

新春放談

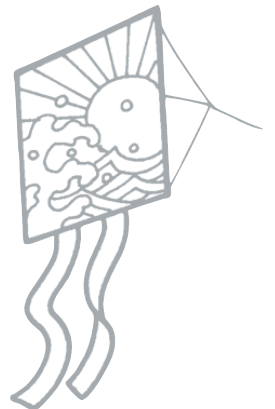
迅速診断による 小児医療の変化と展望



語り手

麻生 誠二郎 日本赤十字社医療センター 小児科 部長
藤田 之彦 日本大学医学部 小児科 講師
保科 清 東京通信病院 小児科 部長/東京女子医科大学 客員教授
三田村 敬子 川崎市立川崎病院 小児科 参事

(五十音順・敬称略)



聞き手

河島 尚志 東京医科大学 小児科 講師



(2004年9月2日 収録)

はじめに

河島 本日はお忙しいところをお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

今回はモダンメディア新春放談ということで「迅速診断による小児医療の変化と展望」についてお話を伺いたいと存じます。迅速診断検査法によって、アデノウイルスやRSV(Respiratory Syncytial Virus)感染症などさまざまな感染症の迅速診断が可能となりましたが、これにより小児科の医療にどのような影響があったか、小児科の医療現場における迅速診断の意義と問題点、今後の課題などについてご意見をお聞かせいただければと思っています。

まず、自己紹介をかねて、最初のテーマはWorldwideで見た場合の日本の小児医療、疾病の特性で始めていただき、迅速診断のほうに向けていきなしたいと思います。それでは麻生先生から最初にお願いします。

I. Worldwide で見た場合の日本の小児医療、疾病の特性は

麻生 経歴から言いますと、私は千葉大学を卒業して初めの1年間は大学にいたんですけども、2年目に日赤医療センターにきて、その後女子医大に1年間いて、福山先生のところで小児神経のことを勉強し、あとはずっと日赤にいます。昭和50年の卒業で、54年からの女子医大の1年を除いて、ずっと日赤にへばりついて臨床をやっています。

ですから、きょうは学問的なことはあまりお話しすることはできないので、臨床病院の医者としてふだんの臨床の中での問題点などをお話しできるかなと思っています。

日本の小児医療の特性ですが、これもずっと日本の小児医療の中だけで過ごしてきたので、他の国と比べて特徴をいうのはなかなか難しいんですが、日本の小児医療の場合には、一次から三次まですべての医療を一つの病院でやるのが特徴の一つだと思います。

診療所でスクリーニングされて専門の病院を紹介されるという流れももちろんあるんですけども、一つの病院の中で、Common Disease から専門



麻生 誠二郎 先生

の病気まですべてを扱うことが多いというのが特徴だと思います。

そういう状況でやっていますので、病院の医者はジェネラリストでなければいけないし、またスペシャリストの面も要求される。私も一般小児科医であり、かつ小児神経のサブスペシャリストでもあるので、両者ともある程度のレベルには達していると思うんですけども、逆にどちらも中途半端になって、プロのジェネラリストになれないとか、プロのスペシャリストになりきれないという面もあるのかなと思います。

もう一つ、患者さんにとって平等というか、患者さんの経済状態にかかわらず平等な医療が受けられるのは日本の医療の一つのいい面だろうと思うし、また平等といえば医者の方でも経験年数とか専門性にかかわらず、医療収入面で平等に扱われているというのが、いい悪いは別として大きな特徴かなと思います。

河島 日赤の特殊性だけではなく、多くの病院もということでしょうか。

麻生 そうですね。それが、ある程度の大きな規模の一般臨床病院の姿だと思います。

もう一つ、小児救急という大きな問題もあります。小児救急に関しては、日本の特徴としてほとんどの場合、小児科医が初期救急から携わっているんですけども、果たしてそういう体制でいいのかどうか。

河島 当直とか、きつい……。

麻生 そうですね。

河島 先生はまだ当直をやっているからで

すか。

麻生 まだやっています。回数は少なくなりましたが、やらないと人数的な問題もあり、他の医師への負担が大きくなるのでなかなか……。あと1年ぐらいでやめたいのですが。

河島 藤田先生、大学病院はどうですか。

藤田 私は昭和55年に日本大学を卒業しまして、そこで大学院を卒業しました。昭和62年から平成元年まで国立療養所足利病院の小児科医長を2年間しておりまして、その後大学に戻って、それ以降ずっと大学にいます。その間、平成7年から2年ばかり留学する機会を与えていただいたので、アメリカへ留学しました。Iowa大学のNeurologyへ行ってきました。

大学院での研究テーマがてんかんの免疫異常というのを始めたので、感染免疫に基づくいろいろな疾患に興味を持って仕事をしています。グループとしては、私自身は精神・神経のグループに所属してまして、実際には精神・神経、感染免疫と膠原病の診療を行っています。

我々は大学病院にいますので、一般的な小児医療から少し離れてしまっていると思いますが、我々のところは私立大学なので、救急医療は一次救急から三次まで担当するというかたちをずっと取ってきています。

救急医療では、救命センターができて、患者さんは救命センターに搬送されますけれども、救命センターの先生というのは小児、特に小さい子については決してスペシャリストではありません。実際には小児科医が呼ばれて実際の対応をするというかたちで、そこにある機械を使って医療をしているというのが現状です。

大学病院がこういう姿でいいのかどうかはわかりませんが、私立であるということと東京であるということもあるのかもしれませんが、非常に幅広い範囲の疾患を大学病院が担当し、しかも軽症から重症なものまで診ています。河島先生のところもたぶんそうだろうと思いますが、東京の病院の多くが小児医療というのはそういうかたちで行われているのが現状ではないかと思っています。

その他、感染症ではいまだに麻疹が多いとかいろいろなことはずっと言われてきていますし、予防可能な感染症が多いというのは言えると思います。

河島 三田村先生、いかがでしょうか。

三田村 私は研修が終わったあとも大学に戻らないで、一般病院でずっと臨床をやりながら、ウイルスの勉強を片手間でやらせていただいています。ですから、もうずっとべったり臨床という感じで、最初はふつうの市中病院でしたので、規模的には3人から5人の小児科医で全部の病気を診て、最重症の場合には送ってしまうような病院でしたが、今は川崎市立病院でちょっと大きな病院にいます。

世界的なレベルで見たらどうかかわからないんですが、やはり日本の子供もというのは、都会で見ている限りはかなりいいレベルで平等に治療が受けられているなと思います。このごろは小児救急も拠点ができてくるようになって、そういう面でもニーズに少しずつ対応できている状態だと思うんですが、患者さんのほうから見ると、まだまだ要求のほうニーズを上回っているような状態かなと感じることがあります。

私共の病院でも当直をやって救急をやっていますが、市中病院に出てしまうと、内分泌の先生や神経の先生などがそれぞれ専門をやりながら一般も診て、ふつうの外来も診て、救急もやって、すべてをこなした中で、それぞれに勉強している状態なんですね。

そうしますと、患者さんのほうとしては、小児科医だからということですので要求するような状態で夜は特に来ますので、小児救急といってもこうなかんて直接言われることもあります。何か即決といえますか、即わかって、即小児に特別のことをやってもらえるという感覚に、このごろは特になっているように思うんですね。

時間的な速度が、私たちが若いころ研修していたようなころに比べると速くなっていて、患者さんの要求も次から次に、これは何だ、これは何だと、結論と結果を求める感じになってきている気がします。それに追いつくのもなかなか大変ですし、広い範囲をカバーしなければいけなくなっている中で、自分の専門だけやってということでは小児科医は務まらなくなってきたのではないかと感じます。

大学にいらっしゃる先生はちょっとまた違うのかもしれないですが、大多数の一般の小児科にいる先生方は、自分の興味のあるところの勉強、プラス、他の分野でも広い範囲で新しい情報を得て、

次から次に対応しなければいけない状態に迫られている。ですから、そういう面ではエネルギーを維持するのが大変な時代になっているのではないかと思います（笑）。

でも、世界の中で見ても、日本のお子さんたちは恵まれているほうだと思うんです。ただ、感染症の分野で言うと、まだワクチンなど予防的な面とか、あるいは特定の精神的なケアの面とか、そういう意味ではまだもう少し足りないかなというところはあるのではないかと思います。

河島 研修とかそういうものを含めて、どのように卒業生を教えたらいいか。三田村先生のところも研修生がだいぶいらっしゃると思いますし、日赤もそうですね。小児科医をどのように教育していくかということにもまたかかわってくると思いますが、なかなか難しい問題が多いと思います。

保科先生はいかがですか。

保科 最近は完全に感染症ばかりやっていますが、なぜ感染症になったかという、まだ大学にいたころ、たまたま4、5例いた髄膜炎をちょっとまとめたみたのです。それで、ハッと気がついて外国の文献を見ると、外国では一つの大学病院で1年間に50例とか60例とさらに症例が集まるのですね。日本はせいぜい4、5例なのに。

この差は何かというと、これは日本の特性かもしれませんが、医療保険の関係で抗生物質を使う。初期に使ってしまうので、重症化するのがいないのだろう。抗生物質を早く使うのがいいか悪いかは別ですが、結果としてそういうのが出てきている。

だから、これからアメリカと同じようにだんだん抗生物質を初期で使わないと言い出したら、髄膜炎がまた増えてくるのではないかと心配しています。化膿性髄膜炎なんて、今は先生方のところでも、おそらく1年間に1例か2例でしょうね。私のいる病院では数年で1例ですから。これは、抗生物質を使わなくなったら、おそらくまた増えてくると思うのです。

どっちがいいのかというのは非常に難しい問題だと思います。ただ、エビデンス、それから抗生物質を乱用するという意味では、問題はたしかに多いです。耐性菌が出るという問題ですね。しかし、逆にいえば、子供はそのためにかなり助かっていたのだということも忘れてはいけないと思います。これは



藤田 之彦 先生

やはり日本の医療の特性ではないかということが、世界的に見れば言えると思います。

それから、この前中国の人と話していたら、2年前に向こうで問題になっているのは、新生児の破傷風だということです。破傷風ですかと聞いて、それを何とか講義してくれと。そんなものをいま話せる先生は、かなりお年寄りの人しかいないのではないかとということで、そういう時代の流れも特徴かと思っています。

中国は広いから開発途上の部分があるわけです。日本は小さいからほぼ全国的に統一されているのはだいぶ違っている。そういう点では恵まれている。

ただ、ワクチンは、もう他から比べれば何をやっているのと言いたくなるぐらいの実情ですから、そういうのを考えると、疾病の特性にしても、いわゆる特殊な例というのは比率から言えば外国と同じぐらいなのでしょうけれども、感染症が非常に少なくなったのは確かです。

残るは、感染症でウイルスだけですね。特効薬のないところは。

河島 やはりこの20年ぐらい、だいぶ様変わりしていますね。

保科 昔に診た髄膜炎の典型的なものなんていうのは、私は東京通信病院に来て1例もないのです。都心では、まずそういうかたちになってきたという状態が続いていますが、地方に行けば小児科の医師自体がいない地域があるわけですから、いろいろな面でネックになっているのは確かだと思います。

麻生 髄膜炎では以前に比べ予後が非常に良く

なっているのですが、我々のところでは、最近は1病日とか2病日で診断されることがほとんどです。理由としては日本の救急医療体制が整備されて、受診しやすくなったということ。それから、親の不安が強く、病院を受診するタイミングが以前より早くなったという面もあるかもしれないですね。

あとはCRPなどの迅速検査の進歩によって、早期診断が可能になってきたことも大きな理由だと思います。

三田村 対応が早くなっていますよね。

麻生 ええ。臨床所見ははっきりしないけれど、CRPが高値なので髄液検査をしてみたら髄膜炎だった。そういう例もたしかにありますね。

藤田 少なくなったんですかね。ここ、けっこう多いというのが……。

保科 最近、多いですか。

藤田 ええ、多いですよ。ここ4、5年ぐらい、一時よりもかなり多くなっているんじゃないかというのが、たぶん数から言うと確実に多いと思います。本当に少ないときも一時ありましたけれども、たぶん4、5年前からだと思うんですけども、かなり増えてきています。

河島 菌としては、耐性肺炎球菌とか黄色ぶどう球菌とかですか。

藤田 そうなんですね。

河島 GBS(Group B Streptococcus) とかはどうですか。

藤田 新生児のほうはちょっとわかりませんが、小児科のほうではあまりないですね。

河島 先生のところは、迅速のラテックスとかは使われているのですか。

藤田 ずっと使っています。

三田村 あれは保険は通っていますか？ たしか、通っていないですよね。

藤田 保険、通っていないですか。みんな細菌検査室がやってくれているんです。

一時、ほとんど菌が出なかったんですけども、ここ5年ぐらい前からだと思いますけれども、非常によく、出せば必ず出てくるというか。

河島 それは逆に抗生物質が、昔の第2世代の切れ味よりも、今の経口のプロドラッグとかの切れ味が悪いということはないんでしょうかね。

藤田 そこらへんはちょっと何とも言えないです

ね。

保科 それよりも、一般外来で使いすぎたというのがあるのと、まったく使わなくなった先生と、両極端に分かれ出したですね。だから、使っている先生はだらだら使っているし、だらだら使うんだったらやめなさいよと言いたいけれども、そうはいかない。それで使っている先生はいるけれども、そうするとたいてい耐性になってくるんですね。

だから、短期間にポンと使って、パッとやめてくれば、耐性なんてほとんど出ないはずなのですね。

Ⅱ. 最近、進展、普及した検査は？

河島 では、次のテーマにいきまして、今も迅速のことが少し出たんですが、診断技術の進歩が臨床に広い領域で貢献していると思われます。最近、進展、普及した検査で興味深く思われているものはどういうものがあるかということで、三田村先生、いかがですか。

三田村 インフルエンザについては世界の中でも最も普及している国になっています。治療薬ができたこともありまして、何億という市場になってしまって、使いすぎという声も出るくらいの医療費が……。

河島 これが市場規模で100億突破ということで、すごい……。

三田村 クレージーという外国の評判もあるらしいんですけども。ただ、臨床をやるほうにしては、これができて大変助かってはいますね。しかも、どこでも誰でもできるこういうキットがあるんだということ自体が、かなり広まって、感染症の病原診断に非常に興味を持ってくださる先生が、小児科に限らず、内科の先生とか耳鼻科の先生とかに増えてきたのではないかと思います。

だから、そういう意味ではいろいろな貢献をしたのではないかと思います。

河島 インフルエンザのキット以外では、先生のところではどういうのをういていますか。

三田村 アデノウイルスやRSVとか限られたものです。すぐにはなかなか採用にならないので。関連病院ではロタウイルスやマイコプラズマなども最近はずいぶん伸びてきていますし、その他に溶連菌

のキットですね。開業の先生でも、溶連菌とインフルエンザとアデノウイルスというのはかなり広まってきたのではないかと思います。

例えば細菌感染の重症のものに使えるものも、ふだん自分では使っていないんですけれども、少し簡単に使えるようになればいいなと思うときがあります。O-157とか、あるいは肺炎球菌耐性菌とかそういうのが引っかかるようなものがあればと思います。なかなか症例数がないので、病院に常備というのは一般病院では難しいところがあるのではないかと思います。重症感染症を狙った、あまりたくさん売れないようなものでも保険でカバーしてくれるといいのではないかとちょっと感じています。

河島 日赤ではどうですか。

麻生 うちではインフルエンザとアデノウイルス、A群溶連菌、あとロタウイルスです。

導入にあたってはいろいろな議論があって、例えばアデノウイルスでは隔離の問題がありますよね。診断がつくと、隔離を徹底しなければいけない、ベッドのやりくりが大変です（笑）。

それは置いておいて、正確な診断をするということは臨床医学の基本的なことですので、できる限り導入しています。以前にアデノウイルス7型の感染がありまして、それが重症の障害のあるお子さん、寝たきりのお子さんで、特に嚥下障害があるとかもともと呼吸器系に基礎疾患がある人が重症の肺炎になって……。

河島 先生のところは乳児院が……。

麻生 乳児院にもありましたが、その前にもあったんです。

河島 一般病棟でですか。

麻生 ええ。障害のある子供が重症の肺炎で亡くなりました。これは小児科学会でも報告したのですが、そういうことがあってからアデノウイルスに関してはかなり敏感になって迅速診断を導入しています。

迅速診断には特異性と感受性の問題もあるんですけれども、一応はその場で診断がつく。そうすると、すぐに隔離などの感染対策をとることができる。それからインフルエンザの場合には治療にも結びつきます。アデノウイルスでは直接治療には結びつかないんですけれども、家族に以後の経過を説明できますね。



三田村 敬子 先生

河島 安心してもらえます……。

麻生 ええ。「ちょっと長引くけれども、あと2、3日で大体治るよ」とか、「これぐらいしたら学校に行けるだろう」とか、そのような指導ができます。迅速診断によって臨床の場がだいぶ変わってきているなと思います。

それから、医者診断能力の面でも、今までは一緒に扁桃炎だったのが、こういうのがアデノウイルス、これは溶連菌と確認できる。そういうことで臨床診断能力の向上にも役立っているという面があると思います。

河島 先生のところだと慢性の神経の患者さんでも、当然感染症で来られることも多いですね。

麻生 そうですね。

河島 基礎疾患があると、かなり悪くなるケースもありますよね。

麻生 そうなんです。アデノウイルス7とか3は肺炎が重症化したし、型別はわからなかったんですけれども、アデノウイルスの急性胃腸炎がはやっただけです。そうしたら、人工肛門をつくっているお子さんはかなり重症になりましたね。

河島 40とかですかね。

麻生 ちょっと型別までわからなかったんですけれども。

河島 あれは全部出るんですかね。アデノウイルスのキットというのは。

麻生 キットでは型別は判定できません。このキットでは何型、何型…が陽性に出ます、というレベルです。

藤田 夜間はできるんですか。

麻生 夜間もできるようになり、検査技師が検査しています。

河島 藤田先生のところは、夜間はどうですか。

藤田 うちも同じようなかたちで、マイコプラズマのIgMはいろいろな理由で採用できなかったのですが、それ以外は大体入れてもらっています。

迅速キットの利点は麻生先生が言われたとおりだと思います。患者さんに対しても説明もきっちりできるということと、へんな話ですけれども、あいまいだなと思ったときに医者トレーニングとしては非常にいいのではないかと。ああ、これがこういうものかということがはっきりとわかるということでは、ものすごくいいと思います。

Ⅲ. 迅速診断にかかわる新たな問題点

藤田 逆に、病棟を運営する側からすると、やはりRSVが出てしまっているときに、入れる部屋の問題に大変苦労します。我々の小児科のところにも3床ばかり感染症対応の陰圧の部屋があるんですけども、それだけではとても追いつかない状態になりますので、そういう患者さんに院内でどのように対応するか。

へんな話ですけれども、院内のよその病棟にちょっとお願いして（笑）、できれば近づけないようにしたり、一番大変なのはそこへんの問題だろうと思います。デメリットではないんだろうけれども、本来の正しい医療なんだとぼくは思いますけれども、困る点というのはそういうことだと思います。

河島 RSVなんかだと、ずっと……。

藤田 通年性で出ちゃうんですね。あれが……。

河島 一人の患者さんで、消えないですずっと残っている。ああいう患者さんは感染力はあまりないと自分らは判断しているんですが。

藤田 ええ。でも、夏場に出る人もいますから、あれはどのように対応したらいいんですかね。ぼくも非常に困ります。

保科 何としても消せないですね。そして保育園なんかに行っていたら、もう常時鼻水を出しているわけです。検査してみると、陽性に出ちゃいます。だから、無理して消さないでもいいのかなと

思っています。いればいるだけ、ある程度は抗体を自分で産生しているのかなと内心は思っていますけれども、全部その抗体を測定しているわけではないので言えないのですが。

その子のまわりでは、実際にはひどいRSVの発症はしてこないですね。だけど、秋口になると他の子が感染するところを見ると、その時期になると伝染力が出てくるのかなと考えています。

河島 ウイルスは持続して年を越しているということなんでしょうか。

麻生 迅速診断の問題点ということでは、マイコプラズマのIgMについてですが、血清のIgMといながら、かなり長期間陽性が続くという報告がありますよね。そうすると、「IgM陽性であることと目の前の病気との関係がいま一つわからない」という悩みがでてきています。

また、これまでであれば原因不明の発疹症としかいえなかったのがマイコプラズマ感染症と判明した例もあります。

河島 逆に迅速キットに頼りすぎてしまって、誤診するとか、あるいは治療が遅れるとか、そういったことはどうでしょうか。

保科 それがあり得るのは、溶連菌が典型的だと思います。具体的にいえば、炎症反応を起こしている時は菌数が10の4乗以上ですが、保菌しているだけでも菌数が10の3乗だと、今のキットは感度がいいものだから陽性に出てしまうことがあります。

だから、ウイルス感染らしいけれども、検査をやってみると溶連菌が陽性に出てしまうケースがあるのです。それは単なる保菌で、抗生物質を使っても熱は1日や2日では下がりませんが、そういうのは感度が良くなったための弊害といえますか、問題が出てくるということですね。

麻生 病初期にアデノウイルス感染症と診断されていたのが実は川崎病だった、ということがありました。川崎病の急性期にたまたまアデノウイルスが迅速キットで陽性に出たんですね。「アデノ陽性」が頭にインプットされてしまうとなかなか修正がきかなくなる、そういう危険性もありますね。

保科 1点追加しておくとか、やはり溶連菌が治療したあとに、本当はやらなくてよいけれども、10日間なり投与したあとに検査をやると、陽性に出る

ことがあるんですね。10日して、1日か2日置いてやると。だから、家族が持っている、保菌していて、ある程度の菌数は持っていることがあるのですね。

河島 それから培養をやられて……。

保科 いえ、培養をやっても出ることがあります。家族、親が持っているから、家族内で行ったり来たりしているから。だけど、それは発病していなければよいのだけれども、そこで陽性に出ちゃうと、医師としては薬を服用させるか、放っておくかという、そこらへんは難しい判断になります。

河島 極端に言えば家族全員に服用するということですね。

保科 家族全員が服用しなければいけないということになってしまうので、そのように治療したら、もうやらないのだという発想がないとだめだと思います。

河島 藤田先生のところだと、ロタウイルスのけいれんとかはどのように対応していらっしゃいますか。

藤田 今年は、例年並みの患者数であった気がしますけれども、そんなに極めて多かったという感じはなかったです。

河島 ロタウイルスのけいれんはなかなか止まりにくいので、けっこう当直医泣かせで……。

藤田 そうですね。

麻生 ロタウイルスのけいれんのような群発型のものだとキシロカインの持続静注がいいということでは使っているのですが、キシロカインについては最近重大な事故が報告されています。テグレトール内服が効果的ともいわれています。

三田村 ロタウイルスは院内感染が非常に多いんですけれども、どうなさっていますか。ロタウイルスが一番多いかなと思うんですけれども。

麻生 多いですね。ロタウイルスは接触感染ということになっているんですよね。だけど、とても接触感染とは思えないほどの……。

保科 むしろ、空気感染かと思いたいぐらい……。

麻生 そうですね。個室隔離をしていても、うつりますからね。

藤田 先生の言われるとおり、ロタウイルスは出ますね。



保科 清 先生

河島 下痢をしていない人でも出る場合もあって、うちもだいぶ出て、研修医に、お前、ちょっとやってみたらと言ったら、下痢していないんですけれども、やはり陽性に出て、お前が犯人だという話もあったんですけれども（笑）。どこが感染源がよくわからないぐらい、冬は多いですね。

三田村 私はお母さんで何人か検査してみたら、やっぱり出たという方、いらっしゃいますね。

保科 大人が持っていて、下痢はしないですね。

麻生 スタッフが保菌しているのですかね。

藤田 それ以外には、ちょっと考えづらいといいますが。

三田村 わけがわからなくて何かはやっているというよりは、わかっていたほうがやりやすく、この病原がちゃんと説明できる点はいいんですけれども、そのあと十分隔離ができないというのは、やはり小児科病棟では弱みですね。

もし、これが問題視されるようなことがあると困るなと感じることはあるんですけれども、今のところ全国的にそういう話はまだ出てきていないみたいですけれどもね。だから、アデノウイルスとかそういう重症になる可能性のあるものは、ある程度、このレベルまではというのがあっていいんですけれども、なかなかそれが決まらないですね。

保科 アデノウイルスも伝染力が強いですし、重症化するものはかなり症状が進んでしまいますし、一番困るのは肺炎を起こすものと下痢するものと、区別がつかないですね。下痢してきて、どうもアデノウイルスらしいというので、ではそのとき

にノロウイルスと区別がつくかといわれて、つかないですね。

こういうときには、やはりアデノウイルスの迅速をやってみるしか、やりようがないですね。臨床的には、そのアデノウイルスをどうやって区別するか。ノロウイルスとの区別をどうするか。先生はどうしますか。

ノロウイルスのほうが、吐き気が強そうなので、吐き気が強いと、ああ、こっちかなと思うけれども。

河島 年齢的には、全然差がなく……。

保科 ノロウイルスは、大きな子から親もかかりますからね。ロタウイルスだけですよ、親がかかる頻度が少ないのは。

麻生 迅速診断の進歩で医療がどう変わっていくかということに関していうと、一つには院内感染に対する取り組み方が変わると思います。迅速診断で感染性疾患が診断される。院内感染を限りなくゼロに近づけるには、できれば個室隔離としたい。そうなってくると、行き着くところは完全個室化かなと思うんですね。

うちも新病院建築の予定があるんですが、新病院では個室をかなり増やそうという話がでています。ただし、個室の比率が増えると看護面は大変になりますね。

三田村 RSVは、いま入院患者さんでしか保険が通っていないですけれども、あれが外来でできるようになると、例えばある程度RSVとわかったら、慢性疾患の多い病院では市中病院に回ってもらうとか、あるいは入院させないで頑張るとか、外来である程度ブロックできるような態勢にできるのかなと思うんですけれどもね。

河島 やはり外来で、保険適用を認めてほしいですね。

三田村 はい。

保科 なぜ外れているのですかね。

三田村 あまり重要性が認められていないんですね、きっと。

河島 院内感染を予防するという意味で、保険適用にはなっていないわけですよ。

保科 外来では保険適用になっていないですね。

河島 患者さんの診断という意味以外に、保険適用で認められているものがないというののもちょっと

問題ですよ。

藤田 実際、外来でやられていますよね。

三田村 先生のところは、外来でなさっていますか。

河島 入院前に、RSVと。

藤田 やっていると思いますよ、うちも。

三田村 それはどういうかたちでコストを……。

河島 入院になれば取るんですけれども、ならないのはもう取らないで。

藤田 そういった場合には、他医院に紹介入院したとかというかたちを書くに通してくれるとか、いろいろなことをやっているところもあるみたいですが。

河島 RSVのキットはけっこう手技が煩雑で、5分おきぐらいに試薬を入れていくというので、当直医泣かせなんですね。

三田村 あれは発売中止になったんですよ。いま1種類しかキットはないので。秋にもう1種類出るらしいんですけれども、それは簡単なものになると思います。

藤田 やはり医師がやっているんですか。

河島 日中は検査室がやってくれるんですけれども、あとは全部当直医がやるので、救急外来にキットを持って行ってという型です。

三田村 時間外にどれだけやるかというのは、どうもどこもめめるみたいですね。検査室がやるか、ドクターがやるか。しかも、それを目当てに来る患者さんもいて、インフルエンザの季節なんかは。

藤田 すごいんですよね。ほとんどみんな……。

三田村 それでやめてしまったという病院も聞きますね。

藤田 よそで夜間やらないというので、やってくれるんだったらと電話がかかってきて、こっちでできるんだたら来たいと言って、今回小児感染症学会で演題を出しているんですけれども、うちなんかはインフルエンザの迅速診断検査を行った8割方ぐらいが夜間なんです。ですから、ほとんど夜中に行っているというか。

河島 それはドクターが見られるんですか。

藤田 いや、うちは全部検査室がやっています。検査技師の人がやってくれることに、うちは最初の時点でもなりましたので。

河島 薬が何時間以内に効果があるというような

ことをマスコミが報道しました。

三田村 それも宣伝が効いていて……。

河島 マスコミがすごく言ったので、夜中にうちの病院に東北から東京まで薬をもらうために来たという患者さんがいたんですよね（笑）。向こうでは品切れでないというので。そこまでマスコミの影響で、パニックに近いぐらいの……。

保科 受験時期だと、そうなるんですよ（笑）。2月、3月でね。。

河島 薬も、即効性がありますからね。

藤田 ちょっとびっくりしますね。ちょうど我々のところだと、日大練馬光が丘の病院がうちの2倍ぐらい夜間救急患者が来るんですけども、その病院では夜間は絶対検査しないという方針で、我々のところは夜間も検査をやるというかたちで対応したら、向こうに行って薬だけ出されるんだったらいやだというので、移ってきた人が相当数いたみたいですね。

三田村 やはり検査してほしいという要望が多いですね。

藤田 そうなんです。検査してほしいくて、前の日に近くの病院でやって、出ないと言われたけれども、やっぱりおかしいし、絶対にインフルエンザだから、どうしてもこっちでもう一度やってくれとかといって来て、やっぱり出ていた人とか、たぶん逆も相当あるんだろうと思いますけれども、そういう人がカルテを見たらかなりいました。

河島 キットの供給具合とかはどうでしたか。一昨年、キットが足らなくなって。

三田村 昨シーズンはもう十分でした。

保科 余っていたんですね。

三田村 厚生労働省から十分につくるようにという指導があったらしいんです。それで、つくったけれども、余ってしまった（笑）。あまり流行も大きくなかったから。

河島 期限がありますよね。

三田村 はい、あります。

河島 翌年まで置いておけないですよ。

三田村 そうです。大体1年ぐらいになっていると思うので、一部のキットは2年間になっているのもありますけれども。ですから、たぶん今年の秋でみんな期限が切れるかたちになると思います。

保科 インフルエンザの迅速キットといっても、



河島 尚志 先生

発熱して5、6時間は陽性に出ませんよね。24時間以内に治療するとよく効くというけれども、では初期に熱を出して、朝熱が出てポーンとすぐ来たら、出ないんですよ。もう何人かインフルエンザを診たから、わかるので検査しなくていいよと言うんだけれども、してくれと言われると、じゃあ、夕方来なさいと（笑）。

熱が出ているけれども、放っておくから、夕方に来なさいというのがいるんですよ。そういうのが本来の医療のあり方かどうかというのは、わかりませんですよ、私は。こっちのほうで混乱してくるのですが、これはインフルエンザでほとんど間違いないからと言っても、検査してくれと言ってきかないこともあります。

河島 キットの特性というか、インフルエンザは6時間以内は何パーセントとか、アデノウイルスだとかの型は陽性に出ないこともあるとか、そういうのがキットにあまり書いてないので、当然発売していろいろデータが集積しないと、またわからない面もありますけれども、それをわからないでやっているというのが問題かもしれませんね。

三田村 迅速診断キットが出て、すごいという時代が一時あって、今はそれを見直しているといいますか、再評価している時期だと思います。ですから、患者さんの条件によってとか採り方によってとか、病気の初期に出にくいというのはかなり一定した説になっているんですけども、それでも小さなお子さんの鼻汁吸引液ではあまり差がないとか、のどではちょっと最初の時期は出にくいとか、少しずつ条件によって細かいデータはそろそろ出てきてい

ると思います。

ですから、インフルエンザに関してはかなりデータがそろってきたかなというところがありますけれども、RSVとかアデノウイルスというのは、まだそんなにたくさんのデータがどこか1カ所というのはまだないようですね。あれは条件、数をそろえるのはなかなか大変なので、まだデータ不足というところはありますよね。

河島 RSVに関してはPCRも感度があまりよくないと聞きますが。

三田村 RSVですか。というか、分離は難しいので、一部のところでしかできないですよ。PCRが今は一番感度がいいと思うんですけども。

Ⅳ. 今後、望まれる迅速診断キットは？

河島 だいたいキットの話が出たんですけども、今後どういうキットがあったら、診療にものすごくいいとか、あるいはこういうキットがあったら医療が格段に変わるとか、そのようなことはどうでしょうか。

保科 先生方だと、ウイルス系統は、言い方が悪いけれども、特効薬がない。原因はこれだと言っても、では診療に進むかという、親にいかに話し、説明ができるかということではできるけれども、アデノウイルスやRSVの特効薬はないといったら、診療上どの程度貢献しているかというのは、医療としては認められないかもしれません。こちらは診断がつくのでわかりやすくしてよいのですけれども、治療で何とかできる方法はないかというのが一つあります。

河島 Mumpsなんかは、けっこうわかりにくいケースがありますね。学校に登校させていいのかとかというので、場所は耳下腺か顎下腺か、どちらかだというのでけっこう悩むこともあるんですけども。

保科 片方しか腫れなくて、どうしようと思うときがあるのですが、実際にMumpsのものはないですね、迅速検査キット。

望まれるキットという意味では、Mumpsもそうですけれども、突発性発疹で熱が出て最初に来たときに、これがあると助かりますね。

藤田 それが一番助かるかもしれないですね。

保科 小さいですからね。たいがい夜来るから、これが迅速であると非常に助かるけれども、なかなか。

麻生 技術的にはどうなのでしょうかね。可能なのでしょうか。

河島 可能だと思うんですけども、どうなのでしょうかね。

今のEIAみたいなかたちでやれるかどうかというと、DNAウイルスですから、長期に陽性に出続けてしまうということはあるんじゃないでしょうかね。分離すると、かなりの期間、HHV (Human Herpes Virus)-6は感染後ずっと出ていますね。

保科 そういのはずっと出るかもしれないけれども、初期診断なので初期1回しかだめという条件がつかないとだめですよ(笑)。

ウイルス類と細菌とちょっと違うのは、ウイルスは熱がなくなっても保菌しているというところもおかしいけれども、ずっと残っている場合がありますよね。菌の場合だと、たいがい発病したら菌は10の4乗以上いる。熱が下がったら、本当はないはずなのですが、抗原だけが残っている。菌は死んでいる。培養すると出ないけれども、抗原だけ残っていることがあり、検査をやると陽性になる。ウイルスで発病後、症状が消えても保菌して、ある程度時間が経過してから培養検査しても出てしまうというのが、細菌とウイルスとの考え方の違いです。

河島 迅速テストでも、定量性があるような迅速テストで、見た目の反応が強いと、3プラスとか、1プラスとかかわかると、だいぶ違ってくるといことになりますかね。

保科 陽性のチェックポイントの、今検査されると線が出てきますね。このレベルを1段階、2段階、3段階として、上まで出るかどうかというのは、3本ぐらいつくって、3本目まで出るかどうか、できるとよいですね。

河島 それは意外と可能なのではないのでしょうか。

保科 抗原性を薄くしておけば、薄い方からだんだん濃くしていけばいいわけですからね。こういうこと言ったら、怒られてしまうかな(笑)。

麻生 迅速診断の種類が増えていくのは結構なのですが、綿棒を2つ手に持って、アデノウイルスと溶連菌を一緒に調べる、ということもあります。イ

ンフルエンザも、となると3本。

三田村 いっぺんにできるといいですね。

麻生 そうですね。いっぺんに何種類もできるといいですね。

保科 ウイルス抗原を最初に抽出する試薬の中味はほとんど同じなのではないかと思うんですよね。

河島 細胞を壊す抽出液ですね。

保科 壊すだけだから。抗原性のある成分を分離していくだけなので、ある程度の量にしておけば、2, 3個は他のウイルス迅速検査ができるはずだと思いますが、全部キット化しているから、同じものでも検査技師さんは絶対に他の検査にそれを使わないんです。

三田村 インフルエンザは同じ抽出液で、キャピリアなんかはたぶん同じものではないかと思います。同じ会社で出しています。でも、それは正式には言っていないんですね（笑）。

保科 言っていない（笑）。

三田村 だから、それをはっきりさせてくれればいいと思うんですけれども、みな企業秘密なのであまり公開していないですよ。

溶連菌はまた特殊ですよ。あれはpHの関係とか、何かあるでしょう。迅速キットの仕様も。

保科 本質的には変わらないですよ。例の死菌でさえ、死んでいても抗原性が残っているから陽性に出るのですから。あまり変わらないはずですよ。

三田村 インフルエンザとかアデノウイルスは壊せばいいんですけれども、溶連菌の場合なんか、2対になっていますよね、同じイムノクロマトでも。だから、何か違うのかなと思ったんですけれども。

もう一つは、どうしても非特異反応や偽陰性がありますので、重症のケースの場合には、確認検査がもっと簡単にできるといいなと思うんですよね。

三田村 例えば脳症で入院しても、インフルエンザのキットで真っ青に出ればそうなのでしょうけれども、それがちょっとどうかなというときに、確認検査をしようと思っても、その次のステップがウイルス分離でも保険に通っていないし、他の検査でできるものもないので、ふつうの吸光度で見るEIAよりは、むしろ目で見えるキットのほうが感度がよかったりする状態なんです。

他の検査方法で安く、もうちょっとPCRを安くしてもらおうとか、ウイルス分離を安くしてくれると

か、簡単にしてもらおうとか、保険を通してもらおうとか、そういうルートが何かあるといいなと思うんですけれども。

河島 いまLAMP(Loop-Mediated Isothermal Amplification) 法というのがあります。あれは吸光度というか、同じ温度一定で反応を見られるみたいなもので、置いておけばだんだん色が変わっていくということで判定も易しいと思います。

三田村 でも、それは高いんでしょう。

河島 機械ですか。

三田村 機械はそうでもないけれども、一つひとつやるのが何か高いと聞いたんですけれども。

河島 LAMPでキットがあるのはSARSだけで、あとのprimerはほとんどまだ研究段階じゃないですかね。

三田村 わりあい短時間でできるんですよ。

河島 入れてすぐ色が変わってくると言っていました。

三田村 安ければ、普及するのではないかと思います。そちらのほうが確実性がありますよね。

河島 そうですね。だから、キットで出て、両方確認するとかもあるかもしれないですね。

三田村 たとえばHBの抗体なんか、ケミルミとか、どこの病院でもいま入って、ずいぶん感度がいいと聞いているんですけれども、ああいうので確認できるテストがあると良いですね。LAMP法ももう少し普及すれば、大きな病院に入ると思うんです。

河島 私の病院は、ケミルミのHB抗体測定で、IL-6を測れるキットも同じ会社から出しまして、けいれんの患者が来ると、全例IL-6を髄液と血液と両方検査して測定しています。大体30分で結果が出るので、IL-6が高いケースは脳症でも、先生が言うような、低体温まではあまりやっていないんですけれども、血漿交換とか考えるものもあつたりとか、応用しています。

三田村 市販になっているんですか。

河島 IL-6は市販されています。

三田村 IL-6を測るのとか、こういうのを測るのはすごく高いみたいなんですけれども、外注検査に出すと……。

河島 何日間かかります。結局、IL-6は1日の中でも変動しますので、早くわからないと意味がな

いと考えています。ただ、逆にたくさんやりだすと、Mumpsの髄膜炎でもものすごく高い値が出ていたり、熱性けいれんでもものすごい高い患者がいるとか、逆に迷ったりすることもあります。

藤田 リコール中ですか。

河島 リコール中であつたんですね。

藤田 どのくらいのオーダーというか。

河島 700いくつ。ふつう考えられないぐらいの値が出ています。

藤田 そういう場合、やっぱり迷っちゃいますね。やはり高かった人に何かあって、後遺症とか合併症が出るということはありますか。

河島 いや、それがないので悩んでいました……(笑)。やはりインフルエンザはインフルエンザで脳症でと、ある程度疾患を決めないと、うまくサイトカインを判断に使わないほうがいいのかと、今は考えているんですけれども。

この間内科のほうでトロポニンという心筋梗塞とか、そういう迅速キットも……。先生のところは使われていますか。

藤田 いや、知らないです。小児科では行っていないと思いますけれどもね。

河島 内科に研修医が回ってくるようになって、けいれんで入った患者が、心臓疾患かもしれないときに、研修医が、ではトロポニンを測ってきますといったら、陽性だったんですね。それでもうすぐCCUに送ってというケースもありました。

三田村 救急科で、トロポニンTがそうですね。内科ではけっこうやっているらしいんですけれども。

河島 内科も、トロポニンと高感度CRPというのと、研修医はその二つをすぐ覚えさせられるということを言っていました。

藤田 新生児でやっていたものですかね。高感度CRPというのは何か言っていましたけれども。

麻生 新生児領域でやっていますね。

藤田 そうですね。新生児の高感度CRP、ちょっとしたトピックスだったですね、数年前。

保科 たしか、重症なケースにCRP検査をやるのなんかもそうですね。何かおかしいなと思ったときにやって、CRPが上がっていると、やっぱり危ないなという判断ができるのがいいんですね。

いわゆる迅速検査でも、CRPみたいなものでさっと出てくるのは便利ですね。そういうデータが出てくるのが臨床的に、どうしようか、もうちょっと待とうかというのが、そこで検査して、やっぱり治療しておこうというのと……。そういう差が出るとありがたいですね。

いま、開業医の先生でもCRPができる検査機械を置いてやっていますよね。

河島 小さい凝集で見る定性ですか。定量性はないですけども、簡単な1プラスみたいなラテックスのはあるみたいですね。

保科 あれは感度があまりよくない。

河島 らしいですね。

保科 測定でいくと、2.0ぐらいにいかないと、プラスが出てこないです。

河島 バクテリアの迅速キット、溶連菌以外ではどうですかね。

保科 本当は肺炎球菌の迅速キットが望まれるのでしょうけれども、肺炎球菌は種類が多くて、型別が多すぎてだめなのです。ワクチンもアメリカのものを持ってきても、日本で多い肺炎球菌の型が少し違うものだからあまり合わないというので、ちょっと二の足踏む意見の人と、どんどんやってしまう意見とあるわけです。

インフルエンザ菌は、Hibワクチンをやれば、大体ほとんどが重症になるものは抑えられるので、これはワクチンがいいと思うけれども、肺炎球菌はちょっと難しいだろうと思います。

ただ、肺炎球菌による多糖体を尿で凝集反応をやっていらっしゃると思いますけれども、私のところではやってないです。

おそらく迅速でつくりにくいというのは、いろいろな会社がやはり手を出しにくいところだと思います。でも、プランハメラ・カタラリスとか、インフルエンザ菌については、そろそろ出てきてもいいのではないかという気はしますけれどもね。

三田村 尿中抗原がありますよね、肺炎球菌の。あれは陽性がずっと出てしまうから、小児では役に立たないというんですがね。

保科 保菌していれば、出てしまいます。

三田村 出ちゃうんですね。でも、何かたとえば中耳炎で切開したときに、ちょっとやったらどっかわかるとか、そういうのがあるといい。あと、尿

路感染症で、尿路感染症だろうということはすぐわかるんですけども、夜なんかだと検査室の人は特にグラム染色とかしてくれないから、ちょっとグラム陰性か、桿菌か球菌かわかるとか、夜やっているとか何かそういうのがいいなと思うことがありますね。

肺炎球菌、アメリカではたぶん尿中抗原測定用のキットが髄液で許可になっていると思うんですけども、日本ではまだ許可になっていないですね。

保科 許可になっていないですね。藤田先生のところなんか、お使いになっているのじゃないですか。

藤田 うちはやっていないんですよ。

保科 だけど、尿中抗原の肺炎球菌のキットは日本で1社しか出ていないと思いますが。

三田村 どうなんですかね。

保科 外国からの持ち込みですよ。

三田村 日本でもいろいろ作ってくれるといいですね。海外の製品って、こういっては悪いけれども、いつ何がかわっているかわからないようなところがあるので、そういう点では国内で何かあったときに対応してくれるほうが安心ですよ。

インフルエンザのときは、特にそう思いましたね。このようにしてほしいとか、こうしたほうがやりやすいとか、かなりそれでやりとりがあって改善されているので。

アメリカの製品って、どうも1社のこの工場ですべてつくるというよりは、子会社にいろいろ出して、それでまとめて作ったりとかしているの、モノクローナル抗体の変なが入ったりとか、工業製品になるとみんなそうらしいんですけども、そういう面で国内製品でいいのがあったほうがいいのではないかと思います。

以前、試薬に使われている抗体が入れ替わっていたというのがあって、迅速診断キットではないんですけども、EIAの吸光度でみる試薬で、出るはずがないのがどんどん出てしまったことがありました。

そして、製品回収のところを見ると、すごくいっぱい出ている。私は見たことはないんですけども、そういうのが載るところがあって、それを見ると、いっぱい製品回収が出ていますよって言われたことがあります。

そういう面では、日本の国内でよい製品をどんどんつくっていただきたいと思います。

河島 製品管理というのは、命にかかわることですものね。

三田村 そうです。大事ですよ。

保科 なんで日本でつukれないのですかね。

三田村 採算が合わないというところがあったらいいんですけども、インフルエンザで爆発的に売れたので、少しずつ参入している会社は増えているらしいです。

保科 技術って、パテントを取られているから、使用料を払わなければいけないんでしょう。

三田村 たとえば、イムノクロマトの技術とか、ディップスティックの技術とか、みんなそうらしいんですね。だから、安くできないらしいです。

いま、細菌検査室部門がずいぶん減らされているところが多いとも聞いています。

河島 細菌検査室ですか。

三田村 細菌検査室自体が、経費削減のために……。

保科 縮小されている。

三田村 そう、縮小されているので、きちんと専門的に見てくれるところと、こういう迅速キットと、すみ分けが中小の病院ではだんだん進んでくるのではないかと思います。

河島 そうすると、依頼して。

三田村 そう、外注検査に……。

藤田 経営ということからすると、みんなそうになっていくみたいですね。やはり自前で検査室を持ち、臨床検査部門や、臨床検査医学をきっちりつくってやっていると、採算の問題とかということになって、どんどん減少していくんじゃないですかね。

河島 今まで感染症の迅速検査ということでお話しいただいたんですけども、それ以外にまだいろいろな迅速検査も応用というか、できないわけではないと思います。

藤田 迅速診断自体は、迅速にわかることによって対応ができるということが最大のメリットだと思います。それによって医者も患者さんも少しメリットがあるということがあればいいですけども、あまりすぐわかって、困ってしまうようなものについては、別に直ぐにやってもしょうがないかもしれ

ないと思います。

河島 ピロリなんかだと、内視鏡で組織を採って、もう15分ぐらいで出るキットがあるみたいで、生検の組織を溶かしてやるキットがあるみたいですね。そうすると、検査を受けて帰るまでに結果がもう出ているとか、そういう生検とか、腎生検、肝生検はそうすぐではなくてもいいと思いますが。

スティーヴンス・ジョンソンみたいなものが、生検したらすぐ結果がわかるとか、最近はやりのHHV-6の非常にひどい薬疹がありますね。ああいったものが少し早くわかればどうなのかなと思ったんですけども。

保科 HHV-6とHHV-7は早く迅速に初期で診断がつくと、余分なものを使わなくて済むのでいいのかもしれないですね。早くつくってくれると。

麻生 HHV-6は突発疹以外に、いろいろなところに顔を出しているようですね。薬疹に関与したり。あと、けいれんの問題や、再活性化の問題もあります。迅速診断キットを是非開発してほしいです。

V. 少子化社会を見据えて小児医療はどう変わっていくか？

河島 迅速キットの話はそれぐらいにして、少子化社会を見据えて小児医療はどう変わっていくかということでお話を聞かせてください。

保科 少子化社会を見据えた小児医療というのは、これから医療全般で学会でも日本小児科医会のほうも考えていかなければいけないけれども、どうやっても子供は減っていくので、小児科の対象人口が減ってしまうわけです。

診療面では自動的に受診率そのものが下がってくるわけです。そして医療が進歩すると早く治ってしまう。ますます受診率が減ってくる。そうすると、ますます小児科医が少なくなっていくのではないかなというのが、一番危惧されるところです。

おそらく変わっていくというとおかしいけれども、だんだん小児科医の役割が、病気を治すのではなくて、健康な子をなお健康にしていく小児保健のほうへ少しずつシフトしていきだろうと思います。

だから、予防注射だとかそういうものをきちんと受けていくように、それから育児相談や、それから

子育ての援助のほうへだんだん小児科医が出ていきなり、呼びつけて診療所でそういう子育ての相談をする。そういうパターンに少しずつ、開業の先生なりが……。

そういう意味では、大学はこれから二次医療、三次医療になってくるだろうと思います。

きちんとしたそういう組織、本来のあり方になってくるのではないかと思うのですが、そうなると大学病院は若い研修医をどうやって育てるかということになってくる。

河島 学校医を小児科医の手に戻そうと、昭和大学の飯倉先生が始めた動きは、あのあとどうなってしまったんでしょう。

保科 一生懸命進めますと、地方が困るんです。地方に小児科の先生が一人しかいなくて、学校は10ある。そうすると、全部やらなきゃいけなくなってしまう。それはとてもできないので、あまり推し進められない。でも、基本的には小児科医が率先して校医を受けて、子供のきちんとした発育・発達を診ていくのは小児科医の役割というイメージを早くまわりに植えつけるべきだと私は思います。

河島 東京小児科医会としてはどうなんでしょうね。

保科 東京は小児科医が案外多くいて、開業の先生も多くいらっしゃる。校医は医師会で配置を決めていますから、そういう面では開業の先生が多いところはほとんど埋まりますけれども、地方に行ったらだめなんですよ。

内科・小児科の先生がほとんどになってしまう。

麻生 少子化によって、子供の数が全体的に減っています。一つの家庭における子供の数も当然少なくなっています。中国ではないですけども、一人ひとりの子供がますます大事になっていく。そうすると保科先生の話と同じですけども、心身ともに健康に育って欲しいという要望がますます高まるだろうと思いますね。

神経疾患を専門に診ていることもあって、ハンディキャップを持ったお子さんと接する機会が多いのですが、以前であれば「ハンディキャップがあるから仕方がない」ですまされていたのが、「ハンディキャップがある中で、この子にとって一番良い状態で生活させたい」という要望が強くなってきています。当然ながらそれにこたえてあげなければな

らない。

レディーメード医療ではなく、個々の患者に合ったオーダーメード医療の要望がより強まってくるのではないかと思います。

たとえば、ウイルス性の上気道炎であれば抗生物質は不要であるというのが正論ですが、この子はちょっと風邪を引くと長引きやすいので、この子には抗生物質を初期から投与したほうが治りがいいといったやり方があると思います。

子供の数が少なくなってくれば、それぞれの子供に、より合った治療を選択していくという方向になっていくのかなと思います。

保科 それと欲張りなんですけど、私は小児科医がこれからそういうパターンにおそらく進んでいくだろうと思っているのですが、逆にもう一つ、小児科医がもっとお母さんや子育てに参加していくと、親が助かるようになってきて、もう一人生んでもいいという社会をつくれればいいと考えています。

お母さんがもう一人生んでもいい、生んでも大丈夫、お仕事もできる。そういう社会に小児科医が何とかもっていけば、もう一人生むようになるだろうと思います。

河島 実際に小児科をやっていると、夜に連れてくる。皆さん共働きで、結局保育園から連れて帰ってきてから熱があるというので、夕方あわてて連れてくるとか、お父さんが帰ってきてから車で連れてくるとかということで、受診することもすごい負担になっています。

今、ご両親が働いている人が増えている中で、小児科がいつも9時から診療して、午後は1時から3時とか4時まで集中してやるというのではもう合わない、かわいそうな気もするんです。都内など、山の手線に乗って障害を持った子を連れて9時に来いというのも、ちょっとかわいそうな気はしますね。

やはりもうちょっと診察も、別に夜は夜の時間帯でかけられるようなほうが、よほど現実的と思うんですけれどもね。

保科 それは先生も東京だからそう思うので、東京はほとんど夕方、6時から7時で終わりですけども、関西は6時から9時なんです。

河島 ああ、そうですか。それはもうふつうに診療時間が……。

保科 もう割り切っている。だから、医師会の会議は大体昼間、2時から3時。

河島 2時から3時が？

保科 医師会の会議で、6時から9時が診療時間なわけです。

河島 そういうふうにしないと、共働きで子供を連れてくることは難しいですからね。

保科 それは小児科だけではないそうです。

河島 全科ですか。

保科 だから、お勤めしている人も帰りに寄れるわけですよ、内科も。そういう発想に関西のほうが切りかわっているんで、東京が遅れているんです。

河島 さすがに対応が大阪だけに早いんですね(笑)。

保科 プラスアルファで、もっと社会的に子育てがしやすい状態をつくっていけばいいわけで、母子家庭になっても育てられるように、共働きでも十分育てられるような社会環境が理想的ですね、病気になったら休めるとか。

病児保育、あれは前日に頼まないとできないんですよ。熱が出たら、その日は絶対に休まないといけません。そうではなくて、病気をしたら、午前中に遅刻しても行けるようなパターンをつくってあげれば、もっとできるはずですよ。

病気だから親がみろと言っても、それは無理なので、ある程度のレベルに達しているお母さんが育てていくには……。女性でも30とか35歳になってお子さんを生んでいるわけで、そのお母さんはある程度の地位についちゃっているわけです。そう休めないということが多いですね。

少子化社会だけ見るのではなくて、増やす方法もこれからの小児科医は考えていかなければいけない。貢献していかなければいけないだろうと思っています。

河島 保科先生のところは女医さんが……。

保科 2人います。定員3人のところに、2人が女医さんで、男は私だけです。

河島 藤田先生のところはいかがですか。

藤田 うちも最近入ってくる先生は、7、8割は女性医師なんですよ。

三田村 7、8割、すごいですね。

藤田 ええ、うちの小児科は、最近特に……。

三田村 人気があるんですね、女性に。

藤田 原田教授に代わってから、特に女性が多いような気がします。昔はほとんど男性しかいなくて、女性は本当に少なかったんですけども、今は女性が多いんですね。

河島 そういう先生方は、もうある程度上で子育てもしながら当直もされているんですか。

藤田 実情はあまりいいないですね。

河島 そうすると、早いうちにリタイアというか。

藤田 大学の中でやっている人は少ないんですね。都立病院に移って、そこで仕事をずっとしているとか、時間がきっちり決まっているところのほうの方がやりやすいんですね。特に子供さんがいる女性にとっては、やりやすいんだと思うんですね。

今は子供さんがいる女性で当直をして働いている人は1名しかいません。結婚している人は何人もいますけれども、子供さんがいない人もいらっしゃるの、実質上子育てをやりながらというのは、今うちでは大学の中で10年を超えた先生は1名だけじゃないかと思います。関連病院ではだいぶいらっしゃると思います。

保科 逆に女性が少ないからそうになってしまうので、女性が半分以上になってくると、女性同士助け合うので、子育てしながら大学で研究できるんですよ。いま少ないから、それができない。女性が多くなると、一人が都合悪くなくても大丈夫ですね。お産になっても女性同士だと、私はいま大丈夫だからというので代わって出張や何かにスーッと入り込んでくれます。男性が半分以上だと、それができない。

そういう面では大学でいま男性が多いところは、なかなか女性が残りにくい。だから、お子さんのいない人が残っていくというパターンになってしまいますよね。

麻生 うちの場合、当直業務がきついのが一番の理由だと思いますが、スタッフとして長期に残る女性はいないのが現状です。別にだめだと言っているわけではないんですけども、結果的にそうなります。ただし、研修医、専修医(5年まで)では女性のほうが今は多いです。

藤田 いわゆるスタッフというか、そういう人では、本当にいいですね。

河島 そうすると、結局スタッフに入るけれども、10年先の模範となる女医さんの像がないとい

うことになってしまいますね(笑)。

三田村 でも、女性の数は多いほうがやりやすいかもしれないです、先生がおっしゃるように。私も思いますね。お互い同士……。

たとえば、これから少子化ですから、患者さんの数は必ず減って、症例数も減りますよね。男性、女性に限らず、一人の患者さんに何人かの医師がかかわっても当然いいと思うんですね。ただ、いまの小児の保険医療の中では、それだけのコストにならないのでできないですけども、救急医療とかいろいろなことを考えると、必ずチーム医療という時代になると思うんです。男性、女性に限らず。

ですから、男性もずっと病院に詰めて、それでいい仕事ができるかという、私はそうは思わないので、むしろ女性と男性の仕事の内容をもうちょっと変えていったいいのではないかと思います。

小児科医は特にこれから自分で持つ特別な症例も少ないですし、そうかと言って時間的な拘束はこのままいくと長くなってしまうので、やはりワークシェアリングではないですが、患者さんも分け合ってチーム医療をして、時間も分け合う。そして、自分自身も勉強する。そういう分け合うということが、これから小児科は特に必要になると思うんですね。

内科は症例数が増えるので、いろいろなところに行き、その条件で勉強できますけれども、小児は少ない症例を持って、しかもわりと広い範囲をやらなければ対応できない科ですよ。

たとえば内分泌の先生がそれだけでずっとやっていけるかという、それはいいですね。感染症も診なければいけない。そうすると、広い範囲の勉強をして、プラス自分の勉強もするという時代になりますから、やはりチーム医療ということにだんだん真剣に取り組むべきではないかと思うんですね。

それで一番求められるのは、やはり社会性ではないかと思うんです。自分だけでこれやっていくという時代ではなくて、お互いにそういう立場を築き上げていくというところと、もう一つは患者さんに対して、患者さん自身もたとえば神経だったら、けいれんだけ診ていればいいというのではなくて、そのまわりの学校をどうするとか、家庭の中の健康管理をどうするか。

赤ちゃんの時代から、むしろ今は生まれる前から

小児科がかかわるというようになっていますから、そういう患者さんとの関係も社会性を保つ必要があるし、あるいは患者さん自身も社会性を保てるように医療をすべきだと思うし、あるいは仕事仲間でもお互いに情報交換とか仕事の分け合い方とか、いろいろな面で小児科医の協調性というか社会性が重要になると思います。

たとえば、虐待のことで、自分だけでは処理できないですね。そういう面でいろいろなことが、他の科以上に求められるのではないかと思います。

女医さんの問題はたしかに大きいと思うんですけども、女医さんのことだけを考えていても、なかなかうまく進まないのではないかと思います。

保科 男性にも、ある程度の役割分担を持たせないとだめなんですよ。

三田村 そうなんですよ。

保科 ほとんど家に帰らない男性の医者が大学にはびこっているのでは、だめなんですよ（笑）。

そうすると、ますます女性、女医さんが小児科で落ち着いていられなくなる。それと同じパターンはとてもできないものですから。

藤田 やはりいい環境で働けるような場を提供するというか、何とかしないと、これから大変ですよ。

麻生 フレックスタイムとか、交代制勤務を試みているところがありますよね。徳島の日赤とか、藤沢は市民病院でしたっけ、やっていますね。

Ⅵ. 最近の医療行政について

河島 やはりそれに見合う収入ですかね。保険診療の中だけで、そういうことができるのかどうか。

保科 日本が今こうやって模索しているけれども、医者の方にも言わなければいけないと思うんですけども、アメリカの保険制度と違うということ。アメリカはドクターフィーが高いわけです。それで、患者さんは自分で保険をかけてやっている。だけど、医療費はGDPの十数パーセントなんです。日本はまだ8%なんです。そういう差がありながら、なおかつ下げようとしているわけで、これは理論がかみ合わないんです。

私たち医者のほうから見た目と、逆に国の体制から見た目とが合わないのが、現在のこの小児医療を

これから改訂しても、夜間はよくなったけれども、へんな話、昼間はやめて、夜だけ開業したらもっと点数は上がるわけですよ。そして小児の救急を何とか減らすために点数を上げたけれども、他は薬価や何かが下がっているから、おそらく先生方のところもそう上がっていないはずなんです。むしろ、下がっているはずですよ。夜間やっているところは、それが上向いているから、相殺されてわからないだけの話です。

河島 一人頭の点数では、多少増えています。

保科 増えているんです。だから、夜間の6時から、6時1分でも過ぎれば、点数が上がっていますから、10時から12時までとまた違って、その点数が上がっちゃったので、見た目は上がっているんですよ。だから、その人数が、トータルすると月の保健請求額からすると上がっているように見えるけれども、本質的に昼間の私たちがきちんとやっているところは下がっている。

河島 困りましたね。

保科 そういうところを改訂していかないと、うまくだまされたような感じで、小児は上がったように見えるけれども、小児科は夜働きなさいと言われていたようなものです。

河島 そうですね。逆にそういうことになりますね。

保科 だから、夜間の救急をきちんとやりなさいという意味で上げただけであって、今まで夜間救急をやっていたところが、ものすごく人件費が赤字だったところを補ったんですよ。

藤田 夜働くのが嫌いな人は多いですね（笑）。研修医の先生でも、夜働かなければいけないんだったら、もう小児科はやりたくないという人もすごいですからね。

河島 それはけっこう大きいみたいですね。

藤田 ええ、これはもう大変な……。

保科 夜働きたくないし、当直すれば、あんな忙しいのは小児科だけだとか（笑）。

河島 一番心配しているのは、新しい研修制度ができて、小児科2カ月で、場合によると大学病院とか4カ月回れる病院も多いと思うんですね。そうすると、4カ月小児科を回ればもうそれでいいと思って、小児科にほとんど入らなくなるということがないか、ちょっと心配なんですけれども、それでいい

んじゃないかと。

だいたい小児科の先生は皆さんまじめですから、4カ月きっちり教えると思うんですよね、かなり細かく。

麻生 うちの場合は、将来小児科をやりたいという研修医のためのコースをつくっています。

16カ月はスーパーローテートとして回る科は決まりますが、残りの8カ月は小児科を回ることも可能です。

保科 それはオプションとして可能ですよ。うちが組んだのは、産婦人科2カ月、1カ月は産婦人科から小児科への移行期、そして小児科2カ月、それでトータル5カ月なので中途半端ですよ。他の科が2カ月、産婦人科と精神科が2カ月なので、組みようがない。でも、そこから残り5カ月をオプションにしてあるものだから、それは行きたい科に行きなさい。だから、小児科希望の人も来られる形にしています。

麻生 逆に、小児科に全く興味がない研修医も、最低1カ月は来なければいけないわけですよ。

藤田 そこが問題ですよ。

麻生 やる気のない人が1カ月間で何をしたらいいのか。

保科 彼らも、1カ月もいたくないでしょうね。あの泣き声はとても耐えられないというのがいますからね。

麻生 そうなんですよ。そういう人に何を教えるのか。

藤田 うちの小児科、3カ月あるんですよ。大きく内科系のコースと外科系のコースと二つに分けて、内科系のコースを選択した人は、小児科を3カ月回らなければいけない。それから外科系は1.5カ月で、産婦人科と組むようになっているんです。

そうすると、その他にオプションで選択できるように小児科の枠をいくつも選択のコースをつくってあるので、最大7カ月小児科を専修できるように作りました。

河島 小児科に入るのであれば、そこは他の科に行ったほうが良いとも思うんですが。

藤田 もともとそうなんです。外科系志望の人が内科系を多く取るというのが本来の筋だと僕は思うんですけど、一応そういうかたちをつくって、2年後にどうなるかはわからないですけど

も、ちょっと心配で（笑）。

河島 日赤は全国ですごく人気があって……。

麻生 去年はすごい人気だったですね。今年は他の人気のある病院と受験日が一緒になったらしいんですよ。去年よりだいぶ受験者は少なくなりましたが、定員の数倍の応募がありました。

三田村 話は変わるんですけども、この前新聞の投書に、いま都会では小児医療の補助がありますよね。でも、引っ越したとたんに全然それがなくなって、地域格差は何とかならないかというのがあったんです。

私も予防接種の研究会に出たときにびっくりしたのは、例えば麻疹の予防接種でも、私はみんなフリーで、ただで受けていると思っていたんですけども、あれはかなり制限があったり、時期の制限があったりとか、小児医療の補助に関してはずいぶん地方自治体で差があるみたいなんですね。

これだけ少子化の時代ですから、もちろん介護保険なども大事なんですけれども、もっと小児に手厚く、小児保険等は特にやっていいのではないかなと思うんです。

河島 声高に言わなければ……。

三田村 どなたかそういうことを……。やはり小児科医がもっと言わなければいけないでしょう。

この前、他の県の方が川崎病で入院して、申請を出したら、慢性特定疾患だから、慢性にならなければ通らないですと言われて、ちょっと大きいお子さんだったので、全然補助が下りなかったということがあって、ずいぶん地方自治体で差があるんだなと思ったんですね。

藤田 そういうのは昔からあるんじゃないですかね。県の境目にいると、埼玉から来た人はこうだ、群馬から来た人はこうだ、栃木の人はどうだなんていうので、同じ疾患で支払いが異なる。それこそ20年近く前もそうだったですね。

三田村 せめてワクチンとか高額医療の部分は、全国どこに行っても安心して受けられるぐらいのことは、少子化時代だからしてもいいのではないかなと思うんですけども。

保科 むしろ国の政策として、麻疹の予防接種なんていうのはみっともないから、早くきちんとやってほしいですよ。日本ほど接種率が低い国はないし、2回接種に早くもっていただきたい。

2回接種は可能性が少し出てきたみたいですがけれども、地域によってはお金を取っているんですよ。それから、年に4回しか打つ日がないとか、そういう地域もあるんです。

だから、そういう日本ではないように、やはり考えていかなければいけないのと、それから東京都内でも23区の内と外とは違うんです。

三田村 そうですか。

藤田 ええ、違うんですよ。びっくりしちゃうんですよ。

保科 23区の内と外でかなり違いがあります。

河島 親の年収がいくら以上だと全部負担になっているとか、そのように年収によって違うとか。

保科 東京都内でも、それぐらい違うんですよ。23区でも、ある区では3歳未満で、6歳未満は年収で違いがあります。

藤田 そうですか。

麻生 年収制限をなくしている区もありますね。

保科 それ以外は、ほとんど取っ払っていますですよ。

麻生 ワクチンに関してですが、裁判で国が負けて、あそこから予防接種のあり方が変わりましたよね。

保科 インフルエンザの集団接種ですね。それからもう一つはMMR（measles, mumps, rubella vaccine）で接種後の髄膜炎の発生が多かったことが影響しています。

麻生 そうですね。あの副作用も……。

保科 統一株にしたのが失敗かな。

麻生 ワクチン自体の問題もあると思いますが、マスコミの取り上げ方にも問題がありますよね。

予防接種のメリットとデメリットについて統計学的、科学的な報道をしてもらえればいいんですけども、どうしても何か一つ悪いことが起こると、それがセンセーショナルな形で取り上げられてパニックになってしまいます。

保科 これは私の記憶間違いかもしれませんが、インフルエンザのワクチンも、14、15年前で製造方法が変わったのではないかなと思うんですよ、あれはたしか。その前の集団接種していたころのかなり副作用が強かった時のものです。

三田村 全粒子のと、HAワクチンとかなり変わっています。

保科 ええ、成分になってきたのが14、15年前で、そこから以降は副反応の患者はほとんど出ていないですよ。ところがそのころの裁判が以前のワクチンのもので出たから、接種率が落ちてしまったんですよ。

その前に成分のワクチンになっているはずなんです。だから、その前に集団接種していたので、その副作用がたくさん出た。その違いを要するに記者さんが知らないという問題があるわけですよ。

インフルエンザワクチンというと、全部昔からずっと同じだと思込んでいる。

藤田 去年でしたっけ、小児科学会か小児科医会かで、麻疹の公開シンポジウムを慈恵でやった時に、新聞社の人も一緒に出てきてスピーチをしていましたけれども、自分ではこう書きたくないけれども、こう書かざるを得なく、変えられてしまうんだとか、そのようなことを盛んに言っていました。結局出てくる記事を見ていると、決して好意的に書いてないですね。

ですから、ああいう記事を一般の人が見れば、もう絶対に打たなくなっちゃうんじゃないかというような書き方しかないんですよ。あれが大きな問題なんだろうと思います。もう少し書き方があるだろうかと、僕は新聞報道でも思いますけれどもね。

そのときのシンポジウムで麻疹のワクチンを乳児期に打つことに対して、役人や専門家は何かと否定的なんですね。小児科医会の先生が来ていて、開業の先生はどうしてもやりたいと発言されていたんですよ。

保科 やはりEBMで、1歳まで母親からの抗体のある人がいるという報告が出ちゃったので、もうそれは覆せないんですよ。だから、乳児期にやって、もう一回やればいいじゃないかと言っているのです。

要するに、完全に発症を抑えるほうが国として大事なことなのだという発想にならない。もうその時期に打っても無駄だったら困るから、絶対に1歳を過ぎてと、そこから発想が抜けないんだろうと思います。

河島 そうですね。行政面での問題や、報道の問題等ワクチンの話は尽きないと思います。

きょうは長い時間、迅速診断から医療行政、あと

ワクチンのことまで、ずっと幅広い話題を皆さんにご提供いただきまして、非常に盛りだくさんな内容でこれからの医療の方向性もみえてくるような会談

ができてうれしく思います。どうもありがとうございました。

