

日本臨床救急医学会・日本救急看護学会
共催シンポジウム 第2回

救急電話相談の現況と今後の展望



2026年4月11日(土)

東京都医師会館

日本臨床救急医学会・日本救急看護学会共催 第2回シンポジウム
「救急電話相談の現況と今後の展望」 **プログラム**

開催日時：2026年4月11日（土）12:30～17:00

会場：東京都医師会館 講堂（東京都千代田区神田駿河台2-5）

■ **開会の辞**

日本看護協会 常任理事／日本救急看護学会 代表理事 浅香 えみ子

■ **基調講演「受療前救急電話相談という仕組みの軌跡と今後」**

社会医療法人社団 正志会 救急災害医療連携・DX推進部門／東洋大学情報連携学 学術実業連携機構
日本臨床救急医学会 代表理事 森村 尚登

■ **第1部 看護師業務と教育の進展**

テーマ：「救急電話相談における看護師業務の現状と教育体系の標準化」

司会 産業医科大学／日本救急看護学会 理事、救急電話相談トリアージ委員会担当理事 立野 淳子

司会 港南台病院／日本臨床救急医学会 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会委員長 高橋 耕平

演題1 福岡県#7119における、看護師教育・研修体制と教育効果の検証について

社会医療法人 青洲会本部 伊藤 重彦

演題2 院内電話相談トリアージの現状と課題

文京学院大学 今井 亮

演題3 救急電話相談の教育体制整備における学術団体の役割

名古屋市立大学大学院 船木 淳

演題4 加算要望に向けたデータ蓄積の必要性

公立昭和病院 平柳 和奈

演題5 救急電話相談トリアージの質保証に向けた院内体制整備

薬師寺慈恵病院 大村 正行

【特別発言】看護師専門領域の一つとしての救急相談業務

福島県立医科大学附属病院 宮崎 博之

総合討論

<<休憩>>

■ **第2部 医師・運営者・AIの関わり**

テーマ：「医師の関与とICTによる相談支援の未来」

司会 名古屋市立大学大学院／日本救急看護学会 理事、救急電話相談トリアージ委員会委員長 船木 淳

司会 順天堂大学医学部附属練馬病院／

日本臨床救急医学会 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会担当理事 杉田 学

演題1 学会の役割 緊急度概念

港南台病院／緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会委員長 高橋 耕平

演題2 埼玉県AI救急相談事業の現状とこれから

自治医科大学附属さいたま医療センター 守谷 俊

演題3 電話救急医療相談でのAI化におけるプロトコル検証方法

日本大学医学部 櫻井 淳

演題4 ORIONを使った#7119のエビデンス

大阪大学救急医学 織田 順

演題5 AI活用システム開発の進捗

社会医療法人社団 正志会 救急災害医療連携・DX推進部門／東洋大学情報連携学 学術実業連携機構
日本臨床救急医学会代表理事 森村 尚登

【特別発言】#7119の全国展開に向けた消防庁の取組

総務省消防庁 消防・救急課救急企画室 辻 正一

総合討論

■ **閉会の辞**

港南台病院／日本臨床救急医学会 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会委員長 高橋 耕平

以上

－ 基調講演 －

受療前救急電話相談という仕組みの軌跡と今後

一般社団法人日本臨床救急医学会 代表理事
社会医療法人社団 正志会 救急災害医療連携・DX 推進部門
東洋大学情報連携学 学術実業連携機構
森村 尚登

2007 年 6 月の東京都を皮切りに、受療前救急電話相談体系として救急相談センター(#7119)が開設された。以降総務省消防庁事業として救急安心センターの名称の下で全国各地に設置され、現在全国の人口カバー率は 8 割を超える。変容する救急医療を取り巻く環境に応ずる対策の一環として導入された仕組みが節目 20 年を迎える本年において、日本救急看護学会と日本臨床救急医学会が共催で「救急電話相談の現況と今後の展望」と銘打って議論の場を設けた。発表内容、演者間の活発な議論ならびに聴講者の円滑な理解の一助となるよう、本事業設置の経緯、目的、実績などについて、相談者、搬送機関、医療機関といった多角的視点で概説する。

－ 第 1 部 看護師業務と教育の進展 －

テーマ：「救急電話相談における看護師業務の現状と教育体系の標準化」

演題 1 福岡県#7119 における、看護師教育・研修体制と教育効果の検証について

社会医療法人 青洲会本部
伊藤 重彦

福岡県#7119 は平成 28（2016）年 6 月から運用が始まりました。福岡県#7119 は赤判定後に一旦相談者が回線を切り、改めて 119 番通報するシステムのため、運用開始 2 年間の 119 番通報勧奨事案で実際に 119 番通報された事案は約 23%でした。そのため、緊急度判定後の相談者の受療行動が不明であること、アンダートリージ事例が発生していないか不安などもあり、相談員の教育研修に努めてきました。定期的研修や事例検討会のほか、相談員が迷った事例をすべて拾い上げ、Q&A 形式で回答を作成してフィードバックしています。その結果、緊急度判定までの時間や相談時間の短縮とともに、緊急度判定プロトコルの解釈について相談員の理解が深まり、緊急度判定の精度向上にも繋がっています。統計学的検証結果に基づく教育体制も重要ですが、症例ごとに具体的な疑問を繰り返し解決していく方策も重要であると考えています。

演題 2 院内電話相談トリージの現状と課題

日本救急看護学会 救急電話相談トリージ委員会
文京学院大学
今井 亮

日本救急看護学会救急電話相談トリージ委員会は、第二次・第三次救急医療機関の救急外来看護管理者を対象に、救急電話相談トリージの実態と教育ニーズを把握する全国調査を実施した。その結果、救急電話相談トリージは主に看護師が担い、クリニカルラダーⅢ以上の能力が求められていた。一方で、専従配置や担当看護師の明確な基準を設ける施設は少なく、日々の担当看護師個々の力量に依存している現状が示された。また、約 8 割の管理者が相談件数を把握しておらず、記録も専用用紙や診療録に残す施設は約半数にとどまり、メモ程度など記録が不十分な施設も存在した。さらに、プロトコルやツールの使用は約 3 割にとどまり、事後検証も「スタッフ間で話す程度」や「気になった事例のみ」が中心で、約 4 割は事後検証自体を行っていなかった。検証しにくさや転帰不明が課題として挙げられ、医師が事後検証に参加している施設は約 1 割と少数であった。

演題 3 救急電話相談の教育体制整備における学術団体の役割

日本救急看護学会 救急電話相談トリージ委員会 委員長
名古屋市立大学大学院
船木 淳

救急電話相談は、プロトコルの適合確認であれば非専門職や AI でも可能である。一方で、視覚情報がない状況下で相談者の断片的な訴えから潜在的な緊急性を評価しながら、不安に寄り添い、適切な受療行動を促すプロセスは、救急看護師の高度な臨床推論そのものであるといえる。

本シンポジウムでは、救急看護の専門性に基づいた「救急看護師」と「相談者」による救急電話相談のあり方を再確認し、教育体制整備における学術団体の役割について考察していきたい。

演題 4 加算要望に向けたデータ蓄積の必要性

日本救急看護学会 救急電話トリアージ委員会
公立昭和病院
平柳 和奈

当委員会による救急電話相談トリアージの全国実態調査において、約 7 割の施設が救急電話相談トリアージを実践しており、97.5%が看護師によって実施されていることが明らかになっている。一方で、救急電話相談トリアージ実践の現状調査・報告、分析された文献が少なく、その臨床的効果・効率性・安全性などを評価できるには至っていない。加えて、標準化された教育・記録・検証等が確立しておらず、救急電話相談トリアージ実践者の能力や方法は各施設により異なっている。救急電話相談トリアージに対する加算要望するにあたり、救急電話相談トリアージの実践が患者アウトカムの改善に寄与できているか、医療資源の適正化や業務負担・人的コストの改善が見込めるかなど体系的なデータの蓄積が必要不可欠である。本講演では、加算要望に向けて当委員会が果たすべき役割と課題を考察していきたい。

演題 5 救急電話相談トリアージの質保証に向けた院内体制整備

日本救急看護学会 救急電話相談トリアージ委員会
薬師寺慈恵病院
大村 正行

近年、救急電話相談は市民の受療行動に影響を与える社会的基盤として定着しつつあるが、院内で行われる電話相談トリアージの体制整備は十分とは言えない。

当院では救急外来看護師が電話相談を担当し、解析可能な約 470 件の集計では、相談者は本人のみならず家族が過半数を占め、消化器症状、発熱、外傷など多様な相談が認められた。対応結果は即時受診が約 3 割を占め、電話相談が受療行動を左右する責任ある実践であることが示唆された。さらに約 8 割が時間外に集中しており、判断支援体制が限定される時間帯に業務が偏在している。これらは個々の看護師の経験や裁量に依存した運用では医療安全上のリスクを内包し得る。

そこで当院では、業務範囲の明確化、医師との役割分担、エスカレーション体制の整備、記録と振り返りの仕組み化を軸とした院内体制整備を進めている。本発表ではその過程と課題を共有し、質保証および標準化に向けた視点を提示する。

特別発言 看護師専門領域の一つとしての救急相談業務

日本救急看護学会救急電話相談トリアージ委員会
福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センターHCU/外来
宮崎 博之

我が国の救急医療において、看護師による救急電話相談業務は、限られた情報下で緊急度を判断し、適切な受療行動へ導く救急医療体制の入口を担う重要な役割である。一方で、その業務内容や必要とされる能力、人材要件は十分に整理されておらず、各医療機関の裁量に委ねられている。全国の二次・三次救急医療機関を対象とした調査では、救急電話相談を担う看護師には、単独で緊急度判断を行える高度な臨床判断能力と一定以上の臨床経験が求められ、体系的な教育機会や判断基準の標準化に対する強いニーズが示された。救急電話相談を看護師専門領域の一つとして明確に位置づけ、人材配置と教育体制を整備することが不可欠である。本講演では、調査結果を基に、救急電話相談業務の質保証と人材育成の在り方、今後の展望について考察する。

－ 第2部 医師・運営者・AI の関わり －
テーマ：「医師・運営者・AI の関わり」

演題1 学会の役割 緊急度概念

日本臨床救急医学会 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会
高橋 耕平、杉田 学、櫻井 淳、高松 純平、吉田 茜、坂根 克哉、松村 怜生、峯山 幸子

日本臨床救急医学会「緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会」では、緊急度の概念整理と体系化を進めてきた。狭義の緊急度は、不可逆的変化を回避するための根本治療開始までの時間的猶予と定義されるが、その許容時間に関するエビデンスの集積は未だ十分ではない。救急電話相談においては、限られた情報からの病歴聴取に基づく臨床推論により疾患を想定し、適切な緊急度判断を行うことが求められる。一方、広義の緊急度（急ぎ指数）は診療に係るリソースに患者背景やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）などをもとにした医療介入の度合も含めて総合的に判断される。広義の緊急度は受診先の選択など医療提供体制の最適化にも関与する重要な概念である。今後も当委員会では発症から受診までの各段階における緊急度判定の考え方を、エビデンスに基づき発信していく必要がある。

演題2 埼玉県 AI 救急相談事業の現状とこれから

自治医科大学附属さいたま医療センター救急科 守谷 俊
国立成育医療研究センター救急診療科 天竺 俊介

昨今、救急電話相談の需要増加と相談体制の持続可能性が課題となる中、埼玉県ではAIを活用した救急相談システムを2019年7月19日より導入し、2025年12月31日までに166,609件の対応を行い、従来の電話相談を補完する新たな相談モデルの構築を進めている。本講演では、埼玉県AI救急相談の導入以降に蓄積された利用データを基に、相談件数の推移、相談時間帯や症状の傾向、電話相談との振り分け状況などを分析し、AIが救急相談体制に与える影響を検討する。AI相談は24時間利用可能な初期トリアージとして機能し、軽症相談の受け皿となることで電話相談の負担軽減に寄与する可能性が示唆されている。一方で、医療専門職による判断が必要となる症例との適切な連携体制の構築も重要である。実際の運用データからAI相談の有用性と課題を整理し、医師・看護師・AIが協働する次世代型救急相談体制の展望について報告する。

演題3 電話救急医療相談でのAI化におけるプロトコル検証方法

櫻井 淳¹、鷺坂彰吾²、田上隆³、杉田学⁴、問田千晶⁵、高橋耕平⁶、大田祥子⁷、安部猛⁸、
織田順⁹、森村尚登¹⁰

1. 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野
2. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター・国内医療救護部
3. 東京慈恵会医科大学救急災害医学講座 危機管理・救命分野
4. 順天堂大学医学部附属練馬病院救急・集中治療科
5. 信州大学救急集中治療医学教室
6. 横浜市民病院救急診療科
7. 日本薬科大学 薬学部 医療ビジネス薬科学科
8. 福島県立医科大学総合科学教育研究センター 数物・情報・統計科学領域
9. 大阪大学大学院医学系研究科救急医学
10. 東洋大学情報連携学学術実業連携機構

電話救急医療相談（#7119）は日本人口の約半数が利用可能でありトリアージシステムとして日本で最も成功した事業の一つであると考えられた。現在、本事業の artificial Intelligence（AI）の開発が総務省の研究班で行われており、筆者らはこのAI検証 working group（WG）として活動している。AIの検証としては①ペーパー症例の緊急度の判定（各専門医試験の臨床問題、JTAS・ESI等の症例を転用）、②東京消防庁の電話救急医療相談のデータで validation を検証、③模擬患者による実際の対応を行うといった方法が考えられている。こういった方法によりAIによる#7119の有用性の検証が必要である。

演題4 ORIONを使った#7119のエビデンス

大阪大学救急医学
織田 順、片山 祐介

【背景】救急安心センター事業は救急車の適正利用や救急医療機関の受診の適正化、住民への安心・安全の提供に寄与してきた。

【目的】#7119を介して救急搬送された患者の特徴、#7119事業の効果、患者転帰への影響を統計学的に検証すること。

【方法】悉皆性のある大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（ORION）と救急安心センターおおさか（#7119）を結合したデータセットを用いて、緊急度判定された救急車出動事例を対象として解析を行った。（用いたデータセットはいずれも新型コロナウイルス感染症まん延前）。

【結果と考察】#7119を介して救急搬送された患者の入院割合は29.2%で、先行研究より低い割合であった。#7119を介した患者グループ（成人）では不搬送割合は有意に低かった。#7119事業を利用した患者グループの（成人、高齢者）方が利用しない層と比較して患者転帰が不良な患者の割合が低かった。

【結論】ORIONを利用して#7119ににつき一定のエビデンスを得た。

【謝辞】本研究は令和2・3年度消防防災科学技術研究により行った。

演題5 AI活用システム開発の進捗

Sharp 4A Project team

森村尚登、別所正博、平沼直人、伊藤重彦、織田順、國枝孝之、櫻井淳、杉田学、鷺坂彰吾、間田千晶、高橋耕平、大田祥子、安部猛、新井悟、猪口正孝、仲野友康、吉木輝仁、永山大悟、池澤熙明、坂村健

総務省消防庁 令和7・8年度消防防災科学技術研究推進制度 ICT技術等を活用した救急業務の効率化等に関する研究 「生成AIを活用した救急電話相談・救急現場緊急度判定支援システムの実現（Sharp 4A（AI Assisted Acuity Assessment）Project）（研究代表者：森村尚登）」において、生成AI（大規模言語モデル：LLM）を中核とする緊急度判定支援システムを構築し、電話相談・救急現場・院内ERのあらゆる入口を横断して初期判断を支援する基盤技術の確立を目指している。AIに学習させる音声データの取り出し・読み込みに係る法的課題の整理、AIへのプレプロンプトを含む約15万件のデータ投入によるプロトタイプシステム開発、その検証法、成果物の社会実装時の運用の課題について、それぞれの研究の進捗を報告する。

特別発言 #7119 の全国展開に向けた消防庁の取組

総務省消防庁 消防・救急課救急企画室
辻 正一

消防庁では、住民に安心・安全を提供するとともに、地域の限られた救急・医療資源を有効活用することを目的に、#7119 の全国展開を推進しており、令和８年度中に導入する地域も含め、42 地域で実施予定である。

#7119 は、住民が急な病気やケガの際に、医師や看護師等の専門家が相談に応じ、受診手段に関する助言や医療機関案内等を行う電話相談事業である。

令和６年度の有識者検討会において、事業効果が改めて確認されるとともに、事業の質の向上の重要性が示されたことを受け、消防庁では、未実施団体に対する情報提供や、実施団体間の情報共有等を行っている。

今後も救急需要の増大及び多様化が懸念される中、不急の救急出動の抑制や、救急医療機関の受診の適正化につながる等、#7119 の重要性はますます高まっている。

消防庁では、各地域の実情に即した形での全国展開を推進するとともに、実施団体において実効性のある取組が更に進むよう支援していく。

Memo

Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Population (millions)	7.7	7.9	8.1	8.3	8.5	8.7	8.9	9.1	9.3	9.5	9.7	9.9	10.1	10.3	10.5	10.7	10.9	11.1	11.3	11.5	11.7
GDP (trillion USD)	44.2	48.1	52.0	55.9	59.8	63.7	67.6	71.5	75.4	79.3	83.2	87.1	91.0	94.9	98.8	102.7	106.6	110.5	114.4	118.3	122.2
Life expectancy (years)	72.4	73.1	73.8	74.5	75.2	75.9	76.6	77.3	78.0	78.7	79.4	80.1	80.8	81.5	82.2	82.9	83.6	84.3	85.0	85.7	86.4
Urban population (millions)	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.9	6.1	6.3	6.5	6.7	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9
Renewable energy (TWh)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.0	3.1
CO2 emissions (Gt)	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	18.2	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.6	21.0	21.4	21.8	22.2	22.6	23.0	23.4