

豊能地域の小児救急医療の現状を整理

大阪府豊中保健所企画調整課長 竹内 泰雄

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 (5ヶ所) の小児科の患者数が減少した。

平成 8年度 11,557人

10 9,124

12 8,762

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%

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

10 35,577

12 37,936

市立病院合計で平成8年度に比して
126.5%

④ 豊能医療圏内の小児の時間外急病患者数が増加した。(①+②)

平成 8年度 41,535人

10 44,701

12 46,698

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%

⑤ 阪大小児科の医師数が不足してきた。

平成10年度 63人

12 56

14 48

阪大小児科医局の小児科医数
平成10年度の76.2%

- ### 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

16年度以降 40単位以下

阪大から豊能地域への小児科医
の協力単位数

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 設置した自治体が、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

平成15年8月20日

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	日曜・祝日 午前9時～翌朝午前7時
及び	土曜日 午後3時～翌朝午前7時
診療時間	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。

堺市における小児夜間救急

大阪小児科医会、堺市医師会理事 小林 久和

堺市は北に宿院、南に泉北の各急病診療センターがあり、平成13年11月泉北に通年での小児夜間急病診療センターが開所された。開設後2年経過し、市内（86%）及び周辺の市からの受診者（14%）が増加し、2年間の準夜帯の受診者数は年間で1万名、土日年末年始を加えると年間で2万4千名であった。内訳は3歳未満が52%、6歳未満が81%であった。このうち病院へ2次後送された数は2.0%であり、その半数が入院となった。昨年のインフルエンザの大流行時は長時間の待ち時間となり、トラブルも少しずつ増加した。小児夜間救急は出務している医師も、スタッフも疲労しているうえに、全く初めて会う保護者から病状を聞き、新患を診療することになり、非常に気配りのいる診療である。この時間帯に重症と考えられる患児が来院することもあり、さらに熱性痙攣等による救急車による搬送も増加している。以上から小児の夜間救急診療は、2人の医師の出務が不可欠である。小児科医のみで今後本事業を継承することは、小児科医の高齢化や、新たな研修医制度での小児科応援医師の不足など、堺市においてもマンパワー不足が問題となっている。堺市医師会においても内科の先生方に出務協力していただいているが、3歳未満の児を積極的に診療していただける先生は少ない。今後診療を円滑に行なうためにも、看護師、検査技師、事務職員等への教育、意識改革も必要である。子育て支援の一環としての受診も大切であるが、コンビニ感覚の受診や、育児不安などの受診に対しては、保護者への啓発が重要であり、行政や医師会が協力した形での電話相談も必要と考える。周辺の市からの患者数増加に伴い、今後は医療圏の枠を超えた調整が必要であり、近隣医師会や、行政、各病院との連携が必要と考える。

南河内地域における開業小児科医参加の地域連携小児夜間救急

大阪小児科医会、富田林医師会理事 藤岡 雅司

南河内二次医療圏の南部、富田林市、河内長野市、河南町、太子町、千早赤阪村の5市町村では、平成14年4月から広域夜間小児救急体制を開始した。この体制の特徴は、土曜日に開業小児科医が地域の小児医療の中心的役割を担っているPL病院（民間、常勤小児科医8人、常勤医1人が連日当直）に出務し、常勤医と共に2人当直体制をとっていることである。富田林市と河内長野市の開業小児科医（日本小児科学会専門医）のうち50代前半までの5人が1、2ヶ月に1回程度の割合で出務し、午後8時から翌朝8時までの当直業務を担当している。

2人当直時には、開業医は主に初期診療を、勤務医は主に二次診療を担当する。複数の当直医が初期と二次を同一施設内で分担することで、より有機的な協力が可能になった。すなわち、痙攣、喘息発作、脱水症など処置の必要な場合や、一見して重症で入院しなければならない場合でも、院内にいる常勤医に状況を口頭で説明するだけでバトンタッチが可能である。処置や入院連絡などで診療が中断することもほとんどなく、外来が混雑することも少なくなる。入院患者が急変した場合でも、小児科医2人で協力して対応することもできる。このように効果的な連携は、初期と二次を同一施設で分担することで実現可能となった。

開業医にとっては、準夜・深夜の診療ということと、初めて診察するお子さんが多いということを除けば、基本的にいつもと同じ外来診療である。初期診療を担当するため肉体的には楽ではないが、1人当直に比べれば精神的な負担は少なく感じられる。この当直に出務している5人の開業医全員が、夜間初期救急に携わるのなら勤務医の当直している病院に出務する方法が望ましいと考えている。一方、PL病院の小児科常勤医からは、原則として初期診療を担当しなくてよくなった分、土曜当直に対する負担が大幅に軽減したという感想が寄せられている。

普段、開業医は病院に重症の患者さんを紹介するだけで、病診連携といっても実際には一方通行のことがほとんどである。開業医が病院に出務して小児夜間救急に協力することで、勤務医の労働条件が少しでも改善するのであれば、同じ地域で小児医療を担う同志として喜ばしい限りである。開業小児科医が地域の拠点病院に出務することは、現在のところ全国的にも少ないようであるが、小児救急体制拡充に向けた有望な方策であると考えている。

こども「EMIC-Q2」について

大阪府医師会保健医療センター総長顧問 : 鶴原 常雄

名称: こども「EMIC-Q2 (エミック キューツー)」

(Emergency Information Center-Q2)

電話番号: 0990-50-1999 (こどもの救急医療相談センター)

注意: 当「ダイヤル キューツー システム」については、医療行為としてではなく、医師として誠意を持って相談させていただきますが、相談内容における最終決断は、各人にて責任を持って行なって頂きます。

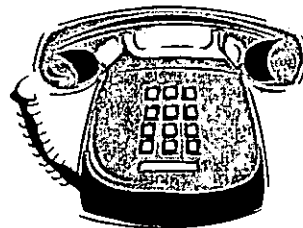
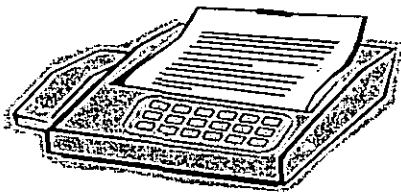
目的: 小児救急医療体制については、小児科医の不足により、総合病院での小児患者において、軽症から重症まで区別なく集中し、問題となっています。そこで、一般住民の方々への小児救急に関する知識啓発を目的とした、「ダイヤル キューツー システム」である「EMIC-Q2」を試みました。

結果: 平成 14 年 7 月 15 日～平成 16 年 12 月 31 日

(約 1 年 5 ヶ月=17 ヶ月) までの総計 645 件について報告する予定

ダイヤル案内

- ・ こども「EMIC-Q2」0990-50-1999 (適宜対応)
- ・ 大阪府救急医療情報センター06-6761-1199 (365 日 24 時間)
- (財) 日本中毒センター
- ・ 中毒 110 番0990-50-2499 (365 日 24 時間)
- ・ タバコ専用電話072-726-9922 (365 日 24 時間)



EMIC-Q2 の実績

平成 14 年 7 月 15 日より平成 15 年 12 月 31 日までの 17 ヶ月間における 645 件の集計結果

図 1. 月別集計

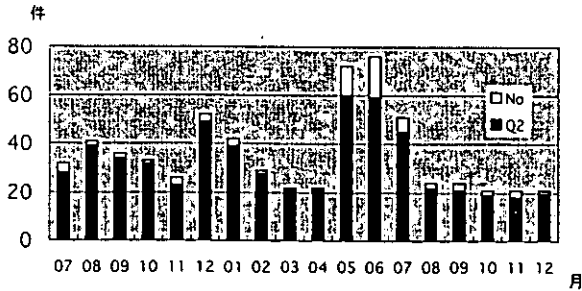


図 2. 曜日別集計

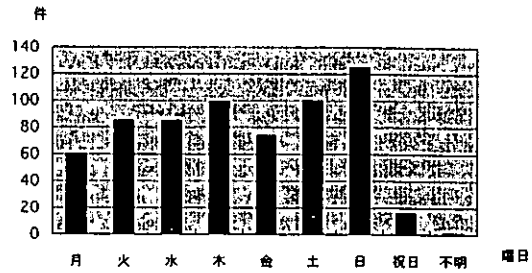


図 3. 時間帯別集計

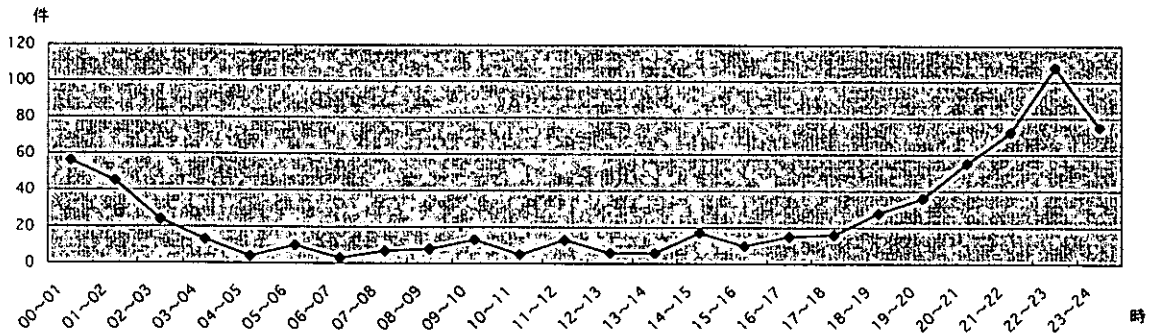


図 4. 年齢・男女別集計

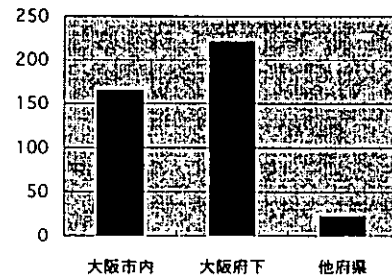
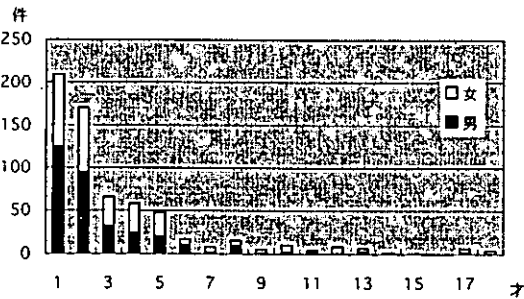
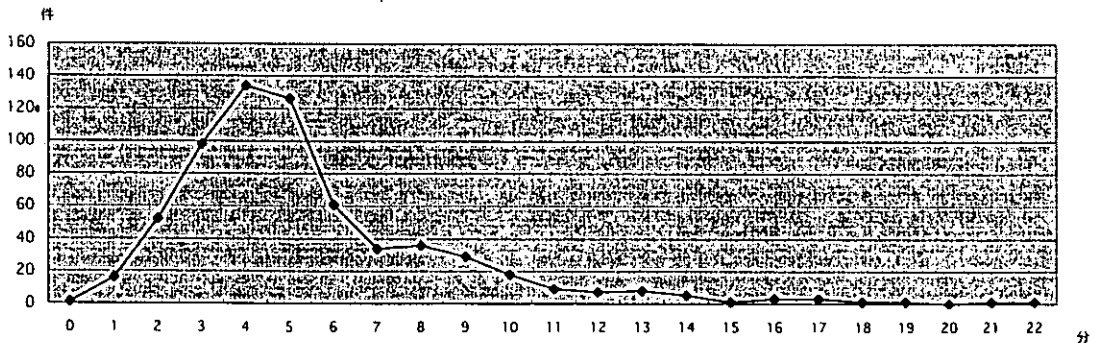


図 6. 所要時間分布



小児救急医療と新聞報道

朝日新聞大阪本社科学医療部次長 浅井 文和

より良い小児救急医療を受けたいということは、子どもをもつ親ら多くの国民が願っていることです。新聞報道でも、この数年、小児救急は関心の高いテーマです。

小児救急に関して報道する新聞記事は、おおまかに、次の五つのタイプに分けられると思います。

(1) 事件

「救急病院で適切な処置を受けられずに幼児が死亡した」「急患の診察を断られて小児科医にみてもらえないうちに乳児が死亡した」など、事件としての報道された場合は、新聞での扱いも大きく、社会的な関心も高まります。このような例を今後の教訓とするためには、問題点の検証を継続して報道することが必要だと思います。

(2) 現状報告や問題点の分析

現場がどうなっているかのルポや、どんな問題を抱えているかを分析した記事を、医療面などで掲載しています。

(3) 実用的な情報

「子どもが急に発熱したらどうすればいい?」「インフルエンザ脳症って何?」「今日の休日当直医はどこ先生?」など、家庭で役立つ情報を、医療面、家庭面や地方版などで発信しています。

(4) 意見・提言・提案

読者の投書欄、論壇欄などで、いろいろな立場の方の意見を紹介しています。

(5) 国や自治体の政策

国や市町村の政策として、どんな対応が進められているのか報道しています。

今回のフォーラムでは、以上の五つのタイプ別に具体例をご紹介しながら、どのように記事を書いているかを検証し、みなさまのご意見をうかがいたいと存じます。

小児救急の現状とメディアの役割

毎日放送報道局ニュースセンター記者 橋本佐与子

97年以降増え始めた小児救急報道

@搬送先の病院が決まらず救急車で患者がたらい回しになったケース

@担当が小児科医ではなかった、などの理由による診断ミス

@深刻な小児科医不足

などを中心に小児医療をめぐる問題が様々な角度から報道されています。

小児医療をめぐる問題は？取り組みは？

小児救急の現状と問題点を指摘する報道の意味は大きく、患者側、医療側、行政側、様々な立場の人々に認識を高めてもらうとともに、問題解決のための意識改革の役割を担ってきたと思います。また国、自治体、医療界がそれぞれ改革に乗り出したことで近年、小児救急に対する人々の意識は変わりつつあります。都道府県レベルの取り組みも進んできましたがまだ制度不備が多々あるのも事実です。

医者と患者の意識のギャップを埋めるには？

受診する患者の7割から9割は軽症例だと言われる小児救急。しかし医師にとっては一つの軽症例であっても、患者側にとってその瞬間は非常に深刻な問題です。その温度差は激しく、時に患者と医者の中で信頼関係が築けなくなる場合もあります。

フォーラムでは小児医療について保護者を中心に尋ねたアンケート結果を交えながら、小児医療における医者と患者の意識の違いを考え、そのギャップを埋めるためにはどうしたらよいか考えていきます。

メディアの役割

ダイヤルQ2を使った電話相談などの取り組みや休日夜間の対応医療機関について、どのような普及啓発の方法があるのか、メディアの役割の可能性を検討していきます。

小児救急医療の現状を取材して

読売テレビ報道局報道部記者 十河 美加

小児救急の空白を問うドキュメント番組を制作した際、痛切に感じた事がある。親の訴え、医療現場の努力、行政の決断・・・どれか一つでも欠けたら、小児救急システムの改善は成し遂げられないという現実だ。

医療制度の歪みや財政難が空白を産み、改善を妨げている事は間違いない。だが、新システムを構築する上での真の障壁、且つ必須条件は他にあると思われる。

- ① 「幼い命を守り育む事が最優先課題」という社会全体のコンセンサス
- ② 利用者側の理解と認識

① カナダ・トロントの小児病院を取材した際、私を最も驚かせたのは医療体制の充実ではなく、街頭インタビューに対する市民の回答だった。子供の為の巨大な病院が街の一等地に聳え立ち、多額の公金が投入されているという現状に対し、高税を納めている市民の誰もが「税の使い道は明白。子供の命を守るためなら何の不満も無い」と涼しい顔で答えていた。

小児科医療に対する人々の認識も日本のそれとは違っていた。小児科は数多い専門分野の一つに過ぎない、という日本での捉え方と異なり、医療はまず対大人・对小児で二分割され、それぞれが細分化される（小児外科、小児内科、小児眼科等）という認識が、一般市民にも浸透している。

「小児への医療は特別」というコンセンサスが無ければ、新システムの構築は難しいと感じる。

② 地域医療センターの設置、既存の病院による輪番制など、小児救急改善に向けての各地の取り組みを取材した。しかし、現場の努力で折角立ち上がったものの、軌道に乗らないケースも見受けられた。

特定医療機関への負担、医師の不足、資金不足。背景は多種多様だが、それらを突き詰めるとある現実が浮かび上がる・・・利用者である親側の困惑、混乱だ。

核家族化、育児不安、働く母親の増加。少子化にも関わらず、小児救急へのニーズが高まる理由は多々ある。それらの理由の中には、現在社会の風潮として受け入れるべき要素と、改善できる要素がある。後者に目を向け、ニーズを良い形で「抑制」する事が、小児救急の空白を埋める一つの方法になるのではないかと考える。

新たなシステムを築き、守る「鍵」となるのは以下のような取り組みではないだろうか。

- 小児救急システム改善の必要性と具体案を一般市民にアピール
※内容だけでなく背景も含めて
- 育児情報（病気への対処法・栄養指導など）の氾濫による混乱の緩和
→行政側の指導の見直し 専門医が育児サークルで講義 など

小児医療・小児救急・新生児医療提供体制の改革ビジョン

日本小児科学会理事 藤村 正哲

改革ビジョン・3つのポイント

小児科は小規模が多く、医師は他科と比較にならない頻回の当直・休日勤務を強いられています。一方で時間外に受診される患者さんは増加の一途をたっています。そこで日本小児科学会では「小児医療体制改革の目標と作業計画」をとりまとめ、小児医療提供体制の改革ビジョンとして3つのポイントを掲げました。

1. 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、
 - ① 入院小児医療提供体制の集約化
 - ② 身近な小児医療の提供は継続、
 - ③ さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図ります。
2. 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進めます。その主な内容は
 - ① 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医で担当し、
 - ② 小児領域における3次救命救急医療の整備を進めます。
3. それらの改革を進めるに当たって、労働基準法に準拠した小児科医勤務環境の実現を目指します。

そうすると、地域の小児科やこどもの救急医療は今後どうなるでしょう？

現存する小児科の中から選抜して、いくつかの市町村に1箇所の「地域小児科センター」を整備し、これを地域における小児専門医療の中心に育てます。既存の病院小児科をそのサテライトとして位置づけ、外来診療を中心とした身近な小児医療を提供することとし、入院医療はオンコールで対応可能な病気とするように縮小します。従って「地域小児科センター」の医師数は少なくとも10名以上としますが、一般小児科は3名で診療が可能な形を考えています。

・小児救急については「地域小児科センター」に「夜間・休日急病診療所」（市町村経営）を設置し、地域の小児科医が全体として共同で参加します。入院の必要な方は「地域小児科センター」で対応します。三次医療圏（都道府県全域）には大学や小児病院を中心に少なくとも一箇所の中核小児科を整備して、高度な小児医療を提供すると共に、教育・研究を担うこととなります。

目指す形は

- ① 地域の小児科は機能分担

- ② 二次医療圏の病院小児科医は連携・交流を進め、医療圏の小児医療を全体のチームで維持する体制
- ③ 小児科の専門医研修、新医師臨床研修プログラムを「地域小児科センター」とサテライト全体で履修できる条件整備
- ④ 医師の夜間勤務の翌日は勤務なし
- ⑤ 女性医師は産前産後休暇、育児休暇を

どういう風にして実現するか？

こうした小児医療体制を構築してゆくための基本条件として、

- ① 小児科診療報酬が一般小児科でも採算をとれる内容とすること。
- ② 市町村を越えた小児救急の地域を実現するため、地方自治体と住民の理解と協力が得られること。
- ③ 大学小児科教室が、新しい小児医療体制の必要性を理解し、その発展のために参加すること。

皆さんの考えをお聞かせください

日本小児科学会は建設的なご意見を歓迎します。(学会事務局 E-mail: jpsdir@isis.ocn.ne.jp)