

- 3) 三次救急医療機関は初期から三次患者まで、また、二次救急医療機関は初期から二次患者まで診ることを前提とした上で、地域ぐるみで小児救急医療のシステム化を図ること
- 4) 保護者に対しては、その地域の小児医療体制を十分広報し、応急時の対応について啓発すること
- 5) 保護者の不安解消のために、電話相談事業等に取り組むこと
- 6) 小児救急医療の現実を正當に評価する診療報酬制度の抜本的見直しを行うこと

であり、これらの実現のために日本医師会は努力すべきであることを、平成14年3月13日に坪井栄孝会長に提出している。特に小児救急部門の診療報酬改定については、本委員会の中間報告（平成13年10月10日）もあり、平成14年4月、全般的に2.7%の医療費削減の中で、加算、新設項目も設けられた。しかし、これらの項目の現場での運用については、しぼりが多すぎて適用しにくいという不満が続出している。

#### 5. 日本小児科学会に望むこと

今回のワークショップにおいて、私の立場で述べた日本小児科学会に期待する事項を列記する。

#### I. 小児救急医療体制と小児医療従事者の労働環境について

- 1) 地域の小児救急医療体制へ協力を  
地区医師会—小児科・内科標榜診療所—病院小児科—大学病院小児科—日本小児科学会の連携体制の構築
- 2) 医学生にとって魅力ある小児医療に
- 3) 小児科医の地域偏在をなくすための努力を
- 4) 女性小児科医の働きやすい環境づくり
- 5) 小児科医の労働環境の改善を

#### II. 医学教育・小児科医養成に関すること

- 1) 小児救急医学の講義や実践教育の充実を  
具体的には、医学生の臨床実習に第一線病院派遣や臨床教授制の徹底
- 2) 各大学小児科の専門分野の拡大を  
—医科大学—講座制を改め、複数講座制を定着させる
- 3) 小児救急専門医の養成を  
小児救急医学会などの充実により、研究者や指導者の増員を図る
- 4) 小児プライマリ・ケア医の養成  
プライマリ・ケア機能をもつ小児科医と全臓器を診ることのできる小児科医の養成を
- 5) 新しい医師臨床研修制度へ小児科のコア化を

小児医療の重要性に鑑み、コア化が最良であるが、少なくとも3カ月以上の研修期間の必須化が必要である

#### III. 医療経済に関すること

- 1) 小児医療は政策医療であるという認識を、特に為政者に持ってもらいたい
- 2) 小児医療と採算性とのミスマッチの是正を
- 3) 小児救急の部門に公費の助成を
- 4) 地域の病院小児科の再構築を  
独立採算を目指す理事者側との葛藤の中で、病院小児科の縮小に歯止めをかけるための日本小児科学会の具体的な行動を
- 5) 社会保険診療報酬点数の改定は現場で使いやすい形に

#### IV. 医療政策に関すること

- 1) 日本小児科学会、日本小児科医会と日本小児保健協会が共同作戦をとる
- 2) 地区医師会、中央医師会へ小児科医の役員を出して、小児医療の立場での発言をする
- 3) 中央政界や地方政界の場でのロビー活動を積極的に進める
- 4) マスコミを利用した広報活動を活発にする
- 5) 患者・保護者の立場に立って、共に戦う姿勢を明確に打ち出す

#### 6. おわりに

関係者の努力のお蔭で、国民の小児医療に対する関心は徐々に高まってきた。

いまが潮どきである。日本小児科学会はこの気運を逃すことなく、具体的な提言をし、実行に移すべきである。

特に、小児救急の問題のみでなく、長期的視野に立った日本の小児医療の設計図を国民に示すことが、急務と考える。

日本小児科学会のさらなるご奮闘を期待する。

#### 文 献

- 1) 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(平成13年度プロジェクト、桑原正彦委員長)報告書、報告書別冊、平成14年3月。
- 2) 天野 暉、桑原正彦、他. 小児救急医療の再構築をめざして、特集小児救急医療—危機を乗り越えるために、日本医師会雑誌 Vol. 128, No5, 2002. 9. 1.
- 3) 桑原正彦、黒田みさよ、三浦公嗣. 瀬戸際の小児医療. 中国新聞2002. 6. 1. <http://www.cyugoku-np.co.jp/kikaku/child/news/020621.html>
- 4) 日本病院会. 平成13年度会員調査報告書、小児医療について、日本病院会医療制度委員会、社会保険・老人保健委員会、平成14年8月。

# 小児救急医療支援専門委員会

(平成 15 年度)

## 小児救急医療支援専門委員会報告書

—0.5次救急としての「小児救急電話相談・広島」事業の有効性に関する研究  
および広島県内の小児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小児救急医療支援専門委員会

委員長 桑原 正彦

広島県地域保健対策協議会  
調査研究報告書

# 小児救急医療支援専門委員会

(平成 15 年度)

## 小児救急医療支援専門委員会報告書

—0.5 次救急としての「小児救急電話相談・広島」事業の有効性に関する研究  
および広島県内の小児 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小児救急医療支援専門委員会

委員長 桑原 正彦

### 研究要旨

平成 15 年度の本委員会は、表記の 2 つの事項について研究と検討を行った。

小児時間外診療の提供体制に対する県民・市民の不満は、日増しに大きくなってきている。

休日・夜間診療所が少なく、長時間待たされるといふ不満である。

本委員会の一つの事業は、0.5 次救急としての「小児救急電話相談事業」である。

本事業は、平成 14 年度の試行的取り組みを受けて、平成 15 年度には、年間を通じての「小児救急電話相談事業・広島」が定着するための努力を重ねた。

本事業のキャッチフレーズは「いま行くべきか、明日までまってよいか？」である。現場の混乱を解消し、保護者の育児不安を少なくする目的で、緊急に受診する必要があるのか、様子を見てよいか、翌朝まで待って受診すればよいか等の判断に迷う小児患者の保護者に対応するために、休日夜間であっても気軽に相談ができる窓口を開設して、適切な指導・助言をする。

相談を担当する医師は、県内の熟練小児科開業医であり、相談により得られた知見から、聞き取り手法、重症・軽症の鑑別、比較的軽症の救急患児に対する初期対応の方法等、小児救急の現場における電話相談に必要な手法を開発して「小児救急電話相談対応マニュアル」を作成した<sup>1)</sup>。本マニュアルは同様の小児救急電話相談に従事する医療関係者にとって有益なものとなるであろう。

2 つ目の検討事項は、広島県内の小児医療および小児救急提供体制の整備に関するものである。その一番の隘路は、小児科医の不足である。次に、小児の 2 次救急病院の不足である。さらに、地域の医療配分のま

ずさも一因となっている。

### 1. 0.5 次救急としての「小児救急電話相談事業・広島」の有効性に関する研究

#### A. 研究目的

日本医師会の「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」報告書によると、小児夜間休日急患センターに来院した患者・保護者の不安は大きく、50.2% はあまり重くないと自覚して受診している<sup>2)</sup>。

少子化と核家族化の波は、保護者の育児経験の貧弱さを生み出し、育児技術の伝承教育がおろそかになってしまった。また、医学知識に関するメディアからの情報は多過ぎて、自分の大切な子どもにどの情報を利用するか判断に迷っている。このように、小児医療提供体制の整備の遅れと相俟って、小児救急の現場での混乱は、日増しに増大している。

このような社会背景の中で、とりあえず、地域の小児救急システムが円滑に運営できるための補助手段として「小児救急電話相談事業」を試験的に立ち上げ、その効果を検討することを本事業の目的とする。

#### B. 研究方法と結果

医療機関が休診日となる土曜・日曜・祝祭日および年末・年始(年間 135 日程度)に、協力頂ける小児科医 55 名程度が順番で、電話相談窓口(18 時~23 時)を設置し、県民からの相談を受けつける。電話は広島県内でひとつの固定番号(082-235-1399)を広報しておく、受信した電話は携帯電話を持った相談医に転送する。相談医はあらかじめ入力したメッセージのあと、名前を名乗って相談に応じる。相談医は電話で相談内容を聞きながら、相談内容を聞き取り票(「小児救急電話相談聞き取り票」)に書き入れるとともに軽度・重度を推定して、必要と判断した場合受診を勧める。本事業を始めた平成 14 年 9 月 8 日から平成 15 年 12 月末ま

での相談件数は2,883件である。(図1)。相談者の80.7%は母親である。相談内容は、ひきつけや外傷などの明らかに急を要する病気の相談が11.8%、一般の病気の相談が74.7%、薬に関する相談が6.0%であり、医療機関の問合わせは1.2%で意外に少ない。

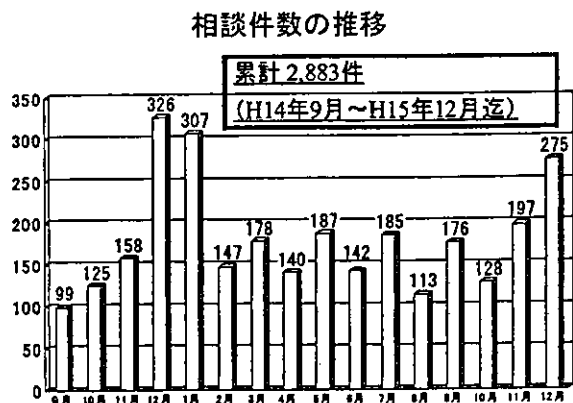


図1 相談件数の推移  
(平成14年9月8日～平成15年12月末)

相談医の指導内容については、図2に示してある。心配ないので昼間かかりつけ医へ行くようにすすめた32.8%、心配ないが何かあれば病院へ行きなさい26.7%であった。一方、病院へ行きなさい23.0%、119番してすぐ病院へ0.3% (9件)であった。

相談小児科医から見て、相談した事例の59.5%は、今晚自宅できるようを見てよいと判断している。

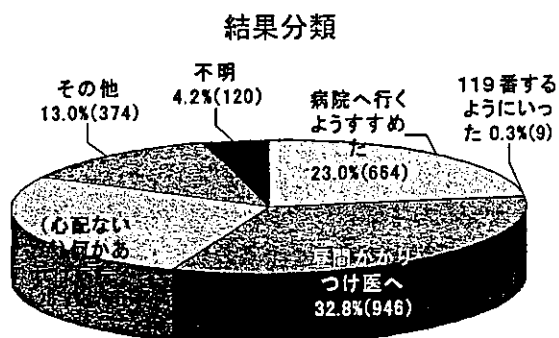


図2 相談の結果指導した内容  
(平成14年9月～平成15年12月)

相談を受けた患者に対しては、その後、この相談によってどのような受療行動等をとったか、満足度はどうだったかの追跡調査を定期的に行っている。第2回目の追跡調査の結果は図3のとおりである。

アンケート用紙の郵送が可能なもの2,284件のうち、696件(43.2%)の回答があった。

相談医が指示したとおりに翌日の昼間かかりつけ医を受診した45.4%、指示通り様子を見たが受診する必

相談の結果、どのように行動されましたか？

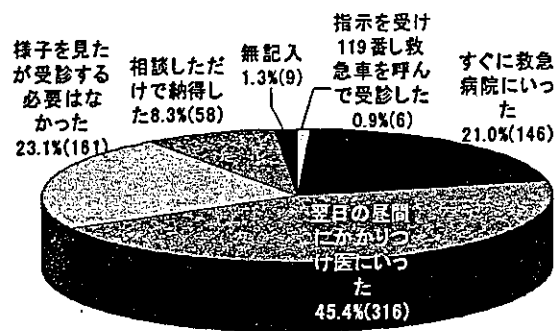


図3 電話相談後の受療行動  
(平成14年9月～平成15年9月)

要がなかった23.1%であった。一方、すぐに病院に行った21.0%、指示を受けて救急車で受診した0.9% (6件)であり、電話相談者は、相談小児科医の指示をかなり忠実に守って行動している。

「今後、本事業を利用したいと思いますか？」の問いに対し、大いに利用したい50.3%、利用したい39.7%であり、別の設問の「本事業に満足されましたか？」に対して、満足43.5%、ほぼ満足37.1%と合わせてみると、相談者の本事業に対する期待は大きいものと考えられる(図4)。

今後も「小児救急電話相談」を利用したいと思われますか？

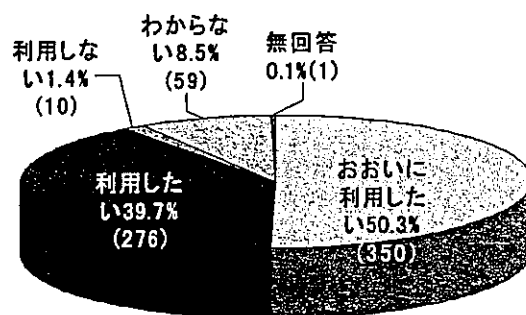


図4 相談者の満足度  
(平成14年9月～平成15年9月)

倫理面については、特に個人情報に関する点について、その取り扱いに十分に配慮して聞き取りを行っている。

また、「小児救急電話相談事業評価委員会」を設置し、委員には、大学教授、マスコミ代表、NPO子育てグループ代表、弁護士、医療情報専門家を委嘱している。

### C. 考察

小児救急、特に小児時間外診療の提供体制に対する国民の不満は、日増しに大きくなってきている。その一つは長く待たされるということであり、2つ目は夜間・休日小児急患センターが少ないということである。その解決には、マンパワーの確保が最も有効な方策であるが、小児科医が全国の2次医療圏の小児救急拠点病院に十分に配備できるには、なお4半世紀かかるであろう。

では、短期的な解決策はあるのか。その一つは、女性医師も含めて休眠小児科医の有効活用である。二つ目に患者・保護者の教育である。医療提供側から見て緊急性のない患者が小児時間外診療所に集中しないような方策を見つけなければならない。三つ目に患者・保護者の不安を解消するための具体的な働きかけである。

「小児救急電話相談事業・広島」は、二つ目と三つ目の解決のための取り組みとして始まった。相談者がすべて小児科医であるということも、本事業の特色である。「この電話の向こうに、いつでも話せる小児科医がいる」ということは、患者・保護者にとって、大きな安心となっている。このことは、患者・保護者に対する満足度調査の自由記載欄に数多く書かれている(表1)。

表1 電話相談した保護者の反応の一部  
(平成14年9月～平成15年9月)

• 子育てははじめて 不安ばかり 安心です
• 平日も 夜間もお願いします
• 電話が聞こえにくかった
• いらいらしている時に住所は? 困る
• 先生が早口で聞き取りづらかった
• 医学用語や専門用語が多く理解不能
• 総合病院がかりつけ医 助かる
• 結果よりも すぐ受け止めてもらえる
• なかなかつながらない 回線を増やして
• やはり先生に関して安心した
• 今後とも 続けてください

他方、相談小児科医の反応については、当番に当たった相談医の日報で推察すると表2のように、苦勞の多い事業である。

### D. 結論

本事業は、15カ月の試行を終えた。その結果、小児救急医療体制の補完事業(0.5次救急)として重要であると結論した。

しかし、「小児救急電話相談事業・広島」のみで、小児時間外救急の現場の混雑を緩和することはできない。今後、同様の事業が全国各地に立ち上がり、全国ど

表2 相談小児科医の反応の一部  
(平成14年9月～平成15年12月)

• 電話が聞きづらい
• 時々 携帯がとぎれることあり
• 5時間 話しっぱなしはつらい
• 横柄な相談者がいて 気分を害した
• 記録用紙を簡素化したら
• 住所を聞くと 怒られた
• 現場の混乱が解消するとは思えない

こからでも、どこかの電話にかかるというような体制が取れば、非常に有益な事業となるであろう。

広島でのボランティアの相談小児科医ほか、多くの関係者のご理解とご協力に感謝する。

## II. 広島県内の小児2次医療提供体制に関する整備の検討

小児科を標榜する医療機関が年々減少するとともに、診断の困難性や容態急変を伴うなど小児特有の課題が多い一方、少子化や核家族化が進行する中で通常初期、二次救急医療機関において小児救急患者に対応できる機関が限られていることから小児救急患者受入れ体制の整備が求められている。このため、保護者の育児不安等に迅速に対応し誰もが安心して子育てできる体制を確保する視点から、地域の実情に応じた小児救急医療体制、特に二次救急医療体制について検討した。

二次救急医療体制については、通常病院群輪番制病院とは別に、小児救急独自の取り組みとして、小児救急医療支援事業(小児救急の輪番制)のほか、平成14年度から全国的に進められている小児救急医療拠点病院の整備事業に呼応して、広島県においても、広島市立舟入病院(地域設定:広島・広島西二次保健医療圏、平成14年10月1日指定)と厚生連尾道総合病院(地域設定:尾三二次保健医療圏、平成15年5月1日指定)を3保健医療圏に順次整備してきた。この小児救急医療拠点病院は全国で13病院が指定を受けている中で本県は2病院を占めており、他県と比べて整備が進んでいる。

今後の小児救急医療体制の整備の基本的な方向としては、地域の実情に応じて、限られた医療資源を効率的に活用するとともに初期、二次医療機関の役割分担の明確化や協力・連携体制を確立することが重要である。具体的には休日夜間急患センターへの小児科の整備や小児専用の在宅当番医制による初期医療の確保と小児救急医療輪番制等に相当する小児救急医療支援事業と小児救急医療拠点病院との組み合わせにより、住民の身近な地域で365日24時間、二次レベルの救急医

療が受けられる体制を県内全域に整備することであると考える。

少子化が進行する中で、県内どこで暮らしても安心して子どもを産み育てられる環境づくりのためにも、今後は備北および広島中央二次医療圏での整備を図っていく必要があり、また一応の整備が整っている地域でも更なる体制の充実を図るべく圏域地対協などによる整備に向けた検討を期待したい。

文 献

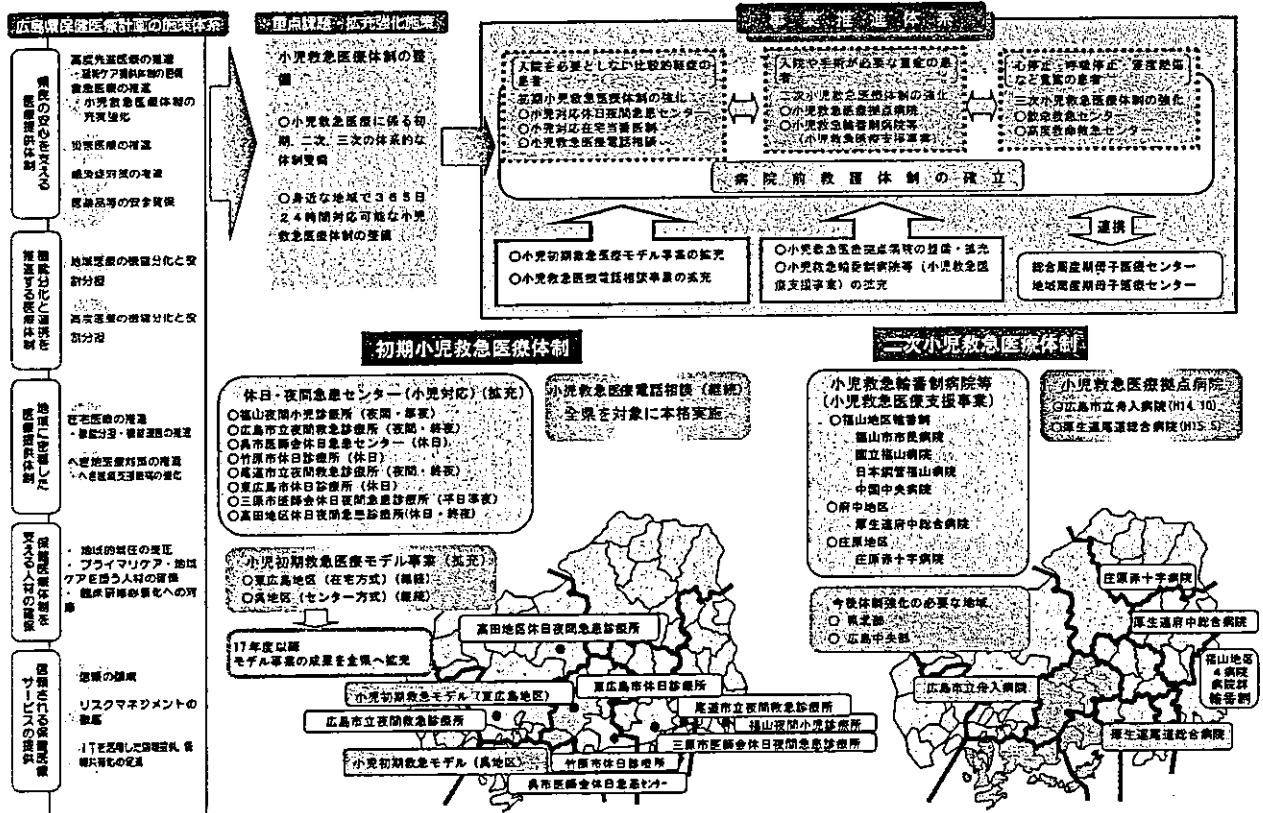
- 1) 広島県地域保健対策協議会：小児救急相談対応マニュアル。小児救急医療支援専門委員会，2003.10.
- 2) 日本医師会：小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会（プロジェクト）報告書。報告書別冊，

2002. 3.

その他の発表論文

1. 桑原正彦：小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から。日本小児科学会雑誌，第107巻，第5号，p796-799，2003.
2. 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？ 特集小児救急医療を考える。救急医療ジャーナル，第11巻，第5号，p18-22，2003.
3. 桑原正彦：小児救急の初期対応と社会的背景—本当に小児科医はたりないのか—。日本小児科医会会報，第26号，p103-106，2003.

小児救急医療体制の整備



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

委員長 桑原 正彦 広島県小児科医会  
委員 井上 純一 広島県医師会  
上田 一博 広島市立安佐市民病院  
岡崎 富男 広島市立広島市民病院  
川本 功一 川本小児科  
岸本 昭憲 広島市社会局保健部  
清水 凡生 呉大学  
杉原 雄三 東広島地区医師会  
西村真一郎 広島大学医学部附属病院  
新田 康郎 広島県医師会  
福原 里恵 県立広島病院  
藤井 肇 広島市立舟入病院  
堀益 弘明 広島県福祉保健部保健医療総室  
新木 一弘 広島県福祉保健部  
八谷 秀幸 広島県福祉保健部保健医療総室

研究協力者（電話相談医）：広島県小児科医会会員有志 45 名

# 日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告

日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム

中澤 誠 (座長)

日本小児科学会雑誌 第107巻 第5号別刷



## 日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告

日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム  
中澤 誠 (座長)

平成 15 年 3 月 9 日、慈恵会医科大学講堂において日本小児科学会主催「小児救急公開フォーラム」を開催した。一般、報道を含め約 150 名の参加を得て、以下のプログラムに従って、現在わが国における小児救急の問題点を示し、その解決法を討論した。ここに簡単な要約を示すが、この要約は座長のものである。それぞれの詳細は別に掲載される予定なので、それをご覧頂きたい。

更に、今年 1 月号に発表された小児救急プロジェクトチーム報告に含まれなかった二人の小論を合わせて、ここに掲載したい。

## プログラム

挨拶：日本小児科学会会長 衛藤義勝氏

1. 現状と厚生労働省の取り組み  
内田玄祥氏 (厚生労働省医政局指導課主査)
2. わが国小児救急医療の問題点  
田中哲郎氏 (国立保険医療科学院)
3. 地域差の問題点；北海道における現状  
太田八千雄氏 (天使病院, 北海道小児科医会)
4. 地域特性から考える小児救急医療  
熱田 裕氏 (日本小児科医会)
5. 医師会の取り組みと電話相談の役割  
桑原正彦氏 (広島県医師会)
6. 消防の立場からの小児救急に対するコメント  
福原 淳氏  
(千葉市消防局稲毛消防署 消防士長)
7. 小児救急医療専門施設の現状と問題点  
市川光太郎氏 (日本小児救急医学会理事長)
8. 小児科医の労働問題  
安原幸彦氏 (弁護士)
9. 日本小児科学会の取り組みと提案  
中澤 誠 (日本小児科学会理事)

初めに、厚生労働省の内田氏は独自に集めた資料を使って説明した。患者側の問題として、高次医療機関への直接の受診、夜間受診の増加を挙げた。小児科医数については、病院小児科は減り診療所小児科が増え全体の小児科医数は微増であること、分布の地域偏在があることを示した。この上で、小児救急医療は社会問題と捕らえ、国として以下の事業を展開していることを示した。

○小児救急医療支援事業 (病院群の輪番制への補助

事業)

- 小児救急医療拠点病院 (複数の二次医療圏で小児救急医療に対応する医療機関への補助事業)
- 小児救急医確保調整事業による小児救急協議会の設置
- 地域医療計画の記載事項化
- 小児科医以外の小児救急 (トリアージ) マニュアルの作成
- 都道府県の小児救急医療関係主幹課長会議の臨時開催

国立保健医療科学院の田中部長は、長年にわたって続けている調査をもとに、小児疾患の特性からの受診状況、小児医療費、小児救急医療の担い手不足について分析し、問題解決のための方向性について述べた。

小児の入院受療率と入院日数が全ての年齢階級の中で最も低い、外来受療率は成人 (15~44 歳) に比べ低くない。特に、急患センター受療率は試算では小児は成人の 10 倍以上である。

小児医療費は、近年少しずつ改善され、一受診または入院一日当たりの医療費は成人 (15~44 歳) に比べ決して低くない。小児医療費の不採算性は年齢による疾病構造に起因しており、総医療費を一定に抑える政策をとるならば老人医療費を今後どのようにするか考える必要がある。

小児科医数は、輪番を組む必要数を 1 二次医療圏当たり 20 人として試算すると 2,700 名不足で、この問題の解決は容易ではない。

これらのことより、今後、最近急速に進歩している IT 技術による遠隔診療方法を利用した小児救急支援システムも視野に入れる必要があると考えられる。

札幌小児科医会の太田氏は、北海道地区の小児救急医療の問題点をまとめた経験を述べた。小児救急医療体制の整備改善のシステムとして、①初期救急医療と二次救急医療を分離する (分離型)、②地域基幹病院で初期~二次救急医療を一体化する (一体型)、③初期~三次救急医療 (救命救急センター) までを実践する (完結型) の 3 つが考えられる。

分離型は、北海道の中規模 9 都市と札幌市で実施されている。しかし、多くの急病センターでは小児科医不足のため内科医によって初期救急医療が維持されている。二次救急医療は輪番制を採用している地域が多く、病院を公開すると初期救急患者も受診し、小児科医の過重労働が問題となっている。

次の「一体型」を導入している地域は北海道におい

てはない。病院が1カ所しかない地域では、現実としてこの形態に近い救急医療が行われている。この方式の問題点としては、病院が複数ある地域に導入する場合、各病院の利害が絡む点、一部施設・小児科医に負担を強いる点を考慮する必要がある。

完結型であるが、現存の7カ所の救命救急センターのうち、完結型医療を実践しているのは1カ所だけである。その施設は小児科医が7人と少なく、救急医療は経営的にも不採算となっており、大きな課題を残している。

小児救急医療体制を整備改善するために、最も必要なものは“マンパワーの確保”と“小児科診療報酬制度の抜本的改革”である。

日本小児科医会の熱田氏は、同会「小児救急のあり方検討委員会」のまとめ、および、三重県における取り組みから今後への要望を述べた。

まず小児救急の現状の分析から、全国に小児救急医療体制を構築するには、「小児救急医療圏」という枠組みで整備するのが望ましいと提言した。

次に地元の「津市夜間こども応急クリニック」【小児夜間医療・健康電話相談事業（愛称、みえ子ども医療ダイヤル）】について報告した。

#### 【津市夜間こども応急クリニック】

事業主体は津市及び周辺の自治体で、三重県小児科医会と地区医師会が協力して運用する。準夜帯業務で、小児科医、薬剤師、看護師、事務員各々一名で構成されている。小児科医師は医会会員24名、地域の病院小児科医17名、計41名である。二次救急患者は国療三重病院へ紹介する。利用状況は、1日の平均受診者数は11.9人、受診者年齢は6歳未満が83.1%を占めていた。現在の診療施設は設備などで不備があること、二次救急病院との連携がスムーズに行かないことが問題である。

#### 【みえ子ども救急ダイヤル】

事業主体は三重県で、県小児科医会が受託している。上記クリニックに併設しそこの小児科医が相談員として対応する。利用状況は1カ月最多155人で、対象者年齢は0～3歳が全体の67%を占め、相談者は母親が79%であった。時間帯は10時までに全体の67%で、10時以降も29%あった。要した時間は10分以内が86%であった。相談内容は疾患・病気に関するものが68%で、その内37%が発熱に関する質問であった。転帰は67%が電話の指示で解決し、17%が受診指示となった。電話相談終了時、90%が納得、「不満が残った」が2%であった。

通常的に電話相談のニーズがあり、主として不安解消に利用され、また、セカンドオピニオンとしても利用されている。今後、電話相談マニュアルの作成、家庭における応急処置の啓発を考えている。

国は「子ども作りは国作り」の理念で、最優先の政

策医療として取り組むことを切に要望する。

日本医師会の桑原氏は、日本医師会・小児救急医療体制のあり方に関する委員会委員長、および広島県小児科医会会長として、この問題に取り組んできたこと経験から、現状の分析のあと、次のことを述べた。(当該委員会報告は、日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/member's room> を参照)

この問題解決には、医師養成体制整備などの長期的課題と、10年先までの短期的課題がある。後者は、初期救急に関する国民の既成観念の改革が必要であり、その機動力は地域医師会であり日本医師会である。小児医療従事者が、経済的に、肉体的に、健全に職務に専念できる環境整備を要する。

地元広島市には、唯一の24時間対応小児急患センター（広島市立舟入病院）があり、他の4カ所を今年の年末年始の体制とした。今年インフルエンザの流行もあって舟入病院では昨年同期比56%増の受診数であった。そこでは開業小児科医2名、病院小児科医4名、舟入病院小児科医3～4名が交代（昼間と準夜4人体制、深夜2.5人体制）で、3診察室と後方入院病棟35床の診療に従事した。これに他科医師、コメディカルを含め、この4日間合計515名を投入、正に総力戦であった。それでも、救急車来院を含めて平均3時間待ちであった。

広島県は、昨年3月に公示された「広島県保健医療計画」のなかで小児救急医療体制の充実強化をかけた。医師会等との協力でセンター方式と在宅方式や、厚生労働省の事業に沿った体制整備を推進している。

さらに、0.5次救急として小児救急医療電話相談事業を立ち上げた。その概略は以下の通りである。相談日は、週末休日の午後6時から11時までである。相談員は、かなりの診療経験を有する開業医としてボランティアを募集し、約60名が立候補した。全県一つの電話番号を広報しておき、ここに掛かってきた電話を、あらかじめ相談医に送付している携帯電話に転送して対応する仕組みである。事業の趣旨は救急患児の振り分け機能である。しかし、実際には、育児不安解消も少なくなかった。開始後4カ月間の実績は、相談件数は708件、時間は1分以内から35分、患児年齢は生後7日から14歳まで、相談者は母親が83%、相談内容は一般の病気が78%であった。結果として、救急センター受診指示(0.4%)含む受診指示は23%、74%は当夜の受診を回避出来た。事後調査では、対応に満足46%、ほぼ満足37%であった。すなわち、この事業は小児救急の混乱を防ぐ有効な一手段となりうる。

今後の対策の基本は「小児医療は日本の政策医療である」という認識を、為政者や医師会が、さらに国民が持つことである。その上で、日本小児科学会を中心に、小児医療関係者が結集し、小児救急に全力を傾注することである。

千葉県消防局稲毛消防署の福原氏は、救命救急師の立場から次のように述べた。救急出動件数は年々増加傾向している。小児での救急要請の特徴は、発熱や嘔吐・夜泣き、軽度の打撲など家庭内で対応できると思われる事例が多い。これらが要請全体の約1割に上るのでその予防策を含め、消防の小児救急に対する取り組みを示す。

小児科領域の救急要請の年齢は急病と一般負傷は幼児が60%~70%、交通事故は小学生が50%を占める。軽症が92%を占め、その対応のため救急車の稼働率が増大し、本来の重症傷病者への業務提供が遅れる傾向にある。

家庭内の事故防止や微症状への対処が大切である。消防機関では「市民による応急手当普及活動」の一環として「救命講習会」を実施している。しかし、対象を小児に絞った講習会は実施されていないのが現状である。生後4カ月と1歳半の子供を持つ親へのアンケートでは「心肺蘇生を知らない」がどちらも60%を超えており、80~90%が救命講習を受講したことがない。今後、母親学級などでも実施していくことを考えている。また、消防本部や医師会、民間企業、ボランティアなど多数の団体がホームページを開設していることが紹介された。

最後に、消防からの市民への希望として、受診者は、自己責任のもと医療機関受診を自主的に行うことにより、救急車の稼働率を適正化し、重症傷病者に最適なサービスを提供できるのではないかと考える。小児救急医療システムは、親が緊急性を感じて要請するものを含むべきだと考えるが、夜間初期診療所が大勢の受診希望者であふれ、長時間待っている光景は正常とはいえずと感じる。やはり各家庭で初期ケアの必要性があると考える。そのための啓発的な事業を充実されるべきである。国家的損失であるともいえる小児の生命を救うために、各行政機関が一丸となって取り組んで行かなく

ればならない。

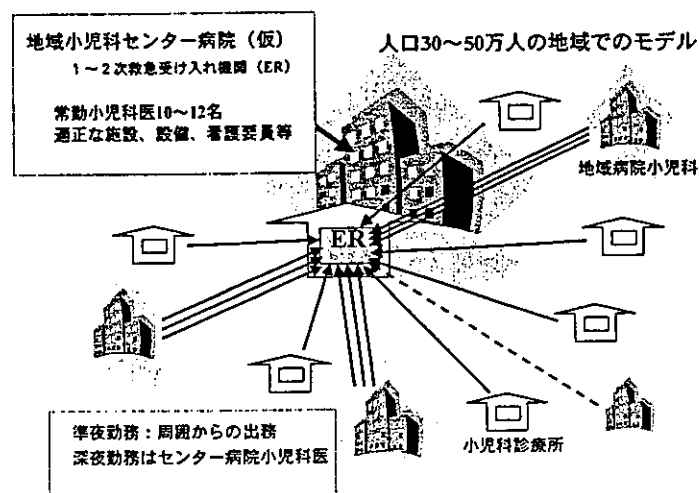
北九州市立八幡病院救命救急センター小児科部長で日本小児救急医学会理事長の市川氏は、専門医の立場からこの問題を論じた。

まず、氏の経験から小児救急医療は成人救急医療と別枠で行うべきで、初期救急から高次救急医療を一カ所集中で対応し、また、事故外傷などの外科的危急疾患の治療予防も小児科医中心の対応であることが小児救急医療に不可欠とした。

総合小児救急医療センターの活動には、小児科医の救急医療実践に加え、他関連科が救急医療を実践している必要がある。この観点から現時点では既存の救命救急医療センターへの併設を考慮すべきである。小児の受診者は軽症が多いが、重症化予防が小児救急医療の大きな使命であることから、初期救急疾患含めて全て小児科医自らが対応すべきである。ここでマンパワー不足が問題となるが、女性医師増加に伴って彼女らが永続的に小児救急医療に専念できる態勢の確立も大きな課題である。現場を支えるコメディカルの専門性の確立と研修体制も必要で、この点は精神・心理的危急状態の子ども達の受診も増加してことから早急に対応しなければならない。子どもの環境（家庭環境も含め）の変化も小児救急の現場では大きな問題で、それら環境変化に配慮したシステムの構築が小児救急医療の質の向上に不可欠な要素といえる。小児総合救急センターが地域の中で子どもの健全養育や育児支援の中心的施設としての役割を担う視点が必要で、地域の保健福祉センター、児童相談所などとの今以上の連携強化が課題ともいえる。

弁護士の安原氏は小児科医の労働問題について法律的な面から見た問題点を指摘した。

労働者の定義「職業の種類を問わず、事業又は事業所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」(労働基準法9条)「職業の種類を問わず、賃金、給与、そ



の他これに準ずる収入によって生活する者をいう」(労働組合法3条)から、勤務医が労働者であることは疑いが無い。研修医についても同様である(01年8月、02年2月の関西医大事件・大阪地裁堺支部判決)。

労働契約と労働条件について、(1)医師は病院と「労働契約」を締結している。(2)「労働契約」とは、労働者が使用者に労働力を売り、使用者が労働者から労働力を買うことである。(3)労働者が労働力を売る条件を「労働条件」という。この契約は法律による歯止めがある。それは憲法27条2項「賃金、就業時間、休息その他の勤労条件に関する基準は、法律でこれを定める」とある。この法律とは最低賃金法と労働基準法のことである。両法によって最低基準が労使に強制され、基準以下で働かせると使用者は処罰される。因みに平成14年度の東京都の最低賃金は、日額5,597円、時給708円で、当然研修医もこれ以下の賃金で働かせてはならない。(01年の関西医大事件判決では、最低賃金法違反を認定した)

一方労働時間については、労働基準法32条「使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間を超えて労働させてはならない」となっている。勤務時刻などに例外事項はあるが全体の時間数はこれが縛りである。当直について言えば、労働基準監督署の定義は「非常事態に備えて待機するもので、通常は労働する必要がないもの(このなかに、十分な睡眠がとれること、とある)」で、現在我々が行なっている宿直は通常の労働であり、週40時間内に算入されるべきことは疑いない。

また、女性保護、年次有給休暇の点からの問題点も指摘された。

最後に、中澤が日本小児科学会小児救急プロジェクトチームで討議したものを土台に、現状の分析と、将来への提言を行った。

まず、日本小児科学会の基本理念は「24時間、365日、質の高い小児科医療の提供」である。しかし、その解決に大きな制約となるのが、小児科医不足と小児科医の高齢化である、とした。

改善への具体的な提言をした。

(1)小児科医の有効活用の模索：小児科医の有効活用に伴い受診距離が遠くなるなど不安が増大するが、その解消の対策として、HPを使った「家庭で出来る救急への基本的対応」および小児科専門医による電話相談(0.5次救急)を制度化する。(2)小児救急(時間外)診療システムの構築(図)；小児科医の力の結集を可能にするため、地域全体を取り込む小児救急(時間外)診療システムの構築が考えられる。その概略は、①地域小児科センター病院(仮)に救急外来を設置、②地域全体の一次および二次小児救急医療を行う、③準夜帯の医師は地域システム内の協力病院・診療所から派遣される、④センター病院は深夜勤務を担当する、⑤センター病院に10~12名の小児科医を確保する(労働条件の改善)、⑥医師派遣など協力施設へのインセンティブの確立。病院・施設単位の事業でなく地域全体の事業とする。(3)「小児救急医療ネットワーク」の効用；前記のシステムが組めない地域では、現在厚生労働省が進めている「小児救急医療ネットワーク」システムの効果に期待する。

最後の改善のための五つの目標を立てて、標語として提案した。

「皆でめざそうこれからの小児救急：五つの目標」

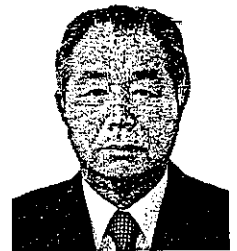
困ったときには、小児救急NET検索/電話相談  
24時間、365日、いつでも診るのは小児科医  
皆で育てよう「地域小児科センター病院」  
一晩働いた小児科医にお休みを  
それを可能にする医療システム

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—

理事 桑原 正彦

日本小児科医会会報 別刷  
第26号 (2003)

# 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 —



理事 桑原 正彦

キーワード：休日夜間小児急患センター，病院小児科，女性小児科医師，政策医療，0.5次救急

## I 小児救急の現場から

人口113万の政令市広島には，専門の小児休日急患センターが1箇所しかない。広島市立舟入急患センターである。初期から2次までのセンター方式をとっている施設である。小児科医は11人が常勤であるが，24時間，365日対応のために，広島市内の小児科開業医と小児科勤務医が交代で応援をする。

今年の年末年始はインフルエンザA (H3) 型の流行もあって，市内のどの小児科医療機関も混雑を極めた。平成14年12月31日から平成15年1月3日までの休日4日間の広島市の小児科初期救急対応体制は，連日，舟入病院の他に，市内の3医師会の在宅当番診療所2箇所，官公立病院も含めた在宅協力診療病院1箇所，輪番制の2次病院小児科1箇所が対応した。この4日間に受診した患児は，舟入急患センター小児科が2,087人であったが，昨年同期と比較して57%増えていた。ちなみに，在宅当番診療所で914人，在宅協力診療病院で3,135人であった。

舟入急患センターには，連日24時間，開業小児

科医2人，病院勤務小児科医4人，舟入病院小児科勤務医3～4人で，3診察室と病床35床の診療に従事した。4日間の舟入急患センターの従事者は，保安職員を除いて，医師，コ・メディカル，事務など合計515人に達した。

しかし，待合室は高熱の患者であふれ，救急搬送された患児も含めて，平均3時間待ち，長いときには5時間待ちであった。非公式な赤字は約2,000万円であった。

## II なぜ，国民の要望は大きくなったのか？

平成14年度，国内の15歳未満の人口は約1,801万人，総人口に対する割合は14.1%となり，過去最低となった。少子化は，種々の波紋を子育てに投げかけている。

少ないわが子を，より大切に，より健康に育てたいという親の願いは，これまで以上に強くなってきた。また近年，女性の社会進出は目覚しく，2,600万人が働いているという。

一方では，父親は旧態然とした働き蜂で，家庭での一日平均の育児時間は，わずか17分。母親の159分と比較して雲泥の差である。

1世帯平均3.5人という核家族では，時に子どもが病気をした時の看護を誰に頼ったらよいの

Masahiko Kuwabara (桑原医院)  
〒731-0101 広島市安佐南区八木2-13-27

日小医会報 (2003)

か？ 看護や介護の方法を誰に教わったらよいのか？

他方では、自分の大切な一人っ子を一番信頼のおける病院の、一番良い小児科医に診て貰いたいと願う親の気持ちは理解できる。

さらに、子育て情報の氾濫は、いざわが子に当てはめるとき、どれが正しく、どれが間違っているか判断に迷ってしまう。

その結果、近年の保護者の医療知識や権利意識の高まりは、小児科専門医に受診したい、より高度の医療ができる施設に受診したいという願望となって、救急患児が最初から2次病院や3次病院を受診する傾向がでてきている。

昨年、ある医師会運営の小児急患センターでは、水痘と診断を受けた患児の父親が、診察医を見て、普段は内科標榜の内科の先生だと不満を市役所に訴えた例がある。

一方、最近の都会型市民生活は、昼夜の感覚を無視したかのような様相である。24時間営業のコンビニ・ストアが盛況となり、民間の夜間保育所で、高額保育料にもかかわらず利用者が増えている。小児救急も例外ではない。小児救急というより小児の時間外診療である。時間外とは、提供側の身勝手な言い分であり、患児・保護者は時間外だとは些かも考えていない。今、熱が出た。明日は朝から学校がある。仕事がある。だから、今開いている小児科診療所はどこかにないか？ という極めて自然な発想である。

医療提供側は、この患児・保護者のわがまま的要望に、どのような対応をしたらよいのだろうか？

### III 医療提供側の言い分もある！

近年、「小児科医が足りない」という声は日増しに大きくなってきて、ついに厚生労働省も平成14年度厚生労働科学研究で「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」事業を発足した。

なぜ小児科医師が足りないのか？日本小児科学

会の会員数は約17,800人、日本小児科医学会のそれは約7,000人。徐々に増加している。しかし、国民の目には足りないと思えるのである。

初期救急や病院小児科の現場から見ると、小児科医の絶対数の不足のうえに、小児精神神経科専門医、小児眼科専門医、小児耳鼻咽喉科専門医などの各科専門小児科医の不足、特に小児救急専門医の不足が顕著であり、3次救急である小児のICUが整備されている地域は、大都会以外には見当たらない。

さらに、小児科医の地域偏在が、これに拍車をかける。へき地や中山間地域の小児科医不足は深刻である。若い小児科医が来てくれないうに、開業小児科医は高齢化してきて、継承者も帰ってこない。地域中核病院小児科は、せいぜい2、3人のスタッフで夜間の急患を診察し、翌日は通常通りの勤務である。若く、使命感に燃えて赴任した小児科医師も、やがては疲労困憊して、転勤を希望する。

この場合、女性小児科医師の場合はさらに深刻である。しかし近年、医学部学生の女性の割合が増えてきて、広島大学医学部では約30%になったが、さらに小児科に入局する女性医師の割合は最近4年間で約40%を超えている。小児科医師の不足を論じる場合は、必然的に女性小児科医師の働きやすい環境づくりを考えなければならない。

日本医師会は、平成13年10月に都道府県医師会の休日夜間急患センターの実態調査をしているが、最も大きな悩みは、小児科医療機関数や小児科医師数に地域格差があることであった。2番目の悩みは、小児科医師が不足していること、3番目の悩みは診療報酬が不十分なことと回答した。

郡市地区医師会の半数以上が、小児科医師の確保が初期救急の要点であると回答しているが、本当にそうなのであろうか？

初期救急の任務を十分に行うためには、2次救急が充実していなければならない。安心して、入院加療の必要な患児を後送する2次病院がなけれ

ばならない。ところが前述のように、独立採算性経営を至上命令と受け止めている病院の理事者たちは、赤字部門である病院小児科を嫌い、スタッフを減らし、時には閉鎖に追い込む。その公式な言い訳は「小児科医が足りない」である。

一方では、こうした2次病院の苦悩に対して、多くの地方行政は非常に冷たい。補助金を増額しようという話もない。医療保険ですべて解決できると考えている。

小児医療は、人手が要り、成人入院医療の2.5倍の看護量を必要とする。検査は少ない。感染症が多く、病床稼働率に波があつて、効率が悪い。その割には診療報酬単価が低い。したがって、他科と比較して医療収益は最低に近い。これでは、理事者に嫌われるのは無理もない。そのためもあつて、私立病院小児科の病床比率は極端に少なく、全小児科病床の9.2%であるという。

平成14年春の医療費改定で、緊急入院における救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算が改正になり、さらに地域連携小児夜間・休日診療料が新設されたが、算定要件が厳しく、現場で採用しにくいとの不満の声が上がっている。

これから小児科を志す若い医師のためにも、小児科の医療経営が安定していることが重要である。

#### IV では、どうすればよいのか！

山上憶良は万葉集巻第5に「しろがねも くがねも たまも なにせむに まされるたから こにしかめやも」と記している。

古来、子は宝である。子は国の未来である。その子が病んだとき、最高の手当てをしたいと思うのは、親だけではない。小児科医も為政者も、そう思っている。

しかし現実には、その思いを果たせない場面があまりにも多い。

小児科医は、その社会的責任を自覚して、小児科医を志した頃の、熱烈な小児医療に対する思い

の原点に帰るべきである。

医師会は、その小児科医の努力を最大限発揮できるように、組織を挙げて支援し、小児科と他科との連携のための調整役とならなければならない。現時点での小児初期救急は、他科の医師の協力がなければ成り立たない地域が殆どである。

行政は、小児医療は政策医療であるという認識を持って、具体的な政策を掲げて、国民に示すべきである。小児初期救急にいくら補助金を出すのか、各2次医療圏の小児救急支援病院に何人の小児科医を配置するのか、はっきりとした支援策を示して欲しい。

患児・保護者にも協力してもらいたい。

初期救急としての、本来の業務を達成するためには、救急診療の必要度の高い患児から診療できるような体制ができれば、最高であるが、これは不可能である。患児・保護者が日頃から健康観察の目を養って、早めに対処するか、できるだけ自宅で解決できる方法を会得して欲しい。そのためには、学校教育や社会教育が重要である。従前のような家庭教育や女子大の教養課程の教育が少なくなってきた今日、若い保護者が頼れるのは、行政や医師会の教育的な広報か小児科医やプライマリ・ケア医の的確なアドバイスである。

前述の厚生労働科学研究・子ども家庭総合研究事業の中の一つとして「小児救急電話相談事業」が取り入れられたのは、まさに、このような社会的背景があったためである。この実験的事業は「いま、連れて行くべきか？明日まで待つてよいか？」を、小児科医が直接、保護者にアドバイスすることであり、敢えて言えば0.5次救急である。現在、広島県で試行しているが、この事業のボランティアに小児科開業医が58人も志願した。

小児科医は、すばらしい！と、この事業を通じて、私は、再認識した次第である。

現在の小児初期救急についての、国民の不満の解決策はどこかに必ずある。それは、苦しみながら模索するものであるかもしれないが、今、一つ



だけ言えることは、国、地方自治体、医師会、小児科医、そして患者・保護者の心が一つになったときに、初めて見つけ出すことができるものである。

## 文 献

1) 日本医師会：小児救急医療体制のあり方に関する検討報告書・別冊，日医，小児救急医療体制のあり方に関

する検討委員会，2002。

- 2) 天野 暉，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，2002。
- 3) 市川光太郎，衛藤義勝，桑原正彦他：「小児救急」は医師の基本—子どもたちの生命を守る，教育医事新聞，2003。
- 4) 桑原正彦：小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から，日本小児科学会雑誌，第107巻，第5号，2003。



### 「小児科医者 内藤寿七郎物語」

丹羽洋子著

A 5 判，240頁，定価（本体3,500円＋税），赤ちゃんとママ社，東京，2003年

一世紀に及ぶ内藤寿七郎名誉会長の事績を、育児ジャーナリストの丹羽洋子さんが、先生の私生活や内面に光を当て、3年間にわたる聞き取り記録をもとに、温かい筆致で書き上げたユニークな自叙伝である。書名の「小児科医者」は先生がご自分に対して好んで使われる表現であり、「物語」は先生ご自身が語り手であることを示している。

内容は3章から成り、第1章では「礎の時代」として誕生（1906年）・幼年の頃、少年期、思春期から青年期、医学生時代の33の逸話で綴られている。第2章は「臨床医最前線」と題する太平洋戦争をはさむ四半世紀の記録であり、東大医局時代、創生期の愛育会と戦争の時代、戦後の混乱時代、日赤中央病院時代、愛育会の再建時代、が32の逸話で生き生きと語られている。第3章は「子ども達の明日に向かって」の題名どおり、先生が過去、現在、未来を見据えて小児医療と育児のあり方を説かれたもので、疾病構造と治療文化の変化、子育てと小児科学の新しい問題、子どもの心と向き合う、子ども達の明日の幸せのために、についての逸話を20編収めている。全体を通じて時代や小児医療史、医学史の考証も的確に行われており、巻末には詳しい年表も付いている。

伝記風の内容でありながら、伝記体でなく自叙体で書かれているところに本書の親しみ易さと魅力がある。著者がプロローグで述べているように、“およそ一世紀にわたるさまざまなきごとが、まるで昨日の事のように鮮明な絵となって飛び出してくる。（中略）そんな話をなさる時の内藤先生は、目をクリクリさせ、こちらの反応を楽しむかのようにニコッと顔をのぞき込まれる。”……このような光景を彷彿させる場面が至るところに出てくるのである。

本書を読む人は、小児科の歴史に詳しい人なら、各章の行間に小児科の発展の跡を想い浮かべ、内藤先生のお話に触発されて新しい発見に遭遇するであろうし、若い人なら、先生の小児科医としての強い使命感、燃えるような情熱、豊かな人間愛に心を打たれ、大きな示唆を得るであろう。多くの小児科医、看護師、保育士、医学生にお奨めする所以である。

（滝田 齊）

救急医療ジャーナル

2003年10月5日発行(隔月1回発行)第11巻第5号(通巻第63号)

665

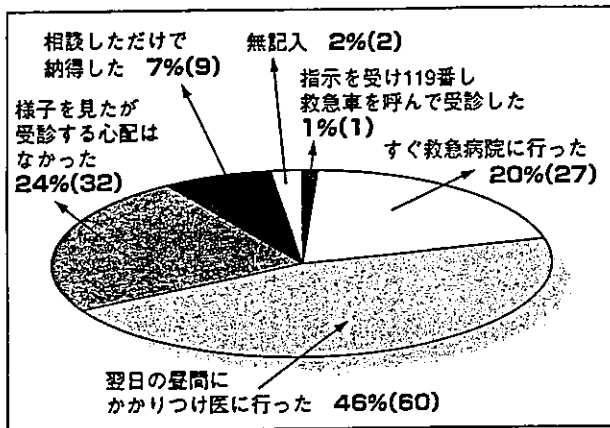


図9 相談の結果、どのように行動されましたか？

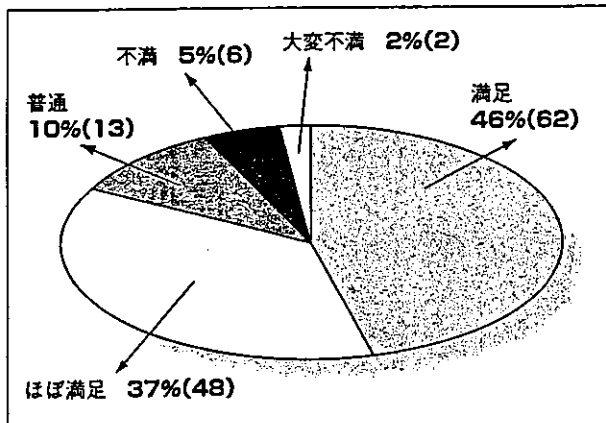


図8 医師の対応に満足されましたか？

け込む人が減って、本来の救急患者さんが助かるのではないのでしょうか。母子手帳や救急病院が載る紙面に、一緒にこのシステ

**小児救急電話相談の今後の発展性**  
 平成14年末12月31日から平成15年1月3日までの政令指定都市・広島の小児救急医療体制は、広島市急患センター（市立舟入病院）のほかに、市内の輪番病院1か所、協力病院1か所、在宅当番診療所2か所が、連日診療を続けていた。

しかし、舟入病院では、救急車で搬送され

ムのことを書かれるといいと思います。電話相談をしてよかったですと思いました。医者に連れて行ったほうがよいのか、よくないのかと迷っていたので助かりました。これからも困ったことがあったら利用したいと思いました。ありがとうございました。

初めての育児なので、何かあったときにとっても不安になります。電話で小児科の先生に相談できるというのはとても心強いです。小児救急電話相談事業が始まって、とてもうれしいです。これからも続けてください。

先生には大変だと思いますが、24時間になればもつといいなと思います。

先生の説明により、不安が解消され夜中に受診する必要もなくなり、大変助かりました。どうもありがとうございました。今後

もぜひ続けていただきたいと思っています。多分、2回目の利用だと思っています。前回より質問の内容がわかりました。が、先生が年配の方だったのか、少し電話が遠く感じ、何回も同じことを話してしまいました。小児科の先生の不足など心配することもある中で、とてもありがたい制度だと思います。

- ＜参考文献＞
- 1) 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（平成13年度プロジェクト、桑原正彦委員長）、報告書、報告書別冊、平成14年3月
  - 2) 厚生労働科学研究費補助金・子ども家庭総合研究事業、小児科産科若手医師確保・育成に関する研究（鴨下重彦主任研究者）：2002-2004、<http://www.wakate-ishi.jp>
  - 3) 救急医療Net HIROSHIMA：<http://www.qq.pref.hiroshima.jp/qq/qq34kdsdlit.asp>
  - 4) 桑原正彦：小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から、日本小児科学会雑誌、107巻5号、p 796-799、2003

よい影響が出ることを願ってやまない。

本事業により、救急患児にとって少しでも

小児救急電話相談事業の成否の要点は、マ

ンパワーである。いかにやる気のある小児科

医が多く集まるかである。

小児救急電話相談事業の成否の要点は、マ

ンパワーである。いかにやる気のある小児科

医が多く集まるかである。

小児救急電話相談は81件であった。

この数字をどう見るか？ 小児救急電話相談は「焼け石に水」と見るか、「試金石」と見るか。関係者のご批判をいただきたいと考え

る。

## おわりに

小児医療は日本の政策医療として、国全体

で取り組まなくてはならない問題である。

小児救急の問題を議論すると、小児医療全

般の議論に発展する。

小児救急電話相談事業の成否の要点は、マ

ンパワーである。いかにやる気のある小児科

医が多く集まるかである。

その結果、「相談医師の対応の態度に満足されましたか？」の問いに、満足した46%、ほぼ満足37%であったが、中に不満5%、大変不満2%があり、電話相談の難しさを推測することができる(次ページ図8)。

「電話相談の結果、どのように行動されましたか？」については、翌日の昼間、かかりつけ医へ行ったが46%、様子を見たが受診する必要はなかったが24%の回答であり、小児救急電話相談を利用した結果、7割の患者さんが夜間急患センターへ行かなくて済んだということを推測することができる。また、図7で23%に当たる「いますぐ病院へ行きたい」と指示した患者のうち、次ページ図9で20%分は指示通りに行動していた。さらに、「急いで119番をして病院へ行きたい」と指示した3名のうち1名は、指示通り行動したと回答した。

### 電話相談は小児救急医療体制にとって、役に立つのか?

たとえば、診療時間外の、その時間に小児救急の診療に従事している小児科医とは別に、聴診器を持たないで救急電話相談のみに従事する小児科医をもし十分に確保することができたら、患者・保護者にとって、どんなにすばらしいことだろうか! どんなに安心できることだろうか! このことは、前述の満足度調査の自由記載欄の感想や要望として、記述されている。

以下にその一部を紹介する。  
 ・もともと多くの方がこのシステムを知っていたら、少しは舟入病院の小児科に急いで駆

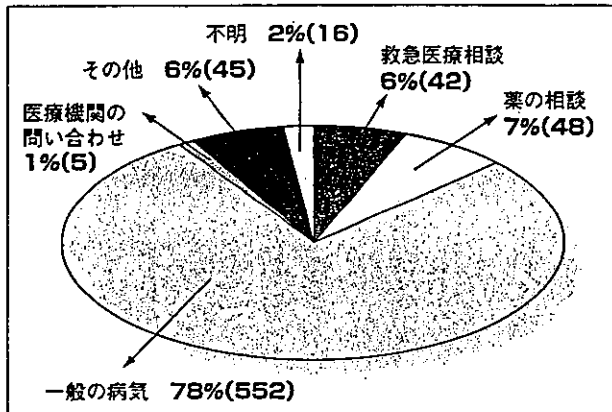


図6 相談分類

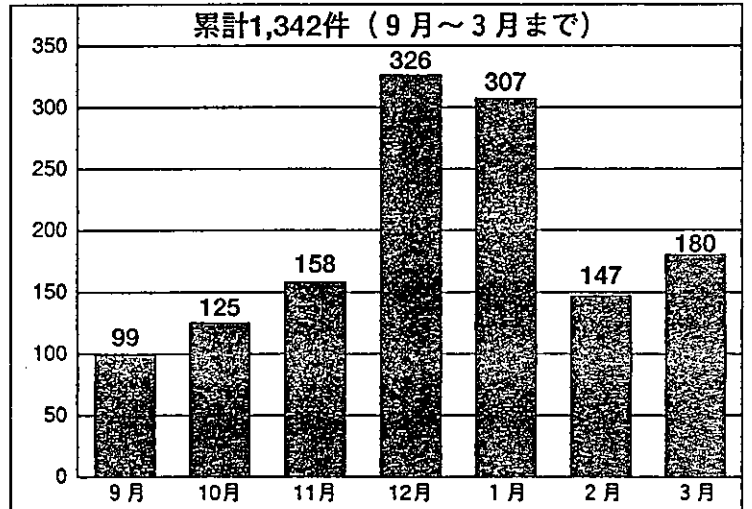


図4 相談件数の推移

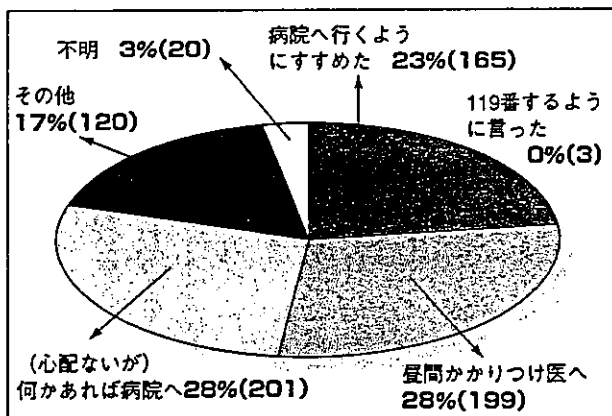


図7 結果分類

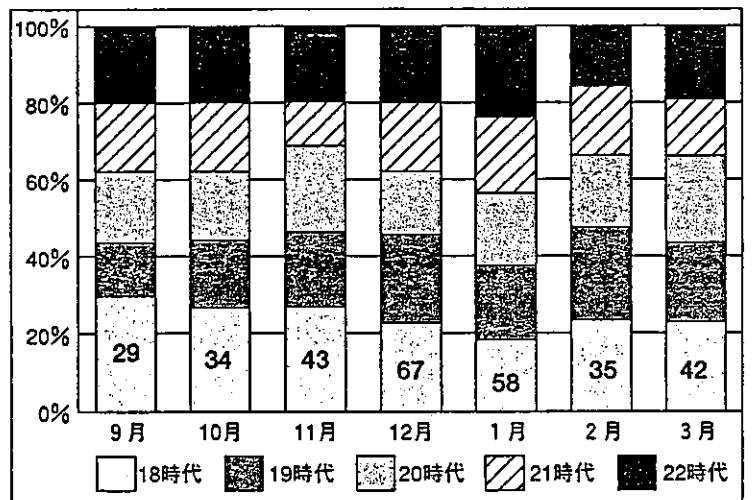


図5 相談の時間帯