

## 育児不安と小児救急医療

山田 至 康<sup>1)</sup> 市川 光 太郎<sup>2)</sup> 田 中 哲 郎<sup>3)</sup>

## Anxiety of child-rearing and pediatric emergency medicine

Yoshiyasu YAMADA, Kotarou ICHIKAWA, Tetsuro TANAKA

## 1. はじめに

小児の救急医療の現場では、昨今の子育ての状況を表しているようなできごとが多くみられる。夜間の不安からの時間外受診や「心配ない」という一言を聞きたいだけの電話相談等は日常茶飯事で、乳幼児の深夜におこる誤飲事故、子どもへの虐待などでさえ見かけることがある。時間外の救急医療において、最近、とみにこのような受療行動が増えているように思えるが、これらの根底には母親の孤立と耐性の欠如からくる不安・不満があるように思える。

一方、小児救急医療においては、患者ニーズの増加、医療側のマンパワーの不足から一部の勤務医は過重労働に陥っている。緊急性のないいわゆる「社会的救急」を疾患知識の普及により減少させると同時に、患者の立場から不安の程度が強ければ救急医療の対象と見なし、この不安を軽減するための育児支援として救急医療体制の充実を図ることも重要である。今日的なテーマとしての育児不安と救急医療との関連について考えてみる。

## 2. 少子化社会と育児不安

わが国の平成9年度の合計特殊出生率は1.39人となり、人口を維持するのに必要な2.08人を大きく下回る状態となっている。このように少子化現象が進行すると同時に、平均余命の延長により高齢化が顕著化し、少子高齢化社会を迎えている。急激な少子化現象により、今後生じる経済社会的な損失や社会保障制度の混乱を最小限に抑えるために、行政による数多くの少子化対策が組まれている<sup>1),2),3)</sup>が政策誘導によるものではおのずと限界があり、個人の自立と選択に任されているのが現状である。少子化の原因として考えられることは、晩婚化・晩産化、子育てコストの高騰、出産による女性の社会経済的損失、次世代を育てる心の危機 (generativity crisis<sup>4)</sup>)、親としての耐性の低下等である。戦後50年の間に人々の価値観は徐々に変わり、ひた

すらものの豊かさを追い求める消費社会へと向かったが、バブル崩壊後は消費一辺倒でいることに疑問や空虚感を抱き始めるようになった。個人の価値観だけでなく、政治、経済の仕組みにも混乱をきたした状態で、子どもを生み育てることに夢をもてる社会とはほど遠いものとなっている。このような状況から母性性の喪失 (maternal deprivation<sup>5),6)</sup>)や育児不安が生じているように思える。母親に健康問題で配偶者に次いで最も信頼されている立場<sup>7)</sup>にいる小児科医は、最近の社会的風潮である「もの」中心の考え方から心の大切さを見直し、子育てが魅力的なものであることを乳児健診や救急医療の場を通して指導し、積極的に育児支援に取り組む必要がある。

## 3. 子どもの救急医療体制についての母親の気持ち

母親の育児不安は出産前後と子どもの生後10カ月頃に多い<sup>8),9)</sup>とされてきたが、最近の研究<sup>10)</sup>では年齢と共に漸増し学童期にも多いと指摘されている。小児救急医療の現場で問題になってくる不安は生後10カ月頃からのもので、感染症による発熱、運動範囲が増えることによる事故やけがが多い<sup>11)</sup>。アメリカでの調査においても51%の親が病気や事故を心配し、35%の親が信頼できる医師が見つかるかどうかを心配している<sup>12)</sup>。一般に子どもは3歳頃までは、月平均1回の病気にかかり、70%がかかりつけ医を受診している<sup>13)</sup>ため不安行動としての受診もこの時期に集中する。母親からみた子どもの救急医療体制についての意識調査<sup>14),15)</sup>では都市部で、7~8割の親が救急医療に対して不安を抱いており、実際1~4割が時間外受診を断られた経験があった。不安の内容としては夜間の急患センターが遠いこと、治療の質に対して信頼が置けない、時間外の救急医療体制の不明瞭さ等をあげている。現状では母親は、成人とは異なる小児の独立した救急医療体制ないしは救急医療を専門に行う病院の設置を求めている。言い換えれば、「いつでも、どこでも、すぐに、小児科医による質の高い診療を希望する」といった時間外診療に対する社会的ニーズの増大<sup>16),17)</sup>が明らかになった。

1) 六甲アイランド病院小児科

2) 北九州市立八幡病院

3) 国立公衆衛生院母子保健学部

表1. 地域における小児初期救急患者

地域	0~15歳の患者数 (A) (人)	0~15歳の人口 (B) (人)	(A)/(B) (%)	(A)/総患者数 (%)
淡路島	2417	32291	7.5	30.0
北九州市	27000	150000	18.0	50.0
姫路市	16947	93779	18.1	54.1
尼崎市	15100	89569	16.9	47.6

#### 4. 小児救急医療の現状

小児の救急患者数は全国的な現象として、初期・二次救急医療において、過半数を占めるほど多数である<sup>18)</sup>。表1. に自治体と医療機関の協力による調査により、小児救急医療の患者発生頻度を示す(重複は無視する)。各地のすべての救急医療機関を受診した15歳以下の患者数の相当する年齢人口への比率、並びにすべての診療科の患者数に占める比率を見たものである。都市部では15歳以下の小児の救急患者は約18%の同年齢人口比率で発生し、総患者数の約50%を占めていた。淡路島のような地方ではこれはかかりつけ医の時間外診療や患者の救急受診への遠慮等により共に低率であった。ちなみにわが国の15歳以下の総人口(平成2年)は2388万人であるから患者発生率を15%とすれば全国における年間の患者数は358万人、一日当たり9800人となる。

疾患内容については施設間に差はあるものの、水田<sup>19)</sup>の報告にあるように発熱の原因となるような上気道炎、胃腸炎、気管支喘息、肺炎・気管支炎、熱性けいれん等が上位を占めるが、腸重積症、虫垂炎、髄膜炎、中毒・異物誤飲等が数%であるが日常的に見られ、さらにまれではあるが乳幼児突然死症候群(SIDS)、Child abuse等の重症疾患が混在する。

一方、小児科医については高齢化、若手医師の不足<sup>20)</sup>、時間外労働を謙う風潮等から、現行の救急医療体制のままではマンパワー不足は明らかである。全国でも特定の都市(少数)を除いては、小児に対する包括的な救急医療体制がなく、一部の小児救急を行う医療機関に患者が集中し医療現場の混乱とスタッフの疲弊を来しているのが現状である。

わが国の救急医療体制は昭和39年急増する交通事故対策として救急告示制度が厚生省令として出され救急告示病院が制定された。しかし、昭和45年頃から小児科を含む内科系疾患の増加と対応の不備から救急患者の「たらいまわし」が社会問題となったため昭和52年に救急対策事業実施要綱が厚生省令として出され、初期救急(急患センター)、二次救急(一般病院)、三次救急(救命救急センター)の層別の医療機関が設定され重症度別に救急患者を受け持つ体制が採られた。平成8年の時点では救急医療体制は図1.のようになっている。各施設の連携が図られているが、組織が複雑であるため、平成10年4月にはこれら二つの制度の一元化が図られた。しかし、小児の救急医療は重症でも初発症状

救急医療体制

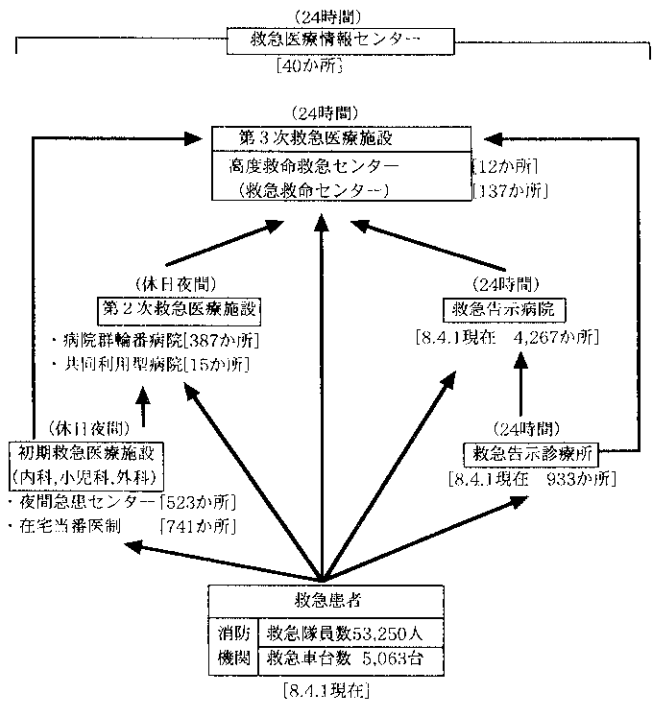


図1.

が軽微で層別し難く、同一機関で初期から3次救急まで扱わなければならない等のため一般救急医療とは異なる点が多く、国の救急医療行政の外に置かれているのが現状である。

#### 5. 小児救急医療の問題点

この20年間に社会環境の変化により小児の受療行動が大きく変わり、市民からの救急医療に対するニーズは大きなものとなってきている。このような状況を踏まえ、平成9年12月に厚生省に出された救急医療体制基本問題検討会の報告書<sup>21)</sup>にも小児科医の不足と二次医療圏での救急体制作りのために国の支援が必要であるとしている。さらに、平成8年度の厚生省科学研究「小児救急医療のあり方に関する研究」班による救急医療の実態調査<sup>19)</sup>から小児救急医療の問題点について検討を行った。

##### 1) 初期救急医療について

全国の県小児科医会に対するアンケート調査からは87.5%の地域で初期救急医療体制があると回答され、その内容は在宅輪番制が14.3%、急患センターが42.9%、これらの併設が31.4%、無回答が11.4%であった。70%以上の地域で急患センターが設置されていたが、このうち年中無休で深夜帯まで診療可能であった施設は10カ所(28.6%)に過ぎなかった。さやに過半数の施設でマンパワーの不足から小児科開業医だけでは出務体制が維持できず、小児科勤務医や大学小児科医局からの応援体制をとっており、小児においては最も重要な初期救急医療体制の未確立制が明らか

かになった。

2) 二次救急医療について

全国の1250病院を対象としたアンケート調査では初期～二次救急医療を行っている施設が45.4%，初期～三次救急が21.1%，初期救急のみが5.7%で、72.2%の施設では初期救急医療が行われており、初期救急患者の病院集中が窺えた。また、救急医療にとっては不可欠な当直体制に関しては、小児科単独での連日当直体制は16.1%，非連日当直体制は6.3%，病院全体当直体制が59.3%，当直体制がなくオンコールをとっている施設が14.5%であった。この中で年中無休で小児救急医療を行っている単独連日体制の施設は常勤小児科医が5人以下が51.0%，9人以下が83.7%と少人数の小児科医で維持されていた。当直体制のあるすべての施設で当直明けがあるのら17.9%に過ぎず、59.8%の施設で健康を害した小児科医がいることが明らかになった。

二次救急医療機関における問題点としてあげられたのはマンパワーの不足が71.9%，経営上の不採算性が26.3%，設備の不足が21.0%，病院の理解不足が8.8%等であった。アンケート結果からは二次救急医療機関は小児の救急医療体制の中核的存在であるにもかかわらず、整備は周産期の救急医療体制に比べ明らかに立ち後れていた。

3) 三次救急医療について

全国の救命救急医療センター128施設を対象にしたアンケート調査では小児救急医療を初期救急から行っている施設は28.6%と少なく、まったく行っていない施設が12.1%もあった。小児科医が専任スタッフである施設はわずか11施設であり、最終的に高次救急を含め積極的に小児救急医療に取り組んでいる施設は約半数に過ぎなかった。三次救急医療機関としての救命救急センターにおける小児救急医療は、小児科医の不足、初期救急が多すぎる、不採算性等の問題点があり、積極的な取り組みは見られなかった。

4) 大学附属病院について

全国80の大学小児科医局にアンケートによる救急医療の実態調査を行い69施設86.3%の回答を得た。卒前教育で系統講義の中に救急医学のある大学は47.8%，学外ポリクリ制度を採用している大学は42.0%であった。卒後教育でスーパーローテイト制の採用は46.4%，救急に対する研修カリキュラムの工夫は65.2%にみられた。大学附属病院における時間外の初期、二次・三次救急はともに94.2%，95.7%と高率に実施されているとのことであったが、受診患者数は概ね少数であった。以上より全国の大学附属病院では教育、臨床の場において救急医療の重要性が認識されつつあるが、臨床に関しては三次医療圏での中心としてより一層の努力が必要である。

5) 子ども病院について

全国25の子ども病院にアンケートによる救急医療の実態調査を行い17施設68.0%の回答を得た。時間外の救急医療は15施設88.2%で行われているとのことであったが、受診患者数も少なく、さらに二次・三次救急医療が中心で、初期救急を行っている施設は1/3に過ぎなかった。子ども病院

における小児科医の当直回数は月平均2.8回であり、二次救急医療機関に比べ明らかに少なかった。救急医療の実施にあたり、マンパワーや予算の不足、行政の不理解、医師会とのまさつ等が問題点としてあげられ、こども病院が救急医療に積極的に取り組めていない現状が明らかになった。

6. 小児救急医療の展望

アンケート調査からは小児救急医療においては初期、二次、三次救急のどの施設においても多くの問題点を抱えており、今後の小児の救急医療体制をよりよいものにしていくための具体的な方策について提言を行う。

1) 初期救急医療の整備と救急医療協議会の設置(図2. 図3.)

小児救急医療においては患者数が多くしかも軽症が多いためこれらをスクリーニングするために初期救急施設の充実が必要である。マンパワーの不足が多くの施設で問題となっているが、小児科開業医を中心とし小児科勤務医、大学医局、他科医師等の協力の下に、現在ある急患センターを充実させ小児初期救急医療センター(仮称)を作り、二次、三次救急医療を行う小児総合救急医療センター(仮称)や病院群輪番体制と連携を行うことが重要である。(図3.)

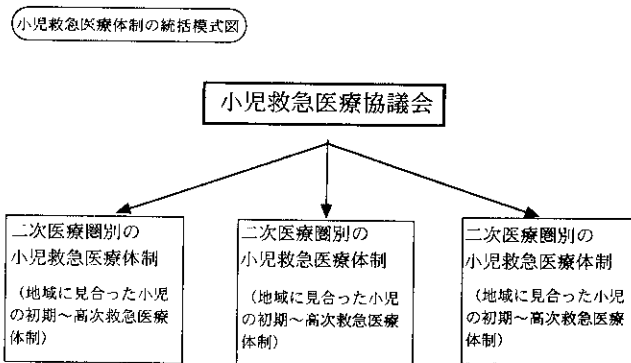


図2.

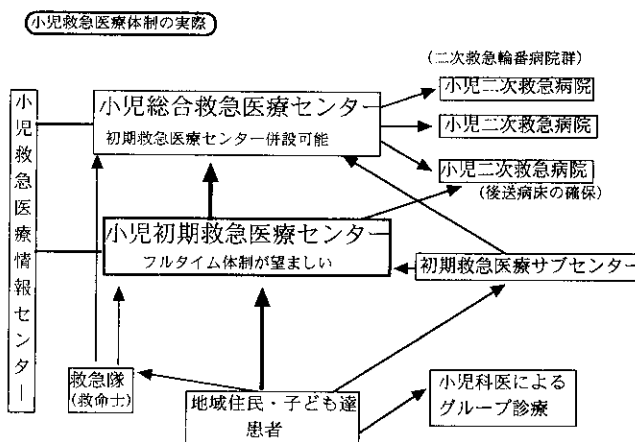


図3.

さらに、平成10年4月から厚生省が都道府県に勧告を行ったように、二次及び三次医療圏毎に救急医療協議会(図2.)を置き、救急医療体制の調整、調査・研究、患者への疾患知識の普及等に努めることが必要と考えられる。

## 2) 基幹病院としての小児総合救急医療センター(仮称)の設置(図3.)

先にも述べたように、小児救急医療における二次・三次救急患者の管理や他施設のスタッフの教育・指導に当たる小児総合救急医療センター(仮称)の設置は救急医療システムを活性化させ、ひいては限られた医療資源の効果的な配分と有効活用に繋がるものである。現在小児救急医療を行っている救命救急センター、地域の基幹病院の小児科、プライマリー・ケアを手がけているこども病院等がこの施設に該当するもので、これらの施設に小児科医のマンパワーが重点的に配置されるべきである。

## 3) 小児救急医療の不採算制の是正

### a) 保険点数見直し

現在の保険医療制度のもとでは救急部門はほとんどが赤字である<sup>22)</sup>。平成9年度の日本小児科学会、小児科医会の社会保険診療報酬に関する要望書においても小児医療の不採算性が問題にされ、中でも病院小児科で著しく地域の基幹病院の54%で小児科が赤字になっていた<sup>23)</sup>。さらに小児救急医療の項目では二次、三次救急医療は病院小児科が負うべき責務であるが、一件当り一万円の赤字を生むとし、具体的な対応として平成9年度の日本小児科学会、小児科医会から日本医師会への社会保険診療報酬に関する要望書の最重点事項の中に小児救急医療加算の新設をあげていた。

病院待機 1000点、自宅待機 500点(一患者当り)

上記の加算以外にも小児の救急医療の対象となる疾患を設定し、疾患ごとのDRG(Diagnosis Related Groups)に準ずる加算等も考えらる。

### b) 小児救急医療への公的補助

先の救急医療体制基本問題検討会の報告の中で財源的措置に関しては「小児救急医療は特にその充実が求められているため、早急な支援が望まれる。」と指摘されているが、具体的な施策については触れられていない。

二次救急施設における時間外入院のための空床補償を行うことや、小児の二次救急輪番制事業を脳外科、循環器科と同様に国の事業とする等が具体案として考えられる。

## 4) 医学教育に関するもの

上記の報告書には「救急医療は“医”の原点であり、かつ、すべての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置づけられる。」としているが、現在の医学教育では、医学生は膨大な量の疾患知識の習得に追われ、医療の理念などは考える余裕すらない状態で卒業し、プライマリー・ケアとは無縁なまま研修を終え、大学の講座制に基づく進路決定に入る場合が多い。このため若手医師は専門分化された先端医療に目が向き、きびしい勤務状況の救急医療は敬遠する傾向にある。時間外救急疾患の多い小児科領域においても、救急医療の重要性はあまり認識されていない。小児の救急医療は一般の救急医療とは異なり軽症

の社会的救急が多いが、軽症であっても子どもへのいたわりと親の不安な心理を解消することが小児科医の育児支援としての原点であることを再確認する必要がある。先にも述べたように、大学医局においては学外ポリクリ、スーパーローテイト、チュートリアル教育<sup>24)</sup>といった医学教育の変革が静かに進行しており、今後これらの全人的な医学教育の普及により若い世代の小児科医の救急医療をはじめとするプライマリーケアの重要性の認識に繋がることを期待すると同時に、臨床の第一線にいる小児科の勤務医のみならず開業医の救急医療に対する意識の変革が望まれる。

## 7. おわりに

育児不安に始まり小児の救急医療体制についてのべてきたが、近々、小児の救急医療体制が見直されようとしている。平成11年度より、厚生省は全国355の二次医療圏で最低1カ所の二次救急病院に対して小児科医の確保のための人件費の公的補助を開始する予定にある。このような新たな体制のもとに、生命に関わる医学的救急はもとより、育児不安に基づく時間外の受診といった社会的救急にも対応可能な救急体制を組む必要がある。また、子育てをしながら働く女性からは救急医療体制の確立と同時に、デイサービス事業の推進を求める声が強し、子どもが軽い病気にかかった時も預かってくれる保育所つまり病児保育の普及を保育所を利用する9割の母親が望んでいる<sup>25)</sup>。24時間保育所が出現する時代にあつて、中には医療と福祉が統合された施設として病児保育の機能を有する小児救急医療施設があつても良いように思える。

現在、わが国の国民医療費は平成8年度では約28兆円のものより、毎年平均6%前後、金額で約1兆円ずつ増加し、医療費の伸びが国民経済(GDP)の伸びを上回るようになった。このままでは保険医療体制が破綻するため国民医療費の伸びを抑え、医療費の適正化を図ることが必要となり“医療ビッグバン”<sup>26)</sup>が着手されている。これからの21世紀は医療界はきびしい環境に置かれることとなるが、救急医療は対費用効果が高く、医療の原点でもあるため抑えられることはないと思われる。

未来に限りない可能性を持つ子どもを大切に、また、その子どもを生み育てることに夢をもてる社会をつくるために国民と医療、行政がともに考えることが必要である。

## 文献

- 1) 厚生白書・少子社会を考える、平成10年版：人口減少社会の到来と少子化への対応、pp8-45, 1998
- 2) 阿藤誠：少子化社会の現状と問題点、日本医師会雑誌、119(10)、1561-1568, 1998
- 3) 横田吉男：少子化と児童福祉対策、日本医師会雑誌、119(10)、1157-1160, 1998
- 4) 小此木啓吾：現代人の心理構造、日本医師会雑誌、119(9)、1371-1375, 1998
- 5) 服部翔子、原田正文：乳幼児の心身発達と環境(大阪レポート)、名古屋大学出版会、pp115-123, 1991
- 6) 原田正文：育児不安を超えて、朱鷺書房、pp86-116, 1993

- 7) 小児医療に関する白書：母親に聞いた期待と希望，日本リサーチセンター，pp18-19，1996
- 8) 服部翔子，原田正文：乳幼児の心身発達と環境(大阪レポート)，名古屋大学出版会，pp 206-209，1991
- 9) 原田正文：育児不安を超えて，朱鷺書房，pp86-116，1993
- 10) 服部翔子，原田正文：乳幼児の心身発達と環境(大阪レポート)，名古屋大学出版会，pp 206-213，1991
- 11) 小児医療に関する白書：母親に聞いた期待と希望，日本リサーチセンター，pp17，1996
- 12) ニューズウィーク日本版・0歳からの教育：大事なわが子を病気から守る，TBSブリタニカ，pp 38-42，1997
- 13) 服部翔子，原田正文：乳幼児の心身発達と環境(大阪レポート)，名古屋大学出版会，pp169，1991
- 14) 武谷茂，市川光太郎，他：小児救急医療体制に関する幼稚園児保護者の意識調査，第11回日本小児救急医学会抄録集，25，1997
- 15) 中川洋，市川光太郎，他：小児救急医療体制に関する幼稚園・保育園児保護者の意識調査，第11回日本小児救急医学会抄録集，26，1997
- 16) 田中哲郎，市川光太郎，他：小児救急医療の現状と問題点の検討，日本醫事新報，3861：26～31，1998
- 17) 小児医療に関する白書：母親に聞いた期待と要望，pp37，1996，日本リサーチセンター
- 18) 山田至康：外来医療と時間外診療・緊急医療，小児科臨床，51，1393-1398，1998
- 19) 水田隆三：小児救急医療システムの現状と将来の展望，日本醫事新報，3577，20-25，1992
- 20) 日本小児科学会将来計画委員会：小児科医志望者の最近の動向，日本小児科学会雑誌，101 (11)，1636-1638，1998
- 21) 救急医療体制基本問題検討会報告書：平成9年12月11日，厚生省健康政策局指導課資料
- 22) 加藤裕久：我が国における小児救急医療の問題点，あゆみ1997・久留米大学小児科同窓会会報，25，11-13，1997
- 23) 日本小児科医会医療経営部報告書：病院小児科の収支・赤字病院と赤字病院，2-3，1996
- 24) チュートリアル教育：東京女子医科大学チュートリアル委員会，篠原出版，1996
- 25) 日本小児科医会乳幼児健康支援サービス事業に関する調査委員会：乳幼児健康支援サービス事業に関する調査報告，pp 27-44，1998
- 26) 医療白書(医療経済研究機構)：欧米諸国の医療ビッグバンの現状と課題，日本医療企画，291，1997