

平成 24 年度 厚生科学研究費補助金 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
#8000 検討班（桑原チーム）第 2 回全体会

会議録

日 時：平成 24 年 12 月 22 日（土） 午後 2 時～午後 4 時 30 分

場 所：和光堂ビル会議室（日本小児科医会事務所）

東京都新宿区西新宿 5 丁目 25-11 和光堂西新宿ビル

参加者：研究代表者： 松裏裕行

研究分担者： 桑原正彦

研究協力者： 市川光太郎、佐々木昌弘、白石裕子、福井聖子、前田健次、
山崎嘉久、渡部誠一、

オブザーバー： 佐久間敦、長谷川学、塚原雅子、福永哲久、町田晃二、鎌田篤弘、
神長温、田中博人

業 務： 傍島修二 （ 18 名）

#8000 検討班（桑原チーム）第 2 回全体会議 H24.12.22

（司会 桑原 正彦）

< 挨拶 >

1. 松裏班主任研究者 松裏裕行先生（東邦大学小児科）

#8000 検討班の先生方の長年にわたるご尽力とご苦勞については、桑原先生を初めとする多くの先生方から伺っております。松裏班という名前は大変僭越で、私どもの研究班の主役は#8000 であるというふうに感じております。

私どもの子どもの救急オンラインのワーキンググループとタイアップして、先生方が上げてこられた成果を少しでも広めて有効なものにできるよう、ご指導をいただきながら頑張ってまいりたいと思います。

まだどうなるかはわかりませんが、平成 25 年度も科研費の申請を提出したところであり、その結果につきましては、桑原先生を通じてご報告申し上げたいと思っております。

2. 厚生労働省医政局指導課長補佐 長谷川 学先生

私とこの研究班とのかかわりは、個人的には消防庁から数えて 3 年目になります。私は消防庁時代も #7119 に携わっておりましたので、電話相談の重要性は重々承知しております。

このたびは政権も変わったところですので、われわれも気持ちを新たにこの事業の今後のあり方について考えさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

<報告事項>

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

(広島県・佐々木委員)

まず、この調査をさせていただいたことを大変ありがたく思っております。なぜならば #8000 の原点に立ち返り、かつこれは医政局指導課の事業として行っているということを考えれば、本来都道府県の医療提供体制において小児救急の補助的な位置づけで #8000 が始まり、そしてこの研究班も基本的には都道府県単位で医療法の保健医療計画に基づいて行っているわけですから、都道府県が #8000 をどういう現状で運用しているのか、また来年度からの 5 ヶ年計画である保健医療計画にどう反映させようとしているのか、そしてそれを踏まえた上で、当然ながら都道府県は大きいところから小さいところまでありますので、単独の都道府県では非効率な部分があるのではないかと。

ここから先は地方自治論になるのですが、そもそも都道府県ごとに格差があってもよいものかどうか。地方自治の原点からすれば、それを競わせるのが地方自治だから差があってよいのだということになるのですが、一方、厚生労働行政はナショナルミニマムという点で最も重要な位置づけにあることから、これがナショナルミニマムだとすれば、少なくとも格差の下の部分は是正しなければいけない。この効率性および有効性の意味から全国センターという形のを立ち上げるとすれば、どこが都道府県の弱点なのか、また求めは何なのか、それを探るといって問題認識で調査をさせていただきました。

資料①（A4 判縦）の 1 枚目は依頼文です。依頼文まで付けたのは、依頼文というのは場合によっては誘導してしまうことがあり得ますので、まず依頼文を読んでいただき、この設問が誘導されているのか否かも含めて議論をしていただきたいと思います。フルに付けております。この依頼文に基づいて、計 22 項目について調査を行っております。

前半は現状編で、18 番は来年度からの保健医療計画を念頭に置いたのですが、小児救急医療提供体制に役立てることについて具体的な計画があるかということ。そして 19 番、20

番は全国情報支援センターを設置する場合にどのような意向なのかということであり、逆にいえば、19番、20番の答えは18番までの間でもしかしたら誘導されているかもしれませんが、そこもチェックしていただければと思います。

資料②（A4判横）で全体をまとめて円グラフにしております。A3判は各都道府県の個票です。最終的に報告書等でどこまで付けるかというのは、各都道府県ともう一回議論をしたいと思いますので、恐縮ですが今日の段階では、この資料については委員の皆様限りでお願いしたいと思います。

Question 1から順に説明していくと時間もかかりますので、主だったところを申し上げますと、Question 3は年間話し中の件数です。これについては多くの自治体が「未把握」となっていますが、実際に答えてくれた県が6県ありました。その6県というのは群馬・福井・静岡・愛知・岡山・広島です。このデータはもちろん受け答えする人間のスキルに左右されますが、回線数とビジ―件数を検証する上で、6県ではありますが、参考になるのではないかと思います。

Question 4とQuestion 5をご覧くださいなのですが、この間で変化のあったのは、Question 4の実施団体は、21府県で何らかの形で民間委託が進んでいるということがわかりました。

Question 5の実施時間は、翌朝までやっているのが19府県で、昨年度に同様の調査をやったときは16府県でしたので、朝までやっている都道府県が三つ増えています。

先ほど受け答えする人間のスキルという話をいたしました。Question 11に相談員の研修はどうやっているのかというのがあります。ただ、これはどのようにしているかということを書いてもらっただけなので、これで研修のクオリティーまで評価することはできません。

Question 14は、ここ数年間に急にPDCAという言葉が流行りはじめましたが、どう評価をしているかということは重要な指標なので、各都道府県が事業評価をどのように行っているのかということも参考として付けました。

繰り返しになりますが、われわれが都道府県間に格差があることを是としないという立場をとるのであれば、それが全国一気やるのか、方法論だけ示して都道府県が行うのかという問題はありますが、もしかしたらある程度この評価の仕方もそのための参考になるのではないかと思います。Question 14のような調査項目が設定されています。

Question 17は、今日は企業の方もいらっしゃっていますが、どう考えているかということを見ました。

ここまでが実態編で、ここから先が大事なところですが、Question 18は設問の仕方がよくなかったと思うのですが、「アウトカムを都道府県内の云々」という書き方をしてしまったので、アウトカムをどうとらえるかによって、これは多分回答が非常にばらついたと思います。ほとんどのところが「計画なし」にチェックをされています。

実際問題として来年度からの保健医療計画の小児救急で#8000を位置づけてないはずは

ないので、この Question18 は結果が返ってきてから設問の項目の立て方がうまくなかったなど思った点です。

Question19 は全国情報支援センターへ情報を提供可能か、また Question20 では全国的なセンターができるとすればどのようなことを求めたいかということでもあります。

繰り返しになりますが、ある程度自立できている都道府県からすれば、全部自分のところではできませんけれども、そうでないところをどう考えていくのか、効率性、有効性の観点から議論をする際に非常に参考になると思います。

Question21 はその他 #8000 全体の意見なので、この研究班では参考になるような意見も幾つかあると思いますので、ご覧いただければと思います。

桑原（日本小児科医会） この調査については全国都道府県衛生部長会のご支援と、広島県福祉保健部保健局のご支援をいただきました。解析はダイヤル・サービス株式会社をお願いした部分もございます。ありがとうございました。

この調査の評価については、また後にお気づきのところを総論的な形で議論したいと思います。

2. #8000 の費用対効果の研究中間報告（前田委員）

若干苦慮している、というより私なりの考えではやや難しいのではないかと、というのが最終的な結論です。

前回もこれまでの私の分析とサマリーを再度提示して、それに対するご意見やご助言をいただいたのですが、すぐにとりかかれる、もしくは可能性の高い方策はあまりなかったように私は理解いたしました。

（スライド）

前回の繰り返しになりますが、前回の研究の問題点は私なりにはこのように考えておまして、データを直接集めるようなタイプの研究ではなくて、仮想モデルを使った二次研究であるという研究デザイン上の問題点があつて、もちろんこれはあつてもよいのですが、かつ仮想モデルに利用した疫学データがあまりにも少なかったため、モデル研究でありながらそのモデルから得られた結果に対する信頼性が担保されていないということは報告書にも書いたとおりですし、不十分だと思われた点の多くはここにもあると思います。

また、報告書にも書きましたが、#8000 の場合、費用対効果の効果があまりにも多方面にありすぎて、今回、提示した受診者数の減少効果というような単一の指標で表すことの困難さというか無理筋というか、そういった点はどうしてもあると思います。

どうするかといわれると、問題を小分けにすれば、前研究の問題点を修正するか、新たな研究を行うわけで、前研究の問題点を修正するのに必要なのは恐らくこの2点、前研究を読んでいただいて、それを利用していただいた方、本省の方々、どのような点を不十分

だと判断されているのかという点と、その不十分だと判断した点を踏まえて、今回の研究班の実施主体がどのような点を改善し得るか、もしくは改善した費用対効果分析を求めているかという点が明らかになって、その上で私のほうでできるとかできないとか、ある程度見通しをたてることになるとは思います。私の感触ではなかなか難しい。最後の疫学データを多少上積みすることはできるかもしれませんが、研究のフレームワーク自体を変えなければ同じような信頼度のものしかできあがらないと私のほうでは予想します。

新たな研究を行うという意味では、前回提示した費用対効果分析、いわゆるサイエンティフィックなものというか、定型の方法は前回お出ししたようなパターンというか、これまでの費用対効果の生み出されてきた歴史的背景から前回お出ししたような分析の型があり、それにマッチした形での分析を行うことは多分難しいと思います。

そうはいっても、やらなければいけないのであれば造詣の深い専門家に委託するとか、医学にかかわらず費用対効果はもちろん経済学の方も多いので、そういった学際的にほかの領域の先生方にもお願いして、違うフレームワークで研究することも可能かもしれません。以上です。

桑原 非常に難しいということですが、昨年度はこんな項目を拾い上げただけでよいのかという議論と、そこまでやる必要があるのかという議論があったのですが、47都道府県と国がお金をかけてこういう事業をやっているということになると、国がこれだけ金銭面で助かっているんだというようなことが出ればというふうに思ったわけでありませう。

今回も昨年と同じように前田先生にお願いしたわけですが、項目を拾い上げるのに難しいところがあるようです。

この辺について昨年度一番ご指摘を受けたのは指導課のほうからなのですが、中林さん、指導課で何か議論は出ましたか。

中林（厚生労働省医政局指導課） 指導課の中では、今のご指摘のとおり何を指標にこの費用対効果を考えるかというところで、評価はなかなか難しいのではないかという意見は確かに出ています。

当初は金銭的なところで何か評価できないかという議論で始まりましたが、やってみた結果はなかなか難しいのではないかということで、#8000で電話をした人にその後の成績調査をするということにしていかなければいけないとなると、デザインをつくるのがなかなか難しくなってくると思うので、実際に解析をするには困難を伴うのではないかという同じような意見は指導課の中でも出てきております。それがこの2年間、研究していただいた中で明らかになったとも考えられると思います。

桑原 非常に難しいということがわかっただけでもよかったと…。

〇〇 恐らくこの難しさは、たとえば自由経済下で、ある人が供給から退場すれば次の人がいくらでも供給市場に参入するという場合とは違って、もともと小児救急が大変で、その結果、小児科医がやめていっているという状況に対して、小児救急の負担軽減という

ことで始めているわけですね。

極端なことをいえば、小児科診療を行う医者がゼロになれば小児科医療費はゼロで、一番費用がかからないわけですが、たとえば#8000によって小児科医が立ち去らずに夜間救急とか日曜診療にも従事することによって、結果的に今まで需要に対して供給できていなかったところが埋められることによって、本来効果で見るとべき金額が結果的には逆にもっと増えてしまっているというような事象も成り立ち得るわけですから、そもそも経済モデルが違う中でこの議論が妥当なのか、もともとこれに小児科医が立ち去っていくのを食い止める効果があるか、というところが本来の政策の効果だとすれば、費用対効果もさることながら、小児科医、特に夜間救急に従事してくれる小児科医の負担が軽減できたか、そちらで闘うことはできないのかという気はします。

渡部（土浦協同病院） #8000の海外の文献を見ると、向こうは大規模な医療機関になりますので、評価方法はその小児病院を受診したかしたかのような評価が多いんです。

日本の場合に難しいのは、フリーアクセスで多数の医療機関があって、なかなかそのデータが出せなくて評価が難しいと思うんです。これは日本の特徴だと思います。他の初期救急に対するいろいろな対応方法、松裏先生の子ども救急オンラインも、ガイドブックも、どれもそういう評価は難しいというのが日本の医療事情だと思います。

ただし先ほど佐々木先生が報告されたように、#8000は全国で50万件以上の件数があって、これは子ども救急オンラインの70万件に負けない数です。非常に有効に利用されていて、僕はその実績だけでも十分によいと評価しているつもりです。

市川（北九州市立八幡病院） 現実的な評価というのは、モデル地区をつくって追跡調査をして、電話で安心して受診を取りやめたという人たちを抽出する、それしかないのではないかと考えています。

数都道府県のモデル地区をつくって、そこで一斉に県民に調査用紙を配って、「利用したかどうか」というところから始まって、「利用して安心してかからず済んだことが何回あるか」ということを聞く、それしかないのではないかと思います。

桑原 会社ならば儲かるか儲からないかですが、#8000は儲かるか儲からないかということちょっと問題がありますけれども、町田さん、企業の場合の評価はどうしたらよいと思われませんか。

町田（T-PEC） #8000に限らず、電話相談すべてについて言えることだと思うのですが、先ほどからご意見が出ているように、追跡調査をモデル的に実施するということがあるのですが、いま民間の会社がいろいろと健康相談を行っている事例でいうと、やはり追跡調査をしているということと、ご協力をいただけるかどうかということとを音声で案内をして、ご協力いただける方は1番のボタンを押してくださいとか、そういう形でご本人の同意を得る形で進める。そこには人は介さず、特に機械的な部分だけですので、コスト的には大変安く済むという感じの取り組みは一部私どもではやっております。

福永（ダイヤル・サービス）　こういう事業を行ったときの費用対効果の分析というか満足度の調査というのはなかなか難しいのですが、実際に#8000に関して2年ほど前に、時間は深夜帯に限られますが、ご利用いただいた方のうち「後で評価に協力していただけますか」ということをご了解をいただいた方々に対して、相談をした人とは別の調査の者からもう一度電話をして、#8000を利用した結果、どういう行動をとられたか、そして満足されたか、してないかというようなことを具体的に調査したことがあります。これは限られた方ですけれども、そういう実態調査というのは確実にわかります。

ただ、これは通常のマーケティングの場合でもそうなのですが、調査に協力していただける方は比較的好意的な感触を持っていらっしゃる方だということが大前提にあります。たとえばいま目の前にお茶がありますけれども、このお茶を買った人についてどのようなことが言えるのかという分析よりも、たとえばお茶ではなくてコーラを買った人とか、このお茶を買わなかった人の分析のほうがマーケティングの場合には重要なことが多いんです。

それで夜中なら夜中にお子さんの具合が悪くなったとして、そのときに#8000を使った方と使っていない方がいらっしゃると思うのですが、まず使っていない方の意見をどうやってとらえるのかということがあります。そして使った方の中の「後からもう一回電話がかかってきたらアンケートに答えればいいんですね」というふうに協力してくれる方のご意見というのは比較的好意的な方の意見ということですから、その結果は全体像を把握しているというわけではないということでもあります。そういう意味で、この費用対効果を表すのは非常に難しいところがあります。

ただ、漠然とした数字にはなるかもしれませんが、#8000を実施している場合と実施していない場合、医療機関に受診される方が増えたのか減ったのか、あるいは救急車の出動がどうだったのか、そういうのは数量的にとらえることができるのではないかと思います。

福井（大阪府小児科医会）　大阪では今年度夜間の救急診療を受診した方に、どういう理由で受診したか、#8000を知っているか、知らない人はあったら使おうと思うかどうかというアンケート調査を行っております。現在アンケート用紙を回収したばかりなのですが、その結果が出れば、今のお話には少しは役に立つデータが出るのではないかと思います。

アンケートは11月に行って、入力作業はまだ途中の段階ですが、入力すれば簡単な単純集計はできますので、2月には出すようにしたいと思います。

3カ所で行っていて、1カ所は200ぐらいです。診療機関によっては夜間の患者さんの保護者と昼間来られる方とはどうも受診態度が違うという意見があったので、その診療所に関しては夜間200、昼間100で、それぞれ受診理由とか、夜間の救急受診のときにどういう対応を選ぶかということと両方とっているのです、そのあたりも少しは参考になるのではないかと思います。

桑原 山崎先生、たとえば先生方の仕事の中ではこういう評価はどのようにされるのでしょうか。

山崎（あいち小児保健医療研究センター） 3年間ずっと先生のお話を伺っていると、先生方と会社の方が違う立場で違う物差しを提供されていると思うんです。そのそれぞれは恐らく正しくて、先生はそういうのを全部踏まえた上で、お金という面でどうかという物差しでやろうとしたところが、データが足りないから無理だということと、目的もさまざまにあって、患者さんを減らすという第一義的なこともあるのですが、最近話に出てくる家庭内の看護力増強など数値にならないところとか、そもそも費用対効果にもいろいろあるわけですが、費用対効果の中の何を使うべきか、ということも明らかになっていない中で始めていて、玉砕してしまったということではないかということを感じています。

物差しの持ち方によってどのようにも変わるわけですし、さらには小児救急人(?)と相談体制のいろいろな仕組みがある中でたった一つのツールということもありますし、最終的に医療費抑制だったとしても、これだけでやれるなどということは何だかわからないわけで、短絡的にあまり費用対効果を分析しきれないほうがよいのではないかと。

政権が変わったという話が出ましたけれども、そういう短絡的なことを求める政権でなくなっていけばお金の付き方が変わる、そういうことを希望するのはあまりよくないことですが、本来、ミニマムスタンダードをきちっとするネットワークの部分と、よりよいものというところはやはり切り分けるべきだと思います。

僕も結論を言っているわけではないのですが、いろいろな軸の中で、このような現状になったというのは、むしろいろいろなものの進め方が混乱しているということと関係してしまっているのではないかという感想を持ちました。

長谷川（厚労省医政局） 費用対効果については確か#7119のほうで、横浜市大の森村先生にお願いした研究があります。東京都が衛生部局と一緒にやっている#7119について、確かあればイギリスの電話相談のモデルを使いながら分析した結果だと思うのですが、大体2~3億円、実際にかかった費用よりも効果があるという論文を書かれていましたので、参考にさせていただければと思います。

実は私も#7119が事業仕分けに引っかけたときに費用対効果について相当議論をしたのですが、結果的には費用対効果の議論とは別に、非常によい事業だから、都道府県市町村がやるはずだから国がやる必要はないという結論だったわけです。

われわれ指導課としてこの事業を預かっている身としては、主に国会であるとか財務省に対して説明できる資料としていただければと思っております。昨年のオーダーがどうだったのかは私も把握していなくて恐縮ですが、そういう意味では非常にシンプルなものでよいのではないかと個人的には思っています。

たとえば先ほど佐々木部長がご説明された実態事業の調査のQuestion2の年間相談件数で、①119番に行くように言った、②病院に行くように勧めた、③心配なので翌日受診

するように言った、④心配ないが何かあれば病院に行くように勧めた、となっています。素人考えになってしまいますが、たとえば③翌日受診するように言ったというのは、医療費的というと時間外の加算が必要なくなっているということですから、純粋に11万件に、時間外は大体いま500円から1,000円ぐらいになっていると思いますが、それを足していただく。

④心配ないが、何かあれば病院に行くように勧めたというのは診療に行っていたかなくなったことですから、これも純粋に17万件に小児科の平均1回当たりの医療費を掛け合わせていただいて、③と④を足せば医療費との比較はできるのではないかと思います。私がざっと計算したところ、大体8億から9億近くなるので、今の事業費とトントンではないかと思います。

さらに細かくいくと、森村先生の研究ではそうなっているのですが、たとえば②病院に行くように勧めたとなっていますが、もしかするとこれは救急車を活用していた可能性があります。救急車の出動は1台当たり5万円近くかかっていますから、②の場合のすべてが救急車を使うとは限りませんが、そのうち何パーセントぐらいがご本人が救急車を使おうと思っていて使わなかったのかというのは、恐らく#7119のほうのデータがあると思いますので、それで掛け合わせます。

また、①で119番するように言って助かった事例があります。これはたとえば大阪の#7119のほうでは、この電話相談をしてもらうことによって、救命できた方の数を把握していますので、その概数をいただければ、それはお子さんですから恐らく生命保険の会社とかいろいろデータをお持ちだと思います。恐らく一人の命が助かれば何億円というお金があると思いますので、それを大体足し合わせれば、乱暴な数字ではありますが、十分財務省に説明できる資料になるのではないかと思います。

桑原 長谷川先生は総務省に出向しておられて、#7118専門でやっておられたので、今のような発言をいただきました。

前田先生、その上で何かご意見はありませんか。

前田 多数のご意見、ありがとうございます。

以前からの研究のバックグラウンドから私が考える研究の定型で行おうとするとどうしても限界があるので、恐らく費用対効果の定型的なものといった分析を行わずに、いわゆるアウトカムの分、効果の部分だけを、たとえば救命されたケースがいくらあったかというのを積み上げるというアウトカムをプレゼンテーションするのでもよいかもしれませんが、保護者の満足度、利用した人、利用しなかった人、それぞれ#8000があることによってどれくらいよかったかというアンケート調査の積み上げのようなものでもよいと思います。また、実際に小児科医の考えといったものを実態調査するのも一つの方法ですし、理想は地域を限定して、前向きに実際に救急受診者数が減ったという数を算出できたら、それもよいと思います。

ある効果を設定した上で、それを前向きもしくはレトロで提示するという形での研究

というか、それはこれまで行われたものにも多くありますので、そういったものを再度財務省へのプレゼンテーションの提示資料等に使うという形で対処するというのであれば、費用対効果という形の研究デザインをあえてする必要はないように思います。

長谷川 この宿題は、前回私どもがお願いしているものについても、私どものねらいをきちんとご説明してなかった点があると思います。

これは本来私どもが行政的にきちんとやっておくべき業務でもありますので、先ほど簡単に申し上げた財務省向けの説明については、中林主体で先生と一緒に数字の積み上げをさせていただいた上で、恐らくこの事業の費用対効果も経済効果も含めてすべての効果、いろいろ切り口はあると思いますが、その部分については研究的要素として実施していただければと思います。

桑原 では次にまいりますが、情報支援センターというのは複数県あるいは多数県の協同事業を目指しているわけでありますが、とりあえず現在の単県事業から多数県に切り換えたときにどういうデータが出るのだろうかという実験をやってみたわけであります。

これはダイヤルサービスの引き受け県について、各県のご了解を得て集計したのですが、渡部先生に発表していただきます。

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）

資料は「全国情報支援センター立ち上げを検討するにあたり#8000の受付データによる現状分析」の中間報告というものであります。

今日は二つ、松裏班の動きとして12県の#8000の受付データの解析と、救急医療情報システムの評価について、3月に行ったこととお話しします。

まず12県の#8000の受付データの解析ですが、複数県の受付データを解析して、全国情報センターを目指すということになります。

方法としては今年の1月1日から12月まで継続するうち、9月30日までの中間報告です。実はデータの解析は十分ではなくて、後でもう一回検討しますが、この数字は全部人口100万人あたりに換算して件数を出して、その後、合計してしまったので、再検討して発表することになると思います。

まず12県の実施時間帯は半数が深夜帯にやっており、あとは日勤帯だと思われ~~ます~~。結果は2枚だけのスライドで、12県全体の傾向は1月、4月、7月に多く、19時、20時に多く、6歳以下は90%で、緊急性を問わないものが94%、相談内容は発熱が35%、嘔吐・下痢・腹痛が15%で、誤飲・怪我という外科系疾患が15%です。これは昨年の深夜帯ニーズの結果でも、#8000は外科的疾患が多いということを示した図です。

これは各県の100万人あたりでデータを出して、それから合計して全体を見ようとしたのが間違いで、これは各県の比較をするためのデータ処理だったと思うので、後で解析し

直してみます。ですから一応統計的なことは言えなくて、そういう傾向があったということでお話しします。

拾い上げた中で、こちらは個々のケースなので意味はあると思うのですが、相談時間が30分以上という方は、母親の不安が強いことと、慢性疾患の相談と育児相談がありました。それから119番を案内した救急対応が77%は必要で、受診科の医療機関がないのが19%、あまり納得しないケースは「保護者に都合のよい病院案内ではなかった」というのが65%、「受診したくないのに受診を勧められた」というのが10%だったということで、受診医療機関の紹介の部分に問題があるというがわかりました。

今のデータは僕も先週見たばかりなので、あまり詳しい検討はできなかったのですが、これらについては今後、もう一回検討して、深夜帯実施県、未実施県の比較とか、データ収集方法を考えたいと思います。

ダイヤル・サービスの方に聞くと、母親の年齢も聞いてないと言っていました。ですから30代らしいとか40代らしいということで決めているようなので、今後、データ収集のときにももう少し正確にとるにはどうすればよいかを考えたいと思います。

次に救急の情報システムの評価についてお話しします。これは3月に調べて、まとめて報告書を出しましたが、まだ詳しく話してなかったのでお話しします。

医療法で小児救急情報の提供が義務づけられており、都道府県の救急の情報システムを見ていると非常にばらばらで、それを評価して#8000、オンライン子ども救急等の小児初期救急の体制の全体に役立てたいということで行いました。

先ほどもありましたように、医療機関の情報というのは#8000でも最後のポイントになりまして、その医療機関の情報が全国的に不足しているために、いろいろ問題が起きています。

これは去年の12月から今年の3月までに都道府県のホームページをすべて見て、救急医療情報、医療情報提供、小児救急、子ども救急をキーワードとして検索を行い、20項目の評価をしました。1項目1点、20点満点として各項目の情報提供率を求めて、47都道府県の情報提供を比較したものです。

その20項目は3群に分けて、小児救急関係で小児夜間休日診療所リストがホームページ上で1~2クリックですぐに出せるかということです。それから子ども救急ガイドブック、#8000、それぞれがすぐに見出せるかということと、#8000なり小児救急、子ども救急というキーワードで検索して、すぐに情報が得られるかということです。第2群は一般的に電話サービスの案内があるか、携帯サイトがあるか、薬局を探せるか、助産所のリストがあるか、こういうのを〇〇〇〇〇〇

3群は救急体制ですが、救急医療体制、医療の適正利用の啓発を出している県もいくつかあり、保健医療計画をそのまま載せている県もあります。搬送受け入れの基準を載せているところもありますし、救急蘇生法もあります。中毒119番、隣接府県の〇〇〇〇在宅医療に関する情報があります。

結果ですが、小児救急の三つの項目で、休日夜間リストは1県だけ載っていませんでした。子ども救急ガイドブックは4県ぐらい載ってないところがありますが、大体載っています。#8000はすべて出ています。ただ、探すのに3~4回クリックするとか、あるいはなかなか見つからないのが夜間休日診療所のリストと子ども救急ガイドブックです。#8000はよく探せました。

入り口が大事なので、診療所のリストが探せないために医療機関がわからなくて#8000に問い合わせたり、ということがありますし、先ほどのダイヤルサービスのデータによれば医療機関が探せないの仕方なく119番に連絡するようにしたということもあって、そういう過剰な利用になっています。子ども救急を検索すれば、#8000がほぼ探せます。

2群と3群のところですが、電話案内サービスは60%と低くて、携帯サイト、薬局を探す、助産婦リストは多いのですが、ただ助産所リストで15%が載ってない県はちょっと問題だと思いました。

救急医療体制とか適正利用については工夫している県がありますが、まだ3分の1強にとどまりますし、搬送〇〇〇〇や救急蘇生法を載せている県は少ないです。これらの充実が重要だと思います。

都道府県の比較をすると、このようになります。幾つかですが、非常に不十分な県があります。実は後で出す滋賀県はほかの方が10年ぐらい前に評価してインターネットに出ているのですが、その評価でかなり改善して一番よくなっていますので、そういう評価を与えることでそれぞれの県が改善する可能性があると思います。

このように20項目の都道府県間の情報提供の差もあって、不十分です。得点で分布を見ると、このように10点未満のところがあって、これらは情報提供が不足しておりますので、改善を求めたいと思っております。一番よいのが滋賀県で、いま挙げた25項目はすべてすぐに探せる形態になっています。

今までの#8000の研究班の検討では、#8000の目的は保護者の不安軽減、受診の要否についての保護者の判断の支援、家庭での療養方法の支援、緊急情報例の適切な受診、緊急搬送の支援、遠隔地でのアクセス困難例の受診、処置、治療の支援と受診後の家庭療養、観察、服薬、再受診の判断の支援と育児相談、育児支援、地域の小児救急医療資源の育成ということになっておりました。

子どもの急病で困ったという場合に、次の松裏先生のワーキンググループで検討している今年始めたこととして、いま受診すべきかどうか知りたいということ以外に、家庭での対処法を知りたい、とにかく不安なので電話で相談したい、救急医療機関を知りたい、という幾つかのニーズがあって、それらについてオンライン子どもの救急、子ども救急ガイドブック、#8000と救急情報システム、そのすべてがそれぞれ密接にリンクして、共通のプラットフォームを持って情報提供をしやすい体制を整えてあげれば、小児初期救急の改善につながると思っております。

以上をまとめますと、#8000において誤飲・誤嚥事故の相談は比較的多い。救急医療機

関の情報提供の不足、未整備が問題になっています。

都道府県の救急医療情報システムの整備は進んできていますが、しかしまだばらばらで、都道府県に格差があり、これらのさらなる充実が必要と思います。

桑原 地域の小児救急医療体制の整備という問題になりますね。

白石（日本看護協会） 電話相談をやっている、相談員たちも地域の保健医療体制の不備で困っていることがたくさんあります。小児科の先生たちがカバーできる疾患とか状況はまだよいのですが、たとえば鼻に物が詰まった、今日は休みだけれども、今すぐ取ってもらったほうがいいのか、それとも翌日耳鼻科が開いているときに行って取ったほうがいいのかとか、そういったこともそこにすぐ対応できる機関があるかどうかで大分違ってくるので、本当に大変だと思いました。

子どもは病気になったり怪我をしますが、病気や怪我をしても育ちやすく育てやすいという環境を整備していかないといけないというふうに感じています。

町田（T-PEC） 私どもも先生からご説明いただいたダイヤルサービスさんのデータとほぼ同じような傾向になっているのではないかと思います。

一つお聞きしたいのは、医療機関情報を提供して、満足のいく病院ではなかったというのは、たとえばご自宅から遠くを案内したというケースだったのか、その点を詳しくお聞かせください。

塚原（ダイヤル・サービス） 満足がいかなかった医療機関案内には大きく分けて二つになります。

一つは先ほど白石先生からご指摘があったとおり、小児科の先生ではご対応いただけない疾患、耳鼻科系とか眼科系の我慢のできない痛みなどについては小児科医をご案内しても、医療機関側からのクレームになってしまいますので、どうしても我慢できない場合には救急という形になってしまいます。

もう一つはいま町田さんからご指摘のあった地域的な問題で、#8000は都道府県の事業なので、県境にお住まいの方に対して医療圏をまたいで他県のほうが利便性が高い、いつもはそちらを使っているんですというご要望があっても、県をまたいでのご案内はできないということで、都道府県のルールに従った医療機関をご案内し、あまり満足のいかない結果になるということでございます。

渡部 最後の点は、都道府県からそのように言われているということですか。

塚原 そうです。県によって多少ばらつきがありますが、県内でも医療圏外のご案内は駄目というご指導もございます。

渡部 そこは改善させてもらわないと困りますね。

〇〇（マイク不使用につき聴取不能）

塚原 この場では具体的な資料がありませんが、これは各県によって温度差がありますが、かなり明確にご指示をいただくケースがございます。

長谷川 これは補助金事業ですから、各県が委託している内容については当然知ることが可能な立場ですので、ちょっと教えていただければと思います。

町田 （マイク不使用につき、聴取不能） 県のほうからは …… ということを言われるケースもあります。

山崎 愛知県の評価会みたいな中で、今のお話とは逆に病院によっては「なぜうちを紹介したのか」と叱られたりということがあるんです。要するにそれは日々変わる情報なんです。ですからそこまでネットワーク的にきちっと情報をつかめるかつかめなかったかという質の問題で、かなりざっくり1年を通して〇〇〇知らないということでは解決しないということまで、住民側の満足度は求めているということだと思います。

市川 いまお話を聞いて、大変びっくりしているのですが、紹介先の医療施設がもともと救急をやっているのであれば、少なくともうちをたとえてみても、他県であろうが医療圏が違おうが、全く関係ないんです。だからどうしてそういうことが起こるのか、看板を上げてない施設を紹介なさるわけではないわけですね。それはちょっとあり得ないとか、そういうことが発生すること自体が、誰を教育していいかわかりませんが…

渡部 〇〇〇〇〇〇相談で病院のリストを作っていますね。それは何をもとにしているんですか。

塚原 都道府県の担当部署からの指示に基づいています。

渡部 担当部局はもともとの表を配っているわけですか。

塚原 表であったり、ルールであったりします。

渡部 小児科医会とか学会とか、そちらのほうがいいかもしれませんね。行政のものは救急〇〇病院であったりして、小児科医のいるところとずれていることがたくさんありますね。ですからそこは各県でもう少し練って出しますか〇〇〇〇〇

松裏（東邦大学） 具体的自治体名等はこの場かぎりで忘れていただきたいのですが、救急を受ける側の立場として、まず一つは今のリストに基づいてご紹介をいただいたときに、いまなぜこの瞬間にご紹介をいただくことができたのか。

たとえば具体例を挙げますと、交通外傷で開放性骨折で川崎市内の患者さんが行き場がなくて困っているのもどもがお受けしたときに、ウォークインで動脈を断裂した患者さんがいらっしゃって、ショック状態で救急外来〇〇〇〇〇救急対応が緊急処置をして救命し得たのですが、後日厚労省に報告に行かなければいけない。なぜ受けておいて2時間も待たせたのかと…。

この場合は事前に連絡があつて来たのですが、うちの場合は大学病院で特定機能病院で救命救急センターを持っていますので、原則365日全館診療をお受けしていますが、たとえば脳外科で交通外傷の緊急手術中に、東邦大学脳外科がやっているから行けというご紹介を事前連絡なしにいただいた場合には、多分、なぜいまこれをご紹介いただいたのかということをご紹介先に申し上げざるを得ない場合があります。その面で、リストに基づいて紹介すれば解決するわけではない。

特に最近では患者さんが専門性にこだわって、たとえばヘルニア嵌頓のお子さんを診た外科医が「お前は小児科医じゃないのに何だ。小児外科医を呼び出せ」と夜中の2時にどなりつけられておおごとになったこともあります。

もう一つは、私どもは東京都大田区と神奈川県川崎市、横浜市の境目にありますが、1,000ベッドの大きな救急機能を持っていらっしゃる川崎市の市立病院が、患者さんが喘息発作等を起こしていると、いま点滴処置中で駄目だから、東邦医大は24時間365日受けてくれるから行きなさいと言って、一時患者さんが大分押し寄せたんです。

それから川崎市内の老人の大腿骨折等を受けるシステムがなかったの、全部東邦大のほうへ橋を渡って救急車が来られた。そうすると大田区、品川区からの救急患者を受ける余裕がなくなってしまう。

いろいろ探っていってみると、大田区は大田区全体として、あるいは東京都として救急体制を整備しようと努力はされていたけれども、少なくとも小児救急に関しては川崎市は一時それが十分されていなかった時代が発覚して、私どもから川崎市立病院の院長にお願いをして改善策を練っていただいたところ、最近はずいぶんよくなりました。

私どもの患者さんが川崎市にお世話になることもあるし、川崎市からお出でになることもしょっちゅうあります。それ自体はいいのですが、自治体ごとの努力が不足している場合には地元の患者さんをお引き受けできなくなる場合もあり得るので、先ほど市川先生が「なぜ」という疑問をお持ちになったような事態が現場としては起こり得てしまうこともあるということも、背景をご理解いただけたらと思います。

原則としては、どこからであろうとお引き受けする所存ではありますけれども、キャパシティの問題があって、各自治体ごとにせめて努力はしてくださいと。

つい先頃、私は品川区の小児科医会に伺って、大田区では一般診療所、大学病院、行政、民間病院がタッグを組んでこれだけ小児救急医療を頑張っているのに、なぜ品川はやっていただけないのですかというお話をしたところですが、やはり自治体ごとの温度差がかなりあって、大田区の区長が品川区の区長に「一緒にやろうよ」と言ったら、「品川区は困っていませんから結構です。大田区は勝手にやってください」と、これは本当の話です。

その改善を求めるためには、一時的、表面的にはいかにも無責任にとられかねないような事態も現場では起こり得てしまうかもしれない、ということをご理解いただけたらと思います。

渡部 2009年でしたか、総務省が救急搬送受け入れの基準をつくれと言って、東京ルールとかかなり早くできましたし、ほかのところも始めたのですが、東日本大震災で中断して、その後データを集めて、いま再評価の段階に入っています。

その再評価の段階でしていただきたいのは、最初の指針をつくったときはどうしても行政の枠にはまっています、大体MC協議会が〇〇できていますが、そこをもう一回再評価を、僕も以前その委員会は県のを見ましたけれども、救急隊の方は一生懸命デー

タを集めてくれて、いいデータが出てくるので、それをよく見て、再評価して、行政を超えた MC 協議会というか、救急搬送のルールをもう一度作り直してもらえたらよくなると思うのですが、どうでしょうか。

長谷川 まず消防の方々は非常にご熱心で、すべて全データが個票でそれぞれデータベース化されています。ですから、どの医療機関に断られたかとか、細かな情報がすべて入っていますが、先般、ようやく消防庁のほうでも巨大な年間 500 万件のデータベースで、多分 5 年分、ようやくダウンロードできる形になりまして、いままさに分析が始まったところですよ。

とはいえ、各メディカルコントロール協議会単位、都道府県単位であるとか市町村単位であれば、その個票のデータ、お持ちのデータは解析されて、メディカルコントロール協議会等でそれを生かしていただいているところは多数ありますので、地域の医療提供体制の中でお考えいただけるのではないかと考えております。

まず技術的な話ですが、ある病院を紹介したけれども、その病院に親御さんが行ったら「なんでこんなところへ来たのか」と怒られたというケースがあるのですが、実は #7119 でも同じことが起こっていて、東京の場合は少しルールを変えて、予約をとることにしました。非常な手間ですが、お子さんについては特に一つの間違いが命にかかわってきますので、医療機関のほうに予約をとって、予約番号をお伝えして行っていただく。

その効果としては二つあります。一つは確実に受診していただくということと、データのフォローが可能になるんです。医療機関側で受けていただいた症状をみることによって、フィードバックをいただくことによって、緊急度の判定のそもそもの基準が適切かどうかということを判定できるという 2 点です。

これはずいぶん議論があって、本当に手間なものですから、ただでさえ今のような電話待ちの状況の中で、そんなに待たせていいのかという議論もあったのですが、最終的にそういう対応をされていますので、ご参考にと言いたいところですが、今の私どもの補助金の金額ではかなり厳しい。その点も承知しています。

先ほどから、県を教えてくださいとかいろいろ申し上げたのですが、その県の県が悪いというわけではありません。責めているわけではなくて、そういうふうなルールをせざるを得ない県の事情があると思いますので、一度お話をお聞きしたいと思います。行政は行政なりに悩んでいらっしゃると思いますので、特に小児に関しては今の消防庁のデータは私どもも調査していますが、状況は悪くなっていますので、現場からお知恵をいただくということが行政の一步前進になりますので、よろしく願いいたします。

桑原 小児救急電話相談事業は小児救急医療提供体制がしっかりしていないと発展しないわけでありますから、ちょっと越権行為ではあるけれども、私どもは小児救急医療提供体制のほうにも口をはさんでいかなければいけないことがあると思います。

福井（大阪小児科医会） 電話相談を受けてみると、実際の現場では救急医療体制にうまくはまらない患者をどうするかということが非常によく見えてくるところで、先ほどの

渡部先生のデータでも、特に大阪では小児の頭部外傷等、明らかに症状が激しく出ている場合はすぐに脳外科がとってくれるのですが、そうでない場合は脳外科は診たがらないので、そこをとる脳外科は大阪府内でも脳外科の病院の受入れの状況によって非常に変わっていて、逆にそういう病院があれば小児科は手を出さないようになっていて診なかったりとか、グレーゾーンとかあるいはあまり症状の出ていない人をだれが診るかということは脳外科と小児科と外科が相談して、地域ごとに決めていかないといけないという話までは出ています。

電話相談をやればそういうことが明らかにデータとして件数が上がっていきますので、これは電話相談の持つ一つの非常に貴重な価値として認めてもよいのではないかというふうに理解しています。

桑原 市川先生、グレーゾーンの診療というのはだれがやるんですか。

市川 自分自身の長年のテーマなのですが、僕は小児科が舵取りをすべきだと思います。まずは小児科が診るという姿勢を持って、小児科医の目でさらに専門家を紹介するという形、全小児科医がそういう思いになればという広大な希望を持っております。

今の小児救急学会あるいは小児科を研修する先生方がスーパーローテートして来ますので、ある程度外科、内科とかもわかっていますので、そういうのは昔と違って教えて反応も出てきましたから、何でも診る小児科というのが本当のゲートキーパーをやって、そこから自分で紹介先を探してあげる、それまですべきだろうと思っています。

桑原 何でも診る小児科医、総合小児科医構想というのをいま日本小児科学会と小児科医会とで議論しておりますが、何でも診る小児科医をつくる。一方では小児科医の専門医志向というのがあって、〇〇〇〇〇〇〇脳外科〇〇〇〇〇〇その辺のところは理解が必要かなと思っています。

4. #8000 と「子どもの救急」Web との連携について（松裏委員）

子どもの救急オンラインについて、概略のご説明を申し上げます。

ポイントは三つあって、1 番目のポイントは小児科学会のこの子どもの救急オンラインをご存じない先生のためにまず簡単にご説明します。2 番目はお配りしたこの資料で、オンラインのアクセス状況等についてご報告します。3 番目が今後の方向性について私たちのワーキンググループでディスカッションした内容をご説明いたします。

まず子どもの救急オンラインは小児科学会のホームページのトップページにリンクがはってあり、平成 14～15 年に厚労科研をもとに小児科学会のプロジェクトチームとして桑原先生や渡部先生にも加わっていただき、原案をつくって、子どもの救急の対応の情報を提供しようというものであります。

そのコンセプトについては、先ほど #8000 の話題の中でも出てきたように、心配になっているご家族に安心していただくということが一つです。それから簡単に 2 クリックから

深くても4クリックぐらいまでで結果を出せるようにする。病院に行くのか、自宅で介護するのか、救急車を呼ぶべきなのかというような3段階。

それからどなたにでも誤解のないように平易な言葉で説明をするということ。もう一つのポイントとしては、現在目の前で起きている救急処置に対して、ホームページを立ち上げてそれをご覧になる方はいらっしゃらないだろうということで、この子どもの救急オンラインは時間にゆとりのあるような状況の疾病を想定して作成しました。

その結果を平成16年の分からまとめたのがお手元の資料です。最近の傾向として、年間約70万ヒット以上のアクセスがあって、1日平均2,000～3,000ヒットぐらいあります。平成23年から直近の約1年間の推移を見ましたが、ゴールデンウィークなど休日が多い月にアクセス数が増える。1日平均ということでは徐々にではありますが、やや増えつつあるということになっております。

4番、時刻ごとのアクセス数を見ていただくと比較的是っきりした傾向が出るのですが、救急診療が閉まる都道府県の多い21、22時以降にアクセス数が増えて、明け方の3時、4時、5時にも毎日一定数のアクセス数があるということがわかります。

曜日別に関しては、火曜日が多い理由はわからないのですが、日曜日のアクセス数が多いというのも一つの特徴です。0時から24時で区切っておりますので、火曜日が多い理由はもしかすると月曜日は代休が多くて、代休の翌朝の午前0時～6時ごろ、診療所がオープンする前にアクセスしている件数が多いのではないかと推定をしておりますが、この詳細は確認できておりません。

4の3は今年の8月のアクセス数を日にちごとにとったものですが、土曜日、日曜日に増えるというのが一つの特徴であるのと、8月13～15日、つまりお盆休みのころにアクセス数が増えているということで、ある一定のニーズを満たしているのではないかと考えております。

3ページ目、ビジット数は1年ごとに毎年8月を標準に年次推移を見たところ、徐々に右肩上がりでありまだに増え続けているという徴候があります。

もう一つの特徴は、#8000では多分困難な、よその国からのアクセスということがあります。ホームページは英語、中国語は一切使っておりませんので、外国に駐在していらっしゃる日本人の方がわれわれのホームページをご覧になって、応急処置を参考にしてくださいというふうに理解しております。

検索文字列はそこに書いてあるように、子どもの救急、この読めない字は中国語で発疹のことを意味するようです。恐らく中国在住の日本人、もしくは日本に在住している中国人が検索されているのではないかと思います。

4ページ目は、この研究班の大きなテーマであり、来年度以降の最大の目標であるホームページと#8000をいかに有機的に活用していくかということについて議論して、現在このようなことを考えております。

一つはホームページを利用して、ご覧になった方に#8000の情報を提供する。たとえば

運用時刻とか制度のご案内などについて、逆に#8000の相談員の方が返答に詰まったときに、場合によってはこれをご利用いただける、あるいは内容はごく基本的なものばかりですが、相談員の初期の研修などにご利用いただけるのではないかとというふうに考えている、ということが一つです。

それから#8000の指導員の方々、あるいはユーザーの方からの情報を、オンラインアクセスされた人の情報をいただくことによって集積して、今後の小児救急医療体制への情報提供、提言に使えないかということを考えております。

今年度(平成24年度)は、いまご報告したようにPCサイト上の子どもの救急オンラインが想像以上に好評をいただいております、そのスマートフォン対応を数年来強く要望されてきましたので、平成24年度はそのスマートフォン対応と携帯電話への対応を最大の目標として、この1年間われわれのワーキンググループは活動してきました。

そのワーキンググループの議事録の一部が最後の2枚になっております。今年の4月以来、われわれのワーキンググループだけで6回の会議を行い、スマートフォンなどを利用してアクセスされた方の情報を持つことによって、その地区の救急体制の可否、あるいは弱点などについて考察することができないかということで、アンケート調査やアクセスログの解析をすることを検討しております。

右括弧2の2、サイトユーザーに対するアンケート内容を**実装(?)**することを得まして、この5項目をそのユーザーにお伺いするように考えております。本当はもっとたくさん聞きたいことはありますし、細かな具体的なことを伺いたいのですが、恐らく細かいことをやると、その場でログオフされてしまうので、答えることに躊躇しないように、ラジオボタンでイエス・ノー程度の簡単な選択ができるように知恵をしばって検討したのがこの5項目で、特にこのワーキンググループでは「小児救急医療電話相談#8000についてご存じですか」と、どの程度の認知度があるかということも質問項目の中に考えております。

ご了解をいただける方には別のページに飛んでリンクをはって、今日の資料にあるようなご質問、先ほどの佐々木先生のような質問などを**実装**することももちろん十分可能でございます。

現在持っているサーバーはレンタルサーバーなので、会社が移行してしまうと、あるいは会社側の都合でアクセスログの〇〇を変えてしまうと、統一性のない〇〇になってしまいますので、厚労科研の費用を使わせていただいて、サーバーの中にアクセスログの解析の機能を持たせるということを計画しております。

先ほど桑原先生からもお話がありましたが、来年の2月3日に小児科学会事務局において桑原先生のワーキンググループと私どものワーキンググループと、東京小児総合医療センターの清水直樹先生の重篤小児のワーキンググループと、三つのワーキンググループ合同で班会議を準備しております。以上です。

桑原 この松裏先生のデータはサーバーの中に入っている一つの解析機能ですね。年間72

万件ですか。来年の調査はそのサーバーの中でなさるのですか。

松裏 現在持っているサーバーと同じ質問項目はそのまま引き継ぐと同時に、アクセスの場所、土地などアクセスポイントなどの解析などから、どこからアクセスされているかということ、それから#8000のどの地区の情報がほしいかという質問を加えることによって、たとえば恐らく東京都大田区の救急のニーズを欲していच्छる人なのだろうとか、もしかすると北海道の人が東京に行ったときに使える病院を調べるために北海道から調べていच्छるのかもしれませんが、ニーズの高い地域の解析などもできるのではないかと思っております。

福井 このサイトユーザーに対するアンケート内容の最後のご説明ですが、質問項目のAからオまでは確定されたということですか。

松裏 私どものワーキンググループ内では一応意見はまとまりましたが、まだいくらかでも変えることができるのと、先ほどご紹介したように、サーバーの中に解析機能を持たせるようにしましたので、来年度以降も修正していくことは可能です。もし「ぜひこれを」ということがありましたら、検討させていただきます。

福井 日中受診しているかどうかをぜひ知りたいと思います。

実は大阪の#8000では大体3割が日中受診しています。「その症状に関して昼間診てもらいましたか」と聞くと3割ぐらいしているんです。

逆にクリニックのほうの理解度調査をしたときに、少し先生の説明の理解が悪い人のほうが電話相談を担保のように知っていて使っているという傾向が若干あって、電話相談を利用する人とWebを利用する人とを比べると、Webを利用する人の多いクリニックほど電話相談の利用率が若干低いとか、少しそういう傾向が出ています。

それと、保護者にどんなふうに理解してもらおうかというのは、症状が出るときのWebというのは刹那的な使い方をされる場合があるので、保護者教育という面でいくと、顔の見える関係性のクリニックでわかってない人にどういうふうにわかってもらうように丁寧に説明するか、そこがひとつ大事なことだと思うのです。

ですから夜間だけの解決方法ではなくて、それをいかに日中その人たちを指導するかというところに持っていきたいというのがあるので、意外と夜に電話相談を使う人の3割ぐらいは受診しておられるので、その受診しておられるかどうかというのがこのWebを使う方ではどうなのかというのがわかるといいのではないかと思います。

松裏 いまご指摘いただいた話も議論の中にはあって、ほかにいろいろ聞いてみたいことはたくさんあるのですが、とにかく回答率を増やすことをまず前提にしよう。知らず知らずのうちに回答してしまっただけの情報というのを考えて、実は今の日中受診云々に関してもいったん議論した上ではずさせていただいたのですが、もう一度持ち帰って検討させてください。来年度以降にもそれが改定可能なようにしていきたいと思っております。

長谷川 非常におもしろい結果をありがとうございました。本来は松裏班でお伝えすべき