

**第1回救急業務高度化推進検討会**  
**重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会**  
**議事録**

1 日 時 平成22年9月17日（金） 13時00分から15時19分

2 場 所 主婦会館プラザエフ4階「シャトレ」

3 出席者

メンバー 有賀部会長、磯淵委員、岡田委員、奥寺委員、金森委員、  
桑原委員、軍神委員、嶋津委員、中村委員代理渡邊氏、  
西原委員、森村委員、横田委員

オブザーバー 中野専門官

欠席者 阿真委員、石井委員、岩田委員、坂本委員、松原委員

4 会議経過

1 開会[事務局]

2 あいさつ

【室長】

救急企画室長の〇〇と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。本日は大変お忙しいところ、お集まり頂きありがとうございました。この作業部会ですけれども、救急需要対策の一環といたしまして、重症度・緊急度の判別・選別のあり方について医学的観点から質の向上を図るということで検討を行いたいと思っております。トリアージに関しましては、後で御説明しますが、今、国のほうで特別枠で元気枠という要求ができることになっておりまして、救急のほうでは今回、社会全体で共有するトリアージ体系の構築ということで、約1億円ぐらいの事業でございますけれども、提出しております。これにつきましては、今後政策コンテスト等公開の場での議論がありまして、優先順位を決定し決まってくんですけども、本事業は救急救命という意味では、非

常に大きな転機になるというふうに考えております。当部会での今回のトリアージのいろいろな積み重ねの流れに沿うものだというふうに考えております。また、救急安心センターモデル事業につきまして、この効果分析をお示しいたします。こちらにつきましても、行政事業レビューという仕分けの対象になりまして、実は23年度からはモデル事業としては廃止をするということで考えております。ただ、この事業自体について効果が否定されたわけではなくて、これについては後で御説明するような効果があるということは、理解をさせていただいております。ただ、もうモデル事業ではなくて、今後は地方の自主性に任せて全国展開を図ると。国としてはいろんな情報提供などで支援をしていくべきだという御判断でございますので、こちらについてもそういうことで進めていきたいと思っております。また、今回の中で、「家庭で使用できる救急相談マニュアル」を作成したいと考えております。これも将来的なトリアージの体系構築に結びつくものということで重要なものだというふうに考えております。委員の皆様方におかれましては、大変重要な課題が山積みでありますけれども、何とか救命率の向上、救急業務の発展のために自由闊達なる御議論をお願いしたいと思います。簡単ではありますが、冒頭に当たりましてのごあいさつにかえさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

### 3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

### 4 座長紹介

#### 【事務局】

次に当作業部会の部会長でございますが、先日開催されました救急業務高度化推進検討会にて、〇〇委員の就任で同意をいただいておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、部会長より一言ごあいさつをお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

### 5 部会長挨拶

#### 【部会長】

〇〇大学の〇〇と申します。この作業部会の名前は、「重症度・緊急度の判定・選別

(トリアージ)に関する作業部会」といいます。親会でありますところの救急業務高度化推進検討会においては、もともとトリアージという言葉がそのまま使われてきたのでありますけれども、災害医療における選別という、例のトリアージタグのトリアージと、それから平時の救急医療における一人一人の患者さんについて云々かんぬんといったときのトリアージとはかなり違うだろうと。災害医療のトリアージタグは特に黒のイメージがあって何となくちょっと違うというよりも、むしろネガティブなこともあるだろうというようなことがあって、そのまま重症度・緊急度の判定・選別に関する作業部会というふうなことになったと記憶しております。先ほど来、家庭における選別などに関することもありましたけれども、救急隊が用いるもの、それから消防本部などにいる看護師さんたちが相談において求めるもの、それらはみんな似たような選別の物差しを多分使い得るだろうということもあって、家庭でのトリアージというような言葉も出てきた次第だと思います。地域社会、また国全体の救急患者さんに関するさまざまなことを緊急度の判別と選別というような側面から議論をするというのは、かなり大事な話になるかと思えます。ちょっと長くなりましたけれども、とても大事な話になると思えますので、どうぞよろしく願い申し上げます。部会長のあいさつは以上であります。

## 6 議事

### 【事務局】

ありがとうございました。なお、作業部会の進め方ですが、特に委員からの御意見があった場合を除きまして、事務局としましては公開ということで進めたいと思えます。では、部会長に以後の議事進行をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

### 【部会長】

お手元に今日の議題ということで、「(1)救急安心センター事業の効果分析」と「(2)各段階における…」今少し私が言及しましたが、の選別のあり方についてということがございます。資料でいきますと、作業部会資料と書いた最初の分厚いものがその資料になると思えます。ということでまずは、これを説明いただいて、本件に関する質疑なりを深めたいと思えます。よろしく願いいたします。

### 【事務局】

それでは事務局から御説明をいたします。3ページをお開きください。「平成22年度重症度・緊急度の判定・選別(トリアージ)に関する作業部会」といたしまして、救急

安心センターモデル事業の効果分析と各段階におけるトリアージのあり方について、こちらをテーマとさせていただければと思っております。まず、救急安心センターモデル事業の効果分析でございますが、平成21年の消防庁重点施策の1つとして、愛知県、奈良県、大阪市で実施した救急安心センターモデル事業の効果分析し、他の相談事業との連携を踏まえた今後の普及方策について検討するということを掲げております。また、各段階におけるトリアージのあり方については、家庭電話相談、119番、救急現場、病院選定、医療機関の各段階におけるトリアージの目的・役割を分析する。本作業部会においては、特に「医療機関前トリアージ」を中心に分析したいと考えております。また、分析の結果を踏まえまして、「家庭で使用できる救急対応マニュアル」を作成していきたいと考えているところでございます。4ページでございます。平成22年度のスケジュールでございますが、本日9月17日に第1回の作業部会を開催させていただきまして、年内11月に第2回、年明け11月に第3回、2月に第4回ということで、計4回で取りまとめまで行えればと考えております。テーマといたしましては、本日は救急安心センターモデル事業の効果分析と各段階におけるトリアージのあり方について御議論をいただきまして、本日の議論をもとに、第2回以降につきましては、各段階におけるトリアージのあり方についてさらに御議論を進めていただきながら、「家庭で使用できる救急相談マニュアル」の作成についての検討を進めるという形で行わせていただければと考えているところでございます。それでは、救急安心センターモデル事業の効果分析の資料の御説明をいたします。6ページをお開きください。検討項目といたしましては、救急安心センターモデル事業の効果分析の中で、救急安心センターモデル事業の有効性の検証ということで、平成21年度に実施いたしました救急安心センターモデル事業（愛知県、奈良県、大阪市）3例でございますが、これらの事業の有効性を検証する。また、検証に当たりましては、先行事例であります「東京消防庁救急相談センター」を参考にしたいということで、本日の資料を編纂しております。また、「(2)他の相談事業の情報収集、今後の連携のあり方の検討」ということで、昨年度、救急安心センターの全国的展開に向けた課題といたしまして、小児救急相談事業、いわゆる#8000番、また#8000番以外の相談事業との整理・連携が掲げられたところでございます。この課題の検討に当たりまして、他の相談事業の実施状況を把握するため、都道府県、市町村、消防本部に対するアンケート調査を実施しております。この調査結果につきまして、まとまったものから報告させていただきまして、救急安心センターと他の相談事

業の今後の連携のあり方を検討していきたいと考えております。7 ページが救急安心センター事業についての説明でございます。救急安心センターとは、24 時間 365 日体制で対応するもの。また、相談員といたしまして、医師、看護師、ある程度医療的な知識を持った相談員が救急医療相談に対応して、緊急性の高い相談であれば、迅速な救急車の出動につなげるもの。また緊急性のない症状であれば、医療機関を案内するというものが、ここでいう救急安心センターということで位置づけているものでございます。8 ページをお開きください。「救急安心センターモデル事業の有効性の検証」ということでまとめたものを、つけさせていただきます。事業の実績といたしましては、3 団体合計で、平成 21 年 10 月から平成 22 年 3 月、平成 21 年下半年期までの総受付件数は、9 万 1,257 件、このうち救急相談は 3 万 4,693 件、救急相談の結果、救急要請となった件数につきましては、2,111 件となっております。6 カ月間の人口 10 万人当たりの件数につきましては、大阪市で 921 件、奈良県では 361 件、愛知県では 70 件となっております。相談事業を開始してから 3 年目の東京消防庁では、244 件となっております、モデル事業開始直後から、一定程度住民に浸透しているものではないかと分析しております。事業の有効性でございますが、平成 21 年 10 月から平成 22 年 3 月までの救急搬送件数は、前年の同時期と比較して微増となっております。これは新型インフルエンザによる救急搬送の増が原因と考えられますが、今後、詳細な検討が必要であると考えているところでございます。また、軽症者の搬送割合についてでございますが、平成 21 年中と比較いたしまして、平成 22 年 1 月から 3 月までは、ある程度安心センターモデル事業が浸透したと考えられる 22 年 3 月までは、3 団体とも 2 ポイント程度低下しているところでございます。奈良市では、平成 21 年 1 月から 8 月までと平成 22 年 1 月から 8 月までを比較して、1.4 ポイント低下しているところでございます。奈良市の消防本部におきましては、新型インフルエンザの流行がピークを超えた 1 月以降、119 番に通報される医療機関案内等の緊急通報以外の件数が減少するという効果も出ております。平成 21 年 10 月から平成 22 年 3 月、平成 22 年 4 月から 6 月の奈良県立医科大における時間外患者数は、前年の同時期と比較して、10%程度減少をしているという統計も出ております。救急相談の結果、救急出動することとなり搬送先病院でくも膜下出血と判明し一命を取りとめたものや、熱中症の緊急処置を行い救命できたものなど、119 番通報には至らない事例でありまして、救急相談の結果、その緊急性を判断して適切な処置をとるということで救命効果が上がったもの、そういった奏功事例につきまして

も、多数出ているところでございます。それでは、計数的なものを簡単に説明してまいります。9ページでございます。「救急安心センターモデル事業の実績」といたしまして、受付件数の推移をまとめたものでございます。こちらは計数資料でございますので、説明は省略させていただきます。10ページでございます。大阪市、奈良県、愛知県そして参考として東京消防庁の相談実績を表にまとめたものでございます。救急相談の件数でございますが、大阪市では2万4,436件、奈良県では5,071件、愛知県で5,186件で、合計3万4,693件となっております。参考で東京消防庁では、3万1,807件となっているところです。また、医療機関案内ということで#7119にかかってきたものとしては、大阪市で4万3,644件、奈良県で2,800件余り、愛知県で278件ということで、合計といたしましては4万6,769件ということで、医療機関案内の割合が若干高くなっているところでございます。合計といたしましては、3団体計で9万1,257件の相談実績がございました。11ページでございますが、相談実績の内容を横で分けたものでございます。救急相談のうち、救急要請となった件数というのを、②で示しております。大阪市ですと、救急相談になったものが2万4,436件、うち救急要請となった件数については、1,643件、救急相談のうち6.7%が救急要請につながったということになっております。大阪市につきましては、うち中等症以上の内数がございまして、その中で申し上げますと、救急要請となった件数のうち、中等症以上と判断されたものは、379件で23.1%となっております。奈良県、愛知県につきましては、資料に掲げているとおりでございます。3団体合計といたしましては、救急相談のうち約6.1%、2,111件が救急要請につながったという結果が出ているところでございます。参考に一番下が東京都でございますが、東京都のほうでは救急相談のうち、11.9%の3,780件が救急要請となっております。資料12ページでございます。「曜日別の相談件数」でございますが、平日よりもやはり土、日・祝日のほうが件数が多いという傾向が見てとれる状況となっております。また、「時間帯別の相談件数」を13ページにまとめております。やはり相談件数が多くなる時間帯としましては、19時台から21時台まで、このあたりが、どの団体におきましても、高い数値を示すものとなっております。あと夜が更けるにつくまして若干落ちていきますが、19時台から21時台までが多いという結果が出ているところでございます。14ページは「相談対象者の性別」ということで、相談をしてきた者ではなくて、相談の対象となった者の性別をまとめたものがございます。合計で見ますと、男性が47.6%、女性が49%、有意な性差というものは、全体としては出ており

ません。15 ページといたしまして、1 回の救急相談に要する時間をまとめたものでございます。「0～5分」が約6割、「5～10分未満」を足すと、約9割が10分未満の相談時間を要するという結果が出ているところでございます。16 ページは参考です。

「東京消防庁救急相談センターにおける相談後の他機関案内先」ということで、救急相談の後にどのような相談先につないでいるかというのをまとめている表でございます。その他の内訳としては、「他消防本部」「民間救急コールセンター等」でございます。続きまして17 ページ、救急搬送件数の推移でございますが、モデル事業を実施した中で、救急搬送件数の推移というものにつきましては、掲げたとおり、若干微増しているということで数値が上がってきております。18 ページは奈良市の数字でございますが、これにつきましても若干微増という傾向が出ております。19 ページは「新型インフルエンザ感染疑い患者の救急搬送状況」となっておりますけれども、平成21年につきましては、10月から12月まで、やはり新型インフルエンザ感染疑い患者の救急搬送が多ございますので、こういったものの影響も、救急搬送件数の微増の傾向に影響しているものだと考えているところでございます。続きまして、資料20 ページでございます。

「東京消防庁救急相談センターの受付件数等と救急出動件数の推移」ということでまとめているのが、こちらの表でございます。東京消防庁におきましても、救急相談件数につきましては、平成19年で1万4,400件余りだったのが、平成21年では5万2,940件と、その数を大きく伸ばしているところでございます。21 ページが「救急安心センターモデル事業の効果」でございます。「軽症傷病者の割合の推移」ということで出しております。平成18年から平成19年、平成20年、21年、22年（1月～3月）ということで、時系列を追っておりますけれども、安心センターモデル事業がある程度浸透してきたと考えられます、「平成22年（1月～3月）」につきましては、軽症傷病者の割合が下がってきていると傾向が見てとれるものと考えております。奈良市につきましては、22 ページ棒グラフでまとめております。23 ページは、「救急安心センターモデル事業の効果」ということで「奈良市消防本部における医療機関案内等の電話照会件数と#7119相談件数」となっております。これにつきましては、説明を省略いたします。24 ページでございますが、「県立医科大学における時間外患者数」ということで、奈良県のものでございます。平成20年と平成21年の救急延患者数を比較したものでございまして、11月、12月あたりから救急延患者総数につきまして、減少傾向が出てきているということがまとまった表になっております。平成20年と21年の比較でござい

すと、中段一番右の表でございますけれども、救急延患者総数が平成20年で6,912名であったところが、平成21年で6,340名と、572名の減少傾向にあるということでございます。「救急安心センターモデル事業の効果」といたしまして、大阪市における奏功例をまとめたのが25ページからの表でございます。個別の事例につきまして読み上げでの紹介は割愛させていただきますけれども、やはり119番に迷った場合に、#7119にかけてくることによって、その緊急性について、専門的知識を持つ相談員、医師、看護師等が判断して速やかな救急搬送につながった事例というのが、このように報告が上がってきているところでございます。29ページにお進みください。「他の相談事業の情報収集、今後の連携のあり方の検討」ということで、これまでの経緯でございますが、救急安心センターモデル事業の類似事業としまして、#8000番とか県がやっております救急医療情報センター等が実施されているところでございます。こちらにつきましては、#7119との役割分担が明確ではなく、住民に十分浸透していないため、利用者にとって窓口がわかりにくいのではないかという課題が指摘されたところでございますので、各事業の整理、連携のあり方の検討に当たって、全国における電話医療、救急相談事業の実施事業を把握する必要があるということで、今回アンケート調査を実施したものでございます。30ページでございますが、「救急安心センターモデル事業 相談対象者の年齢構成（3団体）」の統計をまとめたものでございます。相談対象者としたしましては、やはり「5～9歳」の割合が5,620と大きくなりまして、そのあとが「20～29歳」「30～39歳」、20代、30代、そして60代から70代という形でまた高くなっているという状況でございます。また乳幼児期におきましても、3,000名を超えるような事例が出ているところでございます。それに対応するものとして、「小児救急センター事業（#8000）の相談団件数」というのを奈良県でまとめたものが31ページです。32ページが「電話医療・救急相談事業の実施状況調査」といたしまして、どのようなものを実施しているのか、概要をまとめたものでございます。調査対象は都道府県、市町村、消防本部で、調査方法につきましては、Eメールによる配布・回収でございます。調査基準日は8月1日ということで、各調査項目といたしましては、各都道府県、市町村、消防本部において電話医療、救急相談事業を実施しているかどうか。また、今後実施する予定があるかどうか、相談事業の名称、内容、開始時期、対応時間帯、相談事業の実施形態、相談実績等を調査しているところでございます。調査結果の取りまとまっているものが消防本部しかないので、今回は中途の報告ということでございますけれども



も、33 ページでございます。消防本部単位で見た場合につきましては、「実施している」との回答があった消防本部が 27.4%、「実施していない」という回答があったのが 69.3%でございます。それを都道府県別でまとめたものが 34 ページとなっております。消防本部単位で「実施している」という回答の割合が高いものとしたしましては、群馬県、青森県、岐阜県、三重県、佐賀県あたりは 100%ということで、すべての消防本部において、電話医療・救急相談事業を実施しているという回答が返ってきたところでございます。また、消防本部単位で管轄人口ベースの、いわゆるカバー人口で見た場合をまとめたのが 35 ページでございます。カバー人口ベースで見ますと、「実施している」消防本部のカバー人口ベースで見ますと、35.3%をカバーしているという結果が出ています。これにつきましては、都道府県単位等の調査結果がまとまり次第、また作業部会にて御報告をさせていただきたいと考えているところでございます。駆け足でございますが、私から前半の資料の説明は以上となります。

#### 【事務局】

それでは引き続き、トリアージについて御説明をさせていただきます。資料 36 ページです。「各段階におけるトリアージのあり方について」駆け足で御説明申し上げます。37 ページですが、今回、親委員会から出された宿題の 4 項目です。「各段階におけるトリアージのあり方の検討」「トリアージシステムの紹介」「CTAS の紹介」、あとは「家庭で使用できる救急マニュアルの作成」です。38 ページをごらんください。トリアージと言いましても、さまざまな局面で使われることが、今後想定されておりました。まずは家庭、救急電話相談 119 番コールトリアージ、救急現場トリアージ、病院内におけるトリアージと大まかに分かれるものと考えております。39 ページです。まず、家庭におけるトリアージですが、これはあくまでも事例の 1 つです。もともとトリアージを念頭に置かれて作られたものではない可能性もありますが、幅広く御紹介申し上げます。まず 39 ページですが、福岡市でお使いになっている脳卒中の指標のシステムです。脳卒中に関しまして以下のスケールのうち、1 つでもチェックがあれば、脳卒中の可能性があるということを、住民の方に周知しています。次が 40 ページ、こちらは日本小児科学会がお作りになっているものでございまして、多く問い合わせのある症例に関しまして、パワーポイント左側になりますが、チェックをいたしますと、右のほうに緊急度の判定が出るというシステムでございます。これにつきましては、冊子になっておりまして、配布もされているところでございます。41 ページでございます。いわき

市でも同様のことがされておりまして、内容につきましては、小児科学会の子供救急とほぼ同じものでございますが、こちらについてもホームページで公表されているというところでございます。次に 42 ページでございます。厚生労働省の科学研究班で、発熱時、嘔吐時、下痢時に関して文書とイラストで説明されている冊子がございます。次に 43 ページでございます。こちらは「電話救急医療相談プロトコール（#7119）」でございます。こちらはへるす出版から、出版がされてございますが、これは主に、電話相談の局面でお使いになるというものでございます。現在、98 の主訴や病態別につくられてございまして、以下のようなプロトコールがつけられています。なお、ここでのポイントにつきましては、質問の順番でございますとか、あとはアンダートリアージ事例のフィードバックの検証等々も検討されているというところです。なお、英国においても同様の電話相談がありまして、これにつきましては、〇〇先生から後ほど御説明をいただくこととなっております。次に 44 枚目でございます。同じく電話相談ですが、「小児救急相談事業（#8000）」に関してです。こちらにつきましても、お子様を対象に #8000 番で問い合わせの対応を行っているというものです。これにつきましては、後ほど〇〇先生から御説明をいただくこととなっております。45 ページ目でございます。次の段階となりますが、119 番コールトリアージで、これは横浜市で行われている「横浜型救急システム」の概要を示しています。119 番の内容聴取を行いまして、緊急度・重症度の識別を行うというものです。そのカテゴリー、傷病者の状態に応じて、出動させる態勢を 3 段階設置しているというところです。また、救急車の出動を迷っている場合については、通報者の同意を得た上で、ドクターや電話によるアドバイスを実施する救急相談サービスへ転送を行っているというところです。46 枚目ですが、横浜市でお使いになっているコールトリアージ時のコンピュータ入力画面です。一番右下にございますが、こちらのほうで生命危険確率であるとか脳卒中の確率、虚血性心疾患の確率が出る形になっています。次に 47 枚目です。こちらが横浜市のほうの現在の取りまとめです。まず効果につきまして、真ん中の段です。レベル 1 による出動に関しましては、ほかの平均に比べると 47 秒早く現場到着できているというところです。また、3 つ目の〇ですが、救急相談への電話の転送ですが、984 件あったということです。48 ページは飛ばさせていただきます。49 ページです。次の段階、救急現場でのトリアージで、これも事例の 1 つです。東京消防庁で「救急搬送トリアージ基準の運用」をされておりまして、このこのチャートでのポイントについては、この図の左下「緊急性が認められない

場合」の下です。同意が得られた場合については、自身での受診をお願いするという  
ことで、救急相談センターやコールセンター等々を御紹介し、自力で行っていただくとい  
うものです。ただし、同意が得られなかった場合は、救急車による搬送を行うという内  
容です。50枚目が緊急搬送トリアージシートです。51枚目、52枚目も、観察のカード  
を添付しています。次は53枚目です。これは病院内、院内におけるトリアージですが、  
これについては、つくばメディカルセンター病院から資料をいただきました。54枚目  
ですが、まずこちらの病院では、4段階の重症度の判定をしています。さらに55枚目、  
「トリアージのプロセス」ですが、受付を行い、トリアージを行い、4段階に分けて診  
察を行うというものです。また、再アセスメントについては、15分ごとを目標として  
います。56枚目です。「トリアージレベル決定での要点」です。以下の項目に基づき  
決定ということで、まずは1つ目の第一印象が重要です。その後、感染管理、フィジカ  
ルアセスメント、バイタルサイン、補足因子となっておりますが、一番目の第一印象に  
関しましては、今回おつけしている、50ページの東京消防の「救急搬送トリアージシ  
ート」におきましても、一般項目の7で隊長の主観や印象が項目として盛り込まれてお  
りますので、この観点は必ず重要なんだということが再認識できると思います。次に  
57枚目です。緊急度と重症度、それぞれ「時間軸が異なる」という御説明内容です。  
58枚目、諸外国におけるトリアージについて、御紹介のペーパーです。歴史的背景か  
ら、59枚目ですが、諸外国の主なトリアージのスケールについての説明資料です。続  
きまして、60ページです。「各段階におけるトリアージの役割・特徴」はあくまでも  
事務局で取りまとめたものですが、家庭、電話、119番、救急現場、病院選定、院内ト  
リアージにおいて、それぞれ目的・役割、特徴が異なる。これは当然のことですが、こ  
の内容を簡単に整理したものです。これはあくまでも事務局が作成したものですので、  
御意見をいただければと考えています。続きまして61ページですが、消防庁の予算要  
求資料でして、先ほど室長からも説明させていただきました内容です。63ページ目で  
す。「3. 救急救命体制の強化」です。ここで、「社会全体で共有するトリアージ体系  
の構築」ということで、1億円の要求を現在しているところです。続きまして64枚目、  
CTASの紹介です。これは後ほど〇〇先生から御説明をいただくことになっていきます。  
65枚目は、飛ばしていただきまして、66枚目です。親会からの指示ですが、こちらの  
部会では、「家庭で使用できる救急相談マニアの作成」を行うこととなっております。  
これまでの経緯のところに書いていますが、円滑な救急相談の実施や救急安心センター

の未設置地域における対応が課題となっていますので、「家庭で使用できる救急相談マニュアル」を作成すべきということです。作成方針ですが、救急安心センターモデル事業で使用されているプロトコールをもとに、「家庭で使用できる救急相談マニュアル」を作成できないかということです。また、その内容ですが、極力簡便であること。一方で簡便でありながら、アンダートリアージが発生しないよう注意が必要であるというところです。冊子作成のイメージですが、冊子形式またはパンフレット形式と考えておまして、PDFにしてホームページで掲載予定としております。スケジュールですが、以下のとおりでして、第2回作業部会において問い合わせの多い症例、プロトコールの作成、家庭で使用できる救急相談マニュアルたたき台の作成、第3回で案の検討、第4回で決定と考えております。なお、第2回までの間に、事務局で情報等を整理いたしまして、極力完成度の高いものをお持ちできたらと考えておりますが、その点につきまして御意見をいただければと考えております。続きまして、時間が限られて恐縮ですが、〇〇先生から#8000番について、〇〇先生から英国NHS-Directと#7119の比較、〇〇先生のほうからCTASについて、それぞれ10分程度で御説明をいただければと思います。よろしく申し上げます。

**【部会長】**

申し上げます。

**【〇〇委員】**

〇〇でございます。私の資料は、参考資料1-1をごらんください。#8000は平成14年厚生科研の鴨下班が立ち上がったときに、広島県がモデル事業として行った最初の事例です。これが22年度まで来ておまして、今#8000は、22年7月に沖縄県も開始いたしましたして、47都道府県まで広がっております。大体どの県につきましても、同じような内容になっていますけれども、きょう改めて少し報告させていただきたいのは、#8000の対応をする人は看護師がほとんどでございまして、小児科医が対応するのは、全体で6都道府県しかありません。その前線に対応する看護師さんがバックに小児科医を待機させておきまして、看護師さんでさばききれない事案については小児科医に回していくわけです。平成21年度広島県の案件は、相談件数が6,580件、そして小児科医が土日年末年始やっていますので、これはもう自分で解決するのですが、看護師さんがやっている平日の4,081件の中で、小児科医に回したほうがいいなというのが42件ございました。1.03%です。その内容が次のページからずっと書いてございます。それぞ

れ細かく書いてございます。また後でござんいただきたいと思いますが、おばあちゃんの薬を飲んだけれどどうしたらいいか。血圧の薬を飲んだけれどどうしたらいいか。糖尿病のおじいちゃんの薬だったのだけれども、どうもなめてしまった、どうしようか。頭を打ったけれど、ちょっと様子が変わったけれどどうしたらいいか。薬の中毒関係であるとか、きょうもらった薬を2回飲んでしまったけれど、どうなんだというようなこともあったりしました。細かく書いてございますので、参考にさせていただければと思います。そんなことが、バックに小児科医がおるということで相談になっているわけですが、#8000の最初の発想は、平成16年の8月に厚生労働省指導課から全国展開しようということで、2分の1補助事業で行ったものです。最初は小児科医が相談員になるということになっておりましたので、なかなか進展しなかったのですが、平成18年8月でしたか、マンパワー、相談員が充足できない県については、看護師さんでもいいですということになりまして、しかもうまく組織できない都道府県については、民間電話相談会社を使ってもいいということになりました。そこで少しずつ進展しまして、現在、47都道府県の中で民間電話相談会社を使っているのが16県ございます。その民間電話相談会社がいいのかどうかということも、ひとつ今、私たちの科研の事業で議論をしているところです。民間電話相談会社というのは、ほとんど東京にございます。人の関係、そして企業ですから、いろいろの運営の関係があるんでしょう。例えば四国のある県の#8000を東京で受けているという話であります。内容的には看護師さんたちはベテランですから、お話しはできる。じゃあ今日の応需情報、今どこへ行ったらいいのですかというようなところがなかなか回答できない。したがってまた電話を切って、地元の消防局に電話をなささいということをご指導しなければいけないというふうな難点がございます。そんなことで今、#8000をセンター化していいかという動きをしております、この22年度に報告書をつくるわけでございます。資料1-2を見ていただきますと、#8000というのは、「いつでもどこからでも話中なしに」全国どこからでも電話をかけることができる。子供の異変について相談ができる。離島や僻地でも中山間地域でも電話をかけたら、子どもの病気のわかった看護師さんや小児科医がすぐに出してくれる。こういう発想でございます。それがなかなか実現できません。実現できたところは、大阪、大分県だけでございまして、あとは深夜帯ができないのです。深夜帯を何とかカバーしなければいけないということで、今、私たち厚生科研では深夜帯の調査と相談する保護者たちの満足度調査をやりました。ここにありますのは、

民間電話会社が 10 ぐらいあるのですけれど、その中の 1 つのダイヤル・サービス株式会社という民間電話会社、これも東京ですけれども、そこに委託をして、5 つの都道府県資料をまとめたものです。なかなか案件情報というのは、公表することができませんので、5 つをまとめてこういう形で出しています。2 ページ目を見ていただきますと、時間分布というのがございますけれども、相談時間分布を見ますと、先ほどの御説明と同じように、19 時台からずっと下がっていきまして、深夜もずっとあって朝まで続くというふうな相談件数でございます。小児救急電話相談事業という名前がうたっておりますけれども、相談内容はどうなんでしょうかという問題がございます。5 ページをごらんいただきますと、先ほどの小児科医に回す 1 % ばかりの難しい相談もありますけれども、あとの 99% は、看護師さんがさばいていただくような相談でございます。救急医療相談というのが、薬の相談、一般の病気の相談、そして育児・しつけの相談、その他というふうな、こんな割合でございます。子供の保護者、特に電話をかけてくるのはお母さんですけれど、なかなか最近の若いお母さん方、お父さんもそうですが、家庭の看護力が非常に落ちてしまって、とにかく子どもが変な状態、異常を起こしていると思ったら、もうそれは救急だと思うのです。子どもが変な状態だったら救急だと思う。すぐ相談の電話をする。そして時間外に近くの病院小児科に駆けつける。そこで、病院小児科のドクターが疲れてしまうという繰り返しがあったわけです。これを何とか解消しようという目的が、#8000 の 1 つの発想でありました。もう一つは看護教育、家庭の看護力を醸成しようという目的がありまして、大体 #8000 の 1 回の相談時間は 7 分ぐらいでありますから、丁寧にどんな症状か聞き取ってそして助言をしてあげる。こうしたほうがいいですよ、明日まで待っていいんじゃないですかというようなことで助言をするということで、今晚行かなくてもよかったというようなことであります。平成 14 年度に鴨下班で最初の広島県の実験をやりましたときのクライアントの満足度は 80% 以上でした。これを踏まえて厚労省は全国展開に踏み切ったわけです。現在 #8000 の信頼度といいましょうか、欠けた時間帯、特に深夜帯を何とか埋めて、全国の子育ての安心ネットをつくっていかうというのが私たちのねらいでありまして、今、努力をしております。

#### 【〇〇委員】

皆さんこんにちは。〇〇大学の〇〇でございます。それでは参考資料の 2 というものを見ていただきたいと思います。これは先般英国の NHS - Direct という緊急の電話

医療相談のシステムを視察する機会を得ましたので、その際、現在の東京の#7119の活動状況と照らし合わせながら調査をしてきた資料でございます。緊急度判定をするためには、どうしても類型化が必要になります。ということはその類型化それぞれに存在意義、すなわちその類型化はこうであるという定義づけが、類型一つ一つに定義づけが必要で、その定義は我々の意図するところの目的を達せなければいけないということになると思います。この類型に分けていくプロセスを支えるのが、イギリスも#7119も同様でプロトコールでありまして、そのプロトコールのプロセスを支えにいくに当たってどのような質の保持の体制がされているかという観点で、今回調査したということになります。2ページ目を見ていただきますと、今回はNHS-Directという電話救急医療相談サービスと周辺のシステムを見てきた結果をお話しします。対象に関しましては、英国のロンドンとマンチェスターの救急車の派遣センター、いわゆる日本でいいますと119番の指令センターになります。それから、電話救急医療センター、これは日本で現在やっているところだと、いわゆる#7119あるいは#8000といったサービスだと思います。それにWalk-in centerというのと救急外来・救急センター、これらを見てきております。駆け足で申しわけありません、3ページ。上は地図、そこの施設の位置ですが、下です。まず前提として日本と違いますのは、保健省という一つの行政の枠組みですべて電話救急医療相談も救急車の運用も一つで一括してやっているという、そういうバックグラウンドがあるということでもあります。4ページをお願いします。上が実は、これは昨年10月時点ですが、どの段階でも一つの種類の指標というか、基礎になっているものが、このNational triage scale、Manchester triage systemというもので、カテゴリーは色別で識別職で5色に分かれています。それぞれ大本の定義では、赤は傷病者が来院してから、院内でのトリアージがもともとの基礎だったわけですが、来た時点で0分以内に診なさいという、これは目標時間です。だいたい値するものが10分以内で、黄色は60分以内、緑は120分以内、青は240分以内です。これは誤解してはいけないのは、240分待たせていいとかそういう意味ではなくて、240分以内に診ようという、そういう話であります。早速各フェーズごとに見ていきますと、まず4ページの下は999番、日本の119に当たりますが、その指令センターにおける類型を行っていくときのプロトコールのベースが、ちょっと小さいですが、米国で開発したEMDプロトコールというものを、指令課の方に訓練をしていただいて、ちょっと小さくて見にくいですが、見開きになっているこういうタイプのものでも活動をしているとい

うこととなります。5 ページ目です。その実際のカテゴリーは、999 の場合には3つのカテゴリーに分かれていて、赤と黄色と緑であります。赤に関しては赤と評価された場合には、ただちに Rapid response vehicle といって少し機動性が高い車がまず行って、その後に救急車、すなわち患者さんを搬送する能力を持つ車が行くという2段階です。そのカテゴリーになった方の、行政の枠組みの中としてどういう目標を持とうかというのが、この括弧の中に書いてあるんですが、通報から到着されるまで、一番初めの Rapid response vehicle が8分以内で到着して、それが実現できたのが全体のコールで95%に達することを毎年の目標とすることだそうです。我々の調査段階のときには70~75%程度の達成率というふうに言っておりました。アンバー、黄色に当たるものは、単純に Ambulance だけを派遣するんですが、同じく19分以内が目標で、現在は92%程度の達成率。グリーンの場合には、60分以内に Ambulance を出すんですけども、産婦人科や精神科領域、あるいは小さな子供さんの場合には下に示します Urgent care desk、日本でいうところの救急救命士の、訓練された方の部署に転送して、そこでさらに次のふるいをかけるというようなシステムになっています。この Urgent care desk は、下のほうですが、49の症状別の質問項目ができておりまして、4つのカテゴリーがあります。これは冒頭のマンチェスター・トリアージ・システムを基本として、患者さんの電話相談を受けた結果、右に書かれたような推奨する時間内でのアウトプットを出すということになっています。どこのフェーズにおいてもこの類型をなぜつくり、その目標値は何かというのを、より具体的に設定するというのが大事だということがわかってきます。次のページです。次は電話相談のところで、NHS-Direct で最も規模の大きいマンチェスターというところで見えてまいりました。これは一番最初に電話を受ける方とその後、看護師さんが受けるということで、2段階で彼らはやっていますが、その2段階のプロトコールをそれで作って、144のアルゴリズムをつくっております。ちなみに東京消防庁の#7719のアルゴリズムの数は、98であります。どのプロトコールもそうなんですが、すべてイギリスのALSG、Advanced Life Support Group という救急関連の医師の団体があるんですが、その団体が質の担保を図っていることになっています。下の「NHS-Direct における検証」と書かれていますが、個人レベル、それから時間的因子をあらかじめ設定して、それに対する変化率を見る。それから、定期的にそれぞれのプロトコール内のアルゴリズムを評価して改編を加えていくといったような方法をとっております。7ページの上は、GPというのは General practitioner



ですが、いわゆる日本でいうところの開業医の方に恐らくは相当します。英国の場合は、ホームドクター制をとっておりますので、通常は対面で診療を受ける地域のドクターがいらっしゃるわけですが、外国人や転入してきたばかりの方には、そういうのは無理で、まだいらっしゃる人、そういったような場合も使えるような救急外来よりももう一つ前段階での外来センターといった位置づけで、ここにもプロトコールがひかれて、そのプロトコールを使っていいこと。すなわち高度の訓練を受けた看護師が、一部縫合も含め対応するということになっています。そのプロトコールが下に書かれているものであります。8ページの下は、もう一度出ていますが、実際の救急外来を一つ見てきましたが、マンチェスター・トリアージ・システムにそのままのっってこのようにやっている。まとめますと、999であっても、Urgent care desk でも NHS-Direct でも Waik-in Center でも A&E、Accident & Emergency の略でイギリスの救急外来というんですが、ベースとしては ALG という団体が担保したネーションワイドの一つの原則を持っているということがわかってまいりました。9ページです。ここから簡単な考察ですが、ひるがえって今後まさにこの部会の話とは思いますが、先ほど長谷川専門官からもお話がありましたように、我が国の緊急評価指標というのが、まだ段階ごとに十分なコンセンサスとそれから標準化されていないというのは、今後の我々の課題なのかなというのが、浮き彫りになりました。一つ参考に9ページの下、これは彼らはこの事業そのものの指標として、Key Performance Indicator、KPI という目標値を定めております。緑になっている部分が #7119 において計測できていない目標値、キャッチアップできていない目標値なんですが、NHS-Direct では、苦情の電話数とか重篤な状況に至ったインシデントの率、電話中断率、60秒以内の応答事例、カテゴリーの一番緊急度の高いもの相談開始時間が20分以内の事例等々、具体的な値を想定しているところが参考になろうかというふうに思います。最後10ページですが、下を見てください。総括です。緊急通報・電話相談・救急外来のいずれのプロセスでも、カテゴリーとしてマンチェスター・トリアージ・システムがベースにありまして、全体の印象ですが、看護師による救急医療の職務範囲が我が国よりも広い。検証システムが確立して確実に経時的にフィードバックしているということが特徴でありました。最後11ページ、結語は、NHSは市民一人一人の健康保持を目的とした個人と医療の連結のために、救急車搬送だけではなく、救急外来やホームドクター業務を含めた救急医療全般のシステムを構築しているということがわかりました。救急隊員による活動と同様

に、やはりこれらのシステムを担保するには、メディカルコントロールという概念が要るだろうというのが今回の調査の結論です。以上です。

#### 【〇〇委員】

では引き続き、参考資料3をご覧くださいと思います。CTASの話は先ほどの分厚い資料の64ページに、実は本の紹介がありますので、本はそちらを見ていただくことにします。参考資料3の構成は、一昨日富山県の富山県議会で説明した資料そのものなので、申しわけありません。少しわかりやすくできています。なぜ県議会かということ、地域再生医療予算の中にこれを入れてもらったので、議会の一般質問で説明してほしいということで、議員さんへ1時間ほどレクチャーをしてきました。なぜそうなったかという話もお答えいたします。1枚めぐりいただきまして、ページ数がついておりますので右下のページで行きます。4ページとあります。CTASのCはカナダです。カナダでは10年以上使っている。先ほど幾つかありましたけれども、先行例はカナダとオーストラリアにあります。その理由は国土が広いということにして、CTASはカナダでは国民に公開されていて、住民も見ることができ。ですからこれを自分で見て、おなかが痛いんだけど、赤だと思っただけだけどという電話をかけられるんです。消防はそれをキャッチして、だったら遠いからヘリを出しましょうとかあるわけなんですけれども、そういうこともしたり、病院にも赤が来ますという話で進むということです。最初、1998年は成人と子供は分かれていました。多分小児科の先生方は小児版をお持ちのはずなんです。PCTASという、成育医療センターが翻訳されたものがあり、日本の小児救急領域の先生たちは、コースを受講したりして勉強されています。最初は分かれています。7ページを見ていただくとわかるんですが、1998年で成人と小児を一緒のシステムに統合したわけ。これは向こうでも並行して運用していくのが、どうもややこしかったといろいろあるようです。それができているという大きな特徴があります。我が国において昨年大慌てで翻訳をして今年出したわけでありまして、翻訳をするに当たっては、今日座長をしていただいている〇〇先生とか、ここにお見えのすべての先生方の御協力のもとにできているわけです。それを急いだ理由は、実は日本でも各病院でトリアージというものが始まっているわけです。全国調査をすると、2割の病院でトリアージナースがいますという回答をしてくるんです。どういう基準でトリアージをしていますかということ、ばらばらなんです。マンチェスターとかを勉強されていればいいんですけども、単に緊急・非緊急を分けていますとかいろんな回答が来る。今

度保険点数で、いろいろ条件があるんですが、小児のトリアージというのが出てきた。こうなるとますます粗製乱造のきわみがあるんです。点がつくならやれというのは事務屋さんの発想ですね。私の隣接県、どこと言いませんけれど、病院長さんが電話をしてきて、ついたので○と×でいいからつけろと言われたのは正しいんでしょうかと電話をしてきて、頼むからそれはやめてくださいということを行ったんです。ある県の県立病院ですけれど。そうすると点数が取れると事務方が言ったというんです。それで急がなければいけないということで、かなり大慌てでこの本を出しました。慌てて出しているので少し誤訳があったりするのも承知で出しています。11 ページを見ていただきますと、上のほうに台湾がこれを導入してTTASという、台湾ですからTTASという名前です。日本はJTASになるんだろうと思います。台湾は4段階です。後で話しますが、契約をしていって直訳して出版する、あと改編していいという権利まで持っていますから、5でいくという命令でもないし、今、〇〇先生が言われたとおり、色分けに関しても指示はないんです。ただ、今はまだ直訳をして勉強をしようという時期なので、こうなっているということを御理解ください。こうするという話ではないです。これをもとに勉強するということです。12 ページは、上が成人画面の英語です。13 のちょっと隠れているところ、左側が成人の日本語で右側が小児のです。17 にグループ分けされました 143 のカテゴリで、すべて説明されています。先ほど電話相談が 90 幾つでしたので、少し増えているかと思えます。背景を簡単に言いますと、14 ページを見ていただきますと、これは向こうの救急外来で、実は来週からまた視察に行くのでありますけれども、救急医療の設備は実は我が国も大変整備は進んでいて、さほど驚くようなものはないと思います。こういう点はいろんな補助金が正しく使われていたんだと思うんですけれども。下の 15 ページ、トリアージナースのデスクが左上にあるんですが、それが日本にはないものかなと。16 ページにもっと大きな写真があります。これでトリアージ・ナーシング・デスクというのがあって、ストレッチャーも何も全部ウォークインもここに来るわけです。中にいる方がてきぱき見て、これはすぐコードブルーだ何だということでやりますので、こういうセクションがある。17 ページの写真は、カナダとは別でして、インディアナ州でちょうど年末に私はほかの用事で行ったんですが、やはりこういう入口のところで並んでトリアージをしてもらっている場所があって、後ろを見ると、次の 18、19 ページです。ソフトウェアを使って見ている人がいるわけです。バックアップの人たちがいて、必要ならすぐドクターが呼ばれたりするようになっ

ていて、ここの人に聞くと、やはり9割ぐらいはこれで済んじゃうということをおっしゃいます。今、日本はここに医者を投入しちゃっているという感じがあるんですね。その医者が足りる、足りないという議論になっているという気がするので、ぜひ今回の検討をうまく進めていただくといいと思います。ただ、一つ特徴があります。20、21ページですけれども、これは背景に情報システムを持っています。20ページの上の赤のCanadian Emergency Department Information System、CEDISというのがあります。そのアウトプットが21ページ、22ページ、23ページにあります。これは延々とあるので省略してあります。ただ入院率はどうであったかとか、オーバーエスティメイトがあったか、アンダーがあったかとか、9カ月とか12カ月の単位で検討しているんです。各患者のデータが電子カルテとか本当はもらえていて、これが正しかったとかという検証会議をしていて軌道修正をしている。これがすごくすぐれている点だと思います。ですから、各国で動かすとだんだん違ってくるだろうと、彼らは言っています。同じである必要もないし、変わっていくシステムです。そこら辺もシステムがあるということです。24ページにいただくと、先ほどのイギリスでも同じですが、どういう方が資格を持つかということで、このシステムを使う人は講習があります。カナダでは救急看護学会がやっています。1日講習でやる、テキストはもらって翻訳してあります。これは受けるしかないということで、来週の23日に〇〇専門官、〇〇専門官も一緒に行かれます。先ほどの〇〇さんも行きます。つくばメディカルから3人、東海大学から3人、私たちから3人、20人ぐらいで実際に現地に行ってこのコースを特別にやってもらって受けて、質疑応答、あと背景の電子システムも全部見に行くということで、23、24、25と見てまいります。そこで、きょう議論した点のさらに足りない点も、情報をとってくるつもりでいます。これを日本に持ってくると、先ほど言いましたいろんな話が出るんですが、29ページです。これは私が県に話したものなんですが、富山県議会ですから富山型という話になっています。同じ話ですが、今後、医療資源の分野別、地域別の不均衡というのが、今でもあちこちで顕在していますが、さらに進むんだらうと思います。その理由は、相対的な医師不足がまだ進行する。入学者の定員を増やしても、それが活躍するのは10年先ですので、10年は続くと思います。ですから、一定の緊急度判定支援システムというのを、これは県内ですけれども、国内も一緒です。普及させてあげることで、地域の偏りをなくすことができるのではないかというふうに思っています。ですからこれは今直訳をして、これから1年間試験研究をして、よければJTA

Sへ書きかえるつもりです。そのためのフィールドに富山県を説得いたしまして、県内の全病院に配布が終了して説明会は終わりました。一応富山県内のすべての病院でこれを使用してもらう。実はデータがオンラインでとれるんです。これはウェブサーバー上にありますから、どこのIPアドレスからどこを見たか、全部とれるようになっています。画面をクリックしますね。それが全部わかるようになっています。ですからデータ収集機関が始めると、多分半年間で数万アクセスのデータがとれて、どの項目をだれが見ているのか、例えばぜんそくのところを猛烈に見ているとか出てくるわけです。時期がわかりますね。何月という日付が書けますので、それにすべての病院に参加してもらうことになりました。ということで県議会で話すというか、おもしろいことになってしまったんですが、そういうことです。日本語版はごらんになったと思うので、本を見たりしていただくといいと思うんですが、結局これはひとつ大事なことは、やはり責任論なんです。38ページに責任論が出てくるんですけども、やはり病院の側に立つと、来ている人の順番を変えるわけなので、なぜ8時に来たのに診てもらえないとか、診療の問題、診療拒否ではないんですけども、拒否されたといっても仕方がないというか、医師の応召義務との関係があるので、メディカルコントロールとか何かこういう上に乗った単位を使っておいたほうがいいんだろうと思っています。ですから富山県は最初に医師会に話をして、県医師会が理事会を説得して、次に病院長会議におろして行って、それで県議회를納得させて、全県プロジェクトでやろうということになっていますから、広報もこれからされます。こういう試験研究がありますということです。県を説得したときは、富山も僻地があります。五箇山って富山県です。ああいう南砺というエリアとか県の端っこ富山市、どこにいても同じ判断で判定してもらえる。診る順番は同じように決まりますよと。もちろんカナダのは直訳なので多少違うところはあります。例えば熱中症がないんです。日本ではあり得ないが、カナダは涼しいみたいです。熱中症は日本で足していいと言われていまして、そういうことがあるんですが、全県が同じ基準になると。〇〇先生は括弧でトリアージということを冒頭言われましたけれども、最近は見立て支援システムと言っています。見立てを社会で共有しましょうという、少しやさしいかなと。トリアージというと、県議会でも質問されたんです。黒がつくんでしょうかと言われて、絶対聞く人がいます。これは一番上が青になってその青はコードブルーだという説明をしています。災害になると資源が足りなくなるから青が黒になるという説明をここではしています。ただし色に関しては、先ほどの赤、オレンジとい

うのがいいような気がする。ここでコンセンサスをつくるなり何なりすることになると  
思います。もちろん出して提案するということになるんでしょうけれども、そういうふ  
うなことを考えていこうと思います。大体以上、そういうところです。

#### 【部会長】

今日の大きなテーマは、救急安心センター事業の効果の分析とトリアージのあり方についてという話になります。僕らの脳は後ろに行けば行くほど記憶に新しいので、トリアージのあり方という話が早速の質疑になるのかもしれませんが、ものの順番としてやはり救急安心センター事業の効果の分析ということ、少しスピードでと思います。15時までですので、膨大な、また勉強になる資料がたくさんありましたので、それはそれなりに充実した1時間ぐらいなんです、時間の関係もありますので、少し急ぎたいと思います。総務省の用意してくださった大きな資料の3ページに、作業部会における検討、救急安心センターモデル事業の効果分析ということについては、今後の普及方策についてという話になります。これは論理的には、やはり普及方策というのは平たく言うと、多分全国展開というか、こういうふうな方法論を全国に普及させていくにはどう  
いうふうな効果についてきちんと検証していくと、人々にそれを理解してもらえるかという話になるんだと思います。ですからその点を少し議論したいと思います。ちなみにちょっと最初に、私なりの言い勝手というか、こういうふうな言い方もあるのでということで最初に言っておきますけれども、実は参考資料の1-1や1-2にありますように、それからその他のさまざまな相談事業が世の中にはいっぱいありました。最初から私の頭の中でこんなふうに整理されていたわけではないんですけど、多分同じ物差しを使うと、社会のさまざまな現象がある程度同期するというかシンクロできるという  
か。だからさっきもちょっとありましたけれども、カナダで「私はおなかが痛くて赤じゃないか」といって電話がかかってくるという話がありましたけれども、そういうふうなことで自分はこう思うのでといって、例えば救急隊を呼ぶと。呼ばれた救急隊は、さすがに私は赤だから救急隊を呼んだというかどうか知りませんが、もともとそういうふうなことを知っている患者さんの御家族がいれば、恐らく黄色だと思うんですけどと言ったときに、やはり赤だよという議論もできるでしょうし、その赤だ、黄色だという話は、救急隊がこれから選択して連れていこうという病院に、例えば今から赤が1人行きますというのと、今から緑を3人連れていきますというふうなことを言われれば、言われたほうは、今は黄色を1人扱っているときに、緑または緑のもうちょっと下

のイギリスでいう青がもし来るとすれば、3人ぐらい来てもいいんじゃないかという話ができるわけです。そういう意味では、同じ物差しを使うというようなことが地域社会の中でいい効果をもたらすだろうと。そういうふうな観点で、総務省の方たちを中心に、今回のこの会があると思うんですが、今までの相談とはそういう意味での見方が少し違うんじゃないか。これは東京の救急の日のシンポジウムの際に一般の方、きょう阿真さんはいませんが、一般のお母さんが自分で自分の子供を病院に連れていくときに、電話相談で黄色だと言われたので、今晚のうちに勇気を持ってきちんと病院に行けたと。それはおっかなびっくり行って、お医者さんにしかられるんじゃないかと、多くのお母さんたちは善良なお母さんですから、夜中に医者をつたき起こすということが心配で、できれば明日の日勤帯に行きたいけれど、今回に関していうと黄色だと言われたので、勇気を持ってというか自信を持って「病院に来ることができました」と言っていました。自信を持って病院に行けたと。だからこれはそういう意味では、多くの人たちにとって今行かなくちゃいけないと言われたので、家族のために病院に行っているんですけれども、病院からするとそういうふうなことで来たんだねというようなことで、シンクロナイゼーションが起こるといふふうなことだと思っただけです。また新しいカテゴリーライゼーションをして、総務省、消防庁の言うことを聞いてつくるのかねという問題ではなくて、社会の仕組みそのものをそういうふうな形でコントロールできればいいのではないかというふうな歴史観というか社会観というか、そういうようなことを考えながら、この手の話を進めていきたいと思う次第です。最初に私見を述べたのは、恐らくいろんな意見が出てきたときに、最後ぐらいに僕がこれを言うのかなと思っただけですが、今日は資料が膨大だったので、座長の立場を借りて先に言いたいことを言ってしまったという話であります。許してください。ということで、今の話の全国展開を踏まえた上で、救急安心センターモデル事業の効果を分析したいということで、このお話は35ページまでがその資料でございます。愛知県、奈良県、大阪市で実施した効果ということがありますけれども、東京が最初のお兄さんなので、〇〇委員、口火を切っていただけますか。

#### 【〇〇委員】

東京消防庁でこの相談事業を始めたときの背景としては、やはり救急件数が70万件に達しようとしているという状況がありました。ただ、今実績3年目を迎えて相談センターの運営協議会の場等で議論をされているのは、救急出動の件数という数の議論ではな

いね。救急医療に係ることを求める側と、それをどう救急医療まで届けるかという部分とのフィッティングの話だよねというところが、主に議論の対象になっているように、私自身は考えております。ここに森村先生も有賀先生もいらっしゃるので、余り言うのもお恥ずかしい話なんですけど、どういうことかという、例えばこれが直接的に相談センターの効果ですと言えるかどうかかわからないんですが、ひとつ言えるのは、この相談センターの事業を始めて以降、救急件数の中に占める軽症者の割合というのは、確実に減ってきております。例えば20年と21年では、救急件数はほぼ横ばいでした。

**【部会長】**

何ページの表でしたか。似たようなのがありましたか。

**【〇〇委員】**

似たようなのはございます。私は今そのデータを見ながら話しているわけではないんですが21ページです。22年、東京消防庁管内の救急出動件数は、平成17年に迫る勢いです。つまり、このままのペースでふえていけば、70万件に近づく。もしくはそれを超えるだろうぐらいの出動件数で推移しています。ただ、その中の軽症者の割合というのは、平成17年のころよりは、約5%程度低下しております。つまり件数の問題でいうと、この事業の本質的な部分というのは、なかなか見誤るところがあるのかなということで、まずそういったところが、一つの効果ではないかと考えております。それから、先ほど有賀先生がおっしゃったように、意外に一般の方々にとって、119番通報というのは敷居が高いんだなというのを痛感しております。少し難しい言葉というか、私の口だと舌をかみそうな言葉でいうと、潜在的に重症な方の救護につながっていくのではないかというような点です。相談件数の中で約12%程度が救急搬送になっているんですが、その救急搬送された中で34%ぐらいが、中等症以上の割合になっています。要は119番を端から電話をかけていただいたほうがいいのと思うような程度の方が、そのくらいいらっしゃる。東京でも大阪の事例と同じように、うちのおじいちゃん、急に胸が苦しいと言い始めた。救急要請に回して救急車で運んだら心筋梗塞でしたようとか。普通に動いているんですが、どうも言っていることが聞き取れない。病院に運んだら脳梗塞でしたというの、相談結果の救急要請の中に含まれています。相談前の救急要請というものもありまして、これは受付の通信員のほうから直接救急要請に回す。息をしていないとか、水没しているとかそういったキーワードがあれば、直接通信員の側から相談に回すことなく救急をディスパッチするセクションに回すんですが、その相談



前救急要請の中の大半は、救急車をお願いしたいんですがという言葉から始まるのが、相談前救急要請の実態なんです、その中には、どうも息をしてなさそうなんです、というような相談センターへの通報も、年間わずかではございますが、そういった潜在的な、本来端から救急車に乗っていただければというような、救急車という搬送手段を選択していただければという方々へ、迅速に救急車の出動を促すというような機能もあると考えています。これは先ほどの軽症者の割合の低下というのと重症者の救護というのと、合わせての裏腹の効果ではないかというところで考えています。私のほうからは以上です。

**【部会長】**

今、軽症者の話が出ましたけれども、これは8ページの有効性のところなんです、奈良県立医大の時間外患者さんが減ったとか、奈良市消防本部において云々かんぬんと、その上のことと同じようなことを言っているというのでいいんでしょうか。

**【〇〇委員】**

奈良県ですけれども、同じことかと思えます。奈良県は事業を終えた昨年10月から今年の3月ということで、新しい事業になりますけれども、実施期間が短いのでできませんが、今おっしゃっていましたように、軽症者は若干減っていったということでございます。いただいたものを見ても、ウォークインの患者数が減ってきているということになっております。

**【部会長】**

ありがとうございます。今の軽症のこと、重症のことについては大阪市のデータがいっぱいありますので、その次に御発言を賜ろうと思いますが、〇〇先生、東京の中でこの相談センターのことがよく周知できている地域と余り周知されていない地域との比較で、今、言ったような議論に関連したような、統計的な表をおつくりになっていますよね。直接表を出すとかそういう問題ではなくて、こんな傾向があるということが、統計的にどうも言えそうだということを、ちょっと言っていただけますか。

**【〇〇委員】**

結論から言いますと、#7119という回線番号をより多く周知されている地域ほど、軽症症例の救急車搬送は少ないという統計データは出ています。ただ、一部の繁華街とか恐らくは特殊と思われる地域は、そういった傾向には乗らないんですけれど、概して緩やかな傾向が出ています。

**【部会長】**

今度の救急学会総会か何かで、先生はそれをスライドか何かで御発表になりますか。

**【〇〇委員】**

はい。一部出ています。

**【部会長】**

僕のほうにメールで来たのは、色がついていない白というのは、今言った、一部のよくわからない地域なのですか。江戸川区はだいたい色で、だめな地域だと思って見たんですけど。

**【〇〇委員】**

あれは全体が黄色ければ黄色いほど、あの図はその相関にあるということで、緑と赤の…。

**【部会長】**

緑が相関がないのですか。

**【〇〇委員】**

緑も赤も相関がないんです。逆の傾向を見せている。知っているのに軽症が多いというのは、繁華街が多かったと思います。

**【部会長】**

というふうなことも数が集まってくると、徐々にいろいろ言えてくるという話ですね。25、26 ページ、大坂のデータがいっぱいある。大阪の人が東京よりも遠慮深いとも思えないんですが。つまりさっきの話を聞くと、重症なんだけれども 119 にかければいいのになという症例が、結構前のほうにいっぱいあります。ここら辺は大阪ではどういふふうな議論があったんですか。

**【〇〇委員】**

まず、今、51 例、これまで昨年 10 月からまだ 1 年たっていないんですが、51 例。この 4 月からは 15 市が新たに参加しまして、そのデータはまだなかなか集まってこないんですが、昨日の時点で 3 カ月ぐらいで 11 例ぐらい出てきていますので、これで 60 例超えたのかなと思っています。この検証については、大阪市の MC に参画されている先生、その中にも救急安心センターのほうでの業務に携わってきている先生がおられますので、そちらで検証して出しているデータでございます。ちょっとさかのぼるんですけど、大阪は東京に比べましても相談件数が非常に多くて需要が伸びているんですけれ

ども、累計で言いますと、15万2,000件ほど、スタート開始から件数がございました。そのうち約2%が医師、看護師等の判断によって救急車を出している。これで大体月に250件ぐらいになっています。その中で検証した結果が、今の既に60例を超えているということになっています。それ以外にも、ちょっとおもしろいデータが出てきまして、一例として、脳出血という判断が出ているにもかかわらず、病院の判断では軽症となっています。日帰りで帰っておられる、後々の通院加療で済んでいるということで、この60例以外にも、逆にこれよりも早く患者さんをつかまえているというようなデータもあって、まずその辺も検証していきたいと考えています。救急安心センターを実施すれば、大阪市の救急件数は減るんだという形で開始したわけではなくて、むしろ東京さんのお話を聞きまして、今申し上げたような、潜在的な重症者の救護につながるのではないかと。これは非常に消防らしい仕事ではないかということでスタートしたわけです。以上です。

#### 【部会長】

ありがとうございます。東京でもただ減らせばいいという話ではなくて、軽症で救急隊が面倒を見なくても、本当に面倒を見なきゃいけない人がもっているよねと、そっちのほうへ行こうという話は、最初から実は議論としてあったんですね。比較的如実にそこら辺が具体的にになっていけばいくほどいいだろうと。大阪さん、もうお一方。

#### 【〇〇委員】

行政のいかにも縦割りなところがございまして、この事業は大阪市消防局がやってくださっています。だんだん周辺市町村に広がっていますので、恐らく来年度には全域ということになるでしょう。我々健康医療政策担当部局は救急医療情報センターで医療機関情報案内を並行してやっています。こちらのほうも件数は、昨年インフルエンザがあったせいか、逆に8万件台を突破して増加の傾向にあって、安心センターができたからといって医療機関案内は減っていない。ただ、そのオペレート業務の部分というのは、やはり今後整理していく必要があるかなと考えています。それから、大阪市、奈良県、愛知県、東京都というのが、同じプロトコルを使っていませんので、救急相談につながるレベルも違いますし、その後救急車を出すという判断も、大阪市の場合は点数制で東京の場合は色に分けているということで、そもそも類型そのものが異なっているのです。大阪市のほうがかなり広く網をかけて、たくさん相談につないで、たくさん搬送者を出している。そもそも大阪は、10万人当たりの利用件数が全然違いますので、利用者が

これだけ多くなると、奏功例の絶対数が多いのは、その母数の影響ではないかということで、センターの機能とかそういった面での比較というのは、もう少し中身を見ないとわからないと思いますし、プロトコルなどが共通のものになっていって、センターを利用される、さらにもう一步、前に進んで、先ほど先生がおっしゃったような共通の物差しというものを各家庭を含めて持てるようになればもっとよくなるのかなというふうに感じています。

#### 【部会長】

今のお話は、10 ページ、愛知県の地域医療情報センターの受診件数も含めた件数ということで、けた数の違うものが括弧の中に入っていますね。そういう意味では、県の救急医療情報センター、もともと厚労省からの歴史を持つものだと思いますが、それと今言ったみたいに、どういうふうにしていくのか。たまたま東京では、東京消防庁が長年それに従事してきたということもあって、ほとんど事業としては、上手に両方を1カ所で走らせているという形になるんだと思います。29 ページに総務省の方がおまとめになったものだと思いますが、○の下から3番目、上からも3番目ですが、相談窓口の統合や受付の一本化など、事業の整理連携が必要だと書いてある。従って、これも引き続き、どういうふうなことが救急安心センターモデルの事業として、きちんと整理して行くかという話は、こういうふうにして整理されていくのではなかろうかと。整理するというと、何が要らないものを切り捨てるみたいな話になりますけれども、要らないものが今まで生き続けているということのほうが、むしろそういうわけではないでしょうか。場合によっては統合ということもあるのかもしれませんが。いろんな相談事が多分あると思いますので、そこら辺をどんなふうにも有機的に社会として持っていくかということは、今後の救急安心センター事業の効果分析の中にも含まれるべきだというふうに思います。今は、大阪、大阪と続いたので、○○先生、大阪のこの全体を見て、大阪の景色はどんな感じに、将来なりそうなんですか。救急医療情報センターと安心センターは、今は全く別個ですね。東京は一個なんですね。コメントはありますか。

#### 【○○委員】

私自身は、両方の事情に直接関与しているわけではないんですけども、ちょっと似たデータとしまして、以前、中毒情報センターの担当で、医療機関を受診した中毒患者数というのを、大阪府全体と茨城のつくばのセンターのを調べたことがあります。そうすると、発生件数は大阪のほうが人口当たり多いです。救急車で搬送される患者の割

合も、茨城県全体と比べますと 1.7 倍ぐらいということですから、救急というのは、いろんな意味で地域性があると思います。また、中毒に関しましても、自然毒、農薬というのは当然のことながら、茨城県は多かったですけども、大阪は少なかったです。ですから先ほど金森さんも言われましたように、各地域を比較するというのは、ある程度可能ですけれども、それぞれの背景を少し考えていただかないと、大阪府でも都市部と周辺地区というの、かなり事情も違っております。今回のことには少し関係ないかもしれませんが、地域としても違いがあるというベースで、判断をお願いしたいと思います。

**【部会長】**

救急医療そのものは、ほとんど地場産業みたいなところがありますので、真ん中で、霞ヶ関が真ん中かどうか知りませんが、ここで全体のことを、平均的に考えちゃうとどこにも当てはまらないというようなこともあり得る。つまり丁寧にやっていく必要があると思います。救急安心センター事業の効果分析についての議論は、大体初日としては、こんなところだと思いますけれども、何か言っておきたいことがございますでしょうか。お願いします。

**【〇〇委員】**

東京消防との事業で先行している者からのインフォメーションというかメッセージとして、この事業に不可欠なのは、プロトコールとそのメディカルコントロールだというのは先ほど申し上げましたが、もっと重要なパーツは、大部分の方に対して提供する医療機関案内のその精度、正確さです。これにかなり依存するところがあって、せっかく御紹介したところとうまく連結ができないと、そこでも受診ができないということで、再びこちらにかかってくる、そういった事例で増えてきているということがあります。都民の方も周知が増えてきてかなり件数が増えて、逆に今度は相談センターの中で待合室ができるような、かけ直しというようなことが生じています。待った挙句、紹介してかつそこが受けられないとなると、もともとの事業そのものが揺らぐということがありますので、それもあわせて考えていかなければいけない重要な問題だと思いますので、一応お話しします。

**【部会長】**

大阪市の御発言で、もっぱら消防がおやりになっていてというふうなことがありましたけれど、そういう意味では、大阪市なり大阪府の医師会や病院会が、こういうふうな

事業をより発展させていくときには、多分重要な構成員になるんでしょうね。東京では、東京都医師会と衛生部門と消防部門とそれからメディカルコントロールの関係者らが一緒に入っている。こんな感じですね。〇〇先生、何かありますか。

**【〇〇委員】**

良いことをやって、それを良いことであるというふうに検証するときに、手法を間違えるといい結果が出てこないことがあります。例えば救急安心センターのモデル事業、あるいはこれからやっていこうとする際に、何を指標に検証するかという部分はすごく大切だと思うので、先ほど数だけの議論というのは、もう少し細かくやったほうがいいのかなと思います。例えばトリアージという言葉が出ていますが、トリアージという発想は、多分需要と供給のバランスが崩れつつあるという部分なんで使われているのだと思います。ですから、軽症例は搬送時間が長くなったけれども、重症例は搬送時間が短くなりましたよとか、あるいは疾患と医療機関のマッチングがよくなりましたよとか、数だけよりは、もっと丁寧な検証方法も考慮すべきと考えます。

**【部会長】**

〇〇先生、先ほど小児の#8000の件で、5つか6つの県でしたか。東京でやっているという話がありましたよね。メディカルな側面に関しての当面の相談は、東京の相談員が相談をしてもいいんでしょうけれども、高知県のどこにお住まいという話になると、とてもじゃないけど手が出ないと。ですからそういう意味では、それなりの、さっきの地場産業的な感性で地域、地域でということになると思うんですけども、そこら辺について、先生、何か御意見はございますか。都道府県というのも、本当にそれでいいのか、僕はよくわからないんです。MCなんかを見ていると、もう県境を超えてやり合っているところは、幾らでもありますね。

**【〇〇委員】**

さっきちょっと不思議に思ったのは、ある医療機関の数が減ったけれども、実は県全体ではふえているというのは、もしかしたらその医療機関のポテンシャルが落ちているのかもしれない。だからそういう意味で数だけでいくと、違った解釈も成り立ちちゃうので、煩雑になるかもしれないんですけど、少しそういう見方で見たほうがいいのかなというふうに思います。

**【部会長】**

先々は恐らく、例えば神奈川で同じような事業があったとすると、神奈川と東京の境

に住んでいる人、例えば大田区の人には神奈川にも行けるし、神奈川の川崎の人たちは東京にも来れるという形で、相談事業の相互乗り入れみたいなことが論理的にはないと、そこに住んでいる人にとって余り役に立たないということだって、場合によってはあり得るということなんでしょうね。これらの活動が社会に根づいていくときには、そのようなことも丁寧に議論されるんだと思います。ということで、救急安心センターの効果分析は、今日の最初の一発目はこれで許していただいて。次に、「各段階におけるトリアージのあり方について」というのがあります。これはあり方について、60ページに特徴など書いてくださっています。66ページには「家庭で使用できるマニュアルの作成」ということで、救急安心センターモデルで使用されていたプロトコルなどをとに云々と書いてありますので、イメージとしては、そんなものかなというふうに思います。たしか〇〇先生のどの表でしたか。9ページの「わが国の緊急度評価指標」の9ページの最後にERのそれがあります。その前の8ページには、999は日本でいう119でいいんでしょう。

**【〇〇委員】**

はい。

**【部会長】**

そういうふうなこととその前段の電話相談というのがあって、家庭でのということになるんですが、それらを通じて、マンチェスターのトリアージシステム、色分けシステムが、ある程度尺度として共有されている。先ほど奥寺先生曰く、私は赤なんだけどという電話があれば、その前段においても同じ尺度を使っているだろうと。各段階におけるトリアージのあり方ということで、60ページにこういうふうにまとめてはございます。尺度そのものとしてはほぼ同じようなことがあることが、どうもよさそうだということをお前提にしてというか、僕の頭の中ではそのほうがいいんじゃないかと思っいるんですけども、そこら辺についてそもそも論的なところでどう考えるのかというようなことで、少し御意見を賜ったほうが先々の発展のためにはいいんじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。今まで余り発言していない、例えば〇〇先生は、北米でのいろんな御経験もおありだと思うんですけども、今、言った家庭、電話相談、コールトリアージ、救急の現場の東京消防庁などもやっていますが、1000件の出動で今は1件ぐらいでしたね。

**【〇〇委員】**

はい。そうですね。0.5行かないか、そのぐらいです。

【部会長】

1000件に数件のレベルで、なおかつ遠慮したらいかがという人で、大体6割ぐらいが遠慮してくれるんですか。

【〇〇委員】

はい、そうです。

【部会長】

年寄りとか子供はそもそも対象になっていませんから、どちらかという元気な人、交通事故なんかも入っていますか。という人がとりあえずそういうふうな形で、はしょられている。あと病院選定でもありますし、院内トリアージということで、60ページの家庭から病院までのがあります。やはりそれなりの尺度を共有しようという社会のあり方みたいところは、いかがお考えでしょうか。

【〇〇委員】

とても大事なことだと思います。ちょっと気になったことがあります。57ページですけども、緊急度、「POINT! バイタルサイン」と書いてあるんですが、難しいんですけどこれは間違いではないんですが、正確にいうとバイタルサインを重症度判定に使ってしまうんです。答えはポイントは病歴と身体所見がまさしく緊急度判定のデータになります。重症度で「POINT!」で一番下にデータと入っていますけれども、詳しく言うと、正確に言うと、これはデータではなく画像所見だったり血液検査所見で、文化として今、日本はまさにカナダだったり海外イギリスとかから緊急度という発想を学ぼうとしていますけれども、まだなかなかわかりにくいところがあると思うんです。わかりにくい理由というのは、基本はこれまで重症度中心で救急医療の枠組みをつくってきたんですけども、やはり国民のニーズ、予後のことを考えると、重症になってからでは遅過ぎます。後手、後手になるので、基本は重症になり得る人たちをピックアップしようという判断です。それがどうしてもわかりにくい文化が日本の中にあります。ポイントは病歴と身体所見が緊急度判定のデータと考えないといけないんです。この文化がアジアには基本的に一切ないです。ですので、まずCTASから学んで、一番共通のトリアージのプロトコールと日本の中で独自で使う理由というのは、現在の緊急度判定の緊急度の指標というのがすべて今あるデータ、病歴と身体所見の組み合わせで、この症状とこの身体所見が組み合わさったら起こってはいけない。こういった病気、例え



ば急性冠動脈症候群だったりくも膜下出血の可能性があるだろう。実際画像を撮っても写っていないくも膜下出血。検査をしても何も心電図異常もないし、血液検査でも異常が出ない心筋梗塞もあります。まさしくそれをルールインするのが緊急度判定ですので、その文化を日本の中でつくっていくためには、今は全部他人のふんどしで相撲をとっているところがあります。そのふんどし自体が海外そのものの疫学データを使わざるを得ない状況があります。同じプロトコールで1日に何万件とアクセスすること、将来的には例えばJTAS、これをひとつとすると、使うようになると自然と日本の中で独特の疫学が構成されます。この症状とこの症状とこの身体所見が合わさると、結果的にこの診断に結びついたとか、明らかに海外と違うデータが、出ると思います。まさしくこういった新たな医療分化、それはすなわちテーラーメイド・メディスンですね。EBMの先にあるのは、テーラーメイド・メディスン、文化に基づいた医療を組み立てることが一番国民のニーズに合うと思いますけれども、そのまさしくかぎになるのがトリアージ判定、同じプロトコールで症状と兆候、どの組み合わせがどういうふうな結果に至るか、そこで疫学自体で新しい救急医療の枠組み。すなわちEmergency Medicine、まだ日本にないです。臨床症候と病歴、それ自体をデータとする新しい文化です。いろいろな可能性がJTASに含まれていると思います。まさしく同じトリアージで可能だったら、日本全部が同じ枠組みでデータを集めて、それを分析することがより需要と供給に合った医療崩壊を医療再生に導くかぎだと思っています。

#### 【部会長】

どうもありがとうございます。この緊急度と重症度のことは、一生懸命説明するんですけども、説明する本人の脳味噌に染み込んだ医学教育から抜けるというのは、大変難しいことを正直に自分としても告白せざるを得ないということがあります。これは先生が〇〇看護師さんたちからもらったんですよね。〇〇さんたちも、今、言った、我が国における明治以来の西洋医学の歴史の中で勉強してきて、彼女たちが〇〇先生たちと一緒に頑張りながらここまで来ていると、こういう話ですよね。今のことに関連して、奥寺先生、データをたくさん集めてそれを分析しながら、自分たちの血肉にしていくという大事な話が出たんですけども、そこら辺について御発言下さい。富山の県議会というぐらいですから、多分県の予算でそれをやるんでしょうか。そこら辺かいつまんで。

#### 【〇〇委員】

簡単に言うと、まずCTAS日本語版をどこをだれが見たかというのを、アクセスロ

ムで毎日とれるので、それはオンラインでとります。あとは…。

**【部会長】**

これはホームページで。

**【〇〇委員】**

はい。あとついでにこれがおかしい、あれはおかしいというのをファックスで通信すると、こんな症例は合わなかったというのもくださいと。そのために基幹病院、51の救急法人医療機関を全部登録施設にして、そこにこのシステムを配布しました。1冊2万7,000円するアクセス権つきの本を配りました。そこからどんどん上げてもらうわけです。何かこの文章はおかしいんじゃないかとか、こんなのわからないよと。やはりこれは体温とか微妙に違います。セプシスの定義はどうしても違うので、38度、37度モードってあるんです。それは多分すぐ修正されると思います。そういうところからやる必要があるというのが、1つです。

**【部会長】**

日本語版のCTASを配っているんですね。

**【〇〇委員】**

そうです。県とも1年ぐらいで春夏秋冬一周期やれば、かなり課題は拾えるだろう。ほとんどほっておいていい場所もあるし、子供の場合、重点的に出れば、そこはそれなりにスタディをする必要があるだろう。

**【部会長】**

17歳が来たらどうするの。もう大人でいっちゃうの。

**【〇〇委員】**

これは統計的に、実は厚労省の人だったらぴんとくるんですね。15、16、17、18で固有の疾患があるかという、余りないんです。自殺のパーセンテージが違うぐらいです。これは疫学的に証明ができるんだそうです。そこを変えても緊急度判定にはさしたる影響はないというのは…。

**【部会長】**

富山県では17歳が来ると、もう大人のほうを使おうということになっているわけね。

**【〇〇委員】**

この歳のままでやります。

**【部会長】**

わかりました。それをそのまま、じゃ富山県には熱中症はない。

【〇〇委員】

それは足しますけれど。

【部会長】

今のは冗談です。

【〇〇委員】

そうですね。だからこれを使ってみて、だれかがこれを使わないで議論をしてもらちが明かないので。

【部会長】

まず配って使ってもらって、使いながらおかしいと思ったらファックスでも何でもいいから中央に、今、言った基幹病院からどこかに、先生のところに行くと。

【〇〇委員】

そうです。オンラインでアクセスロムを見ているから、どこが何回見られているというのがわかるんです。これはインターネットで毎日統計がとれますから、冬になると、上気道炎のところに集中しているのがわかるんです。多分先ほどと同じデータが出るだろうと。時間もとれます。夜中に見ている。

【部会長】

そうすると、21 ページでしたか。例えば 21 ページの富山でCTAS 1、ブルー、赤、黄色、緑、白ですか。がそれぞれこれだけいたと。赤だと思って看護婦さんがやったけれども、実はドクターが見たら黄色だったというような話も、富山ではそういうふうなデータがとれるような仕組みを県議会が予算化してくれているわけですか。

【〇〇委員】

県議会でなくて、地域医療再生予算の中に入っているということです。

【部会長】

それは国の予算を県が使うということ。

【〇〇委員】

そうですね。

【部会長】

そのところが難しい。

【〇〇委員】

これをつくるのは難しい。データベースが大変なんですけれど、これは国内でも同時に呼びかけていって、実は国内で病院単位で入りたがっている病院があるんです。中でインフォームド・コンセントがとれたらデータをあげますと。山口県の〇〇教授のグループでもやっている。その中に聖路加が研究に入っているんです。聖路加のデータがもらえたりするので、医療機関ごとで多分大きな医療機関が都市部と地方と半数ぐらい、人口比率を合わせて入ってくれば、かなりとれると思うんです。ですから今はそれを募集しているところです。あとほかの都道府県でも県単位でといて、検討しているところがあと3カ所あります。

#### 【部会長】

広い意味でこれがパフォーマンス・インディケーターというか、クオリティ・インディケーターというふうなことで位置づければ、日本病院会はそのための仕組みをやるうとしていきますので、日本国の病院ワイドというところで、場合によっては議論の俎上には乗せられるのかもしれませんが。

#### 【〇〇委員】

先ほどの〇〇先生の話とそれから今の〇〇先生の話を受けて、テーラーメイドをしないといけないと思うんです。ただ、そのためにはまず何らかをつくらなきゃいけないくて、7119のベースになったのは、ほとんどが日本でオリジナルをつくりました。ただそのオリジナルは、もともとのデータベースがわからない状況でのオリジナルをつくって、ようやく3年間で6万5,000件のデータが集まりましたので、これで現在使っているプロトコルを入れかえるという作業がようやくできるようになった。したがって、同じような道筋を絶対JTASでもたどっていくんだらうと思うんです。そのためには何らかの形でつくっていかないといけない。それが初めのカナダのデータベースに立脚したものであっても、ある程度やむを得ないかなというふうには思うんですけれども、僕らもちょっとやらなきゃいけないことというのが、最終的に赤か黄色かということを決める指標、いわゆるゴールドスタンダードですね。看護師さんたちがチェックしたものが、先ほどいみじくも〇〇先生が、ドクターが見たら黄色だったといった、そのドクターが見たらというところの物差しがない限りは、どこも合ってた、合っていないというのができないという。実はそこが富山の領域では結構先行されて、今までアメリカなどではクオリティ・インディケーターとか、入院されてから24時間以内に輸血がされた症例だとか、6時間以内にオペレーションをした症例とかそういった定義づけというも

のが、ひとつ作業として不可欠である。最終的にです。つくることに関しては要らないかもしれないですけども、検証させていくためには、最終的にそれがないと。しかもそれがあれば、電話の時点であろうが、家庭の時点であろうが、いろいろな前倒しの前のほうの段階が全部検証できるわけです。最終的にああったという最終的というのがわかれば、その最終はJTASではなくて院内の最後のところなんだろうというふうに思うんですが、いかがでしょうか。

#### 【〇〇委員】

1分だけよろしいでしょうか。今のを引き継いで言うと、緊急度を判定したのはいいんだけど、だれが治してくれるんだというのが残るわけです。これできたって、じゃあ、うちで診れないと言われたら終わってしまうわけなので、当然ですよ。これは我々医療者側とも病院協会側とかと連動してやっていないと、これだけ完成したって、何それってなるわけです。ですから、〇〇先生が言っていましたね。その先、この後のほうが大切だという議論もあります。ですからこの場はこれでいいんでしょうけれども、当然、総務省消防庁の管轄はそこまでですから、ただ、その先というのを我々は相当考えておかないといけないし、そこに主たる目的があるのかなという気はしています。

#### 【部会長】

それは救急業務高度化推進検討会の親会にとっては、かなり重たい話になるだろうと。だけど重たければ重たいだけ頑張るとというのが総務省の仕事でしょうから、それはそれでいいと私は思う。結構議論が何というか、非常にわくわくする議論がいっぱい出てきていますので、今15時ですけど、5分、10分ぐらいは許してくれそうですので、もうちょっととは思いますが。さっき〇〇先生がおっしゃった、文化的なというか、ものの考え方というか、勉強の仕方ということも含めて、先生のところの東京大学医学部の学生教育においては、緊急度と重症度については、今、先生がお話になったようなことをがんがんやりまくっているということによろしいんですか。これは非常に難しいと思います。なぜかと言うと、教授たちがそれを理解しているかということがあるので、一体どういうカリキュラムをつくらなくてはいけないのかという話とも関係してくるので、僕自身は、比較的大らかに、わかる時が来ればいいのかとか、教科書がどんどんでき上がって、普及してきたときに少し頑張ればいいのかというところで、余り露骨にぎりぎり言うのはやめているんです。東大の流れの教授たちが、つまりお弟子さんたちがいっぱい教授になっていますので。いかがですか。

## 【〇〇委員】

おっしゃるとおりで、一番大事なものは医療の上でのバランスだと思うんです。まさしくこの疫学を中心とした患者の診療体系というのは、ある意味では、今まで混乱していると思うんですけれども、前情報がないままにこれは外科の疾患だろう、これは内科の疾患だろうと。その前にある程度のお膳立てをしておいしい料理を出して、さあ食べてくださいという形で、本当に専門家が必要なときには、その前に既に大事な病歴と身体診察、この時点で考えられる、見逃してはいけない疾患が5つと、あとは一般的な診断が5つ。あとはある程度必要と思われる最低限の検査を含めて、それをエッセンスとして、各診療科の専門家の診察が必要とを思われる前に出す文化を、今つくってすべての救急外来を受診される軽症から重症までの患者さんをです。ですので、基本は医療の中での、アドバンストリアージという形もあるんですけれども、方向づけです。大体、私は料亭なんて一度も行ったことないんですけれども、お客さんが満足される料亭ですと、最初にお客さんがいらっしゃって、きょうはどういったものが食べたいとか、職人さんと話をする。それは医療の上では症状になるんですけれども、それ合ったお品書き、前菜からうわっと筆でさらさらと書いて、それぞれの品が出てくると。まさに、救急医療、トリアージから話は行っているんですけれども、結果的には救急外来に最初の救急医とセッションをする。あるいはその中でトリアージの文化で、患者さんを選別する上というのがディスカッション、最初に何を食べたいんですか、どういった症状でどういったことがありますかということになると思います。各専門の先生方がその後必要な場合も、ある程度自分がこの患者さんを診療した後、どういった道筋でこの患者さんが最終的に満足度が上がるか。最終的な医療が終了するかという、そのアドバンストリアージの発想というのを、時間はかかるんですけれども、すなわち各診療科もこのトリアージプラスアルファ、救急科診療が最初に患者さんにおいてあると、診療がしやすいよ。逆にそれが各臓器別の発想で教育を受けた医師が、患者さんに接する上で、救急科の医師が診療した後に入ると、すごく診療がしやすいというそういった文化を、ここ3~4年でつくり始めています。逆に言えば、今、初期研修の教育プログラムで、特に救急外来での教育というのが、一つの目玉になっています。もちろん今までのオーセンティックな各論で臓器別の診療をさらにおいしく引き立たせるためには、その前の一般診療が入るべきですし、それがトリアージの発想を含めたアドバンスのトリアージになるので、そういった形で教育、あとは各診療科が診療を開始する上で、お手伝い、お膳立てをすると

いうニュアンスで診療、あとは教育実態を立ち上げているのが、今の東京大学では現状です。

**【部会長】**

ちょっとたたみかけるようで申しわけないのですが、ハリソンの内科学の教科書がございますね。私は〇〇大で教授で赴任するときに一番新しいハリソンをまた買って、要は学生時代に使っていたハリソンとも違いますから、それをとりあえず部屋に置いておいて時々ひも解くと。恐らく時間軸、つまり今、言った緊急度ということからすると、より早く診ないといけないとか、より早く何かしないといけないということがありますから、単に内科学または内科診断学と、今いった Emergency Medicine とが全く同じとは思っていないんですけれども、従来のハリソンに書いてある「内科学」もある意味では先生のおっしゃったことが、よく読むと書いてはあるんですね。そのところと Emergency Medicine とはここが違うということを 30 秒間か 1 分ぐらいで言うとうなるんですか。

**【〇〇委員】**

基本的には、私が思いますのは、内科と救急科の究極の違いというのは、点で診るか、線で診るかの違いで、点、限られた時間の中でアドバンストリアージをしないといけないので想像力がさらに要ると思います。

**【部会長】**

多くの病院で、ERを比較的一生懸命やることができている病院というのは、どちらかという、従来内科にいた先生方がその気で一生懸命頑張ってくれているところが多いんですね。ですから、そういうふうなことで言うと、僕みたいに外科系で気の短い医者よりは、少しじっくり見る人が時間軸に沿って点で診ることを勉強することのほうが話としてはわかりやすく、そういうふうなことを説明することのほうが、今言ったトリアージ、緊急度の話を人に説明するにはいいのかなと思って、ちょっとたたみかけたんですけれど、どんな感じですか。

**【〇〇委員】**

点で診て想像力でその先、例えば 15 分後、30 分後、1 時間後、1 週間後。その見直しをしてプランを決めますので、やはり線での診療に携わったことのある医師が、救急科自体のトリアージも含めて段取りをすると、判定結果を含めてより正確なものになると思います。それが内科だけがいいのか、外科だけがいいのか。外科も線での治療で

ある時期にオペが入ってその術後管理もありますので、基本的には線でものが考えられるという想像力がしっかり働けば、問題ないと思います。

**【部会長】**

ありがとうございます。やはり緊急度についての説明を、きちんと体系的に説得できる形で説明できるという話は、極めて重要だと思います。恐らく#8000での相談の内容は、非常に多面的に勝負できる中身をそろえているがゆえに多分時間が少し長いというようなことは、先ほどの御説明でわかったんです。だから、こちらで考えている救急隊や家庭やその他の職種のいかなるフェーズにおいても同じような尺度で考えてみようという話は、今、〇〇先生がおっしゃったようなことを、それぞれの言葉できちんと説明できるようになっていないといけないんだろうなと。その先に、さっき言った〇〇先生の大事な話がきっと…。

**【〇〇委員】**

もう一つ、CTASというのはカナダで病院用ですよ。この救急隊バージョンというのがあってCPASというんです。Pはpre-hospital。今回、行って全部資料をもらってくるんですけども、資料だけもらったらそれを。

**【部会長】**

Canadian pre-hospital。

**【〇〇委員】**

そうです。Acuity Scale ですから、プレホス業務を全部同じ軸の中に入れて、同じ項目でがっとう動かしちゃっているんです。それも実は教育プログラムまでくれると言っていますので、それを持ってきてどこかで試行してみるとかいろんなことができる。ただし、しつこく言いますが、CTASも緊急度しか見ませんから、診断は一切しません。主訴が4つある患者がいたらどうするんだ。どの主訴から入っても同じところに行くというのが特徴なんです。腰が痛くて目が回るっていっぱいあるといいますね。どれから入っても同じ緊急度に行くように設計されているというんです。おもしろい。ですから診断は一切しない。今の緊急度、重症度の話、DICの重症度って、DICスコアで見るといいじゃないですか。先生、それは重症はいいんだけど、いつどれから診てもらえるんですかというところが、緊急度という形なんです。

**【部会長】**

僕に説明するというより、この場で全体で共有するという事です。



**【〇〇委員】**

もちろんそうです。つい目がそっちに行っちゃいますけど。患者さんは早く診てもらえるかどうかだけなんです。やっと診断がつかしました。それはどうでもいいので、一体今は何をしてもらえるんですかということがあるので、そこのニーズには合っている。ただ、これは診断をしませんから、その後、医者が相当しっかりした能力を持っていないと、さて急いで行ったはいいけれども、そこが期待外れということになるので、病院側は当然我々は、それなりのこれの引き続きをどうするという議論が必要なんです。

**【部会長】**

目も赤はありますね。

**【〇〇委員】**

あります。

**【部会長】**

そうすると…。

**【〇〇委員】**

緑内障発作は赤です。

**【部会長】**

そうすると、富山で目の赤が出たときに、具体的には富山の人たちはこれで安心というところにどういうふうに行き着くんですか。

**【〇〇委員】**

多分おのおのの病院が、予想する未来は1年ぐらいです。うちの病院は目なら赤を診れますと、耳なら黄色ですと各病院が逆にはっきり言ってくればそういうことです。総合病院という名前の中に丸めこんじゃっているもので、それはやめて、うちはここは診れますということをはっきりと。例えば内科の先生でも小児科の振り分けぐらいはできるでしょう。今は小児科の先生がいないということで、県内2カ所のセンターに来るんでいくんです。そんなに小さい県ですけれども、すごくばかっているんです。目の前の病院を3つ通り越していったら、何で来たんだということが起きるわけです。近くの診療所でいいから緊急度で診てくれればいい。これはすぐに小児科センターに行きなさいというのか、大丈夫だと思うけれどと言ってもらおうかです。集約化しちゃうとどんどん医療は遠くなって行って、市町村には何もないということが起きてしまうので、そういう意味ではこれは使い勝手がいろいろあるというふうに、富山県はそこに興味をすごく

持っています。ですから各都道府県で、興味を持つところが違うはずなんです。あと医者と呼ぶときのツールにと、病院長が言っていました。自分の病院に外科が2人しかいないと。黄色のために呼ぶと怒ってやめちゃうと。内科の先生がこれを診て、赤なら呼ぶぞと。黄色なら外科病棟で朝診てくれというやり取りが成立すると、貴重な医者を大事に使えるということを言っている院長がいて、へえっと。院内で人と呼ぶツールに使えると言っていました。

**【部会長】**

今の話は片っ端から引き出しに入れておいて、どんどん引き出しを使いながらやると、こんなこと、あんなこと、どんなことというようなもので、多くの人になるほどというふうにきつくなるんでしょうね。

**【〇〇委員】**

質問していいですか。医療の部分ですけれど、今のお話を聞いていると、これをうまくいけるようにしようと思うと、やはり救急医療機関には救急科、ERみたいなものがあるという方向に行かないとうまくいかないのでしょうか。というのは、今、搬送がすごく困っているのは、結局内科の先生、ある程度オールマイティーに診ていただける、あるいは緊急度を判断していただける内科の先生がいらっしやらない。循環器の専門の先生は循環器の患者さんだったら歓迎だけれども、違う患者さんはちょっと困るということで、救急医療が追い詰められている一つの実情なんです。大阪なんかはER的に診てくださる病院も結構あって、今のような機能に近いのを持っている病院もあると思うんですけども、幾ら一生懸命、共通の物差しができて、その物差しを病院の入口で使ってくださる先生がいらっしやらないといけないということになると、日本も救急医療機関はERのようなものを理想とするという話につながっていくんでしょうか。それとも、今のようなままで、何かうまくいく方法があるんですか。

**【部会長】**

恐らく消化器内科と消化器外科みたいな医療の提供体制を区分して、そのまま露骨に救急隊に判別して連れてくるようにと言っているような病院も全くないわけではない。ですから脳外科は連れてこい、神経内科は連れてくるなみたいな話をそのまま容認するというふうな形で、今のままですというのは、ちょっと無理があるとは私は思います。少なくともジャンル別にはなっていますので。だから例えば妊産婦なんかジャンルがあるわけでしょう。それは妊産婦というようなことで、Aの病院かCの病院か、Xの病

院というふうにして、きょうは妊産婦の赤はあそこだということになれば、赤の患者はそこに連れていくと。こういう話だと思うんです。どこの病院でも全部〇〇先生がいて、片っ端から点でもって先のことまで考察してやりましょうという、そういうふうな気のきいた社会ができるには、恐らく家庭医(ファミリーメディスンの専門医)をつくるようなことを、医科大学がやり始めないといけないと思うんです。もし突然、来年の春にファミリーメディスンも専門医として認めますというようなことを専門医の固まりが言い出して、なおかつそれを厚生労働省が将来の資格として認定しましょうという話を来年の4月にばーんと話があったと仮定しても、そういう人が出てくるのに10年かかりますから。今言ったようなことで、多くの病院が、いわゆる Emergency physician、救急医をそろえながらという話はどんなことがあっても、やはり5年か10年はかかるだろうというふうを考えるような気がします。そのときには僕はいませんから、今言っただけに比較的平気にしゃべっているというのが正直なところです。〇〇先生、今の件、〇〇委員の御質問に僕はちょっと口を挟むように答えましたけれども。

**【〇〇委員】**

大規模なERはやらなくても、救急外来という言葉がありますね。なければ最低、そういうところをつくってもらえないんですけれども、そこで看護師さんがこれを見る場合これを使えばいいと思うのです。実際そういう程度、程度という言い方はあれですが、そういうふう設計されていて、主たるユーザーはナースです。

**【部会長】**

それが38ページの、〇〇先生のどうやって運用するかと、医師の責任においてというメディカルコントロールということとなるのか。今の厚生労働省の話題でいくと、医師による包括的な指示のもとに、ある程度決められたルールに従って看護師さんたちがやっていくと。〇〇先生、それでいいんですよね。

**【〇〇委員】**

医師会が承知していないとわけがわからなく…。医師会さんがわかってくれないと大変ですね。ですから医師会と話をすべきだと思っています。ですから東京都の病院協会ともお話をしましたよね。それを制度的にやろうと思っています。多分皆さんが大臣が発表になったので忙しいんじゃないですか。

**【部会長】**

この部屋が15時までで、今延ばしてもらっているみたいです。でもやはり限りがある

みたいですので。今日は第1回ということで、〇〇先生に質問します。これは特定看護師とはいませんが、比較的訓練されたナーススタッフの仕事になるだろうというふうなことで議論がありますが、〇〇委員が、厚生労働省の、例のハイレベルの看護師さんたちをどうつくるかというプログラムに書類を提出しているはずで、救急看護学会から出ています。そういう意味でトリアージナースについて少しお話をさせていただいて、終わりにしたいと思います。

**【〇〇氏】**

救急看護学会では、特定看護師（仮称）ですが救急領域における特定看護師として申請しております。日本看護協会でも皮膚・創傷ケア、感染管理、救急看護が合同で申請を提出しています。その中に特定看護師の業務範疇として、先ほど〇〇先生がイギリスのほうで行われていると報告された創傷の縫合、レントゲンのオーダーや薬の処方などを挙げております。トリアージに関しては、現在、救急認定看護師が日本でも500名余り出ております。その者たちは救急領域での経験年数もかなり積んでおります。おそらくトリアージは、認定看護師教育のほうで教育をしておりますので、トリアージをできるだろうというふうに私たちは考えております。特定看護師教育は、そういう者たち（救急看護認定看護師）に不足した時間を補うような教育をするということで、特定看護師（仮称）の申請をしています。トリアージに関しましては、現段階では全国ばらばらの状態でトリアージを実施している状態です。また施設によっては、トリアージの認定制度を持ってやっている施設もあります。しかし施設によっては、救急外来でのトリアージを師長や主任が交代でやっているようなところもあります。今後、全国でバラバラに行われているトリアージを標準化して統一していくということが大切です。また、〇〇先生を初めとするJTAS委員会のほうで、Eラーニングで教育していくということも検討されております。現段階では救急看護学会において、トライアルですけれども座学と実習で教育を始めております。座学と実習の教育コースでは、大多数を教育するのはちょっと難しいかなということもありますが、トライアルで実習の必要性などを評価していく予定です。

**【部会長】** ありがとうございます。今のお話でおわかりのように、新たなこの手の取り組み、それぞれの職種はそれぞれの職種で少しずつ進化をしているということがあります。多分さっき僕が〇〇先生にいろいろ振りましたが、看護教育、また看護の卒後教育についても、そういうふうなことがじわじわと進行している。こういう

ふうな全体像だと理解していいんじゃないかと。今回、挙げて総務省の仕事にはなりま  
すけれども、周辺にさまざまなことがあるというようなことで、大変難しいテーマでは  
あるんですが、さっきから言うように、わくわくするテーマというふうなことになる  
と思いますので、引き続きお願いしたいと思います。今日は第1回目ということでとりあ  
えず勝手なことを言おうじゃないかということになったんですが、資料も膨大だったの  
で、議論が少しもうちょっとかなと思います、場所がもう限られていますので、今日  
はここで終わりにします。2回目以降はまたメールとかでいろいろあると思いますので、  
どうぞよろしくをお願いします。そのときに今日発言できなかった部分は、それぞれの方  
は恐らく7分ぐらいで半分煮えになっていると思いますので、2回目以降にまたがんが  
んよろしくをお願いしたいと思います。どうも先生方、ありがとうございました。

——完——