

人材活用・支援策の検討

- **集中と分散**
 - 地域のセンター的病院への**集約化**
 - 他診療科医師との**協同**

図 11

ういった二つの例が集約化としては考えられるだろう。拠点病院方式によるものがどういうものか、というのは皆さん良くご存知かと思いますが、輪番制方式はこの左側の青い地域の中で複数の医療機関が曜日を定めて交代でやっているということになります。非常に連携を取ってやっていただいでやっておるのですが、搬送機関、あるいは患者の方の立場からすると、曜日によって場所が変わるということになります。

それに対して、拠点病院方式は一つの病院でございます。これが 365 日、距離は遠くなり

センター的病院への集約

- **拠点病院方式による小児救急医療**
 ➡ 平成17年度から小児救急医療支援事業に拠点病院方式を採用(2病院で4圏域をカバー)
- **センター的病院に小児初期併設**
 ➡ 市町村立等の小児休日夜間診療所をセンター的病院に併設し、地域の開業医が交替で診療

図 12

ますが対応する医療機関は一ヶ所、距離は遠くなるけれども、アクセスはスムーズになる。そういったものを今度は利用者が患者側がどう受け入れるかという一つの課題があらうかと思っております。

もう一つは初期と 2 次の連携例でございますが、基本的に総合病院、そういった病院の中あるいは敷地の中に小児夜間急患診療所を併設して医師会の方がそこに行っていただく。それで病院の医師がそれを支援する。こういった実例が本県の中に現在二つある。それから更にこういった検討を進めていただいている地区もございます。

あとは分散という形の中ではいろいろな方に小児初期を診ていただくため、内科のドクターの方々を中心に埼玉県医師会と連携しまして、小児救急の講習会を開かせていただいております。そういった先生方が小児初期医療にご協力いただく。こういう形でもう 2 年目になりますが、進めさせていただいています。

それともう一つは保護者の不安解消、単に小児救急の電話相談ではなく、子育てに関する電

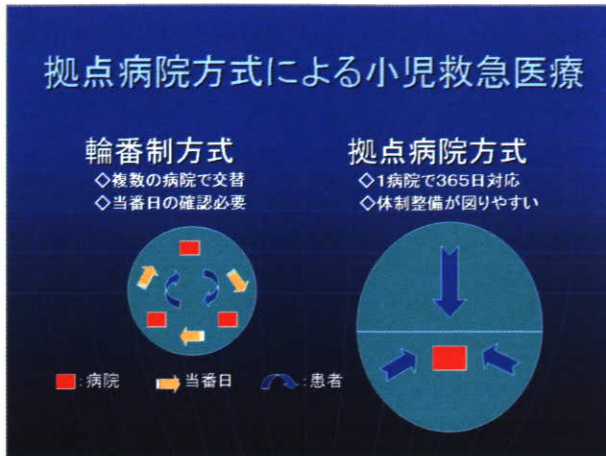


図 13

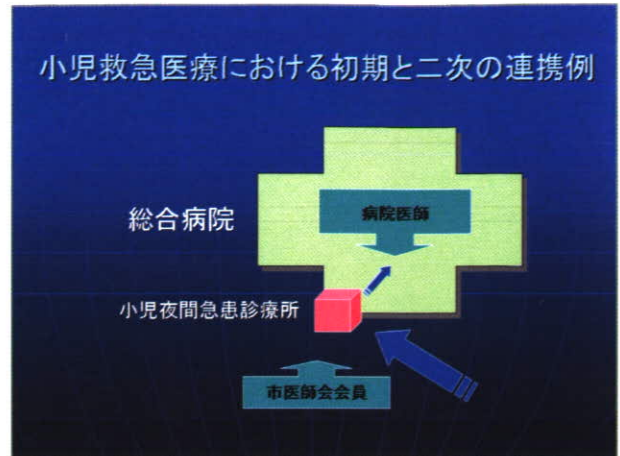


図 14

話相談ということも大変有効になるだろう。それからお子さんの急病への対応ガイドブック、今日お配りいただきましたけれども、そういったものを健保組合、医療保険の組合を通じ、ご家族に配布していただくという取り組みを昨年度から始めました。やっぱり健保組合も、市民がどういう形で関わっていくのが良いか、試行錯誤の段階ではございますが、私共は健保組合を一つの窓口として始めさせていただいております。

そういうことで子供をお持ちのご家庭に対しましては、いかに適切な受療行動を取っていただくか。その前提として不安をいかに解消していくか。こういう取り組みが大事だろうということで今申し上げました子供の健康、みんなで支え合い事業、これを18年度から実施しております。

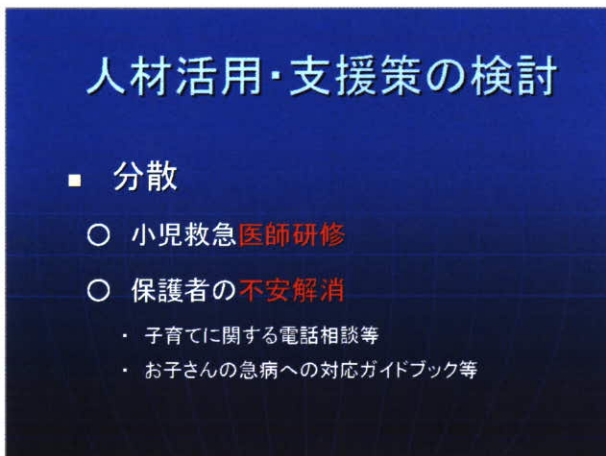


図 15

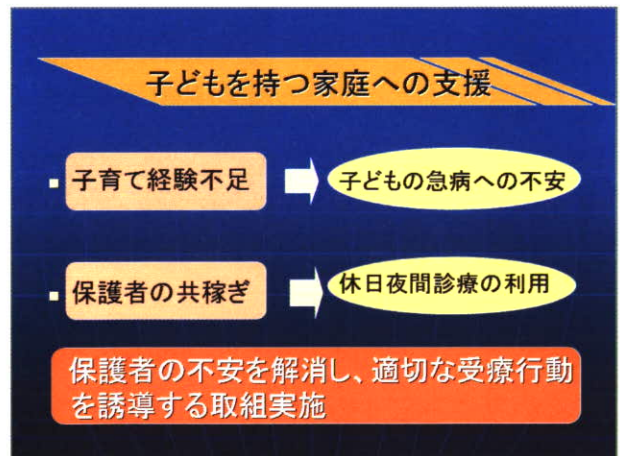


図 16

小児救急電話相談事業、これを間もなくスタートさせるという状況になっております。それから、医療機関についてでございますが、とにかく小児科医の確保ということが一番の課題となっております。

そういうことで今申し上げました内科医への小児救急研修会を実施、認定みたいなものを出させていただいて、そういったドクターの方々に初期医療へのご協力をいただくという体制作りを進めております。

それから2次につきましては、採算性の問題、専門の医師の確保、これらが課題であるということで支援事業を実施しております。しかし、運営費等につきましても充分ではないことは充分承知をしておりますが、年々少しずつではございますが関係者の理解を得て増額を図ら

子どもを持つ家庭への県の取組

- 保護者に対する救急知識の普及啓発
 ▶ 「こどもの健康、みんなで支え愛事業」を平成18年度から実施
- 救急時にいつでもどこでも相談できる体制整備
 ▶ 「小児救急電話相談事業」を平成19年度実施予定

図 17

一次救急医療機関への支援

一次救急医療機関(初期患者受療)

整備主体:市町村
 実施機関:休日夜間急患センター
 在宅当番医

課題 ●小児科医の確保困難
 ●乳幼児の救急対応困難

図 18

せていただいております。きょうは実際の経費等についてもご指摘いただきました。これらを十分に踏まえて検討をさせていただきたいと思っております。

それから専門医療機関につきましては、この上にございますように、埼玉県では、全国で唯一公募制度というものを行っております。病床が過剰であるということで、病院が整備出来ない中で公募を実施させてもらっておりますが、そういった形の中で周産期母子医療センター、

一次医療機関への県の取組

- 地域における初期救急患者の担い手を確保するために
 ▶ 内科医等への小児救急研修会の実施

図 19

それから小児救急を担う医療機関などに手を上げていただいたところには支援をさせていただくということで進めていきたいと思っております。それから医療対策協議会による検討を始め

二次救急医療機関への支援

二次救急医療機関(重症患者搬送)

整備主体:県及び市町村
 実施機関:小児科標榜病院

課題 ●救急を担う小児科医の疲弊
 ●小児科医の確保困難
 ●救急医療の不採算性

図 20

二次救急医療機関への県の取組

- 救急医療圏における二次救急医療体制を確保するために
 ▶ 体制維持のための運営費の補助
 - ◆ 平成12年度から「小児救急医療支援事業」を実施し、平成19年度補助額アップ
 - ◆ 平成17年度から小児救急医療拠点病院運営事業実施。

図 21

県の今後の取組

- 「病院の整備計画の公募制度」による医療供給体制の充実
小児救急医療を担う病院などを整備
- 埼玉県医療対策協議会による対策の検討

図 22

ていきます。生の声をお聞きして今後の対策作りに役だてていきたいと思いを。以上で発表
終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

小児医療の集約化・重点化に関する取組について

藤村 正哲 日本小児科学会小児医療政策室

お疲れのところと思いますが、よろしくお願いたします。私のお話は、今日の全体の集まりの整理も少しあるかも知れませんが、私の立場は日本小児学会の理事として、救急のプロジェクトと小児医療政策室を担当している者として、最終的には小児医療の重点化、効率化という

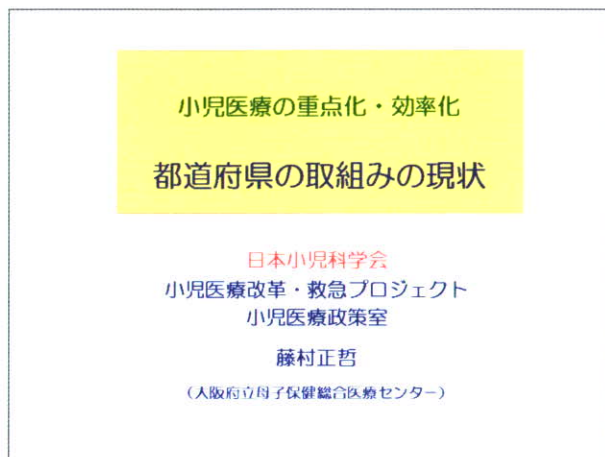


図1

のが目指す方向なのですけれども、それを今、日本小児医学会がどのように取り組んでいるのか、最後の方でそういうことをご紹介しますと思います。

さわりの部分は今日の最初のテーマである医師の勤務状態です、日本小児科学会の調査では、図2に有りますように20代の医師、814名は平均で週68時間働いております。30才代になりましても62.9時間、40代に入ってやっと60時間切るのでありますが、50代になってもまだ52

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2

時間。日本の病院小児科医はこのような勤務をしている。2年前に学会で調査したものです。

図3は厚生労働省の研究班で纏まった55大学の小児科医、859名が月に何日休みをとっておられるか、全く無い人がおどろくべきことに150人近くおられるのです。月に全く休みの無い人です、これは大学の勤務医です。月に1日、2日、3日、4日とそこまでで、もう5日以上という人はほとんどいない。週休2日というのは何処の世界か、病院勤務には全くそんな世界は無いのだ、ということが非常にはっきりするわけです。

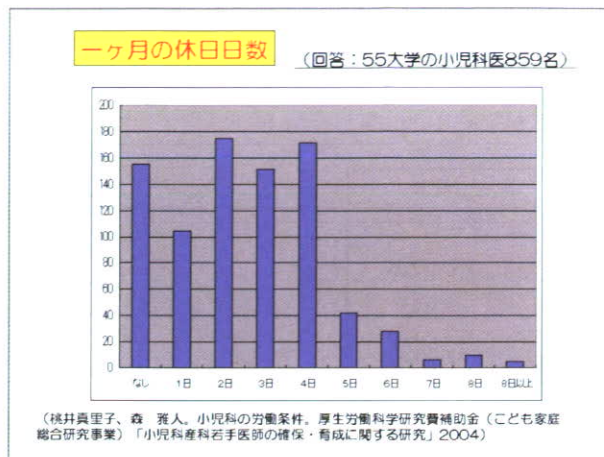


図3

そんなことを、私達はずっと昔からぼやいて来たわけですが、そもそも考えてみると日本では、一人しか小児科医師のいない病院、284 病院あるわけです(図4)。二人しか小児科医がいないのが238 病院、これで我が国の、私共が調査した中間集計の1,000 病院のうち半数はこのような状態です。いま振り返ってみて、小児救急、時間外診療を病院でやるとしました場合、



図4

毎日夜中もということになりますと、一人の医師では当然出来ませんので、7人の医師が労働基準法上最低限要ることになります。週に一日当直して土日もあるのでありますが、土曜日の昼、日曜日の昼、夜あるのですけれども、それもまあおまけにまけて7人と、それでやろうと、60時間週にぎりぎりで行けるだろう、全国で16パーセントしか、そんな病院はありません。これは事実です。実は驚くべきことに、16パーセントの中に全国の大学病院が入っております。ですからほとんど他の病院はないのです。これが我が国の現状なわけです。

我が国は世界の国と同じなのか? 英国は人口5,900万人、我が国は1億2千万人、英国は日本の約半分弱ですね、英国には204、小児科をもつ病院があります(図5)。我が国にはなんと3,500病院、英国の15倍あるわけです。病院あたりの小児科医の数は英国では20人、我が国では1.8人ないし2人、病院あたりの小児人口は英国では、75,000人、我が国では、それが病院が非常に手軽にそこら中にある。だから一つの病院あたり5,000人子供を担当していることになります。

これを図にしますと(図6)、手前のこの方が我が国の分布で小児科の医師数が1人ないし3人の病院が6割です。ずっと9人以下、15人以下となりますとどっと減ります。

病院小児科・日英比較

	英国	日本
人口	5,900万人	1億2,700万人
小児科のある病院数	204病院	3528病院
病院あたりの小児科医数	20.8人	1.8人
病院あたりの小児人口	75,000人	5,000人
同 総人口	29万人	3.6万人

図 5

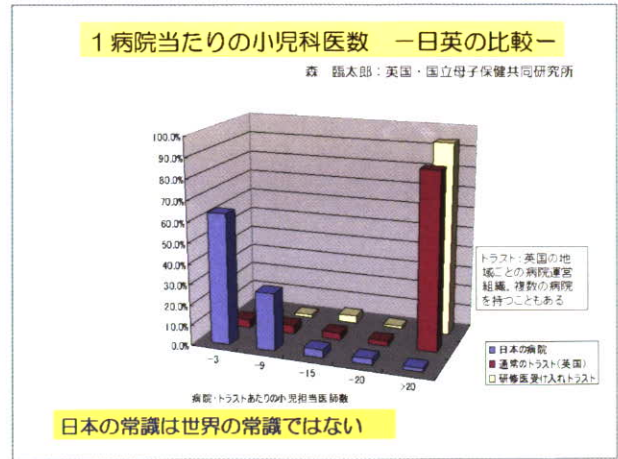


図 6

英国はほとんどが 20 人以上です。ロンドンの少し南にあるサリー州では人口が 107 万人、これだけの州で人口 107 万人という我が国では非常に狭い香川県がこの面積でこの人口です。大体この香川県と同じだとご想像いただいたら良いのですが。ここに四つの病院しかあり



図 7

ません(図 7)。20 人から 30 人の医師がそれぞれの病院に所属されています。そういうのが病院なのです。イギリスが特殊なのかそうではないのを私達は調べてまいりました。我が国が特殊なのです。ヨーロッパで日本のように病院小児科を配置している国はありません。これもはっきりしております。我が国は非常に特殊であると。

ですからこれをぼちぼち妥当な方向に改善していかなければいけない。小さな病院が乱立しているのが日本の構造的特徴で一病院あたりの小児科医数が少な過ぎる。だから今成すべき事として日本小児科学会が 2004 年に提言したのが改革、それは入院できる小児科は地域で統合していこう。地域に必要な最小数にまとめましょう。外来は今ままでおいていきましょう。病院小児科は今まで通りやりましょう。いままであそこの病院に小児科があった。ずっと外来は小児科をそこでやろう。つまり集約化しても、普段かかる小児科は今まで通りで行こう。これが日本小児科学会の提案の一番基本的な線で中澤先生が一番最初に紹介した内容です。

だから具体的にいいますと、今ある 2 次医療圏程度の人口 30 万ないしは 50 万の地区がありますね。それでいろいろな小児科がある。中には大きいのもあり、そこでは当直を一人されている。ところが今の現状では、ここでも当直している、ここも、ここも、ここも、あちこちの病院で当直してそこにばらばらと患者さんが時間外診療でこられているわけです(図 9)。

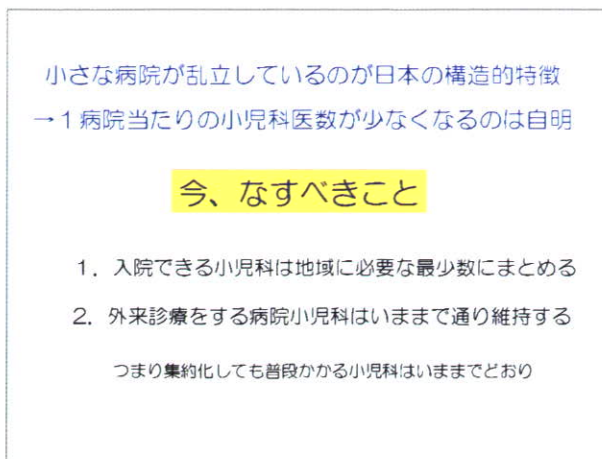


図 8

それを学会の提案では時間外診療をするのを一カ所にまとめましょう、他のところは昼間の外来だけやりましょう。ですからドクターも人数が多い所はすこしずつ皆こちらに移りまして、ここが 6 人であったのが 14 名まで増やしましょう。そうすると 2 人夜勤できまして、救急や NICU もして病床も大きくなります。ここの病床を皆こちらに集めましょう。これは図に描いたような姿です。

さらにそれをもうすこし分かり易くご紹介いたしますと、小児科センターというものを中心とした、全体をネットワークと考えます。この地域でここに重点化する、しかし地域のアクセスはちゃんと残していきましょう。そこにはベテランの先生が一人ずつ必ず勤務して、だいた

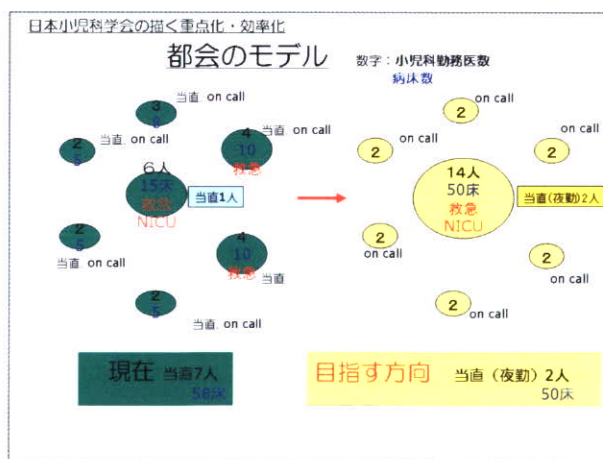


図 9

い今考えているのは、センター病院で円熟してきて段々と 40 代、50 代ぐらいになられた先生がこちらへ赴任していくというイメージを考えているわけです(図 10)。そうするとこの先生方もセンターで溜まってしまわずに、ベテランの先生にいろいろな意味でやっていただく。皆専門をお持ちなので、この地域でアレルギー専門でこちらに行くとおられる。こちらにもおられる。そういうふうなシステムを作っていったらどうだろう。医師は研修というのが非常に重要で各種専門医を養成する必要があります。そういうのは医療機関がしっかりしていないと出来ませんので、必ずこういう病院が要るのだというのを学会としては考えておるわけです。

それは絵に描いた餅ではありません。学会では実は、2 年前から各都道府県の日本小児医学会の支部にお願いしまして、何々県地方会と書いてあるのですが、そこでいまの例えば人口 30 万の地域でどういう医療体制を取るかビジョンを描いて下さい。というので 2 年間皆作業

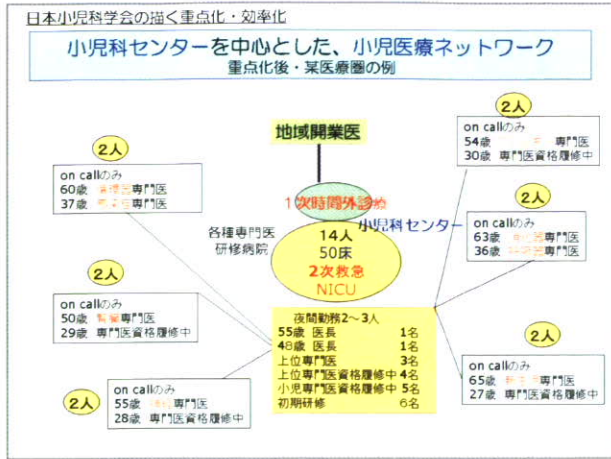


図 10

「わが国の小児医療提供体制の構築」・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)

「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」	改革ビジョン	地方会総括表 (中核・中核併用)	中核併用	中核併用
実施年度 2019年度・2020年度 2021年度	2019年度・2020年度 2021年度	15,281	150	150
1. 中核併用	2. 中核併用	258,12	150	150
3. 中核併用	4. 中核併用	150	150	150
5. 中核併用	6. 中核併用	150	150	150
7. 中核併用	8. 中核併用	150	150	150
9. 中核併用	10. 中核併用	150	150	150
11. 中核併用	12. 中核併用	150	150	150
13. 中核併用	14. 中核併用	150	150	150
15. 中核併用	16. 中核併用	150	150	150
17. 中核併用	18. 中核併用	150	150	150
19. 中核併用	20. 中核併用	150	150	150
21. 中核併用	22. 中核併用	150	150	150
23. 中核併用	24. 中核併用	150	150	150
25. 中核併用	26. 中核併用	150	150	150
27. 中核併用	28. 中核併用	150	150	150
29. 中核併用	30. 中核併用	150	150	150
31. 中核併用	32. 中核併用	150	150	150
33. 中核併用	34. 中核併用	150	150	150
35. 中核併用	36. 中核併用	150	150	150
37. 中核併用	38. 中核併用	150	150	150
39. 中核併用	40. 中核併用	150	150	150
41. 中核併用	42. 中核併用	150	150	150
43. 中核併用	44. 中核併用	150	150	150
45. 中核併用	46. 中核併用	150	150	150
47. 中核併用	48. 中核併用	150	150	150
49. 中核併用	50. 中核併用	150	150	150
51. 中核併用	52. 中核併用	150	150	150
53. 中核併用	54. 中核併用	150	150	150
55. 中核併用	56. 中核併用	150	150	150
57. 中核併用	58. 中核併用	150	150	150
59. 中核併用	60. 中核併用	150	150	150
61. 中核併用	62. 中核併用	150	150	150
63. 中核併用	64. 中核併用	150	150	150
65. 中核併用	66. 中核併用	150	150	150
67. 中核併用	68. 中核併用	150	150	150
69. 中核併用	70. 中核併用	150	150	150
71. 中核併用	72. 中核併用	150	150	150
73. 中核併用	74. 中核併用	150	150	150
75. 中核併用	76. 中核併用	150	150	150
77. 中核併用	78. 中核併用	150	150	150
79. 中核併用	80. 中核併用	150	150	150
81. 中核併用	82. 中核併用	150	150	150
83. 中核併用	84. 中核併用	150	150	150
85. 中核併用	86. 中核併用	150	150	150
87. 中核併用	88. 中核併用	150	150	150
89. 中核併用	90. 中核併用	150	150	150
91. 中核併用	92. 中核併用	150	150	150
93. 中核併用	94. 中核併用	150	150	150
95. 中核併用	96. 中核併用	150	150	150
97. 中核併用	98. 中核併用	150	150	150
99. 中核併用	100. 中核併用	150	150	150

図 11

していただけてきました。それをご紹介していきます(図 11)。これは県立なんとか病院が地域の小児科センターということで、ネットワークと中心病院になります。病床数、外来の数、専門の種類、医師の数、救急の提供状態。この病院とネットワークを組むサテライトの病院、これは 10 病院。こういうふうな計画を 2 年間やってきて、全国で 78 の中核病院と 262 の地域小児科センターが全国の都道府県から提案されてきておるわけです(図 12)。勿論これはセンターでして、これに連携する一般の病院がこれだけ、小児科がこれだけあって、病床もこれだけ、こういう計画を日本小児科医学会は作ってきました。

計算すると、計画では 8,200 人の小児科医が必要でして、今 6,500 人位しかおりませんので、すこし病院小児科医はこの計画を実行するには未だ足りない。しかし計画の妥当性も検証しなければいけないということです。

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

図 12

そういうことなのですが、具体的にどんなことをやっているのかということの一部の都道府県をご紹介しますと、これは青森県です(図 13,14)。青森はこの三つの医療圏で人口が多いのですが、他の所は、いわゆる過疎といえるところで、小児科医の数も一部に集まっていますが、他はばらばらということです。細かいことは省略しますが、この地区とこの青森市の地区と八戸市の地区に医師が集まっていて、他の所は本当に過疎です。

青森県の先生方が考えたのが、この中核病院はここ大学に置く。地域小児科センターはこの水色、一般の小児科がある病院はこの黄色、モデル案として学会の先生方が考えたわけです。ここでまだ中間段階なのです。これをご覧になったら、八戸に市立、労災、赤十字、経営主体が違うから合体しようが無いので、学会の先生が計画するのはここまでなのです。これ以上は

青森県

各医療圏ごとの人口及び医療資源の状況

保健医療圏	人口(千人)	15才未満人口	人口10万対小児科医師数	人口10万対小児科病床数	小児科医師数	病院数(小児科)	常勤小児科医師(1名)の病院数	小児科医師数
青森	343,886	45,480	156.7	11.6	40	23	7	17
津軽	320,053	42,369	280.8	14.7	47	30	7	17
八戸	355,684	51,326	152.1	9.8	35	17	7	18
西北五	158,280	19,986	96.7	4.4	7	4	4	3
上十三	195,548	28,075	107.9	5.1	10	7	4	3
下北	86,693	12,088	117.7	5.8	5	2	1	3
合計	1,460,144	199,326	164.0	9.9	144	83	30	61

資料：平成10年度調査(小児科医師)・資料調査(小児科病床)
 調査機関：平成10年10月調査(10月1日現在)

・3保健医療圏に医師が集中
 ・保健医療圏ごとの人口10万対小児科医師の格差

図 13

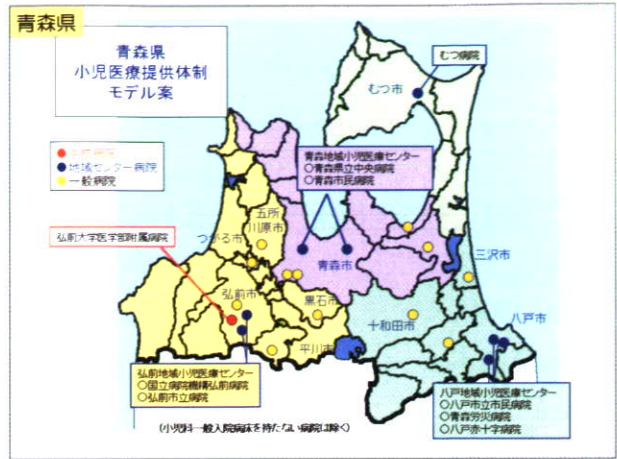


図 14

計画しようが無いのです。この病院を一緒にしたほうが良いのではと考えるのは容易ですが、経営主体が違ふところから先は政治の出番です。ですから学会はそこまでしか言えない。ここにも国立病院機構と市立病院が隣り合っていて、これは隣り合っていないですけれども県立と市民があると。すなわち重点化、集約化しようとしても、学会が提案していける内容には限界もある。しかしここまでは提案できるということです。

福島県でもいろいろな状況ありまして、こんな病院がずっとありまして(図15)、現在医師が非常に不足してこういう一名の小児科医の所がもうすでに集約化では無く消滅していったそうです。要するにすでにこの5年間でこれだけ消えていったわけです。また小児科医がこれだけ働いている、これだけの病院があるということです。

図16にまとめられておりますが、県の面積がすごく広いと、私共の小児科学会の考えでは車で1時間以内に、地域小児科のまとまりを作らなければいけない。そうすると福島はですね、六つも要ることになるのです。これはちょっと困ったな、という今段階です。先程最後に埼玉県の衛生部長がおっしゃいましたが、地域医療対策協議会、これはここでは担当者の福島県立医科大学の小児科の代表者はこの会議にはお呼びでは無いのです。行政はこういうことをやっておるのです。現場の一番主役の担当者と呼ばずに地域医療対策を協議したりする。実はこれは厚生労働省医政局は呼びなさいときちんと指示で書いてあるのですが、福島県では呼んでいない。



図 15

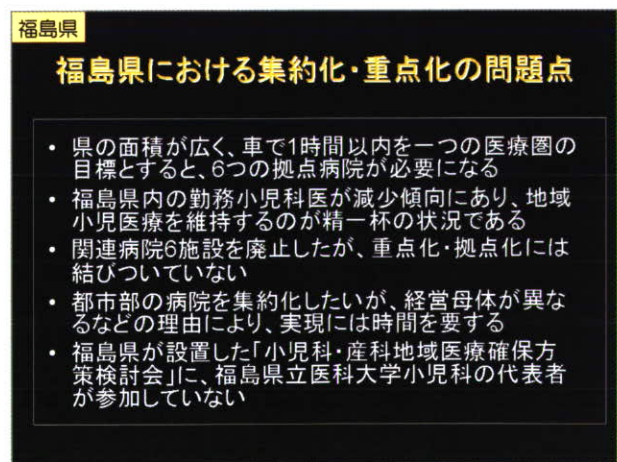


図 16

新潟県でもいろいろと努力されていて、もう既に中核病院とか地域センターの区割り、病院も決めていきました。重点化、集約化については1大学がこの新潟にはありますので、大学の人事としてそれをやっつけていこうということで、後方病院へ大学は重点的に増派すると、中核病院は大学です（図17,18,19,20）。

新潟は。四つの地区にそれぞれこうした病院を地域小児科センターとして規定して、それぞれ、救急、NICU、等をどういふふうにするかをお考えになっておりまして、ご覧になってお分かりのように、人口も30万、60万ここは大きいですね。こういうふうにならに考えておられます。

新潟県 新潟県の現状

- **モデル案策定について**
 - 決定事項**
 - 中核病院の選定
 - 区割りと地域センター病院の選定
 - 検討中の事項**
 - 病院小児科・過疎小児科の選定
 - * 小児科常勤医が1~2名の病院が多く、現在の医師数からすると小児科の統廃合は不可避。
- **重点化・集約化について**
 - 新潟大学医局人事の範囲で緩やかに進行中。
 - 地域センター候補病院への新潟大学派遣医師の増員。

図17

新潟県 中核病院の設置案

新潟大学医歯学総合病院
人口: 247万人
小児: 35.8万人

図18

新潟県 地域小児科センター(救急・NICU型)の配置案

★ 新潟大学病院 (中核病院)

新潟市近郊 佐渡

新潟市民病院
人口: 118万人
小児: 16.2万人

下越 県立新発田病院
人口: 29.4万人
小児: 4.1万人

上越 新潟県立中央病院
人口: 30.0万人
小児: 4.2万人

長岡赤十字病院
人口: 67.3万人
小児: 9.4万人

中越

図19

新潟県 これからの課題

- 病院小児科の集約化案の策定
 - ・住民・自治体・病院との協議
 - ・産婦人科との調整
- 行政が調整する協議会の設置**
- 現行の1次救急体制の更なる充実
- モデル案の小児科医師・医師会・住民・自治体・病院へのPR
- 小児科勤務医師の確保

図20

これからの課題としてご提案で考えておられるのは、これから住民、自治体、病院との協議に入らないといけない。それから小児科が非常に重要なのはある病院で小児科を廃止すると、その産婦人科が出来なくなります。産婦人科があると小児科も一緒に作らないといけないという問題があります。なかなかこれは難しいのです。それをして現行の1次救急の充実とか、いろいろな関係団体へのPR、そして医師の確保ということになるわけです。

あとちょっと色々あるのですが、時間の関係でこうして長野とか愛知とか、大都会の例でもこうして出来て来ました。これはプランです。病院案と書いてあります。奈良でもこうした案が出来てきています。詳細は略します。

和歌山でちょっとご紹介したいのは、昨年からこういう市、県と協議がされていて、和歌山県立医大が中心になった小児救急検討会で、和歌山市内に夜間休日、応急診療所、24時間、

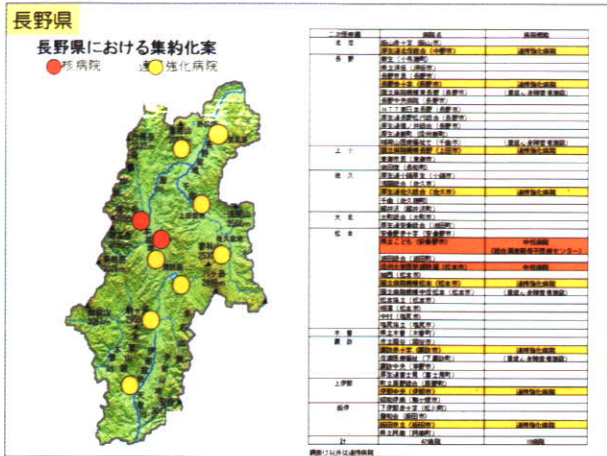


図 21



図 22

愛知県
愛知県地域センター病院案

医療圏	小児医療圏	新生児医療圏	医師数	
			小児科	小児外科・産婦人科
名古屋	名古屋市立城北病院	名古屋市立城北病院	9	0
	名古屋市第一赤十字病院	名古屋市第一赤十字病院	16	1
	名古屋市第二赤十字病院	名古屋市第二赤十字病院	15	1
	社会保険中央病院	社会保険中央病院	9	0
海部	名古屋機済会病院	名古屋機済会病院	7	0
	厚生連海部病院	厚生連海部病院	8	0
尾張東部	公立陶生病院	公立陶生病院	8	0
	一宮市民病院	一宮市民病院	11	0
尾張西部	春日井市民病院	春日井市民病院	4	0
	コロニー中央病院	コロニー中央病院	10	5
尾張北部	小牧市民病院	小牧市民病院	5	0
	厚生連江南新病院(仮称)	厚生連江南新病院(仮称)	9	0
知多半島	半田市立半田病院	半田市立半田病院	3	0
	厚生連加茂病院	厚生連加茂病院	5	0
西三河北部	トヨタ記念病院	トヨタ記念病院	11	0
	岡崎市民病院	岡崎市民病院	10	1
西三河南部	厚生連安城東正病院	厚生連安城東正病院	11	1
	刈谷豊田総合病院	刈谷豊田総合病院	6	0
東三河南部	豊橋市民病院	豊橋市民病院	15	1

図 23

奈良県
地域小児科センター病院 3施設:

病床数(床)	県立奈良病院 (3・0)	天理よろづ相談所病院 (2・0)	近畿大学(1.0) 奈良病院 (1.0)
(連携・一般病院・連携地病院)			
小児科一般	38 (36)	30 (31)	26 (20・30)
小児集中治療室	2 (0)	2 (0)	4 (0)
NICU (管理科認可)	12 (9)	0 (0)	9 (9)
その他の病院新生児	8 (0)	8 (0)	6 (1)
小計	60 (44)	40 (31)	45 (30・40)
小児科医師数(人)			
一般・専門小児科 [専・兼]	[8・0] (5)	[12・0] (9)	[8・0] (3)
NICU [専・兼]	[4・0] (4)	[0・0] (0)	[4・2] (4)
小児集中治療室 [専・兼]	[1・3] (0)	[1・3] (0)	[1・2] (0)
小計	[13・3] (9)	[13・3] (9)	[13・4] (7)

() : 現行

図 24

和歌山はすでにその実施を決定されました。どういふふうにやろうか。これが実に新しい考え方でして、深夜勤務の翌日の病院勤務は休みするというのを県の福祉部長から、病院管理者、病院長宛に協力依頼文書を出されまして、各病院長は了解されました。深夜勤務への執務を病院当直として扱う。一カ所でやるわけです。それはいろいろな病院から皆さん出ていきます。その病院の当直でないから、それは当直ではないというふうなことは言わない。こういう地域のみんで作り上げたセンターに執務するのは病院の当直としてちゃんと一つ数えましょうと。

和歌山県は、もう既に今年の10月開始の予定なのですが、問題はこうして勤務の枠を作り

和歌山県
日本小児科学会和歌山地方会小児救急検討委員会

2006年
2月 第1回委員会、以後月1回開催
8月 和歌山県福祉保健部と話し合い
9月 和歌山市夜間・休日応急診療センターで、「24時間、365日」の小児急病時間外診療の実施を決定
10月 和歌山市長に財政的支援を要請

2007年
2月 県福祉保健部長より病院管理者・病院長宛協力依頼文書

和歌山市夜間休日応急診療センター出務に関して

1. 深夜勤務翌日の病院勤務休み
2. 深夜勤務への出務を病院当直として扱う
3. 兼業の問題の解決

各病院長了解
7-9月 新小児救急体制への理解をうるために地域フォーラム
10月 小児救急開始

図 25

和歌山県
勤務医と開業医の役割分担

	日勤	準夜	深夜
平日		1人(勤務医)	1人(勤務医)
土曜日		1人(勤務医)	1人(勤務医)
		1人(開業医)	
日曜日 祝日	1人(開業医)	1人(勤務医)	1人(勤務医)
		1人(開業医)	

開業医枠の1/3が埋まっていない。このままでは、勤務医で埋めなければならず、勤務医はさらに疲弊する。

開業医の先生方のさらなるご協力をお願い申し上げます！

図 26

ましたところ、開業の先生が土曜の夜と日曜の昼夜にいていただく約束なのですが、この枠が開業の先生の能力で埋まらない。開業の先生になんとか頑張って欲しいというのが最後のこの和歌山県立医科大学のアレンジされている先生方の希望なのです。

あと佐賀とか鳥取とかがありますが省略しまして、こうしたことをやっている又はやろうとする全国の小児科学会の地方会で現況を聞きましたところ、地方自治体が、なかなかこのプランに乗ってこないというのが半分あります。この場合は都道府県が旗振りをしてはいますが、市町村はその土俵にのっていき相撲を取るほうです（図 29）。

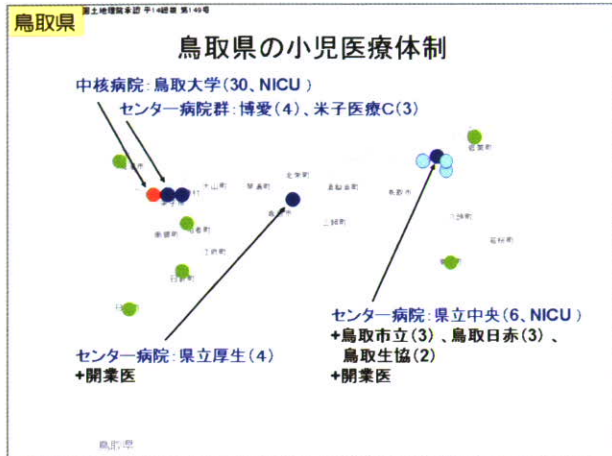


図 27

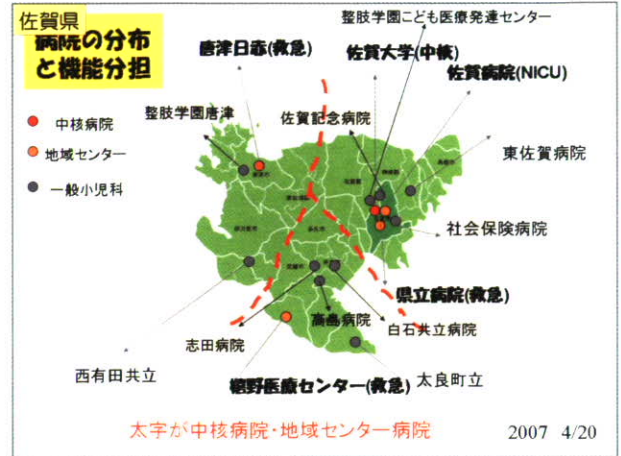


図 28

医師会は比較的協力的で病院は抵抗するところが多い（図 30）。つまり集約化されるということは、小さくなりなさいというふうな病院もありうることで、小さくなりなさいというところは反対ですし、大きくなりなさいというところも今の建物でどう大きくするのか、入院病床

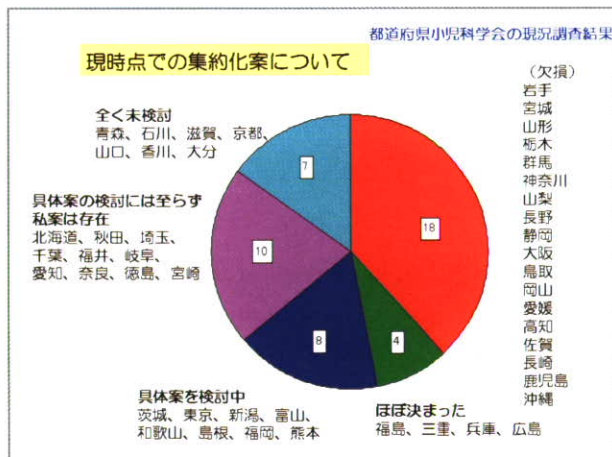


図 29

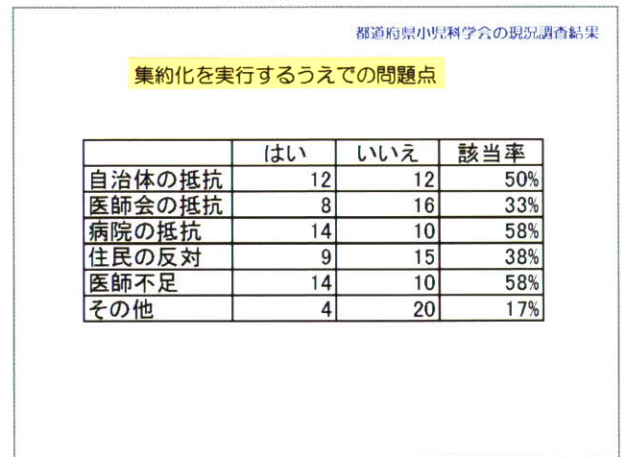


図 30

を大きく出来ない。直ぐには簡単にいかないわけです。住民の方は比較のご理解のほうは、この中ではすすんでいるほうです。

最後に私共小児科学会としては厚生労働省にはこうした外来型に移行するに対する支援とか地域小児科センターになる病院には施設基準をきちっと作って診療報酬の特定入院管理料をいうのを新設して下さい。それから医師が集約化の中で移動しなければいけないのですけれども、いろいろな意味で年金とか退職金とかややこしい問題がいっぱいあります。そういうものを既存のルールでやるとドクターは動けません。経歴の積算ということに関する特別処置が必要です。

今、政府がなすべきこと

政府・厚生労働省

(集約化計画を進めるために、有効・必要な措置)

- 1) 外来型に移行する病院小児科に対する支援
連携小児科の開設
 医師派遣力の交付
- 2) センター小児科に対する支援
地域小児科センターの設置と連携小児科センターの設置
 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

図 31

今、地方自治体がなすべきこと

都道府県

行政府として小児医療に見識を持ち、将来に責任を果たすこと

- 1) 小児医療計画を策定すること
- 2) 知事のもとに小児医療提供体制を検討する場を設け、小児医療計画の策定・実施と評価について諮問すること。その場に地域の日本小児科学会を代表する者を参画させること
- 3) 市町村間の医師派遣調整協議力を発揮すること

図 32

また地方自治体としては、これは医療法改正で明確に都道府県が義務として負われたのが、医療計画を作ることなのです。その中に小児というのがはっきり入っております。小児の医療計画を作って平成 20 年からそれを実行するともうあと 1 年しかないわけです。そのような段階ですから、もう抽象論では済まないですよと日本小児学会では都道府県で申し上げているわけです。住民の皆さんの声をまとめて行って欲しいということです。以上で私の発表を終わります。どうも有り難うございました。