

表11 日本小児科学会の地方会が施設の統廃合を含む
将来ビジョン計画を検討について N=1,801

	回答数	構成割合(%)
把握している	125	6.9
把握していない	1,620	90.0
不明	56	3.1

表13 将来の小児救急整備について N=1,801

	市町村数	構成割合(%)
初期救急医療施設		
県内に1箇所	3	0.2
二次医療圏に1カ所	681	37.8
一次医療圏に1カ所	996	55.3
その他	71	3.9
不明	52	2.9
二次救急医療施設（入院）		
県内に1箇所	19	1.1
二次医療圏に1カ所	1,257	69.8
一次医療圏に1カ所	408	22.7
その他	51	2.8
不明	67	3.7
全ての小児救急に対応する施設を1カ所以上整備しては との考えについて		
原則賛成	1,549	86.0
賛成できない	175	9.7
不明	77	4.3

表5-b 市町村別の小児科(病院・診療所)の有無 N=1,801

総数	病院				診療所			
	有		無		有		無	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
1,801	623 (34.6)	1,151 (63.9)	27 (1.5)	1,134 (63.0)	583 (37.9)	29 (1.6)		
53	52 (98.1)	1 (1.9)	0 (0.0)	50 (94.3)	1 (1.9)	2 (3.8)		
445	322 (72.4)	117 (26.3)	6 (1.3)	412 (92.6)	28 (6.3)	5 (1.1)		
1,025	230 (22.4)	777 (75.8)	18 (1.8)	571 (55.7)	434 (42.3)	20 (2.0)		
272	15 (5.5)	254 (93.4)	3 (1.1)	96 (35.3)	174 (64.0)	2 (0.7)		
6	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)		

表12 IT技術を用いた小児救急医療支援システムについて

	総数 N=1,801		市 N=445		町 N=1,025		村 N=272	
	回答数	構成割合(%)	回答数	構成割合(%)	回答数	構成割合(%)	回答数	構成割合(%)
我々の担当する市町村においては有用	998	55.4	204	45.8	617	60.2	164	60.3
有用だと思いがすでに整備済みで必要性は少ない	255	14.2	85	19.1	120	11.7	15	5.5
有用だと思わない	195	10.8	50	11.2	108	10.5	31	11.4
その他	265	14.7	82	18.4	136	13.3	43	15.8
不明	94	5.2	26	5.8	47	4.6	20	7.4

表9-a 整備が難しい理由 (総数)

N=1,351

項目	平均スコア	とても強く思う (7)	かなり思う (6)	どちらかといえ ば思う (5)	どちらでもない (4)	どちらかといえ ば思わない (3)	あまり思わない (2)	全く思わない (1)	不明
医師不足	6.17	687 (50.9)	339 (25.1)	190 (14.1)	60 (4.4)	18 (1.3)	15 (1.1)	8 (0.6)	34 (2.5)
財政が厳しく、小児救急関係の予算確保が難しい	4.89	204 (15.1)	243 (18.0)	372 (27.5)	312 (23.1)	67 (5.0)	64 (4.7)	40 (3.0)	49 (3.6)
小児科が不採算なので施設が小児救急に乗り気でない	4.69	157 (11.6)	220 (16.3)	332 (24.6)	413 (30.6)	49 (3.6)	86 (6.4)	42 (3.1)	52 (3.8)
医療機関間の調整・協力が得られない	4.28	79 (5.8)	136 (10.1)	317 (23.5)	512 (37.9)	77 (5.7)	126 (9.3)	46 (3.4)	58 (4.3)
医師会などの協力が得られない	4.12	82 (6.1)	116 (8.6)	269 (19.9)	524 (38.8)	99 (7.3)	153 (11.3)	63 (4.7)	45 (3.3)
行政上の優先順位が低い	4.11	81 (6.0)	127 (9.4)	323 (23.9)	412 (30.5)	123 (9.1)	152 (11.3)	82 (6.1)	51 (3.8)
住民の小児救急充実への要望が低い	2.71	17 (1.3)	37 (2.7)	134 (9.9)	229 (17.0)	191 (14.1)	341 (25.2)	357 (26.4)	45 (3.3)

表9-b 市町村別の整備が難しい理由の平均スコア値

項目	総数 N=1,351	市 N=282	町 N=824	村 N=233
医師不足	6.17 (100.0)	6.26 (101.5)	6.18 (100.2)	6.05 (98.1)
財政が厳しく、小児救急関係の予算確保が難しい	4.89 (100.0)	4.53 (92.6)	4.93 (100.8)	5.18 (105.9)
小児科が不採算なので施設が小児救急に乗り気でない	4.69 (100.0)	4.38 (93.4)	4.79 (102.1)	4.73 (100.9)
医療機関間の調整・協力が得られない	4.28 (100.0)	4.04 (94.4)	4.31 (100.7)	4.48 (104.7)
医師会などの協力が得られない	4.12 (100.0)	3.63 (88.1)	4.23 (102.7)	4.31 (104.6)
行政上の優先順位が低い	4.11 (100.0)	3.58 (87.1)	4.22 (102.7)	4.40 (107.1)
住民の小児救急充実への要望が低い	2.71 (100.0)	2.49 (91.9)	2.72 (100.4)	2.97 (109.6)

()は総数のスコアに対する割合(%)

表10-a 小児救急医療関係者の小児救急医療の関心について

N=1,801

項目	平均スコア	とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかとい えは思う (5)	どちらでも ない (4)	どちらかとい えない (3)	あまり 思わない (2)	全く 思わない (1)	不明
小児救急医療の充実について 住民の要望は強いと感じてい ますか	5.79	489 (27.2)	646 (35.9)	461 (25.6)	112 (6.2)	28 (1.6)	22 (1.2)	2 (0.1)	41 (2.3)
小児科医の関心は高いと感じ ていますか	5.24	259 (14.4)	465 (25.8)	590 (32.8)	341 (18.9)	53 (2.9)	28 (1.6)	9 (0.5)	56 (3.1)
医師会の関心は高いと感じて いますか	4.73	110 (6.1)	325 (18.0)	594 (33.0)	526 (29.2)	122 (6.8)	52 (2.9)	23 (1.3)	49 (2.7)
地域のメディアの関心は高い と感じていますか	4.55	75 (4.2)	282 (15.7)	555 (30.8)	594 (33.0)	147 (8.2)	74 (4.1)	26 (1.4)	48 (2.7)
市区町村長の関心は高いと感 じていますか	4.41	114 (6.3)	233 (12.9)	512 (28.4)	530 (29.4)	191 (10.6)	130 (7.2)	47 (2.6)	44 (2.4)
議会関係者の関心は高いと感 じていますか	4.29	85 (4.7)	222 (12.3)	510 (28.3)	501 (27.8)	229 (12.7)	153 (8.5)	56 (3.1)	45 (2.5)
市区町村の保健医療以外の幹 部の関心は高いと感じていま すか	4.00	43 (2.4)	112 (6.2)	446 (24.8)	639 (35.5)	287 (15.9)	172 (9.6)	55 (3.1)	47 (2.6)

表10-b 小児救急医療関係者の市町村別の小児救急医療の関心についての平均スコア値

項目	総数 N=1,801	市 N=445	町 N=1,025	村 N=272
小児救急医療の充実について住民の要望は強いと感じていますか	5.79 (100.0)	5.93 (102.4)	5.75 (99.3)	5.65 (97.6)
小児科医の関心は高いと感じていますか	5.24 (100.0)	5.65 (107.8)	5.10 (97.3)	4.98 (95.0)
医師会の関心は高いと感じていますか	4.73 (100.0)	5.22 (110.4)	4.54 (96.0)	4.48 (94.7)
地域のメディアの関心は高いと感じていますか	4.55 (100.0)	4.93 (108.4)	4.43 (97.4)	4.28 (94.1)
市区町村長の関心は高いと感じていますか	4.41 (100.0)	5.10 (115.6)	4.16 (94.3)	4.07 (92.3)
議会関係者の関心は高いと感じていますか	4.29 (100.0)	5.05 (117.7)	4.02 (93.7)	3.83 (89.3)
市区町村の保健医療以外の幹部の関心は高いと感じていますか	4.00 (100.0)	4.36 (109.0)	3.88 (97.0)	3.80 (95.0)

()は総数のスコアに対する割合(%)

21 世紀における小児救急医療のあり方に関する研究

小児医療の採算性と今後の小児科運営 －臨床研修病院長への調査より－

田中 哲郎 国立保健医療科学院生涯保健部
石井 博子 国立保健医療科学院生涯保健部
内山 有子 国立保健医療科学院生涯保健部
市川光太郎 北九州市立八幡病院小児救急センター
山田 至康 六甲アイランド病院小児科

研究要旨

厚生労働省の臨床研修病院の病院長に小児医療の採算性および今後の小児科運営の考え方について調査を行った。

その結果、わが国の基幹病院とされる厚生労働省の臨床研修病院でさえ小児科の常勤医は 3 名以下の施設が 40%、5 名以下が 60%と少人数で運営されていた。

子どもの救急診療は 85%で行われているものの、小児科医だけで子どもの救急診療が行えている施設は全体の 1/3 のみであった。これらの結果より、わが国の小児科の規模は著しく小さく、脆弱であることが明らかになった。

病院全体の医業利益は赤字の病院が 55%で、特に小児科は 7 割以上の病院で赤字としていたが、部門別に検討していない施設が多く見られていた。小児の診療報酬については 3/4 近くの病院長が増額すべきとし、その増額幅は 30%程度とするものが多かった。

今後の小児科運営について規模を縮小すると考えている病院長は少なく、小児科医が確保されれば拡大したいとの意向もみられた。

現在行われている臨床研修の救急分野において子どもの救急研修を全く行っていない施設が約 4 割にみられ、現在の臨床研修が小児救急医療の充実につながるかについては意見が分かれていた。

はじめに

ここ数年小児救急医療の充実が社会より求められている。小児救急医療の問題は保護者の小児救急医療に於いても高度医療を求める意識の変容が引き金となり、社会問題となっている。この問題の背景には小児科医不足と小児医療の不採算があるとされる¹⁾。

このため、小児科を標榜する医療機関の減少や小児科病棟の閉鎖が問題なり、このままでは小児医療は崩壊の危機にあるとされる。

病院運営の責任者である病院長が小児医療の採算性及び小児科運営についてどのように

考えているかは小児救急医療の充実を図る上で重要である。充実を考える際には病院長など医療界全体の考え方を知り、課題を解決するような施策を行わない限り、小児科医だけの考えや努力だけでは解決できない状況にある。以上のことより全国 922 ヶ所の厚生労働省の臨床医師研修病院の病院長は小児医療の採算性をどのように考え、今後どのように小児科運営を行うかなどの考えを知ることを目的に調査を実施したので報告する。

対象および方法

対象は今後のわが国の医療のキーパーソン

と考えられる厚生労働省の医師臨床研修病院の病院長とし、平成16年9月に郵送により調査用紙への記入を依頼し、匿名で返送する方法にて実施した。

結果

1. 回答数及び病院の属性

1) 回答数

調査依頼病院は922カ所で、回答は412病院より得られたことより、回収率は44.7%であった。

2) 病院の開設者

病院の開設者は国が25施設(6.1%)、公的医療機関が198施設(48.1%)、社会保険関係団体が8施設(1.9%)、医療法人が69施設(16.7%)、個人が3施設(0.7%)、その他が105施設(25.5%)、不明が4施設(1.0%)であった。

3) 病院の持つ機能

病院の持つ機能としては救急告示病院が286施設(69.4%)、救命救急センターが69施設(16.7%)、救急輪番制病院が199施設(48.3%)、小児の二次救急輪番制病院が139施設(33.7%)、小児救急拠点病院が25施設(6.1%)、地域医療支援病院が41施設(10.0%)であった。

4) 病床数

病院全体の病床は1~199床が19施設(4.6%)、200~299床が52施設(12.6%)、300~399床が101施設(24.5%)、400~499床が72施設(17.5%)、500~599床が62施設(15.0%)、600~799床が60施設(14.6%)、800~999床が19施設(4.6%)、1,000~1,199床が14施設(3.4%)、1,200床以上が4施設(1.0%)、不明が9施設(2.2%)で、平均病床数は477.5床であった。

一方、小児科の病床は特に決めていない施設が54施設、小児科の病床を決めている病院が342施設、不明が16施設で、決めていない施設における病床数は1~9床が40施設(9.7%)、10~19床が82施設(19.9%)、20~29床が74施設(18.0%)、30~39床が58施設(14.1%)、40~49床が41施設(10.0%)、50~59床が22施設(5.3%)、60~69床が10施設(2.4%)、70床以上が15施設(3.6%)、不明が16施設(3.9%)であった。不明、特に決めていない施設を除いた小児科の平均病床は28.7床であった(表1)。

設を除いた小児科の平均病床は28.7床であった(表1)。

5) 常勤医師および臨床研修医数

病院全体の常勤医師は24名以下が30施設(7.3%)、25~49名が96施設(23.3%)、50~74名が103施設(23.0%)、75~99名が48施設(11.7%)、100~149名が49施設(11.9%)、150~199名が17施設(4.1%)、200~249名が7施設(1.7%)、250名以上が19施設(4.6%)、不明が43施設(10.4%)で、不明を除いた施設当りの平均医師は88.0名であった。

小児科の常勤医師は1名が31施設(7.5%)、2~3名134施設(32.5%)、4~5名が84施設(20.4%)、6~7名が56施設(13.6%)、8~9名29施設(7.0%)、10~15名が31施設(7.5%)、16~19名が12施設(2.9%)、20名以上が9施設(2.2%)、不明が26施設(6.3%)で、平均の常勤小児科医師は5.5名であった。

また、臨床研修医は1~4名が149施設(36.2%)、5~9名が89施設(21.6%)、10~14名が39施設(9.5%)、15~19名が19施設(4.6%)、20~29名が21施設(5.1%)、30~39名が7施設(1.7%)、40~49名が2施設(0.5%)、50名以上が10施設(2.4%)、不明が76施設(18.4%)、平均臨床研修医は9.3名であった(表2)。

6) 時間外の小児救急医療体制

時間外の小児救急医療体制については、救急診療を毎日実施が261施設(63.3%)、一部曜日のみ実施が93施設(22.6%)、実施していないが56施設(13.6%)、不明が3施設(0.7%)であった。

また、小児の救急診療の担当医師が全て小児科医だけで実施が135施設(32.8%)、小児科医と内科医で実施が50施設(12.1%)、全科当直で実施が66施設(16.0%)、その他が32施設(7.8%)などであった(表3)。

2. 小児医療の採算性

1) 医業利益

①病院全体の医業利益

病院全体の医業収入医業支出差額(医業利益)については、15%以上の赤字が43施設(10.4%)、5~15%の赤字が86施設(20.9%)、5%未満の赤字が78施設(18.9%)、利益差なし

が11施設(2.7%)、5%未満の黒字が126施設(30.6%)、5~15%の黒字が26施設(6.3%)、15%以上の黒字が6施設(1.5%)、その他が7施設(1.7%)、不明が29施設(7.0%)であった(表4)。

②小児科全体の医業利益

小児科全体の医業利益については、15%以上の赤字が48施設(11.7%)、5~15%の赤字が57施設(13.8%)、5%未満の赤字が32施設(7.8%)、利益差なしが13施設(3.2%)、5%未満の黒字が24施設(5.8%)、5~15%の黒字が11施設(2.7%)、15%以上の黒字が3施設(0.7%)、各科別に検討していないが186施設(45.1%)、不明が38施設(9.2%)であった。

③小児科の入院医療の医業利益

小児科の入院医療の医業利益については、15%以上の赤字が47施設(11.4%)、5~15%の赤字が45施設(10.9%)、5%未満の赤字が26施設(6.3%)、利益差なしが12施設(2.9%)、5%未満の黒字が16施設(3.9%)、5~15%の黒字が9施設(2.2%)、15%以上の黒字が5施設(1.2%)、部門別に検討していないが212施設(51.5%)、不明が40施設(9.7%)であった。

④小児科の外来医療の医業利益

小児科の外来医療の医業利益については、15%以上の赤字が36施設(8.7%)、5~15%の赤字が42施設(10.2%)、5%未満の赤字が37施設(9.0%)、利益差なしが12施設(2.9%)、5%未満の黒字が24施設(5.8%)、5~15%の黒字が6施設(1.5%)、15%以上の黒字が4施設(1.0%)、部門別に検討していないが208施設(50.5%)、不明が43施設(10.4%)であった。

⑤小児科の救急外来の医業利益

小児科の救急外来の医業利益については、15%以上の赤字が42施設(10.2%)、5~15%の赤字が47施設(11.4%)、5%未満の赤字が13施設(3.2%)、利益差なしが8施設(1.9%)、5%未満の黒字が14施設(3.4%)、5~15%の黒字が3施設(0.7%)、15%以上の黒字はなく、部門別に検討していないが223施設(54.1%)、不明が62施設(15.0%)であった。

2) 自治体等からの助成

自治体からの一般会計繰入金収入等の補填(助成)の有無は、繰入金のあった施設が177

施設(43.0%)、繰入金のなかった施設が136施設(45.1%)、その他が12施設(2.9%)、不明が37施設(9.0%)であった。

3) 平成14年、平成16年4月の診療報酬の改定後の小児科収入

平成14年および平成16年4月の診療報酬の改定後の小児科収入については、かなり増加したが3施設(0.7%)、やや増加したが101施設(24.5%)、あまり変化なしが181施設(43.9%)、やや減少したが23施設(5.6%)、かなり減少したが6施設(1.5%)、わからないが55施設(13.3%)、その他が2施設(0.5%)、不明が41施設(10.0%)であった。

4) 小児科の診療報酬について(表5)

①入院医療費

小児科の入院診療報酬についての考え方は、増額すべきとの考えを持つ院長が304名(73.8%)、現状でよいが14名(3.4%)、その他が22名(5.3%)、不明が72名(17.5%)であった。

増額と回答した307名について、その増額幅は1~9%が44名(増額と回答した304名に対する割合:14.5%)、10~19%が65名(21.4%)、20~29%が61名(20.1%)、30~39%が37名(12.2%)、40~49%が2名(0.7%)、50~74%が41名(13.5%)、75~99%が0名、100~149%が18名(5.9%)、150~199%が2名(0.7%)、200%以上が4名(1.3%)、不明が30名(9.9%)で、増額と回答し平均の増額幅は30.7%であった。

②外来医療費

小児科の外来医療費についての考え方は、増額すべきとの考えを持つ院長が292名(70.9%)、現状でよいが22名(5.3%)、その他が24名(5.8%)、不明が74名(18.0%)であった。

増額と回答した292名について、その増額幅は1~9%が48名(増額と回答した292名に対する割合:16.4%)、10~19%が70名(24.0%)、20~29%が62名(21.2%)、30~39%が30名(10.3%)、40~49%が2名(0.4%)、50~74%が34名(11.6%)、75~99%が0名、100~149%が11名(3.8%)、150~199%が3名(1.0%)、200%以上が4名(1.4%)、不明が28名(9.6%)

で、増額と回答した平均の増額幅は 28.0%であった。

3. 今後の小児科運営についての考え方

今後の小児科運営について病院運営の責任者である病院長の考え方を尋ねた(表 6)。

1) 小児科の規模

今後の小児科の規模については、規模拡大を考えているが 111 名(26.9%)、現状維持が 235 名(57.0%)、縮小が 11 名(2.7%)、必要最小限の規模だが 8 名(1.9%)、将来閉鎖が 1 名(0.2%)、わからないが 21 名(5.1%)、不明が 25 名(6.1%)であった

2) 小児科医の定員

小児科医師の定員については、増員を考えているが 178 名(43.2%)、現状維持が 178 名(43.2%)、減員が 10 名(2.4%)、わからないが 22 名(5.3%)、不明 24 名(5.8%)であった。

3) 小児科の病床数

将来の小児科の病床数については、増床を考えているが 52 名(12.6%)、現状維持が 278 名(67.5%)、減床が 37 名(9.0%)、わからないが 20 名(4.9%)、不明が 25 名(6.1%)であった。

4) 小児救急医療

今後の小児救急医療については、拡大を考えているが 101 名(24.5%)、現状維持が 242 名(58.7%)、縮小が 10 名(2.4%)、わからないが 31 名(7.5%)、不明が 28 名(6.8%)であった。

5) 小児科運営で最も苦慮している点

小児科運営で最も苦慮している点については、小児科医師確保が 213 名(51.7%)、小児医療の不採算が 154 名(37.4%)、小児科運営に苦慮していないが 11 名(2.7%)、わからないが 13 名(3.2%)、不明が 32 名(7.8%)であった。

6) 経営面から考えると小児科を閉鎖したいか

小児科について経営面だけから考えると閉鎖したいかについては、閉鎖したいと思うが 64 名(15.5%)、閉鎖したいと思わないが 298 名(72.3%)、わからないが 13 名(3.2%)、不明が 37 名(9.0%)であった。

4. 小児救急医療の病院運営への影響

病院が小児救急医療を実施することによる病院運営への影響について尋ねた(表 7)。

1) 小児救急実施による入院患者への影響

小児救急医療を実施することによる小児科の入院患者への影響については、大いに増加が見込まれるが 75 施設(18.2%)、若干増加が見込まれるが 227 施設(55.1%)、あまり影響がないが 56 施設(13.6%)、わからないが 17 施設(4.1%)、不明が 37 施設(9.0%)であった。

2) 病診連携の面で影響

小児救急医療実施による病診連携への影響については、大いによい効果があるが 69 施設(16.7%)、よい効果があるが 221 施設(53.6%)、効果がないが 40 施設(9.7%)、わからないが 44 施設(10.7%)、不明が 38 施設(9.2%)であった。

3) 診療報酬上の紹介率への影響

6~15 歳の小児救急患者により、診療報酬上の病院全体の紹介率への影響については、大いに負の影響があるが 56 施設(13.6%)、負の影響が多少あるが 132 施設(32.0%)、影響がないが 98 施設(23.8%)、わからないが 78 施設(18.9%)、不明が 48 施設(11.7%)であった。

5. 小児救急医療充実についての考え方

小児救急医療充実についての考え方について、とても強く思うが 7、かなり思うが 6、どちらかといえば思うが 5、どちらでもないが 4、どちらかというと思わないが 3、あまり思わないが 2、まったく思わないが 1 としての 7 段階で尋ねた。その結果、各項目のスコアを高い順に示すと、小児の診療報酬のアップが 6.46、小児科医増員のための対策が 6.43、救急診療に対する補助金が 6.39、保護者への患者教育が 6.00、小児科以外の医師への小児救急医療マニュアルの作成が 5.11、小児科医以外の小児救急担当医への小児救急研修が 5.09 であった(表 8)。

6. 新臨床研修と小児救急医療の充実

1) 1 年目の救急分野で小児救急研修実施の有無

平成 16 年 4 月から実施されている臨床研修において、1 年目の救急分野の研修において子どもの救急研修の実施については、小児の内科系救急医療の研修を実施しているが 111 施設(26.9%)、小児の外科系救急医療の研修を実施しているが 36 施設(8.7%)、小児救急医療の全

での研修を実施しているが 68 施設 (16.5%)、小児の CPR などの重症救急医療の研修を実施しているが 24 施設 (5.8%)、小児救急医療の研修はほとんど実施していないが 156 施設 (37.9%)、その他が 72 施設 (17.5%)、不明が 17 施設 (4.1%) であった (表 9)。

2) 臨床研修が将来小児救急医療の充実につながるか

現在の臨床研修が将来の小児救急医療の充実につながるかについては、とても強く思うが 10 名 (2.4%)、かなり思うが 52 名 (12.6%)、どちらかといえば思うが 113 名 (27.4%)、どちらでもないが 36 名 (8.7%)、どちらかといえば思わないが 33 名 (8.0%)、あまり思わないが 127 名 (30.8%)、全く思わないが 28 名 (6.8%)、不明が 13 名 (3.2%) であった。

また、臨床研修が今後の小児科医の確保につながるかについては、かなりつながると思うが 8 名 (1.9%)、どちらかといえば思うが 40 名 (9.7%)、どちらでもないが 85 名 (20.6%)、どちらかというと思わないが 36 名 (8.7%)、あまり思わないが 173 名 (42.0%)、全く思わないが 56 名 (13.6%)、不明が 14 名 (3.4%) であった (表 10)。

7. 日本小児科学会の小児医療提供のモデル案

日本小児科学会が各地方会に依頼して、小児医療提供体制のモデル案の作成を行い、病院小児科について独自の統廃合案についての検討を行っていることについては、知っているが 204 施設 (49.5%)、知らないが 179 施設 (43.4%)、不明が 29 施設 (7.0%) であった。

また、この件について小児科の責任者から院長に相談等があったのかについては、相談があったが 98 施設 (23.8%)、相談はなかったが 264 施設 (64.1%)、その他が 11 施設 (2.7%)、不明が 39 施設 (9.5%) であった (表 11)。

8. 今後のわが国の医療について

今後のわが国の医療について、とても強く思うが 7、かなり思うが 6、どちらかといえば思うが 5、どちらでもないが 4、どちらかというと思わないが 3、あまり思わないが 2、まったく思わないが 1 としてスコア化すると、医療の規制緩和の必要性が 4.68、DRG (疾患別定額制) の導入の必要性が 4.19、現状の医師数は少

ないと思うが 5.05、病院・診療所は別の診療報酬体系にすべきが 5.59、総医療費はもっと増やすべきとするものが 5.49 であった (表 12)。

考察

小児救急医療の現状と課題を明らかにするため、小児科医、救急現場での医師、救命救急センター、医学生、保護者、県の行政関係者などに多くの調査を実施してきた²⁻⁸⁾。これらの結果より、保護者の子どもを大切に育てたい等の意識変容や小児科医不足、小児医療の不採算及び病院小児科の閉鎖などの課題が明らかになった¹⁾。このため、厚生労働省はじめ小児科医を中心として小児救急医療の充実に努力しているもののいまだ解決を見ていない。

今後の小児医療を考えるに際して、わが国の医療の基幹病院の責任者が小児医療の採算性および今後の小児科運営および小児救急医療についてどのような考えを持っているかを明らかにして、小児救急医療の充実のための方策を図ることは極めて重要と考えられたことより、厚生労働省の臨床研修病院の院長に対して調査を行った。今回の調査は一部の施設より小児科がないので回答できないとの連絡がみられるなどし、回収率は必ずしも高くなかったが、約 45% の施設より回答が得られたことより、ある程度の実態を反映した調査になったものと確信している。

今回の調査結果より厚生労働省の臨床研修病院においても小児科の専用病床を決めていない施設が全体の 13.1% にみられ、決めている施設においても小児科病床の平均は 28.7 床で病院全体の 6.0% のみであった。また、常勤医師は 3 名以下が全体の 40% を占め、5 名以下が 60% 強見られ、平均小児科医師数は 5.5 名で、病院の常勤医師の 6.3% のみで病院の中で小児科の規模は小さく、脆弱であることが明らかになった。

小児救急医療を何らかの形で実施している施設は全体の 85% であつたが、小児科医だけで当直を行っている施設は全体の 1/3 のみで、わが国の基幹病院において極めて厳しい現状である実態が明らかにされた。

医業収入医業支出差額 (医業利益) については、病院全体では黒字が 42%、赤字が 55% で

赤字の病院が13ポイント多く、43%の病院が自治体等より補助を受けており、このことは現在の診療報酬体制が健全とはいえない状況であることを示していた。

小児科では未検討や不明を除くと黒字が20%、赤字が73%みられており、小児科が不採算の強い診療科であることが明らかになった。しかし、各科別に検討は半数の施設の施設において実施されていなかった。入院・外来共に黒字は約2割のみで、救急外来はとくに13%のみであり、70~80%は赤字としていた。しかし、部門別に未検討の施設が50%を超えており、詳細は不明との施設が多くみられていた。このことは診療科別に正確に医業利益を明らかにすることが現状では難しいことを示していた。

平成14・16年の診療報酬において、小児医療の診療報酬は大幅にアップとの報道がみられたが現場の病院において増加との回答はわずか3施設、やや増加が101施設と約4分の1の施設に於いて増加したとされたものの余り変化がないとの回答が多くみられていた。また、小児の医療費について増額が必要との考えを持つ院長が入院で74%、外来で71%にみられており、増額幅は入院が31%、外来が28%としておりまだ適正なものでないとの考えをする院長が多く見られていた。

今後の小児科運営については、規模は拡大が27%、現状維持が57%で、現状維持または拡大が多く、縮小との考えは少なかった。

小児科の医師の定員についても増員を考えている院長が43%、現状維持が43%で減員はほとんどみられなかった。小児科の病床についても増床との考えが13%、現状維持が68%、減少が9%で、救急医療についても拡大が25%、現状維持が59%で全体的には現状維持が多いものの規模を大きくしたいとの考え方をする院長がみられた。

小児科の運営面で最も苦慮しているのは不採算よりも小児科医確保との考えを持つ院長が多くみられていた。

小児救急の病院への影響については、救急により入院患者の増加が見込まれるとし、病院連携面では2/3以上でよい効果があるとしてい

るものの、診療報酬上の紹介率に関しては負の影響がみられるとし、救急患者は全て診療報酬上の紹介率から除くが望ましいと考えられた。

病院長が小児救急医療充実のために取るべき対応としては小児の診療報酬のアップ、小児科医増員のための対策、救急診療に対する補助金、保護者への患者教育をあげ、小児科以外の医師への小児救急マニュアルの作成、小児科医以外的小児救急担当医への小児救急研修などはそれほど高くなかった。すぐに実施可能な小児救急医療の充実の方策として診療報酬の増額を考えていた。

平成16年4月より開始され、小児救急医療の充実を期待されている医師臨床研修について、現在研修を全く実施していない施設が38%にみられており、将来の小児救急の充実につながるとの考えは42%、充実につながらない46%にみられ、意見が分かれていた。また、臨床研修システムにより、将来小児科医の確保につながるが12%のみで、否定的な考えが64%みられ、今後も小児科医の確保は難しいとの考えを示していた。

日本小児科学会の小児医療提供のモデル案について、知っていると答えた院長は半数弱で、小児科の責任者から相談を受けた院長は24%のみで、院長を交えて検討している施設は少ないようであった。

今後のわが国の医療についての考えとして病院と診療所は別の診療報酬体系にするのが望ましいとし、わが国の総医療費、医師数は少ないとの考えを多くの院長が持っていた。

おわりに

厚生労働省の臨床研修病院の院長に小児医療の採算性および今後の小児科運営についての考え方を調査した。

その結果、基幹病院といえども小児科の規模は小さく、小児科は7割の病院で赤字としていたが、必ずしも部門別に検討されていなかった。

今後の小児科運営については規模を縮小すると考えを持つ病院長は少なく、小児科医が確保されれば拡大したいとの意向もみられた。

小児の診療報酬を増額すべきとの考えが3/4近くの病院長にみられ、その増額幅は30%程度とするものが多かった。また、現在行われ

ている臨床研修の救急分野で子どもの救急研修を行っていない施設が約4割にみられ、現在の臨床研修制度が小児救急の充実につながるかについては意見が分かれていた。

小児救急医療の充実をはかるにあたっては、小児科医だけで考えるのではなく病院長など多くの診療科と連携して医療界全体で取り組むことが必要と考えられた。

稿を終わるにあたり、御多忙中調査に御協力を賜った全国の臨床研修病院の院長に心より深謝致します。

文献

- 1) 田中哲郎：小児救急医療の現状と展望. 診断と治療社, 2004.
- 2) 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(5) : 503-511, 1999.
- 3) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康：救急告示病院における小児救急医療の現状. 日本小児救急医学会雑誌 1(1) : 109-111, 2002.
- 4) 田中哲郎, 石井博子, 内山有子他：小児救急診療支援ネットワークシステムのニーズに関する検討. 日本小児救急医学会雑誌, 3(1) : 126-129, 2004.
- 5) 田中哲郎, 市川光太郎, 山田至康：救命救急センターにおける小児の三次救急の現状. 日本小児救急医学会雑誌, 1(2) : 17-21, 2003.
- 6) 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－. 日本医事新報 4017 : 37-43, 2001.
- 7) 田中哲郎, 石井博子, 内山有子：保護者の望む小児救急医療体制. 日本小児救急医学会雑誌, 2(1) : 137-139, 2003.
- 8) 田中哲郎：二次医療圏毎の小児救急の現状調査－平成 14 年再調査結果. 厚生労働科学研究(医療技術評価総合研究事業)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, 平成 14 年度報告書, p5-11, 平成 15 年 3 月.

表1 病床数

N=412

病院全体			小児科		
	実数	構成割合 (%)		実数	構成割合 (%)
1~199床	19	4.6	1~9床	40	9.7
200~299床	52	12.6	10~19床	82	19.9
300~399床	101	24.5	20~29床	74	18.0
400~499床	72	17.5	30~39床	58	14.1
500~599床	62	15.0	40~49床	41	10.0
600~799床	60	14.6	50~59床	22	5.3
800~999床	19	4.6	60~69床	10	2.4
1000~1199床	14	3.4	70床以上	15	3.6
1200床以上	4	1.0	不明	16	3.9
不明	9	2.2	決めていない	54	13.1
平均病床数*	477.5		平均病床数*	28.7	

※不明または決めていないを除く

表2 病院医師・小児科医師・新臨床研修医数

N=412

全体医師数			小児科医師数			新臨床研修医数		
	実数	構成割合 (%)		実数	構成割合 (%)		実数	構成割合 (%)
1~24名	30	7.3	1名	31	7.5	1~4名	149	36.2
25~49名	96	23.3	2~3名	134	32.5	5~9名	89	21.6
50~74名	103	25.0	4~5名	84	20.4	10~14名	39	9.5
75~99名	48	11.7	6~7名	56	13.6	15~19名	19	4.6
100~149名	49	11.9	8~9名	29	7.0	20~29名	21	5.1
150~199名	17	4.1	10~15名	31	7.5	30~39名	7	1.7
200~249名	7	1.7	16~19名	12	2.9	40~49名	2	0.5
250名以上	19	4.6	20名以上	9	2.2	50名以上	10	2.4
不明	43	10.4	不明	26	6.3	不明	76	18.4
平均医師数*	88.0		平均医師数*	5.5		平均医師数*	9.3	

表3 時間外の小児救急医療

N=412

		実数	構成割合 (%)
実施の有無	実施 (毎日)	261	63.3
	実施 (一部曜日のみ)	93	22.6
	実施していない	56	13.6
	不明	3	0.7
当直医	小児科医だけで実施	135	32.8
	小児科医と内科医などで実施	50	12.1
	全科当直で実施	66	16.0
	その他	32	7.8
	不明・実施せず	136	33.0

表4 医業利益

N=412

	15%以上の黒字	5~15%黒字	5%未満の黒字	利益差なし	5%未満の赤字	5~15%の赤字	15%以上の赤字	その他・部門別に検討していない	不明
病院全体	6 (1.5)	26 (6.3)	126 (30.6)	11 (2.7)	78 (18.9)	86 (20.9)	43 (10.4)	7 (1.7)	29 (7.0)
小児科全体	3 (0.7)	11 (2.7)	24 (5.8)	13 (3.2)	32 (7.8)	57 (13.8)	48 (11.7)	186 (45.1)	38 (9.2)
小児科 (入院)	5 (1.2)	9 (2.2)	16 (3.9)	12 (2.9)	26 (6.3)	45 (10.9)	47 (11.4)	212 (51.5)	40 (9.7)
小児科 (外来)	4 (1.0)	6 (1.5)	24 (5.8)	12 (2.9)	37 (9.0)	42 (10.2)	36 (8.7)	208 (50.5)	43 (10.4)
小児科 (救急外来)	0 (0.0)	3 (0.7)	14 (3.4)	8 (1.9)	13 (3.2)	47 (11.4)	42 (10.2)	223 (54.1)	62 (15.0)

問5 小児科の診療報酬について

	入院		外来	
	実数	構成割合 (%)	実数	構成割合 (%)
増額	304	73.8 (100.0)	292	70.9 (100.0)
平均	(30.7%)		(28.0%)	
1~9%	44	(14.5)	48	(16.4)
10~19%	65	(21.4)	70	(24.0)
20~29%	61	(20.1)	62	(21.2)
30~39%	37	(12.2)	30	(10.3)
40~49%	2	(0.7)	2	(0.7)
50~74%	41	(13.5)	34	(11.6)
75~99%	0	(0.0)	0	(0.0)
100~149%	18	(5.9)	11	(3.8)
150~199%	2	(0.7)	3	(1.0)
200%以上	4	(1.3)	4	(1.4)
不明	30	(9.9)	28	(9.6)
現状でよい	14	3.4	22	5.3
その他	22	5.3	24	5.8
不明	72	17.5	74	18.0

()は増額との回答に対する割合 (%)

表9 救急分野の研修で小児救急医療研修実施の有無

N=412

	実数	構成割合 (%)
小児の内科系救急医療の研修実施	111	26.9
小児の外科系救急医療の研修実施	36	8.7
小児救急医療の全ての研修実施	68	16.5
小児のCPRなどの重症救急医療の研修実施	24	5.8
小児救急医療の研修はほとんど実施していない	156	37.9
その他	72	17.5
不明	17	4.1

複数回答

表10 臨床研修と小児救急医療の充実

N=412

	将来の小児救急医療の充実につながるか		今後の小児科医の確保は容易になる	
	実数	構成割合 (%)	実数	構成割合 (%)
とても強く思う	10	2.4	0	0.0
かなり思う	52	12.6	8	1.9
どちらかといえば思う	113	27.4	40	9.7
どちらでもない	36	8.7	85	20.6
どちらかといえば思わない	33	8.0	36	8.7
あまり思わない	127	30.8	173	42.0
全く思わない	28	6.8	56	13.6
不明	13	3.2	14	3.4

表6 今後の小児科運営について

N=412

		実数	構成割合(%)
小児科の規模	拡大	111	26.9
	現状維持	235	57.0
	縮小	11	2.7
	必要最小限の規模に	8	1.9
	将来閉鎖	1	0.2
	わからない	21	5.1
	不明	25	6.1
小児科の医師定員	増員	178	43.2
	現状維持	178	43.2
	減員	10	2.4
	わからない	22	5.3
	不明	24	5.8
病床数	増床	52	12.6
	現状維持	278	67.5
	減床	37	9.0
	わからない	20	4.9
	不明	25	6.1
救急医療	拡大	101	24.5
	現状維持	242	58.7
	縮小	10	2.4
	わからない	31	7.5
	不明	28	6.8
運営面で最も 苦慮している点	小児科医確保	213	51.7
	小児医療の不採算	154	37.4
	苦慮していない	11	2.7
	わからない	13	3.2
	不明	32	7.8
経営面から考える 小児科を閉鎖したいか	閉鎖したいと思う	64	15.5
	閉鎖したいと思わない	298	72.3
	わからない	13	3.2
	不明	37	9.0

表7 小児救急医療の病院運営への影響

N=412

		実数	構成割合(%)
小児救急実施による 入院患者への影響	大いに増加が見込まれる	75	18.2
	若干増加が見込まれる	227	55.1
	あまり影響がない	56	13.6
	わからない	17	4.1
	不明	37	9.0
病院連携の面での影響	大いに効果がある	69	16.7
	効果がある	221	53.6
	効果がない	40	9.7
	わからない	44	10.7
	不明	38	9.2
施設全体の紹介率への影響	大いに負の影響がある	56	13.6
	負の影響が多少ある	132	32.0
	影響がない	98	23.8
	わからない	78	18.9
	不明	48	11.7

表8 小児救急医療充実に対する考え方

N=412

項目	平均スコア	とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかと いえば思う (5)	どちらかど もない (4)	どちらかと いえば 思わない(3)	あまり 思わない (2)	全く 思わない (1)	不明
小児の診療報酬のアップ	6.46	244 (59.2)	106 (25.7)	33 (8.0)	6 (1.5)	4 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	18 (4.4)
小児科医増員のための対策	6.43	243 (59.0)	104 (25.2)	33 (8.0)	8 (1.9)	3 (0.7)	3 (0.7)	1 (0.2)	17 (4.1)
救急診療に対する補助金	6.39	228 (55.3)	115 (27.9)	41 (10.0)	7 (1.7)	1 (0.2)	3 (0.7)	1 (0.2)	16 (3.9)
保護者への患者教育	6.00	143 (34.7)	142 (34.5)	86 (20.9)	19 (4.6)	4 (1.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	16 (3.9)
小児科以外の医師への小児救 急医療マニュアルの作成	5.11	42 (10.2)	126 (30.6)	136 (33.0)	47 (11.4)	19 (4.6)	19 (4.6)	6 (1.5)	17 (4.1)
小児科医以外の小児救急担当 医への小児救急研修	5.09	44 (10.7)	121 (29.4)	139 (33.7)	40 (9.7)	26 (6.3)	19 (4.6)	6 (1.5)	17 (4.1)

表12 わが国の医療制度について

N=412

項目	平均スコア	とても強く 思う (7)	かなり思う (6)	どちらかと いえば思う (5)	どちらかど もない (4)	どちらかと いえば 思わない(3)	あまり 思わない (2)	全く 思わない (1)	不明
医療の規制緩和	4.68	50 (12.1)	94 (22.8)	95 (23.1)	71 (17.2)	34 (8.3)	32 (7.8)	22 (5.3)	14 (3.4)
DRG(疾患別定額制)の導入	4.19	23 (5.6)	59 (14.3)	111 (26.9)	87 (21.1)	45 (10.9)	43 (10.4)	30 (7.3)	14 (3.4)
現状の医師数は少ない	5.05	76 (18.4)	108 (26.2)	86 (20.9)	61 (14.8)	35 (8.5)	24 (5.8)	9 (2.2)	13 (3.2)
病院・診療所は別の診療報酬 体系にすべき	5.59	116 (28.2)	138 (33.5)	63 (15.3)	55 (13.3)	9 (2.2)	12 (2.9)	6 (1.5)	13 (3.2)
総医療費はもっと増やすべき	5.49	137 (33.3)	89 (21.6)	73 (17.7)	53 (12.9)	30 (7.3)	14 (3.4)	3 (0.7)	13 (3.2)

表11 日本小児科学会の小児医療提供体制のモデル案について

		実数	構成割合(%)
モデル案の作成等の動き	知っている	204	49.5
	知らない	179	43.4
	不明	29	7.0
モデル案等について小児科責任者より相談	あった	98	23.8
	ない	264	64.1
	その他	11	2.7
	不明	39	9.5

21 世紀における小児救急医療のあり方に関する研究

新臨床研修制度と小児救急医療の充実 －研修の現状調査と小児医療関係者の考え－

田中 哲郎 国立保健医療科学院生涯保健部
市川光太郎 北九州市立八幡病院・小児救急センター
山田 至康 六甲アイランド病院小児科

研究要旨

平成 16 年 4 月より始まった新臨床研修の救急分野で子どもの救急疾患の研修が行われているかと小児救急医療の充実に必要と考えられる研修内容について検討を行った。

調査は平成 16 年 5 月に日本小児科学会研修指定病院 527 施設の小児科責任者を対象とし、337 施設より回答が得られた。

1 年目の救急分野の研修において、小児の救急研修は 47.4%（152 施設）で全く行われていなかった。

小児救急医療の充実のために重点的に必要と考えられる研修内容は、①緊急症状の理解②子どもの主な救急疾患の診断と治療③重症患者のトリアージとされ、技術的な研修内容は①保護者の不安などを理解した医療面接②子どもの緊急検査手技③子どもの点滴確保と採血とされた。

今回の研修により、これらの医師が将来小児救急の担い手になれるかについては、期間が短く否定的な考えが多かった。

現在の臨床研修を小児救急の充実につなげるためには 1 年目の救急分野においても、すべての施設で小児救急研修を実施することおよび効果的なカリキュラムが必要と考えられた。

はじめに

平成 16 年 4 月より厚生労働省の医師臨床研修制度が開始された。これは、インターン闘争により、昭和 43 年にインターン制度が廃止されてから 36 年ぶりの大きな改革とされている。

今回の臨床研修の理念としては「医師としての人格を涵養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を身につける」と述べられている。

ここ数年、社会より小児救急医療の充実を求める声が大きくなり、厚生労働省は小児救急医

療支援事業、小児救急医療拠点病院事業など新しい施策が実施されているが解決を見るに至っていない。これらのことより新しい臨床研修制度を小児救急医療の充実に少しでもつなげる必要がある。そこで現状の研修実態の把握と、今後どのようにすれば臨床研修制度が小児救急医療の充実につながる可能性があるのかを検討するため、日本小児科学会研修指定病院の小児科責任者に対して、研修の実態及び考え方を調査し、考察を行ったので報告する。

方法および対象

調査は日本小児科学会研修指定病院の 527 施設の小児科責任者を対象とした。方法は郵送により自記式回答用紙へ匿名での記入を依頼