

そうなる、通話中の解消であるとか、他県から相談を転送するとか、利用者にとって、さらに便利性が増してくる。

J おわりに

小児救急電話相談事業は、小児救急提供体制の補完事業である。提供体制が整備されてこそ、本事業は最高の効果を発揮する。

これからの小児救急は、家庭の看護力、地域の教育力、小児科医を含めて医療従事者の社会的責務感、そして行政のやる気が一体となった国の総合力を結集して初めて国民の満足が得られる。

* 謝辞

先ず、わが国初の本格的な小児救急支援事業である「小児救急電話相談事業・広島」の相談医として参加して頂いた68名の開業小児科医に感謝いたします。

この機会を頂いた、厚生労働省科学研究費補助金「子ども家庭総合研究事業」小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班（鴨下重彦主任研究者、清野佳紀班員）に感謝します。

本事業の事務局となった広島県地域保健対策協議会（真田幸三前会長、碓井静照会長）、同事務局（八谷秀幸主査、森下和是企画員、佐々木喜代課長、市玖ノリエ係長）、小児救急医療支援専門委員会の委員の皆様感謝いたします。

* 主な発表論文と講演ほか

[I] 発表論文（別冊2部ずつあり）

- 桑原正彦：少子・高齢化時代の社会保障はどうあるべきか、安佐医師会会報82号P1~3,1999.1.
- 桑原正彦他：小児救急医療の再構築をめざして、日本医師会雑誌第128巻・第5号P707~721,2002.9.1.
- 桑原正彦：小児救急の初期対応と社会的背景—本当に小児科医は足りないのか—、日本小児科医会会報第26号P103~106,2003.
- 桑原正彦：小児救急医療支援専門委員会報告書-0.5救急としての「小児救急電話相談・広島」事業の有効性に関する研究 および広島県の小児2次救急医療提供体制の整備に関する検討—広島県地域保健対策協議会調査報告書P91~95,2003
- 桑原正彦他：「小児救急」医師の基本—子どもたちの命を守る—、教育医事新聞,2003.3.25号

- 桑原正彦：「子どもの救急電話相談」をスタート、臨床の歩み].55,2003.3.
- 桑原正彦：小児救急医療における学会の役割を探る—医師の立場から、日本小児科学会雑誌第107巻第5号P796~799,2003.5.1.
- 中澤誠：小児救急医療体制のあり方検討委員会小児救急について（桑原正彦）、日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告、日本小児科学会雑誌第107巻第5号P792~795,2003.5.11.
- 桑原正彦他：小児救急電話相談対応マニュアル、広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会,2003.10.
- 桑原正彦：小児救急電話相談事業—0.5次救急は保護者の不安解消に役立つか?救急医療ジャーナル,第11巻第5号(通巻第63号)P18~22,2003.10.5.
- 桑原正彦：小児救急電話相談—親に安心感定着へ知恵を—、中国新聞,2004.4.11.
- 桑原正彦：小児救急電話相談事業,Japan medicine,2004.10.20
- 桑原正彦他：小児救急電話相談・広島 相談事例集,広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会,2005.1.
- 桑原正彦：小児救急電話相談事業の今後のあり方と実施に関する検討 中間報告書,広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会,2005.1.
- 桑原正彦：「小児救急電話相談・広島のと影」,広島県小児科医会会報39号,2005.1
- 桑原正彦：動きだした小児救急、1.0.5次救急としての小児救急電話相談、前捌きと保護者教育、小児保健研究、64-2、2005.予定、(投稿中)
- 桑原正彦：医師による電話相談、「小児初期救急への挑戦」(中澤編),へるす出版,2005.4.予定、(投稿中)
- 桑原正彦：電話による相談への対応、「今日の小児治療指針」第14版,医学書院,2006.予定、(投稿中)

[II] 研究発表及び講演

- 桑原正彦：地域小児医療の連携体制,シンポジウム「小児科、産科若手医師を確保するために」日本学術会議,厚生科学研究「小児科、産科若手医師の確保育成に関する研究班」東京都,2002.9.5.
- 桑原正彦：医師会の取組みと小児救急電話相談の役割,小児救急公開フォーラム,日本小児科学会、

東京都,2003.3.9.

- 桑原正彦：広島県の小児救急電話相談事業について(医師の立場から)長崎県医師会生涯研修承認講座,長崎市,2003.11.19.
- 桑原正彦：「小児救急電話相談・広島について」,県南東部圏域救急医療体制推進協議会講演会,岡山市,2004.3.7.
- 桑原正彦：「小児救急電話相談事業」,鳥取県小児科医会総会,米子市,2004.4.4.
- 桑原正彦：受診前,電話相談およびFAXによる医療情報提供,第107回日本小児科医会学会学術集会,分野別シンポジウム4「小児救急医療-新しい戦略はあるか-」,岡山市,2004.4.9.
- 桑原正彦：小児救急電話相談事業・広島について,福岡県小児救急医療電話相談事業講演会,福岡県医師会,福岡市,2004.4.17.
- 桑原正彦：広島県における小児救急電話相談事業について,埼玉県小児科医会学術講演会,埼玉県小児科医会,さいたま市,2004.5.26.
- 桑原正彦：救急電話相談は0.5次救急としての役

割を果たせるか?-小児救急電話相談事業・広島から,第18回日本小児救急医学会,シンポジウム「小児救急医療体制の新しい試み」金沢市,2004.6.18.

- 桑原正彦：小児救急電話相談事業の光と影、第47回広島県小児科医会総会、広島市、2004.7.18.
- 桑原正彦：小児救急電話相談事業広島の現状と問題点,日本外来小児科学会年次集会,スペシャルインタレスト「救急電話相談事業の現状と問題点」,大分市,2004.8.21
- 桑原正彦：小児救急電話相談・広島-その光と影,北日本小児科学会,盛岡市,2004.9.18.
- 桑原正彦：0.5次救急としての小児救急電話相談：前さばきと患者・保護者教育,第15回日本小児保健学会,シンポジウム「動きだした小児救急」盛岡市,2004.10.28.
- 桑原正彦：広島県地域保健対策協議会事業報告,平成16年度広島県圏域地域保健対策協議会研究協議会,呉市,2005.2.6.

他科との協働のあり方に関する研究

| | | |
|---------|-------|--------------------|
| 【分担研究者】 | 柳澤 正義 | 国立成育医療センター総長 |
| 【研究協力者】 | 田中 政信 | 東邦大学医学部産婦人科助教授 |
| | 石橋 幸滋 | 石橋クリニック院長 |
| | 生田 憲正 | 国立成育医療センター思春期心理科医長 |
| | 村島 温子 | 国立成育医療センター母性内科医長 |

■研究要旨

小児科と他のさまざまな診療科との接点において、小児科医と他科医師との連携・協働は、従来のわが国の医療提供体制のなかでは必ずしもうまく行っていないが、今後の小児医療のあり方を考えるうえで極めて重要な課題である。また、専門分化の進行した現在の医療において、患者を全人的、包括的に診ることが重要であり、チーム医療が求められている。さらに小児救急医療、特に初期救急において、地域によっては小児科医の確保が困難で、他科医師の応援を頼まなければならない。これら小児科医と他科医師との連携・協働を必要とする分野は数多いが、本研究においては、以下の4課題を設定し、研究協力者が分担して調査・研究にあたり、今後のあり方、新しいシステムを模索した。

①プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

すでに平成13年度から、厚生労働省あるいは日本医師会の補助により、市町村単位でモデル事業として実施されている出産前小児保健指導(プレネイタル・ビジット)事業の実施状況を調査し、小児科医と産科医の連携の視点から問題点を把握し、今後のあり方を模索した。本年度は、2年間の調査結果等を踏まえ、報告書や文献等から本事業の継続や発展を視野に検討し、先細りの現状を打開するうえで、全国展開の必要性といわゆるプレネイタル・ビジットではなく、出産後も視野に入れたペリネイタル・ビジットとして、行政・医療機関・国民が一体となり推進すべき事業であると結論した。

②地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

小児科以外の医師(非小児科医)が、小児の初期救急の一部を担っている現状の中で、非小児科医の知識・経験・技能がどのように生かされ、今後どのような知識・技能の習得が求められるかを分析評価するためのアンケート調査を行い、これからの小児初期救急診療体制構築に必要な研修やシステム作りを検討した。本年度は、へき地に勤務あるいはその経験を持つ若手医師1,031人に対して、小児初期救急に関するアンケート調査を行った。3年間の調査の結果から、小児初期救急診療体制を充実させるためには非小児科医の協力が不可欠であり、そのための支援体制作りを提言した。

③思春期のこころと体の医療(生田憲正)

思春期のこころと体の問題を的確に診断・治療するうえで必要な関係各科の連携・協働のあり方を成育医療センターでの実践を通じて検討した。成育医療センターでは、思春期診療に関して、(1)総合診療部とこころの診療部の協働による「思春期外来」、(2)こころの診療部における「不登校外来」、および(3)総合診療部とこころの診療部の協働による「若年発症摂食障害の入院チーム医療」を実施している。これらの3分野について、実践結果をまとめ、問題点を検討し、これからの体制作りに向けて提言した。

④小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

小児慢性疾患キャリアオーバー成人患者の継続的、総合的医療に必要な関係各科の連携・協働のあり方を検討するため、成育医療センターにおけるキャリアオーバー患者の担当医に対するアンケート調査とキャリアオーバー患者・家族に対するアンケート調査を行った。また、他施設の内科医に対し電話による意識調査を行った。その結果、医師、患者ともに成人を対象とする医師への移行を望んでいるにもかかわらず、さまざまな理由で円滑にいかないことが判明し、医療提供者側の問題点として小児科医師と成人科医師の間での連携がとれていないことが挙げられた。今年度はこの点に着目し、日本の各学会でキャリアオーバー患者の医療がどのように捉えられているかを調査した。

A.研究目的

従来の医療提供体制のなかでは、診療科の枠組を越えた連携、協働は必ずしもうまく行っておらず、この点は小児科と他科との関係においても同様であろう。しかし、新生児医療や思春期医療を例に挙げるまでもなく、小児科と他のさまざまな診療科との接点において、小児科医と他科医師の連携・協働は、今後の小児医療のあり方を考えるうえで極めて重要な課題である。また、医学・医療の進歩とともに専門分化が進行しているが、その一方で、患者を全人的、包括的に診ることの重要性が強調され、このような観点から小児科のサブスペシャリティのみならず、他科、さらには、コメディカルなど他職種も含めたチーム医療が求められている。また、現在、社会問題化している小児救急医療について、地域によっては小児科医の確保が困難で、他科医師の応援を頼まなければならない。本研究においては、以下の4課題を設定し、それぞれ研究協力が分担して調査・研究に当り、小児科と他科との協働のあり方を模索した。

- ①プレネイタル・ビジットの推進
- ②地域における小児初期救急への対応
- ③思春期のころと体の医療
- ④小児慢性疾患を有する成人患者の医療

本研究の成果は、今後の小児医療のあり方、特に他科との連携・協働によってよりよい小児医療を提供するうえで有用な提案となると思われる。さらにここに掲げた課題は④を除いて「健やか親子21」で取組が求められているものであり、本研究の成果は「健やか親子21」に掲げられた目標の達成に寄与することが期待される。また、これらの課題はいずれも「成育医療」の観点からも重要なものであり、今後の「成育医療」の推進に資するものである。

B.研究方法

1.プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

平成13年度から、厚生労働省あるいは日本医師会の補助により、市町村単位のモデル事業として実施されている出産前小児保健指導(プレネイタル・ビジット)事業について、日本産婦人科医会全国47支部に対するアンケート調査を行い、昨年度は県全域を対象として事業が順調に施行されてい

る大分県に対し、聞き取り調査を行った。本年度は、2年間の調査結果等を踏まえ、報告書や文献等から本事業の継続や発展を視野に検討した。

2.地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

地域の小児初期救急の現場において非小児科医の経験・知識・技能がどのように生かされ、今後どのような知識・技術の習得が求められているのかを分析・評価するためにアンケート調査を行った。昨年度は、北多摩北部地域の小児初期救急に携わる開業の非小児科医(220名)を対象に、日常診療における小児医療の有無および休日夜間診療への協力の有無、今後の小児初期救急への協力に関する意見などを調査した。本年度は、昨年度の調査結果を参考にして作成したアンケート調査を、自治医科大学の卒業生を中心とする(社)地域医療振興協会の協力を得て、へき地に勤務あるいはその経験を有する若手医師(研修医21名を含み、1,031名)に対して行った。

3.思春期のころと体の医療(生田憲正)

成育医療センターの2002年3月開設以来、2004年12月までの思春期診療に関して、①総合診療部とこころの診療部の協働による「思春期外来」、②こころの診療部における「不登校外来」、および③総合診療部とこころの診療部の協働による「若年発症摂食障害の入院チーム医療」の3分野について実践結果をまとめた。

4.小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

成育医療センターの小児内科系診療科においていわゆるキャリアオーバー患者を診療している担当医と患者・家族それぞれに行ったアンケート調査の結果を踏まえ、本年度は、日本の各学会でキャリアオーバー患者の医療がどのように捉えられているかを調査した。具体的方法として、①成人科医師も参加している主要な学会の学会誌を過去5年間閲覧し、キャリアオーバーがテーマになっている学術総会のシンポジウム、ワークショップがあるかどうかを調べた。②医学中央雑誌刊行会データベースを用いてキャリアオーバー、成人+先天性、成人+小児をキーワードに検索した。③日本小児科学会の19分科会のうち日本小児薬理学

会、日本小児救急医学会を除く17学会の責任者にアンケート調査を依頼した。

C.研究結果と考察

1. プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

アンケート調査等の結果をまとめると、

1)実施地区数

平成13年度に本事業を実施したのは、厚生労働省によれば21都道府県の44地区医師会、日本医師会では46地区医師会、日本産婦人科医会では13支部で実施し、未実施は34支部との回答であった。このように調査結果が異なるのは厚生労働省、日本医師会が別々に補助を行っているからであろうが、日本産婦人科医会では支部内でも把握できていないものと思われる。以後本事業の実施地区は先細りの状態である。

2)受診(利用)者が本事業を知ったきっかけ

産婦人科医からの紹介が約4割、小児科医や保健師からの紹介及びポスター、チラシ等からが各々約2割ずつである。産婦人科医からの個別の周知が効果的であるようであるが、インターネット等、近年の生活様式を考慮した媒体の検討も必要であろう。

3)受診(利用)者の感想

医師の指導に満足し、不安が軽減し、育児に役立ちそうであり、今後のかかりつけ医が見つかったことがよかった等、良い評価が得られている。

4)事業継続のために必要なこと

一部の市町村におけるモデル事業ではなく、予算の裏付けのある全国展開が大前提である。次に医療関係者や住民への事業周知を行い、紹介状・返信状の簡略化等の必要がある。また、疾病では受診するが、相談では受診しにくい現在の医療制度において、診療時間内での対象者選択に要する時間も問題である。本事業の目標は、周産期領域の医師(特に産科と小児科)が本事業を通じて連携することにより、母親の育児不安を軽減し、虐待等を予防することにあるが、本事業は産科と小児科のみに特化したものではなく、福祉機関、既存の地区組織、ボランティア等のさまざまな組織・機関が相互役割分担を考え、結果として国民全体に及ぶものと考えられる。

本事業を真に医師の協働、子育て悩み相談、虐待防止等の視点から捉えた場合、市町村の補助金

事業では全国民が平等な恩恵を受けることはできない。平等の供給体制は保険制度に導入するのが単純である。しかし、保険財政上から困難であれば、医師等に対し資格制度等を導入し資格のある医師等が行った場合のみ請求できる等の縛りをつけることで多少の解決策になると考える。本事業が順調に行われている地区(大分県や広島県等)は、参加組織の多大な出費と労力によるところが大である。このような制度では先細りになる可能性が大きい。現代社会における本事業の重要性を考えた場合、厚生労働省担当課の課長通知等による全国展開が必須である。また、いわゆるプレネイタル・ビジットではなく出産後も視野に入れたペリネイタル・ビジットとして、行政・医療機関・国民が一体となり推進すべき事業であると結論する。

2.地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

アンケート送付総数1,031名で、回答者480名(うち研修医21名)、回収率46.6%(研修医31%)であった。回答者は、卒後1年目の研修医から卒後27年目までの医師(卒業年度ごとの回答者数はほとんど差がない)で、平均年齢36歳、男性医師92.5%、現在の勤務場所は北海道から沖縄まで全国にわたっており、大学病院から開業医、へき地診療所までさまざまである。全ての医師がへき地診療を経験しており、かつ70%以上の医師が今も小児科診療を行っているが、現在の専門は小児科が33名7.2%で、内科(66.9%)から眼科、精神科まで幅広く分布している。

75%の医師が、小児初期救急診療は非小児科医も対応すべきであると考えており、その傾向は、小児科専門医より非小児科医に強い。しかし、研修医に限ると38%が小児初期救急は小児科専門医が対応すべきであると考えており、特に小児科研修を行っていない研修医にその傾向が強い。この差は、日常小児を診ているか、小児科研修をしているかなどにより生じていると考えられる。

また、現状の問題点として、多くの医師が医学部における小児科教育および卒後小児科研修の不足、診療設備やスタッフ教育の不足、救急診療ではなく時間外診療が多い小児科診療の問題点や親の教育不足などを挙げている。この現状を改善するためには、高次救急システムの整備や専門医に

よる相談システム、小児科研修、親の教育などの必要性を挙げている。

上記のような結果から、小児初期救急体制を充実させるためには非小児科医の協力が不可欠であるし、そのための支援体制が望まれる。そこで、以下のような支援体制づくりが必要と考えられる。

1)医療システムの改革

(1)初期救急体制と二次・三次救急体制を分けた救急医療体制の整備

(2)大都市、地方都市、農漁村、山村離島など地域状況に応じた救急医療体制の構築

(3)高次救急への搬送体制の整備

(4)小児医療および小児初期救急に対する診療報酬上の配慮

- ・小児科診療報酬の増加
- ・小児救急診療報酬の増加
- ・小児救急患者の自己負担金もしくは一時払い金の導入

(5)地域における初期救急体制の整備

- ・二次医療圏ごとの小児救急体制の構築
- ・地域医師会による輪番制診療体制の整備
- ・病院での小児科医と併診救急診療体制の整備
- ・小児救急診療と小児時間外診療を分けた診療体制の整備

・後方支援病院による診療支援体制の整備

(6)小児救急相談システムの構築

- ・医師および住民対象の小児科医による電話相談システムの構築
- ・専門スタッフによる電話相談システムの構築
- ・民間電話相談システムの活用
- ・インターネットを利用した相談システムの構築

2)医学教育、研修、認定システムの改革

(1)医学部教育におけるプライマリ・ケア、救急医療教育の充実

(2)臨床研修中の小児救急研修の充実

(3)卒後研修制度の充実

- ・一般開業医に対する小児初期救急研修
- ・産業医や健康スポーツドクター制度等に準じた小児初期救急認定制度
- ・地域医師会、小児科医会等による研修会の実施
- ・インターネット等を利用した在宅研修制度
- ・地域中核病院による小児科研修

(4)救急専門医、小児初期救急認定医制度の創設

- ・国家認定資格の創設
- ・診療報酬上の優遇措置

3)国民の意識改革

(1)子どもの救急時の対応方法を学ぶ

(2)時間外診療への認識を高める

(3)かかりつけ医を持つ

4)その他

(1)非小児科系開業医への小児救急に対する啓発

(2)病診連携による医療機関データベースの構築

(3)家庭医専門医制度の創設

(4)準夜間開業、深夜開業等多様な医療機関形態の推進

(5)電子カルテシステムの普及

(6)個人情報個別管理(ICカード、光カード)の普及

3.思春期のこころと体の医療(生田憲正)

①「思春期外来」

思春期外来(総合診療部)受診者の内訳は、摂食障害および肥満が26%、さまざまな慢性身体疾患を持つ者22%、めまい、微熱の持続、腹痛その他の不定愁訴17%、月経不順および無月経11%、成長障害7%、およびその他18%であった。精神科医による診断分類は、摂食障害群(42%)と神経症性障害群(36%)が大半を占めた。神経症性障害群には、身体化症状や自律神経症状を示すものが含まれる。すなわち、「思春期外来」全体として多い対象患者は、摂食に関する問題(摂食障害と肥満)を含めたさまざまな身体化症状を示す者とさまざまな慢性身体疾患を持つ者であった。

②「不登校外来」

こころの診療部思春期心理科では、不登校を主訴とする一群の症例に対して、臨床心理士と教育支援コーディネーターの関与により、ほぼ外来のみの診療で問題の解決を図ることができた。2003年度の実績は、総患者数(延べ)は421名であり、月平均患者数(延べ)は35名であった。夏休み前と進路・進学が決定する1・3月に、受診者および受診回数が増える傾向があった。

③「若年発症摂食障害の入院チーム治療」

成育医療センター開設以来今日までに入院した神経性無食欲症患者29名の年齢分布は、大半(86%)が小学生高学年から中学生であり、本症患者としては最も低い年齢層を対象としていた。治

療経験の積み重ねから、「体重・安静度・栄養」治療計画を治療目標とし、行動療法および心理療法的アプローチを統合した治療法が開発された。

思春期に特徴的な精神的問題を大きく3種類、すなわち①身体化、②行動化、および③社会的ひきこもり(不登校を含む)に分けることができる。成育医療センターでは、急性期型病院という性格上、①身体化症状の問題(摂食障害や肥満を含む)を持つ者の診療が中心となる。身体化症状は、時に生命の危険性が生じる程の重症度に達する。身体化症状の背景には、思春期の精神的発達課題における行き詰まり、家庭環境の問題、喪失・離別体験や被虐待体験などの心的外傷の存在、および地域の社会環境の問題などを認めた。②行動化の問題(自傷行為や非行・暴力など)を持つ者の診療には、精神科病床がないという病院の構造上限界が大きい。③不登校を含む社会的引きこもりの背景には、さまざまな精神病理が認められる。しかしながら、ミクロなレベルでの精神病理を治療するだけでは不十分で、マクロなレベルでの社会参加を促進する必要がある。医療機関や教育機関との連携を図る教育支援コーディネーターの存在や民間団体との連携が必要である。

若年発症の神経性無食欲症症例には、発症経過が従来と異なる症例が存在していた。例えば、摂食障害の発症は13歳であるが、すでに体重増加の停滞が7歳時から始まっている「潜在性」の発症例がみられた。今後このような症例について、心身両面の病態の把握や発症要因の解明を行う必要がある。また、家庭や学校保健室で、このような症例の発見がなされていないという問題を認めた。

従来の摂食障害治療は、各医療機関において、軽症から重症の者まですべてを対象とし、治療経過の全期間を一施設で治療するという形態が取られてきた。若年齢層の摂食障害に関しては、積極的に入院治療を行っている医療機関の数が限られており、一施設に大きな負荷がかかるという問題を認めた。

以上の結果から以下のことを提言する。

①身体化症状(摂食障害を含む)に関する早期発見と予防法の確立

学校保健の分野で、潜在性発症の摂食障害やその他の身体化問題を早期発見し、その予防を行う具体的な方法を確立する必要がある。

②摂食障害および重症身体化障害治療における医療機関の連携体制作り

心身両面の高度な医療を必要とする摂食障害や重症身体化障害の外来・入院治療に関して、各医療機関が機能分化を明確にし、連携を取りながら治療していく体制が必要である。

③社会的引きこもり(不登校を含む)問題へのネットワーク・ケア体制の確立

これまでばらばらに行われてきた社会的引きこもり(不登校を含む)問題への対応について、医療機関、教育機関、児童相談所、民間団体、および家庭の連携をはかる支援体制を確立する。また、その際の個人情報交換の社会的ルールを定める。

④キャリアオーバー患者の成人期移行への支援体制作り

慢性疾患を抱えながら思春期から成人期に移行する際、将来の人生設計に伴うさまざまな不安が現実的になる。また、病状悪化や生命的予後に関する恐れなども大きい。成人期の医療として何が必要かを提示し、その後の医療体制・機関を本人自身が選択し直すという「仕切り直し」を支援する体制が必要である。

4. 小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

1) 主要学会誌の過去5年間の閲覧

日本内科学会関連学会13学会のうち日本老年学会を除く12学会および日本外科学会発行の雑誌を過去5年間閲覧し、学術集会におけるシンポジウムなしはワークショップに取り上げられているかどうかについて検討した。シンポジウムないしはワークショップでキャリアオーバーが取り上げられていたのは日本循環器学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会の3つであった。

2) 医学中央雑誌刊行会データベースを用いての検索

医学中央雑誌刊行会データベースを用いてキャリアオーバー、成人+先天性、成人+小児をキーワードに検索した結果、循環器関連雑誌で多数取り上げられていたが、他には日本腎臓学会(会議録)、日本小児外科学会(解説・会議録)、日本アレ

ルギー学会(会議録)、日本呼吸器学会(会議録)、日本リウマチ学会(会議録)、日本小児科学会(会議録)、日本病理学会(会議録)にわずかに取り上げられていただけであった。国立医療学会雑誌(特集)、商業誌(特集)、日本医師会雑誌(解説)では特集されていた。

3)日本小児科学会分科会代表へのアンケート調査

アンケートを送付した日本小児科学会分科会17のうち12の分科会から返答があった。結果を図1に示す。

(1)過去5年間でキャリアオーバー患者の診療に関して成人科医とともに議論する場を持ったことのある分科会は12学会のうち5学会であった。その内訳は日本小児循環器学会、日本小児腎臓学会、日本小児アレルギー学会、日本小児神経学会、先天代謝異常学会であった。その議論の場としては4学会が学術集会のシンポジウムで、残りの1学会は大学であった。学術集会のシンポジウムで議論したことのある4学会はいずれも今後も同様のシンポジウムを企画する予定があると回答していた。今までに議論の場を持ったことのない7学会のうち今後議論の場を企画する予定があるのは1学会であった。

(2)キャリアオーバー患者の診療についての意見(表1)

成人科医師が関心をもてばうまくいくかについては、そう思う、そう思わないがおよそ半々であった。成人に達している場合は成人科医師に任せたいほうがよいかという問いについては、そうは思わないが多かったにも関わらず、小児科医がずっと診たいほうが患者のためになるという意見には反対が多かった。一方で、幼少時から築き上げてきた関係を考えたら、小児科が診たいほうがよいという意見も半数あった。疾患によっては小児科医が継続したほうがよい場合と成人科医に移行したほうがよい場合とがあるという問いについては、無回答以外すべて賛成であった。

平成14年度、15年度の研究でキャリアオーバー患者の診療を成人科医師に移行したい、協働で診療したいと思っている医師、患者がいても成人科医師が慣れていないために移行がスムーズにできないという現実を把握できた。このような背景には小児科医と成人科医が問題を共有し、議論して

いく機会が少ないのではないかという仮説にたって今回の調査を行った。まず成人科医と小児科医ともに学会員となっている日本内科学会関連学会および日本外科学会について、学会雑誌によって過去5年間の学術集会のプログラムを調査した結果、シンポジウムないしはワークショップに取り上げられていたのは日本循環器学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会だけであった。このように大々的には取り上げられないものの学会、雑誌上で議論の機会があるかどうかをみるために医学中央雑誌刊行会データベースを用いて検索したが、前述の学会を除くと各学会ともに単発で発表されているだけであった。このように一部を除いて主要学会がキャリアオーバーに関心が薄いことがわかったが、小児科医の学会はどう考えているのかを知るために日本小児科学会分科会代表へアンケートを送付した。その結果、臓器別分科会のほとんどがキャリアオーバーに関するテーマで成人科医と議論する機会を持ったことがある、ないしはその予定があると答えている。このように小児科医師はキャリアオーバー患者の診療について問題意識を持っているにもかかわらず、成人科医が主体の学会では循環器科を除くとあまり関心がもたれていない印象を受ける。

キャリアオーバーの診療体制に関するアンケート結果は症例によって小児科医が継続したほうがよい場合と成人科医に移行したほうがよい場合がある、小児科医と成人科医が協働して診ていくべきだという意見に集約される。成人科医師が主に属している学会で、キャリアオーバー患者の診療についてほとんど取り上げられない結果から、成人科医がこのテーマに興味を持ってもらうことを強く期待しているのではないかと予想していたが、実際はそのような答えは少なかった。いずれにしても、キャリアオーバー患者を協働で診ていくためには、成人科医が参加している主要学会で小児科医と成人科医が議論する機会を多く持つような働きかけが必要と考える。

図1 日本小児科学会分科会代表へのアンケート調査

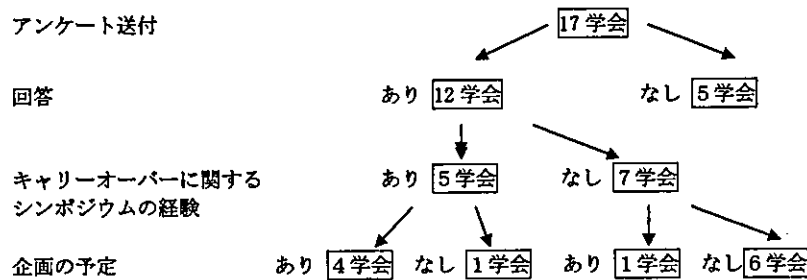


表1 キャリーオーバー患者の診療についてどう考えるか

| | 強く思う | そう思う | そうは 思わない | 全く 思わない | 無回答 |
|--|------|------|-------------|------------|-----|
| 成人科医師が関心を持たば上手くいくと思うか | 1 | 3 | 5 | 0 | 3 |
| 成人に達している場合は成人科医師に任せて大人 としてみてあげた方が良い | 1 | 1 | 7 | 0 | 3 |
| 成人科医には任せられないので小児科医がずっと みた方が患者のためになる | 0 | 2 | 9 | 0 | 1 |
| 幼少時から築き上げた患者との関係を考えたら小 児科が継続してみたほうが良い | 0 | 5 | 6 | 0 | 1 |
| 疾患によっては小児科医の継続診療が良い場合と 成人科医に移行した方が良い場合がある | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 |

D.論文・著書

- 柳澤正義:21世紀の小児医療-成育医療センターの開院を目前にして.小児保健研究,61:3-8, 2002
- 柳澤正義:成育医療.日本医師会雑誌,127:1078-1079, 2002
- 田原卓浩、柳澤正義:成育医療と国立成育医療センター.小児科,43:985-992, 2002
- 阪井裕一、柳澤正義:成育医療と救急医療.日本医師会雑誌,128:750-753, 2002
- 柳澤正義:成育医療の概念とその背景.小児看護,25:1567-1570, 2002
- 柳澤正義:周産期医療の現状と課題-小児科医の立場から.日本医師会雑誌,129:1546-1548, 2003
- 柳澤正義:成育医療への期待.総合臨牀, 52:2447-2448, 2003
- 田中政信、竹下直樹、前村俊満、久保春海:知っておきたい用語の解説:プレネイタルビジット.小児科臨床,57:2009-2011, 2004
- 田中政信、竹下直樹:知っておきたい最新のキーワード:プレネイタル・ビジット.Medical Pharmacy, 38:219, 2004
- 石橋幸滋、柳澤正義:他科医師に向けた小児初期救急診療ガイドブック.救急ジャーナル,63:14-17, 2003
- 守屋直樹、生田憲正:力動的な精神療法に関する

研究-治療過程についての研究-.思春期青年期精神医学,14:53-57, 2004

- 生田憲正:摂食障害.小児内科,36:944-947, 2004
- 細金奈奈、生田憲正:摂食障害の薬物療法.こころの科学,116:64-67, 2004
- Murashima A, Fukazawa T, Hashimoto H et al: Long term prognosis of children born to lupus patients. Ann Rheum Dis, 63:50-53, 2004
- 村島温子:リウマチ、膠原病患者の妊娠、出産について.治療,84:135-139,2002
- 村島温子:内科医のための思春期外来, 膠原病. Modern Physician, 22:105-108, 2002
- 村島温子:ウーマンズヘルスケア,甲状腺疾患・糖尿病と女性.Modern Physician, 22:1235-1238, 2002
- 村島温子:膠原病患者と妊娠.リウマチ科,28:582-587, 2002
- 村島温子、山口晃史:母体の自己免疫疾患と小児疾患.産婦人科の世界,52:752-758, 2003
- 村島温子:わが国での女性外来の現状と問題.治療,86:33-38, 2004
- 柳澤正義(監修・編集)、柳川幸重、箕輪良行、石橋幸滋、田原卓浩、阪井裕一、洲鎌盛一(編集):小児初期救急診療ガイドブック.へるす出版,東京、2004

住民理解促進方策に関する研究

【分担研究者】 保科 清 東京通信病院小児科部長

■研究要旨

小児科救急受診の症状で、多い症状に対する対応の方法をまとめて、「お子さんの急病対応ガイドブック」という冊子を作成した。このガイドブックを3施設に依頼して一定期間、救急外来受診者に配布してもらい、その後4か月間の小児救急患者数を比較するために、前年の同月における救急患者数も報告してもらった。その結果、調査した期間の後半には、患者数の減少傾向が認められた。今後、このような冊子の配布を継続することで、時間外における小児科救急患者数を少しでも抑制できる可能性が示唆された。

【はじめに】

小児科医の加重労働を少しでも緩和するためには、住民の理解が必要である。そのためには、核家族化している現況で、子どもの急病にいかに対応するかを保護者に知ってもらえるような冊子などが必要と考え、作成した。

その冊子を配布して、時間外再来患者数を減らすことで、小児救急による小児科医への過酷な労働条件緩和に寄与することができるか検討した。

【対象と方法】

北海道の手稲溪仁会病院、栃木県の自治医大病院、東京都の東京女子医大第二病院など3施設の小児科に協力を依頼し、平成16年2月より「お子さんの急病対応ガイドブック」を時間外に受診した患者さまに渡して、目を通してもらうことにした。印刷部数の都合で、各施設に割り当てた部数は、2か月程度でなくなった場合もあるが、ほぼ3か月間は配布していただけた。

その後の4か月間も含めた時間外患者数を比較するために、前年同月における受診患者数も報告してもらった。

【結果と考察】

平成16年10月20日現在、3施設におけるデータを表に示した。(表1,2,3)

配布開始時期が2月なため、どの施設においても患者数が多く記録されている。

小児の救急患者数は、季節性や地域性に加えて、その年の天候にも左右されやすい傾向がある。集計結果にそれらの影響を少なくするためには、前年同月との比較をすることで緩和されると考え

る。

最近の小児救急医療事情からみれば、時間外救急患者数は毎年増加しているのが普通である。

7か月間の集計でしかないが、北海道(表1)が3.7%と例年通りの増加に比して、栃木県(表2)は0.5%の増加しかなく、東京都(表3)では11.5%の減少となっていた。これは単純に地域的な問題としてはいけないだろう。

栃木県と東京都ではインフルエンザの流行が前年より少なかったこともあり、2月の時間外患者数は前年に比し少なくなっていた。栃木県ではインフルエンザの流行が3月だったかもしれない。4月には全施設で前年とほぼ同じ患者数となっていた。

北海道では5月まで前年比患者数の増加が続いていたが、6月以後は減少に転じていた。栃木県においては4月から7月までの時間外救急患者数の増加が認められているが、東京都では、6月以後に患者数が減少していた。

8月には、全施設で患者数の減少が認められた。今年度に患者数が多くなっている施設でも、6月から前年を上回る数も少なくなっていた。これは、時間外再来患者の抑制に冊子が少しは貢献できる可能性があるものと思われる。

平成16年に入って、小児の時間外診療点数の引き上げがあった。これは病院小児科における時間外診療の多さにより、小児科医の労働条件が過酷なのに診療費が安かったことに対する補填の意味があった。しかし、この点数の上昇により、診療所が同じ患者数を診察するなら、夕方6時から診療することになり、時間外に病院小児科を受診する数が減少するなら、それなりの意味はある。

小児の時間外診療体制の整備が急務である。本来小児科を希望している医学生は多いのに、病院小児科の過酷な労働と少子化で方向転換しているのが現状である。小児科の過酷な労働を少しでも減らすことにより、若手の医師が小児科を志望してくれなければ、第一線小児科医の高齢化がさらに進むことになる。

残念ながら、今回の検討では時間外救急の新来患者か、再来患者かの区別はできなかった。しかし、新来患者数を少なくすることは困難でも、再来患者数を少しでも減少させる努力をしなければ、小児時間外救急医療の現場はこれからも患者数の増加に苦しむことになる。

時間外の再来患者を減らすためには、時間外診療に受診した患児の両親に初期対応の方法を理解してもらうための努力をしなければならない。そのために、今回は住民理解促進のための冊子を

配布した結果を報告した。

今回作成した冊子は、患者様からの評判も良いということで、今年度も増刷して、2施設で継続して配布してもらうことにした。

【まとめ】

小児科に若手医師を確保するためには、過酷な労働の緩和方法を考えざるをえないが、若手小児科医が少なくなっている現状では困難である。労働に見合った診療点数の改正が必要であるが、小児科医がもっと積極的に住民に理解してもらう方法を講じなければならない。

時間外に受診した患者様に、いろいろな症状に対する初期対応を理解してもらうことにより、時間外再来患者数を抑制できる可能性が示唆された。

北海道（手稲溪仁会病院）

| | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 合計 |
|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|
| 2003年 | 663 | 674 | 584 | 667 | 562 | 545 | 532 | 4,227 |
| 2004年 | 777 | 692 | 613 | 800 | 538 | 547 | 415 | 4,382 |
| 合計 | 114 | 18 | 29 | 133 | -24 | 2 | -117 | 155 |
| 前年比 | 117.2% | 102.7% | 105.0% | 119.9% | 95.7% | 100.4% | 78.0% | 103.7% |

表2

栃木県（自治医大付属病院）

| | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 合計 |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| 2003年 | 1,183 | 865 | 742 | 978 | 858 | 892 | 736 | 6,254 |
| 2004年 | 1,030 | 982 | 754 | 1,046 | 889 | 922 | 660 | 6,283 |
| 合計 | -153 | 117 | 12 | 68 | 31 | 30 | -76 | 29 |
| 前年比 | 87.1% | 113.5% | 101.6% | 107.0% | 103.6% | 103.4% | 89.7% | 100.5% |

表3

東京都（東京女子医大第二病院）

| | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 合計 |
|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 2003年 | 1,449 | 994 | 827 | 1,045 | 938 | 1,039 | 766 | 7,058 |
| 2004年 | 1,083 | 912 | 830 | 1,048 | 885 | 848 | 637 | 6,243 |
| 合計 | -366 | -82 | 3 | 3 | -53 | -191 | -129 | -815 |
| 前年比 | 74.7% | 91.8% | 100.4% | 100.3% | 94.3% | 81.6% | 83.2% | 88.5% |

小児救急に対する保護者の意識調査と保護者教育システム構築の取り組み

【分担研究者】 有賀 正 北海道大学大学院医学研究科小児科学分野教授

【研究協力者】 川村 信明 北海道大学大学院医学研究科小児科学分野助教授

■研究要旨

保護者(3歳児健診受診者)および保健所乳児健診担当者への小児救急に関するアンケート調査を実施し、北海道全体をほぼ網羅するほぼ7割の市町村から回答が得られた。これにより、核家族化で相談相手や学習の機会も少なく、小児救急に不安を抱えている保護者が非常に多い実態が明らかにされた。また、小児救急に関する指導プログラムを持たない保健所が全体の6割以上を占め、何らかの指導プログラムの必要性を感じている保健所担当者の意見も多いことが明らかにされた。3歳児健診を受診した保護者の学習意欲は高く回答者の9割以上が何らかの学習を希望しており、その中の約半数がパンフレットや乳児検診等での指導を希望していた。一方、指導プログラムを持たない保健所担当者も保護者と同様の学習方法を希望する回答が多かった。以上のことから、効果的な保護者教育の方策として、医学的に十分に監修されたパンフレットと全ての子供が受診する乳幼児健診を利用することが、早期に実現可能であり、継続的な指導も十分可能になると考えられる。

A. 目的

過去2年間の我々の調査によって小児科医師の過重な勤務実態が明らかとなり、それが特に小児科医の疲弊・女性医師の病院勤務からの離脱の主要な原因となっており、さらに小児科志望の医学生数の減少をもたらす要因にもなりかねないと考えられる。その過重労働には、小児科医の絶対数の不足も関係しているが、夜間一次救急への対応増加の影響が大きいと推測され、その対策が小児科医の労働軽減のために急務の課題と考えられる。一方、夜間一次救急で小児科専門医が直接治療する必要のある患者は非常に少ないという調査結果もある。そこで、これらを減らすためには他科医師や子供の保護者に対する小児救急についての啓蒙は非常に重要と考えられる。特に核家族化した若い親は相談する相手も少なく、正しい知識を習得する場が少ないことが夜間救急受診増加の要因のひとつとなっていると考えられる。また、特に若い親は次々に世代が入れ替わることから、継続的で効果的な教育・指導システムが求められる。本研究では、夜間一次救急における不要な受診を少しでも減らすために、実際に育児をしている保護者の小児救急に関する意識を調査・検討することによって、効果的な保護者教育の方策を提言することを目的とした。北海道では小児科医が比較的少ない市町村が広大な地域に散在しており、特にそれらの地域において本調査の意義が高いと考

えられる。

B. 研究方法

保健所が実施する3歳児健診受診者の保護者と保健師を対象にアンケート調査を実施した。若い母親の周囲を取り巻く環境の実態を把握するために、小児救急に関連した現状や保護者の認識を確認する設問を用意した。一方、小児救急に関して保健師が実施あるいは希望している指導プログラムや日常保護者と接して感じている問題点など問うアンケートも同時に実施した。具体的な質問項目は、以下の通りである。保護者に対するアンケートは、保護者の年齢、祖父母との同居の有無、子供数、時間外救急受診回数、受診時の相談相手・病院の種類・病院の選択理由・症状・診断・処置・小児救急での不安・小児救急に関する学習経験とその内容・今後の学習希望とその内容などについての質問を行った。保健所の担当者に対するアンケートは、小児保健に関係する職員数・小児救急に関する指導プログラムの有無とその内容・希望する指導プログラムの有無とその内容・小児救急に関する保護者からの質問の有無とその内容・小児救急に関して日頃感じていることなどについての質問を行った。

C. 研究結果

北海道保健福祉部を通して、北海道にある30保

健所にアンケート依頼を送付した。平成16年10月から12月に行われた3歳児健診でのアンケートについて、28市(84.8%)、100町(66.2%)、16村(69.6%)と札幌市では10区すべて(100%)から回答が得られ、ほぼ北海道全域からアンケートを回収できた。保護者からの回答総数は3645名であり、札幌市は883名、札幌以外の市は1585名、町は1118名、村は59名であった。町村部からの回答率が若干低かったが、これは短い調査期間のためにたまたま3歳児健診の予定がなかった町村もあったことによると考えられる。アンケートの集計と分析は、北海道内の救急医療体制については地域格差が大きいことから「札幌市」・「札幌以外の市」・「町」・「村」に分けて行った。

保護者に対するアンケート調査結果

1)保護者の年齢構成は、札幌市(30歳未満:25%, 30歳以上:67%, 40歳以上:8%)、市(30歳未満:31%, 30歳以上:63%, 40歳以上:6%)、町(30歳未満:36%, 30歳以上:57%, 40歳以上:7%)、村(30歳未満:32%, 30歳以上:61%, 40歳以上:7%)と有意差は認められなかった。

2)祖父母と同居している保護者は、札幌(13%)、市(19%)、町(25%)、村(27%)と特に都市部で少ない傾向であった。

3)子供数の平均は、札幌(1.8人)、市(2.0人)、町(2.2人)、村(2.1人)と有意な地域差はなかった。

4)時間外救急受診経験のある保護者とその平均受診回数は、札幌(61%, 2.4回)、市(78%, 3.4回)、町(75%, 3.4回)、村(60%, 2.7回)と3歳児までにかんりの保護者が受診しており、明らかな地域差はなかった。全体をまとめると、子供一人について平均1.5回受診しているという結果であった。

5)受診時に相談する相手は、いずれの地域でも配偶者(79~83%)、親兄弟(21~29%)が多かったが、病院に直接問い合わせた保護者は、札幌(9%)、市(14%)、町(23%)、村(23%)と町村部が多かった。

6)受診した病院の種類は、夜間急病センターと小児科医のいる総合病院が多く、それぞれ札幌(80%, 24%)、市(57%, 51%)、町(38%, 60%)、村(49%, 40%)であった。また、その病院の選択理由としては、普段かかっている病院あるいは夜間救急指定病院であるからというものが多く、札幌(20%, 70%)、市(38%, 56%)、町(56%, 37%)、村(46%,

29%)であり、町村部での夜間救急センターの未整備を反映した結果と考えられる。

7)受診時の症状は、いずれの地域でも発熱(71~76%)、嘔吐(9~11%)が多かった。しかし、喘息が札幌(6%)、市(11%)、町(10%)、村(14%)と町村部で多い傾向であった。受診時の処置については、処方・入院の比率がそれぞれ札幌(68%, 9%)、市(47%, 17%)、町(50%, 22%)、村(34%, 26%)と町村部で入院処置が多い傾向であった。また、受診時に家庭での対処方法を教えてもらった保護者は、いずれの地域でも半数以下(40~45%)であった。

8)小児救急で特に不安に思っていることについては、夜間・休日にみてる病院長が近くにないこと(17~44%)、小児科医がみてる病院長が少ないこと(20~41%)、救急病院に連れて行く判断がはっきりできないこと(22~35%)などの回答が多かった。

9)これまでに小児救急に関して学んだことのある保護者は、札幌(30%)、市(33%)、町(39%)、村(46%)と都市部で少ない傾向であった。学んだ方法については、雑誌(42~51%)が特に多く、その他パンフレット、母親・育児学級、乳幼児健診がいずれも10~15%程度であった。また、学んだことのある保護者の9割以上が役に立ったと認識しているという結果であった。

10)今後の小児救急に関する学習については、回答者の9割以上が機会があれば学びたいとの希望であった。学習方法については、特にパンフレット、乳幼児健診での指導を希望する保護者が多く、それぞれ札幌(57%, 46%)、市(53%, 38%)、町(49%, 46%)、村(47%, 49%)であった。学習内容については、子供の病気・けが等の応急処置法をはじめとして救急処置の必要な子供の病気全般について広く知りたいという結果であった。また、実際に手技を体験できる学習を希望する回答も比較的多く、託児の必要性を訴える回答も散見された。

保健所担当者に対するアンケート調査結果

まず、小児保健に係る職員数は、札幌(13.4人;各区)、市(13.9人)、町(4.4人)、村(3.0人)であった。小児救急に関するプログラムを持っているところは、札幌(100%)、市(50%)、町(37%)、村(31%)と町村部で少ない傾向であった。実施しているプログラムの内容については、パンフレット、育児学級・乳幼児健診での指導が多かった。また、

今後希望するプログラム内容に関しては、パンフレットの希望(70~80%)が最も多かったが、その他母親・育児学級や乳幼児健診での指導や病院外来での指導を希望する回答が半数程度あった。そして、7割以上の市町村小児保健担当部で、これまでに小児救急に関する問合せを受けたことがあると回答していた。内容としては、救急でみてくれる病院や発熱・誤飲等の具体的な対応法についての問合せが多いようである。そのため、親への教育ばかりではなく、保健師自身の学習機会も希望する意見もあった。

救急頻回受診者の分析

次に時間外救急を5回以上受診したことのある保護者について集計した結果、札幌(8%)、市(18%)、町(17%)、村(8%)であった。これらの保護者では、年齢分布、祖父母との同居率などには有意の差は認められなかった。しかし、頻回受診者はいつもかかっている小児科医のいる総合病院を受診する傾向が強く、札幌(42%)、市(67%)、町(70%)、村(60%)であった。受診時の症状については、発熱、嘔吐、喘息等の比率がさらに高く、それぞれ札幌(93%, 55%, 13%)、市(82%, 39%, 21%)、町(82%, 38%, 22%)、村(80%, 40%, 40%)であった。また、外来処置や入院を必要とすることが多く、それぞれ札幌(49%, 22%)、市(41%, 32%)、町(48%, 34%)、村(60%, 40%)であった。また、受診時に家庭での対処法を教えてもらったケースも多く、札幌(51%)、市(49%)、町(50%)、村(75%)であった。さらに、小児救急について何らかの学習を経験している保護者の比率も若干高く、札幌(40%)、市(35%)、町(40%)、村(40%)であった。以上のことから、これら頻回に受診した患者さんは、それなりの慢性疾患を持ち、外来処置や入院が必要な状況がある程度判断した上で受診している場合が多いと推測される。

D. 考察

今回のアンケート調査から、3歳児までに全体の7割以上もの子供が時間外救急を平均1.5回受診しているという実態が明らかになった。ほぼ8割の家庭では祖父母とは同居しておらず、ほとんどが配偶者と相談して救急外来を受診しているという結果であった。また、実際に受診している病院

は、都市部では夜間急病センターが多いものの、救急体制の整備されていない町村部では普段かかっている小児科医のいる総合病院を受診している実態も明らかにされた。当直医が小児科医でない場合の不満の意見も多くみられ、各地域の中核病院における夜間救急医療で、特に小児科医が時間外労働を強いられる環境にあることが、改めて確認された。そして、受診のきっかけとなった症状としては、これまでの報告と同様に発熱・嘔吐などが多く、それらの多くは処方または経過観察されているという結果であった。核家族化の中で相談する相手も少なく、特に初めての子供の発熱で不安を抱く保護者の気持ちは十分に理解されうるものである。救急外来で軽い症状で受診して、当直医師に嫌な顔をされた経験を訴える回答も相当数あった。受診時に家庭での対処方法等を教えてもらったと回答した保護者は半数以下であり、医師側の改善策も考える必要があると思われる。これらの保護者の不安を少しでも解消できる方策を早く確立することが、保護者および小児科医師双方にとって最良の道と思われる。そのためには、3歳以前の早い時期に、小児救急に対する正しい知識を保護者に継続的に提供していくシステムの構築が必須であると考えられる。

今回の調査を通して、保護者が小児救急について学んだ経験は意外と少なく、特に都市部では学習経験者は非常に少ない傾向にあることが再確認された。しかし、機会があれば学びたいと思っている保護者が圧倒的に多く、その方法として、パンフレットや乳幼児健診などでの指導を希望している者が多いことも明らかになった。また、何らかの学習経験者は、それが役に立っていると認識している者が多いことも明らかとなった。一方、小児救急に関連した指導プログラムを持っている保健所は半数以下であり、特に町村部ではその傾向が強かった。実際の指導プログラムの内容としては、パンフレットや乳幼児健診等での指導が多かった。また、指導プログラムを持たない保健所でもパンフレットや乳幼児健診等での指導を希望しているところが多く、これらは、保護者の多くが希望する学習方法と合致した。さらに、小児救急に関連した保健所への問合せも多く、何らかの指導プログラムの必要性を感じている保健所担当者の意見も多かった。以上のことから、乳幼児健

診等の既存のシステムを利用して、小児救急に関するパンフレットや冊子を全道的に行き渡らせることで、不要な心配を少しでも減らせる可能性があると考えられる。

保護者の実際の学習方法としては市販されている育児雑誌が非常に多く、一方保健所で実際に指導に用いているパンフレットも市販のものが多く、全体的に統一されてはいないのが現状である。特に小児科医師数も少なく、小児保健担当職員も少ない町村部で、パンフレットなどの必要性が高いと思われる。そのような地域でも有効に活用できるように、医学的に十分に監修されたパンフレットを公的援助の下に準備していくのが最良の方法と考えられる。

また、夜間救急への頻回受診者の分析により、これらの受診者は何らかの慢性疾患のために外来治療や入院が必要な状態で受診していることが推測された。これに対応するためには勿論救急医療体制の整備は重要な課題である。しかし、このような患者さんの数は決して多くはなく、むしろ夜間救急受診回数が2・3回以内の患者さんが圧倒的多数であり、これらの患者さんは普段はあまり病院にかかっていない者が多いと推測される。そして、これらの保護者の不安・心配を如何に減らすかが最も大きな課題と考えられる。その意味で、広くシステム化された全ての子供が受診する乳幼児健診を利用する価値は十分にあると考えられた。それに「良質」のパンフレットを組み合わせることは、早期に実現可能であり、継続的な指導も十分可能になると思われる。このためには、医師・保健師・看護師・救急救命士などの有機的な連携も

必要であるが、行政のさらなるサポートが望まれる。

E. 結論

保護者(3歳児健診受診者)および保健所乳児健診担当者への小児救急に関するアンケート調査を実施し、北海道全体をほぼ網羅する市町村から回答が得られた。この調査結果から、核家族化で相談相手や学習の機会も少なく、小児救急に不安を抱いている保護者が非常に多い実態が明らかにされ、これが小児の一次救急体制の整備強化を推進する世論のもとになっていると思われる。しかし、真の救急医療を必要としない多くの受診者の不安を解消することは、それに勝るとも劣らない重要な課題と考えられる。今回の結果から、保護者も保健所担当者も小児救急に関する正しい知識を習得する必要性を強く感じていることが明らかになった。そして、その学習方法として、パンフレットや乳児検診等での指導を希望する意見が多かったことは特筆すべきと思われる。これらはいずれも、行政の強力なサポートにより比較的早期に実現可能な事項と考えられ、効果的な保護者教育の方策として提言したい。

F. 研究発表

今回の内容については論文発表準備中
小林邦彦、菊田英明:女性小児科医の産前、産後および育児に関する諸問題—北海道内92病院へのアンケート調査—、日本醫事新報2003; No.4133:59-62

産科医師の勤務環境に関する研究

| | | |
|---------|-------|-------------------------------------|
| 【分担研究者】 | 平原 史樹 | 横浜市立大学大学院医学研究科生殖生育病態医学講座産婦人科学教授 |
| 【研究協力者】 | 石川 浩史 | 横浜市立大学附属市民総合医療センター母子医療センター講師 |
| | 宮城 悦子 | 横浜市立大学大学院医学研究科生殖生育病態医学講座 産婦人科学講師 |

■研究要旨

横浜市立大学附属2病院に勤務する産婦人科医師を対象として、産科医師の勤務実態やそれに伴う問題点の調査を行い、現状を分析し問題点を明らかにした上で、産科若手医師の確保・育成につながる提言を行うことを本研究の目的とした。主たる結果として、当直を含む病院での勤務時間(以下病院勤務時間)は、1人1週間あたり73.3±17.3時間(平均±SD)であった。これは月間労働時間に換算して314時間となり、1ヶ月あたり140時間以上の時間外労働が日常化していることを意味しており、長時間労働が日常化している現状が明らかになった。これは、基幹的病院における産婦人科の当直が実質的には終夜連続勤務であり、仮眠時間は2~3時間またはほとんどない状態であることを示している。また、当直翌日の平均離院時刻は午後7時32分であった。すなわち不眠不休の当直業務の翌日にはほぼ通常通りの外来・手術などをこなしていることも明らかになった。これらの長時間労働は、労働衛生上の問題のみならず、医療安全上の問題とも関連する可能性があるが、医師定数を診療上の収支から設定され、制限される限り改善のめどは立っていないのが実情であり、もっぱら産婦人科医師の犠牲的奉仕精神に委ねられた実体が浮かび上がっている。産婦人科がこの危機的な人手不足・劣悪な労働条件のなかから、これらの問題点を明らかとし、より効率的で柔軟な勤務体制を診療機関設置者、行政等に提言し、実現させることが、産科医療の人的資源問題の根本的な立て直しの第一歩であり、その先には、根幹となる産科医師の人的資源、経済的資源の拡充・充実を実現させることが可能と思われる。

見出し語：産科勤務環境、人的資源、提言

(1)はじめに

医学生や研修医は臨床実習で各科をローテートし、それぞれの科が自分にとって魅力があるかを自問自答しながら、将来の自らの進路を決めてゆく。ほとんどの医学生・研修医が実習を行う大学病院での各科の印象は、若手医師確保にあたって重要な要素である。別項の調査(村田報告)で、医学生の大多数が産婦人科に対して「不規則な仕事で自分の時間が十分にとれない」「仕事の辛さと収入が釣り合わない」「勤務時間の精度改善を望む」という印象を持っていることが明らかにされているが、そのような印象の大半は大学病院で持たれたものであろう。大学病院とは医師を志す若者にとってのショーケースであり、その産婦人科で働く医師たちが生き生きとやりがいを持って仕事をしていることは、若手産科医師の確保に不可欠であり、ひいては産科医療の適正化に不可欠である。

そこで、実際に大学病院での医師の勤務実態を、勤務時間という側面から調査を行った。

(2)研究の対象と方法

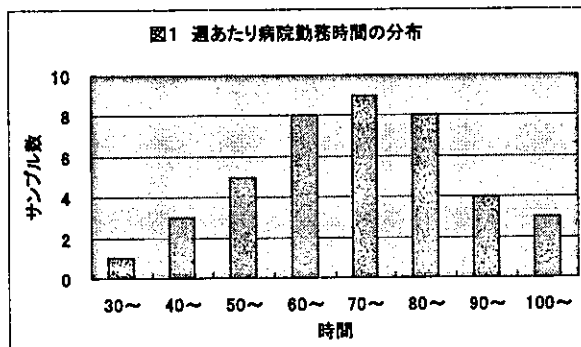
分担研究者および研究協力者が勤務する公立大学病院2カ所の産婦人科医師に書面自書式でアンケート調査を行った。2004年10月の任意の週1~2週間および11月の1週間の合計2~3週間について、

- ・勤務時間
 - ・勤務時間中の実診療時間
 - ・勤務時間中の講義・研究・学会などの教育・研究関係に費やす時間
 - ・勤務時間中のその他の業務に関する時間
 - ・対象週における当直勤務時間
 - ・当直勤務時間中の実診療時間
 - ・当直勤務時間中の仮眠時間
- を調査した。

(3)結果

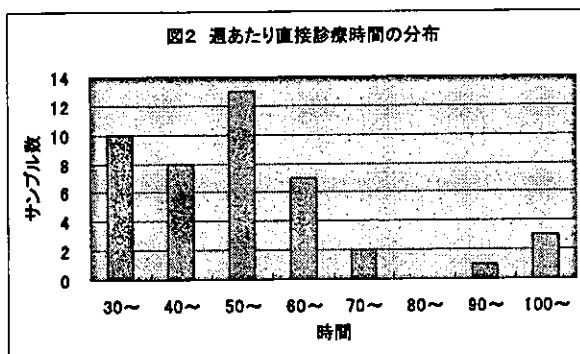
調査対象者は26名,うち18名から回答を得た。有効回答率は69.2%であった。2週間分の記録を提出するか3週間分の記録を提出するかは任意としたが,2週間分を提出したものは13名,3週間分を提出したものは5名であった。よって調査対象はのべ41サンプル(週間)である。

当直を含む病院での勤務時間(以下病院勤務時間)は,1人1週間あたり73.3±17.3時間(平均±SD,以下同じ)であった(図1)。



これは月間労働時間に換算して314時間となり,1ヶ月あたり140時間以上の時間外労働が日常化していることを意味する。1ヶ月あたり80時間以上の時間外労働に該当するサンプル(週間病院勤務時間58.7時間以上)は33例(80.5%),1ヶ月あたり100時間以上の時間外労働に該当するサンプル(週間病院勤務時間63.3時間以上)は31例(75.6%)であり,長時間労働が日常化している現状が明らかになった。

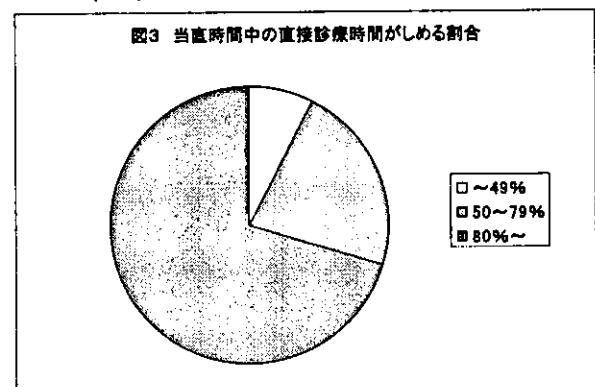
病院勤務時間の内訳を検討したところ,患者に対して診療を行う時間(以下直接診療時間)は一人1週間あたり51.5±13.6時間であり,病院勤務時間の70.3%を占めた(図2)。



これを月間労働時間に換算すると221時間である。直接診療時間のみで1ヶ月あたり約50時間以上の時間外労働を行い,さらに超過した時間で学生

講義・研究・会議出席などの研究・教育活動を行っていることになる。

次に当直業務について検討した。調査期間中に当直業務があったのは27サンプル(65.9%)であり,週あたり平均当直勤務時間は27.7±11.5時間であった。このうち実際に診療行為をしている時間は23.7±10.9時間であり,当直勤務時間の約86%が直接診療業務に費やされていた。頻度をみても,27サンプル中19サンプル(70.3%)が当直勤務時間の80%以上を起きて実際の診療に従事したとしている(図3)。



これは,産婦人科の当直が実質的には終夜連続勤務であり,仮眠時間は2~3時間またはほとんどない状態であることを示している。

また多くの施設では,当直の翌日は休日・祝日でないかぎり通常勤務である。当直明けが休日のできるほどの人員的余裕がないことが理由である。調査期間中に当直業務があった27サンプルのうち,翌日が休日・祝日でない当直業務を記載したものは24サンプルであったが,これらの当直翌日の平均離院時刻は午後7時32分であった。すなわち不眠不休の当直業務の翌日にほぼ通常通りの外来・手術などをこなしていることが明らかになった。

(4)考察

一般に医師の長時間勤務は必要悪として社会から容認される傾向にある。しかしながら相次いだ研修医の過労死事故の教訓から,医学生・研修医は医師の労働環境に厳しい目を向けるようになってきている。もはや非常識な長時間労働は「医師だから」「生涯賃金が高いから」という理由では容認されないと考えられる。

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課が平成

13年12月12日に発表した「脳・心臓疾患の認定基準の改正について」という文書によれば、「恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。」とし、恒常的な長時間労働の目安として「発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できることを踏まえて判断すること。」としている。今回の調査によれば、1ヶ月あたり80時間以上の時間外労働に該当するサンプル(週間病院勤務時間58.7時間以上)は33例(80.5%)、1ヶ月あたり100時間以上の時間外労働に該当するサンプル(週間病院勤務時間63.3時間以上)は31例(75.6%)であり、労災認定の基準からも過重とされる労働が慢性化している産婦人科医療の現状が明らかになった。

長時間労働は、労働衛生上の問題のみならず、医療安全上の問題とも関連する可能性がある。すでに夜間勤務において眠気が発生しやすい時刻、勤務開始時刻と覚醒状態・作業能力との関係、仮眠の効果などについては数多くの論文・報告があるが、今後は業務の多忙度・眠気・疲労度と医療事故の発生頻度の関係性について解析する研究が必要であろう。今回の調査期間中には幸いにして医療事故の発生はなかったが、細かいインシデントとの関係などは今後の研究課題である。

(5)今後に向けて

今回、産婦人科医師の長時間労働の実態を明らかにした。この実態をもとに、勤務条件の改善に向けた道を提言してみたい。

まず今回の調査で明らかになった長時間かつ連続した労働は、労働衛生上容認されるべきではないことは明白である。関係省庁はただちに産婦人科医師の勤務時間の適正化に向けて調査と働きかけを行うべきである。具体的には、分娩待機などによる長時間の連続した拘束時間、その間の仮眠時間、当直翌日の勤務の実態について調査を行い、労働衛生上適切な行政指導を速やかに行うことが求められる。それにより、労働基準法を遵守しては成立しない今日の産科医療の矛盾が露呈し、各施設は適切

な人員配置を迫られることになる。

また今回の調査では、ほとんどの医師が直接診療業務のみで規定の勤務時間をはるかに超過しており、研究・研修については休日等を費やしていることが明らかになった。このことは医療の質の向上の阻害因子となる由々しき問題である。研究・研修に関する時間は正当な業務として保証される必要がある。

しかしながら、上述のような産婦人科医師の勤務時間の適正化、研究・研修時間の保証を今日のそのまの産科医療システムのなかで満たすためには、現在の数倍の産婦人科医師のマンパワーが必要であるが、現実には診療収支を軸に計算される限り、産婦人科医が直ちに増員する可能性はきわめて低い。マンパワー不足→勤務条件不良→医学生・研修医が産婦人科を敬遠、現役産婦人科医師のリタイヤ、「燃え尽き症候群」→マンパワー不足、という悪条件に陥っている。とくにこのような絶対的な産婦人科の医師数の不足は、地方においてより著明である。

人手不足と過酷な労働条件の双方を解決するためには、当面の策として、他項でも述べられている分娩施設の集約化による人的資源の再構築、現在の勤務形態そのものを柔軟なものにしてゆく必要もあろう。一般に医師は主治医として患者の信頼をかちとりながら医療を進めて行くが、このような個人的信頼感を基盤にした医療は、患者の立場からは人間的な医療として歓迎されようが、医師の労働問題を考える上では阻害因子となり得る。考えられるのは複数の主治医による交代診療、グループ制などにより医師一人あたりの負担を減らすという方策である。このような方策は患者サイドはもちろんのこと、当事者の医師からも抵抗感が強いものと推測される。しかしながら産婦人科の危機的な人手不足と劣悪な労働条件を改善するためには、一時的にせよこのような方策を導入することも必要と思われる。

また、昨年度にも述べたように女性医師が妊娠・出産・育児に安心してとりくむためには、医師ひとりひとりの労働条件に個人差があるという事態を医療現場が受容する必要がある。一般に医療現場(医師・看護師にも、患者サイドにも)では「お医者さんは昼も夜もバリバリ働いてあたりまえ、当直もできない、バリバリ働かない医者は半人前」という

風潮があるが、「半人前も医者には医者」と現場が割り切ることも必要であろう。このように考え方に対しては、男性医師や独身女性医師が不平等感を抱くことが当然予想されるが、柔軟な賃金制度を導入しある程度の賃金格差を導入する、すなわちワークシェアリングの考え方を導入することにより、格差は是認されよう。

医師それぞれが自分らしく仕事をする、自分らしく仕事ができることは、産婦人科のみならず医師全

体に対して医学生や研修医が求めている、最も重要な要素である。産婦人科がこの危機的な人手不足・劣悪な労働条件のなかから、悲痛な叫びとして、各科のなかでも最も先進的で柔軟な勤務体制を提言し、実現させることが、産科医療の根本的な立て直しの第一歩であり、その先には、根幹となる産科医師の人的資源、経済的資源の拡充・充実を実現させることが可能と思われる。

若手医師の育成を支援する小児プライマリ・ケア教育体制の 拡充に関する検討

| | | |
|---------|-------|------------------|
| 【分担研究者】 | 徳丸 實 | 徳丸小児科院長 |
| 【研究協力者】 | 田原 卓浩 | たはらクリニック院長 |
| | 武谷 茂 | たけや小児科院長 |
| | 橋本剛太郎 | はしもと小児科クリニック院長 |
| | 横井 茂夫 | 横井こどもクリニック院長 |
| | 森田 潤 | こどもクリニックもりた院長 |
| | 伊藤 雄平 | 久留米大学医療センター小児科教授 |
| | 山中 龍宏 | 緑園こどもクリニック院長 |
| | 牛島 高介 | 久留米大学医療センター小児科講師 |
| | 和田 浩 | 健和会病院小児科部長 |

■研究要旨

若手医師に“小児科の魅力”を伝えることが重要であるとの観点から、日本外来小児科学会では1994年より小児プライマリ・ケアの教育体制ならびに教育手法に関する検討をおこなってきた。医学生を対象とした「小児プライマリ・ケア見学実習」の経験者へのアンケート調査では進路にかかわらず実習を経験したことの収穫は大きく、卒後教育においても同様の研修が必要との意見が大勢を占めた。

平成16年度からの新研修教育制度実施にともない進路の最終決定時期が大学卒業後になるため、小児科学の研修医教育の一端を担うことを目的とした「小児プライマリ・ケア研修プログラム(案)」を作成した。より多くの小児科開業医・勤務医が参画することのできる小児プライマリ・ケア教育の「場」を整備することにより、より多くの研修医に“小児科の魅力”をより広く、より深く紹介できることが期待される。

A. 研究目的

“小児科の魅力”を医学生に早期に伝える(early exposure)手段としての「小児プライマリ・ケア見学実習」はわが国の大学医学部の半数以上のカリキュラムにも組み込まれるようになり、経験する医学生の数は増加していると推測される。この実習を経験した研修医が自分の進路を決定する場において、「見学実習」と「小児科」をどのように評価しているかに関する情報を得ること、ならびに今後の進路決定には初期研修における小児科学教育が重要視されることを踏まえた「小児プライマリ・ケア研修プログラム(案)」を作成することを目的とした。

B. 研究方法

「アンケート調査」は、日本外来小児科学会会員200名が自発的に受け入れた見学実習(1999年より開始)を経験した医学生を対象として実施し、進路決定時期・見学実習の印象と進路決定への影響

度などへの回答と感想・意見の記述を依頼した。

「小児プライマリ・ケア研修プログラム(案)」は、医学生を対象とした見学実習ならびに指導医研修の実績に加えて「小児プライマリ・ケア 虎の巻 医学生・研修医実習のために」(日本外来小児科学会編 医学書院 2001)「小児プライマリ・ケア 龍の巻 卒後臨床研修の手引き」(日本外来小児科学会編 医学書院 2003)「お母さんに伝えたい子どもの病気ホームケアガイド 第2版」(日本外来小児科学会編 医歯薬出版 2003)を基盤として作成した。

C. 研究結果

I. 医学生を対象とした「小児プライマリ・ケア見学実習」経験者へのアンケート調査

回収率 56/529(10.6%)

| | |
|----------------|-----|
| A群(小児科を選択) | 18名 |
| B群(小児科以外の科を選択) | 34名 |
| 回答が不完全 | 4名 |