あしたを考える

貧弱 子どもの事故救急

1～4歳の死亡率、主要国中3位

幼い子どもの命を脅かす事故は後を絶たない。子どもと大人は、体も心も違う。にもかかわらず、子どもの大けがを診る体制は整っておらず「大人用」の施設を流用している。日本の幼児の死亡率は、主要国の平均を超している。危機にある救急医療の中でも、一番遅れている小児の救急医療現場を見た。

（林義則、編集委員・中村通子）

小児ICU頼み

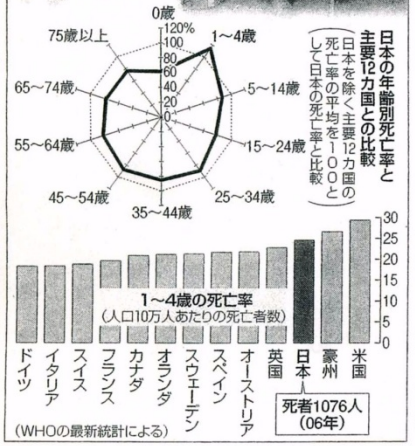
11月上旬の午後、ローター音を響かせながらドクターヘリが、静岡県立こども病院（静岡市）の屋上に着陸した。医師らが機体後部の扉に駆け寄り、2歳の女の子を乗せた担架を運び出した。小さな口や胸から血を流している。血圧は低い。意識もない。危険な状態だ。

自宅の2階から転落したという。地元の総合病院に救急車で運ばれたが、顔や胸を強く打っており、頭の中にも出血があれば、開頭手術が必要になるかもしれない。総合病院の医師は、約50キロ離れた県立こども病院に電話をかけた。ここは、小児集中治療室（PICU）を備え、子ども専門の集中治療医や脳外科医、形成外科医がそろっているからだ。救急車なら1時間以上かかるが、ドクターヘリなら10分でいける。

PICUでは、女の子を医師や看護師が囲んだ。「血圧が下がっているから気をつけて。点滴は足からがいい」。植田育也・小児集中治療センター長から指示が飛ぶ。直径わずか5ミリほどの気管に入れた管を人工呼吸器につなぎ、次々と輸血や点滴の針を小さな足に刺していく。約30分後、最初の治療が終わった。脳や内臓の損傷も見つからず、最悪の事態は免れた。

PICUは、命の危機に陥った幼い子を診る専門部門だ。この病院では、昨年6月に開設し

PICUで懸命の治療を受ける子ども＝静岡県立こども病院



ワイド

PICUの基準 厚生労働省は73年に集中治療室（ICU）の施設基準を定めた。「広さが1床あたり15平方メートル以上」「専任医師が常時いる」「人工呼吸器など6種の装置が常時ある」などを満たす施設での治療には、診療報酬を請求できる。これはPICUにも適用されている。関係学会は、必要最低限の条件なのに「十分条件」と誤解されている▽大人用の基準は幼児には不適切、などの理由で、質の高いPICUの「目標」となる設置基準を昨年示した。

PICUは、命の危機に陥った子どもの集中治療や救急治療に携わる14人の医師が2交代制で勤務している。県内に2機あるドクターヘリや救急車で24時間、県内外から子どもの重症患者が来る。地域の子どもの命を守る最後のとりでだ。

大人と子どもでは体の大きさはもちろん、体温や脈拍なども違う。力の弱い小さな子どもは、口の中のわずかな出血で窒息する。赤ちゃんはしゃべれないので、意識の確認にも工夫がいる。重症の子を救うには、秒単位の素早い対応が欠かせない。ここは、そのための人材や設備、ノウハウを集約した場なのだ。

効果は高い。日本医科大千葉北総病院（千葉県印旛村）の救命救急センターでは04年から、15歳未満の重症患者を、ドクターヘリで約15分の距離にある国立成育医療センター（東京都世田谷区）のPICUに転院搬送し始めた。ヘリ導入前も含めて追跡調査すると、01～06年の間にPICUに転送した子11人のうち、死亡したのは1人だけ。転送しなかった22人では3割にあたる6人が死亡していた。

高い水準にある救命医療施設でも、幼い子を救うには、十分でないことを示すデータだ。調査をまとめた千葉北総病院の武井健吉医師は「大けがで助からないと思っていた子どもが、PICUで助かっていく。驚いた」と話す。

専門細分化が足かせ

日本集中治療医学会によると、PICUは全国に18カ所、約120床しかない。欧州では子どもの重症患者の発生頻度をもとに、小児人口約40万人あたり10床のPICUを置いている。これに照らせば日本は約50カ所500床必要となるが、まったく届いていない。

さらに、日本ではPICUと看板を掲げていても、ほとんどは小児がんや心臓病などで入院中の子どもの急変や手術後の容体管理しか対応していない。転落や交通事故などで大けがを負った子は「管轄外」と受け入れない。だから、一般の救命センターに運ばざるを得ない。その救命センターですら、しばしば断る。ある救急医はこう打ち明けた。「小さな子の大けがは、できれば診たくない。小児科医でなければきちんと対応できません。はっきりいって怖い」

その結果が、悲惨なデータに表れている＝グラフ。世界保健機関（WHO）の統計では、1～4歳の死亡率は、13の主要国のうちワースト3位。年齢別に見ると、他の年齢層では死亡率が平均を下回っているにもかかわらず、1～4歳は平均を超える。国立成育医療センターの阪井裕一・総合診療部長は「この世代の死因1位は不慮の事故です。なのに、多くの小児科医が診ようとしない。見捨てている」と憤る。

高度に細分化した小児医療が背景にある。全身を総合的に診なくてはできない集中治療や救急医療は、臓器別分野の枠に収まらないため、取り残されている。その結果、大学の医学教育には、小児科の専門分野を修めつける系統的なカリキュラムすらない。小児救急・集中治療の専門医は20～30人程度しかいないのが現状だ。

こうした現状を変えようと、日本集中治療医学会と日本小児科学会、厚生労働省研究班は07年、PICUの設置基準をまとめ「PICUとは、救急患者を含むすべての命の危機にある子どもを治療する場」と位置づけた。明確な定義をすることで、PICUが大けがの治療に門戸を開き、不慮の事故に遭った子を救う力を発揮するようになると考えたからだ。

PICUの数を増やすのに欠かせない人材育成には、専門医らが忙しい診療の合間を縫って励む。小児集中治療のベテランらが05年にNPO法人を作り、若手医師や看護師を2日にわたってみっちり鍛えるワークショップを毎秋、開いている。今年は約600人が参加した。

「見捨てられた世代」の命を守るための模索は、ようやく始まったばかりだ。