

ていると思います。これは違うものでしっかり区別していただきたいと思います。我々2次救急病院が行っているものは2次救急それは便利の為の提供では無いということです。安全の提供です。是非具合の悪い方はかならず日中の診療時間内に診療を受けて、それで夜間緊急事態に陥らないように充分指導を受け、ご準備と心構えをお願いしたいと思います。勿論重症の場合には2次救急システムを利用することはなんら問題ないと考えております。

そして最後に病院が行う救急医療はシステム医療なのです。これは医者1人でやっているのではなくて、何人も人間が関わります。最大の問題点は国の医療費抑制政策にあると考えています。これは増額されたといえ未だ不十分な保健点数、医療収入です。

システム化した医療は人と物とお金がなければ動けません。なにも出来ません。

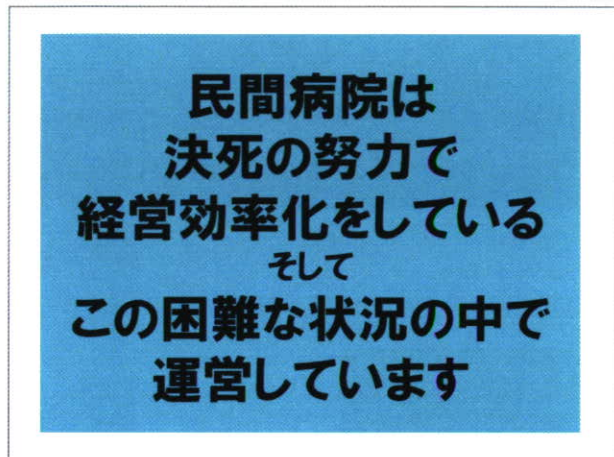


図 38

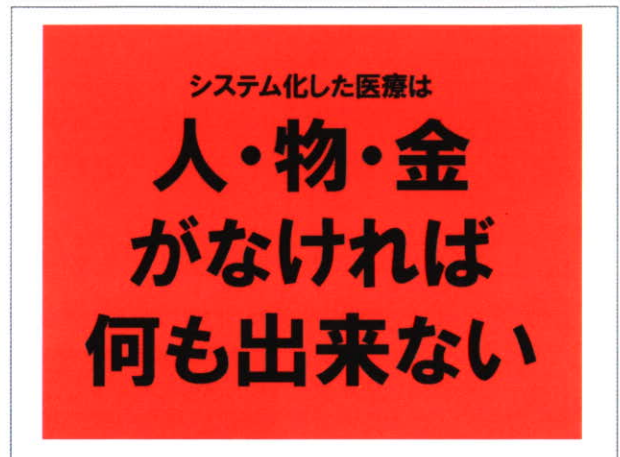


図 39

最後に医療法人も小児救急に参加しています。小児2次救急を行っている私的病院にも公平な財政支援ときめ細かなご配慮をお願い致します。以上です。

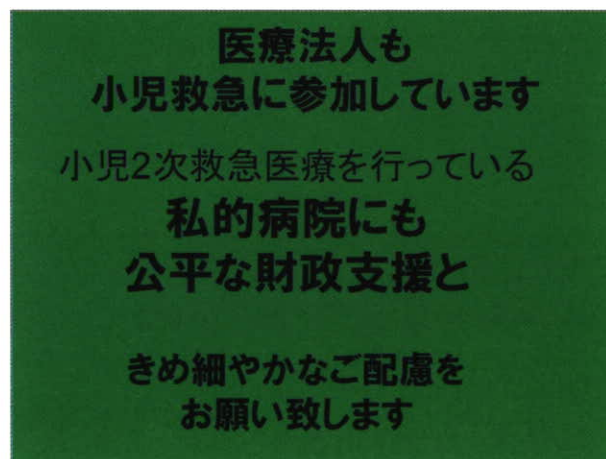


図 40

救急現場からみた小児救急

関根 正明

さいたま市消防局警防部救急課

救急現状から見た小児救急ということで、消防局の関根です。よろしくおねがいたします。小児救急につきましては、小児科医師が堅調な増加をしているなかにも関わらず、小児救急現状におきまして、主に乳幼児の受診ニーズがたかまっており、平日の夜間や休日という、特に

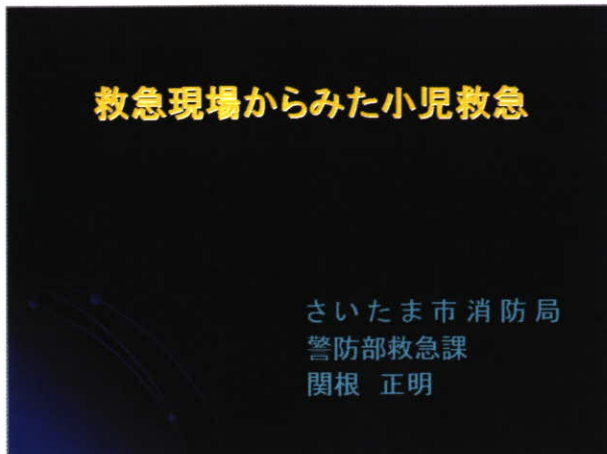


図1

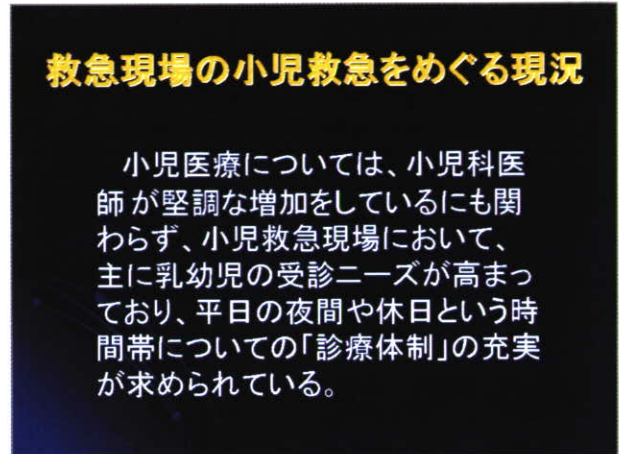


図2

時間帯についての診療体制の充実が求められています。と同時にいま先生方が発表があった通り、小児科の先生方が不足しておりまして、私達救急隊としても搬送する病院に苦慮している現状はあります。

これは小児科が占める救急割合です。さいたま市の18年中の搬送人員は46,085人、成人が41,313人、小児が4,772名、総の10パーセントが小児救急が占める現状であります。

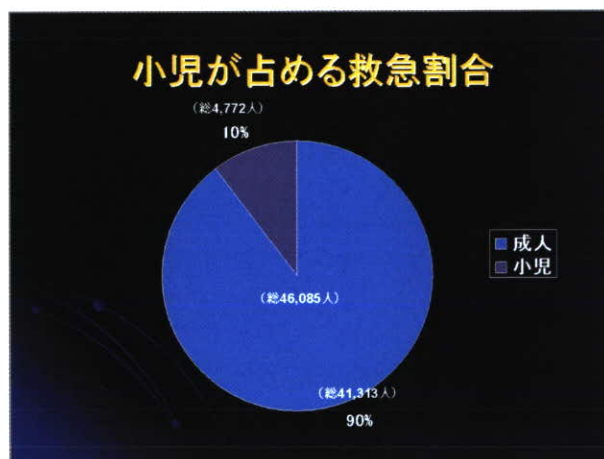


図3

小児救急と成人救急の事後死別ですが、小児救急につきましては、急病が50パーセント、成人は64パーセント、一般負傷、けが等では27パーセント、成人が11パーセント。交通事故小児が14パーセント、成人も14パーセント。転院搬送が、小児な7パーセント、成人が7パーセントというような状況になっております。

小児と成人の救急の傷病の程度ですが、これにつきましては小児が84パーセントが軽症と判断をされております。次に中等症、入院を要するものが15パーセント、重症につきましては

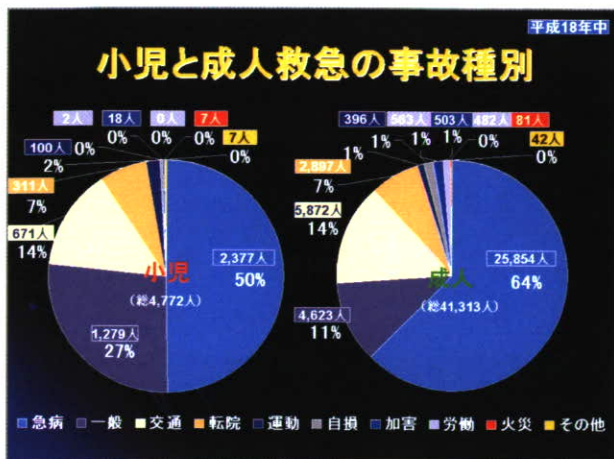


図 4

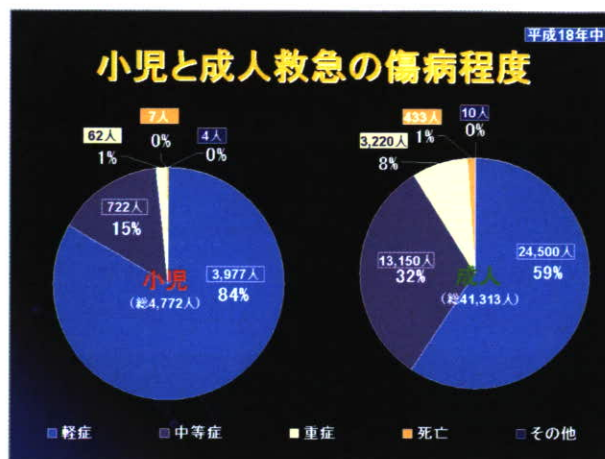


図 5

は 7 人、0 パーセントになります。それに比較しまして成人につきましては 59 パーセントが軽症、中等症が 32 パーセント、重症が 8 パーセント。そのような状況になっております。

小児医の診療時の初診時名から、検証救急についてちょっと分析をしてみました。熱性痙攣、発熱、痙攣、異物誤飲、分娩、その他と区分いたしまして、熱性痙攣につきましては、4772 件のうち 919 人の 19 パーセントが熱性痙攣、次に痙攣のみこれが 260 人で 5 パーセント、

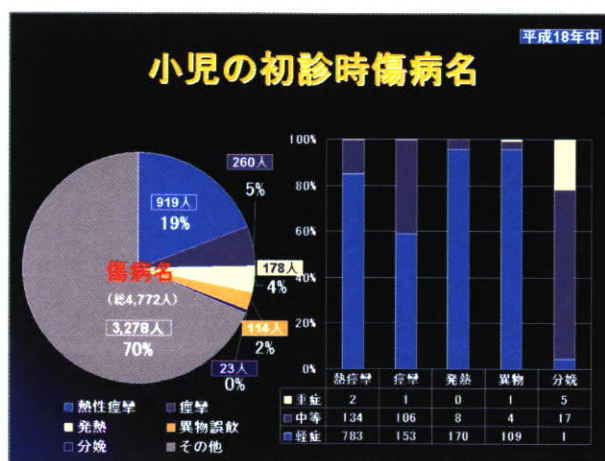


図 6

発熱 178 名で 4 パーセント。異物の誤飲 114 人で 2 パーセント。そういうような状況になっております。それをもう少し詳しく分析しまして、熱性痙攣、痙攣、発熱、異物誤飲につきまして、重症、中等、軽症というふうに調査してみたところ、熱性痙攣につきましては、軽症は 783 名で搬送人員の 85 パーセントが軽症となっております。痙攣のみの傷病人につきましては、153 名、58 パーセントが軽症です。発熱につきましても 170 名、95 パーセントが軽症。異物につきましては 109 人、95 パーセントが軽症となっております。この分娩につきましては中等の方が 65 パーセントが中等、入院を要するのというふうな救急事故ないの搬送関係となっております。

小児と成人の救急の事故死別の発生場所について、調査、分析をしました。小児救急につきましては、住宅の部屋の中で 55 パーセント発生率、風呂場が 1 パーセント。トイレ 0 パーセントですが 11 人、住宅のその他で 4 パーセント、公衆で 22 パーセント、道路で 16 パーセント。ほとんどが住宅の部屋の中と。これについては成人救急も同じような比率であります。

医療機関までの収容時間ですが、これにつきましては 10 分以内、20 分、30 分、40 分、

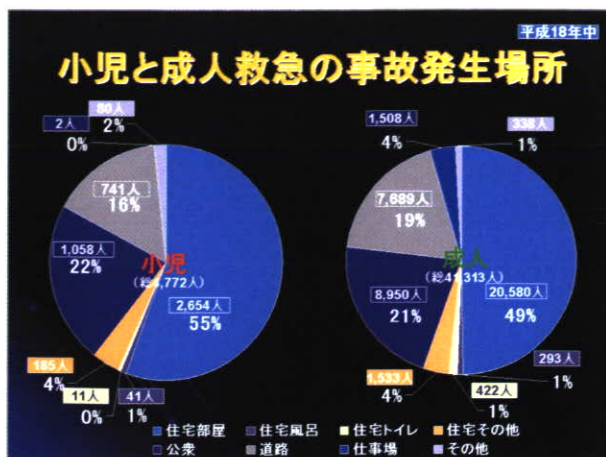


図7

50分というふうに調べましたところ、おおむね30分以内で医療機関に搬送できるのが68パーセントの小児救急につきましては、救急発生各地から先生方の手元にお届けするのに68パーセント、30分以内で搬送出来ていることになります。それに比較しまして成人救急につきましては、おおむね58パーセントとなっております。

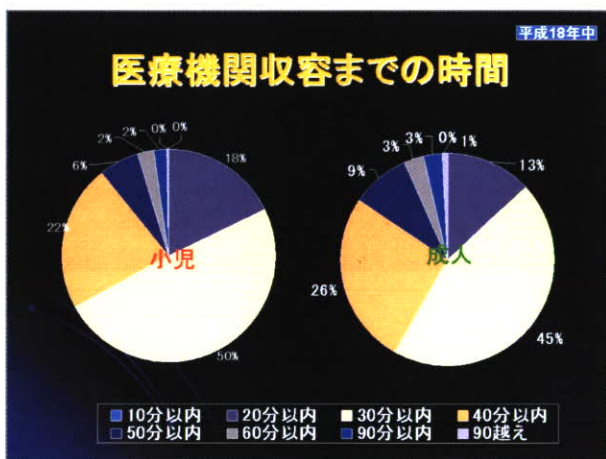


図8

医療機関収容までの時間に要した理由につきましては、病院選定につきまして、小児が33パーセント、成人が39パーセントという状況で時間を要しております。この時間につきましては各地から現着までが20分、病院収容までに60分掛かった事案、これを時間を要した事

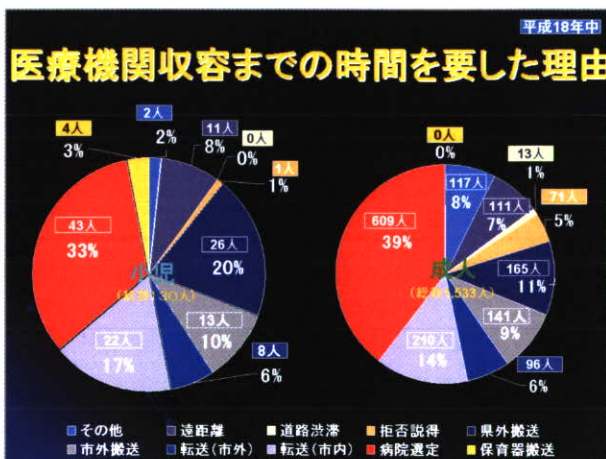


図9

案というふうに考えました。33パーセントの小児救急で、なんでこんなに多いかというのと、先ほども発表させていただいた通り、搬送先医療機関、収容して診ていただける病院が決まらずに、現場で30分以上待機するケースが多いことを示します。その他は小児救急ですので、保育器搬送、県外搬送、埼玉県内では小児の特殊疾病等について診ていただけない為に県外搬送、これかについて時間を要しております。

出動から医療機関までの距離につきまして、10キロ以内、50キロ以上、おおむね82パーセント以内10キロ以内で救急事故発生場所から医療機関の方には収容は出来ております。

救急事案の発生時間をみますと、小児救急につきましてはこれが平日9時から17時までの時間帯33パーセント、こちらが17時以降翌朝の9時前までで、時間的に24時間で割りますとおおむね、8時間、8時間、8時間ということは、24時間先生方は寝ずに救急車を出迎えていただいているというふうことになろうかと思えます。

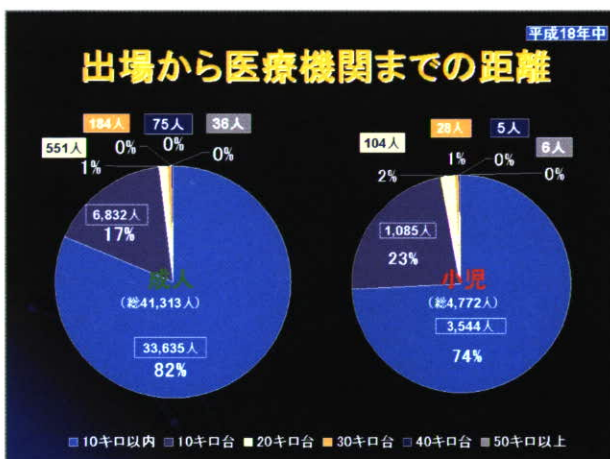


図 10

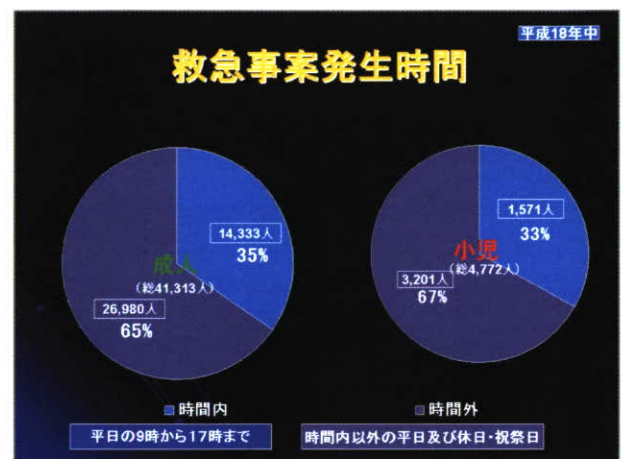


図 11

これは平成17年値のものになってしまうのですが、月別の事故死別、年齢別の件数です。1月から12月まで、黄色が急病、赤が交通、一般負傷が橙色です。急病につきましては、1月、2月、3月多く、7月8月、それから11月が多い状況になっております。これは小児から成

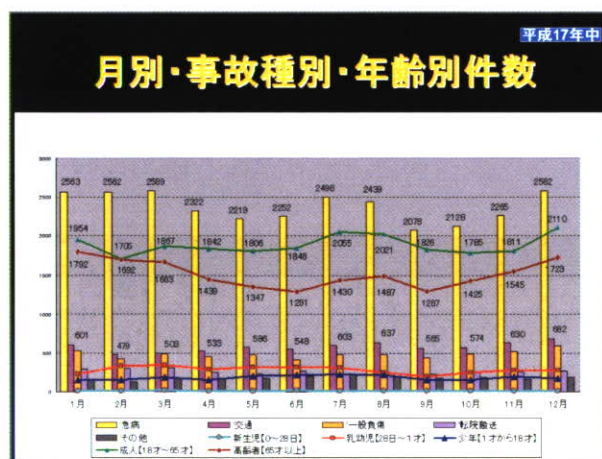


図 12

人全部合わせた、合計のボウグラムです。インフルエンザ、熱中症、等が考えられます。交通事故につきましては、1月、5月、7月、8月、11月、12月これが非常に大きくなっておりますので、7月、8月が多い状況については学校が休みの時、12月、1月についても同じようなことが考えられます。それとこのグリーンにつきましては、成人の年間の救急件数、これ

は老人 65 才以上ですね。小児、新生児についてはおおむね一年間を通してそんなに月別には多い、少ないはみられません。

これを月曜から日曜まで一週間でみますと、同じく月曜急病が多く、日曜急病が多いと。交通については平均、土曜日が若干多いというような状況を示します。これらについては、土日遊んだ方が月曜に病気になるといような状況が考えられます。ただ、月曜から日曜まで年間通して同じであったのですが、今日に救急については横棒、増減はありません。

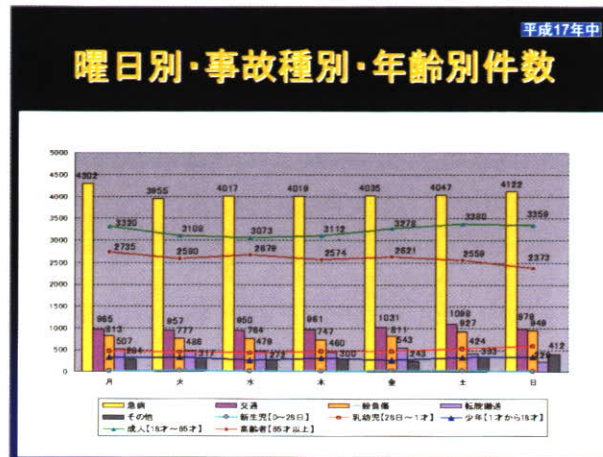


図 13

これについては、時間的経過を表します。0時から24時までを見ますと、9時が一番ピークです。6時から11時位、これに成人救急と老人救急が一気に上がってきまして、それから下がってきまして深夜を迎えるというふうな状況になります。先程小児救急で言いますと、9

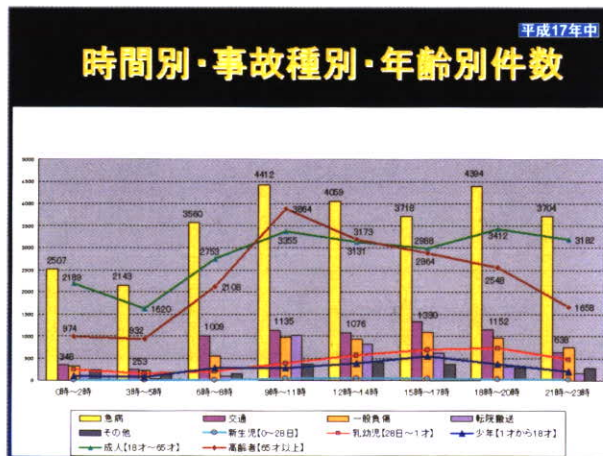


図 14

時からこの時間からこの時間までちょっと高めに上がっていきましてずっと深夜も続きます。ここまで減ることなく一日 24 時間フルタイムで先生方は救急車を診ていただいているというふうな状況になります。

救急現状における小児救急についてよく見ますと、救急隊からみますと熱制瘧、これにつきましては救急車が到着するとおおむねおさまっている場合が多い。発熱による応急手当、これについても応急処置はなされていない。異物誤飲については、不注意のことが多い。これについては良く見ますと、たばこを吸ったお父さん、お母さん方がそのまま忘れてしまう。お薬を子供ののびる所にそのまま置きっぱなしにしてしまう。そういったことが非常に救急活動の事例のなかには多いです。不慮の事故についても不注意が多い、例えば、幼稚園、保育園で救

救急現場における小児救急

- ① 熱性痙攣は痙攣が治まっている
- ② 発熱による応急手当がなされていない
- ③ 異物誤飲は不注意によるものが多い
- ④ 不慮の事故は不注意によるものが多い
- ⑤ 時間外診療要請が多い
- ⑥ 曜日、月ごとの件数に変わりはない

図 15

急要請があると雲底から落ちた、段差つまずいた、すべって転んだ、上に置いてあった荷物が落ちた、というふうなものが非常に多いです。それとあと小児救急におけるについては時間外診療時間の要請が非常に多い。ただ小児救急の特徴としては日曜、月ごとの件数についてはあまり変わりはく 24 時間。

今後の救急についてのことですけれども、今のことを考えますと、小児救急の応急手当講習をもう少し実施した方が良いのではないかと、先程パンフレットを提示していただきましたけれども、先般神戸の日本臨床救急医学会で発表もありました。あのパンフレットを母子手帳と

今後の小児救急

- ① 小児事案の応急手当講習の実施
- ② 母親学級・乳児検診時の育児指導
- ③ 保育園・幼稚園・小学校での育児指導及び応急手当講習の実施
- ④ 小児救急電話相談（#8000）の推進
 - ・携帯電話の活用
 - ・深夜帯の実施
 - ・小児救急電話相談の広報

図 16

同じような形態にしまして、母子手帳の中に納められるような形にしたならば、お母さん方が母子手帳の中に納めていただいて、何かの時にそれを見る機会が多かったとそういうような発表もありました。そういったことにともないまして、②で母親学級とか、乳児の診断時の育児の指導。やはり愛する子供を育てるのですから、そういうところにもそういった不注意による事故、それから応急手当、等々の指導をもう一度徹底をしたほうが良いのではないかと。それと後は保育園、幼稚園、小学校での育児教育の指導。これについても、先生方も一生懸命子供を育てる為に見ていただいておりますが、やはりそうではなくもう少し子供に対しての応急手当その他もろもろについての指導を実施をしていけば良いのかなというふうに思います。それから埼玉県でも 6 月中に小児医療電話でシャープ 8000、先程お話をさせていただきましたけれども、月曜から金曜の夜間と土日。さいたま市でも土日、あと年末年始、これについては 6 月 2 日から小児救急相談電話を始めさせていただきます。出来れば市民の方々につきましては、常日

頃消防でも行っております救急手当等々に参加をしていただきまして、通常の熱発とか痙攣時の応急手当、そういったものを身につけていただきまして、心配であればこういった小児医療電話に相談していただいて、病院に行かなくても済むものもちろん緊急を要するもの、心配であれば救急車を使ってもらって、先生方の下に搬送させてもらっても結構なのですが、そうでないものについては、先程市立病院の先生が言っていた通り、軽症の患者さんを診ている、軽症の方々を救急車で搬送している間に重症の傷病者が発生して、そちらの方に、さいたま市26台救急車があって、プラス6台の予備車では対応出来ない場合がありますので、そういった時に対応出来るよう応急手当を学んでいただきたいというふうに思います。小児救急の電話相談につきましては、全国で未だやっていない所が16あります。夜中の受診については全国で2都府県しかやっております。これらについてもう少し行政側の方としても、一般市民の方々の不安を解除する為に24時間の小児救急電話、これによって小児科の先生方の軽症救急に対する対応も少しは緩和されるのかなというふうに思いますので今後努力の必要を要するというふうに考えます。

まとめとしまして、予防救急の充実と市民医療、行政のコラボレーションということで、先日お坊さんとちょっとお話をさせてもらう機会がありまして、人間というのは生を受けたらば死に向かって歩み出す、さいたま市の救急隊には良く言っているのですけれども、その死に向

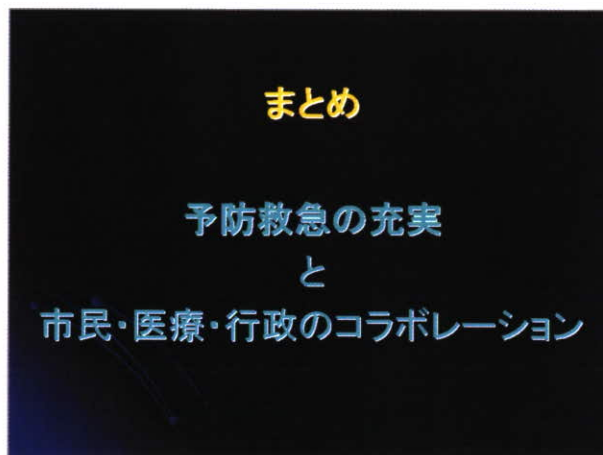


図17

かって歩み出している一般市民の方々の生命を護るのが我々の救急搬送であろう。その死に向かって、その死を一步でも、一日でも二日で何か事努力をさせていただいて、長生きをしてもらう、市民の為に繋がるというふうな予防救急の充実と市民の方々が医療のことを分かっていたら、消防は市民と医療のことを分かって、相まってるコラボレーションすることによって、小児の救急医療を今後発展させていくことが出来るのではないかとこのように思います。以上です。

マスコミからみた小児救急体制

川嶋 三恵子

読売新聞社

読売新聞の川嶋と申します。今は政治部というところにおりますが、昨年の秋までさいたま支局におりまして、読売新聞の埼玉版で小児救急をはじめ地域の医療問題について取材をしていました。今日はこういう場を与えていただきましてありがとうございます。今まで現場の先

メディアから見た埼玉の小児救急

読売新聞記者
川嶋 三恵子

図1

生方からいろいろな地域の生々しいお話がございました。私は先生方の話を聞いて取材する立場でありまして、そういった細かいところまで報告を申し上げることは出来ませんが、記者として見た埼玉県の小児救急の現状をお話させていただければと思っています。

これは私が2005年の秋頃に小児救急の連載で書いたテーマです。7回記事を書きまして、その第2回、3回、4回で勤務医不足、コンビニ化、不採算、こういうテーマを取り上げました。今から思ってもやっぱりこの三つの問題、勤務医不足、親の理解の不足によるコンビニ化、経済的な不採算というところが今の小児救急の問題として集約されるのではないかと考えています。

この記事を書いた後、小児科の女性の先生からメールをいただきまして、この先生からのメールに私は今の小児救急の問題点が集約されているのではないかと考えています。ちょっと長くなりますが、簡単に抜粋を読ませさせていただきます。

安心のカルテ@埼玉 (第2部小児救急)

- 親たちの叫び 「娘の脳症 もっと早く」
- 勤務医不足 「患者集中 負担増え疲弊」
- コンビニ化 「夜になって駆け込む親」
- 不採算 「薬は少なく入院も短期」
- 小児ICU 「“救命の砦”県内に築け」
- 周産期医療 「施設少なく県外へ搬送」
- 新たな模索 「診察分担へ集約と連携」

図2

小児科女医からのメール

- 親(患者側)の理解
- 病院による職場環境の整備
- 政治、行政の調整機能
- マスコミ報道のあり方

図3

<読売新聞殿、私は最近まで救急病院で小児救急を担当していた30代小児科医です。トイレに行く時間も、食事を摂る時間もなく、10時間以上ブースに座りっぱなしで患者を診察しても、それ以上に受診希望者が多いため、2, 3時間の待ち時間はあたりまえでした。決してお待たせしたくて待たしている時間ではありません。私達の限界です。命に関わるような重症患者。他院からの紹介患者、外来での採血、点滴、画像検査、入院を決定した場合は病棟指示業務。時間がかかります。救急受診を必要としない患者たちがこれらの患者以上に集まります。機嫌の悪いご両親のお相手をするのは医療行為以上のストレスでした。待ちたくないのは当然、私たちも待たせたくない。でも精一杯の結果の待ち時間。患者を制限せず、みんなを診てあげたいがための待ち時間。心の中で怒ってもいいから、診察室に入って文句を一番に口にするのはやめて欲しい。>

これは親御さんへの理解を強く訴えている言葉でした。また、この女性の小児科医は勤務体制のことについても触れています。もしここに病院の幹部の方がいらっしゃれば是非強調しておきたいのですが、私は病院内での勤務体制の充実ということも各病院で取り組んでいただきたい課題だと思っています。そういった指摘の部分も読み上げさせていただきます。

<寝る時間もなく、12時間以上の当直勤務が終わっても、平日はそのまま外来や病棟患者の対応、日中の救急当番が回ってきます。この当直が月に6回から8回です。土日のうち月に3回は勤務でつぶれます。病院に出勤しない日は月に2, 3日しかありませんでした。平日に振替の休みをいただくことも出来ませんでした。熱意をもっている人たちも限界がやってきて、救急現場から去っていきます。研修医たちは私たちの疲労を近くで感じているため、子供たちを診るのはやりがいがあるけれど「自分には無理」といって小児科を避けます。選挙では市民に対して「小児救急の充実を。小児救急病院を増やす」とアピールしていた政党がありました。私たち小児科医が救急現場を離れていく現実の中、ハコものを造っても診療は誰がするのでしょうか。小児人口は減っているかもしれませんが、都市部での小児救急受診患者数は確実に増えています。そして、マスコミはご両親の不安ばかりを煽っていませんか。小児の症状は判断が難しいため早く病院を受診しろ、小児科医がいる病院をしろと。場合によっては間違っただけではないかも知れませんが、でも救急がパンクしそうな現状で、ご両親の不安ばかりを煽る報道はやめてほしいです。それよりも平日外来を受診することの大切さや常備薬を使用することの大切さを広めてほしいです。私たちを潰さないで下さい。>

こういうメールをいただき、私も非常に考えさせられましたし、こういう小児科医の先生達を潰してはいけない、そのためには何か私たちが行動していかなければいけないのだと思いました。やはり親の理解に加えて、病院による職場環境の整備、小児科医を増やすのは難しい現状はよく分かっていますが、やはり個々の病院で労働環境を整備されていく努力も必要ではないかと思っています。そして、政治、行政は約束を語るのではなく、地域の方にも理解を求める調整機能を果たすこと、そして私たちのマスコミ報道の在り方も問われているのだと思います。

次は埼玉県内の状況についてお話します。私が取材を通じて考えた、今後の埼玉の小児救急医療を改善するにあたってのキーワードをいくつか提案したいと思っています。

これは埼玉県ホームページにも掲載されておりますが、保健医療圏の地図です。埼玉県の場合、地域の方はご存知だと思いますが、国道16号線を挟んで、県南部と県北部で地域の事情が分かれています。

保健医療圏



図4

南北格差

| | | | | | |
|---------|-----|------|-------|----|-----|
| 東部(北) | 68 | 16.4 | 比 企 | 13 | 5.8 |
| 東部(南) | 66 | 7.8 | 秩 父 | 9 | 7.7 |
| 中央(北) | 112 | 7.1 | 児 玉 | 2 | 1.4 |
| 中央(南) | 73 | 10.1 | 大 里 | 30 | 7.7 |
| 西部第一(東) | 92 | 9.2 | 利根(北) | 18 | 6.8 |
| 西部第一(西) | 57 | 8.8 | 利根(南) | 22 | 6.5 |
| 西部第二 | 41 | 10.9 | | | |

図5

埼玉の一つのキーワードは南北格差だと思います。この表では、主たる標榜科に小児科を掲げている先生の数を左側に記しました。その横の小数点が付いた数字は人口10万人あたりの小児科医数という形になっています。これをご覧くださいますと、右側の児玉や利根、比企など県北部の方でいかに小児科の先生が少ないか、一方で県南部の方ではそれなりの人数が確保されているということが分かるかと思います。

つまり、地域によって小児科医数さえ異なるのですから、地域ごとに問題を解決していく知恵が私は重要だと思っています。県北の場合ですと小児科医数は極めて限られており、さらに先程土屋先生からもお話があったように、やはり地域が非常に広い範囲にまたがっております

【県北】

▽限られた小児科医数

▽広範囲

→内科医も含めた協力体制

→初期から二次へ、二次から三次へ

参考:鹿児島県「鹿屋方式」

図6

ので、そうした特性を踏まえた問題解決を探るべきでしょう。私自身は、県北の場合は開業している内科の先生も含めた協力体制が不可欠だと考えています。小児科医の数が限られているなかで内科医の先生に1次初期救急を分担していただいて、そこから2次に転送する、あるいは2次から3次に転送するという仕組みを構築すべきではないかと思います。私も取材に行ったことがあります。鹿児島県の鹿屋市というところで進めている「鹿屋方式」と言うのがございます。ここは基本的には内科と小児科の診療所の先生方が当番医を組み、県立病院は初期救急は診ず、当番医の先生方から紹介された患者に集中するという形になっています。こうしたモデルケースを参考に例えば、深谷日赤が2次、3次救急を担当することにして、初期救急は内科の先生で協力体制を作っていくという体制が今の埼玉県北部の状況には合致しているのではないかと思います。

【県南】

▽医療体制は比較的充実

▽若い世帯多く、都市型対応が必要

→夜間・休日の対応の拡充

→「拠点型」

参考：大宮医師会市民病院

図7

一方県南のほうは、小児科の先生も比較的数は多くいらっしゃいますし、病院の数もそれなりに分散して満遍なく配置されていると思います。ところが、都市型の住民が多いので、コンビニ化というような現象は県北部と比べると顕著になっています。夜間や休日の小児救急医療体制の拡充が求められていて、それをいかに効率的に進めていくかが課題だと思います。これについては安田先生、羽鳥先生の所で進められている、大宮医師会市民病院の取り組みというのが私は埼玉県では非常に素晴らしい取り組みだと思っています。ご存知の方も多いと思いますが、地域の開業の先生方が拠点となる大宮医師会市民病院に出向いて、交代で夜間、休日の診療を担当しているわけです。そこには病院の先生も後ろに控えていて、いざという時の入院体制も確実に取れています。これは都市部の住民にとっては、医師会市民病院に行けば診てもらえるという安心感につながり、かつ勤務医の方の負担も軽減することができ、都市部では理想的な形であると思います。さらに、医師会市民病院が素晴らしいのはそれなりの期間に渡って構築されて、継続されていらっしゃると思うところだと思います。継続によって住民も安心感を持つことができます、今後も継続していただいて、またさらには県南の他の病院でもこういう取り組みを広げていただくことを期待しています。

話がそれますが、いま私は東京本社の政治部で取材をしております、厚生労働省の医療政策を目にすることも多いのですから、ちょっと触れさせていただきます。05年8月に医師確保の総合対策が出来まして、それを受けて、翌年の通常国会で医療法などの改正がされました。

ちなみに

厚生労働省の医師確保対策

- 05年8月「医師確保の総合対策」
- 06年通常国会 医療法等の改正
- 06年8月「新医師確保総合対策」
- 07年度予算で関連予算を計上
- 今月、政府・与党「緊急医師確保対策」

図8

その同じ年には、新医師確保総合対策というのが出来ました。いったい何が違うのだろうと読

んでもあまり良く解らなかつたのですが、それを受けて今年度の予算で関連予算を計上しています。国をしてもそれなりに力を入れているけれども、やはりこれまで対策をしてもなぜ物事がうまく良い方向に転換していかないのかということを考える必要があると思います。

さらに、今月には政府・与党緊急医師確保対策という新しいものが出来まして、この中身というのは数日前に読売新聞、朝日新聞等で報道されましたが。医師派遣システムの構築、女性医師の働きやすい職場環境、病院勤務医の勤務環境の整備など6項目になっています。こう

政府・与党緊急医師確保対策

- 医師派遣システムの構築
 - 女性医師の働きやすい職場環境
 - 病院勤務医の勤務環境の整備
 - 臨床研修病院の定員の見直し
 - 医療リスクに対する支援体制の整備
 - 医師不足地域の医師養成数の増加
- 医療費の議論は避けて通れない

図9

いう6項目の対策が打ち出され、政府・与党、国全体で政治家も含めて医師確保対策が議論されるということは、国の危機感の現れでもあると思いますし、それだけ小児科の現場の先生方の声が伝わって来たということではある、と思います。

しかし、やはり対策を作るだけでは物事は動かないので、これからどうやって進めていくか、今まで出尽くしてきた議論をどうやって現実のものとして動かして行くかということを考えるべき時にあるのだと思っています。やはり先立つものは金ということにもなりますし、医療費の議論は避けて通れません。私たちはいったいどこまでのものを求めて、どれだけの負担をするのかという議論も必ず必要だと思っています。先ほど乳幼児医療費助成の話がでましたが、安く受けられる医療を求めていくのか、あるいはある程度の負担をして私たちが望む医療を求めていくのか、国民全体でコンセンサスを作って行くべき時にあると思っています。

話を戻しますと、国もいろいろな対策を作りつつあるし、小児科学会でもいろいろな解決策を提案されていますが、結局は自分たちがどうするのかということに尽きるのだと思います。私が埼玉県内で小児救急の取材をしていたときも、皆さんいろいろ厳しい現状を訴えられるの

埼玉ではどうするの？

現状:いつか、きっと、だれかが、やってくれるはず
国、県、市町村？
医師会、病院？ 市民…？

→地域のリーダーの力が必要

図10

ですが、じゃあどうすれば良いのかという話になると「きっといつかは誰かがやってくれるはずだ」と、できれば国がやってもらいたい、県がやってもらいたい、これは市町村がやるべきだと、いや医師会にもちょっと協力してもらいたい、やっぱり病院が中心になってやるべきだという堂々めぐりになってしまいます。結局いったい誰がリーダーシップをとってやるのかというところは、私が取材をした方でほとんど明快な答えをもっていらっしやらなかったのです。結局ここに集約されると思うのですが、そうではなくてやはりその地域として、皆さんの力を結集して動いていくことが必要であると思っています。逆に言えばその地域の力を結集して行くことさえできれば、地域の小児救急の問題というのは改善されると思っています。皆様方きつといつか誰かが何かやってくれるはずではなくて、埼玉県の小児救急を良くするために皆一人一人がリーダーとなって、力を集めて物事を動かしていただきたいと思っています。御静聴ありがとうございました。

患者家族の目からみた小児救急体制

谷中 照枝

市民の医療ネットワークさいたま

ご紹介いただきました、市民の医療ネットワークさいたまの谷中でございます。私達の会は旧浦和市、大宮市、与野市、今のさいたま市で15年位活動している自分に合うホームドクターを探す為のリスト作りとかお医者さんと話す会等の勉強会をやってきた市民のグループです。今日は小児救急を考えるフォーラムですけれども、小児救急の問題というのは単に医療の問題ではなくて、少子化という国全体の問題を解決する為に緊急に改善しなければいけないことだと思っています。今まで話して下さった先生方のお話を聞けば、本当に救急医療を担って下さっている先生方というのは危機感と募らせていらっしゃるし、本当に悲鳴にも似た声を聞くこともあります。だからといって、私達患者、家族、市民の側から、じゃあ夜間救急では小児科はいりませんかとか救急体制で崩壊しまってもかまいませんとか言えないのです。やはりあくまでもこうあって欲しいと言う要求を出していくことも市民の役割であると思っています。私達市民の医療ネットワークさいたまは2001年に埼玉の救急医療の大探検というのに取り組みました。埼玉県の後援で夜間休日医療、救急医療の実際がどうなっているかというのを市民ボランティアを募りまして実施いたしました。2002年1月に医療サミット埼玉2002、ということでその結果を踏まえて、「知っていこう埼玉の救急医療の実際」というサミットを開催しました。大探検というのは簡単に申しますと市民ボランティアの方たちを募って239の県内の救急告知医療機関の内、150を実際に訪問いたしました。後の訪問出来なかった89の施設に関しては郵送とか電話で救急医療に関するアンケートというのをお願いいたしました。ボランティアの皆さんが何回も足を運んで下さったり、電話をかけて下さったりして、113の医療機関から回答を得ることが出来ました。本当にその節は皆さんにお世話になったと思っています。その取り組みの中で私も実際に行きましたけれども、幾つかの病院を見比べることが出来まして、各々の病院の違いとか様子だとか、それから対応の違いというものを直に感じる事が出来ました。その中で本当に救急医療に対して問題意識を持っていたり、危機感を持っていたり、院長先生だとか事務局長さんとかのお話を直に聞くことが出来て、かなり埼玉県における救急体制の実体というのを知ることが出来たと思います。その当時よりもさらに現状は厳しくなっていると理解しております。2001年の時点でもすでに救急指定を受けていてもそれを返上したり、今後返上するつもりであるという病院もありましたし、実際に救急指定ということ掲げている、その機能を果たしていない病院も幾つかありました。やはり夜間というのは医師が一人になることが多くて、私が子供の頃でしたら、夜間救急だったら行って当直の先生に診てもらえば、患者側も納得していたのですけれども、今は夜間救急であっても専門医に診てもらわないと満足しないという社会情勢があると思います。これは少子化ということで、子供の数が少ないということもあると思いますけれども、やはり親御さんの心配というのが大きいのだと思います。それから、実際に探検をやってみて先生方のお話を聞いてみると本当に救急部門というのは、赤字部門なのですね、でもそういう厳しい中でも現場の先生たちや病院の努力で本当に救急体制が維持されているというのを肌で感じました。皆さんがやっぱり強く求めていらっしゃるの行政からの財政的な援助でした。そういう努力の中で現在の救急医療が行われている。今までずっとお話を聞いても分かると思うのですけれども、それ

がほとんど患者とか医療を受ける側の市民に伝わっていないのですね。テレビの報道とかセンセーショナルに煽ったりしますけれども、実際の姿とか何が足りないのかということがほとんど伝わっていないと思います。やっぱり私達市民が救急になった時に安心して受けられる医療サービスということでは、市民、医療者、それから行政がちゃんと話し合っていくことがすごく大事だと思うのです。埼玉県では医療対策協議会というのを設置しましたから、そこで現場の先生、医療者や市民の声を良く聞いて動き出してくださることを大いに期待しております。他のパネリストの方からも随分出ておりましたけれども、初めに中澤先生がおっしゃったところはかなり網羅されているのですけれども、私達が大探検を通して、提言としてまとめた点が8つあります。お手元の資料にもありますけれどもそれだけ読ませていただきます。1.) 救命救急専門医が常駐する救急指令センターを設置する。救急指令センターは全県をカバーし、救急車とのやり取りを行いながら搬送先医療機関を決める振り分け機能を果たす。2.) 現在ある第3次救急医療機関の機能をさらに充実する。第1次、第2次の医療機関を常にバックアップできる体制を取れるように積極的な財政援助を行い、その機能を充実させる。合わせて第2次救急医療機関の若い医師達の救急研修を実施する。3.) 第2次救急の輪番制を充実する。公的病院の役割を明確化して輪番制に組み込み、第2次救急医療機関の輪番制を充実する。その為の財政支援を強化すると同時に輪番日の医師数、技師数など医療体制基準を決め、その役割をきちんと果たすようにさせる。また救急医療県ごとにバランスの取れた専門家別の当直体制となるようにする。4.) 小児医療センターの設置、夜間休日にどんな患者も受け入れる小児医療センターを設置し、第2次、第3次救急医療機関との連携で振り分け機能を果たすと共に、単なる時間外受診者のニーズにも答えて本来の救急医療の妨げにならないようにする。設置にあたっては県が資金を負担して建設し、運営は医師会、救急指定医療機関等の意向を尊重してそのあり方を決定する。5.) 精神科救急受け入れ施設の設置。第3次救急医療機関に準じて精神科救急受け入れ施設を設置・指定し、受け入れ態勢を整備する。6.) 医師会の協力と連携。当直医の翌日の連続勤務を避けるように、救急医療機関の昼間診療に地域の医師会の会員が輪番で当該医療機関に勤務する体制をとる。7.) 救急ポスターの配布。救急時の医療機関一覧、連絡先等誰にでも分かるように救急医療圏ごとの救急ポスターを作って全戸配布する。合わせて、i-モード等による情報提供を充実する。8.) 救急に対する市民の啓発。母親学級、妊婦講習会、幼稚園等の保護者会、中学校・高校の保健の時間などに救急に実際関わる医師、看護師、救急救命士、保健婦などを講師にして、埼玉県における救急医療の実際や利用時の心得、救急医療教育を行う。先程関根さんもおっしゃっていましたが、本当に教育をしていかないといけないということは感じております。患者家族側にも目に余る言動があることも承知しております。ただ夜間診療がすごく増えてコンビに化しているとか言われていますけれども、これだけ働く女性が増えて核家族化がしている中で、特に女性の場合は非正規の職員という場合多いのです。そういう中で平日休んで子供を病院に連れて行くというのが難しくなっているという現状もあると思います。やはり工藤さんのお話などを聞くと、本当に厳しい現状の中で頑張っておられる先生方を責めるつもりは全然無いですし、患者側とか消費者、こちらの市民側が本当に勉強しなければいけないということをお話を聞いていて痛感しております。さっき安田さんが嫌いだとおっしゃった、立ち去り型サボタージュと言われる現状も実際にありますし。今申し上げた8項目のことにしましては2002年当時の土屋県知事と山崎埼玉県医師会会長に提言として提出させていただいております。最初に中澤さんがおっし

やったように考えていらっしゃるということを知ってすごく心強く思いました。やはり今はそういうトラブルとか医療事故が増えている中で、お医者さん個人の責任になることがすごく多いと思うのです。何かトラブルがあった時にそれではますます先生が辞めていく原因になると思うので、そのトラブルについて調査や調停、仲裁を行う第三者機関を設置して迅速な解決を図っていくということ、そして先生個人に負担を負わせないという体制作りも大切だと思います。あくまでもこれは私達市民が自分達で考えた意見ですけれども、これから本当に崩壊してしまうかも知れないという救急体制の中で頭から出来ないというふうに決め付けずに、何が出来るかということを知っていただきたい。特に県や国の機関の方々には本当に現場を知らない人間が考えて、トップダウンで降りてきたことというのは現場に負担を掛けたり、結果的に財政的な無駄を生むことが多々あるのですから、必ず現場の人の話を聞いて対策を考えて欲しいと思うのです。現場で働く先生方の意見を元に考えていただきたいと思っています。今回防衛庁が防衛省に昇格したりして、予算を取るのは大変なことになって来るのかも知れないですけれども、本当に最初に言ったように少子化というのは国の問題ですから、予算を取ってくる立場にいらっしゃる行政の方は本当にしっかり予算を取ってきていただきたいし、取ってきた予算については無駄のないように使っていただきたいと思っています。市民としましても少しでも早くこういう現状が解決出来るように協力しますので、これからもよろしくお願いしたいと思っています。以上です。

埼玉県医療状況・・・主として小児救急

宮山 徳司

埼玉県保健医療部長

埼玉県保健医療部の宮山でございます。私からは行政が現在受け止めている小児救急の現状と課題、それから私どもが現在検討しております対応策等につきまして、現在の仕組みがどうなっているか、その背景は何か、そういったことも交えながら報告をさせていただきたいと思

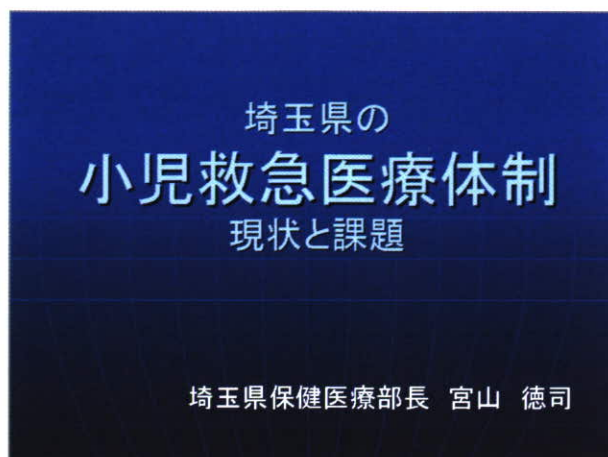


図1

います。すでに多くのパネリストの方からいろいろご報告をいただきましたので、多分、重複があろうかと思いますが、お許ししたいと思います。

これは本県の小児救急医療体制でございます。重層的に整備していますが、比較的軽症の方に対応していただきます初期救急医療、入院治療を要する第2次救急医療。これが12地区プラス拠点病院方式4地区で、合計16地区でやらせていただいています。

それからその上に第3次救急医療体制ということで、救命救急センターがあるというのが本県の体制でございます。

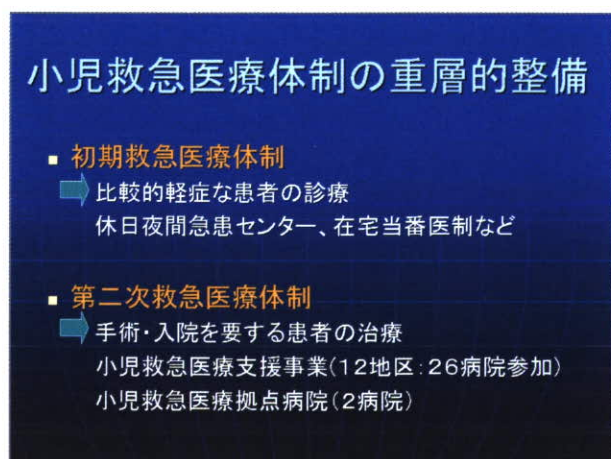


図2

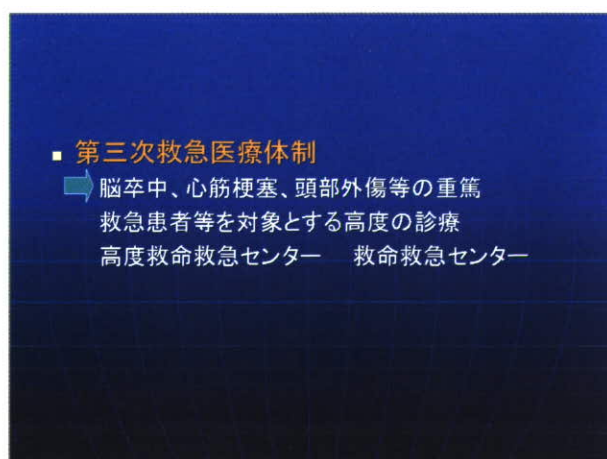


図3

これを図にあらわしますと通常市町村等でやっていただいております在宅当番医制、あるいは休日夜間急患センターの初期部分、第2次救急医療輪番、それから小児につきましては拠点病院と輪番方式により対応をさせていただいております。それ以上重篤な方につきましては救命救急センターに運ばれる。それから新生児等につきましては、周産期母子医療センター。こ

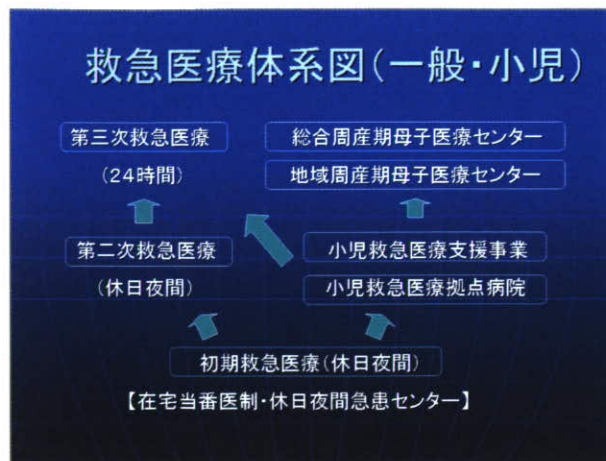


図4

ういう仕組みになっております。今日ご報告をいただきましたが、救命救急センターにおいて小児にどこまで対応できるか、現在指定済みの救命救急センターが6つございます。まもなく7つ目が指定される。さらに8つ目を目指して今進めているところですが、小児部分に全て救命救急センターが対応出来るという現状ではございませんので、こういったものも検討していかなければいけないのかなと感じております。

行政のほうからみた背景と現象でございますが、もうお話が色々でしております、家庭の問題、家庭でどういうふうなことを感じておられるかという部分がまず1点目でございます。

ここがございますけれども子育て経験不足の方々が多くなっております。それから社会参加ということで平日の昼間受療することに制約がかかっている。それから一般的に進んできております専門医療、高度医療志向、こういったものがあるだろう。従ってこれに伴ってニーズが増大している。休日夜間の診療。それから軽症、結果的に軽症者の受診が増大している。それから当然納得出来る説明が欲しいということで大変な需要の増大がみられるというふうになっているかと思っております。

小児医療をめぐる背景と現象

行政の視点から

図5

子どもをもつ家庭では・・・

- 少子化や核家族化の進展による子育て経験不足
- 保護者の共稼ぎなどによる平日昼間での受療困難
- 専門医療・高度医療志向

図6

それから医療を担う医療機関側、これは良く言われています診療報酬、その時々いろいろ見直しがされておりますがなかなか充分でない、病院経営を圧迫しているという声が聞かれています。これは最後の話しになると思いますが、こういったものを診療報酬の中でみていくのか、現在は32兆円という診療報酬の外、いわゆる国民、県民の税金という形で補助を行う形がよいのか、これは話しあって合意を得なければいけない部分だろうと思っております。診療報酬で

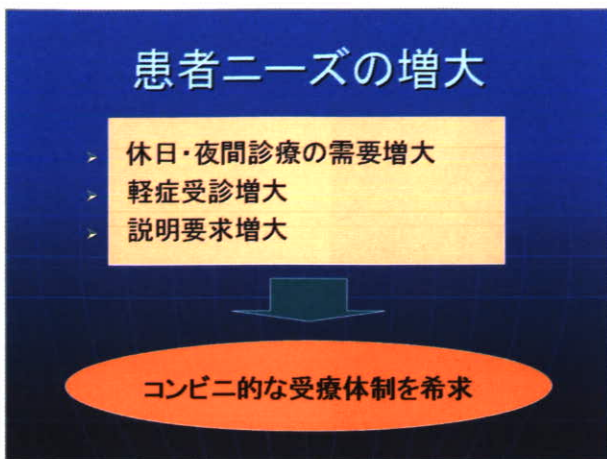


図7

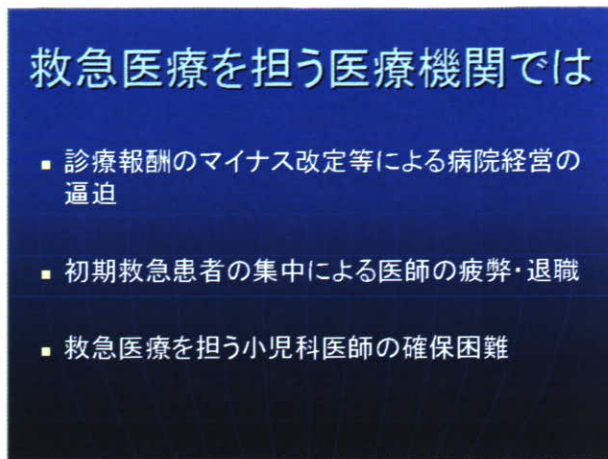


図8

みるか、税金でみるのかということも議論することも大切なことだと思います。

それからご存知のように、またご指摘いただきましたように、多くの患者が集中いたしまして医師が疲弊、結果として退職を余儀なくされるような結果が出ている。それから現在、努力していただいている機関においても小児科医の確保が大変困難になっているという現状がある。そのために小児科標榜の病院が減って、小児救急支援事業から離脱をするという現象が本県においてもおきているというふうに認識しております。

そのために私共は家庭への取り組み、これが一つ必要だろう。それから医療機関側に関しましては、1次と2次とそれぞれに分けた取り組みが必要だろうということで考え、一部実施しているものがございます。

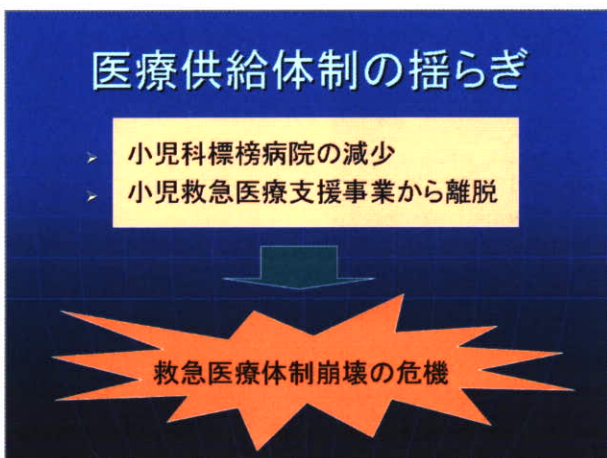


図9

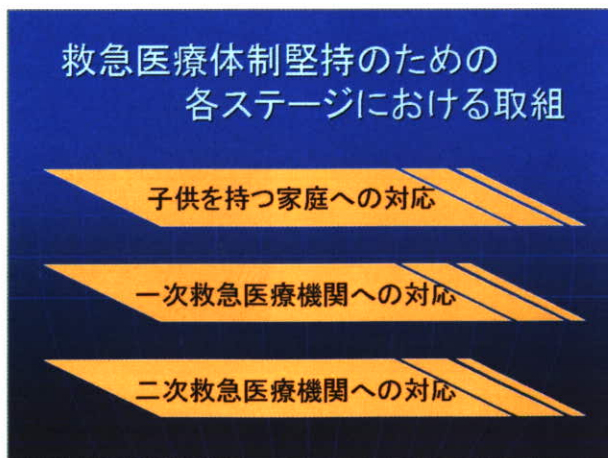


図10

その前に基本的な考え方といたしましては人材活用あるいは支援策の検討に当たって、先ず集中と分散ということをおこななければいけない。既にお話いただいております、地域のセンター的病院への人材の集中化、それから小児科医に限られているということになるならば、他の診療科の医師とどういうふうに協働していくか、それぞれレンガみたいに縦に役割が決まっているのではなくて、ピラミッドの底辺が重なり、この部分を有効に活用していただく、こういった協働策を考えなければいけないのではないかとというのがまず一つでございます。

センター的病院の集約につきましては、現在二つの病院で4圏域をカバーするという、これは365日、24時間対応いただいている病院ですが、これが2病院でございます。センター的病院に小児科の初期併設をする。先程から安田先生のところの例をお話をいただきました。こ