

資料4 集約化・重点化状況

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

資料5 小児救急電話相談の実施状況

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

資料6 都道府県の地域連携方式の採用状況

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

資料7 小児救急講習会の必要性

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

小児救急医療体制に関するアンケート調査に関する研究

分担研究者 山 中 樹 日本小児科医会小児救急担当理事

要旨

1. 都道府県小児科医会長からの回答要旨

都道府県の小児救急体制の実態調査を行い以下の結果を得た。

(1) 病院小児科の集約化・重点化実施状況と課題

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

(2) #8000小児救急電話相談の改革

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

(3) 地域連携方式による小児一次救急体制の充実について

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

及の条件につき、更なる検討が必要である。

(4) 小児救急診療への他科医師の参加と小児救急講習会の必要性

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

2. 都道府県の小児一次救急施設からの回答要旨

(1) 小児一次救急体制の診療方式について

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

(2) 一次救急施設が属する医療圏と受診患者規模

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

(3) 出務医師数（小児科専門医と他科小児科標榜医）

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

(4) 検査と治療可能項目

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

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

(5) 他科との連携関係

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

(6) 医師手当時間給

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

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

(7) 小児救急トリアージについて

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

A. 研究目的

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

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

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

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

B. アンケート調査内容と調査対象

1. アンケート 様式1（資料1）

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

2. アンケート 様式2（資料2）

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

C. アンケート調査実施時期

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

アンケート様式2も平成21年1月31日～平成21年4月8日までに回収した。

D. アンケート調査結果

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

1. アンケート様式1についての集計結果

(1) 都道府県の小児医療情勢と集約化・重点化

1) 都道府県の小児医療環境

47都道府県の小児医療提供体制の概要を示した（資料3）。

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

2) 小児医療圏数

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

3) 小児一次医療体制の数

記載のない場合は県のHPに記載されている数値を委員会側で記入した。

4) 中核病院数

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

5) 地域小児科センター候補病院数

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

6) 県境を越えた集約化・重点化の有無

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

7) 集約化・重点化協議への参加状況と意見の反映状況（資料4）

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

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

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

8) 集約化・重点化の進捗状況(資料4)

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

9) 集約化重点化が進行しない理由(自由記載意見)

□北海道

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

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

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

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

□青森県

集約化が旨く行かなかった理由は、小児科医の不足と財源難である。

□岩手県

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

□福島県

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

②集約化・重点化は必要であるが、地域の患者と医療提供者双方のコン

センサスが必要である。

□山形県

集約化が旨く行かないのは小児科医師不足のため。

□東京都

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

□神奈川県

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

□千葉県

集約化が旨く行かない理由には4つの理由があります。

①経営主体の異なる病院を集約化することの困難性を指導していかなければならない。

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

③集約化される住民…行政からのレベルダウンへの不満に適切な対応

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

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

□茨城県

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

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

□山梨県

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

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满がある、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のと(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行けないが、施設基準をつくる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、集約化は旨くいっていない。

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きに意識のズレがあり、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、鳥根、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、鳥根、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、鳥根、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、鳥根、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ザ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（千葉県小児科医会会誌：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