

が集まれるようになったことは日本の小児医療の進歩である。確かに私たちの歩みは遅々としているが、ローマは一日にしてならず。現状を嘆くのではなく、まず視線を高く保ちつつ足元を固めることから再出発すべきだろう。そのために、トロント小児病院で研修を受けた清水直樹先生が書いた檄文を記して結びとしたい。

カナダにおける小児救急医療

異国で何を学んできたかをひとことで表現するならば、“Advocacy”ということばを使いたいと思う。そこで働く小児医療に携わるものは皆、病と歩む子ども達のための毅然とした代弁者であった。小児救急医療を支える哲学や医療の実践も、すべてが例外なく、この明確な立場から出発していた。

小児科医は小児内科医ではなかった。かれらは小児医療を総合的に実践するリーダーであった。各種外科的疾患や精神科的疾患の初療も行っていたし、蘇生のみならず多発外傷チームの取纏めも引き受けていた。病む者が子どもである限りは、どうであろうと小児科医が迎え入れ、それが当然であるという機運が昼夜を問わずに漲っていた。重症度による恣意的な差別化がないのは言うまでもなく、内科・外科による分け隔てもなかった。

カナダにおける小児救急医療は、こうした総合的な小児医療の主体である小児病院の玄関であった。その場所に小児病院が存在する限り、いつでもだれでも訪れることができた。最初に小児救急医が迎え入れ、総ての専門各科の英知を集約し、各レベルの中央診療部と重畳して最高の医療を提供していた。それは、病む子ども達を代弁せんとする意識が明確であったからであろう。

彼らは理論的であったし、またヒューマンであった。理屈に通らないことは頑なに受け入れなかったが、明快な議論が成立した。激しい議論の末であっても治療方法の公約数をつくり、診療レベルも自然と均一化された。議論の本題は明確であり、彼らのベクトルは常に、代弁すべき病む子ども達に向けられていた。

予防にも関心があった。小児科医といえども当然のように外傷をみていたこともあり、予防医学の重要性をよく認識していた。幼い命が、予防できたはずの事故で失われることの無念さを、誰よりもよく知っていた。虐待例も多く経験し、社会的アプローチやチーム医療の重要性をよく理解し、一人の医師の限界もよく了解していた。彼らは医学的存在であると同時に、社会的存在であることを無意識のうちに認識していた。

病む子どもがいる、だから診る。事故がある、だから防ぎたい。カナダの小児病院で出会った小児科医達はこうした子ども達の代弁者として誇り高く生き

ていた。彼らは目の澄んだ、とても魅力的な存在であったことを今でもはっきりと思い出す。こうなりたい、と強く思った。

小児救急医療の危機を乗り越える？ 危機に瀕しているのは、むしろ小児科医自身のアイデンティティーではないか。新しい魅力を始造する、その開墾精神がなければ解決の糸口をつかむことはできない。小児救急医療に与えられ続けた既成のイメージを作り変える運動にこそ、想像力の真の発揮が試される。意識改革の鎖国をしてはならないのである。

小児集中治療

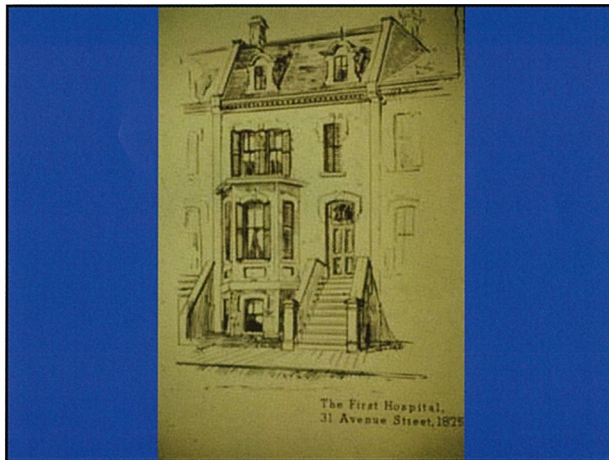
— わが国の現状と課題 —

国立成育医療センター
阪井裕一

小児集中治療

— わが国の現状と課題 —

- トロント小児病院で20年前に経験したこと、その後の国立小児病院の歩み
- 小児救急医療の社会問題化と小児医療の集約化・重点化の流れ
- 小児集中治療の意義とわが国の小児医療の課題



The Hospital for Sick Children Toronto

- Dep. Pediatrics
General pediatrics, Cardiology, Neurology....
- Dep. Surgery
General surg., Cardiac surg., Neuro-surg.....
- Dep. Anesthesia
- **Dep. Critical Care (ICU)**
- **Dep. Emergency services**
- Dep. Radiology
-

国立小児病院

- 小児科
呼吸器科、循環器科、神経科、血液科、
腎消化器科、感染リウマチ科、アレルギー科、内分泌科、新生児科
- 外科
小児外科、心臓外科、整形外科.....
- 麻酔集中治療科
- 放射線科
-



国立小児病院の小児ICU

- ベッド数: 9床
- 内科系、外科系を問わず、院内の全ての重症患者を診療
- 専属医 (generalist) が全身管理を行い、必要に応じ各臓器系統別専門家 (specialist) が参加する診療
 - ICU専属医: 常勤3、研究所と併任1、レジデント3
 - 看護師3人夜勤
- 手術室外の診療に力を入れた麻酔集中治療科30年の活動が基盤になっている

国立小児病院の医療(1990年代)

小児ICUは開いたが・・

- 臓器系統別専門医が「高度先進医療」を目指した結果、
 - 日本の小児の死亡原因の第一位である「不慮の事故」の犠牲者を診療しない
 - インフルエンザ脳症、O-157感染症、児童虐待とも無縁
 - 「小児救急医療の問題」「子どものこころの問題」にも目が向かない
- 「内の患者」と「外の患者」を区別する傾向
 - 普段診療している患者(私の患者)を優先する、という感性
- 「難病患者」は診るが、社会のニーズを見ない傾向
 - 地域社会から全く支持されない。全国からの支持は？

日本の子どもの問題に取り組んでいるといえるのか？
高度先進医療は達成できたのか？

国立成育医療センターに向けての 小児医療視察(宮坂他 1993)

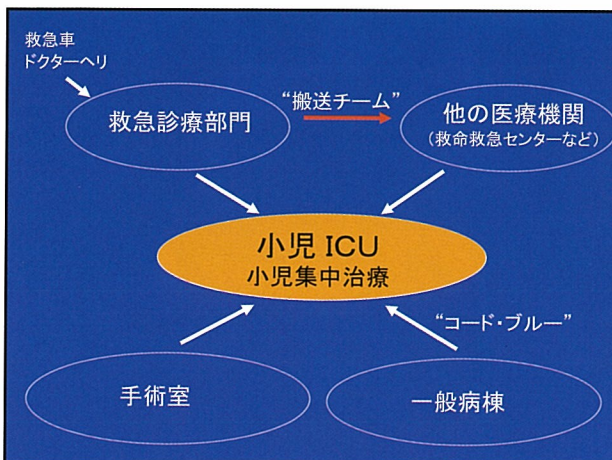
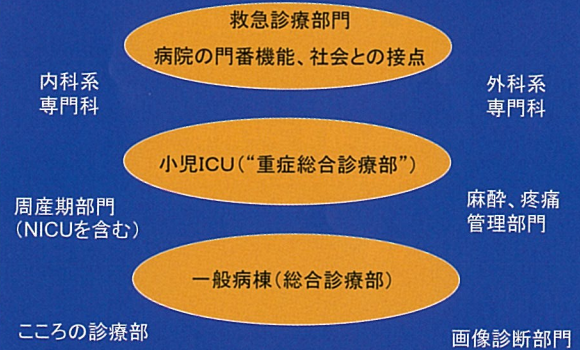
- 次世代を担う小児のための医療に社会の関心が高まるのは至極当然である。
- 小児医療専門施設は、地域社会の熱い支援と厳しい監視を背景に、確固たる地位を有している。

国立成育医療センターの目指すもの

- 社会の要請、患者のニーズに基づいた診療:いつでも、誰でも診てもらえる
- 総合診療部(患者担当医としての generalist)と中央診療部門(麻酔、ICU、画像診断、病理、感染管理、臨床薬理など)の充実した24時間体制の病院
- この土台の上に初めて「高度先進医療」が実現する



国立成育医療センターの診療体制



国立成育医療センター小児ICU

- 基礎病態を問わず、院内、院外を問わず、新生児期以降の全ての重篤な患者を受ける
- 20床 専属医(常勤5名、レジデント7名)、看護師7人夜勤、コメディカル極めて手薄(ME、薬剤師、クラーク・・・)
- 患者数: 856名(2006年)
- 死亡数(累積): 89/3323名(死亡率:2.7%)

小児集中治療の意義

新生児ICU (Neonatal ICU)

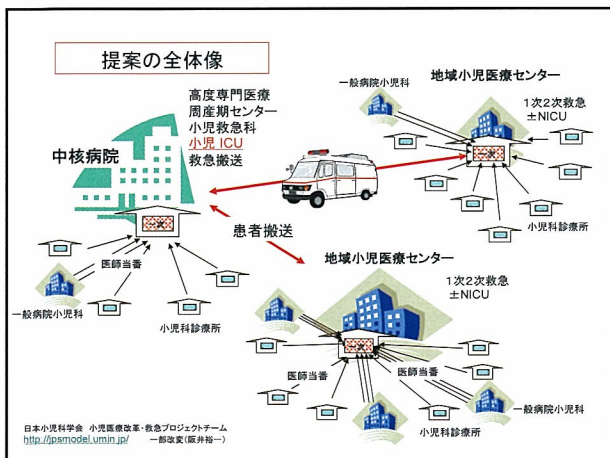
- 新生児内科
- 新生児、未熟児
- 均一な疾患、均一な年齢層
- 内科疾患、呼吸管理
- 閉鎖的環境

小児ICU (Pediatric ICU)

- Multi-disciplinary、Inter-disciplinary
- 多様な疾患、雑多な年齢層
- 疾患、年齢に応じたアプローチ
- 積極的な呼吸・循環管理、外科的処置
- 開放的環境

小児集中治療の意義

- チーム医療
名人芸は要らない、岡目八目
簡便で統一された方針(他の医師に「伝え、議論できる」診療)
- “全身管理”の本質
基礎疾患によらず、生理的状態の監視と管理
「診断(疾患)⇒治療」ではなく、「評価(病態)⇒対応」へ
- 安全に対する考え方
「安全というものには存在しない。この世に存在するのは危険因子だけ。危険を避けられた、というのが安全」
- 家族への精神的サポート
救命医療と「看取り」の医療は、表裏一体
- 卒後教育
小児の呼吸循環管理、心肺蘇生
- 病態生理学の研究と新しい治療手段の開発
HFO、ECMO、NO、CVVHなど



責任を共有すること Shared responsibility

- チーム医療の根幹、集中治療(Critical Care)の本質
- 医師はともすれば、一人で全責任を負いたい(“主治医”)、全てをコントロールしたい(“私の患者”)、という幻想を追いがち
- 内科的診断能力や外科的技量とともに、チームをまとめ上げるコミュニケーション能力やリーダーシップを重視する必要

日本の小児の死亡数(平成10年)

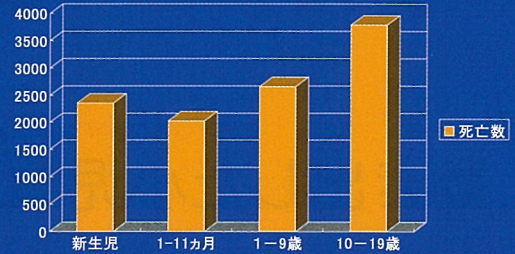
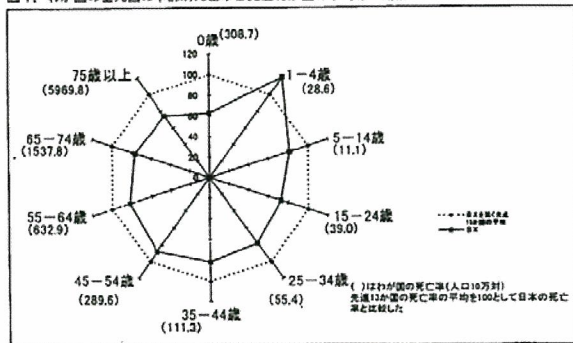


図1. わが国の全死因の年齢別死亡率と先進13か国の平均との比較



田中哲郎他 2005

結語

- わが国で小児集中治療が未だ発展していないことの最大の理由は、臓器系統別の専門家のみで高度先進医療を実現しようとした点にあると考える。
- 二つ目の理由は、医師同士や医師と他職種間で「責任を共有する」というチーム医療の根幹が未だ根付いていないからであると考えられる。
- 小児集中治療が発展していないことにより、新生児期以降の呼吸・循環管理、危機管理、看取りの医療、生理学の研究とそれに基づいた治療手段の開発が遅れている。社会問題化した小児救急医療の解決や1-4歳の高い死亡率を下げることへの糸口が、ここにあると思われる。
- 現状を打破するためには、社会の要請に基づいて小児医療体制を再編し、現場レベルでは「責任を共有できる」関係を築く必要がある。

社会の要請

- いつでも、誰でも、診てもらえる診療体制
- 体も心も診てもらえる小児の専門家
- 必要な場合に、臓器系統別の専門家へ紹介

「多数のよくなる小児医療のgeneralist」と
「少数の臓器系統別のspecialist」を養成し、
24時間体制を作るために集約する

小児救急の大切さを皆で考えよう！

小児救急市民公開フォーラム

動き出した小児救急医療：岩手県の場合

2007年1月28日（日） 13:00～17:00
岩手県医師会館4階「健康教育ホール」

主催

社団法人日本小児科学会

共催

厚生労働省 衛藤義勝研究班「小児救急のあり方に関する研究」

後援

日本医師会・社団法人日本小児科医会・社団法人日本小児保健協会・日本小児外科学会

目次

・挨拶	・・・・・・・・	1
別所文雄	日本小児科学会 会長	
赤羽卓朗	岩手県保健福祉部長	
・患者の立場から提案する小児救急医療体制	・・・・・・・・	4
坂下裕子	小さないのち代表	
・報道の立場から見た、岩手県の小児救急	・・・・・・・・	10
三戸織江	岩手日報社報道部	
・わが国の小児医療・救急医療体制の改革にむけて	・・・・・・・・	17
藤村正哲	日本小児科学会小児医療政策室 厚生労働省衛藤義勝研究班「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」	
・岩手県の場合	・・・・・・・・	29
亀井淳	岩手医大小児科講師、医局長	
・盛岡市の小児救急医療の現状と課題	・・・・・・・・	35
高野長邦	盛岡赤十字病院小児科部長	
・大船渡市（人口4万）の小児救急医療の現状と課題	・・・・・・・・	40
瀧向透	県立大船渡病院副院長、小児科部長	
・遠野市（孤立地区）の小児救急医療の現状と課題	・・・・・・・・	47
木元康生	県立遠野病院小児科長	
・小児救急電話相談3年間の歩みと今後の課題	・・・・・・・・	51
森田友明	岩手県医師会常任理事、森田小児科院長	

挨拶

別所 文雄

日本小児科学会 会長

今日はこういう会を開催させていただく事ができて非常にありがたく思っております。盛岡って言うと非常に寒くてですねここへ来るときにも歩いてくるとどこかで滑ったりなんかして骨折したりするじゃないかなという心配をしてきたんですけども、そうすると小児救急もいいんですけども私みたいなもの相手の老人救急の方はどうなってるのかなとそっちの方がちょっと気になったところです。幸い非常に暖かくてそういう心配も無しに来られました。

この小児救急市民公開フォーラムは何回もやってきておりますけれども、この岩手県でいまご紹介にあったような地方のいろんな状況がいろいろと状況によって非常に違うことがあります。それで我々学会でもここ数年間小児医療供給体制に関していろいろと集約化とか重点化を中心にいろいろ検討してきてるんですが、その中でいろいろとその地方によってずいぶん大きな条件の違いがあるということが分かってきております。それでこういういま言われたような医者が非常に少ないところでもって非常に広域をカバーしなきゃいけないところでどうしたらいいかということが問題になると思うんですが、いわゆる小児科医の偏在が問題になるってことが言われてるおりますけども、私は一番の問題はですね人口の偏在が一番大きな問題を作っているんじゃないかなって感じがしないではありません。そう言う中でどのように解決するために我々考えていったら良いのかということをご一緒に考える機会が頂けたということで非常にありがたく思っております。

今日は皆さん活発なご討議を頂いてそのそう言う点に関して今後のいろんな方向性が何か見つかっていけば良いんじゃないかなと思っておりますのでよろしくお願ひします。それではよろしくお願ひします。

挨拶

赤羽 卓朗

岩手県保健福祉部長

社団法人日本小児科学会の主催によります小児救急市民フォーラムをこの盛岡、岩手盛岡で開催していただきまして大変ありがとうございます。また日頃から本県の保健医療施策はもとより県政のかくかんにあたる施策の推進にあたってご理解とご協力を賜って頂いておりますことに厚く御礼申し上げます。

本日は社団法人日本小児科学会会長であります、杏林大学の別所文雄先生にお越しを頂き、小児医療および小児救急医療に関して医療関係者はもとより、診療を受ける側の方、報道される側の方などさまざま立場の方々がご意見を交えていただけるということで、大変ありがたい機会を頂戴したなと思っておりますし、勉強して参りたいと考えております。

皆様ご案内の通りいま国の医療制度改革が進められようとしておりまして、本県でも平成19年度中まあ来年度中でございますが、来年の今頃までには現行の医療計画や健康増進計画を見直すということにしておりまして、その他医療費実勢化計画やがん対策推進計画なども作っていかねばならないところでございます。こうした計画を策定していくにあたりましては、県医師会をはじめとする関係各位のご意見とかご協力をいただきながら、本県の医療審議会等を通じ検討をすすめ、全ての県民がいつでもどこでも安心して質の高い医療を受けられるよう医師、病院等の医療資源の適正な配置を含め全力で取り組んでいきたいと考えております。

先ほど別所先生のお話しにもございましたけども、本県は全国に比較して医師が少ないうえに内陸と沿岸との地域偏在の問題でありますとか、小児科、産婦人科等の特定診療科の医師不足も大きな問題となっております。日本の医師不足の問題が岩手に最も顕著にあらわれて、あるいは北東北なりこうした日本の人口の集中したところから離れている地域に特徴的にあらわれているといったような状況でございまして、県としても医師会あるいは岩手医科大学のご協力を頂きながらこうした医師不足特に小児科医の不足等を補うために岩手医科大学および県立病院を中心とした県内の17の中核病院をネットワークで結びまして24時間態勢で岩手医科大学の小児科の先生から診療のコンサルテーションを各病院が受けていただけるような体制を作るといったことも行っております。

また平成16年の10月からは子育て中のお母さん方の不安を解消するということと、小児科の先生方のご負担を少しでも減らすことができるということを考えまして、看護婦さんによるこれは小児科診療でベテランの看護婦さんということでですけれども、小児救急電話相談事業を開始し年間2000件を超える相談を受けているところでございます。利用された方からは大変評判を頂いているところでございまして、こうした事業の実現にも岩手医科大学あるいは県医師会のご協力をいただき、毎日毎日のことでございますので本当に感謝を申し上げているところでございます。また岩手医師会には、県医師会には小児救急医療電話相談事業先ほど申し上げましたこうした事業を実施していただいているほか、小児科以外の医師に対する小児救急医師研修事業も実施していただいております。この場をお借りして重ねて御礼を申し上げますと共に今後ともこうした小児救急医療の体制作りにご支援とご協力をいただければと考えております。

小児救急医療体制の確保には日本小児科学会および岩手県医師会はじめとする関係団体との連携が何よりも重要と考えております。なお一層のご支援とご協力をたまわりますようお願い申し上げます。

最後にこのフォーラムの開催にご尽力をいただきました社団法人日本小児科学会、本日の座長であります前田先生やあるいは岩手医科大学の千田先生はじめ関係各位に深く感謝申し上げます。このフォーラムがより良き意見の交換の場になりまして初期の成果をあげられるようご期待申し上げます。本日は大変ありがとうございます。

患者の立場から提案する小児救急医療体制

坂下 裕子 小さないのち代表

坂下でございます。よろしくお願ひいたします。小さないのちは、病気で重い後遺症を残してしまった子どもの親だとか亡くなってしまった子どもの親たちが在籍している会です。全国組織です。私は代表を務めております。今日は私の体験と私が出会った人の体験を両方合わせてお話ししたいと思います。

患者の立場から提案する 小児救急医療体制

小さないのち
代表 坂下 裕子



図1

1998年の冬、インフルエンザが大流行しました。私の娘は1歳になったばかりだったんです。夕方鼻水と微熱の症状がありかかりつけの先生を訪ねました。それで普通に過ごして、夜の9時半ごろ寝かしつけてしまったんです。1時間経って私は2階の寝室に見に行きました。娘は

あゆみ 1歳

1998年2月



微熱・鼻汁あり
近医受診 5時間後急変
22:30嘔吐 意識なくす
高熱 けいれん持続
救急車は到着するも病院
が1軒も見つからない
夜間診療所からスタート
転送を重ねる
治療開始までに4時間半
死因は急性脳症



図2

うつぶせで嘔吐して嘔吐した物を吸い込んで窒息しそうになってました。体は赤紫色です。目と口を開いたままもう意識はありませんでした。私は抱きかかえたとたん腰を抜かして動けなくなりました。夫は駆け上がってきて救急車やって叫んでまた転がり降りて行きました。119番の番号が分からないほど夫は動転していました。サイレンがかすかに聞こえたとき私たち夫婦は子どもを抱えてもう表に飛び出してたんです。通りまで突っ走って行けばちょっとでも早く一分でも一秒でも早く病院に運んでくれると思いこんだからです。だけどこの時救急車は止まったままでした。何が起こってるのか分かりませんでした。隊員から言われたの

は病院が一軒も無いんですって言う言葉でした。私は当時大阪市に住んでいました。大阪は大都市です。いくつもある地域の病院に守られていると思いこんでいたんですね。救急車はとろとろと走り出して、高速道路に乗って、そして転送を重ねるですけれども、娘は片手片足が痙攣したままでした。現実の事とは思いませんでした。自分たちに起こっていることは嘘じゃないんだらうかってずっと思っていました。これが現実のことだと思えてきたとき私たち親子は社会から切り捨てられたそんな思いがしました。夜の10時台って言いますとまだ世間では宵のうちです。でも小さな子どもを抱えた家族にとっては真夜中の闇の世界だったんです。治療が受けられる病院にたどり着くまで4時間半かかってしまいました。何度も断られたとのちに、大人の主に交通事故の患者さんが運び込まれる救急救命センターというところに受け入れてもらうことができました。私たち夫婦はとっても大きな悲しみを抱えることになりましたが、生涯忘れることのない光景が目に焼き付いています。救急センターの搬送口は道路に面して作ってあるんですね、凍えるように寒い真冬の3時半です。救急車の中から暗闇に目にしたのは、外に出て私たち親子を待ち受けてくれる医療者の皆さんの白衣の姿だったんです。その姿が目に入ったとき私はもうがちがちに固まっていた体が溶けていくようでした。生きてきた中でこれほど人に対してありがたいって思ったことはありません。人が寝静まる真夜中に人間の命を守るために働いている人たちの姿を目の当たりにしたことも初めてでした。娘は救急センターの中に抱えて運び込んでもらった後夫はもう閉まってしまったドアのところに立って頭が膝に付くぐらいに深く深くおじぎをしてお願いをしていたその姿を今でも良く覚えています。本当に、親では助けることができなかつた守りきることができなかつた、病院だけが頼みの綱だったんです。私はその後大学の医学部で講義をさせてもらう機会が多くなってきたんですけれども、この時の話を必ずします。小児科医になって小さな子ども達の命を守って欲しいっていう思いを込めて若い人たちにお話しをするんです。

娘の病気はインフルエンザ脳症だったのでその後まもなく亡くなってしまいました。この子(写真)が私の子どもなんですけれども、その後私は会を作ってこの時期他の家族はどんな体験をしたのか無心に調べました。そうしますと共通点が3つありました。健康な子どもに突然起こっていました。そして、一気に終わっていました。家族が受けた衝撃が大きくて心の回復はとても難しいものとなっていました。

1999年「小さいのち」発足
インフルエンザ脳症の共通体験



- ① 健康な子どもに突然起こった
- ② 一気に終わった
- ③ 家族が受けた衝撃が大きくて心の回復は難しい



図3

当時の救急の状況と言いますと、特に夜間病院がなかなか見つからない。親が子どもの異常を訴えるんですがそれが軽視されていました。でもこれは繰り返しお願いしましたのでもうず

98年当時の状況

- ①特に夜間、病院がなかなか見つからなかった
⇒インフルエンザ流行時のみの特別体制を
- ②異常の訴えが軽視されていた(改善されている)
⇒「いつもとちがう」に十分対応できる体制を
⇒医師を複数体制に
- ③帰宅途中、直後に急変している
⇒経過観察用のベッドを
⇒医師を複数体制に



図4

いぶん改善されています。不安を残すんだけどもう大丈夫だと思って「帰って良いですよ家で様子を見てください」って言われた後に急変してしまっていた。こうしたことから私はインフルエンザの流行時のみの特別体制が必要だと言うことを何回もお願いしてきています。でもこれはあまり重視されていないんです。インフルエンザ脳症の子どものためだけでは無いんです。インフルエンザが大流行しますと、その大勢の患者の中に重症の子どもが紛れ込んでしまったとき後回しになってしまう危険が起きます。そんなとき「いつもと違う」ということを親はしっかりと冷静に伝えることができないといけません。そしてその訴えを十分対応できる体制を取っていただくためには、医師が複数の体制で診てもらわなければならない。このために集約化っていうものが必要になってくると考えているんです。帰宅途中に急変してしまわないように、ちょっと心配な子どもには経過が観察できるベッドを外来に何床か用意して、入院することは無いけれども経過を診てあげるといいうことをして欲しい。このためにも医師は複数体制を取っていただかなければ対応できません。

次に、私が出会った人たちの体験を10用意してきましたのでご覧頂きます。

(1) 痙攣が起きたとき夕方診てもらったクリニックに電話すると留守番電話になっていて連絡が付かず、救急車を呼んだが市内で受け入れてくれる病院が無く隣の市へ行かされた。もっと早く病院に着いていたら助かったのかもしれないという思いがずっと背負って行かなければならない。

(2) 日曜日に泣いてお腹痛がったので救急指定病院に連れて行った。点滴を頼んだところ数人がかりでも針が入らず、点滴できなかった。小児科の先生がいなかったため入院もできない。あの時入院させてもらっていたら急変しても亡くなってしまうことはなかったのでは無いかと思えてならない。

(3) 痙攣を起こしたので119番したが近くの救急車が出払い遠くから到着に時間がかかった。さらに2件の病院に断られようやく3件目を見つけて出発。到着までの50分間で何の処置もなく痙攣は続いた。

(4) 当直は内科か外科の先生だったのでなかなか点滴が付けられず気管内挿管にも手間取り、こんな発作は始めて診たと言われた。そして転送。最初の病院でもっと早く処置を受けたかった。

(5) 小児科医の当直する病院がなかなか見つからずクリスマスイブの夜と言うことで道もとても混んでいた。その間の1時間半近くずっと痙攣していた。救急隊員は司令室にいる医

インフルエンザ脳症 発症時の体験 1

けいれんが起きたとき
夕方診てもらったクリニックに電話すると
留守番電話になっていて連絡がつかず
救急車を呼んだが
市内で受け入れてくれる病院はなく
隣の市へ連れて行かれた

もっと早く病院に着いていたら
助かったのかもしれないという思いは
ずっと背負っていかなければならない



図5

インフルエンザ脳症 発症時の体験 2

日曜日に 泣いてお腹を痛がったので
救急指定病院に連れて行った
点滴を頼んだところ 数人がかりでも
針が入らず 点滴できなかった
小児科の先生がいないため 入院もできない

あのとき入院させてもらえていたら
急変しても亡くなってしまうことはなかった
のではないかと考えてならない



図6

師から処置の仕方を聞きながら対応していた。

(6) 金曜日の夜に熱が出て土曜日は近所の小児科で診てもらえる病院が無いため家で様子をみていたら急変、大きな病院で冬場だけでも診ていただきたい。

インフルエンザ脳症 発症時の体験 3

痙攣を起こしたので119したが
近くの救急車は出払い
遠くからの到着に時間がかかった
さらに2軒の病院に断られ
ようやく3軒目を見つけて出発
到着までの50分間に何も処置はなく
けいれんは続いた



図7

インフルエンザ脳症 発症時の体験 4

当直は内科か外科の先生だったので
なかなか点滴がつけられず
気管内挿管にも手間取り
「こんな発作は初めて見た」と言われた
そして転送

最初の病院で
もっと早く処置を受けたかった



図8

(7) 錯乱しだしたので夜中に電話を入れ病院に連れて行き入院できたが小児科の先生が居ない、診察は朝まで受けられなかった。

(8) 救急車を呼ぶときに息をしていないことを知らせていたが、家に着いてから電話で受け入れ先を探し断られながら遠くへ向かった。

インフルエンザ脳症 発症時の体験 5

小児科医が当直する病院が
なかなか見つからず
クリスマスイブの夜ということで
道もとても混んでいた
その間の1時間半ちかく
ずっとけいれんしていた
救急隊員は 司令室にいる医師から
処置の仕方を聞きながら対応していた



図9

インフルエンザ脳症 発症時の体験 6

金曜日の夜に熱が出て
土曜日は近所の小児科で診てもらえる
病院がないため
家で様子を見ていたら急変

大きな病院は
冬場だけでも診ていただきたい



図10

インフルエンザ脳症 発症時の体験 7

錯乱しだったので
夜中に電話のうえ病院に連れて行き
入院できたが 小児科の先生がいない
診察は朝まで受けられなかった



図 11

インフルエンザ脳症 発症時の危機 8

救急車を呼ぶ時に
息をしていないことを知らせていたが
家に着いてから電話で受け入れ先を探し
断られながら遠くへ向かった



図 12

(9) 夜間救急車で病院へ向かったが小児科の先生が居なかった。先生の到着はあまりに遅かった。よその市から呼び寄せられたのだった。

(10) 1 件目の病院は満床のため何もできなかった。2 件目の病院は検査の設備が無く何もできなかった。ようやく 3 件目の病院で治療を受けられたがもう力尽きた。

インフルエンザ脳症 発症時の危機 9

夜間 救急車で病院に向かったが
小児科の先生はいなかった
先生の到着はあまりに遅かった

よその市から呼び寄せられたのだった



図 13

インフルエンザ脳症 発症時の危機 10

1 軒目の病院は満床のため
何もできなかった
2 件目の病院は検査の設備がなく
何もできなかった。
漸く 3 軒目の病院で治療を受けられたが
もう力尽きた



図 14

私たち子どもの重症を経験した親たち、もうやり直しがきかないという立場になった親たちは、一般の保護者から見えないところに願いを持っています。

一般の保護者からは見えない願い

子どもに異変が起きた あの時
もっと早く もっと近くで 診てほしかった
でも本当の恐怖は 先が見えないこと
治療が繋がっていないことだった

少し遠く連れて行くことになっても
そこに十分な治療体制があることを願う
集約化・重点化は
重症の子ども「命」を護るための
体制の強化であってほしい



図 15

子どもの異変が起きたあの時、もっと早くもっと近くで診て欲しかった。でも本当の恐怖は

先が見えないこと、治療がつながっていないことだった。少し遠くへ連れて行くことになって
もそこに十分な治療体制があることを願う。集約化・重点化は重症の子どもの「命」を守るた
めの体制の強化であって欲しい。

重症児のために望む医療体制は、

1. 必ず対応できる病院がありそれがどこか保護者が分かっていること。
2. 症状にあった病院に速やかに搬送できる体制。
3. 冷静で的確であることが保護者には求められることですが、そんな保護者の異常を告げ
る声を重視できる体制。
4. 不安な症状を見せる子どもを帰宅させることなく経過が見れる体制。
5. 初期症状を見極め振り分けるシステム。
6. 転送先を探したり、再び遠くへ運ぶことなく重症の治療が実施できる体制。
7. 小児救急の現状に理解が進むよう保護者側との関係性重視。
8. 並行してインフルエンザ流行期だけの特別体制の準備。

重症児のために望む医療体制

- ①必ず対応できる病院があり、それがどこか保護
者が分かっていること。
- ②症状に合った病院に、速やかに搬送できる体
制。・・・救急車の場合
- ③(冷静かつ的確であることを前提とし)異常を告
げる保護者の声を重視できる体制。
- ④不安な症状を見せる子どもを帰宅させることな
く経過が見れる体制。
- ⑤初期症状を見極め、振り分けるシステム。
- ⑥転送先を探したり、再び遠くへ運ぶことなく重症
の治療が実施できる体制。



図 16

最後に、保護者は現状を認識して、共通目的の下子どもの事情をしっかりと伝え、保護者の
都合については妥協が必要かと私は思います。医療も行政も保護者も国民全体が幼い子ども達
の命をいかにして守るかという共通目的を持って話し合いができるようなそんな社会の実現を
願っています。以上です。ありがとうございました。

- ⑦現状に理解が進むよう保護者側との関係性の
重視。
- ⑧並行してインフルエンザ流行期だけの特別体
制の準備を！

さいごに

保護者は現状を認識し、共通目的の下、子ど
もの事情はしっかりと訴え、保護者の都合に
ついては妥協が必要と思われる。



図 17

報道の立場から見た、岩手県の小児救急

三戸 織江 岩手日報社報道部

岩手日報社報道部の三戸織江と申します。医療福祉を専門に担当しまして2年あまりとなりました。それ以前は一関支社というところで2年間政治とか警察周りなど全般的に取材して参りました。本日は報道の立場から見た岩手県の小児救急というテーマをあたえられました

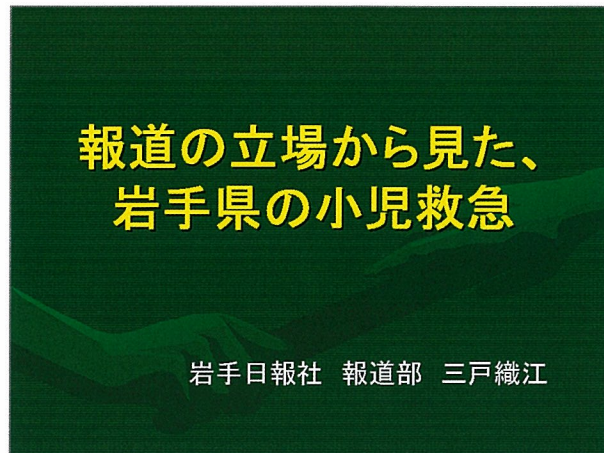


図1

ので、日頃の取材活動の中で感じていることやあるいは小児救急に関心のある方であれば忘れることのできない一関市で起きた乳児死亡事件について事件後まもなく一関市に赴任した記者としての立場から発言したいと思います。始めに申し上げておきたいんですけども、報道の立場ということではありますけれどもこれから申し上げることはあくまで私一個人の意見であります。その点をふまえてお聞き願いたいと思います。それから新聞記者ですので書くことは得意なんですけれどもこのような場でお話することはなくて大変緊張しておりますのでお聞き苦しい点があるかと思えますけどもご了承下さい。

まず一つめに岩手日報社で昨年10月から12月にかけて県民1,200人を対象に行った世論調査の結果についてお話ししたいと思います。アンケート方式で実施しまして、男性420人女性457人の合わせて877人から回答を得ました。医師不足を感じているかという質問に対して県民の実に61.3%が感じていると答えました。マスコミで連日のように報道されています医師の不足が県民の実感として起こっているということが裏付けられた格好となりました。

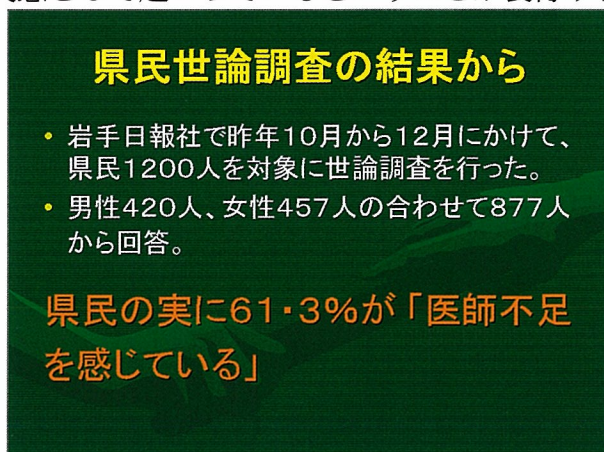


図2

選挙区ごとに見ますと釜石や気仙地区など3区が最も医師不足を感じている割合が高く75.2%でした。特に女性が男性に比べて11.6ポイントも上回る81.3%でした。次いで岩手中部、胆江など4区の67.8%、女性は74.1%が不足感を訴えておりまして、年代別でも20代

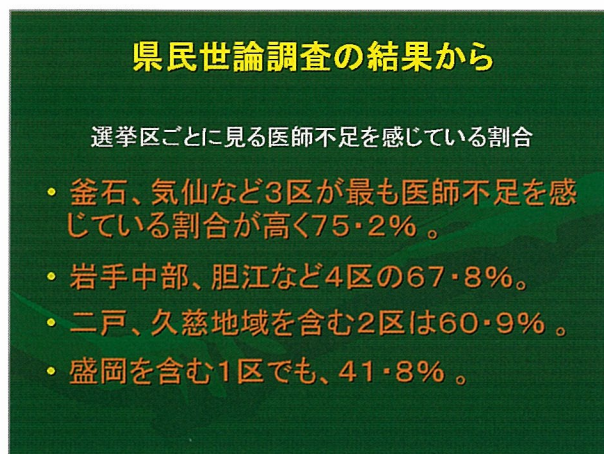


図3

が他の地区に比べて高く75%でした。報道などご存じの通り人口規模に比べて極端に産婦人科が少ないことが影響したのではないかと考えております。医療施設に従事する人口10万人あたりの医師数が県内で最も低い二戸・久慈地域を含む2区は60.9%。人口10万人あたりの医師数が県内で最も充実しているこの盛岡を含む1区でも41.8%が医師不足を感じていました。

これらの医師不足を感じている県民に地域医療充実のために必要な対策という問い方をしましたところ、医師の確保を求める割合が首位をしめ、続いて医師の能力、資質の向上、医療沿革システムの充実の上位を占めました。今回のテーマでもあります救急医療体制の整備を求める人は13.3%にのびりました。

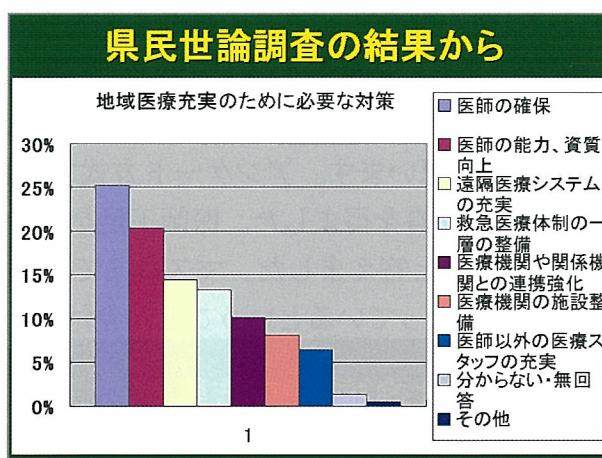


図4

救急医療体制の整備を求める人について年代別に見てみますと、こちらにあるように子育て世代の30代、40代がともに15%を上回っており、小児救急医療の一層の充実を求める県民の姿が浮かび上がってきます。

医師不足を感じる診療科という質問ではまさにこの現状をそのまま反映した形で産婦人科が41.3%、次いで今回のテーマであります小児科が17.7%に上りました。