

二次医療圏（13.2％）で実施され、平成 13 年度の実施予定は 22 自治体 65 二次医療圏（18.6％）と本事業が普及していることがわかる。しかし、本事業の実施に関しては平成 12 年度は東日本が 5 自治体、西日本が 12 自治体と地域格差があることと各自治体（都道府県）の二次医療圏の中でも実施可能であったものはその医療圏の小児人口が最低 2.1 万人と都市型の地域であることが窺える。このため域内人口の少ない地方型に地域に本事業を拡大するためには運用については一般輪番制をとる施設も専任小児科医が当直する際には小児輪番と認定する点や固定輪番制の導入等の弾力的な扱いが必要である。また、平成 11 年度の本事業の評価は参加病院や地域医師会からの重大な問題点はなかったが、地域住民からの評価は低くより一層の本事業の推進と地方行政から住民へのアピールが必要であることが明らかになった。

さらに、本事業の 13 年度の実施予定が 20％程度止まりである点から考えると、推進の努力を行うと同時に輪番体制の組めない地域のために別の救急体制を検討する必要性がある。これらの都市部とは異なり域内人口の少ない地方型の地域では新たに地域医療計画に基づく二次医療圏毎の小児の必要ベッド数の算定の試みと基幹病院を中心とした開業医参加型

の広域体制を検討せざるを得ない。このための基礎資料として全国の小児救急医療を推進している医療機関のマップ作りによる現状認識が必要である。今回は行政の報告から得られた 253 施設を登録したが自治体による認識の差が大きく、今後、医療施設登録簿を基にした当研究班からの調査が必要である。小児の必要ベッド数の算定は都道府県の救急医療協議会の場で検討することが好ましい。

#### D. 結語

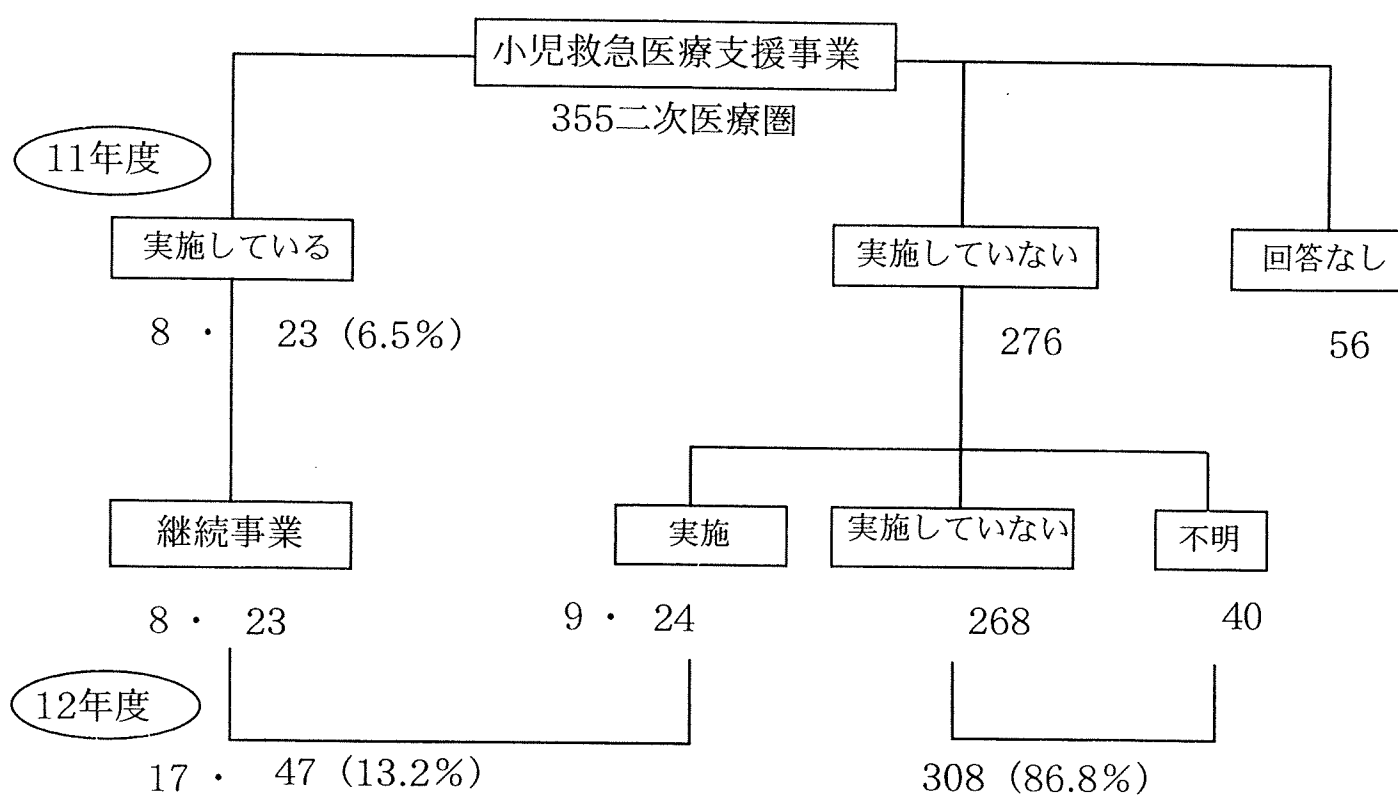
以上の調査結果から以下の提言を行う。

- 1) 本事業は小児救急医療の充実のためには有用であり当初の 3 年間の実施期間が終了しても継続する必要がある。
- 2) 本事業を普及させるためにはの予算の増額と固定輪番性等の弾力的な運用が必要である。
- 3) 地域医療計画に基づく小児の必要ベッド数の算定を検討すべきである。
- 4) 小児救急医療マップの作成と開業医参加型の広域救急医療体制を検討する必要がある。

#### 文献

- 1) 山田至康：小児救急において求められるもの、小児科臨床 53、10-14、2000

## 小児救急医療支援事業の実施医療圏



13年度 実施予定都道府県 22、二次医療圏 65 (18.3%)

表 小児救急医療マップ(1)

地域	施設数	無回答の都道府県数
北海道	3	1
東北	16	5
関東	96	3
中部	14	2
近畿	61	1
中国・四国	21	1
九州	42	1
合計	253	14

表 小児救急医療マップ(2)

都道府県名	施設名
<p>北海道 秋田県</p> <p>岩手県 宮城県 山形県 栃木県</p> <p>千葉県</p> <p>埼玉県</p> <p>神奈川県</p>	<p>市立札幌、北海道大学、札幌医大 鹿角組合総合、大館市立総合、山本組合総合、中通総合、市立秋田、秋田組合、秋田赤十字、秋田大学、由利組合、仙北組合、平鹿総合、雄勝中央</p> <p>岩手医大</p> <p>仙台市立</p> <p>山形市立</p> <p>大田原赤十字、自治医大、済生会宇都宮、獨協医大、足利赤十字</p> <p>千葉市立海浜、松戸市立、成田赤十字、国保旭中央、亀田総合、君津中央</p> <p>高木、土屋小児、済生会栗橋、県立小児医療センター、川口市立医療センター、大宮赤十字、大宮市医師会市民、戸田中央、蕨市立、埼玉医大、国立西埼玉、横山、入間川、吉川病院、埼玉医大、深谷赤十字</p> <p>横浜労災、済生会神奈川、長津田厚生総合、汐田総合、横浜総合、横浜新緑、大口東総合、仁恵、真田、新横浜母と子、高田中央、青葉台、徳田、みどり、昭和大学富士ガ丘、横浜市立市民、横浜船員保険、けいゆう、横浜旭中央、西横浜国際、上白根、戸塚足立、牧野記念、横浜桐峰会、鴨居、三ツ境、平澤、国際親善、聖マリアーナ横浜市西部、県衛生看護附属、横浜市立港湾、横浜赤十字、済生会横浜市南部、社保横浜中央、横浜南共済、横浜栄共済、金沢文庫、県立こども医療センター、横浜市立大学、横浜市大市民総合医療センター、国立横浜、聖マリアーナ医科大学、帝京大学溝口、川崎市立川崎、聖マリアーナ東横、日本医大附属第2、日本鋼管、横須賀共済、国立横須賀、衣笠、横須賀市立市民、藤沢市民、茅ヶ崎市立、東海大学、平塚市民、平塚共済、秦野赤十字、県立厚木、大和市立、北里、社保相模野、相模原協同、小田原市立、県立足柄上</p>

都道府県名	施設名
新潟県	新潟市民、県立中央
長野県	佐久総合、昭和伊南総合、長野赤十字
富山県	県立中央、厚生連高岡
石川県	石川県立中央
福井県	福井県立
愛知県	名古屋第一赤十字、厚生連更生
岐阜県	県立岐阜、岐阜大学、国立長良
三重県	県立総合医療センター、三重病院、三重中央、山田赤十字
京都府	公立南丹、京都市立、京都第一赤十字、京都第二赤十字
大阪府	市立池田、市立豊中、市立吹田、済生会吹田、友誼会総合、高槻、市立枚方、東大阪市立、市立松原、市立堺、清恵会、堺温心会、耳原総合、貴生、淀川キリスト教、白山、医誠会、中野こども、大阪厚生年金、済生会泉尾、千船、総合南大阪、市立総合医療センター
兵庫県	神戸中央市民、六甲アイランド、兵庫医大、姫路赤十字、赤穂市民、公立豊岡、公立八鹿、公立浜坂、県立柏原、柏原赤十字、県立淡路
奈良県	国立奈良、県立奈良、県立三室、済生会奈良、天理市立、県立五条、済生会御所、国保中央、町立榛原、社会保険、生駒総合、近畿大学奈良、町立大淀、町立吉野、高田市立、友誼会
和歌山県	和歌山医大、日赤和歌山医療センター、社保紀南総合
岡山県	岡山赤十字、川崎、岡山市民、岡山済生会、国立岡山、川崎医大、倉敷中央、津山中央
広島県	市立舟入、市立安佐市民、社会保険広島市民、広島大学
山口県	徳山中央
香川県	香川医大、香川小児病院
愛媛県	市立宇和島
徳島県	徳島市民、徳島健生、健保鳴門、小松島赤十字、半田

都道府県名	施設名
福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 鹿児島県 大分県 沖縄県	済生会福岡総合、福岡大学、久留米大学、 聖マリア、飯塚、北九州八幡、北九州総合 県立病院好生館 長崎大学、長崎市立、佐世保共済、諫早総 合、国立長崎中央 熊本地域医療センター 鹿児島大学、鹿児島市立、鹿児島医師会、 国立指宿、県立薩南、鹿児島こども、出水 市立、出水郡医師会、阿久根市民、川内医 師会立、済生会川内、県立北薩、蛤良郡医 師会医療センター、南九州、曾於郡医師会 立、県立鹿屋、田上、県立大島 国立別府、厚生連鶴見、藤本、中津市立 県立北部、県立中部、県立南部、県立那 覇、那覇市立、浦添総合、県立宮古、県立 八重山

# 小児救急医療支援事業についてのアンケート

厚生科学研究「少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究」班

平成11年10月2日

自治体名（）

担当課・記載者名（）

1.小児救急医療支援事業（平成11年度より実施）について平成11、12年度の実施状況と13年度の実施予定について別紙の表に記載した二次医療圏ごとに実施ないし実施予定は○印、実施していない場合は×印をつけて下さい。

2.貴自治体の小児人口（15歳以下）を前問と同様に医療圏ごとにお答え下さい。

3.貴自治体には小児の救急医療に積極的に取り組み地域の指導的役割を果たしている小児科医がおられますか。医療圏ごとにその有無をあれば○印、なければ×印でお書き下さい。

4.貴自治体で年中無休で24時間体制で小児救急医療に取り組んでいる病院名を医療圏ごとにお教え下さい。

5.平成11年度にこの二次救急輪番制支援事業を実施された自治体について、本事業の実施前後の印象についてお答え下さい。

①参加病院からの運営上の問題提起はありましたか。

（あり、なし、わからない、その他：）

②医師会からの問題提起はありましたか。

（あり、なし、わからない、その他：）

③地域住民（保護者）の評判はどうですか。

（良くなった、悪くなった、変化なし、不明、その他：）

アンケートに御協力ありがとうございました。





少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究

## 日本小児科学会研修指定病院責任者の小児救急に対する考え方

主任研究者 田中 哲郎 国立公衆衛生院母子保健学部長  
研究協力者 市川 光太郎 北九州市立八幡病院小児科  
研究協力者 山田 至康 六甲アイランド病院小児科

**研究要旨：**小児医療の基幹病院の責任者は、将来の小児救急医療体制をどのように考えているのかについて調査を行った。平成14年3月にオープン予定の国立成育医療センターの救急機能については、初期救急が27%、二次救急が40%、三次・ICUが80%、更に医師や看護婦の研修を多くのものがあげていた。地域の小児病院が積極的に救急を行うべきと考えるものが75%に達していた。小児科医による初期救急実施のための条件として、小児科医数の増加、入院先の確保、開業医の初期救急への積極的な参加や急患センターの基幹病院への併設などをあげる者が多かった。また、小児救急施設の集中化に対して、賛成の考えをもつ者が多くみられた。小児医療の不採算の是正のためには、現在の診療報酬を50%以上上げる必要があると考える者が48.5%にみられていた。

### A. 研究目的

小児救急医療の問題点として我々の調査<sup>1)~5)</sup>により、小児医療の不採算と小児科医不足がその要因であることが浮き彫りにされ、マスメディアや多くの医療関係者より小児救急医療に注目が集まるようになってきている。また、最近の小児救急医療をめぐる動きの中で、平成14年3月に開院予定の国立成育医療センターに新たに救急部門の設置が予定されている。

このように、小児救急医療をめぐる活発な動きの中で、小児医療を最前線で支える基幹病院の小児科医の考え方は、今後の小児救急医療に大きな影響を与えると思われる。

わが国における小児救急医療を中心的に行う日本小児科学会研修指定病院の責任者に対して、小児救急医療に関する考え方について調査を実施したので若干の考察を加えたので報告する。

### B. 研究方法

日本小児科学会研修指定病院529施設の責任者に対して、郵送により自記式調査用紙への記入を依頼する方法にて、平成12年9月に調査を実施した。

### C. 研究結果

#### 1. 回答数と回収率

日本小児科学会研修指定病院529施設に対し調査を依頼し、377施設の責任者より回答が得られ、回収率は71.3%であった。

#### 2. 国立成育医療センター救急部門開設

##### ①救急部門の機能

平成14年3月に開院する予定の国立成育医療センターに、新たに救急部門開設に持たせるべき機能については、医療面に関しては初期（一次）救急が102名（27.1%）、二次救急が152名（40.3%）、三次・ICU救急が300名（79.6%）であった。また、研修部門については、小児科医の救急研修が293名（77.7%）、非小児科医研修が98名（26.0%）、看護婦の研修が186名（49.3%）、コメディカルの研修が148名（39.3%）、途上国の医師への研修が83名（22.0%）であった。その他の機能として救急医療情報の収集および提供が188名（49.9%）、小児救急医学の研究が187名（49.6%）、その他が14名（3.7%）であった（表1）。

##### ②地域の小児病院と救急医療

地域の小児病院は救急医療を積極的に行うべきかとの考えについて、積極的に行うべきが284名（75.3%）、必要ないが15名（4.0%）、どちらとも言えないが63名（16.7%）、その他が12名（3.2%）、不明が3名で積極的に行うべきとの考えが圧倒的に多かった（表2）。

#### 3. 小児救急医療充実のための課題

①小児科医による初期救急医療実施のための条件  
平成11年秋の小児科医による初期救急医療実施の可能性に関する調査<sup>4)</sup>において、条件さえ整備されれば可能との結果が得られていることより、

この条件について尋ねた。

小児科医の増加が269名(71.4%)、二次救急の輪番での入院先確保が228名(60.5%)、救急医療費のアップが218名(57.8%)、当直など諸手当のアップが194名(51.5%)、開業医の初期救急への参加が193名(51.2%)、急患センターの充実が142名(37.7%)、急患センターの基幹病院への併設が107名(28.4%)、保護者の医学的知識の向上が102名(27.1%)、女性医師へのバックアップ体制の充実が100名(26.5%)、開業小児科医の初期救急の義務化が75名(19.9%)、急患センターの統合が39名(10.3%)、在宅当番医の充実が38名(10.1%)などであった(表3)。

#### ②開業医の初期救急への参加

開業医の初期救急への参加の現状について、一般的にどのように考えますかの問いに対して、よくやっているが11名(2.9%)、やっているが72名(19.3%)、余りやっていないが161名(42.7%)、ほとんどやっていないが117名(31.0%)、その他が11名(2.9%)、不明が5名(1.3%)であった。このことから、開業医の初期救急への参加について、基幹病院の責任者の目には余り積極的とは感じていないようであった。

#### 4. 今後の小児救急医療システム

##### ①初期・二次・三次救急の同一施設化

初期、二次、三次救急を同じ施設で行う小児救急医療の同一施設化の考えについて、賛成が175名(46.4%)、反対が94名(24.9%)、どちらとも言えないが107名(28.4%)、不明が1名であった(表4)。

また、この際に初期救急医療は開業医と病院の小児科医が協力して行うとの考え方については、可能であればその方がよいが302名(80.1%)、反対が17名(4.5%)、どちらとも言えないが54名(14.3%)、不明が4名であった。

##### ②小児救急医療施設の集中化

小児救急医療施設を周産期センターと同様に集中化し、そこに人員や予算を注ぎ込むとの考えに対して、賛成が181名(48.0%)、反対が62名(16.4%)、どちらとも言えないが115名(30.5%)、その他が17名(4.5%)、不明が2名であった(表5)。

#### 5. 小児科医不足の解消の方策

小児科医を増やすための方策としては、小児医療費のアップが330名(87.5%)、院内における小児科医の地位向上が233名(61.8%)、小児科のリーダーの意識改革が119名(31.6%)、臨床実習で

実際の小児医学および医療をみてもらうが64名(17.0%)、小児医学の進歩が27名(7.2%)、その他が51名(13.7%)、不明が3名であった(表6)。

小児科医不足を解消するためには、小児医療費が低くそれにより院内でも立場がよくないことが大きなウエイトを占めているとしていた。

#### 6. 小児医療の診療報酬について

小児救急医療の運営上大きな問題である小児医療の不採算を是正するためにどの程度現在の診療報酬をアップすべきかについては、10%程度が7名(1.9%)、20%程度が43名(11.4%)、30%程度が107名(28.4%)、40%程度が15名(4.0%)、50%以上のアップが183名(48.5%)、現状のままよりよいが6名(1.6%)、不明が16名(4.2%)で、半数近くが50%以上の大幅なアップが必要と考えていた。

#### 7. 小児救急における若手医師の不満

小児救急実施における当直などに関する若手医師の不満について、あるようだが367名(97.3%)、ないが9名(2.4%)であった。主な不満は、当直回数が多いが258名(68.4%)、当直明けの休みがないが248名(65.8%)、勤務が厳しいが215名(57.0%)、当直料が安い164名(43.5%)、拘束されることが多いが154名(40.8%)、その他が22名(5.8%)であった(表7)。

#### 8. 救急医療と紹介率算定について

現在行われている急性期病院の紹介率に関して、救急患者の扱いについての考え方を尋ねた結果、救急患者は社会的に必要なことより、紹介患者とみなすべきが127名(33.7%)、一部は紹介患者とみなすべきが82名(21.8%)、救急患者を除いて紹介率を計算すべきが68名(18.0%)、救急を一定割合しない所は急性期病院として認めないが36名(9.5%)、従来のものでよいが19名(5.0%)、その他が19名(5.0%)、不明が30名であった(表8)。

#### D. 考察

小児救急医療に関して最近注目されてきているものの、今後どのようにこの問題を解決し、21世紀の子ども達により良い救急医療システムを構築するか議論の深りまでは行っていない。今後、より良き体制を造るためには日本小児科学会や行政関係者だけでなく、第一線で小児救急医療を実際に行っている医師の考え方が重要であり、日本小児科学会研修施設はわが国における小児医療の基幹病院の大部分が属し、これらの責任者に対して調査を行い70%以上の施設より回答を得られたことより、今回の調査結果は小児医療の基幹病

院の責任者の考え方を示していると考えられる。

小児救急の新しい動きの一つに国立成育医療センターに救急部門の設置が決まったことがあげられるが、ただ設置をすればよいというものではなく、21世紀の小児救急医療の基礎となる必要があり、この方向性は地域の小児病院の性格にも大きな影響を与えるものと思われる。

国立成育医療センターの行うべき救急に関しては、初期救急から実施すべきかが全体の27%にみられ、二次が40%、三次・ICUが80%で、子どもの救急は初期救急から行うべきとするものが4分の1以上にみられた。また、医師、看護婦、コメディカルなどの研修や小児救急医学研究も行うべきとの考えが多くみられ、今後、研究センターの内容を再検討することも考える必要がある。

地域の小児病院が積極的に救急医療に参加すべきとの考えが圧倒的に多くみられ、地域における限られた医療資源の有効利用からも早急に検討が必要であろう。

子どもの初期救急医療の担い手についても、一部で子どもの初期救急医療は内科医にも行ってもらい、二次救急から小児科医との考えもみられているが、小児科医、内科医、保護者よりの調査結果<sup>4)</sup>より、三者ともに小児科医による診療が望ましいとされ、その可能性についても条件が整備されれば可能とされたことより、その条件について調査した。その結果、入院先の確保、開業医の参加、手当のアップ、急患センターの充実と基幹病院への併設であることが明らかになったことより、これらの問題解決に全力をあげるべきである。

現在の開業医の救急への参加に関しては、今回の調査では余り評価されていなかったが、参加してもよいと考えている医師も多くいると思われることより、参加しやすいシステムについて再検討すべきである。

今後の小児救急の方針性として、二次、三次を同一施設内に置くことや、周産期センターと同様に小児救急医療センターとして集中的に運営することについても賛成が反対を圧倒的に上回っていた。また、同一施設内で行う際には、初期救急医療については、開業医と病院医師が協力して運営すべきが80%以上みられた。

小児科医不足の解決策としては、子どもの診療報酬費が低いこととこれに伴う病院内での小児科医の立場がよくないことをあげ改善を必要とし、その程度として50%以上必要とするものが48.5%にみられた。

なお、我々が北九州市立八幡病院の救急外来にて行なった調査<sup>6)</sup>では、診療費は小児科が924.25点(28例平均)、内科が1155.77点(30例平均)で内科は小児科の1.25倍であった。

小児科の基本料は内科に比べ若干高いものの(1.25倍)、小児科の投薬料(内科の0.55%)および検査料(0.04%)は内科に比べ著しく低くなっている。

小児科研修施設において、救急に対する若手医師の不満が多いことが伺われた。小児科医は他科に比べ当直や拘束が多く<sup>4)</sup>、この問題は医師の義務感や責任感だけでは長期に渡って支えきれない問題であり改善が必要である。

現状では、救急医療を積極的に行えば急性期病院として求められ紹介率が下がるとされ、これについては救急患者は社会的に対応が必要であることより、救急患者は紹介患者として扱うか、除くべきと考えていた。

## E. 結論

小児救急医療の課題につき、第一線の小児医療の基幹病院で救急医療に従事する責任者に対して調査を行った。

初期、二次、三次を同一施設内で行うことや集中化して行うことも一つの方策であるとされた。また、国立成育医療センターおよび地域の小児病院における救急医療を充実し、21世紀を担う子ども達のために、より良き小児救急医療体制を構築すべく医療関係者全体で考えるべきである。

## 文献

- 1) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：小児救急医療の現状と問題点の検討、日本医事新報 3861：26～31, 1998
- 2) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：小児救急医療の現状と今後への提言、小児科 39：1493～31501, 1998
- 3) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：少子化時代における小児救急医療の現状、小児科 40：503～511, 1999
- 4) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：初期救急医療の担い手に関する検討、小児科診療 63：719～725, 2000
- 5) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：わが国の小児救急医療—現状と21世紀への政策提言—、まほろば(東京)、2000

6)未発表データ

表1 国立成育医療センターの持つべき機能

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
1 三次・ICU救急	300	79.6
2 小児科医の救急研修	293	77.7
3 救急医療情報の収集および提供	188	49.9
4 小児救急医学の研究	187	49.6
5 看護婦の研修	186	49.3
6 二次救急	152	40.3
7 コメディカルの研修	148	39.3
8 初期救急	102	27.1
9 小児科以外の医師の研修	98	26.0
10 途上国の小児科医のための研修	83	22.0
その他	14	3.7
不明	11	2.9
総 数	377	100.0

表2 地域の小児病院と救急医療

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
積極的に行うべき	284	75.3
救急医療は必要ない	15	4.0
どちらとも言えない	63	16.7
その他	12	3.2
不 明	3	0.8
総 数	377	100.0

表3 小児科医による初期救急医療実施のための条件

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
1 小児科医の増加	269	71.4
2 二次救急の輪番での入院先の確保	228	60.5
3 救急医療費のアップ	218	57.8
4 当直など諸手当のアップ	194	51.5
5 開業医の初期救急への参加	193	51.2
6 急患センターの充実	142	37.7
7 急患センターの基幹病院への併設	107	28.4
8 保護者の医学的知識の向上	102	27.1
9 女性医師へのバックアップ体制の充実	100	26.5
10 開業小児科医の初期救急の義務化	75	19.9
11 急患センターの統合	39	10.3
12 在宅当番医の充実	38	10.1
その他	26	6.9
不明	4	1.1
総 数	377	100.0

(複数回答)

表4 初期・二次・三次の同一施設化

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
同一施設化に賛成	175	46.4
同一施設化に反対	94	24.9
どちらとも言えない	107	28.4
不 明	1	0.3
総 数	377	100.0

表5 小児救急医療施設の集中化

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
賛 成	181	48.0
反 対	62	16.4
どちらとも言えない	115	30.5
その他	17	4.5
不 明	2	0.5
総 数	377	100.0

表6 小児科医を増すための方策

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
1 小児医療費のアップ	330	87.5
2 院内における小児科医の地位向上	233	61.8
3 小児科のリーダー意識の改革	119	31.6
4 臨床実習で実際の小児医学を見てもらう	64	17.0
5 小児医学の進歩	27	7.2
その他	51	13.5
不明	3	0.8
総 数	377	100.0

(複数回答)

表7 小児救急における若手医師の不満

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
あるようだ	367	97.3
当直回数が多い	258	68.4
当直開けの休みがない	248	65.8
勤務が厳しい	215	57.0
当直料が安い	164	43.5
拘束されることが多い	154	40.8
その他	22	5.8
ない	9	2.4
不明	1	0.3
総 数	377	100.0

表8 救急医療と紹介率算定

項 目	実数 (名)	構成割合 (%)
1 救急患者は社会的に必要なのだが紹介患者とみなすべきである	127	33.7
2 救急患者の一部は紹介患者とみなすべきである	82	21.8
3 救急患者を除いて紹介率を計算すべき	68	18.0
4 救急を一定割合しないところは急性期病院として認めない	36	9.5
6 従来そのままが良い	19	5.0
その他	19	5.0
不明	30	8.0
総 数	377	100.0

厚生省厚生科学研究：

「少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究」

分担研究：『小児科医会会員(開業医)における小児初期救急医療に関する意識調査』

分担研究者：市川光太郎

所属・肩書き：北九州市立八幡病院救命救急センター小児科・部長

#### 【要約】

全国の日本小児科医会会員(開業医)2006 人に小児救急医療の意識調査を郵送によるアンケート方式で行った。回答率は 62.6%で 1255 名から回答を得た。その属性では男性 89.1%、60 歳以上 42.8%であった。自宅敷地外での診療形態は 33.6%にみられ、自院での時間外・救急医療を積極的に行うは 26.5%で、行わないが 31.0%で診療形態と相関した。地域に小児初期救急医療体制は 82.3%に存在し、その 43.0%が急患センターであったが、病院輪番制や基幹病院による地域も合わせて 25.9%にみられ、勤務医が初期救急医療に取り込まれていることが判った。またその体制の問題を 59.2%が抱え、小児科医不足がその 61.7%を占めていた。小児科医会会員は 77.3%が初期救急医療に参加し、急患センター出務が 45.3%と最も多く、参加しての問題点は時間的拘束、体力的消耗がそれぞれ 25%前後を占めていた。また、21.0%は参加していないと答えていた。急患センター出務の年齢制限では 60 歳以上の高齢まで可能と 71.4%が答えたが、出務回数は年 5 回以下を 42.9%が希望し、高齢まで出務はするが回数を少なくという希望が窺えた。小児初期救急医療の理想的な担い手は小児科医であることは以前の研究で明らかになったが、そこで、小児科医の誰が理想的かを検討したところ、開業小児科医 38.5%と最も多かったが、勤務小児科医、大学小児科医、小児科研修医が合わせて 60.0%を占め、開業医としては勤務医に一存したい意向がみられた。初期救急医療への参加意欲は 3/4 にみられたが約 20%はしたくないとの回答が得られ、理想的な初期救急医療体制でも開業医・勤務医合同の急患センター制で、1/4 は勤務医中心の急患センターや基幹病院小児科が理想的と答えていた。救急医療センターの一極集中化はメンバーの集約などの利点から過半数が賛成であったが、患者の集中・病院志向の増大などを危惧していた。平成 12 年春の保険診療点数改正での収入の変化は変わらないが 63.7%と最も多く、開業小児科医にも効果的ではなく、20~30%の小児医療費のアップ率を過半数が望んでいた。患者意識に対しては夜間急患センターなど不要な受診が多い、保護者の理解力が低

下などを指摘する声が多く、小児科医と保護者の医療価値観の違いが大きくなっている印象がみられた。このような意味からも患者教育として、救急疾患時の症状を教える必要があると半数が答えていた。より良い小児救急医療体制の確立には小児科医自身の問題として、開業医と勤務医の連携強化、開業医の積極的な参加をあげ、さらに行政の補助の増額をはじめ、保険診療点数の改善、小児科医の増員など行政に期待する意見が多く、また世論を喚起しての保護者の健康教育などレベルアップが必要と考えていた。

#### 【見出し語】

小児初期救急医療、小児総合救急医療センター、小児保険診療点数の改善、小児科医の増員、開業医・勤務医の連携強化

#### 【はじめに】

わが国の小児救急医療体制が社会問題化し、その根本的要因として、今までの調査研究から、小児科医不足と小児医療の不採算性、そして保護者の救急医療への要望の高まりの3点が判明した。そこで、その初期救急医療の多くを担っているであろう、日本小児科医会会員(開業医)に対して、小児初期救急医療に関する意識調査を行った。

#### 【対象と方法】

日本小児科医会の御協力と御許可を頂き、全国の日本小児科医会会員(開業医)を対象に全国都道府県別会員数(開業医)比率で無作為に抽出して、2000名に郵送による無記名アンケート調査を行い、郵送による返却を御願いました。調査期間は平成12年9月～10月の2ヶ月間で行い、アンケート内容は表-1、表-2に示すが、①自院での診療形態・スナ、地域での初期救急医療体制の

状況、また小児初期救急医療への考え、②総合救急医療センターへの考え、及び基幹病院への考え、③保険診療点数改正後の変化と希望、④患者意識の変化及び患者教育への考え、⑤理想の小児救急医療体制への考え、の5点に分けて行った。

#### 【結果】

回答が得られたのは1255名で回収率は62.6%であった。都道府県別の回答率は表3に示した。

#### 1)回答者の属性

男性1118名89.1%で女性116名9.2%であった。年齢分布では50歳台が385名30.7%と最も多かったが、60歳台270名21.5%、70歳台267名21.3%と続き、60歳以上の高齢の小児科医が42.8%を占めた。

#### 2)自院の診療形態(図-1参照)

自宅と同じ敷地内での診療が823名65.6%で、自宅とは別の敷地での診療が33.6%を占めた。

3)自院での時間外もしくは救急医療の実態 (図-2 参照)

やっていると答えたのは 333 名 26.5%で、少しやっているが 525 名 41.8%、ほとんどやっていないが 31.0%の結果であった。

4)地域での小児初期救急医療体制の有無とその種類と問題点

初期救急医療体制は 1033 名 82.3%があると答え、ないと答えたの 209 名 16.7%であった。また、その体制は急患センター 787 名 43.0%、在宅輪番制 345 名 18.9%、病院輪番制 266 名 14.5%、基幹病院のみが 208 名 11.4%の順であった (図-3 参照)。さらにその体制に問題があると答えたのは 743 名 59.2%で問題なしは 299 名 23.8%であった。問題点の内容は小児科医不足 611 名 61.7%で不採算 206 名 20.8%、行政の理解不足 134 名 13.5%、医師会の非協力 25 名 2.5%であった (図-4 参照)。

5)初期救急医療への参加

初期救急医療に参加していると答えたのは 970 名 77.3%で参加していないとの答えは 264 名 21.0%であった。参加方法は急患センター出務が 712 名 45.3%、在宅輪番が 310 名 19.7%、自宅診療が 260 名 16.5%であった (図-5 参照)。参加回数は 1 年間に 1~10 回が 679 名 54.1%、11~20 回が 190 名 15.1%、21~30 回 29 名 2.3%、31

~50 回が 23 名 1.8%、51 回以上が 24 名 1.9%であった。そして、参加して困る点は時間的拘束が 374 名 25.6%、体力消耗が 361 名 24.7%、トラブルが 44 名 3.0%、給与が 39 名 2.7%で、困る点なしは 358 名 24.5%であった (図-6 参照)。

6)急患センター出務の年齢上限 (図-7 参照)

60 歳が 340 名 27.1%、65 歳 312 名 24.9%、70 歳 244 名 19.4%、制限なしが 110 名 8.8%で、55 歳 107 名 8.5%、50 歳 89 名 7.1%、45 歳 16 名 1.3%、40 歳 10 名 0.8%であった。

7)急患センター出務の理想的な 1 年当たりの回数 (図-7 参照)

5 回未満が 314 名 25.0%、5 回が 225 名 17.9%、5~10 回未満が 187 名 14.9%、10 回が 178 名 14.2%であった。12~20 回が 199 名 15.9%、24~36 回が 25 名 2.0%、40 回以上が 7 名 0.6%であった。

8)小児初期救急医療の理想的な担い手 (図-8 参照)

開業小児科医 995 名 38.5%、勤務小児科医 883 名 34.2%、大学小児科医 460 名 17.8%、小児科研修医 207 名 8.0%、非小児科医 28 名 1.1%、救急専門小児科医 1 名 0.03%であった。

9)初期救急医療への理想的な参加方法 (図-9 参照)

急患センター出務が 729 名 52.0%、基



幹病院充実への支援が346名24.7%、在宅輪番制が239名17.1%であった。その他では親の教育や救急センターを作るなどの意見がみられた。

10) 今後も初期救急医療に参加する意志 (図-10 参照)

ふつうにあるが689名54.9%、おおいにあるが294名23.4%、やめたいが147名11.7%、全くないが109名8.7%であった。

11) 小児初期救急医療の理想的な体制 (図-11 参照)

開業医・勤務医合同の急患センターが674名49.1%、基幹病院小児科主体が230名16.7%、開業医主体の急患センター167名12.2%、開業医の在宅輪番制が134名9.8%、勤務医主体の急患センターが134名9.8%であった。その他ではグループ診療、開業医・勤務医合同の在宅輪番制、基幹病院での開業医・勤務医合同での診療、救急医療専門医体制などがみられた。

12) 同一施設(総合救急センター)での初期～二次三次救急医療を行うこと

賛成が946名75.4%、反対が54名4.3%、どちらでも良いが239名19.0%であった。

13) 総合救急センターの考えられる長所

マンパワーを集めやすいが687名26.0%、理想的であるが567名21.4%、患者のニーズにあっている555名21.0%、

医療資材に無駄がないが488名18.4%、救急医学が発展しやすいが281名10.6%であった。

14) 総合救急センターを理想とした場合

開業医は絶対参加すべきが466名37.1%、どちらでも良いが408名32.5%、勤務医のみでの運営がよいが345名27.5%であった。

15) 総合救急センターに危惧する点 (図-12 参照)

距離的問題で不便が430名27.8%、患者の一極集中が369名23.9%、開業医が参加しにくいと266名17.2%、病院志向が強まり開業医に不利が190名12.3%、その他が179名11.6%であった。その他には親の都合で軽症の増加、患者の増加、医師の過重労働化、経済的資本の問題、患者増加によるサービス低下などを危惧していた。

16) 基幹病院の充実を図る方法

行政からの基幹病院への補助拡大が782名50.8%、開業医の基幹病院への人的参入が378名24.5%、診療報酬における病院優遇が247名16.0%、その他は69名4.5%であった。その他ではマンパワーの増員、大学の協力、深夜勤務専門医制の採用、または基幹病院小児科医の意識改善などであった。

17) 平成12年の保険診療点数の改正の影響 (図-13 参照)

変わらないが 800 名 63.7%、判らないが 204 名 16.3%、収入減少が 159 名 12.7%、収入増加が 78 名 6.2%であった。

18)望まれる小児医療費のアップ率 (図-14 参照)

30%が 349 名 27.8%、20%が 324 名 25.6%、50%以上が 215 名 17.1%、10%が 124 名 9.8%、現状のままが 123 名 9.8%であった。

19)救急医療に対する患者家族の意識に対して

不要に急患センターを受診しているが 612 名 28.5%、自院での夜間診療の希望が強いが 540 名 25.2%、十分な説明をしても夜間急患センターを受診しているが 460 名 21.4%、自院での診療で充分が 159 名 7.4%、不要な検査や過度の治療を希望されやすいが 122 名 5.7%、セカンドオピニオンを受けることが多いが 81 名 3.8%、すぐに病院転院を希望するが 53 名 2.5%、その他が 74 名 3.4%であった。その他では「説明の理解が可能な親が減ってきている」「不安感が強い」「我が儘な親が多い」「コンビニ感覚で夜間診療も当たり前感覚」などがみられた。

20)患者教育に対する考え (図-15 参照)

救急受診の必要な症状を教えるが 921 名 53.5%、ある程度の応急処置を

教えることが必要が 517 名 30.1%、重症化する時の症状のみ教えるが 172 名 10.0%、患者教育は不要であるが 37 名 2.2%、その他が 63 名 3.7%であった。その他では「親の理解力が悪くなっている」「教育しても無駄・効果なし」「親の常識がない」「社会の問題であり、小児科医の問題ではない」「学校教育で基本的な疾病を教えるべき」などがみられた。

21)より良い小児救急医療体制に不可欠なもの (図-16 参照)

開業医・勤務医の連携の向上が 837 名 22.3%、保険診療点数の改善が 721 名 19.2%、行政の強い指導が 458 名 12.2%、小児科医の大幅な増加が 433 名 11.5%、開業医の積極的な参加が 401 名 10.7%、医師会の理解が 304 名 8.1%、小児科医の意識改革が 275 名 7.3%、住民要望の高まりが 231 名 6.1%、その他が 99 名 2.6%であった。その他は行政の理解、世論の喚起、小児科勤務医の優遇と確保、患者・保護者教育、健康教育などであった。

22)全体意見

開業医の立場として、救急受診が経るような説明や指導を心がけるとか、あくまでも営利目的な診療をしないとか、勤務医への感謝、標榜科を限定して小児科医の地位向上を図るなど前向きな意見が多かったが、中には我が儘の意見もみられた。行

政への要望も多く、患者の自己負担減を望む声が多く、診療費アップの要望もみられるが、行政からの患者指導も要望されていた。また、患者としての自己責任も負うべきなどの保護者や社会に対する要望もみられた。さらに勤務医への要望もみられ、経験不足の小児科医の救急医療を危惧する意見が寄せられていた。医療体制としてはマンパワー不足の強い地方での問題があげられていた(表-4参照)。

#### 【考察】

アンケート回収率は 62.6%で 1255 名の日本小児科医会 A 会員(開業医)から回答が得られた。日本小児科医会 A 会員の総数は 3799 名であることから、その 33.0%に当たり、日本小児科医会 A 会員の 3 人に 1 人の考えがアンケートに反映されるものと考えられる。

①自院での診療形態・スパン、地域での初期救急医療体制の実際、また小児初期救急医療への考え

性別では男性が 1118 名 89.1%を占め、小児科医での女医の増加がめざましく、全小児科医の約 40%は女医と言われているが、開業小児科医は男性が未だ多いと言える。更に年齢では 60 歳台・70 歳台が合わせて 42.8%を占め、開業小児科医の高齢化が進んでいることが証明された。自

宅と診療所が同一敷地内ではない開業医が 33.6%もみられ、ビル診療など診療形態の変化も進んでいることが判った。更に自院での時間外・救急医療を殆どやっていないが 31.0%にみられたが、これは診療形態の同一敷地内ではない率と良く一致し、時間外・救急診療を行わない理由の 1 つに診療形態での問題があるものと考えられた。積極的に時間外・救急医療を自院で行っているが 26.5%であり、かかりつけ医機能の 1 つである時間外医療は行われなくなっている傾向があると予測された。

地域での小児初期救急医療体制は 82.3%がありと回答し、その体制は急患センター体制が 43.0%と最も多かったが、病院輪番制または基幹病院での体制が合わせて 25.9%の回答が得られ、勤務医中心の初期救急医療体制に頼らざるを得ない地域が 1/4 にみられることが判った。更にその体制に問題ありの回答が 59.2%過半数にみられ、小児科医不足、不採算、行政の理解不足などがあげられ、今までの研究結果と一致するもので、特に小児科医不足は圧倒的に多く、その背景である小児医療の不採算性と合わせて深刻な問題であることが再認識された。

地域の初期救急医療体制への参加は 77.3%にみられ、多くの開業小児

科医が急患センター出務、在宅輪番、自宅診療などの形で参加していた。参加回数は年 10 回以下が 54.1%で半数を超え、11~20 回が 15.1%であり、多くの開業小児科医は月 1 回前後の初期救急医療参加と考えられた。参加しての問題点は時間的拘束や体力消耗が約 1/4 ずつにみられたが、問題点なしの回答も 1/4 にみられた。逆に、初期救急医療に参加しないとの答えが 21.0%にみられたが、この理由やこの比率の計時的な変化は調査できていないが、体制がなくでの参加不可能や高齢などがその理由として予測される。

急患センター出務の年齢上限は 60 歳、65 歳、70 歳、年齢制限なしがそれぞれ、27.1%、24.9%、19.4%、8.8%で合わせて、87.4%を占め、多くが高齢まで出務する意志があることが判った。理想の出務回数では年 5 回以下が 42.9%と約半数を占め、多くの開業医が高齢まで出務するが出務回数は 2 月に 1 回程度を望んでいることが判ったが、月 1 回以上となる、年 12~20 回の出務も 15.9%が可能と答えていた。

小児初期救急医療の理想的な担い手は小児科学会会員、急患センター小児科出務の非小児科専門医、内科開業医、日本救急医学会認定医などの今までの調査から、その過半数が小児

科医が理想であると答えていた。そこで、小児科医の誰が理想的かを検討した。開業小児科医が 38.5%と最も多かったが、勤務小児科医 34.2%、大学小児科医 17.8%、小児科研修医 8.0%で合わせて 60%は非開業小児科医が理想的であるとの考えが明らかになった。

初期救急医療への理想的な参加として急患センター出務が 52.0%、在宅輪番制での参加が 17.1%で直接的な参加の希望が多かった。しかし、基幹病院の充実への支援という形での参加を 24.7%が望み、すなわち 1/4 は積極的な参加ではなく、勤務医の支援という間接的な参加を望んでいた。今後の参加意識も大いにある・ふつうが合わせて 78.3%で過半数が参加意識が強かったが、参加をやめたい・参加意識が全くないが 20.4%にみられた。参加意識は多くの開業医にみられるが、急患センター出務においても参加回数は前述のように少ない希望が多く、開業医の小児初期救急医療への姿勢は決して勢いのあるものではないように感じられた。

初期救急医療の理想的な体制では開業医・勤務医合同の急患センターとの答えが 49.1%と最も多かった。開業医主体の急患センター、開業医の在宅輪番制は合わせて 22.0%で 1/5 強が開業医独自での初期救急医療体制が理想