

医療崩壊

市立豊中病院小児科部長 松岡太郎

最近世間で声高に言われている『医療崩壊』は、思い返せば、1990年代には既に明らかとなっていた小児科や産科の医師不足問題に端を発しています。その後、この医師不足問題は小児科や産科にとどまらず、まず救急診療科や麻酔科へ、さらに最近では内科や外科にまで広がっています。では、医師不足問題が他の診療科に拡大していったこの10年以上もの間、この問題の端緒となった「小児科」は一体何をしてきたのでしょうか？ 無策でいたのでしょうか？ 「小児科」は全国各地で（うまくいったかどうかはともかく）多くの試みをしてきました。私は少なくとも、豊能二次医療圏のここ豊中市においては、開業医や勤務医など多くの先生方のご努力やご協力により、「手前味噌」でお恥ずかしながら、他の診療科の先生方の今後のお手本になり得るのでは？ と思考できるようなシステムが作り上げられつつある、と考えています。

本稿では、まず病院勤務の小児科医の「本音」を明らかにした上で、豊中市、あるいは豊能二次医療圏で築き上げられようとしている小児医療体制につき考えてみたいと思います。

1. 病院勤務の小児科医の「本音」

小児科の中でもある分野を専門として（subspecialityを持って）病院勤務をしている小児科医にとっての大きなストレスとは何でしょうか？ 自明のことですが、「自分の専門外の患者さん」に多くの時間と労力を奪われ、「その分野を専門とする自分を頼って来られた患者さん」に多くの時間と労力を注げないことです。紹介状を持って来院される慢性疾患の子どもさんに十分な時間を割いて診療にあたりたいのに、その患者さんの前で順番を

待つ多くの「風邪の子ども」を診療しないといけないことです。

専門分野を持っている比較的経験のある小児科医ばかりではありません。小児科をローテートしている初期研修医あるいは小児科後期研修医も「病院でしか診られない患者さんをじっくり診てあげたい」と言います。救急外来で搬送された痙攣重積の子どもの処置を行いながら、順番を飛ばされて浮かぬ顔をしている「風邪の親子連れ」のことを気にすることが大きなストレスです。

このストレスをできるだけ小さくする努力をしない限り、せつかく専門を身に付けた小児科医もその病院を離れていきます。せつかく小児科を志した研修医も、小児科を断念する、あるいは他の病院の小児科に就職してしまいます。つまり、経験の多寡に拘わらず、病院に勤務する小児科医の「アイデンティティ」を大事にしない限り、病院小児科医師の定数割れ、さらにはその病院小児科の崩壊を招くことになります。

2. 豊能広域子ども急病センター

このような意味で、平成16年に豊能広域子ども急病センターがオープンしたことは大変重要かつ有り難いことで、この設立にご尽力いただきました多くの関係者の皆様に御礼申し上げたい、と思います。

センター開設以来5年になろうとしています。入院する病院を自由に選べないか、入院が必要と分かっているのに一旦センターを受診する必要があるのか、など、入院に至った数%の患者様の満足度は必ずしも高くはありませんが、センター受診後帰宅できた90%以上の患者様からは高い満足をいただいていることは、受診者対象のアンケート結果からも

明らかです。

市立豊中病院の小児救急外来受診者数も、センター開設前の1/3から1/5にまで減少しました。そのほとんどは開業の先生方やセンターからの紹介患者様（入院依頼）や救急搬送患者様で、救急外来受診者数の大幅な減少に対し、入院患者数はむしろ増加しているのが現状です。

これまでは、インフルエンザ流行期など、多くの「風邪の子ども」の中から「重症の感染症の子ども」を見つけ出すことに多くの神経を使ってきました。また見つけ出した後も、待合室から恨めしそうに注がれる多くの視線に耐えながら入院時指示や処置のために病棟に上がる必要がありましたが、そのストレスはほとんど消失しました。病床に空きがある時に限られますが、「迷えば、受診患者様は全て入院させて下さい」と指示できるようにもなりました。実際、二次後送病院に勤務する小児科医のアンケートでも「当直が苦にならなくなった」などの声が多く聞かれ、病院勤務医のQOLは明らかに改善しています。

さらに重要なことは、市立豊中病院小児科で後期研修を希望する初期研修医、さらに将来の希望診療科として小児科を挙げて当院での初期研修を希望する医学生の皆さんが、当院を希望する理由に「小児科の時間外救急体制が他の地域に比較して整備されているから」と述べられることが目立つ、ということです。時間外救急体制を整備して、余裕を持って診療に、あるいは臨床研修に取り組める医療機関に自ずと小児科医が集まる、ということが言えそうです。

私は、このシステムは小児科だけが占有するべきものではない、と考えています。成人についても広域急病センターを設置し、慢性疾患のため病院に通院中ならいざ知らず、時間外ならどこを受診すればよいのか分からない患者様の受け皿とすべき、と思います。

3. 病診連携について

病院で勤務する小児科医が「アイデンティティー」

を持って働くためには、豊能広域子ども急病センターの存在も重要ですが、それ以上に、地域の開業の先生方のご協力、地域の開業医の先生方との連携も大切です。

市立豊中病院小児科では、病院の大きな方針に従い、ご紹介いただいた患者様のみならず、「かかりつけ」を持たずに当院を受診された患者様を積極的に地域の開業の先生方にご紹介するように努めています。この結果、当科の午前診（一般診察）を受診する患者様は4年前と比較して、1/2から1/3に減少しました。患者様の数は減りましたが、その分、地域の先生方からご紹介いただく患者様の割合は増加しています。必然的に「少数だが濃い」外来となり、外来の診察終了時刻は決して早くはならず、また午前診からの入院患者数もむしろ増加しています。お忙しい地域の開業の先生方には、さらに多大なご迷惑をおかけしていると思いますが、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

また、私達は、患者様と紹介状を開業の先生方にお送りするだけでは不十分と考えています。開業の先生方との顔の見える関係を重視して、積極的に症例検討会や勉強会を開催し、一緒に情報を共有する場を設ける努力をしています。入院患者様が退院して在宅で医療のケアを実施する場合は、退院後にお世話になる地域の開業の先生に、病院で行います退院前カンファレンスにご参加いただく場合があります。

4. 病院院内での試み

以上述べましたように、市立豊中病院小児科は、豊能広域子ども急病センターや開業の先生方に恵まれ、お陰様で『(小児科)医療崩壊』からは無縁であります。しかし、いつ世情が大きく変化するか見通しが効きにくいご時世です。備えをするのに十分過ぎることはありません。

現在病院院内で出来ることとしては、以下を考えています。実際、全国的に多くの病院小児科では試みがされています。

- ① 出産や子育てのため休職中であったが、一段落がついて再就職を希望する女性小児科医を積極的に採用する。その際、復帰しやすいように臨床研修を計画したり、フレックスタイムを導入する。
- ② (もう既にNICU病棟ではほぼ出来ていることですが)入院患者さんの「主治医」を廃止する(あるいは「主治医」を二人制にする)。当直明けでも夕方まで帰宅できない理由は、単独での「主治医制」にあります。集中治療室などで既に行われているように、その時間帯の「病棟担当医」が全ての入院患者さんの診察、処置や指示出しを行う、ということが今後『小児科医療崩壊』を防ぐ意味でも重要となってくると思います。ただし、少なくとも「小児病棟」においては、「主治医の先生がいつでも居てくれて、呼べば診察してくれるので安心である」とのご家族の従来からある考え方(医療への「期待」)が根強いいため、これを変えていく必要がある、と思います。

5. 今後の課題

今後、病院勤務医と開業の先生方が連携して取り組むべき課題としては、以下の2点を考えています。

- ① 地域の一般の方(特にお母様達)への啓蒙: 発熱、喘鳴、嘔吐やけいれんなど、子どもが突然示す様々な症状への対応方法を様々な機会を利用して小児科医が講義する必要があります。どういう場合は自宅で様子が見られるのか、どういう場合は医療機関を受診すべきか(その際、どういう場合は急ぐのか、どういう場合は翌日の午前中でよいのか)など医療機関の適切な利用方法を知っていただくだけで『小児科医療崩壊』をある程度は防ぐことができると思います。
- ② 地域の小児科医療の標準化: 同じ状態の子どもの診断や治療法について、ある病院勤務医の説明する内容とある開業の先生の説明する内容が大きく異なると、ご家族が不安になり、地域

全体として適切な受診行動がとれなくなります。勤務医と開業の先生方の中でカンファレンスや勉強会を繰り返し、よく診る病態については診断や治療法の共通認識を育てるような努力が必要と考えています。

6. 終わりに

以上、小児科の『医療崩壊』に対する取り組みをご紹介させていただきました。「手前味噌」ではありますが、他の診療科でも使えそうなヒントが隠れていましたら幸いです。

繰り返しになりますが、豊能二次医療圏の豊中市における小児医療体制の状況は全国的にみても良好です。地域の開業の先生方のご協力の賜と考えています。大変有り難うございます。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。