

資料10 都道府県別小児救急医療電話相談事業実施状況 (H16. 10. 1現在)

県名	岩手県	茨城県	東京都	石川県	三重県
事業名	小児救急医療電話相談事業	茨城子ども救急電話相談	小児救急電話相談事業	石川県小児救急電話相談	小児夜間医療・健康電話相談事業 (みえ子ども医療ダイヤル)
実施主体 (委託先)	岩手県(岩手県医師会)	茨城県 (財団法人茨城県子ども医療センター)	東京都	石川県(石川県医師会)	三重県(三重県小児科医会)
開始時期	平成16年10月1日	平成16年8月25日	平成16年7月1日	平成16年9月11日	平成14年4月
実施曜日	毎日	平日	毎日	土、日、祝日、年末年始	毎日
受付時間	19:00～23:00	18:30～22:30	平日17:00～22:00 休日、年末年始9:00～17:00	18:00～23:00	19:30～23:30
受付番号	019-605-9000 及び #8000	029-254-9900 及び #8000	03-5285-8898 及び #8000	076-238-0099 及び #8000	059-229-3115
相談 (職種、人数)	看護師	看護師 (小児科医)	保健師・助産師 (小児科医師)	小児科医	小児科医
対象 (医療圏)	県下全域	県下全域	都下全域	県下全域	県下全域
実施場所	休日夜間急患センター	県立子ども病院	母と子の健康相談室	各相談医師の自宅、診療所等	休日夜間急患センター

県名	大阪府	奈良県	岡山県	山口県	大分県
事業名	小児救急電話相談事業	小児救急医療電話相談事業	小児救急医療電話相談事業	山口県小児救急医療電話相談事業	大分県子ども救急医療 電話相談事業
実施主体 (委託先)	大阪府(大阪府医師会)	奈良県(奈良県医師会)	岡山県(岡山県医師会)	山口県(山口県医師会)	大分県(大分県医師会)
開始時期	平成16年9月1日	平成16年6月5日	平成16年7月31日	平成16年7月1日	平成15年12月1日
実施曜日	毎日	土、日、祝日、年末年始	土、日、祝日、年末年始	毎日	毎日
受付時間	20:00～24:00(当面の間)	18:00～23:00	18:00～24:00	19:00～22:00	平日18:00～翌8:00 日曜・祝日8:00～翌8:00
受付番号	06-6765-3650 及び #8000	0744-21-1199 及び #8000	086-272-9939 及び #8000	083-921-2755 及び #8000	097-503-8822
相談 (職種、人数)	看護師及び小児科医	小児科医	小児科医	看護師 (小児科医師)	看護師
対象 (医療圏)	府下全域	県下全域	県下全域	県下全域	県下全域
実施場所	府医師会事務局	各相談医師の自宅、診療所等	各相談医師の自宅、診療所等	休日夜間急患センター	事業に参加する医療機関

「小児救急電話相談事業・広島」の光と影

広島県地域保健対策協議会

桑 原 正 彦

広島県小児科医会会報 別刷

第39号 (2005.1)

小児救急電話 相談事業・ 広島のと影

広島県地域
保健対策協議会

桑原正彦

1 はじめに

「小児救急電話相談・広島」は、平成14年9月8日に始まった。開業小児科医による、組織的な取組みである本事業は、全国で始めてのことである。

関係諸機関のご支援と有志の開業小児科医の献身的な努力で、本事業は全国的に認められるまでに成長した。

2 小児救急電話相談事業・広島の立ち上げ
少子・高齢社会になった21世紀の日本では、「少ない子どもを大切に育てる」という子育て観が一般化してきた。

一方、社会の子育て環境は悪くなるばかりで、核家族、母親の就労、子育て情報の氾濫、さらに個人の権利意識の高揚などが錯綜して、「子育て不安」をもたらし、「小児救急体制が充分でない」、「小児科医が足りない」という世論を引き起こしてしまった。

他方では、「小児科医は増えているのに」、「小児科医は頑張っているのに」と小児科医はぼやいている。

2001年、日医の調査によると、昼間元気だった患児が夕方になって発熱すると、保護者は、その8割以上は重症と思って時間外小児診療施設に駆けつける。一方、現場で患児達を診察した小児科医は、8割以上を軽症患者と判断している。この差をどのように解釈するか？「医療機関へのゲートキーパーがいる」、「患児のトリアージがいる」、「保護者教育がいる」などの議論が噴出した¹⁾ (図1、図2)。

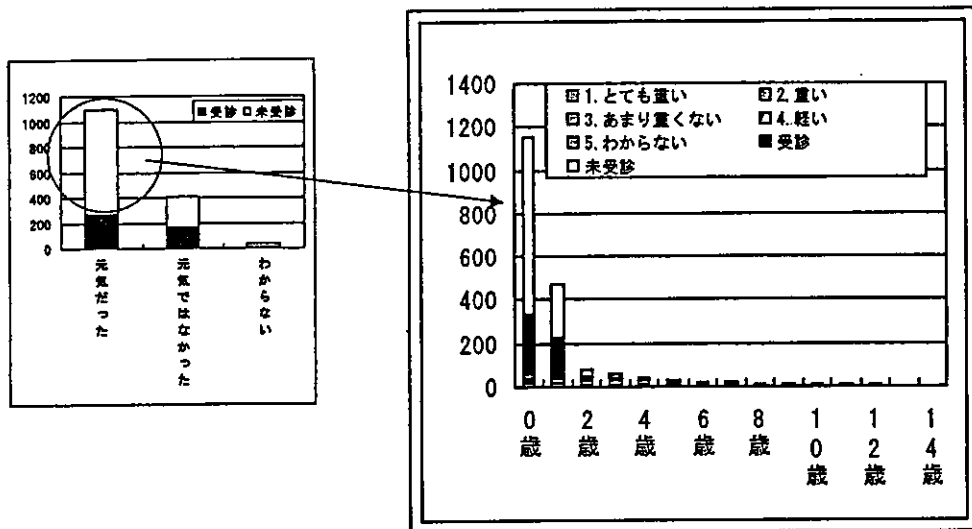


図1 その病気に関する、他の医療機関受診状況と朝方や昼間の状態との関係 (昼間、元気だった820例について) (2001. 日医)

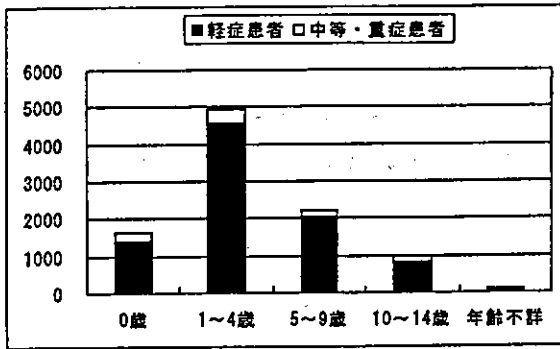


図2 医師側から見た重症度
(全国464施設, 日医, 2001)

そこで浮き上がってきたのが、「小児救急電話相談事業・広島」である。先進国では、英国のNHSダイレクトや米国のHMOの私的相談事業などの先例がある。

3 その実績

平成14年9月から平成16年3月までの18ヶ月間の相談件数は3,429件になる。土、日、祝日、年末年始の18:00~23:00を相談時間とした。広島県広報紙や広島県QQNETおよび地元新聞社、放送局などのマスコミを通じて、本事業の趣旨と電話番号082-232-1399を広島県民に周知させた。相談に応じる小児

科医は、自宅に待機し、転送されてきた電話を配布された携帯電話で受ける。転送装置は、広島県医師会館内の県地域保健対策協議会事務局に設置してある。転送装置には自動録音装置が付けてあり、すべての会話は収録されている。利用者がダイヤルすると、最初に「この小児救急電話相談は、あくまで電話での相談ですので、限界があることをご承知おきください。それでは、小児科の先生につながります。電話番号とお名前、症状を要領よくお話しください」とアナウンスが入る(図3)。

相談医の助言は、「昼間かかりつけ医へ」1,124件(32.8%),「心配ないが何かあったら、受診を」941件(27.4%),「今晚、受診するように勧めた」794件(23.2%)であったが、「急いで119番して受診を」が11件(0.3%)あったことも注目される。

本事業は患児のトリアージ機能と保護者への教育機能は充分果たしていると考える。

4 利用者の満足度

本事業では、相談医が助言した内容がどの

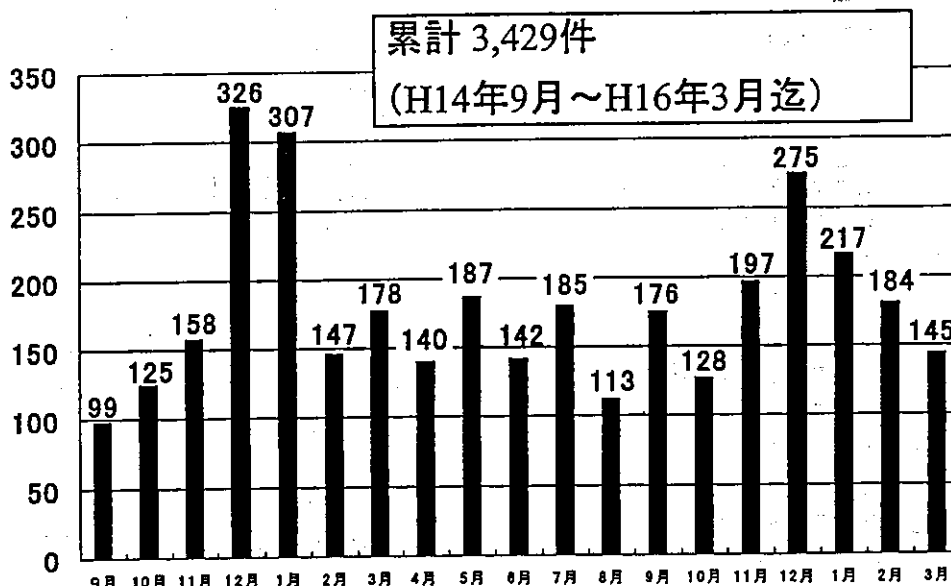


図3 相談件数の推移

程度利用者に伝わっているか、本事業に対する利用者の満足度はどのくらいか、などの調査を往復はがきで行っている。住所が確実に聴取できた2,372件について質問を送り、回収できた1,022件(43.1%)の結果を示した(図4)。助言を受けて、「すぐに受診した」21.1%、「翌日の昼間にかかりつけ医を受診した」45.7%、「様子を見たが受診する必要がなかった」23.5%、「指示を受けて119番して救急車で受診した」0.6%(6件)である。今晚受診しなくてすんだ患児は、相談小児科医の助言件数を上回る割合であった。

このように、小児救急電話相談の「安心ツ

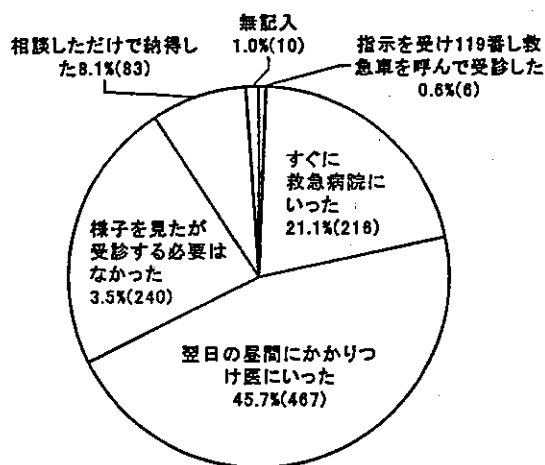


図4 相談の結果, どのように行動されましたか?

表1 保護者の反応

<ul style="list-style-type: none"> ・子育てははじめてで不安ばかり 安心です ・平日も 夜間もお願いします ・電話が聞こえにくかった ・いらいらしている時に住所は? 困る ・先生が早口で聞き取りづかった ・医学用語や専門用語が多く理解不能 ・総合病院がかかりつけ医 助かる ・結果よりも すぐ受け止めてもらえる ・なかなかつながらない 回線を増やして ・やはり先生に聞いて安心した ・今後とも 続けてください ・24時間, 365日お願いします

ル」としての機能が見受けられる。

また、利用者の自由記載欄では、「安心」、「助かる」、「受け止めてもらえる」などの言葉が多く書かれていることも注目に値する(表1)。

5 相談小児科医の感想

一方、相談事業に携わっている45名の小児科医の感想を、回答のあった31名について示した(表2)。

「本事業がこのままの事業体制で継続できますか?」との質問に対して、16:15の同数であった。その理由は「時間的につらい」「内容が厳しい」「対価が安い」である。

今後、小児救急電話相談に耐えられる相談者の養成も含めて、相談者の処遇の改善に努めなければならない。

表2 本事業への感想 (2004.3, 広島)

継続可能と思う(16)	継続不可能と思う(15)
<ul style="list-style-type: none"> ・良い結果がでている ・患者ニーズがある ・看護師の協力があればできる ・ボランティアでなく、正当な対価を ・大変だが、やりがいはある 	<ul style="list-style-type: none"> ・負担が大きい ・協力医が少なすぎる ・看護師で対応を ・夜間小児救急診療に参加 ・患者を減らすことにならない

6 広島県事業としての提案

平成17年3月には、3年間の研究事業が終了する。

一方、平成16年8月から厚生労働省は「小児救急電話相談事業」を国庫補助事業に指定して、全国展開をする方針を打ち出した²⁾。

では、広島県はどうするか? 利用者は応需日の拡大、時間の拡大を希望している。しかし、相談医特に開業小児科医の多くは、事

業の有効性は認めながらも、現体制での継続には難色を示している(表3)。

いずれにしても、事業主体である広島県行政、マンパワーのキイとなる小児科医、小児科医を支える広島県医師会がじっくり話しあって、県民の要望に応えるように努力しなければならない。

具体的には、開業小児科医のみでなく保健師や看護師の協力をうるか、相談事業の難しさに対応する費用弁償ができるか、事務局をどこに置くか、予算はあるかなど問題は山積している。

本事業が継続可能な事業として発展するためには、「病める子どものために」の視点を外さないように、お互いが譲り合うことも大切である。

表3 今後の広島をどうする?(2004.3.広島)

事業継続が可能と思う (16)	継続が可能とは思わない(15)
・行政予算の拡大を	・5時間勤務は長すぎる
・若い小児科医の協力を	・看護師でよい
・小児科医の社会貢献として	・定年後の小児科医の活用
・良いマニュアルが欲しい	・多くの小児科医の意見に従う
・保護者教育を	・全国展開では、広島も参加すべき
・365日事業で、1回/年の勤務程度で	

7 終わりに

本事業は、平成14年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)の「若手小児科産科医師の確保・育成に関する研究班」(鴨下重彦主任研究者)の事業として発足して3年目に入った³⁾⁴⁾。

「今、行くべきか、明日まで待ってよいか？」がキャッチフレーズである。

あくまで、相談医が利用者に助言をする事業と位置づけている。決して医療行為ではない。

本事業は、患児のトリアージと保護者の保健教育が主体である。当初、期待したゲートキーパーとしての機能は残念ながら効果が出ていない。

今後「#8000」を中心とした全国展開に期待したい。

終わりにになりましたが、「小児救急電話相談事業・広島」を支えて頂いている開業小児科医の皆さんおよび広島県地域保健対策協議会事務局の皆様、広島県医師会と広島県庁の皆様から感謝いたします。

- 1) 日本医師会：小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書，日医同委員会，平成14年3月
- 2) 厚生労働省：医療施設運営費等補助金，地域医療対策費等補助金，中毒情報基盤整備事業費補助金および第三者病院機能評価支援事業費補助金の国庫補助について，厚生労働省発医政第0816001号，平成16年8月16日
- 3) 桑原正彦：小児科・産科医師の育成の支援方策に関する研究，平成14年度厚生労働科学研究報告書，p130-133,2003.3
- 4) 桑原正彦：救急医療に従事する若手小児科医のための相談電話対応手法の開発，平成15年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究報告書，p574-577,2004.3.

☆

21世紀の小児医療

— 成育医療センターの開院を目前にして —

柳 澤 正 義¹⁾

21世紀の小児医療

— 成育医療センターの開院を目前にして —

柳 澤 正 義¹⁾

I. はじめに

第48回日本小児保健学会（青木継稔会頭，平成13年11月16～18日，東京）のメインテーマは，「21世紀はこどもの世紀—こどもたちに何をなすべきか—」であった。21世紀こそ文字通りこどもの世紀にしたいということは，われわれの共通の思いであろう。そのためにわれわれは何をなすべきなのかということは，現在の社会に課せられた最重要の課題である。

ふり返って，20世紀は世界的にみて戦争の世紀であり，20世紀後半のわが国は激変の50年であった。特に最後の10年は，それまでの高度成長に覆い隠されていた矛盾が爆発的に現れ，社会のさまざまな仕組が大きく転換しつつあるように思われる。21世紀に入ってもなお，雲行きは非常に怪しい状況である。2001年の前半には，大阪，池田市の小学校における多数の学童の殺傷事件をはじめとするさまざまな子ども達の受難事件が報じられ，後半には，アメリカにおける同時多発テロが世界を震撼させ，また，炭疽菌を用いたバイオテロが人々を恐怖に陥れ，さらにアフガニスタンでは，テロリズムに対する報復戦争が現在も行われている。

そのような状況のなかでわが国は，長引く不況にあえいでいるとはいえ，世界第2位の経済大国であり，世界一の平均寿命を誇り，乳児死亡率をはじめとする小児保健水準は世界最高レベルを維持している。その一方で少子化が急激に進行し，子ども達の心が危機にさらされ，小児医療体制の破綻が叫ばれている。この時に当って，21世紀最初のナショナルセンターであ

る国立成育医療センターが開院する。暗い時代における明るい話題であり，ぜひとも国民の期待に応えるものでなければならない。

II. 小児医療の現状と課題

1. 少子社会における子ども達

「少子社会」は，「高齢化」，「経済の再生」，「グローバル化」，「IT革命」，「構造改革」などと並ぶ現在のわが国社会のキーワードの一つである。1990年，1.57ショックといわれ（この年の合計特殊出生率が初めて，1966年，ひのえうまの年の合計特殊出生率1.58を下廻った），にわかに少子化ということが話題になったが，その後も出生率の低下は続き，1999年には，1.34となった。社会的な問題になるとともに行政も平成11年の少子化対策推進関係閣僚会議による少子化対策推進基本方針をはじめとするさまざまな施策を打ち出しているが（表1），少子化は進行し，今後も進行していくことが予想されている。少子化のもたらす社会，経済への影響は勿論重大であり，各方面で議論されているが，小児医療・保健の観点からは，少子社会に生きる小児自身の心身の健康への影響を問題にすべきであろう。

2. 小児医療・保健水準の低下の可能性

少子化と医療保険制度における小児医療の不採算性によって，現在，小児科，特に病院小児科は非常に厳しい状態にある。病院小児科が不採算部門ということで，総合病院小児病棟の縮小，混合病棟化，あるいは閉鎖が行われ，小児科医師定員の削減も行われている。一方，一部

1) 国立大蔵病院

別刷請求先：柳澤正義 国立大蔵病院 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

Tel 81-3-3416-0181 Fax 81-3-3416-0336 E-mail:yanagism@ookura.hosp.go.jp

表1 少子化対策等の経緯

平成2年(1990)	<ul style="list-style-type: none"> ・1.57ショック ・「健やかに子供を生み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」設置
平成6年(1994)	<ul style="list-style-type: none"> ・国際家族年 ・「エンゼルプラン（今後の子育て支援のための施策の基本的方向について）」策定
平成9年(1997)	<ul style="list-style-type: none"> ・人口問題審議会報告書（少子化に関する基本的考え方について—人口減少社会，未来への責任と選択—）
平成10年(1998)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成10年度版厚生白書（少子化社会を考える—子どもを生み育てることに「夢」を持てる社会を—） ・「少子化への対応を考える有識者会議」提言（夢ある家庭づくりや子育てができる社会を築くために）
平成11年(1999)	<ul style="list-style-type: none"> ・「少子化対策推進基本方針」決定 ・「新エンゼルプラン（重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について）」策定
平成12年(2000)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本学術会議報告（少子社会の現状と将来を考える） ・健やか親子21検討会報告書（母子保健の2010年までの国民運動計画）
平成13年(2001)	<ul style="list-style-type: none"> ・「健やか親子21推進協議会」設置

の病院には患者が集中し、とくに休日・夜間救急はまさにパンクしそうな状態になっており、そのような病院の小児科医は大変な過重労働を強いられている。地域の小児医療のレベルにアンバランスが拡大し、全体として小児医療水準は低下の可能性がある。

乳幼児健診や予防接種など、小児保健、母子保健についても今後の動向が心配されている。母子保健法の改正により、平成9年度から健診などの業務が都道府県から下ろされて市町村の事業として行われることになった。しかし、市町村では高齢者保健や介護に人手を取られ、母子保健に十分に手が回らない状況があるといわれ、健診のレベルなどに不均一が大きくなる可能性がある。予防接種についても、一般の人々の理解不足と副反応に対する過度の不安、医療や行政に対する不信感から接種率の低下が懸念される。これらの状況から小児保健水準についても今後むしろ低下していく恐れがあるといわれる。

3. 小児救急医療体制の破綻

小児救急医療が今ほど広く社会的に話題になったことはかつてなかったであろう。前述のような状況で、病院小児科は疲弊し、小児救急、特に初期救急は危機に瀕しているといっても過

表2 小児救急医療を取り巻く患児と親の要因

<ul style="list-style-type: none"> ・少ない子どもを大切に育てたい ・共働きが多く昼間受診できない ・24時間昼型の生活 ・保護者に病気に対する知識が少ない ・核家族で相談相手がいない ・育児情報の氾濫 ・大病院指向 ・小児科医の専門性を求める ・抵抗力が弱く病気に罹りやすい
--

言ではない。まず、医療提供者側の要因として、従来の内科小児科の開業医が小児を診なくなったこと、小児科開業医の高齢化、ビル診療所の増加などがあり、さらに病院小児科の縮小、減少により、一部の病院への過度の集中が生じている。一方、患児と両親側にも多くの要因がある（表2）。

救急外来を受診する小児患者の多くは比較的軽症であるが、なかには真に緊急性を有する患者や重症患者も含まれている。よく行われる一次、二次、三次の区分は結果論であって、小児救急にこのような区分は不適切である。子どもの具合が悪いと感じ、心配になって時間外に病院を訪れる両親にとってみれば、一次、二次の区別はない。最近の親達は、大病院指向ととも

に、子どもの医療に専門性を強く求めている。

このような状況に対して、地域の実情に応じた小児救急医療体制の整備が急がれることは勿論であるが、一般の人々に対して、子どもの病気とその症候、家庭での対処の仕方などを啓発することも必要である。

もうひとつ、救急医療の重要性は事故に関連する医療という点である。衆知のように、わが国では、1歳以降小児年齢を通じて、死亡原因の1位は不慮の事故であり、乳児においても死亡原因の3位は乳幼児突然死症候群、4位が事故である。死に至らない受傷者の数は膨大である。事故は予防が最重要であることは言うまでもないが、起こってしまった事故については、救命し、後遺障害をできるだけ少なくするのは救急医療の役割である。ともかく、病気にしろ事故にしろ、救急医療体制の整備は、わが国の小児の健康と安全にとって基本的な事柄である。国、地方自治体、地域の医療機関それぞれにおいて取り組が求められている。

4. 子ども達のこころの危機

いじめ、不登校、家庭内暴力、ひきこもり、非行、さらにはわれわれの理解を絶する少年の重大犯罪など、小児、とくに思春期のこころの問題は、小児医療にとっても最重要の課題である。いわゆる心身症や摂食障害の増加も著しい。

現代の子ども達は、都市化、核家族化、女性

の社会進出、24時間昼型社会などの言葉で示される状況の中に置かれており、学校や塾から帰宅後の時間の多くをテレビ、ビデオ、コンピューターゲームで過ごしている。子ども同士、特に年齢の異なる子ども達の間遊びを通じての交流の機会が少ない。

また、育児についての不安感の増大や負担感、困難感、親による子どもへの虐待の激増をもたらしており(図1)、親子の心の問題も深刻である。このような子ども達のこころの危機、乳幼児・学童の行動・発達の問題あるいは思春期の心身の健康に対して、小児医療の積極的な関わりが求められていることは明らかである。また、日常の診療や健診を育児支援の場とすることが求められている。

5. 小児慢性疾患の治療と療育

循環器疾患、腎疾患、内分泌疾患、先天代謝異常、膠原病、アレルギー疾患、神経疾患、血液疾患・悪性腫瘍など、それぞれの臓器系統別専門領域の慢性、難治性疾患について、診断、治療上の進歩は目覚ましいものがあった。かつては小児期に発症した多くの患者が小児期に死亡していたものが、治療し、あるいは病気を有しながら良好なQOLを保って思春期となりさらに成人となっている患者が増加している。これら小児慢性疾患のキャリアオーバー成人患者は、小児病院や大学病院の専門外来で治療・経

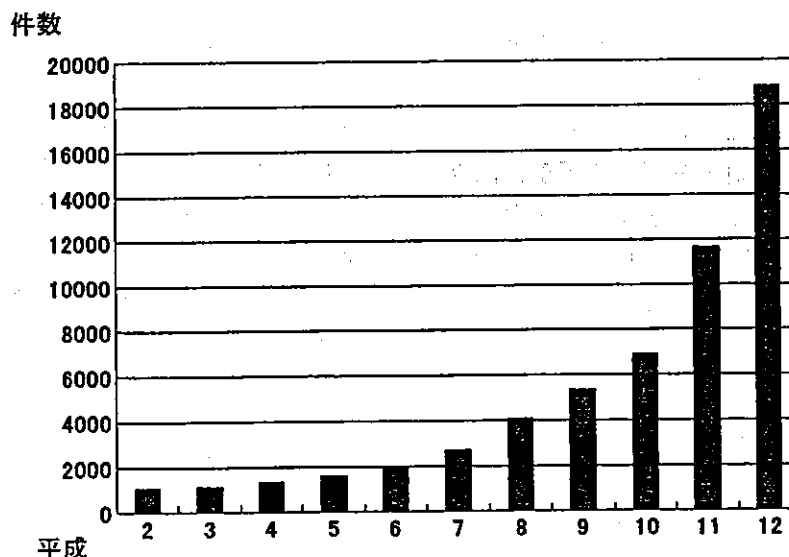


図1 児童相談所における児童虐待相談処理件数

過観察されているが、従来の医療体制のなかではさまざまな困難な問題が生じている。従来の小児科における診療の枠におさまらないこれらの患者の医療を内科その他関係する他科と連携して継続的、包括的に行っていくことは、今後の小児医療の課題である。

なお、小児の慢性、難治性疾患といっても非常に種類が多いが、その多くのもが小児慢性特定疾患治療研究事業の適用を受けて、医療費の助成がなされ、患者・家族の経済的負担を軽減するのに役立ってきた。現在、約10万人の小児が給付を受けており、疾患群別内訳で最も多いのは内分泌疾患で35%を占める。平成10年度からは10の疾患群毎に診断根拠がある程度明確にしうる医療意見書が全国的に使用され、中央における集計・解析も可能となり、今後の疫学的研究の進展が期待されている。その一方、近年の財政難から補助金事業という現在の制度のままでは存続が危ぶまれ、現在、制度の見直しが行われている。家族の経済的負担を軽減するとともに、患児のQOL向上、診断・治療法の進歩に役立つ研究の進展に寄与する制度となることを期待している。

6. 高度先進医療、臨床研究、治験の推進

現在、ほとんどの領域で、分子・遺伝子レベルの研究が非常に急速に進展していることはいうまでもない。疾患原因遺伝子の究明によって、新しい診断法の開発、あるいは発症前診断が可能となり、遺伝子治療も現実のものとなりつつある。個々人の遺伝子情報が詳細に把握されるようになると、いわゆるテーラーメイド治療など、治療における一段の進歩が期待される。造血幹細胞移植、臓器移植治療もさらに一般化され、再生医療、人工臓器医療などの進歩も確実である。胎内で診断された先天性疾患について、胎内において内科的、外科的治療を行う胎児医療も実際に行われようとしている。

また、現在、小児に現実用いられている多くの薬剤がいわゆる off-label 薬、すなわち、小児における有効性、安全性が確認されていないという問題もあり、小児における臨床治験の推進をしなければならない。

これら、先駆的医療、臨床研究、治験など、

現在、急速に発展しつつある領域では、倫理面の十分な配慮を欠いていたら診療も研究も行えない。小児患者で検査や治療を行う場合のインフォームドコンセントについては、患者自身に自己決定能力があるかどうかの問題となる。従来、一般には小児は自己決定能力がないと考えられ、両親またはそれに代わる養育者が代理として決定してきた。しかし、思春期以後の小児にはかなりの程度にその能力があり、もっと若年においてもわかりやすい説明によって理解を得ることが可能な場合もあるといわれる。自己決定能力の問題だけでなく、小児医学・医療において倫理面の問題はこれからますます重要になってくるだろう。

Ⅲ. 成育医療と国立成育医療センター

平成14年3月1日、国立成育医療センターが開院する(図2)。国立小児病院と国立大蔵病院が統合してできる新しい国立高度専門医療センター(ナショナルセンター)である。がんセンター、循環器病センター、精神・神経センター、国際医療センターに続く、5番目のナショナルセンターとなる。ここでは、小児医療、周産期医療に加えて、生殖医療、胎児医療、思春期医療、小児慢性疾患をもつ成人患者の医療まで幅広く、包括的な医療が行われる。成育医療センターで行われる医療の内容を模式図で示す(図3)。

従来の小児病院あるいは母子医療センターの枠には納まらない幅広い医療、またそれを先導する病院の名前として「成育医療」という言葉が選ばれた。この言葉が公になったのは、平成7年、国立成育医療センター(仮称)整備基本計画検討会報告書からといわれている。そこに「小児医療、母性医療、父性医療ならびに関連・境界領域を包括する医療(成育医療)が必要である。」とあり、従って、これが成育医療のいわば公的な定義ということになる。

「成育」あるいは「成育医療」という言葉は、小児科領域では次第によく聞かれるようになってきたが、一般的にはまだなじみが薄いであろう。「成育」の意味は「そだつこと(広辞苑)」であり、単純である。現在、多くの人を抱えている「成育医療」の概念は、ライフサイクルと

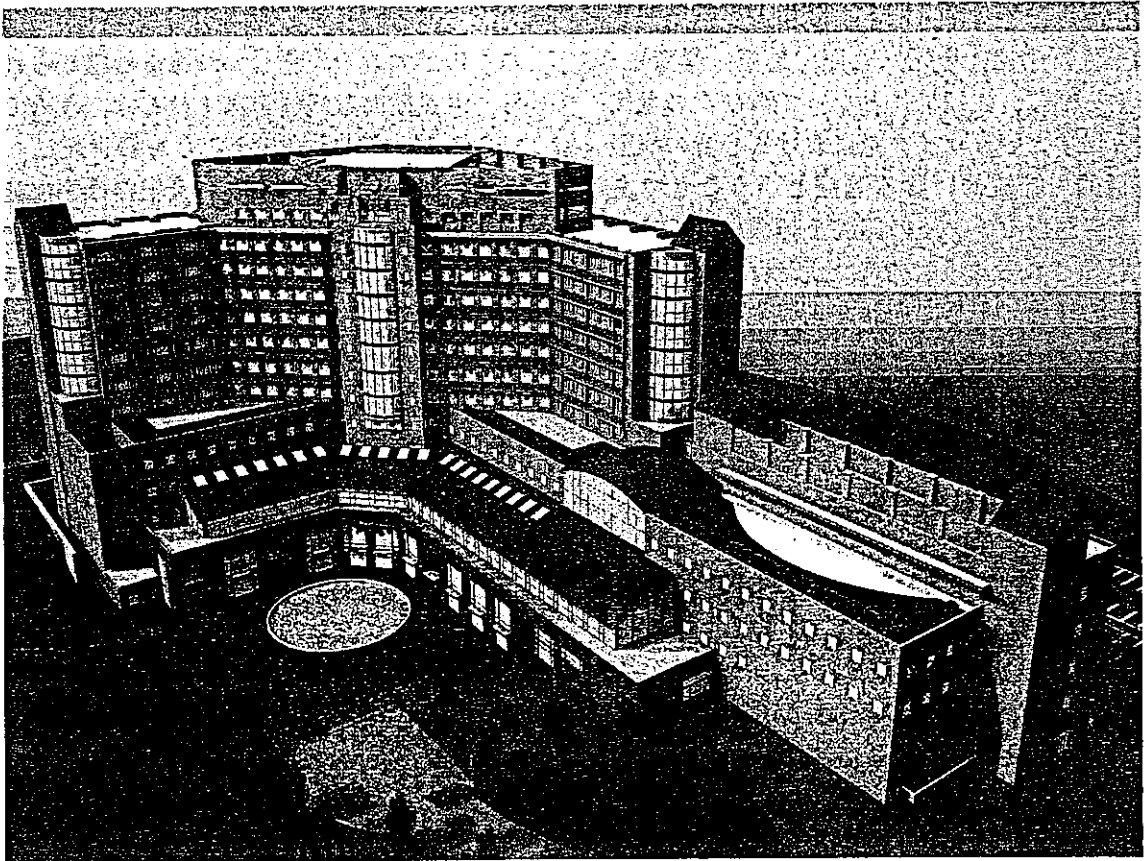


図2 国立成育医療センターの完成予想図

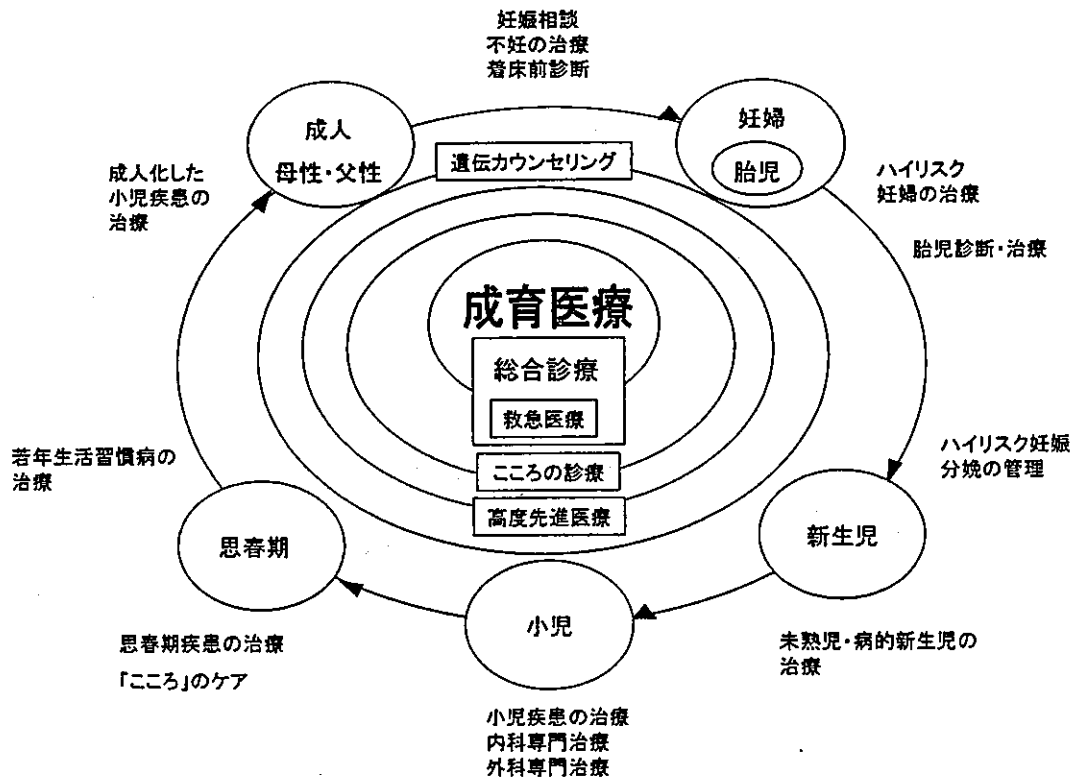


図3 国立成育医療センターの診療機能

して捉えた医療体系，即ち，受精卵から出発して胎児，新生児，小児（乳児，幼児，学童），思春期を経て，生殖世代となって再び次の世代を生み出すというサイクルにおける心身の病態を包括的・継続的に診る医療ということである。成育医療センターの開院を契機に広く社会的に認知されるようになると思われる。「成育医療」の理念，そしてそれを先導する国立成育医療センターが，21世紀初頭に当たってわが国の小児医療を転回させ前進させる推進力となることを期待している。

Ⅴ. おわりに

「21世紀の小児医療」というテーマにもかかわらず本稿の内容は，小児医療の現状と当面の

対応で終わってしまった感がある。社会の仕組みそのものが大きく変化しつつあると感じられる今日，中長期的な展望を描くことは，極めて困難であるが，「21世紀こそこどもの世紀に」という願いは共通している。21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示する国民運動計画「健やか親子21」においては，目標を21世紀初頭10年間，2010年に置いている。「健やか親子21」に盛り込まれている小児保健医療の目標が達成されるよう，われわれ小児医療・保健関係者も努力を続けていきたい。また，社会の期待を背負ってまもなく開院する国立成育医療センターが先導役としての役割を果たすことができるかどうか鍵を握っていると思われる。

知っておくべき新しい診療理念 ⑪

成育医療

柳 澤 正 義

別 刷

日本医師会雑誌

第127巻・第7号

平成14(2002)年4月1日

新しい診療理念

①

成育医療

やなぎさわ まさよし
柳澤正義

国立成育医療センター病院長

表1 国立成育医療センター開院までの道程

昭和 20年	国立大蔵病院開院
40年	国立小児病院開院
59年	国立小児病院小児医療研究センター開設
60年	国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針 国立大蔵病院と国立小児病院の統合が議論
平成 7年	「国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討会」報告
9年	「国立成育医療センター（仮称）基本構想」公表
10年	工事開始
13年	国立成育医療センター病院完成
14年	国立成育医療センター開院

I. 成育医療の定義

平成14年3月1日、国立成育医療センターが開院した。国立小児病院と国立大蔵病院が統合してできた新しい国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）である。「成育医療」という言葉が公になったのは、平成7年、「国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討会」報告書からといわれている。そこに「小児医療、母性医療、父性医療ならびに関連・境界領域を包括する医療（成育医療）が必要である」とあり、したがってこれが成育医療のいわば公的な定義ということになる。「せいいく、成育」を「広辞苑」で引くと「そだつこと、成長すること」とあり、意味は単純である。

現在、多くの人が抱えている「成育医療」の概念は、ライフサイクルとして捉えた医療体系、すなわち、受精卵から出発して胎児、新生児、小児（乳児、幼児、学童）、思春期を経て、生殖世代となって次の世代を生み出すというサイクル（あるいはスパイラル）における心身の病態を包括的・継続的に診る医療ということである。

II. 成育医療の生まれた背景

少子化が急激に進行し、疾病構造が大きく変化し、子どもたちのところと行動が問題にされ、さらに診療報酬における不採算から病院小児科

が危機的状況にあるなかで、わが国の小児医療は多くの課題を抱えて新しい方向を模索しているといつてよいであろう。

思春期のこころと体の問題は小児科医にとつても最重要の課題である。また、小児期に罹患した慢性難治性の疾患をもって思春期となり、さらに成人に達する患者が激増している。一方、新生児医療が着実に進歩し、さらに出生前診断、胎児治療まで現実のものとなっている。従来の小児科診療の枠には納まらない状況が明らかになってきている。このような状況のもとで「成育医療」が構想され、国立成育医療センターが開院した。

実際には、昭和60年代、国立大蔵病院と国立小児病院の統合が議論され（表1）、従来の小児病院あるいは母子医療センターの枠には納まらない幅広い医療を行う病院にふさわしい名前として「成育」という言葉が選ばれたといつことができる。

III. 成育医療の実践

国立成育医療センター病院では、小児医療、周産期医療に加えて、生殖医療、胎児医療、思春期医療、小児慢性疾患をもった成人した患者の医療まで、幅広く、包括的な医療が行われる（図1）。ここでは、総合診療という考え方、また、

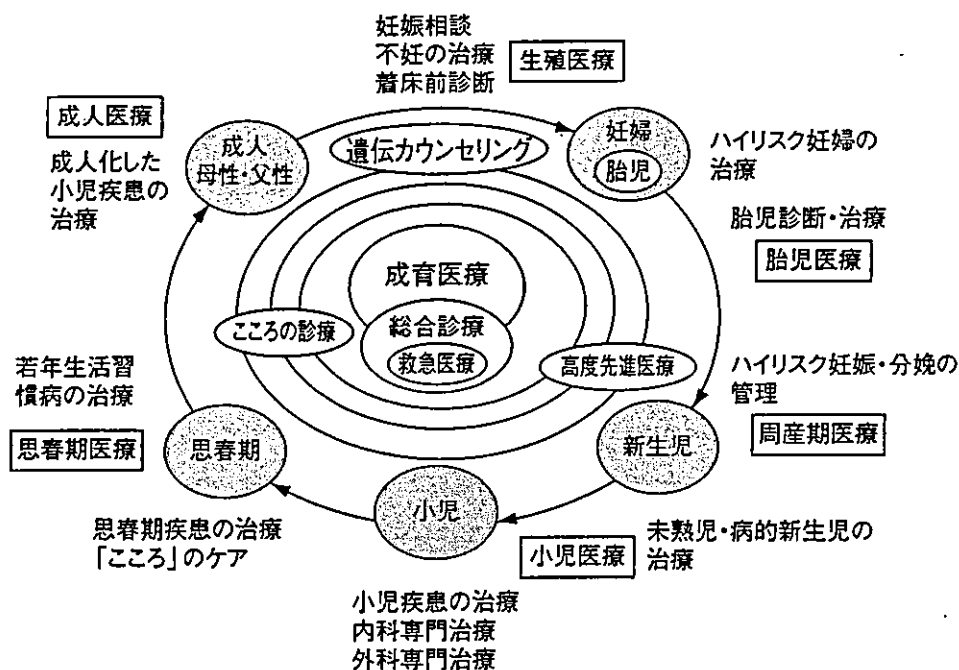


図1 成育医療の実践

それを実践する総合診療部が診療上の要となる。救急を含む外来診療の窓口としてプライマリ・ケアのモデルを模索し、また、多くの専門診療科と共に入院患者の全人的医療を目指すことになる。

病院の方針として、①最適な医療を提供するためチーム医療を行うこと、②365日、24時間、患者とその家族に開かれていること、③成育医療に関する救急医療を行うこと、④こころの問題に配慮した医療を行うこと、⑤アメニティに配慮した医療を行うこと、⑥年齢に応じた教育環境が整備されること、が挙げられている。また、成育医療センターを中心に全国の国立病院・療養所を結ぶ政策医療としての成育医療ネットワークが構築されており、さらにほかのナショナルセンター、全国の小児病院、周産期医療施設、大学病院、地域の医療機関、教育施設、福祉施設、自治体などと連携し、従来の枠を超えたネットワークで成育医療の推進を図ろうとしている。

IV. 成育医療のこれからの展望

IV. 成育医療のこれからの展望

先進諸国における小児保健医療の状況には共通する面も多いと思われるが、ここに述べた「成育医療」の概念および、それを先導する新センターと全く同じものは存在しないと思われる。

成育医療センターの開院が、わが国の小児医療、周産期医療などに与える影響は非常に大きいと思われる。「小児医療から成育医療へ」ということは、これからの小児医療の転換の方向性の1つである。小児医療のみならずわが国の医療を転回させ、新たな方向に前進させる推進力となることが期待される。

「知っておくべき新しい診療理念」は、平成13年12月から日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)にまとめて掲載しております。なお、すでに発表済みのテーマには、その内容に対してさらに知りたいことのリクエストを、また、リストアップされたテーマ(診療理念)以外に知りたいテーマがあればリクエストをお受けしています。
日本医師会ホームページ URL <http://www.med.or.jp>

シンポジウム■周産期医療をとりまく環境整備—よりよい医療提供のために

周産期医療の現状と課題

—小児科医の立場から—

柳澤正義

別刷

日本医師会雑誌

第129巻・第10号

平成15(2003)年5月15日

シンポジウム■周産期医療をとりまく環境整備—よりよい医療提供のために

周産期医療の現状と課題

—小児科医の立場から—

柳澤正義*

はじめに

現在、わが国の周産期医療は、人口動態統計の数値などからは世界のトップレベルにあることは確かであるが、なお、さまざまな課題を抱えている。21世紀初頭における母子保健の主要な取り組みを提示する国民運動計画である「健やか親子21」、その4つの主要課題のうち第2課題「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」および第4課題「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」に現状の問題点が示され、目標が具体的に提示されている¹⁾。

本稿では、改めて小児科医の観点で、現在のわが国の周産期医療を概観したうえで、いくつかの課題を提示し、これからの方向性を探ってみたい。

I. 周産期医療の現状

現在、わが国では少子化が進行するなかで、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児は増加を続けている。昭和50年代以降、低出生

体重児(2,500g未満)、極低出生体重児(1,500g未満)、超低出生体重児(1,000g未満)の出生割合はいずれも増加しており(表1)²⁾、低体重以外の合併症を有する新生児も増加、ハイリスク新生児全体として増加しつつある。

新生児医療の地域化と充実が求められているところであるが、平成8年から周産期医療対策整備事業が施行され、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの整備が進められている。NICU(neonatal intensive care unit;新生児集中治療室)施設数およびその病床数も増加しており、特に最近5年間の増加は顕著である(表2)³⁾。しかし、総合周産期母子医療センターあるいは地域周産期母子医療センターが整備されているのは、47都道府県のうち、いまだ半数以下である⁴⁾。NICUはハイリスク新生児の増加に追いつかない状況で、多くの地域においてNICUの満床状態が周産期医療施設へのハイリスク母子搬送を制約している。

一方、周知のように人口動態統計からみると、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率のいずれも世界最高水準である。ただし、妊産婦死亡率は、世界のトップレベルからみると改善の余地がある。

また、わが国の周産期医療、新生児医療の進歩を示す数値として、日本小児科学会新生児委員会の全国調査による低出生体重児の新生児死亡率をみると、2000年度は、出生体重500g未満:62.7%、500~1,000g:15.2%、1,000~1,500



*やなぎさわ・まさよし: 国立成育医療センター院長。昭和39年東京大学医学部卒業。昭和44年同大学大学院医学系研究科(小児科学専攻)修了。昭和60年自治医科大学小児科教授。平成6年東京大学医学部小児科教授。平成12年国立大蔵病院院長。平成14年現職。主研究領域/小児科学、小児循環器病学。

表1 出生時の体重別出生割合(%)

	昭35	45	55	平2	7	9	10	12
2,500g未満	7.1	5.7	5.2	6.3	7.5	7.9	8.1	8.6
1,500g未満	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7
1,000g未満	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

(わが国の母子保健 平成13年度)

表2 NICUをもつ施設の年次推移

	NICU施設数	加算認可施設数
1980	104	29
1985	160	61
1990	179	66
1995	199	122
2000	315	209

(日本小児科学会新生児委員会報告)

g:3.8%, 1,500~2,000g:2.0%, 2,000~2,500g:0.8%である³⁾。5年ごとの調査で、いずれも回を追って低下している(図1)。

厚生省心身障害研究班の調査によると、1990年に全国で出生した超低出生体重児の3歳時の予後は、死亡24%、神経学的後遺症15%、正常発達61%であったが⁵⁾、現在NICUに入院している超低出生体重児の死亡および障害発生頻度は、これより低下していると思われる。

II. 小児科医の立場からみた課題

少子化、疾病構造の変化、科学・技術の急激な進歩という状況のなかで、周産期医療の体制整備が進み、成績向上がもたらされている。また、近年、生殖補助医療技術の発展・普及は目覚ましいものがある。現在、わが国で生まれる児のおよそ100人に1人は体外受精によると報告されている⁶⁾。不妊カップルにとって福音であると同時にリスクも負っている。

小児医療の側からみて、残された課題、今後取り組むべき課題をあげてみたい。

1. ハイリスク新生児出生の予防

ハイリスク新生児出生の予防は、ある意味で

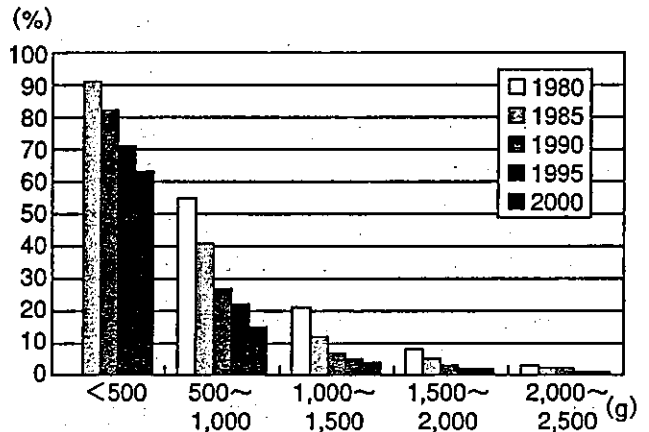


図1 低出生体重児の新生児死亡率の年次推移 (日本小児科学会新生児委員会報告)

周産期医療の最終目標の1つであろうが、母体あるいは新生児搬送体制を含め周産期医療体制の一層の整備を進めるとともに、早期産、低体重出生の予防に向けて研究が進むことが期待される。

不妊治療の普及と関連して、多胎妊娠・出生が増加している。多胎妊娠を防止しながら治療成績を向上させることは、きわめて重要な課題であり、このための研究を進めることは不妊治療を研究・実施している医師の義務ではないかと思われる。

近年、超音波診断、MRIなど画像診断の進歩、分子・遺伝子レベルの検査技術の進歩によって児の先天性疾患が出生前に診断される例が非常に多くなってきた。さらに予後の悪い疾患について、胎内で内科的・外科的治療を試みることも行われている。妊娠を継続すると胎児死亡の危険が高い場合、あるいは出生後治療したのでは予後不良が予想される場合に、胎児に対して

直視下あるいは内視鏡下で外科的治療を行うことが一部の施設で行われている⁷⁾。このような先駆的医療の進歩・普及も出生後の児の予後改善につながるであろう。

2. NICU退院後のフォローアップと療育支援
極低出生体重児，超低出生体重児の長期フォローアップ体制が整えられなければならない。インタクトサバイバル（障害なき生存）が目標であることはいうまでもないが，これらの児にはNICU退院後から就学後あるいはさらに長期にわたって継続するフォローアップと育児の支援が必要である。最近のNICUでは母児愛着形成を促進するためのさまざまな試みがされているが，それでもNICU退院後の育児には不安も強く，虐待のリスクも高い。育児について，きめ細かく継続的なサポートが必要であろう。

さらに，現在，各地のNICUには，重篤な障害を有し，長期入院を余儀なくされている児が多数存在する。これらの児にとって，より適切な療育環境を提供しうる施設の整備，あるいは在宅医療体制の整備が必要である。さらに家族も含めた包括的ケア，多様なニーズに応じた支援をするためのネットワークを構築する必要がある。このような後方医療・療育環境を整備することによって，NICUのベッドがよりスムーズに回転し，ハイリスク新生児全体の予後が大きく改善することは確実である。

3. 正常出生児の育児支援

ハイリスク新生児の育児に長期的な支援が必要であることはいうまでもないが，現在の母親の置かれている環境のなかで母親の感じる育児不安の軽減，虐待の防止には，すべての新生児について周産期からの取り組みが望まれる。産前・産後のメンタルヘルスケアの充実，母児同室制，プレネイタル・ビジット（出産前小児保健指導），カンガルーケア，タッチケア，母乳育

児の推進など，健全な母子・父子関係の確立に向けた試みを積極的に進めたい。

III. 新生児科医の確保・育成

昨今，小児科医，産科医の不足が叫ばれている。小児科の場合，数の減少が続いているわけではないが，その専門性に対する需要に応じることが困難な状況であり，小児科医，特に若手の小児科医は過重な労働に喘いでいる。小児科のサブスペシャリティのなかでも新生児科医は不足が最も切実なところであり，産科医と共に確保・育成に向けての取り組みが進められることが望まれる。

そのような状況のもとで，平成14年度から厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）として，「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）」がスタートした。研究班の広範な調査研究に基づいて建設的な提言がなされ，施策を通じて状況の改善が図られることを期待したい。

参考文献

- 1) 厚生省児童家庭局母子保健課：健やか親子21検討会報告書：母子保健の2010年までの国民運動計画。2000。
- 2) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課監修：母子保健の主なる統計，2001。
- 3) 日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会：わが国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状（2001年1月）と新生児期死亡率（2000年1月～12月）。日本小児科学会雑誌 2002；106：603—613。
- 4) 大野 勉：ハイリスク新生児の医療体制。小児看護 2002；25：1070—1075。
- 5) 中村 肇他：超未熟児の予後から見た周産期医療システムの評価。日本新生児学会雑誌 1993；29：494—501。
- 6) 平成12年度倫理委員会登録・調査小委員会報告（委員長 中野仁雄）：平成11年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成13年3月における登録施設名。日本産科婦人科学会雑誌 2001；53：1462—1473。
- 7) 千葉敏雄：胎児治療の現況。小児外科 2002；34：815—821。