

九州：担当委員 市川 光太郎（北九州市立八幡病院 副院長 TEL:093-662-6565 FAX:093-662-1796）

分類	医療機関名	郵便番号	所在地	電話番号	代表者	必要診療	1月13日(火)	20日(火)	21日(水)	22日(木)	23日(金)	24日(土)	25日(日)	26日(月)	合計
1	大都市 福岡市急患診療センター	814-0001	福岡市早良区百道浜1-6-9	092-847-1099	下村 国寿	小児科医師 500	7	21	28	35	24	30	185	2	392
2	中都市 宗像地区急患センター	811-3431	福岡県宗像市田原201-22	0940-36-4199	村中 伸一	小児科医師 200	19	14	5	10	14	5	9	0	76
3	小都市 行橋支那休日・夜間急患センター	824-0005	福岡県行橋市中央区1丁目9番2号	0930-26-1399	弓削 健	小児科医師 200	9	13	5	12	8	23	41	0	111
4	過疎地 糸島地区休日・夜間急患センター	819-1112	福岡県柳井市大字浦532番地の1	092-329-1190	大島 文雄	医師会員 150	6	2	6	6	6	20	50	0	96
					合計	合計	41	50	44	63	52	138	285	2	675

5、小児救急公開フォーラム

小児救急の問題は、医療側、行政、一般市民（患者側）の全体で考える必要がある。その中で最も大切なことは、市民（患者の）のニーズを知ることであり、これはまさに本研究の目的である。従って、研究の一環として、以下に紹介する二つの市民公開フォーラムを開催した。

1) 小児救急公開フォーラム

主題：小児救急の大切さを皆で考えよう！

平成16年1月18日（日曜日）東京ウイメンズプラザで開催した。副題を「あなたのお子さん、熱が出たらどうするの？」とした。（資料1）

資料1のポスターにあるように、患者、報道関係者、大学病院総合診療部部長、開業医（小児科医会から）、行政担当者、日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム代表の6人による発表と、参加者との対話を行った。その内容の抄録は、資料2にまとめられている。

このフォーラムには約350名の出席者があり、300名余が一般市民であった。その中に、幼稚園や保育園の職員、学校の養護教諭などが含まれ、また、メディア関係者の参加もあった。

また、このフォーラムでは、小児夜間・時間外受診で多い子どもの事故についてのパンフレット「こどもの事故と対策」（資料3）を参会者に無料配布した。このパンフレットは、その後、数社のメディアを通じて公表された。その後、各地の保育園、幼稚園、学校、保健所、医師会などから、数多くの送付依頼があり、これらに対応して無料配布している。

2) 小児救急公開フォーラム

主題：みんなで育てよう。よりよい小児救急

平成16年3月14日（日曜日）大阪国際会議場で開催した。大阪府、大阪市、大阪府医師会、大阪小児科医会、大阪小児保健協会大阪支部の後援を得て、東京でのフォーラム同様、市民公開として開催し、約450名が参加うち一般市民は約200名であった。

内容は、資料4にあるように、患者の立場、現状と問題点、行政の方針、医師会の考え方、各地域での取り組み、メディアから見た小児救急、日本小児科学会の提案、の順に発表があり、その後、総合討論が行われた。

3) 公開フォーラムの総括

本研究班開始前にも、日本小児科学会主催のフォーラムを平成15年3月9日に開催した。一般の参加者は少なかったが、一部メディアを通じて報道され、日本小児科学会としての問題点への取りくみがアピールできた。

一方、厚生労働省も種々の方法でこの問題への取り組みを行っているが、一般市民へのアプローチが不十分であったと思える。今回の2回の公開フォーラムは、その意味からすると、公的な班研究の一部として行われたことに大きな意義があろう。今後、一般市民の声を広く聞くことと同時に、この問題の解決に向けて、小児救急医療提供側の問題、行政の問題を、市民と共有していく必要がある。本研究班で公開フォーラムを開催することは、本研究班が患者ニーズを探るのみに留まらず、ややもすれば一方的なニーズの結果するところを理解してもらうことに寄与するものとして重要である。次年度と同様のフォーラムを複数回にわたって開催し、小児救急を取り巻く諸問題の理解を深めていく予定である。

研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
(監訳) 衛藤義勝 (著者) David A.Lewis,James J.Nocton		大西 進	当直医のための救急マニュアル-小児科編	エルゼビア・ジャパン株式会社	東京	2004年	全417頁
(監修) 衛藤義勝			研修医の小児医療研修のための基礎知識	エルゼビア・ジャパン株式会社 ミクス	東京	2003年	全246頁

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
衛藤義勝	元気がない、ぐったりしている	小児科診療	第66巻・第11号	1827-1829	2003年

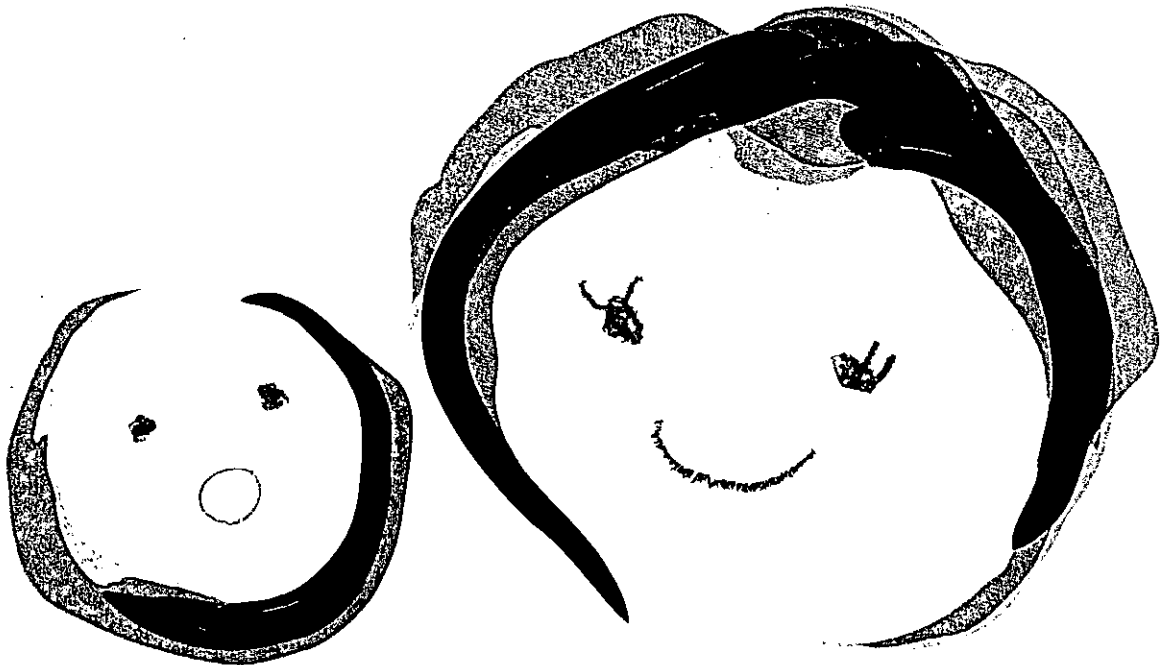
小児救急の大切さを皆で考えよう！

小児救急 公開フォーラム

当日
「こどもの事故と対策」
パンフレット配布!!

入場
無料

あなたのお子さん、熱が出たらどうするの？



●日時 2004年1月18日(日) 13:00~17:00

●場所 東京ウイメンズプラザ

●プログラム

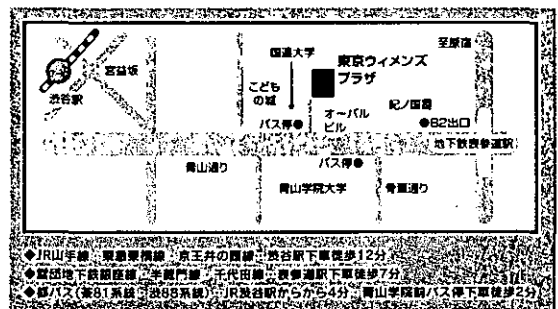
- 慢性疾患をかかえたこどもの親が思うこと
平岡まゐみ (NPO難病の子ども支援全国ネットワーク)
- マスコミの立場から見た小児救急医療の現状と課題
山口 博弥 (読売新聞東京本社医療情報部)
- 卒後臨床研修必修化と小児救急
寺沢 秀一 (福井医科大学総合診療部)
- これからの小児救急医療体制
松平 隆光 (松平小児科)
- 豊能広域子ども急病センター設立にむけて
竹内 泰雄 (大阪府豊中保健所企画調整課)
- ITを使った小児QQ相談コーナーの立ち上げ
中澤 誠 (小児救急プロジェクトチーム座長)
- 公開講座「Q&A」
市川光太郎 (北九州市立八幡病院小児救急センター)
田中 哲郎 (国立保健医療科学院生涯保健部)

主催：社団法人日本小児科学会

共催：厚生労働省 衛藤義徳研究班

「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」

後援：日本医師会・日本小児科医会・日本小児保健協会



お問い合わせ

社団法人日本小児科学会

〒112-0004 東京都文京区後楽1-1-5 第一馬上ビル4階

TEL 03(3818)0091 FAX 03(3816)6036



小児救急公開

フォーラム

プログラム



日時 2004年1月18日 (日)
13:00~17:00

会場 東京ウイメンズプラザ



日本小児科学会

日本小児科学会主催

「小児救急公開フォーラム」

プログラム

司会：中澤 誠（小児救急プロジェクトチーム座長、
東京女子医科大学循環器小児科）

慢性疾患をかかえたこどもの親が思うこと

平岡まゑみ（NPO 難病のこども支援全国ネットワーク）

マスコミの立場から見た小児救急治療の現状と課題

山口博弥（読売新聞社東京本社医療情報部）

卒後臨床研修必修化と小児救急

寺沢秀一（福井医科大学救急部）

これからの小児救急医療体制

松平隆光（松平小児科）

豊能広域こども急病センター設立にむけて

竹内泰雄（大阪府豊中保健所企画調整課）

ITを使った小児 QQ 相談コーナーの立ち上げ

中澤 誠（小児救急プロジェクトチーム座長、東京女子医科大学循環器小児科）

公開講座「Q & A」

市川光太郎（北九州市立八幡病院小児救急医療センター）

田中哲郎（国立保健医療科学院生涯保健部）

「慢性疾患をかかえたこどもの親の思うこと」

TSつばさの会 代表 平岡まゑみ

TSつばさの会の平岡と申します。

結節性硬化症の患者の親の会です。

この疾病の小児の主な症状は、脳の中に石灰化した病変があり、それによるてんかん、皮膚症状、心臓の結節、網膜の結節などです。成人に達する頃、腎臓の血管筋脂肪腫、脳腫瘍などを発症する場合があります。大変個人差が大きく、何の症状もない方から歩行も出来ない方、重い発達障害の方まで様々です。

難病、慢性疾患のこどもの親たちの多くは、良くも悪くも病院慣れしております。生活の一部と言うより、中心になっている家族さえあります。そして、多くは治療して治る病気ではないのですから、出来る限り症状を抑え、親が看護のベテランになる事で日常生活を可能にしています。私の娘は間もなく30才。とっくに小児ではありませんが、週3回の人工透析をはじめ、てんかんのコントロールなど、殆どの医療行為を国立成育医療センターで受けています。国立小児病院の時代を含め、30年、病院と密接なかかわりを持っているわけです。

私たちのような、病院慣れた親だからこそ、気になる事が沢山あります。

「小児救急」に関連した幾つかを聞いていただきたいと思います。

同じ結節性硬化症の男の子を持つお母さんからのお話ですが…

・慢性疾患の救急とその他救急を区別していただきたい。

風邪の子と一緒に待つのは命に係わる事もあります。日常生活を、すでにギリギリのレベルで維持しているので、体力的に余力がありません。また、知的な障害がある場合、ルートを取るだけでも強い恐怖を覚えたり、目が離せないなど、かえって他のお子さんにも不安を与えるのでは…と思います。

・慢性疾患の場合特殊ケースもあるので救急外来で全てを判断せず主治医に連絡をとって欲しいのです。

そのお子さんの場合、腎臓の問題もあるので、点滴の輸液の量など考慮しなければならない事が幾つもあります。また、何種類もの薬を飲んでます。現実には数年前、そのお子さんは敗血症の処置が遅れ重篤になり、長期のICUとその後の障害に苦しみました。その時は、主治医との連絡に手間取った事が原因でした。

・昼間は混むから、仕事があるからと最初から夜の救急を狙ってくる親がいます。救急患者と言うより、子育て相談の類いも珍しくないと聞きます。

乱暴な言い方ではありますが、夜間、休日は、事前に十分な電話相談や、信頼できるベテランが急患受けをしてくれると、本当に急を要する患者の処置に手がまわり、待ち時間の短縮も出来るのではないのでしょうか。

次ぎは、私自身の経験です。

一昨年の大晦日。たまたま透析装置の不具合で、透析を終えたのが夕方7時過ぎになりました。病院の建物を出たところで、全身の痙攣を起こし倒れてしまいました。周囲の方の手助けもあり、すぐストレッチャーで運ばれました。急患扱いです。ただちに血液検査を…、と慌ただしく処置が始まりました。左腕は

シャントがあり、圧迫しないで欲しい、透析直後で出血し易い、透析後の抗痙攣剤を服用したばかりである、今ならまだ、透析室に主治医がいらっしゃるはず、などなど、親からの注文が多すぎたせいか、担当したドクターは焦ってルートがとれず、30分にもわたる血まみれの悪戦苦闘。

幸い発作も落ち着いて来たので良いようなものの、身長160、56kgもある立派な体格の娘がこんな状況なら、小さいお子さんの血管なんて…と複雑な思いでした。結果的には、一番大切なタイミングで何の処置もされず、その時点での検体も取れず、何だったのだろうと言う思いだけが残りました。その後、何時間か待たされたあげく、検査結果が出ないというオマケも付きましたが…。

決められた手順が有るのは、承知していますが、優先するのは手順でしょうか？ 患者の状態でしょうか？ この場合、手順を踏むことを優先し、その間の症状の変化には気が向いていないように見えたのは、病院ズレした親の偏見でしょうか？

昨年の9月にも救急車を呼ぶかどうかの騒ぎがありました。

午前0時に突然の発熱。40℃を超える高熱が続き、常備の解熱剤も冷却シートも役に立たず慌てました。痙攣発作を起しそうな顔もしているし、迷いに迷ったあげく、翌朝の通常の透析外来の開始時間を待ちました。

細菌感染による発熱で、あと数時間対応が遅れたら危険な状態で、朝まで待った私の判断が、はたして良かったのかどうか微妙でした。ただ、私としては、以前に経験した救急外来が、どうしても不安で…。夜中に救急車で運び込む事で、必要以上に本人を動揺させたくない面もあり、ストレートに主治医に辿り着ける方を選んだ次第です。

私に限らず、慢性疾患のこどもの親たちは、何度もこうした経験をしています。その結果、わが子の安全は、親が守ると言う意識を持っています。この緊張は、24時間、365日です。正直に言って、何十年と守って来た命を、納得できない形で危険に曝したくはありません。

時間外に病院に行く状況になってしまった場合、私たちは顔見知りの看護師を探します。1から説明しても、どの程度対応していただけるのか判らないドクターより、状況の特殊性を直感していただける看護師を頼ります。そして主治医とのホットラインの確保は、親の努力にかかっています。それが、良い状態だと言うのではなく、現実的に、今出来る自己防衛です。

年中、病院通いをしている患者が時間外に行くと言う事は、それだけで十分、非常事態です。長年、その子どもだけを看て来た親の直感もあります。殆どの場合、かなり冷静に状況の説明も出来ます。だからこそ、育児に戸惑い、オロオロと騒ぎたてる親より、緊急性がないと受け取らないで下さい。

ある医師から、危険だと思ったら、騒ぎ立てたほうが良いと言われた事があります。一晩に何十人もの急患が集まる救急病院では、確かに声の大きい方が良いのかもしれない。

少なくとも、多くの慢性疾患の子どもが通う病院では、救命救急の面でも、慢性疾患に対応していただきたいのです。

- ・状況を把握し、速やかに主治医との連携がとれる体制を。
- ・重度のお子さんには、専従の看護師が無理なら、サポートをしてくれるヘルパーでも良いから、付けて欲しい。
- ・一般の救急患者と別枠が欲しい。救命救急セクションで手順に従い対応するばかりでなく、その疾病の特殊性を理解している医師に、速やかに連携を取っていただきたい。
- ・重度の障害や慢性疾患をかかえた子どもの、危うさ、脆さを理解していただきたい。

・知的な障害を伴う場合、現場での対応に配慮して欲しい。特に本人の精神的苦痛は、親でも測り知れない面がありますが、その後の医療的ケアの妨げになる場合もあります。

地域のための「小児救急」と言います。それがどれ程大切な事か、十分承知しております。施設として「小児救急」の充実を図る事と平行して、その重要性の啓蒙と、日常の育児の不安に対する相談体勢の充実を考慮する必要があると思います。どれ程立派な「小児救急」のシステムが出来ても、利用する側が、昼間の待ち時間を嫌った親であったり、育児相談の範疇に近いケースが増えた場合は、大きな問題だと思います。

慢性疾患の子どもを、特別に厚遇せよと叫んでいるように聞こえる事と思いますが、適切な救急医療を、本当に必要な子どものために効率よく届く工夫をしていただきたいと願っているのです。生後6ヵ月から、今日まで、ほぼ30年。慢性疾患をかかえて生活しているので、何の問題も無い方の育児は判りません。しかし、「小児救急」の混雑を見るにつけ、本当にこれだけの数の急患が居るのだろうか？ 長時間、待合室で待機できる子どもは急患だろうか？ と、単純に疑問を感じています。

私ども、患者家族の会では、医療機関の選び方、医師との会話、疾病の受け止め方など、など、多くの問題を、親が自ら解決していこうと考えています。疾病だけに捕われず、少しでも良い日常生活を確保しようと努力し、出来る限り在宅療養を選択します。傍から見れば、あんな重度の子どもを、なぜ病院に置かないのかと言われます。親自身、危険は嫌と言う程承知の上で、家に連れ帰ります。家族なのだから。疾病を治すのではなく、疾病と共に生活をしています。慢性疾患とは、そう言うことだと思います。

だからこそ、緊急時のサポートを、慢性疾患の子どもを時間外に受診させる場合の、親の思いを、繰り返し訴える次第です。

小児救急公開フォーラム・抄録集用原稿 「マスコミの立場から見た小児救急医療の現状と課題」

読売新聞東京本社医療情報部 山口博弥

1・現状

読売新聞朝刊家庭面の長期連載企画「医療ルネサンス」で、2000年4月から2001年10月までの1年半、「いま小児医療は」というキャンペーン企画を展開し、前半で小児救急医療の現状と課題について取り上げた（中公新書ラクレの「こどもの医療が危ない」に収録）。脆弱な小児救急医療体制のせいで子供が亡くなったり後遺症を残したりして、家族が深い苦しみを味わっている——。そんな状況については、この企画の中でずいぶん紙面を割いたし、ここ数年は他の新聞やテレビ、雑誌も頻繁に報道してきた。こうした報道の甲斐あってかどうかは分からないが、国や自治体、病院経営者の意識も変わり、小児救急医療は少しずつではあるが、改善されてきたように思っていた。

そして、2003年5月、再び医療ルネサンスで8回の連載「小児救急」を掲載した。小児救急医療はあれからどう変わったのか——。問題点を解決するために、現場の医師たちの奮闘ぶりや新しいシステムをいくつか紹介するのが狙いで、“前向き”な内容にしたつもりだ。

しかし、今回の連載を終えると暗い気持ちにさせられた。なぜなら、幼い子を持つ母親から、3年前の連載時と同じように、悲しい体験や不安な思いをつづった投書がたくさん寄せられてくるのである。そしてそれは、けっして昔の話ではなく、つい最近の出来事なのだ。おそらく全国では、投書の数の数十倍、数百倍の同様の事例が埋もれているに違いない。わが国の小児救急医療の窮状は、本質的には変わっていないように思える。

2・対策（情報公開の必要性）

対策として、小児科医を集中させて初期から二次救急まで24時間365日対応するセンター病院の開設、小児救急電話相談、内科など他科の医師への小児科研修、卒後研修における小児科研修の強化、診療報酬の充実などが挙げられている。しかし、いずれも一朝一夕には実現できない。

そこで、まず地域が早急に取り組むべきこととして、＜情報の収集と公開＞を提案したい。自分の地域ではどのレベルの救急医療が可能で、一方で不可能な部分は何か、を調べる。できない部分は、他地域で対応できないかを模索して協力体制を構築、それでも不可能なら、「できること」「できないこと」の両方を住民に情報公開するのである。

3・家族への「心のケア」の重要性

急病や大けがで子どもを医療機関に連れて行った時、家族は動転し、場合によってはパニック状態に陥る。特に、子どもに後遺症が残ったり、亡くなったりした場合、家族には大きな心の傷が残ってしまう。

救急医療における医療者と患者家族とのかかわりは、慢性疾患での長い闘病生活におけるそれと違って、一時的な関係に過ぎない。しかし、この短い時間の中での医療者の対応は、家族のその後の癒しや立ち直りに大きく影響すると思われる。

救急医療の現場では、救命が医療者の第一の使命であることに疑いの余地はないが、家族に対する心のケアも、救急医療に携わる医師や看護師らすべての医療者が学び、実践しなければならない必須事項である。

卒後臨床研修必修化と小児救急

福井大学医学部付属病院 総合診療部 寺沢秀一

小児救急の問題が社会問題になるような事例が報道されるようになった。全ての医師の小児救急領域の臨床研修の立ち遅れを指摘されているとも言えよう。私はこの問題は救命救急医と小児科医の両方の責任だと考えている。

1. 救命救急医の責任

北米では救急専門医とは ER において研修医にプライマリケア～初期救急診療の十分な指導、教育ができる「ER 型救急医」を言う。彼等は ER において、小児の初期救急診療をも含めて全ての ER 受診患者について医学生や研修医の指導にあたっている。しかし、日本では三次救急患者の治療を行う「集中治療型救急医（救命救急医）」を救急専門医として育ててきた。そのため、日本の救急専門医は小児救急においても三次救急、特に重症外傷の小児の診療については研修医に教育できるが、小児の一次、二次救急を研修医に指導できないのである。このことが日本の医師が小児の一次、二次救急の初期診療の教育を受ける機会を失う大きな原因の一つになったと言える。今後、全ての医師の ER における充実した小児救急の研修の実現のためには、日本においても「ER 型救急医」の養成が急務と考える。

2. 小児科医の責任

小児科医の責任は「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」と主張してきたことである。物理的にも、時間的にも、小児科医のマンパワーの視点から考えても、小児科医だけで全ての小児科の救急患者を診るのが不可能なことは明白である。この「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」という主張のために、小児科医以外の医師は小児救急から大きく遠ざかることになった。また、この「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」という主張のもとに、小児科医は小児科以外の医師の小児の一次、二次の初期診療の研修に積極的に取り組んでこなかった。これらのことが小児科以外の医師の小児の初期救急診療のレベルダウンに拍車をかけることになったと考える。小児科医以外の医師の小児救急の教育の改善のために小児科医の意識改革が必要と考える。

3. 今後の方向

卒後臨床研修の必修化で全ての医師が一次救急から三次救急を受け入れる ER で研修することになる。この機会に、「ER 型救急医」を養成し、小児科医と「ER 型救急医」とが連携して、ER において研修医に積極的に小児の初期救急診療の教育に取り組むことが小児科医以外の医師の小児の初期救急診療のレベルアップのために重要と考える。この方法によってこそ、やがて、小児の一次救急は小児科医以外の医師も担うことができ、小児科医は小児の二次、三次救急に専念できるという役割分担が成立すると予想する。

「これからの小児救急医療体制」

松平小児科 松平隆光

最近のわが国では、小児救急医療体制の不備が大きな社会問題となっております。

極端な少子社会を迎えたわが国では、地域での子育て支援が得られ難くなっただけでなく、核家族化した家庭では育児機能が衰退し、育児に大きな不安を持ったままで子育てをしている家庭が増えております。このため、ささいな子どもの変化にも両親は的確に対応することが出来ず、病院の救急外来を訪れることとなります。

小児救急医療体制が崩壊しつつある原因には、育児不安を抱える両親が小児科専門医への受診を強く希望することと、本来かかりつけ医として地域医療を担うはずの小児科開業医が、高齢化などを理由に時間外診療に心血を注がなくなったためであります。

このため、本来2次医療を行なうはずの地域の基幹病院に子どもの時間外患者が集中し、本来の医療を提供出来ない現状と小児科勤務医の過酷な労働実態が明らかとなり、わが国の小児救急医療体制は崩壊の危機にあると言っても過言ではありません。

この現況を打破するためには、地域の小児科開業医が参加する、地域基幹病院併設型の小児初期救急センターの設立が強く望まれております。

豊能広域こども急病センター設立にむけて

大阪府豊中保健所企画調整課 竹内泰雄

豊能地域の小児救急医療の現状を整理

① 小児救急医療機関

- (1) (財)豊中市医療保健センター診療所・豊中市立保健センター
 (財)池田市医療センター休日急病診療所
 吹田市立休日急病診療所
 (財)箕面市医療保健センター附属休日急病診療所 (初期救急医療機関)
- (2) 豊中・池田・吹田・箕面市立病院と済生会吹田病院 (二次救急医療機関)
- (3) 阪大・国循・府立千里救命救急医療センター (三次救急医療機関)

② 市立休日急病診療所の小児科の患者数が減少した。

平成 8 年度	11,557人	〔 5ヶ所の休日急病診療所合計で平成8年度に比較して 76.6% 〕
10	9,124	
12	8,762	

③ 各市立病院小児科の時間外救急患者数が増加した。

平成 8 年度	29,978人	〔 市立病院合計で平成8年度に比較して 126.5% 〕
10	35,577	
12	37,936	

④ 豊能医療圏内の小児の時間外急病患者数が増加した。

平成 8 年度	41,535人	〔 市立病院4ヶ所と休日急病診療所5ヶ所の合計で平成8年度に比較して 112.4% 〕
10	44,701	
12	46,698	

⑤ 阪大小児科の医師数が不足してきた。

平成10 年度	63人	〔 阪大小児科医局の小児科医数 平成10年度の76.2% 〕
12	56	
14	48	

⑥ 医師法改正により、平成16年度から卒後研修の義務化がスタートする。このことによって、阪大小児科の豊能地区への協力が、現行水準で維持することが難しい。

現 行	80単位	〔 阪大から豊能地域への小児科医の協力単位数 〕
16年度以降	40単位以下	

⑦ 各市立病院小児科医の勤務環境が厳しい

1週間当たりの勤務時間数	70時間	(4病院平均)
--------------	------	---------

広域センター構想に至った 経過と設置場所の決定理由

1 広域センター構想に至った経過

- ① それぞれの市にある休日急病診療所を平日時間外にまで診療時間の延長ができないか。
(開業医は翌日の診療に影響があるので、医師会からの協力は得られなかった。)
- ② 各市立病院の当直医の勤務条件緩和と大学からの協力医師が引き上げられた場合、地元医師会から応援できないか。
(病院側と医師会双方から同意が得られなかった。)
- ③ 圏内で最も小児科医の数が多く、市立病院で圏内全ての小児救急患者を受け入れる。(基幹病院構想案)
(設置市以外の市が、救急医療行政の後退となり市議会の同意は、得にくい)
- ④ 小児科医の数が減少していく中で、効率よく小児救急医療体制を堅持するには、4つの市立病院は二次救急病院としての機能をきちんと果たし、初期救急はどこか一箇所に集中して専門化する。

2 設置場所の決定理由

- ① 圏域内の中央地区で、どの地域からでも等距離であることが望ましい。
- ② 周辺道路事情が良く、駐車場が完備していること。
- ③ 各自治体とも財政状況は厳しいので、新たな施設を建設することは難しいので、既存の施設を活用する方向で検討してほしい。
- ④ 救急車が深夜でも殺到することが予測される。騒音等に対して地区住民から苦情が寄せられるので地元自治会との調整がうまくいくか。
- ⑤ 施設を誘致した自治体が、開設準備にかかる経費は全て負担する。
また、運営経費は当然赤字となるであろうが、設置された市は、利用実績が確定するまでは赤字額の半分を負担する。

豊能広域こども急病センターの開設にむけて同意文

小児の急病患者は、少子化傾向にあるにもかかわらず、ここ数年増加し続けています。

豊能二次医療圏（豊中市、吹田市、池田市、箕面市、豊能町、能勢町）は、夜間の初期救急診療体制が十分でなかったことから、これまで入院を要しない軽症の急病患者が救急診療を行っている各市立病院等の小児科に集中しています。

そこでは、患者の待ち時間が長くなり、また、診療にあたる小児科医にとって過重な負担になるとともに、本来入院を要する患者の診療がおろそかになるおそれがあります。

各市立病院等は、その病院の常勤の勤務医だけでは急患のニーズに対応しがたいことから、大阪大学医学部等からの応援医師の協力により、二次救急体制を維持してきました。しかし、平成16年4月からの医師法改正による医師臨床研修制度の改革に伴い、現在のように当直医の応援協力を得ることが、極めて難しくなってくると予測されます。

こうした課題を解決するため、豊能保健医療推進協議会では、小児救急医療体制検討会（座長 菱川吹田市医師会長）を設置し、協議を重ねた結果、このたび「箕面市休日急病診療所」を活用した「豊能広域こども急病センター」の設置構想を示すに至りました。箕面市がこれを受け入れることとなり、下記の設置構想（案）に基づき、具体化に向けて準備を進めることとなりました。

このセンターの開設により、豊能地域においては、1年を通して、夜間（翌朝まで）の小児急病患者に対する初期救急診療体制が充実することになります。

記

設置構想（案）

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| 1 施設名称 | 豊能広域こども急病センター | |
| 2 場 所 | 箕面市休日急病診療所
箕面市萱野五丁目1番14号 | |
| 3 診療開始 | 平成16年4月1日 | |
| 4 診療科目 | 小児科（3診察室確保） | |
| 5 診 療 日
及 び
診 療 時 間 | 日曜・祝日 | 午前9時～翌朝午前7時 |
| | 土曜日 | 午後3時～翌朝午前7時 |
| | 平日 | 午後7時～翌朝午前7時 |
| | 年末・年始 | 午前9時～翌朝午前7時 |
| 6 開設者 | 箕面市長 | |
| 7 運営主体 | （財）箕面市医療保健センター | |
| 8 経費負担 | 豊能二次医療圏の4市2町が負担金協定に基づき負担する。 | |

豊能広域こども急病センター職員の執務体制予定表

H15. 11. 13

	曜日	勤務時間	医師			看護師	レントゲン技師	検査技師	薬剤師	医療事務員
			阪大	国循	開業医					
準夜・深夜・早朝	日・祝日(夜勤)	19時~0時			○	1				
		19時~翌AM7時	○			2	1	1	1	3
	月	21時~0時		○		1				
		19時~翌AM7時	○			2	1	1	1	3
	火	21時~0時		○		1				
		19時~翌AM7時	○			2	1	1	1	3
	水(休診日)	19時~0時			○	1				
		19時~翌AM7時	○			2	1	1	1	3
	木(休診日)	19時~0時			○	1				
		19時~翌AM7時	○			2	1	1	1	3
	金	19時~0時				1				
		19時~翌AM7時	○	○		2	1	1	1	3
	土	15時~0時			○	1				
		15時~翌AM7時	○	○		3	1	1	1	3
日勤	日・祝日	AM9時~19時	○	○		3	1	1	1	3
1週間当たり(人)			8人	5人	4人	25人	8人	8人	8人	24人

ITを使った小児 QQ 相談コーナーの立ち上げ

中澤 誠

小児救急プロジェクトチーム座長

日本小児科学会では、一昨年からわが国の小児救急体制の改善を目指して、小児救急プロジェクトチームを立ち上げた。

近年大きな社会問題となっている小児救急の問題は、受診者あるいはその家族の側の需要と、医師や医療体制による供給とのバランスの崩れによって生まれている。これまで、数多くの調査研究が行われてきた。それらを要約すると、受療者側の問題としては、情報過多時代の不安と核家族化、女性の社会進出、権利意識の高揚、小児科医志向、そして医療費負担の問題、などに集約される。その中で、受診者の 90%以上が軽症であることや、夜間外来への受診者の言動から、小児救急は「コンビニ化」していると言われている。一方で、供給側では、一次救急の受け皿として必須の二次救急病院である病院小児科が減少しており、それら病院の小児科医は全国平均で<3名であり、これで 365 日 24 時間の小児医療を支えている。それら少なくなっている病院小児科の医師は、24 時間の外来と入院患者の診療が課せられ、疲労困憊の状況に追い込まれている。その裏には、小児医療への医療資源投入と医療効果のバランスの悪さが放置され、それによる病院小児科の採算性の低さがある。


この現状に、厚生労働省は種々の制度を提案して補助金を予算化しているが、それぞれに厳しい条件が付けられ現場に広く利用されるに至っていない。医師会や小児科医会は、一次救急対応の急病センターを運営するなどの活動を続けている。また、一部の医療機関では少ない小児科医のシフト勤務体制によって、小児科医の過重労働の軽減を模索している。しかし、多くの夜間一次診療所でのデータが示すように、サービスを広げる程、患者数が増えている。まさに、コンビニを増やせば増やすほど夜間の客が増えることと同一の現象が小児医療でも起こっている。

即ち、これまでの対策は供給側すなわち医療施設、医師、医療システムへの方策であり、受療側・患者側へのアプローチは全くなされなかった。その一つとして、いわゆる 0.5 次救急と呼ばれる電話相談事業が、一部の地方で小児科医のボランティア参加を得て、始まっている。また、若い親を対象として、HP 上の健康相談サイトがいくつか公開されている。今年度から、厚生労働省科学研究費補助金「医療技術評価総合研究事業」として、「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」(班長 衛藤義勝慈恵会医科大学小児科教授)が始まり、活動を開始している。この研究班では二つの事業を行う予定である。第一は、救急を要する小児の症状の見分け方や簡単な対処、そして救急を受診する目安を、HP を使って公開し、親御さんの啓発に役立ててもらおう、とするものである。このエッセンスを携帯電話でも閲覧できるように出来ないかも検討している。第二は、患者さんの受診行動の調査であり、この調査結果をもとに、HP ページの内容の充実、医療機関の対応の適正化などを検討する予定である。本公開フォーラムでは、「HP を使った小児救急への対応」の概略を示し、その一部を紹介したい。



子どもの 事故と対策

—子どもを事故から守ろう—

発行：  日本小児科学会
小児救急プロジェクトチーム
監修：市川 光太郎
北九州市立八幡病院小児救急センター

子ども事故予防とその応急処置

子ども事故は受傷機転から、転落・転倒、熱傷、窒息、切り傷、誤嚥・誤飲、溺水、交通事故などに分類されます。また、受傷の障害からその診断名は、打撲、捻挫・骨折、頭部外傷、腹部外傷、熱傷、窒息、気道異物・消化管異物、溺水、などとして治療されます。

いずれにせよ、家庭内での処置のみですむ事故を含めると子ども達の事故はとても多くて、医療機関を受診し、救急の治療を必要とする事故も少なくありません。実際に、1歳から19歳までの死因の第1位は不慮の事故であることを常に忘れないようにしましょう！

突然の事故に備えて、普段からその予防に心がけるとともに、ある程度の応急処置は覚えておきましょう！なんと言っても予防が第一ですので、子ども達の成長に合わせて起こりやすい事故の種類とその予防のコツを覚えておくことも重要でしょう(表1参照)。

この冊子では「心肺蘇生法」「救急車の呼び方」「窒息」「打撲」「頭部打撲」「鼻出血」「誤嚥・誤飲」「熱傷」「溺水」「交通事故」などを解説します。

また、各々の受傷機転(転落・転倒・打撲、熱傷、誤飲、溺水など)の特徴とその予防法については表2を参照にしましょう！

表1 子ども達の発達と事故の特徴

年齢	事故の種類	特徴と注意点
0ヶ月～3-4ヶ月 (寝返りするまで、手もうまく使えない)	<ul style="list-style-type: none"> 吐いた物での窒息 ナイロン袋などでの窒息 柔らかい(ふかふかの)布団での窒息 熱すぎるミルクでの口腔内熱傷 抱っこしてて落とす(クーハンからも) 	一人では身動きできず、さらに物を払ったりなどの回避動作もままならない年齢、だから、虫にも良く食われてしまいます。
4ヶ月～7ヶ月 (寝返りから移動する、手がある程度使え、口に持っていき、払いのけるなどの動作が可能となる)	<ul style="list-style-type: none"> ベッドやソファからの転落 紐などを首に巻きつけて窒息 小さな物を誤飲・誤嚥する 抱っこしてて落とす(クーハンからも) 物が落下して打撲や挫傷する 	寝返りをしたとすぐに色々な物を掴んで口に持っていきます。誤嚥・誤飲が急増してくる年齢です。動きも激しくなり、抱っこしても安定が取れにくくなる時期です。動きが多い事から転落が増加します
7-8ヶ月～1歳頃 (はいはい、掴まり立ち、伝い歩きなどが可能となり、行動範囲が広がる、興味を示し、何でも触る)	<ul style="list-style-type: none"> 階段、椅子などからの転落 つまづいての転倒 小さな物やタバコなどの誤飲 手先などの熱傷 浴槽での溺水 鋭利なものでの手先の切創 	全ての物に興味を持ち、何でも触りたがる年齢のため、手先の切り傷、熱傷が増加します。慌てて移動するため、つまづいての転倒、段差からの転落など頭部打撲が著明に増加します。同様に誤飲事故も増加する年齢層です
1歳～2歳台 (歩き回れる、自我が芽生え自己主張し、言うことを聞かなくなる、何でも自分でしたががるが、危険が予知できない)	<ul style="list-style-type: none"> 段差などを利用して高い所に登って転落する 走って転倒する 道路に飛び出す 遊具で危険な遊びをして怪我する 鋭利な物で怪我したり、ドアに指を挟む 化粧品や硬貨など誤飲する 熱傷も色々な日用品で起こしやすい 	行動範囲が極めて広がり、親の制止を聞かずに自分の興味本位で何でもしたががるが、危険予知がなく、事故を起こしやすい 自我の芽生えから、何度でも同じ事を繰り返す、事故に遭遇することが多いため、繰り返しの言い聞かせが必要な年齢である
3歳～5-6歳頃まで (自分一人で出来る事が増え、親から離れて遊ぶ時間が増える、いたずらをする年齢であり、結果を予測できない年齢である)	<ul style="list-style-type: none"> 飛び出しなどで交通事故が増える 窓や階段の高い所からの転落 プールや海、河川での溺水 刃物をあつかい怪我する マッチやライターなどで遊んで熱傷する ジュース缶などと誤って農薬などを誤飲 いたずらや遊びにより使い方を間違っの事故(打撲や転落など)が多い 	子供同士での危険な遊びに熱中するため、戸外での事故が増える年齢であり、もっとも日頃からの注意が必要な年齢といえる、実際に注意を聞かずに受傷するケースも少なくない、自転車など動的な道具での事故も増加してくる年齢であり、ふざけたり危険な使用などへの注意を反復して行う必要のある年齢である