

# 平成20年度第3回トリアージ作業部会次第

日時：平成20年10月20日（月）10時～  
場所：三番町共用会議所 2階大会議室

## 1 開 会

## 2 報告

(1) 平成20年度第2回トリアージ作業部会議事概要

(2) よこはま救急改革特区について

## 3 議題

(1) トリアージの導入に向けた制度設計について

(2) トリアージプロトコルの精度向上のための実証検証について

(3) その他

## 4 閉 会

### 【添付資料】

資料1 平成20年度第2回救急業務高度化推進検討会議事要旨

資料2 よこはま救急改革特区資料

資料3-1 コールトリアージの効果に関する検討

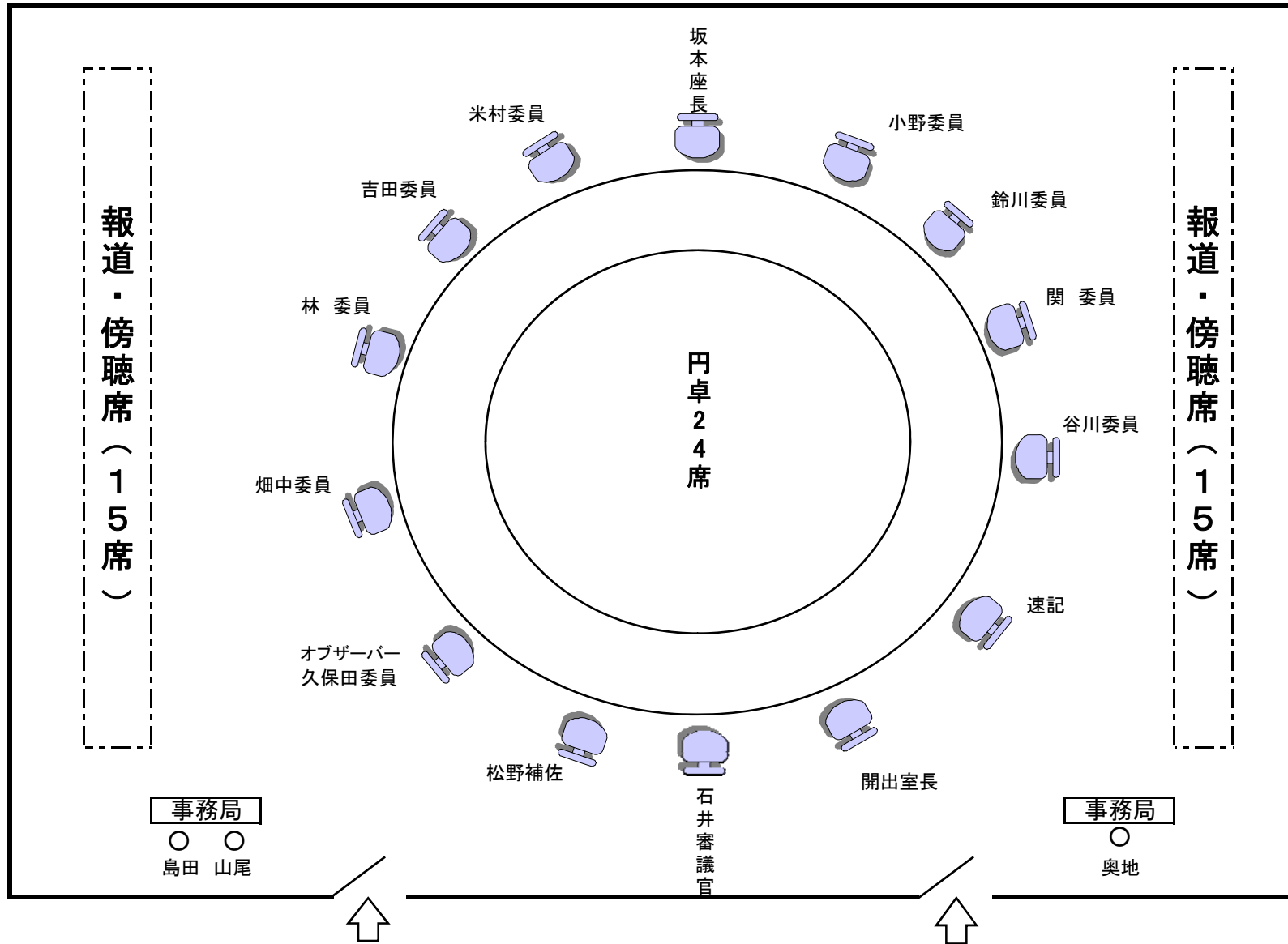
資料3-2 様々な条件下での救急救命処置の生存率への効果に関する結果報告  
(報道発表資料抜粋)

資料4-1 コールトリアージ検証の経緯(前回委員会から)

資料4-2 コールトリアージ検証における通信指令員マニュアル  
(2008.10.version5.0)

# 第3回救急業務高度化推進検討会 トリアージ作業部会 席次表

平成20年10月20日(月) 三番町共用会議所 大会議室



## 第 2 回救急業務高度化推進検討会

### トリアージ作業部会議事要旨

- I 日時 平成 20 年 8 月 20 日 (水) 14 時 00 分～16 時 00 分
- II 場所 三田共用会議所 3 階 A・B 会議室
- III 出席者 坂本座長、小野委員、鈴木委員、関委員 (代理出席 三浦氏)、  
谷川委員、畑中委員、林委員、吉田委員、米村委員、久保田  
委員 (オブザーバー)

#### IV 次第

- 1 開会
- 2 報告事項  
平成 20 年度第 1 回トリアージ作業部会議事要旨
- 3 議題
  - (1) トリアージに伴う制度設計について
  - (2) トリアージプロトコルの精度向上のための実証検証について
  - (3) トリアージに関する法的問題について
  - (4) その他
- 4 その他
- 5 閉会

#### V 会議経過

事務局 それでは、ただいまより第 2 回トリアージ作業部会を開催させていただきます。

きょうは、始めに、この会議に初めてご出席いただいております委員をご紹介します。よろしくお願いいたします。

委員 どうぞよろしくお願いいたします。

事務局 それでは、早速、始めたいと思います。以後の進行を坂本座長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

座 長 本日も、お暑い中ご出席いただきまして、ありがとうございます。第2回の救急業務高度化推進検討会トリアージ作業部会を開催させていただきます。

まず、議事に先立ちまして、資料がございますので、事務局のほうから資料の確認をお願いいたします。

事務局 <資料確認> (省略)

座 長 早速、本日の議事に入らせていただきたいと思います。

本日、議事次第でございますように、議題としましては「トリアージに伴う制度設計について」というのが大きな1つの項目、2つ目が「トリアージプロトコルの精度向上のための実証研究について」、3つ目が「トリアージに関する法的問題について」、(4)「その他」ということで用意をしております。おのおのについて少し議論を深めていきたいと思っております。

まず、(1)の「トリアージに伴う制度設計について」でございますけれども、これは本年度の大きなテーマでございます。前回、第1回でも委員の先生方からご討議いただきましたように、トリアージが医学的に可能かどうかということに関しては、これまで何年間かの研究で、ある程度、目途が立ちつつあるわけですが、その中で、トリアージの結果としてどのような運用をするのかという消防業務の中での救急搬送の制度自体にどこまで踏み込むのか、あるいは、どのような運用を考えるのかということを考えていかないと「区分けをしました」というだけになってしまいます。そのところで、実際に現在行われている消防業務の中で、どのようなニーズがあるのか、あるいはどんなことが可能なのかということを少し議論した上で、さらに具体的なトリアージ、それでは、運用するためのトリアージとしてはどの辺に線を引くべきなのかというようなことを再度考えたいと思っております。

まず最初に、各消防本部等から資料をいただいておりますので、資料につきまして、事務局のほうから説明をお願いいたします。

事務局 まず、資料1をごらんいただきたいと思います。前回、7月28日に10時から三番町の共用会議所で実施いたしました。報告事項を行いまして、その後、議題といたしまして、作業部会検討項目ということで、ア、イ、ウということで3つ検討させていただきました。詳細につきましては、後ほど見ていただきまして、もしお気づきの点がございましたら事務局までご連絡いただければと思っております。おおむね1週間ぐらいの期日を見ますので、もしお気づきの点がございましたら、事務局のほうによりしくお願い申し上げたいと思っております。

それでは、早速、資料2-1をごらんいただきたいと思います。前回、7月28日の会議以降、各委員に制度設計につきまして、それから、各消防機関の委員につきましては救急隊の運用についてということでお聞きさせていただきました。それで、各委員の皆様から、それぞれペーパーをいただいております。それをまとめた結果が、資料2-1でございます。これにつきましては、各委員のほうからお願いしたいと考えております。

まず、1つ目といたしましては、コールトリアージにつきましては、現在の救急隊の運用の中では切迫した状況は回避できているということです。それから、救急業務に対する市民の信頼を維持・確保していくためには、当面、日常的な救急要請集中時における「緊急度(中)(低)」は避けるべきではないかという部分、それから、臨時救急隊の編成で通常は対応するけれども、異常な部分で集中した場合につきましては、残された消防力を効果的に活用することから、コールトリアージを行うことが適当と考えるというご意見をいただいております。

それから、通常時ですけれども、近隣の地域から同時に複数の救急要請があった場合については指令員のほうでトリアージを行う、より緊急度・重症度が高いほうから直近の救急隊を出すということをやっておりますということでございます。

なお、現在、緊急度を(高)(中)(低)と分けたときの(低)につきましても、救急隊1隊に3名の救急隊員を乗せて出動するというのが現在の運用であるということでございます。

それから、1ページおめくりいただきまして、現在、救急隊が22隊あり、その中で、約4分の3出場した回数ということで、この統計をご提示いただいております。

それから、2つ目は、救急隊9隊プラス1台の非常用救急車で運用しているということでございます。10台救急隊が出た場合については、11台目はございませぬので、ポンプ車等で対応すると。そして、指令員のほうで受信したときに「軽症」という判断をしたときについては、みずから病院に行くか、もしくは救急車が戻るまで待っていただけるかというような運用をしているということでございます。

それから、4月1日から7月28日の3カ月間とった統計といたしまして、通常、7隊出たときには非常用救急隊を編成するという運用をされているということでございますけれども、その対応が101件あったということでございます。それから、全部の救急隊が出てしまったという件数が17件あったという統計をいただいております。

それから、3つ目は、前回もご意見をいただいた延長線上でございませぬけれども、トリアージを行うのは、すべての救急隊が出場したときに行うのか、それと

も集中時に行うのかというのは、どちらでもいい話ではないかと。例えば緊急度・重症度が（中）（低）と判断されて、実は（高）だったという場合にあって、こういった異常発生時には正当な理由となるというお考えをいただいております。

それから、4つ目は、「繁忙モード」と「非常モード」という形の2つの考え方をいただいております。「繁忙モード」につきましては、まず（中）（低）については出場すると。ただし、出場する体制についても、例えば2名で出るとかP A連携をするとかという部分で、おおむね10分程度で現場に到着できるような体制をとればいいのではないかとのお考えです。「非常モード」については、救急隊の大半（約90%）が出場した時点で、そのときには緊急度・重症度が（中）もしくは（低）については出場を控えるべきではないかというご意見をいただいております。当然、この場合については、（中）については予備隊によって対応すべきであるというご意見でございます。

それから、5つ目は、まず運用として非常用救急小隊の体制確立ということで、別添、通知をいただいております。現在、この運用でおおむね対応できていると。ただし、この表にありますとおり4つ、例えばインフルエンザ、雪が降ったときなどについては非常用の救急小隊を編成する場合がございますという内容でございます。

それから、6つ目は、前回、委員のほうからもご説明がありましたけれども、10月1日から行われます119番のトリアージにつきましてはの内容のペーパーをいただいております。

概略といたしましては、以上でございます。

座長 委員の皆様から、現状の報告あるいはご意見等をいただきましたので、まず、これについて少し個々に議論をさせていただきたいと思っております。

まず、委員からは、実情を踏まえた上で、現状としてどのような需給関係にあるか、その中でコールトリアージを運用するとしたら、どのような考え方で行うのが適切と考えられるかということについて資料をいただいておりますので、ご説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

委員 資料にありますような中身ですけれども、要約させていただきますと、トリアージというものの性格上、緊急度が高いものに対して、いかに手厚く対応していくかということに主眼を置いて考えられるべきではないかと考えております。いわゆる緊急度が低いものについては、日常的に発生するような救急要請集中時と言われるところでトリアージをすることではなく、非常事態といった限定的に発生するような事案に際して、緊急度が低いものについてトリアージがな

されたとしても、それは市民の理解も十分に得られるのではないかという考え方を持っております。これが、トリアージを実施するシチュエーションというところになるかと思えます。

4番に書いておりますのは、シチュエーションではなくて救急サービスの質的なものだろうと思えますけれども、こういった中で、いろいろな救急隊の運用があって、横浜市でやられているような2名という体制も、当然、考えられるところかとは思いますが、今の救命士が常時1名乗ったような体制を地域に面的に一定程度確保した上で新たな体制として組んでいこうということになりますと、人的な面あるいは資機材の面あるいは指令システムの面などで、相当のコストがかかってくる状況があるかと思えます。ですので、緊急度が低い事案に関しては、限定的にとらえて、時間をおくらせるという観点でのトリアージが現実的な選択肢ではないかと思えます。

以上です。

座長 まず先に、1つ質問をさせていただきたいのですが、資料の2ページに、「救急要請の集中」ということで具体的な貴重なデータをいただいております。これは、22隊中16隊が出動しているようなものを「救急要請の集中」ということで、19回というのは年間ですね。

委員 19回ということを出したものは、日常的な集中というとらえ方をしたものです。

座長 そうすると、今の実情からすると、この年間20時間ぐらを除けば普通の運用で済んでいると。そして、この20時間ぐらに関しては、予備隊も含めてかなり増強して頑張っ、それも何とかトリアージをしないで済んでいると。さらに、これに満たない、おそらく年に1回、2回というようなところが「異常な集中」が起こり得て、その際には「ちょっと待ってください」ということが行われたほうがいい場合もあるだろうと。そのときのために備えたトリアージは必要かもしれないというような意見で、日常的に大多数の時間をカバーするためには、「待ってください」ということに関してのことよりも、重症のものに速く手厚く対応するためのトリアージが当面は質としては大事であると考えていらっしゃるということだと思います。

これは、おそらく東京、横浜あるいは仙台とそれぞれの地域で、今どのくらいこれを必要としているかというニーズは異なっていて、そのバックグラウンドとして、今までの議論で出てきて非常に重要なのは、実際のところ今どのくらい忙しいか、簡単に言えば、救急車が年間何回ぐら運用されているか、2,000回

なのか3,000回なのか、あるいはそれ以上なのかというところで、どこかで限界を超えると今のような話が、厳しくなっているというのは、おそらく東京や横浜から、今、出てきているご意見だと思えますけれども、少なくともたった今の現状においては、その限界を超えてはいないと。

私がお聞きした範囲では、平均出場件数が1隊当たりで2,000弱ぐらいだとお聞きしていますので、そのぐらいまでのところでは、どうも今までの通常の体制でも対応可能なところであるとか、そういうような地域では、運用ということで、特に軽症側に関する新たな運用を考えるということは、今のところ強いニーズはないと。

委員 切迫はしていないという。

座長 切迫はしていないということだと思います。

それから、もう一つ、出場件数以外に考えなければいけないのは、消防本部の大きさというか、つまり、2隊しか持っていない消防本部であれば2台出ればすぐ切れてしまうわけですが、22隊プラス予備が7ということですから、22隊という規模で、その22を使い回すということなので、後で予備隊を入れて10という話が出てきますが、22と10というのでは結構余裕が違ってくるわけです。22のうちの4分の3というのと10のうちの4分の3というのでは、残っているリソースが大分違いますので、東京消防庁みたいに229あれば、そのうちの7割という話とはまた全然違ってくると思えますので、どのぐらい広域化されているかということも、運用の中では、当然、考えていかなければいけない問題だと思います。

かなり標準的な状況だと思いますけれども、そういうところでの現状ということで、お話しいただきました。

これについて、何か委員の先生方、ご意見等はございますでしょうか。

委員 基本的なところですが、前回の議論で、少しうろ覚えなところがあるのですが、最後に委員がおっしゃった、時間的なずれに関しては許容していいのではないかと、トリアージの1つですね。出るか出ないかということではなくて、非常に忙しいときに、どの隊をどのスピードで出すかというところでのトリアージだということに僕は理解していたのですが、話としては、それでいいのですよね。

座長 それは運用の1つの考え方です。つまり、忙しくて枯渇しているときに例えば明らかに軽症そうな通報を、予備隊を編成して、「30分たてば予備隊を出せる



から、30分、用意できるまで待ってくれ」というのも1つの運用ですし、もちろん、そのほかに、いわゆる救急相談センターに回すとか、あるいは、そのほかのいろいろなやり方もあると思いますので、そのこの運用のやり方に関してはいろいろありますけれども、今、現実的に、例えば横浜みたいな2人乗車でさらに隊数をふやすとかというようなことは、今すぐにやれと言われてもできなくて、具体的にトリアージをした結果として運用するとしたらどういう方法があるかという、それを断らずに運ぶとすると、緊急性のないものは少し待つていただくというのが、住民の理解も得られて運用としても考えられる1つの案であるということで、非常に有力な1つの案であるということで、よろしいでしょうか。

ですから、どのレベルで忙しいときにするのかということは議論がありますけれども、ある一定以上の忙しさ、年に1回か2回でいいのではないかと、通常の4分の3ぐらい出ているときには、待つていただかなくても順番どおり出してもいいのではないかとというようなご意見でしたけれども、そのこのところは1つの議論かと思えます。

それでは、また後で総合的な議論で、ここに戻っていただきたいと思えます。

私、大分前に、全国のすべての消防本部の救急車1台当たりの出場件数の度数分布表みたいなものを見たことがあります、1,800とか2,000とかという数値は、全国的に見ると、おおむね真ん中より少し忙しいぐらいなのでしょうか。

事務局 前回資料としてお付けしましたけれども、全国平均で言うと1隊当たり1,081件です。東京も含めて政令市の18団体の平均が2,540件です。仙台は1,700件で、政令市の中で一番多いのが大阪市で3,700件というのがあります。東京消防庁は3,026件、あとは2,000件台というところですけども、平均で2,500件台です。

座長 わかりました。おそらく東京、大阪、あるいは横浜、名古屋あたりがかなり引っ張っていて、仙台、福岡、札幌等々ぐらいの政令指定都市、100万都市、あるいはプラスアルファぐらいというイメージを持っていただければと思います。

それでは、これにはまた後で戻ることにして、次に、委員からの現状及びトリアージの考え方について、少しご紹介いただければと思います。

委員 資料の3ページにあるとおりなのですが、現状として、救急隊は日常では9台、7隊以上の出場になった場合に、はしご隊の乗りかえということで、非常用救急ということで1隊ふやしまして、10隊で運用しているという形です。

それでは、運用状況ということで、下のほうに表として、ことしの4月1日か

らの部分を掲載させていただきました。実は、平成19年度からPA連携を導入いたしまして運用しているわけなのですが、統計上の出動強化累計時間だとか、発令され対応した件数だけで詳細な部分は残っていないのです。統計上の不備というか、そういう部分がありまして、とっていなかったということで、急ぎよ、ことしの4月1日からとり始めたデータを載せさせていただきました。

去年は、非常用救急の運用件数は144件しております。しかし、それでは1回当たりの処理する時間はどのぐらいの時間であったかという時間経過というものも統計上なされていなかったもので、申しわけありませんが、こういう状況にさせていただきました。

ちなみに、平成19年中の1隊当たりの平均救急出場件数は2,268件です。1隊当たりの受け持ち人口は、1月1日現在の人口から求めた数なのですが、5万6,200人を担当する形になっております。それと中間的な隊の出場件数は、9隊ありますから、4番目か5番目かどちらかが中間的になろうかと思えますけれども、4番目のほうでは年間2,506件、ところが5番目のほうでは、それより300ちょっと少ない2,169件と、かなりの差が発生している状況にあります。

コールトリアージを導入していこうかという検討をした場合、これが全国的に統一された見解のもとに示された場合においてはコールトリアージを導入していこうかという内部的な考えもあります。しかし、それに基づいては問題もあります。といいますのは、今現在、川口の場合、救急車をタクシーがわりに使われている患者がかなり多いのです。ほとんどのそういうタクシーがわりに使われている患者は、生活保護者が主な患者となっておりますので、それでは、このタクシーがわりをなくすために、コールトリアージで「救急では搬送しませんよ」といった場合に、その生活保護者の足の手段をいかに確保していくかというのは、消防で解決するのではなく、福祉関係の横の関係の調整、それらもすべてクリアされて、またコールトリアージを導入していくに当たっては、それを指令装置の中に組み込んでいく形になりますと、財政的な部分もかかわってくるであろうと。そういう財政的なバックアップと、地域住民が平等に恩恵をこうむるということで、統一した地域の導入期日、1市だけが導入するのではなく、県単位、あるいは日本全国、地域全体で取り入れていくのですよという期日指定だとかも加味した上でこういう制度を取り入れていくのであれば、その制度に乗っていこうではないかという方向で、今、考えているところです。

座長 ありがとうございます。ちょっとまた確認だけさせてください。平成20年度の「救急出場強化発令状況」という言葉が出ましたが、「出動強化回数」の「出動強化」というものの定義はどのようにしているのですか。7隊でよろしかった

ですよね。

委員　　そうです。7隊以上が出場した場合においては「出場強化」ということで、非常用救急車の運用体制をはしご隊から非常救急車に乗車させるという形だけではなく、出場している救急隊においても、1名が病院到着しても車に残って無線傍受できる体制を確立しなさいよという義務を与えております。

座長　　これは4カ月の数値ですので、年間というときと大体この3倍ぐらいの総件数になると思います。9分の7ですから、先ほどの約4分の3というのとそんなには変わらないはずですけども、年間19回だったものが、1隊当たりの出場件数が多いということと、9隊と、もともと比較的所帯が小さいということも考えると、4カ月で101件、年間にすると300件か400件ぐらい、かなり運用が厳しい時間帯が生じていると。それから、実際に全部出払うことが4カ月で17回ですから、月にすると4回ぐらい、毎週1回ぐらいは生じていて、トータルの時間としては7時間と。

出払ったときの対応については、この文書によりますと、この間、4件あったようですけども、指令センターで受信時に軽症と判断するかしないか、軽症と判断しない場合には、とりあえず非常用救急車でポンプ車を出すと。それから、受信時に指令員の知識と経験から軽症と判断した場合、これは実質的にはトリアージをしているのかもしれませんが、この場合には、みずから行くか救急車が対応できるまで待つように説得すると。これはもう通常の救急車が既にこの時点でないわけですから、トリアージというか、何らかの判断をせざるを得ないので、そのときにポンプ車を向かわせるか待っていただくかという判断は、明確な理由はないけれども、それは実際されているということです。実際、そのような電話が4件あって、すぐ出した場合と最長で10分待っていただいたことがこの4カ月であったということですね。

委員　　この4件の内訳を申し上げますと、実際に全隊が出場して、要請があったのは4件なのですが、このうち対応したのは1件だけです。というのは、あとの3件はどうしたのかというと、近隣の相互応援協定の範囲の中で、近隣の市町村に依頼しまして搬送しております。ということで、待ち時間があったのは1件だけという形です。

座長　　わかりました。待ち時間があったのは1件だけということだそうですね。

この辺も、先ほど消防本部の大きさ、広域化という話もありましたけれども、もう一つは、近隣の応援協定というのが、通常、火災に関して言えば、ある程度、

規模が大きくなれば日常的にあるのでしょうけれども、救急に関して、近隣との応援協定、近隣の応援を得るためには、では、どういう状態になったら得るのかと。その辺も、私ども、実はよく知らないところなので、おそらくその地域地域で近隣との間でなさっているのだと思いますけれども、そのようなものでカバーされていると。

先ほどの理屈をもし入れるとすれば、出動強化期間、9分の7出ているところは、かなり頻度が高いけれども、ここに関しては、今のところは強化して頑張っ て何とかこなすと。全国的にやるのであれば考えるけれども、トリアージは、今のところはまだ、すぐには考えていないと。ただ実際に、ほんとうに出払ったときは、待っていただくか、あるいは消防車を出すかは、今でも判断をしているわけで、その判断基準があればいいなというのは、おそらく同じなところでしょうね。全部出払っているときに待っていただくかどうかというところは、実際には差し迫って必要な案件なのかなということになると思います。

それでは、今の実情は大体わかっていただけたと思いますけれども、これについて、ご意見とかご質問はございますでしょうか。

おそらく数百件、平均で2割ぐらい忙しいということと、全体が10隊で約半分の規模であるということだけでも、大分、繁忙期というか、救急車がかなり厳しくなる時間の数が違ってくるところですから、微妙な数の違いで、この辺はかなり違ってくるところだと思います。

それでは、今の2つのご意見に加えて、後でまた大規模な消防本部としてご報告を聞きたいと思っておりますけれども、その前に、資料の順番で委員からご意見をいただいております。先ほども少し委員からのご発言がございましたけれども、もう一度、ご趣旨についてご説明をお願いいたします。

委員

ここで言っているトリアージというのは、いわゆる生活相談的なところをどうトリアージするのかというところは全く別にして、指令に入った時点で、これは救急出動は必要だけれども、待てるのではないか、待てないのではないかというところのトリアージというところで、ご理解をお願いしたいと思います。

基本的には、コンセンサスが得られていたら、それは全国統一して、国民を含めて、各所管でコンセンサスが得られたらどちらでもいいのではないかという気はします。

ただ、私、これを考えるときに、医師の応召義務ということとしょっちゅう比較するのですが、応召義務が適用されないときがあつて、「処置中途のとき」という理由なのです。「いい」と言ったら失礼ですけれども、それは仕方がない理由なのですけれども、そういったことを考えた場合、まだ救急隊でのこういった判例は、おそらく出ていない。いつか消防で、火災が起きたときに来てく

れなかったというので、ちらっとマスコミで問題になっていたかと思うのですが、まだそういった判例は、おそらくないのではないかなと思うのですが、そういうことを考えた場合に、医療分野で実際、どういった判例が過去にあるのかというところは、もし訴訟が起きた場合、ひとつ資料になるのかなと。そうしたときには、救急要請集中時という理由があれば、おそらく正当な理由として判断されるのではないかなというニュアンスでここに書いております。

委員 このトリアージをした結果としての運用を、集中時のみにするのか、平時からすべて対応としてやるのかということに関して、前回、委員からご意見があったのは、「忙しいときはだめだけど、きょうは比較的余裕がある、今の時間帯は余裕があるからいいよ」というような違いは、住民から見ると「やってもらえない時とやってもらえる時」というような不公平感があって苦情が来ると思われるので、いかがなものかというご意見があったわけですが、一方で、原則としては日常的に対応する、ただし、このような救急要請が集中しているとき、こういうモードにおいてはトリアージはやむを得ないだろうと。その中で、少し緊急避難的に行われるという意味でのトリアージになりますので、ある程度のアンダートリアージ等があったとしても、そこは免責される、理解が得やすいだろうと。法的に免責されるかどうかは別として、住民に対する理解としては、「忙しいときはしょうがないじゃない」ということのほうが理解されやすいのではないかと。ということで、これは2つの考え方があると思うのですが、もし時間帯によるトリアージ、集中時のみに行うとか、つまり運用を変えようかというようなことをするとすれば、この件に関しても、もう一回、考えていかなければいけないと思います。

従来、本委員会の過去の年度の議事等を見ましても、今の委員のご意見を基本的には肯定する形で、今の救急のサービス自体が住民から期待されているという中で理解を得やすいのは、こういうような繁忙時ということだろうということで議論が来ていましたけれども、これに関しても、もう一度、議論をする必要はあると思います。

委員 この間、申しましたとおり、私共の方は、まだまだ余裕があるのかなと。そういう中で、時間帯によって、同じ症状であっても出るときと出ないときがあることについて、果たしてほんとうに住民のコンセンサスが得られるのかどうかというのは、我々も非常に危惧をしております。その辺のところはきちっと固まってきた、「やっぱりそれはしょうがないよね」という形になってくるのであれば、タイミングとしてはいいのかなとは思いますが、そこまでは、まだまだ至らないのではないかなというのは、正直、思っているところでございます。

座 長

先ほど委員からお話ありがとうございましたけれども、生活保護の方でタクシー代がない方について病院に運ぶ仕事を、今、実態としては救急車がやっている。これは、住民から見れば、行政側の縄張りが消防であるか衛生担当部局であるか生活保護の民生部局であるかということは置いておいて、公共サービスとして、自治体のサービスとして、何しろお金がなくても生活保護者は病院に連れて行ってほしいということを実現することが自治体として求められていて、それを今は消防が担当しているということだと思います。それときっと同じようなことで、そういった人は特に、「きょうは忙しいから、そういうサービスはできないよ」とかというお話がおそらく出てくるのだと思います。

今のお話ですと、ある一定より軽いものは消防の業務じゃないから、忙しくても忙しくなくてもやらないと、それは福祉保健局にやってもらえということで、消防の業務としては、ほんとうに緊急性の高いものだけを運ぶという原理原則を貫くというような方向にするのか、あるいは、そういうものも、ある程度、急性期の患者さんを病院に連れて行くということについては消防業務の一環として、ただ、そういう業務の優先度は緊急性がほんとうに高い患者さんの搬送に比べると非常に低いのでやらないこともあるよ、あるいは待ってもらうこともあるよというようなことにするのかということ、そこは結構、救急搬送の中の大きな問題の1つではないのかと思います。

実際に、そののところを厳密に分けていくのはなかなか難しい問題だとは思いますが、委員、いかがですか。

委 員

ちょっと話がそこまで行ってしまったので、かなりディスカッションが必要なところまで踏み込んでしまったので、その前に、この話が出た1つの背景としては、この間、幾つかの地図がありましたが、その中で、ある時期に救急搬送が重なって、あるところしか救急隊が残っていないといった場合には、この救急隊を持ってくるのか、そのときは、どこかの救急隊を残して、遅くてもいい傷病者に関してはどこかの救急隊、要するに時間はかかるけれどもサービスはしますよという議論の延長線上で私はここを書いているのですけれども、おそらく、今、私が申し上げたことに関しては、東京消防庁さんも含めて、ほとんどの方のコンセンサスが得られるのではないかと思います。そういう意味で、ここは書いています。

ただし、そうなってくると、例えば、今、座長がおっしゃったように、搬送するかしないかということまで行くと、なかなかすんなり結論は出ないと思います。そこに、おそらく少し認識のギャップがある。私どもが考えて意見を出した考え方と、今、大規模消防本部が考えられている考え方とのギャップというのは、

そのあたりにあるのではないかなと。

例えば、「運ばない」とは言っていないで、「今、ちょっと忙しいので、ちょっと待ってください。時間のずれを容認してください。」というところは、僕は、早くコンセンサスをとって、できるところではないかなと思います。

座長 わかりました。非常に大事なポイントとしては、トリアージの運用をするときに、緊急度が高くないものに対して、「待ってください」ということを原則とした運用とするのか、「それは救急搬送の対象ではありません」という形で対応するのかということ、そこの境目は、ものすごく大きいですね。「待ってください」ということを前提にしてトリアージを考えるのであれば、かなりコンセンサスは得やすいだろうということですね。そのとおりでと思います。

「今は待ってください」とか、運ばなければいけない患者さんについて時間の差をつくることに関しては、いいわけですね。

委員 そうというような認識ではいますけれども、我々、ちょっと極論に走っているのかもしれないのですけれども、救急業務というのは「緊急性があるのか、ないのか」というところで、今、緊急搬送トリアージも線を引いていますので、遅れるというのは、「それは、本当に緊急性があるの？」というところをちょっとクリアに、もう少し整理をしていかなければいけないのかなとすごく感じています。

委員 今、私が言ったことは、おそらく仮に搬送する、しないという基準が入ったとしても出てくることだと思うんです。搬送は必要なのですけれども待ってもらおうという搬送と……。

委員 そこは、もう少し、うちのほうの中も、まさに今、「あるなし」で「運ぶ、運ばない」というところで、今、委員がおっしゃったような考え方というのは、まだまだ全然育ってきておりませんので、その辺は、少し考えていく必要があるのかなと思います。

座長 また後で先ほどの消防だけが搬送業務を担当するのかという議論も出てくると思いますので、それはまた後に残すことにします。

次に、委員から、緊急モードを「繁忙モード」と「非常モード」というように便宜的につけたということで、ちょっとそれに近い形での分類があったと思いますけれども、そのときの対応方法ということで具体的な対応の提案をいただいておりますので、ご紹介いただければと思います。

委員

私も、基本的な考え方といたしましては、先ほど委員がおっしゃったこととほとんど同じ認識に立っておりまして、トリアージをすること自体については、おそらく一般的なコンセンサスが得られるであろうということを前提に、では一体、どういう場面でトリアージを導入すべきなのか、何が最も好ましい運用の仕方であろうかということで、このお話を書かせていただいたものでございます。

トリアージというのは非常に例外的なものであって、ごくごく例外的な条件のもとでのみ実施すべきだという考え方も成り立ち得るであろうとは思いますが、すけれども、そういう形で運用することは好ましくないのではないかと考えまして、2段階のものをご提案させていただきました。

私の現在の専門は法律でございますが、これは特に法的な観点からということではございませんで、あくまで臨床医としての経験を踏まえて、こういった方法がよろしいのではないかとということで、ご提案させていただいたというようにご理解いただければと思います。

具体的には、お手元の資料に大体書かせていただきましたので詳細は省略いたしますけれども、基本的には、わりと日常的な繁忙状態からトリアージをしておかないと、トリアージのミス、エラーが起りやすくなってしまわないかということが一番の懸念材料でございます。それは指令員の側で発生する場合もありえますし、救急ないし消防の管理体制の側で発生する可能性もあろうかと存じますが、それらの可能性も踏まえて、トリアージのシステムをうまく動かしていくためには、ある程度のトリアージ件数を日常的にこなす必要がどうしても出てくるのではないかと考えた次第でございます。

資料では、「繁忙モード」と書きましたけれども、日常的に起り得る少し忙しい程度のときには、トリアージをしたとしても軽症ないし中等症の方に大幅に不利益を与えるような形での運用は好ましくないという気がいたしております。その範囲でトリアージだけはするというご提案させていただきました。そういった形で日常的にトリアージをしていけば、その中で、いろいろ運用上の問題点も全国的に上がってくる可能性が高いと思われまますので、実際に運用しながら、こういった問題が起こるのかという検証もできるようになるでしょう。ごくごく非常時にだけ運用するということだと、そういったデータを集めるのも非常に難しくなってしまうので、実際にエラーが起こったときに、どうして予想できなかったのだろうかということが問題になってくることを考えますと、こういった形で、実際上は傷病者に対しての不利益がごく小さいという形での運用を日常的に行っておくほうが好ましいのではないかとさせていただきます。

もちろん、例外的にせよ救急出動が増えて、きわめて切迫した状況が出現した場合には、ある程度の差をつけることもやむを得ないところであろうかと、基本的には、そういう考え方でございます。



座 長

委員からのこの制度に関する基本的な提案としては、平常時と、それから、先ほど話にあったように、7、8割、あるいは出払っているという場合、それから、ほぼ全体、あるいは90%出ているような非常時と、現在としてもその3つぐらいに分けて実際の運用が行われていると。

先に平時から行くと、平時についても、明らかに軽いもの、あるいは電話の内容がどうも相談目的のものについては相談センター等で解決するということが、まず1つ、提案としてございます。それ以外については、平時に関しては、あまりトリアージをせずに、消防力に余裕があるときには順次対応すると。そして、かなり出払ってきているときには予備隊等を出すと。その場合の1つの提案としてあるのは、その予備隊等は必ずしも通常の3名隊ではない。これは、現在の消防法で、できるかどうかわかりませんが、例えばということで2名編成や、あるいはポンプ隊が行くということも含めて、多少遅れても良いのではないかと、時間に差を持たせる対応をするというのが1つございます。ただ、先ほどの話ですと、今のところは、まだここまでの切迫はされていないというお話もございました。

それから、非常時についてということですが、これも、全部が出払っていれば消防車が行くか待っていただくしかないわけですが、もう一つ、ここで委員からの提案で議論しなければいけないものとして、「空き待ち」というものを設定するということです。つまり、先ほどの話ですと、予備を入れて全部で10隊ですから、すぐに目いっぱいになってしまうわけですが、これが20、30と増えてくれば、どこか1隊か2隊はまだ余っているというところで、かなり切迫してくるわけです。だから、その段階で、ほんとうに全部出払ってからではなくて、最後ぎりぎり、あと1隊か2隊かというときに余裕を残して、その際には、先ほどの話で、今されているような、それでも残っている救急車を行かせるか、あるいは消防車を行かせるか、待っていただくかという判断をするという選択をすると。この「何%が」ということに関しては、おそらく運用している消防署の大きさによって、あるいは近隣との連携ということも含めて、何台で全体を構成するかによって、先ほどのお話であったように、確率の問題で、少なくとも少ないほど、あつと言う間に枯渇してしまう可能性が高くなりますけれども、規模が大きくなれば、全部が出るというのは確率的には低くなるけれども、ただ、実際にはかなり広い面積の中で、離れたところの救急車しか空いていないという事態も起こり得ると思います。ひとつ、このようなご提案をいただきました。

まず、この「空き待ち」ということですね。先ほどの話のように、切羽詰まって1台もないのだから、あとは消防車が行くか待ってもらうしかないというのは説得しやすいわけですが、1台あるのに「待ってください」というところ

がもう一つのハードルだと思うのですが、これはいかがでしょうか。

委員 それは、おそらくトリアージを導入する最大の目的といたしますか、トリアージ導入という政策判断の意味づけにかかわるところではないかと思うのです。

こういうたとえをすると、あるいは誤解を招くかもしれないのですが、例えば飲食店などの場合は、満席になっていれば、当然、外で待つしかないということで一般的にコンセンサスがありますので、そういう形で運用するわけですが、医療機関あるいは救急医療の場合には、いくら医療機関や消防が忙しくても、当然、同じサービスが受けられてしかるべきだ、直ちに同じサービスを受けたいという形で期待されてしまうというのは、よく考えればおかしいわけで、そんなことはできるはずがないわけですが、実際にはそういう形で期待されている部分があると思われま。

そういう状況で、例えばレストランと同じように、満席であったら、どんなに必要性の高い人であっても外で待ってもらいますということで徹底するという運用の仕方も1つの運用の仕方ではあると思うのですが、やはりそれは好ましくないということは、医療に携わる人間であれば、だれしも思うことではないかと思えます。それで、今までは、実際問題として、ある程度、融通をきかせて、なるべく重症の人に不利益が出ないようにという形で運用してきた、つじつま合わせをしてきたところがあるのだらうと思えますが、それでうまくつじつま合わせができなくなりつつあるというのが昨今の状況ではないかと思えます。

そこで、もう一度、きちっと原則論のところから考え直して、重症の人を先にするということは、すなわち軽症の人は後にならざるをえないことを確認する必要があるのでしょうか。それは、ある意味、裏表の問題ですので、理屈を言えば当然そうなるわけですが、それが今まで表面化しない形でうまく運用できていた。それが将来的に難しくなってくる可能性が出てきているということを含めて、「トリアージを導入します」という方針を国全体としてとることの意味を国民に理解してもらうことが必要ではないかという気がいたします。その1つの象徴として、こういった形で、もう残り1隊、2隊のときには、軽症の人には出動できませんという形で運用するという、もちろん適用される場面は非常に例外的、限定的なものだらうとは思いますが、そういう形で私は考えております。

座長 90%というのは、単に今、案としてあっただけで、先ほどのように10隊しかなければ9隊出れば90%になりますし、これが30隊であればまた違ってくるので、具体的な数値が幾つが良いかは別として、考え方としてということでご理解をいただければと思います。

例えば、ある方面が非常に忙しくて、例えば、ある方面で救急車がもう1台しか残っていないと。どこかからそっちに配置替えをして回したりするのでしょうかけれども、それが間に合わないで、その地域から依頼が来て、それが明らかに軽そうだというときに、その虎の子の1台は、方面本部の真ん中の1台は残しておいて、20分かかるけれども、隣の方面から、ゆっくりじゃないけれども救急車を走らせようなんていうような運用はないのですか。

委員 今のところはないです。

座長 それはないのですね。空になっても、明らかに軽いと思っても。

委員 直近主義で部隊を上げていかないと。要するに、ある程度、把握ができるというか、きちっとコントロールできるなら良いのですけれども、229隊あって、それを全部やりくりするというのは至難の業なのです。

座長 そうすると、出した後に、穴があいたところによそから配置替えをして、とりあえず待たせるという形ですね。ただ、今の委員の発想は、そういうことをもう少し計画的に残しておいて外から出すというようなことも考えると。その人に時間がかかるのは、おそらく軽いわけですから、あまり実害がないわけですから、その人には、時間をかけて遠くから救急車を行かせて、空白地域になりそうなどころには、しっかりと1台残しておくというふうな運用があってもいいのではないかと。それが、まさにトリアージということになるのかなと思うのですけれども、そういうことであれば理解も得やすいだろうというご意見でよろしいでしょうか。そして、そのようなことをするための判断基準をつくれれば運用に持っていけるのではないかとというご意見でよろしいでしょうか。

座長 それでは、時間もございますので、次の資料としては非常用の救急小隊編成ということで、これは、おそらく年に1回あるかないかという、大規模消防本部をしてさえ枯渇してしまうようなときの体制ということでの通知文だと思いますけれども、簡単にご紹介いただけますでしょうか。

委員 これは、今回、10年ぶりに非常用救急隊の運用の仕方を見直そうではないかという形で出させていただいた文書なのですけれども、実際、当消防本部の場合は229隊ございます。大体それでやりくりがつく状況がほとんどになっていますので、本当にやりくりがつかないときというのは、「過去の非常用救急小隊編成状況」ということで、1年に1回、必ず雪が降れば、それだけ、けが人が多く

出ると。今年の2月4日にも、降雪の影響でやりくりがつかなくなってしまう、救急隊が現場に到着するまでに時間のかかってしまったケースもありました。そのときはPA連携等で対応していたのですけれども、そういった実態を踏まえて、雪が降れば、大体、次の日の朝は滑るというのはわかるわけですから、その時にどのように用意しようか、それをいかに効率的にやろうかという形でこの通知文を出しています。

実際、229隊の正規の車のほかに、80台、予備車がございます。この80台のうち41台については、きちっとした資機材を積んでいるのですけれども、残りの39台についてはまだ積めていない状況です。逆に言うと、全部積んでしまっても、結局、正規の一線車が車検だとかで入ってしまいますと積んでいても意味がないので、ある程度はあけておかなければいけないのかなというところ です。

実際の運用の仕方については、今までは消防署の中でやりくりをなささいよと言っていたのですけれども、もう少し広い視野で、隣の消防署には人がいる、こちらの消防署には車がある、じゃあ、その2人を合体させればいいじゃないとか、そういった調整を本庁の方できちっと把握してやっていきますよという形で、これから運用させていただこうと思っております。

ここには、「救急要請が集中する年間の日数や時間などについてのデータはなし」と書いてしまったのですけれども、少し古いデータでは、あることはあったので、ご紹介させていただきます。これは平成16年のデータになるのですけれども、いわゆる救急隊の稼働率、80%の救急隊が出場しているという場合には、警防本部の方から各救急隊に「早く病院を引き上げて来い」という情報を流させていただくのですが、それを流させていただいたのは、平成16年中という少し古いデータなのですけれども、年間に61件ございました。忙しい時間帯というのは、今まで皆さんのところでご紹介されているとおり大体9時から10時で、稼働率が69%以下になって「少し落ちついたよ」という情報を流すのが、大体3時か4時ぐらいです。そのぐらいの集中する時間帯というのは、ある程度あるのかなと、今までお話を聞いて感じていたところです。

以上です。

座長

「やりくりができるかできないか」ということは、救急車が物理的に足りなくなって、ゼロで枯渇してしまうことがという意味ですね。

ですから、今までのトリアージの中で議論が出ていた、心停止等の患者さんについて、到着時間が1分、2分、余分にかかってしまうということは、やりくりできていないということには、とりあえず含めていないのですね。

今の話は、あくまでも物理的に足りなくなるということについて、つまり先ほ

どから言っている「非常モード」に入るようなときが年に1回か2回と。それは大抵、突発的に起こるのではなくて、ある程度、事前に降雪等で予測がつくので、予備車等、強化をして対応するようなシステムをつくっていると。それ以外に、もう一つ、新しい情報としては、年間60回ぐらい80%以上出でしまっていることがあるということですね。

そして、その時間帯については、データはないでしょうけれども、おそらく、そうでない時間に比べると平均の現場到着までの時間が遅れている可能性があるということで、そこは考えなければいけないポイントであるということによろしいでしょうか。

実態としては、そのくらいの数があるということと、実際行っていることとしては、予備隊の運用をしているということをご紹介いただきました。非常に規模が大きいので、ほかと比べるとはなかなか難しいのですけれども、このような状況です。

続きましてのご報告を聞いた上で、制度設計について少し最終的な議論をしたいと思います。それでは、委員、よろしく願いいたします。

#### 委員

前回、座長のほうから、トリアージの制度ということでデータのものをぜひお持ちいただきたい、それによって今後の指針にもなるのではないかとということでしたが、資料としては、「トリアージの結果と効果」という資料、それから「コールトリアージアルゴリズムの概略」、いわゆる仕組みということで、大きく2つ持ってきております。初めに制度の数字的なものを挙げて、「A+」だとか、少し意味が不明なところもあると思いましたので、本日は概略をお持ちしまして、どういう制度設計をしているのかを簡単にお示ししたいと思っております。

まず言葉の定義ですけれども、トリアージについては、これは少し私見も入るのですけれども、例えば、今、救急は3人で全部運用していますが、そのとき119番が入ってくる中ででも、実は既にトリアージはもちろんしているわけで、アンダートリアージをなくすということは多分不可能に近いのではないかと考えております。それは、あくまでも通報者がありまして、その通報者の対応はいろいろな対応がありますので、例えば、緊急性がないように通報をしても実は緊急性があったとか、緊急性があるように通報していてもなかったとか、その辺は今後、トリアージのプロトコルも含めて、きちんとした制度をつくる必要があるかと思えます。

あと先ほど、日常からトリアージをやらないと、繁忙期だとか急なときだけトリアージをやっても、なかなか指令管制員が制度としてなじめないのではないかという意見がありましたが、まさにそのとおりに感じております。日常、365日24時間やるということでやっているのですけれども、これもまた蒸し返す話

になります。国のほうに特区申請をしたときに、「コールトリアージのシステムをきちんとつくりなさい」ということでつくり上げたものが、これから紹介するものです。

もう一つ、言葉としては、今、「ディスパッチ」という言葉をちょっと使い出しているのですけれども、これは先生方もご存じかと思いますが、「メディカルディスパッチ」とか、航空業界で言えば、いわゆる「陸上のパイロット」と言われて、気象からすべて含めて飛行機を安全に着陸させるというところをなぞらえて、指令管制員も、救急を要請時から判断して必要な部隊を出して迅速に対応するというところを考えているところがございます。

あとスピード性については、119番の通報の中で、緊急性・重症度の緊急性がいろいろあると思うのですけれども、今、考えているのはファーストタッチを速くということですので、2名救急であっても、もちろん救急の部類の中ですから緊急走行していくということですが、今、運用を始めようとしている中では、現場到着してから、軽症でそんなに急ぐ必要のないものがあつた場合、そこでフィールド・トリアージをかけながら、搬送のスピードとか安全性は確保しながらいこうではないかということで議論が出ているところです。

簡単に概要を話してしまったのですが、それでは、こちらの資料を説明します。まず「カテゴリー」という部類については、ここに記載のとおり、通報時の内容から緊急性・重症度を識別・分類するものです。「A+」から、CPRに近いものから、あと特筆すべきカテゴリーとしては「トリアージ不可」というものもありますが、これについては、通報内容から機能的な識別をかけてもどうしてもトリアージができない場合は、後ほどお話ししますが、ディスパッチをして、部隊はある程度出してしまうというところで、「トリアージ不可」というカテゴリーも設けてございます。

それから、「初診時傷病程度」というのは、データをとるときにも関連してくるので、搬送先の医師の先生によって傷病程度をこのように分けてあります。

それから、「ディスパッチレベル」ですけれども、これは指令管制員が識別結果に応じて「レベル1」「レベル2」「レベル3」とそろえておきまして、例えば、今であれば多分この都市さんもやっているように3人運用の救急隊ですから、一番多い場合はポンプ隊との連携で救急隊、通常であれば3名の救急隊が行くところを、今後、やろうとしているのは、2名の救急隊、そしてファーストレスポンスということで、この前、話したようにミニ隊等を活用しまして、2名2名の4名、そして、一番多いとポンプ隊と2名2名ということで、今、暫定的には3名の救急隊も残す予定でいるのですが、緊急性・重症度によって差を設けていこうと考えております。

次に10ページを開きますと、カテゴリー、ディスパッチレベルと、先ほどの初診時の傷病程度の関係に記載してございます。

ここで、制度をつくるときに1つの目印にもなると思うのは……。

(地震発生)

座長 皆さん、消防の方が多いので、5分間休会しますので各自の仕事をしてください。では、5分後に再開します。

(休憩)

座長 再開させていただきます。

それでは委員、また説明の続きをお願いいたします。

委員 今回のページですけれども、カテゴリーとちょっとリンクしているのが、あとディスパッチレベルということで書いてありますが、いわゆるC+というところなのですけれども、ここはA3、3人の救急隊、もしくはA2、2人乗りの救急隊、ファーストレスポンスということで2人乗りの自動車が行くということで、最低3名ということで構成されております。Cであります、先ほどのカテゴリーの中では生命の危険性なく、搬送困難が伴う可能性が少ないということで、レベル3ということで、主に軽症をにらんでつくってあります。それと、不可ということで、先ほど言ったように、聴取時に判断できないものにあってはレベル2、いわゆる3人乗っている救急隊を出すということで、A2もしくはF2の4名で行くということになっております。

あと、言葉の定義の中では、アンダートリアージというものに関しては次の1・2ということで、重症死亡症例をカテゴリーBまたはC+もしくはCと判断した場合、重症症例をカテゴリーC+またはCと判断した場合としてございます。この辺も、アンダートリアージというのは、市民に向けての資料の中でもなかなかゼロではありませんということで、この前お配りしたパブリックコメントの中でもゼロではありませんということをはっきりうたってございます。あと、指令側として一番気をつけなければいけないところは、この6番目のアンダーディスパッチについては極力減らしていこうということで、アンダーディスパッチというのは先ほど言ったように、トリアージした結果から識別をして現状に適切だと思われる部隊を出すことですが、出したときに、ここでも死亡、重篤の重症症例をカテゴリーCと判断した場合はアンダーディスパッチとなる可能性が高いということで、定義づけをしてございます。

次のページは、制度の中、仕組みの中でコールトリアージの流れということステップ5までつくってございます。これ、非常に簡単なフローチャートになっ

ておりまして、「通報者は？」というところから入りますけれども、まず、ステップ1のところの識別では、通報者が本人であるか、家族、福祉施設、第三者であるか。一番大きなところは、本人が自分の症状を言えば一番わかるのですが、例えば、家族であれば患者を見て症状を言っているのか、言っていないのか。また、福祉施設であれば患者を見ているのか。この辺は第三者であれば、一番、患者も見えていないので、頼まれ通報でやっているからよくわからないとなってしまうと、識別不可であれば、先ほどの通常の救急を出すことになってしまうということになっています。

先ほどのページの中でも少し説明を、やはりオーバートリアージ気味には設定がさせていただきます。それがこの次の数字のところに出てくるところでもあります。あと、この前、識別のカラーのページでご説明した、今回はページ数が、お手許の資料では15ページになっています。少し見づらいなのですが、その中には、先ほどの通報者、左上から聞き出したりするところ、また、今、ステップ2の計量法というところに移ってありますけれども、例えば、通報者が興奮、混乱、ファーストセブンというところなのですが、傷病者の年齢、意識の状況、呼吸状態、歩行の状態、発汗の状態、顔色、体位などを聞き出しながら、タッチペンでクリックをしていくということになっております。

そのほか、ステップ3に進みますと、ある容態を思わせるようなキーワード、これは医師の先生につくっていただいたキーワードからの表ですが、次のページと次のページに、カテゴリーAもしくはBということでキーワードが羅列してあります。例えば、一見首つりであれば、これはカテゴリーAとなるけれども、次のページ、例えば自損行為、3番のところにありますけれども、例えば、同じ自損……、私が今説明しているのが13ページ、14ページのところですけれども、カテゴリーA識別のためのキーワードということで、同じ言葉でも識別に使われるキーワードが横1行で見出せるようになっております。例えば、同じ自損行為でも、一見首つりの場合は直ちに識別とか、同じ自損行為でも、きょうは救急課にもちょっと確認したのですが、意外と救急は、自損行為であっても、すぐ生命に重大な危険となるものでもない場合があるということで、今度、これを絡めて、例えば、カテゴリーBの場合、ほかの意識を確認したりいろいろすると、キーワードが絡まって、カテゴリーの何になるかということに反映するようになってございます。それが、先ほどのタッチパネルの部分にも、入力フォームということで記載されているとおりでございます。

それから、最後の16ページになりますと、前回、座長からお話があったトリアージの結果と効果ということです。これについては今、10回ほどトリアージに関してはテストして、数値的なものをとってございますが、ここにある資料は第8回目のトリアージということで、およそ2週間、数値的なものを全救急隊か



らとって載せてあります。例えば、この場合、先ほどのステップの流れで言うピックアップ法他、いろいろトリアージをしていながらカテゴリーC+の判定結果の中で見てみますと、全体、1,159件のうち軽症、いわゆる搬送医療機関の医師の判断の中では軽症となったものが789件、中等症が365件、重症が5件、重篤がゼロ、死亡がゼロということとなっております。ここで「死亡・重症はB以上で判定」とかいろいろ書いてありますけれども、この数字、重症が5件という数字をどう判断するかというのは、パーセントで言うと1.8%ということになります。この辺、あくまでも搬送先の医療機関の判断の中で重症となったものがこのような数値となっております。トリアージの結果とディスパッチという資料は、下の矢印の流れで説明しますと、これは市民のコンセンサスを得るためにつくった資料の一部でもあります。先ほどのキーワード、前回話したように救える命を救いたいというときに、第1位の出場平均救急隊の現場到着時間は5分から6分。その部隊が出ているときは7分以上になるというデータになると。その1分の重要性ということは、ここにいらっしゃる方は皆さんご存じのところですが、その辺から救急隊の出場の区分を色々つくったわけです。例えば、カテゴリーC、軽症というものは27.5%。その上位の、C+ですね。搬送に困難性を要するものというものは30.4%。このうち、ペアで出場する例えばミニ隊の運用を考えると、3人運用の救急隊が、平均所要時間60分、帰署までかかっている中、ミニ隊ですと現場到着して行為を手伝ったのちに帰署すれば、20分で引き上げて来られるという利便性を考えると、約6割が所属で次の出場に備え待機できる状態の効率化ができる状態を示した数値的な積み上げなのです。また、いわゆるカテゴリーC、今後横浜がやろうとしている2名救急で搬送できる部分が27%、そして先ほどの30.4%のうち、6割程度は効率化に寄与するのではないかと、大体40%ぐらいがミニ隊の救急とかいろいろ工夫することによって効率化になるということで、そこから結びついた数字が、前回も出した、重篤者4,800人のうち、ここで4割、2,000人に2分のおくれが生じているならば、その40%に対してファーストタッチを早くし、800人の命が救えるという、ちょっと数字的に市民に対して説明するようなデータが、この結果から効果として予測できるとしています。

それと、あと、皆様方がやはり一番心配しているのが、アンダートリアージで何か事案がなかったのかということなのですけれども、1件、緊急度、重症度の識別は平成15年から積み上げている中で、約1万8,000件やっている中で、1件発生しています。アンダートリアージについてということで、平成19年10月に発生した事案です。これは30代の男性ということで、傷病名は心筋梗塞だったので、電話がかかってきたときには自分で応答して、胸痛というところで、歩行も可能というところで、ディスパッチからすると重症度はなか

ったんですけれども、救急車車内収容後心肺停止状態に陥ったと。救急救命士が乗車しているので、救命処置により、病院到着までには意識回復ということで、大きな後遺症もなく11日後に退院という事案がありました。

ここで何を言いたいかという、先ほどのトリアージのピックアップ法に基づきつくってあった資料で、胸痛の場合は、例えばキーワード、40歳以上はA+になりますよとか、これはお医者さんの今までの判例の中で積み上げたキーワードだそうなので、ここの中で、やはりこういうのも医師、MCの中でも協議しまして、30代でも心筋梗塞発症する危険性が何%あるのであれば、これもキーワードに、例えば15歳以上、年齢も含んで共通があればカテゴリーBの認識に入れようということで、反映させ、キーワードの改正をしているところでございます。

座長 多くの資料をありがとうございました。これは間近に迫っているので非常に皆さんは注目をしていると思いますけれども、ディスパッチレベルとしては1・2・3という3つに分けるということですが、会話、傷病者と接触をしていないので通常対応をするというのが最初のところでありますよね。それはレベル1で対応、2で対応、どちらなのでしょう。

委員 これは、判定不可、トリアージ不可になりますので、不可だとレベル2になります。

座長 ですから、不可のものは2ということで、通常対応ということですね。わかりました。

それで、あとは、最終的にはバイタルサイン以外はやはりキラーディーズとか、危ない病気をずらっと挙げて、先ほどのように共通であるとかということで挙げているわけですが、まだまだ年齢のところだとか、あるいはこれをパッと見ても、例えば、13ページの上から14番目に、吐血、喀血のところ、肝疾患を伴う場合はAにするというようなことで、もちろん、肝疾患があれば食道静脈瘤の可能性が高いので、これは緊急度が高いということがよくわかりますけれども、では、肝疾患がなければ大丈夫かという、これもまだまだわからないというようなところがあって、この辺はあれですね。その前の計量のところまでは、かなりエビデンスとか、数値を何回もやっていらっしやると思いますけれども、ここら辺はどちらかという、ドクターがまずつくってみたというところなので、今後、検証と改良が必要と、今、そんなご意見で、40歳もその中で見直さなければいけないかもしれないと。

- 委員 事例として、40歳という年齢がキーワードになった事例を出しました。
- 座長 ということで、今後、運用の中で変えていかなければいけない部分かと思えます。横浜の、非常によくできていると思えますけれども、いかがでしょうか。
- 委員 質問が1点だけあるのですが、アンダートリアージとアンダーディスパッチというのは、同じようですけど、違うところはあるのですか。
- 委員 いずれも資料の定義のとおりですが、先ほどお話ししたとおり、アンダーディスパッチというのは、受けた私どもが、カテゴリーに対応しレベル1・2・3と出場パターンをそろえている中で、どの部隊を出そうかと選択する、現行のプログラムに即して、その部隊が適切だったかどうか。119通報から聴取した内容を機械と連動させる部分がディスパッチになると思います。
- 委員 アンダートリアージというのは。
- 委員 トリアージ上は、聞き取りをしたときに、レベルとかいろいろ差が出ないようにつくってあるプログラムですが定義上の下位の判定をしたものです。
- 座長 私の理解では、アンダートリアージというのは単に、この2掛ける2の当たり外れといったときの外れの部分で、その中には実害のないものもいっぱいあると。
- 委員 カテゴリーが間違っていたという。
- 委員 そういことですね。ただ、アンダーディスパッチというのは、3つに区分するとしたら、一番重いものを軽いものに見たみたいな、1個飛びみたいな形で、これは実際に実害がある可能性がある。具体的には心停止の可能性があるので、2名乗車隊が1台しか行っていないので、現場で蘇生がおくれる可能性があるという実害があるということを前提にして、そのアンダートリアージの中のさらに一部をアンダーディスパッチとしている。というのは、おそらくアンダートリアージはかなりの数が出ますよね、どっちにしても。
- 委員 そうですね。ただ、1つ言えているのは、今回、このようなシステムをつくった中では、聞く項目が精査されていますので、どんな指令課員がついても、医学的な知識とか、若干の救急の知識はあると思うのですけれども、聞き漏らしさえ

なければ、精度の高いものです。

座長　それで、あまり出ないなと思うのは、つまり中等症と軽症の間の判断についてのアンダートリアージの項目をつくっていませんので、今までも一番難しいのはそこなので、そこでアンダートリアージをつくると、20%とか、30%は必ず出てきてしまうわけですがけれども、これはあくまでも重症、中等症、軽症とやりますけれども、判断の結果としては、重篤、重死亡、あるいは重症とそれ以下というところの判断結果がどうであったかという、そこしか求めていませんので、そういう面ではアンダートリアージはそれほど高くはおそらくならないものだというようになると思います。ですから、おそらくこの検証では、軽症か中等症かをもってBの対応がよかったのかCの対応がよかったのかということを検証することはちょっと考えていないということですよ。逆に重症が入っている割合が少なければCでいいだろうという、レベル3でいいだろうと、あくまでもそういう観点だと思います。

よろしいでしょうか。地震もあったので大分時間が経ってしまいましたけれども、制度設計ということで多くの意見をいただきました。

ここで1回、私のほうからも、そもそもこのトリアージのことでということで、少し頭を整理しようと思ひまして、資料2-2の色刷りのものを用意してまいりました。やはり、なかなか、今の横浜のA、B、C、あるいはそれにプラスがついたりとかということで、赤は何を意味しているのか、黄色は何を意味しているのか、緑は何を意味しているのかということがちょっと明確にその対応を考えていく上でやっていかないと、これはなかなか難しいのではないかとということで、1つは実績として、今、出ているものとしては、東京消防庁は、この1年間、#7119という事業を実施しておりまして、そこで、#7119はあくまでも救急相談ですがけれども、その中で実際に具体的な対応ということと結びつけて、数値が出てきております。それとの比較で頭を整理しようと思って今つくったのがこれですがけれども、まずはシャープのほうから見ていただくと、2枚目をめくっていただきますと、これは電話救急医療相談プロトコールの中にあるもので、具体的には今、東京都の#7119では、4つのカテゴリーに相談を分けていると。赤は救急車即対応と、緊急性が高いと。この中で心停止もありますし、ショック等もあると。橙というのは、1時間以内に医療機関に受診することが望ましいと。ですから、相談者が1時間以内に自分で病院に行けるのであればそれを勧めますし、行く手段がないといった場合には、では、救急車を出しましょうかというような対応もあるということで、オレンジまでが、そういう面では救急車の許容範囲ですがけれども、自分で行ける人は橙、自分で行っていただいてもいいと。黄色は、1時間である必要はないと。6時間以内ぐらいであればいいというのが黄色

で、緑は、翌日にでも病院に行ってくださいと。実質的には受診をしなくてもいいかもしれないですけども、相談なので、受診を勧めていると、こんな形になっていると思います。それぞれに対して、具体的なものとしては、本から抜粋してきたものとして、例えば、感冒というところでは次の2枚つづりのようにありますけれども、パッと見てわかるのは、赤を見つけるのがわりと簡単なのですね。赤のところ埋めていけばいいわけですけども、この赤じゃないといったときの、オレンジか黄色かといったときには、そこが一番大変なところで、オレンジの項目を全部否定した上で黄色の項目をチェックして、黄色を見つけなくては行けないと。それから、ここはおそらく通信の相談センターの看護師が事細かに、このオレンジのこの部分を1個ずつ相談者に聞いて、さらに判断に迷うような場合には、そこにいるドクターに聞いて判断をして、実際運用をされているというふうなことになると思います。このような形で、東京消防庁、今、相談センターとしては赤、橙、黄色、緑というのが運用されていて、それが資料2-2の表面の右側に参考としてあるわけですけども、今、我々が考えているところということで、119番通報の段階ということになりますので、まず、赤と黄色が基本的な救急車対応と考えて、大体、議論をしているわけです。赤に関しては、これは心停止の可能性もある、あるいはショックがある等々で、これは一刻も早い現場での蘇生が必要である、あるいはドクター等が必要であるというようなものが赤ということですから、先ほどの#7119のうちの一部に当たるわけです。それから、我々の黄色の中でも、例えば、今までの議論に出てきた急性心筋梗塞が疑われるとか、脳卒中が疑われるとか、あるいは吐下血があるなどというものは、バイタルがよくても緊急性が高いということで、これは先に見つけていこうということで、先ほどの#7119でいうと、これも赤に入る部分になるわけですね。だから、黄色の中でも、この部分の黄色の上半分を見つけるのは比較的容易であるし、これは緊急性が高いと。それに対して黄色の下半分、つまり、救急車で運ぶことが妥当だと考えられるけれどもというのを、1時間のところを決めると。これが実際にはなかなか難しいわけですけども、ここが東京消防庁の#7119でいうと、橙と黄色の境目になるのだと思います。そうすると、我々の今現在の対応としては、赤であればいずれにしても、これは最迅速対応あるいはファーストレスポンスを出す、ドクターカーを出す。それから、黄色が、今でいう普通の救急対応。緑に関しては、これは場合によっては待っていただくという対応、あるいは救急相談の内容が主体であれば相談に回す、あるいはその他の対応としては、先ほどの生活保護者みたいな話がございましたけれども、消防以外の行政とサービスとしての対応を考えるなどということを考えてもいいものがこの中に入ってくるのだと考えられます。

結局、何が言いたいかという、このような赤と黄色と緑と3つに分けて即時

対応、1時間以内あるいは早期受診というように分けていくのは理論的には非常にわかりやすいのだけれども、実際にこれを通信指令員がやれるかという、#7119での経験からすると、この赤の部分を見つけることは現実にはできると。黄色の中でも特に重症のものを見つけるのもある程度できると。ただ、黄色と緑の間の線というのは、実際には#7119でいうところのオレンジと黄色の間を見つけろということなので、これはかなり医学的な訓練とか経験を積まないと、あるいはもしかしたら横浜がやっているような、プログラミングをして、いろいろな項目を入れることによってできるようになるかもしれないのだけれども、ここを今すぐに現場の運用に持っていくような形でトリアージをさせるということは、これは不可能、困難だろうということで、現場の運用としては、やはり重いほうを見つけるということと、それから、もう1つは、この緑の中で、例えば、東京消防庁の中で、きょうはプロトコルが出てきていませんけれども、感冒ではなくて、咽頭痛というふうな主訴に対するプロトコルを見ると、これは咽頭痛に対して呼吸困難がないかどうかとか、幾つか聞くべきことは非常に少なく、それがなければ比較的緑の対応がしやすいという特殊なものが幾つかありますから、そういうように緑の中で特別に見つけやすいものは見つけて、緑というものを考えるということが現状では可能かもしれませんが、なかなか現在の運用を考える上で、ほんとうに黄色と緑の線が引けるのかどうか、どのぐらいの訓練が必要なのかということ、これが今後、検証して前向きで調べていて、その上で運用を考えなければいけないという部分になるのではないかと思います。参考資料として資料2-2の用意をさせていただきました。

ということで、この資料2-2については何かご質問がございますでしょうか。

皆さんよろしいですか、東京消防庁の資料をおかりしましたけれども、オレンジの中でもやはり救急車の対応になってしまうものが結構あるかどうかと。それに関して正確な数でなくてもいいのですけれども、ちょっと、もし感覚があれば。

委員

大体、相談のお電話をいただく中で4分の1が赤の対応になっています。その中で、やっぱりオレンジのほうで、ご自身で行っていただきたいのですけれども、やはり社会的な要因ですね。ご自身が高齢者世帯で、どうしても通院手段がないですとか、時間帯ですとか、そういった考慮をすることによって赤に移行をしているケースが、今はちょっと正確なデータを持って来ていないのですけれども、やっぱりそういったケースも多々見受けられるというのが実際はあります。

実際、今、この相談センターのプロトコルを含めてその見直しというのは、医師会のほうにも委員会をつくっていただいております、あとは運営協議会というところで、毎月分析の結果というのを分析しておりますので、状況に応じて

またこちらでも発表させていただけたらと思います。

座長 制度設計につきましては、このような形で少し、次回までにきょうの皆さんのご意見もまとめた上で案を提案させていただきたいと思います。

それでは、その次に、トリアージのプロトコルの制度向上のための実証研究ということで、実際、今までのところを1回、一昨年にやらせていただいたわけですけれども、より、もう少しきちんとしたプロトコルの周知を図った上で行うということで、委員から研究の案、プランについてご説明をお願いいたします。

委員 では、お手許の資料3をもとにご説明をさせていただきます。第1回にご説明させていただきましたように、そもそも今まで検証してまいりました過去のデータというのが、研究班側の説明不足もございまして、うまくとれていないデータの部分もございましたので、それを再度、きちんと消防の指令員の方にご説明をさせていただきます。かつ訓練もさせていただいた上で、データをとっていきたいと思っております。さらに、この資料3の青い部分、これが前回、おとしとらせていただいたデータには入っていなかった項目、もしくは順番が違った項目でございますので、ここは今回、新たに加える、もしくはその順番を変えたという状況でとらせていただこうと思っております。

現段階では、緊急度を判断するという、先ほど座長からお話ございました赤、黄色、緑に関して、現在考えておりますのは、このプロトコル上の、色で塗られた赤、黄色、緑のカテゴリーになっていくと考えております。さらに、先ほど座長からもお話ございましたように、緑の部分というのは非常に難しい部分がございます。そこに関しては、今回、主訴、通報内容から主訴を分類いたしまして、できるだけ多くの部分の緑に関して分析をしていきたいと考えております。この資料3の1ページ目、2ページ目というのは、1ページ目は最初に通報があったところを聞いて、通報を聞く内容でございます。2ページ目が、非外傷の場合のものでございます。これとは別に外傷のものもございますが、これは前回お配りしたものと全く同じもの……、外傷に関しては、まだ緊急性の判断というのが過去のデータではなかなか難しい部分がございますので、外傷に関してはキーワード、通報の中でキーワードをきちんと聞き取りまして、それを踏まえて赤、黄、緑の分類をしていきたいと考えております。

お手元の資料、資料3の3ページ目、A3の次でございますが、これが実際に指令員の方に通報内容を聞いていただいて、それを踏まえて記録していただく用紙になっております。これは、先ほどもご説明させていただきましたプロトコルをもとに、できるだけ指令員が書きやすいような形のものにさせていただいております。ただ、これはまだ私どもで考えたものでございまして、これを今後、

この回以降、各消防本部さんにお伺いしまして、実際に記録、この用紙を見ながらうまく記録できるかどうかという訓練も踏まえながら、少し修正していく予定にさせていただきます。

以上でございます。

座長 簡単に、資料3でもう1回アルゴリズムを追いかけて、簡単に言いますと、火事ですか、救急ですかと。それで、どなたがどうされましたかということで、ご本人が話している場合には、少なくとも心停止ではないですし、話ができているわけですから、そのあと外傷もしくは非外傷に入っていくと。それから、ご本人でない場合には、その訴えの中で心停止を疑わせるような訴えがあれば、即心停止対応と。そうでなければ、傷病者を見ているか、見ていないか。見ていなければもちろん判断不能なので、これは緊急対応になると。傷病者を見ているということであれば、次に入っていくって、大きな紙に入りまして、まず、意識があるかどうか。話ができますかと書いてありますけれども、基本的にはこれは聞き方がそういう聞き方で始めるということだけで、傷病者が昏睡状態であるかないかと。反応があるかどうかということを見るのがまず第一で、その次に、もし反応がなければ呼吸が普通どおりできているかどうかと。反応がなくて呼吸が正常でなければ、C P Aとしての口頭指導を行い、もちろん救急車も出すと。それから、会話はできていますが呼吸が苦しい、あるいは会話ができないけれども呼吸はふだんどおりしっかりしているという場合。これは意識障害もしくは呼吸不全ということで緊急度が高いので、即緊急対応にすると。

話も普通にできて意識もあって、呼吸も通常で楽にできているという場合には、さらに年齢、性別を聞いて、そしてまた主訴を聞いて、その中で特に胸痛、脳卒中、それから、あと、今までのデータの中から緊急度の高い、先ほどの横浜で言うピックアップと言っていましたけれども、そういうものの中での喀血だとか中毒、吐血、下血あるいは失禁、便失禁がある等々ということで、幾つか出てきたものを引っかけていくということで、ある程度緊急性が高いものはここで、黄色の中でも緊急性の高いものは引っかけることができると。それで、残りの中にまだその他いろいろな雑多な黄色と緑が残ってくるわけですが、それについて鑑別しようということになると、先ほど言ったように、電話相談で言ったところのオレンジと黄色を区別するような、かなり事細かな質問が必要になってくるので、そこまではまだ今の教育と通信指令員の内容ではまだできないだろうということで、それはまだ先の課題ということで、まずここまでを実施してみようということで、それであれば、この次のA4の1枚程度の質問表で大体その調査ができるので、これでも調査をしてみようというような提案になっています。



ちょっと内容を、今言ったように言葉があまりにも話し言葉でわかりやすくなっているので、逆に意識の確認と書いたほうがわかりやすいということもありますので、少しその辺の表現についてはまたもう1回チェックをすることにしまして、おおむね確認しなければいけない内容はこのような内容で、今回、やはり、前回の検証をする中で、例えば、話ができるかというのを、どういうものができるとして、どういうものできないとするかと。我々としては、いわゆる反応があるかないか、昏睡かどうかを聞いてほしかったわけですがけれども、言っている内容がつじつまが合わない、話ができない方に入れたりとかというようなことが幾つか行われて、それがかなり精度を悪くしていましたので、少し、それぞれのカテゴリーがどういうときにこっちにつけてくれという趣旨をもう少し細かく、各消防本部にはご説明をさせていただいて、その上で検証を1カ月間。

今日はもう時間がないのでこの場でご意見をゆっくりお聞きすることができないのですが、見ていただいて、ご意見があれば、早目に言っていただければ修正が可能ですので、よろしくお願ひしたいと思います。

大体、いつごろどの地域でという予定でしょうか、事務局は、この前向きの精度向上の研究については。

委員 期間といたしましては、9月までには消防本部さんにお伺いしまして、こちらのこのプロトコルの趣旨の説明と訓練をさせていただこうと思っております。対象としては4消防本部を考えておまして、検証時期としては10月から11月ぐらいを考えております。

委員 これのエンドポイントは何ですか。それぞれに救急車を出すか出さないか、それとも、先ほど言ったようにディスパッチのレベルを変えるか変えないか、どちらなのか。

座長 ディスパッチのレベルでいいのではないかと考えています。今の段階では。ですから、赤であればもちろんPAも含めて即出しますし、黄色であれば先ほどのように、その地域に1台しかなくても、少なくとも優先的にこれを出さなければいけないものになると。それで、残りの一番余った中にまだ黄色と緑がありますので、それが全部待っていただいていいかどうかということに関しては、まだ今のところ検証できませんけれども、それでかなり拾い出せるのではないかとということで、イメージとしては先生がおっしゃっているように、最後の1台になってもそれを出すものをこうやって見つけるということだと思います。

結局、やはりそういう形でちょっと消去法的に行く、消去法というのは、急ぐ方から見つけて残りを出していくということと、それから、先ほども言いました

ように、東京消防庁の結果等、あるいは横浜等からもこれからいろいろ蓄積してくると、この症状については、例えば、さっきの咽頭痛についてはこれとこれさえ否定すればまず大丈夫だというものが出てくれば、そっち側から少し、明らかに緑というものを見つけることもできるかと思えますけれども、それはまだ今の段階ではすぐに進められませんので、ということになります。

委員 これは、消防機関のほうではチェックして、例えば、搬送先の医師のほうで、消防のディスパッチはこうだったけれども、実は……、その辺の整合性というものは。

座長 やります。ただし、もちろん、この件に関してこの調査をするのは、消防本部にだけ行くのではなくて、地域のMCのほうに行って、医師会レベルでその搬送先の最終的な1つは診断ですね、それが本当に急性心筋梗塞や急性冠症候群だったのかどうかという診断と、それから、そこでの重症度をお聞きしなければいけない。ここでもう1つ大きな問題は、これはまだ未解決ですけれども、先ほど重症度、緊急度のところをある程度明確に緊急度にして書いていただいているということで、従来は3週間入院を重症とか、入院の4割は中等症ということではなく、生命の危険ということだけを軸にやってきておりますけれども、そのことをそれぞれの地域のMCで徹底していただけるかどうかというところは、前回も市長さんのときも非常にそれを望んだのですけれども、不可能だった部分なので、前回の報告書を書くときも、そこに大きな1つの問題があって、最終的にこのディスパッチの適切性を検証する点でそこが問題になると思うのです。

委員 ですから、そこで昨年度、バイタルデータを使つての緊急度という基準を検討しておりますので、そこは今回の経過としては、指令室の状況と、あと、バイタルを使つた緊急度判断との整合性によってこの妥当性を見ようと考えておりますので、前回の病院重症度よりはバイタルデータを使つた緊急度判断を使っているので、以前よりは精度が高くなっていると思っています。

座長 3つの手段。ですから、おそらく従来どおりの重症度というところと、もう1つは診断、やっぱりこれは診断が、急性心筋梗塞や脳卒中であれば、その疾患をねらってトリアージをかけていますので、それはそれで重症であると。

もう1つは、特にバイタルサインが悪いと思って現場に出たものについては、現場でほんとうにバイタルサインが悪いのかどうかということがもう1つの指標になるのだらうと思います。ただ、それを全部総合で判断しなければいけないということで、絶対的な基準がないというところが、まだ厳しいところではあり

ます。

よろしいでしょうか。またご意見があれば、ぜひこれは事務局あるいはメールでもいただければと思います。委員はきょう初めてですけれども、ここまでの議論はいかがでしょうか。大体イメージしているところと比べて、何かご意見があればぜひお伺いしたいと思いますけれども。

委員

次のところの法的検討課題のところでもちょっと触れようかと思っていたのですが、最初のところで、そもそもトリアージというのが切迫した状況で使われるものであるのか、それとも、日常的な切り分けのトリアージであるのかという、その2つの使われ方があって、それはわりと私の中でまだ交錯していて、どちらの場面を話しているのかなということです。今日は比較的緊急時の切迫した状況のトリアージという話だったと思います。余裕があれば、ある程度軽症事例でも対応していくのだけれども、だんだん積み上がってきて、これはもう対応できないところになったら、緊急時対応としてトリアージを行うという話でしたが、緊急モードに入るときには、いくつもの事象が積み重なって切り替わるものなわけですね。緊急モードに切りかわる瞬間というのがあると思いますが、その直前にどんな軽症の事例の患者さんでも扱って、その直後、モードが切りかわったあとに、ある程度、中症と軽症の間ぐらいの人が来た場合には対応できないことがある。それには不平等ということがあるのではないかというお話が前回にあったと思います。その場合に、モードを切りかえたのだから、これは正当な事由があるということですが、ないものはないのだから仕方がないというように、開き直るという表現がよいかかわからないのですが、それはあまり正当な理由にならないのではないかなというように思います。

そもそも、緊急モードにならないように、その地域の中でのリソースが枯渇しないようにコントロールしておくというのが、そもそも救急の指令センターには求められるものだとは思っております。そもそもリソースを枯渇させないような状況にしておいて、それでもなおかつ枯渇したというときに、初めて正当な理由と言えるのではないかなと感じました。

座長

先ほどから言えば、予備隊をまず出して、強化体制をつくって、それでもだめなときはという話になるのだと思いますが、もう1つは、やはり近隣との連携も含めて、近隣消防との連携も含めて、それでもだめな場合ということで考えないと、やっぱり、すぐ隣に消防本部があって、実は市境の向こうには救急車が余っているのに、自分の市の中だけはもう目いっぱいだからトリアージかけますというのは、これはおそらく理解が得られないだろうと思いますので、ある程度の広域運用をした上でもだめだということを前提にしないと、この運用はおそら

くできないのかなと思います。

最後に、委員のほうから資料を用意していただいていますので、資料4をお願いいたします。

委員

ほんとうに手短にお話しします。一応、今年度トリアージ作業部会ではどのあたりまでを法的問題として検討していこうかということで、今回はあくまで方向性としてこういうあたりを検討させていただきますということだけですが、ごく簡単にお話しをいたします。

まず、当然ですが基本的にはこの部会ではトリアージを扱いますので、トリアージの基準そのものについての問題がございます。それから、トリアージを実施するかしないかということについての問題、さらに、実施体制の組み方、あり方というものをどうするのかという問題がございます。その3点ぐらいについて法的問題が一応発生し得るということで、そのあたりを検討していこうということでもあります。もっとも中心になるのは、やはりトリアージの基準そのものについてでありまして、1番目は法的責任の問題、要するにアンダートリアージが起こった場合に、法的責任がだれにどの程度発生し得るのか、それを防止するためにどのような基準のつくり方をすればよいのか、これは昨年度以前までも検討してきた問題でございますけれども、今年度、制度設計がさらに具体化されるという段階に至って、どのようなことを考えたらよいただろうかということも引き続き考えさせていただくということがございます。それから、基準自体がどういった形で作られたほうが法的に好ましいのかということが2番目。それから、3番目としては、地域によつての違いというのがどれぐらい許されるのだろうかということ。これはそもそもトリアージに限らず、救急医療体制そのものが地域によって若干違うという部分もございますので、そのあたりにかかわってくる部分もないわけではないのですが、そういった話を広げるということにはなるべくしないようにしながら、法的にどの程度許されるのかということを検討させていただきたいということございました。

大項目の2は、トリアージの実施、不実施の判断ということではありますが、まさに今、委員がおっしゃったことがこのあたりの話でありまして、どういう場面であればトリアージの実施というものが正当化されるのだろうかというその条件づけといったことになろうかと思います。一般的には行政サービスを給付するかしないかという話ですので、ほかの行政サービスに関しては欲しいと言った市民すべてに無条件にサービスを提供するということは普通ないのでありまして、やはり、ある程度客観的な必要性がある人を選んでサービスを提供するというのが普通のことです。ところが、救急医療に関しては今までそういうふうな運用がなされてこなかったということで、どういう観点で客観的な基準を切った

らいいのかというのが、まさにこのトリアージの問題なのだろうという認識を持っております。そのあたりの検討ということでございます。

大項目の3がそのトリアージの実施体制ということで、これは指令員の指導監督であったりとか、地域ごとのトリアージの採用、不採用、あるいはモードの移行時期というのは各地域で決めるということになりますと、どこでだれが責任を持って決めるのか、あるいはだれがどういう仕組みで検討、検証するのかということ、一応、大枠の形では決めておく必要があるのではないかとということで、そのあたりも含めてということの検討でございます。

以上でございます。

この法的検討のことで、先ほど委員からも、大前提として、まず、対応として、相談色の強いものについては相談センターに回して、その結果として不搬送というか不対応というのは、その通報者あるいは傷病者がそれを理解して、自分にとってそのほうがいいと判断したという場合はいいわけですがけれども、傷病者があくまでも搬送を希望するという中で、今回のトリアージの対応の中の1つの選択肢として、消防としては対応しないと、あとは自分で行ってくれというものを残すのか、あくまでも対応の時間を延ばす、それは基本的には出すわけですね。

委員 出します。

座長 ですから、基本的には全部出すという中で、その順番がおくれるのだと。より優先する人に先に行くということなのかという、そこだけ今日は決めておかなければいけないと思うので、それはおそらく法的な問題を考える上でも、その間には、さっき言ったようにものすごく大きな溝があるのだと思います。

今の制度設計の中では、それを非常に、ものすごく、年に1回か2回のときだけにするのか、あるいは毎日夕方そうになってしまうのかという頻度の問題は別として、いずれにしてもこちらから電話の通信手段の段階でトリアージの結果として搬送を希望するものに対して、消防としては対応しないという制度は今のところ考えないということを前提に、この法的な問題も議論していただくという。一応、委員の前提もそうになっていると思うのですが、それでよろしいのでしょうか。

委員 この法的な分析の前提というご趣旨でしょうか。

委員 そういう意味では、特に前提を置いているということではございません。どのような制度設計になったにしても、法的に全く許容されないというものはもちろ

んあり得るとは思いますけれども、そこまではっきり強く、今の段階で法的に許容されない制度設計というのは、とりあえず検討には上がってきていないと思います。例えば、軽症者に対して全く出動させないということも、おそらく状況によっては法的に正当化される余地があると思いますので、それはどういう状況でどういう仕組みをつくれればそれが正当化されるのかということは、やはり検討する余地があります。そういったものを一応は考慮に入れての検討ということでございます。

委員 あくまでも思いつきですけれども、消防として対応しないということには、他の連携先があって切り分けがあってはじめて可能となりますから、地域によっては地元の医師会ですとか民生委員のような、地元の、民間のボランティアを活用するというような方法も1つあると思います。その人材を、この救急の中の、消防の中に限らず、いろいろ連携をしていくというものが1つの手段として考えていくべきだと思います。

座長 たしか今年が一番最初のときにも議論が出たことなのですが、消防救急としての業務をどこまでやるかという、消防の範囲の中でこの議論をしていくと、どうしても限界があると。これは公共サービスということで、救急医療サービス全般の中で消防が受け持つもの、あるいは医師会の役割、衛生担当部局の役割と、先ほどの生活保護の、病院への、次はどうするかということも含めて、そういう中で全体像をつくって、その中で消防の役割ということで考えていかないといけなくて、解決方法ですから、消防が対応しないのであれば全く何もないというのだけど、代替のものとしての公共サービスがきちんとあればいいということになるのだと思います。そういうことも十分念頭において、なかなか総務省消防庁の検討会の中でそこまで全体を巻き込んだ絵をかくというのはなかなか難しいのかもしれませんが、議論はそこできちんとしておいたほうがいいと思いますので。

そういうご趣旨でよろしいですね。

わかりました。ちょっと、なかなかこのテーマは簡単に結論が出るのではなくて、いろいろ議論をしながら少しずつ方向性を出していくしかないということなので、委員の先生方の認識というか物事に対しての言葉の定義であるとか、あるいは実際、具体的に実現可能な対応のレベルがどの辺にあるかというようなことについて、かなり共通の認識が深まったのではないかと思います。今回の議論をまとめて、そしてまた次回の会議につなげていきたいと思っています。きょうは、時間も過ぎましたので、全体の議論としてはここまでにしたいと思いますが、今後の予定について事務局からお願いいたします。

事務局 今後の予定でございますけれども、親委員会が9月の中旬ごろに行われますので、そのあとに皆様方の予定を聞きながら開催したいと考えております。本日、いろいろと議論をいただきましてありがとうございました。一番最初にお願いしました議事要旨つきまして、それから、今、久保田委員からもありました、各指令センター員がとりますペーパーにつきまして、ご意見がございましたら、事務局までお願いしたいと思っております。それと、資料2で座長からご説明をいただきました部分につきまして、資料1で各消防本部の委員の方、それから先生方からいろいろ意見を聞いた中で、資料2-2の部分をご議論いただきました。いろいろな議論があったと思いますが、いつ、どういう場面でトリアージをやっていくかという部分と、それから、赤の部分、黄色の部分、緑の部分でどういう対応をしていくかという部分がかかなり絞られたと考えております。また、事務局からご意見をお願いするようにメールでご連絡しますので、皆さん方のご意見をいただき、次回の検討会につなげていきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。親会へは、きょうの段階で幾つか議論が出ておりますので、例えば、このような、非常に救急車が枯渇したときにトリアージをすれば、このような基準でやるとこのような運用ができるというような具体的な例を少し出して、親会には案として出していきたいと思っております。

それでは、大変長い間ありがとうございました。きょうの議論はここまでにさせていただきます。

どうもありがとうございました。

事務局 ありがとうございました。

— 了 —

# 神奈川新聞から抜粋

平成 20 年 10 月 2 日(木)~4 日(土)

## 始動 横浜版トリアージ

# 119 番選別

◆上◆

「ご本人ですか」「顔色はどうですか」「歩けますか」...

一日の横浜市消防司令センター(同市保土ヶ谷区)。十数人の指令管制員が緊張した表情で、パソコンの画面と向かい合っていた。

管制員が電話で聞き取った傷病者の呼吸、会話、意識の状態といったデータを打ち込むと、画面上に①生命危険確率②緊急度・重症度(五段階)③部隊編成(三段階)「がすくさま表示された。市がこの日から導入し

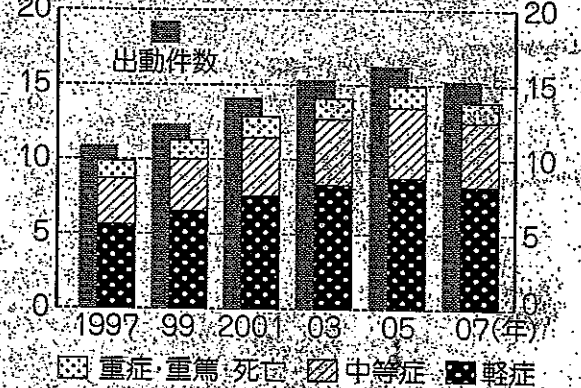
## 優先順位

た「コールトリアージ」。それは通報段階で救急搬送に必要な隊員数を判断し、重症・重篤な傷病者の搬送をより優先させるための新システムだ。

なぜ、一一九番時の選別が必要なのか。市は、救急搬送の六割を軽症者が占める現実を示した。「水虫がかゆい」「夕食の準備で手が離せ

# 「救える命」を救う

(万件) 横浜市の救急出動・搬送の推移 (万人)



ない。子供を病院に連れ急課係長で救急救命士の「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数も増えている。市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

る。

件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

でも求められれば救急車を呼ぶ。〇七年は約十五万三千件とわずかに減ったものの、「常にギリギリの人員」と同課課長の菊池清博は説明した。

市は一九九六年以降、救急車を五十二台から六十二台に増やしたが一人も車もこれ以上は増やせ

ない。限りある救急資源で対応するためにも、「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

市は一九九六年以降、救急車を五十二台から六十二台に増やしたが一人も車もこれ以上は増やせ

ない。限りある救急資源で対応するためにも、「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

市は一九九六年以降、救急車を五十二台から六十二台に増やしたが一人も車もこれ以上は増やせ

ない。限りある救急資源で対応するためにも、「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

市は一九九六年以降、救急車を五十二台から六十二台に増やしたが一人も車もこれ以上は増やせ

ない。限りある救急資源で対応するためにも、「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

市は一九九六年以降、救急車を五十二台から六十二台に増やしたが一人も車もこれ以上は増やせ

ない。限りある救急資源で対応するためにも、「トリアージは欠かせない」市によると、救急出動件数は戦後、右肩上がりし、管轄外からは三分以上も遅い約七・三分かか

(敬称略)



平成20年10月2日(木)~4日(土)

「いわば『よさず相談』になっている」。横浜市安全管理局救急課係長の吉田茂男は「一一九番」の現状を、そんな言葉で表現した。

「日焼けで肌がヒリヒリする」「ペットがけがをした」…。非常識とも受け取られかねない救急車の要請は後を絶たない。「気持ち悪い」と訴えるので救急車を回したところ、前にも出動したことがある泥酔者だった。吉田は、タクシードわりに救急車を呼ぶ「リピーター」も少なくない現実を吐露した。

市によると、二〇〇七年の搬送件数は約十三万

# 始動 横浜版トリアージ

## 119番選別

◆中◇

### 安全網

八千人。このうちの約八万二千人(約59%)が入院の必要や緊急性のない軽症者だ。

救急要請件数を軽症者がぐっと押し上げている背景には、消防法が救急業務の基準を明確にしていないという実情がある。救急車を出動させるか否かの線引きは定められておらず、従って軽症であっても救急車を要請されれば拒めないのだ。

同局救急課長の菊池清

# 緊急性をより重視

博は、核家族化や高齢化の進展も一因と指摘した。「家族や周囲に相談できる人がいないため、すぐに救急車を呼ぶ。セーフティネットとしての一一九番のニーズは年々拡大している」

そのしわ寄せを受けているのが、最も救急車を必要とする重症・重篤者だ。

市の調査では、死亡・危篤状態の傷病者は年間約四千八百人。このうち約四割が管轄内の救急車が出払っていたため、平均より二分以上も搬送が遅れたという。

生死の境界線上にある生命にとつての数分は救

命率に直結する。「症状の軽重にかかわらず、一律に救急活動するやり方には限界がきている。これでは救命率は上がらない」と菊池は言う。

重症・重篤者の搬送を優先し、軽症者には効率的に対応する方法はないのか。

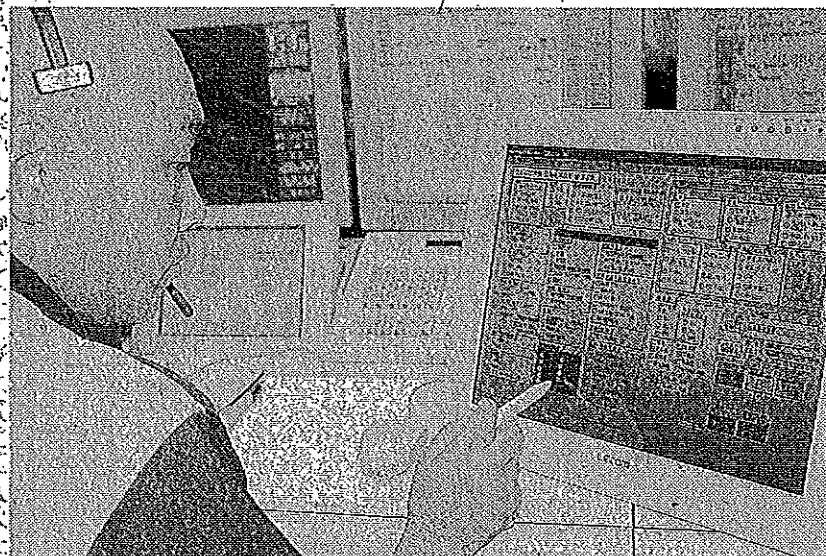
市は医師らと共同で二〇〇〇年ごろから一一九番受信時に緊急度・重症度を識別する「コールトリアージ」の検討に乗り出した。

年齢、性別、呼吸や意識、会話の状況、胸が痛いのか、頭痛がするのかなど、三年から五年をかけ、計約二万六千件の搬送例を

医師らで構成する「市メディカルコントロール協議会」で検証。高精度システムへ、チェック項目は何度も作り替えられた。あらゆる症状に即応できよう投じたプログラ

△開発費は約二億円。全国初の「横浜版トリアージ」は病名を診断するのではなく、症状聞き取りによる緊急性の判断に主眼が置かれている。

(敬称略)



緊急度・重症度識別システムに通報内容を打ち込む指令管制員＝横浜市保土ヶ谷区の消防司令センター

平成 20 年 10 月 2 日(木)~4 日(土)

# 119番選別

始動 横浜版トリアージ

横浜市が救急システムに導入した「トリアージ」。それは、フランス語で「選別」を意味するだけに「弱者切の捨て」と感じる市民は少なくない。

「本当に電話だけで症状を正確に判断できるのか。救急車は軽症だったら来ないのか」。中区に住む無職の男性(67)は不安を募らせる。

市安全管理局救急課長の菊池清博は「基本は変わらない。軽症者も運ぶ」と説明した上で、こう強調した。「今までと違うのは救急隊の隊員数と運用の仕方だ」

これまでは傷病者の症状の軽重にかかわらず、搬送態勢を「救急車一台

## 配分変更

と救急隊員三人以上」と規定していたため、市はトリアージ導入を踏まえ、症状に応じた三種類の部隊編成に変更した。その詳細はこうだ。

①軽症者：腕の骨折などを含め、自力歩行が可能な場合は一隊一人②中等症以上：足の骨折などを含め、入院が必要な場合はミニ消防車などに乗り込んだ救急隊と合わせ二隊四人③重症・重篤者：心肺停止状態を含め、消防車を含む三隊で最大

◇下◇

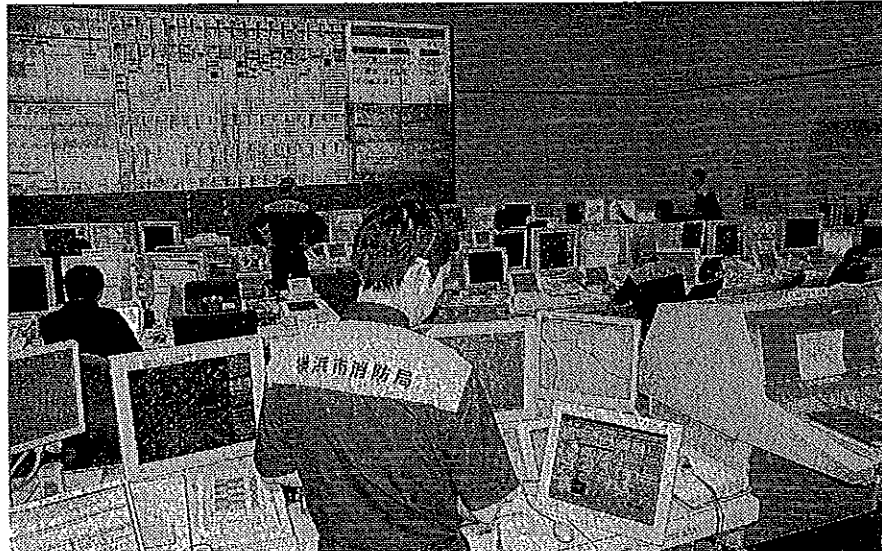
九人。軽症者の出動で減らした隊員を、より症状の重い傷病者に向かわせる。重症・重篤者は、いち早く到着した部隊から救命活動に取りかかる。菊池は「軽症者は効率的に、重症・重篤者にはドンと大量に隊員を投入する仕組みだ」と総括した。

新たな救急隊の運用はしかし、緊急度や重症度を正確に判断できてこそ生きてくる。その成否を握る横浜市保土ヶ谷区の消防司令センターは二十四時間態勢だ。一一九番通報を受けると指令管制員十数人はパーソナルの前に陣取る。指令台は三列。最前列で主に受信し、二列目の別の管制員が通報内容や入力状況をチェック。その横に救命指導医、最後列の指令台長が全体の動きに目を光らせる。判断に迷った場合は、症状を重めに入力することも規定。

「安全装置」は幾重にも張り巡らされている。しかし、トリアージの結果が搬送先の医師の判断を下回る「アンダートリアージ」は常に最大の課題。過去二万六千件の搬送事例を検証したところ、生命の危険を伴う傷病者を軽症と判断するミスこそなかったものの、3〜4%のアンダートリアージが見つかった。「重症・重篤者に、仮

# 重症・重篤に手厚く

に二人を出動させたとしても即座に救命活動に入ることに変わりはない。トリアージをなくした応援要請もする」と、同じ局司令課長の星川正幸。この連載は、佐藤英仁が担当しました。(敬称略)



管制員は2列に並び、最後方では指令台長(手前)が目を見守る。＝横浜市保土ヶ谷区の消防司令センター

## コールトリアージの効果に関する検討

### 1. 目的

コールトリアージの効果を検討するため、コールトリアージの有無による有効現場到着時間内の到着可能面積を検討する。

### 2. 検討内容

- 1) 救急隊の同時出場数の多寡による現場到着時間への影響
- 2) 出場頻度が多い市街地地域におけるコールトリアージ実施の有無による到着可能面積の検討

### 3. 使用データ

A 市消防の救急活動記録（覚知時刻、現場到着時刻、帰署時刻、現場到着距離、救急隊名など） 2007 年分を用いているが、現場到着時間が救急隊の同時出場数と直接影響が無いと考えられる事案（山間地からの遠距離走行や降雪や交通渋滞などにより現場到着時間長くなった事案等）は除いている。したがって、ここで示す結果は今回の検討のためにモデル化しているため実際の結果とは異なる。

### 4. 同時出場数算定方法

出場時刻（月日時分）～帰署時刻から同時出場隊数および出場隊名を 1 分単位で計算

表 1 元データ（救急活動記録）

事案番号	救急隊	出場時刻	帰署時刻
15	A 隊	2007 年 2 月 23 日 14 : 23	2007 年 2 月 23 日 15 : 10
16	B 隊	2007 年 2 月 23 日 14 : 24	2007 年 2 月 23 日 15 : 28
17	C 隊	2007 年 2 月 23 日 14 : 26	2007 年 2 月 23 日 14 : 59

表 2 同時出場隊数

時刻	同時出場隊数	出場隊
2007 年 2 月 23 日 14 : 23	1	A
14 : 24	2	A,B
14 : 25	2	A,B
14 : 26	3	A,B,C
14 : 27	3	A,B,C
14 : 28	3	A,B,C

1 年分 トータル 525600 行（60 分×24 時間×365 日）

## 5. 結果

### 1) 救急隊の同時出場数と現場到着距離

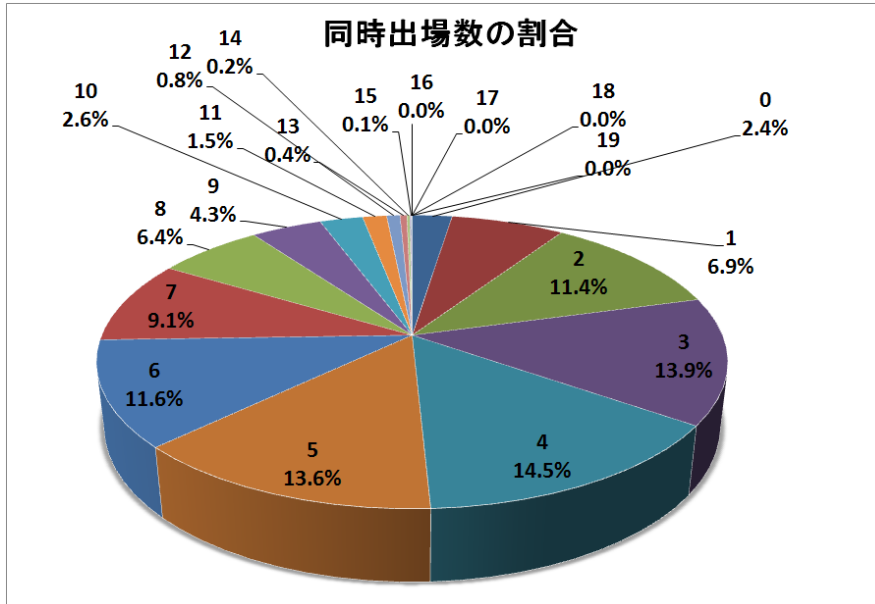


図 1 同時出場数の時間割合

表 3 同時出場数

同時出場数	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント	累積パーセント
0	12,775	2.4%	2.4%	2.4%	100.0%
1	36,338	6.9%	6.9%	9.3%	97.6%
2	60,054	11.4%	11.4%	20.8%	90.7%
3	73,243	13.9%	13.9%	34.7%	79.2%
4	76,278	14.5%	14.5%	49.2%	65.3%
5	71,658	13.6%	13.6%	62.9%	50.8%
6	61,182	11.6%	11.6%	74.5%	37.1%
7	47,962	9.1%	9.1%	83.6%	25.5%
8	33,781	6.4%	6.4%	90.0%	16.4%
9	22,690	4.3%	4.3%	94.4%	10.0%
10	13,755	2.6%	2.6%	97.0%	5.6%
11	7,719	1.5%	1.5%	98.4%	3.0%
12	4,276	0.8%	0.8%	99.3%	1.6%
13	2,204	0.4%	0.4%	99.7%	0.7%
14	945	0.2%	0.2%	99.9%	0.3%
15	418	0.1%	0.1%	99.9%	0.1%
16	191	0.0%	0.0%	100.0%	0.1%
17	87	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
18	38	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
19	6	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
合計	525,600	100.0%	100.0%		

- ・同時出場隊数と現場到着距離の関係

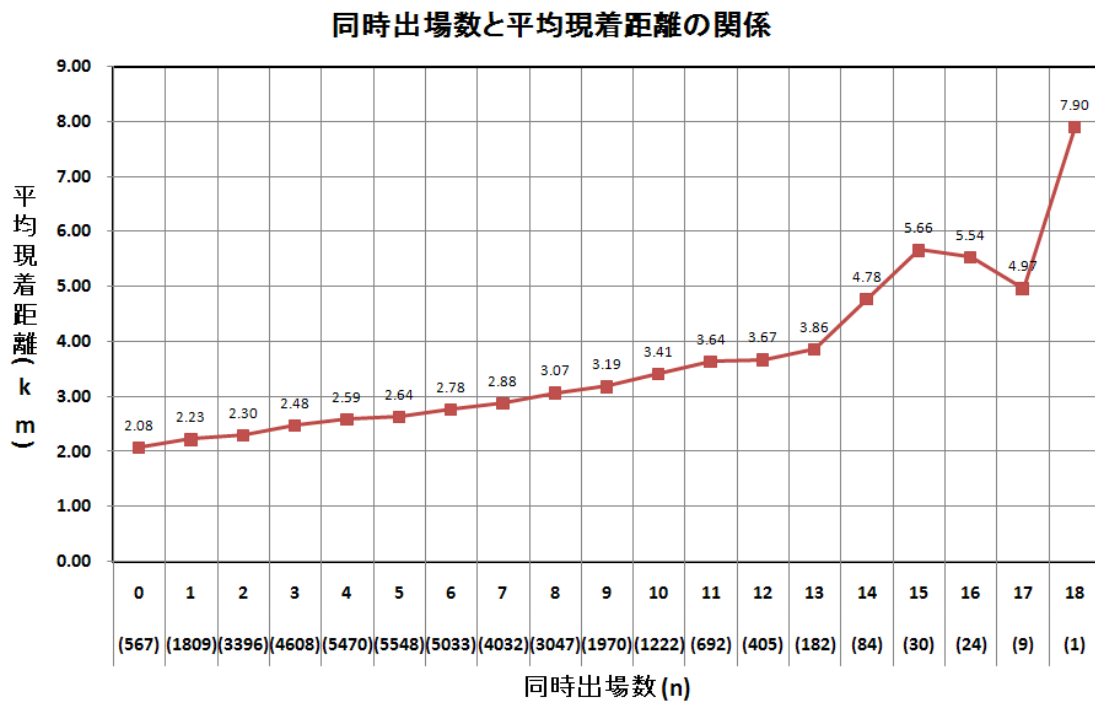


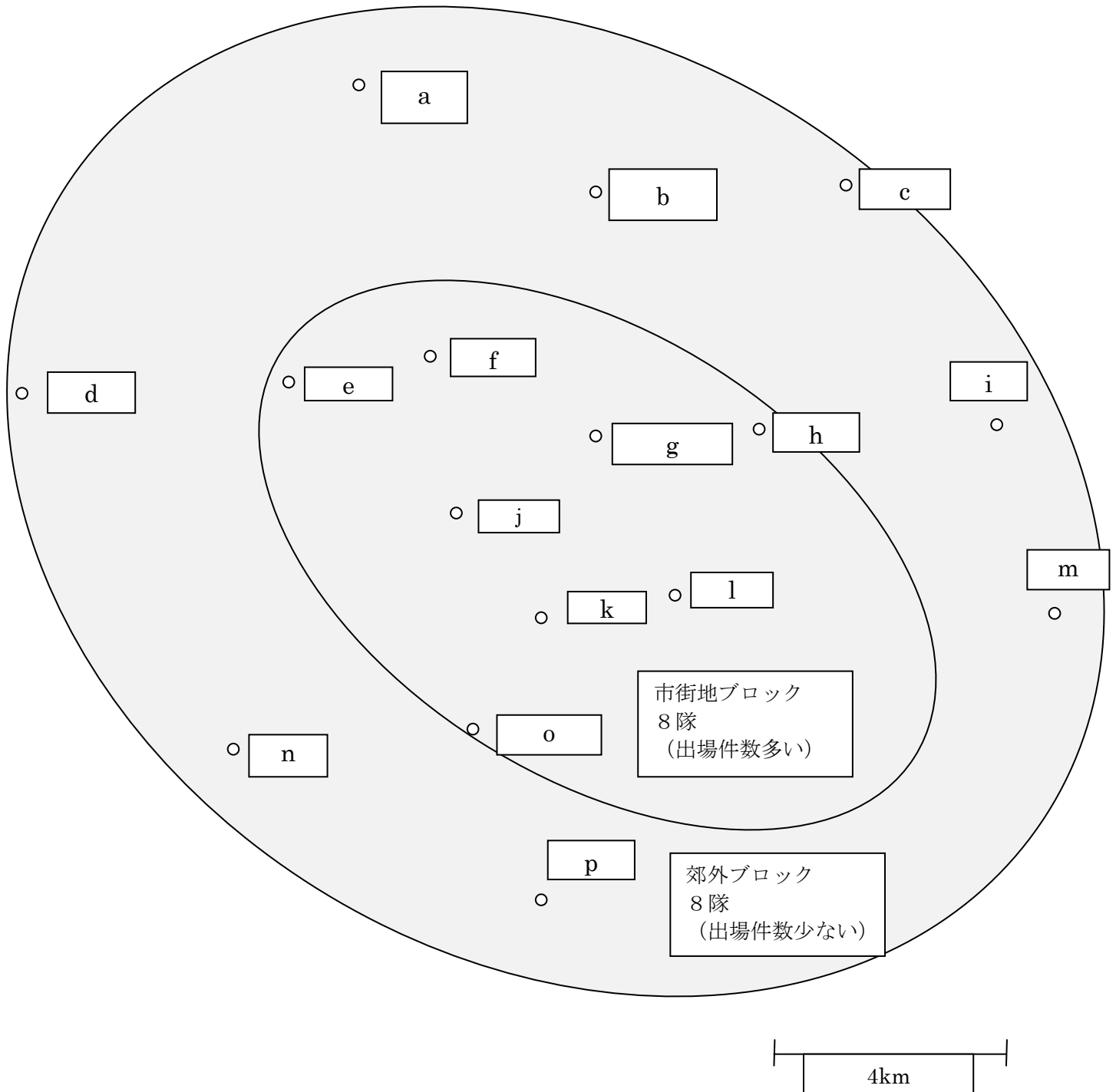
図 2 同時出場数と平均現着の関係

現場到着距離を使用した理由・・・「現場到着時間」は天候（雪など）や交通事情の影響があるため、出場場所から現場までの距離（以下 現場到着距離）を指標とした。

## 2) 市街地の傾向

救急出場件数には、市街地など件数が多い地区や郊外の住宅地、山間地など少ない地域がある。出場件数が多い市街地では局所的に救急隊が出払い、空白地域が発生していることが考えられる。そこで、以下のモデル地区を対象として市街地が空白となる時間を検討した。

○救急隊



市街地ブロックの救急隊がすべて同時出場 年間 102 回 (8.7 分 / 1 回)  
 1 隊のみ待機中 年間 430 回 (9.4 分 / 1 回)

表 4 市街地ブロック内の同時出場数

ブロック内の同時 出場数 (8 隊中)	ブロック内の 同時出場率	回数	パーセント	累積パー セント	累積パー セント
1	12.5	2,079	10.5	10.5	100.0
2	25.0	4,349	21.9	32.4	89.5
3	37.5	5,074	25.6	57.9	67.6
4	50.0	4,047	20.4	78.3	42.1
5	62.5	2,537	12.8	91.1	21.7
6	75.0	1,241	6.2	97.3	8.9
7	87.5	430	2.2	99.5	2.7
8	100.0	102	0.5	100.0	0.5
合計		19,859	100		

約 3 日に 1 回程度 このブロック内で 8 隊全体が出場していることになる。

この場合の最大現場到着距離は 約 6km (直線距離) となる。救急車の平均速度は時速 30km のため、約 12 分となる。

### 3) 現場到着有効時間の検討

ウツタイムデータより目撃された時点から救急隊による心肺蘇生が開始されるまでの時間と一カ月後生存率との関係を見ると、10 分以上は 10 分前よりかなり低くなることが分かっており、この 10 分までに心肺蘇生を開始することが有効であると考えられる。(別紙)

また、目撃から 119 番通報までと、現場に到着してから救急隊員により心肺蘇生が開始されるまでの時間の合計を 2 分程度と考えれば、救急隊が出場してから現場に到着するまでの時間は 10 分から 2 分を引いた 8 分が有効な時間と考えられる。

### 4) トリアージの有効性の検討

市街地ブロックの 8 隊が出場した場合の空白面積

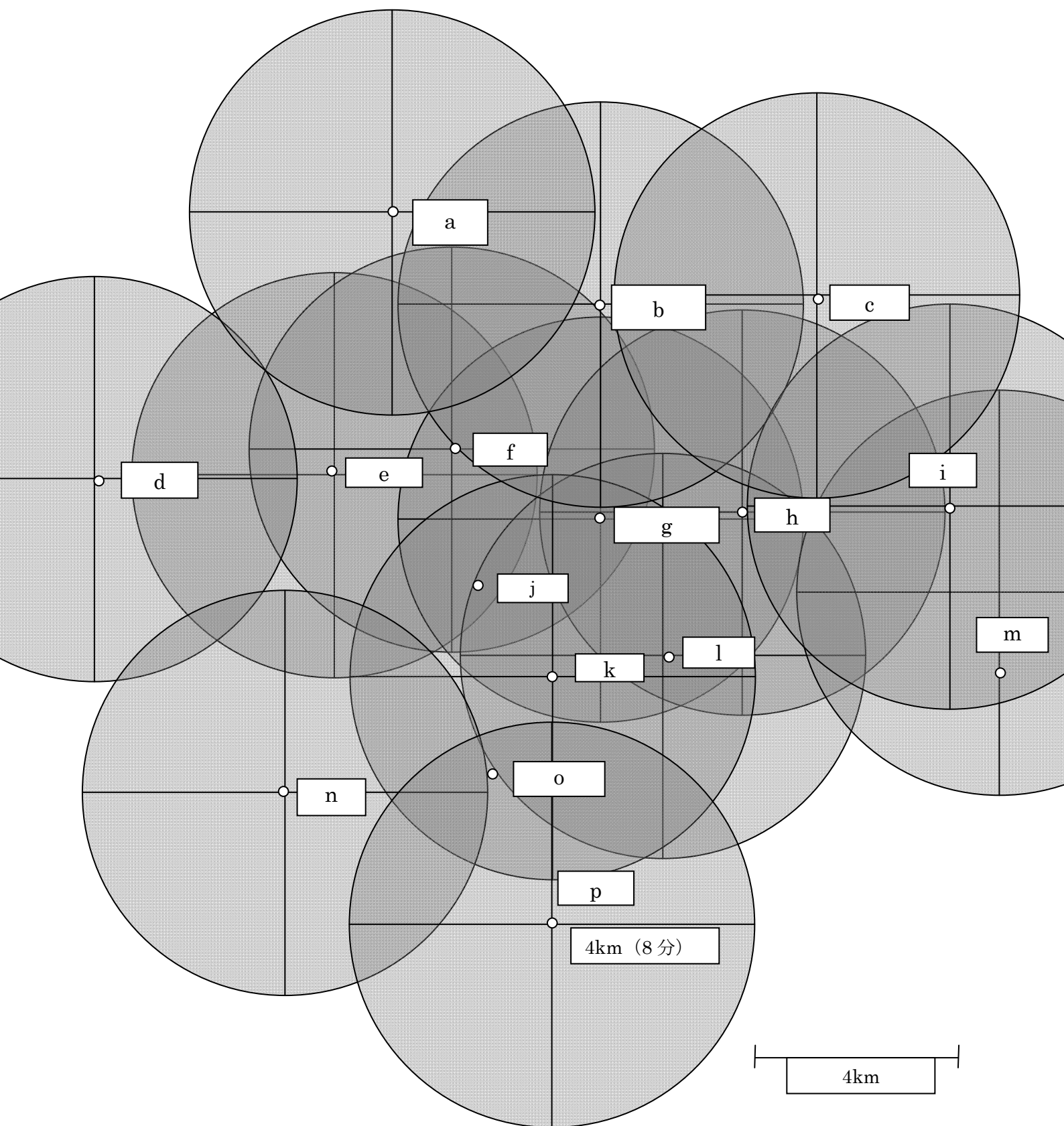
$$A (272.7 \text{ km}^2) - B (238.4 \text{ km}^2) = 34.3 \text{ km}^2$$

トリアージを行った場合の空白面積

$$A (272.7 \text{ km}^2) - B (256.7 \text{ km}^2) = 18.3 \text{ km}^2$$

空白面積の削減率  $18.3 \text{ km}^2 / 34.3 \text{ km}^2 = 53.3\%$

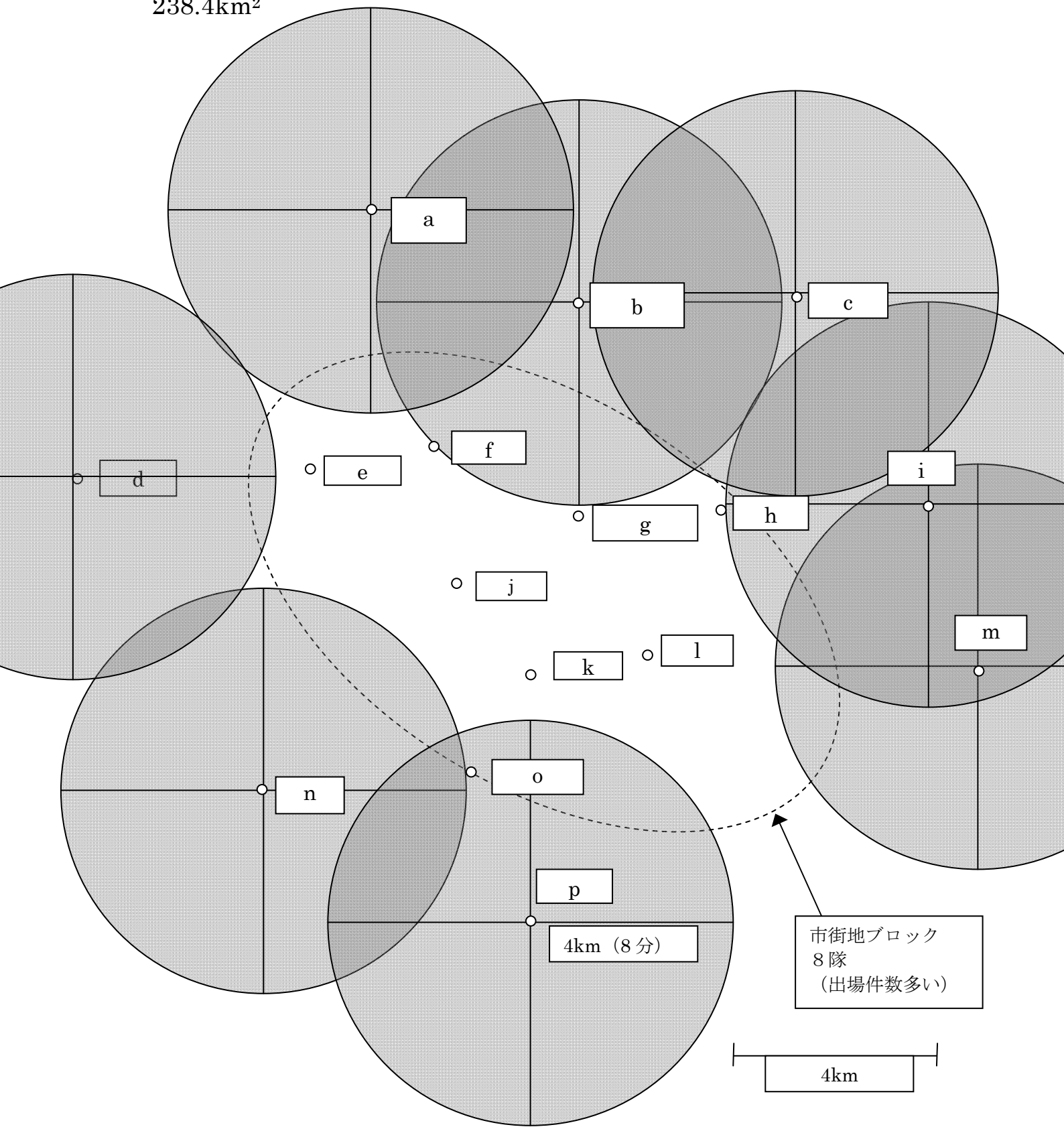
A 全救急隊 (18 隊) の 8 分以内の到着エリア 272.7 km<sup>2</sup>



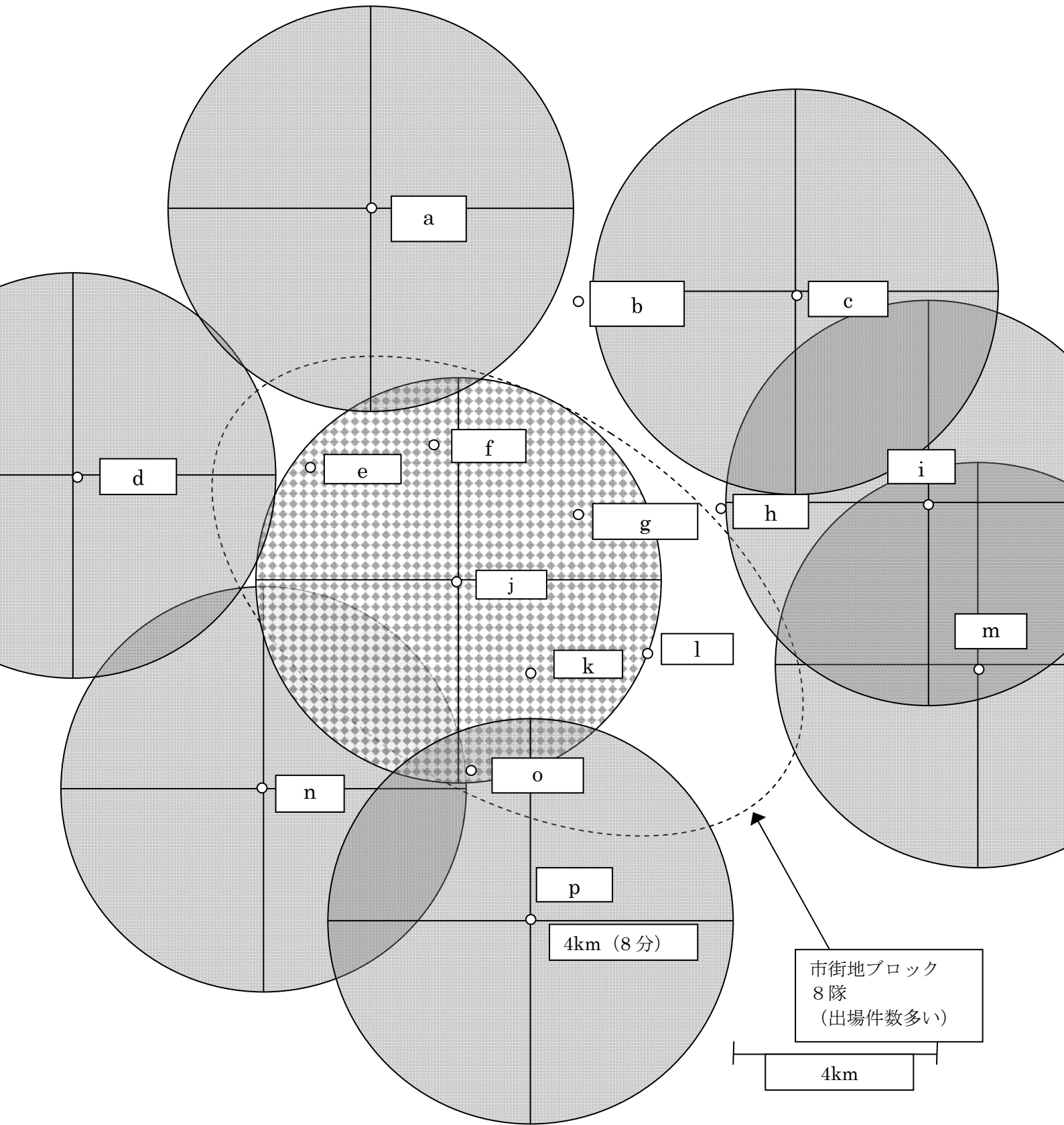


B 市街地ブロック 8 隊出場中の 8 分以内の到着エリア (残り 8 隊)

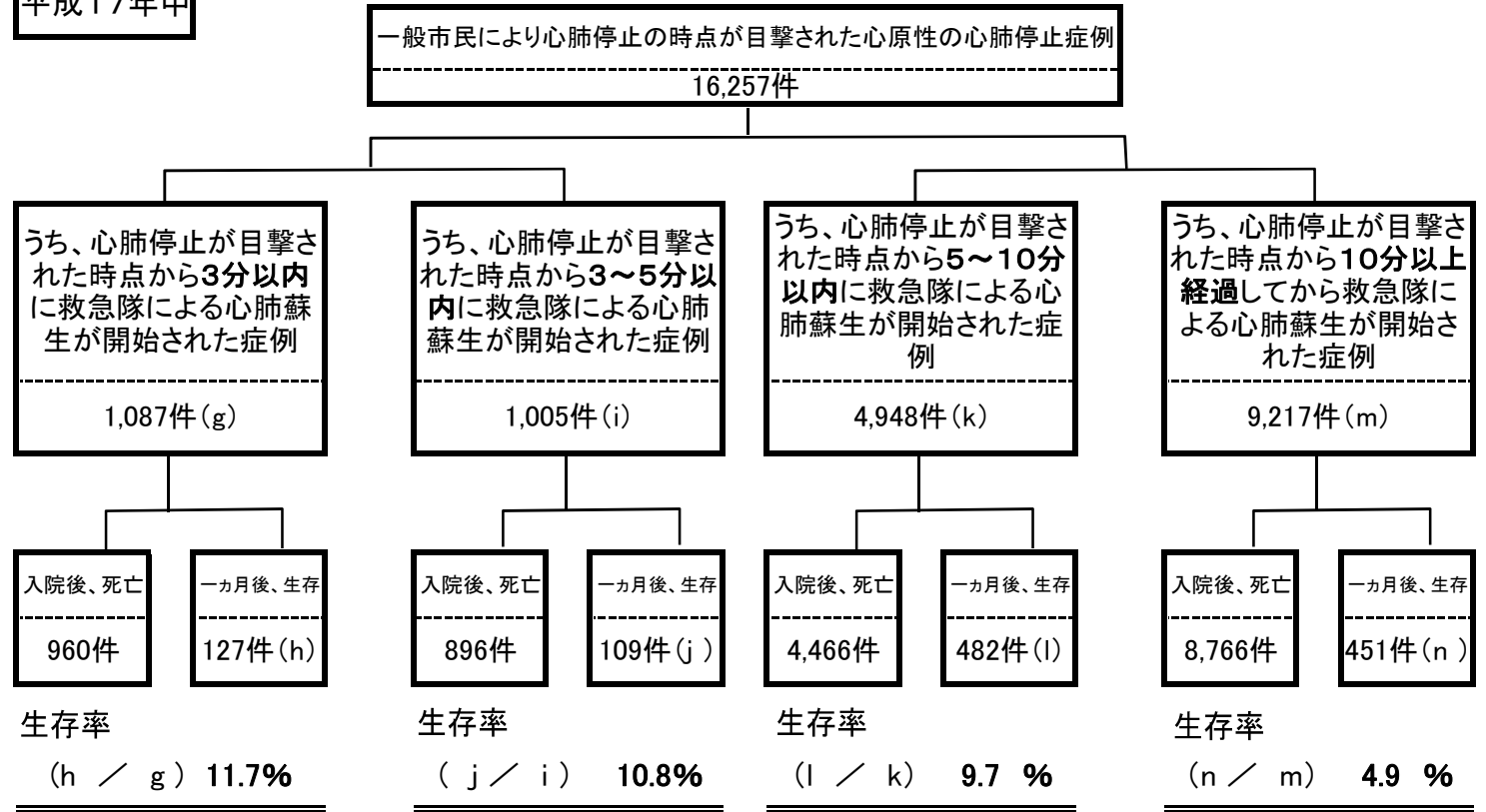
238.4km<sup>2</sup>



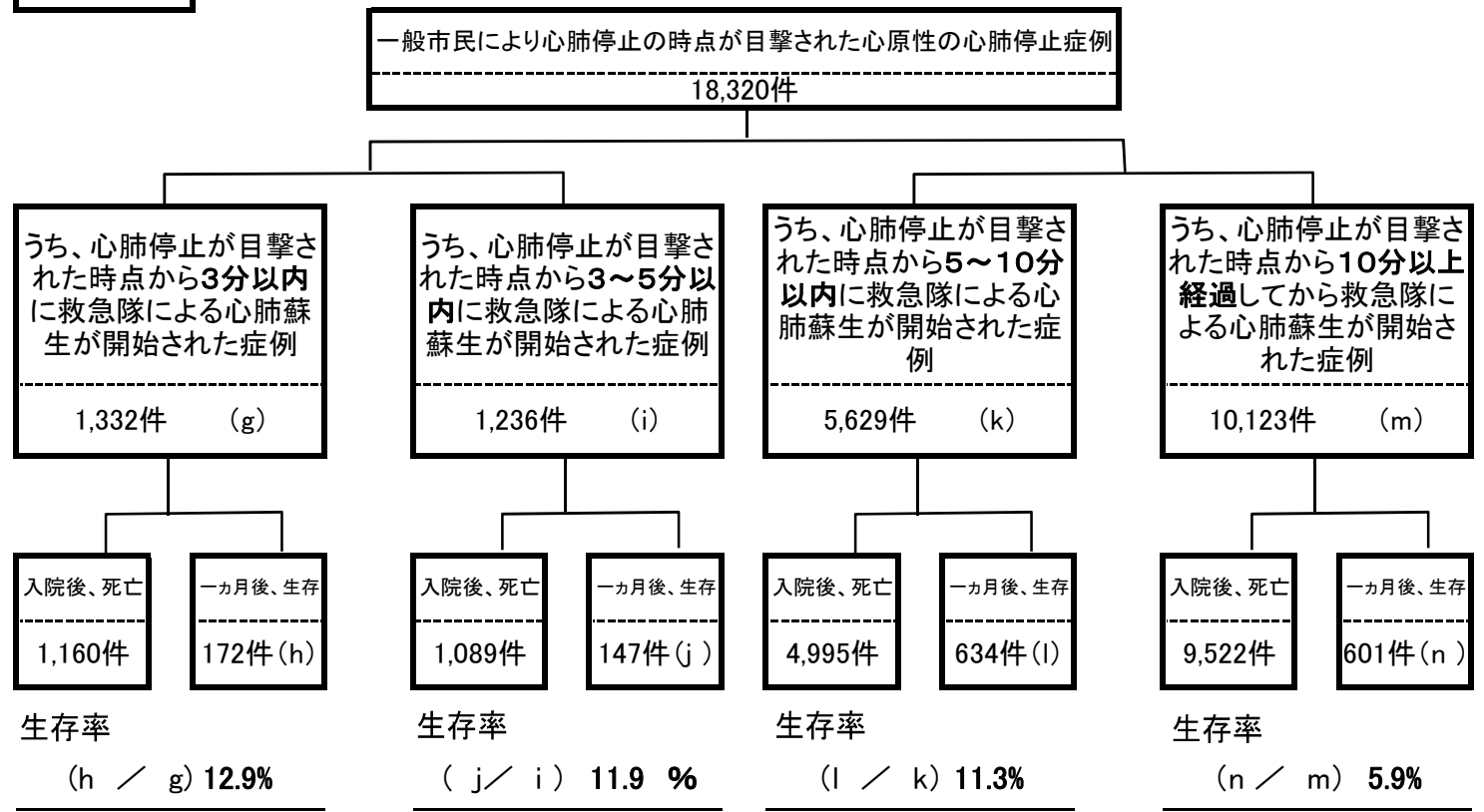
C トリアージを行いb救急隊の代わりにiが出場した場合の8分  
 以内の到着エリア（残り8隊） 256.7 km<sup>2</sup>



平成17年中



平成18年中



## コールトリアージ検証の経緯（前回委員会から）

- 8月26日 川崎市消防局 第1回説明会（久保田委員）
- 9月11日 札幌市消防局 第1回説明会およびMCへの協力依頼（坂本委員、久保田委員）
- 9月12日 川崎市消防局 MCへの協力依頼（坂本委員、久保田委員）
- 9月18日 仙台市消防局 第1回説明会およびMCへの協力依頼（坂本委員、久保田委員）
- 9月25日 京都市消防局 第1回説明会（久保田委員）

～10月6日 各説明会での意見をまとめ最終版のマニュアル、質疑応答集などを作成

- 10月7日 川崎市消防局 第2回説明会（久保田委員）
- 10月14日 仙台市消防局 第2回説明会（久保田委員）
- 10月15日 札幌市消防局 第2回説明会（久保田委員）

# コールトリアージ検証における 通信指令員マニュアル

2008.10.version5.0

## 目次

1. 背景と目的.....	2
2. 検証用のコールトリアージプロトコル.....	2
3. 検証方法.....	3
1) 使用方法.....	3
2) 選択肢の判断基準.....	4
a) 聴取可能な場合.....	4
b) 聴取“不可能”な場合.....	4
3) コールトリアージプロトコルの流れ.....	5
4) 聴取方法及び記録の仕方.....	5
5) 緊急度判断.....	9
4. 聴取時の注意事項.....	10
1) “対象外”事案.....	10
2) 口頭指導.....	10
3) 傷病者または通報者への理解.....	10
4) 通報者の協力状況とその協力状況に応じた聴取の対応.....	11
5) 聴取を途中で終了する事案.....	11
6) 質問項目「その他」c-9.....	11
5. 記録用紙記入例.....	12
1) 非外傷.....	12
2) 外傷.....	13
3) 主訴コード.....	14

## 1. 背景と目的

18 年度、検証データを収集する段階において、初めて指令員が通信内容を聞き取り記録したことや、指令員に対して実験の主旨が十分に伝えなかったため、聴取時においてコールトリアージプロトコルの意図する適切な質問が行われていなく、データの精度が低くなっていた。そこで、検証データの精度を上げるため、事前にコールトリアージプロトコルの意味と使用方法を指令員に伝える目的として、このマニュアルを作成した。

## 2. 検証用のコールトリアージプロトコル

- 1) コールトリアージプロトコル (資料 1)  
患者の緊急度を判断するためにマニュアル。  
医学的根拠に基づき順序だてられた聴取方法
- 2) 記録用紙 (非外傷・外傷) (資料 2)  
検証において、聴取した結果を記録する用紙 (1 事案につき 1 枚)。
- 3) 主訴コード表 (資料 3)  
主訴をコード化した表。記録用紙の主訴コード化に使用します。

### 3. 検証方法

#### 1) 使用方法

まず、通報者に質問を行い、その回答によって次の質問に進んでください。

質問	通報者の回答
③意識障害	正常
④呼吸状態	正常
⑤性別	男性
⑥年齢	38歳
⑦主訴発症時間	直前
⑧胸痛・胸痛苦悶	胸痛あり
⑧-A 年齢 $\geq$ 40歳	×
⑧-A 心疾患既往歴	×
⑧-A 冷汗	×
⑧-A 動悸	○

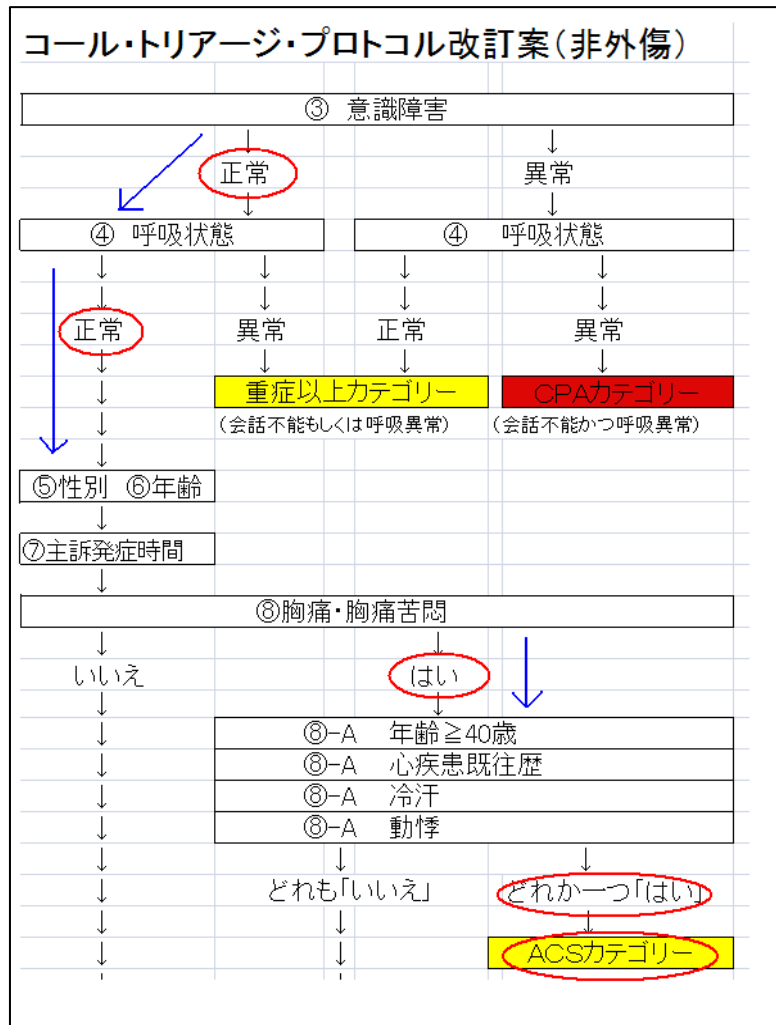


図 3-1

\*) 番号がついているものが質問項目です。



## 2) 選択肢の判断基準

### a) 聴取可能な場合

通報者の回答を「正常」「異常」(or「はい」「いいえ」)を判断するには、質問項目の横にあるキーワードを基準にして決めてください。

コール・トリアージ・プロトコル改訂案(非外傷)						
③ 意識障害		CKW2-3「意識障害」	意識がない	意識消失	意識呼吸がない	呼びかけに反応なし・返事がない
↓	正常	↓	反応がない	起きない	意識が遠のく	泡を吹いている
	異常		意識状態が悪い	意識を失った	昏睡状態	
④ 呼吸状態		CKW2-4「いびき」	いびきをかいそ	いびき呼吸	うなっている	
↓	正常	↓	めをつまらせた	気管に入った		
	異常		呼吸が苦しい	息が苦しい	呼吸(状態)が悪い	息苦しい
	正常		呼吸の苦しみ	呼吸が浅く苦しそう	呼吸困難	過呼吸で苦しそう
	異常		息が荒く苦しそう	息が出来ない	呼吸が早い	肩で息してる
↓	重症以上カテゴリー	CKW4-2「呼吸異常」				
↓	(会話不能もしくは呼吸異常)					
	CPAカテゴリー					
	(会話不能かつ呼吸異常)					
						キーワード

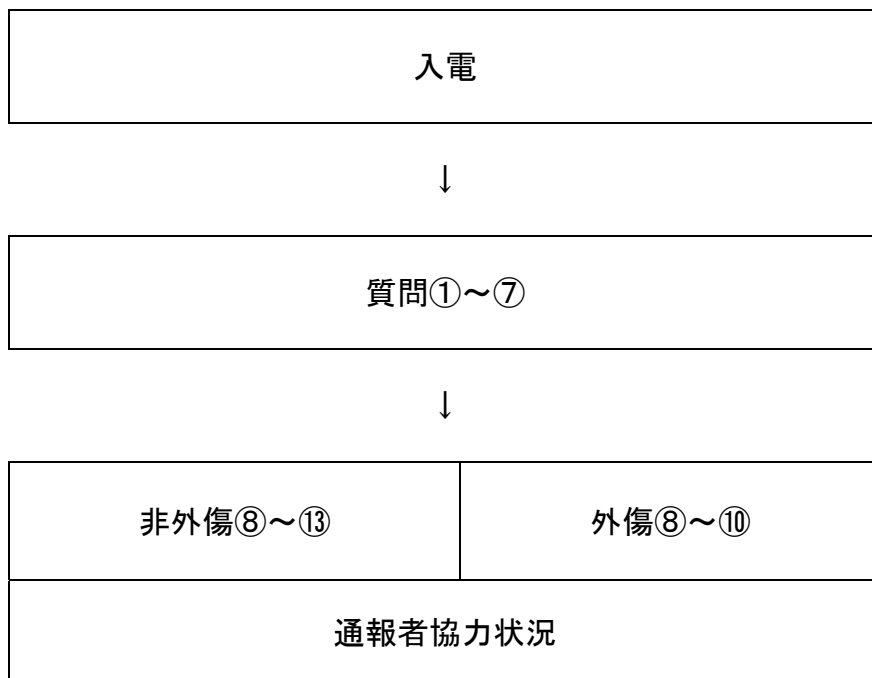
通信指令員の個人個人の基準で「正常」「異常」(or「はい」「いいえ」)の判断をしてしまうと、正確なデータ収集ができなくなってしまうので、聴取前に十分にそれぞれの質問が何を意図しているかを認識してください。

### b) 聴取“不可能”な場合

5 ページ 3.4) の表 1 聴取可能な場合の判断基準 に当てはまる場合は、聴取不可能と判断してください。

### 3) コールトリアージプロトコルの流れ

質問①から質問⑦までは、非外傷・外傷ともに同じ質問です。質問⑧以降は、非外傷・外傷で質問は異なります。



### 4) 聴取方法及び記録の仕方

資料1の手順に従い、資料2に記録してください。

#### <記録時の留意点>

- ・記録用紙の灰色部分は、記載項目です。その他は、通報者からの回答の記録欄です。
- ・選択肢“その他”に当てはまる場合は、“その他”を○で囲み（ ）内に内容を記入してください。
- ・聴取不可能な場合は、表1に従って記入してください。

表1 聴取不可能な場合の判断基準

判断基準		選択肢
通報者に聴取したが、通報者が傷病者の状況を把握できない場合		不明
通報者が、回答を拒否した場合		患者拒否
指令員判断	聴取する時間がなかった。	⑪
	聴取しづらかった。	⑫
	明らかに、聴取する必要がないと判断した場合 (主訴から判断できる。)	⑬
	その他 (これを選択した場合、主訴欄に詳細を記入してください。)	⑭

次ページは、質問ごとの聴取例とその記録の仕方です。

<質問①～⑦>

質問項目	質問の留意点	聴取方法例	選択肢
①主訴 (記載)	通報者が言った言葉が、CPA キーワードが当てはまるかと主訴の確認	“どなたがどうされましたか？” “男性ですか、女性ですか？” “年齢は？”(性別・年齢含む)	“主訴” 記入後、主訴コード表(資料3)をみて主訴コードを記入する。
	通報者が本人か否かどうか		“本人” “家族” “警察官” “通行人” “不明” “その他”
	年齢・性別の確認		“年齢” は、○歳、○代、○位、不明のいずれかを選んで記入する。  “性別” を○で囲む。
② 患者 目撃有無	現在、傷病者の状況を確認可能か否	“今、患者を直接みることはできますか？”	“はい(本人通報含む)” “いいえ”
③ 意識障害	通報者の回答をキーワードで判断する。	“普通に話しが出来ますか？”	“はい(正常)” “いいえ(異常)” “不明、患者拒否、指令員判断”
④ 呼吸状態	通報者の回答をキーワードで判断する。	“呼吸は楽にしていますか？” “呼吸は楽そうですか？”	“はい(正常)” “いいえ(異常)” “呼吸なし” “呼吸異常” “いびき” “窒息” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑤(性別)	質問①で聴取できなかった場合	“男性ですか、女性ですか？”	質問①と同様
⑥(年齢)		“年齢は？”	
⑦ 主訴 発症時間	質問①が起こった時間を聴取	“(主訴は) いつ起こりましたか？”	“直前” “数時間以内(2-3時間以内)” “24時間以内” “それ以降”

<質問⑧～その他―非外傷>

質問項目	質問の留意点	聴取方法例	選択肢
⑧ 胸痛 胸痛苦悶	通報者の回答をキーワードで判断する。	“胸や背中が痛いですか、 胸や心臓が苦しいですか？”	“はい（胸痛あり）” “いいえ（胸痛なし）” “不明、患者拒否、指令員判断” “はい（胸痛あり）”の場合、質問⑧-Aすべての質問をする。
⑧-A 年齢 ≥40歳	質問⑥より判断	――	“はい” “いいえ”
⑧-B 心疾患 既往歴	通報者の回答をキーワードで判断する。	“心臓の持病はありますか？”	“はい（心臓の持病あり）” “いいえ（心臓の持病なし）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑧-C 冷汗	通報者の回答をキーワードで判断する。	“冷や汗かいていますか？”	“はい（冷や汗あり）” “いいえ（冷や汗なし）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑧-D 動悸	通報者の回答をキーワードで判断する。	“胸がドキドキしますか？”	“はい（ドキドキする）” “いいえ（ドキドキしない）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑨ 頭痛	通報者の回答をキーワードで判断する。	“頭が痛いですか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑩ 麻痺	通報者の回答をキーワードで判断する。	“体の片側がしびれませか？” “どこか体がしびれませか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑪ 構語障害	通報者の回答をキーワードで判断する。	“ろれつは、まわりますか？”	“はい（正常）” “いいえ（異常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑫ 起立可能	通報者の回答をキーワードで判断する。	“立てそうですか？”	“はい（正常）” “いいえ（異常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑬ 脳疾患 既往歴	通報者の回答をキーワードで判断する。	“脳の持病はありますか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
その他 (複数選択)	主訴に、項目のキーワードを含むかどうか	――	当てはまる選択肢をすべて○で囲む

<質問⑧～⑩－外傷>

質問項目	聴取方法例	選択肢
<p>⑧ 分類 と 受傷機転</p>	<p>“事故の状況を教えてください。 または、 怪我の原因はなんですか？”</p>	<p>[分類] 交通、または非交通( )内の項目を一つ○で囲む。</p> <p>[受傷機転] &lt;交通-傷病者&gt; 当てはまる項目1~5と11~15の中から、一つずつ選択し○で囲む。</p> <p>&lt;交通-相手&gt; 当てはまる項目を一つ○で囲む。</p> <p>&lt;非交通&gt; (転倒・転落・熱傷・その他)の中から、当てはまる項目を一つ○で囲む。</p> <p>“転倒-階段”が当てはまる場合は、○で囲み、( )内に何段かを記入する。</p>
<p>⑨ 受傷部位 (複数選択)</p>	<p>“どこ(どの部位・場所)をけがしていますか？”</p>	<p>項目に当てはまるものすべてを○で囲む。</p>
<p>⑩ 傷病者状態と 症状 (複数選択)</p>	<p>“どんな怪我をしていますか？” “どんな症状ですか？”</p>	<p>項目に当てはまるものすべてを○で囲む。</p> <p>“負傷”は、他の症状の内容がある場合には選択していない。</p>

5) 緊急度判断

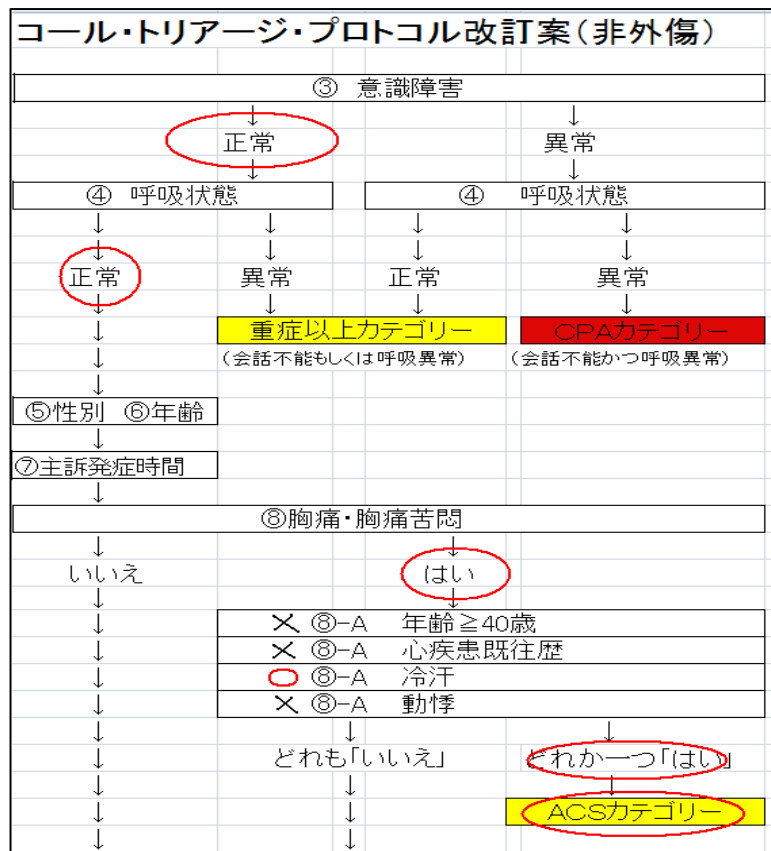
非外傷プロトコルにおいて、通信指令員がトリアージによる緊急度判断を実施します。  
 レベルを3つの段階にわけてレベル1、レベル2、レベル3とする。

(\*外傷は、いまのところ検討中。)

表2 緊急度レベル

緊急度	対応方法	カテゴリ
レベル1	一刻も早い蘇生	CPA
レベル2	緊急に (1時間以内受診必要)	重症以上 ACS 脳卒中 キーワード
レベル3	早期受診 (6時間以内、もしくは病院受診)	上記以外

下図のようにトリアージによって選択されたカテゴリによって、緊急度を判断します。  
 (下図では、ACSカテゴリになるので、緊急度は、“レベル2”となり救急車出場になります。)



#### 4. 聴取時の注意事項

##### 1) “対象外” 事案

コールトリアージプロトコル対象外となるもの。

- ・ 病院間転送の通報

##### 2) 口頭指導

質問① “主訴” と質問④ “呼吸状態” の回答結果において、傷病者の状態が CPA 【呼吸困難（死前期呼吸のみ）を含む】、窒息、出血中であれば、すぐに口頭指導を行ってください。特に、CPA の場合、質問⑤以降の聴取不要です。

##### CPA キーワード以外での口頭指導開始基準

質問③ 意識障害	質問④ 呼吸困難	“CPR” 口頭指導	聴取継続	“窒息” 口頭指導
異常	呼吸なし	○		
異常	とぎれとぎれ（死前期呼吸）	○		
異常	いいえ or 呼吸異常（死前期呼吸以外） or いびき		○	
異常	窒息			○

##### 3) 傷病者または通報者への理解

質問④のあとに、患者または通報者を安心させるために必ず以下の文を言ってください。（通信指令員が、言う必要ないと判断できるのであれば、臨機応変で言うのかどうかを判断してください。）

**“救急車はすでにそちらに向かっています。そちらに向っている救急隊員に必要な情報を与えるため、いまからする質問に落ち着いてお答えください”**

#### 4) 通報者の協力状況とその協力状況に応じた聴取の対応

質問⑩について、通報者の協力者状況を指令員が判断して記入してください。

表 3 ⑩の判断基準及び選択肢

質問項目	判断基準	選択肢
⑩ 通報者の 協力状況	指令員の主観的判断	“協力的” “あまり協力的でない” “非協力的” “一方的切断” 一方的切断の場合、( ) 内にその理由と思われるものを記入する。

表 4 通報者の協力状況に応じた聴取の対応

通報者の協力状況	聴取の対応
協力的	すべての項目を聴取してください。
非協力的 (一方的に発言)	聴取できた内容を記録し、必須項目(意識・呼吸)に不足がある場合、意識、呼吸を優先して聴取してください。その他の項目は、できる限り聴取してください。また、通報者が医療従事者の場合も同様に聴取してください。
全くの無言でない場合 (呻いている等)	主訴欄に詳しく記入する。

#### 5) 聴取を途中で終了する事案

以下の事例の場合は、この事例と判断した時点で聴取を終了してください。

- ・質問②“患者目視可能”において、通報者が患者を見ていない場合、または患者情報が正確でないと指令員が判断した場合。
- ・CPA【呼吸困難(死戦期呼吸のみ)を含む】、窒息、大量出血中などで口頭指導を行う場合。

#### 6) 質問項目「その他」c-9

ここでは、選択肢すべてを個別に聴取する必要はなく、主訴の内容から疑われるものを聞きだしてください。



5. 記録用紙記入例

1) 非外傷

非外傷用紙		指令員番号 f1.1 / f1.2	
覚知・事案番号 f2.1		f2.2 7 月	f2.3 12 日
		f2.4 11 時	f2.5 6 分
		事案 45 番	
① (どなたが) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導 ②	
主訴 (複)	具合が悪い		主訴コード f4(複) 762
	通報者 f5.1 ①本人 本人以外[2家族 3警察官 4通行人 5不明 6その他(5.0)]		
②今、直接患者を見ることはできますか? c1.1 ①はい(本人通報を含む) 2いいえ			
③普通に話ができますか? c2.1 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
④呼吸は楽にしていますか?呼吸は楽そうですか? c3.1 ①はい 2いいえ (21呼吸なし 22呼吸異常 23いびき 24窒息) 25不明 26患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④) ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問⑤で“いいえ” →死戦期呼吸) 口頭指導 ⑤			
⑤性別 c4.1 ①男 2女 3不明			
⑥年齢 c5.1 65 歳 c5.2 代 c5.3 位 c5.4 不明			
救急車出場メッセージ			
⑦いつ起こりましたか? c6.1		1直前 2数時間以内(2-3 時間前) 324 時間以内 4 それ以降 3不明 6患者拒否 指令員判断( ① ② ③ ④ )	
⑧胸や背中が痛いですか? 胸や心臓が苦しいですか? c7.1 1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断( ① ② ③ ④ ) ⑧-A ⑧			
⑧   A	40歳以上ですか? c70.1	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	心臓の持病はありますか? c71.1	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	冷や汗はありますか? c72.1	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	胸がどきどきしますか? c73.1	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑨頭が痛いですか? c80.1 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑩体の片側がしびれませんか? c81.1 ①はい ②いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑪ろれつはまわりますか? c82.1 ①はい ②いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑫立てそうですか? c83.1 ①はい ②いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑬脳の持病はありますか? c84.1 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
その他 c9(複)		1咯血 2吐血 3下血 4ショック 5顔面蒼白 6冷汗 7産科 8尿・便秘禁 9人工透析 10薬物中毒	
⑭通報者の協力状況 x.1		1協力的 ②あまり協力的でない 3非協力的 4一方的切断(x.1.0 理由)	
緊急度レベル		1 ②それ以(2.3)	

2) 外傷

外傷用紙		指令員番号 $\alpha 1$ / $\mu 2$		
覚知・事案番号 $\alpha 2$ $\alpha 1$ 5 月 $\alpha 2$ 7 日 $\alpha 3$ 12 時 $\alpha 4$ 44 分 $\alpha 5$ 事案 54 番 $\alpha 6$				
① (あなたが) どうされましたか f3(複) $\alpha$		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導		
主訴 (複) $\alpha$	雨のなかバイクの単独事故 首が痛い		主訴コード $\alpha$ f4(複) $\alpha$ 1009 861	
	通報者 f5 $\alpha$ 1 本人 本人以外 2 家族 3 警察官 4 通行人 不明 6 その他 (f5.0) $\alpha$			
② 今、直接患者を見ることはできますか? c1 $\alpha$ 1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ $\alpha$				
③ 普通に話ができますか? c2 $\alpha$ 1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$				
④ 呼吸は楽にしていますか? 呼吸は楽そうですか? c3 $\alpha$ 1 はい 20 いいえ (21 呼吸なし 22 呼吸異常 23 いびき 24 窒息) 25 不明 26 患者拒否 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$ ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問③で“いいえ” → 死数期呼吸) 口頭指導 ⑤				
⑤ 性別 c4 $\alpha$ 1 男 2 女 3 不明		⑥ 年齢 c5 $\alpha$ $\alpha 1$ 歳 $\alpha 2$ 代 $\alpha 3$ 30 位 $\alpha 4$ 不明		
救急車出場メッセージ				
⑦ いつ起こりましたか? c6 $\alpha$ 1 直前 2 数時間以内 (2-3 時間以内) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$				
⑧ 事故の状況や原因を教えてください。	分類 m1 $\alpha$ 1 交通 非交通 2 一般 3 加害 4 労災 5 自損 6 運動 7 その他 (m1.0) $\alpha$	傷病者 m11 $\alpha$ 1 自動車 2 バイク 3 自転車 4 歩行者 5 その他 (m11.0) $\alpha$ 11 横転 12 車外放出 13 閉じ込め 14 多重 15 エアバック作動		
	相手 m12 $\alpha$ 1 なし 2 自動車 3 バイク 4 自転車 5 不明 6 その他 (m12.0) $\alpha$	転倒 m13 $\alpha$ 1 階段 (m13.0) 段 2 それ以外		
	転落 m14 $\alpha$ 1 高所 (2 階以上) 2 低所 (1 階以下) 3 高度不明 4 ベッド・イス $\alpha$	熱傷 m15 $\alpha$ 1 火災 2 爆発 3 薬品 4 電撃 5 熱湯 6 高温接触 7 その他 (m15.0) $\alpha$		
	その他 m16 $\alpha$	1 殴打蹴 2 刺創 3 切創 4 銃創 5 重量物による圧迫 6 下落物 7 飛来物 8 溺れる 9 機械 10 縊頸 (首つり) 11 衝突 12 その他 (m16.0) $\alpha$ 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$		
	⑨ どこ(どの部位・場所)をけがしていますか? $\alpha$ 1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 肩 5 胸部 6 腹部 7 腎部 8 腰部 9 背部 10 四肢 11 会陰部 12 指・爪 13 全身 14 半身 (右・左) 15 その他 (m2.0) $\alpha$ 2 (複) $\alpha$ 16 不明 17 患者拒否 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$			
	⑩ どんな怪我をしていますか? どんな症状ですか? $\alpha$ 出血 (1 中 2 止血済み) 3 打撲 4 擦り傷 5 ねんざ 6 骨折 7 脱臼 8 しびれ 9 切断 10 剥脱創傷 (デグロービング) 11 アキレス腱断裂 12 詳細不明負傷 13 痛み程度 強 14 その他 (m3.0) $\alpha$ 15 不明 16 患者拒否 指令員判断 (11 12 13 14) $\alpha$			
⑪ 通報者の協力状況 $\alpha$ 1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断 (x-1.0 理由) $\alpha$				
指令員判断理由				
聴取する時間がなかった場合			番号 ①	
聴取しづらかった場合			②	
明らかに、聴取する必要がないと判断した場合 (主訴から回答を判断できる。)			③	
その他			④	

### 3)主訴コード

通信後、記入した主訴を主訴コード表から探し、主訴コードを記入してください。  
それぞれの主訴は、意識、気道・呼吸、循環、CNS、不定、Pain、精神科、その他、疾患既往、疾患関連の分類ごとに並んでいます。

聴取した主訴より、その主訴がどの分類かを判断して、主訴コードを探せば見つけやすいです。

(例) 主訴が“咳がとまらない”だとすると、“気道・呼吸”分類のなかから探します。  
主訴コードは、“262”と記録用紙に記入します。

主訴コード表						
大分類	分類名	カテゴリー内に主訴				
意識 100	意識障害 100	意識がない 101	意識消失 102	意識呼吸なし 103	呼びかけに反応なし 104	返事しない 105
		反応がない 106	起きない 107	意識が遠のく 108	泡を吹いている 109	
		意識状態が悪い 110	意識を失った 111	昏睡状態 112	その他 113	
	意識朦朧 120	意識朦朧 121	うつろ 122	ぼんやりしている 123	意識がはっきりしない 124	よだれをたらし 125
		視点が定まらない 126	目が半開き 127	その他 128		
	ふらふら 130	ふらふらしている 131	ふらつく 132	ふらつき 133	その他 134	
	いびき 140	いびきをかいて 141	いびき呼吸 142	うなっている 143	その他 144	
	覚醒 150	意識はある 151	意識呼吸あり 152	呼びかけにうなづく 153	呼びかけに反応あり 154	
		会話は可能 155	会話はできる 156	話ができる 157	その他 158	
	会話不能 160	会話困難 161	会話はできない 162	話ができない 163	語れず 164	発語できない 165
失語 166		その他 167				
失神 170	貧血 171	脳貧血 172	その他 173			
気道呼吸 200	窒息 200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202	その他 203		
	誤嚥 210	××を飲み込み 211	その他 212			
	呼吸なし 220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	
		CPA 225	その他 226			
	呼吸あり 230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 235
	呼吸異常 240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 245
		呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しそう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しそう 249	肩で息してる 250
		息が荒く苦しそう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 255
	咳 260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262	その他 263		
	痰がからむ 270	その他 271				
喘息 280	喘息発作 281	その他 282				

<留意点>

主訴が主訴コード表に見当たらない場合は、その主訴が関連すると思われる分類名のなかの“その他”の番号を記入してください。

(例) 主訴が“痰がよくでる”の場合、分類“痰がからむ”のその他“271”を記入します。

気道呼吸 200	窒息	200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202	その他 203		
	誤嚥	210	××を飲み込み 211	その他 212			
	呼吸なし	220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	
			CPA 225	その他 226			
	呼吸あり	230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 235
	呼吸異常	240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 245
			呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しそう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しそう 249	肩で息してる 250
			息が荒く苦しそう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 255
	咳	260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262	その他 263		
	痰がからむ	270	その他 271				
喘息	280	喘息発作 281	その他 282				

コール・トリアージ・プロトコル改訂案(初期対応)

「火事ですか？救急ですか？」救急要請であることの確認

↓  
「住所はどちらですか？」

↓  
「患者さんの近くまで今かけている電話を持っていくことができますか？」

↓  
**①主訴(性別・年齢含む)**

↓  
**通報者が傷病者本人 or 否**

はい

いいえ

↓  
**右のいずれかのキーワードを含む**

いいえ

はい

↓  
**②患者目視可能**

↓  
**レベル1  
CPAカテゴリ**

はい

いいえ

↓  
**レベル2**

↓  
**怪我or(事故)**

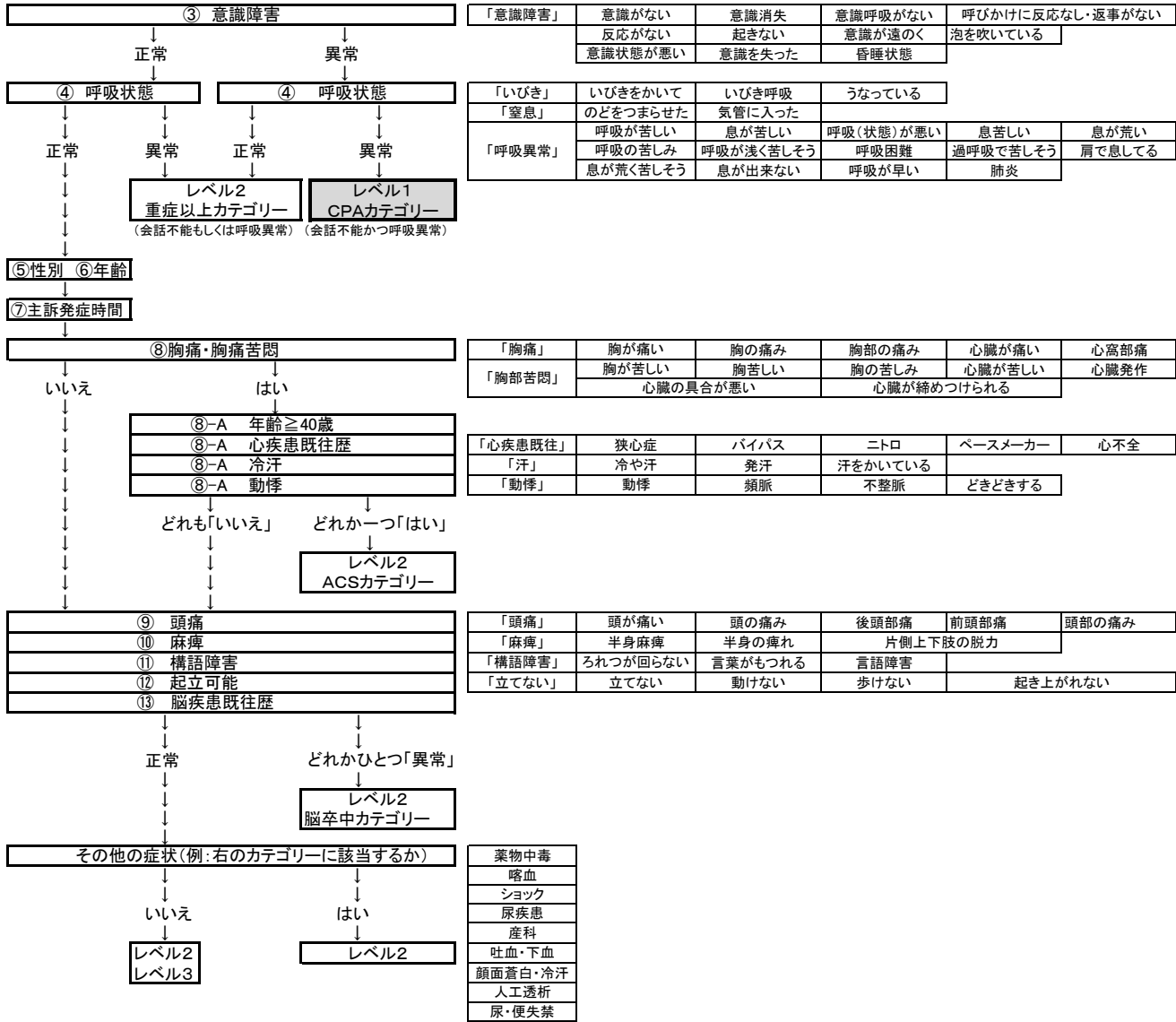
はい

いいえ、またはわからない

↓  
**外傷プロトコル**

↓  
**非外傷プロトコル**

「呼吸なし」	呼吸をしていない	呼吸がない	息をしていない	呼吸ない
「脈なし」	脈がない	心肺停止	心臓がとまっている	
「水没」	沈んでいる	水没していた		
「冷たく」	冷たくなっている			



覚知・事案番号 f2	f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案	番
------------	------	---	------	---	------	---	------	---	------	----	---

① (どなたが、) どうされましたか f3(複)	1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導	②
-----------------------------	--	---

主訴 (複)	主訴コード f4(複)

通報者 f5	1 本人 本人以外[2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0 )]
--------	---

② 今、直接患者を見ることはできますか？ c1	1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ
-------------------------	----------------------

③ 普通に話ができますか？ c2	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
------------------	---------------------------------------

④ 呼吸は楽にしていますか？呼吸は楽そうですか？ c3	1 はい 2.0 いいえ (2.1 呼吸なし 2.2 呼吸異常 2.3 いびき 2.4 窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
	⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 口頭指導 (質問③で“いいえ” +死戦期呼吸)

⑤ 性別 c4	1 男 2 女 3 不明
⑥ 年齢 c5	f5.1 歳 f5.2 代 f5.3 位 f5.4 不明

## 救急車出場メッセージ

⑦ いつ起こりましたか？ c6	1 直前 2 数時間以内(2-3 時間前) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断( ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ )
-----------------	--

⑧ 胸や背中が痛いですか？胸や心臓が苦しいですか？ c7	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断( ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ )
⑧-A	⑨

⑧ A	40歳以上ですか？ c70	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
	心臓の持病はありますか？ c71	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
	冷や汗はありますか？ c72	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
	胸がドキドキしますか？ c73	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)

⑨ 頭が痛いですか？ c80	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
----------------	---------------------------------------

⑩ 体の片側がしびれませんか？ c81	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
---------------------	---------------------------------------

⑪ ろれつはまわりますか？ c82	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
-------------------	---------------------------------------

⑫ 立てそうですか？ c83	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
----------------	---------------------------------------

⑬ 脳持病はありますか？ c84	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)
------------------	---------------------------------------

その他 c9(複)	1 咯血 2 吐血 3 下血 4 ショック 5 顔面蒼白 6 冷汗 7 産科 8 尿・便失禁 9 人工透析 10 薬物中毒
--------------	---

ⓧ 通報者の協力状況 x	1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x-1.0 理由 )
--------------	---

緊急度レベル	1 2 それ以外(2,3)
--------	---------------

外傷用紙

指令員番号 f1.1 /f1.2

覚知・事案番号 f2	f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案	番
------------	------	---	------	---	------	---	------	---	------	----	---

① (どなたが) どうされましたか f3(複)	1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導	②
----------------------------	--	---

主訴 (複)	主訴コード f4(複)

通報者 f5	1 本人 本人以外[2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0)]
--------	--

② 今、直接患者を見ることはできますか? c1	1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ
-------------------------	----------------------

③ 普通に話ができますか? c2	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
------------------	---------------------------------------

④ 呼吸は楽にしていますか? 呼吸は楽そうですか? c3	1 はい 2.0 いいえ (2.1 呼吸なし 2.2 呼吸異常 2.3 いびき 2.4 窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
⑤	CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問③で“いいえ” +死戦期呼吸)

⑤ 性別 c4	1 男 2 女 3 不明
⑥ 年齢 c5	f5.1 歳 f5.2 代 f5.3 位 f5.4 不明

## 救急車出場メッセージ

⑦ いつ起こりましたか? c6	1 直前 2 数時間以内(2-3 時間以内) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断( ① ② ③ ④ )
-----------------	---

⑧ 事故の状況を教えてください。または、怪我の原因はなんですか?	分類 m1	1 交通 非交通[2 一般 3 加害 4 労災 5 自損 6 運動 7 その他(m1.0)]	
	交通	傷病者 m11	1 自動車 2 バイク 3 自転車 4 歩行者 5 その他 (m11.0) 11 横転 12 車外放出 13 閉じ込め 14 多重 15 エアバック作動
		相手 m12	1 なし 2 自動車 3 バイク 4 自転車 5 不明 6 その他 ( m12.0 )
	非交通(複)	転倒 m13	1 階段 (m13.0) 段 2 それ以外
		転落 m14	1 高所 (2 階以上) 2 低所 (1 階以下) 3 高度不明 4 ベッド・イス
		熱傷 m15	1 火災 2 爆発 3 薬品 4 電撃 5 熱湯 6 高温接触 7 その他 (m15.0)
		その他 m16	1 殴打蹴 2 刺創 3 切創 4 銃創 5 重量物による圧迫 6 下落物 7 飛来物 8 溺れる 9 機械 10 縊頸(首つり) 11 衝突 12 その他 (m16.0) 指令員判断 ( ① ② ③ ④ )

⑨ どこ(どの部位・場所)をけがしていますか? m2(複)	1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 肩 5 胸部 6 腹部 7 腎部 8 腰部 9 背部 10 四肢 11 会陰部 12 指・爪 13 全身 14 半身(右・左) 15 その他 (m2.0) 16 不明 17 患者拒否 指令員判断 ( ① ② ③ ④ )
-------------------------------	--

⑩ どんな怪我をしていますか? どんな症状ですか? m3(複)	出血 (1 中 2 止血済み) 3 打撲 4 擦り傷 5 ねんざ 6 骨折 7 脱臼 8 しびれ 9 切断 10 剥脱創傷 (デグロービング) 11 アキレス腱断裂 12 詳細不明負傷 13 痛み程度 強 14 その他 (m3.0) 15 不明 16 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
---------------------------------	--

ⓧ 通報者の協力状況 x	1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x-1.0 理由)
--------------	--

指令員判断理由	番号
聴取する時間がなかった場合	①
聴取しづらかった場合	②
明らかに、聴取する必要がないと判断した場合 (主訴から回答を判断できる。)	③
その他	④



## 主訴コード表

大分類	分類名	主訴コード				
意識 100	意識障害 100	意識がない 101	意識消失 102	意識呼吸なし 103	呼びかけに反応なし 104	返事しない 105
		反応がない 106	起きない 107	意識が遠のく 108	泡を吹いている 109	
		意識状態が悪い 110	意識を失った 111	昏睡状態 112		その他 119
	意識朦朧 120	意識朦朧 121	うつろ 122	ぼんやりしている 123	意識がはっきりしない 124	よだれをたらし 125
		視点が定まらない 126	目が半開き 127			その他 129
	ふらふら 130	ふらふらしている 131	ふらつく 132	ふらつき 133		その他 139
	いびき 140	いびきをかいて 141	いびき呼吸 142	うなっている 143		その他 149
	覚醒 150	意識はある 151	意識呼吸あり 152	呼びかけにうなづく 153	呼びかけに反応あり 154	
		会話は可能 155	会話はできる 156	話ができる 157		その他 159
	会話不能 160	会話困難 161	会話はできない 162	話ができない 163	語れず 164	発語できない 169
		失語 166				その他 169
	失神 170	貧血 171	脳貧血 172			その他 179

気道呼吸 200	窒息 200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202			その他 209
	誤嚥 210	××を飲み込み 211				その他 219
	呼吸なし 220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	CPA 225
						その他 229
	呼吸あり 230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 239
	呼吸異常 240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 249
		呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しそう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しそう 249	肩で息してる 259
		息が荒く苦しそう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 259
	咳 260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262			その他 269
	痰がからむ 270	痰がからむ 270				その他 279
喘息 280	喘息発作 281				その他 289	

大分類	分類名	主訴コード				
循環 300	冷たく 300	冷たくなっている 301				その他 309
	脈あり 310	脈がある 311				その他 319
	脈なし 320	脈がない 321	CPA 322	心臓が止まっている 323		その他 329
	顔面蒼白 330	顔面蒼白 331	チアノーゼ 332	口が青い 333	唇が青い 334	その他 339
	汗 340	冷や汗 341	発汗 342	汗をかいている 343		その他 349
	胸痛 350	胸が痛い 351	胸の痛み 352	胸部の痛み 353	心臓が痛い 354	心窩部痛 355
						その他 359
	胸部苦悶 360	胸が苦しい 361	胸苦しい 362	胸の苦しみ 363	心臓が苦しい 364	心臓発作 365
		心臓の具合が悪い 366	心臓が締め付けられる 367			その他 369
	動悸 370	動悸371	頻脈 372	不整脈 373	どきどきする 374	その他 379
	心大血管疾患既往 380	狭心症381	バイパス 382	ニトロ 383	ペースメーカー 384	心不全 385
		大動脈瘤既往 386				その他 389
高血圧 390	高血圧 391	高血圧の既往 392			その他 399	
ショック 400	ショック 401				その他 409	
背部痛 410	背中痛み 411	背中が痛い 412	背中具合が悪い 413		その他 419	

CNS 500	構語障害 500	ろれつが回らない 501	うまくしゃべれない 502	口語障害(構語)503	言葉がもつれる 504	言葉が不明瞭 505
		言葉がうまくでない 506	言葉がうまくはなせなくなった 507	口が痺れている 508	言語障害 510	その他 519
	麻痺 520	半身麻痺 521	半身の痺れ 522	片側上下肢の脱力 523		その他 524
	頭痛 530	頭が痛い 531	頭の痛み 532	後頭部痛 533	前頭部痛 534	頭部の痛み 535
						その他 539
	頭がぼー 540	頭がぼーっとする 541				その他 549
	頭が重い 550	頭が重い 551	頭の違和感がある 552			その他 559
	目が見えない 560	目が見えない 561	目の前が真っ暗になる 562			その他 569
	痙攣 570	痙攣 571	てんかん発作のようだ 572	目が上を向いている 573	白目をむく 574	その他 579
	てんかん 580	てんかん発作 581				その他 589
	ひきつけ 590	ひきつけ 591				その他 599
	不穏 600	興奮 601				その他 609
	言動おかしい 610	意味不明な 611				その他 619
	暴れている 620	錯乱 621				その他 629

大分類	分類名	主訴コード				
不定 700	倒れた 700	突然倒れた 701	急に倒れた 702	倒れて 703	倒れた 704	急に××から落ちて 705
						その他 709
	倒れている 710	倒れている 711	横たわっている 712	ぐったりしている 713	動かない 714	寝たまま 715
						その他 719
	立てない 720	立てない 721	立ち上がれない 722	体に力が入らない 723	起き上がれない 724	寝ている 725
		歩けない 726	体を動かさない 727	動けなくなっている 728	動けない 729	足腰が立たない 730
		歩くのもやっと 731				その他 739
	しゃがんでいる 740	しゃがんでいる 741	うずくまっている 742			その他 749
	倦怠感 750	倦怠感 751	だるい 752	脱力感がある 753		その他 759
	具合が悪い（「精神的に具合が悪い」は別カテゴリー） 760	様子がおかしい 761	具合が悪い 762	調子が悪い 763	体調が悪い 764	気分が悪い 765
しんどい 766					その他 769	
苦しい（心臓、胸、息、呼吸以外） 770	苦しい 771				その他 779	
Pain 800	上腹部痛 800	胃痛 801		1 胃の辺り・下が痛い 803	心窩部痛 804	上腹部痛 805
		みぞおちの痛み 806				その他 809
	側腹部痛 810	側腹部（脇腹）痛 811				その他 819
	下腹部痛 820	下腹部痛 821	盲腸の部位が痛む 822	腸が痛い 823		その他 829
	特定不能の腹痛 830	腹が痛い 831	腹の痛み 832			
		腹部痛 833	腹全体の痛み 834	臍の上・下・辺りが痛い 835		その他 839
	生理痛 840	生理痛 841	生理 842			その他 849
	腰痛 850	腰が痛い 851	腰の痛み 852	腰部痛 853	腰部の痛み 854	
		ぎっくり腰 855	椎間板ヘルニア 856			その他 859
首が痛い 860	首が痛い 861				その他 869	
その他の痛み 870	胸～喉の痛み 871	足が痛い 872	手が痛い 873	足をつる 874	その他 869	
精神科 900	薬中 900	睡眠薬 901	鎮静薬 902			その他 909
	その他の中毒（飲む、目に入る、吸い込む） 910	洗剤 911	塩素 912	降圧剤 913	インスリン 914	ガス漏れ 915
		苛性ソーダ 916				その他 919
	精神 920	パニック症候群 921	精神的に不安定 922	精神的に具合が悪い 923	心因反応 924	精神的におかしい 925
		精神的につらい 926	不安 927	不眠 928		その他 929
	一酸化炭素中毒 930	練炭 931	室内で炭 932			その他 939
過呼吸 940	過呼吸 941				その他 949	

大分類	分類名	主訴コード					
その他 1000	転倒	1000	ころんだ 1001				その他 1009
	転落	1010	××から落ちる(ベッドのみ)1011				その他 1019
	発熱	1020	高熱 1021	発熱 1022	熱発 1023		その他 1029
	風邪	1030	風邪 1031	インフルエンザ 1032			その他 1039
	手足のしびれ	1040	手足のしびれ 1041				その他 1049
	めまい	1050	めまい 1051	立眩み 1052			その他 1059
	吐き気	1060	吐きそう 1061				その他 1069
	嘔吐	1070	吐いた 1071	吐いている 1072			その他 1079
	吐血	1080	血を吐いた 1081				その他 1089
	喀血	1090	痰に血が混じる 1091				その他 1099
	下血	1100	下血 1101	血便 1102			その他 1109
	下痢	1200	下痢 1201				その他 1209
	便秘	1210	便秘 1211	便が固くてでない 1212			その他 1219
	糖尿病	1220	糖尿病 1221	低血糖 1222	インスリン 1223	血糖値が高い 1224	その他 1229
	黄疸	1230	黄疸 1231				その他 1239
	ふるえ	1240	ふるえ 1241	悪寒 1242	寒気 1243		その他 1249
	脱水	1250	脱水 1251				その他 1259
	熱中症	1260	熱中症のような症状 1261	暑さで 1263			その他 1269
	脳梗塞	1270	脳梗塞のような症状 1271	CVD既往 1272			その他 1279
	鼻出血	1280	鼻出血 1281				その他 1289
	尿閉	1290	尿が出ない 1291				その他 1299
	血尿	1300	血尿 1300				その他 1309
	尿失禁	1310	尿失禁 1311	便失禁 1312			その他 1319
	アレルギー	1320	蕁麻疹 1321	かゆみ 1322	アレルギー 1323		その他 1329
	耳鳴り	1330	耳鳴り 1330				その他 1339
	足痙攣	1340	足痙攣 1340				その他 1349
	出血 皮膚からのもの	1350	出血 皮膚からのもの 1350				その他 1359
	硬直(体が)	1360	硬直(体が)1360				その他 1369
	脱力	1370	脱力 1370				その他 1379
	しびれ	1380	(体 除く手足)1381				その他 1389
	あくび	1390	あくび 1390				その他 1399
	衰弱	1400	衰弱 1400				その他 1409
	不眠	1410	不眠 1410				その他 1419
	むくみ	1420	むくみ 1420				その他 1429
	発作	1430	発作 1430				その他 1439
	摂食不良	1440	食欲低下 1441	食欲がない 1442	食べていない 1443		その他 1449
	管はずれ	1450	腸ろう、胃ろう、点滴など 1451				その他 1459
	風呂	1460	風呂で 1461	風呂場で 1462	浴槽で 1463		その他 1469
	食事	1470	食事中 1471				その他 1479
	水没	1480	沈んでいる 1481	水没していた 1482			その他 1489
	酒	1490	アルコール 1491	酔って 1492	酒を飲んで 1493	マルヨイ 1494	その他 1499
	アキレス腱	1500	アキレス腱を切った 1501	アキレス腱断裂 1502			その他 1509
	無言	1600	無言 1601				その他 1609
	要請のみ	1610	救急車要請のみ 1611				その他 1619
	その他	1620					その他 1629

大分類	分類名	主訴コード				
疾患既往 疾患関連 2000	産科 2000	破水 2001	陣痛 2002	妊婦 2003	妊娠 2004	その他 2009
	婦人科 2010	婦人科 2010				その他 2019
	頭部外傷腫瘍既往 2020	頭部外傷腫瘍既往 2020				その他 2029
	癌 2030	癌 2030				その他 2039
	肺炎 2040	肺炎 2040				その他 2049
	腎疾患 2050	透析 2051	腎不全 2052			その他 2059
	肝疾患 2060	肝硬変 2061	肝炎 2062			その他 2069
	尿管結石の様だ 2070	尿管結石の様だ 2070				その他 2079
属性 (外傷より)	心・呼吸器疾患の既往 2080	心・呼吸器疾患の既往 2080				その他 2089
	糖尿病 2090	糖尿病 2090				その他 2099
	肝硬変(除く肝炎) 2100	肝硬変(除く肝炎)2100				その他 2109
	透析患者 2110	透析患者 2110				その他 2119
	悪性腫瘍 2120	悪性腫瘍 2120				その他 2129
	凝固異常 2130	血友病 2131	抗凝固薬使用 2132			その他 2139
	薬物中毒 2140	薬物中毒 2140				その他 2149
	脳疾患既往 2150	脳疾患既往 2150				その他 2159