

かりつけ医は小児科医が59%でした。通常業務時間帯での小児科医の診療をもっと充実すべきと思われます。地区別では関西が、都市別では小都市が、小児科かかりつけ医が少ない傾向でした。

小児救急医療機関体制からの情報提供については、かかりつけ医や知人、親戚に聞いて受診する者が多いことがわかりました。自治体情報誌はよく活用されており、情報センターは活用されていません。インターネット見てくるものは今のところまだ少ないです。今後携帯電話やインターネットを利用したいものは66%と多く、電話相談への期待度は非常に高いことがわかりました。診断と予後は、インフルエンザ、上気道炎、胃腸炎がほとんどでした。受診不要と判定したものが28%でした。

インフルエンザが心配で受診する方が多く、ちょうどインフルエンザの流行期に重なったことが一因と思われますけれども、患者家族の大きな不安になっていることは事実です。今後指針を示すべきと思われるので、少しだけ私見をお話しておきます。これは学会の意見ではありません。インフルエンザ迅速診断検査は発熱後12-24時間に行うと疑陰性が非常に多くなります。タミフルを1日服用しても検査に影響はありませんし、48時間以内に服用開始すると効果的です。インフルエンザらしければ1日分服用して翌日検査を受けるのであればよろ

終わりに 小児科医は働きながら子育てする女性を応援します。

1. 日本は深刻な少子化が進行しており、女性の就労率上昇は避けられない。子育て支援の一環として小児救急医療サービスは必要である。しかし、医療提供側の小児科医が減少し疲弊している。
2. 受診行動調査を分析して幾つかの知見を得た。
3. 相互理解が大切であり、「医療者から患者家族への情報提供」と「小児救急医療供給体制の再考(特に休日)」と「患者家族側が医療体制を理解して上手に利用する。小児科医のかかりつけ医を作り、通常時間によく相談する。平日は準夜帯のなるべく早い時間に、休日もあるべく日勤帯に受診する等。」が効率よい優れた小児救急医療体制の構築のために必要と考えます。

ご静聴ありがとうございました(産部)。



図26

## まとめ2

- 受診行動調査
  1. 親の仕事・用事のために時間外に受診した者は27%→母親の就労率を求めることはできなかったが、時間外受診の一因であると思われる。
  2. 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者が30-40%であった。→「急病の不安、子どもに早く薬を与えたい」が多い。小児科専門医の医療・高い診療レベルを求めて来院する。
- かかりつけ医
  1. 小児科医がかかりつけ医が小児科医59%、小児科医以外16%→通常業務時間帯での小児科医診療の充実を。
  2. 地区別では関西が、都市別では小都市が小児科医かかりつけが少ない。

図23

## まとめ3

- 小児救急医療機関・体制の情報提供
  1. かかりつけ医や知人・親戚に聞いて受診する者が多い。→通常業務時間帯でのかかりつけ医による患者指導は大切。医師自らも救急時に小児科医受診を指導している。
  2. 自治体情報誌は活用されているが、情報センターは活用されていない。→情報提供方法を再検討を。
  3. インターネットを見て来る者は少ない。
  4. 今後、携帯電話やインターネットを利用したい者66%
  5. 電話相談への期待度は高い(77%)。
- 診断・予後
  1. インフルエンザ・上気道炎・胃腸炎がほとんど(73%)
  2. 診療終了時に受診不要と判定した者が28%あった。

図24

## まとめ4

- インフルエンザへの対応が必要
  1. 「インフルエンザ+インフルエンザが心配」が10.8%
  2. 「痲疹を起こさないか心配。」が1.0%
  3. 調査時期がインフルエンザ流行期に重なったことが一因だが、患者家族の大きな不安になっている。今後、指針を示すべき。

インフルエンザを疑ったら(私見)  
 発熱後6-12時間迅速診断検査の採行が多い。  
 タミフルを1日服用しても検査に影響はない。  
 48時間以内に服用開始すると効果的。  
 インフルエンザらしければ1日分服用して翌日検査を受けるのを勧める。

図25

しいと思います。

最後です。小児科医は働きながら子育てする女性を応援しております。日本は深刻な少子化が進行しており、女性の就労率の上昇は避けられません。子育て支援の一環として小児救急医療サービスは必要です。しかし、医療提供側の小児科医の減少し疲弊しております。今回受診行動調査を分析していくつかの知見を得まし

た。相互理解が大切であり、医療者から患者家族への情報提供、それと小児救急医療体制の再考、特に休日についてはニーズが高いので再考が必要だと思います。患者家族側が医療体制を理解して上手に利用すること、小児科かかりつけ医を作って、通常時間によく相談して情報を得ておくこと、平日は準夜帯のなるべく早い時間、休日もなるべく日勤帯に受診すること等が、効率が良いすぐれた小児救急医療体制の構築のために必要だと考えております。

以上です。ご静聴ありがとうございました。

# 報道からみた小児救急

鈴木 敦秋 読売新聞東京本社 編集局社会保障部

<はじめに>

よろしくお願いします。

読売新聞社の会保障部で医療問題を担当している、鈴木敦秋と申します。最近、小児救急関係の記事をかなり書いております。今日は、先ほど発言されたご家族たちのことも踏まえてお話をさせて頂こうと思っております。

小児救急。本当に複雑で深刻、かつ実態が見えにくい問題です。24時間体制と、救えるはずの命を確実に救っていく体制の両方が、同時に求められています。でも、それを実現するにはあまりにも課題が多いのです。

子供の3分の1が年に1回は小児救急を利用する、夜間の病院に子供が殺到している、その9割は軽症である。一方で、小児科医が足りず、病院の小児科医の過労は深刻です。加えて、不採算のため、86年から96年の間だけで、全国に3,800あった小児科がある病院は約1割減りました。病院も儲かっていた時代は良いのだけれど、今は7割が赤字で採算性を考えると小児科の維持は難しい状況です。小児科、特に小児救急をやっていた病院が減ると、そこの患者さん達は他の病院に押しかけ、その病院の医師の労働環境がさらに激務になっていく。まさに悪循環の連鎖なのです。

こうした問題をどう捉えるか。患者側から見たとき、行政側から見たとき、あるいはメディア側から見たとき、医師の側から見たとき……と、もしかしたらそれぞれの見え方が違っているのかもしれない。

ただ一つ言えることがあります。制度の歪みとかシステムの矛盾は、社会の一番弱いところに真っ先にダメージを与えるんです。僕は戦場取材にもかかわった経験がありますが、例えばアフガニスタン紛争の難民の中で真っ先に死んでいくのは、赤ん坊です、その次に死んでいくのはおばあちゃん。最も体力のないところ、一番弱いところから順にダメージを負っていくんですね。今の日本の医療においては、その1つが小児科であり、小児救急はその象徴ではないかと感じています。

<悲劇に直面した家族たち 中原医師>

では、今、現場でどんな悲劇が起きているのでしょうか。

これは2004年3月2日に見開きの特集で書いた記事なのですが、中原利郎さんという医師が99年8月、44歳で自分の命を絶つということがありました。その際、「小児科と経営

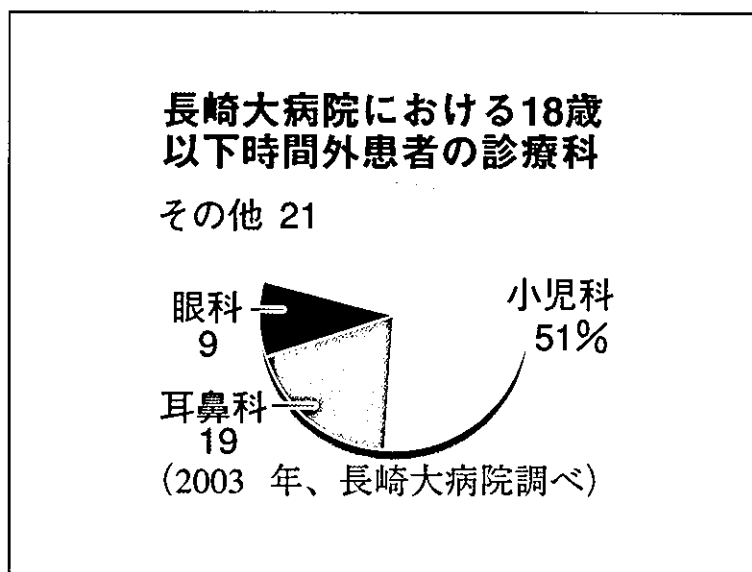


図1

効率のはざままで」というタイトルの遺書を残しています。彼の勤務先も小児救急をやっている病院で、最大月8回の当直をこなし、「オレは命を削りながら当直をしている」と言って家族の前で荒れたこともありました。ここに写っている写真は、彼の死を受けてご家族が立ち上がり、今年2月に渋谷で小児救急の現場改革を求める街頭署名をしたときのものです。仲間達も集まって3時間叫び続けたんですが、集まった大臣宛の署名はたった88通でした。先日も報道されていましたが、北海道でも男性小児科医、31歳の方がやはり突然死されて、遺族は長時間労働が原因ではないかと労災の申請を行っています。こんな話が実際にごろごろしています。全国を取材していると、小児科医の若い人たちから順にどんどん死んでいくんじゃないかっていうくらいの印象があります。

<佐藤頼ちゃん>

患者側に目をやれば、たとえば「たらい回し」の問題があります。

2つのご家族のことを話させて頂きます。

この写真の佐藤頼ちゃんは、生後7ヶ月で岩手県一関で亡くなりました。2軒の診療所にかかった後、夜間に急変し、親は病院を探して4軒も電話をかけるのですが、「小児科医がない」などの理由で受け入れ先が決まりません。やっと辿りついた民間病院で当直の眼科医に注射を打ってもらったものの、結局、脱水症状で亡くなってしまったという悲惨なケースです。眼科医はポケベルで病院唯一の小児科医を呼んだのですが、その時、小児科医は市内の居酒屋にいて気づかなかったんですね。

一関は岩手県の両磐医療圏、いちばん南にある医療圏にあります。一関も含めて9市町村、人口10万人です。その10万人の医療圏に小児科医は6人です。欧米に比べて医師の数が少ない日本では、決定的に不足しているというわけではありません。でも、小児科医たちの勤務先はバラバラで、県立磐井病院っていう基幹病院でさえ小児科医は1人という状況なんです。自分の暮らしている街がそういう状況であること、落とし穴がいっぱいあることを、両親は子供が亡くなって初めて知るんですね。

<豊田理貴ちゃん>

救急の質が必ずしも保証されていないという問題もあります。

先ほど発言された豊田さんのケース、理貴ちゃんの話の舞台は東京の葛飾です。葛飾区は人口43万人、一関の12分の1の面積に7倍の人口ということになります。小児救急をとりまく状況は地域によって全く異なるんですね。

葛飾区で小児科医が夜も常駐している病院は、理貴ちゃんがかかった東部地域病院のほか慈恵医大の青戸病院があります。午後10時まで開いている夜間急患センターも2ヶ所。それだけ恵まれている環境なのに、実は病院の小児科医によって「絞扼性イレウス」という深刻な病状が誤診されてしまいます。これに引き継ぎのミスも加わり、入院したその日のうちに理貴ちゃんは亡くなりました。対応は極めて不誠実でした。この小児科医は日本小児科学会の認定医です。しかも、このケースは内部告発によって表に出たものでした。

僕たちが考えなければならぬのは、子供が医療に絶望して死んでいくような社会じゃおかしい、一方で子供好きのごく普通の医師が自分の業務に絶望して命を落とすようなことがあってはならないということです。僕は、起きてしまったこうした悲劇から学び、その悲劇を繰り返さないためにこの社会を変えていきたい。そう言う立場で小児救急の問題を考えていきたいと思っています。

## <悲劇の歴史的背景>

どうしてこんなことが起きてしまうのか、ざっくりしたところをお話ししたいと思います。日本の救急医療っていうのは結果的に子供と病院の小児科医を置き去りにしてきてしまった、ということです。

77年から救急医療を整備していこうという流れがあつてですね、この前提には成人の病院のたらい回し問題があつたのですが、1次は地元の医師会などがやる夜間急患センター、2次は救急病院の輪番体制、その上に3次の救命施設——という仕組みを整えていこうという政策が進められました。今、大人の救急については、「質的にも量的にもほぼ揃った」という評価がなされています。

ただ9割が軽症とされる子供については、本来の救急じゃないと見なされてきたのです。学生運動の余波もあって、まず大学病院が救急、特に子供の救急の機能をなくしていきます。研究は専門分化されていき、救急は「2流の医学」じゃないか、大学病院でやる必要がないんじゃないかということになっていったわけです。

その結果、子供達の救急は市中病院の小児科医が一手に担うことになりました。症状の軽い子を診て悪化を予防していくという機能もここで担ったのです。ところが、市中病院の医師が不足するようになり、現場が破綻しかけています。

理由はいくつもあります。この30年間、日本のお医者さんの数は増えただけで小児科医はなかなか増えなかった。大学からの人の供給が滞りがちになったこと、第一線の医師が高齢化していったこと。病院の小児科医のほか、かつては地元の小児科医開業医、内科小児科の開業医の先生達が1次診療を担ってきたんだけど、この人達も年取ってきました。今東京で開業医の先生の3分の1は平均年齢70歳を超えており、これから先どうなるんだっていう状況です。診療の担い方にも問題がありました。日本では一般の診療も夜間の診療も専門診療も救急診療も全部小児科医が担当します。これは身が持つ訳がありません。

このままでは大変だっていう声はずいぶん前からあつたのです。でも、それこそ砂に水を撒くように消えていってしまった。学会には社会的責任があつたのですが、70年以降、サリドマイドとか、未熟児網膜症とか、筋拘縮症とかいろんな問題があつてですね、社会から厳しい批判を受けるうち自閉してしまつたんです。

こうした状況下に、90年くらいから「少子化社会」が内包する問題がドーンと迫ってくるのです。親の意識や生活パターンが変化しました。専門医志向とか、情報不足だとか、核家族で「これは風邪だよ」と言ってくれる祖父母がいないとか、病院小児科に患者が殺到するようになった理由はいろいろと分析されています。実際に親たちの話を聞いてみると、もっと切実な気持ちがあると感じるのですが……。いずれにしても、日中と夜間の需給バランスが完全に崩れてしまった。大都市においては3割の人間が23時以降に小児救急にかかっています。これには僕もびっくりしたんですが、何か新しい対応をしないと手遅れになる、同じ悲劇が繰り返されるという状況なのです。

では、国はこれまで何をやってきたのか。

99年になって、病院が輪番の当番制をとって子供を診ていこうという体制づくりが始まっています。2002年にはもう少し広域、複数の医療圏をまとめて小児救急の拠点を作ろうというモデル事業も始まります。ただし、本当に地域ごとに置かれている状況がばらばらなものですから、なかなか国として統括するアイデアというのが生まれてこないのですね。現場でい

ろんなトライアルがあって、それを追いかけていく形で国の政策が出来ていくのかなという印象を持っています。来年の概算要求で、次世代育成支援は総額1兆700億円ぐらい、小児救急対策費は16億円です。

<打てる手は何か 土浦協同病院>

さて、今日のテーマですけれども、じゃあこれから何が求められてくるのでしょうか。結論は先ほど、シンポジストの皆さんがおっしゃられたとおりです。打てる手を全部打って、ということしかありません。それは医療側だけではなくて患者とか市民の参加がないと、もうどうにもならない時代になっているのだと思います。どんな小児救急医療の体制をどのエリアで、どの範囲で、どう作っていくのか、それをみんなで考えていかないともうどうにもならない、切羽詰まった状況です。

首長の選挙になるとですね、だいたい候補者は「小児科医をうちの町に連れてきます」という話になるんですね。小児科医不足は本当に深刻ですから、例えば岩手県のある町長は、岩手医大にいき、東北大にいき、その後関東の病院にいき、ことごとく医師の派遣を断られて、JICAにいき、JICAでだめだといわれて、国境無き医師団にいて、結局小児科医を連れて来られませんでした、というような話になる。

でも、もうそんな時代じゃないんですね。少ない医師、少ない医療資源をめぐって、都会対地方で、さらには地方対地方で医師の取り合いをしていたら、これはもうどう考えてもみんな共倒れです。そうではない社会をどうやって作っていかっていくことがまさにこれからのテーマになってくると思います。

小児救急のシステムでいくつかの成功例があるので、それをお示ししたいと思います。

土浦協同病院。これは最初に講演された渡部先生の病院です。キーワードは、「集約化」「センター化」です。

医師とか機能の集約化というのは実は10年ぐらい前から厚労省も言いたして検討されてきているんですね。小児科だけではなく、同じように医師の絶対数が足りない産科なんかでも同じ事が言われています。あるいは麻酔科、病理、画像診断など医療の質にかかわる分野も人が絶対的に足りないですから、やはりセンターとかに集約化しなければならないのではないか、とされているわけです。

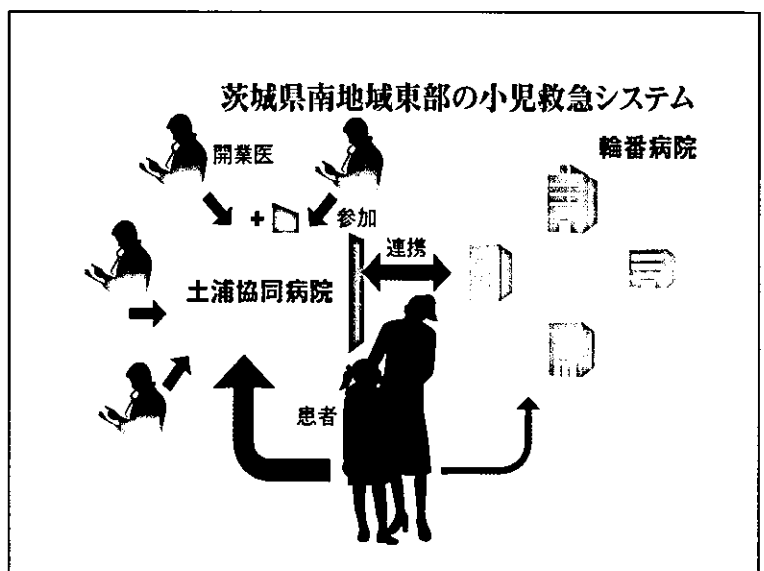


図2

茨城というのは10万人あたりの小児科医の数が日本で一番少ないんですね。土浦協同病院というのは、この下の図にありますけれども、茨城県の南部の東の部分の部分を管轄しています。4市2地区100万人規模のエリアです。図にある「8」というのが土浦協同病院ですが、地域全体を見るとかなりばらばらに小児科医が散らばっています。「×」のところはこの数年で閉鎖されている病院で、ここが受け持っていた患者さんは残った病院の負担になっています。この状況下、渡部先生が中心となって進めたのが「センター化」です。

渡部先生の考え方は、「殺到する子供の中には必ず重症の患者はいる。ただその重症の患者が初期においてはなかなか区別がつかない。だから親が救急と言えば救急であり、殺到する患者の中から重症者を確実に救い出せる体制をつくるのが肝心なのだ」というものです。そのためには、病院を1次から3次、少なくとも2次まできちっと子供を診ることができる小児救急の拠点にしなればならず、機能と医師を集約することでそれを実現しようとしたんです

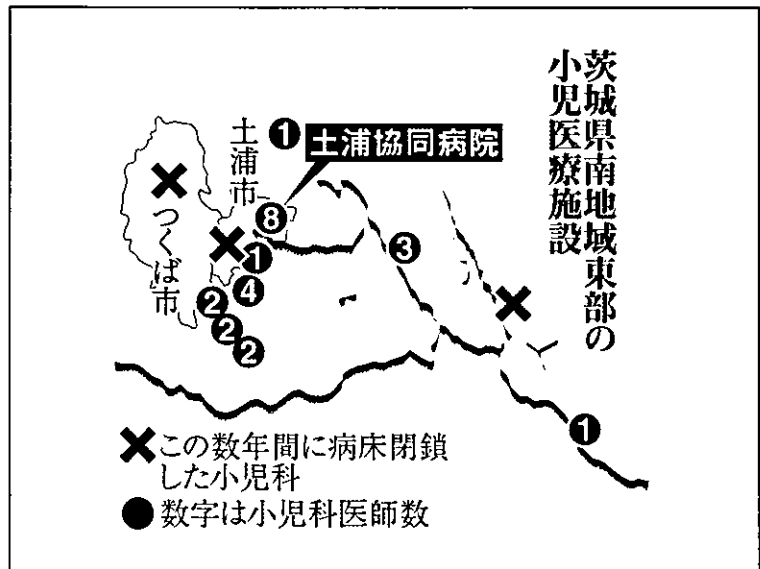


図3

ね。土浦協同病院では、小児科医を1名増やして8人にし、準夜帯を2人体制にしました。さらに地域の開業医たちが応援に入ってもらうことで、体制の充実をはかりました。また、他輪番病院とも連携する体制にした結果、患者は5割増えて、特に乳幼児では遠くから来る人が数倍になっています。患者側も、最寄りの病院がちょっと遠くなくても小児科医が確実に診察をしてくれるならその方が良いという判断したのです。

<藤沢市民病院、徳島赤十字病院>

同じように病院機能のセンター化を進めた例として、藤沢市民病院や徳島赤十字病院のケースがあります。藤沢市は人口がだいたい40万人、一方で子供千人あたり480人が1年間に1度は小児救急を利用するという小児救急の“超先進地域”です。けれども、医師会がやる2カ所の夜間急患診療所も夜11時までしか開いておらず、11時以降に子供が確実にかけられる小児救急の拠点が無いという状況が続いていたわけです。2001年になって、市民病院である以上、24時間体制というニーズに応えなくちゃいけないという話が持ち上がります。100人の子供の中に確実に含まれているであろう5人の重症患者。その命を救うために、1次から3次の機能を全部この病院に集める。そこで医師を4人増やして11人体制にしました。さらに勤務体制についても、当直ではなく「シフト勤務」、夜間の仕事も勤務扱いにすることで、翌日は確実に休めるようにしました。

この体制で年間1万4千人を診ています。夜間急患診療所の方も同じぐらいの人数をさばっており、病院と開業医が協力して機能分担を進め、互いに患者を紹介する垣根を低くしたことで「共存」できているのです。

徳島赤十字病院も2001年ぐらいから同じような試みに取り組んで

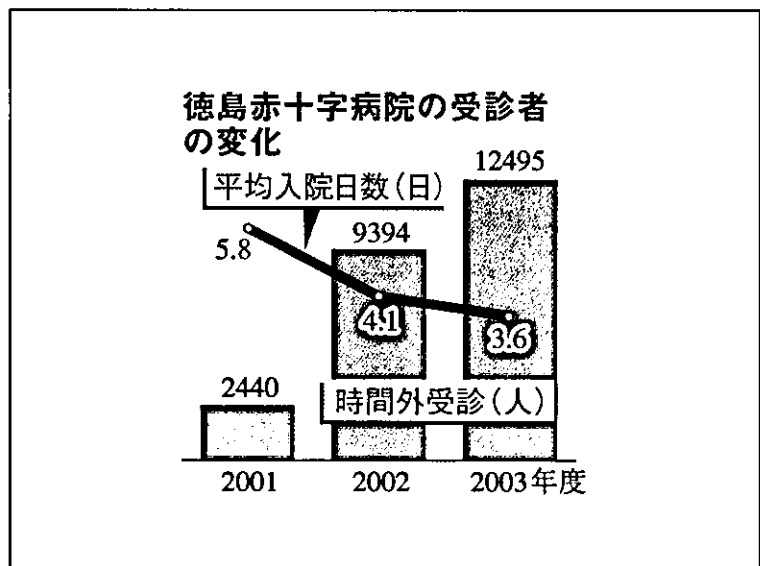


図4

います。小児科医を3人増やして7人にしました。写真の下の病院です。小児救急に特化したことで、2001年以降の小児救急の夜間の受診者の数は鰻登りです。それから左下の図ですけども、昼間にかかる患者さんが減り、減った患者さんは地元の開業医かかりつけ医の方に流れたと考えられます。そして今度は上の図ですが、入院患者がどんどんどんどん増えていき、一方で入院日数が減っています。当初の目的通り小児の救急に特化した病院、見分けにくい重症患者を確実に救える体制ができているわけです。

＜一次機能の充実 豊能広域こども急病センター＞

これとは別に、1次診療の施設を充実させるという方法もあります。大阪府の北部で豊能広域こども急病センターという施設がこの4月にオープンしました。図4のとおり、この100万人エリアには、箕面市、池田市、豊中市、吹田市の4市があって、それぞれに市民病院を持っています。この4病院に、吹田市の大阪大学が小児科医をそれぞれ派遣し、それぞれに小児救急を担ってきました。この状態だと、各市の市民は助かるんだけど、少人数でバラバラに配置されている小児科医側は一年間を通じて激務が続く、このままでは倒れてしまうという状況だったわけです。

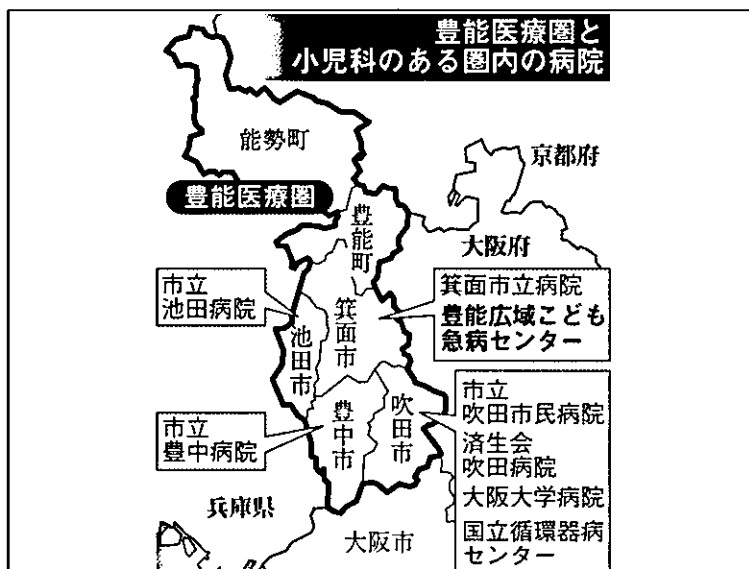


図5

そこに、2004年になって研修医制度が変わるといった問題が降ってきました。この派遣医たちが大学の医局に引き上げられるかもしれないという懸念が広がったのです。ここで、改革の動きが始まりました。それぞれの病院に小児科医が1人しかいない状況になっても現状を維持する策として、初期診療の症状の軽い子供達を一カ所に集めてしまおうというアイデアが生まれました。各病院の小児科医たちは2次以降の対応に専念できるようにする。そうして、豊能広域保護センターが箕面市———地域の真ん中にある自治体に置かれたのです。

でも、設置場所は簡単に決まったわけではありませんでした。最初にこのアイデアを出したのは阪大の前教授で、病院勤務の小児科医たちの意思をまとめ、そのうえでエリア内の医師会にはかります。医師会も協力的で頑張るんだけど、どこに設置するかという段になると各自治体の間で綱引きが始まり、「うちの自治体に来てくれなくちゃ困る」とか「市議会が納得しない」という話になっていきます。その時の調整に力を発揮したのが、地元の医師会のボスでした。「なんとしても実現せんと子供達を守られへんやんか」と。「とにかく箕面に作ってもうたれ」という流れをつくっていったんですね。このセンターには開業医の他に阪大、国循のドクター達が入っています。

同じようなケースは千葉にもあり、だいたい85万人から100万人近い規模のエリアで同じようなシステムをつくっています。もともと4つの輪番病院がやっていたんですが、唯一の大学病院である東邦大佐倉病院では7人の小児科医で年間6千人の患者をさばき、週100時間くらい働いている。この状況をどうしようかとなったときに、やっぱり人がいたんですね。佐



倉病院の副院長の館野先生、県の医会、小児科医会の先生、郡市医師会の元会長などが協力して1次施設を充実させようという取り組みを進めています。センターの設置場所も、これを置く佐倉市がお金を半分出そうということで、構想から1年数ヶ月でセンターの実現にこぎつけます。年間1万7千人がここを利用しており、元の輪番病院群が後方に控えるという体制です。医師のフィーを極めて低く押さえたともあり、1年目から黒字になりました。この館野先生は、「1次を充実させ、殺到する子供をさぼく事ができれば、小児救急のシステム全体のコントロールにつながる」と話しています。

#### <成功のカギ>

ずらずらと並べてきましたが、こういった成功した事例にはいくつかの共通する要素があります。順番にあげてみますと、1つは病院の小児科医と小児科開業医がそれぞれの溝を埋めて連携して危機感を共有すること。それから広域でやるんだ、自治体の枠だとか医療圏の枠を越えて「広域」なんだという意識をもつ、つまり「地域の総力戦で取り組む」という発想をしていること。3つ目は、正確で徹底した状況の分析。これは、それこそ世の中と喧嘩をしていくときの武器なんですね。後はキーマンがいて何とかしようで動き始めた結果、いろいろなチャンスっていうか偶然を招き寄せてきた——ということがあります。ただし、いずれの例も、医療者側だけで、あるいは医療者と行政でやってきたことであって、まだ市民の参加という形での動きではないんですね。

#### <日本の現状>

では、こうした取り組みができない地域、つまり日本の大半の現状は今どうなっているのでしょうか。

たとえば長崎を見てみると、これまであげてきた発想を全て試そうとしたもののうまく回らない、ギリギリの状況を改善することができないという状態です。大学病院も応援に入って1次の夜間診療センターの24時間体制を作りました。これを作ったことで、患者が集中していた市民病院の患者数は減りましたが、それでも小児救急の「最大の受け皿」であるこの病院では、正規の当直医ではなく、NICU（新生児集中治療室）の当直医が対応したり、オンコールで医師を呼び出したりしている状況です。

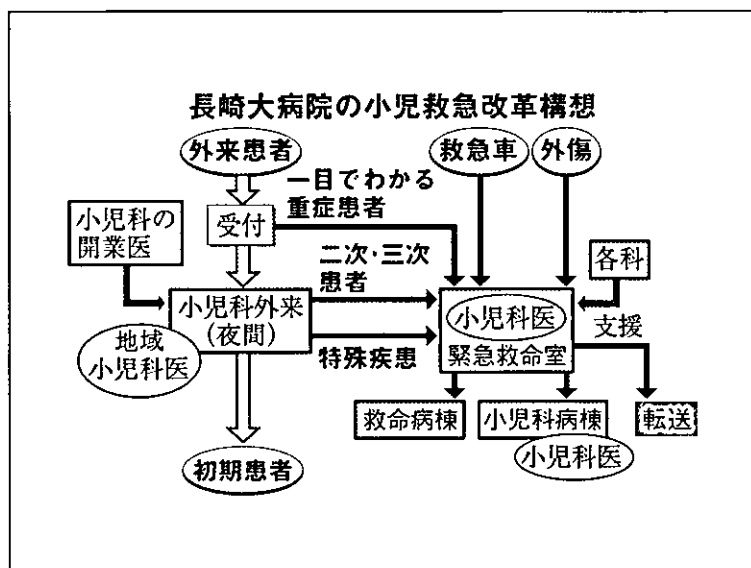


図6

1次の夜間急患センターには年間2千人がやってきますが、症状の重い子の受け皿として11の病院が形式上は輪番体制をとっているものの、実際に小児科医がいる病院は3病院しかありません。市全体で見ると、月の半分は小児科医が当直している病院が何処にもないという空白地帯があるのです。医者が多く、病院もそろっている長崎市内でこういう状況ですから、県内では365日24時間体制は9分の3の医療圏でしか実現していません。

こんな状況を何とかしようと、今、写真に出ている市民病院の富増先生は、市民病院をもつ

と救急に特化させた、藤沢市民病院や徳島赤十字病院のようにしたいと考えています。2次以降の救急はイレウスや盲腸など外科的な処置を必要とするケースが多く、小児科医だけをいくら集めても救急を充実させたことにはならないんじゃないかという考え方をされています。一方、大学病院の方は、1次の夜間急患センターを自分の所に取り込み、1次から3次まで1つの施設で対応できるようにする、つまり今の学会構想に近いものを作ろうとしています。でも、なかなか動かない。これが日本の縮図なんですね。

長崎大病院の先生がアンケートをとった結果、「自分の子供が医師になるとして小児科医を勧めますか」という問いかけに、「はい」と答えた医師が1人もいませんでした。一方で、小児科医たちが小児救急の現状を理解してもらうために、心肺蘇生の実習も含めた市民講座を開いても、集まった市民は10人しかいませんでした。2030年にはこの長崎市でさえ、子供の数が9万人から5万人減ります。いったいどんな社会がやってくるのでしょうか。

#### <学会構想>

最後に、今、学会が進めているセンター化構想というものに触れたいと思います。

簡単に言うと、今まで紹介してきた「センター病院」というもの、そこに行けば確実に小児科医の診察が受けられる拠点を全国につくろうというものです。内科系の開業医たちにも加わってもらい1次から2次診療をカバーする拠点づくりです。その前提となる実態調査が、今、全国規模で始まっています。構想を実現させるために何が出来るか、何が出来ないかを検証するための調査です。

#### <最後に>

長くなりました。最後に、小児救急っていうのは何のためにあるのか、をもう1度述べさせていただきます。これは、救うことが出来る命を確実に救うためにあるんですよ。これは二十四時間体制の実現に優先する課題だと思っています。患者側の膨れあがるニーズに無限に応え続けるために小児救急があるのではなく、本当に救わなくちゃいけない子を確実に救うための小児救急体制を僕たちは作っていかなくちゃいけない。その中で、ドクターが過労で死ぬような事があってもならない。誰が担いどう使っていくのか、それを社会全体で考えないといけない時代だと思っています。

六本木ヒルズで回転高速ドアの事故がありました。僕もオープン間もない六本木ヒルズにいて、あの回転ドアから中に入っているんです。そのとき、危ないと思ったんです。でも、それは自分が危ないということで、子供に危ないっていうふうにはその時は思えなかった。その後、メディアは批判する側に回るんですが、僕らメディアも実は子供を死なせた側にいたんじゃないかと考えることがあります。我々も子供を死なせた側にいるんだっていうイメージーションを共有することでしか、歩み寄りとか、支え合いとかはできないと思います。そのことを自戒としながら、小児救急を巡る状況がよくなるように僕もやっていきたいと思っています。

以上です。ありがとうございました。

## 東京都としての取り組み

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

こんにちは、私、東京都の福祉保健局救急災害医療課という部署で小児救急医療を担当している海谷智徳、かいやともり、と申します。本日は都庁、公務員の者がこういったところでお話をさせていただくというせっかくの機会ですので、馳せ参じました。資料の方は、今日は受付でお配りしたものに、私のつたない「作文」を載せていただいておりますので、後でご覧いただければと思います。これからお話させていただく事は、むしろ資料にある文章を読み上げるのではなく、その行間にあるものどういうことなのかと言うことを中心に、仕事のやり方も含めて、東京都ではどういう対策を講じているのかということをお話させていただきます。

### 東京都における 小児救急医療対策について

平成16年12月

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

小児救急医療担当 海谷 智徳

図1

今、中澤先生からもご紹介頂いた通り、聞くところによりますとこの小児救急医療を担当する各都道府県の本庁の監督職として職に就いているのは全国でも私一人だということでございまして、どうもいろいろな人がいろいろなところでそのことのお話をなさっているようで、全国の他の道府県の方々から色々お問い合わせを頂戴することもございます。ただ、たいした答えが出来ないのでどうもすいませんねえ、なんて言いながら、対応はさせていただくのですが、その「たいしたことが言えない」というのは東京都の事業の取り組みの規模というものが、予算規模その他の規模が、他の道府県と違いすぎて、お尋ねいただいた先様の期待するようなご返事が、規模の相違という意味で必ずしもできないということでございます。

#### 【東京都における小児救急医療対策について】

では、どういう仕事をやっているのか、東京都におけます小児救急医療対策、少子化とか少子高齢化、よく皆さんも耳にされると思いますが、そういった「少子化」を背景といたしまして、お子さんの人口、お子さんの人口というのは役所チックに言いますと14歳以下ですが、その人口が減っているのと併せて、というかそれと同様にというか、小児科の先生の数と、小児科の標榜医療機関って言っているんですけど、簡単に言えば看板に小児科をぶら下げている病院とか診療所、それも減少傾向にあります。数字的にどのくらいかと言いますと、まず東京都の場合ですが平成8年から16年今年ですねそれぞれ正月元旦の時点での数で言いますと、最近、4パーセント減ってます。4パーセントじゃたいした事ではないのでは、といった声もきこえそうですが、平成2年にさかのぼって調べると平成2年から16年の間では20パーセント減ってます。小児科の先生方、どのくらいか減っているかという、平成8年と16年の比較で9パーセント減ってます。医療機関の方はおおむね2、3パーセント間で減りつつあります。その一方、夜間において小児患者の救急搬送件数、これ全体的な数としてですが夜間の

みならず全日です。365日24時間の計算でいきますと、平成8年から小児の救急搬送件数、これは東久留米・稲城両消防本部を除く東京消防庁管内のデータですが、おおむね45パーセント、平成8年から平成14年の間でおおむね45パーセント増えているとのこと。時間帯ではピークが特に、いわゆる0-6（ゼロ-ロク）と言うのですけれども、6歳までの患者さんで、おおむね私たちが午後五時から午前零時の「準夜間帯」定義している時間帯の中にある、おおむね20時、21時、22時これが一つのピークを迎えているという状況も救急搬送件数からは見られます。

重要性というか、どういう「スピリッツ」を持って仕事をやっているかということですが、これは小児救急医療対策とは都政の重要な課題の一つ、都政が抱える大事な仕事はいっぱいありますので、どういう風に重要なかというのは後でもお話ししますが、重要な仕事の一つとして、厳に位置づけられております。

#### 【小児初期救急医療体制】

まず、小児の初期救急医療対策ですが、初期救急というのは、基本的には地元で診て頂く、都内で言いますと各区市町村でいろいろ体制を作って頂く初期の救急医療体制を指します。それと2次の救急医療体制、これはまた後でも触れますけれども東京都がというか全国的には各都道府県単位で365日24時間、入院対応可能な体制を敷きますよといった2次救急医療体制について、「東京都保健医療計画」、これは我々が業務を遂行する上での憲法のようなものですが、これにもうきっちりと明確に書きまして、いろいろな対策を実施しているというのが現状です。では具体的には何に取り組んでいるかというのを今からお話しますが、まず先ほど申し上げた区市町村さんの方で取り組んでいる、もしくはこれから取り組もうとしている小児の初期の救急医療対策、平たく言いますと、区報とか市報で何とか診療所や病院が今日担当しますよ、休日なんか例えば今日のような日曜日、担当していますよとか書いてあるようなもの見たことがあると思うのですが、それでは365日埋められないので平日の方小児の初期救急の平日の方も手を広げて、都が独自事業として、全国的にやっているところは東京都だけですが、

### 東京都における小児救急医療対策

少子化を背景として、

- 都市の小児人口
- 小児科医師や小児科標ぼう医療機関  
→ いずれも減少傾向
- ◎ 夜間における小児患者の救急搬送件数  
→ 増加傾向

図2

### ◎ 小児救急医療対策の重要性

都においては、小児救急医療対策は都政の重要な課題の一つと位置づけ、小児初期救急医療体制及び小児二次救急医療体制について、東京都保健医療計画などにに基づき、次のような対策を実施

図3

区市町村に対して財政的な補助制度を設けています。運営費として地元の医師会の先生方などが自治体と協力して平日毎日、小児の初期救急体制を敷けば、医師等の人件費等々の補助をしましょう、一定の基準額の2分の1を補助しましょうと言うこと簡単に言うとそういうことを今実施しています。この事業ですが「隣がやっているのに何でうちがやってやってないのだ」というような話があったり、実のところですね平日の準夜に実施する「売り」、としては、

小児科の専門医の先生が中心となって平日準夜帯、準夜間帯というのは我々の東京都の基準ですと先ほど申し上げた「準夜間帯」、夕方5時から日付変更線の12時までの間、3時間以上地域によって患者さんの多い時間帯を選んで頂いて3時間以上やって下さいと、それは小児科の専門の先生が中心となってと言うのが「売り」というか特徴です。ただ「特徴」と言いながら都内で小児科を標榜している先生方の数も限りがありますので、ましてや地区単位になると限りがありますので地域によってはお隣さんの区や市の自治体と手を組んで頂いて、もしくは2つ3つ4つぐらいまで手を組んで頂いて、一つ場所で市民というか都民の皆さんに分かりやすいような場所でやって頂ければという、営業というか働きかけを行っています。

通常の仕事のやりかたですと、役所の者が東京都の担当官でございますというハンコをついて紙を送りつけてなになにいついつまでに期限をどうぞ定めますのでいついつまでに申請してくださいよと、こんなことやっているままだったら、なかなか区市町村の方も手を出しづらいはずなので、その方法としての良し悪しはともかく、去年の夏ぐらいからほとんどの区市町村に鞆ぶら下げて多い日で一日4箇所ぐらいずつ、やるかやらないか、小児の初期救急医療体制をどうするのかと、いつまでにというのが実は平成18年度までに全部の、あとで出てきますけれども都内全部の区市町村、本土で言いますと全部の自治体でやっていただけるよう、それはそれは色々な「督励」策を敷いております。

こうやれば良いですよ、ああやれば良いですよと、ほとんどの自治体を回らせて頂いて、かなりの手応えを今つかんでおりますが、実際の所ですけれども23区で言いますと8つの区で、多摩地区で言いますと今のところ1つの市でこの事業に参画していますが、この数をなるべく早期に拡大するように今努力をしています。実際に具体的にいついつからやりたいと言うので、こういう応援をしてくれないかというようなオーダーもあります。例えば役所の名前は出しませんが二つの市が一緒になって、ちょうどその市境に、先ほど申し上げました小児科の休日・全夜間の2次救急医療体制を敷いて頂いている病院がありますので、そちらの方をお願いをしてその病院の中でその両市の医師会の先生方が中に入り込んで行ってそこで事業をやって頂くというようなスタイルなども、一つのバージョンとしていかがですかと言うような話をしております。あとハード面の支援ですが、そうした小児初期救急医療体制を敷くために、当然「上物」がもし必要でしたら改修費等々ですけれども、診療所方式、病院方式、診療所方式

**1 小児初期救急医療対策**  
 → 区市町村が主体

□ 「小児初期救急平日夜間診療事業」  
 (補助事業)  
 → 区市町村への財政的補助  
 (運営費補助)

□ 施設を整備するための補助

等

図4

というのは区の地区の医師会の診療スペースですとかあとは区営、市営等ですね何とか「健康センター」の一つの診察室を借りてとかそういうようなやり方なんですけれども、あと病院方式と言ったのは今言いました地域の中核となる救急医療機関等々の救急患者を対応するスペースを使わせて頂いてとそれに地区の医師会の先生方が入ってとそういうような2通りのパターンなんですけど、いずれにしても施設の整備が必要でしたら地元と東京都とで上限はありますけれども、二分の一ずつ「割り勘」で上物を整備していきましょうということもやっております。

#### 【小児二次救急医療体制】

次に小児の二次救急医療体制です。これは東京都が責任を持ってやるべき事でございますが、ちょっと舌かみそうな名称なんですけど事業の名前としては「休日・全夜間診療事業（小児科）」、何で小児科って書くかと言うと内科と外科も事業を行っているからです。小児のみならず「大人」の対応もあるからです。これは平日の9時から5時以外に、もちろん9時5時以内にもなんですけど、小児科の先生方が365日24時間診療して頂く、これは入院対応が原則です。それを確保して頂く。施設を事業参画に当たって施設の整備が同様に必要であればこちらの方でやはり病院さんの方に負担のかからないような形で補助をさせていただきますよ、とそういうことをやっています。今、都内で51の病院が休日・全夜間診療事業に参画しております。ただし、地域によって2地域なんですけどとても一つの病院では小児科の常勤等の先生の方の数の関係で、とても単独では毎日担当できないという事情がありますので、今、二つの地域では交代制とかせいぜい3つですけども、例えば今日は偶数日とか明日は奇数日とかそういう分け方をして組んでる地域が2つございます。その辺のところは東京都のホームページに何処がどうやっているのか掲載していますので、後刻ご覧いただければと思います。

**2 小児二次救急医療対策**

→ 都が主体

**□ 「休日・全夜間診療事業**  
**（小児科）」**

→ **小児科医師が365日24時間**  
**診療する体制（入院対応）を確保**

**□ 施設を整備するための補助**  
→ **事業参画医療機関を増加**

等

図5

#### 【小児救急医療対策を支える取り組み】

以上が、今、純粋な意味での「医療」としてやっている取り組みことの紹介ですが、あとは小児救急医療そのもの、医療そのものではなく、それを支える取り組みとして、いくつかございます。

まず、「研修事業」ですが、これは内科の先生方を中心として初期体制、先ほど申しました区市町村の方の事業協力ができるように、ご自身の専門は例えば内科で小児科は専門とは言いにくい、といった地区医師会の先生方に、救急、初期救急に携わって頂くために相応の時間を割いて頂いて、東京都が予算（費用）丸抱えで、東京都医師会等関係機関の協力を得ながら、小児の初期救急医療に対する人的資源の増強対策を実施しております。

次には、私の後、都の担当の者が専門的にお話させていただきますが、「電話相談事業」、これは全国レベルで「#8000」と呼ばれる、小児救急医療に関する電話相談事業を今年の夏から

始めています。母と子というか親子の安心、セーフティーネットとしての一つとして紹介させていただきます。

あと、もうすでにご覧になった方、ひょっとしたらいらっしゃるかもしれないのですが、「子供医療ガイド」という取り組み、これは、こういう症状なんだけどどういうふうなあんばいでどういう風な対応をしたら良いのかなと言うのをですね、分かりやすく都としてインターネットに掲示して、一つ一つクリックして頂いて、日頃から、むしろエマージェン

シーな時に緊急対応できるように、日頃からそう言った知識の方を親御さん等々の方も持って頂けたらなという側面もありまして設けてございます。昨年からはじめまして、かなりのアクセス件数です。かなりの手間暇をかけた事業なのですが、それをお知りになった、とある自治体の方がまるまる「譲渡」を申し出でなされました。もちろん費用負担はしますよ、といった話だったのですが、つい口が滑って、「それで良いのでしょうか」と言ってしまいました。地域ごとのいろんな医療実態はあると思いますので、色々と地域実情を織り交ぜて事業をなさっているはずですから、東京都としては何らかの「協力」をすることは全くもってやぶさかではないのですが、いきなり初対面で、しかも電話で、お金で買いたいから、という風にとられかねない「姿勢」が、同じ公務員として私はどうなんだろうかと思います、というふうに言ったら、電話を『がちゃり』と切られました。この場をお借りして、かような私の「非礼」かもしれない対応についてはその方にはお詫びさせていただきたいとは思いますが、もっともその方はこの場にはいらっしやらないでしょうけれど、みなさんどう思われますか。

#### 【今後の対策等について】

今申し上げたような事業は平成13年度あたりから取り組むようにしました。私のポストもそのころ設置されました。いろいろ今後に向けてっていうところで何が出来たらなということ、例えば先程来申し上げている通り小児の体制全都的に充実します、という約束を東京都の保健医療計画に計画化という形でしています。それと、今、51の病院さんの方に参画して頂いている休日全夜365日24時間の安心のためにと

いう名をうって一応計画的には60程度というふうにうたってございます。これも平成18年度までにという目標数値です。

### 3 小児救急医療体制を支える取組

- 開業医に対する研修
  - 初期体制の人的資源を増強
- 小児救急電話相談事業（#8000）
  - 母と子の「安心」
- 東京都こども医療ガイド

等

図6

### 4 今後に向けて

- 小児初期救急医療体制の体制拡大
  - 全部の区市町村が事業実施
- 全都的に、救急・入院対応な医療機関を一層展開
  - 「休日・全夜間診療事業(小児科)」参画医療機関の拡大

等

図7

都知事が、これはこれは一生懸命やりましょう、積極的に事業費を予算化しましょうという重点事業、平成17年度の重点事業というものをさる11月30日に発表させて頂きました。大都市東京にふさわしい体制整備ということで、初期、2次、3次、の小児の救急医療体制、初期、2次の体制を充実するのはさることながら重篤な小児の救急患者さんに対応する小児の3次救急医療の「ネットワーク化」に着手せよと言うことでございます。今日お配りした資料

の中で、冒頭の所に初期、2次って書いてあってその次に3次救急医療については「都内に21医療機関を確保して」とさりげなく書いてあるんですけど、その原稿頼まれた時期が先ほどの「重点事業」が発表されていない時期でしたので記載できませんでした。小児三次救急医療ネットワークの構築ということは、「救える命を確実に救う」ということ、救える命は全て救いますと言うことを目標とすることです。3次救急というのは皆さんご案内の通り、よくテレビで出てくる何とかかんとか24時、救命救急24時、といったものです。全国的には三次救急医療を行うのは、「救命救急センター」という言葉を全国的に使ってます。これが都内では21ありますよと言うことです。よく、何で小児科の3次が無いのと3次の小児科がないの、という質問が来るのですが3次救急医療体制というのはいろいろな科目の先生が総合的にこれは年齢を問わず重症重篤の患者さんを救命していくこれが3次救急の一つの概念でございますが、必ずしも小児に限って言いますとネットワークとして体制として構築されるというところにまではまだ至っておりませんでした。これは非常に大事なことでありますので申し添えますが、3次救急の現行として、今の3次救急で全然対応出来ていないという意味では無いですが、より強固な体制を作っていくために救える命は全て救って行くんだというスピリッツのもとにこのネットワーク作りに着手していきますと言うことです。何と申しましょうかこの17年度の重点事業と書きましたけれども16年度、今年度もですね、「小児医療のネットワーク構築」、これについては同じように重点事業として選択されております。

2年続けて小児救急医療はヒットしているというか、より積極的に取り組むべき事業というか、これもうとても1年や2年で終わることじゃないなど、先が長い取り組みにはなるなとも思うのですが、例えば先ほど他の道府県のことをああいうふうな言い方をした通りに、私の仕事のやり口というか東京都の仕事の認められているやり口としては足を使うこと、あとは土日は構わず夜も相手に合わせていろいろ調整させて頂くこと、言うべき事はちゃんとと言うこと、言うべき事はちゃんとと言うことというのは例えば国に対しても実はですね今言いました平成17年度というか16年度の重点事業では11億円小児医療、救急医療も含めた先ほどの周辺分野も含めたですね、小児医療全体で11億円の取り扱い予算としてでございます。これがまた今年一年、来年増やして頂く要求を今してこれからいろんな難しい役所の中のいろんな難しい儀式を経て、その後都議会に提出して確定するのは来年の3月の月末とかそんな時期になるん

◇ 小児医療のネットワーク構築

□ 平成17年度「重点事業」  
大都市東京にふさわしい体制整備  
□ 重篤な小児の救急患者に対応する「三次救急ネットワーク」作りに着手

等

図8



ですけれども、仮にそれが全部通ったとして11億円超、そのうち国は、国の悪口を言っている訳じゃないです、ほとんどが都単独事業というか国の補助を取れない財源的には取れない事業なのですが、おおむねつかみですけれども大体4、5千万円の、今言いました約11億のうち国の補助は4、5千万円かなんていうふうに記憶しています。ただし、私として色々な情報などをこういう言い方で厚生労働省の担当部署の方には何かにつけ通ってお話をさせていただいております。

多分、ですが、最初は忌み嫌われましたと思いますが、最近ではだんだん耳を傾けてくれるようになりました。先頃も全国の小児救急医療担当を集めた会議が厚生労働省でありました。その席でも今年からいわゆる大都市政令指定都市ですね、お隣川崎市さんとか横浜市さんとかあとは全国政令指定都市もその会議に今度加わることにして、大都市なりの悩み人口が多くなおかつ医療資源としても人口対比でいけばこれからまだやっていかなきゃいけない事があるんじゃないかというようなメンバーを並べましていろいろ議論をしております。ただ辛めのこと三位一体の改革なんて最近新聞紙上をにぎわしておりますけれども、厚生労働省の担当部署の課長補佐ですとかそういった方に一言言ったのは、小児の関係予算を減らしたら、他の県の分を含めて予算を減らしたら承知しねえからなというようなことは言っておきました。それが効くかどうか分かりませんが、あれは12月の末になんか発表されるそうなので一応動向を正視しているところではありますが、誰が何と言おうと救える命を全て救う確実に救っていくそういうために税金は使っていきたいなっていうような気がしないでもありませんし、私自身が税金の無駄遣いのような、あんたの人件費税金の無駄遣いで無いようなそういうそしりを受けないような仕事のやり方をしていけたらなと思っておりますが、それはいろいろありますのでこのぐらいにしておきますけれども、また「今後に向けて」についてのお話に戻ります。いろいろなお意見など、皆様にあると思います。ご自宅に帰られて区報なり市報なり見て頂いてうちはこういう体制敷いているんだ、なんていう風にひとつ興味を持って頂けたら、あとは必ず初期と2次というのはもちろん3次も行くんですが、これはいろいろな方から聞いている話ですけれども、最初軽いな、とみえてもですねお子さんの場合急変する確率も可能性もやや高いとかそういった医学的な要素もこれはございます。実は言うのはやめようと思ってたのですが、ご紹介しないとこれは嘘になると思いますので休日・全夜間診療事業東京都が行っている2次対策、2次救急医療対策で入院対応っていうふうになさっきここですけどこれ嫌みでも何でもなくて入院が原則なんです。入院を要するような患者さんのために救急車等で運び込めるようなそういう体制を作っていくというのが原則なんです、結果的ですが、これは医師の診察を経たということですから結果的に入院しないで済む、もしくは軽症で済んでいる、という患者さんの全体数、100人もしこの2次の病院の方に駆け込んだ方がいたとすれば都内全域で入院される患者さんが5パーセントちょっと下回るぐらいの推移、これを我々は「入院率」と称しているのですが、ここ2、3年そのような状況で経過しています。大人は内科外科とさっき言いましたけれども、そちらは13パーセントから15パーセントの間で「入院率」が推移しています。2次は東京都は当然、全東京都を一つの「面」で捉えて事業を実施していますから、広域行政として2次救急医療を体制化しておりますが、それは決して初期の患者さん、軽症と思われる方を断る体制ではございません。ただし病院さんの負担、これがどうなのかという観点に立てば、小児2次医療対策の前にご紹介した小児初期救急医療対策、これを地元でまず「衛って」頂いて、1次で、1次的対応でだめならば即なんらかの搬送手段を使って2次

の方に転送して頂く、こういった、いわば両輪の体制でないと、これはこれはみんなで病院に任せりゃいいやみたいな雰囲気がある一定の時期まで、正直申し上げますと風潮的に流れがちな傾向がありました。それをトータルでは是正すべく去年の夏から一日3～4件程度ほぼ一週間のうち4日はデスクを空けて歩いております。繰り返しになりますけれども、そういった意味で、ただまだ数字的にですね小児初期救急医療体制を、小児科の準夜間の専門体制を敷いてやっている8区1市の近くの中核病院さんの方へ小児の患者さんが減ってるか増えてるか、もしくは単純に増えてるかっていうような傾向につきましては、残念ながら数的な裏付けはまだ取れない状況にあります。ただ今後のいろんな事業の実施状況等々を色々とふまえながら、仕事の内容、やり方など、改良すべき所は改良して、繰り返しになりますが、仕事のやり方を変えるところは変えさして頂いて、というような流れになっていくような方向でいろいろ今検討を進めているのも事実でございますので、念のためご了承、ご了解頂きたいと思っております。

私の方からは以上です。

# 保健師による電話相談

本田 浩子 東京都福祉保健局少子化社会対策部子ども医療課母子保健係

東京都福祉保健局少子化社会対策部子ども医療課の母子保健係の本田と申します。私は母子保健を担当しております保健師でございますので、ちょっと今日小児救急と言うことで若干公衆衛生であるとか予防でありますとかその辺の話が伝われば良いと思って参りました。東京都は8月に組織改正が行われ旧健康局、旧福祉局が統合され福祉保健局となりました。その中で少子社会対策部は子どもに関して総合的に支援をしていくということで組織をされております。私は母子保健の担当でございます。母子保健は小児救急を含めまして思春期等も含めた大変広い概念でございますが、母子保健事業は基本的には区市町村で対応して頂いております。母子健康手帳の交付でございますとか、妊婦健康診査でございますとか、乳幼児の健康診査でございますとか様々な事業を展開しております。

東京都は広域的な事業を展開しておりますが、その中で今日は電話相談「母と子の健康相談室」(小児救急相談)についてお話をさせて頂きたいと思っております。まずその経緯についてご説明したいと思います。先ほど申し上げましたけれども区市町村で行われております母子保健事業は保健所、保健センター等で実施しており、その保健所、保健センターが閉まってからお母様方の様々な不安に対して相談対応するために、昭和62年の10月から夜間電話相談「母と子の健康相談室」として開始しており

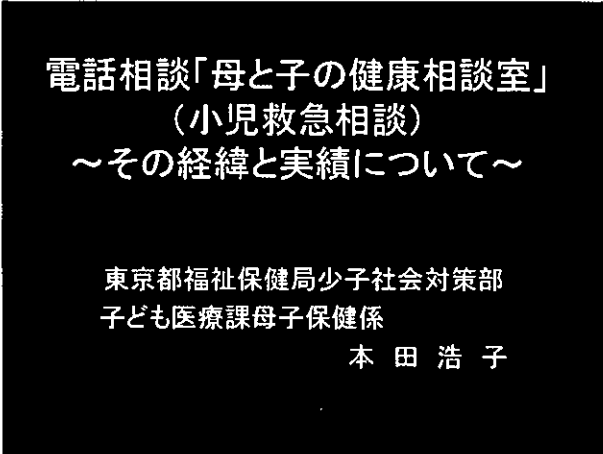


図1

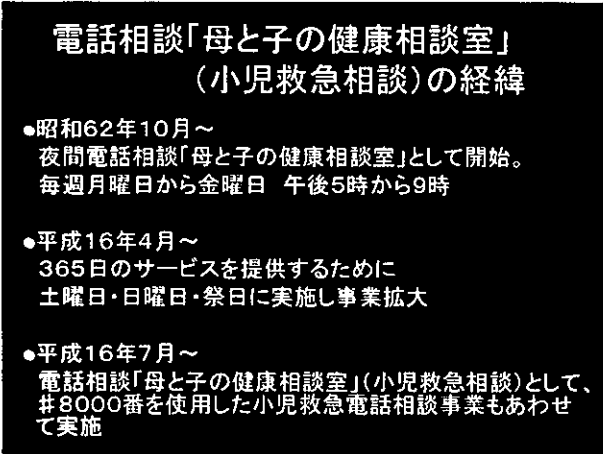


図2

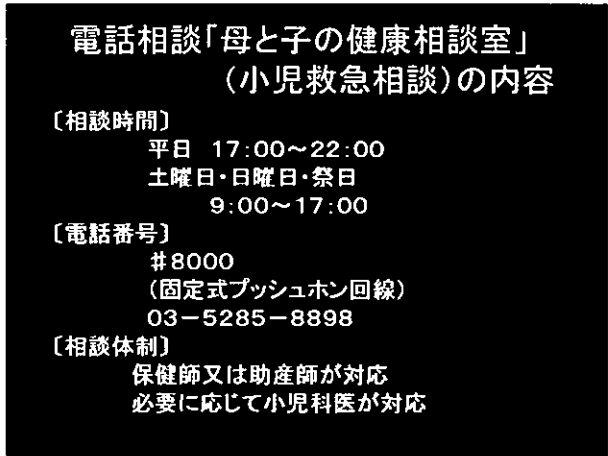


図3

ます。この事業は当初毎週月曜日から金曜日の午後5時から9時まで実施しておりました。その後相談数の増加に伴い回線を増やし、時間を10時まで延長いたしまして事業拡大しておりました。今年4月からは365日のサービスを提供をするために土曜日曜祭日年末年始も含めまして事業を拡大いたしました。さらに7月から、#8000番を使用いたしました小児救急電話相談事業を、夜間電話相談「母と子の

健康相談室」を基盤に事業を展開することになりました。現在は電話相談「母と子の健康相談室」(小児救急相談)として事業を実施しております。その内容でございますが、平日は午後5時から10時、土曜日曜祭日は年末年始を含みますが午前9時から午後5時までとなっております。電話番号につきましては#8000番これは固定式プッシュホン回線のみ使用となっております。さらに03-5285-8898という番号は当初より使用しておりました「母と子の健康相談室」の電話番号となっております。携帯電話もしくは固定式プッシュホン回線でないご家庭はこの番号を使って頂いてこちらの相談に繋がるようになっております。相談体制は当初保健師または助産師等が対応しております。小児救急電話相談事業を併せて実施するようになり、必要に応じて小児科医が対応するシステムとなっております。

電話相談の内容については昭和62年から継続してきた相談内容がございますので、それまでの相談内容についてまずご説明したいと思います。相談総件数は平成13年度が1万3613件一日平均55件となっております。14年度1万5540件平均63件となっております。15年度1万5675件平均64件となっております。ほぼ年間1万5千件の相談に対応させて頂いております。相談者の性別でございます。これ平成15年度のデータから出しております。

**夜間電話相談  
「母と子の健康相談室」の実績**

| 年度   | 相談総件数(1日平均)  |
|------|--------------|
| 13年度 | 13,613件(55件) |
| 14年度 | 15,540件(63件) |
| 15年度 | 15,675件(64件) |

図4

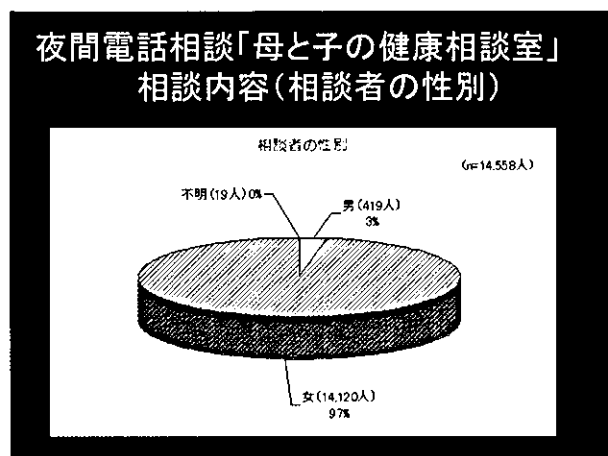


図5

性別でいきますと女性が97パーセント1万4120人となっております。女性と言うことでここには祖母ですとか親戚の方ですとかそういう方も入っておりますけれども主にお母様の相談が中心となっております。

次に相談の対象者でございます。「母と子の健康相談室」は妊婦さんからの相談も受けておりますので、ご本人の相談が3444件22パーセント、お子さんのご相談が1万1976人77パーセント、やはりお子さんが8割近くのご相談対象となっております。

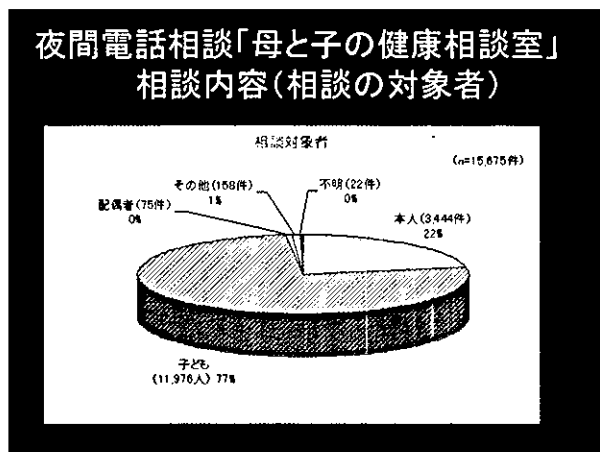


図6