

によって、現行体制での相談事業の実施が困難であったり、将来的に継続が困難となることが想定されるケースもあるため、民間委託の活用も必要ではないか。

- ・大規模自治体においては、「看護師による自前のコールセンター+地元小児科医のバックアップ」システムなどが実現しているケースもあるが、中小規模自治体では単独での対応が困難な場合も想定される。
- ・平成19年10月に日本小児科医会が全国センターによる直営の相談対応センター構想を提言したが、国による直接設置は難しいということで実現していない。早急に全国的な深夜帯の相談体制を整えるためには、必要に応じて民間委託も必要ではないか。

### (3) 検討の方向

#### ○都道府県毎の判断を尊重

- ・小児救急電話相談への対応は、都道府県が主体的に対応するものであり、民間電話相談会社への対応についても、基本的には各都道府県毎の判断を尊重すべきである。
- ・民間委託をする場合には、地域の小児科医療との連携の確保策などについての検討が必要である。

#### ○民間電話相談会社の相談の質の確保と連携

- ・既に全国の約3分の1の都道府県において、何らかの形で民間電話相談会社への委託を実施していることから、民間電話相談会社への委託自体を否定することは現実的ではないと

考えられる。

- ・このため、民間電話相談会社による小児救急電話相談の質の確保に留意するとともに、民間電話相談会社と連携しての小児救急電話相談の質の確保・向上のための取組みや、地域の小児救急関係者との連携促進について検討していくべき。

#### ○委託対象とする民間電話相談会社の選考

- ・現在は、厚生労働省が、都道府県に対する補助金事業において、委託対象として認められる民間電話相談会社のリストを提示している。民間電話相談会社による小児救急電話相談の質を確保するために、このリストへの掲載要件について、ガイドラインの整備なども含めてさらに検討する必要がある。

## 2. 全国センターの機能

### (1) 現状

#### ○全国的な調整状況

- ・現状では小児救急電話相談についての全国センターはなく、各自治体で対応できていない時間帯における小児救急電話相談の補完対応はもとより、小児救急電話相談の周知についての全国的対応や、小児救急電話相談の集計項目等の全国的統一すらなされていない。

#### ○各都道府県の課題

- ・上記1でも触れたように、多くの道府県では、深夜休祭日に勤務出来る看護師や小児科医を確保することは極めて困難であり、準夜帯で実施し

ている小児救急電話相談を、深夜帯等に拡大することが進んでいない。

#### ○全国センター設立の課題

- ・平成19年10月の（社）日本小児科医会の報告書では、小児救急電話相談全国センターが、全国を対象として、都道府県では対応できていない時間帯の相談対応をすべきだと提言されているが、小児救急電話相談への対応は都道府県の業務とされていることから、国の経費負担により相談対応機能まで有した全国センターを設置することが、現在の状況からは難しいことから、これまでこの提言は実現していない。

#### (2) 論点

○都道府県で対応できていない時間帯の相談を補完対応する全国センターをめざすべき

- ・各自治体で対応できていない深夜帯等の時間帯の補完対応をする全国センターをあくまでめざすべき。

○全国センターは、当面、情報センター機能に特化すべき

- ・相談対応については、基本的に各都道府県毎の対応に任せるべきであり、また、相談業務まで担う全国センターの設置は現時点では困難と思われることから、全国センターは、当面、情報センター機能に特化すべきである。

#### (3) 検討の方向

○当面、全国センターは情報センター機能に特化すべき

- ・都道府県で対応できていない時間帯の相談対応を補完対応する機能まで

も持つ全国センターの設置が困難な状況の中では、当面、相談対応の質の確保等のためには、全国の相談体制について調整するとともに情報を収集・共有、周知広報等を担う全国センターを整備することがまず必要。  
・この場合、深夜帯等への相談対応時間の拡大は、各都道府県独自の対応を期待することとなる。

#### ○設置方法

- ・全国センターの設置・運営については、都道府県単位では対応しにくい事業であり、国の小児科医療との連携が図られやすい機関に「小児救急電話相談全国情報センター（仮称）」として新たな組織を立ち上げ、国が設置・運営することが期待される。

### 3. 育児相談の位置付け

#### (1) 現状

##### ○#8000と育児相談

- ・#8000の基本は、子育ての安心の提供や子どもの急病等への対応相談や受診の必要性の判断の支援であり、これにより家庭の保育力の向上を期待。
- ・不要不急の時間外受診の抑制効果もある（実績では、当日受診は1～2割）。
- ・相談内容には、育児相談的なものも実際には含まれているが、自治体によっては、育児相談と判断した場合は、翌日にかかりつけ医等に相談するように指示して、小児救急電話相談として対応していない例もある。

## (2) 論点

### ○育児相談についての対応

- ・育児相談は、内容が多岐にわたり長時間を要する場合が多いため、小児救急電話相談として対応すべきかどうか、意見が分かれている。

## (3) 検討の方向

### ○基本的には対応すべき

- ・実際の相談に対応している相談員の意見には、育児相談を門前払いすると、重症児を早期に発見して受診行動を促す機会を逸してしまうという意見もあり、また、育児相談かどうかの判断も明確にはしがたい面もあるため、基本的には、一律に排除はせずに対応する必要があると考えられる。

### ○対応方法には工夫も必要

- ・小児救急電話相談の受付時においても育児相談であると判断される場合には、別に育児相談対応専任の相談員を用意して電話を転送するなどの工夫も必要であると考えられる。
- ・深夜帯等、単独の自治体で対応が困難な場合には、複数の都道府県の連携や民間電話相談会社への委託により対応することも考えられる。

## 4. #7119との関係

### (1) 現状

#### ○#7119の実施状況

- ・平成19年6月から、東京消防庁で「救急相談センター」として24時間365日体制で、受診アドバイスや診療可能な医療機関の紹介などの相談対応が開始された#7119との関係を整理

する必要がある。

- ・#7119は救急搬送の付帯事業であり、実施されている地域では、有効活用が期待される。
- ・#7119が、全年齢層を対象に、救急搬送の要否判断や医療機関紹介などを中心とするのに対して、#8000は、子どもに特化した急病等の相談であり、育児相談とのグレーゾーンも一定程度扱うことから、それぞれの存在意義があると考えられる。

## (2) 論点

### ○#8000と#7119との統合

- ・小児救急電話相談についての窓口を一本化すべき。

## (3) 検討の方向

- ・東京都における#7119の実施は、東京消防庁が、全国で唯一、都道府県レベルで広域的に管轄する組織ならではの特性を生かしたものである。
- ・他の道府県では、消防の管轄範囲と行政区域との違い等から、今後#7119がどう展開していくのか、消防庁のモデル事業の実施状況等を注視し、相互の効果的な連携を検討していく必要がある。

## 5. 相談の有料化等

### (1) 現状

- ・#8000の小児救急電話相談は、すべて無料で実施している。

### (2) 論点

- 小児救急電話相談の有料化や診療報酬化、寄付等の基金による運営の検討
- ・国の補助金に頼る現行の運営体制で

は不安定であり、相談の有料化や寄付等の基金による運営を検討すべきとの意見がある。

### (3) 検討の方向

- 当面、無料を前提として検討する
- ・小児救急電話相談は医療行為ではないという基本原則で実施しており、訴訟リスク等もあり、当面、無料を前提として検討を進める。
- ・小児救急電話相談は医療行為ではないという基本原則から、診療報酬等による対応も当面考えない。
- 運営経費について
- ・補助金による運営という現行システムの基本的な考え方を転換するのか、国の事業見直しも含めて要検討。

## Ⅵ 小児救急電話相談全国情報センター（仮称）の整備

小児救急電話相談については、相談の対応自体は現行どおり都道府県を主体として実施すべきだと考えられるが、相談対応に関する全国調整や、相談の質の確保・向上対策、相談事業の周知と小児救急に関する幅広い情報発信、相談によって得られた知見の小児医療へのフィードバックを、全国的な立場から調整、推進するために、「小児救急電話相談全国情報センター（仮称）」を、国が設置・運営することが求められる。

### 1. 目的

- 小児救急電話相談に関する全国調整
- 小児救急電話相談の質の確保・向上
- 小児救急電話相談の周知や小児救急等に関する情報提供

## 2. 全国情報センターの役割

### (1) 小児救急電話相談に関する全国調整や相談未対応時間帯の解消促進

- 相談内容の集計項目の統一など、全国的な情報収集のための調整
- 全国の都道府県別の曜日別・時間帯別相談対応状況等の情報提供

### (2) 小児救急電話相談内容の質の確保・向上対策

- 相談対応マニュアルの作成、相談対応研修カリキュラムの整備
- 相談員・指導者等に対する研修等の企画・実施や資格認定制度等の検討
- 相談支援情報システムの開発（相談者の地域疾病情報、相談歴情報、類似相談情報、もよりの医療機関情報など）

- 相談結果事後評価や、相談で得られた知見のマニュアルや小児医療への反映

- 小児救急電話相談に関する関係者の情報共有と連携の促進 など

### (3) 小児救急相談の周知と小児救急に関する情報発信

- 小児救急電話相談の広報・啓発活動
- ・#8000制度の周知・広報による認知度の向上

- ・相談者への満足度調査、相談事業の効果調査・分析

- 医療機関情報の提供

- ・もよりの医療機関と診療時間、場所など

- 小児救急医療に関する総合的情報提供

- ・#8000を小児救急全般の総合的情報提供窓口

小児救急電話相談の電話番号“#8000”を、電話相談だけでなく、ウェブサイト（ホームページ）などを活用した各種の情報提供により、小児救急の総合的情報提供窓口（子どもの救急のポータルサイト）へと発展させるべきである。

（例）#8000ウェブサイト（ホームページ）

○小児に関する医療情報の提供（動画含む）

救急時の対処法、子どもの医療の基礎知識、小児救急の仕組み、インフルエンザ、麻しんなどの感染症情報、地域における救急医療情報など、保護者等が自律的に学べるための情報提供、音声認識システム等による自動医療相談 など。

○医療機関情報の提供

・小児科医療機関検索、診療時間検索、地図情報、休日夜間急患センター情報（混み具合、待ち時間情報含む）、在宅当番医等情報。

○携帯電話による利用への対応（#8000携帯電話ウェブ）

・ホームページでの提供サービスの一部又は全部を携帯電話向けにも提供。

○その他

・デジタル放送を使つての当番医等の案内（#8000デジタル放送）など。

(4) 小児救急電話相談で得られた知見の小児医療へのフィードバック

○小児医療電話相談で得られた知見の整理

・相談事例の収集・分析により、小児救急への対応についての知見を深め

るとともに、保護者等への小児救急に関する情報提供などについて研究する。

○得られた知見の小児医療等へのフィードバック

・相談事例の収集・分析により得られた知見を、現場の小児科医療へのフィードバックや医療教育への活用を図るとともに、小児救急に関する情報発信等にも活用する。

## Ⅶ 今後の検討課題

### 1. 平成22年度における研究課題

○小児救急電話相談の効果の評価

・小児救急電話相談の効果の評価方法や経済効果評価の可能性の検討

○中小規模県での民間委託と地元小児科医との連携可能性の検証

・民間電話相談会社と地元小児科医との連携による電話相談事業の試行

○小児救急電話相談全国情報センターの機能の具体的検討

・相談内容分類項目の全国統一など、全国情報センターの機能の検討

・ウェブサイトを通じた、小児救急に関する総合的な情報提供内容の検討

・全国情報センターの運営体制の検討

### 2. 平成22年度における試行事業

民間電話相談会社による深夜帯への対応拡大の実証調査

#### (1) 趣旨

○小児救急電話相談の民間電話相談会社への委託は、全都道府県の約3分の1に当たる17県にまで拡大し、深夜帯では相談対応の10府県のうち8

県までが民間委託となっていることから、全国での深夜帯の相談対応実現の有力な方策の一つと考えられる。

○ただし、民間委託については、相談の質の確保への不安や各都道府県の現行の取組み体制への悪影響を懸念する意見もあることから、小児救急電話相談の深夜帯等への拡大について民間委託による試行事業を行い、実証的な課題や留意事項などの検討を行う。

## (2) 試行事業の枠組み

○まだ深夜帯の相談に対応していない都道府県が深夜帯の相談を実施する場合は、次の4つのパターンが考えられるが、このうち①のaについて試行事業を検討する。なお、①のbについても試行事業の実施希望があれば、比較調査として実施する。

- ①現在自前で実施している都道府県
  - a. 民間委託による深夜帯対応の試行
  - b. 自前での実施による深夜帯対応の試行
- ②現在民間委託により実施している県
  - a. 民間委託による深夜帯対応の試行
  - b. 自前での実施による深夜帯対応の試行（可能性は低いと思われる。）

### ○試行事業の主な内容

- ・期間：基本的には1か月間
- ・対応時間帯：午後10時又は11時から

朝8時までの深夜帯

- ・相談形態：看護師による一次対応と小児科医によるバックアップ
- ・民間委託先：現在、受託実績のある民間電話相談会社の中から実施都道府県が選定

### (3) 検証すべき事項

- 民間電話相談会社への委託について
  - ・相談内容についての検証、信頼性の確保方策
  - ・地域の小児科医療との情報共有やフィードバックなどの連携、地域性の反映など
  - ・既存のシステムへの影響など
  - ・委託と自前実施とのコスト比較など
- その他
  - ・深夜帯の相談ニーズ、必要電話回線数
  - ・相談員、実施主体の感想・意見 など

## 結論

1. 民間委託について、全国センターの機能、育児相談の位置付け、#7119との関係等を検討する必要がある。
2. 「小児救急電話相談全国情報センター（仮称）」とでも称する小児救急電話相談を推進するための全国情報センターを国が設置・運営することが必要。
3. 小児救急電話相談の効果評価、民間委託と地域との連携、総合的情報提供等も今後の検討課題となる。

**表1 準夜帯・深夜帯別の1か月当たり1時間当たり相談件数の比較**

都道府県	集計対象期間	1か月当たり1時間当たり相談件数		
		準夜帯(a) (19:00-23:00)	深夜帯(b) (23:00-08:00)	深夜帯/準夜帯 (b/a×100)
A	H19.7-H21.3 (1年9月)	59.5件	15.7件	26.4%
B	H21.8-H21.10 (3月)	91.3件	20.1件	22.0%
C	H19.4-H20.3 (1年)	388.3件	118.4件	30.5%

(注：Cについては、準夜帯は20:00-24:00、深夜帯は0:00-8:00の数値。)

**表2 準夜帯・深夜帯別の1日当たり1時間当たり相談件数の比較**

集計対象期間 (H20.1-H20.12)	1か月当たり1時間当たり相談件数		
	準夜帯(a) (19:00-23:00)	深夜帯(b) (23:00-08:00)	深夜帯/準夜帯 (b/a×100)
平日	6.6件	2.9件	44.3%
休日	7.5件	3.3件	43.4%

表3 小児救急電話相談事業実施状況

都道府県	実施時間帯	深夜	休日昼間	看護師	委託
1 北海道	19-23			○	
2 青森	休日のみ 19-22:30			○	
3 岩手	19-23			○	
4 宮城	19-23			○	
5 秋田	19:30-22:30			○	
6 山形	19-22			○	
7 福島	19-08	19-08		○	民間委託
8 茨城	18:30-23:30		09-17	○	
9 栃木	19-23			○	民間委託
10 群馬	19-24		09-24	○	民間委託
11 埼玉	19-23		09-23	○	
12 千葉	19-22			○	
13 東京	17-22		09-17	○	
14 神奈川	18-22			○	
15 新潟	休日のみ 19-22			○	
16 富山	19-09	19-09		○	民間委託
17 石川	18-23			△	22-23 民間委託
18 福井	19-23				
19 山梨	19-23			○	
20 長野	19-23			○	民間委託
21 岐阜	19-23		09-23	○	
22 静岡	18-23			○	民間委託
23 愛知	休日のみ 19-23			○	
24 三重	19:30-23:30				
25 滋賀	18-08	18-08	09-08	○	民間委託
26 京都	19-23		土 15-23	○	
27 大阪	20-08	20-08		○	
28 兵庫	18-24		09-24	○	
29 奈良	18-08	18-08	08-08 土 13-08	○	民間委託
30 和歌山	19-23			○	民間委託
31 鳥取	19-23		09-23	○	民間委託
32 島根	19-23		09-23	○	民間委託
33 岡山	19-23, 休日 18-23			○	
34 広島	19-22			○	
35 山口	19-22			○	
36 徳島	18-08	18-08		○	民間委託
37 香川	19-08	19-08		○	休日 19-23 以外は民間委託
38 愛媛	19-23			○	民間委託
39 高知	金・休日のみ 20-01			○	
40 福岡	19-07	19-07		○	23-07 民間委託
41 佐賀	19-23			○	
42 長崎	19-08	19-08		○	民間委託
43 熊本	19-24			○	
44 大分	19-08	19-08	09-17	○	
45 宮崎	休日のみ 19-23			○	
46 鹿児島	19-23			○	
47 沖縄	—				
計	46 うち全日 40	10 うち委託 8	12 うち委託 5		委託 17 県

(資料：厚生労働省調査、当研究班渡部班調査ほか)

(注1) 「休日」には、土曜日及び年末年始の休暇を含む。

(注2) 看護師対応について、石川県は民間委託部分については看護師対応。

(注3) 医師が直接対応しているのは、石川、福井、三重、京都、岡山、広島、香川。(看護師対応との併用を含む。)



平成21年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「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

1. 委員名簿

	氏名	所属
研究代表者	保科 清	(社)日本小児科医会会長, 国際医療福祉大学 教授
委員	石井 正三	日本医師会常任理事
	市川光太郎	日本小児科学会
	今村 孝子	山口県福祉保健部長(全国衛生部長会)
	岩佐 充二	日本小児科医会
	衛藤 隆	日本小児保健協会会長
	太田八千雄	日本小児科医会, 医療法人社団豊平おおたこどもクリニック
	倉重 弘	北九州市小児科医会
	桑原 正彦	日本小児科医会担当副会長
	洪 愛子	日本看護協会救急部長
	白石 裕子	日本看護協会看護研修学校
	杉原 雄三	広島県小児科医会理事
	内藤 裕郎	東京都医師会副会長
	沼口 俊介	日本小児科医会 常任理事, 東京都小児科医会理事
	橋本 康男	広島県総務局国際課長
	広野 優子	ER テレフォンクリニック代表
	福井 聖子	大阪府小児科医会
	平林 優子	聖路加看護大学 小児看護学 准教授
	山中 樹	日本小児科医会常任理事
	渡部 誠一	日本小児科医会小児救急委員会長
オブザーバー	石黒 満久	N T Tデータヘルスケアシステム事業部医療福祉事業部 医療企画担当
	新村 和哉	厚生労働省医政局指導課長
	中谷祐貴子	厚生労働省医政局指導課長補佐 (旧)
	中山 鋼	厚生労働省医政局指導課救急周産期医療対策室長
	馬場 征一	厚生労働省医政局指導課
	福原 康之	厚生労働省医政局指導課長補佐 (新)

(五十音順)

2. 研究会議開催状況

第1回研究会	平成21年 5月21日
第2回研究会	平成21年 8月21日
シンポジウム	平成21年 9月 5日
第3回研究会	平成21年11月 3日
第4回研究会	平成22年 1月30日

## (参考資料)

### 1. 小児救急医療の状況

○休日夜間急患センターの混雑状況（表1）

○休日夜間急患センター受診患者の9割は軽症患者（図1）

日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する調査2001」によれば、受診患者のうち中・重症患者の占める割合は、

・在宅当番医	8.9%
・休日夜間急患センター	9.8%
・二次救急病院	94.4%

適切な相談体制等があれば、受診しなかったかもしれないグループがいる可能性を示している。

### 2. 小児救急電話相談の状況

○当日病院に行った人は約2割（図2）

「広島県小児救急相談事業(2005)調査」によれば、電話相談した人のうち、すぐに自分で救急病院にいった人は18.3%、指示を受けて救急車を呼んで受診した人は0.6%で、当夜に医療機関に受診した人は、合計18.9%と20%に満たなかった。

### 3. 現行の電話相談システムへの評価と課題

○トリアージについてはある程度の効果はあるものの全体への影響は限定的

夜間急患センターへの受診抑制にはつながっているものの、休日夜間急患センターの受診者数に対して、電話相談を利用している者の割合はごく僅かであり、混雑解消の効果は限定的。より多くの人が相談できる体制の整備と

周知が必要。

○安心の提供には一定の効果

大丈夫とは思うがその確認のために相談の電話をした人も少なからずいるが、相談者へのアンケートでは概ね満足との回答であり、安心のための効果はあると思われる。

### 4. 小児救急電話相談の着信等の状況

（平成19年7、8月におけるH県小児救急電話相談への着信状況調査結果。なお、H県では、午後7時から10時までの準夜帯3時間のみ相談対応をしていた。）

#### (1) 着信の状況

○休日午後7時台がピーク（図3）

平日は時間帯が遅くなるほど相談件数が増えているが、休日は相談開始直後が最も多く、相談開始を待っていた人がいることを想定させる。

○相談非対応時間帯にも着信（表2）

相談時間帯以外は、日頃から自動音声対応で「相談時間外」であることをアナウンスしているにもかかわらず、各時間帯とも1～2件の着信があり、深夜帯や休日昼間における相談ニーズの存在を予想させる。

#### (2) 話中の状況

○最大4倍の着信数

1時間当たりの着信数が最も多い休日の午後7時台についてみれば、平均の着信数20件に対して相談対応件数は平均で4.7件となっている。

同一人物が何度もかけている場合もあるので一概には言えないものの、話中のために相談できなかった人は少なからずいると考えられる。

(3) 電話種別の状況

を確認できたもののうち65%は携帯電話からの発信であった。

○3分の2は携帯電話から

着信のあった電話のうち、発信番号

表1 広島市立舟入病院 (H18年度)

区 分	6/23~29 平均	12/31~1/4 平均 0:00~24:00
平日小児科 8:30-18:00	0:39	1:33
平日内科 8:30-18:00	0:58	1:28
休日昼間 8:30-18:00 小児科	0:47	—
夜間 (年末年始除く) 18:00-8:30 小児科	0:51	—

(内訳)	
受付~診察開始	0:45
診察開始~診察終了	0:27
診察終了~会計終了	0:10
会計終了~薬剤渡し	0:11
合 計	1:33

※ 平成18年の年末年始はインフルエンザの流行がなかったため、流行期の約4分の1の患者数であった。流行期には3時間待ちも。

表2 7, 8月の平日・休日別, 時間別総着信件数

平日/休日		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	総計
総 数	平日	15	14	7	3	3	4	5	3	7	6	5	11	12	7	8	11	9	22	61	321	329	374	51	19	1,307
		(深夜帯 22時~9時計 131)										(昼間 9時~19時計 152)										準夜帯計 1,024		深夜帯		
(盆 含)	休日	2	6	2	1	2	1	8	8	18	16	20	22	14	10	23	9	27	29	53	421	317	246	28	14	1,297
		(深夜帯 22時~9時計 90)										(昼間 9時~19時計 223)										準夜帯計 984		深夜帯		
平 均	平日	1.7	1.2	1.2	1.0	1.0	1.0	1.3	1.0	1.2	1.0	1.7	1.6	1.5	1.0	1.1	1.1	1.3	1.3	1.9	8.0	8.9	9.6	2.0	1.2	32.7
		深夜帯 22時~9時平均 1.2										昼間 9時~19時平均 1.3										準夜平均 8.5		深夜帯		
(盆 含)	休日	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.3	1.1	1.8	1.6	1.7	1.7	1.8	1.3	2.1	1.0	1.7	2.1	2.8	20.0	15.1	11.7	2.3	1.3	61.8
		深夜帯 22時~9時平均 1.4										昼間 9時~19時平均 1.8										準夜平均 15.6		深夜帯		

(注) 上段は、平成19年7,8月(8月31日除く)の総着信件数を示し、下段は1時間当たりの平均を示す。

図1 二次病院の小児救急患者の年齢構造

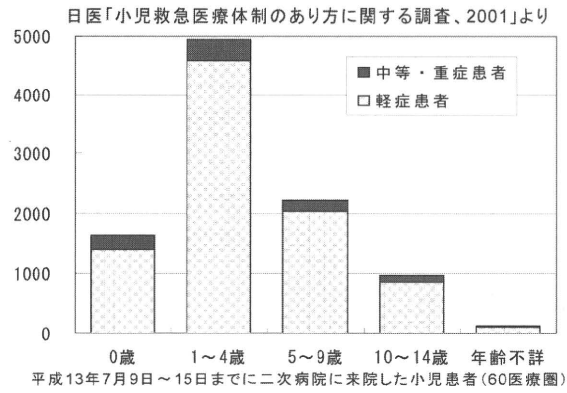


図2 小児救急電話相談後の行動

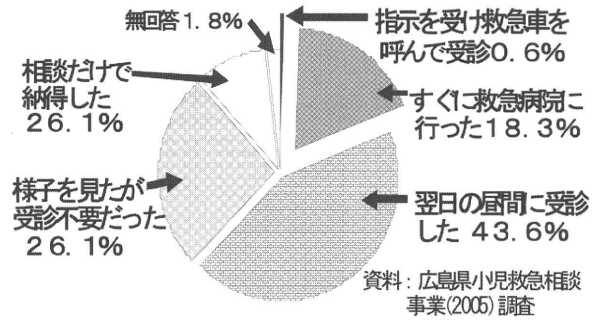


図3 小児救急電話相談の着信状況

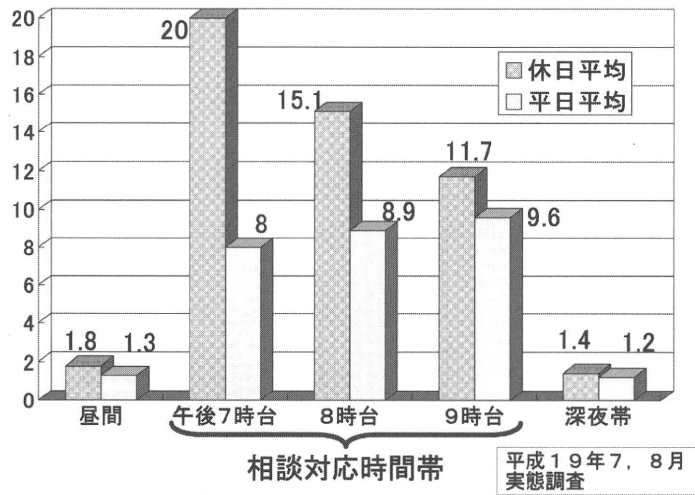
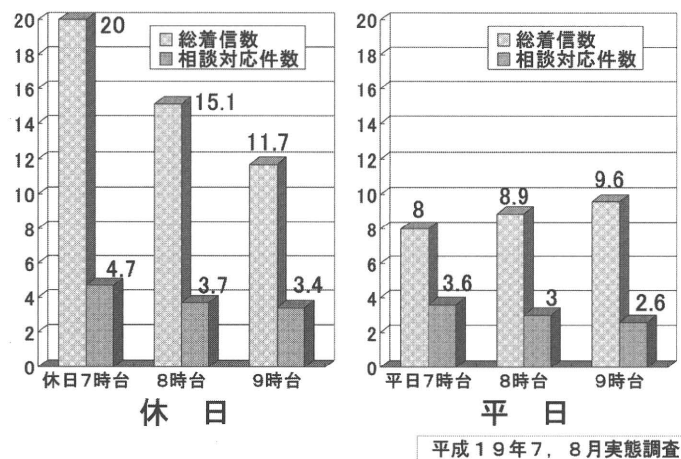


図4 平日・休日時間帯別着信数と相談対応件数



## 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 概要版

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

都道府県小児科医会に対し小児救急アンケート調査を行い以下の結果を得た。

#### (1) 病院小児科の重点化実施状況と課題

6割の都道府県小児科医会が病院小児科の重点化協議に参加し、3割の地域で重点化が進展した。しかし残りの地域では、医師不足、大学間の調整が難しいこと、経営母体の異なる医療機関同士の利害調整が困難であること、自治体や住民の理解や利害調整が難しいことなどから重点化が進展していない。

#### (2) #8000小児救急電話相談の実施状況と課題

9割の地域が小児救急電話相談は有益な事業と考えているが、相談員不足のため深夜帯や休祭日へのサービス拡大や回線数の増設が難しい。この課題克服のため中央コールセンターを整備し、相談員養成を図るとともに、深夜帯、休祭日の電話相談を補完することを多くの地域が期待している。

#### (3) 地域連携方式による小児一次救急体制の充実

32都府県で開業医が病院小児科の時間外診療に参加する地域連携方式が採用されている。この方式は勤務医の負担軽減に役立つとともに、急患センター方式より適切な検査や治療が可能であり、重症患者の受け入れもスムーズに行える利点がある。今後普及のための取り組みが必要である。

#### (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診療に従事しており、他科医師に対する小児救急患者の診断方法や治療法についての小児救急講習会を開催する必要性があると考えている。そのためのガイドライン作成やマニュアル整備、研修資料の作成などが求められる。

#### (5) 小児一次救急診療情勢および地域連携方式と救急トリアージ

アンケートに回答した93カ所の小児一次救急診療施設の65%が急患センター方式であり、地域連携方式が15%、輪番方式が10%であった。地域連携方式は東北、関東、関西、中国・四国、九州・沖縄地方で採用されていた。小児人口密度の高い地域では年間5,000名から2～5万名の救急患者が受診していたが、小児人口密度の低い地域では年間1,000名から5,000名の受診規模であった。

小児科専門医だけで救急診療体制を維持運営出来る施設は全体の3割程度であり、残り施設は他科医師の協力がなければ救急体制を維持出来ないのが現状である。地域連携方式と急患センター方式採用施設間の機能比較を行うと、地域連携方式の場合には医療機関に整備されている設備を活用し、より適切な検査や治療が可能であり、必要な場合には入院対応もスムーズに実施でき、他科との診療提携も取りやすいことが判った。一方勤務医の報酬が出務医師の時給に比べ1/6~1/4程度に抑えられていること、開業医が地域連携方式と急患センター方式の両方へ出務しなければならない場合もあり、過重負担になっていること等を今後改善していく必要がある。また看護師による救急トリアージシステムを稼働させている施設は、急患センター方式では1割、地域連携方式では3割と少なかった。7割の施設は患者数の多い季節には、重症患者への迅速な対応に救急トリアージが必要であると回答してきた。

## A. はじめに

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社会環境は時代の変遷とともに大きく変わり、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るようになり、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ためには病院小児科の重点化と機能向上を図るとともに、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。

日本小児科医会は小児一次救急医療体制の整備充実を図るため、どのような役割を担うべきか明らかにするため、平成20年小児救急アンケート調査を実施した。

### 1. アンケート調査の目的と内容

日本小児科医会は小児一次救急診療体制充実のために、どのような役割を担うべきか検討するため、平成20年以下4項目につい

て小児救急アンケート調査を実施した。すなわち；

#### (1) 地域の小児救急医療計画案と病院小児科重点化進捗状況について

都道府県策定の地域医療計画における小児救急医療計画において、病院小児科の重点化計画がどのように策定され実施されているか、その進捗状況を明らかにする。

#### (2) 地域の時間外小児一次救急体制の実施状況と課題について

急患センター方式による時間外診療の他に、開業小児科医が病院小児科の時間外診療に参加する地域連携方式による一次救急診療体制を導入する施設が増えつつある。急病センター方式あるいは地域連携方式が、各地域でどの様に採用され機能しているのか現況を明らかにする。

#### (3) 小児救急電話相談の実施状況と課題について

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。

(4) 他科医師へ対する小児救急講習会の必要性について

小児科医が不足する郡部・過疎地域で小児患者の救急診療に従事する他科医師へ対し小児疾患の診断や治療に関する小児救急講習会を開催する必要性の有無を明らかにする。

## 2. アンケート調査実施時期と調査対象

平成20年10月、47都道府県小児科医会会長へ①病院小児科の重点化進捗状況、②地域連携方式による小児一次救急医療実施状況、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についてアンケート用紙を送付し、21年4月8日までに回答を得た。また都道府県小児科医会会長から推薦のあった各地域の代表的な時間外小児一次救急診療に取り組む小児一次救急施設（全国298施設）へ、①小児一次救急の診療方式、②一次救急施設が所属する医療圏の小児人口密度と受診患者数、③一次救急診療へ出務する医師数（小児科専門開業医と小児科標榜他科医師数）、④医師の報酬、⑤実施可能な検査項目と治療項目、⑥救急トリアージの実施状況などについてのアンケート用紙（資料1、2）を送付し、平成21年4月8日までに回答を得た。

## B. 調査結果

### 1. 小児救急アンケート調査の回答率

47都道府県小児科医会のうち45都道府県から回答があった。回答率は95.7%であった。また298施設の小児一次救急施設のうち93施設長から回答が寄せられ回答率は31.2%であった。

## 2. 都道府県の病院小児科の重点化

47都道府県の小児医療提供体制の基礎資料として小児二次医療圏数と小児一次救急診療施設数、中核病院数、地域小児科センター候補病院数、県境を越えた重点化の有無、県の重点化協議への参加状況、重点化進捗状況、重点化が進行しない理由、重点化に関する自由記載意見を求めた。

### (1) 重点化進捗状況と小児科医会の意見反映（資料3、4）

病院小児科の重点化協議に参加した県小児科医会は27カ所（57.4%）、不参加が13カ所（27.7%）であった。重点化協議で小児科医会の意見が反映された県は16カ所（34%）で、15カ所（31.9%）は反映されなかったという。一方重点化が進展した県は14カ所（29.8%）で、茨城県、徳島県、福岡県では県境を越えて重点化が行われた事例がある。22カ所（46.8%）の県では重点化の進展がなかった。重点化が進展しなかった理由として、医師不足、その他財源不足や自治体や住民の理解と合意形成が困難であること、医師を派遣する大学間の意見調整が難しいこと、経営母体の異なる医療機関同士で重点化を進める際の利害調整が困難であること、重点化を推し進めようとする行政側の働きかけと熱意の不足、小児科・産科の重点化に対する歩調が一致しないこと、など様々な要因が挙げられた。

### (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整備が必要であるのか否か、時間枠や曜日枠拡大のための全国コールセンター方式の新しい電話相談体制の必要性について調査した。

電話相談事業が必要と考えている県は41カ所（87.2%）であり、3カ所（6.4%）が不要と回答してきた。現在地域で実施している電話相談の時間帯は、準夜帯のみの対応県が33カ所（70%）、準夜および深夜帯まで対応している県が7カ所（14.9%）あった。また対応する曜日については、連日対応している県が30カ所（63.8%）、休日対応が5カ所、北海道は平日と土曜日、青森県は土曜・日曜・祭日のみ、山形県と東京都は平日のみ対応、静岡県は土曜・日曜・祭日と年末年始に対応している。電話相談の回線数は、1回線対応が24県、2回線が9県、3回線以上が4県であった。電話相談対応ガイドラインやマニュアルが必要と回答した県が34カ所（72.3%）、5県が必要ないと回答した。電話相談員の研修指導のための講習会開催が必要と回答した県が32カ所（68%）あった。

現行電話相談システムのサービスを拡充するため31カ所（68%）の県は、電話相談の全国コールセンターを設置し、相談員養成や深夜帯・休日・祭日の相談に対応し地方の電話相談のサービスを補完する体制が必要と回答した。現行の電話相談を担当している相談員の職種は、看護師が対応する県が17カ所（36.1%）、小児科医と看護師が対応する県が11カ所（23.4%）、看護師・保健師が対応する県

が4カ所（8.5%）、小児科医のみが対応する県が6カ所（12.8%）と様々であった。また民間会社へ委託する県が10カ所あった（T社5県、D社4県、H社1カ所）。

電話相談事業に関する自由記載意見としては、電話相談事業の国民に対する周知率をこれまで以上に高める広報活動が必要であること、民間会社への電話相談委託には対応の質への不安があることなどが記載されていた。

### (3) 新しい小児一次救急診療方式としての地域連携方式（資料6）

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、地域の病院小児科の時間外外来診療に参加協力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）を採用する県が32カ所（68.0%）報告され、東北ブロックでは青森県（青森市・弘前市・八戸市）、秋田県（大曲・仙北および横手・平鹿圏域での病院小児科への開業医派遣）、山形県（酒田市）、新潟県（柏崎市）、宮城県（仙台市）、岩手県（県立都病院）の6県、関東ブロックでは埼玉県（朝霧市、志木市）、栃木県（獨協医科大学病院）、東京都（東邦大学、都立大塚病院）、神奈川県（小田原市、横浜市）、千葉県（2圏域基幹病院急病センター、他3病院）、群馬県、茨城県（水戸市、ひたちなか市、土浦市・牛久市・竜ヶ崎市、つくば市）、山梨県（甲府市、富士吉田市）の8都県、中部東海ブロックでは愛知県（尾北医師会、一宮医師会）、石川県（金沢市）、富山県（とば市、黒部市）の3県、近畿ブロックは京都府、兵庫県（灘区・東灘区、小野市、



西脇市)、大阪府(北摂、大阪市、堺市)、岐阜県(岐阜市)、滋賀県(大津市)の2府3県、中国・四国ブロックは岡山県(岡山市)、広島県(広島市、福山市)、鳥取県(米子市)、徳島県(徳島市)の4県、九州ブロックでは福岡県(福岡市)、佐賀県(佐賀市)、宮崎県(宮崎市、都城市)、熊本県(熊本市、天草市、八代市)、大分県(別府市)、沖縄県(那覇市、豊見城市)の6県で採用されていた。

地域連携方式の契約方式については様々であるが、最も多い方式は「医師会と病院間」で結ばれるもので17都県、「医師個人と病院間」の契約が12県であった。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もあり、岐阜県では医師会と行政と病院の3者間の契約も存在する。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。医師の時給は7,760円から20,000円の幅があるが、大半は時給1万円という回答が多かった。

また地域連携方式の長所短所を回答してもらくと、長所としては①不足する小児科医を集約化して救急医療を行える(30県)、②病院診療所の医師の連携が良くなる(24県)、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県)、④適切な検査や治療が可能である(13県)などであった。一方地域連携方式の問題点として、①開業医が病院へ行って診療するには抵抗感がある(4県)、②開業医師の負担がかえって増した(15県)、③医事問題の心配、不安がある(15県)、④遠方へ車で行くのが大

変心配(5県)、⑤勤務医師の手当てが少ない(12県)などであった。

地域連携方式による一次救急診療を採用する地域は増えつつあるが、まだまだ少ないのが現状である。地域連携方式推進のためのガイドライン作成を必要と考える地域が28県(59.6%)、地域連携方式普及のための講習会開催が必要と回答した地域が26県(55.3%)あった。また地域連携方式を推進する上での自由記載意見として、医師会運営の急患センターが地域の時間外小児一次救急の受け皿であるため地域連携に重複参加できないこと、開業医は準夜帯や休日日勤帯の勤務しか選択出来なく深夜帯勤務は不可能であること、開業医には病院が採用する電子カルテシステムにすぐ対応困難であることや、病院と開業医師の治療方針の一元化に時間を要すること等の課題が提起された。また一方地域連携方式採用は診療報酬加算が経営面でプラスになることや、病院と開業医の連携が良くなるなどの利点も指摘されている。

#### 4. 他科医師の小児救急参加と小児救急講習会開催の必要性(資料7)

他科医師が地域の小児救急診療に携わっていると回答した県が32カ所(68.1%)あった。参加していないと回答した県は10カ所(21.3%)であった。地域の小児一次救急診療体制を維持するため他科医師の参加が必要と考えている県が34カ所(72.3%)あり、救急診療に参加する他科医師向けの講習会が必要と考えている県が35カ所(74.5%)あり、更に講習会開催のためのノウハウ伝達の講習会開催を32県が必要と回答してき

た。また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。また今後講習会開催のためのガイドラインやマニュアル、講演資料など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。

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ると、過疎地では小児科医だけで24時間365日の小児救急医療を維持することは困難であり、他科医師の協力を仰ぐ必要があるとの意見が多いのに対し、小児科医の多い都市部では小児救急診療への他科医師の参入を不要あるいは嫌う意見が寄せられた。また小児救急講習会の内容をどのようにすべきか検討が必要であり、離島や遠隔地でも研修が可能にするためのテレビ講演・会議システムなどの応用も考慮すべきであるとの意見も寄せられた。

## 5. 地域の小児救急医療体制

### (1) 小児一次救急診療施設の診療方式と地域性

小児一次救急施設が所属する二次医療圏における15歳以下の小児人口と小児人口密度、小児科専門開業医師数、小児科標榜他科医師数、一次救急体制の様式(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などをアンケート調査した。全国298カ所の小児救急施設のうち31%に相当する93施設から回答があった。その地域分布は、北海道16施設、東北7施設、関東24施設、中部・東海14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。またその診療形態は、急患センター方式が61施設、地域連携方式が15施設、輪番方式が10施設、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)と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

急患センター方式では、休日急患センターは午前9時から午後17時までの日勤帯診療で、夜間急患センターは午後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。

地域連携方式では、準夜帯診療が午後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。準夜帯診療は開業医師が従事し、深夜帯診療は病院勤務医が担当する施設が多く、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。

輪番方式採用施設では、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。その他病院小児科が1次から3次まで対応するER型(小児救急センター方式)施設では、24時間365日対応している施設が多かった。

### (3) 受診患者数

一次救急診療施設の年間受診患者数は大きなバラツキがあった（急患センター施設1,370名～5万名、地域連携方式1,500名～22,000名）。

急患センターの年間受診患者数を類別すると、受診患者数が1,300名～4,999名が21施設（受診患者数が少ない施設）、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。同様に地域連携方式施設も類別すると、少ない施設は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）と対比すると、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施設が分布していた。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、一般的に年間受診患者数が多い施設が多く、小児人口密度の低い地域の場合には受診患者数が少なくなるという結果であった。

### (4) 出務医師数（小児科専門医と他科小児科標榜医）

回答のあった急患センター32施設と地域連携方式10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）であり、他科医師も診療に参加している場合が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。

### (5) 急患センター施設と地域連携方式施設との診療機能比較

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（32施設）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（10施設）、

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。また施設で実施可能な治療内容について比較してみても、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項目のみ実施出来る施設が6.3% (2/32)、1項目のみ実施可能な施設が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項目のみ実施出来ない施設は10% (1/10)であった。

また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、他科との連携が取り易いかどうかについて比較した。急患センター方式 (32施設) 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%)であったのに対して (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)、地域連携方式 (10施設) では連携が取れない施設は4施設 (40%)のみで、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)。

#### (6) 医師手当時間給

診療に従事する医師の手当てについて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は13施設、少ないと回答した施設が3施設)。10,000円から12,000円が9施設 (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)。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。一方院内勤務小児科医の手当については4施設から回答があり、2,000~2,500円が3施設 (1施設は適正と考え、2施設は少ないとの評価)、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。

#### (7) 小児救急トリアージ

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 (34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。

#### (8) 小児一次救急診療に関する自由記載意見

小児一次救急体制のあり方について、