

特集 小児救急医療—危機を乗り越えるために—

[座談会]

小児救急医療の再構築をめざして

天野 暉 桑原 正彦 松平 隆光 安次嶺 馨 島崎 修次

別 刷

日本医師会雑誌

第128巻・第5号

平成14(2002)年9月1日

[座談会]

## 小児救急医療の再構築をめざして

天野 暉 天野小児科医院=司会  
桑原 正彦 桑原医院  
松平 隆光 松平小児科  
安次嶺 馨 沖縄県立中部病院  
島崎 修次 杏林大学医学部・救急医学  
(発言順)



平成14年7月2日(火)収録

天野(司会) 小児科医は、かなり以前から“小児救急”の問題に関して、患者さんや保護者の方々、そしてわれわれ小児科医自身のためにも、いろいろと悩み、非常に心を痛めてきました。そこで本日は、「小児救急医療の再構築をめざして」と題し、お話を伺いたいと思います。

### 日医「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」の報告について

天野 早速ですが、広島県医師会前副会長で、また広島県小児科医会会長、日本小児科医会の理事でもあります桑原先生は、日本医師会の「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会(プロジェクト)」の委員長をお務めになりました。

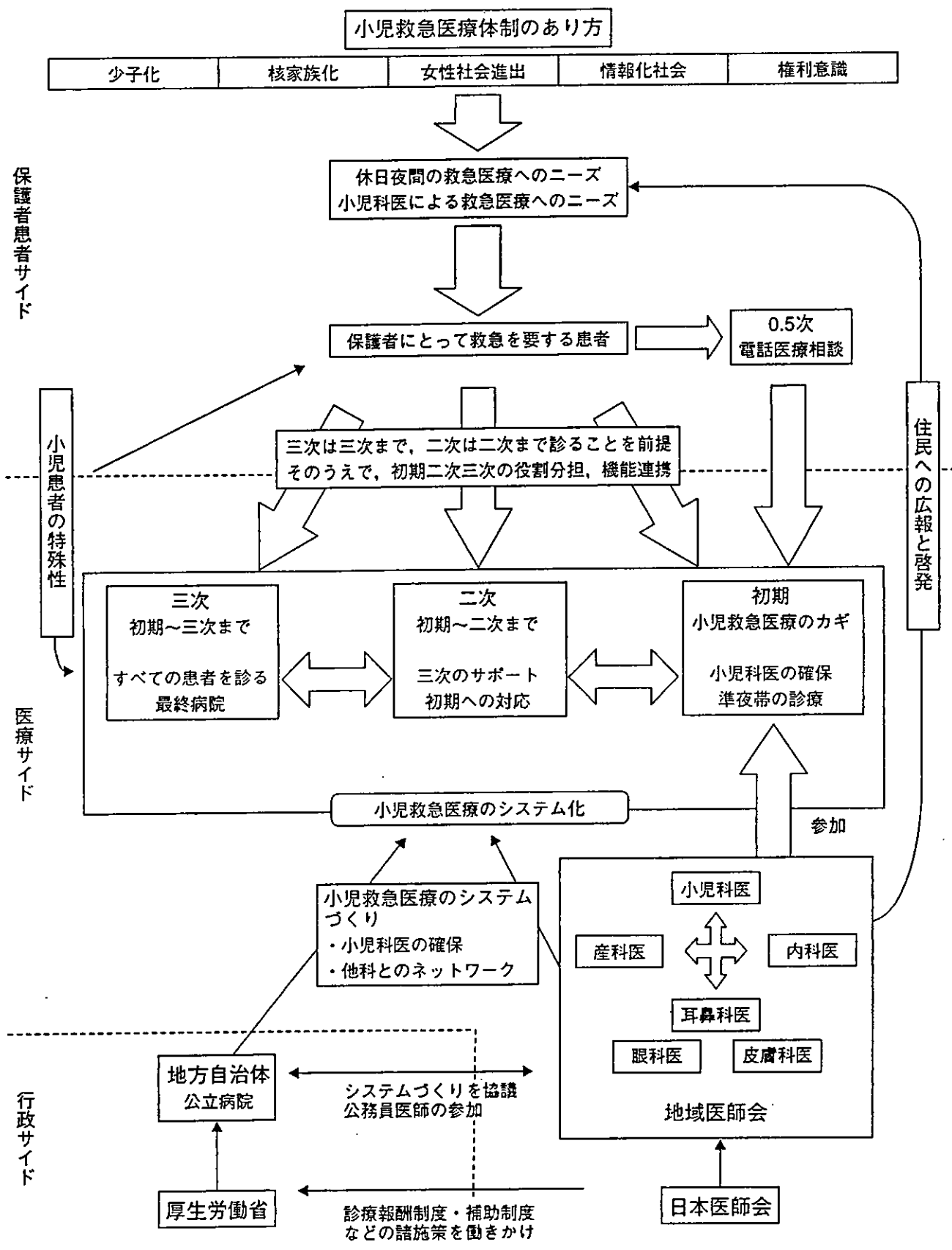
本年3月に公表された同委員会の報告書および別冊を私も拝見しましたが、まず桑原先生にその概要についてご解説をお願いします。

桑原 平成13年6月に日本医師会の坪井会長から「小児救急医療体制のあり方に関する具体策について」検討するようとの諮問

を受け、羽生田常任理事のご指導の下に委員会を立ち上げ、本日ご出席の安次嶺先生と松平先生にも委員に加わっていただき、大変駆け足で報告書とその別冊をまとめあげ、平成14年3月に答申しました。この審議のなかで、いくつかの問題点が浮かび上がり、私たち小児科医はどうしたらよいのか、あるいは医師会はどうしたらよいのかといった方向性が少し見えたと思っています(図①)。

小児救急医療の問題は国民的な要望も非常に強いのですが、一方で医療提供者側には「そうは言っても……」という気持ちもあるわけで、少ないマンパワーでどうすればよいのかについて、いろいろと議論し、その解決のためには2つの課題があるだろうとの結論を答申しました。

1つは長期的な課題で、やはりマンパワーの補充、つまり小児科を主たる診療科とする医師の増員です。したがって、医師養成機関の教育体制の整備が必要ですし、将来小児科医になってくれる医師の卵の、小児科に対する認識あるいは興味を盛り立てていかなければいけないと思います。これは医育機関にお



図① 「小児救急医療体制のあり方」についてのフローチャート  
 (小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会(プロジェクト)報告書、日本医師会、2002;21)

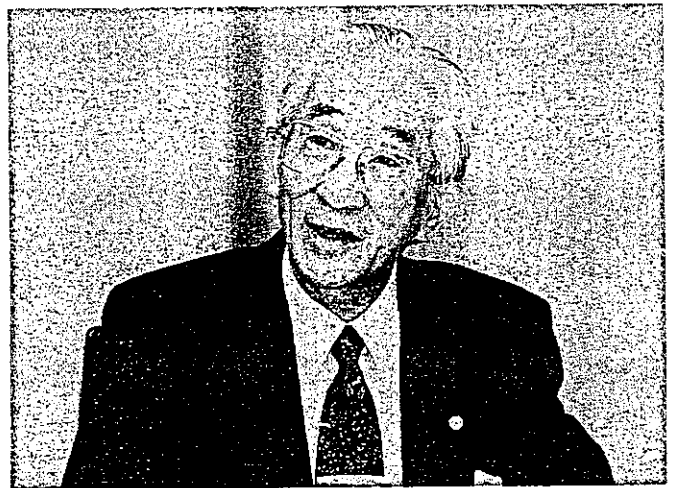
願いしなければいけません、10年なり20年かかる仕事だろうと思います。

もう1つの短期的な課題としては、6つの具体的な提案をしました。まず第1に、私たち小児科医からみると、国民の気持ちは子どもに対して非常に温かいのです。したがって、たとえ医学的には軽症であっても、保護者が不安をもち、緊急の受診を求める場合は、救急患者として対応するべきであろうというのが1つの大きな結論でした。つまり、小児救急が増えるのは国民的要望なので、それなりに小児科医は対応してあげなければいけないということです。

2番目は、小児科の医師数が統計的に微増はしているものの現実に不足しており、また地域性があるので、小児科医による小児救急医療を支えるためには、小児科をも標榜されている他科の医師の協力が必要だということです。この他科との連携は、ある程度地区医師会の仕事でもあるでしょうし、他科の先生方のご協力、ご理解をいただかないとできないことです。

3番目に、三次救急医療機関は初期から三次の患者まで診ていただきたいし、二次救急医療機関は、初期から二次患者まで診ることを前提として診察していただきたいと答申に書きました。そうなりますと地域ぐるみで小児救急医療のシステム化を図らなければいけないわけで、このシステム化構築のためには行政なり、医師会が大きくかかわっていく必要があります。

一方では、保護者に対しても救急時の対応についての啓発をする必要があります。なぜなら、小児救急センターが大変混雑して、かなり高熱の患者さんを2時間以上も待たせているといった状況があり、それを何とか改善するためには、保護者に自分の子どもを常



天野 暉 (あまの・あきら)：天野小児科医院院長。日本小児科医会前会長。昭和32年東京医科歯科大学医学部卒業。昭和37年同大学大学院修了。昭和39年東京医科歯科大学医学部助手。昭和41年西ドイツエアランゲン大学助手。昭和42年東京都港区にて開業。主研究領域／小児科一般。

に観察して、これは救急で今すぐ連れていくべき状態なのか、そうではないのかを鑑別できるような知識をもっていただきたい。そして、その知識を普及し、啓発するのは医師会の仕事であり、行政の仕事である、ということが4番目でした。

さらに、現在“0.5次救急”という形の救急患者が増えています。つまり、育児不安や電話相談などが救急の診察医のところにかかってくるわけで、重症の患者さんが非常に待たされる。ですから、この保護者の不安を解消するための“0.5次救急”に関する電話相談事業などに地域ぐるみで取り組んでみたらどうか、というのが5番目の結論でした。

それから6番目に、小児救急医療の現実を正當に評価するような診療報酬制度の抜本的見直しを行うことをあげました。これにつきましては、平成14年度社会保険診療報酬等の改定に向け、昨年10月に私たちの委員会で急いで中間答申を出したわけです。幸いにして小児入院医療管理料の再編、小児救急医療拠点病院が対象となる「地域連携小児夜間・



桑原正彦(くわばら・まさひこ)：桑原医院院長。昭和37年日本医科大学卒業。昭和52年～広島県安佐医師会理事。平成3年～平成14年3月広島県医師会常任理事、同副会長。平成11年～広島県小児科医会会長。平成13年4月～平成14年3月日医小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会委員長。昭和44年広島市にて開業。主研究領域／小児科学、学校保健、生命倫理、地域医療。

休日診療料(300点)」の新設や紹介率計算方法の見直しなど、お願いしたことは実現できたのですが、現場ではこの点数改定について非常に使いにくいということで苦情が出ています。

つまり、現行では、それぞれの地域で工夫をして小児救急医療施設を運営していますが、その内容に応じた支援が必要です。全国一律の点数設定には問題があります。

このように、小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会は1年間のプロジェクトで終わりましたが、問題なのはこれからで、地域性、小児科医の不足、小児救急のシステム化、患者さんへの啓発といった、これらの問題を全国的にどう展開していくかが非常に大きな課題として残されたわけです。

天野 ありがとうございます。

## 日本小児科医会「小児救急のあり方」検討委員会報告について

天野 松平先生はこの日医の委員会にも所属しておられましたし、また、日本小児科医

会総務担当常任理事として「小児救急のあり方」検討委員会を組織され、同じ時期に委員会報告をまとめられました。両方の委員会に所属されたということで、それぞれ少し違う答申をお出しになったと思いますが、その辺りについて紹介していただけますか。

松平 日本小児科医会でも平成12年9月から会長諮問委員会として「小児救急のあり方」検討委員会が発足し、平成14年3月までに委員会を4回ほど開催しまして、小児救急、特に初期救急のあり方についての答申を出させていただきました。その答申の内容は、基本的には日本医師会の小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会とほぼ同じですが、日本小児科医会は主に小児科開業医を主たる会員としていますので、小児科開業医の立場から小児初期救急を論じています。

結論的には、小児の初期救急がこれほど混乱してきた大きな原因としては、われわれ小児科開業医が時間外診療をあまりしなくなった実状があると思います。それをどうやって回復していくかが、この委員会に与えられた大きな課題であったと思います。

ご存じのように、小児の初期救急に関しては非常に大きな地域差があります。すでに熊本市のように立派な小児初期救急医療体制をつくっているところもあり、最近、各地区で小児初期救急医療体制が充実しつつあります。しかし日本の多くの地域では、まだまだ乏しいといえますか、寂しい状況です。ご両親たちの要望に応えることのできないような小児初期救急医療体制が現実的に残っています。多くの地域では旧態依然たる輪番制といえますか、休日の時間外だけ小児初期救急医療を行っているような現状であり、これでは全く子育て中のご両親の期待に沿えるような初期救急体制ではありません。

そこで、日本小児科医会としては、どう模索していけばよいかという検討に入ったわけです。1つには、地域差もありますが、小児の初期救急医療に対する地域をもう少し拡大し、小児科医のマンパワーを効率的に使うことが検討されています。具体的には人口50万人とか100万人とかで1つの医療圏を設け、その中で小児初期救急医療体制をつくるべきだという考え方が出てきています。

先ほど桑原先生もおっしゃったように、患者さんのニーズを抑えるのは難しい点があります。患者（保護者）教育をして「小児初期救急にあまり来ないように」と言っても、具体性に欠けますし、非常に努力を要して効が少ないと思います。むしろ小児初期救急医療体制を充実させることで、患者さんのニーズに合わせていったほうが現場の混乱を少なくすることができますので、少し広い地域で体制をつくることを検討しています。

現実に東京で行われている小児初期救急医療体制について、少しご紹介させていただきますと、たくさん大学病院のある東京都でも小児初期救急医療に対するニーズが高まってきて、体制の不備が指摘されています。

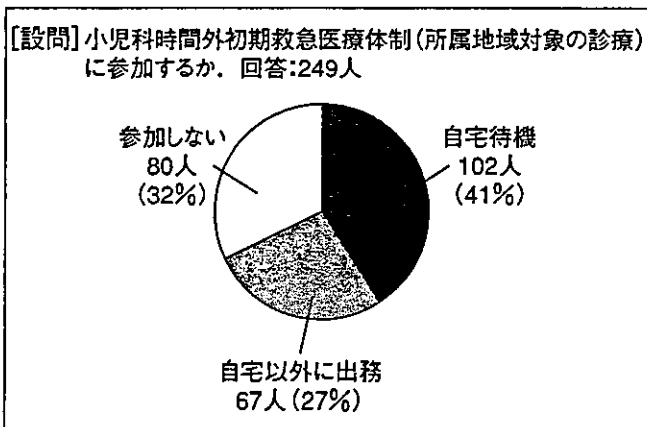


松平隆光（まつだいら・たかみつ）：松平小児科院長。昭和43年鳥取大学医学部卒業。昭和54年東京都文京区にて開業。平成6年～平成14年3月日本小児科医会常任理事。平成6年～日本小児科学会評議員、代議員。平成8年～順天堂大学医学部小児科非常勤講師。平成12年～東京小児科医会副会長。平成14年東京都小石川医師会会長。主研究領域／小児消化器病、母子保健、外来小児科。

以前は、東京都における小児初期救急医療は、都のレベルではなく区行政でやるように指導されていましたが、東京都は見るに見かねて都自体が補助する形で新しく「小児初期救急平日夜間診療事業」を展開することになりました。東京都に新たに14区市町村を設け、年間735万円の補助金を東京都と区市町村が出して小児の初期救急医療に対応することになっていて、すでに現在3つの区（葛飾、練馬、中野）で始まっています。

さらに桑原先生も言われましたが、小児科医のマンパワーだけではできないということで、東京都においては、専門の小児科医ではない内科の先生方に小児の初期救急医療について研鑽していただくために、都が補助金を出し「開業医小児医療研修制度」というものを設けています。初年度はわずかに32名の先生方を対象にして研修を行う予定ですが、すでに東京都には100名を超える先生方が研修を希望されてきていると聞いています。

東京小児科医会で、以前（平成10年）にアンケート調査をしたところ、会員の68%が、



（東京小児科医会：小児科時間外救急医療アンケート（中間報告）結果。平成10年1月）

図② 東京小児科医会のアンケート結果



安次嶺 馨 (あしみね・かおる) : 沖縄県立中部病院副院長。昭和42年鳥取大学医学部卒業。昭和50年沖縄県立中部病院小児科医長。昭和63年同小児科部長。平成3年同総合診療部長。平成8年現職。主研究領域/新生児学, 小児感染症。

何らかの形で小児初期救急医療に参加したい希望をもっていました(図②)。したがって、指導性と統率力をもった方が、これらの会員をまとめていけば、小児科医のマンパワーも結集されますし、その不足分を内科など他科の先生方で補うことも可能ですので、小児初期救急医療をもう少し広い地域で考える必要があると思っています。

天野 ありがとうございます。ここまではお二人の診療所の先生方にお話しいただきました。

### 救急医療の重要性と卒後臨床研修

天野 安次嶺先生は沖縄県立中部病院副院長で常に病院小児科の立場で救急医療を論じられ、わが国の状況を反省すると教育が足りないのではないかという持論をお持ちですね。

安次嶺 私どもの病院は元々大学病院という医療機関のなかった沖縄県で、地域の医療をどのように担っていくかということから出発したものです。患者さんのニーズに応え、

いついかなる時でも患者さんが病院に来られたら、それに対応し、最終的にはわれわれの病院が責任をもって、軽症から重症まですべての患者さんを受け入れる体制でやってきました。それは沖縄という医療資源に乏しい地域で行わざるをえなかった医療なのです。大学ができた今でも、そのような伝統を受け継いで診療をしています。

私どもの病院では、卒後臨床研修を35年間行っていますが、第一線で早く役に立つ、実践的な医師を育てるのが研修の目的であり、今でもこれが基本的な姿勢なのです。ですから、卒後臨床研修で救急、それも初期から三次までを含めてすべて教育するという方針でやっています。早く若者たちを鍛えて、沖縄各地に送り出すように努力してきました。

しかしながら、今の日本では救急医療が医療の大事な領域として、いまだ十分に認められていないという気がします。これは医師の側からみると、救急医療はそれほど専門性がない、あるいはだれでもできる医療であって、もっとアカデミックな研究をするのが本来の医療であると考えているように思えるのですね。実際、大学で救急医療をきちんと教えるところはまだ少ないと思います。そのような状況で医師は救急医療を軽視しがちです。

ところが、国民にとって救急医療は切実な問題です。急を要するとき診てくれる病院がなかなかない。夜、どこの病院に行けばちゃんと診てもらえるのかと不安で、国民は救急医療こそ専門的な医療よりもむしろ大事だとみているのです。特にもの言わぬ子どもの場合、熱が出る、咳が出る、呼吸が苦しいというとき、親はどうしてよいか分からないわけですから、そういう時こそすぐに診てくれる専門の小児科の先生が近くにいたら、と考え

るのは当然だと思います。

私たちは、そのような国民のニーズをはたして十分に理解して救急医療に取り組んでいるかどうかを考えなくてははいけません。つまり、医師は自分の都合で初期であるとか、二次、三次と分けて、患者さんに「いきなり三次救急の病院に来てはいけない。最初は初期救急医療施設に行かなくてははいけない」と、われわれの考えを押しつけているのではないのでしょうか。われわれが診て初期救急と思っても、患者さんにとっては重症だと考えるのは、先ほど桑原先生や松平先生もおっしゃったとおりです。結局、患者さんからすれば、必ずしも初期や二次、三次といった区別はできないはずなのです。ですから、医療提供者側と患者さん側の救急に対する見方には非常に大きな乖離があると思っています。

したがって、今後私たちが救急医療を行っていくうえで、国民が何を求めているのかを理解しないと、国民のニーズに合うような救急医療はきっとできないだろうと思います。そういう意味でも、患者さんのニーズに合った、役に立つ救急医療を実践すべく、若い人たちを教育していくことを、私どもの病院では心がけています。

## 救急医療における小児救急医療の位置付けは

天野 教育の問題が重要であるという安次嶺先生のご指摘でしたが、島崎先生は杏林大学救急医学の教授で高度救命救急センター長であり、日本救急医学会の理事長でもいらっしゃいます。そのお立場から、医学教育のなかで救急医療、あるいはプライマリ・ケア、ターミナル・ケアに関する教育が非常に遅れていると以前から談じていらっしゃいますね。お考えをお聞かせいただけますか。



島崎修次 (しまざき・しゅうじ)：杏林大学医学部教授 (救急医学)、同大高度救命救急センター長、昭和41年大阪大学医学部卒業、昭和53年大阪大学医学部講師、同年筑波大学臨床医学系助教授、昭和62年現職。主研究領域／救急医療システム、外傷、熱傷。

島崎 まず救急医療とは何かということですが、私は救急医療というのは緊急度に対する迅速性の判断で、acuityと呼んでいます、それが基本的なものになると思います。

acuityは、以下の3つに分けられます。すなわち、critical、emergencyとlower-acuityです。criticalとは、今何らかの処置をしないと生命の危機に陥って死亡する可能性があるものをいいます。emergencyは、もう少し時間的な余裕があるが、それでも数時間から1日くらいで生命危機に陥るような状態、lower-acuityという数日間の猶予はあるだろうといった感覚です。

日本の救急医療システムは、そういった重症度別に、より軽症の患者も含め一般救急患者を搬送するという、世界的にみてもユニークなシステムで、私はよくできたシステムだと感じています。この重症度別に患者を運ぶというシステムのおかげで、諸外国の救急にみられるように救急外来が重症患者と軽症患者でごった返して、軽症患者は何時間も待たされるといったことは、日本ではないのです。



これは一般救急としてはよくできたシステムで、小児救急に関しましても基本的にはこれに従えばよいと思うのです。しかし小児の場合少し問題があります。1つにはcriticalな状態とlower-acuityの状態の幅が非常に狭い、つまり今までとても元気だったものが急に悪くなる、あるいは逆に、重症だと思っていたものが、ちょっとした処置で急速に良くなるなど、重症度別の搬送システムに馴染みにくいところがあるかと思えます。それが現在、小児救急がいろいろな問題をはらんでいる1つの大きな因子ではないかなと考えています。

私は現在日本救急医学会の理事長をしていますが、われわれ学会も日本の救急医療システムのなかでは、小児救急医療は、ある種、別のフィールドだと考えてきたように思います。つまり小児救急は小児科の問題であると考えていました。おそらく日本小児救急医学会あるいは日本小児科学会も同じ考えだったのではないのでしょうか。そのため、お互いに話し合う場を持たなかったことも問題だったという気がしています。

われわれは一方では、心筋梗塞や脳血管障害などに関しては、それぞれの学会と話し合いの場を関連の学会開催時に持ったりしているのですが、残念ながら小児救急医療に関しては、そういった実状認識があまりなかったように思います。その点に関して、今後われわれが小児救急医療に、どういう形で協力できるのかについて、先生方から意見をお聞きしたいと思っています。小児救急と一般（重症）救急とは少し違いがあることが、1つの大きな問題点だと思います。

救急医療は非常に重要な領域なのですが、先ほど安次嶺先生がおっしゃいましたように、社会が十分に救急医療の重要性を認めて

いない面もあるようです。しかし、行政などでも、従来はいろいろな疾患ごとに救急の局面があるといったとらえ方だったものが、今では慢性疾患対急性疾患あるいは救急医療という形で、徐々に救急医療そのものが日本の医療の非常に重要な部分を占めているとの考え方、これはわれわれも日ごろから行政に対して言っていることなのですが、ようやくその辺りを理解してきたようです。救命救急センターにおける重症救急加算など、その表れかと思えます。

## 小児救急医療を含めた救急医療の教育をどうするか

天野 教育の問題については、いかがですか。

島崎 教育面に関しては、救急教育の重要性がようやく認識されてきたと思います。医学教育には卒前教育と卒後教育があるわけですが、卒前教育でも、医師国家試験の問題に救急領域の問題が最近ようやく増え始めたと思います。従来のような、救急医療システムから始まり、救急の症状別の教育といった縦割りの教育とは別の、各科に横断的にまたがる横割りの救急のとらえ方といった教育がやっと始まってきたと思います。

ただ、大学教育の現場においては、一般救急や小児救急を教えること、たとえば大学病院でひきつけや泣き叫んでいる小児患者を学生に見せるという機会が、特に国立大学ではなかなかないのですね。これらが今後の大きな問題だろうと思います。

平成16年から卒後臨床研修の2年間の必修化が始まります。そのなかで内科、外科と共に小児科と救急は必須です。将来何科に行くにしても、少なくとも内科、外科、それから小児科と救急は必ずローテーションしなさ

いということになっています。

こういう形で、小児救急を含めた救急が卒後教育でも行われ始めるわけです。ただ、私立大学病院などでは救命救急センターを併設しているところが多く、それなりに卒前、卒後とも一般救急を含めて教育の場があるのですが、国立大学では先ほど言いましたように教育の場を持ちにくい現状があります。今後厚生労働省はその辺りを考える必要があります。一応、初期救急あるいは二次救急医療機関を含めた、ある種の病院群システムといったものをつくり、そのなかで、小児救急医療や一般救急医療を教育、研修させていきたいという意向はあるようです。

ただ、言っておきたいのは、救急研修をある種プライマリ・ケア的ななかで処理しようとするのは間違いだと思います。本当に必要な救急研修は CPR (cardiopulmonary resuscitation; 心肺蘇生法) を含めた重症度の高い患者の病態把握と処置能力です。なぜなら、他の患者と違い、最初に診た医師が代替を頼む時間的余裕がないからです。

## ■三次救急医療機関の整備と連携のための体制づくりをどうするか

天野 島崎先生のお話を伺ったなかで、小児科医側と救急担当の先生方との話し合いが今まで持たれていなかったということは、大変重要な問題提起だと思うのですが、桑原先生、どのようにお考えになりますか。

桑原 今の島崎先生のお話は本当に身にしみて感じるのですが、地方では ICU (intensive care unit; 集中治療室) の小児の部分がないのです。ないというのは、つまり小児救急専門医が非常に少ないわけです。したがって、三次の小児救急医療が国民に見えない状況にあります。

当然、初期救急医療を行うためには二次救急医療、三次救急医療の裏付けが必要なわけで、熱傷とか窒息、あるいは誤嚥とか、いざすぐに ICU に運ばなければいけないときに、はたして小児救急専門医がいるかどうかは重大な問題です。たとえば私ども広島県においても、その辺りの整備をしてくださいというお願いはいつもしているわけです。

天野 松平先生、いかがでしょうか。

松平 桑原先生が言われたとおり、小児の初期救急医療体制づくりも大切でしょうが、それに続く二次、三次救急も必要になってくるのは当然だと思います。東京のような大病院がたくさんある所でも、やはり小児の三次救急の現状は非常にお粗末で、三次救急医療を本当に必要とする患者さんがたらい回しされたケースも知っていますので、いわゆる PICU (pediatric intensive care unit; 小児集中治療室) をつくっていただかないと初期救急医療も始まらないと思っています。

天野 安次嶺先生、いかがでしょうか。

安次嶺 島崎先生がおっしゃったように、救急が認知されてきており、国も政策の目玉として考えているのは確かだと思います。

ただし、小児科は別なのです。どうも小児救急の実態がよく知られていないと思います。それは先ほど言ったように、一般に小児科医でなくても、だれでも小児救急は診られるのではないかというように考えられているからです。

最近、小児科の救急の機運が少しずつ盛り上がってきています。つい先日 (平成 14 年 6 月)、第 16 回日本小児救急医学会が神戸で開催されました。その時もいろいろ議論されたのですが、初期と二次を一生懸命やっておられる先生方は多いのですが、集中治療、つまり三次医療を要する患者さんをどこに送れば

よいのかということで、先生方はとても困っていらっしゃるのです。たとえば開業小児科医を中心とした二次病院併設型の小児初期救急医療体制の“熊本方式”はよく知られており、非常にうまく初期と二次を行っていると思うのですが、熊本地域医療センターの後藤善隆先生のご発表でも、いざ本当に重症患者が来たらどこへ送ってよいか分からない、それを受け入れる所がすぐには見つからないとのことでした。

ですから、三次をしっかりと診られる、つまり小児のICUを持った三次救急医療施設が地域にあって、いざとなればいつでもそこへ送れる体制を固めたうえで、周辺に二次施設なり、初期施設があるという形にしていきたいと思いますと、結局最後に重症の患者さんの行き場がないというのが現在のシステムだと思うのです。したがって、私も常々、人口50万~100万人に1つ、中核病院としての三次救急医療施設（初期から三次まで診る）がなくてはいけないと主張しているわけです。

残念ながら、大学にはそれを期待できないでしょうね、……失礼しました(笑)。一般論として国立大学は特に期待できないですね。私立大学はよく頑張っているようですが、それでも三次救急医療主体ですから、決して小児救急医療に関してはニーズを満たしているとは思えません。いまだに日本の大学では子どもの三次救急医療、つまり critical care ができるICUを持ったところがとても不足しております。小児救急医療が大学の教育からも欠けていますし、最重症の小児救急患者を診る体制が大学の中にできていないというのは大きな問題だと思いますね。

天野 今の安次嶺先生の critical care ができる大学があまりみられないというお話ですが、島崎先生、いかがでしょうか。

島崎 一般の救急患者に関しましては、初期あるいは二次と、救命救急センターの連携、いわゆる病病連携、病診連携はかなりできていて、うまくいっていると思っています。

この点に関して私は東京都の二次救急医療機関の施設認定委員をさせていただいていますが、二次救急医療機関の認定要件として、たとえば除細動器がある、人工呼吸器を備えているといったものが必要ですが、それ以上に重要視されることは、三次救急医療機関とどう連携をとっているかという点で、必須の要件になっているのです。つまり、常に重症度を判断し適応があると思われたらすぐに救命救急センターなりに連絡をとり転送を引き受けてもらうシステムが重要なわけです。

この病病連携のシステムは各県それぞれ努力されていますが、なかなか難しいようです。まして小児救急はもっと問題です。たとえば小児科医から「重症だから運びたい」といった連絡はあまりないですね。しかし、今のようなお話ですと、ある種の over triage\*でもよいですから、小児科の重症患者の救命救急センター等への受け入れ体制をもう少し考えていくといったシステムづくりは今後とも必要です。日本救急医学会として、あるいは、われわれ自身としてもそれに関しては十分に対応できると考えています。

小児重症救急患者に関しても、救急専門医と共に院内のバックにいる小児専門医なり新生児専門医が診ることができるような、救命救急センターを受け入れ窓口にしたシステムづくりを、われわれも協力できるかなという気がします。

ところで、地域救急医療対策協議会というものを行政がつくっているのをご存じでしょうか。

安次嶺 各県でですか。

島崎 はい、都道府県単位です。これは、二次医療圏よりも大きい枠組みで、都道府県の衛生主管部局、保健所、救命救急センター、医師会、消防などが一緒になって、その地区の二次医療圏を含めたなかで救急医療に関する問題点を話し合うシステムです。たとえばCCU (coronary care unit; 冠疾患集中治療室) ネットワークからもれた心筋梗塞とか「脳血管障害に思えなかったけれども実際は脳血管障害だった」という無症候性脳血管障害などに関してどう対応してゆくかなども含まれます。しかし、小児救急の話が今まで一度も出ていないのです。たとえば一般救急、あるいは大人に関しては、救急隊が triage, つまり重症度を判定して適正な医療機関に搬送するシステムがあり、そのため種々、外傷別・疾病症状別マニュアルが、ある程度できています。今後、成人と同様の小児用評価カードが必要でしょうね。

行政側とすれば、これらの問題も含め、それぞれ地域救急医療対策協議会で話し合いをして、お互いにそういうシステムの融通性をつけてくださいと考えているのではないのでしょうか。成人に対応するような救急隊用の

#### 用語解説

\***triage**: フランス語の「選り分ける」の意。本来大災害時の多数傷病者の救出順位の決定に用いられた用語。現在は、救急現場や救急外来で患者重症度を判断して選別する作業をいう。

ここでいう over triage は患者をその重症度以上に判断し、より高次の医療施設に搬送する意で、俗語である。under triage は患者にとって不幸であり、搬送システム上は、やや over triage が良いが、受け入れ医療機関の負担は増える。  
(島崎修次)

小児用評価カードに関しても日本救急医学会でお手伝いできると思いますね。

天野 小児科には日本小児科学会と日本小児保健協会と日本小児科医会の3つの団体がありまして、定期的に三者で集まっている協議しています。ただ、救急の話は出ませんが、日本救急医学会との話し合いというのはまだ今まで話題に上ったことがないので、松平先生、これはぜひ取り上げていきたいですね。早速そういう話し合いを持つように各学会にも働きかけたほうがよいでしょうね。

松平 確かに日本小児科学会の分科会である日本小児救急医学会は1987(昭和62)年に研究会として発足しておりますが、日本救急医学会との連携を深めていかなければならないと思います。

島崎 小児科学会がわれわれのことをあまりご存じない、われわれのほうも小児科学会の内情をほとんど知らない形ですっきりとできてしまっているわけで、お互いに現状を正しく認識すべきでしょう。

安次嶺 もちろん内科、外科、小児科の学会というのは別組織ではありますが、もし救急の問題を論じるのでしたら、いろいろな領域の専門家が集まり、同じ土俵でディスカッションする場が必要なのですね。そのへんの連携をうまくとっていかないと、いつまでも小児救急の問題が解決されないまま脇にやられて、見捨てられてしまうような状況が続くのではないのでしょうか。

島崎 その意味では、きょうは収穫だったと思いますね。

桑原 私どもの地方の地域救急医療対策協議会は、ほとんど救急患者を救急車がどう運んでいくかという議論に終始しています。そしてそのメンバーはその地区の医師会の救急担当役員なので、直接小児科医の考え

方が反映されていない。つまり、医師会のなかでの小児科医の力関係が、その地域の小児救急医療がどうなっていくかに非常に大きく影響しています。したがって、救急車の搬送ルートについての話でしたら電話でもできるわけで、「あまり意味がない」と言って欠席する医師会長もいたりするわけです。

島崎 確かに地域救急医療対策協議会というのは、地域によって温度差があり、さらに小児に関する問題点というのはあまり取り上げられていません。

けれども、こういう機会にわれわれ日本救急医学会としても小児救急の問題への意識レベルを上げていく必要があります。やはりある程度声を大にして言っていただいたら、受け入れ体制はとれると思います。

ただ問題なのは、小児の場合、lower-acuityとcriticalとの幅が狭いですよね。桑原先生がおっしゃったように、それこそ三次は初期から三次まで全部を診て、逆にそこでtriageをしていけば理想的なのですね。ところが現在、救命救急センターでは、数少ない救急の専門医が多数の重症救急患者を診ており、とてもじゃないが無理でしょう。せめてover triageで小児救急が搬送される程度ならよいのですが……。ですから、小児救急の場合も成人と同様の、ある程度重症度別の搬送システムのもとに運営するシステムがよいのではないのでしょうか。また、救命救急センターに小児科の救急専門医が詰めていけばよいのですが、現実にきわめて少ない。救急に理解を持って小児患者を診るといふ小児科専門医がそもそも少ないように思いますが、そのへんも今後の問題かなという気がします。

## 病診連携で運営する基幹病院併設の小児初期救急センターとは

天野 病診連携の話が出ましたが、松平先生は、地域の基幹病院で時々休日診療をしていらっしゃるんですね。そこでは病診連携が非常にうまくいっているというお話ですが、ご説明いただけますか。

松平 小児の初期救急医療体制がどうあるべきかを考えますと、理想的には二次なり三次救急医療ができる地域の基幹病院に併設型の小児初期救急センターを設けて、自己完結型のできる初期救急医療がいちばん良いと思います。

東京都もいろいろ考え、1つのモデル事業として、都立病院を開放し、われわれ開業医を非常勤医師という形で身分保障していただいて、それで都立病院の中で初期救急をやらせてもらえるシステムができています。これは、なかなか広がらないのですが、私自身は非常に良いシステムだと思います。われわれ開業医が、参加できる限られた時間のなかで、都立病院の中で小児の初期救急としてtriageをさせていただいて、二次、三次医療が必要な場合には、病院の勤務医の先生が病棟にいらっしゃいますから、応援をお願いしてすぐに患者さんに対処するという方法をとっています。このシステムをぜひ普及させていただければ、かなり理想とする小児の初期救急医療体制ができると思うのです。

小児科開業医が地域の基幹病院で小児初期救急医療に携わることができれば、地域医療に貢献するだけでなく、CTやMRIなど、ふだん身の回りにない医療機器に接することもできるので、大変良い自分自身の生涯学習になりますし、病診連携を深めることにもなります。さらに、患者さんとの信頼関係をより深

くするなど、たくさんのメリットがあります。

基幹病院にとっても、地域の小児科開業医が病院に出向いて時間外診療をすることは、小児科勤務医の負担を軽減させるだけでなく、平成14年4月の診療報酬改定で新設された「地域連携小児夜間・休日診療料」が算定でき、病院小児科の経営改善に役立つことになります。

天野 ありがとうございます。小児救急医療に関しては「来るものはすべて扱おう」という1つの姿勢がみられたように思います。

## 小児科医の努力で小児救急医療の再構築は図れるか

天野 ただ、初期の医療機関では、たとえばわれわれがふだんから「これなら救急に行かなくても一晩様子をみてもよい」といった判断ができるような親への働きかけが大切かと思うのですが、そういったお母さん方とか親への働きかけは沖縄ではやっていますか。

安次嶺 要するに、いわゆる“コンビニ医療”に対して、それをいくらかでも減らす努力ということでしょうか。

天野 はい。

安次嶺 先生、これはなかなか難しいと思いますよ。なぜかといいますと、どんどん新しい若いお母さんたち、新人のママが出てきますね。そうしますと、大抵、昼間はあまりかかりつけ医のところへ行かずに夜になって飛び込んでくる人が絶えないわけですよ。

ですから、小児科医と患者さん(保護者)とのコミュニケーションが十分にできている、限られた地域でならよいのですが、何十万人という医療圏で親への教育をするのは、とても難しいと思います。

天野 先生、それはどうしても無理なので

しょうか。

安次嶺 ええ、患者さんは軽症であっても受診するものだと考えていないと対応できないですね。確かに医師の立場からは何とか教育して軽症は翌日に来てほしいと思っても、やはり患者さんからすれば心配だし、夜中でも病院に行くという状況は今後も続くと思うのです。

ですからそれはそれとして、これが国民のニーズだから、それに合わせるような医療を私どもはやらなくてはいけないのではないかなと思います。先生がおっしゃったように、お母さん方にいろいろ情報を与えて知っていただく努力はしますが、それだけで解決するとは思えませんね。

天野 多分解決はしないでしょうが、多少とも救急医療を担当している方の負担が減るのではないかと考えています。桑原先生、何かそれについてのご意見はありませんか。

桑原 世の中は「少子化で子どもが少ない、大変だ」、そして一方では「だから、小児救急を何とかしなさい」と医療提供者側に注文をつけるわけですね。そうはいっても、この少子化を急には直せないわけですし、私はもっと少子化に慣れ、少子化の社会をそのまま受け入れ、そしてそれに対応できる方策はないかと考えたらどうだろうかと思うのです。先日(平成14年6月22日)広島で開かれました第13回日本小児科医学会セミナーでも、中央公論新社の浅海 保さんが、そんなことをおっしゃっていましたね(松谷明彦、藤正 巖：人口減少社会の設計—幸福な未来への経済学。中公新書、2002)。

そう考えたとき、では少ない子どもを大切に育てるとなれば、やはり患者さんたちも保護者の皆さん方も、大事な子どもだから、とにかく良い小児科の先生に診てもらいたいと

思うわけです。ただ、その気持ちは大切ですから、そのまま受け入れていこうということです。

しかし、小児救急医療のマンパワーや施設が足りないのが現状ですから、行政に「子どもは大切なのだよ」ということ、そして月並な言葉でいえば「国の宝、日本の国の星なのですよ」ということをきちんと認識していただき、小児医療、あるいは小児救急医療に十分な予算を投入していただくのが、今のこの難局を乗り越えていく最も良い方法だと思います。

具体的には、二次医療を担っている病院小児科の疲弊が非常に困るわけです。それは三次医療につながらないし、初期医療もうまくななくなってしまう。この病院小児科医を何とか救う手だてはないのだろうかと考えています。

その1つは、まず労働条件の緩和です。「夜間の救急をやりなさい。でも明日も朝の9時から診察ですよ」では無理ですし、さらに小児科医には女医さんが多く、救急をやってもらうのは大変なのです。しかし、ある程度、労働条件を緩和して働いてもらうことはできるわけで、いろいろな方法を考えながら、現在の小児科医のマンパワーで少しずつ工夫していくことはできるのではないかと思います。

なかなか難しい問題ですが、小児科医がやる気を出さないといけない。これは日医の委員会での議論の際にも出た話ですが、われわれは小児科医として、生まれて、勉強して、仕事をしてきているわけですから、国民が今、小児救急に苦しんでいるならば、社会的な責任を果たすためにも、そこへ何とか力を注ぎ込んでいくことが、私たち小児科医の使命ではないかと思います。

天野 安次嶺先生、病院小児科医の話が出ましたが、いかがでしょうか。

安次嶺 掩護射撃をいただきましたが、おっしゃるとおり、病院小児科医が今いちばん負担が大きいのではないかと思います。

私は小児科医の数そのものはかなりいるはずで、その分布がよくないのだと考えています。つまり、病院小児科という二次～三次救急医療を行う場所で救急医療に携わっている医師が少なく、一方、救急医療に携わっていない医師はたくさんいるのです。それらの小児科医もうまく救急の現場に動員することが大事だと思います。もちろん今後小児科医を増やすことも必要ですが、現在いる人材を十分に使うことも必要です。それには松平先生がおっしゃったように、開業の先生方が病院に併設されたセンターに行って手伝うのも1つの方法です。今あるマンパワーをうまく使う方法を皆で知恵を集め考えて、病院小児科がつぶれないようにサポートしていただければ、現有勢力で何とか対応している間に体制を立て直すことは可能だと思います。

天野 ありがとうございます。松平先生はいかがでしょう。

松平 小児救急医療における最大の問題点は、おっしゃるとおり、初期救急医療を開業小児科医が担わなくなった現状があるからだと思うので、やはり私を含めて小児科開業医がもう少し反省し、桑原先生が言われたように、小児科医になったころの最初の気持ちをもう一度思い出して意識改革をしなければいけないと思っています。

先ほどから言われているように、小児の急性疾患の triage というのは難しいのですが、小児救急医療機関を訪れる90%以上は軽症だ(表①)という状況を考えますと、十分われわれ小児科開業医がお手伝いできる要素があ

表① 小児の二次救急医療事業について(二次医療圏・地域)のアンケート結果(年齢別・重症度別)

[患者数(平成13年7月9日～15日)]

	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	年齢不明	合計(%)
a. 軽症の小児患者	1,393	4,575	2,034	852	116	8,970 (90.6)
b. 中等または重症の小児患者	250	367	187	119	10	933 (9.4)
合計	1,643	4,942	2,221	971	126	9,903 (100)
c. a・bの患者のうち、他院への転送患者	7	21	7	4	0	39
d. a・bの患者のうち、他科への転送患者	0	2	0	0	0	2

(日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会：同委員会(プロジェクト)報告書 別冊、平成14年3月、より一部改変)

ります。われわれは子どものかかりつけ医といいながら時間外は全く診ていない現状ですから、子どものかかりつけ医であり、さらにお父さん、お母さんから信頼される小児科開業医になるためにも、もう少し小児の救急医療、時間外診療に目を向けなければいけないと思います。これは小児科開業医一人ではできませんので、日本小児科医会、日本小児科学会、日本小児保健協会を中心として、みんなが力を出し合って1つのグループになって小児初期救急医療の体制づくりに励みたいと思っています。

天野 島崎先生、いかがでしょうか。

島崎 先ほどから言っておりますように、小児救急医療の現状をわれわれ日本救急医学会、あるいはその地域の基幹病院、救命救急センター等が今まで十分に理解していなかった面もあると思います。同時に小児科医のなかでの意識改革も必要だと思います。いずれにせよ、日本小児科学会あるいは日本小児救急医学会と、われわれ日本救急医学会とのコミュニケーションがあまりとれていなかったことが1つの大きな原因で、お互いの立場をもう一度考え直すのに、ちょうどこの座談会が良い機会だと思います。今後とも、こうい

う機会を持つことは必要でしょう。まず、それが最初だと思います。

もう1つは、救命救急センターが小児医療を含む病病連携・病診連携をうまく取り持っていくことが差し当たり、われわれができることかなという気はしております。

天野 ありがとうございます。

育児・介護休業制度が発足し、平成13年に一部改正されました。同年の厚生労働省の調査では、まだ十分に利用されてはおらず、企業の協力がどうしても必要な、なかなか難しいようです。こういう制度をお母さんが上手に利用されれば育児不安も軽減され、軽症の救急患者も徐々に減るのではないかという気もします。

いずれにしても、とりあえず日本救急医学会と日本小児科学会との早急な話し合いをきょうの座談会の宿題としたいと思います。

本日は、短時間ではありましたが、小児救急医療の再構築のために、いろいろと貴重な、現実的なご意見、ご助言をたくさんいただき、また、思わぬ発見もありました。どうもありがとうございました。



# 小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から

広島県小児科医会  
桑原 正彦

日本小児科学会雑誌 第107巻 第5号別刷

## 小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から

広島県小児科医会

桑原 正彦

## 1. はじめに

平成13年6月、日本医師会長から「小児救急医療のあり方に関する具体策について」の諮問があり、日医の中に「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」(プロジェクト)を立ち上げ、約1年間、実態調査とそれを踏まえた議論をして報告書を作成した。本委員会には、当日のワークショップにご出席の先生方にもご協力をいただいた。

今回は、その報告書に盛り込んだ内容の一部を解説し、いま国民的課題となっている小児医療、特に小児救急の問題について、学術専門団体である日本小児科学会に対して、日本医師会や地区医師会はどのような期待を持っているかを、要望も含めてその概要を述べる。

## 2. その背景

日本の少子・高齢化が始まって久しい。他の先進国と比較して、その経過が少し早い感はあるが、確実に進行している。これは予想された事実であり、その対応を先送りした為政者や医療提供側の責任は大きいといわざるを得ない。

現段階での、小児医療を受ける側の社会環境のキーワードは、①少子化、②核家族化、③女性の社会進出、④情報化社会、⑤個人の権利意識の高揚、などである。それに伴って患者の保護者の意識は、①子どもをより大切に、②もっと他の子どもより優れた成人に、であり、そのための小児医療や小児救急へのニーズは、①小児科専門医による診療を受けたい、②いつでも望むときに受診したい、である。

では、医療提供側は、患者さんのこのようなニーズに、どう応えたらよいか?

「患者さんが望む願いは、すべて叶えてあげる」、これはわれわれ医師の使命であるが、現実には①小児科医が足りない、②予算が足りない、③医療費が安い、④行政の理解が足りない、などなど。患者さんや保護者の小児医療に対する不安や不満は増大するばかりである。特に小児救急に対する不安や不満は、行政への住民団体の陳情が全国各地で展開されていることでも推察できる。

明日の日本を背負う小児の健康問題について、日本

医師会や日本小児科学会が重大な関心を持ち、具体的な提言をすることは極めて当然なことであるが、その提言を実際の行動に移すのは、時の為政者であり、現場の医師であることも事実である。

小児救急への対応は、すべての関係者の合意の上での実践が不可欠である。したがって、日本小児科学会の取り組みは現場の事情に即した、具体性のある、わかりやすいものでなければならない。

## 3. 小児救急の現状と問題点

今回、「日本医師会・小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」が行った調査は、①医療提供側の現状と将来計画、②患者・保護者側の受診行動と希望を、全国の県・地区医師会および数カ所の休日夜間小児急患センターにおいて、ほぼ同時並行的にアンケートしたものである。その概要を述べる。

## 1) 医療提供側の現状と問題点

①小児科医が足りない；絶対数の不足、地域偏在、専門医の不足、開業小児科医の高齢化、病院小児科医の過労、女性小児科医師の労働環境の劣悪化などがある。広島県を例として、小児科分科会への所属数を見ると表1のようになる。

②小児医療は他科に依存している(表2)

③休日夜間急患センターの運営は医師会が主導している(表3)

④県・地区医師会の小児救急に関する問題意識は地域格差である(表4)

## 2) 患者・保護者側の現状と問題点

①保護者の生活スタイルの変化；本来救急医療を必要としない患者までが休日夜間に受診している(表5)

②保護者がみて、真に救命が必要と思われる患者は30%以下である(表6)

③かかりつけ小児科医は、81%の患者が持っている。しかし、夜間・休日は急患センターへ受診する(表7)

④核家庭の増大、住民同士の連帯意識の希薄化が進展して、緊急の際の相談相手を祖母や祖父に求めることが少なくなった(44.3%)。しかし、かかりつけ医もその十分な機能を果たしていない(36.1%)(表8)

小児救急医療体制の成否は、受診者によっても左右される。医療提供側は、それをコントロールする必要がある。方策としては、①地域の小児医療資源や小児

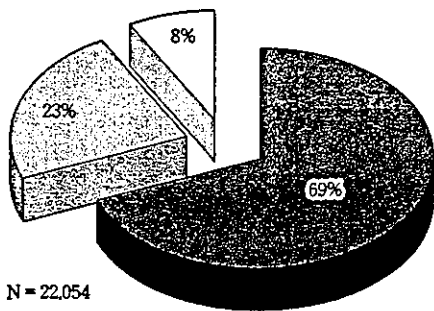
表1 学会会員数

	会員数		
	全国	広島県	調査現在 (平成14年)
日本小児科学会	17,787	393	9月2日
日本小児外科学会	3,002	30	6月末
日本小児救急医学会	700	---	8月5日
日本小児内分泌学会	約1,000	---	6月末
日本新生児学会	5,220	112	7月31日
日本産科婦人科学会	15,939	332	8月2日
日本小児循環器学会	2,340	中国地区 156	6月末
日本血液学会	約6,000	---	---
日本小児血液学会	1,296 (海外37)	中国地区 77	6月末
日本小児アレルギー学会	2,498	63	7月31日
日本小児眼科学会	710	7	8月2日
日本小児耳鼻咽喉科研究会	639	中国地区 40	6月末
日本小児精神神経学会	963 (海外3)	中国地区 56	6月末
日本小児神経学会	3,071	---	4月30日
日本思春期学会	2,001	62	8月2日
日本小児歯科学会	4,146	110	8月2日
日本小児科医会	6,940	292	8月31日

※医師以外の会員数を含む  
ハイフンは不明

表2 在宅当番医制参加診療所の状況

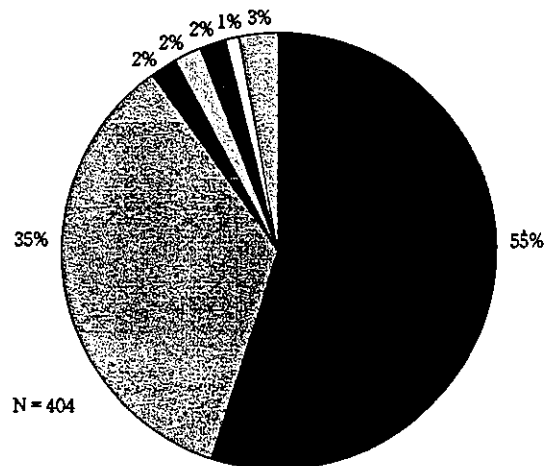
■非小児科標榜診療所 □非小児科医が小児科標榜 □小児科医



日医「小児救急医療体制のあり方に関する調査」より

表3 休日夜間急患センターの設置形態

日医「小児救急医療体制に関する調査」より



■ 医師会は医師の派遣などで協力  
□ 医師会が設置、管理運営(公設民営含む)  
■ 地域の病院に設置、医師会が管理運営  
□ 医師会は特に関与していない  
■ 病院に設置、医師会以外が管理運営  
□ その他  
□ 無回答

救急体制を広報する、②家庭医学知識や救急医療の考え方などの啓発、③小児科かかりつけ医機能の充実と啓発などである。

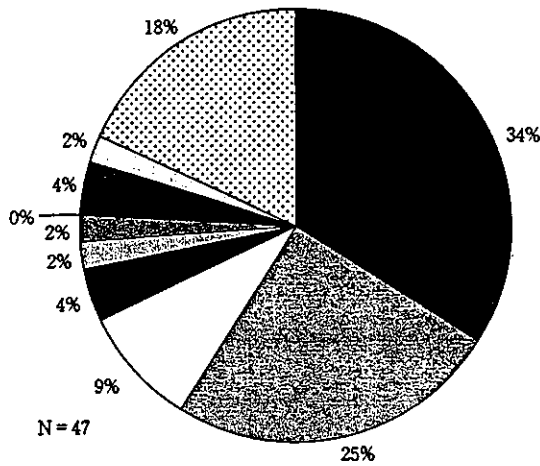
4. 日医、小児救急医療体制ありかた委員会の答申内容について

その、最終結論を列記してみる。  
小児救急の問題は、単に医療の問題にとどまらず、

表4 小児救急医療において、最も問題と認識していること

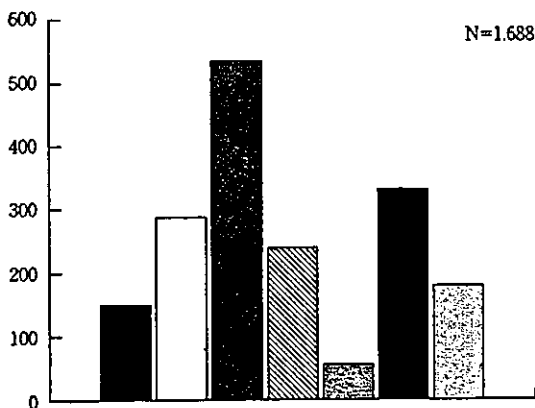
【都道府県医師会】

日医「小児救急医療体制のあり方に関する調査」より



- a. 小児科医療機関や医師数に地域格差があること
- ▨ b. 小児科医師が不足していること
- c. 診療報酬が不十分なこと
- d. 補助金が不十分なこと
- ▨ e. 小児の重症患者に対応できる医療機関が少ないこと
- f. 行政の姿勢が消極的なこと
- ▨ g. 小児の患者数が減少していること
- h. 初期、二次、三次の機能分担ができていないこと
- i. その他
- 無回答

表5 休日夜間急患センター受診のいきさつ



- かかりつけ医の紹介
- 救急医療情報センターの紹介
- ▨ 行政の広報誌を見た
- ▨ 近所だから
- ▨ 電話帳やインターネットで調べた
- その他
- 無回答

日医「小児患者の保護者等に対するアンケート」より

日本の国や社会が子どもをどのように考えるかの問題である。古来、「子どもは国の宝、子どもは国の未来」と言われてきたように、「子どもを大切にしない国は滅びる」のである。「小児救急医療は国の政策医療である」という社会的コンセンサスが必要である。

表6 あなたから見て、お子様の症状は重いと思いますか？

全体		
回答件数		1,688
	回答数	%
1. とても重い	18	1.1%
2. 重い	465	27.6%
3. あまり重くない	591	35.0%
4. 軽い	257	15.2%
5. わからない	335	19.9%
無回答	22	1.3%

日医「小児患者の保護者等に対するアンケート」より

表7 かかりつけの小児科医がいらっしゃいますか？

	回答数	%
1. いる	1,371	81.2%
2. いない	204	12.1%
無回答	113	6.7%

回答件数：1,688

日医「小児患者の保護者等に対するアンケート」より

表8 お子様がお病気になる時の相談相手がおられますか？（複数回答）

回答件数：1,688

	回答数	%
母	644	38.2%
父	460	27.3%
配偶者	801	47.5%
祖母	510	30.2%
祖父	238	14.1%
兄弟姉妹	320	19.0%
かかりつけ医	610	36.1%
友人・知人	516	30.6%
近所の人	147	8.7%
電話相談室	38	2.3%
その他	20	1.2%
相談相手はいない	24	1.4%
無回答	116	6.9%

日医「小児患者の保護者等に対するアンケート」より

長期的課題としては、

- 1) 小児科を主たる診療科とする医師の増員
- 2) 医師養成機関の教育体制整備が必要である

短期的課題としては

- 1) 医学的には軽症でも保護者が不安を持ち、緊急の受診を求める場合は救急患者として対応すべきであること
- 2) 他科との連携を確保すること