

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

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

3) 地域連携方式の契約

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

4) 医師手当

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

5) 地域連携方式の長所短所

長所：

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

双方で実施できる 17地域

④適切に検査治療できる 13地域
短所：

- ①開業医が病院へ行って診療するには
抵抗がある 4地域
- ②開業医師の負担がかえって増した
15地域
- ③医事問題の心配、不安がある
15地域
- ④遠方へ車で行くのが大変心配
5地域
- ⑤勤務医師の手当てが少ない 12地域

6) 地域連携方式のガイドライン

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

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

7) 地域連携方式の講習会開催

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

不必要と回答した地域は9カ所

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

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

8) 地域連携方式に関する自由記載意見

□北海道

①北海道の小児初期救急診療体制

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

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

②札幌市急病センターの診療状況

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

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

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

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

□青森

①地域連携は地域に安心を与えている。

②地域連携の推進は必要であるが医師不足と高齢化が影響するのではないか？

□宮城県

深夜帯に地域連携診療に従事できる。
開業小児科医が少ないのが課題。

□福島県

小児科医が不足している地域では診療所医師の負担が重く、参加を期待できない。

□新潟県

出務する開業医に年齢制限があるため、参加できる医師の人数が少ない。

□東京都

地域連携方式は理想的なやり方と思います。

□神奈川県

小田原では旨く稼働しています。市立病院小児科からも医師会の休日夜間診療所へ出動してもらい、お互いにうまくいっています。市立病院は地域連携加算を算定することにより収入が大きく伸び、開業医に高めの給与を払っても経営上プラスになっています。

□千葉県

「小児救急地域連携方式」なる用語の定義がよく理解できませんでした。「地域の急病センターが基幹病院の中に設置されていて、そこに開業医が出向する方式」は該当しないとの事でしたが、その方式なら2地区(病院)で実施されています。「地域連携小児夜間・休日診療料を算定している方式」とも違うとのことでしたが、6病院が届出受理されています(しかし、内容が算定基準に完全に一致しているとは限らないようです)。地域の基幹病院の小児科救急

外来に「急病センターの医師としてではなく」開業小児科医が参加している病院は約3病院と思われます。

□茨城県

地域連携について、県境地域で他県との連携を進めていきたい。

□大阪府

地域連携方式が実際に動き出した時点での今後の議論・検討が必要。

□愛知県

小児救急地域連携方式は愛知県では少ないです。その理由は、愛知県では地域連携加算の算定が、開業医が診察した患者さんにしか認められていないために広まっていないことだと思います。病院での小児患者へのファーストタッチは、80%が小児科医師で診療している病院が多いことです。20年以上昔から総合研修をやっている病院が多い。

□滋賀県

小児救急地域連携方式は現在の地域だけでなく、他の地域でも行う予定がある。滋賀県では医療圏により小児救急医療体制は異なるが、この方式が合うところでは、今後推進していく予定。

□広島県

地域連携方式の長所は、少ない小児科医を集約化して救急医療を行える、適切に検査・治療が出来る一方、課題は開業医師の負担がかえって増し、遠方に車で行くのが大変・心配、勤務医師の手当が少ないなど。ガイドラインや地域連携方式導入のための講習会開催が必要。

□愛媛県

開業医は高齢化してきており参加は難しいのではないかと。

□徳島県

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

□福岡県

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

□佐賀県

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

□宮崎県

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

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

□大分県

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

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

□熊本県

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

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

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

□鹿児島県

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

□沖縄県

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

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

(4) 他科医師の小児救急参加と小児救急講習会開催（資料7）

1) 小児一次救急診療への他科医師の参加状況

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

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

無回答5カ所（静岡県、兵庫県、山口県、香川県、長崎県）。

2) 小児一次救急診療への他科医師の参加の必要性

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

無回答は、5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

3) 他科医師向けの小児救急講習会の開催の必要性

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

無回答は、5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

4) 小児救急講習会開催のガイドライン・マニュアル作成

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

無回答は5カ所（静岡、兵庫、山口、香川、長崎）。

5) 小児救急講習会開催のための講習会の必要性

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

無回答は、6カ所（静岡、長野、兵庫、山口、香川、長崎）。

6) 小児救急への他科医師の参加についての自由記載意見

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

□北海道

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

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

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

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

□福島県

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

□新潟県

講習会のテキストを県医師会と県小児科医会で作成した。講習会は年2

回程度各地域で開催しているが、回数が少ないという問題がある。

□神奈川県

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

□千葉県

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

□茨城県

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

□山梨県

他科医師は小児救急よりも内科、外科、脳外科など他科の救急体制確立が必要。

□群馬県

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

□京都府

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

□大阪府

今後も議論・検討が必要。

□愛知県

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

□滋賀県

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

□和歌山県

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

□三重県

他科医師への小児救急講習会開催、ガイドライン作成は必要と考えている。

□岡山県

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

□島根県

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

□鳥取県

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

□広島県

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

□愛媛県

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

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

□高知県

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

マニュアル講習会が必要である。

□徳島県

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

□福岡県

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

□佐賀県

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

□宮崎県

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

□大分県

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

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

□熊本県

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

□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。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は

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に変わりない。

□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時間待ちとする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