

病院におけるトリアージとは

- ・医学的重症度に沿った診療順位
- ・ガイドラインに基づく客観的トリアージ
- ・看護師によるトリアージとチーム医療



カナダ小児救急患者 トリアージおよび重症度判定基準

すべての患者は
来院後10分以内に
最初の
トリアージ
評価を
受けなければ
ならない



最初の印象
あるいは
救急隊員の評価

来院時の状態その評価
「小児患者の受診時の状態」
を参照

生理学的評価
外観—神経学的
呼吸数+呼吸努力
心拍数+灌流

再評価
あるしは
治療開始までの
時間



生理学的評価		レベル I 蘇生 0 MINUTES	レベル II 緊急 15 MINUTES	レベル III 至急 30 MINUTES	レベル IV やや至急 60 MINUTES	レベル V 非緊急 120 MINUTES
意識なし	意識障害 増悪	乳児—泣きやまない 呼吸異常	乳児—あやすと 泣きやむ 行動異常の徴注	行動異常や バイタルの 異常なし	呼吸数 正常	呼吸数 正常
呼吸数 NR +/- 2SD(1.5-1.7) 不適切な呼吸 重篤な窮乏状態	呼吸数 NR +/- 1.5SD(1.5-1.7) 不明な呼吸行動異常 中等度の窮乏状態	呼吸数 正常範囲外 軽度異常状態	呼吸数 正常	呼吸数 正常	呼吸数 正常	
心拍数 NR +/- 2SD(1.5-1.7) 心停止 ショック ブアノーゼ	心拍数 NR +/- 1.5SD(1.5-1.7) capillary refill > 4秒	心拍数 正常範囲外 capillary refill > 2秒	心拍数 正常	心拍数 正常	心拍数 正常	

年齢	呼吸数 (RR)		正常範囲 (NR)	心拍数 (HR)	
	+/- 2SD	+/- 1SD		+/- 2SD	+/- 1SD
出生—3カ月	10 - 60	20 - 70	30 - 60	40 - 230	65 - 205
3—6カ月	10 - 60	20 - 70	30 - 60	40 - 210	63 - 180
6カ月—1歳	10 - 60	17 - 55	25 - 45	40 - 180	60 - 160
1—3歳	10 - 40	15 - 35	20 - 30	40 - 165	58 - 145
6歳	8 - 32	12 - 28	18 - 24	40 - 140	55 - 125
10歳	8 - 26	10 - 24	14 - 20	30 - 120	45 - 105

*評価までの時間は目標であって、これが確立された標準的時間というわけではない。
*NR：正常範囲

チーム医療としてのトリアージ

医師・看護師

チーム医療

看護師

トリアージ

患者評価

診断

治療

症状

集中治療

- | | |
|------|-------|
| 発熱 | 腹痛 |
| けいれん | 嘔吐・下痢 |
| 多呼吸 | 血便 |
| 頻脈 | 意識障害 |
| | 誤飲・誤嚥 |

- u 蘇生
- u 緊急
- u 準緊急
- (u 準準緊急)
- u 非緊急

- 初期評価
- 1次評価
- l 安定化
- 2次評価
- 3次評価

- n 脳炎・脳症
- n 髄膜炎/敗血症
- n 心筋炎
- n ARDS
- n 頭蓋内血管病変
- n 外傷
- n 中毒
- n 気道・食道異物
- n 小児外科的疾患
- n 骨折
- n 腸重積症

- | 検査・治療 | 特殊治療 |
|--------|--------|
| p 人工呼吸 | p PCPS |
| p 心エコー | p ECMO |
| p EEG | p HFO |
| p CT | p NO |
| p MRI | p TAE |
| p CV | p DCS |
| | p CHDF |
| | p 脳低体温 |
| | p ICP |

外傷を含む教育カリキュラムの必要性



• 小児科
医

• 小児集
中治療
医

小児内
科疾患

小児集
中治療

小児外
科疾患

外傷・
中毒

• 小児外
科医

• 救急医



外傷や中毒まで含む小児救急カリキュラムのもとに協働する

日本小児救急
医学会雑誌

Volume 7 Number 1 2008 (別冊)
Journal of Japanese Society of Emergency Pediatrics

小児救急医療の教育・研修目標

日本小児救急
医学会雑誌

田中 次郎
第一巻

論文目次

小児救急医療の動向と新たな取り組み

第1段階

【現 状】

集約化・重点化
小児科学会が推進
小児科内の改革
(小児科救急)

第2段階

【先進的な地域】

外傷・中毒への対応
北九州・成育方式
他診療科との連携
(小児救急)

第3段階

【新たな取り組み】

ER型救命センター
で外傷習得の上、
小児を専門とする
(小児救急専門医)

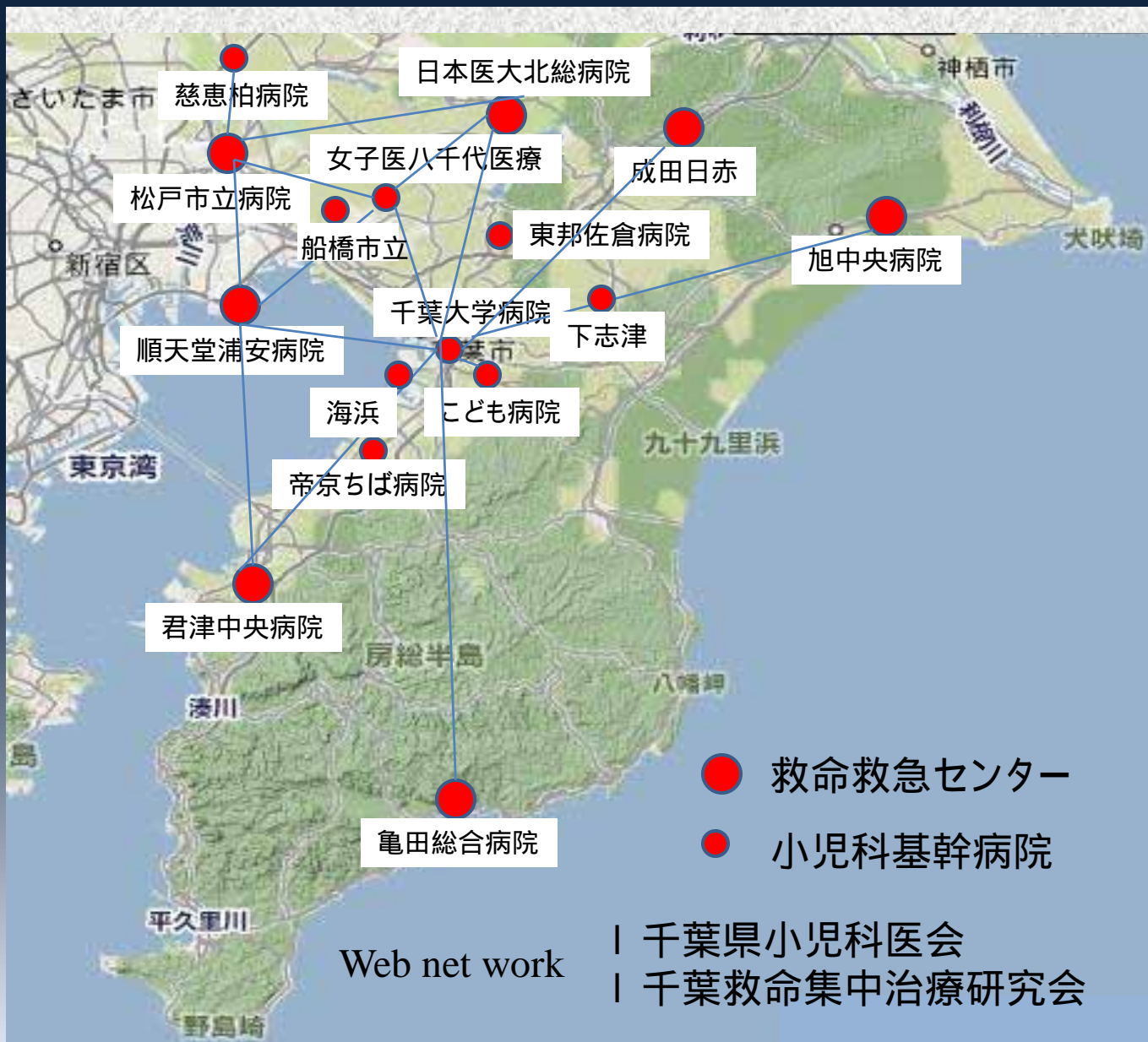


成人救急の基本を習得した小児救急医の養成が始まっている

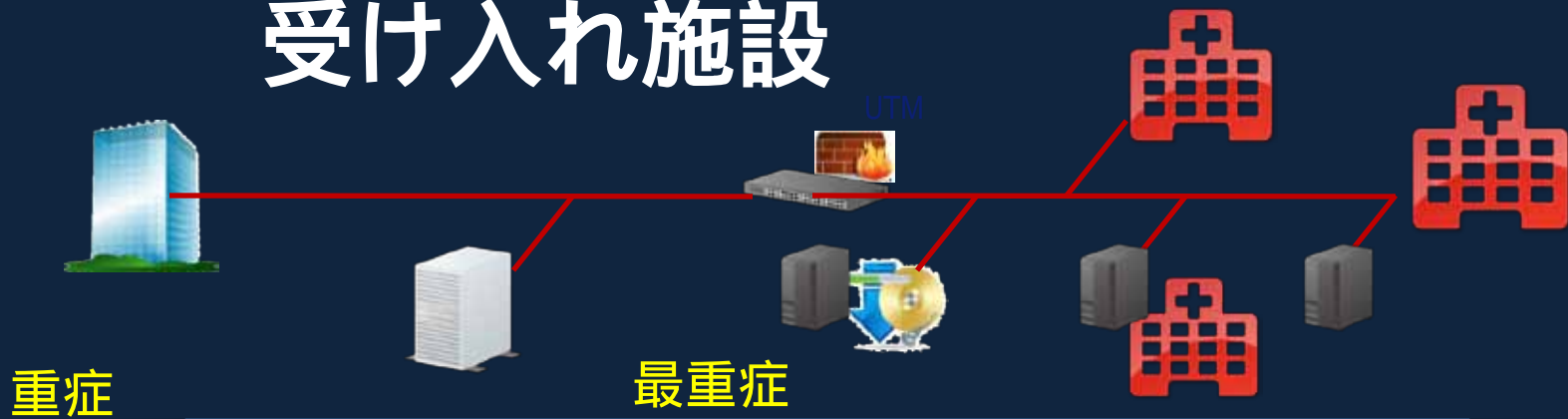
小児救急医療をめぐる新たな動き

- Ⅰ こども病院の集約化と救命救急センターとの連携
都立小児総合医療センター、静岡県立こども病院等
- Ⅰ 救命救急センターへの1～2床のPICU設置
- Ⅰ 新型インフルエンザによる重篤患者の対応施設間
ネットワークと登録制(全国)
- Ⅰ #8000、#7119の連携と推進
- Ⅰ 病院間搬送医療としてのドクターヘリ網の充実

千葉県小児救急医療支援ネットワークシステム



新型インフルエンザ重症・最重症 受け入れ施設



施設	通常呼吸管理	ARDS		急性脳症	急性心筋炎		窓口
		10歳未満	10歳以上		10歳未満	10歳以上	
A							
B		×			×		
C		×	×		×	×	
---	---	---	---	---	---	---	
G					×		

まとめ

1. 小児では1次・2次救急と3次救急はともに重要であるが、
重篤小児への対応のためにPICUの普及が重要である
2. 小児の教育カリキュラムを確立し、成人と連携の上で外傷、
集中治療に取り組む必要がある
3. 救急外来における看護師によるトリアージは医療の質や
チーム医療の点からも有用である
4. 救急医療は成人も小児も危機を迎えている

「小児救急医療の現状についてー

開業小児科の立場から」（抄録）

日本小児科医会副会長 桑原 正彦

（広島市安佐南区、桑原医院）

1 日本小児科医会開業医会員の年齢別内訳

日本小児科医会の会員数は、平成 21 年 10 月末現在、6,259 名であるが、その内、開業医会員（A 会員）は 3,839 名、勤務医会員（B 会員）は 2,420 名である。

開業医会員は高齢化が激しく、60 代以上が 52.8%（2029/3839）を占めている。

2 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数（日本小児科医会）

（資料 1）

開業小児科診療所は地域偏在が顕著であり、当然、独立採算であるため、経営状態の悪い過疎・中山間地域では、成り立たない。

3 開業小児科医の労働時間（全国保険医団体連合会調べ）

「開業医の実態・意識調査」（2008 年 8 - 9 月）では、1 日実働時間 11 時間以上が、医科全体で 11.5% である。さらに、時間外の病変が多い小児の疾病の特殊性、「かかりつけ医」としての責任を一人で引き受け、地域で少ない小児科医として公的な仕事も多く、勤務小児科医とは違った意味での重圧が加わっている。

4 地域医療の中で、期待される開業小児科医の役割

安心子育て指導

予防接種（集団接種、個別接種）

感染症の予防対策

学校保健、保育所保健指導・管理（学校医、園医）

地域の子育て支援（公的委員会、講演会など）

病児保育所の運営

「子どもの心相談医」認定医 1,150 名（日本小児科医会）

障害児（者）医療

虐待関連医療

自殺予防医療
救急医療

5 開業小児科医の実収入と「医療経済実態調査」の内容との相違点

平成 19 年度「診療所小児科の医療経済実態調査」(日本小児科医会調査)では、「主な標榜科が小児科、医師 1 人、無床診療所」での「個人」収益は 162 万円・月、「法人」理事長給与で 187 万円であった。

一方、同時期に行われた厚労省の「第 16 回医療経済実態調査」では、「無床診療所、個人、小児科」の収支差額は 174 万円、「一般診療所、無床、院長」の給与は 207 万円であり、それぞれ、12 万円、20 万円少ない。

その原因の一つは、解析件数の相違である。日本小児科医会のそれは 355 件、後者のそれは、わずか、41 件である。

平成 21 年度「診療所小児科の医療経済実態調査」(日本小児科医会)は、現在解析中であるが、「小児科医 1 人、無床診療所」(解析数 306 件)では、「法人、理事長」給与平均は、2,485 万円・年、であり、年齢とともに減少している。

6 勤務医と開業医の待遇の差について

厚労省平成 21 年度の「医療経済実態調査」では、一般的に、勤務医給料 123 万 2 千円・月(賞与を含む)、開業医給料 208 万 2 千円、と報告されている。

開業医には、租税の外に、開設資金の個人返済、年金に変わる老後積立資金、診療所の継続の機材の購入資金、開業継承のための資金などが必要である。

世界に誇る自由開業医制度により、日本の医療は、OECD の中でも低位の費用で、国民の健康を守ってきた。「診療報酬」という公定価格の適正な設定こそ、国民の安心を得る、最も投資効果の高い国の仕事と考える。

7 外来小児医療の充実のための小児時間外診療

「かかりつけ小児科医」として

夜間でも相談に、時には診察

家族の健康管理、感染症予防の指導

「小児科特例時間外加算」、「夜間早朝等加算」および「小児科外来診療料」の拡大は、開業小児科診療所の時間外診療促進に有益である。

初期救急医療に従事する小児科開業医を支援する重要な方策の一つは、2次病院における、「空き病床の確保」である。「空き病床」は独立採算を目指す病院側にとっては痛手であり、その為の診療報酬の裏付けがある。

8 地域の「時間外小児救急」の充実のために、開業小児科医が果たしている役割

(資料2、資料3)

夜間・時間外小児救急センターへの出務

全国各ブロックの例、広島市の例、津市の例、鹿児島県の例

在宅当番医制度への協力

(社)安佐医師会の例

在宅での時間外診療

(コメディカルの協力がいない場面で)

日曜日開設、

午後8時まで通常診療

公的病院の休院時間帯のカバー(土曜日、早朝)

#8000小児救急電話相談事業への協力、

海外在住邦人への電話相談事業への協力

9 次期診療報酬改定に向けての具体的な要望事項(小児救急関連のみ)

(資料4)

小児救急・地域連携医療の評価

「乳幼児地域連携救急外来加算」の新設

自己の診療所の外で、小児救急医療に携わっている実績に対して
包括医療からの高点数分の除外規定の新設

シナジス、

「診療情報提供料」 など

開業小児科外来での、「RSウイルス迅速診断」の点数化

「病院小児科空床」に一定の制限を付けて、点数化

10 おわりに

若い開業小児科医の情熱を維持し、意欲を育てる診療報酬体制を!

資料一覧:

資料1 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数(日本小児科医会)

中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会
平成 21 年 11 月 6 日(金) 9:00~
厚労省 17 階専用 19, 19, 20 会議室

- 資料 2 全国 5 ブロックの小児救急対応状況(日本小児科医会)
- 資料 3 「新型インフルエンザ」流行時の # 8000 の利用状況(広島県)
- 資料 4 社会保険診療報酬における小児医療に関する要望書(学会、医会)