

まずこのような割合で分かります。

緊急例は全員受診するという形で、準緊急例の一部分、1割の方が電話相談をして、電話相談を受けた小児科医の先生が9割の割合で受診を勧奨して、ほとんどの方は受診されますが、一部の方は受診せずに様子を見る。このような流れになっておりますので、最終的にここに受診と経過観察という二つの結果が生じております。このようなものを数学的にモデルで走らせて、最終的な数字を求めました。

(スライド)

こちらが結果です。電話相談がある場合とない場合の比較を、それぞれの項目についてどれくらい差があったかを並べています。

まず緊急度別の発生件数はもちろん電話相談があろうがなかろうが同じ件数起こります。電話相談件数は10%の利用率なので、電話相談をされるほうが970件ぐらいです。時間外受診件数は電話相談をするほうとしないほうで最終的に270件ほどの差ができました。準緊急例から緊急例になって受診したような件数は、幸いなことにほとんど差がありませんでした。未受診のまま時間を過ごしてしまった準緊急例の数は、3件増えたという形です。

この273件というのを見ていただきますと、まず電話相談件数973件に対して28%、約4分の1ほどです。

時間外受診は何もしなくても6,700件ほど起こるのですが、273件というのはそのうちの4%に相当するという形です。

(スライド)

こちらは感度分析といって、今回のこの仮定がどれくらい信頼のおけるものかを検証するような一つの手法です。

モデルに使った数字をもともと置いた数値から少し上下に変動させて、最終的な結果がどれくらいもとの数字から前後するのかということを見た図表です。これを見ていただくと、時間外受診の数に大きく影響するのはこの部分、いわゆる電話相談の割合とか、保護者判断による受診率、非緊急例の場合のこの数字を動かすと大きく受診抑制数が変化するという結果で、ほかはほとんど影響しません。

そういうわけで、もう一度結果を要約すると、夜間に急病が1万件発生すると、時間外受診が6,700件ほど生じます。小児救急電話相談サービスを提供すると970件ほど電話相談をすることになって、そのうち時間外受診が270件減少する。ただ、なるべく速やかな受診が妥当にもかかわらず経過を見ているような準緊急例が3件ほど増えました。

時間外受診の数を変化させる大きなものは、電話相談の割合とか非緊急例での保護者判断による受診率、たとえば今回は10%という電話相談の割合を使いましたが、これを極端な話で100%、まず最初に電話相談ありきというふうにすると、40%ほどの外来受診の抑制率になります。これは少し極端すぎる数字だと思いますが、そのように大きく変わります。

また非緊急例での保護者判断による受診率、たとえば柏原病院のお話もありますように、そういったところで非緊急例の受診率があまり高くないようなところでは、逆説的ですが、このような電話相談による時間外受診の減少、抑制の効果が少なくなってしまう。逆にいえば柏原病院の事例の対極的なエリアなどでは、もっと電話相談が有効に活用されるという形になります。

ただ、そうはいっても時間外受診の抑制効果というのは4%ぐらいしかないのです、どこまで広く提供するかによりますが、ダイレクトに時間外受診のみを目的にすると、効果が限定的になる可能性は少し高いのではないかと思います。

電話相談の時間外受診の抑制の数に対して受診の遅れを見ると、それほど多くなかったのです、益は十分大きいのではないかと思います。

まとめますと、長所は先ほど見ていただいたとおりで、短所は、受診の遅れがわずかにあります

が、件数的にはあまり多くありません。ただ、今後、＃8000事業をずっと継続していくその都度において、実際の転帰がどうであったかの情報収集、データ収集はもちろん必要だと思います。

医療提供側からすると、電話相談の小児科の先生、看護師の方の負担はもちろんあります。そういった医療資源をある程度使っている形になりますので、こちらのデメリットの部分と、費用がかかりますので、良い点と悪い点をいったんこのようなテーブルにして、これらを全部一覧で眺めることによって、初めて＃8000の評価が少し進むのではないかと考えております。(拍手)

平成22年度市民公開シンポジウム
「ここまできた#8000＝いつでも、どこからでも、すぐに相談できる#8000を目指して」

#8000は小児救急に役立っているか -#8000を評価する-

前田健次(大阪府立健康科学センター)
岡本茂(京都大学大学院社会健康医学健康情報学)
三品浩基(京都大学大学院社会健康医学医療疫学)
中山健夫(京都大学大学院社会健康医学健康情報学)

1

#8000事業による有用な点

- ・ 保護者＝子育て支援
 - － 相談窓口の存在という安心感
 - － 受診の要否判断の助言
 - － 不安軽減
 - － 家庭内療法のアドバイス
 - － 受診後のケアのアドバイス
- ・ 患儿
 - － 症状・予後の改善
- ・ 医療提供側＝医療提供体制の維持
 - 時間外受診の抑制
 - － 診療と相談機能の分離
 - － 地域小児医療の育成

2/12

2

背景・目的

- ・ 小児救急の負担軽減の可能性を探る、小児救急電話相談事業がH16年より開始された
- ・ 時間外の救急受診抑制にどれくらいの影響があるのかは不明である
- ・ 文献データを用いた決断分析でシミュレーションし、時間外受診患児数の減少といった、本事業による影響の大きさを推定した

Maeda K, Okamoto S, Mishina H, Nakayama T. A decision analysis of the effectiveness of the pediatric telephone triage program in Japan. *Biosci Trends*. 2009;3:184-190.

3/12

3

決断分析とは

- ・ 一般的な状況ではなく、ある特定の状況での選択
- ・ 互いの選択肢に有利・不利な条件がある、トレードオフの関係
- ・ 各選択肢の価値や優劣が直ちに判明しない場合
その状況下で、種々の事象が生じる確率や最終的な転帰に対する価値付けなどに基づいて定量的に判断し、決断を支援する手法

4/12

4

方法

- ・ 対象 - 夜間に医療機関受診の必要性を考えるような症状を発症した小児(0-15歳)という10,000人の仮想集団
- ・ 仮定
 - － その緊急度は緊急(即刻の受診が妥当)、準緊急(なるべく速やかな受診が妥当)、非緊急(待期的な受診で十分)に分けられる
 - － 緊急例の場合、電話相談を利用することなく、時間外受診し、準緊急例・非緊急例の場合はその一部が小児科医による電話相談(#8000)を利用する
 - － 電話相談における緊急度判断の一部のケースで、実際の緊急度との不一致が生じる

5/12

5

方法(続)

- － 準緊急例と判断した場合は時間外受診を勧め、非緊急例と判断した場合は翌朝までの経過観察(翌朝の待期的な受診を含む)を勧める
- － 保護者の一部は、受けた勧奨を遵守しない
- ・ 検討するアウトカム: 電話相談を行う場合(電話相談群)と行わない場合(対照群)の間で、
 - ① 時間外受診件数、② 準緊急例から緊急例となって受診した件数、③ 未受診のままの準緊急件数の差
- ・ 感度分析: 仮定した変数を妥当な範囲で変動させ、アウトカムの変化を検討

6/12

6

說說

- 検索したデータベース:
Medline、医中誌、厚生労働科学成果データベース、Google

7

252



8

28 29

600 274

9

222

0129

10/12

10

NON NON

- 11/12

11

10:20 AM

12/12

12

4. よりよい相談をめざして

聖路加看護大学 小児看護学准教授 平 林 優 子

今までのご発表はデータに基づいておりますが、私は現在は救急に直接携わっておりません。ただこれから病院経験の多い看護師が相談員になることが多いのではないかと考えておりますので、そういう看護師が相談員になったときにどういうふうに対応していけばよいか、という姿勢について考えていきたいと思っております。

少し古くなりますが、私は平成16年、17年に神奈川県看護協会の「小児救急看護を通した家庭応急看護支援事業」という事業に携わらせていただきました。これは小児救急医療受診者の増加とか、現在、家庭での対応の難しさがあるということとか、情報過多によっていろいろな混乱が起きているという背景を受けて、小児救急看護を標準化していきたいということで始まりました。

小児の救急に対応しているのは必ずしも小児看護を経験した看護師だけではなく、一般の夜間救急、休日救急の診療所などの看護師で、今まであまり子どもは診たことがないという人も対応しているという状況になりますので、そういう人でもどういうことが必要かというような看護の標準化のために行いました。それと家庭での応急対応の力を看護が支援するような援助はどういうふうにしていったらいいのか、ということの中で考えることにしました。

その結果、小児救急看護対応のマニュアルと応急看護のパンフレットを作成して、幾つかの研修会を行い、全国の医療機関等にも配布しております。

これを作るにあたって、県内の救急医療機関と休日急患診療所の看護師に質問紙調査を行いました。300床以上の医療機関で救急を標榜しているところと、休日、夜間、救急診療所等に勤務している看護師に調査を行い、112名の回答を得られました。

その調査の結果から、全体としては対応マニュアルなどが不備で、どのように対応したらいいのか不安に思っている看護師がいる、多忙な診療時間や待ち時間の中で働いている、小児看護の経験がない看護師が対応している、初期対応にかかわることが非常に多い、不安の強い家族に看護師の対応が難しいと感じている、ということが出てきました。

その調査の中で、「説明や指導を行うときに看護師が困ると思うこと」、「治療や処置を行うときに困ると思うこと」を抜き出して聞いています。

「説明や指導を行うときに困ると思っていること」の中では、小児看護の経験がない看護師などは「知識が足りないと思う」ことを一番困ると思っているようです。治療や処置を行うときに困ることも、「いろいろな病態を知らないと思うこと」だと答えているのですが、では「実際に特に困ることは何か」を自由記述で質問すると、実は家族への対応で非常に困っているということが出てきました。説明しても理解してもらえないとか、いろいろ言っても耳を貸してもらえないというようなことで看護師が困っているといったことが多く出てきました。それから、処置の際には親の反応や感情にうまく対応ができないという姿や、診療に来ているのに親がその準備ができていないのではないかとすることに戸惑ったりしていることがわかりました。また、泣き続けている子どもへの対応が実際に処置や治療を行うときに困ると思っていたようでした。

こういう結果をまとめますと、看護師の困っていることから考えると、看護師は知識や技術をきちんと提供したいと考えております。それから家族に言うことを理解してほしい、家族が変わってほしい、個々の家族に合わせる難しさを感じていました。また、家族の感情の動きへの対応の難しさを感じていました。それから子どもの行動などに難しさを感じていることがわかりました。

これらを考えると、看護師は家族に何かを提供しなければならない。また指導しなければならないけれども、なかなかうまくいかないと考えていることがわかりました。

一方、「看護師が家族から話される心配の中でよく聞くことは何か」ということについては、たとえば体のことに関しては「高い熱で脳に異常が起きないか」、「悪い病気の始まりではないか」、「命にかかわる病気ではないか」といったことが多く、家族は生命の危機に直結するような心配をしているということを感じております。

さらに家族から話される心配や不安の中でよく聞く内容を確認すると、「子どもの辛そうな様子を見ているのが我慢できない」ということが非常に多いことがわかりました。あとは「明日保育園に行けるか」、「きょうだいに伝染しないか」、「明日仕事を休まなければならないか」、といったような生活や家族の健康にかかわるところまでが非常に心配だということが出てきました。それと「相談できる人がいないので、とても不安が増大している」というようなことが出てきました。

「比較的軽い症状で受診する理由」を看護師がとらえたところからいくと、「第一子で不安が大きい」人が比較的軽い症状で受診している。「日中は仕事で受診できない」、「家庭看護の体験が非常に少ない」、「多くの情報があって混乱している」というようなことを出しております。

この結果からまとめますと、子どもの急な体の変化に対して「家族の不安は子どもの命の危機の不安に直結している」、「家族なりの手がかりを駆使して判断しようとしている」、「経験が少ないほど不安が大きくて、受診が多い」、「相談しながら判断、対応したいと考えている」、「子どもが辛くならないようにしたい」というところが出てきて、これは医療者が考える生命の危機に対応する救急というところと、家族が考える受診したいという気持ちの意識の違いではないかと思います。それから「家族全体の健康状態の心配をしている」とか、「生活の中でこのことを考えている」といったような意識が出てきました。

そういう中で、医療機関にいる看護師が電話相談に携わることになったときにどんなふうを考えていけばよいのかということを考えてみました。

電話相談の特徴としては、医療機関では医療者のほうから家族に何か「提供する」という意識がありましたが、電話相談は家族自身を中心となってさまざまな情報を活用する、その一つとして「電話相談を利用する」ということになります。ですから医療者や看護師は受け手の側は「家族が何かをするのを支援する一部になる」というふうに受けとっていくのではないかと思います。

電話相談の特徴として言われているのは即時性、即応性、そして一回の中で何らかの結果を出すこと、また距離や時間の非制約ということ、匿名性の中で行われるということが出てきます。

最も大切なのは、掛け手が優位であるということです。もともと電話相談は掛けたい人が掛け、好きなときに切ることができるという特徴がありますが、主体が掛け手であるということ。それから現在は携帯電話の普及によって、思い切って電話をかけるというよりも、簡単にだれかに連絡をするというような態勢になっていて、電話相談自体が非常にパーソナルな相談になっているということです。

それから電話相談の特徴として、特に心理相談などと言われることですが、隣人性があるということ。気軽にだれかにちょっと相談してみたいというような特徴を持っているということです。それから耳元、口元が近いので、非常に親密に感じるというような特徴があるそうです。そしてこの親密性というのは、逆にいえば少しバーチャルな親密性でもあるというような特徴が出ています。

そこから考えますと、看護師が電話の受け手になるときに考えなければいけない最も大きなことは、「電話の掛け手主体への意識の転換」というところではないかと思います。

私自身もそうだったのですが、いま電話相談の在り方というマニュアルを研究班の中でつくらせていただいているのですが、家族の状態をよく聞いて、どういう受診をしたらよいかとか、いまだういう状態なのかを判断しなければならないとか、家族にとって大切なことを「自分から早く情報をとって提供しなければならない」というふうに思っていたのですが、実は相談しているのは家族であって、「家族が何を望むのかということに対応する自分なのだ」というところに意識を転換するのが最も大変なところではないかと思うようになりました。

電話をしてきた家族の意図を知るところでは、今まではたとえば「熱が出ました」ということになったときに、熱は何度ですか、おしっこは出ていますか、食事はとれていますか、そのほかに症状はありますか、ということをごちから先に聞いているわけです。これは家族が何を知りたいかということの前に、こちらが言いたいことを言っているということになりますので、それを「聴く」というふうに直していくということが大事ではないかと思われます。そしてまずは家族が本当に何を知りたいのかということに迫ってから、その相談相手になるということが、看護師の相談としては大事ではないかと思われます。

よく看護師の勉強の中では、「共感する」ということが非常に大切だと言われているのですが、共感するためには家族が何を知りたいのか、どんな思いをしているのかということをもとに知らなければ、その先に行けないということで、まず家族の思いを知ることが大事ではないかと思えます。

それから家族の背景を思いやるということで、家族はその一人の子どものことだけを考えているわけではなくて、生活全体とか家族全体のことを考えているわけですから、そのことを根掘り葉掘り聞くわけではないけれども、どういう状況の中で掛けてきているのだろうかということをお考えながら聞くことが大事ではないかと思えます。

それから電話の掛け手の知りたいことを提供するということが、まず「相手の知りたいことを話す」ということが大事で、まず相手は何を知りたいかということの追求に時間をかけて、それがなかった時点で何を提供したらよいかということをお判断していくということになると思えます。

ですから本当に受診したいかどうかを知りたいのか、いま混乱しているのでその整理をしたいのか、ここまでわかっているのでも受診したくないけれども大丈夫かという保証がほしいのか、その真意を知ってからアドバイスするということになるのではないかと思えます。

そして声による相談者として支える立場であるということで、先ほど隣人性ということが出てきましたが、電話相談の大事なところは、隣人のように話しやすく聞いてもらえることであります。よき隣人であることが非常に大切だと言われているが、それに加えて看護師が行う上での専門性というものもあると思えます。ここでの専門性というのは医療判断をすることではなく、「家族が聞きたいことを」専門的立場でわかりやすく説明できるとか、「家族が聞きたいことを引き出せる」というところの専門性ではないかと思えます。

あとは限界を認識するということが、電話ですべては決められないという前提の中で行うということです。様々な＃8000の紹介が掲載されているホームページを見ますと、「育児相談は受け付けません」というふうに書いてあります。家族は育児相談かどうかかわからずに電話をかけてきたときに、こちらが育児相談だと考えて、まず「うちでは受け付けません」と言ったら、多分もう電話相談は来ないと思えます。

まずは、短い時間の中でも、いま何が必要とされているかということをお判断していけばよいのではないかというふうに思っています。たとえば家族がいま受診したほうがいいのかどうかということでお悩んでいるときに、「こういう症状が出て、こうなったらもう一回電話してもいいですよ」とか、「こういうふうになったら考えたらどうですか」というふうに、「家族が後々まで引き受けられるように、今できることは何か」ということを話していくのが電話相談ではないかと思っています。

看護師がとても戸惑う家族の感情への反応ということでは、これは看護師が必ず勉強してくる「家族の危機的な状況の心理状況の過程」ですが、まずはびっくりして衝撃の段階なのでなかなか現実的な対応ができない家族には、説明するけれどもなかなかいろいろなことが入っていかないということがありますが、くり返していねいに説明するということが大事だと言われます。そして少し現実認識ができてくると、電話などでも家族から非常に攻撃的に言われることがあります。それは家族が防衛しているのだと判断して、気持ちを受けとめたり、相手に合わせるができるのが自分たちの役目なのだと認識することが大事ではないかと思えます。

それから家族自身が経験から力を付けていくのだということを考えて、家族の段階に合わせて支援の仕方を考えていくことが大事なので、電話相談も家族にとっては一つの経験であり、教育的な機会だというふうに考えてよいと思います。家族は初めは見たり聞いたりして何とか知識を身につけていくということになりますが、試行錯誤して家族なりの方法を身につけていきますし、最後は今までの経験を生かして手段を選んでいくというような成長をしていくので、どういうふうに支援をすればよいかということを看護師が判断して、その時々で対応していけるような力を付けることが大事だと思います。

看護師として電話相談の力がつくには、これらの対応ができるような研修会とか経験を積むということが大事ではないかと考えています。(拍手)

よりよい相談対応をめざして

聖路加看護大学
平林優子

1

平成16年17年神奈川県看護協会
小児救急看護を通じた家庭応急看護支援事業

小児救急医療受診者の増加
家庭での対応の難しさ
情報過多による混乱

小児救急看護の標準化
家庭での応急対応を看護が支援する体制

小児救急看護対応のマニュアル
家庭での応急看護のパフレット

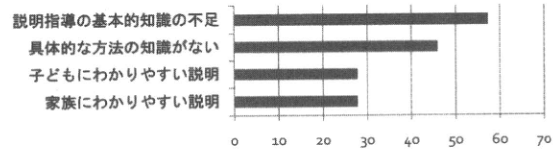
2

県内の救急医療機関・休日急患診療所
看護師への質問紙調査
先駆的な対応地域での看護体制の調査

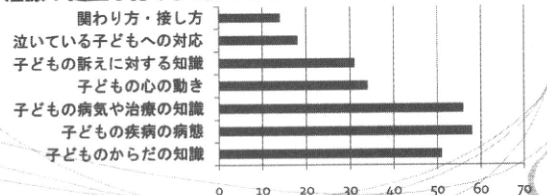
- 対応マニュアルの不備
- 多忙な診療業務・待ち時間
- 小児看護の経験が少ない看護師
- 初期対応に関わることが多い
- 不安の強い家族⇒看護師が対応が難しいと感じている

3

説明や指導を行うときに困ること



治療や処置を行うときに困ること



4

説明や指導で特に困る内容

【説明しても理解してもらえない】

- ◆ なかなか理解が得られない
- ◆ 親の感情やパニック
- ◆ どこまでが家族に必要な情報かの判断

【耳をかしてもらえない】

- ◆ 家族の主張がある
- ◆ 家族の考えがかわらない
- ◆ 看護師のせいにされる

【個別的な対応の難しさ】 【知識不足】

【時間の確保】 【子どもへの説明の難しさ】

5

治療や処置のとき特に困る内容

【親への対応】

- ◆ 親の反応・感情への対応
- ◆ 親が診察の準備ができていない
- ◆ 協力してもらえないとき

【泣き続けている子どもへの対応】

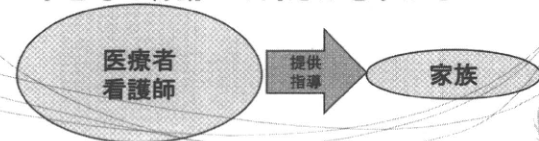
- ◆ 泣いて暴れている子どもへの対応
- ◆ 説明が理解できない子どもへの対応
- ◆ 泣き続けている子どもに他の患者家族からのクレーム

【知識不足】 【医師の対応】 【人手不足】

6

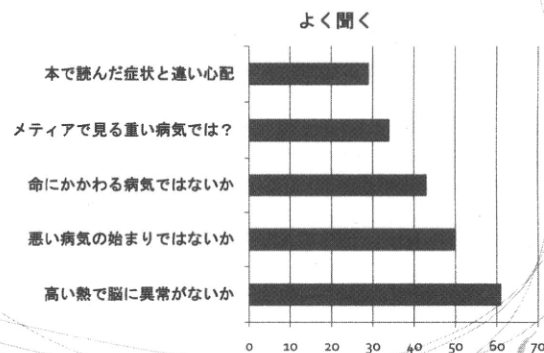
看護師の困っていること(医療機関) から

- 知識や技術を提供したい
- 家族に言うことを理解してほしい
- 家族に変わってほしい
- 個々の家族に合わせる難しさ
- 家族の感情の動きへの対応の難しさ
- 子どもの行動への対応がむずかしい



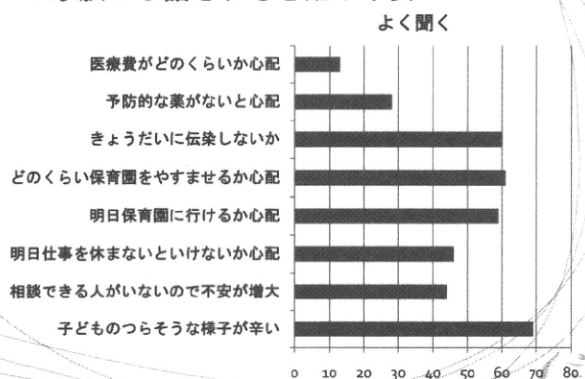
7

◆家族から話される心配や不安



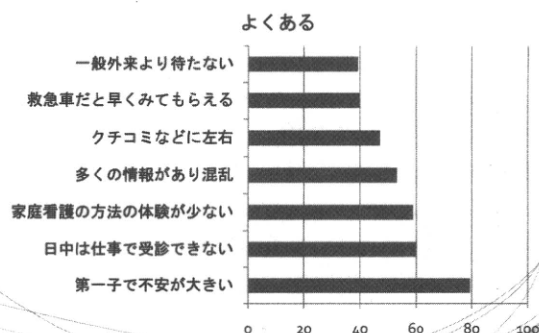
8

◆家族から話される心配や不安



9

比較的軽い症状で受診する理由



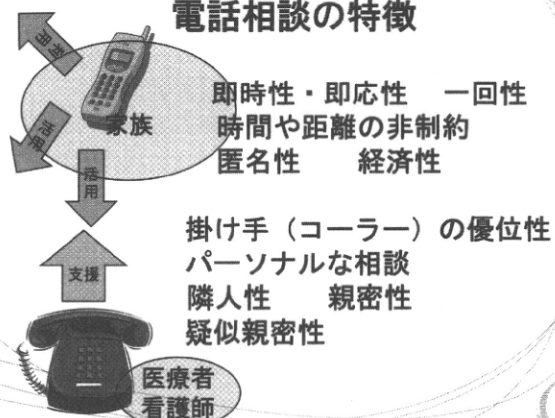
10

子どもの危なからだの変化

- 子どもの命の危機への不安に直結
- 家族なりの手掛かりを駆使して判断
- 経験が少ないほど不安大きく受診多い
- 相談しながら判断・対応したい
- 子どもがつらくないようにしたい
- 家族全体の健康状態の心配
- 家族の生活の中で生じている

11

電話相談の特徴



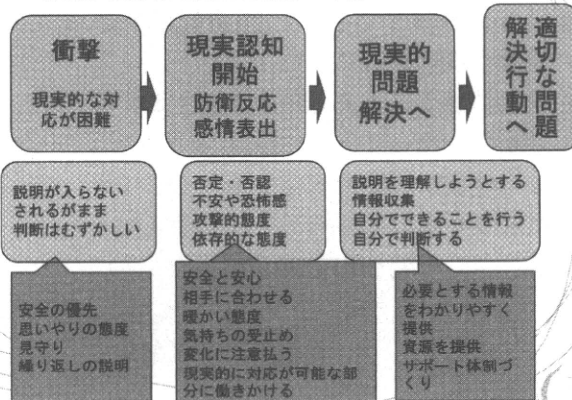
12

電話でのよりよい対応に必要なこと

- 電話のかけ手主体への意識の転換
- 電話をしてきた家族の意図を知る
「聞く」⇒「聴く」へ
共感⇒思いを知りそこから出発
- 家族の背景を思いやる
- 電話のかけ手の知りたいことを提供する
相手の知りたいことを話す
- 声による「相談者」として支える立場
「よき隣人」であり、専門性も持つ
- 限界を認識する
電話ですべて決めない・何ができれば力になれるか

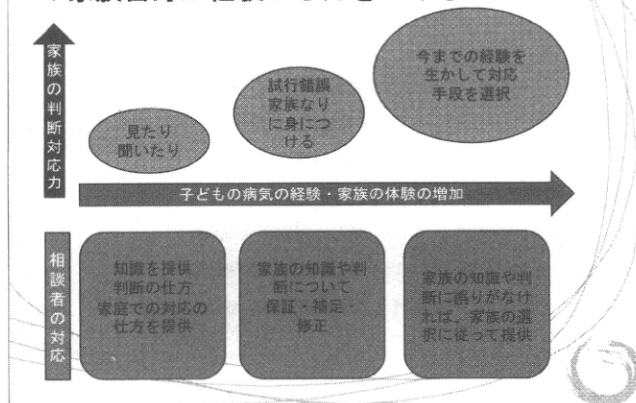
13

急性期の危機的な状況にある家族への支援



14

◆家族自身が経験から力をつける



15

5. 小児救急電話相談＃8000の深夜帯のニーズの調査

日本小児科医会小児救急医療委員会委員長 渡 部 誠 一

＃8000については過去3年ほど衛藤班と保科班で活動してきて、主に＃8000の情報センター的な分析をしてきました。今回は深夜帯のニーズの調査をしましたので、報告させていただきます。

(スライド)

小児救急の理念は、すべての地域のすべての子どもたちに平等に良質の小児医療を提供することであり、安心して子育てできる社会をつくることが目標です。

私たちはそれをめざしているのですが、現在の全国の＃8000の実施状況は、平日準夜帯が44県、休日準夜帯が46県、深夜帯が11県、休日日勤帯が9県で、それを小児人口で見ると、91%の子どもたちが準夜帯に電話相談を提供されていますが、深夜帯は逆に79%の1,350万人の子どもたち、休日日勤帯は72%の1,230万人の子どもたちにはまだ提供できていません。今後これをどう解決するかが問題です。そこで、今回は、＃8000の深夜帯対応について、19時から8時まで、深夜帯に電話相談を実施している5県を選んで、対象小児人口94.5万人の地域で、D社に委託して調査を行いました。調査期間は2010年7月30日から8月31日までの1ヶ月間です。

22時以降を一応深夜帯の定義として、それ以降の相談者にあらためて電話で再調査することを説明して承諾を得て、再度電話して調査しております。

(スライド)

これは全件数2,473件の中の時間帯別件数で、全年齢と3歳未満と零歳に分けて表しております。このような、深夜帯を含めた調査は今まであまりなかったと思います。

一つ、問題なのは深夜帯の定義でして、通常は22時以降を深夜帯と定義しますが、全国の＃8000は23時まで実施しているところが7～8割と非常に高いことが影響していて、深夜帯を22時以降とすると準夜・深夜全体の件数のうちの45%、23時以降と定義すると32%、24時（零時）以降とすると25%というデータが出て来ました。深夜帯はかなり少ないと予想していたのですが、深夜帯は夜間全体の25%～45%と比較的多くなりました。

年齢分布を見ますと、3歳未満66%、零歳28%（約3割）で、非常に低年齢の子どもたちが電話相談してきています。

準夜帯・深夜帯の電話相談について、22時と24時で二つのデータを出しておきました。というのは23時までやっているところが多いので、特徴が出るのは24時以降だと思ったからです。

電話相談時間を5分未満と5～10分と10～15分に分けて、それを準夜帯と深夜帯で比較すると、零時を過ぎると5分未満の方が増えて、5～10分の方が減っています。これは有意差がありました。深夜帯は相談時間が短くなりました。深夜帯は、相談（育児相談）というよりは病気についての問い合わせ（医療相談）が増えてくると考察します。

(スライド)

子どもの年齢ですが、これも零時以降と22時以降の2通りの検討をしましたが、零時以降では零歳児が増えて、小学生は減る傾向がありました。有意差はありませんでしたが、傾向はありました。

(スライド)

次は調査協力者、すなわち、もう一度連絡してインタビューし、詳細なアンケートにお答えいただいた212名の分析です。深夜帯を22時以降と定義して、エントリーしました。

まず症状別の分類ですが、発熱が47%で、消化器症状（腹痛）が11%、喘鳴6%、痙攣0.5%、発疹、それから外科系疾患が2割で、外科系疾患の内容は外傷、頭部打撲、熱傷、誤飲、耳鼻科、歯科、などでした。深夜帯電話相談は外科系疾患が比較的多く、通常小児で非常に多い、発熱は半分

以下でした。

(スライド)

深夜帯利用者の相談者の年齢については、30歳代の方が78%で、20歳代よりも30歳代の方が非常に多いということで、少し高齢の方のほうに相談してきているのかもしれません。

(スライド)

#8000に相談できてよかったかということを知ると、不安が解消したという方が59%、判断の基準を習得したという方が22%、家庭での対処方法を習得したという方が16%でした。

(スライド)

#8000についてのコメントですが、受付時間について、深夜帯があつてよかったという方が40%、24時間の実施の希望が多く、相談員の対応については満足しておりました。あとは、電話が混んでつながらない、すなわち不通問題の指摘がありました。

(スライド)

「もしこの#8000を深夜帯にやっていなかったらどうしましたか」という質問をしたところ、「医療機関を受診した」が55%、「電話をする」という人が7.5%、医療機関へ電話する3.8%、119番へ電話する2.8%、消防署へ電話する0.9%でした。もし#8000がなかったら6割以上の方が医療機関に受診したり電話をするということです。

(スライド)

深夜帯利用者の相談内容を分類しますと、救急の相談が2.8%、一般の病気の相談が94%、薬の相談が2.8%、育児相談は0.5%でした。深夜帯に限ると一般の病気の相談がほとんどで、育児相談は減ります。

(スライド)

深夜帯利用者への電話相談員からの回答は、119番を勧めたことはなかったのですが、医療機関の受診を勧めたのが4.7%ありました。それらは全て、親が救急を意識してない一般の病気の相談の方たちだったので、深夜帯の相談に緊急例が含まれるということがわかります。

それから翌日医療機関の受診を勧めたのが46%、一般的な保健指導、自宅療養の指導が49%で、ほぼ半分弱ずつが医療機関の翌日受診あるいは自宅での療養を指導していました。

(スライド)

以上をまとめると、深夜帯を実施している県5県で調査しましたところ、深夜帯件数は22時以降が45%、24時以降が25%と、深夜帯の相談件数は比較的多いことがわかりました。子どもの年齢は低年齢が多く、零歳児が3割でした。特に24時以降には零歳児が増えて、小学生が減ります。深夜帯の電話相談は24時以降には相談時間が短くなって、病気の相談、すなわち医療相談が増えました。

深夜帯22時以降の相談者へのインタビューによる調査では、相談した子どもの症状は発熱がやや少なく、外科系疾患が多い傾向がありました。相談者の年齢は30歳代が比較的多く、ほとんどの相談者が#8000に相談できてよかったと答えており、不安の解消ができた、判断基準、対処の方法の習得ができたと言っております。コメントでは受付時間の拡張、不通を訴えており、もし#8000がなかったら、医療機関を受診したという方が半数以上でした。相談員の回答した内容は、翌日受診と保健指導・自宅療養の指導がそれぞれ半分ずつでした。

(スライド)

#8000の目的については、今まで衛藤班と保科班で行ってきた調査では、受診の適正化、すなわち受診の要否の判断が初めにあって、それに加えて子育て支援、保護者の不安軽減、家庭内療養のアドバイス、の3つを加えて、計4つの目的を考えました。

昨年2009年の新型インフルエンザ流行の後に調査した結果、#8000の目的として、5つめの目的が、受診後の家庭療養の補助、一回受診してから家に帰ってもう一度不安になって、「この薬をどうしたらいいの」ともう一度電話してきます。つまり小児救急を補助する働きです。6つめの目的

が、地域の小児医療の育成、#8000を通じて、小児救急に係わる人材の育成ができます。7つめの目的が、診療と相談の分離です。以上の3つの目的が加わりました。

(スライド)

米国と日本の電話相談の件数について、Pediatrics の2007年の文献と、『小児科臨床』の福井先生の文献を出しました。調査年は2004年と2000年と近いのですが、電話相談センターはデンバーの小児病院と大阪府の#8000で、これを小児人口比で見るとこのようになります。相談を受けている時間は準夜帯から深夜帯までで、ほぼ同じ時間だと思います。相談件数は米国が日本の4.2倍で、米国のほうがずっと多いのです。小児救急電話相談の Outcome Study の文献検索をしてみると、米国では、ここ10年ぐらいで小児救急電話相談の件数がどんどん件数が増えています。始めたときは日本も早かったのですが、それからの増え方を見ると、米国のほうがどんどん増えています。

米国の小児救急電話相談の特徴は小児病院が担当していることで、先ほど平林先生のお話にもありましたように、小児科の看護師が受ける場合と小児科ではない看護師が受ける場合では、やはり効果が違ってきます。

(スライド)

結語です。深夜帯の#8000のニーズは夜間帯の4分の1、すなわち準夜帯の3分の1以上のニーズがあります。決して無視できません。深夜帯は乳児の比率が増え、育児相談よりも一般的な病気の相談が多く、保護者が認識していない緊急例もあり、外科系疾患が比較的多くなります。もし#8000に相談出来なかったとしたら、半数以上の人医療機関を受診したと言います。

日本は米国に比べて小児救急電話相談が2分の1から3分の1しか行われておらず、深夜帯の拡張を含めて、まだまだ充実が必要であると思います。以上です。

20110115#8000深夜ニーズ

べりつでも、どこからでも、すぐに相談できる#8000を目指して～

#8000の深夜帯ニーズ

急病・休日の
お子さんの急病に

胎毒なし#8000
こども救急電話相談

平成23年1月15日(土)
日本小児科医会小児救急医療委員会 4:00～16:00
渡部誠一 全国町村会館 ホールB

1

20110115#8000深夜ニーズ

- 全ての地域の全ての子どもたちに、平等に、良質の小児医療を提供する。
- 安心して子育てできる社会を作る。

・【背景】

▶私たちは、全ての地域の全ての子どもたちへ平等に小児医療を提供することを目指している。現在の#8000の全国の実施状況は、平日準夜帯44県、休日準夜帯46県、深夜帯11県、休日日勤帯9県で、全国の91%の子どもたちへ準夜帯電話相談を提供できているが、深夜帯は79% (1350万人)、休日日勤帯は72% (1230万人)にまだ提供できていない。今後これをどう解決するかが保科班のテーマである。

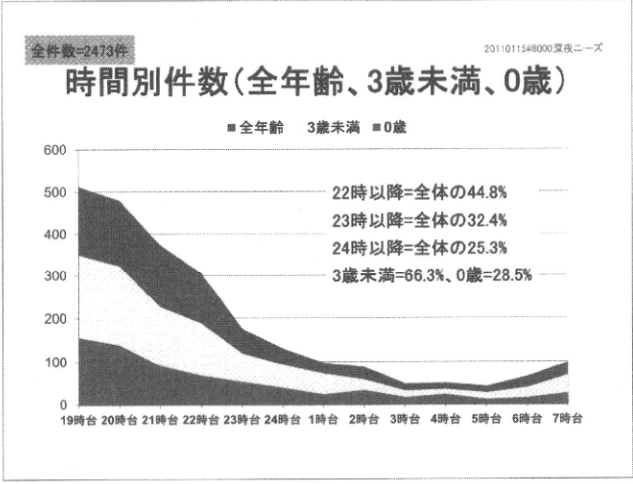
2

20110115#8000深夜ニーズ

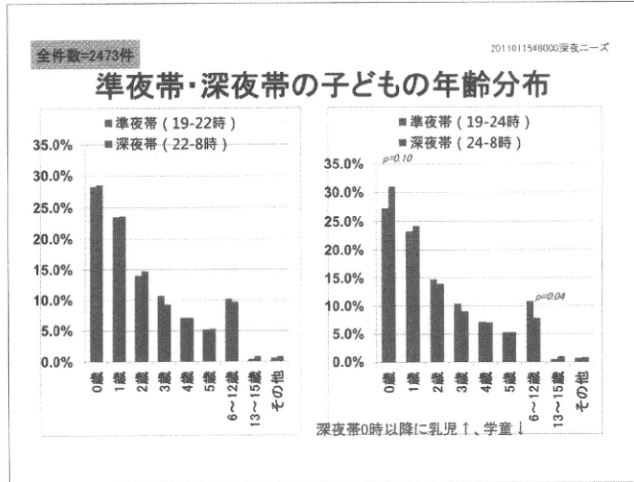
深夜帯のニーズの調査

- ・【目的】
 - ▶深夜帯の小児救急電話相談のニーズはあるか。
- ・【方法】
 - ▶深夜帯の対応について、19:00～8:00に電話相談を実施している、5県、対象小児人口94.5万人の地域で調査を行った。
 - ▶電話相談・調査はD社に委託した。
 - ▶調査期間は2010年7月30日22時から8月31日24時までの1ヶ月間である。
 - ▶22:00以降の相談者に、あらためて調査の電話をする(再調査)ことを説明して承諾を得た。

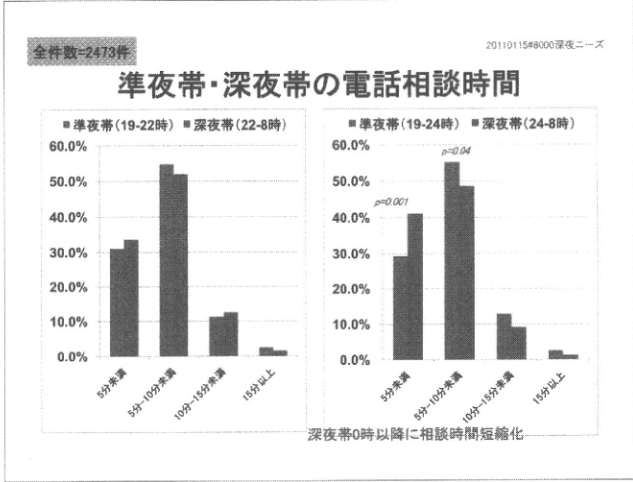
3



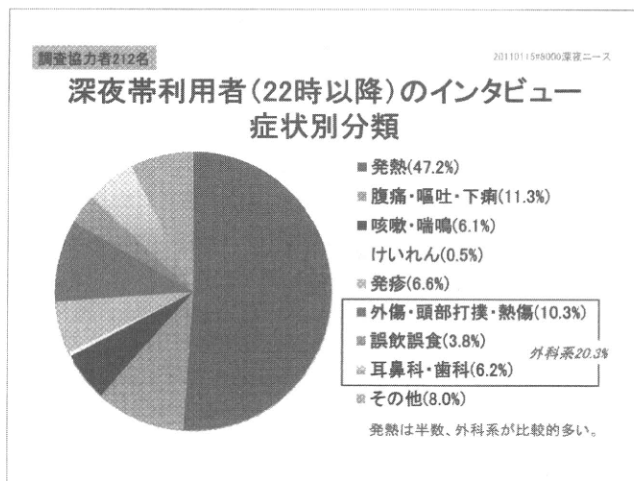
4



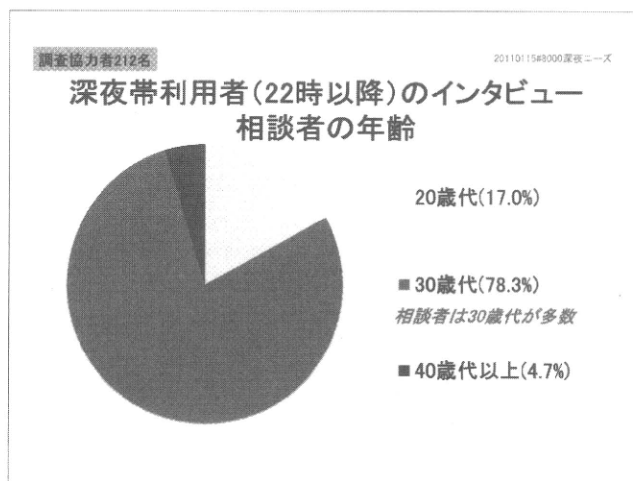
5



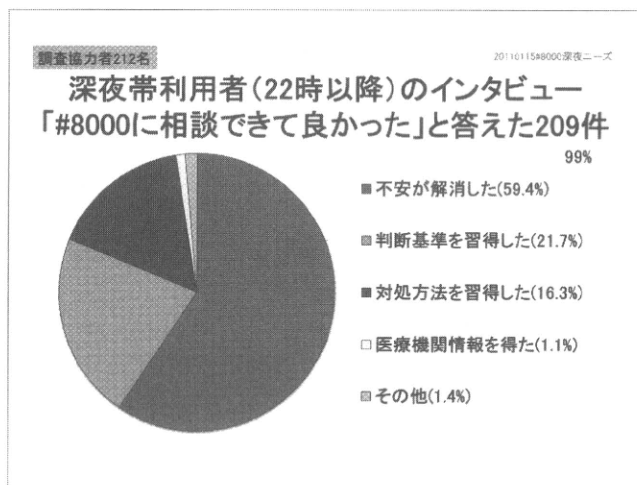
6



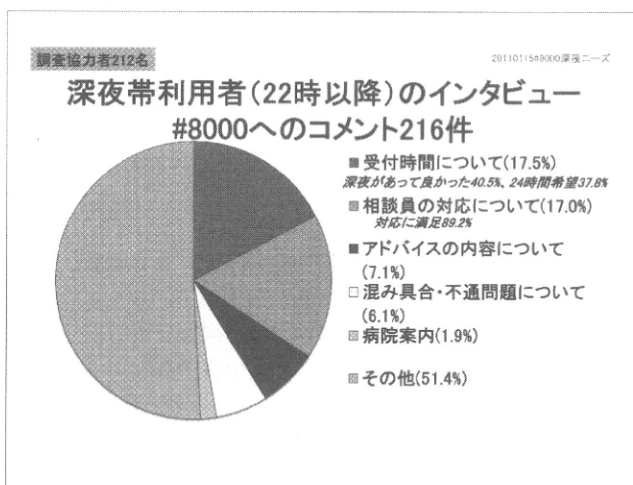
7



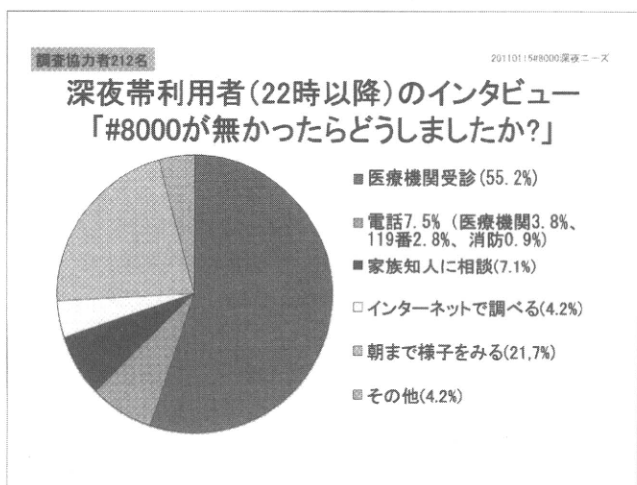
8



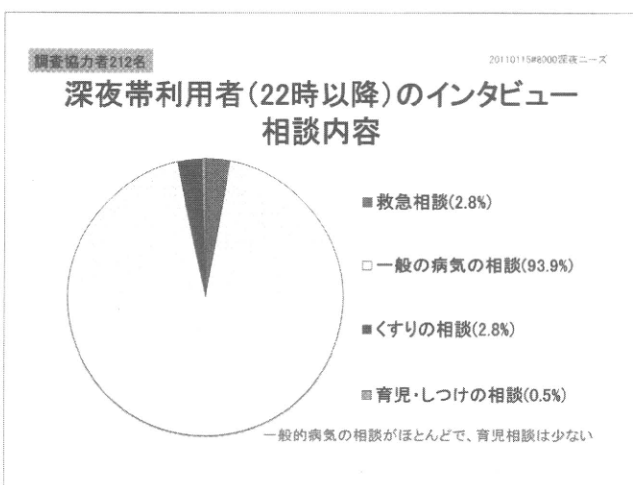
9



10

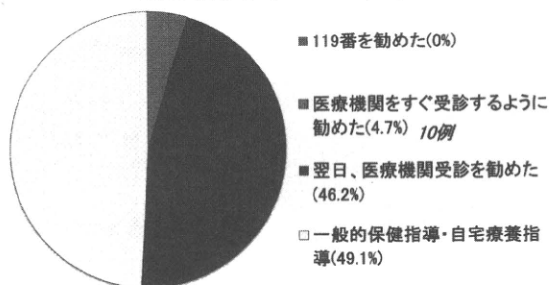


11



12

深夜帯利用者(22時以降)への、 電話相談員からの回答



13

#8000の深夜帯ニーズ調査のまとめ

- 深夜帯に実施している5県で調査した。
- 深夜帯件数は22時以降45%、24時以降25%と比較的多い。
- 子どもの年齢は3歳未満66%、0歳29%と低年齢児が多い。
- 深夜帯、とくに24時以降に0歳児が増え、小学生が減る。
- 深夜帯の電話相談時間は、24時以降に短くなる。
- 深夜帯(22時以降)の調査では、症状は発熱47%、腹痛・嘔吐・下痢11%、咳嗽・喘鳴6%、痙攣0.5%、発疹7%、外傷10%、誤飲4%、耳鼻科・歯科6%で、外科系疾患が20%と比較的多い。

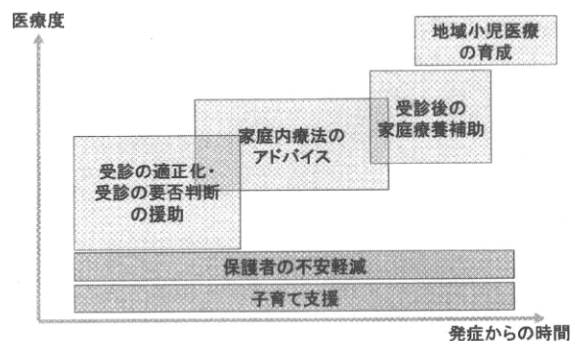
14

深夜帯(22時以降)の#8000の特徴

- 相談者(保護者)の年齢は30歳代が78%と、比較的高い。
- ほとんど(99%)が#8000に相談できて良かったと答えた。不安の解消、判断基準・対処方法の習得。
- コメントでは、受付時間の拡張、不通問題。
- 「もし#8000が無かったら」、医療機関受診55%、医療機関・119番・消防署へ電話8%の行動をとる、と。
- 一般的病気の相談がほとんどで、育児相談は少ない。
- 一般的な病気の相談の中に、すぐ受診を勧める例もある。
- 相談員の回答は、翌日受診と保健指導・自宅療養指導がそれぞれ50%弱ずつ。

15

#8000の目的・機能



16

小児救急電話相談件数 米国vs日本

地域	米国コロラド州	大阪府
文献	Pediatrics, 2007;119:305	小児科臨床, 2009;62:909
調査年	2004	2007
電話相談センター	デンバー小児病院	#8000大阪府
人口	500万	880万
小児人口	100万	123万
小児100万人当たりの1日の件数	330	96
小児人口1万対	3.3	0.78
小児人口対電話件数比	4.2	1

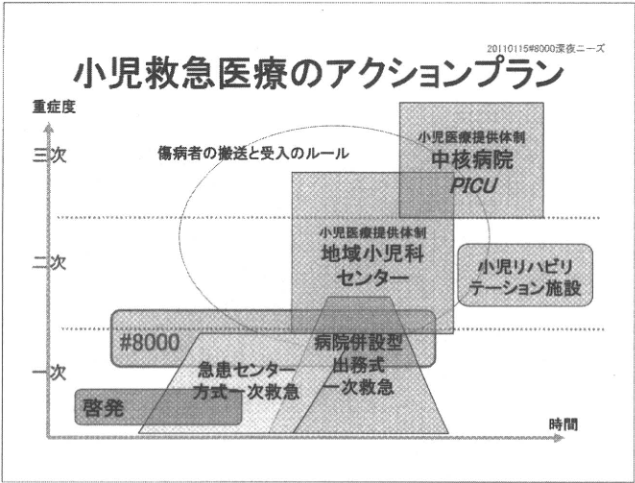
小児人口比率を米国20%、日本14%とした

17

結語

- 深夜帯の#8000のニーズはある。準夜帯の2-3分の1はある。
- 深夜帯は、乳児の比率が増え、育児相談よりも一般的な病気の相談が多く、保護者が認識していない緊急例もあり、外科系疾患が比較的多い。
- 日本は米国に比べて、小児救急電話相談は2-3分の1しか行われておらず、深夜帯への拡張を含めて、まだまだ充実が必要である。

18



6. 発祥の地広島県の現状と他県の連携構想

広島県健康福祉局長 佐々木 昌 弘

平成22年度は、ついに47都道府県すべてで＃8000が始まったという記念すべき年であります。その年に発祥の地の広島からプレゼンテーションさせていただくことに関して、深くお礼を申し上げます。

まず広島県の概況ですが、ほぼ全国と同じような小児救急を取り巻く状況にあります。地理的には東に岡山県、西に山口県、北に島根県が位置し、県の西側には広島市や宮島や呉、江田島があります。東側には福山市や尾道市がありますが、いずれも瀬戸内海側に位置し、そこに山陽自動車道、山陽新幹線が走っており、中国山地よりには中国自動車道が走っています。

広島県は全国で11番目か12番目ぐらいに人口も面積も多い所で、二次医療圏は七つですが、ブロック上三つに分けて、広島市を中心としたエリア、東のほうの尾道や福山のエリア、また島根寄りの北部のエリアで、それぞれに小児の三次救急をやっている病院を配置しています。

この辺りの救急医療体系図は先ほどの清澤先生と同じ概念でやっておりますので、スキップいたします。

小児科医師数の現状も恐らく全国の状況と同じだと思いますが、ただ、実労働小児科医師数は別にして、小児科医師数そのものは全国データでは確か少しずつ増えているはずですが、広島県の場合は実労働ではなくて小児科医数そのものも少し減っているという点は、他県と違うところだと思います。

さて、小児医療救急電話相談事業＃8000は平成14年9月に始まったわけですが、広島で全国初の取り組みができたのは、もちろん桑原先生の強いご指導があったということもありますが、広島という所は昭和44年に全国に先駆けて地域保健対策協議会という大学、医師会、県、広島市が一体となった組織を設置しており、何か行政で取り組みをするときには医師会も大学も一緒にやろうという風土があって、その意味ではわりに新しい取り組みもやりやすかったということがあります。

なお＃8000は、平成17年度からは実施主体は県から医師会に業務委託という形に変えております。

実施体制ですが、＃8000発祥の地広島県が、いま19時から22時という全国で一番相談時間の短い県になってしまいました。ただ、毎日やっておりまして、平日は相談医、土・日・祝日は小児科医の先生をお願いしております。回線数は1回線と少ないです。

相談件数の推移、内訳は、保科先生のデータと同じになりますので詳細は申し述べません。先ほど申したように、深夜はやっていませんので、渡部先生のデータにおけるような部分は含まれておりません。準夜の時間帯のデータで集計しています。

現状の課題を考えますと、相談時間が全国で一番短い県になってしまったということで、確か3時間というのは四つの県くらいしかないはずです。そして1回線しかないので話し中の件数も多い、マンパワーの不足というのもあります。協力してくれる小児科医の先生も最初の平成14年度と比べて半減しておりますし、看護師さん、相談員の確保が困難な状況にもなっております。

相談の件数は重複するので省きますが、今までの先生方のプレゼンテーションで出なかったこととしては、各月平均アクセスの約8割は話し中ということで、これは新しいデータとして提示いたします。

広島県としては24時間365日実施したい、ただ一方では予算が限られている。となると、他の県と連携して予算を効率的に使って広域的な形でできないかということ今年度模索してみました。

私は行政ですから、主に行政しか持っていないデータでプレゼンテーションをいたしますと、中国地方では島根県と鳥取県は民間委託で、山陽側の岡山・山口・広島は医師会に委託しております。

他県との連携を考えますと、まずマンパワーをどうするのか。量もそうですし、質をどうするのかという課題に直面いたします。まず量と質の確保の裏打ちとなるコストの効率化がどうできるのかということですが、鳥根・鳥取・岡山・山口・広島は平日については19時から広島以外は23時、広島は22時で、祝日は鳥取・鳥根は朝からやっている。岡山・山口・広島は夕方以降ということになっております。

各県ごとの課題は共通課題とは異なる課題が存在するということですが、正確にいうと問題認識がそれぞれ異なっているという言い方のほうがよいかもしれません。深夜帯はやっていないけど、そんなに多くないからいいじゃないかという県もありますし、深夜帯とはいえ、ニーズがあるのだからやるべきだという問題認識の県もあります。

そうしたときに、先ほどの前田先生のデータ、また渡部先生のデータがあると、それに対して行政がどうお金を投下するのかということになるので、これは行政としても、研究班としても、非常に重要なテーマになると思います。スケールメリットが働く運営体制の検討をしようかということも俎上には乗りました。

そこで今後どういう方向で進めていくかということですが、他県と連携した効率的なシステムの構築、つまりは深夜帯をどうカバーするかということになります。

ここである程度論点を整理して考えていきますと、まず大きく分けて、では今のどこが問題なのか、それを解決するためにどれだけのコストが必要なのかというアセスメントが必要になります。これは先ほどの前田先生、渡部先生のデータをうまく活用して、その道筋がつけられると思います。

二つ目は先ほどの保科先生のお話にもありましたし、平林先生のお話にも関連しますが、スキルの問題です。どうやって相談員の質を確保し、かつそれをどう教育していくかという問題があります。そして広域連携となると、だれがそれをやるのかという問題を解決していくことになります。

三つ目は清澤先生のプレゼンテーションにありましたが、情報をどういう持たせ方をするのかという問題があります。今の時代、GISを含めて情報技術は非常に発達していますので、たとえば郵便番号を言ってくれば、その郵便番号を入力すれば清澤先生のところにあったような登録している医療機関がマップで出てくる、そういう表示ができる時代になりますので、恐らく「何々病院ですけど」とか、「どこどこに住んでいるんですけど」というのは、情報技術を駆使すれば、郵便番号入力、もしかすると電話番号でカバーできる問題ではないかと思っております。

このように考えてきたときに、＃8000は保科先生のお話にありましたように、規模の効果を考えれば、恐らく中央化を進めていくことが一番効率的になると思います。

全国1カ所の教育的なもの、もしくは全国1カ所のバックアップ、そして私どもが考えているようなある程度都道府県を越えたブロックで効率的な運営をするという発想に行きますが、もう一つベクトルがあると思います。

それは何か。この小児救急の問題を考えますと、24時間体制、医療ニーズという二つのキーワードがありますが、同じキーワードが高齢者の福祉・介護でも当てはまるんです。高齢者の福祉・介護がいま地域ケアというベクトルに向かっているということを考えれば、もしかしたら子育ての一環としての＃8000も、育児相談的なもの、もしくは緊急の医療機関受診が必要でないものが大多数を占めるのであれば、地域における相談体制、これは医師や医療関係職種でない人の体制整備も含めて、もしかしたら解決できるのかもしれない。

それもあって、広島県では来年度、尾道で児童家庭支援センターという民間施設に委託する形の組織で、これはどちらかというと虐待防止なのですが、虐待・子育てについて24時間電話サービスをするということもこの＃8000と並行してやってみようと思っております。

このようなデータも含めて、今後＃8000のベクトルを考えていくときに、中央化というベクトルと地域でというベクトルとをうまく融合できるような形で、本来の子育て支援、小児救急問題に寄与していければと思っております。(拍手)