

**救急業務高度化推進検討会**  
**第3回救急指令・相談業務作業部会**  
**議事録**

- 1 日 時 平成22年2月24日（水）
- 2 場 所 三田共用会議所 大会議室
- 3 出席者  
メンバー 坂本座長、鈴木氏（小野委員代理）、桑原委員、佐々木委員、  
鈴川委員、高野委員、谷川委員、田原委員、西原委員、畑  
中委員、林委員、大塚氏（藤井委員代理）  
オブザーバー 久保田主任研究官  
消防庁 開出室長、和田補佐、森田補佐 以下3名  
欠席者 石井委員、ヨーコ・ゼッターランド委員
- 4 会議経過

- 1 開会 [事務局]

- 2 委員紹介

- 3 資料確認

事務局より資料の確認がなされた。

- 4 議 事

**【座長】**

皆様、お忙しいところ、ありがとうございます。それでは、早速ですが、本日、第3回作業部会の議事を進行していきたいと思っております。まず、お手元の資料につきまして、事務局のほうから資料確認をお願いいたします。

**【事務局】**

それでは、資料を確認させていただきます。まず、本作業部会の次第、構成員名簿、

続きまして席次表ということになっております。続いて資料に入ります。資料1としまして横長のものが1冊、資料2といたしまして同じく横長のものが2冊、これは前回、第1部、第2部とさせていただきました救急指令と相談業務をそれぞれ1、2としておられます。続きまして、別添資料としまして横長が1冊、別添資料2としてカラー刷りが1部、資料3としまして同じく縦のカラー刷りが1部、資料4としまして縦長のものが1部、これは、大きな資料1、相談業務の別添資料となります。別添資料5としまして、救急指令・相談作業部会の報告書（案）ということで、これにつきましては、前回までご議論いただきました救急指令部分についてのみの報告書案となっております。続きまして、前回の議事録が1冊です。以上でございます。落丁等ございましたら事務局までお申し出ください。

#### 【座長】

ありがとうございました。この作業部会では、主に、重傷者・緊急度の高いものに対して、特にPA連携等の体制を勘案した上での通信指令での内容と、もう1つは、119番通報、もしくはそれに至る前の救急相談という部分と、大きく2つに分けて議論しているわけですが、過去2回で、緊急度の高いもの、及びPA連携等、あるいはそれにかかわる問題点等についてはだいぶ議論が尽くされてきたと思います。いつも時間切れで、救急安心センターを初めとする相談業務の部分が今まで十分議論ができておりませんでしたので、きょうはまずこちらのほうから先に始めて、この部分の議論を十分行って、残った時間で通信指令の部分について、新しい情報を議論していただければというふうに思います。それでは、資料に従い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】

それでは、資料1の2ページをお願いいたします。本日は、救急相談の関係につきましては、5点の検討事項ごとに区切ってご議論いただきたいと考えております。議論に先立ちまして、東京消防庁においては、既に救急相談事業をやられておりますので、その過去2年間の実績等についてまずご説明をいただきたいと思いますので、よろしくお願いたします。

#### 【〇〇委員】

東京消防庁の過去2年の実績ということでございますが、第1回目の本作業部会で概略はご説明させていただいておるかと思っております。本日は、昨年、要は最近の状況という

ことでご説明をさせていただければと思います。別添資料1の1ページをごらんください。これが、平成21年の救急相談センターの受付状況、医療機関案内状況という実態でございます。総受付件数といたしましては、約31万件で、前年対比3万5,000件の増ですが、特に増加が顕著なのが救急相談です。救急相談が、前年が3万4,000件程度であったのに対して、21年は約5万3,000件程度で1.5場合の増加を示しております。これに伴いまして、ほぼ同じ人員で対応しておりますので、相談を希望するという事でかけていただいた方に対して、「今、相談看護師がすべて対応中ですので、再度おかけ直しください」というような案内をしたかけ直し依頼が8,000件ほどになっておりまして、これも相談件数の増加とあわせて約1.5倍になっているという状況です。その後、区間を区切って同様の数字が並んでおりますので、それは説明を割愛させていただきまして、4枚ほどめくっていただきますと、各月ごとの救急相談センターの受付状況が示されています。大体、医療機関が休みになる年末とゴールデンウィークと9月というのが、それぞれ相談受付件数が多くなる1つのピークになっております。1月というのが、受付件数も約3万件で多く、次に、ゴールデンウィークの5月が、受付件数が3万件を超えるぐらいになってきております。次に、9月が、3万件近い、2万8,800件を超える受付件数になっておりまして、以降、12月に再度3万件に近い、2万8,000件程度の月ごとの受付件数になっております。受付自体は、少し波を打ちながらも、各月をトータルしてみますと、前年1月から12月にかけて右肩上がりです。受付も増加しておりますし、相談件数も基本的には右肩上がりです。また、総受付件数に占める相談の割合に関しましても、平成21年1月が約14%であったのに対して、平成21年12月は19%と、約2割に近い形になっております。これは、救急相談センターという名前の相談という部分に関して、東京都の都民の方々がどういう機能を果たしているところかというのを理解いただき始めたからかと思っているところです。ちなみに、昨年7月に東京消防庁が実施しました都民向けのアンケートで、救急医療相談センターをご存じですかというアンケートに対して、知っていますと答えていただいた方は3割弱でございます。3割弱でこのぐらいの件数に上っているというのが実態です。今年になって、平成22年2月21日、つい先日の日曜日の時点で、約1カ月半過ぎた状況で、総受付件数が4万4,025件、医療機関案内が3万3,300件、救急相談センターが9,488件になっておりまして、受付件数に占める相談の割合というのが21.6%、約22%になってきております。皆様に機能を知っていただくとともに、救急相談の割合がふえているというところで

ざいます。一番最後のページは、当庁の救急相談センターに、相談員というので、24 時間東京都医師会から派遣をいただいて、ここにいらっしゃいます坂本座長にもたまにはおいでいただいておりますが、その相談員の取りまとめを相談医長という形でお願いしております、帝京大学の森村先生にまとめていただいた資料でございます。これは、平成 20 年度の受付に対して、救急相談がどういうふうな形で緊急度判断をして、救急要請までつながって、どういう結果になっていますというのが、上から段階によったフローで示させていただいております。受付件数が約 28 万件の中で、そのうち相談の占める割合が、20 年のトータルとしては 12%強でございました。ですので、21 年のこの表をまとめると、ここが約 15~16%にふえるぐらいの割合になっています。これは 20 年中のデータです。「プロトコルに従った緊急度評価」ということで、これはどういうことかと申しますと、相談を希望される方が、看護師と会話をしながら、看護師が、救急相談センターが使っております緊急度判断のプロトコルに応じて判断した結果の割合が、ここで、赤が「すぐに救急車で医療機関に行かれたらどうですか」という緊急度、橙が「救急車で行くほどではないですが、すぐに行かれたらどうでしょうか」、黄色が「おおむね半日以内には行かれたらどうでしょうか」、緑が「医療機関が診療している時間帯に行かれたらどうでしょうか」、青が「様子見でいかがですか」ということで、その他、対象外というのがあります。ご覧のとおり、看護師がプロトコルに従った判断で、赤対応というのが約 22%、そのうち、看護師がすべてプロトコルで対応しているわけではなく、医師の助言を仰ぎながら行っております。約半分の相談に関しては、24 時間、相談員の方に詰めていただいておりますが、何らかの形でその相談員の助言を受けながら相談を進めております。具体的にどういう助言かと申しますと、例えば、相談者の方がおっしゃった症状に対してどのプロトコルを適用したらよいですかというような助言とか、相談を進めていくうちに緊急度判断で微妙なもの内容とか、約 108 のプロトコルを用意しているのですが、そのプロトコル以外の内容に関して医師の助言を受けながら行っております。その医師の助言に基づく最終判断として赤、すぐに救急車というのが 18%、橙が 36%強になっておりますのが、次の段階です。その最終的な相談の結果、119 番転送と申しまして、救急相談センターというのは、東京消防庁の総合指令室、災害救急情報センターとあって、119 番を受け付けて消防車や救急車を出す指令室の中にございまして、すぐそちらのディスパッチャーのほうに転送した案件というのが相談の中の約 13%ございます。その結果、医療機関に搬送して、中等症以上になった方という

のが、一番下の段をごらんいただくと、中等症、重症、重篤、死亡というのをあわせると、約 31%に上っているということでございます。救急相談センターの設立の目的というのは、必要な方に速やかに救急車を差し向けるということで、ある意味では、救急需要の抑制もねらった部分がございますが、実際に始めて3年がたった現在のデータを見ますと、単に救急需要という視点ではなくて、なかなか119番をかけていらっしやらない、潜在的な救急需要を掘り起こす役割に非常に役立っているのではないかと思います。一番下の段に死亡というのが3件ございますが、これは、どういう話かと申しますと、相談に至った段階で「実は息をしてなさそうなんだけど」とか、そういった形で、既に相談の段階でバイタル的には死亡の徴候があったという状況が3例入っているというのが実態です。ちなみに、この相談に至る前、通信員というのがすべての電話を受け付けますが、その通信員の段階でも、息をしていないとか、脈がないとか、水没しているとか、体が冷たくなっているとかというのは、たとえ相談を希望されておりましたも、すぐに119番で救急車を転送するというシステムで動かしております。以上、東京消防庁の救急相談センターの最近の状況と相談結果の内訳でございます。

**【座長】**

ありがとうございました。先行して動いている東京の救急相談センターの最近の統計についてご紹介いただきました。別添資料1の下から3行目に「相談前救急要請」というのがございますけれども、これは、今お話のものも含めて、相談員に行く前に、つまり、看護師が出る前に電話を受けた受付係が、一定のプロトコールで、これはもう救急要請がいいということで、そっちに回してしまうというものが含まれているということですね。あと、一番最後のところから2枚目で、後でまた#8000等との連携ということもありますけれども、東京の救急相談センターから、東京の#8000に電話を回したというのは、他機関転送のひまわりの中の母と子の健康相談室のところの数でよろしいでしょうか。

**【〇〇委員】**

そうです。

**【座長】**

非常に少なく、年間で10件程度しか転送していないので、同じようなものがお互いにあまり転送しあわないで独立して存在しているということで、これはまた後で参考になると思います。ちなみに、東京の#8000の相談件数というのは把握されていますか。

**【〇〇委員】**

データはいただいているのですが、今ちょっと頭に入っておりませんので、お答えすることができません。申しわけございません。

**【座長】**

わかりました。それもまた考えてみたいと思います。東京について何かご質問はございますか。これからことしのモデル事業、安心センターのお話をいろいろ伺いますけれども、よろしいですか。それでは、後の議論の中で、東京はどうなっているのかということがあれば、また西原委員にお尋ねすることにして、次の議題に入っていきたいと思います。それでは、資料1の2ページ目の1)から始めるということで、事務局、よろしいでしょうか。

**【事務局】**

それでは、資料1の3ページをお願いいたします。まず初めに、他事業との整理・連携についてという議題についてご議論いただきたいと思います。#7119に類似するような事業としていくつかの例を挙げております。まず初めに、小児救急相談事業（#8000）でございます。都道府県の地域の小児科医による小児患者の保護者等向けの電話相談体制ということでございます。実施状況としては、平成16年度より国の補助事業として全国展開を開始しておりまして、現在46都道府県で実施されております。24時間365日体制で実施されているものでなく、多くの団体につきましては、平日の昼間体で実施されておらず、夜間帯のみ実施している団体が多いという状況でございます。また、0時以降も相談を受け付けているという自治体につきましては、11団体という状況になっております。これにつきましては、別添資料2という資料をお配りさせていただいておりますので、後ほど〇〇委員からご紹介等があるというふうに考えております。それから、医療機関案内事業ですけれども、これにつきましても、実施状況に書いておりますが、国の補助事業として現在43都道府県で実施されておりまして、救急医療情報センターの一環として、地域の医療機関に関する情報をインターネット上で公開し、医療機関の検索が可能になっているほか、地域によっては電話による問い合わせの窓口を設置しているという状況でございます。それ以外の相談窓口として、下にその他ということで幾つか掲げておりますけれども、中毒110番であるとか、関西いのちの電話ということで、自殺の関係の相談、あるいは、地域によっては医療相談なんでも窓口ということで、診療だけではなくて、医療制度など医療全般についての相談、そういった窓口を

設置しているところもあるところがございます。4ページをお願いいたします。これは、前回もお出した資料でございますけれども、救急安心センターモデル事業の過去3カ月の実績を年齢別にまとめたものでございます。相談対象者の年齢について見ますと、5歳未満が23.9%、15歳未満が55.8%となっておりまして、相談対象者の大半を小児が占めているという状況でございます。その相談内容につきましては、小児については発熱が多いという状況になっております。5ページをお願いいたします。これは、愛知県の#8000の受付件数の状況でございます。2008年と2009年を比べておりますけれども、2009年のほうが2008年より受付件数がふえておりまして、安心センターが始まった10月以降について見ると、非常に大きくふえているという状況でございます。これは新型インフルエンザの影響で大きくふえておりまして、安心センターが始まったことによって減るのではないかと考えておりましたけれども、その点について検証はできなかったという状況でございます。主訴としては発熱が最も多いということで、この点については#7119とほぼ同じ傾向を示しているという状況でございます。6ページをお願いいたします。他相談事業との整理・連携につきまして、モデル事業実施団体にアンケートをいたしておりますので、その結果をまとめております。現在の連携に関する取り組み状況でありますけれども、救急医療情報センターと同じ場所に救急安心センターを設置することによってスムーズに連携を図っている、これは愛知県でございますけれども、そういう状況がございます。また、小児の専門的な相談については#8000を案内するなど、役割分担を行っている、あるいは、広報する際には、#7119のほか、#8000など関連事業もあわせて広報しているといったような取り組みが行われているところでございます。今度の課題につきましては、#8000や医療機関案内と事業が重複している部分がありますので、県民の利便性向上の観点からも、事業の統合についても検討すべきでないかというご意見、あるいは、#7119と#8000の役割分担が県民に浸透していないのではないかという意見。また、こういったものを統合していくのか、すみ分けしていくのか、検討が必要であるという意見。それから、既存のサービスを受託している団体との調整も必要である、そういったご意見をいただいているところでございます。7ページをお願いいたします。他相談事業との整理・連携についてのまとめでございます。小児救急相談事業（#8000）や救急医療情報センターなど、ほかの相談事業との対象、あるいは内容に重複が見られるというようなこと、それから、役割分担が明示されていないために、利用者の方から見ると窓口がわかりにくいという状況がございます。今後の議

論の方向性といたしましては、サービスの内容、対象に重複が見られるため、窓口の統合、あるいは受付の一本化も含めて、利用者本位の事業の整理・連携が必要ではないかと考えております。また、利用者の方に、各相談事業の役割分担を周知することも必要ではないかというふうにも考えております。それから、最初から整理・統合というのは非常に困難かと思いますので、まず、地域において各相談事業の関係者の方が集まって、連携方法、あるいは相談方法等について共有できる場というのを設けていくことも必要ではないかというふうに考えているところでございます。説明については、以上でございます。

#### 【座長】

ありがとうございます。他相談事業との整理・連携ということで、資料を使ってご説明いただきました。そもそもこの相談事業の中の仕事というのは、業務としては大きく3つあるのです。1つは、救急医療にかかわる、本当の意味での医療の内容の相談ですね、そういう症状に対してどうしたらいいかという相談、あるいは病院に行くべきかというふうな相談、もう1つが、医療機関案内、どこに行ったらその診療科があるかということ、3つ目が、その中で救急車を要する場合には、救急車の手配、あるいは連携というような3つの業務がまずあって、それぞれやっている母体が、その相談というのが新しい部分、それから、医療機関案内というのは、別の事業として既にあると。もちろん、救急車というのは、通常の消防本部の通信指令でやっていることであると。それから、もう1つは、別のベクトルで、相談という内容が、今回、救急相談ということで広く包括的にやっているわけですが、先行するものとして小児に関する#8000、あるいは、特に精神科にかかわる心のケアに関する電話相談、さらに特化したものとしては中毒110番等ということで、同じ相談をするにしても、どこの相談先に電話したらいいかわからないという問題点と。その両方のベクトルの問題があって、これが非常に使いにくくしているのではないかというご意見だったと思います。東京で救急相談センターを始める際も、そこは非常に大きな問題として、東京の場合は福祉保健局で#8000なりメンタルヘルスのことはやっているわけですが、そちらの担当者を読んでさんざん議論はしましたけれども、最終的には、統合してスタートというわけにはいかなくて、独立しながらも、お互い多少情報提供しながらやっているという状況です。この点に関して、今まとめということでは、統合ということを考えるべきではいか、あるいは、最低限協議が必要ではないかというふうなことがここに書いてございますけれども、

現在、相談事業をやっている方々からこの辺のご意見を伺えればと思うのですが、いかがでしょうか。

#### 【〇〇委員】

それでは、私は#8000の担当をやっておりますので、その辺から話を進めさせていただきます。簡単にお話ししますので、ご質問がありましたらどうぞ。別添資料2をごらんいただきたいと思います。#8000という電話番号は、平成16年8月に、厚労省の指導課が全国展開をして、モデル事業ということで、2分の1補助事業でやりましたけれども、そのときに電話番号を決めたわけであります。その以前に、平成12年、国民の育児不安が高まってきている、これが少子化にも影響しているのではないかということで、何とかそれを助ける方法はないだろうかということが、日本医師会の「小児救急あり方検討プロジェクト委員会」で議論されたわけです。私はその委員長をやっている、そのときに、1つは、小児のわかった看護師さんたちや専門職に、何か心配があったら、家庭の電話、あるいは持っている携帯からすぐに電話をかけたら、ぱっとつながるようなシステムが要るのではないのでしょうか、そうすれば、全国どこでも、離島でも、僻地でも、中山間地域でも、安心して子育てができるのではないかということを報告書に書きまして、じゃあ、どこかでやろうということになりました。平成14年から3年間、厚生科研の鴨下班の事業で、広島県でやりました。この事業では、県民の満足度というのは非常に高く、約80%が、非常にいい仕事で満足しているというデータが出まして、まだ科研の事業の途中だったのですが、平成16年8月、国の2分の1補助事業で指導課は全国展開をしていきました。ところが、都道府県に回りますと、やはりいろいろな問題が出てきました。まず、弱小県では、予算が足りない、マンパワーが足りない。小児のわかった看護師さんでは、現場をリタイアした看護師さんもいましたが、数が少ない。そこで、広島県は小児科医会でやったのですけれども、小児科医で受けようとしたら、小児科医はもっと救急の一般の診療所の現場で働いてもらったほうがいいのではないかという話もありました。でも、だんだん普及してまいりまして、現在、別添資料2の表にございますように、これは昨年12月1日現在のデータです。私どもは、#8000の今後のあり方について、今、科研補助金21年度事業のまとめをしております、その事業の中に入れ込んでいる表でございますけれども、こういうふうにして46都道府県まで広がってまいりました。沖縄県も、平成22年度には開設することになりました。昨年、新型インフルエンザのパンデミックがありまして、非常に問い合わせが多くて#8000が

有効に利用されました。これが必要であるということがわかったようであります。ところが、いろいろな問題が出てまいりました。別添資料2の1ページの色のついたところを見ていただきますと、実施時間帯というのがございます。準夜帯というのは、勤めて帰ってきたお母さんが、子供の顔を今日初めて見る、そうしたら熱が出ている、だから、電話してちょっと聞いてみよう、あるいは、明日また仕事があるから、今晚中に時間外診療所へ行ったほうがいいのか、遠いし、寒いし、こういうふうな調子であります。そこで、この準夜帯の時間帯は非常に需要が多かったわけですし、最初にやるのならこの時間帯ということになりました。しかし、子供の病気というのは準夜帯だけに発生するわけではないわけです。もちろん、深夜帯にも発生しているわけですが、数は少ない、でも、病気はある、そうすると、深夜帯も何とかしてあげなければいけないのではないかということになってまいりました。そこで、今、この調査資料の中では、これだけしか深夜帯をやっていないのですけれども、もう少しこれをふやすためには、弱小県ではマンパワーが足りません。深夜まで出てくれる看護師さんもない、そうすると、どこかにセンターをつくって、あるいは、どこかの団体をお願いして深夜帯に対応していただくことができないだろうかということ、今、厚生科研で報告書に書いているところでございます。基地となる場所は、大体、地方では休日診療所を持っておりますので、そこへかけるとか、いろいろな対応をしております。相談員は、ほとんど小児医療をやっているベテランの小児科医か看護師でございます。ただし、小児科医会とか、地域の小児科会事務所、県単位の医会、それから、地域の看護協会とか、実際にはそういうところでやっていただくのが一番いいのですけれども、人的な問題でできないというところがあります。民間委託という方法も指導課は指導しております。これは、民間電話相談会社というのは、ほとんどが東京、大阪でございますけれども、今、ここにある民間電話会社も、すべて東京都内に事務所がございます。つまり、中四国のある県から県民は東京都へ電話をして、そこから返事をしてあげると。遠くですから、その日の応需情報というのはとてもできないわけです。インターネットできょうの応需情報を見ながらということになるのですが、それはなかなかできないので、本当に応急対応の情報とか、育児不安解消のためのいろいろななぐさめという言葉を出してあげることになるわけであります。そういうことがありまして、#8000の今後の方針としては、先ほどの#7119の仕事内容の中に4つの項目がございましたけれども、そのほかに#8000の仕事は教育事業というのがございます、家庭看護の教育です。保護者が、育児につい

での、あるいは子供が病気になったときの対応がわからない人が多いです。もちろん、学校教育ではほとんど勉強していませんので、我が子が熱を出したとか、引きつけを起こしたときに教育のチャンスであります。そのときに「お母さん、こうしてみたらどうでしょうか」という助言をしてあげますと、次のときはそのとおりにして電話をかけてこないように、あるいは、救急車を呼ばなくなります。大変時間はかかりますけれども、そういうふうな1人ひとりの教育というのが#8000の1つの大きな役割だと思っています。もう1つ、#8000に追加しなければいけない役割は、安心ネットであります。この電話の向こうに、うちの子供の病気について相談ができる人がいつでもそこにいる、これは非常に強い大きな安心ネットであります。特に、今、小児科医が不足しております。中山間地域や僻地では非常に数が少ない、二次病院も少ない。先日も隠岐の島で、私は1月1日に電話相談をやっていたら、広島から里帰りしているのですが、「28日から高い熱が続いている、島の国立病院に行ったら肺炎だと言われた、どうしましょうか」と言ってかけてくるのです。「どうでしょうかって、そこにいたら大変だから、あしたの船で帰りなさい」という助言をして、「わかりました」ということになるわけです。別添資料2の2ページ目でございますが、「めざすべき姿」と書いてございまして、私たちは、いつでもどこでも、ですから、24時間365日体制で、全国どこからでもだれでも、この電話をかけて、言われたことをそのとおりにやったら大丈夫だよ、そういう安心を持てるような#8000にしたいということで、今、努力をしているわけでございます。3ページを見ていただきますと、そのためにはどうしたらいいかということになるのですが、平成16年から現在6年目に差しかかってきましたけれども、やっと46都道府県がそろいました。準夜帯だけではありますけれども、やっとこれで#8000という形ができたわけでありまして、これを今すぐ変更することはできません。指導課のほうも、2分の1事業で、これはまだまだ国民にとって必要であるという視点を持っておりまして、何とか#8000が国民に信頼できるような形になっていかなければいけないということになります。一方では、#8000を使うことによって現場の救急医療の混乱を防ぐことができたのであろうか、あるいは、救急医療の3時間待ちや2時間待ちの小児診療が少し解消されたのでしょうかという質問がたくさん出ています。ここは、今いろいろな調査が行われておりまして、対象の名前は聞き取らないで相談に乗っていますので、後の事後調査が非常に難しいのでございます。最近、統計学者の前田健次氏が英文で出しておられるのは、過去5年間の電話相談事業と次の5年間の電話相談事業との間には、国民

の#8000の認知度が10%から20%に上がりました。現在は約30%ですけれども。その間に、現場の小児夜間急患センターの受信患者さんが8%落ちたという統計学的推計をした数字を出しておられました。

\*Kenji Maeda,shigeru Okamoto,Hiroki Mashina,Takeo Nkayama: A decision analysis of the effectiveness of the pediatric telephone triage program in japan. BioScience Trends 2009;(5):.184-190

認知度が10から20に上がったときに、現場の患者さんの数が8%落ちたという統計でございます。そんなことがありまして、とにかく国民の安心感のためにもこの制度が必要であろうと考えております。3ページの下のほうに書いてありますように、今からいろいろな取り組みをしなければいけないと思っておりますけれども、私どもは22年度の科研事業にも継続してやりまして、電話のつながりにくさの改善、つまり、回線が多ければ簡単につながるわけですけれども、弱小県では1回線、2回線でございます。ですから、話し中が多く、昨年10、11、12月のインフルエンザのパンデミックの時期は、例えば、広島県のデータは、1人の電話相談に7分から8分かかりますけれども、その間の話し中の電話が4回線かかっております。だから、本当はあの時期には5回線の電話が必要だったのに、わずか1回線に対応していたということでございました。そんなことで、もう少し信頼度を高めるためには何かの方法が必要であろうというふうに思います。それと、相談員の質の問題でありますけれども、先ほどもお話しましたように、弱小県では民間電話会社を使っていますので、質が保証できているのかどうかよくわからない、企業秘密で教えてくれないのであります。年間幾らということで請負でやっているわけですから、その中で本当に看護師さんがやっているのか、看護師さんに指導された保育士さんがやっているのかよくわかりません。この辺も22年度の課題で、調査をして指導していかなければいけないということになっております。5ページを見ていただきますと、#7119との関係でございます。先ほどの東京消防庁については、私たちも視察に行かせていただきましたし、東京都医師会の内藤副会長にこの研究班に入らせていただいておりますので、いろいろな情報をいただくわけでございます。#7119の5チャンネルのあのデスクから発信される情報の中で、あそこで受けきれない#8000的な内容のものがあるわけです。#8000の内容の中の80%は育児不安、15%は病気の対応、そして、1~2%は、「これは大変だ、今すぐ救急車を呼んで行きなさい」という対応です。ですから、そのところで#8000と#7119がうまく連携をとっていけば、国民の皆さん方はどっち

でもいいわけです、とにかく自分の子供が助かればいいわけですし、今の苦痛がとれればいいのですけれども、それを、#8000、#7119の両者が「うちだ、うちだ」と言って引っ張り合っていたのでは、国民のためになっていないということになります。私たちは全国情報センターをつくろうとしております。これは、指令塔のようなものですが、深夜帯もできるように、ちゃんと民間電話会社を指導したり、あるいは、最終的には、小児救急電話相談センターをナショナルセンター的な形をつくるということを目指しております、これについては、歴代の大臣さんたちにも比較的理解を示していただいているところです。そんなところで、まだまだ私たちの#8000も未完成でありますけれども、ぜひ#7119と連携しながら仲よくやらせていただきたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

#### 【座長】

桑原先生、ありがとうございます。#8000の事業についての詳しいお話を伺えました。まず、特に#8000と小児のこの事業との連携という部分に関してご意見等を賜りたいと思いますけれども、今のご説明を聞かれていかがでしょうか。私としては、育児相談が8割であるということで、#8000と#7119は、ダブる部分もあるのですけれども、得意分野がかなり違うということもありますし、その中で、先ほど東京消防庁も#8000に回しているのは10件しかないんですね、#8000から回ってくるというものなくて、本当に縦割りの中で、その連携が当初からなかなかできていない、結局、親御さんがどちらにかけたかによって決まってしまうという部分があります。そこは、「この内容は#8000のほうがいいな」とか、「これは#7119で、医療機関案内も含めてやったほうがいい」ということであれば、相互乗り入れができるような、かけ直しではなくて、その回線が回せるようなシステムというのが、東京では必要ではないかということは、当初からずっと議論していました。「ここは違うので、この番号にかけ直してください」と言うのは、サービスとしてはあまりよくないので、その中で転送ができればと。それから、もう1つは、マニュアル、プロトコールというのが、#8000の側と#7119の側で少し違う部分があるので、同じようなものに対してアドバイスの内容が、片方では「うちで様子を見なさい」、片方では「すぐ病院に行きなさい」と言われるのでは、これは都民も迷いますので、そこは、子供が熱が何度以上出てこういう状態だったらということに関しての、ある程度のすり合わせが必要ではないかということも東京では議論が出ております。

【〇〇委員】

やはり仕分け人が要ると思うのです。電話をかけてきたときに、どんな問題ですか、これは7119ですよ、8000ですよ、そういう仕分けができるかどうか。さらに、#8000の中にも、福祉的な内容のものと本当に病気のものがあるわけで、そののところでまた分けていかなければいけないと思っております。

【座長】

理想を言えば、同じ1つの番号で、今言ったその仕分け人というのですかね、これは#8000、これは#7119、あるいはこれは心のケアということで、ちゃんとやってあげられれば一番いいだろうと。これは、東京でも開始当初から議論が出ていました。それから、もう1つ、今、桑原先生から出た話の中で、大事なものとしては、民間委託に関して質の保証というものをきちんとしていかなければいけないだろうということで、ブラックボックスになってしまってわからないという部が問題です。もう1つは、相談ということに関しては、全国统一というか、弱小県で小さいところでやる必要はなくて、医療機関案内だとか消防との連携ということに関して言うと、ある程度小さいところがいいけれども、相談ということであれば、東京の人の相談を大阪が聞いてもそんなに変わらないわけですから、ある程度まとめていくというふうなこと、さらにその全体を指導する全国センターですね。このようなものは、同じようなことを今後#7119に関しても考えていかなければいけない、東京と大阪で著しくプロトコルが違うとなると大きく問題になってきますので、これも大きな課題です。また、後で議論されるかと思います。

【〇〇委員】

#8000の中で、1つ、全国センターにした場合、地域の医療情報、きょうの応需情報が出せないのではないかという心配だったのです。それが、例えば、#7119が地域に広がっていかれる、#8000はセンターもあり、地域もある、そうなると、相互乗り入れができるので、非常にいい形になると思っております。

【座長】

ありがとうございます。これは、地域レベルというよりは、#8000の事業者全部と#7119全体での協議会というようなものが、そういうふうな業務の分担というか、そういうことを先々には望まれるのではないかというふうに思います。

【(代) ○○氏】

大阪市でございます。先ほど教えていただきました、育児相談が非常に多いということですが、実は、大阪府のほうの状況ですが、#8000で育児相談は全体の1%という数値をいただいております。年間3万8,000件程度の着信がおありで、そのうちの発熱が40%強を占めているということです。あとは、呼吸とか、下痢、腹痛、いわゆる急病的な相談が多いです。#8000といいましても、各都道府県の状況がいろいろと異なるのではないかという気がするんですね。実は、今、#8000と#7119を今後どうしていくんだというところで、大阪府といろいろとお話を進めていこうかというところの状況で、現実に#7119をやることによって、府のほうの着信件数、内容にどのような影響を与えていくのかというあたりを十分に検証してみたいと考えております。現状は、我々のほうから#8000のほうにかけてくださいというパターンは非常に少のうございます。ただ、相談員が電話を受けて、看護師が実際にすべて詰まっているときの状況の中で、「小児の発熱相談です」ということであれば、「申しわけないけれども、#8000のほうも窓口があるので、かけ直していただいたらどうでしょう」という振りはありますけれども、まず、育児相談的な内容は#7119にはかかってこないというのが実情のようです。

【○○委員】

お言葉ですがけれども、私たちが考えている育児相談という範疇と、それから、発熱という範疇とが少し違うわけです。つまり、軽い熱が出たり、それから、夜に泣きやまないとか、あるいはお腹を痛がっている、私たちはこれを育児相談の中に入れていのです。つまり、育児というのはそういうものだ。本当にせきがとまらないとか、38度5分以上の熱が出るとか、そういうのは病気です。8度以下の熱は育児相談です。そういう仕分けです。これは、「お母さんがちゃんと子供を見てあげれば下がってきますよ、熱冷ましも使う必要ないですよ」、これが私たち小児科医のスタンスです。そここのところのきまりは、もう少しつき合わせてみないとわからないと思います。

【座長】

ありがとうございます。その辺の定義というか、感性からすり合わせていかないと、これはいけないだろうなというふうに思います。子供の話ばかりで時間を使ってもあれなので、一応、子供に関しては、#8000との連携、あるいは協議というのが絶対必要であると。統合ということよりは、お互いの得意分野の役割分担ということを考えてすり

合わせていくということが当面の方向ではないかと思えます。それでは、もう1つの救急医療情報センター、いわゆる病院案内というものと#7119との整理・連携ということですか。これは、#7119の機能は、医療機関案内というのがくっついていないと絶対できないものですが、中でやるのか、アウトソーシング的にやるのか、あるいは、救急医療情報という中に、いわゆる救急告示医療機関の救急車受け入れの情報に頼るのか、あるいは、医師会から出てくるような、通常の診療所、クリニックの準夜診などの情報も全部盛り込んでやるのか、その辺のことが議論になってくると思うのです。もちろん、救急医療情報センターの中で#7119の事業をやれば連携はしやすいわけですが、地域によっては、アウトソーシング的に、病院案内になったらそこに振るというようなのも、相談業務でカバーできる人口と、医療機関案内での人口というのが、相談業務がより広くやらないと、なかなか効率よくできないということもあるので、そういうような場合には、医療機関案内は地域に振る、あるいは県に振るということで、相談事業自体は県を超えてやるということも考えられると思うのですが、実際、今やってらっしゃるところも含めて、この辺はいかがでしょうか。今、実際に、大阪市は、医療機関案内と救急相談というのは同じ場所でやっているのでしょうか、それとも別の場所でやっているのでしょうか。

【(代) ○○氏】

大阪市の場合は、今、先生がおっしゃられたのは、大阪府の病院案内業務です、それと#8000というのは同じ医師会の会館のほうでやっております。

【座長】

#8000のことは一たん置いて、#7119でご相談があって、どことどの病院がやっていますというご案内は、それは今度、府のほうに振るのですか、それとも府の情報を使って市のほうでやるのでしょうか。

【(代) ○○氏】

府のほうから提供されます救急病院の情報、救急隊が使う情報と同じですが、これをもとに救急安心センターのところでご案内申し上げるということです。

【座長】

そうすると、大阪市民の人が、例えば、「今の時間にやっている耳鼻科の病院を教えてください」とかける電話番号と、#7119は違う番号で、違う事業所につながるということでもいいんですね。医療相談ではなくて、夜の9時に「今の時間やっている耳鼻科にか

かりたいんだけど、耳鼻科、どこがやっていますか」と聞く、そういうのが医療機関案内ですよね、その事業と#7119は一緒にやっているのか、別にやっているのかということを知りたいのです。

【(代) ○○氏】

#7119の中では、まず、相談員が着信しまして、うちのオペレーションとすれば、「病院をお探しでしょうか、もしくはご相談でしょうか」と最初に振り分けをします。病院を知りたいということであれば、どちらにお住まいかということをお聞きしまして、どういった科目をお探しでしょうかと。例えば、耳鼻科であれば耳鼻科を探してご案内します。その元情報は、大阪府の医療端末を取り込んでいますので、それでお教えします。ただ、府のほうも、病院案内業務を独自にやっておられまして、どこが違うかといえますと、私どものほうは救急病院をお教えしている、その情報しか取り込んでいないんです。府のほうでは、町の診療所、クリニック等の、いわゆる固定情報ですね、変動情報ではなしに固定情報までも教えていらっしゃる。我々は、従前から固定情報は取り込んでおらずに、変動情報のみをお教えしているという違いがございます。

【座長】

ありがとうございます。そうすると、大阪の場合は、もともと医療機関案内の事業は府でやっていて、それはいまだの府でやっているけれども、この市の安心センターのほうでは、医療機関の案内の問い合わせが来た場合には、救急病院の中から選んでお知らせしている、そんなシステムということですね。

【○○委員】

愛知県ですけれども、資料は出しておりませんが、モデル事業をやらせていただいております、愛知県の場合は、医療情報センターと同じ場所で救急安心センターをやっておりますので、その辺の実態について担当のほうから説明いたします。

【愛知県防災局】

愛知県の医師会館の中の同じフロアにありまして、ただ、番号がそれぞれ#7119と既存の救急医療情報センターと別になっておりますので、フロアは同じでも、かけてくる県民の方からすると全く別のものだという形になっております。ただ、受けた後につきましては、それぞれがすぐ横に座っておりますので、#7119にかかった場合でも、医療機関案内ということだと、すぐ横に回せますし、救急医療情報センターに入った場合でも、これは医療相談だということであれば、すぐ安心センターのほうに回せるという

状況になっておりまして、連携を取るという点では非常にうまくいっていると思います。ただし、これは、今後、全国的にということ考えたときに、愛知県の場合は、救急医療情報システムというのが30年の歴史がありまして、今、年間20万件ぐらい医療機関案内の相談を受けているものですから、その中に医療相談に関するものが1万件ほどあるのです。これが、昨年度までですと、「対応できません」ということで電話を切っていたのですが、このモデル事業を始めてからは、安心センターのほうに看護師さんがいますので、電話を回せるようになったということで、県民の方からすると非常に利便性が向上したといえますか、安心センターが、機能が付加されることによって、救急医療情報センターのほうとしても非常によくなったという点があります。ただ、愛知県の場合、救急医療情報センターが非常に大がかりなシステムを使っております、一次医療機関から、もちろん救急の二次医療の病院まで、非常に細かい情報を持っておりまして、1日1日の診療時間帯も、電話で聞いて問い合わせ、常に新しい情報を得るようにしています。単に情報を仕入れるだけではなくて、あっせんをしているのです。電話がかかってきたときに、電話をちょっと待たせまして、救急医療情報センターから医療機関に電話をして、「今、受けていただけますか」と聞いて、「いいよ」と言われたときに、県民の方に医療機関に行ってくださいと言う、今そこまでのサービスをしているという状況があります。そのシステムのほうを変えるというのは、番号を変えたりというのは非常に難しいということがありますので、愛知県の場合で言いますと、救急医療情報センターのほうに安心センターの医療相談の機能を付加するというような形でしか統合の方向性としては考えられないのかなという状況がございます。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

奈良県の場合、前提として、救急医療情報センターと#7119は別です。ただ、救急医療情報センターが医療機関の案内をメインに特化しております、#7119とかなりの部分が重なってくるということで、基本的に来年度からは#7119のほうに統合する方向で考えているという状況でございます。

【座長】

わかりました。#7119の業務内容からすれば、深く連携してやらざるを得ないわけで、使う側からすれば、本人自身が医療機関案内なのか、救急相談なのか、どちらか切り分

けられずにかけてくる方もいるということを考えると、できれば統合というか、同じところでやっていくということが望ましいだろうということかと思えます。それでは、次の2)の運営体制のあり方について事務局からお願いします。

#### 【事務局】

それでは、資料1の8ページをお願いいたします。運営体制のあり方についてでございます。8ページは、前回もお出しした資料で、若干かぶる部分はございますけれども、3団体の設置場所につきましては、愛知県と奈良県が医療サイド、それから大阪市が消防局の指令情報センターという違いがございます。それから、人員配置につきましては、愛知県は看護師のみ3名でやっているという状況でございます。奈良県と大阪市につきましては、看護師さんが電話にかわる前に、前段階として相談員の方が電話を受けているという体制をとられています。医師の配置につきましては、愛知県と奈良県につきましては、オンコール体制ということで、医師に電話する必要がある場合にのみ電話を転送しているという状況でございます。大阪市につきましては、医師の方が1名常に常駐しているという状況でございます。9ページをお願いいたします。相談件数の状況でございますけれども、時間帯、曜日によりまして相談件数が大きく異なっております。特に、休日、夜間に相談件数が多い傾向にございます。9ページが曜日別の状況ですけれども、土曜・日曜・祝日に多くなっているという状況でございます。10ページが時間帯別の相談状況ですけれども、おおむね夜間帯、17時、18時ぐらいから23時ぐらいまでの時間帯の相談が多くなっています。一方、深夜帯、あるいは昼間帯は比較的少なくなっているという状況でございます。それから、11ページが、こういった相談件数について、実際に相談を受けられている相談員、あるいは看護師さんの目から見たご意見について、アンケートを実施しております。相談員の方からも、利用者から休日の電話がつながりにくいという指摘を受けたとか、あるいは、平日よりも休日で件数多くて、その差が激しいというような意見が出ております。他方、夜間は、件数は少ないのですが、利用者の方が神経質になっていて、1件1件が非常に重たいので、件数が多いと対応が困難であるという意見がございます。それに関連して、看護師の方からも、夜間はトリアージに悩むような難しい案件が多いので、件数は少ないけれども、看護師2名体制のほうがいいのではないかと、そういった意見が出ております。12ページをお願いいたします。医師による対応についてでございますけれども、相談があったものの9割につきましては、最終対応者が看護師ということになっておりまして、実際に医師が直

接電話に出た件数につきましては、それぞれ3団体ともに1けたから2けたと非常に少なくなっております。ただ、医師が実際に電話には出ておりませんが、例えば、大阪市の事例で見ますと、看護師による対応のうち、13.8%につきましては、医師が助言をしているという状況でございます。先ほど東京都の説明の中でも、看護師さんがプロトコールに基づいて判断した内容について、医師の方が助言等をして、最終判断で、結果が異なっているというものもございますので、実際に医師が最終的に対応していない、電話を受けてないとしても、医師がいることによってさまざまな対応をしているというものが少なからずあるというふうに考えているところでございます。13 ページには、医師による対応の必要性について、作業部会、あるいはモデル事業実施団体からの意見を掲げております。前回の作業部会におきましては、具体的な意見といたしましては、東京の場合、医師が実際に対応した事例というのは極めて少ないけれども、プロトコールの判定結果に迷うような場合、あるいはプロトコール上にならないような状況について相談があった場合に医師へ転送されているという状況にあるという意見がありました。それから#8000の場合につきましても、医師への転送頻度というのは、50件に1件程度ですが、やはり医師の常駐は必要ではないかというご意見をいただいております。14 ページをお願いいたします。今度は、相談員の方から看護師、医師への引き継ぎについての課題でございます。相談員の方から、知識が不足しているので正確な引き継ぎが困難な場合があるという意見があります。それに関しましては、看護師のほうからも、相談員によっては聞き取りや情報伝達能力が異なるので、うまく連携が取れていない場合がある、そういった意見が、看護師、あるいは相談員の方から来ております。それから、医師のほうとしては、看護師が多数で相談を受けていると、医師は1名ですので、全体の相談をフォローできないので、医師に相談内容を聞いてほしい場合については何らかの合図をしてほしい、そういった意見が出されているところでございます。15 ページについては、医療機関との連携でございます。これにつきましても、アンケートの結果でございますけれども、医療機関との連携につきましては、医療機関の案内を相談センターでやっておりますが、センターが医療機関を案内したものの、相談者の方が病院へ連絡すると、受け入れてもらえないということがあった。医療機関に安心センターがまだ十分浸透していないので、安心センターから紹介があったとしても、病院のほうを受け入れてくれないという状況があるというような課題をいただいております。それから、医療情報ネットの整備についてでございますけれども、病院案内をするに当たっても、

病院情報が不正確な場合があるので、更新の頻度を上げて、より正確な情報を集めたいというご意見がございます。それから、救急指定病院だけでなく開業医の情報も欲しいという意見が出ております。安心センターの相談によって 119 番の出動が減ったとしても、受け入れる医療機関側からすれば、来る方の数が変わらなければ、医療資源の効率的な利用という観点からは効果がない、むしろ、医療相談の内容によっては、受け入れる医療機関のウィングのほうも広げるといった観点から、開業医の情報についても安心センターで把握すると、よりいろいろな医療機関を紹介できるのではないかと、そういったご意見が出ています。次の 16 ページからがまとめということになります。まとめの①は、効率的な運営体制という観点からでございます、実施状況を見ますと、休日、夜間など、医療機関が休診の時間帯において安心センターの需要が多く、一方で昼間帯等は安心センターの相談件数が少ないという状況でございます。そういった繁閑に応じて効率的な相談体制というものを検討する必要があるのではないかとこの点が指摘できると考えております。一方で、深夜帯は件数が少ないですけれども、利用者の方が非常に神経質になっている、難しい相談があったりする、あるいは時間がかかる、そういったような課題もありますので、深夜帯については、件数は少ないけれども、複数の対応、特に看護師等、専門職の対応が必要ではないかという意見がございましたので、そういったことについても検討していく必要があるのではないかと考えております。17 ページは、運営体制のあり方のうち、医師の必要性についての論点をまとめたものでございます。モデル事業実施団体のうち現在医師が常駐しておりますのは、大阪市のみになっておりまして、愛知県、奈良県はオンコール体制で対応しております。実際、医師による対応というのは、件数自体は少ない状況でありますけれども、大阪市においては、看護師の対応の 1 割強については医師の助言を求めているという状況でございます。先ほどの東京都の例でも、実際に常駐している医師の方がプロトコールについてさまざまな助言をしているという状況がございます。そういったことから、医師の確保が難しいという課題はあるわけでございますけれども、相談員が対応に迷った場合、即座に相談することが可能、あるいは、相談員の方の相談の質を常時モニタリングして確保するといったような観点から医師の常駐が必要ではないかという観点がある一方で、やはり医師の確保は難しいという地域もありますことから、運営の広域化を図って医師を確保するといった方策を検討するほか、医師がいる場合とオンコール体制の場合で相談内容にどういう違いが出てくるのかというあたりを、今後さらに検証していく必要もあ

るのではないかというふうに考えております。次が、まとめの③でございますけれども、これは、相談員から看護師等への引き継ぎに当たっての課題のまとめでございます。1つは、相談者の主訴について聞き取る能力が不足している、相談員の方は専門知識等が不足しているので、十分に聞き取れず、それを看護師に十分伝えられていないといったような課題が出ております。それから、引き継ぎ全体について言いますと、相談する内容についてはプロトコルがあるのですけれども、その相談の手順については、そういったプロトコル的なものが十分定められていないというところもございまして、引き継ぎの手順が不明、あるいは基準が不明確で、それが若干混乱を来している要因になっているのではないかというようなことが指摘されております。そういった点を踏まえまして、1つは、個々の職員の情報伝達能力、あるいは専門的な知識、そういったものが高めていく必要があるのではないかという点が指摘できるかと考えております。それから、相談手順についても、プロトコル的なものを作成して、それを関係者全員が共有して理解しあうというようなことが必要ではないかというふうに考えております。最後に、まとめ④、医療機関との連携でございますけれども、現状といたしましては、地域によっては救急安心センターモデル事業の存在、あるいは役割といったものについて医療機関に十分浸透していない、そういった状況がございます。そういったことがありますので、受け入れをお願いしても拒否されるという事例がございます。それから、病院情報につきましては、十分に更新されていない、あるいは開業医を含めて幅広い情報がないという状況がございます。こういった状況を踏まえまして、まとめといたしましては、救急安心センターモデル事業の役割について、医療機関にも十分周知徹底することが必要ではないか。あるいは、救急相談事業により、救急車で搬送される傷病者の方が減ったとしても、同じ傷病者が歩いて受診してしまえば、受け入れ側の医療機関の負担は変わらないということになりますので、救急相談事業が不要不急の時間外受診抑制など、医療機関の適正医療にもつながるようなものにするという必要があるのではないかというふうに考えられます。また、あわせて、特定の医療機関に集中することも避けるため、患者の症状に応じては、救急告示病院だけではなく、開業医も含めた幅広い医療機関の案内ができるような体制を構築していくことも必要ではないかというふうに考えられるところでございます。運営体制については以上でございます。

**【座長】**

ありがとうございました。16 ページから 19 ページにかけて、これをさらにまとめなけ

ればいけないようなまとめが4ページにわたってありますけれども、主に、主体、どこがやるか、あるいはどのくらい広域化するか、そういうふうな体制の問題、それから、そこでのナースの人数等の問題、そして、医師が常駐すべきかどうか、あるいは医師の介入が必要かという話、それから、医療機関との連携ということで、紹介しても断られたり、先ほど愛知ではきちんとネゴシエーションするとおっしゃっていましたが、東京では、相談センターで、あそこに行きなさいと、行ったら、そこで断られましたという話は、しょっちゅう苦情として来ますので、そんな話。あるいは、救急病院しか紹介しないと、結局、救急車が行くところばかりが、歩いて行く人もそこに紹介してしまうので、本来ウォークインの人が行っていただきたいような診療所とか、休日夜間診療所がなかなか情報のネットワークに出てこないというふうな問題点、この辺を事務局のほうからご指摘いただきました。この問題につきまして、今実施されている皆様、あるいは救急医療にたずさわっている皆様のご意見ぜひいただきたいと思います。

#### 【〇〇委員】

この中で相談員の質の問題が書いてございますが、これは非常に大切なことだと思います。幸い、私たちの#8000は200万件くらい全国で受けることになっていると思いますけれども、それぞれ相談員には医療保険をかけておりまして、訴訟にも対応できるようにしているのですけれども、幸いにして、今のところそういう案件はないのです。それは、基本的に#8000の相談は医療ではないのです、診察ではないのです。つまり、お金をいただかないのです。ただ、保護者の皆さんに助言をしてあげるだけなんですということを最初にアナウンスして、そして相談に乗ってあげます。それをよくわかっていただいているのでしょう。でも、ちゃんと私たちが言ったことはきちんと守っていただいて、ほとんどはそのとおりに行動していただいております。ですから、「すぐに病院に行きなさいね」と言ったら、ちゃんとすぐ行ってきております。そういうふうに、相談員のレベルアップといいましょうか、特に子供の場合には、けさ病院にかかって、たくさん名前ジェネリックの薬は今たくさんありますが、名前で話をしてきますので、「この薬を飲んだけど、熱が下がらないのですけど、どうしましょうか、もう1回飲んでいいですか」というような相談ですから、「今、けさの先生に電話したら、おられないので、救急病院に行ったほうがいいでしょうか」ということですから、そうなる、そういう現場の医療の知識もわかっていただかないといけないわけです。ですから、今、現場で働いている看護師さんたちが電話相談をしてくれるのが一番役に立つのですが、そう

いうマンパワーはございませんので、できるだけ相談員の教育をきちんとしなければいけないというふうに思います。

**【座長】**

ありがとうございます。資料の18ページでも、例えば、相談員から看護師への引き継ぎについてということで、「相談員の疾患、薬剤等の専門知識の不足」とありますけれども、これは、基本的には看護師でない相談員が薬の内容を聞いたり、疾患の状況を聞いたりという地域も#7119に関してはあるということですか。僕の理解では、病院案内は相談員がやってもいいけれども、基本的な医療の相談に関して最低限看護師が行うものだというふうに理解していたのですけれども、これはどこの例を挙げているのでしょうか。

**【事務局】**

委員のご指摘のとおり、基本的に相談員の方は実際にこういう医療の相談は受けないのですけれども、電話でこういう医療関係の専門用語のことをわーっと言われてしまうと、何を言っているのか理解できないので、どういうふうに対応していいのかとか、どのように伝えればいいのか分らなかつたり、すぐに電話を転送できなかつたりする事例があるようですので、そういうレベルの知識が不足していることを指摘しているということです。

**【座長】**

わかりました。僕自身が関与している東京消防庁では、始まったときに、指令員の方が、もともと消防の通信指令をやっていた方などがたくさんいますので、つつい相談に立ち入ったことまで入ってしまいそうになって、「いや、ここから先は看護師の仕事だから、ここでバトンタッチしてください」と。それは明確にモニターしながら相談員も教育していかないといけない部分だろうというふうに思います。それから、今の桑原先生のお話は非常に大事で、質を保つためには、1つは教育で、事前に十分な時間をとって教育をすることも大事ですけれども、もう1つは、東京で今考えているのは、何で医者が要るのかというと、常時モニターをして聞いていて、その場で「それはちょっと違うんじゃない」、「これはこうしたほうがいいよ」と。看護師が相談を受けているとして、「先生、これはどうしたらいいのでしょうか」と聞けるのは、自分が問題意識を持って、そこまで度上達した看護師で、そうでない看護師さんはそこをスルーしてしまうことがあるので、それをチェックするためには、医者が常時いて、できるだけモニターしてい

たほうがいいのではないかというのが、東京の考え方だと思います。

**【〇〇委員】**

どの県も必ず交信内容は録音しておりますので、後でみんなで一緒に聞いて、「これはちょっと言い方が悪かったんじゃない、よく怒らなかったな」、そんなこともっております。

**【座長】**

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。例えば、問題としては、どのくらいの地域、つまり、現在、奈良県、大阪市、それから愛知ということで、バックボーンの人口なども違うようなところでやっているのですけれども、それぞれ、もうちょっと広域のほうがいいのか、やきめ細かく小さいところがいいとか、今後、日本全国に対して、新しくモデル事業に入ってくるときに参考になるようなご意見はございますか。皆さん、大体、適切な人数でやってらっしゃるなという感じでしょうか。奈良県はいかがですか。

**【〇〇委員】**

基本的に、奈良県は規模としては大体 140 万弱ですけれども、ちょうどいいかなと思っています。ただ、当然、奈良県も医師を常駐させられたらいいなというふうには思っているのですけれども、医師の不足というのもありますけれども、予算的にもちょっと厳しいなと。その辺は、広域化できると常駐させるということもできるようになるのかなというのはちょっと思っています。

**【座長】**

大阪は、たしか市から府に広げていくことも考えていらっしゃるというお話を聞きましたけれども。

**【(代) 〇〇氏】**

平成 22 年度は、例えば、これはオープンにされていると思うのですけれども、堺市であるとか、予算要望が上がっていますけれども、連携してやっていきたいなど。将来的には、大阪府下全域で事業を展開できればというふうに考えておりますけれども、何分、着信件数が非常に多うございまして、現時点でも、東京消防庁さんの約半数程度の月に 1 万 1,000 から 2,000 程度の件数があります。人口規模からしますと、異常なぐらい着信件数が多いので、大阪府下全域で展開するとすれば、かなりの要員が必要ではないかというふうに思っております。

## 【座長】

ただだったら使わなきゃ損というふうな府民性があるのかどうか、よくわからないですけれども。それでは、議論がありましたまた戻ることにはいたしまして、次の一般市民への普及啓発という問題について事務局からご説明いただきたいと思います。

## 【事務局】

それでは、資料の 20 ページをお願いいたします。論点の 3 つ目の一般市民への普及啓発についてでございます。まずアンケート結果からでございますけれども、モデル事業実施団体からは、依然として各消防機関に医療機関紹介等の問い合わせが多いので、モデル事業をさらに周知していく必要があるという意見が出されております。それから、相談員の方からですけれども、日中の相談件数が少ないので、もう少し積極的に安心センターの告知、利用を勧めてはどうかという意見が出ておまして、まだまだ認知度は低いという印象を持たれている状況でございます。次の 21 ページに、東京都におきまして、毎年度、消防に関する調査をされておまして、その中で救急安心センターの認知度等についても調査が行われております。先ほど西原委員からも若干お話がありましたけれども、2009 年時点での認知度が 28.2%という状況になっております。こういったものを使って東京の救急安心センターを知ったかということにつきましては、テレビが最も多くて、次は広報紙、新聞という状況になっております。テレビにつきましては、特にテレビCMをつくったということはありませんので、おそらくマスコミ等の報道をテレビで見た方がこれを知ったというのが一番多くなっているのかなと考えております。22 ページにまとめをしておりますけれども、東京都の救急相談センターを見ますと、開始後 2 年が経過した 2009 年時点でも、28.2%、3 割弱という状況でございます。モデル事業を知ったきっかけにつきましては、テレビ、広報紙、新聞が多くなっております。また、いまだにモデル事業の認知度が低いので、消防機関の別の窓口へ医療機関等の案内が発生しているという状況でございます。それから、他の相談事業との役割分担とも絡みますけれども、救急安心センターの役割自体の認知度が低いので、本来の目的と違った利用がなされている地域もあります。それから、医療機関によっては、モデル事業が十分に認知されていないので、協力が得られないというケースもございます。こういった状況を踏まえまして、今後の方向性としては、より救急安心センターの役割や利用方法等について普及啓発を推進していく必要があるのですけれども、その手段として、お金をかけて広報するということもあるわけですが、東京都の例を見ましても、テレビ

や新聞を初めとするマスコミを活用して、そういったマスコミで知った方が非常に多いという状況がございますので、こういったパブリシティ活動を積極的に展開して周知徹底するというのが、コストもかからないし、効果も高いのではないかと考えております。他方で、現在の認知度の状況でも、相談件数が非常に多くてオーバーフローしている時間帯もございます。当然、認知度を高めていくと相談件数はふえますので、それに対応するための相談体制の整備というのも並行して考える必要があるのではないかとこのように考えております。普及啓発につきましては、大阪市のほうもアンケート調査をされておりますので、大阪市の状況をご説明いただきたいと思います。

【(代) ○○氏】

本市は、12月の末から1月の月末まで、ほぼ1カ月強でアンケートを取りました。ただ、これは、手前どものほうでやりましたので、消防関係のイベントであるとか、例えば、出初め式会場、それと、応急手当ての普及啓発、いわゆる消防関連のイベント等で取っておりますので、最終的な周知度、認知度というのはちょっと高く出ておまして、全体の2,242名から有効回答を得まして、38%の方が救急安心センターそのものの存在をご存じであるという結果が出ております。ちょっと信じがたい数字かなというふうに思っております。今、事務局のほうからご説明がございました、何を通じて知ったかというあたりでございますが、複数回答でございますけれども、新聞・テレビ等というのが34%でトップです。あとは、大阪市からの広報紙、市政だよりが29%、ポスター・パンフレットというのが24%と。むしろ、インターネット等で知ったという方は非常に少のうございまして、やらないよりはいいでしょうけれども、あまり大きな効果はないという結果になっております。以上です。

【座長】

ありがとうございました。周知度ということであれば、2割とか3割という数字だと思いますけれども、問題としては、この事業が普及しないと使われないわけですが、逆に、継続性を持ってやるという気持ちがないと、一たん普及しても、かえってそれは混乱を招いてしまうということで、そこら辺の兼ね合いが1つあるのかなと思います。もう1つは、この番号ですね、次の3けたの番号というところとまた絡んでくるのですけれども、#7119という比較的わかりにくい番号を、今後も全国的にずっと使い続けていくのかどうかと。そのときに、安心センターという存在そのものに関する普及というのと、直観的な番号自体の普及というのと両方の問題があると思うんですね。安心セン

ターというものの概念の普及というのは、番号がかわろうが、同じように必要ですけれども、#7119の番号をずっと押し立てていくのかどうかということも、これは問題だと思います。次の3けた化の話もした上で、この話をしたいと思います。

#### 【事務局】

それでは、資料の23ページをお願いいたします。前回もお配りした資料と同じでございますけれども、3けた番号を導入する場合、どういう手順が必要なのかということについてご説明させていただきます。導入する場合、大きく必要なことが2つございまして、1つは、総務省のほうにあります審議会、あるいは委員会で、新規番号の必要性、ほかの番号、具体的に119番との違い、あるいは割り当てる番号等について検討して、その検討結果を踏まえて告示改正等の改正が必要というのが1つの手続きでございます。それとは別に、実際に電話番号を運用している各電気通信事業者の方との協議・調整が必要になってきまして、むしろこれが大きな課題になっております。これについての課題を24ページに書いております。電気通信事業者におきましては、3けた番号以外にも、今回やっている#7119のような#ダイヤル、あるいは0570番号など、いろいろな電話番号のサービスを提供しているのですけれども、3けた番号は非常に特殊な番号であり、新たに導入するためには、そのためにオーダーメイドでいろいろなシステムをつくらなければいけないということが言われております。ここ数年、そういう新規の3けた番号というのをつくっておりませんので、1つは、今は開発をする人員があまりいないということが課題としてあります。それから、金額的な問題を申し上げますと、これは幅のある数字ですけれども、NTT東日本1社で10億円から数十億円ぐらいシステム開発に要するだろうと言われておりまして、こういったシステム開発費をどういうふうに捻出するかといったあたりが大きな課題になっておりまして、この電気通信事業者との調整というのが、3けた番号導入に当たっての1つの課題というふうに考えております。以上でございます。

#### 【座長】

ありがとうございます。119番に全部統合するというふうな考えは、最初からないのでしょうか。

#### 【事務局】

119番に統合しますと、ほかの緊急の電話とまじってしまいますので、緊急性の低いものと高いものがまじったときに、緊急性の高いものに対する対応がとれる可能性は否

定できないと思いますので、そういった点を踏まえると、なかなか難しいのかなと考えております。

**【座長】**

「火事ですか、救急ですか、相談ですか」、アメリカで言えば「警察ですか、救急ですか、火事ですか」という話になるわけで、その入り口を統一するという可能性はないのかという話は、東京では結構議論としては出ていました、実現可能かどうかは別の話でございますけれども。この辺、いかがでしょうか。畑中委員、何かご意見はございますか。市民への普及ということと効果ということですね。

**【〇〇委員】**

きょうの全体の話にもかかわってくるのですけれども、119番に統合することで市民への普及を図るとするのは1つの案であると思いますし、それを推していくことは可能だと思います。先ほど緊急度のもので、振り分けがおくれるのではないかとということですが、今の坂本先生のおっしゃっているような、「火事ですか、救急ですか、相談ですか」というようなものであれば、その一言がふえたことで、必ずしも救急への対応がおくれるということにはならないのではないかと思います。きょうのお話を伺っていただいて、様子を見てくださいというような、実際に119番が少なくなっても、ウォークインで受診すれば、救急を受けるほうの側としては負担が一緒ではないかということですが、最初のほうにさかのぼりまして、家庭看護が必要みたいなものが非常にあるのではないかと思います。先ほど、#8000のほうでは、家庭看護みたいなものを非常に細かく指導することがあるとおっしゃっていたのですけれども、これは時間がかかるけれども、実際にこういったウォークインで受診する患者さんを減らすという意味でも非常に重要なことではないかと思えます。東京消防庁のほうから解説がありました緊急度評価のほうでも、青で様子見ということですが、その様子見のところは0.3%とかなり数が低いと思います。実際の判断として、どの程度の水準で赤、橙、黄色、緑、青というのが分類されるのが一番妥当なのかというのは非常に難しいと思いますけれども、相談であれば様子見の部分がもう少し多くてもよかったのかなという感じはします。ただ、これは、最終的には、何度も繰り返しおっしゃられているような、相談員の質と。電話をした人が、「相談を受けてくださった方がこういうふうに言っているから、自分としてはここで納得して、家で様子を見よう」、もしくは、「時間外はやめて、あしたの朝まで様子を見てみよう」と本当に納得して思えるかどうかだと思うんですね。そこでは

相談員の質ということもかかわってくると思います。「本当に不安だったら、救急にかかってみたらどうですか」というようなことを最後につけ加える、「じゃあ、救急にとりあえず行ってみるか」ということで、最終的には時間外受診の抑制にはつながらないという意味で、家庭にいかに関係教育をしていくかということが重要な気がしました。

#### 【座長】

ありがとうございました。東京都の青というのは、実は、緑というのはほとんど青に近いので、これは、翌日以降かかりつけの先生にご相談くださいという感じの内容で、ただ、東京の救急相談センターの中で、先ほどの訴訟リスクということを考えて、「医者に行く必要はありません」と言うのは、なかなか電話では言いにくいので、それのかわりとして、少なくとも夜間、時間外に病院に行く必要はないけれども、病院がやっている時間にかかりつけの先生に相談に行ってくださいというのが緑なので、実質的には、その中で行かない方もいっぱいいるだろうというふうに思います。

#### 【〇〇委員】

基準のつくり方が非常に難しいのですけれども、「すぐ行きなさい」、「何かあったら行きなさい、今は大丈夫ですよ」、「あすでいいから、夜が明けたら、かかりつけの先生にかかりなさい」、「心配ないですよ」、この4つに分けてやっているそうです。その辺の判断は、相談員の資質ですけれども、あまり間違っていないように思います。どこの都道府県も同じぐらいのデータが出てまいります。

#### 【〇〇委員】

先ほど〇〇先生からも、#8000をつくるときの経緯がいろいろありまして、国民の育児不安だとか、少子化に対応する策ということで、非常にはっきりしたものがあつたのですが、今、#7119のモデル事業については、やるモデルさんでいろいろなばらつきがあります。そこで、国民の側としても、本来、かける電話1本であれば、受け皿が一緒で、その中で振り分けていただければいいのが、かけた電話によって、こちらは救急病院しか紹介ししてくれない、こちらは開業医まで紹介してくれるという、まだその辺がはっきりまとまっていないような気がする、初めに委員長からも、医療相談、医療機関の案内、救急の手配、大きくそういう3本柱があるんだという、まず柱をしっかりして進めないといけないのかなと。先ほどの運営体制のあり方の中にも、幾ら救急需要が減ったとしても、歩いて病院に来る方がふえてはいけないとか、そういう話もありますので、やはり地域との連携だとか、その辺も必要になると思います。そこで、横道に

それる相談なのですが、認知度が 10%上がると、病院の患者さんが 8%ぐらい減ったということですが、今、東京消防庁さんで認知度のアンケートを取っているのですが、119 番の受信件数との相関とか、もしそういうのがおわかりになれば、多分、このところ 119 番は結構抑制されていると思うので、何かいい例であると思うのですけれども。

#### 【〇〇委員】

平成 19 年から平成 20 年にかけての話をしますと、119 番による救急要請の件数は減りました。ただ、平成 20 年から平成 21 年にかけての話をしますと、119 番による救急要請というのは、ほぼ前年並みの微増ぐらいです。この点で言うと、救急相談とか救急相談センターにかかってくる電話がふえている割には、救急車の抑制という部分には効力を発揮していないのではないかと議論は出てくるかと考えています。ただ、平成 20 年から 21 年の話をしますと、要請は微増ですが、搬送された人は減っています。あと、搬送された人の中でふえているのは急病でございまして、例えば、一般負傷で搬送された方は減っております。皆様方のご推察のとおり、急病はインフルエンザ等の影響もあるのかなとは思っております。次に、平成 22 年 1 月から今までの状況をお話ししますと、要請で約 5,000 件、搬送人員で 3,000 件ぐらい前年対比でふえる状況で推移しております。この時点でも、先ほど現時点での相談センターの受付件数、相談件数をお話した内容とは、希望する統計の方向に行っていないのかなというところがあります。ただ、救急車で搬送された方々の初診時の重症度程度はどうかという話をしますと、中等症以上の割合は確実にふえております。冒頭の説明でも話しましたが、確かに救急車の適正利用ということで始まっているのですが、必ずしも適正利用というのは、救急車の件数を抑えればいいという話ではないだろうと考えております。必要な救急医療のかかり方の手段として、適切な手段を提供するように振り分けていくというのが重要なのではないかなと。ちょっと言いわけっぽくなるのですが、相談センターの活動と救急要請という関連でいけば、今のような状況です。また、医長の〇〇先生の分析ですと、救急相談センターの周知率が高い東京都内のエリアですと、病院初診時の入院率が高くなっている傾向があるということもありますので、単に救急車の抑制だけでこの話を見ていて評価を誤るのではないかとというのが、最近の東京消防庁の相談センターでの、例えば、実務委員会とって、専門家の方にも入っていただいて、運営協議会とか、そういった場での議論として挙がっております。以上です。

**【〇〇委員】**

関連で、今の救急の全体の件数というのは、まさにおっしゃるとおりだと思います。大切なのは、今の中身で、軽症者が減って、本当に救急車で運ばれる方がふえているということであれば、私は本当に今の言葉が非常に大事だと思います。

**【〇〇委員】**

関連して、先ほど3けたで119番に統合したらどうかという点に関して、事務局の今のご説明ですと、もし相談業務と一緒に受け付けてしまうと、緊急の事例に関しての対応が出来るのではないかということで、それは必ずしも出来るというわけではないだろうというふうにお答えしたわけですが、もう1つ、考え方としては、国民とか、患者にとって、これは救急車を要請し、非常に緊急だと考えるか、もしくは、これは一たん落ちついて物事を見るべきかどうか判断を仰ぐという、自分の中でどちらの選択を取るか、いずれの制度があるうちのいずれを取るかという意味では、自分たちの自己研さんの努力を国民自身がするという意味で、仮に番号を3けたにしても、119番と、あとは別の番号を分けるという意味はあると思います。

**【座長】**

ありがとうございます。統合かどうかは別としても、1つは、#7119にかかったものが119番に転送されて、救急車要請があるという裏返しとして、119番に紛れ込んでいる電話の中はかなり相談的内容が含まれているのも事実ですので、それは、119番で入電してきても、#のほうに回せるシステムというようなことまでは考えてもいいのかなというふうには思っています。最後のプロトコールのところに行きたいと思います。お願いします。

**【事務局】**

それでは、資料の25ページをお願いいたします。電話相談プロトコールについてでございます。まず、現在のプロトコールについてのアンケート結果でございますが、相談員の方からは、小児の相談で、医療機関案内か、医療相談かの判断に迷うというご意見、それから、看護師の方からは、実際に見ているわけではないので、オーバートリアージ傾向にある、あるいは、耳鼻科、眼科関連の緊急度の判断が困難、高齢者の症状は判定が困難、そういったご意見をいただいております。次の26ページに、医師の方のプロトコールに対するご意見をいただいておりますけれども、プロトコールについては、看護師の質が異なっても、一定のレベルが担保できるのがよいのではないかと、そ

れから、検証等を行って、定期的にプロトコルを見直す必要があるという意見を複数いただいております。それから、オーバートリアージで、軽症でも救急車を出動させる場合があるのではないかといったご意見もいただいております。こういった状況を踏まえまして、27 ページにまとめをしておりますけれども、現在、3 団体とも、モデル事業で使用されているプロトコルにつきましては、東京都で活用されております「電話救急医療相談プロトコル」をベースに、それを若干カスタマイズして利用されております。アンケート結果を見ますと、小児の発熱、高齢者、耳鼻科、眼科関連などの緊急度判定は困難という意見、あるいは、症状が複数ある場合に、どれを使うかが難しい、そういった意見がございました。また、医師の方を中心に、プロトコルについては定期的に検証すべきという意見も出ております。それから、対応者によって対応が異なってしまうという問題があるということもございます。そういった状況を踏まえまして、今後の方向性ですけれども、電話プロトコルについて、対応者にかかわらず、緊急度判定や対応について一定の質を担保するために、電話救急相談プロトコルの検証、あるいは標準化といったことが必要ではないかというふうに考えております。具体的に標準化するためにどういう手順が要るかということですが、プロトコルの標準化につきましては、現在の電話救急医療相談プロトコルを作成していただきました日本救急医学会、あるいは東京都医師会救急委員会の医師の方々、モデル事業を実施していただいております各団体の医師の方、それから、日本臨床救急医学会の J T A S 検討委員会の委員、こういった方々による専門家委員会というのを設置して、来年度はこの専門家委員会でプロトコルについていろいろとご議論していただければというふうに考えております。この電話相談プロトコルに関連しまして、次の 28 ページですけれども、電話相談プロトコルから一部抜き出した、家庭で使用できるような救急相談マニュアルについても作成してはどうかというふうに考えておりまして、その背景等についてご説明したいと思います。愛知県の状況ですけれども、現在の状況でも、トラフィックということで、電話が繋がらない時間帯というのが夜間を中心に発生いたしております。29 ページ、これは再掲になりますけれども、休日あるいは夜間帯で電話が繋がりにくいというような指摘が相談員、看護師から出されております。それから、相談員の方から、利用者の方が自分の症状を正確に伝えられないケースがあるというようなご意見も出ております。こういったご意見を踏まえまして、30 ページにまとめておりますけれども、認知度がまだ 3 割以下というような、現状においても、現在の体制ではすべて

の相談に対応することはできていないという状況があります。それから、救急相談においては、主訴の正確な把握というのが必要ですけれども、利用者によっては症状等を正確に伝えられていない場合があるということ。それから、救急安心センターについては、全国的に展開していきたいと考えておりますけれども、まだ展開には時間を要しますので、救急安心センターを利用できない地域があるということが現状であります。こういったことを踏まえまして、今後の方向性としては、1つは救急安心センターの認知度が向上すると、さらに相談件数がふえますけれども、人員増というのも難しい点もあろうかと思っておりますので、1つは、#7119へ問い合わせる前の段階で、利用者の方自身が、ある程度緊急度判定や応急処置を実施できるようなものがあればいいのではないかとということが考えられます。それから、医療機関の側から見ますと、夜間、休日などにおける不要不急の時間外受診の抑制など医療資源を適切に利用するという観点から、傷病者やその家族の方が受診の必要性や緊急度を判断できるマニュアルのようなものがあればいいのではないかとということが指摘できます。また、利用者の方が症状等を正確に伝えられるように、事前に自分の症状等を確認できるようなものがあればいいのではないかとすることも考えられます。それから、安心センターが未設置の地域についても、安心センターまでいきませんが、それと同じようなサービスが受けられるように、こういった家庭で使用できるようなマニュアルがあればいいのではないかとこのように考えられます。こういったことを踏まえて、#7119に問い合わせる前に、利用者が緊急度の判定、あるいは応急処置を実施する際に参考となるような、家庭で使用できる救急相談マニュアルというものを作成してはどうかというふうに考えております。これにつきましても、先ほどのプロトコルの専門家委員会で、その内容について来年度ご議論いただきたいと考えております。説明は以上でございます。

#### 【座長】

ありがとうございました。このプロトコルについての問題ということですが、今現在、多くのところで使われている救急医学会監修のものも、参考にしている欧米のものは、もう20年以上の歴史を経て、バージョン6、7、8という感じで改訂を続けて今の形になっているものなので、最初から検証して改訂するというを前提につくられたもので、あれが確定版ではない、これは非常に短期間でもバージョン3ぐらいまでは来ていますので、それに関して、最初は先行して東京が行っていたわけですが、それを一緒に利用するほかの地域の皆さん、あるいは、それ以外のところも含めて検討

していく必要があると。例えば、子供の熱、先ほど桑原先生からもお話がありましたけれども、何分以上の熱を病気の熱とするのかというようなこともきちんと概念をまとめていかないといけないのかなというふうに考えております。あと、もう1つは、今ここは相談電話という切り口でのプロトコルですけれども、同じようなことは、例えば、胸が痛いと言う人がいた場合には、まず家庭で、すぐ病院に行かなければいけないのか、119番しなければいけないのかというような、本人にとっての考え方、それから、電話相談のレベル、それから、もちろん救急車のディスパッチのときに、どんな救急車を行かせるのかという話、それから、病院の救急外来で、どういう人から優先に診るのかと。実は、同じような概念で、ランクづけとか、トリアージをしていかなければいけないと。そういう中で、その同じ概念に基づいて、もちろん電話相談とは違いますけれども、家庭で自分たちの症状に対して、ある程度判断できるようなマテリアルもつくるべきではないかというようなことが今言われました。そのつくる母胎としては、そのための専門委員会というものは必要だろうということで、その設立するメンバーについてもここに一部書いてございます。ここに今いきなりJTASというのが出てきましたけれども、これはもともとはカナダの救急外来のトリアージスコアで、コンピュータベースでやっているものです。これは、今、台湾、韓国なども活用して、国ごとに少しずつ実情にあわせていろいろな係数などを変えながら使っているのですけれども、その日本版ということで、主に日本の救急外来、ERでのトリアージに使うものというふうに考えているわけですが、その大もとになる考え方ですね、症状の分類だとか、どんな症状を危険とみなすかということに関しては、この電話相談などでも使える概念だろうということで、そういうところはできるだけ概念を統一したほうがいいだろうということで、そういう委員会の人も呼んだほうがいいのではないかとということで、ここに書いてあると思います。改訂が必要だということに関しては、皆さん、一致していると思いますが、その改訂の母胎がどうなるのかということですね。小児に関して言うと、小児の全国センターという形でそういうふうな組織があつて、全国の標準化というものを考えていくという、非常にすばらしいあれがあるのですけれども、この#7119に関しても、場合によっては、成人の部分に関しても、そういうふうな横断的な組織というのが、このようなことを検証していくためには必要なのではないかとというふうに思います。ご意見はいかがでしょうか、よろしいですか。

### 【座長】

そうしたら、もう片方の緊急度が高いほうについて、横浜消防局で非常に高い精度、つまり、高い陽性的中率で重症患者を見つけているという前回の発表がございまして、実際どんなふうに行っているかという実例を持って来ていただきましたので、それを紹介いただきたいと思います。〇〇委員、お願いいたします。

### 【事務局】

一言だけよろしいでしょうか。前回の作業部会において、横浜型救急システムの陽性的中度が国に比べてかなり高かったというところで、実際のディスパッチの仕方について、私は視察に行っていました。その中で感じたところが、官制係員の聴取能力に差があるのではないかというふうに考えましたので、その辺について〇〇委員のほうからご説明いただきたいと思います。

### 【〇〇委員】

資料2の2ページをお開きください。今、委員長のほうからもお話がありましたとおり、感度と陽性的中度の話をする前に、コンピュータ、大本の指令台のを持って来ることはできませんでしたので、今回、コンピュータのタッチパネルでCPAの拾い出し、また緊急度、重症度の識別をやっているかというのをデモンストレーションでお見せします。初めにお見せするのが、これが、コンピュータの横にあるパネルです。正面には、通常の指令台と一緒に、119番がかかると、患者さんの発信地表示がされて、あと、地図がどんと出てくるシステムになります。この右側にあります。プロトコールとしては、通常の指令管制員がやる流れの中で、私が1回目、ここでやりながらモデルを動かします。実際は、タッチペンなるものがあって、そこをちょんちょんとクリックすると、右側に、今、右下の白抜きでカテゴリーというところに、今まで言っていた、A+、一番危険なものから、C、本来自分でも行けるような軽症なもの、そして、ディスパッチレベルのところには、部隊は何と何を出しなさいということが瞬時に出るようになっております。あと、事務局の方からも言われたのですが、この流れのフローはないのかということでしたが、今までお配りした説明資料の中に、5つのステップというのがあります。初めに、これからやるのを、実演しながらやります。まず、通常、「火事ですか、救急ですか」、「救急です」、「どうしましたか」というところから始まります。例えば、「お父さんが倒れました」ということであれば、今、左上の「家族」のところをクリックされました。お父さんが倒れたということで、「家族」のところへクリック。「お父さんは

お幾つですか」、「65歳です」というところで、今年齢のところへ行きます。「お父さんは、今、あなたの目の前にいますか」という問いかけに関して、目の前にいる、また、普通に受け答えがされているというところを、通常の119番の流れの中に入って来る順を追って、今、左の上のところをクリックしているところです。次に聞くのが、目の前にいるということでクリックして、次に聞いているのが、話ができるのか、意識はどうかという、重篤の、ステップの2番目ということで、青で囲んであるのが、ファーストステップのセブンと言われているところですけれども、そこを聞いていきます。もう一遍、順を追っていくと、「火事ですか、救急ですか」、「救急です」、「どうしましたか」、「うちのお父さんが倒れました」というところで、左のところから、そして、「お父さん、お幾つですか」、「65歳です」と言うと、40から69のところをクリック、お父さんということですから男性、ここでもちよんちよんと入れます。通報の様子は、普通に受け答えているのであれば、そこで普通に受け答え、そして、目の前で患者を目の当たりにしているのであれば、そこにクリックを入れると。会話の状態は、「もうお父さん、しゃべりません」。次に大事なことで、意識の確認等ですが、呼びかけたり、肩をたたいて、返事をしたり、動いたりしますかということで、動かないというところでは、もう意識がないというところでクリックします。次に、呼吸の確認をして、「呼吸はしていますか」、呼吸をしていないというところで、お気づきのとおり、もうここで「A+」ということで、ポンプ車とファーストレスポンスカー、アンビランス3台出なさいということです。2つ目のステップでも「A+」、識別できますので、大体1分かからないで緊急度、重症度は高い、CPAということで、部隊を出すことができるというシステムです。これは、視察に来られた方が、陽性的中度などが高いので、特別なプロトコールがあるのではないかとされるのですけれども、国が前、つくっていたものと比較すると、多分、呼吸と意識の確認だけが国の中であって、その前に水没しているだとか、そういうのがありましたけれども、横浜の場合は、その辺は後で、お風呂で水没だとか、池だとか、チェックするところではありますが、初めのこの7項目をチェックするだけで、今の感度と陽性的中度が拾えていますので、その辺が違うのかなと感じました。逆に、一番軽症なCになるとどうなるのかということで、これも流しながら行きます。例えば、「どなたがどうなされましたか」というところでは、「友達がお腹が痛いと言ってます」、途中で、腹痛ということですから、既往症を聞いたと思います。「友達はお幾つですか」、「22歳です、男です」、大体これぐらいの速さで実際やっています。「男性ですか、女性

ですか」、「男です」、「目の前にいますか」、「います」、「お話は普通にできている状態ですか」、「はい」、「受け答えはしっかりしていますか」、「はい」、普通に呼吸はできていますか」、「はい」、「自分で救急車まで歩くことはできますか」、「歩けます」、「今は立っていますか、座っていますか」、「座っています」、「顔色はどうですか」、「普通です」、「すごく痛そうにしていますか」、「そうでもないです」、「汗はかいていますか」、「かいていません」、「お友達に何か既往症、病気があるか聞けますか」、「聞いたところないそうです」、「ほかに何か症状はありますか」というところで、流していきまされたけれども、右下に「C」ということで。軽症になればなるほど聞くことがいっぱいあるのですが、当局では、軽症ですから、この段階では時間がかかってもいいというレベルの中で聞いているということです。以上がデモンストレーション、いろいろ持って来たのですが、時間の関係で省略します。あと、事務局でつくっていただいた資料の中では、視察のまとめとして書かれているので、指令管制員の聴取能力の違い、意識や呼吸障害などの生命識別のチェック項目の違いが挙げられるのではないかとということでしたが、今回、私はこれがパネルになったことによって、72人の指令課員のプロトコールというのは、非常に斉一化されて、だれがやっても同じように聞けると思います。ペーパーやブックで聞いていくのではなく、また逆に、相手の主訴に対して、急に「いいから、おれの話、聞け」と言う方もいますので、そっちを先にチェックしておいて、また、ステップファイブの流れに、いわゆる重症度から拾っていく流れにまた戻すこともできるので、非常にそのところに優位性があると思います。あと、ちょっと脱線するのですが、先ほど相談員の質の向上だとか、利用者への事前のチェックとか、そういうのにも今後こういうのが使えるのではないかと考えております。それと、あと、意識障害、呼吸障害の違いだけではなくて、青で囲んでいたところ、大体7項目を聞くとCPAの拾い出しができていくというところで、参考にさせていただけるのではないかと思います。あと、管制員の教育について話してくださいということでしたが、3番のところにざっと書いてあり、72名のうち救急救命士が12名、救急隊員の資格が30名、あと、応急手当指導員が30名ということで、全員が救急に明るいのかということとそうでもない。ただし、研修方法として、指令課配置のときに、140時間のディスパッチャー教育なるものを実施して、特に医学基礎教育は30時間、それと、あと、引き継ぎ前に1時間ぐらいの研修時間を設けて、MCの先生がつくった資料、また救命士のつくったテキストで、特に事例検証しながら研修しているところが特出していると思います。以上です。

### 【座長】

ありがとうございました。1つは、コンピュータの画面で一覧性がいいところでやるというのは、アルゴリズムの中身ということだけではなくて、そこでみんなが同じ結果が出せるということですね。理論的にできるという話と、現場でできるという話はきつと違ふだろうというのが1つ。それから、今、それほどでもと言っていましたけれども、ほかのところの研修に比べると、かなり通信指令に関してのきちんとした教育がされているという部分、この辺が、ルールをつくるだけではだめで、それが実際使いやすくなるようなツールと、実際それを使いこなす教育と、それから、その背景となる医学的な知識をつけていただくという辺が必要なのではないかというふうに思います。時間が来てしまいました。前半ゆっくり議論しすぎましたけれども、今まで議論が不十分であった救急安心センターの部分について、きょうは少し深めた議論ができたと思います。まだまだモデル事業として1年目が過ぎたところですので、きょうのご意見をさらに反映して今後に生かしていただくということが非常に大事ではないかと思います。今日出てきたご意見等を反映させていただきまして、また、今までの緊急性の高い部分に関しては、きょうお配りしている案をもとにいたしまして、高度化検討委員会のほうへこの作業部会からの報告書ということで、委員長のほうでまとめさせていただきたいと思います。また、まとめている中間的なものにつきましては、委員の皆様にはメール等で配信してご意見を伺いたいと思います。大部なものになるので、目を通すのが大変かと思いますが、ぜひご協力をお願いしたいと思います。そういうことで、ここで事務局のほうにマイクを戻したいと思います。よろしく願いいたします。

### 【事務局】

どうもありがとうございました。メール等でまた報告書等を配信させていただきたいと思います。また、本作業部会の終了に当たりまして、救急企画室長、開出のほうより一言ごあいさつさせていただきます。

### 【開出室長】

本年度3回この作業部会開催させていただきましたけれども、活発なご討議をいただきまして、大変ありがとうございました。これは、消防庁のほうで、今までトリアージ部会ということで、坂本先生に從來からお世話になってきた作業部会でございまして、從來、狭義のトリアージといえますか、緊急度の高い患者さんに対して、どういった対応をするかということを中心に検討を進めてきていただいたわけで、本年度もその部分

につきまして、プロトコルの精度向上、P A連携の効果等について深めた議論をいただきましたし、緊急度が低い部分の救急相談につきましても、モデル事業の結果を踏まえて、きょう踏み込んだご議論をいただきました。この作業部会の結果を、坂本座長と事務局のほうで、また委員さんともご相談しながら、親会に報告という段取りになりますけれども、それを私ども消防本部のほうに、情報提供をしっかりとすることと、来年度も救急安心センターにつきましては3億円ほどの予算を確保しておりますので、引き続き箇所をふやす等のことでデータを集めていきたいと思っております。これは、非常に国民の関心も高い分野でもありますし、きょうもお話がありましたが、救急に対する国民意識の普及啓発といいますか、そういったものにもつながることですので、我々はしっかり取り組んでいきたいと思っております。引き続き皆様方にはご指導賜りたいというふうに思います。本年度の活発なご討議に感謝申し上げまして、御礼のごあいさつとさせていただきます。大変ありがとうございました。

## 5 閉 会

### 【座長】

議論が長くなってしましまして、いつもしり切れで、最後に十分議論を尽くせなくて、大変申しわけなく思っております。ただ、それぞれの専門の立場から突っ込んだ議論をいただきましたので、この内容を親会の高度化推進検討会のほうにきちんと反映して、今後の消防行政に活かしていただけるように頑張りたいと思います。また、次年度以降も、このような機会がございましたら、ご協力をお願いすることもあると思っておりますので、またよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

〔了〕