

第 1 回検討部会（書面会議）及び第 2 回検討部会を踏まえた主なご意見

※以下の [①] [②] は、第 1 回検討部会（書面会議）ないし第 2 回検討部会を踏まえた委員意見の意

◎ # 7 1 1 9 事業の全国展開に向けた要検討項目

(1) # 7 1 1 9 事業に期待される役割・必要性の再確認について

[消防側からの視点]

- ☑ 救急車の適正利用
(軽症者の割合の減少効果への期待、不急の救急出動の抑制効果、潜在的な重症者の発見・救護)

[医療側からの視点]

- ☑ 医療費の適正化
- ☑ 不要不急の時間外診療の抑制
- ☑ 医師・医療現場の働き方改革 [①]
厚生労働省においても「上手な医療のかかり方」において #7119 が極めて重要とされている。[②]

[住民・利用者側からの視点]

- ☑ 市民の安心・安全な生活の助けの一助 [①]
- ☑ 「救急車を呼ぶ」行為を躊躇してしまう市民も一定数いると思われ、「潜在的な重症者の発見」にもつながり効果があると考ええる。[①]
- ☑ 市民としては、できれば救急の方に迷惑をかけたくないので、#7119 に心置きなく電話相談できるのは非常に良いシステムだと感じている。[②]
- ☑ 子ども医療電話相談事業（#8000）との連携 [①]

[時代の変化への的確な対応]

- ☑ 都市部の高齢化の進展による救急医療の需要増大への対応 [①]
- ☑ 人生 100 年時代に向け、リスクが高い高齢者の増加への対応 [②]
- ☑ 日本が「亜熱帯」化していることによる熱中症の増加への対応 [②]
- ☑ 地方の過疎化の深刻化への対策 [①]
- ☑ 消防機関職員を含む地域の救急搬送・救急医療の担い手不足への対応 [①]

[新型コロナウイルス感染症対策]

- ☑ 新型コロナウイルス感染症への対策（“新しい生活様式”）として、感染のリスクとなる不必要な外来受診・外出の抑制という観点からの重要性がより強く認識される状況にあると思う。[①]
- ☑ 新型コロナウイルス感染症の拡大により、その重要性はさらに高まったと感じている。[①]

[全般]

- ・ 国民の生命に関わることであるので、事業の有用性と安全性の両面について、検証を継続する必要がある。また、効率性や利便性も重要である。[①]
- ・ 自治体も財政的に助かる。医療機関も助かる。現場から病院へ運ぶ救急隊員の過重労働も減るといようなデータが上手く出せると非常に良い。加えて、実際の利用者に対して、安心感や病院受診の必要性を判断する際の受け皿としての機能を持っている。[②]
- ・ 単発でメリットや解決策を示すことはなかなか困難だろう。#7119の事業効果、安心・安全も含め、受け入れ医療機関の労働環境改善、救急需要対策など、様々な面で、いただける地域からデータを収集し、各導入課題に対する解決策を「合わせ技」で県や未実施の市町村に提示し、県や市町村のメリットを説明。そういったデータ収集するという流れになるのでは。[②]
- ・ 事業を行っていく中で、実際に救急が減っていくのか、単に支出的なことではなく、我々としてはその効果が重要。#8000も同様で対外的には効果があるとは言っているが、相談の電話を切った後のことは確認できない。#7119もどのように効果判定していくのか。横浜市でも利用者のアンケート調査をしていたが、それも一つの手段であろう。まずは事業効果、そのあと財源の問題が出てくるのでは。[②]
- ・ コストは大きな問題だが、本市の経験からは、救急車の利用抑制以外の導入メリットも併せてアピールしていくことに、価値があると思う。[②]
- ・ 未実施自治体にとって、導入の動機が薄い（「救急需要が逼迫していない」など）のは、全国展開における大きな障壁であると思う。そこで、既実施団体が経験/体験した効果などを収集してアピールしていくのも良いのではないか。導入の動機は、必ずしも救急受診や救急車利用の抑制などばかりではない。それぞれの事情を抱えた各々の自治体にとって、導入すると便利、役に立ちそう、と思える材料があることは、ときに定量的な事業効果の予測以上に効果があるのではないか。[②]
- ・ すでに取り組んでいる自治体におけるこの事業の成果及び費用対効果、運営形態などを示すことにより、この事業が広がるものと思う。[①]
- ・ 事業効果のことにに関して、どんな手順で、何を目安に算定を行うのか決めなければならない。これを全国共通のものとして、それに基づき全国の状況を見ていくことが重要。まずは、事業効果の評価の基準あるいは目安がないことがそもそも問題ではないか。是非、ここでそのことをやっていただきたい。[②]
- ・ 事業効果について、従来の議論から更に進めた検討を行うのであれば、まずは「事業効果」を定義しなければならないだろうと思う（これが難しいのですが）。そこを定義すれば、既実施団体のデータの後方視的検討でなんらかの結果が出せるのではないかと思う。[②]
- ・ 相談件数・人員・財政負担等の差、小規模の市単位で継続する意義の検証。[①]
- ・ 効果の算定では、全国規模にすることでの国民の利便性、運営上の効率性を示すべきである。[①]
- ・ フルサービス（24時間365日）を行っている団体と、アラカルト（たとえば

平日夜間のみ)で行っている団体を分けて分析し、後者でもそれなりの効果があることを示し、初期の参入のハードルを下げつつ、段階的に拡大する道筋を描くなど、工夫してはどうか。〔①〕

- ・ 住民の意識調査が良いのでは。とくに、実施団体周辺の未実施地域の住民調査がよい。〔①〕

[救急出動の適正化]

<地域差の分析>

- ・ 県全体で実施するよう進めてきたが、事業のニーズは県庁所在市内と他の地域で異なっている。県庁所在市であれば、適正利用や救急搬送件数の抑制といった問題。逆に他の地域では、すぐ病院に行かず我慢している方の拾い上げができるのでは。いずれにしても、県民に安心・安全を提供できる事業との観点で検討し、秋頃から実施を予定している。〔②〕
- ・ 当市は地区事務組合という組合を作って対応しているが、最近の救急出動件数の推移を見ると、平成30年まではほぼ緩やかな右肩上がりでもここ数十年きていたが、平成30年からほぼ横ばいの状態となっている。大都市から見ると半分以下という出動件数で、1救急隊当たり3分の1くらいという状況。このような地方の中規模消防本部では、救急需要の逼迫という論点は、それほど問題になっていないというところも現状としてある。〔②〕
- ・ 各都道府県における救急出動件数の増加率や搬送人員中の軽症者割合に、#7119導入県と未導入県との大きな違いが見出されないことについて、軽症者の内訳や重症者の割合、高齢化の進展度その他の要素も含め、詳細な分析を行った上で評価をすべき。例えば#7119導入県の宮城県は、出動件数の増加率は45%であるが、軽症者の割合は35%と低位である。〔①〕
- ・ 軽症者の割合は、#7119の導入の有無による効果よりも、地域ごとの慣習的なルールの方が、強い相関を有しているように見受けられる。例えば、四国はほどほどで、東北・北陸・九州は低く、南関東・東海・近畿・沖縄は高い。全体として高いエリアに属する県が単独で導入しても、住民や救急現場の慣習に引きずられて、効果が限定的になってしまうのではないか。〔①〕

<経年変化の分析>

- ・ 本県では、#7119事業の開始後、救急出動件数が前年度の同じ期間の件数と比べ、3.6%、423件の減少につながった。〔②〕
- ・ 出動件数に対する搬送人員の割合を算出すると、H11:95.7%から年々低下し、R1:90.0%となっている。これは無駄な出動件数(空振りに終わる出動)が増えているということを意味するのかわ。もしそうなら、#7119を普及させる必要性を説明する根拠となる。〔①〕
- ・ 傷病別搬送人員の経年変化を見ると、入院を要する中等症の割合は増加し、外来で済む軽症の割合は減少しているのだから、救急車の「適正利用」が進んでいるとも評価できるのではないか。〔①〕

<その他の分析>

- ・ 徳島県の資料(資料3-2)の4ページに令和元年度の相談結果が円グラフで出ている。これは非常に興味深いデータである。「救急車を呼ぶ」「すぐ病院

受診」(約4割)は#7119から119番へ転送された事案等であるが、残りの「翌朝病院受診」「急変時病院受診」「助言のみ行う」(約6割)は不要不急の事案であったことから#7119の効果としてモチベーションが働くと思う。〔②〕

- ・ 事業の目的として、救急搬送が減る、医療の需要適正化ということのアウトカムベースでのデータ算出は非常に困難。ただ、手元で「これは減るな」と感じるような運用がなされるかも重要。本市で部分的に開始しているのは、119番に入った連絡を一部、#7119に転送すること。#7119に回し、緊急度判定して、緊急度の高いものは再度、119番に戻す。他のものは医療機関に回したり、自宅で経過観察したりしてもらう。この運用を本市は2年間実施し、これで実際に119番に戻ったものは全体の1～2割程度であった。そういう意味では適正化に寄与するのではないか。〔②〕
- ・ 総務省消防庁から1つの仕様のパターンとして、119番から#7119に転送していいよというような、柔軟な対応を勧めていただくと、消防部局のモチベーションは上がるのではないか。〔②〕
- ・ この10年で救急出動件数が約3割増加しており、病院到着や病院収容までの所要時間がそれぞれ伸びてきているとのことだが、この所要時間の中には、緊急性の高い人、低い人、119に電話した人、#7119に電話した人の所要時間が混じっているので、#7119の取り組みの重要性が分かりにくくなっているように思う。〔①〕
- ・ 病院収容時間の延伸を単純に課題とするのはどうかと思う。医療の高度化と機能分化の進展により救命できる医療機関とそうでない医療機関がはっきりしてきていることから、多少時間がかかっても適切な医療機関へ搬送することが大切と考える。〔①〕

[医療側からの視点]

- ・ (県・市で1/2ずつ財政負担している理由について)当県は小さな県であり、救急も県立病院が担っているという現状があり、救急の適正化の問題が直接的に県につながる被害が大きいということがあったのではないか。〔②〕
- ・ 徳島県のデータについて、「救急車を呼ぶ」または「すぐ病院受診」が4割程度もあったというのは驚き。これを見ると、やはり緊急度・重症度を一般市民が判断するのは難しいということがわかった。そのため、住民が相談できる専門ダイヤルというのは必要ではないか。〔②〕
- ・ 救急車の需要に関しては、逼迫していない地域では、利用を抑制する必要はないため事業のニーズはないだろう。しかし、たとえ救急車ではなくとも、夜中に独歩で病院に行けば、医療機関の方では医師・看護師への負担がある。また、患者にとっても夜中に無理に病院に行くことで負担になる。その判断をアドバイスするシステムが医療体制として重要だろう。その問題の一部として、救急車を使う・使わないの問題が入ってくると思う。〔①〕
- ・ そもそも課題が何であるかは、地域によって異なる。大阪を例に挙げると、#7119の課題の1つに、自己受診できる程度の緊急度の場合に、医療機関を紹介するが、その際、小児の軽症外傷の受け入れ医療機関の紹介ができず大変苦慮した。それを数値化することで、衛生主管部局で対策を講じる必要性を議論し、医療体制改革につながった経緯がある。先ほどから救急車の適正利用に視点がいつているが、救急医療体制全体から見た場合、一般の方が何を救急に求

めているのかということ、また問題がどこにあるのかが、#7119 を活用している自治体の中から改めて見えてくるのではないか。運用してみると、当初予定していた課題解決だけでなく、救急医療全体に係わる問題が#7119 から見えてくるんだということを補足して追加する。〔①〕

[住民への安心・安全の提供等]

- ・ 当市の検討の経緯の中では、いわゆる救急車利用や時間外受診の抑制といった文脈は、ほぼなくて、基本的には、住民への安心の提供と重症化の抑制というところで議論が進んだ経緯がある。〔②〕

(3) 事業の「質」の向上について

- ・ 単に“全都道府県で事業開始されること”に留まらない、適切なサービスの市民への提供を指向した検討となることを期待。〔①〕
- ・ 限られたリソースを活用して、いかに必要なサービスをより安全に確実に市民に届けられるかを検討できればと思う。〔①〕
- ・ 「つながりやすさ」や、医師の助言体制・相談員の研修体制・相談内容の検証体制など「質」の向上。〔①〕 資料 1-1 P3
- ・ 当市の導入後の課題として、ポイントは「応答率」、すなわち、まずつながるのかどうかというところ。そして、「プロトコルの精度」「運用の適切性」という、この3点を重要だと考えている。〔②〕
- ・ #7119 事業への住民の信頼は、相談対応者の資質によるところが大きいと考えられるため、相談対応者向け研修を実施する必要があるのではないか。〔①〕
- ・ 民間事業においては、質の確認が必要。どのような内容で、どのような結果が出ているのか、ある程度の基準なり目安を作って、これを基に新たに事業導入する場合の参考にするべきかと考える。また、これを継続的にやって質を担保するべき。〔②〕
- ・ #7119 事業の品質管理についても、しっかりした方針の策定が必要かと思う。情報量が少なく音声のみで判断をする事業であるため、ある程度のリスクは想定され、より一層の品質管理が求められる事業であろうと考えている。(※また、#800とは対象年齢が異なり、高緊急度・重症の方の利用も多く、また傷病者自身が利用する機会も多いため、品質管理における“繋がるか”の重要性は、#8000 よりも高いと思う(繋がらないまま急変するようなことがあっては困る。))

しかし、実施する各自治体が個別で品質管理の詳細まで目を通すことは容易ではないと思うので、品質管理のあり方を定め、それに費やす労力を最小化することも、未実施自治体が導入を前向きに検討する上では重要なのではないか。

従って、今後の課題として、例えば、①#7119 事業の必須要件(品質管理や実施主体への報告義務を含む)をモデル仕様書案の形で提示、②プロポーザル入札を推奨するなど質を意識した業者選定の誘導、③各実施主体を通じた全国規模でのデータ検証とプロトコル改訂、研修実施などを国主導で一括して実施(委託するなどを含む)、といった品質管理の各論も視野に入れるべきかと考える。〔②〕 資料 1-1 P3

(4) 事業の「利便性」の向上について

[全般]

- ・ 住民にとって使いやすいサービスとするためには、「住んでいる地域でカバーされていること」、「存在を知っていること」、「使い方を知っていること」、「かける勇気があること（かけてもいいよということが分かること）」、「サービスが充実していること」が重要なのではないかと思う。〔①〕
- ・ 適切な医療機関の案内をどこまで行うか。住民にとっては具体的な案内を希望するが、医療関係者としては誘導にならないような配慮を希望してくるのでどのように配慮するか。〔①〕

資料 1-1 P4

[新たなツールの導入]

- ・ ビデオ通話が出来るようなシステムは可能か。また、導入しているところはあるのか。導入していれば、課題等はないのか。全身状態（特にけいれん等の性状）が視覚で分かればアドバイスしやすい。〔①〕
- ・ アクセスのしやすさは対象年齢によって大きく異なる。あらゆる年齢に対応できるような複数のデバイスを用意する必要がある。〔①〕
- ・ LINE の活用…先日、LINE で「新型コロナ対策のための全国調査」アンケートが行われたが、この形式を応用できるのではと思った。タップで最低限の間診をする、ワンクリックで#7119に繋がるようにする、等の方法もあるかと思う。〔①〕

(5) 事業の「効率性」の向上について

- ・ 財政上最も負担となる、人件費の中の相談員を看護師だけでなく、救急救命士（特に再任用の救命士）を活用することで圧縮が図られると考えられる。〔①〕
- ・ 本県では、費用負担の課題に対する解決策として、「スモールスタート」の採用が、大きな答えであった。すなわち、「実施方式」については、直営方式よりもコスト面で優位な外部委託方式を採用するとともに、「対応時間」についても、平日と土曜の日中は対象外とし、平日夜間と日曜・祝日をこの#7119で対応するということで、対象を限定した。また、「回線数」もまずは1回線から始めようではないかということで、これらを通じて運営コストを抑える方式を取った。〔②〕
- ・ 本市における入電件数に応じた運用であったり、配置数の調整であったりという経験からしても、一律的な365日・24時間の平たんな運用とせずに行うということは、コスト面だけではなく、市民に届くサービスを展開する上でも有用ではないかと考える。〔②〕
- ・ ICTが進歩したことによりAI やオンライン相談を使うことによって効率化あるいは質の向上が望まれる。〔②〕
- ・ AI を活用したガイダンスを間に組み込みこむ方法もあるのではないか。銀行や給付金も、Q&AをAIにしている。コールセンターで全てを聞くのは大変なので、その手前を機械化してしまう方法もあるのでは。〔②〕

資料 1-1 P5

[行政機関における連携(消防部局と衛生医療等部局の連携、市町村と都道府県の連携)]

- ・ #7119においては、地域の救急医療体制との連携が重要であるので、国においては、消防庁と厚生労働省の省庁横断的連携が、都道府県においては、都道府県医師会との連携が必要と考える。[①]
- ・ #8000については母子保健の観点から県として積極的に取り組んできたところであり、一定の成果があると認識している。しかし、#7119は縦割り行政の弊害で消防の領域という観点から本県では防災危機管理局の所管となり、これまで情報提供、参画への働きかけがなかった。[①]
- ・ AEDと同様、統一されてないことが1つの原因であるだろうか。受け手である自治体側のセクションが、相談内容によって分かれていることが問題であれば、そこを考慮すべきなのではないか。[②]
- ・ 行政・医療機関・住民にとって大変有用であると考えているが、都道府県での実施に当たっては予算措置がされている部門と実施にかかわる部門が異なり、温度差が大きすぎると感じている。また、事業実施までにも多くの労力を要し、迅速な展開ができるような工夫が必要かと思う。介護・福祉も含めた事業展開を期待している。[①]
- ・ 未実施団体へのアンケートについては、消防だけでなく医療福祉系の部局も対象とすることも考慮に値するのではないかと思う。[①]

[関係機関/関係事業との幅広い連携]

- ・ 救急車出動をせず軽症と判断して対応する場合、その後のフォロー(実施直後とデータ取得の両面で)、急変時のセーフティネットの構築は不可欠である。そのために、関連団体との連携を構築する必要がある。例えば、悩み相談中心であれば心のケア、生活支援等への繋ぎ、医療介護の関連性がありそうなら、ケアマネ、在宅看護および訪問診療医、民間救急(病院搬送車を含む)などへの繋ぎなど様々な例が想定される。[①] 資料 1-1 P7
- ・ 八高連(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)のように、地域医師会を中心とした保健・医療・介護・福祉、搬送機関、自治会、行政等の幅広い関係者による協議会の創設と実効性ある連携の推進。[①]
- ・ 地域包括ケアシステムへの消防関係者の参画、地域医師会等による参画への理解・支援(日本医師会からも、都道府県医師会や郡市区医師会に適宜協力要請)。[①]
- ・ 広義のメディカルコントロールとして、仮に県外のコールセンターに委託していたとしても、各地の医療・地域包括ケア関係者に対し、適宜、緊急度判定のプロトコルの説明や運用状況を報告の上、関係者間での課題の協議、改善点等の検討を実施。[①]
- ・ 民間救急搬送サービスの知名度、住民からの信頼度の向上(新型コロナウイルス感染症では、宿泊療養先の搬送に尽力)。[①]
- ・ 今後、ますます重要視される救急医療と在宅診療との連携として、#7119からの電話回線上の連携も模索する必要がある。[①]
- ・ データの利活用という点では、相談、救急搬送、治療、退院後のデータを連携することで極めて役に立つだろう。[②]

[救急需要対策に資する他の取組との連携・役割分担]

- ・ 非実施地域における#7119の認知度向上(スマホアプリ「Q助」の活用など)
〔①〕 資料 1-1 P8
- ・ 本来の#7119の導入目的を鑑みれば、現在の医療紹介電話(病院を紹介するだけ)は、廃止し統一した方が良いと考えられる。〔①〕
- ・ 大阪の救急安心センターでは約50%が小児に関する相談である。そのため、急な時に使えないといった意見があった。そこで「小児アプリ」というものがあり、スマートフォンにダウンロードし、答えていくと緊急度判定を行い、重症であれば自動的に119番につながり、軽症であれば自己受診できる病院のリストが表示される。中等症では、救急安心相談センターの電話相談につながる。先ほど、AIの話があったが、そのように何段階かに分けて対応するシステムを作っておくと軽症から緊急度の高いものまで対応が可能ではないか。〔②〕

資料 1-1 P10

(7) 実施主体・運営形態・人材確保、財源・財政措置について

資料 1-1 P12

[全般]

- ・ 運営・財源上の相違点は検討材料ではないか。〔①〕
- ・ 対応として2つに分けて考えることが重要。全国共通のものと地域の特性・実状に応じたものである。全国共通のものに関しては国として、標準化、統一化することによって、効率化、低コスト化あるいは有効性・安全性の担保が可能になると考える。一方、地域の特性・実状というのはそれぞれ異なる。各地域がそれぞれ対応できるようなものを考えるということが重要。〔②〕

[検討の契機、検討体制]

- ・ 実施主体に関して、国が全国で実施すべきであると決めるべきではないか。これは、電話相談だけの問題ではなく、地域の救急体制、医療提供体制の問題でもある。本来は、都道府県の地域医療構想・医療計画の中でしっかり検討すること。まずは、都道府県全体の医療計画の中に位置づけて、どのようにすべきなのか考える。次に、全国でやるべきなので、国が全国でできるだけの費用を負担すべきと考える。〔②〕 資料 1-1 P14
- ・ 本県では、救急医療の病院の関係者や消防関係者、保健所関係者等で構成され、救命効果向上に向けた協議を日頃から行ってきた「県メディカルコントロール協議会」を検討の受け皿として、導入の可否を検討してきた。〔②〕
- ・ 検討を始めたきっかけは、県議会において、「他県において#7119が始まっている。我が県においても検討したらどうか」というご質問を頂いたというのが、検討開始の大きなきっかけであった。〔②〕

[実施主体・運営形態・人材確保]

- ・ #7119の経験を漫画にして発表した際、読者から「うちの都道府県では実施されていないので残念です」という意見が多く見られた。やはり、全国にあった方が良いのではないか。〔②〕
- ・ #7119及び#8000の電話相談は国民の安心・安全を担保するインフラである。国として全ての国民に提供すべきである。地域格差があるべきではない。〔②〕

- ・ 東京でも長らく救急安心センター事業を行ってきた。この事業自体は県単位の衛生担当部局が地域医療構想や医療体制の中で、やるべきものかもしれないが、実際の現場で職員をもっているのは消防であることが多いので、予算等に関しては東京消防庁が、運営に関しては衛生担当部局の福祉保健局が、医学的な見地からの検証に関しては東京都医師会の中の運営部会が、三位一体となって運営をしているというのが現状である。〔②〕
- ・ 大阪の場合は大阪市消防局内に「救急安心センターおおさか」を設置しており、そこに大阪府内の全市町村を管轄する 28 消防本部が参画しているかたちで#7119 が運用。費用については、消防組織法の「相互応援協定」の規約に基づき、大阪市が運営費の 1/2、残り 1/2 を市町村が人口、財政規模による按分割で負担している。直接、府が関係せず市町村が中心となって運営している。〔②〕
- ・ 都市ごとによりかなり事情が異なるというのが事実であり、地域毎に実施主体を選択せざるをえないと考える。市が実施主体であっても県が実施主体であっても、財政措置はやっているところに欲しいというのがどこの自治体も考えることだと思う。逆にどちらがやるべきかというのは、各地域の事情に任せてやるのが適切かと考える 〔②〕
- ・ 各自治体がそれぞれでマンパワーを使って実施するよりも、ある程度まとまって事業委託する方が割安になるだろうか。〔②〕
- ・ 実施団体へもアンケートを実施の上、地域特性に応じた実施モデルを構築すべきではないか。〔①〕
- ・ 本県では、事業導入にあたっては、専門の相談員、特に医師の確保という人材確保の課題、そして従来からある#8000(小児救急電話相談事業)との連携、また運営費の確保など、課題が多いと認識してきた。〔②〕

[財源・財政措置]

- ・ 本県における実施に向けた課題はやはり費用負担であり、県内の消防本部からも課題として挙げられた。その心は、まさに小規模の自治体、市町村では財政上の余力がないということ。また、県側においては、交付税措置が市町村にされているという構造であるため、県が費用負担する場合にはその理由について整理する必要があるという課題があった。〔②〕
- ・ やはり財政措置の問題がある。もし県がこの事業を行うとなったときには、今現在、普通交付税措置は市町村にされており、なぜ都道府県がこれをするのかという、この辺りが県の財政当局はなかなか説明し難い。〔②〕
- ・ #8000 は全国で上手くやっているが、#7119 は市町村の地方交付税でやっており、お金をそこまで回せない。費用負担してまでやるメリットがないのではないかと、未実施団体からの意見もある。〔②〕
- ・ #7119 を実施する場合、現状の財政措置では、市町村に費用を普通交付税として落としているが、県で実施したほうが、やはり費用対効果の面で非常に有利ではないか。〔②〕
- ・ 小さな市町村ではできないので、一つの県で行ってもらった方が良いのではないかと、あるところがある。さらに、県に対しても、財源がないというところと、救急需要が逼迫していないというところもあるので、それに向けては強力なバックアップをしてもらいたい。〔②〕

- ・ 本県では、県費投入の理由の整理として、消防としての役割はもちろんであるが、救急医療機関における受診適正化を図るという、県の医療行政の観点もあるだろうということ、2分の1を県費での負担とすることとした。その上で、残り2分の1の市町村の負担割合については、1つには人口が多い所が過度な負担にならないように、また一方では、人口は少ないけれども面積が広い所が過度な負担にならないようにという観点から、参加市町村の全てを平等割にするのではなく、「人口割」と、面積などが加味された消防費の「財政基準額割」とによる、いわばハイブリッドの負担割合の方式を取ることで、それぞれの市町村が参加しやすい方法を取った。〔②〕
- ・ 本市のように、先行事業からの積み上げがあったなどの事情がない場合には、各自治体での予算確保は困難ではないかと考えるので、実際に事業を実施する自治体への直接の補助を希望する。ただし、補助の対象は都道府県であるとか消防部局であるとかが限定されると、地域によっては導入が困難になることも想定される。既実施地域においても、たとえば国からの補助が実現した際に、県市間で事業の移管を行わないとそれが受けられないなどとなると、その移管など極めて複雑な手続きや作業が入ることが想定され、現在使用中の市民に不利益を与えるほか、かえって県域展開が遠のくことになるのではと懸念する。〔②〕
- ・ どこが実施主体になっても、実施することにした団体に対して財政措置がされないと、例えば県が実施主体であれば県に対して財政措置がないとなると予算措置をする手続きができなくなってしまう。〔②〕
- ・ これからの時代に向け、地域ごとではなく統一的な財源を確立し、全国的な質の標準化・向上を図るべき。〔①〕
- ・ 都道府県が実施主体となる場合の財政措置のあり方（交付税等）について。〔①〕
- ・ 普通交付税（市町村分）の消防費の単位費用の中に財政措置されている旨をどこかで説明することで、事業を進めやすく（説得しやすく）なるのではないか。〔①〕

資料 1-1 P13

〔8〕 類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題について

〔類似の短縮ダイヤルとの関係〕

- ・ 既存の類似ダイヤルの事業の調査については、調査項目のなかに応答率や研修体制や検証体制などについても含めるのがよいのではないかと思う。単純にエリアだけの問題に落とし込んでしまうと、コストのみの議論になってしまいかねない。〔①〕
- ・ ＃8000のほかに参考に出来る取組はあるか。〔①〕
- ・ 各種短縮ダイヤルのサービスが拡充されることは市民生活にとって大変な助けとなっていると考えるが、必要なときにダイヤル番号を覚えていないなど、とっさに使えない事態も予想されるので、横断的な広報や統一的な運用の必要性を感じている。〔①〕

[#8000 との関係 (相互連携、差別化・棲み分け、一本化)] 資料 1-1 P15

- ・ 119 や#8000 との相互連携について…#7119 と 119 や#8000 との関係について、どのように相互に連携しているのかなどが分かりやすいと、もっと理解が進むのではないかと思う。[①]
- ・ #8000 との連携方策の検討 (住民は財源、省庁間の政策の相違は関知しない)。[①]
- ・ #8000 との共存、並立を前提なら、差別化の明記と連携の在り方を検討事項に入れた方がよいかもしれない。[①]
- ・ #8000 との棲み分けを明確にする必要があるのでは。[①]
- ・ #7119 と#8000 は単純に対象とする年齢層の違いだけではなく、性質の異なる事業であるため、個々の事業の併存のあり方を、各自治体の事情にあわせて選択できるように、様々なモデルを提示できると良いのではないか。既実施団体の現況を確認するだけでも、様々なモデル提示ができるのではないかと思う。様々なモデルを参考に、各自治体の考え方や事情に任せて併存を進めて頂くほうが、より全国展開は進むのではないか。[②]
- ・ #8000 との関係、番号は異なっても受け手が同じなら一緒にやることは効果的になるのではないか。検討してもらいたい。[②]
- ・ 本県では、#8000 ですら、利用されているというものの認知度が高いわけでもない。そういった中で、またさらに#7119 が導入された場合に、果たしてどの程度県民の方々に浸透していくのかということがある。もし導入するのであれば、むしろこの#8000 と#7119 を一本化した上で行ったほうが、広報するにおいても効果的なのかと考えている。[②]
- ・ 一般的に考えれば、#7119 と#8000 が1つであればいいと考えられる。最終的には、費用対効果もあり、利用者にとっても良い。すぐには無理でも、そういった方向性も見ておいた方が良いのではないか。[②]

[技術的課題] 資料 1-1 P16

- ・ 全国展開するにあたり#7119 ということが重要。地域によって番号が異なるのは避けたい。[①]
- ・ 活用できなかった経験もある。子供が熱性痙攣を起こした時、ひきつけの予備知識はあったものの驚いてしまい、「119」の方を呼んでしまった。自身の#7119 使用経験の後だったが、突発的な場面で思い出すのは難しいと感じた。大阪市のアプリも入れていたが、混乱時は操作が難しく、電話をかけるというアクションの方が早くできた。[①]

(9) 普及啓発・認知度向上について 資料 1-1 P19

[内容]

- ・ 住んだことのある地域は全て#7119 のカバーエリアだったが、友人・知人に#7119 を知っているか聞いたところ、ほとんどが知らないし、医者でも知らないことに驚いた。まず、皆さんに知られていないと意味がないのでは。番号をもっと知ってもらうことが必要では。[②]
- ・ #7119 を使ってよかったという実例について…#7119 をどういう時にどのように使えばよいか、ということを伝えるために、#7119 があって良かった実

例をたくさん集められるとよいのではないかと思う（実際にかけたことのある人が、どのような時にかけてよかったと思ったのか等）。〔①〕

- ・ 番号を知っていても電話をかけることにハードルがある。かけてもいいということを周知してもらいたい。〔②〕
- ・ 国民目線であれば、全国展開し、どこでもいつでも利用できてこそ、#7119の意義が生かされるはずである。同時に、運営上の財政面、相談内容の質の保証も大規模であるほど、データ分析と相談ガイドの基準も改善しやすいはずである。こういった利点を連ねて、非実施団体にプロパガンダすべき。〔①〕
- ・ 住民に対する時代状況の変化に関する啓発（少子高齢化による人手不足と医療需要増、救急搬送・医療現場の過酷さ、施設完結型から地域完結型医療への移行に伴う在宅医療の進展で比較的风险の高い方が地域で療養しておられること等）と連動した、#7119の住民への周知の徹底。〔①〕

[対象者]

- ・ 相談者は若い方が多く、特に高齢者に対する認知度向上の必要性を感じている。〔①〕
- ・ 救急搬送される方が現在では高齢者が60%を超えているとのことなので、#7119についても、高齢者の方やそのご家族にも伝わりやすい取り組みが一層重要になってきていると思う。〔①〕
- ・ #7119の存在は知っていても、実際の内容までは知らない方も多いのではないかと思うので、今回詳しく知ることとなった#7119の重要性を多くの方にお伝えできればと思っている。〔①〕

[手段、ツール]

<総論>

- ・ 肌で感じるのは、啓発は、繰り返し伝えることが必要で、なおかつ具体的なアプローチが大切だと思う。いまの若者はテレビ・新聞等ではなく視聴媒体はYouTubeが中心、年配の方はテレビ・新聞・自治体のチラシや回覧等で情報を得るケースが多く、世代によって情報の取り方は違ってくるため、宣伝方法は、新聞、雑誌、ビラ、YouTubeなどあらゆる角度でトライしてみるべきではないか。〔①〕
- ・ #7119の存在や使い方の伝え方について…#7119をまだ知らない方や使い方の分からない方に、分かりやすく伝える方法について、どのようなアプローチが効果的なのかの調査があると良いのではないかと思う。〔①〕

<ICT、SNS、インフルエンサー、YouTube、TV、等>

- ・ ICT、SNSその他の活用。〔①〕
- ・ LINE等との連携（#7119スタンプ、アンケート・相談など）。〔①〕
- ・ インフルエンサーによるSNS拡散。〔①〕
- ・ 有名なYouTuber、有名なタレント（ブログ）の協力を得るなどの試みがあったとしてもいいかもしれない。〔①〕
- ・ 実施団体における効果を示し、全国展開へと結びつけるためにも全国的な普及啓発に力を入れていただきたい。例えば、全国紙において著名人を起用した啓発を実施することは出来ないか。〔①〕

- ・ 認知する機会を増やすこと…私が知ったきっかけは育児の場であったが、それ以前は病院にかかる機会もほとんど無く、知る機会がなかった。web サイトも自分からアクセスすることは少ないので、SNSでの発信や、今でもテレビCMが一番目に触れるのかとも思う。生活の中でずっと覚えているのは難しいので、適切な場面で「思い出してもらおう」工夫が必要かと思う。[①]

<育児用冊子、教室、イベント、ポスター、等>

- ・ 実際に#7119のお世話になったことがある。番号を知ったきっかけは、育児中に市から配布された冊子であった。自分自身が夜間に呼吸困難となり、救急の判断に迷ったときに思い出した。ただ、番号そのものは思い出せず「救急車迷ったら」と検索した記憶がある。[①]
- ・ 高齢者や子供たちに知ってもらうための教室。[①]
- ・ 認知度・理解度アップのためのイベント開催。[①]
- ・ ポスターをわかりやすくすること…大阪市のポスターがわかりにくいと感じる。保育園や公民館などに掲示されているが、少しわかりにくいように思う。救急車の絵をもっと大きくして、何のポスターかわかりやすくするのが良いと思う。「#8000」も、キャラクターがアンパンマンなのはとても良いが、何のポスターかが少しわかりにくい。これも救急車の絵を大きく入れることでかなり改善されると思う。[①]

[その他]

- ・ #7119の存在や使い方の認知度について…#7119を現状でどのような方がどのくらい知っているのかということが分かると、やはり良いのではないかと思う。[①]
- ・ 未実施地域がそのままになる場合も、市民への周知は全国に向けたものになるかと思うので、相反する点が気になった。[①]
- ・ 番号を覚えてもらう工夫…自身が利用した時もうろ覚えだったので検索を行った。その後、他の方と会話に上がったときも、すぐに言える人は少なかったと思う。特に、若い人は「119」や「110」の認知からして低くなっているように感じた。番号をプッシュして電話をかける経験が少なくなっているためかもしれない。[①]