

## 地域における小児保健・医療提供体制に関する研究

研究分担者 大山昇一 済生会川口総合病院小児科主任部長

### 【研究要旨】

過去20年間の診療報酬改定の経緯を分析した。日本小児科学会からの第7次医療計画への提案はできなかったが、研究班等での議論を踏まえ診療報酬制度およびそれ以外の社会資源の活用方法を検討した。子育て支援包括センターの業務と共同する形で小児科医の参画できるシステムを構築することが望ましい。人的資源としての小児科医は小児科専門医制度を活用することが望ましく、小児科医が参画することに対する報酬は診療報酬制度だけではなくそれぞれの業務を管掌する法律の範囲内からの拠出が必要であると考えられた。

### A. 研究目的

時代に即した新しい小児医療の財政的体制について提案を行う。

### B. 研究方法

日本小児科学会、日本小児科医会および内保連小児関連委員会での議論、他の小児医療提供体制に関わる組織や委員会の議論を参考にして提案を行う。予防接種、乳児健診、学校保健、小児在宅医療、災害医療等の問題点を個別に議論し、論文や学会等で発表し広く意見を求める。

(倫理面への配慮)

学会での議論、学会誌等発表の形であり、倫理的な問題は生じない。

### C. 研究結果ならびに

#### D. 考察

##### 1. 過去の小児医療費の問題点

かつての小児医療の問題点は、小児科常勤医が1～3名で外来と入院医療を提供するという小規模小児科が全国に乱立していることであった(図1、文献1)。そこに、時代の要請とも言える小児を専門に診療する医師への保護者の受診希望があり、とくに小児の時間外診療に対する社会的負荷が急速に高まっていた。その背景には、医療の急速な発展により小児死亡率(特に周産期死亡率)などが急速に改善したことによる重症児でも助かるという認識が一般人の間に広がったこと、予防接種が当時の世界レベルに追いついていなかったことに起因する予防可

能な疾患による重症小児の存在という解決可能な医学的課題が影響していた。

小規模小児科が乱立していた理由は、診療報酬制度の基本的骨格である「出来高算定の積み重ね」であったことは周知の事実である。時代の要請から全国の病院には多くの小児科が開設されたが、その収入は少なくリスクを侵してまで大規模化を実行できる施設は極めて限られていた。

その結果、小児科診療に対する需要と供給のバランスが大きく崩れ、とくに小児救急医療については一次から二次医療の提供のために疲弊した小児科勤務医が次々に脱落する、小児科を目指す医学生が減少するという悪循環が生じていた。さらに、当時可能となっていた高度医療(救命救急医療、新生児医療など)についてもその提供者が確保できない状況に至り、まさに小児医療全体の崩壊が危惧されていた。

##### 2. 小児医療提供体制の提案と小児の診療報酬

これらの問題点を根本的に解決する手段として、平成16年に藤村らが小児医療提供体制を提案した(図2、文献2)。地域に分散している小規模病院の小児科医を重点化し負担を軽減しようという提案の目指すところは、全国の一般病院勤務医からは支持された。その一方で各地域における中小病院(場合によっては大規模病院)の小児科の統廃合の提案であったことから、様々なステークホルダーからの反発も強かった。

しかしながら、第5次ならびに第6次医療計画に採用されたことで、全国的な整備は粛々と実施されることとなった。

日本小児科学会社会保険委員会の活動目標は、小児の診療報酬（とくに一般入院から高次医療にいたる入院医療）の改善であり、藤村らの提案と表裏一体の関係を保ちながら提案していくことになった。図3と4には、日本小児科学会社会保険委員会が作成した小児科関連の医療費の診療報酬上の変遷を示した（文献3、4）。

図3には入院医療費の変遷を示す。小児医療費の最大の問題点は、出来高の積み重ねで算定するとどうしても患者一人あたりの単価が低額になってしまい、その一方で成人に比べ多くの人手を要することであった。この問題点解決の嚆矢となったのは、平成6年診療報酬改定で採用された新生児特定集中治療室管理料であった。それまで出来高であった医療費を一日ごとの包括算定とする変革であった。この管理料は、その後の関係学会の努力により順次一日単価が引き上げられて成長した。さらにこの管理料の成功は、その後の小児科診療報酬改善の方向を決めたと言っても過言ではない。その一方で、提供した医療に対する対価がその主な算定根拠であり、その時点で必要とされる人件費はまかなえなかったが小児科で問題となっていた医師数に対する手当はあまり考慮されていなかった。

この成功を受け、平成12年診療報酬改定では小児入院医療管理料が新設された。この管理料は、日本小児科社会保険委員会が主体となって改善のための提案を繰り返し、平成22年診療報酬改定で現在の基本骨格が出来上がった。もっとも大きな改善点は、小児入院医療管理料2の算定要件に小児科医師数が盛り込まれた（文献5）ことで、これにより24時間365日いつでも小児科医が施設内に常駐することができるようになった。表現を変えれば、病院管理者が十分な数の常勤小児科医を雇用する根拠となった。

平成24年診療報酬改定では小児特定集中治療室管理料が新設され、小児の入院医療を提供するために必要な診療報酬上の基本構築が完成した。これにより、藤村が提案した小児医療提供体制を構築する主な入院施設の診療報酬制度が完成したことになる。

一方、外来医療費についても図4に示したような変遷が見られた。入院医療費と同じく、小児科外来の診療費についても出来高算定による弊害は明らかで、低い一日単価を成人の倍以上の数の患者を診療することで補い、必要な診療報酬を得る仕組みであった。この流れを変えたのが、新生児医療で提案された包括払いを応用

した小児科外来診療料（平成8年診療報酬改定で新設）である。

しかし、その後はあまり成長することはなく逼迫する小児一次救急での人的負担を改善することに集中されたため、藤村の提唱した小児医療提供体制の中の時間外一次診療を担う施設への診療報酬（地域連携小児夜間・休日診療料）にシフトしてしまった（文献6）。平成28年診療報酬改定で新設された小児かかりつけ診療料は、これまで述べてきた一連の流れとは一線を画す、次の時代の「小児の地域包括ケア」を見据えた施策と考えられる。

### 3. 小児医療提供体制の整備の検証

平成16年に藤村が提唱した小児医療提供体制は、診療報酬制度の面からみれば平成24年診療報酬改定で大枠はほぼ完成したと考えられる。それは、その立案の経緯から急性期医療に特化し、一次・二次・三次と重症度に応じて急性期医療を効率よく提供し、必要なところに必要な人材と医療費を配置するという発想で組み立てられている。過去に日本小児科学会が行った調査結果から、その効果を検証してみたい。

図5には、平成16年診療報酬改定の検証結果（平成15年と平成16年の比較）を示す（文献3）。この時の改定では、その前の改定で小児入院医療管理料が3段階となり一日入院単価が増点され、さらに算定要件のうち平均在院日数が14日から21日に緩和されていた（図3参照）。これにより小児入院医療管理料1（算定要件として小児科常勤医5名）を算定する施設の一日入院単価は13.7%の増加をみた。それ以外の算定方法を採用する小児の入院施設でも診療報酬は増加していると考えられたが、総収入に占める人件費割合（医師と看護師の人件費）比率をみると、逆に増加しており改善の兆しは認められなかった。これは、管理料を増額して小児科の収入を増やすためにそれぞれの医療機関が無理をして小児科医ならびに看護師の増員を図ったことが影響していると考えられた。しかし、この改定では24時間365日の切れ目のない小児医療提供の基礎となる医師数は確保できないシステムだった。

図6には、平成22年診療報酬改定の検証結果（平成21年と平成22年の比較）を示す（文献7）。この時の改定では、それまで4段階であった小児入院医療管理料が5段階となり、小児救急医療を行う一般病院で算定可能な小児入院医療管理料2（算定要件として小児科常勤医9名）が新設された。加えて、それまで算定できなかった特定機能病院でのDPCへの小児入院医療管理料の外付けが可能となった（図3参照）。この改定により、医療の提供に必要な小児科医師

数を確保した上で、十分な診療報酬を得ることのできる体制が整った。その一方で、全国の小規模病院小児科は統廃合の波に晒され、小児科医の移動という形で小児入院施設の集約化が実施されることになった。

地域小児科センターがどのように変化したのか、一例として筆者の勤務する施設での小児科の経営指標を20年前と現在で比較した(図7、文献8)。病院全体を母数とし小児科が占める病床数、常勤医数、外来延べ患者数、入院述べ患者数、入院患者実数、総収益の割合を示している。出来高算定の時代も、DPCを採用し小児入院医療管理料2および新生児特定集中治療室管理料2などを算定する現在においても、小児科の病院全体に占める経営指標の割合は10%程度、収益は5%程度と大きく変化していない(外来延べ患者数は小児科が紹介外来制を徹底し一次救急を縮小していることの影響を、入院患者実数は成人診療科の平均在院日数の大きな変化の影響を受けている)。しかしながら、20年前に5名だった小児科常勤医数は10名前後に増え、出産や育児をしながら常勤医として働く女性医師も複数おり、当直明けの昼帰りが実現している。当院のような、ある程度の規模の地域小児科センターは、小児医療提供体制改革の恩恵を強く受けていると言える。

#### 4. 小児医療提供体制に残された課題(地域振興小児科)

平成16年に藤村らが提唱した小児医療提供体制の整備は、診療報酬制度の改善を原動力として進んだ。その結果、中核病院、地域小児科センターといった大規模病院の再編成が進み、そこにNICUやPICUといった高度急性期医療を提供する施設も充実しつつある。その一方で、本来の目的であった小児一次救急を担うはずであった小児夜間・休日診療所の整備は必ずしも思惑通りには進んでいない。人口規模が大きく地域の小児科医の数が多かった地域では、従来から小児一次救急を実施していた施設はこれまでの改革で多くの小児科医を集めることができたため、その地域に独立した一次救急診療所を新たに設置する必要がなかったと推測される。また、人口規模が小さくもともと小児科医数の多くなかった地域では、集約化が極端に進んだだけで小児科医を集めることができず、独立した一次救急診療所を設置するだけの余裕が生まれなかったと推測される。

また、藤村らの提案でもその改革案が十分に示されていなかった地域振興小児科(当初は過疎病院小児科、のち改称)一般小児科は全国的な小児入院施設の集約化の影響をまともに受けて厳しい経営が続いている。日本小児科学会小

児医療提供体制委員会の調査(文献9,10)では、広域化により統合された地域を考慮すると全国に300箇所の小児二次医療圏が存在している。そのうち中核病院小児科あるいは地域小児科センターのある医療圏は、小児人口をもとにすると94.6%をカバーしているが、その居住する面積をもとにすると74.9%しかカバーできていない。小児が居住する地域に地域振興小児科しか存在しない小児医療圏が、小児人口をもとにすれば5.4%、居住する面積をもとにすれば25.1%存在することになる。

第5次ならびに第6次医療計画に採用された小児医療提供体制を完成させるためには、地域振興小児科がカバーする地域への施策をどのように次の医療計画に反映させていくかが問われている。

#### 5 小児科領域の新たな課題(表1)

小児の急性期医療に特化した小児医療提供体制の再構築は、行政の理解と強い後押しを受けて完成に近づいている。とくに、全国に整備の進んでいるPICUの設置は重症小児の搬送システムの充実とともに、これまで小児科領域で十分にケアされてこなかった外傷系小児医療の充実に絶大な威力を発揮するものと期待される。しかし、過去の新生児医療の充実の結果もたらされた暗い側面を見ると、高度医療に依存したまま生活せざるをえない子ども達(医療的ケア児)が急速に増えていることが特筆すべき変化である(平成28年度厚労科研 医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究・都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究)。ここ数年ほどは小児在宅医療が大きく注目されているが、その多くは高度新生児医療の結果生み出された子ども達が対象であった。今後は、新生児疾患以外の原因で生み出されてくる可能性のある高度医療依存児(者)に対する施策を併せて考えていくことが必要である。その文脈の中で、平成28年6月3日に交付ならびに施行された児童福祉法の改正は画期的であった(医政発第0603第3号、雇発第0603第4号、障発第0603第2号、府子本第377号、28文科初第372号 医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について)。小児在宅医療について深入りすることは本報告書の趣旨からは外れるが、小児においては人格形成という大切な成長の視点が、成人の在宅医療の構築とは異なる点であることを強調したい。学校生活、保育園や幼稚園などの集団生活は、子どもが大人に成長するための重要な生活の場であり、それを抜き

にしての小児在宅医療の構築はあり得ないと考えられる。

十数年をかけて完成に近づいた小児医療提供体制の再構築は、内科系小児医療の問題解決を発端として進んできた。しかし、皮肉なことにシステムが完成する頃には予防接種の充実という医学の進歩が、小児の急性期疾患を急速に減少させてきている。予防接種でコントロール可能となりつつある疾患は、痘瘡のように疾患自体がなくなったわけではなく、ポリオや麻疹のように予防接種という治療を絶え間なく継続することによって患者数をコントロールできているのだという点が重要である。予防接種は、個人防御という視点から地域全体あるいは世代全体の子どもへの感染防御という視点へと新たな時代の道具に変貌している（文献11）。予防接種の重要性は今後も揺るがないと考えられる。しかも、より高度かつ幅広い医学的知識を基礎として運用していくことが求められている。感染症と常時接し、健康小児の事情に詳しい小児科医の能力を利用することが必要である。インフルエンザコントロールドクターに占める小児科医の数を見ると、感染制御の現場で小児科医が活躍していることがわかる（2018年1月1日現在で、ICD認定者は9061名で、うち小児科所属のもの668名）。その一方で、予防接種によって疾患そのものの表現形が変貌しようとしている。これまでは典型的な急性疾患に対応できれば多くの子ども達を救うことができたが、今後は非典型的な急性疾患への柔軟で素早い対応が必要になってくると考えられる。急性疾患の数が減ったことが、小児科医の負担軽減にそのまま結びつくことはなく、より専門的でニッチな世界への造詣の深さが求められる時代に变化したと考えられる。

PICU の設置に伴う外傷系小児医療の充実は、子どもの臓器移植と被虐待児の発見という新たな課題を生じさせた（<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000042510.pdf>）。また、健やか親子21では特定妊婦への対応が各自治体で始まっている。被虐待児の全国の児童相談所への通告件数は年間11万件を超し、今後も減ることはないと推測される。小児科で一般的な疾患である川崎病の年間の発症数は1万数千例であり、被虐待児を疾病と考えた場合の疾病規模の大きさは大きなインパクトがあると考えられる。その発症の原因を家族機能の障害と捉え、その疾病としての被虐待児の治療の受け皿を考えると未だ発展途上であると言わざるを得ない。医療側の

受け皿としての小児科医の教育も未だ不十分である。さらに、特定妊婦への対応は産婦人科や精神科だけに限らず、その後の健全育成への援助という視点からも小児科医の参画が必要不可欠になるのではないと思われる。

視点を改めて、本来健康と思われる小児の状況にも目を向けると、全国の小中学校の不登校児童生徒数は12~13万人と無視できない数に上っている

（[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/29/10/\\_icsFiles/fieldfile/2017/10/26/1397646\\_002.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/29/10/_icsFiles/fieldfile/2017/10/26/1397646_002.pdf)）。不登校に至る要因について論ずるつもりはないが、これだけの人数の不登校の子どもが存在するその背景には、その何倍もの数の予備軍が存在すると推測される。これを社会の教育・育成機能の不全と捉え、疾病と考えた場合には、それらの子ども達を含めた学校生活への医学的介入が不可欠ではないかと思われる（これらの問題を医療的な側面から検討・介入するのか教育的な側面から検討・介入するのかは議論が分かれると思われる）。さらに、学校生活管理指導表には腎疾患や循環器疾患だけではなくアレルギー疾患まで追加されるようになり、学校生活の場により深く医療が介入すべき時期にきていると考えられる。これらの変化を勘案すれば、現行の学校医という仕組み自体を根本から見直すべきかもしれない。

これまで急性疾患への対応という大きな課題に主として対応してきた小児医療の構築が、医療システムや医療の質そのものの改善により、それまで十分にケアできなかった分野の課題に取り組む余裕を生み出したと考えるべきである。

## 6 新たな時代の小児医療の提案

今後の小児医療全体をどのように統合し、国民に提供していくかを示さなければ、必要な施策も人的資源も予算も決めることはできないと考えられる。以下に順を追って検討していくこととしたい。

1) 安心して出産し育児ができないところに人は住まない

すでに示したように、日本の小児医療圏のうち小児人口をもとにすれば5.4%、居住する面積をもとにすれば25.1%に相当する地域には、十分な小児医療施設が存在していない。この数字は決して無視できる規模ではなく、これらの地域は国力の基盤をなす地域でもある（文献12）。小児医療提供体制の整備という意味からも、これらの地域をカバーする地域振興小児科が小児に関わるどのような医療を提供できれば良いかを考えることが重要である。さらに、それを上手に運営するためには、医療資源の豊富な他の

小児医療圏がどのように関わることが望まれるのかが大切である。表現を変えれば、従来の Top down 的な発想での構築ではなく、Bottom up 的な思考が必要ではないかと思われる。

安心して出産をしてもらえるためには産科医療の提供は不可欠ではあるが、同時に生まれた子どもの安全の確保のためには最低限の新生児医療の知識と技術を持った小児科医の存在が不可欠である。高次医療機関との連携さえ確保できれば、NICUに相当するような備えは必ずしも必要ないと思われる。育児の過程では疾病への備えと、予防接種や乳児健診の充実は不可欠である。さらに集団生活が始まれば、幼稚園や保育園、学校等における健康管理も重要となる。これら全てが過不足なく提供されなければ育児の安心は提供できないと思われる。表現を変えれば、地域振興小児科に求められる機能は、医療の知識を活用した地域の育児支援機関である。

これまで述べてきたことから、これらの安心のための仕組みは地域振興小児科がカバーする地域にだけ特別必要なものではなく、人が住むところには全て必要な仕組みであることは明白である。小児医療提供体制の枠組みに沿って表現すれば、地域小児科センターを中心とした地域の病院群から診療所に至る医療機関全てに求められる機能である。医療資源の豊富な地域では、単に役割分担が徹底していたために、施設によってはそれらを意識することなく業務を行っていただけとも言える。このように考察してみると、この機能を保証できる能力のある小児科医がいるのかという議論が必要である。

## 2) 地域の医療・福祉・教育・行政に携わる人材の育成

小児科医として地域での医療・福祉・教育・行政に携わる人材がどの程度必要で、現在は充足しているのか不足しているのかどうかは別として、現時点での小児科医の教育システムがどのようであるかを簡単に考察してみたい。小児科専門医は 2017 年度から新専門医制度が始まっている（その他の分野は 2018 年度より）。しかし、その研修内容を見るとこれまで述べてきたような将来求められている人材の育成を十分に行えるカリキュラムかどうかははなはだ疑問である。従来の制度を踏襲して、まずは疾病に強く傾いた研修を中心に行い、予防接種や乳児健診、幼稚園や保育園、学校等における保健活動等に関する研修は申し訳程度のものであることが多いと推定される。ましてや、児童虐待や小児在宅医療については具体的な教育システムは考慮されていないと言える。

前項で示したような地域ベースで必要な人材

は、小児科専門医制度の中で効率よく育成すべきであり、その一環として地域振興小児科を積極的に利用するような取り組みが望まれる。現在の小児科専門医制度の教育システムは、地域ベースの要望から積み上げて根本から作り直す努力が必要と思われる。

## 3) 小児科専門医の教育機関としての地域小児科センターと地域振興小児科

地域で必要とされる技術や経験は、疾病主体のものと育児支援主体のものに分けることができると考えられる。このうち疾病主体の研修（在宅医療や虐待対応も含まれる）は従来システムの改善で対応できそうであるが、育児支援主体（特に幼稚園や保育園、学校等における保健活動等や被虐待児への早期発見や介入など）の研修はほとんど考慮されていないと思われる。これらを幅広く段階的に教育し、地域振興小児科において実践的な知識や技術を磨くという研修システムの構築が望まれる（図 8）。

そのためには初期段階の研修としては、症例数や指導者の多い地域小児科センターでの研修がもっとも適していると思われる。さらに、そこだけで完結するのではなく地域振興小児科に派遣されることにより、具体的な事案に数多く接して経験値を積み上げるような取り組みが必要である。その結果として人材の循環が自ずと生じると思われ、研修と人材の供給を同時に実現するような仕組みに成長させることができるのではないかと思われる。

また、地域に多くの人材が供給された場合に、IT の発達は極めて重要である。地域振興小児科での医療の底上げに絶大な威力を発揮するものと期待される。

## 4) 財政的制度

医療は診療報酬制度を用いて対価が支払われる制度である。しかしながら、今後小児科医に求められる業務の範囲は、医療との繋がり強いものの行政の区割りから見ると福祉や教育の世界に属する分野である。これらの財政的な負担をどうするかは、法律の変更にまで及ぶ内容であり、簡単には解決できないかもしれない。しかしながら、予防接種・乳幼児健診・学校保健等は、それぞれの法律の枠から十分な対価を提供するような工夫は可能であると思われる。

診療報酬制度を利用した対価の提供には限界があると思われる。そもそも診療報酬制度は中央集権的なシステムであり、全国一律の公平な医療費の利用ができる反面、個別の地域や事情に細かく対応できるシステムではない。個別の地域や事情に対応するためには、地方分権的な財政制度を利用するしかないと思われる。提供

すべきサービスの基本骨格は、介護保険のように医療・福祉・教育制度の質の担保を統一するような視点で構築することが重要である。その提供するサービスの医療的部分には小児科医が中心的となって参加する、それぞれの業務はそれを管掌する法律の範囲から財政的に裏付けるとともに、個別の事情に対応できるよう自治体の裁量権を認めるようなシステムである。この制度設計に際し、現行の予防接種や乳幼児健診のように、自治体間のサービスの差が大きく生じるような施策は好ましくないと考えられる。居住地により、医療・福祉・教育サービスの公平性が損なわれることは、「安心して出産し育児ができる」という原則に反するものである。現在行われている地方分権の流れは、小児の保健・医療・福祉・教育の視点で見ると若干の修正が必要ではないだろうか。

#### 参考文献

- 1) 日本小児科学会が進める小児医療提供体制の改革. <http://jpsmodel.umin.jp/>
- 2) 日本小児科学会：「日本小児科学会の考える小児医療提供体制」小児医療・小児救急・新生児医療提供体制の改革ビジョン．日本小児科学会雑誌，108：533-541，2004
- 3) 近藤富雄、清沢伸幸、安田 正、衛藤義勝、大竹正俊、大林一彦、大山昇一、岡崎富男、奥村秀定、小田島安平、片桐真二、加藤達夫、木野稔、高橋 豊、富樫武弘、豊田 茂、福重淳一郎、松平隆光、中谷祐貴子：平成 16 年度診療報酬改定における「小児入院医療管理料と新生児入院医療管理加算」の影響．日本医事新報 4254：59-64、2005
- 4) 大山昇一、近藤富雄：診療報酬改定に伴う小児科への影響と今後の課題．小児科 52：487-494、2011
- 5) 近藤富雄、清沢伸幸、大山昇一、高橋 豊、大竹正俊、豊田 茂、岡崎富男、浜本邦洋、福重淳一郎、小田島安平、賀藤 均、木野 稔、寺井勝、富樫武弘、松井猛彦、松平隆光、安田 正、麦島秀雄、山野恒一：病院小児科医による 365 日 24 時間体制の当直に関する報告書．日本小児科学会雑誌 111：520-528、2007
- 6) 高木英行．平成 22 年度診療報酬改定の問題点．日本小児科医会会報 41：87-89、2011
- 7) 大山昇一、白石裕比湖、横谷 進、位田 忍、井上敏郎、内田正志、大竹正俊、大村 清、岡明、奥村秀定、北住映二、楠田 聡、久保 実、近藤富雄、高木英行、高橋 豊、原田佳明、安田正、山田佐登留、清沢伸幸、麦島秀雄．平成 22 年診療報酬改定による病院小児科の医療費に関

する影響調査．日本小児科学会社会保険委員会報告書、2012

8) 大山昇一：総合病院小児科は生き残れるのか - 小児科診療報酬についての考察．日本医事新報，3985：73-76，2000

9) 森 臨太郎、恵谷ゆり、江原 朗、大山昇一、長村敏生、梶井直文、清原鋼二、久保俊英、是松聖悟、中林洋介、淵向 透、舟本仁一、松裏裕行、三石知左子、宮本朋幸、和田英男、渡部誠一、江原伯陽、香美祥二：小児医療提供体制に関する調査報告書．日本小児科学会雑誌、119(10)、1551-1566、2015

10) 小児医療提供体制委員会報告 わが国の小児保健・医療提供体制の整備に向けて「小児保健・医療提供体制 2.0」．日本小児科学会雑誌、121(12)、2037-2041、2017

11) 大山昇一、小林敏宏、小林憲昭、川野 豊、水口淳一、田中秀朋、桃木俊郎、草刈 章、原朋邦、峯 真人：2016 年秋の MR ワクチン供給不足についての考察．日本小児科学会雑誌(2018 年 2 月 23 日受理)

12) 藻谷浩介、他：里山資本主義 日本経済は「安心の原理」で動く．角川書店、2013

(図表は別添)

#### E. 結論

子育て支援包括センターの業務と共同する形で小児科医の参画できるシステムを構築することが望ましい。人的資源は、小児科専門医制度を活用することが望まれる。また、小児科医が参画することに対する報酬は、診療報酬制度だけではなくそれぞれの業務を管掌する法律の範囲内からの拠出が必要である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

大山昇一.日本小児科医会でも始まった小児在宅医療への取り組み.日本小児科医会会報、51、42-47、2016 大山昇一.変貌する小児医療.日本小児科医会会報、52、135-138、2016

大山昇一．市中病院小児科における小児在宅医療と課題、日本小児科学会雑誌、121：1584-1589、2017

大山昇一．2016 年秋の MR ワクチン供給不足についての考察、日本小児科学会雑誌（2018/2/23 受理）

田山正伸、奥村秀定、高木英行、嶋尾 智、田角喜美雄、市川正裕、大山昇一、小関圭子、長野省吾、深澤 哲、松田 正、松崎彰信、師 保之、増田 敬、松平隆光。「小児かかりつけ診療料」

の考察．日小医会報、53：91-93、2017

大山昇一．小児在宅医療における診療報酬、平成 27 年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会・研修資料、国立成育医療研究センター、203-216、2018 年

## 2. 学会発表

大山昇一．在宅医療における小児救急医療の課題と問題点～総合小児医療の一環として～.第 119 回日本小児科学会学術集会、2016 年 5 月 14 日、札幌

大山昇一．新たな小児医療の体制作りに必要なこと.平成 27 年度日本小児科医会社会保険全国委員会、2016 年 2 月 28 日、新宿

大山昇一．シンポジウム 診療報酬から見た小児医療の過去・現在・未来 小児科勤務医の立場から見た診療報酬の現状と課題、第 120 回日本小児科学会学術集会、2017 年 4 月 15 日、品川

大山昇一．小児在宅医療における診療報酬と今後の小児医療の方向性、平成 29 年度あいち小児在宅医療実技講習会、2017 年 10 月 29 日、名古屋

大山昇一．基幹病院から在宅医への管理移行に際する問題点—在宅物品と診療報酬に焦点化して—、第 3 回世田谷小児在宅勉強会、2017 年 6 月 21 日、国立成育医療研究センター

澁谷聖月、西崎淑美、佐藤大祐、岩丸良子、萩尾真理、五十嵐麻依子、松村成一、内藤朋巳、島裕子、石井拓磨、大山昇一．高次医療機関から在宅療養後方支援病院を介して在宅へ移行した 1 例、第 171 回日本小児科学会埼玉地方会、2018 年 2 月 18 日、さいたま

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし