

救急車の「有料化」

情報公開クリアリングハウス理事 奥津 茂樹



本

稿を執筆している9月中旬現在、立秋はとうに過ぎ、まもなく秋分になろうというのに、全国的に酷暑が続いている。聞き慣れてしまった「命に関わる危険な暑さ」という言い回しも、決してオーバーではない。総務省消防庁の速報値によれば、「熱中症による救急搬送人員」は、多くの都道府県で昨年同時期よりも増加している。救急搬送人員の総数は約1・3倍になる。暑さの中で命を助ける仕事に従事する方々には、頭が下がる。一方で救急搬送について、頭の痛い難問が長く課題になってきた。それが救急車の「不適正利用」である。

年100万回のムダ走り



移」だ。そこには、経年ごとの件数・人数が棒グラフで表示されている。

「不適正利用」とは、生命に危険が及ぶような緊急事態ではないにもかかわらず救急車を要請することである。社会の高齢化が進み、医療を必要とする高齢者が多くなる中で、医療費と同様に救急車という資源の逼迫にも対応しなければならぬ。

もはや放置することはできず、悲鳴にも近い声をあげる自治体も少なくない。「その通報、本当に119番ですか?」（東京都）、「やめてや! 不要な救急要請」（大阪市）など、消防当局HPの記述はギリギリの状況を伝える。

「不適正利用」という危機を、象徴的に表した統計データがある。それは、総務省消防庁の「救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推

これによれば、24年中の「救急出動件数は77万1千233件（対前年比7万8千565件増、1・0%増）、搬送人員は67万6千483人（対前年比12万3千418人増、1・9%増）」だという。このように淡々と数字・事実を伝えるだけでは、現実の深刻さが見えない。

そこで、救急出動件数から搬送人員を引いてみる。差は「95万2千285人」である。これは、救急出動したけれども実際には搬送しなかった人の数だ。原則として、救急車は1回の出動で1人を搬送すると仮定すると、数字の意味が見えてくる。

端的にいえば、救急車の「ムダ走り」だ。この数字を365日で割ると、1日「2609」回もあること

がわかる。棒グラフだけでは、個々の「ムダ走り」の状況や内容はわからない。ただ、そのとき、近くで一刻を争う状態の患者がいた場合、その人の命は危機に瀕する。

年100万回にもなる救急車の「ムダ走り」は、行政ではなく市民に責任があるといえる。このようにして、一人ひとりが自分事として、認識・理解・行動することが大切だ。

「選定療養費」の活用



そのための第一歩を、三重県松原市と茨城県が踏み出した。前者は24年6月、後者は同年12月に、救急車の「有料化」を始めたのだ。

わかりやすさを重視して、本稿では「有料化」と表現するが、正確には「選定療養費」の徴収である。これは、「紹介状なしで大病院（地域医療支援病院や特定機能病院など）を受診した患者が、通常の保険診療とは別に支払う追加の費用」のことだ。

「選定療養費」は「緊急その他やむを得ない事情がある場合」は徴収できない。救急搬送が典型例だが、逆に、緊急性が低い場合は徴収できると解釈し得る。こうした工夫によっ

て、不要不急な救急搬送の「有料化」を実現した。

若干わかりづらい論理のため、茨城県ではHP内の「救急搬送における選定療養費の徴収について」のQ&Aで、「救急車を有料化するということですか?」という問いをあげ、次のように回答している。

「救急車の有料化ではありません。既存の選定療養費制度の運用を見直し、救急車で搬送された方のうち、救急車要請時の緊急性が認められない場合には、対象病院において選定療養費をお支払いいただくものです」

対象病院は、茨城県では一般病床数200床以上の県内22病院(制度開始当初)である。また、松阪市では基幹3病院が対象である。いずれも救急搬送先の大半を占めるため、「選定療養費」活用の効果は大きい。金額は、茨城県では対象病院によって異なるが、多くの病院は松阪市と同じ7700円と設定されている。

新しい制度の検証



救急車という医療資源の逼迫に対する「社会実験」ゆえに、2つの自治体のチャレンジに注目する関係者も多い。また、新しい制度の影響を

受ける市民・県民も、疑問や不安を抱いていると思われる。

こうした内外のニーズにこたえるべく、2つの自治体は新しい制度の振り返りを行い、積極的な情報提供に努めてきた。

まず茨城県は、前述の「救急搬送における選定療養費の徴収について」で、これまでの取り組みと2期に分けた「検証の結果」を公表している。ここでは直近の第2期(25年3月~5月)における概要を紹介したい。

期間中の県全体の救急搬送件数は3万1841件で、前年同期3万3961件に比べて6・2%減になった。特に軽症者の減少が顕著で、「軽症等の救急搬送は対前年同期比で15・4%の減」になったという。

なお、同じ期間中に対象となった22病院での救急搬送件数は1万8814件である。そのうち「選定療養費」の徴収が行われたのは623件(徴収率3・3%)だった。なお、救急車を呼ぶのをためらったことで症状が悪化した事例や、医療・救急現場での大きなトラブルの報告はなかったとされている。

次に松阪市の「一次二次救急医療体制あり方検討について(第三次報

告) (25年1月21日)のまとめの一端を紹介したい。なお、制度開始当初の24年6月~8月の3か月間のモニタリング結果にとどまる。

まず救急出動件数は、前年同期(4617件)と比較し、3604件で21・9%(1013件)の減少があった。また、「救急搬送件数」は、前年同期(4439件)と比較し3407件で23・2%(1032件)の減少があったという。

同市の検証結果で興味深いのは、モニタリング期間の「休日・夜間応急診療所の内科を受診した患者数」が994人で、前年同期と比較し、403人増加(68・2%増)という数字である。詳細な説明はないが、有意な数字である。必要なのは救急車ではなく、危機に寄り沿ってくれる人や場所だったのかもしれない。

先行する自治体の検証には、「有料化」以外の解を含めたヒントが眠っている。情報共有の可能性を生かすべく、深掘りした情報がほしい。

医療リテラシーの向上



救急出動を要請する側には痛みや不安があり、それらに寄り添える個人・社会でありたい。

しかし、寄り添う手段は救急車だけではない。すでに取り組まれている#7119による助言・調整や、緊急性の高い要請を優先するコールトリアージの運用などでも、寄り添うことはできる。

ただ同時に、意識や行動の変容という意味での、市民のリテラシー向上も不可欠だ。もちろん変容は自発的でなければならず、ナッジの活用も有用だ。そもそも救急車の「有料化」もナッジの1つである。「選定療養費」の徴収ではなく、軽症者の自制が本来の目的だからだ。

冒頭にあげた総務省消防庁の棒グラフに、ナッジの可能性が示されている。それは、コロナ期の出動件数と搬送人員の激減だ。コロナによる医療逼迫・崩壊を実感した多くの市民が、不要不急の要請を自制した。また、タクシー利用などほかの医療アクセスを利用した。その結果が棒グラフに現れた谷間なのだ。

「有料化」だけでなく、どのようなナッジを構想し、社会に実装できるか。自治体の知恵の見せ所である。



*関連資料へのリンク集