

第2回小児医療あり方検討会 議事概要

日時：令和元年10月24日(木)18:00～20:00

場所：県庁 201会議室

1 議事

(1) 説明事項

- ・ 本県の小児医療の現状について
- ・ 本県の小児医療で対応の検討が必要な医療機能等について

(資料に基づき、医務薬事課長から説明)

(2) 意見交換

2 主な意見等

(1) 議題1：本県の小児医療の現状について

【小児医療提供体制に関する意見】

- ・ 県内には大学を含め、5つの小児科の基幹病院があるが、それに加え、県内に小児医療施設が30近くある。それぞれに機能を分担しているが、これだけ多くの施設があるのは、他県には見られないことと認識している。1施設に医師が例えば10名集まれば、様々な意見が集まり、当直などの負担も頻度が減り、楽になる。人材を集めることが非常に重要で、良い意味での施設の集約化が必要と考える。
- ・ 少ない医師数で、高度小児専門医療を各分野に渡って全部できるかという点、やはり無理がある。もちろん、トレーニングをしながら、専門分野以外もある程度診られるようにしているが、対応できない場合は大学等に移ってもらっている。
- ・ 本日の資料は、高度小児医療の実態をよく反映しておらず、PICU等を考えるなら、もっと具体的にどの病院がどこまでの医療を提供しているか調査して欲しい。
- ・ 各分野の疾患の減少により経験練度が下がり、地域でその領域の高度医療が本当に実践できるか、非常に危惧される状況が年々深まっており、集約化により一定の数を恒常的に診ていけるようにしないと、良質な医療を維持できない。
- ・ 本県の小児医療が分散している様は、ある意味ありがたいが、いざ難しい病気になった時に、小さな医療機関では発見されずにたらい回しにされてしまう。
- ・ 県の地域医療計画の中でも、集約が必要と明言されている。常設の医療審議会に既にこう結論されているのだから、その方向で検討を進めていただきたい。
- ・ 集約化はしていくべきだが、そうすると大きな病院ほど、フリーアクセスが制限されるため、それを診療所が補っていくことになるだろう。診療所と休日・夜間救急センター、大学の医師が頑張ってくれているが、更に診療所等の充実は必要と考えられる。そこで、診療所の医師の高齢化も、大きな問題の一つだと思う。

- ・ まず、診療所で診て、大概が第二次医療圏の中核病院へ送り、診断がついて漸く高度医療機関へ送る流れだと思うが、命に関わる状態なら始めから高度医療機関へ搬送することになり、その棲み分けをきちんとしていく必要がある。
- ・ 本県は、医師偏在で特に小児科医が少なく、今後働き方改革で非常に制限されてくるので、医療を維持するためにも医師の組織化・体系化が必要と考える。
- ・ 今は、一般の病院から大学病院へかかるのに紹介状が必要な時代であり、その間にたらい回しにされて見つかるべきものも見つからない。やはり、専門医がある程度いて、様々な病状の知識があるという施設があることが重要。

【小児医療の需要に関する意見】

- ・ 小児については、親としては、近くのちょっと診てもらおう病院より、子どもの命を救ってくれる、きちんと治療してくれる病院が必要だ。それは、距離の近さよりも、高度な医療・高度な検査をしてくれることが重要になる。
- ・ 15歳以上で小児科に入院している医療的ケア児が増加し、染色体異常等の子が救命されて長期通院するケースが増えている。一部成人になってから内科へバトンタッチする子どももいるが、多くは小児科医が診療を続けており、全国的に課題になっている。
- ・ それなりの数の医療的ケア児を中核病院で診ており、今後も増えるであろうし、在宅呼吸器等も増えて、そういう患者の合併症の入院が以前よりも増えていると思うが、本県は全体的に医師が不足し、内科は寿命の伸長によってカバー範囲が拡張しているので頼ってばかりおられず、小児科医が少しずつ守備範囲を広げていかなければならない。その意味で、入院患者は今後それほど減少していかないのではないかと感じる。

(2) 議題 2-1：対応が必要な医療機能について (PICU・高度小児医療)

【PICUの必要性に関する意見】

- ・ 県内では、小児の心臓手術は、大学病院か長岡赤十字病院の二か所で行い、心臓手術の子どもは一定期間 ICU に入れる。これは手術を予定して術後に入るもので、ある程度恒常的である。今、県内で最も高度な心臓手術ができるのは大学病院で、本当に難しい心臓手術は大学で行っている。
- ・ 大学併設の PICU があれば、心臓手術後の病状の重い子どもたちも安心して治療することができ、こういった子どもたちの恒常的な入室が予定されるので、心臓外科がどのくらいのペースで手術をするかで、どのくらいの PICU の規模が適当かについては、ある程度しっかりした数字が割り出せると思う。
- ・ 他県でも ICU が小児を引き受けていると考えられ、我々も ICU で子どもを診ているが、小さな子を 365 日 24 時間しっかり看護できる体制、小児用の器具が必要な時に揃わない状況、小児独特の薬物の運用方法等を考えると、今後も十分な集中治療をやっていけるのか懸念がある。

- ・ 365 日ベストな治療ができるメンバーを揃えておくことは不可能であり、PICU に一定の患者数を集約することで、スタッフを恒常的に揃えられるのだと思う。
- ・ 先進国の小児医療では、小児の集中治療の専門家が PICU にいて、子どもの救命、集中医療を行っている。現在、先進国においてそれが世界標準の小児医療であり、国内、特に県内の現状に非常に遅れを感じている。
- ・ 大学病院では、心臓手術後の小児患者については、小児循環器外科、小児循環器医と一緒に、成人の ICU に赴任した小児 ICU の専門家（1 名）が中心に診ているが、彼の不在時には、小児循環器の専門家が通常業務を行いながら、数日に 1 回の当直を小児循環器外科医と分担している。このように、医師一人一人の犠牲の下で、ICU の重症患者を診療しているのが現状。
- ・ 大学病院では、成人の重症患者の横で乳幼児が寝ているという状況で、ICU の中に乳幼児がいると、小児救急の知識や経験のある看護師が必要になるが、そうした人材が 24 時間いるわけではない。また、乳幼児は少し元気になると泣き始めるが、ICU は個室ではないので、隣の患者のモニター音等が聞こえなくなる恐れがあり、ICU でこれは問題である。

【PICU の運営体制に関する意見】

- ・ PICU は、最低でも医師が一人、四六時中付いていなければならない、2 床に 1 人看護師が必要だったと思う。それも高度な看護知識を持った看護師が必要。もちろん、24 時間体制で人員配置をしなければならないので、相当数のスタッフが必要。
- ・ PICU のベッドが空いていても、他のベッドに転用はできず、PICU の必要性は全員の理解するところだと思うが、どのように手当していくのか、きちんと考えていないと難しい問題だ。
- ・ 他県のこども病院では、うまくいっているのは PICU だけで、他の医療機能はあまりうまく稼働していないようだ。この PICU は 8 床、小児救急の専門医は 3 人で、脳炎や脳症の患者には小児神経の医師、循環器系の患者には循環器の医師が関わるといって維持している。また、当該県では大学であまり救急をしておらず、こども病院へ集まってくるので、8 床で稼働率 80% は非常にうまくいっていると思う。ただ、PICU の次の受け口がなく、パンクしている。本県も、救急の医師が 2 人か 3 人用意でき、そこに各専門医が集まれば、良い PICU ができると思う。
- ・ 小児の集中治療には専門的な知識が重要で、専門知識を持った認定看護師もある程度いるが、小児の数が減っている中、小児の知識があっても成人で働いているケースがあり、PICU ができれば、それらの看護師が集まってくる可能性がある。
- ・ 医師の立場からも全く同じことが言え、今、本県の医師で ICU のトレーニングを受けて働いている小児科医は新潟市民病院と大学病院に各 1 名で、少ないようにも思われるが、ICU のトレーニングを受けたにも関わらず、県内に活躍の場がないと県外へ流出したメンバーが数人おり、彼らは新潟へ帰りたいと言っている。

- ・ 本県に小児医療専門施設ができて、しっかりした PICU があり、これまであった様々な小児医療施設の利点を取り入れられれば、全国から医師が集まることも考えられるため、県内のメンバーでどうするかではなく、外からどう人を集めるか、どのようなものを作れば人が集まってくるかを議論していくべきだ。
- ・ PICU は、小児の集中治療だけでなく、救急医療の中でも活躍しているので、本県の場合は南北に長い距離があり、ここが地域医療と救急医療の連携を図って、PICU にどう繋げていくか、考えていく必要がある。

(3) 議題 2-2：対応が必要な医療機能について（医療資源等の集約化）

【医療資源等の集約化の必要性に関する意見】

- ・ 国は、総合診療医・プライマリーケアを広げようとしているが、小児科医にしかできないことがたくさんあるので、地域にも小児科医を置きたい。しかし、子どもが減っていく状況で、地域では小児科医の経営が成り立たないケースがかなり出てきており、これもまた対応の検討が必要な議題だと思う。
- ・ 集約化については、地域の特徴や状況を考えながら行う必要がある。中越地区は、現在の子どもの入院患者数を考えると、理想としては、長岡赤十字病院に小児の入院病床を集めるしかないと思う。
- ・ 今はどの病院も経営が厳しく、病床稼働率は重要になっており、そのうち小児の病床数削減の話が出ないとも限らず、県全体で一様に病床が減ればキャパシティも減ってしまう。中等・軽症も含め 1 か所に集めていかないと、小児科医としての診療力を維持する経験練度を保つ病床数を確保できない。
- ・ 研修医は、中等症も軽症も診ないと、本当の重症が分からなくなり、1～3 次をしっかりと分けることは、小児医療にあまりなじまないと考える。患者側の論点も必要だが、研修医が育つための様々な症例を経験できる病院を県内のいくつかに絞り込み、そこを中心とすることが重要と考える。
- ・ 小児のがんは、大きく血液のがんと固形腫瘍の二つに分けられるが、特に、固形腫瘍患者の場合、小児外科医や放射線科医等、より多くの専門職が関わることになる。がんセンターと大学病院では、大きな役割分担として、固形腫瘍の患者は大学病院で、血液腫瘍の患者は両施設で引き受けている。一つの病院で診療することは、患者のためになるほか、小児の悪性腫瘍を研修する若い医師にとっても、幅広い病気に触れることができ、大きなメリットがあると思う。
- ・ 医療の質の向上や高度なサービスの提供等を考えると、集約化の流れだと思うが、集約された所で全て賄うことは非現実的なので、地域との連携やネットワークを構築して、それぞれの役割分担をしていく必要があると考える。行政の目線では、いろいろな意見をいただく中で、今後現実的に、行政として運営できるところへまとめていかなければならないと思う。

【集約化に当たって留意すべき事項に関する意見】

- ・ 自分の所は一般小児医療の窓口となっており、対応できない時は、各地域の中核病院に入院してもらっているが、病床に余裕がある時は受け入れてもらえる一方、冬季やインフルエンザ流行時など病床に余裕がない時は、転院先がなかなか決まらない。そうした中、病院の集約化により、病床のフレキシビリティが失われることを懸念しているが、各病院で患者が出た時に、他科の病床数を削って病床を確保できるようになれば、非常にフレキシビリティが出ると思う。
- ・ 集約化の議論に当たって、外形的なデータで議論を進めていくのではなく、入院患者数が約 500 名いる中、この 5 割が呼吸器系の疾患、周産期に発生した病態、がん疾患であり、少なくとも過半数を占めているこれらの患者が、県内の各医療機能を持つ病院に、どのように辿り着いているかという視点があっていいと思う。
- ・ 集約化すれば、フレキシビリティがなくなることもあるので、慎重に議論しなければならないと思う。

【その他】

- ・ 小児病院自体は、アメリカなどへ行くとチルドレンズホスピタルのような施設が完備されている。がんセンターでの活動もあるが、子どものための病院があって、子どものための療養体制が整っていることが、子どもにとっては一番良い。
- ・ 地域医療構想では、基本的に、民間では担えない不採算部門等を公的病院が行うことになっており、小児病院・PICU 等の小児医療は、公的病院が県全県で 1 つ持つというのが本来の姿だと思う。
- ・ 命に関わる際は、親も医師も瞬発力で対応するが、問題はその後でハンディキャップを負いながら、地域で生きていく時に、親は長く持続的な困難に直面する。折角命を繋いだものが、非常に苦しい生活を強いられることがないようにしなければならず、全体を見てシステムとして考えていくことが大切だと思う。
- ・ 第 1 回検討会は、本県にない小児専門医療施設を新たにつくることが中心の議論であったが、今回、医療圏ごとに「集約する」という視点が明確に加わった。ないものを新たにつくるだけでなく、医療圏ごとに既存のものを見直し、集約のあり方も含めて考えていく方向性が明確になったのは良かった。
- ・ 上越地域では、高度医療を県立中央病院だけでは対応できないので、市でも交通費を助成している。距離的に長野県が近いので、長野県立子ども病院へ行くこともあるが、それ以外のより遠い都道府県まで行くケースもある。県内で高度小児医療が受けられれば、患者や家族の負担が減らせる。