

第1回 平成23年度社会全体で共有するトリアージ体系のあり方検討会

議事録

平成23年6月22日

品川カンファレンスセンター3階 会議室6

1. 開会

(〇〇専門官) それでは、定刻となりましたので、第1回社会全体で共有するトリアージ体系のあり方検討会を開催させていただきます。

本日の司会は、私、救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

2. あいさつ

(〇〇専門官) それでは、まず、開催に当たりまして、消防庁審議官の〇〇よりごあいさつ申し上げます。

(〇〇審議官) おはようございます。消防審議官の〇〇でございます。

本日は、被災地の方を含め、遠路からも多くの方におこしいただき、誠にありがとうございます。この社会全体で共有するトリアージ体系のあり方検討会でございますが、トリアージの最終目的は、救命率の向上がすべてであり、そのためにどういう形で一番適切なトリアージを行うか、ということが課題だと考えております。東日本大震災の体験を踏まえ、さらに、これから迫り来る熱中症を含め、いろいろな形で救急需要が多くなることが見込まれます。こうした状況にあって、どのような形のトリアージが一番良いか、今まで部分々々では様々な議論がなされたと思いますが、それを全体でとりまとめ、1つにマニュアル化していくことは、初めての試みかと思っております。皆さまから様々なご意見をいただき、ご協力をいただきながら進めて参りたいと考えております。

本日は、仙台市消防局の〇〇委員、横浜市消防局の〇〇委員から、東日本大震災を踏まえたトリアージのあり方についてお話をいただいた後に、横浜市立大学の〇〇委員、富山大学大学院の〇〇委員から社会全体で共有するトリアージ体系についてのご説明をお願いしたいと考えております。

(〇〇専門官) それでは、本日お配りしている資料を確認させていただきます。

まず、次第をおめぐりいただきまして、開催要項と構成員名簿、次に横長の社会全体で

共有するトリアージ体系のあり方検討会の資料がございます。

続いて参考資料がございます。参考資料1、仙台市消防局からご提出いただいております参考資料1「東日本のトリアージ実施状況」。続いて横浜市消防局からご提出いただいております参考資料2「課題や提言」。続いて〇〇先生からお示しいただいております参考資料4「トリアージの考え方」となっております。なお、参考資料3につきましては、後ほど〇〇委員からプレゼンテーションしていただく予定となっております。また、追加のメモがございます。各段階におけるトリアージの対応についてまとめたもの、さらに今後のスケジュール案に関しましてまとめたものです。

落丁等がございましたら、ご連絡いただければと思います。

3. 委員紹介

(〇〇専門官) それでは、引き続き、委員の紹介をさせていただきます。五十音順で紹介させていただきます。

昭和大学病院長、〇〇委員です。

(〇〇委員) よろしく申し上げます。

(〇〇専門官) 日本医師会常任理事、〇〇委員につきましては、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

富山大学危機管理医学教室教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です、よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、岐阜大学救急・災害医学分野教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

続きまして、神戸市立医療センター救急センター長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、帝京大学救命救急センター教授、〇〇委員につきましては、本日、電話会議でご出席となっております。

続きまして、堺市消防局救急課長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、富山大学危機管理医学助教〇〇委員です。

(〇〇委員) よろしく申し上げます。

(〇〇専門官) 続きまして、救急救命東京研修所教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) なお、札幌市立大学副学長、〇〇委員につきましては、本日ご欠席のご連絡をいただいています。

続きまして、杏林大学総合政策学部教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、横浜市消防局救急課長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、福岡市消防局救急課長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。

(〇〇専門官) 続きまして、東京消防庁参事、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、杏林大学救急医学教室准教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、日本看護協会常任理事、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、横浜市立大学教授、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 東京医科大学病院長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、市立堺病院副院長、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇です。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) 続きまして、仙台市消防局救急課主幹、〇〇委員です。

(〇〇委員) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) オブザーバーといたしまして、厚生労働省医政局指導課長代理、〇〇専門官でございます。

((代) 〇〇専門官) 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

(〇〇専門官) どうぞよろしくお願いいたします。

先ほどご紹介しましたが、〇〇委員におかれましては、本日、原発対応のため福島オフサイトセンターで勤務のためこの場におられません。が、検討会の間、電話で会議にご参加いただくことになっております。場合によっては、電話回線の状況が悪く連絡が取れない

可能性もありますが、ご参加いただいております。

4. 座長選出

(〇〇専門官) 続きまして、座長の選出でございます。

昨年度の「重症度・緊急度判定・選別に関する作業部会」から、今年度、「社会全体で共有するトリアージ体系のあり方検討会」と変更いたしました。踏襲議事もありますことから、事務局としましては、引き続き〇〇先生にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(拍手)

それでは、〇〇先生、座長席にお移りいただければと思います。

それでは、〇〇座長より一言ごあいさつをお願いいたします。

(〇〇座長) 昭和大学の〇〇と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(〇〇専門官) ありがとうございます。

なお、本検討会は、特に委員の皆様からのご意見があった場合を除きまして公開ということに進めさせていただきます。

それでは、ここで撮影等を終了させていただきます。

それでは、以後の議事進行を〇〇座長よりお願いいたします。よろしくお願いいたします。

5. 議題

(1) 災害時におけるトリアージについて

(〇〇座長) 式次第の通り、議題として、災害時におけるトリアージについて、および、社会全体で共有するトリアージ体系のあり方、があります。資料について事務局から説明をお願いいたします。

(〇〇専門官) それでは、資料に基づいてご説明申し上げます。平成 23 年度のあり方検討会の資料でございます。

1 枚めくっていただきまして、これまでの検討の経過を示しております。私どもは、トリアージに関しましては平成 18 年度から検討を進めており、平成 18 年度の検討会において、コールトリアージの原案を策定しております。平成 19 年度、20 年度とコールトリアージ関連を進めております。さらに、3 ページ目でございますが、平成 21 年度に救急指令・

相談業務作業部会におきまして、重症度・緊急度の高い通報に対する救急搬送のあり方について、救急安心センターモデル事業の全国的な展開について検討いただきました。また、平成 22 年度には、救急安心センターモデル事業と各段階のトリアージについて作業部会で検討を進めていただきました。今年度は、災害時におけるトリアージと社会全体で共有するトリアージの体系にあり方についてご検討いただければと考えております。

4 ページ目、スケジュールでございます。本日が第 1 回目の検討会となります。後ほどご説明しますが、災害時のトリアージのご検討を本日議論いただき、被災地の実態調査の実施を予定しております。その後、可能であれば 7 月下旬に第 2 回目の検討会を開催したいと考えております。その後、平時の社会全体で共有するトリアージ策定のため、8 月から 10 月にかけて海外実態調査の実施を予定しております。その後、11 月、12 月、1 月にかけて、第 3 回、4 回、5 回目の検討会を開催する予定となっております。

まず、災害時におけるトリアージでございますが、5 ページ目をご覧ください。本日の検討項目である、東日本大震災におけるトリアージの現状と課題について、仙台市消防局様のほうから実際のトリアージの実施状況をご説明いただきます。また、横浜市消防局の〇〇委員のほうからご提言をいただきます。

続いて 2 番目、今後、東日本大震災と同様の災害が起こる可能性が高いということでございますので、その際のトリアージのあり方について整理したいと考えております。

6 ページ目は参考資料の説明です。

7 ページ目、トリアージの定義を再度確認させていただきます。限られた人的・物的資源の状況下で、最大多数の傷病者に最善の医療を施すため、傷病者の緊急度・重症度により治療の優先度を決めること、ベスト・フォー・ザ・モースト、いわゆる功利主義に基づきます。こちらについて、後ほど〇〇委員のほうから問題提起いただけると聞いております。続きまして、平時、最も緊急性の高い傷病者を最初に治療するための優先順位、災害時においては、最も救命の可能性のある傷病者に医療資源を投入するための優先順位をつけるということでございます。その下、語源等をつけてございますが、これはごらんいただければと思います。

8 ページ目でございます。これは、トリアージに限りませんが、災害発生時の救急搬送需要の状況の推移を想定モデルとして作成いたしました。これは、実際の阪神・淡路大震災、東日本大震災の資料をもとに事務局で作成いたしました。

横軸が時間、縦軸が搬送件数、受け入れ可能件数等、対応可能な能力になっております。

まず、需要のラインですが、災害発生時より急激に伸びまして、レベル4の段階で最大になり、その後徐々に緩やかに下がっていくというものでございます。一方で、供給については、災害発生時に体制が脆弱化しますので下がり、その後、DMA Tや緊急消防援助隊等が出動し、また体制の変化等がありますので、その後増加し、レベル2のところでございますが、最終的には平常時よりも多数の応援が外部から来るという状況の後、平時に戻っていくというものでございます。注目すべきは、需給ギャップが問題でございまして、これに応じて議論をすべきだろうと考えています。

9 ページ目でございますが、これは、私が今ご説明した内容が書かれたものでございますので、割愛いたします。

10 ページ目でございます。このような需給ギャップに関しましてどのような対応ができるのかということでございますが、まず、需給に関しまして、供給体制の崩壊・脆弱化と需要の増大という2つの要素があろうかと思います。その対応につきまして、それぞれでございますが、1つ、供給体制の強化につきましては、消防機関の体制のシフト、例えば、予備車の投入、消防隊の救急隊へのシフトでございます。また、2つ目が、緊急消防援助隊やDMA T等の支援でございます。また、需要の増大に対しましてはトリアージもあるかと思いますが、あくまでトリアージは手段の1つであるということをご留意いただければと思います。なお、供給体制の対応につきましては、ほかの検討会で検討いただきますので、この検討会ではトリアージに関してご議論いただければと思っております。

11 ページ目でございますが、これは、平時と災害時の救急医療の違いということで、トリアージを活用した場合にどのように変化するかということでございます。レベル0の段階では拮抗状態にあります。災害発生時においては、トリアージを行わなければ重症から軽症まで、緊急性のない方まで限られた医療資源で対応せざるを得ず、重症の方の救命ができない可能性があります。トリアージによって緊急性の高い方に対して集中的に資源を投入するという考え方でございます。

12 ページ目でございます。そこで、災害時に可能なトリアージとしては、私ども事務局では2つほどあるかと思っております。まずは、119番通報の増加、傷病者の増加に対しまして、119番通報段階でのコールトリアージ、また現場搬送トリアージの2つのトリアージがあろうかと思ひまして、救急医療体制の維持をそれで行うというのが目標であります。検討課題としましては、各段階で実施すべきトリアージ、コールトリアージはそれぞれどのようにあるべきかということをご議論いただければと思います。

13 ページ目は、説明を割愛いたします。

14 ページ目でございます。コールトリアージのイメージを示したものでございます。まず、電話が通じるという前提でございます。通信手段につきましては、別の検討会で検討することとなっております。まず、119 番通報がございまして、救急安心センター、#7119 にかけていただくか、119 番通報にかけている方、両方になります。コールトリアージの 119 番通報を受けますが、この段階で緊急性を判定しまして、緊急性の判定後、それに応じて体制を組みかえます。緊急性が高い場合は、P A 連携、ドクターヘリ、ドクターカー、防災ヘリ等の最大の資源を投入します。一方、緊急性が中程度であれば、通常の出動、また、緊急性が低い場合は、ほかの車を活用できないか、緊急性がない場合は、自動車、公共機関、自力での通院、または #7119 への転送を考えております。

15 ページ目でございます。通常のトリアージとコールトリアージについて、災害のレベルに応じてその必要性和プロトコルが変わってくるだろうと考えております。トリアージの必要度につきましては、需給ギャップが大きい場合には、トリアージの必要性が高いたるうと考えます。またプロトコルの内容につきましては、需給ギャップが大きい場合では、時間を費やすことはできないので、極力単純なプロトコルが良いと考えます。平時に近い状態であるレベル 1、2 では、平時に近い、詳細なプロトコルが必要になるだろうと考えております。

16 ページ目でございます。現場搬送トリアージとは、119 番通報を受けて出動し、現場で救急隊員が傷病者について判定を行うものでございます。緊急性が高い場合から低い場合まで分けて、搬送体制や搬送先の医療機関等を決めます。さらに、緊急性がない場合には自力受診を促します。

17 ページ目にも同様の整理をしてございますが、コールトリアージとほぼ同じ内容でございますので割愛いたします。

18 ページ目、参考といたしまして、現在、現場トリアージで活用している S T A R T 法をご紹介します。

19 ページ目が、J P T E C でございます。本日ご議論いただくのは、まずコールトリアージの内容と、またさらに、救急隊員の現場トリアージではどのような方法がいいのかについてご検討いただければと思っております。

私のほうから、災害関係は以上でございます。

続きまして、仙台市消防局、横浜市消防局のほうからそれぞれご説明いただければと思

います。

(〇〇委員) 仙台市消防局の〇〇でございます。

発表の前に、一言御礼を申し上げさせていただきたいと思います。東日本大震災におきましては、国初め全国の皆様から温かいご支援をいただきまして、誠にありがとうございました。被災地では、まだ地域住民が避難所生活を強いられており、復興まではほど遠いものがありますが、一步ずつ復興に向けて頑張っておりますので、引き続き温かいご支援をいただきますようお願いしたいと思います。

それでは、発表させていただきます。

初めに、震災による仙台市内の被害状況になります。マグニチュードは 9.0、市内最大震度は 6 強、一部の地域では震度 7 であったのではないかととも言われております。津波は、推定高さが 7.2 メートルとされています。浸水面積は 52 平方キロメートル、人的被害は、死者、行方不明者、負傷者をあわせまして約 3,000 名、建物被害は全壊、一部損壊を含めまして 3 万棟となっております。

続きまして、仙台市消防局の組織、及び救急体制の説明でございます。

市内に、6 消防署、4 分署、17 出張所、そのほかに救急救命士の教育、それから中心部の救急需要対策として救急ステーションというものを配置して運用しております。平成 22 年中の救急出場件数は 4 万 2,000 件でございました。

これは、救急業務実施体制ですが、ドクターカー 1 隊を含む 23 隊体制で、救急予備車は各消防署 6 署及び救急ステーションに 1 台配置しております。

救急隊の配置状況ですが、仙台駅が黄色の丸で示したところで、市の中心部になります。その中心部から放射状に署所を配置しております。右下の荒浜という赤丸で示したところが、航空分署、ヘリコプターの基地の分署ですが、この津波で被災しまして、消防車両、救急車がすべて流されました。幸いにも職員は 1 人も犠牲者はなく、その隊につきましては、別の庁舎で予備車を運用して、救急業務に従事しております。

震災時の救急出場体制ですが、発災前は 23 隊でした。発災後はドクターカーを運用停止にしました。それから、荒浜航空分署の救急隊 1 隊が運用不能となりまして、2 隊欠隊し、21 隊となりました。そこに、宮城県沖地震対策として通常の資器材を配備しておりました予備救急車 7 隊を追加し、計 28 隊で救急要請に対応いたしました。

これは、震災発生後の救急出場件数の推移です。速報値では、震災発生当日が 143 件、翌日 12 日が最も多く 306 件、274 名の搬送となっております。震災から 1 週間の件数につ

いては、1,676 件の出場となっております。

これは、重症度別搬送人員の 3 月 11 日から 31 日まで 3 週間の統計になっております。延べ 3,386 人、この中で中等症が一番多く、1,822 人ということになっております。

これは、事故種別搬送人員の推移でございますが、いずれも急病がこの 3 週間では一番多く、延べ 2,135 人でした。自然災害という事故種別があるのですが、これは地震によって直接転倒したといった事案が含まれます。そういった事故種別は 4 日目までは多かったのですが、4 日目からは医療機関への転院搬送の件数が伸びてきたという状況でした。

期間別の出場件数は、震災発生から 7 日間までで 1,676 件、1 カ月で 5,223 件でした。本市では、昨年 1 日平均の救急出場件数が 115 件ですので、震災発生以降の 1 週間では、昨年平均の 2 倍、最も出場件数が多かった 3 月 12 日の件数では、昨年平均の 2.7 倍の出場件数となっております。

こちらは震災発生後の特異な救急事案例を箇条書きにしたものです。一度に複数名の負傷者の搬送、大渋滞、それから、浸水地域では、救急車が現場につけないということで、徒歩で現場に向かった事案、さらに、病院引き揚げ途上に路上に倒れている傷病者を発見した事案がありました。また、時間が経過するとともに、停電によって、在宅酸素療法や人工呼吸器の作動ができないといった要請が多くなってまいりました。

これは、3 月 11 日の地震に直接起因する負傷者等の状況になっております。負傷者 87 人を搬送しております。87 人の傷病程度の内訳はご覧のとおりですが、負傷の例としましては、落下物・転倒物等が体に当たったり、落下物・転倒物と床などに挟まれたものなどがありました。なお、資料にはありませんが、急病等の内因性疾患につきましては、医療機関の収容後の詳細な診察・検査により原因が突きとめられることから、現時点で地震に起因したものかどうかというのは判別しておりません。

次に、コールトリアージについてです。仙台では確立されたコールトリアージ体制は取っておりませんが、今回は、震災時の指令課の行った対応を、便宜上、「コールトリアージ」と言ってお話をさせていただきたいと思います。

初めに、119 番を受け付ける指令課の業務実施体制になります。指令課員 36 名、日勤者が 3 名、3 交代制勤務で行っておりまして、33 名の指令課員のうち、救急救命士が 9 名、救急標準課程の修了者が 18 名となっております。

震災時のコールトリアージについては、特に事前に計画されたものではありませんでしたが、1 次トリアージといたしまして、20 台ある指令台のうち、半数の 10 台を受付専用とし、

受付オペレータの判断で、重症事案等については2次トリアージ担当へ受付用紙を提出するという流れとしました。重症事案以外の通報には、次の3項目について説明を行い、理解を求めました。概ね理解は得られたのですが、なかなか理解いただけない方などにつきましては、説明のために多くの時間を割けない状況でしたので、出場して対応しておりました。

2次トリアージの実施方法ですが、提出された受付用紙を確認し、司令以上、仙台では係長職ということになるのですが、係長職の救急救命士が担当して、指令専用の担当に出場の指令を指示するという体制を取っておりました。

これは、コールトリアージの結果ですが、震災当日の受付件数約 1,500 件、そのうち救急に関するものが 636 件、うち救急出場は 212 件でした。このように、コールトリアージにより出場件数が救急に関する受付件数の3分の1になっているという状況でした。

これは、津波被災地区と現場トリアージの場所です。赤十字の場所が救護所、またはトリアージポストとして設定したものです。赤十字の丸のところから海沿いには、震災翌日、13、14日頃までは、瓦れきのために車が入れない状況であったため、救護所などをこの位置に設置せざるを得ない状況でした。一番下のところが若林区の拠点、1カ所です。それから、上3カ所については、宮城野区、宮城野消防署が管轄した救護所、トリアージポストと考えていただきたいと思います。

初めに、若林区の拠点についてご紹介いたします。前進指揮所、救護所とトリアージを兼ねたポストを設けました。左側下、これは、仙台東部道路の若林ジャンクションという広いスペースを使いまして、こちらに主にヘリで救出した人を運び、そこでトリアージ、救護活動を行いました。

これは、そのジャンクションのすぐ近くの検索の状況です。このような状況で、車は一切入れない、人海戦術で人命検索をせざるを得ない状況でした。

現場トリアージの状況です。DMATの活動ということで、これは速報値ですが、5隊16名のDMAT隊員が入っており、18名のトリアージがなされました。

これは、若林区で活動したDMATのトリアージの内容ですが、初日は9名のうち6名が黄色の判定、3名は黒色、2日目の救命はすべて黒の判定になっております。

続きまして、宮城野消防署の宮城野区での現場トリアージの状況です。左上が、トリアージポストのために設置した場所です。右下の写真は、巡回して救護兼トリアージを行ったところで、2カ所ほどありました。

これは、宮城野区で活動したDMA Tの写真ですが、このように巡回しながら検索とトリアージ、救護などの活動を行っていただきました。

これは、宮城野区で活動したDMA Tの活動内容ですが、活動隊員数等については現在調査中ですが、2日間で62名のトリアージが行われました。

これは、宮城野区で活動したDMA Tの活動内容ですが、2日間でトリアージされた62名のうちの17名分の結果です。赤判定された傷病者4人のうち3名は低体温という傷病名でした。次のページは続きになりますが、黄色判定された傷病者でも、搬送を拒否する傷病者が6名ほどおりました。

現場トリアージの実施内容を箇条書きにしたものです。トリアージ実施者は、DMA Tチーム、それから消防署の救急救命士です。実施基準につきましては、DMA T研修で受けるトリアージの実施基準、仙台市の救急隊員は、「集団災害における救急救助計画」にあるSTART法をメインとした基準に則りました。実施方法は、前進指揮所に救護所、トリアージポストなどを設置して行ったということになっております。

現場トリアージの課題ということで箇条書きにしたものです。第一として災害現場がかなり広範囲だったため、複数の救護所、トリアージポストの事前計画が必要だったのではないかと思います。また、現場の指揮を取る場合、DMA Tと消防指揮本部との連携が、今回はうまくいっていたようですが、一部、そうでなかったところもあったということです。それから、DMA Tと消防機関の統一したトリアージ基準による合同研修会、そういったものの実施が必要ではないかということです。さらに、トリアージタグの様式や記載の統一化、回収したトリアージタグを見てみますと、基本は同じですが、一部違っているところもありまして、そういったものが統一されればさらによいのではないかと思います。それから、DMA Tと消防指揮本部との通信手段ということで、初期の段階ですが、DMA Tと連絡する無線等のツールがなかったということがございました。

続いて、良かった点を箇条書きにしたものです。仙台には救命センターが3つほどあるのですが、その3救命センターのほうから、連絡なしの搬送を受けるとの連絡があり、基本的に救急車は医療機関に連絡なしに向かう体制が取られました。

次に、仙台市では独自に病院照会システムという、スマートフォンを使い、情報の共有を行っております。救急隊の情報の共有と連絡手段ということで、ウェブ回線を使っております。初期にはダウンしたのですが、復旧が早く、今回の震災でもウェブ回線は強かったということが言えるかと思います。

また、先ほど紹介しました 119 番入電時のコールトリアージ体制により、九級出場件数を約 3 分の 1 に抑えることができました。

さらに、救急予備車の運用ということで、7 台を追加投入したことで救急需要に対応できました。

また、仙台市内においては、医療機関に配置された M C A 無線の活用が挙げられます。先日、18 日、19 日、D M A T の統括研修会というのが仙台であったのですが、そのときの報告会の中で、県内の医療機関から、仙台市内は M C A 無線により交信ができたが、県内全てをカバーできていたわけではないという報告がありました。宮城県に 4 つの無線基地があったのですが、3 つが使用不能になり、使用できたのが仙台的無線基地のみで、仙台市内は明瞭な交信ができましたけれども、県内全体で見るとそうではなかったということ、私も最近知りました。

それから、D M A T に消防前進指揮所に来ていただいてよかったということも、現場のほうでは声がありました。

検討を要する点としましては、119 番回線途絶時の住民からの通報手段と確保があります。仙台市内でも 119 番がつかないという声が数多く寄せられました。隣接する市においても 119 番が全くつかないことがあり、仙台市郊外の医療機関に、患者さんをマイカーで運び込むという光景が現場では多く見受けられました。

それから、災害時に同時集中的に起きる 119 番の対応ということで、指令課員は 36 名いるのですが、全員でやってもマンパワー不足ということで、ほかの地域に 119 番を回すような体制ができればよかったのではないかと考えられます。

次に、在宅医療を受けている住民の震災時のフォローがございます。人工呼吸器、酸素療法、そういったものの対応がすべて 119 番で来たということで、そういった対応を受け付ける体制も必要ではないかと考えられます。

また、D M A T と消防機関の連携の方策も今後必要ではないかということ、さらに、一番最後に、停電時の高層マンションということで、停電してしまいますと、高層マンションで上がっていくのも、患者さんをおろすのも大変だったということで、救急隊員はかなり疲弊したということがございました。

次に、発災直後の医療機関との連携ということで、救命センター、3 つある病院、大学病院、仙台医療センター、市立病院、それから、2 次病院ではありますが、仙台的 M C 協議会に参加している仙台オープン病院、こちらの病院を紹介させていただきたいと思いま

す。

初めに、国立病院機構・仙台医療センターの活動ですが、災害拠点病院であり、いち早く院長みずからリーダーシップを発揮して、多くのDMA T、総数 101 チームが入り、コマンドコントロールとして、統括DMA Tが、ここに入ったDMA Tチームに消防の前進指揮所に行ってくれとか、そういったコントロールを行いました。

医療センターのほうでは、仙台市内に設けられましたS C Uの活動も、2日間にわたり行っておりました。

次は、仙台医療センターの震災後、急性期の受け入れ状況です。黄色や緑が圧倒的に多い傾向があったということです。

次は、東北大学病院の活動です。こちら、全体ミーティング、院長みずからリーダーシップを発揮して、指揮をしていました。右下が、M C A無線の状況ということで、緑の枠で示しておりますが、これが仙台市内では有効な通信ツールであったということです。

同じく東北大学病院の活動ということで、大学病院にはかなりのドクターヘリ、それから消防ヘリも参りまして、多くの患者さんが搬送されたということです。

大学病院の急性期の受け入れ状況です。こちら黄色や緑が圧倒的に多いという状況でした。

これは、仙台市立病院の活動になります。本院内でのトリアージ、救命センター入口での活動の様子です。左下は、救命センターに隣接する、ドクターカーを運用している救急ステーションです。この施設の研修室を臨時の軽症者の処置所として運用して対応いたしました。そのほかにも、3月11日、12日にかけては、市立病院に多くの黒の患者さんが運び込まれて、安置所がもうないということで、この救急ステーションの消毒室というところに、一時安置するといった活動も行っておりました。

これは、市立病院の急性期の5日間の受け入れ状況ですが、やはり緑、黄色が多いという状況でございます。

次に、仙台オープン病院の活動になりますが、オープン病院ではI C Uを倍の数で運用したり、手術室を在宅酸素者用として活用するなどの運用を行っています。

これは、オープン病院の5日間の受け入れ状況で、5日間で871名を受け入れたという状況になっております。

以上で発表を終わります。ご清聴、ありがとうございました。

(〇〇委員) 横浜市消防局でございます。

参考資料2と書かれたペーパーをごらんください。

これは、会議の前に、災害時のトリアージについて何か意見があればということでしたきまして、私ども救急課の中で救急救命士を中心に議論して、まとめたものでございます。内容的には、既に以前からずっと言われていること、あるいは、当たり前だと考えられる事項も多数入っているかと思いますが、私ども消防本部として、果たしてそれが準備できているのかという視点も加味して、お恥ずかしい部分もあるかと思いますが、ペーパーにまとめたというものでございます。

課題と提言と分けてありますが、内容的には重複している部分があるかと思います。

まず、1つ目からご説明させていただきます。「情報の把握、共有、伝達経路を確立させるとともに、指揮命令系統を明確にし、各機関の役割分担、指揮者間の連携を図らなければ、効率的な活動ができない」。これは、先ほどの仙台市さんの発表にもありましたけれども、恐らく災害現場には、DMA Tだけではなく、私ども消防、警察、自衛隊、海保といったいろいろな団体が入るかと思いますが、そういったところの連携が必要だということです。さらに、「また、指揮本部における情報処理資器材の整備、死亡者の取り扱いと判断、搬送手段と経路、医療資源の確保、メディアの統制」。これは、災害現場でよくあるのですが、要救助者を撮影しているテレビ等、そういった部分のメディアに対しての対応をどうしていくかということが必要であると1つ挙げさせていただいております。

2つ目については、早期に大まかの傷病者の数ですとか、規模をきちんと把握して、そこに適切な部隊を投入するというところでございます。

3つ目ですが、提供可能な医療資源と傷病者の状況によって、搬送トリアージでは順位、搬送先を決めます。判断は、傷病者の状態はもちろん、搬送手段、周辺医療施設の数、収容能力、搬送時間のすべてを勘案する必要があるということから、早期にこれらの情報の収集と提供が必要だろうと考えられます。ただ、ここにはそのように書いてございますけれども、私どもがそういう場面になったときにできるかという、情報とコントロールは非常に難しいのではないかと考えております。

その他、トリアージ実施者やトリアージタグについての問題です。先ほど専門官のご説明の中にもありましたSTART法等が多く用いられている現状があると思いますが、関係機関が組織を超えて統一しなければ、実施者ごとに差が出てしまいます。トリアージ方法の統一とそのための訓練が必要ではないかと考えております。

また、本部が被災した場合、今回の震災でも、消防についてだけでなく、いろいろな機

関の本部が被災したというケースがありました。そうなりますと、情報収集、情報把握、活動自体に非常に困難を伴うということなので、可及的速やかに指揮がとれる場所を確保する必要があります。これは本当に難しいと思います。これは医療機関でも恐らく同じだと思いますけれども、私どもの消防局、消防本部が被災した場合、次の手はどこでだれが打つのかということを明確にしておく必要があるということでございます。

次は、当たり前の話で、医療機関が被災している場合はなかなか難しいと。

また、トリアージポストが分散する場合の調整（マンパワー、器材、コントロール）が必要です。これは、私どもも、トリアージタグは配った、指揮所の看板はある、各消防署に指揮隊というのがあって、その資器材は持っているということがあったとしても、先ほど仙台市消防局の吉川さんがご報告されていましたが、同じ区の中で2カ所、3カ所あった場合はどうするのか、複数のトリアージポストが必要になった場合はどうするのかというところまでは、なかなか確保できていないというのが現状であると思います。

提言というところで、負傷者の情報と医療機関の情報、特に医療機関の情報を集めるというのは本当に難しいと思います。それを一元管理するということと、私どもが行政として把握している負傷者のほか、ウォークインで行かれる負傷者もあるということを考慮しなければならないと思います。

実は、私どものところでも、それほど多くはないですが、交通事故などの様々な場面で、集団救急事故的なものが発生する場合があります。そのような場合に、MCにご参加いただいている医療機関に私どもが直接ご連絡をして、どの程度受け入れ可能かを確認します。平常時は、おおむね1けた、多くても2けたに至るか、その程度だと思います。ところが、災害時、先ほどの仙台さんの発表にありましたけれども、例えば、東北大学病院さんがノーコールで受けるといった運用があると思いますが、当然ながら、平常時の災害トリアージと大災害発生時の災害トリアージは異なってくるということがあるのではないかと思います。

2つ目、3つ目は、以前から言われておりますが、今でも課題として当然残っているだろうというものでございまして、多数の傷病者が発生して、同色のトリアージの方を搬送する場合に、トリアージ自体が当初は簡単な分類を行っておりますので、当然ながら搬送時にはどちらを優先するかという問題が生じます。トランスポートの手段というのは限られておりますので、さらに同色の中でどうしていくかというものです。その他、搬送まで長期化することにより、早期に搬送してほしいと思う方がトリアージタグをもぎとってし

まうということもあり得るだろうと推測されます。

その次は、トリアージ実施者が多数の傷病者に対して機械的に黒タグをつける状況になった場合には、その後、精神的なケアが必要であろうという点です。これは、トリアージに限らずですが、色々な災害でそのような体制が必要だろうと考えます。私どもの消防では、今回、原発の3号炉のほうに、東京消防庁さんに続いて参りまして、一番この点を重視した部分でございます。

トリアージの先の工程である搬送についてですが、我々は消防機関として搬送しなければいけないときに、予備救急車を投入しても足りない場合、路線バス、トラック等も投入しますが、搬送先の医療機関の確保がなされるかという点、それはまた次のステップの話ということで、段取りをしっかりとしなければいけないということでございます。

裏面に行きまして、救護所では、トリアージ精度の向上ということで、「割と簡便で」と書いてありますが、ソートトリアージ、これは、まずは、先ほどのSTARTのトリアージに加えて、さまざまな解剖学的な評価、受傷機転等を考慮したトリアージ法ですが、こういうものが有効ではないかと考えております。

また、先ほどマルチチャンネルの無線の話がございましたけれども、トリアージに限らないかもしれませんが、各組織に共通した無線が現状はないのではないかと思います。私どももトランシーバーを何機というような準備はしておりますが、そういった共通の通信ツールがないという現状を踏まえると、共通の無線があったほうがよいのではないかと考えます。

トリアージを含めて、災害に対応する研修、トレーニングというのは、いろいろな職種が、いろいろなプログラムを受講しているという状況にあります。しかし、やはり組織を超えて何らかの統一された研修プログラムというようなものがあつたほうがいいのではないかと、そうすると共通認識を持って同じ言語で話すことができるのではないかと思います。

最後ですが、より組織化、統一されたトリアージを実施するためには、呼吸脈拍計といった観察ツールを統一し、トリアージスタッフであれば、組織にかかわらず、躊躇なく誰でも使用できて、同じ基準で観察ができるものがあればよろしいのではないかというふうに思います。

以上でございます。

(2) 社会全体で共有するトリアージ体系のあり方について

(〇〇専門官) それでは、続きまして、平常時のトリアージ、資料の21ページ以降の部

分をご説明申し上げます。

22 ページ目でございます。昨年の重症度・緊急度判定・選別に関わる作業部会の検討結果概要でございますが、1つ目として、緊急度の判定基準が各段階で標準化されていないということが、指摘されています。2つ目として、緊急度判定の基準の精度の検証に当たって、基準となるべきものは医師の確定診断である、すなわち、医療機関における予後を含めた診断であるということをまとめていただいています。今後の課題として、さらに具体的に検討すること、また国民のコンセンサスを得る必要があるということを確認いただきました。

23 ページ目でございますが、緊急度の判定・選別にかかわるイメージ図でございます。

続きまして、24 ページ目です。今年度の検討事項でございますが、大きく4つございます。1つ目、緊急度の判定・選別の必要性、効果について再度確認をいただきたいと考えております。続きまして、基本コンセプトを確認し、また、後ほどご説明しますが、海外実態調査を行います。その際に日本における基本コンセプトの考え方のレビューを先方から求めたいと考えております。3つ目、以上を踏まえて、トリアージプロトコル（原案）を作成したいと考えております。さらに、4番目でございますが、そのプロトコルを用いて実証研究、また情報化システム等が必要になってまいりますので、システム構築等について実施可能性を高めていきたいと考えております。

25 ページ目、緊急度の判定・選別の必要性とその効果でございますが、25 ページ目の左側にございますように、今後、救急需要は相当数伸びていくことが予想されております。私どもは今後10年間で30%増という将来予測を出してございますが、実は、今年の救急搬送件数につきましても、主要な都市に確認したところ、6%台の伸びを示しているという情報もございますので、今後も大幅に伸びることが予想されています。また、救急搬送の半数が軽症者であり、医療資源に限りがあるということで、特に中等症、軽症を支えていただいている2次救急の医療機関の数についてはこれ以上供給が伸びる可能性は低いという状況であり、このまま放置すると救命率が低下するのではないかという懸念を持っております。対応策としましては、救急安心センターや、トリアージ、119番等ございますが、最終的な目標が、右下に書いてあります、緊急度・重症度が高い傷病者を直ちに救急医療を提供するというのが目的で、さらに、救急医療を必要とする傷病者に遅滞なく医療が提供できること、さらに、すぐに病院に行っていないのか迷っていらっしゃる傷病者に対して、緊急度の目安を示すということをいたしまして、救命率の向上を目指していきたい

いというものでございます。

26 ページ目、消防を中心とした救急搬送における緊急度の判定・選別関係の歩みを書いています。平成 7 年 1 月に阪神大震災が起こりまして、その後、災害トリアージ、トリアージタグを通知でお示ししています。平成 19 年 3 月、コールトリアージプロトコルの提示を行いまして、検討を開始しております。その後、平成 19 年 2 月に東京消防庁において現場トリアージが実施されております。平成 19 年 6 月、東京消防庁で救急相談センター事業が開始されました。平成 20 年 10 月から、横浜市におきまして、特区申請がなされ、コールトリアージと部隊運用を緊急度に応じて変えていく、2 人体制も可とする対応を取られております。平成 21 年 10 月から救急安心センターモデル事業を消防庁で実施しまして、愛知県、奈良県、大阪市で実施をいただきました。平成 21 年からは消防法改正による実施基準、こちらにつきまして、観察基準等がありますので、若干、緊急度の判定・選別と重なる部分がございます。平成 23 年 3 月でございますが、家庭における救急車利用マニュアルを消防庁で策定いたしております。

27 ページ目でございます。こちらは、社会全体で共有するトリアージ体系構築にかかわるコンセプトでございまして、先ほどから救命率の向上を目指すということを申し上げましたが、具体的には恐らく下のような図になるのではないかと考えております。家庭、電話相談、119 番通報、救急現場、医療機関、それぞれでプロトコル、ツール等が示されておりますが、それぞれをつくりまして、緊急度に応じて体制を変えるというものでございます。基本コンセプトとしては、便宜的に青をつけておりますが、超緊急の場合につきましては、とにかく医療にすぐにでもかけられるような体制をつくる、赤の場合は速やかに診察、黄色の部分については 60 分以内、緑につきましては 12 時間以内、また白については通常の診療時間中に受診いただくというものでございます。なお、これらはあくまで目安として C T A S 等を参考にしたものでございます。恐らく家庭におきましては、すぐに行ったほうが良い状況であるとかをお知らせする、また、電話相談におきましては、119 番の転送を上 の 2 つで行う、また、119 番通報段階では体制を変える、救急現場においては医療機関の選定にも活用するというものであらうと考えております。

続きまして、28 ページ目は、森村委員がおつくりになった図表です。全国共通のプロトコルを国のほうで示しますが、地域によって医療体制や医療資源が異なりますので、それらの状況によってプロトコルを必要とする局面は同じではないということを示したものでございます。これは後ほどご説明いただければと思います。

29 ページ目が、社会全体のトリアージプロトコル像（案）でございます。中央に住民の方を示しております。住民の方には家庭等での自己判断プロトコルを示し、それをホームページ、携帯電話サイト、地上デジタル放送等で情報提供して参ります。そこで緊急性がある場合につきましては、119番通報をいただきますし、119番通報を迷う場合については、電話相談へかけていただくというものでございます。それぞれプロトコルを示しております、電話相談におきましても、緊急性がある場合は119番通報に転送する、119番通報のほうでは、緊急性を判定し、それに応じて消防における体制を組み直します。また、救急現場におきまして、再度、プロトコルに基づいてトリアージを行い、緊急性に応じて搬送しますが、緊急性がない場合については、自力受診、電話相談等を勧めるということです。最終的には、医療機関が最も重要でございまして、医療機関のほうで、いかなる交通手段で来られたとしても、救急車で来たとしても、自力受診で来たとしても、同じ基準でトリアージを実施していただくということが重要かと考えております。

本日、机上配布しておりますメモのほうのご説明を申し上げたいと思います。これは、あくまで事務局が本日の議論のためにまとめたものでございます。

先ほど、我が国における緊急度の判定・選別の歩みについてご説明しましたが、そこで挙げられている各取り組みについて整理したものでございます。一番左、上から、家庭、電話相談、コールトリアージ、現場トリアージの順序になってございまして、救急の各段階において想定されるトリアージの対応を示しております。真ん中のカラムが、消防における救急対応、一番右がデータ蓄積・見直し等でございます。

まず、家庭の救急車利用マニュアルでございしますが、119番通報の可否につきまして、こういう状況であれば119番にかけてくださいということを示しておりますので、119番が必要だという局面をお示ししています。一方で、このケースは、自力受診をしてくださいというところまではお示しできていないということでございますので、三角印となっております。同様に、下の日本小児科学会がお示しになっている子供の救急、これについても119番通報をすべき状態については明記されています。

一方で、横棒のついているものについては、もともとその必要性がないだろう、考えられないという項目でございまして、空欄にしているところは、これはもしかすると丸がついてもいいのかもしれないという欄でございます。例えば、私どもの救急車利用マニュアルについては、本来、初期診断、予防情報があつた上のデータベースがあつてプロトコルの見直しがあれば最も望ましいのではないかと考えております。

2つ目のカラム、電話相談でございますが、救急相談センター、#7119でございます。こちらについては、119番通報への転送を行っておりますので丸となっております。一方で、病院選定、不搬送等は、今回こちらのほうは関係ございません。データベースにつきましては、大体6万以上のデータが集まっていると聞いております。初期診断の情報でございますが、番号を振っております、一部の傷病者につきまして、自力受診した場合に、医療機関にコードを伝えていただきますと、データベースに蓄積されていくというものでございますので、一部対応できております。一方、プロトコルの見直しについては、定期的に行われているところです。

次に、#8000につきましては、119番通報すべき情報をお伝えして、転送はしてはおりませんが、状況はお伝えできているというところでございます。データベース、初期診断等があるとは聞いておりません。プロトコルの見直しは今後進められてまいります。

次がコールトリアージでございます。119番通報時のトリアージでございますが、消防庁のほうで平成19年以降、コールトリアージプロトコルを示しておりますが、現在、出動、搬送体制の変更につきましては、重傷者に関しては急いで行く、またはPA連携を組むとなっておりますが、一方で、軽症者に対して、2人体制でいいのではないかとということ等はお示しできていないところでございます。また、データベース等もございません。プロトコルの見直しも現在行っていないところでございます。

一方、横浜市の救急システムは、特区で実施されておりますが、こちらについては、まず119番段階で、緊急性がない場合は相談事業へ転送されているということで、不搬送のところを丸にしております。一方、出動・搬送体制の変更につきましては、軽症に関しましては2名出動、重症に関してはPA連携ということで、こちらは丸とさせていただいております。データベースについては、私どもは取りまとめておると聞いておりますが、ハテナマークとさせていただいております。後ほど補足いただければと思います。プロトコル見直しにつきましても、今後、見直しされるとお聞きしております。

次が、米国ナショナルアカデミーのEMDプロトコル、これは、世界各国で使われている緊急通報時のプロトコルでございますが、こちらについては、不搬送については、地域によって、例えば、電話相談であるとか、そのようなものをつくっていると聞いております。また、出動変更体制も行っている地域は多数あると聞いています。データベース初期診断等については、私どもは情報を集めきれておりません。プロトコルの見直しは定期的に行われているところでございます。

続きまして、現場トリアージですが、東京消防で行っている搬送トリアージ、これは主に現場に行きまして、緊急性がない場合は、ご本人の同意を得た上で搬送しないというものでございますが、これは一応丸にしてございますが、あくまでご本人の同意が前提となっております。こちらは一応データとして取りまとめされておりました、プロトコルも、勝手に丸をつけてしまっておりますが、見直しをされると見込まれます。

次が、消防法改正の中で示しております実施基準に伴う観察についてですが、実際の観察に基づいて病院選定を行っておるということになっております。一方、データベースにつきましては、一部の都道府県ではデータを蓄積するということでございます。また、見直しについては、定期的に見直すことを私どもは求めています。

一番下の欄をご覧ください。カナダがC T A Sに基づいて病院前の緊急度判定システムを現在策定中とお聞きしております。この中では 119 番通報の要否についても、住民向けにC T A Sのほうで示しておりますし、病院選定についてもかかわってくると聞いています。不搬送、出動・搬送の体制については、ここは情報を集めきれておりません。一方で、データベースにつきましては、C T A Sと連携を組む予定と聞いておりますので、こちらはすべて丸、プロトコルについては、データベースに基づいて定期的にプロトコルを見直していくというものです。

私どもが今後、目指していく救急搬送のトリアージシステムについては、このすべてに丸をつけていきたいと考えております。

続きまして、こちらの資料をあわせてご説明申し上げます。次のページでございます。トリアージプロトコルの策定・運用スケジュール、これはあくまでメモでございますが、今後、このような形で進めていけたらと考えております。

まず、私どもは、幾つかの国内のトリアージプロトコルの情報収集を進めており、また、海外のトリアージプロトコルの情報収集も進めておりますので、これらをもとに、まずはトリアージプロトコルの各段階のファーストバージョンをつくれなかと考えております。ファーストバージョンをつくるに当たっては、当然、最終的な診断・予後のデータ等がある上でつくるのが望ましいとは思いますが、現状はなかなか難しいところでございますので、少々乱暴にはなりますが、まず現状のトリアージプロトコルを組み合わせる形で原案をつくらざるを得ないだろうと考えております。

その後に、この原案を使った上で、実証研究を主要な都市部・地域で行えないかと考えております。ここで試行的に実施しますが、あくまで現行法令で認められている範囲内で

の実施となります。この場合、原案をいかに使えるかというよりも、むしろ、データ収集のほうに重要と考えておりまして、要は、消防における活動内容から最終的な予後診断のデータに至るまで情報を集められるかどうかのキーポイントだと考えております。小規模で実証研究をやりまして、平成 24 年度以降にデータ解析をし、ここで初めてトリアージのプロトコルをきちんとつukれないかと考えております。

あわせて、法令等の改正の検討、これはハテナマークにしてございますが、必要があれば整備していきたいと。例えば、まず優先順位をつけることを法令で書いたほうがいいのかどうか、また、不搬送をきちんと明記したほうがいいのかどうか、また、2 人体制、3 人体制、P A 連携等についても明記したほうがいいのかどうか、ご意見を賜れればと思っております。

最終的に、本格実施ということで、全国にプロトコルを示します。一方で、地域ごとの実情がございますから、その実情にあわせて点検等をしていただき、さらに、一番重要なのは、プロトコルの見直しを、データを収集しながら進めていくということを考えております。

本資料のほうに戻っていただきまして、30 ページ目でございます。

先ほど海外のトリアージプロトコルを参考にしながらということでございましたが、実際、海外の活動状況の情報が随分集まっておりますが、最終的には、現地に行って、現地の基本的な考え方を確認すると同時に、私どもが考えているコンセプトを先方にご説明し、レビューを求めたいと考えております。

対象国としては、現在、ドイツ、イギリス、フランスの 3 カ国を例として挙げております。31 ページ目にそれぞれ説明がございますが、こちらは、日本人の文化的な考え方、また、医療制度が近い国、また、日本の法令体系を初め参考にした国、また、医局制度等を学んだ国がございます。それぞれ状況に応じて実際のトリアージはいろいろ取り組みが変わっておりますが、3 カ国ともトリアージは進んでいるということでございますので、こちらを参考にしながら、現地にて意見交換をしたいと考えております。私どもは 3 カ国しか挙げておりませんが、もしほかに見るべき国等があればご提案いただければと考えてございます。

私からの説明は以上でございます。引き続き、〇〇先生、〇〇先生にご説明いただければと思います。

(〇〇委員) お手元に資料がなくて大変恐縮ですが、事務局のほうから提案をいただき

まして、議論を進めていく上で、トリアージのそもそもの定義を共有化したほうがいいだろうということ、それから、そもそもトリアージの原理はどのようにしたらよいのかということの情報共有をしたほうがいいのではないかとということで、5分、10分ではございますが、おつき合ください。

名だたる有識者の方々の前で、このようなご説明をするのは恐縮ですが、非常に僭越ですが、今までどういったことがトリアージの用語の定義だったのかということ、もう一度、簡単に振り返ってみます。

そもそもトリアージは需給バランスの不均衡というところから話が出て、どんなに多く来ても、これだけ供給側が潤っていれば問題なかろうということですが、数だけのバランスではなくて、緊急度、重症度、すべてのバランスが崩れると、いわゆる優先度というものを考えなければいけないだろうというところからスタートしています。日本のいろいろな場所や部署、あるいはプロセスでトリアージが語られるときは、このような不均衡、あるいは、不均衡にならないように均衡状態を保とうとする努力が継続的に必要になるような状況のときであり、優先順位の決定が迫られます。その1つの根底の考え方としてトリアージがあるのだ、とこれまで議論されてきたと思います。

冒頭、長谷川専門官も言われていましたが、トリアージは、諸説ございますが、言語学的に言うと「分類する」、これはポストといったところで区分するといった意味合いがあるようです。歴史で言うと、有名なところは、ナポレオンの軍医が、階級を問わず、最も高い緊急度の傷病者から処置をするために始めたといわれています。その前までは將軍から処置をしていたそうです。このようなコンセプトが導入され、1846年には、緊急度だけでやってもいいのだけれども、極めて致命的な傷病者がある場合は、処置の延期が可能、ある場合はそれ以上やっても厳しいだろうということ、あるいは、逆に、全部やらなくても、延期可能な傷病者はその場でやらなくてもいいのではないかとということ、このような概念が導入されました。

本日共有しておかなければいけない話として、「トリアージ」という用語には、恐らく2つの意味があるという点です。それは、個人の評価と他者比較ということだと思います。1番上の個人評価というところですが、これは個人の緊急度を評価して分類する、この方は最緊急なのか、準緊急なのか、あるいは待機的なのか、というところ。近年はこれも「トリアージ」と表現されています。代表的なものは、「トリアージナース」の「トリアージ」という言葉だと思いますが、どれだけ待合室に患者さんがいなくても、トリアージ

ナースはトリアージをするという表現をします。そのような場合は緊急度評価に当たるのだらうと考えられます。

この緊急度評価をすると、何が差別化されるかという点、治療、あるいは処置のスピード、あるいはそれに対応する人、もの、場所、蘇生室を使うのか、蘇生キットを使うのかといったことが差別化されます。また、恐らく実施者、対応者について、すべてに対して一生懸命実施することは当然ですが、落ちついてゆっくりやれるのか、あるいは急いでやらなければいけないのか、という点で、実施者、対応者の気持ちに違いが出てくるのだらうと思われまふ。

他者比較に関しては、個人の評価を踏まえた上でもう一段階が必要になります。まず各人に同じように尺度を当て、個人個人について最緊急、準緊急、待機的である、という評価を実施します。その評価をした上で、複数人のなかから、どの人たちから対応しなければいけないのか、という治療・処置の開始の順番が差別化されます。ですから、今回、ずっと議論していく上で、これをもう一度認識した上で議論しないと、個人の評価の話なのか、他者評価の話なのかという点で、混乱するだらうと思われまふ。

優先順位決定の原理ですけれども、これは、今さら混乱させるつもりは全然ないのですが、そもそもというのと、果たしてこれでいいのかというのは、時々考えまふ。

これは、私自身が大学で学生相手にこういうディベートをするときの1つの設問です。どちらから診療を開始するか、その根拠となる情報を1つずつ述べるように指示します。学生さんは医療情報にかかわること、年齢、性別、病態が主になります。例えば、両方とも心停止であった場合は、原因疾患、時間因子、そのほかの因子は何かというようなことで、いろいろな項目が挙げられるでしょう。

もともとの原理について、よく説明されているのは2002年の緊急度というところ、あるいは重症度というところに観点を置いたトリアージの考え方の代表的な論文だと思います。もう読まれている方も多いと思いますが、仮に黒く示されたバーのエネルギーだけ医療資源があった場合に、この5人の方にどうやって配分していくかというものの考え方です。順番に行った場合には、例えば、90%の熱傷の方、下腿の開放骨折の方、腹腔内出血のショックの方、気道緊急の方、開放性気胸の方、こういった方々について、90%の熱傷の方に全力を尽くしたけれども救命できず、その次に、下腿開放骨折の方に全力を尽くして治療できたとしても、もうパワーがほとんど残っていないと、残りの方はすべて、例えば、窒息で亡くなる、呼吸不全で亡くなる、出血性ショックで亡くなってしまう、とい

うモデルになります。

これを緊急度評価、あるいは重症度評価をした上で、いわゆるトリアージ手法を使うと、熱傷の方は、手を尽くしてももともと厳しいので、これはいわゆるトリアージで言う黒になる、2番目の方は、すべてのことをやらなくても、とりあえず、創部を圧迫止血しておけば助かるだろうという判断になります。全力を尽くすべきは、恐らく最重症の腹腔内出血の人で、この方は気道の管理のみで恐らくは助かり、この方は胸にチューブを入れればとりあえずはしのげる、と判断されます。こういうものの考え方は、今まで議論されているような緊急度評価をベースにしたトリアージの原理というふうにされていると思います。

ただ、これは、先ほど少し話に上りましたが、フランスのSAMUが、重症度以外に時間の因子、それから、必要かつ最良の医療のケアの因子という、この3つを総合的に考えなければ、緊急度の評価というのはできないだろうということを前々から指摘しています。大地震のときに心肺停止の患者を一番にと言われても、そのケアの内容等を全部含めた場合、緊急性は高くないのではないかなという話になります。彼らは、それに加えて、見えない社会的な圧力というものも必ずかかってくるだろうと言っています。

これは、1つの例ですけれども、フランスの場合は、救急の電話がかかってくると、#7119と同じような対応、あるいは119番コールトリアージと同じような対応は医療チームがやります。たくさんか通報があった場合、これはまさに電話におけるトリアージの話ですけれども、我々の電話受信者側にとっての理屈ですと、早い順とか、終わってから次に、ということが一番楽なのでしょうけれども、それを受ける側から考えていかなければいけないだろうとなりますと、どうしてもいろいろな因子を加味して考えていかなければいけないだろうと考えます。

これらのものの考え方には逆のものがああります。横浜市営地下鉄は「全席優先席」と書いてあります。これをどう解釈していいか、いつも難しいと思うのですが、最大多数の最大幸福のベンサムの功利主義が今の我々のトリアージの原理になっているということは間違いないと思います。今までの議論の中では、最大多数原理だったと思います。

これはあえて、ディフェンスするつもりはないですが、平等原理というのはその反対側にあると思います。現代倫理学の加藤さんが話していますが、10人の重症患者で特効薬が1人しかなかったという事例を考えた場合の考え方が示されています。くじ引きか、あるいは社会に最も貢献しそうな人の功績主義か、一番高いお金を払ってくれる人か、自由市場、道徳的に最もふさわしい人、これは誰がそう思うのかということは難しいですが、道

徳的根拠、それから、均等に分ける均等割り、最大効率を発揮させるような配分、恐らくはこの一番下のところが最大多数原理と似ているところだと思います。

いろいろ申し上げましたが、いずれにしても、我々は 100 人の傷病者がいたら 1 番から 100 番まで順位づけをしなければいけないというところが最終的なゴールになろうかなと思っています。

これは、先ほどのものですが、いろいろなところでそういった優先度を考えていくときに、恐らく地域によっては、大都市においては全ての局面でこういったことを考えなければいけないでしょうし、一方で、病院は 1 つしかない、大きな病院であるというのであるならば、外来のトリアージのところだけを中心に強化していけばいいでしょうし、そうでないところは複数組み合わせなければいけない、というものの考え方があると考えます。

雑駁ではございますが、以上でございます。

(〇〇委員) 次は、トリアージから始まる救急医療システムのリ・ストラティフィケーション、再階層化と題しまして、トリアージを応用した救急医療の近未来像、これはあくまでも私案でございます、皆さんのたたき台にさせていただければと思ひまして、1 つのアイデアとして提示させていただこうと思います。公式な見解ではないということを最初にお断りさせていただきます。

病院前トリアージと病院トリアージが連携することにより、より適切でスムーズな救急患者の受け入れが可能になると考えております。これは、今ある医療資源の有効活用であり、トリアージ活用の第 1 段階であると考えます。この時期には、J P A S の救急隊の普及教育のためさまざまな教材を用意することを検討しています。これは、C T A S について、プロバイダマニュアルの教材ですが、さまざまな教材を救急隊向けにも開発していくといったことを今後、検討しております。

この過程を通じて、救急搬送情報システム、救急隊の情報を集めて、救急部情報システムにより、救急部、病院のほうでの情報を集め、データベース化し、国内で統一された救急医療データベース、仮称ですけれども J E D I S といったものを立ち上げ、情報を集積・分析し、統計学的な解析をしていきます。これにより、エビデンス・ベースド・エマージェンシー・メディスンというコンセプトがありますが、これの実践を行うことが可能になります。このデータベースからは、C T A S をより日本に適したもの、J T A S へ改定していくといった作業、そして C T A S、C P A S、そういった病院前、病院内でのトリア

ージの事後検証、質の担保を行っていきます。救急部情報システムと連携して、病院の中で患者さんの治療、診断の手法を探っていく、クリニカル・デシジョン・クライテリアを開発するためのたたき台とすることができます。そして、これは、将来の話ですが、医療安全、医療費抑制、医療訴訟の対応に対して救急部としてのスタンダードケアといったものを開発する、その理論的根拠をデータベースから導き出すことができる、ということも考えております。

これも、1つの構想の私案ということで捉えてください。近年の医療の高度化、病態の複雑化に伴い、潜在的に重症化する可能性のある患者さんに対して、症候学の視点から、緊急度・重症度を鑑別し、適切な診断・治療への道筋を探るものとして、クリニカル・デシジョン・メーカーというコンセプトがあります。これを、実施する場として、クリニカル・デシジョン・ユニットというものが設けられています。これはカナダ、アメリカなどの例ですが、そういったものの重要性というものが今、高まっていて、いろいろな救急部にクリニカル・デシジョン・ユニット（CDU）というものが設けられています。

これも全くの私案でございますが、1次から3次の救急医療機関が主な診療対象レベルの、もし1段階上下のトリアージレベルまで診断する能力を、機器の更新、もしくはさまざまな努力によって診断能力を確保できれば、この図に示したように、緑、黄色、赤、それぞれの救急医療機関にJ T A Sレベル3と言われる準緊急、これは2次救急に相当するようなレベルとさせていただくとわかりやすいかと思いますが、そういった患者の受け入れ能力が備わることになります。このため、J P A S、救急隊の病院選定プロトコルを活用することにより救急医療システムのリ・ストラティフィケーション、日本語にすると再階層化といったものが可能になります。すなわち、救急医療の質を確保し、安全な医療を遂行するために有用なクリニカル・デシジョン・ユニットをさまざまな救急医療機関に整備するということが、次世代救急医療機関の重要な課題になるのではないかと検討しております。

そして、それぞれ1次、2次、3次の中の基本的な構造というものは、判断に迷うような症例に関しては、クリニカル・デシジョンというオブザベーションの機能を持って最終的な判断をする、という基本的な骨格をある程度整備して共通して保持することが医療安全上望ましいのではないかと考えております。これは、あくまでも質の担保ということを基準に考えたものです。

今までにお話したこととはまた別の概念になりますが、これもトリアージを活用して

将来できるのではないかという1つの案でございます。~~トリアージを活用して~~救命救急を目的とした救急医療施設~~以外にです~~ね、慢性期でターミナルの患者さん、または慢性疾患で肺炎が起こるとか、ある程度予後がわかっておるような患者さん、そういった~~もの~~の方に~~関して~~する、救急医療施設以外に緩和医療を目的とした救急緩和医療施設というものもこの世の中に存在してもいいのではないかと、~~これを~~トリアージを使って違う施設に搬送するということも可能ではないかと考えております。

全くの私案でございますが、この救急緩和医療施設はどういうものかといいますと、在宅の主治医、かかりつけ施設、担当医などによるプレオーダー、あらかじめ決められたオーダーにより、緩和医療を患者さんは求めておられるという方針があらかじめ定まっている患者さんに関して、その患者さんが救急医療を要する場合、救命救急を目的とした診断や治療を中心とした救急医療ではなく、苦痛の緩和や、人間の尊厳をより重視した医療を提供できるようにするといったコンセプトです。既存の医療機関を有効活用することにより、受け入れ先の確保が容易になるということが期待されます。終末期までの一貫した医療を提供することができます。また、救急医療機関の負担を減らす効果もあると考えられます。

最後になりますけれども、JTAS、JPASといったものを、災害時トリアージに応用するもの、消防担当の方々から既にいろいろな貴重な意見をお伺いしておりますけれども、1つは、通常時より救急現場において救急隊がJPASによるトリアージシステムを行って、そのシステムを強固に構築することが、救急隊の医療従事者としての資質を高めることになるため、災害時トリアージに対する最大のプリペアドネスになるのではないかと考えております。また、これは別のコンセプトですが、軽症者に対するエバキューエーショントリアージといったコンセプトを導入し、災害弱者の早期救援により、災害時での医療施設の負担を軽減しつつ、他の傷病者に対するリソースの確保を行うこともできるのではないかと考えています。このトリアージに関しては、コールトリアージを十分活用するということも必要ではないかと考えております。

以上、今、公式に動いているのは、JTASのプロジェクトでして、今、お示しましたのはあくまでも、それを将来このように活用できる可能性があるのではないかというふうに個人的に考えた私案で、公式なものではないのですが、皆さんのたたき台の1つにしていいただければと思ひまして提示させていただきました。

ご清聴ありがとうございました。

(〇〇専門官) 説明は以上でございます。長くなりまして失礼しました。

(〇〇座長) どうもありがとうございました。

多くの資料がございますが、本日のところは、全体をどういうふうにして進めていくかということについての議論が主たるものだと思います。

今、〇〇先生が飛行機の関係で退席されました。たまたま〇〇先生が J T A S のことに言及されたので、委員の方に、少し記憶の新しいうちに〇〇先生が置いていったメモを披露します。日本臨床救急医学会の J T A S の検討委員会が昨日行われました。J T A S (ジャパン・トリアージ・アンド・アクイティ・スケール) を平成 24 年 7 月ないし 5 月には完成させようというふうなことが昨日の会議で話し合われたと言っていました。〇〇先生のスライドにも出てきましたけれども、J P A S (ジャパン・プレホスピタル・アクイティ・スケール)、要するに、C T A S、J T A S が病院の救急外来だとしますと、プレホスピタルで使えるような、少し簡易版のようなものと考えていいのかもしれませんが、その J T A S についても並行して作業を進めているとのことでした。ですから、平成 24 年 4 月ないし 5 月、J T A S ができるころには、それをプレホスピタルで使いやすい形にして J P A S ができるだろうということも話し合われていたそうです。

委員会の報告としては、〇〇先生のほうにそのうち上がっていくことになるのですが、昨日そのようなお話をしたということを披露しておいてくださいとのことでした。それは、先ほど〇〇専門官がどこかに今後の予定を出されていましたよね。

(〇〇専門官) メモの 2 枚目でございます。

(〇〇座長) メモの 2 枚目のところの、トリアージの Protokol 原案の、現場における Protokol ですね。

先生方にご意見をお聞きしたいのですが、〇〇先生は、図らずも、患者さん一人一人のトリアージに関する検討、それから、たくさんの傷病者がいるときの相対的な資源の配分という形での議論をされました。

そこで、社会全体で共有するトリアージ体系についての本日の式次第のところにあります、(1) 災害時におけるということと、それから、(2) 社会全体でということ、恐らく社会全体で共有するトリアージ体系の中に、災害時のトリアージ、それから個別症例に関するトリアージというふうな形で議論を進めていくのだろうと思います。「トリアージ」という言葉そのものは、先ほど〇〇先生が、「トリアージナース」という言葉は比較的定着しているけれども、個別症例についての言葉は多少難があるのかもしれないというニュアン

スで発言されました。社会全体で共有するトリアージ体系のあり方というこのことが、災害時を含めてというふうなことは十二分に理解しなくてはいけないことはよくわかります。26 ページ、阪神淡路のそれから出発して、トリアージタグの話が出たり、その後、相対的に需要と供給が、供給側の負けが込んでくるというふうなことがあったりしますので、この手の議論も出てきました。ですから、もちろん災害時を含めることについて問題はないのですけれども、今後の議論を進めていく上で、体系的なところ、全体像を初めに議論しておいたほうがいいのではないかと思います。

〇〇先生、皮切りに、僕たちは何を議論すべきでしょうか。

(〇〇委員) その用語、私が先ほど言ったのは、例えば、「トリアージ」という言葉を1つ使った場合に、大きく分けるとああいった2種類のものの考え方があるので、議論を進めていく上で分けて話を進めなければ、恐らく混乱するだろうというのが1つです。

それを認識した上で、我々がまずやらなければいけないのは、私は、やはり原理のところがあって、原理の中で、最大多数にやっても何でも構わないと思いますが、この緊急度評価をすることによる最終的なアウトカムが完全な100%の精度を得られるかどうかということは絶対に無理だという点も、きちんと議論したほうがいいのではないかと考えます。目指すところが、資源の相対的な配分と、まさしく座長の〇〇先生におっしゃっていただきましたけれども、それが均等な配分であるかどうかということと、最も最大限適正と思われる配分であるのかということをお話していかないといけないのではないかと思います。

消防の方のご発表も非常によくわかるのですけれども、だれがやっても同じになるトリアージというのは存在しないと思いますし、恐らく、トリアージの基準や方法を決めたとしても、結局、実施者のスキルと経験が大きく影響しますので、そこを標準化することはできません。そのため、ものの考え方を、あるいは分け方をこうやって議論していくというのが、ここの検討会での1つのゴールなのではないかと、私は考えております。

(〇〇座長) 〇〇先生のストラティフィケーション(階層化)も、今の〇〇先生の話で、できないからやらないという問題ではなくて、局面によってかなり違うだろうということです。先ほど都市部とそうでないところという話も出ましたが、いずれにしても、何らかの形で一定の水準で、地域ごとにパフォーマンスは違うにしても、各地域のたたき台になるようなものを提示しなければならないと思います。例えば、119番通報すれば救急車が来る、安心センターのほうに電話したら救急車は来ない。これは、先ほどこの〇〇先生的な言い方をすれば、完全に不都合が起こっているわけですね。

(〇〇委員) ちょっといいですか。今の〇〇先生が言われた「トリアージ」という言葉に関しては、海外をチェックされるときに、外国でどう使われているか、恐らく、最初の個人の識別という意味では、少なくとも英語圏は使っていないと思います。日本語として使っているのではないかというのが1つあります。

それから、資料の23ページ目ですけれども、これは去年つくられたということで、あくまでも緊急度のレベルⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴということで、ローマ数字でレベルがⅠからⅤになっています。Ⅴになればなるほど、緊急度が低い。一方で、8ページ目を見ていただくと、レベル0、4、3、2、1となっており、9ページ目を見ていただくと、それは緊急対応のことなのだという説明があります。ここで僕は2つの問題を指摘します。1つは、レベル3といったとき、需要と供給のバランスのアラビア数字のレベル3なのか、緊急度のローマ数字のレベルⅢなのか、混同しやすいということで、言葉の使い方としてはカテゴリーということが適切ではないかと思います。

その意味で8ページを見ますと、ギャップが大きいのがレベル4で、3、2、1と、これは時系列で並ぶとされています。ですが、地震が起り、被災者が避難所へ逃げ、1週間した時点でインフルエンザが流行し、一気に患者が増えるという場合は、レベル2、4というようなこともあり得るのではないのでしょうか。ということは、災害という、この需給バランスの乖離の度合いでレベルを分けていくことは大事でしょう。これは、ざっくり、非常に大きい、中ぐらい、まあ追いついてきたというのですけれども、それをカテゴリー何々の需給バランスの乱れというようなことをやると、面としての災害対応になるのではないかなと思っています。

以上、資料を見ての意見です。議論すべきこととしては、そういう全体像の把握ということも大事ではないかなと思います。

(〇〇委員) 総論的なことをお話ししたいと思うのですが、〇〇先生がおっしゃったように、医療資源と患者のミスマッチというのが今の日本の救急医療制度の問題であり、トリアージが日常診療でも必要な理由がそこにあります。8ページの図の、平常時の供給が需要を上回っているように示されているのは、〇〇専門官のかなり優しい書き方ですが、実際にはほとんどの場所で需要が供給を上回っていると思われます。そこから、受入れ拒否の問題があり、消防法の改正、実施基準という対策が必要になったわけです。要するに、ニーズに対して医療資源を供給できていないということですが、我々が、そういった意味の全体最適化を目指すために、GEMITSというプロジェクトを、総務省の予算もいた

だきながらやっています。地域ごと、そして病院ごとのリソースというのが、本当は今分かっておりません。例えば、欧米であれば、病院に運べば、どの時間帯でもある一定以上の水準の医療が行われるという担保がされているのに対して、本邦の病院というのは、病院の中でも時間帯、あるいはいるメンバーによって医療の質が変わっているというところが、問題になっていると思います。そういったところを含めて、相対的な需要と供給のマッチングというのを図る必要があります、そのためには、単にトライアージをするというよりも、トライアージをして最適な治療にどうやって持ち込むかというのが重要になるのだと思います。

昨日の J T A S 委員会で、その G E M I T S というプロジェクトのなかで病院前の患者の緊急度、重症度特定的手段として C P A S、J P A S を導入することを正式に許されたと〇〇先生から聞いております。

また、これは紹介ですが、特に、現在、札幌で産科に限ったことですが、札幌市とコールトライアージというのをやっている施設がありまして、そこでは 119 番通報の要否とか、病院選定データベースなど、そういった要求される要件というののもかなりやっているようであります。

まとめますと、申し上げたように、需要と供給のミスマッチの穴をどうやって埋めるかということが、トライアージをすることの目的にならないと、トライアージのためのトライアージではないということだと思います。

(〇〇委員) 今のミスマッチの問題に関しては、トライアージ、そして病院での予後に関するデータベースをつくることによって、実際、どの程度ミスマッチがあるかということ具体的に数値化して出すことができますので、ぜひこのプロジェクトの中の 1 つの柱としてデータベースをつくっていく、それによって、今、〇〇先生がおっしゃられたミスマッチの程度、もしくは病院のベンチマークという形で、実際、そのミスマッチの病院間の比較、地域間の比較ということもできると思いますので、ぜひデータベースという形でそれを具体的に出していけるということを 1 つの目標にできればと思っております。

(〇〇委員) ここはトライアージを検討しようということで、私は、基本的には、27、28、29 ページ、この辺がポイントになるだろうと思います。先ほど来、需給バランスを効率よくということになってくると、階層的にフィルターをかけていく、そのフィルターをかけていく共通言語として、例えば、27 ページに書いてあるような、各階層でのフィルターが必要なので、そういった意味でトライアージの基準というものを共通言語としてつくらし

よう、これには僕は賛成です。これをどういうふうにつくっていくかというのは、27 ページですと、恐らく左手から右手に、だんだんその基準が精細、かつプロ様式になってくるのだらうというふうに思えばいい。そういう意味で、28 ページの図柄が日常の行動の上に落とされている、こういうプロセスで動いているのだらうと思うのですね。

ところが、私がここで個人的な意見があるのは、29 ページを見てみますと、現実はどういうふうに、やや複雑な体系になっています。救急時とか災害時は、患者さんの目線からいきますと、ワンアクションぐらいしか行動できません。ものをなくしたら、どこかへ電話しよう、カードをなくしたら警察とか、犯罪に遭ったら 110 番というふうに、ほとんど人間の思考はそう複雑な行動ができないですね。家庭でというのはさておいても、家庭も含めてどういうアクションを起こすかという、電話相談なのか、119 番なのかというのは、極めて複雑だと言わざるを得ないです。例えば、最近のいろいろな会社でもそうですけれども、電話をかけると、＃1、＃2、＃3を押して、分けてから入ってくださいというようなまず振り分けがあって、それによって対応する内容が若干変わるという、これは例ですけれども。住民から救急業務をなさる消防機関までの間、その間に幾つかのトリアージをするとすれば、そこはちょっと体系的に整理をするということもあわせて必要ではないのかというのが、私の1つの提言だと思っていただきたい。

先ほどの〇〇先生のフィルターにかかるトリアージの話ですけれども、個人評価と他者比較の2つがあるというお話をされましたが、個人評価をするということの上に、その意味で相対的に他者比較が可能になっているので、私は、「いやいや、そもそも違うものだから、言葉に気をつけたほうがいいですよ」というふうには必ずしも捉えなくてもいいのかなというふうに思います。

以上です。

(〇〇座長) そうは言っても、「トリアージ」という言葉が、どうしても災害時の振り分けの話になっていますし、それから、先ほど〇〇先生がおっしゃったように、この言葉を片仮名で書いておけば、日本語でこれでいいのだというのは、どうも無理があるような感じがしなくてもいいですね。そのことも含めて、〇〇先生はどう思われますか。僕は、重症度・緊急度の判定とか、選別とか、素人がその表意文字を見て、ある程度理解できるのは日本語の特徴なので、こちらのほうがいいのではないかという気がします。

(〇〇委員) 「トリアージ」のほうがいいということでしょうか。

(〇〇座長) いやいや、日本語のほうがいい、ということです。

(〇〇委員) 実は、私の意見はそっちなのですけれども、今、〇〇先生が言われたように、僕は全く同意しますし、個人の評価があった上での他者比較だとここにおられる方は皆さん思っているのも、それは理解していると思うのですけれども、ただ、これを普及する際に問題になると思われます。医療従事者ですら、いろいろな災害医療研修の中で、JATECの個人評価を災害に当てはめたときにインストラクターが混乱する様を見てきました。自己矛盾に陥っていった、自分は他者比較をしているのか、個人評価しているのか分からなくなっているという状況でした。そういったこともあるので、僕は、言葉として「緊急度・重症度評価」のほうがいいのではないかと思います。

私から1点だけ、ここでお願いというか、やらなければいけないと考えていることは、トリアージや分類するのはいいのですが、ただ、〇〇先生が言われていることと同じですけれども、違う表現ですけれども、データベースをつくるということは、精度を評価するため、精度を評価するためには、その尺度が必要だということです。昨年度、最後に話が出たと思うのですけれども、最終的なアウトカムを決めておかないといけないということです。救急医療体制として、3時間以内に診なければいけない病態はこのようなものがあるって、我々の日本で平均的にこれぐらいのことができるためには、これぐらいの時間内にはアクセスしていないといけなといったような、そういったものを先に決めて、それが合致させるような病態を赤と定義するということが必要ではないでしょうか。それは、例えば、病院内でのまさにアウトカムだと思います。外傷領域でクオリティ・インディケータ等がアメリカであったと思いますが、例えば、6時間以内に緊急手術を要したケースであるとか、早期に輸血を要したケースを、仮にそれを赤とする、そういった定義づけをした上でないと、せっかくトリアージナースのシステムができたり、フィールドトリアージのシステムができたり、あるいは、119番コールトリアージや#7119ができて、その最終的な精度が測れないだろうというふうに思います。非常に難しい作業なのかもしれませんが、このような病態を我々は青と考えよう、病院において青であった、赤であったというような、それで最終的な交通事情も踏まえて、このような人は何分以内にアクセスしようとか、そういうリコメンデーションができればいいのかなと思っています。

(〇〇委員) 恐らくそれを出すことによって、地域によっては、赤の病態の患者さんを治療する能力のある病院さえない地域というのが必ず浮き彫りになります。非常に大きな話になりますが、そこに対して医療資源の再配分を推薦するところまでやらなければ、本当は本邦の医療というのは底上げできないだろうと思います。

(〇〇座長) 結局、総務省消防庁の会議ではありますが、基本的には、私たちの国のあり方そのものといえますか、本州全体で見たらリソースはあるのかなのかという議論をしたとすれば、じゃあ、岐阜からどこへ連れていけばいいという話にもなりかねません。そういう意味で、こういう地域と言ったとき、発言者のイメージと聞き手のイメージも違います。それは、ヘリでばんばん飛んでいる北海道と、岐阜とは少し違うのかもしれない。先ほど来、仙台の話が出ましたけれども、東北地方の被災した場所に新しい医療をどういうふうに復元していくかという話が出たときに、前のおりにしようなんて、誰もできるわけがありません。そうすると、相当程度のメディカルセンターをつくり、そこにどのような形で救急隊や初期診療のドクターが患者さんを流すか、そういうふうな議論が必要になってくるでしょう。そこには、北海道の固定翼が飛んでいる、ああいう景色も入れて議論していかなくはいけなくなるというようなことがあります。

ここでは、総論的な話として先生方に、もう少し具体的なことも含めて、例えば、これは「トリアージ体系のあり方検討会」ですけれども、今から変えるのかどうか分かりませんが、「トリアージ（重症度・緊急度判定と選別）」、そのようにして何をやっているのか分かるということにしておかないといけないのではないのでしょうか。

例えば、東京では 119 番した人と、電話相談した人との間に、サービスに差があってはならない。それは、森村先生的な言い方をすれば、平等かどうかは別にして、公平ということが 1 つあると思います。ですから、そういった観点もここの中に組み入れるとすると、きっと単にトリアージという問題ではないですね。

(〇〇委員) 先ほど来、議論されていると思いますけれども、この委員会の名前もそうですけれども、「社会全体で共有する」ということがありますので、それを大きな意図全体のこと、有賀先生もおっしゃいましたように、日本の国のありようみたいなところもあって、その中でここでどんな議論ができるのか。丁度おっしゃっていただきましたように、私どもも、本日の午後、庁内の検討委員会があるですけれども、119 番で入って来たときのコールトリアージをやろうという議論を進めている最中でございます。そういった意味では、この国の委員会が、私どもの 1 つの指標となって動いていっていただけるということ、私の立場から期待したいと思います。よろしくお願いいたします。

(〇〇座長) 先ほどの仙台のご発表は、全搬送要請のうち、3 分の 1 程度に救急隊が出たとのことでしたがやむを得ず断った事案のうち、理解が得られなかった場合には、救急隊が出たとおっしゃっていましたね。

(〇〇委員) 時間が勿体ないという考えです。

(〇〇座長) 社会はそんなにすっきりと判断できるものではないというのは全くそのとおりですが、基本的な考え方そのものは、3分の2の方たち、マジョリティーには理解されているといえます。ですので、需要と供給のアンバランスという日常的な状況についての理解をどれだけ社会全体が認識するかということによって、今の119 トリアージ、コールトリアージも、どれぐらいうまくいくかという形になってくるのかもしれませんが、だから、災害の話と平時の話は行ったり来たりしてもいいと私は思いますが、〇〇先生がおっしゃるように、災害はワンランク上の話として本検討会においては理解しておいたほうが、先々、いろいろな議論が出たところで、議論を集約させて、合意を形成する際には適しているだろうと思います。

(〇〇委員) ここはトリアージ体系を考えるということですが、その頭についている社会全体で考えるということは非常に重要でして、一番最初の、家庭とか、地域社会とか、あるいは職場とか、日ごろからどういうふうに急病が起こったり、あるいはちょっとした災害が起こったときに行動するかということをもっと草の根的に、このトリアージの意味も含めてやらないとだめだろうと。そういう意味で言えば、今、座長がおっしゃったように、それがそのまま災害時に同じ行動ができるということになるのかなと思うのですね。

1つ例を挙げますと、アメリカのFEMAの、一番下部に入って行きますと、一番下にはCRT(コミュニティエマージェンシー・レスポンス・チーム)、日本の自衛団みたいなものですけれども、要するに、非常に小さなコミュニティでレスポンスするのを日常からつくらせている。それが、いざとなったときにFEMAが入って関与する、体系化するというようなことになっています。ここは消防庁なので、日ごろの消防団、あるいは地域社会の自治体の消火・救急活動の民間の組織化というのを、この際、真剣に考えてもいいのではないのでしょうか。その中にこういうトリアージも、「トリアージ」という言葉が不適切かどうか分かりませんが、緊急度の高いものを日常の教養として勉強させるということが非常に大事なのかなということを思いました。

(〇〇委員) 資料の29ページですけれども、これは、基本的に平時における対応ですね。災害というのは、これが壊れていく過程ですね、病院が壊れ、消防署が壊れ。12ページに戻ると、検討課題として書かれているのは、災害発生後の各対応レベル、要するに、需要と供給のバランスの乱れの程度に応じて、現場と、それから、コールトリアージ、この「トリアージ」の意味は、多分、本来的な意味、災害時のトリアージとしてどうあるべ

きかということに焦点を絞ろうとするというふうには読み取っているのですけれども、今、みんなの議論は、それが、本来のトリアージ、平時のときのことを視野に含めた議論になっているから非常に広がっているけれども、本来、議論すべきことは、ここに集約化していくという理解でいいのでしょうか。

(〇〇座長) 恐らく「災害時におけるトリアージについて」という議題の1にのっとって、今、先生が言及されたページの説明がある。それは、今までやってきた延長線上の話になります。そこで、3.11 が起こっている。そのことも議論の中に入れていくことは、社会的には非常に重要だろうというふうな理解だと私は思っているのですね。ですから、それを整理しながら議論していくことだと理解しています。それでよろしいですね。

(〇〇審議官) 結構でございます。事務局もまだ混乱している部分があります。それは、先ほど座長がおっしゃったように、このテーマは消防だけで抱えきれerわけではない、日本のいろいろな問題点も抱えていると思いますので、そういう意味では混乱している部分があると思います。

今は3.11を受けて、政府全体、いろいろな形でこの災害に対してどういうふうに準備をしていくべきか、どうすべきだったかという議論をしている中で、我々も災害のことをトリアージの1番に置きました。けれども、よくよく整理してみると、メモにも書きましたように、いろいろな段階でのトリアージを整理してきておりますが、データベース等はまだ欠けています。そのために、皆さんに使っていただくまでの完璧度はないのではないか、そういう点も検証していかなければいけません。その検証を行うための原理原則が必要なのではないかということで、このメモに書いております今後の規定で言いますと、もちろん〇〇先生のおっしゃるように、災害のトリアージということに対していろいろ考えていけないといけない点も十分に踏まえておりますが、やはりベースとなるプラットフォームを皆さんで考えて、そこに何を埋め込むかについてご議論いただいて、それをもとに災害のときもしかり、平時のときもしかり、いろいろなデータを集めて整理をしていきたいと考えております。

(〇〇委員) 神戸の〇〇でございます。召集令状が来まして、議題を読みますと、「社会全体で共有するトリアージ体系のあり方」、とありました。違和感が非常に強かったです。この文章は、一般的に理解できる人は非常に少ないだろう、イメージさえわからない、私たちのような人間でもなかなか理解しにくい表現です。これは、社会全体で共有することは、日本の急性期医療の問題点、需給が災害のときに徹底的にアンバランスになります

すが、日常的に救急医療がアンバランス状況の中で、解決する方策として供給をふやすというのは簡単ではありますが、それが不可能な現在、何らかの形でコントロールする必要があるという意味で、緊急度・重症度をみんな理解するような必要があるのではないかと。そのような仕組みを検討する場ということだと、私は本日来て理解しました。

最初に、事務局からゴールは救命率の向上だと、これも非常に違和感があります。これは、多分、急性期医療の質の向上がゴールなのだろうと。そのために、緊急度・重症度を判断して、効率的な急性期医療展開ができないかというために、たまたま災害医療で使っていた「トリアージ」という言葉、概念の一部をここに持って来たのだらうと思いますから、これは、座長も言うように、この段階で名前を少し手直ししておいたほうがわかりやすいのかもわかりません。それが1つです。

もう一点ですが、実は、トリアージなる概念について、阪神淡路大震災以降今までいろいろなことが検討されてきましたが、このトリアージにまつわる中で一番困難なのは、実は検証です。適切に行われたのか、それによって失われたものは本当に少なかったのだろうかという検証作業が非常に困難です。先ほど仙台の方の報告もお聞きしましたが、実は、検証作業がまだ行われていないのだらうと思いますが、ほとんど何も伺うことはできませんでした。これをどんな形で、トリアージ体系をつくって、検証して、次のステップにバージョンアップしていくということが非常に重要な作業になってきて、これこそみんな、社会全体でやっていかなければいけない作業なのではないかと思っています。

この2点、気がつきました。

(〇〇座長) どうもありがとうございます。

議論が先へ進めば進むほど、問題点の整理の輪郭が浮かんできているのではないかと思います。この検討会の題名もそうですし、それから、今、言われた検証も、日常的な状況におけるデータベース化された中身から検証していくことになるでしょう。〇〇先生、先ほど来言っているのはそういうことですよね。だから、最初から、とてつもなく難しい問題点に立ち向かうのではなくて、もう少しゆっくり腰を据えて考えられるような、そういうふうな局面からやっていくのだらうというふうには思う次第です。

トリアージナースの話も出ていますけれども、何かありますか。

(〇〇委員) 私も、「社会で」ということだったので、「社会」ということの定義は、一般市民かなと単純に考えました。ということになると、これは救急医療だけの問題ではなくて、病気ということを一般市民は適切な言葉ではなかなか理解をしていないので、かな

り大きな話をするのかなというふうに思いました。ただ、その中に「トリアージ」という概念を入れて、特に小児といった一部に絞ってモデル化するのであれば意味があるのかなと思いました。ですので、何でも一般的に広げるのではなくて、部分で絞り込んだほうが考えやすいのかなと思います。

(〇〇座長) 今言った、病院の救急外来などについて言えば、むしろ、小児のほうが大人よりも熱心に取り組み方がされてきたという歴史がありますね。

〇〇先生、いかがですか。

(〇〇委員) 本日の議論を聞かせていただきまして、先ほどの〇〇先生の意見に全く賛成であります。それから、言葉も、一般市民にもわかりやすいようにしたほうがいいと思いますので、先生がおっしゃるように、「トリアージ」の後に括弧をつけて日本語を入れるというふうにしたらいいかんと思っております。

あとは、先ほど救急緩和医療施設をつくったらどうかという提言もありましたけれども、こういうことも必要でありますし、それから、どこかの国でやっているように、1つは、救急機関にはある程度、例えば、緊急性が低い人が来た場合にはお金を取る、一方、それ以外に24時間あいている、軽症でもいつでもかかれるような病院をつくるというようなこともあっていいのかなというふうに個人的には考えております。

(〇〇座長) 結局、供給の部分語り始めると、相当程度に、初期、2次、3次も本当にいいのかということも含めて多々あります。一気に風呂敷を広げるわけではなくて、問題点の輪郭を共有するという意味では、先生のご意見はよく分かります。

〇〇委員、何かありますか。

(〇〇委員) 先日、局長から、この会議を経て一定の基準やプロトコルができて、119番受付時のコールトリアージが可能となり、不適正な要請を断ることができるようになれば良いな、と申しておりました。少し極端な話かもしれませんが、今、消防が求めている現実の1つではないかなと思っております。一般的に、どこの消防においてもそれを求めており、そこら辺がここで話し合われれば…と思っているのではないのでしょうか。

(〇〇座長) 断るという問題ではなくて、そういうふうな相談は別のところでしていただけるような仕組みを社会として持ちましょうという話ですね。10の仕事を9にしたり8にしたりするのがゴールではないと思いますから。

〇〇先生、いかがでしょうか。

(〇〇委員) こちらは帝京大学の〇〇です。現在、福島のアフサイトセンターにおりま

す。会議の冒頭から、ちょっと電波状態が十分ではなかったので、時々ですけれども、聞かせていただきました。次回からはちゃんと出席して議論に参加したいと思います。

(〇〇座長) どうもありがとうございます。

(3) その他

(〇〇座長) それでは、あらかた、輪郭をイメージして、そのイメージを共有するという本日の大きな目的は達せられたのだと思います。それに従って、先の予定なども事務局に調整いただきます。

(〇〇専門官) 本日はどうもありがとうございました。

本日の資料の30ページでございますが、今後、諸外国に行く予定にしておりますので、もしこのような国へ行ったほうがいいのではないか等、いろいろご提案がありましたら、事務局までお示しいただければと思います。

本日は、ご多忙の中、大変ありがとうございました。本日の議論、多数いただいておりますので、取りまとめの上、次回にご提示し、整理をしつつ、最終的に取り進めていきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

(〇〇座長) 今後の予定で、4ページを見ると、7月下旬というのが次の会議の予定なのですね。それまでに実態調査はそれなりのことでやってみるということで理解していいのですね。

(〇〇専門官) はい。

(〇〇座長) わかりました。どうもありがとうございます。

では、先生方、どうもありがとうございました。

(了)