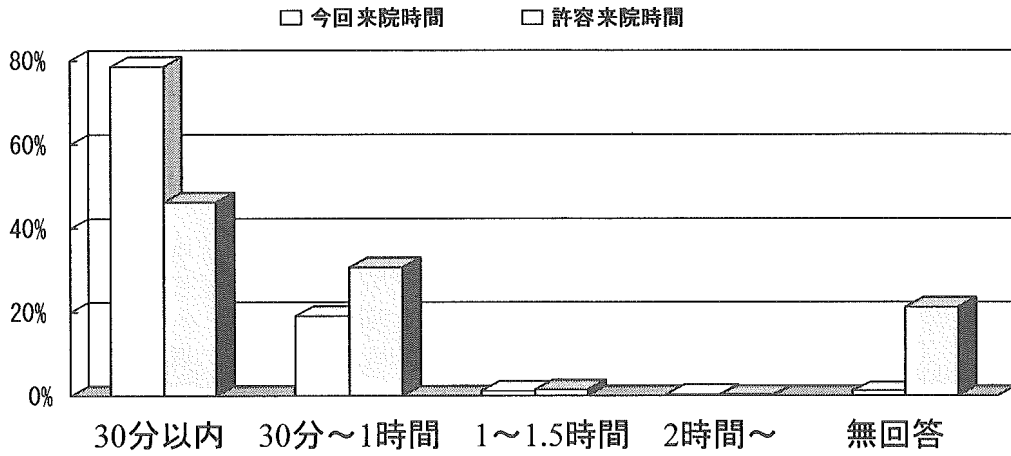


図17 来院にかかる時間



来院にかかる時間	今回来院時間	許容来院時間	p値
30分以内	78.5%	46.3%	<0.0001
30分~1時間	19.1%	30.8%	<0.0001
1~1.5時間	1.2%	1.4%	<0.0001
1.5時間~	0.2%	0.1%	0.017
無回答	1.0%	21.2%	

C-7、小児科医ストレス調査

【本研究担当者】

梅原 桂（岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野大学院生）

大矢幸弘（国立成育医療センター第一専門診療部アレルギー科医長）

藤村正哲（大阪府立母子保健総合医療センター病院長）

日本小児科学会QOL改善プロジェクトチーム（青谷裕文、恵谷ゆり、江原伯陽、高山ジョー、Yasuko F Chuck、舟本仁一、松裏裕行、和田紀久、柳原恵子、中澤誠）

【はじめに】

昨今15年ほどの間の医学の発達、少子化などの社会構造の変化および患者意識の変容により小児科診療の内容は激変し、小児科医への負担は増加しているがそれに見合うほどのマンパワーの補充はなく、小児科医の間に充満する疲労感、ストレスは注目されるべき状態である。先進諸国の先行研究でも、医師のストレスは増加傾向にあり、メンタルヘルス不全とされる医師の割合も高く、それらによる休職や退職率の増加や、患者ケアの量・質の低下が各国で問題になってきていると論じられている。¹⁾

日本小児科学会QOL改善プロジェクトチームはその活動の一環として、1) 小児科医の過重労働の実態と疲労・ストレス状況を客観的に把握する、2) 疲労・ストレス状況と労働環境との関連を検討することにより、小児科医のQOL改善については小児医療の質の向上につながる提言を行うことを目的として本調査研究を行った。

【研究方法】

日本小児科学会名簿（総数約18000名）から3000名を無作為に抽出し、さらに過疎地調査の対象となった病院の小児診療科代表宛245名分とあわせた3245名に、無記名質問紙による郵送調査を行った。調査への同意の可否は調査票への回答・返送をもってインフォームドコンセントを受ける手続きとした。

質問紙は、年齢・性別・勤務形態・雇用形態・医師歴年数・勤務地・職場の小児科医の人数・配偶者の有無・こどもの人数などの属性を質問した項目、週当たりの総在院時間、週当たりの院外拘束時間、週当たりの総労働時間や、月当たりの完全および不完全休日数*、月当たりの日・当直・オンコール回（単位）数、毎日の平均睡眠時間など労働状況を質問した項目、

ストレス、疲労度を客観的に把握するために職業性簡易ストレス調査票の一部の尺度（仕事の量的負担・仕事のコントロール度・上司支援・同僚支援）および労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストを使用した質問項目、さらに30名の小児科病院勤務医を対象に予備調査を行い、その結果に基づいて選出した小児科医に特有と思われた職業性ストレス要因（37項目）に対するストレス度を5段階（0-4）評定法で質問した項目で構成されている。（*不完全休日とは、オンコールや出張、その他のDutyがなく、休日として予定していた日に結局職場で仕事をした日と定義した。）

職業性簡易ストレス調査票の一部の尺度（仕事の量的負担・仕事のコントロール度・上司支援・同僚支援）得点から、全国労働者平均との比較を行うために、労働者平均を100とし100より値が高いほどストレス度が高いとする得点へ換算し、性別・年代別・勤務形態別に算出した。

また労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストにおいては、調査票の定義に従ってストレス反応得点と勤務状況得点により疲労蓄積度を0~7度に分類し、全国労働者の分布状況と比較するため、全体および性別、年代別、勤務形態別に分布状況を算出した。

小児科医に特有と思われた職業性ストレス要因（37項目）については、全体と大学附属病院勤務医・一般病院勤務医・診療所勤務医別にそれぞれの項目の平均点を算出した。

次に、週当たりの総労働時間が35時間以上と回答している勤務者710名を解析対象にして、週当たりの総労働時間（総在院時間、総院外拘束時間）、月当たりの完全休日数・不完全休日数、月当たりの当直・日直・オンコール回数（単位数）、毎日の平均的な睡眠時間の平均値を勤務形態別に算出した。

最後に、労働状況とストレス反応との関連を検討した。労働状況については、週当たりの総労働時間、月当たりの完全休日数、毎日の平均睡眠時間を指標に選び、提言につなげるためにカテゴリ分類（表15参照）した。ストレス反応については、労働者疲労蓄積度のストレス反応得点（信頼性係数 $\alpha=0.898$ ）を中央値10で二分し、11以上をHigh Stress群、10以下をLow Stress群として分類し、週当たりの総労働時間、月当たりの完全休日数、毎日の平均睡眠時間との関連を、多変量ロジスティック回帰分析で性別と年齢、勤務形態で調整して検討した。

【結果】

回収数は948通で、宛先不明で未達の分を調整した回収率は31.8%であった。対象者の特徴として、年齢・性別・勤務形態・雇用形態・勤務地（過疎/非過疎）・医師歴年数・職場の小児科医の人数・配偶者の有無・こどもの人数、を質問した結果を表15に示した。対象者の男女比は2：1であり、今までに公表されている小児科医の男女比の値と変わらず、また対象者全体の平均年齢が47.2歳であったのも、小児科学会員の平均年齢49歳と大きな差は認めなかった。勤務形態別では、学会名簿から予測された分布と比較して、一般病院勤務医からより多くの回答が寄せられている反面、大学附属病院勤務医と診療所勤務医はやや少なく、研究職・行政機関・教育機関勤務医からはあまり回答が寄せられていないということが推測された。

職業性簡易ストレス調査票の一部の尺度（仕事の量的負担・仕事のコントロール度・上司支援・同僚支援）得点から、労働者平均を100とする得点へ換算し、全体平均および性別・年代別・勤務形態別に算出した結果を表16に示した。

小児科医全体としては仕事の量的負担とコントロール度を合わせて見た得点（以下、量的負担-コントロール得点）で108、上司および同僚からの支援を合わせて見た得点（以下、支援得点）で104、2つの側面のストレスを統合した総合結果では112であった。すなわち小児科医では、仕事の量的負担感と自分のコントロール下で仕事ができないという感からくるストレスが全国労働者平均に比べ高く、また上司および同僚からの支援の“なさ”を感じていることからくるストレスもやや高いため支援という要素がストレス緩和材料として働かず、むしろ支援の“なさ”が相乗的に働いて総合結果では全国平均より12%ストレス度が高いという結果が示された。性別で示した結果では、量的負担-コントロール得点において男性医師で108、女性医師で109、支援得点においては、男性で107であったのに対し女性では97であり、総合結果として男性医師は115、女性医師では105であった。これは仕事の量的負担とコントロール度という側面から見たストレス度は男女とも差なく全国労働者平均より高く、上司および同僚からの支援という側面からみた場合、男性医師のほうは全国労働者平均に比較して上司や同僚から支援が少ないと感じておりそれが全体のストレス度を引き上げており、一方、女性医師は全国労働者平均より上司及び同僚からの支援があると感じてそれが全体のストレス度を少し緩和しているということを示している。同様に勤務形態別、年代別に算出された得点から、職

場のストレス要因の特性を読み取ると、勤務形態別では、大学附属病院勤務医では仕事の量的負担とコントロール度の側面から見たストレス度は全国労働者平均に比し非常に高い反面、上司および同僚からの支援の側面でのストレス度は低い傾向にあり、そのことにより全体のストレス度はやや緩和されているものの依然として高いという結果であり、診療所勤務医では2つの側面のストレス度について大学附属病院勤務医のほぼ逆のことが言えるという結果であった。

一般病院勤務医では、両側面で全国労働者平均よりもややストレス度が高く、相乗された結果、全体のストレス度は大学附属病院勤務医とほぼ同じであった。年代別では、仕事の量的負担とコントロール度の側面から見たストレス度は年代の若い方で全国平均より高く、上司および同僚からの支援の側面でのストレス度は年代の高い方で全国平均より高いという結果が得られた。つまり中間の年代層である40代、50代の医師は、両側面のストレス度が全国労働者平均に比べ高く、相乗された結果ストレス度が非常に高いという結果を示した。

次に、労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストについてであるが、調査票の定義に従って疲労蓄積度を0～7度に分類し、小児科医全体および性別、年代別、勤務形態別に分布状況を算出した結果を表17に示した。表18では、チェックリストが開発された際の12事業場、1030名の労働者の分布状況を全国平均として併記しているが、それと比較すると小児科医は疲労度を強く感じている人の割合が非常に高かった。

小児科医に特有と思われた職業性ストレス要因（37項目）について、全体と大学附属病院勤務医・一般病院勤務医・診療所勤務医別にそれぞれの項目の平均点を算出した結果を表17に示した。小児科医特有の職業性ストレス要因として、①際限のない責任、②慢性的な緊張感、③就労時間のあいまいさをストレスとしてあげる小児科医が多かった。

次に、週当たりの総労働時間が35時間以上と回答している勤務者710名を解析対象にして、労働状況を質問した結果を表19に示した。週当たりの総労働時間（総在院時間、総院外拘束時間）、月当たりの完全休日日数・不完全休日日数、月当たりの当直・日直・オンコール回数（単位数）、毎日の平均的な睡眠時間の平均値を勤務形態別に算出した。

最後に、それぞれ指標に選んだ労働状況とストレス反応との関連を検討した結果を表20に示した。労働状況については、週当たりの総労働時間、月当たりの完全休日日数、毎日の平均

睡眠時間をそれぞれカテゴリ分類し、週総労働時間では週当たり40時間以内であると回答している群を、月当たりの完全休日日数では月当たり5日以上と回答している群、毎日の平均睡眠時間では7時間以上と回答している群を参照群として、それらの群に対するその他の群におけるリスク(ストレス反応がHigh Stress群となる割合)比をオッズ比(95%信頼区間)で示した。

週当たり60時間以上労働していると回答している医師は、ストレス反応でHigh Stress群であるというリスク(割合)が、40時間以内と回答している医師のリスクの約2倍であった。

【考察】

世界の多くの先行研究で、医療従事者のストレスが増加し、燃えつき症候群やうつ病といったメンタルヘルス不全状態とされる医師やその他の医療従事者の割合(有病率)が高いといったことが論じられている。わが国においても例外ではなく、特に少子化などの社会構造の変化および患者意識の変容により小児科診療の内容は激変し、小児科医への負担は増加し、過重労働の中、小児科医の間に充満する疲労感、ストレスは注目されるべき状態にある。さらに、ストレスや疾病罹患といった理由から医療従事者の休職や退職率が増加し、患者ケアの量・質の低下が各国(特に先進諸国)で問題になってきていることがこれらの先行研究でも論じられているが、つまりは医療従事者のストレス状況を客観的に把握し、その健康状態やQOLを改善していかなければ、やがて医療現場から専門技術を持つ者の流出が生じ、現行の医療レベルが維持できなくなることを示唆しており、わが国の医療、特に小児医療においても携わる医師のストレス・QOLの評価、改善を行うことは急務であると考えられる。

しかしこれらの研究において、世界的にかつ多職種に共通に使われている職業性ストレス評価法を使用したというものは少なく、各々の研究で論じられた結果を合わせても、研究の対象となった集団以外に一般化でき比較可能な見解を得るに至らないものが多い。他職種では、1980年代にKarasekら²⁾が提唱した仕事の要求度-コントロール度-支援のモデル(以下DCSモデル³⁾)に基づいて職業性ストレス要因を評価し、それらがメンタルヘルス不全や心血管系疾患の発症を予測しうる⁴⁾といったことが多くの研究で実証されているが、そのモデルを医師の職業性ストレスを測定するのに適応させ評価した研究はまだ少ない^{5) 6)}。

本研究では、職業性ストレス簡易調査票の一

部の尺度を使用して、DCSモデルが日本の小児科医の職業性ストレスを評価しうるものであるか検討したが、性別、年齢別、勤務形態別で算出したストレス得点を職業性ストレス要因別にみると、病院勤務医や診療医といった勤務状況の特性や、小児科医においてもいわゆる“中間管理職”のストレスをうまく描出した結果が得られたと思われた。全国労働者の得点平均との比較は、算出された数値が100からどれだけ離れているかで判定するが、小児科医は全般に全国労働者平均よりストレスが高いという結果が示された。内訳では、特に仕事の量的負担とコントロール度の側面から見たストレス度のほうが、上司・同僚からの支援という側面から見たストレス度よりも高かったが、それは4つの尺度(量的負担、コントロール、上司支援、同僚支援)の素点をみると、量的負担のストレス得点が顕著に高いということが一つの理由と考えられる。一般に医師職は他職種に比べて、仕事上の裁量権はあるといわれており、実際本調査の結果でもコントロール尺度単独の素点では全国労働者平均に比し、そのストレス得点はやや低めであった。ただDCSモデルに基づく、“量的負担感”と“コントロール感のなさ”の相互作用でストレスが高まるとされており、今回の調査では、一般に医師がもつ裁量権(コントロール感)で緩和できる以上に量的負担感が強く、量的負担感そのものが強いストレスの要因になっていると考えられた。勤務形態別で見ると特に大学附属病院勤務医で、年齢別で見ると20代、30代の医師で量的負担のストレス得点が高く、またこの同じ層ではコントロールのストレス得点も高いため、量的負担-コントロール得点で非常に高いストレスを示した。大学附属病院勤務医は若い医師の率が多いため、上記のストレスの特徴が勤務形態の特徴を示したもののなか、年代の特徴を示したものはさらに検討を進めていく必要があると思われた。

一方、上司・同僚支援においては、性別では女性で、勤務形態別では大学附属病院勤務医で、年齢別では20代、30代で全国労働者平均よりストレス度が低いという結果であった。性別の結果については、上司支援では全国労働者平均で性差があり、一般には女性のほうが男性より上司からの支援が少ないと感じていて、上司-同僚支援得点で女性のほうがストレス度が高い。

小児科医師においては上司支援、同僚支援尺度の素点で性差はなく、結果、女性医師では全国労働者平均よりストレス度はやや低いという結果になったが、男性医師では全国労働者平均より高いという結果を示しており、女性医師も

全国の男性労働者に比較すれば職場における支援の少なさを感じているということが考えられる。他職種に比べ医師は、上司から男女同等の扱いを受けているものの、医師としての仕事上ややもすると他者、特に同等の責任を分担することのできる同じ医師職からの支援を受けにくい状況にあるのではないかと推測される。量的負担—コントロール得点が高かった大学附属病院勤務医、20代、30代の医師は支援得点では共に全国平均より低く、そのことが緩和的に作用して全体のストレス度を弱めている。大学附属病院は医師の数が比較的多く、また20代、30代の医師にとっては同年代の医師や先輩医師が多いため、医師としても支援を受けやすい職場環境にあると考えられる。逆に支援得点の高いのは、診療所勤務医、40代、50代の医師で、医師一人職場であったり、同年代の医師が周囲にあまりいないといった職場環境にあるためと考えられた。上司や同僚、つまり同等の責任を分担しうる他の小児科医の存在・支援は、量的負担の大きい職場環境において、あるいは連続的な責任、慢性的な緊張を強いられる小児科医少人数職場の医師にとって、その職業性ストレスを大きく緩和する要因となると考える。このような点から地域における診療所レベルでのネットワーク体制、病院においては常に小児科医が複数いる体制が望まれる。

次に労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストを使用した結果であるが、その分布状況を見ると小児科医師の疲労の様子がより顕著に描出されている。性別、年齢別、勤務形態別のどの層を見ても概ね疲労を強く感じている医師の割合が高い。割合の程度を各層で比較すると、先の量的負担と類似した結果を示しており、疲労度に対しても量的負担の要因が強く働いていると思われた。

さらに、疲労蓄積度自己診断チェックリストのストレス反応尺度と労働状況との関連を多変量解析モデルで分析した結果で、週あたりの労働時間の多さ、完全休日日数の少なさ、睡眠時間の少なさは有意にストレス反応の強さと関連しており、職業性ストレス簡易調査票、労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの記述統計結果も合わせると、仕事の量的負担すなわち労働時間を減らすことが、今の小児科医師のストレス・疲労を軽減させるのに必須であるといえる。どこまでどのように減らせばいいかという点においては、多変量解析の結果が示すように、まずは週あたりの総労働時間が60時間以内となること、月当たりの完全休日日数を3日以上確保させること、毎日の睡眠時間が6時間以

上は取れるように一日の労働時間を制限することが目安になると考える。これ以外にも当直明けの勤務やオンコール体制の問題など並行して検討しなければならない点は山積しているが、まずは労働時間の調整のためにどのような体制が採れるのか、採らなければいけないのかを検討し、山積している問題の解決の糸口を見いだす必要がある。

また労働時間という職場環境を整える以外にも、表4に示された小児科医に特有と思われるストレス要因を個別に検討し、小児科医全体としてあるいは各職場で改善の取り組みを行うことは有用である。全国の小児科医師を対象にこのような調査をしたのは初めてであり、ストレス得点の高かった要因を小児科医師が共通に感じているものとして認識し、新しい小児医療体制を作っていく際に考慮しなければならない点と考える。一方、ストレス緩衝要因として挙げられている項目は、ストレス要因以上に多くの小児科医師が共通にあげており、このような点をそれぞれの医師が働き甲斐として感じ続けられるように小児医療を保障し、守っていくようにしなければならない。昨今、研修医の小児科医離れが問題となっているが、マンパワーの拡充は、小児医療において救急医療のみならず、高度な医療レベルを維持するためにも必須の条件であり、小児科医の抱えるストレス・労働状況を客観視し、小児科医全体として改善の取り組みの姿勢にあることを示すことは、明日の小児医療に希望を持った医師の新入・再入につながると思われる。

【結論】

小児科医のストレス・疲労状態はこれまでに他職種でも使用されている妥当性のある調査票で客観的に示され、特に疲労の割合は非常に高かった。

職業性ストレス要因の検討で、小児科医のストレス・疲労状態は特に、仕事の量的負担感が強く影響していると思われた。

労働状況の中でストレス反応と有意に関連していたのは、週あたりの総労働時間、月当たりの完全休日日数、毎日の平均睡眠時間であり、解析結果を基に、

- ①週あたり総労働時間を60時間以内とする
 - ②月当たりの完全休日日数を3日以上確保させる
 - ③毎日の平均睡眠時間が6時間以上取れるように、一日の労働時間を制限する
- を提言する。

医師は他職種に比べ、職場で上司や同僚から

の支援つまり同等の責任を持ちうる他の医師の支援を受けにくい状況にありそれがよりストレス度を高めていると推測された。このことは特定施設への小児科医の集約化とサテライト施設のネットワーク化の構築を進める根拠を示唆するものである。

また、小児科医特有のストレス要因調査結果が示すように、欧米の医師のように自己研鑽や研究に割く時間の確保、およびシフト制や相補的診療体制の導入による家族との生活時間を確保できるようにするなど小児科医のQOLを改善しうるような新体制の構築を、集約化による小児科医の再編とあわせて構築する必要がある。

【文献】

- 1) Michie, S. and S. Williams (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 60(1):3-9
- 2) Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for Job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 24:285-309
- 3) 川上憲人 (1999) : 職業性ストレスの理論の変遷と現状 *ストレス科学*13 (4) :56-63
- 4) Schnall, P. L., Landsbergies, P. A. (1994): Job strain and cardiovascular disease. *Ann. Rev. Public Health* 15:318-411
- 5) Linzer, M., M. R. M. Visser, et al. (2001). "Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine* 111(2): 170-175.
- 6) Calnan, M., D. Wainwright, et al. (2001). "Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science & Medicines* 52(4): 499-507.

【付表】

- 表15 対象者の特徴 (N=948回収率: 31.8%)
- 表16 職業性ストレス簡易調査票得点
- 表17 労働者疲労蓄積度自己診断チェックリスト 疲労度による分布状況
- 表18 小児科医の職業性ストレス要因と緩衝要因
- 表19 労働状況 (N=710)
- 表20 労働状況とストレス反応の関連性

表15 対象者の特徴 (N=948 回収率 : 31.8%) n ; 有効回答数

	人	%	平均	最小値	最大値
性別			年齢(歳) n=944		
男性	662	69.8	全体 47.2±13.5	26	84
女性	286	30.2	男性 49.2±13.2	26	84
勤務形態			女性 42.7±13.0	26	80
大学附属病院勤務医	139	14.7	医師歴年数(年) n=927		
一般病院勤務医	445	46.9	全体 21.8±13.6	1	60
診療所勤務医(開業医を含む)	285	30.1	男性 23.6±13.6	1	60
研究職・行政機関・教育機関勤務医	16	1.7	女性 17.6±12.7	2	56
小児科医以外・非常勤医・その他	62	6.6	職場の小児科医の人数(人) n=874		
不明	1	—	7.1±12.6	1	200
雇用形態			こどもの人数(人) n=887		
常勤(正職員)	827	87.2	1.8±1.2	0	5
非常勤	84	8.9			
不明	37	3.9			
勤務地					
過疎地ではない	756	79.8			
過疎地である	144	15.2			
わからない	27	2.8			
不明	21	2.2			
配偶者の有無					
あり	762	80.4			
なし	177	18.7			
不明	9	0.9			

表16 職業性ストレス簡易調査票得点

(仕事の量的負担・仕事のコントロール度・上司支援・同僚支援)

	n	量的負担— コントロール	上司・同僚 支援	総合結果
小児科医全体	743	108	104	112
性別				
男性	510	108	107	115
女性	233	109	97	105
勤務形態別				
大学附属病院勤務医	139	121	94	114
一般病院勤務医	426	108	105	113
診療所勤務医	142	97	107	104
年代別				
20歳代	99	111	89	98
30歳代	205	113	99	112
40歳代	235	109	112	122
50歳代	131	105	109	115
60歳代	53	96	102	98
70歳代以上	19	87	84	73

表17 労働者疲労蓄積度自己診断チェックリスト 疲労度による分布状況

性別(n=789)	男性		女性		全体		*全国平均		*H14年度チェックリスト作成時における 事業場調査(12事業場、1030名)の結果			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
疲労度分類												
0(小)	122	22.3	52	21.5	174	22.1	56.1		20	71.4		
1	50	9.2	19	7.9	69	8.7	10.4		3	10.7		
2	63	11.5	26	10.7	89	11.3	14.8		5	17.9		
3	68	12.4	24	9.9	92	11.7	10.4		0	0.0		
4	54	9.9	29	12.0	83	10.5	1.8		0	0.0		
5	52	9.5	26	10.7	78	9.9	3.7		0	0.0		
6	81	14.8	36	14.9	117	14.8	1.0		0	0.0		
7(大)	57	10.4	30	12.4	87	11.0	1.8		0	0.0		
	547		242		789				28			
年齢別(n=787)	20代		30代		40代		50代		60代		70代以上	
疲労度分類	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0(小)	15	15.0	27	13.4	46	19.0	47	28.5	18	36.0	20	71.4
1	9	9.0	6	3.0	25	10.3	21	12.7	4	8.0	3	10.7
2	10	10.0	16	7.9	24	9.9	21	12.7	13	26.0	5	17.9
3	8	8.0	23	11.4	31	12.8	26	15.8	4	8.0	0	0.0
4	8	8.0	31	15.3	26	10.8	13	7.9	5	10.0	0	0.0
5	8	8.0	23	11.4	31	12.8	13	7.9	3	6.0	0	0.0
6	25	25.0	48	23.7	25	10.3	17	10.3	2	4.0	0	0.0
7(大)	17	18.0	28	13.9	34	14.1	7	4.2	1	2.0	0	0.0
	100		202		242		165		50		28	
勤務形態別(n=784)	大学附属病院勤務医		一般病院勤務医		診療所勤務医・開業医		研究所・行政機関 教育機関勤務医		小児科医以外の仕事・ 非常勤医			
疲労度分類	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0(小)	6	4.7	71	17.1	83	39.9	6	42.9	7	38.9		
1	5	3.9	32	7.7	28	13.5	1	7.1	3	16.7		
2	12	9.4	38	9.1	31	14.9	2	14.3	4	22.2		
3	16	12.5	51	12.3	22	10.6	3	21.4	0	0.0		
4	17	13.3	52	12.5	12	5.8	2	14.3	0	0.0		
5	12	9.4	51	12.3	13	6.3	0	0.0	1	5.6		
6	37	28.9	70	16.8	8	3.8	0	0.0	1	5.6		
7(大)	23	18.0	51	12.3	11	5.3	0	0.0	2	11.1		
	128		416		208		14		18			

表18 小児科医の職業性ストレス要因と緩衝要因

ストレス要因	n	平均値	最頻値(数)	大学病院	一般病院	診療所
1 際限のない責任	888	2.79 ± 1.10	4(287)	3.05	2.83	2.04
2 慢性的な緊張感	884	2.60 ± 1.07	3(291)	2.83	2.68	2.39
3 拘束時間が長いなどの就労時間のあいまいさ	887	2.52 ± 1.24	3(238)	3.07	2.68	2.04
4 余暇の少なさ	878	2.46 ± 1.30	3(246)	3.13	2.55	2.07
5 仕事の要求水準の高さ	888	2.42 ± 1.10	3(292)	2.91	2.43	2.17
6 慢性的な精神的疲労感	879	2.40 ± 1.18	3(263)	2.87	2.47	2.12
7 仕事量の多さ	887	2.40 ± 1.16	3(286)	3.01	2.43	2.02
8 慢性的な身体的疲労感	886	2.36 ± 1.20	3(264)	2.82	2.4	2.12
9 買物、銀行に行くなどの日常的な生活行動が制限されて	877	2.30 ± 1.26	3(250)	2.69	2.45	1.95
10 自己研修の時間のなさ	883	2.29 ± 1.13	3(270)	2.51	2.39	2.04
11 自分自身の健康に対する不安	879	2.24 ± 1.22	2(238)	2.32	2.22	2.26
12 救急外来での不要・不急の患者の診察	844	2.24 ± 1.31	3(201)	2.37	2.45	1.85
13 仕事上の雑用の多さ	871	2.22 ± 1.22	2(222)	2.78	2.22	1.96
14 診療報酬の少なさ	882	2.20 ± 1.31	3(218)	2.59	2.19	2.06
15 医師としての能力への不安や焦り	884	2.14 ± 1.16	2(263)	2.19	2.3	1.87
16 今にもミスをおかしそうという危機感	869	2.10 ± 1.12	2(276)	2.23	2.15	1.96
17 当直明けの勤務	746	2.09 ± 1.52	4(182)	2.77	2.32	1.15
18 患者からの要求・クレーム	880	2.08 ± 1.17	2(243)	2.17	2.19	1.89
19 休日出勤の多さ	800	2.07 ± 1.39	3(189)	2.72	2.29	1.26
20 家庭・家族を犠牲にしているという引け目	867	2.00 ± 1.33	1(197)	2.32	2.12	1.66
21 睡眠時間の少なさ	858	1.94 ± 1.23	2(254)	2.53	1.96	1.66
22 仕事の負担の不公平感	861	1.92 ± 1.25	2(256)	2.45	2.06	1.41
23 病院経営におけるプレッシャー	866	1.87 ± 1.39	0(191)	1.33	1.81	2.34
24 仕事に対して与えられる評価	870	1.85 ± 1.10	2(309)	2.01	1.96	1.58
25 他科医師の小児医療に対する無理解	876	1.81 ± 1.21	2(264)	1.82	1.85	1.76
26 給与に対する不満	854	1.81 ± 1.32	2(217)	2.74	1.85	1.17
27 小児科医として仕事を続けていくことへの迷い・不安	886	1.81 ± 1.30	2(214)	1.8	2.01	1.49
28 当直内容のハードさ	765	1.74 ± 1.39	0(201)	2.17	1.97	0.93
29 他科患者への対応	870	1.66 ± 1.18	2(260)	1.56	1.67	1.72
30 当直回数の多さ	765	1.65 ± 1.38	0(216)	2.25	1.86	0.78
31 社会からの偏見・誤解	880	1.62 ± 1.17	1(256)	1.64	1.68	1.52
32 医師間での人間関係	858	1.42 ± 1.14	1(268)	1.59	1.55	1.15
33 職場での孤立感	857	1.39 ± 1.18	1(247)	1.35	1.43	1.35
34 経済的不安	874	1.38 ± 1.19	0(258)	1.83	1.35	1.18
35 コメディカルとの人間関係	874	1.29 ± 1.01	1(321)	1.28	1.2	1.44
36 勤務地ローテーションによる生活の不確定さ	778	1.23 ± 1.34	0(344)	1.55	1.44	0.52
37 仕事のやりがいのなさ	870	1.20 ± 1.04	1(291)	1.06	1.28	1.11

緩衝要因	n	平均値	最頻値(数)	大学病院	一般病院	診療所	
1 子供の笑顔に接すること	902	3.47	0.75	4(532)	3.53	3.46	3.43
2 子供たちの未来にかかわる仕事である	898	3.24	0.85	4(414)	3.33	3.19	3.27
3 やりがいのある仕事である	896	3.08	0.94	3(346)	3.18	3.04	3.1
4 子供の問題について多面的に考えられ、自分の人生にプラスになる	896	2.80	1.04	3(287)	2.77	2.75	2.82
5 家族の理解・応援	896	2.58	1.11	2(277)	2.73	2.53	2.6
6 仕事がハードな分、達成感がある	893	2.49	1.03	2(315)	2.64	2.41	2.57
7 多様な領域の疾患を診ることができる	891	2.46	1.04	2(289)	2.63	2.44	2.39
8 知的好奇心が満たされる	892	2.38	1.03	2(327)	2.69	2.31	2.3
9 自分の子供の教育にプラスとなる	884	1.96	1.25	2(288)	1.87	1.87	2.1

表19 労働状況 (N=710)

	n	週当たりの総労働時間	週当たりの総在院時間	週当たりの総拘束時間
		平均値	平均値	平均値
全体	710	64.5 ± 22.7	55.7 ± 14.9	9.1 ± 19.4
大学附属病院勤務	131	73.2 ± 18.3	67.1 ± 14.7	6.7 ± 11.3
一般病院(小児専門含む)	391	67.3 ± 23.8	56.5 ± 13.8	11.3 ± 22.1
診療所勤務	163	52.7 ± 19.3	45.6 ± 10.6	7.0 ± 18.1
研究所・行政機関・教育機関勤務	13	52.3 ± 11.0	50.1 ± 7.5	2.2 ± 5.3
小児科医以外の仕事	10	52.5 ± 10.0	47.2 ± 10.0	4.6 ± 11.5

	n	月当たりの完全休日日数	月当たりの不完全休日日数	
		平均値	平均値	
全体	674	3.2 ± 2.6	3.3 ± 3.1	* 調査期は7月であり 暦上の休日日数11日
大学附属病院勤務	125	1.9 ± 1.6	4.1 ± 3.2	
一般病院(小児専門含む)	383	3.1 ± 2.6	3.9 ± 3.2	
診療所勤務	145	4.0 ± 2.5	1.1 ± 1.6	
研究所・行政機関・教育機関勤務	13	5.2 ± 3.2	1.6 ± 1.9	
小児科医以外の仕事	8	7.1 ± 5.2	1.0 ± 1.5	

	n	月当たりの日直単位数	月当たりの当直単位数	月当たりのオンコール日数
		平均値	平均値	平均値
全体	656	1.2 ± 1.5	2.5 ± 2.7	6.1 ± 8.8
大学附属病院勤務	125	1.3 ± 1.2	3.7 ± 2.5	2.8 ± 4.9
一般病院(小児専門含む)	379	1.4 ± 1.5	2.9 ± 2.7	8.6 ± 9.3
診療所勤務	130	0.8 ± 1.5	0.4 ± 0.9	3.0 ± 8.4
研究所・行政機関・教育機関勤務	13	0.0 ± 0.0	0.7 ± 1.5	0.0 ± 0
小児科医以外の仕事	7	1.7 ± 2.6	3.9 ± 5.4	0.0 ± 0

	n	毎日の平均睡眠時間
		平均値
全体	696	6.0 ± 0.9
大学附属病院勤務	129	5.6 ± 0.8
一般病院(小児専門含む)	386	6.0 ± 1.0
診療所勤務	158	6.4 ± 0.9
研究所・行政機関・教育機関勤務	12	6.6 ± 0.7
小児科医以外の仕事	9	6.3 ± 1.2

表20 労働状況とストレス反応の関連性

n=655	オッズ比	95%信頼区間
週総労働時間		
40時間以内	1.0	
40～60時間	1.1	(0.5 - 2.2)
60時間超	2.1	(1.0 - 4.2)
月間完全休日日数		
5日以上	1.0	
3～4日	1.1	(0.7 - 1.7)
1～2日	1.7	(1.1 - 2.7)
0日	2.0	(1.2 - 3.3)
平均睡眠時間(N=689)		
7時間以上	1.0	
6～7時間	1.4	(0.9 - 2.1)
5～6時間	2.6	(1.6 - 4.1)
5時間未満	3.7	(1.6 - 8.5)

* それぞれ性別、年齢、勤務形態で調整している

D、小児救急公開フォーラムの実施

【目的】

市民の声を直接聞き、そのニーズを汲み上げることを目的に、本研究班の研究事業として行ってきた。

【実施】

1) 平成15年度

(1) テーマ「小児救急の大切さを皆で考えよう」

東京ウィメンズプラザ

平成16年1月18日

(2) テーマ「みんなで育てよう、よりよい小児救急」

大阪国際会議場

平成16年3月14日

2) 平成16年度

テーマ「誰が担う、いかに利用するか」

日本薬学会長井記念館

平成16年12月5日

3) 平成17年度

(1) テーマ「子ども達のために皆で育てよう！
より良い小児救急医療体制を！」

北九州国際会議場

平成17年11月20日

(2) テーマ「学校（集団生活）での小児救急」

浜離宮朝日ホール

平成18年1月29日

研究成果の刊行物・別冊

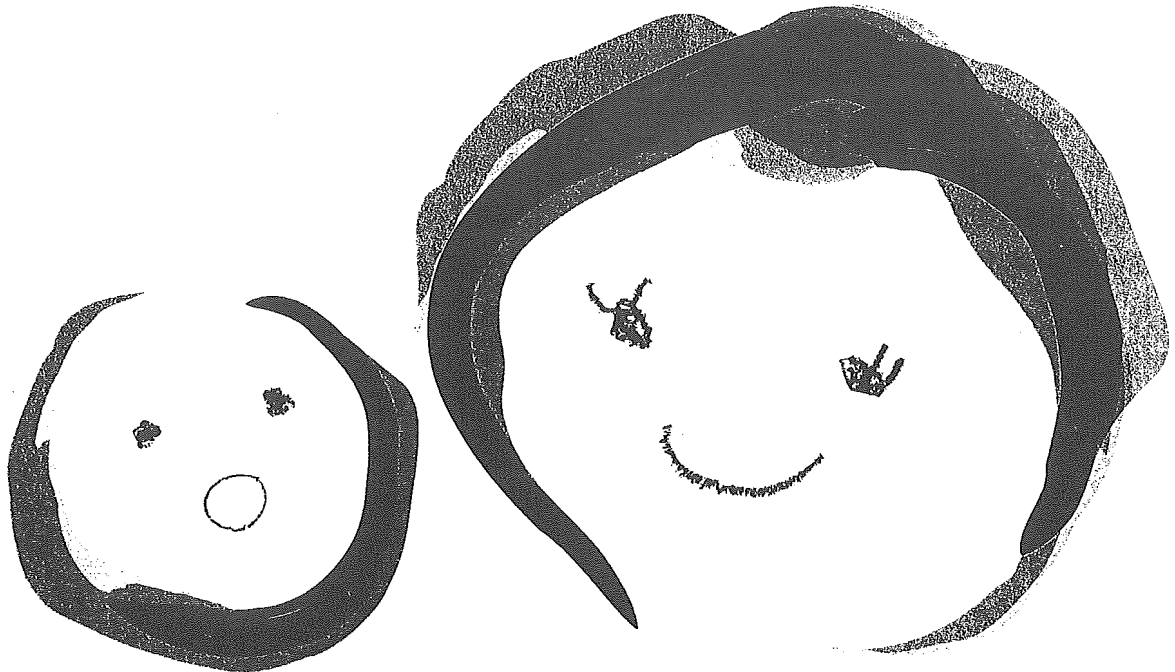
小児救急の大切さを皆で考えよう！

小児救急 公開フォーラム

当日
「こどもの事故と対策」
パンフレット配布!!

入場
無料

あなたのお子さん、熱が出たらどうするの？



●日時 2004年1月18日(日) 13:00~17:00

●場所 東京ウイメンズプラザ

●プログラム

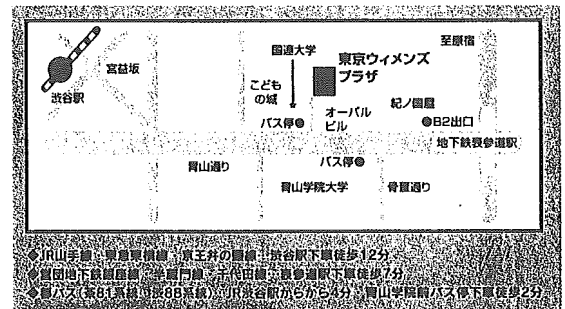
- 慢性疾患をかかえたこどもの親が思うこと
平岡まゑみ (NPO難病のこども支援全国ネットワーク)
- マスコミの立場から見た小児救急医療の現状と課題
山口 博弥 (読売新聞東京本社医療情報部)
- 卒後臨床研修必修化と小児救急
寺沢 秀一 (福井医科大学総合診療部)
- これからの小児救急医療体制
松平 隆光 (松平小児科)
- 豊能広域こども急病センター設立にむけて
竹内 泰雄 (大阪府豊中保健所企画調整課)
- ITを使った小児QQ相談コーナーの立ち上げ
中澤 誠 (小児救急プロジェクトチーム座長)
- 公開講座「Q&A」
市川光太郎 (北九州市立八幡病院小児救急センター)
田中 哲郎 (国立保健医療科学院生涯保健部)

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

「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」

後援：日本医師会・日本小児科医会・日本小児保健協会



お問い合わせ

社団法人日本小児科学会

〒112-0004 東京都文京区後楽1-1-5 第一馬上ビル4階

TEL 03(3818)0091 FAX 03(3816)6036

日本小児科学会主催

「小児救急公開フォーラム」

プログラム

司会：中澤 誠（小児救急プロジェクトチーム座長、
東京女子医科大学循環器小児科）

慢性疾患をかかえたこどもの親が思うこと

平岡まゑみ（NPO 難病のこども支援全国ネットワーク）

マスコミの立場から見た小児救急治療の現状と課題

山口博弥（読売新聞社東京本社医療情報部）

卒後臨床研修必修化と小児救急

寺沢秀一（福井医科大学救急部）

これからの小児救急医療体制

松平隆光（松平小児科）

豊能広域こども急病センター設立にむけて

竹内泰雄（大阪府豊中保健所企画調整課）

ITを使った小児QQ相談コーナーの立ち上げ

中澤 誠（小児救急プロジェクトチーム座長、東京女子医科大学循環器小児科）

公開講座「Q & A」

市川光太郎（北九州市立八幡病院小児救急医療センター）

田中哲郎（国立保健医療科学院生涯保健部）

「慢性疾患をかかえたこどもの親の思うこと」

TSつばさの会 代表 平岡まゑみ

TSつばさの会の平岡と申します。

結節性硬化症の患者の親の会です。

この疾病の小児の主な症状は、脳の中に石灰化した病変があり、それによるてんかん、皮膚症状、心臓の結節、網膜の結節などです。成人に達する頃、腎臓の血管筋脂肪腫、脳腫瘍などを発症する場合があります。大変個人差が大きく、何の症状もない方から歩行も出来ない方、重い発達障害の方まで様々です。

難病、慢性疾患のこどもの親たちの多くは、良くも悪くも病院慣れしております。生活の一部と言うより、中心になっている家族さえあります。そして、多くは治療して治る病気ではないのですから、出来る限り症状を抑え、親が看護のベテランになる事で日常生活を可能にしています。私の娘は間もなく30才。とくに小児ではありませんが、週3回の人工透析をはじめ、てんかんのコントロールなど、殆どの医療行為を国立成育医療センターで受けています。国立小児病院の時代を含め、30年、病院と密接なかかわりを持っているわけです。

私たちのような、病院慣れした親だからこそ、気になる事が沢山あります。

「小児救急」に関連した幾つかを聞いていただきたいと思います。

同じ結節性硬化症の男の子を持つお母さんからのお話ですが…

・慢性疾患の救急とその他救急を区別していただきたい。

風邪の子と一緒に待つのは命に係わる事もあります。日常生活を、すでにギリギリのレベルで維持しているので、体力的に余力がありません。また、知的な障害がある場合、ルートを取るだけでも強い恐怖を覚えたり、目が離せないなど、かえって他のお子さんにも不安を与えるのでは…と思います。

・慢性疾患の場合特殊ケースもあるので救急外来で全てを判断せず主治医に連絡をとって欲しいのです。

そのお子さんの場合、腎臓の問題もあるので、点滴の輸液の量など考慮しなければならない事が幾つもあります。また、何種類もの薬を飲んでいきます。現実には数年前、そのお子さんは敗血症の処置が遅れ重篤になり、長期のICUとその後の障害に苦しみました。その時は、主治医との連絡に手間取った事が原因でした。

・昼間は混むから、仕事があるからと最初から夜の救急を狙ってくる親がいます。救急患者と言うより、子育て相談の類いも珍しくないと聞きます。

乱暴な言い方ではありますが、夜間、休日は、事前に十分な電話相談や、信頼できるベテランが急患受けをしてくれると、本当に急を要する患者の処置に手がまわり、待ち時間の短縮も出来るのではないのでしょうか。

次ぎは、私自身の経験です。

一昨年の大晦日。たまたま透析装置の不具合で、透析を終えたのが夕方7時過ぎになりました。病院の建物を出たところで、全身の痙攣を起し倒れてしまいました。周囲の方の手助けもあり、すぐストレッチャーで運ばれました。急患扱いです。ただちに血液検査を…、と慌ただしく処置が始まりました。左腕は

シャントがあり、圧迫しないで欲しい、透析直後で出血し易い、透析後の抗痙攣剤を服用したばかりである、今ならまだ、透析室に主治医がいらっしゃるはず、などなど、親からの注文が多すぎたせいか、担当したドクターは焦ってルートがとれず、30分にもわたる血まみれの悪戦苦闘。

幸い発作も落ち着いて来たので良いようなものの、身長160、56kgもある立派な体格の娘がこんな状況なら、小さいお子さんの血管なんて…と複雑な思いでした。結果的には、一番大切なタイミングで何の処置もされず、その時点での検体も取れず、何だったのだろうかと言う思いだけが残りました。その後、何時間か待たされたあげく、検査結果が出ないというオマケも付きましたが…。

決められた手順が有るのは、承知していますが、優先するのは手順でしょうか？ 患者の状態でしょうか？ この場合、手順を踏むことを優先し、その間の症状の変化には気が向いていないように見えたのは、病院ズレした親の偏見でしょうか？

昨年の9月にも救急車を呼ぶかどうかの騒ぎがありました。

午前0時に突然の発熱。40℃を超える高熱が続き、常備の解熱剤も冷却シートも役に立たず慌てました。痙攣発作を起しそうな顔もしているし、迷いに迷ったあげく、翌朝の通常の透析外来の開始時間を待ちました。

細菌感染による発熱で、あと数時間対応が遅れたら危険な状態で、朝まで待った私の判断が、はたして良かったのかどうか微妙でした。ただ、私としては、以前に経験した救急外来が、どうしても不安で…。夜中に救急車で運び込む事で、必要以上に本人を動揺させたくない面もあり、ストレートに主治医に辿り着ける方を選んだ次第です。

私に限らず、慢性疾患のこどもの親たちは、何度もこうした経験をしています。その結果、わが子の安全は、親が守ると言う意識を持っています。この緊張は、24時間、365日です。正直に言って、何十年と守って来た命を、納得できない形で危険に曝したくはありません。

時間外に病院に行く状況になってしまった場合、私たちは顔見知りの看護師を探します。1から説明しても、どの程度対応していただけるのか判らないドクターより、状況の特殊性を直感していただける看護師を頼ります。そして主治医とのホットラインの確保は、親の努力にかかっています。それが、良い状態だと言うのではなく、現実的に、今出来る自己防衛です。

年中、病院通いをしている患者が時間外に行くと言う事は、それだけで十分、非常事態です。長年、その子どもだけを見て来た親の直感もあります。殆どの場合、かなり冷静に状況の説明も出来ます。だからこそ、育児に戸惑い、オロオロと騒ぎたてる親より、緊急性がないと受け取らないで下さい。

ある医師から、危険だと思ったら、騒ぎ立てたほうが良いと言われた事があります。一晩に何十人もの急患が集まる救急病院では、確かに声の大きい方が良いのかもしれない。

少なくとも、多くの慢性疾患の子どもが通う病院では、救命救急の面でも、慢性疾患に対応していただきたいのです。

- ・状況を把握し、速やかに主治医との連携がとれる体制を。
- ・重度のお子さんには、専従の看護師が無理なら、サポートしてくれるヘルパーでも良いから、付けて欲しい。
- ・一般の救急患者と別枠が欲しい。救命救急セクションで手順に従い対応するばかりでなく、その疾病の特殊性を理解している医師に、速やかに連携を取っていただきたい。
- ・重度の障害や慢性疾患をかかえた子どもの、危うさ、脆さを理解していただきたい。

・知的な障害を伴う場合、現場での対応に配慮して欲しい。特に本人の精神的苦痛は、親でも測り知れない面がありますが、その後の医療的ケアの妨げになる場合もあります。

地域のための「小児救急」と言います。それがどれ程大切な事か、十分承知しております。施設として「小児救急」の充実を図る事と平行して、その重要性の啓蒙と、日常の育児の不安に対する相談体勢の充実を考慮する必要があると思います。どれ程立派な「小児救急」のシステムが出来ても、利用する側が、昼間の待ち時間を嫌った親であったり、育児相談の範疇に近いケースが増えた場合は、大きな問題だと思います。

慢性疾患の子どもを、特別に厚遇せよと叫んでいるように聞こえる事と思いますが、適切な救急医療を、本当に必要な子どものために効率よく届く工夫をしていただきたいと願っているのです。生後6ヵ月から、今日まで、ほぼ30年。慢性疾患をかかえて生活しているので、何の問題も無い方の育児は判りません。しかし、「小児救急」の混雑を見るにつけ、本当にこれだけの数の急患が居るのだろうか？ 長時間、待合室で待機できる子どもは急患だろうか？ と、単純に疑問を感じています。

私ども、患者家族の会では、医療機関の選び方、医師との会話、疾病の受け止め方など、多くの問題を、親が自ら解決していこうと考えています。疾病だけに捕われず、少しでも良い日常生活を確保しようと努力し、出来る限り在宅療養を選択します。傍から見れば、あんな重度の子どもを、なぜ病院に置かないのかと言われます。親自身、危険は嫌と言う程承知の上で、家に連れ帰ります。家族なのだから。疾病を治すのではなく、疾病と共に生活をしています。慢性疾患とは、そう言うことだと思います。

だからこそ、緊急時のサポートを、慢性疾患の子どもを時間外に受診させる場合の、親の思いを、繰り返し訴える次第です。

小児救急公開フォーラム・抄録集用原稿

「マスコミの立場から見た小児救急医療の現状と課題」

読売新聞東京本社医療情報部 山口博弥

1・現状

読売新聞朝刊家庭面の長期連載企画「医療ルネサンス」で、2000年4月から2001年10月までの1年半、「いま小児医療は」というキャンペーン企画を展開し、前半で小児救急医療の現状と課題について取り上げた（中公新書ラクレの「こどもの医療が危ない」に収録）。脆弱な小児救急医療体制のせいで子供が亡くなったり後遺症を残したりして、家族が深い苦しみを味わっている——。そんな状況については、この企画の中でずいぶん紙面を割いたし、ここ数年は他の新聞やテレビ、雑誌も頻繁に報道してきた。こうした報道の甲斐あってかどうかは分からないが、国や自治体、病院経営者の意識も変わり、小児救急医療は少しずつではあるが、改善されてきたように思っていた。

そして、2003年5月、再び医療ルネサンスで8回の連載「小児救急」を掲載した。小児救急医療はあれからどう変わったのか——。問題点を解決するために、現場の医師たちの奮闘ぶりや新しいシステムをいくつか紹介するのが狙いで、“前向き”な内容にしたつもりだ。

しかし、今回の連載を終えると暗い気持ちにさせられた。なぜなら、幼い子を持つ母親から、3年前の連載時と同じように、悲しい体験や不安な思いをつづった投書がたくさん寄せられてくるのである。そしてそれは、けっして昔の話ではなく、つい最近の出来事なのだ。おそらく全国では、投書の数の数十倍、数百倍の同様の事例が埋もれているに違いない。わが国の小児救急医療の窮状は、本質的には変わっていないように思える。

2・対策（情報公開の必要性）

対策として、小児科医を集中させて初期から二次救急まで24時間365日対応するセンター病院の開設、小児救急電話相談、内科など他科の医師への小児科研修、卒後研修における小児科研修の強化、診療報酬の充実などが挙げられている。しかし、いずれも一朝一夕には実現できない。

そこで、まず地域が早急に取り組むべきこととして、＜情報の収集と公開＞を提案したい。自分の地域ではどのレベルの救急医療が可能で、一方で不可能な部分は何か、を調べる。できない部分は、他地域で対応できないかを模索して協力体制を構築、それでも不可能なら、「できること」「できないこと」の両方を住民に情報公開するのである。

3・家族への「心のケア」の重要性

急病や大けがで子どもを医療機関に連れて行った時、家族は動転し、場合によってはパニック状態に陥る。特に、子どもに後遺症が残ったり、亡くなったりした場合、家族には大きな心の傷が残ってしまう。

救急医療における医療者と患者家族とのかかわりは、慢性疾患での長い闘病生活におけるそれと違って、一時的な関係に過ぎない。しかし、この短い時間の中での医療者の対応は、家族のその後の癒しや立ち直りに大きく影響すると思われる。

救急医療の現場では、救命が医療者の第一の使命であることに疑いの余地はないが、家族に対する心のケアも、救急医療に携わる医師や看護師らすべての医療者が学び、実践しなければならない必須事項である。

卒後臨床研修必修化と小児救急

福井大学医学部附属病院 総合診療部 寺沢秀一

小児救急の問題が社会問題になるような事例が報道されるようになった。全ての医師の小児救急領域の臨床研修の立ち遅れを指摘されているとも言えよう。私はこの問題は救命救急医と小児科医の両方の責任だと考えている。

1. 救命救急医の責任

北米では救急専門医とは ER において研修医にプライマリケア～初期救急診療の十分な指導、教育ができる「ER 型救急医」を言う。彼等は ER において、小児の初期救急診療をも含めて全ての ER 受診患者について医学生や研修医の指導にあたっている。しかし、日本では三次救急患者の治療を行う「集中治療型救急医（救命救急医）」を救急専門医として育ててきた。そのため、日本の救急専門医は小児救急においても三次救急、特に重症外傷の小児の診療については研修医に教育できるが、小児の一次、二次救急を研修医に指導できないのである。このことが日本の医師が小児の一次、二次救急の初期診療の教育を受ける機会を失う大きな原因の一つになったと言える。今後、全ての医師の ER における充実した小児救急の研修の実現のためには、日本においても「ER 型救急医」の養成が急務と考える。

2. 小児科医の責任

小児科医の責任は「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」と主張してきたことである。物理的にも、時間的にも、小児科医のマンパワーの視点から考えても、小児科医だけで全ての小児科の救急患者を診るのが不可能なことは明白である。この「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」という主張のために、小児科医以外の医師は小児救急から大きく遠ざかることになった。また、この「小児救急は全て小児科医が診るべきだ」という主張のもとに、小児科医は小児科以外の医師の小児の一次、二次の初期診療の研修に積極的に取り組んでこなかった。これらのことが小児科以外の医師の小児の初期救急診療のレベルダウンに拍車をかけることになったと考える。小児科医以外の医師の小児救急の教育の改善のために小児科医の意識改革が必要と考える。

3. 今後の方向

卒後臨床研修の必修化で全ての医師が一次救急から三次救急を受け入れる ER で研修することになる。この機会に、「ER 型救急医」を養成し、小児科医と「ER 型救急医」とが連携して、ER において研修医に積極的に小児の初期救急診療の教育に取り組むことが小児科医以外の医師の小児の初期救急診療のレベルアップのために重要と考える。この方法によってこそ、やがて、小児の一次救急は小児科医以外の医師も担うことができ、小児科医は小児の二次、三次救急に専念できるという役割分担が成立すると予想する。