

へ向けての)話し合いは徐々に進行している。

②地域病院小児科が無くなることへの住民の不満がある、又は危惧される。

□群馬県

①群馬県で集約化が旨く行かなかった理由は、小児科医不足、政策立案をする行政が前に出てこない、一番の原因となる小児科医不足の解消の具体案がきわめてない、小児救急医療ばかりでなく小児保健法を含めた小児科の将来像についての具体案を出してほしい、総論賛成で以前より言われている集約化・重点化であるが、あまり軌道に乗ってこないのはメリットがはっきり出されていないと(後出しなのか?)、不安が大きいためでは……。

②集約化への意見としては、各県の事情を考えて画一的なものでなく、メリット・デメリットの意見がはっきりしない。

③各県1つの地域小児科センターの設立が出されていたが、各県・地域の事情を考慮した案でなければ、この先続かないのでは……。

あまり無理に学会、医会がすすめていった場合、小児科医療の崩壊になる危険性がある。

□栃木県

①栃木県も県境を越えた集約化事例がある。

②集約化協議に参加したが医会の意見は反映されなかった。

③栃木県では重点化する地域も少な

く、人口の割に土地が広すぎるため集約化が旨く行かない。宇都宮市のみは少しずつ集約化が進んでいる。

□新潟県

計画的な集約化ではないが、医師不足で自然に集約化されている。医師の少ない地域は集約化・重点化する必要があるが、その医師の確保が難しい。

□富山県

集約化が旨く行かなかった理由は、候補病院のいずれもが小児科勤務医不足のためである(地域の小児医療が空白にならないようにするため?)。

□石川県

石川県では集約化協議が行われなかった。奥能登地域は小児科医が少なくネックになっている。

□京都府

京都府では集約化計画は存在しない。

□大阪府

①大阪小児科医会は、集約化協議に参加しなかったし医会の意見の反映もなく集約化・重点化も進展していない。

②集約化・重点化に関する意見として、大阪医会は日本小児科学会の制度にとらわれることなく、各地域に適した対応を医会・学会・行政・医師会で進めるべきと考える。

□愛知県

①東三河北部だけが人口が少ないためセンター病院ができない。東三河北部医療圏の人口は64,843人、小児人口は7,958人である。この地域の

病院小児科医は1人である。この地域の市民病院は内科医もいなくなっている。

②尾張北部、西三河北部、西三河南部で病院を重点化しないとイケないが、施設基準をつくと重点化されていくと考えます。集約化の総論は賛成です。愛知県は強く反対する人は殆どいません。

□滋賀県

①小児科医会は集約化協議に参加していないし、集約化は旨くっていない。

その理由は集約化の対象とならない病院の反対があるからである。

②集約化への意見として、誰か（滋賀県）が相当強力なリーダーシップを発揮しない限り困難である。滋賀県には全くその意志がないため遅れていると思う。

□奈良県

①奈良県では、休祭日時間外診療を行う一次医療機関が少ないため二次医療機関へ一次救急患者が殺到する。一次医療機関が充実すればかなり改善される。小児科医が少ない。行政はやる気が感じられない。

②集約化に関する意見として、一次救急患者の二次医療機関への受診抑制策を考慮（一部有料化）、設備の面に於いて新しく（夜間急患）センターをつくるのは大変なので、今ある病院の二次医療機関病院の中又は近所にセンターを作れば検査・レントゲンも共有できるので予算がかなり少なくすることが出来ると思う。

集約化・重点化センターは県内に何カ所も作るのは大変なので奈良県では2カ所が最適である。集約化・重点化センターの小児科医の待遇改善、他にも薬剤師、ナースの待遇改善が必要。

□和歌山県

小児科医会は県との集約化協議に参加、意見は反映された、集約化も旨く行っている。

□兵庫県

集約化協議に参加、医会意見は反映された、集約化は不十分であるが旨く行っている。

□三重県

①集約化協議に参加し意見反映がなされ、集約化は進行中である。

②集約化が旨く行かない理由には、設立母体の利害関係の調整、国や県の財政支援が必要であるから

□岡山県

①経営主体の異なる病院に於いて、集約化・重点化するのは、医療施設の過密な地域に於いては互いの利害が絡んで調整が困難である。小児科の重点化・集約化は小児科だけでなく病院全体の機能ランク、経営に影響する。小児科を縮小あるいは廃止させられる病院にとっては産婦人科と他科の診療、臨床研修施設としての機能、ランクや経営にも影響を与える。

②机上案として集約化・重点化は理想案ではあるが、経営主体の異なる各病院の利害を調整し、小児科を削減される病院の理解を得るには大学

人事担当者（教授）、医師会、小児科医会の強力なリーダーシップと協力がなければ実行できない。現実には中々実現困難である。

□島根県

①病院小児科の集約化が旨く進展しないのは、人口が少なく（島根県は人口70万人台）、医療圏は多く（面積は広い）、計画に無理がある。島根県のような過疎地域ではこのような全国一律の集約化・重点化計画が全く適合しない。面積が広いので7医療圏に分けているが、圏域人口が数万人であり出雲圏域以外、計画も出来ない。是非人口規模により地域医療センターと呼べるような状況にない病院もあることを理解していただきたい。一次医療はすべてかかりつけ医か地域の病院、過疎地域でのパターンも考慮していただきたい。

②私が開業している出雲市に大学病院、県立中央病院があり出雲圏域のみが出雲市立休日夜間診療所を開設できている。そのため一次救急診療体制の有無の回答は1カ所のみとさせていただきます。

□広島県

集約化協議に参加し医会の意見は反映され集約化も進展している。集約化が旨く行かないのは、人材不足と集約化に取り組む熱意が不足していること、また取り組みが早急過ぎるので、将来構想・近未来構想の2段階構想をもって対処すべきである。

□愛媛県

①集約化協議に参加したが医会の意

見は反映されず集約化も旨く行っていない。

②集約化が旨く行かないのは、地域病院小児科へ医師を派遣している大学医局が異なり、それぞれの医局の考え方や方針が異なるため集約化・重点化に関する合意形成が出来ないためであり、行政の指導力不足もある。従って現状では集約化は無理であり地域によっては集約化しない方がよいように思う。むしろ出来ないか（島とか遠隔地のため）、他科の先生に一次救急を頼まざるを得ないこともある。

□高知県

①高知県小児科医会は、集約化協議に不参加であるので、集約化に関し医会の意見の反映はないし、また集約化も旨く行っていない。

②集約化が旨く行かない原因は、小児科医師が減少し周辺地域の小児科が閉院・縮小を余儀なくされているのが現状で、集約化は地域医療確保に逆行することではないか。

□徳島県

①県や市の行政と医師会及び病院との間に医療制度全体の協議する場が無く各々の考えの中に乖離が見られる。そのため救急医療、周産期医療を考えると意識のズレがあり、小児科の意見が十分に反映されない結果になる。県全体の医療体制が不十分に整備されるため、小児医療を集約化・重点化する場合に拠点になるべく病院自体の位置づけが低く他の病院へ集約されることになる。

②集約化への意見として、医師不足の現状を考えると小児医療の集約化・重点化は必要であると考えます。しかしながら地域（地方）の事情により困難なこともあるように思います。理由は、今後の小児科医の確保（現在の小児科医数では将来の医療の質の保証が出来ない、現役の医師の退職による医師の量の保証が出来ない）、各病院の事情により集約化すべき病院が小児医療を行う上で最適とはならないことがある、行政と医療者側との考えが必ずしも一致しない。

□福岡県

①福岡県は、県境越え佐賀県と熊本県の間で集約化事例がある。医会は県との集約化協議に参加したが、医会の意見が反映されたかどうかは不明である。集約化は旨く進展している。

②集約化が旨く行かない理由には、小児科医の絶対数の不足、医局からの派遣打ち切りなどがある。

③集約化に関する意見として、「福岡県に於ける小児救急医療体制 細山田隆:福岡県医師会理事の貼付論文」を参照してもらいたい。

□佐賀県

①県境を越えた集約化・重点化はない。医会は集約化協議に参加し医会の意見が反映され集約化も旨く行っている。

②医会は集約化に関し大学病院、国立病院機構、県立病院、市立病院など縦割り行政をいかに乗り越えてい

けるか懸念。

□宮崎県

①県境を越えた集約化はない。医会は県の集約化協議に参加したが、集約化は旨く行っていない。理由は各組織間のコミュニケーション不足が原因。

②重点化は必要と思うが混乱が心配。

□大分県

①県境を越えた集約化はない。医会は集約化協議に参加していない。医会の意見も反映されなかった。集約化は旨く行っていない。

②集約化・重点化に関する意見として、大学小児科が積極的でないように感じる。

□熊本県

①県境を越えた集約化はない。医会は集約化協議に参加し意見は反映されたが、集約化は旨く行っていない。集約化が旨く行かない理由は、地域の医療機関・行政・住民（首長）の共通認識に時間が必要で、モデル案があっても実際はマンパワー・財源不足（漸増中）。

②集約化に関する意見として、集約化・重点化案は（病院）小児科医として、小児医療への追い風・口実に「利用」するが、拙速に国レベル案を鵜呑みにするのは危険とのコンセンサス形成（地域事情を考慮して、是々非々でやる）。

□長崎県

特に記載なし

□鹿児島県

①県境を越えた集約化はない。県境

を越える集約化があるとすれば宮崎県と沖縄県の連携が必要と文書化。

②集約化協議に参加し意見の反映は出来たが集約化は具体的に進んでいない。

□沖縄県

県の集約化協議に参加し意見を反映し重点化は旨く行っている。

(2) #8000小児救急電話相談事業(資料5)

小児救急電話相談事業については、電話相談事業が地域に必要な事業であるのか否か、電話相談の対応時間帯、曜日、電話回線数、電話相談のためのガイドラインやマニュアルを整備しているか否か、時間枠や曜日枠拡大のための全国センター方式の新しい電話相談体制の必要性について、電話相談員の職種、電話相談事業に対する意見などを調査した。

1) 電話相談事業の必要性

必要と回答した地域は41カ所で全体の87.2%であった(北海道、青森、秋田、山形、新潟、宮城、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、群馬、茨城、静岡、岐阜、愛知、京都、三重、兵庫、大阪、和歌山、滋賀、奈良、石川、長野、福井、富山、岡山、島根、鳥取、広島、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、熊本、大分、鹿児島)。不要と回答した地域は3カ所で(6.4%)あった(山梨、宮崎、沖縄)。無回答は3カ所であった(山口、香川、長崎)。

2) 電話相談の時間帯

準夜のみ対応している地域が33カ所で全体の70%(北海道、青森、秋田、山形、宮城、岩手、新潟、埼玉、神奈川、千葉、茨城、群馬、山梨、静岡、愛知、

京都、三重、岐阜、和歌山、滋賀、奈良、長野、福井、岡山、島根、鳥取、徳島、愛媛、福岡、佐賀、宮崎、熊本、鹿児島)、準夜および深夜帯まで対応している地域が7カ所で14.9%あった(福島、大阪、石川、富山、広島、高知、大分)。群馬県は日曜祭日には日勤帯と準夜帯へ対応している。

3) 電話相談の実施曜日

連日対応している地域が30カ所で63.8%(秋田、宮城、岩手、福島、埼玉、神奈川、千葉、群馬、茨城、山梨、京都、三重、兵庫、大阪、岐阜、和歌山、石川、長野、福井、富山、岡山、広島、鳥取、島根、徳島、福岡、佐賀、大分、熊本、鹿児島)、休日のみの対応が5カ所(新潟、滋賀、奈良、愛媛、高知)、北海道は平日と土曜、青森は土曜・日祭日、山形と東京は平日のみ対応、静岡は土曜・日祭日と年末年始に対応している。

4) 電話相談の回線数

1回線が24地域(北海道、秋田、山形、新潟、福島、茨城、京都、三重、岐阜、茨城、奈良、石川、長野、福井、富山、広島、岡山、島根、徳島、愛媛、高知、宮崎、大分、鹿児島)、2回線が9地域(宮城、岩手、埼玉、神奈川、千葉、山梨、愛知、大阪、鳥取)、3回線以上が4地域(東京、群馬、兵庫、福岡)であった。無回答が8地域(栃木、静岡、和歌山、山口、香川、佐賀、長崎、沖縄)。

5) 電話相談対応ガイドライン・マニュアル

ガイドライン・マニュアルが必要と回答した地域が34カ所の72.3%であっ

た（北海道、青森、山形、新潟、宮城、岩手、福島、群馬、埼玉、茨城、東京、神奈川、千葉、愛知、京都、三重、兵庫、大阪、岐阜、滋賀、奈良、石川、長野、岡山、広島、鳥取、徳島、愛媛、高知、福岡、宮崎、大分、熊本、鹿児島）、不要と回答した地域は5カ所であった（秋田、山梨、福井、富山、島根）。無回答は8カ所（栃木、静岡、山口、和歌山、香川、佐賀、長崎、沖縄）であった。

6) 電話相談員のための講習会開催

相談員の研修指導のための講習会が必要と回答した地域が32カ所で全体の68%であった（北海道、青森、山形、新潟、宮城、岩手、福島、埼玉、東京、茨城、千葉、神奈川、群馬、愛知、京都、三重、兵庫、大阪、岐阜、滋賀、奈良、長野、岡山、広島、鳥取、徳島、愛媛、高知、福岡、大分、熊本、鹿児島）。不要と回答した地域が7カ所で14.9%であった（秋田、山梨、石川、福井、富山、島根、宮崎）。無回答は8カ所であった（栃木、静岡、和歌山、山口、香川、佐賀、長崎、沖縄）。

7) 電話相談システムの全国センター化の必要性

電話相談の全国センター化システムが必要と回答した地域が31カ所で66%であった（北海道、青森、秋田、岩手、福島、埼玉、群馬、千葉、茨城、東京、神奈川、山梨、愛知、京都、三重、兵庫、大阪、岐阜、長野、和歌山、滋賀、奈良、岡山、広島、島根、鳥取、徳島、愛媛、宮崎、大分、鹿児島）。不要と回答した地域は8カ所、17%であった（山形、宮城、新潟、石川、福井、高知、福岡、

熊本）。不明が7カ所であった（栃木、静岡、山口、香川、佐賀、長崎、沖縄）。

8) 電話相談員の職種

看護師が対応している地域が17カ所で全体の36.1%であった（青森、秋田、山形、新潟、宮城、岩手、埼玉、山梨、兵庫、鳥取、徳島、高知、佐賀、宮崎、大分、熊本、鹿児島）。小児科医と看護師が対応している地域は11カ所で23.4%であった（北海道、千葉、静岡、長野、京都、愛知、大阪、岡山、広島、島根、福岡）。看護師と保健師が対応している地域は4カ所で8.5%（福島、神奈川、群馬、茨城）で、小児科医が対応している地域が6カ所（12.8%）だった（三重、滋賀、奈良、石川、福井、富山）。東京は保健師が対応し、民間業者へ委託と回答した地域が1カ所であった（愛媛*）。無回答は6カ所（栃木、和歌山、岐阜、山口、香川、長崎、沖縄）。

*委員会の調査では、民間会社へ委託している地域は、21年4月時全国で10県ありT社（福島、群馬、静岡、和歌山、長崎）、D社（鳥取、島根、香川、愛媛）、H社（徳島）であった。

9) 電話相談事業に関する自由記載意見 □北海道

①電話相談員の職種

北海道の場合は、看護師が対応し小児科医が携帯電話で在宅後方支援している。全国センター化の相談員は、看護師・保健師、小児科医等が望ましいが、不足する場合は民間人の活用を考慮（研修体制整備、資格認定性など）。

②電話相談事業

小児科医や看護師が少ない地域では、通年性の準夜・深夜帯に対応する電話相談システムを単独で運用するマンパワーや予算はない。このような地域の電話相談を支援する電話相談全国センターシステムが実現できれば、どの地域の小児科医会にとっても、また地域住民にとっても有益な事業になると思う。

□福島県

電話相談は救急医療施設への過度の集中、コンビニ受診を防止するトリアージ目的の小児医療補完事業。

□東京都

電話相談事業は、充実する必要性がある。

□神奈川県

電話相談について、宣伝を上手にすれば利用率はもっと増えると思います。

時間的な問題もあり相談員の確保に悩んでいます（深夜になったら更に厳しい）。

□千葉県

①看護師のみでなく小児科医の後方支援体制が必要である。千葉県では約90名の小児科医が登録されている。看護師の心理的負担の軽減のためになる。大人数の登録によって小児科医の回数負担も軽くなっている。

②約60%の相談者の一次救急受診を抑制しているという成績を得ている。しかし、そういう効用だけでなく、電話相談自体が「親の家庭看護力」アップに寄与していると思われ、

その需要も多い（千葉県小児科医学会誌：2008年12月の記事参照）。

③管理運営主体は、当該都道府県における小児一次救急体制と実質的内容を熟知していること、担当の看護師・医師を十分に把握し指導していることなどが必要で、これらを知らない民間企業に委託することは疑問である。

□茨城県

電話相談を、深夜帯に茨城県のみで実施するのは非効率的。

□群馬県

当直医に同じ感覚で電話してくる例が多くなっている。最近、「電話相談」が#8000にしないで、直接病院や医院あるいは当番医に相談でかけてくる。

□新潟県

費用の割には効果が少ない。（当県では）二次救急体制の構築の方が大切。

□長野県

長野県では電話相談員の不足、相談員と後方支援の医師数不足が問題である。

□愛知県

電話相談について、人口が少ない地域でのサービスは有効と考えます。

□京都府

①電話相談マニュアルは電話相談が開始した当初はあったかもしれない。

②電話相談のための講習会は実施していない。

③電話相談への意見として、利用者への電話相談についての意味の周知

が必要。

□大阪府

電話相談に関する意見については、既に福井聖子会員が報告している。

□滋賀県

①電話相談事業への意見として、限られた時間しか対応出来ず効果が少ない。

②看護師などにやってもらい時間を延長する予定（全国センターを作り全てそこでやるのが理想）。

□奈良県

小児救急電話相談に関する意見として、対応時間枠を増加すべき、対応は看護師にすべき。

□三重県

電話相談事業についての意見として、夜間応急クリニックへの受診患者の抑制効果が認められる。

□岡山県

①岡山県は連日、準夜帯に1回線で対応しているが、電話相談ガイドラインが必要であり、全国センター化も必要と思う、看護師が相談員になるのが適切。

②電話相談は、現実的には小児の時間外受診を増加させ、コンビニ受診の抑制にはなっていない。

③各県毎の事業ではなく、地域ブロック（中国四国）に集約化すべき。

④マンパワーの少ない地域では小児救急医療の人材不足があるのに、電話相談で更に負担増になっている。

□島根県

電話相談は必要な事業である。島根県は準夜帯に1回線で連日対応、電

話相談マニュアルは不要、電話相談の全国センター化は必要であり、相談員は看護師・保健師・小児科医で構成するのがよい。

□鳥取県

①電話相談事業は必要な事業と考える。鳥取県は、連日、準夜帯に2回線で対応している。電話相談対応ガイドライン、講習会も必要と考える。

②電話相談の全国センター化も必要で、看護師が相談員に相応しい職種と思う。

□広島県

①電話相談は必要な事業で、連日、準夜帯に1回線体制で、小児科医と看護師が対応している。対応ガイドマニュアル、講習会開催、電話相談全国センターの設置が必要と思う。

②現在のシステムは、相談対応時間が限定され、回線が塞がっていることが多く、救急対応に余り役立っていない。全国的にはまだ、3県で電話相談が実施されていないため、このような地域の利用者のためにも電話相談全国センターが必要と考える。

□愛媛県

①小児救急電話は必要と考える。愛媛県は休日の準夜帯に1回線体制で実施中。

②ガイドライン、講習会、全国センター設置も必要、24時間診療体制になれば不要。

③電話相談についての意見として、センター化も考慮しても良いだろうが、後方支援する医療機関が必要。

□高知県

①電話相談は必要で、高知県では休日の準夜～深夜帯に1回線で看護師が対応している。

②ガイドラインや講習会、全国コールセンター創設が必要。実施時間帯および日数延長が必要。

□徳島県

電話相談そのものは救急医療を支える一つの手段として住民にとっては必要なものだと思います。しかしながら都道府県が各々独自で行うには無理があると思います。今後の方向としては全国センター方式で行うか、全国で2～4ブロック方式で行った方がよいのではないかと思います。

□福岡県

①電話相談は必要であり、連日、準夜帯（19～23時）に3回線以上で小児科医と看護師で対応しています。電話相談のマニュアル、講習会開催は必要と思う。深夜帯に対応するための全国コールセンター設置は不必要と考える。

②電話相談には深夜帯の希望がある。

□佐賀県

①電話相談事業は必要で、連日、看護師が準夜帯に連日対応している。

②佐賀県は、県と大学病院の救急部が実施しており、医会としての関与はない。

□宮崎県

①電話相談事業は不要であるが、宮崎県では休日の準夜帯に1回線で看護師が対応している。

②電話相談マニュアルが必要。講習

会は不必要。全国コールセンターは必要と考えている。

□大分県

①電話相談は必要で、大分県では平日準夜・深夜帯と休日の日勤帯に1回線で看護師が対応している。

②相談のガイドライン・マニュアルが必要で講習会も必要。全国コールセンターも必要、センター方式がよい。

□熊本県

①電話相談は必要な事業で、熊本県では看護師が連日、準夜帯に2回線を使用し対応している。

②電話相談のガイドライン・マニュアルはそれぞれの地域版が必要（実情として存在）、電話相談のための講習会も必要。相談員は看護師。

③電話相談コールセンターシステムは不要である（現状の形態は、押し付けられた国主導の事業を各地域が独自性を模索、開拓して国の思惑とは異なる利便性・クオリティを達成しており、コールセンター方式は別オプションになると思われる）。

④基本的には、国レベルの事業を地域で工夫を凝らして実施している。当初の国の目的（小児科医の負担軽減だったかな？軽症患者・弱者の切捨て？）はともかく、地域ではこの名を借りて、別オプションとして地域住民へのインフラ事業（もちろん小児救急がそうだから）の一環として実施している。したがって、「医会」とかが、体よく、言いくるめられて、「梯子を降ろす」ようなことになら

ないように注視している（このようなことは、他分野・雇用対策とか母子家族支援とか・でも起こっている）。コールセンター方式に群がる「業者」もいるやも知れない。少なくとも、住民の利便性、地域独自のクオリティは失われ、地域・地方重視からは外れ、小児医療への地域住民、地域の医療連携—例えば、他業種である看護協会、行政、医師会など—の関心も薄れてしまい、「地域で支える小児医療」の醸成に逆行することになる。

□鹿児島県

①電話相談は必要で、連日準夜帯に看護師が1回線に対応している。

②全国センター化は望ましい。ガイドラインやマニュアル、講習会開催も必要。

□沖縄県

小児救急電話相談は実施していない。

(3) 小児救急地域連携方式

手薄な小児一次救急診療体制強化のため開業小児科医が病院小児科の時間外外来診療に参加する方式の小児一次救急診療方式（以下地域連携方式と呼ぶ）が各地域で採用されつつある。その実施状況と課題を回答してもらった。

1) 地域連携方式実施状況（資料6）

地域連携を実施していると回答した地域が32カ所あった。全国の68.0%の地域に相当する（青森、秋田、山形、宮城、岩手、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、群馬、茨城、山梨、新潟、愛知、岐阜、京都、兵庫、大阪、滋賀、石川、富山、岡山、広島、鳥取、徳島、福岡、

佐賀、宮崎、大分、熊本、沖縄）。

一方実施していない地域は11カ所で全体の23.4%であった（北海道、福島、三重、和歌山、奈良、長野、福井、島根、愛媛、高知、鹿児島）。

無回答は4地域であった（静岡、山口、香川、長崎）。

2) 地域連携を実施している都道府県と医師会・病院名

1. 青森県 青森市・弘前市・八戸市 医師会と各市の契約で急病センターへの医師派遣実施中、時給1万円
2. 秋田県 大曲・仙北および横手・平鹿圏域で病院小児科へ開業医派遣
3. 山形県 酒田市の日本海総合病院で実施中、契約関係の詳細不明
4. 新潟県 柏崎市刈羽総合病院と医師個人の契約、時給17,000円
5. 宮城県 仙台市小児科医会と仙台市急患センターの契約、時給11,646円
6. 岩手県 都医師会と県立都病院の契約、時給7,760円
7. 埼玉県 朝霧医師会と志木市立市民病院間の契約 2時間で35,000円＋交通費
8. 栃木県 医師個人と獨協医科大学病院間の契約で地域連携実施
9. 東京都 蒲田医師会と東邦大学、豊島区医師会と都立大塚病院の契約、時給15,000円
10. 神奈川県 小田原医師会と市立病院、横浜医師会と病院間の契約、時給2万円
11. 千葉県 2圏域の基幹病院内に急病センターが設置されており開業医

- が出務、その他に3病院が地域連携方式を採用している。
12. 群馬県 希望する医師と病院間で契約し地域連携実施、施設名や時給に関する詳細情報なし
 13. 茨城県 水戸市と県立こども病院、ひたちなか市と日製水戸病院、土浦市・牛久市・竜ヶ崎市と土浦共同病院、つくば市とつくばメデイカルセンター間の契約で地域連携実施、時給1～2万円
 14. 山梨県 甲府医師会と富士吉田医師会と自治体間の契約、山梨県小児初期医療センターへの出務は医師会と個人契約、時給15,000円
 15. 愛知県 尾北医師会と江南厚生病院（時給1万円）、一宮医師会と一宮市民病院（時給25,000円）
 16. 京都府 医療機関名は不明だが、医師個人と病院間の契約で地域連携実施中
 17. 兵庫県 灘区・東灘区と六甲アイランド病院、小野市と市民病院、西脇市と市立西脇病院の間で契約、時給1万円
 18. 大阪府 北摂、大阪市、堺市急患センターで実施中
 19. 岐阜県 岐阜市では医師会と岐阜市民病院が契約、時給1万円
 20. 滋賀県 大津市と医師会が契約し大津市民病院で地域連携、時給1万円
 21. 石川県 金澤急病センター、加賀急病センター、石川県立中央病院で実施中、医師会と病院間の契約と、医師個人と病院間の契約の2通りがある、時給1万円
 22. 富山県 とば総合病院、黒部市民病院で地域連携、医師個人と病院間の契約
 23. 岡山県 岡山医療センターは岡山医師会および御津医師会との間の契約、岡山赤十字病院は病院と岡山医師会との契約、時給15,000円
 24. 広島県 広島市立舟入病院と医師会の契約、福山夜間小児診療所は医師個人と契約し地域連携、準夜帯45,000円
 25. 鳥取県 県立厚生病院と鳥取中部医師会の契約、米子医療センターと鳥取県西部医師会との契約で地域連携、時給1万円
 26. 徳島県 徳島市民病院と徳島医師会の契約で地域連携、時給9,580円
 27. 福岡市 福岡大学筑紫病院と筑紫医師会、福岡徳州会病院と福岡医師会の契約で地域連携実施、時給1万円
 28. 佐賀県 佐賀市休日夜間こども診療所と佐賀医師会の契約、日勤帯1万円、準夜帯1.25倍、深夜は1.5倍
 29. 宮崎県 宮崎市郡市医師会病院と医師会の契約、都城市医師会病院と医師会の契約で地域連携実施、時給1万円
 30. 熊本県 熊本医師会と熊本地域医療センター小児科の契約、天草郡市医師会と天草地域医療センターの間の契約で地域連携実施、八代市でも実施中
 31. 大分県 別府市医師会と病院間で契約し地域連携、時給1万円前後

32. 沖縄県 那覇市立病院と医師個人、
豊見城中央病院と医師個人が契約し
て地域連携方式採用、時給1万円

3) 地域連携方式の契約

地域の小児初期救急診療を行う基幹
病院小児科の時間外診療や夜間急病
センターへ開業医が出務する地域連携
方式が全国32都府県で実施されている。
その契約方法は様々である。契約方式
の最も多いものは、「医師会と病院間」
で結ばれるもので17都県あり（秋田、
岩手、埼玉、東京、神奈川、茨城、山梨、
愛知、滋賀、石川、岡山、広島、徳島、
福岡、佐賀、大分、熊本）、その次に「医
師個人と病院間」の契約が12県ある
（新潟、栃木、群馬、京都、富山、石川、
神奈川、愛知、滋賀、鳥取、宮崎、沖縄）。
数は少ないが「医師会と地方自治体(行政)」
との間で契約される地域が青森県（青森市・弘前市・八戸市）であり
岐阜県では医師会と行政と病院の3者
間で契約をしている。仙台市では仙台
小児科医会と病院間で契約を行っている。
山形県、千葉県、兵庫県、大阪の
契約関係は明らかでなかった。

4) 医師手当

診療に従事する医師の時給は7,760
円から20,000円の幅があるが、大半は
1万円という回答がほとんど。

5) 地域連携方式の長所短所

長所：

- ①不足する小児科医を集約化して救急
医療を行える 30地域
- ②病院診療所の医師の連携が良くなる
24地域
- ③研修医教育を病院医師と開業医師の

双方で実施できる 17地域

④適切に検査治療できる 13地域

短所：

①開業医が病院へ行って診療するには
抵抗がある 4地域

②開業医師の負担がかえって増した
15地域

③医事問題の心配、不安がある
15地域

④遠方へ車で行くのが大変心配
5地域

⑤勤務医師の手当てが少ない 12地域

6) 地域連携方式のガイドライン

地域連携方式推進のためのガイ
ドライン必要と考える地域が28カ所
（59.6%）あった（北海道、青森、山形、
新潟、宮城、栃木、埼玉、東京、神奈
川、茨城、愛知、大阪、岐阜、和歌山、
滋賀、奈良、長野、岡山、広島、鳥取、
徳島、愛媛、高知、福岡、宮崎、大分、
熊本、鹿児島）。不必要と回答した地
域が7地域（14.9%）であった（秋田、
岩手、群馬、山梨、京都、石川県、富山）。

無回答が12地域（25.5%）であった（福
島、千葉、静岡、三重、兵庫、福井県、
鳥根、山口、香川、佐賀、長崎、沖縄）。

7) 地域連携方式の講習会開催

地域連携方式を普及するために講習
会を開催する必要があると回答した地
域が26地域（55.3%）あった（北海道、
青森、山形、新潟、宮城、栃木、埼玉、
東京、神奈川、茨城、愛知、大阪、和
歌山、滋賀、奈良、長野、岡山、広島、
徳島、愛媛、高知、福岡、宮崎、大分、
熊本、鹿児島）。

不必要と回答した地域は9カ所

(19.1%)であった(秋田、岩手、群馬、山梨、京都、岐阜、石川、富山、鳥取)。

無回答は12地域(福島、千葉、静岡、三重、兵庫、福井、鳥根、山口、香川、佐賀、長崎、沖縄)。

8) 地域連携方式に関する自由記載意見

□北海道

①北海道の小児初期救急診療体制

北海道の場合、開業小児科医は基幹病院小児科へ出務するのではなく地域医師会が設立している夜間急病センターへ出務して時間外診療に従事する急病・急患センター方式を採用している。また休日の日勤帯の時間外診療は休日在宅当番医体制で実施するのが基本である。

道内の21郡市医師会が14カ所の夜間急病センターを運営している。すなわち、札幌市医師会夜間急病センター、江別市夜間急病センター、恵庭市夜間急病診療所、北広島市夜間急病センター、函館市夜間急病センター、小樽市夜間急病センター、胆振西部救急センター、苫小牧市夜間休日急病センター、岩見沢市夜間急病センター、滝川市夜間急病センター、旭川市夜間急病センター、北見市夜間急病センター、帯広市夜間急病センター、釧路市医師会病院である。

②札幌市急病センターの診療状況

開業小児科医60名と病院勤務医10名程度が、札幌市の夜間急病センターに協力医として出務し午後7時から午後12時までの5時間全市を対象とする小児一次救急患者を診療して

いる。年間16,000名～15,000名の小児患者を診療している。平成16年度より入院治療が必要な二次救急患者を365日受け入れる二次救急輪番体制を市内15病院が参加してスタート運用するようになり、重症患者がスムーズに受け入れられる体制が整備された。しかし年末年始、ゴールデンウィーク、インフルエンザ流行期間などの重症患者が増加する季節には市内1カ所の二次救急病院当番体制では受け入れが困難であり、個別に入院先を探さなければならない事態も発生する。

札幌市内の二次救急病院小児科の小児科医の確保は、大学病院小児科の人材不足により年々困難になりつつあり、平成21年からは二次救急輪番体制を12病院小児科で担当しなければならず、個々の施設やスタッフへの負担が増加してきている。

③北海道の場合、札幌市、旭川市、函館市などの大都市を除いた地方都市では、開業小児科医は数名規模で高齢であり、開業医が病院小児科に出務して地域連携方式で時間外小児科診療を支援することは、現状では困難である。行政主導でそのようなシステムを作っても機能しないと思われる。

□青森

①地域連携は地域に安心を与えている。

②地域連携の推進は必要であるが医師不足と高齢化が影響するのではないかと。

- 宮城県
深夜帯に地域連携診療に従事できる。
開業小児科医が少ないのが課題。
- 福島県
小児科医が不足している地域では診療所医師の負担が重く、参加を期待できない。
- 新潟県
出務する開業医に年齢制限があるため、参加できる医師の人数が少ない。
- 東京都
地域連携方式は理想的なやり方と思います。
- 神奈川県
小田原では旨く稼働しています。市立病院小児科からも医師会の休日夜間診療所へ出動してもらい、お互いうまくいっています。市立病院は地域連携加算を算定することにより収入が大きく伸び、開業医に高めの給与を払っても経営上プラスになっています。
- 千葉県
「小児救急地域連携方式」なる用語の定義がよく理解できませんでした。「地域の急病センターが基幹病院の中に設置されていて、そこに開業医が出向する方式」は該当しないとの事でしたが、その方式なら2地区(病院)で実施されています。「地域連携小児夜間・休日診療料を算定している方式」とも違うとのことでしたが、6病院が届出受理されています(しかし、内容が算定基準に完全に一致しているとは限らないようです)。地域の基幹病院の小児科救急外来に「急病センターの医師としてではなく」開業小児科医が参加している病院は約3病院と思われます。
- 茨城県
地域連携について、県境地域で他県との連携を進めていきたい。
- 大阪府
地域連携方式が実際に動き出した時点での今後の議論・検討が必要。
- 愛知県
小児救急地域連携方式は愛知県では少ないです。その理由は、愛知県では地域連携加算の算定が、開業医が診察した患者さんにしか認められていないために広まっていないことだと思います。病院での小児患者へのファーストタッチは、80%が小児科医師で診療している病院が多いことです。20年以上昔から総合研修をやっている病院が多い。
- 滋賀県
小児救急地域連携方式は現在の地域だけでなく、他の地域でも行う予定がある。滋賀県では医療圏により小児救急医療体制は異なるが、この方式が合うところでは、今後推進していく予定。
- 広島県
地域連携方式の長所は、少ない小児科医を集約化して救急医療を行える、適切に検査・治療が出来る一方、課題は開業医師の負担がかえって増し、遠方に車で行くのが大変・心配、勤務医師の手当が少ないなど。ガイドラインや地域連携方式導入のための講習会開催が必要。

□愛媛県

開業医は高齢化してきており参加は難しいのではないかと。

□徳島県

病院勤務医と開業医の連携をとることはお互いの立場を理解し相互に協力できる形であり顔の見えるつながりを持つことで、日常の病診連携の上でもスムーズな関係を構築できると思われる。

□福岡県

地域連携を行っている所がある。代表的な例を一つあげると福岡大学筑紫病院および福岡徳洲会病院との連携、医師手当は10,000円/時間、少ない小児科医師を集約化し救急診療が出来るし病院と開業医の連携が良くなる一方、課題は医事問題の心配不安である。地域連携のガイドラインや講習会開催は必要と考える。

□佐賀県

地域連携方式を行っている箇所がある。佐賀市医師会と佐賀市休日夜間こども診療所で、医師会と病院間の契約、医師手当は平日10,000円/時間、準夜12,500円/時間、休日15,000円/時間。少ない小児科医を集約化して救急医療を行える。問題は医療問題の心配や不安があること。また治療方針の一元化が難しい。

□宮崎県

地域連携を行っている地域があり、宮崎市郡医師会病院と医師会、都城市医師会病院と医師会、医師個人と病院間の契約で手当は約1万円/時間。少ない小児科医を集約化して小

児救急診療を行い、病院と開業医の意思疎通連携が図れる。しかし開業医の高齢化勤務医の不足という課題がある。ガイドラインや講習会開催が必要。

□大分県

①地域連携方式を実施している地域があり、別府市医師会。手当は10,000円/時間。

②少ない小児科医を集約化して救急医療を行え、病院と診療所医師の連携も深まる。しかし開業医の負担増、医事問題が心配である。講習会開催やガイドライン・マニュアルの作成が必要。24時間実施するには人的な不足が一番である。

□熊本県

単なる小児救急に限った連携を重視するあまり、小児科医会、医師会（開業医、勤務医）などが、変にへりくだって地域連携方式（出務式）の要請にこだわる必要はない。逆説的に言うと、本来の理想的小児救急の実現を阻んでいるのは、地域連携方式（出務式）を原初的な当然あるべき姿と受け取っている（そう思われている！）医会や学会、医師会には、地域連携方式（出務式）は窮余の策であったはずであることを忘却しないようにしてほしい。

「小児救急は小児医療の原点」かもしれないが、すべてではない。また、本来の小児救急は片手間にできるような、やわな領域ではない。このような形で小児救急ができるとは、思ってはいけないし、思わせてもい

けない。また、軽症患者にくるな、といえるほど備えは十分でなく、到底それを口に出していえるほど市民のニーズに応えていないのが現状である。これには色々な要因があるだろうが、いつのころからか、小児科医自身が、小児科医なら誰でも小児救急が出来る？小児科医なら救急するのが当然？とされてきた（自らしてきた？）自己責任も大きい（いまだにこういうことを言っているのは、年寄りの小児科医であり、プライドのある若手の小児救急医にはいないだろう）。熊本市においては、全小児科開業医が参加する出務式の小児時間外診療・救急（熊本方式）が30年近く前から現在まで続いていて、それなりの成果はあげてきたが、そろそろ小児救急という面では、曲がり角に来ており、役割を終えて本音で、「羊頭狗肉でした」「詐欺でした（言い過ぎか？）と国民（市民）、医師会、医会に向かって告白して、本来あるべき姿の小児救急医療提供体制を掲げることが次世代の小児科医・小児救急医を育てる課題と思っている。

□鹿児島県

地域連携方式を使用している地域はないが、地域連携方式のガイドラインや地域連携方式に関する講習会開催が必要である。

□沖縄県

実施している地域がある。那覇市立病院、豊見城中央病院で医師個人と病院の間で契約している。医師手当

は約10,000円/時間弱、少ない小児科医を集約化して救急診療を行えるが、勤務医の手当が少ない欠点がある。地域連携方式のガイドラインや講習会も不必要である。

(4) 他科医師の小児救急参加と小児救急講習会開催（資料7）

1) 小児一次救急診療への他科医師の参加状況

他科の医師が地域の小児救急診療に携わっている地域が32カ所（68.1%）あった（北海道、青森、山形、秋田、新潟、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、群馬、茨城、愛知、三重、大阪、滋賀、奈良、長野、岡山、広島、島根、鳥取、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、熊本、鹿児島、沖縄）。

参加していない地域は、10カ所（21.3%）であった（宮城、山梨、京都、岐阜、和歌山、石川、福井、富山、宮崎、大分）。

無回答5カ所（静岡県、兵庫県、山口県、香川県、長崎県）。

2) 小児一次救急診療への他科医師の参加の必要性

小児一次救急診療へ他科医師の参加が必要と考えている地域が34カ所（72.3%）あった（北海道、青森、山形、秋田、新潟、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、群馬、茨城、愛知、岐阜、京都、三重、大阪、和歌山、滋賀、奈良、長野、岡山、広島、島根、鳥取、徳島、高知、福岡、佐賀、宮崎、鹿児島、沖縄）。不必要と考えている地域は、8カ所であった（宮城、山梨、石川、福井、富山、愛媛、大分、熊本）。

無回答は、5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

3) 他科医師向けの小児救急講習会の開催の必要性

他科医師向けの講習会が必要と考えている地域が35カ所（74.5%）あり（北海道、青森、山形、秋田、新潟、宮城、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、茨城、山梨、愛知、岐阜、京都、三重、大阪、和歌山、滋賀、奈良、長野、岡山、広島、島根、鳥取、徳島、高知、福岡、佐賀、宮崎、鹿児島、沖縄）、既に現在他科医師向けに講習会を開催している地域が7カ所（14.9%）あった（北海道、新潟、千葉、愛知、滋賀、大阪、島根）。不必要と考えている地域は、7地域（14.9%）であった（群馬、石川、福井、富山、愛媛、大分、熊本）。

無回答は、5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

4) 小児救急講習会開催のガイドライン・マニュアル作成

講習会開催のための資料を医会が作成する必要があると回答した地域が38カ所（80.9%）あった（北海道、青森、山形、秋田、新潟、宮城、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、神奈川、千葉、群馬、茨城、山梨、愛知、京都、三重、大阪、和歌山、滋賀、奈良、福井、岡山、広島、島根、鳥取、愛媛、徳島、高知、福岡、佐賀、宮崎、大分、熊本、鹿児島、沖縄）。不必要と回答した地域は、4カ所（8.5%）であった（岐阜、石川、福井、富山）。

無回答は5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

5) 小児救急講習会開催のための講習会の必要性

小児救急講習会を開催するためのノウハウ伝達の講習会開催を必要と考えている地域が32カ所あった（青森、山形、秋田、新潟、宮城、岩手、福島、栃木、埼玉、東京、茨城、山梨、愛知、京都、大阪、和歌山、滋賀、奈良、福井、広島、島根、鳥取、愛媛、徳島、高知、福岡、佐賀、宮崎、大分、熊本、鹿児島、沖縄）。不必要と考える地域は、9カ所であった（北海道、神奈川、千葉、群馬、三重、岐阜、石川、富山、岡山）。

無回答は、6カ所（静岡、長野、兵庫、山口、香川、長崎）。

6) 小児救急への他科医師の参加についての自由記載意見

小児救急への他科医師の参加と小児救急講習会開催の必要性についての自由記載意見をまとめた。

□北海道

①広い北海道では全ての地域の小児救急医療を小児科医だけで取り扱うことは不可能である。特に郡部過疎地域では、他科医師が小児患者を日常的に診療している。北海道、北海道医師会、北海道小児科医会は共同で、他科医師が小児救急患者を診療した際に、どのようなポイントに留意して診療すべきか、患者がどのような場合に経過を観察してよく、どのような場合に小児科専門医に早急に連絡し入院を依頼すべきか重症度の見極め、小児の救急蘇生、薬物治療の留意点などについて講習会を開催している。講習会は平成17年度から4

年間継続しており、三次医療圏毎に8カ所の都市で開催している。毎年全道で250~300名程度の参加者があり、9割の参加者が有益な事業と評価しており、今後も継続することを希望している。平成19年度からは医師だけではなく、看護師、保健師、救急隊、研修医などにも参加を呼びかけている。

②小児科医が少なく小児患者を診なければならぬ他科医師に対して講習会の開催は有意義であるが、年1回数時間の講習が有効であるのかという批判的な意見もある。しかし何も行動しないより、地道な活動を継続していくことが現状を改善していく上で有効と考えている。

③講習会場で使用するスライド資料だけではなく、他科の医師がベツトサイドで映像を眺めながら診断治療に活用できるIT資料などを作成すれば、役立つのではないかと思う。北海道小児科医会では各地域で講習を担当した病院小児科の医師から提供してもらった症例や臨床写真などを新しい資料として採用し、毎年研修資料の更新を行っている。

□福島県

自由標榜性の我が国では小児科の標榜のあるなしにかかわらず、他科医師が小児科診療、小児保健に従事しなければ小児保健医療を支えることは出来ない。

□新潟県

講習会のテキストを県医師会と県小児科医会で作成した。講習会は年2

回程度各地域で開催しているが、回数が少ないという問題がある。

□神奈川県

日常の診療で小児をよく知っている医師であれば特別な講習の必要性はないと思います。小児科も含めてプライマリーケアの向上のための講習会はあった方がよいと思います。

□千葉県

まだまだ、多くの地区では小児科医単独での小児救急体制は無理である。小児医療から手を引く内科医も増えている。時間内の小児診療への研修も含めて、講習会は必要でしょう。

□茨城県

小児科医が比較的多い地域では、他科医師の参加を不要とする(嫌う)意見もある。

□山梨県

他科医師は小児救急よりも内科、外科、脳外科など他科の救急体制確立が必要。

□群馬県

現状の小児救急事情ではいたしかたないが、小児科医独自の特色を希望、小児科医だけで出来ない現状であればやむを得ないが、他科に応援してもらうのは本末転倒である。自分たちの生活の首を絞めるものである。政策に訴えるべきものであり、急場しのぎで、我々で対応すべきものでない。

□京都府

小児科医師が減少すれば当然必要となってくるが、現在の所は小児科中心でやっている。

□大阪府

今後も議論・検討が必要。

□愛知県

他科医師の参加は必要である。講習会を県の医師会の公式な事業として昨年初めて行いました。ただし2時間だけの講義です。講習会を2日間コースにするのか、2時間コースにするのかによって内容、負担もかわってきます。標準化するのか議論のあるところですが。標準化するなら救急委員会だけでは手に余ります。

□滋賀県

大津では小児科標榜医の講習会があり、甲賀は小児科医のみ、小児科医のみではマンパワーが不足する地域では必要。

□和歌山県

小児救急講習会は実施していないがマニュアル作成、講習会開催などは必要と考える。

□三重県

他科医師への小児救急講習会開催、ガイドライン作成は必要と考えている。

□岡山県

小児科医の不足している地域に於いては内科医、内科小児科医の協力もやむを得ないと考える。小児科医がある程度いる地域では小児科の独自性を保つためにもできるだけ小児科のみで救急をすべきである。それだけでなく診療所小児科医は内科医、内科小児科医による診療、経営への圧迫をうけており、それに対する独自性、発言権が失われる。

□島根県

小児救急講習会は出雲圏域で実施している。講習会も出雲圏域のみ実施（4年前から年1回）、昨年はテレビ会議システムで離島の隠岐へ配信し好評であった。

□鳥取県

小児救急に他科医師の参加はあり、必要である、講習会開催の必要もありマニュアルやガイドラインもあればよい。

□広島県

小児一次救急に他科医師の参加があり、また必要である。救急講習会は必要でガイドライン整備や講習会開催も必要、小児科医の義務として、開業医も勤務医も何らかの形で参加すべきである。

□愛媛県

他科医師が小児救急診療に参加しておりガイドライン、講習会開催のための講習会が必要。都市部は小児救急へ他科医師の参加は不要であり他科医師向けの講習会も不要である。小児救急は小児科医がやるものと思う。

本来小児救急は小児科医のみで行うべきであろうが、内科、耳鼻科などの先生に参加していただくのも良い方法だと思う。そのためには小児救急講習会など必要だが、わざわざ参加してくれますでしょうか？

□高知県

小児救急への他科医師の参加があり、小児救急講習会の開催は必要である。小児救急講習会ガイドライン、

マニュアル講習会が必要である。

□徳島県

小児科医の絶対数が少ないことで他科医師の参加はやむを得ないことだと思います。参加してもらうためには小児救急診療を行うための知識情報技量が必要となるので、そのための講習会や意見交換の場を持つことは欠かせない。

□福岡県

他科医師の小児救急診療への参入はあり、今後も参加は必要である。他科医師向けの講習会は必要で、そのガイドラインやマニュアル、講習会開催などは必要と考える。地域で長期間内科小児科医として診察している方がおられるが、一定期間小児科で研修を受けている。

□佐賀県

県庁所在地周辺では大学病院などの協力が得やすく、小児科専門医+大学小児科医でやれているが、郡部など遠隔地では小児科医が絶対的に不足しているので内科医の応援は必要。いずれにしても小児科標榜内科医の小児科（小児医療）の研修は必須として小児医療レベルの底上げが必要。

□宮崎県

小児救急に他科医師の参加はないが、小児救急への他科医師の参加は必要である。また他科医師のための小児救急講習会開催やガイドライン・マニュアル作成や講習会開催のための講習会が必要。地域性があり小児科で出来るところは小児科医に特化すべきである。

□大分県

他科医師は小児救急診療にタッチしていない。する必要はない。他科医師への講習会開催も必要ない。小児救急講習会のガイドライン・マニュアルは必要。

内科医・他科医師は小学生以上の子どもは診療可能と思うが乳幼児、特に1歳未満は小児科専門医が診る必要がある。

□熊本県

医療現場の流れとしては、新臨床研修制度を終えた医師たちが開業を迎えるころには、「小児救急＝時間外診療の部分」に向かう医師たちのスタンスも変わってくるだろうと思われる。つまり、「総合医」とか「家庭医」とかの開業医が巷にあふれ出てくるころには、「他科医師の小児救急への参加」の意味さえ理解不能の時期になるかもしれない。つまり、他科医師の参加は、こちら側（小児科）の問題ではなく、他科医師の生業に関わることであり他科医師自身の問題である。（参加しないことには生業が成り立たない事態もあるかも）。そうなるとすれば、現状の小児科開業医の生業は、本来の小児科に戻ることになる。つまり、あともうしばらくすると、小児救急に関する見方、考え方が大きく変化する可能性があり、「急場しのぎの参加」は必要かもしれないが、放っておいても、他科は参加してくる。そのとき、小児科医はどうするかを考えておく必要があるようである。