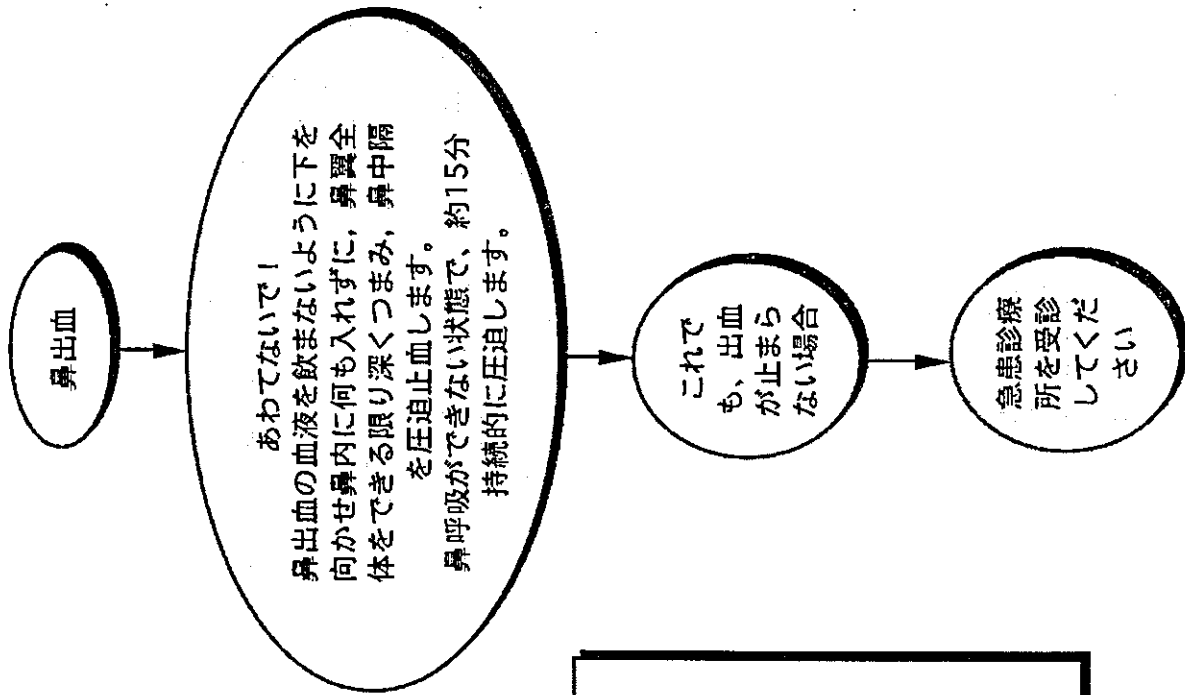


「こんな時どうすればいいの？」

18.鼻出血



鼻出血の際の注意点

1. 上を向いて寝る姿勢、出血が咽・喉頭へ流れ落ちて、咳を引き起こしたり、血液を嚥下してしまい止血後の嘔気の原因になります。
2. 首の後ろを叩くことは、根拠のないことです。
3. 鼻内にティッシュペーパーなどを挿入することは、鼻粘膜の損傷、びらんをきたしたり、手一種ペーパーを取り出す時に、固まった血液のカサブタをはがすことになり、再度出血する可能性が高くなります。

救急の時の連絡場所を書いておきましょう

病院

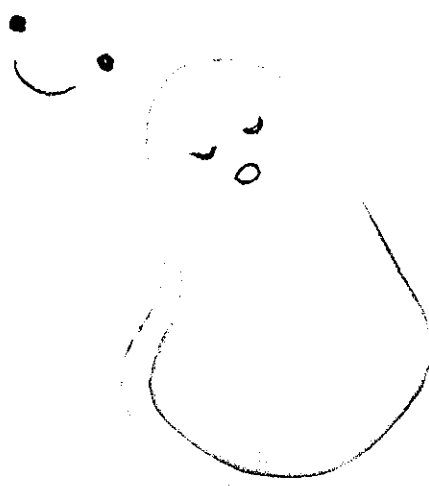
1. 急患診療所（施設名）
、電話
2. 救急病院（施設名）
、電話
3. 小児科（施設名）
、電話
4. 外科（施設名）
、電話
5. 耳鼻科（施設名）
、電話
6. 眼科（施設名）
、電話

保健福祉

1. 保健センター（施設名）
、電話
2. 保育園・幼稚園（施設名）
、電話
3. その他

小児救急市民公開フォーラム

—小児救急の大切さを皆で考えよう！—



2004年12月5日（日） 13:00～17:00
日本薬学会長井記念館

主催：社団法人日本小児科学会
共催：厚生労働省 衛藤義勝研究班
後援：日本医師会・社団法人日本小児科医会
社団法人日本小児保健協会
日本小児外科学会

目次

・挨拶	・・・・・・・・	1
衛藤 義勝	日本小児科学会 会長 厚生労働省衛藤義勝研究班 班長	
・挨拶	・・・・・・・・	2
中澤 誠	日本小児科学会 小児救急担当理事	
・厚生労働省 衛藤義勝研究班の調査報告	・・・・・・・・	4
渡部 誠一	土浦協同病院小児科	
・一般市民の立場から	・・・・・・・・	11
おちとよこ	横浜市民・医療福祉ジャーナリスト	
・報道から見た小児救急	・・・・・・・・	19
鈴木 敦秋	読売新聞東京本社 編集局社会保障部	
・東京都としての取り組み	・・・・・・・・	27
海谷 智徳	東京都福祉保健局救急災害医療課小児救急医療担当	
・保健師による電話相談	・・・・・・・・	35
本田 浩子	東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課母子保健係	
・地域の内科系開業医との連携（鹿屋方式）	・・・・・・・・	40
松田 幸久	まつだこどもクリニック、鹿児島県鹿屋市	
・救急病院から	・・・・・・・・	47
稲毛 康司	日本大学医学部付属練馬光が丘病院小児科	
・小児救急における小児外科の役割	・・・・・・・・	56
岩中 督	埼玉県立小児医療センター外科	

挨拶

衛藤 義勝 日本小児科学会 会長

厚生労働省衛藤義勝研究班 班長

小児科学会の会長をさせていただいております衛藤でございます。本日は皆様方大変お忙しいところ小児救急市民公開フォーラムにおいていただきまして誠にありがとうございます。

ご承知のように小児救急というのは、国民的な大きな課題でありまして、いまや行政にとっても非常に大きな目標になっております。小泉内閣もこの件に関しましては、大変力を入れ、いろいろご援助して頂いております。

本日は日本小児科学会が主催させて頂きまして、中澤理事ならびに藤村理事が中心になり、この会を企画させて頂きました。まだまだ我が国の小児救急体制というのは十分ではないということは良くご存知だと思いますが、小児救急、子供の命をいかに守るかということで、小児科学会といたしましては3年前からこのプロジェクトを推進してまいりました。子供さん方がいかに良い救急医療を受けられるか、そういう体制作りを小児科学会では提案してこのモデル案を作成しています。小児科学会だけではもちろんこの大きな事業を推進することは無理でございまして、行政、各地域の行政、あるいは厚生労働省や日本医師会、日本小児科医会、様々な方々のご援助ならびに国民の皆様方のご援助を頂いて、この大きな大事な仕事を進めていきたいというふうに思います。

本日は講演をして頂く市民の方々、関連の先生方、あるいは関連の保健士の方々、様々な方々にその立場においてお話していただきますが、よろしく最後までお願いしたいと思います。

挨拶

中澤 誠 日本小児科学会 小児救急担当理事

私は小児科学会の理事で小児救急担当と言うことでこのお世話をさせて頂いております、東京女子医科大学の中澤と申します。本日は小児救急市民公開フォーラム、小児救急の大切さを皆で考えようという事で、東京では3度目になりますが皆様方と一緒に小児救急を考えていきたいと思っております。テーマといたしまして、誰が担うかにかに利用するかというような、両方の視点から捉えたいと言う事でこういうテーマを掲げさせて頂きましたけれども、今日一日だけの討論の中で解決できるとは思っておりませんが、何か皆様方からのサジェスションなりを頂ければ非常にありがたく思っております。

小児救急公開フォーラムのプログラムの冒頭に私の文章を少し書かせていただいておりますので、まずそれを少しお話してから会を始めさせて頂きたいと思っております。小児救急っていうのはなんぞやという疑問がいつも起こってくる訳でございます。救急という場面は皆様方テレビのER等でご覧の本当に救急という事もあれば、日本医師会のこの問題に対する報告書がございますが、その定義によりますと親御さんが保護者の方々が緊急とか、救急とか感じたもの、それがすべて救急であるというふうな非常に広い意味で解釈をしている訳でございます。これは実は夜中に子供さんの容態が急に変わったというそういう不安をかかえる方々にとって、医療提供者としては非常に優しいスタンスにたったものであろうと考えています。ただこの定義を元にしますと小児救急の現場で叫ばれていますように、1次の熱あるいは本来ならば我々の側からすると軽傷だといわれる患者さんがたくさん来られる訳ですが、真の救急、ER型の救急とそういう1次診療の先生の境がなくなってしまった、しかも時間的にはだんだんと24時間診療態勢、私ども厚生労働省からお金を頂きまして、どの時間帯に患者さんが来られたか、時間外に来られたかという研究を調査していますと、大都市では30パーセントがいわゆる23時から朝の8時まで、私たちが深夜帯と呼んでいる時間に来ます。それは後ほど渡辺先生からもご説明があるかもしれませんが、だんだんと本当の意味での24時間診療に近づきつつある訳でございます。そこで提供する側とのバランスが崩れてしまったということでもあります。この原因は非常に複合的であるということは私どものなかではよく議論されるところでございますが、そのことに関してやはり皆様方にも知っていただきたいということでもあります。私どもとしましては、24時間365日質の良い小児科医療を提供したいということがございますが、私ども小児科医、あるいは小児医療関係者は限りある資源というふうにとらえて頂くと、いかに利用するかということがテーマになってくる、私たちがあるいはいかに担うかということがテーマになってくるだろうというふうに考えた訳でございます。こういうものを今日答えが出ると思っておりますが、この問題を共有して討論して頂きたいと思っております。最初は先ほどお話ししました調査の結果、それから報道の視点から捉えて頂きたいと思っております。

子どもを大切にできる社会ということ、私、小児科をやっておりましてこの国は本当に将来を担う子どもを大切にしているのだろうかということもいつも感じます。そういう意味で子育ての終わった方もそういう視点で日本あるいはこの国を捉えて頂いてその一つとして小児救急が問題化されているんだろうと思っておりますし、そういう意味でこの問題を突破口にして子どもに優し

い日本を作っていくというちょっと大風呂敷かもしれませんが、ある意味では高いあるいは遠い将来を見据えて運動をしていきたいと私どもは考えております。私もこういう会を続けてやらせて頂きますし、いろんところでこういう問題点を提起していきたいと思いますのでどうぞ関心を持ち続けて頂いてみんなの良い小児救急医療というものを作ることに力を合わせていきたいと思います。

一般市民の立場から

おちとよこ 横浜市民・医療福祉ジャーナリスト

みなさんこんにちは。今日は発言の機会を頂きましてありがとうございます。私は、仕事では医療や福祉の現場取材しまして、新聞や雑誌に記事を書いたり、単行本を書いたりということをしております。が、一人の母親としては、本当に不安な思いで我が子を抱いて、心臓が痛くなりながら救急車に乗ったこともございます。また、休日や夜間救急にお世話になったことも何度もございます。また昨年、一昨年と横浜市の救急医療の見直しの懇話会がございまして、市民の立場として参加しておりました。今日はジャーナリストというよりは一人の母親、そして市民の一人として、みなさんと一緒に小児救急の問題を考えていきたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

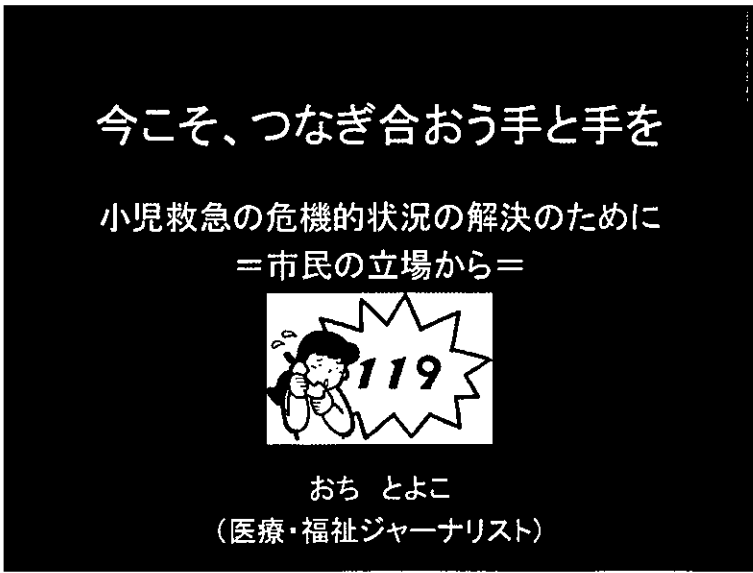


図1

まず小児救急の問題を考えますときに、私たち親の側によく聞こえてくる声がございまして。それは、救急に搬送される約6割の子どもたちは軽症、新生児や乳幼児では8割が軽症なんだから、「安易に救急車に頼る母親が悪い」とか、「救急をコンビニのように便利に使われてはたまらない」、「まったく近頃の親と来たら救急に熱も測ってこない」など、安易な親たちの救急利用の混乱が、本当に必要な救急を阻害しているという声です。

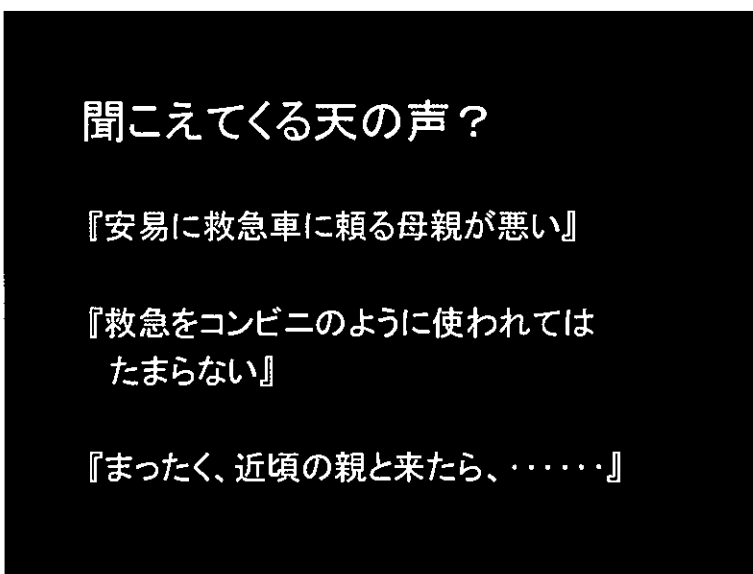


図2

確かにそういうご意見もよく分かりますが、その一言で切り捨ててしまう前に、先ほど渡部先生のご報告でもございましたが、現在の親たちが抱えている育児の問題というのをもう一度、みなさんと一緒に整理してみたいと思います。

実は今のお母さんたち、親の抱える不安は、私たち一世代前までの親たちが抱えた不安とは異質なものがあります。ここに羅列しましたが、まず今の世の中ほど育児情報が溢れ、垂れ流し状態になっている中で子育てをしている時代はないと思います。お母さんたちは子育ての合間に、あるいは子どもがちょっと寝た時に、メーリングリストを見て情報を得て、そしてチャ

ットもして、携帯でメールをうち、それから子連れで育児サークルに出かけて口コミでいろんな情報も得て、育児雑誌も読んでと、それこそ多くの情報をむさぼるように得ています。

でもその情報はといえば、玉石混交で、本当に何が正しいのか、必要な時に果たして正しい情報なのかを判断するのが難しく、人は情報が多いと思考停止になってしまうといわれますが、そういう垂れ流し情報の中で、少子化で本当に数少ない子どもを、親は「元気に、明るく、賢く」育てなければいけないという見えないプレッシャーを感じながら、日々我が子と向き合っております。

さらに、何かちょっと相談したくても核家族です。近くに相談できる

親がいたとしても、実はインターネット普及以前の子育て世代には、「伝統的な子育て観の揺らぎ」があります。今のお母さんたちに相談をされても、例えば母乳の「断乳」は今や「卒乳」と言いますし、おむつにしても、「おむつはずし」ではなく、「おむつはずれ」と言います。その都度、その都度、「えっ？、今はそんな風になっているの」と自信をなくしていますから、つつい何事かあると、「じゃあ救急に行った方がいいんじゃない」というような自信のないアドバイスになってしまうことも多い訳です。

また、今の母親たちというのは、昔のようにねんねこぼんで子どもを背負ってれば、それでお母さんとしては立派というふうにはなかなか社会的に認めてもらえません。先ほどデータでもございましたが、本当にお母さんたちも仕事をする学習をする、あるいはいろんな地域活動をしています。母親も賢く、美しく、生き生きと子育てをしなければいけないという、二重のプレッシャーを感じている訳ですね。

では唯一の頼りになる夫はどうかといいますと、今、若い方たちの労働状況というのは、かつてないほどに厳しくなっております。極端なリストラの結果、数少ない人数で非常に過酷な労働を強いられております。「育児のことまで俺には相談しないでくれよ」とか、相談されても、夫婦で一緒に共揺れしてしまうことも少なくありません。

そして、最後にもう一つ、一番母親たちが不安に思っているのは地域の小児科医の減少ということです。そこには小児科医の高齢化の問題もございます。それから今はビル開業も増えています。昼間受診をして、

現代育児事情！

☆今の母親&父親の現状は、とても過酷
“育児受難時代”

- ・多すぎる情報
- ・少子化
- ・核家族
- ・多様な価値観
- ・父親の厳しい労働環境(雇用形態の多様化)
- ・活動する母親
- ・豊かさ幻想の中の疎外感
- ・伝統的育児観のゆらぎ・共揺れ

……そして

図3

☆地域小児科の減少

- ・高齢化
- ・ビル開業
- ・夜間不在

信頼関係が築きにくい

……親の不安

図4

お薬をもらった、でもそれを飲ませたのに夜になって急に熱が上がってきた。(わあっ、こんな事でいいのかしら。先生は何も言っていなかったけれど…)、昼間診てもらったかかりつけの医師に相談したいと思っても、夜間は連絡が取れなくなってしまう。

そうした中で、かかりつけ医を探せと言われても、なかなか見つからないし、一応かかりつけ医はいると思っても、いざというときには結局、連絡が取れず、信頼関係が築きにくいという不安があります。

その結果、夜中に赤ちゃんの機嫌が悪くなったり泣きやまない、あるいは急に熱が出たというような状況が起こると、親はパニックになってしまうのです。どうしていいかわからない。そこで、分かりやすく安心な救急車、あるいは救急外来に集中してしまうという結果になります。

ですからこうした混乱は、今の育児を取り巻く社会背景の産物で、私は親だけを責められないと思います。

ただそうすると、救急現場はどうなるのかということですが、救急病院に患者が集中することで、横浜市医師会の病院部会が病院勤務医に調査したデータを拝見しましたが、中澤先生のお話にもありましたが、「夜間当直明け平常勤務」、要するに当直といっても、ほとんど救急に追われ寝てないのに、その翌日も同じように診察をしている医師が83パーセントもいらっしゃるという結果でした。なおかつ、「どれくらい連続して診療したことがあるか」のデータを見ますと、72時間以上、3日間連続勤務が22パーセント、それ以外にも本当に長期時間勤務の医師がたくさんいらっしゃいました。

そしてフリーアンサーを見ますと、「32時間ぶっ続けの勤務でミスが生じないわけがありません」とか、「当直明け翌日に通常業務のある現体制が続く限り、医療事故は無くならないと思います」と、その不安と切々と書いていらっしゃるのです。

本当に子どもが好きで小児科になられた先生方が、現場の中で一生懸命やればやるほど、どんどん疲弊していつてしまっている。その結果、一番犠牲になるのはやはり子どもたちなのです。実際に新聞を賑すような悲しい事件もたくさん起きています。そのたびに、小児救急の現場

『夜中に赤ちゃんが機嫌が悪い』
『赤ちゃんがぐったりしている』
『急に熱が出た!』

- ・どうしていいかわからない
- ・わかりやすく安心な救急車
- ・24時間連絡が取れる大病院

図5

疲弊する医師達

- ・病院への集中
- ・夜間当直明けの連続平常勤務 [83%、(72時間以上勤務22%)]
- ・疲労、睡眠不足
- ・燃えつき症候群(バーン・アウト)

…医療過誤の不安 → 犠牲になる子どもたち
…医療の質の低下 悲しい危機的状況が発生

図6

で対峙している医療者側と親たちのとの間が非常に険悪になり、お互いが角を突き合わせて「おまえが悪い」「いやそっちが悪い」と攻め合いがちです。が、考えてみれば、お互いそれぞれが犠牲者であって一番理解し合わなければならない関係にあるのではないかと思います。そういう意味では育児受難時代、そして小児科医受難時代でもあるといえます。

とは言え、社会資源は無限ではありません。それもよく分かっています。限られた社会資源を活かし、安心できる小児救急の実現にはどうしたらいいのでしょうか。私たちが何をすべきなのかを考えてみました

まず一番大事なことは、私たち親と現場の医療者が、問題の本質を理解し共有する、共通の認識を持たなければいけない、そして何よりも信頼関係をもう一度再構築しなければいけないと思います。今はあまりにも医療への不信感や不満感ばかりが前面に出てきてしまい、その基本的なベースが崩れてしまっています。

それから、小児科医の減少に是非とも急ブレーキをかけて頂きたい。実際、少子化ではありますが、変容する社会背景の中では新たに生まれ、増える医療需要があります。それらを減少する小児科医の受け皿でやっていくには限界があります。現実には、病院の中でも採算性の悪い小児科を縮小する動きがどんどん広がっています。小児科を希望する先生も少なくなっていると伺いますが、そこには希望を持って働ける労働環境もないし、診療報酬もないということが問題としてあると思います。

その点を制度的に改善できないならば、やはり小児救

『孤軍奮闘の医師達』

VS

『迷える親』

……互いに犠牲者であり、
一番理解し合わなければならない関係

図7

育児受難時代

限られた社会資源を活かし、
安心できる小児救急医療への模索

では、私たちは何をすべきでしょう

図8

1. 問題の本質の理解と共有

親と医療者が

共通認識を持ち、

信頼関係の再構築を！

図9

急や医療を不採算な政策医療としてきちんと位置づけ、希望を持って小児科をやれるというバックグラウンドを整備して頂きたいと思います。

それから小児科は特に女性の医師が多い分野ですが、京都府内の女性勤務医データでは、妊娠中の経過異常を経験した方が45パーセントもいらっしゃいました。途中で辞めていく方もたくさんいらっしゃいます。せっかくキャリアを積み、同じ母性という共通のものを持ちながら、

現場でキャリアを積んだ女性医師が失われていくのはとても大きな損失です。継続、あるいは復帰できるような支援プログラムを是非とも作って頂きたいと思います。

それから、先ほどから出ております急患と救急で混乱する救急現場の改善についてですが、先ほど「親が救急と思えば救急なんだ」と、非常に広義な解釈をして頂いているのは心強いのですが、ただ現実として、その中に本当の救急が紛れてしまい、適切な治療が受けられないのも非常に困ることです。

そこで、いくつか改善のための提案をしたいと思います。

まずは初期救急や急患の振り分けに開業医の先生方にもう少しがんばって頂きたいと思います。多くの親たちは、いつも子どもを診てもらっているかかりつけ医に、救急時もまずアドバイスを受けたいと思っています。生活スタイルの変化に合わせ

た診療時間の延長ですとか、休診日の変更、あるいは病診連携で、例えば病院の拠点救急に開業医も参加して準夜帯を応援するとか、すでにいろんな試みが各地で行われているとは思いますが、そのあたりの事例をもっと広めて欲しい。

それから二番目には、小児救急の電話相談。これは全国的に広がりつつあると聞いておりますが、先ほども7割のお母さんたちが非常に期待しているとおっしゃっていましたが、やはり混乱する情報を整理する意味ではとても効果のあるものではないかと思えます。

それから3番目には、地域ニーズに則した小児救急システムの噴水型構築を実現して欲しい。今もまだ小児救急システムのできていない地域というのが全国的に沢山残っておりますが、出来ているところでも1次、2次、3次救急は多くが形骸化しています。特に2次救急の輪番制は機能していないところもあります。今までは、上から下へのいわばシャワー型の改革だった

2 小児科医減少にブレーキを！

『増える需要』対『減少する受け皿』には限界

- ・小児科を希望する医師達が、少子化でも希望を持って働ける、働き続けられるシステムを
- ・不採算政策医療としての位置づけと保障
- ・女性小児科医がキャリアを継続できる母性保護や育休・職場復帰プログラム

図10

3 急患と救急で混乱する救急現場に5つの提案

1. 初期医療を担う開業医への期待
2. 小児救急『電話相談』
3. 地域ニーズに即した小児救急システムの『噴水型』構築
4. わかりやすい親切な情報
5. 事故やインシデントを生かす自浄サイクルと情報公開

図11

と思うのですが、もうそういう時代ではないと思います。やはりそれぞれの地域に則した社会資源やニーズに基づいて、これからは下から、特に現場の先生やお母さんたちの声、そういうものをきちんと反映した噴水型の小児救急システムを整備していかないといけない。

それから4番目には分かりやすい親切な情報提供が必要です。これは特に行政にお願いしたいと思いますが、今回も「救急のかかり方」というとてもいい冊子が出来ているので、こうしたマニュアルも含めて情報をきちんと分かりやすく伝える義務が行政にはあると思います。たとえば、「救急の2次、3次に勝手に来るな」と言われても、親たちは分かりません。情報はきめ細かくわかりやすく出して頂きたいなと思います。

それから5番目に事故やインシデントを生かす自浄サイクルと情報公開と書きましたが、これまでも本当に悲しい医療事故がたくさん起きてしまっています。その親たちにとっては、その事故はもちろん悲しく辛いことですが、その教訓が生かされず、また繰り返されるというのは二重に悲しいことなんですね。こうした問題が起きると、魔女狩りのようにどこかに責任を見つけ出して終りにするのではなくて、どうすれば再発を防げるのか、もっと根本の問題をきちんと解明し、生かしていくような自浄サイクルと、きちんとした情報公開が求められます。

市民の側も、そうした情報をただ単に、「あそこの病院が悪い」「あの医師が悪い」と短絡的に受け止めるのではなく、もっと根本的な問題をきちんと見据え、問題解決に結びつけていかなければならないと思っています。

最後になりますが、小児救急の危機というのは、単に救急だけでなく、まさに先ほどの話にもありましたが、前日寝ないで翌日も診続けているという通常の小児医療の危機でもあるわけですね。それはとりもなおさず日本型のとても素晴らしい医療の危機でもあります。

私たち親は、疲れ果ててボロボロになった医師の犠牲のもとに成り立っているような小児救急システムに、大事な子どもの命を預けたくは決してないのです。現場の先生方には、きちんと勉強もでき、生活もできて、健康も損なわれないような状況で、いい医療を提供して頂きたいと思っています。

今こそ原点に立ち返りと言うこと

ですが、救急というのは、「適切な選別の元に、適切な場所で、適切な時間内に、適切な医療を受ける」ということが原則だと思うのです。そこで今、救急現場が混乱している中で、こうした原則を取り戻すには、親がやるべき事もたくさんあります。親も一緒に学びながら、例えば救急のときはどういう風にかかったらいいのかとか、育児の観察力や看護力のアップとか、基本のチェック項目を知っておくなど親がやるべき事もたくさんあります。また開業医の先生方に分担して一生懸命やって頂かなければいけないこと、拠点の病院がやらなければならないこともあると思います。が、何よりも私が是非とも言いたいのは、国や自治体がやらなければならないことはとてもたくさんあるということです。

おわりに

● 小児救急の危機は、小児医療の危機

・私たちは疲れ果てボロボロになった医師達の犠牲で成り立つ小児救急に大切な子どもたちの命を預けたくはありません

● 今こそ、原点に立ち返り、...

・親がやるべき事
・開業医がやるべき事
・病院がやるべき事

・・・そして、国や自治体がやらなければならない事！

● 『シャワー型改革』から『噴水型改革』へ

図12

小児救急の予算は、年間たった17億円です。それで「子どもの命が大切だ」、「少子化は大変だ」と国は言っているけれど、本当に子どもの命を大切に、子どもの医療は大切だと思っているのか、それがたったその金額なのだろうかと思ってしまう訳ですね。

ここに「シャワー型改革から噴水型改革へ」と書きましたが、そういう意味でも、今までような上から下へ、僅かばかりの補助金をばらまくような形ではなく、本当にこの改革のために何が必要なのかを下からそれぞれの自治体ごとにきちんと上げ、それを国や行政がフォローし、人とお金とモノを必要な所にきちんと付けていくことがとても必要なのではないかと思います。

すいません最後にもう一つ、そしてとにかく今日、私が一番お伝えたいのは、親と医療者が手をつなぎあう事が、そのためにも必要不可欠なことだということです。ですから本当にこういうフォーラムも、とても大事だと思いますし、それから地域ごとに例えば親と医療者が手を結ぶ会といったワーキングですとか、勉強会ですとか、そういうものを本当にこまめに作り上げていながら、下から上へ声を上げて、共によりよい小児救急システムが出来たらいいなと思っています。

ありがとうございました。

(PowerPointの作成に当たっては、神奈川県立こども医療センター救急診療科部長 梅原実先生にご協力をいただきました。この場をお借りして御礼申し上げます)



親と医療者が手をつなぎ合う
事が必要不可欠な第一歩！

図13

厚生労働省 衛藤義勝研究班の調査報告

渡部 誠一 土浦協同病院小児科

土浦協同病院の渡部です。小児救急受診行動の調査結果をお話します。

まず背景ですが、従来小児救急では医療提供者側の問題点が論じられてきました。小児科医不足、小児医療の不採算性、小児科医療施設と小児科ベッド数の減少、時間外に小児科医の診療を求め質の高い医療を希望する傾向、患者が集中して受け入れ不能・処理不能が起こる、小児科医師の負担が増して疲弊し限界へ達しているということです。先ほど中澤理事からお話がありましたように本研究班では患者家族のニーズ、需要と医療提供者の供給のアンバランスの視点から見まして、患者家族の小児救急医療へのニーズを明らかにするために、受診行動のアンケート調査を行いました。これは患者家族のニーズへの対応をこれから検討することと、小児医療供給体制の改革の基礎資料とすることが目的です。

2004年1月19日から25日までの1週間に、全国48医療機関で調査を行いまして、全部で4,949名の方のアンケート調査結果を収集できました。対象は、地区別で北海道、東北、関東、関西、中国、四国、九州の6地区で、都市では大都市、中都市、小都市、過疎地と4つに都市サイズを分類しました。だいたい4:3:1対の割合になります。以下解析していきます。

年齢の子供たちが受診するかということですが、2歳までが41.0%、5歳までが68.2%と乳

小児救急受診行動調査報告 2004/01/19-25

厚生労働省研究班
渡部誠一、中澤 誠、衛藤義勝(班長)、市川光太郎、
森 俊彦、田中 篤、舟本仁一、古川正徳



図1

背景と目的

- 従来医療提供者側の問題点が論じられてきた。
 1. 小児科医不足と小児医療の不採算性。
 2. 小児科医療施設・小児科病床数の減少。
 3. 時間外に小児科医の診療・質の高い医療を希望。
 4. 患者が集中して受入不能・処理不能が起こる。
 5. 小児科医師の負担が増して疲弊し限界へ。
- 需要(患者・家族のニーズ)と供給(医療提供者)のアンバランスの視点からみる。
 1. 「患者・家族の小児救急医療へのニーズを明らかにする」ために、受診行動のアンケート調査を行う。
 2. 患者家族のニーズへの対応を検討する。
 3. 小児医療供給体制改革の基礎資料とする。

図2

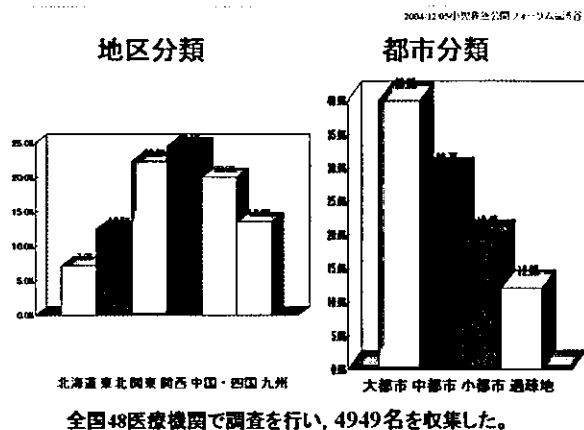


図3

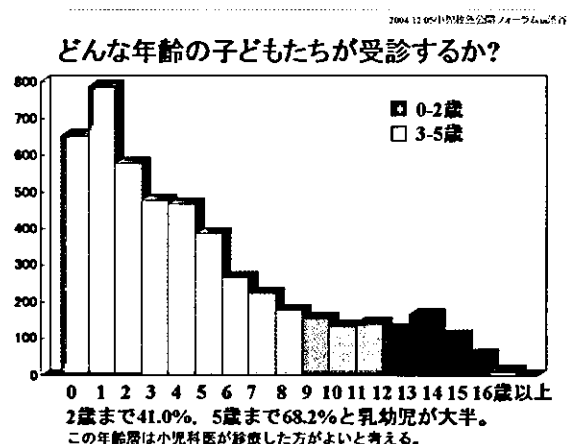


図4

幼児が大半を占めています。この年齢層は小児科医が診療したほうが良いと考えます。

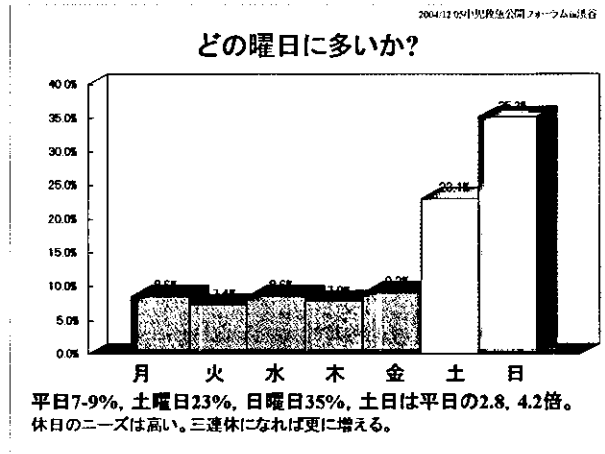


図5

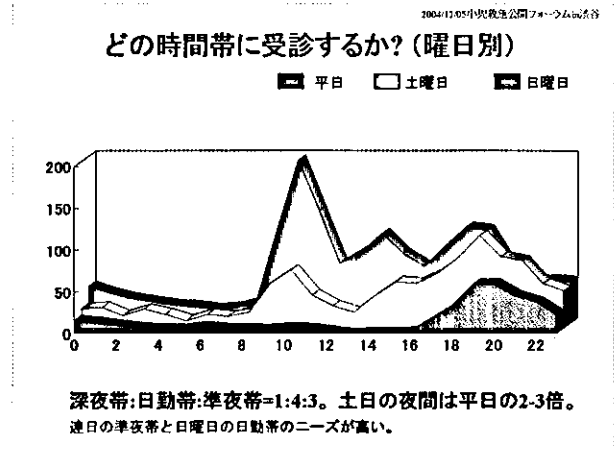


図6

どの曜日に多いかを見ますと土曜日が23.1%、日曜日が35.2%で、土日の週末に集中しています。休日のニーズが高いことがわかります。今回は三連休ではなかったのですが、三連休になればさらに休日の受診が増えると思われます。

これは時間帯に分けています。時間帯ごと1時間ごとに受診患者数をプロットしまして、平日と土曜日と日曜日に分けました。どの時間帯に受診するかということを見ますと、深夜帯は少なく土曜日日曜日の日勤帯も非常に増えます。特に日曜日の日勤帯が増えます。それと、準夜帯が平日も土曜日も日曜日も非常に多くなります。割合としては深夜帯が1に対して日勤帯が4、準夜帯が3の割合になります。土日の夜間帯は平日よりも2倍から3倍に増えています。ということで、平日の準夜帯と日曜日の日勤帯のニーズが高い事がわかります。

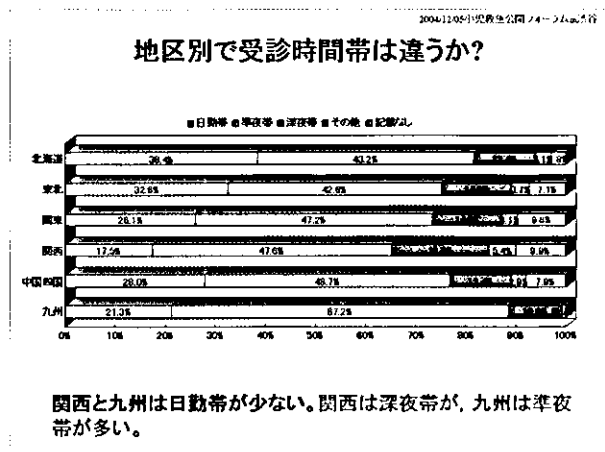


図7

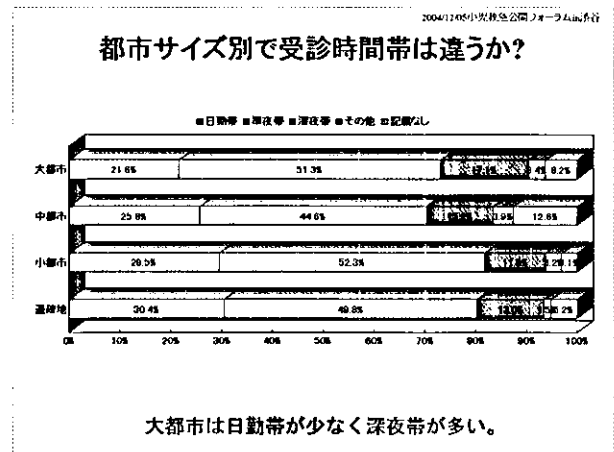


図8

これを地区別で受診時間帯が違うかを見ますと、関西と九州は日勤帯が少なく関西は深夜帯が九州は準夜帯が多い傾向があります。

都市サイズ別で受診時間帯が違うかを見ますと、大都市は日勤帯が少なく深夜帯が多いということで先ほど中澤先生のお話にもありましたように、大都市は深夜帯が多くなります。

これは兄弟の順番と兄弟数をアンケート調査の中で聞きました。そうしまして、例えば一人目の兄弟の一人目の子が何人いてその中で何人が受診したかという受診率を算出しました。そうしましたところ、一人目の子が53.1%、二人目は49.6%、三人目は47.6%、四人目は44.9%

兄弟順番は受診率に影響するか?

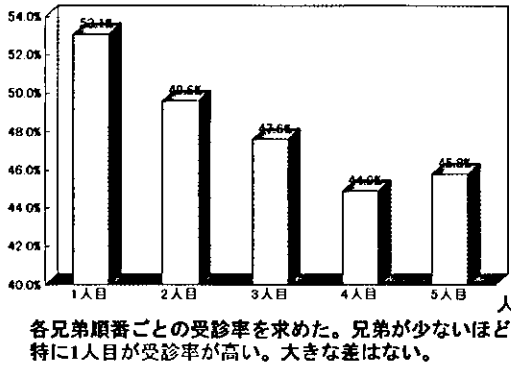
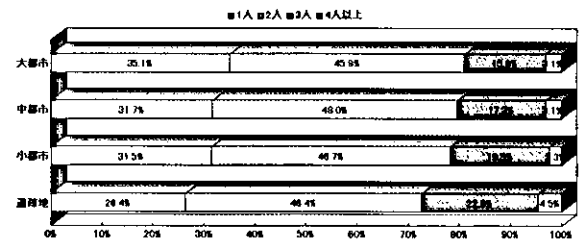


図9

都市サイズ別の兄弟数



大都市は兄弟数が少なく、過疎地は多くなる。そのために大都市は受診率が高くなると思われる。

図10

と兄弟順番ごとに受診率を求めますと、兄弟が少ないほど特に一人目の子ほど受診率が高くなります。53%と45%ですからそう大きな差はないのですが、やはり一人目の子は不安がることで多く、受診率が高くなります。

都市サイズ別の兄弟数を見ますと、大都市は兄弟数が少なく一人二人の兄弟数が多くなります。過疎地は二人目三人目が多くなります。そのため大都市は先ほどのことから見ても受診率が高くなると思われれます。

交通手段、来院にかかる時間、直接受診について調べました。交通手段は自家用車が84.3%、タクシーが6.7%でほとんど車を使っています。交通網の整備が小児救急には大変重要だということがわかります。来院にかかる時間は15分以内が43.4%、15分から30分が43.4%、30分から1時間が11.5%、1時間以上は1.0%です。20分から30分で距離としては20-30kmになるのでしょうか、この距離は受診可能と思われれます。来院にかかる時間は大都市で長めで、小都市、過疎地で短めになります。他機関を受診してからかあるいは直接受診してからかを調査しますと、直接受診した方が73.6%で他機関を受診しないで直接救急外来にいらしている方が3/4おりました。

都市別の来院にかかる時間は、大都市の方が時間がかかりまして、15分から30分の方が多いです。小都市、過疎地は距離にして比較的時間がかからない、アクセスが良いということで短くなります。

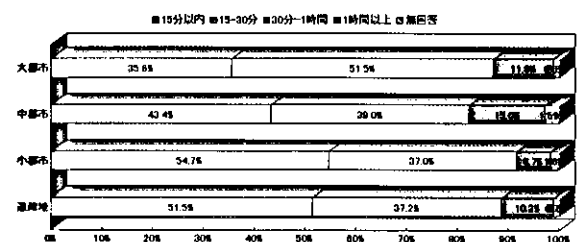
母親の就労が時間外受診の要因になるかということのアンケート調査ですが、親の仕事、あるいは親の用事で時間外に受診したかとい

交通手段, 来院にかかる時間, 直接受診

- 交通手段
 1. 自家用車84.3%, タクシー6.7%, 自転車5.8%, 徒歩1.0%, 救急車1.4%で、自家用車がほとんど。交通網の整備が小児救急には重要。
- 来院にかかる時間
 1. 来院にかかる時間は15分以内43.4%, 15-30分43.4%, 30分-1時間11.5%, 1時間以上1.0%
20-30分, 20-30kmの距離は可能と思われる。
 2. 来院にかかる時間は大都市は長めで、小都市・過疎地は短い。
- 他機関を受診してからor直接受診
 1. 他機関受診23.4%, 直接受診73.6%=3/4。

図11

都市別の来院にかかる時間



大都市の方が時間がかかる。小都市・過疎地は比較的良い。

図12

う設問です、27%の方が親の仕事、用事で時間外を受診したと答えております。ただし、理由なしの方が多くて、設問としては難しかったようです。あともう一つは母親の就労率の調査をしようと思いましたが、プライバシーの問題でこれは調査をやめております。

受診した動機がどれかということですが、急病で不安が66.3%、明日まで待てないという方が44.3%、早く薬を与えたい薬をもらって与えたいという方が27.2%で、急病で不安とか早く治療したいという方が合わせて70-80%と大半を占めます。あと小児科専門医療を希望している方が22.0%、2次救急レベルのさらに高度な医療レベルを求めて来る方が15.7%、良くならないのでという方が10.9%ありまして、30-40%の方が専門医療、高度の医療を求めております。

次に受診理由・心配な症状を聞きましたところ上位10位までが88%で、発熱39.1%、嘔吐12.7%、インフルエンザあるいはインフルエンザが心配という方が10.8%、咳嗽・喘鳴が9.9%、腹痛が4.7%、発疹が3.2%、痙攣があるいは痙攣が心配という方が2.6%などでした。患者家族が不安に思う症状は発熱、嘔吐、咳嗽・喘鳴、腹痛、発疹などでして、これらの情報提供が重要なこととなります。通常勤務帯で小児科医による教育指導をさらに充実させてこのような症状の処置、対応について指導すること、あるいはパンフレットやホームページで

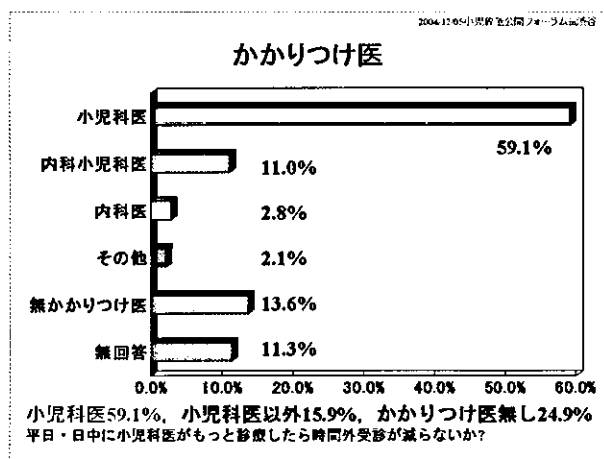
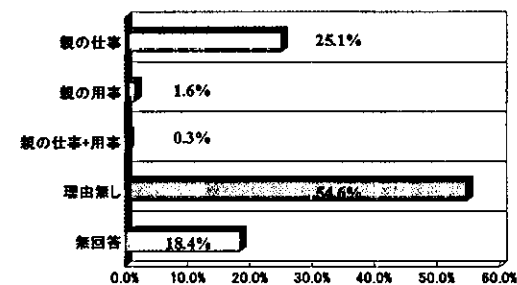


図16

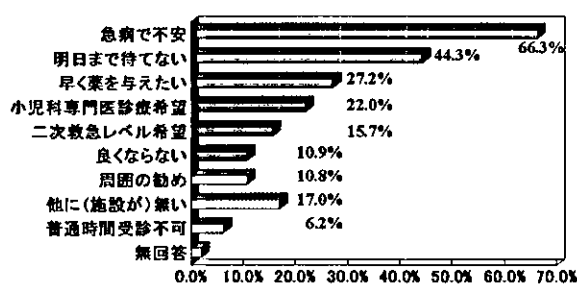
母親の就労は時間外受診の要因になるか？



親の仕事・用事で時間外受診した者が27.0%で、救急外来利用の一因になっている。
理由なし・無回答が多く、十分に答えていない。母親の就労率は調査不可。

図13

受診した動機はどれか？(複数回答あり)



急病で不安・早期治療希望70-80%と小児科専門医療・より高度の医療レベル希望30-40%が多い。

図14

受診理由:心配な症状

- 上位10位まで、88%
 1. 発熱39.1%、嘔吐12.7%、インフルエンザ+インフルエンザが心配10.8%、咳嗽+喘鳴9.9%、腹痛4.7%、発疹3.2%、痙攣+痙攣が心配2.6%、下痢2.2%、頭痛1.9%、耳痛1.5%
- 患者家族が不安に思う症状
 1. 患者家族の不安な症状は発熱、嘔吐、咳嗽・喘鳴、腹痛、発疹などであり、これらの情報提供を。
通常勤務帯で小児科医による教育・指導を更に充実させる。パンフレットやホームページでの情報提供を。
 2. インフルエンザが心配で受診10.8%と大きな要因になっている。
インフルエンザ診療についての対策・ガイドラインが必要

図15

の情報提供がこれから必要になると思います。インフルエンザが心配・あるいはインフルエンザで受診した方が10.8%と比較的目立ちました。インフルエンザ診療に対する対策とガイドラインが必要になると思います。

かかりつけ医は小児科医が59.1%、小児科医以外が15.9%、かかりつけ医無しが24.9%でした。4割の方は小児科医ではなかった訳で

す。平日日中に小児科医がもっと診療したら時間外の受診を減らせるのではと考えます。また後で考察します。

救急医療施設をどうして知ったか、情報をどうして得たかですが、かかりつけ医に言われてという方が最も多く27.7%、知人親戚に言われて23.0%、自治体情報誌を見て20.6%、母子手帳を見て7.7%、情報センターに聞いて5.7%などです。かかりつけ医が最も多くて、日常の診療でかかりつけ医が小児科医の居る救急外来を受診するようにと指導していることがわかります。知人親戚が23%と多く、不安になりますので人に聞いて答えを求めたいということがやはり多いように思います。情報センターは十分に機能していません。インターネットは少数でした。

今後、インターネットや携帯電話を利用するかということでは、インターネット・携帯両方が20.5%で、携帯電話のみが26.2%、インターネットのみが18.7%でした。合わせて66.4%がインターネットか携帯電話を利用すると答えています。

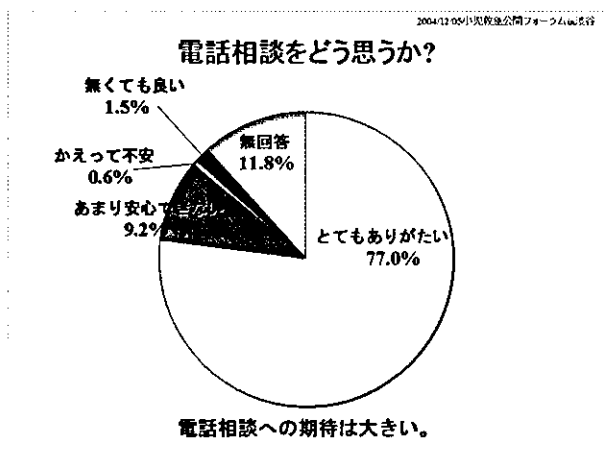


図19

電話相談をどう思うかということについては、とてもありがたいという方が77.0%で8割近くの方が電話相談について大きな期待を持っています。

診療医師による診断、重症度、予後判定をアンケート調査の中で行いました。診療医師に診療終了時に記載してもらいました。診断名は上気道炎が36.4%、インフルエンザが19.1%、胃腸炎が17.8%の3疾患が大半を占めました。以下、気管支炎、肺炎、気管支喘息、喘息気管支炎、中耳炎、細気管支炎、熱性痙攣等です。重症度は軽症が61.3%、中等症は29.3%、重症が1.4%でした。ただし、この重症度の点では最初に最初のところでお話ししませんでした

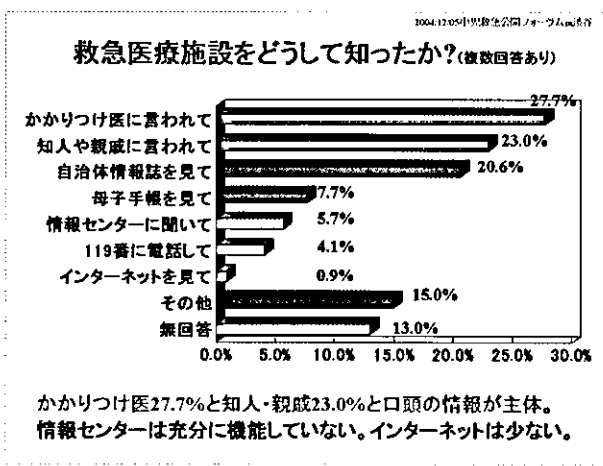


図17

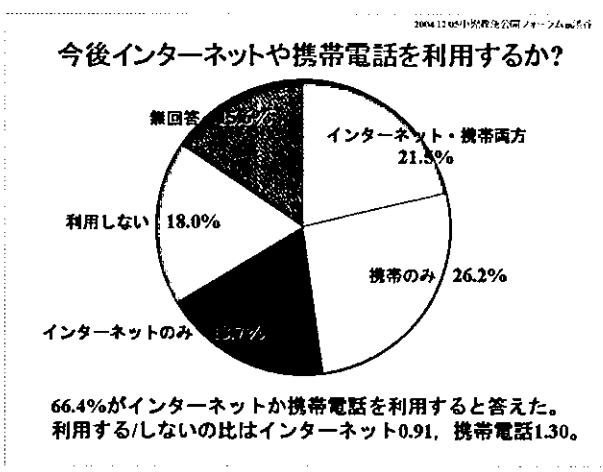


図18

- 診療医師による診断・重症度・予後判定
- 診断名
 1. 上気道炎36.4%、インフルエンザ19.1%、胃腸炎17.8%の3疾患が大半を占める。
 2. 以下、気管支炎・肺炎3.7%、気管支喘息・喘息気管支炎3.7%、中耳炎、細気管支炎、熱性痙攣など。
 - 重症度
 1. 軽症61.3%、中等症29.3%、重症1.4%
 - 予後
 1. 急患59.3%、通常入院2.7%、重症入院0.2%
 2. 受診不要と判定された者が28.3%あった。
 3. 受診不要例に対する検討を追加した。

図20

けれども、救急車搬送や重症の場合にはアンケート調査を省いてすぐ診療することにしたので、重症の方が最初から省かれている可能性はあります。予後ですが、急患 59.3%、通常入院 2.7%、重症入院が 0.2% でした。受診不要と判定されたものが 28.3% ありました。続いて受診不要例に対する検討を追加して行いました。

受診不要例ではどんな傾向があるかですが、中都市で少なく 22.6%、過疎地で多く 35.0%、関西で少なく 15.9%、北海道、中国、四国、九州で多く、36-38% でした。土日、金土日曜日の週末に多くなり、32-32% でした。深夜帯は少なく 21.6%、日曜日の日勤帯が多くなり、33.0% でした。年齢、兄弟順番、かかりつけ医では差はありませんでした。受診動機では普通の時間に受診できないという方、薬が欲しい、薬を早くもらって与えたいという方がそれぞれ 36.1%、33.3% で比較的多かったです。施設認知方法の中では、インターネットを見て、知人や親戚に言われて、母子手帳を見てが、それぞれ 44.8、37.6、37.5% と多かったです。かかりつけ医が前述の施設認識方法として最も多いのですが、かかりつけ医は受診不要例の中には出てきませんでした。このことから、かかりつけ医はきちっとした情報を伝えて有効な情報になっているのだと思います。従ってかかりつけ医に通常時間に多くを診療して、情報提供と指導を行うことが、不要な受診を減らすために有用であると思われます。

まとめます。小児科時間外診療の受診状況ですが、乳幼児 6 歳未満が約 70% と大半です。一人目の子供が 55% と多くなります。育児不安を示していると思います。大都市では兄弟数が少なくなります。土日曜日が 60% を占めており、休日連休の問題があります。小児の急病では連休はそぐわないように思います。日勤帯、準夜帯、深夜帯は、4:3:1 で準夜帯が多くなります。関西と九州は日勤帯が少なく、関西は深夜帯が、九州は準夜帯が多くなります。大都市は日勤帯が少なく、深夜帯が多くなります。準夜帯の対応も今後大きな問題です。交通手段は 84% が自家用車で都市別で大きな差はありません。交通網の整備、有料道路の再検討が必要だと思います。来院に要する時間は、87% が 30 分以内で、大都市は 15-30 分が主でした。小都市が最も短くなります。

受診行動調査では、親の仕事・用事のために時間外に受診したものが 27% でした。母親の就労率を求めることはできませんでしたが、時間外受診の大きな一因になると思われます。受診動機は、急病で不安、早期治療希望が 70-80% と大半で、小児科専門医の医療、高い診療レベルを希望するものが 30-40% でした。急病の不安、子供に早く薬を与えたいというものが多くて、小児科専門医の医療、高い診療レベルを求めて来院している受診行動がわかります。か

受診不要例の検討

- 受診不要例はどんな傾向があるか？

 1. 中都市で少なく(22.6%)、過疎地で多い(35.0%)。
 2. 関西で少なく(15.9%)、北海道・中国四国・九州で多い(37.9, 35.9, 36.8%)。
 3. 金土日曜日の週末に多い(31.6, 30.7, 31.7%)。
 4. 深夜帯は少なく(21.6%)、日勤帯は多い(33.0%)。
 5. 年齢、兄弟順番、かかりつけ医では差はない。
 6. 受診動機が「普通時間に受診できない」、「薬が欲しい」では多い(36.1, 33.3%)。
 7. 施設認知方法が「インターネットを見て」、「知人や親戚に言われて」、「母子手帳を見て」では多い(44.8, 37.6, 37.5%)。

休日に多い。インターネットや知人からの情報は？

図 2 1

まとめ 1

- 小児科時間外診療の受診状況

 1. 乳幼児(6歳未満)が約70%と大半。
 2. 1人目の子どもが55%と多い。→育児不安を示す？大都市は兄弟数が少ない。
 3. 土日曜日が60%を占める。→休日・連休の問題あり。小児の急病に連休はそぐわない。
 4. 日勤帯:準夜帯:深夜帯=4:3:1で準夜帯が多い。関西と九州は日勤帯が少なく、関西は深夜帯が九州は準夜帯が多い。大都市は日勤帯が少なく深夜帯が多い。→準夜帯の対応も大きな問題
 5. 交通手段は84%が自家用車で、都市別で大きな差はない。→交通網の整備、有料道路の再検討
 6. 来院に要する時間は87%が30分以内。大都市は15-30分間が主。小都市が最も短い。

図 2 2