

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

#### ④最後に

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

## E. 考察

### 1. 小児救急医療体制に関する日本小児科医会のこれまでの取り組みについて

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

革が求められている。

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

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

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

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

## 2. 小児救急全国アンケート調査結果の解析と分析について

### (1) 地域医療計画における小児医療提供体制と集約化・重点化について

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

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

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

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

た。集約化が進展中と回答した地域（秋田、宮城、茨城、山梨、兵庫、長野、福井、愛知、和歌山、三重、広島、福岡、佐賀、沖縄）では、小児科医が不足する過疎地域を抱える県も数多く存在するが、このような地域ではどのような条件を備えた地域でどのような施設同士で集約化協議が進展中であるのか今後詳細な調査を行う必要があると感じられた。また集約化が地域にどのような影響をもたらすのか、検証していく必要性もあろう。一方集約化が進展していない地域（北海道、青森、山形、新潟、岩手、福島、栃木、東京、千葉、群馬、大阪、滋賀、奈良、富山、岡山、島根、愛媛、高知、徳島、大分、宮崎、熊本）では、なぜ集約化が進展しないのかその要因を解析していく必要がある。また医会の意見が集約化協議に反映されなかった地域では、どのような医会の意見が反映されなかったのかも明らかにしておく必要性もあり、今後の集約化を進展させる上で検討すべき課題と考えられる。

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

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

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

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

いずれにせよ日本の小児救急の8割を占める小児一次救急体制の充実には、日

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

## (2) 小児救急電話相談の在り方について

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

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

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

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

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

システムの立ち上げに必要な細かな運用事項を検討中である。

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

### (3) 小児一次救急診療体制を強化するための地域連携方式導入について

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

が集中することになる。

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

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

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

#### (4) 他科医師に対する小児救急研修会の意義と必要性について

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

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

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

#### (5) 小児一次救急診療施設に於ける救急トリアージ体制について

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

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

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

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

#### (6) 日本小児科医会小児救急医療委員会 ブロック委員の情勢報告

##### 1) 北海道小児救急医療体制の現実と 今後の方針

北海道及び札幌市における小児医療体制の現状と問題点を報告し、広大な

面積を有する北海道に相応しい小児救急体制の制度設計が可能か検討した。

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

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

た場合は、集約化が殆ど不可能であることを意味している。

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

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

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

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

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

表2を参考に平成19年度の初期救急受診患者を検討する。

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

定点でない在宅休日当番は、患者さんにとって不便な制度である。

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

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



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

まとめと提言：

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

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

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

太田八千雄、山中 樹

- 2) 東北地域の小児救急医療に関する地域情勢

#### □青森県

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

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

#### □岩手県

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

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

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

#### □秋田県

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

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

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

#### □宮城県

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

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

#### □山形県

一次救急、山形市医師会休日診療所は休日昼、山形市夜間急病診療所は休平日夜間、米沢市休日診療所、鶴岡市休日夜間診療所、酒田市休日夜間診療所は休日夜間、その他は在宅当番医制をとっている。二次救急は県立中央病院、山形市立済生館病院、県立新庄病院、日本海総合病院、鶴岡市立病院。三次救急は山形県立中央病院、山形大学、公立置賜総合病院。

まとめ：重点化がうまくいかず、山岳地帯で人口密度も少なく、医師不足もある。会議に参加している。電話相談

は準夜、地域連携は酒田地区医師会と日本海総合病院の間で実施している。

#### □福島県

一次救急、福島夜間診療所、郡山市休日夜間急病センター、会津若松市夜間急病センター、いわき市休日夜間急病診療所および公立相馬総合病院、南相馬市立総合病院が当直制で急患の診療にあたっている。その他在宅当番制を実施している。二次救急は福島市が3、郡山市が5病院で輪番制をしている。三次救急は福島大学、太田西ノ内病院、竹田総合病院、いわき市立総合盤城共立病院が担っている。

まとめ：重点化うまくいっていない。会議には参加している。電話相談は準夜行っている。地域連携は行っていない。

#### □新潟県

一次救急、新潟市急患センターは平日昼・準深夜、長岡市中越こども急患センターは平日夜間、上越急患センターは平日夜間、休日・土は昼と夜間、柏崎休日夜間急患センターは平日・夜間・休日昼、長岡休日診療所は休日昼、村上市休日急患診療所は休日昼、中島地域休日急患診療所は休日昼、新発田地区夜間診療所は平日夜間・休日昼・夜間、県中央医師会応急診療所は平日休日夜間、南魚沼休日診療所は休日昼、新井休日急患診療所は休日昼、佐渡佐和休日急患センターは休日昼。二次救急は各地域小児科センターの当直の体制整備を行う予定。三次救急は長岡赤十字病院、新潟市民病院、新潟県立中央病院、新潟県立新発田病院の救命救

急センター、新潟大学。

まとめ：重点化はうまくいかず。会議には参加している。電話相談は準夜、地域連携は柏崎市刈場医師会と刈羽郡総合病院。

#### □まとめ

東北地域全体をみると

- 1 宮城県はやや救急体制の整備はされている。
- 2 他県は中心となる都市は24時間体制をとっているが、僻地は休日昼の対応のみ。
- 3 東北は山岳地のため、道路網が悪く搬送に時間がかかりすぎる。
- 4 他科医師の参画することも必要。また拠点病院への開業医の支援協力をお願いしたい。

高砂子祐平

#### 3) 関東ブロックの小児一次救急について

関東ブロックは1都8県で、東京都に大学病院と医師が多いこと、茨城・千葉県（他県でも）で小児科医が少ないこと、東京との大学病院から他県への医師派遣が多いこと、県境が平地で医療圏が県境を超える地域があること、などの特徴を持つ。

#### 1. 集約化・重点化

重点化協議に参加5/9、重点化に医会の意見が反映4/9、半数は医会が重点化協議の枠外におかれている。重点化が困難な理由は、大学間の調整不足、病院経営母体の相違、集約化される地域住民の反対、広大、医師不足である。

神奈川県と静岡県には重点化不要・現状維持を選択する地域がある。県境

を超えた重点化が5/9で行われている。

## 2. 小児救急電話相談

小児救急電話相談は、民間委託2/9、連日実施7/9、深夜帯実施1/9で、相談数の増加により回線数を増やす傾向にあるが、相談員確保の問題がある。

## 3. 小児一次救急体制について

急患センター（小児夜間休日診療所）は3/9で、他の1都6県は二次病院が深夜帯診療を行う。地域連携方式（開業小児科医の病院への出務）は7/9で行われ、医師会と病院の契約が4/6。地域連携の問題点は出務医師に比べて勤務医師の時給が少ないことがあるが、他にも出務医師の交通手段、医事問題への対応の不安がある。地域連携の利点として、勤務医の負担軽減以外に、診療所と病院の連携強化、地域の小児救急医療レベルの向上がある。時間内診療に比べて需要と供給のアンバランスが大きい時間外診療においては、小児科以外の医師の参加が必要（8/9）で、そのための小児救急講習会が必要（8/9）とする意見が多い。

以上関東ブロックについて全体をまとめる。東京都にある大学病院から医師派遣が周辺県へ行われており、他のブロックに比べて周囲を海に囲まれる県が少なく、県境が平地のことも多い。従って県境を超えた重点化や地域連携が行われ易い環境にあり、実際県境を超えた重点化や地域連携が始まっている。

時間外診療のニーズに対応するためには、小児救急電話相談、急患センター方式、地域連携方式、他科医師の小児

救急参加を上手に組み合わせて、県境を超えた連携、県境を超えた小児一次救急医療体制のデザインを進めて行くこと、さらに大学病院と地方が協力して小児科医の育成と小児科医のQOL改善をすすめていくことが必要である。

地域特性を把握して、地域に即した小児一次救急医療体制整備を進めるためには、小児科医会は医療資源として、および地域のマネージメント機能・連携推進機能として重要な役割を持つ。日本小児科学会と行政は、この小児科医会の役割を再認識して、小児救急医療体制検討委員会/協議会への小児科医会の参加と意見の反映に努めていただきたい。今回のブロック単位の検討は有用であった。今後のこのような検討を進めたい。

渡部誠一

## 4) 東海中部地域の小児救急情勢と課題

東海中部ブロックの愛知、岐阜、三重、福井、石川、富山、長野の医療状況は各県で異なる。

どの県でも急患センターが開設されているが、どの地域もほとんどが準夜時間帯、休日昼間が多く深夜帯は少ない。人口が少ない地域では、急患センターもない。

ほとんど県で中核病院が準備されていたが、それがまだ住民に周知されている地域は少ない。一部のこども病院だけが小児の中核病院と認識されているだけである。小児科センター施設もほとんどの地域で候補病院があげられていた。地域に一カ所しかない場合

はそこが自然に地域小児科センターになっている。電話相談事業はすべての県で行われていた。実施日はほとんどが連日であった。相談員の講習会は必要であると回答が多かった。地域連携方式が行われているのは一部の地域だけであった。時間給に関しては開業医と勤務医の差が大きかった。

他科医師が小児救急へ参加していないという県は半分くらいあったが、やっぱり他科医師に参加して欲しいという意見が多かった。中核病院（三次病院）、地域小児科センター（二次病院）がここにあると医療計画にも示され、地域の住民、消防に周知されている地域は少ない。一次救急も24時間小児科医だけですべて行えることは不可能である。大切な事はその地域で病気のこどもによい医療を行え、住民にどこに受診したらよいか周知されていて、救急搬送システムが機能していることが大切である。

二次病院、三次病院は当然、学会、行政だけで決められる訳はない。しかし決められないからといって、いつまでも決めることができなければ、住民に安心感を持ってもらう事ができないのではないかと考える。現在少ない小児科医で、二次医療の患者さんも診なくてはいけない病院もある。そこは既に二次医療を行っている病院であるから、現時点では地域の小児科センター病院と認めてしまう必要がある。しかし小児科医はもっとがんばればは病院崩壊も続き、開業小児科でさえ、疲弊してしまいます。

二次病院、三次病院にいけば十分な医療をうける事ができますという体制を地域で作れ、一次医療のトリアージができ、他科医師の診療でも見逃しができない体制を作る必要がある。小児救急電話相談も利用時間の増加をはかる必要がある。これも医師だけでは対応できなくなっている。これには看護師等の参加が必要になってきたが、看護師への教育、検証が必要である。

岩佐充二

#### 5) 近畿地域の小児救急医療に関する地域情勢

日本小児科医会近畿ブロックに所属する2府4県（京都府、大阪府、滋賀県、兵庫県、奈良県、和歌山県）における小児救急アンケート調査の結果は報告書に示された如くである。病院小児科および小児医療の集約化・重点化に関しては近畿ブロック地域においても統一は見られない。その要因に関しても報告書の分析どおりである。委員会において指摘してきたことであるが、本来この集約化・重点化構想は日本小児科学会の事業として開始された。したがって各地域においても、日本小児科学会地方会と都道府県の小児科医会の共同作業として開始された事業ではなく、集約化・重点化構想に対する理解や認知度に隔たりが存在した段階で進められた。地域においては、小児科学会と小児科医会の組織・事業活動における状況も大きく異なる。日本小児科学会の集約化・重点化政策においては、地域小児科センター候補医療機関から大学病院や小児医療センターは除外さ

れていた。また小児医療の地位・向上に重要な役割を果たしてきた私立医療機関も対象外とされる点などを指摘してきた。本構想がある程度のレベルを持って全国的に実現されるには人口過密と過疎問題、医療費とくに小児医療に対する行政の理解と予算措置など検討すべきさまざまな課題が残る。近畿ブロック小児科医会はこれらの課題に対応しつつ、報告書に示されたいくつかのシステムを取り入れながら地域の状況に沿って小児救急制度の維持に努力中であることを追記する。

小川 實

#### 6) 中国四国地域の小児救急医療情勢と課題

中国・四国地域は、本土にある広島県、岡山県、山口県、鳥根県、鳥取県の5県と四国の香川県、愛媛県、徳島県、高知県の4県、計9県からなる。

中国・四国の相互アクセスは、瀬戸内海3橋とJR、各地の連絡船、および、ドクターヘリである。両群の医療圏は、一次から三次まで、ほぼ独立して動いている。

##### 1. 集約化・重点化の取り組みについて

集約化・重点化の構想が容認されて、協議が進展している県は、広島県、岡山県、徳島県であり、その他の6県は、難渋している。特に県境を越えての集約化は徳島県1県であった。

2. 各県の医会の意見が、小児救急体制の構築に反映された県は、広島県のみであり、反映されなかった県は岡山県、鳥根県、徳島県、愛媛県、高知県

である。

3. 集約化・重点化の進展状況は、前向きの広島県を除いては、岡山県、鳥根県、愛媛県、高知県、徳島県ともに、進展はみられていない。鳥根県、山口県、香川県は回答を得られなかった。

4. 集約化・重点化構想が、受け入れにくい理由の主なものは下記の点である。

- i 人口が少ない
- ii 小児科医が少なく、今後しばらく、増加の見込みがない
- iii 過疎地域が多く、集約化・重点化のデメリットの方が大きい
- iv 候補病院の多い都会では、経営主体の異なる病院の理解が得られない。
- v 大学医局同志の考え方の違いがネックである
- vi 県行政、県医師会の理解と指導力がない
- vii 日本小児科学会や厚労省案について、関係者の相互理解が、必ずしも一致していない。

実際に広島県呉市において病院小児科の集約化・重点化が行われた経緯を紹介します。

呉市には小児科を設置する3つの大病院があり、5年前までは、勤務医が4人の1病院と3人の2病院で、それぞれが単独で一次救急と二次救急を行っていました。勤務医は大変で、大学に現状を訴え、大学の小児科教授も各病院長に輪番制を敷くよう要求していましたが、各病院の院長は、経営面を理由に拒否していました。4年前に

呉市医師会が、開業医による準夜帯の小児夜間診療所を開設しました。しかし各病院が一次救急を行っているために、受診者数は少なく、1日平均5人前後で、赤字経営となっていました。3年前に広島大学の小児科は大学傘下の病院で、集約化と拠点病院化を行いました。広島市、三次市を中心とする県北部、尾道市と三原市などでは集約化が行われ、拠点病院化により小児の救急体制を守ることができました。しかし、呉地区では、3病院がそれぞれ自分の病院を拠点化するように大学に申し入れ、収拾がつかなくなり、結局集約化できませんでした。しかし大学は、1年半前に、医師不足を理由に、それぞれの病院より1人ずつ医師を引き揚げました。これにより実質、各病院での救急対応は不可能となり、1年前より市医師会との話し合いのもとに、輪番制が導入されました。又半年前より一次救急としての勤務医の負担を軽減するために、3病院すべてが、時間外選定療養費(5,000円)も導入しました。その後3病院を一次救急として受診する小児患者は激減し、医師会立夜間診療所の患者数は急増し、1日平均20人前後となり、経営的にも安定してきたそうです。

また広島県福山においても、輪番制の二次救急病院へ一次救急として受診している患者が1日平均10人前後いるため、二次病院での時間外選定医療費制度の導入を検討中です。

5. 医療連携については、小児科医開業医の比較的多い市を中心に公的病

院を利用して、「時間外診療所」の運営・協力を行っている県がある(広島市、福山市、三次市、廿日市市、岡山市、出雲市、松山市、米子市、鳥取市、徳島市など)。

6. 今後の問題点として、所属医師会の「休日当番医」の協力も、並行して行っている県もあり、開業小児科医の過重な負担が浮かび上がってくると予想される。

細木宣男、桑原正彦

7) 九州ブロックの小児救急医療体制の情勢

はじめに、九州ブロック8県(福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄)の小児救急医療提供体制の現状を初期救急医療と二次三次救急医療に分けて分析を行った。

①小児初期救急医療体制

殆どの県が、「急患センター方式」での提供体制が多く、これに加えて、「病院輪番方式」および「開業医の在宅輪番制」を組み合わせている県が多かったが、「在宅輪番制」が多い県(鹿児島)も見られた。

提供体制は、「大体うまく行っている」が多かったが、『都市部』ではコンビニ受診の増加、小児科医不足、勤務医の疲弊など「多少問題がある」県が多く見られた。『郡部』では小児科医不足、入院施設不足などが圧倒的に多く、「多少問題がある」県がやはり多かった。

初期救急医療に関わる開業医の割合は、40~50%、50%以上との県が多く、福岡県が20~30%と最も低く、勤務医

の多い地域では勤務医負担の増加が見られているものの、多くの開業医が初期救急医療を担っている。

県全体の小児初期救急医療提供体制の検討委員会は「ある」県と「ない」県に二分され、「うまく行っている」県が「ない」県と一致した。但し、「ある」県でも不定期開催と機能していない感じも受けられる。

### ②小児二次三次救急医療体制（事故外傷を含めた）

「大体うまく行っている」と「まあまあ」に二分されたが、「まあまあ」の回答県がやや多かった。「大体うまく行っている」県での理由は、「救命センター医（基幹病院医）が協力的」、「医会が統率している」であり、救命センター医（基幹病院医）に拠る所が多い結果であった。「まあまあ」の理由は、「都市部と郡部の連携がうまく行かない」、「搬送が困難で地域完結で行わざるを得ないことが多い」、「医師不足、病床不足（特に新生児）で遠隔搬送が多い」などであり、ブロック内でも地域差が多くみられた。

二次三次救急の24時間365日受け入れ施設では、「大学病院」、「都市部の救命センター」、「都市部の基幹病院」などが多くみられ、二次三次救急は必然的に集約化されている現状である。以上からも小児における搬送医学・搬送体制の拡充が不可欠であることを示唆していた。

### ③まとめと私見

人口の少ない県ほど都市部・郡部の

格差が強く、初期救急医療提供体制の複数化が必要かつ開業医への負担増がみられ、その恒久性（永続性）は危惧される。人口過疎地域ほど非小児科医との協働は不可欠であり、「小児救急研修会」、「診療ガイドライン」などとともに必要な県では「IT機器を用いた医療支援体制」などの構築が必要と思われる。二次三次医療では医師不足・施設能力を見据えて、搬送医学を拡充させつつ、複数県合同（隣県一致）の集約化・重点化体制を目指す必要がある。

市川光太郎

## VI. 参考文献

- 1) 日本小児科医会小児救急のあり方検討委員会：「小児救急のあり方、特に小児初期救急医療体制の整備に向けて日本小児科医会会報：24号P85～97、2002年（平成14年）」
- 2) 日本小児科医会小児医療の今後を考える委員会：小児医療もグランドデザイン（日本小児科医会委託研究、日医総研2003年度研究報告（要約版）日本小児科医会会報：28号P111～130、2004年（平成16年）」
- 3) 日本小児科医会小児救急医療検討委員会：日本の小児救急医療提供体制について—日本小児科医会からの提言—日本小児科医会会報：31号P107～135、2005年（平成17年）」



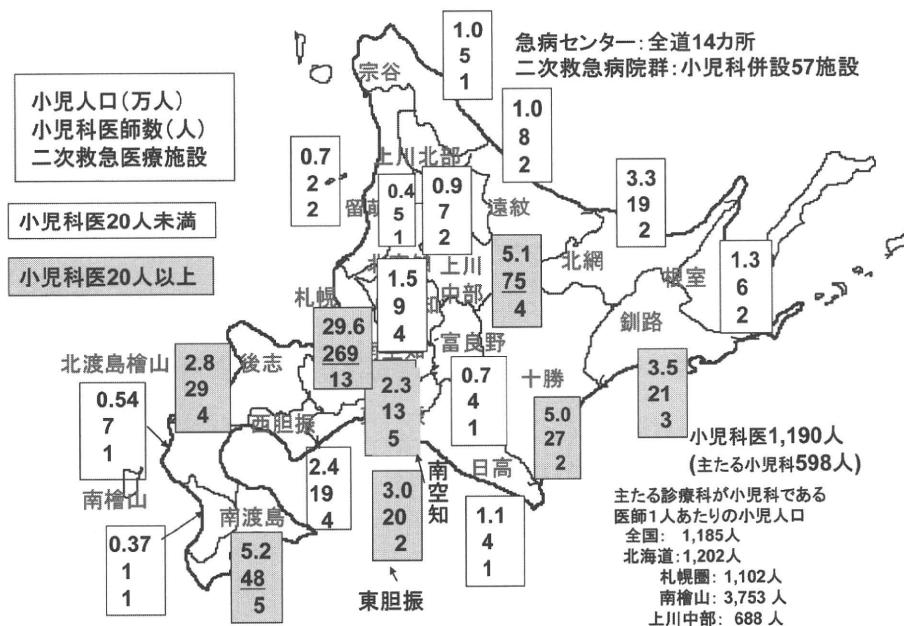


図1 北海道「21二次医療圏」の小児医療(平成17年)

表1 病院小児科(二次当番参加病院は12病院、休日可能は9病院)医師:55名 研修医:9名

【平成21年4月～9月二次当番病院】

病院 (医師+後期研修医)	(NICU)	ベッド数	平日	土曜	日祝	合計
①KKR札幌医療センター	(5)	34	15	3	6	24
②手稲溪仁会病院	(11+2)	25	16	3	4	23
③天使病院	(4+3)	32+12	15	2	4	21
④市立札幌病院	(4+1) (5)	45+15	14	2	4	20
⑤札幌社会保険総合病院	(4)	13	11	2	4	17
⑥北海道社会保険病院	(4+2 囑託)	26+9	12	3	2	17
⑦NTT東日本札幌病院	(5+2)	19+6	10	3	3	16
⑧国立病院機構西札幌病院	(3)	25	6	2	4	12
⑨札幌厚生病院	(4)	24	3	3	3	9
⑩札幌徳洲会病院	(3)	25	5	3		8
⑪勤医協札幌病院	(3+1)	8+4	10			10
⑫札幌北楡病院	(3)	21	6			6
合計	(55+9) (5)	297+46	123	26	34	183

7,586(札幌市全体のベッド数)

表2 初期救急施設年間受診患者総数

	休日当番(平均/施設)	土曜午後(平均/施設)	夜間急病センター
H18年度	23,830名(102.3名)	1,483名(18.1名)	18,655名(51名)
H19年度	23,677名(102.1名)	2,083名(23.7名)	17,485名(48名)
H20年度 (4~12月)	17,131名(100.1名)	1,260名(16.6名)	11,503名(47名)

資料1 小児救急アンケート調査 様式1

jpa小児救急調査用紙1(都道府県)		右の丸を複製してお使い下さい。
都道府県の集約化重点化の調査		
101 報告者氏名、連絡先(メールorFAX)		
102 都道府県名		
103 県小児科医会長氏名		
104 集約化重点化の担当者・連絡先		
105 地方会のモデル策定委員長・連絡先		
小児医療の集約化・重点化について		
◎ 都道府県の地域医療計画の小児医療提供体制の集約化重点化案のコピーを添付して下さい。電子ファイルがあれば事務局jpa@blue.ocn.ne.jpへ送付して下さい。		
106 県内の小児医療圏の数		
107 (小児医療圏は人口30-100万人、アクセス1時間以内の小児医療の二次医療圏の範囲です。マップがあれば添付してください)		
108 県内の小児一次救急医療体制の数#		
109 中核病院(人口100-200万人に1箇所)の数		
110 地域小児科センター候補病院(人口30-50万人に1箇所)の数		
111 県境を越えた集約化重点化連携はあるか。	[a.ある ・ b.ない]	
112 あるとすればどこの県とか		
113 小児医療の集約化重点化会議に県小児科医会は参加したか。	[a.参加した ・ b.しなかった]	
114 県小児科医会の意見は集約化重点化案に十分に反映されたか。	[a.反映された ・ b.反映されなかった]	
115 集約化重点化の進捗状況	[a.うまく行っている ・ b.うまくいっていない]	
116 集約化重点化がうまく行かない場合、その理由		
117 集約化重点化へのご意見		
小児救急電話相談#8000について(以下、電話相談と略す)		
118 電話相談は必要ですか。	[a.必要 ・ b.不要]	
119 電話相談を実施している時間帯	[a.準夜 ・ b.準夜+深夜 ・ c.日勤+準夜 ・ d.終日]	
120 電話相談を実施している曜日	[a.休日のみ ・ b.平日のみ ・ c.連日]	
121 電話相談は何回線ですか	[a.1回線 ・ b.2回線 ・ c.3回線以上]	
123 電話相談のガイドライン・マニュアルが	[a.必要 ・ b.不要]	
124 電話相談のための講習会が	[a.必要 ・ b.不要]	
125 深夜帯の電話相談を全国センターor複数県で実施するのは	[a.必要 ・ b.不要]	
126 電話相談員の職種	[a.小児科医 ・ b.保健師 ・ c.看護師 ・ d.その他]	
127 電話相談についてその他の意見		
小児救急地域連携方式について		
128 地域連携方式を県内で行っている所がありますか。	[a.行っている所がある ・ b.行っていない所は無い]	
129 地域連携方式を行っている医師会と病院名		
130 地域連携方式の契約は	[a.医師会と病院間 ・ b.医師個人と病院間 ・ c.その他( )]	
131 医師手当(1時間当たりの手当・時給)		
132 良い点は何ですか。(○で囲む)	a.少ない小児科医を集約化して救急医療を行える。 b.病院・診療所の医師間の連携が良くなる。 c.研修医教育を勤務医師と開業医師双方で行える。 d.適切に検査・治療が出来る。 e.その他( )	
133 問題点は何ですか。(○で囲む)	a.開業医師が病院へ行って診療するのは抵抗がある。 b.開業医師の負担がかえって増した。 c.医事問題の心配・不安がある。 d.遠方に車で行くのが大変・心配。 e.勤務医師の手当が少ない。 f.その他( )	
134 小児救急地域連携方式のガイドライン・マニュアルが	[a.必要 ・ b.不要]	
135 小児救急地域連携方式の講習会が	[a.必要 ・ b.不要]	
136 小児救急地域連携方式についてその他の意見		
他科医師の小児救急参加と小児救急講習会について		
137 小児一次救急に他科医師が参加していますか。	[a.参加している ・ b.していない]	
138 小児救急への他科医師の参加は必要ですか。	[a.必要 ・ b.不要]	
139 他科医師向け小児救急講習会は	[a.必要 ・ b.不要]	
140 小児救急講習会のガイドライン・マニュアルが	[a.必要 ・ b.不要]	
141 小児救急講習会実施のための講習会が	[a.必要 ・ b.不要]	
142 小児救急への他科医師の参加についてその他の意見		

資料2 小児救急アンケート調査 様式2

jpa小児救急調査用紙2(小児一次救急医療機関:急患センターや病院) 右の丸を複製してお使い下さい。

小児一次救急医療体制の数#の分だけ、その医療圏で1施設が代表してお答え下さい。県内を調整して医療圏が重ならないようにして下さい。

**小児一次救急医療体制**

201 アンケート回答者の氏名, 所属, 連絡法	
202 この医療圏の名称	
203 この医療圏内の小児一次救急医療施設数	
204 この医療圏の医師会	
205 この医療圏の主な市町村	
206 この医療圏は政令都市ですか。	[a.政令都市 ・ b.そうではない]
206 医療圏面積(平方km)	
208 医療圏総人口(万人)	
209 医療圏小児人口(15歳未満)(万人)	
210 この医療圏は小児人口密度(人/平方km)はいずれですか。	[a.50未満 ・ b.50以上100未満 ・ c.100以上]
211 この医療圏内の地域小児科センター候補病院名	
212 医療圏内の(小児科を専門とする)小児科開業医数	
213 圏内の小児科標榜他科開業医数	
214 圏内の大学・小児病院除く小児科勤務医数(後期研修医含む)	
215 圏内の大学, 小児病院に勤務する小児科医数(後期研修医含む)	
216 一次救急医療体制の方式*	[a.急患センター方式 ・ b.地域連携方式 ・ c.輪番制 ・ d.在宅当番制]
217 その他の方式の数(右に記入)	
218 同時時間帯に時間外診療を行う医療機関はいくつありますか。	
219 地域医師会設立の急患診療所の有無	[a.ある ・ b.無い]
220 今後, 一本化・移行・併用などの変更の予定はありますか。	[a.ある ・ b.無い(現状でよい)]
221 今後, この医療圏ではどの方式が良いと思いますか。	[a.急患センター方式 ・ b.地域連携方式 ・ c.輪番制 ・ d.在宅当番制]
222 その他の意見があれば記入してください。	

**診療時間帯**

223 一次救急診療時間帯(何時何分と時刻を記入。準夜帯=17~24時)。診療がなければ空欄で。)

224 平日の準夜帯の診療時間	2241.開始時刻 :	2242.終了時刻 :
225 平日の深夜帯の診療時間	2251.開始時刻 :	2252.終了時刻 :
226 土曜日(午前通常業務の日)午後の日勤帯の診療時間	2261.開始時刻 :	2262.終了時刻 :
227 土曜日の準夜帯の診療時間	2271.開始時刻 :	2272.終了時刻 :
228 土曜日の深夜帯の診療時間	2281.開始時刻 :	2282.終了時刻 :
229 日祭りの日勤帯の診療時間	2291.開始時刻 :	2292.終了時刻 :
230 日祭りの準夜帯の診療時間	2301.開始時刻 :	2302.終了時刻 :
231 日祭りの深夜帯の診療時間	2311.開始時刻 :	2312.終了時刻 :

**前述の一次救急医療体制の方式\*について**

234 開始時期(西暦〇年〇月)	
235 年間小児救急外来患者数(概数でよいです)	
236 出務医師数	
237 出務医師に含まれる小児科標榜他科医師数	
238 検査可能項目(複数選択可)	[a.血算CRP ・ b.血液生化学 ・ c.インフルエンザ迅速 ・ d.XP]
239 治療可能項目(複数選択可)	[a.吸入 ・ b.輸液 ・ c.痙攣を止める]
240 他科との連携(複数選択可)	[a.眼科 ・ b.耳鼻科 ・ c.脳外科 ・ d.一般外科 ・ e.整形外科]
241 診療時間帯は適切と考えますか。	[a.適切 ・ b.短い ・ c.長い]
242 医師手当(時間給)	2421.出務医師= 2422.院内医師=
243 手当(時間給)は適切と考えますか。	[a.適切 ・ b.少ない ・ c.多い]
244 この診療体制に問題がありますか。	[a.良い ・ b.問題がある]
245 この診療体制に問題点は何か。	

**小児救急トリアージ(医師の診察前にトリアージナースが診る)について**

246 小児救急トリアージを行っていますか。	[a.行っている ・ b.行っていない ・ c.準備中]
247 小児救急トリアージは必要ですか。	[a.必要 ・ b.不要]
248 小児救急トリアージのガイドライン・マニュアルが	[a.必要 ・ b.不要]
249 小児救急トリアージの講習会が	[a.必要 ・ b.不要]
250 小児救急トリアージについてその他の意見	

資料3 都道府県の集約化・重点化調査

番号	地域	都道府県名	県小児科医会会長名(敬称略)	地方会モデル案策定委員長名(敬称略)	小児医療圏数	県内小児一次医療体制数	中核病院数	小児科センター候補病院数
1	北海道	北海道	菅野武弘	藤枝憲二	21	2体制・急病センター14カ所	4カ所	小児科センター候補病院数
2	東北	青森県	工藤協志	伊藤悦朗	6	78カ所急病センター3カ所	4カ所	21施設
3	東北	岩手県	菅野恒治	千田勝一	9	12カ所 急病センター1カ所	4カ所	1施設
4	東北	秋田県	澤口博	高橋 勉	8	1カ所 急病センター5カ所	1カ所	0
5	東北	宮城県	永井幸夫	東北大学小児科	7	6カ所 急病センター4カ所	1カ所	1施設
6	東北	山形県	横山新吉	岡田昌彦	4	急病センター5カ所	1カ所	4施設
7	東北	福島県	渡邊信雄	細矢光亮	6	休日夜間センター7、在宅5カ所急病センター7カ所	1カ所	5施設
8	東北	新潟県	庄司義興	内山聖 新潟大学教授	7	8カ所急病センター7カ所	1カ所	4施設
9	関東	栃木県	布川武男		5	急病センター3カ所		
10	関東	茨城県	渡邊誠一	渡部誠一	8	30カ所 急病センター3カ所	3カ所	4カ所(中核含むと7カ所)
11	関東	千葉県	西牟田敏之	鳥羽剛	9	20カ所 急病センター10カ所	4カ所	11施設
12	関東	埼玉県	羽鳥雅之		16	夜間休日11、在宅27カ所		
13	関東	群馬県	戸田優一	荒川浩一	10	急病センター5カ所		
14	関東	東京都	松平隆光	五十嵐隆	4	急病センター18カ所		
15	関東	神奈川県	横田俊一郎	未決定	14	急病センター19カ所	未決定	未決定
16	関東	山梨県	小松史俊	杉田完爾	4	2カ所 急病センター2カ所	2カ所	1施設
17	関東	静岡県	長尾正明		9	在宅24カ所、急病センター13カ所		
18	中部	長野県	藤森克之	森哲夫長野赤十字病院小児科	10	9カ所 急病センター6カ所	2カ所	8施設
19	中部	愛知県	高水哲也	小島勢二名古屋大学教授	11	急病センター9カ所	5カ所	14施設
20	中部	岐阜県	桑原英明	鶴尾明	5	5カ所 急病センター2カ所	1カ所	7施設
21	中部	富山県	高田伊久朗	宮脇利男富山大学教授	4	5カ所 急病センター1カ所	1カ所	4施設
22	中部	石川県	浅井恭一	未定	3	急病センター2カ所	7カ所	5施設
23	中部	福井県	清水結明	真弓光文福井医大教授	4	未回答 急病センター2カ所	未決定	未決定
24	近畿	三重県	熱田裕	熱田裕	3	7カ所 応急診療所5カ所	2カ所	6施設
25	近畿	京都府	竹内宏		6	9カ所 急病センター5カ所	不明	不明
26	近畿	大阪府	藤山尚生	山野恒一大阪市立大教授	11	土日応急診療43、時間外3カ所	なし	なし
27	近畿	奈良県	村上義樹	島奈良医大教授	5	7カ所 急病センター5カ所	2カ所	3施設
28	近畿	滋賀県	廣田常夫	竹内義博滋賀医大教授	7	7カ所 急病センター5カ所	1カ所	4施設
29	近畿	和歌山県	柏井健作	吉川徳茂	7	2カ所	2カ所	2施設
30	近畿	兵庫県	横山純好	松尾雅文神戸大学教授	10	21カ所 急病センター13カ所	3カ所	10施設
31	中国・四国	岡山県	藪内弘	小田慈岡山山大学保健学科	5	10カ所 急病センター3カ所	2カ所	4施設
32	中国・四国	鳥取県	及川藤	岸和子鳥取大学	7	1カ所 急病センター1カ所	1カ所	7施設
33	中国・四国	鳥取県	笠木正明	神崎晋鳥取大学教授	3	9カ所 急病センター3カ所	3カ所	1施設
34	中国・四国	広島県	桑原正彦	小林正夫広島大学教授	7	3カ所 急病センター5カ所	3カ所	7施設
35	中国・四国	山口県	砂川功		6	5カ所 急病センター6カ所		
36	中国・四国	徳島県	岸彰	吉田哲也	1	3カ所	未定	2カ所
37	中国・四国	香川県	竹広晃					
38	中国・四国	愛媛県	中真一	小谷信行松山赤十字病院	6	7カ所 急病センター4カ所	1カ所	5施設
39	中国・四国	高知県	石黒成人	脇口宏高知大学教授	3	3カ所 急病センター1カ所	1カ所	1施設
40	九州・沖縄	福岡県	井上賢太郎	浦口龍夫福岡県医会庶務	13	22カ所 急病センター13カ所	15カ所	10施設
41	九州・沖縄	佐賀県	馬場常嘉	浜崎雄平佐賀大学教授	3	6カ所 急病センター5カ所	1カ所	3施設
42	九州・沖縄	大分県	河野孝治	なし	6	3カ所 急病センター2カ所	6カ所	6カ所
43	九州・沖縄	宮崎県	佐藤雄一	布井博幸宮崎大学教授	3	1カ所 急病センター1カ所	1カ所	1カ所
44	九州・沖縄	長崎県	柳 忠道			6カ所 急病センター2カ所		
45	九州・沖縄	熊本県	後藤善隆	遠藤文雄熊本大学教授	4	3カ所 急病センター5カ所	1カ所	2カ所
46	九州・沖縄	鹿児島県	池田琢哉	河野嘉文鹿児島大学教授	6	9カ所 急病センター2カ所	5カ所	5カ所
47	九州・沖縄	沖縄県	具志一男	太田孝男琉球大学教授	5	5カ所	1カ所	8カ所