

がはやり始めますので12月、1月、2月、3月あたりが急患のピークになります。それで実際に受診なさった患者さん達で、そのまま外来でお帰りになる患者さんが約6千名、約3千名が入院になります(図2)。すなわち3分の1の方々が入院になるという状況でございます。私は外科医でございますので外科の話をしさせて頂きますと、このおよそ9千名の救急診療のうち私ども小児外科医が担当いたしました患者さんが621名でございます(図3)。その他の外科系、脳神経外科であるとか形成外科であるとかその辺が診ましたのが434名およそ外科系の医師がおよそ全体の10分の1ぐらいを救急診療の中で担当しているということになります。私どもの外科でございますが平成15年度に総手術数で708件の手術を行いました。そのうち定時手術が548件で先程来お見せいたしました600名、700名の患者さんを相手に緊急手術としてこの1年間で160件の手術をいたしました。

今日はその概要をお話させていただきます。まず1次診療でございますが、先ほどの2次医療圏で輪番制が敷かれていない2次医療圏に対し1次診療をやっておりますが、全て総合診療科いわゆる小児科が担当いたします。最初に1次診療で小児科医が診て必要に応じて小児外科医にコンサルトがまいります。場合によりましては、また疾患によりましてはそのまま小児外科へ転科して頂くことがございます。これらの疾患は主に腹痛であるとかいろいろな嘔吐系の疾患、吐いちゃうということですね、

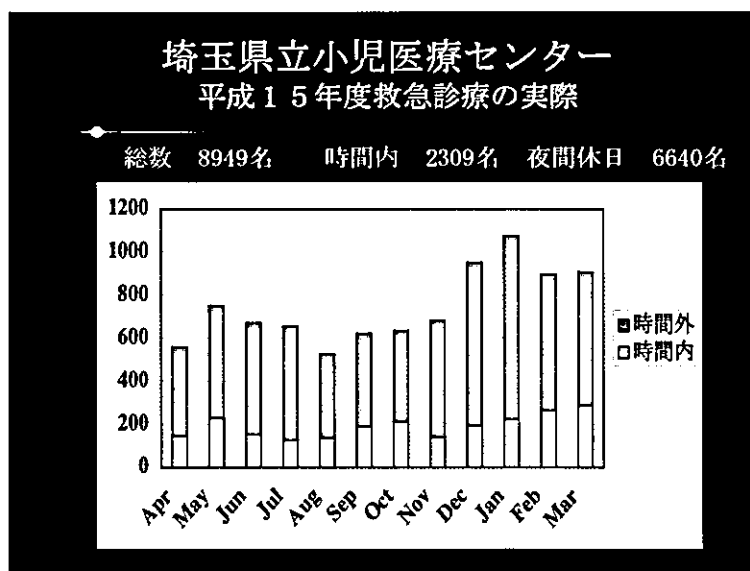


図1

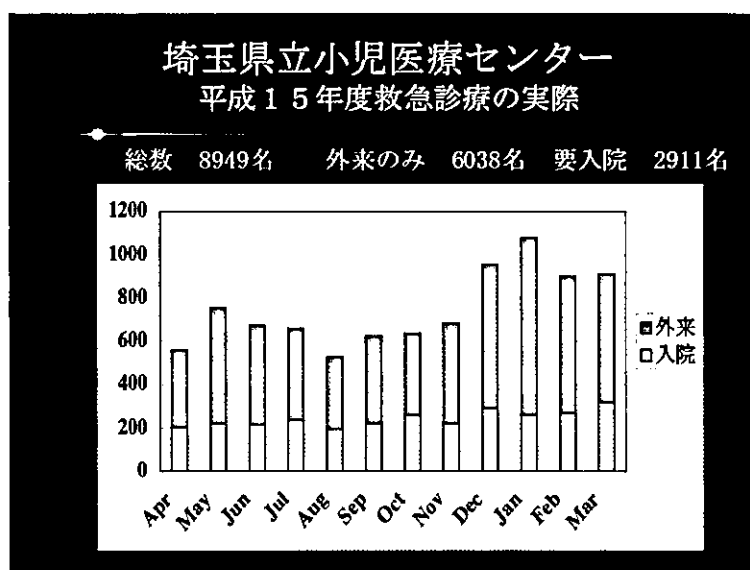


図2

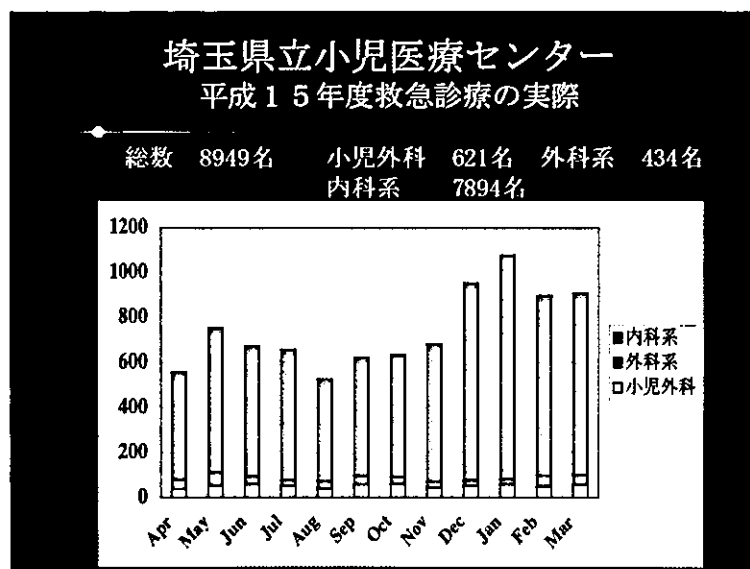


図3

それから血便が出たり排便に異常があったりその他いろいろございます。私ども本来小児外科医が担当しておりました2次、3次診療といたしましては、基本的には地域の先生方からお電話でこういう患者がいるんだけど何とかせい、とご指示頂いて拝見する患者さんになりますが、以下のような病気を主に私たちは扱っております。鼠径ヘルニアの嵌頓でいわゆる脱腸です。また腸重積、急性虫垂炎などの腹痛、炎症性疾患、それからお手元のこういう今日の配付資料のなかにもありますが異物でありますね、気道異物、消化管異物、それから熱傷、外傷、それから生まれつき赤ちゃんの新生児疾患、その他でございます。

今日はこれらの病気の一部を少しご紹介させて頂いて小児外科医はどういう仕事をしているか、ということと、それから現在の私どもの病院の中における小児外科の役割について、さらに小児の先生方が小児外科医をどういうふうに扱うとよろしいか、とすることについてもお話しさせて頂きます。簡単にいくつかの疾患を示させて頂きます。これはいわゆる脱腸という鼠径ヘルニアです。左側が男の子、右側が女の子で女の子は非常にかわいくぷくっと膨らむだけです。男の子はたいていどかんと大きく膨らみます。これはどちらも嵌頓っていう状態ではありませんで普通の脱腸の状態でございますが、これがもっとたくさん腸管が袋の中にでまいますと戻らなくなって大あわてになります。一般に先天性の疾患でございます大体30人から50人ぐらいに1人こういう病気になります。小児救急の中ではヘルニアはあっても構わないんですが手術をすれば治りますので、嵌頓って言いまして戻らなくなっちゃって中に入った腸がそのまま放っておくといたんでしまう、ということが結構困る訳です。どちらかというとこの嵌頓は赤ちゃんに多い、大きな年長児にはあまりありません。ゲーゲー吐いたり非常に機嫌が悪くなったりして発症いたします。数時間以内におなかの中に飛び出たものを戻したあげませんとそのまま腸を切らなきゃいけないような手術を必要と致します。時に緊急手術が必要ですが大半の100人嵌頓がいらっしゃって90数名は大体外来で一回おなかの中に戻すことができます。これは腸重積という病気です。これは腸が腸の中にはまりこむ病気で赤ちゃんに非常に多い病気です。突然発病いたします。繰り返して痛くなったり、ちょっと機嫌が良くなったりと、間欠的腹痛と申しますが、ゲーゲー吐いて非常に期限が悪くなりそのうちお尻から赤いイチゴジャムのようなうんちがでます。たいてい場合は風邪に引き続いて発病いたします、大体3ヶ月ぐらいから2歳ぐらいまでに多い病気です。いろいろな事情があるんですが大体ぽてっと太った男の赤ちゃんに多い、超音波検査などでこういうふうにごるごるとはいった絵が取れますので診断は比較的容易です。普通は小児科の先生あるいは私たち小児外科医、あるいは場所によっては小児の放射線科医がいるところでは放射線科医が担当することもあります。高圧浣腸という方法でお尻からぐっと圧をかけまして、はまりこんだ腸をぼんと戻してしまいます。これは発症後時間が経過してないとたいてい何とかできます。腹膜炎を起こしているものはもちろん行ってはいけません。全身状態が不良のお子さんにもしてはいけないことです。そういうふうにごるごると時間がたつて調子が悪いお子さんは私たちのところで手術になります。どうしてもお尻からの浣腸で戻らなかった場合、それから時間がたっている場合、腹膜炎などの症状があるもの、腸重積の原因疾患があきらかなものなどは手術で戻しております。ちょうどこれが戻ったところでございます。ここがちょうど腸の中にずっと入っていたんですね。これが先進部っていいまして小腸のはまりこんでいる所でございます。

次の病気ですがこれは虫垂炎です。もう皆さんよくご存じのように一般世間で盲腸炎とか盲腸とかって一言で言われる病気でございますが、これは腹腔鏡という内視鏡で見ているところ、

すなわち内視鏡下の手術をしているところでございます。こういうふうにはれた虫垂がございます。これはもう皆さんご存じ全年齢層で発病いたします。一般には中学生、高校生ぐらいから増えるんですが私どもの病院ですと大体時には乳児からたいていは3、4歳ぐらいから発病いたします。非常に進行がはようございましてちっちゃいお子さんでは的確に症状を訴えることが出来ませんので、たいてい破れてから来院することが普通でございます。内科的な治療と致しましては発症後間もないもの、どちらかと年長児に多いんですが大きいお子さんではお薬で散らすこともございます。それからもう破れてしまってすごく大きな膿の固まりを作っている場合は逆にこれを薬で押しえ込んでしまいまして、時間がたって何ヶ月もたってから、押しえ込んでから手術をすると非常に簡単な手術でとれますのでそういうふうな手術もいたします。すぐに緊急手術をしなきゃいけないものは、はれた虫垂炎だとか、破れて間もない虫垂炎であるとか、おなかの中に膿が広がっている汎発性腹膜炎と申しますがそういうふうな腹膜炎を起こしているお子さん達には緊急手術が必要になります。

次はお手元の配付資料にもあります異物です。私たちはこの異物と言うのものに対して誤飲と言う言葉と誤嚥と言う言葉と両方使います。誤飲というのは飲むって言う字を書きます、間違えて飲むって言いますが、本来飲み込んだじゃいけないものを飲み込んだ場合に使います。い

わゆる消化管異物になります。例えば左のこの食道に、これコインです、コインは本来食べちゃいけないんです。食べちゃいけないものを食べて食道の中に入っていったものを誤飲といいます。気道異物本来なら気管の中に入っていったものを、食べ物でも構わないのですが、それを気管の中に入れてしまいますと誤嚥と申します。これはちょうどMRIという検査ですが、ピーナッツの中にはピーナッツオイルが入っていますのでMRI検査やりますと

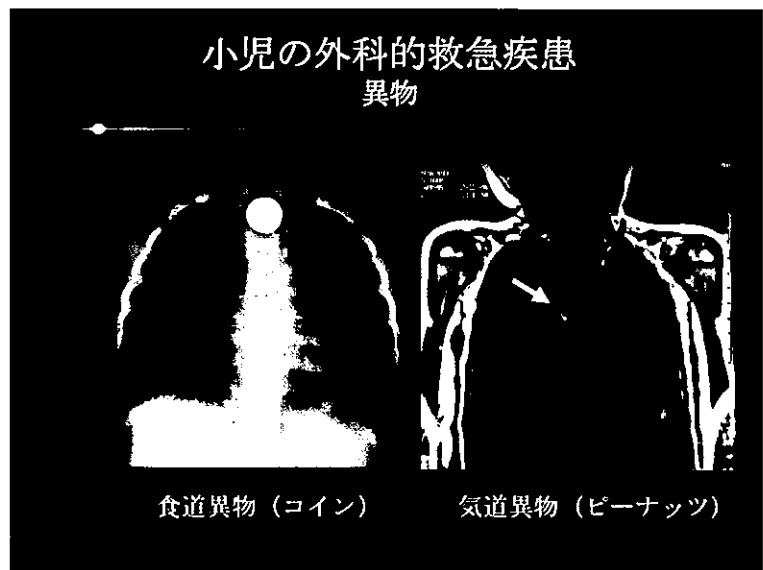


図4

こういうふうには右の気管支に白くピーナッツが映ります (図4)。これで診断確定します。消化管異物ですが異物の種類と場所によって症状は異なります。こちらパンフレットに注意事項が書いてありますのでどうぞ良く読んで頂きたいと思いますが、2歳以下の赤ちゃんで口の中に入るものはたいていのものは飲み込まれると思って頂いて構いません。最も多いのはやはり硬貨なんですけれどもそれ以外にもおもちゃの部品であるとか、針などのようなものであるとか、お母様のピアスであるとか、ネックレスの一部要するにペンダントヘッドですね、そういうものをだっこしてもらってていじってぶちって引きちぎって飲んじゃう、ピアスをいじって飲み込んだり、というようなことがよく生じます。後は最近非常に増えましてのがボタン電池でございます。いくつかお示しますがこれは左側のコインの内視鏡でのぞいたところでございます。これは簡単に取れませんでしたので全身麻酔をかけてこういうふうには内視鏡でコインを探して取らなきゃいけない、ちょっとした不注意で飲み込まれたものに対して緊急でこういうふうには全身麻酔までかけてリスクをかけて取らなきゃいけないのでこれは非常に重大な事故だ

というふうに認識して頂きたいと思います。これいま取っているところでございます。これいまはさんだ所です。この後取れますが割愛します。これは消化管異物で、ご覧になって分かりますでしょうか、開いたゼムクリップですね。食道の中に入ってます。これ取ろうと思いますと上向いて開いてますのでこれはそのまま引っ張ったら必ず食道がさけてしまいます。開いたゼムクリップを飲むと必ずととっても良いふうにこういう方向で入ります。これ逆向きには絶対に入らないです。丸い方から入って行ってこういうふうに引っかかります。そうしますとこれは取ろうと思いとこの真ん中の中央の所ここを内視鏡で掴みまして、一回このまま胃の中に落とし込むんですね。そこでくるっと向きを変えてもう一度そこを持って取ってこないとこれは取れない、ですからこれも当然こういうものを飲んで頂くと内視鏡処置が必要になります。これはボタン電池です。胃の中にこれは何個かボタン電池が入っております。ボタン電池は使い切ってしまったボタン電池であればそのうちうちになって出て参りますので放っておいても構いませんが、使っている最中の電流の流れるボタン電池を飲み込みますと数時間で胃に穴が開きます。いわゆる小学校、中学校ぐらいの理科で習ったと思いますが加水分解と言いまして、液体の中に電流が流れますと水素と酸素がぼこぼこできまして非常に強い酸になってぼんと穴が開いてしまいます。これは磁性体の異物ですね、例えば特殊なコインであるとか、こういう電池であるとか、こういうものは管の先端に非常に強い磁石を付けた異物除去用の管が私どもの病院には用意しております、これを胃の中に入れてかちとくっつけて食道からつり上げるという操作をいたします。

今度は気道異物ですがやはり2歳以下の赤ちゃんに非常によく見られます。豆類が圧倒的に多いです(図5)。大半はピーナッツそれからあとはなんちゃらナッツとかっていろいろなナッツ類がありますが、大体3分の2は豆です。図5にお示しましたように大半のものはこういうふうな豆類がひっかかります。これは右の気管支の中に入っているピーナッツでございます。これをやはり全身麻酔をかけて鉗子で取らないと、このまま放っておきますとひどい肺炎になりまして、場合によっては肺の切除をしなきゃいけなくなります。ですからできるだけ早く取って、ただ幸いな事に右の気管支であるとか左の気管支であるとか先の方まで異物が進んでくれたらこれは助かるんですが、気管の中に詰まったら即死です。ですから気道異物というのは時と場合によっては非常に重大な事故になる、仮に助かっても頭へ行く酸素がしばらく途絶えてその後脳性麻痺になったりとかいろいろな後遺症を残します。私どもの病院では、ゴム風船にかみつっちゃいまして、パーンて割れた拍子にどんと吸い込んでしまいましてそれが気管に入って亡くなってしまったお子さんが過去に1例ございます。ですからお子さんの口に入るものは基本的に危ないものは一切近づけないと言うのが非常に重要です。これをご覧になって分かりますでしょうか。左の気管支の中にまちな針が入っております。要するにこう

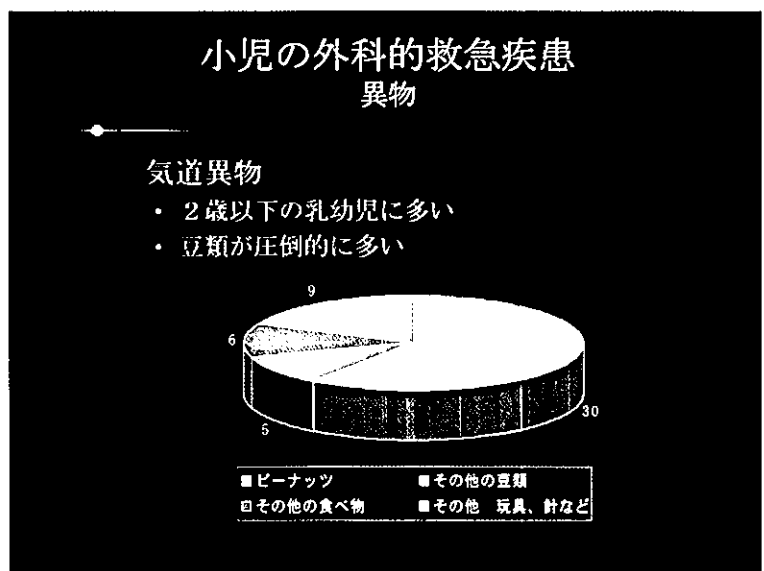


図5

図5

いうものでも赤ちゃんは飲めるっていうことですね、ですからこれは非常に重篤な出来事だというふうにご理解頂かなきゃいけない、これも当然全身麻酔かけて取ります。

今度はやけどです。これは炊飯器の蒸気の噴出口にぴたっとさわっちゃったんですね、ですからこういうふうにはひどいやけどができます。このお手元の配付資料の中にそれぞれの子どもの達の発達に応じたその行動パターンというのが記されております（図6）。乳児前期6ヶ月以下、この子達はほとんど首が据わったぐらいで所詮寝返りぐらいまでしかうてませんのでこの子達にはやけどはございません。基本的には、その後が問題です。ハイハイをして行動範囲が広がって参りますといろんな所に触ります。ですから畳の上に炊飯器で、畳の上でご飯を炊いておりますとその上によいって手を乗せれば先ほどのようなやけどになる訳です。1歳

**小児の発達と行動パターン**

- 乳児前期 6ヶ月以下
  - ・手を伸ばしだす
- 乳児後期 7-11ヶ月
  - ・寝返り、ハイハイ、つかまり立ち
- 幼児前期 1-2歳
  - ・一人歩きが始まり、行動範囲が広がる
- 幼児後期 3-5歳
  - ・三輪車に乗る、ボールを蹴るなどの運動が可能
- 学童期 6歳以上
  - ・ほぼ大人と同じ行動が可能

図6

ぐらいになりますとよろちよろちよろちと何処へ行ってもしょうがありませんし、何でも一人でやりたくなります。このころのお子さんはどちらかっていうとみそ汁であるとか、いろいろなラーメン類であるとか、いろいろなもののお汁を自分の胸にこぼすという、そういうやけどが多くなります。子ども達は発達のパターンによってそれぞれやけどでもいろいろな場所をやけどしてまいります。特に小児特有のやけどですが一番多かったやけどはもう最近では本当に少なくなりました、といいますのは、昔はポットのですねコードに引っかかってやけどをするっていうのが非常によくありました。これは小児科学会もそうですし小児外科、形成外科いろんなところが依頼って言いますか、圧力をかけたりご意見を申し上げたりして最近のポットは全て後ろが磁石になっておりましてコードを引っかけたらポットが倒れる前にコードがはずれるようになっております。それからポットの形も縦に長かったのが少し寸胴になりまして倒れにくくなりました。こういうふういろいろな所に働きかけて子どものやけどが減るようになっていう事いろいろ頑張っている訳です。炊飯器の蒸気によるやけどというもの、これはどうしようもありません。もう畳の上、お子さんがハイハイするような所に炊飯器を置いているとこれはもうどうしようもないってことで、これはもう炊飯器を手の届かないところに置くしか方法がございません。先ほどの炊飯器のやけど、一体こういうやけどをするとどうい

**小児の外科的救急疾患  
熱傷**

小児の熱傷の治療過程（炊飯器による熱傷）

図7

経過になるか、というのをちょっとお示しますが（図7）、①が最初のやけどの時です。一週間ほどしますと②のように水ぶくれが全部ただれて取れてしまいます。このまま放っておきますと指が曲がった状態で癒痕を作り、指が伸びなくなります。そうしますとしばらくたってからそのやけどの傷が落ち着いたところで③のように癒痕を全部切除します。指が動かないように指先からピンで固定してですね、癒痕全部切除して足の付け根の鼠径部という所からきれいな皮膚を持って参りまして植皮をして最終的には④のようにほぼ正常な外見になります。しかしながら一回のやけどで3歳ぐらまでこの赤ちゃんは非常に大変な思いを致しました。この間何度も麻酔をかけたりであるとか、いろいろな処置をしなきゃいけないから、これは考えなきゃいけないというふうに思って頂きたいと思います。いずれにせよこういう小児の事故、異物であるとか熱傷であるとか、今日は外傷の話は致しませんでした、こういうものほとんどのものが周辺環境整備と大人の注意によって防ぐことができます。あくまでも一部の疾患でございますが、小児外科がどういう仕事をしているかという事を少しご紹介させて頂きました。

先程来お示しましたように小児の救急疾患のうち小児外科の関連疾患は約1割です。ただ大半の場合に入院が必要という気がいたします。主な疾患は嘔吐であるとか、腹痛であるとか、おなかが張ったりとか、排便異常などでございますが、ほとんどの腹部疾患が担当になります。また異物や熱傷などの事故の占める割合も決して無視できません。ある意味小児外科は小児救急の一端を担う重要な戦力であるというふうに私自身は考えております。地域診療との連携、すなわち近所の小児科であるとか、成人外科であるとか、また小さな赤ちゃんの場合には産婦人科の先生も関係されることがありますが、その連携が非常に重要です。それと同時に小児外科疾患の啓蒙活動を今後もますます邁進して行かなきゃいけない、進めて行かなきゃいけないというふうに考えています。私ども埼玉県立小児医療センター、これは小児の専門病院でございますが、それでもやはり救急診療のあり方に関する問題点を山ほどかかえております。特に外科系疾患に関しましては私どもいま小児外科医が6名おります。それ以外の外科系診療科は1ないし4名の医師で診療を行っております。麻酔科医は夜間休日は常駐していません。救命救急センターを併設していません。それから中央化された集中治療部を併設していません。全身熱傷に対するユニットを併設していません。したがって2次、3次医療機関と申しておりますが、全身の熱傷であるとか交通事故などの頭部外傷も含めた多発外傷等には対応できないという状況でございます。外科系の診療科は全体で1名の当直医がおりまして、各専門領域はオンコール体制で維持しております。各診療科ごとの当直体制は現時点では不可能でございまして、そういう訳ですべての外科系緊急疾患に対応できていないのが現状です。将来の期待を申し上げ述べさせて頂きますと、小児外科、それから脳神経外科、麻酔科これらの生命に直接関係する可能性のある救急疾患に対応しなければならない外科系診療科は少なくとも6、7名体制で診療科単独の当直体制が整備されないとやはり対応はできないかなと、中央化された集中治療部、救命救急センター、熱傷センターが併設されることが望ましいと思います。私どもの病院で集中治療室として認可されておりますものは、外科が使っております集中治療部と循環器のCCUとNICUがございまして、それぞれがそれぞれの診療科の所にスペースを確保しております、内科系の救急疾患に対応する中央集中治療部は現時点ではございません。同時に集中治療医ももちろんおりませんので常駐医が必要であるかと思われます。夜間休日いつでも随時手術を出来るという体制を築かなければいけないと思っております。

同時に最近増えてきております、特に埼玉県は多いのですが、虐待などに対するその後方支援の組織が整備されることも今後小児外科医としては働きかけて行かなければいけないかなと思っております。

小児救急診療の重要性が社会全体でさらに認知されまして様々な社会資本が投入される必要があることを最後に協調させて頂いて講演に変えさせていただきます。どうもありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
(監訳) 衛藤義勝 (著者) David A. Lewis, James J. Nocton		大西 進	当直医のための救急マニュアル-小児科編	エルビージャパン株式会社	東京	2004年	全417頁

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
衛藤 義勝	二十一世紀の小児医療のグランドデザイン	教育と医学	第53巻 1月号	45-54	2005年
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	日本医事新報	No. 4200	53-58	2004年
衛藤 義勝	小児科医底上げの危機と今後の展望	総合臨床	第52巻 第12号	3157-3160	2003年
衛藤 義勝	高年妊娠の新生児	産婦人科の実際	第52巻 第10号	1451-1456	2003年
衛藤 義勝	元気がない,ぐったりしている	小児科診療	第66巻 第11号	1827-1829	2003年



# 二十一世紀の小児医療の グランドデザイン

衛藤義勝

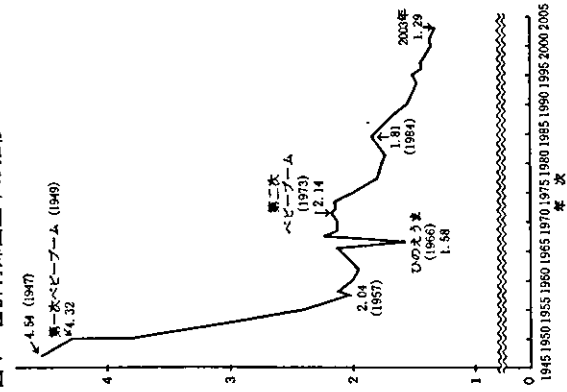
現在、わが国の小児医療は大変大きな問題を抱えております。すなわち少子化により小児人口が減少するとともに、老年人口が増え、二〇〇三年現在の特殊出生率は一・二九と過去最低を記録しております(図1)。六十五歳以上の老年人口は一八%であり、十五歳以下の小児人口は一五%以下となっております。この背景には女性の社会進出、高学歴化、初婚年齢が男女ともに高齢化して男子は二十八・八歳、女子は二十七歳であります(図2)。出生率が低下している背景と要因に関しては、子育てや教育にお金がかかる、女性の出産や育児を助ける制度、施設が不十分、女性の結婚年齢が高く、また結婚しない人が増えているなどが

背景にあり、女性の経済的独立、独身生活が自由であるなど、大きな社会的背景があります(図3、図4)。

えとうよしかつ

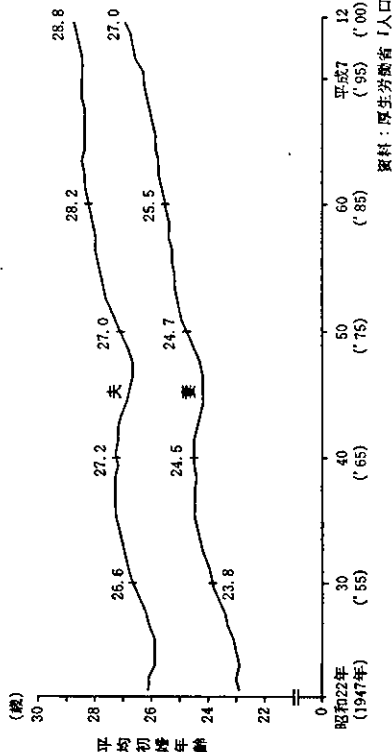
東京慈恵会医科大学小児科教授。米国ペンシルバニア大学、スイスベルン大学等に留学。日本小児科学会会長、日本先天代謝異常学会理事等を務めている。遺伝病の陸葉補完療法、遺伝子治療、細胞治療等の研究を行っている。

図1 合計特殊出生率の推移



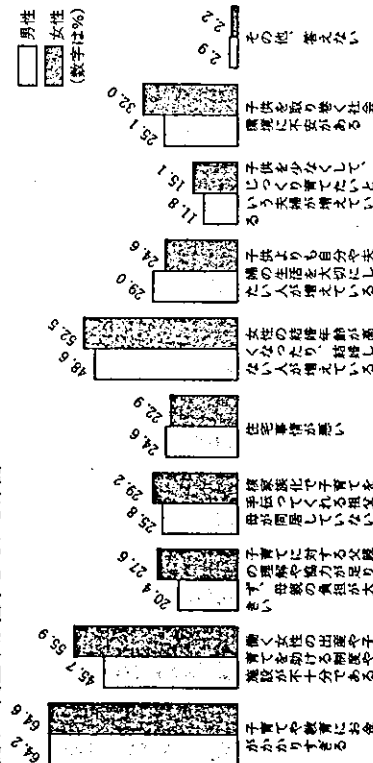
出典:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」各年版

図2 平均初婚年齢の推移 (昭和22年から平成12年)



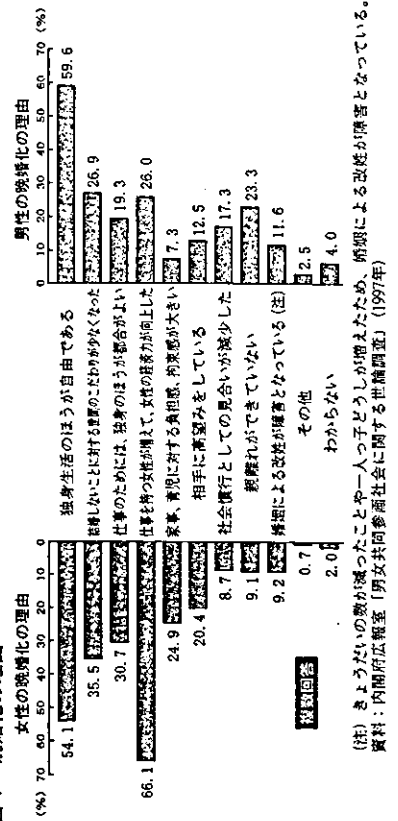
資料:厚生労働省「人口動態統計」

図3 出生率が低下している原因



資料:販売新聞社「少子化に関する世論調査」(2001年1月に実施)

図4 晩婚化の理由

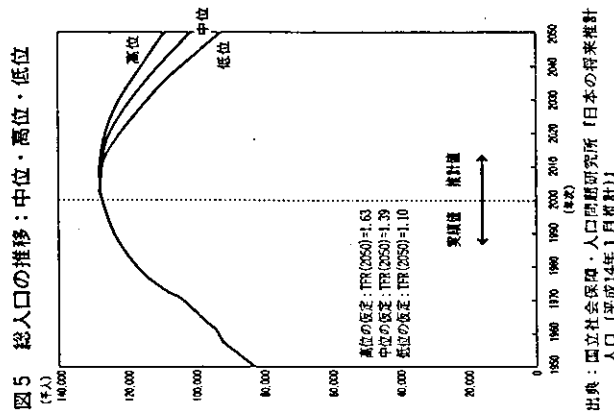


(注) できるだけ近い年齢が選んだことや一人っ子どうしが隔年になったため、婚姻による改姓が障害となっている。  
資料:内閣府広報室「男女共同参画社会に関する世論調査」(1997年)

また離婚率も急激に増加しており、これも子どもが増加しない原因でもあります。このような背景で少子化はますます進んでおり、わが国は世界でも経験したことのないスピードで高齢化が進んでおります。

### ● 高齢化は次に社会に何をもちたらすか

このままであれば三十年後にはわが国は六十五歳以上の人が三〇%を占め、GDPもそれにつれ急速に低下



充実、保育所のサービス、出産・子育て後の職場への再復帰、柔軟な勤務体系の確立など多くの課題が働く女性から出ております(図6)。

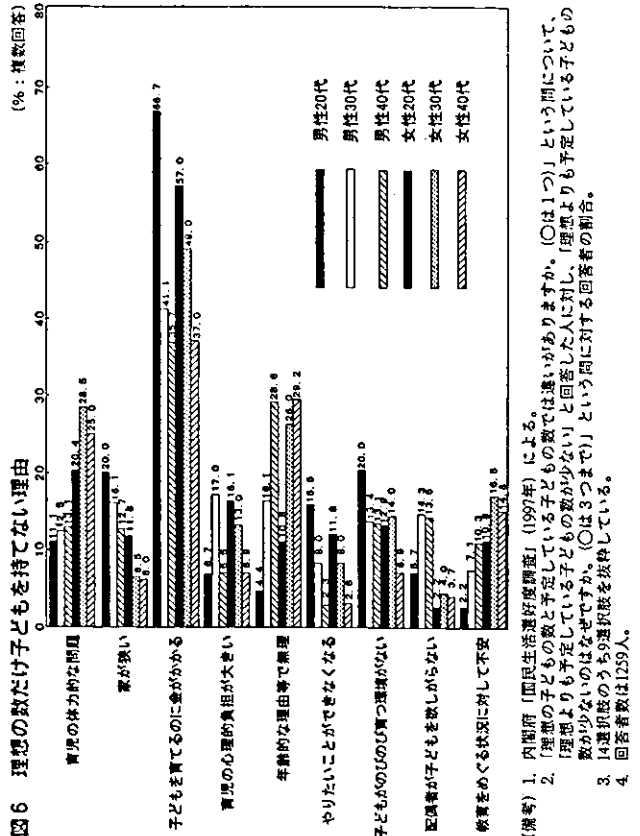
また、これだけでは不十分であり、女性の子育てへの希望、経済的負担がかからないなどの社会的サポート体制を構築する必要があります。男女ともに子どもがどんなに素晴らしいか、子育ての素晴らしさ、楽しさを知ってもらうことが非常に重要であります。現在、国並びに地方自治体では子育てのいろいろな取り組みを行っております。経済的なサポート体制も地方自治体により予算化されております。このような状況下での小児医療のグランドアサインを小児科医はどのように二十一世紀の大きな課題として提言するか、非常に重要な課題であります。

日本小児科学会としては、わが国の小児医療のグランドアサインを創り上げるための10の提言を致しました(表1)。

小児医療のグランドアサインの必要性は三者協(日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会)でも提言しておりますように(表2)、健全な小児の育成はわが国の興亡に関わる重要課題であり、小児医療の向

下していきます。このまま進めば五十年後にわが国の人口は一億人から九〇〇〇万人に低下し(図5)、その人口構成の上で三〇%以上は六十五歳の人となり、社会が老人を支えられない時代となります。若い人は一人で三〜四人近くの老人の面倒をみなくてはならない時代がやってきます。したがって高負担の社会となり、活力が失われていきます。少子高齢化はわが国の政策として何としてでも避けたい課題であります。小児医療の問題はまさに人口の過疎化、小児科医の不足、女性の社会進出に伴う育児不安、ノイローゼ、虐待、核家族化に伴う育児不安、子どもを取り巻く環境の激変(メディア、ゲーム、その他)など社会の変化が子どもに対して良くも悪くも大きな影響を及ぼしております。この少子化対策に対して現在、日本小児科学会をはじめ小児医療に関連した団体並びに政策は少子化対策チームを作り、さらに子育て・育成に向けて官民共にわが国の二十一世紀の子どもたちへのグランドアサインを求めて頑張っております。

では、少子化対策に対して、われわれはどのようなことをすればよいのでしょうか。アンケート調査によると、出産、子育てでの環境の充実、育児休暇制度の



上、保健福祉・医学の充実は極めて重要な国民的課題であります。社会環境の大きな変化、女性の就業、保育所育ち、食生活の過剰栄養、モータリゼーション、運動不足、アスマメティア、IT化の問題、バイオテ

クノロジーと遺伝子など多くのことが変わって、それに伴う子どもたちの心身への影響は計り知れないものがあります。

これからの時代、わが国はどのような子どもを育て

表1 わが国での小児医療の10の提言 (日本小児科学会)

1. 少子化の問題  
14% (15歳以下)、19% (65歳以上)、特殊出生率1.29
2. 子供の心の危機、不登校、虐待
3. 小児救急体制の整備
4. 診療報酬の確保
5. 小児科医の確保、女性医師の働く環境の整備
6. 卒前、卒後の小児医学教育一貫性の育成
7. 初期研修の必修化、専門医制度の充実
8. 小児医学、医療の統合、成人医療への整備
9. 小児保健の充実
10. 国際貢献、医療協力

表2 21世紀小児医療のグランドデザイン (日本小児科医会、日本小児科学会)

目的：健全な小児の成長に国興に關わる重要課題である。小児期の医療、保健、福祉、小児医学の充実は国家的最重要事業として推進し、21世紀の國の將來の發展を目指す。

1. グランドデザインの必要性  
① 社会環境の変化と小児 (高度成長から低成長フレ時代へ…揺れ動く子供たち)

② 小児医療、保健の歴史的展望 (今こそ歴史的な大きな節目)

1) 乳幼児死亡率改善への歩み (乳幼児死亡率150から4へ…そしてこれから)

2) 豊穡社会と子供 (過剰栄養、モータリゼーション、アスマメティア、IT化の波)

③ アスマメティア、IT革命と子供 (進行するアスマメティアの害、子供の心の荒廃)

④ 子育て環境と子供 (家庭育児機能の崩壊とその対策)

⑤ バイオテクノロジーと遺伝子 (その利用と医の倫理)

⑥ 新しい子育て (変化する価値観と人間観) (模索と混乱、夢と現実)

⑦ 救急から共存へ (新しい世界観)

⑧ 小児医療の不採算性 (現行診療報酬制度になじまない)

II. 新しい時代の子育て

① 家庭保育と集団保育 (質の高い保育を目指して)

② 個性を伸ばそう (多様な個性が心豊かな社会を作る)

③ 近代的小児医学の社会的適応 (EBMに基づいた子育て)

④ 子育て経済学 (子育て投資と国造り、次世代への投資は計り知れない成果をもたらす)

⑤ 子供の可能性を育てる (適切な小児成育医学の介入により子供の能力は劇的に成長する)

⑥ 脳を育む (ハイテックの進歩により「脳と心の科学」は飛躍的に進歩した)

⑦ 目指す人間像とその育て方 (如何に生きるか…人類共存を目指す)

⑧ 周産期、乳幼児、学童思春期の年代別健診 (生涯にわたる健康管理を小児期から習慣づける)

ていくかが小児医療のグランドデザイン作成の大きな目標になるわけであり、質の高い子育て、保育を目指し、両親・家庭ばかりでなく、保育士、学校の教師、地域の人々と子どもを地域全体で育てる理念が必要と考えます。また豊かな個性を伸ばし、子どもの可能性、能力を引き出し、一人ひとりの個性に合わせた育児、人間性の開発が重要であります。子どもを取り巻く社会環境の整備 (IT、アスマメティア、保育園、学校その他) も充実することが大切であります。子どもの脳は四、六歳頃までの教育が極めて重要です。この間での子育てをいかにするかが将来を決定します。

子育てを社会的にも経済的にもさらに人間的にもサポートする体制作りが、真に二十一世紀は求められております。そのためには小児を社会から守り、育て、育む心、社会体制作りが極めて重要です。子どもを育てるのは社会全体であるとのコンセプトで、人作り、国作りを目指していきたく思っております。そのためには、国の法律でも小児保健法といった大きな枠で国の子育てを目指していきたく思っています。現在、母子保健法、少子化対策法、次世代育成法など多々ありますが、全体を包括する法の元での二十一世紀の素晴

らしい子どもたちを育てたいと思っております。

## ● 現在直面する問題

### (1) 子どもの心を育むその体制作りは？

#### 子どもの虐待、不登校などの防止策は？

家庭と地域が密接に結びつき、サポートする体制作り、保育士、心理士の教育体制作り、制度化の問題等多くの問題があります。

### (2) 小児救急医療の体制作り

全国津々浦々での小児救急医療体制の供給は極めて重要な課題であります。日本小児科学会では昨年以来日本小児救急体制のモデル案を提示しており (表3、図7)、小児科センター病院システムを構築してマンパワーを集約した小児救急体制を作ることを目指しております。これにより小児科医のQOLの改善、入院、救急の集約化、広域化を可能にすることができます。また過疎地域では小児科医以外の医師に応援をおき、小児医療の教育充実を目指します。

### (3) 小児科の診療報酬の確保

小児科の診療報酬の確保を行うことにより、小児医

表3 わが国の小児医療供給体制の構想 (案) (日本小児科学会)

小児科の型	対象人口	供給する小児医療	小児科医数 (研修医を含まず)
小児科診療所 (病院)	不定	地域小児科センター病院の一次救急当番参加	小児科救急当番 休日 準夜 6人未満 当直なし オンコール
過疎小児科 (病院)	不定	地域的に孤立し、その他域に不可欠の小児科を他地域の小児科と結集するか不満足である小児科 ・転入転出医師を配置し、それ以上は地域小児科センター病院へ紹介 ・入院管理体制の置った一般小児科 2 小児科救急 ・一次、二次救急365日、24時間診療 ・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	費用対効果が一定値を上回る小児科に割り振り増し診療報酬を与える
NICU型	人口 30(10)~50万人	1. 小児専門医療 2. 小児保健・育児援助・学校保健など 3. 小児救急 ・一次、二次救急、365日、24時間診療 ・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 ・救急部がある場合、参加	10人 シフト勤務制とする
中核病院型	人口 50~100万人	1. 小児専門医療 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 { 感染症室を設置する } ・救急搬送 (入院、転送) PICUを設置する 3. 小児救命救急センターを検討	14人 シフト勤務制とする (うち救急担当4人)

注: この表でいう「地域小児科医」とは日常的に一般小児科の診療を担当する医師

療の不採算性から脱却して、小児がより良い環境の下で育てられることが大切であります。特に現在は小児病院、大病院での小児医療の赤字幅が大きく、小児病棟が切り捨てられております。小児科医師のQOLも極めて大切であります(図8)。小児科医を増やすためにも、また病院小児科が消失しないように、小児医療全体を経済的にも守るために、ぜひとも国民の大きな支援が必要です。小児科の診療報酬が確保されないと、小児科医不足、とりわけ女性医師が増えていることから(表4)、女性医師の働く環境作りにも大きな影響を来します。日本小児科学会では女性医師の働く環境作りプロジェクトチームを作り、表5に示すような目標を設定して実現に向け努力しております。小児科医を確保するためにも、また小児科医のQOLの向上にも重要な課題であることを国民の皆様にご理解いただきたいと思います。

(4) 小児医療の教育体制の整備

卒前卒後の小児医学教育の目指すもの、専門医制度の充実を目指して、小児医療の充実を計るためには医学教育の中での小児医療の教育体制の整備が重要であります。日本小児科学会といたしましても、良医の育

図8 小児科医の状況

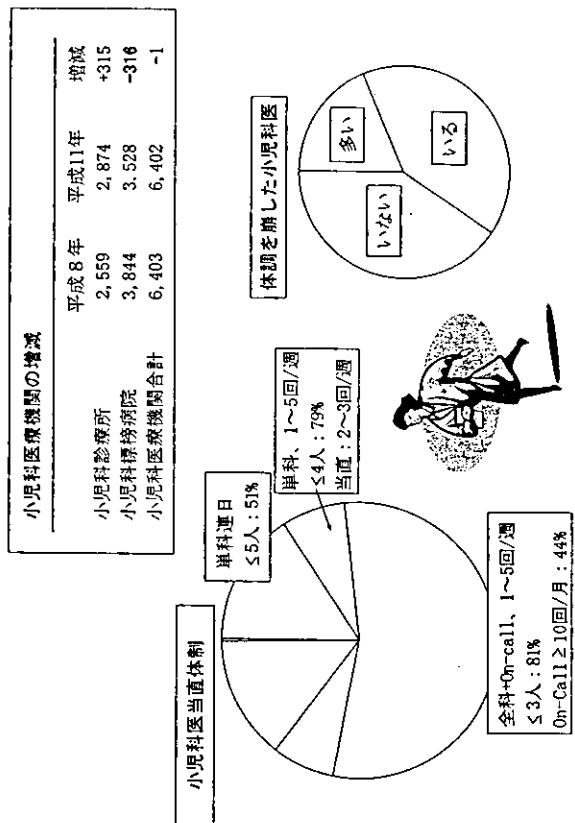


図7 日本小児科学会一わが国の小児医療・救急医療体制の改革に向けて一

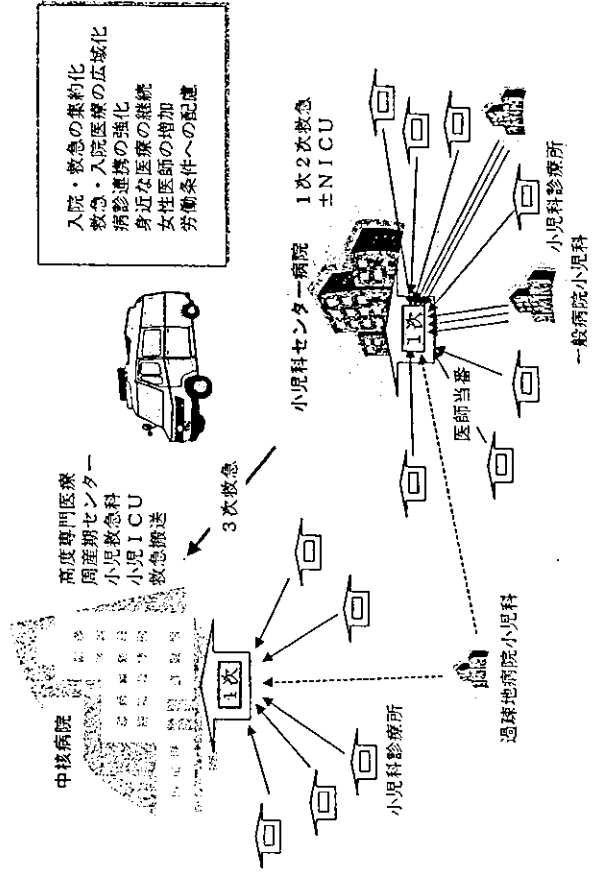


表5 女性医師の働く環境作りプロジェクトチーム

1. 子育て支援
  - 1) 安心して預けられる保育所の充実：延長保育、病児保育、学童保育の充実、中述入所
  - 2) 保育サービス充実
2. 勤務制度における改善
  - 1) 勤務形態の多様性、再雇用支援
  - 2) 女性医師を雇っている施設への優遇措置
3. 生涯教育、再教育制度での支援
4. 医療資源としての活用：休職中医師、非常勤等
5. 保育施設、ベビーシッターの利用、優遇措置
6. 周囲の理解、育児期間の代用医師の雇用、学会での託児所の整備等
7. その他

表6 日本小児科学会の国際活動

1. アジア小児科学会との連携：2003年タイでの開催11月
2. 日中小児科学会との連携（3年間の定期協議）  
2002年日中医学会開催（北京）、2003年第13回中国小児科学会での招聘（武漢）
3. 2004年日韓中医学会開催（東京）2004年  
2月4-6日、日中韓の小児科東アジア連合の設立（次回：2006年中国開催）
4. ASPR (Asian Society of Pediatric Research) の設立
5. 米國小児科学会 (American Pediatric Society)  
日米の理事会の開催-2003年5月シアトル、2004年5月サンフランシスコ  
日米小児科医交換-（学会での発表、2004年）  
日米小児医学ワークショップの開催-2004年
6. 國際小児科学会の連携  
\* 國際小児科学会会長Shearer教授の招聘（第106回、福岡）  
\* 米國小児科学会 (American Academy of Pediatrics) 会長招聘（第107回、岡山）  
\* ヨーロッパ小児科学会会長招聘（第108回、東京）  
\* 國際小児科学会2013年開催日本誘致

会、日本小児科医会、日本小児保健協会の三者の団体の委員会にて提言しておりますが、やはり、わが国の小児医療の目標を五年から十年先を見て作る事が大切であり、グランドデザインに沿った政策を実行する必要があります。もちろん、小児医療のグランドデザインは少しずつ時代の要請に合わせて変えてゆく必要もあります。途中修正しながらわが国の小児医療の目標設定を変更することも必要であります。

現在、日本小児科学会ではわが国の小児医療供給体制を各地区の地方会との擦り合わせを行い、小児救急医療体制をはじめ、わが国の小児医療体制を構築することを目標にグランドデザインを作っております。

いずれにしても、これら日本小児科学会の活動は、日本医師会、厚生労働省をはじめ各地方自治体の助けがなければとても推進できるものではなく、皆様のご指導、ご協力をお願い申し上げます。

成を目指して、小児医学教育の整備を学会の教育委員会に提言し、そのガイドラインを作成しております。初期臨床研修においても指針を作り、各研修機関でのカリキュラムを作成しております。

(5) 小児医療の国際化に向けての活動

世界は現在グローバル化しており、グローバルスタンダードの医療が求められる時代となりました。したがって、わが国の小児医療のレベルがグローバル

スタンダードに合っているか否かの問題も問われる時代となりました。

例えば、小児の死亡の第一は事故死であります。いかに子どもたちを事故から守るか、チャイルドシートの問題、溺水からの事故防止、小児の虐待からいかにして子どもを守るか、乳児突然死(SID)、など欧米でも同じ問題をかかえております。

特に米國小児科学会とも連携して小児医療に関する様々な問題を相互の学会で、特に若い人と交流する事業を日本小児科学会として始めました。国際交流は小児医療の各分野でのいろいろなアイデアを出すためにも大変重要な役割を果たします。世界の人々との交流を通して小児医療に關係する人間関係を構築してわが国の小児医療の発展につないでいかねばならないと考えます。

表6は、現在日本小児科学会で行っている国際交流活動を示しました。

● まとめ

小児医療のグランドデザイン作りは日本小児科学

# 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

\*1 中澤 誠 \*2 藤村 正哲  
\*3 桃井 眞里子 \*4 安田 正

## はじめに—現状認識と改革の方向性

現在、小児医療・小児救急医療の現状は次の通りである。

- ①病気の重症に関わらず、こども専門の診療を受けたいという、こどもの医療のニーズが高まっている。
- ②特に、若手を中心に女性小児科医師が増加し、そのため産前産後・育児休業を保障しつつ小児科の診療を維持する新たな仕組みが必要になってきた。
- ③その結果、特に地域における小児時間外診療の要求はますます高まり、一方で小児科時間外診療の現体制維持すら困難になってきている。

①また、高度の小児救急医療については、その体制は不十分で、大部分の重症小児救急患者(死亡例など)は成人施設や救命救急の準備のない小児医療機関で対応されているのが現状である。

②小児の時間外診療の体制改善について地域での取り組みが進められてはいるが、わが国の小児医療に一貫する体制としてのコンセプトが欠けたままに事態が進行することは好ましくない。わが国の病院小児科が提供する小児医療・救急医療・新生児医療の体制は、小規模な病院小児科と小規模な新生児集中治療室(NCICU)で構成されている。その結果として、一部の医師は他科の医

師と比較にならない頻回の当直、休日勤務を強いられてきた。同時に患者の小児科専門志向と相俟って時間外に受診する患者は増加の一途をたどり、サービスの低下を招くようになっている。

そこで日本小児科学会では平成十四年九月、「小児救急プロジェクトチーム」を設置して、これらの問題を検討してきた。その結果として「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」をとりまとめるに至ったので、ここに報告する。

## 改革への三つのポイント

その中では、小児医療、新生児医療提供体制の改革ビジョンの目的として三つのポイント、すなわち、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—を掲げた。

次の段階で、広域医療圏における小児救急体制の整備を進める。その主な内容は、「小児時間外診療は二四時間三六五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急救急医療の整備を進める」である。

それらの改革を進めるに当たっては、労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現を目指し、また、医師の臨床研修、卒前・卒後教育に必要な場を提供するものとする。

## 地域の病院小児科やこどもの救急医療の今後

具体的なモデルとしては、既存する病院小児科の中から、二次医療圏(いくつかの市町村で構成)に「一カ所ないし数カ所の「地域小児科センター」を整備し、これを地域における小児専門医療の中心に育てる必要がある(図)。「地域小児科センター」は小児救急・新生児集中治療の両方、またはいずれかの機能を備えることにする。

その上で、既存の病院小児科と「地域小児科センター」をグループとして位置づけ、医師や研修医はセンターとの交流を図りつつ、外来診療を中心とした身近な小児医療を提供することとし、入院医療はオンコールで対応可能な患者を中心とするように縮小する。したがって「地域小児科センタ

」の医師数は少なくとも一〇名以上とするが、一般小児科はむしろ医師数を縮小して、三名で診療が可能な形を考える。

なお、一般小児科は小児救急を担当せず、その医師も「地域小児科センター」の二次救急に当番参加することになる。また、定期的に「地域小児科センター」の医師と交代して、地域の病院で働く小児科医がセンター医療と一般小児科医療の両方を担うことが望ましい形であろうと考えられる。それによって両者は、診療面の交流だけでなく、専門医研修や研究において、一つの組織体として取り組むことも可能となるであろう。

小児救急については「地域小児科センター」に、地域の小児科医が全体として共同で参加する一次時間外診療(夜間・休日三四時間急病診療所)「市町村から委託」を設置し、「地域小児科センター」本体は入院の必要な患者への対応を行うこととする。

さらに将来的には、「地域小児科センター」は身近な地域小児医療の中核的性格を生かして、その地域の子育て支援、小児保健活動、予防接種、学校保健、思春期

医療、在宅医療、小児メンタルヘルス、訪問看護ステーションなど、これからのわが国の社会が必要とするこどものための総合的保健・医療サービスのセンターとしての機能を付与する可能性が期待できよう。同時に福祉的活動とのリンクが不可欠となり、こどもの医療・福祉の地域センターとして発展する可能性も秘めている。

こうした小児保健・臨床の場の形成は、有能な小児職能教育の実現場として最適の環境を提供することになり、医学生・医師卒後臨床研修、救急医療研修をはじめとして、看護師、保健師その他多岐にわたる小児職業教育を効果的に実現することができると予測される。地域における集約化の結果としての、この「地域小児科センター」は、その提供するサービスのすべてにおいて、費用対効果の効率的な面においても最少の費用で最大の効果を発揮することが期待できるであろう。

三次医療圏(都道府県全域)には、大学や小児病院を中心に少なくとも一カ所の中核小児科を整備して、高度な小児医療を提供するとともに、教育・研究を担うこと

になるであろう。

## 目指す形は

この構想により、次のような体制が構築されていく必要がある。

- ①地域の病院小児科は機能分担を進める。
- ②二次医療圏の病院小児科医は「地域小児科センター」または「病院(過疎)小児科」に所属しつつ連携・交流を進め、医療圏の病院小児医療を医師全体のグループで維持する体制を目指す。
- ③小児科・新生児科の専門医研修、新医師臨床研修プログラムを「地域小児科センター」とグループ全体で履修できる条件を整える。
- ④医師の夜間勤務の翌日は勤務なしとし、労働条件を整える。
- ⑤女性医師は産前産後休暇、育児休暇を取れる条件を整える。

## どのようにして実現するか?

日本小児科学会理事会は調査や現状分析と平行して、今具体的な行動の一手を踏み出すことが重要であるとの判断の下に、小児科学会の事業として本計画を強力に推

進する決意である。しかし、それを着実にかつ具体的に各地域の実情に適合した改革として推進するためには、それぞれの地域での主体的な取り組みが不可欠と考えている。

同時に、こうした小児医療提供体制を構築していくための基本案件として次の諸点が挙げられる。

- ①小児科診療報酬が一般小児科でも採算のとれる内容とすること。
- ②市町村を越えた「小児救急医療圏」を実現するため、地方自治体と住民の理解と協力が得られること。
- ③現在医師派遣という形で医師の人事に介入している大学小児科教室が、新しい小児医療提供体制の必要性を理解し、その発展のために主体的に参加すること、必要に応じて「地域小児科センター」に複数大学の共同支援を行うこと。

ただ本案は、わが国における将来の小児医療提供体制の基本骨格を提案しているものであり、全国統一の医療組織を提唱しているものではない。また、その具体的な肉付け、詳細プランの立案はこれ

表1 今後形成するべき小児科の型 (日本小児科学会案)

日語型	対象人口など	提供する小児医療	小児科医数(研修医含まず)	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
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	2人、当直なし、費用対効果が一応高くし診療報酬を上げる。地域小児科センターと交流	
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 ○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	10人+救急担当4人、シフト勤務制とする	
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	地域周産期母子型(新生児強化治療室) B1型91カ所、B2型26カ所+新生児専門4人、シフト勤務制
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+救急担当4人、シフト勤務制とする	総合周産期母子型(NICU) A1型38カ所、A2型60カ所、NICU専門10人、シフト勤務制とする
中核病院	(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 ④一次、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	小児科は救急科を支援(専門医療・研究専従は本業の員数外)、小児救急担当10人、シフト勤務制とする、PICU10人、シフト勤務制とする	
大病院	大学病院等 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、感染症管理設置する、PICUを設置 ○救急搬送(入院・転送) ③小児救命救急センターを検討		

(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、いわゆる内科・小児科など小児科診療医を含む。産科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。

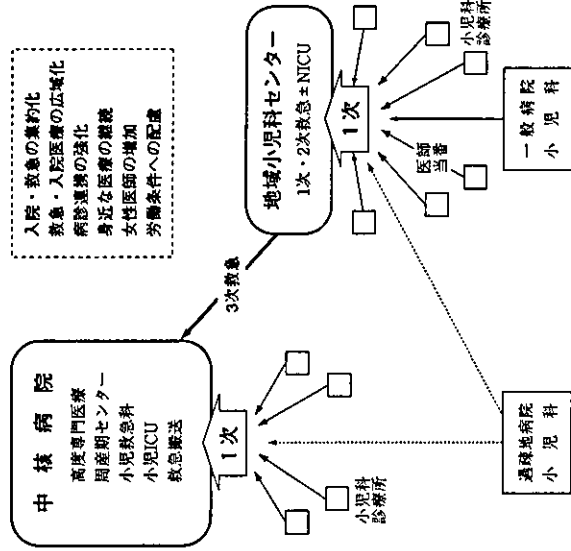
(注2) 新生児医療施設評価基準(周産期医療体制に関する研究班)

ランク	施設の概要	運営実績
A1	総合周産期母子医療センターに匹敵する施設	人工換気≧50例/年 & ELBW ≧ 20例/年
A2	総合周産期母子医療センターになれる可能性の高い施設	人工換気≧20例/年 & ELBW ≧ 10例/年
B1	地域周産期母子医療センターに匹敵する施設で、今後総合周産期母子医療センターになれる可能性のある施設	人工換気≧20例/年 or ELBW ≧ 10例/年
B2	地域周産期母子医療センターになれる可能性の高い施設	人工換気≧10例/年
C	地域周産期母子医療センターになれる可能性のある施設	人工換気≧5例/年
D	人工換気可能な二次施設	人工換気 < 5例/年
E	人工換気ができない二次施設	人工換気 0例/年

からの検討に委ねられており、それを実施するのは地方単位の主体的な取り組みであり、日本小児科学会はあくまで基本方針についての指導・助言・調整等の役割を果たすものである。

■改革シシヨンの骨子

全体のイメージを図に示した。また、表1に病院小児科の種類と



定義をまとめた。

◇一般小児科

地域において、小児科診療所とともに、日常的な小児医療、小児保健を実践する。

- ①専門性：病院小児科に必要とされるような診断・検査・治療を提供する。勤務医の専門性に応じた臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。

- ②対象患者：直接受診者に加え、地域的一般医・小児科医からの紹介患者の診療に当たる。

- ③入院診療：軽症と中等症の入院患者の診療を行う。常時監視・治療の必要な患者の診療は実施しない。夜間・休日はオンコールで対応できるような範囲とする。

- ④夜間・休日体制：夜間休日の当直は実施しない。勤務時間内の急病は診療対象とするが、二四時間体制の救急医療は実施しない。

◇過疎小児科

過疎地域において、小児科診療所とともに、日常的な小児医療、小児保健を実践する。責任者は小児科専門医であることが望ましいというほかは、一般小児科に同じ。

◇地域小児科センター

二次医療圏において中核的な小児医療、小児保健を実践する。

- ①専門性：病院小児科から紹介される患者に必要とされるような、高度の診断・検査・治療を提供する。勤務医の専門性に応じた臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。
- ②対象患者：主に紹介患者の診療

- ③入院診療：一般小児科で入院診療が困難な、あるいは常時監視・治療の必要な患者の入院診療を行う。
- ④夜間・休日体制：夜間休日の医師勤務は夜勤体制が望ましい。少なくとも毎日当直体制とする。

- ⑤救急医療：二四時間体制の救急医療を実施する。二次救急に中心的役割を果たす。一次救急を実施する。その組織・運営は地域の表情に沿うこととし、勤務医師には医療圏の小児科診療所および病院小児科医師が加わることとする。

- ⑥教育：新医師臨床研修制度、小児科専門医研修制度の臨床研修病院となる。医学部学生教育に参画する。

◇中核小児科

三次医療圏において中核的な小児医療、小児保健を実践する。

- ①専門性：高度の診断・検査・治療を提供する。地域が必要とする広範囲の臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。

- ②研究体制：研究組織を持つこと

表2 全国の小児医療施設の実況 (単位:人)

小児科のカテゴリー	施設数	医師数	
		小児科医	新生児専任
学 校	102	1,388	254
大 小 児 病 院 (小児科医15人以上)	21	320	124
A (10~14人)	5	75	47
B (7.8.9人)	25	285	93
C (5.6人)	61	470	87
D (3.4人)	117	632	46
E (1.2人)	277	932	30
F (0人)	376	613	12
G (0人)	36	0	23
その他	271	—	6
合 計	1,291	4,715	722

(出典) 2000年新生児委員会調査から。  
(注) 大学の小児科医数には研究・教員が含まれているが、表3では除外。

表3 小児医療・小児救急医療計画モデル (単位:人)

現状の型	小児科の型	将来の施設数	施設当り医師数		必要医師総数	
			小児科医	新生児専任	小児科医	新生児専任
大学小児科新築の一部	中核病院型 (+PICU)	50	10	10	500	500
小児科A,B,C,D	七地NICU型	70	4	10	280	700
小児科E,F,G	救急NICU型	50	4	10	200	500
診療所	救急NICU型	120	0	10	0	480
診療所	救急NICU型	400	0	3	0	1,200
診療所	救急NICU型	150	0	2	0	300
診療所	救急NICU型	—	—	—	—	—
合 計	—	840	—	—	980	500
小児人口10万対	—	42	—	—	49	2.5
—	—	—	—	—	—	22
—	—	—	—	—	—	84

(注) 仮の試算であり、都道府県ごとに「モデル案業定委員会」によって試算されるべきもの。アミ掛け部分の数値は可変。

(リクルート)全体の中で履修できる条件を整える。「地域小児科センターおよびその地域の一般(通称)小児科」の勤務をローテーションする方式を目指す。

■改善ビジョン実現に向けての道程

平成十六年四月、日本小児科学会は理事会と代議員会において「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」を決定した。七月現在、各都道府県地方会が主導して、病院小児科・医師現状調査を実施し、モデル案策定委員会設立と改革ビジョンの策定を進めている。十一月には第一次モデル案策定作業を終了することとし、平成十七年四月の総会では最終モデル案を総括して「日本小児科学会の考える小児医療提供体制」案を公表する予定である。モデル案では地域において必要な小児医療資源と提供すべき一般医療、専門医療、保健士とヒスなどについて数量的に明示する予定である(表2、3)。

その後予定されることとして、「小児医療提供体制モデル案」に對する、①「医師供給計画」の立案、②「小児救急提供体制」の立案、③「小児科診療報酬改定案」の立案が予定される。

また、「小児医療提供体制モデル案」策定後に予定される作業としては、①モデル案実施に向けての年次計画の策定、②関係大学の「医師供給計画」に向けての医師派遣計画の策定、③地域医療計画に関わる都道府県医療審議会への「小児医療提供体制」の提案となる必要があるだろう。これらの計画は、すべて都道府県単位の地方会が中心となつて、地域の関係団体と協議しつつ、実現に向けて努力することになる。

なお日本小児科学会としては、本案の骨格である「小児科医療」から、さらに広範な「小児医療」へと拡大・発展させる必要性を十分に認識している。そのため本年四月以後、日本小児科学会は小児医療に関する諸専門団体・機関に對して、「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」を提案しており、既に協議を開始した団体も多いことを付記しておく。

■おわりに

病院勤務の小児科医は、ことごとその親にとって最良の医療がい

少なくとも毎日当直体制とする。

⑦救急医療：小児救急科を設置して、二四時間体制の救急医療を実施する。三次救急に中心的役割を果たす。また、一次救急を

実施する。その組織・運営は地域の事情に沿うこととし、勤務医師には医療圏の小児科診療所および病院小児科医師が加わることとする。医師救急搬送を実施する。

⑧集中治療室：小児集中治療室PICUを運営することが望ましい。勤務医師は夜勤体制とする。

⑨教育：新医師臨床研修制度、小児科専門医研修制度の臨床研修病院となる。医学部学生教育に参照する。

◇地域小児科センターと一般小児科、週小児科の連携・交流(診療、教育、研究、保健、人事)

「地域小児科センターおよびその地域の一般(通称)小児科」をチームと理解し、その地域の小児医療を、チームの医師全体で維持する体制の構築を目指す。つまり二次医療圏内の病院小児科医師は、その地域において小児に求められている診療機能等を、連携・交流しながら完遂する体制を目指す。

小児科・新生児科の専門医研修、新医師臨床研修プログラムを地域小児科センターと病院小児科

さらに広範な領域の小児医療、小児保健、高度医療などが規定され、わが国のこどもの医療が未来に向かって発展することを期待するものである。

【日本小児科学会小児医療改革・救急プロジェクトチーム】  
 西田研教授(1)・大阪府立母子保健総合医療センター病院長(2)・自治医大総務長(3)・大宮医師会市民病院副院長(4)・さいたま市小児救急医療センター長(5)



# 小児科医底上げの危機と今後の展望

*The crisis of child health and future's direction*

特集

衛藤 義勝  
ETO Yoshikatsu

## 専門医と家庭医

Key words 小児科のマンパワー不足 女性医師の増加 小児救急

私は現在(社)日本小児科学会の会長をさせていただいておりますが、今回小児科医としては大変に重要な課題をいただきました。

さて、現在小児医療は小児救急、こどもの心の問題、小児科医の不足などを含めた国民的大きな課題となっている。社会的な母子医療の現状と方向をあげてみると表1のような問題が明らかにされている。

各政党の政策提言、すなわちマニフェストにも

最近小児救急体制の整備、小児科医の確保などを重要政策に入れている。また各都道府県、市町村の選挙の公約にも必ず入っており、きわめて重要課題である。マスコミ、新聞でも小児科医が足りない、小児救急現場で小児科医がいらないなど大きく報道されている。実際日本小児科学会の会員数は約18,500人であり、内科医の数と比較すると対人口比では少ない。

欧米と比較しても小児科医は少ない。小児科医

表1 母子医療の現状と方向性

	要因	医療現場の実態	対応
小児救急	休日夜間需要の増大 軽症患者の殺到	中核病院における休日夜間救急のオーバーフロー	小児救急拠点病院 在宅当番医制事業 身近な相談体制
一般小児医療	救急対応で相対的に手薄 不採算要因の増大 (長い診療時間, 投与薬剤・ 材料の無駄)	医師1~2名体制の小児科の 閉鎖	地域小児医療機能の見直し 医療計画による機能の集約化
	特定分野のスタッフ不足 (児童精神科医など) 患者の専門医指向 (特に慢性疾患)	疾患毎に特定の病院に集中傾向	ブロック単位の専門医療体制 遠隔地診療・在宅医療の支援 (かかりつけ医を含むネットワーク)
新生児医療	低体重児の増加	NICU(新生児集中治療室)の満床問題	受け皿の確保
周産期医療	搬送体制の問題	集合周産期母子医療センターを中心とした周産期医療ネットワークを全国的に整備中	16年度末までに全国整備

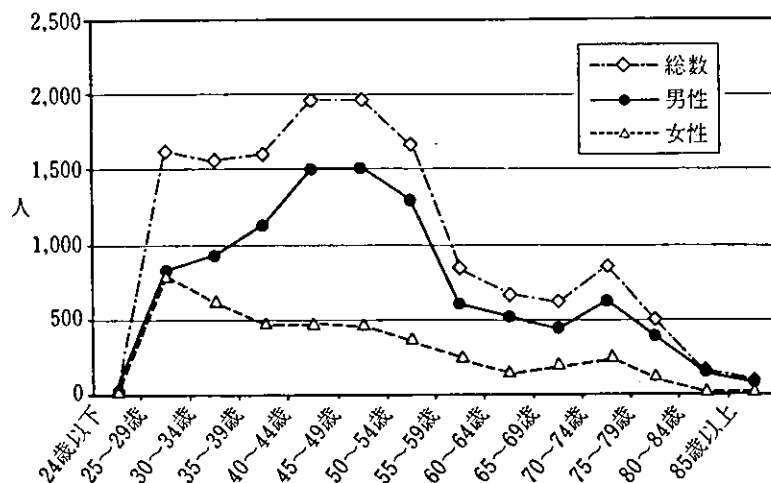
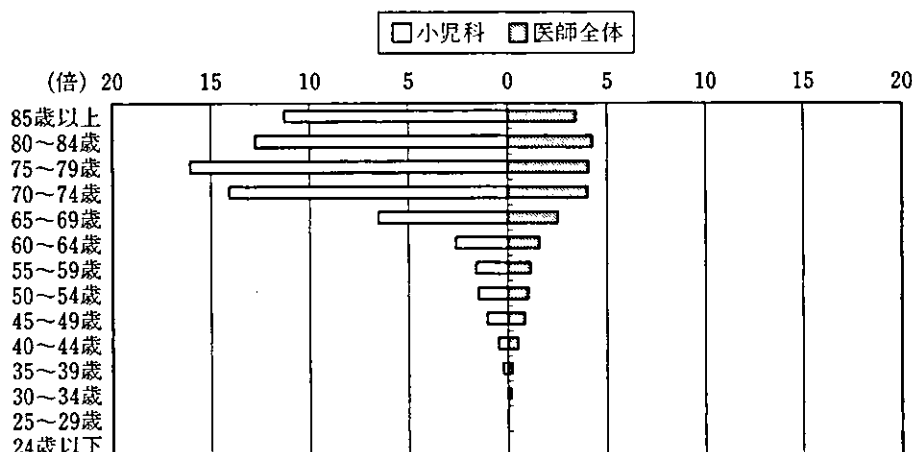


図1 年齢階級別小児科医師数(主たる診療科)  
(平成12年 医師・歯科医師・薬剤師調査)



(診療所医師/病院医師)

図2 診療所医師と病院医師の比率  
【診療所医師数÷病院医師数】(小児科・医師全体)

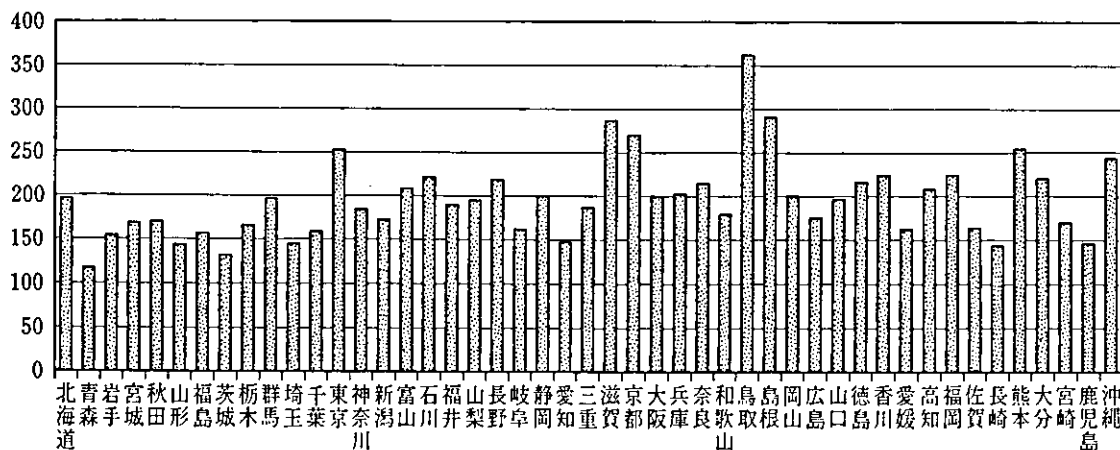
診療所の医師数を病院の医師数で割ってみると(比率), 小児科を主たる診療科として診療所に従事する医師は, 年齢層が上がるに連れ, 比率が高くなる。つまり診療所の小児科医師は, 医師全体に比べて高齢化が顕著である。(平成12年 医師・歯科医師・薬剤師調査)

は減少しているのか, 全く増えていないのかという質問を受けるが, 実際には最近では毎年200名から300名の小児科医が増えている。逆に産科医は減っている。

したがってマスコミなどで小児科医は減っているといわれているのは誤りであるが, トータルのマンパワーでの小児科医は減少していると考えられる。その理由として, 小児科医の年齢分布と性別の分布が問題である。現在小児科医の年齢分布は高齢化と若い人とに分けられる。女性医師の比

率が若年層では50%以上を占めている。図1に示すごとく, 25~30歳台の小児科医の半数は女性である。30~40歳台も30%は女性医師で占められる。小児科医は一般の医師より高齢化している。図2にも示すごとく他の科の医師より高齢人口が多い。したがって, 小児医療のマンパワー不足もこの点によることが多い。図3に各都道府県別の小児科標榜医の数をみると北海道, 東北地方に少なく, 地域差も大きい。

小児救急に対応できる小児科医は高齢化と女性



小児科を主たる診療科とする医師数 ÷ 0～14歳推計外来患者数 × 1万人  
全国値は191人

図3 0～14歳推計外来患者1万人当たりの小児科医師  
0～14歳の推計外来患者1万人あたりの小児科を主たる診療科とする医師の数は、都道府県単位でも、大きく異なる。(平成10年 医師・歯科医師・薬剤師調査, 平成11年患者調査)

表2 全国医学部医学科学生数に占める女子の割合

年度	卒業者(%)	年度	卒業者(%)
昭和45	10.5	昭和61	14.9
46	10.1	62	16.4
47	12.1	63	16.5
48	11.4	平成1	18.2
49	11.2	2	18.8
50	11.2	3	19.5
51	10.2	4	20.7
52	10.4	5	23.7
53	11.1	6	23.8
54	11.6	7	24.0
55	12.5	8	25.4
56	12.8	9	25.9
57	13.1	10	26.1
58	12.9	11	29.7
59	13.3	12	30.2
60	13.3	13	32.7

学校基本調査報告書 平成7年度・13年度追加(文部科学省)

医師の進出によりマンパワーとして結局減少していることになる。

表2に示すごとく、全国医学部の女子医学生数は年々上昇し、平成13年度には32%を占める。20年前と比較して10人に1人の女性医師が現在では2～3人に1人となる。特に女性は結婚前は男性医師よりよく働くが、結婚して子供ができると極端にパワーが落ちる。結局小児科は実質、減

少していることになる。したがって、小児救急などの面での社会的問題ともなっているわけである。これらの問題を解決するためには女性医師の働く環境作りがきわめて重要となる。日本小児科学会では小児科医を増やす手段として、小児医療や小児科医の素晴らしさを学生に教え、小児医療での診療報酬のアップなどを通じて小児科医を増やすと同時に、女性医師が働ける環境作り、女性医師の再教育システムの充実、また大学の複数教育制度、大学での小児病院化によるスタッフの充実など、今後の小児科医を増やす重要な政策である。

小児医療でのマンパワー不足を補う方法として、特に問題となっている小児救急医療に関しては、初期研修制度下で一般医師に対して小児医療、小児救急医療を少なくとも3ヵ月必須化することが大切である。日本小児科学会でもこのような理由で、内科必須と同時に小児科の3ヵ月必須が必要であることを国の政策としてお願いしているところである。小児医療は小児科だけで支えるものでなく、国民全体で支えて欲しいのであります。厳しい小児医療の環境の中でわれわれ小児科医は頑張っており、是非とも多くの方々の御支援をお願い致したいところである。

日本小児科学会としても小児科医を増やす方法

として、①大学小児科の小児病院化によるスタッフを充実することができる。また小児専門の外科系医師も養成できる。②小児医療の素晴らしさを学生に教えるためのキャンペーンをする。③女性医師の働く環境作り、研修制度の充実を目指す。④小児医療の診療報酬の見直しをお願いする。⑤

小児科専門医制度などを見直し、素晴らしい小児科医の養成に努める。

以上、小児科医の少ない現状からどう脱皮して小児医療を充実させるかをまとめてみました。多くの皆様方の御理解、御支援をお願い致します。