

□沖縄県

病院によっては他科の医師が小児救急患者を診察している。他科医師が小児救急に参加する必要性はある。又そのために他科医師のための小児救急講習会を開催する必要性もある。ガイドラインやマニュアル講習会開催の講習会なども必要。

2. アンケート様式2についての回答

(1) 地域の小児救急医療体制について(資料2)

小児一次救急施設が位置する医療圏の医師会、市町村、医療圏の面積・人口、15歳以下の小児人口と小児人口密度、地域小児科センター候補病院名、小児科を専門とする開業医師数、圏内の小児科標榜小児科医医師数、大学・小児病院を除く小児科勤務医師数(後期研修医を含む)、大学・小児病院へ勤務する小児科医師数(後期研修医を含む)、一次救急体制の形態(急患センター方式、地域連携方式、輪番制、在宅当番制)、同じ時間帯に時間外診療を行う医療機関の有無、地域医師会設立の急患診療所の有無、一次救急体制の一本化あるいは移行計画、地域の一次救急体制の変更予定の有無、地域でどのような一次救急体制が望ましいか(急患センター方式・地域連携方式・輪番制・在宅当番制)、自由記載意見の有無などを調査した。

(2) 回答のあった小児一次救急診療施設の内訳

全国93施設から回答があった。地域別内訳は、北海道16施設、東北7施設、関東24施設、北陸4施設、東海・中部10施設、近畿10施設、中国・四国19施設、九

州・沖縄3施設であった。

1) 回答した小児一次救急施設の診療形態(資料8~15)

資料8から15に示すように回答した施設が採用している小児一次救急診療形態を類別すると、

- ①急患センター方式61施設(北海道14施設、青森3施設、秋田1施設、宮城1施設、山形1施設、新潟4施設、千葉5施設、茨城7施設、神奈川8施設、群馬1施設、静岡2施設、長野2施設、京都2施設、奈良2施設、三重3施設、岡山1施設、広島3施設、高知1施設)
- ②地域連携方式15施設(山形1施設、茨城5施設、神奈川1施設、滋賀1施設、三重1施設、岡山1施設、広島2施設、佐賀1施設、熊本1施設、鹿児島1施設)
- ③輪番方式10施設(北海道2施設、茨城1施設、神奈川2施設、静岡2施設、岐阜1施設)
- ④その他7施設:病院小児科による一次から三次までの完結型救急体制5施設(広島2施設、徳島1施設、高知2施設)、静岡では急患方式と+輪番方式の併用1施設、長野県では急患方式と+在宅方式の併用方式1施設であった。

2) 診療時間

①急患センター方式

休日急患センター方式施設は、朝9時~17時までの日勤帯診療であった。夜間急患センターの場合は、午後19時~24時の準夜帯、深夜帯診療は午前0時から翌朝7~8時までの診療施設が多かった。

②地域連携方式

準夜帯診療は午後19時から24時、深夜帯診療は午前0時から翌朝8～9時までが多かった。準夜帯診療は主に開業医師、深夜帯診療は病院勤務医が受け持つ施設が多く、対応する時間帯も日勤帯の診療が始まる朝9時までカバーされている施設が多く、早朝の診療空白時間帯のない施設が多かった。休祭日日勤帯診療は午前9時から午後17時までが多く、夜間診療は午後17時から翌朝8～9時までの施設が多かった。

③輪番方式

地域の開業医が休日日勤帯の診療を担当し、病院小児科が夜間の診療に対応している地域が一般的であった。

④その他：病院小児科が一次から三次まで対応するER型（小児救急センター方式）の施設では、24時間365日対応の施設が多かった。

3) 受診患者数

一次救急診療施設の受診患者数には大きなばらつきがあった。急患センター施設の年間受診者数は1,370名から5万名であり、地域連携方式の施設でも年間1,500名から22,000名に分散していた。

年間受診患者数の多寡で救急施設を類別すると、急患センター施設の場合、年間受診患者数が1,300名～4,999名が21施設（少ない施設）、5,000名～9,999名が19施設（中規模施設）、10,000名～50,000名が17施設（多い施設）であった。地域連携方式の施設も同様に類別すると、少ない施設が2カ所、中規模

施設が4カ所、多い施設が4カ所であった。

次にこれらの施設が属する医療圏の小児人口密度（50以下、50～100未満、100以上）と対比してみると、急患センター方式の施設の場合、患者数の少ない21施設の場合は、小児人口密度が50以下の地域に13施設、50～100未満の地域に4施設、100以上の地域に4施設が位置していた。患者数が中規模の19施設の場合、小児人口密度が50以下の地域には10施設、50～100未満の地域に2施設、100以上の地域に7施設が属していた。患者規模が年間1万人以上の多い施設17カ所では、小児人口密度が50以下の地域には2施設、50～100の地域に3施設、100以上の地域に12施設が属していた。

地域連携方式の場合についても同じ傾向が認められた。すなわち年間患者数が少ない（1,300～4,999名）2施設、中規模（5,000～9,999名）4施設、多い（10,000～22,000名）4施設が位置する医療圏の小児人口密度と対比すると、患者数が少ない2施設は50未満の地域に属し、中規模の4施設は50未満の地域に1施設、50～100未満の地域に1施設、100以上の地域に2施設、患者数が多い4施設は、50～100未満の地域に2施設、100以上の地域に2施設が属していた。

以上の結果から救急施設が小児人口密度の高い地域に位置している場合には、年間受診患者数が多くなり、小児人口密度の低い地域の施設では、受診患者数が一般的に少ないという傾向が

認められた。

4) 出務医師数（小児科専門医と他科小児科標榜医）

急患センター方式、地域連携方式の診療施設へ出務する小児科医の出務状況を見ると、小児科医だけが出務している急患センターは31%（10/32）、他科医師も診療に参加している施設が68.8%（22/32）であった。地域連携方式の施設の場合も同じであり、小児科医だけの出務で運営されている施設40%（4/10）であり、60%（6/10）の施設は他科医師が診療に参加していた。

①急患センター方式（回答32施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	11	12	9
小児科医のみ	5	3	7
小児科+他科	6	9	2

②地域連携方式（回答10施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	3	2	5
小児科医のみ	2	0	2
小児科+他科	1	2	3

*患者数の概数（年間受診患者数）

小規模（1,300～4,999名）、中規模（5,000～9,999名）、大規模（10,000～50,000名）

5) 検査項目と治療内容

一次救急診療施設で実施している検査と治療内容を調査すると、急患センター方式では血算・CRP、血液生化学、インフルエンザ迅速診断、レントゲン検査の4項目全てを実施している施設が25%（8/32）、3項目が12.5%（4/32）、2項目が6.3%（2/32）、1項目が50%（16/32）であった。

一方、地域連携方式の場合、4項目全てを実施出来る施設が90%（9/10）、

1項目のみ実施している施設が10%（1/10）であった。

施設で実施可能な治療内容について比較すると、急患センター方式の32施設では、吸入、輸液、痙攣に対する治療が可能な施設は71.9%（23/32）、2項目のみの施設6.3%（2/32）、1項目施設が18.8%（6/32）であった。

これに対して地域連携方式採用の10施設では、3項目全て実施可能な施設は90%（9/10）であり、2項目のみが10%（1/10）であった。

①検査実施項目：急患センター方式（回答32施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	11	12	9
4項目実施	2	2	4
3項目実施	1	1	2
2項目実施	1	2	0
1項目実施	7	6	3

②検査実施項目：地域連携方式（回答10施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	3	3	4
4項目実施	3	2	4
1項目実施	0	1	0

③治療実施項目：急患センター方式（回答32施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	11	12	9
3項目実施	6	8	9
2項目実施	1	1	0
1項目実施	4	2	0
無回答	0	1	0

④治療実施項目：地域連携方式（回答10施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	3	3	4
3項目実施	3	2	4
2項目実施	0	1	0

6) 他科との連携関係

外傷あるいは外科疾患などで、他科の診療協力が必要な場合、連携が取れるか調査した。急患センター方式では、連携が取れない施設が21施設（65.6%）、連携が取れる施設が11施設（34.3%）であった（眼科3施設、耳鼻科3施設、脳外科6施設、一般外科11施設、整形外科4施設）。一方地域連携方式では、連携が取れない施設が4施設（40%）で、6施設（60%）は連携関係を持っていた（眼科6施設、耳鼻科6施設、脳外科7施設、一般外科7施設、整形外科6施設）。

①急患センター方式（回答32施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	11	12	9
連携関係なし	9	7	5
眼科	1	1	1
耳鼻科	1	1	1
脳外科	3	1	2
外科	5	2	4
整形外科	1	1	2

②地域連携方式（回答10施設）

患者数規模	小規模	中規模	大規模
施設数	3	3	4
連携関係なし	3	1	0
眼科	0	2	4
耳鼻科	0	2	4
脳外科	0	2	5
外科	0	2	5
整形外科	0	2	4

7) 医師手当時間給

診療に従事する医師の手当てについて調査した。回答した施設は少なかったが、28カ所の急患センター施設では、時間給が12,000円以上の施設が18施設あった（手当が適正であると回答した施設が13施設、少ないと回答した施設が3施設、多いと回答した施設が2施設であった）。10,000円から12,000円は9施設で、その支給額が適正と回答した施設が4施設、少ないと回答した施設が3施設、多いと回答した施設はなかった。また10,000円以下の施設は1施設で支給水準が少ないと回答していた。

一方、地域連携方式では6施設から回答があり、出務医師（開業医）の手当が12,000円以上の施設が4カ所で支給水準は適正との回答であった。また10,000～12,000円の施設が1施設あり支給水準が低いと回答していた。10,000円以下の施設は1施設で支給水準は適正との回答であった。一方院内小児科医の手当については4施設から回答があったが、2,000～2,500円が3施設で1施設は適正水準、2施設が少ないとの評価であった。4,000～5,000円規模の施設は1施設のみで適正水準との評価であった。

8) 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、急患センター施設では4施設が実施、30施設は実施していなかった（1施設は準備中）。トリアージが必要と回答した施設は17施設であった（不要は7施設）。トリアージ

のガイドブックが必要と回答した施設は18施設（不要は9施設）、講習会開催が必要と回答した施設は17施設であった（不要は10施設）。

一方、地域連携方式12施設の回答は、トリアージを実施している施設が3施設で実施していない施設が8施設であった（準備中が2施設）。11施設はトリアージやガイドライン、講習会などが必要と回答した。

9) 小児一次救急診療に関する自由記載意見について

小児一次救急体制のあり方について、4施設から自由記載の意見が寄せられた。

□横浜労災病院救急センター小児救急部

①小児一次救急方式について

都市部と過疎地域の小児救急体制は違って当然であり画一的に語れない。その上で当院の位置する横浜市においては集約化が必要であり、それと同時にネットワークを構築することが重要である。例えば病院の集約化ネットワーク化は進んでいるが、開業医を巻き込んでの初期救急診療をどうするかは全くの手つかず状態である。そのせいで日勤帯は各区に6カ所の休日診療所があるのに、夜間は急病センターが準夜帯の1カ所のみである。そして深夜帯は病院勤務医のみが担っている。もっと開業医、勤務医ともに集約化して協力していくべきである。

②小児一次救急体制について

当地域では日祭日の日勤帯は6カ

所の休日診療所、毎夜間は準夜帯に1カ所の急病センターがあるが、小児患者はそちらには行かずに病院へ多数受診している。小児患者は、直ちに十分な検査ができ、必要があれば入院も可能で24時間小児科医がいる施設を選ぶことは、ある意味で当然である。ならば解決策としては休日診療所や急病センターは極力病院併設ないし開業医が直接出務することが一番理にかなっていると考える。もっと開業医と勤務医の協力が、そして連携が必要である。

③トリアージについて

トリアージは多数いろいろな患者がいる場では絶対必要と考える。ただしこれから導入するに当たり小児だけを考えるのではなく、全ての傷病者（成人を含む）をトリアージする位のシステム構築を考えたい。

□茨城県筑西市夜間休日診療所管理者

①一次救急体制について

小児科専門医の減少は、小児救急に大きな影響を与えている点は、当地域において同様です。多くの一次レベルの救急患者さんが、二次又は三次救急に押しかけて本来の業務に支障を来しているのが現状です。当地域では医師会員に呼びかけ365日の救急診療（一次）を時間の制限はありますが、平成19年6月1日から始めました。未だ十分とは言えませんが、二次・三次の一次救急患者の緩和になってきています。これを更に発展させるには、患者さん側への啓発が必要です。

②一次救急体制の方式について

医療体制の構築には患者サイドの協力が不可欠です。当地域も例外ではなく、最近啓発活動を始めたところ です。

③小児救急トリアージについて

医療従事者の質の向上と共に、患者サイドの理解も必要です。救急医療の性質の理解にも努めるべき、と考えます。

□茨城県水戸市医師会

①一次救急方式について

2つの医師会が別々に緊急診療所を行うよりも、当地区ならば県立子供病院に全ての小児科開業医が出向して準夜を担当した方が出務回数も減り負担が少なくなる。自治体の壁、医師会の壁があり中々実現できない。

②一次救急体制の方式について

小児科開業医が高齢化し出務医師が毎年減り出務回数が増えてくる。

③トリアージについて

年末年始やゴールデンウィークのように混雑するときには必要であるが、現在は出務医師を2名体制にして行っている。結局一次救急診療所なので来院した患者さんを全て見ることは変わらない。

□高知県幡多けんみん病院

①一次救急方式について

当地区では医師数が確保さえされれば、現状では問題はないと思います。これ以上要求するのは酷だと思います。

②一次救急体制の方式について

しっかり大学で医師になる前に教

育してもらいたい。

③小児救急トリアージについて

当院では患者数から2~3時間待ちと言うことはないので通常の一時的な対応でナースが順番を変えてもらうだけでよい。あらためて「トリアージ」といわなくても、それが普通のことでは？

□福井県立病院小児科

福井県の各医療圏の内容と小児救急の仕組みを記載します。

○福井県の二次医療圏

①福井・坂井 一次救急医療施設は福井休日急患センターで、運営母体は福井市医師会で、関与する医師会は福井医師会、坂井地区医師会、吉田郡医師会で、主要都市は福井市、堺市、あわら市です。医療圏の面積は957km²、人口は412,800名、15歳以下の小児人口は59,660名です。小児人口密度は62人/km²、小児科開業専門医数は23名、小児科標榜他科医師54名、大学を除く小児科勤務医師数31名、大学の勤務小児科医師数20名です。

急患センターの診療時間は土曜日：19時～翌朝6時まで、日曜祭日：朝9時～18時までで平日は診療はなし。受診患者数は土曜日が年間300人、日曜祭日は2,800名です。出務医師は約40名で病院勤務医が25名、開業医が15名（福井大学勤務医は含まれていない）。勤務する小児科医は全て小児科専門医で、小児科標榜他科医師は含まれていない。血算、CRP、アデノ、インフルエンザ、溶

連菌の迅速診断、胸部XP検査は可能である。他科との連携は出来ない。輸液、吸入治療は可能であるが、痙攣重積は二次へ搬送する。

②奥越 一次救急医療施設は大野市休日急患センターで運営母体は大野市医師会です。関与する医師会は大野市医師会と勝山市医師会で、中心都市は大野市と勝山市です。医療圏の面積は1,126km²、人口は64,170名で、小児人口は10,870名で小児人口密度は9.6人/km²です、小児科専門開業医は3名で、小児科標榜医は6名、大学を除く病院への勤務医は2名です。

急患センターは、土曜日は午後19時～翌朝6時まで、日曜祭日は朝9時～18時まで診療で平日は診療なし。受診者は、土曜日は年間120名、日曜祭日が1,000名程度、出務医師は約10名で全て福井大学の勤務医が担当しています。血算、CRP、アデノ・インフルエンザ、溶連菌迅速診断、胸部XP検査が可能、ECG、エコー検査も可能。輸液、吸入治療が可能であるが痙攣重積患者は二次病院へ搬送する。他科との診療連携は出来ない。

③丹南 一次救急医療施設はなく、開業小児科医が輪番で実施。医師会は鯖江市医師会、武生医師会、丹生郡医師会で中心都市は、越前市、鯖江市です。医療圏の面積は1,008km²で、人口は193,700名、小児人口は26,030名、小児人口密度は25.8人/km²、小児科専門開業医師数は6名、小児科標榜他科医師21名、大学以外の病

院小児科勤務医3名であります。

④嶺南 一次救急医療施設は敦賀市休日急患センターであり敦賀市医師会が運営している。敦賀市医師会、小浜市医師会、三方郡医師会が関係している。敦賀市と小浜市が中心都市。医療圏の面積は1,099km²で人口は148,200名、小児人口は21,120名、小児人口密度は19.2人/km²、小児科専門開業医は7名、小児科標榜他科医師は11名、大学以外の病院勤務小児科医11名であります。急患センターは、土曜日は診療せず日曜日が9時～18時まで、受診患者数は年間2,000人、出務医師は約10名で勤務医が8名、開業医が2名です。血算、CRP、胸部XP検査、ECG、エコー検査、アデノ、インフルエンザ、溶連菌迅速検査などが可能です。

福井県では他に福井愛育病院、市立敦賀病院小児科、公立小浜病院小児科へ日本小児科医会からアンケート様式2の調査用紙を送付したとのことですが、敦賀、小浜から上がってくる数字は今回の報告と異なるかもしれません。嶺南の急患センターの受診者数や医師の出務数は福井県の公式資料から作製しているので、医師会名簿とも照合しているので、今回の報告が実数です。また人口は平成21年1月1日の公式発表数です。

○福井県の小児救急の実態

①嶺南の地域性

副圏は江戸時代の越前（嶺北、二次医療圏では福井・坂井、奥越、丹南の3つ）と若狭（嶺南）の2つの

国からなります。若狭の中でも小浜と敦賀は車で1時間の距離にあり、統括する保健所(保健福祉センター)も異なります。このため嶺南では小浜と敦賀を別々な医療体制で考えざるを得ません。敦賀地区では2つの病院が輪番で夜間の救急を引き受け、小浜では公立小浜病院だけが夜間を時間外診療という形で引き受けています。これらのことは小浜病院敦賀病院からあがるアンケートの報告でご参照下さい。

②嶺北の地域性

嶺北(二次医療圏では福井・坂井、奥越、丹南の3つ)は福井市(人口は27万人)を中心に形成され、車で1時間半までで、嶺北のどの地域にも達します。商業的にも福井市が中心となり、周辺も含め約65万人の医療圏になります。

②-1 福井市の病院

福井市内6km範囲内に3つの大きな公的病院が競合します。福井県立病院(小児科常勤医8名)、福井赤十字病院(小児科医5名)、福井県済生会病院(小児科医4名)。何れも開設者は福井県知事です。これと別に私立の病院ですが福井愛育病院(小児科医6名)があります。福井市から15km離れた場所に福井大学病院があります。

当直や時間外勤務について、福井県立病院には総合周産期母子保健センターがある関係上、NICU当直の形で毎日小児科当直がおり、救急拘束も毎日1名(一応は名ばかりの拘

束の予定ですが、腸重積などで手がかかるときや、脳炎、痙攣重積、溺水などICU入院の場合は呼び出されます)がいます。福井大学病院と福井愛育病院には小児科当直が毎日います。福井赤十字病院と福井県済生会病院は基本的に拘束体制で小児科単独当直はしていません。

福井県立病院と福井大学にはER型の救急部があり3交代で救急医療と研修教育を行います。県立病院救急部では小児も含めた救急患者のトリアージ研修を看護師にも研修医にも行っています。そのマニュアルもあります。

②-2 二次輪番体制

一応5年前から週7日夜間をそれぞれ県立、愛育で2日、日赤、済生会、大学で1日ずつと二次輪番で、3次は県立病院と決められています。2年前から二次輪番の筈が救急夜間当番の名称に県の医務薬務課がすりかえました。日曜日、祝祭日の日中のみ二次輪番病院が小児科だけでなく全科で決められています。土曜日の日中は決まっていません。これは全科のため福井愛育病院は入っていません。福井愛育病院は産科と小児科の病院であり、外科疾患は県立病院など他の病院へ紹介になっています。

②-3 福井市および周辺自治体も入れての小児救急の現況

既に二次輪番体制は崩壊しており、当番日も非当番日も時間外受診患者数はほぼ同じになっています。平日休日も含めての夜間の小児受診者数

は、平均で愛育病院が18～20名、県立病院は13～15名、日赤が5～10名、済生会が5～8名、大学病院は5～7名と言うところです。休日の日中は休日急患センターが約40人、県立ERが約25人、愛育病院が約30人の小児受診数です。

②-4 県立病院小児科の現況

前述のようにNICU当直を県立病院の小児科医8人と隣接する小児療育センターの小児科医2名の応援も頂き（療育センターの当直も兼ねている）、現在は普通の月であれば平日4回、休日は2回の日直/当直回数で労働基準監督局の目を逃れています。この上に救急拘束に入るので、これには2年時にその時小児科を回ってくる研修医に入ってもらい、大体月に3～4回の拘束です。若手はNICUでの双胎の入院などで狩り出されることもあるので、公式の当直、拘束以外に病院に月に2回ほど夜に呼ばれています。4～5月の連休や年末年始は救急からの要請もあり救急拘束ではなく救急日直当直をたてています。今年のように正月の9連休なんてことになると、せめて若手にも2日半連続の休みを与えたいので勤務表作成が大変です。ところが実際は休みを年末に与えたはずが、劇症心筋炎が来て心肺停止となりPCPSを1週間回して救命なんてことになり、そこにインフルエンザ脳症がきて、母胎搬送から緊急帝王切開で……結局2月に正月休みを闇で順番に取らせること

になりました。闇でも取れる分だけ他の病院に比べるとましかもしれませんが。年間のERの小児受診者数は8,000人。ICUでの入院管理は15～20人で、そのうち呼吸管理は10名を越えます。NICU入院は年間120～130名で1,500g未満が半数を超えます。これでやっていけるのは、ひとえに救急部が頑張ってくれているからで、現在本院の救急部のスタッフは5名、後期研修医3名で何とか3交代でまわしています。救急受診が多いと言っても深夜はやはり減るので救急部が朝まで点滴をして診てくれているのでかなり助かっています。小児科からみるとかなりおかしなことをやったり、患者に言ったりしていますが、いなかったら昔に帰るといふことで、ぞっとします。

もう一つ困り始めたのは在宅での超重症児の増加です。現在HOTは8名、在宅人口換気を6名に、気管切開を9名に行っています。もともと廊下伝いに療育センターへ行けることもあり、高度医療が必要な脳性麻痺児の管理も行っていたのですが、この5年間にNICUで長期入院を抱えられないために、気管切開して在宅へという流れから、それまで2名の気管切開であったものが急増しています。今後も増えることは間違いなく、また実はICUをレスパイトにしたことも1回や2回では足りません。千葉の青空診療所のように在宅医療チームで行えるのは、都会であるから何とかペイするのであって、

福井のような地方では現在のところは病院で抱えるしか方法はありません。このため5年前から本院では簡単なALLや脳腫瘍以外、化学療法はしません。年間に3人くらいの新規患者を福井大学に御願ひして紹介しています。

②-5 福井大学病院の医療

前述のように福井市中心から15kmほど離れています。このため土日の急患センターから大学が日中の輪番日は送りにくいこともあります。また化学療法、骨髄移植も行われているため水痘、麻疹その他の伝染性疾患に対応しづらいことです。大学は教育の場でもあり、小児の救急を小児科で教育するのか救急部で教育するのか、やはり大学は縦割りの場であり、例えば救急で有名な寺沢先生が副院長でも難しいところのようです。3歳未満は全て最初から小児科担当医が診察するという取り決めになっているようです。

③現在の取り組み

嶺北では小児科学会がいうような小児医療センター（NICU15床、CCU25床、一般病床40床）を作る。他の病院はサテライト化という構想ですが、福井県小児科医会の理事会に通す前の段階でもまとまらず、とりあえず福井市内に開業医も参加する平日も稼働する急患センターを設立することが、第一段階として理事会を通りました。診療時間は、平日は19時～23時（この間福井市内の病院小児科は時間外患者を診ない）、

深夜は輪番体制とする。休日も9～23時診療。これを22年春から稼働させるために福井県、周辺自治体、各医師会とも協議に入り、小児科医会の中で準備委員会を作り採用薬品、投薬、処置内容のマニュアル化などの検討に入っています。福井県としては来年知事選があることでもあり、いつでもそこに行けば小児科医がいるわけですから乗り気になっているようです。但しいつもそうですが、行政が知恵を出すことはまずありません。

嶺南では大規模な小児医療センターは不要で、敦賀小浜に各小児科5名が所属する地域医療センターを設立し重症児や呼吸管理が必要な新生児は福井市へ搬送するという形にする構想です。これは現在3人ずつの小児科医を増員するだけなので、地元自治体と福井県の協議で人件費の財政負担の問題が解決できれば嶺北より早く実現しそうです。

福井県は4つの大学の出身者（京都、京都府立、金沢、福井）が入り混じっています。その割には小児科医会の内部も比較的仲良しですし、主要病院の間も県立、日赤、済生会の3病院は20年前から月に1回の合同カンファレンスや歓送迎会をやってきており、そこに1年前から愛育病院も加わるようになりました。現場では良好な関係でも院長など上層部の説得が一番大変な問題です。

あと一つ大きな問題は全国何処でもそうですが、産婦人科との関係で

す。もう産科は待ってられないので、小児科だけで先に走れるか……というところまで漸く来ました。これを集約化の始まりというか、妥協の産物というかは見方によって様々ですが、とにかく休日急患センターが毎日稼働すれば少なくとも勤務医には今よりはましになります。

④最後に

最後に個人的な感想になります。昔に比べると今はましです。昔と言っても5～6年前ですが。あとER病院としての機能を果たすための取り組みのことですが、どうせ相手はコンビニ受診をしてくるのですから、コンビニ受診をする場所を作ればよいことになります。そして研修医教育の一環として、コンビニ受診の玉石混交の中から本当にnot doing wellを見分けることを教える必要もあり、また教える相手によって教えるレベルや重症を見分けるレベルも異なりますので、ある一定量は何でもこないとER教育にはなりません。その程度に割り切った方が救急という場では旨く行くように思います。

E. 考察

1. 小児救急医療体制に関する日本小児科医会のこれまでの取り組みについて

少子化、核家族化、女性の社会進出、共稼ぎ世帯の増加など、小児医療を取り巻く環境変化により、社会は何時でもどこでも高度で専門的な小児医療の提供を求めようになり、特に小児の時間外診療体制の変

革が求められている。

しかしこれまでの小児医療提供体制は時代の要請に十分応えることが出来ず、そのひずみが病院小児科への負担増大につながって来ている。限られた小児医療資源を有効活用し効率的な小児救急医療体制を構築するには、小児救急医療の8割を占める小児一次救急医療体制の変革と整備が重要である。

日本小児科医会は、平成12年「小児救急のあり方を検討するための検討委員会」を発足させ、地域特異性に配慮した救急医療体制の整備の重要性を指摘（平成14年日本小児科医会会報24号P85～97 文献1）、更に平成16年には「小児医療の今後を考える委員会」を設置し小児医療提供体制の将来ビジョンを検討、病院と開業小児科の病診連携体制の推進が必要であり（日本小児科医会会報28号P111～130に結果報告 文献2）、そのための「小児医療病診連携推進加算制度」の創設が必要であることを提言した。

また平成17年には「小児救急医療検討委員会」を設置し、各都道府県における小児救急医療提供体制の実態調査を行い「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」を発表した（日本小児科医会会報31号P107～135 文献3）。提言では地域性を重視した小児一次救急医療体制の整備が重要であることを述べ、平成18年には「救急医療検討委員会」を全国7ブロックから選出された委員で構成する「小児救急医療委員会」に改変し、各都道府県小児科医会の地域医療協議会への参画状況や、全国の集約化・重点化進捗状況、小児救急電話相談事業の運用状況などの実

態調査を行った。更に平成20年には、進展の認められない病院小児科の集約化・重点化を阻む要因を分析し、有益な事業と評価されながら国民に十分な満足を与えられない小児救急電話相談事業の課題と解決策を検討し、さらに小児科医師不在地域における小児一次救急診療体制強化のための他科医師への小児救急研修会開催の意義と必要性を明らかにするためのアンケート調査を行い、今後の日本小児科医会の小児救急医療態勢整備への活動目標を定めることになった。

2. 小児救急全国アンケート調査結果の解析と分析について

(1) 地域医療計画における小児医療提供体制と集約化・重点化について

国は平成20年3月までに都道府県に対し地域医療計画に基づき小児医提供体制の策定と病院小児科の集約化・重点化対策の策定と実施を都道府県に求めた。

今回のアンケート調査の第一目的は、地方政府が策定した小児医療提供体制に基づく病院小児科の集約化・重点化計画案の内容とその実施状況を明らかにすることであった。地方小児科医会から資料の添付がない場合には、都道府県のホームページから計画案の資料を入手した。行政が報告している小児医療提供体制案は、主に医療圏の小児人口及び小児科医師数、救急医療体制を構成する救急医療機関の内容（一次救急体制：在宅診療体制、夜間急患センター、二次救急体制：小児救急支援病院、小児救急拠点病院、輪番病院、三次救急体制：救命センターなど）等であり、集約化・重点化について記載している地域も記載していな

い地域もあった。小児医療提供体制について、どの地域にも共通する課題は都市部と郡部間に存在する医療格差の是正であり、病院小児科医の負担を軽減するための集約化・重点化は都市部では可能ではあっても、過疎地域では医師不足により実現が極めて困難であるということであった。特に小児科医が不足する郡部過疎地域では、病院小児科勤務医の時間外診療負担が重く過重労働につながっているが、同一地域には当番診療を交代で実施できる輪番施設や集約化の相手となる総合病院小児科施設が存在しないことから、近隣医療圏内で集約化・重点化を行うことは不可能な施設がほとんどである。たとえ医療圏を拡大し遠方の医療圏の施設と画一的に集約化を進める場合には、過疎地域の小児医療を破壊し空白化をもたらし、患者へ遠隔通院を強いる結果につながる。

日本小児科学会地方会や地方小児科医会が行政との集約化協議に参加したとはいえ、集約化案が地域にどのような影響をもたらすのか十分検討したうえで医療計画案に盛り込んだのか経緯は明らかではない。今回のアンケート調査では集約化協議に6割の都道府県が参加したとの回答があり、3割は医会の意見が反映され、3割は反映されなかったという回答であった。また集約化が進展した地域は3割、進展しなかった地域は5割との結果であった。集約化が進展しなかった原因に、医師不足や医師を派遣する大学や受け入れ機関の意志疎通が不十分であったこと、自治体や住民の賛同が得られなかったこと、などの理由が挙げられてい

た。集約化が進展中と回答した地域（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）では、小児科医が不足する過疎地域を抱える県も数多く存在するが、このような地域ではどのような条件を備えた地域でどのような施設同士で集約化協議が進展中であるのか今後詳細な調査を行う必要があると感じられた。また集約化が地域にどのような影響をもたらすのか、検証していく必要性もあろう。一方集約化が進展していない地域（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）では、なぜ集約化が進展しないのかその要因を解析していく必要がある。また医会の意見が集約化協議に反映されなかった地域では、どのような医会の意見が反映されなかったのかも明らかにしておく必要性もあり、今後の集約化を進展させる上で検討すべき課題と考えられる。

以上病院小児科の勤務環境改善の切り札として考えられてきた病院小児科の集約化・重点化は、どの地域にも普遍化出来る解決策ではない。今後集約化を推進する場合には、各都道府県における都市部、郡部において集約化・重点化に関する条件が異なることを十分配慮しながら進めて行くことが重要ではないかと考えられる。すなわち病院小児科医の過重労働を改善するため集約化を実施しようとするならば、実施出来る条件を備えた都市部と、そうではない郡部地域では、異なる対応策が必要であるということである。

都市部では病院小児科の集約化・重点化を推進することは、条件さえ整えば十分可能であり急患センター方式、地域連携方式、あるいは一次から三次救急まで完結するER型小児救急センター方式による問題解決も可能と考えられる。

地域が何れの救急体制を選択するにしても地域に於ける開業小児科医の力を活用することが重要であり、そのためには何らかの政策誘導も必要と考えられる。すなわち開業医に対しては、これまで以上に時間外診療への参加を促すため、協力医の日常在宅診療に対し診療報酬加算を行う等の施策は開業医師の意欲を高めるのではないかと考えられる。

一方これに対し郡部過疎地域では病院小児科医も開業小児科医も不足しており、集約化・重点化で病院小児科医の勤務環境を改善することは不可能である。このような地域では、一次救急から三次救急まで完結したER型小児救急センター方式を地域に整備し、必要な小児科医師を派遣することにより効率的な小児救急医療体制を整備することが重要ではないかと考えられる。過疎地の病院小児科が小児科医を増員できる施策をとることが唯一の解決策ではないかと考えられる。過疎地域の小児医療施設が果たす機能に応じ、必要な医師数を優先的に配置し、過疎地に勤務する医師に対しては優遇した給与体制を採用し、医師を派遣する大学や医療機関へも医師派遣協力に対する財政的な支援を行うなどの施策が必要ではないかと考えられる。

いずれにせよ日本の小児救急の8割を占める小児一次救急体制の充実には、日

本小児科医会会員の参画が不可欠である。時間外小児一次救急診療を支える専門家集団としてのidentityを維持するためにも、日本小児科医会会員がこれまで以上に地域小児救急医療へ貢献することが強く求められる。

(2) 小児救急電話相談の在り方について

平成16年から子供の急病時の保護者の不安解消と受診行動の決定、家庭に於ける保護者の子供の急病時対応能力の向上育成等を目的に、全国で導入された小児救急電話相談は有用という利用者の評価がある一方、必要な時に相談が出来ない、電話が繋がらないなど、利用者に満足いくサービスが十分提供できていないことが指摘されてきた。小児科医会は子供の急病時に保護者が不要不急の時間外受診をしなくてもすむように、また家庭での病気への対応が可能なように、必要なときには何時でもどこからでも誰にでも相談が可能なシステムを構築する必要があると考えてきた。システム発足後4年を経過した現在、全国46都道府県で実施されている小児救急電話相談事業の課題を検討し、現在のシステムを補完するための全国コールセンター化・Web化対策が必要かどうか意向調査を行った。

調査では、9割の地方医会が電話相談事業を必要で意義のある事業と考える一方、マンパワー不足、資金不足などで十分な相談時間枠の拡大が出来ない現状が明らかにされた。相談時間の空白帯を解消し回線閉鎖時の通話確保のために9割の地域が電話相談の全国センター化が必要と回答してきた。医会とは別に、日本小児科学会の衛藤研究班は小児救急電話

相談事業の事業評価のための調査を実施し、7割強の地域が電話相談に対応しているものの、深夜帯まで時間を拡大している地域は僅か1割に過ぎず、現在の体制は深夜帯対応が不十分であり、複数回線化も4割程度で体制として十分でないことを指摘した。

保護者の不安解消という面で機能評価が高い#8000番は、既存の地方の電話相談システムの機能を補完するため、休日や深夜帯への対応や、回線が塞がっている際の通話体制を確保する必要があり、そのためには不足する相談員を教育する相談員指導者の養成や、電話相談員養成のための研修マニュアルの作成や研修教育体制の整備が必要であることも指摘した。

今回の都道府県に対するアンケート調査結果でも全く同じ調査結果であり、地方システムの機能を補完するための中央コールセンターシステムやマニュアル作成や講習会開催が必要であることが判った。現在日本小児科医会は全国センター導入のための課題を検討するため厚労省研究班を組織し、#8000電話相談コールセンターの運営に関する諸問題、相談者の職種と相談員および相談員指導者の育成体制の在り方と相談員資格認定制度についての検討、#8000と東京消防庁運用の#7119救急相談システムとの機能すみ分けなどについての検討、民間業者による電話相談事業の相談内容の把握と評価、電話相談利用者の事業評価、中央コールセンターと地方電話相談システムの回線相互乗り入れ体制確保のための技術的課題などを検討中であり、今後パイロット

システムの立ち上げに必要な細かな運用事項を検討中である。

電話相談事業は利用者に高く評価されながら国民の認知度が低い。特に過疎地域の子供の急病時の保護者支援に有用であることを広く社会へ周知する取り組みが必要である。更にテレビ電話などIT機器を利用した小児救急医療遠隔診療支援システム等を開発し、保護者や遠隔過疎地の医師に対する小児救急医療支援システムを提供していくことも過疎地域の小児救急医療の向上に必要なのではないかと考えられる。

(3) 小児一次救急診療体制を強化するための地域連携方式導入について

小児救急の8割が一次救急といわれ、その多くは時間外緊急受診の必要性が低いと言われている。しかし保護者が子供の症状の軽重を判断し受診の可否を正確に判断することは困難である。小児救急医療の基本は受診する患者を全て受け入れ診療し、適切に診断・治療し保護者へ適切な指導を行うことが基本である。時間外患者の受け入れ体制は夜間・休日急患センターや在宅診療所による時間外診療、複数の病院小児科による輪番体制による時間外診療など、地域により様々な診療体制が採用されているが、小児科医師や施設が多い都市部では大規模な急患センターや地域連携方式、または一次救急から三次救急までを完結するER型小児救急センター方式など様々ある。しかし小児科医師が少ない地域では在宅診療方式や急患センター方式、地域連携方式などによる小児一次救急体制の運用は困難であり、地域病院小児科医へ時間外患者

が集中することになる。

平成18年4月から病院小児科医の負担を軽減する目的で新しい診療報酬制度が導入された。すなわち病院小児科が近隣の保険医療機関の保険医3名以上（2名以上は小児科専門医）と地域連携診療契約を結び、6歳未満の患者を夜間、休日または深夜に診療した場合に地域連携小児夜間・休日診療料1（350点）、また24時間切れ目のない診療体制を掲げる場合には6歳未満の小児を診療する際、地域連携小児夜間・休日診療料2（500点）を算定する制度が導入された。このような制度が導入されてから2年経過した現在、地域連携方式を採用する一次救急診療施設が少しずつ増加するようになり、今回のアンケート調査では32都府県において地域連携方式を採用している施設が存在することが判った。地域連携方式では急患センター方式に比較し、小児科医師が比較的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医療資源を有効に活用出来ること、勤務小児科医の負担軽減に役立つこと、また設備の整った病院で診療が行えるため、適切な検査と治療が可能であり、開業小児科医のスキルアップにも有益であること、重症患者の受け入れもスムーズに行えるなどの利点がある。

アンケート調査でも地域連携方式採用施設の方が、検査体制も整備され幅広い治療が可能であり小児科以外の他科との診療関係体制も取りやすいことが判った。しかし出務医師が準夜に対応し勤務医が深夜帯への診療に対応しているにもかか

ならず、勤務医に対する診療報酬が格段に低いという問題も指摘されており、今後制度普及を図って行く上で是非改善しなければならない課題である。また急患センター方式と地域連携方式が併存する地域では両方式へ出務しなければならない開業医の負担が重く、地域に於ける一次救急体制の整理統合が必要な場合もある。未だ地域連携方式のメリットが十分理解されていない可能性もあり、今後制度普及のための条件整備やガイドライン作成、講習会開催などが必要になるものと考えられる。今回の調査で地域連携方式が急患方式に比べ優れていることが判ったが、現在主流を占める急患センター方式を地域連携方式に変換していくことは容易ではない。地域の医師会や小児科医会、医療機関が十分意思疎通を図りながら地域連携方式の導入の環境整備を行って行く必要がある。

(4) 他科医師に対する小児救急研修会の意義と必要性について

今回のアンケート調査により7割の都道府県では、小児科医のみにより地域の小児救急体制を維持することが不可能なため、他科医師が小児救急診療へ参加することが不可欠であると回答してきた。小児医療は本来小児科医が責任を持って診療にあたるべきであるが、小児科医が不在な場合には他科医師の協力を得るのはやむを得なく、そのような場合診療にあたる他科医師が小児救急患者の診断や治療を適切に実施出来るよう、他科医師に対する小児救急講習会を開催する必要があると考える地域が7割に達し、更に8割の地域が講習会開催のためのガ

イドラインやマニュアル作成あるいは研修資料の作成に医会が取り組む必要があると回答した。現在北海道、新潟、千葉、愛知、滋賀、大阪、島根で独自の研修資料を作成し他科医師に対する講習会を開催している。また北海道では、医師ばかりではなく救急医療に従事する全ての関係者にまで研修対象を拡大し過疎地域の小児救急医療体制を支える地域ネットワーク構築のツールにしようと取り組んでいる。

今後日本小児科医会が、小児一次救急診療体制を支える他科医師へ講習会を開催し他科医師の小児救急診療能力向上へ寄与し翻って小児科医師不在地域の一次救急体制の強化に寄与していくことは極めて重要な活動であると考えられる。今後講習会開催の資料整備に取り組むとともに、講習会へ講師として参加する小児科医や受講する他科医師へ少しでもメリットが与えられるような工夫が必要である。すなわち日本小児科医会は日本小児科学会と十分協議した上で、講師として参加する小児科医には日本小児科学会専門医認定のための研修点数8点程度を付与するとともに、他科医師に対しては講習終了証やマスター終了証などを付与することは、講習会参加への意欲を高める上で役立つものと考えられる。

(5) 小児一次救急診療施設に於ける救急トリアージ体制について

今回のアンケート調査により急患センターや地域連携方式による診療ではルーチンに看護師などが重症患者の救急トリアージを行っていると回答した施設は約1割程度と少なかった。しかし患者数が

多い繁忙期などの外来診療では救急トリアージの必要性を認めており日本小児科医会がトリアージに関する講習会を開催しガイドラインを作成していくことに期待を表明している施設も数多く認められた。

小児救急医療体制を今後より質の高いものにしていく為には、小児救急トリアージナース (TN) の養成は不可欠であり、小児科医会活動の大きな柱に位置づけるべきではないかと考えられる。#8000と同様、患児や保護者はトリアージを受けることにより大きな安心感が与えられるとともに、急病時の患者教育にも役立つ。「急病時はどんな時でも小児科医」という専門医志向の高い日本の国民性を払拭し、小児科医の負担を軽減していく上で、日本小児科医会認定小児救急TNの資格保有者が救急トリアージを行うことは有益であり、日本小児科医会が率先してトリアージナースの養成に取り組んでいくことが必要と思われる。

以上小児救急アンケート調査によって得られた結果を報告し、今後の日本小児科医会の小児一次救急体制の充実に対する取り組みについて考察した。最後に日本小児科医会小児救急医療委員会ブロック委員によるブロックにおける小児救急医療情勢を報告する。

(6) 日本小児科医会小児救急医療委員会 ブロック委員の情勢報告

1) 北海道小児救急医療体制の現実と 今後の方針

北海道及び札幌市における小児医療体制の現状と問題点を報告し、広大な

面積を有する北海道に相応しい小児救急体制の制度設計が可能か検討した。

北海道は面積が7.85万km² (日本の21%)、人口は563万人 (日本の4.4%、小児人口71.7万人) と人口密度は67人/km²で全国平均336人/km² (5倍)、東京5,697人/km² (84倍) と比較しても特異な環境に置かれている。小児科学会は「地域小児科センター構想」として、小児人口7万人前後の地域を1単位として24時間二次医療を行うセンターを指定し、その地域全体で一次医療に責任を持つシステムを提案した。図1に北海道21医療圏の小児人口、小児科医師数を示したが、学会の提案しているセンター構想を実現することは困難の極みと思われる。21医療圏の病院数は1~2施設が殆どであり、北海道において「センター病院構想」は実現不可能であろう。1医療圏で1県程度の面積を有し、開業医と病院小児科医を合わせても札幌、旭川、函館を除くと平均11名のマンパワーであり、すでに集約化されている状態である。

最近2地域で集約化が行われたが、その実態を検討してみる。上川北部 (小児人口9,000人、医師数7名、病院数2) の名寄市立病院、士別市立病院は、共に旭川医大の医師であり隣町という特殊な地域であった。また釧路 (小児人口35,000人、医師数21名、病院数3) の赤十字病院と労災病院は、産婦人科の集約化 (根室の産科医が釧路赤十字へ移動) により選択せざるを得なかったことが重要な因子であり、共に北大の医師であった。つまり大学が異なっ

た場合は、集約化が殆ど不可能であることを意味している。

北海道では二次医療圏単位で小児救急医療を維持することが出来なかったため、5病院で13医療圏をカバーする拠点病院制度（国と道で折半—ほぼ年間3,600万円の補助、道負担は計9,000万円）を導入した。しかし来年度以降は、厚労省がオンコール体制でも補助対象としたことから、拠点病院制度がカバーしていた病院を支援病院（二次医療圏を単位として、市町村の要請を受けた病院がオンコール体制で国、道、市町村が1/3負担する）とする新しい制度設計を道は我々に提案してきた。

支援事業へ転換しなければならなくなった大きな原因は、①拠点病院の疲弊・消耗が激しく、今後もその役割を継続することは困難になる可能性が高い、②10カ所の病院が事業に加わることになっても、拠点病院をはずすことで道の負担はむしろ軽減する—ためである。北海道は小児救急医療に対し「危機意識」を持っていることは明確であるが、経済的な点を考慮していることも事実であり慎重に対応する必要がある。

集約化が可能な地域は、札幌市・函館市・旭川市など病院数が多数ある地域であろう。札幌市はその筆頭であるが、実態を明らかにすることで可能性の有無について検討する（図1参照）。

札幌市は小児人口が30万人、小児科標榜医336名（小児科単科標榜医；171名）、病院数12施設（+2大学、道立小児センター）である（表1参照）。

しかし表1をみてもわかるように、12病院の医師数は4～5名であり脆弱である。全員でも55名の医師しかいないので、初期から3次まで担うことのできる病院に集約することは殆ど不可能である。現在、初期救急医療は、開業医による在宅休日当番制を導入し病院小児科への負担を明らかに軽減させている。

表2を参考に平成19年度の初期救急受診患者を検討する。

休日当番（3～5施設）及び急病センターを受診した患者は年間総計41,162人で、休日は73日間だったので1日あたり563人（夜間急病センターは50人）になる。

定点でない在宅休日当番は、患者さんにとって不便な制度である。

しかし札幌市において輪番病院が脆弱であるという現実があり、500人近い患者を受け入れることのできる病院付属の休日診療施設制度の設計は殆ど不可能であった。初期救急医療と二次救急医療を分ける制度は、一部の人達に救急医療を押し付ける危険を回避することができ、より多くの医師に関わってもらえる、小児科医・病院が弱体な地域においては賢明な選択であったと考える。集約化ありきで進められた小児科医療構想に、私達は納得できなかったことも事実である。トップダウン方式で進めるよりも、下から積み上げていく方式を私達は選択したい。

集約化は自然淘汰として進んでいくということを共通認識に、地域共同医療を守り、地域切捨てにならないよう

私達は注意深く対応していく必要がある。今まで述べてきたことは、北海道・札幌市の現実と限界である。新しいシステムを提案できない私達は、指導・提言できる立場にないのかもしれないが、現場の厳しさを充分考慮して今後でも対応したいと考えている。

まとめと提言：

1. 小児科医不足と大都市偏在が顕著で、郡部病院小児科医に大きな負担がかかっている。集約化により過疎地の負担軽減を図ることは困難であり、長期計画に基づく過疎地病院小児科への医師派遣と他科医師の協力、他科医師への小児救急講習会開催、#8000電話相談事業の有効活用、重症患者の救急搬送体制の整備（ドクターヘリなどの活用）等の施策が必要と考えられる。
2. 北海道では、財政事情により救急医療関連予算の削減が行われつつあり、過疎地小児科二次救急医療の質の後退が危惧される。すなわち広域二次医療圏の二次・三次救急医療に貢献してきた拠点病院を支援病院（オンコール）体制へ格下げすることである。過疎地小児医療体制を守るためには国の一層の財政支援が不可欠である。
3. 相談員不足、財政難により24時間365日体制での電話相談が実現出来ない。このため北海道も電話相談事業を民間へ委託する意向である。これまで医会、看護協会が協力して整備に努めてきた電話相談システムを民間移行で弱体化消滅させていくの

は忍びがたい。現行システムの維持運営を基本とし、不足する機能を中央コールセンターで支援する体制の早期実現が望まれる。

4. 小児科医が集中する札幌市においても、勤務小児科医の補充困難で二次救急体制の維持が困難になりつつある。北海道の小児科専門医はこの10年間600名程度で頭打ちであり、今後高齢化で減少が予測される。より効率性の高いシステム、すなわち地域連携方式の採用や、初期から三次救急までを完結するER型小児救急センター整備を真剣に考えていく必要があると考えられる。

太田八千雄、山中 樹

2) 東北地域の小児救急医療に関する地域情勢

□青森県

一次救急は急病センターとして青森市、弘前市、八戸市に平日準夜、休日昼、準夜。他は小児科、内科医による休日在宅当直医制、病院当直医による診療を行っている。二次救急は津軽5病院、八戸4、青森5の輪番体制。三次救急は弘前大学、県立青森中央中病院、八戸市立病院で行っている。

まとめ：重点化は出来ない。救急の会議には参加している。地域連携は津軽生活保健伸生病院で行っている。電話相談は休日のみ、人口密度は少なく、医師不足であり重点化は難しい。

□岩手県

一次救急は盛岡市夜間診療所で平日・休日の準夜、奥州市こども夜間急患診療所は毎日夜間、宮古休日急患診

療所が休日昼。盛岡市玉山区、雫石町、滝沢村、柴波町、矢巾町、八幡平市、岩手町、花巻市、北上市、遠野市、気仙地区、久慈市、江刺市、一関市、東盤井地区の休日昼の当番医制をとっている。二次救急は盛岡市の5病院が小児科医による輪番制をとっている。その他、地域の県立病院、久慈、宮古、大船渡、中部、胆沢、盤井、二戸の各病院も他科医も含めて急患を受け付けている。三次救急は岩手医大救急救命センター、岩手県立久慈病院、大船渡病院。

まとめ：重点化は出来ない。会議は医会として参加していない。電話相談は準夜毎日、地域連携は県立宮古病院と宮古医師会で行っている。岩手は広く、人口密度は少なく、山が多く、交通不便であり、医師不足で重点化が難しい。

□秋田県

一次救急は秋田市立夜間応急診療所、大館市休日夜間急患センター、由利本荘広域市町村圏組合立休日応急診療所、大曲仙北広域大曲区休祭日に治医療センター、湯沢雄勝広域市町村圏組合休日夜間急患診療所、他の地域は在宅当番医制をとっている。二次救急は能代山本2、秋田は4、北秋田は2、由利本荘は3、大仙・仙北は3、横手は3、湯沢雄勝は2病院の輪番を行っている。大館、鹿角は救急病院として急患診療している。三次救急は秋田赤十字病院と秋田大学。

まとめ：重点化は出来ない。会議は参加している。電話相談は毎日夜間、地域連携は各地で行っている。秋田は広

く、山岳地域が多く、アクセスに時間を要し、人口密度も少なく、医師不足もあり、救急医療には難渋している。

□宮城県

一次救急は仙台市急患センター他5カ所で平日、休日昼・準深夜、石巻市夜間急患センターは休平日夜間、名取市休日夜間急患センターは休日昼夜間、塩釜地区休日急患診療センターは休日昼、その他は休日昼の在宅当番医制をとっている。二次救急は仙台地域7、大崎地域12、石巻地域5、仙南地域2、気仙沼地域3病院の輪番制をとっている。その他の地域は当直制をとって急患診療している。三次救急は東北大救命センター、仙台医療センター、仙台市立病院、大崎市民病院。

まとめ：重点化はうまくいっている。会議をもっている。地域連携も行っている。電話相談は日勤・準夜帯で行っている。東北では最も良く運営されている。

□山形県

一次救急、山形市医師会休日診療所は休日昼、山形市夜間急病診療所は休平日夜間、米沢市休日診療所、鶴岡市休日夜間診療所、酒田市休日夜間診療所は休日夜間、その他は在宅当番医制をとっている。二次救急は県立中央病院、山形市立済生館病院、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。会議に参加している。電話相談