

第71回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム2

「小児医療を支えるのは誰か」

開業プライマリ・ケア医が考える小児科医との協働

一ノ瀬英史 (いちのせファミリークリニック)

従来から小児科医が担ってきた地域の小児医療や保健業務は、非常に多岐に渡り幅広い内容であり、いずれも専門性の高いものである。小児科医が中心となって小児のプライマリ・ケアに従事してきた。一方でプライマリ・ケア医は成人診療をベースに開業した医師が大多数を占める中、年齢に関係なく地域医療を担う総合診療医や家庭医も小児の課題に取り組む一員である。それぞれに、小児領域の医療や保健に携わる程度はさまざまであり経験値や自信度に違いはあれど、協働することで小児の医療や保健事業が少しでも明るい展望を見出せるのではないだろうか。今回は、「乳幼児健診」「神経発達症・思春期診療」「小児在宅医療」について取り上げてみた。

「乳幼児健診」は市町村が事業実施の主体であり、多くの自治体で医師の派遣を医師会を通して地域の小児科医に依頼されている。全国1,727市町村（平成22年）のうち、小児科標榜医（主及び従として小児科を標榜する医師）がいない町村が235箇所あったという。市町村外の小児科医に応援を要請する所もあるが、地域のプライマリ・ケア医に健診医を要請する市町村は少なくないはずである。問題は、健診医の質の担保である。内科医やプライマリ・ケア医は1歳6か月や3歳健診を担当していることが多かったのではないだろうか。0歳児の診察よりも身体診察への困難感が少ないなどの理由からと推察されるが、実は器質的疾患のチェックよりも発達の評価をしなければならない年齢である。普段から多くの小児診療を行い、時に神経発達症の診療も行っていれば発達評価も可能だが、行っていない診察医では評価は困難になることが予想され

る。小児科医はそれまでの小児診療の経験や、各種研修会でブラッシュアップがあるが、非小児科医には十分な機会が少ない。私は一般社団法人こどものみかたの一員として、広く乳幼児健診の考え方は実践方法について学習の場を提供してきたが、コロナ禍で一時中断を余儀なくされた。新型コロナの影響で集団健診が個別健診になった所も多くあると聞いており、ますます健診技術の向上の必要性も出てきている。質の維持向上を図りつつ、協働して全国で適切な小児健診を維持されることを期待したい。

「神経発達症・思春期診療」はプライマリ・ケア小児診療の中でも時間と少しの労力をかけねばならない分野ではないだろうか。神経発達症の患者数は年々増える傾向にあり、乳幼児健診でも1歳6か月、3歳健診では診察のウェイトが増える。5歳健診の導入も各市町村で議論されているが、何らかの支援が必要な児を拾い上げるという趣旨が含まれている。先の担い手の問題でもあったが、神経発達症の専門外来はすでにどこもパンク状態である。むしろ common であるとも言える状況に、プライマリ・ケアが担い連携を取らねばならない状況にある。また、トランジションの問題も孕んでおり、成人期において、精神科だけでは抱えきれないことは自明であり、小児期・思春期から協働は避けては通れない。同時に、思春期診療は二次成長を迎える身体的な課題に対応することと、成人に近い社会との関わりが増えてくる中で起こる心理社会的課題が関わってくることが多い。

「小児在宅医療」で担う医療的ケア児は日本において2万人を超えている。人工呼吸器や経管栄養などを

利用しながら生活しており、急変対応も時に必要であり、小児科クリニックで抱えるにはある一定の準備が必要である。在宅医療を展開するプライマリ・ケア医は24時間で成人の医療的ケアにもすでに対応していることが多く、在宅医の力量に応じて小児の在宅医療を担う素養がある。同時に、成人になる重症児社も医療の進歩とともに増えており、トランジションの課題にも同時に取り組むことができる。高齢者を中心とした地域包括ケアシステムの推進は、小児においても広げられ議論は各地で進んでおり、既に各地にある多職種連携をさらに延伸して取り組んでいる。

いずれも、まずは小児科医が中心として推進することを前提として、それでもなお協働することがプラスになると算段された時に協働を検討すると良いのではないだろうか。今回取り上げたテーマ以外にも協働する分野（例 園医・学校医、小児救急）はあるであろう。地域毎に医療提供体制に違いがあり、各地域の課題に合わせて小児診療を担う医師が協働して対応していくことが必要である。開業プライマリ・ケア医や地域の総合診療医（病院所属も含む）は地域地域（そこそこ）の協働を展開していくことを期待したい。