

資料10 関東地域の小児一次救急施設 (3)

医療圏名	神奈川県	高崎休日夜間急患センター 高崎安中保健医療圏	筑西市夜間休日一次救急診療所 筑西広域	取手協同病院小児科 取手・龍ヶ崎医療圏	水戸市休日夜間緊急診療所 水戸保健医療圏
医療圏の小児一次救急施設数	10	7	2	2	
医師会名	横須賀医師会三浦市医師会他 横須賀市、三浦市、逗子市他	高崎市医師会、他3医師会 高崎市、藤岡市、富岡市、安中市	真壁医師会、結城医師会 筑西市、桜川市、結城市	取手北相馬医師会 取手市、守谷市、利根町	水戸医師会 水戸市、笠間市、小見玉市、他3町
主要都市					
政令都市					
医療圏面積 (平方km)	166.39	677	450	147	904.4
医療圏人口 (万人)	56	40.1	21	18	47.2
小児人口 (万人)	7.1	5.1	6.4		5.4
小児人口密度 (人/平方km)	100以上	50~100	100以上		50未満
地域医療センター-候補病院名	横須賀市立うわまち病院	国立病院高崎病院小児科	県西総合病院、城西病院	取手協同病院小児科	茨城県立こども病院
(小児科専門+小児科標榜他科開業) 医数	11+58	39+19	29名	3+37	14+68
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	0	17			32位
大学・小児病院勤務小児科医師数	0	0		0	0
一次体制/急患センター方式	あり	あり	あり		あり
地域連携方式					
輪番方式					
在宅方式					
その他の方式の有無					
同時帯に診療する時間外診療機関数	1	1施設 (17:30~22:30)			
地域医師会設立急患診療所の有無					
今後一次体制の一本化・移行・変更予定					
どの一次方式が適しているか	急患センター方式	急患センター方式 の体制を毎日実施出来るように努力	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式
診療時間帯	平日準夜開始/終了時間 平日深夜開始/終了時間 土曜日動開始/終了時間 土曜深夜開始/終了時間 土曜深夜開始/終了時間 日曜日動開始/終了時間 日曜日準夜開始/終了時間 日曜日深夜開始/終了時間	20:00~24:00 19:30~22:30 17:00~24:00 19:30~22:30 17:00~22:30 8:00~16:00 16:00~24:00 19:30~22:30	19:00~21:00 19:00~21:00	17:00~24:00 0:00~8:30 14:00~17:00 17:00~24:00 0:00~10:00 10:00~17:00 17:00~24:00 0:00~8:30	19:30~22:30 なし なし 19:30~22:30 なし 9:00~15:30 19:30~22:30 なし
制度開始年度	1977年6月		2007年6月	昭和61年4月	2003年5月
年間小児患者受診数	15500人		2100人	10000	9698人
出務医師数 (小児科専門)	24		38	0	32名位
出務医師数 (他科医師)	0			0	22
検査可能項目	血算CRP、FluAg、XP	FluAg	FkueAg	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	FluAg
治療可能項目	吸入、輸液、痙攣止め	吸入痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液
他科との連携	脳外科、外科、整形外科	脳外科、外科	脳外科、外科	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	
診療時間帯は適切か	適切	短い	少ない	適切	適切
診療体制の課題の有無	医師不足、年末年始GWに不足				
医師手当時給	13000円		休日10000円 夜間20000円		出務医45000円 院内医35000円位
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っていない	準備中	行っていない	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	記載なし	必要	必要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	記載なし	必要	必要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	記載なし	必要	必要	必要	必要

資料10 関東地域の小児一次救急施設 (4)

茨城県の小児一次救急施設	日上市休日緊急診療所	県西総合病院小児科	なめかた地域総合病院	ひたちなか市休日夜間診療所
医療圏名	茨城県研北地域	筑西	広域鉾田・鹿行	常陸太田・ひたちなか医療圏
医療圏の小児一次救急施設数	1	2	2	2
医師会名	日上市医師会	真壁医師会	水郷医師会、鹿嶋市都市医師会	ひたちなか市医師会他3医師会
主要都市	日上市	筑西市、桜川市、下妻市	鹿嶋市、鉾田市、行方氏	ひたちなか市/常陸太田/常陸大宮各市他
政令都市	なし	なし	なし	
医療圏面積 (平方km)	225.5		260	1280
医療圏人口 (万人)	19.94		10.5	37
小児人口 (万人)	2.746		1.4	5.5
小児人口密度 (人/平方km)	100以上	50未満	50~100	50未満
地域医療センター候補病院名	日立製作所総合病院		なめかた地域総合病院	日立製作所水戸総合病院
(小児科専門+小児科標榜他科開業) 医数	8+13	3 (1名での病院勤務3)	3	6+63
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	4	8	10名前後	8
大学・小児病院勤務小児科医師数	0	0	3	0
一次体制: 急患センター方式	あり	あり (県西病院小児科医2名体制)	あり	あり
地域連携方式				
輪番方式				
在宅方式				あり
その他の方式の有無				
同時開業に診療する時間外診療機関数	4			6施設
地域医師会設立: 急患診療所の有無	なし	あり	あり	あり
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	なし	なし	なし
どの一次方式が適しているか	急患センター方式	地域連携方式	地域連携方式	医療圏が広く医師会も4つまとまらない
診療時間帯	平日深夜開始/終了時間	18:00~19:00 (診療終了は19:30から20時頃)	17:00~19:30	19:00~21:30 (ひたちなか市だけの情報です)
	平日深夜開始/終了時間	なし (当直医からのオンコールによる)		
	土曜日動開始/終了時間	なし (当直医からのオンコールによる)		
	土曜深夜開始/終了時間	なし (当直医からのオンコールによる)		19:00~21:30 (ひたちなか市だけの情報です)
	日祭日動開始/終了時間	なし (当直医からのオンコールによる)		
	日祭日深夜開始/終了時間	9:30~10:30	10:00~11:00	9:00~15:30
	日祭日深夜開始/終了時間	なし (当直医からのオンコールによる)		19:00~21:30 (ひたちなか市だけの情報です)
制度開始年度	1970年8月	2005年	2000年6月	休日: 1994年、平日: 深夜は2003年4月
年間小児患者受診数	2200~2300	2100人	3000人	土日: 2900人、平日: 深夜2600人
出務医師数 (小児科専門)	23	院内小児科勤務医2名	2	休日: 16名、平日: 深夜は開業医6名勤務医4名
出務医師数 (他科医師)	5	0	0	休日: 11名、平日: 深夜は0
検査可能項目	FluAg	血算CRP、血液生化学、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP
他科との連携	吸入、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め
診療時間帯は適切か	適切	適切	短い	適切
診療体制の課題の有無	年末年始、繁忙期に問題	地域の小児科医が少ない	時間が短すぎる	体制は良いが、開業医が少なく出務回数が多い
医師手当: 給付	出務医 11500円 (少ない)	手当が少ない	勤務医2000円	出務医休日64500円/44000 (適切な額と思う)
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っている	行っていない	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	必要	必要 (混雑時には必要)
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	不要	必要
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	不要	必要
運営状況				

資料10 関東地域の小児一次救急施設 (5)

医療機関名	茨城県立こども病院 茨城県東部 茨城県北医療圏	茨城県西南医療センター病院 茨城県西南医療圏	水戸医師会病院 県央・県北医療圏	茨城県西南医療センター病院 茨城県西南医療圏	土浦協同病院 茨城県南東部	石岡市緊急診療所
医療圏の小児一次救急施設数	2	2	2	2	8施設	0
医師会名	水戸市、日立市他3市	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	古河市、猿島郡医師会 古河市、坂東市、境町	土浦市医師会他7医師会 土浦市他5市	石岡市医師会
主要都市	水戸市、日立市他3市	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	古河市、坂東市、境町	土浦市他5市	石岡市
政治都市	水戸市、日立市他3市	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	水戸市、ひたちなか市、常陸太田市他	古河市、坂東市、境町	土浦市他5市	なし
医療面積 (平方km)	2700	2045	2045	300	1800	213
医療圏人口 (万人)	108	79	79	33	102	8
小児人口 (万人)	16	10.9	10.9	5	14	1
小児人口密度 (人/平方km)	50~100	50~100	50~100	100以上	50~100	50/医療
地域医療センター候補病院名	茨城県立こども病院他2病院	茨城県立こども病院	県立こども病院	茨城県西南医療センター	土浦協同病院、取手協同病院	なし
(小児科専門+小児科連携他科開業)医数	23 (水戸18名、ひたちなか市6名)+13名	23 (水戸18名、ひたちなか市6名)+13名	23 (水戸18名、ひたちなか市6名)+13名	5+ (5~10)名	28	2+15
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	24	24	24	9名	31	1 (常勤)+4 (非常勤)
大学・小児病院勤務小児科医数	19	19	19	0	4	0
一次体制:急患センター方式	県央 (ひたちなか、水戸) 小児休日夜間診療所	県央 (ひたちなか、水戸) 小児休日夜間診療所	県央 (ひたちなか、水戸) 小児休日夜間診療所	なし	なし	あり
地域連携方式	県北 (2病院で)	県北 (2病院で)	県北 (2病院で)	あり	あり	あり
輪番方式	なし	なし	なし	あり	あり	なし
在宅方式	なし	なし	なし	あり	あり	なし
その他の方式の有無	なし	なし	なし	あり	あり	なし
同時間帯に診療する時間外診療機関数	3~4施設	0	0	1施設	なし	0
地域医師会設立急患診療所の有無	水戸市医師会が休日夜間緊急診療所運営	なし	なし	なし	なし	ある
今後一次体制の本化・移行・変更予定	不明	不明	不明	なし	なし	なし
どの一次方式が通じているか	センター方式、休日夜間では救急車は受けていない。直ぐに入院出来る体制がよい。	センター方式、休日夜間では救急車は受けていない。直ぐに入院出来る体制がよい。	センター方式、休日夜間では救急車は受けていない。直ぐに入院出来る体制がよい。	ERとは別に急患センターがあつた方がよい。ERが混雑するため	地域連携方式は小児科専門医のみ 急患センターは他科医師を含む	急患センター方式
診療時間帯	平日 深夜開始/終了時間 平日 深夜開始/終了時間 土曜 日動開始/終了時間 土曜 深夜開始/終了時間 日祭 日動開始/終了時間 日祭 深夜開始/終了時間	県央:水戸休日夜間:19:30~22:30、県北:18:00~24:00 こども病院:23:00~3:00、県北:深夜対応なし 水戸市:日中は診療所が開いている 水戸市休日夜間:19:30~22:30、県北:9:00~15:00	県央:水戸休日夜間:19:30~22:30、県北:18:00~24:00 こども病院:23:00~3:00、県北:深夜対応なし 水戸市:日中は診療所が開いている 水戸市休日夜間:19:30~22:30、県北:9:00~15:00	17:00~24:00 0:00~9:00 11:00~17:00 17:00~24:00 9:00~17:00 17:00~24:00 0:00~9:00	24時間、365日体制 24時間、365日体制 24時間、365日体制 24時間、365日体制 24時間、365日体制 24時間、365日体制 24時間、365日体制	1979年6月 1786名 延べ197名 ほとんど他科医師
制度開始年度	県北H14年10月 県央H15年 こども病院H16年8月	1973年11月	1973年11月	2002年11月に部分輪番制発足	1993年4月	1979年6月
年間小児患者受診数	水戸休日夜間30名 (水戸医師会員) 深夜 (こども病院7名)	9700人	9700人	12000人	20000人	1786名
出務医師数 (他科医師)	30名 (開業医18名勤務医3名他科9名)	9	9	院内6名と院外3名	0	ほとんど他科医師
検査可能項目	検査は全部は出来ない	FluAg, XP	FluAg, XP	血算CRP、血液生化学、FluAg, XP	血算CRP、血液生化学、FluAg, XP	FluAg
治療可能項目	吸入、輸液、痙攣は止めることが出来る	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入
他科との連携	外科	外科	外科	脳外科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、脳外科、整形外科	外科
診療時間帯は適切か	短いのではないだろうか?	適切	適切	適切	適切	適切
診療体制の課題の有無	医師を増やさなければ現状以上は望めない	適切	適切	いつか輪番制はつづける (2病院では他月1回)	院内医師の休みが少なく手当も低い	小児救急でないのが問題
医師手当時給	標準15000円、深夜10000円	出務医50000円 (日勤も深夜も同じ、適切)	出務医50000円 (日勤も深夜も同じ、適切)	出務医30000万円 (少ない)	出務医20000円、院内医師2600円	10000円 (適切)
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っていない	行っていない	準備中	行っている	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要
深夜3時以降患者を受け入れる体制がない県北から100km	県央からでも50kmの搬送必要 救急車は子供病院が	必要	必要	必要	必要	必要
全て受けるので重症者は交通外傷以外救える。	必要	必要	必要	必要	必要	必要

資料11 中部・東海地域の小児一次救急施設 (1)

医療圏名	静岡東海地域の小児一次救急施設	静岡県浜松市	静岡市立清水病院小児科	静岡市急病センター 静岡市葵区駿河区	わたなべ小児科クリニック 静岡市清水区	志太・榛原地域救急医療センター 志太・榛原医療圏
医療圏の小児一次救急施設数	浜松医師会	静岡市清水医師会	静岡市医師会	1	1	1
医師会名	浜松市	静岡市	静岡市	静岡市医師会 静岡市	焼津市医師会 焼津市、藤枝市、	焼津市医師会 焼津市、藤枝市、
主要都市	浜松市	静岡市	静岡市	静岡市	静岡市	静岡市
医療圏面積 (平方km)	1511	1411	1411	1388	242	1243
医療圏人口 (万人)	81	71	71	71.8	24	49
小児人口 (万人)	11	10	10	10	3.1	6.3
小児人口密度 (人/平方km)	50未満	100以上	100以上	100以上	100以上	50~100
地域医療センター候補病院名	聖隷浜松病院他3病院	静岡市立静岡病院、静岡県立小児病院	静岡市立静岡病院、静岡県立小児病院	静岡市立清水病院	静岡市立清水病院	静岡市立総合病院、焼津市立総合病院
(小児科専門+小児科標榜他科開業) 医数	41+20程度			25+24	14+5	8+61
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	40名程度			9	9	0
大学・小児病院勤務小児科医数	10名程度			0	0	0
一次体制:急患センター方式				あり	あり	あり
地域連携方式						
輪番方式	あり	あり	あり	あり	あり	
在宅方式						
その他の方式の有無					あり	
同時間帯に診療する時間外診療機関数	なし	2~3施設	2~3施設	5	現在2方式併存 2 (内科、外科)	なし
地域医師会設立急患診療所の有無	ある	ある	ある			なし
今後一次体制の本化・移行・変更予定 どの一次方式が適しているか	なし	なし	なし			なし
急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式			急患センター方式
センター化が望ましいか意見が一致しない						
診療時間帯	平日深夜開始/終了時間 平日深夜開始/終了時間	20:00~11:30	17:00~21:00	19:00~22:00	18:00~21:00	19:30~23:30
平日深夜開始/終了時間	24:00~6:00 (内科系のみ)				21:00~8:30	
土曜日勤務開始/終了時間	14:00~18:00		12:00~18:00		13:00~18:00	
土曜深夜開始/終了時間	20:00~11:30				18:00~21:00	19:30~23:30
土曜深夜開始/終了時間	24:00~6:00 (内科系のみ)				21:00~8:30	
日祭日勤務開始/終了時間	9:00~17:00		8:30~17:00		8:30~18:00	
日祭日深夜開始/終了時間	20:00~11:30		17:00~21:00		18:00~21:00	19:30~23:30
日祭日深夜開始/終了時間	24:00~6:00 (内科系のみ)				21:00~8:30	
制度開始年度	2000年度	以下無回答		1975年11月	不明	2005年4月
年間小児患者受診数	6000人位			8400人	約7000人	2054人
出務医師数 (小児科専門)	100人位			51名	準壁台は約10名	81名 (19年度)
出務医師数 (他科医師)	30人位			0	3	29名 (19年度)
検査可能項目	FluAg					血算CRP、FluAg、XP
治療可能項目	吸入、輸液、経嚥を止める			吸入、輸液、経嚥を止める		吸入
他科との連携	適切			眼科、耳鼻科 適切		
診療時間帯は適切か	適切					
診療体制の課題の有無	深夜帯は診察しないできまり2次にまわす医師がいる					
医師手当時給	出務医1000円			15000円		出務医14000~17000円 (適切)
小児救急トリアージの実施状況	行っていない			行っていない	行っていない	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要			不要	不要	不要
トリアージガイドラインが必要か?	必要			不要	不要	不要
トリアージ講習会が必要か?	必要			不要	不要	不要
運営状況					将来他地区と合同の急患センターになれば 必要かもしれない	

資料11 中部・東海地域の小児一次救急施設 (2)

中部東海地域の小児一次救急施設		長野県長野市原山こどもクリニック	長野市	松本市小児科内科夜間急病センター	松本広域医療圏	松本市	松本市医師会	松本市	松本市医師会	上田市医師会救急センター	上小保険医療圏	諏訪地区小児夜間急病センター	諏訪医療圏	岐阜県高山市休日診療所
医療圏名	中部東海地域の小児一次救急施設	長野市	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
医療圏の小児一次救急施設数		長野市	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
医師会名	長野市医師会	長野市	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
主要都市	長野市	長野市	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
政令都市	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
医療圏面積 (平方km)	738	738	738	1869.1	1869.1	1869.1	1869.1	1869.1	1869.1	552+98	552+98	715.4	715.4	4177
医療圏人口 (万人)	38.2	38.2	38.2	42.9	42.9	42.9	42.9	42.9	42.9	20.8	20.8	20.8	20.8	16
小児人口 (万人)	5.52	5.52	5.52	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	2.9	2.9	2.9	2.9	2
小児人口密度 (人/平方km)	50~100	50~100	50~100	50未満	50未満	50未満	50未満	50未満	50未満	50以下	50以下	50以下	50以下	50以下
地域医療センター候補病院名	長野赤十字病院	長野赤十字病院	長野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	信州大学、安曇野赤十字病院	国立病院機構 長野病院	国立病院機構 長野病院	諏訪中央病院	諏訪中央病院	高山赤十字病院 (山岸篤至先生)
(小児科専門+小児科標準他科開業) 医数	18+38	18+38	18+38	13+75	13+75	13+75	13+75	13+75	13+75	15	15	15	15	4+25
大学・小児病院勤務小児科医数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
一次体制: 急患センター方式	あり (月曜~土曜)	あり (月曜~土曜)	あり (月曜~土曜)	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
地域連携方式														
輪番方式														
在宅方式	あり (日祭日)	あり (日祭日)	あり (日祭日)											
その他の方式の有無														
同時帯に診療する時間外診療機関数	2	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
地域医師会設立急患診療所の有無	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
どの一次方式が適しているか	急患と在宅方式 (内科系)	急患と在宅方式 (内科系)	急患と在宅方式 (内科系)	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式
診療時間帯	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間	平日準夜開始/終了時間
平日準夜開始/終了時間	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	20:00~23:00	20:00~23:00	19:00~21:00	19:00~21:00	20:00~22:00
土曜夜間開始/終了時間	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00					
土曜夜間開始/終了時間	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	20:00~23:00	20:00~23:00	19:00~21:00	19:00~21:00	20:00~22:00
土曜深夜開始/終了時間	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00					
日祭日動開始/終了時間	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00	9:00~18:00					
日祭日動開始/終了時間	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00					
日祭日準夜開始/終了時間	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00	23:00~6:00					
日祭日深夜開始/終了時間	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2008年4月	2004年4月17日	2004年4月17日	2007年6月	2007年6月	2008年12月
年間小児患者受診数	1370人	1370人	1370人	5997人	5997人	5997人	5997人	5997人	5997人	約1600人	約1600人	5268人 (2007年6月~08年5月)	5268人 (2007年6月~08年5月)	4~5名/日
出務医師数 (小児科専門)	40	40	40	253	253	253	253	253	253	70	70	2008年4月現在登録医80名	2008年4月現在登録医80名	7
出務医師数 (他科医師)	10	10	10	0	0	0	0	0	0	54	54			3
検査可能項目	血算CRP、血液生化学、FluAgXP	血算CRP、血液生化学、FluAgXP	血算CRP、血液生化学、FluAgXP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP	血算CRP、FluAg	血算CRP、FluAg	FluAg	FluAg	FluAg
治療可能項目	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入	吸入	輸液
他科との連携	外科 (準夜帯急病センター方式)	外科 (準夜帯急病センター方式)	外科 (準夜帯急病センター方式)	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、外科、整形外科	耳鼻科	耳鼻科	なし	なし	
診療時間帯は適切か	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	
診療体制の課題の有無	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	良い	
医師手当時給	12000円 (少ない)	12000円 (少ない)	12000円 (少ない)	15000円 (適切)	15000円 (適切)	15000円 (適切)	15000円 (適切)	15000円 (適切)	15000円 (適切)	17800円 (適切)	17800円 (適切)	15000円、土日17000円	15000円、土日17000円	
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っている	行っている	行っていない	行っていない	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	必要	不要	不要	不要	不要	不要	不要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	必要	不要	不要	不要	不要	不要	不要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	必要	不要	不要	不要	不要	不要	不要	必要	必要	必要	必要	必要

資料II 中部・東海地域の小児一次救急施設 (3)

中部東海地域の小児一次救急施設		新潟県上越市	柏崎市休日夜間急患センター 柏崎・刈羽
医療圏名	上越市夜間急患センター		
医療圏の小児一次救急施設数	4		2
医師会名	上越医師会	柏崎市刈羽郡医師会	
主要都市	上越市	柏崎市	
政令都市	なし		
医療圏面積 (平方km)	2165	442	
医療圏人口 (万人)	29.185	9.4	
小児人口 (万人)	4.14	1.1	
小児人口密度 (人/平方km)	50未満	50未満	
地域医療センター候補病院名	未定	国立新潟病院	
(小児科専門+小児科標準他科開業) 医数	23+36	2+2	
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	23	7	
大学・小児病院勤務小児科医数	0	0	
一次体制:急患センター方式	あり	あり	
地域連携方式	なし	なし	
輪番方式	なし	なし	
在宅方式	あり	なし	
その他の方式の有無			
同時帯に診療する時間外診療機関数	なし	1 (7:00~10:00)	
地域医師会設立急患診療所の有無		あり	
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	なし	
どの一次方式が適しているか	急患センター方式	急患センター方式	
診療時間帯	平日深夜開始/終了時間 平日深夜開始/終了時間	19:30~22:00	19:00~22:00
土曜日動開始/終了時間			
土曜深夜開始/終了時間	16:00~		
土曜深夜開始/終了時間	~21:00		
日祭日動開始/終了時間	9:00~16:00		9:00~12:00
日祭日深夜開始/終了時間	16:00~21:00		
日祭日深夜開始/終了時間			
制度開始年度	昭和53年		2007年4月
年間小児患者数	8000名		1000人程度
出務医師数 (小児科専門)	112名		23名
出務医師数 (他科医師)	100名		大部分が他科医師
検査可能項目	血算CRP、FluAg、XP		血算CRP、FluAg
治療可能項目	吸入、輸液		吸入
他科との連携	なし		脳外科、外科、整形外科
診療時間帯は適切か	短い		適切
診療体制の課題の有無	他科との連携がない		土曜日が対応できない
医師手当時給	9000円		51000円
小児救急トリアージの実施状況	行っていない		行っていない
小児救急トリアージは必要か?	無回答		不要
トリアージガイドラインが必要か?	必要		不要
トリアージ講習会が必要か?	必要		不要

資料12 近畿地方の小児一次救急施設 (1)

近畿地域の小児一次救急施設	乙訓休日応急診療所	宇治市休日急病診療所	津市休日応急夜間こども応急クリニック	鈴鹿市休日応急診療所	奈良県三室休日応急診療所
医療圏名	乙訓医師会	山城北医療圏	中勢伊賀	北勢	西諸保健医療圏
医療圏の小児一次救急施設数		診療所94, 病院14	2	13	1
医師会名	長岡京市、日向市	宇治久世医師会、相楽医師会	津地区医師会	鈴鹿市医師会、亀山市医師会	玉寺町周辺広域医師会
主要都市		宇治市、城陽市、他	津市	鈴鹿市、亀山市	玉寺町、河合町、上牧町
政令都市		なし			
医療圏面積 (平方km)	32.8	257.7	710.8	385.5	72.7
医療圏人口 (万人)	14.9	44.6	28	25.5	15
小児人口 (万人)	2.1	6.29	4	3.9	2
小児人口密度 (人/平方km)	100以上	100以上	50~100	100以上	100以上
地域医療センター候補病院名			国立病院機構津病院	鈴鹿中央総合病院	県立三室病院
(小児科専門+小児科標榜他科開業) 医数	7+27	診療所94, 病院14		13+71	4+15
大学・小児病院勤務小児科医数				5	5
一次体制急患センター方式	あり	あり	あり	あり (応急診療所)	あり
地域連携方式					
輸送方式					
在宅方式					
その他の方式の有無					
同時帯に診療する時間外診療機関数	なし	1~2施設	なし	応急診療所	0
地域医師会設立急患診療所の有無	なし	なし	なし	なし	0
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	なし	なし	なし	なし
どの一次方式が適しているか	急患センター方式	無回答	急患センター方式	地域連携方式	急患センター方式
診療時間帯	平日準夜開始/終了時間		19:30~23:30	19:30~22:30	夜間はセンター方式の診療施設が必要 10:00~21:00
	平日深夜開始/終了時間				
	土曜日動開始/終了時間				
	土曜深夜開始/終了時間		19:30~23:30	19:30~22:30	
	土曜深夜開始/終了時間				
	日祭日動開始/終了時間	9:30~16:30	9:00~17:00	9:30~16:30	10:00~17:00
	日祭日深夜開始/終了時間		19:30~23:30	19:30~22:30	18:00~21:00
	日祭日深夜開始/終了時間				
制度開始年度	1982年9月	1979年8月	平成14年4月	1992年12月	1979年5月
年間小児患者受診数	2867人	815人	6000人	5791人	2360人
出務医師数 (小児科専門)	年間146名 (平成19年度実績)、2名/日x67日	1日1~2名 年間92名	延べ 470	90	48
出務医師数 (他科医師)	3人/日x4日 (年末)	年間28名 (他科48名、小児科15名)		58	30
検査可能項目	FluAg	FluAg		FluAg	FluAg
治療可能項目	輸液	吸入、輸液		吸入、輸液	吸入、輸液、痙攣止め
他科との連携	適切	適切		眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	外科
診療時間帯は適切か	良い	良い		適切	短い
診療体制の課題の有無	11857円 (適切)	14200円	深夜帯の医療体制	深夜対応が困難	深夜、平日夜間の対応が出来ない
医師手当時給	行っていない	行っていない	15000円 (適切)	18380円 (適切)	16250円
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っていない	行っていない	記載なし	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	不要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	不要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	不要	必要	必要

資料12 近畿地方の小児一次救急施設 (2)

医療圏名	近畿地域の小児一次救急施設	三重県	松阪市休日夜間応急診療所	伊賀市応急診療所	橿原市休日夜間応急診療所	奈良県	豊能広域こども急病センター
医療圏の小児一次救急施設数	1	4	1	6	中南和医療圏	豊能医療圏	
医師会名	大津市医師会	松坂地区医師会	伊賀市医師会	8地区医師会(桜井、宇陀、高田他)	豊中、池田、吹田医師会		
主要都市	大津市	松坂市、伊勢市、鳥羽市	伊賀市	大和高田市	箕面市、豊中市、		
政令都市							
医療圏面積(平方km)	374	1991	558	3114	275		
医療圏人口(万人)	33.4	48	10	69.6	100		
小児人口(万人)	4.3	6.4	1.28	9.4	13.9		
小児人口密度(人/平方km)	100以上	50未満	50未満	50未満	100以上		
地域医療センター候補病院名	大津赤十字病院	なし	岡波総合病院	大和高田市立病院(砂川晶生先生)	未定		
(小児科専門+小児科標榜他科開業)医数	概数で10+40名	16+75	3+5		70+190		
大学・小児病院以外の勤務小児科医数		0	3	24	約40名		
大学・小児病院勤務小児科医師数			あり	あり	約60名		
一次体制:急患センター方式	あり				あり		
地域連携方式		あり					
輸送方式							
在宅方式							
その他の方式の有無	なし						
同時帯に診療する時間外診療機関数			0	開業施設5カ所	一次:1カ所、二次:2カ所、三次:2カ所		
地域医師会設立:急患診療所の有無			なし	なし	なし		
今後一次体制の一本化・移行・変更予定			なし	なし	あり		
どの一次方式が適しているか			地域連携方式	地域連携方式	輪番制		現状でよい
診療時間帯	平日深夜開始/終了時間	19:30~22:00	20:00~23:00	21:30~	19:00~		
	平日深夜開始/終了時間	22:00~22:30		~6:00	~7:00		
	土曜日動開始/終了時間	19:30~22:00	20:00~23:00	21:30~	15:00~		
	土曜深夜開始/終了時間	22:00~22:30		~6:00			
	日曜日動開始/終了時間	9:00~17:00	9:00~17:00	10:00~12:00	13:00~18:00		
	日祭日深夜開始/終了時間	19:30~22:00	20:00~23:00		9:00~		
	日祭日深夜開始/終了時間	22:00~22:30			~7:00		
制度開始年度	2005年4月	1981年10月	2006年7月	平成19年4月1日	2004年4月		
年間小児患者受診数	約1万人	4876人	4226人	8000人	32000人		
出務医師数(小児科専門)	43名	12	19		91		
出務医師数(他科医師)	20数名	5	3		91		
検査可能項目	血算CRP、血液生化学、FluA&XP	FluA&B	FluA&B	FluA&B	血算CRP、血液生化学、FluA&B、XP		
治療可能項目	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入	吸入	吸入、輸液、痙攣止め		
他科との連携	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科		
診療時間帯は適切か	適切	適切	適切	適切	適切		
診療体制の課題の有無		小児科医師数が少ない	小児科医師数が少ない	小児科医師数が少ない	深夜帯に対応できない		
医師手当時給	出務医11000円、院内医師2000円	8200円(少ない)	10000円(適切)	10000円(適切)	10000円		
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない	行っていない		
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	不要	必要	必要		
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	不要	必要	必要		
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	不要	必要	必要		



資料13 中国四国地域の小児一次救急施設 (1)

中国四国地域の小児一次救急施設	市立三次中央病院 広島県北広島圏	広島市立舟入病院(夜間救急診療所) 広島	尾道総合病院 広島県尾道三ヶ浜区	国立病院機構広島西医療C 広島県大竹市	尾道市立市民病院	三原市休日急患診療所 三原市	広島県北広島圏 広島県北広島圏	三原市休日急患診療所 三原市	広島県北広島圏 広島県北広島圏
医療圏名	市立三次中央病院 広島県北広島圏	広島市立舟入病院(夜間救急診療所) 広島	尾道総合病院 広島県尾道三ヶ浜区	国立病院機構広島西医療C 広島県大竹市	尾道市立市民病院	三原市休日急患診療所 三原市	広島県北広島圏 広島県北広島圏	三原市休日急患診療所 三原市	広島県北広島圏 広島県北広島圏
医療圏の小児一次救急施設数	4	1	3	なし	1	1	2施設	1	2施設
医療圏名	三次市医師会、庄原市医師会 三次市、庄原市	広島市医師会他医師会 広島市	尾道市、三原市、因島医師会 尾道市	大竹医師会 大竹市	尾道市医師会 尾道市	広島県三原市医師会 三原市	三次地区医師会、庄原市医師会 三次市、庄原市	広島県三原市医師会 三原市	三次地区医師会、庄原市医師会 三次市、庄原市
政令都市	三次市、庄原市	広島市	尾道市	大竹市	尾道市	三原市	三次市、庄原市	三原市	三次市、庄原市
医療圏面積 (平方km)	778	292	1000	78.6	294	471	2024	471	2024
医療圏人口 (万人)	10	132	27	3	15	10.4	9.9	10.4	9.9
小児人口 (万人)	1.4	19	3.3	0.38	1.5	1.3	1.4	1.3	1.4
小児人口密度 (人/平方km)	50~100	50~100	50未満	50未満	50~100	50未満	50未満	50未満	50未満
地域医療センター整備状況	市立三次中央病院	広島舟入病院	小尾道総合病院	未定	未定	なし	市立三次中央病院	なし	市立三次中央病院
(小児科専門小児科棟他特設科棟) 施設数	2+3	80	14+17	なし	9	5+2	2+13	なし	2+13
大学・小児科棟以外の勤務小児科医数	6	70	13	7	0	5	6	0	6
大学・小児科棟勤務小児科医数	0	20	1	0	0	0	0	0	0
一次体制急患センター方式	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
地域連携方式	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
種番方式									
在宅方式									
その他の方式の有無									
同時等に診療する時間外診療施設数	0	なし	0	なし	0	0	2施設	0	2施設
地域医師会設立急患診療所の有無	0	なし	0	あり	0	あり	なし	あり	なし
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
どの一次方式が適しているか	地域連携方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	急患センター方式	地域連携方式	急患センター方式	地域連携方式
診療時間帯	平日夜間開始/終了時間 00:00~24:00 平日夜間開始/終了時間 00:00~8:30 土曜夜間開始/終了時間 9:00~17:00 土曜夜間開始/終了時間 17:00~24:00 土曜夜間開始/終了時間 00:00~8:30 日祭日開始/終了時間 9:00~17:00 日祭日開始/終了時間 17:00~24:00 日祭日開始/終了時間 00:00~8:30 2004年4月 7000人 6+大学からの出診医 0	18:00~23:00 23:00~8:30 9:00~18:00 18:00~23:00 23:00~8:30 9:00~18:00 18:00~23:00 23:00~8:30 昭和22年 約5万人 約10名 全員	17:00~24:00 0:00~9:00 9:00~17:00 17:00~24:00 0:00~9:00 9:00~17:00 17:00~24:00 0:00~9:00 以下尾道総合病院の診療状況 10000人	17:15~20:00 0:00~9:00 8:30~20:00 20:00~24:00 0:00~9:00 8:30~20:00 20:00~24:00 0:00~9:00 2007年4月 1000人 5 5	20:00~24:00 0:00~7:00 20:00~24:00 0:00~7:00 20:00~24:00 0:00~7:00 1978年10月 2000人 10~15名 0	19:00~22:00 0:00~7:00 20:00~24:00 0:00~7:00 2003年6月1日 1500人 7 0	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め 眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な 適切な	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め 眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な 適切な	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め 眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な 適切な
制度開始年度	2004年4月	昭和22年	以下尾道総合病院の診療状況	2007年4月	1978年10月	2003年6月1日	平成18年7月	2003年6月1日	平成18年7月
年間小児患者受診数	7000人	約5万人	10000人	1000人	2000人	1500人	1500人	1500人	1500人
出診医師数 (小児科専門)	6+大学からの出診医 0	約10名 全員	0	5	10~15名 0	7	1	0	1
検査可能項目	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	FluAg 吸入、輸液、座薬止め	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め	血算CRP、血液生化学、FluAg、XP 吸入、輸液、座薬止め
治療可能項目	眼科、耳鼻科、外科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な	眼科、耳鼻科、整形外科、整形外科 適切な
診療時間等	適切な	適切な	適切な	適切な	適切な	適切な	適切な	適切な	適切な
診療時間の課題の有無	良い大学からの出診医への依存が高い 5000円 処方無回答(適切)	常勤医師の負担が重い 出診急(3300円、院内医師なし(少ない))	少ない 行っていない	小児科医不足地域医師との協力連携が少ない 行っていない	二次救急診療へ一次患者が直接受診 出診急約1万円、院内医師5000円(わからず)	新しい小児科医が来ないため担い手が減少 10000円(適切)	適切な	適切な	適切な
医師手当て	良い大学からの出診医への依存が高い 5000円 処方無回答(適切)	常勤医師の負担が重い 出診急(3300円、院内医師なし(少ない))	少ない 行っていない	小児科医不足地域医師との協力連携が少ない 行っていない	二次救急診療へ一次患者が直接受診 出診急約1万円、院内医師5000円(わからず)	新しい小児科医が来ないため担い手が減少 10000円(適切)	適切な	適切な	適切な
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	行っている	行っていない	行っていない	おこなっていない	おこなっていない	行っていない	おこなっていない	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
トリアージは必要だが看護師不足で実現困難									

資料13 中国四国地域の小児一次救急施設 (2)

中国四国地域の小児一次救急施設	徳島赤十字病院小児科 徳島県南部	高知市休日夜間急患センター・ 平日夜間小児急患センター	県立幡多けんみん病院 幡多保健医療圏	高知市急患センター 高知県 中央保健医療圏
医療圏名	徳島県南部	高知市医師会	四万十市医師会	高知市医師会他医師会
医療圏の小児一次救急施設数	なし	0	0	高知市、南国市、土佐市、他11市町村
医師会名	阿南市、小松島市	高知市医師会	四万十市医師会	高知市、南国市、土佐市、他11市町村
主要都市		高知市	四万十市、宿毛市	
政令都市		高知市	四万十市、宿毛市	
医療圏面積 (平方km)	324.2	3000	10	3008.7
医療圏人口 (万人)	12	57	1.3	57.030
小児人口 (万人)	1.5	7.5	50未満	7.505
小児人口密度 (人/平方km)	50未満	50未満	50未満	50未満
地域医療センター候補病院名	徳島赤十字病院小児科	なし	6	高知医療センター
(小児科専門+小児科標榜他科開業) 医数	5	20+50	24	27+33
大学・小児病院勤務小児科医数	9	17	あり	32
一次体制/急患センター方式	あり	あり		17
地域連携方式				あり
輪番方式		あり		
その他の方式の有無				0
同時帯に診療する時間外診療機関数	小児救急拠点病院として1次~3次救急対応 (10名)	高知市休日夜間急患センター		なし
地域医師会設立急患診療所の有無				なし
今後一次体制の本化・移行・変更予定				急患センター:地域連携方式だと開業医が電子カルテを使用できない。高い報酬が困難
どの一次方式が適しているか				20:00~23:00
診療時間帯	平日深夜開始/終了時間 平日深夜開始/終了時間 土曜日動開始/終了時間 土曜深夜開始/終了時間 土曜深夜開始/終了時間 日祭日動開始/終了時間 日祭日深夜開始/終了時間	24時間、365日対応 2交代制 (当直ではない) 時間外過剰労働の回避 全ての診療科が24時間体制で対応 検査部、放射線、薬剤部も24時間体制で対応 日勤:8:40~17:10 (7時間45分勤務45分休憩平日2~3名休日2名) 日勤:夜寝り:8:40~21:30 (11時間50分勤務、60分休憩連日1名) 夜勤:16:40~翌日9:30(6時間50分勤務、60分休憩連日1名) 日祭日深夜開始/終了時間	安芸医療圏と幡多医療圏で二次医療を担っている 県立安芸病院と幡多けんみん病院がある 幡多けんみん病院小児科医5名 (2名は女性) 総病床数355床	1981年休日急患センター1999年平日夜間小児 11460人 (平成20年1~12月)
制度開始年度	平成13年度	平成11年4月	安芸病院2430人 (H18年) 幡多けんみん病院6643名	
年間小児患者受診数	時間内1万人時間外平成20年より時間外選定療養費3150円徴収すると患者数は1.8万人に減った	9000人	5名	178名
出務医師数 (小児科専門)		82名	0	116名
出務医師数 (他科医師)		20名		
検査可能項目		FluAg		FluAg
治療可能項目		吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め
他科との連携			眼科、耳鼻科、脳外科、外科、整形外科	
診療時間帯は適切か		適切	適切	適切
診療体制の課題の有無			よい	よい
医師手当時給		16500円 (適切)	公務員規定による (適切)	13800~16500円 (適切)
小児救急トリアージの実施状況		行っていない	定義がよくわからない (以下の記載内容判断不能)	行っていない
小児救急トリアージは必要か?		必要		
トリアージガイドラインは必要か?		必要		不要
トリアージ講習会が必要か?		必要 (現行体制でも十分対応できている)		不要

資料14 九州沖繩地域の小児一次救急施設

医療圏名	佐賀市休日・夜間こども診療 佐賀中部医療圏	熊本市医師会熊本地域医療センター 熊本中央小児医療圏	済生会川内病院
医療圏の小児一次救急施設数	1	2	北薩 10施設
医師会名	佐賀市、 佐賀市、多久市、小城市	熊本医師会 熊本市	川内、薩摩郡、出水郡医師会 薩摩川内市
主要都市			
政令都市			
医療圏面積(平方km)	793.15	熊本市267+郡市部2860	1570
医療圏人口(万人)	35.7	67.3(熊本市]+29.8(郡市部)=97.1	22.2
小児人口(万人)	5.3	10(熊本市]+郡市部=14.5	3.27
小児人口密度(人/平方km)	50~100	50~100	50未満
地域医療センター候補病院名	佐賀県立病院	熊本市は独自名称=小児医療拠点化施設=2	済生会川内病院
(小児科専門+小児科標準他科開業)医数	19+65	40+40人	12+35
大学・小児病院以外の勤務小児科医数	14	流動的(40~50人)	18
大学・小児病院勤務小児科医数	24	80人	0
一次体制/急患センター方式	あり		
地域連携方式		あり	あり
輪番方式			
在宅方式			
その他の方式の有無			
同時間帯に診療する時間外診療機関数	2	1カ所はフルタイム出務、1カ所は日曜出務	5施設
地域医師会設立急患診療所の有無	なし	ある	ない
今後一次体制の一本化・移行・変更予定	なし	ないが、現状でよいわけではない	ある
どの一次方式が通しているか	地域連携方式	地域連携方式	輪番制
診療時間帯	1次から3次までの完結型がよい 20:00~22:00	目標:小児救急医による小児救急(初期からPICUまで) 開始時刻:18時から(日勤帯~19時は病院医師)終了時刻:翌朝8時フルタイム フルタイム	18:00~20:00 20:00~6:00
平日深夜開始/終了時間			20:00~11:00
土曜日動開始/終了時間			18:00~20:00
土曜深夜開始/終了時間	17:00~22:00		20:00~6:00
日曜日動開始/終了時間	9:00~17:00		9:00~18:00
日祭日準夜開始/終了時間	17:00~22:00		18:00~20:00
日祭日深夜開始/終了時間			
制度開始年度	2000年4月	昭和56年	1997年4月
年間小児患者受診数	14000人	22000人	2000人
出務医師数(小児科専門)	36	60名	35名
検査可能項目	0	39名	23名
治療可能項目	血算crp	血算CRP、血生化学、FluAg、XP	血算CRP、FluAgXP
他科との連携	吸入、輸液、痙攣止め	吸入、輸液、痙攣止め 脳外科外科	吸入、輸液、痙攣止め
診療時間帯は適切か	適切	適切	適切
診療体制の課題の有無	1次救急目指すが時間外診療主体	小児救急が専門でない小児科医が必死に対応(外科疾患や真の救急必要児に対応出来ない)	良い
医師手当時給	10000円(少ない)勤務時間帯により1.25~1.5	院内医師は梁夜担当、手当て格差なし	出務医10000円、院内医記載なし(適切)
小児救急トリアージの実施状況	行っていない	準備中	行っていない
小児救急トリアージは必要か?	不要	必要	必要
トリアージガイドラインが必要か?	不要	必要	必要
トリアージ講習会が必要か?	不要	必要	必要
	一次のみを対象としたセンターではトリアージ 必要ないのでないか		

## #8000事業の評価検討に関する研究 —#8000の現状、機能と今後の方向性—

分担研究者 渡部 誠 一 土浦協同病院

### 研究要旨

**目的：**各都道府県の#8000の現状と#8000に対する考え方を知る。#8000利用者・保護者の#8000に対する評価を検討する。**方法：**全国の都道府県の#8000担当課へ調査用紙を送付した。北海道、千葉県、広島県で行った、保護者と#8000利用者へのアンケート結果を集計した。**結果：**相談員への調査Aに46都道府県が、実施者への調査Bに36都道府県が回答した。2008年、2009年の2年間の8～11月4カ月間の相談件数は全国で85,223件、150,453件で、2008年に比し2009年は1.77倍増加した。全国の#8000需要は年間30～45万件と推定される。全国の相談員は1,800名である。各県の実施状況は2008年度に比べて連日実施78%→87%、深夜帯実施11%→22%、複数回線化40%→54%、民間委託22%→37%へそれぞれ整備が進んでいる。#8000の認知度は30～60%、#8000利用者は7%、相談者は3歳未満67%、相談後に受診しない率は約50%、満足度・再利用希望は80%以上であった。#8000に対する要望は実施時間・曜日の拡大と複数回線化要望が大きい。#8000の目的・機能は保護者の不安軽減、受診の適正化・受診の要否判断の援助、家庭内療法のアドバイス、子育て支援の4点が再確認された。自由記述で集めた意見から、診療/相談機能の分離、受診後の家庭療養支援、地域小児医療の育成の3機能を新たに認識した。電話相談員指導者研修・講習会、その他の#8000に関する講習会・連絡会、#8000情報センター（情報収集・提供）の設置、#8000全国センター（深夜帯・日勤帯電話受付）、#8000 Webサイト、等の全国システムへの賛成が50～60%で期待が大きい。**考察：**#8000について保護者の満足度は高く、時間・曜日拡大と複数回線化の要望がある。#8000の需要と都道府県の状況をみると、これ以上の事業拡大は、全国的システムで行う方が効率がよい。ただし、#8000には上記の7つの機能があり、#8000は小児救急医療のゲートキーパーではなく、セーフティネットとして成熟してきた。とくに小児科医と看護師が協働する地域小児医療の育成機能は大きな意義があり、現在の各県の現状を維持しつつ、全国的システムで#8000事業を拡大するのがよい。**結論：**#8000は上記の7つの機能があり、保護者は事業拡大を望んでいる。#8000には地域小児医療の育成機能も有し、現在の各県の事業を維持しつつ、全国システムで事業を拡大することが望ましい。

## 研究目的

2008年の衛藤班の報告「#8000の現状と今後の課題」において、#8000の継続・拡大には全国的なシステム作りが必要であると結論した<sup>1)</sup>。それを受けて、2009年、保科班「小児救急電話相談の実施体制および相談対応の充実に関する研究」班は#8000の全国的システムを目指して活動を続けている。研究班での議論および2009.09.05の市民公開シンポジウム<sup>2)</sup>を通して、#8000の目的・コンセプトの多様性を認識した。これは、2004年以来、#8000が都道府県ごとに整備されて、それぞれの県がそれぞれ異なる目的・コンセプトを有して独自に成長してきた歴史があること、小児救急医療体制・小児医療資源の都道府県ごとに相違があることが背景にある。今後の#8000の事業拡大を全国レベルで行うためには、全国の#8000に対するコンセプトをある程度集約して、共通理念を明らかにしておかなければならない。また、#8000の必要性・効果についての検討が必要である。

2009年に世界的に流行した、豚由来新型インフルエンザH1N1は日本でも混乱を引き起こしたが、全国同時に共通の小児救急ニーズをもたらした点で注目される。インフルエンザ・パンデミック時の#8000の状況を評価することは有用であると思われる。以上より、2つの研究を行った。

### <研究1>

各都道府県の#8000の現状と#8000に対する考え方を知ることを目的に、全国の#8000実施機関へ、2008年から2009年にかけての#8000事業の変化、新型インフルエンザ・パンデミック時の電話相談の状況、

各県の#8000についての考え方（目的・コンセプト）の3点を調査した。

### <研究2>

#8000利用者・保護者へアンケート調査を行ったデータを集めて、#8000利用者・保護者の#8000に対する評価を検討した。

### 対象および方法

研究1：2009年12月に、全国の都道府県の#8000担当課へ、表1の調査用紙を送付した。今回は各県の#8000についての考え方（目的・コンセプト）を知るために、相談員・実施者に尋ねる調査A以外に、事業の主体者に尋ねる調査Bを加えた。とくに、調査Bで#8000の理念・コンセプトについて記載をお願いした。全国システムの全国センター、研修、マニュアル、Webサイト（図1）についての設問も設けた。インフルエンザ・パンデミックで忙しい時期を避け、ピークを越えた12月の発送になった。#8000を実施していない沖縄県を除く46都道府県から回答を得た。調査Aは46都道府県が、調査Bは36都道府県が回答した。以下に示す比率は調査Aが46、調査Bが36を母数とする。

研究2：北海道、千葉県、広島県で行った、保護者、#8000利用者へのアンケート結果を集計した。北海道で行った調査1は、#8000利用者を対象として相談時に説明して了解を得る→後日電話で再確認して住所を聞く→調査用紙を郵送、の手順で行った。調査2、3は北海道と千葉県で乳児健診時に質問票を渡して回答を得た。調査4は、広島県で小児医療情報提供網の会員に対して携帯電話で行った。

## 研究1の結果

調査回答機関は、調査Aは行政が主体で、他に小児科医会、医師会、委託病院、看護協会・相談員（看護師）、民間業者であった（表2）。民間業者が2社・3県で回答した。調査Bは小児科医会が39%と比較的多くを占めた。

### <調査Aの解析>

連日実施率は87%で、不可は6県（1道5県、以後は便宜上、都道府も含め全て県として記載する）で、昨年度の78%より9%増加した。連日未実施県は、今後、連日実施を検討していた。

実施時間帯は、準夜帯が全ての県、深夜帯が10県22%、休日日勤帯が11県24%で、昨年度の深夜帯実施率11%よりも増加した。電話回線数は1回線21県46%、2回線16県35%、3回線5県11%、4回線2県4%、6回線1県2%で、複数回線化54%で昨年度の40%よりも14%増加した。センター方式は36県78%、在宅12県24%であった。固定電話39県85%、携帯電話16県35%であった。

相談員数は39県が回答し、民間委託の重複をのぞくと、合計1,780名で、全国で約1,800名以上の相談員が居る。相談を最初に受けるのは43県93%が看護師であった。相談員は43県93%が専任で、3県7%のみ併任であった。

民間委託は17県37%で、昨年度の10県22%より15%増加した。全事業を民間委託している県と、深夜帯等の一部を民間委託している県がある。深夜帯実施の10県中8県が民間委託を利用している。

2008年と2009年の8-11月4ヵ月間の相

談件数を調査した。2008年8月18,831件、2008年9月19,715件、2008年10月21,807件、2008年11月24,870件、2009年8月29,464件、2009年9月33,779件、2009年10月40,018件、2009年11月47,192件で、2008年が計85,223件、2009年が150,453件で、平均1.77倍増加した。

設問3、昨年より件数が増加した要因については、インフルエンザ・パンデミックに伴う一時的な増加72%、システムの変更26%、周知度が増した74%、今後必要度・需要はますます高まる50%であった。

設問4、今後、回線数の増加については、回線数の増加が必要37%、現状のままでもよい52%。設問5の相談受付時間の拡大は、深夜帯に拡大必要33%、休日日勤帯へ拡大必要9%、準夜帯のみでもよい37%、連日にした方がよい（現在連日実施でない所）9%であった。

設問6、インフルエンザ・パンデミックに#8000は有用・必要かについては、有用・必要74%、有用でない・必要でない9%で、有用でないとした県はインフルエンザについて別の電話窓口を設置したことを理由にしていた。

設問7、インフルエンザ・パンデミックに#8000が有用・必要な理由は、保護者の不安軽減39%、受診の適正化50%、家庭内療法のアドバイス22%の3点をあげていた。保護者の不安軽減については、新型インフルエンザの情報の不足による保護者の不安・マスメディアによる住民の誤解・不安に対して正しい情報を提供する機能、受診患者増加・医療機関混乱による医療機関での説明不足に対してカバーする機能を指摘していた。受診の適正化については、イン

フルエンザですぐに受診すべきかどうかについて助言、病院受診時の注意事項・感染予防対策について説明して医療機関での感染拡大の予防、を指摘していた。家庭内療法のアドバイスについては、重症化する症状・家庭での観察点の助言を指摘していた。

設問8、#8000の目的は保護者の不安軽減89%、受診の適正化・受診の要否判断の援助78%、家庭内療法のアドバイス61%、トリアージ43%、育児不安に対して35%、医療機関の紹介41%であった。

設問9、医療機関の紹介については、医療機関の紹介を#8000の機能に含める63%、別のシステムにしている28%であった。

設問10で昨年度の報告、および、今年の保科班の主題である全国システムについて質問した。結果を表3に示す。必要と回答した者が50%を越えるが、とくに全国的な#8000情報センター（情報収集・提供）の設置を希望する意見が多い。

### <調査Bの解析>

調査Bの回答は36県のみで、西日本の回収率が低い傾向にあった。

設問12、インフルエンザ・パンデミックに#8000が有用・必要かは、有用・必要である78%、有用でない・必要でない6%であった。設問13、インフルエンザ・パンデミックに#8000が有用・必要な理由については、保護者の不安軽減42%、受診の適正化56%、家庭内療法のアドバイス28%の3点以外に、受診の際の注意事項を伝えること、感染拡大防止に役立つこと、重症化回避・重症児の早期受診を勧めるトリアージ機能をあげていた。一方、インフルエンザ・パンデミック対応は#8000の本来の目的で

はないとする意見もあった。

設問14、#8000の目的は、保護者の不安軽減86%、受診の適正化・受診の要否判断の援助75%、家庭内療法のアドバイス78%、トリアージ47%、育児不安に対して44%、医療機関の紹介44%であった。

設問15、#8000のコンセプトの質問については、保護者の不安の解消44%、適正な受診の支援44%、家庭での対処法を伝える11%、等の前述の目的と同様のものに加えて、小児医療の専門家が相談に応じる22%、地域の小児救急医療の底上げ14%、病院小児科医の負担軽減11%、子育て支援8%、等の意見があった。

設問16、#8000の効果については、保護者の不安の軽減31%、受診の適正化42%、家庭療法のアドバイス3%、子育て支援11%、地域救急医療レベルの向上（医師・コメディカルの連携も含む）6%であった。

設問17、今後どのように#8000を展開すべきかについては、回線数増・時間延長22%、全国的システム28%、周知に努める6%、成人や他科を含めた相談事業6%、各県の事情に合わせて6%、であった。少数意見では、全国センター化は地域の実情を反映しづらい、現代社会では親の孤立化はさらに進むので#8000の意義は高まる、育児力をはぐくむ、などの意見が得られた。全国システムについては表4の通りである。調査Aと同様の傾向であるが、全国センターについては慎重であった。

### 研究2の結果

表5に研究2の4調査の概要を示した。調査1は#8000利用者への調査で、調査2～4は保護者への調査である。調査1は

#8000利用者の評価を前向き研究で行ったもので、対象99名、回答者の95%が母親で、核家族は85%であった。初めて#8000を利用したのは79%、相談対象者の年齢は1歳未満27%、1歳以上3歳未満39%、3歳以上33%で、男女差無し、相談内容は急病54%、けが8%、服薬の相談36%であった。

## 考察

### <#8000の需要と供給>

2008年、2009年の2年間の8～11月4ヵ月間の相談件数はそれぞれ85,223件、150,453件で、1年間の相談件数30～45万件と推定され、2008年に比し2009年は1.77倍増加した。増加した要因はインフルエンザ・パンデミックが大きいですが、それ以外にシステムの変更、周知度と必要度・需要の増加の因子がある。今後も#8000件数は増加すると思われる。

昨年度に比べて連日実施78%→87%、深夜帯実施11%→22%、複数回線化40%→54%、民間委託22%→37%へそれぞれ増加して、#8000事業の拡大・整備が進んでいる。深夜帯実施の10県中8県が民間委託を利用しており、時間拡大に対する民間委託の効果は大きい。

#8000件数のデータから、#8000の時間拡大・曜日拡大・複数回線化を考えると、都道府県の人口サイズが問題になる。たとえば、人口60万人の県では、上記データから推定して、年間相談件数最大年間2千人、1日平均6人になり、単独県で時間拡大・曜日拡大・複数回線化を進めるのは効率が悪い。人口100万人未満の県が8県、100万人以上200万人未満の県が21県あるが、それらの県に対して、単独で現状以上の時間・

曜日拡大や複数回線化を進めるように求めるよりは、全国センター化や隣接する複数県の連携を進めることを検討する方が合理的である。現在、#8000に係わる電話相談員は全国で1,800名以上と算出されるが、複数県対応や全国センター化で効率化するとよいと思われる。ただし、各県に#8000を構築したことの意義が、後述する地域小児医療の育成の点もあり、現状を縮小するのは好ましくない。

1年間に時間外受診する小児は小児人口の1/4と言われており、全国では約450万人と推定される。従って、今回の調査から推定した1年間の#8000件数30-45万件はその受診患者の10-15分の1に過ぎない。この点において#8000は小児救急のゲートキーパーにはなり得ない。

### <#8000の評価、効果>

#8000実施者の評価だけでなく、相談者・保護者の評価も必要であり、研究2を行なった。#8000の認知度は28%～58%である。昨年度の報告（文献1）でも認知度30～40%であり、#8000の認知度はまだ低い。#8000利用者は北海道、千葉県で7%であった（北海道は#8000を知っている者の中で7%）。相談者の子どもの年齢は調査1より、3歳未満が67%で年少児が多い。横浜市の2006年のデータでは3歳未満が49%であった。小児救急受診行動調査で実際に受診する小児の年齢は3歳未満41%であり、電話相談の方がより低年齢の傾向がある。これは、#8000の目的に育児支援をあげる意見があることと一致している。満足した77～91%、今後利用する84～93%、事業の重要性を評価する93～98%で、満足度は高



く、保護者にとって必要なものになっている。

相談の結果、医療機関を受診したのは27～58%、受診せずに済んだのは42～59%で、受診しない率は約50%である。#8000に対する要望は、実施時間・曜日の拡大（61～68%）、複数回線化要望（つながりにくい）（11～28%）の2点が大きい。

表5の4調査は、調査方法が郵送、健診日当日記入、携帯電話の3種類の方法を用いていた。いずれの方法も、今後の研究デザインの参考になる。

### <#8000の目的と機能>

今回の調査は、#8000の目的、コンセプトを都道府県に質問した。自由に考えを述べてもらうために、選択枝ではなく、自由記述の質問を多くした。そこからわかってきたことは、多くの回答者が、#8000の目的ではなく、#8000の機能を書いたことである。我々は「#8000の目的は何か。」「#8000の出発点は何か。」を求めて、調査し、議論してきた。そこに大きな間違いがあったと気づいた。目的と機能を一緒にして論じてみる。

今回の調査で、#8000の目的・機能は保護者の不安軽減、受診の適正化・受診の要否判断の援助、家庭内療法のアドバイス、子育て支援の4点であることが調査A（#8000の直接担当者、相談員）、調査B（#8000事業立案者、実施者）で再確認された。小児救急受診理由の第一は子どもの急病に対する保護者の不安であることが示されている<sup>3)</sup>が、今回のインフルエンザ・パンデミックでは、情報の不確かさと変化のために、保護者の不安が非常に強かった。

調査結果から、以下のような#8000の新たな機能を認めた。受診前の相談では、受診するか家庭内療法にするか、家庭内療養ではどんなことに気をつけるか、受診する時はどのような注意が必要か、などの情報を提供していた。受診後の相談では、薬の飲ませ方、薬の注意点、家庭内療法の仕方、再受診のタイミングなどの情報を提供していた。さらに、#8000は小児科医と看護師が協働して行う地域医療を育てる、地域小児医療育成の機能がある。

図2に#8000の新しい機能の概念図を示す。2004年に#8000が開始され、#8000に相談してから医療機関を受診するか、自宅療養するかを選ぶ、トリアージ機能、受診抑制効果を期待した。しかし、最近、#8000の新たな方向性が見えてきた。図2の機能aは、従来から電話相談のニーズは存在し、医療機関は救急外来や病棟業務を行いながら、電話相談を受けてきたもので、診療と相談機能の併任では診療機能を圧迫するために、分離を図り、救急病院が#8000への相談を勧めるようになったことである。全国で唯一#8000を行っていない沖縄県は、インフルエンザ・パンデミック時に県立病院で併任で行う電話相談が、診療を妨げることが問題になって、来年度から#8000を開始する準備を始めた。機能bは受診前だけでなく、受診後に疑問点や薬の飲ませ方・注意点などについて、保護者が#8000へ問い合わせる自宅療養を行う行動である。受診後に小児救急医療を補い、家庭療養を支援する。研究2調査1でも36%が服薬の相談であり、他の調査でも薬の問い合わせは多い。機能cは、地域小児医療の育成の機能である。#8000は小児

科医が、子どもたち・保護者達の方へ手をさしのべ、耳を傾け、相談に乗る姿勢を打ち出したもので、看護師と共通の基盤で、話し合い、協力し合い、小児医療を行う。#8000の主役は看護師であり、そこには看護師を信頼しサポートする小児科医の姿が見え隠れするからこそ、保護者達が安心して相談してくる。#8000は小児科医がコメディカルと協働する、新しい医療を具現化した。これらの新しい3つの機能により、#8000は小児救急医療のゲートキーパーではなく、セイフティネットとして成熟してきた。

#### <#8000の全国システム化>

今後の#8000の連日実施、時間拡大、複数回線化のためには、全国的視野で効率的なシステムを作ることが必要になる。急増する#8000のニーズと相談員の不足ゆえ、電話相談員指導者研修・講習会、その他の#8000に関する講習会・連絡会、#8000情報センター（情報収集・提供）の設置、#8000全国センター（深夜帯・日勤帯電話受付）、#8000Webサイト、等のデザインを提案して賛同が得られた。特に、全国的な指導者講習会、#8000全国情報センター、#8000Webサイトへの賛成は6割であった。全国センターについては慎重論がある。現状の都道府県単位の#8000事業を縮小することへの警戒感である。#8000の地域医療育成機能を考慮すると、現在芽生えている医師・看護師が協働して行う地域医療を摘み取ることは、マイナス面が大きい。都道府県の#8000事業を維持しつつ、それを補い、保護者達が満足し安心する#8000に成長させていきたい。

#### <まとめ>

#8000の現状、目的、評価を本研究で検討した。全国システムを作るために、どうしても必要な作業だからである。#8000の需要は年間30~45万件、小児救急の10~15分の1で、受診抑制は1/2にとどまるが、機能として、保護者の不安軽減、受診の適正化・受診の要否判断の援助、家庭内療法のアドバイス、子育て支援、診療/相談機能の分離、受診後の家庭療養支援、地域小児医療の育成の7つの機能を持つ（表6）。満足度は80%以上と高く、時間・曜日拡大と複数回線化の要望が強い。全国的システムの整備を進めることが必要である。調査Bで#8000のコンセプトの回答の中に、「現代社会で孤立化が進む保護者たちに寄り添う。」という意見があった。小児医療に従事する者たちが、このコンセプトを抱いて協力し合うのが、#8000である。

#### 結語

#8000の現状調査、評価を行い、#8000の7つの機能を明確にした。#8000を維持・拡大し、全国システムを構築することにより、より良い#8000へ育てていく。

#### 文献

- 1) #8000の現状と今後の課題、衛藤班, 2008年度報告書
- 2) 市民公開シンポジウム：いま、行くべきか、明日まで待ってもよいか—#8000の有効利用を考える、保科班2009年度報告書
- 3) 小児救急外来受診における患者家族のニーズ, 日本小児科学会雑誌, 110 (5) : 696-702, 2006

表1-1 #8000のアンケート調査A、B

FAXは029-823-1160(土浦協同病院)へお願いします。

### #8000のアンケート調査のお願い

昨年度、厚生科学研究「小児救急のあり方に関する研究」(班長:衛藤義勝・慈恵医科大学教授)において「#8000のあり方についての緊急アンケート調査」をお願いしました。報告書「#8000の現状と今後の課題」を同封しましたのでご査収ください。

今年度は、さらに、#8000の必要性の検討とシステムの構築を進めるために、厚生科学研究「小児救急電話相談の実施体制および相談対応の充実に関する研究」(班長:保科清・日本小児科医会会長)を進めています。現在、インフルエンザ・パンデミックで、#8000のニーズはますます高まっており、注目されています。#8000の目的、必要性、効果、問題点、改善点などを検討するため、アンケート調査を再度お願いすることになりました。

インフルエンザ・パンデミック時の#8000の必要性・意義に加えて、昨年の報告書に述べました#8000の全国的システム(全国センター・研修システム)についても、現場の皆様の御意見を伺うのが目的ですので、よろしくお願いします。

このアンケートは厚生省ホームページに掲載されている各都道府県の#8000担当者へ送付しています。アンケートAは可能な限り電話相談員代表者がお答えください。また、アンケートBは#8000事業の責任者(小児科医)がお答えください。各県の現状・問題点・要望を反映した報告書を目指していますので、率直なご意見をお寄せください。長文でもかまいません。

新型インフルエンザ対応でお忙しいことと存じますが、12月28日までに返送をお願いします。昨年同様、回答はFAXとしますが、メールで返信いただける方は処理上歓迎しますので、渡部まで連絡ください。アンケートファイルを送信します。アンケートA、アンケートBの回答者が別の施設の場合は、FAX番号を連絡いただければ、そちらへ再送します。問い合わせ先は下記へお願いします。

敬具

平成21年12月4日

厚生労働省

「小児救急電話相談の実施体制および相談対応の充実に関する研究」

主任研究者 保科清 (日本小児科医会会長)

同、分担研究者 渡部誠一

太田八千雄、沼口俊介、杉原雄三、岩佐充二、白石裕子

#### 連絡先:

土浦協同病院(つちうらきょうどうびょういん)小児科 渡部誠一(わたなべせいいち)

【電話】029-823-3111 【FAX送付先】029-823-1160

【郵送先】〒300-0053 茨城県土浦市真鍋新町11-7 土浦協同病院

【e-mail】swatanab@beige.ocn.ne.jp

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

表1 - 2

FAXは029-823-1160(土浦協同病院)へお願いします。

#8000のアンケート調査A

可能な限り電話相談員代表者がお答えください。

都道府県名: \_\_\_\_\_、回答者氏名: \_\_\_\_\_

所属: \_\_\_\_\_、メールアドレス \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

1. 現在のシステムについてお答え下さい。今年度、変更になった点は下線を引いて下さい。  
(記入 or ○で囲む)

- ① 回線数 ( )回線
- ② 相談受付時間 準夜帯( : )から( : ) 24時間表記  
深夜帯( : )から( : ) 休日日勤帯( : )から( : )
- ③ センター方式か、在宅か ( センター方式 在宅 )  
センター方式とは場所を決めて集まる方式、在宅とは自宅に居て携帯電話を使う方式
- ④ 固定電話か、携帯電話か、両方か ( 固定電話 携帯電話 )
- ⑤ 相談員総数 ( )名 全部で何名居るかです
- ⑥ 相談員(直接最初に相談を受ける人)は ( 看護師 医師 その他( ) )
- ⑦ 相談員は専任か ( 専任 併任(診療しながら電話も受ける) )
- ⑧ 民間業者利用 ( 民間委託はしていない 民間委託 民間委託を検討中 )

2. 月別電話相談件数は2008年と比べて、2009年は増えましたか。(数字を記入)

- ① 2008年8-11月: 8月= \_\_\_\_\_、9月= \_\_\_\_\_、10月= \_\_\_\_\_、11月= \_\_\_\_\_
- ② 2009年8-11月: 8月= \_\_\_\_\_、9月= \_\_\_\_\_、10月= \_\_\_\_\_、11月= \_\_\_\_\_

3 昨年より増えたと答えた方へ。増えた要因は何とご思いますか。(複数選択可)

- ① インフルエンザ・パンデミックに伴う一時的な増加。
- ② システムを変更(回線数増設、相談受付時間の拡大、など)したので。
- ③ #8000の周知度が増したために増加した。
- ④ 今後、#8000の必要性・需要はますます高まる。

4. 回線数の増設が必要とご思いますか。(○で囲む)

- ① 回線増設が必要。
- ② 現状でよい。

5. 相談受付時間の拡大(深夜帯、日勤帯)は必要とご思いますか。(○で囲む、複数選択可)

- ① 深夜帯に拡大が必要。
- ② 日勤帯に拡大が必要。
- ③ 準夜帯のみでよい。
- ④ 現在は毎日でないので、連日にした方がよい。

調査にご協力いただき、ありがとうございました。