

令和5年度第1回神奈川県小児医療協議会（8月24日開催）議事録

- 開会（事務局）
- 資料1「神奈川県小児医療協議会の設置」について事務局より説明
- 会長、副会長の選任（事務局）
 - ⇒ 神奈川県小児医療協議会設置要綱第4条に基づき、構成員の互選により、会長に康井委員、副会長に相原委員を選任した
- 協議事項（進行：会長）
 - 資料2「第8次保健医療計画の策定」について事務局から説明

（康井会長）

第8次医療計画の策定について事務局から説明がありました。総論から各論に至る、かなり詳細な内容になっておりますけれども、先ほど事務局から説明がありましたように、事務局からは大きく3つの事項について意見を求められております。1つ目が計画の構成案について、2つ目が小児医療を取り巻く現状について、3つ目がロジックモデル案についてです。それでは、順に委員の皆様のご意見を伺いたいと思います。

まず、計画の構成についてですが、この点についてご意見、ご質問がありましたらご発言をお願いします。スライドの19から24に相当する内容になるかと思っておりますけれども、先ほど説明がございましたが、計画の構成という意味では、第7次計画では小児救急医療に重点を置いた内容だったものを、一般小児医療、小児救急医療、小児在宅医療として、整理して計画するという事、それから、その計画の進行管理のためロジックモデルツールを導入するという事ですが、いかがでしょうか。

（田村委員）

県医師会の田村でございます。19ページにありますように、一般小児医療と小児救急医療と小児在宅医療、この3つが3本柱というように理解してよろしいでしょうか。また、文章を見ますと、医療的ケア児のところは文章が修飾されていると思いますが、3本柱だというふうに理解してよろしいのでしょうか。

（康井会長）

今のご質問に関して、県の方ではいかがでしょうか。

(事務局)

お見込みのとおり、3本柱と考えております。

(田村委員)

ありがとうございます。やはりこの3つ、もちろん小児科の先生が関与しなければいけないのは変わらないんですけども、3つがかなり毛色の変った分野かなと思って。僕の考えとしては、例えば一般小児医療部会とか、小児救急医療部会とか、小児在宅医療部会とか3つ作ってもいいぐらいだと思っています。いずれにしても、3本の柱が同一にあるんだということが分かればそれでいいと思っています。

もう1つよろしいでしょうか。スライド5ページの第7次計画の6事業の中に、これは新興感染症が入って6つになったんですけど、救急と、小児とありまして、小児の方が赤字になっておりますが、第8次計画ではどのような表現になるのでしょうか。先ほどから言っているとおり、この小児医療協議会の中で、救急というのは3本のうちの1つの柱になっております。それと一般救急は分けて考えるということで、これは書き方の問題かと思うのですけれどもいかがでしょうか。

(事務局)

5ページについて、第7次保健医療計画の構成でいきますと、5事業になりますので、新興感染症というところが入っていないのが、第7次保健医療計画の構成ということになります。これは、第8次保健医療計画の構成を示すものですので、表題と内容が一致していませんので、訂正させていただきます。

もともとの5事業というところで行きますと、救急医療、災害医療、周産期医療、小児医療、それからへき地というのがございます。これが5事業ということになります。本県にはへき地がないので、5事業なのですが、計画しているのは4事業ということになり、第8次の計画では、救急、災害医療、周産期、小児医療に加えて新興感染症が入ってきて、実際へき地はありませんが、へき地が数えられて6事業ということになりますので、厳密に言うと、ここの表現、小児というのは小児医療というのが正しい表現だと思います。

(田村委員)

ありがとうございます。もう1つよろしいでしょうか。昨年まではこの感じでやっていたわけですね。小児救急部会の最後の方の質疑の中で、小児救急部会を廃止して、この協議会に一元化する際に、小児救急ってそれだけで大きなテーマなのに、それが少しぼやけてしまうのではないかというような懸念が委員の方から出ました。そのときに行政の方は、いやそんなことはないですよということでお話があったわけなんですけど、前の救急部会の経緯をご存知ない委員の方も一杯いらっしゃると思うので、国の方針な

ので仕方ないのかもしれませんが、その点を改めて説明いかがでしょうか。

(事務局)

十分なお説明になるか分かりませんが、元々、救急医療問題調査会という、救急に関して検討する場がございました。その救急医療問題調査会という会議体の中では、三次・二次救急ですとか小児救急だとか、それぞれテーマに基づいて議論をしないとなかなか難しいだろうということで、小児救急に関しては小児救急部会という専門の部会を作ってそこで議論してきたというのがこれまでの議論です。

一方で、国の方では、元々保健医療計画として小児医療と整理しているということもあり、小児医療に関する協議会を作って専門に議論していくべきではないのかということで、協議会を作ることが標準という形で示されたというところもあります。第7次計画を作った時には、元々あった小児救急の部会、これを活用して検討していこうとしたのですが、国の方針が協議会を作ってもっと専門的にやっていきなさいということになりましたので、県も国の考え方、整理の仕方と同じように進めた方が、今後進めていく上で合理的な部分もあろうかということで、建付けを変えさせていただいたというのがこれまでの経緯でございます。

ただ、ご懸念としては、小児救急ということで今までやってきたところが、守備範囲が広がってしまうということで、そういったことについて課題がないのかということ、場合によっては、というところはあるかと思いますが、その部分については、必要に応じてオブザーバーの方をお呼びしたり、やり方は色々であろうかと思いますが、協議を進めていく中で、改編することも考えながら進めさせていただきたいと考えております。まずは小児医療協議会という形で、改組させていただきたいということでお願いしたいと思います。

(田村委員)

ありがとうございました。そういうお考えで始める会議だということをお聞きして受け止めて話を進めていく必要があると思います。どうもありがとうございました。以上です。

(康井会長)

ありがとうございました。新たに発足した小児医療協議会が、小児救急も含めた小児の一般医療あるいは在宅医療、そういう意味で非常に包括的な内容になっているので、議論が薄くならないように配慮すべきだというご意見だと理解しました。そういうことでよろしいでしょうか。

(田村委員)

はい、そのとおりです。よろしく申し上げます。

(康井会長)

ありがとうございました。今の点も含めまして、他にご意見はございますでしょうか。それでは山田委員、お願いいたします。

(山田委員)

東海大学小児科の山田と申します。今まで全体のこういった会議にあまり参加していませんので、すでにいろんなところで議論されていることなのかもしれないし、国の方でも決まっているからそうなのかもしれないですが、小児在宅医療への支援ということで書かれていて、項目の中で、医療・福祉等の関係機関間の連携体制構築等というふうになっているのですけれども、正直、三次医療機関で医療を行っていて、退院できる方で在宅に持っていける方はいいのですが、当然在宅にできない、長期入院を必要とする患者さんや、あとは施設入所しかできない患者さんがたくさん居られると思いますが、その辺も同時に整備していかれるということでもいいでしょうか。どうしても在宅というと、病院や施設にいる方の連携ということはあまり議論しないことになるのではないのでしょうか。具体的な議論は今後ということかもしれませんが、その辺いかがでしょうか。

(事務局)

おっしゃるとおり、これはやはり小児医療ということになりますので、全般的なことを考えていかなければならないのだと思います。そういった意味で、今、山田委員からご指摘いただいたところに対して、どういうふうにアプローチしていくのかということで、今ここでこうしますよということを明快にお答えできるだけの答えを持ち合わせておりませんが、そういったことも考慮しながら検討していくんだというふうに思っております。

(康井会長)

小児在宅医療の話はこの後またお話が出てくるかと思いますが、なかなか全容がわかっていない部分もございますし、小児救急との絡みですとか、あるいは一般小児医療との絡みですとか、問題も多岐に渡るかと思いますが、ほかに全体を含めてご意見ございませんでしょうか。萩原委員からお願いいたします。

(萩原委員)

神奈川県看護協会に参加させていただいております萩原綾子と申します。看護のところで今かなり話題になっているものについて少し情報提供と思うんですけれども、おそ

らく医師の働き方改革とか小児科医の確保ということも当然小児医療の推進に繋がる
とは思いますが、多くのところで今問題になっているのが、小児の入院病床というの
は医師が増えたからといって受入れがスムーズというわけではなくて、コロナ病棟に多
くの看護人員が移動して看護師がいないので受入れが困難、というような状況が県内
にも多く認められているというふうに認識しております。

今、こども家庭庁など、国の方で話題になっているものの中で、ご家族が付き添って
入院をするということに対して多くのヒアリングとか検討委員会等が設置されるとい
うようなことも情報でありますので、やはり小児病棟の病床の状況というの県内とし
ては把握して、療養環境としてどんな状況かというのは、大人の病棟と違って小児は機
能で分かれていないので、十分配慮しておかないと国の方針が少し動いてきた時に神奈
川県内が対応できないということがないようにした方が良くかなと思っております。私
の方でも認識したような情報がありましたら共有しながら、参加して参りたいと思いま
す。

(康井会長)

ありがとうございました。数の問題だけではなくてその中身について、特に質の問題
についても目を向けるべきだというご意見でよろしいでしょうか。はい、ありがとうご
ざいます。他に、この件も含めましてご意見あるいは追加のご発言はございますでしょ
うか。それでは、このことについてご意見ありましたら、また後ほど伺いたいと思
います。

続きまして、小児医療を取り巻く現状について、ご意見ご質問等を伺っていきたく
思います。先ほどの資料、スライドの 26、27 です。資料 2 の別冊に詳細が記載され
ておまして、すでにお目通しいただいていることとは思いますけれども、この点につ
いてご意見を伺えればと思いますがいかがでしょうか。

小児人口が減ってくるということ、あるいは医師の働き方改革ということも踏まえて、
神奈川県にも、たくさんの課題があるかと思えますし、必ずしも神奈川県だけの問題で
はないかと思えます。先ほど事務局から説明がありましたが、神奈川県の特異なもの
として、例えば救急の搬送に関して、受入照会 4 回以上の件数は全国よりも低いけれ
ども、現場滞在時間 30 分以上の件数が全国より高いとか、救急入院患者数及び緊急気
管挿管を要した小児 10 万人当たりの患者数は全国値より低いとか、こういったところ
で全国の平均とは違った結果が出ておりますが、いかがでしょうか。医師の働き方改
革の影響を踏まえ、今後どのような救急医療を確保していくのが適切かとか、また、
初期救急を含めて現場の肌感覚として、危ぶまれていることや、次年度の体制につ
いて認識しているところについて、ご意見をいただければと思います。それでは田
村委員お願いいたします。

(田村委員)

県医師会の田村です。やはり、神奈川県の特殊事情というのも多かろうと思うんですけども、1つ1つの指標について、なぜこうなったかというような考察は事務局でされていますよね。それをお聞きしたいと思いますがいかがでしょうか。

例えば、挿管の数が少ないということなんですけれど、小児の救急患者で挿管まで達するのはそう多くないと思うんですけど、一例一例出してみるのは無理としても、例えば年齢別とか、あるいは予後であるとか、そういったことを含めて、数字の合間の細かい検討はされていますでしょうか、どうでしょうか。

(事務局)

それぞれ個別のものに対して、それぞれこれが原因だろうとか、あたりが明確についているかという、ついていない部分の方がむしろ多いというような状況があります。色々と先生方からご意見をいただいた中で、特に死亡の状況を見たときに、死因との関係について、理由として先天奇形ですとか、周産期に発生した時の病態が悪かったからお亡くなりになった、あるいは悪性新生物ということで、構成要素として出てくる項目があって、この部分については大なり小なり全国の傾向とそんなに大きく違いはないというところがあるので、神奈川県特異で何か見えてくるものがあるのかというところに対しては正直あまり答えを持ち合わせてないというのがあります。

あともう1つ、事前にいただいているご意見としては、後ほど議論するロジックモデルとの関係もありますけれど、ロジックモデルの実際の考え方でいきますと、一般論としては、死亡率ですとか、最終的なアウトカムとして、そういったことを指標としていくというのが、ロジックモデルを考えている学者さん、先生たちの間では標準的なところであるんですけども、一方で、現場で実際に小児の医療に携わっている方たちからすれば、そんな簡単にこういったことが、何か対策できるものではないのにとというような思いも多分あるのではないかとこのところもあるので、どういうふうに考えていくのがいいのかなというところで、今回、色々な観点からご意見をいただきながら、どういうふうに課題を設定していくのかを、いただいたご意見の中から考えていきたいというのが今日の会議ということになっています。もちろん、これについてはどうだ、あれについてはどうだということで、分かること分からないことを個別に、必要があればお話はしていきたいと思っておりますが、現時点ではそのような前提で物を考えておりますので、できれば忌憚のないご意見をいただきながら、いただいた中でコメントできることをコメントしていけたらなというふうに思っています。もし必要があれば、別冊として付けた部分についても改めて担当の方から説明させますので、ご意見いただければと思います。

(田村委員)

おっしゃることはよくわかるんですけど、小児と言っても赤ちゃんから中学生まで全然違いますし、それからMCの方で特定行為として挿管をやるにあたって、子どもさんの場合はそういうことは、ほぼできない状況で、バックで押すぐらいだと思います。ですから、挿管しなくても呼吸を確保しておけばプレホスピタルケアとして十分ということもありますので、やはり挿管のことに拘るわけじゃないですけども、もう少し分析を進めていただいて議論の俎上に上げていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございます。事務局でもその辺りについては整理をして、いずれにしても次回、具体的にこういった課題が考えられます、この考えられる課題についてこういうふうに対策をしていってはどうでしょうかというところを整理してお諮りできるように準備をしているところです。当然、県が考えることですので、先生たちからすれば、そんなことあるわけないじゃないかということも、きっとあると思いますので、具体的な意見はまたそこでいただければと思っております。今日ただけのご意見をいただきつつ、我々も並行して検討していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(康井会長)

事前に配付されました別冊の資料の中でなかなか理解が難しい部分も現状としてはまだあるかと思えます。田村委員がご指摘のように、挿管した患者が少ないというのは、挿管に至るまでに救急体制が有効に働いたということも考えられるかもしれませんが、必ずしも挿管しなくても二次・三次医療機関に到達できた、という意味での救急体制の医療処置の必要性についても背景として考えなくてはいけないかと思うのですが、客観的な資料をどうやって拾っていくかというのは難しい問題があるのも事実だろうと思えます。また議論を深めていく必要があるかと思えますが、岩本委員、この辺について何かご意見ございませんでしょうか。

(岩本委員)

横浜市東部病院小児科の岩本です。予後の1つの指標としての死因というのがありましたけれども、死に至るのはかなり少ないと思います。指標としては、死因プラス重症な後遺症を残したというのも含めた方がいいのではないかと。

それから、救急で30分以上かかったというものは、重症であればどうしてもそうなってしまいます。多くの処置を初めにしなければならぬ。呼吸を確保する、血圧を維持する、点滴を確保する、それらすべてを30分で全部済むはずありません。時間だ

けで指標にするというのは、なかなか難しいと思います。

話が変わりますが、東部病院は地域中核病院で、主に二次を扱っているにも関わらず三次となっています。小児科医は当直体制のためにたくさんいますが、それぞれ臓器別のサブスペシャリティは1人ずつで、例えば循環器の重症者が来た時に初期対応は二次病院で、その後のカテーテルだの緊急手術だのという、三次病院のこども医療センターか大学ということになります。二次中核病院としての立ち位置は自分たちができる範囲のことということになります。当院では一次も二次もいっぺんに来るという状況がしばらくありました。そうすると、二次で来る子あるいは三次に繋げなきゃいけない子たちが来た時に、当直医1人でやるには過重であり、質の良い医療を提供できないという実感があります。ずっと大学にいて三次医療ばかりやって、そこから二次中核病院に来て強く感じたのは、一次と二次と三次をはっきり分けるべきであるということです。横浜市東部病院は近くに夜間救急センターがないので、一次医療も二次医療も全部来るので、重症患者の中に軽症の患者さんが十何人も来て、まだかまだか、まだ待たせるのかみたいなことを言われたりします。こんな環境では、質のいい医療を提供できません。そこをきちんと整備したい。そういう視点で県や市に考えてもらいたいです。

あともう1つは小児二次病院の特徴ですね。小児の一次も二次も感染症が非常に多いので、季節によって患者の数がかなり変わるという大きな特徴があります。私たちの小児病棟は32床あるんですけど、コロナ禍ではベッド占床率が減って、32床のうち16とか、10を切るというようなこともありました。そうすると大人の病床は満床で、転送なり満床で困っていると、小児病棟は空床が多いため小児病床を縮小するということが起きました。たくさん病院で、あるいはひどいところは小児病床をなくしたという病院もあったようです。ところが、コロナが第5類になってから、急にいろんな感染症がRSを含めて増えて、5月のゴールデンウィーク明けから満床の状態が続いて、救急も、ものすごい数が来ています。入れるベッドがないために、1日2人から5人を転送するという状況がずっと続いていました。その時に起きたことは、どこも満床で受け入れ先がないために、横浜市を越えて、あるいは神奈川県を越えて転送するということが起きました。当直医はその転送先を探すのに大変で、中には転送先を探しているうちに状態が悪くなったお子さんもいたという事実もありました。これは緊急な事態ということで、横浜市はそのあと地域中核病院の協議会を開いて、病院長あてに小児病床を少し確保するように通達しました。1床でも2床でも各病院が増やせば転送先が見つかるようになり、救急車で4回以上の転送というのは、大分減りました。何を言いたかったかという、小児の医療はそんな特徴があるので、病床が空床だから、減ったからといって必要じゃないということは絶対ないので、増えたり減ったりすることに対する対応がすぐとれるような体制を敷いてほしいと強く感じました。病院としては収支の問題があるから、ベッドを減らすというのは理解できるけれど、小児病棟に成人が入ることで入院管理料が取り下げられると小児科の赤字は膨らみます。小児のベッド占床率の変化の特徴に適

合した制度を運用してもらえるようにしていただけたらいいと思いました。

(康井会長)

ありがとうございます。計画の策定にあたって、一般小児医療、小児救急医療、小児在宅医療が3つの柱だという話が先ほど出ましたが、この一般小児医療、一次二次、あるいは小児救急医療というのは二次三次ということも含めて検討をしないといけないわけですが、そういう意味では、行政としては小児医療を県民のために確保するというスタンスを問題意識として共有しないといけないということをご指摘いただいたのではないかと思います。山田委員から手が挙がっているようです。山田委員どうぞ。

(山田委員)

今の話とは違って取り巻く現状のことについて2点あります。少し議論が変わってしまっていますが、よろしいですか。

(康井会長)

はい、どうぞ。

(山田委員)

先ほどの第7次の時の達成状況では、ほとんど達成していないということでしたが、それで全国平均と比べる以外に、例えば、神奈川県と比較的近い構成の都道府県だけの平均と比べて見た場合や、地域を区切って評価されたりしたら結果はどうだったのかということが一つ目の質問です。

もう一つは、おそらく今後の対策を考える上で、神奈川県も都市部と私たちのいる西部とではかなり異なるので、当然人口の多いところで取組がどんどん進めば数値は改善すると思うんですけども、それでは状況を本当に改善していくことにはならないので、県内の地域格差も考えた形の指標を考えていただければなという意見です。よろしくお願いたします。

(康井会長)

ありがとうございました。似たような地域という意味では、大阪などと比べてみるというようなことも内々ではしているというふうに伺ってはおります。福島委員、先ほどの話の続きと、山田委員からのご指摘も踏まえてご意見はございますでしょうか。

(福島委員)

平塚市民病院の福島と申します。山田先生もおっしゃったことと多分似ているんです

けれども、先ほど救急車の受入れが4つくらい聞かないとなかなか決まらないとか、現場での待機が30分以上というところは、この平塚の地域に関しては基本的には平塚市民病院に救急車が搬送されてくる形になり、そういうことはないのかなと思うので、そこは多分地域格差が少しあるのではないかなというふうに思っていました。ただ、やはり、コロナが5類になってから感染症が爆発的に増えて、済生会東部の岩本先生のところと同じような形で、病床がひっ迫したということがあったんですけど、転院を考えるとそこはそこまで多くなかったんで、そこもやはり地域格差があったと思います。医療資源の配分というところも考えていけないのではないかと感じました。

(康井会長)

ありがとうございます。コロナの流行で、小児医療、特に入院するような患者さんが激減して一般小児医療も影響を受けたわけですけども、その後にまた感染症が増えたりして状況がかなり変わったということなのですが、相原副会長、この一般小児医療という意味で小児医療を取り巻く現状について、今まで出た話題でなくても結構ですのでご意見いただけないでしょうか。

(相原副会長)

副会長の相原です。私は開業していますけれど、コロナの関係に関して言うと、今、康井会長がおっしゃったような状況は実感しています。コロナの最初の頃は一般診療が非常に少なかったです。その影響はかなり大きかったのですが、その後5類になってからは、一般的な感染症が急激に増えて大変な状況にあります。それもそろそろピークを超えてきたところですよ。ですから、ここに出てきたデータに関して言うと、コロナの影響によるものもあるので、数値をどこから取るかによって、これまでと同じような評価は難しいのではないかと考えています。

死亡等の話も出ていましたけれど、死亡に関しては指標としては不適切だろうと思います。そこを改善する余地はあまりなさそうです。一定数出てくるのは当然やむを得ないところで、先天奇形とか悪性腫瘍の患者さんが亡くなるというのは、これはもう今の医療では限界があるところなので、それを指標にするのはあまり意味がないのではないかと皆さんと考え方は同じです。

それから、挿管等に関して先ほどお話がありました。確かに挿管が少ないのはそれ以前の対応が十分できていることを示しているのではなかろうかというふうに思っています。

軽症者の搬送が多いというのも少し意外なところなのですが、その割に受診者数は少ないというのは、日頃のコントロールが逆によくできているからあまり受診もしなくて済んでいることを示しているのではないかと考えています。

それから、一般医療に関して開業医レベルで世代交代が進んでいます。高齢の先生がリタイアされて新たに若い人たちが入ってきている状況です。今後、小児人口が減っていく中で、やはり小児を希望する専攻医は多くはないだろうと思われるので、小児科医を増やす指標は難しいと思います。神奈川県内医療機関は小児科医を集約化してきているので、施設を増やすという話も非現実的だなと思います。いかに集約化して、適切な医療を提供できるかというところに資源を集中していくというのが重要であると思っています。

(康井会長)

ありがとうございます。今、医療の提供側といいますか、病院側の話、医師側や看護体制のことについて主にご意見を伺ったのですが、利用者としての県民目線といいますか、そういう意味で県民代表として、榮島委員の方から何かご意見はございますでしょうか。

(榮島委員)

榮島と申します。先ほど先生も言われましたように、病院を増やすだけじゃなくて、やはり希少疾患に関しては集約化して専門医を育てるというふうにしていかないと、1年に1例見るだけではレベルが上がらないというか、医療資源ももっていないので、集約化というのは重要になってくるのかなと思います。無限にお金があればどこもかしこもつくればいいと思うんですけど、そういうわけにはいかないので、集約化して専門医の育成というのは重要になってくるかなと。

また、岩本先生がおっしゃられたように、30分以上救急車でかかるとなると、一市民だと、医療崩壊が起きているのかなとか、たらい回しにされているのかなというふうに思っていましたけれど、色々な理由があって30分以上かかるんだなというのがよく分かりました。

あと、一次・二次・三次の振り分けは、一市民は分からないので、重症具合も分からないので、救急車に乗っている先生とか救急士さんがうまく割り振ってくれて、そこできちんとした医療が受けられたらなと思います。最初二次に行ったのに三次に回されるとなると、一個人としては最初から三次に連れて行ってくれたらよかったのにというふうには思います。

(康井会長)

ありがとうございます。小児医療を考える場合には小児の部門だけではないと思いますが、やはり県民目線といいますか、健全で力強い子どもをどう育てるかという意味では、県民の皆さんのご意見がいろんな意味で、この医療施策に反映されるということが基本だと思いますので、また忌憚のないご意見を引き続きいただければと思います。

ありがとうございました。救急の話が出ていますけれども、消防関係の林委員、この辺について何かご意見はございますでしょうか。

(林委員)

川崎市消防の林と申します。よろしく申し上げます。特にないです。

(康井会長)

子どもの救急というのは比較的軽症が多いとか、あるいは入院まで至らないようなもの、あるいは挿管の頻度が少ないとか、そういうご指摘は印象としてはどうなのでしょう。今までの統計は現状を反映しているという認識でよろしいのでしょうか。

(林委員)

そうですね、やはり小児科と言いますと、救急現場で考えますと、熱が出たとか、熱性痙攣とかもありますけれども、そういったことで親御さんが心配して救急車を呼ぶというところが結構多いと思います。成人と小児の救急の違いはそういうところがあると思いますので、先ほどのデータは結構あっていると思います。

(康井会長)

ありがとうございました。田村委員、お願いいたします。

(田村委員)

今のお話ですが、市川医療課長に以前お願いしていたと思ったんですが、#8000ですよ。救急車を呼ぶ前に、#8000 経由で呼びなさいと言って呼ばれた方と、#8000 を介さずに呼んだ方と、そのフィルターがかかっているかどうかという統計を出してくれとお願いしたと思うんですけど。やはり働き方改革がございまして、#8000 の活用をもっともっと拡大することがいろんな点で非常に重要ではないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

(事務局)

以前、その話をいただいたのは認識しておりますので、その時にどこまでお答えできたかどうかもありますので、改めてお答えさせていただきます。

まず、県の方で電話相談を行っていて、救急搬送に困った親御さんが救急搬送すべきなのか、あるいは搬送しないまでもどういう対処をすればいいのかということが相談できるようにということで、#8000 という相談ダイヤルがございます。この相談ダイヤルはあくまで相談ということで、お話を聞いて、家で安静にさせていただいたらいいのではないか、あるいは救急搬送をお願いした方がいいのではないかというアドバイスをする

ところで終わっていて、実際に救急搬送したかしないかということの紐付けができないというところがネックになっていて、今、田村委員からご指摘いただいたような統計が取れないということが現状としてあります。

また、#8000 のほかに全国的には#7119 もございますので、コロナで電話相談だとか色々やった部分もあるので、今後に向けてはそういったことをどういうふうに取り組んでいくのがいいのかということも今後の対策を考える上では検討していく材料になるのかなと思っております。

(田村委員)

ありがとうございました。親御さんの心理を考えますと、例えば電話でいいと言われてもどうしても不安だとか、そういったことで救急車で運ばれることはよくあって、それが結局、東部病院さんの負担になっているという悪循環になっていると思うんですけども、やはり医師会といたしましても、医師の働き方改革の裏ですけど、患者の病院のかかり方改革というようなことを何とか実現しないことにはA水準が保てないと思うんです。そういったことは、我々医師会としても啓蒙していきますが、やはり行政、もっと言うと岸田総理が国会でちゃんと言ってくれないといけない、そういう話だと思っているので、その辺をぜひお願いしたいと思っております。

(相原副会長)

日本小児科医会等でも#8000を推進しようということで全国的にやっているわけですけど、#8000によって救急受診率は減っているという事実があるので、やはりこれを進めなくてはいけない。

神奈川県は相談件数が少ないように見えたりしていますけれども、実は各市町村で独自に電話相談を受けたりしているという事実もありますので、そういう意味で#8000に回ってきている数が少ない可能性があります。それから、県は予算がないので、なかなか回線数を増やせないというようなことがありましたけれども、これはぜひ進めていただきたいなと思っております。

#7119に関してはレベルが低すぎて、ちゃんとしたトリアージができていない。県は#7119を進めたいというようなことを言っているようですけど、それは少し疑問だなというところはあります。

(事務局)

田村委員、相原副会長ありがとうございました。#8000も#7119も色々と考え方、ご意見があろうかと思えます。今、付け加えて言いたかったのは、ちょうど田村委員からも話がありましたけれども、軽症の搬送が多いというような状況もあるということを見ると、#8000を使って啓蒙していけるようにしなければいけないのではないかと、それが

これから働き方改革を進める上でも、先ほど東部病院の先生からもお話がありましたけれども、一次・二次・三次をしっかりと区別していかなければいけないという観点でも、相談とかそういうところで対処していかなければいけないこともあるでしょうし、その辺のご案内ができることによって、結果として救急車を呼んだ後の対応だとか、そういったところの時間短縮に繋がることも場合によってはあるかもしれないので、いろんなことを考えながら検討していきたいと思っております。

(康井会長)

ありがとうございます。他にご意見はございませんでしょうか。岩本委員、お手が挙がっているようですね、はい、どうぞ。

(岩本委員)

#7119 が結構問題になっていたのは、ある日の担当者が救急車呼びますと言って救急車につないだというのが何件もありました。横浜市の地域中核病院の話し合いでトリアージはどうなっているんだという意見は何年も議論になっています。救急車を本当に減らしているのかどうか、私たちには分かりませんが、親が不安を電話で訴えられてしまうと、相談された方は、じゃあ行きなさいと言わざるをえないのかなとか考えてしまいます。やり方をもう少し工夫した方がいいと思います。親の訴え方は電話だけだとなかなか分からないなという、難しいところだと思います。

(康井会長)

#8000 がそういう意味では育児相談や、あるいは親の不安の相談窓口になっていることも事実だろうと思いますし、その辺で保健師長会の重松委員から何かご意見はございますでしょうか。音声が届いていないようです。それではまた後程お伺いすることにして、他に、今までのことも含めてご意見はいかがでしょうか。はい、それでは山田委員どうぞ。

(山田委員)

#8000 の話が出ていたのでそれについての意見ですけれども、神奈川県も都市部の方では子ども医療費助成はそんなに年齢が上のところまでカバーしていないと思いますが、全国的にどんどん子ども医療費助成の年齢が上がって行って 18 歳までなどが増えていて、どんどん進められていくような現状があると思いますが、そういったこともやはり小児医療を圧迫していくと思うので、ここで言うことじゃないのかもしれませんが、誰もが受診できるのではなく、受診しないといけない時に受診できることの方がよっぽど大事だと思うので、むやみに医療費助成だけを増やしていくというのもどうかと思います。県の施策ということで今日お話が出ていますので、そういったことも県の方で議

論していただきたいと思いました。

(康井会長)

ありがとうございます。岩本委員どうぞ。

(岩本委員)

先ほど実はしゃべりにくかったんですけれど、私たちのところは一次二次が混乱してちゃんと診療できないということもありまして、病院全体の選定療養費というのがあるんですけど、他の病院は小児に限っては選定療養費をほとんど取っていないと思うんですけど、小児科部長の権限で、私たちも最初は取らなかったんですけど、ちょっと余りにひどいので、選定療養費を取ることにしました。ただし、中等症以上の人は選定療養費を取らないので、結局のところ、軽症の人だけ取るという、結論としてはそうなるんですけど、そういうふうにしたら、来るべき人が今来ています。中等症以上が来ていて、軽症が来るとしたら親が相当に不安とか、相当に不安じゃなければ入ってこないということがありまして、ある程度いいトリアージになっているんじゃないかなと思っています。ただこれは他の小児科医の不評を買いました。横浜市の連携病院の部長会議の時に、ちょっと、ん？…というふうに当初は思われましたが、結果的には私はこれで質の高い医療をある程度維持できているんじゃないかと思っています。途中でクレームが来るような状況にはならなくなりました。

(康井会長)

ありがとうございます。それでは、重松委員、何かご意見いただけますでしょうか。

(重松委員)

私、保健師の代表ということで、県の保健師なので、実際のところは市町村の保健師の方が周産期から色々と保護者の方と関わるというところがありますので、また、母子手帳の発行ですとか出生届、今では新生児からの関わりというところが始まるので、先ほどからのお話の中で、医療のかかり方ですとか、育児の不安、そういったところについては乳幼児健診ですとか、新生児訪問等をとおして保健師のレベルでもお伝えできていくんだらうなということで、またこれからもいろんな情報共有しながら、そのような観点でもお伝えができていけたらいいなというふうに思いました。

(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でしょうか。初回ですので、皆さんにご意見を伺っておりますけれどもよろしいでしょうか。

それでは、事務局から説明がありました3つ目の課題として、ロジックモデルについ

でご意見をいただければと思います。ロジックモデルのことは資料の 28 ページになります。

このロジックモデルについて、初めて耳にされる委員もいるかと思いますが、何を初期アウトカム、あるいは中間アウトカム、あるいは最終アウトカムにするか、ここでは基本的に国のひな形に基づいた案を提示していただいていますけれども、この辺についてこども医療センターの黒田委員、何かご意見はございませんでしょうか。

(黒田委員)

こども医療センターの黒田です。先ほどから皆さんのディスカッションを伺っているんですけども、ロジックモデルそのものは1つの客観的な指標としていいと思うんですけど、実際に出てきた数は何を表しているのか、本当に神奈川県の実態を反映しているのかというのがちょっとよく分からなくて。

例えば、第7次計画で病院数を指標の1つにしていますが、病院数が減ってきたと、小児科をなくしている病院が増えているということで、ただ日本の医療の一番の弱い点というのは、小さな病院がいっぱいあってそこに医療資源が拡散している、それぞれに拡散した医療資源は、それだけ小さなところで毎日、働かなくてはいけないということで、働き方改革に関しても非常に問題になっている。そういう集約化の遅れということもありますので、果たして今の受療行動に合わせた形でベッド数がどうなっているかということで、ベッド数を出していただいたんですけども、これがどういう推移になっているかとか、そういうようなことから、かなり複雑な背景を考えなくてはならないということがあるのかなというふうに思います。

ロジックモデルというのはどうしてもある程度割り切った形で物を考えていかないとロジックにならないわけですけども、今日冒頭で田村委員が言われた3本柱ということの1つに出てきた医療的ケア児の問題ですけども、医療的ケア児というのはやはりぎりぎりの状態でお家に帰っているということで、在宅の支援というのも1つ大きな問題なんですけれど、その人達の状態が悪くなった時に、命にかかわる二次救急以降の状態になって戻ってきますので、それに対する対応というのをどうするかということで、これは決して在宅医療という病院外というか、外来の問題だけでは済まされないというようなことがあるかと思います。実際、僕たちのところは1次の救急を今とっていないんです。二次三次の救急が多いんですけども、前の晩の入院報告を見ていると、実際には医療的ケア児の状態が悪くなって入院というのがかなりの部分を占めてきます。そういう県民のニーズに対して、安心してお家へ連れて帰れる状態が維持できているのか、その辺のこともこれから考えていかなくてはならないというようなところで、このロジックモデルの作り方、非常に難しいのではないかなというふうに考えています。

(康井会長)

ありがとうございます。このロジックモデルというのは、数値で表せて、統計的に追跡できるもので、しかもその結果が理解しやすい、そういうモデルを作らないといけないということで、非常に複雑なモデルだと意味が分かりにくくなってしまう場合もあるかと思えますし、逆にあまり単純だとモデルとしての役割が果たせないという、そういう表裏一体となった課題があるかと思えますが、この辺について、先ほどのご説明に加えて、県の方でご意見ございますでしょうか。

(事務局)

県としてもロジックモデルを作っていくということ自体、いわば初めてやるようなところはありますので、ただ、こういった考え方自体が全くなかったわけではないので、そういった意味では初めてなわけではないのですけれども、こういう形で整理をしていくというのは初めてに近い部分もあり、試行錯誤が必要だろうなと思っています。

先ほど言ったとおり、小児死亡数を1つの最終アウトカムにした上でというのは、どちらかというロジックモデルを考えておられる学者の先生たちからすると、これがむしろ標準的な考え方だということのようです。ただ一方で、先ほども少し申し上げましたが、すべてがすべて今取り組んでいることが、この小児死亡数に帰結すれば一番いいんですけれども、そういうことは現実的に不可能な部分もあるということを見ると、いかにこの中間アウトカムの部分を現実に近いものにしていくのかということなのかなというふうに思っております。

我々としても、これから課題を明確にした上で取組を考えていくということと、この最終アウトカムに対して中間アウトカムをどう考えていくか、行ったり来たりしながら、先生たちの意見もいただきながら形を作っていくということになると思いますので、かなり厳しい検討になるのだろうなと思っていますが、少しでも実現性のあるものを検討していきたいと思っていますので、第2回に向けてまたご意見いただければなというふうに思っております。現時点ではこんな回答しかできないのですがよろしく願います。

(康井会長)

ありがとうございます。山田先生、どうぞ。

(山田委員)

今のお話で何となく分かったのですが、国が決めているロジックモデルから外れることができないので、例えば、最終アウトカムは小児死亡数というのがもう決まっていて、中間アウトカムとか初期アウトカムも、大筋はこのままで変えられなくて、神奈川県でやる場合には神奈川県の中で工夫をするしかないという、そういう認識でよろしいので

しょうか。

(事務局)

最終アウトカム自体を少しも動かさせないとか、中間アウトカムを変更できないということではなくて、先ほど康井会長の方からもお話がありましたが、指標として取れるもの、それから全国の取組状況と比較しやすい、そういったことで客観的に評価しやすいようにするというので、数値と連動した形で作っていかなくてはいけないというところだと思います。いろんな数値が統計上取られている部分もあって、どこをつまんでいくのかというのは、ある程度神奈川県現状に即して考えていかなくてはいけないのかなというふうに思っていますが、そこをこうすればできるというところのノウハウが我々もまだ完全に掴み切れているわけではないので、そういった意味で課題を見た上で、どういう数字があるのか、その数字の中で使えるようなものがあるのかというところを研究していかなければいけないのかなと、そのように感じています。

(康井会長)

ありがとうございます。他にご意見、あるいはこれに関連してご質問等はございませんでしょうか。

これはある程度、国が示すロジックモデルを踏まえて、今こういう案が提示されているわけですが、他県のものも参考にしながらこのモデルを作っていくことになりかと思えますし、忌憚のないご意見を先ほど色々いただきましたから、それを踏まえて県の方では、県民の皆さん、あるいは利用者目線で分かるような作りが原則必要だろうと思えますので、そういう意味では国のひな形をどれだけ深掘りできるかということ、かなり難しいものもあるかもしれませんが、今後、委員の皆さんのご意見を踏まえて検討していくことになるだろうと思えます。どうぞよろしく願いいたします。では、黒田委員どうぞ。

(黒田委員)

やはり他との比較というのが非常に重要な情報になるので、あまり離れてしまうのも難しいというのが1つあると思います。一方で、地域性を考えると、神奈川県の特異性というのは、割と県の東側に人口が多くて、東隣に東京という莫大な医療資源を持ったものがあるということで、実際、神奈川県の中でどれくらい県民の需要をカバーできているのか、先ほどのベッド数とか病院数を見ると、東京へ流れているのではないかというような、そのような調査もこれから必要になってくるのかなというふうに思いましたので発言させていただきました。

(康井会長)

ご指摘のとおりだと思います。岩本委員、どうぞご発言ください。

(岩本委員)

この6月から8月のひっ迫した状況で、やはり転送数がいい指標になったと思います。救急体制で安定しなかった1つのいい指標は転送数でしたので、中間アウトカムのところに入れたらいいのではないかと思いました。

(康井会長)

全県的に拾える指標という意味で検討が必要かとは思いますが、ご意見ありがとうございます。他にいかがでしょうか。山田委員どうぞ。

(山田委員)

先ほど3本柱という話が出ていて、在宅医療のロジックモデルというのはどのようなになっているか教えていただけますか。

(事務局)

在宅医療、特に医療的ケア児の関係について、実際、医療的ケア児の県内の状況というのが正確に掴めておりません。これは後ほど説明する資料の中でもお話しますが、そういったところがありまして、まずは実態を把握しなければいけないという状況がございます。したがって、今、現実問題として、その総数自体が把握できていない状況なので、この時点でロジックモデルを作っていくというのはかなり厳しい状況になっているという状況です。

(康井会長)

よろしいでしょうか。また後ほど、このことについてはご意見をいただくこともあるかと思いますが、他に今まで出た意見も踏まえまして、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

大変活発なご議論、色々なご意見をいただきありがとうございました。それでは時間も限られておりますので、本日の協議事項についてまとめたいと思います。

小児医療を取り巻く現状と課題の整理次第では、計画案の構成やロジックモデルには調整が必要となりますが、原案として決められることを固めながら検討を進めなければ、議論は収束していきません。一方、進捗状況は、議会等にも示す必要があります。

ついでには、計画の構成案、ロジックモデルについては、本日、県から提示された内容を原案としつつ、委員の皆様からいただいた様々なご意見については、次回の会議に向けて、事務局にて整理し、課題、そのための施策案として検討を進め、改めて、次回の

会議で議論することとしてはと考えますがいかがでしょうか。よろしいでしょうか。特にご異議はないものということで、ありがとうございます。

(田村委員)

よろしいでしょうか。先ほどの3本柱のうちの小児救急の話がいっぱい出て大変参考になって、在宅医療の話も出ましたが、実は、一般小児医療も今非常に危機的になっていると思っております。

今日、実は、神奈川県医師会の理事会で、相原委員から薬不足ですね、そのアンケート結果が出まして、非常に危機的な状況になっているということになっておりますが、この話もぜひ取り上げていただきたいと思っておりますがいかがでしょうか。

(事務局)

田村委員、ありがとうございます。その話は報告事項の中で取り扱わせていただく予定になっておりますので、後ほどご説明をお願いする予定です。

(田村委員)

はい、よろしく申し上げます。

(康井会長)

ありがとうございます。それでは続きまして報告事項に行きたいと思っておりますがよろしいでしょうか。報告事項の1つ目、医療的ケア児登録フォーム事業について事務局から説明をお願いします。

○ 報告事項(1) (進行：会長)

資料3「医療的ケア児登録フォーム事業」について事務局より説明

(康井会長)

ありがとうございます。実態がはっきり言って、ほとんど把握されていないので、それに対する施策を考える上で、まず第一歩として、どういう患者さんがどういう地域にどれくらいいるかというところからこの課題について取り組もうという趣旨だと思っておりますが、そういうことでよろしいでしょうか。

資料を見ますと、問合せ先が県の福祉子どもみらい局と県の健康医療局、あるいは横浜市のこども青少年局と3か所になっているんですが、県の2つの役割の違いというのを教えていただければと思っておりますがいかがでしょうか。

(事務局)

医療的ケア児の実態の把握ということで、医療機関に今かかっているご家族、親御さんがいらっしゃると思います。その人たちに対してアプローチするのは、医療機関に近い医療課がアプローチをした方がいいのではないかと、ということでこの調査にあたっての建付けを整理させていただいて、集計だとかそういったことを医療課でやると。

一方で、医療的ケア児を把握して、把握した情報については各市町村に情報提供しつつ、そういった対応をとるのは市町村サイドということになるかと思えます。したがって、市町村と連携してやっていく福祉の方の分野で、実際のケアをやっていただくということで、所管になっていただく必要があるだろうということで、我々医療課の方は調査を、実際の具体的なケアの対応、サポート、支援の部分については福祉の方で担当する、このような役割分担でやっております。

横浜市がここに入っているのは、横浜市は先行してそういった調査を行っているということがありまして、そこはすでに障がい福祉部門の方で照会をしているというところがありますので、そういった考え方と連動してできるように、医療課の方でも調査をしているということで、横浜市の方は独自にそれを進めていたので、3者がここに入っているという状況でございます。

(康井会長)

ありがとうございます。よく分かりました。これは報告事項ですので、ご議論いただく内容ではないのですが、他にご意見、あるいはご質問はございませんでしょうか。それでは萩原委員どうぞ。

(萩原委員)

少し意見になるんですけど、医療的ケア児の全体像が掴めていないというのは、他の自治体と比較するとまだそこなのかなあと。人口が多いにしてもというふうな気持ちでおります。

急いで実態を掴まないと色々な企画にいかないと思うので、早急にと思うんですけど、私が現場で拝見している医療的ケア児を育てていらっしゃるご家族は非常に大変な状況の中でされていますので、ここに書いてあるような文言の、「みなさんの情報を施策につなげる」というようなことでQRコードを読み込んで入力する作業をするだろうかというのは、近くにいて勧める私たちの立場としてもなかなか難しいなというふうに感じています。

例えばなんですけれども、だからといって勧めるかどうか分からないんですけど、何かポイントとか、登録したら個人に還元できるような何か利点があれば少し勧めるかなと思うんですけど。ちょっと漠とした提案で、若いご家族がすごく忙しい中でやるかというのは、せつかくの施策なんですけれど、ご検討いただけたら若いお母さんとか

お父さんにも勧めやすいなと思っています。かながわP a yとか、色々巷では見るんですけどそういう何かいいようなものをつけて進めるというようなことも検討いただくと違うんじゃないかなと、少し市民の目線でも入れてみました。

(康井会長)

ご意見としては非常に貴重なご意見だと思いますが、なかなか難しい課題もあるかと思えます。でも、そういうご意見があったということは、今後対応を考える上で検討いただければと思います。相原委員どうぞ。

(相原副会長)

この登録事業をやるというのは分かりましたけれど、いつからやるのかということが全くここには書いていません。もうすでに始まっているのでしょうか。どういうつもりがあるのか、継続的にやっていかないと、一時的に登録しただけでは意味がないと思います。情報提供ということを書いていましたけれど。

それとは別に、各市町村では支援をそういう方たちにやっているわけで、そのデータを持っているはずです。そういうデータを集めることはできると思います。今回の登録事業とは別にです。実態が分からないということですが、各市町村で支援しているリストは多分あるはずです。市町村からデータをもらうことはできるのではないかと思います。その方がより正しい数が出てくるとは思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

相原委員、貴重なご意見ありがとうございます。相原委員がおっしゃるとおり、小さい市ですと、市内のどこにどういうケアが必要なお子さんがいらっしゃるか、把握できている地域も一部でございます。ただ、県全体で見たときには、市内のどこにどういうケアが必要なお子さんが何人いらっしゃるかを把握できてないという市町村が多いというお話を市町村から伺ってしまして、そういった声を踏まえ、今回の登録フォーム事業を検討してきたという経緯がございます。

このチラシを作成するにあたっては、やはり忙しい保護者の方に登録していただくには、登録するメリットを感じてもらえないと意味がないのではないかなというようなご意見も多く医療関係者の皆様からいただきました。現状、なかなかメリットを感じていただけるような取組を始められておりませんが、今後は登録していただいたメールアドレスに、県の施策ですとか、市町村の施策をこちらから発信する仕組みを作る、こういったことも検討していければなというふうに考えているところでございます。

(康井会長)

ありがとうございました。相原副会長、今の回答に対して何かございますか。

(相原副会長)

どういうケアが必要か分からないというお話がありましたが、少なくとも施策として、支援をしているとか、障害・福祉手帳を出しているとか、そういうことで把握できると思います。レベルがどのくらいかというのは難しいというお話がありましたが、いかがでしょうか。

(事務局)

障害者手帳を交付されているお子様等々は、市町村でも情報を持っていると伺っています。我々がこの登録フォーム事業を検討するきっかけになったのは、市町村の担当者の方とか、県内の医療関係者の方からのお声も伺いながら検討を進めてきましたが、実際に、これは川崎市内の先生から伺ったのですけれど、小児を対象にした訪問診療を始めてみたら、始めた途端、数十人のご家族から申込みがあるといった、想定以上に自分の周りに支援を必要としている医療的ケアのお子さんがたくさんいたことに気づいたという、想定している以上に隠れた医療的ケア児のお子さんがいるというような話も伺いました。

市町村が把握している情報については、今日いただいたアドバイスを踏まえて、市町村にもまた聞いてみたいと思いますが、隠れているお子さんがいらっしゃるんじゃないかということも含めて、県の登録フォームでこれから把握していければというふうに考えています。

(康井会長)

重松委員、このことについて何かご意見はございますか。

(重松委員)

保健福祉事務所の方でも小児慢性疾患ということで、医療的ケアのお子さん方の支援をさせていただいているんですが、うちの方の管内ですと、やはり市町村の方で訪問看護ステーションですとか、いろんなところの機関から、医療的ケアに関わる人たちがどのくらいいるだろうかというところで、自分たちの中で、いかに管内に住んでいるかというところの会議の中で進めたりしている現状があります。

また、保健所の方でも小児慢性の方に関わる中で医療的ケアの方に関わっていますので、こういったフォームですとか、こういった情報提供もこれからしていかれたらなというふうに思っておりますので、また地域と連携しながら進めていかれたらなと思っております。

(康井会長)

ご意見ありがとうございます。

(事務局)

すみません、1点補足です。先ほど相原副会長から、いつから始まっているのかというお話についてコメントできていなかったのです。7月の初めから始めさせていただいています。それから、これについては継続的に、実際問題としては、医療的ケアが必要な方というのはこれからも一定出てくるだろうというところもあるので、継続的に調査をしていくことになるかと認識しております。

(康井会長)

ありがとうございます。もうすでにこの事業が始まっているということと、患者目線、あるいはご家族目線としてはどういうメリットがあるかということもきちっと伝わるようなやり方が必要だというご意見を伺いました。よろしいでしょうか。

それでは、これは報告事項ですので、次の報告事項に行かせていただきます。先ほど田村委員の方からもご意見がありました、医薬品不足に関するアンケート結果について、相原副会長から情報提供があります。それでは相原副会長お願いいたします。

○ 報告事項(2) (進行：会長)

資料4「医薬品不足に関するアンケート結果」について相原副会長より説明

(相原副会長)

はい、よろしく願いいたします。資料4をご覧ください。この調査に関しては6月下旬頃に平塚の小児科医会の会長さんから、医薬品が不足していて困っていると、それについて県内の情報を調べてもらえないかというご相談がありました。日頃から医薬品不足というのは私自身も感じていましたので、どんな状況か調べましようということで、ウェブの調査を行いました。

調査期間は、2023年7月5日から12日の1週間、ウェブで調査を行いました。神奈川小児科医会の会員127名、実際の会員数は約250名ですが、メールアドレスを登録している方について調査をしました。それと、会員ではない先生にもお答えいただいたケースがありました。回答数は80名でした。男性が74%で、回答率は63%です。回答していただいた方のピークは50代、60代で、開業されている先生方の年齢を反映しています。すべての市区町村の郡市小児科医会の会員からご回答がいただけました。これは、県内各地域で同じようなことが起こっているということになります。

実際どんな状況かという、今年1月以降の状況を調査しました。そして、表にありますように、1月から6月にかけてだんだん不足している数が増えてきている。これは

まさに5類移行前後から小児の感染症が爆発的に増え、医薬品の必要数が増えたということを反映していると思います。その時の対応として、医薬品を変更できるものは変更したということですが、処方中止したことも起こっています。医薬品の不足は多岐に渡っており、医薬品名をまとめました。感冒薬、抗菌薬、解熱薬、この辺は小児でよく使いますが、かなり不足している状況です。また、ぜんそく薬、抗アレルギー薬、漢方薬、その他と、医薬品不足は多岐にわたって起こっている状況が分かりました。

この背景には、特に抗菌薬は小児科医は使わないようにしていることもあります。実際今回のように処方数が一気に増えると、普段処方数が少ないので、製薬会社も当然製造を減らしていますので薬剤が不足します。さらに、ジェネリック（後発品）に変えるという国の方針もあります。ジェネリックの場合、継続的に作らない、使用量が少ないとやめてしまうというようなこともあり、必要最低限の薬剤が確保されていないことが明らかになりました。

特に小児の薬剤は色々な剤型が必要です。大人は錠剤だけで済みますが、子どもの場合にはシロップや散剤などが必要であり、そういうものについての配慮がされていない状況があつて、今、全国的な問題となっています。必ずしも小児科だけの問題ではもちろんないわけですが、小児の特にこの5月以降、大問題になっています。

厚労省の方からは、ある薬を製造中止する場合には諮問が来るそうですが、その情報は残念ながら末端までは届かず、各学会が回答をしており、なかなか適切な対応ができていませんでした。なおかつ、小児の医薬品では、安いものが多いので、インセンティブが働きません。そうすると製薬会社は作らないというような状況に陥ってしまっているというのが現状です。これは今後の大きな課題で、ぜひ皆さんがそういう状況にあるということを知っていただいて、地方行政だけではなくて政府にも上げていかないとけないことです。これは神奈川小児科医会だけではなく、他のところでもおそらく同じようなことをやっていますし、日本小児科医会は厚労省等にも話を持って行っている状況にあります。

今回は情報提供ということで、実際もっとたくさん問題があると思っていますが、現状はこのようなところでは。

また、話は全く違いますが、今回の調査で、紙カルテの使用状況を同時に調べました。まだ2割ぐらいの先生は紙カルテを使用しているという事実も分かりました。私、日本小児科医会の社会保険理事をしていますけれども、なかなか紙カルテから移行できていないというのが現状としてあるのは、やはり年齢の高い先生方はデジタルへの移行ができていないということも今回の調査で分かりました。以上です。

(康井会長)

ありがとうございました。田上委員、手が挙がっているようです。どうぞご意見お願いいたします。

(田上委員)

神奈川県歯科医師会の田上と申します。今回、神奈川県歯科医師会として参加させていただいているのですが、横浜市歯科医師会の方もやっております、やはり同じような、この医薬品不足というのが地域から上がってきておまして、県の方にも地域から医薬品不足でどうにかならないかという、いろんな委員からの意見がまとまってきております。こちらとしてはやはり、これはもう県のレベルではなくて、国のレベルなのではないかなというところで、連盟と歯科医師会と合わせて、今度日本歯科医師会と日本歯科医師連盟の方に要望を出して、この不足を解消していくというところでもありますので、医師会さんと医師連盟の方にもぜひご協力いただいて、この医薬品不足を解消できたらなと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(康井会長)

ありがとうございます。田上委員、今日、歯科のことについてあまりご議論いただく時間を設けなくて申し訳ありませんでした。何か、この機会に一言ご意見ありましたら伺えればと思うんですけれども。

(田上委員)

僕らは一般小児とか小児救急に関してはちょっと難しいところなので、小児の在宅医療に関してなんですけれども、やはり僕ら歯科医師会としましても、医療的ケア児や障がい児の方の口腔ケアや口腔機能に関してご協力できればなと思っております。

やはり昨今、医療的ケア児の方が増えているということで、僕らも医療連携室を通して訪問診療を行っている時に、歯科医師会としても、この医療的ケア児の方の口腔ケア等を行える認定歯科医師等を増やしていけるように、障がい者研修に注力しながら、研修会を行っているところがございますので、在宅に関してご協力できることがありましたらご協力させていただきますのでよろしくお願いいたします。

(康井会長)

ありがとうございます。今、医薬品不足に関するアンケート結果について情報提供がありました、こういう状況があるということ、小児医療を考えていく上での背景として皆さんに持っていただければと思います。他にご質問はございませんでしょうか。田村委員どうぞ。

(田村委員)

先ほどは先走って申し訳ありませんでした。その話は理事会でもすごく深刻に出ておまして、ただやはりこれは報告事項ではなくて、協議事項にもっていくにしかるべき

話かなと思っております。県の方はいかがでしょうか、本当に危機的な状況になっているということを踏まえて、やはり国の方に働きかけていただくとか、県医師会としては日本医師会の方に働きかけております。確かに流通の問題とか微妙な問題があるかと思えますけれども、その点、県の意識ってどんなものなんでしょうか。いかがですか。

(事務局)

現実問題として、直接的に県が流通のところに対して対処というのは難しいというところがあり、まずはこの現状を共有した上でどうするかを考えるのかなというふうに考えていたので、今日の段階では報告とさせていただきます。今後この報告をした上で、こうした方がいい、ああした方がいいというご意見をいただきながらどうするかというところを考えていたのですが、この部分については状況的にあまり積極的な印象ではなかったかもしれませんが、事情としてはそういう事情でございますので、ご意見踏まえて考えていきたいと思えます。

(康井会長)

ありがとうございます。田村委員よろしいでしょうか。そろそろ時間になりましたが、他にご意見はよろしいでしょうか。本日用意しました協議事項と報告事項は以上ですけれども、全体を含めまして、この際ぜひ述べておきたいということがございましたら伺いたいと思えますが、いかがでしょうか。特にないようです。それでは以上で議事進行を事務局の方へ返したいと思えます。色々なご意見、また積極的にご議論いただきましてありがとうございました。

○閉会 (事務局)

以上