

思います。支援センターは何を支援するのかというところの中に、それは先生のお考えと少し違うのかどうかわかりませんが、この絵では下に県がいて指導するみたいな形に見えます。そういうところもあるのでしょうけれども、地域に根ざしたというところで、もともと県にきちっと評価をし、検証して質を上げる、という機能がそもそもあって、それをサポートするという形であるべきではないかということなんです。

大阪などではすごくやっていたらいいのですが、そこにも格差があって、愛知県では会議だけ開いていて、具体的なことは現場にお任せになっている。もっといえば県庁サイドは私たち委員に丸投げで、県庁側がもっと力を入れてこれをやるという、そういうものではなくて、もちろん技術のこともありますが、そういうまさに検証と研修ということに一点集約は結構ですが、それは県がお金で解決するのか、考え方を提供し、そしてもしかしたら評価や研修を担当する人への研修、相談員の研修というのがありますけれども、それは研修というよりは厚労省が集めてきちっとこれをやれというようなことかもしれないのですが、相談員の研修も大事なのもちろんですが、これは全国でやるべきなのか、県に下ろすべきなのか、県でやったほうがより身近というふうに思いますし、むしろまとまったところは自治体の担当者や、もっと具体的に言うと、これは県になっていますが、半分の二十いくつは会社になってしまっているのです、そことの関係、会社側は相談員を提供するし、もちろん会社としても、愛知県では検証のところを会社にお任せというか、データを出してもらおうということなのですが、それを見てやっているのです、そのやり方でいいのかどうかというのは、私もなかなか県で言わせていただく機会もないし、そういう考え方がないところもあります。

ですからこの絵はこの絵で非常にわかりやすいのですが、より都道府県が一步進んでこういうことを行うべきである、みたいなそういうそもそも論も必要なのではないかというふうに感じております。

石井（日本医師会） 今の議論をお聞きしているうち、ここの議論のもう一つ別なところで行われていることとのアナロジーでお考えいただくとよいのではないかと思ったのは、メディカル・コントロール体制づくりというのは総務省消防庁と厚労省、そして医師会が協力しながら救急の専門家の先生方と一緒にやったわけです。平成21年の消防法改正のところで、それをもう一段プッシュしようということで、全国のMC体制の平準化ということと、各地区のネットワークの可視化を図る、この二つができあがったわけです。その前の経緯から見れば大分時間もかかっていますが、ちょうどこちらの全国の立ち上げのところが実現しました。

MCのほうは全国メディカル・コントロール協議会というものを、別途上部団体として立ち上げて、そこに消防庁、厚労省、医師会、そして救急関係者が集まって、それを同時進行で運営していたわけです。ですから年1～2回程度ですが、各地のいろいろな事例をそれぞれ持ち寄って、また問題があったら、その都度、たとえば厚労省のほうからこういう考えが必要ですか、必要であればわれわれからテーマを出して共有化するということも

ずっと続けているのです。そして救急というのは地域医療そのものですから、地域医療体制と、そういうものを順番にやっていたわけです。

災害医療の場合も都道府県の単位でそれぞれが対策本部をつくるというのと同じで、MCも都道府県に力点を置いて、スケールの大きさを同じにします。そしてメディカル・コントロール協議会で県のレベルで委員長が都道府県知事に意見を言う、そうすると、その地域で唯一のものが、今の体制はここがおかしいですよという意見を言った場合には、これは非常に重いものがあります。したがって行政としては地域の住民なり国民の健康を守るために必要な、重い意見として受けとめざるを得ないという形をつくってあるわけです。

いきなりこれを全国にすれば、それぞれの都道府県はいいじゃないかという考えは当然あると思いますが、それは今の国の施策とか標準化の中ではちょっと乱暴な意見のように僕には聞こえます。全国センターができたから都道府県の部分は要らないということにはならないと思っています。

もう一つは、子育て支援というもっと大きな意味で#8000ということは当初からずっと桑原先生が言われていました。これは救急医療かどうかという意味では、いわゆる医療として扱わないということなんです。

もうひとつ匿名性の話がありましたが、それをちゃんとカルテとして作って、その分チャージするという制度の立ち上げになっていないわけです。なっていないけれども、地域のレベルでいえば、「いつものあの人だね」ということがわかったり、こことここにこういう医療機関があって、こういうかかり方や情報のとり方があるということが地域に行けばありますが、全国センターにではないわけです。したがって非常に一般的な子育て支援という全体のコンテンツがまずあって、それから各地域のバージョンがあって、非常に身近な救急相談に相当する部分の情報、こういうものが階層別にあって、それが必要なときに提供されるという体制づくりをしておかないといけないと思います。

何とか匿名制をとりたいということであれば、先ほど話があったように、どこでもマイ病院とか、ナンバリングとか、コンピュータ的な話がありますが、それをやった場合に、必要な情報がとれなくなったら何にもならないわけです。そこは制度としては考えなければいけません。

そしてこれが最後ですが、日医総研というところに認証局というのがあって、これが災害のときも使えるだろうと、それから現在、いろいろな地域の認証局を利用したネットワーク、これはあくまで医療側は顔の見える関係で責任もとりながらしっかり関わろうという形でトライアルをやっていて、ホットな情報では薬剤師会がぜひ一緒にやりたい、この認証局を利用した状態でやりたいと申し出てくれました。JMATのときも薬剤師会は最初から災害現場で一緒に動くということをやってもらいましたが、そういう認証という問題は一緒に考えるというか、日医の認証局に乗りたいと言っていただきました。厚労省も総務省もいろいろなところでそれを使ってもらっているのです、われわれは認証というものはそういうもので恐らく解決できるだろうと思います。

ただ、問題は国民側はどのぐらい個別に明らかにしてやるか、相談業務の中でどこまでやるかというのはかなり微妙に議論をした上でないと、いきなり番号をふればわかるだろうというものではないと思います。

市川（北九州） 最も参考にできる部分としては中毒センターというのがありますが、ある意味で白か黒かという中毒センターのやりとりとはちょっと違いますので、若干難しい部分があると思いますが、有料な一面もありますし、予算に関してもそういうところも考えてもよいのではないかとというふうに思いながら、聞いていました。

いわゆる全国センターができたとしても、各自治体、都道府県がコアの部分はやっていくことが必要だろうというのは、いま出されたご意見のとおりで、弱い部分を全国センターが補填してあげる、あるいは指導する、というスタンスではないかというふうに考えました。

現実的に全国センターに電話の相談を集めるのか集めないのか、というところをはっきりさせておかないといけないのではないかとというふうに思いました。

桑原 この計画には集めないほうでやっていくと…

市川 集めないほうです。

渡部 以前から報告書に書いてきているので、もう一度お話しすることになりますが、全国情報センターをつくらうということを主張しているのはいくつかの理由があって、一つは深夜帯対応のできる県が非常に少なく、現在、見ても深夜帯に対応するのに大体人口 300 万人近いところでも、単独でやるにはとても対象人口が少なくて効率が悪いんです。人口 300 万というのは上から 10 番目ぐらいだと思うので、つまり 47 都道府県で 10 個ぐらいしか単独ではできないんです。そうするとやはり複数でやるか、あるいは何らかのことをしてあげないといけないので、その点で第 1 点目の深夜帯対応のためにこの全国センター化というのは必要だと思います。

もう一つは先ほどから出ている研修システムの点で、もちろんすべての都道府県が研修をそれぞれやっているのですが、その質の確保のためにはやはり共通の評価ということで、その研修システムをいまつくりあげてきていますし、保健協会のほうでもやっていますが、それを続けていくために必要です。

3 番目は各都道府県が「準夜帯はすでにやっているから、そこは私たちがやります」と言っていますし、僕もそれでいいと思うのは、七つの#8000 の目的の一つに挙げた、各地域の小児救急医療の総合的な底上げというか、そのレベル向上のためには#8000 は非常に重要なんです。それを続けていただくことも必要なので、そこはなくさないで続けていただく。

そのときにそれぞれの都道府県の評価というか、アシストをしてあげて、たとえばこういうシステムにしたほうがよくなるよとか、ここを変えたらいいよとか、そういうところをこちらから言ってあげたいので、その全国のレベルを共通にしてあげるといえるのか、底上げするためにセンターが働きたいという、その三つの目的を考えています。

白石（日本看護協会看護研修学校） 今の渡部先生のお話を聞いていて、それはすごくいいなあと思いました。

全国センター化の話もそうですが、個人的には疫学研究みたいなものとタイアップして、いまいろいろなところで行われている#8000の相談内容をどう分析していくかとか、その地域での受診率といった部分や、あるいは深夜帯をやっているところとやっていないところの違いとか、全国センター化も大事ですが、そういったことも一緒にできないかなと思って、#8000の効果に関する研究とか、そういった大規模な疫学研究のような形ができないかというふうにいま個人的に考えていました。

桑原 都道府県の対応というのが先ほどからずっと出ているのですが、佐々木先生、もしこういう形で進んでいったときに都道府県にご協力いただけるのかどうか、情報提供していただけるのかどうか、お金を出していただけるのかどうか。

佐々木 今の議論の中では三つの話が交錯しています。一つのディメンションはまずクオリティー・コントロール、クオリティー・アシュランスをどうするかという話と、一方で地域における救急医療提供体制の中の一つとしての議論と、もう一つは子育て施策としての議論で、その三つのディメンションがあるのに対して、しかももう一つあるのは、ざっくりいうと都道府県ごとに本当に差があってはいけないのかということです。

つまり地方分権、民主党的にいうといわゆる地域主権ということを考えたときに、それぞれの自治体、それぞれの都道府県によって施策の考え方は異なっているわけですから。そうしたときに、いまなぜ後者のほうにいたかということ、都道府県の立場で聞かれたので、予算配分ということになったときに、まさにそこに直結するからです。お金を出すか出さないかで言うと、きわめて現金なことで、それによって得られる効果が明らかであれば都道府県はどこでも金を出すということになります。

あと、何となくつきあいを出し続けているけれども工夫するみたいなものもありますけれども、これは多分これにやるとなると純粋新規なので、それによってたとえば乳幼児医療費が下がるのかとか、きわめて割り切った知事だと、これで票が増えるのかとか、多分そういう議論がそれぞれの都道府県でなされる。

いずれにせよこの場でまずその三つのディメンションのどこでこれをそれぞれ整理するのかをした上で、都道府県側にとってみればこのメリットがあるということで、〇〇〇けばお金を出すということになります。

中林（厚労省） お金の話について、これはまだ検討中で、課内で出た話題の一つとして聞いてください。実際になるということではないのですが、安定した提供体制にするためにはどうあるべきかというところで、現在の厚労省のほうで出している内容としては、一つは#8000をやっている時間が何時間以上という時間で区切って、それ以上長くなっていれば補助金の率を少し上げるとかいうところでインセンティブをつけるということはしています。実際、それはそういうふうにかかれていて、そのようにやっていて、それを採用しているようなところはあります。

あとは、今はまだないけれども、回線を増やすように配慮した自治体に対してはプラスアルファをつけたらどうかとか、そういう案は出ていますので、先ほど準夜帯は何とか自治体でがんばってやるんだという話を渡部先生がされていたと思いますが、私も救急外来へずっと出ていると、準夜のほうは数が多いし、深夜帯は減ってくる。そこに全く同じ準備をする必要はないと思いますし、そういった強弱をうまくつけて、それに対しては行政のほうとしても具体的にどういった数字が返ってくれば、これに対してはインセンティブをつけられるのではないかという議論の根拠になりますので、資料を見せていただいたときには月別の相談件数というのは出ていたのですが、たとえば時間帯別とか、そういったところでの検証がされていくと施策にも反映させやすいのではないかというふうには思っております。なるべくサポートできるようにしていきたいと思います。

桑原 時間がありませんので、このお話はまた次の機会にしたいと思いますが、いま私をご提案申し上げた全国情報支援センター構想は、応需体制の対応ではなくて、相談の質、あるいはその効果の判定の利用のために立ち上げるのであるということで検討をさせていただく、ということよろしいでしょうか。

ではこれは前向きに進めていかせていただきます。あるいは来年度の科研の班を申請するときの一つのテーマにさせていただきたいと思いますので、どうかご支援いただきたいと思っております。

次に前田先生にずっとやっていただいておりますが、#8000にはお金をかけているけど、本当に効果があるのかということでもあります。前田先生のプリントが一つ入っていますので、これを見ながらお話ししていただきたいと思っております。

② #8000の費用対効果の研究（前田委員）

昨年度は保科先生と桑原先生のもとで費用対効果を担当させていただきました。いわゆる意義ではなくて、分析するとしたらどうなるかという実務をしたという意味あい、私の立ち位置がそうであったというエクスキューズを先にさせていただきますが、去年1年間でこのような研究をいたしました。

昨年度1年間、最初にいただいたお題は#8000の費用対効果がどうであるかということで、これは当然ながらいまのようなことを評価すればよいのかということ、ここに書きましたとおりで、これに関してはあまり異議がないと思っております。

今もお話がたくさん出ていますとおり、#8000は多軸で評価をしないといけない。これはヘルスケアのサービスなので、象のいろいろなところを触りながら、ここはこんな形をしているとか、皆様がいろいろ意見を言われるとおり、いまお話があったところも含めて、#8000には多数の長所がありますので、薬を飲んで血圧が下がったとか、薬を飲んで脳卒中の再発予防ができたというような、スパッとある一つのものを治療したというようなものとは言い難いサービスに対する医療評価になりますので、その点、非常に苦慮しました。

一方、これまでもお話ししたように、よく費用対効果という研究がなされていますが、

一応定型的にはこのような形があります。

費用対効果というのは、AとBというサービスなり治療なりがあったときに、当然ながらあるサービスなり治療ごとに効果があり、費用がかかり、ということで、AとBそれぞれにベネフィットとコストが出ますので、当然ながら四つの数字が出ます。

一次元アウトカムというのは、費用が一定だとわかっているとき、もしくは費用が一定だと固定しているときに、AとBとどちらが効果が優れているのだろうかというのを見るのが効果比較のアナリストになります。

コストのみというのは、効果は同じだけれどもできるだけ安いのはどちらなのだろうか、というのがこのコスト・アナリシスになります。

一般的に広義でいわれている費用・効果分析というのは、Aというサービス、もしくはBというサービスのコストとベネフィットが一緒であるということがわかってないときに、初めてこのコストとベネフィットの広義の費用・効果分析をすることになります。

この中に主に三つ分かれています。これもコストに対する尺度を何でもってくるかというだけの違いで、こちらはコスト、エフェクティブネス・アナリシスが狭義の費用効果分析で、これはたとえば一人救うのに何ドルかかったとか何円かかったとか、血圧を5ミリ下げるのに何円かかるとかいったような、下に何らかの臨床的な効果指標がくるものです。

2番目が、いまクオリーを中心とした薬価に関する縛りの話が話題を賑わしていますが、QOLで調整した1年当たりの生存年を上げるのに対してどれくらい費用がかかるか、というものが2番目の費用効用分析です。

3番目が効果のほうも何らかの金銭的な指標で表すわけです。支払可能額というのは、たとえばこのサービスを受けるのに対してあなたは1万円払いますかとか、あるサービスに対してどれくらいの対価を支払えるかといったものを出してもらって、それに対してあるサービスなりある治療の実際のコストと比較して、かけたコストに対して払ってくれそうなお金が上回っていればお得であるといったような分析です。

一応こういった手法があるというもとの、研究のフレームを示しましたが、先ほどお見せしたベネフィットの中で、かなり測定しがたいものばかりです。たとえば不安軽減とか、安心感あたりは一応尺度としてはゼロから1まで、このサービスがないときとあるときを比べて、あったほうがどれくらい不安が少なくなるかという尺度で一人ひとりに測ることが可能ですが、そういうことを言っているとほかのものも1個ずつ別の尺度で測らないといけないので、なかなか網羅的には測定しがたいのと、かつ測定したものをある一つの尺度で統合するというのは非常に困難なのであきらめて、ベネフィットを時間外受診の現象のみと恣意的に定義すれば、何とか次の二つの分析が可能になります。

一つは1受診減少するのに何円かかる、もう一つが#8000をやることによって時間外受診を何人減少できるから、それが何円相当になるという分析ができます。

ただ、この1受診あたり減少するのが何円かかったという結果を見ても、それを受け取

り手がどう評価したらよいかさっぱりわかりませんので、仕方なしに費用便益分析をしました。これが前回お持ちした分析で、あるAとBという比較は今回は#8000を行わないことと行う場合の比較になります。当然ながらこれも費用効果分析の対象になります。

これは仮想モデルで、実際に行った研究ではありません。実際に#8000を行っていない地域と行っている地域で、それぞれ前向きに効果と費用を追いかけたような研究はありませんので、一応仮想モデルを私なりに組み立てて、それに見合う文献データを探して、費用効果分析を行いました。費用は#8000の費用で、便益はない場合とある場合でそれぞれどれくらい医療費に差ができるだろうかという数字と、BC比を出しました。分析の立場は社会と書いてありますが、これは嘘で、国もしくは県だと思えます。

結果はBC比が0.99という数字で、ちょうど1というのが費用と効果がイーブンであるというものなので、これは研究の誤差から考えてイーブンという結果でした。ただ、桑原先生からお話がありましたとおり、研究の結果に対する妥当性に関しては批判があり、これが妥当なものであるとはとても私も思えませんので、そういったご指摘があるのは当然のことだと思います。

今後の研究に関しましては、#8000の効果を何と定義するか、もしくは何々を効果とみなせば納得できるものと判断されるのか、もしくは#8000の何々の効果なら統合できるのかというのが多分最大の課題になります。

一方、#8000のこれからの研究は、どう頑張ってもすべてモデル研究になるはずで、#8000がすでに47都道府県で実施されている以上、#8000がない状態というのはつくりだせないで、癌検診のときに非難されたように、癌検診を広める前に効果を検証しなかったという指摘がよくありますが、実際、ヘルスサービスというのは普及した後でこういった費用対効果を求められることも多かったですので、今から#8000をサイエンティフィックにカッコリと費用対効果を求めることはまず難しいと思います。これは私の考えです。

最後に、費用対効果に関するどのような成果を期待されているのか、いみじくも次の研究をするにあたっては、恐らく昨年度の保科班における費用対効果の分析が必要であった背景とか目的と、今回、私が仮に前回おつくりした結果に対する不足点、それを使ったユーザーの方のご意見、それをたとえば政策に用いるときにおいて、どうしても十分でないという評価と、あとは今年度さらにこの松裏班で費用対効果をやらないといけない意義とか目的、多分そこがクリアになれば、次の研究をどのようにすればよいかがおのずから決まってくるのではないかと思います。

～質疑～

桑原 費用対効果を何と定義するか、安ければよいというわけでもないし、お金が儲かったということだけでもないと思いますが、森先生、この辺についていかがでしょうか。

森 費用対効果分析は自分自身の専門の一つなので、ちょっと凝りがあるので、どこまでかなと思うのですが、実は三つ、質問というか思うことがあります。

モデルは拝見していないのでモデル自身についてコメントすることはできないのですが、費用対効果分析の専門というより小児科医として考えたときに、夜間の小児救急を担当する小児科医としても、#8000の国民あるいは住民に対する影響を考えると、恐らく医療という側面よりは子育て支援のほうが強いのではないかと僕自身は思っています。

なぜ、夜、小児科医がこんなつまらんことで一生懸命働くのか、というふうに医療純粋に考えるとそうなのですが、僕らはするわけです。これはなぜかという、子育て支援なんです。子育て支援は残念ながらこの費用対効果分析のフレームワークには今はまだ入りきらないと思っています。ですから純粋なやり方でいま費用対効果分析をやってしまうと、「なんだ、これだけしか効果がないんだよ」というふうに数字としてなってしまうと、僕らが本来的に目的としている、もちろん医療の部分はあるのですが、そして救急医療体制というのでもあるのですが、もっと大きな後ろにある住民の皆さん、あるいはお母さんたちに安心を持ってもらって、さらに子育てがよいサイクルで回っていくように願っている部分が、メッセージとして伝わらなくなってしまうのではないかと僕自身は思っています。

そういう意味で、費用対効果分析というのは僕は専門だし、どんな政策でも基本的にやってもいいんじゃないかと思っているのですが、これに関しては走りすぎると危ないというか、間違ったメッセージをほかの皆さんにお伝えすることになるのではないかというふうに思っていて、うーんというふうに思っています。これが一つです。

ですから費用対効果分析をやってみる、あるいは便益分析をやってみる、という先生がなさったお仕事に敬意を払いますけれども、われわれのメッセージとして、これは子育て支援の部分は入ってないから、ということは注意して常に伝えたほうがよいのではないかとこのように思います。

あとの二つは非常にテクニカルな話ですけれども、先生が言われたように、現状ではすでに施策として入っていることを考えると、確かに1・ゼロということもあるのですが、恐らくもう一つの疑問は、夜間のサービス提供をするべきなのかどうかというところがあると思うので、2アームより3アームにして、夜間も日中も#8000のサービスが提供されているとなった場合に、もしやるのであれば費用対効果分析をするほうが現状に適合するのではないかという気がします。自治体にとって夜間もやったほうがよいのかどうかというこの判断材料として、僕自身はどうかかなと思っているところではありますが、もしやるのだとすれば、ということです。

3番目が、これは実は最初にお話しした子育て支援とからむのですが、コストの計算は恐らく先生は診療報酬から計算されたのではないかと思うのですが、多分小児医療の診療報酬というのは本物のコストではなくて、政策的なコストになっているはずで、これは何かというと配慮した政策コストなので、本当にかかったコストではない。

なぜかという、先ほどお話ししたようにプラスアルファの部分がそのコストに隠れているからです。そういう意味で実は本来的なコストではないんです。それはそれで悪い話ではないわけです。たとえば小児救急がほかのベネフィットがあるから、そこにコストと

して入っているのであれば、実際のコストより少し高めに設定されているのであれば、それは政策的な配慮であって、非常に重要な部分です。

ほかに子育て支援とか何なりの効果があるというふうに政策的に配慮しているからそうなのだとすると、それを使ったデータを分析してしまうと何を分析しているのかわからなくなってしまうので、コストをどういうふうに計算されるのかというのは実はけっこう難しいというのが私の感想です。

桑原 いま夜間にしばってやってみたらどうかという話が出ていましたが、いかがでしょうか。

前田 確かに森先生のお話のように、最初はゼロと1の比較で、#8000をやるかしないかに関する答えを出すためにやった研究なので、必要があれば、たとえば#8000の中で定食にするのか単品にするのかといったものとの比較はやろうと思えば可能です。

ただ、どちらかというと昨年度保科班で求められたのは、この#8000を継続するための裏打ちとしての費用対効果の側面が大きかったと思いますので、もちろん準夜オンリーと深夜も含めて、もしくはナショナルセンターというか全国中央センターに一本化した場合の現状での費用対効果、それぞれ比較することはやろうと思えば可能だと思います。

ただ、残念ながら現行でもモデルにかなり頼った研究になりますので、それに基づく基礎データが、疫学調査がまだなされていないというお話もありましたし、当然、私も調べたところ、使えるとまでは言いにくいデータしか私の中では探し得なかったもので、そういった意味でさらに細かな設定を加えた上で、さらにA・B・C・Dという比較をするという研究をすることの意義自体に関しては、私は若干難しいのではないかというのが一つです。

もう一つはコストの計算ですが、確かにコストに関しては診療報酬点数のみで行っていますので、これも全く片手落ちというか不十分ですが、今のところ、最初にするのであれば診療報酬で、ただ、#8000の費用対効果に関しては一番この結果を動かすものは#8000があったときとなかったときの受診者の行動です。実際に受診者がどれくらい減少するかというデータがないところがコスト以上に大きな結果を左右する変数で、そういった意味ではコストに関してはほとんど診療報酬でいいやということやってしまったところもありますので、ご了承いただければと思います。

石井 (日本医師会) 今のお話は非常に興味深い話で、費用対効果いわゆるヘルス・テクノロジー・アセスメントをよくご存じの森先生がああいうコメントをされるという中で、考えてみると実は日本の診療報酬というのはもともとちゃんとしたベースがない部分が多いというか、ほとんどそれで決まっています。日本円が高くなっているのも、まあまあもらっているのかなというような見え方もありますが、本来診療報酬全体は非常に低いというふうにわれわれは考えています。

厚労省の方々が非常にいろいろな細やかなところにインセンティブをつけて、また数に対する評価とか、いろんな部分に入っていて、それが本当にコストと全体のパフォーマンス

スに反映されているかわからないものがたくさん入っているのが日本の診療報酬なんです。

イギリスの保健組合と政府の方々がいらっしゃったのは3年ぐらい前でしたでしょうか。説明してほしいというから、「厚労省で聞いたでしょう」と言いながら話をしていたら、この根拠は何かと尋ねたところ、分厚い例の診療報酬点数表を、申し訳ないが英語版はないけど差し上げるから、あとは自分で読みほどこいてくれということで持って帰らせたことがあります。多分、その後何のフォローもないので、いやになったのかなと思っていますが、それが日本の状態なんです。

だからどこかでそういうのを見直していくという作業は当然必要ですがその話はこの#8000の話とは大分ずれていくので、もう一回戻りまして、#8000的に言うと、先ほど救急医療の中で言い残したことは、事後検証は全例全国でやっているということです。全国センターの話をするということは、要するに地域のアセスメントも必要ですが、全国のデータをもう一度見直して、事後検証が一番大事だと救急医療では言っていて、そこから次のポリシーメイキングとか、いろんなことをやっていくわけです。

こういう全国センターなりのシステムづくりをやらないと、各地でやったからいいということで終わってしまったら、ポリシーにも学問にもならないと思うんです。

だからこれをやりながら、そこからたとえばそういう効果を考えるベースメントができるかどうかとか、どういう切り口でやるかとか、そういうことを森先生や前田先生という、専門の先生方に考えていただくというような形をつくらないと、いまここで全部数字に出せるかという話だけすると、私も早すぎるのではないかという感覚は持っています。

桑原 では市川先生、結局どうでしょうか。

市川（北九州市） いま石井先生がおっしゃった形ですが、前田先生が苦勞されたように、本当に出せないんですね。だから各自治体がそれこそ住民にアンケートをとるとするか、そういう形でしか出せない、数字では出せないと僕も思っています。全国センターができて、そこでいろいろな統計をとって、費用対効果というのはそこからやっていけないといけないのではないかと。いま石井先生がおっしゃったことには大変納得いたしました。

保科（オブザーバー） 確かに森先生もおっしゃったように、前田先生がいろいろ苦勞しても恐らく細かいところは出せないだろうと思うのは、電話回線がつながっているほとんどの理由が子育て支援で話が長くなる。「そうですね、それならここへ行きなさい」という話だったらかなりの回線はつながっているだろう。それをプラスアルファで考えていくと駄目なのではないか。

少なくともダイヤルサービスやピーペックの方が、あそこのやっていらっしゃるデータは少なくとも約半分はあるわけで、そのデータが各県にオーケーをもらって出せるかどうか。出していただければ非常にありがたいということで、そうすればかなり出てくるだろうと思いますが、それでなければ恐らくこの子育て支援が主になっている#8000を費用対効果で出すのは難しいということと、子育て支援を費用で計算してはいけない、論点が違いくらいすぎる、というのが私の感想です。

それと森先生もおっしゃいましたが、コスト的に考えて、診療報酬でいけば、本質的に小児科がある程度何とかやっていけるような保険点数になっているのは、栄養指導料とか何かプラスされているからであって、基本的な診察料は昭和 35 年に決められてから少ししか上がってない。

それは大人の半額だという決まりがあって、これは電車賃じゃないんです（笑）。そのパターンで決められたものがそのままできているから、今の状態でいって、栄養指導料とか年齢で 3 歳未満はプラスアルファということでやっているからいけているので、そこをあまり大きく言うと厚労省が困ってしまうので、私たちも言わないでやらなければいけないところもあって困っているんですけれども、厚労省が小児科に目を向けてくださって、点数を上げてくださっているのはわかっているのですが、こういうコスト・ベネフィットという面で計算するのは非常に難しいところが出てきているということは間違いないだろうと思います。

本質的にこの#8000 の目指すのは半分以上が子育て支援で、救急医療が 3 分の 1 ぐらいのイメージでいくのだという発想でも#8000 の存在価値は日本として十分にあり得るだろうということを大きく出していても間違いではないのではないかと思います。

それから広報ですが、よく見ると東京都内の地下鉄の駅には必ず#7119 の大きなポスターが貼ってあるのに、#8000 のポスターなんか見たことがない。そのぐらい#7119 は各駅に貼ってあるんです。それでもあの#7119 があのパーセントですから、#8000 がそんなに上へ行くわけがない。子どものいない人がそこに目が行くわけがないので、認知度がどの辺にいくかという、恐らくかなり難しいだろうと私は思っています。

森 最初にくさしてしまったんですけれども、幾つか追加です。

一つはもしかして量的な計算をしようとする、子育て支援は費用対効果分析に適応しないという話をしたのですが、多少無理やりしようすると、一つの手としてはウイニングネス・ペイ・ツー・ペイという調査をするという手があります。

たとえば電話相談を受けてお母さんなりご家族が安心感が増したとすると、その安心感を得るのにあなたはどれぐらい払いますかということをやります。医療経済分析でそういう調査をすることがあります。

桑原 面接でやるのですか。

森 はい。何人かでやるんです。どれくらいまでだったら払えるという調査をして、その安心感に幾ら払えるかという安心感という価値を貨幣価値に変えるという調査ができないことはないんです。もしやるのであれば、それは一つの手なのかもしれません。

ただもうひとつ、どうして最初にお話ししたかという、NHS ダイレクトのときの経験があって、NHS ダイレクトで電話なりウェブ相談が始まったときに、受療行動は変わらなかったんです。逆に少し増えたぐらいで、これはここでご紹介されたかどうかわかりませんが、イギリスでこういう電話相談のサービスが始まったとき、最初は不要不急の受診を減らすのではないかと期待されたのですが、全然減りませんでした。

ブレア政権はその当時、これは受診行動を減らすためにやっているのではなくて、医療者側と住民側のコミュニケーションのチャンネルを増やすためなのだというふうな、言訳に近い部分もあるんですけど、それによって続いているところがありますので、恐らく前田先生は多分探されたと思うのですが、受診行動はそんなに変わらないと思います。変わらないことはもしかして悪くないのかもしれないんです。

ですから逆に胸を張って、これは子育て支援だというふうに最初から論破していったほうがよいのではないかと。逆に中途半端な数字が出て、受診行動が減ってないじゃないか、みたいなことでつぶされる懸念を考えると、そういうふうに言ったほうがよいのではないかと思います。そういうことで費用対効果分析をするときにも非常に注意が必要だということなんです。

桑原 では前田先生、今年はやめますか。

前田 目的、必要性に関しては私のほうでは判断できないのですが、去年もそうですが、若干難しいだろうというのはもちろんありました。

本当に研究をするのであれば、かなり時間がかかると思います。いま森先生からお話があったように、ウイニングネス・ツー・ペイでサービスを利用した方に聞く、もちろんサービスを利用してない方にも同じように聞かなければいけないと思いますが、そのような格好で#8000のご利益を貨幣価値に換算するのも必要ですし、実際に受診者が抑制されたかどうかを実証的に確認してカウントするのもそうですし、その前に#8000で健康のアウトカムが変わってないかどうか、ということの担保が実は最初にくるはずで、そこが私としては最初にそこがクリアされていたほうがいいなというか、それが必須であるなという思いがずっとあります。

そこがもし一定で変わらないとするならば、そのウイニングネス・ツー・ペイをいわゆる相談者、地域住民の方、利用した方、利用しない方、あとは受診抑制数もそうですし、何らかの形でいわゆる安心料といった側面を定量的に測定するというのを前向きに行って、やろうと思えばできますが、それには恐らく時間と労力とお金が必要になりますので、いわゆる費用対効果を添えなければ続けられないのかどうかといったところの意思判断だと思います。

桑原 私どもとしては、費用対効果というのは厚労省指導課の前任者の方から言われていた話であって、ぜひこの研究は続けていただきながら、今年是可以る範囲のところ、最後におっしゃったようなところでもけっこうですから、それをやっていただければと思います。森先生も応援するとおっしゃっていただいております。

それでは時間も迫ってきましたので、③は省略して、④のところ佐々木委員から、先週広島県の#8000 広島の運営委員会をしたときに出した資料で、満足度調査その他をやっておりますので、ぜひご説明いただきたいと思います。

④ #8000 広島の改革後の影響について（佐々木委員）

三つのことを申し上げます。まず一つはそのまま何も足さず、何も引かず、資料を説明します。二つ目は先ほどの費用対効果とも関係するのですが、一体これはだれがサービスの購入者かという視点でこのときの広島での会議での議論をある程度整理したので、それを申し上げます。三つ目は値決めのところで、診療報酬の話が出たので、多少それに言及したいと思います。

一つ目として、何も足さず、何も引かず資料を説明します。

資料4の下の資料①は6ページものです。広島は今年4月からダイヤルサービスさんのお力を借りて、それまでセブテン（午後7時から午後10時まで）でやっていたのですが、それを翌朝までやるようになりました。これは土・日も同じです。

まず1ページのところが年度別件数および月別件数ということで、平成24年は1年の3分の1、4ヶ月分のデータです。

1年の3分の1が終わった時点で、ほぼ前年の半分までいったというデータになります。月別件数は1ページの下にあります。

2ページ目は年齢別のデータです。

3ページ目が地域別のデータです。

このデータで特筆すべきものは、福山が相対的に前年より倍になっています。何も足さず、引かずと言いながら説明すると、福山は今の小児の二次救の輪番が部分的に空白日ができていて、もしかしたら影響があるのではないかと思います。

4ページ目が助言内容です。

5ページ目が時間帯別の件数と、下のほうは相談をした症状の内容です。

6ページ目が話し中の件数です。6ページの話し中件数とかミッドラインの件数とかをみると、1ページ目に戻るのですが、少なくとも7時から10時とか11時とかいう時間帯は上限で、つまり1回線当たり年間6,000~7,000が恐らく準夜帯はリミットだろうというデータになります。

資料2は基本的に携帯電話ベースで行ったカスタマー・サティスファクションと認知度の調査の結果と、広島市内の中心的な夜間の子どもの受け入れ病院であるマクナイ病院の外来患者数の推移です。

当然ながら回答者自身が携帯に質問を送って返してもらうので、相当セレクション・バイアスがかかる調査であるという前提で、そこから先はあまり補足説明するようなものはないので、3ページ以降をご覧ください。

2ページ目の上が先ほど言った広島市内の中心的な夜間の子どもの受け入れ病院ですが、どうしたとか、これだけ減ってしまっている。もちろん因果関係の分析はしていませんが、実数ベースでいうと5~10%、6月の23.8%マイナスというのは何があったのかわかりませんが、事実ベースでいうと、広島県が夜間の電話の24時間化をしたときの夜間外来患者数はこっちでは減った、それだけのデータです。それ以上解釈すると危険になるので、していません。

資料3は、広島県は今年24時間化するにあたり、運営協議会形式をとりました。これで特徴的なのは利用者のお母さん、お父さんを入れたということです。約10人の中の3人が利用者の人たちが入っています。その利用者のうちの一人が自分の所属する子育てサークルで調査してみると言ってくくださったので、やっていただきました。

このセレクション・バイアスはさらにかかっている、つまり専業主婦のお母さん方の調査結果というセレクション・バイアスがかかっています。

2ページ以降に回答結果がありますけれども、特筆すべきことは特にありませんので、時間のあるときにご覧いただければと思います。

資料4は先ほどの費用対効果に相当するのですが、医療費削減効果ということで計算したものです。3枚目をご覧いただくと、相当ざっくりやって、あえて突っこみどころ満載にしました。なぜならば、そうすることによって会議の参加者がいろいろな意見を述べることです。どれぐらいざっくりやって議論を喚起したかという、3枚目の丸印にあるように、相談者全員がもし電話相談をしなかったら夜間救急を受診したとか、あえてそれぐらいのざっくりさで数字を出すことによって、さまざまな意見をもらいました。

ここから先が説明事項の二つ目ですが、さまざまな意見が出てくる中で、ではこの#8000の業績評価を何によってするかというところで、プレイヤーごとに整理をするとすると、まず子どもそのものがどうなのだろうか。つまり、その#8000の回答内容によって、連れて行った場合、連れて行かなかった場合で予後がどうなるか。この調査も本来は必要なのだろうと思いますが、それは現時点ではしておりません。

まず子どもの視点、そもそも熱を出した子どもがこの電話相談という介入によってどうなったか。これをきちんと検証しなければいけない。

二つ目は親御さんです。親御さんのカスタマー・サティスファクションをどう評価するか、またそのお母さんが働いているお母さんの場合、逸失労働力との関係はどうか。あとは子育てに対する支援という面もありますが、親の視点から見たときにどういう評価をしていくのか。

三つ目が病院側で、実はこの病院側も二つあって、医療従事者側からすれば、もともと十数年前の#8000のときの議論であった、夜間労働小児科医がどういう負担軽減になったのか、また病院の経営者からしたときに、これによって人件費を減らせるのかとか、収入がどう減ったかとか、これがないと医療機関側に対してこの成果は説明できない。

最後の四つ目が保険者です。保険者だけではなくて、先ほど言った多くの自治体は乳幼児医療費の補助金を出していますから、そういう自治体に対してお金の増減はどうか、という数字は出さなければいけないだろう。

実はこれだけいろいろ言ったのは、さっき森先生と石井先生もおっしゃいましたけれども、いろいろあって結局いいのか悪いのか、きっといいんだろうなという議論を誘導したいというのが実はねらいでありまして、ちなみに広島に昨年から今年、翌朝までやるのに何を使ったかという、結局はデータを出すのではなくて、事業仕分けのときに県民代表

から「知事さん、これはとてもよい事業なので、ぜひやってください」ということでやったこともあって、実は税金はそんな決まり方もあるのだということで、参考までにお知らせします。

最後に診療報酬のところですが、先ほどからあったとおり、私が12年前の西暦2000年に厚労省の老人保健課にいたとき、当時の老人保健課は老人の診療報酬と、介護報酬の最初の値決めをやりました。介護報酬の最初の値決めは本当に厳格な分析までして、いろいろきっちりやって、介護報酬はこれからずっとちゃんとこのエビデンスで計算するのだとやって、2003年のときは最初の改定からロウシ協がうるさいからこの点数をつけるか、みたいになってしまった。

ただ、ものの値段の決め方というのはえてしてそういうものなので、診療報酬をコスト・対価と見るのか、それともプライスと見るのかというと、プライスだと割り切れば、交渉によって値決めされるというのはそれほど珍しくないと言訳して終わります。

～質 疑～

桑原 #8000の議論をしてもらいたかったのですが、よろしゅうございます（笑）。

資料の5はそういうことで厚労省のホームページで、現在深夜帯をやっているところがこれだけ増えたということでもあります。

お手元にカラーの資料の1枚ものがありますが、これはいま18自治体を受けていただいているダイヤルサービスの、4月から特に上がっている絵について、ちょっと説明してください。

塚原（ダイヤルサービス） このグラフは2010年4月以降、今年の7月まで、弊社が受託している小児救急電話相談の入電数を月次で集計したものです。そのとき受託している1ヶ月当たりの入電数の合計を対象総時間数で割って、それを該当時間帯に相談を実施している県の総人口数100万人単位でさらに割ることで、統計的に比較可能なデータに加工しました。

1番上の折れ線グラフのご説明をいたします。全入電数の推移です。青い線が深夜帯、23時から翌朝8時までの入電数を1時間あたり人口100万人あたりに加工しています。グリーン色のグラフは朝9時から17時までの昼間の時間帯、赤の線は18時から23時までの準夜帯の推移です。年々入電数が増加してきており、特に準夜帯の需要が高まっているということが表れております。

特にその傾向が顕著だった平日だけを取り上げて、その下のグラフに表しております。さらに準夜帯について前年同月比を棒グラフで表しております。

大変簡単ですが、以上、グラフのご説明とさせていただきます。

桑原 ありがとうございます。〇〇〇病院の準夜・深夜の診療は減ってきているのですが、電話のアクセスは増えてきているということです。

福井 私はこのグラフはすごくおもしろいと思うんです。多分深夜帯を開いたら準夜帯の件数が増えるというところに、深夜帯をやる意味があるのではないかというふうに思っ

います。なぜかという、夜間に電話すればよいという発想が一気にいきわたる。電話したときに「何時以降はやっていません」と言うと、みんな使わなくなるんです。「何曜日だけしかやっていません」と言うと、使わなくなるんです。「今晚、ずっとやっていますから、いつでもかけてください」という言葉がかなりの安心感を呼ぶんです。

だから準夜帯の件数が増えて、深夜帯が横ばいということは、深夜帯がかなり有効という意味だろうと私は思います。深夜帯をただ単に件数として少ないから準夜帯にお金を出して、深夜帯にはお金を出さないというのは表面的な数字でそう見てしまうのですが、実は準夜帯が増えるのは、電話相談の意義というのが深夜も開けることによって増える。だから深夜帯をきっちり開けて、夜間全部電話相談を受けていますということに対してはきちんとそれなりの評価をしてくれているのではないかと思います。

民間委託で業者さんが深夜を受けてくださっていて、それによってかなりの県が深夜帯を開いたんです。深夜帯を開くことによってかなりの件数が増えたというのは、明らかにニーズ調査としてこの電話相談の意義を示している証拠ではないかと思うので、費用対効果もそうですけれども、これだけの全国的なニーズがあるというところあたりの件数をしっかり見ていただいたら、意義があるのではないかと思います。

それとともに民間の方がいろんな県を受けるにしたがって、だんだん費用もかかってくると思うので、相談員の研修と相談員の人数がきちっとまかなえるような費用を各都道府県がきっちり出すというふうに行くといいなと思います。

もう一点、さっき広島でおっしゃっていましたが、ここがお金が出たらどこを減らせるかという議論はぜひやめていただきたい。子育て支援なんです。核家族化対策というのが日本ではなさすぎるんです。これだけ核家族が2世代目、3世代目に入ってきて、そのための弊害が雪だるま式に増えているんです。そこに徹底的に手を打たないと、何も解決しないと思うので、全部を増やしてください、というのが私の意見です。

森 恐らくこの研究班で重要なのは、お話を聞いていると#8000の効果に関する評価ということだろうと思うのですが、今まで患者調査のデータと各市町村都道府県で#8000が始まった時期を含めて検討して、前田先生が先ほど実際に受診行動が変わったかどうかのデータがないとおっしゃったのですが、この研究班でそういう分析はされたことがあるのですか。既存データでできる部分があると思うのですが。あるいはエコチル調査が始まっていますので、そこと連携してデータを出すことは可能だろうと思いますが、そういう検討はなされたのかどうか。

佐々木 まず広島県は同じ問題認識です。それで先ほど言った受療行動に介入効果があったかという話をしたのですが、確か、4~5年ぐらい前に、電話をかけてきた人に電話番号を聞いて、後から電話を掛け直すというやり方での調査をしたことがあるのではなかったかと思います。

桑原 平成15年だったか、鴨下班で#8000を広島で最初に立ち上げたときに満足度調査をしたんです。そのときはこういう調査をしますので、研究事業ですからぜひ名前とご住所

と連絡場所を了解を得てから手紙を出しました。そしてその話の後、どういう行動をなさいましたかと、そしてこの電話の印象はと、そうしたら満足度が80%ぐらいでした。それで厚労省がこれはいいというので全国展開という事情があります。

石黒 情報教育のために、少し違う話題を出しますけれども、一つは救急医療全般で言うと、搬送件数はこの3年間で6%台の上昇カーブで、このままいくと救急体制全体が破綻するかどうかというところまでいま危惧しているんです。ご承知のとおり、公務員の数は増やさないとか、いろいろな要件が片方にはありますので、本当にこれでもつのかと。

そのメインの原因の一つは老人の、しかも前は中等症とか、いろんなわけありとか言ってきましたが、明瞭に中等症以上で重症化して、そして救急搬送に入ってくるという例が増えているわけです。

それと比較して小児のデータはちょっと様相が違う。違うのはこの電話相談というスペシヤルなチャンネルを持っているというパラメーターと、あとはかかりつけの問題だと、その辺が後できっちりどこかで出てくればいいなと思いました。

もう一つは今の議論の中にもすでに出ていますが、社会で子育てをするというリソースがなくなってしまったんです。世代が孤立化していますし、また少子化の中で子育てのスキルがないまま、一発目でまず悩みながら育てる。その悩みが終わったらだれに伝えることもなく、次の家族がまた同じ目にあっているというこの国の状況で、何らかのバッファ要素、それからデータベースセンター的要素がないと、ちゃんとした子育てができないのではないかと、それは救急を含めた受け皿の中のリソースのつくり方ということを考える必要があるのだろうと思いました。

山崎 今のご発言はまさに僕も小児科医ですけれども、現場で感じていることですし、家庭の看護力とかいうことを社会全体で支えることが非常に大きな…

冒頭に福井先生がおっしゃったように、#8000はきっと独立する〇〇〇〇データベースの関連もあるのですが、これだけが独立して、データベースが入ってきたときはたとえばクリニックのやっている電話相談、これもトリアージの面もあるのですが、やはり同様のクリニックの方、看護師さんが答えているやつの、たとえば白石先生からご提案があったのですが、救急医療現場で逆に自電(?)ではなくて医療機関が受けている相談がいろいろな内容があつて、それがフィードバックできる、そういうのがまだ全然やられていないと非常にもったいないということもあつて、そういったことも#8000だけで考えずに、ほかの電話相談や、そういうものとシームレスになるようなデータベースのつくり方というのが非常によいのではないかと。

先日うちの小児保健協会の委員会の中で、研修とは別の話だったのですが、そういう話題が出ましたので、先生のおっしゃることに非常に近いし、小児科医としても医師会の先生からそういうご意見を出していただけるのは非常にありがたいと感じました。

桑原 時間が過ぎましたので、この辺で一応閉じたいと思います。

今後の予定としては、予算の関係でもう1回しかこの会議を開くことはできません。し

たがって年内にもう 1 回と思っておりますが、松裏班は一度全体会を年度内に開くことにしておりますので、それに向けての#8000 のチームの会を一応設定してみました。

12 月 22 日、土曜日午後 2 時からということで、もしできればこれに合わせていただきたいと思います。石井先生の日程はおさえてあります。よろしくお願いいたします。

各先生方に提出をお願いしている書類は就任承諾書、経理処理用の確認表、ご請求いただければ旅費を出すことができます。ただし請求書と領収書が必要なので、よろしくお願いいたします。オブザーバーの先生方には旅費が出ておりませんので、よろしくご理解いただきたいと思います。

では#8000 検討班の第 1 回全体会を終わりにさせていただきます。

平成 24 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
「小児救急医療体制のあり方に関する研究：こどもの急病モバイルサイトの構築と
小児救急電話相談事業（#8000）情報の有機的活用の研究」班(松裏班)
(H24-医療-一般-001)

8000 検討班(桑原チーム)第 2 回全体会次第

日時：平成 24 年 12 月 22 日（土） 午後 2 時～午後 4 時
場所：（日本小児科医会事務所） 和光堂ビル会議室
住所：東京都新宿区西新宿 5 丁目 25-11 和光堂西新宿ビル
Tel : 03-5308-7131 fax: 03-5308-7130

開会

1. 松裏班主任研究者挨拶 松裏裕行
1. チーム長挨拶 桑原正彦
2. 挨拶 厚生労働省医政局指導課
3. 議題
 - ①「全国情報支援センター」の立ち上げ等に関する都道府県の意向調査の解析
(佐々木委員)
 - ②# 8000 の費用対効果の研究中間報告 (前田委員)
 - ③多数県の協同による深夜帯応需状況の解析に関する調査中間報告 (渡部委員)
 - ④# 8000 と「子どもの救急」web との連携について (松裏委員)
 - ⑤小児救急電話相談対応者研修会の報告 (ダイヤルサービス)
 - ⑥小児保健協会相談員研修会の報告 (白石委員)
 - ⑦その他
4. 全体協議
5. 今後の予定 及び 事務連絡 (桑原)

松裏班全体会議予定 日時：平成 25 年 2 月 3 日（日）午前 11 時～午後 1 時
場所：日本小児科学会事務所（水道橋）

閉会

配布資料

1. 次第
2. 委員名簿 (24 年度版)
3. 検討資料
 - 1 都道府県意向調査
 - 2 費用対効果の研究
 - 3 多数県の共同による深夜帯の応需状況の解析調査
 - 4 「子どもの救急」web 関係
 - 5 小児救急電話相談対応者研修会プログラム
 - 6 その他

各委員に提出をお願いする書類

- 就任承諾書（未提出の先生）
- 経理処理用確認票（未提出の先生）

※ （後日、旅費請求のある先生）旅費請求書、出張報告書、領収書原本（特急以上、新幹線、航空機使用の場合）、航空券半券往復分（e チケット、お客様控えは不可）を桑原までご送付下さい。

- ※ 旅費のお支払いは、新幹線は指定席、航空機はエコノミー席料金のお支払いとなります。(新幹線の領収書がない場合、エキスパート等で確認。実際の費用より少なくなることもあります。)航空機の場合は領収書の再発行をお願いしてください。
- ※ 〒731-0101 広島市安佐南区八木 2-13-27 桑原医院 桑原正彦宛