

# 救急出動件数の抑制に向けて<sup>1</sup>

---

救急車一部有料化と救急電話相談事業の併用

明治大学 加藤久和研究室 医療・介護分科会

曾我部浩成・高橋亨輔・本間智紀・早乙女遥香

2014年11月

---

<sup>1</sup> 本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、加藤久和教授（明治大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

# 要約

---

本稿の目的は救急車有料化政策の導入と共に、一部自治体で既に設置されている救急電話相談事業の活用の推進を提言し、救急出動件数の抑制を目指すものである。

我が国の救急出動件数は平成 24 年時点で 580 万件を超えており、今もなお増加を続けている。件数の増加に付随し、救急搬送時間も平成 13 年から 23 年までの 10 年間で約 10 分間延長している。一方で、救急科の医師数と医師の総数は年々増加している。しかし、総数が増加しているにも関わらず、救急搬送要請を病院側が拒否する理由として、「医師不在」、「患者対応中」というものが依然としてあり、医師の絶対数が不足していることが推測される。医師数などの救急医療の供給サイドの絶対数を急激に増やすことは困難であるため、われわれは救急出動件数を減らすという方法に着目した。救急出動件数を重症度別に見てみると、入院を必要としない軽症患者が半数以上を占めていることが分かる。そのため、われわれは抑制すべき対象を軽症患者とした上で、政策提言を行う。

救急出動件数を抑制する試みは、既に我が国でも行われている。救急電話相談事業は現在 5 都市で行われており、ダイヤル番号 #7119 に電話をすることで、救急医療に関する相談をすることができる。実際に救急電話相談事業を行い、救急搬送患者全体における軽症患者の割合を下げることに成功した自治体も存在する。他にも電話相談事業と類似するシステムとして、コールトリアージが挙げられる。コールトリアージとは、救急患者が 119 番通報をした際に、担当者が症状に関する質問を行うことで患者の状態を把握し、救急搬送の必要性の有無を判断するシステムである。仮に患者の症状が緊急性のあるものでないと判断された場合、担当者は救急車の搬送要請を行わない。

われわれは救急出動件数の抑制するための方法として、救急車の有料化に着目した。救急車の有料化の取組みは、海外の国々で既に導入されている事例もあることから、我が国でも導入の是非を問う議論がなされている。先行研究として取上げた下開(2006)の中では、救急車の利用料金を 2 万円以上に設定するのが妥当であるという記述があり、政策として救急車の有料化を実現させることを促している。

救急車有料化政策の導入を実現させるためには、主に①抑制する必要のない患者の救急車の利用まで抑制してしまう②料金の設定、支払方法③低所得者への対応の三つ課題が存在する。①の課題については、入院の有無を基準に患者を区別し、入院をしなかった軽症患者からのみ、救急車の利用料金を徴収することで解決が可能である。しかし、入院が必要かどうかを患者自身が判断することは難しい。そこで、患者が第三者に判断を仰ぐことができるよう、救急電話相談事業の活用が必要となる。救急電話相談事業を利用し、医療に関する専門的知識を持った担当者に相談することで、患者は適切な判断を仰ぐことができる。また、この事業を利用した場合は、搬送後軽症であると診断された際も搬送費を無料とする。これにより人々が電話相談事業を利用することにインセンティブが与えられるとともに、緊急性はあるが入院の必要のない軽症患者の救急車利用を妨げないと考えられる。②の課題については、救急車の有料化の実現可能性、また適切な金額の設定をするために明治大学の学生約 200 人にアンケート調査を実施しアンケート結果と大学生の平均月収の比の数値を割出し、その比の値を各年代別平均月収に当てはめることで、利用料金を導き

出した。料金の支払い方法については、病院で医療費を支払う際に、医療費に上乗せする形で徴収することとした。③については、生活保護受給者の利用料金を、生活保護を受給していない者より低い金額に設定することとした。

救急電話相談事業の活用を推進する上でも課題が存在する。最も大きな課題として挙げられるのが、救急電話相談事業の知名度の低さである。東京消防庁が東京都民に行った調査において、救急電話相談事業のことを知っている人は全体の 40%程度であり、実際に救急電話相談事業を利用したことがある人は全体のわずか 13%であった。この知名度の低さを解決するために、新聞にチラシを入れる、報道機関に救急車の一部有料化と共に救急電話相談事業についても報道をしてもらうなどして、迷ったら救急電話相談事業に電話をかけるという意識を国民に植え付ける必要がある。

以上の課題を踏まえた上で、救急車有料化政策の導入と共に、一部自治体で既に設置されている救急電話相談事業の活用の推進を提言する。政策を全国的に展開する手法として、救急電話相談事業を実施している、北海道、東京都、愛知県、奈良県、大阪府にて救急車有料化政策を先行的に導入し、他の都道府県については、救急電話相談事業が導入され次第、順次、有料化政策を導入していく。救急電話相談事業については消防庁の「救急安心センターモデル事業」を参考に各都道府県にいち早く導入への着手を求める。

われわれは政策の全国的展開を進めた上で、救急電話相談事業を市町村単位で導入し、救急者の利用料金を一部有料化することで、救急搬送を本当に必要としている患者に対し、迅速かつ適切な搬送が行われるような安心して暮らせる社会の実現を目指す。

社会保障、救急医療、救急出動件数抑制

## 目次

### はじめに

## 第1章 救急医療体制の現状分析

- 第1節 救急医療の現状
  - 第1項 概要
  - 第2項 供給面
  - 第3項 需要面
- 第2節 救急車による搬送体制の仕組み
- 第3節 解決すべき問題点

## 第2章 不適正利用者に対する現在の取り組み

- 第1節 救急電話相談事業
- 第2節 コールトリアージ

## 第3章 救急車有料化について

- 第1節 メリット・デメリット
- 第2節 救急車有料化に関する先行論文
- 第3節 海外での救急車の利用状況
- 第4節 我が国での救急車有料化議論の流れ

## 第4章 救急車有料化の課題と解決方法の考察

- 第1節 重篤患者の抑制
- 第2節 他者による要請の抑制
- 第3節 災害時の対応
- 第4節 料金設定・徴収方法
- 第5節 低所得者への対応

## 第5章 分析

- 第1節 調査結果
- 第2節 料金設定の算出

## 第6章 救急相談電話事業における課題と解決方法

- 第1節 全国展開の実現性
- 第2節 認知度向上

## 第7章 政策提言

第1節 政策提言の方向性

第2節 政策提言

第1項 救急車一部有料化

第2項 救急電話相談事業の全国展開・認知度向上

第3項 救急車一部有料化の全国展開

## 第8章 今後の展望

先行論文・参考文献・データ出典

付録 アンケート用紙

# はじめに

2013 年の 2 月に埼玉県で 50 代の女性が救急搬送され、搬送中に 38 回受け入れ要請を断られるという事件が発生した。この女性は自宅で転倒し、右足を骨折した。119 番通報し救急車で搬送中、救急隊員がかかりつけの病院などに受け入れを要請したが、「ベッドが満床」などとして次々と断られた。拒否した病院の中には、女性の既往症の悪性リンパ腫が脳に転移していることを聞き、「専門外だから」と断った例もあるという。結局受け入れ先が決まるまで 2 時間 22 分かかった。このように、医療現場における急病人のたらい回しは現代の大きな問題の一つとして顕在化している。また、近年我が国の救急搬送人員数は増加の一途を辿り、平成 24 年には過去最多の 525 万人超を記録している。急病人を医療機関に搬送する救急システムの供給に対し、救急車利用に対する需要の増加は超過需要をもたらし、救急患者のたらい回しや救急医療体制の疲弊を招く一因となっている。

我が国の救急医療は、「救急告示制度（1964）」や「一次、二次、三次の救急医療機関及び救急医療体制の整備（1997～）」など救急患者がいつでも適切な治療を受けられる‘フリーアクセス’を保障するための制度の整備が進められてきた。しかし、社会保障費の急激な増加を受け、近年は国民医療費を縮小する傾向があり、救急医療の運営そのものが窮地に迫いやられてしまうような事例も増えている。このままでは救急医療体制が機能せず、救急患者の命を救うことが困難になってしまう。救急医療体制の停滞を防ぎ、市民が安心して暮らすことのできる救急医療体制が確立された理想的な社会を達成するため、本論文の執筆に至った。

本稿では、救急搬送人員数の約半数を占める‘軽症患者’の過度な救急車利用を抑制し、適切な救急医療を啓発することによって、より緊急性のある重篤な患者がスムーズに病院に搬送されるような体制の確立を目的とし、救急車の有料化を提言する。

構成として、第 1 章では救急医療体制の現状分析を行った上で、救急医療の需要と供給の両面から見た現状と、救急車による搬送システムを取り上げる。第 2 章では軽症患者の抑制に関する現行の政策と、その課題について言及する。第 3 章では、救急車有料化に関連した 2 つの先行論文と救急電話相談事業に関する先行論文、海外での救急車の利用状況、我が国での議論の流れを取り上げる。第 4 章では救急車有料化の課題と、その解決方法を示す。第 5 章では、われわれが明治大学生 200 名に対し実施したアンケートを基にした分析結果と、有料化した際の料金の算出方法に関して論じる。第 6 章では、私たちの論じる政策において欠かすことのできない、電話相談事業の全国展開・認知度向上の道筋を考察する。第 7 章では、われわれの政策である救急車一部有料化と電話相談事業の全国展開を提言する。第 8 章では、われわれの政策提言における課題と今後の展望について述べる。

# 第 1 章 救急医療体制の現状分析

---

## 第 1 節 救急医療の現状

### 第 1 項 概要

日本における救急医療体制は、都道府県が作成する医療計画に基づいて体制を確保している。医療計画とは、限られた医療資源を有効に活用し、質の高い医療を実現するために地域の医療機関等の役割分担や連携体制を明確にし、地域全体で切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することを目的とした計画書である。都道府県は作成した計画を 5 年ごとに見直すこととなっている。計画書の中では、都道府県が病床の整備を図るに当たって、市町村を一単位として身近な医療を提供する一次医療圏、複数の市町村を一単位として一般的な医療を提供する二次医療圏、都道府県を一単位として高度な医療技術を提供する三次医療圏が定められている。その中で、救急医療は二次医療圏までで対応することとなっており、患者の重症度に応じて、三段階で対応している。詳細は以下の通りである。

- ①初期救急医療：比較的症状の軽い、入院を必要とせず帰宅可能な患者に対応。  
(かかりつけ医、休日夜間救急センター、在宅医当番制 等)
- ②二次救急：手術や入院が必要な、症状の重い救急患者に対応。  
(病院群輪番制、救急告示病院 等)
- ③三次救急：複数の診療領域にわたる重篤患者に対応。高度な医療を総合的に行う。  
(救命救急センター、高度救命救急センター 等)

この区分には、「各機関で受け入れるべき患者の基準が曖昧である」という問題点が存在する。そのため、この体制のみを基準として救急患者の迅速な受け入れを行うには限界があると言える。よって、症状に関係なく、救急搬送患者と独歩患者のすべての救急患者に救急医が対応する北米の ER 型救急医療モデルを導入している医療施設も存在する。しかし、日本の医療体制とは大きく異なるため、まだ完全にこのモデルを遂行している施設の数はい少ない。

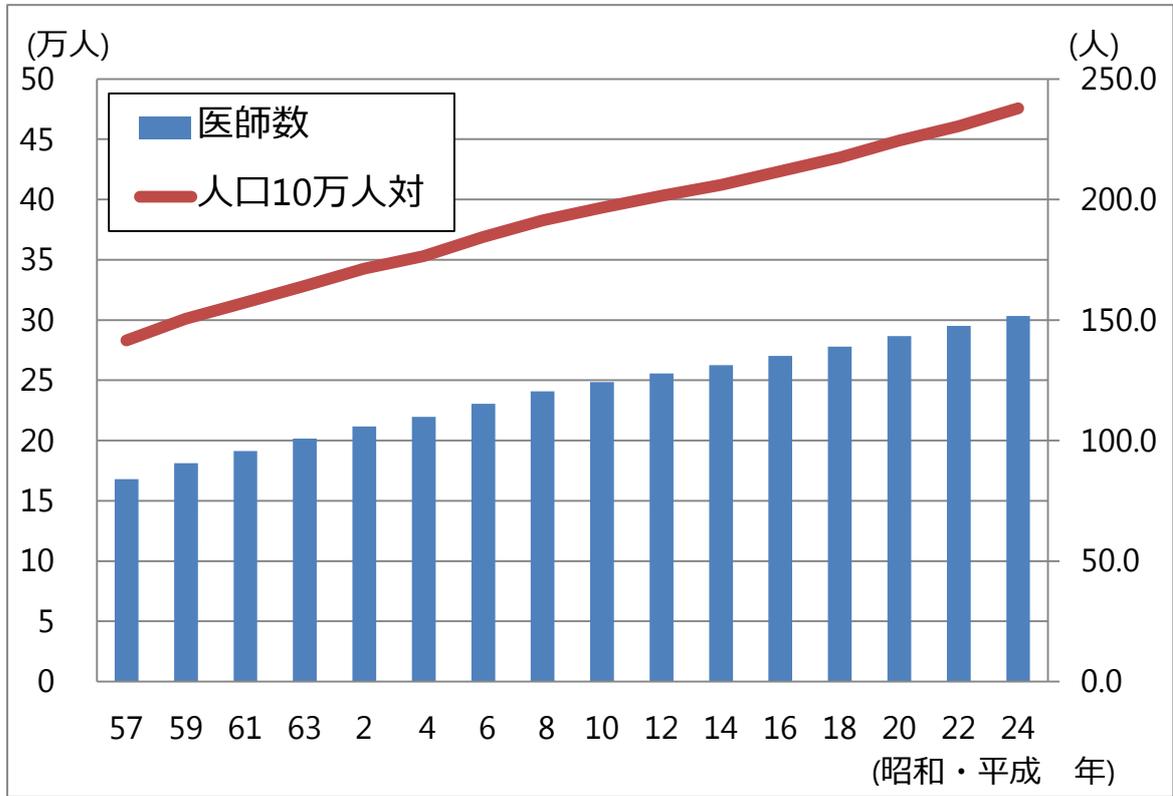
### 第2項 供給面

救急医療に関わらず、現在日本の医療においてしばしば「医師不足」が問題とされている。病院が救急患者を受け入れなかった理由としても、「医師が対応中」、「医師不在」といったものが見られる。厚生労働省発表の「平成 24 年度版 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」によると、医師数そのものは増加傾向にあり、人口 10 万人対の医師数も増

加している（図 1-1）。また、様々な症状に対し、適切に救急処置を行うことを専門とする救急医師の数を見てみると、こちらも増加傾向にあることが分かる(図 1-2)。

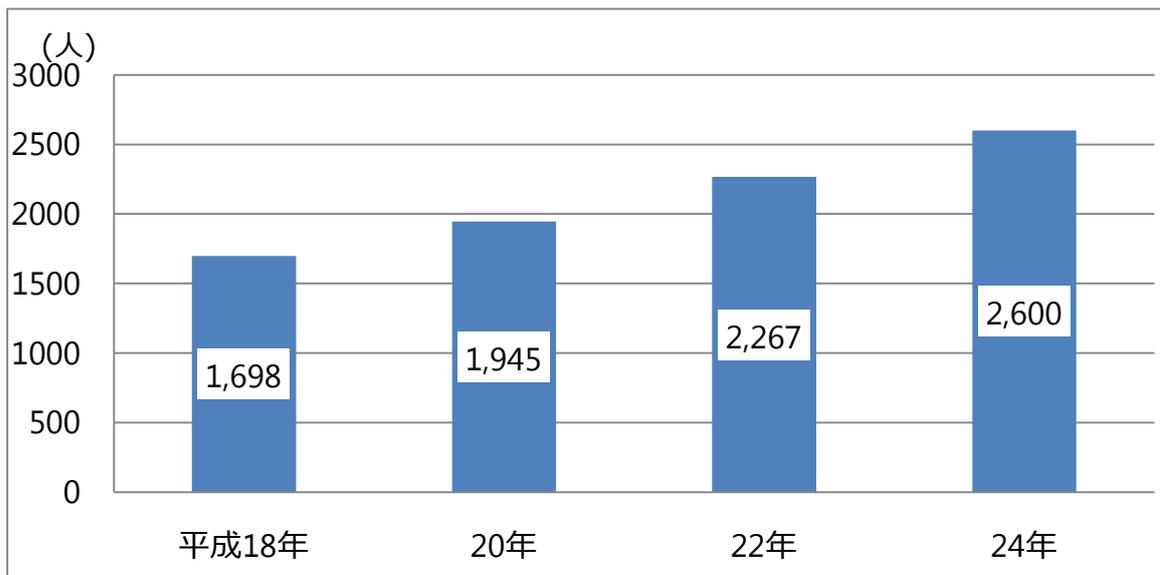
しかし、医師数を増やすには時間がかかることや、無理な増加は医療の質を下げってしまう恐れがあることから、これ以上医師数を急激に増加させることは不可能である。

図 1-1 医師数の推移



出所：厚生労働省「平成 24 年度版医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より作成

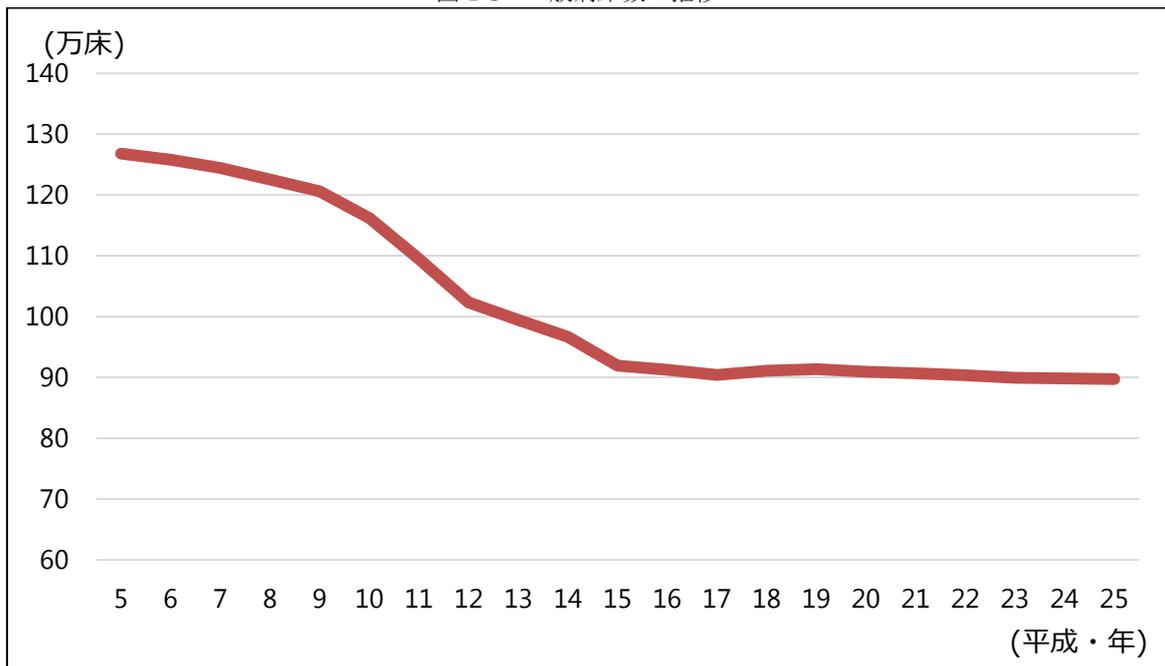
図 1-2 救急医師数の推移



出所：厚生労働省「平成 18・20・22・24 年度版 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より作成

この他に病院が受け入れ拒否を行った理由として「ベッド満床」が挙げられる。医療施設に設置できるベッド、すなわち病床の数は、各都道府県の医療計画によって基準数が設けることにより管理されている。病床は主に一般病床、精神病床、療養病床、結核病床に分けられており、救急患者を収容するのは一般病床である。厚生労働省発表の「平成 25 年度版医療施設（動態）調査・病院報告の概況」によると、平成 5 年に 1,267,589 床あった病床数は平成 25 年の時点で 89,738 床まで減少している(図 1-3)。この減少傾向は医療費抑制政策の影響を受けたものと考えられ、コストの面においても限られた病院しか新しい病床の設置を行うことができず、増加傾向へと転じることは困難であると予想される。

図 1-3 一般病床数の推移

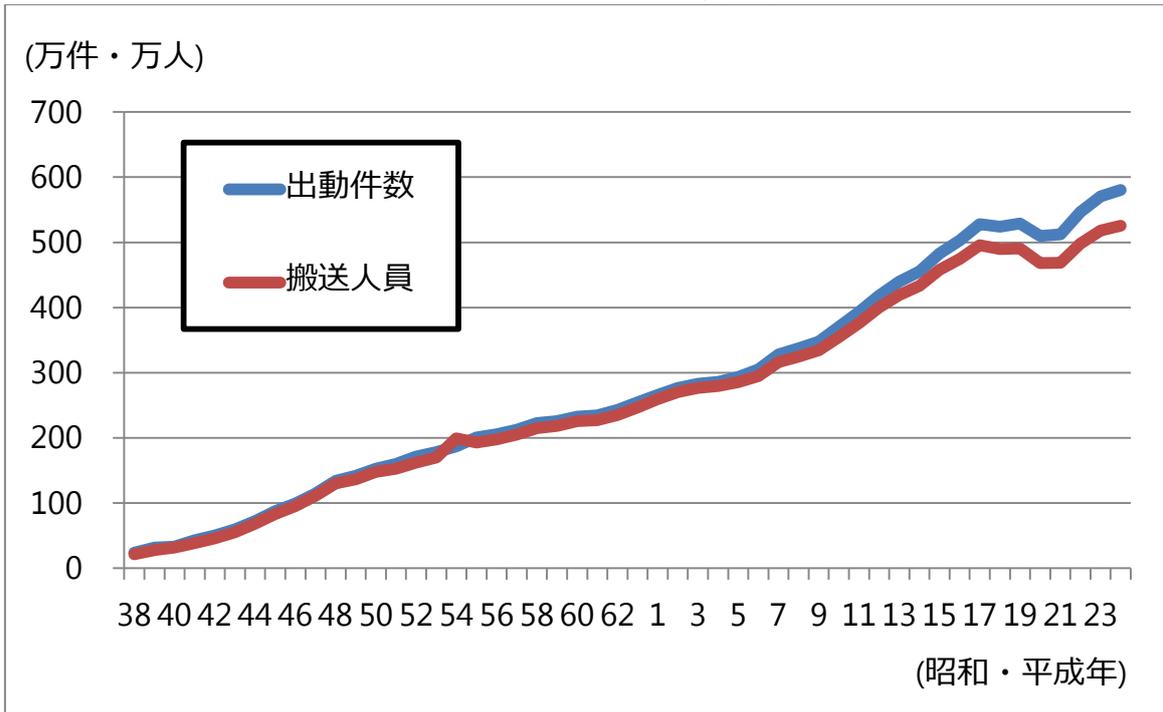


出所：厚生労働省「平成 25 年度版医療施設（動態）調査・病院報告の概況」より作成

### 第3項 需要面

救急医療の問題として主にあげられるのが、止まらない需要の増加である。総務省消防庁発表の「平成 25 年度版 救急・救助の現況」によると、救急出動件数は前年と比較して 94,599 件増加した 5,805,701 件と過去最多となっており、平成 16 年から連続して 500 万件を超えている(図 1-4)。搬送人員も前年と比較して 67,573 人増加した 5,252,827 人となっており、過去最多である。なお、出動件数のうち救急車による出動件数は全国で 1 日平均 15,897 件である。これは、5.4 秒に 1 回の割合で救急隊が出動し、国民の 24 人に 1 人が救急隊によって搬送されたことになる。

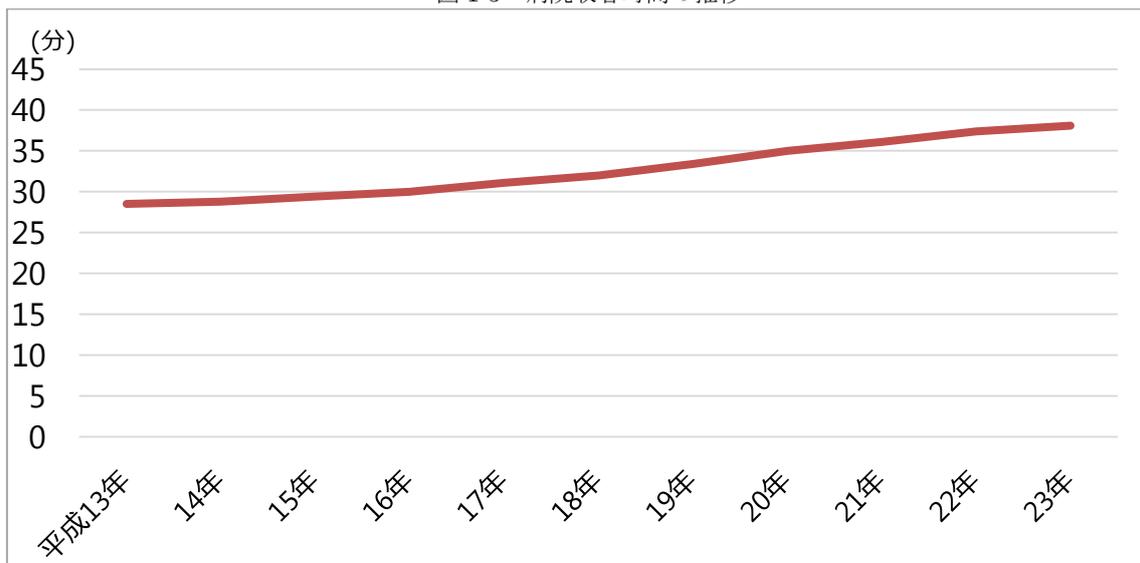
図 1-4 救急出動件数及び搬送人員の推移



出所：総務省消防庁「平成 25 年度版 救急・救助の現況」、「平成 25 年度消防白書」より作成

出動件数の増加に応じて、病院収容時間<sup>2</sup>も 38.3 分と過去最長であり、10 年前と比較すると約 10 分伸びている(図 1-5)。救急患者は、中でも重篤な症状であった場合、より迅速且つ適切な処置が求められる。よって病院収容時間の 10 分増加は救急患者にとって命に係わる深刻な問題である。総務省消防庁が平成 24 年度に行った将来推計によると、高齢化の進展等により救急需要は今後ますます増大する可能性が高いことが示されており、救急搬送時間の遅延も一層深刻となることが予想されている。

図 1-5 病院収容時間の推移



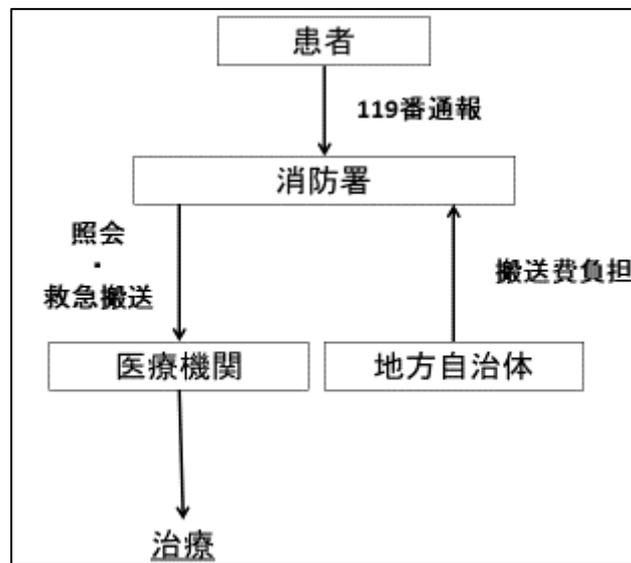
出所：総務省消防庁「平成 25 年度版 救急・救助の現況」より作成

<sup>2</sup> 119 番通報から病院に収容されるまでの時間を指す。

## 第2節 救急車による搬送体制の仕組み

救急搬送の主な手段を担うのが救急車である。日本では 119 番通報をすると各地域の消防署の通信員が 24 時間対応し、救急車を救急患者のもとへと向かわせる。救急車には主に救急隊長、機関員、救急隊員の 3 人編成による救急隊が乗り込む。救急隊は患者の症状を踏まえ、医療圏内の医療施設に対し収容要請を行い、受け入れ可能と回答があった施設へと患者を搬送する(図 1-6)。医療の全般的な管轄は厚生労働省であるが、救急医療は搬送を行う上で総務省消防庁が関わっており、医療と消防の連携が必要となってくる。救急車利用にかかる費用の患者負担はなく、各地方自治体がこれを負担している。なお、2012 年のさいたま市の公表では、救急車出動 1 回当たりのコストは、報償費・役務費・備品購入費などを含めて 4 万 2425 円とされた。よって救急出動件数の増加は、地方行政の財政を圧迫する要因にもなっていることが分かる。

図 1-6 我が国の救急車搬送体制



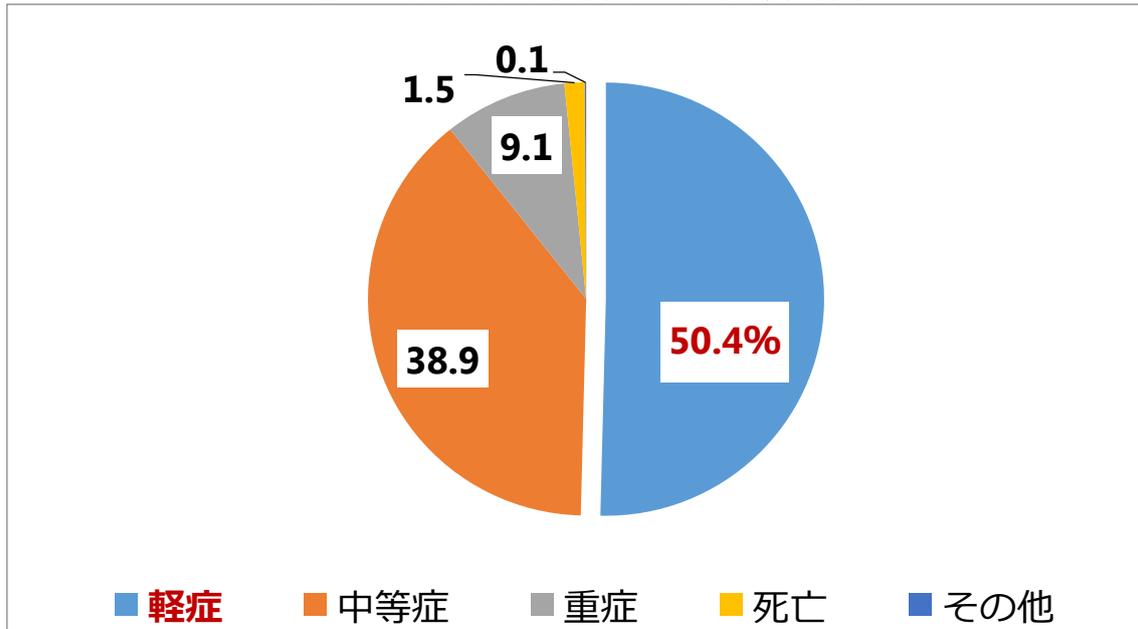
## 第3節 解決すべき問題点

私たちが以上の現状分析により問題点として着目したのは、出動件数の増加である。すでに述べた通り救急出動件数及び搬送人員は年々増加している。出動件数の増加は搬送時間の増加、救急医療における医療費の増加、医師の負担の増加等様々な問題を引き起こす。このまま出動件数が増加し続けると、救急医療体制はますます苦しくなり、救急医療が立ち行かなくなってしまういわゆる‘救急医療崩壊’の状態に陥りかねない。それに加えて、少子高齢化が進み高齢者の割合が年々増え続けることが予想される我が国では、現役世代の社会保障費の負担が大きくなってしまふ。救急医療体制、また現役世代の社会保障費負担軽減のためにも、出動件数を減らすことは重要な課題なのである。出動件数を減らす方法を検討するために、次から搬送された患者の内訳を詳しく見ていく。

救急患者の搬送手段の大部分を占めるのは救急車である。総務省消防庁発表の救急自動車による傷病度別の搬送人員の構成を見ると、入院加療を必要としない軽症患者が約半分の割合を占めていることが分かる(図 1-7)。また、平成 24 年のみに限らず、約 10 年前か

ら一貫してこの状態が続いている。東京消防庁が実施した「平成 26 年度消防に関する世論調査」<sup>3</sup>では、救急車を要請した理由として多くの都民が「生命の危機があった」といった緊急性を第一とした回答をしているものの、「救急車で病院に行ったほうが優先的に診てくれると思った」という利便性に着目した回答や、「軽症や重症の判断がつかなかった」といった回答も見られる。よって、不要不急である軽症患者が存在しているということが分かる。つまり、救急搬送された患者はすべてが緊急性を持った搬送すべき患者というわけではないため、出動件数を抑制することは可能であるということが分かる。

図 1-7 救急自動車による傷病度別搬送人員の現況



出所：総務省消防庁「平成 25 年度版 救急・救助の現況」より作成

<sup>3</sup> 平成 26 年 6 月 2 日から 7 月 4 日まで、東京都内に住む満 20 歳以上の男女個人を対象に行われた。

## 第 2 章 不適正利用者抑制に対する 現在の取り組み

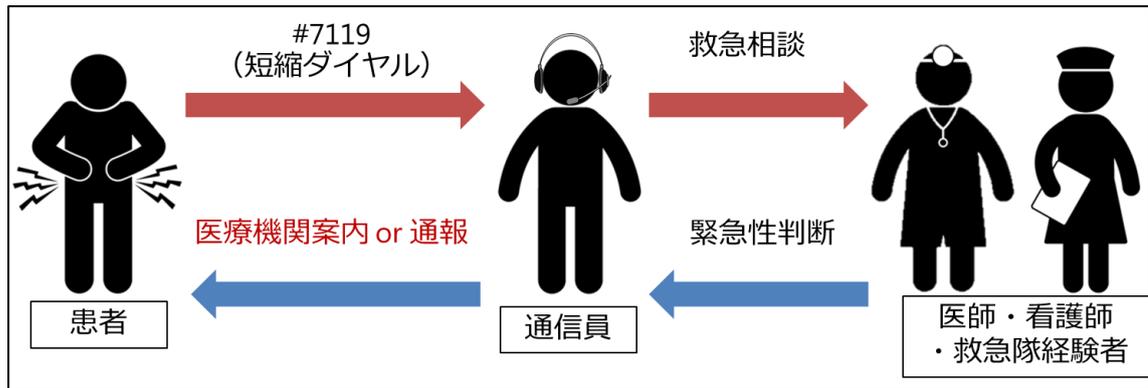
現在増大し続けている救急需要に対し、政府や各自治体は人々の安易な救急車の利用を抑制するための取り組みを行っている。この章では主に 2 つの取り組みについて紹介する。

### 第 1 節 救急電話相談事業

人々が軽症であっても 119 番通報をしてしまう理由として、一般市民は医療の知識が非常に乏しいという点が挙げられる。そのため自分で重症度や緊急度を判断することが難しいケースは多々ある。そこで、一部の消防・医療機関では、119 番通報を行う前の相談窓口として救急相談ダイヤルを設置している。例として、東京都で行われている救急相談センターを取り上げる(図-7)。東京都では、「#7119」の短縮ダイヤルに電話をかけると、24 時間いつでも東京消防庁救急相談センターへと回線がつながるようになっている。相談センターでは、医師や看護師のアドバイスをもとに、救急隊経験者等の相談通信員が病状に基づき緊急性の有無を判断する。緊急性があると判断された場合は救急車による搬送を要請し、無いと判断された場合は、適切な医療機関の案内を行っているのである。また、運営主体は東京医師会や東京消防庁等で構成された「東京消防庁救急相談センター運営協議会」であり、消防と医療が協力関係を結んだ結果ともいえる。なお、全国統一の事業としては小児救急相談窓口が設置されている。こちらは休日や夜間に、子供の急病に関する判断を小児医師や看護師に相談することができる。短縮ダイヤルは「#8000」で、各都道府県の相談窓口に自動転送されるようになっている。

総務省消防庁発表の「救急安心センターモデル事業の効果分析について(報告書素案)」によると、東京や奈良、大阪では、救急電話相談事業の導入により、救急出動件数の減少という直接的な効果はみられなかったものの、軽症者の搬送割合、119 番に通報される緊急通報以外の件数、及び救急医療機関への時間外診療受信者数の減少がみられた。よってこの事業は救急需要への対策の一環として有効であることが明らかとなっている。それに対して課題としてあげられるのは、まだ導入段階であるため全国展開していないことである。現在電話相談事業として #7119 を使っているのは、東京都、大阪府、愛知県、奈良県、北海道(札幌)の 5 都市のみである。また、それとは別に、独自で電話相談事業を行っている自治体も存在するが、全国的に統一したほうがより利便性が向上するであろう。さらに、相談事業の認知度が非常に低い点も問題である。東京消防庁の実施した「平成 26 年度消防に関する世論調査」によれば、「東京消防庁救急相談センター( #7199 )を知っている」と回答した都民は 40.5%で、さらに「利用したことがある」と回答したのはわずか 13.2%であった。このことから、多くの人々が判断に困った際は 119 番通報をしていることが分かる。よって、このシステムを世間に広め、利用してもらうための広報活動が必要である。

図 2-1 救急電話相談事業の仕組み



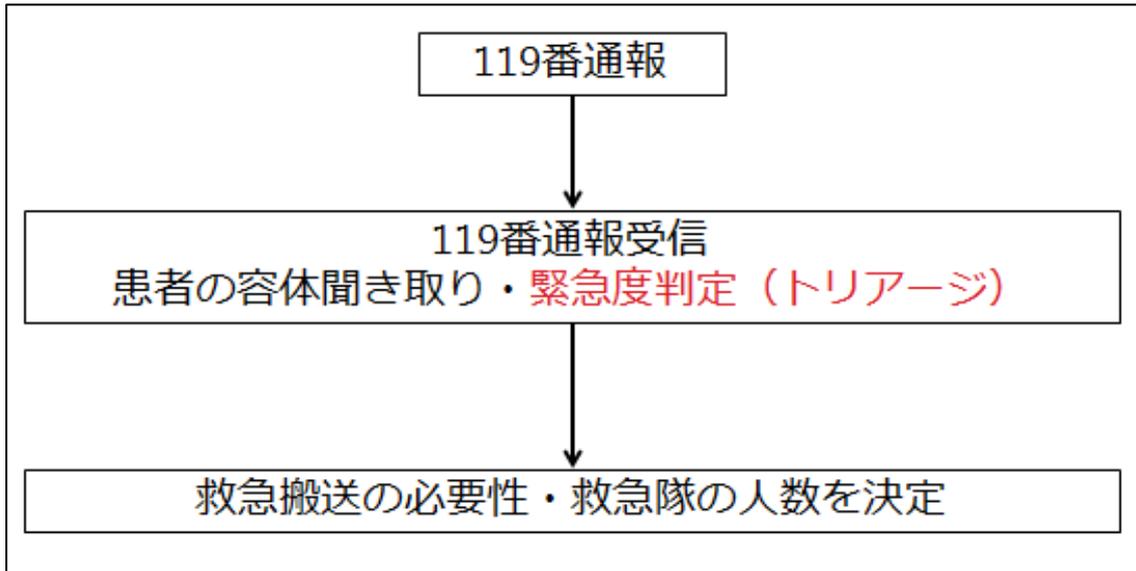
参考：東京消防庁ホームページ「救急相談センター」

## 第2節 コールトリアージ

次にあげられるのが「コールトリアージ」である。トリアージとは緊急度判定を意味し、119番通報受信時に迅速かつ的確な緊急度及び重症度の識別を行い、それに合わせて救急搬送の必要性、または救急隊の人数を決定するシステムのことである(図 2-2)。限られた人員・設備で効果的に救急患者に対応できるとして期待されている。現在横浜市がこの制度を採用しており、通報を受けた司令官が患者の年齢や性別、呼吸や意識の状態、外傷、特殊傷病、疾病、既往病歴等の情報をコンピューターに入力することによって救急隊の種類や規模を決定している。この救急システムの導入により、横浜市では緊急度・重症度の高い事案に対する現場到着が全体事案の平均よりも1分近く短縮される効果が見られた。

このシステムの課題は、いかに適切に緊急度・重症度を判断するかである。プログラムの更なる改善はもちろんのこと、それを利用する人員の教育が必要である。指令管制員は、プログラムを操作する能力に加えて医学的な知識に基づいて通報内容を聴取する能力、通報者に口頭指導を行う能力といった様々なスキルが求められる。最も悪いケースは、重症患者を軽症患者であると誤った判断をしてしまう、アンダートリアージである。しかし、これを防ぐために軽症であるにもかかわらず念のため重症患者と判断するオーバートリアージばかり行っているのは、トリアージの意味がなくなってしまう。いかに患者の状況を電話で判断をするかが今後の課題となってくるだろう。

図 2-2 コールトリアージの仕組み



## 第3章 救急車有料化について

---

### 第1節 メリット・デメリット

われわれは軽症である救急患者を抑制する政策として、救急車の有料化に注目している。救急車の有料化は救急搬送抑制政策として以前からたびたび話題に上がっているものの、現実に実現はしていない。われわれは本稿において救急車有料化に伴う問題点を解決し、救急車の有料化の実現を目指す。

まず救急車有料化のメリットについて考える。救急車を有料化する最大のメリットは救急出動件数を抑制できるということである。救急車を有料化すれば緊急度の低い患者が救急車の利用を控えるようになり、本来搬送が必要な重篤な患者への対応がしやすくなる。すでに述べたことではあるが、現在の救急医療は救急出動件数の増加により、搬送時間の増加、医師の負担の増加などの問題を抱えている。また救急医療だけでなく、医療全体の問題として医療費の増加もある。救急車の利用を有料とし、不必要な救急搬送を抑制し救急出動件数を減らすことにより、これらの問題を改善に導くことができると考えられる。救急車有料化のメリットは患者一人一人にとっては大きくないように見える。しかし、日本の医療、特に救急医療においては大きなメリットである。

次に救急車有料化のデメリットについて考える。救急車有料化のデメリットは、患者に新しい負担を課すということである。救急車を有料にすると、当然患者は救急車の料金を払うことになる。これは今までなかったものなので、患者は大きな負担と感じるかもしれない。さらに、この負担によって、‘本来搬送を必要としている患者’の救急利用まで抑制してしまう可能性がでてきてしまう。症状が分からない他者のための救急要請もここでの‘本来搬送を必要としている患者’とは、中等症、もしくは重症を示している。われわれが抑制すべきと考えるのは、緊急性のない軽症である救急患者である。よって、救急車有料化を提言する上で、われわれはこの課題を解決しなければならない。

### 第2節 救急車有料化に関する先行論文

救急車有料化について検討するにあたり、以下の2つの論文を参考にした。

- (1)『第一生命経済研究所 Life Design Report 2006 3-4』下開千春(2006)  
「救急車の有料化議論と適正な利用に向けて」

この論文では、有料化議論が高まった経緯を述べつつ、東京消防庁が発足させた救急需要対策検討委員会が救急車有料化を見送るに至った経緯について取り上げている。救急車の有料化を図る必要があるという意見が出された一方で、以下の4つの項目が有料化を見送った理由として上げられた。

- ① 事故や災害から国民の生命や体を保護することや、救急を要する事態での人命救護・救急活動は地方公共団体の基本的責務である
- ② 有料化を図ることは、「お金を払うのだから」といった意識により、これまで以上に救急需要の増大を招く恐れがある
- ③ 有料化を図る前提として保険等の社会インフラの整備が求められる
- ④ 本来救急車が必要な事案について要請を躊躇させる恐れがある

以上をふまえ、下開は自らアクセスできる救急医療体制を確保するためにも、抑制の際にはまず何よりも適正な利用の促進と、医療機関と医師数の受け入れ態勢の充実なくしては、現状の改善はないと述べている。また、乳幼児や高齢者などがある世帯や単身世帯など救急車の需要が高い層の不安を取り除いていくことで、自らアクセスが可能な救急医療体制を充実させることが重要であると論じている。

また、有料化による軽症患者の救急車の抑制効果が見られるのは2万円以上であると論じている、大重らの『救急車有料化に関する質問票調査（第2報）—仮想市場法を用いた検討』（2005）が取り上げられ、有料化の際の料金設定は2万円以上が妥当であるとしている。

この論文では、救急車有料化における課題は示されていたものの、その解決の方法については言及されていない。よって、本稿では解決方法を提示することにより、救急車有料化の実現性を高めていく。

- (2) 『第52巻 日本公衛誌 第9号』川上ちひろ・大重賢治・和田誠名・河野隆・常陸哲生・久保田勝明・朽久保修(2005)  
「横浜市における救急車利用に関する質問票調査」

横浜市では、救急車の出動件数増加に伴い救急隊運営費が増加していることから、効率的な病院前救護体制（119番通報から搬送先病院までの搬送体制）についての検討が行われている。この論文では、病院前救護体制の構築にあたって横浜市民約2,000人を対象に実施された質問票調査の結果の分析を行っている。これによると、救急車有料化に関しては賛成が65.8%、現状のままが31.0%であり、賛成が多数を占めている。また有料化する場合の利用料金としては、3千円や5千円と回答したものが多かった。

年齢別に見ると、80以上の郡では負担額を低料金にとの傾向が見られ、世帯年収別では、世帯年収が高いほど負担額を高く回答する傾向にあった。これらの結果を踏まえ川上らは、市民が救急車の実際の経費に関する情報を持っていないければ、有料化の賛成割合が大きく減少する可能性があることを指摘し、救急車利用の有料化に一定の理解を得るべきと論じている。その上で、本来搬送が必要とされる事例を抑制してしまう可能性や、今まで利用を控えていた患者が有料のサービスとして安易に利用するようになり、逆に利用者が増えてしまう可能性をとりあげ、検証すべき重要な課題であるとしている。

この論文では、救急車を有料化した際の搬送料金の明確な価格設定、徴収方法については示されていない。よって、私たちはこれらの確立することが必要であると考えた。

### 第3節 海外での救急車の利用状況

救急車有料化政策というのは、前例のない新しい政策というわけではない。海外ではもう既に導入している国がいくつもある政策である。

表3-1は、世界各国の有料化制度の導入状況と、金額、更には運営元を表したものである。

表 3-1 世界各国での救急車運営の状況

	国名	都市	公営	民営
欧米	アメリカ	ロサンゼルス	基本料金約40,000円 + 走行加算約1,500円/マイル	公営と同程度
	カナダ	バンクーバー	約55,000円	
	イタリア	ローマ	無料	基本料金約30,000円 + 走行加算約300円/km
	フランス	パリ	無料	基本料金約8500円 + 走行加算約300円/km
	スペイン	マドリード	無料	基本料金約12,000円 + 走行加算約100円/km
アジア	中国	北京	基本料金約6,000円 + 走行加算約100円/km	
	マレーシア	クアラルンプール	無料	約6,000~8,000円
	フィリピン	マニラ	無料	基本料金約9,000円 + 走行加算約1,400円/1時間
	シンガポール		無料	約10,000~15,000円

出典：総務省統計局発行、総務省統計研修所編集「世界の統計 2011」、または外務省「世界の医療事情」

## 第4節 我が国での救急車有料化議論の流れ

海外ではすでに導入されている例があるが、日本においては救急車有料化を実現した例は現在存在しない。しかし、その是非に関してたびたび議題としてあげられている。まず、2004年東京消防庁では、先行研究でも取り上げたとおり、救急車の有料化も含めた救急需要対策検討委員会を発足させ検討を行うも、導入を断念している。2005年、増え続ける救急車の需要に歯止めをかけようと、総務省消防庁は有識者会議を設けたが、課題の多さから有料化は最終手段との結論を出している。2006年、救急車の適正使用を検討してきた「さいたま市救急需要対策懇話会」は、当時のさいたま市長に提言書を提出するも、「無料化であることが市民に根付いている」、「さいたま市以外からの救急要請をどう扱うか」などの理由から「さいたま市だけでは決められず、長期の検討が必要」として実施を見送った。そして2010年、静岡県市長会は、救急車を安易に呼ぶ問題が深刻化しているとして、作業部会を設け具体的な手法などについて検討が行われた。作業部会は救急車有料化に自治体が踏み出せるように国に法改正を要望するなど4点の方法を盛り込んだ検討結果を発表したが、県市長会は「時期尚早」として有料化を見送ることを決定した。各市において「救急車を適正に利用している市民にも負担を強いることになる」といった消極的な意見が目立ったという。

## 第4章 救急車有料化における 課題と解決方法の考察

われわれは救急搬送を抑制する政策として救急車の有料化に着目した。第3章で述べたとおり、救急車の有料化は救急搬送抑制政策として以前からたびたび話題に上がっているものの実現には至っていない。われわれは本稿において救急車有料化に伴う問題点を解決し、救急車の有料化の実現を目指す。

そこで、われわれは救急車有料化を実現するための課題として下記の五つを想定した。

- ①本来搬送を必要としている患者が救急搬送要請を躊躇してしまう事態を防ぐ
- ②自身以外の急病人への救急搬送要請を躊躇してしまう事態を防ぐ
- ③不透明な災害時の対応を設定する
- ④料金の設定、料金の徴収方法を確立する
- ⑤低所得者の利用を抑制する事態を防ぐ

以下がわれわれの考えた五つの課題に対する解決策である。

### 第1節 重症患者の抑制

まず、一つ目の‘本来搬送を必要としている患者の利用を抑制する可能性’という点についてである。彼らが救急車利用を控えてしまう状況を回避すべく、われわれは救急車の一部有料化を提言したい。一部のみを有料化と定義することで、中等症・重症患者からは利用料金を取らず、軽症患者のみから料金を徴収することが可能となる。中等症・重症患者と軽症患者の線引きを行う方法としては、両者の間に存在する入院の必要の有無という明確な違いを利用する。つまり、入院をした患者からは救急車の利用料金を徴収せず、入院をしなかった軽症患者からのみ利用料金を徴収する。この方法を用いることにより、本来搬送を必要としている患者の利用を抑制しない形での有料化が可能となるのである。

しかし、仮に上記の方法の採用が実現しても課題は残る。それは、患者自身に軽症か否かの判断が難しい点である。これには‘情報の非対称性’という医療分野全体に関わる問題が絡んでいる。患者と医師の間には情報の取得・受領の両方の点において差異があるため、患者は医師に比べ医療における専門的な知識の量が圧倒的に少ない。そのため、自身の容体は勿論、患者自らが入院の必要性の判断を行うことは困難である。そこで、われわれは救急車の一部有料化と同時に、電話相談事業の普及の推進を提言したい。電話相談事業の普及を推進していくことで、‘情報の非対称性’によって生じる問題を最小限に抑えることができるのである。既に述べた通り、電話相談事業とは、東京消防庁救急相談センター等一部の自治体が行っている救急医療サービスであり、救急車を呼ぶ必要性等、患者自身では判断し難い症状について、24時間電話回線を通じて相談することが可能である。このサービスを全国に拡張し、更には利用実績を上げることで、情報の非対称性を解消で

きるのである。この電話回線を用いた救急医療におけるサービスには、上記の第2章第2節にて触れたコールトリアージも含まれる。横浜市などが行っているもので、119番通報を受けた際にその場でいくつかの質問をすることで患者の重症度を判定し、患者の搬送順はもちろん搬送が必要かどうか、どの程度の人員を向かわせるか、何台の車を向かわせるかなどを決めるものである。横浜市ではコールトリアージを導入した結果、重症患者から119番通報を受けた際の現場到着時間を短縮することができている。また少数ではあるが搬送を断るというケースもあり、救急車の不適正利用の抑制の効果もみられる。救急車が無料である現段階では、直接119番に通報せずに電話相談事業を利用することのメリットが少ないため、119番通報を受けた際に行うコールトリアージの方が優れた政策であるといえる。しかし、救急車を有料とした際は、患者は自分が軽症なのか判断をする必要がある。より正確に症状を判断し、緊急性があると判断した際は相談員がその場で救急車の要請をし、緊急性のない軽症患者であれば症状に合わせて医療機関の紹介や処置のアドバイスなどを行うためには、コールトリアージよりも、119番とは別の番号でより長時間患者と話せる環境の方が好ましい。加えて相談をした軽症患者が病院に行きたいという思いを伝えた際には、中等症・重症患者の治療の妨げにならない一次病院のなかで、いち早く診察が可能な病院を紹介できるように電話相談事業と病院との連携を強化することも必要だと考えられる。

## 第2節 他者の急病人への救急搬送要請の抑制

次に‘自身以外の急病人への救急搬送要請を抑制してしまう可能性’がある点について考える。ここでの自身以外の急病人とは、血縁関係の有無に関わらず、緊急性のある症状をきたしている、あるいはその疑いのある者を示している。救急車有料化政策が実現すれば、救急搬送時の費用を負担するのは、当然ながら医療機関へ搬送された救急患者である。これは出動件数の抑制に繋がる反面、上述した自身以外の急病人への救急搬送要請を抑制してしまう危険性を孕んでいる。自らが患っている症状と比べ、自身以外の急病人、つまり他者の病状を把握するのは難しい。そのため、他者に不要な搬送費を負担させることを恐れ、搬送要請を躊躇してしまう可能性がある。本章の第1節で述べた通り、専門的な医療の知識を持たない者が、患者の緊急性を判断し、搬送の必要性の判断を行うことは不可能に近い。仮に軽度な症状であっても、重い病気の初期症状である可能性も否定できない。われわれの救急車有料化政策では軽症患者と中等症・重症の患者との区別は原則入院の必要の有無で判断することとなっているが、入院を必要としない緊急性のある患者に対する対応策を考える必要があるのである。この課題を解決する方法としても、電話相談事業が活用できるとわれわれは考えている。急病人を発見した者が電話相談センターに連絡し、相談員が救急搬送を必要と判断を行い、搬送要請をした場合に限り搬送費を無料とする。つまり、救急搬送の必要性の有無の判断を電話相談事業が行うのである。電話相談員による救急搬送要請によって搬送された患者は、もし入院の必要がなかったとしても、緊急性のある搬送が必要な患者であったと認定し、適切な救急車利用であるとして搬送費を無料とする。この方法を採用することにより、他者に対する搬送要請を躊躇する事態は解決できると想定される。

### 第3節 不透明な災害時の対応

次に‘不透明な災害時の対応’についてである。震災や台風等の自然災害、または事故等の人災に巻き込まれてしまった際に、手当が必要な傷病者が大量に発生することが予想される。仮に少数であったとしても入院が必要ではないが手当が必要なケースは必ず出てくる。このような災害時の対応についても、改善策を考える必要がある。現在、災害時にとられている救急医療の対応として災害拠点病院の設置やその災害拠点病院からのDMAT(Disaster Medical Assistance Team)<sup>4</sup>の派遣などが行われている。災害拠点病院は基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院に分類されている。基幹災害拠点病院は各都道府県に一か所設置され、地域災害拠点病院は二次医療圏に一か所設置されている。これらの病院は、高度な設備を有し災害時に多発する重篤な救急患者に対応すること、DMATの派遣、救急ヘリなどによる広範囲における搬送を行うことが主な役割となっている。このDMATは医師、看護師、業務調整員(医師、看護師以外の医療職)で構成されているので、現場での治療を行うことができる。災害現場には軽症者も重症者もふくまれているため、DMATの医師が現場トリアージを行う。現場トリアージではトリアージタグと呼ばれる識別票が使われており、重症度別患者を色分けして識別することで、緊急を要する重症患者から正しく救急搬送することができる。災害時の救急医療の対応は以上のように医師の判断によって重症の患者が正しく救急搬送されることから、災害時に救急車の有料化は影響しないと考えられる。

### 第4節 料金設定・徴収方法

次に‘金額の設定、料金の徴収方法’についての問題である。金額をいくりに設定するのか、どこで徴収するのか、徴収した搬送費の使い道はどうか、主に三つが問題として挙げられる。まず金額設定であるが、われわれは本稿を執筆するにあたり明治大学生にアンケートを行い、救急車を有料化した際に妥当な金額をいくりと考えるかを調査した。われわれは、アンケートによって得られた結果と、大学生の平均収入との比の数値を割出し、その比の値を各年代別平均所得に当てはめることで利用料金を導き出した。詳しい数値と計算内容に関しては、第5章の分析において記述する。

次に料金の徴収方法についてである。現在、救急車有料化政策を導入している海外の国々では、搬送を行った後に本人宛に請求書を送付し、利用者が指定された自治体もしくは消防署の窓口まで支払いに行く方法が主流となっている。しかし、請求書の作成と送付にかかる手間がかかる、自治体や消防署の窓口まで支払いに行く負担が生じる点を考慮すると、この方法は最良のものとは言い難い。そこで、われわれは搬送先の病院にて利用料金を徴収する方法を考えた。搬送先の病院で料金を徴収する、つまり、搬送先の病院での治療費に上乗せする形で徴収することで、上述したような新たな負担の発生を防ぐことができるのである。

最後に三点目として挙げた徴収した搬送費用の使い道についてである。有料化政策を導入すると、患者は搬送費を払うことになるが、その搬送費をどのように活用するのか、どの機関の財源となるのかを考慮する必要がある。われわれは、上述の通り搬送先の医療機関にて利用料金を徴収した上で、そのまま医療機関が利用料金を受け取り、救急医療部門の補助に充てるべきであると考えている。近年、救急医療に従事している病院が抱える問題の一つに、救急医療の採算性の低さがある。診療報酬制度では、救急医療の評価が決して高くない状況から、二次救急病院の数は減少している。利用料金を搬送先の病院が受け取り、赤字を補填することができれば、救急医療部門の質を今後も維持していくことが可

<sup>4</sup> 「災害急性期に活躍できる機動性を持った、トレーニングを受けた医療チーム」と定義されている。

能となるのである。各自治体は今まで通りに搬送費を全額払うことになるが、有料化政策の導入で救急出動件数が抑制されることにより、自治体も‘搬送費負担の減少‘という恩恵を受けることができるのである。

## 第5節 低所得者への対応

続いて低所得者への対応についてである。ここでの低所得者とは主に生活保護受給者とした。なぜなら、生活保護受給者は医療費を国からの補助金で賄っており、救急車を有料化してしまうと、金銭的に困っている生活保護受給者は救急車に乗れなくなってしまう事態が発生しかねないからである。しかし、そうであるからといって生活保護受給者の搬送費を無料にしてしまうと、救急車を有料化にするメリットが薄れてしまう。2012年時点で、生活保護受給者は約200万人いるとされている。現在の生活保護制度において、生活保護受給者は医療費が無料となっている。つまり生活保護受給者は気軽に病院へ行くことができる現状である。生活保護受給者の搬送費を無料とし、ほかの国民から搬送費を徴収してしまうと、一番救急車を気軽に使える人達を除外し、その他の市民から料金を徴収するということになり、政策として十分な効果があるのかどうか疑問が残る。しかし生活保護受給者には救急車の料金を払うほどの余裕はない。われわれの救急車有料化案は一部有料化であり、本当に搬送が必要な場合には料金は徴収しないことになっている。また情報の非対称性も、電話相談事業を組み合わせることにより解決できる仕組みとなっている。そのため、われわれの政策において搬送費を払うことになる生活保護受給者は、電話相談員により搬送の必要がないと判断された患者であり、救急車の不適正利用であるため、料金を徴収されるべきである。つまり、生活保護受給者であったとしても、救急車の不適切な利用には料金を徴収するというのがわれわれの考えである。料金設定に関しては、生活保護者の平均所得を用いることにより算出することができると考えている。

## 第5章 分析

今回論文を執筆するにあたり、私たちは救急車有料化の実現可能性を確かめるため、救急車の有料化に関する意識調査を明治大学の学生約 200 名<sup>5</sup>に行った。10 月中旬から開始し、19～23 歳の意見を尋ねた。

冒頭に救急車有料化の意義とデメリットを簡潔に記載し、以下の 3 つの質問を行った。

①救急車の有料化に賛成ですか？

②(1 の質問で「いいえ」と答えた方)

明らかに搬送が必要な重篤な症状であった場合、救急車の利用を無料にするのであれば、救急車の有料化に賛成ですか？

③救急車の利用を有料にするとしたら、いくらが妥当だと思いますか？

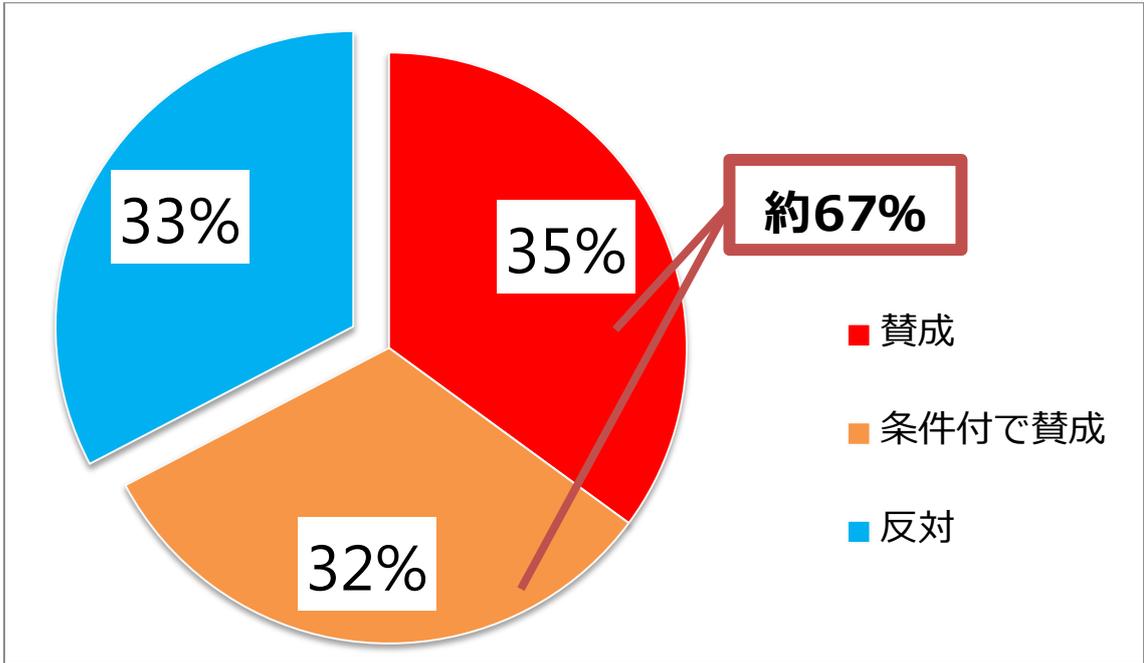
また、最後に意見を自由に記載してもらった。統計処理に際しては、①性別、②年齢、③学年について質問した。

### 第1節 調査結果

まず①の結果が図 5-1 である。約 3 割の人が救急車の有料化に「賛成」と回答している。それに対し、次の②の質問で軽症であった場合のみ有料化する場合、「賛成」と回答した割合は 7 割近くまで上昇している。すなわち、もし軽症患者のみから利用料金を徴収し、重篤な症状の患者からは徴収しないのであれば、あまり有料化に対し抵抗はないということが分かる。有料化するにあたって、軽症患者の救急車利用を抑制し本当に必要な患者を迅速に搬送できる効果が見込めるという意見や、全国民に一律で有料化するのではなく、所得によって値段を変えたらいいのではないかといった意見が記載されていた。また反対する理由としては、「お金を払っているから」という理由で余計に利用する人が増えてしまうのではないかといった意見や、搬送の必要な重篤な症状の基準を判断することは難しいといった意見が見られた。

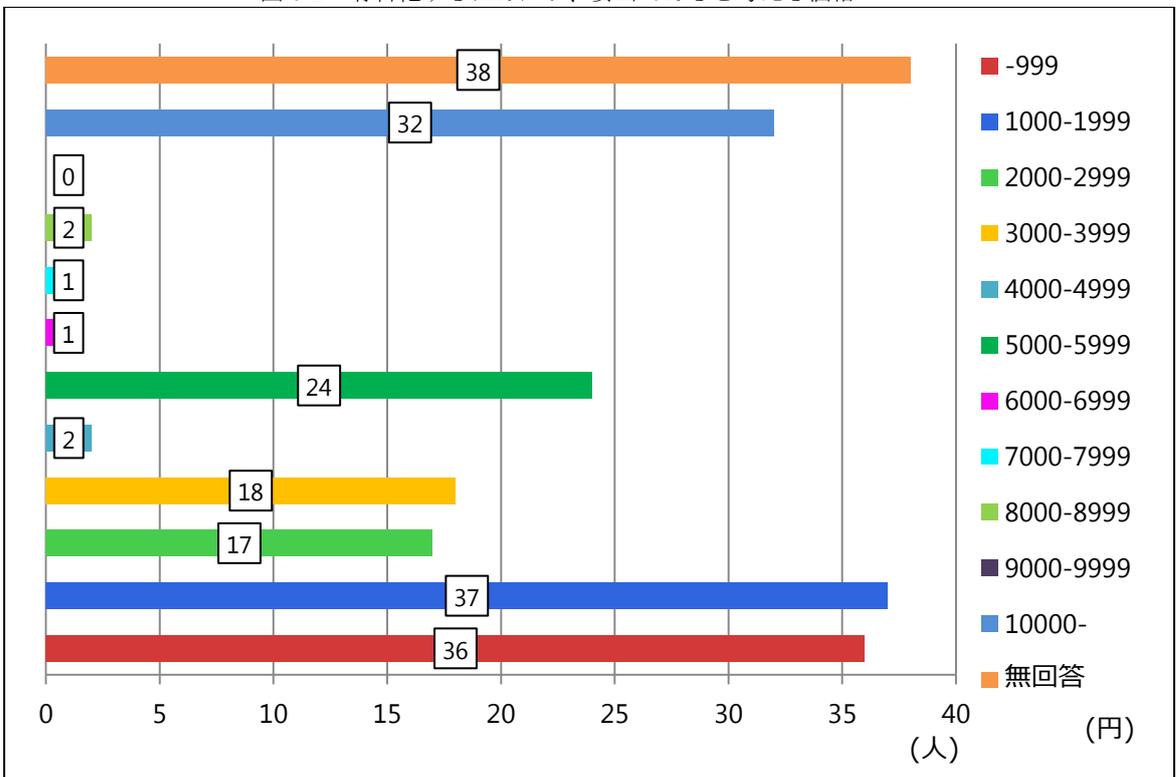
<sup>5</sup> このアンケートは 208 名に行ったが、無回答等があったため、数は一定していない。

図 5-1 救急車有料化に賛成か



次に③の質問において、救急車を有料化するにあたって妥当だと考える価格は図 5-2 の通りとなっており、かなりばらつきが見受けられた。回答してもらったのは大学生であるため、収入にばらつきがあるためと思われる。最頻値は 1000 円、平均値は 4300 円であった。4300 円という価格は、先の先行文献において患者の抑制効果が見られるとされた 2 万円よりかなり低い金額となっている。

図 5-2 有料化するにあたり、妥当であると考えられる価格



## 第2節 料金設定の算出

我々は、上記のアンケート結果をもとに、救急車有料化の際の料金を算出した。ベネッセ教育総合研究所発表の「第2回大学生の学習・生活実態調査報告書」(2014)によると、大学生の平均月収は80,000円である。これを年収に換算すると、960,000円となる。先の救急車を有料化するにあたって妥当であると回答した価格の平均値と比べると、

$$4315.294... \div 960,000 = 0.004495...$$

となり、平均年収の約0.4%が妥当な救急車の利用料金と考えられていることが分かる。この比を元に、国税庁発表の「民間給与実態統計調査」を用い、各年代別に料金を算出し、四捨五入した結果が表5-1である。

表 5-1 利用料金の算出

年齢 (歳)	平均年収(円) × 0.004495...	百の位を四捨五入(円)
～19	1,260,000 × 0.004495..... = 5,663.823...	<b>6,000</b>
20～29	2,885,000 × 0.004495..... = 12,968.36...	<b>13,000</b>
30～39	4,030,000 × 0.004495..... = 18,115.24...	<b>18,000</b>
40～49	4,675,000 × 0.004495..... = 21,014.58...	<b>21,000</b>
50～59	4,800,000 × 0.004495..... = 21,576.47...	<b>22,000</b>
60～69	3,360,000 × 0.004495..... = 15,103.53...	<b>15,000</b>
70～	2,810,000 × 0.004495..... = 12,631.23...	<b>13,000</b>

この結果を見ると、一番高い所得である50代の利用金額は22,000円、次に高い40代は21,000円となり、先の下開(2006)であげられていた軽症患者の救急車の抑制効果が見られる2万円以上という基準を満たしている。その他の年代では満たせていないが、各年収別に対応していることから、料金が安すぎるという理由から通報が極端に増えてしまうということはないのではないかと考えられる。よって、私たちは本稿における救急車の利用料金を表6-1の値段に設定する。なお生活保護受給者に関しては、今回平均収入の値を入手することができなかつたため、算出することができなかつたが、同様の計算式を使用して料金を設定することができると考えられる。

## 第6章 救急電話相談事業の 課題と解決方法

われわれは第4章で述べたように、政策として、救急車の一部有料化と共に電話相談事業（#7119）の普及の推進を考えている。現在、#7119の短縮ダイヤルを用いた電話相談事業サービスを行っている自治体は、全国で東京都、大阪府、愛知県、奈良県、北海道（札幌市）の五つの自治体のみである。#7119とは異なるダイヤル番号を設定し、上記の五つの都市とは異なった独自の方法で電話相談事業を行っている自治体も存在する。しかし、全国的に統一された番号を決めずに、自治体毎に違ったダイヤル番号が設定されていることが、市民の事業に対する認知度の向上、活動の活性化を停滞させている。われわれは、全国的に統一された一つのダイヤル番号を基にした電話相談事業の確立を成し遂げるために、実現する上での課題について検討を行った。

### 第1節 全国展開の実現性

消防庁は、平成21年に重点施策の一つとして、愛知県、奈良県、大阪府の3地域で試験的に救急安心センターを設置し、救急電話相談を行った。これらを「救急安心センターモデル事業」とし、実施された各地の救急出動件数などのデータを分析することで、事業の実績が検討されている。以下では、分析結果が記載された消防庁発表の「救急安心センターモデル事業の効果分析について」をもとに、救急電話相談事業の全国展開に向けた9点の課題と各解決方法についてまとめる。

#### ① 関係機関との調整

救急電話相談事業を実施するには、医師、看護師、相談員といった異なる人材を確保し、業務執行体制を構築する必要がある。東京都では、東京都福祉保険局・東京都医師会・医療機関の代表・東京消防庁で構成された「救急相談センター等に関する連絡会」を開催し、体制や規模、人材の確保や教育について検討を行っており、大阪市もこれを参考にしている。よって、まず各業界が集まる場を設けることが円滑かつ適正な運営体制を確保することが重要である。

#### ② 人員（相談員等）の確保

24時間いつでも相談に対応可能するためには、人員の確保は必要不可欠である。まず、最初に電話で対応を行う相談員は、通常の通報を受ける救急隊の経験者等の再雇用職員や、「応急手当指導員」の資格を取得した消防局OBを活用することにより、新たな雇用を創出している。看護師や医師は、医師会や各医療機関の協力を得ることが必要となる。なお、質を確保するためにも業務負担に配慮し、勤務ローテーションや時間給制の採用といった方法も検討を行う必要がある。

#### ③ 場所・設備、予算の確保

まず指令センターを設置するためにも、場所・設備、予算を確保しなければならない。大阪市は新庁舎でスペースがあったこと、奈良県は県病院協会の協力の下、東京都は医療機関案内を行っていた総合指令室の一角を借りることで設置することができた。次に設備は、話中を解消し一件の処理速度を上げるため、回線数を大幅に増やすとともに混雑時にはメッセージを流すようにすることや自動音声による病院案内システムの導入することなどが望まれる。予算については、大阪市・奈良県では、東京での先行事例においてある一定スケールのメリットが得られる事業であると認められたため、自治体から賄うことができた。

#### ④ 相談員等に対する教育・研修の実施状況

業務開始前、相談員、看護師、医師は共通して、プロトコール研修や機器操作の研修、模擬訓練などを行った。相談を最初に受ける相談員は、これらに加えて接遇の教育も行われた。業務開始後は、開始前の一部の教育にプラスして、相談員は苦情対応、看護師は症例検討、医師は症例研修などが新たに組み込まれた。定期的に勉強会も行われている。

#### ⑤ 啓発活動

現在、相談センターを設置している自治体では、県民・市民に向けた積極的な啓発活動が行われている。方法として挙げられるのが①宣伝媒体（記事を記載した地方新聞・リーフレット・DVD・シール等）の配布②ポスターの掲示③マスコミと連携したテレビコマーシャルの作成が挙げられる。特に宣伝媒体の配布には工夫が施されている。自治体ごとの消防署から小学校まで配布先を幅広く指定した上で、DVD やシールなど各配布先に最も合った宣伝媒体を配布することで、より効率的な認知度の向上を目指している。

#### ⑥ 苦情

相談センターに対する苦情の電話は、月に三件ほど、各自治体の電話窓口が届いている。内容は主に①電話がなかなかつながらない、②案内された医療機関で診てもらえない、③通話時の対応が悪いという三点である。改善策としては電話回線の見直し、担当者の教育が挙げられる。加えて、②については、医療情報ネットに登録されている情報どおりに診療していない医療機関があり、救急患者や相談センターの担当者が正しい情報を把握することを阻害していることが分かっている。

#### ⑦ プロトコール作成時の注意点、課題等

救急電話相談のプロトコールを東京都が作成しており、大阪市はそれを一部修正、奈良県はそのまま東京都のプロトコールを使用している。東京都のプロトコールでは、プロトコール作成に際し、使い手を選ばないように相談対応を標準化できるようにした点、使用する看護師を作成に参加させる、口語表現を取り入れるなど相談員が使いやすいように工夫がされている。しかしプロトコールの絶対数が少ない、想定しているすべての疾患をプロトコールで網羅できていないわけではないなどの課題もある。また大阪府ではすべての項目を点数化し運用の安定化を目指している。しかし全体的にオーバーリアージとなっているといった問題がある。

#### ⑧ その他相談事業との調節

救急情報センターに小児の相談が入ることが多くあり、その場合は#8000の小児医療相談窓口を案内している。また、救急安心センターでの病院案内は救急病院に限っているため、一般の病院については医療情報センターの案内をする。しかし、他の相談事業は24時間体制でないものも多く、案内できる窓口がない時間帯の存在が課題として挙げられる。

#### ⑨ 救急安心センターを導入する自治体へのアドバイス

今後救急安心センターを導入する自治体へのアドバイスとして、医師が即座に介入でき

るように、医師の確保は困難ではあるが医師の常駐体制をとるべきであるということが挙げられる。また救急車の出動につながるので、消防との連携が必要である。さらには相談医を確保するためにもスタッフに医学的教育を施すためにも救急医学の専門家や医師会との連携が必要であるといったアドバイスが挙げられている。

また、全国の都道府県、市町村、消防本部において、「医療機関案内」、「健康相談」等の事業が実施されており、救急安心センターの業務と重複がみられることが分かっており、これらの事業と役割分担、連携を行うことで実現性が高まるのではないかと考える。さらに、救急安心センターの類似事業として、「小児救急相談(＃8000)」がある。こちらはすでに全国で実施されているため、救急相談電話事業の全国実施も不可能ではないはずである。

## 第2節 認知度向上

次に電話相談事業の知名度の向上についてである。先に述べたように、東京消防庁が東京都民に向けて行った調査において、救急電話相談事業を知っていると回答した人は、全体の40%程度に留まった。また、実際に使用したことがあると回答した人はわずか13%であった。われわれの政策において、電話相談事業の存在が広く国民に知られることは必須である。よってこの知名度を限りなく100%に近づけることが求められる。そのために、新聞に広告を入れる、報道機関で救急車の有料化とセットで電話相談事業のことについても話してもらい、医療機関や公共機関で知らせる等の方法で繰り返し電話相談事業についてのお知らせを続けることが大切である。

## 第7章 政策提言

---

### 第1節 政策提言の方向性

われわれは本稿において、救急車による搬送患者のおよそ半数を占める軽症患者を抑制し、適切な救急医療を啓発することによって、より緊急性のある重篤な患者がスムーズに病院に搬送されるような体制の確立を目的とする。そこでわれわれは、第4・5・6章で述べたとおり、救急車の利用料の一部有料化、およびこれと併用して救急電話相談事業の活用を提唱する。

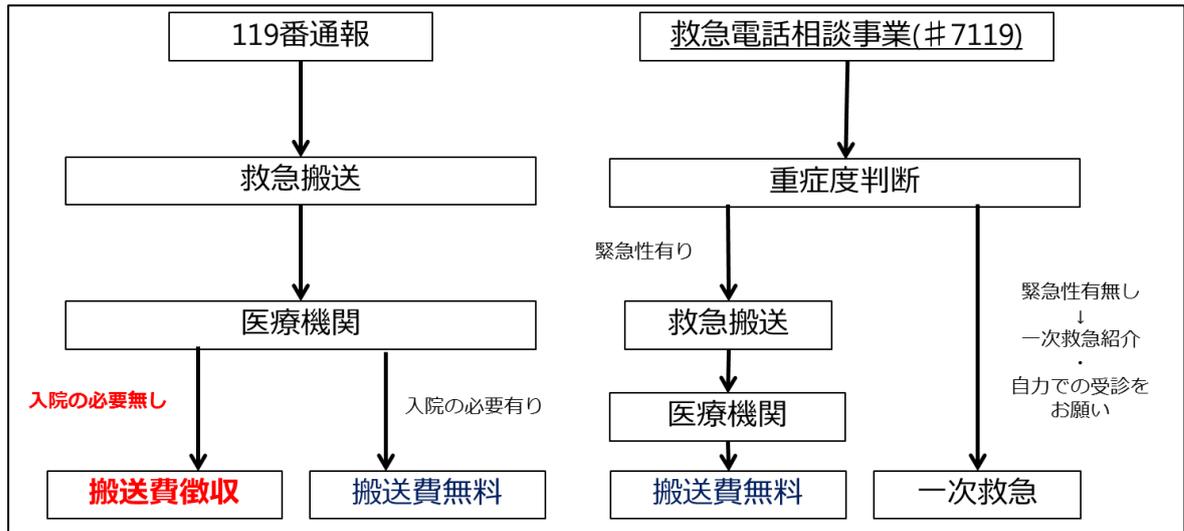
以下ではそのシステムについて詳しく説明する。

### 第2節 救急車一部有料化

#### 第1項 救急車一部有料化

われわれは救急搬送の必要のない患者の救急車の利用を抑制することを目的としており、緊急性のある患者を抑制してしまうことは本意でない。よって、入院を必要としない軽症患者の利用に対象を絞り、救急車の一部有料化を提案する。しかし、情報の非対称性から、一般市民が症状の重症度を判断することは容易ではない。そこで、救急電話相談事業を活用する。救急電話相談事業では、24時間いつでも短縮ダイヤル（#7119）から回線がつながり、医師や看護師に緊急性の判断をしてもらうとともに、どこの病院に行くべきか、救急車を呼ぶべきか等のアドバイスをもらうことができる。よって、重症度の判断に迷った際は、救急電話相談事業にまず電話をするように市民へ意識づける。電話相談により、もし緊急性がないと判断された場合は近くの一次救急医療機関を紹介し、自力での受診をお願いする。もし緊急性のある症状と判断された際は、相談員が救急車の通報を行うとともに、患者の症状の伝達も行う。なお、救急相談事業に電話し緊急性があると判断され搬送された場合は、治療後の入院の有無にかかわらず、救急車の利用費は無料にする。これにより人々が救急電話相談事業を利用することにインセンティブが与えられるとともに、緊急性はあるが入院の必要のない軽症患者の救急車利用の抑制を防ぐことができると考えている（図7-1）。

図 7-1 救急搬送費徴収の流れ



料金設定は、所得によって変えることによって金銭的な利用の抑制を防ぐべきである。しかし、利用費を支払ってもらう際に患者の所得を把握することは非常に困難である。よって、われわれは年代別に料金を分けることを提案する。具体的には、第5章で述べたとおり、われわれの行ったアンケート調査と各年代の平均所得を用いてそれぞれ料金を算出した（表7-1）。

料金の支払い方法は、搬送された医療機関において医療費を支払う際に同時に徴収する形とすることで、料金徴収にかかる負担を最低限のものとする。また、支払われた利用費はそのまま各医療機関が受け取ることで、採算性の悪い救急医療の運営補助費、もしくは質の向上に充てることができると考えている。

表 7-1 年代別救急車の利用料金

年齢（歳）	救急車の利用料金（円）
～19	6,000
20～29	13,000
30～39	18,000
40～49	21,000
50～59	22,000
60～69	15,000
70～	13,000

以上のようにして、われわれは救急車の一部有料化と救急電話送電事業を組み合わせた政策を全国へと展開していきたいと考える。

## 第2項 救急電話相談事業の全国展開・認知度向上

前項で述べたとおり、われわれの提唱する救急車一部有料化において、救急電話相談事業の全国展開は不可欠である。そのための方法として、まず消防庁の「救急安心センターモデル事業」を参考に各都道府県がいち早く救急電話相談事業（#7119）を導入することを求める。救急医療の置かれている現状は、各都道府県によって異なることが予想されるため、各自治体に応じた救急電話相談事業はそれぞれ異なることが予想される。そこで、導入してからの歴史が一番古い東京都のモデルを採用し、各都道府県で電話相談事業および救急安心センターを設置してから状況に応じて改善していくというプロセスを踏むとスムーズに導入できるのではないかと考えている。認知度の向上のために、新聞広告やテレビのコマーシャル、報道機関を使用し有料化のお知らせとともに、迷った時は救急電話相談事業に連絡を入れるということを国民に伝えることなどにより、国民に救急電話相談事業のことを認知させる必要がある。

## 第3項 救急車一部有料化の全国展開

既に述べた通り、われわれの救急車一部有料化政策には救急電話相談事業が不可欠である。しかし、救急電話相談事業の全国展開はまだ未達成である。またいつ救急電話相談事業が全国展開できるかも不透明である。そのため、われわれは既に救急電話相談事業が導入されている北海道、東京都、愛知県、奈良県、大阪府から救急車の一部有料化を先行的に導入し、救急電話相談事業が導入できていない道府県は救急電話相談事業が導入でき次第、救急車の一部有料化を行うという形で救急車一部有料化を全国に展開しようと考えている。

## 第 8 章 今後の展望

---

われわれが考えた政策提言における課題としては、生活保護受給者の救急車利用料金の設定と、第 7 章で述べたように、救急電話相談事業の全国展開・認知度向上という課題がある。それらに付け加えて、政策の成熟も課題の一つである。生活保護受給者に関しては所得の平均値を測定することで、他と同様に利用料金も算出することができる。それらに付け加えて、政策の成熟も課題の一つである。

全国展開と知名度の向上に関しては既に述べたわれわれの方法によってうまく全国展開ができなかったり、知名度が上がらなかったりした場合に、新たな方法を考える必要が出てくる。また政策の成熟としては、救急電話相談事業の導入を、最初は都道府県単位で行い、今後発展させていく上で市区町村などの細かい単位で電話相談事業を行えるとよいと考える。なぜなら、細かい単位で実施することで相談事業を行う相談員の負担を減らすことができ、また細かい情報の管理や病院同士の連携も行いやすくなるからである。救急搬送の料金については、有料化実施後、効果を測定・分析し、出動件数が逆に増えてしまったなどの問題があれば、料金を上げるなどの料金調整を行うべきであると考えられる。

# 先行研究・参考文献・データ出典

---

## 先行研究

下開千春(2006)

「救急車の有料化議論と適正な利用に向けて」

(『第一生命経済研究所 Life Design Report 2006 3-4』)

川上ちひろ・大重賢治・和田誠名・河野隆・常陸哲生・久保田勝明・朽久保修(2005)

「横浜市における救急車利用に関する質問票調査」

(『第 52 巻 日本公衛誌 第 9 号』)

総務省消防庁(2011)

「救急安心センターモデル事業の効果分析について(報告書素案)」

(重症度・緊急度の判定・選別(トリアージ)に関する作業部会 第 3 回配布資料)

## 参考文献・データ出典

総務省消防庁「平成 25 年版 消防白書」

<http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h25/h25/>

(情報最終確認日:2014 年 11 月 4 日)

総務省消防庁 平成 15~25 年度版「救急・救助の現況」

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9\\_3.html](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html)

(情報最終確認日:2014 年 11 月 2 日)

総務省消防庁「平成 25 年 1 月 消防の動き 501 号」 p25-26

[http://www.fdma.go.jp/ugoki/h2501/2501\\_25.pdf](http://www.fdma.go.jp/ugoki/h2501/2501_25.pdf)

(情報最終確認日:2014 年 11 月 4 日)

総務省消防庁「平成 22 年 3 月 消防の動き 203 号」 p5-7

[http://www.fdma.go.jp/ugoki/h2203/2203\\_05.pdf](http://www.fdma.go.jp/ugoki/h2203/2203_05.pdf)

(情報最終確認日:2014 年 11 月 4 日)

東京消防庁ホームページ 救急相談センター

<http://www.tfd.metro.tokyo.jp/lfe/kyuu-adv/soudan-center.htm>

(情報最終確認日:2014 年 11 月 2 日)

久留米広域消防本部ホームページ 救急隊の編成

<http://www.fire-city.kurume.fukuoka.jp/fire/index.html>

(情報最終確認日:2014年11月4日)

厚生労働省 平成18・20・22・24年度版「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20c.html>

(情報最終確認日:2014年11月2日)

厚生労働省 「平成25年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

(情報最終確認日:2014年11月2日)

厚生労働省 「救急医療体制等のあり方に関する検討会 報告書 平成26年2月」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000036818.pdf>

(情報最終確認日:2014年11月4日)

外務省「世界の医療事情」(平成26年6月10日更新)

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/>

(情報最終確認日:11月3日)

国税庁「平成24年度民間給与実態統計調査」

<https://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan/top.htm>

(情報最終確認日:2014年11月3日)

日本救急医師会 医学用語解説集(2009年10月)

<http://www.jaam.jp/html/dictionary/index.htm>

(情報最終確認日:2014年11月4日)

ベネッセ教育総合研究所「第2回大学生の学習・生活実態調査」(2014)

<http://berd.benesse.jp/koutou/research/detail.php?id=3159>

(情報最終確認日:2014年11月3日)

織田順(2012)

二次救急医療機関の現状と評価についての検討「救急体制の推進に関する研究」総合報告書 p41-66

東京消防庁「平成26年度消防に関する世論調査」(2014)

総務省統計局発行 総務省統計研修所編集「世界の統計2011」(2011)

読売新聞 朝刊2006年12月20日、2008年9月26日、2010年10月23日、  
2012年4月9日

毎日新聞 埼玉朝刊2006年12月21日、大阪朝刊2008年3月4日、  
静岡朝刊2010年5月26日、10月23日、12月21日

# 付録 アンケート用紙

---

救急車有料化に関するアンケートのお願い

現在、救急医療にはたらい回しや医療費増大といった問題があります。これらの解決策の1つとして、救急車の利用を有料化する方法があります。一方、救急車有料化は患者に新たな負担を課すことにもなります。皆様の救急車有料化に関するご意見をお聞かせください。

性別： 男 ・ 女

年齢： \_\_\_\_\_ 歳 学年： ( 大学 ・ 大学院 ) \_\_\_\_\_ 年

1、救急車の有料化に賛成ですか？（どちらかに○）

はい ・ いいえ

2、1の質問で「いいえ」と答えた方にお聞きします。

明らかに搬送が必要な重篤な症状であった場合、救急車の利用を無料にするのであれば、救急車の有料化に賛成ですか？（どちらかに○）

はい ・ いいえ

3、救急車の利用を有料にするとしたら、いくらが妥当だと思いますか？

\_\_\_\_\_ 円

4、救急車の有料化について、何か意見がありましたら、記入をお願いします。

ご協力ありがとうございました。  
加藤久和ゼミナール