

救急医療体制の整備を求める人の年代別分布

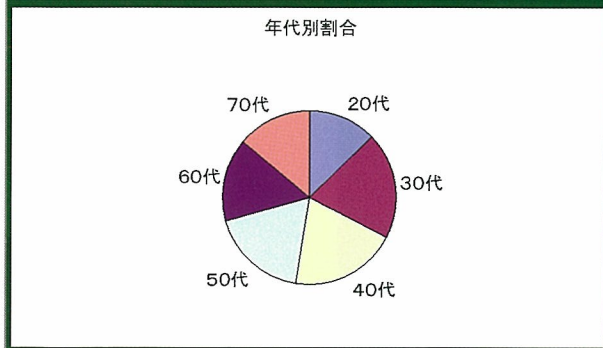


図5

医師不足を感じる診療科

- 産婦人科 41.3%
- 小児科 17.7%
- 耳鼻咽喉科 7.6%
- 内科 5.9%
- 眼科 4.8%
- 脳神経科 4.1%
- 精神神経科 2.8%

図6

次に岩手県の医療の現状について申し上げます。少し古いデータで申し訳ありませんが、平成16年の医師・歯科医師・薬剤師調査に見る岩手県の医師数は人口10万人あたり179.1人で全国平均の211.7人を大きく下回っております。中でも産婦人科と小児科の医師不足が深刻になっております。

岩手県の医療の現状 (平成16年)

- 人口10万人あたりの岩手県の医師数は**179.1人**。
(全国平均211.7人)
- 産婦人科、小児科の医師不足が深刻**

図7

どの診療科も盛岡医療圏に集中しておりまして、特に県北沿岸地域では小児科医が二戸医療圏で県平均よりマイナス3人、久慈医療圏でも同じくマイナス3人、宮古医療圏ではマイナス4人となっております、ある地域で医師を1人確保してもまた他の地域でまた1人減るという一進一退の状態を繰り返しているのが現状です。

岩手県の医療の現状 (平成16年)

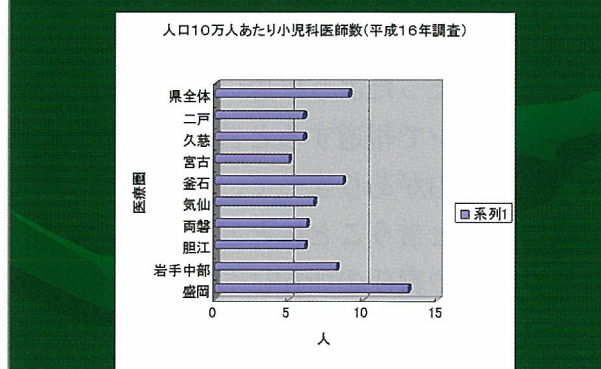


図8

取材でお会いしたある医師がこの岩手県の現状についておっしゃったことが非常に今でも印象に残っていますが、岩手県は最後の柱一本で支えているようなもので、ちょっとした異変が起きればすべて瓦解する危険性を秘めているとおっしゃっておりました。

岩手県の医療の現状をある医師は「最後の柱一本で支えているようなもので、ちょっとした異変が起きればすべて瓦解する危険性を秘めている」と表現したのが印象的だった。

図9

次に先ほど申し上げましたとおり私が一関支社に赴任したのは一関市の乳児死亡事件の約1ヶ月後の10月でありました。そのことについて少しお話ししたいと思います。ここにお集まりの小児医療に関心のある方であればきっと忘れられない事件であったと思うんですけども、あの時あまり好ましい表現ではないんですが、当時は新聞とか放送でもたらい回しという言葉が何度も何度も使われました。この事件は平成14年9月に一関市内に住む若い夫婦の子どもで生後8ヶ月の男のお子さんが救急指定を受けた市内の病院で専門の小児科医との連絡がとれないで当直の眼科医の診察を受けた翌日に亡くなったものです。ご両親は複数の病院に連絡をしましたが、診察を断られるまでして至った結果でした。今でも鮮やかに目に浮かぶんですが、赴任当時事件から1ヶ月も経っていたんですけども関係した病院には連日のようにマスコミが押しかけて付近でカメラをまわすという風景がありました。先ほど申し上げましたとおりたらい回しという言葉が何回も使われてきて全国に毎日のように配信されていました。同時にご両親は市内の各所で小児救急の充実を求める署名活動を展開しまして厚生労働省に書類を提出しました。報道には公正さと正確さが求められています。裁判で原告側と警察側のそれぞれの立場に立ってものを見るかで物事の見方が全く違ってくるように、報道においてもこの事件に置き換えますと、この亡くなった男児のご両親、あるいは連絡が取れなかった医療機関の側どちらかに立って物を見るかで大きく報道の仕方が分かれてきました。多くの放送ではあるいは新聞では悲劇の両親という形で大きく取り上げまして新聞各紙も追従して連日大きく取り上げました。私が所属する岩手日報ではどうだったかと言いますと、他紙に比べまして比較的落ち着いたトーンの記事だったように思います。あれだけ毎日のように騒がれていた事件でしたので、落ち着いたトーンで報道するということは逆に勇気のいることでありました。これには深い取材に基づいた理由がありまして、このような場でお話するのはふさわしくないとしますので、家庭の問題と言うことにとどめさせて頂きたいとんですけども、あの当時多くのマスコミは怒りの矛先や責任の所在について診察を断った病院にあるように報道していたように思います。マスコミ報道の過熱ぶりからいま5年が経過したんですけども当時はまさに事件の渦中にいて見えなかったのが、今になってようやく見えてきた部分というのが沢山あります。私自身の反省も込めて言えるということなんですけれども、あの事件には背

景に様々な理由がありましたけれども、幼い一つの命が亡くなったことに変わりはないということです。救えたはずの命を救えなかった医療機関にはそれぞれの言い分がありましたし、それぞれがもっともなものでありましたけれども、あの事件はまさに岩手県の小児救急医療の現状を象徴したもので、氷山の一角であったということです。もしかしたら今日いまこの現在においても同じような事件が起こっているかもしれません。事件後医師の臨床研修が必修化されて、研修先が自由に選べるようになった結果医師不足はさらに深刻なものになって、常勤医師の不在も今ではもうニュースにならないほど当たり前のよう各地で起こっております。平成16年12月末現在の数字ですけれども岩手県全体の医療施設に勤める小児科医はたったの125人です。事件が起こった一関市を含む両磐医療圏では9人でそれ以下の医療圏では二戸、久慈がそれぞれ4人、宮古で5人、釜石で8人、気仙で5人とあの事件の起こった一関市周辺よりももっと深刻さを増していることになります。言い換えてみますといつ何処であの事件が起こってもおかしくないということです。幼い男の子を亡くしたご両親は事件後幼い命を無駄にしたくないと街頭で署名活動を展開しまして多くの県民が賛同しました。結果的には色々ありましたけれども本県の小児救急医療だけではなく日本の小児救急全体をあらためて考える機会となりました。事件が起こった一関市でも小児科や内科など約20の医療機関が当番で小児救急を受けつける、小児救急医療体制を整えましてこちらの県医師会でも看護師による小児救急電話相談を始めましていずれも若いお母さんの支えになっております。背景はともかくとしましてもあの事件によって岩手県の小児救急医療の実情と多くの県民が本県の小児救急医療に不安を抱いていたことが浮き彫りになりました。

事件から私たちが学んだことは幼い命を亡くした責任の所在を追及することだけではなくて、現状から目をそらさず起こってしまったことを二度と繰り返さないために何が必要かということ进行分析して、医療機関と行政と一緒に考えていく姿勢ということが未来を拓くということです。

一関市の乳児死亡事件

- 本県の小児救急医療の現状を象徴したものだ。
- 医師不足はさらに深刻。
- 岩手県の医療施設に勤める小児科医はたったの125人。
- 一関市を含む両磐医療圏は9人。
- 一関周辺以外の地域はもっと深刻さを増している。

図10

事件から学んだこと

責任の所在を追及することだけではない。
起こってしまったことを二度と繰り返さないために何が必要かを分析し、
医療機関、行政と一緒に考えいく姿勢こそが未来を拓く。

図11

次に小児科医の過酷な勤務についてお話しします。盛岡医療圏では1999年から小児救急輪番制が敷かれています。当番病院が午後5時から翌朝の9時まで診療して他の医療圏でも対応しきれなかった患者さんについて重症患者について受け入れております。ただ当初7病院で始まったこの制度なんですけれども、お話ししてきたとおり病院自体でも小児科医の方が開業するとかして医師不足に陥っておりまして、残ったお医者さんの負担が非常に負担が増えております。次々と当番病院が離脱しまして現在は5病院でぎりぎり維持しているのが現状です。

小児科医の過酷な勤務

- 盛岡医療圏では1999年から小児救急輪番制。
- 当初7病院、次々と当番病院が離脱し、現在は5病院。
- 当直のある病院の小児科医の負担はどんどん増える。
- 疲弊した医師は当直のない診療所の方がいい...と開業する。

図 12

2005年に離脱した幹部の方に当時の心境についてお伺いしましたところ、輪番制の為に50代の女性小児科医師がたった一人で当直を受け持っていたんですけれども病気をして休んだ。病み上がりなのにしばらくは輪番制も頑張ってもらったけれども、30分ごとに患者さんが入って殆ど眠れないまま次の日普通に外来に入ってさらに入院患者さんの回診も行ってそういう状況が続いている中でその女性の方に今後も輪番制を続けてくれとは言える状況ではなかったと。医師も一人の人間であって限界があるということを繰り返しその方はおっしゃっておいまして。この方も輪番制の重要性についてはもう十二分に感じておいまして、そう言った輪番制を離脱することに対し大変申し訳なく思っているようでありましたけれども、その女性医師の負担を考えればやむを得ないということでした。いまこうしてみますと小児科は開業ブームが起こっておりまして、この離脱した病院に見るように当直の病院からはどんどん小児科医がいなくなっておりまして開業する傾向にあります。さらに私たち市民の立場を考えますと核家族化が進みまして身近におばあちゃんのような小児救急に対する基本的なアドバイスをしてくれる方がいないという現状で子育て初心者の親はすぐに病院に駆け込みまして、しかも近くの診療所ではなくてなるべく大きな病院に行ってみたくてそういう気持ちが出ておいまして、それが形に表れております。その結果当直のある病院の小児科の医師の負担はどんどん増えて、疲弊した医師は当直の居ない診療所の方が良いとまたさらに開業に走って残された医師の負担はまたさらに増えるそんな悪循環が繰り返されております。親は医師が満足に診てくれないと医療者側は大したことがなくてもまるでコンビニのように24時間体制で親は駆け込んできてさらに十分な医療を受けられなければ不満ばかり言うという互いに不満を募らせているというのが現状ではないでしょうか。若い子どもを持つ親が先ほど坂下さんもおっしゃいましたけれども身近なところにいつでも診てくれる小児科医が欲しいと願うのは当然のことです。

行政は国に対して本県の緊迫した状況を引き続き訴えることが必要です。さらに病院に勤務する小児科医に対して何かインセンティブを与えるような制度の改善を求めていく必要があると思います。しかしこれまで縷々申し上げて参りましたように岩手県の小児医療を取り巻く環境はもう崩壊寸前といっても良いのではないのでしょうか。患者、医療者、行政がそれぞれもういがみ合っている場合ではないと思います。患者は医療を取り巻く現状を理解して、例えば子どもの病気に対する基本的な知識でも良いですから今自分にできることは何なのかというのを一緒に考えていく姿勢が必要ではないのでしょうか。

まとめ 1

- 行政は国に対し、緊迫した状況を訴え、病院に勤務する小児科医に対するインセンティブを与えるなど、**制度の改善を求める必要がある**。
- 患者は医療を取り巻く現状を理解し、たとえば、子どもの病気に対する**基本的な知識を身につける**など小さな事でもよいですから、「**今、自分にできることはなにか**」を一緒に考えていく**姿勢が大切**とおもわれる。

図 13

まとめ 2

- 報道は「こうなったのはだれのせいか」と、互いの**責任転嫁をあおるのではなく**、さまざまな立場の人の声を吸い上げて現状を把握・分析し、「少しでも改善するにはどうしたらいいのか」という、**前向きな姿勢**が大切となります。
- ここにお集まりの皆様、いろんな立場の方々がいらっしやると思います。私を含め、今後の岩手県の小児救急医療の充実のために、**手を取り合って考えていきたい**とおもいます。

図 14

私たち報道の立場にとってみましてもこうなったのはだれのせいか、事件が起こったのはだれのせいかという互いの責任転嫁をあおるのではなくて、さまざまな立場の人の声を吸い上げて一緒にその現状を分析して、少しでも改善するにはどうしたら良いのかというそう言った前向きな姿勢こそが今大切になっていると思います。ここにお集まりの方はいろいろな立場の方がいらっしやると思いますけれども、私を含めまして今後の岩手県の小児救急の充実のために一緒に考えていきたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

わが国の小児医療・救急医療体制の改革にむけて

藤村 正哲 日本小児科学会小児医療政策室
厚生労働省衛藤義勝研究班
「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」

今日はこの機会を与えていただきまして日本小児科学会として私たちの考え方をご批判いただき、皆さんと一緒にさらに新しい考え方ということで改善していきたいと思っております。ここにありますように日本小児科学会理事会では小児医療提供体制の改革ビジョン、小児医療

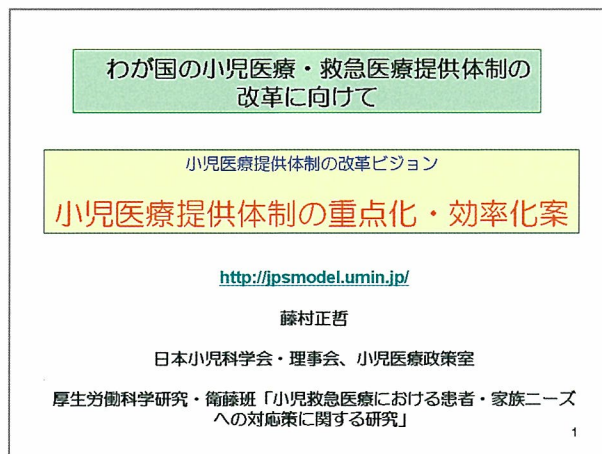


図1

提供体制の重点化・効率化案というものを約2年半ぐらい前から会員の総力を挙げて検討してきております。基本的な姿勢は日本小児科学会は病院小児科医が中心の組織ですけれども、自分たちでなすべきことは何かということをはっきりさせるということでもあります。小児救急というのは地域性に根ざした医療です。日本小児科学会には47都道府県に地方会というのがあります。ですから47カ所にそれぞれ委員会をつくりまして、この問題をプランとして作っていこうと言うことで今まで活動してきていただいております。その内容も含めて皆さんに一度ご批判いただきたいと思います。

まずは病院小児科の現状について先ほどの演者と共通すること相違することいろいろあるかもしれませんが、私ども学会がどのように今まで考えてきたかということからご紹介します。これは4年ほど前に厚生労働科学研究の中で調べた大阪の小児救急医療連絡会議に所属する医師109名にアンケートをした内容ですけれども、結論はですね小児科医が病院を辞めてい



図2

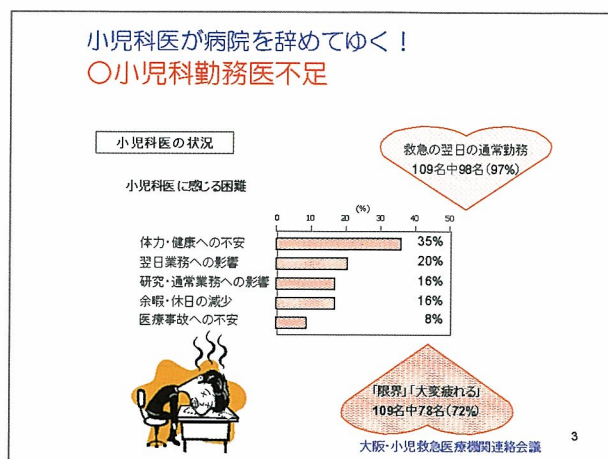


図 3

て小児科勤務医不足というのが非常に顕著に出つつあったということです。この方々 109 名のうち 98 名は救急の翌日は通常の業務をしています。皆さんどう考えているかというともう限界だと大変疲れるっていうのが 7 割、ここにあるような項目について非常にいろんな指摘があるわけです。

これはまた別の研究班で小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究ということで、全国 55 大学の小児科医 859 名にどの程度休まれるか調べています。全く月に一日も休みの無い人が 150 名強、月の内 1 日だけ 2 日だけ 3 日だけ 4 日だけとここで殆ど大部分ということで週

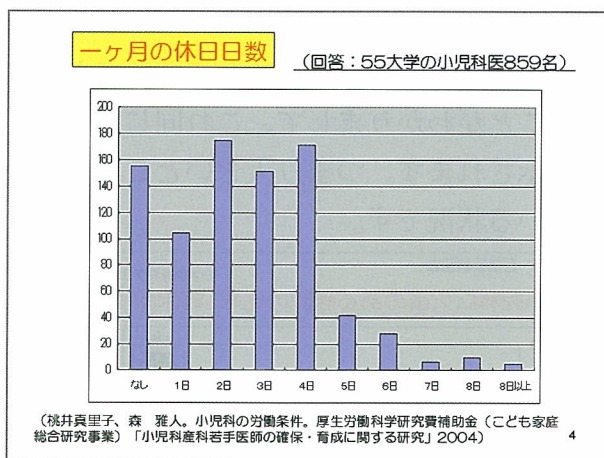


図 4

休二日などっていうのは全く夢の世界であります。もちろんこの人達の多くは家族を持っています。ようするにそうした生活というものの両立がほぼ不可能な生活を仕事の中で続けているのが明らかになっているわけです。

医師がどの程度勤務しているか日本小児科学会では調べました。20代で週平均68時間です。労働基準法というものをもち出すまでもなくですね、標準基準は週 40 時間ということになるんですが、20代ですと 814 名もそう言う医師がおると、30代、40代とどんどん減るかというと殆ど減らない 40 代の平均でも 58.9 時間これは大変なことです。ですから私たちこれは医師の環境を整えることが小児医療を守る一つの重要な課題だということを認識してきているわけです。

小児科に医師不足というのが非常に問題になってますが、小児科医の偏在という風に抽象的に言われていますので、私どもはそれを調べてみましたところ実は欠員のある病院は大都会に

病院小児科・医師現状調査		日本小児科学会・2005	
小児科勤務医の労働時間（週）（中継集計）			
年齢	週平均労働時間	医師数	標準偏差
20歳～	68.2	814	15.9
30歳～	62.9	1446	13.2
40歳～	58.9	1241	12.5
50歳～	52.5	664	11.3
60歳～	46.9	122	8.6
70歳～	46.0	23	13.8
80歳～	40.0	1	.
合計	60.6	4325	14.3

図5

病院小児科・医師現状調査		日本小児科学会・2005				
小児科に欠員のある病院数 -都道府県別・上位順- N=1,224						
都道府県	欠員あり	欠員なし	その他	未回答	総計	欠員ありの割合(%)
愛知県	31	38	2	1	72	43.1
東京都	20	66	1	4	91	27.8
大阪府	18	49	4	1	72	25
神奈川県	16	23	0	0	39	22.2
兵庫県	15	37	1	1	54	20.8
京都府	13	25	3	0	41	18.1
埼玉県	13	26	2	0	41	18.1
広島県	11	27	0	1	39	15.3
栃木県	10	12	0	3	25	13.9
福岡県	10	42	3	2	57	13.9
岐阜県	9	21	0	3	33	12.5
宮城県	9	11	2	0	22	12.5
新潟県	9	28	1	1	39	12.5
千葉県	9	20	1	2	32	12.5
岩手県	8	18	1	0	27	11.1
滋賀県	8	24	1	0	33	11.1
長野県	8	29	0	1	38	11.1

異常事態は既に何年も前から進行してきた (柳原恵子)

図6

むしろ多いと言うことがはっきりしました。愛知県の場合 72 病院小児科の内 31 病院で欠員があってその割合は 43%に達する。同じようなことで東京、大阪、神奈川、兵庫、京都、埼玉、このようなところは 20%前後までの小児科に欠員を生じているわけです。なぜこうかと言いますと 5, 6 人以上小児科医がおると 1 人ぐらい減ってもですねもうそのままやってくださいと言うことになるわけです。1 人減ってもそのままこの仕事を続けましょう。2 人の小児科医の小児科で 1 人減りますと今までやっていたことはかなりできなくなります。もちろん 1 人のところは小児科医無くなるこれ今そういう事態が生じておるわけですが、これは完全に小児科の閉鎖という事態になります。

大きなところだと少ない人数で頑張れということでも働いている先生方がかなり追いつめられた勤務環境にあることがわかりまして、これ同じ事を病床が大きいほど欠員の小児科が多いということもここで示されます。つまり大きいところほど働いている医師はですね結構過剰業務に追まわられている状況です。

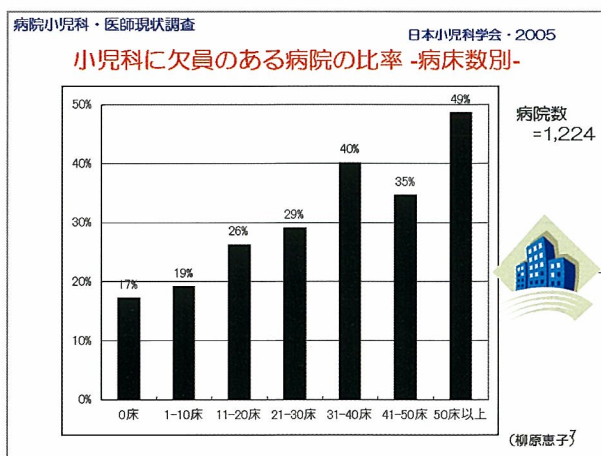


図7

まとめますと病院小児科医の長時間労働が顕著。その結果重要なことはですねやはり良質な医療、医療の安全が損なわれるこれが非常に大きな問題だと思います。結果的に燃え尽き症候群という言葉がありますが、困難な職場から離脱する。先ほどのご発表に少しございました開業するって言うのが手っ取り早い選択とそう言うことになります。ますます病院小児科医は数が減っている。ですからわが国の小児科は過去 5 年間で約 5% ぐらいですね小児科そのものが減っていつておるわけです。一つ新しい大きな問題がですね女性小児科医の問題です。この

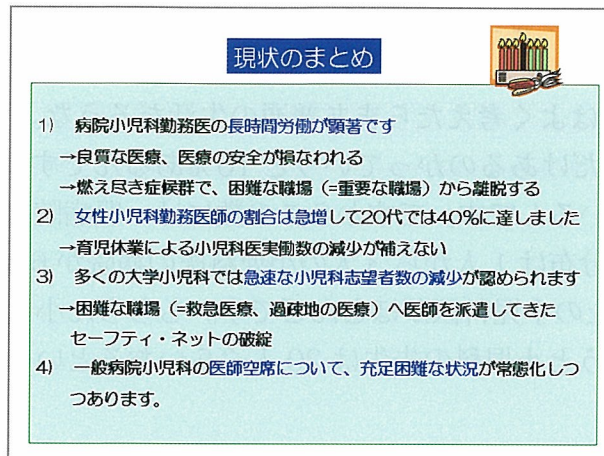


図 8

方々当然育児という大きな役割があるわけですが、どんどん割合が小児科医のなかで増えてきて40%ぐらい、現在も50%に達しつつありますけれども、育児休業による小児科医実働数の減少。これが当然抜けた分を補って欲しいわけですがその補いができないので残された医師が過剰労働になる、サービスが低下する、といろんなこういう問題がずっと続いている訳です。さらにこれは細かいことは略しますが、急速な小児科志望者の減少というのが認められてきて、いままで一つの大学の小児科に毎年5人とか8人とか小児科医目指して入局といっていますが、来られた若い先生方が3年前は5人だったのに今年は2人だとかいうそういう風な状況が全国の大学小児科で聞かれておるわけです。大学って言うものは良い面も悪い面も今まで言われてきました。しかし、困難な職場すなわち救急医療とか過疎地の医療、こういうところへ先生ともかく1年間行ってください2年間頑張ってくださいって大学がその医師にお願いしてですね、医師を派遣しているという事実これは厳然として否定することができません。すなわちわが国における弱い部分のセーフティネットとして大学の小児科が役割を果たしてきました。ところがこういうところに志望者が減りますとセーフティネットそのものの機能が破綻しつつある。それがますます医師が少ない診療地域における病院の医療をさらに困難にしておるわけです。よく言われます、昔は大学の小児科に頼みに行ったら何とか派遣してもらえた。それはその先生があってもどうしようもないという状況のあることを認識していただかないといけない状況、これになってきているわけです。

調査結果では、1人の小児科医は284病院あるんですね(図9)、小児科医2人は238病院、

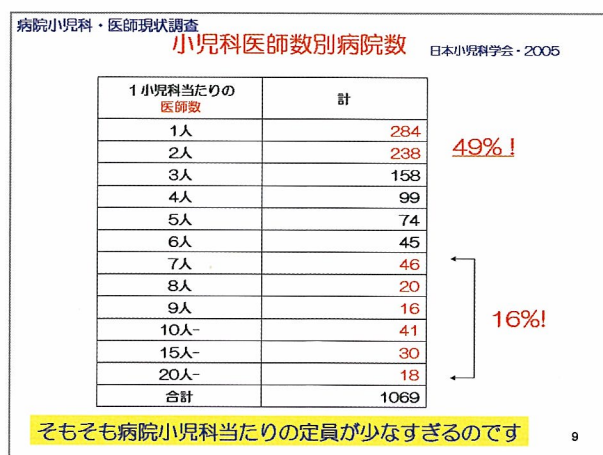


図 9

これで半数を占めます。つまり、わが国には非常に小さい規模の小児科が多いんです。こういうところで1人抜け2人抜けると当然半分になる3分の1になるっていう状況はすぐに分かります。7人とかおりますと1人ずつ当直してもまあ週に1回当直と単純計算なりますけど、週に1回当直っていうのはよく考えたらまあ普通の生活だろうな。じゃあ7人以上の小児科というものがわが国にどれだけあるのかっていうと16%あるんですけど実はこの中で約90大学病院もこれみな含んでいるんです。ですからこの数には一般病院はほんの一部だということになります。わが国の分布は1人から3人の小児科医の病院が6割を占めます。

イギリスでは20人以上の小児科医がほとんどです。もちろん小さな病院も一部ありますけれども、病院小児科というと小児科の先生は20人ぐらいおるとというのがこれ少なくとも英国の常識な訳です。

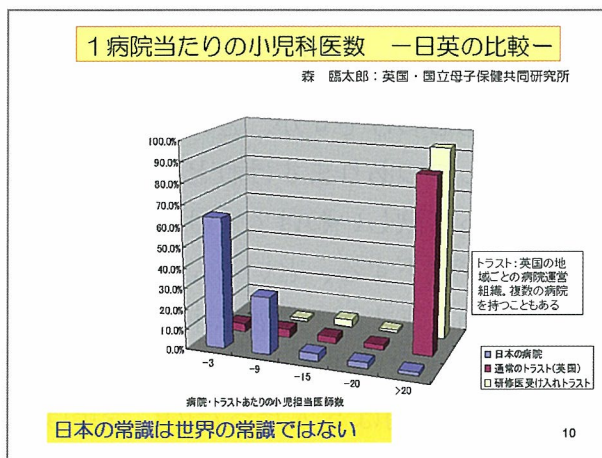


図 10

わが国では病院小児科というところこういうイメージでみんな考えてきます。しかし求めている病院小児科医療っていうのはイギリスでもわが国でもみなさん同じ医療を、質の高いいつでも診てもらえるそういう医療を求められているわけですが、この構造を維持する限りそういう医療の提供は今後難しいだろう、入院できる小児科は地域に必要な最小の数にまとめていくべきではないだろうか。一方外来診療をする病院小児科はこれは今まで通り維持する。ですから入院できる小児科の重点化、こういう事を日本小児科学会では考えている訳です。集約化しても普段かかる小児科は今まで通り。入院検査が必要なんですということになると地域では必要な最小数の病院小児科のほうに受診していただくということになります。

今、なすべきこと

1. 入院できる小児科は地域に必要な最少数にまとめる
2. 外来診療をする病院小児科は今まで通り維持する

つまり集約化しても普段かかる小児科は今までどおり

図 11

日本小児科学会が2004年に効率的な小児医療提供体制へ構造改革をしていこうと提案しました。日本の小児医療の提供体制そのものを今後変えない限り同じ問題がいつも繰り返されるだろうということです。病院小児医療提供体制を集約化する一方、身近な小児医療を小児医療の特徴ですからこれは継続していく。外来診療ですね、広域医療圏で小児救急体制を整備しましょう。小児科医の数が十分ありませんのでいわゆる標榜小児科医すべての地域の小児科医みんなで担当しないとこれはとても対応できない。さらにさっき脳症の話もありましたが3次救命救急医療という体制をある程度の大きさの医療圏にはしっかりと子どもの領域でいま作り上げる必要があります。ご承知の通り救命救急センターに匹敵するそういうものはわが国では非常に少ないわけですね。同時にですね小児科医の勤務環境を改善してさらに小児科の医師をしっかりと整えることでさらにこの小児医療の提供体制を前向きに発展できるようにしようと言うことで地域小児科センターというものを私たちは提案しております。これはこういう集中治療等も救急等もちゃんと分担して、地域小児科センターグループでやりましょうということですね。

小児医療提供体制の改革ビジョン、2004・日本小児科学会
改革ビジョン・3つのポイント

1. 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、
 (ア) 入院小児医療提供体制の集約化
 (イ) 身近な小児医療の提供は継続、
 (ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図ります。
2. 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進めます。
 その主な内容は
 (ア) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医*で担当し、
 (イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進めます。
3. それらの改革を進めるに当たって、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す。また医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要な場を提供します。

*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

図 12

二次医療圏に「**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ります

- 「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します。
- 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、病院小児科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します。

図 13

重点化のイメージについて図14で簡単に都会のモデルをご説明します。現在はNICUがあって救急救急は3つしてあります。これからはあっちこっちで救急やるのをやめて1カ所にして救急はここでやる。当直1人じゃなく2人にしてあちらこちらで当直とかオンコールされていたのを当直はもうやめましょう。その代わりにこの病院に移動して当直を2人しっかりとやります。14名これは医師の数です。小

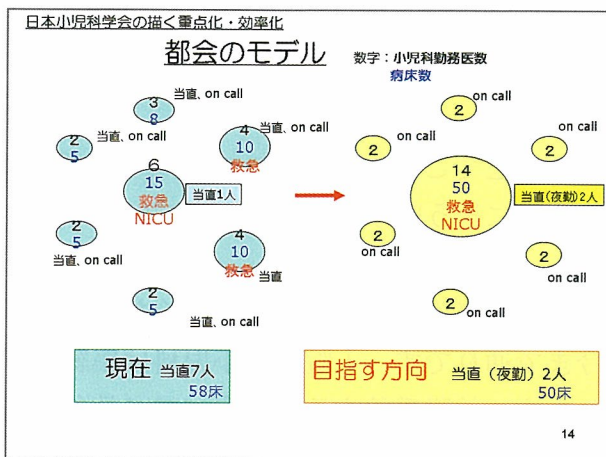


図 14

さな 15 床の病院だったのを 50 床の小児科に作り上げましょう。地域の同じ人数で 58 床これは 50 床の小児科に作り上げましょう。地域の同じ人数で 58 床、50 床病床の数を少し減らせる事ができる、効率化することもできる。

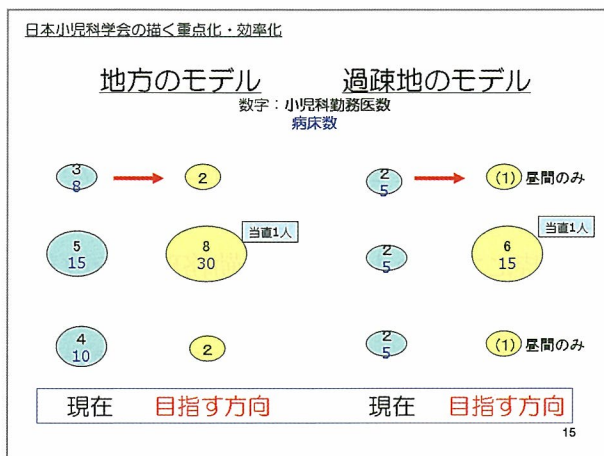


図 15

地方のモデルでは同じことですが小さなおとこやより 1 カ所は当直しておけるくらいの人ぐらいは確保していこう。その代わりに夜はもうドクターはこの勤務は難しいということので集約しようというプランです。サービスの低下をすることなくですねこういう体制を作っていく必要があります。

これは 3 次医療圏というところで県全体のイメージですが、大学のような中核病院で高度の医療や救命救急をやってそして地域小児科センターっていうのは 2 次医療圏ですね。問題になっています救急医療は地域の診療所の先生方や小さな病院の先生方すべてこの一カ所の 1

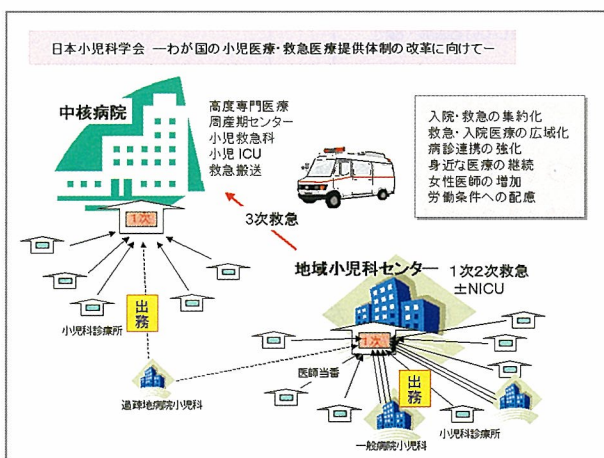


図 16

次時間外診療所に当番で出ることを中心としてこの地域の時間外診療を 24 時間提供すべきではないか、一部ではもうすでにそういうことが始まっていますがそういうイメージであります。

いろいろとご意見がありまして集約化すると病院が遠くなるので不便ということをおっしゃりますが、昼間の外来受診は今まで通りです。入院する小児科は集約化されますけど。夜間急な事態の時困るという声があります。普段受診する病院すべてで救急医療の提供を期待するっていうのは日本小児科学会にはこれは無理だという結論です。これからは 1 時間以内の距離で質の良い救急医療を提供できる地域小児科センターというのを作っていこうではないか、ですから

受診者からみた場合のQ&A

- Q: 集約化すると病院が遠くなるので不便
 A: 集約化しても病院小児科は減りません。外来受診は今までの病院です。集約化するのは入院病床です。
- Q: 夜間の急な事態のときに困る
 A: 普段受診する病院すべてに、救急医療の提供を期待するのは無理です。これからは1時間以内の距離で質の良い救急医療を提供できる地域小児科センターをつくってゆきます。
- Q: いままで通り近くの病院に入院したい
 A: 軽い病気で入院する必要はあるという場合、いままで通り近くの病院に入院できます。夜間も治療が必要な状態の方は、地域小児科センターに入院して、24時間体制のしっかりした医療を受けていただきます。入院医療の質が担保されています。

17

図 17

夜間急な事態の時に少し今までよりは遠くなります。このあたりでは例えば峠を越えていかないといけなのかもしれない。でも必ず安心のできるセンターを作っていくましようって言うのが学会の考えです。今まで通り近くの病院に入院したいというご希望はよく分かるんですが、入院の場合は地域小児科センターでむしろしっかりした24時間体制のケアを受けていただきたい。

病院の先生方にもいろいろと経営の立場からみてありましてね、今まで地域で取り組んできましたがそれやめないといけないのか。これは従来からされている分はもちろんそれは続けて

中小病院の立場からみた場合のQ&A

- Q: 今まで地域で小児時間外診療に取り組んできたが、それを止めなければならぬのか？
 A: 従来から診療されている民間医療機関について何ら変更や規制がかかるわけではありませんし、時間外の診療報酬も今まで通りです。公的病院については、都道府県が主催する地域医療対策協議会で医療・自治体の関係者が協議して、小児医療をより良く提供できるような医療機関の役割分担と配置を決めていく使命があります。
- Q: 小児科病床を縮小して収入が減ると経営上困難が生じる。
 A: 確かに収入は減りますが、経費も減ります。外来診療は継続しますので、現状の収支均衡が破れることはないはず。

18

図 18

集約化に協力を立場からみた場合のQ&A

- Q: こうしたプランを推進するために、現場に支援策はないのか。
 A: 日本小児科学会では、政府に下記の支援を要望します。
- 1) 外來型に移行する病院小児科に対する支援
 連携小児科加算の新設（ネットワーク事業に参加する小児科に対して）
 集約化補助金の交付（病棟縮小経費等）
 - 2) センター小児科に対する支援
 地域小児科センター施設基準と
 地域小児科センター入院医学管理料の新設
 - 3) 医師が連携のため病院間を異動することに対する支援
 連携強化病院と連携病院間の異動に伴う経歴の積算に関する行政措置

19

図 19

過疎の県のQ&A

- Q: 医師が少ないのに、集約化などしようがない。
 A: 確かに現状は孤立した町ばかりで、そこに最少人数の医師の小児科が配置されている状況を、どうするかが課題です。
- 1) 1時間以内の距離内に複数の小さな小児科がある場合、どちらかを重点小児科に指定して行きましよう。他の小児科を外來型に変更する努力を進めましよう。それぞれ小児医療は確保されています。
 - 2) 今後医師を増員する時、外來型でなく重点小児科にさらに増員ましよう。病院間ネットワークを支援ましよう。
 - 3) 市町村との話し合いにおいて、重点小児科を確保することが、地方の小児医療の質の確保・将来計画に不可欠であることを強調ましよう。

20

図 20

「わが国の小児医療提供体制の構想」・日本小児科学会
 地方会総括表 様式1-2「地域小児科センター病院用」(例)

項目	数値	単位	備考
15歳未満人口	151,241	人	
0歳児人口	216,12	人	
15歳未満人口1000人あたり	150	人	
入院小児科	6	科	
入院小児科	4	科	
①入院			
小児科一級病棟	22	床	小児科一級病棟
小児科中等病棟	5	床	
N1の診療科認可病床	3	床	
その他の診療科認可病床	11	床	
合計	41	床	
②外来			
小児科一級病棟	19	床	
小児科中等病棟	4	床	
小児科診療室	1	室	
合計	24	室	
③小児科医師			
小児科一級病棟	6	人	
小児科中等病棟	19	人	
小児科診療室	1	人	
合計	26	人	
④小児科医師			
小児科一級病棟	6	人	
小児科中等病棟	19	人	
小児科診療室	1	人	
合計	26	人	
⑤小児科医師			
小児科一級病棟	6	人	
小児科中等病棟	19	人	
小児科診療室	1	人	
合計	26	人	

21

図 21

いただいて良いわけです。ただ公的病院につきましては、都道府県が主催する対策協議会というのが今ありますのでこれでしっかりと協議して、効率的な医療の提供。これで役割分担と配置の検討ですねこれを今是非していただきたいということになっております。この点については厚生労働省もいま旗を振って各自治体が取り組もうとされているところです。これを進めるためにはまず少し小さくなる病院には診療報酬の加算をきちんとして欲しい。また集約化して大きくなる病院はしっかりと知事が指定してですね施設基準というのを作って体制を保証すると同時にしっかりと小児入院管理料を診療報酬の中でして欲しいということのを要望しています。

小児科学会で図 22 のような日本全国の都道府県のこういう地図作ってどういう風にしようかと色々検討しております、いくつくらいの病院が必要か、小児科医が何人ぐらいいるのか、そういう風なことも県単位で進めております。

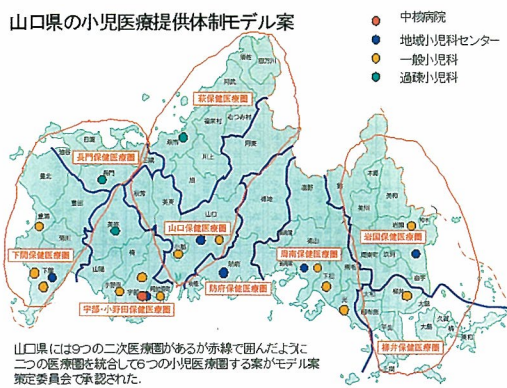


図 22

様式 1 (中核病院+地域小児科センター病院) の集計

	様式 1 の集計	中核病院	地域小児科センター病院	合計
病院数	病院数	78	262	
	連携する病院 一般小児科	348	559	
	過疎小児科	75	185	1,507
病床数	一般小児科病床	3,717	7,916	
	小児集中治療病床	156	207	
	NICU管理料認可病床	530	1,096	
	その他の疾病新生児病床	899	2,448	
	一般小児科	3,288	4,316	
	過疎小児科	455	789	25,817
医師数	一般・専門小児科	1,108	1,764	
	新生児集中治療	290	422	
	小児集中治療	119	67	
	一般小児科	960	1,097	
	過疎小児科	159	310	6,296
	様式 1, 2 を策定した都道府県数	36 都道府県		

47県では約 **8,200人**
23

図 23

地域小児科センター 1 病院あたりの小児人口について全国で検討しています。大きいところは 1 病院あたり人口沢山分担する。岩手県は右から 3 丁目岩手県はここですね。かなり極端な方ですね、これは 1 病院当たりの人口は非常に少ない。

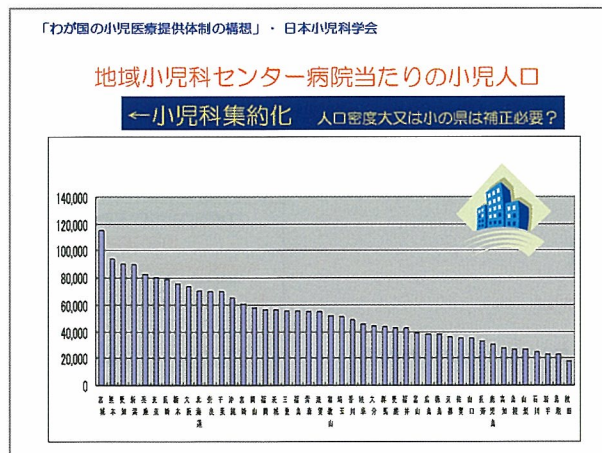


図 24

病院小児科医 1 人あたりの小児人口でみると、ここ医師過剰配置、これは医師過小配置ということになりまして、岩手県はちょうどこのあたりに大体全国の皆さんが考えておられるレベルあたりになっております。米国の小児科医も同じくらいでやっているわけで日本が医師が少ないとか多いとかあまり議論するよりももっとどういう風に提供したらいいかということ

考えるわけです。

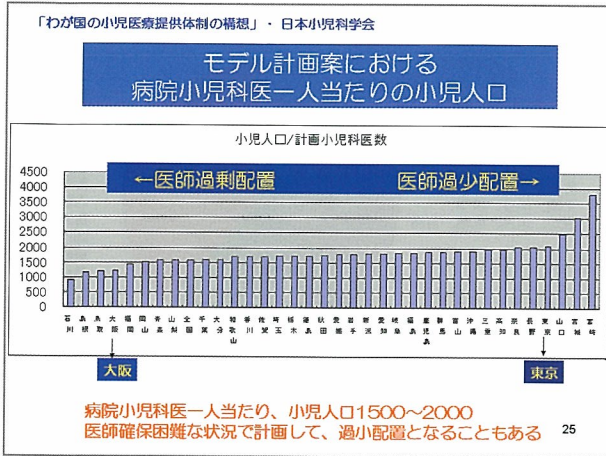


図 25

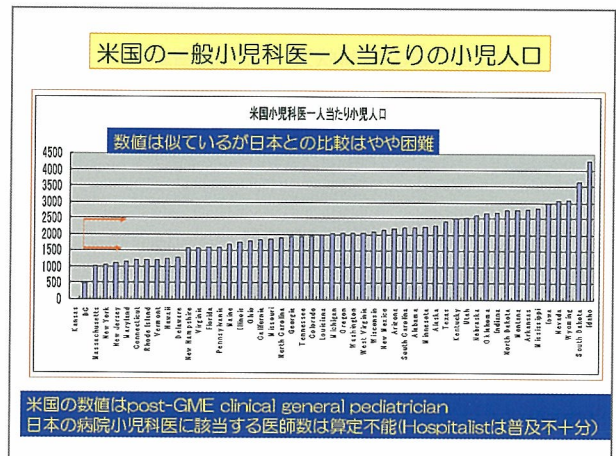


図 26

現在日本の病院の姿というのは、病院数を横軸にとりましてベット数を縦軸にとりますと、10床未満、10床から20床、せいぜい20床から30床の小児科が多いんです。

それをですね根本的に構造改革して将来目指す方向って言うのは、先ほど申し上げた地域小児科センター病院こういう風に大きな50床40床という小児科を地域で作っていこう。小さくする病院は外来型に変えましょうというのが学会の提案です。

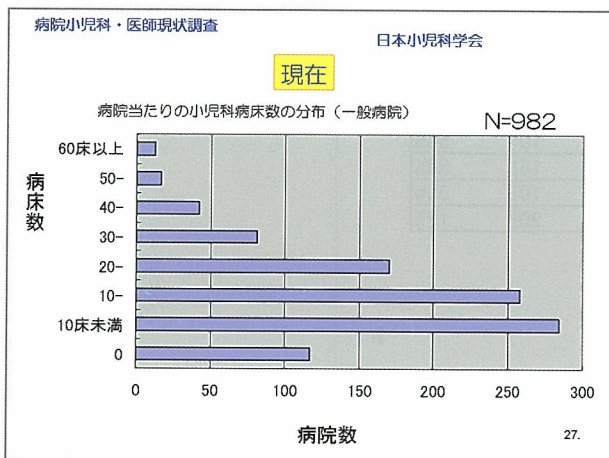


図 27

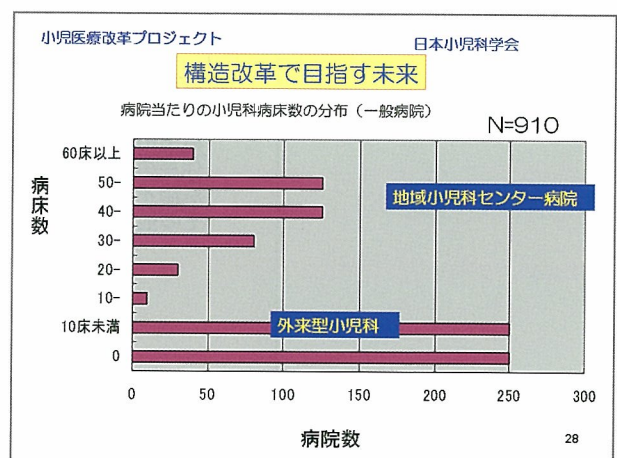


図 28

皆さんそういうふうにもいろいろ検討されていますので、ほぼやり方が決まってきたという県、それから具体案検討中、ここはまだその充分案が提出されていない。それは地域医療対策協議会等に都道府県の行政も入れてきちっと提出されているかどうかでこれを示しております。(図 30)

そういう議論をする中で小児科学会の先生方どういう風に考えておられるか。なかなか学会の提案にですね自治体のご理解を示してもらえないというのが半数。医師会の方々がどうかとこれは割と少ない。病院もなかなか協力してもらえないが5割を超えている。住民はわりとご理解がある。医師不足があるんでどうしようもないという風なことであります。(図 31)

これで最後ですが、私たちいろいろ考えてきまして日本小児科学会として皆さんにご相談したい呼びかけたい、いまお互いに理解し合って努力しようではないか。すなわちより良い小児

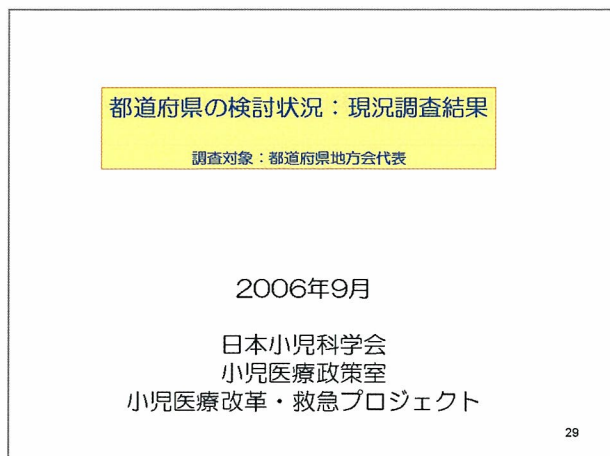


図 29

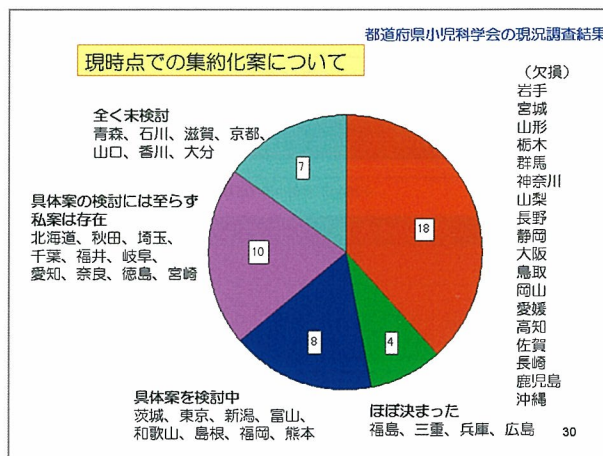


図 30

救急医療体制のために話し合いが必要です。私たちが努力します。皆さんも是非ご理解下さい。まず医療側の努力 24 時間いつでもと言う点については、これは勤務医まかせにせずに医師会・学会・病院経営者等が協力してですね 24 時間医療の体制をきちっと整備するそういう話し合いをお願いしたい。質の良い医療って言うことでは、内容の信頼できる時間外急病セン

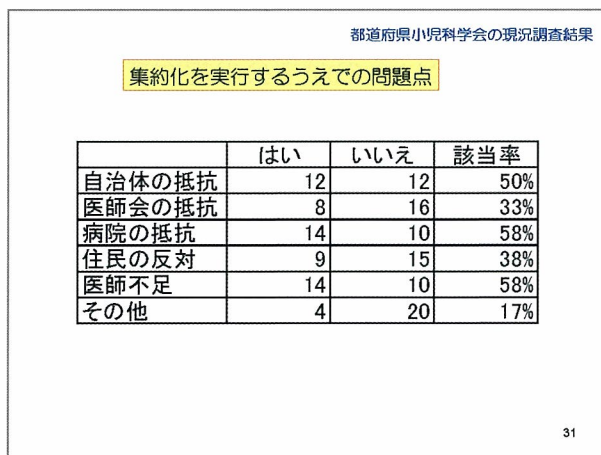


図 31

ターを作る。これがもういま一番重要です。夜間に勤務した医師はもう次の日は休むこれをやり続けると小児科医は増えてこない。できるだけ近くで診て欲しい。小児科を標榜している医師はその地域の方は全員参加して時間外急病センターを維持することで数がある程度確保でき

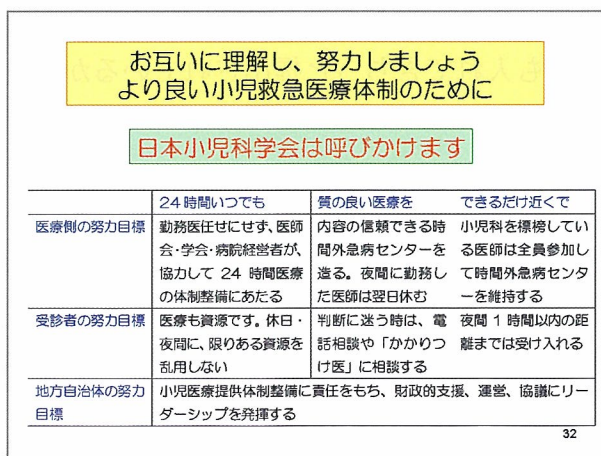


図 32

る。この診療所の数ですね。受診者の努力目標としては医療も資源です。病院とか医師の数とかこれ資源ですね。休日夜間に限りある資源を乱用しないで欲しいということになります。判断に迷う時は、電話相談やかかりつけ医に相談することをまず考えていただきたい。夜1時間以内の距離までは受け入れていただけないかと。これが受診者にご理解いただきたい。最後地方自治体の努力目標としては小児医療提供体制整備に充分責任をもっていただいて、財政、運営、協議にリーダーシップを発揮していただきたいことです。

結局ですね話はここへ戻ってくるんですね、そうは言ってもやはり医師が足りない。実際無い物ねだりはできません。結局当面はですねここで妥協しようと、小児科医の医師が増えるまではですね、まず医師の側は夜間長時間労働もがんばります、翌日も働く状態も我慢します。ともかくしかし、それをずっとはやりたくない、やはりそれを解決するそう言う世界を作りたい。患者さんの方はですね急病センター遠くなるのは当面は我慢するしかない。議論より実行の時だと思えます。今居る医師の数で、まずしっかりした急病センターを是非造っていかうとこれが日本小児科学会の提案でございます。どうぞご静聴ありがとうございます。

そうは言ってもやはり医師が足りない！
そうです、無いものねだりはできません
結局当面は・・・

◎小児科に医師が増えるまでは
医師は夜間長時間労働もがんばり、翌日も働く
状態を我慢するしかない

患者は急病センターが遠くなることを我慢する
しかない

議論より実行の時です。
◎今居る医師の数で、**先ずしっかりした急病センターを造っていきましょう**

33

図 33

岩手県の場合

亀井 淳

岩手医大小児科講師、医局長

岩手医科大学小児科の亀井と申します。4年前から医局長として私いろいろ岩手県の各病院とやりとりする中で私自身も感じたこともいっぱいありまして、さらに良くするにはどうしたらいいのかなというところがありました。ちょっとお時間頂いて最初に私自己紹介させてもら



図1

いますけれども、私自身は岩手県の水沢の出身です。医者になって20年経ちました。昨日誕生日でちょうど43歳になりました。私妻が耳鼻科医で共働きをしています。それから子どもが3人いるので小児科医としてはずいぶん妻には苦勞させているような気がしてます。妻は耳鼻科医といってもフルに働けない状況で、私当直等呼ばれたり等多いですから、実際先ほどスライドにありましたけども60時間勤務が普通じゃないかっということ書かれてますけども、実際ここ一週間70時間ぐらい働いてるんじゃないかなとは思いますが。ただだからといって私勤務医をやめて開業医になろうなんてことは全く思っていないで、毎日毎日ですわ何かひとつ新しい医学的な経験があると非常に面白いもんですから、ずっとこのまま勤務医ですわもちろん開業するとそう言うのが無いっていうわけではないと思うんですけども、今やっている仕事に誇りを持って働いているのでこのまま継続して働いていきたいなどは思っています。

それでは本論ですけれども、私が今日与えられましたテーマは岩手県全体の小児救急医療の体制を皆さんにお示して皆様のご理解とさらなる支援をいただければと思っております。今もありましたけれども医師が少ないとかですわあるいは過剰勤務だとそういう風なお話もありましたけれども、この盛岡商業高校の生徒達のようにですわ決してあきらめず前を向いて進んでいけば結果は自ずと付いてくるものと思っております。

岩手県の面積は都道府県のうち北海道の次に広くて東京、埼玉、千葉、神奈川この4都県を合わせた面積よりも広いです。

東は太平洋に面してしまっていて、三陸のリアス式海岸ですわ。それから西の方は奥羽山脈がありまして、それから南北に北上山地がある広大な県土を持ち交通に関してはいろんな要衝がありましてなかなか交通の便が良くないというのが事実です。岩手県の保健医療圏は9つに分かれてしまっていて、盛岡から岩手中部、胆江、両磐、気仙、釜石、宮古、久慈、二戸この9

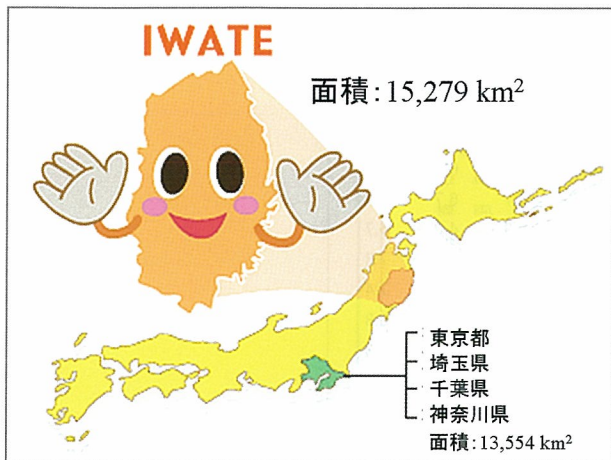


図2

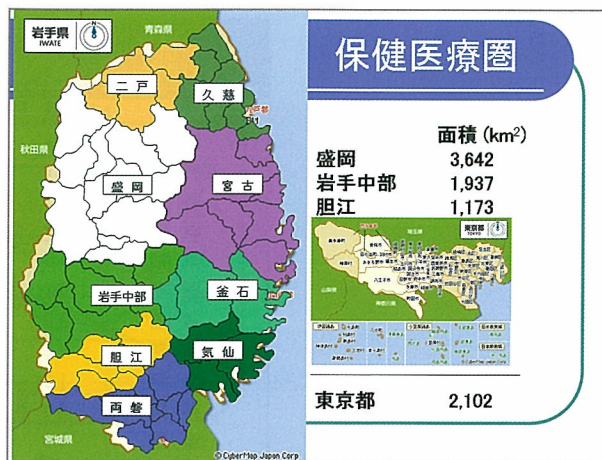


図3

つの医療圏があります。盛岡医療圏だけでも東京都の面積よりも 1.5 倍あります。東京都の地図を大体同じ縮尺にならべるとこれぐらいだろうと思います。岩手中部とほぼ同じくらいの面積だと思います。東京都の場合にはここに離島がありまして大体 2 万人の方が住まれていると思いますけれども、そういう離島がないのは非常に大きなメリットだと思います。

各医療圏と盛岡までの距離とそれを自動車での一般国道利用による時間を示します。実際には南北に高速道路と東北新幹線がここに走りますので、二戸あるいは一関に関してはこれよりももっと短く大体高速自動車道を使えば 60 分以内に盛岡に着くと思いますけれども、三陸の方の久慈、宮古、釜石、大船渡こちらの医療圏からは 120 分、2 時間ぐらいかかります。

岩手県の人口は約 140 万人です。ここんところ 20 年前と比べまして 15 歳未満の小児人口は 20 年前約 30 万人いますけれども、2005 年の人口で 19 万人小児人口がいます。大 20 年前と比べて 10 万人減少しているのは事実です。人口そのものはかわりませんので少子高齢化が進んでいることになります。

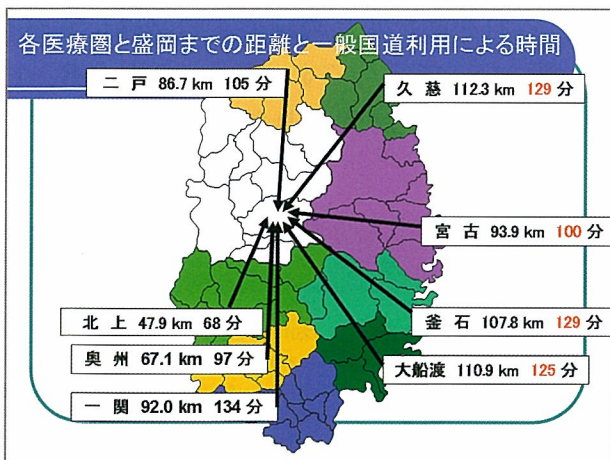


図4

	1985	1990	1995	2000	2005
0-14歳	306,332	268,793	239,115	212,831	191,123
15-64歳	949,551	939,602	924,418	898,300	855,024
65歳以上	169,427	204,963	254,059	302,567	338,802
計	1,425,310	1,413,358	1,417,592	1,413,698	1,384,949

国勢調査(総務省)

図5

これは小児科医師数ですけれども人口 10 万対全国では 11.4、岩手県全体では 9.5 です。2002 年のデータで少し古いんですけれども、盛岡は小児科医、岩手医大がありますので小児科医その分多いんですけれども、14.8 で、他の医療圏はいずれもこの全国平均から比べて低い。ただし年度ごとに見ていくとどうなるかというと、ちょっとグラフに表しますがここは盛岡で盛岡は横ばいなんですけれども、それから全国はこの赤です。岩手県は黒で各医療圏とも小児科医師数人口 10 万対で表すと右肩上がりに増えているってのが事実です。

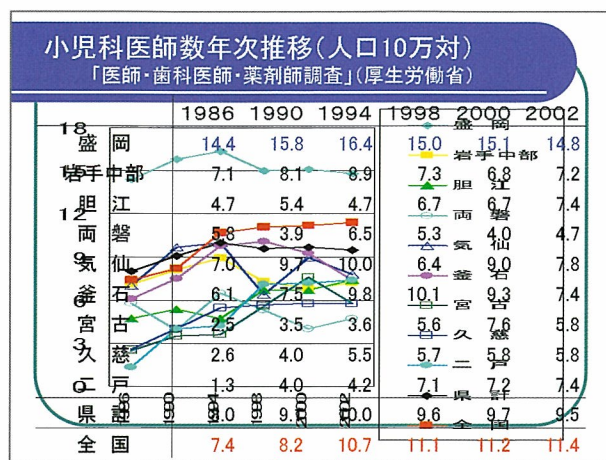


図6

これは小児人口を各医療圏の小児科医師数で割った値です。これも2002年のデータです。全国で1,239人という数字が出ています。これも盛岡の場合は小児科医2002年の時点で71人で小児人口72,000人これ割ると1,014人になりますけれども、他の医療圏ではなかなかそういう風な数字は出てこなくて、やはり各医療圏とも小児科医の数は少ないということになります。このような数で表すとやっぱり久慈医療圏、それから両磐一関地区ですね両磐医療圏が全国よりも2.3倍小児科医一人当たりの小児人口が多いということになります。

さらに病院小児科医一人当たり小児人口で表すとどうなるかありますが、全国は2,129人です。盛岡の場合は岩手医大を入れて39人これを大学を除いて18人大学から引くと21人になって大学を除くと各医療圏これぐらいの数字になるんですけども、こうやってみると宮古の方は勤務医の小児科医2人ですと7,131というふうな数字になってしまいます。その中でやっぱり両磐は5,000、久慈が5,000、いずれにしてもそれぞれの保健医療圏で小児科医はかなりの数必要になるような形にはなっています。先ほど藤村先生が小児人口1500から2,000を満たすという風な提案をされていました。これを満たすためにですね試算してみると岩手中部だと15、胆江だと11人必要とこういう風になってくんですけども15引く8、11引く6全部足すと52人ぐらい足りない。病院小児科勤務医が52人足りないという風な試算になります。

医療圏毎の小児人口と小児科医師数

	小児人口/小児科医師数	
盛岡	72,018 / 71	1,014
岩手中部	29,863 / 13	2,297
胆江	21,190 / 11	1,926
両磐	20,072 / 7	2,867
気仙	10,439 / 5	2,088
釜石	12,086 / 7	1,727
宮古	14,261 / 6	2,377
久慈	10,862 / 3	3,621
二戸	8,930 / 5	1,786
全県	199,721 / 128	1,560
全国		1,239

2002年

図7

病院小児科医1人あたり小児人口

盛岡	72,018 / 39	1,847
盛岡(大学除)	72,018 / 21	3,429
岩手中部	29,863 / 8	3,733
胆江	21,190 / 6	3,532
両磐	20,072 / 4	5,018
気仙	10,439 / 4	2,610
釜石	12,086 / 3	4,029
宮古	14,261 / 2	7,131
久慈	10,862 / 2	5,431
二戸	8,930 / 4	2,233

病院小児科医1人当たり、小児人口1,500~2,000を満たすために必要な小児科医: 全県で52人足りない

図8

これは小児科入院が可能な病院ですけれども、小児科入院可能な病院24で各医療圏に1つ以上の病院があります。このうち14が県立の病院なんですけれども、北はですね青森の八戸