

第 1 回～第 3 回検討部会を踏まえた主なご意見等

※以下の [①] [②] [③] は、それぞれ各回の検討部会を踏まえた委員等意見の意

◎ # 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・救護による重症化の予防、救急車出場との直結による直接的な効果の創出)

[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]

☑ 相談内容の分析・検討を通じた地域の救急問題の見える化・医療需要の検知 [②] [③]

[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られる。[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]

☑ 小児救急電話相談事業（#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]

☑ 現在、相談センターで、有熱者の数をカウントすることによって、第二波の前兆らしきものを、数日先行して捉えようとしている。2年前の熱中症が非常に流行ったシーズンにも、同じようなことが認められている。[③]

- ☑ 新型コロナウイルス感染症の拡大によって、本来は、#7119に電話する、あるいは救急外来を受診すべき方がある意味自粛してしまって、潜在化させてしまい、その結果、早期発見・早期治療が阻害されて重症化しているという危険性が十分ある。そういう意味でも、この電話相談の重要性、また全国展開というのがますます必要になっていると考える。〔③〕
- ☑ 逆に、新型コロナウイルス感染症、熱中症、自然災害含め、幅広く救急相談ができるようなシステムになっていけばいいのかなという気がする。〔③〕

(2) 事業導入効果の分析について

[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、価値があると考え。〔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考え。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考え。〔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、ここでそここのところ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〕
- ・ 評価の指標については、医療機関の質評価指標と同様に、以下の Structure・Process・Outcome に分類して議論することが理解しやすいか考える。
【参考】厚生労働省「医療情報の提供のあり方等に関する検討会（第8回）」（平成23年11月4日）資料1
「医療の成果に関する指標（アウトカム指標）及び過程に関する指標（プロセス指標）の取扱い」
 1. Structure（構造）：ブース数・回線数・人員体制・検証体制・研修体制・使用プロトコル…
 2. Process（過程）：応答率・判定結果…
 3. Outcome（結果）：事業効果（患者転帰・経済的效果…） 〔③〕
- ・ 医療費の適正化効果の算定の仕方について、今後標準的な、モデル算式のようなものを出す予定はないか？積極的に進めてほしい。〔③〕 資料1-1 P3
- ・ 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〕
- ・ 経年変化で見ると、救急出場件数そのものは全国的に増えているが、大阪市の伸び率は低い状況。仮に、大阪市が政令市平均と同じ伸びであったと仮定し、増加件数を増隊でカバーするとした場合、単純計算では救急隊を4隊増やさなければいけない状況。#7119事業を実施すると、費用対効果はどちらがあるのかということになると、大阪エリアの2億5,000万円の予算のうち、半分の1億2,500万円が大阪市なので、明らかに増隊するより#7119事業のほうが費用対効果は大ということが言えるのではないかと考えている。〔③〕
- ・ 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〕

- ・ 救急需要の逼迫がある政令市、大都市では、救急隊の増隊経費に比して、#7119 実施の費用対効果が十分出るかもしれないが、現状、導入できていない県は、やはり政令市を抱えていない地方の都道府県になる。地方の消防の考え方としては、そこら辺の救急需要に対しての比率の部分として、政令市、大都市と比べて、議論になっていかないところかなと考えている。〔③〕
- ・ 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の意味するのか。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で、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〕

- ・ 今回、コロナの影響で、例えば本県では救急の件数というのは減っている。これは、要は減った人がほとんど軽症ではないかと。ここをしっかりと分析することによって、従来の、本当に救急で運ばなければならない人の数はそれほど減っていないが、運ばなくてもいいような人たちの数が今回減っていたという、そういう分析結果が出てくれば、まさにそういった人たちが#7119を使うことによって、かなり抑制されるという事態ができるのかなと思う。〔③〕
- ・ 軽症の患者が減ったらいいいのかという話もあったかと思うが、緊急性があつて、処置を早くすることによって入院せずに帰れるという、そういうような方がどんどんいれば、医療費等いろいろな所に関与してくるのではないか 思っている。なかなかデータを取るの は難しいとは思 うが、その緊急性が高かった人が#7119で拾い上げられたというのが、もう少し明示されれば良いのかな と思う。〔③〕
- ・ #7119 実施自治体で重症者が減ったというデータも出ているが、なかなか#7119 自体で重症者をどの程度減らせるかというの は、データとして出すのは非常に難しいのでは という気はしている。ただ、うまくそういうデータが出てきて、事例があればということだ と思う。〔③〕
- ・ 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、やはり緊急性・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。〔②〕
- ・ 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性の場合に、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はなくて、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^②を補足して追加する。

- ・ 実は、救急安心センターに寄せられる苦情の中で、救急安心センターで案内された病院が診てくれないという苦情が一番多い。その結果、やはり119番で救急車を呼ぶケースが考えられる。特に小児の外傷（脳神経外科、整形外科）がかなり多いため、大阪府に申し入れして、大阪府のほうで委員会を立ち上げていただいて、多方面から一体的な検討を行ってもらった。^③

[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
- ・ 直接的な効果だけではなく、救急医療の救急車を呼ぶ前の段階の不安を解消しないといけない。満足度調査については、満足していますというのではなく、満足していない部分は何かということのほうが大事で、恐らく「救急安心センターおおさか」から見えてきたのは、不満感があつたのが、お子さんがけがをされた人はどこが診てくれるのかというのが解決されていなかったということ。大変幅広い要素を持った課題だと思う。^③

(3) 事業の「質」の向上について

資料1-1、P5、P7

- ・ 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
- ・ 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と^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〕

- ・ 仮に全国展開が進んだとして、そこに安かろう悪かろうな事業が広がり、国からの財政措置も一部事業者の糧になって終わり、となってしまうと、市民にとっては益のない話になる。従って、事業者の選定などについては、資料1-1に提示された仕様書ひな型を定期的にブラッシュアップしつつ、さらに実施自治体に対してはプロポーザル入札を勧奨することが望ましいと考える。いわば、「Structure」の評価を軸にして、事業者の選定をしっかりと行っていくということ。一般競争入札を進めると、仕様の詰め方が甘いとただただ安価にあげていく状況に陥りかねず、そのことは質の低下を招きかねない。〔③〕
- ・ 全国展開を見据えて、展開と同時に質の維持は必須であるし、プロトコルの改訂も定期的に必要になるであろうと考える。全国のデータをとりまとめて「Process」について評価し、プロトコルの改善や看護師の教材作成などに活用していく枠組みが今後必要になると思う。〔③〕

（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〕

〔新たなツールの導入〕

- ・ ビデオ通話ができ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。タップで最低限の問診をする、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〕
- ・ 本検討部会（第3回）までの議論を通じて、導入に向けて又は導入後のハードルが少し高くなっていると感じる。実施されている地域（都や政令市）の先進的な取り組みは非常に参考となるものであるが、取り組んでいる内容が多く高度になっているため、全国展開させるためには、内容のハードルを下げ、シンプルに整理した方が、未導入団体としては進めやすくなると思う。〔③〕

(6) 関係機関/関係事業との連携・役割分担について

[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〕
- ・ 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〕
- ・ 住民と行政と医療者の、有機的なつながりが非常に重要だと感じた。大阪の小児向け支援アプリの内容を見るに、発熱の例のところは、患者側・市民側が事前に知っておくべき情報であると感じた。元々、必要な情報がきちんと市民のところに落ちていれば、おたおたしないで判断ができるということもあると感じた。色々な場面を通じて周知していくことが、非常に重要。〔③〕
- ・ 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〕
- ・ 「救急安心センターおおさか」においては、ICTを活用して病院前の情報と病院後の情報がリンクしたデータを集積するシステムである「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム(ORION)」を用いて、病院内の情報と、救急安心センターで判定した緊急度に基づき、その後、患者さんが病院でどういう処置を受けられたのかなどを検証することで、プロトコルの見直しや、看護師の緊急度判定の精度の向上など、質の向上に取り組んでいる。〔③〕

[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〕
- ・ 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〕

- ・ ウイズコロナの時代になって、救急にかかりたいけれども、行くのが不安だ、遠慮して行けないという人もいる。そのようなときに#7119や#8000という、いわゆるマイオンラインでの相談がシステム化されていれば、もう少し救急医療のベースが、うまくいくと思う。アフターコロナ下でも、こういったことが定着する必要があるので、「DX」（デジタルトランスフォーメーション）ではないが、何も全てが救急車要請ではなく、いろいろな意味で相談事業も含めてITを使って前倒しにして、医療相談、病院案内といったことを、もっと広く定着させる一つのきっかけになるのではないか。〔③〕

(7) 実施主体・運営形態・人材確保、財源・財政措置について

[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考えるということが重要。〔②〕

[検討の契機、検討体制]

資料1-1 P10

- ・ 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〕
- ・ 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〕
- ・ 各都道府県で#7119を含めた救急医療搬送に対して、消防側と医療行政側、あるいはそこに地域の医療者ということであれば、地域の医師会が加わって、そこで会議する。少なくとも話し合うという場を、ぜひ早急に1回つくってもらって、そこで話し合ってもらおうというのが極めて有効かと思う。〔③〕

[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〕
- ・ 大阪エリアで、対象地域を拡大していった経緯について。大阪市からスタートしたが、電話相談という性質上、大阪市以外からも結構相談の電話が入ってきた。さらに、大阪市単独で運営を継続していくには、看護師や医師確保など、多額の費用がかかること、同様に、各市町村で行うとなると、小規模な市町村では予算面的なところが困難であるということから、スケールメリットを生かして、大阪府全体の共同運営ということで合意をした。〔③〕
- ・ 住民からの電話を切らずに緊急の場合は救急車の出場につなげられるよう、ホットラインを各消防本部とつないでいる。消防が実施主体で行うというメリットがここにあるのかなと考えている。〔③〕
- ・ 都市ごとによ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〕
- ・ 都道府県か市町村か、消防行政か医療行政か、という点は厳格に定めず、地域の实情に合わせて柔軟な対応とするのが望ましいと考える（財政措置も同じく）。地域によっては、そこを決めすぎることで#7119 導入の障壁が高くなることも想定される。〔③〕
- ・ 京都では 10 月から開始予定であるが、検討段階の最初は、消防部局がまず提案してきた。その後、もちろん、住民のメリットというのが一番大事だったが、医療の話がかなり多く含まれるというところで、それ以外にも例えば病院関係や介護施設、訪問看護といった方々にもメリットがあるのではないかと議論しているうちに、医療部局のほうが、自分たちが行わないと具合が悪いのではないかという流れになってきて、だいぶ動いてもらって成案に至った。今後もやはり、消防だけではなかなか難しいと思うので、医療者や医療のメリットをし

っかり前面に出していくと、医療部局が動くのではないかと思う。〔③〕

- ・ やはり県の担当部局というのは、この#7119に関して消防部局の方とお話をしていると、医療部局の方との横のつながりがなかなか難しいということで、ここら辺も国のほうで主導を取って、医療部局を主導としたほうが進め方としては非常に理解を得られるのではないかと考えている。〔③〕
- ・ 少なくとも、これから新しく導入するところに関しては、医療行政型で行うのが現実的に最も効果的だろうと思う。現状動いているところは、将来的には医療行政型に収斂するにしても、少しずつそちらに向かっていくというのが良いと思う。その理由は、救急と医療は一体として行わない限りは現実的には難しく、広い意味で医療そのものだと考えていることと、各市町村の判断に任せると、現状になってしまうので、これはやはり都道府県でしっかり判断していただくのが良いと考えていることによる。〔③〕
- ・ 実施地域としては、都道府県全体というのがベストだと思う。その際、各市町村それぞれが実施主体になったのでは、調整でなかなかまとまりづらいところもあるので、やはり県が実施主体となっていくのが一番スムーズに事が進むのかなと思う。〔③〕
- ・ 現在、市町村が実施主体となって実施しているエリアがこうなっている事情の裏には、県自体が、財政的などところだけではなく、事業に対してあまり前向きでなかったという事情もある。今後の展開を考えると、一つのモデルとして推奨すべきは都道府県と考えることには異論はないが、都道府県が実施主体である、とあまり強く言われてしまうと、県が動きを止めてしまうと、市町村が検討に入れなくなってしまうということがある。従って、既存の事業については、市町村で行っていることに関しても財政措置を頂けると有り難いし、さらに今後のモデルとしても、状況や地域によっては、政令指定都市を主体とするなど、いわゆる県庁所在地と県との力関係・パワーバランスは様々なので、そのところの柔軟性というのは、今回残してほしいと考える。〔③〕
- ・ 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〕
- ・ 地方など様々な状況では、救急需要が逼迫していないという地域もあるということを知ったので、そういった意味で全国一律の展開ではなく、今回示されたような3つないしは、その組み合わせのパターンというのが良いのではないかと感じた。〔③〕
- ・ 「消防行政」と「医療行政」の両輪というのは、事実と思う。仮に、主体となるのが医療行政というお話になったときに、消防が引いてしまって医療行政だけが進んでしまうというのは非常によろしくない。本市は医療行政が主体で行っているが、会議体としては、医師会と医療行政、消防局、大学、それからセンター事業者の5者がともにそろった形で会議体を設置して、共同で実施しているという形は常に取っていくようにしている。〔③〕
- ・ 地域事情にあった形で導入するとして、それが都道府県でも市町村でも、消防行政でも医療行政でも、それぞれの視点の違いがメリットである一方でデメリットにもなり得る。そこで、実施主体がどうであれ、事業への参加全自治体の医療行政と消防行政・地域の医師会・病院関係者・#7119委託事業者などによる会議体を設置し、運営を監督・支援することが望ましいと考える。(消防が実施主体であれば、MCの役割に位置付けることもあり得ると思う。) 〔③〕

- ・ 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〕
- ・ 民間コールセンターの活用について、何かメリット・デメリット的なところを教えてほしい。〔③〕
- ・ 本市の状況を申し上げますと、遠隔型の委託事業者(=数地域の数種類の事業を1センターで請け負っている事業者)からの提案金額(県域への拡大に伴って議論されたもの)は、本市が現地型で実施している状況での予算額と比較すると極めて高価だった。つまり、必ずしも遠隔型のコールセンターが安価であるとはばかりも言えない。〔③〕
- ・ 現地型は、論点となりがちな初期投資に関しても、既存の別事業のコールセンターなどの一部を使用することなどを想定すれば、あまり問題にならないだろうし、業務実態の把握や、業務内容の改善など、自治体側がハンドリングしやすい側面もある。地域の潜在看護師の活用にも繋がる。こういった運営形態についても、より広めの選択肢を自治体に提示していくことが、未実施自治体への導入を促していくうえでは有効なのではないかと考える。〔③〕
- ・ 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〕
- ・ 人件費の抑制は 人員確保を困難にする。一般競争入札ではなく、プロポーザル入札を行うことで、人件費を下支えすることは、“専門性が高い業種を含む相談員の確保の問題”の解消にも繋がる。(医療や看護の1分野として認知されるような状況を作っていくことも、各地域での展開に必須であろうと考える。)本市では、夜間救急の看護師と同額程度の額を看護師の給与としたことで、確保には難渋しなくなり質も改善した。また、病棟等で働くことができない事情のある潜在看護師の活躍の場ともなっている。〔③〕

[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〕
- ・ 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〕

- ・ #7119 に関して普通交付税が措置されているが、それを使って実際に市町村でやらなければいけないという義務はないのか。あるいは、実際に行っていない場合、この措置された交付税はどう使われているのか。確実に使っていたら、色が付くような形にしないと難しいということか。〔③〕
- ・ 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いうところがある。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〕
- ・ 財政措置に関して、市町村に個別の判断を任せると難しいので、やはり都道府県に財政措置ができるような形に持っていくのが望ましいという意味で、新しく行うところは医療行政型、現状のところは時間をかけてそちらに向かっていくというのが良いのではないかと考える。〔③〕
- ・ 県が実施主体となつて行うのが一番スムーズに事が進むと思う。ただ、財政的な負担があるので、そこに対する財政措置はしっかりしていただきたい。
- ・ 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〕
- ・ 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つても、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〕

(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、区別化・棲み分け、一本化）]

- ・ 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、区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]

- ・ 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]
- ・ この#7119 という番号にこだわったほうが良いのではないかと、私は思っている。実際に先行団体でもまだ使っていない所もあるということであるが、観光客などよそから来た人でも分かるような、統一した番号ということで、この

番号を使うメリット・デメリットというものを、しっかり伝えていく必要があるのではないかと思う。〔③〕

- ・ 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 P11

[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事例について…#7119 をどういう時にどのように使えばよいか、ということ伝えるために、#7119 があって良かった事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の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〕
- ・ 一般市民の目線からすると、今まで 119 番をかけたことがない人というのはたくさんいて、その人たちにイメージを持っていただくというのが、結構難しいと思っている。〔③〕
- ・ AED 普及の 1 つの契機として、小・中・高も入れて PTA の父兄が「隣の学校では AED を教えているのに、うちはどうして行ってないの？」という話があっ

て、それで学校関係が広がったということがあった。同じように、今後、学校関係も広報の対象に焦点を当てて行うのも一つの手かなと思う。〔③〕

- ・ 最初、救急車に一生のうち一度乗るか乗らないかというような一般の方たちは、ほぼ知らないだろうということ、どうやって伝えていけばいいのかと思っていた。しかし、逆に、一般の所に広く伝える必要はそんなにはないのかと。むしろ、それを必要としている人、例えば学校で言えば先生であったり、一番優先すべきは病院の先生たちやクリニックなどに来ている患者さんたちであったり、#7119 を伝えるということをどんどん集中して行っていけば、何となく、AED が広がってきたときと同じような感じで、広がる時はもう一斉に、大阪の例など良いモデルがたくさんあって、それを見習えば良いだけだと思うので、今は本当に必要な所に啓発を打っていくということに集中したほうが良いのかなと思った。〔③〕
- ・ ドクターの間でもあまり知られていないので、診療所等含めて、そういう先生方含めて、医師会のほうからもよろしく願いたい。〔③〕
- ・ ニーズが高い方というのは、医療機関とか訪問看護を受けている方、高齢者施設などというように、既にリスクをもっている方で、そこに関わっているのは、まさに医師だったりするので、そういう方に広げるという意味でも、医師会としてもかなり積極的に関わらせてもらっているし、そこを中核に、口コミ的に広がっていくというのが理想的な展開ではないかと思った。〔③〕
- ・ 全国では#7119 のカバーエリアとカバーエリアでないところが混在しているので、例えば、新しく転入してきた方へカバーエリアの行政区は必ず告知されているのかどうか、教えてほしい。〔③〕

[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〕