

2006.10.28. 小児科の集約化・重点化を考えるシンポジウム

横浜市における小児医療の集約化と 小児科専門研修医教育

横浜市立大学
大学院医学研究科
発生成育小児医療学
横田 俊平

横浜市の小児医療体制と問題点

- 一次医療: 18区の休日急患診療所 24時間カバーなし
365日夜間診療(桜木町) 深夜帯 H18中止
- 二次医療: 病院群輪番制 → 市民に見えない体制!
小児拠点病院(6病院+浦舟) → 充実中
* 実態は一次患者が押し寄せている。
- 三次医療: 市大附属・こども医療センター・西部病院
→ 難病・重症例・P-ICU・N-ICU・・・

桜木町+二次輪番制 → 入院施設を個別に探さざるを得ない

横浜市の医療体制の問題点

- 行政の“机上の24時間カバー”体制
- 360万人都市の唯一の夜間・休日センターの深夜帯は大学小児科医がカバー
- 輪番病院の大半は小児科夜間入院機能なし
- 二次輪番制があるにも拘わらず、入院先を探さねばならない矛盾＝重症例の治療の遅れ
- 二次輪番制は、当番病院名を非公表
- 7拠点病院は派遣大学がさまざま
(横浜市大、慶応大、医科歯科大、昭和医大、東邦医大、北里大・・・)

小児救急医療体制を構築する際に 考慮すべき事柄2つ、3つ

● システムの構築

- 小児医療における救急の位置～小児総合医療の一部
- 小児救急部、シフト制・・・(他科への配慮)

● 小児科医の教育

- 初期研修医、専門研修医、スタッフの継続した教育・・・
- 教育のシステム化＝小児科医の流動化
- 救急だけでは小児科医として“荒んでくる”

● 制度の現状把握

- 新初期研修制度によるパラダイム・シフト
- 研修医が何を望んでいるか？

医学生・研修医は何を望んでいるか？

- たくさんの疾患を経験したい。
= 病児の集中化、高度の検査機器
- よい指導を受けたい。
= 多数の臨床指導者
- 効率よい夜間当直をしたい。
= 小児科医の集約化
- 自分の時間の持てる研修をしたい。
= 設備の整った施設

小児救急医療体制において達成すべき条件

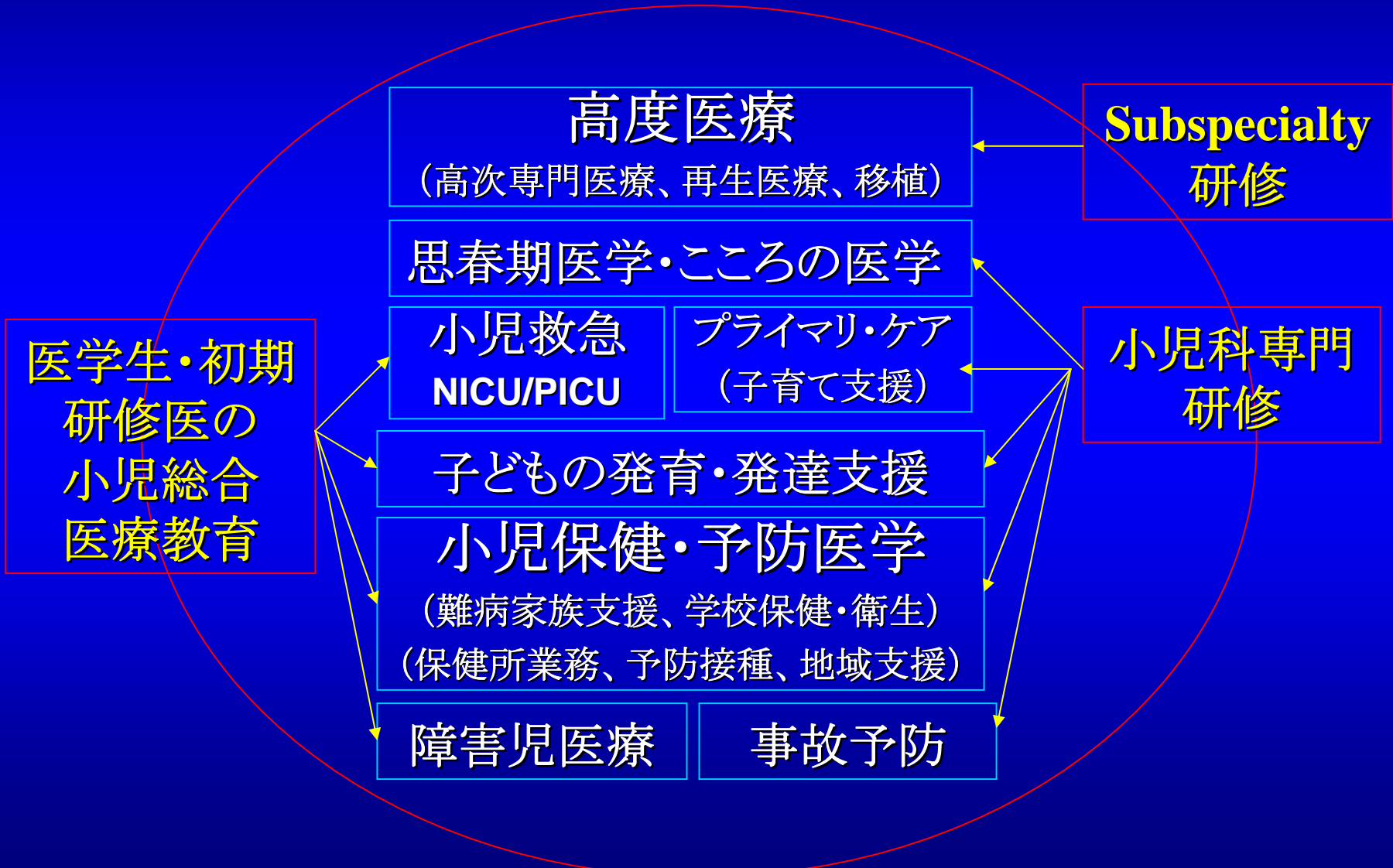
1. 子どもに質の高い医療提供

- 24時間、365日救急体制
- 一次・二次・三次医療の連続性確保
- “質”の高い小児科医の養成

2. 専門研修医教育・小児科医の確保

- 研修医にとって魅力ある医療体制
- 効率よい研修＝患者数＋指導医
- 地域(ネットワーク)で小児科医を育成
- 小児科医が疲弊しない体制の確立

総合小児医療



横浜市の拠点病院構想

● conceptの重要性:基本は「医療の質」の向上

1. 小児救急 24時間・365日 対応できること。
2. しかし、小児科医が疲弊しない体制であること。
3. 病院名が明らかになり市民に安心感を与えること。
4. 小児科医を地域で育成できること。
5. 派遣大学に拘わらない地域小児医療体制の樹立。

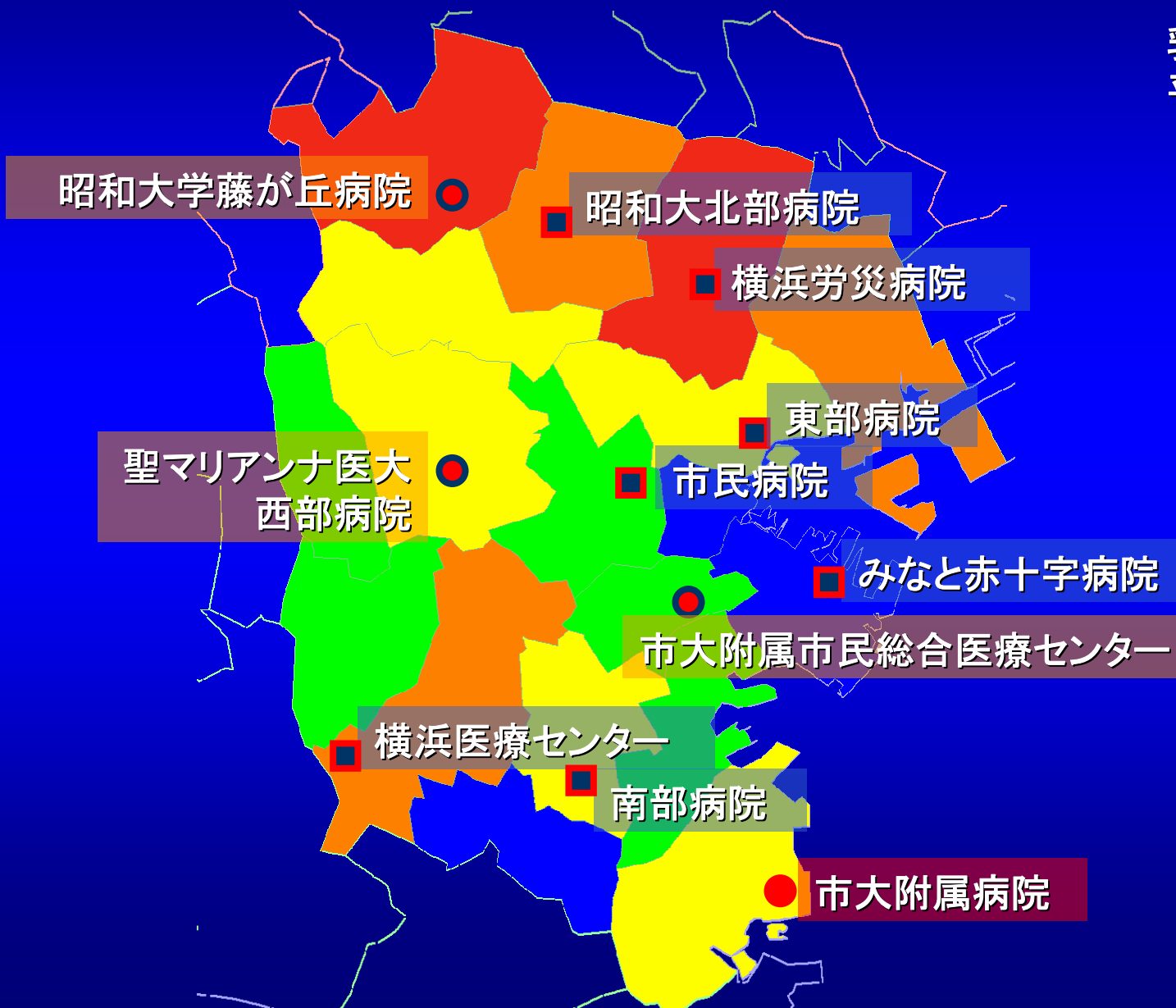
● 収益増が見込まれること

1. 拠点化による患者数の増加
2. 医療の質の向上による市民の信頼

7ヵ所の小児科拠点病院を指定、小児科医11~15名(大学の仕事)、人数増加分を予算措置(行政の仕事)、2~3年以内に完成。

横浜市拠点病院・高次病院連携

乳幼児人口(0~5歳)
平成17年1月1日現在



青葉区	19368
港北区	17406
鶴見区	15158
戸塚区	15079
都筑区	13975
旭区	13240
港南区	11952
神奈川区	10970
金沢区	10888
緑区	10650
保土ヶ谷区	10464
南区	9074
泉区	8966
磯子区	8493
瀬谷区	7842
栄区	6813
中区	6366
西区	3827

拠点病院構想を阻害する因子

- 二次輪番制度で潤っていた病院の抵抗
- 小児科医の配置が減少する病院の抵抗
- 拠点病院側の初期投資への恐怖
- 予算化を渋る行政側の抵抗
- 病院が遠くなるという利用者(代表)の抵抗

救急部会で構想実現の方向へ

- 横浜市医師会の賛成
- メディア代表・母親代表の応援
- 先行していた藤沢市民病院のデータ

日本小児科学会 ーわが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けてー



高度専門医療
周産期センター
小児救急科
小児 ICU
救急搬送



入院・救急の集約化
救急・入院医療の広域化
病診連携の強化
身近な医療の継続
女性医師の増加
労働条件への配慮

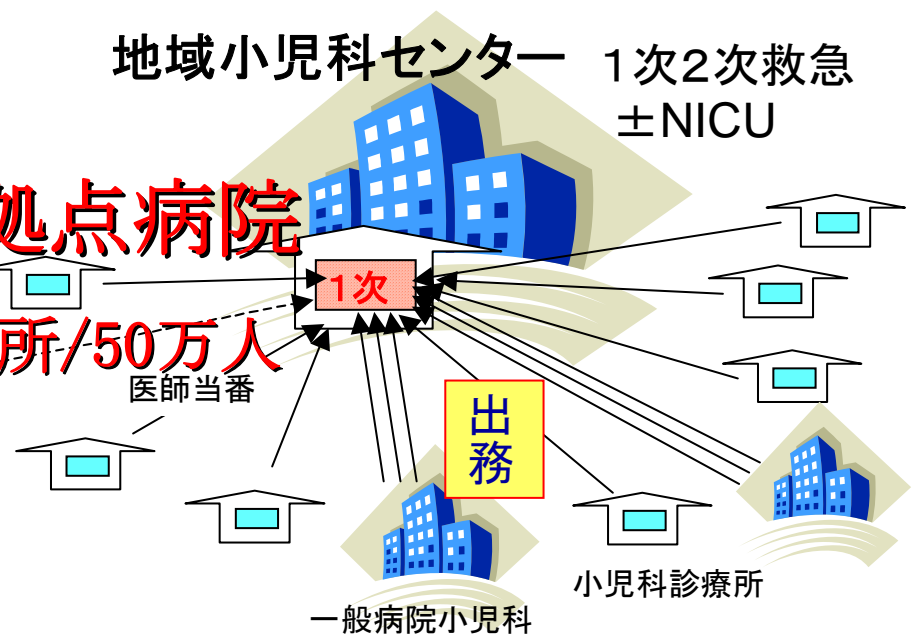
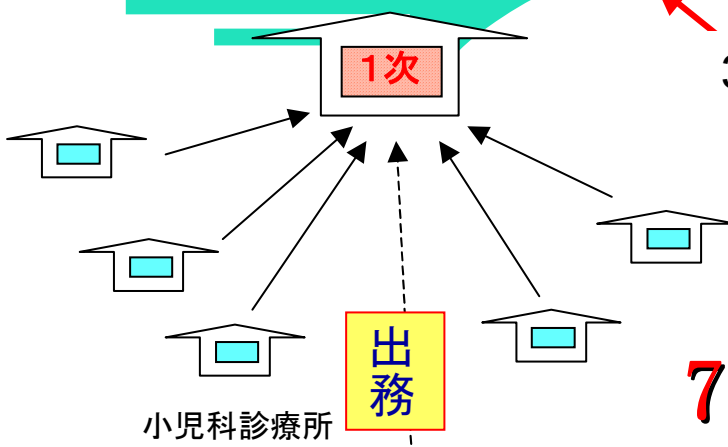
3次救急



地域小児科センター 1次2次救急
±NICU

7拠点病院

1カ所/50万人
医師当番



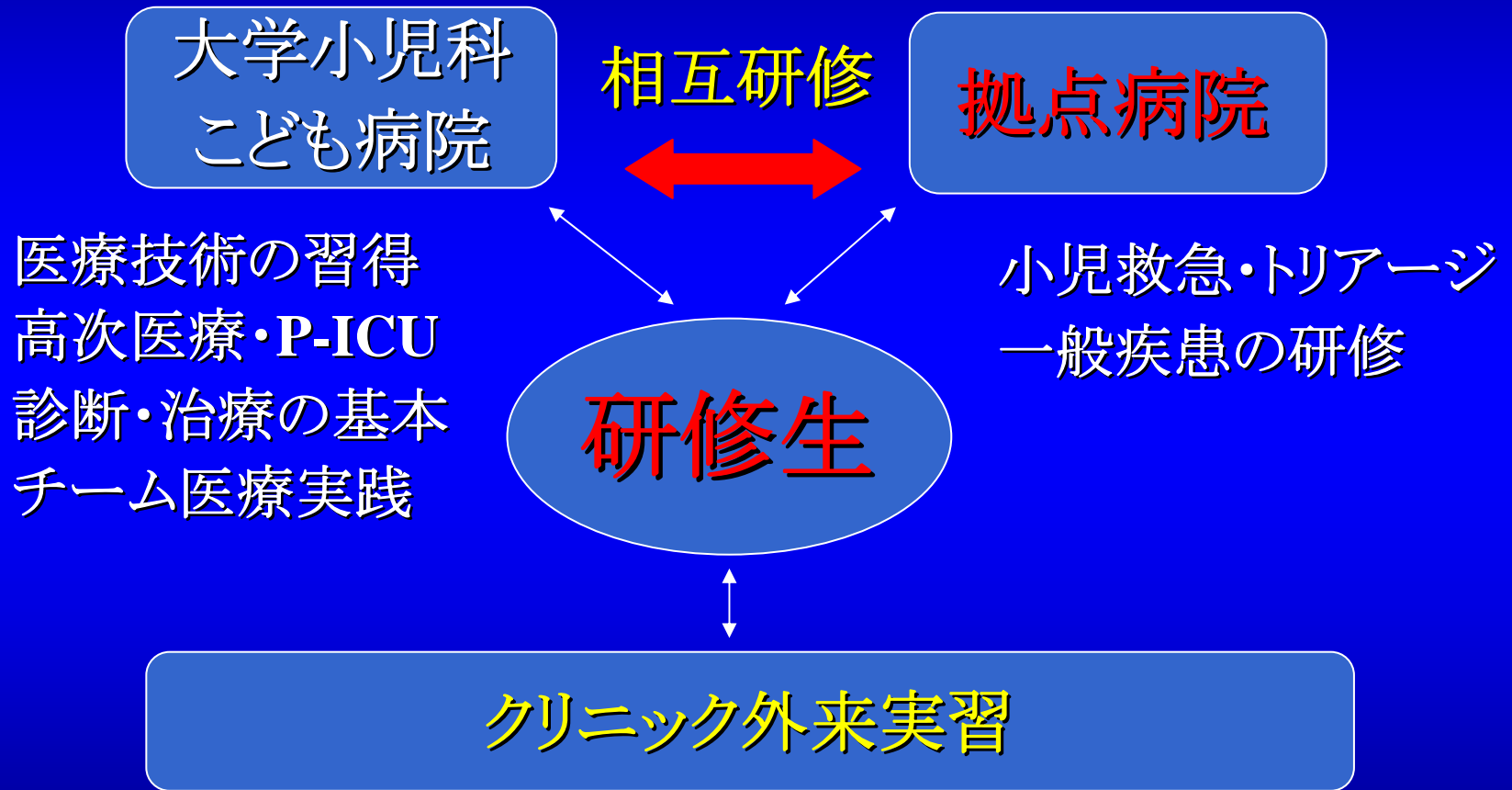
拠点病院構想を推進できた要因

- 小児科医の育成を前面に出したこと。
- 拠点病院が24時間・365日稼働することを市民にアピールできる＝救急病院の明確化
- 唯一の夜間・休日センターの深夜帯が人手不足で行きづまったこと。
- 小児科医11～15名体制で病院の収益増が見込まれる＝藤沢市民病院の例。
- 小児科医の減少を背景に派遣大学の了解。
- 新規専門研修生を多数得たこと。

横浜市拠点病院で起こりつつあること

- 南部病院と労災病院において近隣の小児科医が当番で勤務（準夜帯）。
 - 拠点病院医師と開業医との協働
 - 開業医が二次・三次医療患者の診察が可能
 - 拠点病院を核とした地域完結型医療体制の樹立
- 研修医の間で「横浜研修システム」を評価
 - 若い小児科医の横浜への集中化
 - よい研修環境 → 次世代の研修医を呼び込む（良循環）
- 横浜市拠点病院連絡協議会の設置
 - 「巡回カンファランス」の立ち上げ
 - 研修医の質の向上・均一化
 - 出身大学によらない小児医療の成立
 - 一病院ではなく、地域全体で小児科医を育成

地域で専門研修医を育成



医療の原点: 人と人 = 総合医療・複眼視医療・成育医療・予防医学

今後の課題

- **拠点病院小児科医の質の向上**
＝専門研修の内容の充実を図る仕組み作り
(巡回カンファレンスの創設、subspecialty研修制度)
- **地域小児科医の拠点病院運営への参画**
＝一次～二次医療の地域完結型医療の完成
(拠点病院の準夜帯に地域小児科医が出動)
- **小児subspecialty研修への誘導**
＝大学小児科・こども病院との連携
(研修プログラムの設定＝大学小児科の意義)
- **拠点病院内の他科との調整**
＝小児救急部門の設置、シフト制 etc.
- **一般病院の小児科の体制転換**
＝日勤帯のみで、入院・当直なし(女性医師用?)
- **地方小児医療体制との連携**

小児医療全体からみた重要な課題

- 小児救急医療 → 小児急病診療
- システムの地域性: 都市型・郊外型・過疎地型
- 「夜間当直」 → 夜間シフト勤務・小児救急部
- 新初期研修制度の“弊害”
- 大学小児科の疲弊
(少人数、低賃金、過剰な期待、過剰な責任)

近未来的構想(妄想?)

● 「小児科医ユニオン」の設置を!

- 新初期研修制度 → 病院選別権は研修医に
- 新初期研修制度で、明らかに臨床力が低下
- 小児医療に地域格差は不可 = 広域システム
- 小児科医の流動化を促す → 都市部と過疎地

1: 医局に代わる小児科医の新基地

2: 都道府県レベル? 道州制レベル? = 交流

3: 専門研修医の登録と同時に病院の登録

4: 独自のカリキュラムで小児科医の育成を主眼

5: 大学・こども病院もこのシステムの一環と考える

6: 地域内・外の過疎地への派遣 = 義務

7: 病院の選別が可能 = 小児科医の権利の確保