

**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**  
**議事録**

- 1 日 時 平成 22 年 11 月 18 日 (木) 9 時 30 分から 11 時 50 分
- 2 場 所 T K P 東京駅ビジネスセンター カンファレンスルーム 29H
- 3 出席者  
メンバー 有賀部会長、阿真委員、石井委員、磯淵委員、岩田委員、  
岡田委員、奥寺委員 (代理・工廣氏)、金森委員、桑原委員、  
軍神委員、坂本委員、中村委員、畠山委員、松原委員、  
森村委員、松元企画室長、滝川補佐、長谷川専門官  
オブザーバー 中野専門官

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でございます。本日はお忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。9月に第1回を実施しまして、本日は2回目ということでございます。9月から本日までの間でいきますと、救急安心センターモデル事業の本年度予算を取っておりましたが、大阪市から、昨年は大阪市単独だったのですが大阪府域全体に拡大して12月から行うという申請がございまして、これについて採択しているところでございます。後ほど大阪市さんからお話があると思いますが、救急安心センターモデル事業につきましては、行政事業レビューで、来年度からは自治体の独自の取り組みに期待するという国での予算上は廃止することとしております

が、取り組み自体はいろいろなところから評価をいただいております。本日も効果についての説明がありますが、我々としてもこの効果をきちんと整理して、自治体取り組みやすい環境を支援していきたいと考えております。認知度についても、消防署の方がチラシを配っているなど、徐々にこの＃7119も広がってきていると感じております。もう一つ大きな柱でトリアージのほうですが、国の政策コンテストや事業仕分け等がございますが、「元気な日本復活特別枠」という予算がございます、こちらで「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1億2,000万円ほどの要求をしております。こちらについてはまだ決定しておりませんが、本年度検討する、各段階で既に行われているトリアージを分析して来年度につなげていくということと考えておりますので、特に家庭で使用できる「救急車利用マニュアル」については、ぜひ本年度内に成果を出していきたいと思っております。あとは、各県で行っている電話救急相談などについても、私どものほうで調査をしております。こういったものも非常に貴重な資料だと思いますので、皆様方からいろいろ御意見を伺いまして、本年度はあと第3回、第4回ということ考えておりますが、この4回の中で部会としての結論をぜひお願いしたいと思いますので、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 議事

#### 【部会長】

それでは本日の「第2回重症度・緊急度の判別・選別（トリアージ）に関する作業部会」を始めたいと思います。議題1、2、3の順番で進めたいと思います。「救急安心センターモデル事業の効果分析」というのが最初になっております。これは資料があると思いますので、事務局から御説明を賜りたいと思います。

#### 【事務局】

それでは「作業部会について」と表紙がついているお手元の資料をお開きください。まず3ページです。今後のスケジュールということで、先ほど〇〇からも少し御案内いたしました、本日が第2回ということで11月18日、第3回を1月中旬、第4回

を2月下旬に行い、本日を含めて残り3回で部会としての報告書に持っていきたいと思つているところでございます。救急安心センターモデル事業の効果分析ということで、4ページ目が表紙、5ページ目が検討項目となっております。5ページ目の検討項目は(1)～(3)ございまして、1つ目として、平成22年度救急安心センターモデル事業の説明ということで、本日大阪市の〇〇委員から後ほど御説明いただこうと思つております。(2)として電話医療・救急相談事業の事業実施調査結果ということで、実施してありましたアンケート調査が大分まとまってきましたので後ほど御報告いたします。(3)として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ということで、事務局で、救急安心センターモデル事業、救急相談センター事業について、今後自治体が事業を実施する際に参考となるようなポイントについて部会として何か報告書にまとめられないかということで、アンケート調査を実施しております。そのアンケート調査について後ほど御報告したいと思つております。資料6ページをお開きください。詳細については後ほど御説明いただこうと思つておりますが、平成22年度については救急安心センターモデル事業として、この12月から大阪府域内で実施することに決定いたしました。8ページ、電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果でございます。調査の目的・背景については、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)や救急医療情報センター等が実施されており、この実施状況を把握して、これらの相談事業間の役割分担をどのようにしていくべきか、導入に当たってそういった既存の相談事業との関係をどう整理していくべきかを検討いただくために、実施状況について調査したのがこのアンケート調査です。その調査対象等はそこに掲げているとおりで説明は省略いたします。取りまとめた結果が9ページからです。9ページですが、これが都道府県における実施状況です。すべての都道府県が何らかの相談事業を実施している状況でございます。その実施内容としては、小児救急相談(＃8000)、医療機関案内、健康相談の順に多いという結果が出ております。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り、何らの類似事業を行っている団体があるという結果が出ています。相談事業の例としては、三重県、福井県、宮城県の3例を挙げておりますが、救急医療情報センター、精神科救急情報センター、医療なんでも相談窓口ということで、上の2つは24時間365日態体制でやっておりますので、これと救急相談＃7119との役割をどのように整理するかについて御議論い

ただければと思っております。10 ページです。都道府県における実施状況ということで#8000 の整理のペーパーでございます。事業実施方法としては外部委託が多数を占めており、委託先については医師会・看護協会・病院等が 26 都道府県で、民間会社・団体が 13 都道府県、その他・不明が 2 都道府県となっております。対応時間帯は、やはり夜間（18 時以降開始、24 時前終了）が多くなっておりまして、日中対応している都道府県は少ないという結果になっております。続きまして 11 ページからが市町村における実施状況です。何らかの相談事業を実施している市町村は 14.3%、251 市町村となっております。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くなっております。最後の 12 ページは消防本部における実施状況です。何らかの相談事業を実施している消防本部は 30.2%、242 消防本部となっております。事業内容は、医療機関案内が大半を占めているところでございます。13 ページからですが、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ということで、モデル事業を実施している大阪市、奈良県、または#7119 をやっている東京都の 3 団体からのアンケートを取りまとめたものでございます。調査結果のまとめとして 13 ページの右の四角ですが、救急安心センター・救急相談センター導入の際の留意点としては、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するという点が大きい部分です。また人材面については、医師の確保が課題となっております。スペースの問題ということで、救急安心センターの設置場所の確保をどうするか。相談員、看護師、医師についての研修を実施するので、研修の内容をどのようにするか。また住民からの苦情・クレームについては、いずれもアンケートの中ではそう多くないという結果になっておりますが、内容としては「案内された医療機関で診てもらえなかった」などの医療機関案内の結果に対するものや、そもそもトラフィックが混んでいるといったクレームが若干来ているという結果が出ております。その他事業との役割分担・連携については、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、一定の役割分担を行おうとしているところでございます。ただ、ほかの事業が 24 時間体制ではないため、どうしても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うことで、24 時間 365 日体制でやっている救急相談事業とその他の事業のデマケをしっかりとし切れなかった部分があるという課題が上げられております。また救急相談に用いるプロトコールについてですが、大阪市では、「電話医療救急相談プロトコール（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ール作成部会)」を一部修正して実施しております。奈良県ではそのまま使用しているということです。業務開始以前の問題点や課題としては、プロトコー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、また全体的にオーバートリアージ傾向が出ているところをどう考えるか。また、これは実施体制との関係でもございますが、相談者に負担をかけないスムーズで確実な消防への引き継ぎをどのようにするかということが、導入に当たっての留意点として御回答いただいているところです。14 ページからはそれぞれの団体でございます。政令市の大阪市型として何点か紹介させていただくと、15 ページですが、自治体のアドバイスということで、大阪市からは、可能な限り医師常駐体制をとるべきだということ。また消防機関との連携が特に重要となること。多くの予算を必要とする事業なので、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ということ。また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、例えば救急車の出動件数の減少などとの関係を明確な数値で示すことが困難な事業であるということがございます。ここら辺の事業効果をどう考えればいいのかというところについて、また委員から御意見をいただければと思っております。続きまして 16 ページが大阪市の 2 年目です。2 年目からは政令市である大阪市を核として周辺の市町村と共同で事業を実施する形にしておりますので、左側ですが、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、参画市と大阪市による運営委員会を設立する形式をとっております。また大阪市と参画市との医療圏が異なるため、相談プロトコールの内容について各地域の MC の理解を得るための説明を行ったということもいただいております。続きまして 17 ページからが奈良県でございます。奈良県は、医師オンコール型で実施しております。救急安心センターを導入する自治体へのアドバイスとしては、救急搬送との連携として消防本部の指令との一体的な運用が不可欠ということで、奈良県の場合は電話を転送した場合に位置情報が抜けてしまうというのがシステム上の運用課題として上げられておまして、そういったところにどう対応していくかがシステム設計上の課題となっております。18 ページから東京都です。東京都は、「東京消防庁救急相談センター運営協議会」を設置してセンターの運営に当たっているところでございます。予算の確保についてですが、どのような広報を行っていくかについては、先進事例でもあり御苦労されたということです。どういう点を住民の方々に広報していけばいい

のかということについては、また御議論いただければと思っております。20 ページをお開きください。その他の事業との連携・役割分担における課題等がございます。連携・役割分担の状況として、救急以外の小児に関する相談は#8000 番を案内しているのが大阪市の状況です。奈良県においても、それぞれの相談事業で相談内容が特化しているものについて、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するというので、特に小児救急についてはやはり#8000 番を周知する対応にしております。また東京都においても、「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おります。これらの電話番号を案内するという対応をしております。右側の四角の中ですが、やはり開設時間が限定されている他の相談事業との連携については、それぞれの自治体で対応がうまくいかない部分をお感じのようです。21 ページからがプロトコルに関してでございます。東京都について作成の際に注意した点、工夫した点は、相談対応が標準化できるようにしたこと、一般の人でもわかりやすいものにしたこと、看護師をそのプロセスに参加させたこと、オーバートリアージを容認する方針を立ててプロトコルをつくったこと、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ことでございます。作成の際に困ったこととして2 番目に「地域医療の提供手段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」とありますが、ここについては改正消防法に基づく実施基準の策定が進んでおりますので、そことの連携を踏まえてプロトコルを考えることが1つの方法になるのではないかと事務局は考えておりますので、そこら辺もまた御意見をいただければと思っております。最後に 22 ページですが、大阪市については、東京のプロトコルを点数制による加算方式として大阪市の地域事情等も考慮したものと聞いております。全体的にはオーバートリアージとなっておりますので、今プロトコル検証作業部会において見直しを行っていると聞いております。奈良県につきましては、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しているということで、ホットラインにより転送していますが、この場合に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ことがシステム上の課題として上げられております。長くなりましたが私からの説明は以上となります。

**【部会長】**

ありがとうございます。途中で大阪の方云々と出ましたが、ここで説明していただ

いてほうがいいのでしょうね。よろしくお願いします。

【〇〇委員】

それでは説明させていただきます。この写真に出ておりますのが我々の安心センターでございます。こちらに看護師、ドクター、手前側に相談員、ここはマネージャーということで現職の職員が座っております。最大で5名・5名座れる形になっておりまして、ドクターとマネージャーはそれ以外ということですので、最大12人こちらで勤務しております。開始は21年10月から半年間、消防庁のモデル事業ということで全額国費で実施いたしました。着信は約7万6,000件、うち救急相談が約2万6,000件でございます。その中で5～6%は他都市から電話が入っていましたし、相談者本人は余り大変だという自覚がないけれども相談の結果、緊急に対処する必要のある病状の前駆症状が判明した例がたくさんありました。そういった事案について消防として、共通認識をもともと持っていましたので、10月からスタートして11月ぐらいには他都市に安心センターのメリットについて、声かけをしていきました。その時期は予算要求の終盤であったのですが、そういう良い事業であれば一緒にやっていきたいと、予算要求を乗り越え、議会の承認を得た15市が一緒になって22年4月からは16市で共同参画ということでやっております。これについてはモデル事業ではありませんので、各市の負担を持ち寄っての実施となっております。実績は、22年4月からこの10月末までで10万件余りでございます。そういうことでやっている中で、消防庁さんと実施結果等の話をして「今後大阪はどうしていくのですか」となりましたので、「できたら府内全域でやっていきたい」とお答えしました。国としても、大阪市が核となって都市の水平連携で広がっていく例は一つのモデルとして全国に発信できる。あるいはその中で検証したものを発表して行ってほしいということもありまして、平成22年12月1日から来年3月31日の4カ月間について、再度消防庁のモデル事業で実施させていただくことになりました。これが呼び水となって、未参画の27市町村も一緒にやっっていこうとなっております。今後は、各都市は平成23年度予算要求の真っ最中ですが、この検証結果を踏まえて23年4月からも引き続き大阪府全域で共同運営ができればいいと思っています。大阪市を中心に水色で示した地域が22年4月から水平連携で広がったところ。黄色の地域が今回12月から参画される市町村となっています。着信件数は、これは13カ月間で18万1,871件です。救急相談が6万4,980件で、35.7%が救急医療相談となっています。他都市への引き継ぎですが、

府内消防の指令システムと連携しておりますので、例えば東大阪市から相談があり、医師、看護師の判断で救急車が必要となりますと、我々の指令センターから東大阪市消防局の指令室へボタン1つで転送が可能です。したがって相談した結果、救急車が必要となれば、相談者にこういう症状が出ているので救急車が必要だという案内をしたうえで、東大阪市消防局に引継ぎ、東大阪が救急車を出すということで、相談者が電話を切らずに救急車が到着するというシステムになっております。病院案内についてはもともと大阪府の医療情報システムからデータを収集しておりますので、府内の市町村であっても我々の救急安心センターで病院を案内することが可能です。相談の内容から「救急の要あり」と判断した例ですが、大阪市内で2,514件、大阪市以外で599件、合計約3,000件出ておりまして、傷病程度は軽症が70%、中等症が26%となっています。搬送後の奏功例ですが、定義は「搬送の結果、入院加療が必要でかつ緊急手術等を行って入院期間が3週間未満のもの」です。逆に言うと、安心センターに相談しないでそのまま放っておけば一命にかかわる、あるいは3週間以上の重症になっていただろう症状の方が、それ以下で終わったのが79件でした。大阪市内で58件、大阪市以外で21件という形で今把握できております。病院のほうでは、なかなかこういうデータを出していただけないこともありますので、わかっているだけで79件となります。我々のプロトコルですが、へるす出版の「救急相談プロトコル」を参考に点数積算制にしております。これについては作成時にいろいろ議論があったのですが、複数の症状を訴えておられる方、例えば尿に血液がまじっている、あるいは血圧が非常に高くなっている等々いろいろある場合に、どういう判断をするか。アンダートリージは容認することがスタートですので、そういったことを考えた上で点数積算制となったようです。もう一つはファイル化ということです。システム化すると変更が必要になった場合、期間とお金が必要ですので、我々はファイル化にしております。例えば新型インフルエンザが出たときは、すぐに当日でも変えられるという簡便な形でやっております。これが我々の使っているプロトコルの画面です。60点以上になると救急車が必要と出まして、看護師等々が、救急車が着くまでに相談者にアドバイスする部分も出てくるようになっていきます。プロトコルの点数を集計したのですが、9~19点が非常に多くて、60点以上に比べると、救急車が必要でないところが非常に多い。疫学的には緊急度は高くないけれども、不安を感じて相談される件数が非常に多いことが分かります。平均相談時間は大体6分です。また、救急車

が必要かどうか迷うところあたりが、一番看護師さんも時間をかけているのがわかります。救急出場になったプロトコールですが、意識障害、腹痛、呼吸困難、めまい・ふらつきが一番多くなっております。これが、研修を常々やっているという写真です。まとめになりますが、この6月に市政モニターアンケートをとりました。「救急安心センターを知っていますか」という問いに、周知率は38%でした。知っていると回答された市民の方に、「利用したことがありますか」と質問しますと、3人に1人が利用されています。また利用された方に、「安心センターがもしなかったらあなたはどのようにしていましたか」と聞いたところ、1番多いのが40%少し超えた割合でしたが、「自分で病院を探して行った」。2番目が「救急車を利用して病院に行った」で、34%でした。したがって、今後周知率をアップさせることによって、救急搬送へプラスの影響、あるいは重篤な傷病者の発見につながるのではないかと考えていまして、ここが我々の課題と今考えております。2番目ですが、先ほどのプロトコールで、60点以上で出場させるとなっていますが、いろいろ調べていると、点数は60点以上はるかに超えているにもかかわらず出場させていない場合、あるいは60点未満であっても出場させているケースがあります。この検証を今やっております。明らかにオーバートリアージについては項目の整理も必要かと考えていますし、逆に、訴えている内容からすると、少し頭が痛いくらいでも、どうもしゃべり方や状態がおかしいということで、例えば20点ぐらいでも救急車を出場させる。結果、やはり脳梗塞等の症状が出ている。医師が直接モニターで聞いておりますので、そういった場合は出場させているということで、奏功があるということです。医師が常時聞いているというのは看護師にとっても安心ですし、そういった事案を発見することにつながっている。また看護師等の研修については、常々その場で見ながら、あるいは研修会で医師が介入していくということで、我々としてはできる限り医師が常駐していることが必要ではないかと考えております。そういったことも含めてプロトコールの見直しを、この11月から来年にかけて実施していこうと考えております。説明は以上でございます。

#### 【部会長】

どうもありがとうございました。議題1の「救急安心センターモデル事業の効果分析」について、総務省消防庁と救急安心センターおおさかの資料の説明をいただきました。たくさんの資料を一気に見ていますので、何とも頭の整理がつかないかもしれませんが、時間のこともありますので、どこからでもよろしいので少し質問などを受

けたいと思います。

**【〇〇委員】**

今の大阪のプレゼンテーションでお聞きしたい事が、2つあります。1つは、言葉遣いを多分間違えたのだらうと思いますが、アンダートリアージとオーバートリアージが逆だったような気がします。オーバーはオーケーで、アンダーが一番大変な問題だということですね。もう一点ですが、9ページの、大阪市以外の他府県も含むというところが実は大きな肝の1つではないかと思います。というのは、この事業が大都会に立ち上がってきて、それなりに機能的にうまく動いてきたというお話なので、それはすごくいいのですが、しからば大都市以外の方々にこのメリットをどうやって還元するのかという次のことを考えなければいけないと思います。ところが予算やリソースは限られている。とすれば、どこまでの21府県にして、どこまで真摯に対応するかを今後フォローしていかないと、日本が都会と田舎に大きく2分されて、医療のリソースの偏在だけでなく都市集中という偏在が非常に進行していて、やればやるほど都市集中が増していく。これは、命や健康に関してはとめなければいけない問題であると思うものですから、その辺を教えていただければと思います。

**【部会長】**

どのぐらいあるのかということをお教えください。東京も同じ質問をお願いします。

**【〇〇委員】**

言葉に誤りがありました。アンダートリアージとオーバートリアージが逆でありました。申し訳ありません。

着信件数自体は、大阪市が6割ぐらいです。大阪市以外の大阪府内の市町村が3割ぐらいです。他府県になりますと、お隣の尼崎市が06地域ということで非常に大阪と密着しているのでそこが一番多くて、あとは京都等々が入ってきます。それにつきましては3～4%となります。その中には、先ほどの9ページにもありますが、救急車が必要であるという件数が入っております。尼崎とは非常に文化圏等も密接なので、一緒にやりませんかということもあったのですが、やはり県域というのがあって、兵庫県もいろいろと考えておられる中で、もしそちらが立ち上がるのであれば当然そちらの県域ですので、現在検討中と聞いております。我々にとっては、ドクターがおり、相談員、看護師が電話を取りきれぬ一定範囲まではスケールメリットが出ますが、それを超えてしまうとさらにスタッフをふやしていく必要が生じる。医師等は同時に聞

くのがなかなか難しいので、その辺はしっかり検証しながらやれる範囲でやりたい。  
我々は大阪府だけにこだわっているわけではございませんので、せっかくこういう形で広がったものについては、要望があれば説明もし、できる限り検証もしながら、進められるものは進めていきたいと考えております。

【部会長】

ボタン1つで救急車を出すという仕組みには、府外はなっていないですね。

【〇〇委員】

若干ですが、大阪府との隣接部分まではできていまして、地図も一応とれるようになっていきます。

【部会長】

そうすると今は、うんと遠い方からの電話でなければ、その消防本部に「こんな電話が来ている」と言いつなぐことはできるのですね。

【〇〇委員】

ワンプッシュでできるのは周辺ですが、当然離れていても電話番号を知っていますので、引き継ぎはできます。

【部会長】

東京はどういうふうにされていますか。今言った都外、または稲城市は。

【〇〇委員】

都内は消防のエリアに関係なく稲城市も含めて相談に応じております。

【部会長】

稲城市の消防本部はボタン1つで「行け」ですか。今の話で、守口市やその他の富田林市の消防もボタン1つで、「赤ですよ」と言うかどうかわかりませんが、「行きなさい」と言う話は、東京ではどうなっていますか。

【〇〇委員】

そういったシステムにはまだなっていないです。

【部会長】

稲城市の住民はかけ直しですか。

【〇〇委員】

御自身で要望するならば、かけてくださいという形になります。それは東京都外の例えば埼玉県から相談があった場合も、聞いているうちに「赤だ」となったときには、

「救急車を御利用されたほうがよいですよ、すぐに呼びなさい」という話をしても、その地域の消防本部とホットラインがつながっているシステムがないので、御自身でおかけ直ししていただくことを誘導します。

【部会長】

稲城もそうなのですね。

【〇〇委員】

今現在はそうです。

【部会長】

東京都の真ん中でもね。

【〇〇委員】

あくまでも自己決定権の優先という形になります。

【部会長】

そういう意味では大阪のほうが優しい仕組みですね。

【〇〇委員】

東京消防庁の場合はすぐ隣で出して行きますけれども。

【部会長】

これから先の話を展開しようと思うと、大阪のほうが先の先を読んでいるかな。〇〇さん、いかがですか。

【〇〇委員】

都内は、直接行かないのは稲城だけですか。

【〇〇委員】

そうですね。

【部会長】

あとは島ね。

【〇〇委員】

そうですね。島の部分はちょっと違います。

【〇〇委員】

今の県外からという話は2つあって、1つは、恐らく#でかけたときに直接つながるのが必ずしも行政の範囲にとどまらないということで、さっきの06のところは#をかけると自動的につながってしまうかもしれないということがあります。かける側

からすれば、自分は普通にサービスの#を使っているつもりでいる。もう一つは、#がつながるのはプッシュホンしかないので、恐らく大阪も含めて普通のダイヤル式の電話からは別の局番を周知していると思います。その局番ですと、要するに北海道からでもどこからでも相談だけはしたいということで、遠くからかけてくる。その2種類があると思います。ですから、それは分けて考えないといけないのではないかと思います。

**【部会長】**

分けて考えるというのは、北海道から聞いてくるとか、ハワイから聞いてくるというのが東京はありますね。それについて分けるというのはわかるのですが、今言った06と周辺の縁のあたりですね。ハワイとか北海道を分けてしまえば、あとの残りは今の議論でいいのですね。

**【〇〇委員】**

特に東京に関して言えば、稲城は東京都の一部ですし、この事業自体は東京都として福祉保険局と消防庁と一緒にやっているものですから、稲城の人がスムーズに行くように皆で考慮しなければいけないのではないかと思います。

**【部会長】**

〇〇先生、そこら辺は議論があったのですか、それともなかったのですか。

**【〇〇委員】**

議論はあったのですが、この事業がスタートするときに……

**【部会長】**

東久留米が突然で入ってきましたから、問題はあったのでしょうか、なくなってしまった？

**【〇〇委員】**

もともとあるハードの中でまず立ち上げて、それで走りながら問題点をというところでスタートしていたので、運営協議会自体も今の件は問題点としてずっと認識していると思っています。ただ終始一貫して、先ほどのお話にあったようなハワイ、北海道、実際にアメリカ、カナダでしたか、今も時々かかってくるので、基本的には来た相談に関しては全部受ける。ただ一番の問題は、地域の医療機関の情報をこちらが有しておりませんので、緊急度評価だけはできるのですが、「おたくのどこの病院に行きなさい」というところまではできない。もう一つは、119番へのコネクションが

ダイレクトにできない。むしろほとんどの利用者は、医療機関情報のほうを言いますので、前者のほうのデータがないといかんともしがたいところなので、現時点ではそこにとどまっているということです。ただ情報社会ですから、そういうものが集まってきたらネット上等で見られれば、そしてその信頼性が高まれば、遠くにいても何とかスタッフィングを集中させればできないことではないと思います。

**【部会長】**

ありがとうございます。先ほどの 10 ページに、小児の相談#8000 については、委託先は医師会、看護協会、病院とあります。これは地場の道府県の看護協会や医師会ということになるので、多分情報は自分たちで持っている可能性はあるのですが、民間会社や団体となりますと、必ずしもその地場産業としての民間会社ではないと思います。そこら辺は今の〇〇先生のお話でいうと、ネット上での、または何らかの形で情報を得ている上で仕事が展開しているのでしょうか。ちょっと教えてください。

**【〇〇委員】**

2つ質問があったのですが、今の件につきましては、平成 16 年からの 2分の1 都道府県委託事業でございました。やっこの7月から沖縄が入って 47 都道府県に拡大したのですが、事業主体は県であります。ただし県が運営できないときは民間に委託してもよろしいということになりまして、今おっしゃったように地元の医師会に依頼したり、小児科医会に依頼したり、そしてそれもできないときは民間電話会社に委託する。この統計は 13 と書いてありますが、16 が民間委託をしております、しかも座長さんがおっしゃるように、民間電話会社はマンパワーの問題もあつたりして、すべて東京に駐在しているわけです。したがって、地方の感染情報や、その日の応需情報というのがなかなかとりにくいのです。この辺が1つ大きな問題で、スタッフは大都会のほうがたくさんおりますから、そういうところを利用するのが一番いいと思いますが、弱小県ではスタッフをそろえることができないということが問題であります。それからもう一つ、大阪の 18 万件の着信件数があつて、実際に相談の「救急の要あり」が 3,000 件強ですね。これは1%強しか「救急の要あり」というのが出ないのですが、そうすると安心情報センターの機能というのは、救急医療相談よりも一般医療相談のほうに傾いて行っているのではないかと。そうなると#8000 も、やはり1%は「救急車を呼びなさい」と言うのですが、ほとんど変わらないじゃないかと今の説明を聞きながら考えたのですが、大阪の方、いかがでしょうか。

**【部会長】**

大阪に引き続いて東京もよろしく申し上げます。

**【〇〇委員】**

私の資料で6ページですが、総着信件数が18万件、うち救急相談件数が6万4,000件ですので、逆に言えば、約12万件が「病院を教えてください」ということで自分で病院に行かれる。「私はこういう症状が出ているのですが」という救急相談が6万4,000件、この中の3,000件が結果的に救急車が必要であった。何らかの症状を皆訴えていますので、ケースによって、夜中であれば、「こういう症状が出なければ朝まで大丈夫ですよ」という形でアドバイスをしますし、日が明けて一般病院が開けば、「ここの専門病院に診てもらったほうがいいですよ」ということで近くの病院を3つほど案内します。現在では基本的に健康相談はお断りしています。それを許容してしまうともっとふえてくると思いますので、我々の広報の仕方もまずかったのかもしれませんが、薬の問題とかセカンドオピニオンとか、普段の健康相談をしてくる方がおられるのですが、最近は「急な場合の相談ですよ」ということで広報しております。したがって先生の言われたような形には、なっていないと思っております。救急医療相談ということでやっております。

**【〇〇委員】**

わかりました。もう一つ、18万件着信しましたが、話し中で諦めた人は何件ぐらいあるのですか。

**【〇〇委員】**

これは21年10月からスタートして、最初は特にインフルエンザがはやったときでしたのでものすごく件数が上がりました。最初は3回線ぐらいしかあけていませんでしたので、後でNTTにデータを出していただいたのですが、非常に滞留していたということでした。「せっかく紹介したのに市民から苦情ばかり入った」ということで市会議員の先生方にもかなり怒られたのですが、その後回線をふやして今は10回線でやっております。さらに、病院案内については基本的には看護師が口頭でやるのですが、込み合っている場合は機械で自動案内するような機能もつけて、なるべく滞留しないようにしています。ただ、かかってくる時間というのは本当によく似たような時間で、ゼロとは言えません。直近では調査していないのですが、かなり軽減されていると思いますけれども、どうしても病院が閉まる時間以降の何時間かは集中してか

かってきます。

【部会長】

つながらない電話があるという実態は把握しているけれども、件数そのものはまだということですね。

【〇〇委員】

はい。調査するとなると、また業者に頼んでということになります。

【部会長】

〇〇先生、東京も初めはそうでしたね。途中から件数がわかるようになったんですよ。では〇〇さん、同じことをお願いします。

【〇〇委員】

年の統計は、今私の手元にはないのですが、現在の速報ということで。

【部会長】

大体でいいです。

【〇〇委員】

申しわけありません。きょう現在の本当の速報値ですが、受付件数が 25 万 3,936 件で、そのうち今お話がありました「救急車を要請したほうがいいですよ」という救急要請に変えた件数が 7,156 件ですので、暗算的にいいますと約 3%が相談の中から救急車が必要という形の赤の対応となっているので、大きく言えば大阪さんと同じ傾向かと思っております。当初スタートするときは確かに救急車の適正利用ということで、救急車を正しく利用する方法の相談を受ける形で救急車抑制も 1つの大きな目標だったのですが、今現在の 7,156 件という数字が示すものとしては、命を救うということではこの相談は非常に大切だったのではないかと考えております。また一方、先ほど御相談がありましたが、消防でやる救急相談センターの内容としては、健康相談や、持っている薬の内容で「今飲んでいいのですか」というような相談については応じられないということで、ベースとしてはやはり救急車を利用すべきかどうかの 2次医療機関の役割の中でのスタートです。福祉保健部局でやっている医療機関については、初期の患者さんに対する一般の救急医療機関等の紹介というのがありますので、スタート時点の違いを考えれば、やはり住民にとってはいいシステムとしてスタートしてきているのではないかと考えています。それが同じ傾向を示しているというのは、結果だと考えております。以上です。

**【部会長】**

もう一回教えてください。大阪では6ページにありますように、安心センターへのアクセスが18万件あって、そのうち本当の救急相談が6万件ぐらいあって、そこから3,000件の救急車が出たという話ですね。今の25万件というのは「病院を教えてください」と言った人たちも入れてということですね。だから、「病院を教えてください」と言った人たちはマジョリティーがそれで済んでしまって、ナースや場合によってはドクターが電話で相談に応じた、プロトコールを使った人たちが何万件かいて、その中から救急車が7,000件出たということですね。

**【〇〇委員】**

はい、そうです。

**【〇〇委員】**

もう少し具体的に言うと、看護師が救急相談に応じた者の中での119番転送は大体10~15%です。一番最近では11%前後だと思います。その中で約3割が緊急入院している。その動向はずっと変わっていません。救急相談の定義によって分母が変わってきてしまいますので、今言ったように看護師が、明確に向こうが相談であるといって交信して、その内容が医療機関案内だけにとどまるものでも、医療機関案内としていません。東京消防局の場合は、看護師さんに行かないで通信員さんの段階で科目が指定されてきて、例えば眼科に行きたいというのは全部医療機関案内という定義にしています。看護師が受けたものをすべて母集団として、その中の10%ぐらいとなります。

**【部会長】**

今言った通信員が振り分けるか、どなたかが病院案内するにしても、大阪では18万件的うち12万件ぐらいが病院案内だったということですね。その件数の全体像は東京でも同じようなものだということですね、〇〇先生。

**【〇〇委員】**

実は大阪の〇〇先生ともこの間委員会でお話しする機会があったのですが、ちょっと大阪のほうが低いです。

**【部会長】**

何がどう低いのですか。

**【〇〇委員】**

救急車に至る頻度が低い。

**【部会長】**

全体の#7119の中に占める本当の相談件数は同じようなものですか。

**【〇〇委員】**

本当の相談件数も少し多いですね……本当の相談件数は恐らく同じだろうけれども、まだ解析中です。先ほど〇〇先生が言われたような一般の健康相談をかなり含んでいるのが現状だというお話をされていました。

**【部会長】**

そこら辺のすみ分け的な話で少し議論をしておかないといけないのかもしれませんが、総務省消防庁からいただいた資料の15ページの一番右下に、「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で示すことが困難」となっているのですが、ここら辺は行政から見ると重要なポイントだと僕は想像します。ここら辺で、こんな知恵もあるんじゃないかというのはいかがですか。〇〇先生、たしか、周知されている地域のほうが周知されていない地域よりも合理的な搬送が行われているようなデータをお持ちでしたね。それは恐らく総務省消防庁にしても大阪にしても使えるのではないかという意図で発言しています。

**【〇〇委員】**

まだ緩やかな相関ですが、今まで報告した中では、地域の周知率が高いところほどその地域における119番で搬送した症例の病院先での緊急度が高くなっているというデータと、それはサブ解析しますと、時間外の成人に強い傾向が見られるといったものが1つあります。ただ地域によっても、繁華街や一部の東京の地域では全く相関しないという特性もあります。そこら辺が1つのとっかかりになるかと思いますが、今のところ我々が持ち得ている救急車の的確だったと思われる症例の定義が難しく、当面、緊急に入院された、つまり中等症以上の率がどれくらいだったのかということ仮に尺度にしているところです。

**【部会長】**

それは、私たちのこういう委員会で、「ほらね」と示すことのできるような資料とさせていただきますか。

**【〇〇委員】**

はい。もうパブリッシュされています。

**【部会長】**

英語だとつらい。

【〇〇委員】

日本語もあると思います。

【〇〇委員】

これは予算に色がついているものですので、その中で選別を行うことについての議論は古くて新しい話で、このような会議に参加させていただいて5年になりますが、いつもあります。この前のタイミングでは、救急車の適正利用、適正搬送をどういふふうにするかという議論をしていたわけです。結果、救急の前に電話相談もあったほうが良いのではないかという事になり、今度は電話相談の中身を話していたところ、電話相談のヒット率を上げなくてはならないという議論になっているわけです。それで初めて予算執行の、今行われている事業仕分けやいろいろなことがあっても対抗できるデータになるのだという議論ですが、この議論の流れは実は一度少し引いてみる必要があるのではないか時々考えています。というのは、国民は不安を抱え、安心・安全を求めている、このぐらいのデマンドがあるわけです。潜在しているものを掘り起こせばまだあると思います。これは大都会の話で、しかもゲートを上げながらやっている話ですから、予算に色をつけなければいいのではないかという逆の発想も必要だと思います。つまり搬送のための予算、そのゲートのための予算という考え方をやめて、国民のため、すべて受ける必要があるとも思えるのです。その上でできるだけ適切に対処する必要がある。ではその予算は全額税でやるのか、それとも有料にしてはどうかといった、色のつけ方です。その中で#8000は子育て相談という所で非常に大きなボリュームがあって、これを今見直すということはとんでもない話です。コミュニティーで子供を守り育てるというスローガンを書きながら、#8000はどうするかという話が片方にあります。同じようにこの救急搬送も、搬送に必要なケースをヒットするための方策を一方でやりますが、そうでない人をどう受けるかという議論ももう二方ないと、単にゲートをだんだん狭くすると、この事業に対する満足度がむしろ上がってきます。そうすれば、予算の執行としては妥当性が高まっていくけれども、事業としての満足度は下がっていきます。それはコントラヴァーシャルになると思います。ですから、これは今すぐ結論を出そうと考えて言っているわけではないのですが、そういうことも頭に置きながら、賢く議論をしていく必要があるのではないかと思います。なぜこんなことを申し上げるのかというと、きのうのメディアファクスによ

れば、事業仕分けの中で救急の予算は切り下げるべしと判断されたとのこと。要するに、政策医療として出すのではなく医療保険から給付されるべきだというコメントつきでバツがついた厚労省の事業がある。しかしながら、保険診療はやっていくらの算定だけれども、救急というのは、そうではなくて体制を維持することが求められていて国の政策に協力しているわけです。それを医療保険という、やっていくらの世界にもっていくという議論が国のレベルでされているということに、非常に大きな危機感を覚えます。では国というのは何のためにあるのか。国民のニーズを正確にとらえない国というのはもってのほかだと思いますので、電話相談事業は電話だけでなくネットの利用や、または画面を通してのテレビ電話のほうが情報量が格段にふえる可能性は高まりますし、いろいろなことを含めながら次のフェーズを考えるきっかけになればと思って発言しました。済みません、長くなりました。

#### 【部会長】

厚生労働省の説明そのものがかなり貧弱だった可能性があるのではないかと、私は強く思う次第です。やはりもうちょっと勉強してくれないと、説明できなければどうにもなりませんから。いずれにしても今のお話は、電話相談が電話相談にとどまらない、やはり地域の文化とかそういう話に結びついていくのだと。ちなみに言うと、国民そのものは多少税金が上がっても安全で安心な社会をつくってくれとなっているはずです。そのために税金を上げると言った政治家が当選するかどうかというところが、また問題なんですね。ちょっと余計なことを言いました。今の話の、患者さんの緊急度別に病院へのアクセスを誘うという電話相談の流れだと思いますが、CTASの視察報告が次にあります。その後、各段階におけるトリアージ、緊急度・重症度の選別の役割分析についてというのがありますので、一気にやって、それからまた石井先生の大事な話に戻ってもいいのではないかと思います。では進めましょう。よろしくお願いします。

#### 【事務局】

それではCTAS関係について、カナダでの視察を踏まえて、富山大学の〇〇先生と事務局の〇〇からお願いします。最初に〇〇から御説明いたします。

#### 【事務局】

この後、別の公務がありますので順番を入れかえさせていただきます。私どもはカナダの視察報告をさせていただきたいと思います。その間、富山大学の〇〇先生と〇

○先生に大変お世話になりました、○○専門官とともに行ってまいりました。アルバータの場所ですが、厚労省のカナダ西部に位置しております。次に、カナダの医療制度です。日本との違いを中心に説明しますが、医療の政策立案は、地方分権が進みまして州で行っております。医療の中心は公立病院が主体で、医療費の財源は全額税負担、原則窓口負担はございません。一方、ファミリー・ドクター制を引いておりかつては、医療へのアクセサビリティ、慢性期の疾患に関しては、なかなか難しいというのがあったと聞いております。また救急搬送に関しては保健省の所管となっています。アルバータ州の救急搬送の概要ですが、救急搬送の所管に関しては、以前は日本と同じように地方自治体、消防本部でなされておりました。移管の理由ですが、救急搬送業務の高度化です。救急搬送については、所管が2つに分かれておまして、司令センターは市町村消防本部ですが、救急搬送業務についてはアルバータ州保健福祉省の医療庁が実施しております。また救急搬送に関する政策立案は州独自で設定が可能となっております。体制ですが、公的救急車と民間救急車がございまして、民間救急車に関しては一定の質を担保した上で保健福祉省との契約を行っております。隊員数は3,000人です。救急通報はアルバータ州全体で40万件、うち40%が病院間搬送となっております。搬送費用ですが、カナダは医療費が原則無料ですので、救急搬送、救急車を使うときは、国民の理解もありまして1回3～5万の負担をお願いしているところでございます。一方病院間搬送に関しては、日本と異なっており無料にしています。訪問日程です。私どもは滞在時間わずか2日間で非常にハードなスケジュールでしたが、非常に有意義な時間を過ごすことが可能となりました。またアルバータ州保健福祉省においては、大臣を含め意見交換ができて、救急搬送に関する将来について有意義な意見交換ができたところでございます。まずCTASの全容を御説明いたします。後ほど○○先生から御説明があらうかと思いますが、実はCTASというのは1つのツールです。あくまで手段で、目的は、限られた医療資源を有効に活用するために患者の緊急度を判定し、急がなければいけない患者はきちんと急いで救命を行うというのがその趣旨でございます。カナダにおいては、救急搬送及び救急外来において使用されております。レベルは5段階に分かれておまして、上から、蘇生レベル、緊急、準緊急、低緊急、非緊急となっております。ちなみにこのペーパーは非常に簡単にまとめたもので、右側にモディファイアと書いてありますが、基本的にはきちんとプロトコールに従ってトリアージを行っております。詳しくは緊急度判定支援シス

テムのプロトコールを見ていただければと思います。まず一番左のコールトリアージについては、救急通報司令センターで使われております。現在はアメリカナショナルアカデミーのEMDプロトコールを使っておりますが、将来的にはC T A Sに移行ということです。申しおくれましたが、C P A SのPはプレホスピタルということで、病院前のものを指してございます。一方で、救急現場でトリアージ判定をC P A Sを用いて5段階に行います。その情報を救急搬送司令センター、ディスパッチセンターへ送り、救急搬送医療機関の選択指令を受けとなっております。また医療機関においては、外来において即座に5段階に再判定を行い、それに伴ってそれぞれ救急外来に送るということです。診察開始時間またはC T A S再評価時間が決められておまして、青は即座に、赤は15分以内に診察を行うというのが重要でございます。こちらがエドモントン市消防局の緊急通報司令センターです。所管は地方自治体の消防局です。センター員は消防職員と救急職員が半々ずつです。これは救急通報対応プロトコールです。現在は米国ナショナルアカデミーのEMDプロトコールを使っております。将来的にはC P A Sに切りかえていきたいということです。こちらを簡単に御説明しますと、質問項目が並んでおり、それに伴ってトリアージ判定を行って対応を決めていくというものです。これはすべて電子化されておまして、通報内容を聞きながらパソコンに入力していくと自動的に判定されるようになっております。次は保健所です。救急搬送の所管が医療庁に移りましたので、保健所に救急車の出動拠点が置かれています。救急隊員が待機していますが、こちらは拠点で、普段は病院等から、またはパトロール中に出動を行います。あわせて救急隊員用の研修施設も設置されており、メディカルディレクターが常駐しております。ですので、救急隊に対するメディカルコントロールはここで実施しておりますし、救急隊員帰所後に、実際に行った対応についての指導も行っております。次が救急搬送司令センター、ディスパッチセンターです。ディスパッチというと航空会社が航空機の運航割り当てを行うことで使う用語ですが、受け入れ先の医療機関を決定いたします。スタッフは医療庁の職員と救急隊員で、救急搬送司令センターには病院選定の権限が与えられているのですが、受け入れ医療機関が納得して使えるシステムにするために情報システムがきちんと構築されております。設置の背景ですが、以前は救急車が個々の医療機関と受け入れ交渉を行っていましたが、調整に時間がかかることが問題となっていたことと、処置範囲の拡大に伴って、特に救命士は傷病者対応に集中する必要があるということで、

こちらで一括して搬送先を決めているところがございます。先ほど、権限を行使する前にきちんと情報システムの構築がされているということでしたが、それがこの肝でございます。救急搬送先の整理表がつくられておりまして、大きいほうで見ると、各病院の実際のERの空床情報、救急車の受け入れ状況がリアルタイムで把握可能となっております。またこの図の左下ですが、各医療機関の救急外来の廊下にもこのように掲示されておりまして、病院スタッフ、患者も常に閲覧することが可能となっております。ですので、CTASレベルの低い患者であってもこの状況を見ることができますので、御自身が待たされている理由が納得できる状況となっております。こちらがエドモントン大学救急医療センターです。これ以外にもう1カ所市内の病院を見てまいりましたが、大体同じような構造で、病院の救急外来の前には救急車がずらっと何台も並んでいます。実はこれは待機中の救急車で、ここから出動可能な形となっており、日本でいうワークステーションに近い形となっております。また右下ですが、患者搬送車もございます。こちらについては原則無料となっております、とにかく急性期の医療機関のベッドをあけるためにさまざまな努力をしております。こちらがCEDISでございます。CEDISも後ほど〇〇先生から御披露があらうかと思いますが、カナダの救急部情報システムでして、CPAS、CTAS等々で判定した結果治療を行った最終的な予後等々も把握可能なデータベースをつくっております。この評価を行って再度CTASを見直すというサイクルを何回も回すことで、よりよいものにしていくというものでございます。ですので、先ほどCTASで、青の場合は即座に、赤の場合は15分、それから60分、120分という数字がそれぞれ設定されておりましたが、これも疫学的、統計的なきちんとした裏づけを持って設定可能となっております。カナダのアルバータ州の救急医療の全体像をこれで示しております。まず電話相談センターが24時間365日看護師による対応がございます。ですので、住民は、まず家庭での自己判断として、CTASのホームページが閲覧可能ですので御自身で判定を行うことができますが、症状で悩んだときは電話相談センターに相談することができます。また911通報においてはコールトリアージ、現在はEMDプロトコールを使っておりますが将来的にはCPASを使うということで、こちらで判定を行い緊急度に合わせた対応をとる。また電話相談センターに御紹介するケースもあるということです。また救急現場においてもCPASのトリアージを行い搬送先の医療機関の選定に活用、または医療機関においてもCTASにのっとなって急ぐべき方はき

ちんと急いで対応する体制がとられております。非常に日本の参考になろうかと思いますが、前提の医療制度がそもそも異なっておりますので、これをそのまま日本に導入することは非常に慎重にあるべきだと思います。1つの参考としていただければと考えております。よろしくお願いいたします。

**【部会長】**

どうもありがとうございます。引き続き〇〇先生のお話を聞いたほうが全体がわかりやすいのではないかと思いますので、〇〇先生よろしくお願いいたします。

**【〇〇（〇〇委員代理）】**

富山大学〇〇の代理で参りました富山大学救急部の〇〇と申します。きょうは最初にCTAS/JTASプロジェクトという形で、CTASそしてCPASのプロジェクト概要を御説明させていただきます。その後、先ほど〇〇専門官からお話がありましたように、カナダの現状視察をして実際どのようにCTASのデータベース解析が行われているか、そのデータの一部、それからカナダの救急部エマージェンシーデパートメントの施設の現状、最後に将来の思案といえますか構想といえますか、もしカナダのタイプで導入すると、このような形で日本も救急医療システムの変革が案として可能なのかという提案を述べたいと思います。これは現在先進諸国で行われているトリアージシステムの比較です。日本はトリアージナースの教育システムが、今コースとして開催され始めたところです。救急部での専任トリアージナースも、いる場合もありますし、まだいないところも多いです。その他のアメリカ、英国、カナダでは、通常は普及期しております。そして病院トリアージの標準化に関しては、やはりカナダのCTASが先頭を走っている。イギリスのマンチェスターもあります。病院によっていろいろな使い方をしているということです。アメリカにおいてはESIというシステム、もしくはCTASと、さまざまな使い方がされています。カナダはナショナルスタンダードとして統一されています。現在、この委員会で国内の標準化を、最初のステップとしてはCTASを日本語化して、ちょうどACLS、AHAを日本語化したようにCTAS日本語版という形、そしてエビデンスを集めた後に日本にローカライズしたJTASとして開発しようということでプロジェクトを進めております。これがCTAS 5段階のレベルトリアージです。先ほど〇〇専門官から詳しく御説明がありましたので、次に行かせていただきます。これは、日本臨床救急医学会のホームページでも同じ画面が閲覧できますが、CTASの実際の症状の分類になり

ます。17 のカテゴリーの上のところをクリックすると、その詳細が見られます。下に症状の一覧があります。157 の症状がありますが、これもクリックすると詳細な項目に入っていけるような形で、今、日本ではウェブベースでホームページ上で提供しております。カナダではこれをパワーポイントバージョンにして、ダウンロードして各病院、個人でも使える状態になっています。暗記によるのではなく、コンピューターを使って容易に判定できるようなシステムになっています。医療情報が高度化してくるに従って、こういう I T 化する必要があると思います。これは小児バージョンです。背景が赤と青で大人と子供の間違いを防ぐということで、背景が青のものが小児バージョンです。小児の場合は症状が大人と一部違うところがございます。これが、現在施行している緊急度判定支援システムプロバイダコースです。これはカナダで受けていたときの様子で、これは現地のトリアージナースです。このプロバイダコースの教科書を、現在各専門学会のコメントをいただいて印刷の準備をしておりますので、間もなく発行されると思います。これは C T A S での救急外来トリアージ過程の大まかなあらましです。重症感、症状、バイタルサイン、モディファイア。モディファイアというのが特殊な用語になりますが、1 次モディファイアというのは基本的にはバイタルサインです。2 次モディファイアというのはバイタルサインなどで拾えないようなものを見落としのないように、アンダートリアージにならないよう適切にするために、統計学的にこの項目をチェックすると適切にトリアージされるだろうというものを出したものです。これは随時改訂されております。そしてトリアージレベルを決めて、さらに先ほどありましたように、0、15、30、60、120 分という診察開始までの目標時間が決まっております。安全に待てるだろう時間が策定されておりますが、それを超えることも、実際に患者が非常に混雑したオーバークラウディングという場合には起こりますので、再評価規準がさらに定められております。これは日本の問題ですが、カナダの場合は病院で患者を安全に待てる時間をどうするかということで C T A S をつくっているのですが、日本の場合は病院で待っているのではなく病院以前で待たされている、受け入れ困難という問題が現実起こっています。C P A S はカナダでも 2010 年、ことし初めて開発されたものです。実際の救急の現場でも C T A S そのものを、救急隊がこれはいいということで使っていたのですが、病院でないといけない項目もしくは現場ではそれほど重要ではない項目があるということで、C P A S にするに当たっては症状を 109 と絞り込んでいます。現場に則した症状のリストの

絞り込みをしております。そしてさらに搬送先に関する意思決定プロセスが、CTASと違ってCPASではあるということです。この2つを主な要点とした病院前のトリアージシステムです。ちょっと字が小さくて見にくいですが、搬送先に関する意思決定、デスティネーション・デシジョン・メーカーという言葉がありますが、これがCPASの中にあってCTASにはないものです。レベル1、2、3、4、5という、これはカナダでの現状ですが、日本で適用する場合は、先ほど〇〇専門官からお話もありましたが、医療システムの違いがありますから、これをどのようにしていくか、もしくは各地域によってどのようにローカライズしていくかということは非常に重要なこれからの課題であると思います。またこの辺の出版物に関しても適宜翻訳して出していきたいと思います。このプロジェクトの1つの要としてJEDISと書いてありますが、先ほどありましたCEDISというカナダのエマージェンシー・デパートメント・インフォメーション・システムがあって初めてCTAS、CPASができております。日本でもやはり日本版のデータベースをつくって、ちょうどACLS、JRCバージョンになったように、CTAS日本語版をJTASとして我が国の国民のデータから得られたもので我が国固有のトリアージシステムとして発展させていく必要がある。そのためには、やはりデータベースをつくらなければいけないと考えています。このデータベースによってCTAS、CPASがJTAS、JPASになる。現段階の公的に行っているプロジェクトとしては、今ある医療資源の有効活用による問題解決を図る手段としてCTAS、CPASを使っていき、適切な病院の選定を行っていく。同じ腹痛でも、レベル2の赤い腹痛は今うちの病院では無理だけれどもレベル4の腹痛なら受けられるとか、そういった同じ腹痛でも緊急度がつくことによって病院の受け入れる幅がふえるのではないかと考えております。そしてアメリカではCDCによるDEEDSというデータベースがあり、これは救急医療のためのデータベースです。オーストラリアにはビクトリアン・エマージェンシー・ミニマム・データセット、そしてカナダには今御紹介したCEDISというデータベースがあります。日本でもやはりJEDISというものをつくって、救急医療の基本的なデータをとることによって、エビデンス・ベースト・エマージェンシー・メディスンといったCTAS、CPAS、そして実際の治療におけるクリニカル・ディシジョン・クライテリアと言われる診断のプロトコール、規準をつくっていく必要があるのではないかと考えております。そしてCTASに関して今この収集すべきデータの

検討作業を行っております。CPASにおいても収集すべきデータの検討作業を行っております。以上が今、日本で実際にプロジェクトとして行っている概要のまとめです。これからお話しすることに関しては視察したカナダの現状ですので、今行っているプロジェクトの範囲をちょっと超えますが、考察を含めて紹介させていただきます。先ほどはパワーポイントバージョンもしくはウェブバージョンでCTASのレベル判定をするツールを御紹介しましたが、これは電子カルテ等に実際に組み込まれております。トリアージスコアの判定を普通の電子カルテの中で行っていて、判定のみならず過程のモディファイア、つまりトリアージのためにどういう項目を選択してそのトリアージレベルに至ったかということもコンピューターでつかまえています。どういうプロセスでこのトリアージが出たのかというところまでデータを把握した上で、次のトリアージの規準改定のもとにしています。Eトリアージと呼んでいます。これらは診療支援システム的に、備忘録的に、クリックすると忘れていてもいろいろなものが出てくるということです。医療の高度化に伴って情報量がふえますので、なるべくITサポートによって暗記の部分を減らして、インターレーターディファレンスといっていますが、評価するナースの間での差を防いで標準化としての高度化を図っていくということが行われております。これはCEDISのデータベースから出てくる1つの例ですが、待ち時間、治療開始までの時間が1日の時間帯の上でどうなっているか、混雑ぐあいを見るということですが、統計データは、患者のボリュームが多くかつ来院した後に急変したり重症化したりするリスクがあるということでCTASレベル3、日本でいうと2次救急に相当するところですが、それをさまざまな統計の解析規準にしております。これは救急部滞在時間ですね。かえってレベル1のほうがすぐに手術室などに行きますので滞在時間が短くて、2、3あたりが判断に苦しむ、診断に苦しむということで、ボリュームも多いし非常にドクターも頭を悩ませているところだというデータです。入院待ち時間は次第に増加している。これは、CTASレベル3患者のベッドが不足しているということが統計から出てきております。そしてこれは時間当たりの来院患者数を年度別に見たものですが、患者数には変化がないということです。ところがデータを解析しますと、年々緊急度が上がってきている。そして、そのことによってCTASレベル3の患者の待ち時間が延びている。患者数は変わらないけれども緊急度が増加している。高齢化とか医療の高度化によって、治療のオプションもふえてきました。血栓溶解とかいろいろふえてきましたので、脳梗

塞などでも従来に比べて時間にセンシティブに緊急度が、例えば発症から1時間2時間であれば緊急度がアップしてきます。そういった医療の高度化、高齢化、病態の複雑化によって緊急度が上がってきているというのが、このデータで出ております。さらにCEDIS症状別CTAS緊急度分布というのも統計をとることによって出まして、例えばCTASレベル1では心臓、神経、外傷が多いとか、CTASレベル3では、ボリューム的には圧倒的に多いのですが、胃腸、神経医学的なもの、整形的なものが多いといったように、どのような重症度に対してどのような医療資源が必要になるかという基礎データもこのデータベースから出てくるということです。あとはパブリックヘルスの問題でも、このCTASの中に感染スクリーニングが入っていて、これをコンピューターでリアルタイムにキャプチャーすることによって、例えば新型インフルエンザやバイオテロリズムが起こったというような、何か異常が出たというのが即時にわかります。どこでアウトブレイクが起こっているか。こういったことにも利用されています。ここから先は、カナダのITを利用した医療システムの紹介を補足的にさせていただきます。カナダの特にアルバータ州は非常に豊かな州で、IT技術を使った医療全体の統合化が、ヘルスイнтеグレーションと呼ばれていますが、進んでおります。ステップ的に、統合化なしからIT技術を利用した患者中心の医療、というところで、かなり進んでいます。いろいろな国、アメリカやイギリスなどもあります。頓挫、頓挫ということで、カナダのアルバータ州は世界でも非常に珍しい成功している例だということです。非常に驚きましたのは、救急部に行って、ほかの病院での心電図がぱっと出てくるのです。T波の陰転化は何だろうといったときに、前の病院では正常だったのに今回陰転化している、何か起こったというのが、日本だと医療連携室を通して心電図をファックスで送ったりいろいろ必要ですが、それが瞬時にわかるということで救急医療が非常にスムーズです。これはありがたいシステムでした。これは〇〇専門官のほうでありましたが、救急司令室を集約化して救急情報を集約化している。これは先ほど〇〇専門官の説明がありましたので割愛します。それから、これも〇〇専門官の説明がありましたが、救急隊の行政から医療機関への移行、オンザムーブということをアピールされていました。これは、救急隊の現場での医療が患者予後に、アウトカムに大きく影響してくるので、医療の高度化に伴って救急業務の高度化が必要であるということで、医療機関で教育を徹底しようという発想のようです。我が国がこれらから学ぶことは、やはり救急隊の処置が医療システム

の中で今後ますます重要になるという認識をさらに持つ必要があるということです。あとは実際の救急部のインフラストラクチャーです。これはアルバータ大学の救急部ですが、非常にスケールが大きい、スケールメリットを持ったものでした。実際にどのようなインフラをつくれればいいのかというのは、これはアメリカのほうですが、基本的にアメリカとカナダの保健医療システムは違いますが、救急医療の中に入ってしまうと病院の中でのシステムは同じです。病院に入ってしまうと、アメリカでもカナダでも同じ救急のシステムになっております。インフラストラクチャーもカナダもアメリカも共通しております、どのような構造かという、ちょうどICUの施設基準のような感じで救急部施設基準的なものが出ております。病室をどのようにつくるかという設備、パーティションでやるとか、ユニット化して患者がふえたらユニットをふやすとか、トリアージナースをどうするかとか、そういう細かなことが全部決まっております。これは実際のトリアージデスクですが、待っている患者さんが見えるように灯台のように飛び出したところで、周囲の患者を見ております。これはエマージェンシー部門の重症患者の部屋です。これは我々が見ると日本の救命センターの初療室に見えます。カナダの救急部には日本の救命センターの初療室の機能が含まれているということです。それから、この部屋はいわゆる日本のERと呼ばれている中等症患者の経過観察病床に見えます。そういったものもエマージェンシー部門の中に全部入っている。込みで入っている。これを見るとICUかと思いましたが、これはICUではなくて、昔はオブザーベーション・ユニットと呼んでおりましたが、今はクリニカル・デシジョン・ユニットという呼び名で呼んでいるものです。CTASレベル2・3の患者をどうしたらいいのか、この腹痛は帰していいのか、帰していけないのか、この胸が苦しいという患者は心不全か肺炎か、帰していいのか、重症化するのかということ、日本のICUの施設基準とほぼ同じクラスの部屋で治療と診断を同時進行で進めている。このまるでICUのように配置されたものが救急外来にあって、セントラルナースステーションがあって、個室のような患者の部屋があって、これはICU、救命センターだと見えるものが向こうのコアになっているクリニカル・デシジョン・ユニットというものでした。そしてこのCTAS、CPASプロジェクトをやる上で一番重要なのは、エビデンス・ベースト・エマージェンシー・メディスンという概念を取り込んで、そういう統計学的なエビデンスに基づいたものにしていくことです。救急医療全体にこれに適用する。そしてクリニカル・

デシジョン・ユニットという、データベースから出たデータによって診断のプロセス、帰していい、帰してはいけない、重症化する、しない、この数値は異常である、異常でない、そういったもののプロトコールをつくっていく。その応用としては、スタンダード・オブ・ケアという救急医療の標準化をエビデンスから出してこることができる。そしてこれが裁判所での法的な問題に対する我々の防衛手段にもなるし、患者さんに安心な医療、スタンダードな救急医療を提供するベースにもなり得る。ということで、このプロジェクトは、JEDISというデータベースをつくることによって未来の救急医療に対する非常に発展性のあるプロジェクトだと思っております。その発展性のプロジェクトの第1段階として、このCTAS、CPAS、そしてデータベースをつくっていくことを考えております。これは今やっているプロジェクトそのものではございませんが、カナダのモデルをもし日本に導入したらこうなるのではなかろうかという想像図です。病院前のトリアージ、そして院内では、このインテグレートされたクリニカル・デシジョン・ユニットというところをコアに持った中で重症度を判定し、それぞれの重症度に応じた治療室に誘導していく。そして過剰な混雑を防ぐためには、院内の連携パス、各科とのスムーズな連携、クリニカルパスみたいなものの応用ですね。それから地域医療、整形外科の専門病院と連携して頸部骨折の患者をスムーズに搬送する。その手段としての病院間搬送救急車、インターホスピタル・アンビュランス。もしカナダのシステムを日本に適用すると、このようなものが将来の1つの図として想像できるのではなかろうかといった構想でございます。ただ、もしこのような構想を進めるとしても、今の日本の医療システムを破壊してしまうような性急なプロジェクトとしてではなく、じっくり時間をかけながら、日本の医療システムのよさを生かしながら、どのようにしていくかということを慎重に考えていく姿勢が必要ではないかと思えます。基本的にこのCTAS/JTASプロジェクトは、緊急度・重症度を鑑別していく症候学というものを中心に、エビデンスから導かれたクリニカル・デシジョン・メーカーという臨床判断に重きを置く救急医療システムを提案する1つの起爆剤のようなものになってくれればという思いを込めて今プロジェクトを進めております。御清聴ありがとうございました。

#### 【部会長】

どうもありがとうございます。最後のところは、初期、2次、3次の基本的な骨格をたどってきた私たちの国の背骨になっている部分を、どういうふうにして将来考え

ていくかということも必要だという御発表だったと思います。余り話を壮大にするのも何なのでとりあえずここにとどめておきますが、本日の全体の流れからすると、議題にありますように、電話相談の話があって、それはCTASの視察報告並びに工廣先生の御発表にあるように、全体の流れの中でのこの位置づけになると思います。参考資料3の一番最後のページに電話相談センターがありますが、同じものかどうかは別にしても、アルバータ州における救急医療の位置づけということであればこのようなことになっている次第です。〇〇専門官と〇〇先生に、発表そのものに関して確認したいことがありましたらどうぞ。その後、議題3に行きますので。

**【〇〇委員】**

では手短かに2つだけ。CTASからCPASに移行するところは、恐らく方法論的にはかなり共通だと思いますが、EMDプロトコールのところに行くと、血圧を測ったり、バイタルサインの把握がかなり違うので、簡単にCPASをEMDプロトコールに持ってきたいというのは、気持ちはわかるのですが、方法論がどうなっているのかというところをもう少し具体的に教えていただきたいというのが1つです。もう一つは、救急搬送が消防から厚生の方に移ったときに、ファーストレスポnderの部分ですね。すべて搬送車がファーストレスポnderをやっているようなシステムなのか、相変わらず消防の方がファーストレスポnderとして現場に向かうという機能を残しているのかどうか。その2点について教えていただきたいと思います。

**【事務局】**

CTAS、CPASについては後ほど〇〇先生からご回答頂ければと思います。消防の方の話ですが、ファーストレスポnderに関しては消防が担当しています。日本で行われているようなPA連携も維持しております。あくまで所管が変わったところだけで、連携もきちんとおこなわれております。

**【〇〇（〇〇委員代理）】**

基本的にCPASに関しては、先ほどスライドで提示したように、2010年、ことしつくったばかりです。カナダでもまだこれから始めようという段階です。それから先の話はまだ議論の段階で、実際にEMDプロトコールとどう連携するかというのはまだ詳細が決まっているわけではなくて、CTASのプロジェクトに対して現場に適したCPASを絞り込んで、今まさに動き出したという時点です。現状で我々が確認できるところは、そこまででございます。それから先をどうするかというのは、現地で

もまだ検討している段階です。

**【部会長】**

CPASのほうにもやはりモディファイアという形の、東京消防庁の方がこの間「トッピングのような」と言って、そちらのほうの方がわかりやすいという議論があったのですが、そのトッピングを含めて同じような骨格なのですね。

**【〇〇（〇〇委員代理）】**

基本的にCTASとCPASは同じシステムです。現場に合わせて症状を絞り込んだことと、病院搬送のデシジョンクライテリアというものがついていているということです。

**【部会長】**

そういうことと、今現在の救急隊員のパフォーマンスをどのようにすり合わせをするかという質問ですね。

**【坂本委員】**

そうではなくて、通信資料の段階でCPASを使うということはまだ現実的ではなくて、そっちはまさにEMDプロトコール、あるいは我々の救急相談センターのプロトコールをまだ使い続けざるを得ないということによろしいのですか。

**【〇〇（〇〇委員代理）】**

そうですね。やはり患者さんに直接触れて得られる情報と電話での情報は、基本的に質と量が違いますので。

**【部会長】**

だから、救急隊員が現場に行ったときのCPASそのものは、今言ったすり合わせの対象になり得るとするのはそれでいいですね。

**【〇〇（〇〇委員代理）】**

そうですね。患者に直接触れるものに関してはCTAS、CPASの共通化と考えていただいて結構です。

**【〇〇委員】**

僕もなるべく手短にと思いますが、世界医師会の総会がバンクーバーで10月にあったものですから、日本は箱庭的、四畳半的で、あちらは本当に巨大な大陸ですから、アルバータ州はバンクーバーの隣で、山の資源が非常にリッチだから、リッチなエリアなんだという説明を聞きました。資源が豊富なので医療保険の皆保険制度ができ上

がって、しかも全部無料、ただし歯科と眼科は含まないという、話がありました。先ほどの発表で、病院の中から見るとああいう風景が見えるのだらうと思って聞いていたのですが、申しわけないけれども、あの国に人のいないロッキー山脈の地帯、それから北極圏を挟んだ人の住めないようなゾーンを抱えているはずで、日本とは全く状況が違うので、このような非常にシステムチックな、しかもリッチなサポートででき上がっているシステムが人が到る所に住んでいるオールジャパンに対応するかどうかというのは一回フィルタリングが必要だと思います。今、世界では、国境を越えた医療者の移動が大問題になっていまして、カナダとアメリカもそういう問題の渦中にあるわけです。アメリカでリーガルコストなどがふえればカナダへ、その逆であればアメリカに稼ぎに行くという環境にありますので、面で保険制度をどこまで広げられるのかを考え、プラスアルファで考えていただけるとよろしいのかという感想を持ちました。以上でございます。

#### 【部会長】

とりあえず〇〇先生たちが見てくださったことを今御発表いただいたという話で、カナダと日本の国が違うのはもう皆知っていますので。ほかにありますか。〇〇先生に発言していただくと議題が進むのですが、今の話で「各段階におけるトリアージの役割分析」というテーマを自分たちの国に照らし合わせながらお聞きいただけると恐らくいろいろな問題の契機になるだらうと思いますので、その部分をまた事務局から御発表いただけますか。

#### 【事務局】

それでは資料の 26 ページから、各段階におけるトリアージの役割分析についてです。本日の検討テーマ項目として2つ設定しております。家庭で使用できる救急車利用マニュアルの作成についてということで、27 ページです。作成方針としては、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基づいて、迷わず救急車を利用すべき症例について症例別に紹介する。このような症状が見られた場合は呼ぶべきだというものを示すということ。3番目としては、平易な表現となるように心がけるとともに、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していくということ、作成方針としたいと思っております。作成物のイメージとしては、冊子形式またはパンフレット形式で消防庁のホームページに掲載することを考えております。A3で4ページまたは8ページ。具体的な

作成方法、スケジュールとしては、本日骨子案をこれから御紹介させていただきますので、こういったものを盛り込んだほうがいいのかという御提案をいただきまして、その後、内容の医学的な検討については有賀部会長とも御相談させていただきながら、事務局のほうで案を作成して1月にお示しして、1月、2月の作業部会でその内容を確定したいと考えております。28 ページです。マニュアルの内容としては、救急現状の紹介ということで、平成 22 年上半期の救急出動件数は、約 262 万件で、上半期ベースで比較すると平成 12 年からの 10 年間で約 28%増加しております。この 262 万件という数字は熱中症の影響も入っておりませんので、ことしの搬送件数は過去最高になる可能性も出てきているという現状です。そういった救急を取り巻く現状について紹介するものにしたいというのが1点目です。また2点目としては、迷わず救急車を利用すべき症例別事例の紹介ということで、例えば脳卒中、心疾患、小児といったものについて、こういった症例が見られる場合はまず 119 番すべきだということを示すようなものにしていきたい。あとは救急車の不適切利用事例の紹介ということで、その一方でこういったことで救急車を呼ぶのはどうかというものをに入れて、適正利用に資するような内容にしたいということ。その下は、国民の利便に資するというので #7119 電話相談事業、#8000 番、病院情報提供サービスなどに取り組んでいることを紹介して、民間の患者等搬送事業者の紹介もする。こういったものを内容としたいと考えております。ここまでで一度、こういったものもマニュアルに盛り込むべきではないかということについて御意見をいただければと思います。

**【部会長】**

後ろの 29 ページ以降は後にしますか。結局何だかんだ言いながら、31 ページにあります。家庭での自己診断というのがあって、〇〇専門官の資料だと最後の 12 ページに C T A S ホームページを閲覧とありますので、似てはいるんです。

**【事務局】**

では引き続き 29 ページ以降も御説明します。

**【部会長】**

全体を見られる形にして、この部分だけ議論したいと思います。

**【事務局】**

それでは 29 ページから引き続き御説明いたします。緊急度判定のあり方についてということで、検討項目は、まず病院前救護における緊急度の定義です。今回総務省

消防庁として、病院前救護における緊急度をどのように考えればいいのかということ  
を御議論いただきたいということと、各段階において緊急度判定をしますが、その目  
的や役割、そして緊急度を判定した後に具体的にはどういう対応をそれぞれの緊急度  
に応じてとるべきなのかということについて御議論いただければと思います。30 ペー  
ジでございます。この図は、トリアージといいますと、我が国では災害時のトリアー  
ジということで黒タグがあるものが一般的に思い浮かびますが、通常救急時において  
は黒タグが存在せずに、明らかな死亡を除いては青から始まるということについて模  
式的に左右で並べて整理したものでございます。災害時のトリアージとの混同が救急  
搬送で見られますので、整理した図でございます。31 ページですが、各段階の目的、  
役割、カテゴリー、具体的な対応ということで、救急搬送に係るトリアージについて  
は、住民、電話相談、119 番通報、救急現場、医療機関というそれぞれの段階がござ  
います。この段階についてのトリアージで何を判断して、逆に言えば何を見られるの  
か。先ほど電話で判断できることと実際に救急隊員が見た場合では判断材料が異なる  
のではないかと御指摘もありましたが、そういったものも含めて、それぞれの段  
階でのトリアージについて御意見をいただければと思っております。32 ページでござ  
います。これは、これからやる調査の御案内ですが、全国の消防本部でフィールドト  
リアージやコールトリアージはどういったものを行っているかについて事務局で調  
査して、次回に御報告したいと考えております。33 ページは、先ほどの 1 枚紙を時系  
列的に並べ直したものでございます。34 ページですが、トリアージカテゴリーという  
ことで、基本的には 5 色で構成されておりますが、それぞれの段階においては、情報  
のものなど 5 段階まで分ける必要はないのではないかと。35 ページですが、例えば家庭  
におけるトリアージの役割ということで、トリアージカテゴリーとして一応事務局案  
としては 4 色にしてありますが、119 番に通報すべきもの、119 番ではなく今すぐ自  
力受診をすべきもの、6 時間以内には自力で受診していただきたいもの、当日または  
翌日に自力受診をすればいいもの、こういったことを分けていくのが家庭でのトリア  
ージではないかと。また 36 ページですが、119 番通報については、P A 連携出場等の増  
強出場指令、通常出場指令、または電話相談への転送ということもあり得るのではな  
いか。こういったことを考えているところでございます。37 ページが救急現場で、基  
本的には適応医療機関に搬送する形になるのですが、非緊急レベルであれば今東京消  
防庁さんが取り組んでいるような自力受診を助言する対応を行うこともできるので

はないか。また医療機関については、病院内トリアージということで、診察開始までの時間の判断を分けることがトリアージではないか。これらを共通のスケールでやることのメリット、どのように説明していけば国民の皆様の御理解を得られるのかということについて御議論いただければと思います。私のほうからは以上です。

**【部会長】**

ありがとうございます。全体の景色を、そんなものかな、ふむふむと一応理解していただいたことを前提にして、最後の 39 ページにもありますが、第 1 回の作業部会でも、尺度を共有することはよいこともあるだろうということでした。それで各段階の最初の家庭でとなると、カナダにおいては C T A S のホームページを見ると多分易しい言葉で出てくるのでしょうか。私は見ていませんが、住民の方がそれなりのことを考えることができる。そういうマニュアル的なものを、28 ページですが、国民に持っていたらこうということ。この部分に関しては骨子として少し議論してほしいということでした。ああだこうだと言って丁々発止やる時間は多分ないと思いますが、こんなことがあってもいいのではないかという意見があればここにどんどん入れておいていただくということで、きょうはいいのではないかと思います。きょう余り発言されていなかった方もいますが、どうぞ。

**【〇〇委員】**

手短かに 2 点だけ。ぜひ継続的に議論しなければいけないと思うのですが、前回〇〇議長が指摘されたように、トリアージという言葉はどうやって使うかという点です。やはりトリアージは、災害時に使われている緊急度評価を用いた優先度というのが本来のトリアージで、ここで議論されているのは各患者さんの緊急度評価にとどまっているはずですから、我々のほうで発信していく際に、このトリアージという言葉の持つインパクトも含めて考えていかなければいけないのではないかというのが 1 点です。もう一つは、カテゴリーに関しては、これも同様に先行している災害のトリアージの識別色の普及度ははかり知れないものがあって、青の位置づけや、先行している #7119 のプロトコルの使っている色、これらは学会でも今議論されておりますので、恐らくこれはつまらないことかもしれませんが……

**【部会長】**

つまらなくないです。

**【〇〇委員】**

色というのはすごくインパクトがあるものですので、大事な話ではないかと私は思っています。それから最後に、カテゴリーの数というのは、地域によって可變的にするののか、アウトプットの数によって変えていくののか、そこら辺を多分議論していかないといけないと思います。

**【部会長】**

どうぞ。家庭のところですね。

**【〇〇委員】**

事務局の方に質問ですが、A3版2つ折りで4ページまたは8ページぐらいと27ページにあるのですが、これは小児なら小児で8ページぐらいというイメージですか。

**【事務局】**

今のところ事務局といたしましては、全体で8ページぐらいということで考えております。

**【〇〇委員】**

28ページにある事例とか、こういった適正利用の話とか、これを全部入れて8ページのイメージということでしょうか。

**【室長】**

国民の1部にお配りし、また、総務省のホームページにも載せようと考えているのですが、今時点で全体で8ページぐらいを考えております。冒頭に申し上げたのですが、今後トリアージ体系の構築ということで、家庭から医療機関、消防まで含めたものがきちんとできれば、どの程度詳しくするかはありますが、ホームページなり、一部の御意見では、地上デジタル放送の双方向の部分がありますが、こうしたところで双方向性を持ちながら判断していくようなことを考えております。今年度行う部分については、本当に救急車を迷うケースでかなり優先度の高いものを幾つかピックアップしてマニュアル的に使っていくということで、本格的なものは来年度以降ということを考えております。

**【部会長】**

つくったからといって見てくれるかどうかはまた別の話ですから、バージョン0という感じでしょうね。

**【〇〇委員】**

34ページの事務局案で、家庭、119番、救急現場、医療機関と4つ並んでいるもの

ですが、横の関係を見ると、家庭のところ有一段階ずれているように思います。青の救急車レベルを上から2つ目までにして、1個ずつずらしていったら緑は1個にして、救急車レベルの中で、普通に救急車を呼ぶだけでいいというのと、救急車が来るまでに家族が応急処置をしないとイケないというふうに2段階に分けると、全体としての左右の横の串刺しの状況が合うと思います。この辺はちょっと検討いただきたいと思います。

**【〇〇委員】**

各家庭に配るとするのはすばらしいのですが、アンケート調査などをしてもわかるのですが、国民というのは医療を必要とするまでは余り関心をもたないのです。したがって、医師会の雑誌を17万人の会員に印刷して配るだけで数千万から億の金額になりますから、全国民に配るのか、家庭に配るのか、いろいろなフォーマットがあると思いますが、配ってもそれだけでは有用性は高くないと思います。したがってホームページにPDFで載せ、利用できるようにして、各自治体とかコミュニティレベルで必要なら配るといような方法にしないと、本当にむだな予算がかかると思います。何か仕分け人みたいになって申しわけないですけども。

**【〇〇委員】**

せっかく大阪から来たので2～3点だけ。まず1つは、今の〇〇先生のお話に賛成ですが、我々は、実は3年前に救急搬送がすごく増加したときに、こういうパンフレットを一般用と小児がいる家庭版との二種類つくりました。そのときに現場の先生方にも入って啓発について検討いただいたのですが、ほとんど意味がないんじゃないかと言われました。特にタクシーがわりの利用とかこういうことが書いてあっても、意図的にそういう利用をする人にはほとんど意味をなさない。わかっていてされる。それよりもやはり不安であるとか心配であるというものを吸収していく必要があるという御意見が非常に強かったんです。そういう意味では、さっきの救急安心センターの部分で最後のほうに出ていたお話にもつながるのですが、救急安心センターは必要な人に早く救急隊を出すという側面と、大きな不安というか心配を吸収するということで、余り数値目標的に結果に出ない部分も含めて医療機関に殺到させないようにしている。そういう受け皿があって初めて救急車の適切な利用ができるのではないかという意見が非常に強く出ました。そういう意味では、こういう症状の説明というよりは、いっそ開き直って救急安心センターを全国に広めるという前提で、大きな不安

を吸収する受け皿があってそれ（＝救急安心センター）を知っていただいて啓発につなげるという視点のほうが有効なのではないか。そうでなければそれこそ仕分けされそうな気がするというのが1点です。もう一点は、先ほどから出ているカナダの例はすばらしくて理想的な構図だと思いますが、一方で私が消防法改正の仕事をしている中でもかなり暗礁に乗り上げつつあって何とかかんとかやっているのですが、結局のところ各段階のトリアージの図でも、右側の対応の部分に書いてある適応医療機関の機能がはっきりしないと難しい。今は全国で3,000、大阪では260の2次救急医療機関がありますが、かなり幅広い設備、機能をお持ちで、いろいろ厳しい中で御協力いただいている。この現実とこの赤い矢印のつながりの部分が議論されないと、手前のトリアージの部分がすごく整理されていってもなかなか難しい。実感として、私立病院が特に大阪などは多いですから、非常に現実的な経営の部分とかいろいろなことがあって、こういうきれいに整理された話を受けとめていただけるような環境にはない。かなり行政が財政的な負担もすれば、さっきのカナダのディスパッチセンターにあったような現在の空床情報などもリアルタイムでとれると思いますが、今はそれすらも満足にできない。ここの改良を、私は健康福祉部局ですが、厚生労働省という医療機関の行政をする側がもっと考えないと、この話は理想をさらに超える妄想の域を出ないのではないかという心配があります。そんな中でも何とか現実に照らし合わせてやっているのですが、まだまだ長期的なお話だと思いますが、こういうことをすごく実感として感じます。

#### 【部会長】

妄想になりますと2時間は一体何だったんだという話になりますので、遠い将来を見据えながら現実的にできることからやっていきましょうという話でいいと思います。地方から見えている方は絶対発言して帰ってくださいね。

#### 【〇〇委員】

家庭で使用できる救急車利用マニュアルをつくるということですので、例えば35ページの地図を家庭に出すと、緑のところは2つ同じことが書いてありますね。今私どもの開業医レベルで家庭の中を見ていると、看護力がほとんどない。看護対応力がないので急いで電話をかけたなり救急車を呼んだりするところが1つ大きな問題なんです。ですから、先ほどの〇〇先生の青を2つに分けるというのも必要ですが、家庭の中の対応となれば、緑をこのまま2つに分けて、一番下の欄は「家庭で解決する」

とか「家庭で看護する」とか、そういうことでここを分けていったらどうでしょうか。同じようなことが2つ書いてありますから。やはりそういう意味だと思っております。よろしく申し上げます。

**【〇〇委員】**

横浜市消防局ですが、3点ほどお話しします。1つは、先ほど来出ているパンフレットの件です。横浜も救急システムを変えたときに、こういうものを全戸配布しました。私が幾つか講義などに行ったときに、正直言って、知らなかったと言う人もいるのですが、知らなかった人に対して「こういうものがあります」とお話しすると、「うちに帰ってよく見たい」と言われます。その中に、脳卒中とか心筋梗塞など、このときは必ず119番してくださいということも書いてあります。一方で不適切利用も書いてあります。結局、こういうものがむだかどうかというのは、ゼロか100ではないと思いますので、その辺の確率というか、そういうものも考えてもいいのかなと思うのが1点です。それと、横浜で今コールトリアージを司令センターでやっておりますが、資料の36ページになりますが、これに対して1つだけ参考で申し上げますと、これは最終的には電話相談が非緊急レベルになってはいますが、こういうことがある中でコールトリアージの限界もございます。うちのメディカルコントロール協議会でいつも検証していただく中で、電話をする人が本人ではない、家族ではない、ただの通りすがりの人とか、ホテルの簡易宿泊所の例えば従業員の方などで、近くへ行けない状況があったりすると、聞いている内容と現実が異なってしまうことがございます。ですので、こういうことも限界があるというのが1つです。それと、救急隊のトリアージというのがありますが、実は横浜も119番通報を受けて救急車が必要だとトリアージをして救急隊が行くのですが、結果としては1割ぐらいが不取り扱いということもございます。不取り扱いというのは、ここでいう自力で病院へ行けというものもあるし、一方では全く必要ないというものもあって、そういうものもこういう件数に入っていることも御理解いただきたいと思います。以上です。

**【部会長】**

それぞれの段階のそれぞれについては、2時間以上やってもまだ足りないぐらいの内容が含まれていますので、きょうのところはさらりと意見だけ言っていただくというところでいいのではないかと思います。奈良県とか北海道とかありますが。

**【〇〇委員】**

遠く北海道から来ましたので、一言お話しさせていただきます。この会議の中はたくさんの方々の医師の方々と行政の方々がおいでのようですが、看護職はどうやら私だけかなと思いつつお話を伺っておりました。1つは資料の34ページです。先ほどから先生方からも御意見がございましたが、私がこれを見てえっと思ったのは、119番と救急現場でのカテゴリーが多少違うんだということで、ちょっと驚いています。私の頭の中では119番と救急現場は同じカテゴリーで動いているものだと思っていたので、ここは1つ驚きでした。それから先ほどの、電話相談のことをトリアージと言っているのかどうかは、やはり私も1つ疑問がございます。トリアージという場合は、もちろん災害のときの用語が一般的に知られているわけですが、この資料の中では住民が行うこともトリアージと言っています。やはりトリアージというのはこの辺のことを言うんだということを、少し規定しなければいけないのではないかと私も思っております。ある程度専門的な知識判断がそこに入るのかなと思っていたので、そんなところを感じながら拝見しておりました。最後に3つ目ですが、ナースが云々ということに関しては、あちこちにこのシステムの精度を上げていくことがこの会議の大もとだろうと思うわけですが、そこで見え隠れしているのはナースの活動の気がしております。そうしますと、見え隠れしているナースが24時間態勢であちこちで活動していることがこのシステムの質を担保することになるならば、そこをもう少し議論していただければならないと感じております。以上です。

#### 【部会長】

私が知る限り家庭におけるトリアージという言葉を使ったのは舛添大臣が初めてではないかと思えます。ある会議で言ったんです。僕の脳細胞の中にはそういうターミノロジーがなかったものですから、へえっと思ったのですが、それは家庭でどれぐらい緊急性が高いかを判断しているんだと意識して、それであらわせずに黙って聞いたという、こういう話です。したがって、トリアージという言葉そのものは今後に残された非常に大きなテーマだと思いますので、使い続ける限りはそのまま定着していく可能性もありますので、総務省のお役人や厚生労働省におかれては、やはり丁寧な話を展開する必要があると私は思います。

#### 【〇〇委員】

奈良県ですが、前半部分で議論になりました救急安心センターの件でございます。東京都なり大阪市と比べると、奈良県は規模が違うということ。それから救急安心セ

ンターをやっているのが消防でなしに行政で、医療行政の一環でやっているということとでいろいろ違いがあるかと思えます。参考までに平成 22 年 4 月から 9 月までの救急の医療相談の状況ですが、約 8,500 件です。去年の 10 月から今年の 3 月までもほぼ同じということで、去年はインフルエンザとかいろいろあって多いと言われていたのですが、今年も多く相談が来ている状況で、県としてはそれなりに効果があると考えております。また消防本部に聞きましても、1 つの相談窓口ができたということで、消防からも比較的好評を得ている状況でございます。それから先ほど出ていました消防への転送件数ですが、参考までに、4～9 月の 8,500 件のうち、今年前半は 350 件程度あったということで、対応した内容で多いのは、やはり医療機関を案内したということになっています。以上でございます。

**【部会長】**

どうもありがとうございます。ついつい東京消防庁に僕が長らくかかわっていたもので東京消防庁にだけ振っていましたが、失礼しました。

**【〇〇委員】**

もう一回冊子のことに戻るのですが、小児に関しては、冊子は、各地域の医師会さんや、保健センターがつくったものなど本当に山ほどありまして、実際に家庭にそれが普及しているかということ、普及していないような状況があります。「こどもの救急サイト」という小児科学会がつくってくださっているサイトがすごくよくて、どういうものかということ、例えば発熱で見ると、これとこれとこれがあったら救急車へとクリックすると行くもので、今携帯からも見られるようになってすごく便利になったのですが、それも普及しているかということ、余りという感じです。ですからこれ以上冊子はどうなのかなというのがやはり疑問として残るのですが、でもだめかということ、本当にこれがすごく意味があつてとてもいいものだったら普及していくと思うので、レベル 0 として行くのであれば、PDF だったり、携帯から見るとか、冊子としてやってからではなく、変更がきくような形でスタートしていただきたいというのが 1 点です。もう一つは私たちの会で #7119 とか #8000 の話をするとき、昼間は育児相談とか健康相談は保健センターへ、夜間は #8000 へ、そして救急車を呼ぶべきか迷ったら #7119 へという話をいつも講座のたびにしますが、そうすると「もうどこへかけたらいいかわからない、いっぱい過ぎてわからないです」と言われて、「救急車を呼ぶべきかどうか迷ったら #7119 だよ、『悩んだら 119』それだけは覚えておいて」

みたいな形でいつも終わってしまうのですが、一たんどこかで受けて、そこから振り分けてほしいという意見はすごく聞きます。一応私も丁寧に伝えているつもりではいるのですが、多過ぎて自分でどこにかけたらいいかわからないということがすごく聞かれる意見で、一たんどこかで受けてほしいという声は大変多く一般のお父さんお母さんから聞く意見です。以上です。

**【部会長】**

東京で始めるときもその議論がありましたね。というわけで、言いつぱなしのところが多いのですが、まだ何回かありますので。それから、たたかれるネタをつくらないとなかなかたたきにくいところもありますので、事務局に多大な宿題を残すような形ですが、きょうのところはこれで終わりたいと思います。よろしいですね。事務局、最後の締めをお願いします。

**【事務局】**

皆様長時間にわたり活発な御意見、御議論、御審議をいただきましてありがとうございました。次回の開催は1月を予定しておりますが、また改めて詳細等を御連絡させていただきますのでよろしく願いいたします。以上で「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」を終了いたします。本日はありがとうございました。

——完——