

第71回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム9

「小児医療の地域拠点化；どこに住んでいても、
同じ医療を受けられるためには何が必要か。」

日本の小児急性期医療体制の全体像
厚生労働省研究班「小児医療体制に関する
全国実態調査」の知見から

佐藤 大介（藤田医科大学大学院医学研究科病院経営学・管理学）

第71回日本小児保健協会学術集会シンポジウム9では、「小児医療の地域拠点化」をテーマに、日本の小児急性期医療体制の全体像や課題、将来の展望に焦点を当てた。具体的には厚生労働科学研究費補助金「小児科医師確保計画を踏まえた小児医療の確保についての政策研究（研究代表者：吉村健佑）」が行った全国実態調査から得られた分析に基づき、小児科医療提供体制の現状と必要な取り組みについて考察した。

(1) 小児医療の現状と課題：「小児医療体制に関する全国実態調査」より

厚生労働科学研究費補助金「小児科医師確保計画を踏まえた小児医療の確保についての政策研究（研究代表者：吉村健佑）」が実施した「小児医療体制に関する全国実態調査」の結果に基づき、日本における小児急性期医療体制の現状を示した。この調査では、1) 厚生労働省「医療計画の指針」の示す小児医療に関する機能と日本小児科学会「小児医療提供体制に関わる事業」の示す機能について整理を行う。2) 特に、小児中核病院（中核病院小児科）および小児地域医療センター（地域小児科センター）の機能について、「診療体制」「人員配置」「診療実績」の観点から施設基準に資する特徴を明らかにすることを目的に、全国の小児医療を提供する病院合計899施設を対象に、WEB調査および郵送調査方式にてアンケート調査を実施した。899施設のうち579施設から回答があり調査票回収率は64.4%（厚生労働省が定める分類のうち小児中核病院62.1%、小児地域医療センター48.6%、小児地域支援病院51.4%、その他100%）であった。

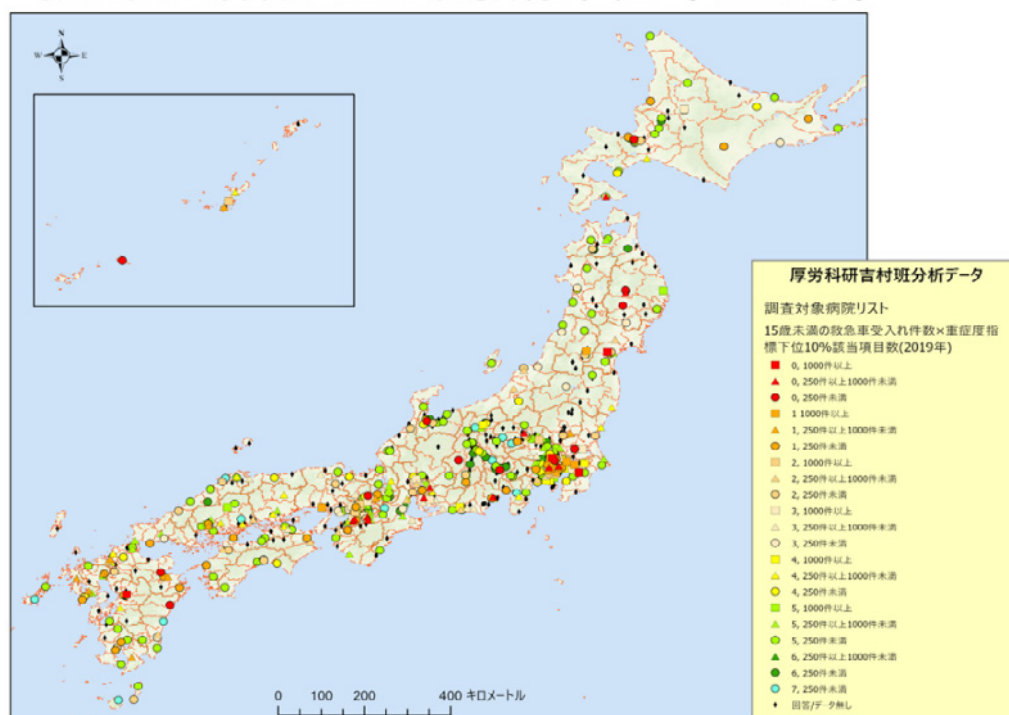
調査結果では、基礎的集計から、厚生労働省が示す小児医療機能と、日本小児科学会が示す小児医療機能は必ずしも一致しないこと、中核病院小児科は周産期母子医療センターの割合が高く、小児地域医療センターは、それ以外の施設が多く含まれていること、中核病院小児科は医師・看護職員に加え、多様な医療職が小児医療（外来）に携わっていることが明らかとなった。

次に、小児科医療体制を診療実績に基づき定量的な評価を実施した。評価方法の基本的な考え方は、調査対象病院の小児医療機能を「救急性」「重症度」「専門性」で評価した。「救急性」は「15歳未満の救急車受入件数」とし、診療体制の観点から「250件/年未満」「250件/年以上1,000件未満/年」「1,000件以上/年」の3区分に分類した。診療実績ごとに一定の評価水準を設け、その水準に満たない病院を「当該項目診療実績が少ない」とし、該当する項目数を指標として評価した。項目数は7項目とし、小児科の診療実績より15歳未満の「全身麻酔手術患者」「外来患者数」「休日夜間外来患者数」「ICU入室患者延べ数」「CHDF患者延べ数」「気管挿管患者延べ数」「ECMO患者延べ数」を用いた。なお一定の水準とは小児医療機能に要する医療資源配置の観点から下位10%tileとした。

定量的基準に基づく分析結果から、救急性の評価については15歳未満の救急車受入件数が多いほど重症度の高い15歳未満の患者を受け入れている傾向が明らかとなった。全身麻酔患者においても同様の結果であった。

また、診療実績における一定の水準を満たさない項

救急受入件数×重症度指標下位（2019年）



救急車の台数が多くても、重症度指標が下位の病院あり

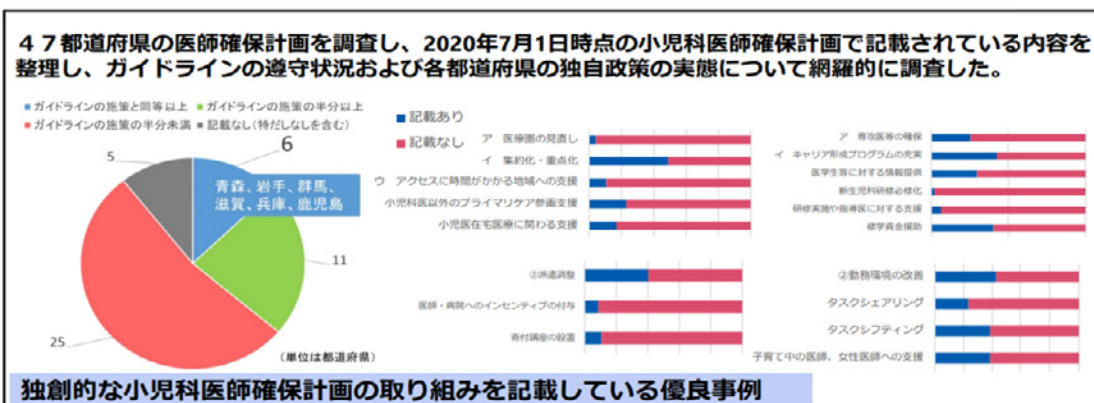
図 1 救急受入件数×重症度指標下位（2019年）

小児科医師確保計画を踏まえた小児医療の確保についての政策研究（201A1003）

研究期間：令和2年4月1日から令和5年3月31日まで

研究代表者：吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院 特任教授）

（本年は3年間予定の1年目）令和2年度の研究実績①



青森	岩手	群馬	滋賀	兵庫	鹿児島
修学資金、研修支援や医師定着等について詳細に記載	養成医師が高度専門機関で優先的に勤務できる、看護師や助産師の確保など独自の政策が複数有。	医療圏毎の策定	専攻医の上限撤廃、医療圏の再編、独自の政策が複数	医師派遣による逸失利益相当額の助成 新生児科医育成等への助成	小児科専門研修を受ける医師へ奨励金など明記 医療圏毎の策定

小児科医師確保計画：6県「特色ある取り組み」

図 2 小児科医師確保計画を踏まえた小児医療の確保についての政策研究（201A1003）

目数（全7項目・救急件数/年の分類別比較）の結果、15歳未満の救急件数が250件/年の対象病院は、1,000件/年の対象病院と比べて診療実績が一定の水準を満たさない項目数が多いことが示された。ただし、救急件数が多い病院でも、診療実績が10%tile未満の項目が存在した。この医療格差を解消するため、小児医療の地域拠点化の必要性が示唆された。各地域に小児科専門医や救急対応の医療施設を整備し、地域ごとのニーズに応じた医療提供体制を確立し、地域医療拠点の強化、NICU（新生児集中治療室）やPICU（小児集中治療室）の充実が必要であり、地方でも重症患者に対する迅速かつ適切な医療を提供する体制が必要と考えられる。こうしたことから、地域の実状を踏まえた別途評価を行うため、「地理的空間情報分析」を用いた診療実績の見える化を実施した（図1）。

地理的空間情報分析の結果、診療実績の定量的評価には3つのパターンが考えられた。

- 1) 周辺に施設が少なく、規模が大きいために周辺の医療圏を含めた基幹病院がある地域
- 2) 周辺に小規模な拠点病院が点在する地域

3) 周辺に施設が少なく、規模が小さくとも地域医療圏の拠点機能を担う病院がある地域

これら全国実態調査の分析結果から、「地域の実情」を考慮した小児の保健医療政策が重要であり、小児急性期医療体制の「全体像」を明らかとなった。地域における小児医療を提供するために、医療資源をどのように配置するかという政策課題については、都道府県がデータと小児科医療を担う医療現場の専門家の知見を基に小児医療計画を立て実行することが求められる（図2）。

また、本研究班においては令和2年度において全国47都道府県の小児医療計画および小児科医師確保計画について文献調査を行い、国のガイドラインが定める事項や評価指標をどの程度記載しているかについて調査を行ったが、ガイドラインの施策の半分以上について記載している都道府県は17%に過ぎなかった。小児科医の不足が大きな課題を解決するためには、都道府県が主導して、小児科医師確保や育成だけでなく、小児医療の集約化・重点化を含めた医療機関連携体制の構築を図ることに期待したい。