

## 保護者教育が補完する小児救急医療

廣瀬政雄\*

(キーワード：小児，救急医療，保護者，保健，教育)

### 緒言

わが国では、近年、少子高齢化の進行により、子どもの医療需要が減少した結果、病院小児科の縮小や閉鎖が相次ぎ、地域によって小児救急医療体制が成立しなくなっている。小児救急医療を取り巻く環境は危機的な状況にあるといえる。わが国の現在の小児医療に関して、診療者側の問題点、受療者側の問題点、医師会の提言およびこれに対する国の対策の現状を明らかにする。さらに、主要先進国の小児保健医療の制度を参考にして、わが国の小児医療の問題とその背景を掘り下げる。その上で、わが国の小児医療の問題点を解決する方策について考察する。

### 1. わが国の小児医療と小児救急医療の問題と背景

わが国では、近年、少子高齢化の進行により子どもの医療需要が減少した。加えて、医療費抑制政策を受けた診療報酬の切り下げによって、不採算部門となった小児科を閉鎖あるいは縮小する医療機関が増えた。一方、保護者の側では、少ない子どもを大切に育てたいとの強い願望から、「専門医による安心できる医療」を求めるといった傾向が強くなってきた。これらの要因により、小児科を専門とする医師の需要が増大している。さらに、夜間や時間外に受診する小児患者が増加しており、小児救急医療の新たな問題となっている。小児科医師の供給面では、平成16年に始まった新卒医師を対象とした新医師臨床研修制度開始後、各科の医師不足が発生しており、特に専門領域として小児科を選択する医師の減少が顕著となっている。このような要因の重複により、救急医療を行なっている病院に患者が集中し、地域によって小児救急医療が成立しなくなっている。

行政においては、受診料を無料にするなど経済面での支援を拡大させている。また、小児科診療を重視した対応として、小児科医師の集中配置を試みているが、全国的に進展していない。その結果、基幹病院の小児科に患者が集中して、地域の夜間小児救急医療体制が維持できなくなっており、今のところ全面的な解決策とはなっていない。

#### 1) 小児救急診療の実態

小児救急診療の実態は、田中によると、休日・夜間急患センターにおいて、小児の救急患者は全体の50.4%、病院では日中の小児患者は全体の8.1%程度であるが、救急患者は全体の25.7%を占め、小児人口が15%程度であることと比べて著しく割合が大きいという(1)。2002年の愛知県医師会の調査によると、15歳未満の小児は年間に3人のうち1人の子どもが救急受診している(2)。他にも、夜間・時間外に受診する小児科患者は内科や外科を含めた全体の救急患者の50%～60%を占めること、その内、およそ60%～80%の患者は軽症であること、さらに、受診が必要とされた患者の割合は20%程度であり、入院治療が必要な二次救急や三次救急に該当する患者は2%～7%に過ぎなかったことが報告されている。驚くべきことに、数%は受診不要のもので、社会的受診例までみられたという。ただ、急病発生の頻度は成人1に対して小児6、乳幼児12の割合で、乳幼児は抵抗力や予備力が小さいことから、救急受診頻度が著しく高く、日中の患者数と救急患者数の割合に大きな差があることが診療体制作りを難しくしている(1)。

#### 2) 診療者側の動向

小児科医師数の推移は、平成6年から平成14年の間は若干増加している。小児科を標榜する病院数は、昭和50

\*鳴門教育大学心身健康研究教育センター

年と比較すると113.6%と増加しているが、最も多かった平成2年と比較すると83.5%に減少しているという。厚生労働省の調査によると、小児科医師数の変動について、平成14年12月の病院と診療所を合わせた小児科医師の総数は14,481名で医師全体の5.8%を占めた。病院に勤務する小児科医師数は8,429名で病院勤務医に占める割合は5.3%であった(3)。平成16年には小児科医師の総数は14,677名で、若干の増加をみている。この内、病院に勤務する小児科医師は8,393名で全体の5.1%を占め、診療所に勤務する者は6,284名で全体の6.8%であった。病院勤務の医師が減少し、診療所勤務の医師が増加している。その後、新医師臨床研修制度の影響により、小児科標榜施設の減少が続いている(1,4,5)。

女性小児科医師が全体の半数を占めており、結婚、出産、育児にかかる負担のために臨床を離れることから、実際の活動性は低下している。女性医師の割合をみると、平成14年12月の時点で、小児科医師総数に占める女性の割合は30.7%であり、眼科36.8%および皮膚科36.1%に次いで多い(6)。病院の全診療科に占める割合は15%であるのに、小児科女性医師は30%を超えている。女性医師は出産と育児の際、救急業務に従事しにくいという事情がある。日本小児科学会が行った医師の勤務実態調査によると、40%以上の女性医師は育児と仕事の両立が難しいと感じている(7)。今後、女性医師の占める割合が増加することが予想されるため、女性小児科医が安心して仕事と子育てを両立できるように、支援体制の構築が求められる。

また、厚生労働科学研究小児科産科若手医師確保・育成に関する研究では、わが国における15歳未満小児人口10万人当たりの小児科医師数は79.9人であり、米国における56.5人(18歳未満小児人口当たり)と比較して決して少なくない。しかし、わが国では病院あたりの小児科医師数が2.5人と少ない。従って、小児医療提供体制の問題点は小児科医師の数の不足ではなく、医師の配置の偏在と役割分担の不明確さにある。地域間格差を見ると、小児科医は特定の地域に集中する傾向がある。平成14年で比較すると、15歳未満の小児人口1万対小児科医師数は、鳥取県が12.0人、京都府および東京都が11.7人と高い数値を示しているのに対し、茨城県では5.1人、埼玉県では5.6人であり、2倍以上の格差を認めている(8)。

病院小児科医師の平均年齢は、平成14年12月の時点で、39.8歳であるのに対して、診療所小児科医師の平均年齢は58.4歳であり、60歳以上が40.4%を占めている(6)。現在、開業小児科医の高齢化が進行しており、年齢の面においても小児救急医療体制を維持するのが困難になってきている。

小児科医師不足を解消するためには、新たに小児科診療に参入する医師が増加することが必須であるが、小児科診療の過重労働や小児科の不採算性等が明らかになるに従い、小児科を希望する学生が少なくなっている(9)。平成16年3月に長崎大学が県内の小児救急を扱う20病院を対象に行なった調査によると、時間外労働が週平均21時間で、1割の医師が「月10回以上の当直」があると回答した。当直明けの勤務軽減が「ない」が9割を占め、「一ヶ月間に休みがない」が4割を占めるなど、労働基準法が空文化している実態が浮かび上がった(10)。

小児科医師と内科医師1人が担当する患者数は、平成14年には小児科医師は1,239人であり内科医は1,447人であった。病院に勤務する医師では、小児科医師は2,129人であり内科医師は2,999人であった。平成16年は小児科医師では2,100名であり、内科医師は3,100名であった。これらの数字からみる限り、小児科医と内科医が担当する患者数に大きな違いはない。しかし、乳幼児の救急診療受診率が成人に比べ10倍以上高いので、小児救急を担当する医師が不足する結果となっている(1)。

小児医療を採算面からみると、外来・入院共に老人に比べて悪いことが明らかで、40%の病院が赤字だという(8)。小児の外来需要は少なくないが、高齢者に比べると少ないという。入院需要は著しく少なく、入院期間は短い。また、季節により患者数の変動が激しい。外来では急性疾患が多く、慢性疾患が少ない。実際に、検査や処置が少ないのに、各種処置に際して手間がかかるため、出来高払い制である現在の診療報酬制度のもとでは小児科に著しく不利となっている。国民医療費により算出した年齢別の医療費では、小児1人あたりの年間医療費は2万6,000円であり、内科領域の対象となる15歳から45歳では3万1,000円と大きな違いはないが、65歳以上では27万円と、桁違いの額となっている。採算面からみた小児医療費は、最近少しずつ是正され、他の診療科に比べて増加幅は大きくなっているが、まだ十分でない(1)。

国はこのような現状に基づき、小児救急医療体制を原則2次医療圏ごとに整備するとしている。しかし、現状ではまだ半数を少し上回るほどしか整備されていない。現在の未整備な2次医療圏ごとに輪番を組むためには、さらに病院勤務の小児科医が1,500人程度必要であると試算されているが、これは病院勤務医全体の20%に相当し、増員は容易ではないと考えられる(2)。

### 3) 受療者側の動向

15歳未満の小児人口は、昭和55年には2750.7万人であったが、その後減少の一途を辿り、平成14年には推計で

1810.2万人となった。これを人口割合で見ると、23.51%から14.20%に低下したことになる<sup>(11)</sup>。合計特殊出生率の推移からみて、今後も小児人口が減少し続けることが予想される。小児患者数の推移は、最も多かった昭和48年の184.7万人（総患者数の23.65%）から平成14年の推計67.2万人（同8.48%）まで減少し、小児医療の需要の減少を反映している<sup>(12)</sup>。しかし、平日の夜間や休日に受診する小児患者が増加している。厚生労働省の研究班の調査によると、小児患者が受診した時間帯は、準夜帯が60.4%と最も多かった。また、大都市では深夜帯の受診が31.8%と、3割を超えていることが明らかにされた<sup>(13)</sup>。

小児救急受診患者にみられる症状は、上気道炎に伴う咳、発熱、さらに嘔吐や下痢などの消化器症状などで、これらが約70%を占める。その他、外傷と熱傷が約20%であり、小児に特徴的な熱性痙攣や症候性痙攣は約10%である。

## 2. 日本小児科学会の改革構想

日本小児科学会は、平成14年9月に「小児救急プロジェクトチーム」を設置し、平成16年4月に改革構想をまとめた<sup>(14)</sup>。

小児科診療の改善のために提案されている一般的な事項として

### 1) 勤務条件の改善

- (1) 多様な勤務形態の導入
- (2) 労働基準法等関係法令を踏まえた勤務時間の再検討
- (3) 研修・研究時間の保障

### 2) 女性医師が仕事と家庭を両立できる就労環境の整備

- (1) 仕事と家庭を両立できる、柔軟性のある勤務形態の導入
- (2) 医師の仕事と家庭の両立支援
- (3) 仕事と育児の両立支援制度の充実

### 3) 大学等における小児医療・周産期医療に関する卒前卒後教育の充実と支援

### 4) 小児科医師確保のための財政的基盤整備

### 5) 効率的な小児医療提供体制の整備

などを主な論点として、現在の小児医療の問題点すべてに対して改善を求める提言を行なった。

その後、さらに検討が進められ、小児科を小児科診療所、一般小児科（病院）、過疎小児科（病院）、地域小児科センター、中核病院という5つの型に機能分化することが提案された。小児救急・新生児集中治療の両方、またはいずれかの機能を備える「地域小児科センター」では、複数の医療機関に分散している小児科医を集約し、地域の小児科医が全体として共同参加して一次救急を担うほか、入院医療の必要な患者への対応も行なう。「一般小児科」では小児救急は担当しないが、その医師は「小児科診療所」と同様に「地域小児科センター」における一次救急の当番制に参加するなど、地域の病院小児医療をチームとして医師全体で維持する体制を築く。将来的に、「地域小児科センター」は子育て支援や小児保健活動等、子どものための総合的な保健・医療サービスの拠点としての役割も期待されるとしている。

## 3. 国の小児医療提供体制整備のための対策

厚生労働省においても、より機能的かつ効果的な小児救急医療体制の整備を始めている。

臨床研修制度の改善として、戦後から昭和42年まで採られていたインターン制度においては、多くの若手医師は卒業した大学の医局に残り、専門医志向に傾き、臨床研修のほとんどは所属する医局の診療分野を対象とするものであった。それゆえ、地域医療やプライマリケアの基本を十分に学んでいなかったことが問題であった<sup>(15)</sup>。平成16年4月から、2年間の卒後臨床研修制度（スーパーローテート）が始まった。この研修制度では、原則として、当初の12か月は内科、外科および麻酔科を含む救急部門を研修し、その後に小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（へき地・離島診療所、介護老人保健施設等での研修）を1か月以上研修する<sup>(16)</sup>。小児科は標準モデルとして3か月の研修を行なうとされており、小児のプライマリケアを含め幅広い基本的な診療能力を習得することが期待されている。

厚生労働省は小児救急医療体制を整備するために、平成11年度から小児救急医療支援事業を始めたが、平成15

年10月の段階で、全国406地区ある小児救急医療圏のうち、小児救急医療体制を整備しているのは180地区（全体の44.3%）という状況であった（17,18）。さらに小児救急医療体制の充実を図るために、厚生労働省は平成16年度から国庫補助事業として「小児救急電話相談事業」「小児救急地域医師研修事業」「小児救急遠隔医療設備整備事業」を導入した(19)。「小児救急電話相談事業」は、急患センターへの患者集中を緩和するために始められたもので、全国同一の短縮小児救急電話番号(#8000) にかけると、小児科医が電話相談に応じてくれる。軽症患者は電話でのアドバイスで対応できるケースが多いことから、医療機関への患者集中を抑制する効果が期待されており、すでに始まっている広島県の電話相談事業は、利用者から好評を得ているという。徳島県においても、平成19年6月16日に開始した、土曜・日曜・祝日と年末年始の午後6時から同11時の間の受付の電話相談において、9月20日までの3ヶ月間に156件の相談が寄せられたという(20)。

平成18年4月の都道府県の小児科医師数および産科医師数の把握状況調査によると、「既に把握している」が22県、「小児科のみ把握」が3県で、22県は「今後把握する予定」または「把握していない」だったという。また、集約化および重点化の検討を始めていたのは7県のみで、出足の鈍さが目立つ(21)。

#### 4. 主要先進国における小児医療提供体制の特徴

主要先進国における小児医療提供体制については、小沼による総説に詳しく調べられている(22)。

##### 1) イギリスの小児医療制度

英国における小児医療は、人口当たりの小児科医師数はわが国の1/3程度であり、小児科のある病院数は1/15ほどである。しかし、1病院あたりの小児科医師数は10倍程度であり、集約化が図られている。開業医の場合、昼間は家庭医として、夜間休日は往診にて対応しているという。公的診療所は夜間診療を行なう。これ以外に、全国電話医療相談の制度があるという。

英国と日本の現状を比較すると、単純比較はできないが、英国の方がはるかに少ない数の医師で地域の小児診療を担当するシステムができています。そのため、個々の医師の負担は軽く、日本の小児科医のように馬車馬のように働くことはないという(23)。

英国でこのような体制が実現できているのは、地域ごとに必要な専門医の数が算出され、その専門性を維持する資源の集中化が行われているためだという。これには「一般家庭医科」と「救急科」の専門性を確立したことが大きな役割を果たしている。数年前から英国では、一般家庭医に対して、予防医学的な活動に対するインセンティブ制度が導入された。単に病気を治療するだけでなく、登録している地域住民の健康増進のため、積極的に血圧検査をしたり、予防のための健康教育をしたりすることで担当地域の「健康度」をあげた家庭医には予算や采配の自由度を拡大するというものだという。

一方、救急医療は、患者の重症度を系統的に振り分けるトリアージから重症患者の処置に至るまで、高度な専門性を有する分野である。救急車に先行して医師を二輪車で現場に急行させ、その場で必要な医療行為を始める工夫や、心肺停止に近い重症の患者を受け入れる場合、救急科の先導で各科の専門医やソーシャルワーカーなどを含む専門チームがあらかじめ待機していて、到着後、直ちに治療を開始するといった設備と人の配置が不可欠である。夜間は1次から3次までこのような大病院の救急科が担当するため、火の車であるが、トリアージという制度や人的資源を集中させることで機能が果たされているという(24)。

##### 2) スウェーデンの小児医療体制

スウェーデンにおいては、プライマリケアを基本とした医療提供体制が構築されており、その中で小児医療も明確に位置づけられている。プライマリケア地区には、必ず地区診療所、地区看護師診療室、妊産婦保健センター、小児保健センターなどの施設が設置されている。地区診療所はプライマリケアを担う中心的施設であり、医師、地区看護師、助産師および小児科看護師等がいて、医療と保健予防事業等を行なっている。医療は主に県によって提供されており、私立病院や民間開業医の割合はごくわずかである。保健医療従事者の約9割は公務員となっている。保健医療サービスは、その圏域およびレベルに応じて、三層構造で提供されている。すなわち、広域医療圏単位、レーン単位、プライマリケア地区単位の医療が行なわれている。小児救急医療は主に年少児童を対象としている。診療所では、異なる医療圏で緊急を要する病気の子どもを、素早く、効率よく対処できるように、広域の救急オンコールシステムを備えなければならないことになっている。また、昼間のみ行なっていた診療は、急速に24時間サービスに置き換わっている(24)。

##### 3) アメリカ合衆国の小児医療

米国では、患者は開業しているプライマリケア医に診てもらい、その後紹介された専門医にかかる。米国の専門医には、病院の勤務医である場合と、病院付近に自前の診療所を構えている場合がある。病院の多くは、オープン病院のシステムをとる。2001年12月の時点で現役医師数は73.2万人で、プライマリケア医師は7.0万人、開業している専門医が44.4万人、病院勤務医が13.8万人である。開業している専門医の内訳は小児科医が4.5万人で内科医が9.5万人である。小児救急医療体制は小児病院を中心に、大人とは別に独立した小児専用の救急体制を構築している<sup>(25)</sup>。患者は救急部門においてトリアージ・ナースによる選別を受け、①Critical、②Emergency、③Urgent、④Non-urgentに分類され、容態に合った治療区分に移される。大きな施設に十分な医師、看護師、その他の医療従事者を配置して、トリアージ・ナースに代表される徹底したチーム医療により、救急医療に対応している。多くのマンパワーを配置することで、広域化に対応することが可能となっている<sup>(26)</sup>。

## 5. わが国及び主要国の小児保健

### 1) わが国の小児保健事業の現状と問題点

従来の小児保健は、乳児死亡率の改善、障害や疾病の予防を目的に、保健指導や乳幼児健康診査を中心に事業を展開してきた。その結果、乳児死亡率が低下するなど保健水準が向上した。一方で、少子化、核家族化、共働き家庭の増加等、家庭と社会構造の変化が進むにつれ、子どもを取り巻く環境は大きく変化し、新たな小児保健の課題が生じてきている。

厚生労働省の健やか親子21検討会が平成12年に公表した「健やか親子21検討会報告書」では、主要課題として、①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減の4つが設定された<sup>(27)</sup>。育児不安やストレスを抱える親が安心して子育てをできるような支援や、児童虐待といった親子の心の問題に対する支援など、家族を支えていく支援が求められている。

各々の市町村の財政事情や保健医療従事者の充足度により、自治体によって格差が生じている。保健師数は、平成14年には38,366人で、人口10万人当たりの数は全国平均で30.1人であるが、最も多いのは島根県の59.4人、最も少ないのは神奈川県17.6人である<sup>(28)</sup>。保健医療従事者が不足している地域では、従来どおり、保健所や医療機関で乳幼児健康診査や育児相談を行なうことに重きが置かれ、保健師等の訪問事業がなかなか進んでいない。

### 2) 主要国の小児保健の特徴

#### (1) イギリス

イギリスにおいては訪問保健師が小児保健を担っている。訪問保健師は2003年には12,984人がいて、このほかに地区看護師が13,292人いる<sup>(29)</sup>。子どもは助産師から訪問保健師に引き継がれる。生後10日から15日までに訪問保健師が1回訪問する。訪問保健師は健康な子どもの疾病予防や健康増進に関する活動を行い、病気の子どものケアは地区看護師に委ねられる。訪問保健師は、一般家庭医や地区看護師、助産師と密接に連携して、地域保健サービスを行なっている。訪問保健師の主な仕事は、子どもの健康状態の把握、食事の与え方や予防接種、家庭内の安全等の指導、育児不安に対する支援などである<sup>(30,31)</sup>。

#### (2) スウェーデン

住民のライフステージごとに保健サービスを提供する機関が異なり、誕生から学齢に達する6歳までは小児保健所、学齢期に達した7歳から25歳までの青少年の保健は青少年保健所が担当している。小児保健所には、小児看護師、助産師、保健師が勤務している。健診の時は地域の医師が参加する。新生児への家庭訪問は、病院から小児保健所へ出生通知がいくと、5日以内に1回訪問し、1ヵ月目までは週1回訪問する。小児保健所の主な仕事は、乳幼児の家庭訪問のほか、乳幼児の定期健診、予防接種、育児指導、健康相談等である。医師が行なう2ヵ月児・1歳児・1歳6ヵ月児定期健診および4歳児総合健診以外は、保健師が育児相談を行なう。保健情報はすべてコンピュータで管理されている。ライフステージごとにサービスの提供を受ける機関が異なっているが、出産後から成人まで記録を共通に利用できる<sup>(32)</sup>。

#### (3) デンマーク

訪問保健師が小児保健を担っている。訪問保健師は、妊娠した母親から子どもまでを担当する。助産師から社会福祉センターへの連絡により、センターから訪問保健師が訪問するという仕組みになっている。コペンハーゲン市では、生後1週間以内に訪問保健師と訪問看護師と一緒に訪問し、1歳に達するまでに5回訪問する。栄養

指導のほか、母乳の与え方や母子の理想的な環境の作り方など、両親により親になるためのアドバイスをを行っている。学齢に達した子どもは学校保健師に引き継がれる。訪問保健師は、家庭医、ケース・ワーカー、歯科医、言語治療士等と連絡を取り合い、支援を必要とする子どもに合わせたサービスを提供している(30)。

### 3) 主要国における公的医療補助

国ごとに医療保障制度が異なるので一概には比較できないが、社会保険方式をとるドイツでは、18歳未満の子どもは入院・外来ともに無料となっている。税を財源とする国民保健サービス方式をとるイギリスでは、16歳(就学中は19歳)未満の医療費は無料であり、スウェーデンでも20歳未満の入院および歯科については無料となっている(22)。

### 4) 先進国の小児医療施設における子ども支援

米国では、精神的なケアや、子どもの発達に合わせた遊びを通じた患者教育が提供されており、child life specialistの活動範囲は、外来診療、集中治療室、手術待合室などを含む小児の全科に及ぶ(33)。入院領域においては、15～20人の患者につき1人のchild life specialistを配置するのがよいとされる。1988年の調査によると、一般及び小児病院を含む286施設の82%が専門のchild life staffを雇用していた。また、1998年の調査によると、米国小児病院・関連施設協会の会員施設のうち、112施設の97%がchild life specialistを雇用していたという(33)。

スウェーデンでは1977年に施行された児童保育法により、小児科があるすべての医療施設にプレイセラピー科が設けられている。定員の基準は、プレイセラピスト1人当たり入院児20人となっている。1998年現在で約200～300人のプレイセラピストがおり、保育または学童保育の資格を持っている。プレイセラピストの役割は、子どもの発達や病状に合わせて活動の機会を与えるだけでなく、両親や看護師への援助等、病院全体に及んでいる(34)。

## 6. 考 察

### 1) 小児救急医療の問題点

小児救急の問題は、昭和50年代から指摘されていたが、その原因は小児医療の不採算性により、病院から小児科が減少する過程で起きた問題である。今後、小児科医師の高齢化と急激な減少が予測されている。これに加えて、少子社会の中で、保護者が、いつでも、どこでも、専門医による最良の医療を受けることを望むという社会的な風潮がこの問題を大きくしている。

子どもの救急診療経験率は乳児期25%であるが、以後漸増し、6歳時には70%程度の子どもが救急診療を受けている。小児患者が夜間救急に殺到する要因のひとつに、国民皆保険に加えて一定の年齢までは無料で診療するという自治体のサービスがある。このサービスは非常に優れた自治体の政策のひとつであるが、患者や保護者にいつでも、どこでも、専門医による最良の医療を受けて当然という風潮を増幅させる役割を果たす場合があるという考えもある(1)。無料診療を利用する保護者に対して情報提供が行われ、適切に利用されるという前提が確保されなければならない。

子どもの受診が夜間に多くなった理由は、核家族化による世代の断絶により、育児に関する知識や技術が低下し育児不安が増大している一方、育児に関する情報が未消化のまま拡散しているため、安心できる専門医の医療を求めようになったとみられる。また、共働きなどにより、生活全般が夜型社会に移行し、日中に受診しにくい社会となったことも原因となっている、などの分析がなされている(1)。患者の受診態度に関して、徳島新聞の最近の特集報道によれば、翌日は仕事で忙しいので前日の夜間に受診するようなケースもあったという。このような、言わば自分の都合による受診が病院の繁忙のひとつの原因になっている(35)。

小児科医師を集中配置して小児救急医療体制をうまく作っているイギリスの医療制度は非常に参考にすべき面がある。しかし、英国の事情はわが国とは地理的な面や現在の医療制度において異なっているので、直接適応することは不可能である。わが国において可能で有効な制度として考えられるものは、現行の電話相談事業の次に、県あるいは道州レベルの規模の双方向テレビ電話相談制度が考えられる。医師が常駐する夜間救急センターに高性能の双方向テレビ電話を備えることによって、病児の姿を観察しながら簡単な指示や治療を行うというものである。このような端末を市町村レベルで開設しておけば、利用者としても負担は大きくない。前述したように、夜間・時間外を受診する小児の大多数は風邪に伴う発熱を主とする諸症状なのであるから小児疾患を専門とする医師であればまず問題が無い。センターには専門医レベルの経験豊富な医師と若手医師を組み合わせる程度の規模を持った組織とすることが、安全面を考えても効率を考えても効果が大きい。

## 2) 保護者教育の大切さ

近年の若い母親達の子育て観について、保育園などの家庭保育の補完をする福祉施設の利用に関しても、「とても助かった」という感謝の意識から、「預かるのがあなた達の職業でしょ」というシビアな意識が時代と共に強くなってきている。「保育料を払っているのだから当然」という権利意識が強くなってきているという。これとは逆に、著者は、まれに明治・大正生まれのご老人を診察する機会があるが「迷惑をかけてすみません」などと謝りながら受診されるのをみると、自分の命に対する覚悟・責任感と洗練された謙譲の美德が備わっていたことを実感させられる。

若者の一見理由らしきものはあるけれども、実は自分の方からしか物事を考えない身勝手な態度はどのようにして形成されたのであろうか。岩堂は現在の若い保護者たちを「温泉卵」と表現するという<sup>36)</sup>。見かけは成人でも、中身は半熟ということを喩えているのである。少子化、核家族化が進み、「子育て」に接する機会が減少するとともに、その尊さや喜び、厳しさと難しさの実体験や、「子の親になる」という自覚が乏しいまま育児を始める親が確実に増えつつある。その結果、「幼稚園・保育園で衣服の着脱など、生活の基本的なことがしつけられていない」「授業参観で私語をする」「自分の子供さえ良ければ周囲に迷惑をかけてもはばからない」様な事が日常になっているという。厚生労働省が5年ごとに行っている「全国家庭児童調査結果」では、「しつけや子育てに自信がない」と回答した世帯が、右肩上がりが増えて続けている。

著者は、県内の大学で小児保健を教えてきた経験から、医療関係者でなくとも、たちの悪い熱とそうでない熱の見極めをして、受診を急ぐべきか否かを判断することはそんなに困難ではないという印象を持っている。はじめに述べたように「いつでもどこでも専門の小児科医の診察が受けられる」のはひとつの理想には違いない。しかし、現実には、受診不要とか社会的受診などが存在する現状において、医師が本来の医療において技量を発揮するためには、夜間や時間外受診数を合理的な方法で制限するしかなく、そのためには、育児の責任者たる保護者の協力を得る事が最も合理的なのである。熱に対する理解が出来れば、続いて咳、嘔吐、下痢など小児の夜間受診理由の多くを占める症状の意味するところも理解困難ではない。従って、行政や医師会等が中心となり、保護者に対する子どもの保健教育をおこなうことは、現在の小児救急医療に対して補完効果となることが期待できる。もはや、小児科医師のみが全てを負担できる状況ではないのであるから、保護者と地域がこれを補完し、支える小児救急医療を展開すべき時期にきている。

保護者は学校において保健教育を通じて、からだの仕組みや生理代謝の仕組みを習っているとはいうものの、まったく体系化されていない。また、TVやマスメディアから得られる知識は断片的なものでしかない。鳴門教育大学の学生を対象として、自然感染かワクチン接種を通じて誰もが経験する代表的な小児感染症である麻疹と風疹に対する知識を調べてみると、知っていると答えるものが約50%に過ぎないことから、知識不足ははなはだしい<sup>37)</sup>。

世代を通じて培われてきた保健の知識と経験の継承が断絶してしまった今、真に公による子どもの健康教育の必要性が語られなければならない。マスメディアのプログラムをみても、成人を対象とした健康番組を見ることはあっても、小児の体や健康を解説するものはほとんど無い。地域と保護者に対する小児保健教育を推進することは、単に保健知識の充実にとどまることなく、副次的に家庭や地域における子どもに対する教育力の養成につながることを期待できる。

最近、米国では患者が団体を作って各種の疾患に対する法的制度の確立の役割を果たすとか、医療機関に対して支援を行うなど、患者が支える医療を展開しているという<sup>38)</sup>。わが国においては、このような活動は個別にはみられても、組織だったものは少ない。むしろ、行政や医療に依存する姿勢がより強く目立つ。

これとは別に、著者が1997年に Johns Hopkins 大学病院において医療研修を受けた際に、一人の child life specialist と話す機会があった。図1にあるように、遊びを通じて治療に対する理解を深めることで、6歳になると一人で腰椎穿刺術が受けられると聞いたことが印象深い。わが国では、プレイセラピーに関してはまだ一般的となっていないが、長期入院などで精神的な負担が大きい子どもにとって、治療効果を上げるのに有効な方法である。わが国でも、小児発達学や小児心理学等の教育を受けたプレイセラピストを各医療施設に配置して、きめ細かなケアを提供する体制が必要である。また、このような人材を生かして、保護者と共に小児の健康を考えることで、生かされる保護者教育が出来るのではなかろうか。

わが国においては、健康診査や育児相談は、一般的に保健所や医療機関で日時を定め、親が出かけていくことによって受ける仕組みになっている。しかし、健康診査等を受けに行かない家庭こそ子育ての問題を抱えている場合が多く、児童虐待を起す危険性が高いことが、北九州市と東京大学の研究チームの調査で明らかにされた

39). 全ての市町村で格差のない小児保健サービスを提供することが求められている。小児保健サービスの提供の一環として、保護者教育を行うことは有効な方策となりえるのではなかろうか。

### 3) 小児科医師の養成

数年前まで、地方の大学においても卒業生の60%–70%が出身大学の医局に残り地域医療を支えてきた。しかし、現在の研修制度が導入されてから、特に地方圏の大学において出身大学の医局に残るものは激減した。しかも、小児科診療の実態を研修中に知ることになり、小児科を選ぶ研修生は激減している。必然的に、将来的に小児科医の高齢化を招き、これが悪循環となり、ますます若い医師の小児科との距離を遠ざけることになっている。最近の若手医師の進路の選択基準は、高度な医療技術と豊富な経験を積みたいと考える者と、安全で楽に生活できる医師で満足する者の二つに分けられるようだ。医師を志すことの魅力とは何であろうか？かつて、内科系の教室においても基礎医学教室かと思わせるような研究環境があった。診療を行いながらも、人体および疾病の秘密を解き明かすべく、研究に明け暮れていたものである。そこには大いなる探究心を満足させてくれる魅力があった。

しかし、近年、研究の方向性に関して、パラダイム転換があった。それは、疾病の原因を解明する研究から、臨床研究をより重視する方向の研究へと変わったことである。また、医療事故の多発も大きな問題である。人間が生き物であるが故の微妙な判断が必要となる場合に、最適の治療法と考えた場合においても結果的に医療事故が起きることもある。このような状況では、医師が進路を選択するときに考えることは、待遇や危険性に対する評価が最も重要ということになってしまうのではなかろうか。それゆえ、新卒医師をしかるべき診療科に誘導するためには、待遇と研究環境における魅力に加えて、診療上の危険性を除く行政上の取り組みが欠かせない。医師個々に満足の得られるものでなければ決して進路として選択の対象とはなり得ないのである。小児科を志す若手医師を確保するには、このような状況を理解してかかる他ないのでなかろうか。

### 参考文献

- 1) 田中哲郎. 小児救急医療の現状と展望. 診断と治療社, 東京, 2004.
- 2) 愛知県医師会救急委員会報告書2002.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査, 2004. 3, 21.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成14年医療施設調査(静態調査・動態調査)病院報告書上巻(全国編), 2004. 3, 108–109.
- 5) 松平隆光. 小児医療の採算性, 患者のための医療, 1巻3号, 2002. 10, 516–519.
- 6) 総務省統計局. 平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査, 75号, 2003. 5, 124–127.
- 7) 日本経済新聞. 女医「育児が支障」4割. 平成16年6月5日, 夕刊.
- 8) 総務省統計局, 人口推計年報, 平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査, 75号, 2003. 5, 148.
- 9) 田中哲郎ほか. 小児救急医療における小児科医不足—医部学生の小児科に対する考え方. 日本医事新報, 4017

図1. Johns Hopkins 大学病院のひとりの Child life specialist. 治療が施されている子どもの人形を使って、遊びを通じて子どもの患者に治療の意味を理解させる。





- 号, 2001.4.21, 39.
- 10) 読売新聞. 500救急病院にメス. 平成16年5月27日, 夕刊.
  - 11) 国立社会保障・人口問題研究所. 人口統計資料集2004, 2004.1, 29-30.
  - 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成14年患者調査(全国編)上巻, 2004.3, 92-93.
  - 13) 日本経済新聞. 小児救急外来深夜帯に受診大都市で3割, 平成16年8月18日.
  - 14) 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会. 小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会(プロジェクト)報告書. 2002.3, 7-9.
  - 15) 週刊社会保障. 専門医志向からプライマリ・ケアへー今年4月に動き始めた新医師臨床研修制度(上), 2293号, 2004.7.26, 7-8.
  - 16) 厚生労働省. 「研修プログラムの基準(案)について(第6版)」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0904-2b.html#2>
  - 17) 厚生労働省医政局指導課. これからの小児救急医療. 厚生, 57巻・5号, 2002.5, 17-18.
  - 18) 全国小児救急医療関係主管課長会議資料. 小児救急医療体制の整備促進に向けた今後の対応について. 2002.11.26.  
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01Mhlw.nsf/0/21d6e9e38ed0464549256c7d001f1cbf?OpenDocument>.
  - 19) 厚生労働省. 小児救急医療の体制整備.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/isei/jyuten.html#3-2>.
  - 20) 徳島新聞. 県子ども救急電話相談3カ月発熱・発疹など156件. 平成19年9月21日.
  - 21) 読売新聞. 不足深刻な小児, 産科医数. 22道府県「把握せず」…厚労省調査. 平成19年7月17日.  
[http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu\\_news/20060717ik02.htm](http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/20060717ik02.htm)
  - 22) 小沼里子. 我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題. 総合調査「少子化・高齢化とその対策」, 2003, 59-73.
  - 23) 森臨太郎. 小児医療政策の長期的戦略. 日経メヂカルオンライン, 2006.6.6.  
<http://medical.nikkeibp.co.jp>
  - 24) 医療経済研究機構. スウェーデン医療関連データ集スウェーデン医療保障制度に関する研究会編2003年版. 2004.3, 82-83.
  - 25) 医療経済研究機構. アメリカ医療関連データ集2003年版, 2004.3, 99.
  - 26) 山田至康ほか. 北米における小児救急医療体制の現況調査. 平成12年度研究報告書. 厚生科学研究費補助金: 医療技術評価研究事業, 2001.
  - 27) 「健やか親子21検討会報告書ー母子保健の2010年までの国民運動計画ー」2000.12.  
[http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1\\_c\\_18.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html).
  - 28) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 人口10万対就業保健師・助産師・看護師等数, 都道府県別. 2004.3, 386.
  - 29) Department of Health “NHS hospital and community health services non-medical staff in England: 1993-2003” Statistical Bulletin 2004/05, 2004.3, 11.
  - 30) 天野歌子. デンマークとイギリスの小児在宅医療システムに学ぶ. 小児看護, 18巻, 8号, 1995.8, 991.
  - 31) イギリス医療保障制度に関する研究会編. イギリス医療関連データ集2001年版. 医療経済研究機構, 2002.3, 73-77.
  - 32) 海外保健活動調査研究小委員会編. 海外の母子保健事情: スウェーデンの母子保健. 日本看護協会, 1998.3.
  - 33) 夏路瑞穂. チャイルド・ライフ・スペシャリスト: 子ども中心の医療を推進する. 子ども学, 2003.5, 5.
  - 34) 野村みどり. プレイセラピーー子どもの病院&教育環境. 建築技術, 1998.26, 14-16.
  - 35) 徳島新聞記事. 勤務医負担軽減が急務. 2007.5.8.
  - 36) SankeiWeb. 【溶けゆく日本人】地域も手助け 子育てよりまず親育て. 2007.3.16.  
<http://www.sankei.co.jp/seikatsu/seikatsu/070316/skt070316000.htm>
  - 37) 齊藤広美, 平野由美子, 廣瀬政雄. 鳴門教育大学学生における麻疹と風疹の抗体保有率と健康意識. 第36回中国・四国大学保健管理研究集会報告書. 121-124, 平成18年.
  - 38) SankeiWeb. 【患者が支える医療】米国の取り組み. 2007.5.4  
<http://www.sankei.co.jp/seikatu/kennkou/070503/knk070503001.htm>
  - 39) 日本経済新聞. 乳幼児健診未受診の母3割うつ状態. 2004.7.15, 夕刊.

## **A Proposal to solve the current Difficulty in Infant Emergency Medical Treatment : Infant Emergency Medical Treatment System supported by Health Care Education for Guardian**

HIROSE Masao, MD, PhD

In our country, the infant emergency health care system has not been approved by the reduction and the closing of the hospital pediatrics department since child's medical demand decreases by the acceleration of demographic falling birth rate in recent years. It can be said that the environment that surrounds the infant emergency medical treatment is in a critical situation. In an attempt to solve the difficulty in the infant emergency care system, the situation of physician and patients, the proposal of the Japan Medical Association, and current measures of the country are clarified. In addition, the problem and the background of the infant medical treatment of our country are dug up referring to the system of the infant health medical treatment of world's industrialized countries. The strategy that solves the problem of the infant medical treatment of our country is considered on that.

---

\*Research, Education, and Management Center of Mental and Physical Health, Naruto University of Education