

救急業務高度化推進検討会 第2回重症度・緊急度の判定・選別 (トリアージ)に関する作業部会 次第

日時：平成22年11月18日(木)

9時30分～11時30分

場所：TKP 東京駅ビジネスセンター 9階
「カンファレンスルーム 29H」

1 開 会

2 あいさつ

3 委員紹介

4 議 題

(1) 救急安心センターモデル事業の効果分析

(2) CTAS 視察報告

(3) 各段階におけるトリアージの役割分析について

5 閉 会

【配布資料】

資料 第2回重症度・緊急度の判定・選別(トリアージ)に関する
作業部会資料

参考資料1 救急安心センターおおさか
(礒淵委員ご提供資料)

参考資料2-1 緊急度判定支援システム CTAS2008 日本語版・
JTAS プロトタイプと CPAS の概要
(奥寺委員代理 工廣氏ご提供資料)

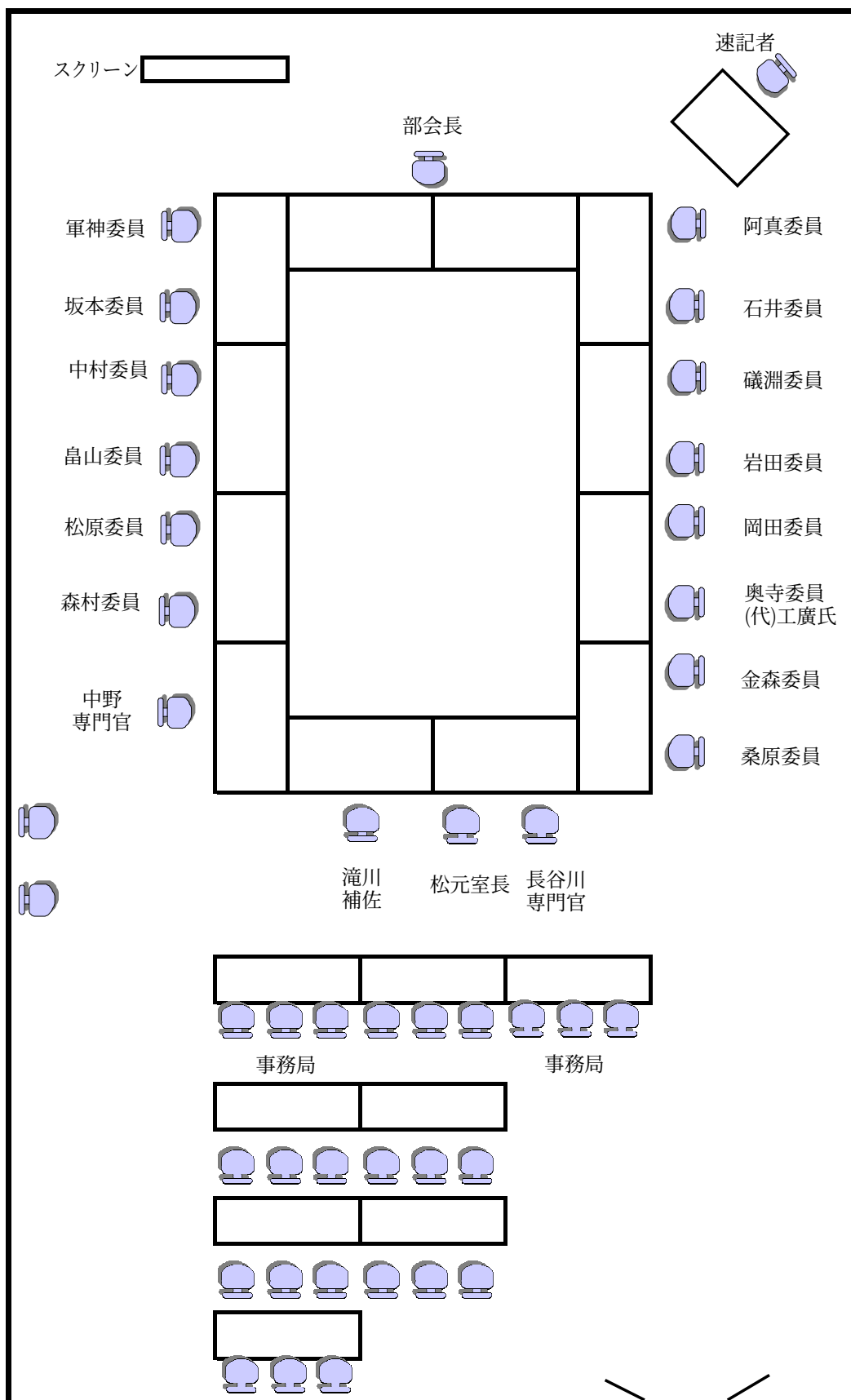
参考資料2-2 CPAS 用修正版 CEDIS 症状リスト翻訳案(109 症状)

参考資料3 カナダ視察報告 ～アルバータ州救急搬送サービスと CTAS～
(総務省消防庁救急企画室 長谷川救急専門官 提出資料)

救急業務高度化推進検討会 第2回重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会

場 所：TKP東京駅ビジネスセンター9階 カンファレンスルーム29H

日 時：平成22年11月18日（木） 9時30分から11時30分



平成22年度
救急業務高度化推進検討会

第2回重症度・緊急度の判定・選別
(トライアージ)に関する作業部会

平成22年11月18日
総 務 省 消 防 庁

目次

重症度・緊急度の判定・選別

(トリアージ)に関する作業部会について	1
1.救急安心センターモデル事業の効果分析	4
検討項目	5
(1)平成22年度救急安心センターモデル事業の説明	6
(2)電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果	8
(3)救急安心センターの今後の全国的展開に向けた 留意点について	13
2. CTAS視察報告	23
3.各段階におけるトリアージの役割分析について	25
検討項目	26
(1)マニュアルの作成について	27
(2)各段階における緊急度判定のあり方について	29

重症度・緊急度の判定・選別 (トリアージ)に関する作業部会について

作業部会における検討項目

○ 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

1. 救急安心センターモデル事業の効果分析

平成21年度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、また、平成22年度に大阪府域内で実施予定の「救急安心センターモデル事業」の効果进行分析する。

また、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。

2. 各段階におけるトリアージの役割分析について

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緊急度判定の目的・役割を分析する。本作業部会においては、特に「病院前救護における緊急度判定」を中心に分析する。

また、分析の結果をふまえ、「家庭で利用できる救急車利用マニュアル」を作成する。

平成22年度 スケジュール

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重症度・緊急度の判定・選別 (トリアージ)に関する作業部会	第1回 9月17日 ・前年度モデル事業の検証 ・トリアージシステムの事例紹介 ・諸外国の緊急通報システムの紹介 ・CTASの紹介 ・家庭で利用できる救急相談マニュアルの作成について		第2回 11月18日 ・今年度モデル事業実施団体による報告 ・電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果 ・救急安心センター導入の際の留意点について ・家庭で利用できる救急車利用マニュアルの作成について ・各段階における緊急度選別のあり方について		第3回 1月中旬 ・救急安心センター導入のポイントのまとめ ・家庭で利用できる救急車利用マニュアルの作成について	第4回 2月下旬 ・とりまとめ	報告書作成
	モデル事業実施						

1.救急安心センターモデル事業の 効果分析

1. 救急安心センターモデル事業の効果分析

【検討項目】

(1) 平成22年度救急安心センターモデル事業の説明

○平成22年度に実施する救急安心センターモデル事業(大阪府域内)について説明する。

(2) 電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果

○昨年度、救急安心センターの全国的展開に向けた課題として「小児救急相談事業(＃8000)等、他の相談事業との整理・連携」が挙げられた。

○課題の検討にあたり、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する。調査結果に基づき、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する。

(3) 救急安心センターの全国的展開に向けた留意点について

○救急安心センターモデル事業(大阪市、奈良県)、救急相談センター事業(東京都)について、今後、自治体が救急安心センターを導入する際の参考になるようなポイント、アドバイスについてまとめるため、アンケート調査を実施する。

○＃7119とその他の事業との連携・役割分担における留意点についてまとめる。

○大阪市、奈良県、東京都においてどのようなプロトコルを使っているか、どのような点に注意して作成したか等についてまとめる。

(1)平成22年度救急安心センターモデル事業の説明

【事業の概要】

■事業目的

平成21年度、モデル事業として大阪市内で実施したところ、1日平均420件もの救急医療相談件数があった。

平成22年度については、広域的に消防と医療が連携した救急医療相談体制を構築することを目的として、大阪府域内での実施を目指す。

■これまでの経緯

○平成21年度に1市(大阪市)においてモデル事業を実施した。

○平成22年4月から周辺の15市に拡大して救急安心センター事業を実施している。

○平成22年度モデル事業において、この実施地域をさらに拡大する。

■事業内容

○ 24時間365日、医師・看護師・相談員により救急医療相談体制を確保する。

○「大阪市救急安心センター」から地域拡大に根ざした「救急安心センターおおさか」に改称し、大阪市消防局 指令情報センター内に設置する。

○ 緊急性のある救急医療相談には直ちに救急車を出場させる体制を確保する。

○ 特殊診療科目などの医療機関等との救急医療相談体制の検証。

■事業対象 大阪府域内(事業主体:大阪市)

■事業実施期間 平成22年12月1日から平成23年3月31日(4ヶ月間)

救急安心センター事業概要

救急安心センターおおさか

- 病院に行ったほうがいいの？
 - 救急車を呼んだほうがいいの？
 - 応急手当をしたいがわからない
- 市 民 …など



#7119

または 06
6582-7119

- ・相談する人が
身近にいない
- ・救急車を呼ぶまえに
相談ができれば

- 24 時間 365 日対応
(大阪市消防局指令情報センター内に設置)
- 医師・看護師・相談員が救急医療相談に対応
 - ・病気や怪我の状態から緊急性について助言します
 - ・病気や怪我の状態から応急処置について助言します
 - ・症状に応じた適切な医療機関を案内します
- ・救急医療相談から救急車の出場まで 1 本の電話で対応します

迅速な救急車の出場



救急出場

緊急性の高い相談には
救急車が直ちに出場



※詳細は参考資料1(礒淵委員ご提供)ご参照。

(2) 電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果

【調査実施概要】

■調査の目的・背景

- 救急安心センターモデル事業の類似事業として、「小児救急相談事業（＃8000）」、「救急医療情報センター」等が実施されている。
- 各事業の整理・連携のあり方の検討にあたり、全国における電話医療・救急相談事業の実施状況を把握する必要があるが、これまで明らかにされていなかった。
- そのため、厚生労働省と共同で、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、現状を把握することとした。

■調査対象 都道府県、市町村、消防本部

■調査方法 Eメールによる配付・回収 (消防庁から都道府県を通じて発信、都道府県を通じて消防庁に返信)

■調査基準日 平成22年8月1日

■調査項目

- 電話医療・救急相談事業の実施の有無、今後の予定
- 相談事業の名称、内容、開始時期、対応時間帯 / 等

* 調査の対象となる「電話医療・救急相談事業」には、医師、看護師等による救急相談事業のほか、消防本部が119番とは別番号を設けて行う医療機関案内や応急手当指導等も含む(ただし、119番により、医療機関案内等を行っているものは除く。)

【都道府県における実施状況】

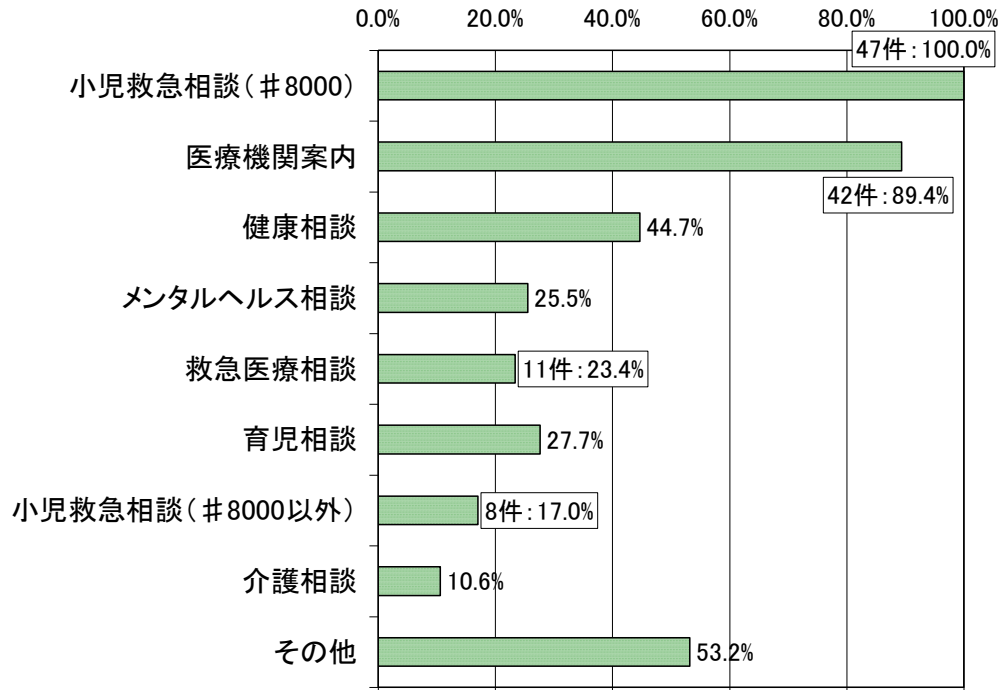
○全ての都道府県が、何らかの相談事業を実施している。

○事業の内容は、「小児救急相談（＃8000）」、「医療機関案内」、「健康相談」の順に多い。

○救急安心センター（＃7119）の類似事業には、救急医療情報センター事業、精神科救急情報センター事業等がある。

＜都道府県による事業の実施内容（n=47、複数回答）＞

※47は全国の都道府県数



【相談事業の例】

＜救急医療情報センター（三重県）＞

* 医療機関案内、小児救急相談

- ・昭和57年より、財団法人への委託により実施。24時間365日体制。
- ・診療可能な医療機関の案内を地域ごとに消防本部が行っている。電話番号は「地域局番＋1199」

＜精神科救急情報センター（福井県）＞ * 救急医療相談

- ・平成22年6月より、直営で事業開始。24時間365日体制。県精神保健福祉センター内に設置され、時間帯により1名あるいは2名の職員（看護師、精神保健福祉士等）を配置。
- ・夜間は県内の精神科病院に電話が転送され、病院職員が対応する。
- ・緊急に精神科医療を必要としている方に対して、電話で医療相談に応じ、必要に応じて医療機関等の斡旋を行う。

＜医療なんでも相談窓口（宮城県）＞

* 医療機関案内、小児救急相談 等

- ・平成14年4月より、直営で実施。平日8時半～17時15分。
- ・主担当1名、班員3名（いずれも事務系職員）が医療機関の案内や医療機関に関する苦情等に対応している。

※「実施している」事業の中には、救急安心センター、救急相談センターを含む。

※その他は「応急手当指導」、「医療機関に対する苦情」等。

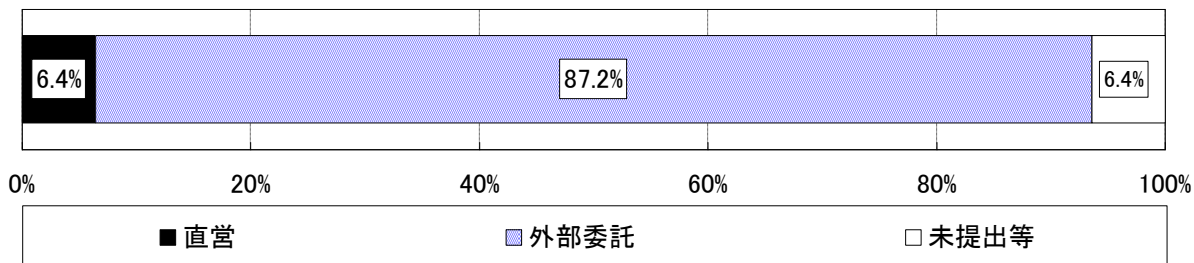
【都道府県における実施状況：小児救急電話相談事業（＃8000）】

○小児救急電話相談事業は、全ての都道府県において実施されている。

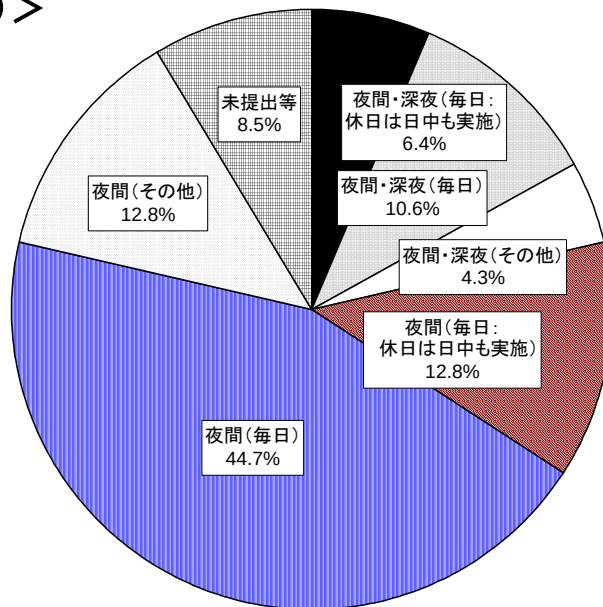
○事業実施方法は「外部委託」が多数を占める（41都道府県、87.2%）。委託先は「医師会・看護協会・病院等」が26都道府県、「民間会社・団体」が13都道府県、「その他・不明」が2都道府県だった。

○対応時間帯は、「夜間（18時以降開始、24時前終了）」が多い。日中対応している都道府県は少ない。

＜事業の実施方法（n=47）＞ ※47は全国の都道府県数



＜対応時間帯（n=47）＞

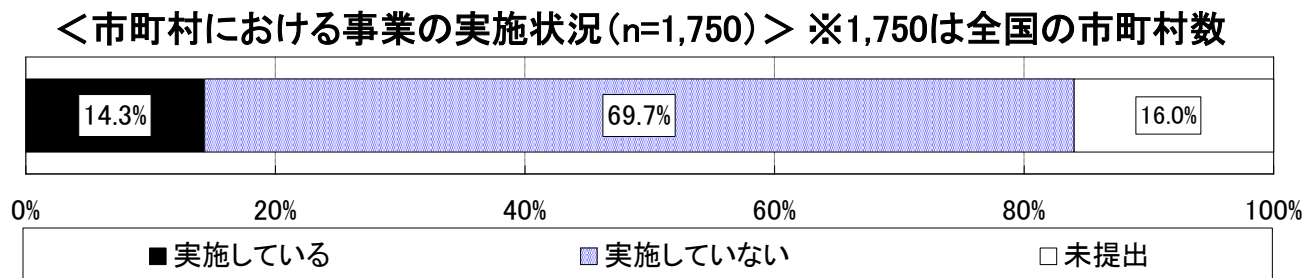


※夜間は「18時以降開始24時前終了」、深夜は「24時以降実施」

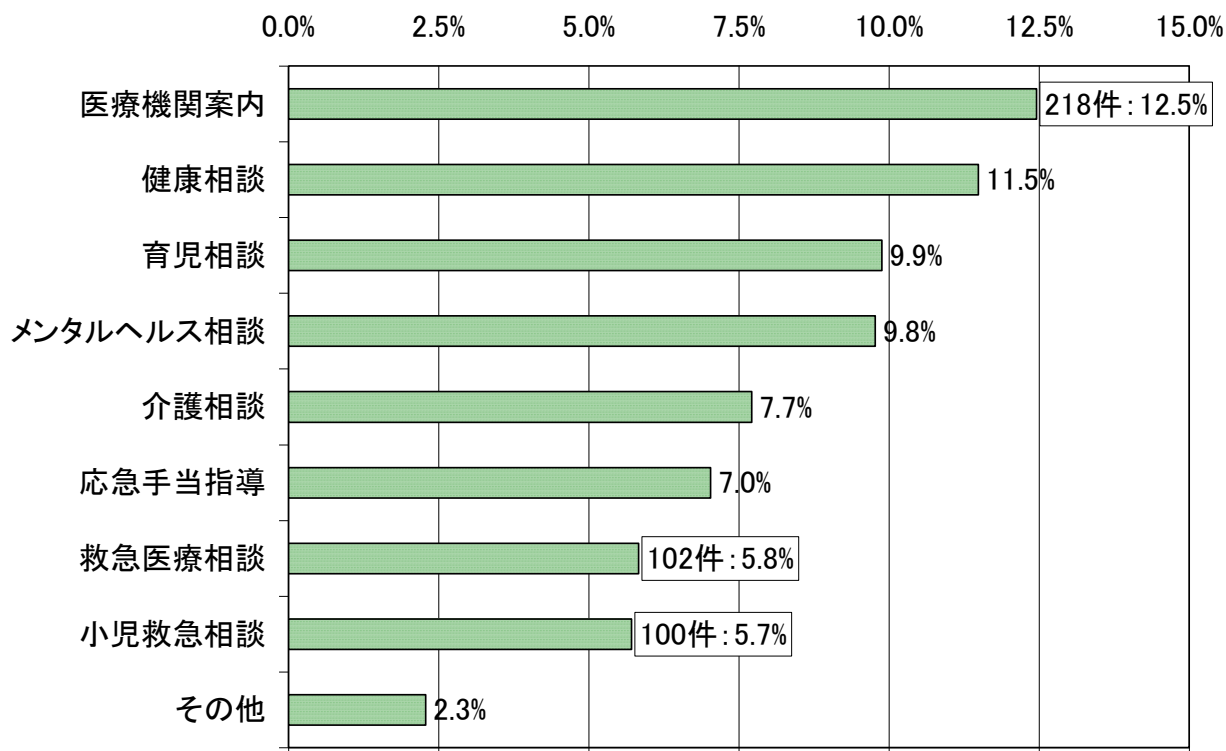
【市町村における実施状況】

○何らかの相談事業を実施している市町村は14.3%(251市町村)だった。

○事業の内容は、「医療機関案内」、「健康相談」、「育児相談」、「メンタルヘルス相談」の順に多い。



＜市町村による事業の実施内容(n=1,750、複数回答)＞

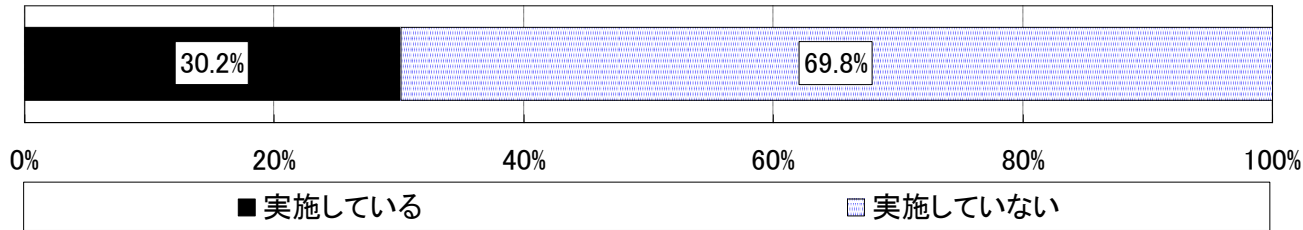


【消防本部における実施状況】

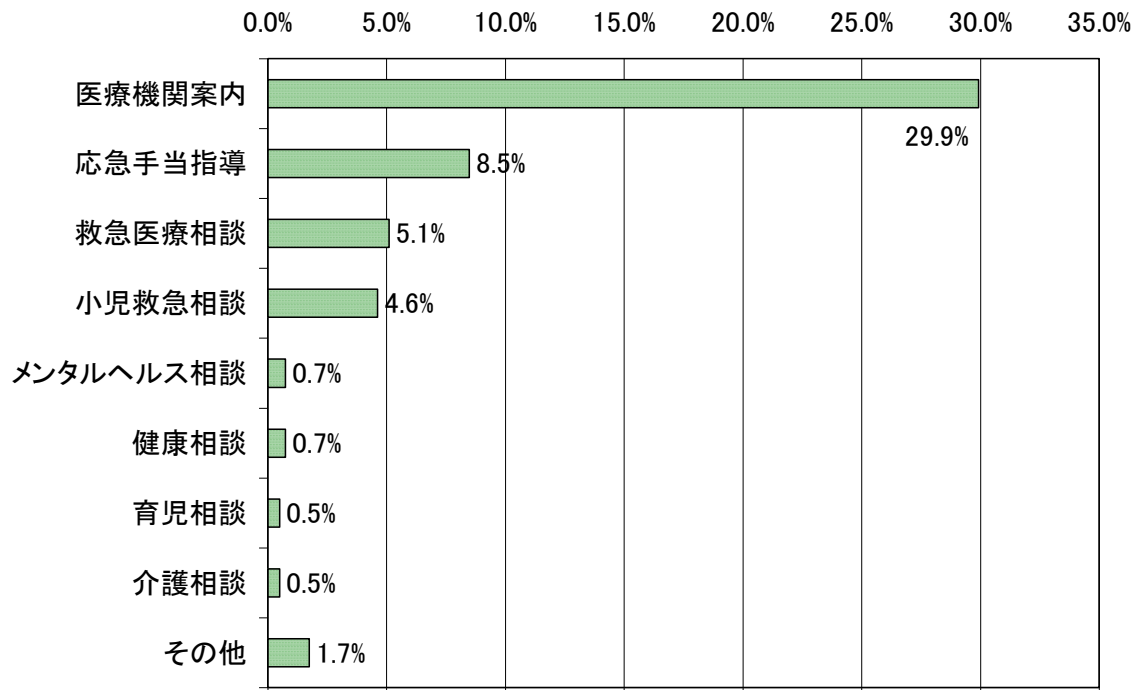
○何らかの相談事業を実施している消防本部は30.2%（242消防本部）だった。

○事業の内容は、「医療機関案内」が大多数を占めている。

＜消防本部における事業の実施状況（n=802）＞ ※802は全国の消防本部数



＜消防本部による事業の実施内容（n=802、複数回答）＞



※「実施している」事業の中には、救急安心センター、救急相談センターを含む。

(3)救急安心センターの全国的展開に向けた留意点について

救急安心センター・救急相談センター導入時の留意点に関するアンケート調査

【調査実施概要】

■調査の目的・背景

- 今後、自治体が救急安心センターを導入する際の参考にするため、救急安心センターモデル事業(大阪市、奈良県)、救急相談センター事業(東京都)について、事業導入時のポイント、アドバイスについてまとめる。
- ＃7119とその他の事業との連携・役割分担における留意点についてまとめる。
- 救急安心センターモデル事業、救急相談センター事業においてどのようなプロトコルを使っているか、どのような点に注意して作成・運用しているかについてまとめる。

■調査対象 大阪市、奈良県、東京都

■調査方法 Eメールによる配付・回収

■調査基準日 平成22年11月1日

■調査項目

- ・救急安心センター、救急相談センター導入の際の留意点
- ・救急安心センターを導入する自治体に対するアドバイス
- ・救急安心センター、救急相談センターとその他事業との役割分担、連携について
- ・救急安心センター、救急相談センターで使用しているプロトコルについて

【調査結果のまとめ】

(救急安心センター・救急相談センター導入の際の留意点)

- いずれの自治体においても、事業運営体制に関する関係者間の協議・調整に多くの時間を要している。
- 人材面については、特に医師の確保が課題となっていた。
- スペースの問題から、救急安心センターの設置場所、あるいは会議室、休憩室の確保に苦慮した様子がみられた。
- いずれの自治体においても、接遇やプロトコルの内容に関する研修を実施している。
- 住民からの苦情・クレームについては、「案内された医療機関で診てもらえなかった」、「電話がなかなかつながらない」等が挙げられた。

(その他事業との役割分担・連携について)

- いずれの自治体においても、小児救急については＃8000を案内するなど、役割分担を行っている。
- 他の事業が24時間体制ではないため、昼間の育児相談等を案内できる窓口がない、深夜帯に案内する窓口がないといった課題が挙げられた。

(プロトコルについて)

- 大阪市では、「電話医療救急相談プロトコル(監修:日本救急医学会、編集:東京都医師会救急委員会救急相談センタープロトコル作成部会)」を一部修正して、奈良県ではそのまま使用している。
- 業務開始以降の問題点や課題として、プロトコルの絶対数が少ない、同時複数対応時の相談順番に関する取り決めの必要性(東京都)、全体的なオーバートリッジ傾向(大阪市)、相談者に負担をかけないスムーズで確実な消防への引継ぎ(奈良県)が挙げられた。

①－１ 救急安心センター導入の際のポイント <政令市型：大阪市1年目>

【関係機関との調整】

- ・医師・看護師・相談員といった異なる職種の人材をどのようにして確保し、また、どのような業務執行体制をとるのかといった点について多くの議論を要した。
- ・とりわけ、救急医療相談の運営に関しては、消防ではそのノウハウを持ち合わせていなかったことから、東京消防庁の例を参考にしつつ、消防局・健康福祉局・病院局・市大病院の連携によって業務執行体制を構築することとした。
- ・これらに伴う健康福祉局、病院局、市大病院等関係先との調整作業や、救急安心センターに出務する病院局医師に対する説明等に多くの労力を要した。

【相談員等の確保】

- ・相談員は業務の特殊性から消防局OBによることとして非常勤嘱託職員に採用、全員に「応急手当指導員」の資格を取得させた。
- ・相談員を取りまとめ、医師・看護師との調整を図るとともに救急車を出場させる本務職員が必要不可欠であり、これには指令情報センター職員を充てることとした。
- ・看護師は、救急相談業務を委託した健康福祉局の外郭団体が募集、医師は、健康福祉局・病院局・市大病院等の協力によって確保した。勤務ローテーションは当該外郭団体が組むこととした。
- ・病院局医師の出務は夜間に限られることから、昼間の医師の確保に多大な労力を要した。
- ・相談員と看護師について、事前の教育（市民接遇・機器の取扱い・プロトコルの理解）を十分に行った。

【場所・設備の確保】

- ・指令情報センターと一体的に運用するため、当センター内に設置することとしたことから、既存の機器等の移設を要した。新庁舎で若干のスペースがあったことから移設可能であったが、旧庁舎であれば不可能であった。
- ・医師・看護師・相談員それぞれの休憩室を設ける必要があり既存の会議室等を改装した。旧庁舎であれば不可能だった。

【予算の確保】

- ・全額国費であったが、システムの構築にあたっては既設の指令情報システム全体に影響があったため、当該年度の本市のシステムメンテナンス費用を充当した。

【住民への普及・啓発】

- ・大阪市政だより（各住居に配布）の一面にPR記事を掲載
- ・ポスターの掲示（大阪市各部局庁舎及びサービスカウンター、大阪市広報版及び地域振興掲示板、市内各医療機関・高齢者福祉施設センター・身体障害者福祉施設、市内ファミリーマート店舗内、市営地下鉄の全駅舎、JR・阪神電車の市内各駅舎）
- ・リーフレットの設置（市内高齢者福祉施設センター、身体障害者福祉施設、市営地下鉄の全駅舎、JR・阪神電車の市内各駅舎）
- ・リーフレットとシールの配布（市立全ての幼稚園・特別支援学校・小中高等学校に通う児童・生徒）
- ・視覚障害者用点字カードの作成・配布、聴言障害者用のメールアドレス及びFAX番号を設け、案内のリーフレットを配布（障害者団体）
- ・市内屋外に設置されているコカコーラ自動販売機にシール貼付
- ・救急車のボディーにマグネットを貼付

【その他】・開始当初にインフルエンザが流行していたことから相談件数が非常に多く、やや混乱した部分もあった。

①ー1 救急安心センター導入の際のポイント <政令市型:大阪市1年目>

【相談員等に対する教育・研修の実施】

	業務開始前	業務開始以降
相談員	7日間 市民対応要領 接遇 機器操作等	3～4回／年 接遇 苦情対応 病院案内機器操作
看護師	5回 事業概要の説明 プロトコール研修 機器操作等	10回／年 プロトコール研修 症例検討
医師	1回 プロトコール研修	3～4回／年 症例研修 プロトコール内容 研修

【住民からのクレーム・苦情】

- ・1か月あたり1～2件程度
- ・内容は「案内した病院で診てもらえなかった」というものが多い。その他「電話がなかなかつながらない」

【救急安心センターを導入する自治体へのアドバイス】

- ・看護師によれば、医師が即座に介入できるシステムを導入することが重要である。プロトコールのみならず、相談者の喋り方などの情報を共有することが重要であり、直接対応している看護師自身も安心できる。そのため、医師確保は極めて困難であるものの、可能な限り医師常駐体制をとるべきと考える。
- ・最終的には救急車の出場に繋がること、また、その部分からの検証も必要であることから、消防機関との連携が特に重要となる。
- ・多くの予算を必要とするので、一定のスケールメリットが発生する適切な範囲において実施する必要がある。
- ・事業の目的や趣旨については非常に共感、賛同を得やすい事業であるが、一方で、事業効果、例えば救急車の出場件数の減少などとの関係を明確な数値等で示すことが困難な事業である。

①ー2 救急安心センター導入の際のポイント <政令市広域拡大型:大阪市2年目>

【関係機関との調整】

- ・大阪府内全消防本部に出向き各消防長に細部に渡る説明を行い、また、視察会などを重ねた上で4月からの参画団体を募った。
- ・新たに参画する市と大阪市が共同で事業運営するための仕組みについて多くの議論を要した。
- ・大阪市と参画市とは、消防組織法上の相互応援を根拠とした関係を成立させることとし、業務執行体制を審議するための参画市と大阪市による運営委員会を設立した。
- ・運営委員会の下には、参画消防本部の救急・指令部門の職員による作業部会を設立し、数回の議論を経て運用に係る細部を詰めた。
- ・医療部門の課題として、大阪市と参画市との医療圏が異なることから、救急車の出動に至る相談プロトコルの内容について各地域MCの理解を得るための説明を行う必要があった。

【相談員等の確保】

- ・昼間の医師の確保には多大な労力を要すること、医師の確保に係る人件費が高いことなどから医師のオンコール体制についても検討したが、当該事業の質を担保するためには医師常駐が不可欠との結論に至った。
- ・相談員については、個々の業務負担を軽減し事業主負担を軽減するとともに、病欠欠勤等の事態に柔軟に対処できる勤務ローテーションを確保するといった観点から、週30時間勤務による月額給与制から週20時間勤務による時間給制に変更した。またこれに伴い、相談員を増員した。
- ・相談員と看護師は、前年度の実態を基に、繁忙時間帯により多くの要員を配置できるよう勤務ローテーションに工夫を施した。

【場所・設備の確保】

- ・配置人員を増員したことから、指令情報センターと一体的に運用できる範囲での別室に移設したが、旧庁舎であれば不可能であった。
- ・指令情報システムに影響を及ぼさないよう、救急安心センターシステムは指令情報システムと切り離し、独立したシステムへと改善した。
- ・入電時からその相談内容を看護師が聞き取れるようシステムを改善した。
- ・話中解消のため回線数を大幅に増やすとともに、混雑時にはメッセージを流すこととした。
- ・一件の処理速度をあげるため、自動音声による病院案内システムを導入した。

【予算の確保】

- ・当局独自で毎年約2億円ものランニングコストを維持確保するための財政当局との調整は困難を極めたが、事業効果は高く評価され本市重点施策として認められた。
- ・参画市町村が増加することにより一定のスケールメリットが得られる事業であったことから、共同運営するための参画市を募った。

【住民への普及・啓発】

- ・ポスター・リーフレット・シール・マグネット・DVD等の各広報媒体を参画消防本部に配布

①-3 救急安心センター導入の際のポイント <都道府県(医師オンコール)型:奈良県>

平成21年度:モデル事業、平成22年度:県において事業化

【関係機関との調整】

- ・(21年度)県内に13消防本部があり、指令が一本化できていないため、それぞれに安心センターとホットラインを開設する必要があった。全体の調整は、関係者による協議会を組織し、調整を図った。
- ・(22年度)前年度の体制を基本的に踏襲。

【相談員等の確保】

- ・(21年度)医師のバックアップの確保が課題であったが、県立医科大学附属病院(救命救急センター)の協力を得ることで対応できた。その他相談員は、業者の活用により対応。
- ・(22年度)前年度と同様の体制で実施。

【場所・設備の確保】

- ・(21年度)センターの設置場所の確保に苦慮したが、県病院協会の協力により対応できた。
- ・(22年度)引き続き県病院協会の協力を得て対応。

【予算の確保】

- ・(21年度)総務省消防庁のモデル事業で対応。
- ・(22年度)県の事業として予算措置(地域医療再生基金を活用)。

【住民への普及・啓発】

- ・(21年度)ポスター、チラシ等による周知や広報紙等により、普及・啓発を図る。(新聞折り込みの全戸配布を2回実施)
- ・(22年度)前年度同様、ポスター、チラシを作成。

【相談員等に対する教育・研修の実施】

	業務開始前	業務開始以降
相談員	1回 プロトコール等の説明 及び実際の相談を想定 した模擬対応訓練	随時／年 委託業者が実務に入る前 にOJTで実施
看護師	1回 プロトコール等の説明 及び実際の相談を想定 した模擬対応訓練	随時／年 委託業者が実務に入る前 にOJTで実施 委託業者が随時研修実施
医師	1回 プロトコール等の説明 及び実際の相談を想定 した模擬対応訓練	行っていない

【住民からのクレーム・苦情】

- ・1か月あたり0～1件程度
- ・内容は「案内された医療機関で診てもらえなかった」というものが多い。医療情報ネットに登録されている情報どおりに診療していない医療機関があるため。
- ・その他「相談担当者にきちんと話を聞いてもらえなかった」

【救急安心センターを導入する自治体へのアドバイス】

- ・現在、医療担当部局が主体となって取り組んでいるが、救急搬送との連携が必要であり、消防本部の指令との一体的な運用が不可欠であると考え。

①-4 救急安心センター導入の際のポイント <都道府県(医師常駐)型:東京都>

【関係機関との調整】

- ・運用開始前に「救急相談センター等に関する連絡会」(東京都福祉保健局主催、東京都医師会・東京都福祉保健局・医療機関の代表・東京消防庁で構成)を開催。
救急相談のあり方(都内各医療相談窓口関連事業との調整を含む)、医師の体制(常駐、オンコール)、救急相談医の責任・訴訟対応、相談規模・内容、相談員・医師の確保及び質の保証のための教育等について検討を行った。
- ・その後、「東京消防庁救急相談センター運営協議会準備会」(東京消防庁主催、同構成)を開催。
「東京消防庁救急相談センター運営協議会」の設置について及び「救急相談センター等に関する連絡会」における検討事項について具体的な検討を経て、救急相談センターの円滑かつ適切な運営体制を確保することを目的に「東京消防庁救急相談センター運営協議会」を設置した。

【相談員等の確保】

- ・(救急相談通信員)救急隊経験者、総合指令室勤務経験者等の再雇用職員を人事部門で採用
- ・(救急相談看護師)公募により採用
- ・(救急相談医) 東京都医師会との協定を締結し24時間365日1名の医師を確保することを委託

【場所・設備の確保】

- ・場所は、医療機関案内を行っていた総合指令室の一角を借用。
- ・設備は、通信員用に総合指令室所有の既存情報通信機器を借用及び、看護師用に電話機及びパソコンを新たに設置した。
- ・運用開始日決定後、運用開始日を迎えるまでに時間がなかったため、日程的に準備作業がタイトであった。
- ・相談業務実施場所のほかに同所に隣接した休憩室や会議室が必要であるが、東京消防庁の庁舎内における余剰スペースが全くなかったことから、それらの場所を確保できなかった。

【予算の確保】

- ・平成19年度の東京都重点事業となったため予算の獲得に大きな困難性は伴わなかった。

【住民への普及・啓発】

- ・ポスター、リーフレット、シール、プロモーションビデオの作成及び東京都やマスコミとの連携により実施。
- ・実施した広報の効果については世論調査によりリサーチできたが、広報方法を定めるうえで、どのような広報に効果があるのかについては試行錯誤であった。
- ・職員のマンパワーが、広報業務を十分にこなすに足るものではなかった。

【その他】

- ・相談センター事業は、東京消防庁、東京都医師会、救急医学の専門医、東京都福祉保健局とで実施しているため、小さなことを一つ決めるにも調整に時間を要した。
- ・事業開始日に併せて、短期間に相談プロトコル作る必要があった。プロトコルは医師会で作成したが、期間が短かったため多大な労力を要した。
- ・医師、看護師、消防OB、現役消防職員が共に勤務する相談センターでは、それぞれの考え方やこれまで勤務してきた中での常識・文化・価値観が大きく異なることから、方針を決定し徹底することに多大な労力を要した。

①ー4 救急安心センター導入の際のポイント <都道府県(医師常駐)型:東京都>

【相談員等に対する教育・研修の実施】

	業務開始前	業務開始以降
救急 相談 通信員	2か月間(1回) 医師・東京消防庁職員・ 外部講師による講義(事業概要、事業目的等実務知識、電話対応接客教養)、機器取扱容量を中心とした訓練	1回／年 接客要領 その他、新規採用通信員に対する教育を96時間実施
救急 相談 看護師	2か月間(1回) 医師・東京消防庁職員・ 外部講師による講義(事業概要、事業目的等実務知識、電話対応接客教養) プロトコル習熟訓練 ※東京都医師会救急委員会に救急相談センタープロトコル部会を設置し、同会がプロトコルを策定。それに基づいた事前研修を同会を構成する医師が実施。	12回／年 プロトコル作成担当医師が講師となり、プロトコルを読み解く勉強会を実施 その他新規採用看護師に対する教育を1か月程度実施 また、2か月ごとに相談看護師のプロトコル検証担当係と相談医医長を中心にプロトコルの検証を実施、結果を看護師にフィードバック
救急 相談医	1回 東京都医師会主催 救急相談医の役割及び業務概要の説明会実施	3回／年 東京都医師会主催 業務概要及び救急相談医の役割の説明会実施

【住民からのクレーム・苦情】

- ・1か月あたり3件程度
- ・内容は「対応が悪い」というものが多い。その他「電話がなかなかつながらない」「案内された病院で受診できなかった」「要望することに対応していない」

【救急安心センターを導入する自治体へのアドバイス】

- ・相談医を確保する上でも、相談業務の医学的検証やスタッフに対する医学的教育を行う上でも、**救急医学の専門医や医師会との連携が不可欠**である。

② #7119とその他の事業との連携・役割分担における課題等

【連携・役割分担の状況】

(大阪市)

- ・ 救急以外の小児に関する相談は大阪府が行っている小児医療相談(#8000)を案内している。
- ・ 救急安心センターでの病院案内は救急病院に限っており、一般の医院や診療所の案内を希望される場合は大阪府の医療情報センターを紹介している。

(奈良県)

- ・ それぞれの相談事業で役割分担を行い実施している。(安心センターで判断できない場合は他の相談窓口を紹介し対応している。)特に、小児救急についての相談が#7119に入ることも多いため、住民啓発では、小児救急については#8000で行っている旨を併せて周知している。

(東京都)

- ・ 「ひまわり」や「#8000」において、入院施設のないクリニックの案内、精神疾患に関する相談、育児相談も実施している。これらの相談や情報を希望する都民に対しては、それぞれの電話番号を案内している。
- ・ 相談センター職員に対しては、東京都の相談業務実施機関の業務内容と連絡先を、新規採用職員の教養として実施しているほか、施設見学を実施している。また、当該施設と相談センター職員とのディスカッションも数回実施している。

【問題点・課題、今後の対応策】

(大阪市)

- ・ 大阪府が行っている小児医療相談(#8000)の開設時間は夜間に限定しており、昼間の育児相談等を案内できる窓口がない。
- ・ 大阪府が行っている小児医療相談(#8000)及び医療情報センターでの病院案内には、救急安心センターの開設以降も多くの相談が寄せられており、今後ともその推移を注視しつつ、今後の連携のあり方について大阪府と調整していく必要がある。

(奈良県)

- ・ 将来的には、#8000との統合の検討も必要と思われるが、現時点では小児科医の確保等課題もある。

(東京都)

- ・ 他の相談事業は24時間体制ではない。このため、深夜帯においては連携できず、案内する窓口がなくなる。

③救急安心センターのプロトコールについて

■東京都:「電話医療救急相談プロトコール」を最初に作成

【作成の際に注意点、工夫した点】

・「東京都医師会救急相談センタープロトコール作成部会」
(救急医学の専門医により構成)が作成。

- 1 使い手の経験値をなるべく問わないように相談対応が標準化できるようにした。
- 2 一般の人でもわかりやすい口語表現を取り入れた。
- 3 緊急性の高い症状のプロトコールを別立てとして、判断できるように工夫した。
- 4 使用する看護師が使いやすいように工夫するため作成段階から使用する看護師がそのプロセスに参加した。
- 5 過大評価を容認する方針とした。
- 6 バイタルサインに相当する質問項目を主訴を問わずに尋ねるような構成にした。

【作成の際に困ったこと】

- 1 わが国に先例がなかったため、諸外国の既存のプロトコールをたたき台に作業を進めたが、市民の相談内容に関するデータに乏しいので、「予測しうる主訴」別のプロトコールを作成するという方法で着手せざるを得なかった。
- 2 緊急度評価カテゴリーの数やその結果に基づく対応内容を、地域救急医療の提供手段(診療科目の種類ほか)や搬送状況を念頭に置きながら長時間かけて議論しながら決定しなければならなかった。
- 3 複数の主訴を持つ相談に対して、いずれのプロトコールの間でもできるだけ同じ緊急度評価となるように確認する作業が煩雑であった。
- 4 作業効率の向上と今後の検証作業のしやすさなどを実現することを目的にプロトコール策定作業をする母体をひとつにする必要があった。そのためにはひとつの枠組みの中で医師会医師と救急医学に関する専門医の双方が参画することが重要であり、これを実現する過程に時間を要した。

【業務開始以降の問題点や課題】

- 1 プロトコールの絶対数が少ない。主訴の特徴の実情に合ったものを検証作業を通じて追加していく必要がある。
- 2 同時複数対応時の、相談順番に関する取り決めが必要である。近年、相談依頼が非常に増加しているためである。
- 3 想定している疾患をすべてのプロトコールで網羅していない。これも検証作業過程を通じて補填していく必要がある。

【プロトコールの検証体制・内容】

- ・①業務時間終了直後の看護師スタッフ間による1次検証
- ・②看護師検証係による2次検証
- ・③医師とともに3次検証によって、日々の事例を検証。
- ・その他、IDを相談者に付与して救急車以外で医療機関にアクセスした症例の予後を追跡調査し、判断との差につき検証を行う。
- ・また、相談の結果、救急車搬送となったケースの初診時緊急度を記録し、プロトコール判断などの検証を行っている。
- ・さらに、6か月～1年単位で、定期的に記録を集積し、プロトコールナンバー別の課題を東京都医師会によって検証している。
- ・日々のクレームや問題事例についての検証は、毎週2回、相談医医長が記録票を直接検証している。

③救急安心センターのプロトコールについて

■大阪市:「電話医療救急相談プロトコール」を修正して使用

【電話医療救急相談プロトコールからの修正内容】

- ・プロトコールはすべての項目に関し点数化を図り、運用の安定化を目指した。「電話救急医療相談プロトコール」の「オレンジ」部分については特に検討した。
- ・症状・疾患が複合した場合(プロトコール項目の複数使用)は、緊急性が上がることも考えられるため、点数制による加算方式とした。また、大阪市の地域事情等を考慮した。
- ・上記については、プロトコール作成検討委員会を設け、その下部組織として検証検討作業部会を設置して議論した。

【業務開始以降の問題点や課題】

- ・全体的にはオーバートリッジとなっており、救急車を必要とする60点以上であるものの、医師等の判断で救急車を必要としないケースが多い。現在、プロトコール検証作業部会において見直しを行っている。

【プロトコールの検証体制・内容】

- ・約2か月に1回、プロトコール検証検討作業部会を開催。60点以上で救急出場しなかった相談、60点以下で救急出場した相談について検証している。

■奈良県:「電話医療救急相談プロトコール」をそのまま使用

【業務開始以降の問題点や課題】

- ・相談の初期段階で救急搬送が必要と判断される場合は、119番へのかけ直しを指示しているが、相談者に負担をかけずスムーズで確実な消防への引き継ぎが課題と認識。(相談者の主訴等を概ね聞いた後、搬送が必要と判断した場合は、消防機関へホットラインにより転送しているが、この場合は、消防機関は患者の位置情報を自動取得することができない。)

【プロトコールの検証体制・内容】 今後実施予定。

2. CTAS視察報告

CTAS視察報告

○ 参考資料2: 緊急度判定支援システムCTAS2008 日本語版・JTASプロトタイプとCPASの概要

富山大学医学部 救急・災害医学講座 工廣 紀斗司

○ 参考資料3: カナダ視察報告 ～アルバータ州救急搬送サービスとCTAS～

総務省消防庁救急企画室 長谷川 学

3. 各段階におけるトライアージの 役割分析について

3. 各段階におけるトリアージの役割分析について

【検討項目】

(1) 家庭で利用できる救急車利用マニュアルの作成について

(2) 各段階における緊急度判定のあり方について

○わが国の主として病院前救護における「各段階で掌握すべき緊急度」について検討する。

○具体的には、「病院前救護における緊急度」の定義、各段階で掌握すべき緊急度判定（何段階に分けるべきか、各段階での具体的対応）、各段階で緊急度の尺度を共有することのメリット等について検討する。

(1)マニュアルの作成について

家庭で利用できる救急車利用マニュアル

【作成方針】

- 救急車の適正利用の啓発に資するものを目指す。
- 「各段階におけるトリアージ」の考え方にに基づき、迷わず救急車を利用すべき事例について、症例別に紹介する(脳疾患、心疾患、小児等)。「このような症状がみられたら、すぐに救急車を呼ぶべき」という判断モデルを示す。
- 平易な表現となるよう心がけるとともに、家庭での使用であり、複雑な観察を必要としないで判断できるもので構成する。アンダートリアージが発生しないように留意する。特に注意を有する症状がある場合は、目立つように配置する。

【作成物のイメージ】

- 冊子形式又はパンフレット形式とし、PDFにして総務省消防庁ホームページに掲載。
- A3版、2つ折で4ページ、または8ページ

【具体的な作成方法、スケジュール(案)】

- 第2回作業部会(11月) ・ 骨子案の検討
- 第3回作業部会(1月) ・ 家庭で利用できる救急車利用マニュアルの案の検討
- 第4回作業部会(2月) ・ 家庭で利用できる救急車利用マニュアルの決定

【マニュアルの内容(案)】

○救急現状の紹介(文章とグラフを掲載)

- ・ 平成22年上半期の救急出動件数は約262万件(速報値)で、上半期ベースで比較すると平成12年(約205万件(確定値))からの10年間で約28%増加している。また、上半期の救急搬送人員は約239万人(速報値)で、平成12年(約196万人(確定値))からの10年間で約22%増加している。
- ・ 救急搬送人員を傷病程度別にみると、入院の必要のない軽症者が多い。
- ・ 平成21年中の救急隊の現場到着時間は平均7.9分(速報値)で平成11年の平均6.1分(確定値)に対し1.8分長くなっている。病院収容時間は平成21年において平均36.1分(速報値)で平成11年の平均27.1分(確定値)に対し9.0分長くなるなど、遅延傾向にある。

⇒このままでは、真に緊急を要する方への対応が遅れるおそれがある。

○迷わず救急車を利用すべき症例別事例紹介

- ・ 脳疾患(例:一般住民でも対応可能な「脳卒中」の判断基準)
- ・ 心疾患
- ・ 小児 (例:発熱、けいれん・ふるえ) / 等

○救急車の不適切利用事例の紹介

- ・ タクシー代わりの利用
- ・ 救急車で病院に行けば、早く診てもらえると思った。
- ・ ヘルパーを呼んだが、来てくれなかったので、救急車を呼んだ。 / 等

* 事例紹介にとどめ、不適切利用に対する今後の対応等は記載しない。

○病院情報提供サービス、＃8000、電話相談事業(＃7119等)の紹介

○患者等搬送事業者の紹介

(2) 各段階における緊急度判定のあり方について

(検討項目)

○ 「病院前救護における緊急度」の定義

・総務省消防庁としての「病院前救護における緊急度」をどのように定義すればよいか。

*「病院前救護における緊急度」は、医学上の緊急度とは区別して考えるべきではないか。

(参考)

財団法人救急振興財団 「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」報告書

(平成16年3月、委員長 杏林大学医学部救急医学教室 島崎修次教授)

重症度・緊急度の定義

「重症度及び緊急度の一般的な概念は、生命の危険性を評価するものであるが、切断肢等の機能予後も重要であることから、定義については「重症度とは患者の生命予後又は機能予後を示す概念、緊急度とはその重症度を時間的に規定した概念」とした。なお、緊急度については重症度を分類していく中で重み付けされるものであり、原則として生理学的評価による異常が最も緊急度が高く、次いで解剖学的評価による異常・その他症状等による異常の順になるものである。」

○ 各段階の目的・役割、カテゴリー、具体的対応はどのようなものか。

○ 「病院前救護における緊急度」の定義

・救急搬送に係る緊急度トリアージレベル(事務局案)

＜災害救急時＞

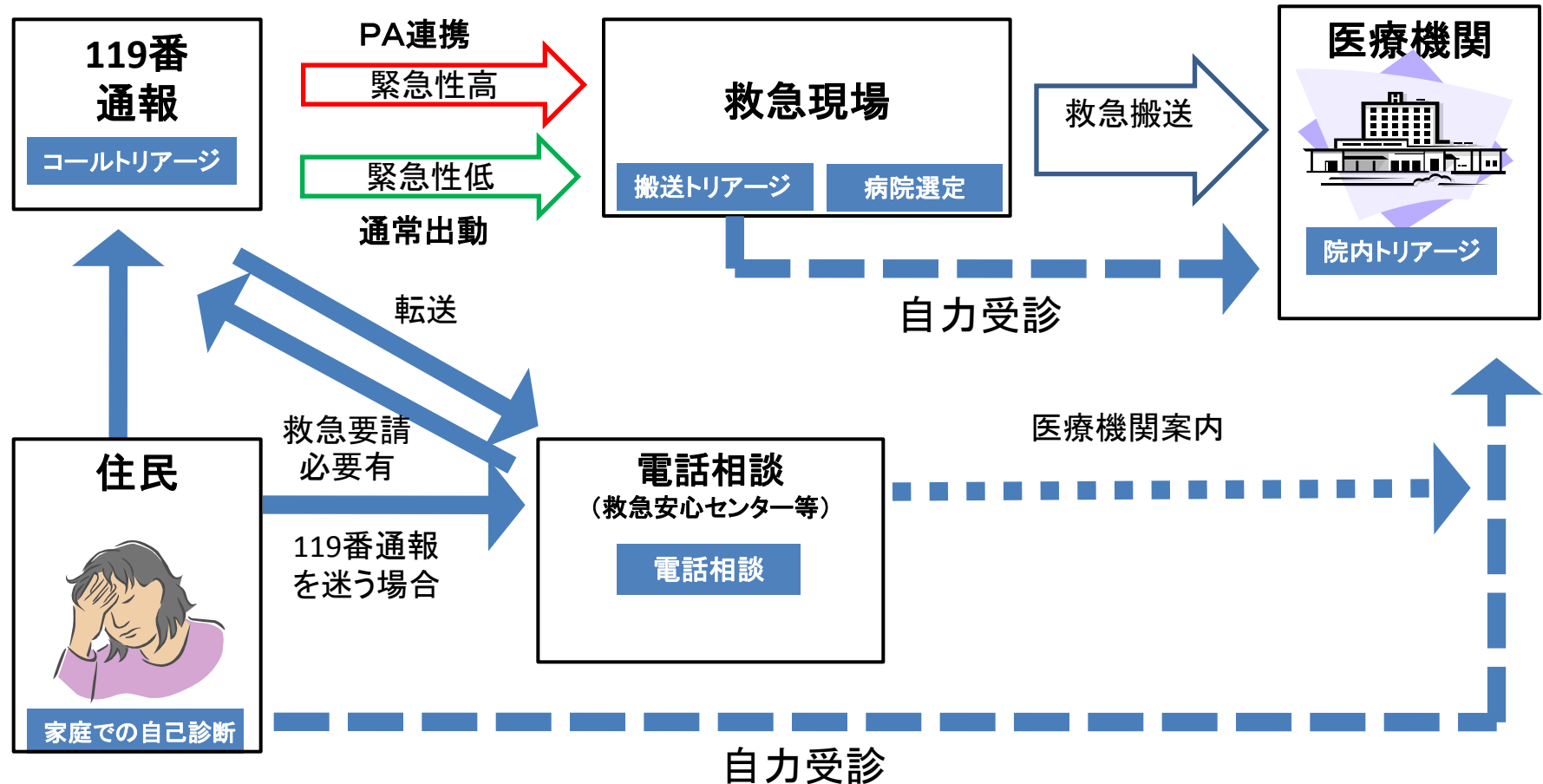
＜通常救急時＞

最優先で対応

最優先で対応	0	死亡、もしくは生命にかかわる重篤な状態であっても救命に現況以上の救命資機材・人員を必要とするため、該当する時点での救命が不可能なもの	最優先で対応	明らかな死亡		
	Ⅱ	生命に関わる重篤な状態で一刻も早い処置が必要で救命の可能性があるもの		レベルⅠ	蘇生レベル	心肺停止、ショック、けいれん持続
	Ⅲ	今すぐに生命に関わる重篤な状態ではないが、早期に処置が必要なものの		レベルⅡ	緊急	心原性胸痛、激しい頭痛、急性腹症
	Ⅳ	軽度の病症および救急での搬送の必要がないもの		レベルⅢ	準緊急	中等度の外傷、高血圧、重い下痢
				レベルⅣ	低緊急	軽い外傷、尿路感染、便秘
				レベルⅤ	非緊急	アレルギー性鼻炎、皮膚発赤

○ 各段階の目的・役割、カテゴリー、具体的対応はどのようなものか

救急搬送に係るトリアージの全体像



* まずは、全国の消防本部での各段階におけるトリアージの実施状況を把握する必要がある。

全国の消防本部での各段階におけるトライアージの実施状況調査

(実施予定)

【調査実施概要】

■調査の目的・背景

○各段階でのトライアージのあり方の検討にあたり、現在の全国の消防本部における各段階でのトライアージ実施状況を把握する必要がある。

○そのため、消防本部に対するアンケート調査を実施し、現状を把握することとする。

■調査対象 消防本部

■調査方法 Eメールによる配付・回収

(消防庁から都道府県を通じて発信、都道府県を通じて消防庁に返信)

■調査基準日 平成22年11月1日

■調査項目

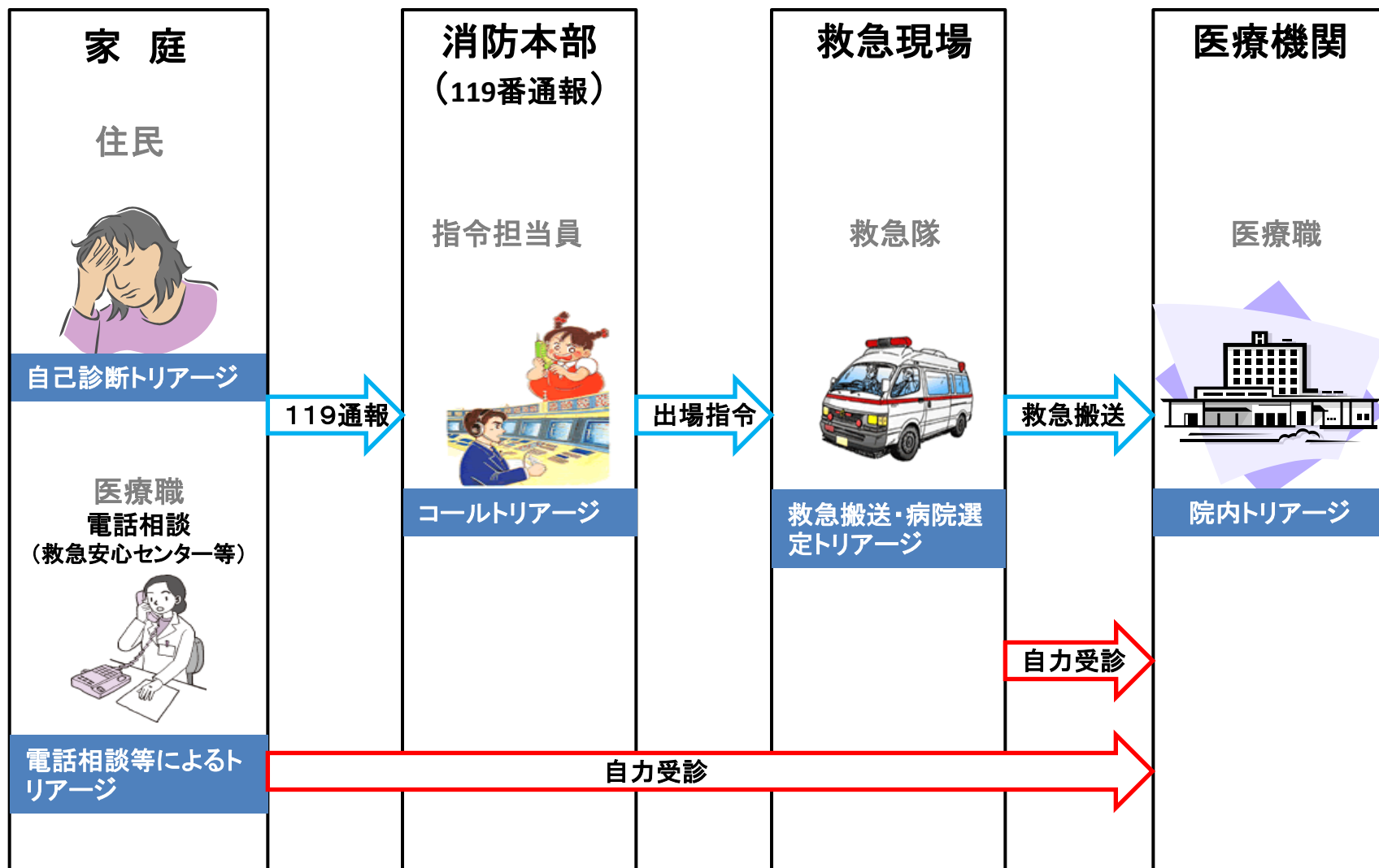
1. 以下の各段階におけるトライアージの実施の有無

- (1) 電話相談トライアージ(消防本部が主体となり実施している電話相談事業における緊急度判定)
- (2) 119番トライアージ (119番の通報内容について緊急度を判定し、出場指令等への反映及び非緊急判定時の電話相談事業等への転送)
- (3) 救急搬送トライアージ(救急現場にて緊急度を判定し、非緊急と判定した場合の自力 受診等の助言)
- (4) 病院選定トライアージ(救急現場にて、緊急度を判定しそれに応じた病院選定の実施)

2. 1で実施されている各トライアージ方法の詳細について

救急搬送全体に係るトリアージの簡潔像(事務局案)

(家庭、119番、救急現場、医療機関の категорияで分類すると、大きく4つに分けられる。)



救急搬送に係るトリアージカテゴリー(事務局案)

家 庭	119番	救急現場	医療機関
救急車レベル	高緊急レベル	超緊急レベル (重篤レベル)	蘇生レベル
緊急自力受診	高緊急レベル	高緊急レベル (重症レベル)	緊急レベル
早期自力受診	中緊急レベル	中緊急レベル (中等症レベル)	準緊急レベル
通常自力受診	低緊急レベル	低緊急レベル (軽症レベル)	低緊急レベル
通常自力受診	非緊急レベル	非緊急レベル (搬送トリアージレ ベル)	非緊急レベル

* 搬送トリアージレベルとは、救急隊が非緊急と判定した場合の自力受診等を助言する段階

各段階におけるトリアージの役割・特徴(家庭)

(家庭におけるトリアージの役割)

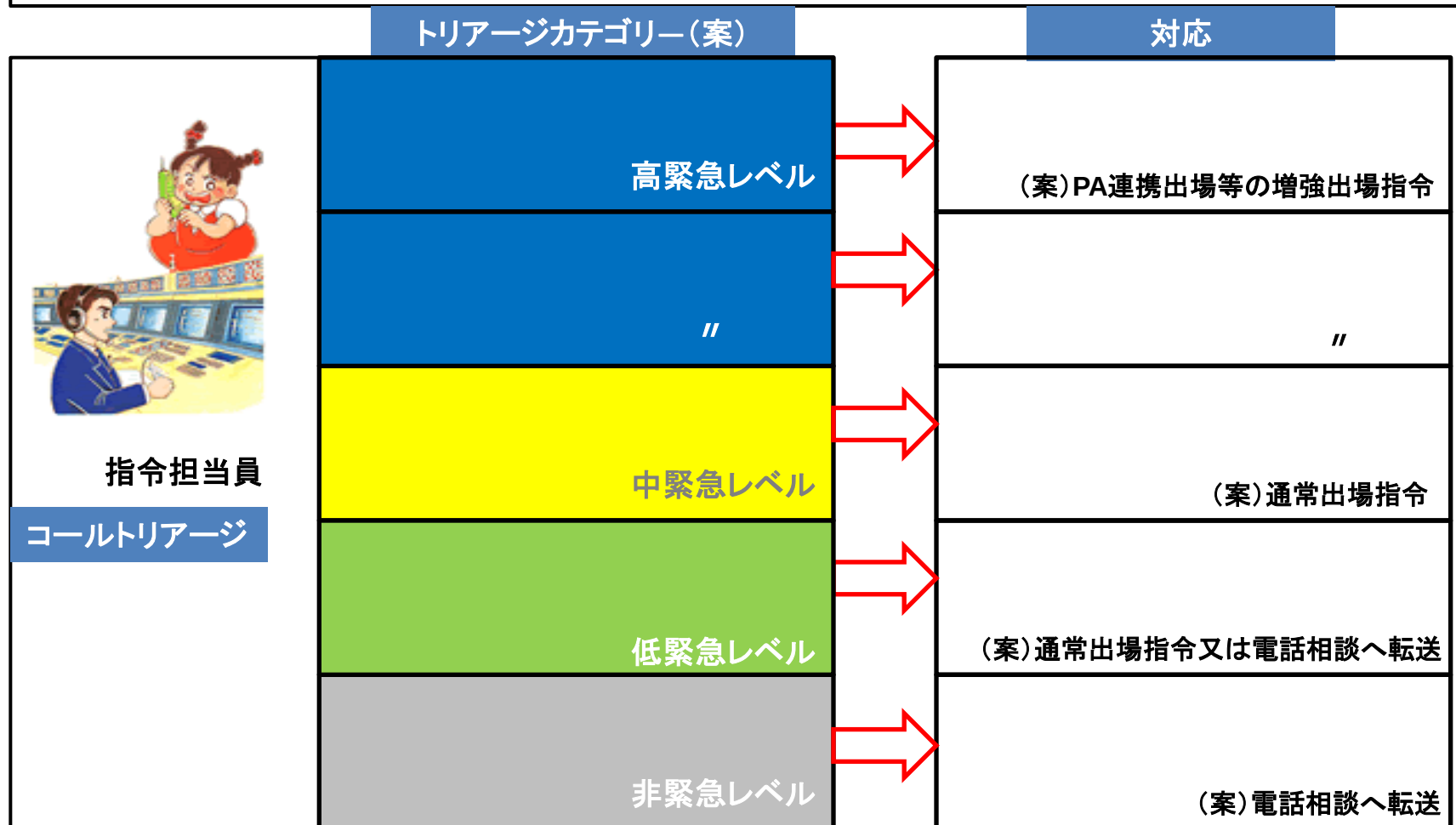
- ・家庭において救急要請の必要性及び自力受診の緊急度を判断できる。

トリアージカテゴリー(案)		対応
 住民 自己診断トリアージ	救急車レベル	(案)119番通報・転送
	緊急自力受診	(案)今すぐ自力受診
 医療職 電話相談等によるトリアージ	早期自力受診	(案)6時間以内自力受診
	通常自力受診	(案)当日又は翌日自力受診
	//	//

各段階におけるトリアージの役割・特徴（消防本部：119番）

（消防本部におけるトリアージの役割）

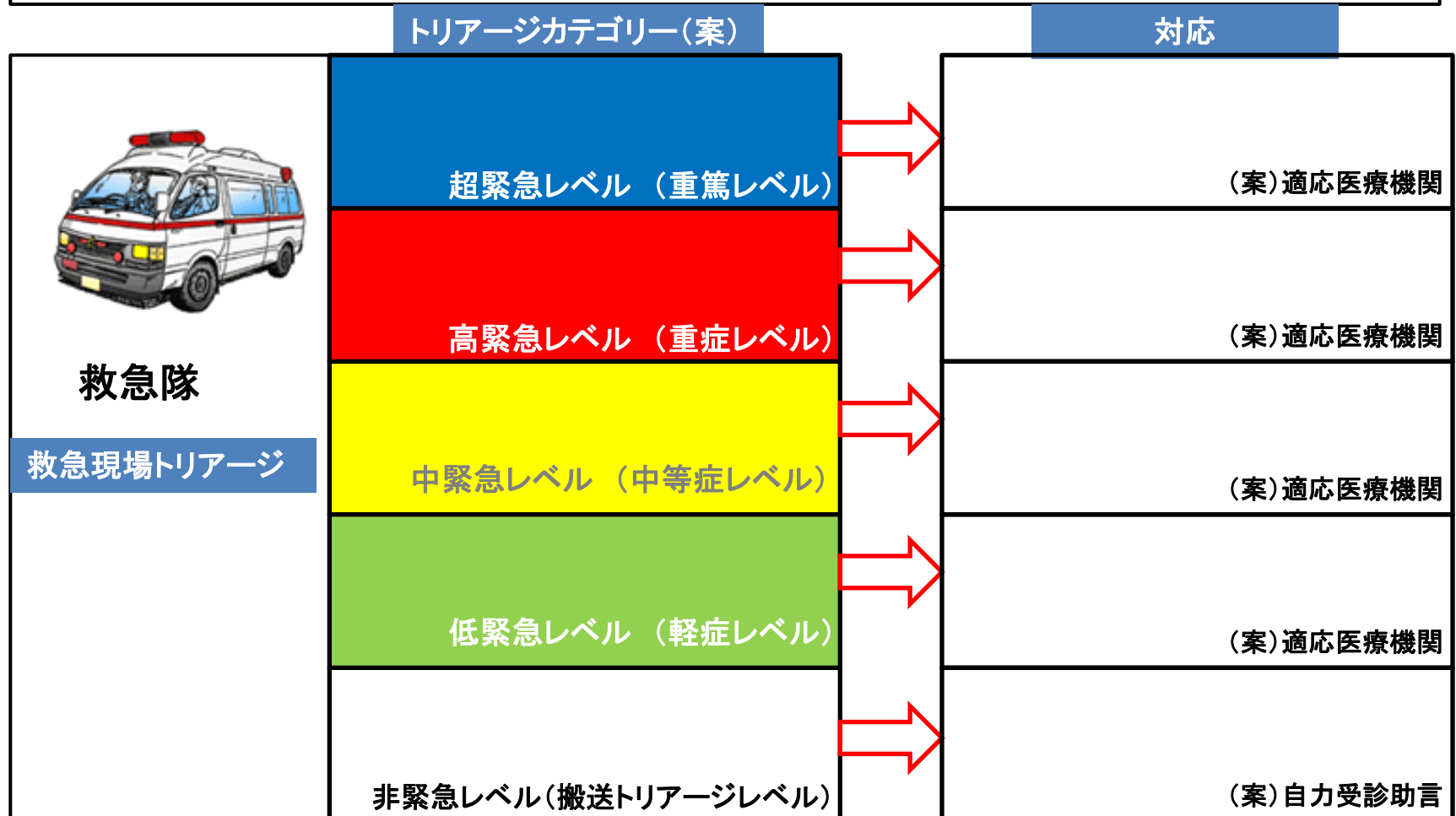
- 通報者の限られた情報から、想定される症状、出動の緊急性を判断し、救急出動の指示を出す。また、口頭指導及び医療機関選定に活かす。



各段階におけるトリアージの役割・特徴(救急現場)

(救急現場におけるトリアージの役割)

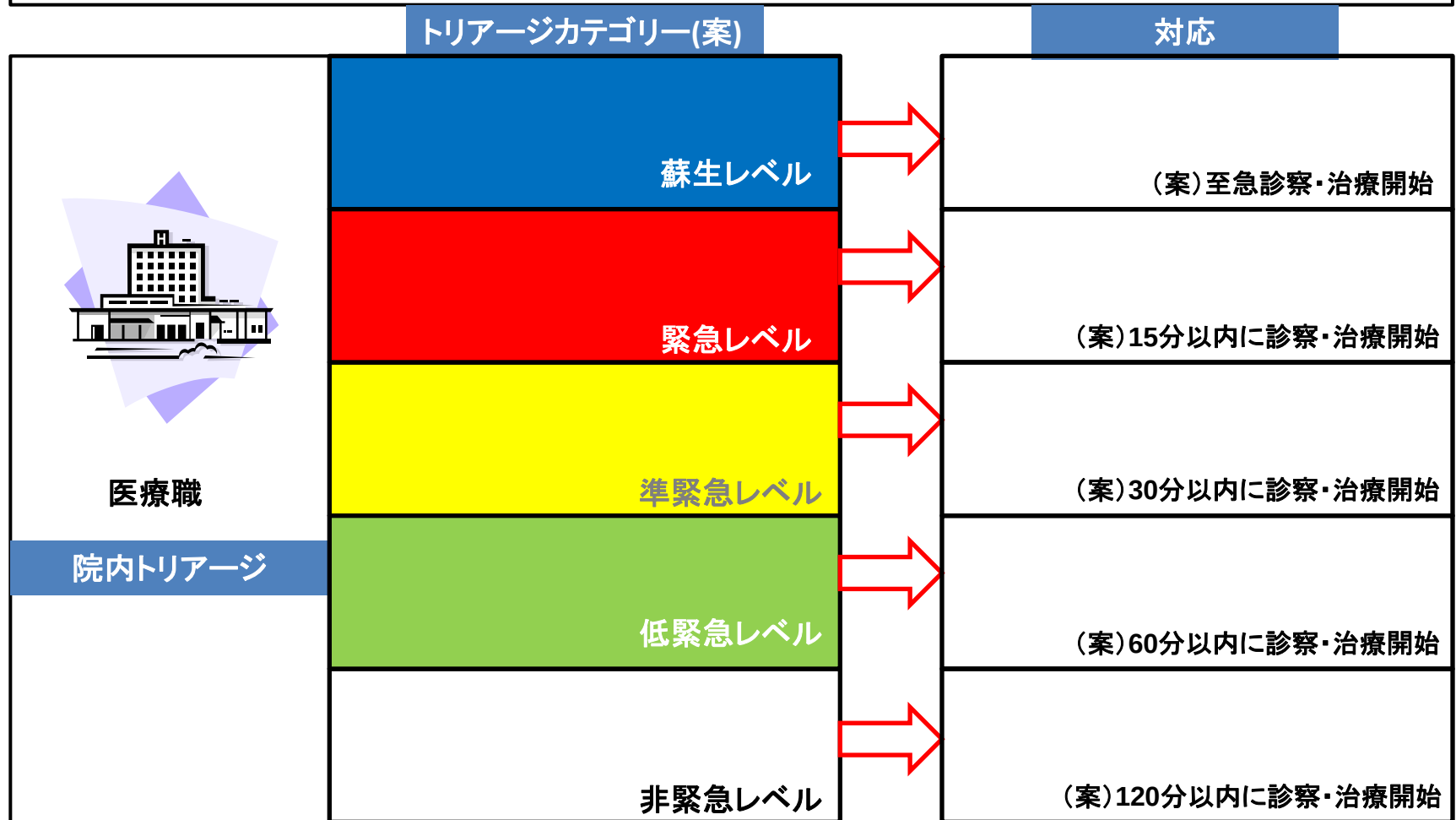
・傷病者の状態観察から、緊急度・重症度を判断し適切な医療機関を選定する。また、通常受診で問題ないと判断された場合、通報者に自力受診を助言する。



各段階におけるトリアージの役割・特徴(医療機関)

(医療機関におけるトリアージの役割)

・緊急度を判断し、他の救急外来との優先順位を判断する。



各段階で緊急度の尺度を共有することの具体的なメリット(例)

【第1回作業部会の議論より】

- 東京で開催された救急の日シンポジウムで、一般聴衆の子どもを持つ親から、「電話救急相談で『黄色』と言われたので、自信を持って、救急を受診することができた」という発言があった。このような場合、病院側も「電話救急相談で『黄色』と言われたから受診した」と言われれば、患者の緊急度を把握することができる。同じ「選別の物差し」を用いることによって、社会の様々な現象が同期化してくるのではないか。
- CTAS(Canadian Triage and Acuity Scale)は、カナダでは10年以上の運用歴をもつ「救急外来患者緊急度判定(トリアージ)支援システム」である。CTASは国民に公開されているため、国民自身が「腹痛があり、赤だと思う」といった電話をかけることができる。
- CTAS2008日本語版の利用を通じて、各病院が「目は『赤』の患者、耳は『黄』の患者に対応できる」といった意思表示をするようになるとうい。
- 各段階で緊急度の尺度を共有すれば、異なる医療機関、あるいは医療職の間で、情報やノウハウの共有がしやすくなるのではないか。