

救急安心センター導入検討委員会  
最終報告書  
(案)

令和8年●月

救急安心センター導入検討委員会



## はじめに



救急安心センター導入検討委員会  
委員長 吉原 秀明

## 目 次

I	救急安心センター概要・検討の経緯	P. 1
1	救急安心センター事業（#7119）について	P. 1
2	救急安心センター検討委員会に係る経緯	P. 4
	（1）本県における検討の経緯	P. 4
	（2）救急安心センター導入検討委員会開催状況	P. 4
II	事業の有用性についての検討	P. 5
1	本県における救急搬送・救急医療の状況	P. 5
	（1）救急搬送の状況	P. 5
	（2）医療機関の状況	P. 6
2	事業の有用性について	P. 9
III	中間とりまとめ結果	P. 10
IV	運営方法の検討	P. 11
1	市町村等の意向調査結果	P. 11
2	他県の状況	P. 12
3	運営方法についての検討	P. 14
	（1）実施体制・業務内容	P. 14
	（2）運営方法の主な項目について	P. 18
V	まとめ（検討委員会提言）	P. 20

## 救急安心センター一導入検討委員会 委員名簿

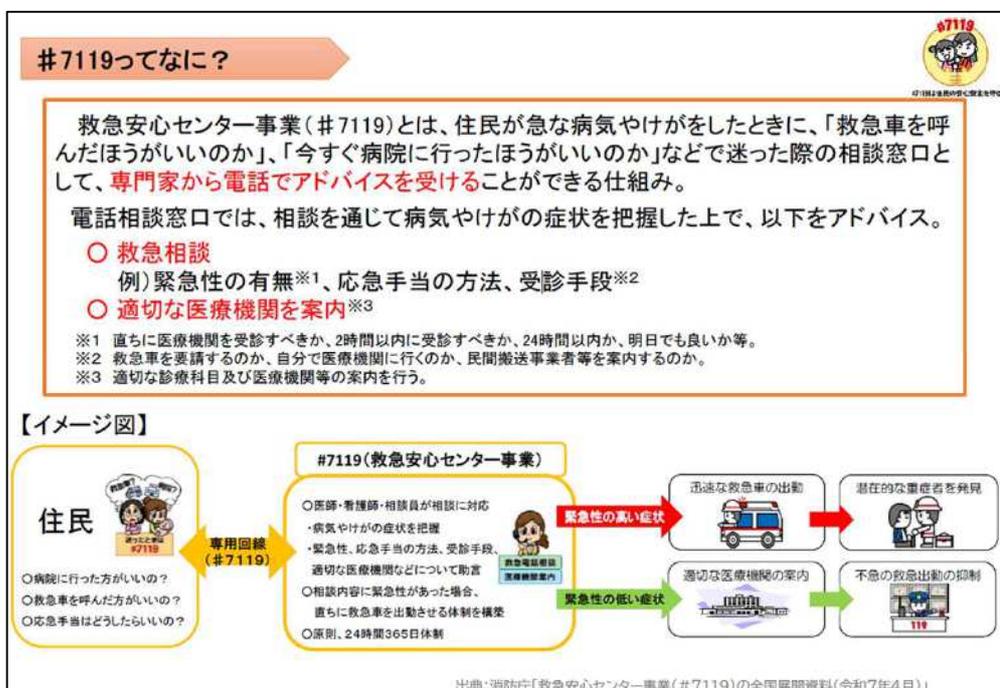
分 野	氏 名	団 体 ・ 役 職 名 等
市町村	尾脇 雅弥	市長会副会長（垂水市長）
	高岡 秀規	町村会会長（徳之島町長）
医療関係	吉原 秀明 （委員長）	県救急業務高度化協議会 会長
	大西 浩之	県医師会副会長
	八田 冷子	県看護協会会長
学識経験者	永田 尚三	関西大学教授
消防関係	斎藤 栄次	県消防長会会長（鹿児島市消防局長）
	川崎 敏朗	県消防長会副会長（霧島市消防局長）
県	伊地知 芳浩	県保健福祉部長
	向井 一幸	県危機管理防災局長

# I 救急安心センター概要・検討の経緯

## 1 救急安心センター事業（#7119）について

- 救急安心センター事業（#7119）とは、住民が急な病気やけがをしたときに、「救急車を呼んだほうがよいのか」、「今すぐ病院に行ったほうがいいのか」などで迷った際の相談窓口として、専門家から電話でアドバイスを受けることができる。
- #7119 に寄せられた相談は、医師、看護師または救急救命士が対応し、病気やけがの症状を把握して、緊急性の有無を把握し、緊急性の高い症状である場合は、119 番への転送やかけ直しの要請を行う。また、緊急性の低い症状である場合には、適切な医療機関の案内を行い、不急の救急出動の抑制につなげている。（図 1）

（図 1）#7119 とは



（図 2）#7119 の満たすべき要件

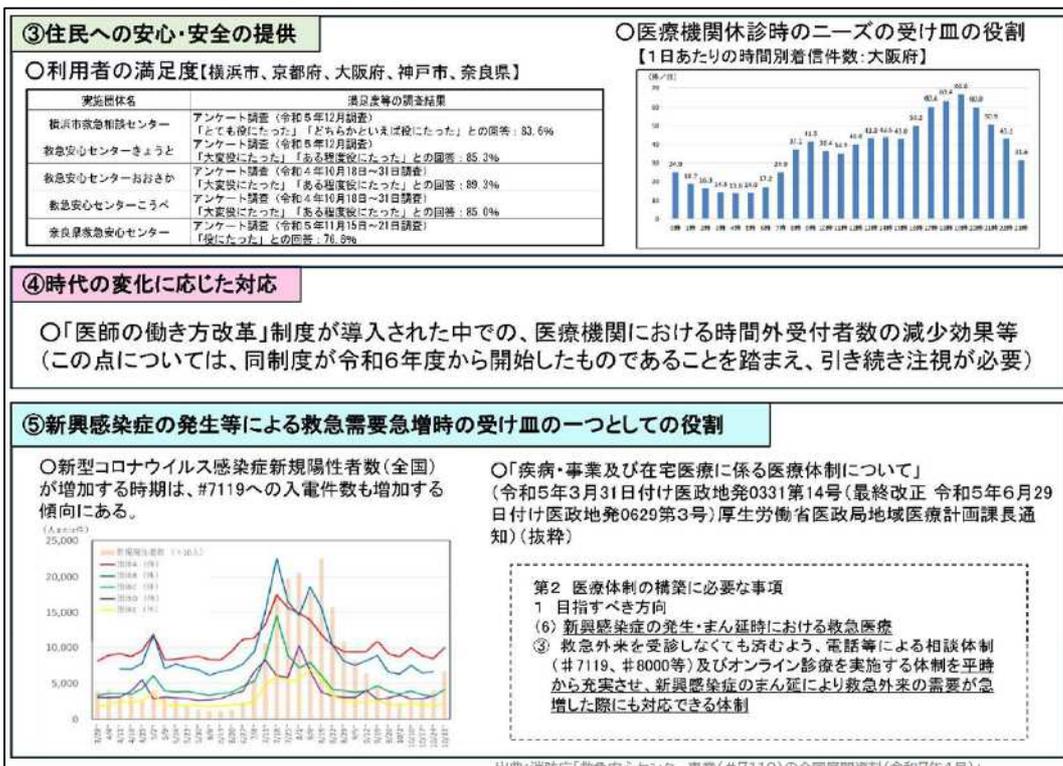
- ① 緊急度判定を用いた救急医療相談と医療機関案内のいずれも実施すること**
  - ワンストップで情報を得られるか、という点が、住民への安心・安全の提供の観点から極めて重要。
  - 救急医療相談には、緊急度判定結果に応じた応急手当の助言を含む。
  - #7119が、救急車の適時・適切な利用や、不急の救急出動の抑制効果が期待される事業であることなどから、消防機関や医療機関との連携が前提であることに留意。
- ② 救急医療相談の相談員は医師、看護師又は救急救命士とすること**
  - 相談員は、相談者から症状を聞き取り、緊急度判定プロトコル等により緊急度判定を行い、判定結果により、応急手当の助言や医療機関案内、119番への転送や掛け直しの要請等を行う。
  - 救急救命士が救急医療相談に対応することは、救急救命士法・医師法等の法令には抵触しない。
- ③ 医師の常駐又はオンコール体制を確保すること。**
  - 相談員が救急医療相談に対応する際、緊急度判定や診療科目等の判断に迷った場合に相談員からの相談に応じるものであり、#7119の実効性や信頼性を担保するために必要不可欠。

- 主な効果（消防庁）（図3，4）
  - 救急車の適時・適切な利用
  - 救急医療機関の受診の適正化・消防機関の負担の軽減化
  - 住民への安心・安全の提供
  - 時代の変化に応じた対応
  - 新興感染症の発生等による救急需要急増時の受け皿の一つとしての役割

（図3）#7119の効果（①，②）



（図4）#7119の効果（③，④，⑤）



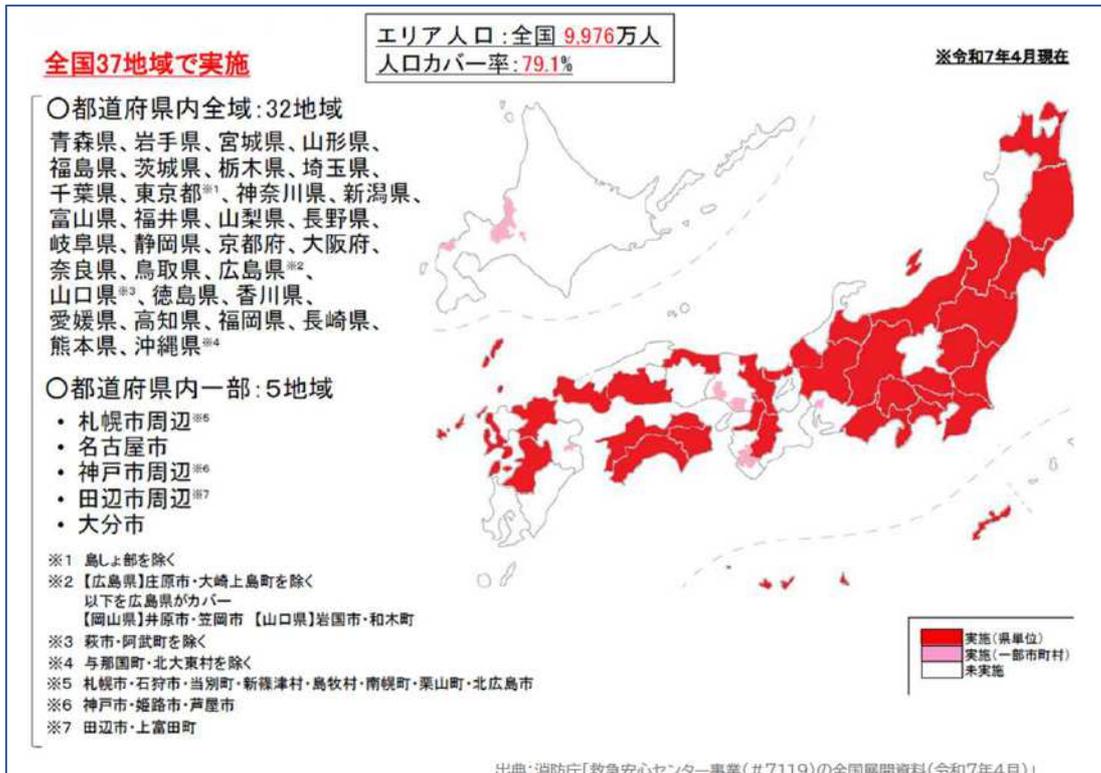
- ・ 消防庁では電話救急医療相談のための手順として「救急度判定プロトコル電話相談」を作成。その中で、ご覧のような緊急度の定義を行っており、#7119 事業等の救急相談の実務・運用のために、勧奨事項が示されている。(図5)
- ・ #7119 は、平成19年度に東京消防庁で開始され、その後、消防庁が令和2年度に「#7119の全国展開に向けた検討部会」を設置するなど、導入に関する環境整備を行ってきたことなどにより全国で導入が進み、令和7年4月1日現在、全国37地域で実施されている。(図6)

(図5) 救急相談に関する緊急度判定に基づく勧奨事項

緊急度	定義	勧奨事項
赤 (緊急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ すでに生物学的に生命危機に瀕している病態</li> <li>・ 増悪傾向あるいは急変する可能性がある病態</li> <li>※ 気道・呼吸・循環・意識の異常、ひどい痛み、増悪傾向、急変の可能性から総合的に判定する</li> </ul>	➤ 119通報
橙 (準救急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間経過により症状が悪化する可能性があるため、直ちに受診が必要な病態</li> </ul>	➤ いますぐ受診 (救急車以外で)
黄 (低緊急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間経過により症状が悪化する可能性があるため、受診が必要な病態</li> </ul>	➤ これから受診 (通常の受付時間を待たず自力受診)
緑 (非緊急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記には該当しないが、受診が必要な病態</li> </ul>	➤ 通常の受付時間に受診
白 (非緊急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療を必要としない状態</li> </ul>	➤ 受診不要・経過観察

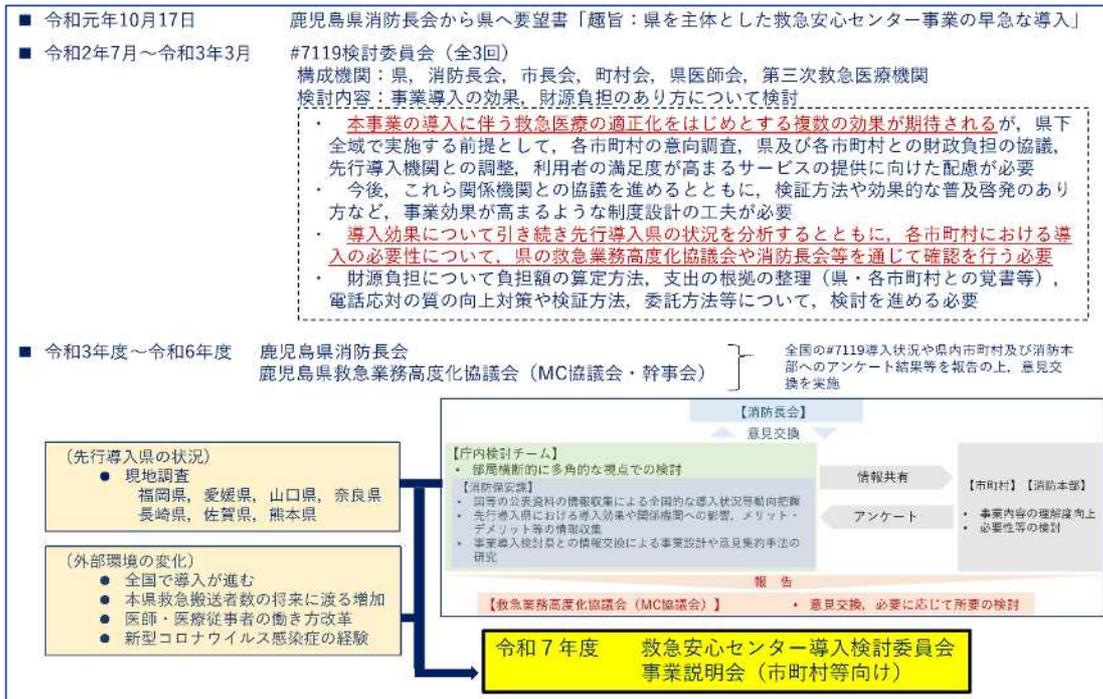
出典:消防庁「緊急度判定プロトコル Ver.3 電話相談」

(図6) 全国の導入状況 (令和7年4月現在)



## 2 救急安心センター検討委員会に係る経緯

### (1) 本県における検討の経緯 (図7)



高齢化の進展等により、今後も救急需要が増大する可能性が高いことや、全国的にも#7119の導入が進んでいることも踏まえ、事業導入の必要性をさらに検討するため、「救急安心センター導入検討委員会」を設置。（令和7年5月29日設置）

### (2) 救急安心センター導入検討委員会開催状況

- 令和7年5月29日 第1回検討委員会
  - ・ #7119について
  - ・ 本県における救急搬送・救急医療委の状況
  - ・ 事業の有用性について
- 令和7年8月25日 第2回検討委員会
  - ・ 本県における救急搬送・救急医療の状況
  - ・ 事業の有用性について
- 令和7年10月 中間とりまとめ結果報告書公表  
「救急安心センター事業（#7119）は、本県にとって有用性があると認められる。」
- 令和7年11月4日 第3回検討委員会
  - ・ 第2回検討委員会の結果について
  - ・ 運営方法について
- 令和8年2月16日 第4回検討委員会
  - ・ 運営方法について
  - ・ 救急安心センター導入検討委員会報告書（案）について

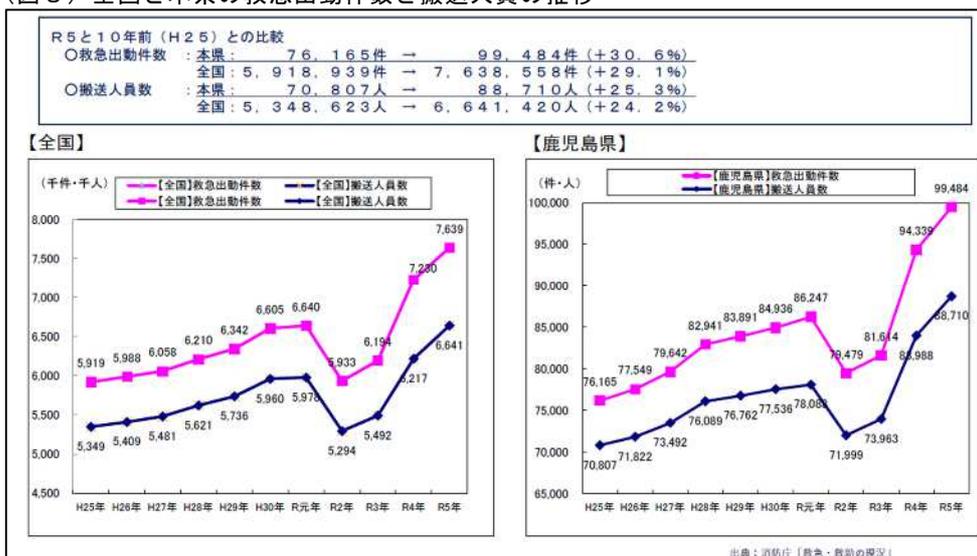
## Ⅱ 事業の有用性についての検討

### 1 本県における救急搬送・救急医療の状況

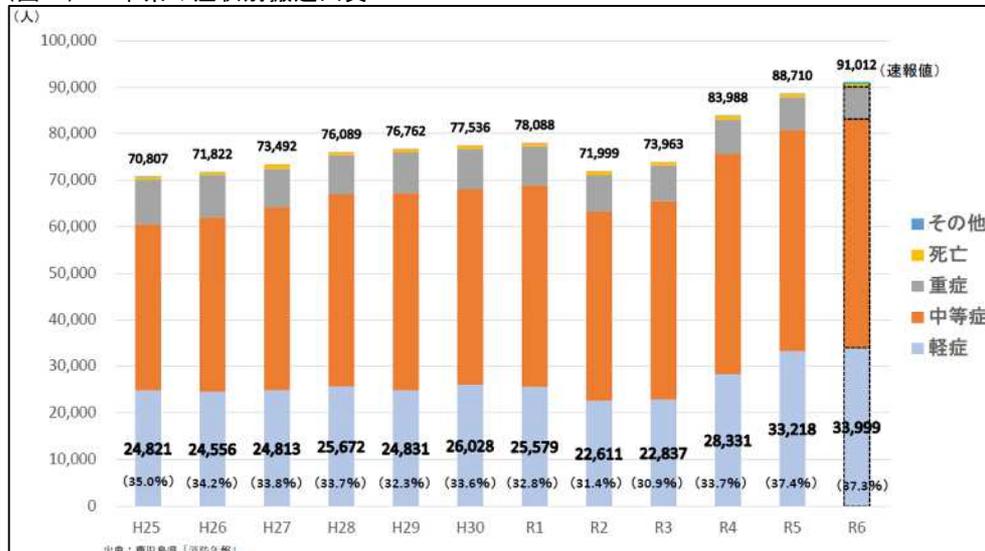
#### (1) 救急搬送の状況

- ・ 全国の救急出動件数と搬送人員は、平成25年から令和元年にかけて増加傾向にあり、新型コロナ禍の影響で令和2・3年に減少したものの、令和4年以降は大きく増加しており、本県の状況についても同様の動きが見られる。(図8)
- ・ 本県の症状別搬送人員のうち、軽症は平成25年から令和元年にかけて25,000人前後で推移していたが、新型コロナの影響も見られるものの、令和4年以降は大きく増加し、令和5年は10年前と比べて約1.3倍の33,218人となっている。(図9)
- ・ また、搬送人員全体に占める軽症の割合は、令和2年、3年を含め33%前後で推移しており、全国で最も低い状態が続いていたが、令和5年は約37.5%で、平成25年から令和4年までの平均に比べ4.3ポイント増となっている。
- ・ 令和6年(速報値)が91,012件であることを踏まえると、軽症者についての対策が必要となっている。(図9)

(図8) 全国と本県の救急出動件数と搬送人員の推移



(図9) 本県の症状別搬送人員



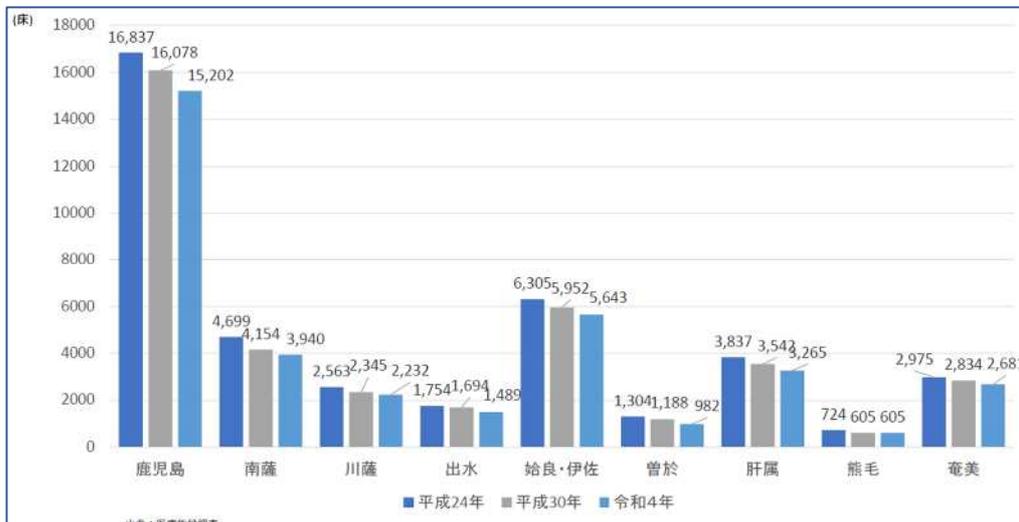
【主な意見】（第1回検討委員会）

- 症状別搬送人員について、鹿児島県では軽症者の割合が少ないと言われていたが、高齢者の増加に伴い軽症・中等症の搬送数が増加している。
- 夜間に運ばれた高齢者で中等症に該当するとされた患者の中には、日勤帯の受診でもいいと思われる患者もいる。
- 鹿児島市では全国や県と同様に救急出動件数が右肩上がりの状況。夏場や冬場には1日に120件を超える日も多々ある。何度も連続で出動しなければならず、職員の業務改善に課題がある。重篤者に対するアクセス時間も長くなっている。
- 全国で人口が減少する中、高齢者は増加が続いており、85歳以上人口は2040年にピークを迎えることから、高齢者に多い尿路感染症、肺炎、骨折などの疾患に対応できる地域医療体制の強化が求められている。
- 鹿児島県には小規模な消防本部が多い。小規模消防本部は人的資源も少ないので救急需要に対応するのが難しく現場の負担が非常に大きい。財政規模の問題もあり簡単に救急隊を増やすことは困難。
- 国は事業について3つの条件を示しているが、それぞれの自治体、地域が導入しやすいよう地域の実情に合った形とするための余地は残されていると理解。

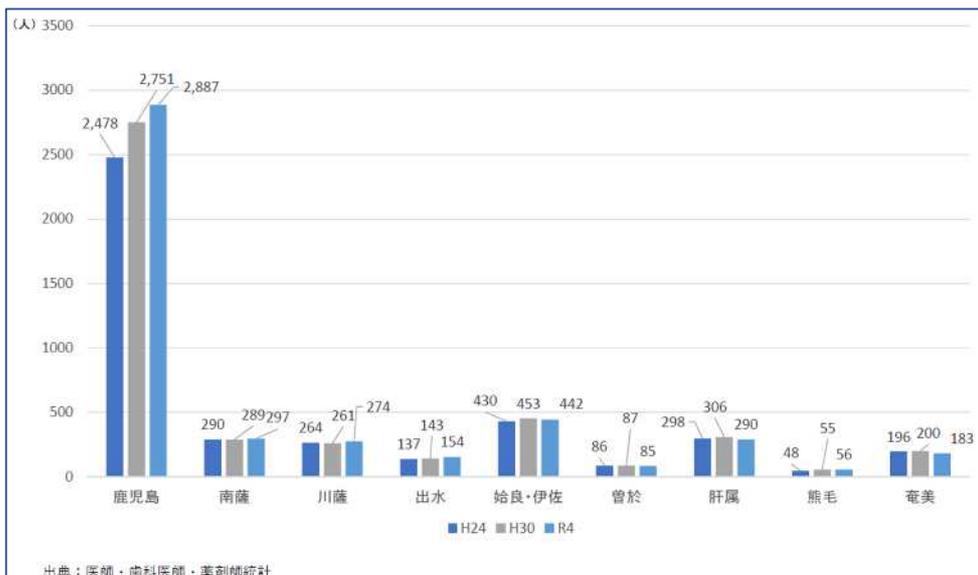
（2）医療機関の状況

- ・ 二次保健医療圏別の病床数は、いずれの地域においても病床が減っており、（救急以外も含め）受け手側の規模が小さくなってきている。（図10）
- ・ 二次保健医療圏別の医師数は、鹿児島、川薩、出水、熊毛で医師数が増、他の地域では減となっている。（図11）人口10万人あたりの医師数については、全国平均超は鹿児島だけであり、全国的に見ると医師が不足している。（表1）
- ・ 令和4年の看護職員の年齢別構成は、10年前と比較して20代後半や30歳代で減少が見られる一方、40代以上は増えている。10年後になるとさらに高年齢層に重心が移っていくものと考えられる。（図12）
- ・ 令和4年の看護職員就業場所別就業状況については、10年前と比較して病院・診療所が3.5ポイント減少した一方で、介護保険施設等が2.5ポイント増となっており、就業先が多様化している。（図13）
- ・ 診療科目別の搬送件数（鹿児島市消防局管内）は、内科と外科が件数多く年ごとの変化も大きい。このうち内科は、内科一般が最も多く一貫して増えている。また、外科は、整形外科や脳外科の割合が多くなっている。（図14）

（図10）二次保健医療圏別の病床数（病院及び有床診療所）



(図 11) 二次保健医療圏ごとの医師数



(表 1) 二次保健医療圏別医師数

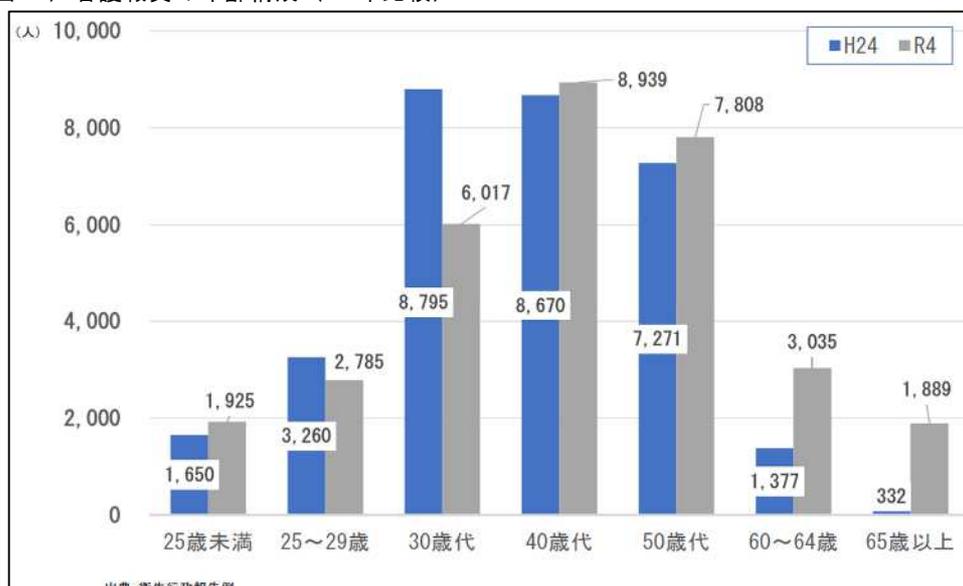
【令和 4（平成30）年医師・歯科医師・薬剤師統計】（医師総数）

（単位：人、%）

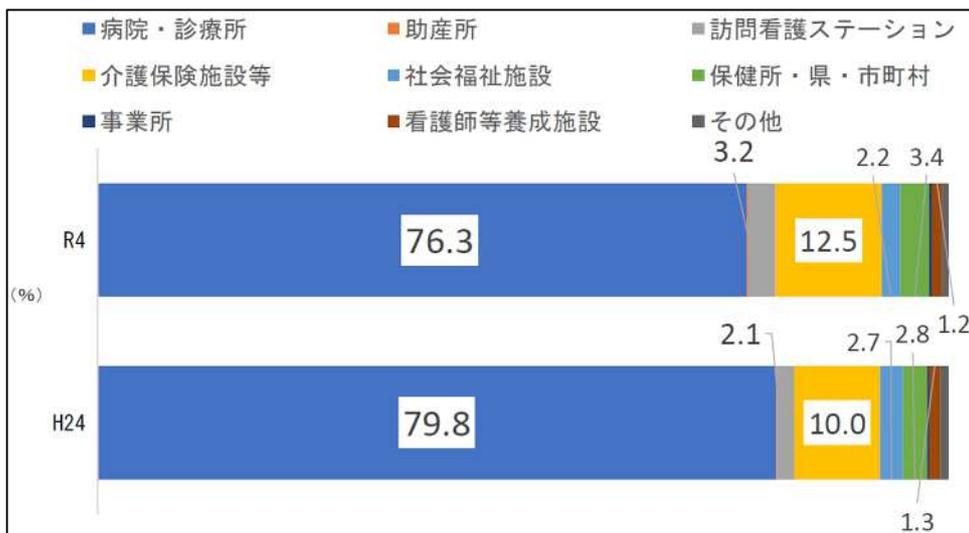
区 分	R2		R4		R4-R2			
	医師数 (割合)	人口10万人 対医師数	医師数 (割合)	人口10万人 対医師数	医師数	人口10万人 対医師数		
全 国	339,623	—	269.2	343,275	—	274.7	3,652	5.5
鹿児島県	4,653 (100.0)	<順位> 293.0	4,668 (100.0)	<順位> 298.7	15	5.7		
二 次 医 療 圏	鹿 児 島	2,847 (61.2)	<1> 425.6	2,887 (61.8)	<1> 434.9	40	9.3	
	南 薩	299 (6.4)	<2> 239.2	297 (6.4)	<3> 246.6	△ 2	7.5	
	川 薩	269 (5.8)	<3> 238.8	274 (5.9)	<2> 248.4	5	9.6	
	出 水	145 (3.1)	<7> 179.1	154 (3.3)	<5> 195.3	9	16.3	
	始 良・伊 佐	464 (10.0)	<5> 199.1	442 (9.5)	<6> 190.7	△ 22	△ 8.4	
	曾 於	88 (1.9)	<9> 117.3	85 (1.8)	<9> 117.6	△ 3	0.3	
	肝 属	304 (6.5)	<4> 204.3	290 (6.2)	<4> 199.8	△ 14	△ 4.5	
	熊 毛	49 (1.1)	<8> 123.9	56 (1.2)	<8> 146.7	7	22.8	
	奄 美	188 (4.0)	<6> 180.3	183 (3.9)	<7> 180.3	△ 5	0.0	

※網掛け：全国平均値を下回っている値

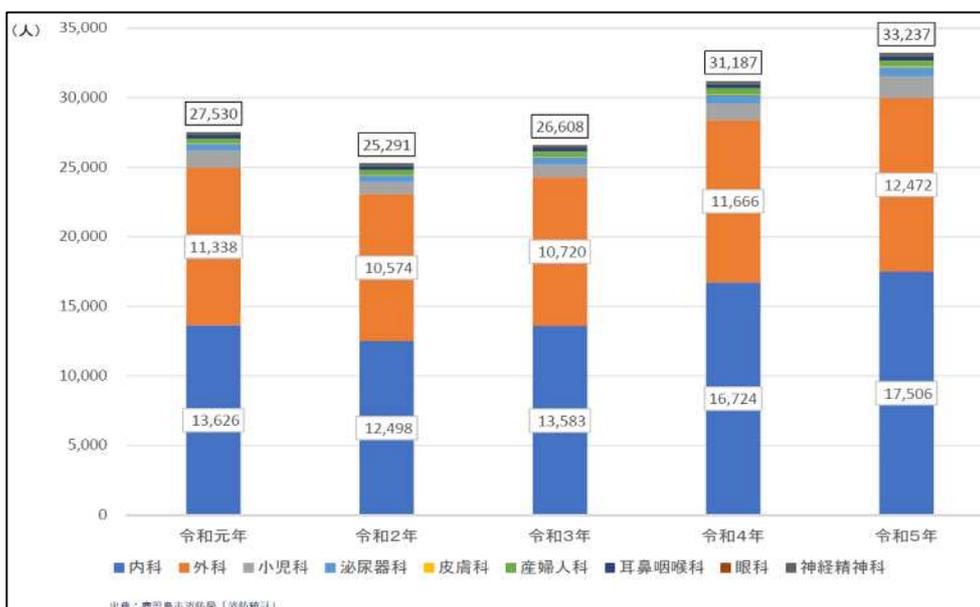
(図 12) 看護職員の年齢構成（10年比較）



(図 13) 看護職員就業場所別状況 (10年比較)



(図 14) 診療科目別搬送人員 (鹿児島市消防局)



【主な意見】(第2回検討委員会)

- 病床数の減少については、働き方改革の影響が大きい。例えば、24 時間体制を必要とする診療科ではシフト制を導入するようになり、必要な医師数は従来よりも増加している。大学病院も医師を派遣する余力が無くなってきており、結果として夜間や当直に対応できる医師数が限られ、病床維持が難しくなっている。
- この10年間、地域医療構想に基づいて病床を減らしてきた経緯がある。人口減少に沿って必要な病床数が算定され、削減が進められた。  
また、経営的に成り立たなくなり、有床診療所が無床に転換するケースも多く見られる。
- 看護師について高齢化が進んでいる大きな要因としては、若い世代がそもそも看護学校に進学しなくなっている。3年課程の看護学校は定員割れが深刻化しており、令和8年度には1校閉校、1校募集停止することになっている。  
現在は、65歳以上の看護師も多くなり、定年延長や再雇用で現場を支えている。

## 2 事業の有用性について

- 消防本部，市町村（保健関係部局），郡市医師会に「#7119 を導入する必要性」について意向を確認した結果を説明。（図 18，19）

### ① 消防本部（令和3年度～6年度）

「必要」が年々増えており，20 消防本部のうち 18 消防本部が必要と回答。

### ② 市町村（保健関係部局）（令和3年度～6年度）

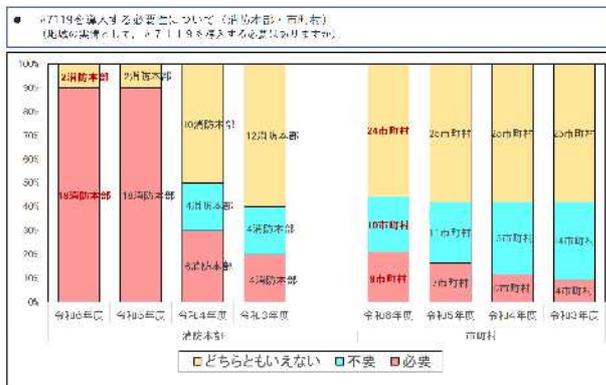
「必要」が年々増えているものの，「どちらとも言えない」が約半数。

### ③ 郡市医師会（令和7年度）

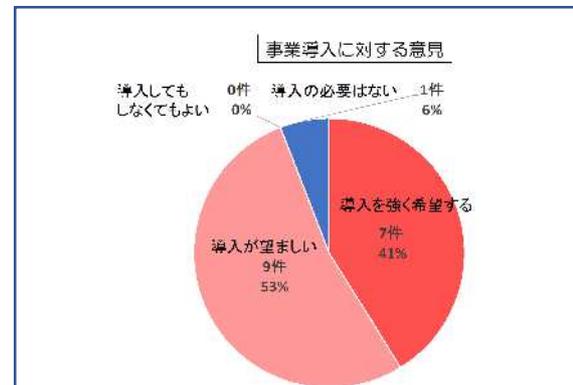
「導入が望ましい」が 53%，「導入を強く希望する」が 41%。

※ このほか，救急搬送・救急医療の現状も踏まえて議論をいただいた。

（図 15）意向確認結果（消防本部，市町村（保健関係部局））



（図 16）意向確認結果（郡市医師会）



## 【主な意見】

### （第1回検討委員会）

- 高齢者の方で#7119 利用があるのかとも聞く。垂水市でも電話相談をしている病院もあり役割の差別化なども壁になってくる。一方で，消防職員や救急車等を増やすにも財政的な問題がある。市町村で一番懸念しているのが導入した場合の負担金で，一番の課題だと考えている。
- 離島や過疎地など，医療が脆弱な地域での#7119 の有用性が有効であるかどうか。市町村の負担金もやっぱり問題になる。
- 負担金の問題は非常に大事な話であり，他県の状況を示して欲しい。年齢層が違うが，鹿児島県医師会が20年くらい実施している小児救急電話相談（#8000）は利用者満足度99%で、ドクター側からも負担軽減に大きく寄与しているとの声がある。
- （#8000では）看護師が相談員として頑張っているが、長期的に維持するためには相談員の育成・確保も課題。
- 鹿児島市消防局の救急出動のうち市民以外の方の利用が約6%という状況。全国統一の方が地域住民にとっても良いのでは。
- 消防本部の大多数が賛成、医療機関・医師会も概ね賛成、周辺自治体の理解はまだ途上だが，軽症者が30～40%いる中で、#7119は救急負担軽減に非常に有効と認識。県消防長会では令和元年に（県下全域の実施を）要望した経緯がある。

(第2回検討委員会)

- 人口減少の問題や65歳以上人口の推移について話があったが、今後の(#7119)の有用性を検討する際は、5年後、10年後といった期間で需要やニーズを見るなど、将来を見据えて検討すべきなのか。もっと長期的なスパンで検討すべきなのかどうか。
- ある市の消防本部の広域化では広域再編から10数年が経ち、当初の混乱を経て成果が見えてきた。新しい制度は数年単位でなく5年、10年というスパンで評価することが重要。#7119についても同様で、長期的視点で有効性を評価すべき。
- 救急要請件数は右肩上がりで増えており、特に高齢者の割合が大きい。80歳以上が増える時期が2040年頃まで続き、その後しばらくは高止まりする推計されていることから、今後も救急要請件数は増加すると考えられる。
- 受入側の医療機関は、人口が減少しても今後も逼迫が続くと予想される。そのため、#7119のような仕組みは必要不可欠。
- 人口減少は続くが(救急搬送)ニーズは変わらず、むしろ増えていく。必要性に関しては絶対あった方がいいという気がしている。
- 今のままであれば、救急搬送が増えていき医療機関が断るといような状況になる。#7119によって半分くらいはトリアージできると聞いており、#7119の有用性は明らかにある。

(その他)

- #7119は医療機関や消防の負担軽減に繋がりますが、住民にとって直接のメリットが見えにくい面がある。導入にあたっては、住民への周知を徹底し、「なぜ必要なのか」を理解いただくことが不可欠。
- 全国的に熱中症対応でも#7119が活用されている。災害時にも役立つ制度として住民に理解してもらえれば、身近に感じてもらえるのではないか。
- 適正利用の観点からも、全国的に統一して導入すべき。観光や仕事で県外から来る人も安心して利用できる体制が必要。

### Ⅲ 中間とりまとめ結果

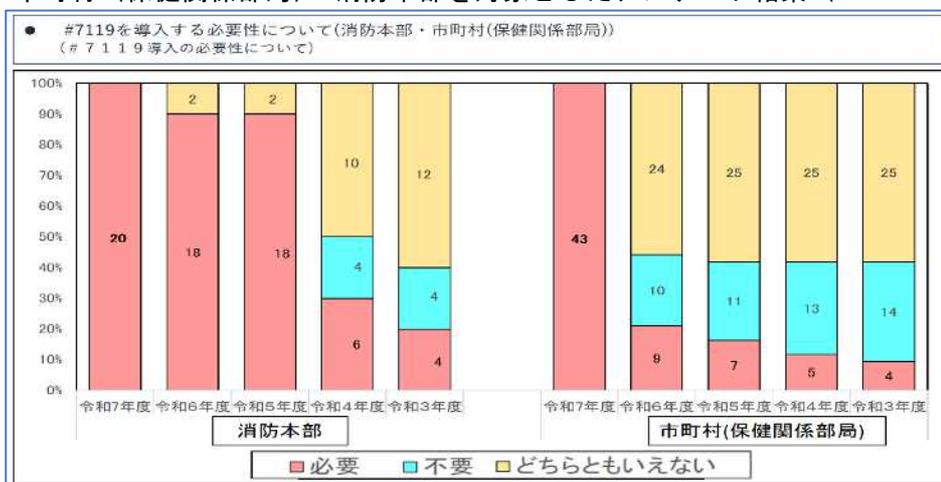
救急安心センター事業(#7119)は、本県にとって有用性があると認められる。

## IV 運営方法の検討

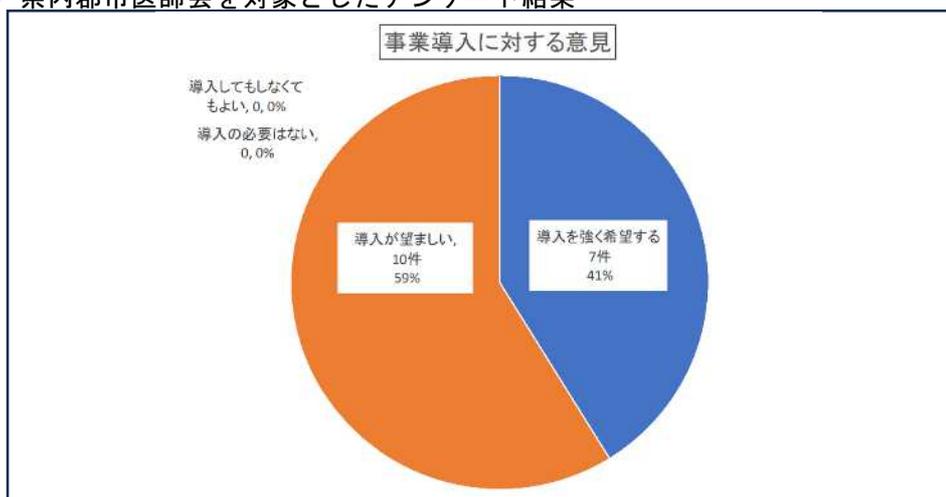
### 1 市町村等の意向調査結果

- ・ 昨年度までのアンケートを検証したところ、本県の実情などの情報提供が不足しており、市町村（保健関係部局）では判断が難しい状況であったことが判明。
- ・ このため、市町村（保健関係部局）及び消防本部に対する説明会を実施し、検討委員会での議論の経過等を説明した。
- ・ 令和7年12月に市町村（保健関係部局）及び消防本部に対し、アンケートを実施した結果、全ての団体から「必要」との回答があった。（図17）
- ・ 前回「不要」と回答した医師会に、検討委員会での議論の経過等を示した上で、再度回答を求めた結果、全ての医師会が導入を望む結果となった。（図18）

（図17）市町村（保健関係部局）・消防本部を対象としたアンケート結果（R3～R7）



（図18）県内都市医師会を対象としたアンケート結果



#### 【主な意見】

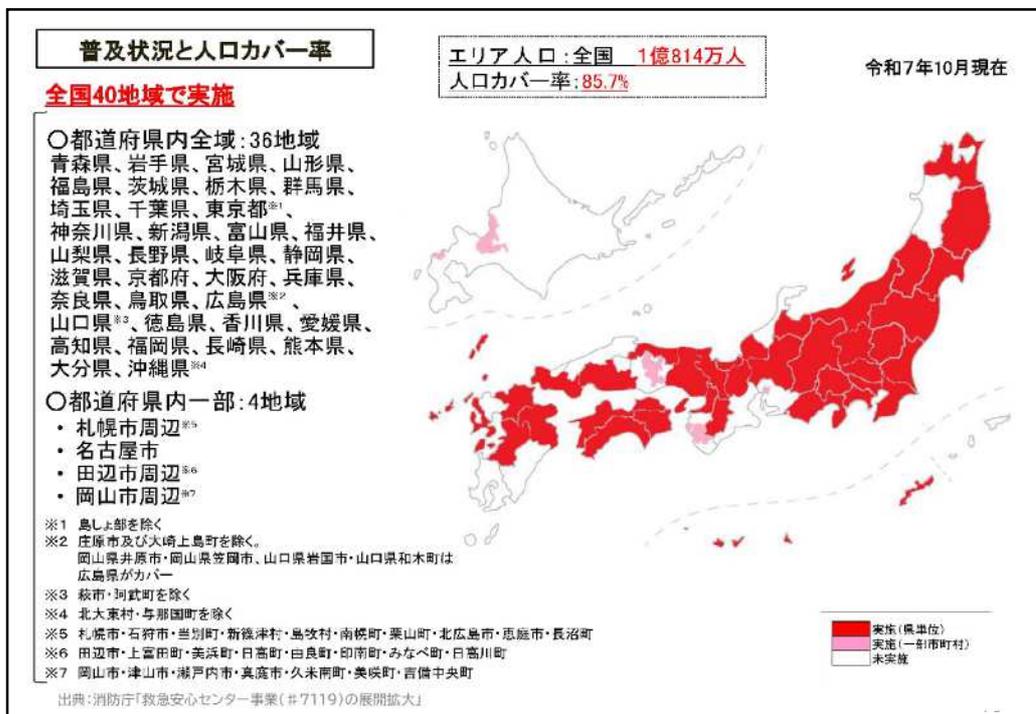
（第4回検討委員会での意見を掲載）

## 2 先行県の状況

- ・ 令和7年10月現在，#7119は全国40地域（都府県全域36，一部地域4）で導入されている。（図19）
- ・ 導入に至る経緯は各地域で異なり，国のモデル事業を活用するなど早期に導入した地域や既存の電話事業から#7119に変わった地域では都県単独で実施されているが，近年事業を導入した地域では，県と市町村が共同で行っている地域が多くみられる。（表2）
- ・ 受付方法は音声ガイダンスを採用している地域もある。
- ・ 医師体制はオンコール体制で，119番転送は未対応の地域がほとんどである。
- ・ 外国語対応を行っている地域もある。

※ P.18～20に関連情報を記載

（図19）全国の普及状況（令和7年10月現在）



（表2）主な都道府県における実施状況

	東京都 (直営)	奈良県 (外部委託・常設型)	福島県 (外部委託・遠隔型)
開始時期	平成19年6月	平成21年10月	令和5年4月
人口	1,442万人	約132万人	約183万人
受付時間	24時間365日	24時間365日	24時間365日
対象地域	都内全域（島しょを除く）	県内全域	県内全域
費用負担	東京消防庁	県負担	県1/2，市町村1/2（人口按分）
R7年度予算	約10億円	129,222千円	42,900千円
R6年度相談件数	485,432件	77,999件	23,367件
回線数	15回線	1回線	3回線（17～23時：5回線）
受付方法	音声ガイダンス	受付員対応	音声ガイダンス
医師体制	常駐体制	オンコール体制	オンコール体制
119転送	実施	未対応	未対応
外国語対応	未対応	未対応	未対応
その他	東京消防庁管轄は本土のみ	消防庁モデル事業を活用して導入	

	京都府 (外部委託・遠隔型)	滋賀県 (外部委託・遠隔型)	山口県 (外部委託・遠隔型)
開始時期	令和2年10月	令和7年10月	令和元年7月
人口	約258万人	約190万人	約110万人
受付時間	24時間365日	24時間365日	24時間365日
対象地域	府内全域	県内全域	県内全域(一部は独自実施)
費用負担	府(2千万円), 市町村29,200万円	県1/2,市町村1/2(人口按分)	県(通信費等),市町村(委託費)
R7年度予算	31,200千円	13,619千円	22,000千円
R6年度相談件数	57,160件	—	24,718件
回線数	4回線	2回線	3回線
受付方法	音声ガイダンス	音声ガイダンス	音声ガイダンス
医師体制	オンコール体制	オンコール体制	オンコール体制
119転送	未対応	未対応	未対応
外国語対応	未対応	6か国語	未対応
その他		今年度から実施	一部地域は、隣県の広島市等と合同または独自で実施

	愛媛県 (外部委託・遠隔型)	福岡県 (外部委託・遠隔型)	長崎県 (外部委託・遠隔型)
開始時期	令和5年7月	平成28年6月	令和6年8月
人口	約128万人	約509万人	約131万人
受付時間	24時間365日	24時間365日	24時間365日
対象地域	県内全域	県内全域	県内全域
費用負担	県1/2,市町村1/2(人口按分)	県	県1/2,市町村1/2(人口按分)
R7年度予算	35,530千円	98,000千円	25,000千円
R6年度相談件数	19,257件	79,731件	14,668件(R6.8~)
回線数	2回線	1回線(2チャンネル)	2回線
受付方法	受付員対応	音声ガイダンス	受付員対応
医師体制	オンコール体制	オンコール体制	オンコール体制
119転送	未対応	未対応	未対応
外国語対応	未対応	電話リレーサービスで対応	未対応
その他		市町村と費用負担協議中	公平性の観点から県1/2,市町村1/2

	熊本県 (外部委託・遠隔型)	大分県 (外部委託・遠隔型)	沖縄県 (外部委託・遠隔型)
開始時期	令和6年5月	令和7年7月	令和6年9月
人口	約174万人	約112万人	約147万人
受付時間	24時間365日	平日・土夜間,日祝等24時間	24時間365日
対象地域	県内全域	県内全域	県内全域(北大東村,与那国町を除く)
費用負担	県1/2,市町村1/2(1/2人口按分,1/2前年度実績)	県1/2,市町村1/2(人口按分)	県1/2,市町村1/2(均等割,人口按分)
R7年度予算	20,895千円	29,322千円	19,120千円
R6年度相談件数	7,667件(R6.5~)	—	11,807件(R6.9~)
回線数	2回線	4回線	1回線(2チャンネル)
受付方法	音声ガイダンス	音声ガイダンス	受付員対応
医師体制	オンコール体制	オンコール体制	オンコール体制
119転送	未対応	未対応	未対応
外国語対応	13言語対応	13言語対応	12言語対応
その他	R4から#7400で事業導入 R6.5から#7119に番号変更	令和6年度:大分市 令和7年度:県内全域	

## 【主な意見】

(第4回検討委員会での意見を掲載)

### 3 運営方法についての検討

#### (1) 実施体制・業務内容

- ・ 消防庁作成「事業導入・運営の手引き」や他県の例を参考に、実施体制や業務内容について検討を行った。

#### ① 勤務人員（表3）

対応者	対応内容	検討委員会の意見
受付員	電話の受付を行い、必要に応じて、相談者の所在地、年齢、性別等の聞き取りを行い、医療機関案内を希望する場合は医療機関案内を実施し、救急医療相談を希望する場合は相談員への引継ぎを行う。	適当（音声ガイド無しも含めて検討すべき）
相談員	相談者から症状の聞き取りを行い、相談システムに入力し緊急度判定プロトコル等により緊急度判定を行う。 判定結果により、応急手当の助言や医療機関案内、119番への転送や掛け直し要請等を行う。	適当（訓練を受けた看護師等を配置すべき）
医師 （常駐又はオンコール体制）	相談員が救急医療相談に対応する際、緊急度判定や診療科目等の判断に迷った場合、相談員からの相談に応じて助言を行う。	適当（常駐又はオンコール体制とすべき）
監督者 （業務責任者）	受付員や相談員の勤務状況やコールセンター内の状況を把握し、業務が円滑に遂行されるために必要に応じて適切な指示等を行う。	適当（配置すべき）

#### ② 相談業務に対する対応（参考：標準的な仕様書（例）（表4）

対応事項	対応内容	検討委員会の意見
救急医療相談	緊急度の判定に当たっては、緊急度判定プロトコル（電話相談）【総務省消防庁作成】を参考に、相談者から聴取した内容により行う。また、必要に応じて医師への相談を行うこと。 電話相談の結果、医療機関を受診する必要がある場合には、症状に応じた対処法等を説明すること。	適当（#7119の満たすべき要件）
医療機関案内	相談内容に応じて、医療機関を受診する必要性の有無について回答すること。 受診する必要がある場合又は相談者から医療機関案内を求められた場合は、あらかじめ委託者が提供する医療機関情報を用いて、相談者の求める医療機関情報を提供する。 なお、情報提供に当たっては客観的なもののみ提供し、優良な医療機関の案内などの主観を要するものは対応しないこと。	適当（#7119の満たすべき要件）
小児に関する相談	15歳未満の小児に関する相談については、まず緊急度判定を行い、緊急度が低いと判断された場合には相談者の希望に応じて「〇〇県小児救急医療電話相談（#8000）」等に案内する等の対応をとること。	適当（実施すべき）
外国人からの相談	外国人からの相談に対応するため、多言語通訳サービスなどの通訳者を交えた3者通話による相談体制を整えること。	適当（実施すべき）
相談業務に関する記録	事業実績を報告するため、事案毎の相談内容に関する事項を記録し、一定期間保存すること。	適当（実施すべき）
重大事案発生時の対応	アンダートリアージが疑われる事案など、相談者が不利益を被るような重大インシデントが発生した場合は、速やかに委託者に報告するとともに、対処後に相談内容や対応策について整理し、改めて報告すること。 また、必要に応じて委託者と検証する体制を設けること。	適当（実施すべき）

③ 運営上の留意点（表5）

留意事項	内 容	検討委員会の意見
事業運営について	<p>本事業を救急医療全体に資するものとして認識し、実施主体の各都道府県又は市町村の消防防災主管部局と衛生主管部局が連携すること。</p> <p>また、都道府県メディカルコントロール協議会、各地域メディカルコントロール協議会、消防本部、医療機関等への運用状況の共有や検証等を適宜行うとともに、PDCA を通じて事業の「質」を担保すること。</p>	適当（実施すべき）
受付時間について	<p>コールセンターの受付時間を決定する。相談窓口は、原則として 24 時間 365 日、相談を受け付けることができる体制とする。</p> <p>ただし、同一の窓口において 24 時間 365 日体制を実施できない場合においては、地域の医療機関との連携等、地域の実情に応じた適切な体制の整備により、実質的に 24 時間 365 日、相談を受け付けることができる体制を整えるとともに、受付時間外の対応体制について住民に周知すること。</p>	適当（実施すべき）
応答率等について	<p>実施団体は、応答率等を把握し、必要な回線数の確保に努めること。また、大型連休や年末年始等の需要拡大が見込まれる場合には、事前に必要な体制を確保するよう努めること。</p>	適当（2 回線以上を確保した上で、需要増大時に柔軟な対応がとれるような体制を確保すべき）
救急医療相談後の医療機関案内について	<p>緊急度判定を用いた救急医療相談の結果、医療機関案内を行う場合は、利用者の利便性の観点からも、原則として、#7119 においてワンストップで行うことが望ましい。ただし、#7119 においてワンストップで実施できない場合においては、相談者に対して、既存の医療機関案内窓口を紹介する等、地域の実情に応じた適切な医療機関案内の体制を整えるものとする。</p>	適当（県内及び隣県の医療機関情報を整備すべき）

④ 電話対応に関する事項（表6）

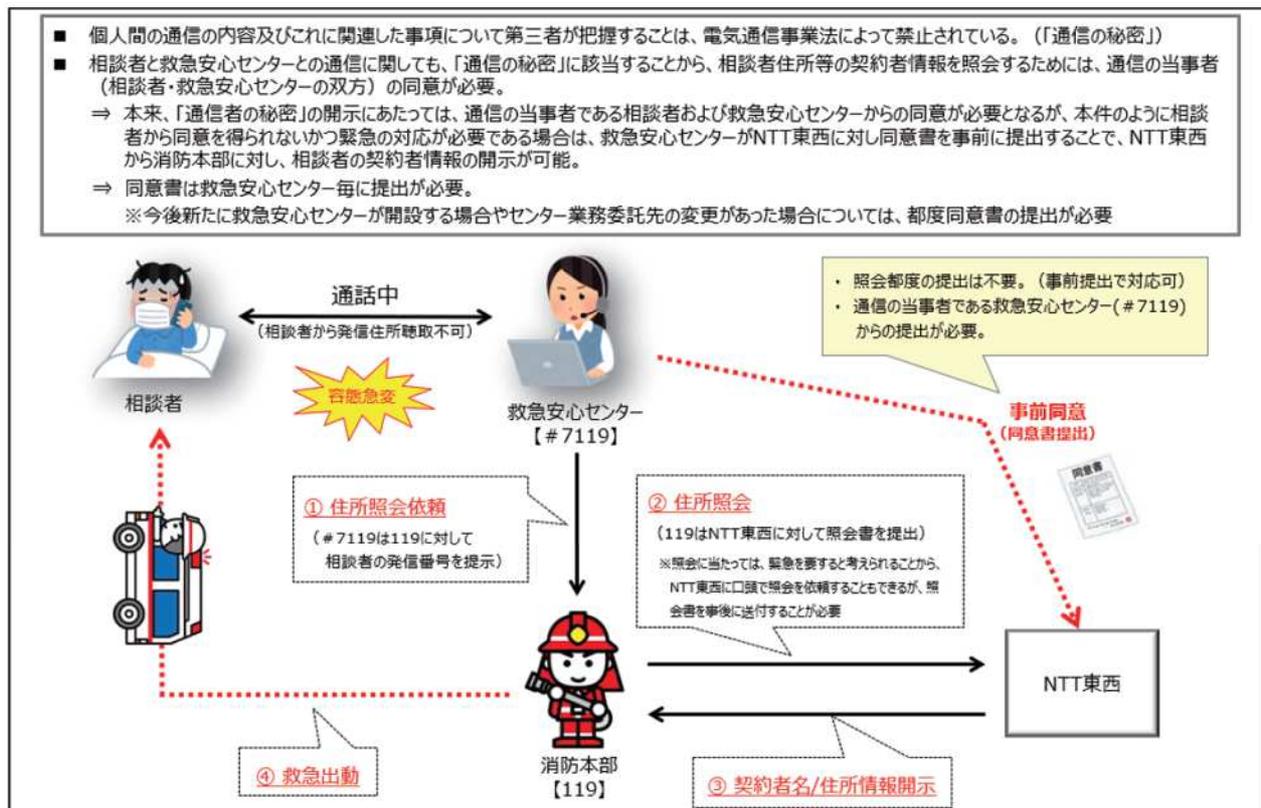
留意事項	内 容	検討委員会の意見
①緊急度判定プロトコル	<p>電話相談では、心肺停止など緊急度が高い事案を確実に判定できること、緊急度が高い症例を低く見積もることを可能な限り避けること、医学的根拠に基づき行うこと、対応者によって判定結果にばらつきが生じないこと等が求められる。そこで医療機関従事者が電話を介して判断する傷病の緊急度やそれに基づいて提供する情報の標準化を目指した指示書として、電話相談プロトコルを作成している。</p> <p>令和2年12月に策定された電話相談プロトコル ver.3 では、赤（最緊急・救急車）、橙（緊急・非救急車）、黄（準緊急）、緑（非緊急）、白（受診不要）の5段階の緊急度を判定する。</p> <p>最終的な緊急度判定は、プロトコルが示す結果のみに頼らず、適宜担当した看護師又は救急救命士の経験、知職及び医師の助言、通報者の社会的事情などによって総合的に判断する。判定後の対応は、119番転送による救急車要請、地域医療機関情報に基づく受診科目・医療機関情報、他の電話サービスやウェブ情報（中毒情報センター、メンタルヘルス対応など）及び病態に応じた適時の受診時期（受療のタイミング）と救急処置を中心とした口頭指導などがある。（「緊急度判定プロトコル ver.3【電話相談】」）</p>	適当（実施すべき）

<p>② 119 番への転送等に関する対応</p>	<p>相談者からの相談内容等により、緊急性が高いと判定した場合は、受付員・相談員はただちに 119 番転送又は掛け直しの要請を行う。</p> <p>119 番転送を行う際は、操作が複雑である場合も想定されるため、受付員・相談員が速やかに対応することができるよう、操作方法や消防機関に伝達すべき事項(#7119 からの転送であること、相談者の電話番号など)をあらかじめ記載したマニュアルを用意することが望ましい。</p>	<p>適当（掛け直しの要請とすべき）</p>
<p>③ 119 番からの転送等に関する対応</p>	<p>一部の消防本部では、緊急に搬送する必要がなく、かつ、#7119 に寄せられる相談内容と親和性があることが明確な 119 番通報について、#7119 への転送（以下「直接転送」という。）が行われている。</p>	<p>導入後に検討すべき</p>
<p>④ #7119 実施エリア外からの入電に対する対応</p>	<p>相談者の住所又は現在地を聴取した際に、#7119 未実施エリアからの入電であることが判明した場合、相談員は当該地域が#7119 実施エリア外であることを的確に伝える。</p> <p>ただし、電話相談内容などから直ちに病院を受診する必要があると判断した場合は、相談者に 119 番通報するよう助言するなど、状況に応じた対応が求められる。</p> <p>また、電話対応に当たっては懇切丁寧な対応を行うとともに、相談者に不快の念を抱かせることのないように留意することが望ましい。</p>	<p>適当（実施すべき）</p>
<p>⑤ 市外局番が県境等をまたぐ地域における対応</p>	<p>#短縮ダイヤルサービスは、単位料金区域に基づき実施されているが、地域によっては、単位料金区域が都道府県や市町村の境界と一致していない場所が存在していることから、このような地域において事業を導人する場合は、#7119 に架電した際に隣県の#7119 につながるなどの問題が発生するため、事前に実施地域の単位料金区域を把握し、当該問題に対する対応方針を決定する必要がある。</p> <p>なお、携帯電話は各携帯キャリアの基地局での振り分けとなるため、この影響を受けない。ただし、隣接する県の基地局に振り分けられてしまうような地域の場合、#短縮番号ではなく、固定番号で発信する必要がある。</p>	<p>適当（#8000 と同様に実施すべき（固定電話番号を案内））</p> <p>※ 曾於市の旧末吉町、旧財部町の地域が該当</p>
<p>⑥ 聴覚障害者等の利用に関する問い合わせ</p>	<p>聴覚障害者等による#7119 利用に関する問い合わせ等があった場合、電話リレーサービスやネット 119、Q 助など、地域の実情に合った連絡手段を案内する。</p> <p>また、医療機関案内については F A X での対応を行っている実施団体もあるため、地域で利用可能なツール（電話リレーサービス、Q 助、ネット 119、メール 119、FAX119 など）を踏まえ、関係機関と協議した上で、対応要領を定めることが望ましい。</p>	<p>適当（実施すべき）</p>
<p>⑦ 不規則入電に関する対応</p>	<p>不規則入電（特定の相談員に対する呼び出し等）に関して、業務の円滑な運営が妨げられるおそれがあるため、速やかに事業管理者へ転送・報告するなど、あらかじめ#7119 業務に支障を生じることのない連絡体制を構築することが必要である。</p> <p>その際、あらかじめ、転送先を一本化して設定するなど、相談員が迷わずに統一した対応が行えるシステムを考慮することが望ましい。</p>	<p>適当（実施すべき）</p>
<p>⑧ 児童虐待が疑われる入電に関する対応について</p>	<p>実施団体へのヒアリングにより、#7119 では事業内容（救急医療相談・医療機関案内）から、相談者の詳細な住所（〇丁目〇番〇号）まで特定しないことが確認されている。このため、相談者の相談内容（子どものケガについて受傷機転が不自然な場合等）などから相談員が虐待を疑った場合において、相談者の住所を特定できないことにより、追跡調査を行うなど適切な対応が困難な事例も想定される。</p> <p>しかし、児童虐待は深刻な社会問題であり、「児童虐待の防止等に関する法律」及び「児童福祉法」により、児童虐待に係る通告義務等が定められていることから、児童虐待が疑われるような相談を受けた場合、速やかに関係機関に通告するための対応要領を定めておく必要がある。</p>	<p>適当（事後検証も行うべき）</p>

⑤ 手続き関係（表7）

留意事項	内 容	検討委員会の意見
#7119 で受付した相談者に関する契約者情報照会	<p>#7119 の電話相談中に、相談者の容態が急変し応答を得ることができなくなるなど、人命又は身体に差し迫った危険があるにもかかわらず、相談者から住所等の情報を聴取できないために、救急要請ができないことが想定される。</p> <p>#7119 の相談窓口から上記のような通報を受けた消防本部が、救急車を出動させる必要があると認め、かつ、相談が東日本電信電話株式会社又は西日本電信電話株式会社（以下「NTT東西」という。）の固定電話又はひかり電話を通じて行われていた場合に、NTT東西が所有する住所情報及び契約者名を照会するための手続きを行う。</p>	<p>適当（実施すべき）</p>

（図20）#7119 で受付した相談者に関する契約情報の照会の概要



【主な意見】

（第4回検討委員会での意見を掲載）

(2) 運営方法の主な項目について

- ・ 消防庁作成「事業導入・運営の手引き」や他県の例を参考に、事業の運営方法に係る主な項目について検討を行った。

① 運営形態（表8）

<p>直営方式：人材確保、プロトコルを用いた緊急度判定などの運用に関する事項及び事業の質の向上を図るための検証・研修体制等のすべてを実施団体にて行う方式</p> <p>外部委託方式：受付員や相談看護師などの人材確保、プロトコルを用いた緊急度判定などの運用に関する事項及び事業の質の向上を図るための検証・研修体制等の大部分又は一部を外部事業者者に委託して行う運営する方式</p> <p>ア 常設型：実施団体が用意する施設にて事業を実施するもの</p> <p>イ 遠隔型：委託事業者が用意する施設にて事業を実施するもの</p>			
区分	メリット	デメリット	全国の状況
直営	<p>①委託事業者の変更などがなく、運営体制の安定化を図ることができる。</p> <p>②常に運営状況を把握することが可能であり、コールセンター内でトラブル発生に際して迅速な対応を行うことができる。</p> <p>③社会情勢の変化（新興感染症の発生等による救急需要急増時など）に伴い、対応要領等を変更する必要が生じた場合、早期に対応を変更し相談員等への周知が可能。</p>	<p>①外部委託方式と比較し、人件費がかかる。</p> <p>②雇用形態の柔軟性がなく、業務の効率化が図りにくく、相談員の勤務条件や入電数（需要）に応じて効率的に勤務人員を増減するなどの対応が困難。</p> <p>③相談員の人材確保（募集・採用・退職）及び日常的な人事・庶務的業務が必要。</p> <p>④コールセンター内の機器トラブルの対応が必要。</p>	1団体 東京都
外部委託・常設型	<p>①業務管理や事業の質の向上などに関するエフォートを外部化し、実施団体の負担を軽減できる（業務マニュアルの作成や相談員等の教育等に対する労力が軽減できる）。</p> <p>②民間のノウハウを活用し柔軟に事業の質の改善を行うことができる。</p> <p>③人材確保などを委託することで、効率的な応需体制やコストダウンが期待できる。</p> <p>④常に運営状況を把握することが可能であり、コールセンター内のトラブル発生に際して迅速な対応ができる。</p> <p>⑤遠隔型と比較し、業務責任者や相談員などのコミュニケーションが容易であり、速やかな業務改善等ができる。</p>	<p>①契約更新に伴う委託事業者の変更により、運営体制が不安定となる時期が生じる。</p> <p>②看護師により業務を運営できる事業者が少ないことから、入札などによる事業者選定時、価格競争が起こりにくく、予算の安定化が図りにくい。</p> <p>③市役所等にコールセンターを設置して実施する場合、夜間を含む閉庁時間のトラブル発生時に迅速な対応が困難となる場合がある。</p> <p>④コールセンター内の機器トラブル等の対応が必要となる。</p>	5団体 神奈川県 奈良県 札幌市 大阪市 広島市
外部委託・遠隔型	<p>①、②、③は上記のとおり</p> <p>④地域によっては、人材確保が容易となる。</p> <p>⑤施設の整備に係る経費が不要であり、手間がかからない。</p> <p>⑥新規導入時に、委託事業者の培ったノウハウを並行活用し、スムーズな導入が期待できる。</p>	<p>①、②は上記のとおり</p> <p>③運営状況の把握が困難であり、コールセンター内でのトラブル発生時に迅速な対応が困難である。</p> <p>④相談員等に対して、直接的な指導が行いにくい。</p> <p>⑤運営状況の把握が難しく、課題解決のための検討に時間を要する。</p> <p>⑥相談員が地域の実情に精通していないため、医療機関案内が実態に合わない案件が生じるおそれがある。</p>	34団体 福岡県 長崎県 熊本県 大分県 沖縄県 など

【検討委員会の意見】

【主な意見】

(第3回検討委員会)

- 直営と外部委託・常設型は地元のことをわかっているメリットがあるが、外部委託・遠隔型が（全国で）一番活用されている運営形態。
- #8000のような形（常設型と遠隔型のミックス）が良いのでは。夜間は遠隔型であっても経験を積みれば評判がよくなっていく。
- #8000の相談者の育成も結構長く丁寧にやってきた結果。高齢者に関してはいろいろな要素が入ってくるのでそんなに簡単に理解できないと思う。外部委託（遠隔型）でスタートしないと養成が間に合わない。

(第4回検討委員会での意見を掲載)

## ② 受付時間（表 9）

(総務省消防庁「救急安心センター事業(#7119)事業導入・運営の手引き」) 原則, 24時間365日 ※ 例外:【平日夜間及び土日祝等】			
区分	メリット	デメリット	全国の状況
24時間365日	・時間帯を意識せずに相談できる ・消防庁の方針と合致	・平日夜間及び土日祝等の場合より費用が高額 ・夜間の人材確保が必要	31地域
平日夜間及び土日祝24時間 等	・24時間365日の場合よりも低額	・日中における救急隊や医療機関の負担軽減に繋がらない	9地域

### 【検討委員会の意見】

#### 【主な意見】

##### (第3回検討委員会)

- 訪問看護サービスを提供する側からは、かかりつけ医が対応できない土日祝日の対応が困っているため、24時間365日が望ましい。
- 救急搬送は昼間が多い。回線をずっと使っている状況もあるため。24時間365日で。

(第4回検討委員会での意見を掲載)

## ③ 対象地域（表 10）

(総務省消防庁「救急安心センター事業(#7119)事業導入・運営の手引き」) 実施地域の単位については、これまで、「原則として、都道府県単位で実施する」として整理してきている。 なお、都道府県単位による実施が困難な場合は、区域内の一部の市町村において実施することも可能である旨を示しているが、その際には留意事項として、最終的には都道府県単位での事業実施に繋がる対応がとられるよう促している。			
区分	メリット	デメリット	全国の状況
県内全域	・県内どこからでも利用できる ・観光客も利用しやすい ・消防庁の方針と合致	・一部地域よりも高額 ・市町村に費用負担を求める場合は調整対象が多数	36地域
一部地域	・県内全域よりも低額 ・市町村に費用負担を求める場合は調整対象を絞ることができる	・利用地域が限定される ・同一市外局番の地域（単料料金区域）内で利用や費用負担に係る不平等が生じる	4地域

### 【検討委員会の意見】

#### 【主な意見】

##### (第3回検討委員会)

- 離島においても消防だけでは賅えない部分もあることから、県内全域での実施が望ましい。
- 利用する立場からすると、全県で対応している方が望ましい。

(第4回検討委員会での意見を掲載)

#### ④ 費用負担

(総務省消防庁「救急安心センター事業(#7119)事業導入・運営の手引き」)  
 事業費の負担割合等については、地域の実情を踏まえ、関係団体間において協議を行った上で決定するものと想定されるが、都道府県全域で実施する場合は、都道府県と市町村が共同して負担する形が考えられる。  
 この場合の市町村の負担割合については、人口で按分している地域や、人口に財政力指数を加味して按分している地域などがある。

【全国の状況】※ 40地域  
 ・県と市町村が共同で負担 :20地域(うち県1/2, 市町村1/2:17地域)  
 ・都道府県のみ負担 :14地域(うち前身事業有:7)  
 ・市町村のみ負担 :6地域(うち県全域で実施:2)

(参考) 財政措置について (表 11)

区 分	内 容
① 整備に係る支援	ア 消防防災施設整備費補助金(補助率1/3) ・救急安心センター整備事業 ・救急医療情報収集装置  イ 防災対策事業債(消防防災施設整備事業) 充当率75%, 交付税算定率30%
② 運営費(ランニングコスト)に係る支援	都道府県または市町村において生じる事業実施に係る経費に対して ・特別交付税措置(措置率0.5, 財政力補正なし)

【検討委員会の意見】

【主な意見】

(第3回検討委員会)

○ 国の財政処置も活用しながら、県と市町村が連携して予算化することが大事。

(第4回検討委員会での意見を掲載)

## V まとめ(検討委員会提言)