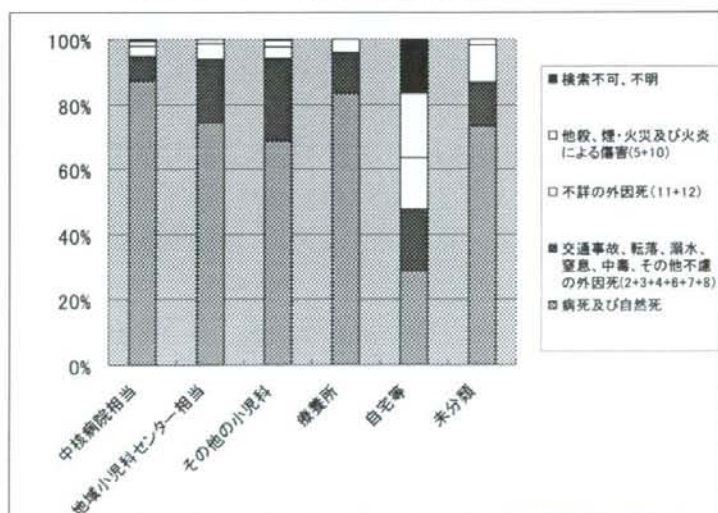


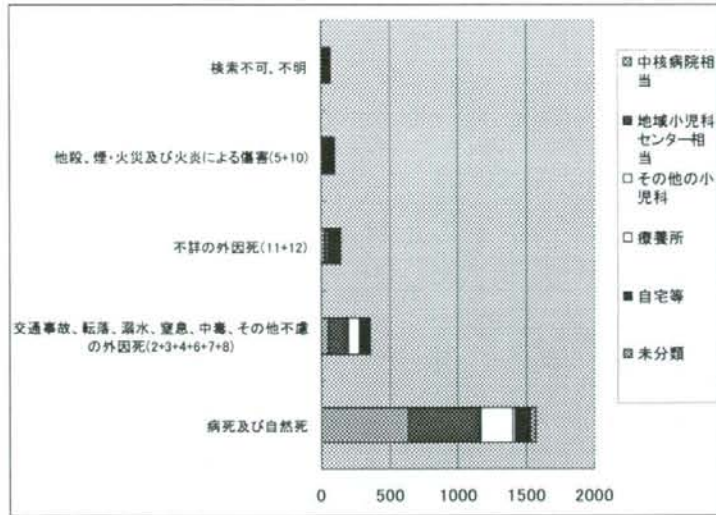
死亡の場所別、死因の種類 死亡小票 2005, 2006

死因の種類	中核病院相当	地域小児科センター相当	その他の小児科	療養所	自宅等	未分類	total
病死及び自然死	633	541	230	20	107	44	1575
交通事故、転落、溺水、窒息、中毒、その他不慮の外因死(2+3+4+6+7+8)	54	141	85	3	70	8	361
不詳の外因死(11+12)	24	37	12	1	59	7	140
他殺、煙・火災及び火災による傷害(5+10)	11	9	7	0	74	1	102
検索不可、不明	4	0	1	0	62	0	67
total	726	728	335	24	372	60	2245
病死及び自然死	87%	74%	69%	83%	29%	73%	70%
交通事故、転落、溺水、窒息、中毒、その他不慮の外因死(2+3+4+6+7+8)	7%	19%	25%	13%	19%	13%	16%
不詳の外因死(11+12)	3%	5%	4%	4%	16%	12%	6%
他殺、煙・火災及び火災による傷害(5+10)	2%	1%	2%	0%	20%	2%	5%
検索不可、不明	1%	0%	0%	0%	17%	0%	3%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

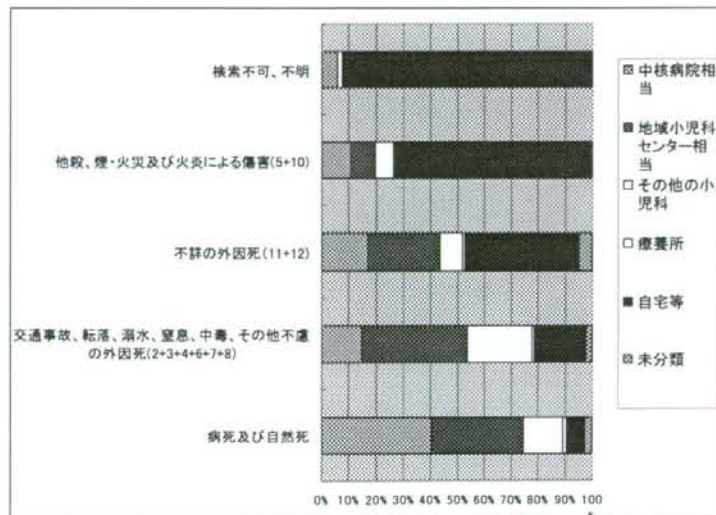
死亡の場所別、死因の種類(割合)



死因の種類別、死亡の場所(実数)



死因の種類別、死亡の場所(割合)



考察

1. 年間死亡数の小さい施設で事故、傷害、不詳死などの外因死の割合が大きい傾向という特徴を認めた。
2. 病院の種別と死亡の種類の間連を検討した。一般病院の死因種類分布に比較すると、中核病院(大学病院、小児専門病院)と地域小児科センター候補病院に病死及び自然死が多かった。一方、それ以外の一般小児科では死因欄空白(不明)、不詳の死、事故災害、の割合が多かった。
3. このことは、緊急の救命救急処置が必要と推定される外因死症例が、大規模な医療機関に搬送される機会がないまま、小規模医療機関の診療を受けて死亡した可能性を示唆している。

結論

1. 医療機関における幼児死亡の取り扱い数は、規模が小さい医療機関に交通事故死などの外因死症例数の取り扱い実数が多く、その死亡数に占める割合が大きい。
2. 緊急の救命救急処置が必要な外因死症例が、不十分な診療体制しか準備できていない医療機関で診療を受けて死亡した割合が多いと結論された。

それでは幼児死亡の研究班。スライドにだいたいこの趣旨が入っておりますので、それを使って進めていきたいと思っております。

バックグラウンド。わが国の新生児死亡率は世界最小です。乳児は世界で第3位です。一方、1-4歳の死亡率は、世界の国別順位で17位。わが国の年齢別死亡率を先進国と比較すると、1-4歳は特異的に高い値となっています。これは先行する研究で、国立保健科学研究所の田中先生たちが発表されました。各年齢でOECD13カ国と比べて、日本はちょっと低いんですね、1-4歳をのぞいてどの年齢階層も。これがなぜかというところが、われわれの研究班が取り組もうとしたことです。

これは楠田先生につくっていただいているデータですが、1-4歳死亡率国際ランクで、わが国はこういう値ですね。グリーンの値のこちら側が低い。日本は新生児死亡率、乳児死亡率で、いいといいながら、1-4歳の段階になると急になぜ悪いのか。

外傷、事故等ですね、これが日本はこんな順位ですね。けたがそろっていませんが11位。目的別、幼児死亡の主たる死因とその死因を取り扱った医療機関について調査することにより、わが国の幼児死亡率の高い理由を明らかにする。

医療提供体制にかかわる懸案となっている小児救急医療の問題があるのか。あるとすればどういった対応が必要であるのかが明らかにできる可能性がある。その他、幼児死亡率改善に向けて改革の立案も可能となる。

次ですが、まず死亡小票を閲覧した。これは産科グループで同じことをやられたということですが、実際に参加したのはこの方々です。人口動態調査死亡票です。

方法として、総務大臣の許可を得て実施しました。厚労省の地下2階でしたか、参加されたのは、渡辺先生の仲間である東京大学小児科の多くの先生方が非常に尽力されて、2カ月かかって実施したわけです。

これはフローチャートですが、統計情報部内で入力されている磁気テープから、一定のデータをCD-ROMのほうに移してもらって、CDにないデータ項目をわれわれが厚労省内に行って移すわけです。

死亡小票に関して、死因と施設の名称など。こういう方々が参加されました。

次に私自身の担当テーマは、死亡の場所については特に重点的に見たわけです。死因の種類別の死亡の場所を1病院あたり2年間、2005年、2006年に死亡した患者さんの数です。A病院が一人2年間で死亡すれば、この1というところに入ってきます。二人死亡しておればここに入りまして、118病院。病院死亡の合計は647病院で、患者さんの数は1,880人。

死因の種類というのを見てもみますと、これはテープで提供された、厚労省統計情報部のデータなんですが、病死および自然死が1,460人。交通事故、転落、溺死等、事故ですね。外因死が294人。これの4分の1ぐらいになりますか。それから火災、これは即死で、こういうふうに分けておりますが自宅が非常に多い。それから不詳の死。こういうこと

で合計、病院死亡で1,800人。不明、その他、自宅ということで、病院以外が365人で、合計2,245例。当初からの仮説であったのが、わが国ではこういう部分、一つの病院で年間一人、二人しか亡くなっていない、こういう医療機関が多い。病院の数はわが国で647人、そのうち半数は2年間に一人しか診療していない。

一定の二次医療圏や都道府県で子どもさんが亡くなる。非常に悪い。重症だということはわかっているわけですから、一定の医療機関に搬送するんじゃないか。たくさん死亡例があるところに一つピークが来るのかなと思ったんですが、あまりそういうかたちにはならない。必ずしもならなくてもいいと思うんです。5、6、7とか、このへんはまとめてもいいんですが、それにしても100人も行かない。ここのほうがやっぱり多いわけです。そういうことで、これをもうちょっと詳しく見ていくことになりましたが。

まず医療機関の種類ですね。この研究は日本小児科学会の小児救急医療検討委員会というのが、わが国の小児科を、集約化しないといけないということで、中核病院や地域小児科センターというものを全国で約400病院、いままで学会で推薦してきているわけです。

中核病院は実は大学病院と小児病院。地域小児科センターは、少なくとも二次医療圏に1カ所。もしくは二次医療圏二つ、三つに1カ所。そういうのをすでに指定された病院がありますので、日本小児科学会のデータとつなぎ合わせまして、みました。そうすると、地域で中核の病院、センターのある病院で、病死、自然死の方がこれだけ亡くなっている。その下、療養所、自宅。事故については、これと分布は逆でして、こういうところに多い。ここが一番多い。残念ながら中核病院が、こういう病名の分布とは違ふと。むしろここが弱いということが明らかにわかりました。自宅で亡くなっている方がたくさんおられる。あとは火事。これは自宅ですね。

まず中核病院相当の病院で亡くなっている人の、病死、自然死、それから交通事故、転落、窒息、中毒、それから不詳の外因死亡。地域小児科センター相当ということで、二次医療圏に一カ所ぐらいの大きな小児科。学会が推薦してきている。そこに行くことで事故が増えてくるわけです。さらに、こういうセンター相当以外のその他の小児科がもう少しの事故が多い割合になってくる。早く救命措置を実施しないといけない。そういう子どもさんが結果的にどこで診療を受けたかという、専門のいろいろな科が備わっていたり、人が当然多い。体制も整っている。そういうところではなしに、そういう体制がむしろ弱いところで亡くなっているケースが明らかになりました。当然こういう子どもさんは、亡くなったわけですね、結果的に。救命救急措置がしっかりできる、いわゆる専門科をたくさんそろえた、当然救命救急センター、あるいは小児病院で救命P I C Uのような、小児の集中治療室があるとか、そういうところで診療をこれからは実施しないといけない。いまは必ずしもそういう方向にはまだおこなわれていないということです。

地域小児科センター相当の病院はけっこう同じような割合で、だいたい26%関与しているのですが、ここが大きくなるというのがやはり、その他の小児科がこういう外因死については大きくなっていく。わが国の救急体制の体質的な問題がだいたい明らかになったのではないかと。年間死亡率の小さい、事故、障害、火傷死などの外因死の割合を大きく特徴を認めて、病院の種類別と死亡の種類別の解明を検討しましたら、中核病院、地域小児科センターの両方では病死、自然死が多かった。それに比べて一般小児科では、死因が空白な、事故、災害の割合が多かった。このことは緊急の救命救急措置が必要と推定される外因死

症例が、大規模な医療機関に搬送される機会がないまま、小規模医療機関の診療を受けて死亡したという可能性を示唆しています。死亡小票では搬送の状況は全然記載されておりません。

結論ですが、医療機関における幼児死亡の取扱数は、規模が小さい医療機関に交通事故死などの外因死症例が多い。その死亡数に占める割合が多い。緊急の救命救急措置が必要な外傷例が不十分な診療体制しか準備できていないような医療機関で死亡した割合が多いというふう結論できるのではないかと。

○I 死亡小票からは、その前はどれぐらい治療してきたかというのは、わからないんですね。

○藤村 死亡診断書はご存じのとおり、発病から死亡までの病名の経過はわかります。治療内容は判りません。

○I どこで治療していたかどうかはわからない。

○藤村 わからない。

○I 事故とかいうと、最初はやっぱり消防、救急車にお世話になるんじゃないかと思うんですけど、そうすると、救急隊が病院を選ぶんじゃないかと思うと、一般の小児科に行くというのは、なかなか理解し難いと思うんですけども。

○藤村 われわれが調べたのは病院名だけなんです。科はわからないんです。だから救命救急センターで亡くなった人もあれば、その病院の小児科で亡くなった人もある。いろいろだと思うんですけど。要するに2年間で一人しか亡くなっていないと。そういうふうなところがすごく多い。地方では手近な小児科へ行くことが考えられます。

○I 一般病院でも亡くなったりすると、近くで、すぐ診てくれるようなところで診断書を書いてもらったりということが、わりと年寄りなんかはありますよね。そういうのが集まっているというふうにも理解できないですか。

○楠田 自宅で亡くなっていたのを、単に死亡を確認するために運んだのも、もちろんありますけれども。問題は、ある程度小児の複雑な疾患でありながら、いわゆるそれほど総合の医療をやっていないところで亡くなっている幼児と、それなりに緊急性のある疾患でありながら、救命救急センターのところにきていなかった症例が、たぶんこれから改善の余地があるとは思いますが。ただ、例えば焼死だとか、そんな子どもも、どこかでたしかに死亡診断されていますけれども、そういうのは全体から見れば、それほど多くはない。

○池田 結論を言うと、質問で恐縮なんですけど、実際いま総合周産期センターは70ありますが、人口100万人に一人ですね。地域小児センターはどれぐらいの人口比率で決められているんですか。

○藤村 人口30万人から50万人というかたちですね。

○M 30万人から50万人ぐらい。

○藤村 二次医療圏。過疎の地域に行くと、それは非現実的で、むしろ二つ、三つの二次医療圏をまとめないと、医師がいない。山口県は四つにまとめたんですけど、二次医療圏は八つぐらいあります。小児医療圏と言っているんですね。

○M それと、いままでの総合周産期、NICU、それとのかかわり合いはいかがですか。

○藤村 地域小児科センターというのは、救急をやるか、NICUをやるか、どっちかをしないといけないんです。両方やってもいいんです。

○M 救急センターの小児救急ですか。

○藤村 小児救急です。周産期とのからみでは、こうだというのは、ある程度はありますけれども、両方ともやるという病院もカウントしています。

○M 成人救急と小児救急という問題で、産科救急と一般救急をみますと、かなりギャップがあるように感じているんですけども、これはきっと、小児救急と一般救急もかなりギャップがあるんじゃないかなと思っております。そのあたりはいかがですか。

○藤村 一般に救急は送られてくる医療機関は別に、運ぶ救急隊は大人も子どもも一緒に見ているんです、当然。そのへんはまだ何も検討していません。今後の課題です。

○櫻井 だいたいこのことで、年間の小児救急搬送データを調べたんですけども、そこでだいたい救命救急センターに運ばれている人の8割ぐらいは外傷か、そういうことです。それ以外、いわゆる内科的なものがほとんどないというのが現状で、年間小児救急は2万4,000件あるんですが、そのうち、救命救急センターがかかわっているのは204例とか、もうほとんど微々たるものです。基本的にはかかわっていないわけですね。

○池田 死亡でも、そういうふうないろいろな、納得いくようなデータになっているのですか。

○藤村 救命救急センターは、実は小栗では、その病院がなかなか、そこは救命救急センターがあるというのはわかるんです。ところが、果たして救命救急センターへ行ったのか、小児科へ行ったのか、どこへ行ったのか、わからない。

じゃあ、次に予定の櫻井先生、お願いします。

幼児死亡における地域差

- 死亡小票から見た小児重症患者管理の問題点 -

埼玉医科大学総合医療センター小児科

櫻井 淑男

幼児死亡における地域差

—死亡小票から見た小児重症患者管理の問題点—

桜井淑男^{1,6)}、阪井裕一^{2,6)}、楠田 聡^{3,6)}、

渡辺 博^{4,6)}、藤村正哲^{5,6)}

- 1) 埼玉医大総合医療センター小児科、2) 国立成育医療センター総合診療科、
3) 東京女子医科大学母子総合医療センター、4) 東京大学大学院医学系小児医学
5) 大阪府立母子保健総合医療センター
6) 厚生労働科学研究「幼児死亡の分析と提言に関する研究班」

はじめに

我が国では1～4歳までの死亡率が他の先進諸国に比較して高いことが知られている。今回我々は1～4歳までの全国死亡小票からその年齢層における死亡率及び死亡した病院群の地域差を解析し、それをもとに小児重症患者管理体制の問題点を検討した。

対象と方法

- 1) 2005年度及び2006年度の死亡小票を調査して、総計2245件の1～4歳までの死亡例を対象とした。
- 2) 2006年の年齢別各都道府県人口を参考にして上記データから各都道府県での全疾患死亡率を算出した。

対象と方法

- 3) 全疾患から悪性腫瘍、先天性心疾患、染色体異常、奇形症候群、脳性麻痺、低出生体重児(極小、超低出生体重児)、死亡まで半年以上の慢性疾患及び不詳の死亡を除いた急性疾患(1035件:全体の46%)死亡率を算出した。
- 4) 各地域における搬送先病院を種別してその搬送先比率を検討した。

基礎疾患のない児の死亡率上位

都道府県名	対東京比率
愛媛県	2.3倍
秋田県	2.2倍
山口県	2倍
石川県	1.8倍
鹿児島県	1.8倍
青森県	1.7倍
岡山県	1.7倍
高知県	1.7倍
北海道	1.6倍
宮崎県	1.6倍

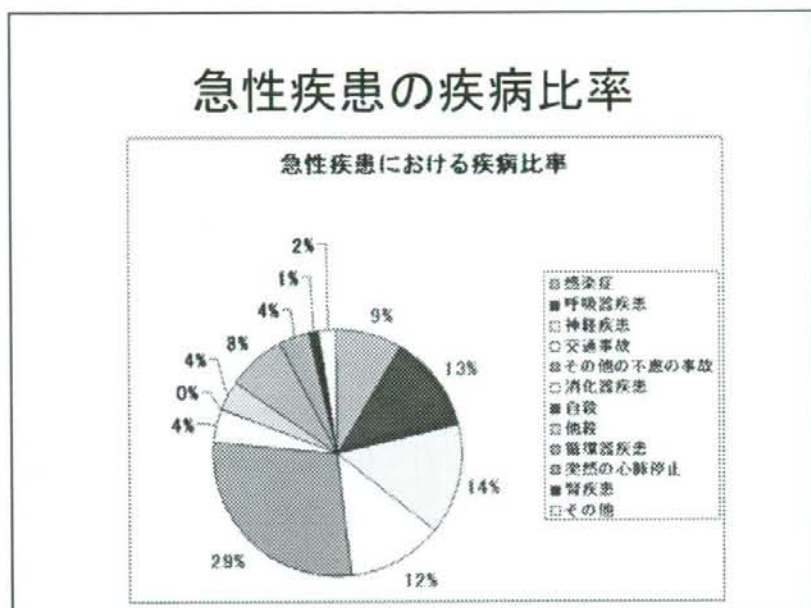
全疾患死亡率上位

都道府県名	対東京比率
秋田県	1.5倍
山口県	1.3倍
鹿児島県	1.3倍
青森県	1.3倍
石川県	1.3倍
山梨県	1.2倍
岐阜県	1.2倍
北海道	1.2倍
愛媛県	1.2倍
福岡県	1.2倍

結果1

- 1) 北海道、青森県、秋田県、石川県、愛媛県、山口県、鹿児島県以上7県は、全疾患死亡率、基礎疾患のない児の死亡率ともに上位10位以内を占める。
- 2) 全疾患死亡に比較して基礎疾患のない児の死亡率は、東京を基準とした場合地域差が大きい傾向にある。

急性疾患の疾病比率



搬送先病院比率小括

地域名	全疾患		急性疾患	
	大学病院/小児病院	一般病院	大学病院/小児病院	一般病院
北海道	24%	53%	10% ↓	60% ↑
東北	27%	51%	18% ↓	54% ↑
関東	54%	32%	40% ↓	40% ↑
北陸	25%	60%	11% ↓	64% ↑
中部	21%	66%	17% ↓	65% ↓
関西	32%	44%	18% ↓	47% ↑
中国	19%	58%	14% ↓	59% ↑
四国	18%	61%	17% ↓	60% ↓
九州	32%	55%	23% ↓	59% ↑
沖縄	28%	58%	10% ↓	70% ↑
平均	28+10%	54+10%	18+9% ↓	58+9% ↑

結果2

- 3) 基礎疾患のない児の死亡原因は、主な内因性疾患である感染症、呼吸器疾患、循環器疾患、神経疾患で44%を占め、不慮の事故などの外因性疾患で41%を占めている。
- 4) 全国的に1~4歳児死亡に対して大学病院、小児病院での死亡は限定されており(平均28%)、基礎疾患のない児の死亡への関与は有意に($p < 0.05$)減少している(平均18%)。

考察

- 1) 全疾患死亡率と基礎疾患のない児の死亡率のどちらも上位10位以内に入っている7県には重症患者の受け皿となる小児集中治療室はなかった。
- 2) 全国的に1~4歳児の死亡に大学病院、小児病院は主に関与しておらず、基礎疾患のない児の死亡への関与は更に減少し基礎疾患のない児の死亡率の地域格差との因果関係が推測された。

考察

- 3) 小児重症患者の受け皿となるべき小児集中治療室の不備が重症患者の集約化の妨げの原因の1つと考えられる。従って人的物的資源の揃った大学病院や小児病院を中心に重症患者を集約化できるように小児集中治療室の全国整備を検討すべきである。
- 4) 基礎疾患のない児の死亡の4割が外因性疾患である事を考慮してそれに対応できるように小児集中治療室に小児救命救急センターの役割を付加するような体制を検討する必要がある。

謝辞

死亡小票の閲覧調査に参加された、東京大学大学院医学系研究科小児医学講座の井田孔明、土田晋也、五石圭司、康 勝好、小野 博、小寺 美咲、自見英子、関 正史、林郁子、谷口留美、山口真由美、資料解析に参加された青谷裕文(京都きづ川病院)、松浪桂(大阪府立母子保健総合医療センター)の各位に深謝いたします。

埼玉医科大学総合医療センター小児科（研究協力者）

櫻井 淑男

埼玉県総合医療センター小児科の櫻井です。よろしくお願いいたします。

先ほど、藤村先生のほうから、いわゆる小児の死亡例が集約されていないという話は、やはり、はっきりしていきたいということになるわけですが、それでは今度、もう少し各地域で、詳しくその状況を見てみることにします。

まず初めに、わが国での死亡率が、先ほどお話があったように、3.26と高い。今回われわれは、1歳から4歳までの全国の、その年齢層における死亡率、および死亡した病院の地域差を解析して、そして次に小児重症患者さんに対して、この改善点がどういうところにあるかというのを考察してみました。

まず最初の方法ではありますが、先ほどお話があったように、2005年、2006年の2年間、1歳から4歳までの死亡小票データ、2,245件を対象として、2006年の年齢別各都道府県人口を参考にして、上記データから各都道府県の全疾患の死亡率を算出しました。そして今度は、全疾患から、先天性疾患、染色体異常、奇形症候群、あるいは低出生体重児や、死亡までに半年以上かかるような慢性疾患、および不詳の死亡を除いた、いわゆる基礎疾患のない子どもの死亡率というのを検討しました。これはだいたい、2,245例のうちの1,035名と、半分は基礎疾患のない児が急変して亡くなっているという状況になります。

これを調べた理由は、小児科の関係者のあいだでは常識的なんですが、なかなか、先ほどお話があった、子ども病院や大学病院が、こういう子にかかわっていないんじゃないかという前提があって、これを明らかにしたいという意図があります。各地域における搬送別病院を種別して、その搬送先を検討しました。

まず最初に全死亡率ではありますが、一番高かったのは秋田であります、東京を1とすると、だいたい1.5倍ぐらいですね。これは全疾患の死亡者ということになりますけれども。この7県なんですけど、秋田、山口、鹿児島、青森、石川、そして北海道、愛媛ですね。この7県が、次に示す基礎疾患のない児の死亡率の上位トップ10にも入っているということで、両方かぶっているというのが、この7県であるという状況にあります。

ここでご注目いただきたいのは、この全疾患の死亡率は、対東京にしても1.5倍程度であるということなんです、一番トップで。ところが、基礎疾患のない児の死亡率を見ると、対東京で2倍以上になっているということで、この基礎疾患のない児の死亡率の地域差がありそうということがわかってきて、最終的な結論としては、これが子ども病院、あるいは大学病院がこういう子にかかわっていないことと、やはり関係しているのではないかと、このことを証明していきたいということになるわけです。

先ほどお話ししたように、愛媛、秋田、山口、石川、鹿児島、青森、そして北海道、この7県が全疾患の死亡率のトップ10でもあるという状況であります。そして、いま言いました、基礎疾患のない児が、どんな状況で亡くなっているのかという話なんですけれども、まず一つ目は、いわゆる内因性疾患、内科疾患、一般的な内科疾患といわれる感染症9%、呼吸器疾患13%、神経疾患14%、あと循環器疾患が8%。基礎疾患のない児なので、これ

には先天性疾患などは入っていないで、いわゆる心筋症などの急変する循環器疾患ということになり、これでほしい4割ぐらいを占めるということになります。

注目していただきたいのは、いわゆる交通事故、そして不慮の事故と、これで4割近くを占めるということで、基礎疾患のない児の急変の4割は外傷であるということなので、今後、いわゆる重症患者管理体制を敷いていくには、先ほど藤村先生のお話にあったように、外傷をカバーしていくということは、今後、視野に入れていかなければいけないということがわかってきました。

ここからは、地域別にどんな病院へ搬送されているか。先ほど藤村先生の示したものを、もう少し地域別に見てみますと、こちらは全疾患、こちらは先ほどの基礎疾患がない児が、どこの病院に運ばれているかということなんですけれども、ここで注目していただきたいのは、やはり大学病院、小児病院なんです。ほしい北海道で24%のみが、実際には大学病院、こども病院に運ばれていると。そして、さらにご注目いただきたいのは、基礎疾患のない児になりますと10%ぐらいということで一挙に、いわゆる基礎疾患のない児の大学病院、小児病院とのかかわりが非常に薄くなっているということが、いわゆる基礎疾患のない児が急変したときには、大学病院も小児病院も、非常にそのかかわりが薄くなっているということが一目瞭然にわかってきたと。そして、これは北海道だけの問題じゃなくて、すべての地域で、それが大なり小なり、明らかになっています。東北では、ほしい大学病院、小児病院がかかっているのは27%で、基礎疾患のない児に関しては13%だということ、やはり下がっている。

あと関東は、唯一、大学病院、小児病院が全疾患の5割以上を占めているということになります。それでも54%ぐらいということになります。関東でも、やはり一般の、いわゆる基礎疾患のない児になりますと、やはり54%のかかわりがあったのが、大学病院、小児病院は40%まで下がると。10%以上低下してきているという状況になっています。

中部地域は、もともと、あまり大学病院、小児病院が少ない県なのか、21%ぐらいのかかわりですが、基礎疾患がなくても、21%が17%ぐらいということで、それほど大きな変化はありませんが、やはり少し下がっています。

北陸も、ここは小児病院がないので、大学病院25%のかかわりが11%ということで、基礎疾患がないということになると、一挙に大学病院、小児病院のかかわりはさらに減っていると。

関西は、大学病院、小児病院、ほしい34%ですね。それで、やはり基礎疾患がなくなると18%以下に下がるということになります。

四国は、もともとのかかわりが少ないので、18%が17%。九州地域が、32%が23%。沖縄が、28%が10%。

いずれにしても、全国すべて、やはり基礎疾患がないということになると、大学病院、小児病院のかかわりが非常に低下するというので、全体をまとめてみますと、全疾患で大学病院、小児病院がかかっているのは3割ぐらいと。7割は、やっぱり大学病院が死亡にかかわっていないという状況です。

そして、それが基礎疾患のない疾患になってくると18%、2割を割ってしまうということで、基礎疾患のない児が急変した場合には、8割は、大学病院、小児病院以外のところで亡くなっているという状況で、ここらへんも集約化していく必要があるということにな

るわけです。

ということで、結果であります。もう一回まとめますと、北海道、秋田、青森、秋田、石川、愛媛、山口、鹿児島、この7県、これは全疾患の死亡率、基礎疾患のない児の死亡率、ともにトップ10を占めると。全疾患死亡と比較し、基礎疾患のない児の死亡率は、東京を基準とした場合に、やはり地域差は大きいということになります。

基礎疾患のない児の死亡の原因は、内因性疾患、主な内科疾患である、感染、呼吸、循環、神経で44%。重要なポイントとして、不慮の事故が4割を占めるということになります。

全国的に、1歳から4歳児の死亡に対して、大学病院、小児病院での死亡は3割弱。基礎疾患がなくなると、一気に18%ぐらい減って、統計学的には有意に低下しているということがわかります。

ここから考えられることでありますが、まず一つ目は、先ほどお話しした全疾患、あるいは基礎疾患のない児のどちらにも入っているトップ10ですね、その7県には、重症患者の受け皿である小児集中治療室というものはありません。そして全国的に、1歳から4歳児の死亡に、大病院、小児病院の死に関しては、基礎疾患のない児の死亡への関与は、さらに減少して、それが基礎疾患のない児の死亡率の地域格差と、やはり何らかの因果関係があるのではないかと推測されました。

ここからは、今後どうしたらいいかということですが、やはり小児重症患者を担うべき小児集中治療室がないと、いわゆる、御旗がないということで、一体どこに運んだらいいのかというのが、やっぱり現場で混乱を招いているというのが最大の問題じゃないかと思えます。したがって、人的・物的資源がそろっている大学病院、小児病院、ここに重症患者を集約できるように、小児救急治療室を全国整備する必要がある。これまでに、藤村先生がつくられた小児医療のグランドデザイン、まさに小児科学会が始めようとしているポイントを、このデータでサポートできるのではないかとこのふうを考えています。

そして、もう一つ重要な点は、先ほども話したように基礎疾患のない児の死亡の4割であるという外因性疾患に何とか対応しなければいけないということなので、小児集中治療室を置くところは、小児救命救急センターとして活動する必要があるだろうということで、小児集中治療室を置くところは、救命救急センターがある施設、あるいは小児病院をつくるのであれば、小児救命救急センターとして、その病院の一部を改良していくというようなことが、たぶん今後必要になっていくのかなということです。

以上です。ご清聴ありがとうございます。

○藤村 では、ご意見をおうかがいいたします。

○楠田 これは、人口で割られたんですね。

○櫻井 これは、1歳から4歳の人口で割りました。

○楠田 1歳から4歳。

○櫻井 はい。

○楠田 それともう一つ、小児の救急医療が充実している、例えば長野県だとか静岡県は、逆に高かったんですか。

○櫻井 いや、それはちょっと個別には調べていないんですが、たぶん、2005年、2006

年は、静岡はまだ小児救命救急センターができていないんですよ。なので、このデータでは、あまりよくないんじゃないかなと思います。長野は、ちょっとわからない。調べていないので。

○池田 楠田先生のご質問に関連してなんですけれども、悪い県を出されたんですけれども、逆に、いい県といますか、関東が非常にほかの地区と違って救急疾患も、それと全体も、非常に大病院、小児病院がありますけれども、関東は1位ですか。

○櫻井 関東は、中の上という感じで、実際に、非常に田舎に行ってしまうと小児人口がぐっと減るので、死亡率がよくなるんです。だから、必ずしも死亡率から、その地域の医療がほんとうにいい医療なのかということが、直接言いにくい状況ではあるんですよ。

非常に田舎に行くと、死亡数そのものが二人とか三人とか、もともと少なくなってしまうので、それだけで、死亡率がこれだけ少ないからここがいいというわけにはいかなくて、実際に、たぶん死亡率トップは非常に田舎、田舎と言っては失礼なんですけど、人口が少ない、地方の県ということになります。

○藤村 つまり、東京は何位ぐらいですか。

○櫻井 東京は、真ん中よりちょっと上ぐらいにあります。

○藤村 東京がすごく、半数ぐらいね。

○櫻井 そうです。

○藤村 大学病院が第2病院とかいろいろやって、そうなると、一般病院機能をかなり果たしているんじゃないかなと思うんです。東京をとって言えば。だから、東京都の大学病院を見ていると、地方で言えば県立病院的な役割も果たしているんじゃないかなと。だから、東京というのが日本のモデルになるのか、縮図なのか、あるいは、東京という都市の特殊な形態なのか。

○楠田 私立の大学病院というのは、いま、必ず第2、第3、四つぐらいあるところもありますよね。だからそういう意味で、大学病院といっても、そういう、いわゆる本院ではないところもかなりあるので、多少特殊な事情があることはたしかですね。

○藤村 いま櫻井先生が、御旗とおっしゃったんですけど、その地方ですか、ある病院に、ぼつと旗が立っていると、あそこに行けばいいんだと、重症のとき。いまはどうでしょうか、地方の病院は。ほんとうのところへ行けばね、ここしか行くところがないというので、旗が初めから立っているんですね。そこしかないんです。

ところが、中規模のところになると、つまり総合病院が県庁所在地にせよ、四つ五つあったりする、人口20、30万人のところ。そうすると、どの病院へ行くのかわからないんですよ。だから、いま先生が言われたP I C Uがあるとか、小児救命救急室があるとかいうのは、あちこちにつくるのではなしに、1個、ほんどつくる。そうすると、そこに旗が立ってきます。そうしたら、みんながそこへ行く。そういうシンプルなデザインというのが必要ですよ。先生が御旗とおっしゃったのは、そういう。

○櫻井 まさにそのとおりです。

○藤村 それから、これはちょっと余談ですけど、診療報酬で、こういうことをやるので、ちょっと点数を上げましようとなると、さっき岡井先生が、産科で議論されていましたが、あっちこっちが、その診療報酬を欲しいために手を上げるんです。そうすると、その大きな市で、御旗が三つ、四つ立つんです。どこへ行っていいか、よくわからなくなる。です

から、ほんとうのお勧めというか、構造、機能があるのかということになると、みんな診療報酬が欲しいために、そういう。だから、その制限が、ちょっとかかわっている。だから、そこでもうちょっと強調しないといけないのが、その地域における鮮明なね、ここという特定するというのが大事じゃないかなという。

○櫻井 その基礎データとなるのが、今回、埼玉でやったんですけど、年間の小児救急の搬送データ、いわゆる重症が何件、どこの病院へ運ばれていったと、あるいは中等症が何件、どこの病院へ行ったかというのも、すべて消防署のなかにデータとして入っているので、それを調べれば一目瞭然で、ここの病院が一番頑張っていて、重症をカバーしているということは一目瞭然で、誰も文句が言えないデータなので、そういうデータを基礎データとして、先生が言われた、各地域のどこに御旗を立てるべきかというのを決めればいいんじゃないかなと思うんですが。

だからそのデータを、それは医療従事者が手を出せないんですよ。今回は、たまたま医師会を通じて何とか手に入ったんですけども、全国ではやっぱり、誰もがそれをやろうとしているんですけど、全部失敗しているのは、結局あまりにも法的な、一応、建前は個人情報保護とかで、全部キャンセルされるので、医療従事者は、特に小児関係の医療従事者が、まったく手を出すことができないということで、そういうところを何とか取っ払ってもらえれば、たぶんかなり各地、全国でどこの病院にそういうような御旗を立てるべきかということは、はっきりしていくだろうと。

○C 要するに、埼玉の小児救急搬送は、小票は確認できたんですか。消防庁が持っているというか、そういうもので。

○櫻井 死亡小票は、もちろん全国ですから。

○C じゃなくて、埼玉の小児救急の搬送実績は。

○櫻井 医師会を通じて何とか手に入れることができたんですね。

○池田 今回、藤村先生も、われわれの班もそうなんですけれども、個人情報で、データを見せていただくのに1年半以上かかったというところが、非常に大きなネックといますか、律速段階になってしましまして。何かそのところは、この個人情報保護法を凌駕するような、公共の利益のために、疾病の構造や、いろいろな状態というのを理解するために、厚労大臣権限で「個人情報保護法」の、そういうアクションといますか、そういうのを出して、発令して、そのところを一般に。なかなか日本では難しいんでしょうけれども、これは非常に強く感じます。

○藤村 われわれも、どういうふうの小票の閲覧申請書類というのをやるのかというのが、イメージがつかめていない面があるので、多少作文して書く。これはちょっと、そこへ行ってご指導を受けるわけですけど、これが選択いただくのに何カ月かかかりますので。出したままで、ずっと待っていると。それで、何とか選択をお願いと、そういうふうなことなので、一所懸命、最後に頑張っていた方に悪いことを言うとか申しわけないんですけど、やっぱり何とか、この公共の利益のアドバイザーということで、迅速審議というのを、ぜひご審議いただきたいと。いろいろとたいへんでしょうが。

○小林 ほんとうに頭の痛い問題で、結局、厚生労働省のほうには、そういった権限とおっしゃっていたんですけども、いま日本の統計制度全体は、総務省の統計情報業務というところが管轄して、「統計法」という法律がありますけど、一方で、また「個人情報法」

は「個人情報法」という法律がまたあって、それぞれの法律で、いろいろな制約がどんどん重なって、日ましに強くなっている一方で、その制約が強まることはあれ、弱まることはないような状況です。

そういうなかで、例えば疫学、「個人情報法」についても疫学研究については、なるべく除外を設けて公共の公益性を重視しての判断ということをお願いするんですけども、ほんとうに、例えば「個人情報法」を評価するような委員会のなかでも、法律系の先生方のあいだでは、医学研究の施設の例外を認めないというのです。公益性よりも、個人情報、プライバシー保護のほうが一般的な公益が上だということを、平気でおっしゃる方もいるんですよね。そうするとなかなか、われわれの医学サイドというか、厚労省のサイドからは、その必要性を強調しても、がん登録もそうでしょうし、そういったところの必要性は、いろいろ基本的な問題としてあるんですけども、なかなか社会全体が許容していただける状況じゃないと。そこを、どのように理解いただくかというのは、逆に医学関係の先生方や厚労省の大きな課題かなという認識は持っています。

○池田 これを突き詰めてまいりますと、医政局の、医療関連死法案ですね、医療事故調の件。これは、個人情報というのは、われわれの調べさせていただくということは、個人の了解の上に成り立っている。われわれがこういったことを調べさせていただいたのを開示するということなんです。逆に言いますと。そうやっていきますと医療事故調も、実際には、ご遺族なり家族側がそれを見るということになりますので、そのところがやはり、いま壁に突き当たっているところだと思うんです。そうすると医師のほうは、基本的人権の部分、「憲法」の38条のところで、「自己に不利益な供述を強要されない」という条文で、医師のほうも、不利益になるんだったら出さないということになってしまうと、それでなかなか、いま事故調がうまくいっていないんじゃないかなと思います。このデータ取得が「個人情報保護法」というところの問題で大きく壁にぶち当たったものですから、ほんとうに弱っています。

○小林 建前では、本人であっても個人の情報が自分のデータかどうかも知れてはならないという一般的なルールもあってという、なかなかその壁は厚いです。

○池田 そうですね。法律家の先生に、そのところを特別に、これは国民の健康のために許すという法律を、ぼんとはつくっていただかないと、なかなか前に進まないところに来ているように思うんですけども。それともう一つ、こういう死亡小票を見るという仕事は、毎年でなくても3年にいっぺんとか、やっていたほうがいいと思うんですけど、そのたびに、これは申請しないといけないんですね。何かこう、まとめて申請するとか、それから、これは母子保健課のお仕事にさせていただけないかと。何かそういうふうにして、するっとやるように、つまり、だいたいわれわれは、決まった集計方法が、できてきたとしましたら、これは出すんだと。統計情報部でやっちゃうとか、そういうふうな道もあるのかなと思うんです。これはその他のところで、申請しようとなると、また行政情報部のご担当の方の忙しさによって、1年待ったとか半年待ったとか、そういうことになるらしいです。

○小林 統計情報部も、けっこう人がころころ変わったりとかですね、出張とか退職でありますので。

○藤村 いま3人目なんです。