

小児医療提供体制の現状と今後

滝田 順子

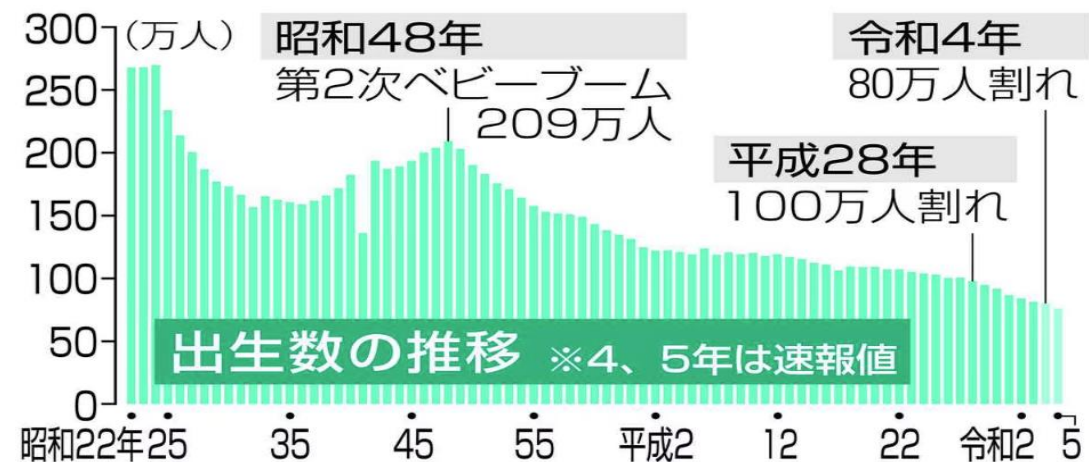
京都大学大学院医学研究科小児科

日本小児科学会会長

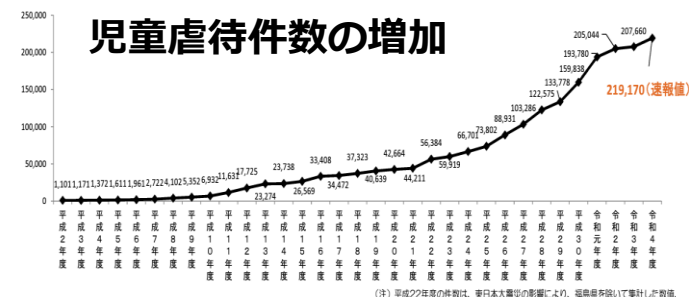
こどもを取り巻く社会環境

少子高齢化の進行

出生数は10年連続で減少 令和6年 約68万人(過去最低)



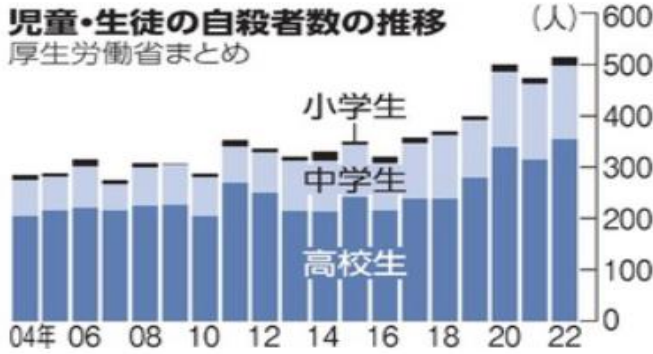
厚生労働省：2023年人口動態統計速報より



年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度(速報値)
件数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

こども家庭庁：令和4年度の児童虐待相談対応件数(速報値)より

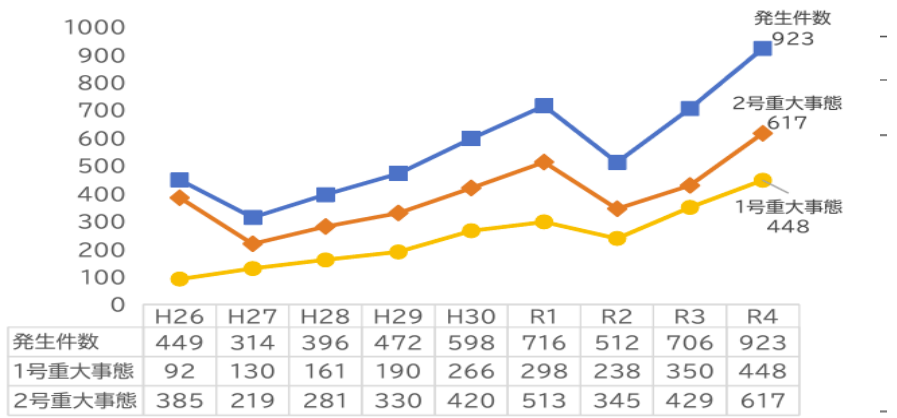
小・中・高生の自殺件数の増加



児童・生徒の自殺者数の推移 厚生労働省：HPより

いじめ件数の増加

いじめ防止対策推進法第28条第1項に規定する「重大事態」の発生件数



文部科学省：令和4年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要より抜粋

成育基本法の成立 2018年12月

成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律



2023年4月こども家庭庁の発足

小児医療を取り巻く社会環境

重症感染症の減少 疾病構造の変化
ワクチンの普及

医薬品の供給不安、出荷停止



需要の適正化

配分の見直し
採算性の見直し

医学の進歩
医療制度の充実

Common disease
小児患者の減少

1か月、5歳児健診の
健康診査支援事業化

予防医療

健康診断

健康相談

拡大新生児マス
スクリーニング

診療報酬改定

外来診療報酬

かかりつけ診療報酬

小児特定疾患カウンセリング

入院医療管理費

人的医療資源の不足

つきそいの問題

保育士、看護補助者の

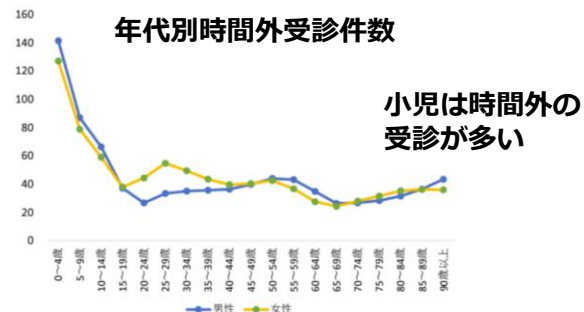
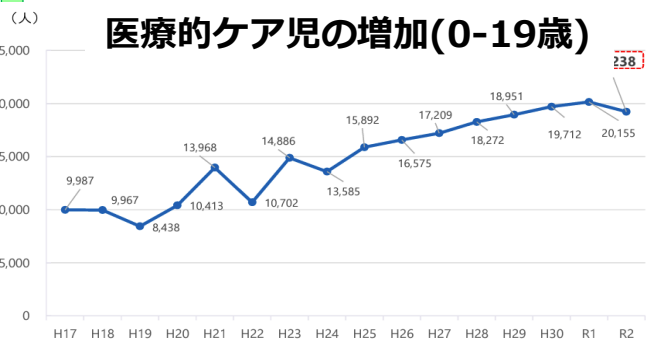
配置に対する加算

ドラッグ・ラグの課題

海外では使用できる薬剤が

日本では使用できない

小児慢性疾患、先天性疾患、難病の
キャリア、超低出生体重児の増加



専門性の
高い
高度医療

医学研究
の推進

新生児医療

救急医療



中核病院小児科

小児科医20人
3次救急



地域小児科センター

小児科医9人 2次救急

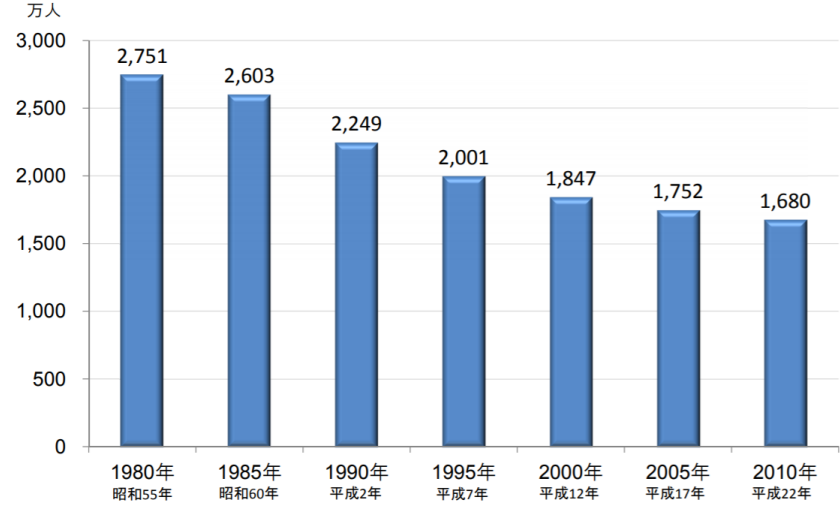


地域振興小児科A

小児科3人

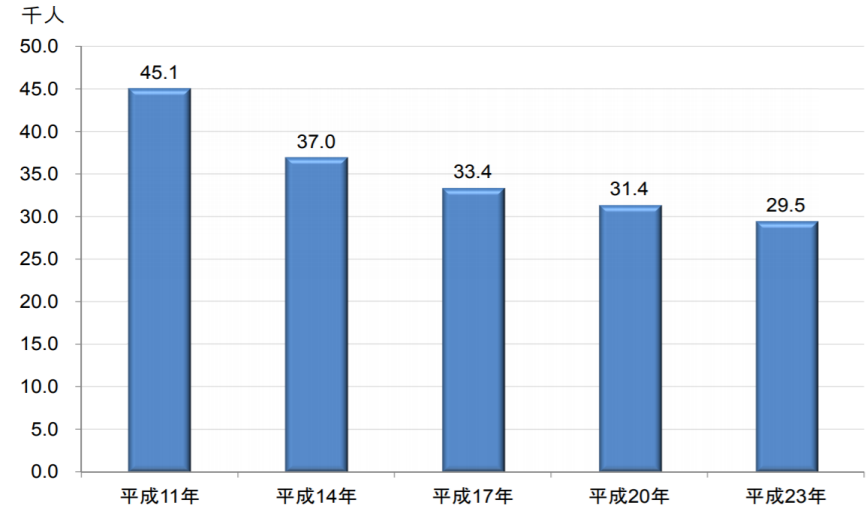
小児医療をとりまく社会環境

15歳未満人口の推移



出所:総務省統計局 国勢調査

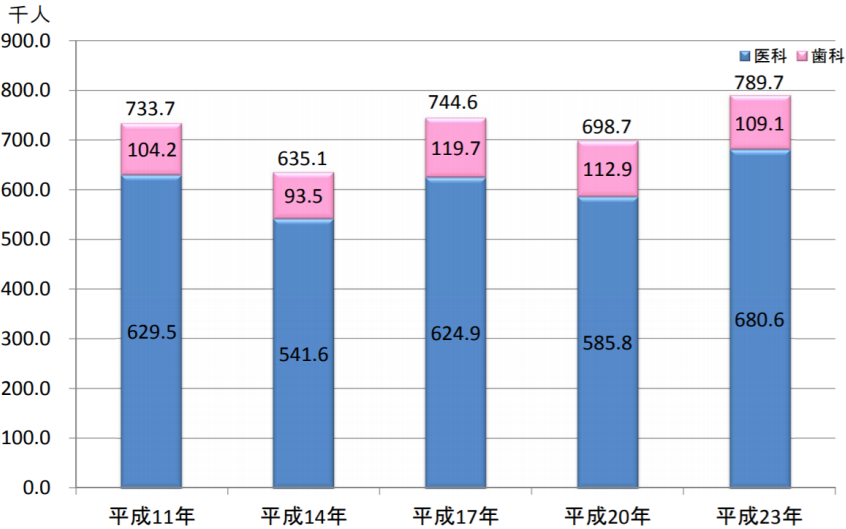
15才未満の小児患者数(入院)



厚生労働省大臣官房統計情報部 患者調査を基に作成

- ・ 小児人口は年々低下
- ・ 予防接種の普及による疾患構造の変化に伴い入院患者数の減少
- ・ 外来患者数は横ばい

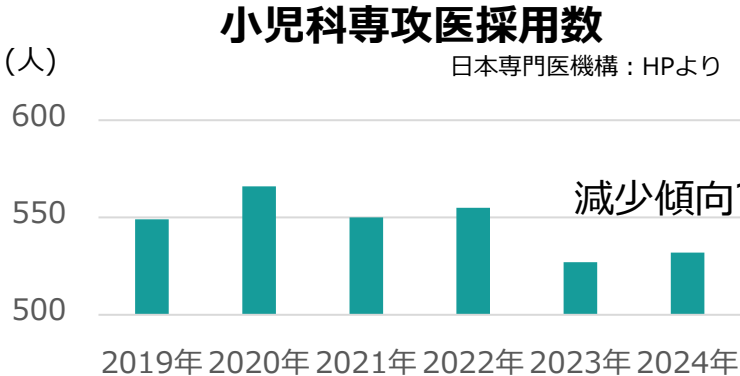
15才未満の小児患者数(外来)



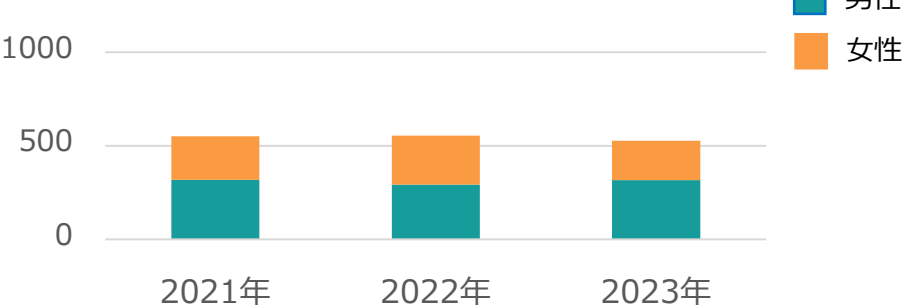
厚生労働省大臣官房統計情報部 患者調査を基に作成

小児科医を取り巻く社会環境

新専門医制度の開始(2018年～)



過去3年間の小児科専攻医男女比



小児科は女性医師の割合が多い **40%**
国家試験合格者のうち女性は約30%
(2024年 33%)

シーリング問題

サブスペシャリティ専門医制度の整備

働き方改革の実施

医師の働き方改革

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により**医師の健康を確保**する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置の推進** (地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進 (業務範囲の拡大・明確化)

＜行政による支援＞

- 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- 経営層の意識改革 (講習会等)
- 医師への周知啓発 等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制 (または代償休息)
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間			
	B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了			
	C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
C-2 (高度技能の修得研修)					

厚生労働省：HPより

日本の研究力低下

nature

Explore content | About the journal | Publish with us | Subscribe

nature > news > article

NEWS | 25 October 2023

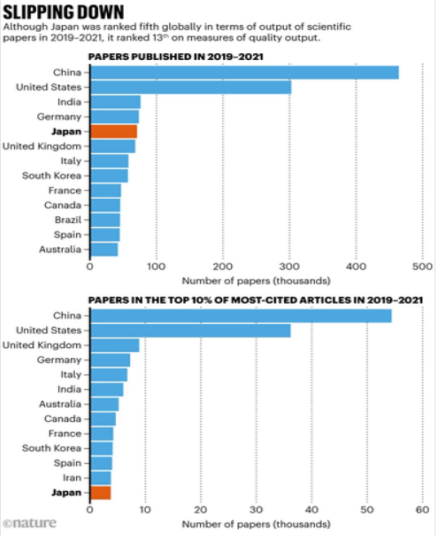
Japanese research is no longer world class – here’s why

Despite a strong workforce, Japan’s research continues to slide down the indicators of quality.

Anna Ikarashi

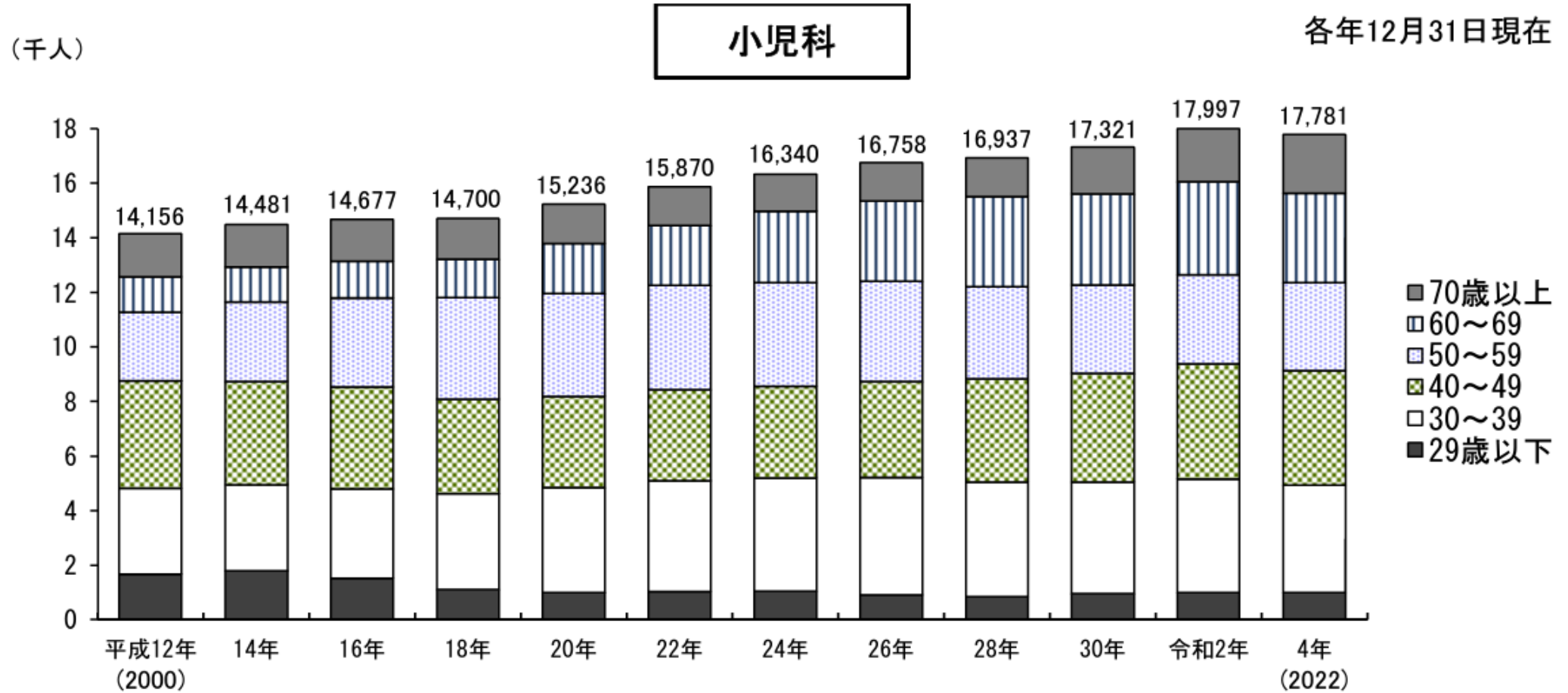
A government report suggests that Japanese researchers are not producing as much world-class research as in the past.

日本の研究力は、もはや世界レベルではない



(Nature 25 October 2023)

小児科医師数の年齢別推移



小児科医師数の増加の主たる要因は、60-69歳、70歳以上の年齢層の増加29歳以下はむしろ低下

小児科の特殊性 (京大小児科の例)

高度な専門性と幅広い知識
を統合する総合力

血液腫瘍
7名

小児科の中に複数のサブスペシャリティ
領域が存在

免疫・アレルギー
5名

循環器
4名

複数のサブスペシャリティが必要



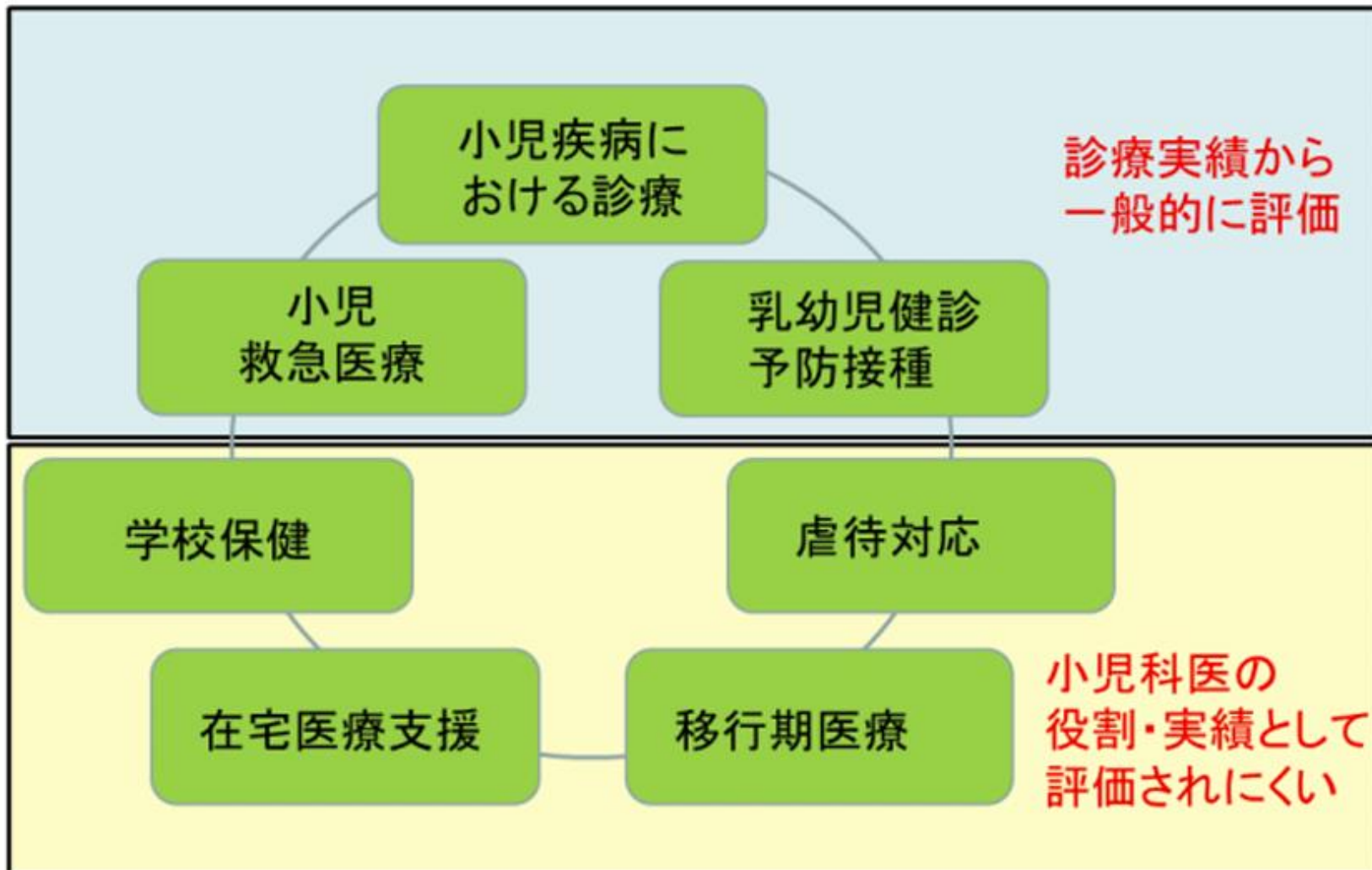
神経
4名

小児集中治療
PICU
4名

新生児・内分泌
13名

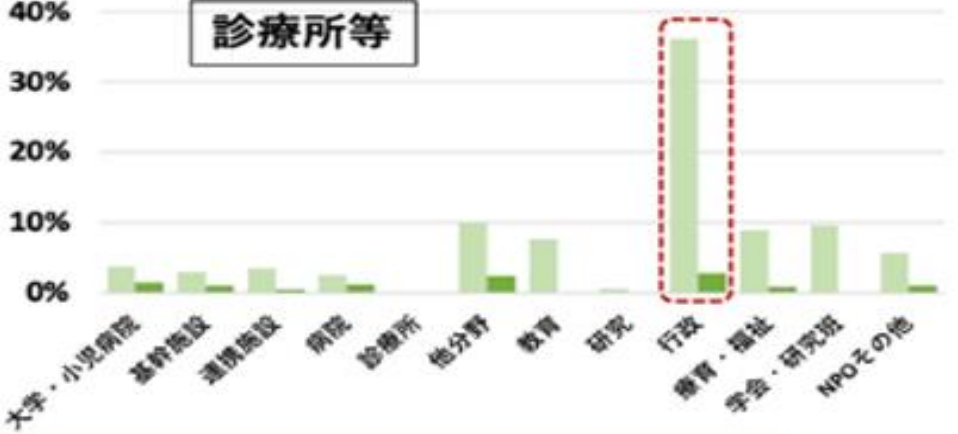
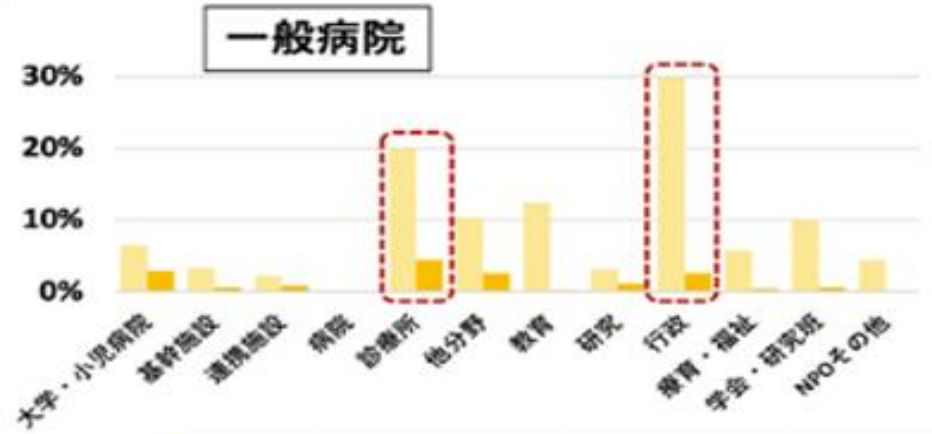
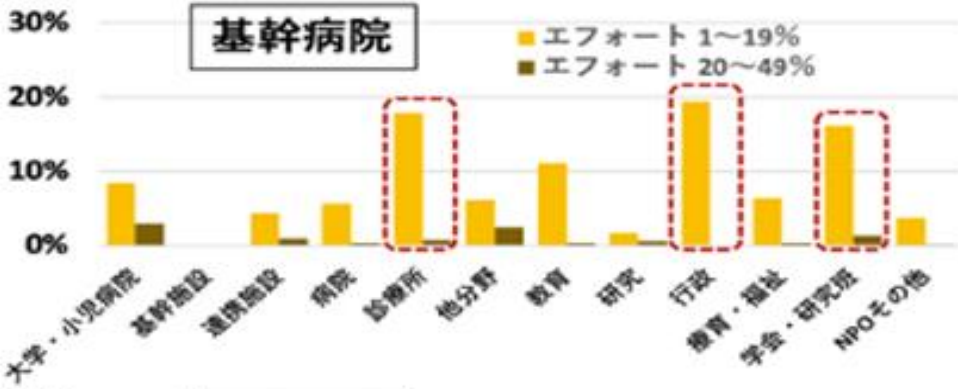
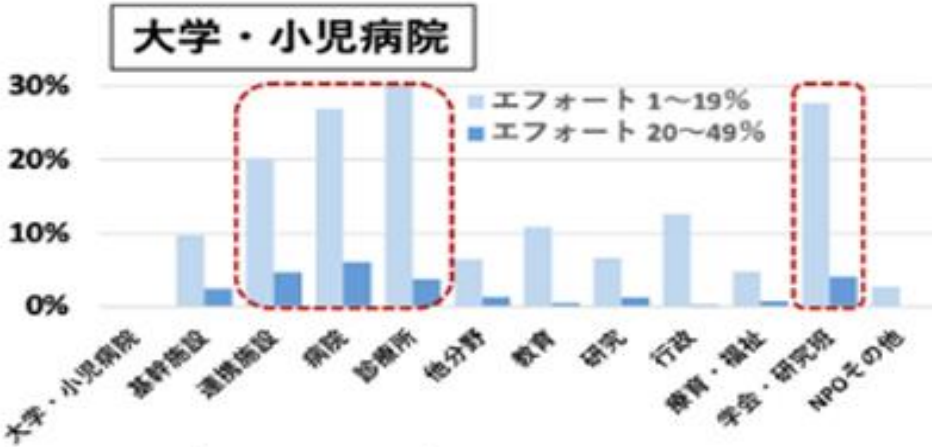
専門性の垣根を越えた
チーム力

小児科医の役割



病棟での診療のみではなく、様々な社会的な役割を担っている

小児科医の多様な業務



- 勤務する施設により貢献している分野、比率が異なる。
- 小児科医を必要とする分野が多岐にわたる。

小児科学会の提唱する小児医療提供体制 3類型
(中核病院小児科・地域小児科センター・地域振興小児科 A/Bの要件などを含む)
見直しについてどのように考えるか

2014 事業開始 登録総数 627

2019-2020	856
-----------	-----

2025-2026 病院調査実施中

	小兒医療圏（救急2次）	中核	地域小児科	地域振（A/B）
2014-2015	300	106	399	157（80/77）
2019-2020	294	119	394	440（114/229）
2025	306（330）厚労省	調査中	調査中	調査中

小児科学会が定義する 小児医療提供体制

表2 中核病院小児科、地域小児科センター、地域振興小児科 A、地域振興小児科 B の定義

中核病院小児科（小児中核病院）
三次医療圏に1か所
三次救急医療・集中治療、専門医療を提供
周産期母子医療センター（できれば総合）
小児科専門医育成、サブスペシャルティー研修
小児科医師20名目標、小児入院医療管理料1～2
常勤医師派遣機能
小児在宅医療、子ども虐待対応（CPTを有する）
地域小児科センター（小児地域医療センター）
二次医療圏・小児医療圏に1か所以上
24時間の入院医療・二次救急医療、専門医療を提供
圏域で24時間初期救急機能が他にない場合は、それを担当する
周産期母子医療センター
小児科専門医育成、一部のサブスペシャルティー研修
常勤小児科医師9名目標、小児入院医療管理料2～3
小児在宅医療、子ども虐待対応（CPTを有する）
地域振興小児科 A（小児地域支援病院）
中核病院小児科・地域小児科センターいずれもない医療圏において最大の病院小児科
隣接医療圏からアクセス1時間以上
小規模な入院診療
地域医療機関および隣接医療圏と連携協力して小児救急医療・新生児医療を行う
常勤小児科医師3名目標、小児入院医療管理料4～5
地域振興小児科 B
中核病院小児科・地域小児科センターがある医療圏において下記機能のいずれかを担い、中核病院小児科・地域小児科センターを補助する
小児救急医療、小児初期救急医療、新生児医療、特定の専門診療、障害児医療、サブスペシャルティー研修
地域医療機関および隣接医療圏と連携協力して小児救急医療・新生児医療を行う
常勤小児科医師は様々、小児入院医療管理料2～4
一部で、小児在宅医療、子ども虐待対応（CPTを有する）

目標とする常勤医師数・小児入院医療管理料が達成できていない

常勤医数		小児入院医療管理料	
2~>20	(8.6)	1~2	30%
		3~4	55%
2.7		4	37%
		5	15%
		なし	40%
3.2		2~3	7%
		4~5	40%
		なし	55%

10年間に実施した 厚労科研（平山班）委員会主導による 調査研究 実態報告

- （1）特定の地域で、少数の小児科医が小規模地域支援（地域振興B）を担い、幅広い医療を提供し負担が大きい。
- （2）地域小児科センターでは常勤医数に幅があり、地域輪番制度の維持が困難
- （3）Post COVID-19では、地域支援（振興A／B）で、小児入院医療管理料の下方修正や病床閉鎖・再編縮小があり、回復できない施設あり。
- （4）厚生労働省による医療機能分類（3分類）と小児科学会定義 3類型の一致率は40%

COVID-19の流行を機に病棟縮小し現状復帰していない

日児誌128(12), 2024 : 1576-1584 より作図

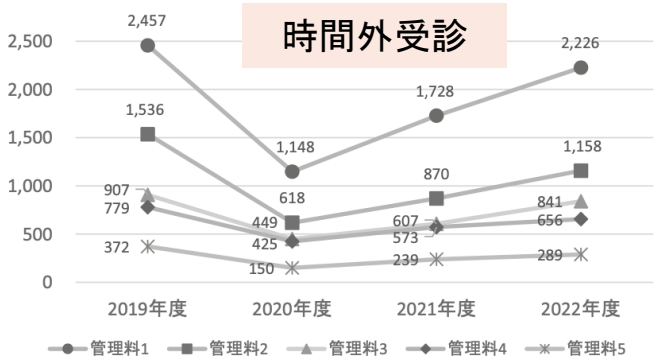
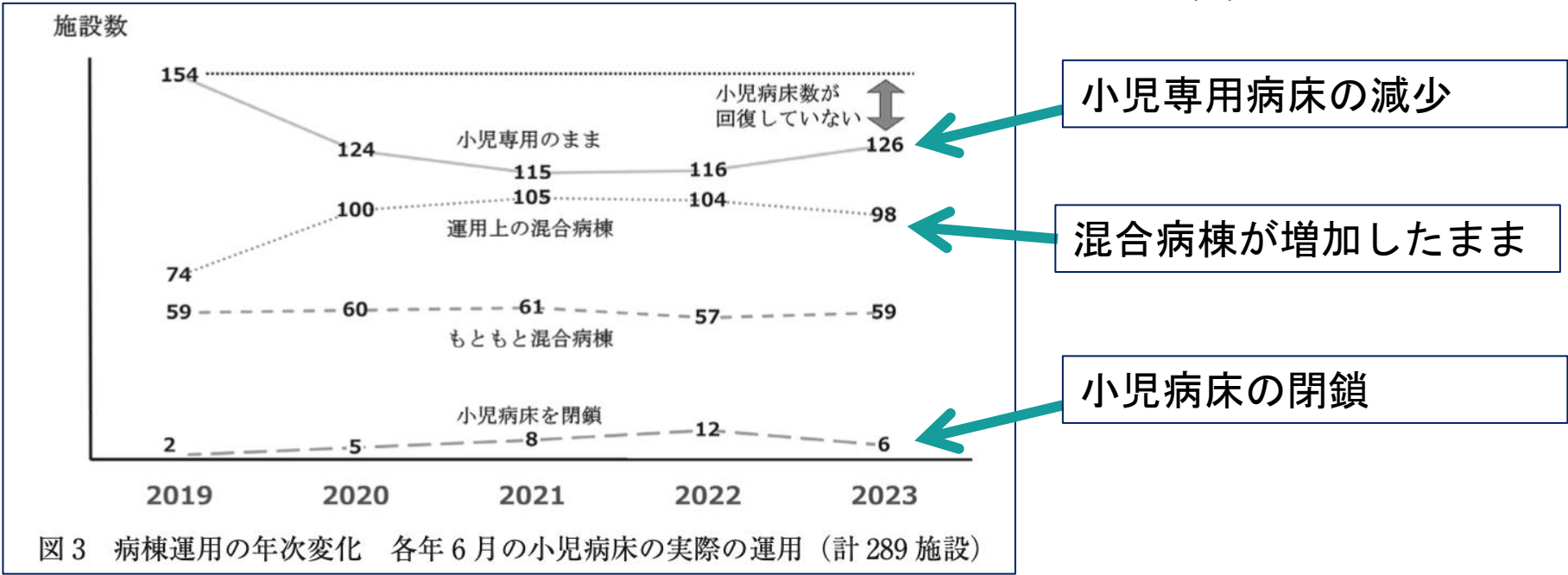


図 14 夜間・休日における小児救急外来受診者数 (中央値)

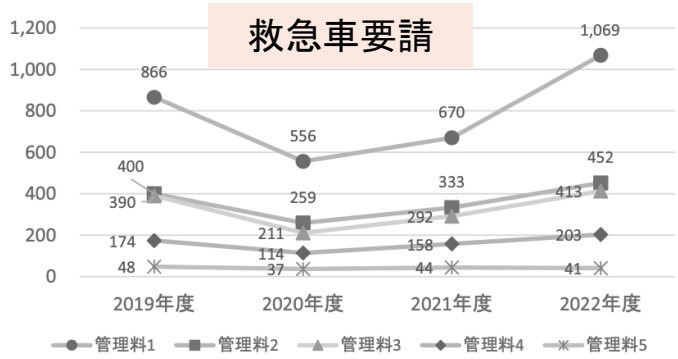
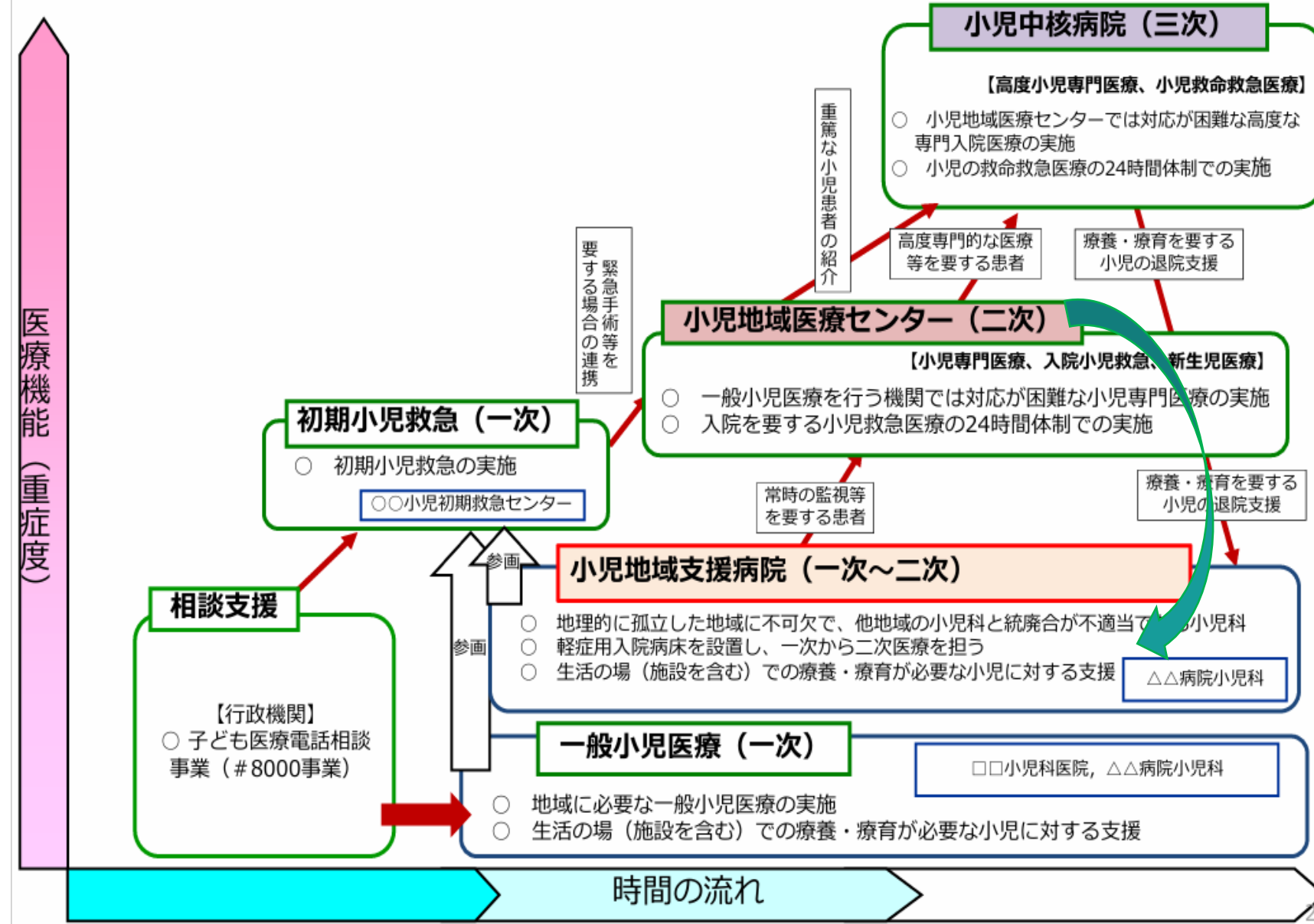


図 15 小児救急車応需数 (中央値)

● 小児病床は減少したが、時間外受診や救急車要請は増えている

小児医療の体制



小児科が重視しているのは

救急医療後のダウンストリーム
回復・慢性期ケア
保健 教育 健診など

特定地域における 地域振興B
少数小児科医が多種診療を担当

	厚労省分類	小児科学会分類
名称	小児中核病院	中核病院小児科
機能	3次 高度専門 救命救急	3次医療圏に1つ PICU/NICU
機関例	中核病院小児科 大学病院 小児専門病院	小児科医 > 20 小入管 1～2 医師派遣 在宅 虐待

名称	小児地域医療センター	地域小児科センター
機能	小児専門医療 入院救急 24時間体制	2次医療圏に1か所以上 24時間入院・救急 サブスペ教育 小児科医 > 9 小入管 2～3 在宅 虐待
機関例	地域小児科センター 連携強化病院（集約化推進通知） 小児救急医療拠点病院 輪番・共同利用参加	

名称	小児地域支援病院	地域振興小児科A
機能	過疎地域の一般小児医療 小児中核病院・小児地域医療センターのない医療圏	隣接地域からアクセス > 1時間 小児科 > 3 小入管 4～5

名称	一般小児医療	地域振興小児科B
機能	一般小児医療 初期小児救急 地域連携 保健・福祉・教育 Post acute Back transfer 医ケア児 家族サポート	中核・地域小児科センター機能 補完 小児科 常勤医数 様々 小入管 2～4
機関例	小児科標榜 診療所 一般小児病院 連携強化（集約化通知） 小児地域支援病院 （地域振興A 平日昼間）	

分類の見直し

双方の名称が混乱している

小児科医の登録事業による機能分類の認知度がどの程度か

現在 小児医療提供体制委員会で 全国チェアパーソン会議・
関連病院部長宛てに調査を検討中 (10月15日現在)

小児科医師数の考え方（他診療科との違い）

「救急医療に必要な人数」だけでは、小児医療は成り立たないことを再度確認したい

急性期疾患を扱う小児科医師数（NICU・PICU担当医師数を含めた）ではない

10705人が必要とされているが 急性期医療を提供する医師数として捻出された実数

- ・プライマリケアとしての予防接種・健診などの「保健」領域
- ・都道府県ごとの面積や診療・健診の場までのアクセス性
- ・人員数が限られる場合には 小児科医の「守備範囲」をどのように育成するかが課題
- ・専門性の縛りを解消し 夜間診療体制への協力・メディカルスタッフとの共同を推進
- ・年齢、女性医師の割合などの配慮も必要

* 公共性	いつでもアクセス可能（無料）	➡	医療体制・患者啓発
* 不確実性	症状の急激な変化	]	➡ 専門を超えたタスクシェア ICTによる情報共有
* 診療技術	専門性の高い技術		
* 専門性	小児科専門医・医療従事者数	➡	診療科偏在・地域偏在

今後の小児医療・周産期医療提供体制の構築・集約化への論点

少子社会における地域の活性化の視点には「安心して出産・育児ができる」ことが大前提

- ・こどもの育成に必要な小児医療は幅広く、疾病救急対応・高度医療、予防接種や乳幼児検診、学校保健などの公衆衛生事業に関連
- ・「集約化」は需要と供給のバランスから自然淘汰的に進む地域がある。
一方で個々の医療機関の将来構想を日本小児科学会から意見することはできない。

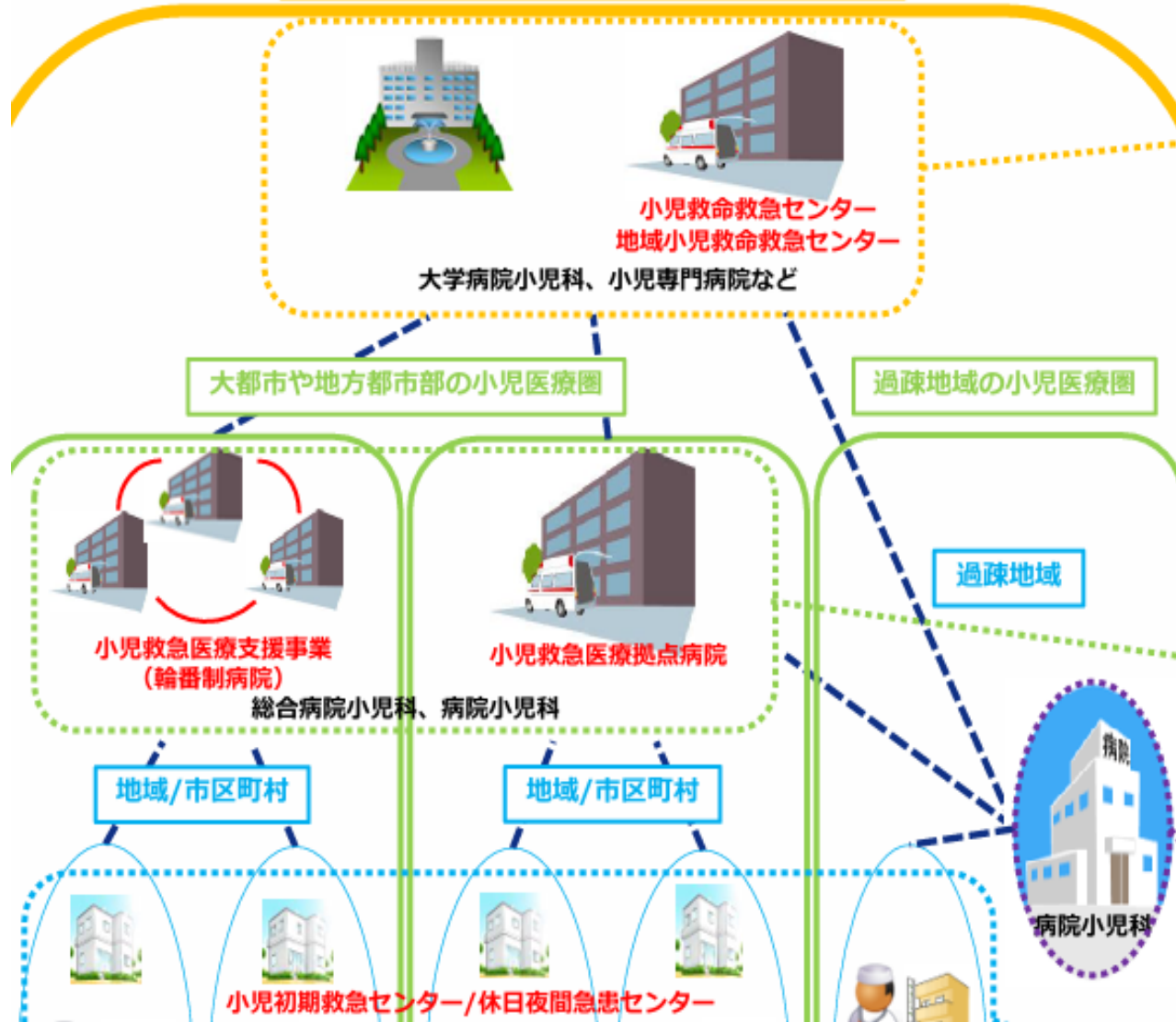
集約先となる中核施設の財政、稼働ベッド数の柔軟な運用・医師常勤枠の増設などの経費支援が必須

- ・地域小児科センターの定義・体制の未確立が問題
- ・医療計画において 周産期母子医療センターのような要件定義と財政的支援がなされていない。
- ・今後の医療計画での制度化を目標とし、全国で小児保健・医療の核になる地域小児科センターが維持できること
- ・集約化（連携推進・集約通知含む）には、住民へ理解のための丁寧な説明が不可欠

高度医療・先天性心疾患手術などの集約化

地域医療計画課調べ

三次医療圏（各都道府県 ※北海道は6医療圏）



課題

定期・救急受診のありかた

Ope 後 居住地でのフォロー体制

定期・緊急受診のありかた

居住地でフォロー体制など

小児医療および周産期医療提供体制を維持してゆく上での課題

行政が主導となった「小児医療協議会」が設置されること

多くの都道府県は小児救急や周産期医療に特化した協議会しか持たず、小児医療全般について議論する。

(協議会に関する暫定資料)

将来患者減少を前提として将来の体制を維持するためには、医師教育の場、専門医養成研修施設の減少と医療の質の低下が懸念

小児人口過疎地域における、時間外小児救急体制維持

都市部から診療補助に必要な地域支援補助予算、専攻医の地域医療研修を必須化

わが国の小児全てが健やかに育つことが小児医療の目標

予防接種、乳幼児健診、園・学校保健、5歳児健診・学校検診などの小児保健分野の担い手は、小児科医全員

地域小児科センター/地域小児科（振興A／B） いずれの要件定義などを確立させた連携体制が望まれる。

医療と保健・福祉・教育

児童虐待
神経発達症
医療的ケア児
移行期医療

学校保健への参加
子どもとメディア
社会で役立つ健康教育

医療

教育

小児医療に関する協議会

特定妊婦から生まれた子ども
乳幼児健診
児童虐待
小児期逆境体験
医療的ケア児
移行期医療
子どもの自殺
新たなパンデミックへの体制
遠隔診療

乳幼児健診
児童虐待
小児期逆境体験
神経発達症
医療的ケア児
移行期医療
子どもの自殺

保健・福祉

遠隔医療の推進に関して、具体的な検討 小児領域における 遠隔医療の課題

小児科学会 オンライン診療検討ワーキンググループ活動は現在休止中

日本医学会連合が各学会の代表者とともに「オンライン診療の初診に関する提言」を作成

小児医療では、慢性疾患の定期受診と救急診療の利用に分けて論議すべき

PICU/NICU と遠隔地小規模施設の医師の情報交換として、集約化に代わる手段としては必要

慢性疾患の外来定期フォローなどでは導入は、診療格差のある地域では有用

緊急・時間外対応は対面診察を希望されることが多く、保護者家族との合意が必須