありがとうございました。解散いたします。

（午後 9時11分 閉会）