

## 令和5年度 第1回宮城県小児医療協議会 会議録（要旨）

- 1 開催日時 令和5年7月27日（木） 午後6時30分から午後8時まで
- 2 場 所 県庁9階 第一会議室
- 3 出席者 別添名簿のとおり
- 4 会議記録

### ■議事 第8次宮城県地域医療計画（小児医療）の素案について

#### 【菊池会長】

本日は、第8次宮城県地域医療計画の小児医療分野の素案につきまして、次第の（1）から（3）までの内容を委員の皆様にご審議いただきます。はじめに、5（1）第8次宮城県地域医療計画の全体構成および策定スケジュールについて、事務局から説明願います。

#### 【事務局】

（資料1、資料2、資料3に基づき説明）

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。この説明で地域医療計画全体構成とスケジュール、小児医療に関わる部分の構成の変更等について御説明をいただいたところですが、何か御意見や御質問等がありましたらお願いいたします。

無いようですので、続きまして、（2）の宮城県における小児医療の現状と課題について、事務局から説明をお願いします。

#### 【事務局】

（資料4、資料5に基づき説明）

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。事務局から説明がありましたように、資料の内容については、事前に委員の皆様にごアンケート調査をして御意見を頂戴していただきました。この課題整理について、ポイントごとに委員の皆様から改めて補足いただきたいと思います。時間の関係上、質疑については、最後にまとめてお願いいたします。

では、はじめの課題整理①「医療機能の明確化等による医療の確保」のところからです。こちらについては板野委員、久間木委員に御意見を頂戴したいと思います。はじめに板野委員よろしく申し上げます。

### 【板野委員】

私の方からはここに3点ありますが、それ以外にもう2点ほど追加してお話させていただければと思います。

まず事前アンケートで虻川委員からも出ていましたが、軽傷の小児外傷を引き受けてくれる医療機関が少ないということは課題かなと思っています。#8000の相談内容上位の5項目に打撲と外傷も入っているように、やはり相談される方が休日も夜間も非常に多いです。一般外来をしてもそうですが、なかなか対応していただけない場合が多い。急患センターや外科の輪番に積極的に初期対応していただければと思います。この軽傷の小児の外傷については以前から言われてますように、なかなか難しいところがございます。

もう一点、現在報道されていますように、子どもの風邪が大流行してしまっていて、熱発の人がたくさん押し寄せるような状態が続いています。そのように容量を超えて患者さんが増えてきた場合、どのように対応していくかということも課題になってくるかなと思っています。実際コロナは5類になりましたけれども、やはり熱が続く患者さんが大勢いらっしゃった場合には、それなりの検査や対応をする必要があるので、そうすると時間もかかります。そうすると、必然的に一日に診る患者数も減ってきてしまいます。それで患者が押し寄せるとどうにもならないので、多くの小児科は予約制を採用しています。当院でも予約制で運営しているのですが、一分足らずで予約が埋まってしまいます。このような状態で、実際診てほしい患者さんの半分も診れていないのではないかと思います。そして、どこもいっぱいいっぱいということで断られて行き場所がない患者さんが、仕方がないから救急車を呼んでしまおうとか、大きな病院に行ってしまうという状態になってしまいます。さらには日中どこも診れないから急患センターに行くとなると、急患センターの負荷が増大してしまうと思います。一次医療機関でかかりつけ医が見るのが筋ではあると思うのですが、やはり急性の患者さんだけではなくて、健診や予防注射などいろいろな業務をこなすことがあります。キャパシティを超えた時に溢れた患者さんをどういうふうに対応するかが問題となるので、小児科やプライマリーケアを担当していただける内科が増えることが望まれるのでしょうけれども、そのような医療機関に協力を仰ぐことも必要となってくるのではないかなと考えている次第です。この点を追加させていただきました。

### 【菊池会長】

ありがとうございます。県内同じような状況ではあると思いますが、仙台圏以外の地域で偏在が強いと一次医療が逼迫しやすくなります。仙台も大変なところはあるとは思いますが、それ以外の地域だとさらに偏在が強く、逼迫しやすいと認識しました。

続きまして久間木委員よろしくお願いたします。

### 【久間木委員】

私は小児救急医療をということなので、ここに3つ挙がっていますが、その中の人

材というところですね。若手の教育をどうするかというようなことが挙がっているのですが、私から提案したいことがあります。一つ目はオンラインで各病院を繋ぐようなシステムを県に構築していただけないかという希望です。二つ目は宮城県内の救急の質を担保するために、宮城県内で何か統一した救急マニュアルを、仙台市立病院とこども病院を中心に作成できたらいいかなということを考えています。桑名委員が書かれたように、オンラインシステムがあると、夜間休日の紹介、搬送先の受け入れ態勢の透明化が実現できるかもしれないし、端末を救急外来に置くと上級医がいない状況で働いている先生がオンラインシステムで、例えば市立病院やこども病院の先生に気軽に質問できるようになる可能性があります。あとは阪本委員が書かれているように、小児救急分野のローテーションを義務化するという方法はとても良いのですが、トレーニングできる施設に限られており全員が受講できるわけでもないと思います。県内で統一した救急マニュアルを作成してその最新版をオンラインシステムにアップロードしておくことでその場で調べることができるというような、将来に向けたビジョンを考えてみました。

**【菊池会長】**

ありがとうございました。コロナの影響で少し患者さんが減ったところで、救急の経験を積む機会が減ったといったこともあるのかなと推察します。オンラインシステムというのは、救急の患者さんの相談に乗ったりとか、比較的リアルタイムに相談ができるというものを想定されているということでしょうか。

**【久間木委員】**

オンラインシステムは別に救急だけのものではなくて、各病院にあれば各病院の受け入れなどに関しても情報交換がやりやすくなるのかなと思っています。その応用の一つとして、例えば救急外来に端末を置けばそういうことも可能になるのではないかということです。

**【菊池会長】**

今はアプリを含めて情報交換ツールもいろいろとありますので、確かにそういったものを検討してもいいのかもしれないということですね。マニュアルの作成については、これまでも確かに各病院ごとという形で、あまり統一のものはなかったかも知れないですね。

**【久間木委員】**

各病院ごととなっていて、意外に若い先生がよく理解してないところもありますので、できれば統一したものがあればいいかなと思います。

**【菊池会長】**

村田委員の手が上がってますね。よろしければ発言をお願いします。

**【村田委員】**

小児救急医学会で小児救急テキストを作って、ベーシック版をつい最近発刊しました。きちんとしたベーシックな部分は網羅してありますので、ぜひ個人一冊でなくてもいいのですが、各病院に一冊あっても良いテキストです。私も関わったので、小児救急医学会の方から参照していただければと思います。

あと、本当の底上げとしては若い先生もぜひ小児救急学会に入会していただいて、その中でPALSも含めたいろいろなトレーニングコースもありますので、インターナショナルとはいかなくても全国レベルで共通した形で宮城県の小児救急の底上げをしていきたいなと思っています。

**【菊池会長】**

補足いただいてありがとうございます。小児救急については学会のマニュアルもあるということで、そちらをまずということですが、いろいろなものを周知していくことが大事というところですね。

では、次のテーマに移らせていただきまして、課題整理②「医療的ケア児への支援」です。こちらは虻川委員と田中委員に御意見を頂戴したいと思いますので、はじめに虻川委員よろしくをお願いします。

**【虻川委員】**

こちらにまとめていただきましたが、二点に絞られると思います。

1つ目は医療的ケア児を診る場所です。一部の在宅診療所、田中先生と、一部の病院、こども病院にかなり負担がかかっている、こども病院は人が大勢いるのですが、田中先生は一人なので本当に負担がかかっていると思います。そのため、必要なのは人材と人材育成です。東北大学の小児科でも、おそらく医科薬科大学でも、医療的ケア児に関する教育を学生の頃からやるようになって改善されていますが、あとは卒後の研修にもこれを組み込んで、どの小児科医でも医療的ケア児を診れるという体制が望ましいと思います。たぶん多くのドクターは勉強していないので自信がないのですよね。なので、若い先生を中心に研修する、経験する場をどんどん作っていく必要があると思います。これは県の仕事というよりは大学や我々医療関係者の仕事であり、加えてプログラム in MIYAGI をそういう形にするよう改善していく必要があると思っています。

もう一つは、福與委員が御指摘してくれた移行期医療が最大の問題です。成人になった医療的ケア児を診てくれる医師が本当にいないのが現状です。そこでみんな苦勞しております。患者さんもとても大変な思いをしています。したがって、内科医を含めた体制を構築す

べきと考えます。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。田中委員やこども病院の方々に非常に大変な負担がかかっていることは、きっと皆さん認識してるところかなと思います。その中で人材を育成するという点で、私たちが今プログラム in MIYAGI の改定作業などもやっています。そこでの1つの目標として、今までは医療的ケア児に限られたグループの者だけが関わっていたのですが、プログラムの中にどうにか組み込めないかなということは考えているところです。ですが、如何せん三年間しか期間がございませんので、その中にどう組み込むことができるかということについてなかなか苦労してるところですが、何とか知恵を絞っていきたいと思っています。

続きまして田中委員よろしく申し上げます。

#### 【田中委員】

虻川委員に御指摘いただいたように、こども病院に集中しているところがすごくあるなと私も思いました。これからの一つの提案として、専門的な医療は大きな病院でお願いするとしても、私たちのようなクリニックであったり、訪問診療所であったり、市内の大きな病院が、もう少し近くにある病院として機能するという、ダブル主治医制という形ができればと思っております。大阪や山形や埼玉等ではダブル主治医の形で、専門的な医療と地域の身近な医療という形ができつつあり、そこをマッチングしてこの地域ではあの先生が診てくださるというような形で、一点集中せずに地域でも診れる体制ができているようです。そういったことは一つの提案として宮城県でもできたらいいなと思っております。

それから、新しい訪問診療のあり方として、これまでの病院の医療と違って、家の中から支えることで家族や本人のお役に立てるかなと思っていました。それから病院に入院することを少しでも減らして、家で点滴する等により予防することで病院の役にも立てるかなというふうに思っていました。その辺りを今お話のあったように、プログラム in MIYAGI 等で若い先生に研修の機会を作ってもらえれば、私もぜひ一緒に取り組ませていただきたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

最後に一つ補足しますが、災害対策も大きな課題と思います。医療的ケアが必要な子たちには電源を確保する必要があるという課題と、東日本大震災のときにすごく苦労した経験から、どこを避難所として過ごすかという大きな課題があります。地域の小中学校という指定避難所はこの子たちはなかなか行きにくい場所であるということ、従来の福祉避難所はそういった子たちのためにあるのですが、どうしても数日後にしか開かないというところがあります。災害対策基本法が2年前に改正された時に指定福祉避難所という制度ができました。この指定福祉避難所というのは災害があったらすぐに開設されるという条件があり、それから誰がどこに行くのかを事前に登録しておくというものです。したがって、何か

あったときにこの子たちがすぐに行ける場所として確保されているという考え方なのですが、例えば県立の支援学校がその一つの候補になります。ですが、学校の運営は県、避難所の運営は市町村の管轄ということで、どうしても縦割りの中で交わらないところがあります。これは行政の方に助けていただいて、この支援学校が指定福祉避難所になれば、在校生も卒業生もそこで救われるということはあると思います。そこには医療的ケアが必要な子たちのことをよくわかっている職員がいらっしゃるので、これは非常に大事なことと思っております。そこで行政の方々にも手助けをいただいて、より良い指定福祉避難所が実現できれば良いなと考えておりました。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。本当にどれも大事な御指摘と思って拝聴していました。ダブル主治医制というところを追加で少し伺いたいんですけど、これまでも何となくこの地域ならあのクリニックの先生が割とよく診てくださるというような感じで、ゆるく運用されていたと思うのです。その辺りをもう少し明確にしておくということでしょうか。

#### 【田中委員】

例えば大阪の話聞いてみると、地域の医師にこういう患者さんなら診れますよというように手を上げてもらって、大学病院やこども病院から退院する時に、あの地域にこういう先生がいらっしゃるのでどうですかと伺ってみて、それでマッチングが成立するような、そんな形で連携を取るようでした。この手法はもしかしたら移行期支援にもすごく使えることなのかなと思っておりました。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。あとは災害の時の避難所ですね。縦割りを何とかしていただきたいという課題解決は、ぜひ県と市の方々をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。福輿委員、追加の御意見をお願いします。

#### 【福輿委員】

先ほどプログラム in MIYAGI でもなるべく医療的ケア児の教育をするとの意見がありましたが、たぶん小児科医だけでは無理だと思うのですね。なので、私は医科薬科大学では小児科医にならない医学生たちにも、小児科でこういう子たちにどうやって接したらいいかをなるべく教えるようにはしています。私たちが一番困るのは、成人になった時に診てくれる内科医がいないことです。したがって、できれば県の方々には、田中委員や東北大学が内科医に対して何かしらの教育などで、医療的ケア児にどのように接したらいいかをお伝えるので、そういうサポートがあれば成人になった時に診てもいいよという内科医を募るということをお願いしたいと思っています。やはり私たち小児科医でお願いするのはすご

く難しいので、それは県のトップダウン方式でお願いできるとすごく助かると思いました。そして、この病院だったら大丈夫かもしれないとなると、たぶん小児科の先生たちは、子どもの時は医療的ケア児は私たちが診るから成人になったらお願いしますという感じで、うまく循環していくのではないかと思うので、今日はぜひそれをお願いしたいと思ってまいりました。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。小児科だけでなく、内科の先生にも広がりをとというのは、なかなか一朝一夕にはいかないかもしれませんが、教育やいろいろな方面からというのは大事な視点なのかなと思いました。

では、次のテーマに移らせていただきます。課題整理③「子どもの成育に関する保健・教育・福祉との連携」です。こちらは村田委員と阪本委員に御意見を頂戴したいのですが、はじめに村田委員お願いいたします。

#### 【村田委員】

心の問題については、やはり専門の先生だけではなくて、裾野を広げてみんなで関わりながら、みんなで共有していく必要があると思います。僕は不登校や虐待や精神疾患、あるいは依存症を持った親の子どもとたくさん関わっているのですが、すごく裾野が広いので、多くの関係者と一緒に問題を共有して勉強しながら、専門家の先生につなぐような形のシステムを作っていければなと思っています。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。裾野が広いのでいろいろな方が関わるというところだと思いますが、これは以前より心の問題がクローズアップされて認識が高まってきたことで新たな課題として見えてきたと理解したらいいのでしょうか。それとも絶対数がどんどん増えてきてるとい認識をされていますでしょうか。

#### 【村田委員】

いわゆる神経発達症の部分もあるのですが、今の虐待対応というのは、どうも懲罰的な部分がメインとなっていて、虐待環境にある子どもたちをそのままにしておく世代間連鎖してしまうので、親支援のシステムを作る必要があります。その子どもたちが受けたトラウマに介入するという形で、共通の認識の上、状態を理解しながら対応し、そして本当に困ったケースは専門家に相談できるようなシステムを作っていないと、虐待の件数は指数関数的に増加し、その中で心の問題を抱えた子供たちのトラブルなどが増えていくのではないかなと危惧しています。今の子どもたちの心の問題は、専門家だけをお願いするのではなくて、ひとつずつ共有しながら専門家と連携して対応する必要があると思っています。

**【菊池会長】**

ありがとうございました。続きまして阪本委員、よろしく申し上げます。

**【阪本委員】**

発達障害診療をやっていると感じる問題点は、診れる医師が、仙南地域だと僕しかいないというように少ないので、患者が一極集中してしまうことや、家族の問題等たくさんあるのですが、今回は関係機関との連携状況に絞ってお話をさせていただきます。

僕はこれまで大学や市立病院など、いろいろな病院で働いてきたのですが、どの医療機関でも連携のためのシステムが完全に構築されていませんでした。そのため、診療で確認することを把握している医師が連携を取るために、いろいろと動かないといけなくなっているのが現状です。あとはこれが一番の問題だと思うのですが、医師が連絡した場合とソーシャルワーカーや心理士が連絡した場合とで、学校の先生や市町村の方の対応の仕方が全然違うことがあります。したがって連携のシステムがないと、医師が連携を図る必要が出てきてしまいます。発達障害診療を多くの医師が敬遠する理由の一つは、このように医師の負担が増えてしまうことだと思います。他には地域や学校によって対応が全く異なってしまう、市町村ごとによったり、学校の校長先生の方針だけでも変わったりするので、このような状況も問題かなと思います。県全体として、学校や市町村などで関係機関と医療機関を結ぶようなシステムを構築していただかないと、うまくいかないというのが僕の印象です。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。システムがあった方が医師が個別に連絡を取らなくても、他職種の方に連絡を取っていただいても、対応のばらつきが少なくなるのではないかと、きちんとしたシステムが大事ではないかというところですね。阪本委員の所では他職種の方はどのぐらい先生の発達障害の診療に関わられていますか。

**【阪本委員】**

一人の心理士にほぼ専属のような形で付いていただいています。あとはソーシャルワーカーの方にも連携等をお願いすることもあります。最初は全部僕が連絡して繋いでからお願いするという感じが多いので、結局最初は医師が連絡する形になっています。学校の先生はやはりお忙しくて、連絡できる時間は僕らの時間外になることもあるので、そこも問題かなと思います。

**【菊池会長】**

繰り返しになりますけど、その辺りをシステム化することで連絡の時間帯であるとか、他職種の方をお願いするとか、いろいろなところでやりやすくなるということですね。ありがと

うございます。

**【虻川委員】**

よろしいですか。発達診療、発達障害の対策で求められているのは医療、つまり医師ではなくて療育だと思うのですよね。ということは、県で言えばまなウェルみやぎですし、仙台市で言えばアーチルです。その機能をもっと拡充する、充実させる方が優先されるべきではないかなと思っています。学校で発達障害が疑われると病院で診断してもらうことになるのですが、そこで解決しないのですよね。発達障害のかなりの部分で不登校や心身症等いろいろな問題を起こしています。それをサポートする体制が欲しいといつも考えております。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。これについて、阪本委員いかがですか。

**【阪本委員】**

確かにおっしゃるとおり、そのシステムがある仙台だとアーチルなどをお願いすることができのですが、自閉症の子どもによって対応が違ったりとか、ADHDの子によって全然対応が違ったりとか、愛着形成の方も自閉症やADHDに見えたりとかするので、その見極めや診断は医者がしなくてはいけないということもあります。なのでやはり医師を育てることも結局のところは大事なかなと思います。あとはADHDの方には薬を出さないといけないため、薬を出せる医者も作らないといけないので、両方大事なかなと思います。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。まだこれから埋めていく、充実させていく課題があるのかなという感じですね。

では次のテーマに移ります。課題整理④「医師の勤務環境の改善」です。こちらは福興委員と北西委員に御意見をいただきたいと思います。はじめに福興委員よろしく申し上げます。

**【福興委員】**

おそらくこちらにいらっしゃる先生方の病院はB、C-1、C-2水準に該当する病院だと思うので、基本的には医師を派遣していると思います。今までの県の医療は、急患センターが大きい病院からの医師派遣によって成り立っているところですけど、子どもの急患センターというのは基本的に患者さんが来るので日当直ではなくて時間外業務です。したがって、おそらく今のまま勤務を続けていると、どこの病院も労基法に引っかかってしまうと。それで、急患センターの受付時間を短くしたり、行かない人を増やしたりすると

なると、たぶん県の医療が崩壊すると思います。この課題への対策というのがすごく難しいんですよね。限られた人数で来年4月、働き方改革が始まると、おそらく今までどおりの医療は、私は小児医療に関しては難しいのではないかなと思っています。一応1860時間まで働けることにはなっているのですが、基本的に今でもそれ以上に、特にNICUの先生は働いているので、これは県の方々をお願いするというよりは、病院長たちが県医師会と相談してどうやってやりくりするか相談しているところだと思うので、これは私たちが解決できる問題ではないかなというのが正直なところですよ。

もう一つ私が付け加えたいのは、小児科は女性医師がすごく多いので、定着してかつフルに働いてもらうには、やはり院内保育、病児・病後児保育、終夜保育を拡充するしかないということです。ですが、それぞれの病院にそれをお願いするというのは採算が合わないため無理なことだと思うので、岩手県で医療局が全病院に保育所を設置しているように、宮城県としても医師の働き方改革に伴い女性医師のマンパワーを使うためには、きちんとした院内保育、病児・病後児保育、終夜保育というところを拡充していただければ、これまでの地域医療をキープできるのかなというふうに思っています。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。働き方改革の対応は今日ここで議論してもなかなか難しいのですが、すごく大事だということはお伝えするのがいいのかなと思います。そこに絡んで、女性医師の方、特に小児科は女性医師が多いですので、環境を整えることで当直などに参加して夜間の業務に参加いただけるようになると、確かに少し糸口が見えてくるかなというところですよ。大学でも最近子育てが一段落して小学校に入ったあたりから当直を再開される女性医師が増えてきていて、ありがたいところだなと思うので、そういった動きを推進する環境の整備というのはとても大事なのかなと思いました。

では、続きまして北西委員よろしくお願ひします。

#### 【北西委員】

福與委員がおっしゃったことと被るんですけども、働き方改革の中でなかなか小児医療の維持が難しいということになると、当然小児科医の絶対数を増やさなくてはいけない。そこで育成の話になってくると思うのですが、小児科医の絶対数を増やすためには、まず小児科医になりたいという医師が増得ていく必要があることが一つ。あとは小児科医のポストを増やさなくてはいけないということが一つあります。

今の宮城県の若手の小児科医の育成システムはプログラム in MIYAGI と医科薬科大学のプログラムの二つがあるのですが、当然プログラム in MIYAGIの方が数が多いです。プログラム in MIYAGI に関しては、始まって最初の十年間はずっと小児科医が増えたのですが、ここ数年は若干足踏みをしているような状況です。私の院内の若手の先生にヒアリング

してみたのですが、やはりどうしてもプログラム in MIYAGI 中の3年間でなかなか自分の希望どおりにいかなかったりとか、あとは気仙沼で給料が下がって、かつレジデント2人で相談ができなくて大変だったりとか、その辺で納得のいかなかった方がプログラム in MIYAGI が終わってから宮城県から去るということがありました。そういう意味でプログラム in MIYAGI を変えるために医局の方とも相談しているのですが、受講者の意見を吸い上げてシステムに反映していく必要があるというのが一つです。

もう一つ、コストの問題ですけれども、特に仙台市以外で子どもの数が減っていて、どうしても病院の小児科の収益が減ってしまいます。その収益だけでポストを増やすというのはなかなか難しいかなというところですので、その辺は必要に応じて人数を確保するためにも県から何らかの助成のようなものがあれば、少しポストを増やしたりということはできやすいのかなと思います。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。プログラム in MIYAGI は東北大学の後期研修プログラムということで、毎年9人前後の小児科医を育成してきたところですけど、確かに最近横ばい傾向というところがあります。今話のあったような、プログラム上で行き届かなかった事や、指導が充分でなかった事、あるいは小児科のサブスペシャリティや専門のところを研修したかったといった要望について、うまくプログラムをアップデートして、ある程度希望がかなうような研修にしていく事や、遠隔の病院でも大きな病院と一緒に相談しながら診療を進められる事など、我々も大学医局として考えております。

ポストに関しましては、確かに少子化で収益はだんだんと厳しくなってくる可能性はありますので、そのあたりは県の方々と相談するという形が取ればと私たち東北大医局としても考えておりますので、御承知おきいただければと思います。

それでは最後のテーマにいきたいと思います。課題整理⑤「新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制」です。こちらは板野委員と桑名委員に御意見を頂戴したいのですが、はじめに板野委員よろしく願います。

#### 【板野委員】

今回のコロナ対応におきましては、小児のリエゾンの先生方にとっても重要な役割を果たしていただいて、調整役として我々小児科医院、病院、保健所、調整本部いろんな橋渡しをしていただき、大変感謝しております。その一方でリエゾンの先生方にかなりの負担がかかってしまったのかなと思いましたので、負担軽減するためにリエゾンを増やすなど何かしらの方法がこれから取ればいいのかと思った次第です。

また、今回新型コロナについては、全て成人のことで施策が進んでいって、小児は置き去りのようになっていましたので、小児科だけで決めなければいけないことも大変多かったと思います。そんな中で宮城県内で小児の患者が初めて発生するちょうど同じ日に宮城県

小児科医会の方で声掛けさせていただいて、県内の開業医やほとんどの病院関係者、大学を含めて会議を開催することができました。それで毎月のようにウェブで会議を重ねながら、そこで小児科特有の情報を共有して課題への対処などを実施できたのがとてもよかったと思いますし、ウェブ上ではありますが、お互いの顔が見える関係を作ることができて信頼関係が築けたのではないかなと思います。本当に7波、8波はとても大変で、開業医も病院もアップアップしていた時期もありましたけれども、そういう時には消防の方も会議に参加していただいて、搬送困難例の事例とかも示していただきました。忙しいと思いますが、今後は行政関係の方も一緒になって子どもの問題点などを探っていくことができればいいのかなと思います。

あとは小児科はコロナに限らず、季節によって患者さんが多いときは入院病床が埋まるし、患者さんが少ない時は病床が減る。ガラガラになって採算性がとても難しいところで病床が減らされる傾向があります。コロナでも成人とのベッドの奪い合いみたいところで、成人がいっぱいだから小児が入れないというようなこともありましたけれども、病院だけでは何ともできないところがありますから、県の方である程度小児の病床を確保するような御指導とかをしていただけるとありがたいかなと思います。それから久間木委員のアンケートにもありましたが、今回、コロナ2類のときは保健所を介しての入院調整ということになっていました。これで患者の搬送が決まるまで大変時間がかかって、午前中の患者でも夕方になって搬送先に着くということで、送られた搬送先には大変御迷惑をかけていたというようなこともありましたので、小児科の中では保健所を介さないで直接入院調整したらいいのではないかなという声も多々ありましたけれども、実際実現できませんでした。今度同じようなことが起こった場合、どうしたらいいかというのが課題として残っていると思います。それと、今回の入院調整やいろいろなところでJoinなど様々なIT機器を活用してリアルタイムでこの病院はこのぐらい空いてるとか、それからあとはどこで受けてくれるとかという連絡の取り合いができたので、このような機器の活用というのはとても有効だったと感じております。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。県の小児科医会の先生方に声かけさせていただいて参加した月一回のZoomの会議というのは、小児科のコロナ対応ですごく力を発揮されたところなのかなと思っております。

一件補足しておきますが、これはリエゾンではなく、正確に言うと県の調整本部の小児アドバイザーボードになりますね。リエゾンも兼ねておられる先生たちもいたと思うのですが、アドバイザーボードの3人の先生、こども病院の小泉先生と東北大学の田先生と菅原先生の3人でしたが、ずっとその3人でやってこられて非常に負荷がかかっていました。どうかならないかというところでしたが、そのまま最後までいってしまい、3人の先生には本当に負担がかかってしまったと思っています。今後同じような事態が起きたと

きは、特定の調整担当の方に負担がかからない体制にしていくことを考える必要があると思います。

続きまして、桑名委員よろしく申し上げます。

#### 【桑名委員】

板野先生がおっしゃったことが大部分かなと思い、私自身、ほとんど同じ意見です。今後の対応策としましても、新興感染症とは書いてありますが、結局災害につながるというか、未知のものへの対応ということで、特に決まった方針があるわけでもなくそのとき集まったメンバーで定期的な顔合わせをしたり、有識者の意見を聞いたりしながら意見を出して、それを行政に上げて、決定したものを降ろし、広がっていくという流れになると思います。その辺りの連携と流れをよりリアルタイムで実行に移して結果に繋げていけるように行政と医療と地域の連携が深まればいいのかなと感じました。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。先ほどのZoomの会議もそうですし、Joinのアプリもそうですし、そういったものを使って、今回コロナで顔が見える関係が県内で築かれているところですので、そういった枠組みを利用しながら次の時に備えるというのは確かに必要などころかなと思いました。

以上、議題整理①から⑤まで皆様から御意見をいただきました。全体あるいは個別を通して、御意見御質問がありましたらよろしく申し上げます。質問が無いようですので、本日頂戴しました御意見の内容は事務局の方で整理して、第8次地域医療計画の現状と課題の部分に記載させていただくこととなりますので、この点御承知おきください。

それでは最後の議事に移ります。(3) 第8次宮城県地域医療計画小児医療の数値目標について事務局から御説明申し上げます。

#### 【事務局】

(資料6に基づき説明)

#### 【菊池会長】

ただ今の事務局からの説明に関しまして、何か御意見御質問はいかがでしょうか。虻川委員、お願いします。

#### 【虻川委員】

遠慮なく申し上げます。なぜこの数値目標が残るのが不思議でなりません。

まず一つ、乳児死亡率は今ほとんど変わらない状況です。これを医療水準の指標にするのはいいのですが、目標にするというのはもう現実的ではない。これは以前にも言いまし

たが、むしろ各年齢別年齢層別の死亡率や死亡原因、こういったものが適切だと思います。

もう一つは、#8000の件数がなぜ指標になるのかということです。これは感染症の流行状況によって大きく変わります。コロナで三分の二になりました。今はヘルパンギーナ等でまた増えています。これも数値目標になるのがおかしいなといつも思っています。むしろ救急の指標を作るのであれば、救急搬送困難例の件数にした方がよほど住民のためなのではないかと思えます。下の表を私、今回初めて拝見したのですが、ちゃんと乳児小児の死亡原因や小児救急搬送困難例があります。こちらの方がよほど目標としては現実的ではないかと思えます。

もう一つは、せっかく今日こんなにいい議論をしたのに、それが全く反映されてないですよ。例えばこの中にある小児の訪問看護利用者数、こちらの方が今日の議論を踏まえた非常に重要な目標になるのではないかと思っております。

一番下のリエゾン委嘱者数は良いと思えます。

#### 【事務局】

ありがとうございます。例えば乳児死亡率の点について、確かにこれまでも御指摘をいただいて、周産期医療の関係でも同じようにこの数値の扱いについて御意見をいただいたところだと思っております。今委員からいくつかの例示も含めて提案いただいたところについては、次回までに当事務局の方でも整理した上でもう一度事前にお諮りしながら進めていければと思います。小児医療の現場がどう対応できるかというところでの、より適した指標を目標にと思っておりますので、頂戴した御意見を踏まえて事務局で整理をしてまたお諮りさせていただきます。

#### 【菊池会長】

ではこちらは事務局で持ち帰りということで、もう一回諮っていただくということでしょうか。他にはいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。御意見御質問の追加がないようでしたら以上で議事を終了します。

#### ■その他

#### 【菊池会長】

「6 その他」として、皆様からその他ございますでしょうか。

#### 【虻川委員】

ひとつよろしいですか。この協議会のメンバーに仙台市立病院の先生が入っていないのは片手落ちな気がします。村田委員は以前、市立病院所属という立場で出ていらして今もいて

くだっており、引き続きぜひ参加していただきたいのですが、仙台市立病院は仙台の救急医療、宮城県の救急医療の中心ですので、委員の追加をお願いできればと思いました。

**【事務局】**

今御指摘いただきました件ですが、今回のこの協議会の定数は10人以内というのが一つございます。今回御就任をお願いした先生方が10名という状況になってございますが、今先生からお話しいただきましたように救急をはじめ仙台市内の小児医療分野では仙台市立病院の先生をとというのも当然そのとおりだと思っておりますので、例えば委員という形では難しいですけれども、私どもの方でいろいろ話を聞く、もしくはオブザーバー的にいろいろと御意見を頂戴するなど、別の形で状況に対応できるように検討していきたいと思っております。

**【菊池会長】**

ほかにはいかがでしょうか。久間木委員お願いします。

**【久間木委員】**

その他の自由意見というところに、県にお願いするのが一番いいのかなと思いましたが、入院中の学童に対するオンライン授業の実施がなかなかうまくいっていません。学校側が嫌がったり、あるいは機材がないということで、長期入院しているけれども授業に参加できない子どもが時々います。そこで県が主導してオンライン授業を確立していただけたらというか、学校側に働きかけていただけたら、院内学級のない病院が非常に助かるので、お願いしたいなと思っております。

**【事務局】**

ありがとうございます。今久間木委員からお話しいただきました、入院中の学校との繋ぎの部分、そして先ほど田中委員からお話がありました避難所の話も含めて、教育委員会の所管でございますが、私どもの方からそのあたりの考え方の整理について調整を進めたいと思っております。

**【菊池会長】**

ほかにはいかがでしょうか。桑名委員お願いします。

**【桑名委員】**

医療圏ごとの乳児死亡率やそのデータの出し方というところで、住所地により計上されるとなっていますが、我々石巻医療圏の乳児死亡率がその他の医療圏に比べて著しく高く、全国的に見ても著しく高いという状況があります。ただ、我々の実感として病院内でそうい

った死亡例はほぼなく、この数字と私の実感とに乖離があります。こういったものが、個別に詳しく見ていかないと今後の対策ということに関して分からないなと思ひまして、もう少し踏み込んだ原因分析というところを一緒に考えていけたらいいのかなというところがあります。どうしても我々は仙台圏に救急症例を送ることが多いので、もしかしたらそちらで重症例として残念な結果に終わられる方々もいるのかなと思ひています。我々の救急の力というか、初期対応の力に関して、もう少しアップデートが必要なのかなということを考えていた次第です。

もう一点ですが、開業する先生方が、どうしても仙台圏に集中しているような印象があります。我々の地域の開業の先生方は本当に御高齢で長年最前線でやってくださった先生方が多いのですが、なかなか後継者の話が聞こえてこないというところがあります。今現在でも1次救急から我々の中核病院に流れ込んでいるような状況がありまして、1次から2.5次まで幅広くやっているという現状があります。宮城県全体を考える上で、開業医との連携や開業医への支援、地域医療の開業医勤務医のバランスというところに関して県として何か意見があるかなと思ひまして、相談させていただきたいと思ひます。

#### 【菊池会長】

ありがとうございます。二点ありまして、一点目は、住民票のある場所で死亡率が掲載されてしまうという問題ですが、そちらについてはいかがでしょうか？

#### 【事務局】

おそらく今委員の方からお話になった要素も背景にはあろうかと思ひます。確かに精査が必要なところだと思ひます。先ほど虻川委員から目標値のところでお発言いただきましたところの検討の中で、整理した上で改めて御説明できるように整理したいと思ひます。

#### 【菊池会長】

合わせて御検討いただくということですね。では二点目の開業医と勤務医のバランスといますか、地域の偏在というところについてお願いします。

#### 【事務局】

県内の医療情勢からすると、小児の分野だけではなくてどの分野も仙台市内とそれ以外の地域の差というのがあって、課題として取組んでおりますが、なかなか目に見えるような解決に至っていないというのが実情だと思ひております。例えば、この小児の救急の話、先ほど統一的なルールという話もありました。以前ですと医師会の方に委託してPALSの研修を行うなど、県としても取組んできた状況がございました。そうしたものに参加いただいている先生方の状況などをもう一度確認しながら、裾野の拡大というのはどういう形でできるのかを私どもも考えながら、先生方にも御相談しながら対応できればと思ひてござ

います。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。ほかに追加での発言などいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。事務局の方から何かございますか。

**【事務局】**

様々の御意見を頂戴しまして、現場の実態も改めてお聞かせいただいております。本日お話の中で改めてお聞かせいただきました、医療的ケア児支援の裾野の拡大でありましたり、働き方改革がもう間もなく迫ってきている中で、小児医療だけでなく救急医療全般や周産期医療を含めてどう体制が取れるのかということについては常にお聞きしているところです。そして移行期医療の話についても、これも本当に難しい点で、私どものほうでも頭を抱えている問題となっております。第7次の医療計画の期間は、ちょうどコロナと被っている部分が半分以上というところもございました。その中でなかなか前回の第7次の計画策定の時から、新しい取組みが起きにくいというところもございましたけれども、継続して問題になっている点を今日のお話の中でも改めて認識したところでございます。例えば今、お話申し上げましたような取組みなのですが、実はやはりさまざまな観点から対象者に関わる必要があるということで、私ども医療政策課だけではなく、複数の課で所管しております。縦割りにならないよう連携の会議も持っておりますが、なかなか難しいところも多く、例えば移行期医療の話になりますと、以前御指摘いただいた折には研修などを内科の先生をはじめ、成人を診ていただく先生方にできないのかという考えもございました。一方、成人医療の分野の先生方の話からをすると、研修だけではなかなか難しいという話も返ってきてしまっています。どのように解決していくことができるのかという点について、先生方はおそらくどちらの視点も私どもよりもよく御存知だと思いますので、その辺りを当課の切り口で御相談しながら、他の課との連携の中で反映していければと思うところでございますので、引き続きよろしくお願ひしたいと思います。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。他には大丈夫でしょうか。

**【事務局】**

今回はとても限られた時間の中でお話いただいたので、御意見がほかにもあるかと思ひます。その場合はメールで事務局まで御連絡いただきますようお願ひしたいと思います。

なお、次回の協議会は10月頃開催を予定しております。日程等につきましては改めて調整させていただきますので、よろしくお願ひします。

**【菊池会長】**

ありがとうございます。他になければ以上で本日の審議を終了します。活発に議論いただきまして、ありがとうございました。