

少子化と小児科

中 沢 洋 三

昨年、日本の出生数が初めて100万人を割った（98万1千人）。私が生まれた昭和45年頃、いわゆる第二次ベビーブーム（200万人出生）を最後のピークに、日本の出生数は減少の一途を辿っている。長野県に至っても、全体人口は昭和45年と平成28年で約200万人と横ばいであるにもかかわらず、出生数は3万人から1万5千人、15歳未満人口は45万人から27万人とほぼ半減した。このまま日本消滅の道を辿るわけにはいかない。国は様々な施策を提言、立案している。しかし、残念ながら結果に結びついていないのが現状だ。

個人的にはそろそろ自然に歯止めがかかるのではないかと楽観的に構えている。当教室員の子息・息女の数に3人が一番多い。しかしながら、小児科医を育成する教室の責任者としては「楽観視している」の一言では済まされない。医師を目指す学生や将来の専門に迷う研修医に対して“未来ある小児科医”のプレゼンスを示さなければならない。

小児科が担当する初診年齢は15歳までと医療行政によって区分されている。要するに、医療的には中学生までは子どもで、高校生からは大人という括りだ。しかし、現場の感覚でいうとその括りに違和感を覚える。疾患、治療法、合併症という観点からみれば、乳幼児、学童、中高生の3つに区分けしたい。乳幼児には感染症、先天性疾患、遺伝性疾患、成長障害が多い。中高生には二次性徴の異常、炎症性腸疾患やてんかんなどの若年成人疾患、そして心の病が多い。学童には特有な疾患が少ないがどちら側にも片足をかけている。そして何よりも、近年小児医療の表舞台に躍り出た発達障害医療の主役は学童である。私が問題視しているのは、難治・重症・希少疾患を高一で発症する若者である。その疾患の多くは我々小児科医にとって common disease であるが、それを専門としていない成人診療科の先生方にとっては馴染みのないものが多い。それを理解しようと必死に問診しても、男子生徒は適当な相槌を打ち、女子生徒は答えてさえない。さらに、思春期ならではの心の問題や進級や受験といった学業までも診療の中で配慮しなければならない。こういう面倒な作業は、子どもの成長曲線をプロットしながらその変化に幸せを見出せる小児科医にむいている。中学生と高校生で区切らず、中高生として診療していくのが疾患の特徴と医者の特性に合っていると考える。

さらに、年頃の子どもを持つ親の立場から考えるとその区分けの適切さが確信に変わる。

親にとって、15歳と16歳、中学生と高校生の違いは大した問題ではな

い。反抗期が一番の心労だ。反抗期の始まりはその子の性格や兄弟構成によって変わってくるが、通常中一の後半でその芽がみられ、中二でピークに達する。“中二病”という言葉をご存じだろうか？中二特有の根拠なき自信に基づいた言動を指す若者言葉だ。親として中二男子を2度経験したが、その目つきは鋭く、危険に満ちていた。「うっせ」、「むかつく」が連呼される。理由なき怒りが止めどなく込み上げてくる頃だ。自分もこんな目をしていただけかと思懐かしく思う。無論、母親には到底理解できない。中三後半から高一にかけて言葉遣いの粗さと言動の大きさはさらに助長される。一方で、目つきの悪さは中二の頃より落ち着いてくるのがわかる。高二、高三となると言動もだいぶ落ち着き、親との談笑も数年ぶりに復活する。時に大人びた発言に驚かされたりもする。こんな反抗期の子どもらを、高校入学の4月1日を境に区分けする意味があるのだろうか？親の身長を中三で超える子もいれば、高三で超える子もいる。最近、長野県内のとある中学校が、高校の合格発表を親子同伴で見に行かせることを義務付けた。親子のスキンシップを演出したわけではない。不合格の際に、落胆する我が子を中学校まで連れて帰る責任を親に課したのだ。高校の合格発表は平日の昼間である。仕事を休んだお父さん方も多かったようだ。果たして職場の理解は得られたのだろうか？粗野に育てられた第二次ベビーブーム世代としてはこの試みにただただ驚いたが、小児科医としては我が子の合否の瞬間を父親と共有させるのも悪くないと思った。賛否両論があろうが、その是非はともかくとして、親子で合格発表を見に行った2週間後から16歳を大人と呼ぶのはいかななものか？このご時世を考えると18歳までは我々に任せていただきたい。

(信州大学医学部小児医学教室教授)