

乳幼児の救急医療に対する保護者の不安とその要因

—埼玉県の4市町の調査から—

シモビラキ チハル*
下開 千春*

目的 乳幼児を持つ保護者の小児救急医療への不安の高まりが指摘されている。そこで本研究では、保護者の救急医療への不安の実態を明らかにし、保護者の不安の要因を探ることを目的とした。

方法 対象は、埼玉県I市、H市、K市、M町の住民基本台帳から無作為に抽出した6歳未満の乳幼児をもつ保護者（主に母親）473人（有効回収率27.3%）。2003年10月に自記式質問紙を用いて郵送法による調査を行った。子どもの救急医療に関する不安内容、かかりつけ医の有無、かかりつけ医の緊急時対応の可否、過去に救急時に診察を断られた経験の有無などについて尋ねた。保護者の救急医療への不安度を尺度化し、属性や居住地の医療環境要因、個別の医療環境要因との関係を重回帰分析を用いて検討した。

結果 子どもの救急時には、どこかの医療機関ではみてもらえると保護者は思っているが、特定の医療機関を想定できないため、小児科医やかかりつけ医による十分な治療が受けられないといった質的な内容に対して不安を抱えていることが示された。家族のサポートが得られにくい核家族や父親の通勤時間が長い保護者では、救急医療への不安度は高くなっていた。かかりつけ医療機関数がない（または少ない）、かかりつけ医が夜間・休日の診察を受け付けていない（または受け付けているかどうか不明）、急病時に相談できる薬局や薬剤師がいない、過去に子どもの急病時に診察を断られた経験がある場合や、6歳未満人口千人当たり小児科医師数が少ないという居住地の医療環境でも不安度は高いことが示された。

結論 行政や医療機関には、かかりつけ医など身近な一次医療圏の救急時対応の整備や医療機関における診療情報の共有などによって、保護者にとって安心して子育てのできる医療環境の充実を図ることが求められる。保護者には、救急時対応が可能なかかりつけ医を持つことや医療機関の救急時対応に関する情報を日頃から得ておくことなどにより、いざというときのための安心を確保することが求められる。

Key words : 小児救急医療, 保護者の不安要因, かかりつけ医

1 緒 言

現在、日本の小児救急医療では、増加する保護者のニーズの一方で、医療側のマンパワーの不足を含めた体制の不備が問題となっている。小児救急医療が社会問題として捉えられるようになっていく背景には、大きく分けて3つの問題があると考えられる。第1に、国および自治体・医療側が整備する医療体制の不足や問題、第2に、医療側

と行政の連携の問題、第3に保護者のニーズと医療機関の実態のずれといった問題である。

医療体制の問題としてあげられるのは、開業医および小児救急医療体制の不足や不備である。初期救急の担い手ともなりうる開業小児科医による時間外初期救急医療の実施割合が低下してきている¹⁾。日本小児科医会会員に対する全国調査では、自院で時間外に救急医療を行わない医師は約3割みられた。時間外診療が難しい理由として、開業小児科医の年齢は60歳以上が4割以上を占め、高齢化が進んでいることや、自宅敷地外での診療が3割以上と、いわゆるビル診療形態が徐々に増加していることなどがある²⁾。

* 第一生命経済研究所ライフデザイン研究本部研究開発室
連絡先：〒100-0006 東京都千代田区有楽町 1-13-1
下開千春

一方、2001年度厚生科学研究「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状等の評価に関する研究報告書」によれば、小児科当直施設と輪番制がともに整備されていない二次医療圏は6割に達している。全国の小児科単科で連日当直を行っている施設は、日本病院会所属の全国病院アンケート調査ではわずかに16%であり、しかもその半数以上の施設が5人以下の小児科常勤医で診療している状態にあった。体調を崩した小児科医のいる施設は約6割にのぼり、当直免除制も約7割の施設で施行できない状況にある³⁾。

以上のように、開業医の救急医療への対応は厳しい状況にあり、小児救急は受け入れ体制の整っていない二次救急医療機関にほとんどの患者が集中していることが問題となっている⁴⁾。

医療側と行政の連携の問題としては、行政側では救急医療の現場での小児科医のおかれている状況が把握しがたい状況にあり、行政と小児科医側のコミュニケーションの無さが問題とされている⁵⁾。小児科医の減少や不採算性、小児科医の燃え付き症候群の存在、つぎに述べるような地域ニーズへの対応の不備などが行政側では理解しにくい状況にあることも課題となっている。

たとえば、日本小児科科学会研修指定病院の責任者への調査では、小児救急の問題点として、小児医療の不採算性が488施設中414施設(84.8%)、小児科医のマンパワー不足が411施設(84.2%)、子どもの救急患者が多すぎるが123施設(25.2%)、少子化社会の進行が110施設(22.5%)、地域の小児科医の高齢化が75施設(15.4%)などがあげられている⁶⁾。

保護者のニーズと小児救急医療体制の現状とのギャップについては、少子化、核家族化、女性の社会進出などの社会構造の変化による保護者の医療機関へのニーズの変化が問題となっている。保護者の強い要望として、“いつでも、どこでも、より質の高い、かつすべての治療が一つの医療機関で受けられる”ことを望む声は多い⁷⁾。核家族化が進み、一人で育児に悩む母親が増え、些細な症状でも昼夜を問わずに受診する患者が多く存在する⁸⁾。育児不安とも関係していると思われる小児救急医療への母親の不安は、「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」という指摘もある⁹⁾。情報が過剰な社会のな

かで、マニュアル志向や育児能力の世代間継承の減少など養育環境の変化も無視できない⁷⁾。小児救急を利用した保護者への調査でも、たとえ今回の症状が軽いと分かったとしても、再び同症状が出た場合にはまた救急外来を受診すると7割の親が答えており、患者家族教育の難しさも指摘されている⁹⁾。

厚生労働省では、2003年度、小児救急医療拠点病院などの小児救急医療体制整備に予算を計上し、小児科医不足への応急処置として内科医や救急知識のない小児科医も加わって対応できるよう初期救急を中心としたマニュアルを作成した。

小児科医の不足に対しては、厚生労働省は2004年4月から医療費算出の基礎となる小児科の診療報酬を改定している。具体的な改定内容は、乳幼児診療の時間外加算の引き上げ、新生児に手厚い入院治療をする場合の1日あたり5,000円の増額、入院が180日を超えると自己負担が増える仕組みからの15歳未満の除外などである。

加えて厚生労働省では、2004年4月から都道府県の申請により、24時間対応の小児科医による電話相談事業への補助金制度を開始した。各都道府県の取り組み次第では、保護者の不安を解消し、緊急性の低い子どもの受診を減らすこと、小児救急病院の混雑を緩和すること、病状の重い子どもの治療に割く時間を増加させることなどの効果が期待されている。

以上のように、山積する小児救急医療の課題に対し、徐々に対応も進められている。しかしながら、様々な保護者の不安要因について、保護者に対する調査に基づく具体的な検証はこれまでなされていない。

そこで本研究では、保護者の救急医療への不安の実態を明らかにするとともに、乳幼児を持つ保護者の救急医療に対する不安の要因を探ることを目的とする。具体的には、救急医療に対する不安の要因として、個人の属性、個人によって異なる医療環境、居住地によって異なる医療環境の大きく3つに分類し、それぞれがどのように不安感に影響を与えているのかを明らかにしたい。

II 研究方法

1. 対象

小児救急医療に対する不安とその要因を調べる

にあたり、本調査では埼玉県内の近郊地域で、6歳未満人口千人当たり小児科医師数や小児救急医療体制が異なる埼玉県I市、H市、K市、M町の4市町を選んだ。

2001年度の時点では、6歳未満人口千人当たり小児科医師数が多く救急医療体制の充実度の高いM町、同医師数が多いが救急医療体制の充実度の低いI市、同医師数は少ないが救急医療体制が充実しているK市、同医師数が少なく救急医療体制の充実度も低いH市である(表1)。

それぞれ4市町に在住する乳幼児をもつ保護者、各市町400人、合計1,600人を調査対象者とした。抽出方法は、住民基本台帳による無作為抽出法で実施した。有効回答数は437で、有効回収率は全体で27.3%となった。なお、回収にあたっては、調査協力者への謝礼文とともに未回答者には再度協力を依頼し、回収率の向上に努めた。4市町のそれぞれの有効回答数は、I市116(有効回収率29.1%、以下同)、H市96(24.1%)、K市113(28.4%)、M町104(26.0%)、その他の無回答などが8である。回答者の属性は、母親が97.9%を占め、その他が0.5%、無回答が1.6%となった。このことから、以下でも保護者と表記するが、主に母親を意味している。乳幼児の母親の平均年齢は33.6歳、父親の平均年齢は35.9歳であった。母親の職業は、働いていない(無職)が最も多く59.3%、ついでパート・アルバイト(16.9%)、フルタイムの勤め人(14.0%)、自営業・家族従業者(5.7%)、その他(2.5%)の順

となった。父親の職業は、フルタイムの勤め人(81.7%)、パート・アルバイト(0.3%)、自営業・家族従業者(15.2%)、その他(1.3%)、働いていない(無職)(1.6%)であった。

2. 調査内容と分析方法

調査期間は、2003年10月から2003年11月である。調査内容は、子どもの救急医療に関する不安内容、かかりつけ医の有無、かかりつけ医の緊急時対応の可否、過去に救急時に診察を断られた経験の有無や家族の属性などで、質問紙郵送法により調査した。統計解析には、SPSS for Windows Ver. 10を使用した。

III 研究結果

1. 小児救急医療への不安内容

救急医療への不安について、表2の11項目それぞれに対し、「おおいにそう思う」・「そう思う」・「どちらともいえない」・「そう思わない」・「まったくそう思わない」の5段階で回答を得た。これらの項目は、梶山(2001)「保護者の小児救急医療に対する意識調査」¹⁰⁾の調査票の項目をもとに作成した。

救急医療に対し不安を感じる人(「おおいにそう思う」と「そう思う」と回答した割合の合計、以下同じ)の割合が最も高かったのは、⑤小児科医が診察するとは限らない(70.9%)であった。ついで、⑧かかりつけの医師ではない(67.7%)、⑥待ち時間が長い(65.2%)、②良い治療が受けられるかどうか心配(57.9%)、⑩自分で救急度

表1 調査対象地域(4市町)の6歳未満人口千人当たり小児科医師数と救急医療実態

市町名	6歳未満人口千人当たり小児科医師数：注1	6歳未満を含む世帯数：注2	小児救急医療体制：注3		
			急患センターの準夜帯の稼働	急患センターの深夜帯の稼働	二次医療圏の小児科24時間当直施設の有無
I市	7.80	4,262	あり	なし	なし
H市	0.95	2,345	なし	なし	なし
K市	0.62	3,716	あり	あり	あり
M町	20.75	1,307	あり	あり	あり

注1：6歳未満人口(平成12年度国勢調査より満5歳以下人口を計算)と小児科医師数(平成12年度医師・歯科医師・薬剤師調査)をもとに作成

注2：6歳未満を含む世帯数(平成12年度国勢調査より)

注3：ここでの小児救急医療体制は、厚生労働省研究班調査報告書「平成13年度厚生科学研究「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状等の評価に関する研究報告書」(主任研究者 田中哲郎)(2001)をもとに作成した。それぞれの市町が属する二次医療圏で、平日・土曜・日祝日のそれぞれ準夜帯と深夜帯で初期救急を行う医療機関(急患センター)が1つでもある場合には「あり」、ない場合には「なし」と表記した。

の判断ができない(51.9%)の順となった(表2)。不安を感じる人が最も少なかったのは、④診てもらえるところがない(17.2%)であった。

以上の結果から、保護者には、子どもの救急医療について、診てもらえる医療機関がない、またはアクセスが悪いことへの不安より、小児科医やかかりつけ医に診てもらえるかどうか、待ち時間が長いのではないかと、治療内容が十分かどうかなど、質的な内容に対する不安が強いことがわかった。

2. 小児救急医療への不安の要因

表2のそれぞれの項目について5段階で得られた回答に対し、5点から1点まで得点化したものを合計し、救急医療への不安度尺度を作成した。信頼性の検討を行うためクロンバックの α 係数を算出したところ、.8518であり、この不安度尺度の信頼性は高かった。

一方、その不安度に影響を与えていると推定される要因を表3に示した。パーソナル要因として6つ、居住地の医療環境要因として2つ、世帯の

医療環境要因として6つである。

救急医療への不安度を被説明変数とし、パーソナル要因と居住地の医療環境要因、世帯の医療環境要因を説明変数とした重回帰分析を実施した。

ここでは、投入する説明変数として、とくにパーソナル要因による不安度への影響をみるためのモデル1、居住地の医療環境要因と世帯の医療環境要因による不安度への影響をみるためのモデル2を実施した(表4)。

分析の結果、モデル1から、パーソナル要因の中で統計的に有意であったのは、「家族形態が核家族」と「父親の通勤時間」であり、不安度に影響を与えていると考えられる。両者ともに、偏回帰係数の符号がプラスであったことから、同居家族形態が核家族である場合や父親の通勤時間が長い家庭では、保護者の不安度が高くなっていることがわかった。「末子年齢」、「末子の性別」、「子どもの数」、「母親がフルタイム」であることについては統計的に有意ではなく、不安度への影響はみられなかった。

表2 現在の子どもの救急医療に対する不安

	おおいに そう思う	そう思う	どちらとも いえない	そう思わ ない	まったくそ う思わない	無回答
①診察を受ける医療機関まで遠い	42 9.6%	75 17.2%	142 32.5%	121 27.7%	54 12.4%	3 0.7%
②良い治療が受けられるかどうか心配	94 21.5%	159 36.4%	100 22.9%	72 16.5%	9 2.1%	3 0.7%
③急病時どこで診てもらえるかわからない	78 17.8%	100 22.9%	86 19.7%	109 24.9%	57 13.0%	7 1.6%
④診てもらえるところがない	34 7.8%	41 9.4%	121 27.7%	141 32.3%	93 21.3%	7 1.6%
⑤小児科医が診察するとは限らない	160 36.6%	150 34.3%	54 12.4%	36 8.2%	32 7.3%	5 1.1%
⑥待ち時間が長い	126 28.8%	159 36.4%	121 27.7%	22 5.0%	3 0.7%	6 1.4%
⑦当直医が経験の浅い医師またはアルバイトの医師のことがある	91 20.8%	96 22.0%	170 38.9%	54 12.4%	21 4.8%	5 1.1%
⑧かかりつけの医師ではない	133 30.4%	163 37.3%	98 22.4%	28 6.4%	8 1.8%	7 1.6%
⑨救急病院がない地域がある(地域によって差がある)	92 21.1%	122 27.9%	142 32.5%	49 11.2%	27 6.2%	5 1.1%
⑩自分で救急度の判断ができない	70 16.0%	157 35.9%	135 30.9%	61 14.0%	11 2.5%	3 0.7%
⑪家族に対して心のケアがない	36 8.2%	89 20.4%	233 53.3%	66 15.1%	10 2.3%	3 0.7%

有効回答者数 n = 437

表3 救急医療への不安度の要因(説明変数)

分類	説明変数	変数の内容
パーソナル要因	末子年齢	子どもの末子年齢(歳)
	末子の性別ダミー	子どもの性別を男児の場合に「1」としたダミー変数
	子どもの数	子どもの数(人)
	家族構成:核家族(父子世帯,母子世帯含む)ダミー	祖父母を含まない父母(父と母,父または母のみ)と子どもだけの核家族(父子世帯,母子世帯含む)を「1」とし,その他を「0」とするダミー変数
	父親通勤時間(分)	保護者である父親の片道の通勤時間(分)
	母親がフルタイムダミー	保護者である母親がフルタイムで働いている場合を「1」とするダミー変数
居住環境要因	二次救急小児科24時間当直施設(初期救急急患センター稼働状況・深夜帯)ありダミー	2001年度厚生労働省研究班調査報告書「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状等の評価に関する研究報告書」をもとに,二次救急小児科24時間365日対応の当直施設があるK市とM町を「1」とし,その他を「0」とするダミー変数。
	6歳未満人口千人あたり小児科医師数	6歳未満人口(平成12年度国勢調査より満5歳以下人口を計算)と小児科医師数(平成12年度医師・歯科医師・薬剤師調査)をもとに作成した数値
世帯の医療環境要因	かかりつけ医療機関数	6歳以下の小学校に通っていない子どもで,ここ1年で最も医療機関にかかった回数の多い子どものかかりつけの医療機関数
	夜間・休日いつでも診察可能ダミー	最もよくかかる医療機関で平日夜間や休日昼間・夜間に医師に「いつでも診察を受けることができる」と回答した人を「1」,その他を「0」とするダミー変数
	急病時に相談可能な薬局・薬剤師ありダミー	子どもの急病時に相談できる特定の薬局や薬剤師が「ある」と回答した人を「1」,その他を「0」とするダミー変数
	夜間・休日の診察断り経験ありダミー	調査を実施した時点まで,夜間や休日の診察を断られたことがあると回答した人を「1」とし,ないと回答した人を「0」とするダミー変数
	医療機関資料準備度	救急時に対応可能な病院等の連絡先を記載したメモ等,資料の準備度(市町村の便利帳,市町村や保健所のチラシ,市町村の広報誌,母子手帳,医療機関の診察券など)
	埼玉県救急医療情報センター認知ありダミー	埼玉県救急医療情報センターの連絡先が分かるようになっていると答えた回答者を「1」とし,回答のなかった人を「0」とするダミー変数

モデル2では,パーソナル要因を統制して分析した結果,居住地の医療環境要因のうち「6歳未満人口千人当たり小児科医師数」が統計的に有意であった。偏回帰係数の符号がマイナスとなっていることから,小児科医師数が多いと,不安度が低くなる関係にあるといえる。同じく居住地の医療環境要因である「二次救急小児科24時間当直施設あり」については,不安度に影響を与える要因として統計的に有意ではなく,不安度に対する影響はみられなかった。一方,世帯の医療環境要因の中では,「かかりつけ医療機関数」,「夜間・休日いつでも診察可能」,「急病時に相談可能な薬局・薬剤師あり」,「夜間・休日の診察断り経験あり」で統計的に有意であった。具体的には,偏回

帰係数の符号から,父親の通勤時間が短く,かかりつけ医療機関数が複数ある,夜間・休日にいつでも診察が可能,子どもの急病時に相談できる薬局・薬剤師がいる保護者で不安度が低くなる関係がみられた。一方,かかりつけ医に限らず夜間や休日に診察を断られた経験のある保護者では,不安度は高くなっていた。なお,「医療機関資料準備度」と「埼玉県救急医療情報センターの認知」は,不安度に影響を与える要因として統計的に有意ではなかった。

IV 考 察

1. 個人の属性による不安度への影響

個人の属性(パーソナル要因)として,核家族

表4 救急医療への不安度を決める要因

説明変数	モデル1	モデル2
パーソナル要因		
末子年齢(歳)	0.019	0.038
末子の性別(男児=1)	0.003	-0.075
子どもの数(人)	-0.055	-0.064
家族構成:核家族	0.139**	0.076
父親通勤時間(分)	0.137**	0.172***
母親フルタイム	-0.068	-0.052
居住地の医療環境要因		
二次救急小児科24時間当直施設あり		-0.048
6歳未満人口千人あたり小児科医師数(人)		-0.229***
世帯の医療環境要因		
かかりつけ医療機関数		-0.105*
夜間・休日いつでも診察可		-0.163**
急病時に相談可能な薬局・薬剤師あり		-0.149**
夜間・休日の診察断り経験あり		0.133*
医療機関資料準備度		0.046
埼玉県救急医療情報センター認知あり		0.065
F-Value	3.17**	6.32***
自由度調整済み R2	0.034	0.184
有効ケース数	371	330

注1: 重回帰分析の結果。表中の数値は偏回帰係数である。

注2: * 5%水準, ** 1%水準, ***0.1%水準で有意。

(父子世帯・母子世帯含む)の保護者や父親の通勤時間が長い家庭では、そうでない家庭と比較して不安度が高くなっていることが示された。父親の勤務時間が不安度に影響していることについては、職業が居住地と離れた場所で仕事に従事することの多い世帯で救急医療への安心感が低いことが岩本らによっても示されている¹¹⁾。今回の結果からも、いざというときに家族のサポートが得られること、あるいは得られるだろうという安心感が、保護者の不安度を低くしていると考えられる。

末子年齢や性別、子ども数、母親がフルタイムであることは、不安度に統計的に有意ではなかった。これまでの俗説のなかには、女兒に比べて体が弱いといわれる男児であることや少子化(子どもの数が少ないこと)が、保護者の救急医療への不安を高めているといわれることがあったが、今

回の調査結果からそうしたことは確認されなかった。

2. 居住地の医療環境による不安度への影響

居住地の医療環境要因として、居住地に二次救急小児科で24時間対応の当直施設があるか否かは、保護者の不安度に影響をもたらしていなかった。

一方、6歳未満人口千人あたり小児科医師数が多い市町で保護者の救急医療への不安度は低かったことから、小児科医1人あたりの乳幼児人口が少なく、乳幼児に対する診療が充実しやすいと考えられる地域では、保護者の安心感は高くなっていることがうかがえる。

3. 世帯の医療環境による不安度への影響

世帯の医療環境要因としては、かかりつけ医療機関数が複数あること、夜間・休日いつでもかかりつけ医による診察が可能であること、急病時に相談できる特定の薬局・薬剤師がいること、夜間・休日に診察を断られた経験がないことが不安度を低下させていた。

岩本らによれば、急患がでた場合に、診てもらった医師とか医療施設の場所がはっきりしていることが安心感を高め、診てもらった医師や施設がはっきりとしていない場合には不安感が高まっているとしている¹¹⁾。今回の結果からも、かかりつけ医が急患でも診てくれるということが分かっていることが不安度を低下させる要因となっており、同様の結果が示されたといえよう。

かかりつけ医療機関数が1つではなく複数ある保護者で、不安度は低い傾向にあったことは、子どもの救急時に1つの医療機関で対応ができなかった場合に、別の医療機関に対応を求めることができるという安心感が不安度を低下させていると考えられる。

医療機関以外にも、特定の薬局や薬剤師に相談できる保護者では不安度が低かったことから、身近な薬局の存在は保護者の安心につながっていることがわかった。実際に、小児専門の薬局は東京などではしまっており、若い患者に合わせた調剤や薬局への保護者のニーズは高いことがうかがえる。

夜間や休日に診察を断られた経験は、救急医療への不安度を高めていた。こうした経験は、医療機関への不信感を高め、保護者にとっていわゆる

トラウマとなり、不安感を高めていると考えられる。

また、医療機関についての資料の数や埼玉県救急医療情報センターの電話番号の認知度による不安度への影響はみられず、救急時に頼ることが可能な医療機関に関する情報が不安を低下させているとはいえない。

4. 保護者の不安への対応

個人の属性および居住地の医療環境、世帯の医療環境別に、それぞれの不安度への影響をみてきた。その結果、個人の属性では、核家族である場合や父親の通勤時間の長い家庭といった家族のサポートが得られにくい保護者（とくに母親）で、子どもの救急時への不安度は高かった。こうしたことから、家族のサポートは、保護者（主に母親）の子どもの救急医療に対する不安を低めるために重要な要因となっているといえよう。しかしながら、個人の属性を変更することは現実的に容易ではないといえよう。

そこで、保護者が不安度を低下させることにつながる対応可能な方法として、世帯の医療環境が不安に与える影響から、保護者が夜間や休日でも診察が受けられる医療機関をかかりつけ医として持つこと、急病時に相談可能な薬局や薬剤師を確保することがあげられる。

一方で、かかりつけ医療機関数が多いことが不安を低下させていたことから、かかりつけ医を複数持つことが不安を低下させる対策として考えられる。しかし、乳幼児（患者）が複数の医療機関をかかりつけ医として利用することは、診療情報が分散してしまうなど、患者側にとって必ずしも望ましいことではない。したがって、患者の診療情報を複数の医療機関で共有することのできる仕組みを構築し、かかりつけ医でない場合にもかかりつけ医と同様の診療情報が提供され、十分な診察が受けられる体制を形成することが求められるのではないだろうか。また、医師の初期研修に、小児科を必ず加えることなどによって、小児医療に対応できる医師数を増やすことも重要であろう。

V 結 語

以上から、自治体や医療機関では、二次救急医療や三次救急医療の充実もさることながら、かか

りつけ医など身近な一次医療圏の救急時対応の整備、または医療機関における診療情報の共有などによって、保護者の不安を軽減させることが必要である。一方、保護者の側には、救急時にも対応可能なかかりつけ医を確保することや、いつでも相談可能な薬局や薬剤師の確保などによって、安心できる医療環境を確保する姿勢が求められよう。

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただきました保護者の皆様方に心より御礼申し上げます。

（受付 2004. 7.20）
（採用 2005. 2.21）

文 献

- 1) 市川光太郎, 山田至康, 田中哲郎. わが国の小児救急医療の現状と問題点. 小児保健研究 2001; 60(5): 611-620.
- 2) 市川光太郎. 小児科医学会（開業医）における小児初期救急医療に関する意識調査. 厚生科学研究補助金医療技術評価研究事業 少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究 平成12年度総括研究報告 2000.
- 3) 市川光太郎, 山田至康, 田中哲郎, 他. 小児救急医療の実態調査 第1報・第2報; 全国病院での小児救急医療の現状と問題点. 小児科診療 1998; 61: 278-282, 285-289.
- 4) 藤田敬之助. わが国における小児救急のあり方. 日医ニュース 2003; 999.
- 5) 山田至康. 小児救急において求められるもの（特集 小児救急の初期対応—急病と事故）. 小児科臨床 2000; 53(12): 2026-2030.
- 6) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康. 少子化時代における小児救急医療の現状. 小児科 1999; 40(5): 503-511.
- 7) 市川光太郎. 問題を抱えるわが国小児救急医療体制と改善策. メディカル朝日 2000; 29(6): 56-58.
- 8) 山田至康, 市川光太郎, 田中哲郎. 育児不安と小児救急医療. 公衆衛生研究 1998; 47(3): 247-251.
- 9) 坂西和恵, 大久保節士郎, 宮地秀彰, 他. 小児救急外来を受診する親の意識調査. 小児保健研究 1991; 50(2): 235-236.
- 10) 梶山瑞隆. 保護者の小児救急医療に対する意識調査. 厚生労働省厚生科学研究 少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究（主任研究者：田中哲郎）2001.
- 11) 岩本 晋, 芳原達也, 川本俊弘, 他. 救急医療における住民の安心感の構造. 日本公衆衛生誌 1986; 33(12): 769-776.