

平成20年度第2回トリアージ作業部会議事次第

日時：平成20年8月20日（水）14時～

場所：三田共用会議所 3階 A・B会議室

1 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

2 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研究について

(3) トリアージに関する法的問題について

(4) その他

3 その他

【添付資料】

資料1	平成20年度第1回トリアージ作業部会議事要旨
資料2-1	トリアージに伴う制度設計について
資料2-2	緊急度及び対応方法
資料3	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
資料4	トリアージに関する法的検討課題

第 1 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 7 月 28 日(月) 10 時 00 分～12 時 00 分

II 場所 三番町共用会議所 本館 1 階 第 1 会議室

III 出席者 小野委員、坂本委員、鈴木委員、関委員、谷川委員、
林委員、吉田委員、米村委員、久保田委員

IV 次第

1 開会

2 挨拶(消防庁審議官)

3 委員紹介

4 座長選出

5 会議の公開について

5 報告事項

平成 19 年度救急業務高度化推進検討会報告書
(トリアージに関する作業部会報告書)

7 議題

(1) 平成 20 年度トリアージ作業部会検討項目について

ア トリアージの導入に向けた制度設計について

イ トリアージに関する法律問題について

ウ 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

(2) その他

8 閉会

V 会議経過

事務局 大変お待たせいたしました。それでは、定刻になりましたので、平成 20 年度
第 1 回トリアージ作業部会を開催させていただきます。

まず、開催に当たりまして、石井消防庁審議官よりごあいさつをいただきます。

挨拶 消防庁審議官の石井でございます。おはようございます。委員の皆様方には、

猛暑の中、また非常にご多忙なところを本検討会、作業部会にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

トリアージにつきましての検討の経過でございますけれども、平成18年度に救急業務におけるトリアージに関する検討会を開催いたしまして、119番通報時のトリアージについて実用化に向けコールトリアージプロトコルを作成し、実際の消防本部の救急活動事案を活用いたしまして検証、検討してまいりました。また、昨年度、平成19年度でございますけれども、残されておりました課題としてアンダートリアージを防ぐべきコールトリアージプロトコルの改善、また、トリアージ導入に伴う法的責任等についての検討を行ったわけでございます。

そして今年度、平成20年度でございますけれども、トリアージの導入に向けた制度設計、トリアージに関する法的な問題、トリアージプロトコルの精度向上のための実証研究といったテーマについてさらに検討を進めていただきたいと考えておる次第でございます。

委員の皆様方の活発なご議論をお願いいたしまして、具体的な成果が得られますようお願いしております。何とぞよろしくお願い申し上げます。

委員 それでは次に、各委員をご紹介させていただきたいと思っております。

紹介 (省略)

以上で委員の紹介を終わらせていただきたいと思います。

座長 次に、座長の選出でございます。事務局からの提案でございますけれども、坂本委員に今年度も引き続きまして座長をお願いしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

委員 (「異議なし」の声あり)

事務局 ありがとうございます。それでは坂本委員、席を移動していただきまして、ごあいさつをよろしくお願い申し上げます。

座長 それでは、私が座長を指名されましたので、本日の司会進行をさせていただきますと思います。

早速議事に入らせていただきたいと思います。お手元に資料がございますので、まず事務局から資料の確認をよろしくお願いいたします。

事務局 それでは、資料の確認をさせていただきます。資料をごらんいただきたいと思っております。まず本日、会議次第は2ページでございます。このグリーン

の本でございますけれども、別添で平成19年度救急業務高度化推進検討会報告書をつけてございます。

それと、添付資料でございます。まず資料1「平成20年度第1回救急業務高度化推進検討会議事要旨」といたしまして1ページでございます。続きまして資料2「平成20年度トリアージ作業部会検討項目」も1ページでございます。続きまして資料3でございます。「政令指定都市消防本部の救急件数・搬送人員・救急隊等（平成18年中）」でございます。これは1ページでございます。続きまして資料4「海外の救急」でございます。これが19ページでございます。申しわけございません、ページ数を振ってございませんけれども、19枚あると思います。

続きまして資料5でございます。「トリアージの導入に向けた制度設計について」が1ページでございます。資料6「緊急重症度別救急体制」が4ページでございます。資料7「トリアージに関する法的問題について」が1ページでございます。最後でございます。資料8「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」が1ページでございます。もし欠落等がございましたら、事務局までご指示いただきたいと思います。お取りかえさせていただきます。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。それでは、撮影はここまでということでよろしいでしょうか。

まず、最初の議題でございますけれども、本検討会につきまして、昨年は特別な事情がない限りはすべて公開で行うということで、特にトリアージにつきましては国民的な理解が必要であるということで、目に見える形での議論を常に出していくということで公開とさせていただいておりました。本年もこれを公開で行うかどうかということについて決をとらせていただきたいと思います。まずご意見があれば、いかがでしょうか。

もしなければ、座長のほうからは公開で行うということで決をとりたいと思いますけれども、ご異議ございませんでしょうか。

委員 （「異議なし」の声あり）

座長 ありがとうございます。それでは、本検討会につきましては、特別な個人情報等を扱うときのみ非公開とし、原則的にはすべて公開で行うことにさせていただきたいと思います。

先ほど事務局からお話ございましたように、本検討会につきましては、平成18年から救急需要の逼迫ということを受けてさまざまな議論を行ってきたわ

けですけれども、その中で、災害に対してではなく救急業務に関するトリアージという新しい概念を出してまいりまして、そのためのさまざまな検証を今まで行ってまいりました。昨年度の研究報告書がお手元にあります。まず、昨年度の委員でない先生もいらっしゃいますので、事務局のほうからかいつまんで昨年度の検討結果についてのご報告をお願いいたします。

事務局

それでは、平成19年度救急業務高度化推進検討会の結果ということで概略を説明させていただきます。このグリーンの冊子でございます。後でお目通しください。事務局で概略を説明させていただきます。

まず経緯でございます。平成17年度に救急需要対策に関する検討会というものが開催されました。これでは、救急需要の増加に対する対策としまして、直ちにに取り組むべき対策と新たな視点に立った対策の検討ということが提言されました。今回119番受信時における緊急度、重症度の選別につきましては、新たな視点に立った対策の検討というところに位置づけられております。

前年度、平成18年度の検討過程で試行されましたプロトコルにつきまして、いまだ実用に至っていないということから、実用化に向けた試行を重ねることが必要という提言を受けまして平成18年度、救急業務におけるトリアージに関する検討会というものを設置したわけでございます。この検討会では、4政令指定都市の協力をいただきまして1カ月間検証を行いました。延べ9,097件のデータを収集いたしましてその分析を行い、幾つかの課題が提言されたわけでございます。

平成19年度につきましては、この課題のうちアンダートリアージの極小化に向けた取り組みという部分と、トリアージに伴う法的責任に関する論点整理という2つの視点に立って整理を行わせていただきました。

まずアンダートリアージの極小化についてですけれども、平成18年度は指令員がプロトコルに基づいて緊急度、重症度判定等、それから救急隊が搬送した後に医師から初診時の傷病程度、重症とか中等症とか軽症といった重症度と指令員の行った緊急度・重症度とを比較してまいりました。ところが、重症度が高くて緊急度が低いという事案もあることから、なかなかアンダートリアージが解消されないということです。

そのことから、平成19年度の検討といたしましては、アンダートリアージを極小化するために救急隊員が救急現場で観察した結果、意識レベル、収縮期の血圧、呼吸数、血中酸素飽和度、脈拍数の5項目を項目ごとに0、-1、-2、-3、-4と異常値でスコア化いたしまして分類いたしました。特に現場でのバイタル測定が困難、または不正確な乳幼児、小児、もしくは15歳以下、年齢が未記入というものは除外させていただきました。

スコア化の見方といたしましては、ゼロが「低」、-1が「中」、-2以上が「高」という形で分類させていただきました。ただし、データの活用としてCPAのようなものにつきましては緊急度、重症度が一番高いため、5つの項目がすべて揃ってなくても対象に入れるということです。「中」と「低」につきましては、5つの項目がすべて揃ってなければスコア化したものを評価しないという考えで分類させていただきました。

このような作業を行い、再検証によりまして「中」、「低」の判断をしたもののうち、緊急度判断が高いという部分が45例ありました。これにつきまして、5人の救急専門の医師が個別にレビューして、27例は緊急度が高いという判定をさせていただきました。

それから、入院期間を基準とした医療機関の収容時の重症度を判定しているのではなかなかコールトリアージにも限界があるということから、例えばACS、SAH等の脳卒中、吐血、下血、75歳以上の者、小児につきましては、緊急度が高い事案と判断するというキーワードの中に入れて、アンダートリアージの極小化につなげたわけでございます。こういった検討の結果に基づきまして、内因性プロトコルの改訂を行いまして、アンダートリアージの極小化に向けた検討を行ったわけでございます。

それからもう一つ、トリアージに関する法的課題です。これにつきましては、まずトリアージプロトコルに関する法的責任の大半の場合、具体的な傷病者にアンダートリアージ等を行った結果生命とか健康への被害があったという部分につきまして、国とか地方公共団体に対して国家賠償法第1条に基づく賠償責任が課せられるということです。

これにつきましては、プロトコルを策定しました行政官、もしくは医師等の関係者にも法的な責任が及ぶかということが問題となります。また、民法上の議論のほかに、業務上過失致死等の刑法上の議論もなされたのではないかという部分もありました。昨年度につきましては国家賠償法第1条と民法第709条の部分に絞り込んで検討を行ったということです。

このような議論を行いまして指令員に対しましては、プロトコルをよく周知するということが必要ではないか。それから、周知に伴いまして教育する期間も十分とるべきではないかということです。なお、各地方によっては疾病構造とか言語上の習慣も異なることから、ある程度裁量行為も必要ではないかという議論がなされました。

このことから検討した結果、例えばプロトコル自体の修正を行う場合につきましても消防庁の関与のもとに報告を受けて必要な指示とか指導を行うべきではないか、ある程度国が関与しながらプロトコルの実施を図るべきではないかということです。

このようなことを議論いたしまして、具体的にはトリアージの制度設計のもとで法的な責任基準は異なるプロトコルの策定、運用につきましてどのような対策が法的に必要となるかについては、さらに詳細な検討がなされることが望ましいということで、締めくくりをさせていただきました。

昨年度の概要につきましては以上でございます。

座長 今ご説明いただきましたけれども、簡単に要約いたしますと、前年度、トリアージの妥当性については病院で判断した搬送時の重症度で軽症、中等症、重症と。多くの場合は入院の必要がなければ軽症、3週間以内の入院であれば中等症、それ以上であれば重症という基準とトリアージの整合性というものを見ていたわけですが、それを個々にレビューしていきますと、例えばがんの患者等で必ずしも緊急性は高くないけれども長期の入院が予測されるということで重症の方がいたり、逆に、その場で行うべき処置の緊急度は高いけれども救急外来の処置で改善するので、そういう面での重症度が高くないものもあるということがありましたので、昨年の主たる検討は、救急隊が現場に着いたときのバイタルサインの解析から、より妥当性がある緊急度が出せないかということを検討しました。

結論としては、ある程度それで出せるめどが立ったわけですが、それにしても、限られた情報の中で行うことなのでまだかなりのオーバートリアージ、アンダートリアージは存在するということになると思います。それから、法的な問題につきましては、最終的にやはりある程度国としての標準案を出すことが必要だろうということが議論されたと思っております。

さて、それでは、今のような報告を受けまして、実は今年度既に5月23日に第1回救急業務高度化推進検討会、つまりこの作業部会の親会に当たる検討会が開かれております。その中で、トリアージに関するテーマというのは、それ以外の救急救命士の教育、あるいはメディカルコントロール等さまざまな議題の中の一つとして議論されているわけですが、そこで行われた議論のまとめがございます。そこで主にこの検討会で詰めて親委員会に上げてほしいという希望事案も具体的に書いてございますので、資料1に基づきまして、事務局から親会でのトリアージに関する議論の経緯についてご説明をお願いいたします。

事務局 それでは、資料1をごらんいただきたいと思います。「平成20年度第1回救急業務高度化推進検討会議事要旨」です。トリアージの部分につきまして説明させていただきます。

まず、過去トリアージを検討した経緯から、119番通報時の通報内容からある程度の重症度・緊急度の判断可能であるということになりました。トリアージ

とは単に順番をつけることが目的ではなくて、重症度・緊急度が高い傷病者についてどのような対応ができるか考察すべきであるということです。

それから逆に、重症度・緊急度が低い人に対しては、どのようなサービスを提供できるかという具体的な計画を立てておく必要があるのではないかという発言がありました。内容といたしましては、トリアージの結果、重症度・緊急度が低いということで「低」の人の対応をどうすべきか、その後のフォローアップ対策を具体的な対応策として検討すべきではないかということです。それから、搬送を希望する重症度・緊急度が低い傷病者をコール段階で搬送しないと判断するのはリスクが高いために、東京消防庁が実施している救急相談センター的なフォローアップ体制が必要ではないかという議論もありました。

それから、緊急度・重症度が低いということで線引きをして搬送しないことが妥当であるかについては議論すべきであるということです。

それから、東京都で実施した調査では、自分では重症、軽症、中等症が判断できない、またはどこの医療機関に行っていかわからない人がいるということで、このような要請者を相談窓口に戻すことができれば適正な救急車の利用にもつながり、国民のニーズに合致したサービスが可能であると。今回の作業部会のテーマと考えるべきではないかということもありました。

それから、軽症例に関する相談では膨大な医学知識と教育が必要になるけれども、重症例を見つけることも同様に一定の教育が必要であるということから、トリアージを行うには指令員への教育も検証の中で実施していくべきであるということです。

消防が行うサービスの中で119番通報が入電した内容を聴取して救急医療相談で対応と判断したときに、消防の業務として相談業務が入ってくれば仕事の大きな変革となること。このようなニーズがどの程度あるか否かについては、今後調査する必要があるのではないかということです。

トリアージは時間的な制限のある患者に対していかに制限時間内に医療機関に搬送するかということが問題となるのではないかという、8つの点につきまして発言がございました。

以上でございます。

座長

平成19年までの検討は、高度化推進検討会の中でもトリアージの結果どのような運用をするのか、例えば不搬送とするのか、電話相談の窓口に戻すのか、あるいは民間に任すのか等も含めて対応については基本的に議論しないで、まずトリアージのスケールとして極めて緊急性の高いものからそうでないものまで、ある程度通報内容から聞き出して並べることができるかどうかということを中心に検討してまいりました。

それについては、今挙げられたように問題点としては、そのためには通信指令員が今までよりかなり幅広い知識と交信技術を身につける必要があるということ、それから、もちろんプロトコルがより詰められるということも必要ですし、一方でそれを評価するためには、では本当にその人が緊急度が高いとか低いとかいう結果を何で評価するのか詰めていかないと検証できないということもわかってきたわけです。

ただ、そのような一定の条件の中である程度並べることができると考えられたということで、そうすると次に、トリアージですからどこかで線を引かなければいけないわけですが、線を引くに当たっては、どこに線を引くかというのは結局どのような制度設計、つまりどのような対応をこれから考えるのかと。例えばP A連携なり何なりで全例搬送でより現場に急ぐものを探すということも制度設計なのか、あるいはある程度軽い、つまり相談的な内容のものは見つけ出して相談業務で対応することがよりサービスの向上につながるということでそういう制度にするのかという、何を最終的なトリアージの結果としての対応の違いとして用意するかということをもまず次に考えないと、恣意的に線を引くだけになってしまいますので、必ずしも先ほどの病院での重症度が適切とも言えませんし、現場での緊急度で、例えば重症と中等症の間で線を引くのか、中等症と軽症の間で線を引くのかということについてもその運用次第ということになってくると思います。

ですから、今までのような議論、つまり具体的な運用を考えずに単に医学的な状態で並べるという作業は、これ以上続けてもおそらく現場には反映できないだろうというのが親会の大きな議論で、その中で具体的な運用としてどのような対応があり得るのかと。幸いこの間に、例えば横浜のほうはミニ救急ということで2人乗車での対応を考えてきていますし、東京消防庁も救急相談センターというものの立ち上げがあって、幾つか具体的な、単に通常どおり3人乗車の救急車を全例で出すということ以外に選択肢が生まれようとしてきておりますので、そういう状況の中で具体的な選択肢を考えた上で、それに対して、ではどの辺で線を引くのが妥当かということを考えて。

そのような線を引くためには、どのような教育が必要であるのか。そして、結局そのような線引きにどのぐらい精度があるのかということを検証すると。そのように、今年度は実際の運用を念頭に置いて、その上で検討していくということが親会から課せられた大きなテーマになっていると思います。これについては、いろいろと現状既に試行されている地域での問題、あるいはそれぞれの先生方からもご意見があると思いますので、このポイント、今年度の検討項目、今親会のほうから付議された資料1の内容につきまして、委員の先生方からご議論いただきだと思います。いかがでしょうか。

順次思いついたら発言いただきたいと思います。私から口あけとして、資料1の7番にございますけれども、軽症例、特に通報者のニーズがすぐに救急車が欲しいというよりはどうしていいかわからないから相談したいという意味での119番通報の場合には、今東京消防庁で行っている相談を行うということで、大きな変革となるとみずからここに書いてあるわけですが、これは東京消防庁の試行でも大きな、つまり、東京消防庁の予算では行っていますけれども、今までの消防業務の枠内ではとてもできることではなくて、厚生行政というか、医師、あるいは医師会等も入った上で、消防庁附属病院が通信指令センターの中にあつて、そこで外来受付業務だけをしているみたいな感じになるのですが、総務省消防庁として、そこまで踏み込んだ消防の業務を拡大するというのも念頭に置いて議論していいということで。これは私から事務局にお聞きしたいのですけれども、よろしいのでしょうか。

事務局 先日も増田大臣が東京消防庁の相談センターを含めた指令室を視察させていただきまして、東京都医師会をはじめとした医療と消防が大変うまく連携できているということで、ああいったすばらしい取り組みは、実力の差がありますので東京都ができることを地方ができるとは直ちにならないわけですが、課題を解決して全国に広めたいということは我々も指示を受けていまして、そういった方向で考えたいと思います。

＃8000番の小児の事業とか既存の事業との整理とかいろいろお話を聞いていると、やはり医師の確保というのが。ただでさえ医師不足の中で東京のようなものができるかというのはいろいろな課題があると思いますけれども、従来の消防の業務から一步踏み出すというか、医療のサイドにも入っていくと思いますが、消防としてもやはり今後の業務の高度化の中でそういったことも考えていかなくてはいけないと思っていますので、そういったわりと広い、別に制約なくご議論いただくというスタンスでご検討いただければと思います。

座長 わかりました。では、それを盛り込むかどうかは別として、このような今までの消防の範囲内だけではできずに、厚労省、医師会、メディカルコントロール協議会等の十分な協力を得ないとできないことも含めて踏み込んで、いいということであればやっていく、それを盛り込むことを除外しないことを前提にして議論していくということにしたいと思います。

委員は東京で苦勞されていると思いますけれども、この件に関して何かご意見はございますか。この辺が大変だとか。

委員 確かに初めての試みであったということで、特に座長にもお力をいただきなが

らいろいろ作ったのですけれども、やはり大事なことは機関同士が連携していくということ。縦割りと言われていた弊害を取り払いながら、東京都の場合は福祉保健局というところがありますけれども、医療行政をやっているところと、実際に医師を派遣していただく医師会という全く違う機関が同じ目的に向かって連合軍を組んでいくということさえクリアできれば、円滑な運用ができるのではないかと。そこを消防機関として中心となって。

やってみて思うのは、365日24時間体制というのはやはり消防の強みだと思っております。東京都の医療行政をやっているところがフルタイムで体制を作っていくというのはなかなか難しい。我々消防は、365日24時間というのは本当に得意とする分野。そこに場所を設けて運用していくということで、非常に円滑になっているのではないかなと思われま。

これから話に出てくると思えますけれども、トリアージをして、特に軽症の場合は今までのような3次救急へ送り込めないのを前提とするのであれば、やはり受け皿としての相談機能というものは必須になってくるのではないのかとの気はしております。

座長 今、議事要旨の5番、あるいは7番あたりのお話だと思えますけれども、東京都は人口1,200万で常駐医師1人というのが大体過不足なくというか、負担とやる業務のバランスがもしある程度とれているとすれば、こういうコールセンター的なものですので、おそらく1県単位でというよりはかなり広域でやるということも今後議論の中でしていかなければいけないのだと思えます。もう一つ、今せっかく東京都の話が出たのでここからお話ししていきたいと思えますけれども、東京都の場合には今119番通報と#7119ということで、通報者の方にまず相談か、あるいは救急車の要請かという選択が入った上で、#7119で相談した電話が救急車対応であれば即救急に円滑に回るのですが、逆に119番の番号で一括して受け付けて、その中で相談的な業務を#7119のほうに回すというのは、おそらく技術的な問題と、もう一つはこれから少し検討しなければいけない法的な問題として、119番通報に対して相談業務という対応でこたえていかどうかとも検討しなければいけない問題なのかなとは思っております。

いかがでしょうか。委員がいらっしゃいますけれども、横浜は既に2人乗車ということで、おそらく横浜も実際相談的なものについては電話相談で対応するというプレスリリースがあったと思いますが、横浜は例えばどのような体制を考えていらっしゃいますでしょうか。

委員 まず、横浜の体制を説明するのに私も資料を用意してきました、例のコールト

リアージから始まって部隊の選別、運用もいろいろ今回初めての試みですから、その辺もと思っておりますが、まず初めに今の救急相談の部分から個別に話すのであれば、法的な問題はともかく置いておいて、119番がかかってきた段階で司令課員がいろいろ聞き取りをした中で、聞いていくとどうもこれは相談っぽい、緊急度の低いものに関しては、119番の回線から業者のほうに線をつなぎまして、医師、看護師が24時間365日常駐している業者と入札契約をいたしまして、そこに医学的な相談をしていただくと。

万一医師との話の中で、もしかしたら救急車を呼んで病院に行ったほうがいいのかということであればまた回線をつないでいただくという形で、東京消防庁さんみたいな別の番号は設けていないということと、また、それをもってして119番で大いに救急相談をしますから何でもかんでも相談してくださいということだと、通常の119番回線は限られていますので、その辺がすみ分けとしては難しいところではないかと考えております。

座長 わかりました。特に大きな広報はせず、119番通報がかかってきた中で相談的な内容であるかどうかを指令員が判断して、そういうものに関しては契約した専門家に相談を委託する形ということによろしいでしょうか。

委員 もう一つ付け加えさせていただくならば、119番の中で今後トリアージしていくとなると、市議会等でも弱者切り捨てではないですけども、ちょっとしたことでほんとうに119番をかけられなくなってしまうのではないかと、つくり上げたときに一応セーフティネットとしてその部分も多分とらえていたのではないかと。

座長 今、委員からもございましたけれども、救急高度化推進検討会でも当初需要対策ということで始めたときには、マスコミからの視点、あるいはこの中の議論も一部、軽症者をいかに通報で見つけて、それに関しては不搬送で対応するということが少し議論として前面に出て、それが今言った弱者切り捨てという批判を浴びたこともありますけれども、ここ数年十分議論を積んだ上で、やはり急ぐべき人にいかに早く救急車を届けるかと。その中で、急がない中には必ずしも救急車が来てほしいということが本来のニーズではなくて、十分相談した上で適切な医療機関の紹介等を行うことが逆に本人のためになるだろうというものについては、そのようなサービスを提供するというのが当面のここでの目標と。

よくあるモラル違反で救急車を呼ぶ、つまり明らかに自分で軽症であることを自覚しながら、無料だから呼ぶというものに関してトリアージでバリアを張るといのは、本来のトリアージの業務ではないという方向で一応議論は進めさせて

いただいております。

委員も、この議論は何年か前からずっとお手伝いいただいておりますけれども、今年目標はいかがでしょうか。

委員

去年入っていないので議論に追いつくのに時間がかかるかもしれませんがけれども、今お話を聞いていて、トリアージができるというのは、委員と一緒に班のときにいろいろこうやったらどうかとか統計的な検討をやって、何らかのものを出すことはできるのだけれども、ではそれでどうするのが必要だというのはそのときから気になっていた話で、今、座長がおっしゃった制度設計が必要であると。どこで線を引くのかというのは、統計から出すというよりはまず制度できちんと決めないといけない。

それで、やはり基本的なところは、広い意味での医療資源は限られているという国民の認識をきちんと私達が出せないと、どんどん広げれば良いというので今までずっと来たものだから、救急隊の数を増やして何も増やして全部やってきたのですけれども、医療資源は限られているのだから、こういうところである程度線を引かないとだめですというコンセンサスを国民にお願いしていくのでしょうか、ある程度線引きをしないと、広い意味での医療が成り立たないために重症の人が助からなくなりますということ、重症の人は十分に助かるけれども軽症の人は少し待たせるかもしれないという意味の効率化で何とか解決したいという話を、どのように理論的につくるかということなのだろうと今聞いていて思いました。

先ほど、おもしろいと思っていたのは、例えばこれから指令員のプロトコルをつくっていこうというときに、国の関与が必要であると出てきたのですけれども、私はもう一つのメディカルコントロールの作業部会のほうで、メディカルコントロールの法的根拠は何かということ、今必死で何とかしようとしているというのと、プロトコルに関してはメディカルコントロールでやるのではないかという気がしていたものですから、そこへの国の関与の仕方というあたりも整理して、メディカルコントロールの関与と国の関与のどこがどう話が組み合うのかなと疑問に思いながら聞いていました。後でいろいろ言わせていただこうと思います。

座長

委員が来たらその辺を議論したいと思っておりますけれども、私、座長の立場としては、この議論を始めた最初から物差しはある程度国として、つまりこういう内容のことを通報者から聞かなければいけないというモデルはつくれるとは思いますが、具体的にどこに線を引くかというのは、例えば年間3,000件出ているような政令指定都市の中でもかなり多いところと年間1,000件未満のところ、

あるいはアクセスで現場までが平均五、六分のところと10分かかるところでもそもそもニーズが違うので、それを国として画一的に同じような対応をし、3,000件の救急搬送があるところと同じようなことを1,000件のところでやれというのはおそらくニーズに合わないので、その辺のところを国のほうで何か統一したものを出して、このプロトコルで全国一斉にやりなさいというのはおそらくナンセンスではないかというのは、おそらく2年前の議論から出ている話だと思います。

だから、それと同じことは、今、委員がおっしゃったように、メディカルコントロールの中でのプロトコルについては地域の特異差を考慮して、地域のMC協議会で最終的には責任を持ってつくりなさいと言っている部分ですので、そういう面で国としての関与でどこまで踏み込むのかと。特に今言った運用のところまで入れて考えると、あまり踏み込み過ぎてしまうとかえって地域の実情に合わないものを強制することになってしまいますので、そこは十分注意して、委員がおっしゃるように進めなくてはいけない問題かなとは思っています。

委員、いかがですか。

委員

私も、議論に追いつくまで少し時間がかかりますけれども、やはり非常に多くの雑多な課題をトリアージというところでなかなか割り切れないといえますか、整理できないというのはあるかと思えます。先ほど横浜市の委員がおっしゃられたように、やはり電話をかけた方が何を求めているのかというところが1つ大きな線引きになるのかなという気がします。

気になったのは、京都の判例がありましたけれども、救急隊業務というものが市民に対してどういう義務を持っているのかというところは、指令の方でどこか線引きをしてあげないと難しいと思うのですが、これが果たして救急業務に入るのか入らないかというところは、ある程度のあいまい性はあるかと思えますけれども、線引きの指標というのは提示してあげる必要があるかな。それはおそらく今後何かトラブルがあったときの1つの基準になる可能性もあるということで、そこは医学的には難しいにせよ、コンセンサスというところでどこかにある必要はあると思えます。

それと、もう一つのアプローチとしては、大都市の方では既に行われていますけれども、相談センターのような役割は、かかってきた時点でかけた人のニーズに応じて比較的割り振りが簡単な場合と難しい場合があるのは確かにそうだと思います。そのあたりを通信指令に一本化するのには難しい場合があるので、おそらくモデル的なものをブロック別に将来つくっていくということが必要かなと思います。

もう一つは、現場に行かないとなかなか判断できないということもあると思う

のですが、日本の場合は一相性の救急隊の搬送システムで、欧米の場合、特に米国なんかはBLS、あるいはALS隊と分かれてある地域もあります。そのような今後の救急隊の編成のあり方そのものも、どこかで検討していかなくてはいけない時期に来ているのかなと思います。そのあたりの議論に今後この委員会、部会の議論が進んでいく可能性もあるのかなという気がします。

座長 今の委員のお話も、通信指令がどこまでの業務をするかということについては国として明確に出さなければいけないだろうと。ただ、個別の運用に関しては別の問題であるということと、横浜さんはこれからやっていただくわけですが、通信指令のところニーズを酌み取るというのは、明確なものはいいのですが微妙なものは難しいのではないかなというご意見で、これは委員から、東京消防庁の相談センターも最初に電話をとるのは通信指令のOBの方なのですが、そこで相談用件であれば看護師へ、病院案内であれば自分たちでどこどこ病院と案内するわけで、今は大分慣れてきたと思いますが、立ち上げ時はこれが相談業務であることが通信指令員からはなかなか判断できなくてということが幾つかあったように聞いておりますけれども、いかがですか。

委員 通信員が30名いるのですけれども、正直申しまして全員が救急隊の出身者ではなくて、今まで赤い車に乗っていた者もおりますし、もちろん指令室のOBもいるのですが、ふたをあけて本当に意外だったのは、かえって救急隊の経験者の方が突っ込んで聞いてしまうのです。ある程度理解できるので。

ところが、それは通信員の仕事ではなくて、今座長がおっしゃったように病院案内をするのか相談へ持っていくのかの振り分けなので、当初かえって救急隊の経験者の方がそういうミスに陥るということが散見されまして、最近1年間たちましたので、その辺の振り分けはうまくなってきたかなとは感じています。

座長 今、委員が到着しましたので、皆さん自己紹介をしていますので、新しい委員もいますのでお願いします。

委員 よろしくお願いたします。

座長 今、昨年度の研究報告、それから親会での取り扱い等の話が出て、その中で昨年度の法的な検討という部分で先生から出していただいた判例等の話も事務局からご説明いただいて、基本的にはやはりある程度全国レベルでの一定の基準を出すべきかという結論だと一応なっているのですけれども、その中で、実際の個々の地域で運用に関してはニーズが違いますので、どこまでを国として関与し

てどこから地域に任せるかは結構大きな検討課題かなという議論が出てまいりました。その辺はいかがですか。まだ追いつかないですかね。

委員 昨年度の検討としては、そのあたりまでということだったのだらうと思いますけれども、実際にこれを運用する段階でいろいろな問題がおそらく出てくるのではないかという気がしております。そうしますと、ある程度消防庁の方でこういうケースが出てきたらこういう対応が望ましいということは明確にしておかないと、制度を走らせる段階で主要な問題がわかっていないということでは好ましくないわけですので、やはりすべてを運用に任せるのは難しい部分があるのではないかという気がいたします。最終的にどういう形で、中央の基準を出すかは今後の検討課題として、強制力を伴うような形は基本的にはあまり好ましくないのではないかという気がしますが、中央の方できちんと生じる問題点を整理しておくということは非常に重要な意味があるかと思っておりますので、そういう観点からぜひご議論いただければと思います。

座長 全般としては、緊急度の高い方についてはどのくらいの制度があるかということとは今後の課題として、持ち得る対応としてはおそらくP A連携等の消防隊の活用、ドクターアンビュランス、あるいはドクターヘリコプター等現場に医師が向かうかどうかがおそらく具体的に考えられる対策ということになると思いますので、比較的制度としてはそういうものを念頭に置きながら考えていけばいいと思いますけれども、逆に今よりも相談業務に中心を置くもの、あるいは軽いものについては、今後この制度の案をつくっていく中で今年大きく一つ考えていかなければいけないポイントだと思います。

その中で、横浜消防がそれ以外にも2人乗車の救急車で軽症者は搬送するという独自の体制を今考えていらっしゃると思いますけれども、間もなく実運用に入るのだと思いますが、先ほどご用意されているとおっしゃいましたので、委員の先生方に簡単に現状を報告いただけますでしょうか。

委員 これから資料を配付しますのでお待ちください。よろしいでしょうか。足りない分は今事務局のほうでコピーしていただいているということで、ありがとうございます。

この資料は、条例を12月に可決しましてことし10月から本格運用ということで、その前に市民の方にパブリックコメントということで区役所等に置いておいた、いわば公にしている資料ですので、今日はこれを概要として説明しやすいのでお持ちしました。

1枚見開きを開いていただきますと、横浜市の背景なのですけれども簡単に述

べさせていただきますと、人口が364万、世帯数が154万世帯、市内18消防署、78消防出張所があります。報告書の中にもあるとおり、10年前と比較すると、横浜市の中でも救急件数の取り扱いは1.5倍に増加しております。

それで、救急車台数が62台ということで、これも国の平均等と若干一致するところはあるあると思うのですが、平均的には6分で現場到着。ただ、考え直すべきところは、横浜の出発点でもあったのですけれども、62台で出場順位1位の救急隊が取り扱う場合は平均が約5分、119番で重症度が高いものを要請されて出るときに、たまたま1位が出ているために2位の救急隊が出る場合は平均が7分以上かかってしまうということで、そのときに1位が軽症を扱っているとどうしてもそれだけ生命の危険が高くなりますという、見開きの背景のところの右上までの説明を市民にしました。あと、軽症の扱いが約6割ということです。この辺も大きなところになると思います。

今座長のほうからもありました、では、いかにその辺を改善しようかというところで、国に構造改革特区を通じて、横浜救急改革特区ということで実は19年6月から提案を始めていました。たまたま横浜市に来たことがある方はご存じかと思うのですが、丘陵地帯が相当あって道路も狭いということで、普通消防車の他にいわゆるミニ消防車と横浜で呼んでいるのですが、軽自動車の4駆にポンプ車を積んで隊員を乗せてポンプ隊とペアで消火活動に従事していたいきさつが過去からありました。

そのミニ隊をうまく活用できないかということでそこに救急の資格を持っている者を乗せて、また、今回の条例の中ではファーストレスポンスカーということで普通乗用車を入れてそこにも2名の救急隊員の有資格者を乗せて、後ほど運用の方で細かく説明しますが、それも絡めながら、いかに先ほど言った7分で現着ではなくて、いろいろな部隊を融合させて早く現場に着くことが有意に立つのではないかという発想で行っています。

特区申請をしたときに、国の方からは一定の要件を満たすことということで、一番初めはコールセンターシステムをきちんと整備しなさいということです。2番目としましては、やはり法的な根拠で救急隊員3名ということがありますので、不測の事態は3人以上の救急隊員がきちんと組める体制であること。それから、司令室に医師を常時配備して直接指導、助言を行うことということで、これについては過去から実施していた経緯もありますのでクリアしていたところで

す。

次の3、4ページをお開きください。現在どこもそうなのですから、119番を司令課員が受けるのですけれども、先ほど委員からもありましたとおり、横浜の指令室は72名4部制で実施しておりまして、1部18名です。救急救命士の資格者が10名おります。救急標準課程の資格を持っている者が27名です

ので、すべてが救急の専門知識を有しているわけではございません。ただ、消防機関としての言いわけになってしまうかもしれないのですが、119番の中にはもちろん火災、救助、特殊災害等いろいろ入ってきますので、救急のみならずいろいろな専門分野を持っている者が融合して指令を出したり活動しているところが実態でございます。

この中で、先ほど国の方からもありました識別に関しては、きちんとしたものをつくりなさいということでしたので、今3ページの左下にあるコンピュータ入力画面というものが、横浜市大の先生を中心につくっていただいているシステムでございます。通報の初めは「火事ですか、救急ですか」から普通に入りまして、ここで救急ですということであれば、通常通り何区何町何番地ですかということから聴取して、まず通報者がご本人家族、施設の方、第三者かどうかをタッチペンみたいなものでどンドンクリックしていきます。

私も最近4月に司令課勤務となりまして、この画面をいじってみるといいなと思いましたが、年齢から始まって、男性、女性、通報者の様子、観察状況の右の欄に行った、次の生命識別が非常に重要になってきますが、本人の方、または家族の方から聴取して、本人であればこんなの当然なのですけれども、しゃべれない、呼吸の状態、意識の状態の3つぐらいをタッチペンでやった段階で、生命のカテゴリーというところが今A+と出ておりますが、判別がA+、A、B、C+、Cの5段階となっております。A+は生命の危険が切迫している可能性が極めて高いものということで、CPA等です。これに関しては、どちらも実施していると思うのですがPA連携。横浜の場合はPMA、もしくはドクターカーの対応を想定しております。

カテゴリーのわかりやすいイメージとして、一番簡単な部分のC、程度が低いものに関しては、生命の危険性はなく搬送に困難性を伴うことが低いもの、例えば自分で歩けるといったものに関しては、A2ということで2人乗車の救急隊を想定しております。そのほかのAに関しては、生命の危険性が切迫している可能性があるものということでMA、Bについては生命の危険性があるものでMA、カテゴリーのC+という危険性はないのですけれども搬送にやや困難性が伴うと思われるものに関しては、AだけではなくてMを追加するということを考えております。

また先ほどのページに戻りまして、タッチペンでこれをクリックしている間に、カテゴリーともう一つ有意に働くのはディスパッチというところで、司令課員がいろいろ考えなくても数値的なものをいろいろ勘案して、例えばこの事案であればPMAを出しなさいだとか、A2でいいですとか連動して出るようになります。それとともに、指令を早く出した方がいいということで、指令が連動してかかるようになっております。住所を聞いてここで危険性が高いということであ

れば、PAの出場指令が流せると。そのほか、聞き取りの中で内因性の訴え、外因性の訴えを聞きながらいろいろカテゴリーを変化させるということで対応しております。

あと、救急相談サービスは先ほど述べました、119番が入った中で話を聞いていると、横浜でも病院紹介の特別な番号などいろいろあるのですけれども多々かかってきますので、そこで救急の出場の必要がないとわかれば、今お医者さんの方につながりますということで医療相談サービスのほうにつながようになっております。

続いて5ページのほうなのですけれども、部隊の運用については、119番通報が入った段階で現在は3人の運用で救急隊を出しておりますが、緊急度・重症度の識別のシステムが10月から本格運用になりますと、緊急度・重症度の高いものに関しては、この絵とおおりポンプ隊、ミニ隊、救急隊ということで、ここに書いてある乗車区分によって出場します。

ただ、本システムは段階的な導入を考えているということで、横浜は2名救急の乗車を10月からやるのですけれども、市内には実は3名の救急隊も配置することにしてあります。やはり、繁華街とかに例えば2名で出場していくとどうしても……。

座長 留守番がいなくなるのですね。

委員 ええ。物がいろいろいじられたり、どうしても雑踏の中で救急隊員の活動も困難性を要する地域があったりするとそこは3名だとか、3名も今のところは考えながらやっているところが1つ。

それと、2名、2名になるユニットを今所属にもきちっと説明しておりまして、救命救急連携隊ということで、2名の救急のほかに先ほど言ったミニ消防車、あとファーストレスポンスカーということで、MC協議会とか識別運用プロジェクトの先生たちからは、MだとかFというのは消防さんの指令の出し方の運用の一つであって、市民にMだとかFはわかりにくいので、ファーストレスポンスカーとか何か一定の名前にしたほうがいいのではないかというご指導を今受けていまして、横浜ではFA連携になるのかなということで、今ファーストレスポンスということで機動性のある車を考えているところでございます。

以上、雑駁でございましたけれども、横浜が10月から実施しようとしているシステムです。

座長 大変楽しみなのですが幾つかポイントがありまして、1つは、トリアージに関しましてはこのようなコンピュータで今までの実績から計算して、ある程度精度

の高いものが出せるようになったということ。それから、あと具体的な運用としては、2名乗車隊の救急車と搬送を前提としない救急隊員2名が乗るミニカーが用意されているということですから、業務の中で、今まで通常救急業務という搬送のことを救急業務とって、搬送のために必要やむを得ない応急手当をするという概念だったのが、搬送は最初から自分たちが担当しないけれども応急手当のために現場に飛んでいくという、アメリカで言うところのファーストレスポnderというものが具体的に業務として。

おそらく今のPA連携のポンプ隊もそれに近い業務をしているのだと思いますけれども、それをもう少し明確に位置づけて、さらに専用の車でやるということで、あと、特区の一番大きなところは、おそらく今まで搬送する際には3名乗車でなければいけないと決められたところが、軽症例と最終的に現場で確認できれば2人乗車で搬送するというのも特区として認められたと。その辺がおそらく概要だということになりますけれども。

横浜のシステムはご存じの皆様も多いと思いますけれども、施行間際にして何かご質問等ございますでしょうか。今後非常に大きな参考にしていかなければいけないところだと思いますけれども。

委員 1つだけよろしいですか。市民への広報というのは非常に大事だと思うのですが、具体的にどのような形で広報されたのかお伺いしたいのですが。

委員 条例をつくるときにこちらで意見募集をしたところもあるのですが、全戸配付ということでガイドブックを作成しまして、全世帯に配付したものがこちらでございます。横浜の制度が変わりますということで、今私が述べた内容をもう少しわかりやすく書いてあります。

私も、実はこの2年間消防大学校の方に出向してまして、このシステムをつくり上げるときには横浜から離れていたんですが、ある日家に帰ったらこれが配付されていたので、市民のおっという目で見えた記憶があるのですが、これを配りました。

座長 これは横浜の特区ですから何とも言えませんけれども、もしこういう搬送を前提としないでとりあえず現場を見に行くという業務が今後消防の業務の中で出てくるということであれば、例えば今重症例に対してPAが出ていますけれども、救急車が忙しいときは軽症例についてもとりあえず搬送しない車が現場の様子を見に行き、やっぱり必要そうであれば救急車を来させるし、そうでなければそこでアドバイスして適切な病院を教えて帰るなんていうことも可能性としては今後出てくる。その一番大きな試金石になるのかなとは思いますが。軽症例を

どう扱うかというところに関しては、非常に具体的に踏み込んだものでございますので、ぜひ逐次報告いただきながら、日本全国で横浜を参考にできるように勉強させていただければと思います。

さて、それではもう一つこの中で、今の横浜さんにも少しかかわってくるとは思うのですが、最終的に現場に着いたときに、例えば横浜であればミニ救急と普通の救急車が同時に行って、現場に今救急隊が4人で車が2台あるとして、じゃあこれを2人乗車で運ぼうか4人乗車で運ぼうかというときに、おそらくもう一回現場トリアージが必要になると思うのです。

もう一つは、救急トリアージでコールトリアージが全体の話の8割ぐらいで来ていると思いますけれども、現場トリアージのことにしてもさらに詰めていかなければいけない問題で、これは今までの議論からすると、1つはバイタルサイン、生理学的な兆候を重視しながらも、特定の例えば急性冠症候群、脳卒中、アナフィラキシー等も入るかもしれませんけれども、時間が非常に生命の危機を決するような疾患に関しては、ターゲットを当てて除外していくという手続が必要になってくるのだと思いますが、例えば横浜さんはどのような方向でいかれる予定なのでしょうか。

委員 今フィールドトリアージに関しては、現場でチェックシートを作りまして、そこで救急隊員がチェックすると。例えばバイタルサインを中心に、あと下記のいずれかが認められる場合ということでチェックして、この場合には3名で搬送しなさい、2名でいいですということで、3名であればユニットを崩しまして、ファーストレスポンスカーに乗っている1名を救急に乗せて3名にして病院まで行くと。1名は後からゆっくり緊急走行しないで病院について行って、病院でまた2、2に分かれて。

座長 病院で合流するわけですね

委員 はい。逆に、早く2名をまた現場のほうに返して遊撃的に備えておかないと、いつまでも3名のままでいると1名死んでしまいますので、それを早目にやるところがポイントになっているところです。

座長 今、私も、署に帰ってしまったら一体どこで合流するのかと思ったけれども、病院で合流するのであれば。極めて重症度が低い搬送の場合には、緊急走行しない選択肢というのはいかがなのでしょうか。

委員 実は、今現場に説明会に行っていると、現場の救急隊員から2名乗車は緊急度

が低いのだから慌ててサイレンを鳴らして行く必要はないのではないかという話も多々ありました。ただ、消防法で言う救急業務は救急搬送することが救急業務であって、国との特区申請の中でも2名であってもきちんと搬送しなければいけないとなっておりますので、一応は緊急走行してくれと。ただ、赤信号をむやみに……、3名であってもむやみには走っていないのですけれども、そこまでということは話しておいています。

座長 私もそこを危惧するのは、やはり2名のときは1人は後ろで傷病者のそばにつかなくてはいけませんので、そうすると運転手1人で緊急走行しなくてはいけなくなると、周囲、つまり交差点の横の確認とかが厳しくなって、もちろん緊急走行だけどゆっくり走るというのは手ですけれども、そうすると今度、ゆっくり走る緊急走行と本当に急ぐ緊急走行がまじると混乱も起こるかなと思います。それも今後いろいろ状況を聞かせていただければと思います。

現場トリアージについては、東京消防庁もいろいろ苦労されながら1年間ぐらい試行されているようですけれども、最近の状況について簡単に教えていただければと思います。

委員 去年6月から、相談センターと同じ日から現場のトリアージを始めました。始める前に東京消防庁であった約13万件を検証して、アンダートリアージは1件たりとも出ないというところまでチェックシートを精査してつくり上げて、おそらく全救急搬送件数の0.6から0.8%、うちは70万件ありますので年間約5,000件は出るであろうという想定のもとに開始しました。

1年間やってきたのですけれども、結果的なことだけで大変恐縮なのですが、0.09%、年間で575件。うちの場合はフィールドトリアージをして同意が得られればもちろん引き上げますけれども、同意が得られない、そうはいつても、軽いのはわかったのですけれども運んでくれと言われれば、今は試行中ですのでお運びします。同意が得られたもの、要するにその場で出場可能となったのが全体の62%、359件。やはり運んでくださいということでお運びしたのが38%、216件ということで、数値が低くなっています。

いろいろ各現場の救急隊長に聞いてみると、やはり1つにはトラブル回避というところがどうしてもある。一生懸命広報はしたのですけれども、まだまだ1,200万人には周知しきれない中で、普通救急隊がまともに行っても殴られてけがをするような時代の中で、呼んで来たのに何で運ばないのだというところで非常に不安になるところが1点あるのと、今までも活動上現場処置とか搬送拒否というのもやはりあるのです。それが、逆に言うと、トリアージを実施しているということで救急隊が来てある程度チェックしている中で、もういいですということ

ところでトリアージが最後まで行かない中で搬送を拒否されたという件数に非常に多く出てきています。

冒頭に言ったトラブル回避的なところは、救急隊長をはじめ管理者にもよくその趣旨を話して、先ほども委員ですか、国民とのコンセンサスをつくっていくとおっしゃられて、0.6%、0.8%というのは本当に想定の数値であって、我々が将来的に持っていきたいのは、やはり都民の中にこういうときは救急車を呼んだほうがいい、こういうときは呼ばなくてもいいのだというまさにコンセンサスをつくっていく。

だから、今現場で活動している救急隊はそういう意味で納得してもらうのに非常に苦勞するのだけれども、ここで徹底的にやっておけば、5年後、10年後に東京都民は少なくとも救急車を呼ぶ基準がわかっているという街になっていくと、5年後、10年後の救急隊は、もしかするともっと楽にしかるべきものに対応する街になっていくのではないかなという壮大なロマンも含めまして話をしています。

年度末だったので、3月、4月、5月あたりは正直言って現場を直接回って隊長たちに喝を入れまして、0.25%とかいう数値は4月、5月あたりには出てきていますので、気を緩めることなく。当初試行は年度末で終わっていたのですが、それを少し延ばしまして、もう少し都民にも浸透させていきたいと考えています。

あともう一点、これを実施し始めて、最近病院でトリアージをやりますよね。トリアージナースが東京都内でも幾つかの病院でやり始めて。世論調査をやると、都民の中に救急車で行けば早く診てもらえるという誤解をしている人がまだまだいっぱいいます。その人たちが救急車で病院に着いたときに、実はトリアージナースがいて列の一番後ろに並んでくださいということがもう実際に起こっているのです。

そうなってくると、都民に対して救急車で行ったからといって早く診てもらえるわけではないし、やはり重症度に応じて病院のほうでもそういうトリアージを実施しているのですというところで、ほんとうに医療機関と消防が連携しながらコンセンサスをつくり上げていくときに今来ているのではないかなという気がしています。

座長 当初数よりも現場でのトラブル回避等も含めてかなり慎重な運用でスタートしたわけですが、その中で同意をいただけるのは7割ぐらいですかね。

委員 そうですね。

座 長 大体そのぐらいの率であるということは、数値として出てきているようです。今後少し試行としては継続していくということで、この辺もまた検討会のほうに情報をいただければと思います。

さて、それでは、仙台の方は当初からいろいろご協力いただき、情報をいただいて、通報のトリアージに関しても実際に運用はしませんけれどもデータの収集等もお願いしてきたところですが、その後仙台の方の状況はいかがでしょうか。

委 員 18年度からワーキングの方で参画させていただいているという状況にございます。こうした中で、我々はいろいろな側面で東京消防庁さんや横浜市消防局さんの情報などもいただきながら検討してきているところがございます。

ただ、そうした中で、東消さんや横浜さんの取り組みは消防の救急業務を大きく変えるような先駆的な取り組みだなと感じているところなのですけれども、結局地方で見ますと、やはり地方の医療資源の中で医師不足みたいな現状があって、かつ自治体の財政状況は非常に厳しいという状況がありまして、なかなか新たな制度の導入といったところまで議論が煮詰まっていけない状況があるというのが正直なところでございます。

こうした中で、東京消防庁さん、あるいは横浜さんで実施されているような取り組みの全国的な展開が図られていくといったところは、私自身非常に期待するところがございます。そういった意味で、先ほどお話がありましたような広域的な運用、消防業務の変革、役割の見直しといったところも含めた議論になっていただければ非常にありがたいと感じているところでございます。

委 員 仙台も広いですから、おそらく中心部のほうは多少トリアージを必要とする駅周辺であるとか繁華街があると思いますし。ただ、全体の数としては東京、横浜ほど逼迫はされていないという中で、やはり100万都市、あるいは政令指定都市という規模での一つのモデルとしていろいろ考えさせていただきたいと思います。

あと、川口ということで東京の隣になるわけですがけれども、埼玉県はそれほど広域の消防本部というわけではないとは思いますが、その中でやれること、やれないこと、あるいはやらなくてはけないこととあると思うのですが、今までのご議論を聞いていかがでしょうか。

委 員 川口の場合、面積的にも55.7キロとかなり狭い面積で実施しているものから、現在トリアージ関係はすばらしいものを導入していつていると考えておりますけれども、現在川口の場合ですと、年間2万ちょつとの出動件数で軽症者の搬送率が今56%という段階で、トリアージ、また医療相談センターを導入して

いく場合においても、一行政で24時間体制で維持していくというのは大変な問題かなど。広域再編ということで、埼玉県の中でも7ブロックに分けるということで今進んでおりますが、広域再編の中ができた後にこれらの部分が検討されていくのかなと今のところ考えている次第です。

座長 今、おそらく救急に限らず消防自体が広域化ということで、人口30万を目途でしたでしょうか。

委員 そうです。

座長 人口30万人規模の広域化ということもありますし、通信ということに関して言えば、ある程度県単位での統一であるとか情報の統一といったこともいろいろ議論されているようですので、トリアージに関しましては、運用する面積とか隊の数がどのくらいあるかというのは、例えば1隊しかないような小さなところではトリアージも何もないわけですけども、周囲の地域と一緒にになって10隊、20隊になればそこで初めて出てくる問題ですので、どのぐらいの隊数のところをモデルにするとこんな運用が考えられるとか、あるいは例えば東京消防庁みたいな巨大なところだったらどうだということも、今後画一的でない議論をしていく必要があるのだと思います。

委員 よろしいですか。

座長 どうぞ。

委員 今お話をお伺いしていて、神奈川県も今度広域化になる話の中で、5月の報告書の中にもあるように、トリアージは通報内容からある程度の判別は可能であることを考えると、やはり救急車がいっぱいあるような都市部は意外と、もしかしたらトリアージしなくても7分で着くという先ほどの話もありましたけれども、都心部ではないところに関しては、実は余計トリアージの必要性があるのではないかと。先ほども救急搬送している中身が60%軽症で、大体どの消防本部も一緒ぐらいの割合で6割が軽症を搬送しているということであれば、余計必要なのではないかと考えました。

それから、先ほど委員のほうでブロックごとの話が救急相談のときも出ていたのですが、横浜も今回業者に委託しています。そのとき入札した業者が実は東京の業者だったのです。そうなりますと、MCとか識別の先生方からは本当に東京の業者で大丈夫なのかと。東京の業者が悪いという意味ではなくて、輪番制だと

かいう地域のことがわからないで病気のことを受けていて、じゃあこういった指導は本当に大丈夫か、僕が当直中今度なりすまして電話してみようかとかいう話も出ているのですが、ブロックごとでやれば一行政区だけで、自治体だけではなくていろいろ地域性を持った上でカバーできるのではないかなと考えました。

以上です。

座長 最近、銀行のコールセンターとかは沖縄にあったり北海道にあったりするものも多いので、単に情報ということであれば、理論的には離れていても可能だとは思いますが、やはり地域の医療状況がある程度理解できていないと難しいということもありますし、これは1つの課題かなと思います。

それから、小さな消防、つまり例えば3隊くらいしかないような消防本部と100隊も擁するところということで、数学的なモデルからいくと、おそらく少ないところの方が何かの折にすぐ不足してしまう、つまりパニックが来やすいということになるはずなのです。ただ一方で、おそらく日常的な忙しさはやはり隊数の多いところにいっぱいあるということですから、おそらくある程度隊数の多いところは日常的な搬送件数が多いというリスクを抱えていますし、救急車が少ない地域は逆に、搬送件数がそれほど多くないかわりに2台、3台出たらそれですぐ底をついてしまうというリスクを抱えると。おそらく両方のことを考えていかなければいけないのだろうという。後でこのようなシミュレーション等についての情報もお聞きしたと思います。

さて、いろいろご議論いただきましたけれども、大体集約していくと、具体的な運用方法、つまり重症例、あるいは軽症例をどうするのかという運用のパターンを考えて、それを目標としてトライアージするときどんな基準にするかという、今までつくったトライアージ基準を見直して、よりディファインというか詳細に詰めていく作業をここでしていくということが大事かなと思いますけれども。

今の議案の親会から出ている資料2にございます導入に向けた制度設計等に関しましては、今のようなご議論の上で、重症、あるいは軽症に対してはこんな対応があるという具体的な対応を、各消防本部の例などを挙げながらここでまとめ上げていくという作業をしていくと。そして、可能であればそれぞれに対してふさわしいトライアージプロトコルを試案として出させていただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、次に配置・編成というところをございます。制度設計と……。

事務局 説明させていただいてよろしいでしょうか。

座長 どうぞ。

事務局

今、委員の方々から制度設計につきましているいろいろのご意見をいただきましたけれども、事務局からお願いしたいことも幾つかあります。

救急業務高度化推進検討会で審議いただき、トリアージの制度設計について、原点に立ち返ってもう一回考えようという話もございました。

トリアージにつきましては、どんな場面、条件下において実施されるか、平常時から、又は救急隊が同じ時期に多数出てしまったとき、要するに繁忙期にやるのかという議論がありましたので、まずその辺から議論いただきたいというのが一つ私ども事務局のほうからあります。

それと、今でも多分各消防本部で一時的に救急隊が出場して待機している救急隊が著しく減少するという事案があるのかなと思います。多分、通例であれば非常用の救急車を増隊してみたり、必要であれば配置転換をしてみたり、それから病院待機中の救急車が出場体制の確保を整えるという形で対応を図っているものと思いますが、このような日常の状況を事務局の方で把握し、その上でコールトリアージ、119番受信時のトリアージが必要なかどうかという原点に立ち返ってやってみたいと思います。

資料をごらんいただきたいのですけれども、資料3「政令指定都市の救急件数・搬送人員・救急隊数等（平成18年中）」をつけました。ここに東京消防庁を含めます政令指定都市が18あります。政令指定都市の平均が大体1隊当たり2,540件ということで、一番多いのが大阪市次に東京、名古屋、京都市という順になっていきまして、川崎、横浜市が概ね平均的な件数になっていると思います。逆に、全国平均を見ますと、大体政令指定都市の半分ぐらいの1,000件弱という形です。

大都市だけのトリアージなのか、それとも小さい都市は救急隊の隊数も少ないですから管内の救急隊が出場してしまうと管内は空になってしまうという部分で、地方でもトリアージが必要なのかという部分につきましても議論いただきたいと思います。要するに、政令指定都市的な大きい都市だけで実施していくのか、それとも全国的に実施していくのかという議論を含めていただきたいのが一つでございます。

資料4で「海外の救急」という資料をつけさせていただきました。これは後でござんいただきたいのですけれども、なぜこの資料をつけさせていただきましたかと申しますと、これから制度設計をしていく中で、諸外国の状況を見ますと119番で行きませんと言っている国はないのです。例えばグレードを落とす、ALSとかBLSという形でグレードを落としていくのか、それともイギリス的な形で到着時間を遅らせていくという2つが各国を見ますと大体の状況かなと思います。

私ども事務局で作りましたのが資料5でございます。制度設計につきましての検討事項としまして、今までの議論にも出ていたのですけれどもまとめますと、まず緊急度・重症度「高」「中」「低」の傷病者に対する対応をどうするかということが1つだと思います。

それと、例えば「高」については、ご議論いただいて先ほど座長がおっしゃったとおり、まず救急車が行くのが原則だと。必要であったらドクターカー、ドクターヘリまで出るという形なので、「高」に対しては対応が決まっている。ところが、「高」を手厚くするという事は、「中」「低」に対してもある程度の処置をしないといけないという議論があるのかなということで、グレードを落とすしていくのか、それとも到着時間を変更していくのかという部分についてもご議論いただきたいと思います。

東京消防庁のような救急相談センター的なものを設置していくという検討も含めて考えていきたいと思うのですけれども、ここで検討いただきたいのは、要するに「中」と「低」の対応をどうするか、例えば「中」の場合は、すぐに行けないというのであればまず消防車を出す必要があるかどうかという部分。もし消防車を出す必要があるとするならば、出した後に現場でどういうことをしていくのか。例えば「中」といっても、「高」に近い「中」もあるでしょうし「低」に近い「中」もあるだろうという部分で、ある程度現場で観察した結果、例えばすぐ救急車を呼ぶとか、この患者だったらもう少し待てますかという話をするとか、もしくは今この医療機関はやっているから自分でいけますかという対応を図るかどうか。

「低」についても同じように、明らかに「低」という部分については、まず消防隊自体を出す必要があるのかなという議論。医療機関紹介等だけで終わらせてしまうという議論。それと、時間設定をして「低」であっても例えば結構長い時間を見て最終的には救急隊を出す。これは当然もう一度要請者に確認する必要があるでしょうけれども、今回いろいろな消防機関の方に入っていただきましたので、消防機関の方中心にいろいろご議論いただいて事務局のほうまでペーパーなどで出していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

座長 先に資料の説明をしていただいた方が良かったかもしれませんが、特に資料5に、今日ここまでさせていただいた議論の骨子となる部分について事務局でまとめていただいております。

この中で、特に制度ということになりますと、今お話があったように「中」と「低」に関してどうするかと。特に救急車が即対応できないときにどのような対応を用意するかということについて、一つの提案としては、消防隊を活用しファーストレスポンスとして現場に派遣するという事で、接触時間も短くし、そ

ここでどのような判断をしてその後に搬送をどうするかについて、具体的なことを考えていただきたいということがございます。

それからもう一つ、現在でも救急需要が逼迫している中で、予備隊を活用したり、あるいは配置を変えて空白地帯を埋めたりという努力をおそらく各消防本部はされているだろうということで、まず現状の制度の中でどのような努力を各地域がされているかということについて事務局としてきちんと調べて、それをもとに議論を進めたいというお話でございます。よろしいでしょうか。

委員 いいですか。

座長 はい。

委員 全体的なところにつながると思うのですけれども、医療相談ということは1つ大きな。もちろん今のところ119番しか相談窓口はないという現実がありますのでそこに集中してきて、逆にそれが現場への救急隊の派遣ということで、全体的な救急隊業務へ負荷をかけているという要因もあるかと思うのですが、そうしたときに、医療相談というのは救急隊業務そのものが本来担うべきものでもないわけですよね。ある意味では、保険部局、あるいは医師会も含めたところが、市民、県民が持っている救急医療に関する相談業務をどう担保していくのかという発想は一方で必要ではないかなと思います。

ですから、消防部局の方でこれをあまり抱え込む……、東京消防庁さんと横浜さんは既に検討されておりますし、おそらく親委員会でも検討されたかと思うんですが、そこだけで解決できるものではないという医療相談そのものに対する私どものスタンスを1カ所どこかできっちりしたものを持っておくと。もちろんその中で、緊急度の低い救急との関係、あるいは中には緊急度の高いものもありますので、どこかでオーバーラップしないといけないということはあると思うのですけれども、切り口を変える必要もあるのかなという気がしました。

そのあたりはいかがですか。

座長 非常にもっともなご意見です。例えばフランスのサミュエであれば、消防と保険担当部局では別の番号をそれぞれ持っていて、オーバーラップするところはお互い電話を回しながらやりとりしているという中で、本来的にこの業務は、消防業務の延長というよりは、筋から言えば厚生行政の延長上にあるべきものであろうという中で、結局ちょうどメディカルコントロールの立ち上がりのようなときでしょうか。必要であっても厚生行政がなかなか腰を上げずにできないという中で、現場では必要で消防側に予算がついてそれが進んでいくということがメディ

カルコントロールでもおそらく初期の段階であったと思いますけれども、その中で消防が抱えて、少なくとも消防の範疇ですべて解決できる問題では決してないと。

これは、さんざん東京消防庁が主管で東京都の予算をとってきましたけれども、これについては場所を提供している、予算の窓口となるということ以外に、実際の現場の業務としては医師会、あるいは福祉保健局と、東京消防庁としては連合軍という言い方をしていますけれども、共同作業としてやるという。逆にそういうやり方でしかやり得ない。東京消防庁が相談業務をやっている、消防がやっているという言葉だけがひとり歩きして前に出てきますと、全国のほかの消防でも消防だけでできるのではないかという誤解を招くというのが、おそらく委員の危惧かなと思います。

委員　そうですね。そのままおりてくると広島県はどうなるのかなと考えます。

資料6も非常に簡潔にまとめられているのですけれども、そういう誤解を受けるのかなという気がしたものですから。医療相談というのは非常に大きな存在母体だと思います。その中で、ある部分消防の業務にかかわってきているという全体的なイメージをもう少し整理したほうが。特に医師会なんかは非常に大きな役割を果たすのではないかなと思いますので、そういったところが本来ならば中心になっていかないといけないというイメージとして伝わるのではないかなという気がしたものですから。

座長　そうですね。この点については、親会のほうでも当然議論はされますけれども、最初に言ったように、もちろん消防が新しい消防として今までなかったものに踏み込んでいくということもございますが、ただ、それは消防単独でやるべきものではなくて、消防も協力して新しいこういうものを厚生行政、あるいは医師会と協力して構築していくという提言になると。それを全体の組織、制度の中で。

ですから、制度が地域によってかなり医師会が主体であったり保健行政が主体であったりというのはそれぞれ割合として。東京はたまたま東京消防庁という巨大な組織があつて、おそらく東京消防庁が主管ですけれども、大阪であればもしかしたら医師会が主管で消防は協力という形になるのかもしれませんが、おそらく地域ごとの実態があると思いますので。ただ、いずれにしても、そのような業務をする窓口が必要であると。

委員　そうですね。

座長　だれがやるかは別にして、必要であるということはここでの1つの基本かなと

は思いますけれども。

それでは、今後資料5に基づきまして資料の収集等をした上で、次回以降についてはこれをより詳細に詰めていくという作業をしていきたいと思えます。

今、委員から資料6のお話もございました。資料6も含めまして、制度と同時にもう一つ救急隊の配置・編成、あるいは通常モード、緊急モードということで、常時施行なのか、あるいは繁忙期のみトリアージを行うのかということについて、前年度からシミュレーション等の検討を行っておりますので、簡単にご説明をお願いいたします。

委員

ではご説明させていただきます。

資料6に関して、先ほど委員のほうから誤解を与えるというイメージを持たせてしまって申しわけございません。これは、あくまでも制度設計する上におきましてこういう形ではどうかという一事例であることをまずご理解いただきたいと思えます。

まず、トリアージというものの自体のそもそもの発端は、皆様もご存じのように救急需要が逼迫していて、ここ数年ふえ続けていて、最近は少し減ってはおりますが、やはりかなり限られた資源の中で、いかに効率的に救急隊が必要な人には手厚く、そうでない方にはそうでない対応ができないかということで始まっております。要は、限られた資源の中でより業務を改善していく方法は何かという中の1つの手段で検討が始まっているものでございます。

それを踏まえますと、じゃあ限られた資源の中でどううまく運用していくかということを考えていく中で、現状では幾つか課題があると考えております。1つは、先ほど医療相談という言葉が幾つか出ておりましたが、そもそも一番上の通報者という欄のところで、右側が緊急性が高い、左側が緊急性が低いという意味でとらえていただければと思えますが、みずから通報する段階で、自分が緊急性が高いかまたは低いかということにはわからない方が多いのではないかと。ですから、人によっては、右側のように緊急性が低くても119番をかけられる方がいらっしゃるし、緊急性が高くても医療相談程度でいいかなと思っていられる方もいらっしゃるかと。

でも、通報受付機関でございます救急医療相談ですとか119番通報の段階で、医学的なエビデンスに基づきましてできる範囲で緊急性を判断しまして、例えば緊急性が高い方、例えばACSなどが疑われる方が医療相談にかけてきた場合は、119番の方に転送する。これは既に東京消防庁さんなんかは実施されている措置だと思いますが、こういうこともやはり必要であろうと。逆に、119番にかけてきた中でも緊急性が低いものとか医療相談のようなものは、やはり医療相談に転送するということが今後考えていくべきではないかと。

そうすると、これによって本来救急車が必要である方は119番通報で対応することになりますし、医療相談レベルで十分な方はよそで対応するというようになっていくかと思えます。先ほど委員からもご指摘がございました、119番で医療相談を含めて受けてしまうとパンクしてしまう、本来の119番の指令室の通報の対応としては難しいということもございましたので、やはりこの2本柱の方がよろしいのではないかなと考えております。

それを踏まえまして次に、119番通報の中でさらに昨年度までに検討しておりましたトリアージプロトコルを使いまして、では具体的にどういう運用をしていくのだろうと。同じ119番の中でも緊急性が高いものから緊急性が低いものまでさまざまございます。先ほどから話が出てございましたように、これまでの大都市の対応とか中小都市の対応も大きく変わってくるものと考えております。

そこで、一つの事例といたしまして、「救急隊運用」という下半分の四角でございますが、やはり限られた資源の中でいかに迅速に緊急性が高いものに対して早く対応するかという視点を踏まえますと、緊急モード、通常モードという言葉が下の方にございますが、緊急モードというのは、要は繁忙期。救急隊の出動要請というのは1日の中でもそうですし、季節的なものも含めまして、例えば10隊の救急隊があるのでありましたら、忙しい時間帯はそのうち9隊出ているときもございまして、逆に夜中もございまして1隊も出ていない時間帯もございまして。

それぞれすべての時間帯においてトリアージをする必要があるかという点、本来の目的である緊急性が高い時間により早く駆けつけるという意味でございますと、救急隊に余裕がある時間帯であれば、多少緊急性が低い事案であったとしても出ていってもいいのではないかと。ただし、忙しい時間帯、ここで緊急モードと書いてございます時間帯であれば、緊急性が高い事案に対してより早く駆けつけるために、やはり緊急性が低い事案に対しては少しお待ちいただく、もしくはポンプ隊ですとか予備隊、消防本部によって対応は違ってくると思いますが、緊急性が高い事案に対応できる救急救命士隊ができるだけ早く駆けつけることができるように温存しておく運用方法が必要ではないかと。そういう方法であれば、本来の目的である緊急性が高い事案に対してより手厚い対応ができるのではないかと考えております。

説明が遅れましたが、真ん中の現着75%タイムという言葉がわかりにくいかと思えますが、ある時点で現場到着時間8分未満に駆けつけられるのが全体の75%。わかりにくいですね。要は、救急隊にまだ余裕があって余っているときには、8分以内に100%駆けつけられるという状況にある。しかし、10隊中5隊ぐらい出場してしまうと、8分以上かかるであろう地域が75%未満、要は次に出るときに100回のうち75回は8分以上かかってしまうという時間帯の

ことを言います。簡単に言うと、8分以上というのは忙しい時間帯、8分未満というのは多少余裕がある時間帯とご理解いただければと思います。という運用も考えられるのではないかとということを一事例として示させていただいております。

次のページをご覧くださいまして、これは仙台市さんの実際の救急隊の配置ではなくて、あくまでイメージ図だと思っていただければよろしいのですが、実際は今20隊あると思いますが、例えば今仙台市さんで17隊いるときは、円の真ん中が消防署だと思っていただいて、消防署から8分以内に駆けつけられる地域を円で示しております。あと、仙台市さんの場合、この地図の左側は山間地ですのでほとんど人は住んでおられません。右側の地域は中心市街地でございますが、こちらのほうが人がかなり多く住んでいるところでございますが、たくさんいるときはほとんど8分以内に駆けつけられるエリアで、まだ余裕がある状態でございます。

これが次のページ、例えば10隊になりますと、駆けつけられないエリアが増えてくる。さらに5隊になると、8分以内に駆けつけられるエリアが非常に少なくなってくるということで、こういう状態になったときを先ほどの緊急モードにしてはどうかという提案でございます。

ですから、本来の目的である緊急性が高い事案により手厚くするために、やはりどうしても緊急性が低い事案に対しては少しお待ちいただくなり違う対応、先ほどアメリカのALS隊、BLS隊という話もございましたが、日本では普通救命隊の予備隊のようなものに今後対応していくことも考えていく必要があるのではないかと考えております。

以上でございます。

座長 今おそらく通常モードと緊急モードという言葉がわかりにくくて、緊急モードというのは個々の傷病者の緊急度の「緊急」と言葉がダブってしまいますので、言葉を置きかえれば通常モードと繁忙時モード、閑散期と繁忙期と考えていただいたほうがわかりやすいかなと思います。

具体的には、もう少しシミュレーションを重ねてみるということでもよろしいのでしょうか。

委員 はい。実際に救急隊を運用する段階になるときは、やはりトリアージプロトコルだけでは運用は難しいと思っていまして、指令員が次にどの救急隊をディスパッチするのだということまで示してあげないとなかなか難しいと思っておりますが、そのところは今後開発していく予定ではあります。

座 長 昨年一部このような検討をして、時間帯ごとに運用する隊数を変えると。真夜中の2時、3時に全体が活動する必要はなくてその時間は少し絞って、忙しい時間帯は隊数をふやすという運用がありましたのでその延長だと思えますけれども、結果としては、働いている間はみんな寝ている時間がなくなって、夜中は隊数が減るからその分出る回数が増えるしということで、それぞれの隊当たりに関する1時間当たりの出場回数がより平均化されるような運用を考えていくということで、その中で、かなり出払っているときにさらに中等症以下に関しては少し待ってくださいということ、予備隊で対応するというのも運用としては考えていきたいということだと思います。

委 員 よろしいですか。

座 長 どうぞ。

委 員 それで結構です。説明不足で申しわけありません。8分というのはあくまでもイギリスの例を参考にしているだけでございまして、地域によって時間が変わってくるものだと思っております。

座 長 よろしいでしょうか。おそらく、方法論としては実際の出場隊をマーキングして、それをコンピュータでシミュレーションして、コンピュータで警報というか、繁忙期に入ったことを判断させる方法もあると思いますし、あるいは道路の右折禁止が何時から何時みたいな感じで、平日の何時から何時は常に忙しいから繁忙期モードで対応するなんていうことでシンプルにする方法もあるのかもしれませんが、その辺はまだ今後検討する余地が十分にあるだろうと思います。

委 員 いいですか。

座 長 はい。

委 員 個人的な意見として聞いていただきたいと思うのですが、長年救急をやっているならば、こういう条件のときに救急が増えるというのは体感的に大体わかる。雪が降った翌日であるとかいう非常に明らかな場合もあれば、週末であるとか年末年始であるとか。そういうときに、非常用救急を立ち上げて救急隊をふやして繁忙に備えるということはよくあるパターンだと思うのです。

そういうことをやっていくということは、消防としてもフレキシブルな対応で僕は非常にいいと思うのですが、逆に要請する都民側のことを考えると、

全く同じ症状なのに、あるときにはすぐ救急車が来てくれて、あるときは待てと言われる。これは、要請する市民の側からすると非常に不安になると思いますし、ほんとうにおれは運が悪かったのかというだけの話になっていく危険性はあると思うので、症状によって出る、出ないとか待たせるということがあっても私はいいとは思いますが、自分たち消防が持っている車の多さ、体制の強さ、弱さによって同じ症状に対して早かったり遅かったりというのは、僕はいかなるものかなという意見はあります。

以上です。

座長

わかりました。

今のご意見ももっともだと思います。ただ、おそらくもともとトリアージという災害を念頭にできた言葉をここに応用しているとしたら、一番難しいのはこれが災害であるという発令をするかどうかということだと思います。

だから、常時災害モードで対応するのか、あるいは今ここで起きていることが災害だからこれから災害モードで実施しますとだれかが発言するのかというのが、おそらく災害医療をする上で一番難しいことだとよく言われていますので、そういう面で今の常時そのモードで実施したほうがわかりやすくシンプルだということはもちろんあるとは思いますが、ただ、これは今後議論を要するところかなとは思っています。

委員

そうですね。おっしゃるとおり災害のときはそうだったのです。うちも地下鉄サリンのときに当時200隊ぐらいあった隊の90%が出てしまって、千代田区で要請があって立ち上げると奥多摩の救急隊が一番近いということで上がってくる。そんな状態になったときに、それでも実は問題がなかったのです。今救急隊が出払って行けませんと言うと、わかりましたというのがあった。

でも、それは何年に1回起こるああいう大きなほんとうに災害のモードのときであって、どうも今想定されているのはそうではなくて、日常、週末だったらあるよねという話の中で、果たしてそういう区分でトリアージという言葉を使っているのかなという気はしますね。

委員

これは、本質的な問題になるかと思いますが、やはり市民、都民、県民がどういうレベルの救急体制を求めているのか、あるいは僕らがどういうレベルの救急体制を担保できるのかというところの一致がないと、おそらく今おっしゃられた課題が出てきます。ですから、先ほど私は委員にどのように広報したのですかとお伺いして、ここは非常に大きな課題になるかなと思います。

ですから、この議論を続けていく以上は、今までの救急体制とは違いますとい

うことが受ける側、あるいは提供する側で同じレベルの認識に達しておく必要があるのかなど。それがあれば、法的な問題も含めてある程度の幅は許容されるのではないかなという気はいたします。それは、おそらくこの後の議題になってくるかと思えますけれども。

座 長 わかりました。

委 員 先ほどご議論がありました医療相談の問題とかは、おそらく実際に119番通報してくる方のニーズをきちんと酌み取ってそちらに流すというのは、別に緊急時ではなくても対応したほうがよい話といえばそういう気もいたします。

いろいろトリアージプロトコルを運用する中で、やはり緊急性が高い場合、繁忙期の特殊な状況に限って適用した方がよいものと、そうではなくてわりと広く適用した方がよいものと幾つかのバリエーションがあるのではないかという気がいたしますので、必ずしもすべてが繁忙期だけという形で限定しなくてもよいかもしれない。そのあたりも含めて、実際にどういう状況で何をするのかということを経後の検討課題としていただければと思っております。

座 長 わかりました。

例えば、先ほどの資料5の中で、救急車がすぐに対応できないときは、今までやっているように消防車が現場に行ってもまず患者さんの様子を見に行ったり応急救護をすれば、何かあったら消防車が出場しなければいけないというモードに入るかどうかということは多少これと関係するのかもしれませんが、これも今後、今のご意見も踏まえた上でもう一回議論させていただきたいとは思っています。

座長の不手際で時間が押してしまいましたので、次の議題ということで資料7でございます。「トリアージに関する法的問題について」ということで、事務局から簡単にお願いたします。

事務局 時間も押してますので簡単に説明させていただきます。

「トリアージに関する法的問題について」ということでございます。昨年度は、トリアージに伴いましたの法的問題、プロトコルの策定、運用上の問題ということで整理させていただきました。

今年度につきましては、トリアージを各消防本部で運用するに当たりまして、法的な手当ての必要性とかその内容について検討いただきたいと思います。先ほど委員の方からもご意見がありましたとおり、消防庁の関与という部分と、メディカルコントロールの関与といいますか指導の部分もあるかと思

ます。そういった部分が加味された中で運用したことによって、例えば万一何らかの事案が発生した時に、実際に応答した指令員、もしくは消防本部の責任が軽い、重いといったことになるかどうかという部分も含めて今年度議論いただきたいと思います。

制度設計がはっきりしないと法律の問題についてもなかなか議論できないという部分もありますので、制度設計も含めて法律的な問題についても並行して検討していきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

以上です。

座 長 ここは非常に難しく、既に問題となっているメディカルコントロールの問題であっても、責任がメディカルコントロール協議会及び市側にあるのか、消防側にあるのか、あるいは法的責任と道義的責任を分けるとどうなのかということが、おそらくまだ十分整理がついていないだろうと思いますし、例えば東京消防庁が実施している今の救急相談センターにつきましても、もし何かそこで大きな苦情以上の問題があれば、消防総監が責任をとる問題なのか、医師個人が責任をとる問題なのか、医師会長が責任をとるのかということについても、起きてみないと議論できないというところになっているのかと思いますので。

ただ、今までの順番に出すというルールに従ってやっている限りは、順番の後ろに回る人は運が悪くだけでルールだからしょうがないということで責任は生じなかったわけですけれども、トリアージをするということにおいては、より理想的なものをやろうと思ってもそこに何らかの過誤が確率的には起こることだと思っておりますので、それに対するものも含めて、法的な手当ての必要性に関して再度検討いただきたいと思っております。

具体的に委員は、いわゆるグッドサマリタンローみたいな方向になるのでしょうか。どんな方向で議論されるのでしょうか。

委 員 具体案はまだ煮詰まってはおりませんが、やはりトリアージとMCの関係もきちっと法的に整理しておいた方がよろしいのではないかとこの部分もございますので、どういう制度設計をとるかということと、法的にどこまでの手当てが必要かということもあわせて検討させていただこうと考えております。

座 長 それでは最後ですけれども、資料8にございますように、今までの議論を踏まえた上で、このような机上の議論ではなくてより実施、運用を念頭に置いたトリアージプロトコルの策定とその実証検証という作業がやはりどうしても必要になってくるだろうと思います。特に、その中で今までの課題の課題として挙がっているのは、事前教育がどこまで通信指令に徹底できるか、あるいはどこまで評

価指標としての緊急度を客観的に評価できるかということ踏まえた上で、この作業が必要になってくると思うのですけれども、委員の方から、簡単にこの研究のプランについてご紹介をお願いします。

委員 前回平成18年に行いましたトリアージプロトコルをつくる実証研究の中において、札幌市さん、仙台市さん、横浜市さん、京都市さんにご協力いただきまして、実証研究をさせていただきました。そのときは、全くの初めてだということもございまして、なかなかこちらが意図する精度の研究がなかなかできなかったものですから、プロトコルを正確なものにしていくということで、今年度再度検証させていただきたいと思っております。

そこで、前回とほぼ同じ内容でございまして、内因性と外因性両方のプロトコルに関して検証を行っていく予定にしております。また、先ほどもお話がございましたように、事前教育をできるだけ多くの時間させていただいて、いきなり指令員の方にこの用紙に従って記録してくださいというだけではなくて、できるだけ練習の時間も割きたいと考えております。その結果を踏まえまして、最終的な今回の制度設計がきちんとでき上がった上でのトリアージプロトコルを今年度中には作成していきたいと考えております。

対象は、前回ご協力いただきました札幌市さん、仙台市さん、京都市消防局さん、川崎市消防局さんの4消防本部さんをお願いしようと考えております。

座長 今回はもう少し事前教育を十分行った上で行うということ、それから内容については、ここでまた結果の解析等を行いたいということになると思います。それに加えて、ぜひ東京消防庁からは、既に学会等で公表されているデータでいいと思いますので、相談センターの今のプロトコルの精度等についてのご報告もいただきたいと思えますし、横浜のほうも当初1カ月、2カ月のデータになると思えますけれども、ぜひトリアージの精度等についてのご報告をいただいた上で、総合的な検討を行っていただければと思います。

前回行ったときには、実は現場の通信指令員にはこの項目をチェックしてくださいということで、例えば反応があるかどうかとか、呼吸の状態がどうであるかということをチェックはしてもらったのですけれども、たしかその場で、だからその人は緊急度が高い、中ぐらい、低いとかいう最終的なディシジョンはしていただかずに、単にチェックリストだけを書いていただいて、後でチェックリストに基づいてこちらが機械的に振り分けたという経緯がありましたが、ぜひことしは現場で対応している通信指令員がチェックリストに基づいて総合的にどう判断したかということを見ていきたい。

そうする中で、チェックリストの中では中等症だけれども、別の何らかの因子

で重症と考えるというものがあれば洗い出せてくると思いますし、その辺まで踏み込んでいきたいと思います。それができるような事前教育を消防研究所とうまくやっていきたいと思います。

この件について、現場レベルでは大体いつごろ実施予定ですか。

委員 できれば、指令員への教育を9月ぐらいには実施したいと思っております、それを踏まえて実際の検証を10月、11月にかけて。ただ、消防本部さんの都合、状況によっては、10月に指令員の方が新しく異動でかわられるところもございますので、時期は本部ごとに個別に対応したいと考えております。

座長 わかりました。すると、最後に出ますけれども、次回の本検討会はおそらく8月20日に予定されていると思いますので、そのときに研究計画というか研究プランを出して、この場でいろいろご議論いただいて修正できる形での作業が必要かと思えます。

10分ほど超過してしまいましたけれども、きょうの今までの議論、これからのことしの検討会の方向性が大体固まったと思うのですが、最後にご意見、ご質問等ございますでしょうか。いかがですか。

委員 1件だけよろしいでしょうか。

座長 はい。

委員 実証研究の関係なのですけれども、前回18年度に実施したときは、MC体制の中での実証実験という取り組みだったかと思うのですが、今回も同じような取り組みという認識でよろしいのでしょうか。

委員 そうです。

座長 この件に関しましては、最終的にこの業務がMC下で行われるということは必須ですので、基本的にはこちらで原案を持っていった上で地域のMCの代表の先生方とご相談して、具体的な地域でこの検証作業の中でどこまでが可能であるか、あるいはこれはできないということも含めて議論した上で進め、地域のMCから最終的には消防本部に依頼するという形で行われるようにしたいと思います。事務局はそれでよろしいですね。

事務局 はい。

座 長 ほかにございますでしょうか。では、15分ほど延びてしまって大変申しわけありませんが、本日の第1回目の検討会はここまでにしたいと思います。次回のご案内等ございますので、事務局に一度お返ししますので、アナウンスをお願いいたします。

事務局 事務局としましては、次回は8月20日で考えております。詳しくはまた皆様方にご案内いたします。それと、先ほど申し上げましたとおり、各委員に資料等お願いいたしますので、事務局からまたメール等でご依頼いたします。よろしくお願いいたします。

事務局は以上でございます。

委 員 20日ということで大体。その方向で事務局のほうでお願いします。

座 長 よろしいですか。本日は、ほんとうに大変お暑い中ありがとうございました。本作業部会で検討したことを親会に上げて、そこでしっかりと方向性を出さなければいけないと思っていますので、ぜひご協力をよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

— 了 —

小野委員

○制度設計

- 1 本市においては、日常的にある程度の頻度で発生しうる救急要請の集中に対しては、臨時救急隊の編成等で対処することで、コールトリアージを要するような切迫した状況は回避できているものと認識。
また、本市の救急搬送人員に占める軽症者の割合は 36.1%^⑨と全国平均 52.0%を下回り、救急車の利用について適正な認識を持つ市民が多いと考えられるなかで、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も、当面、日常的な救急要請集中時における「緊急度・重症度(中)(低)」のコールトリアージは避けるべきと考える。
- 2 本市の現状においては、日常的な救急要請の集中に対しては臨時救急隊の編成等で対応し、なお、異常な集中が生じる場合等において、残された消防力の効果的な運用という観点からコールトリアージを行うことが適当と考える。
- 3 救急要請の集中度にかかわらず、近隣の地域から同時に複数の救急要請が入った場合、個々の事案の緊急度・重症度を判断し、「緊急度・重症度(高)」事案に直近の救急隊を出場させるといったコールトリアージを必要とする場面がしばしば発生する。
- 4 緊急度・重症度が低い事案に対しても、画一的に「高規格救急車+3名」で対応する現在の救急体制には確かに無駄な面があると思われるが、緊急度が高い事案に迅速に対応できる体制(現状の救急隊の配置)を全エリアに維持しながら、緊急度が低い事案に対応する新たな体制を構築するためには、相当の負担を伴うことになり、目標実現のハードルはかなり高いのではないかと考える。
- 5 アンダートリアージのリスクがゼロでないことなどを考慮すると、現在の救急体制をベースに、緊急度が高い事案に対して消防力を追加投入する方向で考えるのが現実的ではないかと考える。

- (例)
- ① 救急車 (3)
 - ② 救急車 (3) + ポンプ車 (4) = (7)
 - ③ 救急車 (3) + ドクターカー (3) = (6)
 - ④ 救急車 (3) + ポンプ車 (4) + ドクターカー (3) = (10)

○ 救急隊の配置及び編成

1 救急要請集中時の取組みについて

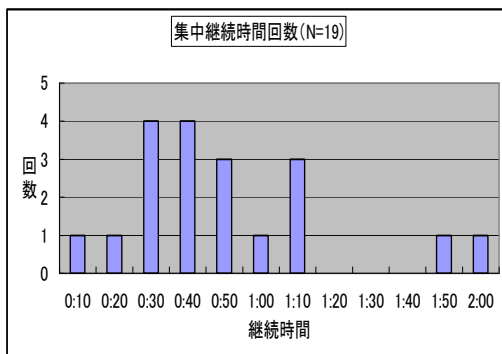
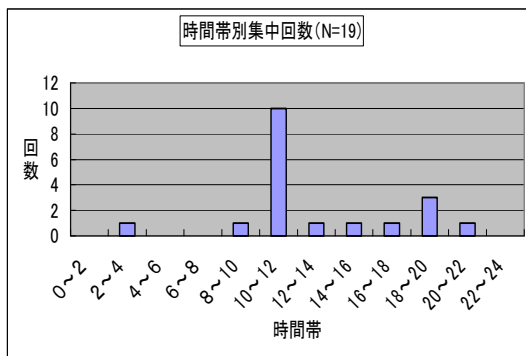
【救急隊数 22 隊、救急予備車 7 台保有】

- ① 指令課は、救急隊に対し救急要請が集中している旨を伝え、病院到着している救急隊は速やかに次期出場体制をとるよう指令
- ② 消防署所は、救急予備車を活用し、日勤又は招集職員により臨時救急隊を編成
- ③ 救急隊の出場状況に応じ、救急隊を移動配置

2 救急要請の集中について

【平成 19 年における全救急隊 22 隊中 16 隊 (3/4) 以上が出場した状況】

- ・回数 19 回
- ・集中継続時間 最小：10 分、最大：2 時間
- ・集中継続平均時間 50 分 32 秒



○ 制度設計

現状は、救急要請集中時の対応は非常用救急車を含め10台で運用しておりますが、11台目の時は、緊急度・重傷度に関係なくポンプ車（AED積載）が先行し、傷病者の観察、応急処置等を実施し救急隊が到着までの間、傷病者管理を実施している。また、指令センターにおいても受信時に指令員の知識と経験から軽症と判断した場合、要請者に自ら病院に行くか、救急車が対応できるようになるまで待ってもらえるか説得します。

指令センター員救急資格者

救急救命士	3 人
標準課程	0 人
I 課程	10 人
II 課程	5 人
無資格	3 人

○救急隊の配置及び編成

平成20年度 救急出場強化発令状況

(H20.4.1 ~ H20.7.28)

出動強化回数		101件
出動強化累計時間		428時間51分
1日当たりの発令回数		0.9件
1日当たりの発令時間		4時間14分
全隊 出場時	累計回数	17件
	累計時間	7時間09分
	要請受理件数	4件
	待時間最長時間	0時間10分
	待時間最短時間	0時間00分
	平均待時間	0時間02分

19年中の救急出場件数は20,409件で9隊の救急隊で活動していますが、救急要請集中時（7隊以上出場した場合）は救急出場強化を発令し、非常用救急車の準備（梯子車の救助隊員）し10台目の救急車として運用する、また、要請時に重症と判断した場合はポンプ隊（AED搭載）を同時出場させPA連携を図っている。

19年中の非常用救急車の出場件数は144件。

谷川委員

住民とのコンセンサスが取れていれば、トリアージ適応をすべての救急出動に対して行うのか、救急要請集中時にのみ適応するのか、どちらでもよいと思います。ただ、緊急度・重症度が中、低と判断された場合にも実は高であるという可能性があります。その場合に、例えば救急要請集中時であり、トリアージ適応がやむを得なかったということであれば、患者や家族とのトラブル発生時には“正当な理由”になるのではないのでしょうか。

米村委員

1 緊急モードを 2 段階に分け、「繁忙モード」と「非常モード」（名称は便宜的につけたもの）とする。

(1) 「繁忙モード」時の対応

「繁忙モード」は日常的に発生しうる程度の繁忙状態を言い、この場合も（中）（低）につき出動はするものの、2 名編隊や PA 連携等による簡素化した編隊によって出動する。このような編隊は、大都市部を除き各市町村で 1, 2 カ所の消防署で設置すれば良く、到着時間はある程度遅れることになるが、20 分程度以内を目安に到着可能となるよう配慮する。

(2) 「非常モード」時の対応

「非常モード」は当該消防本部管内の救急隊の大半（90%程度を目安とする）が出動した状態を言い、この場合は（中）（低）につき出動を控え、空き待ち状態とする。ただし、（中）については予備隊等によって対応することも検討されて良い。

2 以上とは別に、明らかに救急搬送の必要が認められない場合や相談目的の場合は、「平常モード」であっても相談窓口で紹介することができる。

3 理由の要旨

(1) トリアージを非常時にのみ行うとした場合、指令員の慣れの問題からトリアージを迅速に行えない可能性もあると思われること、また一定程度以上の繁忙状態でも重症者への到着時間短縮の必要性は存在するため、繁忙状態である程度の差別化を図ることは一応是認されうる。

(2) もっとも、（高）と（中）の区別はかなりの確度をもって可能であるのに対し（中）と（低）の区別はやや確度が落ちると見られることから、（中）（低）につき大幅に取り扱いを変えることは望ましくない。いずれも 20 分程度以内に現着できる形で運用するのがよいのではないか。

(3) 非常時についてはかなりの例外現象と考えられ、その場合の具体的対応は地域事情によって大幅な差異を認めても差し支えないが、基本的には空き待ちの状態とせざるを得ないのではないか。ただしこの場合の対応についてはさらなる工夫が検討されて良い。

20警警第173号
平成20年6月27日

各 部 長 等
消 防 署 長 殿

警 防 部 長

非常用救急小隊編成体制の確立について（依命通達）

多数の救急要請が集中する降雪時等の対応については、降雪時等における第2線救急車を活用した編成計画について（平成10年12月25日警防部長依命通達。以下「降雪時依命通達」という。）に基づき部隊編成を行ってきたところであるが、必要な部隊を効率的かつ早期に確保するために、下記のとおり非常用救急小隊の編成体制を確立したので、適正な運用に努められたい。

この旨命によって通達する。

記

第1 趣旨

降雪などの気象的な要因やインフルエンザ等の流行により、急速に救急需要が高まった場合には、通常運用している救急車のみでは対応が困難となり、救急車の現場到着が大幅に遅延する。

このことから、多発する救急事象に迅速かつ効率的に対応するため、全庁的な枠組みの中で非常用救急車を活用して非常用救急小隊を効率的かつ早期に編成することにより、救急小隊の部隊運用に万全を期すものである。

第2 対象とする場合

- 1 降雪などの気象的な要因により、救急事象が同時に多発した場合
- 2 インフルエンザ等の流行により、救急事象が同時に多発した場合
- 3 その他警防本部長が必要と認めた場合

第3 非常用救急小隊の編成命令等

警防本部長は、第2の場合に、次の手順により編成命令を発令する。

1 編成予告

警防本部長は、気象状況、インフルエンザ等の流行状況等から判断して、非常用救急小隊の編成の必要がある場合には、編成命令の発令予告（以下「編成予告」という。）を行う。

2 事前調査

- (1) 警防本部長は、編成予告後、方面隊長に対して第4、1の条件を満たす職員の数、方面内の使用可能非常用救急車数及び非常用救急車用資器材数（以下「資器材等の現況」という。）の調査をするとともに、調査結果に基づき東京消防庁管内全域で効率的に非常用救急小隊を編成できるよう方面隊本部の所管する範囲を越えて調整する。
- (2) 方面隊長は、方面内の各署隊長に(1)の調査を行わせるとともに、調査結果に基づき方面内で効率的に非常用救急小隊を編成できるよう調整すること。

- (3) 署隊長は、(2)により行った調査結果を方面隊長に報告するとともに、非常用救急小隊を編成できる場合には、編成命令に備えること。

3 編成命令

- (1) 警防本部長は、編成命令において、事前調査の結果に基づき方面隊本部ごとの非常用救急小隊の編成隊数を指定し、必要に応じて非常用救急小隊を編成する消防署を指定する。
- (2) 方面隊長は、編成隊数の指定を受けた場合には、方面内の所属から編成する消防署を指定し、警防本部長（警防課経由）に報告すること。
- (3) 警防本部長及び方面隊長から指定を受けた署隊長は、非常用救急小隊を編成すること。
- (4) 消防救助機動部隊が配置されている方面本部の方面隊長及び署隊長（以下「署隊長等」という。）は、非常用救急小隊の編成が完了したときは、署所端末装置等により当該隊の現況を出場可能とすること。

第4 非常用救急小隊の編成

1 人員の要件

- (1) 非常用救急小隊は、同一署隊の職員をもって編成する。
- (2) 非常用救急小隊は、救急隊長、救急員及び救急機関員の3名により編成し、いずれも東京消防庁職員の技術認定等に関する規程（平成13年3月東京消防庁訓令第15号。以下「技術認定規程」という。）第11条第7号の救急技術の技術認定者（以下「救急技術認定者」という。）とする。
- (3) 救急隊長及び救急員のうち1名以上は、技術認定規程第11条第6号の救急救命士技術の技術認定者とするものとする。ただし、これにより難しい場合は、警防本部長が別に指示する。

2 人員の確保

非常用救急小隊を編成する場合において、通常の警防態勢に欠員が生じるときは、次により人員を補完して警防態勢を確保する

- (1) 平日の8時30分から17時15分までは、毎日勤務員及び交替制勤務員の日勤者により人員を補完する。
- (2) (1)以外の時間帯には、警防本部長が指定したポンプ小隊から人員を補完し、一時的に非常用救急小隊の人員を確保する。

3 車両の確保

非常用救急小隊に使用する車両は、非常用救急車とする。ただし、感染症患者移送専用車は除く。

4 資器材

非常用救急小隊に積載する資器材は、原則として非常用救急車に整備している資器材とし、詳細等については主管課から別に通知する。

第5 服装

非常用救急小隊の隊員の服装は、救急服とする。

第6 編成が長期にわたる場合の措置

署隊長は、インフルエンザ等の流行により、非常用救急小隊の編成を継続する場合には、当番員及び臨時に当番を指定した毎日勤務員により人員を確保すること。

第7 編成の解除

- 1 警防本部長は、対象事象の状況から非常用救急小隊の編成の必要がないと判断した場合

には、速やかに編成命令を解除する。

- 署隊長等は、1の命令を受け非常用救急小隊の編成を解除したときは、署所端末装置等により当該隊の現況を出場不能とすること。

第8 非常用救急小隊の呼称等

1 小隊名

非常用救急小隊を編成した消防署の名称に「第3救急」から編成順に付加し、これを当該小隊名とすること。

2 無線運用

非常用救急車の無線局名の後に小隊名を付加呼称し、次の例により運用すること。

例 「救急丸の内3から東京消防、こちらは丸の内第3救急。」

第9 運用開始日

平成20年7月1日

第10 その他

- 本体制の運用開始に伴い、降雪時依命通達は廃止する。
- 救急事象が同時に多発した場合等の非常用救急小隊の編成については、関係規程等が改正されるまでの間、本依命通達により運用する。

問い合わせ先

警防課計画係			五十嵐	小宮
消電	9-01-	4622	4623	
総合指令室救急管制運用担当			石井	見村
消電	9-01-	5572	7199	
多摩指令室救急管制運用担当			小淵	土屋
消電	9-01-	5592	8119	
救急管理課計画係			三浦	高崎
消電	9-01-	5122	5126	

分類記号 C00001

コールトリアージアルゴリズムの概略

(緊急度・重症度識別の仕組み)

1 言葉の定義

(1) カテゴリー

119番通報の内容から、緊急度・重症度を識別し、分類したもの。

カテゴリーA ⁺	生命の危険が切迫している可能性が極めて高いもの
カテゴリーA	生命の危険が切迫している
カテゴリーB	生命の危険性のあるもの
カテゴリーC ⁺	生命の危険性はないが、搬送に困難が伴うと思われるもの
カテゴリーC	生命の危険性はなく、搬送困難が伴う可能性が低いもの
トリアージ不可	通報からの情報不足等によりトリアージが不可能なもの

(2) 初診時傷病程度

搬送先医師の判断。傷病者収容書に記載された初診時傷病程度。

死亡	初診時、死亡が確認されたもの
重篤	生命の危険が切迫しているもの
重症	生命の危険の可能性のあるもの
中等症	生命の危険はないが入院をようするもの
軽症	入院を要しないもの

(3) ディスパッチレベル

識別結果に応じて、必要な出場部隊の編成を分類したもの。

ディスパッチレベル	2人運用救急隊(A2)	3人運用救急隊(A3)
レベル1	PFA	PA
レベル2	FA	A
レベル3	A	A

(P:消防隊、F:救命活動隊、A:救急隊)

(4) カテゴリー、ディスパッチレベル、初診時傷病程度の関係

カテゴリー	ディスパッチレベル	初診時傷病程度
A ⁺	レベル1	死亡
A	レベル2	重篤
B		重症
C ⁺		中等症
C	レベル3	軽症
不可	レベル2	——

(5) アンダートリアージ

アンダートリアージは次の①および②の判定をした場合をいう。

- ① 重篤・死亡症例を、カテゴリーBまたはC⁺もしくはCと判定した場合。
- ② 重症症例をカテゴリーC⁺またはCと判定した場合。

(6) アンダーディスパッチ

アンダーディスパッチとは現行のシステムとの比較において、生命および後遺症に関する予後が悪化させたと認められるディスパッチとする。

死亡・重篤・重症症例をカテゴリーCと判定した場合、アンダーディスパッチとなる可能性が高い事例となる。

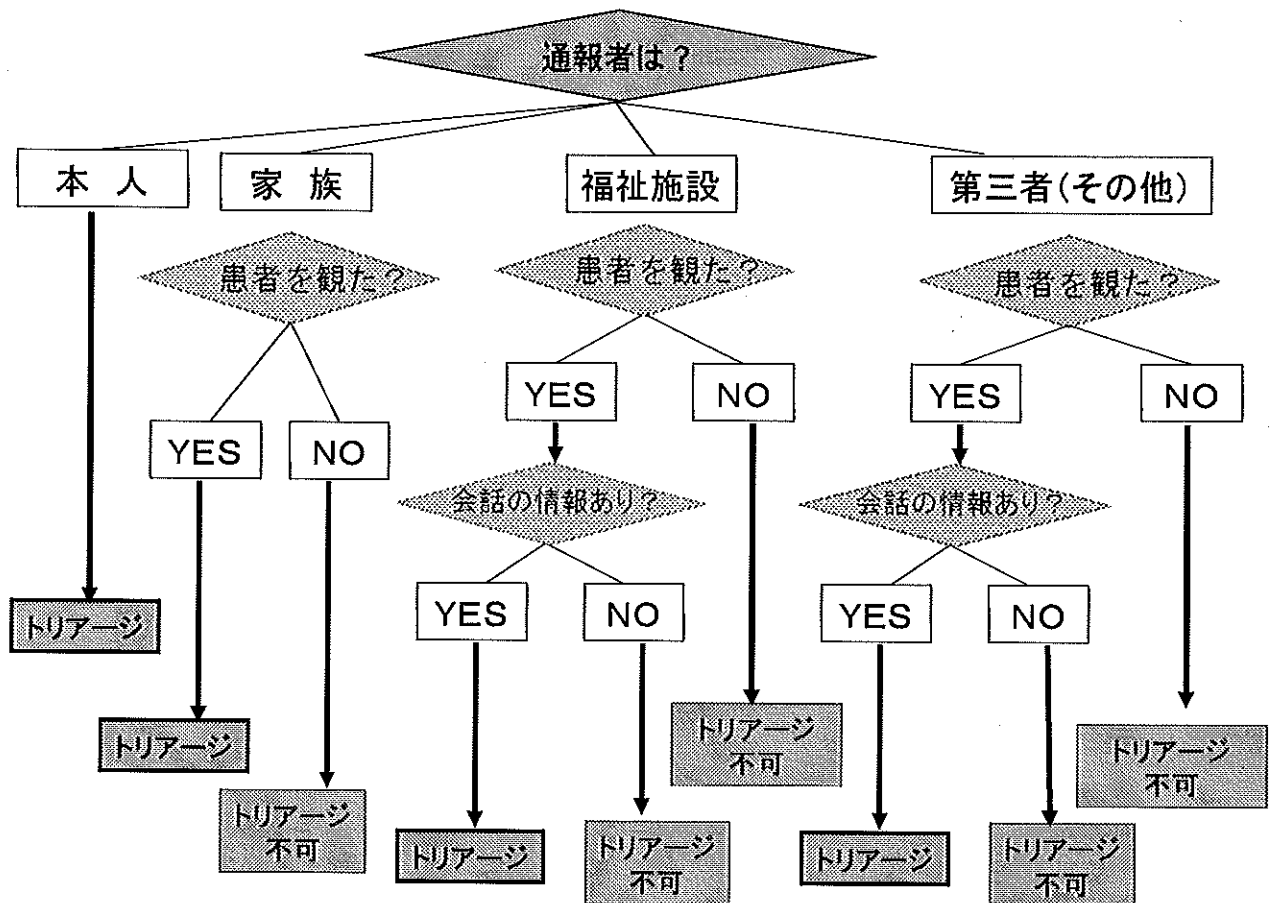
2 コールトリアージの流れ

トリアージは以下の流れに従う。

- ⇒ ステップ1 : フローチャート法による情報の選別
- ⇒ ステップ2 : 計量法によるカテゴリーA⁺の識別
- ⇒ ステップ3 : ピックアップ法によるカテゴリーAの識別
- ⇒ ステップ4 : ピックアップ法によるカテゴリーBの識別
- ⇒ ステップ5 : ピックアップ法によるカテゴリーC⁺の識別

(1) ステップ1 : フローチャート法

情報の精度を確保するために用いられる。通報者の観察状況によりトリアージの可否を決定する。



※「会話情報なし」は会話の状態に対する回答が「わからない」である場合。

(2) ステップ2 : 計量法

ある容態である確立を数量モデル(統計学での関数式)を用いて確立論的に測定する方法。
計量法による識別にはロジットモデル(数量モデル)を用いて、傷病者の生命危険率が10%以上と算出された場合をカテゴリーA⁺と判定する。

CPAもしくはCPAの可能性が高い事例を判別します。

▶ ロジットモデルに用いる因子

通報者が興奮・混乱、傷病者の年齢、意識の状態、呼吸の状態、歩行の状態
発汗の状態、顔色、体位

(3) ステップ3 : ピックアップ法

ある容態を疑わせるようなキーワードをピックアップして識別する方法。

① カテゴリーAを判定(別表1)

ア. 临床上、明らかに生命の危機に瀕していると考えられる項目。

イ. 死亡・重篤症例の占める割合が10%以上の項目または組み合わせ。

② カテゴリーBを判定(別表2)

重症症例の占める割合が10%以上の項目または組み合わせ。

③ カテゴリーC⁺を判定

傷病者が「歩けない」もしくは「歩けるかどうかわからない」場合。

別表1. カテゴリーA識別のための項目および項目の組み合わせ

受傷機転	部位	所見・症状	既往	年齢
1	総頸			
2	水難			
3	銃創			
4	穿通性損傷	頭頸部		
5	損傷	深刻な傷・大出血		
6		意識なし	会話なし	歩けない
7		意識普通でない (意識なし含)	嘔気・嘔吐	
8		意識普通でない (意識なし含)	会話普通でない (会話なし含)	40歳以上 (年齢不明含む)
9		会話普通でない (会話なし含)	呼吸普通でない (呼吸なし含)	40歳以上 (年齢不明含む)
10		蒼白・チアノーゼ	動悸・脈がおかしい	
11		蒼白・チアノーゼ		喘息以外の 呼吸器疾患
12		背腰部痛	高血圧	40歳以上 (年齢不明含む)
13		倒れた		40歳以上 (年齢不明含む)
		臥している		40歳以上 (年齢不明含む)
14		吐血・喀血	肝疾患	
15		腹痛・腹が苦しい	心疾患	40歳以上 (年齢不明含む)
16		突然の片側麻痺		
17		突然の片側しびれ		
18		倒れた	高血圧	
19		運動麻痺	会話普通でない	
20		しびれ	脳疾患	

別表2. カテゴリーB識別のための項目および項目の組み合わせ

受傷機転	部位	所見・症状等	既往	年齢
1 高エネルギー交通事故				
2 広範囲熱傷・気道熱傷・電撃傷				
3 自傷行為				
4 落下				
5 損傷	指趾以外	切断・大損傷		
6 損傷		深刻な傷・大出血の疑い		
7		気道異物		
8		胸痛・胸部不快		15歳以上 (年齢不明含む)
9		具合・気分が悪い	歩けない	
10		具合・気分が悪い		喘息以外の 呼吸器疾患
11		痙攣		40歳以上 (年齢不明含む)
12		運動麻痺		
13		会話普通でない (会話なし含)	意識普通でない (意識なし含)	
14			呼吸普通でない (呼吸なし含)	
15		会話普通でない (会話なし含)	頭痛	
16		意識普通でない (意識なし含)	歩けない	40歳以上 (年齢不明含む)
17		蒼白・チアノーゼ		
18		吐血・咯血		
19		背腰部痛		高血圧
20		激しい頭痛		
21			喘息以外の 呼吸器疾患	70歳以上 (年齢不明含む)
22			悪性腫瘍	
23			心疾患	
24		けいれん持続		
25		けいれん反復		
26		けいれん		脳疾患
27 自動車と歩行者・自転車の事故				
28		運動麻痺		
29		しびれ	会話普通でない	

別図 識別入力フォーム

<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 福祉施設等 <input type="radio"/> 第三者		通報者確認ボタン									
年齢 <input type="radio"/> 4歳以下(乳幼児) <input type="radio"/> 5-14歳(小児) <input type="radio"/> 15-39歳(青年) <input type="radio"/> 40-69歳(壮年) <input type="radio"/> 70歳以上(老年) <input type="radio"/> 不明/不詳	性別 <input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 不明 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 飲酒者	通報者の様子 <input type="checkbox"/> 普通に受け答え <input type="checkbox"/> 興奮・混乱・ぼてている <input type="checkbox"/> 質問に対して非協力的 <input type="checkbox"/> 質問の理解が困難	観察(本人通報聴取不要) <input type="checkbox"/> 患者の容態を観察している、または観察した <input type="checkbox"/> 患者の容態を観察できずし観察できなかった								
全話 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通でない <input type="checkbox"/> しゃべれない <input type="checkbox"/> しゃべらなくなった <input type="checkbox"/> わからない		意識 <input type="checkbox"/> 正常-普通 <input type="checkbox"/> ぼんやりしている(普通でない) <input type="checkbox"/> 意識がない <input type="checkbox"/> わからない									
歩行 <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 誰かに支えられれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> わからない		状態(本人不要) <input type="checkbox"/> 立っている <input type="checkbox"/> 座っている <input type="checkbox"/> 臥している <input type="checkbox"/> わからない	顔色(本人不要) <input type="checkbox"/> 普通-変わらない <input type="checkbox"/> 蒼白-チアノーゼ <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> 蒼白-蒼色 <input type="checkbox"/> わからない								
瞳孔(本人不要) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し大きかっている <input type="checkbox"/> かなり大きかっている <input type="checkbox"/> わからない		既往歴 <table border="1"> <tr> <td>心・大血管疾患</td> <td>聴覚以外の呼吸器疾患</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table>		心・大血管疾患	聴覚以外の呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
心・大血管疾患	聴覚以外の呼吸器疾患										
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり										
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし										
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明										
内因性訴え 胸野・循環器症状 <input type="checkbox"/> 胸痛・胸部不快 <input type="checkbox"/> 動悸・脈がぶかぶか 腹部・消化器症状 <input type="checkbox"/> 吐血・嘔血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛・腹が苦しい		外因性訴え 致死的外傷 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 頭頸部以外穿通性損傷 <input type="checkbox"/> 指趾以外の火傷・大凍傷 <input type="checkbox"/> 銃創 交通外傷 <input type="checkbox"/> 高エネルギー交通事故 <input type="checkbox"/> 自動車と歩行者・自転車との事故 <input type="checkbox"/> その他の交通事故 その他の外因性主訴 <input type="checkbox"/> 転倒・打撲 <input type="checkbox"/> 機械事故 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 体内異物(気道以外) <input type="checkbox"/> 危険生物による咬刺傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷									
神経系・脳症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 激しい頭痛 <input type="checkbox"/> 倒れた <input type="checkbox"/> 背腰部痛(ぎっくり以外) <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 突発片側麻痺 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 突発片側しびれ <input type="checkbox"/> けいれん(脳神経系以外)		薬物・毒物 <input type="checkbox"/> 薬物誤飲・大量摂取 <input type="checkbox"/> 薬物投与 熱傷 <input type="checkbox"/> 冠動脈閉塞・気道熱傷・電撃傷 <input type="checkbox"/> 顔面熱傷 <input type="checkbox"/> その他の熱傷									
婦人科系症状 <input type="checkbox"/> 生殖器出血 <input type="checkbox"/> 分娩 その他 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 息合・気分が悪い・他		整骨・転落 <input type="checkbox"/> 落下(高さ問わず)									
出血・損傷程度 <input type="checkbox"/> 傷なし・出血なし <input type="checkbox"/> 打撲のみ・出血なし <input type="checkbox"/> 傷あり・小傷・小出血 <input type="checkbox"/> 深刻な傷・大出血の疑い <input type="checkbox"/> 深刻な傷・大出血 <input type="checkbox"/> 損傷あるも損傷不明 <input type="checkbox"/> 損傷の有無が不明		外傷の部位 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 顔面</td> <td><input type="checkbox"/> 顔部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸部</td> <td><input type="checkbox"/> 胸部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手足</td> <td><input type="checkbox"/> 顔部</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 顔部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 手足	<input type="checkbox"/> 顔部
<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 顔部										
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部										
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 四肢										
<input type="checkbox"/> 手足	<input type="checkbox"/> 顔部										
命令時間 命令時間・初受診時間 <input type="text"/>		救急事業番号 <input type="text"/>									
生命危険確率 0.0%		カテゴリ <input type="text"/>	デバイス <input type="text"/>								
脳卒中の可能性 0.0%		虚血性心疾患の可能性 0.0%									
入力切替		元に戻す									
<input type="checkbox"/> 喉息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の既往		<input type="checkbox"/> 複数科・災害 <input type="checkbox"/> あんしん電話									

トリアージの結果と効果

横浜市安全管理局 消防司令センターにおける「119番通報時における緊急度・重症度識別」の検証結果
(調査期間:平成19年5月1日8時30分~同年5月14日8時30分)

ステップ5
ピックアップ法を用いたカテゴリ-C+の判定結果

カテゴリ判定	軽症	中等症	重症	重篤	死亡	計
A+	30	39	8	48	30	155
A	217	254	67	18	0	556
B	455	343	92	8	0	898
C+	789	365	5	0	0	1159
C	806	239	5	0	0	1050
計	2297	1240	177	74	30	3818

《搬送先医療機関の医師の判断》

用語の定義 1

患者の容態(傷病程度)に関する用語の定義

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会の基準(H16年)

死亡	初診時死亡が確認されたもの
重篤	生命の危険が切迫しているもの
重症	生命の危険の可能性のあるもの
中等症	生命の危険はないが入院を要するもの
軽症	入院を要しないもの

搬送先医療機関の医師の判断

《司令管制員が判断したもの》

横浜ディスプレイシステムのカテゴリ分類

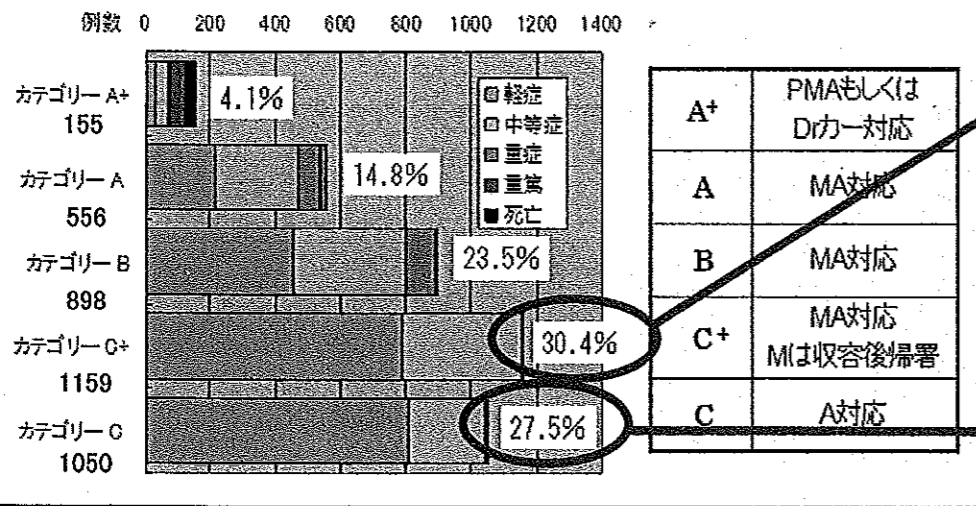
カテゴリ-A+	生命の危険が切迫している可能性が極めて高いもの	PMAもしくはDrカー対応を想定
カテゴリ-A	生命の危険が切迫している可能性があるもの	MA対応を想定
カテゴリ-B	生命の危険性があるもの	MA対応を想定
カテゴリ-C+	生命の危険性はないが、搬送に困難が伴うと思われるもの	MA対応、Mは患者収容後掃署を想定
カテゴリ-C	生命の危険性はなく、搬送に困難が伴う可能性が低いもの	A対応を想定

PMA : ボンプ車・ミニ消防車・救急車の連携
MA : ミニ消防車・救急車の連携
A : 救急隊単独

上記の表を
グラフ化すると

※ 死亡・重篤は、B以上で判定
※ 重症以上の症例の98.2%をカテゴリ-C+以上で拾い上げ

トリアージの結果とディスプレイ



30.4%のうち、約7割は、2名での搬送が可能。この場合、1台2名(M)は、傷病者を車内収容後、出場可能な状態に！
この効果は12%の効率化に相当する。

27.5%については、2台4名(MA)のうち、1台2名(M)は、待機状態。
重複して発生した救急要請にもMが迅速な救命処置を実施。

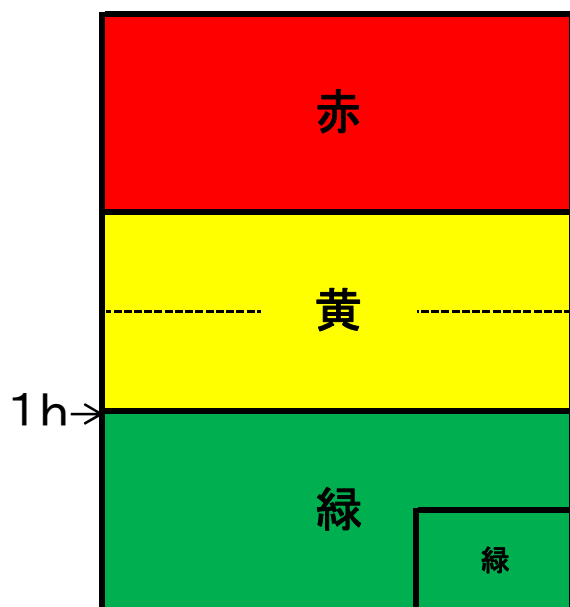
合計、救急出場全体の40%程度に対して
パワーを温存できる。

・1年間の死亡、危篤状態の傷病者は約4,800人、このうち約4割の2,000人に対して、2分の遅れが生じている。
・この2,000人のうち約40%、800人に対して2分の遅れを防いで、素早い救命処置が可能になる。

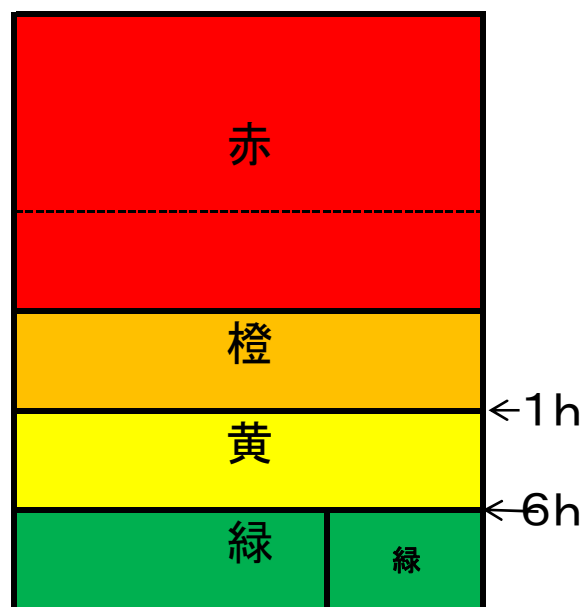
緊急度及び対応方法

色	緊急度	対応方法
赤	レベル1(一刻も早いCPR)	救急車+ポンプ、Dr.カー等
黄	レベル2(緊急受診(1時間以内))	救急車
緑	レベル3(早期受診(6時間以内)もしくは病院受診)	非救急車、救急相談等

119



#7119



「電話救急医療相談プロトコールー電話による傷病の緊急度・重症度評価のためにー」から抜粋

表1 緊急度カテゴリーと対応例

カテゴリー	全般(例)	痛み(例)	対応	相談者への説明(例)
「赤」カテゴリー	Aの障害、Bの障害(呼吸不全)、Cの障害(ショック)、意識障害、痙攣発作、大量出血、激痛など。	激痛(耐えられない)。 しばしば今までで最悪、経験したことのないような痛みで、痛みのためにその他の動作ができない。	119番への転送(「赤」対応)。	お話を聞きしましたところ、『今すぐ救急車で』病院に行かれたほうがいいと思います。119番に回しますのでそのままお待ちください。
「橙」カテゴリー	高熱(小児)、持続する嘔吐、強い痛みなど。	強い痛み(耐えられるが強烈な痛み)。 我慢すれば他の動作ができるが忘れることはできない。	救急車以外による緊急受診が必要(「橙」対応)。	お話を聞きしましたところ、『今すぐ』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。
「黄」カテゴリー	意識消失歴、はっきりしない病歴など。	痛み(何らかの痛みがある)。 痛みはあるが、他の動作が制限されていない。	救急車以外による早期受診が(6時間以内を目安とする)が必要(「黄」対応)。	お話を聞きしましたところ、『これから』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。
「緑」カテゴリー	微熱など。		緊急性は低い。救急車以外による当日ないしは翌日の日勤帯の病院受診を勧める。週末の場合には希望に応じて病院案内を行う(「緑」対応)。	お話を聞きしましたところ、『明日には(週末なら明後日も含む)』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。

※ 東京都#7119における具体的な運用例は「Appendix1」を参照。

- ①救急車要請を必要とする状態(「赤」カテゴリー)
- ②救急車要請の必要はないと判断できるが、少なくとも1時間以内の緊急受診を必要とする状態(「橙」カテゴリー)
- ③6時間以内を目安とした早期受診を必要とする状態(「黄」カテゴリー)
- ④当日ないし翌日日勤帯の病院受診を必要とする状態(「緑」カテゴリー)

緊急通報解析フローチャート2008-08 draft-Version 4.0

「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「どなたがどうされましたか？(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患者をみましたか？

↓
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

CKW 1-1「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
CKW 1-2「脈なし」	脈がない	心肺停止	心臓がとまっている	
CKW 1-3「水没」	沈んでいる	水没していた		
CKW 1-4「冷たく」	冷たくなっている			

12 感冒

non-A

口語
表現

「風邪をひいた」「咳や痰が出る」「だるい」「インフルエンザかも…」など

Q7 主訴に関わる項目の確認 (いつから、どの程度の期間、強さなど)

Q8 以下の項目に該当するか

1. 発熱 (40℃以上) があり、ぐったりしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい
2. (鼻づまり以外で) 呼吸は苦しいですか？/息苦しいですか？	<input type="checkbox"/>	
3. 激しい頭痛はありますか？	<input type="checkbox"/>	
4. 首が固くなった感じ [または] 首の痛みはありますか？ (頸部強直)	<input type="checkbox"/>	
5. 痙攣していますか？	<input type="checkbox"/>	
6. 喉が痛く、つばをまったく飲み込めませんか？	<input type="checkbox"/>	

→髄膜炎

Q9 以下の項目に該当するか

1. 発熱 (40℃未満) があり、ぐったりしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	選定科
2. 尿量が減ったり、尿の色が濃くなったりしていますか？ (脱水徴候)	<input type="checkbox"/>		内科
3. 皮膚や唇が乾いていますか？ (脱水徴候)	<input type="checkbox"/>		内科
4. 喉がどても渴きますか？ (脱水徴候)	<input type="checkbox"/>		内科
5. 立ちくらみが起きましたか？ (脱水徴候)	<input type="checkbox"/>		内科
6. 「大きな病気」(免疫不全を引き起こす基礎疾患：心疾患・肝臓病・糖尿病・ステロイド常用・癌・その他の感染症など) を治療中ですか？	<input type="checkbox"/>		内科 (かかりつけ)
7. 発熱はありますか？ [かつ] 全身 (体の広い範囲) が赤くなっていますか？ [または] 発疹 (体が赤くなっていたり、蕁麻疹のようにブツブツが出ている) がありますか？	<input type="checkbox"/>		内科

14 『発疹・蕁麻疹』
79 『麻疹 (はしか)』

Q10 以下の項目に該当するか

1. 耳の奥の痛み (鼓膜の痛み) がありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	選定科
2. 鼻の痛み・鼻の周りや額の痛みはありますか？	<input type="checkbox"/>		内科・耳鼻咽喉科
3. 激しい咳はありますか？	<input type="checkbox"/>		内科 (呼吸器内科)
4. ごく最近、海外へ行きましたか？ (海外渡航歴)	<input type="checkbox"/>		内科 (呼吸器内科)
5. 喉の痛み・首のリンパ節周辺の痛みはありますか？	<input type="checkbox"/>		内科 (呼吸器内科)・耳鼻咽喉科

28 『耳痛 (耳漏)』
→副鼻腔炎
1 『呼吸困難』
15 『咽頭痛』

Q11 以下の項目に該当するか	はい	選定科
1. 汚い痰、黄色～緑色の痰（膿性痰）はありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
2. 血が混じった痰（血痰）はありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
3. 鼻汁は大量ですか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
4. ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
5. 周囲に同じような症状の人がいますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）

Q12 以下の項目を再確認する

1. 高齢者（65歳以上）か？〔または〕小児（15歳以下）か？〔または〕妊婦か？	はい	↑ 選択した緊急度をさらに上げることが考慮する。または医師に助言を求めめる。
2. 歩行不能か？〔または〕移動手段をもたないか？	<input type="checkbox"/>	

上記のすべての項目に該当しない場合（適宜医師に助言を求めめる）

現時点では緊急性はありません。ただし症状が悪化した場合、変わらず続く場合、他の症状が出現した場合には、診療所や病院への受診をお勧めします。



□ 頭指導

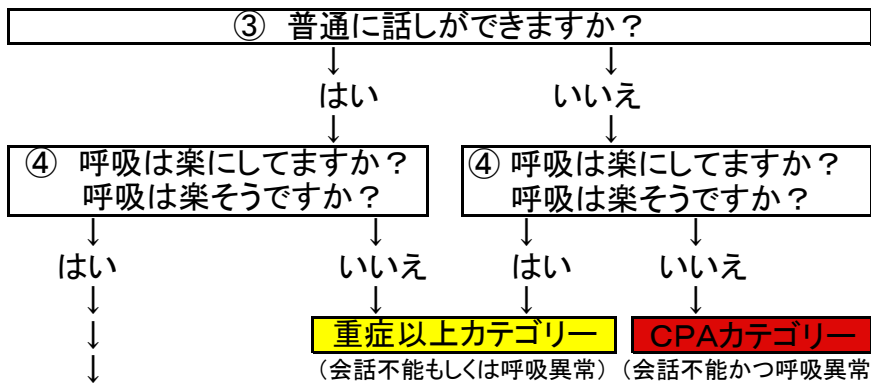
- 飲んだり食べたりできるなら、適温の水分（湯冷まし）などを少しずつ試す。
- 発熱がある場合、（頭部・頸部・腋窩・鼠径部などを）適度に冷やす。
- 周囲に拡散させないよう、マスクを着用する。
- 熱がさらに上がる場合は、早期の医療機関受診を勧めめる。



関連する プロトコール

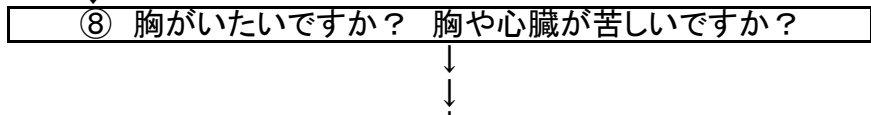
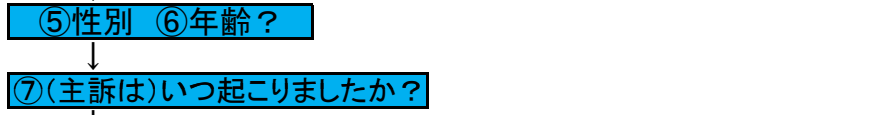
- 1 「呼吸困難」 7 「頭痛」 13 「発熱」 15 「咽頭痛」

コール・トリアージ・プロトコル改訂案(非外傷)

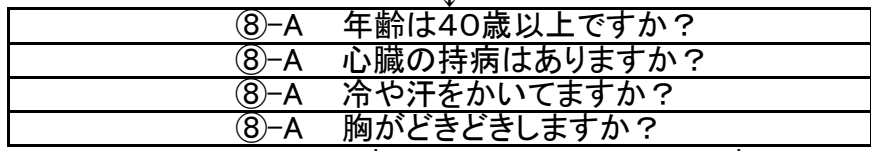


CKW2-3「意識障害」	意識がない	意識消失	意識呼吸がない	呼びかけに反応なし・返事がない
	反応がない	起きない	意識が遠のく	泡を吹いている
	意識状態が悪い	意識を失った	昏睡状態	

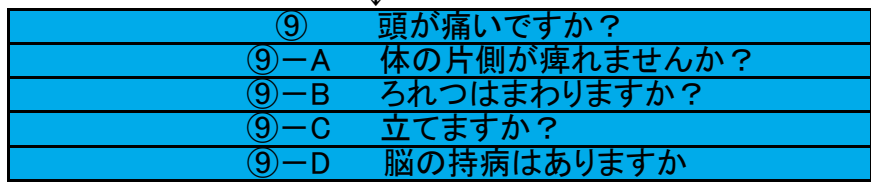
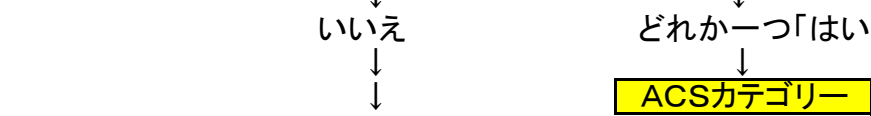
CKW2-4「いびき」	いびきをかいて	いびき呼吸	うなっている		
CKW2-5「窒息」	のどをつまらせた	気管に入った			
CKW4-2「呼吸異常」	呼吸が苦しい	息が苦しい	呼吸(状態)が悪い	息苦しい	息が荒い
	呼吸の苦しき	呼吸が浅く苦しき	呼吸困難	過呼吸で苦しき	肩で息してる
	息が荒く苦しき	息が出来ない	呼吸が早い	肺炎	



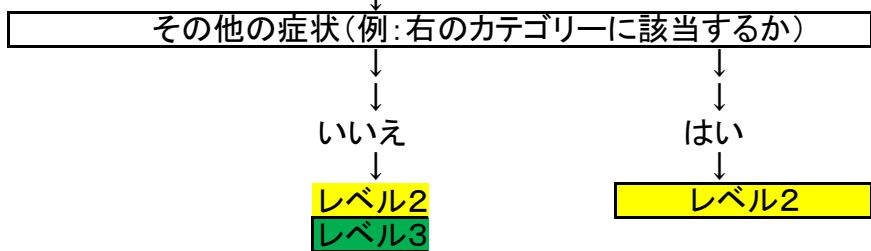
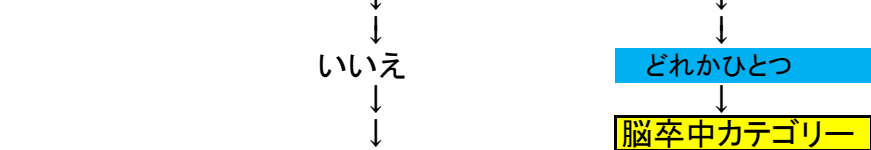
CKW5-1「胸痛」	胸が痛い	胸の痛み	胸部の痛み	心臓が痛い	心窩部痛
CKW5-2「胸部苦悶」	胸が苦しい	胸苦しい	胸の苦しき	心臓が苦しい	心臓発作
	心臓の具合が悪い		心臓が締めつけられる		



CKW6-1「心疾患既往」	狭心症	バイパス	ニトロ	ペースメーカー	心不全
CKW6-2「汗」	冷や汗	発汗	汗をあいている		
CKW6-3「動悸」	動悸	頻脈	不整脈	どきどきする	



CKW7-1「頭痛」	頭が痛い	頭の痛み	後頭部痛	前頭部痛	頭部の痛み
CKW8-2「麻痺」	半身麻痺	半身の痺れ		片側上下肢の脱力	
CKW8-3「構語障害」	ろれつが回らない	言葉がもつれる	言語障害		
CKW8-1「立てない」	立てない	動けない	歩けない	起き上がれない	



CKW11-1「薬物中毒」	
CKW11-2「喀血」	
CKW11-3「ショック」	
CKW11-4「尿疾患」	
CKW11-5「産科」	
吐血・下血	
顔面蒼白・冷汗	
人工透析	
尿・便失禁	

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	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			主訴コード f4
通報者 f5	1 本人 2 本人以外 [3 家族 4 警察官 5 通行人 6 不明 7 その他(f5.0)]		

②患者を見ましたか c1	1はい 2いいえ
--------------	----------

↓

①の回答に、キーワードが含まれなかった場合	
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 5指令員判断 (c2.0 理由)

↓

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 2.7指令員判断 (c3.0 理由)	
⑤	口頭指導 CPR 口頭指導 口頭指導 口頭指導 ⑤

↓

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また、いつ起こりましたか? c6	1直前 2数時間前(2-3時間前) 324時間以前 4それ以前
-------------------	---------------------------------

↓

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 5指令員判断(c7.0 理由)		
⑧-A	⑨	
⑧-A	40歳以上? c70	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c70.0 理由)
	心臓の持病? c71	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c71.0 理由)
	冷や汗? c72	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c72.0 理由)
	胸がどきどき? c73	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c73.0 理由)

↓

⑨ 頭が痛いですか? c8	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c8.0 理由)
⑨-A 体の片側が痺れませんか? c80	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c80.0 理由)
⑨-B ろれつはまわりますか? c81	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c81.0 理由)
⑨-C 立てますか? c82	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c82.0 理由)
⑨-D 脳のはり病はありますか? c83	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c83.0 理由)

その他 c9	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
--------	---

⑧x-1	1 協力的 2 非協力的 3 一方的切断 (x-1.0 理由)
------	---------------------------------

通報内容等

緊急度レベル	1 2 3
--------	-------

覚知・事案番号	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	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	主訴コード f4
通報者 f5	1 本人 2 本人以外 [3 家族 4 警察官 5 通行人 6 不明 7 その他 (f5.0)]

②患者を見ましたか c1	1はい 2いいえ
--------------	----------

①の回答に、キーワードが含まれなかった場合

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 5指令員判断 (c2.0 理由)
-----------------	--------------------------------------

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 2.7指令員判断 (c3.0 理由)
⑤	口頭指導 CPR 口頭指導 口頭指導 口頭指導 ⑤

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また、いつ起こりましたか? C6	1直前 2数時間前(2-3時間前) 324時間以前 4それ以前
-------------------	---------------------------------

因はなんですか? 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 2非交通[3一般 4加害 5労災 6自損 7運動 8その他(m1.0)]	
	受傷機転	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
		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	転倒 m13	1階段 (m13.0) 段
		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落下物 7飛来物 8溺れる 9機械 10縊頸 11衝突 12その他 (m16.0)	

⑨どこ (どの部位・場所) をけがしていますか? m2	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会陰部 11四肢 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 18指令員判断(m2.1 理由)
-----------------------------	---

⑩どんな怪我をしていますか?どんな症状ですか? m3	出血 (1中 2止血済み) 軟部組織鈍的損傷 (3打撲 4擦り傷 5ねんざ) 6骨折 7脱臼 8剝脱創傷 9切断 10痺れ 11アキレス腱 12負傷 13痛み程度 強 14その他 (m3.0) 15不明 16患者拒否 17指令員判断(m3.1 理由)
----------------------------	--

⑩x-1	1協力的 2非協力的 3一方的切断 (x-1.0 理由)
------	-------------------------------

通報内容等	
-------	--

トリアージに関する法的検討課題

1. トリアージ基準

①法的責任（トリアージにおける判断ミス等により、患者に死亡等の結果が発生した場合など）

昨年度の検討課題だが、制度設計の具体化を受けて引き続き検討する。

②トリアージ基準の適切さ

具体的な基準の適否を法的に議論することは困難だが、法的に考慮すべき事項や考慮すべきでない事項は明らかにしうる可能性がある。

③救急制度の地域格差について

重症度・緊急度判定の地域による基準の違いがどこまで許されるか。

トリアージでの判断ミスよりも、つねにトリアージをしなければならない切迫した状況に地域が置かれているのであれば、後者が問題とされる場合もあり、トリアージ単独での評価にはならない可能性がある。

2. トリアージの実施・不実施の判断

どの程度の切迫状況下であればトリアージの実施が法的に正当化されるか。

一般的には、給付行政において給付内容に限界が設定されるのは当然だが、無条件に給付される場合と条件付きで給付される場合の区別は合理的でなければならない。

3. トリアージ実施体制の在り方

各地域でのトリアージ判断の責任体制を明確にする。

切迫状況のトリアージ実施判断や個別のトリアージ判断の最終的責任が誰に帰属し、指令員の指導・監督を含む態勢をどのように制度化するか。（MC 協議会との関係を含む検討を要する。）