

## 第1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

日時：平成21年3月4日（水）15：30－17：30

場所：中央合同庁舎7号館903会議室（9階）

内容：

## 1 事務局より資料説明

- ・ 救命救急センターと小児専門病院におけるP I C U整備の現状について

## 2 山田委員から、救命救急センターにおける小児救急医療の現状について

- ・ 90%の救命救急センターが小児を24時間365日受け入れているが、小児科医がセンター内に常駐している施設は5%だけであった。
- ・ 救命救急センターの20%に小児が優先的に利用できるI C U病床がある。
- ・ 救命救急センターにP I C Uを設置する場合、センター常勤の小児科医が最低2名は必要ではないか。
- ・ 看護単位が独立しており、8床以上の小児専用のI C Uを「1型P I C U」としてはどうか。また、救命救急センター内で、小児が優先的に利用できる2床程度のI C Uを「2型P I C U」としてはどうか。

## 3 植田委員から、小児専門病院に開設されたP I C Uの現状について

- ・ 静岡県立こども病院ではP I C Uを12床運営しており、45%が術後管理で、40%が院外発生の救急患者、15%が院内急変の重症患者である。
- ・ P I C Uは生後1か月の乳児から成人同様の体格の小児までを対象とするので、全サイズの備品が必要となり、非効率であるため、財政的援助が必要。
- ・ P I C Uの設置のためには、行政の理解、交付金などの財政的支援、小児集中治療に対する適正な支援等が必要。
- ・ P I C U設置のための人的要件としては、病院長の明確な方向づけ、リーダーとなる小児集中治療医の存在、医療スタッフの確保等があげられる。

## 4 市川委員から、救命救急センター併設の小児救急センターの現状について

- ・ 北九州市立八幡病院の小児救急センターは、小児人口10万人の地域の初期から三次までの病院前小児救急医療に対応しており、成人と共用のI C Uへの病院前入院数はこの4年間は年間平均17人であった。
- ・ 救命救急センターで小児の三次救急に対応することは必要だが、そのうち、どのような症例を「1型P I C U」へ送るかの見極めが必要。

## 5 委員からの主な意見

## ○ 小児の救命救急医療の位置づけ

- ・ PICUは小児医療の最後の砦であるが、予防・早期発見・搬送・救急医療という救命の連鎖が機能して初めて、有効に機能できる。
- ・ 小児の初期、二次、三次救急医療は車の両輪のようなもので、全体がうまく回らなければ、三次のみが回ることはできない。

## ○ PICUを整備する施設について

- ・ 救命救急センターは外傷への対応能力に優れているし、各々のセンターには得意分野があるから、「2型PICU」から患者を「1型PICU」に転送するのは別に、「1型PICU」から「2型PICU」に転送することがあってもいい。
- ・ 救命救急センターの機能には施設による違いが大きいのので、小児を受け入れてくれる施設を選んで育てていけばいいのではないか。
- ・ 内因性疾患や慢性疾患を中心に診療している小児専門病院においては、外因性疾患の救急対応が不十分ではないかとの懸念がある。

## ○ PICUを担うマンパワーについて

- ・ 小児集中治療医という専門医制度はないが、小児の救急医療・集中治療を担う診療能力を身につけている医師は、全国に数十人程度いるのではないか。
- ・ PICUを整備する場合、小児集中治療医を必須とするのか、小児科医と麻酔科医や救急医との組み合わせで良いと考えるのか。
- ・ PICUの要件として各専門医の人数等を規定されると、現在苦しい中で協力して不足を補っている施設にとって、逆効果になるのではないか。

## ○ PICUへの重篤な小児患者の集約について

- ・ PICUとして患者を多く診ている施設の救命率は高い。重篤な小児患者の数は少ないので、できるだけ集約することが大切。
- ・ ドクターヘリ等の搬送手段の整備が不十分で、広域搬送が難しい地域はどうするのか。
- ・ 競合する医療機関が多い都会については、どう考えるのか。

## ○ 今後の整備の方向性について

- ・ 将来的には集約化・重点化というきれいな地図が描けることが理想。その将来へつながるようなシステムを提案したい。
- ・ 今できることと、将来あるべき姿を分けて考え、ロードマップを作成すればいいのではないか。
- ・ 救急医療というのは非常に現実的な問題なのだから、今あるマンパワーを踏まえて、現実的な方策を考えなければならない。

## 重篤な小児患者に対応する病床の要件について（案）

（参考資料 1, 2 参照）

- 入室対象児についてどう考えるか。
  - （1） 新生児及び成人との境界をどう考えるか。
  - （2） 多発外傷や熱傷等の外因性疾患、急性脳症や肺炎等の内因性疾患等を含むすべての疾患による重篤な小児救急患者を対象としていいか。
  - （3） 院内発生の重症患者及び集中治療が必要な術後患者の入室についてはどう考えるか。
  
- 求められる機能についてどう考えるか。
  - （1） 診療領域を問わず、すべての重篤な小児患者に対して必要な医療を提供できること
  - （2） 24時間体制で必要な医療を提供できること
  - （3） 医療スタッフに対する小児救急医療及び集中治療の臨床教育を行うこと
  - （4） その他
  
- 設置する場についてどう考えるか。
  - （1） 救命救急センター
  - （2） 小児専門病院
  - （3） その他（中核病院、大学医学部附属病院等）
  
- 必要な医療スタッフについてどう考えるか。
  - （1） どのような専門性及び技能を有する医師・看護師・コメディカルが必要か。
  - （2） どのようにして医療スタッフを養成するか。

## 小児の救命救急医療体制の整備のあり方について

(議論のたたき台)

### 1 目的

- 地域において、初期から高次までの小児救急医療を切れ目なく提供できる。
- 小児の救急医療全体の質を向上させる。

### 2 現状

- 小児の初期及び二次救急医療に関しては概ね地域の中で体制が構築されているが、小児の救命救急医療については、小児科のある医療機関や救命救急センター等において対応されている。

### 3 課題の抽出

- 地域の実情に応じて、小児の初期、二次のみならず、救命救急医療についても受け皿を整備する必要があるのではないか。
- そのためには、小児医療、一般救急医療とも連携したネットワークを地域に形成することが必要ではないか。
- 小児の救急患者に対応する一方、既に入院中の重症患者に対しても、質の高い集中治療を必要に応じて提供することが可能にならないか。
- 整備された小児救急医療体制に基づく医療計画の見直し、住民への周知が必要ではないか。

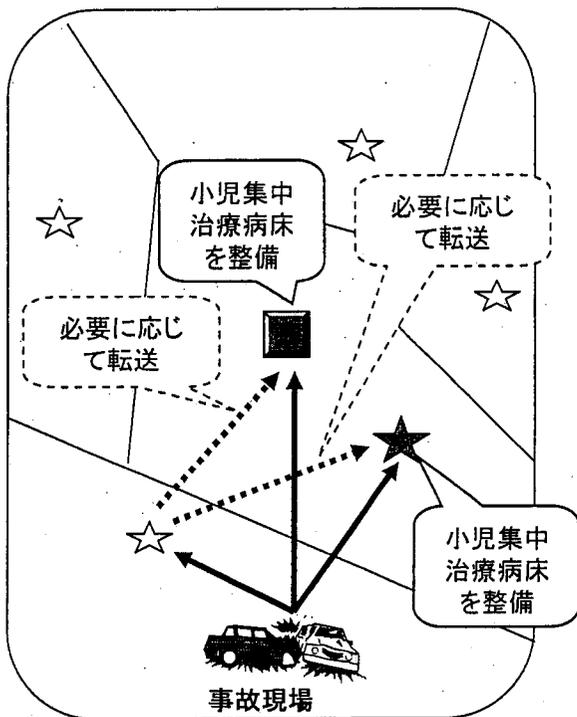
### 4 検討事項

- 小児救急と一般救急との連携強化 (参考資料 3, 4 参照)
- 小児救急とメディカルコントロール協議会との連携強化 (参考資料 5 参照)
- 地域における搬送及び受入れルールの方策 (参考資料 6 参照)
- 小児救急の核となる医療機関へのアクセスの確保 (参考資料 7 参照)
- 重篤な小児患者に対応できる病床の必要数の算定 (阪井委員提出資料 参照)

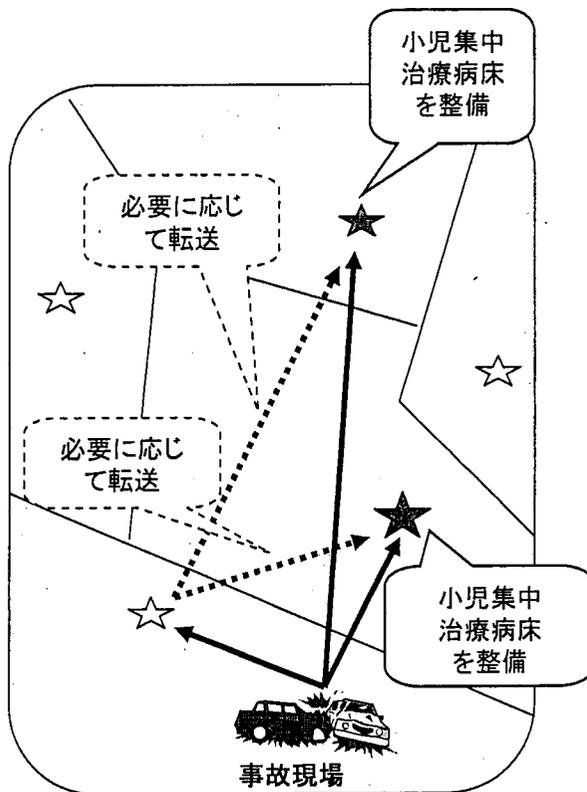
# 地域の実情に応じた小児の救命救急医療体制と患者の流れ (イメージ)

————— : 重篤な小児患者の流れ、☆ : 救命救急センター、□ : 小児専門病院

地域A



地域B



地域C

