

もどかしい 小児救急

白井 正夫 ジャーナリスト

「幼稚園に迎えに行ったら、教室で寝かされていてグッタリ。熱もあるし、何か吐いたようで……」。娘からの電話はあわてた様子もない。医者は何？ 病院は何？ と孫を案じる耳に「明日の予約が取れたから連れていく」。そんなのきなことと言って、大丈夫かい。もどかしがってもし方がない。いつものことだ。

南米チリの首都、サンティアゴで暮らす娘の長女は2歳半になった時、幼稚園に通い始めた。初めての集団生活のせいか、いろいろな病気をしょってくる。お友だちからソーセージをもらって食べたとかで、吐いてグッタリもその1つである。

サンティアゴの大きな病院では、小児専門医による24時間急患体制がとられている。しかし要緊急でなければ小児科といえどもほとんどが「予約制」。電話をかけて診療の予約取りから始まる。そんな生活に慣れてくると、子どもの病気の重大性が見逃がせないが、少し具合が悪いようだから何でもすぐ病院へ、という回路が薄れてしまう。

■ 共働きで生まれた ■ 夜間診療ニーズ

4月号の「ドクターヘリの憂鬱」

で少し触れたが、小児救急24時間化の体制整備が進んでいない。

厚生労働省は夜間、休日の小児科急患の「たらい回し」をなくそうと、99年度から3か年計画で小児救急医療支援事業を進めている。全国360の地域医療圏(今年度240に下方修正)に1か所ずつ、病院などの輪番制で24時間対応システムをつくる計画だ。実現したのは昨年度までによろしく51地域。

小児救急の危機は、縮小傾向にある小児医療体制と、休日・夜間診療を必要とするニーズの多さが合わないことから生まれている。

医療体制の縮小は小児科の減少に現れている。小児科をもつ一般病院数(99年)は3528と10年前より10%以上減った。特に98年からの1年間に200も減り、休日・夜間診療には手が回らなくなってきている。小児科医は現在約1万3000人。そんなに減っていないのに病院小児科が消える理由は「採算上」からだ。子どもの診療は問診などに時間がかかる割に、薬の使用も少なく医療費は高齢者の半分といわれる。

一方に、ライフスタイルの変化がある。増えている共働き家庭では平日の昼間に子どもを病院に連れてい

けない事情もあって、休日・夜間診療頼りの傾向が生まれている。

神戸市の沖合埋立地にある六甲アイランド病院の小児科は、休日には100人を超す患者がある。開業医や診療所に対応できず、入院が必要な2次救急患者を対象とする病院だが、風邪、発熱、腹痛の初期患者もやって来る。常時、小児科医がいることが母親らの間に伝わったからだ。また今年6月、24時間診療体制を整えた神奈川相模原市でも、小児患者の救急搬送が94年の1092人から昨年は1976人と84%も増えた。

受診需要の多さを示す数字の向こうに、休日・夜間の“小児科無医地区”では診療を受けたくても受けられない子どもの姿が見えてくる。

■ 熊本方式実績20年 ■ 全開業医の参加で

朝日新聞社説(2001年7月16日付け)が「医師の最適配置が必要だ」と訴えている。「24時間対応でかなりの人数が必要になる小児科医をいくつかの病院に分散するより、センター的病院に集めチーム対応できる体制に」というのだ。開業医だけでなく病院医師も含めての連携が必要で、小児科医が絶対的に不足する地域では課題を残すが、現実的な提案だと思う。

このセンター方式は新しい命題ではなく、熊本市の熊本地域医療センター小児科では1981年から実施している。名づけて「熊本方式」。

熊本市医師会は市中心部に現在の医療センターを作った時、開業小児科医が交代で休日、夜間診療するシステムを立ち上げた。現在、熊本市と周辺地域で開業する37人全員が参加し、月1回の当番制をとる。当番の開業医は午後7時から同11時までセンターで診療し、午後11時

から翌朝までは大学病院派遣の小児科医が担当する。小児急患は1夜、約50人で年間1万8000人。

開業医は月1回という負担で、日常の夜間急患から解放される。4時間で報酬は1万数千円。重症患者が搬送されれば、センター小児科の医師が駆けつけるし、患者はそのまま入院できる。開業医には最新の小児科医療に触れる機会にもなる。

今年6月、東京都練馬区役所東庁舎に開設された区立「夜間救急こどもクリニック」も同じようなシステムだ。

区医師会の協力で小児科医25人が交代で診療に当たり、夜間診療時間は平日午後8～11時、土・日曜日は午後6～10時。区が医師会に年間3000万円の補助金を出し運営するが、小児科医の高齢化がいわれるなかで、4、50代の医師を確保できたので実現できたという。開設以来、毎晩数十人の乳幼児が診療を受けるほか、「子どもが熱を出したが……」と母親からの電話による相談もかなりの数になる。

練馬区内では日大・練馬光が丘病院が小児科の夜間救急診療を一手に引き受けてきた。しかし夕刻から風邪や発熱、下痢の軽症患者で混雑するようになり、長時間待ちの状態が続いた。そのため急患を診る本来の救急業務にも影響がでていた。

■ 医療協力引き出す ■ 地域行政の柔軟さ

このように夜間・休日診療の看板を掲げる特定の病院に、患者が殺到する現象が起きている。時代とともに地域の需要が変わったのだが、異論もある。育児不安などでコンビニ感覚での小児科利用が増え、不急不要の患者が多いというのだ。でも子どもに異常が起きたらまず専門医に頼る親心は否定できない。需要に



練馬区役所東庁舎の2階に設けられた「夜間救急こどもクリニック」

こたえる地域医療の施策が必要なことはいうまでもない。

地域の新しい求めに応えなければならぬ厚労省の支援事業が暗礁に乗り上げた理由は「小児科の減少、小児科医不足で医師は昼間の診療で手いっぱい」があげられている。それだけに地域の中核病院を利用したり、公設診療所を新設したりして「センター方式」で取り組むにしても、まず病院や開業医の協力がなければ成り立たない。

抜本策も見当たらないまま厚労省は今年度、実施地域に1日当たり2万610円支給する補助基準額を2万6994円と大幅に引き上げた。医師の件費の一部を補助する仕組みで、3割アップは国としては思い切った増額だが、効果はあまり見えてこない。住民の要求に応えられない自治体でも、あの手この手の模索が続いている。

今年5月、群馬県西部の高崎・藤岡地区で5病院輪番制の小児救急体制がスタートした。国の支援事業は医療圏を平均8市町村、つまり車で1時間以内を想定しているが、それより広い18市町村(小児9万人)を

対象エリアとした。地方では地域が狭いと輪番制をとれるだけの病院を確保できないが、広げることで5病院の協力が得られた。5病院は輪番で小児救急担当日を決め、当番日には小児科医当直を置いた。18市町村にまたがっても車で1時間のエリアである。

医療圏拡大に加えて、群馬県は独自の補助金上乗せをした。1地域年間約1200万円の補助金(国、県、市町村3分の1負担)では足りないと、小児救急に確保するベッド対策費だ。病院経営からすれば空きベッドは不採算の大きな要因で、県はその事情にも配慮した。むやみな補助金がよく問題になるが、「地域の子どもの安全保証費……」という考え方だ。

「小児救急の危機」を救うには、病院小児科、開業医の協力と連携が必要だ。地域の実情に応じた協力体制を導く大胆な柔軟策が、自治体側にもっとあっていいと思う。

●しらいまさお
元朝日新聞編集委員