

第2回「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」 議事概要（案）

日時：平成21年4月10日（金）15：00－17：00

場所：厚生労働省省議室（9階）

内容：

- 1 事務局より、小児の救命救急医療体制の整備に関する資料の説明
- 2 有賀委員から、小児の救命救急医療体制の整備に関する意見
 - (1) 現在東京消防庁が使用している救急活動基準の小児に関する部分を、より緊急度に応じた基準に改正するために、東京都メディカルコントロール協議会救急処置委員会において検討している。
 - (2) 小児科医もメディカルコントロール協議会に参加して、小児患者の緊急度と地域の状況に応じた搬送ルールを作成する必要がある。
 - (3) 同時に、救急医療機関の施設や人等の体制について、地域ごとに整備していく必要がある。
- 3 阪井委員から、PICU（小児ICU）のあり方についての意見
 - (1) 国立成育医療センターのPICUの実績と、諸外国のデータに基づく推計では、日本に必要なPICU病床数は430床である。
 - (2) 米国の15医療機関の解析では、PICUへの年間入院数が992から1,491の場合に死亡率が最も低かった。国立成育医療センターの年間入院数が829であることに照らし合わせると、かなり大規模なPICUが望まれることがわかる。
 - (3) 小児医療の中核病院を人口300～500万あたりに1か所作り、周囲の救命救急センターや総合病院等と協力して、高次な小児救急医療体制の構築が望まれる。
 - (4) 小児専門病院等の比較的規模の大きいPICUには、卒後教育、看取りの医療、生理学研究、及び新しい治療手段の開発の場としての機能もある。
- 4 委員からの主な意見
 - (1) 議論の進め方について
 - ア 子ども達が、救命救急センター等の大きな病院にたどり着けずに亡くなることのないような救急医療体制を作ることを出発点に、議論したらいいのではないか。
 - イ 既存の医療機関を育てる方向で議論したらいいのではないか。
 - ウ 現場のニーズ、国民のニーズに対応するにはどうしたら最も効率的か、という議論が必要。

- エ 将来的にどうあるべきかという議論のほかに、近未来をどうするかという議論も重要。
- オ 重篤な小児救急患者の話と、院内の重症患者の話は分けて議論した方がわかりやすいのではないか。
- (2) 小児救急医療体制の整備について
- ア 小児の救急医療は、初期、二次、三次に分けられないという現実があるので、救急外来への直接来院の患者も含めて、全員を受け入れる医療機関の整備も必要ではないか。
- イ 小児専門病院のP I C Uが担う集中治療は、救急医療で落ち着かせた後の治療であるので、緊急性の高い小児患者については、まず直近の救命救急センターで対応される必要があるのではないか。
- ウ 重篤な小児救急患者を診る施設としては、どういう施設が必要で、どういう医師が必要なのかについて、議論を深めていかなければならない。
- エ 小児外科医が外傷や熱傷等の救急医療に積極的に取り組んでいる施設等は、P I C Uという名前にふさわしいのではないか。
- オ 外因性の救急に関していえば、小児外科医及び小児科医の関与は少なく、ほとんど救命救急センターの医師が診てきたという背景がある。
- カ 小児専門病院への聞き取りでは、救急医療への取組状況が施設によって大きく異なっていた。救急を積極的に行っている医療機関では、後方病床の確保が問題となっていた。
- (3) 搬送及びメディカルコントロール協議会について
- ア 消防をピッチャーに例えるなら、医療機関はキャッチャーであるので、ピッチャーとキャッチャーの両方の整備が必要。
- イ 小児科の医師がメディカルコントロール協議会に入って、救急医と一緒に救急医療を支えていく必要があるのではないか。
- ウ 消防機関が緊急度の高い小児患者を選定して高次な医療機関に搬送するのであれば、直接来院等で救急車を呼ばない場合の対応はどうなるのか。
- (4) 地域における整備について
- ア 地域医療をすべて平準化したいという願いがあるのだから、トップレベルのものをいきなり追加することで、切り捨てられる地域がでないように配慮する必要がある。
- イ 日本にはもともと十分なP I C Uがないのであれば、3都道府県に1つでもいいから整備したらいいのではないか。