

0.5 次救急¹

～繋がる安心#8000～

花谷昂・小川純輝・大間靖子・近藤美佳・樋口洋子

西杏子・近藤静香・鍾可欣・秋田桃子・酒井翔平

李晴・崔ソソイ・荒木健太

2009年12月

¹本稿は、2009年12月12日、13日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2009」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、野村茂治教授（大阪大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

近年医師不足が問題となっているが、実際の統計を見てみると、医師数は増加し続けている。また、医師不足の中でも深刻といわれる小児科医の数についても、近年わずかな減少しか見せていない。さらに日本の出生数に関しては、その数は減少しており、少子化が進んでいるといえる。少子化といわれる時代においても小児科は過酷な労働環境にあり、休日が少ないうえに長時間勤務が続くことから、過労死に至るケースも少なくない。小児科医のこのような問題を解決するために、医師数自体を増やして勤務の負担を軽減するというのが良策と考えられるが、すぐに実践できるというものではないので、我々は小児科医が置かれている過酷な状況を少しでも改善できる即効性のある策を模索していきたい。

まず小児科に見られる傾向を整理してみると、小児科に分類される 15 歳未満の患者は、全年齢に比べて休日・時間外・深夜の受診比率が高くこの時間帯のニーズは高いと言える。しかし、小児救急患者の重症度に注目すると、小児救急患者の 6~8 割が軽症あるいは受診不要に分類されている。つまり小児科の傾向としては、休日・時間外・深夜に救急患者として受診することが多いが、その多くが軽症患者であるということである。こうした安易な小児救急医療の利用が少ない小児科医師の業務量を増大させており、その解消を目指さなければ、十分な救急医療を提供できる環境は整備されない。

また、救急医療の概要を見てみると、救急医療は基本的に初期救急医療・二次救急医療・三次救急医療の 3 つのレベルに分類される。救急医療は本来、患者の重症度に応じて違った役割を持っており、各医療機関がそれぞれの機能を発揮することで、患者に対して適切な対応ができる仕組みになっている。しかし実際は、本来初期救急医療機関を受診すべき比較的軽症の患者がより重症の患者を扱う二次・三次医療機関を多く受診する傾向にあり、患者が不適正に配分されて初期・二次・三次医療機関のそれぞれの発揮されるべき機能を圧迫している現状が見えてくる。

このように多くの小児救急患者が不必要に二次・三次医療機関を受診する原因としては、「医療サイド」「受診者(保護者)サイド」「行政サイド」の 3 つに分けて考えることができる。医療サイドの原因は、初期医療機関である開業診療所の職住分離による時間外診療の縮小と、休日・夜間救急センターにおける、設備やそこに勤務する小児科専門医の不足による役割不足の 2 点が挙げられる。受診者サイドの原因としては、少子化の時代において少ない子どもを大切に育て、医療に関してはより質の高いものを求めるようになったという保護者の意識変化と、核家族化に伴い、子育てに関する知識が世代間で伝わりにくくなり、親の看護能力が低下して育児不安が増大したことの 2 点である。行政サイドの原因としては、医師法における応召義務によって医師は、いかなる場合も診察に訪れた患者の診察に応じなければならないという点である。この 3 つの原因の中で我々は、少子化や核家族化といった現代社会の状況を反映していると考えられる「受診者サイド」に着目した。

救急外来を受診した理由を保護者に尋ねた結果を見てみると、救急外来を受診する理由のうち最も大きい割合を占める理由は、保護者の育児不安から来るものであった。つまり、この育児不安を緩和することで、不必要な救急外来の利用を大きく減らすことができる可能性が高いと考えられる。この問題について有効であると考えられる現在の制度として、厚生労働省を中心に行なわれている小児救急電話相談事業(通称#8000、以下#8000)がある。山

崎ら(2005)の研究においても、安心な子育てを支える様々な社会資源のひとつとして、時間外電話相談は有用な手段となりうると述べられている。#8000は、子どもが休日・夜間に急に具合が悪くなった場合に、保護者が小児科医全国同一の短縮番号#8000をプッシュすることにより、居住している都道府県の相談窓口へ自動転送され、小児科医師・看護師から子どもの症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられるというものである。#8000の認知度について調べてみると、2008年に行なわれたアンケートでは保護者の認知度は5割を下回っており、育児支援のプロともいえる保健師の間でも、正確な認知度は3割程度であった。

また#8000の相談件数と実施時間・利用者数との関連を考えると、実施時間の長さが利用者の多さに直接結び付くとは限らないと推測された。そうして#8000について考察した結果、保護者の不安解消に有効であると考えられるが、認知度が低いために利用者が少ないと考えられた。そのため#8000の認知度を上げて普及することがまず大切であり、#8000の普及に伴い、保護者の不安を解消することで、現状改善が見込めると我々は分析した。

上記の分析をふまえ、不必要な救急の利用による小児救急の圧迫、小児科医師の過酷な労働環境の改善や適切な医療機関へのアクセスにつながりうる方策を検討し、保護者の育児不安の解消に有益であると考えられる#8000のより一層の普及策を提案した。

目次

はじめに

第 1 章 現状把握

- 第 1 節 小児科医師の過酷な勤務状況
- 第 2 節 小児科医に見られる傾向
- 第 3 節 救急医療の概要
- 第 4 節 二次・三次医療病院の安易な利用
- 第 5 節 二次・三次医療病院混用の背景
- 第 6 節 受診者サイドの問題点
- 第 7 節 小児救急電話相談事業（#8000）

第 2 章 問題意識

- 第 1 節 問題意識

第 3 章 先行論文

- 第 1 節 先行論文
- 第 2 節 本論文の位置づけ

第 4 章 分析

- 第 1 節 #8000 の現状
- 第 2 節 #8000 の実績
- 第 3 節 分析まとめ

第 5 章 政策提言

- 第 1 節 政策提言

先行論文・参考文献・データ出典

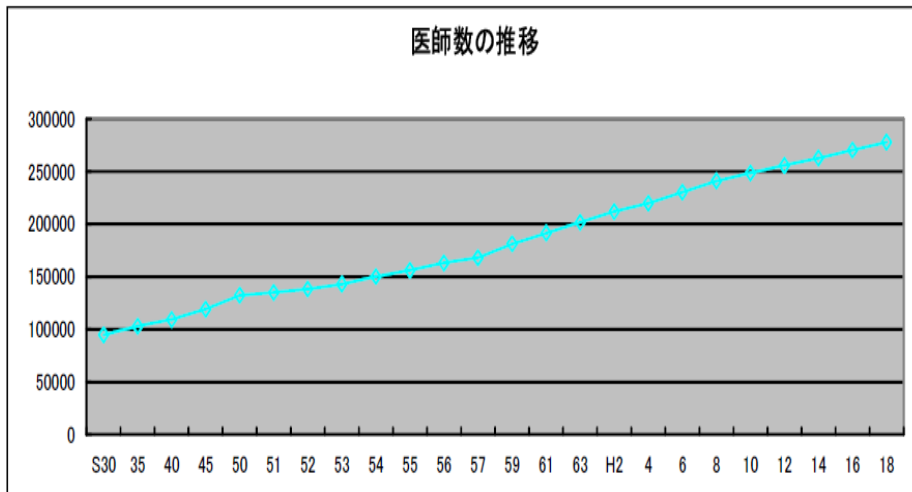
はじめに

近年、日本の救急医療は疲弊している。救急医療病院には多くの患者が殺到し、受け入れが十分にできない救急医療病院が増えてきている。メディアで多く報道され、一時期頻繁に取り沙汰された「たらい回し問題」¹も、救急医療の疲弊がもたらした社会問題のひとつである。

救急医療の危機の背景にあるものは、まず救急医療病院の安易な利用である。近年、患者の意識に変化が見られ、救急を利用することに対する垣根が低くなり、軽症患者が救急医療病院に殺到している現実がある。他方、医師不足問題も救急医療に危機を招いている。日本の医師不足はもはや社会問題と化しており、根本的な人手不足が救急受け入れ体制の不備を生み出している。

しかし実際のところグラフ 1.のように、日本の医師総数は増加し続けている。また医師不足問題の中でも特に深刻といわれる小児医師の不足問題だが、グラフ 2.で示されている小児科医の絶対数は 98 年から 06 年にかけて、僅少な減りしか見せていない。また、グラフ 2.では出ていないデータだが、小児科医師の 06 年から 09 年の推移はその数が増加している。

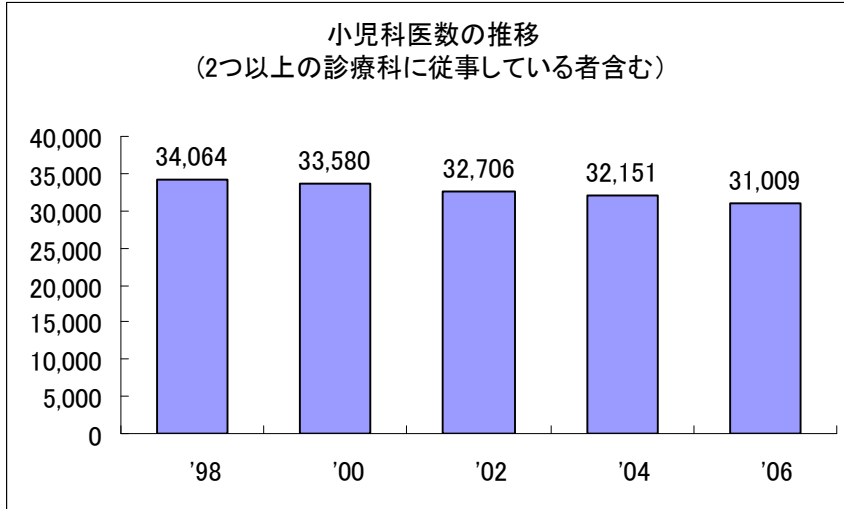
グラフ 1. 日本医師総数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

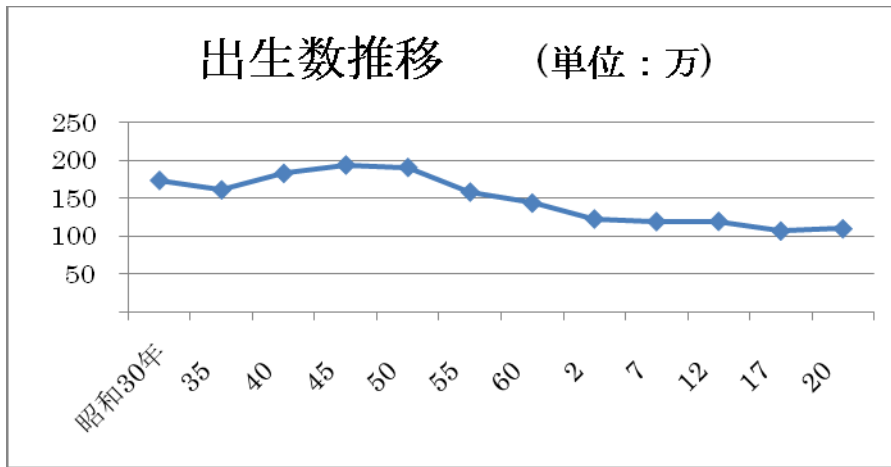
¹ 119 番通報した患者の元へ救急車で駆けつけた救急隊員が、医療機関に受け入れ可能かを問い合わせ、「受け入れの人手・物資が足りない」などの理由で断られること、また医療機関がより高次の別の医療機関に搬送可能かを問い合わせると同様に断られること

グラフ 2. 小児科医数推移(二つ以上の診療科に従事している者含む)



出典：厚生労働省

グラフ 3. 日本の出生数推移



出典：厚生労働省 「人口動態総覧の年次推移」

グラフ 3 も示すように日本の子どもの出生数は減り続けている。子どもの数が減少している今、小児科医師の業務量は相対的に減少しているはずである。しかし、小児救急医療も同様に危機的状況にある。いかなる理由が小児科医師、小児救急医療全体の疲弊を生み出しているのだろうか。この点に我々は問題を提起し、その解決に有効な手段を模索していきたい。

まずは、小児科医師及び救急医療全体が抱える現状について調べていきたい。

第1章 現状把握

第1節 小児科医師の過酷な勤務状況

近年、医師不足問題がメディアで取り沙汰されている。その中でも、小児科医師の不足問題は深刻なものである。この問題が様々な問題と絡み合っていることから、その原因について特定することは難しいが、我々は小児科医師の過酷な労働環境に着目した。

日本小児科学会が示したデータによると小児科医師の1ヶ月あたりの休日日数の上位3位はそれぞれ、一ヶ月あたり2日、4日、なし、であった。また、週あたりの労働時間は、20歳代で68.2時間、30歳代で62.9時間であり、かなりの長時間勤務であることがわかる。

休日日数は極めて少ない上に、労働時間もかなりの長時間となっていることがデータから読み取れる。

また、下記の表1 各科の当直回数を見ると、小児科の毎月の当直回数は他の内科や外科に比べ、その月平均当直回数は小児科では月に3.49回となっているのに対して、内科や外科は2.31回と2.25回にとどまっている。また月の当直回数が6回以上の病院数が多いのは小児科である。

表1. 各科の当直回数

当直回数／月	小児科		内科		外科	
	施設数	構成割合%	施設数	構成割合%	施設数	構成割合%
0	7	1.5	11	3.0	8	2.2
1	72	15.6	92	25.4	103	28.0
2	104	22.6	145	40.1	156	42.4
3	79	17.1	86	23.8	69	18.8
4	80	17.4	20	5.5	25	6.8
5	54	11.7	5	1.4	4	1.1
6	40	8.7	0	0.0	0	0.0
7	12	2.6	1	0.3	1	0.3
8	8	1.7	1	0.3	1	0.3
9	3	0.7	0	0.0	0	0.0
10	2	0.4	0	0.0	0	0.0
11回以上	0	0.0	1	0.3	1	0.3
不明	28	6.1	127	35.1	121	32.9
有効回答数	461	100	362	100	368	100.0
平均当直数	3.49／月		2.31／月		2.25／月	

出典：田中哲郎『小児救急医療の現状と展望』p.84（2004）

このような過酷な労働環境の中、過労死に至るケースも少なくない。以下に示した表は、医師の過労死・過労自殺をまとめたものである。小児科医師の過労死・過労自殺の事例も報告されており、小児科の過酷さが表れている。

表 2. 医師の過労死・過労自殺（年齢は当時）

1992年4月	茨城・勤務医（外科）	29歳
1996年3月	大阪・勤務医（麻酔科）	33歳
1997年8月	千葉・勤務医（女性・小児科）	43歳
1998年8月	大阪・研修医	26歳
1999年8月	東京・勤務医（男性・小児科）	44歳
1999年9月	東京・部長医師	53歳
2000年9月	神奈川・研修医	30歳
2001年1月	沖縄・嘱託医	30歳
2001年6月	福岡・勤務医（内科）	43歳
2003年10月	北海道・勤務医（小児科）	31歳
2004年5月	東京（離島・歯科医師）	51歳
2004年5月	京都・勤務医（外科）	44歳
2006年4月	東京・研修医（女性）	26歳

出典：「週刊東洋経済」（2006.10.28、原典は日本医療労働組合連合会調べ）ほかから作成。

第2節 小児科に見られる傾向

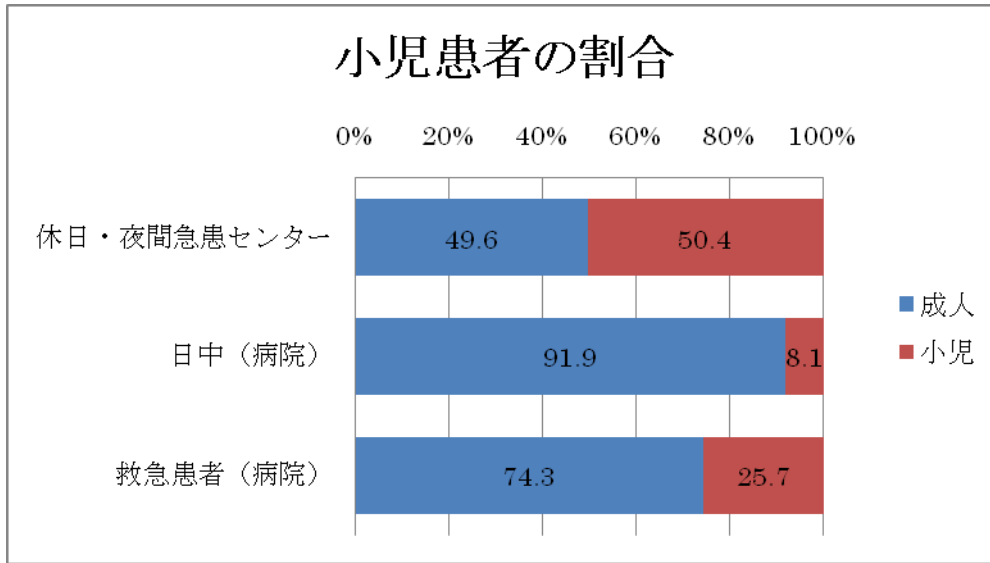
以下の表 3 とグラフ 4、5 は、「時間外受診の比率」、「急患センターにおける小児患者の割合」と「小児救急患者の重症度」を示したものである。

表 3. 時間外受診の比率

	全年齢	15歳未満
初診・再診回数	126918038	13237272
時間外・休日・深夜加算回数	2741587	1381406
時間外・休日・深夜の比率	2.2%	10.4%

出典：日本小児科学会国際部

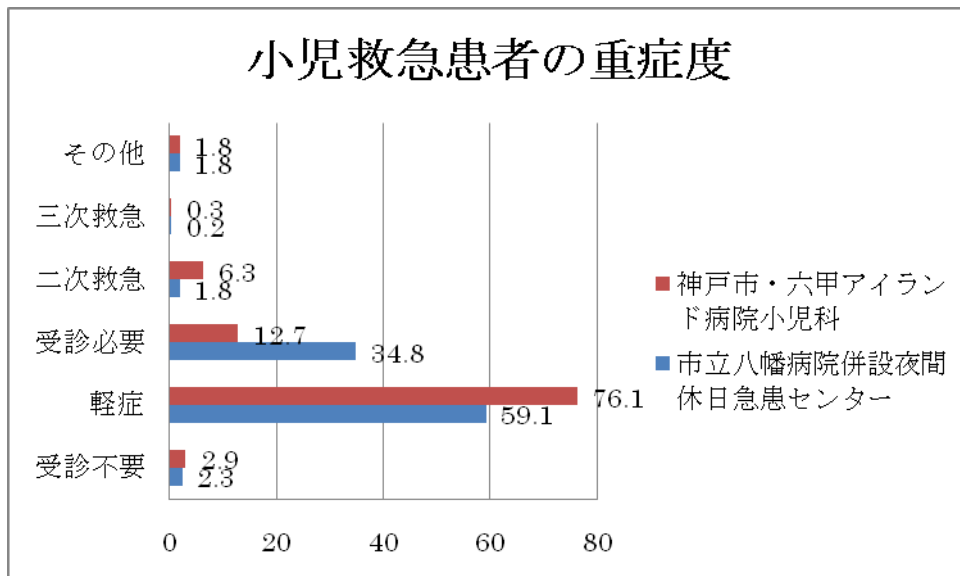
グラフ 4. 急患センターにおける小児患者の割合



出典：田中哲郎『小児救急医療の現状と展望』p.7（2004）

まず、表 3 の「小児科の時間外受診の比率」に着目すると、全年齢では全診察に占める休日・深夜・時間外診察の回数が全体の約 2.2%であることに対し、15 歳未満の患者のそれは 10.4%であることから、小児において特に時間外受診の必要性が高い現状がうかがえる。また、表 4 の「急患センターにおける小児患者の割合」からも、休日・夜間急患センターの患者の半数以上が小児患者であり、日中や通常の救急患者に占める小児患者の割合と比較しても、休日・夜間の小児医療のニーズは非常にあると考えられる。

グラフ 5. 小児救急患者の重症度



出典：国立保健医療科学院調べ「小児救急をとりまく問題」（2006）

しかし、グラフ 5 の「小児救急患者の重症度」に着目すると、小児救急患者の 6～8 割が軽症あるいは受診不要に分類されている。現在の救急医療は受け入れ態勢に限りがあり、本

当に救急を必要とする患者の受け入れに支障をきたす場合も考えられ、各都道府県でも安易な救急利用は控えるよう訴えている。しかし、成人は主観的に症状を判断できるため。今までの経験等を参考に救急の受診の要・不要を自ら判断できるのに対し、症状を説明することのできない小児においては保護者の客観的な判断によるので、保護者の不安から軽症でも病院へ連れて行くケースが多い。実際、「何故救急外来を受診するのか」という問いに対する回答で最も多かったのが「急に具合が悪くなって不安だから(66.3%)」であり、親の不安が不必要ともいえる過剰な救急利用の一因となっている（『小児救急外来受診における患者家族のニーズ(渡部ら、2006)』）。安易な小児救急医療の利用が少ない小児科医師の業務量を増大させており、その解消を目指さなければ、十分な救急医療を提供できる環境は整備されない。

第3節 救急医療の概要

救急医療は、基本的に3つのレベルに分類される。初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の3つである。

日本薬学会 薬学用語解説ページ (2007. 11. 6 掲載)によると、初期救急患者（一次救急患者）は、軽いけが、かぜ、子供の軽症の熱発患者など入院の必要がなく休日・夜間の時間外に自力により受診可能な比較的軽症患者である。その患者を診察（点滴、小処置、内服薬処方など）するとともに、手術や入院治療を要する重症救急患者を、二次あるいは三次救急医療施設へ診療依頼する役割を担う救急医療施設を初期救急医療機関（一次救急医療機関）といい、在宅当番医制参加診療所、夜間・休日急病診療所（地方自治体が運営することが多い）などがある。

二次救急患者は、肺炎や脳炎、消化管穿孔など、手術を要したり、入院を要したりするが、すぐに生命には別状ない、ある程度の重症患者である。二次救急医療機関とは、地域の病院（一般の総合病院や国公立病院など）がグループをつくり、輪番制で休日、夜間に重症救急患者を受け入れて入院治療を行う医療機関をいい、原則として初期救急医療施設からの転送患者を受け入れるものである。X線装置、心電図、輸血および輸液などのための設備などの基準を満たすことが要件となっている。

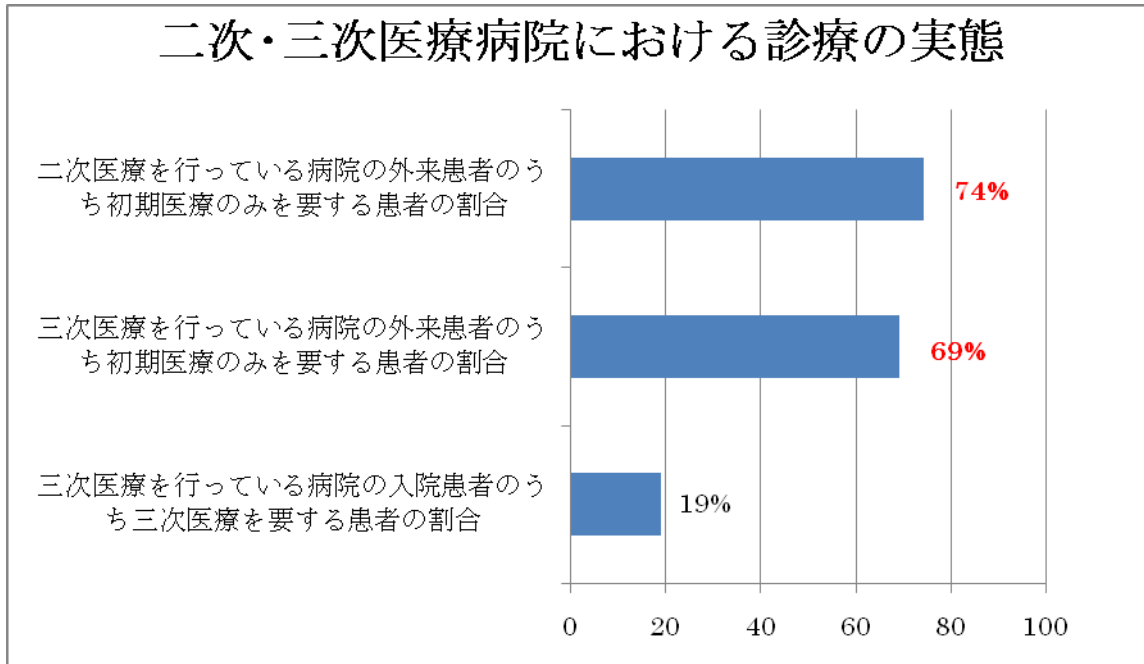
三次救急患者とは、心肺停止、大やけど、脳卒中など何よりもまず「生命の危険に瀕している状況」の患者で、専門的な治療よりも重篤な身体状況の管理が最優先される場合をいう。三次救急医療機関は、二次救急体制では対応できない重症および複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者（頭部損傷、心筋梗塞、脳卒中など）を24時間体制で受け入れる体制と高度な診療機能をもつ医療機関をいい、厚生労働省の承認を得て、都道府県が依頼した三次救急医療施設を救命救急センターという。ICU（集中治療室）、CCU（冠状動脈疾患集中治療室）などを備えておくことが要件となっている。

このように救急医療は本来、患者の重症度に応じて違った役割を持っており、救急医療において各医療機関がそれぞれの機能を発揮することにより、患者に対して適切かつ迅速な対応ができる仕組みになっている。

第4節 二次・三次医療病院の安易な利用

以下のグラフ 6 は「二次医療、三次医療を行っている」と答えた病院小児科の専門医療の実態（大阪府）のデータを示したものである

グラフ 6. 二次・三次医療病院における診療の実態



出典：藤村正哲「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」（2004）

上のグラフを見てみると、本来は入院を必要とする二次医療、さらなる高度な処置を必要とする三次医療を行う病院小児科において、「患者が最初に接する医療の段階」である初期医療のみを必要とする患者の割合がいずれも7割程度を占めている。上述したように、初期医療は本来、二次医療機関や三次医療病院ではなく初期医療機関で行なわれるべきであり、初期医療の領域で対応される疾患や症状の代表的なものが、かぜ症候群や腹痛であることからわかるように、このような比較的軽症の患者が必ずしも二次医療・三次医療を行う病院小児科で診療を受ける必要はない。また、三次医療を行う病院小児科に入院する患者のうち、本当に三次医療を必要としている患者が2割に満たないことから、患者がその症状に応じて本来受診すべき病院小児科に適正に配分されていない現状が見えてくる。

以上のような、軽症患者による二次・三次医療病院の安易な利用と、第一章第二節で触れた安易な小児救急の利用が、小児科医師の業務量を増大させ、さらには本来果たされるべき二次・三次医療病院の機能までも弱めていると考えられる。

第5節 二次・三次医療病院混用の背景

多くの患者が不必要に二次・三次医療機関を受診する傾向にあることの原因については、「医療サイド」、「受診者サイド」、「行政サイド」の3種類に分けることができる。なお、この場合の小児科「受診者」とは、患者である子供自身のことではなく、保護者を指す。

まず、医療サイドの原因については、以下の2点が挙げられる。

第一に、初期医療機関である開業診療所の職任分離による、時間外診療の縮小である。今まで開業医は自宅で診療することが多かったが、地価の高騰などにより診療所と自宅を分けて開業することが多くなり、夜間は診療所に医師が不在となるケースが増え（田中 2004）たために、時間外診療の場合には保護者は二次・三次医療機関を受診せざるを得ない状況となっている。

第二に、休日・夜間急患センターの役割不足である。初期救急は、在宅当番医または休日・夜間急患センターで対応するとされているが、休日・夜間急患センターに出勤する医師は必ずしも小児科専門医ではなく、内科医である場合も多い。また、休日・夜間急患センターでは検査体制も十分に整っておらず、そのために、設備が十分に整っていて、かつ、直接入院も可能な二次・三次医療機関を受診する保護者が多いことは当然の結果と言える。

次に、受診者サイドの原因については、以下の2点が挙げられる。

第一に、少子化による保護者の意識の変化である。少子化社会の中、保護者は一人や二人の子供を大切に育てたいという気持ちを強く持つようになり、そのことが保護者がより質の高い医療を求めようになる原因を作り出しているというものである。また、子供のことは子供の医療を専門としている小児科医に診てもらいたいという保護者の願いも、質の高い医療を求めることに繋がっている。

第二に、保護者の看護能力の低下である。近年、我が国では核家族化が進み、育児に関する世代間の伝承が不足しており、そのことが保護者の育児不安を生み出している。育児に関する不安や子供の症状に対する自分の判断に自信が持てないなどの理由で救急を利用する保護者も多く、安易な医療機関の受診増大を食い止める策として、保護者の不安解消を実現することが期待されている。

最後に、行政サイドの原因については、以下の1点が挙げられる。

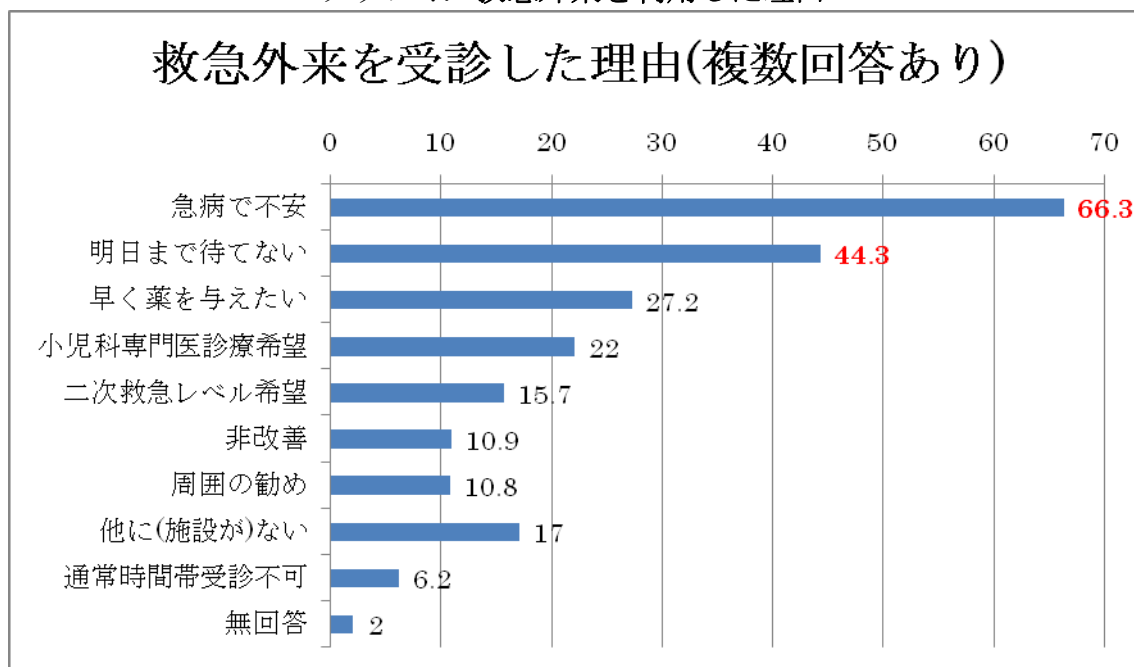
医師法の定める医師の「応召義務」である。これは、医師であれば診療に来た者に対してはどんな場合でも必ず診療に応じなければならないという義務である。検査により明らかに軽症であると判断された場合でも、患者の受診要望があればこれを拒否することができず、病院の疲弊を助長する可能性がある。

以上に見た様々な問題点を一度に解決する万能薬のような策はないと言い切って良い。そこで我々は、保護者の不安解消という点に絞って解決策を模索していきたい。その理由については、次項で詳しく述べたい。

第6節 受診者サイドの問題点

上で述べた「医療サイド」、「受診者サイド」、「行政サイド」の 3 つの視点のうち、我々は特に「受診者サイド」に注目したい。以下のグラフは、「救急外来を受診した理由」について、土浦共同病院小児科の渡部誠一氏らの研究グループが行ったアンケート結果をまとめたものである。

グラフ 7. 救急外来を利用した理由



出典：渡部誠一「小児救急外来受診における患者家族のニーズ」（2004）

グラフを見てわかるように、救急外来を受診する理由のうち最も大きい割合を占める理由は、保護者の育児不安から来るものである。つまり、この点を改善することで、不必要な救急外来の利用を大きく減らすことができる可能性が高い。

また、この問題は、現在の社会的背景とも深く関連している。前述の通り、少子化により、我が子により高度な医療を提供したいと願う保護者、また、核家族化により育児に関する世代間の伝承が不足して育児不安を抱える保護者が増加している。この問題が現在の時代の流れを反映した問題であることに我々は関心を抱き、焦点を当てることにした。

育児不安を理由に二次以上の救急医療病院を利用する保護者に対して、受診前に保護者の不安を取り除き、不必要な受診を食い止める策として、現在小児救急電話相談事業（通称 #8000）が厚生労働省を中心として行われている。次の項目では、このことについて詳しく述べたい。

第 7 節 小児救急電話相談事業（#8000）

小児救急電話相談事業（通称#8000、以下#8000と表記）とは、保護者が、休日・夜間の急な子どもの病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けたほうがいいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師への電話による相談ができるというサービスである。この事業は全国同一の短縮番号#8000をプッシュすることにより、居住している都道府県の相談窓口に自動転送され、小児科医師・看護師から患者の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられる。

電話相談の受付時間や曜日は、各都道府県に一任されている。小児救急電話相談事業実施状況（2009年7月現在）によると、各都道府県で共通してカバーされている電話相談受付実施時間のコアタイムは19時から23時である。病院が閉まって深夜及び翌朝まで電話相談受付を継続して実施しているところは、福島県、富山県、大阪府、奈良県、福岡県、長崎県、大分県のわずか7府県であり、実施時間の短さが問題のひとつとなっている。さらに、休日の実施についても都道府県によって様々である。北海道と山形県が日曜日・祝日の実施をせずに土曜日のみの実施であることを除けば、他の44都府県は全休日の実施を行っている。しかし、休日の日中に実施しているのか、休日の夜間は実施しているのか、という点に関しては都道府県によって差がある。

注意点としては、電話の相談は主に看護師が行うが、あくまで相談者に対する助言であり、医療行為ではないという点である。しかし、医療行為ではないものの、0.5次救急という言葉で表現されるように、#8000に対する期待は高い。

第2章 問題意識

第1節 問題意識

これまで見てきたように、小児科と救急医療には数々の問題がある。

第一に、小児科医師の過酷な勤務状況である。当直回数が多く、当直明けでも引き続き通常業務に戻るケースがもはや珍しいことではなくなっている。その過酷な労働環境から、病院小児科の勤務医の職を辞して開業医となるケースも後を絶たない。根本的な人手不足が、小児救急医療を疲弊させているのは言うまでもない。

第二に、一次、二次、三次救急医療病院それぞれの役割の明確化とそれらへの患者の適正配分の問題である。現状把握の前半で述べたように、救急医療というのはそれぞれの段階によって役割が異なり、扱う患者のレベルも異なっている。患者の症状に合わせて効率的に医療行為が達成されるシステムとなっているが、それは患者が患者の症状の度合いに応じて適正に救急医療病院を受診することが前提である。効率的で効果的な救急医療を実現するためには、この問題は見越すことができない。

第三に、救急医療の安易な利用の問題である。近年、我が国では核家族化が進み、育児に関する不安を抱える保護者が増加している。それは、以前は2世代から3世代が同居し、育児に関する知識や知恵が伝承されていたからである。それが不足している現在、子どもの症状に対する判断が十分にできない保護者が救急医療を不必要に利用する現状がある。

第一の問題については、小児科医療の効率性やシステムの問題が起因していることもさることながら、根本的に人手不足が原因であるところが大きい。小児科医師の増加はすぐには見込めるものではないため、我々は医療供給の問題であるこの点について考察することより、現状をいまどう改善できるという点に関して考察していきたいと考えた。

第二、第三の問題の解決については、現状把握の最終節で述べた#8000の働きに期待したいと考えた。しかし、#8000は医療行為ではなく、電話での診察にも限界がある。しかし、#8000の普及の実現の結果、ある程度の改善が見込めると我々は推測した。#8000が効果を生み出すことがまず重要であると考えた。

我々は、保護者の不安を取り除く手段として、小児救急電話相談事業（#8000）の普及策を考察することを問題意識とし、本論文の目的とする。

第3章 先行論文

第1節 先行論文

我々は、山崎嘉久・長嶋正實著、「社会問題としての小児救急—保護者の不安軽減に果たす時間外電話相談の役割—」、日本小児科学会雑誌（109 巻 6 号 753—757、2005 年）を先行研究論文とする。

小児救急システムにおける時間外電話相談の役割を検討するため、山崎らは 2001 年 11 月から 2003 年 3 月に実施された時間外電話相談 10, 335 件のうち、小児救急と関連の深い 2, 529 件の相談を分析した。すると相談の 8 割以上が、翌日の受診勧奨や対応法の指導、判断方法の助言で終結しており、救急医療への受診を勧奨した例は多くなかった。この理由としては、母親は病気そのものへの対応法を求めるよりも自分の判断に支持を得たいと考えていたり、医療機関や救急医療情報センターへの電話と今回の時間外電話相談を使い分けているからではないかということが推測される。

住民が救急医療に求める受療行動を、成人(当事者)と小児(保護者)とで比較してみると、成人の場合は「経験上何とかあった」「我慢しても大丈夫だった」という場合には受診につながらないことも多い。しかし小児の場合、少子化や核家族化、多様な子育て情報や医療情報などを背景として、「経験がないからわからない」「このやり方で良いような気がするがその支持を得たい」というような「相談的なニーズ」が存在する点において、成人と小児には大きな違いがあると考えられる。

現在、社会問題とされている小児救急の課題として、小児救急“医療”の視点のみからの対処だけではなく、現代における少子化や核家族化などによって引き起こされる保護者の不安を解消するために、小児救急利用者の視点に立った「相談的ニーズ」への対応を考慮することも必要である。

小児救急に関わる諸問題を利用者としての保護者の視点から眺めてみると、医療体制の充実とともに、事故や病気への取り組みや、保護者の子育て不安軽減のための相談体制の整備を含めた「小児保健医療」という幅広い枠組みでの検討の必要性が見えてくる。山崎らは、安心な子育てを支える様々な社会資源のひとつとして、時間外電話相談は有用な手段となりうると述べている。

第2節 本論文の位置づけ

山崎らは、#8000 が子育てをする保護者の不安解消に有用であることを、数々のデータから裏付けている。しかし、実際に#8000 が保護者らに認知されているのか、サービスとして機能しているのかという点については言及していない。また、現状の#8000 事業は十分に利用者のニーズを満たしているのかという点についても不明瞭であった。

そこで我々は、第一に#8000 がどれほど利用者に認知されているのか、第二に#8000 の実施状況について調査・分析を行い、山崎らの研究より一歩踏み込んだ研究をしていきたい。これを本論文のオリジナリティとする。

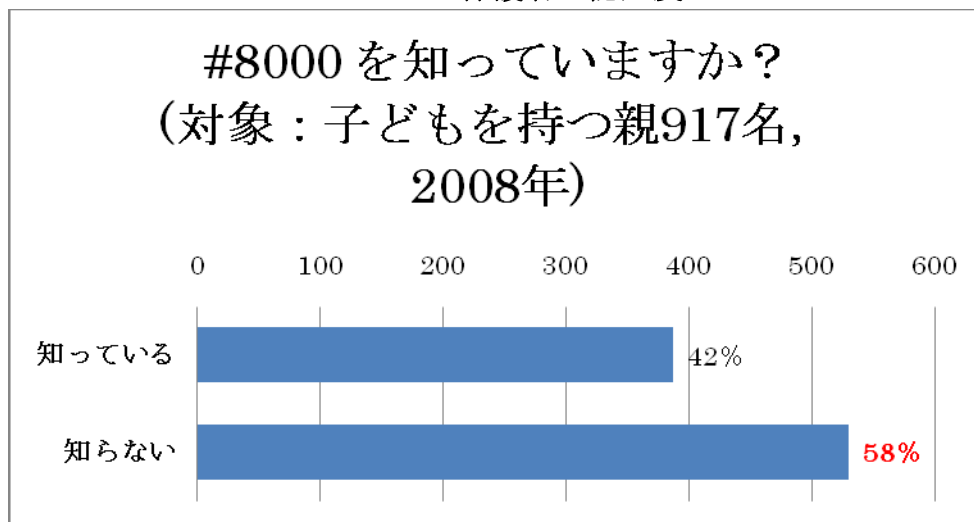
第4章 分析

第1節 #8000 の現状

#8000 が育児不安を抱える保護者の不安軽減に有効であることは、山崎ら（2005）の研究においてすでに主張されているが、#8000 の普及状況についてはそれほど深く調査がされていない。#8000 の実施は各都道府県に任されており、相談受付実施時間や土曜日・休日の実施の有無には差がある。

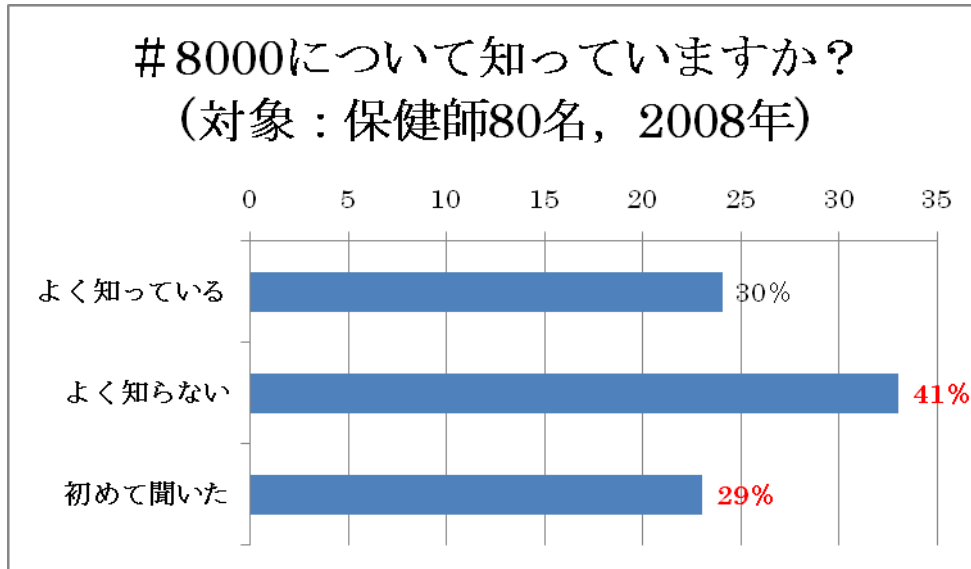
現在は#8000の普及のための広報活動についても、各都道府県に任せられている。以下に#8000の認知度についてのグラフを示した。#8000のターゲットである育児をしている保護者の認知度が、半数を下回る結果を示した。さらに、乳幼児医療のプロである行政保健師の認知度でさえ、「よく知らない」と「初めて聞いた」の2つを合わせると70%に上り、#8000の認知度の低さは深刻であると言わざるを得ない。行政保健師は地域の乳幼児の健康を守る立場にあり、どの自治体にも母子保健担当がいる。妊娠から出産、就学までで子どもと親に接し、地域の乳幼児医療の現場を知る重要なキーパーソンであることを考えると、彼らが#8000を認知していないことは憂慮すべき事態である。また、ひとつの例として千葉県での#8000に関する認知度調査の結果も掲載した。ここでもやはり#8000を知らなかった県民は72%と高水準であり、#8000の認知度の低さが見てとれる。

グラフ 8. 保護者の認知度



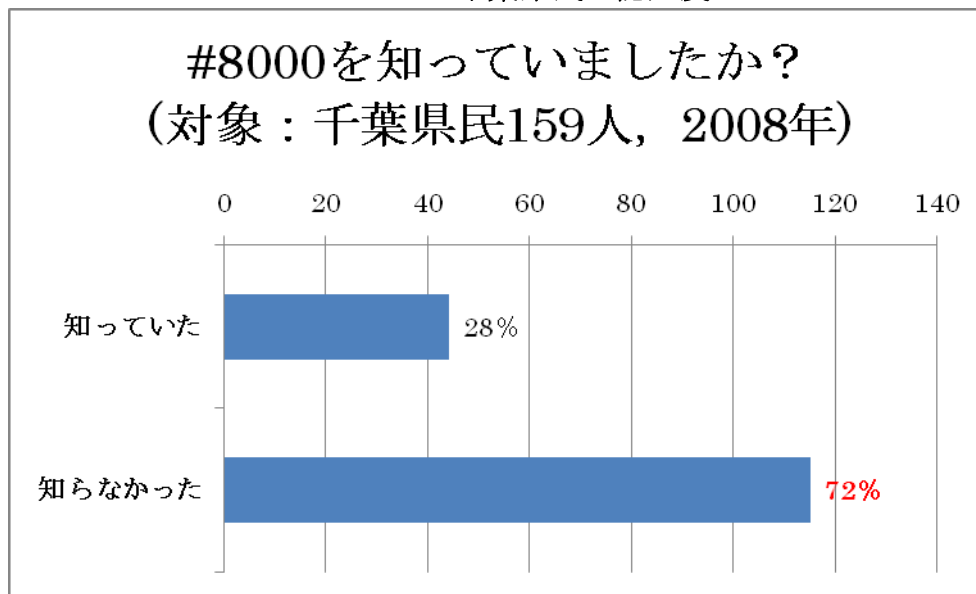
出典：ベビカム Weekly リサーチ「アンケート結果」（2008）

グラフ 9. 保健師の認知度



出典：鈴木英介ら「小児救急電話相談事業（#8000）に関する政策提言書」（2009）

グラフ 10. 千葉県民の認知度



出典：千葉県 HP 内 健康福祉部医療整備課「インターネットアンケート結果」（2008）

第2節 #8000 の実績

#8000 が実際にはどれほどの役割を果たしているのかという点について見ていきたい。いくつかの都道府県について、開設日一日あたりの相談件数（年間のべ相談件数÷年間のべ開設日）を以下に示した。また、人口に比例して相談件数が増えることが考えられるため、それぞれ人口 1000 人あたりの相談件数（年間のべ相談件数÷都道府県別総人口）と小児人口 1000 人あたりの相談件数（年間のべ相談件数÷都道府県別 15 歳未満総人口）も並べて示した。

表 4. 開設日一日及び人口あたりの相談件数（2007 年）

	大阪	兵庫	福岡	埼玉	東京	島根	佐賀	秋田	千葉
開設日一日あたりの相談件数	95.3	53.4	45.8	43.5	57.3	2.7	2.5	2	18.5
千人あたりの相談件数	3.95	3.44	3.31	2.23	1.63	1.34	1.06	0.56	0.36
15 歳未満千人あたりの相談件数	28.7	24.5	23.9	16.2	14	10.4	7.2	5.5	2.7

（各都道府県の HP 及び統計局作成「都道府県別総人口」「都道府県年齢別総人口」より筆者作成）

開設日一日あたりの相談件数、人口千人あたりの相談件数、小児人口千人あたりの相談件数ともに最も多いのが大阪府であった。大阪府は、#8000 の相談受付実施時間を平日・休日ともに 20 時から翌朝 8 時としており、#8000 を実施している全国 46 都道府県のうち深夜及び翌朝までの相談受付を実施しているのが 7 府県にとどまっていることを考えると、#8000 に関しては全国でも先進的であると言える。大阪府は前述の通り 20 時から翌朝 8 時までの 12 時間を相談受付時間としており、例えば島根県や佐賀県の 19 時から 23 時までの 4 時間体制と比較した場合、その実施時間は 3 倍であり、相談件数が多くなることは当然であると考えられる。

それでは、実施時間を拡大すれば相談件数はそのことに比例して多くなるのだろうか。

秋田県は、当初#8000 の実施を平日のみに限って行っていたが、2007 年に休日も含めて無休での実施に拡大したが、相談件数は横ばいであった。このことから言えることは、相談実施時間を拡大しても、その広報ができていなかった場合、つまり利用者に認知されていない場合には、#8000 の利用増には繋がらないということである。

大阪府は、2004 年 2 月に策定された「健康福祉アクションプログラム（案）」に基づき、「24 時間 365 日、いつでも、どこでも、安心できる小児救急医療体制を確立」するための対策を総合的に行っている。24 時間体制の#8000 の実施が実現できれば、いつでも安心できる小児救急医療体制の確立に貢献できる可能性は大いにあると考えられる。24 時間体制の実現には及ばないにしても、大阪府他 7 府県のように、深夜及び翌朝までの時間帯をカバーすることは、子育てをする母親にとっては実現が求められるサービスである。

しかし、秋田県のケースのように、単純に実施拡大をするだけでは利用促進には繋がらず、サービスとしての「成果」が挙げられない。つまり、このような現状で実施拡大を推進する前に、#8000 の利用者の確保が先決となる。#8000 の認知度の低さについては前節で述べた。特に千葉県に関しては、認知度が低いという背景から、比較的大きな都市でありながら、#8000 の相談件数は低水準である。

認知度を高めて、利用者増加を実現するための普及活動こそが、今の#8000 事業には必要なのである。

第3節 分析まとめ

まず、#8000 の認知度の低さが、#8000 の利用者が少ないことに繋がっているという問題がある。#8000 の実施は各都道府県に任せられており、相談受付実施時間帯等は都道府県によってそれぞれである。相談窓口開設日一日あたりの相談件数が最も多いのは大阪府で 95.3 件である。深夜及び翌朝まで受付を実施しており、相談受付実施時間も 12 時間と長い。他の都道府県は、相談件数が少なく実施時間も短く、実施拡大が相談件数増加に繋がると予想された。

しかし、開設日一日あたりの相談件数が 2 件と極めて少ない秋田県が実施拡大を試みた際には、予想に反して相談件数は横ばいであった。このことから、#8000 に関する認知度が極めて低い現状で実施拡大するのは、効果的ではなく、まずは認知度を高めるための普及活動が先決であると分析できる。

具体的な普及策については、次項「政策提言」で詳しく述べたい。

第5章 政策提言

第1節 政策提言

分析によって、#8000 が保護者の育児不安の解消につながることは明らかである。しかし、その認知度の低さから利用者数は伸び悩んでおり、制度として十分な効果が得られていないのが現状である。秋田県の例で見たように、相談受付時間を延長したとしても、その認知度が低ければ利用者の増加は見込めない。そこで、本章では前章の分析結果を踏まえ、保護者の育児不安の解消や適切な医療機関へのアクセスの一助となるよう#8000 の普及を目的とする政策提言をしたい。

まず、統一ロゴマークを作成し、共通認識として広く一般に浸透させることを提案する。現在、#8000 の事業は広報活動も含め各都道府県に任されており、共通した認識がなくイメージが浮かびにくい。例えば公的機関の認知度¹の調査で約 8 割の人が知っていると回答した「こども 110 番」にはロゴマークがあり、言葉とイメージが結びつきやすいように感じられる。一方同調査で#8000 を知っているとは約 3 割に過ぎない。そこで、全国で統一したロゴマークを採用し、それを広報活動に用いることとすれば、効率的に、より一層の浸透が期待できると考えた。

さらに、現在も政府・各自治体によってポスターによる広告や母子手帳への記載などの広報・宣伝活動はなされているが、認知度の低さから考えて十分とは言えないのが現状である。そこで、このロゴマークを用いた広報活動の方法として、学校や病院等子どもや保護者の関係機関との連携と、医療製品や製薬会社等企業との連携という官民一体となった 2 つの協力体制作りを提案したい。1 つ目については、ロゴマークを使用して電話のそばや日常生活で目にふれる場所に貼れるようなステッカーやシールを作成・配布し、学校や幼稚園等子どもの教育機関においては子どもを通してその保護者に、また産科・婦人科や小児科等病院では保護者に直接訴えかけ、緊急時に備えるものである。また、2 つ目については、医薬品・医療製品メーカー等の製品のパッケージや CM にロゴマークを掲載してもらうように依頼し、実際に医師にかからず体調不良の患者の看護をする場合に必要となる製品を使用する際に、#8000 を思い出すことを促すものであり、これは企業側としても消費者の健康を願う企業としてのイメージアップも図れると考えられる。

以上のように、#8000 の統一ロゴマークを作成し、それを用い、より身近なものとして広報活動に力を入れることが#8000 の認知度を高め、保護者の育児不安の解消に役立つと考えた。さらに、このことが将来的には小児の健康な生活と、小児救急の適正利用や小児科医の過酷な労働環境の改善に繋がることを期待する。

¹ 出典：www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/20662.pdf

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

山崎嘉久・長嶋正實著（2005年）「社会問題としての小児救急—保護者の不安軽減に果たす時間外電話相談の役割—」『日本小児科学会雑誌』109巻6号、p.753-757、

《参考文献》

- ・田中哲郎『小児救急医療の現状と展望』 診断と治療社 2004年
- ・藤村正哲『小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究』2004年

《データ出典》

- ・厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』<http://www.mhlw.go.jp/>
（最終アクセス：2009年10月9日）
- ・厚生労働省『人口動態総覧の年次推移』<http://www.mhlw.go.jp/>
（最終アクセス：2009年10月9日）
- ・社団法人日本小児科医会国際部 <http://210.230.237.164/~jpa/>
（最終アクセス：2009年9月4日）
- ・国立保健医療科学院調べ「小児救急をとりまく問題」2006年
- ・ベビカム Weekly リサーチ
http://www.babycome.ne.jp/online/research/vol_49.html
（最終アクセス：2009年11月4日）
- ・千葉県健康福祉部医療整備課「インターネットアンケート結果」2008年
（最終アクセス：2009年11月4日）
- ・渡邊誠一『小児救急外来受診における患者家族のニーズ』2004年
- ・日本医療労働組合連合会調べ『週刊東洋経済』2006年
- ・鈴木英介ら「小児救急電話相談事業（#8000）に関する政策提言書」2009年