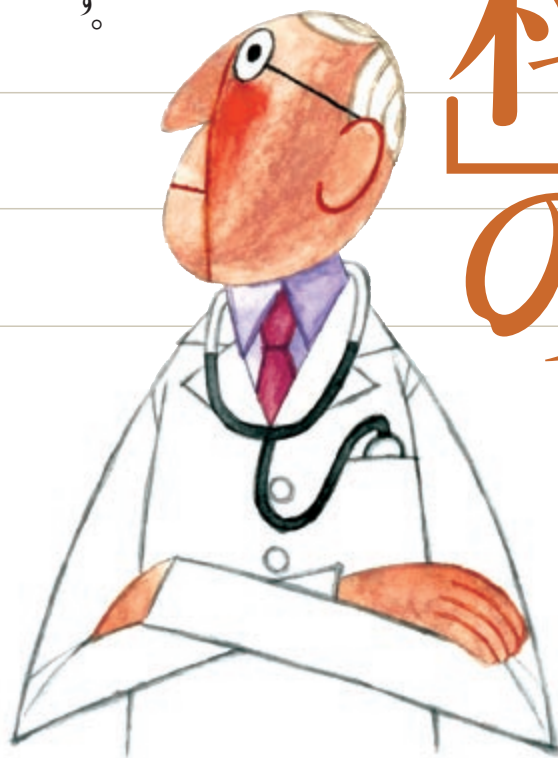


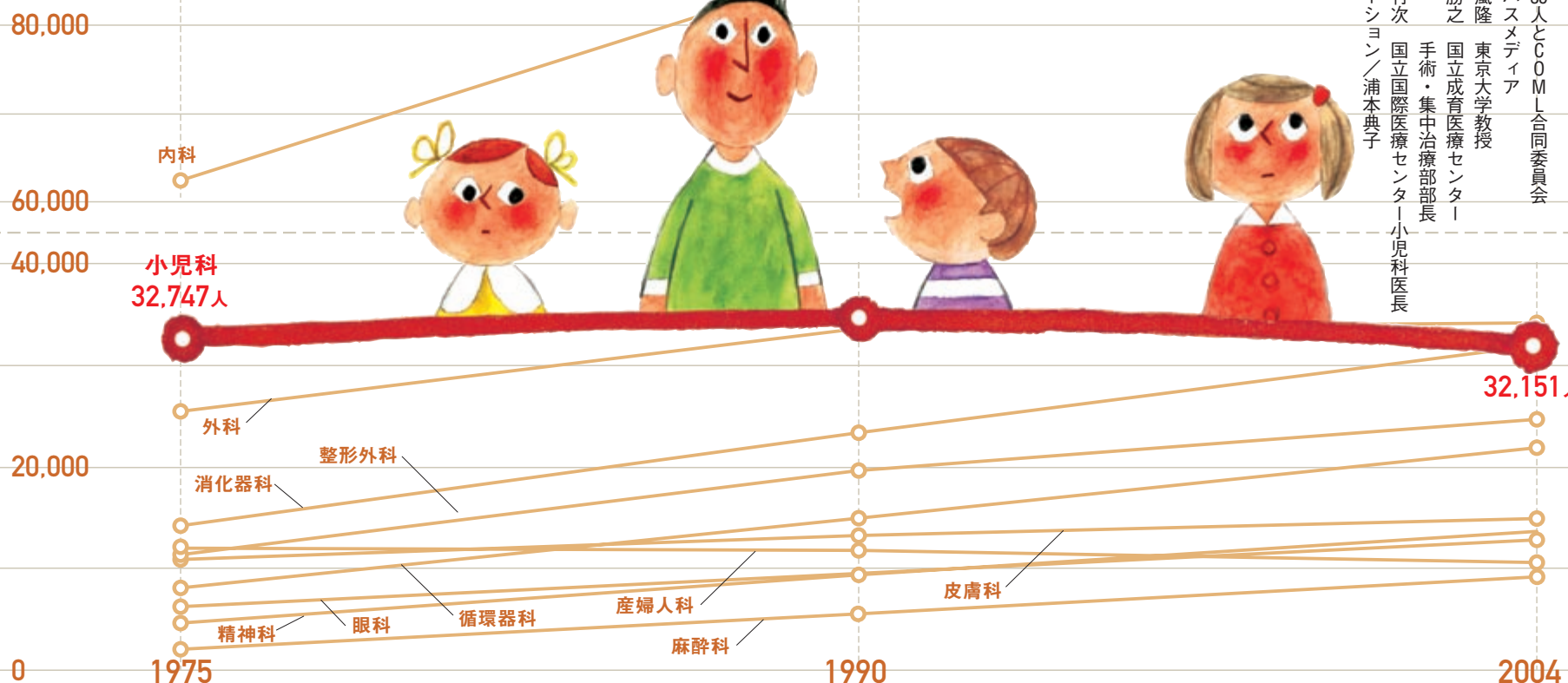
# 「現在。小児科」の

最近、小児科医が足りないという話が全国から聞こえてきます。子は国の宝。本当なら由々しきことです。本当に足りないのでしょうか。なぜ足りないのでしょうか。そして、どうしたらよいのでしょうか。



編集／医師35人とCOML合同委員会事務局／ロハスメディア  
監修／五十嵐隆 東京大学教授  
宮坂勝之 国立成育医療センター  
手術・集中治療部部長  
松下竹次 国立国際医療センター小児科医長  
イラストレーション／浦本典子

## 医療施設の診療科別 従事医師数推移



### ま

ずは、上のグラフをご覧ください。この30年で医師の総数は倍に増え、内科医が1・5倍、外科医も1・3倍、皮膚科医も1・4倍、眼科医にいたっては倍増しているのに小児科医はわずかに減っています。

30年で少子化が進みましたが、全体に占める小児科医の割合が縮小するのは仕方ない

かしいぞ」と自分で考えて対処できる大人と違って、子どもは本当に具合が悪くなるまで受診しません。必然的に夜に救急患者として来る患者さんが多くなります。

現在の当直体制というのは、一日の勤務を終えてから次の日の勤務に入るまでの時間を、仮眠しながら過ごすという建前で、翌日の勤務がない夜勤とは違います。夜間ずっと患者さんが来たら、眠らずに連続30時間以上の勤務になってしまいます。

しかも診療各科で持ち回りできる大人対象の夜間当直と違って、小児科当直は小児科の陣容だけで回すしかありません。一月に一度も休みがないという医師も珍しくありません。そんな状態で週に何度も当直があったら、体や心を壊すのが当たり前です。そうなれば小児科医を続けられませんが、ただでさえ少ないのがさらに減るわけです。

次に「儲からない」ですが、

いことかもしれません。また、どういう状態なら「足りている」のか基準がハッキリしないところもあります。

ただし現場に目を向けると、少なくとも現状のまま放置しない方がよさそうです。

厚生労働省研究班の調査で、大学卒業後3～6年、30歳以下の若手小児科医を対象にアンケート調査したら、2人に1人が「小児科医を辞めたい」と思ったことがあり、3割が「後輩に小児科を勧めない」と答えたそうです。

経験3年を超えた頃というのは、仕事にも慣れて面白くなり始めるのが普通ですから深刻です。

何が不満なのでしょうか。医師たちの意見を総合すると、以下が理由のようです。①キツいの②儲からない、です。説明します。

キツい理由として真っ先に挙がるのが、夜間当直が過酷ということ。何だかお

手間や時間のかかる割に処置や検査、投薬の少ない小児科は、他の診療科に比べて儲かりません。現在の診療報酬体系は、「手間」「時間」にお金が払われず、「処置」「検査」にお金が払われる仕組みだからです。

ただし「金の亡者たちめ」などと勘違いしてはいけないのは、病院勤務医の場合、「儲からない」のは病院であって、医師ではありません。儲からないから医師の給与を上げられないということもありますし、人手を増やせず1人あたりの仕事量が多くなる。こういう関係にもあります。夜の勤務が夜勤でなく当直になる原因も、元をたどれば、これに突き当たります。

人気がない理由は、なんとなく理解していただけたでしょうか。とはいえ、社会的に必要とされない存在なら人数が減るのは仕方ないことです。次は、小児科医が必要なのかを考えていきましょう。

# 子どもものの医療は、 ここが大人と違います。

**そ** もそも、なぜ小児科医というものが存在するのでしょう。大人相手の医師に子どもを診てもらってはいけないのでしょうか。それが許されるなら、「足りない」ことはないはずですが。

親御さんから見れば突拍子もない問題提起かもしれませんが。でも昔は、かかりつけ医に家族全員お世話になるのが当たり前だったのですから、そうムチャな話でもないはず。もちろん違法行為でもありません。

ただし、これで済むなら全国から悲鳴の上がるはずもないわけで、現実には医師側が非常に嫌がります。大人と子どもとは、いろいろなところで違いがあり、本当に軽い疾病ならともかく、少し難しいものについては下手に手を出すと予期せぬことが起きて「おっかない」からです。

さらに子ども相手だと事故が起きた時に話がこじれる確

率が高く、下手をすると訴えられかねない、という思いもあります。危ない橋を渡りたくないのは誰しも同じですから、なんと後ろ向きな！と怒ってみても始まりません。それでは、一体何が大人と違うのでしょうか。

まず、小児期に特有の病気があります。それが頭に入っ

ていないと、誤診しかねません。医師ならそれくらい覚えておけ、と言いたくなるかもしれないませんが、人間誰にも能力・努力の限界はあります。もっと簡単に気づく差異もありますね。体のサイズです。そして、子どもは単なる大人のミニチュアではありません。体全体は小さいのに既に大人並みの大きさを持った臓器があるかと思えば、未成熟な臓器があったりして、配置も働きも微妙に異なるのです。それに慣れていないと、戸惑うことになります。

当然、体全体の機能も違います。子どもの場合、体の状態を一定に保つ機能が未熟なため、病状変化や薬に対する反応が激しくなりがちです。このため、例えば鎮痛剤のボルタレンのように、大人には当たり前前に使う薬が禁忌だったりします。

一方で、子どもの方が回復力は高く、大人なら治療で死んでしまうような強力で高価

な治療を施すことによつて、後遺症もなく治ってしまうことがあります。そういう強力な治療もまた、慣れていないと踏み切れないものです。結論としては「大人と子どもは別の生き物と考えた方がよい」ということになります。小児科医の存在する理由も分かってくるはずです。

社会的に考えても、やはり小児科医は必要と思われれます。医師とのコミュニケーションの部分も、大人とは全然違うからです。客観的に自分の病状を説明することができま

せんし、医師が自分を治そうとしてくれていることすら理解できない場合もあります。全力で泣き叫び暴れる相手に注射する。慣れていないと、考えただけでも、おっかない仕事です。

大人相手の医師が子どもでもよく診られるはずと考えるのは、大学教授なら保母さんの役割も果たせると考えるのに似ているかもしれません。



## 救急

状態が本当に悪くなってから受診するので、救急・時間外が多い。しかも容態が急変しやすい。

## 薬剤

体の機能が未熟なため、薬に対する反応が激しくなりがち。大人の標準薬を使えないことも多い。

## 体の つくり

全体的に小さく、臓器などの大きさや位置、働きが大人と微妙に異なる。しかも、じっとしてくれない。

## 診断

言葉で自覚症状を的確に伝えられない。頼りになるのは、親など周囲からの伝聞情報と客観的な観察眼。

# 小児科「の抱える」 問題点とは？

**小** 児科医が必要な理由は、  
分かりました。では、  
いよいよ本題です。小児科医  
は本当に足りないのでしょうか。  
小児科医が何人いれば、  
「足りている」ことになるの  
でしょうか。

この問い、実は答えられま  
せん。どういう状態を健全と  
考えるかによって、答えが全  
く変わってしまうからです。  
つまり、医療を受ける側が何  
を期待するのか、医療を供給  
する側がどういう運用をする  
のかによって、同じ人数を  
「足りている」とも「不足だ」  
とも言えるわけです。

ここ数年、夜間や休日に小  
児科医の受診を求める患者さ  
んが増える傾向にあります。  
これは急病にかかる子ども

が増えたということではあり  
ません。核家族化で身近に相  
談できる人が減った結果、朝  
まで待たずに受診させたいと  
考える親御さんが増えたと解  
釈されています。

そして小児科医が「足りな  
い」と言われるのは、小児救  
急を支えるだけの人数がいな  
いという意味合いなのです。

一説には、小児救急を訪れ  
る患者さんの8割が救急受診  
の必要がないとも言われ、こ  
れが小児科医を疲弊させる原  
因になっています。ただし重  
篤である危険性を考えれば、  
判断がつかない以上、受診を  
急ごうという親御さんの判断  
を責めることはできません。

受診者側が、そういった駆  
け込みに応えられる体制を期



待していることは分かります。  
そして、小児の時間外受診は  
今後も増えこそすれ減らない  
だろう、と予測されます。一  
方で現場の小児科医たちは、  
患者の容体が本当に悪くなっ  
た時に引き受けてくれるベッ  
ドや小児集中治療病棟が圧倒  
的に足りないという不安も抱  
えています。この状態のどこ  
までを小児科医がカバーすべ  
きなのか、を決めた時に、小  
児科医が「足りている」状態  
も定まってきます。

これに関して、供給者側で  
ある日本小児科学会が05年4  
月にまとめた「病院小児科医  
の将来需要について」を見て  
みましょう。

小児科の当直が過酷なのは

既に述べましたが、現在小児  
救急を実施している病院の勤  
務を当直体制から夜勤体制に  
変えるためには、全国で  
2000人余りの小児科勤務  
医増員が必要と試算されてい  
ます。

現在の小児科勤務医の総数  
は約6500人です。人気があ  
り、儲からない、の現状か  
らすると、ちよつと非現実的  
な増員数になります。このた  
め最終的には、小児救急実施  
施設を集約すると共に、  
1000人の小児科勤務医増  
員が必要と結論づけました。

なぜ「集約」が提言に入っ  
てくるのか、それは受診者側  
の期待に合致するのか、見て  
いきましょう。



# 「小児科」は、いつたい どこしを 目指すのか？

**こ** こまでの話を他人事と  
思って読んでいたなら、  
ちよつと困ります。実は、ど  
のように医療を変えるかとい  
うのは、受益者であり負担者  
でもある私たち国民が、どの  
程度の変更なら折り合いをつ  
けられるかを考えないと決ま  
らない問題だからです。

都市部の場合、小児科医が  
「足りない」という事態その  
ものが深刻ではありません。  
だから、何も困っていない、  
現状維持で構わないというの  
も立派な意見です。ただし  
「国の宝」である子どもたち  
の健康を考えた時、地域格差  
が激しい現状の維持が本当に  
正しいのかは、是非とも熟慮  
していただきたいところです。  
そして、現状を「改善」す

的な結論になります。今の人  
数で当直を続けた場合、考え  
るだに恐ろしい事態が起きる  
可能性があるからです。  
しかし、これは受診者側か  
らみるとありがたい話ばかり  
ではないはず。救急実施  
施設の体制が充実する反面、  
近所に施設がなくなる人も出  
てくるからです。

例えばこういう場合に、テ  
レビ電話などで保護者の相談  
に乗るシステムがあると、親  
御さんの不安も若干は解消さ  
れるかもしれません。

現在の小児救急実施施設す  
べてに増員を行えば受診者は  
困りませんが、そのためには  
小児科に手厚い診療報酬体系  
が必要になり、健康保険料が  
値上げされるとか、他の診療  
報酬が削られるといった事態  
も考えられます。もちろん、  
それを絶対に避けるべきとい  
うつもりはありません。国民  
的議論を経て、負担増を甘受  
するという選択肢だってある  
からです。

る方策は一つではありません。  
小児科学会の提言も含めて、  
いくつかのアプローチ方法が  
あります。そして、万人にと  
って嬉しいアプローチという  
ものはありません。  
例えば、小児科学会の提言  
する病院小児科の集約ですが、  
平均勤務人数が2・3人しか  
ない現状で、定員増のような  
費用負担抜きに医師の健康を  
守ろうとしたら、かなり必然



距離は遠くなくても所要時  
間が変わらなければ良いでは  
ないかということ、施設の  
集約と交通手段の拡充をセッ  
トにする、こういうアプロー  
チもあります。最初に駆け込  
んだ医療機関から基幹施設へ  
へりで運ぶのは一例です。  
また、医師が足りないなら、  
医師の代わりを果たせる人材  
を育成すればよいではないか、

こういうアプローチもありま  
す。この方向で出てきたのは、  
日本看護協会が育成を始めた  
「小児救急認定看護師」であ  
り、厚生労働省が補助金を出  
して子育てなどで離職した医  
師や看護師をパートタイマー  
で呼び戻す制度です。  
方法は一つではありません。  
どれを選ぶかは、私たち自身  
です。