

(2) 国立医療機関における小児医療と救急医療

阪 井 裕 一

(2) PEDIATRIC AND EMERGENCY CARE AT THE NATIONAL HOSPITALS

Hirokazu SAKAI

従来、多くの国立医療機関は小児の専門家が少ないこと、あるいは臓器系統別の高度先進医療を目指すことを理由に、小児救急医療における地域の中心的な役割を果たすことに背を向けてきたのではないだろうか。今、少子化と育児不安のなかで小児救急医療が危機に瀕しているということは、私たちの社会そのものが危機に瀕していることである、といっても過言ではない。国立医療機関が率先して取り組むべき課題がここにある。

2002年3月に国立小児病院に替わって開設された国立成育医療センターは、まず救急患者を誰でも受け入れる24時間体制を作って地域に貢献することからはじめ、その強固な地盤の上にこそ真の高度先進医療が可能となるという理念のもとに、年間4万人を超える救急患者を受け入れている。本稿では、この経験をもとに今後の小児救急医療体制の在り方を探り、独立行政法人化を迎える国立医療機関の目指すべき方向に言及したい。

国立小児病院から成育医療センターへ

1) 小児ICUの設立と限界

1994年10月17日、国立小児病院に小児ICUが開設され、院内のすべての重症患者を集めて全身管理を行う体制が作られた。欧米の小児ICUには20年以上、遅れをとったが、臓器系統別に細分化された国立小児病院の診療体制の中で、ICUの専属医 (generalist) が全身管理を行い、必要に応じて各臓器系統別の専門家 (specialist) が診療に参加する体制が作られたという点で、大きな意義があった。また、隣接する小児医療研究センターで、昨今、大学ではあまり行われない生理学の研究をもとに高頻度振動換気法や膜型人工肺といった新しい治療手段

を開発し、小児ICUでその研究成果を臨床応用する、という体制も整えられた。

しかしながら、欧米の小児病院と決定的に異なっていたのは、救急医療を行っていないことであった。その結果、せっかく小児ICUがありながら、当時多くの死亡者が社会問題となったインフルエンザ脳症や溶血性尿毒症症候群 (大腸菌O-157感染症) を診ることはほとんどなかったし、日本の小児の死亡原因の第一位である「不慮の事故」の患児も搬送されて来ることはなかった。このような状況の中で、国立小児病院は日本の子どもたちが置かれている社会の現状から離れてしまっていた、と思われる。

2) 救急診療の開始

国立成育医療センターの救急診療部門は、「いつでも誰でも、結果的に重症であるか軽症であるかを問わず」受け入れている。3次救急患者のみ受ける、という日本の救命救急センターの院外トリアージの考え方は全く異なったアプローチである。自ら訴えることができず、かつ予備力が小さく変化の速度が大きい小児患者に対しては、まずすべての患者を受け入れ、その後に院内でトリアージをして緊急度に応じて診療する、という体制が望ましいことは、欧米の小児病院の救急診療部門を見れば明らかである。実は欧米ではプライマリーケアが発達しているため患者の多くはかかりつけ医に診てもらって問題があれば救急室 (院外トリアージ) となる。日本では院内、院外両方がないため救急に患者が押し寄せてくる。成人の救急医療においても、日本独自の1次、2次、3次と区別する体制では、内因性疾患の救急患者がアンダートリアージになる (重症患者を見逃してしまう) こ

国立成育医療センター National Center for Child Health and Development 救急診療科

Address for reprints: Hirokazu Sakai, Division of Emergency and Transport Services, National Center for Child Health and Development, 2-10-1 Okura, Setagaya-ku, Tokyo 157-8535 JAPAN

E-mail: sakai-h@ncchd.go.jp

Received March 26, 2004

Accepted July 16, 2004

とが最近明らかになりつつある¹⁾。

このように国立成育医療センターでは、急性期の患児に対する病院の玄関口、社会との接点として救急診療部門が機能しており、その後ろにICU（20床の小児ICU）と一般病棟がある（図1）。救急、ICU、一般病棟のセンターラインを内科系、外科系専門科と周産期、麻酔・疼痛管理、画像診断、こころの診療の各部門が支えている、というのが成育医療センターの基本的な診療体制である。

内科系
専門科

周産期部門
(NICUを含む)

こころの診療部

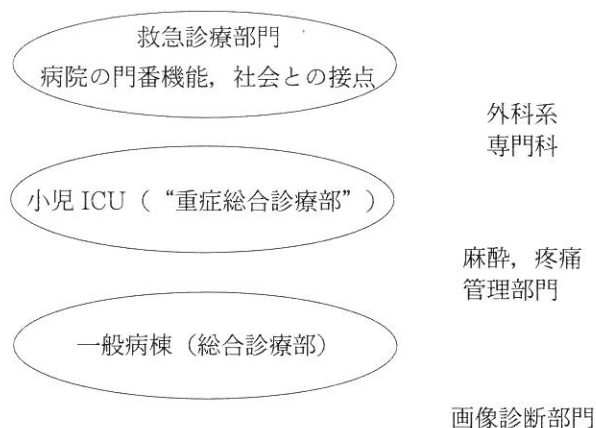


図1 国立成育医療センターの構成²⁾

小児救急医療体制の構築

小児科医が大勢いるはずの東京でも、大学病院や大きな総合病院で受診を断られたという多くの患者が当院を受診している。昨今、小児科医の不足が叫ばれ、それがすべての元凶のように言われることもあるが、少なくとも東京で不足しているのは、救急患者をまず受けるという姿勢と体制を持った病院である。

現在の小児救急医療の危機を乗り切るための方法は、診療依頼を、それが患者からであれ、救急車からであれ、他の医療機関からであれ、必ず受ける、という基幹病院（人口200万人程度に1箇所、8床以上の小児ICUを備えている）を作ることであると私は考えている。たとえ遠方であっても「いつでも必ず小児医療の専門家が診てくれる」という病院があれば子どもを持った家族は安心である。育児不安や医療不信の高まる中で、患者が開業医に行かずに大病院に集まるのは、「いざとなったら必ず受け入れてもらえる」という小児医療施設がないことが大きな理由であると考える。

このような基幹病院を作るとは、数少ない小児医療の専門家を有効に活用する方法でもある。人口200万人程度に1箇所あれば充分であるし、それ以上作ると重症患者管理のノウハウが蓄積しない。中小規模のものを多く作りすぎて質の低下が懸念されている救命救急センターやNICUの轍を踏んではならない。基幹病院さえできれば、他の病院は、マンパワー、能力に応じて小児救急医療に参画できる。

独立行政法人化後の国立病院群のあり方

—地域社会からの支援と監視—

独立行政法人化する国立病院には、地域社会からの熱い支援が欠かせない。熱い支援を得るということは、同

時に社会からの厳しい監視に晒されることである。国立病院の小児医療は、まず、ストレス過多（育児不安、医療不信…）の状況下で「安心感」を得たい、という患者のニーズを受け入れることから始めるべきであろう。規模の大きな病院は、国立小児病院から成育医療センターへの歴史に学び、むやみに「高度先進医療」を目指すのではなく、まずは地域に根ざすことが独立行政法人として浮上するために必須であると思われる。一方、規模の小さい病院は、プライマリー・ケアを担うべく開業小児科医、内科小児科医と連携して、小児医療基幹施設をバックに持った初期救急施設を目指すべきであろう。患者は高度の医療を求めるが、実際はプライマリー・ケアで十分な患者が大多数である。一方、少数の重症患者を診られる専門家は数少ない現状から考えると、今後、病院での小児医療は上述の基幹病院とプライマリー・ケアを担う施設とに二極化していくと思われる。しかし、いずれの施設も地域社会からの熱い支援を得ると同時に、厳しい監視も受けることから免れない。

それは、国立病院がもはや国立ではなくなるから、ではない。小児医療の本質が、地域社会の将来を支えることにあるからである、と私は考えている。わが国の小児医療が行き詰っているように見える今、国立病院が独立行政法人化することは、私たちにとって小児医療の本質をもう一度見つめなおす絶好の機会である、と捉えるべきであろう。

国立小児病院、大蔵病院が合同で1993年に行った新ナショナルセンター設立に向けての北米医療視察の報告書の書き出しを記して、結びとしたい。

「各地の小児病院は、いずれも地域社会の熱い支援を背景に確固たる地位を有しており、全ての医療の中心的

な存在であるとの印象さえ受けた。次世代を担う小児のための医療施設が社会的関心を集めるのは極く当然のことであるとされていた」(宮坂勝之, 黒田重臣)

文 献

1) 鈴木 昌, 堀 進悟, 相川直樹: 救急隊が行う

prehospital triage の有用性と限界, 日救急医学会誌 13: 429-437, 2002

2) 阪井裕一: 国立成育医療センターにおける救急医療への取り組み, 日児誌 107: 800-802, 2003

(平成16年3月26日受付)

(平成16年7月16日受理)