

ります。従って効率的に必要な情報をきっちり伝えていくために、グループによる講義形式が一番スタイルとしては現実に見合っております。

内容として、地域特性を中心としつつ、病院案内の方法などが各県の環境や事情によって異なってきますので、そこを十分に伝えるという形になります。

最後に、現小児救急電話相談員へのスキルアップ研修としては、必ず毎月1回、小児科医による勉強会（これは講義形式です）を実施します。テーマはさまざまです。それに加えて、小児科医以外の各先生であるとか、あるいは電話対応のプロによる講義を実施しております。

昨年度についてざっと読み上げますと、たとえばクレームを起こさない電話の対応法として、「電話での相談は声のトーンや言葉の使い方、問のとり方など、細かい配慮が必要になり、相談者に共感し、ともに考える姿勢が電話の向こうに伝わる対応を研修します。この研修では、具体的な方法を示し、実践に生かす事を目標として、当社の品質保証チームのチームリーダーが講義をいたしました。

あるいは抗痙攣剤の使用タイミング、併用薬などの使い方の基本や、予防接種について、熱中症について、皮膚疾患の病態と治療、家庭でのホームケアについてなどです。また、音声による研修として、特徴的なケースを取り上げて問題を検討しています。「①夜間発熱時における家庭にある薬の使い方と看護法に関する相談の受け方。②症状から案内する診療所と病院の考え方についての2点について検討できる、適切な内容の事例の音声を元に検討する」として、実際に音声事例を使って、共有することによって気づきを促していく、という研修です。

あるいはインフルエンザについての今年度の傾向予想と新たな治療薬について、またはめまいや耳鳴り、冬季、小児の消化器疾患内容と対応など、昨年度、2010年4月から3月の間に実施した研修のうちの一部を取り出してご紹介いたしました。

続いて年次研修は、年間を通して行われる相談員の対応診断に関する研修です。対応診断という言葉については説明をさせていただきますと、すべての相談員の相談記録は録音として残されております。各々の全員の録音をランダムに一人1件ずつ取り上げて、まずは一次チェックとして、当社の品質保証チームが個別対応のチェックを実施します。実施項目は弊社独自のものさしをつくっており、そのチェック項目に従って点数をつけていきます。次に同じ相談のチェックを小児科医の先生にお願いします。そして最後に現場の責任者が三次チェックを行います。

チェック項目の事例として、大きな枠で五つ、(1) 症状に対する対応の的確性はどうか、(2) 医療機関案内のスピード、そして的確性はどうか、(3) お客様（相談者のことを私どもではお客様と呼んでいます）に対応する礼儀正しさは？(4) 受容感、(5) わかりやすさといった項目です。

これらの結果については、必ず面談によって本人にフィードバックをしていき、気づきを促して、スキルアップにつなげていきます。

この「応対診断指針と例」は、昨年度の小児救急研究班で出されたテキストを拝見して、その軸とわれわれが通常使っているものを合わせてまとめてみました。あくまでご参考ということですが、たとえば主訴を正しく把握する力はどうだったか、ということ①・②・③・④と四つの項目の基準に分けて、①最初の問い合わせ内容を遮らずに最後まで聞く、②最初の問い合わせ内容を復唱する、③お客様の話が重なったら譲り、自分の話を優先させない、④必要に応じてお客様の意向、主訴を探る質問をする、といった項目について、できているか、できていないかということを得点化していき、またそれぞれの診断項目にコメントをつけていく、といった考え方でございます。

以上、簡単に弊社の教育内容についてご紹介させていただきました。

< 質 疑 >

山中：業務責任者、品質保証担当、システム担当の方は、大体どれぐらいの人数でこのような業務を担当されているのですか。

塚原：業務責任者につきましては、今日私とともにまいっております河南が、スーパーバイザー（SV）と呼ばれる、全体の健康相談部門の相談員の総責任者です。SVを筆頭にチーフ、そしてサブチーフが複数名おまして、全部で5名でございます。

品質保証は組織としては社長室の直下にあり、5名おります。そして事務管理・システム担当は、事務管理が十数名、システムのほうは5名という体制です。

山中：こういう方が研修の内容とか、トータルにもかかわっておられるのですか。

塚原：はい。品質保証チームが、弊社のサービスすべての品質を管理しており、研修につきましても関わっております。

清澤：相談員は、コールセンターは一人1ヶ所ですね。そうすると各都道府県のけっこう沢山のところから受注されていますから、地域の医療機関のお勧めみたいなものは…

塚原：システムとWebで対応しております。

E：研修というのはサポートに当たると思うのですが、たとえば今だったらメディアでRSウイルスというと、きっと相談がさらに増えるのではないかと思います、「こういうのが出たから、今日はこうですよ」みたいなサポート体制みたいなものはどうでしょうか。

塚原：いわゆる最新医療ニュース情報と共有ということですね。当社ではグループウェアソフトのサイボウズを使っており、その中で常に発信して閲覧しています。

E：単に管理される担当者と言うのは？

塚原：相談部門の責任者となります。

福井：教育の問題ではないのですが、各圏内の小児科医に相談内容をフィードバックしていくということが大事だと思うのですが、そのあたりはどういうシステムになっておりますか。

塚原：ほとんどが県の医療政策部門等々のご契約になりますので、自治体の担当部門に対して、毎月報告書を提出させていただいております。われわれのひな型がございま

すが、各都道府県で独自にいろいろと評価軸が異なりますので、そこはご契約時にかなり細かい調整をして、フォーマットを作り、それを提出いたします。

県のご担当者から県の医師会様等にフィードバックされていると伺っておりますが、年に一度、協議会を開催されるときに、私どもも出向いて、そちらで直接自治体さまの医師の方々にご説明を行う、あるいはご質問に対してお答えするということでも対応しております。

杉原（広島）：最初のところにクレーム処理というのがあったのですが、クレームというのは理不尽なことのほうが多いのですけれども、建設的な意見とか、なるほどというような、今のシステムへのクレームは？

塚原：電話相談事業をいたしておりますと、小児救急に限らず、クレームは宝という位置づけで、お客様からご要望や厳しいご意見をいただいた場合には、情報共有をを行い、次につなげていきます。事前の対応レベルで、電話を介したコミュニケーションがうまくいくということを主に大きな目的として、クレームの研修を実施しております。

沼口：相談員の資格として、正看であるとか、経験年数とか、何か資格はありますか。

塚原：必ず正看護師で、それに加えて臨床経験5年以上です。

沼口：ブースは全体で幾つあるのですか。

塚原：ブースは全体で100弱ですが、いわゆる健康相談部門ということになると20です。

沼口：たとえば小児救急の相談だけでいうと、マックスで幾つぐらいのブースですか。

塚原：マックス20です。

沼口：13県ですね。

塚原：はい。

5. 全体協議

(1) PICUに関する協議（植田・清水先生より報告済み）

<以上承認>

(2) 「全国情報センター」に関する協議

桑原：「#8000全国情報センター設立に向けて」（案）科研保科班#8000と書いてありますが、昨年までの保科班では量の問題と質の問題ということが非常に出ました。そして質を上げるためには先ほどから出ている相談員のレベルアップということとともに、#8000が全国展開している、そのいろいろな情報を発信する、あるいはそれを引き取って解析するところが必要ではないかということで、昨年末の保科班の報告集に載せたわけであります。

しかし、どこに#8000の全国情報センターを置くべきであるかということについては、まだわれわれの意見がまとまっておりません。したがって今日はこの点についてご意見をいただき、第3回全体会に向けて意見を集約したいと思っております。

資料にまとめて書いてありますのはあくまでも案ですが、設置母体は厚労省、設置

場所は国立またはそれ相当の施設、あるいは有資格団体に委託をする。

機能は下のフローがございしますが、これは2011年度の報告書に入れたもので、右下に「全国情報センター小児救急電話相談」と書いてございます。周知広報、相談マニュアル、相談員の研修、いわゆる相談内容の検証、相談支援情報システム、コーディネート、これ以外にも情報の収集によってその情報を小児救急医療体制の構築に役立てるというふうな大切な仕事があるわけでありまして。

こんなことを含めて全国情報センターが必要なわけでありまして、それをどういうふうにしたらよいか。

最も大切なことは、5番目に書いてありますが、お金をどうするかということでありまして。こんなふうにして案として挙げておりますが、委員の皆さん方のご意見をいただければと思います。

清澤：いますべてが地域、自治体単位でやられていて、何とかそれにかかわる二つの業者ですか、そうするとその辺の県が錯綜した状態で、地域のまとまりがないということを考えてみると、今後、統一化していくのは非常に難しいだろうと思います。

ただし、データの共有はできるだろうと思うので、先ほど広島が示されたいわゆるソフトが、もし共通なものとして実用に使えれば、1ヶ所に集めてやれる。ただ、その場合に桑原先生が言われたように費用が出てくるかどうか。つまりこういう研究班が継続的に続くならば、その辺の費用は出ますが、もともと研究班なので、そういった事業に使うことはまず不可能に近いだろうと思うので、何らかの形で事業費という形で出てこないか運営ができないという問題があると思います。

そういう点で桑原先生が言われるように、この2社とか、あるいは個人でやっているところがばらばらにやっているのではよくないだろうと思うので、何らかの形で統一化していく必要がある。

その統一化していくときに、たとえば近畿圏でも滋賀県と京都府で全く違う業者が入っているということで、たとえば近畿には広域連合というのがあるので、それを利用して医療圏としても業者を統一すればいいわけですが、統一することによる弊害ということもありますので、その辺をどうクリアするかが、今後一番考えていかなければならない内容だろうと思いますし、ぜひこれはやるべきことだろうと思っております。

桑原：全国衛生部長会の代表としていかがですか？

佐々木：一つはまず国立の施設の中にとということで、情報センターのパターンとしては、がんセンターの中に情報センターがあるぐらいで、はっきりいうとこれは難しいだろうと思います。

松井：小児慢性疾患なのです。小児慢性疾患特定疾患事業は成育センターがとりしきっています。あれはどのような形で出ているのか知りませんが、一応小児慢性は成育医療センターがすべて統括しています。

佐々木：受益者はだれかですね。今までだと受益者負担の原則で考えたときに、当然ながら先生方はむしろ与えるほうで受益者ではない中で、だれが受益しているのかということから説き起こしていく必要があるんですけども、これはすぐには明確な解はないのですが、桑原先生のご指名の趣旨であるところの都道府県はというところと言うと、どこまでできるかわかりませんが、たとえば情報を集めるという意味では、先ほどの2社の話にもありましたが、報告をします、とありますね。それを求める報告の趣旨、様式を定める、それを契約の際の主要な条件に言われる。そこが多分、衛生部長会からやろうとすれば一番現実的などころではないかというふうに思います。

松井：まず、データが欲しいところにそれが提供されるかどうかなんです。データがないと、たとえばチームでまとめる人が全体をまとめるのにくいのです。

清澤：いかにも数字は集めるだけなら簡単ですけど、分析をするとなると一。

桑原：このチャートを作ってくださいなのですが、どうですか？

橋本：もともと今日の議論でもいろんな分野に分かれて議論されていて、要はどうやって確保するのかというところと、どうやってよいものにするのかというところがあります。

その中で今まで出た話でも、この研究会は実は5年目で、私はその5年間参加させていただいているのですが、結局切り分けてやっていく必要が、全国で24時間どうやって確保するのかという話と、その相談の中身をいかによくするのかということ、もう一点は同時に医学的な知見としてどう活用するのかというのが3番目にあるような気がするんです。

この全国情報センターもそういう意味で2点目、3点目のどっちをとるか、いわゆる2点目として相談を結果はお話があったように集計して、活用する相談自体と、そもそも小児救急に全体としての医学的な一般医学現場にどうフィードバックしていくのかというところと分けて、その情報センターの中で、今まで4年、5年と議論されてきたことを分ける必要があります。

相談自体をよくするための話までここへ持ってくるのがいいのか、あるいはもう少し大きな視点で、小児科の相談の対応あるいはある程度相談自体についての自動的な一定程度の相談の支援をするという、いわば長期的な視点での言及という部分と、実際、日々行われている相談に対して、どうサポートしていくのか、あるいはそれを支援していくのかというところの議論はあると思うのですが、今までのところではもう一回繰り返しますと、とにかく24時間、全国どこへ行っても相談できる体制をまず作ろうというのが一貫してきていた話で、これについては最初の小児科医会での検討では全国センターで相談事業自体をやろうという話だったのですが、それは到底無理だということで、都道府県ベースということで来ています。その都道府県ベースについても、基本的には補助金ベースで、今のままで規模の小さいところではできないのであれば、民間委託も含めて24時間やっていかざるをえないのではないかとというのが今のところだと理解しています。

そうなることを前提とすれば、いかに相談の質を上げるかという保証の話というのがあるというのが今のところだと思うんです。

ですからこの相談の保証をどこがやっていくのかという点でいうと、個々の相談については都道府県単位でやるべきだという意見が依然としてまだ根強いものがあると思いますので、ここの全国センターというのはあまり全国统一センターというよりも、どこかが専門的なことを関わらなければならないのではないかと、というところで、その経費的なものも含めてお考えになったらどうかと思います。

山崎：いろいろな全国のセンターの作り方があると思いますけれども、先日、中部ブロックの小児科医会の協議会でこのことが議論されて、中部ブロックの中には行政委託もあれば医師会がやっているところもあれば、いろいろあるのですが、それを聞いている中で、先ほどフィードバックの話もありましたけれども、最初から業者に委託している県は、小児科医の方々が、これはきっと電話相談だけが独立したものではなくて、小児救急というのが先にあって、さっきの受益者というか、医師はテイクホルダー、一緒にやっていく人たち、もともと小児救急は小児科医の疲弊から始まった訳ですから。

そう考えたときに、委託の現場の小児科医の人たちは、どうやら民間で#8000をやっているようだけど、自分たちはあまり関係ないと、そこまでは言わないけど、あまり一緒にやっていけないという印象があります。

一方で、名前を言いますと福井県は休日急病センターと#8000をくっつけてやりだして、まさに医療体制として、自分たちも一緒にやって成果を上げたということもあります。

要するに何が言いたいかというと、全国センターをぜひと思いますか、補完的な形、結局は全国を受けるわけにはいけないので、必ずそうなってきますけれども、県でやるときに、それは地域の小児科医の小児救急医療も、自分の問題ですから、参加しつつ、そしてそれを補完する質の面とか、たとえば深夜でできないところはそれに回すとか、そういう形であるとより望ましいのではないかと、そういう話になってくるかもしれません。

(3) #8000の評価に関する協議

桑原：これは昨年秋、班員になっていただいている前田先生から発表していただいたことがあります。今日は渡部先生が論文を出しておられます。そのことからお願いします。

渡部：今日、ご提示したのはA3の「2011年9月11日話し合い」という資料です。

#8000の認知度についての調査は何度も行って、3割であるということがわかっていて、認知度を高めなければいけないので、次に示す方法論であるので、認知度調査はしないでよいと思っています。

母子手帳に入れていただくのをお願いしたいのですが、毎年行っている全国調査では、名刺大の#8000と書いたカードを入れるのが一番いいと言っていました。産科の日常健診で必ず使えるような、救急医療が入っていない県には入れています。

期待度については、一度調査しますが、健診のところで、委員のいる都道府県で行って、深夜帯のニーズ調査とともに一応形にして、今年度で報告したいと思います。

それから先ほどから#8000で相談を受けたときに医療機関の情報を伝えるという問題では、僕は実際場で電話を受けてないので、皆さんの意見を聞いてなるほどと思ったのですが、結局、どこで行うにしても医療機関の情報は必要なんですね。僕は、それは切り離して、各県の医療情報システムのほうにつなげたら良いということを考えていたのですが、やっぱりそこで詰まったみたいなので、そこを考え直さなければいけないのですが、47都道府県の医療情報システムを見ても、かなりバラバラで標準化されていなくて、なかなか取り出しにくい、使いにくいところがありますので、これは総務省の管轄なのでしょうか。そちらのほうをもう少し標準化するようにお願いしたいので、調べたいと思っています。

その他の調査は毎年行っておりますので、7月から11月の件数を毎年出しており、年間の件数を算定しますので、また12月頃に。

M.Bunikの文献のほうは電話相談の評価ということで、アメリカ、カナダ、特にアメリカをみますと、相談員に看護師がつけてもドクターがつけても同じ結果であったというようなことであるし、というのは、データベース化したというデータが14万件ということですので、アメリカのほうが、はるかに件数が多くて、小児人口に対する件数が非常に多くて充実しております。向こうは小児病院が必ず行っている面があるので…

あとはテレフォン・コールというのはアンダー・トリアージに近いのですが、こういう方が多々あるということで、15%ですけれども、これは小児医療の特性であって、先ほどからオーバー・トリアージ、アンダー・トリアージの問題を話していますが、向こうでもそれは問題になっていて、小児疾患というのはその論文にも書かれていますが、急に、急性疾患に変わっていくので、完全な予測はできないので、向こうでもあることであって、それを加味した判断でよろしいと思うのです。この二の論文の裏側のところに表がありますので、書いてあるのは、簡単に言うと、先生方はきっと経験しているでしょうけれども、「病院にかかりなさい」と言っても全員はかからない。「かからなくていいですよ」と言ってもかかるということで、やはり反する、仕方ない、日本にかぎらずアメリカでも同じということでそれを加味した上で、コストを計算しているんですけれども、これで注目するのは、コストのことでこういう論点はなかったのですが、グラフ的に見ますと、NEPSというのはDみたいなものですか、それで計算しています。解析した計算はnetセービングというところが上段と下段と二つに分かれています、右のほうに9.28ドル、11.12ドルとありますけれども、電話をかけ

て受診しないで済んだ、あるいは電話をかけて受診しなくていいと言われてもしたとかいろいろありますが、それを全部相殺しても、全体としてはコスト面で節約できています。

医療費全体で、やっぱり受診を抑制、ということは言わなくて、受診をされていますので、そういうコスト面もありますので、そのあたりを実際にこの論文を見て、どういう質問をしたかということなので、少なくとも、“もし、かからなかったらどうしましたか”という話で、去年行なった深夜帯のニーズの調査と同じことを言っているんです。「もし電話をしなかったらどうしましたか」ということで見てデータを出しているのですが、それと似ていますので、僕たちが去年行った深夜帯ニーズの調査の発表をしましたけれども、それも同じような考えで、コスト面的な考え方をとって、いま論文にまとめているところで、そういう考察を詰めていきたいと思っております。

桑原：前田先生、先生に#8000のコストについての研究をお願いしようとしたのですが、よろしいでしょうか。

前田：私は昨年度、大阪府立健康保健センターというところにおりまして、その前は大学で臨床疫学をしております、その関係で昨年呼んでいただいて、今回も参加させていただいています。

今回の#8000事業の費用対効果の検討は、何を検討するかというスタンスによって、やりたいことがさまざまに変わってくるのですが、今回、#8000事業そのものを今後継続していくにあたって、プラクティカルにできるかどうかという意味よりも、もっとドライに、質が担保できるような形で、実際運用上いろいろな制約を乗り越えてできるという一定の目処のもと、もし今の県単位でされておられるところの現状からより広域化、もしくはひょっとすると全国的にセントラルに1ヶ所でやるようなものを想定して、そういった広域化および全国展開していくことの利便性といった意味で、費用対効果の概念を最初に少しかだけお話ししたいと思います。

今回、医療経済評価といいますのは、一応枠組みを定義しますと、日本国内の地域の住民の方、子どもさんの保護者にとって、現行の県単位で行っている#8000事業と、それに対してより広域化、いわゆる近畿なら近畿ブロックといったものを想定して、より広域化して実施する#8000事業がどれぐらいの費用対効果であるかということをお話したいので、報告します。

簡単にいうと、費用と効果という二つの軸があり、何らかの形で費用なら費用が計算できるという仮定のもとにします。そういうときに、いま現行の県単位で行っている事業には一定の費用がかかり、一定の効果があるわけですが、そのある一点より、より広域化した事業を行ったときに、そこで発生する費用があり、得られる効果があって、その一般の視点と比較してどちらがよいかというのを検討するものです。

シンポジウムでお話をさせていただいたように、現在、#8000事業そのものにはいろいろな長所もありまして、今回トリアージということで、受診しなくてもよいケー

スがこれくらいあるとかいう一定の見積もりもあると思いますし、これ以外にも#8000の事業があることによる地域住民の安心感とか、そのあとのケアのアドバイスとか、そういった意味でのプラスアルファもありますし、医療提供側としていわゆる医療システムを維持できるという意義もあります。それに対して対応する短所としては#8000の事業者の負担もありますし、事業を維持するために業者の方にお払いするようなコストとか、一定の人件費とか、そういった維持のコストがかかっていくわけです。

さきほど言ったデータやシンポジウムでお伝えした長所と短所が様々あるという状況下で、今後、費用対効果を検証するためには、長所のところで効果を何にするかという理由づけが必要になると思いますので、その点はぜひできれば皆様のご意見をいただければと思います。

こちらのほうは医療経済学的な評価です。費用対効果を見る上で、最初に基本的な概念として、まずAという、いろいろな事業とか薬とか一定の医療行為とかの、費用対効果を検証するときに、一定の費用がかかりますし、一定の効果があります。今回でいえば#8000事業、現行の行われている事業ですが、一定の効果が何らかの形で測定できて、一定の費用がかかっているという状況です。

それに対して、#8000を広域化、もしくは全国統一でプログラムを拡充したときに、効果は高くなるが、同時に費用も高くなるという、こういったBのような点を想定しています。こういったAに比べてBが、効果対費用の兼ね合いがどれくらいよいのかというのを今回は検証せよということになると思います。

今回、AからBがどれくらいよくなれば受け入れられるかといったような、明確な基準はもちろんありませんが、より少ない費用の増加でより効果が高い点。BよりCのような点のほうが望ましい。Aからの傾きがより寝ているもののほうが望ましくなります。

たとえばこのPですと、Aと同じ費用しかかからないのにこれだけの効果ができるということで、これはAに比べてBは絶対的に有利であるという、ドミナントという意味で、これは無条件にPがよいことが支持されます。反対にQはAより望ましくないとということになります。

このRというのはAより、同じ効果を出すのにより大きな費用がかかる。Sは費用がより少なくて済むということで、望ましく、逆にこのRは望ましくないという状況です。費用対効果はこういう二つの軸において評価をしていきます。

細かく分けましたが、後ほど資料を見ていただければと思います。

今回、#8000の場合、すぐ思い当たるものとしては、このようなものがあります。広域化しますと、当然対応時間がより拡充できて、深夜帯ができてない県でもだんだんできるようになるということで時間の拡充ができて、当然ながら電話対応件数が増えます。また、質の均てん化もあります。先ほどの業者さんのようにクオリティーアシュアランスをされているように各都道府県実施の#8000でもされていると思います。

が、こういった広域化に対応することによってだんだん質がよくなるということもあると思います。

あとは、電話対応者は当然ながら順繰りにでき、だんだん負担も軽減することも考えられます。

費用の指標としますと、事業を統一化すればだんだんコストが軽減すると思いますが、逆に事業規模を拡大するためコストが増加する恐れがありますので、注意が必要だと思います。

新たにこういったような研究ができるといった一例をお示しすると、費用便益分析といったような研究ができてます。たとえば#8000の県単位と広域実施において、費用の比較をします。県単位でやるのだったらこれぐらいの費用がかかる、広域でやるのだったらこれぐらいの費用がかかるというのを測定します。効果というのは県単位でやっていた時より広域ですることによって、抑制された受診がより発生しますので、それに伴ってどれくらいお金がセーブできたか。先ほど渡部先生がご紹介された研究は多分ここのことを取り上げて、1コールあたり9ドル、10ドルというふうに書いておられるのですが、そういったものになります。

こういった分析が今回の研究班などではなしうる研究で、実際に効果と費用が実測、もしくは推定値などで計算することができて、かけた費用よりもセーブできた医療費がより大きければ、期待される効果が1以上になって、より広域化するほうが望ましいという結論が導き出されるといった形です。

< 質 疑 >

桑原：前田先生に追加して調べていただきたいとか、追加する項目があったらご注文はないでしょうか。

広野：実際に受診したはずという数はどうやって出すのですか。

前田：それは先ほどご紹介がありましたペーパーでは、「もし#8000事業がなかったらどうしていましたか」という調査が同時に必要になります。ただ、それはこの年度の研究班の期間内ではしづらいので、推定値を代用することも可能だと思います。

深夜帯が約50%増えると、もしコールしなければ受診したという…

広島の場合は去年、10分の1しか電話がつながってなかったという自治体です。そういう場合はなかなか受診抑制につながらないんですけれども。

前田：そうしますと、もちろん広域化して業者さんを利用する形で、100%つながった場合には一気に相談件数が10倍になって、受診抑制とばかり言わなくてもいいのかもしれませんが。不要であったと判断されたケースが増えて、費用対効果は恐らくよくなるであろうとは推定されますが、#8000事業の費用を私たちは知らないで、#8000事業の費用というのがまず根本にきますので、そこが意外と高かったりすると、若干結論が微妙だったりします。

桑原：前田先生、大変でしょうけれども、色々注文しておりますけど、次の回までによ

ろしく願います。

(4) 相談員の研修に関する協議 (大阪 福井聖子)

プリントの中から抜粋で、一つは大阪の受診者数が減っているというデータが出てきたので、これは本当に#8000の効果なのかどうかというところは、決め手はないんですけども、そのデータを報告させていただいて、大阪でやってきたことがこういう形に結実したというふうに一応考えて、大阪の考え方を説明させていただきます。

研修のほうは、今日は広島県の、研修に対する評価のコメントがとられたのですごく驚いたのですが、わりあい好評なコメントをいただいていたようです。

大阪の#8000はご存じのように現在、年間40,000件、毎日112件ぐらいかかってきます。

青で示したのは、大阪市内の中央急病診療所で休日と平日夜間の診療が小児救急患者を診ています。

広域の豊能こども急病センター大阪府内のちょっと北の部分で、こちらのほうも患者数が多いのですが、見ていただくとわかるように、21年度はインフルエンザの年なので、ちょっと上がっているのですが、全体的に患者数が減っているという結果です。

堺泉北というのは18年度から深夜帯に受診を増やしましたので、堺市のほうは横ばい状態か、少なくとも増えていないというふうな状況にあるわけです。

豊能広域こども急病センターは土日もやっていますので、土日の日勤帯のほうの19時までの青と、19時から7時の時間帯の、要するに#8000は20時～8時の12時間対応なんですけれども、そこでバーンとかぶってくる時間帯で患者数を見ると、日勤帯のほうの下がり方に比べて、準夜・深夜帯の患者数はかなり減っているので、現場の先生からは#8000のおかげでという声を聞くので、とって見たのですが、明らかに減っています。

大阪市内の場合は、急病診療センターが7ヶ所あるのですが、先ほど示した橙色の中央急病診療所だけが深夜帯に診療しています。あとの6つの病院診療所のうち、一つだけは少しだけ準夜帯をやっているのですが、ほとんど休日、土曜日の日勤帯になるので、青印はほとんど日勤帯の患者数を見ている。橙色が夜間を見ているということで、21年度を入れると見にくくなるので、はずして出したんですけれども、そういう結果になります。

堺市のほうはこういう形なので、深夜の時間帯に診療所を開設した案内が18年度の11月に出ていますので、まだまだそちらのほうに行っていて、堺市のほうはそれほどあまり変化がないというふうに感じます。

三つの、大阪市、堺市、それにプラス北摂医療圏の豊能広域こども急病センターの一番患者数が多かったところですが、堺市は電話件数的にはちょっと低いので、今後、件数が伸びることによってまた減るということもあるのかなというふうに考えています。

いつも言うのですが、大阪の場合は電話相談というのは親の家庭を支えるものだったという考え方で、親の力を増やすという考え方でやっていて、従来、医療施設というのは一次・二次・三次救急があって、家庭を支えるというシステムではなかったのですが、

電話相談は家庭を支えるためにやるのだと、0.5次救急という言い方をして、問診から入ると間違えるのではないかということはずっと言い続けてきたんですけれども、家庭を支える電話相談という形でやってきました。

さっきから初期対応のトリアージを電話相談側がやるのだというような形の発言がかなり出ていたので、そこが一番気になっているのですが、医療機関が、そこを責任持ってやりますよという発言を繰り返すことによって、いきなり問診を始めてしまう。

結局のところ、こういう言い方をすると親が依存的になってくるんですけれども、医療機関側の姿勢として、トリアージをやるんだ、と思うと、いきなり問診で入ってしまって、その結果、患者さんの聞きたいことが全然伝わらなくて、相談した気持ちにならない。そういう形の相談を繰り返していると、結局、言うことをきけばいいのね、という状態になって、言うことをきくための電話相談ということになると、どんどんもたれこんできて、家で見なくてもいいやという感じになって、家庭の力が育たないので、またさらに依存してくることになります。

そういう意味では、子どもの病気や体調の判断は、本来は家庭でしているのです、そこをしっかりと支えることによって、家庭力をアップすることによって、ピラミッドも安定する。そういうふうを考えてやっております。

研修も研修の結果報告書を、プリントとコメントを出しているのですが、一番ポイントを置いているのは、問診型から入らないためにはどうしたらよいか。まず保護者の声を聞いて、どういう心配事を持っているのかを聞くためには、いきなりこちらからトリアージをしようと思って話を聞き出すと、向こうのかけてきたことを聞けなくなるので、その聞き方にポイントを置いた研修というのを、この間の小児保健学会のときに、午後からワークショップなり、みんなで体験してもらうような形でやって、その結果はかなり好評で、まず参加されて現場を介していただいた方は全部よかったという印象のアンケート結果をいただいています。終了時の結果としたら95%以上が評価していただいたので、いきなりトリアージするんだというような姿勢を絶対に持たないということが大事ですけれども、民間の方もいかに聞くかということにポイントを、そこが電話相談としては非常に大事なことではないかと思えます。

< 発 言 >

一戸：先ほどからいろいろ出ているのですが、私が思っているのは、基本的に医療関係のこういった一次救急・二次救急・三次救急体制を含めたところは都道府県が非常に大きな役割を持っています。いろいろな救急の体制とともに、こういった相談の体制についても、都道府県がやっていくことが実はまず一番大事だと思っています。

この情報センターの役割として、私が考えるのですが、役割はどこまで本当に必要なものがあって、それがどういう役割になっていくのか、ここのところをきちっと詰めていただいて、それからの話ではないかというふうに、お話を伺っておりました。相談体制の補完とか、いろいろな役割があると思いますが、この点について議論いた

できればというふうに思っております。

たとえば県ですけれども、地域の先生方とのコラボレーションのような話になって、非常に有益だというお話もございましたし、それについてぜひご議論をいただければと思いました。

あと、設立主体を代理された団体についての考えもあるんですが、その役割に何をしていくかによって、また変わってくるでしょうし、先ほどから申し上げているのですが、基本的には自治体が医療行政の関係で責任を持ってやっていくというのがシステムになっているところがあるというのもご承知いただきたいと思っています。

保科：私のほうも気がつかなかったのですが、#8000の事業を厚労省に申請して、許可をいただくときに、個人情報保護法に引っかかる可能性があるのも、そこはきちんと倫理審査委員会を通すようにという一文が付いておりました。

これは当大学の倫理審査委員会を、かなり厳しいのですけれども、うまく通っております。ですからどういう情報があったという、たまたま患者さんの名前が出てしまう、それをどうやってカバーするかというのは、そういうデータを扱うときに注意していただきたい。そういうものを行ったときは、最後に倫理審査委員会を通してやらないと、雑誌なり何なりでリジェクトされるということがありますので、それを忘れないように書いていただきたいと思っています。

6. 今後の予定および事務連絡（桑原）

桑原：時間になりましたので、事務連絡をさせていただきます。

今までのいろいろな話、また協議事項ということで、皆さん方にお配りしますので、ご自分の発言のところにつきましてはご修正いただきたいと思っています。

次回、第3回は2011年12月10日の土曜日をこの部屋で予定させていただきますので、どうか手帳にメモをお願いいたします。

保科班は今年、単年度事業の申請をしておりますので、報告会をさせていただきますと思います。来年2012年1月7日、土曜日の午後、全国町村会館を予定しております。幾つかの研究報告をしていただきたいと思っています。

今日はこれで会を終了いたします。ありがとうございました。

資料7 平成23年度 第3回全体会議 議事録

平成23年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「小児救急電話相談の実施体制整備および相談対応の充実に関する研究」班
(H23-医療-一般-001)

平成23年度 第3回全体会議 議事録

研究代表者 保 科 清

日時 平成23年12月10日（土曜） 午後2時～4時

場所 山王病院 会議室

出席者 22名 欠席6名

1. 開会挨拶（保科 清班長）

2. 挨拶（一戸和成 厚労省医政局指導課課長補佐, 総務省消防庁救急企画室 丸尾 豊）

3. 報告事項

(1) PICUのアンケート調査について（清水直樹委員）

都道府県における小児救命救急センターのあり方について基礎調査するため、全国の小児救急基幹病院を対象にアンケート調査を実施するため、アンケート内容を提示。このアンケート用紙を、12月15日調査対象医療機関へ発送し、12月31日までに回収する。平成24年1月7日の最終報告会で結果報告予定。

(2) 長崎県の#8000（中尾久美子 長崎県保健福祉部・医療政策課地域医療班・主任主事）

平成20年度から長崎県は民間電話会社に電話相談を委託し、19時から翌朝8時までの13時間、小児救急電話相談に対応している。相談件数は4000～6000件/年、500件/月平均、深夜帯は全体の3割を占める。相談件数は土曜・日曜日に平日より20%程度増加する。現時点で相談対応に対するクレームは認めない。本土地区に対して離島地区の相談件数が少ないため、今後#8000電話相談の広報・周知活動が重要であり、現在乳幼児健診時に、保護者に対して#8000に関するアンケート調査、母子手帳へ#8000の情報挿入を行い広報活動に努めている。

(3) 被災地福島県の#8000（佐藤亜紀子 福島県保健福祉部 地域医療課主事）

平成19年度から福島県は民間電話会社の相談サービスを利用し、19時から翌朝8時まで13時間、電話相談に対応している。相談件数は6000～7000件/年で、深夜帯の相談件数は40%弱である。相談内容は救急医療相談が4.7%、薬の相談が4.7%、病気の相談が87.6%、育児・しつけが1.5%程度である。相談件数の多い地域は県中、県北、いわき地区で、県南、会津、相双、南会津からは少ない。福島第一原発事故後、放射線被曝に対する不安に関する電話相談が増加している。

(4) 宮城県#8000深夜帯の取り込み(宮城県#8000資料)(桑原正彦委員)

被災し疲弊している小児医療施設の夜間救急体制を支援するため、宮城県医師会がダイアル・サービス社に依頼して、平成24年1月1日から平成26年3月31日までの2年余にわたり23時から翌朝8時までの深夜帯の小児救急電話相談を実施する。年間1500万円の依頼費用は宮城県が負担する。現在実施中の準夜帯の電話相談体制は、これまで通り維持していく。

(5) 日本小児保健協会の電話相談スキルアップ研修報告(白石裕子委員)

平成23年11月23日と24日、名古屋市のウイング名古屋において小児救急電話相談スキルアップ研修実践コースの研修を実施した。9月実施の基礎コース参加者98名中から28名が参加した。基礎コースで学んだ電話相談の役割を基に、①電話相談事例検討における、相談員自らの相談対応の仕方の傾向を把握し、電話相談技術を更に深く理解する、②電話相談の契機になっている子どもの身体的状況に対し、相談者に医学的知識を提供し、相談者自身がどの様に決断していくか支援する相談技術を理解し、実践可能になることを目標に掲げた。講義で、基礎コースを復習、模擬患者を置いて模擬相談(模擬相談、ディスカッション、模擬患者となった指導者からの解説)、エゴグラム(交流分析)を用いての自己の振り返り、2回目の模擬相談を実施し、まとめのためのディスカッションを行った。参加者の大半は、研修会が有益であったと評価していた。

(6) 全国衛生部長会#8000実施状況アンケート調査案(佐々木昌弘委員)

都道府県が実施している小児救急電話相談の実施状況について、都道府県衛生部長宛にアンケート調査を実施する。事業開始年度、実施方法(県直営、委託、直営及び委託)、委託の場合の委託先(医師会、看護協会、民間電話会社、他)、相談体制(回線数、曜日、祝祭日、年間実施予定日数、相談時間帯、相談者の職種、相談員報酬、相談員募集方法、相談件数)、運営委員会の有無(開催回数、構成員、人数)、運営経費、小児医療体制との連携、事業効果、今後の#8000の見直し、全国情報センター(仮称)等の調査内容とし、各県の実態と意向調査を平成24年1月中に実施予定。

(7) 東京都内の深夜帯の取り組みについて(沼口俊介委員)

東京都5区の小児救急医療機関を深夜帯に受診した時間外患者に対してアンケート調査を実施、医療機関の認知度、自宅と医療機関のアクセス時間、深夜帯受診率、医療機関へのアクセス方法、深夜帯受診理由などを調査、中間報告を行った。

(8) #8000の費用対効果の検討(前田健次委員)

#8000電話相談事業を広域化した場合の医療経済的効果を検討した。

ある都道府県の1年間の#8000事業費(C)と1年間に#8000事業によって抑制された

医療便益（B）からB/C比を求めると、B/C比が1以上の場合には、#8000事業に費用対効果があると結論できる。#8000事業により抑制された受診患者数は、地域の1年間の電話相談件数に電話相談での受診要否判断した割合と電話相談による受診抑制率を乗じて求め、医療費は小児の時間外受診のうち軽少な場合の医療費とした。B/C比は（電話相談件数×受診要判断割合×時間外受診医療費）÷（事業予算）で表すことが出来る。大阪府の#8000についてB/C比を検討すると0.6～2.53という結果となった。今後最終報告会までに、各種変数の設定を再検し、B/C比を再計算する予定。

（9）その他

1）深夜帯電話相談への拡充に要する所要経費試算（杉原雄三委員）

民間電話相談会社のサービスを利用し、準夜帯対応の電話相談を深夜帯にまで拡充する場合の所要経費は、現在の約2倍になる、という試算結果を報告。

2）#8000の周知・広報活動について（渡部誠一委員）

国民への#8000の周知・広報活動を推進するため名刺サイズの広報資料作成、掲載情報は、#8000、onlineこどもの救急、薬剤師電話相談、中毒110番、急患センター情報、二次病院情報などとし、母子手帳に挿入し産科出産時や乳幼児健診時、受診患者に配付する。都道府県の小児救急電話相談実施状況を調査予定。今回は広域災害救急医療情報システム（EMIS）とのリンク状況や、3.11以降の電話相談数の変動などを調査内容に追加する予定。

#8000Webサイトの立ち上げを検討する。

3）電話相談記録票の記載項目について（広野優子委員）

電話相談記録票を全国統一様式とし、得られた情報を相談対応の向上に有効活用する必要がある。そのためには相談記録票の中に、相談内容の具体的内容を記載する項目を設ける必要がある。相談内容の具体的記録は、相談対応者による指示や指導内容を記載するのではなく、相談員が感じ取った相談者の意向（「相談相手がどのようにしたいと考えているか」という内容）及び「相談者と相談員双方がどのような解決策を見出していったか」というプロセスを具体的に記録することである。相談記録票のサンプルを提示した。

4 全体協議

（1）保科班最終報告会について

平成24年1月7日（土）午後14：00～16：00（集合13：30）全国町村会館で保科班の最終報告会を開催する。

（2）平成23年度事業報告書

成23年1月末日までに原稿提出、2月中旬校正印刷、2月末日報告書完成

資料 8 長崎県の小児救急電話相談事業について

長崎県の小児救急電話相談事業について

長崎県福祉保健部医療政策課 主任主事 中尾 久美子

【事業の概要】

本県では、平成20年6月から小児救急電話相談事業をスタートし、今年度で4年目となる。開始当初から、企画提案方式による民間事業者への委託で事業を実施しており、相談は毎日19時から翌朝8時まで13時間、臨床経験が概ね5年以上で、小児医療電話相談の対応について訓練を積んだ看護師又は保健師、必要に応じて小児科医師が対応している。

【事業実績】

○事業開始から現在までの実績について（スライド3）

事業開始から現在までの相談件数の推移を4年分掲載しているが、平成20年度は6月～3月までの10ヶ月、平成23年度は4月～直近の11月までの8ヶ月間の実績である。

1月あたりの相談件数の推移からわかるように、平成23年度は11月までの平均で531件となっており、例年の同時期の相談件数を大きく上回っている。

例年、下半期の方が上半期よりも相談件数が多いため、12月以降更に伸びていくと推測される。

翌日の医療機関受診を促し、不要不急な救急受診の抑制につながったと思われる件数は、例年、全体の3割弱を占めており、23時以降の相談件数は、例年、全体の36～37%となっている。

○平成22年度の実績について

平成22年度の相談件数は合計5,679件で、1月あたりの相談件数は473件、1日あたりの相談件数は15.6件となっている。（スライド4-①）

時間帯別に見ると、時間が遅くなるにつれ相談件数が減っているが、23時から翌朝8時までの時間帯の年間の相談件数は2,124件で、全体の37.4%を占めている。（スライド5-②）

相談対象者の年齢別内訳では、1歳未満が29.4%、1歳～2歳未満が25.7%、2歳～3歳未満が13.8%となっており、3歳未満のお子さんに関する相談が全体の7割弱を占めている。（スライド6-④）

相談対応者の回答別内訳では、一般的な保健指導・育児指導が45.1%と全体の半分近くを占めている。（スライド6-⑤）

2次医療圏別の相談件数及び15歳未満人口千人あたりの2次医療圏別の相談件数を見ると、本土地区に比べ、離島地区は少ない件数となっている。（スライド8-⑧、⑨）

【これまでの成果・現状】

事業開始時から一定の相談実績を維持しており、また、23時以降の相談についても、全体の36～37%を占めており、深夜帯も含め、本県におけるこの事業のニーズは高いと思われる。

症状に応じて、翌日の医療機関受診を促すなど、不要不急な救急受診が抑制され、小児救急医の負担軽減につながっている。

電話医療相談サービスにおいて実績の高い民間事業者へ委託しており、相談対応に対する相談者からのクレーム等はほとんどない。

相談実績を地域別に見ると、本土地区に比べて離島地区の件数が少ないため、今後積極的に事業の周知を図る必要がある。

【今後の課題・対応】

事業のPRについては、県のホームページやPRカードの配布、子育て情報誌への掲載等により行ってきたが、改めて、実際の事業の認知度、県民のニーズを把握する必要がある。

そのため、事業開始から4年目を迎えた今年度、県内全市町の協力を得て、乳幼児健診時の保護者アンケートを実施している。

アンケートの結果を踏まえ、より効果的な相談事業の体制充実に努めたい。