

表-4 小児科学会認定医研修施設における救急・境界医療の実際

・小児救急医療の対応 (n=337)

対応	回答数	比率
全ての患者を最後まで診療	139	41.2%
一部、高次病院へ転送する	176	52.2%
集中治療の必要な症例は全て転送	24	7.1%

・外科系/境界疾患の対応? (n=337)

初療			受け持ち/担当医		
対応	回答数	比率	対応	回答数	比率
全例を小児科医が行う	3	0.9%	全例を小児科医が行う	4	1.2%
一部を行う	139	41.2%	一部を行う	111	32.9%
全く行わない	189	56.1%	全く行わない	173	51.3%
未記入	7	2.1%	未記入	49	14.5%

表-5 小児科学会認定医研修施設医長の救急医療研修歴と方法

(n=337)

研修歴	回答数	比率	研修及び学習方法	
卒後研修で小児救急医療を研修した	121	35.9%	先輩医師から	268 79.5%
研修していない	209	62.0%	独学	117 34.7%
未記入	7	2.1%	国内留学	17 5.0%
			国外留学	5 1.7%
			その他	21 6.2%
			(実地で・大学救急部・麻酔科研修・NICU・医師会救急活動・文献)	
			未記入	7 2.1%

表-6 小児科学会認定医研修施設の救急医療研修/教育方法 (n=337)

研修/教育方法	回答数	比率	研修プログラムの有無	
症例の経験を通して 医局全体で自主的に	229	68.0%	ある	66 19.6%
先輩医師の教えに従って	113	33.5%	ない	265 78.6%
他施設でのトレーニング	28	8.3%	未記入	6 1.8%
個人任せ	26	7.7%	小児救急医療スタンダードマニュアルの必要性	
その他	23	6.8%	ある	287 85.2%
(救急部/救命センターへのローテート・個人学習・救命救急マニュアル作成など)			ない	5 1.5%
未記入	6	1.8%	どちらでもよい	40 11.9%
			未記入	5 1.5%

表-7 小児救急医療研修施設に対する考え (n=337)

・国内に小児救急医療研修施設の必要性

考え	回答数	比率
必要である	249	73.9%
必要でない	14	4.2%
どちらでもよい	69	20.5%
未記入	5	1.5%

・成育医療センターでの研修が可能な場合

考え	回答数	比率	派遣できない理由とその比率 (n=192)
派遣したい	139	41.2%	人が足りない 158 82.3%
派遣できない	151	44.8%	予算がない 23 12.0%
派遣しない	41	12.2%	病院が認めない 13 6.8%
未記入	6	1.8%	その他 42 12.2%
(上記3項目全て)			

表-8 小児救急認定医制度に対する考え (n=337)

・小児救急認定医などの資格の必要性

考え	回答数	比率	必要でない理由とその比率
必要性がある	94	27.9%	小児救急は誰でも可能 32 9.5%
必要性はない	109	32.3%	却って小児救急医が減る 43 12.8%
どちらでもよい	129	38.3%	取得の時間がない 32 9.5%
未記入	5	1.5%	その他 97 28.8%
(小児科医全てができなければならない >>>リットが評価されない、維持不可能、 認定医が過労、認定医のみでは小児救急 はできない、小児科医不足、指導施設が あればよい)			
認定医指導施設や指導医の必要性			
ある	222	65.9%	
ない	43	12.8%	
未記入	72	21.4%	未記入 155 46.0%

表-9 リタイア女医の再研修に対する考え (n=337)

考え	回答数	比率	全国共通の再研修プログラムの有無
再研修は可能である	221	65.6%	必要である 144 42.7%
する必要はない	14	4.2%	独自の方法で良い 165 49.0%
当院では不可能	86	25.5%	未記入 30 8.9%
未記入	17	5.0%	
理想の再研修施設への考え			再研修女医は救急医療従事に関して
小児医療専門施設	89	26.4%	可能である 209 62.0%
地域基幹病院	222	65.9%	不可能である 24 7.1%
大学病院	37	11.0%	判らない 84 24.9%
その他(全部の施設ですべき)	20	5.9%	未記入 20 5.9%
未記入	28	8.3%	

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

## 救急告示病院における小児救急医療の現状

主任研究者 田中 哲郎 国立公衆衛生院母子保健学部長  
研究協力者 石井 博子 国立公衆衛生院母子保健学部  
研究協力者 市川 光太郎 北九州市立八幡病院小児科  
研究協力者 山田 至康 六甲アイランド病院小児科

**研究要旨：**救急告示病院における小児救急の実態について調査を行った。

全国 4,200 の救急告示病院に調査を依頼し 2,818 の病院より回答が得られた。その内、子どもの救急診療を実施していたのは 1,513 病院(53.7%)で、診療内容は初期救急医療が 1,418 病院(実施病院 1,513 病院に対する割合：93.7%)、二次救急医療が 980 病院(64.8%)、三次救急医療が 218 病院(14.4%)であった。

子どもの救急診療の稼働状況は 24 時間 365 日対応が 1,145 病院(75.7%)、一部の曜日のみが 198 病院(13.1%)、その他が 183 病院(12.1%)で、24 時間 365 日小児救急診療が可能な施設は全救急告示病院の 40.6%のみであった。また、小児救急の主たる診療医は、常に小児科医が 449 病院(29.7%)、内科系医師が 578 病院(38.2%)、救急医が 203 病院(13.4%)、スーパーローテート医(全科研修医)が 29 病院(1.9%)などであった。

今回の結果より、救急告示病院の半数でしか子どもの救急診療が実施されておらず、このことは救急病院に子どもの急患の診療を依頼しても受けてもらえず、不信や不安を増す要因の一つと考えられることより、子どもの急病やけがの際にみられる医療機関は成人救急とは別枠で整備、指定すべきと考えられた。

### 目的：

小児救急医療の充実は少子化対策、子育て支援の立場からも早期に実現が求められている。

小児救急に対する保護者の不安や不満としては急病やけがの際に診てもらえる医療機関がわからない、救急車を要請し車内に収容されたが病院選定に長時間要した、救急病院を受診したが子どもは診られないと断られたなどが指摘されている。一方、小児救急を行っている一部の病院小児科に患者が集中し、小児科医は過労となり、小児救急体制は崩壊の危機にある。多くの保護者は子どもが急病やけがの際に救急病院の受診をまず第一に考えている。しかし、現状の救急告示病院は子どもの救急に関しては十分に機能していないのではないとも言われているが、その実態については明らかではない。

以上のことより、救急告示病院における小児救急医療の実態について調査を行ったので報告する。

### 方法および対象

2001～2002 年版全国病院名鑑<sup>1)</sup>より住所の得られた全国 4,200 の救急告示病院に対し、郵送により記名質問紙へ自記式方法にて調査を実施した。

回答者は病院の事務部長宛とし、調査は平成 13 年 6 月から 7 月にかけて実施した。

### 結果

#### 1. 回答数とその属性

全国 4,200 の救急告示病院に依頼し 2,818 の病院より回答が得られ、回収率は 67.1%であった。

2,818 病院のうち小児科を標榜している施設は 1,512 病院で全体の 53.7%であった。

病床数は 100 床未満が 979 病院(34.7%)、100～199 床が 813 病院(28.9%)、200～299 床が 359 病院(12.7%)、300～399 床が 283 病院(10.0%)、400～499 床が 139 病院(4.9%)、500 床以上が 245 病院(8.7%)であった。

設立者は医療法人が 1,373 病院(48.7%)、市町村が 457 病院(16.2%)、個人が 280 病院(9.9%)、公益法人が 136 病院(4.8%)、都道府県が 104 病院(3.7%)、厚生連が 75 病院(2.7%)、日赤が 63 病院(2.2%)、厚生労働省が 54 病院(1.9%)、済生会が 49 病院(1.7%)、生協組合が 38 病院(1.3%)、学校法人が 37 病院(1.2%)、文部科学省が 33 病院(1.2%)などであった。

#### 2. 子どもの救急診療の実施状況

回答のあった2,818救急告示病院のうち子どもの救急診療を実施していたのは1,513病院(53.7%)、実施していない病院は1,305病院(46.3%)であった。

救急告示病院2,818病院のうち小児科を標榜している病院は1,512病院で、その内、小児の救急診療を行っている病院は1,214(80.3%)であった(表1)。

子どもの救急実施1,513病院における診療内容は、初期救急医療が1,418病院(実施病院1,513に対する割合:93.7%)、二次救急医療が980病院(64.8%)、三次救急医療が218病院(14.4%)、不明が43病院(2.8%)であった。

小児科標榜1,214病院についてみると、初期救急診療が1,138病院(93.7%)、二次救急診療が916病院(75.5%)、三次救急診療が215病院(17.7%)、不明が33病院(2.7%)であった(表2)。

### 3. 子どもの救急診療の対象者

子どもの救急診療を行っている1,513病院で受け付けている患者は、全ての来院者が1,340病院(88.6%)、紹介患者のみが48病院(3.2%)、かかりつけのみが88病院(5.8%)、その他が97病院(6.4%)であった。

これらを救急告示病院全体でみると、子どもの救急の全ての来院者を診ているのは47.6%のみであった。

小児科標榜の1,214病院についてみると、子どもの救急患者の来院者の全てをみる病院が1,087名(89.5%)、紹介患者のみが46病院(3.8%)、かかりつけのみが76病院(6.3%)、その他が66病院(5.4%)であった(表3)。

### 4. 稼働状況

救急告示病院における子どもの救急診療の稼働状況は、24時間365日対応が1,145病院(75.7%)、一部の曜日のみが198病院(13.1%)、その他が183病院(12.1%)であった。

24時間365日小児救急診療が可能な施設は全救急告示病院2,818病院に対する割合でみると40.6%であった。

小児科標榜1,214病院についてみると、24時間365日対応の病院が903病院(74.4%)、一部の曜日のみが173病院(14.3%)、その他が152病院(12.5%)であった(表4)。

### 5. 主たる診療医

救急告示病院における小児救急の主たる診療医は、常に小児科医が449病院(29.7%)、内科系医師が578病院(38.2%)、救急医が203病院

(13.4%)、スーパーロート医(全科研修医)が29病院(1.9%)、その他が358病院(23.7%)であった。

常に子どもの救急患者に対して小児科医による診療が行われているのは救急告示病院2818病院に対する割合でみると15.9%のみであった。

小児科標榜の1,214病院についてみると、常に小児科医が443病院(36.5%)、内科系医師が425病院(35.0%)、救急医が112病院(9.2%)、スーパーロート医が17病院(1.4%)、その他が297病院(24.5%)であった(表5)。

### 6. 病床数別にみた小児救急実施状況

病床数別に小児救急診療の実施状況についてみると、小児救急診療を行っている病院は100床未満が979病院中358病院(36.6%)、100~199床が813病院中360病院(44.3%)、200~299床が359病院中214病院(59.6%)、300~399床が283病院中221病院(78.1%)、400~499病院が139病院中125病院(89.9%)、500床以上は全て90%以上で小児救急診療が行われていた(表6)。

### 7. 開設者別小児救急実施状況

回答の得られた2,818病院の開設者と小児救急実施についてみると、文部省が33病院中小児救急診療実施病院が33病院で100%、学校法人が37病院中36病院で97.3%、日赤が63病院中60施設で95.2%、厚生連が75病院中67病院で89.3%、市町村立が457病院中378病院の82.7%などで公的な病院が高率であった(表7)。

### 考察

わが国の小児救急医療は保護者や医療サイドの環境の変化により、受診者に不安の増大<sup>2)</sup>や小児救急を行っている一部の施設に患者が集中<sup>3)</sup>し、医師が過労になるなど混乱しており早期に体制の整備が必要とされる。我々の調査研究<sup>4-6)</sup>より、小児救急の課題は小児医療の不採算性と診療の担い手の不足であると考えられる。このため、厚生労働省でも種々な充実のための施策の検討が行われている。また、救急体制の整備の一つとして、従来の救急告示病院ではなく救急輪番参加病院での救急診療を考え整備を行っているものの、現在は両方の制度が混在している。一般の住民、保護者はこれらの制度に関係なく急病やけがに際していわゆる救急病院を頼りにしている。救急病院への受診を希望したものの子どもは診られないとか診ないとか言われ、小児救急医療において現行の救急告示病院が十分に機能していないことと医療機関の不信や小児救急体制の不安要因の一つになっていると考えられることより、救急告示病院に

おける小児救急患者の診療の実態について調査を行った。今回の調査の回収率は67%と全体の2/3以上あり、また記名式で回答してもらったことより、結果についてある程度信頼できるものと思われる。

今回の調査結果より、救急告示病院の53.7%のみが子どもの救急診療を行っていた。しかし、記名式で依頼したことより、子どもの救急を実施していない病院は回答したくない病院もあったと思われる、実際にはこれよりも低いことも考えられた。

救急告示病院で子どもの診療を行っている1,340病院では90%近くが全ての来院者に対し診療を行い、子どもの救急診療は約75%の病院で24時間365日対応が行われており、一部の曜日のみ小児救急診療を行っている病院は13%であった。

子どもの急患対応の診療医は常に小児科医と答えた病院は約30%、内科系(内科医と小児科医)と答えた病院は40%弱、救急医が13%、スーパーローテート医が2%弱であった。病床数200床以上で小児科標榜の病院では担当医は約半数が小児科医と答えていた。

今回の調査結果より、国民から急患やけがの際に頼りにされている救急病院の半数でしか子どもの診療が行われていないことが明らかになった。このことは救急告示病院が小児救急において必ずしも機能しておらず、また、保護者が何処で子どもが診てもらえるか分からない点と、受診しても診てもらえない<sup>2)</sup>ことが裏付けられた結果であり、これらが医療不信につながる要因の一つと考えられる。現在、厚生労働省の考えている救急輪番体制の病院も救急告示病院と大部分が同じ施設であり、小児救急の内容には差がなく小児救急充実の方策にはなり得ない。

以上のことより、子どもの救急診療が可能な病院を子ども救急病院(仮称)として、成人救急とは別枠で整備すべきかどうかについて今後真剣に検討する必要があると考えられる。

#### おわりに

救急病院における子どもの救急診療の現状調査を行った結果、約半数の救急告示病院でしか子どもの救急診療が実施されていなかった。このことは受診者に対し、不信や不安を増す要因の一つと考えられることより、子どもの急病やけがの際に診られる医療機関を成人救急とは別枠で整備すべきである。

全ての病院関係者に深謝します。

#### 文献

- 1) 病院要覧, 2001~2002年版, 厚生省健康政策研究会編, 医学書院(東京), 2000年
- 2) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康ほか: 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
- 3) 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 40: 503-511, 1999
- 4) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康: 小児救急医療の現状と今後への提言. 小児科: 39: 1493-1501, 1998
- 5) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康: 初期救急医療の担い手に関する検討, 小児科診療 63: 719-725, 2000
- 6) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康: わが国の小児救急医療—現状と21世紀への政策提言—, まほろば, 東京, 2000
- 7) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康: 小児救急医療における小児科医不足—医学部学生の小児科に対する考え方—, 日本醫事新報 4017: 37-43, 2001
- 8) 田中哲郎: 小児救急医療における理想像, 小児科診療, 64: 1652-1657

稿を終わるにあたり、調査に御協力いただいた

表1 救急告示病院における小児救急診療実施状況

	全 体		小児科標榜病院	
	施設数	構成割合(%)	施設数	構成割合(%)
小児救急診療実施	1,513	(53.7)	1,214	(80.3)
小児救急診療非実施	1,305	(46.3)	298	(19.7)
総数	2,818	(100.0)	1,512	(100.0)

表2 小児救急実施施設の診療内容

	総 数		小児科標榜病院	
	施設数	構成割合(%)	施設数	構成割合(%)
初期救急診療	1,418	(93.7)	1,138	(93.7)
二次救急診療	980	(64.8)	916	(75.5)
三次救急診療	218	(14.4)	215	(17.7)
不明	43	(2.8)	33	(2.7)
小児救急診療実施機関	1,513	(100.0)	1,214	(100.0)

表3 救急診療にて受ける患者内容

	小児救急診療実施病院			小児科標榜病院	
	施設数	構成割合(%)*	構成割合(%)**	施設数	構成割合(%)
全ての来院者	1,340	(88.6)	(47.6)	1,087	(89.5)
紹介患者のみ	48	(3.2)	(1.7)	46	(3.8)
かかりつけのみ	88	(5.8)	(3.1)	76	(6.3)
その他	97	(6.4)	(3.4)	66	(5.4)
小児救急診療実施機関	1,513	(100.0)	(53.7)	1,214	(100.0)
救急告示病院	2,818	—	(100.0)		

一部複数回答

\*小児救急実施施設に対する割合

\*\*救急告示病院に対する割合

表4 小児救急診療の稼働状況

	小児救急診療実施病院			小児科標榜病院	
	施設数	構成割合(%)*1	構成割合(%)*2	施設数	構成割合(%)
24時間365日	1,145	(75.7)	(40.6)	903	(74.4)
一部の曜日のみ	198	(13.1)	(7.0)	173	(14.3)
その他	183	(12.1)	(6.5)	152	(12.5)
小児救急診療実施機関	1,513	(100.0)	(53.7)	1,214	(100.0)
救急告知病院	2,818	—	(100.0)		

一部複数回答

\*1小児救急実施施設に対する割合

\*2救急告示病院に対する割合

表5 小児患者の主たる診療医

	小児救急診療実施病院			小児科標榜病院	
	施設数	構成割合(%)*	構成割合(%)**	施設数	構成割合(%)
常に小児科医 (小児科研修医含)	449	(29.7)	(15.9)	443	(36.5)
内科系医師 (内科・小児科)	578	(38.2)	(20.5)	425	(35.0)
救急医	203	(13.4)	(7.2)	112	(9.2)
スーパーローテート医	29	(1.9)	(1.0)	17	(1.4)
その他	358	(23.7)	(12.7)	297	(24.5)
小児救急診療実施機関	1,513	(100.0)	(53.7)	1,214	(100.0)
救急告知病院	2,818	—	(100.0)		

一部複数回答

\*小児救急実施施設に対する割合

\*\*救急告示病院に対する割合

表6 病床数別にみた小児救急実施状況

病床数	救急告示病院	小児救急診療実施病院	
	施設数	施設数	構成割合 (%)
1～99床	979	358	(36.6)
100～199床	813	360	(44.3)
200～299床	359	214	(59.6)
300～399床	283	221	(78.1)
400～499床	139	125	(89.9)
500～599床	88	83	(94.3)
600～699床	70	67	(95.7)
700～799床	29	28	(96.6)
800～899床	23	23	(100.0)
900～999床	9	9	(100.0)
1,000床以上	26	25	(96.2)
合計	2,818	1,513	(53.7)

表7 開設者別小児救急医療実施

開設者	施設数	小児救急 実施施設	構成割合 (%)
1 文部省	33	33	(100.0)
2 学校法人	37	36	(97.3)
3 日赤	63	60	(95.2)
4 厚生連	75	67	(89.3)
5 市町村	457	378	(82.7)
6 生協組合	38	31	(81.6)
7 全社連	27	22	(81.5)
8 都道府県	104	83	(79.8)
9 厚生省	54	43	(79.6)
10 全社連	19	14	(73.7)
11 済生会	49	35	(71.4)
12 公益法人	136	77	(56.6)
13 社福法人	25	14	(56.0)
14 医療法人	1,373	499	(36.3)
15 個人	280	88	(31.4)

※回答10施設以上

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

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

## 日本小児科学会認定医研修施設における小児患者の季節変動調査

### （内科患者との比較）

分担研究者 市川 光太郎 北九州市立八幡病院救命救急センター小児科

**研究要旨：**小児医療の不採算性の一因として、小児患者の季節変動の大きさが指摘されている。そこで、小児患者と内科患者の外来・入院の季節変動の違いを調査した。外来受診者数の変動幅は小児科では $-17.18 \pm 8.35\% \sim +22.19 \pm 9.32\%$ であり、内科では $-9.37 \pm 9.50\% \sim +8.15 \pm 4.40\%$ であった。入院者数の変動幅は小児科では $-22.16 \pm 10.96\% \sim +24.86 \pm 15.32\%$ で、内科は $-10.67 \pm 6.21\% \sim +10.50 \pm 7.03\%$ であった。月別外来診療高の比較では小児科 $-18.35 \pm 8.18\% \sim 25.70 \pm 12.75\%$ 、内科では $-10.28 \pm 9.09\% \sim +11.31 \pm 10.44\%$ であった。月別入院診療高では小児科は $-22.33 \pm 10.20\% \sim +26.09 \pm 15.76\%$ であり、内科は $-13.67 \pm 9.09\% \sim +13.67 \pm 8.76\%$ であった。これらは t 検定を行うと有意に小児科の変動幅が大きいという結果が得られた。一方、年間平均在院日数は小児科が  $12.76 \pm 11.68$  日、内科が  $26.98 \pm 8.37$  日であり、月別在院日数の変動幅を前記同様の計算方法で行うと小児科が $-18.05 \pm 7.13\% \sim 24.31 \pm 13.71\%$ で、内科が $-13.19 \pm 6.87\% \sim 16.69 \pm 11.07\%$ であった。在院日数においては小児科が有意に短く、変動幅も小児科が有意に大きい結果であった。また、年間平均病床稼働率の比較では小児科が  $82.89 \pm 22.70\%$ で内科が  $93.95 \pm 15.54\%$ で小児科の稼働率が有意に低かった。稼働率の変動幅において、小児科は $-20.77 \pm 11.61\% \sim 20.92 \pm 13.30\%$ 、内科が $-9.23 \pm 7.85\% \sim 9.17 \pm 6.62\%$ であり、稼働率の変動幅も小児科が有意に大きい結果であった。また、10 年前との比較では患者数は入院・外来ともに減少と答えた施設が多かったが、診療高では増加が 49.5%にみられた。

以上より外来受診者数・外来診療高、入院者数・入院診療高の各変動幅において、小児科が内科に比して有意に大きく、季節変動が強いことが判った。さらに在院日数の変動幅も病床稼働率の変動幅も小児科の方が大きく、小児医療がいかに季節の影響を強く受けているかが裏付けられた。このため、年間通しての採算性の見込みがたてがたく、小児医療の不採算性の一因となっていることが明らかになった。

#### A. 研究目的

これまでの研究報告から小児救急医療の危機的状態の原因には小児医療の不採算性と小児科医不足深く関与していることが判っている。さらに小児医療の不採算性の原因に関して、小児医療がその診療

に時間と人手がかかることより、出来高払いの保険診療制度では過小評価になることが言われているが、この点以外にも小児疾患の季節変動が大きいことにより小児患者数が不安定であることも小児医



療の不採算性の大きな一因と推定されている。しかし小児医療における季節変動の実態調査は報告されていないので、その実態を把握するため、内科との比較を行い、季節変動の程度を調査した。

## B. 研究方法

全国の小児科学会認定医研修施設 518 病院の事務長宛に郵送による自記式調査用紙(表 1 参照)への記入(無記名)を依頼する方法にて平成 13 年 9 月~10 月にかけて調査を行った。対象は平成 12 年 4 月 1 日~平成 13 年 3 月 31 日の期間に調査施設関わった患者とした。有効回答の 270 施設の小児科および内科の月別外来受診者数・入院数・外来診療高・入院診療高・在院日数・病床稼働率を調査し、その年間月平均値と最多・最少月の値の平均値との差を平均値との比率で算定して検討した。算定方法は外来受診者数の場合、年間月平均受診者数を算出し、その平均値と最少受診月および最多受診月との差を平均値で除す「{最少(最多)月受診者数-年間平均月受診者数} / 年間平均月受診者数×100%」方法を用いた(表 3 参照)。他の調査項目も同じ方法で変動幅の比較を行った。さらに 10 年前と現在との小児患者数や診療高の印象比較を行った。

## C. 研究結果

### 1. 回答数と回収率

518 の小児科学会認定権集施設の事務局長宛に調査用紙を郵送し、303 施設の回答をえ、回答率は 58.5%であった。しかし、成人内科を有さない小児医療専門施設も含まれており、季節変動の調査に有効な回答は 270 施設であり、現在と 10 年前の小児医療の印象比較の調査では 290 施設の有効回答が得られた。

### 2. 小児病床数と内科病床数の施設全病床数に占める比率の検討

270 施設の小児病床数比率の平均は 7.18 ±4.62%で、内科病床比率 27.4 ±11.7%で

あり、2 群間には t 検定比較で有意差が認められた(表 2 参照)。

### 3. 月別外来受診者数および月別入院者数の変動幅の比較

小児科外来受診数の月別変動は $-17.18 \pm 8.35\% \sim +22.19 \pm 9.32\%$ であり、内科の月別変動は $-9.37 \pm 9.50\% \sim +8.15 \pm 4.40\%$ であった。最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2 群間に統計学的有意差が認められた(表 3 参照)。入院者数の検討では小児科入院数の月別変動は $-22.16 \pm 10.96\% \sim +24.86 \pm 15.32\%$ であり、内科は $-10.67 \pm 6.21\% \sim +10.50 \pm 7.03\%$ であった。最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2 群間に統計学的有意差が認められた(表 4 参照)。

### 4. 月別外来診療高および入院診療高の変動幅の比較

小児科外来診療高の月別変動は $-18.35 \pm 8.18\% \sim +25.70 \pm 12.75\%$ であった。内科の外来診療高は $-10.28 \pm 9.09\% \sim +11.31 \pm 10.44\%$ であった。最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2 群間に統計学的有意差が認められた(表 5 参照)。さらに入院診療高の場合は小児科では $-22.33 \pm 10.20\% \sim +26.09 \pm 15.76\%$ で、内科では $-13.67 \pm 9.09\% \sim +13.67 \pm 8.76\%$ であり、やはり、最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2 群間に統計学的有意差が認められた(表 6 参照)。

### 5. 平均在院日数と月別在院日数の変動幅の比較

年間平均在院日数は 270 施設の平均値は小児科が  $12.76 \pm 11.68$  日で内科が  $26.98 \pm 8.37$  日で有意に小児科が短い結果であった(表 7 参照)。一方、在院日数の変動幅では小児科では $-18.05 \pm 7.13\% \sim +24.31 \pm 13.31\%$ 、内科の場合は $-13.19 \pm 6.87\% \sim +16.69 \pm 11.07\%$ であった。最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2

群間に統計学的有意差が認められた(表 8 参照)。

#### 6.年間平均病床稼働率、および月別病床稼働率の変動幅の比較

年間病床稼働率は小児科が  $82.89 \pm 22.70\%$  で、内科が  $93.95 \pm 15.54\%$  であり、小児科は内科に比し、有意に病床稼働率が低い結果であった(表 9 参照)。病床稼働率の変動幅においても小児科の場合は  $-20.77 \pm 11.61\% \sim -20.92 \pm 13.30\%$  であり、内科は  $-9.23 \pm 7.85\% \sim -9.17 \pm 8.82\%$  とであった。この病床稼働率においても、最大減少幅と最大増加幅はそれぞれに小児科・内科の 2 群間に統計学的有意差が認められた(表 10 参照)。

#### 7.小児患者数と診療高の現在と 10 年前と比較

残されている事務データによる比較検討を現在と 10 年前とで行ってもらったが、290 の施設から有効回答があった。入院患者は減少が 42.4% と増加の 35.5% より多かったが、増加の原因としては施設の改善や救急医療体制参加がみられた。外来患者の場合は減少が 54.1% と半数を超え、増加は 27.2% と低い結果であったが、増加の原因としては救急医療や専門医療の開始をあげていた。減少の原因は圧倒的に少子化を理由としていた。診療高は増加が 49.5% と約半数であり、減少は 21.0% と低いものの、判らないが 22.8% もあるため、もっと多いのかも知れない。増加の原因は施設基準の獲得で高度医療、難病医療など高額医療の実施が主であった。

#### D. 考察

小児医療、特に小児救急医療の不採算性は小児救急医療体制を根底から崩壊しかねないし、現在の小児救急医療の危機の大きな原因となっている。小児医療の不採算性の一因として小児疾患の季節性に基づく、小児患者の季節変動の大きさが推定されて

きた。しかし、臨床現場の小児科医達の実感での評価であり、その報告論文は見当たらない。そこで小児科の季節変動が内科より強いものか、内科との比較を中心に全国の症医療の基幹病院である、小児科学会認定医研修施設の調査を行ってみた。調査は施設の事務長宛に行ったが、回答率は 303 施設、58.5% であったが、内科との比較検討に有効な 270 施設の検討を行った。

月別外来受診者数の変動幅は明らかに小児科が内科より大きいことがわかり、単純に変動幅で比較すると内科の 2~3 倍の変動幅であり、季節変動がきわめて強いことがわかった。入院患者数の比較でもその月別変動幅は明らかに小児科が大きく、変動幅は 2 倍程度であった。患者数の変動幅ではやはり外来受診者の変動幅が入院患者数より大きいことがわかった。

診療高の月別変動幅をみると外来診療高、入院診療高ともに小児科の変動幅が大きいことがわかり、外来診療高の幅は 1.8~2.5 倍であり、入院診療高は 1.6~2.0 倍の変動幅でやはり外来診療における季節変動幅が大きいことが予想された。これらのことから診療点数の比較において、小児科は入院診療点数より外来診療点数が他科(特に内科)に比べ、低いことと相関する結果と思われた。このことから小児医療の不採算性の是正を行う場合は外来診療における季節変動を考慮に入れて、外来診療点数改善が強調されるべきと考えられる。

在院日数の平均値では小児入院疾患は急性疾患が多いことが特徴とされているが、このことから有意に小児科の在院日数が内科より短いということは当然の結果であると思われる。在院日数の月別変動幅においても小児科の変動幅が内科の変動幅より大きい結果であったが、これは小児疾患の季節性と関連するものであり、いわゆる急性疾患による入院数が多ければ多いほど在院日

数の変動幅は大きくなるものと考えられる。言い換えれば、小児科の入院医療は予測がつきにくいと言え、病床の空床化や不足化が起りやすいと言える。このことは病床稼働率の問題となるが、施設の病床数に占める割合は小児科は約 7%であり、内科の 27%の約 1/4 であったにも関わらず、年間病床平均稼働率をみると明らかに内科より小児科が稼働率が有意差をもって低いという結果が得られた。病床稼働率の変動幅も内科の 2 倍以上という結果からも小児医療の、特に入院医療において、その季節変動の影響が強いと言える。このことは病院経営においてはきわめて不利な因子であることには違いなく、小児医療の不採算性に多いに関与していると言わざるを得ない。以上から小児医療の不採算性の是正を行う際には小児疾患の季節変動を充分に加味して行う必要がある。

小児医療における現在と 10 年前の患者数や診療高の比較検討では外来患者の減少を約半数の施設が経験し、入院患者の減少も 42.4%の施設が経験していた。この理由には少子化との答えが多かった。患者数が増加したと回答した施設は入院患者では 35.5%みられたが、その理由は施設能力改善や救急医療の開始がみられた。外来患者数の増加は 27.2%の施設に認められたが、その理由に救急医療や専門外来診療の開始をあげていた。一方、診療高の比較では増加が 49.5%もみられたが、その理由は施設基準の確保や難病医療などの高額医療の開始をあげている施設が多かった。減少は 21.0%の施設しかなかったが、実際わからないと答えている施設も 22.8%あるため、減少施設はもっと多いかも知れない。減少の理由としては診療点数の包括化があげられていた。いずれにせよ、患者数の増加には救急医療を開始したことが関与していたが、実際の診療高になると、その増加理由

は高度医療などの開始によるものであり、いかに救急医療を行って患者数が増加しても診療高の改善には結びつかないことを表しているものと考えられた。

## E. 結論

内科に比し、統計学的有意差をもって、小児科は外来受診者数・入院患者数・それぞれの診療高・在院日数・病床稼働率など季節変動の影響を強く受けていた。このことが小児医療の不採算性を強く引き起こしていると考えられた。また、10 年前との比較では小児医療の診療高は高度医療などの影響を受けるものの、受診・入院者数の増加に直結する救急医療を行うことが診療高増加にはつながっていないことがわかった。

## F. 文献

- 1)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 29 巻 6 号(通巻第 343 号)、56-58、2000
- 2)田中哲郎、市川光太郎、山田至康ほか：小児救急医療の現状と問題点の検討、日本医事新報 第 3861 号、26-31、1998
- 3)田中哲郎、市川光太郎、山田至康：小児救急医療の現状と今後への提言、小児科 39：1493-1501、1998
- 4)山田至康：小児医療の採算性についての検討、田中哲郎・市川光太郎・山田至康共著；わが国の小児救急医療「現状と 21 世紀への政策提言」p187-p193、2000 年、まほろば（東京）
- 5)市川光太郎：実際の初期救急医療における小児科と内科との診療点数の比較、厚生科学研究費補助金：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」(11170303)、平成 12 年度総括研究報告書
- 6)市川光太郎、山田至康、田中哲郎：小児救急医療体制はいかにあるべきか、小児科 42：1308-1316

表-1 小児患者の季節変動の調査(平成12年4月1日~13年3月31日) (庶務部長)

アンケート項目

①貴院の病床数( )床のうち、小児科病床数( )床、内科病床数( )床

②月別の貴院受診者数・入院患者数(延べ人数)をお教え下さい

(外来) 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 平均

小児科.....

内科.....

(入院数)

小児科.....

内科

③月別の診療高をお教え下さい

(外来) 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 平均

小児科.....

内科.....

(入院数)

小児科.....

内科

④月別の平均在院日数をお教え下さい

4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 平均

小児科.....

内科

⑤月別の診療科別病床稼働率を教えてください

4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 平均

小児科.....

内科

⑥小児患者数の増減に対する印象をお教え下さい

- ・小児の入院患者は10年前に比して、  
 a 増えている、b 減っている、c 変わらない、d 判らない  
 その理由は( )
- ・小児の外来受診者数は10年前に比して、  
 a 増えている、b 減っている、c 変わらない、d 判らない  
 その理由は( )
- ・小児科の診療高は10年前に比して、  
 a 増えている、b 減っている、c 変わらない、d 判らない  
 その理由は( )

御協力ありがとうございました

表-2 小児および内科病床数の比較 (n=270)

・小児および内科病床数の全病床数に対する割合(%)比較

	小児科	内科	t検定(p=)
病床数 (%) 平均値± 標準偏差	7.18±4.62%	27.4±11.7%	<.0001

表-3 月別外来受診者数の変動幅の比較 (n=270)

・小児および内科月別受診者数の平均値に対する、最多および最少受診月人数の割合(%)比較\*

(例；年間平均月受診者数が100名の場合、最少受診月が80名であると-20%、最多受診月が125名であると+25%として算出\*し、-20.0%~+25.0%の患者受診幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する 最少受診月 人数比率	-17.18±8.35%	-9.37±9.50%	<.0001
平均値に対する 最多受診月 人数比率	+22.19±9.32%	+8.15±4.40%	<.0001

\*各施設の

$$\frac{\text{最少(最多)月受診者数}-\text{年間平均月受診者数}}{\text{年間平均月受診者数}} \times 100\%$$

表-4 月別入院者数の変動幅の比較 (n=270)

- ・小児および内科月別入院者数の平均値に対する、最多および最少入院月人数の割合(%)比較

(例；年間平均月入院者数が100名の場合、最少入院月が80名であると-20%、最多入院月が125名であると+25%として算出し、-20.0%~+25.0%の患者入院幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する最少入院月人数比率	-22.16±10.96%	-10.67±6.21%	<.0001
平均値に対する最多入院月人数比率	+24.86±15.32%	+10.50±7.03%	<.0001

表-5 月別外来診療高の変動幅の比較 (n=270)

- ・小児および内科月別外来診療高の平均値に対する、最多および最少外来診療高月診療費の割合(%)比較

(例；年間平均月外来診療高が100万円の場合、最少外来診療高月が80万円であると-20%、最多外来診療高月が125万円であると+25%として算出し、-20.0%~+25.0%の外来診療高幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する最少外来診療高月診療費比率	-18.35±8.18%	-10.28±9.09%	<.0001
平均値に対する最多外来診療高月診療費比率	+25.70±12.75%	+11.31±10.44%	<.0001

表-6 月別入院診療高の変動幅の比較 (n=270)

・小児および内科月別入院診療高の平均値に対する、最多および最少入院診療高月診療費の割合(%)比較

(例；年間平均月入院診療高が100万円の場合、最少入院診療高月が80万円であると-20%、最多入院診療高が125万円であると+25%として算出し、-20.0%~+25.0%の入院診療高幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する最少入院診療高月診療費比率	-22.33±10.20%	-13.67±9.09%	<.0001
平均値に対する最多入院診療高月診療費比率	+26.09±15.76%	+13.67±8.76%	<.0001

表-7 小児および内科の年間平均在院日数(日)の比較 (n=270)

	小児科	内科	t検定(p=)
年間平均在院日数(日)	12.76±11.68日	26.98±8.37日	<.0001

表-8 月別在院日数の変動幅の比較 (n=270)

・小児および内科月別在院日数の平均値に対する、最多および最少月別在院日数の割合(%)比較

(例；年間平均在院日数が10日の場合、最少在院日数月が8日であると-20%、最多在院日数が12日であると+20%として算出し、-20.0%~+20.0%の在院日数幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する最少在院日数月在院日比率	-18.05±7.13%	-13.19±6.87%	<.0001
平均値に対する最多在院日数月在院日比率	+24.31±13.71%	+16.69±11.07%	<.0001

表-9 小児および内科の年間平均病床稼働率(%)の比較  
(n=270)

	小児科	内科	t検定(p=)
年間病床 平均稼働率(%)	82.89±22.70%	93.95±15.54%	<.0001

表-10 月別病床稼働率の変動幅の比較 (n=270)

- ・小児および内科月別病床稼働率の平均値に対する、最多および最少月別稼働率の割合(%)比較

(例；年間平均月稼働率が100%の場合、最少稼働率月が80%であると-20%、最多稼働率が125%であると+25%として算出し、-20.0%～+25.0%の病床稼働率幅と評価した)

	小児科	内科	t検定(p=)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
平均値に対する 最少稼働率月 稼働比率	-20.77±11.61%	-9.23±7.85%	<.0001
平均値に対する 最多稼働率月 稼働比率	+20.92±13.30%	+9.17±8.82%	<.0001



表-11 小児患者数・診療高の10年前との比較

(n=290)

	変化	施設数(比率%)	理由(抜粋)
入院患者	増加	103 (35.5%)	輪番体制での受入増加、乳児医療補助による患者負担減、病院新築、NICUの増床、救急外来実数の増加
	減少	123 (42.4%)	少子化、長期入院患者および難病患者の減少
	不変	43 (14.8%)	
	判らない	21 (7.2%)	
外来患者	増加	79 (27.2%)	専門外来の充実、救急受入開始、近隣に救急受入施設がない
	減少	157 (54.1%)	少子化、診療圏での開業医の開業、常勤医の開業
	不変	31 (10.7%)	
	判らない	23 (7.9%)	
診療高	増加	144 (49.5%)	診療点数改定で、施設基準(NICU基準など)の獲得、重症の増加、高度医療の増加、悪性腫瘍が多い、患者の増加
	減少	61 (21.0%)	少子化、患者の減少、診療点数の包括化
	不変	19 (6.6%)	
	判らない	66 (22.8%)	

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

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

## 日本小児科学会認定医研修施設における紹介患者加算(紹介率)調査

分担研究者 市川 光太郎 北九州市立八幡病院救命救急センター小児科

**研究要旨：**病院小児科の困窮の原因に現行の保険診療制度の不備、すなわち小児医療、小児救急医療にそぐわないことが指摘されている。その一つに紹介患者加算制度が問題視されている。

全国の小児科学会認定医研修施設における紹介患者加算の現状を調査を行った。地域の基幹病院の大多数を占める小児科学会認定医研修施設の機能別病院分類では特定機能病院が 17.2%、地域医療支援病院が 6.4%で残り 73.0%は一般病院に分類されていた。紹介患者加算制度に分類すると加算 6 が 32.0%と最も多く、次いで加算 5 が 26.5%、加算 4 が 23.7%、加算 1~3 は合わせて 9.2%でほとんどが加算点数の低い加算 4 以下であった。各施設の紹介患者加算に対する考えの調査では自主来院の多い小児救急において、救急患者の扱いを再検討すべきとの意見が多く、救急患者の全員もしくは一部を紹介患者と見なす考えが 48.2%、救急患者を除いて紹介率計算すべきが 12.6%もみられた。そこで、調査施設の全体と小児に分けて紹介患者加算の平均値を試算すると全体  $30.4 \pm 19.0\%$ 、小児では  $25.4 \pm 23.4\%$ であり、統計学的有意差をもって小児では低くなることがわかった。さらに救急患者を考慮しての計算を行ってみると、救急患者を全て紹介患者とした場合、全体で  $69.0 \pm 33.7\%$ 、小児で  $97.8 \pm 67.0\%$ と、紹介率は現行より統計学有意差をもって著増し、特に小児科では有意差をもって全体より増加した。別に初診救急患者を初診算定患者から除いた場合では、全体が  $40.4 \pm 38.3\%$ 、小児科が  $35.2 \pm 30.1\%$ で、やはり現行より有意に増加したが、全体と小児科の差異では有意差がなくなった。

以上より、現行でも成人より有意に低い紹介率の小児医療において、自主来院の救急患者の多い小児救急医療を行えば行うほど、紹介患者加算率が低下することが判明し、病院小児科の疲弊化、しいては小児救急医療体制の崩壊にも関連している医療制度と考えられ、早期の改正が必要と考えられた。

### A. 研究目的

小児救急医療体制の社会問題化の一因に病院小児科の疲弊化が大きく関与していることが判明し、病院小児科の困窮の原因に現行の医療・保険診療制度の不備、すなわち小児医療、小児救急医療に現行制度がそぐわないことが指摘されている。その一つに紹介患者加算制度、いわゆる紹介率による病院の機能分類制度が小児救急医療の観

点から問題視されている。元来、小児医療、特に小児救急医療においては患者家族の心配による受診など、成人とは異なる受診行動が顕著であり、小児救急患者の多くは自主来院であり、救急車の使用頻度もきわめて低い事実がある。そこで全国基幹病院における、実際の紹介患者加算制度の現状把握と成人との比較を行い、改善の必要性お

よびその改善方法の検討を行った。

## B. 研究方法

研究は全国の小児科学会認定医研修施設 518 病院の事務長宛に郵送による自記式調査用紙(表 1 参照)への記入(無記名)を依頼する方法にて平成 13 年 4 月~5 月にかけて調査を行った。さらに調査用紙から得られた、総受診者数、初診料算定患者数、紹介患者数、全救急患者数、初診救急患者数、救急車来院救急患者数、救急入院総数などから全体と小児の紹介患者加算率を算定し、小児の比較を行うとともに、現行の紹介率計算の変法での試算を行ってみた。

## C. 研究結果

### 1. 回答数と回収率

全国小児科学会認定医研修施設 518 施設へアンケートし、回答が得られたのは 219 施設で、回収率は 42.8%であった。質問Ⅱの患者数の回答が得られない施設もあったが、得られた情報は全て解析した。

### 2. 機能別病院の分布

厚生労働省が行っている機能別病院分類では特定機能病院は 35 施設、16.0%で地域医療支援病院は 13 施設、5.9%であり、残りはいわゆる一般病院と称される、その他が 149 施設、68.0%、未記入が 22 施設、10.0%であった(表 2 参照)。

### 3. 各施設における紹介患者加算の現状

表 3 に示したが、各施設の紹介率は低い施設が多く、その内訳では紹介率が 20%未満の紹介患者加算 6 が 32.0%と最も多く、次いで紹介率 20%以上 30%未満の紹介患者加算 5 が 26.5%であり、紹介率 30%以上 50%未満の紹介患者加算 4 が 23.7%であった。紹介率 50%未満の施設が 82.2%と過半数を占めていることが判り、紹介率 50%以上の高率の施設はわずかに 9.2%を占めるに過ぎなかった。

### 4. 各施設の紹介患者加算に関する考え

救急患者が紹介ではない場合が多い、特

に小児科では顕著なため、紹介患者加算における救急患者に対する対応への要望が多くみられた。その内訳では救急患者は全て紹介患者と見なすべきとの意見が 25.5%と最も多く、次いで、救急患者の一部は紹介患者と見なすべきであるとの意見が 22.7%、あるいは救急患者は全て除いて紹介患者加算を計算すべきとの意見も 12.6%にみられた。現行のままよいとの意見はわずかに 8.3%であり、多くの施設が紹介患者が酸性度への不満があるものと同えた(表 4 参照)。

### 5. 各施設の全体と小児の紹介患者加算率の検討

アンケート調査で得られた各施設の 1 週間の患者動向からの紹介患者加算を試算し、その平均率を算定してみると、全体では  $30.4 \pm 19.0\%$  であり、表 3 にみられた結果と類似するものであった。小児科単独での紹介患者加算の平均値を算定すると、 $25.4 \pm 23.4\%$  となり、t 検定を行うと全体値より有意に低値であることがわかった(表 5 参照)。

### 6. 紹介率の試算

現行の紹介患者加算の計算方法が紹介患者数+救急車来院患者数/初診料算定患者数となっていることから、救急車利用の少ない、かつ時間外の自主来院での救急患者の多い小児科にとってはきわめて不利な計算式であるため、救急患者を加味した計算式での試算を行ってみた。

最初に救急患者を全て紹介患者と見なした場合、つまり上記式の分子に全救急患者を加えた場合では、全体では  $69.0 \pm 33.7\%$  と著明に増加し現行に比し、t 検定による統計学的有意差も認められた。小児では  $97.8 \pm 67.0\%$  となり、現行よりも統計学的有意差をもって、増加した。さらに全体よりも統計学的有意差をもって多くなることがわかった。次ぎに、初診救急患者を全て、初診料算定患者から除いた場合、つまり上記式の分母の初診料算定患者から初診救急患

者を除いた場合では、全体では40.4±38.3%、小児のみでは35.2±30.1%となり、同様に現行の紹介率よりも、全体、小児ともに統計学的有意差をもって増加した。しかし、この方法では全体と小児科は、最初の試算方法とは異なり、逆転することはなかったが、有意差は生じなかった(表6参照)。

#### D. 考察

明らかに小児医療が成人医療よりも人手と時間がかかることは最近とみに理解されつつあると思われる。特に小児救急医療では十分な人手と時間を割けないほど、地域基幹病院小児科に小児救急患者の集中が起こっていることも認識されてきた。小児初期救急患者の殺到する病院小児科において、小児救急医療の不採算性が逆に顕著となり、病院小児科の疲弊化を招いていることも多くの研究報告がなされている。このことは現行の保険診療制度もしくは医療制度が出来高払いの成人偏重の制度であることを意味しており、小児医療、特に小児救急医療に歪みをもたらしていると言えよう。機能別病院分類制度においても成人偏重であり、小児科の特殊性は加味されていない。この制度の基盤でもある紹介患者加算制度においても全く小児医療、小児救急医療の特殊性は無視されていると言わざるを得ない。そこで、全国の小児救急医療を担っているであろう、小児科学会認定医研修施設における紹介患者加算制度の現状を分析し、現行の問題点の検討を行った。

これらの施設における紹介患者加算率の状況は半数以上が30%未満の紹介率であり、50%以上の紹介率を有している施設は10%も満たなかった。このような結果に呼応して、紹介患者加算制度に対して、小児科に最も多い救急患者に対する配慮がなされていないことへの不満を有している施設が多いことがわかった。以上のことは紹介率に直接影響する患者内訳の調査内容を分析す

ると、大きな傾向として、小児科単独での紹介率は施設全体紹介率より明らかに低いということがわかった。さらに、紹介患者数や初診算定患者数の総受診者数に占める比率と紹介率には一定の傾向は認めなかったが、初診算定患者の少ない慢性疾患専門施設では紹介率が高くなることは予測されたが、小児救急患者が50名/日以上施設では紹介率は10~15%と低いことがわかった。その理由として、小児医療、特に小児救急医療の社会的特徴があるものと考えられる。これらの特徴として、全国の救命救急センターに救急車搬入される患者のうち、小児の占める割合は約10%とされている。すなわち、小児救急患者での救急車利用は明らかに成人より少なく、自主来院が多い。初期救急患者の半数は小児であることも多くの報告がなされ、その小児初期救急患者の多くが地域基幹病院に集中していることも多く報告されている。また小児救急患者の受診行動は保護者の心配の強さに支配されており、昼間の受診に有無に関わらず保護者の意志で時間外に基幹病院を受診する特徴があり、紹介による受診はきわめて少ないのが現状である。このことは小児救急患者が多くなるほど紹介率は低下することに他ならない。すなわち、現行の基準では小児救急医療を行えば行うほど紹介率は減少することが容易に予測されることがわかった。このことは病院小児科をさらに疲弊化せしめ、よりよい小児救急医療体制の構築において、きわめて負の要素と考えられる。

以上の理由で、小児救急医療の特性を踏まえての紹介患者加算制度への変更が望まれるが、実際に小児救急患者の多さを念頭において紹介率加算の計算式を変更してみると、救急患者をすべて紹介患者と見なした場合、明らかに現行よりも施設全体での紹介率も小児科単独での紹介率も著明に増