

救急安心センター導入検討委員会 中間とりまとめ報告書

令和7年10月

救急安心センター導入検討委員会

目 次

| | |
|-------------------------|------|
| 救急安心センター導入検討委員会 委員名簿 | P. 1 |
| 1 救急安心センター事業（#7119）について | P. 2 |
| 2 救急安心センター検討委員会に係る経緯 | P. 4 |
| 3 本県における救急搬送・救急医療の状況 | P. 5 |
| 4 事業の有用性について | P. 8 |
| 5 中間とりまとめ結果 | P. 9 |
| 6 その他 | P. 9 |

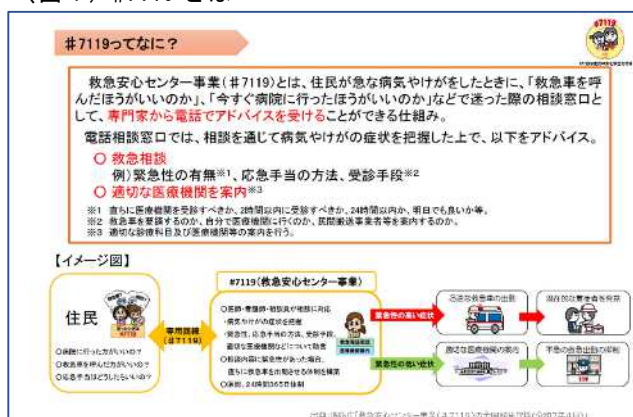
救急安心センター導入検討委員会 委員名簿

| 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 | 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 |

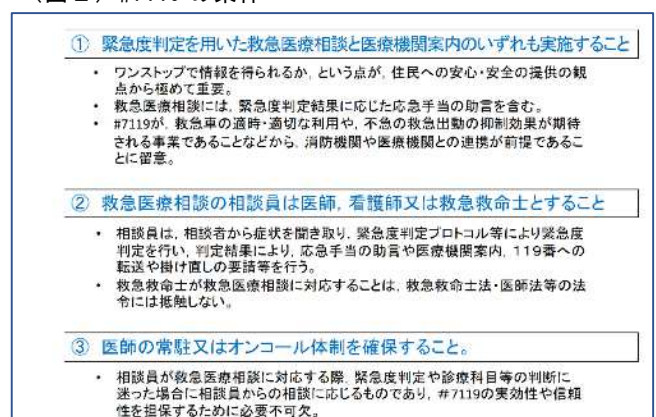
1 救急安心センター事業（#7119）について

- ・ 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）
- ・ #7119 の満たすべき条件（図 2）
 - ① 緊急度判定を用いた救急医療相談と医療機関案内もいずれも実施すること。
 - ② 救急医療相談の相談員は、医師、看護師または救急救命士とすること
 - ③ 医師の常駐またはオンコール体制を確保することと。
- ・ 主な効果（消防庁）（図 3，4）
 - ① 救急車の適時・適切な利用
 - ② 救急医療機関の受診の適正化・消防機関の負担の軽減化
 - ③ 住民への安心・安全の提供
 - ④ 時代の変化に応じた対応
 - ⑤ 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
- ・ 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 1）#7119 とは



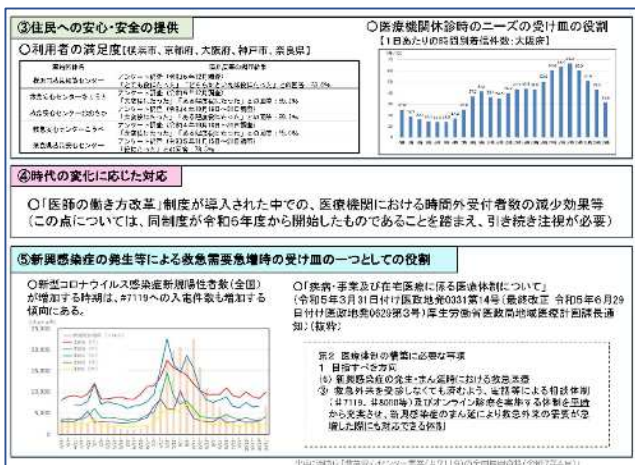
（図 2）#7119 の条件



(図3) #7119の効果(①, ②)



(図4) #7119の効果(③, ④, ⑤)



(図5) 救急相談に関する緊急度判定に基づく勧奨事項

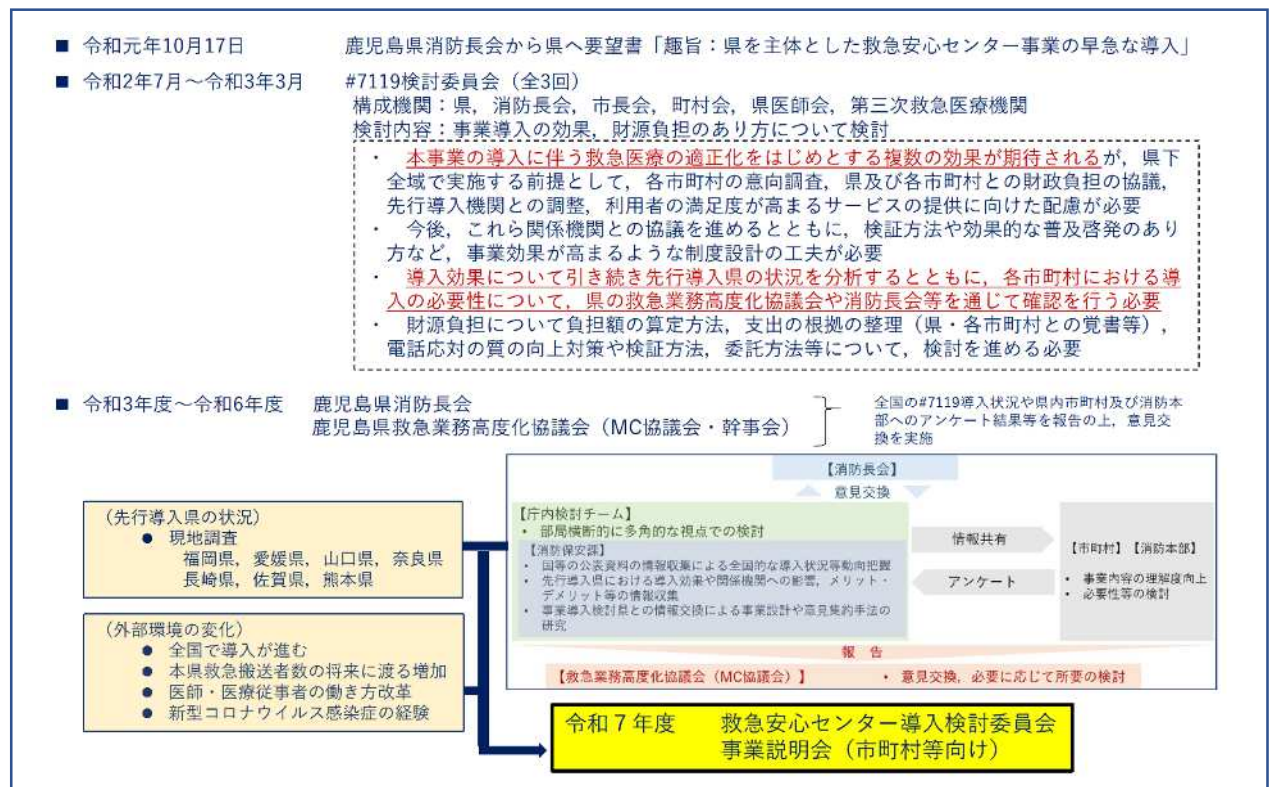
| 緊急度 | 定義 | 勧奨事項 |
|------------|---|------------------------------|
| 赤 (緊急) | すでに医療的に生命危機に瀕している状態、 重症化あるいは悪化する可能性がある状態、 呼吸困難、胸痛、意識障害、昏倒の可能性から 総合的に判定する | 119通報 |
| 黄 (準緊急) | 医療処置により症状が変化し得る可能性があるため、直ちに受診が必要な状態 | いまずく受診 (緊急時以外で) |
| 黄 (準緊急) | 時間経過により症状が悪化する可能性があるため、受診が必要な状態 | これからの受診 (通常の受診時間を待たず自力受診) |
| 緑 (非緊急) | 上記には該当しないが、受診が必要な状態 | 通常の受診時間に受診 |
| 白 (非緊急) | 医療が必要としない状態 | 受診不要・経過観察 |

(図6) 全国の導入状況委



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

○ 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

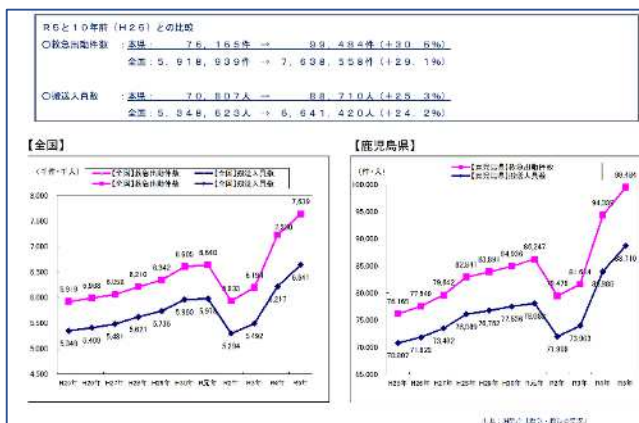
- ・ 本県における救急搬送・救急医療の状況
- ・ 事業の有用性について

3 本県における救急搬送・救急医療の状況

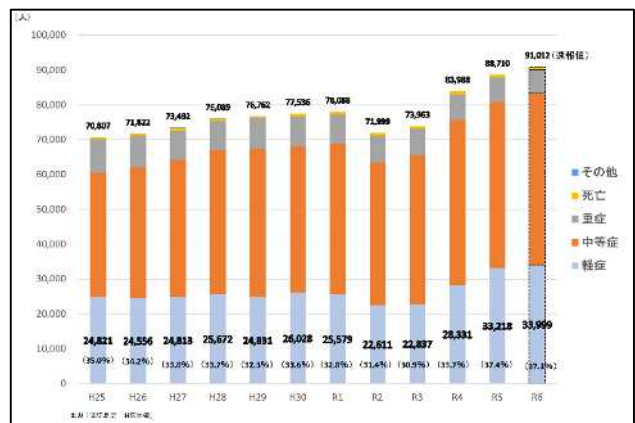
(1) 救急搬送の状況

- ・ 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。
- ・ 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



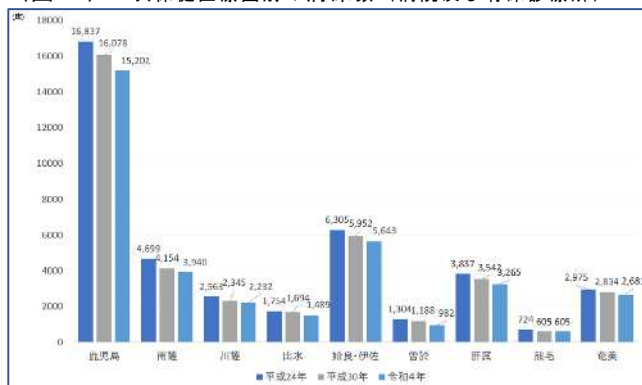
【主な意見】

- 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。

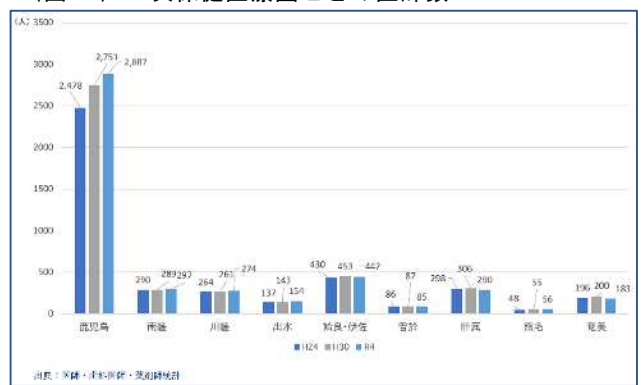
(2) 医療機関の状況

- 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



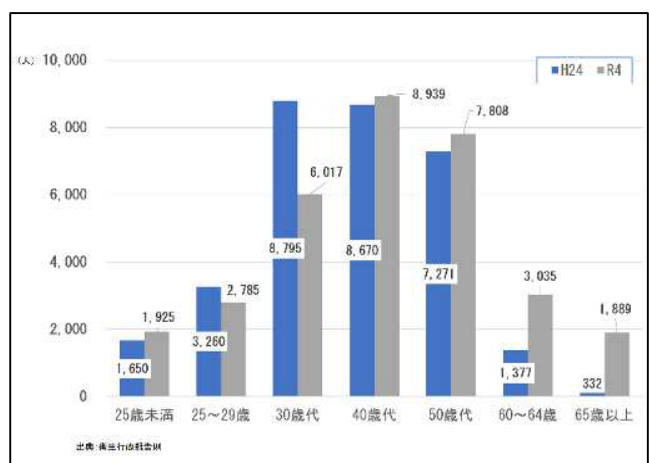
（表 1）二次保健医療圏別医師数

【令和 4（平成30）年医師・歯科医師・薬剤師統計】（医師総数）

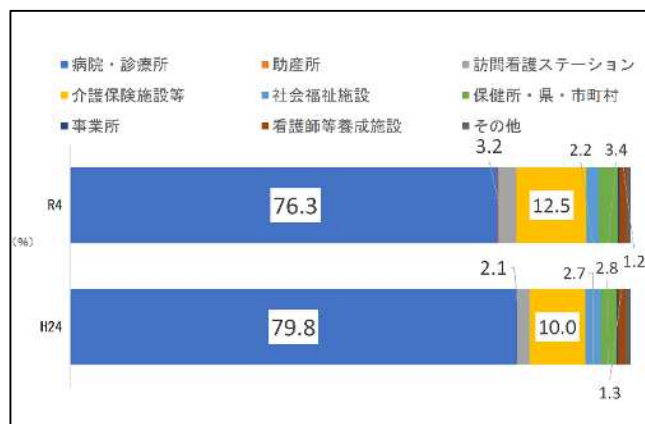
| 区 分 | R2 | | R4 | | R4-R2 | |
|-------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------|----------------|
| | 医師数 (割合) | 人口10万人 対医師数 (割合) | 医師数 (割合) | 人口10万人 対医師数 (割合) | 医師数 | 人口10万人 対医師数 |
| 全 国 | 339,623 | — | 269.2 | — | 343,275 | 274.7 |
| 鹿児島県 | 4,653 (100.0) | 293.0 | 4,668 (100.0) | 298.7 | 15 | 5.7 |
| 鹿児島市 | 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 |
| 熊良・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 |

※新増行：全国平均値を下回っている種

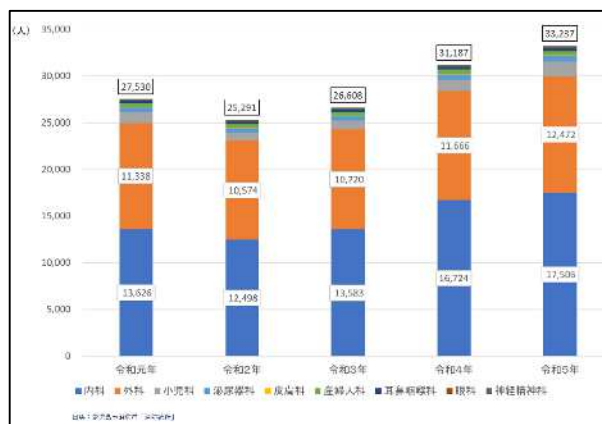
（図 12）看護職員の年齢構成（10 年比較）



(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】

- 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 年間で、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。

4 事業の有用性について

- 消防本部，市町村，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

「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

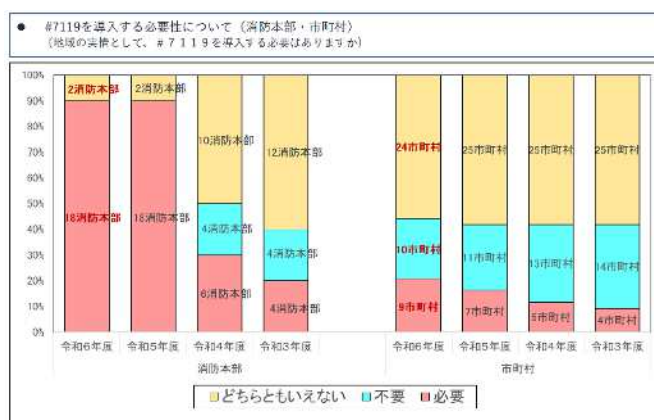
「必要」が年々増えているものの，「どちらとも言えない」が約半数。

③ 郡市医師会

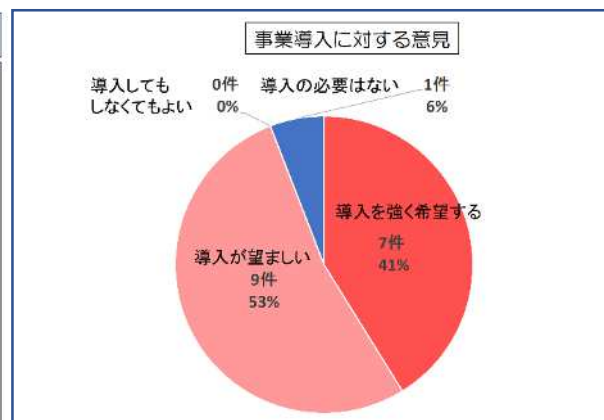
「導入が望ましい」が 53%，「導入を強く希望する」が 41%。

※ このほか，救急搬送・救急医療の現状も踏まえ議論をいただいた。

（図 18）意向確認結果（消防本部，市町村）



（図 19）意向確認結果（郡市医師会）



【主な意見】

（第 1 回検討委員会）

- 高齢者の方々に#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 についても同様に、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。

5 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。

6 その他

当委員会の「中間とりまとめ」を踏まえ、本県において望ましい運営体制等についての議論を進める。

【 主な意見 】

- #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と。
- 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。