

我が国の小児保健医療体制の在り方に関する研究

分担研究課題：小児救急医療体制の在り方に関する研究

分担研究者 西田 勝¹

研究協力者 横山 確² 柳澤 正義³ 大西 鐘壽⁴ 中村 肇⁵ 武内 可尚⁶

要約：1. 小児救急施設の充足度は約60%であり、ほとんど毎日小児救急をしている施設は90%以上が他かからの応援小児科医を必要とした。しかもその半数の施設では医師の確保に苦勞している。このような状況下では小児救急を充実するためには小児科医を増やすことが必要であり、その上で、小児科医は2次、3次救急の役割を担うべきである。2. 大規模災害時には発生48時間以後は被災小児にたいして小児科医は保健的、精神的活動が必要である。

見出し語：小児救急体制、マンパワー、災害時の体制

〈研究目的〉
小児救急体制を整備するために小児救急の現状の把握、平日夜間救急の問題点、救急情報伝達システムの検討、親からみた小児救急組織に対する評価、小児救急医療に関しての医師教育、大規模災害時の体制について検討した。

〈研究方法〉
各研究テーマに応じたアンケート調査をおこなった。

〈研究結果〉
A. 小児の休日・夜間救急診療の問題点
1) 小児科医の救急への関与：小児救急をおこなっている小児科標榜ありの病院と標榜無しの病院数の比は約3対1で標榜なしの病院も小児救急医療にかなり参加していることが分かったが、受診患者数は10%前後にしすぎなかった。入院患

者の95.5%は小児科標榜ありの病院に入院し、二次救急においてはさらに小児科医の専門性が要求されていることが分かった。

2) 病院の規模、当直体制：約1/3の小児科標榜ありの病院が救急をしていなかった。ほぼ毎日小児救急しているのは102施設であった。

3) 当直体制とマンパワー：一次救急病院の33%、二次救急病院の35.7%が他からの応援を必要とし、ほぼ毎日小児科医が当直している病院の91.5%が他からの応援を必要とした。又そのうち半数の病院は応援医の確保に苦勞していた。

4) 市町村による休日診療所と平日夜間診療所の開設状況：市町村の56.9%が休日診療所を開設し、市町村による平日夜間診療所を開設しているのは20.8%にすぎなかった。

5) 小児科休日・平日夜間救急医療の実態：小児

1) 大阪府立病院 2) 弘前大学医学部 3) 東京大学医学部 4) 香川医科大学
5) 神戸大学医学部 6) 川崎市立川崎病院

人口1万人以上の市町村ではほとんどが休日診療所を開設しているが、それ以下では少なくなり、2000人未満の市町村は全市町村の40.4%を占めるが、休日診療所の開設は32.1%にすぎなかった。香川県で夜間診療所を設置している市町村は1市、1町のみで、小児科の専門医が交替で診療をおこなっているのは高松市のみであった。約30%の市町村では問い合わせがあれば、主に110番で対応して、近隣の総合病院や小児病院を紹介しているといどであり、多くの市町村では夜間診療に関してはなにもしていないのが現状である。しかし香川県では92%の病院はなんらかの形で依頼があれば診療をおこない、深夜帯でも診察の依頼に応じている病院は64%もあった。医院の72%も平日時間外診療をおこなっており、深夜帯でも62%の医院で診療をおこなっている。

6) 小児一次救急の満足度：大阪府、青森県、和歌山県で母親が最も困っていることは夜間・休日診療所は特に大阪では遠いという不満が圧倒的に多かった。その他休日・夜間診療所にたいしては時間制限がある、待たされる、きちんと診てくれない、説明してくれない等の不満が多かった。

7) 小児休日・夜間救急に対する情報提供状況：市町村における救急医療の情報窓口は小児人口10万人以上ではあるが、小児人口が減少するにしたがって、窓口数も減少し、小児人口2000人未満では34%にすぎなかった。人口の少ない地域では休日診療もなく、地元到医院がないことも多いうえに、情報も少ないといえる。親にたいする調査では電話での24時間救急相談センターの要望が強かった。情報伝達の問題では川崎市では9時から23時まで川崎市救急医療情報センターが活動し、問い合わせにたいしては二人のオペレーターと直接相談し、最寄りの救急協力医療機

関と道順もおしえている。23時以後は自動的の救急隊につながり、情報伝達システムの完成度が高い。

8) 夜間、休日の小児救急に必要とする施設数：大阪府、香川県における夜間、休日の患者動態を、1ヵ月間の小児救急受診患者総数、小児人口1000人に対する1ヵ月の小児救急受診率、一日あたり平日夜間小児救急受診数、小児人口1000人あたり平日小児夜間救急受診率、一日あたり休日小児救急受診数、小児人口1000人あたり休日小児救急受診率、1ヵ月間の小児救急患者の入院数、救急受診小児患者の入院率を元に解析した。その結果から夜間・休日診療所・後送ベッドの必要数を概算した。その結果7都府県で休日診療所は496ヵ所(現在332ヵ所)、その後送ベッドは331床、平日夜間診療所166ヵ所(現在102ヵ所)必要であり、後送ベッド55床の確保が必要である。

B. 救急教育について

国内の代表的な小児科の教科書では救急医療の具体的な技術的記載が次第に増加した。国外の代表的な小児科教科書では救急医療の記載が大幅に改編され、医師教育の一環として小児救急医療が不可欠であることがしめされている。さらにNelsonのテキストでは両親やパラメディカルを含めた教育システムをもとにして、緊急事態発生、搬送、救急室到着の各段階での体制整備、教育の確立が必要であることを記述している。更に蘇生にとりなう、心理的、倫理的問題も教育の場でとりあげる必要性をといている。卒後の小児救急教育は研修医制度とかかわりが深い。研修医の救急当直日数は研修2年目につき6-8回が多く、経験した手技は研修の方法によって差があり、小児救急を習得するための最良の制度を考える必要がある。

C. 災害時における小児科医の役割

阪神・淡路大震災の経験をもとに、大災害時における小児科医のはたすべき役割についてまとめ、小児保健医療活動における危機管理のあり方について提言する。

I. フェーズⅠ期（災害発生直後から 48 時間まで）

- 1) 入院患者の安全確保・避難誘導・医療設備の機能確保、医療行為の継続をはかる。
- 2) ライフラインの確保と二次感染の防止、小児用医薬品、小児用食品、育児用品の確保を図る。
- 3) 搬入される患者の人命救助活動への参加。外科的治療への参加が主要な業務となる。
- 4) 病院外にいる職員は可能なかぎり出勤する。
- 5) 小児医療の情報センター発信基地を設置して情報の集中化を図る。
- 6) 被災地医療機関は設置された災害対策本部本部長の指揮下で行動する。

Ⅱ. フェーズⅡ期（災害対策本部の統括による災害医療体制が発足する時期）からフェーズⅢ期（災害医療体制から通常医療業務への移行時期）

- 1) 小児救命医療活動
 - a) 院内での医療だけでなく、現地に行く医療も必要となる。
 - b) 時間の経過とともに医療内容が変化し、初期の外科的治療から小児内科的治療へ、また精神・保健活動が必要となってくる。
 - c) 初期には自己完結的医師としての活動が求められるが、次第にチーム医療の性格を帯び、ついに平時の専門的医療に移行させていく。
- 2) 小児保健医療活動
 - a) 感染症対策・予防
インフルエンザ、下痢症、食中毒等が問題となり、予防接種、臨時接種、隔離対策、二次感染防止に

努める。避難所での共同生活が強いられる場合は結核にも注意する必要がある。

b) 在宅障害児への対応
障害児は災害時にはパニック状態に陥り易く、避難所での共同生活が困難であることが多いので、療養施設、養護学校を障害児専用の避難所とする支援体制を図る。

c) 慢性疾患患者への対応
人口呼吸器装着児、透析児、在宅酸素療法児は治療可能な施設の情報を検索し、転院する。癲癇、糖尿病等は平常から内服処方を正確にメモをして、避難先で処方してもらう。

d) 要治療児の早期発見
避難所を中心に身体的、精神的要医療児の早期発見、早期治療に努める。

3) 小児精神保健活動

a) 災害時のメンタルヘルスについて正しい理解を深める。

b) リスク児の早期発見、早期介入につとめる。
〈考察〉

平日夜間、休日の小児救急には問題が多い。一次救急は市町村の管轄であるが、医療圏と行政区画はしばしば一致しないこと、市町村の規模、財政状態に差があり、救急施設設置が一様でないために、利用者に不満があることである。さらに病院単位で考えても、熱心に小児救急に取り組む病院があると、周囲の病院はその恩恵で救急をせずすみ、患者は他の地域からも殺到する。休日の一次救急については自治体は休日診療所を設置しているが、いまだ不十分であり、夜間小児救急についての施設数は60%ていどを充たすのみである。さらには救急施設がすくない地域では情報伝達システムも不備なところが多い。一次救急の整備が不十分な状況であるので、二次救急はさらにシス

テム化が遅れている。一方救急施設を増やすだけではだめで、親に対する救急施設に対するアンケートによると、遠いこと（以外と大阪に多かった）、治療時間帯、医師・看護婦の対応、等に不満が多かったため、小児救急施設の運用面についても検討を要する。次に施設数を増やすにあたっては小児救急の不採算性、小児科医補給困難等の障害を越えねばならない。小児科医を増やすには限界があるので、二次三次救急のみを小児科医が担当する案は現実的である。この案を実現するには小児救急すべてを小児科医が担当するよりは小児科医の数は少なくともすむが、現状よりは小児科医を増やす必要がある。さらに小児科医が二次、三次救急のみに専念するためには、全ての医師が小児救急ができるよう、教育、訓練が必要となる。そのためには卒前、卒後の医学教育に小児救急医療のカリキュラムの充実を図る必要がある。

大規模災害については、発生時に十分に対応するためには患者の誘導、外科的治療への参加、等の平時からの訓練が大切である。そのためには練習用のマニュアル作成が重要課題である。本年度は災害時における小児科医の役割を提言したので、次はシミュレーションのためのマニュアルを提案したい。

〈まとめ〉

- 1) ほとんど毎日か毎日小児救急をしている病院の90%以上は他からの応援小児科医を必要とし、半数の病院は医師の確保に苦勞している。
- 2) 小児救急施設は60%程度の充足率と概算した。
- 3) 数少ない小児科医の献身的な働きにより、小児救急を支えている地域がある。
- 4) 卒前・卒後教育で小児救急医療が一定の基準に到達するようシステム化する必要がある。

5) 大規模災害時には発生48時間以後小児保健適、精神的活動が重要である。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:1.小児救急施設の充足度は約 60%であり、ほとんど毎日小児救急をしている施設は 90%以上が他かからの応援小児科医を必要とした。しかもその半数の施設では医師の確保に苦勞している。このような状況下では小児救急を充実するためには小児科医を増やすことが必要であり、その上で、小児科医は 2 次、3 次救急の役割を担うべきである。2.大規模災害時には発生 48 時間以後は被災小児にたいして小児科医は保健的、精神的活動が必要である。