

家庭医と小児科医師 地域小児医療の担い手は？（私見）

文責 春本常雄

地域の小児医療の今後について、とりわけ家庭医と小児科医師の役割分担と連携という視点で考察してみた。加えて、将来の地域小児医療を担う家庭医と小児科医師の養成についても言及した。自らの進路で家庭医か小児科医師か迷っている若手医師の参考になれば幸いである。

<経過と現状>

現在の若手医師は、臨床医として、小児から高齢者まで家族ぐるみで、かつ、身体のみならず精神的社会的にも総合的に診ることができる医師になりたいという希望をもつ医師が少なくなく、家庭医・総合診療医志望という形で表れている。また、初期研修で複数の基幹科を回るようになったのも、医学生の医学教育改善運動、医師養成の在り方の論議（民医連も積極的に加わってきた）、患者家族の要求・期待など多くの力によって実現したものであり、時代の流れと言ってよい。元来家庭医・総合診療医を医師像の根幹に置き、それを重視した研修を行ってきた民医連の貢献もあったのではないかと自負している。

さて、地域の小児医療は小児科医師だけで行われているわけではない。一般外来診療のみならず、予防接種、自治体の乳幼児健診、夜間休日診療所、校医園医などは地域の小児科医師だけでは担いきれず、多くの小児科以外の科の医師によって支えられている。地域の小児医療について語る際には、このことを踏まえて語らなくてはならない。

加えて、地域の医療に於いては、ある年齢以上の医師、とりわけ開業医は年齢関係なく（元）専門に関わらず患者家族を総合的に診ている医師も多いが、中堅以下の医師は専門領域をもちその領域（成人の循環器など）に限定して医療を行っていることも少なくない。それは、それぞれの時代の医師養成の影響や地域に長く開業していることなど様々な要因に因るものである。前者の医師が高齢化等のため閉院が進み、後者の医師が比率として増える傾向にあるかもしれない。そのような中、地域医療に医療の谷間を作らないためにも、患者家族の要求という点からも、総合医・家庭医が今求められている。そういう現状からも、上記の若手医師の総合医・家庭医志向や初期研修システムは歓迎すべきものである。患者の立場に立って医療を供給してきた民医連はもともとそのような総合医・家庭医的な視点で医療活動を行ってきており、その経験の蓄積は今後の地域医療を形作る上において大いに活かされる。

ところで、内科と小児科（＝小児内科）とは年齢によって分けている科であり、この2つ以外の科で年齢によって分けている科はあまり見当たらない。つまり、整形外科・精神科・耳鼻科など内科と小児科以外の科は小児から高齢者まで全年齢を対象としており、年

年齢によってほぼ完全に二分している科は基本的には無い。そして、内科はその中でさらに多くの分野（消化器・呼吸器・循環器など）に分かれ、細分化された反省から「総合内科」という領域に脚光が当たっている。多くの民医連の病院・診療所の内科では、早くから「総合内科」「家庭医」的な診療・研修・医師養成がされており、その経験は蓄積されている。一方、小児科（小児内科）は内科ほど細分化されず、予防接種や健診など総合的であることが（民医連内外問わず）小児科医師の特徴であり、日本小児科学会も「小児科医は子どもの総合医である」と宣言し、同学会の「小児科専門医」も総合的な知識・技能を有しているかが認定の大きなカギを握っている（他の専門医との大きな違い）。このようなことを考えると、家庭医・総合診療医（≒多くの民医連医師）と（民医連内外問わない）小児科医師は非常に似通った点が多いと考えられる。

<家庭医の小児科研修とその後>

家庭医にとって、小児を診る（診ることができる）ことは必須であり、小児を診れない医師は家庭医とは言えない。

家庭医の小児科研修は初期研修2～3か月だけでは到底足りない。研修期間あるいはそれ以降でも、入院施設のある病院小児科で通常診る外来での医療を少し超えた重症度の病棟医療・救急医療を、見学程度というのではなくどっぷりと主治医として責任を持って経験する期間が不可欠である。その期間は、みっちりそれだけに専念できる期間で半年以上必要である。かつ、上記研修に併行してもしくは終了後、小児科指導医のもとで一般外来・慢性疾患医療・予防接種・乳幼児健診・在宅医療といった総合的な小児科外来医療（これは診療所に於いて行ってもよい）を半年以上、できれば1年研修する。1年というのは小児の疾患は季節性が大きいからである。そのことで家庭医としてひとりで小児医療を実践する際でも自信を持って行うことができる。

さらに、研修終了後も小児も受ける救急医療（全科当直）に引き続き定期的に月2～3回以上関わる、週1回程度小児も来院する外来診療（診療所であってもよい）を継続するなど、小児医療のレベルを下げない医師生活を送るべきである（総合医・家庭医として実践していればほぼ必然的にそうなっているだろう）。医師の多忙な勤務の中ではあるが、家庭医がよい家庭医で有り続けるために、そのことを病院・診療所全体の合意としなくてはならない。

また、家庭医養成にとって小児科医師（指導医）は不可欠であり、小児科医師無しでは自前の家庭医養成はできない点も強調しておきたい。

<医師養成における家庭医と小児科医師の「相互乗り入れ」>

医師養成にあたって、家庭医集団と小児科医師集団がそれぞれ別々に研修・養成を行うのではなく、「相互乗り入れ」して行うものであると考える。小児科医師を養成するにあたって、ベテラン家庭医（指導医）から家族全員の健康問題に幅広く対応する家庭医的な視

点を学ぶことは小児科医師としての成長に大きく貢献するし、一方家庭医養成にあたって、経験を積んだ小児科医師から年齢による心身発達や生活習慣の特徴と変化、親子の愛着形成などを学ぶことは家庭医としての幅を広げることになる。さらに、家庭医と小児科医師は、研修期間という短い時期だけに限定したものではなく、医師として働く間ずっと日常的に学び合う関係にあると言える。それが当たり前のこととしてできるのは民医連の医師集団の強みと考えていいだろう。

このことは小児科医師と家庭医の関係に留まらず、内科医師と家庭医についても、ほぼ同様のことが言える。民医連のすべての内科医師にとって家庭医的な視点を持つことが必要であるし、逆に家庭医は内科の各専門分野の医師からその分野の最新知識・技能・視点を日常的に学ぶことによって家庭医としての実力を高めることができる。

<小児科医師>

小児科医師にとって、成人領域の知識・技能を得ることは小児医療を行う上でも、大切なことである。まず、小児の感染症の診断、慢性疾患医療、成長発達支援などを行う際に、家族のさまざまな情報を抜きにしては医療が行えない。また、子どもはやがては成人になるので、小児期だけで完結するのではなく成人になっていくといういわゆる「成育医療」という視点で、成人領域の疾病構造と小児期からの予防的視点をもって医療に当たるべきである。これらは実際多くの小児科医師が実践してきたものである。さらに、多くの小児科医師は、15歳を超えたトランジション例を引き続き診ている。その際、動脈硬化や悪性腫瘍といった成人領域で中心的な疾患・病態に対し、予防のための生活習慣の確立、癌健診（例えば子宮頸がん検診は20歳から）など成人の全身管理を行うという視点をおろそかにしてはならない。きっちりできている小児科医師もいるだろうが、一般的な小児科医師はそのような視点は弱いかもしれない。

民医連では、小児科医師であっても病院救急医療（ER）で成人を診たり、診療所で成人の医療や健診・ドッグ（これこそ家庭医らしい仕事のひとつ）を担ってきたりしてきた。民医連医師としてはそのことは当然のことであり、小児科医師自身の成長にとっても多くのメリットがある。また、もともと小児科医師は小児の総合医・家庭医であるので、家庭医的な診療に向いていると指摘する声も少なくない。

<地域における連携>

地域の中で、家庭医と小児科医師が役割分担と連携をして、小児医療を行っていく。

家庭医と小児科医師の地域での役割分担として、例えば、家庭医は基礎疾患の無い児の重症でない急性疾患（多くはいわゆる風邪）、予防接種を受け持ち、小児科医師は基礎疾患を有する児の急性疾患、慢性疾患医療、乳幼児健診、を行う。実際は保護者が選択するし、地域によって小児人口や小児科医師数、医療機関の数や距離などさまざまであるので、地域によってそれぞれの役割は異なってくる。要はその地域で全体として小児医療が充実し

たものになっているかという視点が大切である。

小児医療に関しては、家庭医に対し小児科医師が助言者として関わる（一方逆に、成人領域の医療については家庭医が小児科医師に助言する場面もあろう）。

家庭医が小児医療を行う際、身近に気軽に相談できる小児科医師をもつことは非常に大切なことである。それとも重なる部分もあるが、入院医療や精査が必要な場合に紹介する病院小児科を確保しておくことも大事である。小児科を有する多くの民医連の医療機関では、ひとつの病院・法人の中でかなりそれが完結できている。

地域の小児科医師は、総合医・家庭医と連携して地域の小児医療を担い、家庭医を含む小児医療を担う医師の中でリーダーシップ的な役割を果たす。小児科医師は家庭医からの相談に乗り、回答する。小児科医師としての人脈を活かしてその患児にとって最適の医療機関・医師を紹介を薦める。

このように、地域において家庭医と小児科医師は対立する存在ではない。小児医療を担う仲間・相棒・同志である。

小児を診る比重が大きい家庭医や成人も多く診ている小児科医師（元小児科医師？）が家庭医なのか小児科医師なのか、そもそも区別や線引きをする必要があるだろうか。いずれにせよ、直面する患者にとって最良の医療が提供できるよう医療連携を進め、生涯研修に励むことが大切である。風通しの良い医局をもつ病院や多くの民医連の病院・診療所は、科を超えた医師集団の力で医療連携・生涯研修を行ってきており、多くの先進的な教訓を持っている。加えて、家庭医と小児科医師は固定的なものではない。医師のライフサイクルの中で、例えば研修終了後20年は小児科医師として過ごし（家庭医の指導もし）残りの20年は家庭医として過ごす、基本的に小児科の比重の大きい家庭医を続け数年間だけ病院幹部として戻り家庭医的な視点を持った小児科医師育成に当たる、など様々なパターンがあつてよい。家庭医と小児科医師の望ましい役割分担と連携、ライフサイクルについて、民医連がその典型を作り、小児医療全体へよい影響を与えていくことを期待したい。

<新専門医制度>

このような中で、新しい専門医制度の枠組みでは、「総合診療医」なる「専門医」が、科別や臓器別の専門医と併行する形で並んでおり、それは小児から高齢者まですべての年齢層を対象とすることを想定している。

前述したように、地域の小児科医師は総合医・家庭医と連携して地域の小児医療を担い、小児医療を担う医師の中でリーダーシップ的な役割を果たす。このような地域の小児科医師は不可欠であり、地域に小児医療を二の次にしか考えない総合医・家庭医しかいない状況は好ましくない。新しい専門医制度がそのような地域の小児科医師を減らす方向に作用するのであれば、それは地域小児医療の崩壊をもたらしかねない。小児科医師は、そのような専門医制度そのものに反対すべきである。その制度が強行されるのであれば、その制度の範囲中で地域の小児医療のリーダーとしての医師を何らかの形で育成すべきである。

上記した「総合診療医」以外に、「総合内科」「プライマリ・ケア認定医」「小児科専門医」「地域総合小児医療認定医」などが出てきており、専門医・認定医制度は混沌としており、国民医療を守り発展させる立場での整理・実施が求められる。

日本小児科医会が先陣を切った「地域総合小児医療認定医」については、上記専門医制度の影響で激減するかもしれない地域の小児科医師を養成・確保するという点では重視すべきである。ただ、小児科専門医・小児科出身医師のみならず他科出身の医師や家庭医であっても、地域小児医療の核として務めたいという意思をもち、かつ、研鑽を積んで定められた水準以上の実力と実績を有すると認められれば、すべて認定されるべきものである。一方、認定医を取ることが自己目的化し現場の小児医療にとってマイナスになるのであれば本末転倒であり、そのような認定医制度は変えていく必要がある。また、認定医とそうでない医師との差別化は意味の無いものではないだろうか。

<さいごに>

地域の中で、家庭医と小児科医師が役割分担をし、連携をしながら、地域の小児医療の水準が全体として高まっていくことを期待したい。そのような地域づくりに民医連は貢献できるだろう、多くの若い医師が民医連に結集することに困って。

以上