

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について少し議論した上で、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、事務局のほうによろ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ところ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けれども、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時間ぐらいを除けば普通の運用で済んでいると。そして、この20時間ぐらいに関しては、予備隊も含めてかなり増強して頑張って、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い運用されているか、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ね。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いますので、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こと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つの議論かと思います。

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います。

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、急きょ、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ただけで何とかこなすと。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ということですから、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と、待てないのではないかと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、つまり運用を変えると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。そのとおりだとは思いますが。

「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ありますけれども、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は思っています。

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す。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、そ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と、そういったデータを集めるのも非常に難しくなっておりますので、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はあります。

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かとか、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%以上出て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、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が、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が、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」ですが、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でありますと、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つてはレベル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、ちょっと数値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と、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すけれども、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はいるわけですが、まだまだ年齢のところとか、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と、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に、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。赤のところでは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と、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、これでまず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、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、どちらなのですか。

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してやってくれ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つの問題があつて、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おります。

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えます。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いうところになったら、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でございます。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でございました。

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えます。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が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な意見を聞いた中で、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、よろしくお願ひ申し上げます。

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 —