

済生館病院、県立新庄病院、日本海総合病院、鶴岡市立病院。三次救急は山形県立中央病院、山形大学、公立置賜総合病院。まとめ：重点化がうまくいかず、山岳地帯で人口密度も少なく、医師不足もある。会議参加している。電話相談は準夜、地域連携は酒田地区医師会と日本海総合病院の間で実施している。

⑥福島県

一次救急、福島夜間診療所、郡山市休日夜間急病センター、会津若松市夜間急病センター、いわき市休日夜間急病診療所および公立相馬総合病院、南相馬市立総合病院が当直制で急患の診療にあっている。その他在宅当番制を実施している。二次救急は福島市が3、郡山市が5病院で輪番制をしている。三次救急は福島大学、太田西ノ内病院、竹田総合病院、いわき市立総合磐城共立病院が担っている。

まとめ：重点化うまくいっていない。会議には参加している。電話相談は準夜行っている。地域連携は行っていない。

⑦新潟県

一次救急、新潟市急患センターは休平日昼・準深夜、長岡市中越こども急患センターは平日夜間、上越急患センターは平日夜間、休日・土は昼と夜間、柏崎休日夜間急患センターは平日・夜間・休日昼、長岡休日診療所は休日昼、村上市休日急患診療所は休日昼、中島地域休日急患診療所は休日昼、新発田地区夜間診療所は平日夜間・休日昼・夜間、県中央医師会応急診療所は平日休日夜間、南魚沼休日診療所は休日昼、新井休日急患診療

所は休日昼、佐渡佐和休日急患センターは休日昼。二次救急は各地域小児科センターの当直の体制整備を行う予定。三次救急は長岡赤十字病院、新潟市民病院、新潟県立中央病院、新潟県立新発田病院の救命救急センター、新潟大学。

まとめ：重点化はうまくいかず。会議には参加している。電話相談は準夜、地域連携は柏崎市刈場医師会と刈羽郡総合病院。

まとめ

東北地域全体をみると

- 1 宮城県はやや救急体制の整備はされている。
- 2 他県は中心となる都市は24時間体制をとっているが、僻地は休日昼の対応のみ。
- 3 東北は山岳地のため、道路網が悪く搬送に時間がかかりすぎる。
- 4 他科医師の参画することも必要。また拠点病院への開業医の支援協力をお願いしたい。

高砂子祐平

3) 関東ブロックの小児一次救急について

関東ブロックは1都8県で、東京都に大学病院と医師が多いこと、茨城・千葉県（他県でも）で小児科医が少ないこと、東京との大学病院から他県への医師派遣が多いこと、県境が平地で医療圏が県境を超える地域があること、などの特徴を持つ。

①集約化・重点化

重点化協議に参加5/9、重点化に医会

の意見が反映4/9、半数は医会が重点化協議の枠外におかれている。重点化が困難な理由は、大学間の調整不足、病院経営母体の相違、集約化される地域住民の反対、広大、医師不足である。

神奈川県と静岡県には重点化は不要、現状維持を選択する地域がある。県境を超えた重点化が5/9で行われている。

②小児救急電話相談

小児救急電話相談は、民間委託2/9、連日実施7/9、深夜帯実施1/9で、相談数の増加により回線数を増やす傾向にあるが、相談員確保の問題がある。

③小児一次救急体制について

急患センター（小児夜間休日診療所）は3/9で、他の1都6県は二次病院が深夜帯診療を行う。地域連携方式（開業小児科医の病院への出務）は7/9で行われ、医師会と病院の契約が4/6。地域連携の問題点は出務医師に比べて勤務医師の時給が少ないことであるが、他にも出務医師の交通手段、医事問題への対応の不安がある。地域連携の利点として、勤務医の負担軽減以外に、診療所と病院の連携強化、地域の小児救急医療レベルの向上がある。時間内診療に比べて需要と供給のアンバランスが大きい時間外診療においては、小児科以外の医師の参加が必要（8/9）で、そのための小児救急講習会が必要（8/9）とする意見が多い。

④まとめ

以上関東ブロックについて全体をまとめる。東京都にある大学病院から医師派遣が周辺県へ行われており、他のブロックに比べて周囲を海に囲まれる県が

少なく、県境が平地な地域が多い特徴がある。従って県境を超えた重点化や地域連携が行われ易い環境にあり、実際県境を超えた重点化や地域連携が始まっている。時間外診療のニーズに対応するためには、小児救急電話相談、急患センター方式、地域連携方式、他科医師の小児救急参加を上手に組み合わせて、県境を超えた連携、県境を超えた小児一次救急医療体制のデザインを進めて行くこと、さらに大学病院と地方が協力して小児科医の育成と小児科医のQOL改善をすすめていくことが必要である。

地域特性を把握して、地域に即した小児一次救急医療体制整備を進めるためには、小児科医会は医療資源として、および地域のマネジメント機能・連携推進機能として重要な役割を持つ。日本小児科学会と行政は、この小児科医会の役割を再認識して、小児救急医療体制検討委員会／協議会への小児科医会の参加と意見の反映に努めていただきたい。今回のブロック単位の検討は有用であった。今後のこのような検討を進めたい。

渡部誠一

4) 東海中部地域の小児救急情勢と課題

東海中部ブロックの愛知、岐阜、三重、福井、石川、富山、長野の医療状況は各県で異なる。どの県でも急患センターが開設されているが、どの地域もほとんどが深夜時間帯、休日昼間が多く深夜帯は少ない。人口が少ない地域では、急患センターもない。

ほとんどの県で中核病院が準備されて

いたが、それがまだ住民に周知されている地域は少ない。一部のこども病院だけが小児の中核病院と認識されているだけである。小児科センター施設もほとんどの地域で候補病院があげられていた。地域に一カ所しかない場合はそこが自然に地域小児科センターになっている。電話相談事業はすべての県で行われていた。実施日はほとんどが連日であった。相談員の講習会は必要であるとする回答が多かった。

地域連携方式が行われているのは一部の地域だけであった。時間給に関しては開業医と勤務医の差が大きかった。

他科医師が小児救急へ参加していないという県は半分くらいあったが、やはり他科医師に参加して欲しいという意見が多かった。

中核病院（三次病院）、地域小児科センター（二次病院）がここにあると医療計画にも示され、地域の住民、消防に周知されている地域は少ない。一次救急も24時間小児科医だけですべて行えることは不可能である。

大切な事はその地域で病気のこどもによい医療を行え、住民にどこに受診したらよいか周知されていて、救急搬送システムが機能していることが大切である。二次病院、三次病院は当然、学会、行政だけで決められる訳はない。しかし決められないからといって、いつまでも決めることができなければ、住民に安心感を持ってもらう事ができないのではないかと考える。現在少ない小児科医で、二次医療の患者さんも診なくてはいけない病

院もある。そこは既に二次医療を行っている病院であるから、現時点では地域の小児科センター病院と認めてしまう必要がある。しかし小児科医はもっと頑張れでは病院崩壊も続き、開業小児科でさえ、疲弊してしまいます。

二次病院、三次病院にいけば十分な医療を受ける事ができますという体制を地域で作る、一次医療のトリアージができ、他科医師の診療でも見逃しが無い体制を作る必要がある。小児救急電話相談も利用時間の増加をはかる必要がある。これも医師だけでは対応できなくなっている。これには看護師等の参加が必要になってきたが、看護師への教育、検証が必要である。

岩佐充二

5) 近畿地域の小児救急医療に関する地域情勢

日本小児科医会近畿ブロックに所属する2府4県（京都府、大阪府、滋賀県、兵庫県、奈良県、和歌山県）における小児救急アンケート調査の結果は報告書に示された如くである。病院小児科および小児医療の集約化・重点化に関しては近畿ブロック地域においても統一は見られない。その要因に関しても報告書の分析どおりである。委員会において指摘してきたことであるが、本来この集約化・重点化構想は日本小児科学会の事業として開始された。したがって各地域においても、日本小児科学会地方会と都道府県の小児科医会の共同作業として開始された事業ではなく、集約化・重点化構想に対

する理解や認知度に隔たりが存在した段階で進められた。地域においては、小児科学会と小児科医会の組織・事業活動における状況も大きく異なる。日本小児科学会の集約化・重点化政策においては、地域小児科センター候補医療機関から大学病院や小児医療センターは除外されていた。また小児医療の地位・向上に重要な役割を果たしてきた私立医療機関も対象外とされる点などを指摘してきた。本構想がある程度のレベルを持って全国的に実現されるには人口過密と過疎問題、医療費とくに小児医療に対する行政の理解と予算措置など検討すべきさまざまな課題が残る。近畿ブロック小児科医会はこれらの課題に対応しつつ、報告書に示されたいくつかのシステムを取り入れながら地域の状況に沿って小児救急制度の維持に努力中であることを追記する。

小川 實

6) 中国四国地域の小児救急医療情勢と課題

中国・四国地域は、本土にある広島県、岡山県、山口県、島根県、鳥取県の5県と四国の香川県、愛媛県、徳島県、高知県の4県、計9県からなる。

中国・四国の相互アクセスは、瀬戸内海3橋とJR、各地の連絡船、および、ドクターヘリである。両群の医療圏は、一次から三次まで、ほぼ独立して動いている。

①集約化・重点化の取り組みについて

集約化・重点化の構想が容認されて、協議が進展している県は、広島県、岡山

県、徳島県であり、その他の6県は、難渋している。特に県境を越えての集約化は徳島県1県であった。

②各県の医会の意見が、小児救急体制の構築に反映された県は、広島県のみであり、反映されなかった県は岡山県、島根県、徳島県、愛媛県、高知県である。

③集約化・重点化の進展状況は、前向きの広島県を除いては、岡山県、島根県、愛媛県、高知県、徳島県ともに、進展はみられていない。島根県、山口県、香川県は回答を得られなかった。

④集約化・重点化構想が、受け入れにくい理由の主なものは下記の点である。

- i 人口が少ない
- ii 小児科医が少なく、今後しばらく、増加の見込みがない
- iii 過疎地域が多く、集約化・重点化のデメリットの方が大きい
- iv 候補病院の多い都会では、経営主体の異なる病院の理解が得られない。
- v 大学医局同志の考え方の違いがネックである
- vi 県行政、県医師会の理解と指導力がない
- vii 日本小児科学会や厚労省案について、関係者の相互理解が、必ずしも一致していない。

実際に広島県呉市において病院小児科の集約化・重点化が行われた経緯を紹介する。呉市には小児科を設置する3つの大病院があり、5年前までは、勤務医が4人の1病院と3人の2病院で、それぞれが単独で1次救急と2次救急を行って

いた。勤務医は大変で、大学に現状を訴え、大学の小児科教授も各病院長に輪番制を敷くよう要求した。しかし各病院の院長は、経営面を理由に拒否した。4年前に呉市医師会が、開業医による準夜帯の小児夜間診療所を開設したが、各病院が1次救急を行っているために受診者数は少なく、1日平均5人前後で赤字経営であった。

しかし3年前広島大学小児科は大学傘下の病院で、集約化と拠点病院化を敢行。広島市、三次市を中心とする県北部、尾道市と三原市などでは集約化が行われ、拠点病院化により小児の救急体制を守ることが可能になった。しかし呉地区では、3病院がそれぞれ自分の病院を拠点化するよう大学に申し入れ、収拾がつかなくなり、結局集約化が出来なくなった。大学小児科は1年半前に、医師不足を理由に、それぞれの病院より医師を1人ずつ引き揚げることになり、各病院が独自に救急対応することが不可能となり、1年前より呉市医師会との話し合いのもとに、輪番制が導入されるようになった。又半年前から1次救急としての勤務医の負担を軽減するために3病院すべてが、時間外選定療養費(5,000円)を患者から徴収する制度を導入した。その結果3病院を1次救急として受診する小児患者は激減し、医師会設立夜間診療所の患者数は急増し、1日平均20人前後となり、経営面で安定するようになった。また広島県福山においても、輪番制の2次救急病院へ1次救急として受診する患者が1日平均10人前後いるため、2次病院での時間

外選定医療費制度の導入を検討中。

⑤医療連携については、小児科医開業医の比較的多い市を中心に公的病院を利用して、「時間外診療所」の運営・協力を行っている県がある。(広島市、福山市、三次市、廿日市市、岡山市、出雲市、松山市、米子市、鳥取市、徳島市など)

⑥今後の問題点として、所属医師会の「休日当番医」の協力も、並行して行っている県もあり、開業小児科医の過重な負担が浮かび上がってくると予想される。

細木宣男、桑原正彦

7) 九州沖縄地域の小児救急医療情勢と課題 (2009.9.23.現在)

九州ブロック8県(福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄)の小児救急医療提供体制の現状を初期救急医療と二次三次救急医療に分けて分析を行った。

①小児初期救急医療体制

殆どの県が、「急患センター方式」での提供体制が多く、これに加えて、「病院輪番方式」および「開業医の在宅輪番制」を組み合わせている県が多かったが、「在宅輪番制」が多い県(鹿児島)も見られた。

提供体制は、「大体うまく行っている」が多かったが、『都市部』ではコンビニ受診の増加、小児科医不足、出務医の疲弊など「多少問題がある」県が多く見られた。『郡部』では小児科医不足、入院施設不足などが圧倒的に多く、「多少問題がある」県がやはり多かった。

初期救急医療に関わる開業医の割合は、

40～50%、50%以上との県が多く、福岡県が20～30%と最も低く、勤務医の多い地域では勤務医負担の増加が見られているものの、多くの開業医が初期救急医療を担っている。

県全体の小児初期救急医療提供体制の検討委員会は「ある」県と「ない」県に二分され、「うまく行っている」県が「ない」県と一致した。但し、「ある」県でも不定期開催と機能していない感じも受けられる。

②小児二次三次救急医療体制（事故外傷を含めた）

「大体うまく行っている」と「まあまあ」に二分されたが、「まあまあ」の回答県がやや多かった。「大体うまく行っている」県での理由は、「救命センター医（基幹病院医）が協力的」、「医会が統率している」であり、救命センター医（基幹病院医）に拠る所が多い結果であった。「まあまあ」の理由は、「都市部と郡部の連携がうまく行かない」、「搬送が困難で地域完結で行わざるを得ないことが多い」、「医師不足、病床不足（特に新生児）で遠隔搬送が多い」などであり、ブロックないでも地域差が多くみられた。

二次三次救急の24時間365日受け入れ施設では、「大学病院」、「都市部の救命センター」、「都市部の基幹病院」などが多くみられ、二次三次救急は必然的に集約化されている現状である。以上からも小児における搬送医学・搬送体制の拡充が不可欠であることを示唆していた。

③まとめと私見

人口の少ない県ほど都市部・郡部の格差が強く、初期救急医療提供体制の複数化が必要かつ開業医への負担増がみられ、その恒久性（永続性）は危惧される。人口過疎地域ほど非小児科医との協働は不可欠であり、「小児救急研修会」、「診療ガイドライン」などとともに必要な県では「IT機器を用いた医療支援体制」などの構築が必要と思われる。二次三次医療では医師不足・施設能力を見据えて、搬送医学を拡充させつつ、複数県合同（隣県一致）の集約化・重点化体制を目指す必要がある。

市川光太郎

D. 参考文献

- 1) 日本小児科医会小児救急のあり方検討委員会：「小児救急のあり方、特に小児初期救急医療体制の整備に向けて 日本小児科医会会報：24号P85～97、2002年（平成14年）
- 2) 日本小児科医会小児医療の今後を考える委員会：小児医療もグランドデザイン（日本小児科医会委託研究、日医総研2003年度研究報告（要約版） 日本小児科医会会報：28号P111～130、2004年（平成16年）
- 3) 日本小児科医会小児救急医療検討委員会：日本の小児救急医療提供体制について—日本小児科医会からの提言— 日本小児科医会会報：31号 P107～135）2005年（平成17年）。

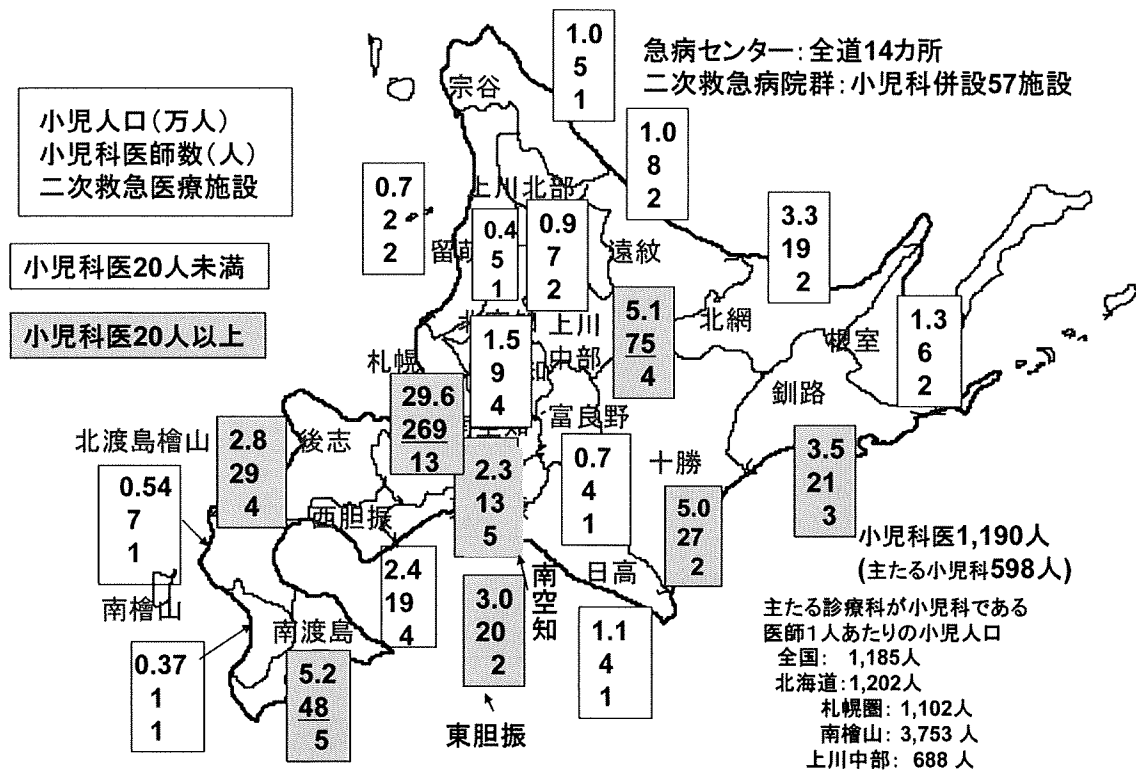


図1 北海道「21二次医療圏」の小児医療（平成17年）

表1 病院小児科(二次当番参加病院は12病院、休日可能は9病院)医師:55名 研修医:9名

【平成21年4月～9月二次当番病院】

病院(医師+後期研修医)	(NICU)	ベッド数	平日	土曜	日祝	合計
①KKR札幌医療センター	(5)	34	15	3	6	24
②手稲浜仁会病院	(11+2)	25	16	3	4	23
③天使病院	(4+3)	32+12	15	2	4	21
④市立札幌病院	(4+1)(5)	45+15	14	2	4	20
⑤札幌社会保険総合病院	(4)	13	11	2	4	17
⑥北海道社会保険病院	(4+2嘱託)	26+9	12	3	2	17
⑦NTT東日本札幌病院	(5+2)	19+6	10	3	3	16
⑧国立病院機構西札幌病院	(3)	25	6	2	4	12
⑨札幌厚生病院	(4)	24	3	3	3	9
⑩札幌徳洲会病院	(3)	25	5	3		8
⑪勤医協札幌病院	(3+1)	8+4	10			10
⑫札幌北楡病院	(3)	21	6			6
合計	(55+9)(5)	297+46	123	26	34	183

7,586(札幌市全体のベッド数)

表2 初期救急施設年間受診患者総数

	休日当番(平均/施設)	土曜午後(平均/施設)	夜間急病センター
H18年度	23,830名(102.3名)	1,483名(18.1名)	18,655名(51名)
H19年度	23,677名(102.1名)	2,083名(23.7名)	17,485名(48名)
H20年度 (4~12月)	17,131名(100.1名)	1,260名(16.6名)	11,503名(47名)

資料1 小児救急アンケート調査 様式1

jpa小児救急調査用紙1(都道府県)		右の丸を複製してお使い下さい。○
都道府県の集約化重点化の調査		
101 報告者氏名, 連絡先(メールorFAX)		
102 都道府県名		
103 県小児科医会長氏名		
104 集約化重点化の担当者・連絡先		
105 地方会のモデル案策定委員長・連絡先		
小児医療の集約化・重点化について		
◎ 都道府県の地域医療計画の小児医療提供体制の集約化重点化案のコピーを添付して下さい。電子ファイルがあれば事務局jpa@blue.ocn.ne.jpへ送付して下さい。		
106 県内の小児医療圏の数		
107 (小児医療圏は人口30-100万人, アクセス1時間以内の小児医療の二次医療圏の範囲です。マップがあれば添付してください)		
108 県内の小児一次救急医療体制の数#		
109 中核病院(人口100-200万人に1箇所)の数		
110 地域小児科センター候補病院(人口30-50万人に1箇所)の数		
111 県境を越えた集約化重点化連携はあるか。	a.ある ・ b.ない	
112 あるとすればどこの県とか		
113 小児医療の集約化重点化会議に県小児科医会は参加したか。	a.参加した ・ b.しなかった	
114 県小児科医会の意見は集約化重点化案に十分に反映されたか。	a.反映された ・ b.反映されなかった	
115 集約化重点化の進捗状況	a.うまく行っている ・ b.うまくいっていない	
116 集約化重点化がうまく行かない場合, その理由		
117 集約化重点化へのご意見		
小児救急電話相談#8000について(以下, 電話相談と略す)		
118 電話相談は必要ですか。	a.必要 ・ b.不要	
119 電話相談を実施している時間帯	a.準夜 ・ b.準夜+深夜 ・ c.日勤+準夜 ・ d.終日	
120 電話相談を実施している曜日	a.休日のみ ・ b.平日のみ ・ c.連日	
121 電話相談は何回線ですか	a.1回線 ・ b.2回線 ・ c.3回線以上	
122 電話相談のガイドライン・マニュアルが	a.必要 ・ b.不要	
123 電話相談のための講習会が	a.必要 ・ b.不要	
124 深夜帯の電話相談を全国センター or 複数県で実施するのは	a.必要 ・ b.不要	
125 電話相談員の職種	a.小児科医 ・ b.保健師 ・ c.看護師 ・ d.その他	
126 電話相談についてその他の意見		
小児救急地域連携方式について		
127 地域連携方式を県内で行っている所がありますか。	a.行っている所がある ・ b.行っていない所は無い	
128 地域連携方式を行っている医師会と病院名		
129 地域連携方式の契約は	a.医師会と病院間 ・ b.医師個人と病院間 ・ c.その他()	
130 医師手当(1時間当たりの手当・時給)		
131 良い点は何ですか。(○で囲む)	a.少ない小児科医を集約化して救急医療を行える。 b.病院・診療所の医師間の連携が良くなる。 c.研修医教育を勤務医師と開業医師双方で行える。 d.適切に検査・治療が出来る。 e.その他()	
132 問題点は何ですか。(○で囲む)	a.開業医師が病院へ行って診療するのは抵抗がある。 b.開業医師の負担がかえって増した。 c.医事問題の心配・不安がある。 d.遠方に車で行くのが大変・心配。 e.勤務医師の手当が少ない。 f.その他()	
133 小児救急地域連携方式のガイドライン・マニュアルが	a.必要 ・ b.不要	
134 小児救急地域連携方式の講習会が	a.必要 ・ b.不要	
135 小児救急地域連携方式についてその他の意見		
他科医師の小児救急参加と小児救急講習会について		
136 小児一次救急に他科医師が参加していますか。	a.参加している ・ b.していない	
137 小児救急への他科医師の参加は必要ですか。	a.必要 ・ b.不要	
138 他科医師向け小児救急講習会は	a.必要 ・ b.不要	
139 小児救急講習会のガイドライン・マニュアルが	a.必要 ・ b.不要	
140 小児救急講習会実施のための講習会が	a.必要 ・ b.不要	
141 小児救急への他科医師の参加についてその他の意見		
142		

資料2 小児救急アンケート調査 様式2

jpa小児救急調査用紙2 (小児一次救急医療機関：急患センターや病院) 右の丸を複製してお使い下さい。○

小児一次救急医療体制の数#の分だけ、その医療圏で1施設が代表してお答え下さい。県内を調整して医療圏が重ならないようにして下さい。

小児一次救急医療体制

201 アンケート回答者の氏名、所属、連絡法	
202 この医療圏の名称	
203 この医療圏内の小児一次救急医療施設数	
204 この医療圏の医師会	
205 この医療圏の主な市町村	
206 この医療圏は政令都市ですか。	{a.政令都市 ・ b.そうではない}
206 医療圏面積 (平方km)	
208 医療圏総人口 (万人)	
209 医療圏小児人口 (15歳未満) (万人)	
210 この医療圏は小児人口密度 (人/平方km) はいずれですか。	{a.50未満 ・ b.50以上100未満 ・ c.100以上}
211 この医療圏内の地域小児科センター候補病院名	
212 医療圏内の (小児科を専門とする) 小児科開業医数	
213 圏内の小児科標榜他科開業医数	
214 圏内の大学・小児病院除く小児科勤務医数 (後期研修医含む)	
215 圏内の大学, 小児病院に勤務する小児科医数 (後期研修医含む)	
216 一次救急医療体制の方式*	{a.急患センター方式 ・ b.地域連携方式 ・ c.輪番制 ・ d.在宅当番制}
217 その他の方式の数 (右に記入)	
218 同時間帯に時間外診療を行う医療機関はいくつありますか。	
219 地域医師会設立の急患診療所の有無	{a.ある ・ b.無い}
220 今後、一本化・移行・併用などの変更の予定はありますか。	{a.ある ・ b.無い (現状でよい)}
221 今後、この医療圏ではどの方式が良いと思いますか。	{a.急患センター方式 ・ b.地域連携方式 ・ c.輪番制 ・ d.在宅当番制}
222 その他の意見があれば記入してください。	

診療時間帯

223 一次救急診療時間帯 (何時何分と時刻を記入。準夜帯=17~24時)。診療がなければ空欄で。)	
224 平日の準夜帯の診療時間	2241.開始時刻 : 2242.終了時刻 :
225 平日の深夜帯の診療時間	2251.開始時刻 : 2252.終了時刻 :
226 土曜日 (午前通常業務の日) 午後の日勤帯の診療時間	2261.開始時刻 : 2262.終了時刻 :
227 土曜日の準夜帯の診療時間	2271.開始時刻 : 2272.終了時刻 :
228 土曜日の深夜帯の診療時間	2281.開始時刻 : 2282.終了時刻 :
229 日祭りの日勤帯の診療時間	2291.開始時刻 : 2292.終了時刻 :
230 日祭りの準夜帯の診療時間	2301.開始時刻 : 2302.終了時刻 :
231 日祭りの深夜帯の診療時間	2311.開始時刻 : 2312.終了時刻 :

前述の一次救急医療体制の方式*について

234 開始時期 (西暦○年○月)	
235 年間小児救急外来患者数 (概数でよいです)	
236 出務医師数	
237 出務医師に含まれる小児科標榜他科医師数	
238 検査可能項目 (複数選択可)	{a.血算CRP ・ b.血液生化 ・ c.インフルエンザ迅速 ・ d.XP}
239 治療可能項目 (複数選択可)	{a.吸入 ・ b.輸液 ・ c.痙攣を止める}
240 他科との連携 (複数選択可)	{a.眼科 ・ b.耳鼻科 ・ c.脳外科 ・ d.一般外科 ・ e.整形外科}
241 診療時間帯は適切と考えますか。	{a.適切 ・ b.短い ・ c.長い}
242 医師手当 (時間給)	2421.出務医師= 2422.院内医師=
243 手当 (時間給) は適切と考えますか。	{a.適切 ・ b.少ない ・ c.多い}
244 この診療体制に問題がありますか。	{a.良い ・ b.問題がある}
245 この診療体制に問題点は何ですか。	

小児救急トリアージ (医師の診察前にトリアージナースが診る) について

246 小児救急トリアージを行っていますか。	{a.行っている ・ b.行っていない ・ c.準備中}
247 小児救急トリアージは必要ですか。	{a.必要 ・ b.不要}
248 小児救急トリアージのガイドライン・マニュアルが	{a.必要 ・ b.不要}
249 小児救急トリアージの講習会が	{a.必要 ・ b.不要}
250 小児救急トリアージについてその他の意見	

資料3 都道府県の集約化・重点化調査

番号	地域	都道府県名	県小児科医会 会長名(敬称略)	地方会モデル案 策定委員長名(敬称略)	小児医 療圏数	県内小児一次医療体制数	中核病院数	小児科センター 候補病院数
1	北海道	北海道	富樫 武弘	藤枝 憲二	21	2体制、急病センター13カ所	4カ所	21施設
2	東北	青森県	工藤 協志	伊藤 悦朗	6	78カ所急病センター3カ所	4カ所	1施設
3	東北	岩手県	菅野 恒治	千田 勝一	9	12カ所 急患センター1カ所	1カ所	0
4	東北	秋田県	澤口 博	高橋 勉	8	1カ所 急患センター5カ所	1カ所	1施設
5	東北	宮城県	永井 幸夫	東北大学小児科	7	6カ所 急患センター4カ所	1カ所	4施設
6	東北	山形県	横山 新吉	岡田 昌彦	4	急患センター5カ所		4施設
7	東北	福島県	渡邊 信雄	細矢 光亮	6	休日夜間センター7、在宅5	1カ所	5施設
8	東北	新潟県	庄司 義興	内山聖 新潟大学教授	7	8カ所急患センター7カ所	1カ所	4施設
9	関東	栃木県	布川 武男		5	急患センター3カ所		
10	関東	茨城県	渡邊 誠一	渡部 誠一	8	30カ所 急患センター3カ所	3カ所	4カ所(中核含むと7カ所)
11	関東	千葉県	西牟田敏之	鳥羽 剛	9	20カ所 急患センター10カ所	4カ所	11施設
12	関東	埼玉県	羽島 雅之		16	夜間休日11、在宅27カ所		
13	関東	群馬県	戸田 優	荒川 浩一	10	急患センター5カ所		
14	関東	東京都	松平 隆光	五十嵐 隆	4	32カ所 急患センター18カ所	未決定	未決定
15	関東	神奈川県	横田俊一郎	未決定	14	急患センター19カ所		
16	関東	山梨県	小松 史俊	杉田 完爾	4	2カ所 急患センター2カ所	2カ所	1施設
17	中部	静岡県	長尾 正明		9	在宅24カ所、急患センター13カ所		
18	中部	長野県	藤森 克之	森哲夫長野赤十字病院小児科	10	9カ所 急患センター6カ所	2カ所	8施設
19	中部	愛知県	志水 哲也	小島勢二名古屋大学教授	11	急患センター9カ所	5カ所	14施設
20	中部	岐阜県	桑原 英明	鶴尾 明	5	5カ所 急患センター2カ所	1カ所	7施設
21	中部	富山県	高田伊久朗	宮脇利男富山大学教授	4	4カ所 急患センター2カ所	1カ所	4施設
22	中部	石川県	浅井 恭一	未定	3	5カ所 急患センター1カ所	7カ所	5施設
23	中部	福井県	清水 紘明	真弓光文福井医大教授	4	未回答 急患センター2カ所	未決定	未決定
24	近畿	三重県	熱田 裕	熱田 裕	3	7カ所 応急診療所5カ所	2カ所	6施設
25	近畿	京都府	竹内 宏一		6	9カ所 急患センター5カ所	不明	不明
26	近畿	大阪府	藤山 尚生	山野恒一大阪市立大教授	11	土日応急診療43、時間外3カ所	なし	なし
27	近畿	奈良県	村上 義樹	島奈良医大教授	5	3カ所	12カ所	3施設
28	近畿	滋賀県	廣田 常夫	竹内義博滋賀医大教授	7	7カ所 急患センター5カ所	1カ所	4施設
29	近畿	和歌山県	柏井 健作	吉川 徳茂	7	2カ所	2カ所	2施設
30	近畿	兵庫県	横山 純好	松尾雅文神戸大学教授	10	21カ所 急患センター13カ所	3カ所	10施設
31	中国・四国	岡山県	藪内 弘	小田慈岡山大学保健学科	5	10カ所 急患センター3カ所	2カ所	4施設
32	中国・四国	鳥根県	及川 馨	岸和子鳥根大学	7	1カ所 急患センター1カ所	1カ所	7施設
33	中国・四国	鳥取県	笠木 正明	神崎晋鳥取大学教授	3	9カ所 急患センター3カ所	3カ所	1施設
34	中国・四国	広島県	桑原 正彦	小林正夫広島大学教授	7	3カ所 急患センター5カ所	3カ所	7施設
35	中国・四国	山口県	砂川 功		6	5カ所 急患センター6カ所		
36	中国・四国	徳島県	岸 彰	吉田 哲也	1	3カ所	未定	2カ所
37	中国・四国	香川県	竹広 晃					
38	中国・四国	愛媛県	中 真一	小谷信行松山赤十字病院	6	7カ所 急患センター4カ所	1カ所	5施設
39	中国・四国	高知県	石黒 成人	脇口宏高知大学教授	3	3カ所 急患センター1カ所	1カ所	1施設
40	九州・沖縄	福岡県	井上賢太郎	浦口龍夫福岡県医会庶務	13	22カ所 急患センター13カ所	15カ所	10施設
41	九州・沖縄	佐賀県	馬場 常嘉	浜崎雄平佐賀大学教授	3	6カ所 急患センター5カ所	1カ所	3施設
42	九州・沖縄	大分県	河野 孝治	なし	6	3カ所 急患センター1カ所	6カ所	6カ所
43	九州・沖縄	宮崎県	佐藤 雄一	布井博幸宮崎大学教授	3	1カ所 急患センター2カ所	1カ所	1カ所
44	九州・沖縄	長崎県	柳 忠道			6カ所 急患センター2カ所		
45	九州・沖縄	熊本県	後藤 善隆	遠藤文雄熊本大学教授	4	3カ所 急患センター5カ所	1カ所	2カ所
46	九州・沖縄	鹿児島県	池田 琢哉	河野嘉文鹿児島大学教授	6	9カ所 急患センター2カ所	5カ所	5カ所
47	九州・沖縄	沖縄県	具志 一男	太田孝男琉球大学教授	5	5カ所	1カ所	8カ所

資料4 集約化・重点化状況

番号	都道府県	重点化協議参加	意見反映	進捗状況	不調の理由	重点化への意見	策定委員長名(敬称略)	小児医療圏数	一次医療体制数	中核病院数	小児センター候補数	県境越えた重点化連携有無
1	北海道	不参加	反映されない	2カ所(名寄、網走)	施設不足、経営母体相違	性急な重点化は困難	藤枝 憲二	21	190箇所	4	21	なし
2	青森県	参加	反映されない	旨くっていない	医師不足、財源不足	現状では不可能	伊藤 悦郎	6	78	4	1	なし
3	秋田県	参加	反映された	旨くいている	記載無し	記載無し	高橋 勉	8	8	1	1	なし
4	山形県	参加	反映されなかった	旨くっていない	小児科医不足	記載無し	岡田 昌彦	4			4	なし
5	新潟県	参加	反映された	旨くっていない	医師不足で自然に集約化	医師の少ない地域は必要だが医師不足	内山 聖	7	8	1	4	なし
6	宮城県	参加	反映された	旨くいている	記載無し	記載無し	東北大小児科	7	6	1	4	なし
7	岩手県	不参加	不明	旨くっていない	医師不足、広域である	記載無し	千田 勝一	9	12	1	0	なし
8	福島県	参加	不明	旨くっていない	医師不足、民間医療機関	必要だが住民医療機関のコンセンサス必要	細谷 光亮	6	12	1	5	なし
9	栃木県	参加	反映されなかった	旨くっていない	重点化する地域少なく広大	宇都宮市で進展	不明	不明	不明	不明		あり(茨城)
10	埼玉県	開催なし	不明	不明	不明	記載無し	不明	16	55	不明	不明	あり(茨城)
11	東京都	不参加	反映されなかった	旨くっていない	大学間の調整不足	急な集約化は無理	五十嵐 隆	4	32	未定	未定	なし
12	神奈川県	記載無し	不明	不明	不明	不明	小坂橋 靖	14	不明	不明	不明	不明
13	千葉県	参加	反映された	旨くっていない	3項目	詳細な意見あり(回答用紙参照)	河野 陽一	9	回答用紙参照	4	11	あり(茨城)
14	群馬県	参加	反映されなかった	旨く行っていない	小児科医不足	地域性考慮、画一的でない案、他	荒川 浩一	不明	不明	不明	不明	なし
15	茨城県	参加	反映された	旨く行っている	医師不足、病院の負担増	勤務医のQOL改善、医師確保、研修医が補充	渡邊 誠一	8	30(深夜帯5)	3	4	ある(千葉、栃木、埼玉)
16	山梨県	参加	反映された	旨く行っている	地域に小児科がなくなる	なし	杉田 完爾	4	2	2	1	なし
17	静岡県	不明	不明	不明	不明	不明	不明	7	35	不明	不明	なし
18	愛知県	不参加	反映された	旨くいている		東三河だけがセンター病院出来ない	小島名大教授	11	38	5	14	なし
19	京都府	不参加	不明	不明	不明	集約化プランはない	不明	6	9	不明	不明	なし
20	三重県	参加	反映された	進行中	設立母体の利害関係	国・県の財政支援が必要	熱田 裕	3	7	2	6	なし
21	兵庫県	参加	反映された	旨くいている(不十分)	記載無し	記載無し	松尾 雅文	10	21	3	10	なし
22	大阪府	不参加	反映されなかった	旨くっていない	多項目	地域に適合した体制であるべき						
23	岐阜県	参加	反映されなかった	旨く行っていない	行政・大学との調整困難	なし	鶴尾 明	5	5	1	7	なし
24	和歌山県	参加	反映された	旨く行っている	記載無し	記載無し	吉川 徳茂	7	2	2	2	なし
25	滋賀県	不参加	無回答	旨く行っていない	集約化されない病院の反対	誰かが強力な指導力発揮しない限り不可能	竹内 義博	7	7	1	4	なし
26	奈良県	参加	反映されなかった	旨くっていない	県の財政が苦しい	時間外課金で二次施設への受診抑制	奈良医大 島教授	5	3	12	3	なし
27	石川県	開催なし	不明	不明	奥能登は小児科医不足	記載無し	未定	3	5	7	5	なし
28	長野県	参加	反映された	旨くいている	記載なし	記載なし	森 哲夫	10	9	2	8	なし
29	福井県	参加	反映された	旨くいている	記載なし	記載なし	橋本剛太郎	4	未定	未定	未定	なし
30	富山県	参加	不明	旨くっていない	候補病院の医師不足	記載無し	宮脇 利男	4	4	1	4	なし
31	岡山県	参加	反映されなかった	旨くっていない	別記	別記	小田 慈	5	10	2	4	なし
32	広島県	参加	反映された	旨くいている	人材不足、熱意不足性急、	将来構想と近未来構想の2段階が必要	小林 正夫	7	3	3	7	なし
33	鳥取県	不参加	反映されていない	旨く行っていない	人口過疎、医療圏多い	無理な重点化計画	岸 和子	7	1	1	7	なし
34	鳥取県	不参加	不明	集約化はなし	記載無し	記載無し	神崎 普	3	9	3	1	なし
35	山口県	無回答										
36	香川県	無回答										
37	徳島県	参加	反映されなかった	旨くっていない	記載無し	きさいなし	吉田 哲也	1	3	0	2	あり(香川)
38	愛媛県	参加	反映されなかった	旨くっていない	大学間の意見調整困難	現時点では無理	小倉 信行	6	7	1	5	なし
39	高知県	不参加	反映されなかった	旨く行っていない	小児科医不足	過疎地小児科の閉院縮小している	脇口 宏	3	3	1	1	なし
40	福岡県	参加	不明	旨くいている	医師絶対数不足	別紙記載	浦口 龍夫	13	22	15	10	あり(佐賀、熊本)
41	佐賀県	参加	反映された	旨くいている	きさいなし	きさいなし	浜崎 雄平	3	6	1	3	あり(福岡)
42	長崎県	無回答										
43	宮崎県	参加	不明	旨くっていない	組織間の意識疎通不足	必要と思うが混乱が心配	布井 博幸	3	1	1	3	なし
44	大分県	不参加	反映されなかった	旨くっていない	大学が消極的	きさいなし	記載無し	6	3	6	6	なし
45	熊本県	参加	反映された	旨くっていない	行政・住民の共通認識不足	コンセンサスが重要	遠藤 文雄	4		1	2	あり(福岡)
46	鹿児島県	参加	反映された	旨く行っていない	具体的に進まないだけ	なし	河野 嘉文	6	9	5	5	なし
47	沖縄県	参加	反映された	旨く行っている	記載無し	記載無し	太田 孝男	5	5	1	8	なし

資料5 小児救急電話相談の実施状況

番号	都道府県	電話相談	相談員	医師支援	時間帯	曜日	回線数	マニュアル	講習会	センター構想
1	北海道	実施必要	看護師・小児科医	後方支援	準夜	平日・土曜日	1回線	あり	年1回開催	必要
2	青森県	実施必要	看護師		準夜	休日・土・日	1回線	必要	必要	必要
3	秋田県	実施必要	看護師		準夜	連日	1回線	不要	不要	必要
4	山形県	実施必要	看護師	後方支援	準夜	平日	1回線	必要	必要	不要
5	新潟県	実施必要	看護師		準夜	休日	1回線	必要	必要	不要
6	宮城県	実施必要	看護師		準夜	連日	2回線	必要	必要	不要
7	岩手県	実施必要	看護師		準夜	連日	2回線	必要	必要	必要
8	福島県	実施必要○	看護師保健師		準・深夜	連日	1回線	必要	必要	必要
9	栃木県	実施必要	不明		不明	不明	不明	不明	不明	不明
10	埼玉県	実施必要	看護師		準夜	連日	2回線	必要	必要	必要
11	東京都	実施必要	保健師		日勤・準夜	平日	3回線以上	必要	必要	必要
12	神奈川県	実施必要	看護・保健師		準夜	連日	2回線	必要	必要	必要
13	千葉県	実施必要	看護師・小児科医	後方支援	準夜	連日	2回線土休日3	必要	必要	必要
14	群馬県	実施必要○	看護・保健師		平・準・日休・準	連日	3回線以上	必要	必要	必要
15	茨城県	実施必要	看護師保健師	後方支援	準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
16	山梨県	不要	看護師		準夜	連日	2回線	不要	不要	必要
17	静岡県	実施必要○	看護師・小児科		準夜	土・日・祝・年末	不明	不明	不明	不明
18	愛知県	実施必要	小児科医・看護師		準夜	休日	2回線	必要	必要	必要
19	京都府	実施必要	看護・小児医		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
20	三重県	実施必要	小児科医		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
21	兵庫県	実施必要	看護師		日勤・準夜	連日	3回線以上	必要	必要	必要
22	大阪府	必要	医師・看護師	後方支援	準夜・深夜	連日	2回線	必要	必要	必要
23	岐阜県	必要	不明		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
24	和歌山県	民間委託○	不明		準夜	連日	不明	なし	不明	必要
25	滋賀県	実施必要	小児科医		準夜	休日	1回線	必要	必要	必要
26	奈良県	実施必要	小児科医		準夜	休日	1回線	必要	必要	必要
27	石川県	実施必要	小児科医		準夜・深夜	連日	1回線	必要	不要	不要
28	長野県	実施必要	看護・保健・小児		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
29	福井県	実施・要・不要	小児科医		準夜	連日	1回線	不要	不要	不要
30	富山県	実施必要	小児科医		準・深夜	連日	1回線	不要	不要	不要
31	岡山県	実施必要	看護師・小児		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
32	広島県	実施必要	看護師・小児		準・深夜	連日	1回線	必要	必要	必要
33	高根県	実施必要○	看護・保健・小児		準夜	連日	1回線	不要	不要	必要
34	鳥取県	実施必要○	看護師		準夜	連日	2回線	必要	必要	必要
35	山口県	無回答								
36	香川県	無回答○								
37	徳島県	実施必要○	看護師		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
38	愛媛県	実施必要○	その他		準夜	休日	1回線	必要	必要	必要
39	高知県	実施必要	看護師		準・深夜	休日	1回線	必要	必要	不要
40	福岡県	実施必要	看護師・小児科		準夜	連日	3回線以上	必要	必要	不要
41	佐賀県	実施必要	看護師		準夜	連日	不明	不明	不明	不明
42	長崎県	民間委託○								
43	宮崎県	不要	看護師		準夜	休日	1回線	必要	不要	必要
44	大分県	実施必要	看護師		準・深夜	連日	1回線	必要	必要	必要
45	熊本県	実施・必要	看護師	後方支援	準夜	連日	2回線	必要	必要	不要
46	鹿児島県	実施・必要	看護師		準夜	連日	1回線	必要	必要	必要
47	沖縄県	未実施・不要	無回答					無回答	無回答	無回答
		○民間会社委託								

資料6 都道府県の地域連携方式の採用状況

番号	都道府県	地域連携方式	ガイドライン 必要性	講習会 必要性
1	北海道	実施箇所なし	必要	必要
2	青森県	実施→青森市と医師会の契約→急病センター方式：青森市、弘前市、八戸市→市と医師会の契約→約10000円/時間	必要	必要
3	秋田県	実施→医師会と病院間契約	不必要	不必要
4	山形県	実施→酒田地区、日本海総合病院	必要	必要
5	新潟県	実施→柏崎市刈羽郡医師会と刈羽郡総合病院→医師個人と病院間の契約→17000円/時間	必要	必要
6	宮城県	実施→仙台小児科医会と仙台市急患センター→小児科医会と急患センターの契約→11646円/時間	必要	必要
7	岩手県	実施→岩手県立宮古病院→宮古医師会と県立宮古病院の契約→7760円/時間	不必要	不必要
8	福島県	実施箇所なし	無回答	無回答
9	栃木県	実施箇所あり 個人と病院間の契約→地域連携のガイドライン・講習会が必要と考える	必要	必要
10	埼玉県	実施→朝霧地区医師会と志木市立市民病院→医師会と病院間の契約→2時間で35000+交通費	必要	必要
11	東京都	実施→蒲田医師会と東邦大学病院、豊島区医師会と都立大塚病院→医師会と病院間の契約→15000円/時間	必要	必要
12	神奈川県	実施→小田原医師会と小田原市立病院、横浜市でも実施→医師会と病院間の契約、医師個人と病院間の契約→約2万円/時間	必要	必要
13	千葉県	基幹病院内に急病センターが設置されている：2地区病院 地域連携方式→3病院	無回答	無回答
14	群馬県	実施→医師と病院間の契約	不必要	不必要
15	茨城県	実施→県立こども病院、日立製作所水戸病院、土浦協同病院、つくばメディカルC→医師会と病院間の契約→1～2万円/時間	必要	必要
16	山梨県	実施→2カ所で実施、甲府医師会と富士吉田市医師会、山梨県小児初期医療センター（個人と医師会の契約）→15000円/時間	不必要	不必要
17	静岡県		無回答	無回答
18	愛知県	実施→尾北医師会と江南厚生病院（10000円/時間）、一宮医師会と一宮市民病院（25000円/時間）	必要	必要
19	京都府	実施→場所の記載無し→医師個人と病院間の契約	不必要	不必要
20	三重県	実施箇所無し	無回答	無回答
21	兵庫県	実施→灘区、東灘区と六甲アイランド病院、小野市と小野市民病院、西脇市と市立西脇病院→10000円/時間	無回答	無回答
22	大阪府		必要	必要
23	岐阜県	実施→岐阜市と岐阜市民病院、医師会と行政、病院の契約、1万円/時間	必要	不要
24	和歌山県	実施箇所無し	必要	必要
25	滋賀県	実施→大津赤十字病院（医師会と病院間の契約）、公立甲賀病院（医師会と病院間の契約）→1.1万円（前者）1万円（後者）	必要	必要
26	奈良県	実施箇所無し	必要	必要
27	石川県	実施→金澤急病センター、加賀急病センター、石川県立中央病院（医師会と病院間の契約、医師個人と病院間の契約）→1万円/時間	不必要	不必要
28	長野県	実施箇所無し	必要	必要
29	福井県	実施箇所無し	無回答	無回答
30	富山県	実施→とば総合病院、黒部市民病院→医師個人と病院間の契約	不必要	不必要
31	岡山県	実施→岡山医療センター、（岡山市医師会、御津医師会）岡山赤十字病院（岡山医師会）→15000円/時間 急病センターも併存	必要	必要
32	広島県	実施→広島市立舟入病院（医師会と病院の契約）、福山夜間小児診療所（医師個人と病院との契約）→準夜帯で約45000円	必要	必要
33	島根県	実施箇所なし	無回答	無回答
34	鳥取県	実施→県立厚生病院（鳥取県中部医師会個人と病院の契約）と米子医療センター（鳥取県西部医師会個人と病院の契約）→10000円/時間	必要	不必要
35	山口県		不明	不明
36	香川県		不明	不明
37	徳島県	実施→徳島市民病院（医師会と病院間の契約）→9580円/時間	必要	必要
38	愛媛県	実施箇所なし	必要	必要
39	高知県	実施箇所なし	必要	必要
40	福岡県	実施→福岡大学筑紫病院（筑紫医師会と大学病院の契約）、福岡徳洲会病院（医師会と病院間の契約）→1万円/時間	必要	必要
41	佐賀県	実施→佐賀市休日夜間子ども診療所（佐賀医師会と病院間の契約）→平日日勤帯？1万円/時間、準夜は1.25倍休日1.5倍	無回答	無回答
42	長崎県		不明	不明
43	宮崎県	実施→宮崎市郡市医師会病院（医師個人と病院間の契約9、都城市医師会病院（医師個人と病院の契約）→1万円/時間	必要	必要
44	大分県	実施→別府市医師会→1万円/時間	必要	必要
45	熊本県	実施箇所あり→熊本医師会と熊本地域医療センター小児科、天草郡医師会と天草地域医療センター、他八代市	必要	必要
46	鹿児島県		不明	不明
47	沖縄県	実施→那覇市立病院（医師個人と病院間の契約）、豊見城中央病院（医師個人と病院の契約）→10000円弱/時間	無回答	無回答

資料7 小児救急講習会の必要性

番号	都道府県	講習会	他科医師参加	他科医師参加 必要性	講習会 必要性	マニュアル 必要性	実施の 講習会	自由記載意見
1	北海道	実施	参加	必要	必要	必要	なし	3次医療圏毎に道内8カ所の年で毎年実施、300～500名/年間参加
2	青森県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
3	秋田県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
4	山形県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
5	新潟県	2回/年実施	参加	必要	必要	必要	必要	年間2回開催している/講習会テキスト作成
6	宮城県		なし	不要	郡部で必要	必要	必要	なし
7	岩手県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
8	福島県		参加	必要	必要	必要	必要	あり
9	栃木県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
10	埼玉県		参加	必要	必要	必要	必要	あり
11	東京都		参加	必要	必要	必要	必要	財源確保
12	神奈川県		参加	必要	必要	必要	不要	なし
13	千葉県	実施/地域性あり	参加/不参加	必要/不必要	実施中	必要	不要	必要(小児科医だけで不可能)
14	群馬県		参加	必要	不要	必要	不要	あり
15	茨城県		参加	必要	必要	必要	必要	小児科医多い地域は嫌う
16	山梨県		不参加	不要	必要	必要	必要	他科の救急体制整備
17	静岡県							
18	愛知県		参加	必要	必要	必要	必要	
19	京都府		不参加	必要	必要	必要	必要	現在は小児科医だけで維持可能
20	三重県		参加	必要	必要	必要	不要	
21	兵庫県							
22	大阪府		参加	必要	必要	必要	必要	今後議論検討必要
23	岐阜県							
24	和歌山県		不参加	必要	必要	必要	必要	なし
25	滋賀県	実施	参加	必要	必要	必要	必要	大津で小児科・標榜医、甲賀は小児科
26	奈良県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
27	石川県		不参加	不必要	不必要	不必要	不必要	なし
28	長野県		参加	必要	必要	不必要	不明	なし
29	福井県		不参加	不要	不要	必要	必要	なし
30	富山県		不参加	不要	不要	不要	不要	なし
31	岡山県		参加	必要	必要	必要	不要	出来るだけ小児科医で維持すべき
32	広島県		参加	必要	必要	必要	必要	小児科医も参加すべき
33	島根県	実施	参加	必要	必要	必要	必要	出雲圏域で実施中/テレビ電話システムを利用離島との研修開催
34	鳥取県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
35	山口県							
36	香川県							
37	徳島県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
38	愛媛県		参加	不要	不要	必要	必要	小児科医がやるべきもの
39	高知県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
40	福岡県		参加	必要	必要	必要	必要	小児科標榜医が一定期間研修
41	佐賀県		参加	必要	必要	必要	必要	なし
42	長崎県							
43	宮崎県		不参加	必要	必要	必要	必要	地域で必要、出来るだけ小児科で実施
44	大分県		不参加	不要	不要	必要	必要	なし
45	熊本県		参加	不要	不要	必要	必要	地域性が異なり地域で決めるべき
46	鹿児島県							
47	沖縄県		病院により参加	必要	必要	必要	必要	なし

小児救急医療体制に関するアンケート調査に関する研究

分担研究者 山 中 樹 日本小児科医会小児救急担当理事

要旨

1. 都道府県小児科医会長からの回答要旨

都道府県の小児救急体制の実態調査を行い以下の結果を得た。

(1) 病院小児科の集約化・重点化実施状況と課題

6割の都道府県で病院小児科の集約化・重点化協議が行われたが、実際に集約化・重点化が進捗したのは3割の地域であった。集約化を阻む要因は、小児科医不足、医師を派遣する大学間の調整が難しいこと、経営母体の異なる医療機関の利害調整が困難であること、自治体間の意見や利害調整が難しいこと、などがあげられる。また病院小児科の集約化・重点化が病院小児科勤務医の勤務環境改善と病院小児科の診療機能の向上に不可欠であることが、未だ充分社会に理解されていないことも集約化・重点化を阻む要因であろうと考えられる。

(2) #8000小児救急電話相談の改革

都道府県の9割は、小児救急電話相談が子育て世代にとり有益な事業と考えている。しかし現在46都道府県で実施されている電話相談体制は、必要な時に何時でも何処からでも利用者の相談に応じることが出来る体制にはなっていない。現在のシステムの不備を改善し機能を一層充実し、利用者に満足してもらえる電話相談体制にするには、質の高い相談員を養成するための研修システムを整備し相談員の数を増やし、24時間365日対応できる体制を整備する必要がある。そのためには中央コールセンターを創設し、現在の電話相談システムの機能と連動させ補完するシステムが必要になる。

(3) 地域連携方式による小児一次救急体制の充実について

これまで時間外小児一次救急患者の受け皿として、休日夜間急患センターが全国に整備されてきた。しかし最近、開業医が直接地域の病院小児科の時間外診療に出務する地域連携方式による小児一次救急診療方式を採用する地域が増え、現在32都府県に拡大し、勤務医の負担軽減に役立っている。この方式は、小児科医が少ない地域でも開業医と病院小児科が連携し時間外小児救急患者の診療に従事することができ、少ない小児医療資源を有効に活用できること、また適切な検査と治療が可能であり、重症患者の受け入れもスムーズに行えること、など多くの利点がある。実態調査では、出務医師に比較し院内勤務医の手当が少ない、開業医が急患センターと地域連携方式の両方の診療に参加しなければならない地域もあり負担が大きい、という課題も指摘されている。今後制度普

及の条件につき、更なる検討が必要である。

(4) 小児救急診療への他科医師の参加と小児救急講習会の必要性

7割の都道府県では、小児科医不足のため他科医師が小児救急患者の診療を行っている。このような地域の小児科医会は、他科医師に適切な小児救急患者の診断方法や治療について、他科医師向けの小児救急講習会を開催することが必要であると考えている。今後日本小児科医会が、小児救急講習会のためのガイドライン作成やマニュアル整備、研修資料の作成等に取り組むことが期待されている。

2. 都道府県の小児一次救急施設からの回答要旨

(1) 小児一次救急体制の診療方式について

回答した93施設の診療方式は、急患センター方式65.6% (61/93施設)、地域連携方式16.1% (15/93施設)、輪番方式10.8% (10/93施設)、その他7.5% (7/93施設)であった。本州では急患センター方式、地域連携方式、輪番方式など様々な方式が認められたが、北海道の場合は急患センター方式が多く地域連携方式は報告されなかった。

(2) 一次救急施設が属する医療圏と受診患者規模

小児人口密度の高い地域の急患センター施設や地域連携方式採用施設では、年間5,000名から5万名もの患者が受診するのに対し、小児人口密度の低い地域の救急施設では年間1,000名から5,000名程度の受診規模であった。

(3) 出務医師数（小児科専門医と他科小児科標榜医）

救急センター方式、地域連携方式の何れの救急施設であっても、小児科医だけで診療体制を維持できる施設は全体の3～4割程度であり、6～7割は他科医師の協力がなければ機能を維持できない実態が明らかになった。

(4) 検査と治療可能項目

地域連携方式と急患センター方式の施設の機能を比較すると、前者ではほとんどの施設が検査4項目を実施出来るのに対し、後者施設では4割にしか達せず、救急センターの中には十分な検査機能を持たない施設の多いことが判った。

また治療についても9割の地域連携方式の施設は点滴、吸入、痙攣処置などの処置が可能であるのに対し、夜間急患センター方式の施設では3項目の治療処置が実施できる施設は全体の7割程度に止まった。検査及び治療の何れの診療機能をとっても、地域連携方式の施設が急患センター方式より機能面で優れていた。

(5) 他科との連携関係

他科診療科目との診療提携関係の有無を地域連携方式と急患センター方式で比較すると、地域連携方式の方が急患センター方式より他科との連携体制が旨く取れていることが判った。

(6) 医師手当時間給

急患センター出務医師の時間給は、6割が12,000円、3割が10,000～12,000円であった。地域連携方式の開業出務医師の時間給は、6割が12,000円前後、4割が10,000円前後で

大きな差はなかった。しかし地域連携方式の場合、院内勤務医の時間給手当が2,000～2,500円と低い施設が多く、開業医と院内勤務医の手当に大きな格差のあることが判った。

(7) 小児救急トリアージについて

救急トリアージの実施状況について調査すると、トリアージを行っている施設は急患センター方式の施設では1割、地域連携方式の施設でも3割程度と低かった。7割の施設はトリアージが必要と回答し、特に患者数が多くなる時期には必要であるという意見が多かった。ガイドラインや講習会開催などが必要という回答もあった。

A. 研究目的

改善すべき課題の多い我が国の小児救急医療体制を再構築するためには、病院小児科の集約化・重点化はもちろん必要であるが、小児救急医療の8割を占める小児一次救急医療体制の充実は重要な課題である。日本小児科医会の会員が地域の小児一次救急診療体制にどの様に参加し、またどの様な役割を果たしているのか検討するため、小児救急アンケート調査を実施した。

1. 調査の第一目的は、都道府県が策定した地域医療計画に基づいて、どのような小児救急医療提供体制が整備されているのか、特に病院小児科の集約化・重点化がどの様に具体化されているのか、進捗状況を明らかにすることである。
2. 第二は、開業小児科医が基幹病院小児科へ出務し時間外診療を行う地域連携方式と呼ばれ新しい一次救急診療方式が各地で導入されつつある。夜間急患センター方式あるいは地域連携方式による小児一次救急診療体制が地域でどの様に整備、実施されているのか現状を明らかにし、地域連携方式導入の課題を明らかにすることが第二の目的である。
3. 第三は国民に利用しやすい小児救急電話相談システムを構築するため、46都道

府県で実施されている小児救急電話相談事業の実施状況と課題を明らかにすることである。

4. 第四は小児科医が不足する地域における小児一次救急診療にどの程度の他科医師が参加しているか、また小児救急診療に参加する他科医師に対し小児救急講習会を開催することが有意義で必要な事業であるのか、地域の考え方を確認することが目的である。

B. アンケート調査内容と調査対象

1. アンケート 様式1 (資料1)

47都道府県小児科医会会長へ様式1のアンケート用紙を郵送し回答を依頼した。アンケート内容は、①病院小児科の集約化・重点化進捗状況、②地域連携方式による一次救急診療体制の有無、③小児救急電話相談実施状況、④小児救急講習会の必要性などである。

2. アンケート 様式2 (資料2)

都道府県小児科医会会長から推薦のあった全国298施設の小児一次救急診療施設へ様式2のアンケート調査用紙を郵送し、施設長に回答を依頼した。アンケート内容は、小児二次医療圏における小児一次救急診療体制の実態と課題調査である。

C. アンケート調査実施時期

アンケート様式1は、平成20年10月31日～平成21年4月8日までに回収した。

アンケート様式2も平成21年1月31日～平成21年4月8日までに回収した。

D. アンケート調査結果

アンケート様式1は45都道府県（95.7%）から回答があり、アンケート様式2は93施設（31.2%）から回答があった。

1. アンケート様式1についての集計結果

(1) 都道府県の小児医療情勢と集約化・重点化

1) 都道府県の小児医療環境

47都道府県の小児医療提供体制の概要を示した（資料3）。

調査では、都道府県の小児二次医療圏の数、小児一次救急体制の数（急患センター方式や地域連携方式、在宅方式や輪番方式など）、中核病院数、地域小児科センター候補病院数、県境を越えた集約化・重点化の有無、県の集約化・重点化協議への参加状況、集約化・重点化進捗状況、集約化・重点化が進行しない理由、集約化・重点化に関する自由記載意見を求めた。

2) 小児医療圏数

記載されている都道府県の二次医療圏の数の記載を求めたが、無記名の回答が多く、無回答の場合は都道府県ホームページの医療計画案に記載されているデータを委員会側で入力した。また15歳以下の小児人口、小児科医師数等のデータについても無記載の場合には県のHP情報を委員会側で参考にした。

3) 小児一次医療体制の数

記載のない場合は県のHPに記載されている数値を委員会側で記入した。

4) 中核病院数

日本小児科学会が提唱した人口100～200万人に1カ所の中核病院の数を記載した。

5) 地域小児科センター候補病院数

地域小児科センター候補病院数は人口30～50万人に1カ所という規模で考えられ、地方の基幹病院小児科に相当する。

6) 県境を越えた集約化・重点化の有無

県境を越えた病院小児科の集約化・重点化の有無を調査したが、「あり」と回答した地域は全国で3カ所（茨城県、徳島県、福岡県）であった。

7) 集約化・重点化協議への参加状況と意見の反映状況（資料4）

①病院小児科の集約化・重点化協議に医会が参加した地域は27カ所で、全体の57.4%であった（青森、秋田、山形、新潟、宮城、福島、栃木、千葉、群馬、茨城、山梨、三重、兵庫、和歌山、奈良、長野、福井、富山、岡山、広島、徳島、愛媛、福岡、佐賀、宮崎、熊本、沖縄）。参加しなかった地域は13カ所で全体の27.7%であった（北海道、岩手、埼玉、東京、京都、愛知、石川、大阪、滋賀、島根、鳥取、高知、大分）。無回答は7県であった（神奈川、静岡、岐阜、山口、神奈川、長崎、鹿児島）。

②集約化・重点化へ医会の意見が反映された地域は16カ所で34%であった（秋田、新潟、宮城、千葉、茨城、山梨、愛知、三重、兵庫、和歌山、長野、福井、

広島、佐賀、熊本、沖縄)。また医会の意見が反映されなかったと回答した地域は15カ所で、全体の31.9%であった(北海道、青森、山形、岩手、栃木、東京、群馬、大阪、奈良、岡山、島根、徳島、愛媛、高知、大分)。無回答は16地域であった(福島、埼玉、神奈川、静岡、京都、岐阜、滋賀、石川、富山、鳥取、山口、香川、福岡、長崎、宮崎、鹿児島)。

8) 集約化・重点化の進捗状況(資料4)

集約化・重点化が進展していると回答した地域は14カ所で全体の29.8%であった(秋田、宮城、茨城、山梨、兵庫、長野、福井、愛知、和歌山、三重、広島、福岡、佐賀、沖縄)。一方集約化が進展していないと回答した地域は22カ所で全体の46.8%であった(北海道、青森、山形、新潟、岩手、福島、栃木、東京、千葉、群馬、大阪、滋賀、奈良、富山、岡山、島根、愛媛、高知、徳島、大分、宮崎、熊本)。集約化の進展状況が不明な地域は11カ所であった(埼玉、神奈川、静岡、京都、岐阜、石川、鳥取、山口、香川、長崎、鹿児島)。

9) 集約化重点化が進行しない理由(自由記載意見)

北海道

①北海道小児科医会が集約化協議に参加しなかった理由は、北海道の医療提供体制を検討する委員会メンバーが北海道大学小児科有賀正教授であったからである。しかし北海道小児科医会は北海道が主催する小児救急医療対策協議会に参加し、小児電話相談事業の運用、小児救急地

域医師研修会開催や小児救急医療提供体制の課題について協議している。北海道の小児救急医療体制の改変や集約化・重点化に医会の意見がどの程度反映されているのかは明らかでない。

②北海道では、医療計画案に基づき計画的に集約化・重点化を行っている事例はない。しかし病院小児科医師不足のため、大学の教室の事情で実施された事例が2件あった。北海道大学小児科関連病院では釧路赤十字病院と釧路労災病院小児科の集約化、旭川医科大学関連病院である名寄市立病院と士別市立病院小児科の集約化である。

③北海道は医療圏域が広大であり機械的・画一的な集約化・重点化は小児救急医療の空白地帯を拡大し、住民に数百キロの遠隔通院を強いることになり、安易に推進出来る救急医療対策ではない。

青森県

集約化が旨く行かなかった理由は、小児科医の不足と財源難である。

岩手県

小児科医の絶対数が少なく、単位人口当たりでも少ない。また少ない医師でカバーすべき医療圏の面積が広すぎる。

福島県

①集約化・重点化出来ないほどの小児科勤務医不足、民間医療機関を計画に取り込めないこと。

②集約化・重点化は必要であるが、地域の患者と医療提供者双方のコン

センサスが必要である。

□山形県

集約化が旨く行かないのは小児科医師不足のため。

□東京都

集約化が困難なのは大学間の意見調整が不足しているため、急速な集約化は無理な状況である。

□神奈川県

横浜市は3つの地域で7つの拠点病院が決まり運営が始まっています。全ての病院が順調と言うわけではないようです。また拠点病院からはずれた病院の不満もあるという話しも聞いています。鎌倉と東湘は拠点病院運営事業実施地域となり藤沢市民病院が拠点病院となっています。その他の地域では現行のままうまく運営されており、集約化・重点化の必要もなく会議も開催されていません（県救急医療問題調査会小児救急部会が定期的を開催されており小児科医会の代表も参加しています）。

□千葉県

集約化が旨く行かない理由には4つの理由があります。

①経営主体の異なる病院を集約化することの困難性を指導していかねばならない。

②小規模病院での小児医療サービスの程度を希望し、それで満足している勤務医に対して重点化することで拡大…深化させた医療レベルの診療を行う姿勢になってもらう。

③集約化される住民…行政からのレベルダウンへの不満に適切な対応

と説明が必要である。行政が主体となった県委員会の権限が発揮できるようにすべきであるが、信頼される人選をしなければいけない。具体的な地域の集約化問題となったら、該当地域の医療・行政…住民の委員も含めた実行委員会を設けること。集約化される病院へは外来機能…他科からの相談機能は残す条件を確保する必要はある。

④平成19年度から2年間の県の重点化・集約化の成果を上げられずに終了した。平成21年2月から新たな「小児科医確保のための委員会」が発足するので、そこで審議されるかもしれません。

□茨城県

①茨城県を取り巻く4つの県、すなわち千葉県（鹿嶋・旭中央）、福島県（北茨城・磐城共立）、千葉県（我孫子・取手協同）、埼玉県（西南医療センター）との間に県境を越えて集約化・重点化を行っている。集約化は旨く行っているが、旨く行かない時の理由は、小児科医が少ないため集約化による医師の移動が出来ないこと、センター候補病院の負担が増すことなどである。

②集約化への意見としては、勤務医が減少しないようにQOLの改善を進めている。医師確保が問題。研修医が不足を補っている。

□山梨県

①山梨県小児科医会は開業医が主体であり、病院小児科の集約化には関与していない。病院同士の（集約化