

第3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23年1月13日（木） 10時00分から11時59分

2 場 所 東京ガーデンパレス3階「平安」

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）若杉氏、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

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。年初めの大変お忙しいところを、本作業部会にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。この作業部会ですが、また、昨年12月に親会であります高度化推進検討会の第2回目が開かれまして、中間報告という形で報告がなされております。トリアージに係る部分としまして、特にこちらの議題にも関係がありますが、救急安心センターモデル事業の話でありますとか、各段階における緊急度の判定の役割分析というのは非常に重要なものがあると思っております。昨年12月10日に21年上半期の救急出動件数が約6.1%増ということになりまして、その要因の分析も兼ねまして、救急の将来推計というものを初

めて公開いたしました。それによりますと、平成 21 年の救急出動件数は 512 万件程度ですが、2030 年には 609 万件程度まで上昇するのではないかという見込みを立てております。昨年、平成 22 年の救急出動の年間の数字につきましても、今、私どもは全国の消防本部に照会をかけております。近いうちにまとまると思いますが、東京消防庁などは、既に発表されておりますけれども、過去最高の出動件数になったところもあるようでございますので、恐らくそういう傾向が全国的にも出てくるのではないかと考えております。そういう中でこの緊急度の判定についても、非常に重要なテーマに改めてなってくるかと思っております。また、予算の話でございませけれども、23 年度予算案の中に「社会全体で共有するトリアージ体系の構築事業」ということで、約 4,000 万円ほどですけれども盛り込む方向になっております。こちらにつきましても、本年度のこの部会での成果を生かして、これをいかに共有していくかということで来年度また話を進めていければなと思っております。特にモデル事業の分析でありますとか、救急車利用マニュアルにつきましても、来年度のトリアージ体系の構築に向けて重要なステップだというふうに考えておりますので、よろしく御審議のほどお願い申し上げます。

3 委員紹介

事務局より、出欠者の紹介が行われた。

4 議事

【部会長】

御参集の皆さまにはおはようございます。本日も今お話にありましたように、国民にとってというか、市民にとって重要なテーマで議論が展開すると思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。議題はここにありますように、1、2 があります。順番はこの順番ということになりますので、よろしくお願ひいたします。資料 1 が、安心センターモデル事業で、資料 2 が各段階における緊急度判定の役割ということになりますので、議題 1 は資料 2 ということでもいいんですね。ということで、前半資料 2 に関することから出発したいと思ひます。事務局、どうぞよろしくお願ひいたします。

【事務局】

それではお手元の資料2について御説明します。資料2の別紙の「救急車利用マニュアル」につきましては、後ほど時間を分けてまた御説明いたします。資料2の1ページをお開きください。本日の検討項目といたしまして、全国の消防本部の緊急度判定の実施状況について、こちらは事務局で調査をいたしましたので、その結果を御報告したいと思っております。また(2)につきましては、前回から引き続き、救急の「各段階における緊急度判定のあり方について」ということで、来年度一定程度の予算を確保して緊急度の尺度を共有することについて、御検討いただきたいというふうに思っておりますが、その前段階といたしまして、我が国の救急における各段階で掌握すべき緊急度とその掌握した緊急度に基づいてどのようなことを判断していけばいいのかということについて、御議論をいただければと思っております。また、(3)で「家庭で使用できる救急車利用マニュアル作成について」ということで、その前段階といたしまして、昨今の各家庭における、救急車を呼ぶかどうかということも判断に資するようなもの。また、昨今の救急出動件数が伸びている現状を踏まえて、本当に救急車が必要かどうかというところを問い直す必要があるのではないかといたした事例の紹介、そういったことを内容とするマニュアルについても御審議いただければと思っております。それでは、説明を続けます。2ページでございます。今回、これまで全国の消防本部の緊急度判定の実施状況について、悉皆的に調査したものがなかったので、今回、事務局のほうで実施させていただきました。調査対象といたしましては、消防本部、調査方法については、Eメールによる配布・回収ということで悉皆調査を行っております。調査基準日につきましては、昨年11月1日。調査項目でございますけれども、以下の各段階の緊急度判定の実施の有無ということで、(1)119番通報受信時につきましては、緊急度を判定し出動指令等への反映や緊急判定時の電話相談事業等への転送などを行っているかどうか。また、(2)救急現場における緊急度の判定として、まず緊急搬送の可否を決定するというを行っているかどうか。(3)救急現場で緊急度に応じた病院選定を行っているかどうか。(4)でそのほかに何かやっているものがあればということで、調査をかけております。その調査結果でございますが、3ページがまとめでございます。回答といたしましては、802消防本部から回答をいただきまして、回収率100%の調査となっております。各段階における緊急度判定の実施状況につきましては、その下にグラフがございますけれども、まず、119番通報受信時については、一番左

側の斜線の部分が何らかの統一の判定基準を消防本部内で策定して、それに基づいて実施しているもの。またその次の薄い水色の部分でございますが、これは実施はしているけれど、統一的な判定基準は用いておらず、いわば指令職員ないし救急隊長の経験等によっているもの。それ以外の灰色の部分は、実施していないという御回答をいただいたところでございます。それぞれの実施状況を見ますと、119番通報受信時では、何らかの形で実施しているというのが74.3%、また救急現場の緊急搬送要否決定をしているのが35.7%、救急現場の病院選定で緊急度の判定を実施しているのが65.7%。上記以外の段階で何らか実施していると答えたのが18.2%でございます。それぞれの段階の詳細につきましては、4ページでございます。まず、119番通報時でございますが、左と右にグラフを分けております。左が緊急度が高いと判断された通報への対応として、どのような対策を講じているかというのを調べたものです。ここにありますように、まず「ポンプ隊増強」いわゆるPA連携を行っているところが74%。「救急隊員の増員出動」、4名体制での出動などを行っているのが57.4%。救急隊を2隊連携して出させている、いわゆるAA連携をやっているところが50%。あとは、病状に応じて「医師等の派遣」を行うものがドクターカーを含むもので45.1%。「その他」で18.9%ありますが、回答として、ドクターヘリの要請という回答が来ております。一方で、119番通報時に「緊急度が低い通報への対応」ということでございますが、85%でやっているのが、「同意が得られた場合の自力受診」、医療機関の案内を含むもので、救急車以外での受診をお願いするもの。また、「電話相談の紹介」が53.3%、「電話相談への転送」が13.3%。「その他」が20%で、その他の内訳としましては、応急手当の指導、患者搬送業者の紹介等があります。なお、その他については、特に対応していない消防本部が含まれている可能性もございます。次に5ページでございます。「救急現場（緊急搬送要否決定）」でございますけれども、緊急搬送不要と判断した場合の対応として、実際に緊急搬送不要と判断した場合に、対応を何らか変えているという回答をいただいたのがnが286ということで、802消防本部のうち286消防本部で緊急搬送不要と判断した場合に、何らかの対応をとっているという回答が得られております。一番多いものとしては、「医療機関への自力受診に同意が得られた場合に不搬送」とするという対応をとっているのが73.7%。「同意の有無にかかわらず、自力受診を前提として不搬送」というのが3.1%、「その他」が11.5%で、ここは関係機関への引継ぎ等ということ

でございます。選択式のアンケート調査では、「上記の対応をしていない」というところに回答があるのが、11.5%でございます。また、「救急現場（病院選定）」でございますけれども、527 消防本部で緊急度によって病院選定を変えているということで、そのもっぱらが「高次医療機関とそれ以外の医療機関を区別して選定している」ということで回答が得られています。こういった形で、現在の消防本部においてもこのような形でそれぞれの段階において、緊急度を判定し、対応を変えているという現状ですけれども、こういった対応を変えるに当たって、消防本部が把握すべき各段階における緊急度というのは、医学的な見地からいけば何をもとにどういったことを判断していけばいいのかということについては、後ほど御議論いただければと思っております。よろしくお願いいたします。資料の説明を続けます。6 ページでございます。「救急の各段階における緊急度判定のあり方について」ということで、この検討項目につきましては、前回から引き続き出させていただきます。総務省消防庁として「救急における緊急度」をどのように定義すればいいか。各レベルの名称、内容、各段階で同じ色で表現されているレベル相互の関係というところで、御議論いただければと思っております。2つ目の「○救急の各段階における緊急度判定の目的・役割等について」ということで、先ほど消防本部の現状を御紹介させていただきましたけれども、それぞれ今こういう具体的な対応がなされている中で、緊急度判定のカテゴリーの数とか色を幾つに分ければいいのか。もちろん今の具体的な対応を前提としないで、例えばこういう対応もあり得るので、これぐらいレベルを分けるべきではないかといった御議論とどっちから、帰納的に考えるか、演繹的に考えるかでございますけれども、そこも御議論をいただければと思っております。また最後に、救急の各段階の緊急度判定、それぞれの各段階における緊急度の判定をした際に、それぞれの段階でこういうことを判断して、この色で判断したということと違う段階に伝えることによって、どういうことが円滑に進むかということについても、また御議論をいただければというのが、3 点目でございます。「救急における緊急度」の定義については、前回説明いたしましたので、今回の説明は割愛いたします。8 ページ以降は前回から引き続き載せているものでございます。9 ページが「119 番通報以前における緊急度判定の役割」ということで、119 番通報以前においては、救急車レベルかそれ以外かというところが、ひとつ大きく分かれるところかと思っております。一番上の救急車レベル、この段階に

おける赤に該当したものから、その次の119番通報、いわゆるコールトリアージとか現場トリアージにつながっていくということで、それぞれ各段階がどう連携していくのかということについても、御議論をいただければと思っております。10ページでございますが、「消防本部における緊急度判定の役割」ということで、119番通報時でございます。先ほども対応の欄として、そこにも案として書いておりますけれども、PA連携ですとかAA連携、ドクターヘリ、ドクターカーの出動要請、そういった対応が今なされていますので、そういった対応を是とした場合、緊急度判定カテゴリーというのは何段階に分けるべきか。それぞれは何を聞き取ってどう判断するかということについて、いろいろ御意見をいただければと思っております。11ページが救急現場でございます。こちらは先ほど緊急度の判断に応じて、高いものであれば高次医療機関の選定、低いものであるは自力受診助言となっておりますので、ここについて5段階に分けるのか、それぞれ何段階でいいのかといったことについても、いろいろ御意見をいただければと思っております。最後に12ページでございますが、医療機関、いわゆる院内トリアージでございます。これにつきましては、診療開始までの時間ということになろうかと思えますけれども、ここについてもまた御議論いただいて院内トリアージを前提にして、院内トリアージをいつまでに診療開始をしなくてはいけないかというところを前提に、このトリアージ体系の共有ということを考えてほうがいいのか。トリアージ体系の共有化というところのベースとなる最終的な緊急度の判定はどこに置くべきで、そこから全体を導き出すのかどうか。そういったところについて、いろいろ御議論をいただければと考えているところでございます。最後でございますけれども、13ページ「救急の各段階における緊急度判定の尺度を社会全体で共有することについて」は、これについて社会全体で共有するということの意義を、国民の皆様に来年度以降示しつつ、構築していければと考えています。まずは、その前段階となります各段階における緊急度をどのように定義して、どのように考えていけばいいかということについて、本日もいろいろ御意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。資料2の説明は以上です。

【部会長】

ありがとうございます。資料2は以上ですというんですけど、13ページの社会全体で共有することの具体的なメリットというあたりは、東京で開催された救急の

シンポジウムで、お母様、ここに阿真委員がおられますが、電話相談をしたときに黄色と言われたので、自信を持って夜病院に行くことができた。お母様は要するに遠慮して行かないということと子供の心配ということの2つを夜中に悩んでいるわけです。それで電話をしたら、黄色なので行きなさいと言われたので、救急車で行くということではなくて黄色という水準。東京ですから赤、だいたい、黄色だっただと思いますけれども、だいたいは、1時間。黄色が6時間以内ですね。というようなことがあって、そういうスタンスで病院へ行っただ。僕たちが普段よく議論するずうずうしい患者さんというのは確かにいるんですけども、多くの患者さんたちは、善良な市民だというようなことからすると、この手の話は、何というか、脳味噌にしみたんです。その次のCTASのような尺度を皆が持てば、電話相談をやるなり何なりというのがいいだろうとか、日本語版を早くつくって意思表示ができるといいとか、その後、医療職の間で情報共有をすればというようなことが書いてあります。ここら辺がきょう前半のお話の大事な部分だと思いますので、時間を使って言わせていただきました。しばしこの件で御意見を賜りたいのですけれども、話を先に整理してというか、今は〇〇さんからの話を聞きながら思ったんですけども、各段階のトリアージと何ページかにわたって書いてありますが、患者さんの病態生理学的なコンディションそのものが、多分ある日あるときの、例えばここに患者さんがいたとして、この患者さんの今現在の病態生理というふうなことが、絶対評価としてできていると仮定しますよね。もちろん1時間後、3時間後、またあしたはもちろん変化するんですけども、今この時点においてです。この絶対的な評価がもしあったとすると、その絶対的な評価を一番評価しやすい立場にいる人は、病院の医師、ナーススタッフということで、12ページのように院内トリアージの色分けをもしするとすると、これが絶対的な評価が一番近いんでしょうと。それを滝川さんはさっき言われたんだと思います。その前のページや前の前のページに行くにつれて、絶対評価が後から見て悔いを残さないように、少しオーバー目に見ることによって、悔いを残すことが少なくなるだろうという話になりますね。だから同じトリアージの尺度を使っているというふうにいったとしても、そこには、今言った、最終的というか絶対的というか、電話をして救急車が来て、救急車が運んでそれで診てもらったというときには、既に時間がかかっていますので、そういう意味では、今言った話は、ある日あるときの絶対的な評価といっても、現実的に

は時間がかかった上でのさかのぼりの話になりますので、論理的というか理論的に考えると、非常に難しい論理になるのかもしれませんが、各段階におけるトリアージというのは、絶対的な評価をするに当たって悔いを残さないような形で、少しオーバー気味にトリアージをしているというふうなことで、なおかつ色分けについての議論をしようというふうになっているということを、とりあえず頭の中で整理しておかないと、議論がぐちゃぐちゃになるのではないかとというふうに思った次第です。〇〇先生、僕が言っていることわかりましたか。いいんですよね。

【〇〇委員】

はい。頭の中を整理していました。大丈夫です。

【部会長】

ということで、この前段の役割分析、緊急度判定の役割に関することで質疑したいと思います。のっけの最初ですが、4ページに802消防本部のうち592消防本部が答えてくれたという緊急度の高い場合、低い場合はnが60ですね。800から500幾つを引くと200ぐらいになりますね。800から60を引くと700幾つになりますね。それらの消防本部は、そういう場合の対応なしというふうに考えていいんですか。

【事務局】

緊急度が高い通報へ何らかのものを実施しているということで、3ページですと実施している消防本部は596ということで、596消防本部が実施しているという回答をいただきました。そのうち緊急度が高い通報への対応をしているのが594ということで、緊急度が高い通報への対応として、何らかの対応を変えているというのが594。差し引きしますと、約200程度が変えていない。

【部会長】

208ですね。

【事務局】

208が変えていない。また、緊急度が低い通報への対応、nの60というのは、596の内数でございまして、差し引きすると742本部は、緊急度が低い通報であっても対応を変えていないという形になります。統計的な整理としてです。

【部会長】

対応の方向は、今のところ特別なことはしていない、書き忘れとかではなくてですね。

【事務局】

そうですね。回答がなかったという意味でやっていないと、私どもは理解しております。

【部会長】

というような話のようです。これは皆がいろいろお聞きしたいことがあると思いますが。いかがですか。

【〇〇委員】

大阪の医療対策課の〇〇と申します。素人的な素朴な質問で、消防関係の方にお答えいただかないとわからないと思うんですが、今の4ページの「緊急度が高い通報への対応」というところで、「医師等の派遣」はすごくうなずけるところがあるんですが、その上の「ポンプ隊の増強出動」とか「救急隊の増強出動」という対応をされているところがあるんですけども、ある1人の患者さんの緊急度が高いという問題と、複数傷病者であるとか、あるいは救助困難であるという状況の困難度でポンプ車が出るとか、あるいは路上で交通の非常に煩雑なところに出るので、応援が要るとかというような対策のための項目と、一個人の状態が悪い、緊急性が高いということの対策は違うと思うんですが、素人の私にはポンプ隊が出るとか救急隊が複数出ることによって、緊急度が高いからということ、何をするために出ておられるのか、ちょっと具体的にイメージできなくて、こうすることによって一個人の緊急度の高さに何か付加的な対応ができるということがあるのかどうか、教えていただきたい。

【〇〇委員】

横浜市消防局でございます。確かにその疑問というか、実はそのとおり2つの要素があるんです。1つは横浜市の場合は、ポンプ隊が消防車が今95隊、救急隊が62隊です。救急隊は冒頭消防庁さんからもお話があったように、ほとんど出っ放しの状況が今出てきている。そういった中で緊急度が高い傷病者が発生したときに、例えば救急隊が出ていってその地域がちょうど空白になっているというときに、CPAが出た場合にポンプ車が行く。ポンプ車の中にはAEDを積んでいたり救急隊の資格者を載せていたりということがありますから、そういう意味では緊急度が高いところとにかく消防職員、まして救急資格を持つ、あるいはAEDを積載する。そういう職員がまず行くわけです。そして応急処置をする、観察をする。その後

救急隊が来る。その空白を埋めるというのが、一つはございます。もう一つは、今お話のあった、交通事故とか高層の建物の場合、救急隊員3人ではとてもじゃないですけれども、マンパワーが足りない。また、今は救命士の処置が拡大されていますので、例えば心マをしながら薬剤投与していくと、3人では足りないという場面が出てくるんです。ですから、一つは迅速な到着、もう一つはマンパワーという2つの要素があるということでございます。

【〇〇委員】

東京消防庁でございます。確かに御指摘のように、個人の方々の傷病程度という医療の面での重症度、緊急度とそれから消防という業務でいいますと、救助というところに入るんですけれども、通報されてくる方も要するに一般の方なので、その内容から判断をしなければいけない。これが必ずしも急病のように家族の方で関係者で正しく傷病を伝えていただいているかどうかわからないという中で、例えば今交通事故があつて傷病者がいるようだというような通報があつたときには、何台ぐらいが衝突していますか、付近の状況はどうですかという形で聞いて、どういう部隊を充当していくか。それによって早く救助をして医療機関のもとへ送るというのも、消防でいう一つの重要な仕事でございます。それが結果として救急要請という中で考えた場合に、ポンプ隊を多く要請して、今お話がありましたように、救急を中心として狭い自宅の中から人を早く救急車の中に運ぶために人が必要だというマンパワーの充当。あるいはなかなか救助できないので、救助隊を入れていくというような部隊の投入。それと、長時間かかるのでそこには医療が必要だということで、お医者さんの導入という形での判断を、119番通報の目に見えない範囲の中で判断をしていくというところがございますので、必ずしも傷病程度による重症度、緊急度ということではなくて、それから予想されるということに応じて、より安全側に立った形で適性する部隊を充当していく。東京消防庁の場合でいいますと、現場で救助に時間がかかるということでありまして、東京DMATという形で医療機関のチームを投入していくという方法、あるいは判断に迷った場合にお医者さんに来ていただくという医師要請。それと場合によってはドクターカー要請というような、大きく分けると3つぐらいのお医者さんに現場に来ていただくという方法もございます。あわせて、先ほど話がありましたけれども、1人の人の重症度・緊急度の関係から1隊救急隊が行くと3名になります。基本的には救急救命士の方と医療職

の方が1人乗っています。だけど、それでは足りないだろうと電話の内容から判断した場合は、救命士の乗っているほかの救急隊を出していく。あるいは救急隊の資格があるものが乗っているポンプ隊を出していくというPA連携というものもごさいます。東京の場合は、先ほどもお話がありましたけれども救急隊員がいつも出ているという状況もごさいますので、より近いところのポンプ車、救急救命士が乗っているようなポンプ隊の編成ができる隊員がいるのであれば、東京消防庁では第6救急隊とっていますけれど、重篤、重症な患者さんが予想される場合には、そういった方がポンプ隊から救急隊に乗りかえて出動させるんですというような、部隊運用と申しますけれども、そういった運用を119番を受ける指令室のほうで判断をして出すというような形もごさいます。純然たる医学的な判断要素でなくて、部隊運用という形での概念からいろいろな部隊を投入していくということも判断に含めていると思います。以上です。

【部会長】

あと、大阪、奈良から見えていますね。コメントを。

【〇〇委員】

大阪市消防局につきましては、PA連携という言い方がどこまでを含むかというのがあると思うんですが、東京さん、横浜さんがやられているようなシステム的には大阪はまだやっておりません。研究はしておりますけれども、指令段階のときに、例えば今、〇〇課長がおっしゃったような一対一、患者さんが1であるということのみをとってその緊急度が高い、CPA患者だからといってすぐにポンプ隊を付加するというような運営体制は今とはっておりません。ただ、通報の中には当然転落事案とかそういったものはレスキュー隊が要りますし、ポンプ隊も付加して出します。それは通報内容によってマンパワーというものを出していく。患者さんの状態が、例えば労災事故なんかで手が挟まっているということで医師の要請を早くするというようなことはしますが、システム的に最初の段階でポンプ隊を付加するという体制は、今のところはっておりません。

【〇〇委員】

奈良県でございます。ちょっと詳しいことはわからないんですけど、まず11月にされましたこの調査の結果、119番通報受信時で緊急度判定を実施しているところが、奈良県は13消防本部のうち9団体。実施していないところが4団

体というところがございます。実施しておりますけれども、判定基準は使用していないという状況になっております。今の大阪府さんの質問の内容でございますけれども、奈良市の分しか資料を持っておりませんが、奈良市は119番通報時の緊急度判定を実施しているということで回答を得ております。ポンプ隊増強出動の部隊運用と救急隊員増強出動の部隊運用、医師等の派遣をやっていますが、救急隊員の増員出動の部隊運用はやっていないということでございます。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。事務局は「119番通報時、緊急度が高い通報への対応」という質問をつくったときには、話の流れからすると患者さんの状態がというふうに質問を投げかけているのではないかなと想像しますが、それでいいんですね。

【事務局】

はい。

【部会長】

受け手としてはそういうふうなことも含めて、例えばPA連携をやっているとかがそういうふうになっていると多分答えているだろうということですね。

【事務局】

私どもの質問の趣旨としては、今、部会長からおっしゃっていただいたように、傷病者の医学的な緊急度に基づいて応急措置までの早さですとか、あとは応急処置の高いもの、医師による応急処置が必要かどうかというところについて、判定されているかということを知っているつもりでした。しかし、隊の出動については、社会的な状況から増強出動が必要というもので、緊急度ではない部分で、隊の体制としてというところがありますので、そこはダブルミーニングになってしまったのかなと思います。

【〇〇委員】

今のディスカッションの中でPA連携には緊急度だけでなく別の部分があるというのは入っていたと思いますが、それを重症度と結びつけて考えようとするすと、こぼれる事象があると思います。私自身の経験でも、私は福島県で脳外科をやっていますが、「助けて」という電話1本でそのまま連絡が途絶えて救急隊が逆探知して駆けつけ、二十歳前の女の子が脳出血を起こして意識不明になっているのを発見したのだが、実はその時、その女性はマンションで一人暮らしでかぎがかかっていた。レ

スキュー隊が一緒に行って扉を開け、私の病院に運ばれてきたのですが、そのときは瞳孔が両方開きまして、目の前で呼吸が停止してそのまま最低限の検査で手術に入りました。救命して、しばらくして親御さんといらした例があります。こういう例を救急隊だけで、しかも重症度判定に限られたリソースで、2人とか3人のチームで対応しても間に合わないのです。聞いている話では、東京ではマンションの中やストレッチャーで入れないようなところ、かつぎ出せないような場所は救急のスキルだけでなく、レスキューのスキルを持った方が一緒に来ると、非常にスムーズにことが運べるので安心できるということです。結局重症度というものと、それからそれを取り巻くもう一つのが必ずこういう救急のケースにはついて回ると思います。だから議論を重症度に限って、その中でP A連携が妥当かどうかという話になると、こぼれる部分があると思います。長くなって恐縮ですが、一つは田舎の例、もう一つは東京の例、いずれも結果的にうまく作動したという例がありますので申し上げました。

【部会長】

もともとの消防の中から出てきた救急車の活動の現状を考えますと、今の御発言を含めて一連のお話は、状況を今のところ確認したということではないですね。もうちょっと露骨に言うと、もともとCTASみたいな形、つまり12ページのような形でのグレーディングをそもそも消防機関がやっているかということ、実はとても重症ではないというところはやらざるを得ないのでやっているということで、そういう意味では体系的な話が出ていないという中での質問で、こういうふうなことになっているというふうに考えていくんだらうと思います。MCを一生懸命やっておられる先生方で、何かありますか。

【〇〇委員】

今、〇〇先生がおっしゃるとおりで、現場の状況がわからない中で、わからないときは少し出さなければいけないということがあると思います。もう一つは、一番具体的な例で言えば、心配停止に対して通常の3人の救急隊員で足りるのかどうかということに関して言えば、これはやはり今の特定行為とかを考えると、日本の救命士制度の見本になったアメリカのパラメディックでいえば、基本的には心肺停止は4人以上で活動するというのが標準で、ファーストレスポnderとして行った消防隊とパラメディックが現場では共同して迅速に活動して、すぐに収容して病院に

行くというようなことになっています。実際、そういうものに対して3人では恐らく足りないというふうに思っているところは、何とかそういうものを通信段階に見つけ出してポンプ隊を出すなり、あるいは4人に増強して救急車に1人多く乗せていくなりということ、実際活動されているんだと思います。その中で、どういう通報内容だったらそういう可能性があるのか。100%心停止だと思うものだけ出していけば、これは先ほどの〇〇先生のお話のように、全然だめなので、そうすると、どこまでオーバートリアージを容認するためにどうしたらいいかという基準がまだ明確になっていない。かなり消防本部ごとでPAをやっているといっても、全体中の何十%も出しているところもあるかと思えば、年に1回か2回というところも、恐らくこの中に入っているのではないかと思います。

【部会長】

そこまでもちろん聞いてはいないんですけど、少なくとも594とか60とかという数字が出ますね。昔も話をしたことがあるんですが、東京消防庁も一消防本部ですね。それから、稲城市消防本部も一消防本部ですね。この594というnは、国民の何%ぐらいかという話は多分わかるはずですよ。例えば東京+大阪+川崎+とやっっていけば。そういうふうなものが何となくわかるような話があるといいなと。消防本部が幾つとか出てくると思うんです。つまり、こんなことを言っておかしいでしょうが、アフリカの一つ一つの国も一票持っていますし、アメリカも一票だという話で、一体何なんだこれはという話になりますから。そういうふうな観点でいくと、594の消防本部ということになると、国民全体の7~8割は恐らくカバーされているんでしょうね。

【事務局】

はい。

【部会長】

全体の7割だといっても大きいところはほとんどやっているでしょうから。そういうふうな景色が今ここにあると。

【事務局】

もちろん特定されておりますので、消防本部ごとの管轄人口も出ています。まだ、集計させていませんけれどもやはりそういうことでどれぐらいの国民が享受しているかということであればこれは、すぐ集計はできます。

【部会長】

いつもすぐ集計できるんだよねと思いながら、つつい時間。

【事務局】

わかりました。そういうのも加味していきたいと思います。

【部会長】

今議論をしておかないといけないのは、目次の最初のページのところの、「救急の各段階における緊急度判定のあり方について」ということで、森村先生などにはぜひ発言いただきたいのですけれども、12 ページにありますこれは、この会議でも出てきたCTASのものを、つまり15、30、60、120分以内にとかそれごとに見ましようという話なんだと思います。こういうふうなことがもし先ほどお話しした絶対的な評価としてあったと仮定して、例えば電話のときの9ページの右側の、「とは何か」というか、つまり病院でいうとそのまま引き続き治療を続けるというか、そのまま見続けましようというか、蘇生という話になるわけですが、東京だと電話の赤はそのまま救急車とか、さっきだいたい色が1時間以内に御自身でとかありますね。そこら辺の色遣いと表現の仕方というあたりで、病院の赤というのは赤とはいいながら、電話の赤とは同じ内容でないのは先ほどのとおりですね。つまり絶対的な赤という話があると仮定して、救急車が行くときの赤と電話のときの赤とは違うわけです。そういうふうな意味で色の景色と右側の対応というか、ある意味定義みたいなものですね。そこら辺について、〇〇先生を皮切りにぐるぐるしていきたいと思うんですが、よろしく。

【〇〇委員】

今のお話の中で私がずっと思っていることは、今回の緊急度評価は、緊急度評価のどのページの中にも、9ページ、10ページ、11ページ、12ページでも、それぞれの色の中にある言葉はその段階でそれぞれ意味がある話で、我々が目指しているのは、カテゴリー化、類型化するということが一番の重要なところではないかと思えます。前に学会でも少しお話ししたことはありますけれど、例えば9ページの赤は、恐らく病院の中ではブルーから白まで入っているはずですし、9ページの電話の段階での黄色あるいは緑というのは、恐らくはそのカテゴリーの分け方が、精度が高ければ病院に行ったときの黄色、緑、白になっていくんだろうというふうになるので、作成の作り手である我々のほうが各段階の言葉のほうに固執しながらつくり込

んでいきますと、非常に混乱するというふうに思いますので、自分自身もそれを混乱しないように常に考えながらやりたいなと思っています。それが大前提じゃないかということで、皮切りでこれくらいでよろしいでしょうか。

【部会長】

いいんですけど、対応（案）とありますね。こんなものかなと思うということでよろしいですか。

【〇〇委員】

この中がですか。

【部会長】

はい。こういうのを緑と決めると、黄色と決めるといってしまえばそれっきりなので事務局としてはこの4色でいけばこんなものかなと。

【〇〇委員】

初めのところでこのようなものかなと思いますけれど、これは多分一番最後の12ページのところの対応をした次の右側の列に本当の予後があるはずなので、例えば15分以内に診察した人たちのほとんどすべてが緊急処置を要したというのを定義とした場合、それを赤の定義にしましょうということを最終的にやらないといけないと思うんですが、それと照らし合わせると、もともとのコールの黄色の6時間とか直ちにとというのは、精度がどうだったということを検討する必要があると思います。ただ、初めからは我々はレジストリーを持っていないのでわからないので、まずは常識的な諸外国のデータ、カテゴリーの分け方を見ますと、6時間なのか8時間なのかというのは別ですが、おおむねこれぐらいということで違和感はないかなと思います。

【部会長】

〇〇先生いかがですか。特に今すぐにということがなければ次の方へと思います。〇〇先生は〇〇先生と本件については、比較的に歴史的にかんでおられますので、12ページぐらいからさかのぼるとどんな意見をお持ちかと。

【〇〇委員】

私どもは今検討しているところから考えますと、座長がおっしゃいましたように、12ページのところから先を見渡しているというようなこととございます。12ページのところは、今お話もございましたようにCTASを基準にして日本でこのまま使

っていけるだろうかということを検討している段階ですので、ここは余り触れないでその前のほうで、それで見えますと、前段の9ページから、このようになるのかなということ、今すぐにここへのコメントはないんですけども、ただ9ページのところを見ますと、自分たちがということであったり住民自身がということであったり、それからいろんな人が電話相談をとっている。そのところで、こういうような判定レベルがあればということだろうと思うんです。それでいいですよ。そういったときに、恐らく救急車レベルというのは、余り問題なく整理ができるんだらうと思うんですけども、逆に黄色、緑あたりのところがうまくできていくかどうかということ少し案じております。と申しますのは、北国札幌でつい数日前に産科救急の電話トリアージをしている、電話トリアージというのか相談というのかという議論をしたりしているんですけども、主に助産師たちなんです、その者たちのディスカッションといいましょうかセミナーがございました。その中でもいろいろ話をいたしました。電話による医療者側がキャッチするデータというのは非常に限られておりますので、その中で黄色なのか緑なのかというあたりの判断は、非常に難しいというようなことがございます。この辺を余りしっかり線引きしてしまうと、かえって難しいのかなと。ここは一たん線引きはするけれども、グレーゾーンといいましょうか、緑に行ったり黄色に行ったりすることが、時間の経過の中にあるということが少しわかるようにしておいてあげたほうがいいのかなというふうに思ったりしています。

【部会長】

ありがとうございます。11ページに「適応医療機関」とありますけれども、ここの辺も結構難しいのかもしれない。〇〇先生、いかがですか。

【〇〇委員】

それぞれの段階で、比較的同じようなシンボルで赤、黄色、緑と分けて考え方を整理していただいたということに関しては、非常にわかりやすくいいと思います。ただ、それで赤は電話相談から病院まで含めて、同じものがすべて赤に含まれるということは、恐らくそのときで得られるリソース、どういうふうな情報が得られるかとか、だれが判断するかということによっても大きく異なってきますので、余りその一貫性はこだわらないほうがいいかなというふうに思います。あとは、救急隊のところ、もう一つは搬送ということがありますので、例えば心肺停止をどこ

に運ぶかといったとき、もちろん心肺停止というのは一番緊急性の高い病態ではあるんですけども、それは救命救急センターに行ったほうがいいのか、直近の医療機関にまず行ったほうがいいのかということに関しては、地域のMCで考えていくことではありますけれども、救命救急センターに行くよりは、高度というよりもより早く医師のもとに行ったほうが良いということもあると思います。そこが少し選択の中に、どのくらい早く、何分以内に病院にたどりつくかということと、どんな機能を持った病院にたどりつくかということが、この中で先ほどの適応医療機関ということも含めて、中に混在しているということを、ちょっと頭に置いておかないといけないのかなと思います。病院でのトリアージ、CTASの5段階に分けられるかどうか、分けることが非常に面白いというか、サイエンスとしていいんですけども、実際の病院で運用を考えたときに、黄色とか緑とか白の人がいっぱい外来にたまってきたときに、常に緑を黄色より先に診るか。来た順番と微妙な重症度の違いの中で、実際に入れかえをしたときに、うちは最初から待っているんだという患者さんに対して言えば、緑も黄色も白もその辺まで来れば、2時間以上待たせることがないのであれば、もう十把一絡げで順番どおりに診るという運用もあると思います。この辺は実際分けることとどう運用するかということは、それぞれの医療機関の中で考えなければいけない問題かなと思います。ただ、とりあえずたくさんに分けておけば、後で何かと何かを一緒にするのは簡単なもので、この5段階でいいのかなと思います。

【部会長】

総務省消防庁の会議ですから、基本的な筋道の部分を示して、あとは地域社会がまた考えていくというふうな話になるのではないかと思います。お願いします。

【〇〇委員】

よろしくお願いします。〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生もお話がありましたけれども、概念としては、最初はここから始めてよろしいかと思います。その理由は、最初の9ページのもの、基本的に情報量が限られた時間の中で得てする必要がありますので、余り細かく時間まで分けるというよりも、基本は緊急度の判定も必要なんですけれども、重症度を落とさない。それをメインで概念としてトリアージができれば、基本的にはクリアできると思います。あくまでも重症度は8割カバーして、2割緊急度も落としてはいけないものも入ると。重症度の判定は、いつも皆さ

んが認識されているとおり、バイタルサインですよ。あとは視診、それに限られると思いますので、そこで今電話相談を含めて口頭で病歴を聴取してできるものを入れるという形で、そのまま発展させていけばいいと思います。逆に病院に着いてからのトリアージ、12 ページに関しては、むしろ情報量が明らかにふえています。もう一度バイタルサインを繰り返して搬送されたときに重症度が変わっている可能性があるのですが、これはもちろん重症度判定は、従来の日本のトリアージと同じく従来法で行うとして、基本は医療の現場で医療者が落とすにはいけないのは、あくまでも緊急度判定のほうが一般の病歴、さらに身体所見の情報が入りますので、視診だけではなく触診だったり聴診だったりとか。基本はここでは重症度はもちろんですが、むしろ病歴、身体所見も含めて鑑別疾患を考えた上での緊急度判定、それを落とさないためのプロトコールということで、もちろん緊急度の高い疾患、これから急変し得る疾患ということですから、その可能性を確率論で考えるとこういう時間、何時間あるいは何分までこういった疾患の可能性が高いので、同時進行で複数の患者さんを診療する上に当たっては待てるであろうという判断ができると思いますので、最初のつくり込みはこのカテゴリーでよろしいと思います。

【部会長】

今のお話は 12 ページを見ながらも聞くことができるんですけども、11 ページの救急隊が行って、救急隊はそれなりの訓練の上での国家資格プラス血圧その他の道具立てを持っているわけですね。ですから、恐らく 12 ページのものと 11 ページのものが全く同じかどうかは別にしても、さっき言った、緊急度、重症度というふうな観点でいくと、相当程度シンクロする価値規範に従ってやるべきだということではないんですよ。そうすると、対応のところに、先ほど〇〇先生がちょっとおっしゃった時間のファクターを入れるという話は、緊急に診察とか 15 分以内に診察とかありますけれども、そういう意味では適応医療機関というコンクリートの塊が並んで書いてありますけれども、実はコンクリートの塊も大事なだけども運ぶ時間というふうなそういう意味でのプロセスというか、過程というか、そういう柔らかなソフトの部分も入れ込んで対応というところでまとめていくという話なんじゃないですか。さっき〇〇先生が言いましたけれども、対応の次にアウトカムがあるはずで、そこからフィードバックしろという話は、全部に関して同じことが言えますから、それでもってまた進化していくと。〇〇先生、いかがですか。

【〇〇委員】

小児医療の立場でお話しさせていただきますと、9ページの家庭における緊急度判定カテゴリーと12ページの医療機関における緊急判定カテゴリー。今この表を見せていただきますと、これは成人の緊急度の判定だなという気がいたします。小児医療についての判定にはなっていないというふうに思います。御存じのように、緊急の場合でもお父さんが自家用車で急患センターに運ぶ家庭が多くて、救急車をお願いするというのは、成人に比べて割合は少ないわけです。しかしながら、例えば先ほどの調査もありましたように、12ページの判定度の中では、私たちの日本医師会「小児救急あり方検討委員会」は、ちょっと昔になりますますが平成14年3月に報告書を出していますけれど、その日に来た全国の小児救急センターにおける小児科の医師が診察した搬送患者を緊急度別に分けて、統計をとっておりますと、大体0歳児の時点で80%は緊急じゃなかったよと、小児科医はそうっております。しかしながら、搬送をしていただいた救急隊の方、家庭から電話をかけたお父さんお母さんは、もうとにかくこれは緊急である、それ救急車というふうにして連れていってもらったわけです。そのぐらいの差異があるわけですから、小児医療については少しこの考え方を崩していただきたいというふうに思います。特に小児の場合は、生後3カ月までのお子さんにつきましては、先天的な異常を持ったお子さんが含まれています。それが重症化したり、生後3カ月の間に発病したりすることがあります。これはだれにも予測できないことでもありますから、これはもうとにかく病院に連れていかないと仕方がないわけです。それから、育児不安という言葉が最近はやっていますけれども、育児不安のための救急車をお願いする。これが非常にたくさんございます。私どものやっている#8000では、育児不安のためにかけてくると私たち相談員が判定しているのが、80%ございます。それはやはり消防隊のほうにもそういう形でかかってくるのではないかと思います。例えば引きつけを起こした。2回目の引きつけです。でも、救急隊が現場に行ったらもう引きつけは収まっています。じゃどうしますか。でもやっぱり診ておいてもらいたいといって病院へ運んできていただくということになります。先ほどのPA連携の話ですけれど、私も幾つか経験がありますけれども、簡易便所に1歳前後の子がとことこ歩いていって、すんと落ちてしまった。頭のとっぺんだけが残ってしまって下は潜ってしまった。これはもう作業をして掘り起こして、便所を壊して助けないといけないわけです。そ

れから、ベビーベッドの柵の中に首が挟まって体がぶら下がってしまった。これも私の経験ですけども、やはりベビーベッドを壊さないといけないんです。こういうのはやはり医師だけではなく、いろいろ技術を持った人たちと一緒にいかないといけないわけです。ぜひともその辺のこともお考えいただいて、より良い対策を考えていただければと思っております。要するに、どうも今の私たちの小児科的な考え方からすれば、トリアージのこの判定基準というのは家庭においても医療機関においても、現場の小児救急医療には余りなじんでいないなというふうに思っています。どうか御検討をよろしくお願いいたします。以上です。

【部会長】

各論に入りますと、先ほどの妊婦の話が出てきたりとかで、それぞれの世界で奥が深いので、話としてはおもしろいんですけど、極めて平たく言ってしまうと、東京における#7119のある意味の社会実験というんでしょうか、安心センターモデル事業の効果分析も出てきます。そこでは先ほどお話じゃありませんけれども、ベストテンの中に子供さんの項目が山ほどあるんですね。ですから、それなりに効果的なことが少しずつ始まっている。CTASの話が出たので、順番でいくと、若杉先生にお願いしたいのですが、12ページのこういうふうな分類、緊急度判定の体系的な方法論を少しリバイスして11ページのような形で、救急隊のトリアージのカナダ版がございますよね。それらは妊婦であれ、子供であれ、大人であれというようなことになりますよね。そこら辺のこともあるので、余り時間はないんですけども、簡単に今言った流れというか、救急の各段階における判定のあり方についてのコメントをいただきたいと思えます。

【〇〇委員】

12ページにございますCTASでのレベルで書いていただいていると思えます。これは現在カナダのほうでは病院で運用されているものということです。昨年度くらいからプレホスピタル版のほうをカナダでも開発して、だんだん使っていこうという形になっているようですが、これもまだカナダのほうでも全面的に使っているわけではなくて、これからデータをとって整合性を図っていくと。

【部会長】

カナダのケベック以外でしょう。ケベック州は最初からCTASを使っていないんでしょう。

【〇〇委員】

はい。ということになるので、〇〇先生が最初におっしゃったように、日本においてもちゃんとしたレジストリーをした上で今後も検討していくということが、非常に重要なことだろうと思います。そういったところで、皆さんに信頼されるようなトリアージ区分になっていくのではないかとこのように思います。

【部会長】

子供さんについても、同じく基本的なかさの中に入れ込んでいくという形でカナダでは行われている。

【〇〇委員】

はい。

【部会長】

それから、あとドクターだと石井先生ありますか。

【〇〇委員】

いえ、結構です。

【部会長】

ではお母様代表で。こういうふうな形で全体が、つまり色の意味する意味は違っていても、色によって自分たちの困り加減を評価することができる。合理的なといったときには、合理的な人ほどいてもらうということも含め、ということになるんだと思いますけれども、今までの議論を聞いていて、ちょっと。

【〇〇委員】

わかりやすくいい取り組みだと思います。一点だけちょっと気になっているのは、また私も小児のことなんですけれど、小児はほとんど夜中に起こることばかりです。そのときに昼間でも例えば6時間以内、夜間に起きても6時間以内とか、そのあたりの今すぐという昼間でも夜中でも同じことなのかというのが、ちょっと気になるところです。私が持っている冊子とかだと、昼間だったらどう、夜だったらどうということが書いてあったりします。その点だけ、これは共通で大丈夫ということであれば、それは自信を持ってそういうふうになっていけばいいと思うんですけども、それがそうじゃないんだったら昼間だったらどう、夜だったらどうということがちょっと必要かなというふうに思います。

【部会長】

〇〇先生、1時間以内に来なさいとか、6時間以内、8時間以内に行きなさいというのは、日勤帯であれ夜間帯であれ、同じことでいいんですよ。

【〇〇委員】

今のあれでいくとカテゴリーは変えなくていいと思うんですが、緊急度判断カテゴリーと対応の間にCTASでいうところの modifier という考え方があると思います。つまり、黄色と医学的に判断しても、諸分子を解析した結果、この方は赤のほうがいいだろうという対応をとって今までの#7119では運用してきましたので、そこを切り分けて考えればわかりやすくなるのかなと思います。

【部会長】

それはお日様がどこにいるかという問題ではなくて、社会的な背景も含めてということになるわけですね。大体今のところ皆さんの意見はこんなところだと思います。一方的にメディカルドクターにぐるっと聞いていったというのが今までなんですけれど、〇〇先生、何かありますか。次に市民の立場に近いというのが多分〇〇先生ではないかと思って。あとここにいるのは業界筋ばかりですから。

【〇〇委員】

むしろ最後のパンフレットをつくる時のほうに話が行ったときに意見を言わせてもらいたい。

【部会長】

わかりました。今、最初の資料2をずっとやってきましたけれども、一番最後の「家庭で使用できる救急車利用マニュアル」は電話相談と同じとは言いませんが、マニュアルに相談するということからすれば、やはり家庭での判断の1つのツールになるわけです。これは具体的な作業、方法、スケジュール、ここに書いてありますけれども、事務局どんな塩梅ですか。極端な言い方ですけど、たたき台が出てきたときにみんなでばたばたというのが一番早いんじゃないかという気がしなくもないのですが。

【事務局】

それでは、資料2最後を14ページからの御説明を続けさせていただきます。ここで「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、今回は第3回作業部会でございます。本日お配りした資料の2の別紙で、これをたたき台

という形で本日御提示させていただきました。本日いただいた意見、またお持ち帰りいただきまして御検討をいただいたものをメール等で事務局にお寄せいただきましたら、それを踏まえて次回最終案という形でデザイン等も事務局で検討の上、お示ししていきたいと思っております。資料2の別紙の素案の御説明をさせていただきます。資料2、1ページは表紙ですので飛ばしていただきまして、2ページでございます。救急車の適切な利用方法を理解をしていただくため、救急車利用マニュアルを作成しましたので御活用くださいという形で、適切な利用方法の理解という形で、このマニュアルの作成の目的を書いております。まず、1つ目が救急車の呼び方ということで、救急通報をされるような場合、何を聞かれるのかがわからないような場合とかいろいろ御家族が倒れた場合とか混乱されているようなときもありますので、何を聞かれるのかというのをまとめた形で、救急通報のポイントをまとめているものを、まず1ページ目に入れております。3ページ、4ページは、本日のないし後日、委員の皆様から御意見をいただきたいと考えておりますけれども、ためらわず救急車を利用すべき事例ということで、こういう症状が見られた場合には、ためらわず110番に通報してください。ここは先ほどの議論で言えば、オーバートリアージ気味に書くということになるかと思っておりますけれども、ここでも成人と4ページに小児という形でそれぞれ症状も違うと思っておりますので、大人のページと子供のページを分けまして、また、家庭で使用するときどこに異常があるか、部位別で症状を並べて見たほうが家で使いやすいのではないかとということで、こういった形で人形から伸びるような形でやればどうかと思っております。ここに掲げている症状につきましては、これまである程度自治体のほうでつくられているパンフレット、学説的なものからとっております。これについてはこういったものも追加したほうがいいのか、こういったものはちょっとというのがあれば、ぜひ御意見をいただきたいと思っております。3～4ページが、ためらわず救急車を利用すべき事例の大人版、子供版でございます。5ページ、上のほうが今度は「考えてほしい救急車の利用例」。考えてほしいという書き方で、本当に救急車が必要でしょうかという問いかけの形で事例を紹介するという形です。救急車は限りある資源で国民みんなで共有するライフラインということを書いて、本当に救急車を必要とする人のため、明らかに緊急度の低い症状の場合、タクシーなどの救急車以外の交通手段で医療機関にかかる。119番は控えましょうという形で書かせていただいております。

その下にこれまであった救急車の利用事例で紹介されているもの、ないし救急企画室に救急隊員が来ておりますので、そういった方々から意見を聞きながら本当に緊急性があるのでしょうかという問いかけの形で、何点か事例を紹介させていただいている。ほかの交通手段でいけないのでしょうかという問いかけをしている。その下が「救急車を呼んでいいかどうか判断に迷ったら」ということで、相談窓口があるところ、#7119 を設けている自治体についてはそこを紹介したり、子供の場合は#8000 も紹介したり、あと救急車以外の搬送手段ということで患者等搬送用自動車の紹介をするという形で、この辺についてもこういった記載を追加すればということについても御意見をいただければと思っているところでございます。6 ページが救急車に関する Q & A ということで、救急車で病院に行くときにこういったものを持っていけばいいのかと、大体何分で来てくれるのかとか、救急車が来たら救急隊員にどういったことを伝えればいいのか。あと救急車に乗せた場合になかなか出発しない場合があるんだけど、そういうときは何をしたらなかなか出発していないのか。あと P A 連携、なぜポンプ車が一緒に来るのかといったことについて説明するようなコーナーを設けております。7 ページで参考ということで救急の現状に関する資料ということで、救急の現状についても若干知っていただけるようなコーナーを設けたいというのは、これは総務省消防庁の思いでございますけれども、そういった形で救急出動件数及び搬送人員の推移ということで救急出動件数が伸びているということでございますが、そういったことも知っていただきたいというふうに書いてあるところでございます。駆け足でございますが、本日たたき台としてお示しさせていただいて、これについて本日ないしはいろいろ御検討いただいて、今月中ぐらいに事務局に御意見をお寄せいただいて、それを踏まえてデザインも精査して、次回またお示しするという形で確定をしていけたらというふうに、事務局は思っておりますので、どうぞよろしく御審議のほどをお願いいたします。

【部会長】

一気に審議というのもなんですが、全体の構成などについては、何か御意見はございますか。〇〇先生、さっきこちらで何かとおっしゃった。

【〇〇委員】

済みません。そちらのほうに議論を流してしまったような感じがして申しわけありません。多分一番最初に有賀部会長がおっしゃったように、資料 2 の 13 ページの

お母さんでしょうか、お母さんと言っはいけないのかな。親御さんからの発言があったというようなことにすごく感銘を受けたというお話があったと思いますが、私も小さい子供がおりますので、多分多くの親御さんは自分の子はすごく心配だけれども、特に夜なんかは救急車を呼んでいいかというのをすごく、そもそも救急車を呼んでいいかということには余り頭が行かないで、もしくは病院に行っでいいかすらすごく悩むんだと思うんです。そういうことを、先ほど小児のことを十分反映したレベルになっているかどうかという議論があったと思いますが、そういうことを考えていただくと、これは希望ということになりますけれど、ありがたいというふうに思いました。最初にこの資料をいただいたときに、タイトルが適切な利用というふうなことが書いてあったので、もしかすると不届きなというか、本来使うべきではない人たちが使わないでくださいというのが前面に出るのかと思ったので、ちょっと心配したんですけれども、いただくとむしろためらわずに救急車を呼んでくださいというところが前面に出ているので、すごく構成としてはいいなというふうに印象を持ちました。あえてつけ加えるというか、直感としていうと、例えばためらわずに119番してくださいといっても、多くの人たちはためらうので、そのときに、これは全国に出すのでなかなか難しいのかもしれませんが、例えば東京だったらこういうのがすぐにあります。もし迷ったら、ためらわずに119番の横のところにこんなものもありますという形で出していただくと、本当は親御さんはすごく使いやすいんだと思います。そういうような感想を持ちました。

【部会長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

私もすごくシンプルでわかりやすいものだと思います。一つ私の意見は、前も言ったと思うんですけれども、こういう利用はやめましようという事例は、こういったものを結構一生懸命読む人というのは、こういった利用をする人ではないので、こういった利用をやめましようというものをつくるのであれば、到着までの間にこんなことができますよと、心肺蘇生のこととか、ちょっとイラストが2つ3つぐらいあってもいいかなと思います。あと、東京消防庁さんの前回新聞の折り込みで、広報でたくさん配られたものが、何といいましたか。ありますね。東京消防庁広報でしたか。名前は忘れてしまったんですけれども、の現状のところを、私たちの会

のお母さんたちはどきとした、はっとしたということを言っています。色分けでしっかり何人に1人が利用していて、何秒に一回出動で困っていますというようなことが前面に出てきているんですけども、それでお母さんたちは結構はっとしたというようなことを言っています。救急の現状に関する資料はとて面白いと思います。ですけれどもずるずると長く文章が書いてあって表も3つぐらい出ているので、ここはもうばばっと本当に救急車が何%増加とか、利用はこうでどんというのを書いていくと、はっとしてちょっとこれはいけないなというところも気づかないというふうに思います。わかりやすく文章を短くする。でも全体的にはすごく短くて、わかりやすいと思います。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。現状に関する資料のところ、このままいくとこんなにひどくなっちゃうよという情報についても、予想として平成23年とか25年とかっていう情報あれを入れるともっとどきっとするかもしれないね。僕は思ったんですけど、考えてほしい利用事例って確かにそうなんですけれど、ここら辺はもうちょっと工夫したほうがいいかもしれませんね。なぜかと言うと、こんなことでも呼んでいいんだという、要するに「通り抜け禁止で通り抜けが知れ」という川柳がありましたね。「通り抜け禁止」と書いてあると、通り抜けれるんだといって通り抜けちゃう。そういうふうなことって、何だ、こんなことで呼んでるんだ。だから警察の110番じゃありませんけれどヘビが出ても呼んでいいんだと。確かにヘビが出たらだれに助けてもらうかといったら、やはり警察呼んでいいんだ、おかしい事例とっていますけれど、でも実際問題、呼んでいいんだということになっちゃうんじゃないかという気がしなくもない。だからこの辺のことは上手にうまくやったほうがいいかもしれませんね。あと御意見があったら今月いっぱいですか。

【事務局】

1月中にいただきましたら、それをもとにもうちょっとデザインや役所的な部分もわかりやすくしてやりたいと。

【部会長】

またみんなで会う日はあるんですよ。

【事務局】

第4回を2月23日にやっておりますけれども、こういった資料でございますので、

また資料をもとにある程度期日をもって、事前に送付させていただくという形で考えております。よろしくお願いいたします。

【部会長】

できるだけ字を減らして漫画をたくさんにするということは、ぜひお願いしたい。

【〇〇委員】

イラストはセンスのいいものを。

【部会長】

東京都の介護保険を説明する冊子があるんですね。僕は、日本救急学会で言ったんですけど、最初はみんな漫画なんです。おじいちゃんおばあちゃんが入院するみたいな漫画が出てくる。漫画だから何となく読んでいます。そうするうちに最後まで読まないといけなくなって介護保険の理解が進むという。こういうふうなものをつくるときに、開いたときに漫画が出てくるという話で最後まで行っちゃうというのが、1つのテクニックかなと思いました。場合によっては東京都の人からもらってくればいいと。ちなみにそれを真似して救急医療における終末期医療のあり方に関するガイドラインについては、前半漫画で後半が説明というふうなものをつくりました。ちょっとテーマが重たいので一般にまだ出すなと言われていますが、そのうちにと 생각합니다。ということで資料2は大体こんなところで先に進みたいと思います。もし必要だったら、またもとに戻って、あそこここはこうだというふうで議論をと 思います。次に、「救急安心センターモデル事業の効果分析」は、資料1です。これは報告書の素案ということになるので説明ください。

【事務局】

資料1について御説明をいたします。こちらの「救急安心センターモデル事業の効果分析」について報告書素案ということで、これもちょっと字の多い大部な資料となりますので、今回こういった部分を加えておりますというところを紹介させていただいて、本日ないしはまた後日御意見をいただければというふうに思っております。構成としては目次でございますが、「救急安心センターモデル事業の効果分析と今後の方向性」、(1)有効性の検証ということで今回④結論について、事務局で素案をお示しさせていただいております。また、「(2)救急安心センターの全国的展開に向けた留意点のとりまとめ」につきましても、今回、③結論を加えております。また、

「(3) 他の相談事業の情報収集、今後の連携のあり方の検討」の結論。最後、「(4) まとめ」ということで、これまで作業部会でお示しした資料に加えまして、今回結論ということを加筆して案をお示しさせていただきたいと思っております。もっばらこの結論部分を中心に、本日ないし後日、御意見をいただければと思っております。それでは内容を御説明いたします。1 ページが「救急安心センターモデル事業の効果分析と今後の方向性」ということでございます。1 ページ目には「モデル事業の概要」を説明しております。2 ページは飛ばしていただきまして3 ページが「調査方法」ということで事業の有効性を検証するための指標ということで救急出動件数の動向ですとか、119 番に通報される緊急通報以外（医療機関案内等）の件数の動向、救急医療機関への時間外受診者数の動向、モデル事業により救命につながった奏功事例といったことを、事務局として調査をしております。調査結果といたしまして、モデル事業の実績ということで受付件数やモデル事業の有効性ということで4 ページでございますけれども、救急搬送件数の推移、軽症傷病者の割合の推移、軽症傷病者の割合の推移などを紹介するような形にしております。まだ、事務局の作業が間に合っておりませんで、今回の素案には入っておりませんが、〇〇先生から東京における#7119 の認知度と時間外における軽症者の割合の相関についてのデータもいただいておりますので、それも興味深いものとして、ここにぜひ掲載させていただきたいと思っております。そこも入れた形で効果を分析いたしまして、6 ページの「④結論」ということで、事務局案として、「モデル事業は、救急搬送件数の減少という直接的な効果はみられなかった」は、新型インフルエンザの流行もございまして、そもそもモデル事業の目的として、救急搬送件数の減少というのを効果とするのかというところについても御意見をいただければと思います。そういった「件数の減少という効果はみられなかったものの、軽症者の搬送割合、119 番に通報される緊急通報以外の件数、及び救急医療機関への時間外受診者数の減少が効果としてみられ、救急需要対策の一環として有効な事業であることが明らかになった。また、それに加えて、モデル事業の存在により救命につながった奏功事例」。これまで119 を控えていたようなものについても、119 通報につながって結果として救命につながったという奏功事例も多数挙げられておりますので、「住民の安心感、救急行政に対する信頼感の醸成につながった」ということをモデル事業の結論としてはどうかという案を示させていただいております。続きまして、7 ページから2 つ目のテーマでございます

が、「救急安心センターの全国的展開に向けた留意点とりまとめ」ということで大阪市、奈良県、東京都に対してアンケート調査を実施させていただきました。調査結果につきましては、第2回作業部会で御報告させていただいておりますので割愛いたしますけれども、この部分について結論的なものということで、ページが大分飛んで恐縮ですが、16ページでございます。「既に事業を実施している各団体から、事業開始までの関係機関との調整、人材、場所・設備、予算の確保、住民への普及・啓発方法に関する留意点が挙げられた。今後、自治体が救急安心センターを導入する際には、同様の課題に直面することが予想されるため、先進事例の取組として参考にされたい。一方、事業実施後の課題として、相談件数の増加による住民からの苦情や、プロトコルに係る問題点（絶対数が少ない、オーバートリアージ気味である）が挙げられた。今後、各自治体において適切な設備や人員配置について検討」。ここはもしかすれば大阪市さんのように、大阪市単独でやっていたのをいずれ大阪府域に拡大するといった形。ある程度区域の拡大と絡めて議論をすべきところ、そういったことを盛り込むべきではないかという御意見もあるかもしれませんが、そういったこととともに、「プロトコルについての検証作業を通じて追加・改訂し改善していく必要がある」というのを結論として位置づけております。「(3)他の相談事業の情報収集、今後の連携のあり方の検討」につきましては、#8000番等の電話相談を各自治体で行っている事例があるということについては、従前御報告させていただいておりますので19ページの「③結論」でございますが、「全国の都道府県、市町村、消防本部において『医療機関案内』、『健康相談』等の事業が実施されており、救急安心センターの業の重複がみられることが分かった」。救急安心センターの類似事業としては、都道府県において実施されている8000番とか「救急医療相談センター事業」、「精神科救急情報センター事業」などがあります。「これらの事業との役割分担、連携のあり方については、事業の統廃合や再構築の可能性も含め、今後引き続き検討していく必要がある」ということを書いております。「(4)まとめ」といたしまして、「『救急安心センターモデル事業』は、軽症者の搬送割合、119番に通報される緊急通報以外の件数、救急医療機関への時間外受診者数の減少といった、救急需要対策の一環として有効であるばかりでなく、電話医療救急相談の結果、救命につながった奏功事例が多数挙げられるといった積極的な効果もみられ、地域の消防行政に対する信頼感を高めることにつながった」というふうにまとめた上

で、「ただし、モデル事業実施団体からは、『事業の目的や趣旨については共感、賛同を得やすい事業だが、救急車の出動件数の減少など、事業効果を明確な数値等で示すことが困難な事業である』との意見もみられた。今後、総務省消防庁は、モデル事業実施団体、あるいは先行して救急相談センター事業を実施している東京都消防庁の取組を参考にしつつ、全国の自治体でこのような救急相談体制が展開されるよう事業の目的や趣旨、重要性の普及啓発を強力に推進し、あわせて具体的な方策の提示、財政的な支援を進めていく必要がある。作業部会においては、救急安心センターの有無による地域格差の問題が指摘されたところであり、大都市に偏らない全国的な展開が望まれる。一方、全国の都道府県、市町村、消防本部においては、既に類似事業が実施されている。モデル事業実施団体や東京消防庁では何らかの役割分担をしているということであるが、業務内容には重なりがみられる。これら類似事業との連携、事業の再構築も含めた役割分担のあり方の検討」をしていく必要があるのではないかと考えたことを、まとめの結論案として考えておりますので、この部分を中心といたしまして、御意見をいただければと思っております。私からの説明は以上です。

【事務局】

若干補足させていただきますと、国のほうの行政事業レビューの関係で、このモデル事業は来年度は予算要求しておりませんので、モデル事業としては廃止となります。行政事業のレビューの御意見の中でも、この事業の効果については、非常に良いことは認めた上で、モデル事業として行うことについては、もう役割を終えたのではないかと考えてございますので、これを推進していくことには、全く否定的な意見はありません。ただ、我々として見ると、これについて非常にいい取り組みですし、先ほどの緊急度の判定についても、家庭でのトリアージだけで終わるものではなくて、それを補完する形でのこういう電話相談がどうしても必要だと考えておりますので、これを推進していくことが重要であり、すべて#7119ということは考えておりませんが、これについていろんな関心を持っている自治体もありますし、なるべくこれを後押しできるような形のいろんな取り組みを今後も考えていきたいと思っておりますので、また御意見をいただければと思います。

【部会長】

ありがとうございます。ちょっと忘れちゃうといけないので、さっきお子さんの

話を〇〇先生もおっしゃいましたし、〇〇さんも言われました。正月の出来事なんですけれども、実は僕と同世代の元高校の先生が、お母様の介護に当たっているんですね。どこかが腫れたらしいので#7119を教えてあげて相談したら、多摩地区ですけれど田舎の病院に入院するわけですね。子供さんのこともさることながら、恐らくお年を召した方たちについての相談事もますますふえてくるだろう。救急車がぱっとふえてくるのは、お年を召した方がふえてくるだろうからということもありますので、そこら辺のことも、子供さんが減るから相談は減るだろうみたいな話ではないわけです。そういうふうな社会の景色の変遷とともに、ますます必要になってくるだろうということで、それでもってこれをやればやるほど、地域の消防行政であれ中央の行政であれ、信頼度が高まるという話をメインストリームに置いていただくといいかなという感じがします。そこら辺はもう〇〇先生に聞かないといけませんでしょう。結論がそれぞれ3つあって、大きなまとめが1個ある。

【〇〇委員】

前回の会議でも申し上げたと思いますけれど、〇〇先生がお始めになった#8000も含めて、相談業務重要性、これから低下するのではなくむしろ高まるのだろうと思います。社会の構造も大家族制から小人数になってきているということもあります。また、救急車の搬送事例が御老人で、中～重症の方々がふえるとすれば、その前に何とかできないのか、当然考えなくてはいけないと思うのです。そうするとやはり早いポイントでの相談必要だと思います。救急の相談とそうでない社会的な相談などいろんなものが出てくるのだと思います。もう一つは、〇〇先生がおっしゃったように、子供は自分では相談できない。御老人も自分では相談できないとすれば、PDFファイルがホームページにありますというやさしくない。加えてなんかしらのガイドが必要だと思いますので、ここは賢く考えていく必要があると思っています。

【部会長】

6ページの結論のところは、この事業の有効性ということなので、これは森村先生の東京での周知度、地域における周知度と搬送の景色の差などを分析したんですよ。というのをちょっとここに付けると、それなりの説得力が高まるような気がしますけれども、〇〇先生、それでいいですよ。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇委員】

別件で、今の6ページの結論の最初のところで「救急搬送件数の減少という直接的な効果はみられなかったものの」の次の行に、「救急医療機関への時間外受診者数の減少がみられた」と。実は、その前のほうを見ていただくと、最初の1ページ目のところと2ページ目のところに、救急安心センターと救急相談センターのイメージがあります。2ページ目の救急相談センターのところ、左下、字が小さいんですけど、この女の人が電話を持っていて「救急車を呼んだほうがいいのかしら？病院に行ったほうがいいか教えてほしい！」と。つまり、総務省の事業ですので、単に救急車を呼ぶか呼ばないかというところに注目しがちですけども、医療体制全体ということで考えると、夜間のコンビニ受診も本人にとってもハッピーではないし、あしたでも十分ですというアドバイスというのは、実はこの東京都の救急相談センターでは医師会から福祉保健局が入って、救急車の需要抑制という点だけでなく、この点を非常に重視しよう。先ほどのトリアージでいえば、赤と黄色、緑の間だけでなく黄色と緑とかだいたいとかというふうな部分のアドバイスも重視しよう。ですから、これは決して副次的な産物ではなくて、東京都としては、相談センターとしては非常に重要な目的だと思っています。救急安心センターというものの自体が、そういう面で救急車の需要抑制あるいは救急車の適正利用ということだけに行くのか、あるいはアドバイスということで、こういうふうな急がなくっていい人が、次の日かかりつけ医にかかれば済んだということも、大きな成果だというふうにとらえるかというのは、今後の方向性としては大きな問題かなと思いますので、ここをちょっと検討いただければと思います。

【部会長】

先生、検討というよりも、後段にお話しされたことが筋だというふうに言っていたほうが、時間が少なくて済むんですね。そこら辺は、畠山委員におかれましては消防のお立場とそれから衛生局の立場と2つあって、これにも関係していませんよね。コメントをいただけますか。

【〇〇委員】

まさに今、〇〇先生がおっしゃったとおり、この会議で話をするということについては、やはり有限である救急車をということですけども、東京都の場合は今お

話がありましたとおり、〇〇先生、〇〇先生を初めといたしました医療の先生方。それとそれぞれの適応する医療機関を所管しております福祉保健局、また老人に対する機関、それぞれの機関の方々と連携を図りながら、都民として求めているのはやはりワンストップであろうというところもございますし、先ほど〇〇委員からございましたとおり、早目にそういった方々を発見するという道順をつける。同じように委員の中からお話がありましたけれども、核家族化が進む中で症状に対してどう判断したらいいのかというガイドといいますか、ちょっと肩を押してあげるといような共通のツールがなかなかないので、そういったものもできれば今後皆様から御意見をいただきながら、相談センターの協議会の中で進めていきたいということですので、今、〇〇先生がおっしゃったとおり、やはり都民の始点で考えるならば、目指す方向はそちらの方向にあるんじゃないかなというふうに考えて、進めていきたいと考えております。

【部会長】

返す刀で大阪でも同じような議論でよろしいんですね。単なる救急車云々は、確かに表面的にはそうかもしれませんが、背景をなす心。

【〇〇委員】

もちろんそうです。救急車に乗っただけでは意味がないわけです。救急車は行政の機関でもありますので、政令市の大阪市が一番たくさん出ていますけれど、今は最も効率的に動いているとも言える。必ずしもオーバーフローしているかというのは微妙で、搬送、現着もじりじり伸びていますけれども、病院着が伸びているのは、処置時間の問題なんかの影響もあって、何よりも問題は救急医療機関の医療提供体制の確保のほうが非常に厳しいということでもあって、今、先生方がおっしゃったとおりだと思います。そういう意味ではさっきのマニュアルも、救急車利用のマニュアルなんですが、救急医療を含む、救急医療にいく手段でしかないということでの利用マニュアルであるべきで、我々もよく行政は縦割りなのでそれぞれの側面からだけで物事を考えがちではあるんですけど、今おっしゃったとおりのことじゃないかなと思います。

【部会長】

〇〇さんも同じことでよろしいですか。

【〇〇委員】

ちょっと話がずれるかもしれませんが、この安心センターを導入して、救急件数が減るとか軽症率の云々というのはすぐ、我々大阪市消防局としては、魔法のようにそんな1年2年で件数が減るとは思っていない。一定の需要の中で、今まででしたら夜中に駆け込んだ方が朝まで待って受診される方はあると思っていたんですけれども、今回救急安心センターを1年間やってみて大阪でもやはり3.9%救急件数が伸びております。大阪市では18年が20万5,000件ということでピークだったんですが、それと比べて去年は30件余りほどふえているんです。ただ、中身を見ても、不搬送というのが4万件あります。したがって、救急件数が多いといっていますけれども、20万5,000件の母数があって、実際に病院に行かれたのが16万5,000件ということで、年々不搬送事案がふえています。いよいよ全権数の20%になってしまっています。この中身は何なのかということで、今分析をしているんですけど、その半分(2万件)が拒否をされている。現場到着してお話をしている間に、やはり行きたくないです、行かないですという場合と、もう一方では、救急隊員に聞くと飲酒とかほかの要素があってなかなか病院が決まらなると。救急隊員がずっと話しているうちに、それだったらもういいですわという部分も実際あります。

【部会長】

冷めちゃったという。

【〇〇委員】

はい。だから本人、家族にとっては、すぐ救急車ということでかけられたんですが、その間に落ち着かれて救急隊と話している間に、救急車で行くほどでもないかということになっているので、件数がふえたとはいうんですが、この部分が平成13年度でいったら12.7%だったのが20%にふえているので、安心センターがやった部分とこの件数、どちらが影響が大きいのかと考えると、この不搬送事案を何とかしていないと、安心センターのほうで一定吸収できたとしても、こちらのほうが私のところとしては問題かなと考えています。したがって、そういうことで言うと、迷われて電話された中には、飲酒だけであってほとんど症状のない方もおられると思います。そういう方が安心センターなんかに電話を先にかけていただければ、救急が行く前に判定ができて、救急車の出動に対する影響が出てくるのではないかと考えていますので、前回も申し上げたように周知度を上げていかないといけないと考えています。

【部会長】

ありがとうございます。周知度が高まっていく途中のプロセスなのかもしれませんが、場合によっては救急車の半利用というか 50%利用というふうなことで、今後また流れていくのかということとはよくわかりません。けれども、そういう意味では利用マニュアルの件に少し、この場合ここには救急車の利用とありますけれども、今のだと救急医療の利用ですね。救急医療を提供するという中で、どちらかという病院前救護の部分なんでしょうけれども、そこにおける利用マニュアルという話で、これはここで少し踏み込んだ題名をつけると〇〇先生のほうから文句が来るんですか。さっきの縦割りの世界で。もしそういうふうな形でバトルが起こるとすると、リングの下で見ている人はばかじゃないかと思って見ているわけなんです、いかがですか。責任をとれとは言いませんが。

【〇〇専門官】

多分個人的には大丈夫だと思うんですが、ちょっと検討して。

【部会長】

そんなことを検討しなくてはいけないような時間があるのなら、別のことをやってほしいという気がしないでもないですけど。そういうふうなことで、これも上手にやりましょうよ。やってください。今6ページのところの結論でしたけれども、坂本先生もほかの方も言及していただきましたが、16ページの結論は、その下の3行ですけど、各自治体において適切な設備や人員配置について検討し、検証作業を通じて云々とありますけれど、これって前も〇〇先生が言っておられましたけれども、全国的に展開するといっても、やはりそれなりの人員の問題やら財政的な問題やらがあって、よしんばお金がたくさんあったとしても、ナースもドクターもいないというようなことが場合によってはあるかもしれません。そういうふうな、大阪のように周りの消防本部の地域が参集するようなことが、関東圏にもあってもいいのかもしれません。〇〇先生、ここら辺の各自治体においてと書いてありますけれども、もうちょっと親切にそこら辺までどうするかという話は、何かございますか。

【〇〇委員】

テクノロジーの中で例えば福島県から電話をかけていても、オーバーフローした部分は例えば東京で受けられるとか、近隣で代行できるとか方法はあると思います。

または、全国センターで振り分けるとか、そういうものと乗り合っていないと、〇〇先生がおっしゃるように、子供の話だと思ったら実は親御さんのメンタルケアだったというときは、電話をかけ直さなくてはいけないというのではなくて、うまく連携しながら、有限なリソースをうまく使えるようなシステムづくりというのが必要なんだと思います。今あるイメージはそんなことです。

【部会長】

そういう意味では今の結論のところ僕が少し、また〇〇先生に補足していただいたその部分は、19 ページの結論のところとも行ったり来たりが起り得ますね。いかがですか。

【事務局】

どうやって全国展開をしていくかというときに、お金の面もちろん我々も考えていきたいと思っているんですけども、あと現在の体制といたしましても、県なり消防本部のかなりのところ電話相談を何らかの形でやっているところが多いわけですね。それをどういうふうに改組していくかとか。あるいは私どもが考えていますのは、今、消防の広域化を進めていますので、幾つかの県では将来的には県単位の消防というふうになっていく。そうすると、こうした指令センターについても大きな単位でできますので、電話相談でも、医師が常駐する形での相談というのが非常にやりやすい体制になるんじゃないかというふうに思っていますので、そういうものとうまくリンクさせながら、余り無理のない形での推進を考えています。小さい規模のところだと逆に119番でもいろんな相談というのができるということも言われていますので、その辺を見極めながらうまく使い分けていくということを考えています。

【部会長】

今の話は17ページに、都道府県による事業の実施状況、都道府県なのでnが47ということですね。お子さんの例の〇〇先生の#8000については、47分の47がやっていますよというわけですね。ですからいろんなものも行われて、119で面倒を見てもらっているところも、室長が言われたようにあるんだと思います。そこら辺をどういうふうに重ね合わせながら、また整理しながら、統合しながらやっていくかという話なんだと思います。

【〇〇委員】

相談事業ということで、それぞれの自治体が独自でやっているわけです。例えば私どもの#8000にしても、47都道府県独自の単独事業でございます。2分の1を国が補助してくれております。したがって、他県からの電話は原則的には受けることはできないわけです。勝手にかけてくるのは仕方がないし、里帰りで広島県から東京都へ電話をするということもあり得ることなんです、そういうふうにせつかくの資源を、それぞれ苦勞して各自治体がつくった、こういう7119や#8000をみんなで共同利用していけばいいじゃないかという考え方が、ぜひ必要だろうと思っています。私たちもそういう方向で#8000を持っていきたいと思っています。御参考になるかと思ひまして。

【部会長】

どうぞ。

【〇〇委員】

奈良県ですけれど、奈良県も救急安心センターをやっているわけです。先ほどからお話が出ていましたように、県の医療行政の一環としてやっているわけです。相談員に対するアドバイスとかそこらあたりは当然重視しているというところがございます。奈良県は御存じのように、一時救急搬送で問題がありましたので、安易に救急車を呼ばないで、真に必要な人に救急車を使っただけこうということをやっているわけでございます。そして相談業務をやっているわけですけれども、できるだけ効果を上げたいと思っています。本県の7119は24時間やっていますので、何か心配があればすぐに電話していただければと思っております。それと、啓発の関係ですけれども、県民だより等でするなり、ポスターをして周知しているという状況です。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。今、24時間体制でということ、それはそれで今後もそうだと思います。東京あたりは24時間体制といっても、かけてもかけてもかからないという話はぼつぼつありますよね。そういう意味では少し輪を広げてしまって、少ないかもしれないところと一緒にやるという話だっただけじゃないと思うんです。いろいろあると思いますので、引き続き行政当局におかれましては、いろいろ作戦を立てていただいて、相談していかれたらいいんじゃないかと思ひます。大体こんなところですが、〇〇先生、何かありますか。いいですか。あと、何か全体

的に少し気がついたようなことがあったら、よろしいですか。さっき〇〇先生が小児のことについて少し色分けの難しさに言及されました。CTAS では modifier を使って、社会的なまたは時間的ないろんなファクターを入れていきながら最終的に判断をしていくという話を〇〇先生や〇〇さんのお話で出ました。電話相談については、〇〇先生や〇〇先生、ヘルス出版から出ている最初に出たバージョンのあの本が、今のところ一冊のみですよ。ここで議論をするために、これを見てねといったときには、あれぐらいですか。

【〇〇委員】

現時点では学会レベルでやっているというのは、あれだけだというふうに思います。

【部会長】

僕の言っている意味は、こういうふうなことを色別としてやっていて、こんなふうに決められた順に質問をしながら、つまり質問をしながらここでイエスが出たら赤だねというようなことでできているわけですね。そういうからくりをもう一回確認してもいいかなと今思った。でも、あの本を買ってくれという話は高いよね。

【〇〇委員】

現在改訂作業中ですので、今買うと損をしちゃうかもしれません。それは別として、そんなに高くはないです。

【部会長】

そうすると〇〇先生とか〇〇先生と相談をして、ここの議論に役に立ちそうなページを何ページか色刷りカラーコピーをして回していただくということはあっていいですかね。ちょっと議論をもう一回確認すると。それから今、電話相談で、もう一つCTASのほうも翻訳したJTASのプロトタイプということで出ていますよね。あれも本を買うと高いですよ。

【〇〇委員】

あれは高いです。

【部会長】

あれも必要なページ、ここら辺を読んでおいていただくといいんじゃないかと。実は純然たる医学の部分がいっぱいある割には、結構社会的な背景で色分けしたりするところもありますよね。へえ、こんなのもあるんだというようなこともありま

すので、そこら辺を色でコピーして皆さんに渡していただく。本を買っていただくとえらい目に遭いますし、みんなに買えというと、多分松元さんがそんな金はないとおっしゃると思うので。でしょう。

【〇〇委員】

昨年度の科研保科班で#8000 を検討しておりますけれど、やはり相談員のための「相談マニュアル」というのをつくりましたので、これは無料で次回お配りします。

【部会長】

済みません。救急学会関連はみんなお金の流れで物事が進んでいるようなので。じゃ今言ったものと含めて配布していただけますか。

【事務局】

著作権の関係もあるでしょうけれど。

【部会長】

著作権についてはいいですよ。救急看護学会の理事長と臨床救急学会の理事長がここにいて、あと救急学会は〇〇先生がOKだと言っていたということにいたしますから。じゃこれで著作権の問題はなし。

【〇〇委員】

もう一点よろしいですか。「マニュアル案」のところ、4ページ小児のところですが、これはちょっと私どもで検討させていただきたいので、ファイルでいただきます。済みませんが、ちょっとここを直したらどうですかという提案をいたします。

【部会長】

ということでもいいですか。

【〇〇委員】

細かいことで誤字脱字かもしれないなと思ったのは、資料1の16ページです。一番下のほうに、類似事業の中で「救急医療情報センター事業」とある。これは恐らく厚労省の事業だと思うんです。都道府県の救急医療。次のページ19ページの上から4行目にやはり類似事業で、「救急医療相談センター事業」と、何か救急相談センターと救急医療情報センターが混じったような事業が書いてあるんですけど、これはきっと実在していないので、間違いではないかなというふうに思います。

【部会長】

こちらは救急医療情報センターですね。

【〇〇委員】

ミスプリだと思います。細かくて済みません。

【部会長】

そういうことがいる人がいることが貴重なんです。僕とか〇〇先生はばんばん読み飛ばす。じゃ細かなことに気がつきそうな〇〇先生、何かありますか。大丈夫ですか。

【〇〇委員】

大丈夫です。

【部会長】

では、事務局よろしいですか。前半のほうは結構いろんな意見が出たので、少しまとめていただいて、大体ああいうふうな色のイメージで、世の中の気持ちがシンクロナイゼーションしていけばいいかなというふうにつくづく思いますので、どうぞよろしく願いいたします。ではこれで、あとは事務局よろしく。

【事務局】

皆様、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。次回は最終回になりますが、2月23日水曜日午前10時からの開催を予定しております。よろしく願いいたします。次回の資料といたしましては報告書の素案とマニュアルの決定案という形でお示ししたいと思っておりますので、本日お配りした報告書ないしマニュアルにつきましては、お持ち帰りいただいて、お忙しい中をお時間をいただいて、御意見を今月中にいただければ幸いです。いただいた意見をもとにまた事前に資料を送らせていただいて、お目通しをいただく時間を今回もしっかりと設けたいと思って、事務局鋭意作業いたします。それでは、以上で「第3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——