

する方法にて行い、平成16年5月中旬に実施した。

## 結果

### 1. 回答数および回収率

回答者は337名で回収率は63.9%であった。337名の所属する施設のうち、厚生労働省の臨床研修病院に参加しているのは321施設(95.3%)であった。今回は臨床研修病院の現状を知ることが目的であったので、この321施設について分析することとした。

### 2. 臨床研修参加施設の属性

#### 1) 施設別の臨床研修医

施設別の臨床研修医は4名以下が77施設(24.0%)、5~9名が72施設(22.4%)、10~19名が58施設(18.1%)、20~29名が19施設(5.9%)、30~39名が13施設(4.0%)、40~49名が11施設(3.4%)、50名以上が19施設(5.9%)、不明が52施設(16.2%)で、不明を除く施設当りの平均研修医は15.4名であった(表1)。

#### 2) 臨床研修病院のタイプ

臨床研修病院のタイプは単独型臨床研修病院が97施設(30.2%)、管理型臨床研修病院が140施設(43.6%)、協力型臨床研修病院が85施設(26.5%)、不明が39施設(12.1%)であった。

#### 3) 常勤医師数

病院全体の常勤医師は49名以下が37施設(11.5%)、50~99名が135施設(42.1%)、100~199名が76施設(23.7%)、200~299名が14施設(4.4%)、300~399名が11施設(3.4%)、400~499名が11施設(3.4%)、500名以上が8施設(2.5%)、不明が29施設(9.0%)で平均医師数129.4名であった。

小児科の常勤医師は4名以下が101施設(31.5%)、5~9名が128施設(39.9%)、10~19名が53施設(16.5%)、20~29名が21施設(6.5%)、30名以上が14施設(4.4%)、不明が4施設(1.2%)で平均小児科医師数は9.0名であった。

#### 4) 病床数

病院全体の病床数は199床以下が7施設(2.2%)、200~399床が72施設(22.4%)、400~599床が104施設(32.4%)、600~799

床が78施設(24.3%)、800~999床が28施設(8.7%)、1000床以上が25施設(7.8%)、不明が7施設(2.2%)で、平均病床数は572.3床であった。

小児科の病床数は9床以下が4施設(1.2%)、10~19床が52施設(16.2%)、20~29床が78施設(24.3%)、30~39床が65施設(20.2%)、40~49床が50施設(15.6%)、50~59床が22施設(6.9%)、60~69床が13施設(4.0%)、70床以上が26施設(8.1%)、不明が11施設(3.4%)で、平均の小児科病床数は38.1床であった。

#### 5) 病院の救急医療体制と担当範囲

病院の救急医療体制は独立した救急救命センターで運営が47施設(14.6%)、救急部(専任医師による)が63施設(19.6%)、救急外来(各科当直による)が239施設(74.5%)、その他が28施設(8.7%)、不明が4施設(1.2%)であった(表2)。

また、病院の救急担当範囲は初期救急医療が成人170施設(53.0%)、小児181施設(56.4%)、二次救急医療が成人244施設(76.0%)、小児273施設(85.0%)、三次救急医療が成人174施設(54.2%)、小児147施設(45.8%)、その他が成人5施設(1.6%)、小児が12施設(3.7%)、不明が成人23施設(7.2%)、小児が7施設(2.2%)であった(表3)。

### 3. 救急分野の研修での小児救急研修の実施の有無

現在行われている臨床研修の救急分野において、小児の救急について研修が実施されているかについては、小児の内科系救急患者の研修を行っているが62施設(19.3%)、小児の外科的救急患者の研修を行っているが14施設(4.4%)、小児救急患者すべての研修を行っているが63施設(19.6%)、小児のCPRなど重症患者の研修のみを行っているが8施設(2.5%)、小児の研修はほとんど行っていないが152施設(47.4%)、その他が28施設(8.7%)、不明が8施設(2.5%)である(表4)。

### 4. 小児救急の充実につなげる研修についての考え方

今回の臨床研修を小児救急の充実につなげるための日本小児科学会研修指定病院の小児

科責任者の考え方について、とても強く思うを7、かなり思うを6、どちらかといえば思うを5、どちらでもないを4、どちらかといえば思わないを3、あまり思わないを2、全く思わないを1として7段階で尋ね、これをスコア化した。

#### 1) 小児救急の研修分野

小児救急医療の充実につなげるために必要なものとして、①プライマリ・ケア、②二次救急医療、③三次救急医療、④家庭内での患者ケアの指導について、どの分野を重点的に研修させるべきかについて、スコアの高い項目は(1)プライマリ・ケア、初期救急医療が6.64、(2)二次救急医療が5.53、(3)家庭内での患者ケアの指導が5.47、(4)三次救急医療が3.73の順であった(表5)。

#### 2) 研修の実施場所

小児救急の研修の実施場所として適しているのはどこかについて、①救命救急センターなどで重症疾患を中心に診療経験を行う、②基幹病院の救急外来で紹介入院患者の救急外来の診療を行う、③初期救急医療を盛んに行っている基幹病院小児科で行う、④急患センターなどで開業医指導の初期救急医療を行うについては(1)初期救急医療を盛んに行っている基幹病院小児科で行うが6.33、(2)基幹病院の救急外来で紹介入院患者の救急外来の診療を行うが5.63、(3)急患センターなどで開業医指導の初期救急医療を行うが4.73、(4)救命救急センターなどで重症疾患を中心に診療経験を行うが3.96であった(表6)。

#### 3) 具体的な研修内容

子どもの救急疾患に関する教育で重点的な研修が必要と思われる内容について、①緊急症状の理解、②重症患者のトリアージのポイント、③主な子どもの救急疾患の診断と治療、④子どもに多くみられる疾患の診断と治療については(1)緊急症状の理解が6.64、(2)主な子どもの救急疾患の診断と治療が6.22、(3)重症患者のトリアージでのポイントが6.21、(4)子どもに多くみられる疾患の診断と治療が6.07の順であった(表7)。

#### 4) 技術的な研修内容

小児救急医療の充実のために研修すべき技術的な目標について、①保護者の不安などを理

解した医療面接、②子どもの緊急検査手技、③子どもの点滴確保と採血、④小児用の薬剤の選択と薬用量については(1)保護者の不安などを理解した医療面接が6.17、(2)小児用の薬剤の選択と薬用量が6.00、(3)子どもの点滴確保と採血が5.98、(4)子どもの緊急検査手技が5.31の順であった(表8)。

### 5. 小児救急の担い手の可能性と効果的な研修内容

#### 1) 将来の小児救急の担い手の可能性

この2年間の臨床研修により、将来の小児救急医療の担い手になる可能性について、①研修医の心がけ次第だが小児科志望を増やすことが出来、期待できる、②研修指導内容によっては十分担えるようになる、③指導医(小児科医)の労働のみ増えてあまり期待できない、④どんな良い指導をしても家族のニーズに応えるほどには期待できない、⑤どんなに良い研修をしても期間が短く難しいについての考え方は、(1)どんなに良い研修をしても期間が短く難しいが5.15、(2)指導医(小児科医)の労働のみ増えてあまり期待できないが4.56、(3)どんな良い指導をしても家族のニーズに応えるほどには期待できないが4.54、(4)研修指導内容によっては十分担えるようになるが4.45、(5)研修医の心がけ次第だが小児科志望を増やすことが出来、期待できるが4.12であった(表9)。

#### 2) 研修効果をあげる上で重要な点

研修効果をあげる上で重要と考えられる点について、①小児救急患者の経験症例数、②指導医の熱意と指導方法、③研修医自身の小児救急医療への熱意、④研修カリキュラムの内容についての考え方は(1)研修医自身の小児救急医療への熱意が6.29、(2)指導医の熱意と指導方法が6.09、(3)小児救急患者の経験症例数が6.01、(4)研修カリキュラムの内容が5.54であった(表10)。

#### 3) 2年間の臨床研修で不足な点を補う方策

今後、小児救急患者の診療を行う上で、2年間の臨床研修だけで不足な点について、それを補う方法について①TV 電話などで小児科専門医に相談できるシステムの導入、②外来用小児救急マニュアル、③小児救急のための短期研修の3項目については(1)小児救急のための短期

研修が 5.23、(2)外来用小児救急マニュアルが 4.81、(3)TV 電話などで小児科専門医に相談できるシステムの導入が 4.22 であった(表 11)。

## 6. 小児疾患の到達目標

現在の臨床研修カリキュラムの小児疾患の到達目標で経験が求められている疾患・病態としてあげられているのは①小児痙攣性疾患、②小児ウイルス感染症(麻疹・流行性耳下腺炎・水痘・突発性発疹・インフルエンザ)、③小児細菌感染症、④小児喘息、⑤先天性心疾患についての考え方は、これで十分であるが 20 名(6.2%)、短期間であるのでやむを得ないが 188 名(58.6%)、不十分であるが 110 名(34.3%)、不明が 3 名(0.9%)であった(表 12)。

### 考察

36 年ぶりに行われた医師の臨床研修の改革が必要になった要因の一つに、医師の研修が卒業当初より専門に強く偏った研修が行われ、国民の希望する小児救急医療などに十分対応が出来なかった反省があるものと思われる。

このことより、今回の臨床研修は小児救急の充実の好機と捉えるべきで、今後どのような研修を実施していくのかは重要なポイントである。

厚生労働省も新しい制度を早期に発足することに最大の主眼を置いたとし、内容面について必ずしも十分に検討しきれなかったことを認め、制度発足後 3 年程度を目安によりよい内容にする<sup>1)</sup>とし、指導医用のカリキュラムなどの検討を行っている。そこで、平成 16 年 4 月より開始された救急分野の臨床研修の現状と小児医療の基幹病院とされる日本小児科学会研修指定病院の小児科責任者に対して小児救急医療の充実につなげるための臨床研修についての考え方を調査した。

その結果、臨床研修病院 337 施設より回答が得られ、回収率は約 63.9%であった。これらの施設の臨床研修医の合計は約 4,200 名で、平成 16 年の医師国家試験合格者の半数がこれらの施設で研修を行っていることより、ほぼ全体像は捕らえているものと思われる。

1 年目の救急分野(麻酔科も含む)の臨床研修において小児内科、小児外科の患者の全てに

ついて小児救急の研修が実施されているのは 63 施設の 19.6%のみで、小児の救急疾患についてほとんど行われていない施設が 152 施設で、不明を除く全体の 49%と半数近くみられていた。

小児救急の研修は小児科での研修との考えもあるが、救急医療の現場においては初期救急医療患者の約半数が小児であり、病院での救急患者の 25%が子どもにより占められていること<sup>3) - 5)</sup>を考えれば救急分野の研修においても子どもの研修は必須と考えられる。従来、救急というと救命救急センターなどにおいて成人救急が中心と考えられ、小児救急が軽視されてきた経緯があり、現在の救急医療においてもこの傾向がみられており、救急研修は小児を含めることを行政および医療機関関係者は再確認する必要があるだろうし、そうしなければ今回の改革の意図が十分に生かされ、その効果をあげることは難しいと考えられる。

小児救急の充実のために研修医に重点的に研修させる分野としては、基幹病院の小児科責任者はプライマリ・ケアや家庭内の患者ケアをあげるものが多く、緊急症状の理解、トリアージのポイント、子どもの救急疾患の理解が必要とし、保護者の不安などに理解した医療面接、子どもの点滴の確保や採血、小児用薬剤の理解が必要としている。

小児救急研修の施設として適しているのは救命救急センターではなく、基幹病院で小児科のある施設が好ましいとしていた。

厚生労働省の小児疾患の到達目標については、短期間なのでやむを得ないとの考えが多くみられていたが、不十分との考えも多く、さらに内容の検討が必要と思われた。

また、効果的な研修を行うためには研修医の熱意が重要とされたが、これは当然であり、指導医の熱意が研修医を動かして小児科医を目指すようになることも十分考えられる。このことは医学生への医師志望の動機についての調査結果<sup>2)</sup>においてやりがいのある仕事につきたいとの考えを多くの学生が持つことから可能性は高いものと思われる。

今回の臨床研修により、小児救急医療の担い手になれるかについての考え方は期間が短く

難しい、指導医の労働のみが増加するだけなどの否定的な考え方が多いものの、研修内容によっては可能との考え方をするものもあり、今後も小児救急を担当する小児科医が不足すると考えられることより、これらの医師も過疎地域では小児救急に対応しなければならないと思われることより、小児科医と同じ対応が出来なくてもそれらの医師の診療をバックアップするシステムを作るなどして小児救急医療のレベルアップにつなげるようにすべきである。

この臨床研修を小児救急医療充実のチャンスと捉え、よりよいシステム作りに当たらない限り、今後も小児救急医療の充実はあり得ないと考えて取り組むべきである。

#### 結語

1. 1 年目の救急分野の臨床研修において小児の救急研修は半数以下の施設でしか行われておらず、今後小児救急医療を充実するためにはすべての施設で小児の救急研修を実施すべきである。
2. 小児救急医療の充実のカリキュラムとしては①緊急症状の理解、②子どもの主な救急疾患の理解、③保護者への対応技術、④点滴の確保、⑤子ども用の薬剤の選択があげられた。
3. 効果的な研修を行うためには研修医自身の熱意が重要と考えられるので、小児科や小児救急に興味の沸くカリキュラムの作成が必要である。
4. 今回の臨床研修の改革を少しでも小児救急医療の充実につなげるように、関係者全てで対応すべきである。

稿を終えるに当たり、調査にご協力いただいた全ての関係者に深謝いたします。

#### 文献

1. 篠崎英夫：新臨床研修制度について。日本医師会雑誌。130(12)。1718-1723。2003
2. 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：小児救急医療における小児科医不足－医学部学生の小児科に対する考え方－。日本医事新報。4017。37-43。2001
3. 田中哲郎、市川光太郎、山田至康ほか：二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状評価に関する総合的研究。二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状との評価に対する研究(H13-医療-023)報告書。平成13年3月。
4. 田中哲郎、市川光太郎、山田至康：二次医療圏別にみたわが国の小児救急医療体制の現状。日本医事新報4071。59-62。2002
5. 田中哲郎：二次医療圏別にみたわが国の小児救急医療体制の現状。まほろば。2002

表1 施設別臨床研修医数

	施設数	構成割合(%)
4人以下	77	24.0
5～9人	72	22.4
10～19人	58	18.1
20～29人	19	5.9
30～39人	13	4.0
40～49人	11	3.4
50人以上	19	5.9
不明	52	16.2
総数	321	100.0

表2 病院の救急医療体制

	施設数	構成割合(%)
独立した救急（救命）センター	47	14.6
救急部（専門医師による）	63	19.6
救急外来（各科当直医による）	239	74.5
その他	28	8.7
不明	4	1.2
総数	321	100.0

※複数回答あり

表3 病院の救急担当範囲

	成人		小児	
	施設数	構成割合(%)	施設数	構成割合(%)
初期	170	53.0	181	56.4
二次	244	76.0	273	85.0
三次	174	54.2	147	45.8
その他	5	1.6	12	3.7
不明	23	7.2	7	2.2
総数	321	100.0	321	100.0

※複数回答あり

表4 救急分野の研修での小児救急実施

	施設数	構成割合(%)
小児の内科系救急患者の研修を行っている	62	19.3
小児の外科系救急患者の研修を行っている	14	4.4
小児救急患者全ての研修を行っている	63	19.6
小児のCPRなどの重症患者の研修のみ行っている	8	2.5
小児の研修はほとんど行っていない	152	47.4
その他	28	8.7
不明	8	2.5
総数	321	100.0

※複数回答あり

表5 小児救急医療充実につなげるため重点的に研修させる分野

(N=321)

項目	平均 スコア	とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかとい えは思う (5)	どちらかとい い (4)	どちらでもな い (3)	どちらかとい えは思わない (2)	あまり思わな い (1)	全く思わない (1)	不明
プライマリケア・初期救急医療	6.64	235 (73.2)	69 (21.5)	11 (3.4)	2 (0.6)	3 (0.9)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
二次救急医療	5.53	59 (18.4)	124 (38.6)	95 (29.6)	27 (8.4)	6 (1.9)	8 (2.5)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
三次救急医療	3.73	18 (5.6)	22 (6.9)	85 (26.5)	55 (17.1)	45 (14.0)	55 (17.1)	38 (11.8)	3 (0.9)	3 (0.9)
家庭内での患者ケアの指導	5.47	88 (27.4)	91 (28.3)	79 (24.6)	28 (8.7)	17 (5.3)	13 (4.0)	4 (1.2)	1 (0.3)	1 (0.3)

表6 小児救急医療の研修の場として適しているのは

(N=321)

項目	平均 スコア	とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかとい えは思う (5)	どちらかとい い (4)	どちらでもな い (3)	どちらかとい えは思わない (2)	あまり思わな い (1)	全く思わない (1)	不明
i救命救急センターなどで重症疾患 を中心に診療経験を重点に行う	3.96	12 (3.7)	29 (9.0)	102 (31.8)	54 (16.8)	60 (18.7)	39 (12.1)	24 (7.5)	1 (0.3)	1 (0.3)
基幹病院の救急外来で紹介入院患者 の救急外来の診療経験を重点に行う	5.63	80 (24.9)	125 (38.9)	73 (22.7)	17 (5.3)	13 (4.0)	7 (2.2)	5 (1.6)	1 (0.3)	1 (0.3)
初期救急医療で盛んに行っている基 幹病院小児科での診療研究を行う	6.33	157 (48.9)	124 (38.6)	34 (10.6)	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.6)	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)
急患センターなどで開業医指導の初 期救急医療の診療研修を行う	4.73	27 (8.4)	80 (24.9)	96 (29.9)	57 (17.8)	27 (8.4)	18 (5.6)	14 (4.4)	2 (0.6)	2 (0.6)

表7 子どもの救急疾患において重点的に研修を必要とする分野

項目	平均スコア	とても強く思う (7)	かなり思う (6)	どちらかといえば思う (5)	どちらかとい (4)	どちらでもな (3)	どちらかとい (3)	あまり思わな (2)	全く思わない (1)	不明
緊急症状の理解	6.64	227 (70.7)	78 (24.3)	12 (3.7)	3 (0.9)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
重症患者のトリアージのポイント	6.21	153 (47.7)	105 (32.7)	47 (14.6)	11 (3.4)	3 (0.9)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
主な子どもの救急疾患の診断と治療	6.22	139 (43.3)	129 (40.2)	45 (14.0)	3 (0.9)	3 (0.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
子どもに多くみられる疾患の診断と治療	6.07	118 (36.8)	131 (40.8)	55 (17.1)	12 (3.7)	3 (0.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(N=321)

表8 経験すべき技術的目標

項目	平均スコア	とても強く思う (7)	かなり思う (6)	どちらかといえば思う (5)	どちらかとい (4)	どちらでもな (3)	どちらかとい (3)	あまり思わな (2)	全く思わない (1)	不明
保護者の不安などを理解した医療面接	6.17	133 (41.4)	129 (40.2)	47 (14.6)	6 (1.9)	4 (1.2)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
子どもの緊急検査手技	5.81	90 (28.0)	107 (33.3)	108 (33.6)	10 (3.1)	2 (0.6)	4 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
子どもの点滴確保と採血	5.98	117 (36.4)	108 (33.6)	80 (24.9)	9 (2.8)	2 (0.6)	5 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
子ども用の薬剤の選択と薬用量	6.00	103 (32.1)	135 (42.1)	70 (21.8)	8 (2.5)	3 (0.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(N=321)

表9 臨床研修により小児救急医療の担い手の可能性

項目	平均 スコア	(N=321)							
		とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかとい えは思う (5)	どちらかとい い (4)	どちらかとい えは思わない (3)	あまり思わな い (2)	全く思わな い (1)	不明
小児科志望を増やすことができ、期待できる	4.12	6 (1.9)	36 (11.2)	99 (30.8)	92 (28.7)	42 (13.1)	29 (9.0)	17 (5.3)	0 (0.0)
研修指導内容によっては十分担えるようになる	4.45	14 (4.4)	55 (17.1)	124 (38.6)	47 (14.6)	41 (12.8)	27 (8.4)	12 (3.7)	1 (0.3)
指導医(小児科医)の労働のみ増えて余り期待できない	4.56	26 (8.1)	69 (21.5)	72 (22.4)	76 (23.7)	51 (15.9)	21 (6.5)	5 (1.6)	1 (0.3)
どんなに良い指導をしても家族のニーズに応えるほど期待できない	4.54	27 (8.4)	68 (21.2)	81 (25.2)	59 (18.4)	52 (16.2)	29 (9.0)	5 (1.6)	0 (0.0)
どんなに良い研修をしても期間が短く難しい	5.15	66 (20.6)	85 (26.5)	73 (22.7)	44 (13.7)	34 (10.6)	15 (4.7)	3 (0.9)	1 (0.3)

表10 小児救急の効果的な研修を行う上で最も大切な点

項目	平均 スコア	(N=321)							
		とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかとい えは思う (5)	どちらかとい い (4)	どちらかとい えは思わない (3)	あまり思わな い (2)	全く思わな い (1)	不明
小児救急患者の経験症例数	6.01	107 (33.3)	135 (42.1)	65 (20.2)	9 (2.8)	1 (0.3)	3 (0.9)	1 (0.3)	0 (0.0)
指導医の熱意と指導方法	6.09	107 (33.3)	149 (46.4)	55 (17.1)	7 (2.2)	0 (0.0)	2 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.3)
研修医自身の小児救急医療への熱意	6.29	150 (46.7)	120 (37.4)	44 (13.7)	7 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
研修カリキュラムの内容	5.54	53 (16.5)	130 (40.5)	97 (30.2)	28 (8.7)	6 (1.9)	6 (1.9)	1 (0.3)	0 (0.0)



表11 2年間の臨床研修で不足な点を補う方策

項目	平均スコア	とても強く思う(7)	かなり思う(6)	どちらかといえば思う(5)	どちらかといいい(4)	どちらかといえは思わない(3)	あまり思わない(2)	全く思わない(1)	不明
TV・電話などで小児科専門医に相談できるシステムの導入	4.22	8 (2.5)	48 (15.0)	106 (33.0)	67 (20.9)	41 (12.8)	36 (11.2)	14 (4.4)	1 (0.3)
外来用小児救急マニュアル	4.81	23 (7.2)	77 (24.0)	121 (37.7)	49 (15.3)	21 (6.5)	23 (7.2)	6 (1.9)	1 (0.3)
小児救急のための短期研修	5.23	48 (15.0)	96 (29.9)	112 (34.9)	27 (8.4)	23 (7.2)	9 (2.8)	5 (1.6)	1 (0.3)

(N=321)

表12 現在の小児疾患の到達目標で十分か

	施設数	構成割合(%)
これで十分である	20	6.2
短期間であるのでやむを得ない	188	58.6
不十分である	110	34.3
不明	3	0.9
総数	321	100.0

21 世紀における小児救急医療のあり方に関する研究

## 新臨床研修医における小児救急医療研修に関する調査

市川光太郎 北九州市立八幡病院・小児救急センター  
田中 哲郎 国立保健医療科学院生涯保健部  
山田 至康 六甲アイランド病院小児科

### 研究要旨

厚労省における「小児救急医療の高次医療は集中化、初期救急医療は分散化」という方針と新臨床研修体制は全医師がプライマリケアの実践を可能となれるよう、開始したといえ、これには社会問題化している小児救急医療の提供を全医師が行うことが可能になることも含まれていると考えられる。そこで、実際の新臨床研修を受けている研修医が基本研修科である救急（麻酔科含む）分野を修了した時点で小児救急医療に対する考えを調査した。臨床研修期間の約半分が経過しようとしている時点で、プライマリケアを行えるという意識の芽生えは過半数で不十分との回答が得られ、現臨床研修体制の方法論を再検討する必要性が考えられた。特に小児救急医療の研修は現体制では小児科研修期間の短さなども踏まえて、不十分であるとの回答が過半数を占めており、新臨床研修体制による小児科必修化による小児初期救急医療の分散化という考えは困難であることを示唆する結果が得られた。小児救急医療で学びたいこと、或いは小児科研修に期待するものでは、最も高頻度で普遍的な疾患の理解などプライマリケアに直結する項目が多く、その研修期間も2~3ヶ月という短期間ではなく4~6ヶ月間以上必要との意見が過半数を超え、小児救急医療の特殊性を理解している結果と思われた。

研修期間が約半分過ぎる、この時点で小児救急医療を経験した研修医は30%であり、基本研修科を修了しても大半の研修医が小児救急医療を研修していないことが判った。その研修形式は病院の診察体制で研修しており、救急麻酔科での研修を上回っていたことも判った。実際に小児救急医療をどの診療科で研修するのかは、小児救急医療の社会問題化に対して、小児初期救急医療は分散化で対応するという厚労省の方針を考えれば、現臨床研修体制の大きな問題であると言える。この問題を解決しなければ、厚労省の小児救急医療に対する方針は全く机上論に過ぎないと言え、今後、経時的かつ流動的な、臨床研修体制の見直しを逐次行うべきと考える。

### 見出し語

新臨床研修体制、基本研修科、小児科研修期間、小児救急医療研修、プライマリケアとその実践、小児初期救急医療の分散化政策

### A 研究目的

小児科医不足や小児科医の地域偏在が小児救急医療現場の混乱を招いており、大きな社会問題化の一因になっていることに異論はないと思われる。その背景には、小児医療の不採算性、或いは小児救急医療そのものが極めて大変であり、その労働量或いは精神的苦勞・疲労の

割には報いが少ない、または労働時間に区切りがなくきっちりとした休みが取れないなどの理由が医学生自体からも聞かれるという、仕事量と報酬との不均衡、自己の時間が取れないなど小児科医としてのメリットの少なさなどが考えられている。これらの状況は医学生さえ認識しているという現状がある。このような中、

短期間に小児科医を増やすことは困難である。これらを踏まえて、厚労省医政局は「小児救急医療は、高次医療は二次医療輪番支援体制、小児救急拠点病院体制などによる集中化を、初期救急医療は新臨床研修体制における小児科研修の必修化、内科医などへの小児救急マニュアルの配布などでの分散化を行い、小児救急医療のマンパワーの確保を図る」との方針を明言した。

このような厚労省の小児救急医療に対する政策方針において、新臨床研修体制が開始された、初年度の研修医がおおよそ研修期間の半分となる、1年を経た時点で小児救急医療をどの位経験しているか、或いはどのように考えているか、さらにはどの位の研修期間を必要としているか、などを調査し、小児救急医療の将来の担い手として、有用な研修を行えているかどうかを研究目的とした。

## B 研究方法

全国の単独型および管理型の新臨床研修病院、927施設で研修を開始している新臨床研修体制初年度の研修医に対して、小児救急医療に関する調査、すなわち、小児科研修期間、小児救急医療の研修科、小児救急医療研修の有用性、期待するもの、小児救急医療の研修期間、小児救急研修の感想などの調査(表1参照)を行った。方法としては、おおよそ、基本研修科である内科、外科、救急科(麻酔科を含む)が修了する時点を見計らって、平成17年1月下旬に調査用紙を前述の研修病院に郵送し、救急分野の研修が修了した研修医を対象に各施設内で調査を依頼し、研修病院単位で対象研修医全員の回答調査票をまとめて返送する方法をとった。ただし、無記名での回答形式で、救急分野を修了していない研修医は対象外としたが、他の基本研修科で小児救急医療の経験がある研修医は参加するように依頼した。

## C 実験研究結果

アンケート調査の施設回答率は郵送した単独型・管理型研修病院の対象病院927施設中、367施設から回答を得て、回答率39.6%であった。このうち、28施設からは研修医が初年度は居ない、小児科がない、救急科の研修を終えていないなどの研修医個人の回答が得られな

かった。残り、339施設から回答を得て、初年度研修医1380名からの個人回答を得ることが出来た。

### (1) 研修施設母体背景

国公立病院が最も多く28.4%、次いで厚生連・済生会・赤十字などの半公民病院が21.9%で、私的総合病院が17.2%、私立大学病院が17%、国公立大学病院が11.7%の順であった(表2参照)。

### (2) 研修施設の病床数

研修施設の病床数は401~800床が52.5%と半数を超えており、次いで801床以上が19.2%、201~400床が18.4%、200床以下が8.4%という結果であった(表3)。

### (3) 研修施設における救急部の有無

研修施設における救急部の存在の有無では59.9%が無いと答え、救急部があるとの回答は40.1%であった。また、救急部がある施設で、救急部に小児科医が常駐しているかどうかにおいては、常駐しているが36.1%で、常駐していないが63.9%であった。

### (4) 研修施設全体の救急医療対応

施設自体の救急対応に関しては、初期~三次救急まで行っているとの回答が48.5%であり、次いで初期~二次救急医療を行っているとの回答が41.8%であった。二次~三次救急との回答は2.1%、三次救急医療のみは6.7%であった(表4参照)。

### (5) 研修施設における小児救急医療対応

研修施設の小児救急医療対応は初期~二次救急医療との回答が47.3%、次いで初期~三次救急医療までとの回答が39.6%で、二次~三次救急医療対応が5.8%、三次救急医療のみが2.4%の順であった(表5参照)。

### (6) 施設全体の救急医療を担当している診療科

施設全体の救急医療を担当している診療科に関しては、各診療科が個々に対応するという回答が37.2%であり、次いで救命救急センターとして対応が24.4%であり、救急部が全て対応するとの回答が13.8%であった。23.8%を占めていた、その他の対応法としては、昼間は救急部が対応するが夜間は別の対応という回答が45名と多く寄せられた。救急部は救急

搬送症例にのみ対応するとの回答も診られた(表 6 参照)。

(7) 小児の救急医療を担当している診療科施設における子どもの救急医療を担当する診療科は、小児科医による担当が 52.0%で、次いで、その他の 29.3%で、内科系医師による対応が 8.4%、救急部が対応するとの回答は 7.9%の順であった。その他では小児科医を含む内科系医師での対応との回答が 45 名と多く寄せられ、他には研修医が小児救急の初療を行い、小児科医をコールする体制が 8 名、外科系疾患は外科医が診療する、昼は救急部が夜は小児科医が診療との意見も見られた(表 7 参照)。

(8) 将来プライマリケアを行えるという感覚は約 1 年間の臨床研修で芽生えたか？

不十分との回答が 65.9%と過半数を占め、十分芽生えたとの回答は 20.7%であったが、全く芽生えていないは 7.1%で、考えもなかったが 3.3%であった(表 8 参照)。

(9) 小児科研修の予定期間

2 ヶ月間が 44.6%と最も多く、次いで 3 ヶ月間が 24.7%、1 ヶ月間 22.4%であった。逆に 3 ヶ月間以上は 7.2%に見られた(表 9 参照)。

(10) 小児救急医療の研修診療科

58.7%と過半数ちかくが小児科と答え、各科の研修における当直時での研修との回答が 14.8%、救急麻酔科が 13.6%であった。さらに不明との回答も 9%に見られた(表 10 参照)。

(11) 現臨床研修体制で小児救急医療の研修は十分か？

十分との回答は 11%余りで、不十分が 44.6%と大きく上回っているし、判らないとの回答も 39.3%と多く見られた(表 11 参照)。

(12) 小児救急医療の充実に新臨床研修体制は有用か？

十分有用が 12.7%、やや有用が 34.8%で合わせて 47.5%が有用であろうと考えていたが、どちらとも言えない 21.9%、有用と思えない 16.1%で 38.0%が悲観的に考えていた(表 12 参照)。

(13) 小児救急医療で研修したい項目

頻度の多い小児疾患の診断治療が 27.6%、次いで、緊急症状の理解が 24.7%、主な小児救急疾患の診断治療が 18.9%、重症患児のト

リアージが 10.6%の順であり、小児薬用量、小児の点滴などの技術、緊急検査手技、医療面接などは低い比率での回答であった(表 13 参照)。

(14) 小児救急医療の研修をより良いものにするために重要なことは？

経験患児数が 28.0%、研修医自身の熱意が 24.4%、施設の救急医療体制が 23.2%で、指導医の技術・熱意が 16.7%、研修期間が 6.6%の結果であった(表 14 参照)。

(15) 小児救急医療の研修を受ける最良の形式は？

小児科研修で行うが 37.2%と最も多かったが、全科の研修で小児科と限らず全ての救急を研修すべきが 33.5%、救急麻酔科が 25.3%であった(表 15 参照)

(16) 小児救急医療の習得の期間

6 ヶ月以上が 37.2%、4~6 ヶ月が 23.2%、3 ヶ月が 26.7%、2 ヶ月と 1 ヶ月が合わせて 9%であったが、わからないとの回答も 4%と近くあり、数ヶ月と言う単位では無理、2-3 年以上かかるとの意見も見られた(表 16 参照)。

(17) 小児科研修に期待するもの

普遍的な高頻度の小児疾患の理解が 51.5%と半数を超え、プライマリケアが 28%で、小児科特有の治療法や技術の習得の 16.2%を大きく上回り、家族への接遇や小児難病の理解などはほとんど回答が無かった(表 17 参照)。

(18) 小児救急医療を経験したか？

経験したが 30%であり、していないが 69.7%との結果であった(表 18 参照)。

(19) 経験した形式は？

施設内の体制の中が 45.6%、救急麻酔科で 30.7%、内科・外科研修の中が 13.0%であった(表 19 参照)

(20) 小児救急医療の経験での印象

とても大変が 54.8%、少し大変が 40.3%と大変という印象が 95%とを超えており、すぐに出来そう、軽症が多く簡単などの意見はほとんど無かった。また、その他では全研修医に中途半端な研修をさせるより、十分な保障の下で小児科医が従事する分野と思った。大変な診療科は他にもある。忙しさだけ前面に出しすぎて、他科との連携が全く取れていない、これでは小

児救急医療は発展しない。などの意見も見られた。

#### D 考察

研修施設の母体背景からは国公立病院・半公立病院・私的総合病院など地域或いは中核都市部の基幹病院に集中している結果であり、私立大学病院・国公立大学病院などの大学病院は合わせて 29%弱であり、大学病院離れが明確化していることがわかった。さらに施設規模としては 401~800 床・801 床以上が合わせて 71.6%と過半数を占めており、地域・都市部の大規模な基幹・中核病院での研修が多いことが判り、200 床以下の小規模病院は 8.4%と敬遠されている傾向が見られた。研修施設における救急部は 59.9%に存在せず、救急部は過半数の施設で有していないと言えた。救急部がある場合でもそこに小児科医が常駐しているかどうかでは、常駐していない 63.9%と過半数を占め、小児科医が一般救急部に介入していることは極めて少ないと言える結果であった。施設自体の救急医療姿勢では半数は初期~三次救急医療まで行っているし、41.8%は初期~二次救急医療を行っていると回答から、90%以上の施設が初期救急医療を行っていると判った。子どもの救急医療に関しては若干、初期~二次救急医療 47.3%、初期~三次救急医療 39.6%であり、施設全体の救急医療姿勢に比べ、高次医療の関わりが少ない結果であった。それでも子どもの救急医療においても 86.9%が初期救急医療に取り組んでいる結果であり、これらの施設では、いわゆる新臨床研修医体制の最大の目的であるプライマリケアの実践できる医師の養成という観点ではその目的に合する施設といえるであろう。このような救急医療の実践診療科の検討では、各診療科が個々に対応するという回答が最も多く、救急部が全て対応するという回答を大きく上回っていたし、昼間は救急部が担当し、夜間は救急部ではないとの回答もその他の項で見られた。このことは救急部のスタッフ数の問題が大きく関与しており、少ないスタッフしか居ないことが予想された。子どもの救急医療の担当は 52%の半数以上が小児科医との回答があり、次いで多かった、その他においてもセカンドコールとして小児科医を

呼ぶとの回答が多く、小児救急医療は多くの施設で小児科医が主に担っていることが予測された。

全医師がプライマリケアを行えるようにするための研修体制という大義名分に対して、約半分修了した時点での感想を尋ねたが、この意識を持って、或いはこの意識が尊重されての研修は十分に行われていない結果であり、プライマリケアを行えるようになるという意識が全く芽生えていない・考えてもいないが合わせて 10%を超え、10 人に 1 人はそんな意識無しに研修していることがわかったし、60%以上は不十分な意識の芽生えと自己評価し、十分芽生えたとの自己評価が 20%であったことから、研修方法の再検討が必要と考えられる。

小児科研修期間は 2 ヶ月間が 44%余りであり、1 ヶ月間の予定者も 22%強いることがわかった。3 ヶ月間以上の 7.2%の回答者は将来小児科に進む研修医が多数含まれていると予測されたが、小児救急医療の担い手に、との厚労省の期待にこのような短期間での研修で可能かどうかは今後の検証が必要である。この理由には小児救急医療の研修は小児科で学ぶ予定との回答が 58.7%と多勢を占めていることから、この短期間に小児救急医療の研修まで行えるかという物理的な疑問が生じる結果である。また、小児救急医療の研修をどの診療科で行えるか不明という回答も 9%にも昇り、厚労省の期待とは裏腹の結果が得られていると言えるであろう。実際に、今の臨床研修体制で小児救急医療の研修が十分かどうかの設問には判らないとの回答が 39%余りある上で、不十分との回答が半数近い 48.6%とも寄せられ、十分との回答の 11%を大きく上回っていることは、未だ小児科自体の研修を行っていても不十分であるとの印象を、現臨床研修の中で感じていると予測される。しかし、これらの結果と裏腹に小児救急医療の充実には有用であるとの意見が若干、有用ではないとの意見より多い結果が得られた。この意味は少なくとも小児医療に接することが何らかの有益な作用があるであろうとの考えを研修医が持ったと予測される。この考えが実際に何らかの形になるような研修体制・方法を考慮していかなければなら

ないと思われる。

現実的に小児救急医療研修で学びたいことは、頻度の多い小児疾患の診断治療や緊急症状の理解、主な小児救急疾患の診断治療などであり、プライマリケアに役立つ項目を考えていることがわかった。実際に、研修効果をあげるのに重要なものは経験患児数との回答が最も多く、自己の熱意が指導医の技術・熱意を上回っていたが、施設の救急医療体制に左右されることも予測していた。自己の熱意でいかに多くの患児を経験するかが重要という認識であることが判った。小児救急医療研修の形式では小児科研修の中での回答が最も多かったが、全科での全ての救急研修の一環でとの意見も少なくなく、全科救急の中で小児救急も学べるとの考えが見られた。

小児救急医療の研修期間に関しては少なくとも4ヶ月間以上との回答が60%以上に見られ、2~3ヶ月で良さそうと言う短期間の回答よりも多い結果であり、小児救急医療の特殊性を理解している結果とも思われた。このことは小児科研修に期待するものとしても頻度の多い普遍的疾患の理解やプライマリケアとの回答が多かったことから、小児医療の一般的な部分を習得したいとの希望が表れていると考えられた。

この時点で小児救急医療を経験した研修医は30%であり、基本研修科を修了しても大半の研修医が小児救急医療を研修していないことが判った。その研修形式は病院の診察体制で研修しており、救急麻酔科での研修を上回っていたし、内科外科での研修ではほとんど小児救急は研修しないことも判った。実際に小児救急医療をその診療科で研修するのか？は、小児救急医療の社会問題化に対して、小児初期救急医療は分散化で対応するという厚労省の方針を考えれば、現臨床研修体制の大きな問題であると言える。この問題を解決しなければ、厚労省の小児救急医療に対する方針は全く机上論に過ぎないと言える。

実際に小児救急医療の経験では95%が大変と考えており、全研修医に中途半端な研修を行うことになる危惧している意見もみられていた。さらには小児科医と他科医との連携の悪さを指摘している意見もみられ、研修指導側の小児科医の変化も求められていると言える。いずれにせよ、現臨床研修体制では少なくとも安心して任せられる小児救急医療の習得に必要な研修は行えないことが予測される。今後、早急に小児科の基本研修科変更を見据えての研修体制の検証・見直しが必要である。

## E 結論

全医師のプライマリケアの習得を大きな目標としている新臨床研修体制が開始され、1年近く経過したが、少なくともその意識の芽生えは少ない結果であった。小児救急医療研修は基本研修科を行う1年目では30%程度の経験率であった。必須研修科としての小児科研修期間が2ヶ月前後と短い期間を考え合わせると、将来的に小児救急医療の担い手として有用な小児救急医療研修をどのように習得させるかは現臨床研修体制の大きな課題と考えられる。今後、どのような研修方法が小児救急医療の担い手として、将来有用な成果が上がるのかを調査研究して研修体制の見直しを行っていく必要がある。

## 【文献】

- 1) 市川光太郎、山田至康、田中哲郎：小児科クリニック及び病院小児科実習・研修経験者の小児医療及び小児救急医療に対する意識調査、日本小児救急医学会雑誌1：(2)23-26、2003

表1 新臨床研修医に対する小児救急医療に関する調査用紙

貴下のお考えを各設問の該当欄に○印または数字などをご記入下さい

1. あなたの研修されている施設は次のどれに該当しますか？  
 1) 国公立大学病院 2) 私立大学病院 3) 国公立病院 4) 私的総合病院  
 5) 半公民病院（厚生連、赤十字、済生会など） 6) その他
2. 貴施設の全病床数はどのくらいですか？  
 1) 200床以下 2) 201～400床 3) 401～800床 4) 800床以上
3. 貴施設には救急部がありますか？  
 1) なし 2) ある（ある場合 ①小児科医が常駐している ②していない）
4. 貴施設の救急医療対応体制は？  
 1) 初期～二次救急まで 2) 初期～三次救急まで 3) 二次～三次救急 4) 三次救急のみ
5. 貴施設の小児救急医療対応体制は？  
 1) 初期～二次救急まで 2) 初期～三次救急まで 3) 二次～三次救急 4) 三次救急まで
6. 救急医療の提供はどのようにされていますか？  
 1) 全て救急部が対応 2) 各科が個々に対応 3) 救命救急センターが対応 4) その他
7. 小児救急医療の提供はどうされていますか？  
 1) 全て救急部が対応 2) 全て小児科医が対応 3) 内科系医師が対応 4) その他
8. 全ての医師がプライマリケアを行えることを新臨床研修体制の目的としていますが、約1年間の研修経験でそのような感覚は芽生えましたか？  
 1) 十分芽生えた 2) 不十分である 3) 全く芽生えてない 4) 考えてもみなかった
9. 小児科研修期間はどの位ですか？或いはどの位研修する予定ですか？  
 1) 3ヶ月 2) 2ヶ月 3) 1ヶ月 4) 予備を入れて4ヶ月以上の予定
10. 小児救急医療は何科で研修することになっていきますか？（複数回答可）  
 1) 小児科 2) 救急・麻酔科 3) 研修科当直時全て 4) 不明 5) 予定なし
11. 問い10の体制で小児救急医療の研修は十分と思いますか？  
 1) 十分である 2) 不十分と思う 3) 判らない
12. 新臨床研修体制による小児救急研修は将来の小児救急医療の充実に有用と思いますか？  
 1) 十分有用 2) やや有用 3) どちらともいえない 4) 有用と思えない 5) 判らない
13. 小児救急医療研修ではどのような部分を最も研修したいですか？（複数回答2つ可）  
 1) 緊急症状の理解 2) 主な小児救急疾患の診断治療 3) 点滴などの技術面の習得  
 4) 頻度の多い小児疾患の診断治療 5) 重症患児のトリアージ 6) 小児の薬用量など  
 7) 緊急検査手技 8) 家族の不安などを理解した医療面接 9) その他（ ）
14. 小児救急医療の研修をより良いものにするのに最も重要なものは何ですか？  
 1) 小児科研修期間 2) 救急患児経験数 3) 指導医の技術・熱意 4) 自己の熱意  
 5) 施設自体の小児救急医療体制 6) その他（ ）
15. 小児救急医療を習得するための研修方法はどのようなものが良いと考えますか？  
 1) 小児科研修で行うべき 2) 小児科のみならず救急・麻酔科研修でも行うべき  
 3) 全科研修中には小児救急問わず全ての救急の研修を行うべき 4) その他（ ）
16. 小児救急医療を習得するのに必要な期間はどの位が必要と思いますか？  
 1) 6ヶ月以上 2) 4～6ヶ月 3) 3ヶ月 4) 2ヶ月 5) 1ヶ月 6) その他（ ）
17. 次年度の小児科研修に最も期待するものは何ですか？  
 1) 先天性疾患など小児科特有の難病の理解 2) 普遍的な高頻度の小児疾患の理解  
 3) 小児科特有の治療（薬用量など）法や技術の習得 4) 不安の強い家族への対応法  
 5) 小児のプライマリケア 6) その他（ ）
18. 既に小児救急医療の研修を体験されましたか？  
 1) いいえ 2) はい（問い19）20）にもお答え下さい
19. どのような形で研修されましたか？  
 1) 救急麻酔科研修で 2) 内科・外科などの研修の一環で 3) 病院の体制で  
 4) その他（ ）
20. どのような印象を持ちましたか？  
 1) とても大変 2) 少し大変 3) すぐに出来そう 4) 軽症が多く簡単  
 5) その他（ ）

御協力ありがとうございました。

表2 研修施設別比率

	国公立大学 病院	私立大学 病院	国公立病院	私的総合 病院	半公民病院	その他	回答なし
研修医数	162	235	392	238	303	45	5
比率 (%)	11.7	17	28.4	17.2	21.9	3.3	0.5

表3 施設病床数

病床数	200以下	201~400	401~800	801以上	回答なし
研修医数	116	254	724	265	21
比率 (%)	8.4	18.4	52.5	19.2	1.5

表4 施設全体の救急対応

	初期~ 二次救急	初期~ 三次救急	二次~ 三次救急	三次救急 のみ	回答なし
研修医数	577	669	29	93	12
比率 (%)	41.8	48.5	2.1	6.7	0.9

表5 施設の小児救急対応

	初期~ 二次救急	初期~ 三次救急	二次~ 三次救急	三次救急 のみ	回答なし
研修医数	653	547	80	33	67
比率 (%)	47.3	39.6	5.8	2.4	4.9

表6 施設の救急担当診療科

	全て救急部 対応	各科が 個々に	救命救急 センターで	その他*	回答なし
研修医数	196	529	347	338	11
比率 (%)	13.8	37.2	24.4	23.8	0.8

\*昼間は救急部が対応する：45名の回答

救急部は救急車搬送のみ、当直医が1人いて、各科の医師をコールする など

表7 小児救急担当診療科

	全て救急部 対応	全て小児科 対応	内科系医師 で	その他*	回答なし
研修医数	113	748	121	421	33
比率 (%)	7.9	52	8.4	29.3	2.3

\*小児科を含む内科系医師で対応：45名の回答

研修医が初療を行い小児科医をコール：8名、重症者は小児科医コール

外科系は外科が担当、当番日は小児科医が担当、昼は救急部で夜は各科が診療

表8 研修経験からプライマリケアが行える感覚は芽生えたか

	十分 芽生えた	不十分で ある	全く芽生え てない	考えもしな かった	回答なし
研修医数	286	910	98	46	40
比率 (%)	20.7	65.9	7.1	3.3	2.9



表9 小児科研修の予定期間

期間	3ヶ月間	2ヶ月間	1ヶ月間	3ヶ月間以上	その他*	回答なし
研修医数	341	615	309	100	7	8
比率 (%)	24.7	44.6	22.4	7.2	0.5	0.6

\*1.5ヶ月間：6名

表10 小児救急医療の研修科

	小児科	救急・ 麻酔科	研修科 当直時	不明	予定なし	回答なし
研修医数	1035	239	261	159	62	4
比率 (%)	58.7	13.6	14.8	9	3.5	0.26

表11 今の体制で小児救急の研修は十分か？

	十分である	不十分で ある	判らない	回答なし
研修医数	155	671	543	11
比率 (%)	11.2	48.6	39.3	0.8

表12 新臨床研修体制は小児救急医療の充実に有用か？

	十分有用	やや有用	どちらとも いえない	有用と 思えない	判らない	回答なし
研修医数	176	480	302	222	192	9
比率 (%)	12.7	34.8	21.9	16.1	13.9	0.7

表13 小児救急医療で研修したい部分 (2つまでの複数回答可)

	救急症状	救急疾患の 治療	技術面の 習得	頻度の多い 疾患	重症者の トリアージ
研修医数	628	482	153	702	271
比率 (%)	24.7	18.9	6	27.6	10.6
	小児薬用量	緊急検査 手技	医療面接	その他	回答なし
研修医数	166	55	83	2	4
比率 (%)	6.5	2.2	3.3	0.06	0.14

表14 小児救急医療の研修をより良いものとするために重要なことは？

	研修期間	経験患児数	指導医の 技術・熱意	研修医の 熱意
研修医数	99	422	252	367
比率 (%)	6.6	28	16.7	24.4
	施設の救急医療体制		その他*	
研修医数	349		17	
比率 (%)	23.2		1.1	

\*将来の展望・人的・経済的面の保障、研修システムそのものの変化  
小児救急医の待遇改善、病院管理職の力量、など

表15 小児救急医療の研修はどの形が良いか？

	小児科研修 で行う	救急麻酔科 でも行う	全科で 全救急を	その他*	回答なし
研修医数	517	351	465	17	38
比率 (%)	37.2	25.3	33.5	1.2	2.7

\*判らないとの回答が7名、小児救急専門医を作る、小児科医を増やす、など

表16 小児救急医療の習得に必要な期間は？

	6ヶ月以上	4~6ヶ月	3ヶ月	2ヶ月	1ヶ月	その他*	回答なし
研修医数	438	320	368	106	18	103	27
比率 (%)	31.7	23.2	26.7	7.7	1.3	7.5	2

\*判らないとの回答が53名、期間より症例数が5名、1年以内、1~2ヶ月で習得できない、目標や濃密度で異なる、季節ごとでも変わる、2-3年以上は必要(複数名)、など

表17 小児科研修に期待するものは何ですか？

	小児科難病 の理解	普遍的な 疾患の理解	小児科特有 の治療技術	家族への 接遇	小児プライ マリケア	その他*	回答なし
研修医数	16	767	241	31	417	11	6
比率 (%)	1.1	51.5	16.2	2.1	28	0.7	0.4

\*発達に即した病態の理解、小児患児のトリアージ、幅広い視野を持った熱意ある小児科医の指導現制度で期待できるものは何もない、など

表18 小児救急医療をもう体験したか？

	していない	した	回答なし
研修医数	962	414	4
比率 (%)	69.7	30	0.3

表19 体験の形式は？

	救急麻酔科 研修で	内科・外科 研修で	病院の体制 で	その他
研修医数	127	54	189	44
比率 (%)	30.7	13	45.6	10.6

表20 体験した時の印象は？

	とても大変	少し大変	すぐに 出来そう	軽症が多く 簡単	その他*
研修医数	227	167	3	3	14
比率 (%)	54.8	40.3	0.7	0.7	3.4

\*全研修医に中途半端な研修を行うより、十分な保障の下で小児科医が従事すべき小児科医は他科医ともっと連携を良くしていくべきで、そうでなければ小児救急は発展しない親の教育が必要、軽症の中から重症を見抜くのが大変、数が多く大変と思った、など

## 患者指導用リーフレットに対する保護者の考え方

石井 博子 国立保健医療科学院生涯保健部  
田中 哲郎 国立保健医療科学院生涯保健部  
市川光太郎 北九州市立八幡病院・小児救急センター  
大田 千晴 北九州市立八幡病院・小児救急センター  
山田 至康 六甲アイランド病院小児科  
津田文史朗 福岡県つだ小児科医院

### 研究要旨

救急外来を受診した際にリーフレット等により患者指導が行えれば保護者が疾病について理解が得られると考えられたことより、患者指導用リーフレットを作成し、保護者の考え方について調査を行った。

インフルエンザや水痘など 17 疾患について病名、症状、診断、治療、自宅で気をつけること、再受診の目安、集団生活の開始時期についてのリーフレットを作成し、北九州市立八幡病院などを受診した保護者に、受診時にみられた疾患のリーフレットを配布し、平成 16 年秋から 17 年春に調査を実施した。

1. リーフレットの感想：回答者は 282 名で、リーフレットを読んだ感想は、読みやすかった 269 名（95.4%）、読みにくかった 3 名（1.1%）、どちらともいえない 4 名（1.4%）であった。
2. 配布について：医師や看護師の口頭での説明以外にこのようなリーフレットがあるとよいかは、大いに思う 187 名（66.3%）、よいと思う 85 名（30.1%）、どちらともいえない 6 名（2.1%）、あまり必要と思わない 2 名（0.7%）などであった。
3. 役立った内容：役立った内容を 5 段階でスコア化すると、自宅で気をつけること 4.60、症状 4.57、再受診の目安 4.53、治療 4.46、集団生活の開始 4.43、⑥診断 4.42、病名とその説明 4.34 であった。
4. 役立った場面：役立った場面には、自宅での看護 196 名（69.5%）、家族への説明 190 名（67.4%）、再受診の目安 120 名（42.6%）、登園・登校基準 85 名（30.1%）、保育園・幼稚園・学校などへの説明 47 名（16.7%）などであった。

今回作成したリーフレットは読みやすく役立ったとの意見が多く得られた。特に自宅で気をつけること、症状、再受診の目安、集団生活開始の目安の項目が役立ったとしていた。また、多くの保護者がこのようなリーフレットを診療の場で配布する必要があるとしていた。これらのリーフレットは救急外来以外の小児科診療でも家族への病気や看護の理解を得る上で有効な方法と考えられた。

### はじめに

小児救急の充実が求められ、様々な施策が実施されている。

小児救急の課題の一つとされる小児科医不足に対して増員が検討されているものの、その解決もすぐには難しい。

このため、過疎地域を中心に今後も小児救急患者は小児科以外の医師が診療しなければならない状況が続くと考えられる。

しかし、これらの診療に際して救急担当者の負担は大きく、また保護者にとっても病気の説明、自宅での対応、再来院の目安、集団生活の開始などに十分な説明が得られないなどにより、これらが不満や不信などにつながりかねない。そこで、救急外来を受診した際にリーフレット等による指導が行われれば、これらの点が少しでも解決できるのではないかとされ、IT技術を用いた小児救急支援システムの中に組み込むことが考えられている。

以上のことにより、患者指導用リーフレットを作成し、実際の受診者に対して保護者の考え方について検討を行った。

#### 対象及び方法

対象は北九州市立八幡病院小児科、六甲アイランド病院小児科、福岡県遠賀郡のつだ小児科を受診した保護者で、調査用紙への記入を依頼して、原則として匿名で郵送にて回収した。調査は平成16年秋から17年春に実施した。リーフレットは①RSウイルス感染症、②アデノウイルス感染症、③インフルエンザウイルス感染症、④ヘルパンギーナ・手足口病、⑤流行性耳下腺炎、⑥クループ症候群、⑦じんま疹、⑧伝染性膿痂疹、⑨急性気管支炎・肺炎、⑩急性胃腸炎、⑪上気道炎、⑫中耳炎、⑬水痘、⑭頭部打撲、⑮突発性発疹、⑯熱性けいれん、⑰溶連菌感染症の17疾患と熱が出たとき、嘔吐、下痢の時の食事である。

#### 結果

##### 1. 回答者

郵送による回答者は282名で、回収率は明らかではなかった。

##### 2. リーフレットを読んだ感想

リーフレットを読んだ保護者の感想は読みやすかった269名(95.4%)、読みにくかったが3名(1.1%)、どちらともいえないが4名(1.4%)、不明が6名(2.1%)であった(表1)。

##### 3. パンフレットの配付について

医師や看護師の口頭での説明以外にこのようなリーフレットがあるとよいと思いますか

との問いに対して、大いに思うが187名(66.3%)、よいと思うが85名(30.1%)、どちらともいえないが6名(2.1%)、思わないが2名(0.7%)、不明が2名(0.7%)であった(表2)。

##### 4. リーフレットで役立った内容

リーフレットで役立った内容については、大変役立ったは5、役立ったは4、どちらともいえないは3、あまり役立たなかったは2、役立たなかったは1として、5段階は各々の項目についてスコア化を行った。

①自宅で気をつけることが4.60、②症状が4.57、③集団生活の開始についてが4.53、④再来院すべき目安が4.46、⑤治療についてが4.43、⑥診断が4.42、⑦病名とその説明が4.32であった(表3)

##### 5. リーフレットが役立った場面

配布されたリーフレットが役立った場面については、①自宅での看護が196名(69.5%)、②家族への説明が190名(67.4%)、③再受診の目安が120名(42.6%)、④登園・登校基準が85名(30.1%)、⑤保育園・幼稚園・学校などへの説明が47名(16.7%)、⑥食事のさせ方が35名(12.4%)、⑦入浴の目安が31名(11.0%)、⑧薬の飲ませ方が31名(11.0%)であった。

##### 6. リーフレット配布の必要性

受診時に口頭での説明以外にリーフレットの配布の必要性については、大いに必要と思うが160名(56.7%)、必要と思うが106名(37.6%)、どちらともいえないが9名(3.2%)、あまり必要とは思わないが3名(1.1%)、不明が4名(1.4%)であった。

#### 考察

小児救急医療体制の充実のための課題は小児医療の不採算性と小児科医不足とされている。このため、救急医療を担う小児科医の増員のための方策が考えられているが、小児科医だけではなく医師全体が不足<sup>3)</sup>との考えもあり、早急に小児科医の増員を計ることは難しいと考えられる。

特に、小児科医の少ない過疎地域においては、小児科医以外の医師が今後しばらくの間、子どもの救急診療を行わなければならない。その際