

令和5年度第3回神奈川県小児医療協議会（2月14日開催）議事録

○ 開会（事務局）

○ 議題（進行：会長）

（1）第8次保健医療計画の策定について

資料1「第8次保健医療計画の策定について」により事務局から説明

（康井会長）

第8次保健医療計画の策定について、事務局から説明がありました。事務局からは、最後に説明がありました小児救命救急センターに関する項目を除き、事務局対応案を反映した計画案を、本協議会における最終案として決定することについて、意見を求められております。ご意見、ご質問があればお願いいたします。

相原委員、お願いします。

（相原副会長）

色々修正いただきましてありがとうございます。よくなった点もあると思いますが、少し確認したいのですが、「2 前回協議会での主なご意見と県の対応」の「その2」の山田委員からの意見に対する回答で、「医療機関を均てん化することは困難ですが、医療資源の少ない地域においても、医療提供が可能となるよう、医療圏に変更を加えて、体制の確保に努めています」というのは、実際に医療圏を変えるということでしょうか。今、決まっている小児医療圏があるはずですが、第8次計画では、それに手を加えて変更するというのを意味しているのかどうか、少し気になったのですが、いかがでしょうか。

（事務局）

医療課長の市川です。相原委員、ご質問ありがとうございます。現時点において、通常の二次保健医療圏が、ご案内のとおり、横浜、川崎北部・南部、相模原という形になっているのに対し、小児の医療圏は、医療機関の数に応じて、通常の二次保健医療圏とは変えているということをご説明しているということなので、この記載については、医療圏を変えましたということではなく、現行、通常の二次保健医療圏から変えていますということをご説明している認識でございます。ただ、この後の項目で、医療機能を考えていくにあたって、医療圏の再編を検討する余地があるかということ、引き続きの議論としてお願いできればと思っております。

(相原副会長)

わかりました。

(康井会長)

よろしいでしょうか。他にご意見はございませんでしょうか。

田村委員、お願いします。

(田村委員)

神奈川県医師会 理事の田村です。実は、私も同じ懸念を持っておりまして、この「医療圏に変更を加えて」という表現は、もう少し何とかありませんか。医療圏の変更ということになると、色々と土台が崩れてしまうような気がする。例えば、医療圏の変更「等」を考えると、そういう表現にならないでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。ここの部分については、委員の方々のご懸念がないような形で修正させていただくようにいたします。この部分は、計画の本文に記載されるものではなく、この資料上の話になりますので、いただいたご意見を踏まえて修正したものを、後ほど皆様にも共有させていただきます。

(田村委員)

もう1つよろしいですか。資料1の4スライド目に私の名前が出ているので、少し言及したいのですが、「県は厚生労働省が実施する#8000 対応者研修事業を活用する」と書いてありますが、これは、この研修事業を終了している人でないと相談員になれないと理解してよろしいのでしょうか。

(事務局)

田村委員、ご質問ありがとうございます。県医療課の山内と申します。この研修事業は、研修が終わった人でないと相談員になれないということではなく、相談員のスキルをさらに向上させるためのものがございます。

(田村委員)

少し分かりにくいんじゃないでしょうか。受けても受けなくてもいいよということなのでしょう。だとすると、文章として少し弱い感じですね。例えば、「対応者研修を受けることを推奨する」とか、そのような感じで書かないと。「活用」というのは何のことか分かりませんよね、いかがでしょうか。もし、これを本当に重視しているとす

れば、そういった内容を入れることによって、質の確保ができると思うのですが。

(事務局)

医療課長の市川です。今、山内が言ったのは、ある意味では、田村委員がおっしゃっていただいた言葉の方が適切なのかなと思って聞いていました。ですので、漠然と「活用」とするのではなくて、「#8000 対応者研修の受講を推奨する」とか、受講することがわかるような形で、記載させていただこうと思います。

(田村委員)

よろしくをお願いします。

(相原副会長)

県が、#7119を推奨して、拡大しようという話が出てきているように思っていました。しかし、小児科としては、#8000をより充実させたいと思っています。#7119は、対応のレベルの問題もあって、あまり推奨する方向ではないというのが、日本小児科医会の方向性です。県は、#7119ですべてを網羅して、#7119を優先するという方向性なのでしょうか。

(事務局)

医療課の市川です。現在、県では、#8000事業を実施していますが、#7119事業は実施しておりません。今後、#7119を導入したとしても、#8000の必要性がなくなるわけではないので、継続して実施していくことを考えています。ただ、委託の方式とか、そういったことについては、少し工夫が必要かと思っていますので、色々と調整していくことはあるかと思いますが、やはり需要として、特に保護者の方たちは、#8000に期待しているところが大きいというご意見を、この協議会でもいただいておりますので、そういったことを踏まえながら、整理をしていきたいと考えております。#8000を継続して実施していくという考えは変わっておりませんので、そこはご安心いただければと思います。

(相原副会長)

わかりました。

(康井会長)

他にございませんでしょうか。それでは、事務局においては、委員の皆様からいただいたご意見を整理した上で、適宜、計画案に反映をお願いします。

また、今後のスケジュール等を踏まえ、修正した計画案の確認については、会長一任

とさせていただきたいと考えますが、いかがでしょうか。

特にご意見等ないようですので、そのように対応させていただきたいと思います。

続きまして、2つ目の議題に移ります。今後の小児医療体制の充実に向けた取組について、事務局からご説明をお願いします。

(2) 今後の小児医療体制の充実に向けた取組について

資料2「今後の小児医療体制の充実に向けた取組について」により事務局から説明

(康井会長)

ありがとうございました。内容が非常に多岐にわたっており、先ほど田村委員からのご意見にもありましたが、医療圏の話もございます。

また、事務局からの説明の中で、小児中核病院の医療機関の例として、小児救命救急センターという話もありましたが、このことについては、本日、オブザーバーとしてご出席いただいております、聖マリアンナ医科大学小児科学講座の清水主任教授よりご説明をいただいた上で、議論を深めて参りたいと思います。清水主任教授、どうぞよろしくお願いいたします。

資料3「小児救命救急センター事業について」により清水主任教授から説明

(清水主任教授)

只今ご紹介に与りました、聖マリアンナ医科大学小児科学講座の清水直樹と申します。小児救急と小児集中治療を専門としております。本日はこのような場で発言の機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

早速ですが、小児救命救急センター事業についてご説明させていただきます。

内容としましては、小児救命救急センターの歴史的な議論の経緯と、本質的な意義について。次に、全国における小児救命救急センターの設置状況と、設置がなかなか進まないというご批判を受けることもございますので、その原因の考察について。最後に、神奈川県における小児救命救急センター設置の必要性と、予想される効果についてのお話になります。

遡ること2002年に戻りますけれども、諸外国と比べて約50年遅れて、国立成育医療研究センターのPICUを始めとして、日本全国の小児病院を中心に小児集中治療室の設置が進んで参りました。それにあわせて、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料に並び、小児の特定集中治療室管理料の新たな算定についての議論が、集中治療学会と厚生労働省医政局との間で行われておりました。

諸外国においては、重篤の小児を集約することで救命率が上がるというデータが諸々出てはおりましたが、厚労省医政局からの指示としましては、我が国の特性を勘案した、

我が国特有のデータを示さなければ認めることはできないという指示がありまして、私どもは、それに向けて症例を集積してデータを作っていたというのが、2002年から2005年あたりの経緯です。

お示しさせていただきました、2008年の日本救急医学会雑誌に載った論文についてですが、これは、ドクターヘリで有名な日本医科大学千葉北総病院の救命救急センターが、現場で処理をし、北総の初療室で救命した後、選択的に、症例によっては国立成育医療研究センターのP I C Uに運び、どのような転帰になったかということをもとめた論文になります。右側にデータを示しますが、かつて、救命救急センターとP I C Uとの間に連携がなかったときには、成人の救命救急センターのI C Uの中で、そのまま治療を継続していたということになります。左側のバーがそれを示しますが、青で示したものが、実死亡率になります。赤い点線で示したものが予測死亡率になります。ほぼほぼ予測死亡率と同等の実死亡率ですので、決して成績が悪いわけではなく、我が国の救命救急センターの品質の良さを示すものではございましたが、2002年以降、救命救急センターとP I C Uとの連携がある時代に入ってからデータを右に示しておりますが、実死亡率が予測死亡率よりも遥かに下がるという結果を示しております。この連携によって、実死亡率の低下、そして予測外生存が生まれるという、我が国において、よりよい転帰を示すことができるデータが作られました。ここで大切なのは、P I C Uという箱を作って、P I C Uに症例を集めればすべてが解決するのではなく、救命救急センターとの連携、そして連携をするために、ドクターヘリやドクターカーなどの搬送医療が介在するというのが、非常に重要なポイントとなります。

したがって、救命救急センターを中心に、病院前救護と繋がった救急医療と小児集中治療を提供するP I C Uが存在する、そしてその間を施設間搬送という形で救急医と小児集中治療医が連携する、ということが構成要素となります。すなわち、救命救急センターからP I C Uへの救命の連鎖を築くということが、一番大切な肝となるということになります。また、この連携については、大学病院、あるいは基幹病院の小児病棟の重篤小児とP I C Uを繋ぐ、ということにも発展していくということになります。

こうしたデータを基に、平成21年から重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会で議論され、小児救命救急センターやP I C Uの必要性が指摘されました。それを基に、国において、平成22年度予算から、小児救命救急センター運営事業が創設されたという経緯でございます。小児救命救急センターにつきましては、下の方に図がありますが、もちろん重篤小児の集約拠点として機能する、あるいは小児救急集中治療の研修施設として機能するというのも大事ですが、より大事なのは、地域の救命救急センターと連携し、必要であれば広域の搬送を受け入れるということが肝となります。

指定要件が書かれております。これは、県からの資料にもございますが、小児特定集中治療室管理料の施設要件とは若干異なっております。小児特定集中治療室管理料につきましては、病床数8床という規定がございますが、小児救命救急センターは、専用の

小児集中治療室病床は6床以上という規定で、独立した看護単位、あるいはそれ相応の看護チームを有することとされています。また、患者数につきましては、小児集中治療室病床については、年間概ね300例で、すなわち、1床当たり年間50例を応需いたしますので、そこから300という数が算出されており、かつ、集中治療医学会の諸般の研究において、PICUの医療品質を担保するのは、約300例以上の年間入室が必要であるというデータも出ておりますので、そこから300、逆算して6床という形になっております。また、救急搬送を相応数受け入れるということが必要要件となっております。

次に、全国における設置状況と設置が進まない原因についてです。小児救命救急センターの医療政策につきましては、予算化が2010年度からということになりますから、10年以上前から始まっております。

東京都では、国の政策と並行するような形で、東京都こども救命センター事業というものが始まりました。小児救命救急センターが2施設認定され、東京都こども救命センターはこれを含む形で、合計4施設となって認定されております。そして、隣の図に書いてありますとおり、救命救急センターと高度なこども救命センターとの連携、あるいは三次施設のICU、小児病棟も含むような形の連携といったものが想定されておりました。

東京都こども救命センターの案内の抜粋でございますが、東京大学、国立成育医療研究センター、日本大学、そして都立小児総合医療センターの4施設がこども救命センターで、そのうちの国立成育と都立小児が小児救命救急センターとして指定されております。4施設があつて、23区並びに多摩地区を含めて4ブロックに分割され、それぞれのブロックに1つのこども救命があるという形になっておりました。そして、各ブロック内の救命救急センターや大学病院、中核病院の小児科との定期的な会議を開催し、連携を図っていたという経緯でございます。

小児救命救急センターの全国の設置状況を示します。これは、日本集中治療医学会のホームページから抜粋したのですが、小児救命救急センターの6床を持つもの、小児特定集中治療室の認定を持つもの、特定集中治療室プラス小児科加算という形ですが、年間およそ300例を応需しているものを、小児集中治療協議会の登録施設(JAPIC)としてホームページに記載されております。30施設あるわけですが、このうち、黄色く囲ったところが小児救命救急センターの指定を受けております。13都府県に及びます。神奈川県は入っておりません。そして、PICUがあるにもかかわらず、小児救命救急センターの指定がない9道府県におきましては、例えば、福岡市立、国立循環器病研究センター、岡山大学など、PICUが小児の心臓血管外科に特化している、あるいは小規模な小児病院のため、なかなか小児救急に対して活発な活動ができないといった理由のため、小児救命救急センターの指定を受けていないということになります。さらに、PICUが複数あるにもかかわらず、小児救命救急センター指定がない都道府県というのは、日本の47都道府県の中、唯一、神奈川県だけということをご共有したいと思います。

います。

小児救命救急センターの未達成課題は、全国的にいくつかございます。設置は進んでおりますが、まだまだ本質の理解不足のため搬送体制が未整備であること。救命救急センターとP I C Uとの連携がうたわれている小児救命救急センターですが、両者を繋ぐ不可欠な要素の搬送体制が未整備であるために、充実した機能が発揮できないという都道府県もございます。また、病院前救護への未関与、施設間連携の整備不足、小児救急教育体制の整備不足なども指摘されておりますけれども、小児の身体だけではなく、心理・社会的なところへのアプローチの未成熟があるということも指摘されておりますので、このあたりの未達成課題を解決していくということも、設置を進めるだけではなく、本県における重要な課題であると考えます。また、評価の履行不足もございます。やはり、巨額な予算を投入するわけですので、コストベネフィットも検討していかなければいけないということになります。アウトカムの評価が十分できていない都道府県ばかりでございます。重篤な小児の症例登録体制などの設置とともに、アウトカム評価をしていくということも、品質担保とともに、説明責任を発揮する上でも重要かと思えます。また、災害医療・感染パンデミックに対する小児医療としての対応も、今後の重要な課題になるかと思えます。

阻害因子につきましては、すでにお話させていただきましたとおり、そもそもP I C U、あるいはそれ相応の施設がない都道府県が約半数となっております。また、お話ししましたとおり、P I C U保有施設が特殊な外科手術領域に特化していたり、小児救急活動が低迷したり、ということが構造的課題として挙げられるかと思えます。また、次に重要なのが、情緒的課題で、小児科医並びに救急医の転院搬送に関する陰性感情がございます。

施設を超えて搬送するという事に抵抗があり、重症な小児でも診られていますよという回答をいただくことが多々あるんですが、2013年の当学の川口らの研究で、日本集中治療医学会雑誌に投稿されたものですが、自信がないけどできていますよ、あるいは自信がないけれどもやらなければいけないですよという施設、あるいは医師というものが、非常に多くを占めているということが現実として示されております。あたかも小児集中治療が専門として認識されておらず、例えば、小児神経疾患を小児循環器科医が診ているようなものであったり、小児外科疾患を小児内科医が見様見真似で手術しているようなものに相当しますので、小児病棟における重症管理が、医療安全の観点からも深刻な問題であることは言うまでもございませんが、こうした専門性に対する理解不足といったものも1つの阻害因子になっております。これは諸外国と比べると非常に問題で、21世紀の我が国の医療としてふさわしいものかどうか、今日は市民代表の方もいらっしゃると思いますので、ぜひ、この現状をご理解いただきたいと思います。

最後に、神奈川県における設置の必要性と今後の予想される効果です。

現状としては、神奈川県から県外へ重篤小児が患者流出しているということが報告さ

れております。また、県内における小児医療施設と救命救急センターとの連携というのは、まだまだ不十分であると認識しております。

神奈川県を含めた関東圏の小児救命救急センターの設置状況を示しました。総人口と小児人口を併せて示しましたがけれども、こちらから逆算すると、神奈川県は2～3施設必要な小児人口を抱えているという状況になります。

また、小児救命救急センターを設置した場合、その設置施設のためだけに動くのは間違っており、特定地域のためだけではなく、神奈川県全体のために機能する必要があると考えております。

神奈川県において既にP I C Uがあるのは、北里大学、こども医療センター、当学の3施設となります。また、搬送に必要なドクターヘリを有している東海大学、そしてドクターカーにつきましては、藤沢市民病院が非常に活発に搬送医療に取り組んでいましたし、当学もドクターカーでの出動を活発に行っております。こうした二次医療圏を越えた広域搬送を今あるリソースで行って、神奈川県全体をカバーするということが必要で、併せて搬送チームと人員の整備も必要と考えます。また、救命救急センターとの連携におきましては、小児の病院前救護体制の改善や、救命救急センターを含めてそこで亡くなった乳児・小児の死因検索と、国の骨太の政策の1つであるチャイルド・デス・レビュー（CDR）に繋げていくといったことも、この事業を通じて考えていかなければならないことと思っております。

搬送についてですが、これは昨年の小児科学会雑誌に載った論文でございますが、搬送を担う者は搬送熟練者である必要がございます。搬送非熟練者との比較において、移動合併症や神経学的転帰に有意差があるということがこの研究によって示されており、今後、小児救命救急センターの施設設置とともに、搬送に係る体制整備も必要であるということを示しております。

また、神奈川県が日本全体に対してリードして、他県の小児救命救急センター事業で成し得ていないことを発信するというのも大切なミッションかと思えます。繰り返し申し上げます、重篤小児の施設間搬送医療もパッケージングした体制整備、これはECMO搬送も含めてということになります。N I C Uとの連携も必要ですし、アウトカム評価をするための症例登録体制や研究教育体制、小児病院前救護体制への関与、CDRとのリンク、そして何といたっても小児医療特有なBio-Psyco-Socialのサポートを、この事業においても念頭に置かなければならないと考えております。

以上3点、ご説明させていただきました。ぜひ、第8次医療計画におきましては、神奈川県における小児救命救急センターの設置につき、少なくともご議論いただきたいということで、記載をお願いできますと幸いです。お時間をいただき、誠にありがとうございました。

(康井会長)

清水主任教授、ありがとうございました。非常に詳細で分かりやすい説明をいただきました。

先ほどご承認いただきました資料1の第8次保健医療計画の策定の中で、小児救命救急センターに関する記載については、清水主任教授からご説明をいただいた上で、別途議論することとしていましたので、このことも含めて順番に議論を進めたいと思います。

まず、事務局からは、小児救命救急センターの話も踏まえつつ、学会が整理する地域小児科センターや中核病院小児科を、本県における小児地域医療センターや小児中核病院として位置づけることを視野に入れてはどうか、という説明がありました。学会の提唱する区分をひな形として、当県に導入してはどうかということ、また、小児救命救急センターの整備に関して検討を進めていくことを、第8次保健医療計画に記載してはどうか、ということについて意見を求められております。

ご意見、ご質問がございましたら、ご発言をお願いいたします。

(田村委員)

神奈川県医師会の田村です。大変詳細な分析、ありがとうございました。実は、この協議会の前に周産期救急の話がありまして、県内の新生児搬送が東京の方に大分搬送されているという話がありまして、行政の方も、それを何とか減らしたいというようなことをおっしゃっていたことがありました。ただ、これはやはり、神奈川県の特長性があると思うんですね。例えば、東名高速ですぐ川を越えると成育医療センターがある、あるいは東京の方が医療資源も多くございまして、小児科の先生も大変多い。そういったことで、東京に運んだ方が早い、そういう地域的なこともあろうかと思うんです。逆に、東京都内から神奈川県の子にNICUに新生児搬送される例というのは、ほとんどないというような話もありました。今のご発表の中で、神奈川県で進まない理由の中に、そういった地域性ということが触れられていなかったのも、その点はどうかなという印象を持たせていただきました。

もう1つ、本日ご出席されている黒田先生に質問で、私、元小児外科医なんですけれど、小児救急と一口に言っても色々なシチュエーションが考えられると思うんです。例えば、外傷に限った話なのか、それともインフルエンザ脳症などの内因性の重症の小児患者なのか、本当に多岐にわたると思うんです。清水先生の論文の中で、22名、あるいはその中の1例とか、n(母数)が少なすぎて、統計学的な分析には少し足りないのではないかという印象を持ちましたが、今の2点について、いかがでしょうか。

(康井会長)

黒田委員、今のご質問に対して、補足、あるいはご意見はございますか。

(黒田委員)

こども医療センターの黒田です。ちょうど清水先生が今のデータを取っていた頃ですかね、成育医療センターの屋上で東の方を見て、北総病院からヘリコプターが飛んでくるのを待っていた立場だったのですが、n(母数)はそんなに多くないのですが、それでもあれだけ成績に差が出てくるということで、P I C Uや小児救命救急センターというもののエビデンスとしては、非常に強いものがあるのではないかと思います。清水先生が言うておられましたが、要するに、神奈川県としても子どもの救急をすべて扱うという事業なので、いくつか病院をピックアップして小児救命救急センターにしようとした場合、医師の働き方改革等で医師も看護師もそれなりに手当をしなくては行けなくて、これは非常に財政的にもハードルがあると思うので、そのあたりを県の救急医療として予算化してもらうような方向で、ぜひ設置の方向へ行けばいいかなと思っています。

神奈川県の場合、東部の方に中核病院が固まっていますが、これから人口が増えてくるであろう湘南、それから県西部からの搬送も、やはり航空搬送が大きな意味になってくると思いますし、そうすると、診られるから診ているということではなくて、そういう状況になったときに、外科疾患であれ内科疾患であれ、子どもにとって一番よい医療を提供するのはどういうことかという視点で、神奈川県のリールプレイモデルを構築していきたいと思っているのですが、県立病院機構は、救急医療の検討というのを大きな項目として、次の中期計画の中に入れることを検討されています。それと第8次計画とを併せて、方向性として非常に重要なのではないかと思います。

田村先生が心配されていた外科疾患ですが、例えば、今の小児外科医が外傷のダメージコントロールをできるかということ、実はそういう訓練はほとんど受けていない。これは、まず救命救急で処理を行って、循環動態が安定したところで小児専門のP I C Uに運ぶという、そういうモデルで成績が上がっているというエビデンスがありますので、外科疾患も内科疾患も、このモデルで対応ができるのではないかと考えています。

(康井会長)

ありがとうございます。山田委員の手が挙がっております。どうぞご発言をお願いします。

(山田委員)

東海大学の山田と申します。私自身も神奈川県ではないのですが、以前P I C Uのある子ども病院で勤務していた経験がありますので、清水先生からお話いただいたことはよく理解できるのですが、先ほど外科系と内科系という話が出ていたかと思います。また、医師の働き方改革や医師確保という問題もありましたけれども、外科系疾患も内科系疾患も診られるように、集中治療できるように、ということで一遍に整備していくと

なると、なかなかハードルが高いと思いますので、まずは内科系疾患が受け入れられる施設だけでも整備していった、徐々に外科系疾患もできるような施設を増やしていくとか。西部の方もそうですが、小児を担当する医師だけでは担えない地域もありますので、そういったところは救命救急センターとも協力しながらやっていかないといけないと思いますので、一気にたくさんというよりも、やはり段階的にやっていくということを重視して、少しずつ広げていくということを意識するような方向性がないかと思っております。

(康井会長)

ありがとうございます。伊藤委員、手が挙がっているようですが、どうぞご発言をお願いします。

(伊藤委員)

横浜市立大学小児科の伊藤です。例えば、小児がんは附属病院で主にやっていて、これまでは北里や聖マリ、昭和大藤が丘がやっていたのですが、今はやらなくなっていて、白血病であるとか、そういったがんの患者さんを中心に診るようになっていきます。一方、清水先生のところは急性期、P I C U管理が必要な人を診ていただいているので、市大センター病院からE C M Oが必要でお世話になったり、ある意味、その施設ごとの色分けが少しずつ出てきている感じはあるかなと思います。ちなみに小児がんに関しては、東邦大学では移植ができないので、神奈川県の方にそちらで移植してくれないか、という感じで来ることも増えていますし、遺伝医療のCAR-Tができるのが、唯一小児科で我々だけということもありますし、連携施設の湘南鎌倉病院は陽子線を持っていますので、がんの治療という意味では附属病院が中心にやるようになっている。一方で、附属病院では救急患者は受けられない。センター病院の方は、外傷は確かに強いです。P I C U上りの人がE Rのスタッフにいますので、火傷とか外傷とかは強いんですが、E C M Oまでは回しきれないという感じなんです。我々も成育医療センターと連携しつつ、県内10か所、15人以上の医者を置いていまして、藤沢市民病院は、E C M Oを回すほどではないけれど呼吸器管理が必要なものは、連携施設の中でも結構取ってくれているし、救急搬送してくれます。ただ、かなり重症になると、清水先生のところにお世話になったり、あとは成育医療センターに、私も7年間くらいやっていたので、送ることが多いです。

都立小児の場合、何がいいのかというと、専門診療科が非常に分厚いということです。つまり、大学病院の数倍の医者があるので、そういう意味では、P I C Uの管理後に専門家が関わるといところが、非常に強い部分であります。ただ、そういうところは全国でも少なく、東京だと、東大と、多分、都立小児と成育でそれができるのですが、県内では該当する施設がないので、神奈川県は神奈川県の中でどうP I C Uを充実して

いくかということをも機能ごとに考えていって、とても間に合わないもの、例えば、肝臓移植できる場所はないですから、成育に送らないといけませんし、そういう機能がある程度考えた上で、デザインを始める方がいいのかなと思う。

清水先生のところは確かに大きいですが、北里大学もP I C Uを持っていますし、藤沢市民も小さいですけども患者さんを受けていますし、市大センターもある程度受けているので、どう重症患者を診るかというのは、県全体で考えた方がいいかなと思います。

ただ、清水先生が示したように、県外にお世話になっているのはかなり多くて、私は成育出身だということもありますし、清水先生も成育におられたので、結構気軽に受けてもらっているという部分はあると思います。例えば、熊本県や岩手県というと、そこで勝負しなきゃいけないですが、小さい人口圏の中で短い距離を搬送すればいい。岩手県は神奈川県のおよそ6倍の面積があるので、東京に行くのと距離感覚が全然違う。神奈川県の中で全部集約して終わらせるのも大事ですが、東京圏も含めて、どういう医療体制を作っていくのかということは考えてみてもいいかな。東京は1,300万人で、13の医学部があって、2つの大きな小児病院を持っている。神奈川県は900万人しかなくて、4つしか医学部がなく、1つしか小児病院がない。当然、患者さんが東京に集まっているということはあると思いますが、議論を始めるのはとてもよいですし、E C M Oとかを主に清水先生のところのP I C Uで診てもらおうということはよいと思いますが、大学病院のP I C Uができることと、大きな小児病院のP I C Uができることとは、機能が違うのかなとも思います。でも、議論は始めなきゃいけない。

あと大事なものは、外傷と小児外科です。小児外科は、1時間を争って死ぬか死なないかが決まります。田村先生の前で言うのは非常におこがましいのですが、ショックになってしまって、もたなかったら手術台に乗せられない。夜中に小児外科医がすぐ診てくれるところはなかなかなくて、こども医療センターもいなかったりしますので、小児外科疾患をすぐに送ってお腹を開けられる小児外科医に、ものすごく負担がかかるのですが、まずその体制を作れるかどうかは1つ重要なこと。実は、コロナ禍に我々も1人死亡しております。多分、消化管の穿孔だと思っておりますが、手術台まで乗せられませんでした。

(康井会長)

伊藤委員、ありがとうございます。現状を含めてご発言いただきました。萩原委員の手が挙がっております。どうぞ発言をお願いします。

(萩原委員)

看護協会の看護師の視点なのですが、先生方の議論に興味深く伺いました。神奈川県は東京と比べると、小児入院医療管理料という、看護の目安でいうと一番高い「1」を

取っている施設が、年少人口に比較すると非常に少なく、おそらく子どもを入院させる看護の体制というのも、東京に比べると少し脆弱かなとデータを見ると思います。先生方のお話を伺っていて、私の所属は神奈川県立こども医療センターなのですが、神奈川県医療体制を考えると、県が公立の小児専門病院に何を期待していて、大学病院とどのようなことを連携するのかということ議論していかないと、毎日小さい仕事に追われていて、大きいことが見えないでいるような気がしますし、看護師が足りなくて、県内の小児病棟が少しずつ閉められているような話も看護業界では少し聞いております。やはり医療人材、医師だけではなく、済生会東部で小児プライマリの認定看護師という日本で1つしかないような育成もしているので、医療体制の充実に、医師と他の職種も含めてネットワークを作っていくところを、県が本気を出していただくと、看護も手を繋ぎやすいですし、私の所属している病院もその一翼が担えるかと思っております。

(康井会長)

ありがとうございました。医療連携の基盤となる医療人材、医師以外の医療人材についても十分検討が必要だというご意見かと思えます。三角委員、今の点について、何かご発言ございますか。

(三角委員)

初めて参加させていただいて、大変貴重なお話をたくさん聞かせていただいたのですが、その前の議論の中で、小児中核病院と小児地域医療センターという区分があって、そこに救命救急センターが加わってきているので、このあたりの分類の仕方がクリアではない。先ほど、内科系・外科系どうするのという話があったので、初めて聞いていて、そのあたりがよく分からないなと思っていました。ただし、そんなにくっきり分けられるものではないだろうという思いもありますので、そのあたりをどう工夫したらいいのかということ、もう少し分かりやすくしていただきたいという思いです。

それから、東京近いですね。私どもの病院は横浜の中で北の方にありますから、やはり当院で困ったような症例というのは、黒田先生の方にお問い合わせするか、成育に問い合わせるかということは、現実問題、疾患や緊急度に合わせてやっているのですが、できるだけ県内でやろうということはもちろん正しいとは思いますが、何が何でもすべて県内でやるという考えは、せつかく東京が隣にあるのだから、住民にとっては地元でできるのが一番よいとは思いますが、そこはうまく医療資源を利用することを全体的なブランドデザインとして考えていくべきかと思えます。医療資源の中には、先ほどお話があった看護師の問題とか、それ以外の医療に携わっている人たちの問題、すべて含まれているかと思えます。今日初めて拝見して、感じたことを言わせていただきました。

(康井会長)

ありがとうございます。これまでの議論の中で、小児救命救急センターの位置付けはもちろんのこと、小児地域医療センターや小児中核病院の位置付けについてもご意見をいただきましたが、他にご意見のある方はいらっしゃいませんか。

今のお話は、近隣の、特に東京を含めて、県内だけではなく、もう少し広域を含めた地域の役割をどう考えるかということ、それから医療の中身として、内科系・外科系、あるいは交通外傷や熱傷のような救急の力も必要なものの役割をどう分けていくのか、あるいは組み立てていくかということ、それから医師だけでなく、医療関係者、これは搬送を担うというシステムのこともあろうかと思いますが、そういった人材の確保について、議論を深めないとなかなか成果を見るのは難しいのではないかというご意見だったかと思いますが、よろしいでしょうか。

特にご意見がないようですので、次に移ります。続いて、今後の方向性としまして、先ほどの議論を踏まえ、現行の14の医療圏を基本としつつ、今後は医療圏の広域化を含めて検討することはどうかという点について、ご意見はいかがでしょうか。

(伊藤委員)

もう4年くらい前ですが、ダイヤモンド・プリンセスが来たときに、コロナの医療体制を作ろうという話になり、最初は7つでした。湘南西部と東部を分けようという話が出てきたためブロックを分けたのですが、最初は7ブロックで決めました。清水先生は主に重症のところを担当して、PICUで受けるかということをやっていただいて、私を中心になって、県内の山田先生、石倉先生、皆さんに声をかけて、2週間くらいでブロックを7つ作りました。東京はコロナを全員入院させると言っていたのですが、小児は実際軽くて、私どもは最初から50床くらいあればいいだろうということで、その計算どおりで、全部それで乗り切りました。東京と違うのは、各拠点病院、今でいう地域小児科センターで、例えば、今日いらっしゃる済生会東部の三角先生であるとか、そういうところでコロナを2~3人ずつ受けてくれた。東京都内は全部違って、大学病院に全部押し付けたり、小児病院に押し付けたりしていて、神奈川県は本当に色々なところ、うわまちとか小田原とか横浜市民とか、みんなで診てくれて、結局ブロック間搬送で最後は乗り切って、小児の人口比で見ると入院数は多分日本で一番少ないんじゃないでしょうか。それくらい上手くいきました。もちろん中には心筋炎等で不幸な転帰をとった方もいますが、全体的にはその医療体制で、新しい感染症が出てきても乗り切れるかなと思う部分がありました。14の医療圏に比べて、小児人口で地域を分けると、現実的には8つが極めて妥当ではないかと思っています。

清水先生にも聞きたいのですが、それをベースに展開した方が住民には分かりやすいですよ。住んでいる人に、この地域はここが中心だとか、救急隊にとっても分かりや

すい。コロナをベースにした医療圏を神奈川県の小児医療のベースにするというのは大事ですし、あと私は小児科学会地方会の代表をやらせてもらっているのですが、主に清水先生に旗を振っていただいて、小児周産期リエゾンを中心として災害時にどうするかということをやりはじめています。それもやはり同じようなブロックでやっていますので、災害であるとか、実際の救急を考えると、このブロックが妥当だと思うのですが、清水先生どうでしょうか。

(清水主任教授)

今までの歴史的な経緯を踏まえた形で、医療従事者にとっても県民にとっても、流れを重視して混乱のないような形で進めていくことが重要であるということは、伊藤先生に同意いたします。ただ1つだけ、成人の二次医療圏と小児の医療圏とが多少食い違うところがあり、災害対策を進めていく上で、理解が少し難しいところがあったりもします。そのあたりの伸り反りを合わせていくといったところは、今後の議論の対象にはなり得るのではないかなと、僭越ながら私からの意見です。

(康井会長)

ありがとうございます。救命救急という観点にもう1つ、災害医療という、見落としはいけない観点がある、ということをご追加いただいたかと思います。

(三角委員)

医療圏のお話に関しては、小児以外にも、例えば、精神科とか産科とか、特徴があっていいと思うので、必ずしも成人の医療圏と一致する必要はないかなと思います。今の形が一番いいのかなと、聞いていて思いました。

小児救急の中でも比較的重症なお話が出ていると思うのですが、二次医療圏を決めるのはいいんですけども、一次医療をどうしていくかというのは、個人的には問題かなと思っています。二次医療を担っているような病院が、どうしても一次医療も担わなければいけない部分があって、このあたりの機能分化というか、もう少し一次医療を充実させるようなことも考えていかなければいけないのかなと感じております。

(康井会長)

ありがとうございました。今日はあまり議論に出ていませんが、一次医療が基本的には医療のベースになる部分で、その役割を二次医療機関が担っている部分がかなり大きくて、それが全体の活性化や施設の有効利用、あるいは医師の働き方改革等も含め大きな影響を与えている、というご指摘だと思いますが、平塚市民病院の福島委員、いかがでしょうか。

(福島委員)

小児の二次医療圏に関しては14ブロックが妥当かなと思っていて、コロナのとき、神奈川県西部はかなり広域になってしまって、救急搬送にかなり時間がかかったこともあり、集約化しすぎると搬送等に関して問題が生じるのかなと、神奈川県西部にいる者として少し感じるところがあります。

(康井会長)

ありがとうございました。他にご意見はございませんでしょうか。

今までのご議論をまとめさせていただきますと、今後の方向性という意味では、小児中核病院や小児地域医療センターの位置付けについては、大枠としては、学会が整理する中核病院小児科や地域小児科センターを本県の体制として位置付けることが1つの骨格になり、小児医療圏については、医療資源の集約化や実際の医療機関間の連携体制を踏まえて、先ほど伊藤委員からもお話がありました、1つのひな形として、小児コロナブロックも視野に入れながら見直していくのがいいのではないかと、というご意見であったかと思えます。

また、小児救命救急センターの整備については、たくさんご指摘をいただき、医療機能の明確化や先ほどの地域の話、あるいは人材確保の話等を含めて、目的や課題を整理しながら今後も検討していくとして、第8次保健医療計画への記載については、事務局案を承認するというところでよろしいでしょうか。

(伊藤委員)

小児科学会で小児医療提供体制の委員会の担当理事をしているのですが、基本的には、このような小児医療体制の会議を県で作って、国の指針に沿ってやってください、と書いてあって、第8次の案の中に、今日提案した小児地域医療センターや小児中核病院という言葉が記載されているので、それに合わせたマッピングで医療を展開していくというのは、極めて国の施策と一致しているのではないかと考えます。

(康井会長)

ありがとうございます。他にご意見はございますか。

(山田委員)

確か、今回の計画の3本柱の1つに医療的ケア児の話があったと思うんですけども、救急の体制においても医療的ケア児は非常に問題になっていまして、例えば、当院にはPICUはありませんが、ICUの医療を提供しないといけない患者さんの多くが重症心身障害児だという点があります。ただ、これは先ほどの清水先生のお話にもありまし

たが、例えば、循環器の先生方がP I C Uを維持していたり、P I C Uであっても、その体制によっては、どういう患者さんを受けるといことが施設ごとにより違っている部分がありますので、重症心身障害を含めた医療的ケア児が重症化した場合の受入先というの、一緒に検討していった方がいいのではないかと考えています。

また、もう1つの問題として、年齢が20歳を超えても小児科でしか受けてもらえないといった、医療的ケアを受けているような重症心身障害の方がたくさんいらっしゃいますので、そういった方は、成人の救急やI C Uで受けてもらえないケースも結構あります。そういった方も、3本柱の1つに挙がっている話ですので、一緒に整備していくということ、この中でやっていく方がいいのではないかと考えております。

(康井会長)

ありがとうございます。新たに生じた急性疾患ばかりではなくて、持病や合併症のある、あるいは障がいのあるお子さん方が、ハイリスクな状況で生活されている中、急変したときにどう対応するかということも含めて、全体の医療圏や医療機能について整備を進めるべきだ、というご意見と伺いました。そういうことでよろしいでしょうか。

(山田委員)

はい。特に受け入れてもらえないケースで、施設によっては、こういった方はP I C Uの対象ではないと明記しているようなところも全国にはありますので、神奈川県でやる際には、こういった方たちをある程度受け入れられる施設はここですよ、という形で提供できればいいなと思って発言させていただきました。

(康井会長)

ありがとうございました。他にご意見はございませんでしょうか。

本日は委員の皆様から、たくさんのご意見をいただきありがとうございました。今後、神奈川県のとるべき姿として、色々な課題を持っているということ、それから小児救命救急センターに関しても、神奈川県が全国で非常に特異な存在になっているという意味では、逆に言うと、全国から見られているということも含めて、県内だけでなく、広い視野の下で、神奈川県民の医療を検討していくべきだろうというご意見をいただいたと思います。

また、清水主任教授におかれましては、非常に詳細な資料をご準備いただき、ご丁寧な説明をいただきまして、ありがとうございました。この場を借りて御礼を申し上げます。

さて、最後にその他ということで、委員の皆様又は事務局から、報告事項や情報共有等がございましたらご発言いただきたいと思います。

(榮島委員)

貴重なご意見、色々ありがとうございます。一言でも発していないと参加している意味がないかなと思い、全体的なことと言っておきたいこととか、一市民としての意見を言わせていただけたらと思い、少し発言しようと思います。

中核とか小児センターとか、色々承認されるとかあるのかもしれないですが、結局県民としては、本当に最適な医療を受けられるのであれば、どこでもいいというのがありまして、あと、1分1秒を争うのであれば、やはり近いところにある、神奈川県にあるというのが一番ですが、いい医療を受けられるのであれば、東京でもどこでもいいというのが県民の声かなと。

あと、清水先生が言っていた、「診れている」とお医者さんが言っていると。正直、県民としては、「診れている」というのは、お医者さんを信頼しているので、この先生で絶対間違いはないんだろうな、ちゃんと知識のあるレベルの高い先生が診てくれているんだろうな、と県民は思っていますが、実は得意じゃない先生が診ている可能性もあるというのは、県民は気づかないだろうなと思います。本当に優秀な先生というのは、セカンドオピニオンも嫌がらないし、移送とかも、自分より能力が高い先生のところ、違う病院に行った方がいいと、積極的に紹介してくれるんだろうなと思いました。移送できないというのは、プライドが邪魔しているのか、上の先生に言われているのか、医学教育はどうなのかなと。「診れている」というのは、正直怖いなと思いました。それに県民は気づいていないというのが、本当のところだと思いました。先生は一生懸命治療してくれて、最善を尽くしてくれたけど、悪い結果になったと言っても、気付いていないといえば気付いていないんだろうなと感じました。

あと、#8000について、10名に聞いたんですが、正直誰も知らないと言っていました。でも資料を見ると、4万5千件の電話があって、それなりに知られているんだろうなと思いますけど、結局県民としては、困ったらすぐ119番に電話するので、その振り分けが重要なのかなと。そこで病院が決まってしまうので、私の周りでは、#8000はあまり知られていないというのが実情でした。あと、資料を見ていて、#8000の受付時間が資料1と資料2で違って、18時から24時と書いてあったり、18時から次の日の8時と書いてあって、資料1の7ページと資料2の63ページとで違う記述があったかなと見ていて思いました。

あと、医師の働き方改革ですが、実際先生たちは、予算があれば人も給料も増やせるんですが、例えば、勤務時間が5割減ります、その代わり給料も5割減りますというのは受け入れられるのかどうか。やはりそこは何を増やせばいいのかなと。予算を増やすべきなのかどうかとか、予算を増やすには、県知事なのか、市長に言うのか、国に言うのか、そこが働き方改革の悩ましいところなのかなと思います。色々思ったことを少し言わせていただきました。

(康井会長)

ありがとうございました。#8000 に関して、事務局から補足はございますか。

(事務局)

医療課長の市川です。参考資料 1 と参考資料 2 で違いがあるというご指摘だと思います。第 7 次計画のときは、参考資料 2 に書いてありますとおり、18 時から 24 時までで実施しておりましたが、この第 7 次の計画期間中に受付時間が延長され、現在は翌朝 8 時まで実施しております。参考資料 1 については、毎日 18 時から翌朝 8 時ということで、これは第 7 次計画から第 8 次計画にかけて状況が変わったため、記載も変わっているというものですので、ご理解いただければと思います。

(康井会長)

ありがとうございました。本日の議論は、今後の神奈川県の小児医療をどうするかという意味で、たくさんのご意見をいただいたかと思います。事務局におかれましては、いただいたご意見を踏まえ、色々と調整していただきたいと思いますが、他にご意見はよろしいでしょうか。

それでは、本日の議事はすべて終了しましたので、進行を事務局へお返ししたいと思います。ご協力ありがとうございました。

○閉会 (事務局)

以上