

小児科のみでの対処法:組織の変革

- ・ 現在の各専門医横並びの構造

☞

- 外傷対応を含めた初期救急の技術・知識を持った、小児救急の専門医を核とする。
- その周りに各専門医を配置して小児救急をサポートする新たな構造への移行

図 13

すけれども、小児救急の専門医を作ってそれを核としてその周りに各専門医を配置して、小児救急をサポートしていくというような大学病院も新たな組織ということを今後考えていく必要があるのではないかなというふうに考えます。以上のところまではうちの大学病院の小児救急の現状とそしてそれに対する対応策というお話です。

ここからは、先程お話したように小児救急重症患者の医療体制をどういうふうにしたら良いかというお話をしてみたいと思います。これは日本集中治療医学会が日本の基幹病院にアンケート調査した結果であります、先程中澤先生のお話にも出てきたように看護単位が独立し

我が国の小児3次救急医療の現状
(日本小児科学会雑誌、109:10~15,2005)

- 看護単位の独立した小児集中治療室は全国に16施設ある。
- 5年前は13施設であり、ほとんど増加していない。
- その16施設総計の小児集中治療ベット数は97床である。
- 小児集中治療専属医は全国に37名のみ。

図 14

た、すなわちしっかりした小児集中治療室というのは、これは小児の重症患者を扱う施設というふうに考えていただいて良いのですが、これは全国に16施設しかない。5年前にも同じような調査を日本集中治療医学会がやっているのですが、その時は13施設ということで、5年間の間にほとんど増加していないというのが現状であります。そして先程の中澤先生のお話があったように、16施設統計の小児集中治療、すなわち小児重症患者が使うベッド数というのは100床にも満たないというのが現状であります。そして小児の重症患者を扱う専属医というのは全国に37名しかいない。これが今の日本の小児重症患者医療の現状ということになります。

欧米では1970年代から、小児重症患者に関しては小児集中治療医が小児集中治療施設で管理すれば死亡率が有意に下がるというデータが出ているのです。したがって1970年代から欧米ではこの小児集中治療室というのが各地に出来たわけですがけれども、日本では今お話したよ

うに、大体 30 年か 40 年位遅れた状況であるということです。その理由の一つは日本の中で小児集中治療室が有効であるというデータを出してこなかったからではないかというような批判があったのですけれども、その批判に答えたのがこのデータということになります。

先程お話した 16 の小児集中治療室がある地域と小児集中治療室が無い地域で不慮の事故による死亡率を比較したのがこれです。不慮の事故というのは基本的には小児集中治療が必要になる、有効性がある疾患群というふうにお考えいただいて結構であると思いますが、年齢別に

“不慮の事故”の死亡率における独立のPICUの有無で別けた地域差について(人口10万対)				
(日本集中治療医学会誌 114:53-56, 2007)				
	0-4歳	5-9歳	10-14歳	14歳以下すべて
PICU有地域	8.4+5	4.6+2.9	3.1+2.1	5.5+4.3
PICU無い地域	11.7+6.6	6.4+3.8	4.2+2.4	8.0+5.9
統計的差異	P<0.05	P<0.05	NS	P<0.01

図 15

出ていますが基本的には、やはり小児集中治療室がある地域の方が明らかに死亡率が下がっているということで、日本で始めて小児集中治療が有効であるという結果を出したデータがこれということになります。

ということでこのような有効な小児集中治療室をどの程度日本に置いたら良いかというのがこれになります。小児集中治療重症患者関連の先進国はやはりアメリカですが、アメリカは小児人口 20,000 人に 1 床の小児重症患者のベッドがある。各施設の平均重症患者のベッド数は

我が国で必要と推定される小児集中治療病床数

- ◆小児集中治療の先進国であるアメリカでは小児集中治療病床数が小児人口約2万人に1床存在し、各施設の平均病床数は10床である。
- ◆日本の状況により近いと想定されるヨーロッパ先進諸国の平均小児集中治療病床数は小児人口約4万人に1床存在し、各施設の平均病床数は10床である。

図 16

10 床である。しかしながら、先程お話したように日本の現状としては施設の的にも人的にも非常に限られた資源しかないということなので、一気に世界のトップのアメリカに追いつくということは不可能ということは誰が考えても分かるのではないかなと思います。そこで少しでも日本の状況に近いと思われるヨーロッパ先進諸国に目を向けてみますと、小児人口約 40,000 人、アメリカの 2 倍ですね、40,000 人に 1 床の小児集中治療のベッドがあって各施設のベッド数はアメリカと同じで 10 床なのです。

ということで日本の先ず最初に進むべき道はヨーロッパではないかということで、我が国で必要と推定される小児の重症患者のベッド数というのは小児人口約 40,000 人に 1 床。これで計算すると日本全国で 500 床の小児集中治療のベッドが必要である。すなわち現在 97 床、

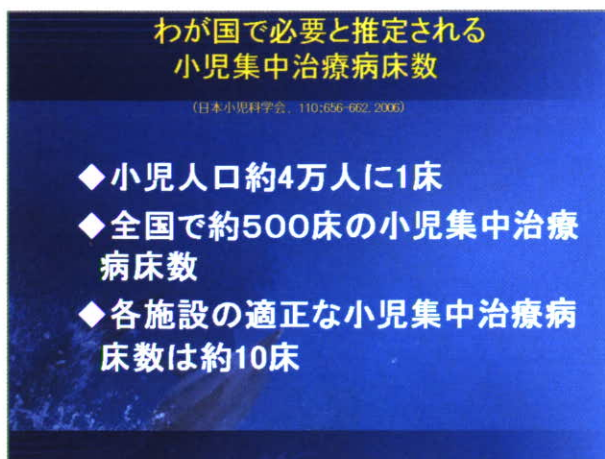


図 17

100 床にも満たないので、いまの日本の小児重症の患者の 8 割位は基本的には一般の小児科の病棟あるいは成人の ICU で診られているというのが現状ということになります。各施設の適正な小児集中治療ベッドは多分 10 床位だろうということです。

これで計算をしますと全国の各地域でこれだけの重症ベッドが必要になって、それを満たしていったらこれくらいだろうということになります。関東は大体 150 床近くの小児集中治療

各都道府県で必要と推定される 小児集中治療病床数とそれを持つ中核病院数		
	必要な推定PICU病床数	必要な推定施設数
北海道	20床	2施設
東北	40床	4施設
関東	146床	14施設
北陸・中部	84床	9施設
関西	87床	9施設
中国	31床	3施設
四国	16床	2施設
九州・沖縄	63床	7施設
総計	487床	50施設

図 18

のベッドが必要で大体 14 施設から 15 施設あれば関東の重症小児患者に対応することが出来るだろうということになります。

これを地図で見ますと、埼玉は大体 26 床、約 30 床位の小児重症患者のベッドがあればなんとか埼玉県をカバーしきれのではないかと考えます。

私は埼玉医大の関係者なので埼玉医大に置いたらよいのではないかなということで、一つの試案としては本院とあとうちです、更に県立小児病院に小児重症患者の ICU を置けば、各施設大体半径 50 キロの範囲でカバーしますと大体この 3 施設で埼玉県の重症患者をまかなうことができるだろうということになります。ただ小児重症 3 次救急施設というのは基本的には人的資源、あるいは物的資源をかなり投入するというので、やはり客観的なデータに基づいてこういうような 3 次救急施設、あるいは 2 次救急施設というのを決めていくべきもので



図 19

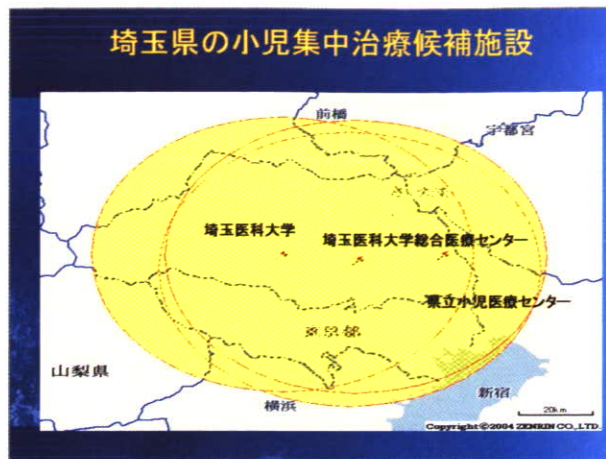


図 20

はないかなと私個人では考えております。

その為には客観的データというのがどうしても必要ではないかなと思います。例えば小児救急患者の救急車による搬送、いったいどの病院に搬送されているのか、そしてその病院がいったい年間どれくらいの患者を受け入れているのか、そしてその搬送された患者の重症度がい

埼玉県小児救急医療体制構築に向けて

- ・ 小児救急患者の救急車による搬送先病院名
- ・ 各搬送先病院の搬送受け入れ回数
- ・ 搬送された小児救急患者の重症度

↓

- ・ 埼玉県内の救急車による小児救急患者の搬送データ(各消防所がコンピューター内に保管)

↓

データに基づいた埼玉県小児救急体制の構築

図 21

ったい軽傷なのか中等症なのか重症なのか、このようなデータがあれば埼玉県以外でもそうすけれども、どの病院を3次救急施設にしてどこを1次にすれば良いかというのは、客観的なデータに基づいてきめることができるということで、こういうような客観的なデータに基づいて小児救急医療体制を考えていく必要があるのではないかなと思います。最初にお話があったように総論はみんな賛成ですよ、ただ各論になると難しくなるというのはやはりデータが無いからだと思っておりますので、やはり客観的なデータというのをしっかり手に入れる必要があるのではないかと。そしてこのデータは実は各消防署のコンピュータの中にすでに入っているというような話を聞いていますが、ただ埼玉県だけでなく日本全国で小児医療関係者がこのデータにアクセスしようとしても、現在できないのです。なんらかのバリアーがそこあって、このデータを小児救急関係者が手に入れることが出来ないというのが今の日本の現状です。ということになっていますので、是非僕はこの場を借りて特に埼玉県の県庁の方々、あるいは消防署の方々に是非とも小児救急の関係者にこういうデータを開示していただいて、これを使わせていただいてやはり客観的なデータに基づいた小児救急医療体制の構築に役立たせていただきたいと思います。御清聴ありがとうございました。

地域の中核病院からみた小児救急

工藤 京子 さいたま市立病院

さいたま市立病院の小児科の工藤と申します。私からは地域の中核的病院から見た小児救急ということでお話をさせていただきます。先ず私達の病院における小児救急の現状について検討するためにとった統計の結果をお示しします。

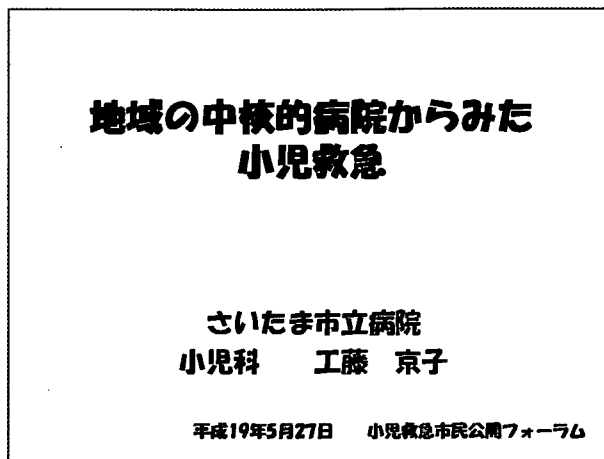


図1

当科では平成14年度から17年度においてはスライドのように平日は月、水、木曜日の17時から翌日の朝の8時30分まで、土曜日および月、水、木が祝祭日の場合には朝の8時半から翌日の朝の8時半まで救急外来診療を行っていました。ちなみに平成18年度からはこれら

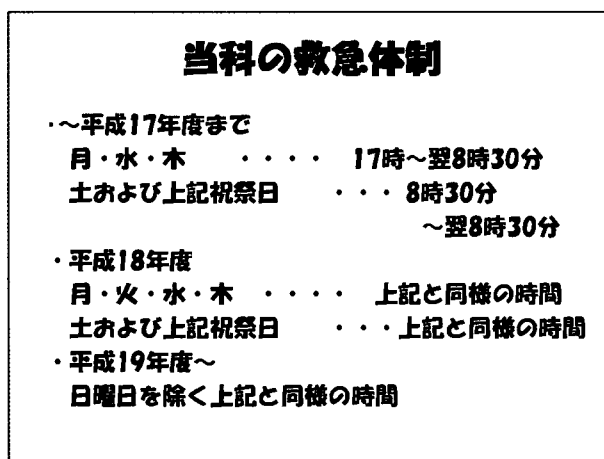


図2

の曜日に加えて火曜日も、また19年度の4月からは金曜日も救急外来診療行っており、現在日曜日を除く毎日小児救急外来診療を行っています。

最初に年度別の小児救急患者の総数です。平成14年、15年度は年間5,000人を超えていましたが16年度に若干減少しています。おそらくこれは浦和休日急患診療所が土日のみならず平日も連日準夜帯ひらかれるようになったためと推測されますが、その翌年17年度には再び増加傾向となっており、18年度には診療日が一日増えたこともあり、5,300人を超えました。

次に月別の来院患者数です。12月から1月にかけては、一ヶ月の来院患者総数は少ない時期のおおよそ倍にまで膨れ上がります。インフルエンザや胃腸炎などの流行が反映されている

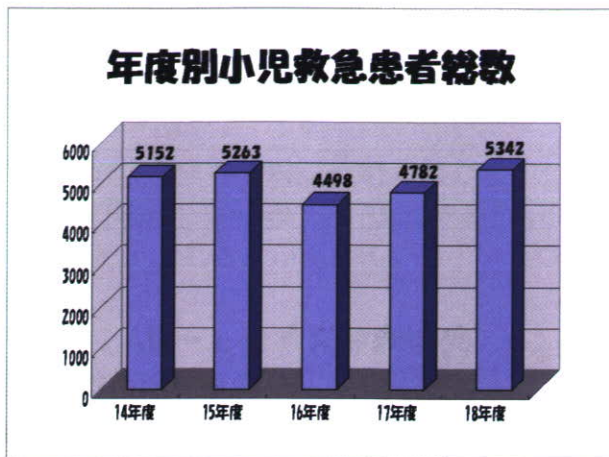


図 3

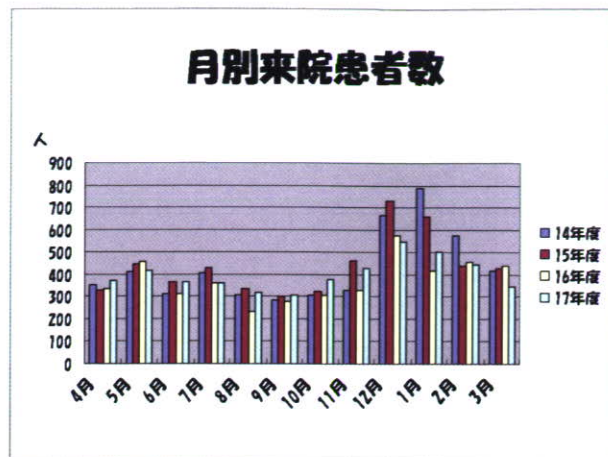


図 4

ものと考えます。一日あたりの平均来院患者数は、23.3 人となります。

平日の時間帯別来院患者数です。平日は夜の 9 時あたりにピークがあり、その後徐々に減少していきます。年間を通した平日の一日平均患者数は 16.1 人です。

土曜日の時間帯別来院患者数です。午前中に小さなピークがありその後夜の 9 時ぐらひにかけて大きなピークがあります。また土曜日の特長として、翌、日曜日に当院が小児救急外来をやっていないためか、朝の 7 時過ぎに駆け込んでくる患者さんのピークが見られます。土曜日の一日平均患者数は 36.6 人です。

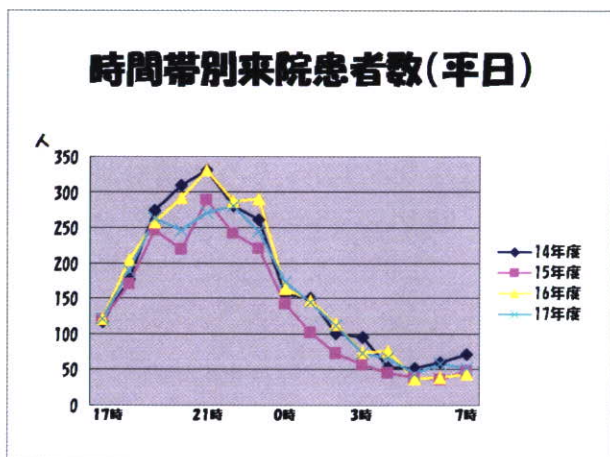


図 5

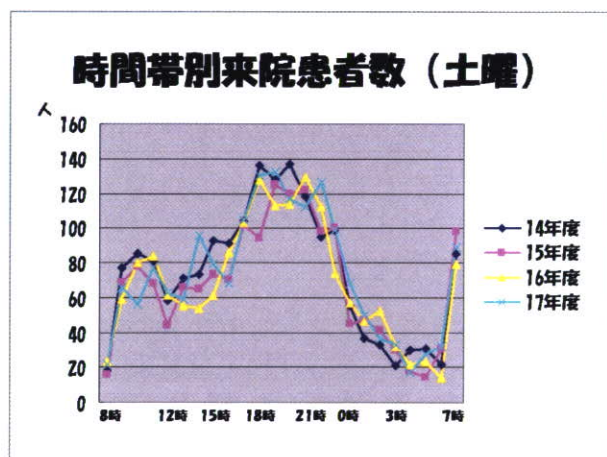


図 6

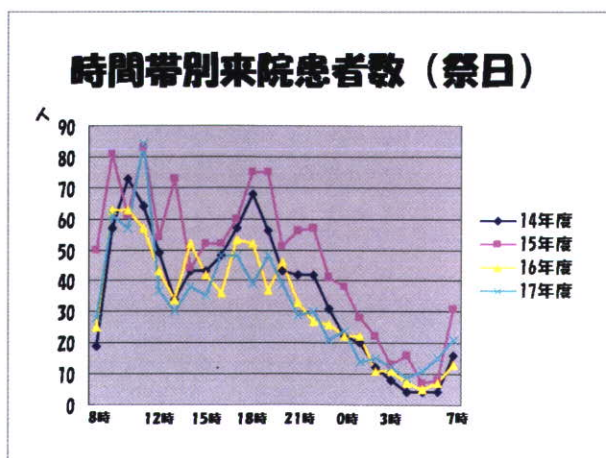


図 7

祭日の時間帯別来院患者数です。開業の先生方がお休みということもあり、午前中に大きなピークがあります。その後一旦落ち着きますが、また再び夜の9時頃に二つ目の大きな波があります。祭日の一日平均患者数は61人です。

このような救急外来診療を行っている私達が現在どのような気持ちで救急診療を行っているのか、現状を把握するために現時点で当院及び埼玉社会保険病院の小児救急外来診療に携わっている12人、及びこの3月まで当院に勤務していた一人、計13人にアンケートを行って

小児科医アンケートより

- ・ 当院および埼玉社会保険病院の小児救急外来診療に携わる小児科医を対象とした。
- ・ アンケート施行期間
平成19年5月上旬から中旬にかけて

図8

典型的なスケジュール

救急診療の特徴

- ① 1人の医師が入院・重症・救急車の対応を行っている。
- ② 初診が多く把握に時間がかかる
- ③ 家族の不安が強く、説明に時間がかかる。
- ④ 軽症対応に忙殺され、重症児対応に専念できない。

この勤務を月5回以上したいですか？

図9

ました。アンケートの結果の前に典型的な当直の際のスケジュールをご説明します。朝通常通りに勤務が始まります。特に滞りなく時間が過ぎ表情にも余裕があったのですが、夕方当直帯に入ると開業の先生がたからの紹介が多く、入院になることも多くかなりばたばたします。夜中になっても患者さんは途切れずに診療が続きます。朝が近づいてきますが、朝になっても駆け込み患者さんが多く眠れない時間が続きます。やっと朝になります、もう表情も無くなってしまっているような状態ですが、かなり朦朧としながら、時々ふらふらもしながらなんとか懸命に仕事をしています。やっと夕方勤務終了となります。この時点で連続32時間勤務となっております。ただしこの必ずしも夕方に帰れるとは限りません。入院患者さんの状態によってはそのまま対応を続け勤務は延々と続いてしまいます。また当院での救急診療の特長としては、一人の医師が入院、重症、救急車の対応を行っていること、初診が多く、把握に時間が掛かること、家族の不安が強く説明に時間が掛かること、軽傷対応に忙殺され、重症児対応に専念出来ないこと、等が挙げられます。

先ず現在月に何回位の当直をしているかという問いに対してですが、半数近くが5回以上と答えています。ただこのアンケートを行った頃の平均という回答ですので、勤務医の人数の変動により回数は変動しえます。過去に最高で一月に何回の当直を行ったことがあるか、ということも同時に聞いてみたのですが、10回を超える人が約半数、残りは7～8回、なかには50歳位のときに月に5回やったという人もあり、かなり体調が心配されます。またその時の気持ちを尋ねると、死ぬかと思った、思い出したくもない、医者を辞めようかと思った。という言葉がみられました。ちなみに今回のフォーラムは医師以外の方もいらっしゃいますので、念の為付け加えておきますと、労働基準監督署というのがあります。それによりますと、医師の宿直の取り扱い細目には非常事態に備えて待機するもので、通常は労働する必要が無いこととあり、さらに充分睡眠が取れること、軽度、短時間の業務に限ること、宿直中の診療が常態の場合には許可しないとあります。今自分達がしている当直は先程のスライドにも示しました

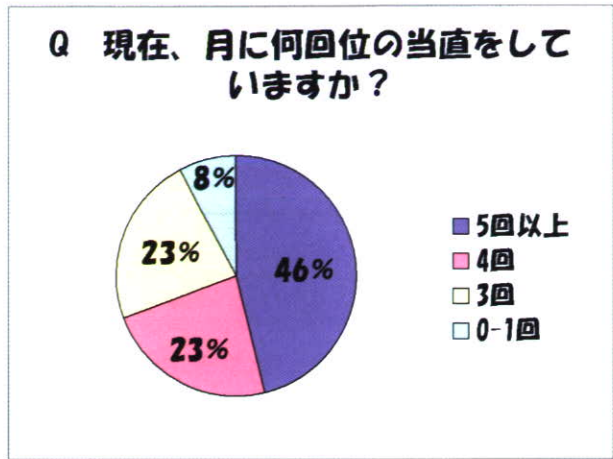


図 10

通り、全くこれを無視した状態であることを付け加えておきます。

そしてアンケートの続きですが、現在行っているその回数をどう考えているのかを尋ねてみました。限界を超えている、多い、と答えている人を合わせると69パーセントにもものぼります。

これは深夜帯、つまり夜中の0時から朝の8時30分までの間にどの位の患者さんが来院しているかをまとめたスライドです。先程もお話したように、一睡も出来ないまま朝を迎えることもしばしばある理由の一つに、深夜帯に救急外来を訪れる患者数の多さがあります。見ていただくと分かるように全体の3割前後は深夜帯に病院を訪れていることになります。

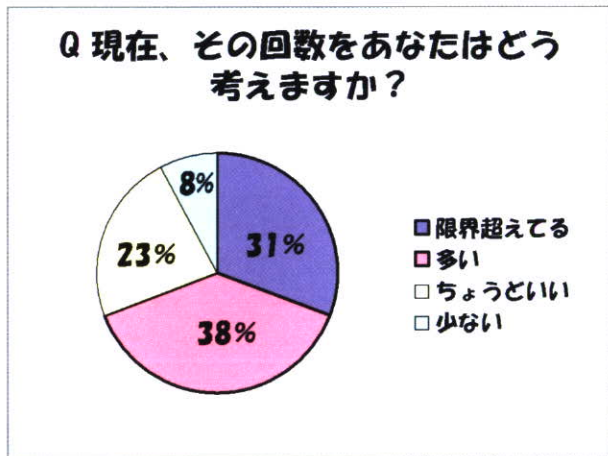


図 11

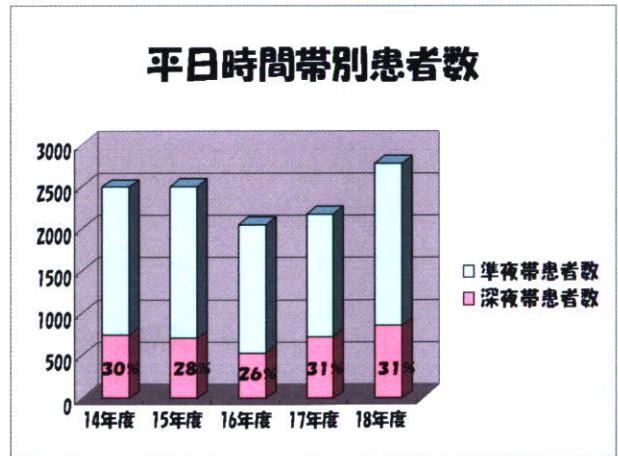


図 12

Q 一睡もできない、ご飯も食べられない当直のときの気持ちは？

- ・ 早く朝になれ！！ **40歳代**
- ・ 最初から眠れない、食べられないと自己暗示をかけて当直に臨んでいる。その方がいらつくとストレスが減る・・・と信じている。 **50歳代**
- ・ 死んじゃう。逃げ出したい。 **30歳代**
- ・ 患者への優しさが全くなっている自分に気づく。 **20歳代**

図 13

このような状況で私達が感じていることもアンケートで聞いてみました。一睡も出来ない、ご飯も食べられない当直の時の気持ちはという問いに対しての回答の一部です。早く朝になれば、最初から眠れない、食べられないと自己暗示をかけて当直に望んでいる。そのほうが、いらつきとストレスが減る、と信じている。死んじゃう。逃げ出してしまいたい。患者への優しさが全くなくなっている自分に気づく、このようにかなり否定的な回答が目立ちます。この他にも全ての人間が憎くなる、切ない、何でこんなことをやっているのだろう等の意見もありました。こういう気持ちで当直業務を行っているという現実を是非皆さんに知っていただきたいと思えます。

そんな当直を行いながら、もう仕事を止めてしまいたいと思うことがあるかどうかを聞いてみました。いつも思うという回答をした人が約半数でした。

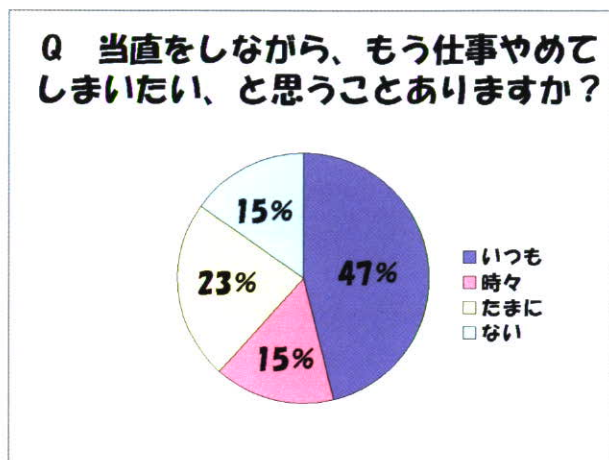


図 14

当直の回数の限界と感じ、しばしば仕事を止めてしまいたいと考えてしまう日常を送っている状態で、このまま小児救急を続けていけるかどうかを問いかけてみました。直ぐに止めざるを得ない、このまま現状が変わらないのならば、止めざるを得ないと答えたのが合わせて60パーセントを超えました。この今の小児救急の現状を皆さんどう思われますか。

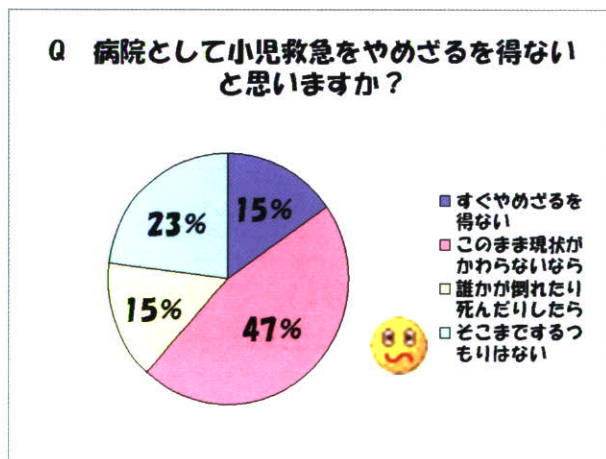


図 15

また一睡も出来ない時以外にも、いらいらしたり、つらいと感じることが幾度となくあります。どのような時にそのように感じるか、という問いに關しての回答です。ここにあげたものはごく一部ですが、軽傷の患児が親の都合や念の為という理由で深夜に来院してくる時、日中よりは空いているからという理由で軽傷なのに夜間に来院する家族、軽傷患者の対応に追われて、重症患者に時間を割いてあげられない時、かなしくなる。この他にも日中に病院に行かず、

**Q 当直をしていていろいろしたり、
つらいと感じることは？**



- 軽症の患児が親の都合や念のためとかいう理由で深夜に来院してくるとき。
- 日中よりはすいているからという理由で(軽症なのに)夜間に来院する家族。
- 軽症患者の対応に追われて、重症患者に時間を割いてあげられないとき。悲しくなる。

図 16

連日夜間に来院する患者を診察する時。明らかに夜間に来院する必要がない判断された為、電話指導した際に、逆に診察してくれないのかと電話口でどなられる時、などいろいろな意見がありました。私達は重症な子供を助ける為に当直をしているという自負があります。それにも関わらず、軽症患者の対応に追われてしまう現在の状況は小児科当直医としての士気が下がってしまいます。

ではその軽症と我々が考える患者と本来私達が充分時間を掛けて対応しなくてはいけない患者とがどの位の割合で当院に訪れているかを示します。水色の項目が診察のみや、処方のみで帰宅した患者が含まれますが、これを軽症の考えると全体の約8割占めています。血液検査

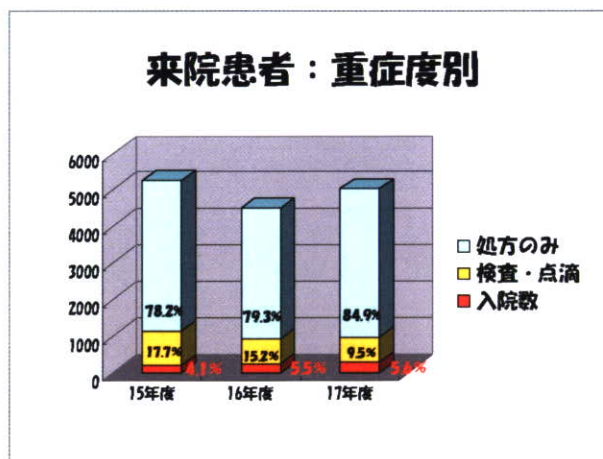


図 17

やレントゲン写真などの検査、点滴等の処置を行った患者は黄色、入院となった赤の項目と合わせて私達が時間を掛けて対応しなくていけない患者と考えると全体の二割程度となります。これに加えて病棟患者の対応も行っている当直医にとっては軽症患者の対応に追われることにより、本来時間を掛けなくてはいけない患者やその家族に対して時間を割くことが出来なくなることになります。これは子供たちを救いたいという気持ちで自分達の寝る時間を削って、身を粉にして働いている小児科医の精神的なストレスとなり、これまで示したようなアンケート結果に悲観的な意見に繋がっているのだと思います。当直のつらさを肉体的な疲れよりも精神的でストレスがたまっていくことの方が大きいと私は思います。そうして本当に助けなくてはいけない患者が来院した時に十分な対応が出来ずに手遅れになってしまう、そんなことが今にも起こってしまいそうな現状だということを、皆さんに知っていただきたいと思います。そし

Q 市民に対して

- 救急外来はコンビニではない。
- 軽症の場合は時間内の受診を。
- 子供の病気について勉強してください。
- 子供の病気に良識・常識を持ち、あわてずに対応してください。
- 小児救急体制の整備に、市民の皆さんの協力が必要です！

図 18

ていつか取り返しのつかない事故を起こしてしまうのではないかという気持ちで疲れきったまま一睡もしないまま働き続けている小児科医の精神的なストレスに皆さん気づいてください。最後になりますが、皆さんのお子さんが本当と重症患者となってしまった時、そんな場合は時間を問わず来院をしていただきたいと思います。私達はその為に当直をしています。それにも関わらず、軽症患者の対応に追われ重症患者の対応に専念出来ない。そんなあってはいけないことが本当に起こってしまいそうな、現在の小児救急の現実をどうしたら良いのか、是非一緒に考えて下さい。以上です。

医師会の行う小児救急輪番制の問題点

土屋 喬善

土屋小児病院

ご紹介いただきました、それでは始めたいと思います。私は小児科の病院の院長で小さい病院をやっているのですけれども、中小企業の親父の話だと思って聞いていただきたいと思います。まず私達の小児救急をやっている地区というのは、東部第一地区、埼玉県の北東部にあり

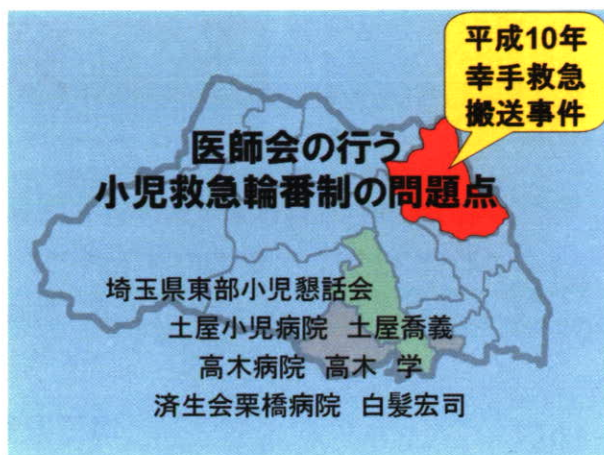


図1

まして、田舎です。ここは平成10年にいまわしい幸手救急搬送事件というのがございまして、一躍日本の小児救急の原点とも言われた事件がございました。

これは読売新聞が平成12年にこの事件をスクープしました。この事件は最終的に中公新書という新書に読売新聞の医療情報部が書いてくださいまして、今でも売っていると思います。



図2



図3

さて私共の埼玉県東部第一地区というのは埼玉県の北東部。人口密度が県内で10位で広域です。3市9町をカバーしています。端から端まで救急車で30分では届かないです。二つの保健所と三つの医師会がある。

非常に行政区画が入り組み、医師会も行政も足並みを揃えるのが難しい。何をやるにも大変な場所です。そこに私達は2次救急輪番制を立ち上げました。これは行政主導ではなくて、その危機感を共有する極めてボランティアな二つの民間病院、私病院と準公立病院です。

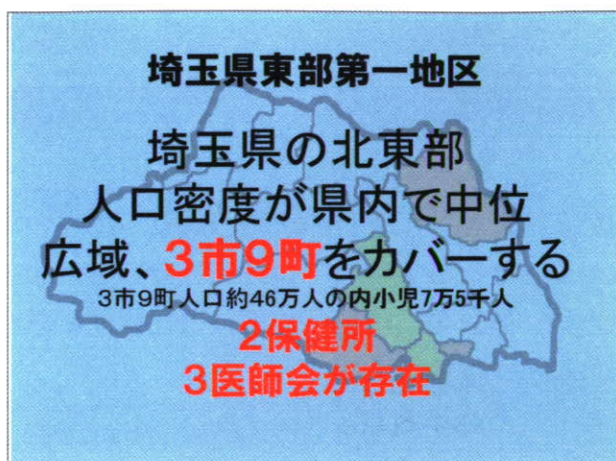


図4

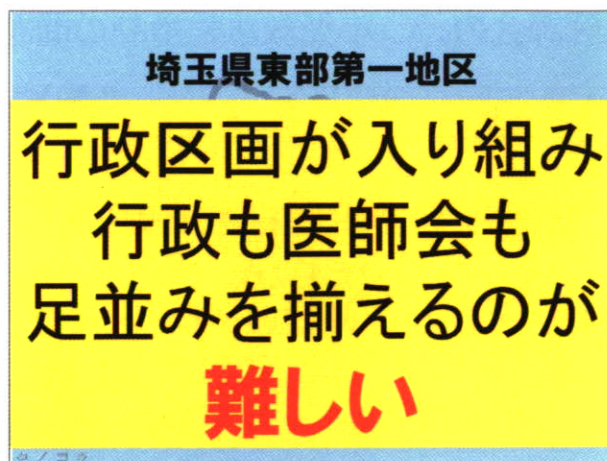


図5

そして6人の連携病院と診療所の医師で構成された。そういう所でやっています。とても自主的に作り上げたものです。これは365日24時間の2次救急を提供していました。

埼玉県でも始めて、全国でも7番目にスタートしています。当時唯一積極的に地方行政より補助金の上積みのない、唯一の2次救急輪番体制として脚光を浴びました。

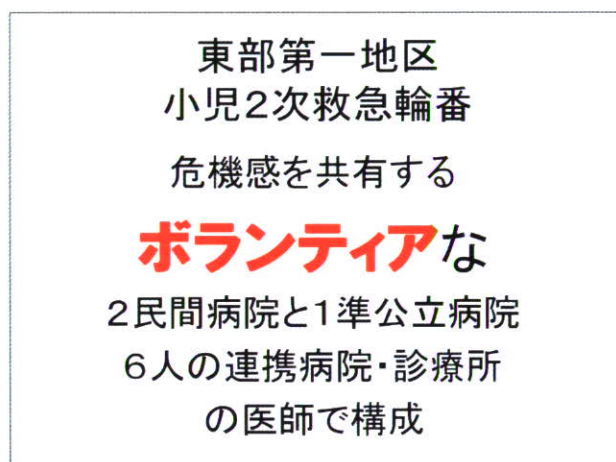


図6

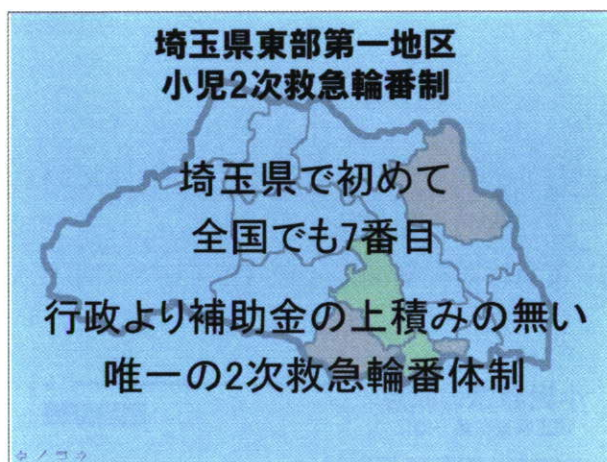


図7

いろいろ文句が来ました。こんな安い金で引き受けて地区で輪番をやるのに迷惑だとも言われました。それをやるにあたって色々問題が起きたのです。救急医療のコンビニ化が起きないか。そんなことしたら、患者さんがたくさん来て医者がつぶれてしまう。それから当直医が忙

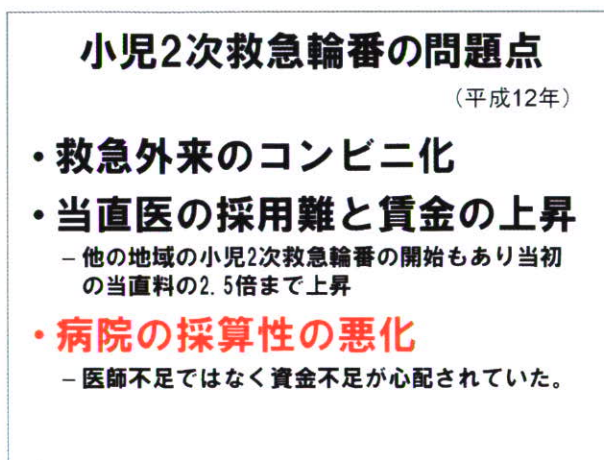


図8

しくて来ない。当直医のお金はたくさん掛かってしまう。これは実際に当初より 2.5 倍、当直医の給与を上昇させざるを得ませんでした。これを何故上昇したかという、他の地区で病院でないところで救急医が夜間救急診療所というのを公立で作ったのです。そういう診療所が非常に人を集めるために当直医に給与を上げたために、我々のところでも上げざるを得なくなりました。さらに、私どもは私立病院です。個人企業です。赤字になったら潰れてしまいます。そういう問題で病院の採算性が悪化して運営が難しくなるのではないかと非常に危惧しました。平成 9 年、10 年、12 年、この当時は医師不足ではなくて、金が足らなくなることを心配したのです。

ここの地区の 2 次救急の輪番を今まで続けていた非常に大きな理由に 2 次救急と夜間診療の明確な区別をつけるとそういうことによって、救急病院が過剰に忙しくならないように工夫をしたというのを一つお話したいと思います。これは消防経由ですね、救急者に乗った人、消

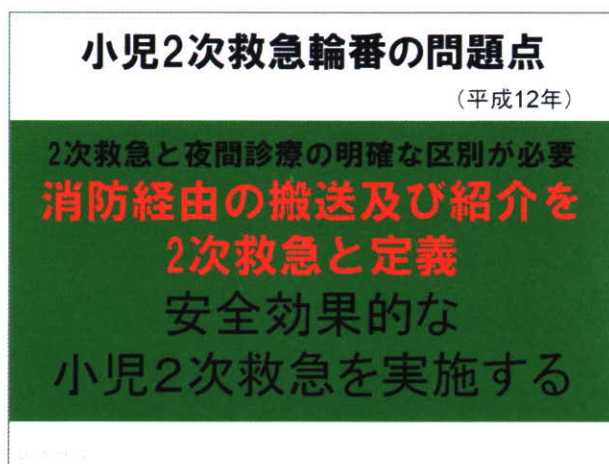


図 9

防署に相談してどうしようと相談した人。それだけを 2 次救急と定義してそういう患者さんに対して対応する。安全効果的な小児の 2 次救急を実施する。そういうことでスタートしている。

いろいろ小児の救急、小児医療の縮小とか叫ばれていましたけれども、とにかく 2 次救急の先駆者としての誇りと、いつか行政が他の地区と同じようにちゃんとした補助をしてけると、そういう期待を持ってやっていたのです。

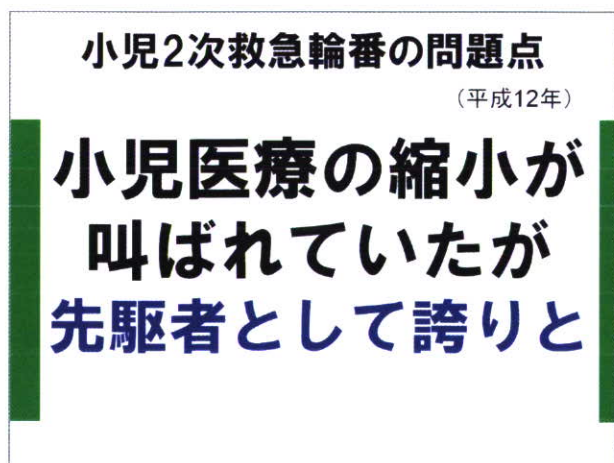


図 10

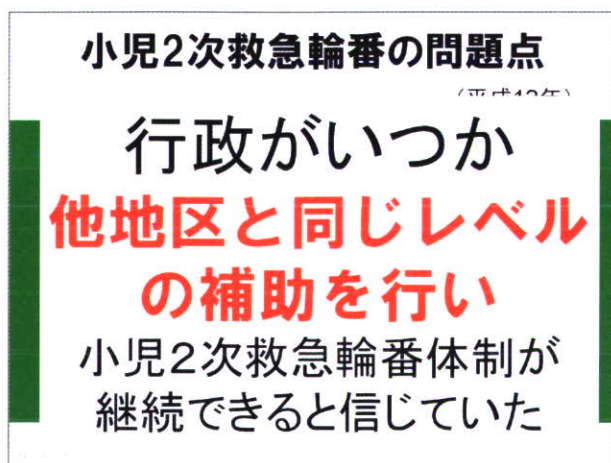


図 11

これは私達がやっている外来の患者数です。大体平成 12 年から 15 年まで年間 2,700 人、

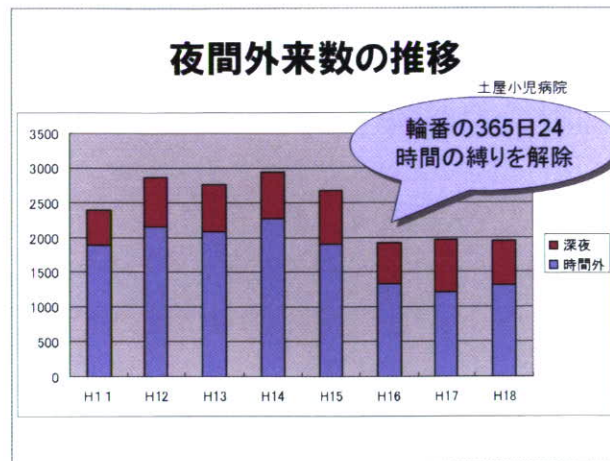


図 12

2,800人、3,000人弱の患者さんを診ています。平成16年から患者数が減っていますが、これはなぜかという厚労省が24時間365日2次救急をやらなくても補助金を出すよと話したのです。この為に周辺の地区で2次救急輪番を実施するようになったのです。時間限定です。例えば7時から10時とか11時とか、その為に私どもの地区の患者数が減ったのです。準夜帯だけです。時間外、これは夜の10時までですけれども、10時までの患者さんが減って10時以降朝の6時までの患者さんは増えました。

私達は民間主導の2次救急輪番体制をやっています。そして頑張っています。民間病院も2救急に貢献しています。私共三つの病院で年間6,087名の2次救急の診療をしています。実際にはこれ以外に1次診療も行っていますので、年間12,000人程度の患者数を夜間、休日診ております。

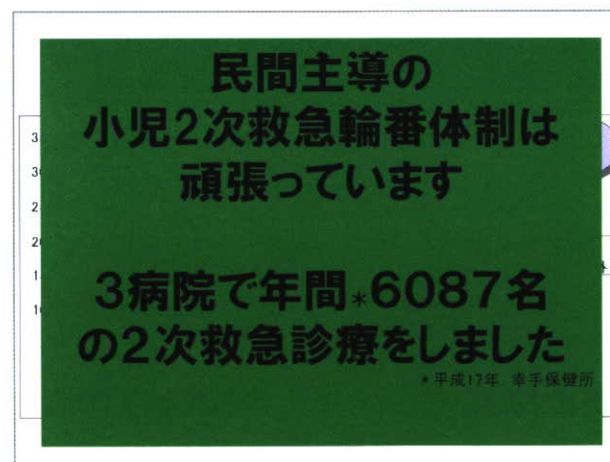


図 13

我々はこの事態に対して、マスコミに働きかけています。たくさんの新聞記事、それから雑誌記事、そういうものに寄稿あるいはインタビューにも答えております。

そして行政にも働きかけています。なんとかして欲しいのです現状は。2003年には小児救急の部会を開きました。その時に2次救急輪番病院、私的病院です。の財政の補助とそれから、2次救急にあたる時に診療所の先生方に出向いていただいて、連携医療を実現するように手伝ってほしいと提案をいたしました。この部会の意見です。2次救急病院に出向くと、その地区の小児科医が不在になります。

他地区は子供が病気になった時に別の地区から久喜市まで行かなければなりません。私の病院は埼玉県久喜市にあります。それは住民サービスが低下をするので問題だと、こういう意

マスコミへの働きかけ

- ・ 2000年4月27日 読売新聞 医療ルネッサンス 検証・救急体制 ある乳児の死[3] 近い当直医に打診なし
- ・ 2000年4月29日 読売新聞 医療ルネッサンス 検証・救急体制 ある乳児の死
- ・ 2001年9月19日 朝日新聞 しんどい小児科 病院現象、不採算、長時間労働 36時間勤務が常態化
- ・ 2002年11月28日 朝日新聞 減る小児科増える急患 都内で廃止年10箇所 悪循環加速
- ・ 2001年3月4日 朝日新聞 埼玉版 ニュース三面鏡
- ・ 2003年2月15日 朝日新聞 インフルエンザ 突然の脳症症状よく見て「もしかして」患者殺到 高木病院
- ・ 2003年4月22日 SPA! ボクらのカタストロフな大問題 小児医療の余命5年

以下略

図 14

行政への働きかけ

- ・ 2003年5月22日 埼玉県東部第一地区地域医療対策事務研究会総会と埼玉県東部小児懇話会合同会議
- ・ 2003年10月7日 東部第一地区救急医療対策協議会小児救急医療部会 第1回
- ・ 2003年11月13日 東部第一地区救急医療対策協議会小児救急医療部会 第2回
 - 幸手市及び、加須市にて年末年始とインフルエンザ流行時期のみ休日の昼間時間外診療を行う体制が作られる。
 - 担当幹事市町村担当者の非公式回答
 - ・ 「私的病院(2次救急輪番病院)は外来患者が減ると困るので夜間診療、救急をやめることは無いと思う。今本当に必要なのは埼玉県東部第2地区の様な夜間診療なのでそちらのほうを新しく作りたい。」
- ・ 2004年9月6日 小児科3病院で要望書を作成。 **要望書**
 - 県担当者の非公式な回答
 - ・ 「小児救急が赤字だと言うのはわかる。しかしこの要望書に書かれているような金額の補助は出来ない。月額4万円の補助(小児2次救急輪番の補助として定める)の補助を埼玉県独自に積み増しているを収入と同じ7万円に増額する用意があるので小児救急の赤字は無い事にして欲しい。」

図 15

行政への働きかけ

- ・ 2003年5月22日 埼玉県東部第一地区地域医療対策事務研究会総会と埼玉県東部小児懇話会合同会議
- ・ 2003年10月7日 東部第一地区救急医療対策協議会小児救急医療部会 第1回

**2次救急輪番病院への財政補助と
休日・時間外に
診療所の医師が2次病院で診療する
という連携医療を提案した**

図 16

行政への働きかけ

**子供が病気になった時
私の市民が夜間久喜まで
行かなくてははいけないのは
問題だ
住民サービスが低下する**

図 17

見が行政側から出されました。

結局この部会の結論はこうなりました。非公式ですけれども、2次救急輪番病院は患者さんが来ないと経営的にやっていけないので、救急は絶対止めないだろうと、だからいま他地区の夜間診療所を作って患者さんの便利性を上げたい。

それに対して、翌年小児科の3病院で要望書を先制しています。小児救急医療の不採算性を改善する為に一日あたり14万円の追加補助。保険医療で定められる地域連携医療、お医者さんが2次医療に出向いて診療するのを手伝ってほしい。

行政への働きかけ

2003年 担当幹事市町村担当者非公式回答

**私的病院(2次救急輪番病院)は
外来患者が減ると困るので
救急をやめることは無いと思う
今本当に必要な
夜間診療所を新しく作りたい**

図 18

2004年9月 小児科3病院で要望書を作成

要望書の概要

**小児救急医療の不採算性を改善するため
1日あたり14万円の追加補助
保険で定められる地域連携医療(地域連
携小児夜間・休日診療料)の推進**

時間を決め2次病院で夜間休日診療を
希望する患者さんを連携医が診療する

図 19

結果、最終的にその翌年、小児救急の赤字なのは良く分かります、でもなんとか4万円の補助を成人と同じ7万円にしますのでもうこれ以上言わないで下さい。小児救急の赤字は無いことにしてください。そういうふうに県の担当者から非公式な返事をいただきました。

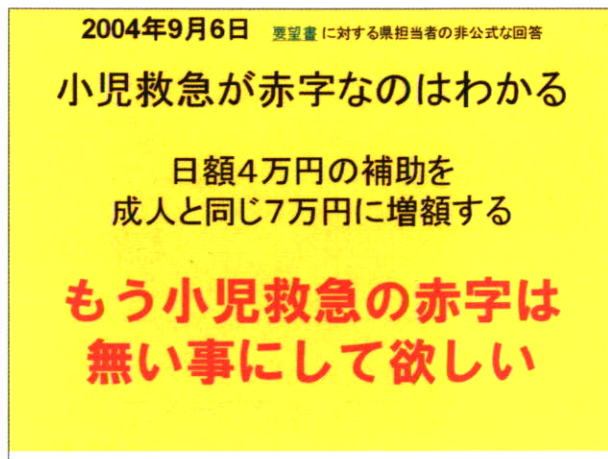


図 20

これは非常に地方行政は小児の2次救急の問題を少なくとも私どもの地区では自主的にしかみられていない。東部第一地区という大きい医療圏でなくて、私の市、私の町、そういう風な見方でしかみられないということで、結局決裂、このお申し出はお断りいたしました。

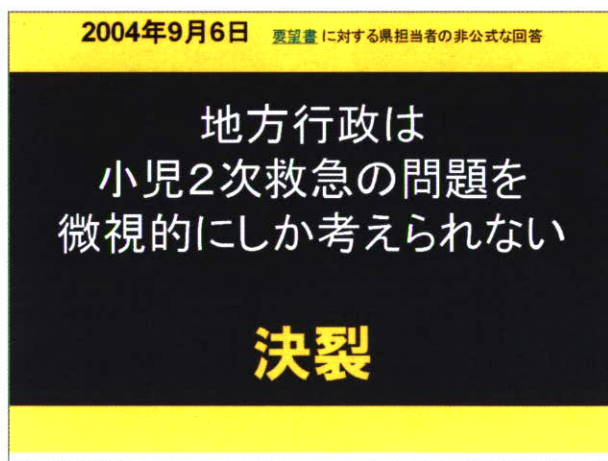


図 21

それから3年経ちました。ついに行き詰まりを迎えました。昨年の4月に私どもの病院の

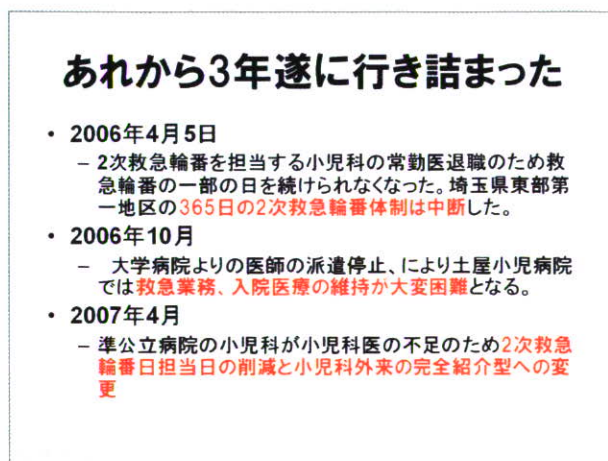


図 22

一つで小児科医が辞めまして救急輪番が続けられなくなりまして、365日24時間の輪番体制を中断せざるを得なくなりました。そして昨年の10月には私の病院でも大学病院間の医師の派遣停止、それから退職ありまして、救急業務、入院医療の維持がものすごく困難になりました。今年4月にはもう一つの準公立病院の小児科医が不足して遂に2次救急輪番担当の日にちを削減して、それから後小児科の一般外来をやめて完全紹介型に転換しました。

行政も少しずつは補助を増やしてくださっていたのです。実は、いよいよ昨年危ないということで今まで4万円だった補助を53,840円に増やし昨年の10月には7万円まで増額はしてくださいました。

先生お金が足りないのはわかっていますがなんとかこれで、本当にありがたいと思います。

埼玉県東部第一地区 小児2次救急輪番補助の追加		
・平成12年	2次救急輪番補助基準額	26130円
・平成14年	2次救急輪番補助基準額	26130円
	+ 埼玉県による加算	計 40000円
・平成18年4月より		
	+ 埼玉県東部第一地区*病院群輪番制病院運営費等補助金	13840円
		計 53840円
・平成18年10月より		
	+ 埼玉県東部第一地区病院群輪番制病院運営費等補助金	31040円
		計 71040円
成人の2次救急補助額と同等となる		
*東部第一地区は久喜、幸手、加須など三市9町で構成		

図 23

埼玉県東部第一地区 小児2次救急輪番補助の追加	
小児救急の危機的状況を ご理解いただき ありがとうございます	
	計 71040円
成人の2次救急補助額と同等となる	
*東部第一地区は久喜、幸手、加須など三市9町で構成	

図 24

でもやはり焼け石に水なのです。

昨年の私共の救急の採算を書いたものです。人件費、高熱費合わせて、費出は5,284万円、その時間帯だけです。それから収入は保険収益とそれから補助を合わせて3,955万円。年間2次救急の日だけで、1,329万円の赤字になっています。



図 25

2次救急輪番の予算 土屋小児病院 2006年度	
●支出	
年間の人件費	5147万円
光熱費、施設費等	137万円
小計	5284万円
●収入	
保険収益(除材料費)	2900万円
小児救急支援事業補助	1055万円
小計	3955万円
●総計	-1329万円

図 26

これは受診者一人あたり4,551円、患者さんが一人来ますとお金は払います、保険もできます。でも病院も一人4,551円お金を払わないと2次救急は維持できません。

経費は年々増加します。黄色がそうです。緑は収入です。保険の点数も少し増額されました。補助金も積み上げられました。でも赤字は平成16年も平成18年も年間1,300万円程度とほとんど変わりません。小児の医療機器というのは以前から指摘されていたのです。

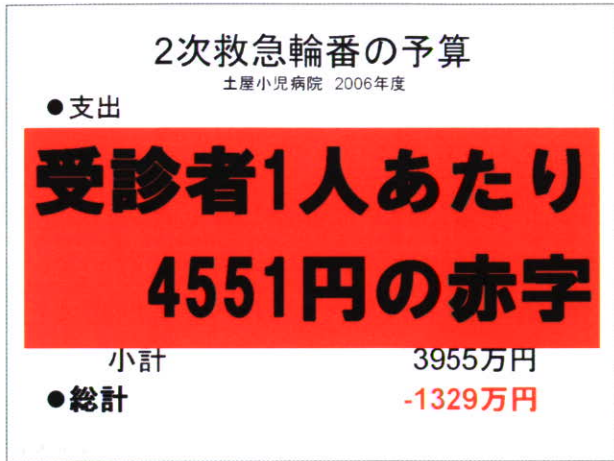


図 27

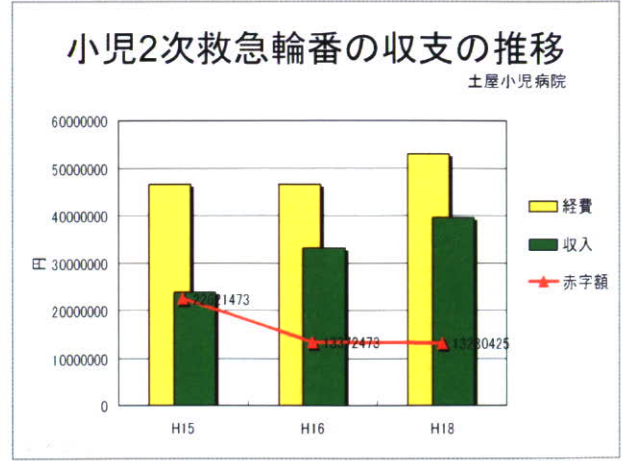


図 28

これは 2003 年に私が、2008 年の予測ということで、SPA という雑誌に栃木県の水島先生という代議士と一緒に寄稿した文章です。その時に小児の医療は 5 年後には破綻するだろうと予測しました。



図 29

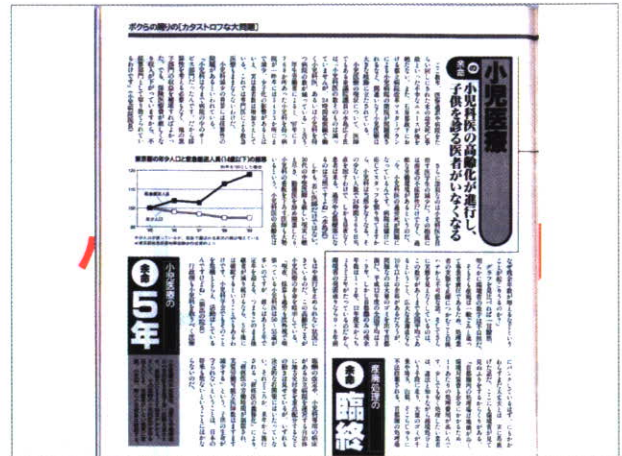


図 30

理由は小児医療の不採算性、過度の労働、それから後継者不足。その3点。小児科、特に小児救急は破綻するというふうに書きました。

しかし情勢はその予測を越えて悪化しています。

これは 2005 年に研修医の義務化というのがあった。いま大学は大変苦勞なさっていると思

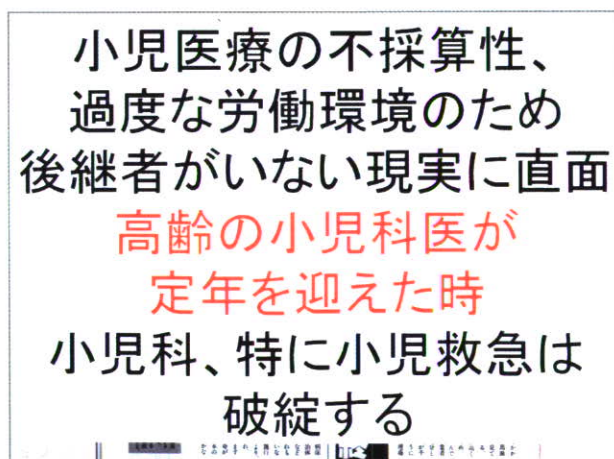


図 31

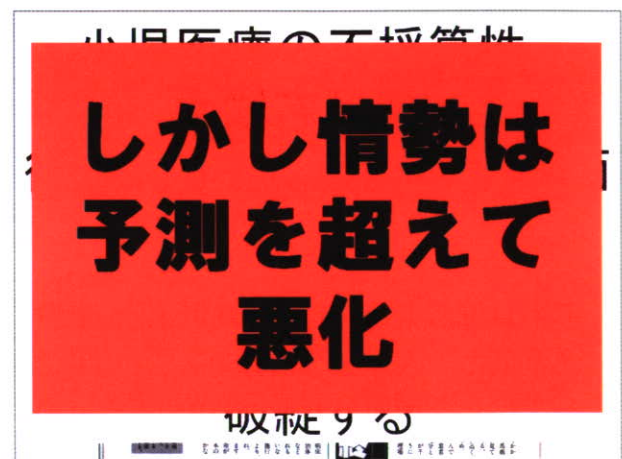


図 32

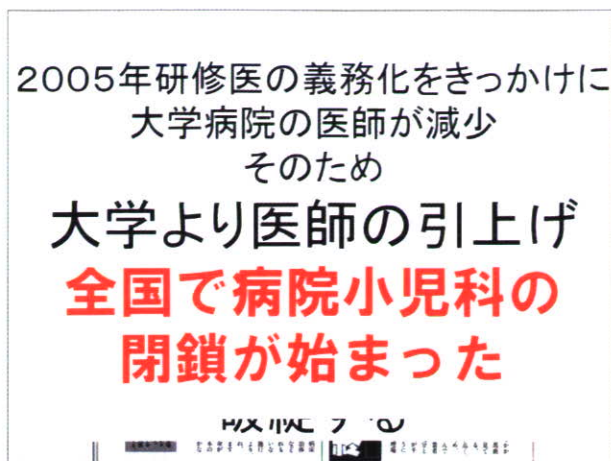


図 33

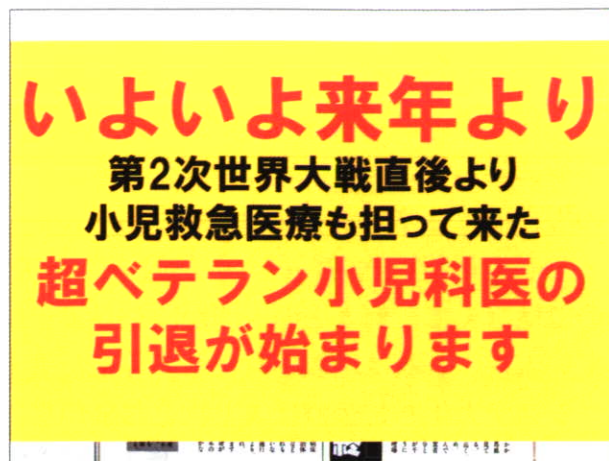


図 34

います。この為昨年より全国で病院小児科の閉鎖が始まっています。悪いことに来年からさらに高齢になられた超ベテランの小児科医の引退も進行してきます。どうしたら良いでしょうか。

私達は民間病院です。いま医療の集約化、公的病院を中心にして、小児科学会でお話が進んでいます。でも民間病院もこの問題を乗り越えて今後の小児医療に貢献したいのです。

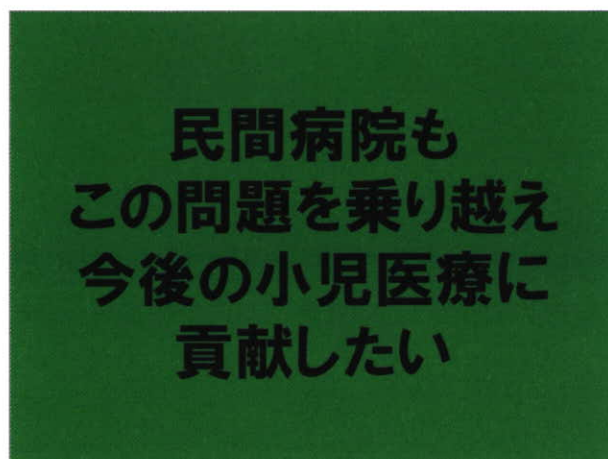


図 35

先ずこの危機を乗り越える為に保護者の皆さん、一般の方々にもご協力願いたいと思っています。それは救急と夜間診療、救急は安全の為にやります。夜間診療は便利の為にやられる

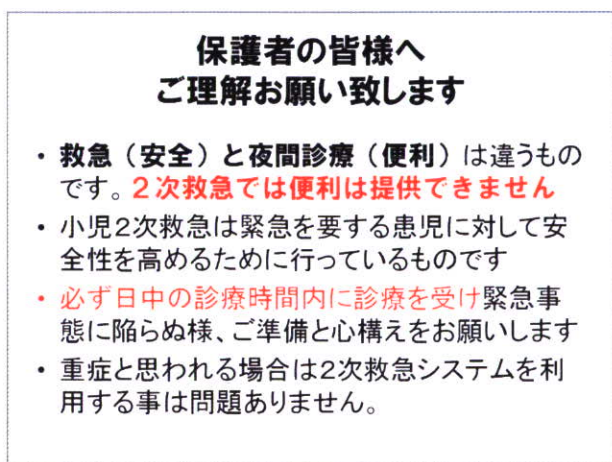


図 36

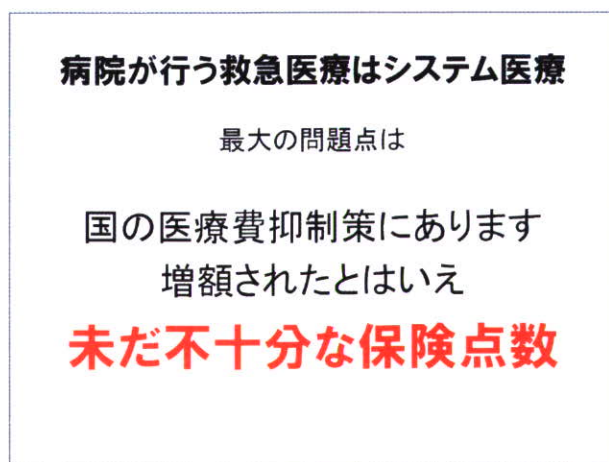


図 37