

総説

小児救急医療：その実像と虚像

— 本質を見直す —

小 田 慈

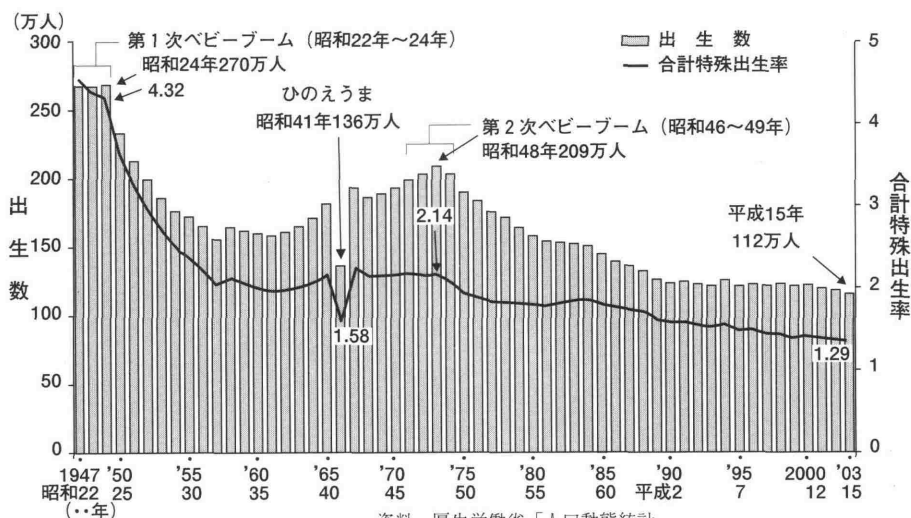
1. はじめに

合計特殊出生率（15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が、仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数）が1.5を下まわり、社会的な少子化対策の必要性が叫ばれ始めて久しい。新エンゼルプラン、健やか親子21、さらには少子化社会対策大綱の重点課題に沿って2010年を目標とした子ども・子育て応援プランが2004年度に策定されるなど、官、民をあげての取り組みにもかかわらず、合計特殊出生率の低下は続き、昨年度はついに1.28~29のレベルまで落ち込んだとの統計結果¹⁾が公表されている（図1）。

る（図1）。

このような日本社会の将来が危惧されるレベルにある少子化時代を背景にして、その原因探し（犯人探しといってもいいかもしれない）が行われている。マスメディアを通じ、救急車のたらい廻し、若手小児科医の関わる医療事故などの具体例を取り上げながら、さかんに「小児医療の危機」、「深刻な小児科医不足」が叫ばれ、あたかも「安心して子どもを産み、育てる医療環境」がわが国には存在していないような論議がさまざまなレベルでなされ、波紋を広げている。

少子化を背景として小児科医が激減し、小児科専門医の存在しない地域が（いわゆる僻地の



資料 厚生労働省「人口動態統計」

厚生統計協会編：国民衛生の動向。51(9)：41, 2004

図1 出生数と合計特殊出生率の推移

岡山大学医学部保健学科教授（小児科医師）

別刷請求先：小田 慈 岡山大学医学部保健学科 〒700-8558 岡山県岡山市鹿田町2-5-1

Tel：086-235-6901 Fax：086-235-6901

みならず、都市部でも) どんどん増えている、総合病院の小児科が不採算性のため次々閉鎖されていっているといった、ヒステリックともいえる反響も報じられて一般国民、特に子育て中や、これから子育てに入ろうという若い人々の間に危機感、不安感がますます募っていく。

はたしてこれは事実であろうか? 事実であるとするれば何が問題で、どのような解決策があるのでしょうか? 諸外国と比べて、わが国の小児医療はそんなに、不十分なものなのであるか?

その国や地域の医療、保健衛生レベルの最も重要な指標といわれる周産期、新生児、乳児死亡率では、わが国は世界の先進国の中でも、最も低い国の1つに入っている²⁾。麻疹などの予防接種率が決して十分に高いとはいえないながらも、感染症などの急性疾患で死亡する乳幼児、小児の割合、絶対数も極めて低い。小児がんなどの難治性疾患の治療成績も世界のトップクラスに入り、10~20年前の、その比ではない。先天性心疾患などに対する外科的医療体制も世界のトップレベルにある。小児科医を志す医学部卒業生の数も、毎年380~400名前後³⁾で、従来と比較しても激減といわれるほどの減少はない。経済的にみても、問題点はあるかもしれないが、国民皆保険で小児に対してさまざまな優遇措置を伴う医療保健制度が存在し、例えば米国のその比ではない。近年は子育て支援の観点からさまざまな公費負担制度がさらに整備されている。にもかかわらず「小児医療の危機」が叫ばれる。一体この背景には何が隠されているのであろうか。本稿では、幾つかの小児医療、特に小児救急医療に係わる問題点を従来とは少し異なった観点から取り上げ、論じる。

II. 少子化社会における充実した小児医療と小児科医の活動

従来、一般の小児科医にとっては、いわゆる小児医学(小児の病気の研究、診断、治療など、子どもの病気を治すこと)に熱心に取り組むことが評価の基準であった。しかし現代の小児科医には、小児医学のみならず、小児社会学、子どもを取り巻く生活環境、さらには成育医療をも含む広汎な領域に対応することが求められ、

実践することを余儀なくされている。言い換えれば、子どもたちの健康を守るために必要な社会的な支援を行う上でのリーダーシップが要求されている。すなわち、子どもたちのみならず保護者をも含めてのヘルスプロモーション活動⁴⁾の支援ということになる。少子の時代になればなるほど、一人一人の子どもが大切(もちろん、多子であっても幼い子どもの命はかけがえのないものである)と、大人達、特に保護者はより実感していく。この世に生を受けた子どもは皆、心身とも健康に成長して大人になればいけない、子どもが疾病により命を奪われたり、重大な後遺症を残してしまうなどということは、あってはならないこと、何故この子に限って、いや何かミスがあったに違いないといった、病気を受け入れることができない極端な発想さえ、生まれてくる。このような時代であるからこそ小児科医の多方面での活動がますます必要になってくる。

III. 小児救急医療の問題

「小児医療の危機」が叫ばれる時、真っ先に指摘されるのは「小児救急医療」である。すでに述べたように、子どもが救急病院をたらい廻しにされたあげく、小児科医の診察を受けることができず死亡した、小児科医の診察を希望したのに不在で他科医師が診察し重要な所見を見落とし訴訟になった、といった記事やテレビ番組が報道される。そして、小児科医が不足し小児救急医療は危機に瀕している、小児科医は過酷な労働条件にさらされ、医学生の中で小児科医を目指すものはどんどん減っている、これではとても安心して子育てなどできるはずがないといった論調が一人歩きをし、少子化傾向へ拍車がかかり社会的危機感がさらに強まっていく。

「小児救急医療」の場合、「救急」といっても、多くの場合は初期救急であり、いわゆる「時間外受診・診療」のことをさす。近年は女性の社会進出も著しく、保護者の勤務時間外での小児科受診は育児支援の一環との考え方も強まっている。もちろん、保護者が「救急」と感ずれば、それは対応としては「救急」を要求される。医療サイドが考える一次(初期)、二次、三次救

急などという言葉は、残念ながら一般の保護者、国民には、疎遠な言葉であり、十分に認知されてはいない。医師の病院勤務指向が以前より強まり、絶対数の減少、高齢化も指摘される小児科開業医における時間外診療の対応も、以前とは異なってきた。医師会などの協力により夜間休日診療所を設置している自治体、地域は多々あるが24時間対応の地域は極めて少なく、夜間休日診療所の対応時間内であっても、患者サイドの病院指向が強いことから、地域病院勤務の若手小児科医は連日の時間外診療や当直業務（本来の当直業務は入院している重症患者に対応するものであるにもかかわらず、実際は時間外診療に対応する業務がほとんどで、入院患者に対する本来の業務には十分に時間が割けない状態になっている。病院管理者は当直医の本来の業務について再考する必要がある）に追われ、過重労働になっている。収益を重視する（最近のさまざまな医療政策・行政はこの傾向に一層の拍車をかけている一病院にとっては重視せざるを得ないという側面もある）病院経営サイドにとっては救急、時間外診療は、収益を増加させる有効な方法の一つであり、もともと経費率のそれほど良くない小児科に対しては、時間外診療実践のプレッシャーをかけやすい（地域からの要請も他科に比較して格段に強いが一住民からのみならず、政治家・行政からも）。このことに加えて、小児は特殊であり、他科の医師では対応できないといった誤った既成概念の存在が若手小児科医の勤務をさらに過酷なものにしていき、心身ともに疲弊し医療事故すら起こりかねない状況が生まれてくる。

Ⅳ. 何が基本的に問題で、現状の打開策はあるのか？

このような現状に対して厚生労働省研究班、日本小児科学会などの学術団体、あるいはさまざまな市民参加型の公開討論会などで、多くのディスカッションがなされ、そして各地域において改善に向けての努力が試みられている。

1) 日本小児科学会の小児医療提供体制の改革ビジョン

日本小児科学会では、わが国における小児医

療、小児救急医療体制の現状を認識し、改革の方向性を定めることを目的として、平成14年9月に「小児救急プロジェクトチーム」を設置した。現状の認識と問題点の把握、解析を行い、小児科学会内外での数多くの討論を経て、プロジェクトチームは平成16年に、①入院小児医療提供体制の集約化、②身近な外来小児医療の提供は継続、③さらに広く、小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図ることを3つのポイントとしたわが国における将来の小児医療提供体制の基本骨格となる改革ビジョンを「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」としてとりまとめ、提案した。この中では広域医療圏における小児救急体制の整備を進めることもうたわれており、その主な内容は「小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医（小児科標榜医、救命救急部など小児を日常的に診療している医師・部門）で担当し、小児領域における三次救命救急医療の整備を進める」となっている⁵⁾。

この計画で提案された小児医療体制の目指す形は、①地域病院小児科の機能分担、②二次医療圏における「地域小児科センター」あるいは「病院（過疎）小児科」の整備と連携・交流、③小児科専門医研修、新医師臨床研修プログラムが「地域小児科センター」で履修できる環境整備、④医師の労働条件の整備、⑤女性医師への出産・育児支援体制の整備、さらに三次医療圏において高度な小児医療が提供できる施設の整備などである（図2、3）（表1）。この提案は“安心と安全の子どもの世界を作ろう！—わが国の小児医療・救急医療体制の改革に向けて—”と題して日本小児科学会より公表され⁶⁾、現在、更なる検討が加えられている。

2) 「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」班の提言

従来から小児医療に関する検討、研究は公的研究班においても行われていたが⁷⁾、深刻な小児科・産科の医師不足問題の解決に向けて、平成14年度～16年度の3年間にわたり、厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」（主任研究者：鴨下重彦 社会福祉法人賛育会賛育

表1 今後形成すべき小児科の型（日本小児科学会案）

目指す型	対象人口 など	提供する小児医療	小児科医数 (研修医を含まず)	新生児医療
小児科診療所		一般小児科 地域小児科センターの一次救急当番参加		
一般小児科 (病院)	対象人口は 不定	一般小児科 ○軽症用入院病床を設置し、それ以上は 地域小児科センターへ紹介 ○地域小児科センターの一次救急に当番 参加	6人未満、当直なし、オ ンコール、地域小児科セ ンターと交流	NICU なし、重 症新生児は転 送
過疎小児科 (病院)	対象人口は 不定	地理的に孤立し、その地域に不可欠の小 児科＝他地域の小児科と統廃合が不適当 である小児科 ○軽症用入院病床設置、それ以上は地域 小児科センターへ紹介	2人、当直なし、費用対 効果が一定値を上回る小 児科に「割り増し診療報 酬」を与える、地域小児 科センターと交流	
地域小児科 センター	救急型 30 (10 ～) ～50万人	①入院管理体制の整った一般小児科 ②小児救急 ○一次、二次救急、365日、24時間診療 ○うち一次は市町村（複数共同も含む） の運営で、地域小児科医との共同参加	10人＋救急担当4人、シ フト勤務制とする	
	NICU 型 30 (10 ～) ～50万人	①入院管理体制の整った一般小児科 ②小児救急は行わない	10人	地域周産期母 子型（新生児 強化治療室） B 1 型91カ所、 B 2 型26カ所 ＋新生児専任 4人、シフト 勤務制
	(救 急 ＋ NICU 型) 50 ～ 100 万 人	①小児専門医療 ②小児保健、育児援助、学校保健等 ③小児救急 ○一次、二次救急（～三次）、365日、24 時間診療 ○一次は市町村（複数共同含）の運営、 地域小児科医との共同参加 ○救急部がある場合、参加	10人＋救急担当4人、シ フト勤務制とする	総合周産期母 子型（NICU） A 1 型38カ所、 A 2 型60カ所、 NICU 専 任 10 人、シフト勤 務制とする
中核病院	大学病院 小児病院等 100～300万 人	①小児高度専門医療 ②小児救急科 ○一次は地域小児科医との共同運営 ○二次、三次救急は小児救急科で、感染 病室設置する、PICUを設置する ○救急搬送（入院・転送） ③小児救命救急センターを検討	小児科は救急科を支援 (専門医療・研究専従は 本案の員数外)、小児救 急科10人（または救急担 当10人）、シフト勤務制 とする、PICU 10人、シ フト勤務制とする	

(注1) 「地域小児科医」とは、日常的に一般小児科の診療を担当している医師。小児科認定医、専門医に加えて、いわゆる内科・小児科など小児科標榜医を含む。臓器専門医研修中の医師を含む。「シフト勤務制」とは当直（夜勤）翌日は交代し、勤務を離れるシステム。

(注2) 新生児医療施設評価基準（周産期医療体制に関する研究班）

中澤 誠，藤村正哲，桃井眞里子，安田 正．小児医療提供体制の改革ビジョン

－わが国の小児医療・小児救急医療体制の改革に向けて．4200：56 日本医事新報 2004

会病院院長)が行われた。本研究において小児科・産科医療体制の現状の把握,問題点の分析,そしてこのことをふまえての21世紀の小児医療・周産期医療のあるべき姿についての幅広い提言がなされた。

現在の小児医療提供体制の問題点については,①小児科医師の配置の偏在と役割分担の不明確さ,②小児科医師数は減少していないにもかかわらず,実際の活動性(ワークホース)が明らかに低下しており,その大きな原因は50%に近づこうとしている女性医師が生涯,小児科臨床に従事できるような環境の未整備にあること,③小児医療における診療ニーズと休日夜間の診療体制のミスマッチが存在する。すなわち勤務医の勤務時間は法定勤務時間をはるかに越えており,その要因は時間外診療や救急によるものであること。そして約40%の病院では小児科が赤字であり,地域医療圏毎の小児医療体制の見直しと抜本的な赤字対策が必要であること,などが明らかにされた。

そして,これらの問題点を検討,解析し,①勤務条件の改善:フレックスタイム制,ワークシェアリング制など多様な勤務形態の導入,勤務時間の再検討,研修,研究時間の保障など,②女性医師が仕事と家庭を両立できる就労環境の整備:社会的な認知・合意の形成,仕事と育児の両立支援制度の充実など,③小児科医師バンクの設立,④十分に臨床研究,卒前・卒後教育を行える場の確保,⑤大学病院において「母子センター」を設立し他専門診療科との協力体制を構築し総合診療機能と教育研修機能を強化する,⑥診療報酬上の小児医療に対するリーズナブルな評価,⑦次世代の健全育成の観点からの母子医療への思い切った国費の投入,⑧コメディカルによるサポート体制の構築,⑨有効で持続可能な小児医療提供体制の構築:地域の人口,小児科医数などの小児医療資源を考慮した上での医療提供計画作成における各都道府県との協力の必要性など,⑩効率的な小児医療提供体制に向けての構造改革:入院小児医療の集約化すなわち「地域小児科センター」の整備,二次医療圏内の医師の集約化と「地域小児科センター」の診療報酬上の評価,三次医療圏(都道府県全域)における少なくとも一箇所の中核小

児科の整備,小児救急医療に対する小児医療ネットワーク体制の整備,小児救急医療における重症児に対する小児専用の三次救急医療施設の確保,そして小児の初期救急医療を小児科医単独で行うことの限界から,他科医師との協働が重要など,⑪不要不急の小児救急・時間外診療受診者の抑制:患者(保護者)教育,啓蒙の促進とともに「0.5次救急」としての電話相談システムの導入,一般保護者向けガイドブックの作成など,⑫小児保健,育児援助,学校保健の充実,⑬小児精神保健医療を担う人材の育成と診療体制の整備,などを提言として公表している^{8)~11)}。

V. これらのビジョンや提言で問題の解決が可能か?何が本質的に問題なのか

最近公表された日本小児科学会の小児医療提供体制の改革ビジョン,「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」班の提言について概略をのべた。小児医療にかかわる多くの専門家が現状を分析し,時間を割いて議論を重ねた上での改革案である。

しかし,この改革案が実行可能で将来的に実現でき,全ての国民に受け入れられ「小児救急医療」問題解決に有効であるという保障は現時点では未知数である。将来の小児医療のあるべき姿へのビジョンではあるが,あくまで小児科医側からの現代の社会ニーズとされる24時間「小児救急医療」(現実的には24時間「小児の時間外受診・診療」)体制構築に関する要求への解答を前提とした試案,提言である。

もちろん真の意味での小児救急医療を24時間体制で提供できるシステムを構築する必要はあり,医学的に救うことが可能な全ての小児救急患者を後遺症なく救命できるように最大限の努力を払うのは当然である。しかし,本質的には,何故,わが国においては小児の「時間外受診,診療」が,これほどまでに多いのかという基本的な問題を見過ごすわけにはいかにないように思われる。なるほど「子どもは夜になると熱をだしやすい」とか「休みの日に限って,調子が悪くなる」ということは,子育てをしたことがある人であれば誰でも経験している。しかし,人口20~30万人の地方都市の一般病院で連日,夜

間あるいは休日の時間外診療で患者があふれるというのは、異常事態ではなからうか。これほどまでにわが国で生まれ、育つ、あるいは暮らす子どもたちには病院を時間外に救急受診しなければならない疾患が多いのであろうか？やはり、われわれ小児医療従事者（のみならず政治、行政、病院運営・管理、マスメディアに関わる人々、そして保護者、一般国民も）はこの点について、十分に再考し、社会に対して問題提起をし、その上で教育、啓蒙活動を時間をかけて、幅広く行う必要があるのではなからうか。

VI. 発熱恐怖症：Fever phobia

24時間、365日、常に小児科医が日本の隅々にまでいて、子どもの急病に外来で対応可能な状態を作り上げることが本当に可能であれば、これに勝つことはない。事実、市町村などの各地方自治体の首長選挙の場合にかなりの候補者が公約として、何の裏づけや保障もなくこのようなことを掲げられる。さらに一般病院の管理・運営に携わる一部の人々は少ない予算で小児科医をそろえて、当病院は24時間小児科医による小児の外来診療対応可能というアドバルーンをあげることを理想としているように感じられる。このようなしわ寄せが、病院勤務の若い小児科医に押し寄せ、週70～80時間をはるかに越える勤務時間が常態化している。このような状態では、真の小児救急医療を実践することなどのぞむすべもない。

毎年の医学部卒業生のうち400名弱の小児科志望者を、社会的ニーズがあるからといって1,200名にすぐに増やすなどということは、物理的にも、社会的にも不可能なことは明らかであり、現実的に、ない袖は振れないのである。

現在、多くの統計から、時間外に小児科外来を受診する小児の80%以上（場合によってはもっと）は時間外に受診する必要のない、あるいは受診せずに自宅で静養して経過をみ、翌朝、正規の時間帯にかかりつけ医を受診して診断を仰ぐほうが、より小児の心身状態に適した対応と考えられることが明らかになっている。

一般的にかかりつけ医を持つことが推奨されているが、われわれの調査¹²⁾によると、かかりつけ医を持っている小児・保護者の方が、時間

外受診が少ないか、といえ、決してそうではないことが判明している。むしろ保護者は、日頃から自身の子どもの体調の判断をかかりつけ医に全てまかせ、自分自身では判断できない状態に陥っている傾向があるように思われる。かかりつけ医の場合、時間外の対応は難しいことが多く、こうなると、時間外に子どもの症状に気づいた場合、保護者は困ってしまい、不安のため、とにかく近くの病院を時間外受診してしまうことになる。このことは、かかりつけ医による、日頃からの保護者に対する子どもの健康、疾患教育が不十分である可能性も示唆している。

また、子どもは特殊だから、時間外であろうとも、何が何でも小児科医が診なければ、という誤った固定概念も大きな影を落としている。総合診療的救急（ER）という考え方で示されているように、初期救急担当医には、その場で、あるいは翌日の正規の時間内に小児科専門医の診療を受ける必要があるかどうかの判断能力が求められており、この能力は基本的に医師であれば、誰でも持っていなければならない。現在、厚生労働省が進めている2年間の卒後臨床研修必須化でこの能力をどの程度、研修医に身につけさせることができるのか注目される。いずれにしても、今後、小児の初期救急医療における他科医師、特にER担当医師との協働は必須と考えられ、このことが現実的に早急に実現、対応できる対策の一つであろう。

率直に言って、保護者が健康な小児を日頃からごく常識的に、普通に育児をしていて、ある日、かかりつけ医の診療所が閉まってしまっから、あるいは日が暮れてから発病し、翌朝まで様子を見たために手遅れになってしまう内科的疾患（事故、外傷などを除く）はそう多くはない。もちろん急を要する、真の意味の救急受診が必要なものもあるが、この場合にはいくつかの注意すべき症状が伴っている。振り返って考えてみて、われわれ小児科医はこのようなことをしっかりと、一般社会、保護者に教育、啓蒙してきたであろうか。素人にはわかりっこない、わかる必要もない、かえって危険である、何かあって訴訟も怖い、われわれに任せておけばよいと、小児医療、小児科医師という立場、

テリトリーを守るために、日常の中での保護者に対する積極的な子どもの病気に関する十分な啓蒙活動、対処法の指導を怠ってきたのではなからうか。例えば、時間外診療受診者の主訴で最も多い発熱について、われわれが1,400人余りの子育て中の保護者の調査を行ったところ、発熱恐怖症：Fever phobia^{12)~14)}の存在が明らかになった。とにかく発熱＝脳の障害という誤った認識が、多くの保護者の間に存在し、このことが不安に直結し、発熱＝一刻も早い救急受診と時間外受診につながっている。小児の発熱に対する正しい認識と対処法を、病院や診療所受診時ではなく、子どもたちが元気で日常生活を送っているときに保護者に教育、啓蒙を丁寧に行うことで、発熱時の保護者の対処行動はかなり変化が期待されるように思われる。

育児支援、生活支援としての保護者そして一般国民に対する医学、医療的な啓蒙が極めて重要であることはいままでもない。しかし、それらをすべて小児科医で行うのは、到底不可能である。社会の健康対策の基本としてヘルスプロモーションの概念が導入されて久しいが、これはなにも高齢化社会に対してのみのことではない。小児の生活環境に対してもヘルスプロモーション活動は重要であり、実践のためには日頃他職種の担当者との協力による地域保健福祉活動が極めて重要となる。小児医療に関しても看護師、保健師などコメディカルスタッフと協力しての地域における日常の啓蒙活動を欠かすことはできない。日頃からの正確な医療情報の保護者への提供が、時間外受診者を減らすことにつながるように思われる。われわれ小児科医師に対しても、病院で受診者を待つこと以上に社会・地域に飛び込んだ保護者教育、啓蒙活動が要求されているのではなからうか。そして、このことが将来的に不要不急の時間外診療受診者の減少につながり、真の小児救急医療体制構築のための礎となるのではなからうか。

おわりに

「小児医療の危機」が叫ばれる、少子時代の今日、「小児救急医療」に関するいくつかの問題点とその背景について論じた。小児医療・救急医療体制の改革、21世紀の小児医療のある

べき姿を実現するための継続的な努力は極めて大切であるが、その成否は、日常における、一般社会、保護者に対する小児医療、小児疾患に関する地道な教育、啓蒙活動にかかっている。そして賛否両論があるとは思われるが、初期救急医療現場における他科医師、特にER担当医師との協働は、極めて重要な要因と考える。体制の変革も含めて小児科学会、小児科医のみで解決できる問題ではなく、国、県、市町村の立法、行政機関、大学医学部、病院長などの病院管理・運営者、医師会、救急部をはじめとする他科診療科、看護師、保健師などの保健医療関係者、そしてマスメディアなどとの協力、連携が必要不可欠であろう。小児医療体制を改革、構築することには時間、経費、困難を伴うが、小児救急医療に対する人のこころ、考え方を変革するにはさらに多くの努力を要すると考える。

文 献

- 1) 出生数および合計特殊出生率の年次推移資料厚生労働省「人口動態統計」国民衛生の動向, 51 (9): p41 厚生統計協会編 2005.
- 2) 小田 慈. 小児保健の水準としての小児死亡統計, 小児科学テキスト p40-45 清野佳紀, 小田慈編集南江堂 東京 2005.
- 3) 日本小児科学会資料
- 4) 島内憲夫1987/島内憲夫, 助友裕子 2000改編, 日本ヘルスプロモーション学会HP <http://ishp.net>.
- 5) 中澤 誠, 藤村正哲, 桃井真理子, 安田 正. 小児医療提供体制の改革ビジョンーわが国の小児医療・小児救急医療体制の改革に向けて, 日本医事新報 4200: 53-58, 2004.
- 6) 小児医療提供体制の改革ビジョン. 日本小児科学会パンフレット日本小児科学会編集 2005.
- 7) 厚生省心身障害研究「わが国の小児保健医療体制の在り方に関する研究」(主任研究者松尾宣武 慶応義塾大学小児科教授) 平成9年度研究報告書 1998.
- 8) 「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」(主任研究者: 鴨下重彦 社会福祉法人賛育会賛育会病院長) p3-238 平成14年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第

- 6/11) 2003.
- 9) 平成15年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」(主任研究者: 鴨下重彦 社会福祉法人賛育会賛育会病院院長) 2004.
- 10) 平成16年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」(主任研究者: 鴨下重彦 社会福祉法人賛育会賛育会病院院長) 2005.
- 11) 「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」報告書の公表について, 厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp> 2005.
- 12) 太田理恵, 小田 慈, 氏家良人, 清野佳紀. 小児の発熱に対する母親の認識と観察行動. 投稿準備中
- 13) Schmitt BD. Fever phobia: misconception of parents about fevers. Am J Dis Child. 134: 176-181, 1980.
- 14) Kramer MS, Naimark L, Leduc G. Parental Fever Phobia and Its Correlates. Pediatrics. 75: 1110-1113, 1984.

書 評

すぐに役立つ小児慢性疾患支援マニュアル

編 著 加藤忠明, 西牧謙吾, 原田正平

発 行 東京書籍 2005年7月31日

A5判 183頁 2,100円(本体2,000円+税)

子どもの数が減少していく一方で, 慢性の病気を抱えながら通園, 通学している子ども達の割合は増加している。気管支喘息やアトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患は増加しているし, いわゆる小児がんについても医療技術の進歩とともに治癒し, あるいは治療・経過観察を続けながら生活している子ども達は増えている。このような小児の慢性疾患は非常に多数の種類があるが, いずれも経過が長く, しばしば難治で, 子ども本人に対してはもちろん, 家族にとっても長く続く大きな負担となっている。

基本的に慢性疾患の患児も含め学齢期にあるすべての子ども達は何らかの形で学校教育を受けている。本書は, このような慢性疾患を有しながら通学している子ども達の学校現場における教育に関わる人達, すなわち, 担当の教員, 養護教諭, 学校長, 学校医などに向けて, 小児医療の専門家が病気の特徴や学校でのケアのあり方や注意点などをわかりやすく解説したものである。

最初に総論的に, 小児慢性疾患の全体的な状況, 慢性疾患の子ども達の学校教育についての考え方, 学校生活における慢性疾患の子ども達の看護と生活支援のあり方が述べられており, 慢性疾患の子ども達の学校での教育と支援のあり方について全体的に把握することができる。総論の最後に最近施行された個人情報保護法について触れているのも適切である。

各論は, 小児の慢性疾患を, アレルギー疾患, 悪性新生物, 膠原病, 糖尿病, 先天代謝異常, 慢性腎疾患, 慢性心疾患, 内分泌疾患, 血液疾患, 神経疾患, 消化器疾患の11の領域に分けて, それぞれの領域の代表的疾患のいくつかについて解説している。それぞれの病気について, 病気の本態の簡単な説明に続いて, 症状・治療・経過と予後が記され, さらに本書の対象としている学校関係者にとって重要な事柄が, 治療面で配慮すべきこと, 教師や周囲が配慮すべきこと, 体育や行事・課外活動での注意点, 病気が急変したときの対処, といった見出しのもとに簡潔に記されている。

慢性疾患を有する児童生徒の学校での生活が真に有意義であるためには, 病気について正しく理解をしていたことが重要であり, 本書はその一助になるものと確信し, 推薦する次第である。

(日本子ども家庭総合研究所副所長 柳澤正義)