

千葉県小児救急医療体制に係る提言書

平成27年3月31日

千葉県救急・災害医療審議会

目次

はじめに 目指すべき小児救急医療のあり方.....	1
第1章 現状.....	2
1.小児医療を取り巻く環境の変化.....	2
(1)小児人口.....	2
(2)子育て世帯の変化.....	3
(3)小児死亡率、死亡数及び死亡要因.....	3
(4)家庭内での事故.....	4
2.救急搬送.....	5
(1)搬送数及び搬送時間帯.....	5
(2)搬送時間.....	6
(3)搬送先.....	7
(4)年齢.....	7
3.医療資源.....	8
(1)小児救急を担う医師の現状.....	8
(2)小児救急医療体制.....	10
4. Information and Communication Technology (ICT)と医療.....	15
第2章 課題.....	16
1.小児救急医療を取り巻く環境.....	16
(1)防ぎえた死.....	16
(2)小児疾患の特異性.....	16
(3)相談体制の不足.....	16
2.地域における小児救急医療体制.....	16
(1)初期小児救急・地域小児医療体制の更なる充実.....	16
(2)保健医療圏における二次小児救急医療の空白.....	16
(3)PICU等の高度小児救急医療機関の偏在.....	16
3.将来を見据えた小児救急体制.....	17
(1)小児科医の不足.....	17
(2)小児救急医の不足.....	17
(3)ICTの導入.....	17
第3章 今後の対応と方向性.....	18
1.予防を含めた初期対応を充実させ安全な子育てができる環境づくり.....	18
(1)事故を起こさない安全な家庭環境.....	18
(2)小児救急医療と救命救急・福祉等の連携.....	18
(3)相談体制の充実.....	18
2.どこでも安心して小児救急医療が受けられる体制づくり.....	18
(1)夜間休日診療所など小児初期救急・地域小児医療体制の強化・充実.....	18
(2)二次小児救急医療体制の整備.....	18
(3)高度小児救急医療体制の再構築.....	18

3.将来を見据えた小児救急医療	19
(1)小児科医の確保	19
(2)小児救命救急センターの設置による小児救急医の継続的な確保・養成.....	19
(3)ICT を活用した医療.....	19
資料.....	20
◎用語集.....	20
◎千葉県小児救命救急センター指定基準.....	21
◎小児救急電話相談全国実施状況.....	23
◎小児救急医療体制の検討に係るワーキンググループについて.....	25

図目次

図 1	小児人口の推移	2
図 2	時間別搬送件数	5

表目次

表 1	千葉県地域別小児人口の推移	2
表 2	ひとり親世帯数及び構成比	3
表 3	保育所入所待機児童数	3
表 4	小児死亡率	3
表 5	小児死亡数の推移	4
表 6	年齢階級別死因順位	4
表 7	年齢別自宅内での事故件数	4
表 8	症例別救急搬送数	5
表 9	搬送時間別件数	6
表 10	保健医療圏別搬送時間	6
表 11	保健医療圏別平均搬送時間	7
表 12	医療機関別小児患者搬送先	7
表 13	医療機関別小児患者搬送先(重症患者のみ)	7
表 14	年齢別搬送件数	8
表 15	千葉県内の小児救急関係医師数	8
表 16	診療科別女性比率	8
表 17	保健医療圏別小児科医師数及び小児科標榜医療機関数	9
表 18	小児科病院・診療所数	9
表 19	小児初期救急医療体制	10
表 20	小児救急電話相談件数	10
表 21	小児二次医療体制	12
表 22	小児三次医療体制	13
表 23	小児救急における ICT 活用例	15

はじめに 目指すべき小児救急医療のあり方

千葉県では、これまで小児を含めた救急医療体制の整備として、救命救急センター等の指定、ドクターヘリ２機体制の構築、小児電話相談（＃８０００）の開設、ちば救急医療ネットの整備、本県独自の小児救命救急ネットワークの構築などを進めてきた。また、全国的に見て不足感の高い、医師・看護師確保対策も積極的に行っている。

一方、千葉県でも全国的な傾向と同様に少子高齢化が進行し、県内すべての地域で小児人口が大きく減少する事が想定されている。また、一人親世帯の増加や情報化の進展など子育て家庭を取り巻く環境は多様化し、地域や親世代とのつながりの希薄化により子育てに対する不安感の増加や正しい知識不足など、小児医療を取り巻く環境は大きく変化している。

このような状況の中で、小児人口の長期的な減少や財政的制約から大幅な「量」の拡大による小児救急の充実は極めて困難なことが予想される。このため、既存医療資源の効率的な運用によって「安心して質の高い小児救急医療」を実現させることが求められる。

こうした県内の現状を踏まえ、本提言では「安心して質の高い小児救急医療（サービス）」の提供により、身近な小児救急医療の拡充・充実を図るとともに、防ぎえる死を回避し、後遺症のない回復を目指すことを、小児救急医療の目標とし、本県のあるべき小児救急医療の提供体制について、提言するものである。

第1章 現状

1. 小児医療を取り巻く環境の変化

(1) 小児人口

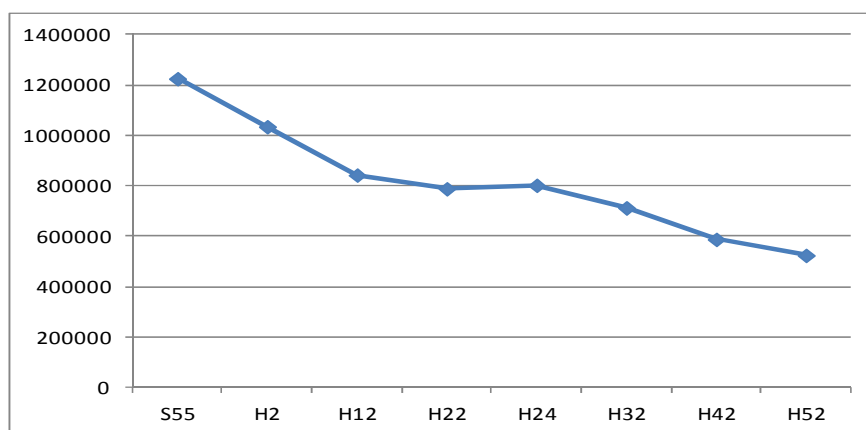
千葉県の小児人口は、今後大幅に減少することが見込まれる。平成22年の小児人口は、799,646人であり、平成52年までに523,847人(約27万人減少)まで減少することが見込まれる。地域別に見ると、減少数が最も大きいのは東葛南部(67,465人減少)で、減少率が最も大きいのは、山武長生夷隅(-55.0%)である。

表1 千葉県の地域別小児人口の推移

保健医療圏	H12	H22	H24	H32	H42	H52	H22→H52	
							減少数	減少率
千葉	123,766	123,972	127,174	112,542	93,828	85,768	-38,204	-30.8%
東葛南部	213,614	229,665	232,436	213,096	178,947	162,200	-67,465	-29.4%
東葛北部	177,283	172,727	175,670	161,216	133,420	118,520	-54,207	-31.4%
印旛	104,632	94,688	94,570	87,587	72,890	65,177	-29,511	-31.2%
香取海匝	46,121	34,267	32,345	25,279	19,291	15,862	-18,405	-53.7%
山武長生夷隅	68,464	51,935	49,234	36,072	27,916	23,382	-28,553	-55.0%
安房	18,628	14,744	14,047	11,819	9,299	7,986	-6,758	-45.8%
君津	48,118	41,897	41,455	34,546	27,544	23,847	-18,050	-43.1%
市原	41,908	35,751	34,903	29,995	24,268	21,105	-14,646	-41.0%
合計	842,534	799,646	801,834	712,152	587,403	523,847	-275,799	-34.5%

出典：平成12、22年は、総務省統計局「国勢調査」、平成24年は、千葉県人口動態調査、平成32～平成52年は、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」

図1 小児人口の推移



出典：総務省国勢調査(S55～H22)、千葉県人口動態調査(H24)、国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口(H32～H52)

(2)子育て世帯の変化

本県の全世帯数は251万世帯である(平成22年現在)。このうち、ひとり親世帯については六歳未満の子供がいる世帯は、8,641世帯である。また一世帯あたりの人数は減少しており、核家族化が一層進んでいる。また、本県の待機児童数は、1,000人を超えている。

表2 ひとり親世帯数及び構成比

年	全世帯数	ひとり親世帯のうち、六歳未満の子どもがいる世帯	一世帯あたりの構成人数 ¹
H12	2,164,117	8,081	2.70
H22	2,512,441	8,641	2.43

出典：総務省統計局「国勢調査」

表3 保育所入所待機児童数

調査年月日	待機児童数
平成16年	983
平成26年	1,251

出典：平成16年厚生労働省児童家庭課「保育所待機児童数調査」
平成26年千葉県児童家庭課「千葉県待機児童数調査結果」

(3)小児死亡率、死亡数及び死亡要因

本県における平成24年の小児死亡率は、千人あたり0.27人である。全国と比較するとほぼ同等であり、昭和55年以降、大きく減少している。このうち、乳幼児死亡率が2.76となっており、年齢別で一番高い数値となっている。

表4 小児死亡率

年	乳児死亡率 ²	1～4歳死亡率 ³	乳幼児死亡率 ⁴	小児死亡率 ⁵
S55	7.20	0.61	1.76	0.69
H2	4.22	0.33	1.05	0.39
H12	3.20	0.29	0.88	0.36
H22	2.27	0.23	0.65	0.25
H24	2.76	—	0.68	0.27
全国(H24)	2.22	0.21	0.61	0.25

¹ 一般世帯人員数÷一般世帯数

² 乳児死亡率=乳児死亡数/出生数

³ 1～4歳死亡率=(5歳未満の死亡数/5歳未満人口)*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口による。ただし、全国は、総務省人口推計による。

⁴ 乳幼児死亡率=(5歳未満の死亡数/5歳未満人口)*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口、平成24年が住民基本台帳人口、全国は、総務省人口推計による。

⁵ 小児死亡率=(15歳未満死亡数/15歳未満人口)*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口、平成24年が住民基本台帳人口、全国は、総務省人口推計による。

また、同年における小児死亡数は、213 人であり、死因は「先天奇形、変形及び染色体異常」がトップで以下「周産期に発生した病態」等が続く。このうち、0 歳児が小児死亡数の半数以上を占めている。年齢別死因は、0～4 歳は、先天奇形等がトップで年齢が上がるにつれて、不慮の事故など死因が多様化している。

表 5 小児死亡数の推移

年	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5～9歳	10～14歳	合 計
S55	472	79	43	34	33	113	73	847
H2	225	31	20	14	13	57	46	406
H12	177	26	17	11	10	30	32	303
H21	137	17	4	5	8	24	23	218
H24	135	18	7	5	6	21	21	213

出典：千葉県人口動態調査

表 6 年齢階級別死因順位

	第 1 位	第 2 位	第 3 位	合計
0 歳	先天奇形、変形及び染色体異常(54)	周産期に発生した病態(39)	不慮の事故(8)	135
1～4 歳	先天奇形、変形及び染色体異常(6)	肺炎(5)	不慮の事故(4)	36
5～9 歳	不慮の事故(6)	その他の新生物(3)	心疾患(高血圧性を除く)(2)	21
10～14 歳	悪性新生物(4) 脳血管疾患(4) 自殺(4)			21
合計	先天奇形、変形及び染色体異常(61)	周産期に発生した病態(41)	不慮の事故(20)	213

出典：千葉県人口動態調査(H24)

(4) 家庭内での事故

独立行政法人国民生活センター⁶の調査では、7,997 件の事故中、5,390 件が「12 歳以下の自宅内」の事故である。そして、事故件数に占める自宅内事故の割合を各年齢層別に見ると、0 歳以上 2 歳未満では 85.1%、2 歳以上 6 歳未満では 63.5%、6 歳以上 12 歳以下では 39.7%である。また、自宅内事故に占める各年齢層の構成比は、0 歳以上 2 歳未満では 49.1%、2 歳以上 6 歳未満では 39.8%、6 歳以上 12 歳以下では 11.1%である。年齢が下がるとともに自宅内の事故が増加していることが伺える。

表 7 年齢別自宅内での事故件数

	0 歳以上 2 歳未満	2 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 12 歳以下	合計
事故件数	3,107	3,382	1,508	7,997
うち自宅内事故 (各年齢層の事故件数に占める割合)	2,645(85.1%)	2,147(63.5%)	598(39.7%)	5,390(67.4%)
自宅内事故の各年齢層別構成比	49.1%	39.8%	11.1%	

出典：独立行政法人国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故～子ども編～」

⁶ 「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故～子ども編～」全国で 2010 年 12 月から 2012 年 12 月末までの約 2 年間に医療機関からデータ収集

2. 救急搬送

本項は、「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」のデータを活用した。

平成 25 年度救急搬送実態調査結果

①調査対象

平成 25 年 9 月及び 10 月に千葉県内で発生した救急搬送事例について、県内消防機関(31 機関)、医療機関(178 機関)及び夜間休日急病診療所(22 機関)に照会

②回収状況

消防機関 回収率 100%(31 機関) 41,843 件

医療機関 回収率 89.3%(178 機関中 159 機関) 36,448 件

③小児関係データ

医療整備課において、それぞれの回収したデータから小児(0 歳から 14 歳)を抽出

消防機関 41,843 件中 3,585 件 医療機関 36,448 件中 2,995 件

消防機関及び医療機関のデータを突合させたデータ(マッチングデータ) 41,843 件中 3,466 件

(1) 搬送数及び搬送時間帯

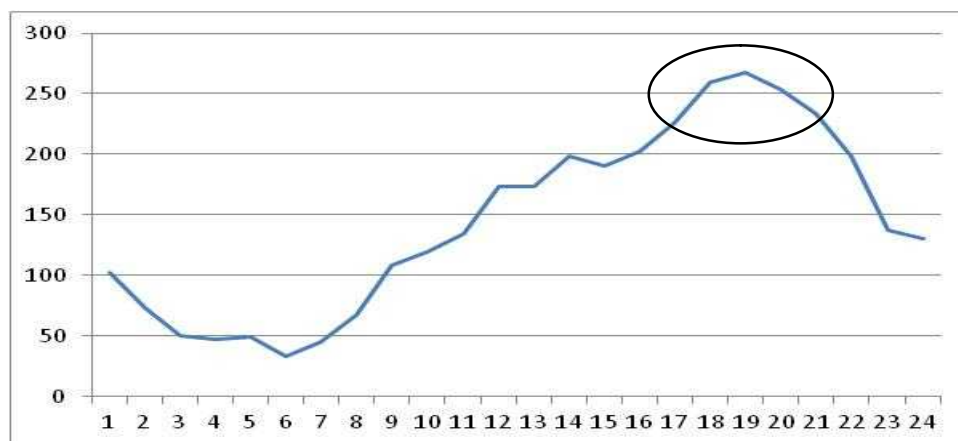
小児救急患者は、軽症患者が 70%以上を占め、搬送数の 35.7%が 16～20 時に集中していることが特徴である。ただし、軽症患者であっても医療機関において「緊急性あり」と判断される例も多いことから、「軽症」といっても一概に救急車の使用が否定されるべきではない。なお、搬送数は、3,466 件で救急搬送全体の 8.3%である。

表 8 症例別救急搬送数

		軽症	中等症	重症	死亡	その他	総計
小児	傷病の程度 ⁷	2,545	834	79	6	2	3,466
	構成比	73.4%	24.1%	2.3%	0.2%	0.1%	100.0%
救急搬送数	傷病の程度	21,528	16,864	2,916	519	16	41,843
	構成比	51.4%	40.3%	7.0%	1.2%	0.0%	100.0%

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

図 2 時間別搬送件数



出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

⁷傷病の程度の判断基準：軽症（入院加療を必要としないもの）、中等症（重症又は軽症以外のもの）、重症（3週間以上の入院加療を必要とするもの）、死亡（初診時死亡が確認されたもの）、その他（傷病程度が判明しないもの）

(2) 搬送時間

小児救急患者の搬送時間は、1 時間以内に 90%の患者が病院へ搬送されている。ただし、重症患者では 1 時間以内の搬送率は 70%まで減少し、搬送時間が長くなっている。また、平均搬送時間(覚知時間から病院収容時間)は約 40 分であり、平均交渉回数は、1.34 回である。保健医療圏別に見ると、山武長生夷隅・安房で、搬送時間 1 時間以上の割合が 20%以上になっている。交渉回数では、香取海匝が一番多くなっている。

表 9 搬送時間別件数

	1時間未満	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	合 計
すべての症例	3,299	276	10	3,585
重症のみ	55	20	4	79

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」

表 10 保健医療圏別搬送時間

保健医療圏		1 時間未満	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上	総計
千葉	件数	594(7)	84(4)	2(0)	0(0)	680(11)
	構成比	87.4%	12.4%	0.3%	0.0%	100.0%
東葛飾南部	件数	1,128(17)	43(5)	0(0)	0(0)	1,171(22)
	構成比	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%
東葛飾北部	件数	642(8)	27(5)	1(0)	0(0)	670(13)
	構成比	95.8%	4.0%	0.1%	0.0%	100.0%
印旛	件数	334(14)	30(3)	1(0)	1(1)	366(18)
	構成比	91.3%	8.2%	0.3%	0.3%	100.0%
香取海匝	件数	89(3)	12(0)	1(1)	0(0)	102(4)
	構成比	87.3%	11.8%	1.0%	0.0%	100.0%
山武長生夷隅	件数	156(2)	53(2)	0(0)	0(0)	209(4)
	構成比	74.6%	25.4%	0.0%	0.0%	100.0%
安房	件数	50(1)	15(1)	1(0)	1(1)	67(3)
	構成比	74.6%	22.4%	1.5%	1.5%	100.0%
君津	件数	170(2)	8(0)	1(1)	0(0)	179(3)
	構成比	95.0%	4.5%	0.6%	0.0%	100.0%
市原	件数	136(1)	4(0)	1(0)	0(0)	141(1)
	構成比	96.5%	2.8%	0.7%	0.0%	100.0%
総計	件数	3,299(55)	276(20)	8(2)	2(2)	3,585(79)
	構成比	92.0%	7.7%	0.2%	0.1%	100.0%

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」()内は重症患者数

表 11 保健医療圏別平均搬送時間

	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	全体
搬送時間(分)	42.50	36.56	34.41	40.49	43.19	49.35	54.25	37.20	37.19	39.19
交渉回数(回)	1.53	1.21	1.23	1.41	1.55	1.46	1.04	1.29	1.30	1.34

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」

(3) 搬送先

小児救急患者の搬送先を見ると、三次・二次・初期で概ね 1/3 ずつとなっており、救急搬送患者全体と比較すると三次に搬送されている患者の割合が高くなっている。なお、平成 25 年度の重症患者のうち、10 例(千葉県こども病院:6、東京女子医科大学八千代医療センター:4)が PICU 保有病院に搬送されている。

表 12 医療機関別小児患者搬送先

	三次救急		二次救急	その他	総 計
	件数	構成比			
小児 ⁸	1,262	36.4%	1,171	1,033	3,466
救急搬送数 ⁹	8,890	21.2%	29,574	3,379	41,843

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

表 13 医療機関別小児患者搬送先(重症患者のみ)

年		三次救急	二次救急	その他	総計
H23	搬送件数	45	4	13	62
	構成比	72.6%	6.5%	21.0%	100.0%
H24	搬送件数	49	10	11	70
	構成比	70.0%	14.3%	15.7%	100.0%
H25	搬送件数	46	13	20	79
	構成比	58.2%	16.5%	25.3%	100.0%

出典：「救急搬送実態調査結果」

(4) 年齢

小児救急搬送患者を年齢別に見ると、0～2 歳までで小児全体の 40%を占める。しかし、重症患者では、0 歳が 40 件と全体の 30%を占めている。

⁸三次救急、二次救急、その他(初期)の区分けは、次のとおりとした。三次：全県対応型小児医療連携拠点病院、救命救急センター 二次：地域小児科センター、小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制、一般病院参加病院(小児救急対応)。 その他(初期)：三次及び二次以外の医療機関(NICU・軽症の外科疾患・県外の三次救急などへの搬送を含む。)。また表 13 においても同様の区分けとしている。

⁹三次救急、二次救急の区分けは、次のとおりとした。三次：救命救急センター、救急基幹センター、二次：病院群輪番制、救急告示病院

表 14 年齢別搬送件数

0 歳		1～2 歳	3～14 歳	計
件数	構成比			
416(26)	12.0 %(32.9%)	1053(8)	1,997(45)	3,466(79)

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」()は重症者

3. 医療資源

(1) 小児救急を担う医師の現状

① 小児科医

千葉県内の小児救急を担う医師数は、小児科医が 654 人（小児外科医を含む）、救急医が 135 人の計 789 人（平成 24 年現在）である。このうち小児科医については、約 30%が女性医と推計され、医師全体の 19.0%と比較すると女性比率が高くなっている。

また、小児救急を担う救急医は、重症外因性疾患対応における貢献が期待される一方で、内因性疾患における関わりの低さが指摘されている¹⁰。

さらに、保健医療圏別に見ると、小児人口千人あたりの小児科医師数が一番多い安房(1.57 人)と比較して一番少ない山武長生夷隅(0.37 人)は、4 倍近い差がある。

表 15 千葉県内の小児救急関係医師数

年	小児科医	小児外科	救急医	合計
平成 10 年	498(1,199)	29(48)	－	527
平成 20 年	582(1,232)	24(45)	92(115)	698
平成 22 年	593(1,228)	30(47)	118(148)	741
平成 24 年	622(1,209)	32(49)	135(180)	789

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(主な診療科 ()内は複数回答)

表 16 診療科別女性比率

	全体	小児科	小児外科	救急医
総 数	288,850	16,340	701	2,600
うち女性	56,689	5,508	115	298
比 率	19.6%	33.7%	16.4%	11.5%

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(H24:全国ベース)

¹⁰ 日本救急医学会小児救急特別委員会「日本救急医学会救急科専門医による小児救急診療への取り組み」日救医会誌 2012;23:319-29 P323「救急医の CPA 症例への関わり 64%、重症外傷例(多発外傷 70%、単独外傷 67%)に対して、小児内因性疾患への関わりは重症例で 51%、中等症例で 49%と低い傾向が認められた。また、小児診療に対する自信を問う質問で、自信がないと回答した割合は CPA 症例 21%、重症外傷(多発外傷 21%、単独外傷 24%)に比べて、内因性疾患(中等症 35%、重症 39%)で高値であった。」

表 17 保健医療圏別小児科医師数及び小児科標榜医療機関数

保健医療圏	①小児科医師数	②小児科標榜医療機関数	③小児人口	①/③ (対千人)	②/③ (対百人)
千葉	158	160	123,972	1.27	0.13
東葛南部	154	271	229,665	0.67	0.12
東葛北部	122	234	172,727	0.70	0.14
印旛	75	114	94,688	0.79	0.12
香取海匝	29	52	34,267	0.85	0.15
山武長生夷隅	19	101	51,935	0.37	0.20
安房	23	41	14,744	1.56	0.28
君津	20	58	41,897	0.48	0.14
市原	22	38	35,751	0.62	0.11
千葉県	622	1,069	799,646	0.78	0.13
全国(H24)	16,340	—	16,411,000	1.00	—

出典：小児科医師数「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 22 年：主な診療科)、小児科標榜医療機関数「ちば医療ナビ」(平成 26 年 9 月 30 日現在)

②小児集中治療医

我が国では、「小児集中治療専門医」制度がないため、小児の集中治療に習熟した医師数の把握は困難である。しかし、日本小児科学会及び日本集中治療医学会に所属し、小児及び集中医療の経験がある医師は、全国的に「226 人から 289 人¹¹⁾」とされ、1 県あたり 4.8 人から 6.14 人程度、小児集中治療の経験のある医師がいると想定される。

一方、先進諸国¹²⁾の小児集中治療医数は、小児人口 1 万人あたり 0.12 人～0.24 人¹³⁾であり、これを元に本県における小児集中治療医師数を算定する¹⁴⁾と、9.36 人から 18.72 人程度必要なことになる。

③小児科医療機関数

小児科医療機関数を見ると平成 14 年から平成 23 年にかけて、179 医療機関(病院数:21、診療所数:158)が減少している。

表 18 小児科病院・診療所数

年	病 院		診療所		合 計	
	全 数	小児科	全 数	小児科	全 数	小児科
H23	244	109	3,678	895	3,922	1,004
H14	261	130	3,538	1,032	3,799	1,162

出典：「医療施設調査」

¹¹⁾日本集中治療医学会集中治療の労働力調査プロジェクト WG「日本における小児集中治療労働力・意識調査」日集中医誌 2013

¹²⁾アメリカ、オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、カナダ 前掲「日本における小児集中治療労働力・意識調査」

¹³⁾前掲「日本における小児集中治療労働力・意識調査」

¹⁴⁾小児人口=78 万人で算定

(2) 小児救急医療体制

① 初期・軽症（一次）

初期小児救急医療は、在宅当番医制(13 地区)や夜間休日診療所(14 地区 20 施設)で実施している。

表 19 小児初期救急医療体制

二次医療圏	地区	夜間休日診療所(小児対応)	在宅当番医制
千葉	千葉	千葉市休日救急診療所、千葉市夜間応急診療	(千葉市：産婦のみ)
東葛南部	習志野・八千代	習志野市急病診療所、やちよ夜間小児急病センター(小児専門)	習志野市、八千代市
	船橋・鎌ヶ谷	船橋市夜間休日急病診療所	船橋市
	市川・浦安	市川市急病診療所、浦安市急病診療所	
東葛北部	松戸	松戸市夜間小児急病センター	松戸市
	柏・流山・我孫子	柏市夜間急病診療所、流山市平日夜間・休日診療所、我孫子市休日診療所	柏市
	野田	野田市急病センター	野田市
印旛	印旛	印旛市郡小児初期急病診療所、成田市急病診療所	
香取海匝	香取・海匝	銚子市夜間小児急病診療所	香取郡市、銚子市、匝瑳市
山武長生夷隅	山武	山武郡市夜間急病診療所	山武郡市
	長生	長生郡市夜間急病診療所	長生郡市
	夷隅	(医師会で健康相談ダイヤル 24 を実施)	夷隅郡市
安房	安房	安房郡市夜間急病診療部	安房郡市
君津	君津	君津郡市夜間急病診療所	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	市原	市原市急病センター	市原市

また、初期小児救急医療を補完するため、夜間における子どもの急な病気などに看護師・小児科医が保護者からの電話相談に応じアドバイスをする小児救急医療相談を実施している。

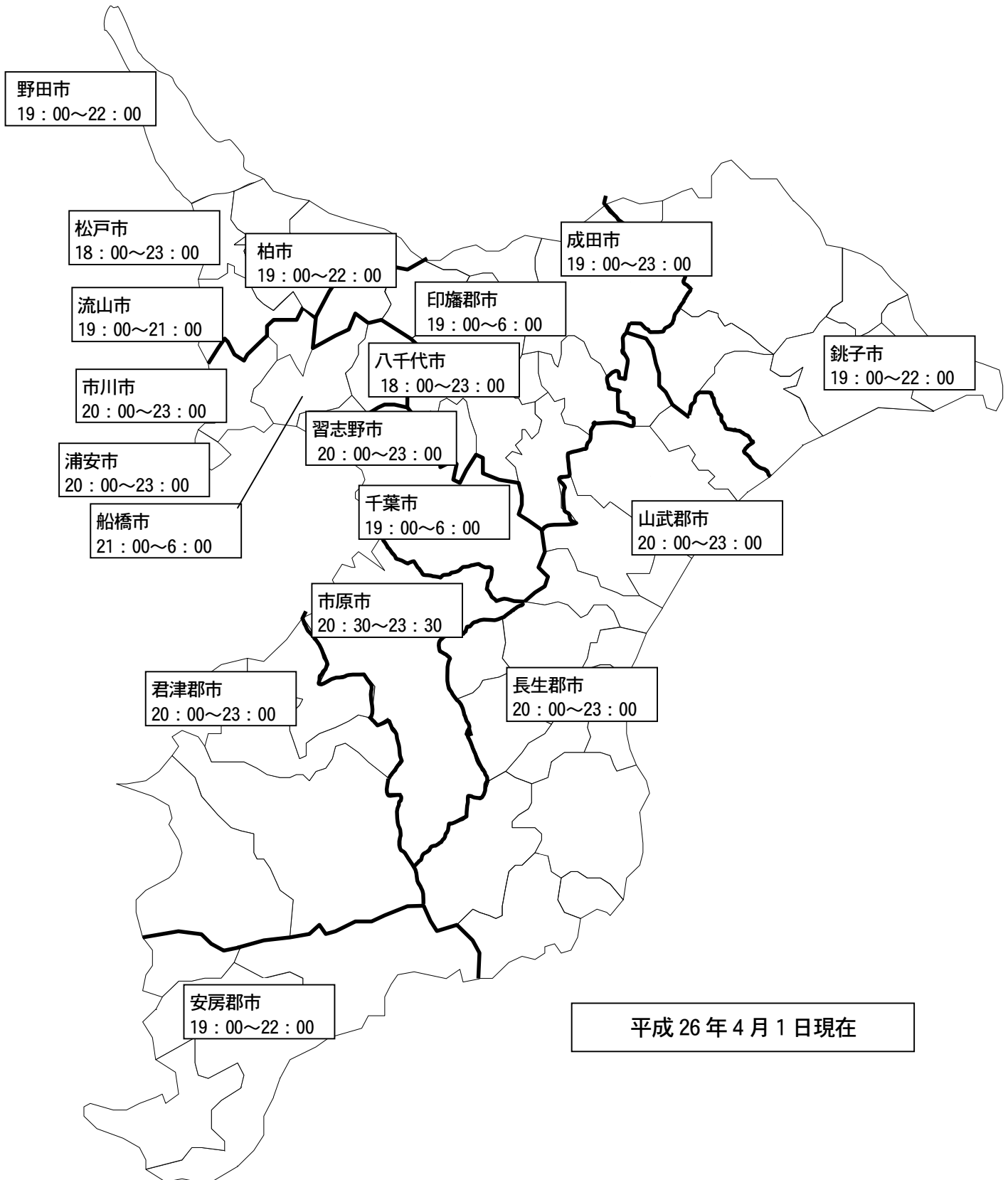
表 20 小児救急電話相談件数

年度	17	18	19	20	21	22	23	24	25
相談件数	894	2, 215	2, 956	10, 345	16, 337	17, 267	19, 035	19, 569	18, 724

(小児救急電話相談事業の拡充について)

- ・平成 17 年 9 月 3 日より事業開始(土・日・祝日等のみ実施)し、平成 20 年 5 月 3 日より 365 日実施に拡充
- ・土・日・祝日：平成 21 年 4 月 1 日よりの回線数を 3 回線に、平成 23 年 4 月 22 日より土・日・祝日を 4 回線に拡充
- ・平日：平成 21 年 8 月 1 日より 3 回線に拡充

千葉県内の夜間小児診療（一次救急）



②中等症（二次救急）

地域診療所など初期救急から入院や手術を要する患者を受け入れる小児二次救急は、地域小児科センター、小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制などによって支えられている。

表 21 小児二次医療体制

保健医療圏	地区	二次救急病院(地域小児科センター、 小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制等)
千葉	千葉	千葉市立海浜病院、千葉市立青葉病院、国立病院機構千葉医療センター、千葉メディカルセンター
東葛南部	習志野・八千代	谷津保健病院、東京女子医科大学附属八千代医療センター
	船橋・鎌ヶ谷	船橋市立医療センター、船橋二和病院
	市川・浦安	東京歯科大市川総合病院、東京ベイ・浦安市川医療センター、順天堂大学医学部附属浦安病院
東葛北部	松戸	新松戸中央総合病院、千葉西総合病院
	柏・流山・我孫子	柏厚生総合病院外6病院、東葛病院、東京慈恵会医科大学附属柏病院、(J Aとりで総合医療センター)
	野田	小張総合病院
印旛	印旛	日本医科大学千葉北総病院、東邦大学医療センター佐倉病院、国立病院機構下志津病院、成田赤十字病院
香取海匝	香取・海匝	国保旭中央病院
山武長生夷隅	山武	(国保旭中央病院)
	長生	(君津中央病院)
	夷隅	(亀田総合病院)
安房	安房	亀田総合病院
君津	君津	君津中央病院
市原	市原	帝京大学ちば総合医療センター、千葉労災病院、千葉県循環器病センター

③高度救命（三次救急）

千葉県の小児三次救急は、全県対応型小児医療連携拠点病院(5 病院)と救命救急センター(8 病院(うち 2 病院は全県対応型小児医療連携拠点病院))によって担われている。保健医療圏別では、市原が小児三次医療機関の空白地域となっている。

表 22 小児三次医療体制

保健医療圏	救命救急センター	全県対応型小児医療連携拠点病院
千葉	千葉県救急医療センター	千葉大学医学部附属病院 千葉県こども病院
東葛南部	船橋市立医療センター 順天堂大学医学部附属浦安病院	東京女子医科大学附属八千代医療センター
東葛北部	国保松戸市立病院 東京慈恵会医科大学附属柏病院	国保松戸市立病院
印旛	成田赤十字病院 日本医科大学千葉北総病院	
香取海匝	国保旭中央病院	国保旭中央病院
山武長生夷隅	東千葉メディカルセンター	
安房	亀田総合病院	
君津	君津中央病院	
市原		

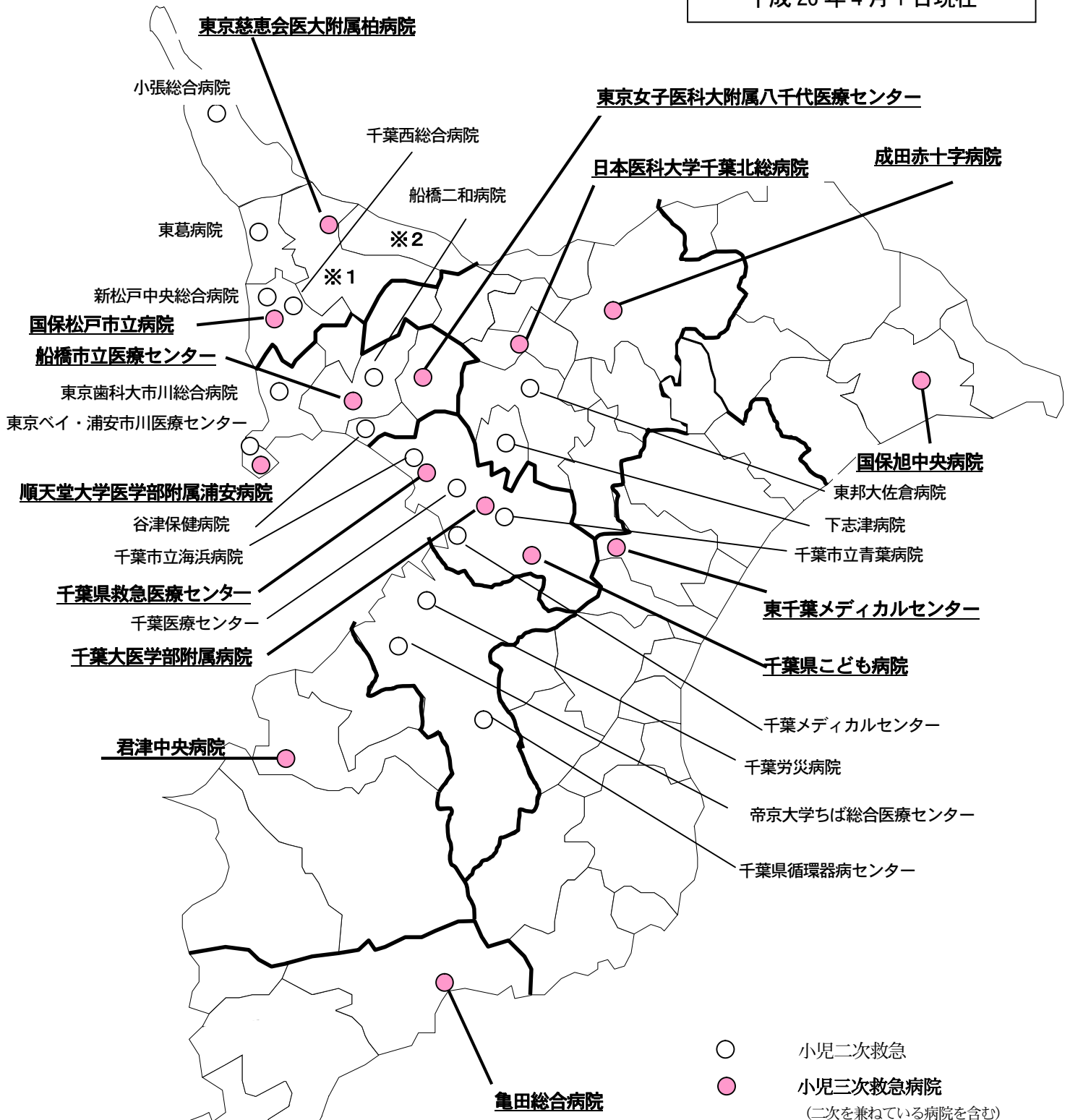
また、小児集中治療室(P I C U)の救命率の高さが指摘¹⁵¹⁶されているところである。平成 26 年度、千葉県内には 25 床(東京女子医科大学附属八千代医療センター10 床、千葉県こども病院：9 床、松戸市立病院：6 床)の P I C U が整備されている。

¹⁵ 桜井淑男他「我が国における小児集中治療の有効性と今後の展望」日集中医誌 2007;14:53～56「0～9 歳までと 14 歳以下において、「PICU のある都道府県」群の方が「不慮の事故による平均死亡率」が有意に低かった」

¹⁶ 武井健吉他「小児重症患者の救命には小児集中治療施設への患者集約が必要である」日救急医学会誌 平成 20 年 P205「ICU における小児重症患者管理の治療成績は PIM2、TRISS 法、いずれによる予測死亡率ともほぼ同等の結果が得られており、成人 ICU での小児重症患者管理も一定水準のレベルには到達していることがうかがわれた。その一方で PICU 群での実死亡率は予測死亡率をはるかに下回るものであり、ICU での治療に比べて極めて良好な治療成績が得られていた。この結果からは、現在全国の ICU で散発的に管理されている小児重症患者を積極的に PICU に集約することで、今後さらなる救命率向上が期待できる可能性が示唆された。」

千葉県内の小児二次・三次医療体制

平成 26 年 4 月 1 日現在



※ 1 柏市は病院群輪番制により、柏厚生総合病院、千葉・柏たなか病院、柏市立病院、おおたかの森病院、岡田病院、名戸ヶ谷病院、辻仲病院柏の葉が小児二次救急に対応

※ 2 我孫子市は、茨城県の J A とりで総合医療センターが小児二次救急に対応

4. Information and Communication Technology (ICT)と医療

国が策定した「世界最先端 IT 国家創造宣言¹⁷」では、「IT 利活用による新技術と大規模データ解析技術を組み合わせることにより、(中略)全ての国民が健康で安心・安全に暮らせるユニバーサルな新たな社会システムを構築し、(中略)健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会を実現する。」としている。

近年、ICT の進展は著しく、従来では収拾不能であった「ビッグデータ」を利活用した健康増進・管理や疾病予防の仕組みの構築や、ネットワークを活用した遠隔医療など効果的・効率的な医療の提供が期待されている。

表 23 小児救急における ICT 活用例

事業名	内容	実施主体
「どこに住んでいても高度な医療が受けられる遠隔医療普及推進事業」	①医療機関での対面診療を遠隔地の医師が支援するリアルタイム D-D-P (Doctor to Doctor to Patient) 型遠隔医療支援システム、②医師間で症例検討を行う D-D (Doctor to Doctor) 型遠隔相談・遠隔勉強会システムを提供。①は、専門医が不足している医療機関の診療を遠隔地の疾患の専門医が支援する実際の診療現場で活用、②は、①の利便性を高め多くの医師が参加できるようにするため、アプリケーションにより D-D での症例相談等を実現する仕組みであり、地方での診療レベルの向上に寄与した。	北海道
「岐阜県救急医療全体最適化事業」	岐阜県内 6 市の二次・三次医療機関をネットワークで連携し、一次受入時の CT や MRI 画像等の患者情報を情報センター等と共有するとともに、それらの情報に基づき二次・三次医療機関の医師やコーディネータとテレビカンファレンスが実施できるシステムを構築する。これにより患者の転送判断の迅速化・適正化を図るとともに、貴重な医療資源の有効活用が可能となる。	岐阜市 他 5 市
「ICT を利活用した広域連携救急画像伝送システム事業」	救急車から医師へ画像を転送するシステムを構築する事業。救急車内の傷病者のバイタルサイン（血圧、脈拍、心電図等）及び傷病者の状態を把握できる動画を携帯電話通信網を使って医療機関に送り、医療機関の医師がこれを携帯電話でリアルタイムに把握して、救急隊員に対して適切な救急応急処置等の指示をし、救急隊が指示に基づく応急措置を講じることで救命率の向上を図る。	金沢市 内灘町

¹⁷ 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT 総合戦略本部）（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）

第2章 課題

1. 小児救急医療を取り巻く環境

(1) 防ぎえた死

子供が生活する中で、予期せぬ家庭内の事故が発生しており、特に年齢が下がるほど自宅内での事故は多い傾向にある。不慮の事故による「防ぎえた死」は一定数存在し、小児の死亡原因の中で大きな割合を占めている。また、死亡に至らないまでも入院や診療が必要なケースも多発していると考えられる。

(2) 小児疾患の特異性

小児の救急搬送は、成人と比較して軽症者が多く、夜間の特定時間(18時から21時)に集中する傾向にある。成人と比較して小児は、症状が急変しやすい、小児自らの確かな症状を訴えることが困難で医師ではない保護者が症状を判断しなければならないなどの特異性がある。このため、熱性けいれんのように、保護者が救急車を要請し結果的には入院を必要としない「軽症」に分類されてしまう小児疾患の特異性があることも考慮すべきである。

(3) 相談体制の不足

共働きやひとり親世帯の保護者は、日中、子供を医療機関に連れて行けないなどの状況にある。県では、平成17年度より実施している小児救急電話相談事業は19時から22時までの間で年間約2万件の実績があるが、深夜・早朝時間帯に実施されておらず、他には有効な相談手段がない状況にある。

2. 地域における小児救急医療体制

(1) 初期小児救急・地域小児医療体制の更なる充実

夜間・休日の急病等に対応するため、地域の医師会の協力の下、小児夜間休日診療所が県内各地で設置されている。しかし、小児夜間休日診療所が設置されていない県東南部の地域がある。

(2) 保健医療圏における二次小児救急医療の空白

山武長生夷隅では、二次小児救急医療機関が設置されていない。また、山武長生夷隅の二次小児救急を支えている香取海匝・安房・君津の各保健医療圏においても、二次小児救急医療機関はそれぞれ1病院のみである。

(3) PICU等の高度小児救急医療機関の偏在

事故を起こさないことも大事であるが、「不慮の事故」によって失われる命をひとりでも多く救う不断の努力も必要である。県では、「小児集中治療室設備整備事業」等により、小児救急医療の高度化を図るとともに、平成24年度より県が独自に「小児救命集中治療ネットワーク」を構築し三次小児救急医療機関のネットワーク化を図り小児

重篤患者の受入体制の整備を進めてきたところである。

しかしながら、本県では、すべての PICU が千葉・東葛南部・東葛北部に立地している。また全県対応型小児医療連携拠点病院も同様であり、高度な小児救急医療資源の県北西部への偏在が顕著となっている。

3. 将来を見据えた小児救急体制

(1) 小児科医の不足

千葉県内の小児科医等の数は、増加傾向にあるものの、小児人口あたりの小児科医数は、全国平均を大きく下回っている。また、保健医療圏別の小児科医数の格差も大きい。

(2) 小児救急医の不足

本県において小児救急を専門としている医師の数については把握されていないが、県内の小児科医数の状況を鑑みるに充足されているとは考えられない。

(3) ICT の導入

ICT の利用は、救急分野でも行われており、県内の一部医療機関でもスマートフォンを活用した映像伝送システムが導入されている。しかし、導入から維持・更新にかかるコスト負担などの問題があり、県内の医療機関が幅広く ICT を効率よく活用しているとは言い難い状況である。

第3章 今後の対応と方向性

1. 予防を含めた初期対応を充実させ安全な子育てができる環境づくり

(1) 事故を起こさない安全な家庭環境

不慮の事故など防ぎ得た死を減らすためには、何よりも家庭内外での事故を未然に防ぐことが大事である。今後、事故を起こさない安全な家庭環境が死亡数を減らす第一歩であるとの認識のもと、子育て世帯へ安全な家庭環境づくりに向けた情報提供など啓発活動を行うべきである。

(2) 小児救急医療と救命救急・福祉等の連携

子育てを支える家庭・地域の有り様は、変化しており、子育て支援のセーフティーネットである小児救急医療のみではなく、AED や救命講習の普及等の救命救急分野や各種子育て支援等の福祉分野との連携を含め、幅広く子育て支援を展開していくことが求められる。

(3) 相談体制の充実

県で実施している小児救急電話相談は、県民や医療従事者等から時間延長のニーズが高い。安心できる子育て環境を提供するため、小児救急電話相談の時間延長等、相談体制の更なる拡充について検討することが望ましい。

2. どこでも安心して小児救急医療が受けられる体制づくり

(1) 夜間休日診療所など小児初期救急・地域小児医療体制の強化・充実

夜間休日診療所など小児初期救急医療機関は、患者がもっとも身近に接する小児救急医療機関である。県では、小児初期救急センター運営事業を活用し、小児夜間休日診療所に支援を行っている。今後、地域医師会と連携し、小児初期救急センター運営事業等を更に活用し、夜間休日診療所の小児科医の確保や設備の充実を図ることが求められる。また、小児科医不足を補うためにも、市町村を越えた広域の小児初期救急センター化構築への支援も検討することが望ましい。

(2) 二次小児救急医療体制の整備

県では、二次保健医療圏単位で小児救急医療体制の確保が困難な山武長生夷隅において、近隣の二次保健医療圏から小児救急患者を受け入れる「小児救急医療拠点病院」に支援を行っている。今後は、二次小児救急医療機関の勤務医確保を行うとともに、広域搬送にドクターヘリ等の積極的な活用を図ることが求められる。

(3) 高度小児救急医療体制の再構築

高度小児救急医療体制の更なる充実を図るため、診療科を問わず 24 時間体制で重篤な小児救急患者を受け入れる小児救命救急センターを既存小児 3 次救急医療機関の中から指定することを検討するとともに、3 次小児救急医療機関のネットワークの強化

及び PICU 設置医療機関への広域搬送ネットワークの構築に取り組むことが望ましい。

3. 将来を見据えた小児救急医療

(1) 小児科医の確保

本県は、全国的に見ても医師数が少なく、小児科医・小児集中治療医についても同様の状況であるため、修学資金やキャリアアップの支援など医師確保対策が必要である。あわせて、小児科医は女性医師が多いことから、女性の働きやすい職場環境の改善などの定着促進対策を推進するべきである。

(2) 小児救命救急センターの設置による小児救急医の継続的な確保・養成

小児救急医は、全国的にも僅少であり、本県での継続的な確保・養成が求められる。県内では、これまで小児救急医の育成のため、救命救急センターにおける小児科医の受入などを実施してきたところであるが、更なる小児救急医の確保・養成のために「小児救命救急センター」を設置するとともに、「小児救急医師研修事業」等を活用し救急医が小児救急にも対応できる体制とすることが望ましい。

(3) ICT を活用した医療

ICT 技術の進展は著しく、タブレットの活用による搬送先医療機関と救急隊との情報連携の向上やビッグデータの活用による病態判断の精度向上や受入医療機関の適正化、遠隔医療システムを通じて、保健医療圏を超えた医療サービスの提供が期待でき、小児救急医療分野への ICT の導入に向けた検討が求められる。

なお、ICT の活用にあたっては、患者の医療情報の多くは極めて個人的な情報であり、個人情報情報の漏洩が患者個人の社会的な評価等に直結する恐れもあることから、その保護に留意する必要がある。

資料

◎用語集

救命救急センター

心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療を行うことを目的に設置された医療機関で、高度な救急医療を 24 時間体制で提供できる機能を有する。

在宅当番医制

市町村及び一部事務組合の委託により、地区医師会の医師等が交代で夜間休日診療を実施する体制。初期診療を行うとともに、必要であれば二次救急医療機関等へ患者を紹介・転送する役割を有する。

小児救急医療拠点病院

小児科医が 24 時間体制で小児救急患者を受け入れる二次救急拠点病院

小児救命救急センター

診療科を問わず、すべての重篤な小児救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れる病院

小児救命集中治療ネットワーク

重篤な小児救急患者への的確な対応のための体制整備を目的とした、関係病院間のネットワーク

小児集中治療室

内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝その他のほかの重篤な急性機能不全の小児患者を収容し強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する病院内の小児患者用の施設

小児初期救急センター運営事業

小児の急病患者を受け入れるため、小児救急医療支援事業等の二次救急病院と連携し、小児患者の休日夜間の診療態勢を確保することを目的とする事業

全県対応型小児医療連携拠点病院

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する病院

地域小児科センター

二次医療圏において中核的な小児医療を実施する医療機関

夜間休日診療所

在宅当番医制と同様の機能を果たすもので、市町村等が設置運営主体となり、地区医師会の医師が交代で休日及び夜間の診療に当たる診療所

◎千葉県小児救命救急センター指定基準

1 目的

小児救命救急センターを設置することにより、重篤小児患者の救命と小児救急医の育成を図ることにより、千葉県における小児死亡率の低下に寄与することを目的とする。

2 小児救命救急センターの運営方針

小児救命救急センターは、以下の要件を満たさなければならない。

- ①原則として、診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れられること。
- ②重篤な小児救急患者に対して「超急性期」の医療を提供した後、高度な専門的医療が必要な患者については、小児救命救急センター内又は本院の「急性期」の集中治療・専門的医療を担う病床(以下「小児集中治療室病床」という。)に転床・転院する体制を確保していること。
- ③医学生、臨床研修医、医師、看護学生、看護師及び救急救命士等に対する小児救急医療の臨床教育を行うこと。

3 整備基準

小児救命センターは、専門病床(小児集中治療室病床 6 床以上(本院でも可)を含む)を適当数有し、24 時間体制で、すべての重篤な小児救急患者に「超急性期」の医療を提供するとともに、それを脱した小児救急患者に必要な高度な専門医療を提供するものとし、以下の施設等を有しなければならない。

①施設

- ・小児集中治療室病床 6 床以上を有し、独立した看護単位を有すること
- ・救急蘇生室を有すること。なお、緊急検査室、放射線撮影室、手術室等を優先して使用できる体制を確立すること。
- ・必要に応じ、適切な場所にヘリポートを整備すること。
- ・診療に必要な施設は耐震構造であること。

②設備

- ・小児救命救急センターとして必要な医療機器を備えるものとする。
- ・必要に応じ、ドクターカーを有すること。

③診療体制

(ア)医師：常時、専従の医師及び研修医を確保するものとする。なお、専従の医師については、日本集中治療学会が認定した集中治療専門医、日本小児学会が認定した小児科専門医、日本救急医学会が認定した救急科専門医など、小児集中治療に指導的立場にある人を 1 人以上含むこと。

(イ)看護師：常時、専従の看護師を患者 2 名に 1 名以上の割合(必要時には患者 1.5 名に 1 名以上)で確保するものとする。なお、重症集中ケア認定看護師が勤務し、指導的役割を担うことが望ましい。

(ウ)他の医療従事者：診療放射線技師及び臨床検査技師を常時院内に確保すること。

また理学療法士及び臨床工学技士を院内に確保するものとする。

(エ)薬剤師を確保することが望ましい。

(オ)社会福祉士を院内に確保することが望ましい。

④受入体制

- ・小児集中治療室病床は、年間概ね 300 例以上の入院を取り扱うこととし、うち相当数が救急外来からの入院又は他院からの搬送入院であること。
- ・救急搬送を相当数(本院を含む。)受け入れること。

4 指定方法

小児救命救急センターを新たに指定する場合は、千葉県救急・災害医療連絡協議会に諮り指定するものとする。

なお、指定要件を満たさなくなった場合には、指定を取り消すことができるものとする。

5 留意すべき事項

この指定基準については、国における最新の動向や県内の状況を踏まえ、必要に応じて、適宜見直しするものとする。

◎小児救急電話相談全国実施状況

都道府県		実施時間帯		備考
		平日 (月～金)	休日 (土曜日含む)	
1	北海道	19:00～23:00	19:00～23:00	
2	青森	19:00～翌朝8:00	19:00～翌8:00	
3	岩手	19:00～23:00	19:00～23:00	
4	宮城	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
5	秋田	19:30～22:30	19:30～22:30	
6	山形	19:00～22:00	19:00～22:00	
7	福島	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
8	茨城	18:30～0:30	9:00～17:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:30～23:30	
9	栃木	18:00～23:00	18:00～23:00	看護師対応
10	群馬	18:00～翌朝8:00	9:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～翌朝8:00	
11	埼玉	19:00～翌朝7:00	9:00～翌朝7:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			19:00～翌朝7:00	
12	千葉	19:00～22:00	19:00～22:00	
13	東京	17:00～22:00	9:00～17:00	
14	神奈川	18:00～0:00	18:00～0:00	
15	新潟		19:00～22:00	
16	富山	19:00～翌朝9:00	19:00～翌朝9:00	
17	石川	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
18	福井	19:00～23:00	9:00～23:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			19:00～23:00	
19	山梨	19:00～翌朝7:00	19:00～翌朝7:00	
20	長野	19:00～23:00	19:00～23:00	
21	岐阜	18:00～翌朝8:00	8:00～翌朝8:00	
22	静岡	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
23	愛知	19:00～23:00	19:00～23:00	
24	三重	19:30～翌朝7:00	19:30～翌朝7:00	
25	滋賀	18:00～翌朝8:00	9:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～翌朝8:00	

都道府県		実施時間帯		備考
		平日 (月～金)	休日 (土曜日含む)	
26	京都	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			15:00～翌朝8:00	
27	大阪	20:00～翌朝8:00	20:00～翌朝8:00	
28	兵庫	18:00～0:00	9:00～0:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～0:00	
29	奈良	18:00～翌朝8:00	8:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			13:00～翌朝8:00	
30	和歌山	19:00～23:00	19:00～23:00	
31	鳥取	19:00～23:00	9:00～23:00	
32	島根	19:00～23:00	9:00～23:00	
33	岡山	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
34	広島	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
35	山口	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
36	徳島	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
37	香川	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
38	愛媛	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
39	高知	20:00～翌朝1:00	20:00～翌朝1:00	
40	福岡	19:00～翌朝7:00	19:00～翌朝7:00	
41	佐賀	19:00～23:00	19:00～23:00	
42	長崎	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
43	熊本	19:00～0:00	19:00～0:00	
44	大分	19:00～翌朝8:00	9:00～17:00 19:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の上段は日曜日及び祝日、下段は土曜日の実施時間
			19:00～翌朝8:00	
45	宮崎	19:00～23:00	19:00～23:00	
46	鹿児島	19:00～23:00	19:00～23:00	
47	沖縄	19:00～23:00	19:00～23:00	

(平成 26 年 10 月 31 日現在)

◎小児救急医療体制の検討に係るワーキンググループについて

趣旨

小児救急医療に経験・知識が豊富な医師の参加のもと、小児救命救急センターの設置等、良質かつ適切な小児救急医療を広域的に提供するための体制について協議する。

協議事項

- ・小児救命救急センター設置基準の検討
- ・中期的な小児救急医療体制の検討

構成員

猪股弘明 千葉県小児科医会長
北村伸哉 君津中央病院救命救急センター長
下条直樹 千葉大学大学院小児病態学教授
伊達裕昭 千葉県こども病院長(座長)
李 笑求 千葉県医師会理事(救急担当)
(敬称略 50 音順)

開催日時

第1回

日時：平成 26 年 7 月 8 日(火)19:00～20:50

場所：千葉県庁本庁舎 5 階大会議室

議題：座長の選出

ワーキンググループの検討課題(案)について

「千葉県小児救急医療の現状と課題」について

「千葉県小児救命救急センター指定基準」の作成について

第2回

日時：平成 26 年 8 月 1 日(金)19:00～20:45

場所：千葉県庁本庁舎 5 階大会議室

議題：「(仮称)小児救急医療体制に係る提言書(構成案)」について

「千葉県小児救命救急センター指定基準」について

第3回

日時：平成 26 年 11 月 25 日(火)19:00～

場所：千葉県庁本庁舎 5 階大会議室

議題：「小児救急医療体制に係る提言書(案)」について

千葉県救急・災害医療審議会(平成 27 年 1 月 21 日(水)開催)に報告し一部修正の上、平成 27 年 3 月 31 日審議会です承し千葉県へ提言。