

小児救急医療の現状と課題 —東北4県の事例—

目次

はじめに

I 東北4県における小児救急医療の現状と課題

- 1 各県における小児救急医療体制の整備状況
- 2 小児科医不足について
- 3 平成14年4月の診療報酬改定について
- 4 保健所の活動
- 5 今後の課題

II 小児救急医療体制をめぐる最近の動向

- 1 政府
- 2 関係団体

おわりに

はじめに

少子化が進む中、夫婦共働きの増加や親の育児不安などにより、休日や夜間の診療を求めて来院する小児患者が増えている。一方、小児科医不足、小児医療の不採算性等が原因で、小児科を閉鎖する病院が増加するなど、小児救急医療体制は危機に瀕している⁽¹⁾。

少子化対策の一環として、平成11年12月19日に大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の六大臣の合意のもと、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画」（新エンゼルプラン）が策定された⁽²⁾。この新エンゼルプランに、平成13年度までに、小児専門の救急医療体制を全国360地区の二次医療圏⁽³⁾で整備するという目標が盛り込まれたことを受けて、厚生省は、平

成11年度に「小児救急医療支援事業」⁽⁴⁾を創設した。しかし、条件を満たす二次医療圏は少なく、この事業を利用したのは74地区（平成13年度）にすぎない状況である⁽⁵⁾。

盛岡医療圏は、厚生省の小児救急医療支援事業の開始と同時に、全国に先駆けて「小児救急病院群輪番制」を導入した数少ない二次医療圏の一つである。この事業の実施から3年経った盛岡医療圏の現在の状況を含め、東北4県（宮城県、岩手県、青森県、秋田県）における小児救急医療体制の整備状況を調査する目的で、筆者は平成14年11月に、小児科医による輪番体制を確立している二次医療圏を中心に現地調査を実施した。本稿は、この調査結果をもとに、政府や関係団体の政策・提言等と併せて、小児救急医療体制の整備状況や課題について報告するものである。

I 東北4県における小児救急医療の現状と課題

1 各県における小児救急医療体制の整備状況

東北4県の県庁、市役所、医療機関において、聞き取り調査を行った。各県の整備状況の概要は次のとおりである。

(1) 宮城県

宮城県は、仙南医療圏、仙台医療圏、県北医療圏、石巻医療圏、気仙沼医療圏の5つの医療圏から成る。総人口237万1千人のうち、15歳未満の人口が占める割合は14.34%である（平

成14年10月1日現在)⁽⁶⁾。

仙台医療圏内の仙台市では、初期救急医療⁽⁷⁾については、市内5か所に設置されている休日診療所・急患センターのほか、小児専門医療機関が多いことを背景として、小児科単独の在宅当番医制が存在する（2か所の診療所で実施）。5か所の休日診療所・急患センターのうち、「仙台市急患センター」と「仙台市北部急患診療所」は小児科医が対応している。「仙台市急患センター」は、平日・土曜・休日の準夜間・深夜帯に開業しているが、「仙台市北部急患診療所」は、平日における小児科医の確保が困難であるため、金曜の準夜間、土曜の午後・準夜間、休日の日中・準夜間のみ開業しており、深夜帯においては医師が不在である。この2か所の医療機関には、小児科の他、外科、内科もあるが、患者の約60%を小児患者が占めている。「広南休日内科小児科診療所」、「東部休日診療所」、「泉地区休日診療所」では、休日・年始（あるいは年末年始）の日中のみ診療を行っている。ただし、1人の医師が内科と小児科を一緒に診ているという状況である。また、在宅当番医制については、仙台市医師会が中心になって実施しており、35医療機関の医師が交代で2か所の診療所に詰め、休日・年始の日中のみ診療を行っている⁽⁸⁾。

二次救急医療⁽⁹⁾については、平成13年4月から小児科病院群輪番制が実施され、市内9つの医療機関では、土曜・休日の8:00～18:00に限り小児科病院群輪番制が行われている。しかし、仙台医療圏内の仙台市を除く各地域では、小児に関して十分な二次救急医療体制が確保されておらず、仙台市内の二次救急医療機関に搬送されることが多い。

仙台医療圏以外では、小児専門の医療機関が少ないため、初期救急に対しては一般の在宅当番制、二次救急に対しては一般の病院群輪番制により対応しているところがほとんどである。また、診療時間が休日昼間に限定されており、医療機関の地域的偏在や平日夜間の体制の未整

備が問題になっている。石巻医療圏では、平日夜間については、平成14年度から石巻市夜間急患センターにおいて、圏内の医師会に属する小児科医が輪番で対応することとなり、初期救急医療体制の充実が図られた。

三次救急医療⁽¹⁰⁾については、救命救急センターがある3つの病院（仙台市立病院、古川市立病院、国立仙台病院）と東北大学医学部付属病院で実施されている。仙台市立病院と東北大学医学部付属病院では小児科医が毎日当直しており、その他の2病院では必要に応じてオンコール（ポケットベルなどで小児科医を呼び出す体制）で対応している。

また、宮城県では、小児救急病院群輪番制病院運営費補助事業として、平成14年度には86万3千円を計上している⁽¹¹⁾。

(2) 岩手県

岩手県は、盛岡医療圏、岩手中部医療圏、胆江医療圏、両磐医療圏、気仙医療圏、釜石医療圏、宮古医療圏、久慈医療圏、二戸医療圏の9つの医療圏から成る。総人口140万7千人のうち、15歳未満の人口が占める割合は14.50%である（平成14年10月1日現在）⁽¹²⁾。

盛岡医療圏では、初期救急医療については、平日の準夜間（19:00～23:00）は夜間急患診療所で対応しており、圏内のほとんどの小児科医が交替で診察している。休日は在宅当番医制で対応している。小児科医が常勤している病院では、当直体制が敷かれている岩手医科大学附属病院を除き、休日・夜間帯においてはオンコール体制となっている。

二次救急医療については、病院群輪番制を実施している。この病院群輪番制は、平成11年4月に、盛岡医療圏11市町村の行政、各医療機関、郡市医師会の連携のもとに、小児の重症患者の受け入れを目的に発足した。休日在宅当番医（小児科1施設）、夜間急患診療所（小児科医1人常駐）との調整を図りながら進めている。当初は7病院で行っていたが、平成14年9月に国立

療養所盛岡病院が小児科医の退職や転勤を理由に離脱し、現在6病院、33人の小児科医で対応している。病院群輪番制の実施については、市の広報や地元新聞、市医師会のホームページなどで市民に広報している。導入効果として、受診者数が平成13年度には約8,400人になり、平成11年度に比べ1.5倍になった。輪番病院への輪番日以外の受診、夜間急患診療所への受診の増加等、着実に受診者数が増加している⁽¹³⁾。

盛岡医療圏を除く8医療圏では、小児科医数が全休日全夜間の輪番制を実施するのに必要な20人程度に遠く及ばないこと、また、複数の医療圏での実施は地理的（面積・地形）に困難であることなどの理由により、小児救急医療体制は未整備である。小児科医が常勤している病院では、休日・夜間帯はオンコール体制となっている。

小児救急医療支援事業として、下記のとおり予算が計上されている。

	平成14年度当初予算額（千円）		
	国庫	県費	計
小児救急医療支援事業 （輪番制実施）	3,766	4,616	8,382
小児救急医療支援事業 （医師確保調整）	270	540	810
小児救急医療医師研修事業	0	1,138	1,138
計	4,036	6,294	10,330
医療行政全体 （県立病院関係を除く）	363,178	1,182,027	1,545,205

* 岩手県保健福祉部医療国保課提供資料より

また、岩手県では、平成13年度から小児救急医療に関する検討委員会を開催しており、平成13年度には、県主催で3回、各医療圏ごとに1～2回行った。委員は、医療関係団体・医療機関等（県医師会、岩手医科大学、県医療局）、小児科医の団体（県小児科医会、県立病院医学会小児科分科会）、学識経験者（新聞社）、行政関係者（県市長会、県町村会、県消防長会）から成る⁽¹⁴⁾。

(3) 青森県

青森県は、青森医療圏、津軽医療圏、八戸医療圏、西北五医療圏、上十三医療圏、下北医療

圏の6つの医療圏から成る。総人口146万9千人のうち、15歳未満の人口が占める割合は14.50%である（平成14年10月1日現在⁽¹⁵⁾）。

八戸市では、初期救急医療については、休日夜間急病診療所と在宅当番医制で対応している。休日夜間急病診療所は、平日の19:00～23:00と休日の12:00～23:00に、内科、外科及び小児科の医師が常駐している。また、在宅当番医制をとっており、28医療機関が参加している。当番の医療機関は、平日の19:00～23:00と休日の9:00～23:00に開業している。ただし、全科による輪番で担当しているため、小児科医に診てもらえるとは限らない。また、二次救急医療については、八戸市立市民病院、八戸赤十字病院、青森労災病院、八戸城北病院、八戸平和病院の5つの病院、計12名の小児科医で病院群輪番制をとっている。平日の準夜間・深夜帯と土曜・休日の日中に対応している。三次救急医療については、八戸市立市民病院のみで行っており、救命救急センターが24時間体制をとっている。同センターは、青森県の東半分と岩手県の北部を管轄している⁽¹⁶⁾。

県内6つの二次医療圏における二次救急医療体制は、いずれも他科の医師を含めた輪番制をとっている。中心部の青森医療圏では、6つの医療機関が参加している。ただし、小児科医は県立中央病院に8名、青森市民病院に6名いるだけである。津軽医療圏では、国立弘前病院を中心に7つの医療機関が参加し、小児科医は11名である。西北五医療圏では、3つの医療機関が参加し、小児科医は4名である。上十三医療圏では、2つの医療機関が参加し、小児科医は西北中央病院に2名いるだけである。下北医療圏では、むつ総合病院のみで行っており、小児科医は3名なので、実質毎日、診療を行っているという状況である。

青森県では、二次救急の病院群輪番制で、常に小児科医がいる状態ではないので、小児救急医療支援事業に関する国からの補助はない。小児救急医療体制の整備に向けて、平成12年12月

から小児救急医療対策協議会を各二次医療圏ごとに開催している。平成14年10月までに、全県で計11回行われてきた。協議会は、① 地域医師会、② 救急医療を担当する病院等、③ 市町村、④ 消防機関、⑤ その他協議会において必要と認める機関・団体等に所属する者をもって組織している。また、保健所長及び県の健康医療課職員も、協議会に事務局として出席している⁽¹⁷⁾。

(4) 秋田県

秋田県は、大館鹿角医療圏、鷹巣阿仁医療圏、熊代山本医療圏、秋田周辺医療圏、本荘由利医療圏、大曲仙北医療圏、横手平鹿医療圏、湯沢雄勝医療圏の8つの医療圏から成る。総人口117万6千人のうち、15歳未満の人口が占める割合は13.10%である（平成14年10月1日現在）⁽¹⁸⁾。

秋田県では、初期救急医療として、湯沢雄勝医療圏を除く7圏域11地区において、在宅当番医制がとられており、さらに、休日夜間急患センターが5か所ある。在宅当番医制は、複数の診療科による輪番で担当しているので、小児科医がいるとは限らない。また、休日夜間急患センターにしても、常に小児科医がいる体制をとっているのは秋田周辺医療圏のみであり、他の医療圏では、複数の診療科の中から1人の医師が診療を行っているという状況である。二次救急医療施設としては、救急告示医療機関⁽¹⁹⁾が34あり、そのうち病院群輪番制に参加しているのは13機関である。その中で、小児救急医療支援事業のもとに輪番制をとっているのは、市立秋田総合病院と秋田組合総合病院の2機関である。平成13年7月からこの事業に参加し、事業の補助金のうち市が3分の1、県が3分の2を負担している。また、救命救急センターがあるのは秋田赤十字病院のみであり、24時間体制で、複数の診療科にわたる全ての重篤患者に対応している。その他に、県立脳血管研究センター、成人病医療センター、秋田大学医学部附属病院を三次救急医療施設として位置づけている⁽²⁰⁾。

秋田市における夜間休日応急診療所（初期救急医療）は、秋田市医師会の小児科医により、救急事業に参加しようという目的で始められ、現在、外科、内科、小児科の医師がいる。土曜日は6割の開業医が診療を行っていないので、夜間休日応急診療所が有効に機能している。この応急診療所は、開業医と勤務医10数人による当番制となっている。毎月発行される秋田市の広報紙に載せたり、医療機関にポスターを貼ったりしているので、初期救急に関しては、応急診療所にかかることが浸透しているとみられる。二次救急医療については、市立秋田総合病院、中通総合病院、秋田組合総合病院、秋田赤十字病院の4つの病院で対応している。ただし、全科の医師による輪番で担当しているので、小児科医がいるとは限らない。土曜・日曜の8:00～13:00は、市立秋田総合病院と秋田総合病院の2つの病院で輪番制をとっている。この時間帯は小児科医に診てもらえる。2つの病院には、救急センターがあり、24時間体制をとっている⁽²¹⁾。

2 小児科医不足について

今回調査した各県とも、中心の二次医療圏以外の地域において、小児科医不足は深刻である。小児救急病院群輪番制を実施している二次医療圏であっても、ギリギリの状態を維持しており、小児科医の減少及び高齢化傾向により、いつ体制が崩れるかわからないという不安を抱えている。

全国の統計で見ると、小児科医の総数自体は増加傾向にある。小児科を主たる診療科とする医師数は、平成8年には13,781人⁽²²⁾であったが、平成10年には13,989人、平成12年には14,156人と増加した⁽²³⁾。しかし、首都圏での就職を希望したり、大学に残って専門的な研究を続ける傾向が増え、出身地で小児科医として就職する医師は減少傾向にあり、地域間格差が生じている。

宮城県では、二次小児救急医療体制が確保で

きていない地域においては、専門外の医師の参加による初期小児救急医療体制構築もままならない。例えば、気仙沼医療圏や県北医療圏の栗原地域においては、小児科医は1名のみであり、小児科医に過重な負担を強いている状況である⁽²⁴⁾。仙台市でも、小児科医の確保が困難になってきている。特に深夜の確保が難しい。市民は小児科医の診療を求める要望が強く、平成13年9月に仙台市急患センターが開設されてから、小児科の初期救急患者が著しく増加した。混雑の緩和について、改善の要望が出ている状況である⁽²⁵⁾。

岩手県では、小児科への需要が増加しているが、それに見合うだけ小児科医が増加していないため、相対的に小児科医が不足している。県として小児科医に限定した特別な医師確保対策は講じていないが、医師確保のため、市町村の医師養成経費に対する補助金を交付したり、岩手医科大学に県出身者の推薦入学枠を確保したり、卒業後県内に勤務するという条件で奨学金制度を設けたりしている⁽²⁶⁾。

青森県では、小児科医の勤務状況が過酷であること、また、小児科医の診療報酬が他科の診療報酬に比べて低いことなどが原因で、医大生から敬遠される傾向にある。県内における大学医学部の入学者のうち、青森県の出身者が3割以下で、卒業後、青森県に就職する学生が、例年4割前後にとどまっている。逆に青森県出身者で他県の大学医学部に入学した者でも、多くの学生が戻ってこないという傾向があり、慢性的な医師不足に陥っている。医師確保対策の一つとして、平成11年度より、県内出身の医学生に対して医師修学資金を貸与している。卒業後、県内の医療機関に一定期間（貸与を受けた1.5倍の期間）就業した場合には返還が免除される仕組みになっている。また、県外に在住している医師に、県内へ就業してもらうために、医療状況現地説明会を開いたり、医学生を対象に県内の自治体病院等の視察研修を実施している⁽²⁷⁾。

秋田県では、全県で小児科医の絶対数が少な

い。秋田市は、市を取り囲むように配置されている5つの総合病院に小児科が分散され、時間外でもオンコールにより呼び出しできる体制になっているので、たらい回しはない。しかし、小児科医が多いわけではなく、少人数のため、長時間拘束されており、休みを確保するのも難しい状況である。潜在的には、小児科医を希望する大学生は比較的多いが、小児科の不採算性や過酷な労働条件等を理由に、卒業時には希望者が減ってしまう。秋田大学医学部には他県から来る学生が多く、平成12年度の卒業生は、秋田県出身者18人に対し、県外出身者は67人であった。県内の出身者は、ほぼそのまま秋田県で臨床研修を受けるが、県外の出身者のうち秋田県で臨床研修を受ける予定でいるのは28人であった。県外に対しては、医学雑誌やホームページで、小児科医を含む医師募集の呼び掛けを行っている。奨学金など、医学生への手厚い手当は検討中である⁽²⁸⁾。

4県を通して、救急医療の基幹を担う大病院では、NICU（新生児集中治療処置室）を備えるところが多く、NICUには24時間体制で小児科医が常駐しているが、それ以外に小児科医をもう1名確保することは困難であるようだ。県内で最も多く小児科医を抱える大学病院に、輪番制への参加を求める声がいくつか聞かれた。岩手県の盛岡医療圏は、大学病院が参加することで病院群輪番制が成り立っている。小児科医による病院群輪番制を維持するには、地域の事情にもよるだろうが、1つの医療圏で最低20名程度の医師を必要とする。国立病院などの公的医療機関においては、小児科医が地域の救急医療のために休日夜間急病診療所等へ勤務したくても、公務員の兼業が規制されているため参加できないので、少ない人材の有効活用として、小児救急医療に関しては、公務員のアルバイトを承認してほしいと要望する意見もあった。

3 平成14年4月の診療報酬改定について

初のマイナス改定が行われた平成14年4月の

診療報酬改定において、小児医療に関する診療報酬については、「小児入院医療管理料」の再編、「地域連携小児夜間・休日診療料」の新設、「小児救急対象の紹介率計算方法」の見直しなど、手厚い評価が行われた⁽²⁹⁾。今回調査した医療機関では、「入院診療について全科の平均より上回るようになった。」「紹介率の計算方法が変更となり、小児科の部分で有利になった。」と回答した病院もあるが、例えば「小児入院医療管理料1（1日につき3,000点）⁽³⁰⁾」のように施設基準の要件が厳しく、その取得が困難となっている病院もあり、依然として小児科の診療報酬は低いという見方が主であった。「小児患者は、薬代は大人の3分の1しか取れず、診療の手間に比べて加算されていない。」「今回の改定で小児科が手厚くされた感はない。」と低く評価する病院もあった。今回の改定では各項算定要件が厳しく、一部の医療機関を除くと、適応しがたいので効果が不十分であるようだ。病院関係者からは、小児科の診療報酬は、現行の3～5倍に引上げることが必要であるという意見も聞かれた。

4 保健所の活動

核家族化により、子育てについての適切なアドバイスを身近な人に求めることが難しくなり、育児不安を抱える親が増えている。ある医療機関によれば、日中開業医に受診しているながら、熱が下がらないため不安になって、いくつもの医療機関を重複して受診するドクターショッピングの傾向が見られるという。また、本来の救急患者ではないのに、親の都合で平日の昼間以外の時間に当然のように受診するなど、夜間や休日に初期救急患者が集中する傾向もある。小児科医の安定的な確保が難しく、小児救急医療体制が危機に瀕する中で、小さい子どもを抱える親への教育も重要な課題となっている。今回、各県の中心となる二次医療圏において、保健所がどのような活動を行っているのか調査を行った。

仙台市では、保健所において、4か月児育児教室を開き、育児についての情報交換や相談指導等を行っている。また、1歳6か月健康診査及び3歳児健康診査後の事後指導として、育児教室及び幼児教室を開き、保護者の育児不安の軽減を行い、親子の健康の保持増進を図っている。さらに、妊産婦、新生児、未熟児等を対象に、疾病の発生防止及び早期発見、母子の健康の保持促進を目的に家庭訪問を行い、必要かつ適切な指導をしている⁽³¹⁾。

盛岡市では、保健センターにおける主な母子保健事業として、母子健康手帳の交付、出生前小児保健事業、ママの安心テレフォン事業などを行っている。また、主な乳幼児保健事業としては、乳幼児健康診査・総合診査、育児相談、育児教室、母子栄養食品支給事業、神経芽細胞腫検査などを行っている⁽³²⁾。

八戸市では、保健事業としては特に小児救急医療の親への教育に力を入れているわけではないが、検診を定期的実施している。急病診療所についての情報は、全市民に配布している健康カレンダーや、親になった人に配布するハンドブック、八戸市・市医師会・消防本部で作成した「急病になったら」というパンフレット等に載せている。また、年に1回3月に小児救急の特集を広報紙に掲載している。初期救急に関する広報は、市よりも医師会のほうが力を入れている。ホームページや新聞に毎日、在宅当番医や急病診療所について掲載し、広報紙やラジオなどでも市民へ情報を流している⁽³³⁾。

秋田市では、妊産婦・新生児の訪問指導事業を始め、地域の健康教育・健康相談、乳幼児健康診査、1歳6か月児及び3歳児の精密健康診査、幼児健全発達支援事業等、母子保健事業に力を入れている。子育て支援が各地で盛んで、保健師や民生委員など専門のスタッフを派遣している⁽³⁴⁾。

5 今後の課題

どこの県でも共通している要望は、小児科医

の確保と小児科の診療報酬の大幅な引上げである。小児救急専門の救急センター（小児救急医療拠点病院）を整備するにしても、現状では県外から小児科医を集めない限り、県内の病院から吸い上げることになるので、小児科医師数を増やす手だてを考えないと、小児救急医療は立ち行かなくなる。平成14年4月の診療報酬改定で若干小児科が優遇されたが、算定条件が厳しく、不十分であるとの見方が主であった。診療報酬面ばかりでなく、NICUや周産期センター⁽³⁵⁾などの政策医療には、財政的な支援も必要とされる。

短期的な対策としては、小児救急医療の輪番制には、大学病院の小児科や開業医も含めて小児科医全員が参加する体制を組むこと、病院小児科医の救急診療手当を大幅に増額することが挙げられる。中長期的な対策としては、小児科医の確保を図っていくことと併せて、小児科医以外の医師に対する小児救急医療の研修を行い、協体制を整備すること、小児診療に関わる卒業研修を充実させること、小児科の診療報酬の抜本的改革などが挙げられる。

小児救急医療は地域性が大きく関わっている。絶対的に小児科医が不足している地域においては、他科の連携が不可欠であるし、比較的体制が整った隣接地域との連携強化も重要である。小児科医無医地域に近い地域には、最低限の救急医療体制の確保を図るため、小児科医の配置を制度（義務）化するなどの方策も必要であろう。

II 小児救急医療体制をめぐる最近の動向

小児救急医療体制への危機感が強まる中、関係省庁や関係団体などでは、様々な具体策を検討している。

1 政府

(1) 厚生労働省

厚生労働省は、平成14年11月25日に全都道府

県の小児救急医療関係主管課長を召集して会議を開き、小児救急医療体制の整備促進に向けた今後の対応などについて話し合った。厚生労働省が早急に対応すべき課題として、国立病院・療養所及び大学病院の小児科医に対する小児救急医療への積極的参加の要請、小児救急医療支援事業及び小児救急医療拠点病院事業⁽³⁶⁾の要件緩和、10床規模の必要な機能を備えた新型救命救急センターの設置の準備、小児救急医療ネットワークの構築などを挙げた。今後検討するものとしては、小児救急医療に係る国庫補助事業の見直し、科学的根拠に基づく小児救急の外来診療マニュアルの作成が挙げられた。

都道府県に対しては、地域の実情に応じた救急医療体制の整備、他科医も含めた小児救急医療に従事する医師の確保、地域住民に対する小児救急医療の情報提供、IT技術の積極的活用等を依頼した⁽³⁷⁾。

厚生労働省は、小児救急医療拠点病院等、小児救急医療体制の整備を引き続き推進するために、平成15年度の予算に13億7,300万円を計上している⁽³⁸⁾。

(2) 総務省

総務省は、少子化に伴い不採算などを理由に小児科を閉鎖する病院が増える傾向にある中で、自治体病院への期待が高まってきていることから、自治体病院における小児医療及び小児救急医療の経費の一部について、平成15年度は新規の地方財政措置として、約72億円を充てている⁽³⁹⁾。

(3) 中央社会保険医療協議会

小児科の不採算性が問題となっている診療報酬のあり方については、中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会で議論が進められており、平成15年6月18日の委員会では、小児医療（母子医療）の現状と方向性について意見交換を行った。厚生労働省は、小児救急、一般小児医療、新生児医療、周産期医療の4分

野について、問題点、医療現場の実態、対応をまとめた資料を提示した。小児科のマンパワー不足や小児科の閉鎖、疾病ごとの特定病院への集中といった現状を改善するには、「点数にウェイトをつけるだけでは不十分」との認識で概ね一致した。平成14年4月の診療報酬改定について、「導入した小児科関連の項目が実際に機能しているか検証する必要がある」、「小児医療の提供システムに即した診療報酬の評価を議論すべきだ」など、小児医療の評価について反省する意見が出された⁽⁴⁰⁾。

2 関係団体

(1) 日本医師会

日本医師会は、平成14年3月に、「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」が取りまとめた報告書を公表した。小児科医のみで小児救急医療システムを維持していくことが困難な状況では、小児科を標榜する⁽⁴¹⁾内科小児科医による協力が不可欠であり、また、小児外科医、耳鼻科医、眼科医、皮膚科医等との連携も重要であるとした上で、地域の医師会が小児科医と他科医のネットワークを築き、小児救急医療を支える地域医療の中心的役割を担うことを求めている⁽⁴²⁾。

診療報酬制度については、最も容体が急変しやすく、検査や処置に多くの人手と時間を費やす0～3歳の小児患者に包括報酬制⁽⁴³⁾を導入したことが根本的な過ちであるとしている。小児患者の検査や処置については包括報酬制から除外するなど、現行の包括報酬制の見直しを求めている⁽⁴⁴⁾。

この報告書によると、小児救急医療のシステムは大きく分けて、①急患センターや救急医療の基幹病院など、一つの施設で初期患者から三次患者まで全てを診るセンター方式、②初期、二次、三次の施設を分ける方式の二つがある。②の明確に役割分担をする方式では、二次、三次救急医療機関がそれぞれの機能を発揮し、うまく連携が取れるように、まず初期救急医療

機関で小児科医を確保し、十分な体制を築くこと、保護者への啓発活動を行うようにすることが重要であるとしている⁽⁴⁵⁾。

また、日本医師会の役割として、小児救急医療の実態を把握し、国民の理解や認識を深めること、診療報酬についての適正な評価をすること、小児救急医療に関する協議会の設置を各地の医師会に働きかけること、厚生労働省に対し、小児救急医療に関する施策の推進について働きかけることなどを挙げている⁽⁴⁶⁾。

(2) 日本小児科学会

日本小児科学会は、小児救急医療体制をいかに構築するか提言し、病院勤務医を多く抱える学会として可能なことを実行していく目的で、平成14年7月に小児救急プロジェクトチームを発足させた⁽⁴⁷⁾。平成15年3月9日に行われた「小児救急公開フォーラム」において、小児救急医療の問題点とその解決法が論議され、「地域小児科センター病院」（仮称）を全国各地で設置することが提言された。小児科医の力を結集するため、人口30万～50万人の地域ごとに、10～12名の常勤小児科医を確保するセンター病院を置き、深夜はセンター病院の小児科医が担当するが、準夜間帯は地域の病院や診療所から応援の小児科医を派遣してもらうという構想である。このような小児救急（時間外）診療システムが組めない地域においては、厚生労働省が進めている「小児救急医療ネットワーク」の効果を期待するとしている。日本小児科学会では、24時間365日、小児科医による質の高い医療を提供することを目標としている⁽⁴⁸⁾。

(3) 小児救急医療連絡協議会

平成15年7月1日に厚生労働省と日本医師会、日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児救急医学会は、全国規模としては初めての「小児救急医療連絡協議会」を発足させた。3か月に1回程度の協議会を開催し、具体的には、小児救急医療マップの作成、小児科過疎地での他科

医への協力依頼、診療報酬問題についての話し合いなどを行う予定である。開業医や病院勤務医など立場の違いを超えた新たな小児救急の枠組みづくりが期待される⁽⁴⁹⁾。

おわりに

今回調査した東北4県では、それぞれ地域の実情に併せた取り組みを行っていた。早くから小児救急病院群輪番制を導入してきた盛岡医療圏や仙台医療圏は、小児科医のみならず、行政側もかなり力を入れて取り組んでいるようである。ただし、小児二次救急医療体制が整備されているのは中心部の医療圏だけで、周辺の医療圏では様々な問題を抱えている。小児科医による二次救急医療体制が未整備である八戸医療圏や秋田周辺医療圏は、初期救急の輪番制がうまくいっているように見受けられた。地元医師会の小児科医が中心になって初期救急の輪番制を立ち上げたという経緯があり、比較的行政と医療機関の連携が取れているようである。しかし、輪番制が導入され、小児救急医療体制がうまくいっていると思われる医療圏にしても、救命救急センターを抱え、三次救急まで担っている病院は、輪番日か否かに関わらず小児患者が多く、すみわけがうまくいっていないと感じているようである。

全国的にみても、今回調査した東北4県の他にも、小児救急医療体制のモデルケースがいくつかあるが⁽⁵⁰⁾、医師数の地域間格差、地理的な問題（面積・地形など）、財政状況も関わってくるため、全国一律で同様の制度を導入しようとするのは困難であると思われる。地域ごとの実情に応じた小児救急医療支援事業の基準の見直しが求められる。

また、財政的な支援だけでなく、小児救急医療を支えるマンパワーの不足を根本的に解決するため、診療報酬の見直し、小児科医の確保のための具体的方策、他科医も含めた小児救急医療の研修等、総合的な施策が必要とされる。

注(1) 太田八千雄「1.小児救急医療の重要性と問題点」『日本小児科医学会会報』No.23, 2002.4, pp.11-16.

(2) 厚生労働省「新エンゼルプランについて」

<http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3_18.html> (last access 2003.8.18)

(3) 医療供給体制を整備する医療計画のための地域単位のうち、プライマリ・ケア（一次医療）を支援し、比較的専門性の高い外来医療や一般的な入院医療などの充実を図る区域（医療事務協議会編『最新・医療事務用語1600』医学通信社 2002.9, p.6.）。

(4) 二次医療圏単位で、休日・夜間の小児救急患者を常に小児科医で対応できる小児救急病院群輪番制を確保する都道府県に対し、財政的な支援を行う事業。実施主体は市町村で、国からは事業の補助金のうち3分の1が支給される。残りは、都道府県と市町村がそれぞれ3分の1ずつ負担する（厚生労働省医政局指導課「これからの小児救急医療」『厚生』Vol.57, No.5, 2002.5, pp.17-18.）。

(5) 同上。

(6) 総務省統計局「第10表 都道府県、年齢（5歳階級）、男女別人口—総人口」『人口推計年報 平成14年10月1日現在推計人口』2003.5, p.40.

(7) 外来診療による最初の段階の救急医療。休日夜間急患センターや在宅当番医制で対応している（医療事務協議会編 前掲書 p.19.）。

(8) 「小児救急医療の取り組みについて」（仙台市健康福祉局保健衛生部保健医療課提供資料）

(9) 手術などの入院治療を必要とする重症救急患者に対応する救急医療。24時間体制を必要とする。病院群輪番制などで対応している（医療事務協議会編 前掲書 p.19.）。

(10) 二次救急医療では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する。救命救急センターで対応している（同上）。

(11) 宮城県保健福祉部医療整備課提供の資料による。

(12) 総務省統計局 前掲書 p.40.

(13) 盛岡市保健センター提供の資料（平成14年11月7日）による。

- (14) 岩手県保健福祉部医療国保課提供の資料による。
- (15) 総務省統計局 前掲書 p.40.
- (16) 八戸市健康福祉部健康増進課『保健業務概要 平成14年度版（平成13年度実績）』2002.8, p.19.
- (17) 「青森県の小児救急医療体制の取り組み状況について」（青森県健康福祉部健康医療課提供資料）
- (18) 総務省統計局 前掲書 p.40.
- (19) 消防法（昭和23年法律第186号）第2条第9項に規定する救急隊により搬送される傷病者の医療を担当する医療機関として、都道府県知事によって認定され、告示された医療機関（「救急病院等を定める省令」（昭和39年2月20日厚生省令第8号））。
- (20) 秋田県健康福祉部医務薬事課『秋田県における救急医療の現状（平成14年版）』2002.9, pp.17-19.
- (21) 秋田市保健所『平成14年度保健所概要』2002.8, pp.90-91.
- (22) 厚生省大臣官房統計情報部『平成8年 医師・歯科医師・薬剤師調査』1998.6, p.20.
- (23) 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成12年 医師・歯科医師・薬剤師調査』2002.3, p.21.
- (24) 「小児救急医療体制の取組状況」（宮城県保健福祉部医療整備課提供資料）
- (25) 「小児救急医療の取り組みについて」（仙台市健康福祉局保健衛生部保健医療課）
- (26) 「医師確保対策について」他（岩手県保健福祉部医療国保課提供資料）
- (27) 「青森県の小児救急医療体制の取り組み状況について」「青森県の医師確保対策（平成14年度）」（青森県健康福祉部健康医療課提供資料）
- (28) 「小児科医が常勤している病院の状況」「秋田大学医学部における入学、卒業者に関する調査結果（平成13年12月14日）」（秋田県健康福祉部医務薬事課提供資料）
- (29) 厚生労働省「平成14年度社会保険診療報酬等の改定について」
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1.html>> (last access 2003.8.20)
- (30) 診療報酬において、定められた施設基準に基づき、所定点数・加算点数を算定できる項目がある。平成14年の改定で、急性期の小児入院医療提供体制を評価する観点から、小児入院医療管理料が再編され、三区分の点数が設定された。「小児入院医療管理料1」の基準は、平均在院日数が14日以内で、独立病棟であり、看護師の人員配置は患者1.5人に対し1人以上、常勤医師数が5人以上と定められている（社会保険研究所『施設基準等の事務手引 平成14年10月版』2002.11, p.373.）。
- (31) 仙台市健康福祉局保健衛生部保健医療課提供の資料による。
- (32) 盛岡市保健センター提供の資料（平成14年11月7日）による。
- (33) 八戸市健康福祉部健康増進課『保健業務概要 平成14年度版（平成13年度実績）』2002.8, pp.24-27.
- (34) 秋田市保健所『平成14年度保健所概要』2002.8, pp.9-11。「秋田市の母子保健状況（平成14年度版）」「乳幼児健康診査（母子保健法第12・13条）」（秋田市保健所提供資料）
- (35) PICU（周産期集中治療室）とNICUを備えた施設。PICUとは、妊娠28週以降生後7日の周産期を中心に、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処するために専門の医療チームで集中管理治療を行う施設（『医学大辞典』南山堂 1998.1, p.1714.）。
- (36) 二次医療圏単位での小児救急医療体制の確保が困難な地域において、複数の二次医療圏からなる広域を対象に、小児救急患者を受け入れ、地域の小児科医等に対する研修を行う医療機関の整備を促進するための事業（厚生労働省医政局指導課 前掲論文 pp.17-18.）。
- (37) WAM NET「全国小児救急医療関係主管課長会議資料」「資料6 小児救急医療体制の整備促進に向けた今後の対応について」（2002.11.26作成）
<<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01Mhlw.nsf/0/21d6e9e38ed0464549256c7d001f1cbf?OpenDocument>> (last access 2003.8.25)
- (38) 厚生労働省「平成15年度厚生労働省予算案の詳細」「次世代の育成を支援する少子化対策の推進」
<<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/03syokan/keisuu02.html>> (last access 2003.8.25)
- (39) 総務省自治財政局「平成15年度地方財政対策関

係資料」

<http://www.soumu.go.jp/iken/pdf/shiryō_15.pdf> (last access 2003.8.22)

- (40) 「小児医療の現状と方向性巡り意見交換」『日本医事新報』No.4130, 2003.6.21, p.86.
- (41) 医療法に基づき、医療機関が広告等に表示できる診療科目が定められており、基本的な診療科については、自由に標榜できる（医療事務協議会編前掲書 p.72.）。
- (42) 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会『小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会（プロジェクト）報告書』2002.3, pp.7-9.
- (43) 診療報酬の支払方式には、大きく分けて出来高払い方式と包括払い方式（定額支払方式ともいう。）の2つがある。日本では、一部の診療行為を除き、基本的に出来高払い方式を採用している。出来高払い方式は、各診療行為に事前に決まった点数がついており、なされた診療行為の点数を積み上げて診療報酬とする方式である。包括払い方式は、患者に医療サービスを提供する以前に、医療機関への支払額を決めておく支払制度で、出来高払い方式に比べ、過剰診療を抑えられ、医療費の適正化が図られるなどのメリットがある。ただし、過
- 少診療の恐れがあるなどのデメリットもある（幸田正孝ほか総監修『WIBA 2001年版』日本医療企画 2001.3, p.192.）。
- (44) 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会 前掲書 pp.9-10.
- (45) 同上 pp.11-15.
- (46) 同上 p.17.
- (47) 中澤誠ほか「日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告」『日本小児科学会雑誌』Vol.107, No.1, 2003.1, p.124.
- (48) 中澤誠「日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告」『日本小児科学会雑誌』Vol.107, No.5, 2003.5, pp.792-795.「小児急患救命拠点を」『日本経済新聞』2003.3.10, 夕刊.
- (49) 「小児救急医療連絡協議会が発足」『日本医事新報』No.4132, 2003.7.5, p.80.「小児救急不備の悲劇なくせ 学会や医師会がスクラム」『京都新聞』2003.7.1.
- (50) 島添健輔「小児救急医療の危機を先取りしてきた『熊本方式』の現状と課題」『月刊保団連』No.785, 2003.5, pp.28-31. 阪井利幸ほか「小児2次救急医療輪番体制奈良県方式の現状と問題点」『小児科臨床』Vol.56, No.7, 2003.7, pp.1587-1595.

(社会労働課 こぬま さとこ 小沼 里子)