

ではその対象者がお子さんの場合の年齢構成について表しております。0歳から5ヶ月児までが32パーセント、6ヶ月から11ヶ月児までが21パーセントで乳児だけで53パーセントになっております。さらに1歳から3歳、4歳から6歳までを含みますとほぼ9割以上乳幼児ということで対応させて頂いております。

62年から電話相談を開始しておりまして、実際にこの相談をどのように私たちは分類し整理しているかと言いますと、まず相談内容大きな分類として、「性・妊娠・出産に関すること」、「育児に関すること」、「栄養・食事に関すること」、「その他の母子に関すること」というふうに大きく4つに分類しております。それぞれの相談内容については「性・妊娠・出産に関すること」としては、妊娠中の母胎管理、妊娠中の異常、胎児への影響と不快症状等を含めましての相談がここに入ります。「育児に関すること」については、体の心配、病気、事故、予防接種、睡眠のことやなかなか泣きやまないとか排便についてのご相談などがここに

入ります。「栄養・食事に関すること」といたしましては、授乳の相談でありますとか離乳食のことなどがここに入ります。「その他の母子に関すること」として、家族の中での対応ですとか、近所との関わりの中での相談ですとか、育児不安・ノイローゼと様々な精神的な相談の内容がここに入ります。

この分類で大きく分けると、「育児に関すること」が平成15年度1万1057件と約1万5千件のなかのほとんど大きくこちらの相談に対応させて頂いております。ここにその他という分類がございますが、これは母子の相談以外に例えば精神の問題でございますとか、母子保健以外のご相談が入ることがございますのでここに入っております。

さらに、育児でありますとか、栄養でありますとかそういう分類をさらに細かくしていった中で上位5位についての相談を今ここにあげております。やはり子どもの体の心配病気に関する相談が4882件31.1%、子どもの事故に関する相談1472件9.4%、子どもの睡眠・泣き・排泄に関する相談1288件8.2%、授乳に関する相談が853件5.4%、子どもの日常生活に関する相談749件4.8%。

夜間電話相談「母と子の健康相談室」 相談内容(対象者が子どもの場合の年齢)

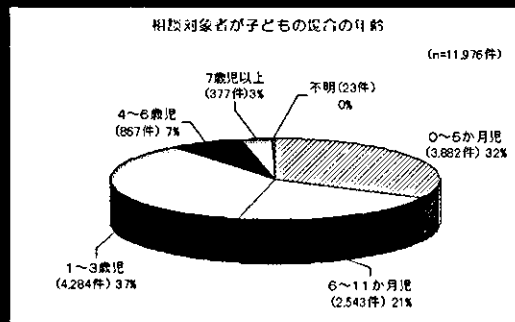


図7

夜間電話相談「母と子の健康相談室」 相談内容の分類

相談内容	主な内容
性・妊娠・出産に関すること	母体管理と妊娠中の異常、胎児への影響、妊娠中の不快症状など
育児に関すること	体の心配・病気、事故、予防接種、睡眠・泣き、排泄 など
栄養・食事に関すること	授乳、離乳食 など
その他の母子に関すること	家族、近所のこと、育児不安・ノイローゼ など

図8

夜間電話相談「母と子の健康相談室」 相談内容(平成15年度の実績から)

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
性・妊娠・出産に関すること	3,028	2,851	2,583
育児に関すること	8,248	9,946	10,157
栄養・食事に関すること	1,405	1,652	1,504
その他の母子に関すること	755	814	966
その他	177	277	465
合計	13,613	15,540	15,675

図9

これで見てくださいとお子さんの体の心配、病気に関する相談、子どもの事故に関する相談等が約4割あり、小児救急に通ずる相談はすでに夜間電話相談の時から対応させて頂いておりました。

このような「母と子の健康相談室」の実績がございましたので、「母と子の健康相談室の相談」体制を基盤に展開することになりました。保健師・助産師の専門職による相談、ここでいう保健師・助産師は母子保健事業や小児医療など関連分野に5年以上対応していただいた方をお願いをしております。その方々の相談に対して必要に応じて小児科医の先生に対応して頂くという現在のシステムにいたった訳でございます。

7月から電話相談「母と子の健康相談室」(小児救急相談)ということで、事業を拡大している訳でございますが、平成16年度の相談実績についてです。これは4月からの各月の相談件数でございます。4月から今年4月から祭日、土曜日曜祭日も相談を開始している訳でございますが、4月が1401件、5月が1271件、6月が1482件、7月が1533件、8月1427件、9月1427件となっております。小児救急電話相談事業についてプレス発表しましてどの程度相談数が増えるのかということについて大変心配しておりましたけれども、おおむね大体1400から1500件ぐらいで現在経過しております。

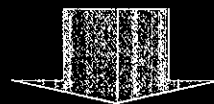
夜間電話相談「母と子の健康相談室」 相談内容の内訳(上位5位)

分類	件数	割合
子どもの体の心配・病気に関する相談	4,882件	31.1%
子どもの事故に関する相談	1,472件	9.4%
子どもの睡眠・泣き・排泄に関する相談	1,288件	8.2%
授乳に関する相談	853件	5.4%
子どもの日常生活に関する相談	749件	4.8%

図10

電話相談「母と子の健康相談室」 (小児救急相談)の体制

「母と子の健康相談室」の相談体制
保健師・助産師の専門職による相談



必要に応じて小児科医が対応

図11

「母と子の健康相談室」 (小児救急相談)の実績

月	相談件数	
4月	1,401件	4月から 祭日の相談開始
5月	1,271件	
6月	1,482件	7月から 小児救急相談開始
7月	1,533件	
8月	1,427件	
9月	1,427件	

図12

電話相談「母と子の健康相談室」 (小児救急相談)の実績

	7月	8月	9月
体の心配・ 病気に関すること	572件	532件	450件
事故に関すること	144件	162件	185件
予防接種	55件	36件	65件
小計	771件	730件	700件

図13

そういう状況になりまして体の心配、病気に関すること、また事故に関すること、また予防接種に関すること等が、医療に通ずる相談ということで現在分類している訳でございますが7月については771件、8月730件、9月700件、当初先ほど4割方と申し上げましたけれども、7月からは約半数がこういう相談

になっております。さらに全体総件数の中に小児科医の先生に対応して頂いている件数でございますが、7月は23件、8月10件、9月10件となっております。

このように今日私小児電話相談と言うことでお話させて頂いております。もともと昭和62年から17年間にわたりですね夜間電話相談と言うことでお母様方の様々な不安やお気持ちに対して寄り添うように相談対応をさせて頂いてきております。その実績があって今回小児救急と言うことでこういう事業が拡大いたしました。お母様方がさきほどおち様が言われてましたが、非常に情報が多いまた情報があってもご自分でなかなかその行動が選択できない。例えばそれを誰かと話すことで選択できたり、情報の整理を助けることなどがお母様方を支えていけるという風に考えております。

今回小児救急と言うことでここに立たせて頂いておりますが、私母子保健の立場でございますので、やはり予防ですとかお母様方に対する支援という視点で今日お話をさせて頂いただければと思っ参りました。また東京都はこの小児救急電話相談以外にもサービスも行っております。東京子育て情報サービス、これは24時間電話でまたはファックスで情報を提供するものでございます。もう一つが先ほど海谷の方からも申し上げましたけれども、子ども医療ガイド、インターネットで音声対応情報サービスと言うこともやっております。このように様々な情報提供をしてまたさらに電話相談で生身の声でご相談を受けてお母様方がご自分の行動をどうとったら良いのかということを選択できるように支援をしていきたいというふうに考えております。

今日は佐藤さん、豊田さん、中原さんの話を聞かせて頂いて私も感極まっております。すぐ今日のこの場でお話しさせて頂いたり皆様のお話を聞かせて頂いて、今後も子育て支援等について対応させて頂きたいと思っております。ありがとうございました。

小児科医の対応件数

7月の相談総件数:1533件→23件

8月の相談総件数:1427件→10件

9月の相談総件数:1433件→10件

図14

東京都のその他のサービス

Tokyo子育て情報サービス
24時間電話でFAXで

子ども医療ガイド
インターネットで
音声対応情報サービス

図15

地域の内科系開業医との連携（鹿屋方式）

松田 幸久 まつだこどもクリニック、鹿児島県鹿屋市

鹿児島から参りました松田と申します。『鹿屋方式』はNHKのクローズアップ現代で取り上げられて、それから各地で『鹿屋方式』と言われるようになったようですが、実際やっている関係者にとっては普通の輪番医をしていると思っていましたので、これほどの『鹿屋方式』が注目されていることに驚いているところです。

鹿屋市は、昔は特攻基地があるところでした。もう一つ鹿児島には知覧という有名な特攻基地があるんですけど、そちらの方で映画がたびたび撮影されるので知覧の町の方が有名なのですが、鹿屋の方にも特攻基地があり、現在も自衛隊の基地がありますので昨年までは自衛隊の町というふうに使われてました。しかしながら、今年のアテネオリンピックの後からは、「柴田亜衣ちゃんの町」と言われるようになりました。私もちょうど決勝があった時は、外来小児科学科との準備をしていて、深夜テレビの前で、一生懸命応援しました。次の日学会会場に行ったら、おめでとうと言われてものすごく嬉しかったんですが、良く聞いてみると鹿屋という字を、「かや市」とか「しかや市」と読んでいたようです。「鹿屋市」は「かのや市」です。

鹿屋市の場所というのは、鹿児島市の反対側の半島になります。陸の孤島と言われてまして。実は昨日も東京へ来るときに鹿屋市から空港までくるのに2時間ちょっとかかり、空港から東京までくるのに1時間半ぐらいで、鹿屋市から鹿児島空港まで行く方が時間がかかるという所です。この地域には一応小児科医の施設が、開業医ですが6名います。一つ大きい病院としては鹿屋医療センターという県立病院があります。そこに現在小児科医が3人勤務しております。

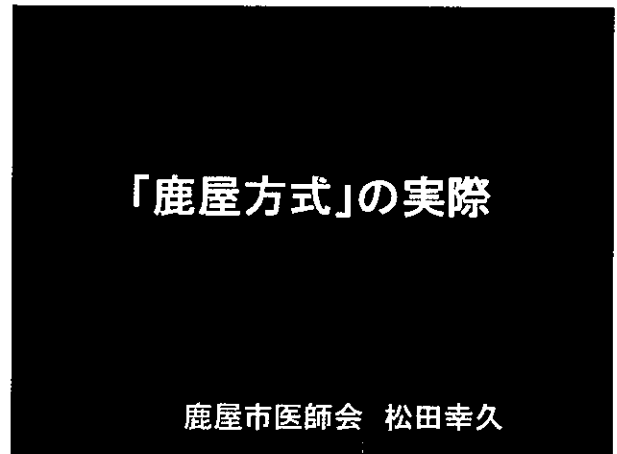


図1



図2



図3

地域の背景としましては、その周辺2市と10町で23万人の人口、そのうちの4万弱が小児科医が一応担当するだろうという小児の人口であります。この地域には一つしか大きい病院がありませんので、入院の出来る病院の病院小児科医のことを考えますと、一人あたりの人口比は約1万2千人、鹿児島市が3千500人で、鹿児島市の勤務医の4倍は働いていることになります。実際は、もっと働いているような気がします。数字的にはそういうことになります。小児の10万人に対する小児科医の人口というのは鹿児島県はワースト3に入っております。1番は茨城県で、2番目は埼玉県。その次に鹿児島県です。それから2次医療圏というのを、全国で362地域に、離島を含めて分けてありますが、県内鹿児島県内で12地域あるんですがこの地域はワースト10に入ってます。それだけ少ないということです。

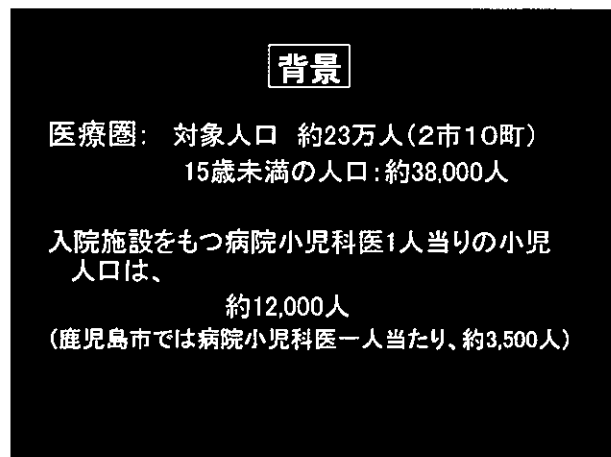


図4

鹿屋方式を簡単に言いますと、基本的には時間外をまず内科系の現場に私たち小児科を含めて開業医の小児科・内科医を含めて、内科系の輪番医、当番医といいます。その当番医が診療します。そして特別な医療、例えば点滴や検査、入院の必要と判断したら、必ず医療センターに紹介して、そこで治療してもらうというものです。ですから、内科の先生達が判断に困ったら、必ず県病院の方に紹介します。そして、その日の当直医が、待機の小児科医に連絡して、直接小児科医が、対応します。例外的にはじめから医療センターの小児科医が受けている場合は、彼らが診ている血液の病気とか心臓疾患、あるいは喘息とかてんかんの症状この元々の症状が出てた場合、あるいは生後5ヶ月未満の乳児になります。こういう場合は電話転送でも構わないってことなんです。必ず輪番医の先生が診察して、紹介状を持って行くというシステムをとっております。

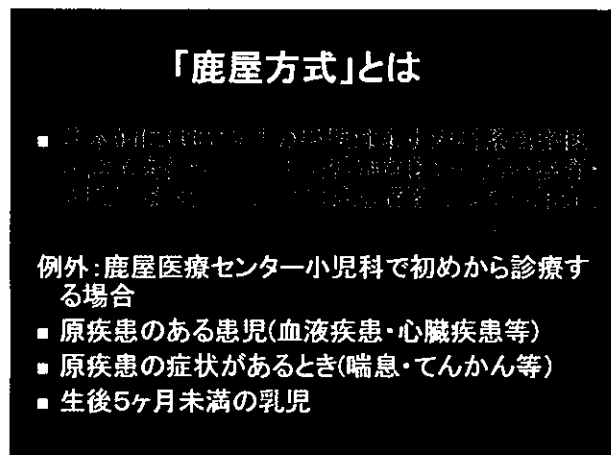


図5

実際はいつから始まったかという制度的には平成11年なんです。その前から鹿屋医師会としては夜間輪番制度をスタートしてました。昭和54年の4月です。この当時は県病院の方では小児科一人勤務してました。それから開業医としては小児科医が一人だったんですこの地域に、それで鹿屋市の医師会の方が内科、産婦人科、外科そのそれぞれの地域でそれぞれの科で輪番医をしようということで、365日の夜間や休日の救急体制をとっていた。20年間それでやってきたんですが、やはり小児の患者さんが非常に多いということと、この地域で開業医が対応できないような2次救急の施設が無いということと、何とかしなければいけないということで、いろいろ相談があり、県病院の小児科医が一人から二人体制になります。当時小児科県病院にかかっている一度かかった事があればカルテがありますので、県病院に一度でも

かかっていれば夜間でも診察するという形で二人体制で対応していました。大隅地域で唯一の入院施設のある病院です。ここでやっている診療は、通常の日常の診察とそれから新生児があります。また大隅半島の入院が必要な子どもさん達にも対応していました。それにプラスの夜間の急病が夜間の仕事が二人ですので、単純に計算すると月に15回の当直と同じような状態になります。この時の時間外勤務は、他科の医師と比べると4、5倍になりました。

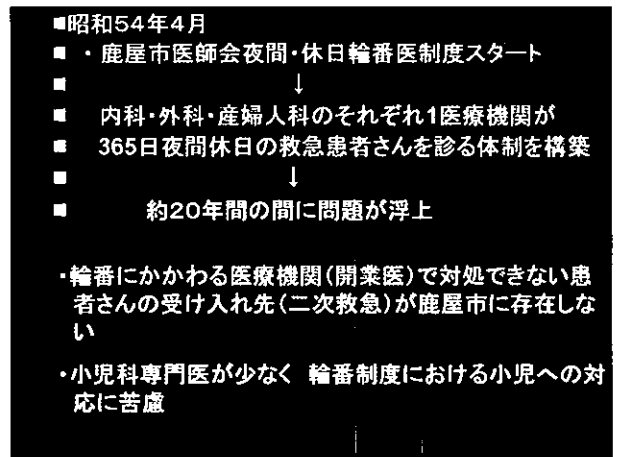


図6

当時の院長がこれじゃいけないと言うことで、鹿屋市医師会に相談して、平成10年に、鹿屋市医師会と県立医療センターとで救急医療体制を確立しようと話し合いがありました。夜間急病輪番医がとにかく1次救急を診察し、高次の医療が必要な場合は鹿屋医療センターが引き受ける体制をとることになりました。小児の患者さんに関しては小児科医も含めた内科医が診て、必要であればすぐ県立の医療センターに紹介し、それを受ける小児科医は365日オンコール体制をとることになりました。1次救急、重度、中等度、軽度と言いますが、1次救急を輪番医が診て治療したり、それから救急処置をして翌日専門医の方へ行きなさいというふうに

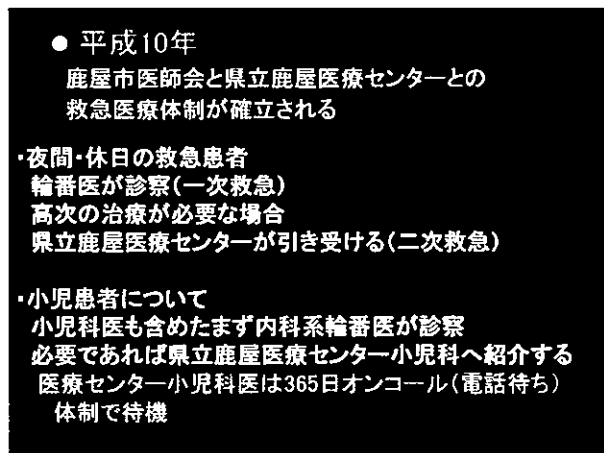


図7

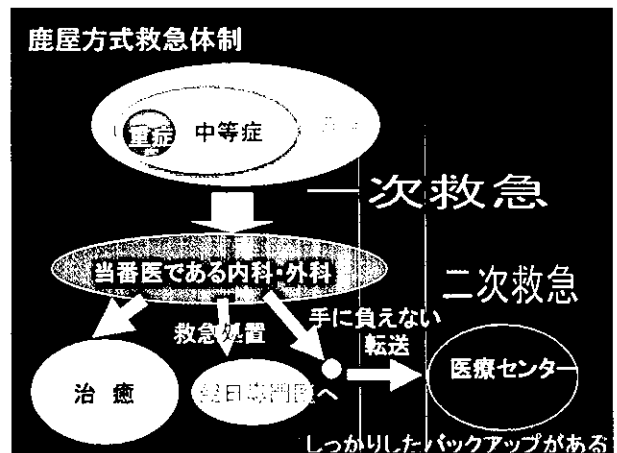


図8

対処します。手に負えない場合には医療センターに紹介すると、一応この図式で行きますとたらい回しがなくなったということが言えると思います。

これは県立病院の時間外の患者数なんですけど、この青のバーが平成11年度ちょうど始まった頃の数です。赤いバーが平成14年度の数で、確実に数は減ってます。

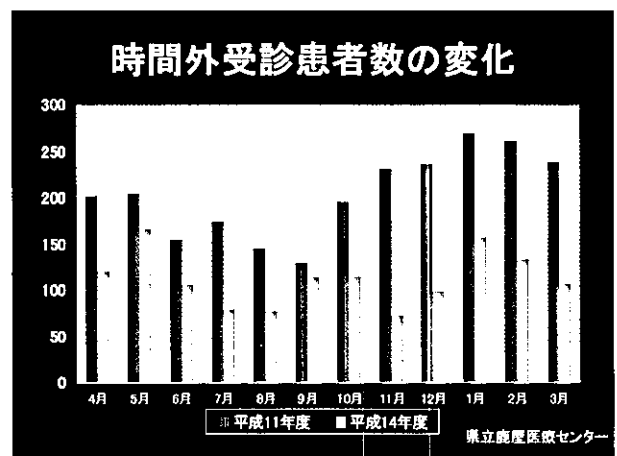


図9

これが夜間の救急外来の受信者数ですけど、極端に減ってますけど、平成11年度、14年度ですね。この紹介患者数は6パーセントなんですけども、紹介率27パーセント。入院患者さんの方にいきますと49パーセントが72パーセント、平成15年去年のデータは92パーセントが時間外の入院患者さんの紹介率となっています。

疾患別にみてみますと、咽喉炎や上気道炎いわゆる「風邪」と言われている患者さんが4分の1に減ってます。胃腸炎も若干減ってます。ところが気管支喘息とか肺炎などの患者さんは減ってませんので、軽症の患者さんの受診が医療センターの方は減ってきているというような事が言えます。その分が輪番医の方にまわっているということになります。

オンコール体制についてですが、平成11年が2094件あり平成14年が863件と、呼ばれる方も60パーセント減となっております。ひとつは小児科医の開業医がこの平成11年の時には二つあったんですけど現在4人です。ですから夜間輪番医の時に現在小児科医は月2回輪番医の当番医がまわってきますので大体月の3分の1が小児科医が夜間を診ることになっています。ですからそういう意味では彼らなるべく使わないで良いようにとすることで紹介しないようにはしてるんですけど、それも少し関係してるかなと思っております。

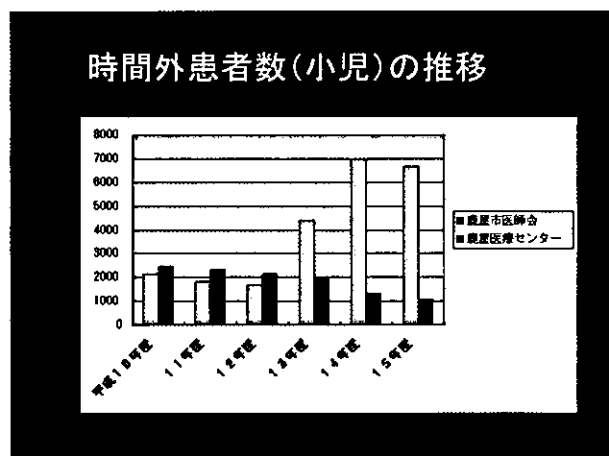


図13

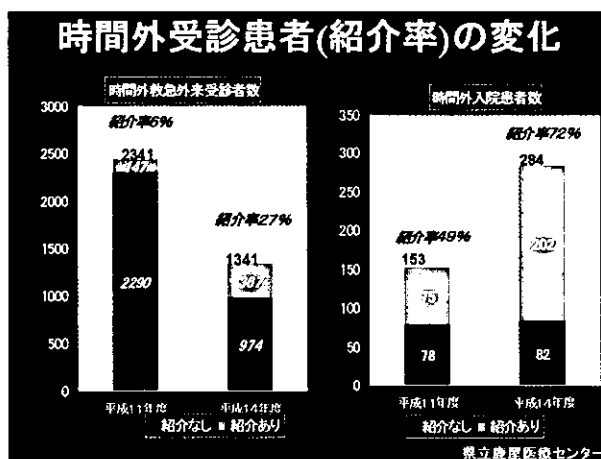


図10

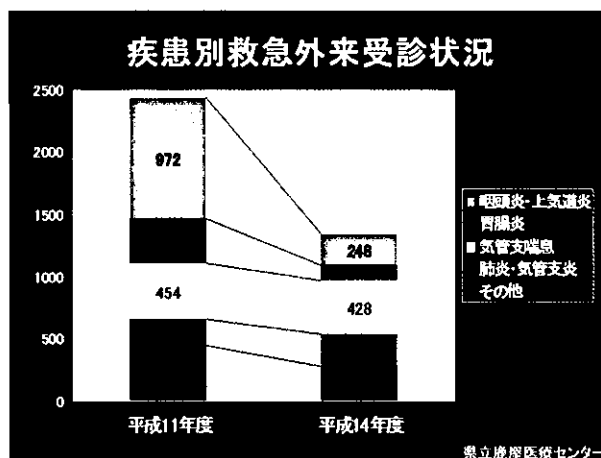


図11

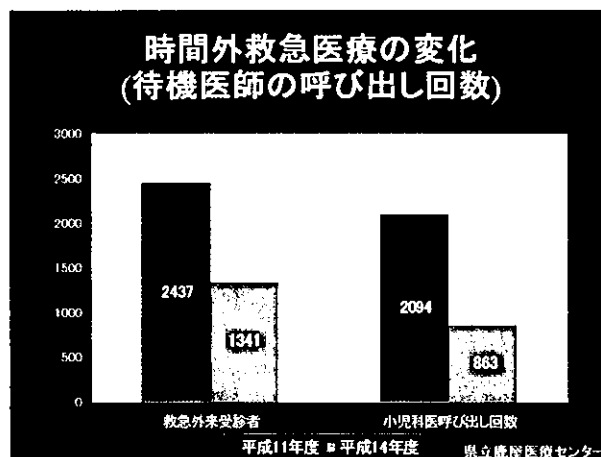


図12

それから時間外の小児の推移を、県立医療センターと、医師会の輪番医での数を、平成10年と15年度とで比較してみたものです。鹿屋方式が始まるまでの時の夜間の子どものかかる数は、県病院が医師会輪番医よりやや多かったのですが、11年度から始まります、そうするととたんに輪番医の方が増えていって、確実に県病院の方が減ってます。

この輪番医制度について、医師会の輪番医を担当する内科医の先生に、アンケートをとりました。31施設中27施設の解答があり、そのうちの27施設中25施設が一応評価するというので、少ない小児科医を効率よく使えるには、鹿屋方式がベストではないかと考えてくださっています。中には、鹿屋方式の導入で、患者さん達に、「自分所では小児科標榜してませんが、まず医師会の輪番医制度の決まりで医師が診ることになっています。」と、が堂々と説

輪番医担当医へのアンケート(31施設中27施設の解答)

1) 評価する理由

- ・現状ではこの方法でしか小児救急に対応できない
- ・限られた医療資源の中ではBestの選択
- ・内科医として安心できる
- ・小児科医不足の中では、質的問題はあるにしても他科も参加しての分業制が高率的である
- ・小児科医(開業医)の負担軽減
- ・小児科専門医受診を効率的にできる
- ・鹿屋方式の導入により、患者さん(小児)の受診の問いに合わせて『当院では小児科は標榜していませんが、まず小児は医師会の輪番制の医師が診察することになっている』と説明できる。

図14

2) 評価できない理由

- ・最初から小児科医に診察して欲しい
- ・鹿屋医療センターの小児科医が激務で体調をこさわないか心配

図15

明できるということ、「普通の風邪じゃ無くて他の事が疑われるんだったらここから紹介します。」と言えますので、内科の先生達少し精神的に負担減とおもいます。ただしやっぱり最初から小児科医に診て欲しいというのが本音であります。非常に嬉しいことなんですけれど鹿屋医療センターの小児科医の仕事を非常に彼らの体調を気遣って下さる先生達もいらっしゃるということですよ。

実はじゃあお母さん達どういう風感じてらっしゃるかということなんです、この輪番医制度を知っているかというのと大体9割の方はご存じでした。鹿屋と言うところは先ほどお話し

お母さん方200人に聞きました



図16

問い1. 輪番医制度があることをしていますか？

はい	173名
いいえ	22名

図17

しましたけど自衛隊の町です。ですから自衛隊の方というのは全国各地から転勤して転出されていきますので、いろんな所で医療、救急医療を経験されてこられます。保健所の方にはこの救急体制、得に小児救急体制はどうなってますかというような質問がいくんだそうです。夜間輪番医が小児科医じゃなかった、かかりつけ医じゃなかった、うちは小児科医じゃないからと一言言われた、明日かかるように言われたという事の一言一言が、お母さん達には不安材料になるようです。こういう点は、医者側の説明の仕方の問題だと思っております。それから

問い2. 夜間、輪番医の病院を受診し、不安になったことはありませんか？

当番医が小児科医でなかった	55名
当番医がかかりつけでなかった	35名
うちは『小児科でないから・・・』と言われた	33名
明日小児科にかかるように言われた	29名
など	

図18

問い3. 輪番医制度への希望

・当番医からかかりつけの小児科医に連絡がつくような体制をとって欲しい	53名
・小児科医で電話の対応ができないか	42名
・内科でも安心して受診できるような状況作りにして欲しい	49名

図19

輪番医制度についての希望ということなんですけど、やはり小児科医に連絡つけれる体制をとって欲しい、電話でも対応ができないかっていうこと、それから内科医でも安心して受診できないかっていうふうなそういう環境作りをして欲しいというのがお母さん達の希望でした。このあたりは一応出来てはいるんですけど、そういう希望がありました。

まとめですが、鹿屋方式の導入しては一応1次救急と2次救急のところの仕事の分担ということでは、今まで多かった鹿屋医療センターに直接行くような人たちが輪番医制度を利用して来て下さってますので、軽度の咽頭炎とかこういう急性のものは減ってきているということと、それから紹介率、受診率、紹介受診率とか紹介入院率が増えてきているという事ではこの方式は成功していると判断します。現時点においては、鹿屋方式というのはやはり有効に機能してると思います。

今取り組んでるところは、鹿屋方式の啓蒙という事で、鹿屋では小児救急というのは、小児科医が少ない中でやっているということ、健診や予防接種などの待ち時間にながすビデオを作ってるところです。できあがたら、それを流すような方向でやっております。それから輪番医へのマニュアル作成ということですが、現在薬の処方に関しては内科の先生達には一応輪番医される内科の先生達にはマニュアルをお渡ししてるんですけど、今計画してるころでは輪番医をしながら困っているいろんな事象があると思いますが、それに対してQ&A方式である程度その対応策を網羅しておこう

まとめ

「鹿屋方式」導入に伴い、咽頭炎等の軽症の急性疾患の患者数は半分に減少し、紹介受診率・紹介入院率は2倍近くに増加している。

現時点において、「鹿屋方式」は有効に機能しており、小児の二次医療の充実及び少ない小児科医マンパワーの有効配分という当初の目的に適っている。

図20

今後は・・・

- ・「鹿屋方式」の啓蒙
健診、予防接種などの待ち時間にビデオをながす
- ・輪番医へのマニュアル作成
「Q&A」形式で、輪番医をしていて、困ったことを列挙し、その対応策を網羅する
- ・休日、祭日の診察
開業医小児科医をふくめた地域の小児科医で

図21

と、現在計画しているところです。今半分ぐらい出来あがりました。それから休日祭日の診療に関しては、日曜の平日の時間帯でも小児の患者さんの数が多いことはわかっていますので、できれば開業医の小児科を含めた地域の小児科医で診れるようなそういう体制を作っていけばなというのが、先々我々小児科医で話し合ったところでした。

以上です。

救急病院から

稲毛 康司 日本大学医学部付属練馬光が丘病院小児科

日大練馬光が丘病院の小児科の稲毛です。私どもの病院がある練馬区は、大体70万弱の人口の地区なんですけど、年間救急患者さん1万7千人ほど診ております。実際、今日お話しするのは自分の病院がどうということではなくて、一般的に、小児で小児救急をしている2次救急の病院はどういうものかということ、今日のご披露してみたいと思っております。

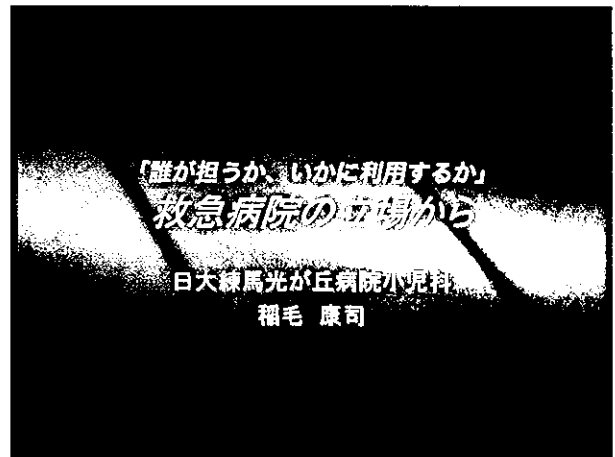


図1

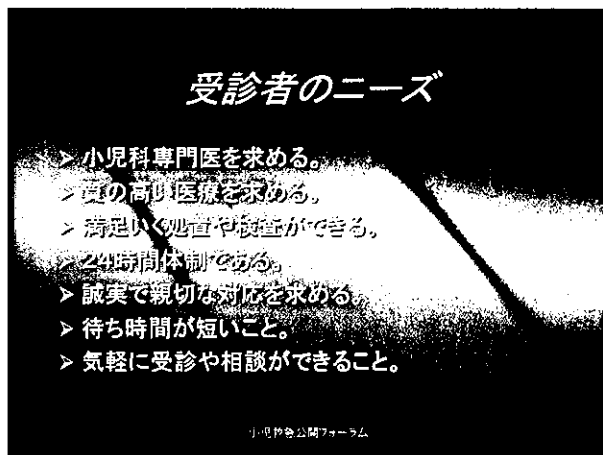


図2

まず先程来いろいろお話がございましたが、今小児救急受診者のニーズっていうのはここにありますように、小児科の専門医を求める、あるいは質の高い医療を求める、それから満足行く処置、検査をしてもらうあるいは点滴をしてもらうとか、さらにはただ診察だけでなく何かやってもらおうという期待そういうものを持って来られる方が多いのかも分かりません。

それからいつでも行けば診てもらえる24時間態勢、これはそこにドクターがすでに常駐していなければならない、要するにオンコールといいますか、待機中の小児科の先生を呼んでもらって、待ってそれから診てもらわんじやなしに、常に迅速に患者さんを診てくれるという態勢でなければ、また当然清潔で親切でという対応を求められる。サービスもしっかり夜間もサービスをしっかりしなきゃいけない。待ち時間が短いことも大事かと思えます。

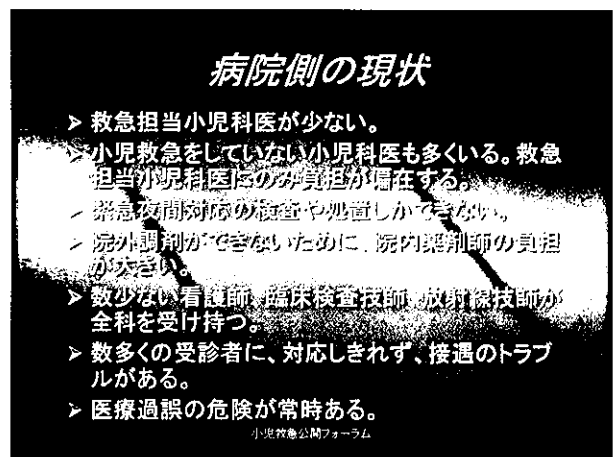


図3

やはり病院はしきいが高くてはいけないので、気軽に相談、受診が出来るようなそういうものが、今の小児救急に受診される方々のニーズじゃないかな、と思ってます。

さて病院側ですが、我々の病院も含めてですがこれはいわゆる救急担当の小児科医に関して

ですが、これは非常に少ないですね。ただ実際に小児科医が少ない少ないと思っても、小児救急をやってない小児科医が実際は多いんです。小児救急をやってる人とやってない人のこういう偏りがあるのも実際に、それがなおさらいわゆる小児救急に従事している医者を苦しめているという現状もある訳です。

それから、じゃあ検査を処置を希望されてもですね、昼間の外来とは違いますので、昼間の病院とは違いますので、もう限られたコメディ

ここでいう“救急病院”とは

- ▶ 本来は、小児2次救急医療機関である。
- ▶ しかし、初期救急もみる医療機関となっている。
- ▶ その大多数は、地域の拠点となる中規模総合病院である。
- ▶ 救急病院の小児科は、数多い診療科の1つにすぎない。

図4

総合病院

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 内科 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 消化器 ▶ 循環器 ▶ 呼吸器 ▶ 神経内科 ▶ 外科 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 消化器 ▶ 胸部・心血管 ▶ 小児科 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 産婦人科 ▶ 整形外科 ▶ 脳神経外科 ▶ 精神神経科 ▶ 耳鼻咽喉科 ▶ 眼科 ▶ 皮膚科 |
|---|--|

図5

救急病院では、内科や外科の救急も行っている。

- ▶ 診察室や待合い場所には、小児から高齢者までの、各年齢層の患者が混在している。
- ▶ 小児科を専門に対応できる、看護師は常駐していない。

図6

カルの人が限られた検査をするというそういう状況なんです。期待されるだけの検査を希望されても、何もそう十分なものがある訳じゃないですね。その中で患者さんを診ていく訳であります。しかも数多くのたくさんの患者さんをさばっていくという、そういうこともしなければいけない訳です。

それからこれは医者のお話と患者さんのお話ばかりが今日は出てますが、病院には薬を調剤する人が必要になる訳ですね。夜間には、これは私の病院だけのことかもしれませんが、といっ

夜間・休日には、小児科医だけが労働しているのではない。

- | | |
|-----------|----|
| ▶ 薬剤師 | 1名 |
| ▶ 看護師 | 3名 |
| ▶ 臨床検査技師 | 1名 |
| ▶ 放射線技師 | 1名 |
| ▶ 事務職(委託) | 3名 |

図7

薬剤師の場合

- ▶ 地区薬剤師会の協力がなく、夜間調剤薬局は閉店している。
- ▶ 院内薬剤師は、処方業務と服薬指導を行っている。
- ▶ 調剤のダブルチェックは不可能。
- ▶ 医薬分業は、夜間は例外である。
- ▶ work shiftの原則はある。

図8

ても、たぶん他の病院もそうだと思いますが、薬の院内調剤つまり医者が働きながら薬剤師さんもこれに巻き込んでるんですよ。昼間は調剤薬局が開いてますけれども、夜中はというと、調剤薬局はまずやってないですね。だから病院の中では、そういう薬剤師さんの負担と言うのが非常に大きいと言うことが言えます。

総合病院ですから、内科もあれば外科もあれば産婦人科もあればそういうところも救急をやっている訳です。ですので、そういう患者さんに対していわゆるコメディカルの看護師、臨床検査技師、放射線技師等々が、掛け持ちをして働いています。その中で小児科が非常に多いですね、大体60パーセント、70パーセント診てる訳ですけど、そういう患者さんを、コメディカルも受け持ってる訳ですね。またたくさんの方が大勢殺到すると対応しきれない、当然、接遇って言うか対応が悪くなる、無愛想になる、これが非常に後でいろいろトラブルの原因になる事があります。

それぞれを述べてみると、すべてが医療事故じゃなく医療過誤の危険ってのが常にある状況で、お互い診療するもの受診するものが綱渡りしてるってのが現状かも分かりません。

それで今日お話するって言うのが、小児の2次救急病院であっても、2次救急と言いながら実は初期救急も実際診てるそういう病院です。

日大練馬光が丘もそうなんですけど、大多数はその地域の拠点病院になる中規模のおそらく病床数が300から400ぐらいの総合病院のことをイメージして良いのかなと思ってます。そういう考えで見れば、総合病院側としては小児科は数多い診療科の中の一つなんですね。だけどそこが一番働いているって言うか他科も働いているんですけど、大体60パーセントから70パーセントの患者さんを、夜中頑張って診ている訳です。そういうことで総合病院っていうのはこれだけのいろんなものがある中の一科が小児科であると。ですから当然お子さんを救急室に連れてらっしゃった時はお分かりだと思いますけど、診察ってのは子どももいればお年寄りもいれば、いろんな年齢の人がですね混在している状態で、慌ただしく診てると言うこと。それから救急室も昼間の小児科の外来とは違って、小児科だけの専用のいわゆる診察室を持っている訳じゃないですね。隣では大人の方があるいは老人の方が、もう非常に苦しく悲鳴をあげている、カーテン越しにそういういろんな声がしてる中で、その横で小児科の患者さんを診てるっていう、決して小児の救急やってると言いながら小児の医療の原点みたいなものがほとんど無いような状態でしょうね。

看護師の場合

- ▶看護師3名の常勤であるが、内科、外科の看護があるために、実際は看護師1名が小児救急対応となる。
- ▶点滴セットの作成、薬液の添加、血管確保や採血など処置の介助をこなす。
- ▶熟練看護師でないと、段取りよく順調にさばけない。
- ▶work shiftの原則はある

図9

コメディカル・スタッフを院内に常駐する必要がある。

- ▶自宅待機など、院外に呼び出しをするようでは、小児救急医療は機能しない。
- ▶コメディカル・スタッフの24時間常駐を可能とするには、経済的負担が大きい。

図10

それから看護婦さんは、小児科の専門の看護婦さんが診てる訳じゃありません。つまり他の科の患者さんにも対応するような看護婦さんである訳です。だから決して小児救急充実するといっても全ての小児、子どもに目が向いているという訳ではありません。これは私の病院のコメディカルの方ですが、薬剤師さんは1人、看護師さんはおおよそ準夜では3名ぐらいですか、それから臨床検査技師さんは1人、放射線技師さんは1人、事務職の人は事務の人は労働基準法ってのはしっかりしてますからこれは委託です。だからそういう夜中だけアルバイトに来る人が事務職をする訳です。薬剤師さんとか看護師さん、この人達もしっかり労働組合がありますよね、だけど、ちょっとその話はまた後で述べますけど、医者には労働組合が無いですね。これも医者以外の専門職の方たちには、組合があるから何か打破するものがあるのかも分かりません。

その話の意味合いって言うのは薬剤師さんの事なんですが、地区の薬剤師会の協力が無いと大変なのです。夜間の薬剤調剤薬局ってのは閉店しちゃうんですね。薬剤師さんには二つの会があって、病院薬剤師会っていうのと、ただの薬剤師会っていうの二つあるんですけど、開業してる薬剤調剤薬局っていうのが薬剤師会、日本薬剤師会ですけど、どうもそこら辺、それから病院で働いている薬剤師さんは病院薬剤師会。どうもちょっと話がかみ合わないところがあります。結局、病院薬剤師は夜間院内薬剤師として働かなくちゃいけない、処方業務っていうのとそれから、今は服薬指導しますね、病院にかかられても薬をもらったら、この薬が抗生物質ですよとかこれは咳を止める薬ですよとか、それぞれのことを大勢の患者さんに、一人の薬剤師が説明をしている訳です。当然薬っていうのは一番危険なのが薬の量あるいは内容を間違えるっていうそういうミス危険性がある訳ですね。通常昼間は、薬剤師は薬を調剤する人と監査する人、二人のダブルチェックっていうのをやってるんですね。夜間は一人でやってるって事だから、かなりの緊張とその労働程度によって、疲労が出てくると思います。実際、薬剤師が朝通常勤務をして5時まで働きます。それ以降、翌朝の9時まで当直業務にはいる、ようするに24時間働いています。彼らも彼女らも、非常に大変な仕事をしている訳ですね。さらに薬剤師は女性が非常に多くなっており、かなりの当然その疲労度っていうのがあるなって言うことがお分かりだと思います。でも労働組合ありますからいずれはなんかそこら辺はつきり白黒つけるであろうと思ってます。翌日はまた休めるという交代ワークシフトが、しっかり、そこら辺は医者よりもしっかりしているでも危険性はある。だから小児科医のドクターが、夜間にシロップのような液剤を調剤処方なんかするとですね、シロップの調剤って簡単なようでやっこしいですね。また目盛りを付けますよね、シロップってのは何日分とか、一日しか出しませんからあれだけど、一日3回とかそれを3つくらい分三にするんですかね、等分するんですかね、だからそういう事故がある。そういう事故を防ぐにははじめから院内の約束処方っていうか、予製っていうか、はじめから作っておいたものを出すっていうそういう事をしてトラブルを妨げなきゃいけないっていう、この職種自体の大変さってのがあります。看護師は、今いった外科とか内科とかそういうのを診てますので大体一人ぐらいが救急対応になりますけれども、その看護師もですね点滴のセットを組み立てたり、薬液を入れたり、それから採血それから血管確保って、時には押さえっていうか固定ですよ、非常に大変です。要領よくしなきゃいけないということで、これはやはり、ただアルバイトで来る看護師さんだけじゃ使い物にならないっていうのが実際ですね。それだけの経験を持った人をそういう人たちを常にバツ

クに置いとかなければ救急病院って成り立たないです。実際はそれだけの機能をする病院っていうのが、自宅待機とかいわゆるオンコールだけじゃこれは駄目な訳で、常に24時間そういう人たちに給料を払ってこうやって置いておかなければいけないということで、この病院を経営するっていうのは経済的な負担って非常に大きい訳です。

さて医者の場合なんですけど小児科医ってのはここにありますが、上がですね勤務9時スタートとしましょうか、それから時間が経過していく訳ですけども、通常業務が5時まで終わってそれから夜間の当直ですか、当直ってのは間違えであって夜勤なんですね。当直ってのはただなんか呼ばれなければ寝ても良いんですよ、なんか呼ばればちょっと出ていて病棟の用事をすれば良いんですけど、実際の当直医は、病棟どころか外来の患者さんを診るために労働してるんです。夜勤なんですよこれ

は。それから翌日は働きますから。当然、仕事なんて終わりはしないから病棟の患者さん診ますから午後8時か何時か知りませんがこれぐらいの時間は働く訳です。そうして翌日はまたちゃんと、朝から働きにくる訳ですね。ですので午前、外来、病棟、休憩無し、病棟、午後も、要するに午前中来たなかった患者さん、すなわち、午前中に来れないからって言う人を診なくちゃいけないんですね。来れないからって、その理由は良くわかんないですけど、そういう人を診なきゃいけない、休憩無し、当直、当直じゃない夜勤なんですかね、それは不眠不休ですよ、食事は当然食べれない、昼間も15時頃、夕食は日によっては違いますけど午後9、10時ってこともあります。これも自分で頼んだ店屋ものですよ、自前のお金で店屋ものを頼む、病院から出る訳じゃない。給料は税込みで8千円ぐらい、元々交代制度とかそんなものはまずないですね。医者は命を預かってるんですけども、こういうのが実態ですね。航空会社では、飛行機のパイロットとくに、キャプテンが疲れて飛行機を墜落させたらですね、ジャンボなら500人ぐらい一緒に巻き込んで一緒に死んじゃいますけどね。小児科医はどうなんですかね。労働組合もない。日本の航空会社には、キャプテンなどのしっかりした重役の組合みたいなものがありますが医者にはありません。そういうことで勤務時間の延長って言うのは過労ですね、健康、過労は注意力を低下させる。当然、医療過誤ですね。気配りが悪くなる。それで一人当直をするときと二人当直のとき、二人当直の時にはですね、一人のドクターの態度が悪くても、もう一人がカバーできますね。一人の場合には悪い医者に当たったんでそれで終わっちゃいますね、こればつですよ、ペケの医者っていいですか。常にそう考えれば、医療安全からみれば、医者の数増やして二人体制で診ないと駄目なんです、そうしないと上か上か下かは、分かんないですけど押さえ、インター

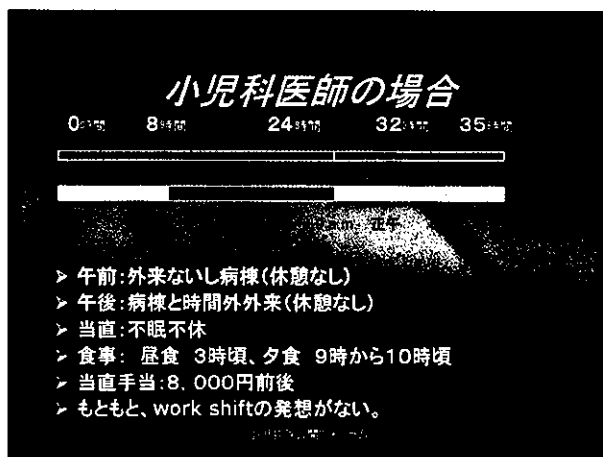


図11

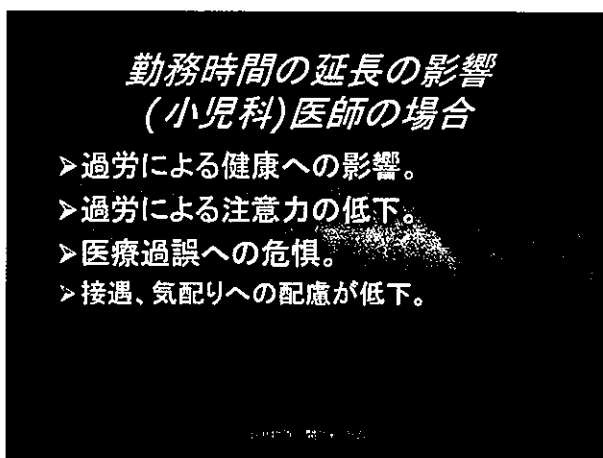


図12

セプトしてくれないですね、そこにやっぱり問題があったのかも分かりません。いろんな意味合いであったのかも分かりません。

中澤教授が冒頭ですかある外国のジャーナルでそういうインターンの長時間勤務の話がされましたけど、ニューイングランドジャーナルオブメディスン11月号、有名な権威のある雑誌医学雑誌ですが、2編の論文が出ました。その一つがやはりアメリカでもインターンは大変だって言いますね。その事で疲労から注意力の低下ってのがくるんじゃないかと。インターンが元来は52時間でしたか、確かそれ以上働くと非常に大変だって言われており、そのために、一つのレギュレーションっていうか規則がある。超過勤務は事故が起こるんじゃないかって言うことで、ちょっと新しい方法を入れましょうと。これは9時から正午、午後の6時までで、これが1日目の仕事の時間で、これ普通ですよ。それから、3日にいっぺん当直が入るって言うんですね。だけど3日にいっぺん当直が入るんですけどもさあどうでしょう、これだって30時間ぐらいで翌日は休みなんです。向こうのインターンはですね。その3日間対応でこれで大変だって言うからいわゆるインターベーションって言うか新しいやり方で16時間働いたらおうちへ帰りましょうって言うことで、それで注意力をどうかってのを見たんですね。これはこの上に睡眠時間ってのを入れた訳です。睡眠時間っていうのも本当に寝た時間です。うつらしてる時間じゃ駄目なんで、睡眠ポリグラフっていうソノグラムで睡眠時間をみた訳です。インターンの先生になんかこういう機械を付けてもらって本当に寝たかどうか、ただ布団の中でじっとしているだけじゃ、寝たうちに入らないので本当に寝たって言うのを

こうして見てみました。そういうことで勤務時間は、当然通常のインターンの人の時間ってのは結構働く、一週間ですけど一週間でこれくらいだからたいしたこと無いんですけど日本からみれば、でもまあ減ってます。それに従ってこれは睡眠時間ですね、睡眠時間もやっぱり増えるとやっぱり寝れるって事は非常に良いことだと。それで寝てから注意力って言うのを、じっとしてなんか一つのものを見て、それから目がよけるかどうかっていう事でいわゆる注意

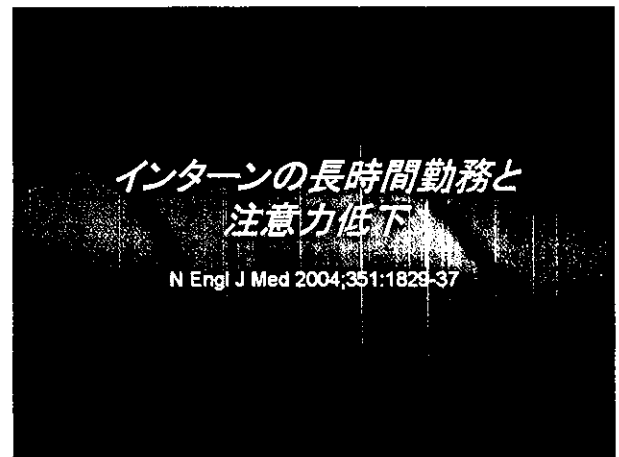


図13

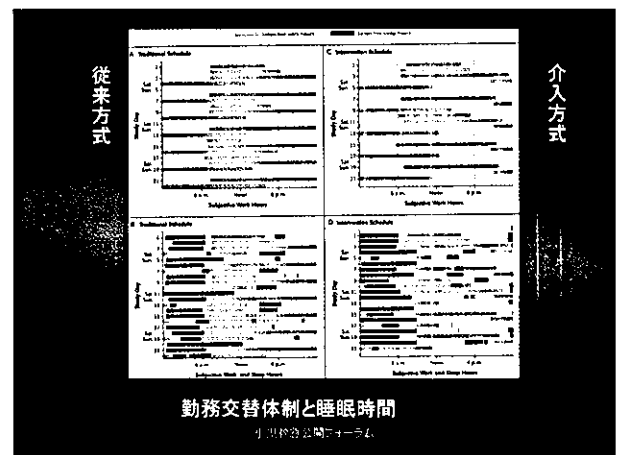


図14



図15

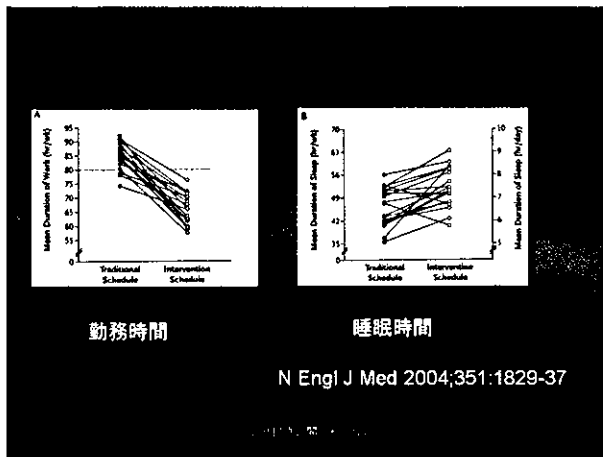


図 16

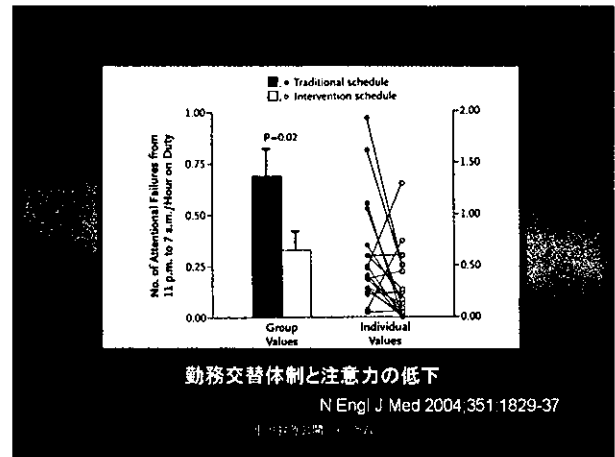


図 17

力が散漫になるかどうかという事を調べたところ、注意力が非常に悪いのはやっぱり寝てない方で、ちゃんと寝たら注意力がしっかりする。だからこれは良いことだなと、だからやっぱり休みをちゃんと取らないといわゆる事故が起こるんじゃないかって言うことがこれで分かるんじゃないかって言うのであります。ただこれはですね、これは動物なら当たり前なのですね、馬でも牛でも使役動物って言うか、それだって休んで休ませて働かせたらさらに働くのは当たり前なんですね。ここまで良い仕事をしたなって思っても、まだこれは動物のレベルなんですね良いジャーナルに載ってもこれはまだ動物のレベルなんです。というのは人間、医者はずいぶん、精神的な生き物ですね。昇給があるのか昇格があるのか、それだけのお金をもらって働けるのか研究が出来るのかとかいろんなインセンティブがここには入ってないですね。そういう事から、それから自分もこうやって医者として患者さんを治してそれ相応の満足が得られるか、このあたりになると、こういうスケールでは何も測定はできないですね。ただすごい前進はしたなとは思いますが。それと、もう一つは長時間勤務と医療過誤っていうことで同じ雑誌の同じグループの研究者が出してます。同じように寝る時間ですね従来の仕事の時間睡眠時間とちょっと休みを取って16時間ぐらいで仕事を終える場合にですね、インターンの医療過誤っていうのを見たら、重大な医療過誤でも死に至るとかそういう後遺症になる人は今回は無かったようなんですけど、数がですねちょっと単位がちょっと難しいんですけど、いずれにしても千人の患者さん診るうちでこれぐらい数が多い。だけど考えてみたらですね、医者の仕事ってのは安全じゃないですよ、現実は0じゃ無いですよ、つねに事故がつきものなん



図 18

インテーンによる重大な医療過誤
重大な医療過誤
予防可能な有害事象
系統に於くことの出た医療過誤
数が多いが出現が少なかった医療過誤
インターンによる重大な医療過誤の
種類

Variable	Traditional Schedule	Intervention Schedule	P Value
Table 3. Incidence of Serious Medical Errors.			
no. of errors (rate/1000 patient-days)			
Serious medical errors made by interns			
Serious medical errors	176 (136.0)	91 (100.1)	<0.001
Preventable adverse events	27 (20.9)	15 (16.5)	0.21
Intercepted serious errors	91 (70.3)	50 (55.0)	0.02
Nonintercepted serious errors	58 (44.8)	26 (28.6)	<0.001
Types of serious medical errors made by interns			
Medication	129 (99.7)	75 (82.5)	0.03
Procedural	11 (8.5)	6 (6.6)	0.34
Diagnostic	24 (18.6)	3 (3.3)	<0.001
Other	12 (9.3)	7 (7.7)	0.47

長時間勤務と医療過誤
N Engl J Med 2004;351:1838-48

図 19

です。予防可能なものとかそれからいろいろあるんですけど、とにかく何か事故がありそうになったときは横でこの研究をやっている観察者が、これでもうやめるように、危ないからって言うんで、それでデータを出しているから本当はもう危ない手前で終わっているデータでもある訳です。どんな事故が多いかっていうとやっぱり投薬ミスっていうのがあるんですね。明らかに投薬ミスなんです。それから処置も多いんですけど処置は比較的緊張してやるんでしょね、その点、手技的な問題もあるか分かんないけどミスは比較的少ない。それから疲れてくると、つまり投薬ミスに比べて診断のミス。疲れると頭の回転が悪くなるから診断を間違える可能性があります。そういうことが出てきます。そういうためにも二人体制のダブルチェックでやろうとか時間を決めるとかそういうことをしないとイケない。航空会社とか原発で働いている人なんて過労でですね、原子力発電所が爆発なんかしたら大変な事ですよ、ちゃんとそういうところにはお金をかけますよ。

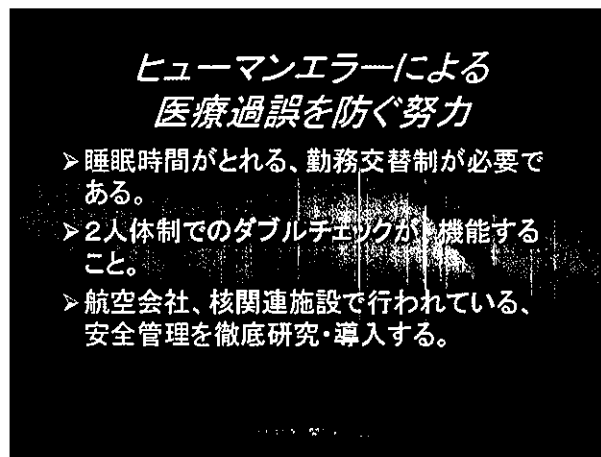


図 20

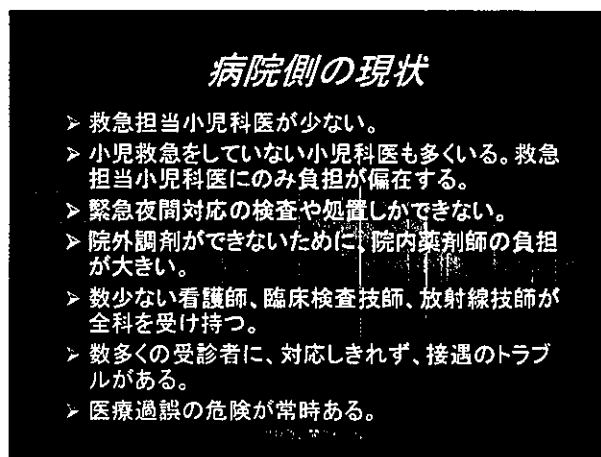


図 21

それでは、そういうことでこれは救急業務の立場だったんですが、じゃあ受診行動っていうことですが、これはお手元に白い冊子を置いてあるんですけど、じゃあ患者さんもですねど

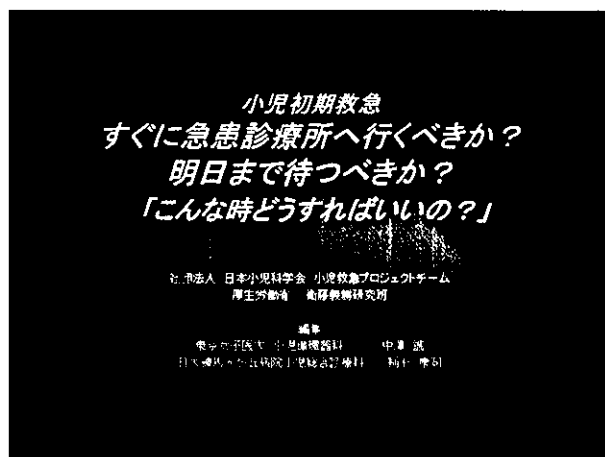


図 22

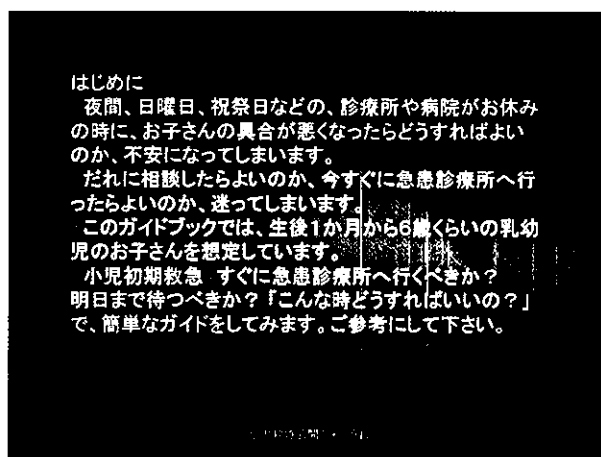


図 23

ういうときに受診して頂ければ良いかっていう事で受診行動を決定するためのロードマップて言うかガイドマップみたいなものがあるんです。要するに受診者が、本当に救急病院へ行ったほうが良いのかどうか、急患でかかったほうが良いのか、明日まで待ってて良いのかっていうそういうものの目安になるものを、お手元に置いてある訳ですが、目次に、熱が出たときとかゼーゼーした時とかそれぞれありますが、そういうもので判断をしてもらいたいと思います。そ

目次

1. はつねつ(発熱)	13. ひふのプツプツ、ポツポツ
2. せき、ゼーゼー	14. 豚飲(こいん)
3. けいれん、ひきつけ	まちがえて、たべてしまった。
4. ふきげん(不機嫌)	何かを飲み込んでしまった。
5. 意識障害	15. 動物音が手れた。
6. 泣きやまない	16. ハチに刺された。
7. おしっこが少ない・おしっこがでない	17. やけど
8. 吐く、はく、もどす、嘔吐	18. 鼻出血
9. げり(下痢)	
10. ふくつう(腹痛)	
11. ウンチの色が変だ。	
12. 頭が痛い(頭痛)	

図 2 4

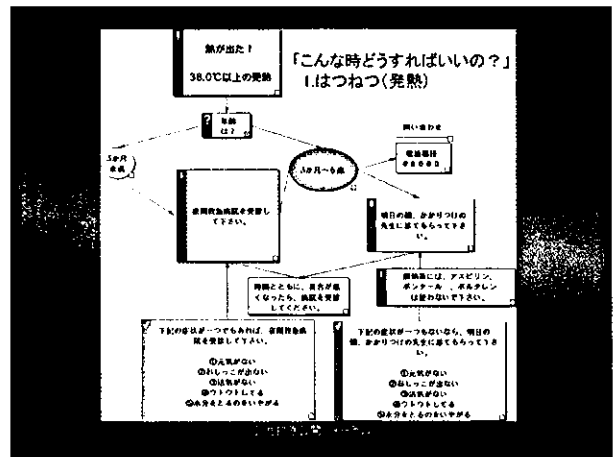


図 2 5

れで一つは熱が出たときでも熱が出ててもですね年齢が3か月以下なら絶対に病院に行きなさいと、熱が3か月から6か月ぐらいなら先ほどの#8000を、地域によってですが使うとかです。あるいはいくつかの元気がないとかぐったりしてるとかそういうものがあつた場合には

- ### 発熱のある時の対処
- ▶ 熱の出始めは温かめに、熱が出きったら涼しくする。
 - ▶ 暑そうなら涼しく、寒そうなら温かくする。
 - ▶ 水分補給をこまめにする。
 - ▶ 気持ちよさそうなら、冷やす。
 - ▶ 着替えもこまめにする。
 - ▶ 熱があつても元気そうなら、解熱剤は使わない。

図 2 6

- ### それでは、どうすればよいのか？
- ▶ 集約化につきる。
 - ▶ 人的資源、病院運営経費の効率的な運用には、「地域小児科センター」構想に基づく小児救急拠点病院作りが重要である。
 - ▶ 独自に、中規模総合病院内で小児救急を維持していくには限界がある。
 - ▶ 受診行動を決定するために、参考となる指針を周知させる。(啓発活動)

図 2 7

早く病院へ行きましょうとか、もうちょっと待ったらとかそういうのをですね、これはあくまで夜間ですね。昼間の判断じゃなく、昼間でなくて夜間自分だけで悩んで困ったときに、自分がどういふアクションをすれば良いかって言うことで、これは私ども小児救急プロジェクトチームで作つたものなんですけども、こういうのを利用して頂ければと思います。

じゃあ、まとめなんですけどじゃあどうすれば良いの、やっぱり人がいないんだから集約しなきゃいけないどっかにまとめなきゃいけないでしょう。そのためには人的にも病院の運営経費がかかります。だからやっぱり拠点作り、地域小児科センター構想ってのは良いのではないかと思います。それから啓発という意味では受診行動を決定するための一つのそういうバイブルがあればなお良いのかというのがあります。

ご静聴どうもありがとうございました。

小児救急に求められるもの

Physician's health and patients' safety

医師が心身ともに健康でなければ、患者の安全は確保されない。

図 2 8

小児救急における小児外科の役割

岩中 督 埼玉県立小児医療センター外科

どうもみなさんこんにちは、埼玉県立小児医療センターで外科をやっております岩中と申します。先程来皆さんがいろいろと小児救急の問題点をお話になりました。私に与えられました今回のお話のテーマは小児救急のなかで小児外科のその位置づけと申しますか、小児外科がどういふふうな役割を担っているのか、ということをお話しさせて頂こうと思います。今回のフォーラムのサブタイトルにもありますように小児救急の大切さをみんなで考えよう、誰が担うかにかに利用するか、というところで、小児外科医を小児救急のなかでどうやって利用して頂くか、ということを中心にお話しさせて頂きたいと思います。ただあらかじめ申し上げておきますが、どうしても外科のお話になりますと所々で手術等の写真が出て参ります。今日は医療に非常に興味がある方々が集まってらっしゃるということであえて数枚の手術中の写真をお出ししますが、ちょっと耐えられないっていう方はどうぞその時だけ視線を横にずらして頂きますようによろしくお願いいたします。

それではまず私どもの埼玉県の実情をお話しさせて頂きます。東京都のちょうど北側に位置しております。人口は約700万人です。先ほどの松田先生のお話にありましたように医師数は最低レベルでございます。毎年約7万人近い赤ちゃんが生まれる少子化と比較的縁のない県でございます。この県の中にですね、私どもの所属しております日本小児外科学会というものが、ここで小児外科をやりなさい、というふうに認定しております施設が4カ所ございます。西部地域に1カ所、それから中央から東部にかけて3カ所ございます。要するに700万人の人口で7万人の赤ちゃんが生まれる県でですね、4カ所しか小児外科をやる施設が無いという現状でございます。私どもの病院でございますが埼玉県の東部に位置しております、埼玉県唯一の小児総合病院でございます。概要をお示しいたしますと病床数は300床、医師数は86名でございます。常勤医64名、レジデント18名、研修医は4名です。平日の昼間は完全紹介型病院でございます。夜間休日でございますが従来私どもは2次、3次医療しかしておりませんでした。埼玉県のやはり先程来問題になっておりますように、小児の病棟がどんどん閉鎖されていき小児救急体制が取れなくなってまいりまして、それぞれの2次医療圏で輪番制の敷けない地域の患者さんを対象に2年前の6月から1次診療夜間休日にのみ開始いたしました。救命救急センターは併設しておりません。先程来お見せしました地図にもありますようにおよそ埼玉県の東部地域比較的たくさん人口があるところがございますが、そこを中心に比較的交通の利便性がございます。JRの宇都宮線、東武野田線、それから東北縦貫自動車高速道がございますのでそれらを利用いたしまして埼玉県に接しております、群馬、栃木、茨城、千葉の県境地帯の方々を含めましておよそ400万人から500万人の人口をカバーしております、小児の最終後方医療機関でございます。いま申し上げましたように2年前に1次診療をそういう一部の地域のみ限定いたしまして開始いたしました。

平成15年度の私どものセンターの救急診療の実際をお示しいたしますと(図1)、1年間で約9千名の救急診療を行いました。青が時間外、黄色が時間内でございます。時間外要するに平日の昼間2300名、夜間休日で6600名でございます。夜間休日の方が遙かにたくさん来院されます。ご覧になって頂くと分かりますようにそろそろこの時期からインフルエンザ等