

## 第2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

平成23年8月12日

コンベンションルームA P品川

A+B会議室

### 1. 開会

(長谷川専門官) 定刻となりましたので、第2回社会全体で共有するトリアージ（緊急度判定）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、救急企画室の長谷川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

(長谷川専門官) それでは、開催に先立ちまして、事務局の人事異動により7月15日付で消防庁審議官として高倉が着任しておりますので、一言ごあいさつ申し上げます。

(高倉審議官) 貴重なお時間でございますので、一言だけごあいさつさせていただきます。

今、紹介がありましたとおり、7月15日付で人事異動がございまして、前任の濱田から引き継ぎまして消防庁審議官を拝命いたしました高倉と申します。直前は、自治財政局の、自治体病院も含む公営企業担当の財政の審議官をしておりましたけれども、その前は、長年、厚生行政に携わってまいりました。

今回、こちらの仕事を拝命いたしまして、特に、この社会全体で共有するトリアージ（緊急度判定）体系のあり方検討会という極めて大事な仕事にかかわらせていただくということで、とても喜んでおります。皆様方には、前回も、そしてまた、とりわけきょう、これだけ暑い中、遠方からの方も含めてご参集いただきましてありがとうございます。ぜひ、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(長谷川専門官) なお、本日、小倉委員、中村委員、松田委員におかれましては、所用のためご欠席とのご連絡を受けております。

また、森村委員におかれましては、本日、原発対応のため福島に行かれております。この場にはおられません。検討会の間、電話会議にて参加いただくことになっております。

よろしくお願いいたします。

それでは、本日お配りしている資料の確認をさせていただきます。まず、次第をおめくりいただきますと、委員名簿、その後、資料がついております。

まず、資料1でございます。この検討会の資料でございますが、落丁がないかどうかご確認いただければと思います。

次が資料2でございます。こちらは基本指針でございます。

次が参考資料1、諸外国における緊急度・重症度の判定について、参考資料2、専門家海外派遣調査報告書、参考資料3も自治体国際化協会の報告書でございます。

以上、資料がそろっていることをご確認いただき、落丁等がございましたら事務局までお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、撮影につきましては、ここで終了とさせていただきますので、マスコミの皆様におかれましては、よろしくお願いいたします。

では、以後の議事進行は有賀座長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

### 3. 議題

(1) 災害時のトリアージのあり方について

(2) 社会全体で教諭するトリアージ（緊急度判定）体系について

(有賀座長) 皆さん、本当に暑い中をありがとうございます。ここは少しクーラーがきいていますので、その間は集中しながらと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

議題が、災害時のトリアージのあり方というのと、社会全体で共有するトリアージ（緊急度判定）体系ということで、2つ並んでございます。資料を見ますと、連続しているということもありますので、まずは資料をご説明ください。よろしくお願いいたします。

(長谷川専門官) それでは、資料1と資料2をあわせてご説明申し上げます。

まず資料1の表紙をめくっていただきまして、2ページ目からご説明申し上げます。

前回、この検討会でフリーディスカッションをさせていただきましたが、その中から幾つか重要な項目を抜粋させていただいております。

まず、今年度のこの検討会の進め方でございますが、実は、前回、私どもは災害の対応も重要だということで課題として挙げさせていただきましたが、委員のご意見の中で、災害時の対応策を検討する場合は、平時の課題を整理し対応策を検討する必要があるという

お言葉をいただいています。

次に、用語についてでございますが、前回、「トリアージ」と単独で表現してございましたが、「緊急度判定」と説明をつけてはどうかというご提案をいただいております。

次が、緊急度判定の目的・効果についてご意見をいただいております。緊急度判定によって最善の医療が受けられるということが重要である。海外では病院に対して患者に最善の医療を提供する基準（何分以内に現場到着、何時間以内に診察）等が定められているケースがございますが、日本においてもこのような質を担保する仕組みが必要ではないかというご提言をいただいております。

次、3 ページ目でございます。検討の際の考え方についてでございますが、緊急度判定には、「個人評価」と「他者間評価」の2つの視点があるというコメントをいただいております。次に、緊急度判定プロトコルの検討に際して、「尺度」や「アウトカム」の設定が必要であり、アウトカムとして何を指すのかを設定した上で、その手段としてトリアージのあり方について検討を進めるべきであります。さらに、データベースを構築し、検証可能な体制づくりが必要不可欠であります。

次が、緊急度判定の運用でございますが、緊急事態に救急相談と 119 番通報のいずれかが適当かを識別して実行に移すという流れは、利用者から見たらやや複雑ではないか、例えばの例でございますが、窓口は一本化した上で、内容に応じて、救急相談、119 番通報に振り分けではどうかというコメントもいただいております。

以上が前回の主な論点でございました。

次、4 ページ目でございます。本日、私どもからご提示する項目は大きく2つ、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体系の2点についてご説明申し上げます。

まず1点目、災害時のトリアージに関してでございますが、1－（1）大規模災害時のトリアージについてということで、大規模災害発生時における救急搬送需要状況の推移の想定モデルを前回お示しいたしました。この図のように、需要と供給がそれぞれギャップがあり、そのギャップを埋めるのが大変重要であるという点でございますが、この中で、カテゴリ0、4、3と今、書いておりますが、これは、前回、レベル0、4、3、2ということで、ある意味、需給ギャップの大きさにレベルの表示をさせていただいておりましたが、こちらについて、前回、委員の方から、レベルというよりも、むしろ、カテゴリのほうが適切ではないかというコメントをいただいておりますので、カテゴリで表現させて

いただくとともに、カテゴリの横の説明文でございますが、需給均衡時、ギャップ最大時、ギャップ大、中、小という形で修正をさせていただいてございます。

次、6ページでございます。前回、大規模災害時のトリアージにつきまして、仙台消防様初め情報提供をいただきまして、今後の検討ということではございましたが、前回の検討会の中で、災害時の対応策を検討する場合は、平時の課題を整理し、対応策を検討する必要があるのではないか、また、社会全体で緊急度の概念を共有するためには、地域住民単位を対象にした草の根の活動、情報提供が不可欠であり、日ごろの行動があつて初めて災害時にも行動ができるということで、平時と災害を分けて考えるのではなくて、同時並行でというようなご意見だったかと思います。これを受けまして、事務局としての提案でございますが、災害時のトリアージ、及びそのプロトコルの検討につきましては、平時のトリアージの検討とあわせて行わせていただけないかと考えてございますので、本日ご議論いただければと思います。

続きまして、7ページ1－(2)被災地実態調査でございます。今月の17日から18日、来週でございますが、宮城県庁、石巻、岩手県庁、宮古市につきまして調査に行ってくる予定でございます。この中で、特にトリアージに関しましては重点項目でございますが、119番通報の状況（コールトリアージの実施状況）、救急活動の状況（現場トリアージ）、近隣医療機関の状況（院内トリアージ）につきまして、その実施の有無と具体的な内容についてお聞きする予定でございますので、今後、第3回の本検討会において一部ご報告させていただければと考えてございます。

以上が災害の関係でございます。

続きまして、社会全体で共有するトリアージ体系、2つ目の議題につきましてご説明申し上げます。

8ページでございます。こちらは、従来お示ししている図と変わってございます。資料2の3ページをごらんください。こちらのパワーポイントの資料でございますが、基本的には、資料2の基本方針（素案）をパワーポイントに落としたものでございまして、内容は同じでございます。従来は、資料2の3ページの「救急の各段階における緊急度の判定」という表でこれまでご説明申し上げました。こちらを再度つくり直しまして、特に、それぞれ緊急度の段階に応じてどのように流れ図で移っていくのかという観点から、また住民を左側に置いて、右の流れ図のように示す形で8ページの図をつくらせていただいております。

簡単にご説明申し上げます。まず、この図の真ん中でございますが、点線の四角囲みで囲っておりますが、緊急度につきまして、それぞれ統一的な基準を示しております。まず、青色であれば即時に診察、赤色は速やかに診察、黄色は 60 分以内、緑は 12 時間、白は診療時間内に診察ということでございまして、要は、最終的な目標は、ドクターに診てもらうまでの時間ということが重要になってまいりますので、このどの段階においても、診てもらうまでの時間が重要であるということで一定の基準を示しております。なお、この時間につきましては、あくまで事務局で設定したものでございまして、今後ご議論いただければと思います。例えば、資料 2 の 24 ページの一番下の図でございますが、C T A S のほうは、レベルが I から V、色は同じでございますが、こちらを見ていただきますと、診察開始までの時間につきまして、または C T A S の再評価までの時間で決まっておりますが、青につきましては即座、赤は 15 分、黄色は 30 分、緑は 60 分、白は 120 分以内にそれぞれ診察、またはこの再度の評価となつてございます。時間につきましては、またご議論いただければと思っております。

チャートの具体的なものをお示ししますが、まず住民のところで家庭等での自己判断プロトコルをお示しし、住民の方がここで一定の判断を可能な形にしたいと思っています。なお、ご自身で判定を迷われた場合につきましては、電話相談のほうに行っていただきます。迷われた場合の特別な扱いにつきましてグレーにしておりますが、電話相談のほうでは電話相談プロトコル、医療機関検索システムの二本立てでございます。

住民向けのプロトコルでございますが、特に青関係につきましては、即座に 119 番通報をいただくようなプロトコルをつくり、また、基本的には 60 分以内、12 時間以内等、一定の時間を待てる場合につきましては下のフローに流れますが、自力受診であるとか、患者等搬送事業の利用のほうに回っていただくとなっております。通報に迷う場合につきましては、電話相談に回っていただきますが、電話相談のほうでは、青と赤の場合は急ぎますので、そのまま 119 番通報のほうに転送します。一方、黄色、緑、白につきましては、医療機関案内とともに自力受診を勧めるという流れでございます。

次に、119 番通報のところでございますが、こちらについては、住民が自己判断プロトコルを使わずに来られるパターンもございますので、すべての色を 119 番のほうに来るようにしてございますが、119 番指令センターのほうでは、119 番プロトコルに従って、まず、救急搬送体制の選択に緊急度の判定を使いたいと考えてございます。そういう意味では、119 番にかかってきた事例について、ご本人が救急搬送をご希望される場合は、全例出動す

るということでございますが、特に、緊急搬送体制の選択につきまして、P A連携、ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリ、また通常出動等々について段階を踏んだ選択をしたいと思っています。なお、119 番通報におきましても、ご本人が希望した場合につきましては、電話相談のほうに転送可能としてはどうかと考えております。

続きまして、現場搬送プロトコルでございますが、救急現場におきまして、救急隊員、救急救命士、救急隊長がそれぞれ観察いたしますが、より詳細な情報を得られると考えますので、赤の場合は急ぎ運ぶ、医療機関選定にも活用するというものでございます。なお、黄色、緑の関係につきましては、恐らくこれは地域によっても状況は変わりますでしょうし、たとえ 60 分以内に診察すればよいとなったとしても、交通手段等もありますし、状況もございますので、こちらは点線という形で、ややフレキシブルな形で考えてございます。

一方、こちらは、一定の基準のもと不搬送のほうに持っていけないかと考えてございまして、自力受診、患者等搬送事業、電話相談を勧めるということでございます。一方、医療機関におきましては、院内トリアージを実施するという事で、これで社会全体の各段階で共通の認識のもとトリアージを行うことで市民の理解を得られないかと考えてございます。

次が 2 - (1) プロトコル策定の基本方針（素案）についてでございます。本日お示しする素案はあくまで事務局が作成したものでございますので、ご意見をいただければと思っております。

まず、基本方針策定のねらいでございますが、緊急度判定の必要性、緊急度判定の基本的な考え方、プロトコル策定に当たっての基本的な考え方、運用の理念を整理しまして、共通理解のもと今後のプロトコル策定の方向性としてまいりたいと思っております。特に、緊急度判定の必要性、社会全体で共有する意義について統一見解を示し、統一見解に即した緊急度判定のあり方を基本理念として整理し、想定される課題について国内外の事例を参考に検討を進めたいと考えています。上記を踏まえ、緊急度判定プロトコルの素案（ver. 0）を策定し、ver. 0 を試行的に実証研究を行い、基本理念に沿ったプロトコルの検討を進めたいと考えております。

基本方針の項目は、①から⑥で策定してございます。これはこれからご説明申し上げます。

10 ページでございます。まず、①緊急度判定の導入についてでございます。需要と供給の両者のバランスの問題は非常に重要でございますが、とにかく傷病者の救命率を向上す

るというのが私たちのねらいでございますので、供給面、需要面の両者からの対応が必要であるということでございます。供給面への対応策は、救急隊の編成、配置基準のあり方について検討を行う必要があるのではないか、一方で、需要面の対応としては、このトリアージ（緊急度判定）を行い、救急搬送において優先順位を設定することが重要ではないか、増大する救急需要の中から緊急性の高い傷病者を選別し、最善の救急搬送体制を選択し、これらの傷病者の命を確実に救う体制をつくる必要があると考えてございます。

この左の図でございますが、供給対策、需要対策の2つを整理してございまして、供給対策につきましては、現在、消防力の基準、救急車の配置基準が決まっておりますので、現在人口15万人までは3万人に1台、以降人口6万人ごとに1台となっておりますので、この辺についても今後検討が必要だと考えています。もう一方の需要対策としては、緊急度判定の導入を考えておりまして、増大する救急需要への対応と考えております。

右のポンチ絵でございますが、現在の三角形が今後より大きくなっていき、対応できない可能性がありますので、救急車の台数をふやすとともに、特に赤、黄色を初めとした上のほうの緊急度が高いところに資源を投入し、対応を練っていければと考えております。

なお、今後、需要が増大するということに関してのデータにつきましては、資料2の11ページ、参考以降につけてございます。こちらも前回ご説明申し上げていますが、11ページで救急搬送がずっと伸び続けている、12ページで活動時間が伸び続けている、また、13ページですが、軽症が約半数、14ページは救急搬送率で、15ページの下でございますが、今後の出動件数は伸びつづけるということでございます。一方、16ページでございますが、地域差で見ますと、救急車1台当たりの出動件数に差があると同時に、医療機関側の資源につきましても、17ページを見ていただきますとおり、地域差がありますというものでございます。19ページでございますが、こちらは、これまで消防庁、または厚生労働省ともに取り組んできた内容につきまして記載がございます。まずは消防法改正、大規模なキャンペーン、また、20ページにおきましては、昨年、この前の作業部会になりますが、救急車利用マニュアルの策定、21ページは救急安心センターモデル事業、22ページは横浜市における特区で実施されているトリアージシステム、東京消防庁で実施の現場トリアージ等について記載しているところでございます。

それでは、ふたたび資料1に戻っていただきまして、11ページをごらんください。緊急度判定のあり方について。国民のコンセンサスが必要なため、一定の客観性をもって判定できるものとする。各段階の緊急度判定を行うことで、医療機関側が救急現場における救

急隊の緊急度判定をあらかじめ知ることによって、適切な受け入れ準備を医療機関側で進めることができるものとする。緊急度判定の基準を共有することによって、消防本部と医療機関の間、複数の医療機関の間、及び医療職の間で情報やノウハウの共有がしやすくなるものとする。次でございますが、緊急度の判定を行うことで、救急に関する不安の解消につなげる。このことは、国民全体の問題でございますが、本来、社会全体で共有されている「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という行動規範をサポートし、「救急医療はすぐに対応しなければ命が危ない方のためにある」ということを再確認できればと考えております。

11 ページの下の方表でございますが、先ほどもご説明しましたが、各段階において何のために判定を行うのかということでございます。まずは緊急度の判定を行い、その判定結果に基づいて運用を行うということで、運用面について書いてございますが、家庭においては医療機関を受診するべきか、受診する場合はどのような手段で受診するのか、電話相談も同様でございます。119 番通報につきましては、救急搬送体制の選択、消防側の選択、また救急現場におきましては救急搬送の必要性、医療機関の搬送先、医療機関におきましてはだれから優先的に治療を開始するのかという点でございます。

次、12 ページでございます。策定に当たっての基本的な考え方を整理してございます。1 の①緊急度の高い事案を確実に判定可能なプロトコルであること、②アンダートリアージ（緊急性の高い傷病者を緊急性が低いと判定すること）を極力少なくすること、③医学的根拠に基づくプロトコルであること、④実施者によって判定結果にばらつきが生じないこと、⑤地域で共通の緊急度判定プロトコルであること、⑥家庭、電話相談、119 番、現場搬送、医療機関の各段階のプロトコルの根本的な考え方が共通していること、⑦各段階の特性に応じたプロトコルであること、⑧事後検証が可能なシステムであることです。

また、2 でございますが、実際にプロトコルの運用に当たっての基本理念でございますが、①地域で共通のプロトコルであること、②治療の実情に応じた柔軟な運用が許されること、③緊急度判定実施者に対する研修を行うこと、④事後検証によって今後の改善が可能であるということでございます。

なお、先ほど各段階において特性に応じたプロトコルというご説明を申し上げましたが、その説明資料として 13 ページを準備してございます。それぞれ各段階のプロトコルが並んでおりますが、まず一番上に先行事例がございますが、私どもはこれら先行事例の情報収集をほぼ終わっておりますので、これを参考に今後プロトコルをそれぞれつくっていき



いと考えています。

なお、プロトコルの内容につきましては、恐らく家庭自己判断プロトコルは国民にとって理解しやすいということで、可能な限り簡素なもの、一方で、右側に行けば行くほど難しいもの、詳細なもので対応ができないかと考えています。

また、アンダートリアージの問題がございます。こちらは、ゼロにすることはほぼ不可能でございますが、極力少なくしたいと考えています。そういう意味では、安全性、特に、感度・特異度につきまして一定の考え方が必要でございます。特に、家庭自己判断プロトコルにおきましては、感度を低く特異度を高くすることで、アンダートリアージを極力少なくする、オーバートリアージぎみで判定する、一方で、現場搬送トリアージ、医療機関プロトコルに近づきますと、こちらは専門的な知見を持った職員で対応いたしますので、感度・特異度につきましては逆の形でよいのではないかと考えております。

プロトコル作成の困難さですが、通常の現場搬送プロトコル等の作成も難しいのですが、実は、シンプルでアンダートリアージも極力少ない、家庭自己判断プロトコルが一番難しくなるものと考えております。

プロトコルの運用・目的は、先ほどご説明しましたので割愛します。

また、緊急度判定に要する時間についても考慮が必要だと考えております。特に、家庭自己判断、電話相談につきましては、ご自身、または相談者の状態によって時間を変える必要があると考えておりまして、緊急性が高い場合につきましては極力早く、一方で、緊急性が低い判定につきましては、少々時間がかかっても構わないと考えております。一方で、119 番プロトコルにつきましては、こちらは1秒でも早く隊を出す必要がございますので、可能な限り早い判定時間だと考えております。現場搬送プロトコルにつきましては、傷病者の状況によって時間は変わってくるものと考えております。

次に 14 ページでございます。プロトコル策定に当たっての検討課題でございますが、以下を検討する必要があると考えています。まず、緊急度判定プロトコルの基準と対応方針、運用体制整備のあり方、期待される導入効果とその評価方法、緊急度判定プロトコル導入の国民のコンセンサスの形成、また必要に応じた法令に改正について検討を進めたいと考えています。

次に 15 ページでございます。緊急度判定プロトコルの策定手順、具体的な手順をご説明申し上げます。まず、諸外国における緊急度判定プロトコルの導入・運用の実態を把握したいと考えております。これは後ほどご説明しますが、海外視察等を行いまして、緊急度

判定プロトコル0の策定のための基礎資料を収集したいと思っております。

2番目の段階でございますが、緊急度判定プロトコル骨格案を ver. 0 として策定したいと考えておりまして、本来であれば、緊急度判定プロトコルは、救急搬送データ、及び救急医療データに基づいて策定するのが望ましいと思われませんが、ただし、現段階におきましては、これらのデータは完全ではございませんので、まずは緊急度判定プロトコルの骨格案である ver. 0 については、国内外の現行のプロトコルを参考にして専門的な見地から策定いただきたいと思いますと考えております。

3番でございますが、緊急度判定プロトコル骨格案 (ver. 0) の試行的運用ということで、ver. 0 ができた暁には ver. 0 を試行的に運用すると考えております。その際、以下のデータの収集を行いたいと考えておりまして、そのデータを収集した結果、検証を行って、ver. 1 につなげていきたいと思っております。最終的に4番の緊急度判定プロトコル骨格案を策定していきたいと考えております。

次は16ページでございます。これらのプロトコル策定に当たりましては、恐らく作業量は相当あると考えておりますので、このあり方検討会の下にワーキンググループを設定させていただけないかと考えてございます。家庭自己判断、電話相談、119番、現場プロトコル、それぞれにつきまして作成班を設定できればと思っております。ワーキンググループ、及び各班のメンバー構成でございますが、救急医学トリアージ専門家、医師、トリアージナースの皆様、また救命士も含まれると考えております。消防機関におきましては、救急担当、また、119番プロトコル、電話相談等ございますので、指令担当の方にも入っていただけないかと考えております。

次、17ページ、⑥緊急度判定プロトコルと救急情報システムの構築でございます。緊急度判定プロトコルの導入後は、優先事案が確実に判定されているかどうか、アンダートリアージがないかどうか、救急搬送の質が確保されているかどうかについて情報を蓄積し、緊急度判定プロトコルの改良に活用する必要があります。まずは、ver. 0 につきましては専門家の方々によってプロトコルを作成しますが、一たん作成した後、データを蓄積し、ver. 1 以降はこの図表に基づいて改善を進めていければと考えております。

具体的には、電話相談が行われており、データが取れるのであれば、電話相談の内容を、私も消防庁にありますオンラインシステムのほうに入れ込むことができればと考えております。また、119番通報におきまして緊急度の判定が行われますので、緊急度判定を行った色、及びコードについてオンラインシステムで載せる。また、救急現場におきましては、

現在、救急隊からオンラインでデータをいただいておりますが、それにおきましても、現場搬送のプロトコルで何番のコードを選択したのかどうかについて記入いただきたいと考えております。平成25年からオンラインシステムがまた新たに構築され、改善されますが、その中へ医療機関コードも入って来ておりますので、医療機関データベースとの突合が可能になってまいります。例えばでございますが、診療情報のデータ、特にDPCデータにつきましてこのシステムで突合が可能になるのではないかと考えてございます。これに基づきまして情報システムを作成し、緊急度判定のプロトコルの見直しにつなげていき、それぞれの各プロトコルにおいて見直しを進めることができればと考えてございます。

次に18ページでございます。今後のスケールについて示してございます。こちらはもうご説明申し上げましたが、現在、国内外の情報について収集しておりますし、今後、収集していきたいと考えております。また、本日、もしワーキンググループの設定をお認めいただけますと、その後、即プロトコルの策定に入りまして、可能でしたら年内にプロトコル ver. 0 を策定できればと考えております。その後、年明けぐらいに、特定の地域で ver. 0 の試行的運用とデータの蓄積ということを考えております。こちらについては、あくまで緊急度の判定を行っていただくことを主眼にしております、その判定の結果、救急車の運用を、PA連携、ドクターヘリなど、そういうふうな具体的な活動までは考えておりませんで、まずはデータの収集をと考えております。その後、平成24年度以降につきましては、ver. 1 を作成し、ver. 1 を試行的に運用、さらに最終的な ver. 2 を策定し、全国へ普及を図りたいと考えております。

19 ページでございます。海外の現状把握のために、現在、私どもはペーパーベースでデータ収集を始めておりますが、特に、イギリス、フランス、ドイツにつきまして情報収集をしていきたいと考えております。調査対象期間につきましては、9月25日から10月9日、2班に分けて考えておりまして、調査項目は以下の項目でございますが、導入の経緯について、また不搬送への対応、事後検証の実施状況、補償制度、また国民にどのように理解を求めたのか、今後の方向性について、特に情報収集していきたいと思っております。

20 ページでございますが、調査対象国の簡単なトリアージ、不搬送の概要を示してございます。

なお、参考資料としまして、1、2、3、それぞれ、今回、主に該当する国の情報を集めてございます。本日はご説明申し上げますが、参考としていただければと思っております。私からの説明は以上でございます。

(有賀座長) ありがとうございます。

資料2は、1とともに適宜触れてくださっているという理解でいいですね。

(長谷川専門官) はい。

(有賀座長) そういうことで、本日は、議題は(1)と(2)、(3)その他がありますが、基本的には(2)の社会全体で共有する緊急度判定の体系のあり方の話だと思います。

その前に、大規模災害の図のカテゴリ0、4、3、2、1、これは、長谷川専門官が前の議論を踏まえて少しアレンジをということを言っておられましたけれども、これは、たしか行岡先生のおっしゃったことがこのような感じということでしょうか。

(行岡委員) 特に言葉のこだわりはないのですが、「レベル」はちょっとこんがらがる可能性があるから、よろしいのではないのでしょうか。

(有賀座長) 何か追加はございますか、いいですか。

ほかの先生方、災害は、結局、平時の話をしたまたその延長に、ぐるっと回って来るという理解でいいと思いますけれども、議題の上のほうに載っていますので。

どうぞ。

(石井委員) 確かに全く1つの局面から切り落としますと、そういう見え方、言い方ができると思います。もちろんなるべく現有のリソースでやっていく、それからいろいろなものを集めていく、それから、それ以外のものを集めていくと。ただ、僕も、アメリカのシステムづくりのレクチャーを聞いたことがありまして、彼らの言っていることはちょっと違う中身が入っているので、念のためコメントします。

いわゆるリスクマネジメントとクライシスマネジメントというのには全く大きな断層があるのだと。想定できるものに対して想定マニュアルをつくるというものと、そういうところを超えた事象が起きたときにどうするかという、両方を一緒に考えなければいけないと。ただし、そこには断層があるということを頭に置いた上で考えなければいけないという話を聞いたことがあります。

ですから、例えば、今回の震災もそうですが、いわゆる平時の想定を超えるものにどうやって我々が対応したかということ、これを後でゆっくりお互い事後検証しあうということが必要だと思いますけれども、同じようなこういう地震、津波、被曝というものが相乗して、このパターンで起きるかどうかというのは、ワン・オブ・パターンであって、だれも言えないわけです。

つい最近の話で言うと、例えば、ノルウェーで銃の乱射がありましたが、我々はああい

う事態を想定しながら対応できるのだろうか。非常に平和だと思われていた国でもああい  
うことが起きるとなれば、日本でもそういうことがあるのかもしれないと思ったときに、  
救急とか災害対応が、軍隊側からとか警察側から対応したりするという形もあるわけです。  
だから、民間ベースでできるだけ頑張りましょうというところで、できないものがあり得  
るのではないかというのが1つあるわけです。もう一つは、例えば、秋葉原の場合がそう  
だったと思いますが、マスギャザリングのところで、これもプロの連携の中で頑張ろうと  
したけれども、とても対処しきれないような群衆が周りにいて、その中で適切な処置と搬  
送をしなければいけないという問題があったということがあります。

だから、紙の上で非常にきれいにかかされると、確かにこうだなとは思いますが、ただ、  
これで済まないこともあるということをお互い頭に置いた上で話をしないと、もうこれで  
模範解答だと言われてしまうと、それはちょっと違うのではないかという気がします。

(行岡委員) 今のご意見は、多分、6 ページのことに絡むのだと思います、それ以後は  
平時のことなので。6 ページの下で結論で、災害時のトリアージのプロトコルの検討は平  
時のトリアージの検討とあわせて行う、けれども、平時はきれいに書かれているから、書  
かれていないところがどうなるんだというご指摘であるかと理解しました。それは、まさ  
にそうだと思いますが、私自身は、留学していたところがアメリカ陸軍の医療即応部隊で  
した。彼らのやり方を見てきたら、不期遭遇戦、期待しない遭遇戦というのは、ほとんど  
世界じゅうのフィールドマニュアル、士官教本に、「不期遭遇戦は必要なことを判断し、適  
切な指示を行わねばならない」としか書いていないのです、適当にやれということだと思  
いますけれども。ただし、不期遭遇戦というのは必ず1 項書いてあるから、想定外の事態  
のときには、独断専行もあり得るというようなニュアンスで書かれていると思います。

恐らくこれは、まだこの先もあるでしょうけれども、これで言うと、7 ページ以下は平  
時のことが書かれていると思いますけれども、ここから災害時に飛ぶことの一含みをつけ  
ておくことが必要になるのかなというご指摘、その意味では僕もそういうふうに思います。  
「想定外のときは適切にやりなさい」と言うだけではぐあいが悪いかもしれませんけれど  
も、そのことを含んだ説明があればいいのではないか、その意味が、戻ってきて、6 ペ  
ージの一番下のことになるのかなというふうに理解しました。僕もそれと同じような意見で  
す。

(松元室長) 今、石井委員、行岡委員からお話がありました災害時の考え方ですが、私  
どもで出しておりますのは、一番単純な想定モデルというふうに考えておりまして、まず

想定したことに対してどのようなプロトコルがつかれるかというのは、もちろんやりたいと思っております。これまで経験した大規模災害などを踏まえて、今回、新たにつくるプロトコルをどういうふうに変換させるのか、あるいはどういうふうに変えていくかということをやらせていただきたいと思います。ただ、そうは言っても、それを超えるものが存在するだろう、それについてどういうふうにかえるかということは整理させていただければというふうに思っております。

(有賀座長) よろしいですか。どちらにしても、この第1回目のときにも議論が出たと思いますけれども、今ちょうど未曾有の状況が起こっていたということを鑑みると、トリアージと言ったときに、今回のことを経験しながら、そのことを横目で見えて議論する必要があるかどうかというふうなことがあって、このようなことになるのだと思いますが。そうであってもなくても、結局、行岡委員や石井委員がおっしゃったように、平時でないときは平時ではないわけですから、そのときのクライシスの状況をどう考えるのか。言葉で「クライシスマネジメント」と言っても、「病院のクライシスマネジメント」と言ったときには、どちらかというと言えられたときにどうするかというふうな話なので、言えられるなんていうのは想定内だという話になりますから、あまり言葉遊びをしてもしようがないと思います。でも、5ページのような形で考えられるところは、隣の話として知っているというふうなことで議論を進めていけばいいのではないかと私は思います。

横田先生、それでいいですね、先生もそういうふうにおっしゃっていましたね。

(横田委員) そうですね。

(石井委員) その上で、この5ページの図を見ますと、今回、JMATを送りながら感じたことは、この需給ギャップのラインが、需要が下がってくる、供給が1回オーバーフローに行くことがすごく大事だったような気がするのです。そろそろ要らないぞというのが各地から伝わってきて、じゃあ、ここであとは横軸にならしましょと、それまではとにかく送り続けるという、果てしのない作業が必要だったわけです。だから、このようにうまくぴったり0点に達するというのではなくて、需要がまだ多いところで、必要だと思われる分だけとにかく送ってみたら、ちょっとオーバーフローした、そこで次のフェーズが始まると。今回、僕はそう思っています。これはきれいすぎるなという感じがします。

(有賀座長) 恐らく、平常時のところが上手にフィットしていますけれども、その部分も虫眼鏡でよく見てみると、実はそうではなかったと。そこにもって、この青い線がどんと出て行って、赤い線を越しているというふうな話があって、最終的に青い線と赤い線が

また平常時のレベルのところでフィットしながらおさまるのかというふうなことも、すべての災害は1つひとつ違うという言い方もございますので、これはこれとして、知っている人は知っている。だから、オーバーフローするというふうなことは、それはそうですね、小児科の医者がいらないまちに小児科の医者が5人も10人もいたという話だってあるわけですから、そういうふうなさまざまなことはあり得るし、今回のように、そもそも平常時のところが薄いときには、青い線が乗り越えて、それでもってようやくその先が見えてくると。

（橋本委員） 今の議論の続きで、ちょっとだけ法律家として言わせていただきたいのは、実は、3月何日かに、厚労省の当時の中野専門官から、オンラインメディカルコントロールは例外でいいという通知が出て、そのときの言い方が、ただ刑法35条に該当するからという非常に乱暴な言い方なのですね。法律家からしたらあんな理屈はおかしくて、なぜ正当化できるかという根拠を示した上で、35条には該当するから大丈夫ですと言わなくてはいけないのに抜けてしまったと。

私が申し上げたいのは、平時からあの議論は必要だったのに、していないから、ああ言わざるを得なかったと。つまり、私は、今の石井委員の言葉の続きを使わせていただくと、行岡委員もおっしゃった、そういう戦時とか非常時について例外的に行われたことの中に、実は、平時において抜けている議論というのは必ずあるはずです、それをピックアップするという作業も必要ではないか。それをしないと、実は、1回ああいうところで例外が、突破口を開くと、どんどん広がってくる可能性があるので、そういう作業もこの中で必要ではないか、あの1つのことで、私はそういうふうに感じましたけれども。

（有賀座長） 僕の能力を超えているような気がします。どちらにしても、そういうふうな大事な視点をこの会が持っているということで進めていくと。事務局、よろしいですよ。お願いします。

（松元室長） 今、橋本委員がおっしゃられたことは非常に大事な視点で、私どもは今、厚生労働省さんとお話をしながら、今回、東日本大震災に絡めて、いろいろ事務連絡なり通知が出ております、ただ、これが大規模災害時にどういうふうに汎用性を持たせられるのかとか、持つべきかということにつきまして、別途議論をしております。特に、災害時の作業部会ということで、こちらのほうで、そのプロトコルについてもどういうふうにしようかと、今、検討させていただいているところでございますので、それにつきましても、橋本委員の意見も聞きながらやらせていただければと思っております。

(有賀座長)　そういうふうなことを主たるテーマとして議論する場も実はありますよ、そういうふうな意味でよろしいですか。

(松元室長)　そうです。

(有賀座長)　そういう意味では、そちらの議論がこんなですよという話も適宜入れていただきながら、上手にシンクロしていけばいい、こういうふうなことです。

そういうことで、災害時の(1)は、思いのほかいろいろな意見が出てよかったと思います。

その次の8ページ以降ですね、8ページの体系についてという、これが全体を俯瞰する絵になると思いますが、ここら辺でさまざま意見があると思います。これは、時系列的に左から議論をしていくという話もありますし、右の医療機関から議論していてもいいですけれども、どんな議論をしていても、結局、あっちに行ったりこっちに行ったりしますので、この程度の人数ですから、この際、どこからでも切り込んでいただいていいと思います。お願いします。

(横田委員)　8ページの図を見ながら少し意見を言わせていただきます。恐らく今からプロトコルのツールづくりをしようということがあって、この8ページの図はそのためのシステムですね。どういうふうにするかということですが、そういうツールと、それをどう使いこなすかというシステムは関連していますので、私が言いたいのは、不搬送や、アンダートリアージの安全をどう保障するかということであります。確かに、重症な患者さんを選び出すのは容易なことですが、そうでない、落ちてしまった患者さんを、今度は逆にどういうふうに安全を保障してあげるかということが非常に大事ですね。そうすると、そのシステム化がこの図の中でどこだろうということです。

例えば、119番プロトコルのところから、本人が希望した場合に電話相談に返しているところがあります。それから、もう一つ、現場トリアージのプロトコルのところで「不搬送」と書いて、下向きに破線でかいて流れている部分があります。言いかえると、消防機関が関与する119番通報で、重症ではなかったという部分が、恐らくこの紫の部分で、要するに、落とすという言い方はおかしいですが、アンダーに評価するということですね。このときに、その患者さんの状態が悪くなったら、どこでもう一度ピックアップできるのか、あるいは、病勢が変化したときにだれがどこで安全が保障できるのかというのを、このシステム図の中に入れないと、恐らくツールをつくる時に、ランクは仮に赤、黄、緑とつくって、ちょっと怪しいゾーンのところはどうしようかというところの、プロト



コルに具体的な指示が書けないと思うのです。だから、アンダートリアージというか、過小評価をする場合のことを想定して、軽症の場合はどこへ振るかというシステム構成が先にあるべきだろうと僕は思います。

そういう意味で、1つ提案をさせていただきますと、例えば、消防の119番の通信指令のプロトコルで外したり、あるいは、現場トリアージのところで、「あなた、行かなくていいよ」ということで外したりしたときに、「具合が悪くなったときは、今度はこうしなさいね」という一例として、仮に電話相談を活用して、しっかりそこへ戻すという方法があります。電話相談の方では、3時間前にこうこうこういうことがあって、再度電話してきたら、もう一度そのサイクルに乗せるのがよいと思います。そういうシステムがないと、恐らくこの全体のシステムの中で、安全・安心の保障というのはどこにあるのですかという懸念が生じ、恐らく国民に提示したときに不安感が出るのではないかというふうに思います。

そういうことを前提にシステム化を考えて、その中でプロトコルのランクを医学的にずつつけていく、一番軽いところは、今度はシステムで吸い上げるというふうにしなさいいけないのかなというのが、僕の提案です。以上です。

(有賀座長) どうぞ。

(橋本委員) 今、指令室の広域化、一本化をやっています、千葉だと、東葛南部と北部をあわせて、松戸か船橋に拠点を設けるということが、各地域で始まっていると思います。問題は、東京とか横浜は常駐で指示・指導医がいらっしゃるから、いざというときに、横田委員のような例だと、そこに戻すこと、あるいは相談することは幾らでも可能です。ところが、例えば、そういうふうに広域化してきたときに、私はきのうも地方を回っていましたが、広域化するのはいいですけども、そこに果たして指示・指導医が完全に常駐できるかどうか、その費用はだれが負担するのかという、トレーニングとお金の問題がそれに絡んでくるので、そういうシステムを前提にしないと、これは多分、絵にかいたもちになって、訴訟案件はふえる一方だと思います、逆に言うと。だから、その辺を、横田委員がおっしゃるように、もう一步、裏側の問題もカバーしておかなくてはいけないというのは私も感じました。

(有賀座長) 橋本委員、広域化の問題に絡めて、今ご発言がありましたけれども、広域化していてもいなくても、119番通報なり……。

(橋本委員) 僕がなぜ広域化と言ったのかというと、広域化したほうが確かに人は雇い

やすくなるから、広域化は可能でしょう、それでも限界があるし、逆に、広域化すると、プロトコルが各消防本部によって全部違うから、かえって複雑になるところも今度出てくる、その辺も全部カバーしていかなくては、このルールというのは、特に軽症者が難しくなるのではないかなと。重傷者は、ある面で一本化できるから楽です。でも、軽症者は、地域によって全部扱い方が違うから、そういうことも考えた上でやらないと、多分うまくいかないのではないかと思います。

（行岡委員） 僕も、この８ページの図を見ていて、例えば、ランニングしていて転倒したということで救急車が行った、「足首、ちょっと痛いけれども歩けます、じゃあ、足首のねんざだから、あした病院でも行くつもりにします」ということで不搬送にして、しばらくしたら、痛い。どこが痛いのか、足首だと思ったら、実は胸で、脂汗をかいていると。それで、もしコールトリアージで、「先ほどの人ですね」ということになったりすると、何を言っているかということ、事態が推移すれば、次のことが起こっている可能性があるので、その現場搬送プロトコルから下へおりているのとか、電話相談から下へおりているところは、ものすごく図が複雑になってしまいますけれども、線だらけになってわかりにくいですけれども、常に 119 番へ戻れるというようなラインはあるよということをしっかり担保しておけというのが、横田委員のポイントかなと僕は思いました。

（横田委員） これを、119 番に戻すのがいいのか、119 番に戻していると、恐らく全体の労力を少なくしようというあまり、効率性が出てこないということになりますね、何回も 119 番に電話をかけてくると。119 番で、あるいは現場で、今すぐにといいことはいいですよ、だけど変化があればどこそこへ相談してくださいと。そこからまた救急車出動ということもあり得るといいのかなと思ったのですけれども。そういう意味においては、今の電話相談をもっともっとうまく活用していく、国民のほうから電話相談というのではなしに、逆に、プロの集団のほうから、だめだったらそこを使ってくださいということで回すというのも案なのかなとは思ったのですけれども。

（有賀座長） これは、東京の例の懇話会でしたか、諮問されてディスカッションした暁に、119 番通報から電話相談のほうへ回していった、最初から電話相談した人と、それから、最初から 119 番した人が、行政のサービスに関しては、クオリティとしては同じようなものが得られるというふうな議論がありましたよね。こんな大それた色つきのイメージは多分ないとは思いますが、そこら辺を少し披露していただけますか。今の横田委員の話にちょっと絡んで来るとは思いますが。

(松川委員) ただいまの議論を聞いていますと、例えば、東京消防庁は、まだコールトリアージはしていませんけれども、今、坂本先生がお見えですけれども、坂本先生が今、ワーキング長で、今、策定中でございます。例えば、119 番から相談センターへトリアージをして振って、その先には、当然、症状も軽快して、時間の経過もあるわけで、そこで漏れて、またその電話相談をやったプロトコルをかけた上で、さらにまた緊急性があるとなれば、ここにもありますように、赤い矢印の転送、これで当然、119 番にまた戻ってきて、救急車を指令する、そういう形を想定しています。それから、現場搬送プロトコルの中で、ここで不搬送とした場合に、これは、東京消防庁は年間 2,300 件のうち約 75%の 1,800 件ぐらいを不搬送にしています。この中で、今、対応しているのは、現場でその場所から近い医療機関を複数案内するということと、もし、状況が変わった場合には、速やかに 119 番をして救急車を要請してくる、こういうような対応をしています。

ですから、どこで取りこぼしというか、漏れても、何かしらのそういうふうなフォローアップはどうしても必要かな、こんなようなことを考えて、今、コールトリアージも進めておりますし、現場搬送プロトコルについては、そういう形で運用していると。こういう実態でございます。

(有賀座長) 今の議論に関連して、横浜の経験から少しご意見をいただけますか。

(平中委員) 横浜の状況をこの絵を使ってご説明させていただきますと、私どもは、救急相談センターというものはございません。ただし、119 通報でコールトリアージを既に実施しておりまして、そのカテゴリというのは、実際 6 あります、A+、A、B、C+と C、不可、さらにどれにも該当しないものというものがございます。要は、救急搬送を要しないものということになりますので、そこに合致した場合には、これは委託ですが、救急相談サービスと、医師、看護師、保健師等がいるところに 119 番の電話自体を転送いたします。年間約 1,000 件程度です。そこで、救急相談につないで、電話は 1 回渡します。そこで医師、あるいは看護師等、医療従事者の方が判断して、これは救急車が必要だと判断された場合は、コールバックがそのまま単純に消防局の指令台に返ってまいります。年間約 50 件から 100 件です。ですから、ですから、1,000 件のうち 5%から 10%は、救急車が必要ということで返ってまいりますので、そこに回したからといって、不取り扱いとか、そういう心配は基本的にはありません。

また、コールトリアージの部分で、軽症者については、先ほどの説明に若干ありましたが、私どもは特区を取って、コールトリアージの結果というのは部隊運営に反映しており

ます。A+というのは、いわゆるP A連携、私どもは救命活動隊というものがありますので、P F A連携と呼んでおりますが、それがA+、それはC P A、年間 5,000 件のうちA+のカテゴリは約 9,000 件、ですから、的中率は比較的良好というか、結構高いと思っております。

それと、AからC+というものが2隊で出場させるもの、それと、一般的に消防法に定める救急業務とまでは行かないけれども、例えば、歩行可能とか、そういった判断の場合のものが、約1万数千件、全部でマスが16万件ありますので、10%は届きませんが、その場合でも、人数は減らしたとは言いながら救急隊は出場させておりますので、出場に対する担保は取れているかなと考えております。

以上です。

(有賀座長) その最後の、A+、A、B、C+の最後のCですね、それが赤信号をとまって行くというやつですか。

(平中委員) 赤信号ではとまりませんが、特区を取ったのは、1隊2名で運用してもよろしいという、構造改革特区をいただいております。

(有賀座長) 赤信号は一応ぶっつと行ってしまうのですね。

(平中委員) 救急車で搬送する場合には、赤信号でも、それは……。

(有賀座長) 搬送ではなくて行くときは。

(平中委員) 行くときも鳴らしていきます。ですから、現場到着して、ファーストタッチをするまでは何らほかと変わりが無いという状況になっています。

(行岡委員) 全部、白い救急車なのですか。

(平中委員) フルスペックの救急車で救命士が全部乗っておりますが、人数は2人ということです。

(横田委員) 今、大変おもしろい話を聞かせてもらいましたが、要するに、コールトリアージで安全かなと思っても、相談のほうに返す、それは、年1,000件で、5ないし10%ぐらいがもう一度指令に返ってくるということですね。僕はそこが非常に重要だと思います。5から10%もあるということがあれば、そこはきっちりシステム化しておかないと思います。プロトコルの基準をつくる側に見れば、その5ないし10%って一体何だったのか、どういう相談事だったのかということが非常に重要になってくると思います。恐らく将来的には、一番安全な基準に変更できる要素をそこには持っているはずですよ。そういうデータは、最後に集めて評価していく必要があるのかなと思いました。ちなみに、

5ないし10%返ってくるというのはどんな内容かご存じですか。

(平中委員) 申しわけありません、詳しくは承知しておりませんが、今、申し上げたトリアージシステムに乗せた上で、救急の該当外となったもの、それともう一つは、本人が救急車を呼ぶかどうか迷っているもの、この2つが救急相談サービスに回す条件です。ですから、本人がというところがポイントで、頼まれ通報だった場合、恐らく該当しません。本人が迷っている、またはコールトリアージをした結果、該当しないという、それが、1日3件から4件、そちらに回して、私どもの救急が大体16万件程度ですから、少ない数ではありますけれども、そのうち5%から10%が返ってくるということです。

(島田委員) 堺市の消防局ですけれども、先ほどの不搬送というところで、私どもは、現場搬送プロトコルという形は取っていないのですけれども、本人の拒否という形で、救急現場の不搬送事案が大体12%ぐらいありまして、それは毎年ふえてきている状況にあります。そういうところで、今、先生がおっしゃったみたいなの、そういう方に対するフォローアップというのもぜひ必要だというふうに考えております。以上でございます。

(松川委員) 多分、不搬送をするということになると、住民の方はすごく不安になりますよね、あなたは対象外ですと言われると、このシステムがうまくいくために共通しているものがそこではないかと思しますので、例えば、今、相談センター、救急相談を受けたものはすべて、不搬送にしたものを、例えば、センターのほうから1回は電話をかけるとか、3時間後にかけるとか、そんな仕組みを入れると、それが住民に周知されれば、だめと言われても、また聞いてきてくれるというのは安心感につながらないかなとちょっと思いました。住民の不安ということを少し解消するには、ちょっとしたアイデアですけれども、そういうふうに思いました。

(橋本委員) 多分、横浜市がすごかったのは、これはヒタチ元課長から伺ったのですけれども、市民に対する周知徹底がすごかったんです。時間をかけて、文句があるのだったら半年以内に言ってきてくださいということまで1件1件やっているのですよ。これをやるために、そこまでやらなかったらいけないのと、もう一つは、ほかでもやっていますけれども、不搬送場合の次の電話、もう一回、半日後でも1時間後でもやるところはありますけれども、怖いのは、9割の方は喜びますけれども、1割の方は、トラブルになって、不安だからとか、何か後ろめたいから電話してくるんでしょと来るんです。だから、これは不搬送の場合に非常に難しいのです。不搬送というのは、救急事案で一番厄介だというのは現場の方はよくご存じだと思います。そこまで含めて考えておかないと、結局、東

京だって、本当に文句を言われたら運んでいるわけです。そこなのです。結局、最終的には運んでしまうのです。この図のとおりには絶対行かない例が出てくるといことも踏まえた上で議論しないといけないところが厄介なところだと思います。現場の方が一番困っているのは不搬送ですから。

（工廣委員） 不搬送のところの安全をいかに担保するかというところが、この救急の現場トリアージを導入することで、一番大切なところになってくるのかなというふうに思っております。結局、需給のバランスを何とかしようというところからの不搬送というものが出来たのだとすると、1つの不搬送に対応する別の案として、病院に来てしまえば再トリアージという担保があるので、待っている間にトリアージナースがもう一回トリアージをして、急変していないかというのをチェックしますが、ただ、不搬送になった場合、だれが再トリアージをして担保するのかというのが非常に問題になってきます。

1つは、需給バランスを何とかしようということであれば、不搬送になる症例というのは、緑とか、軽症の患者さんですので、緑の患者さんを診る救急医療システムという、一次救急医療機関というところがありますので、例えば、こういう不搬送の症例を、一次に該当するような軽症の症例を、一次の救急医療機関に地域の医療機関の協力のもとに搬送するというようなことも、そこで担保するというのも、需給バランスを改善する方法の1つではないかと思います。そういったことも、いろいろな法的な制度の問題もあると思いますが、それによって医療機関に素早く搬送するということで、次の出動に備えることができれば、需給バランスの問題ということに関しては1つの解決法になるのではないかと思います。

（有賀座長） 工廣委員が言われた解決は、そういう意味で、上手に交通整理ができていくというプロセスの中で、白を診る医療機関、緑や黄色に対応する機関、赤やブルー、そういうふうな話と軌を一にしている可能性がありそうですけれども、そういうことがもしうまくいくとすると、そもそも需給バランスは、本当はどうだったのだろうというところへもう一回ぐるっと回って来ますので、選択肢の1つとして入れておくということについては非常に意味があると思いますから、また議論のプロセスで考えていけばいいのではないかと思います。

医師会の代表がいるので、コメントをいただいてもいいですけども、そういうふうな医療機関がもしあれば、今の僕たちのこの中に既に参加していますよね、そうでしょう。

（石井委員） あまりそう責めないでください（笑）。

(有賀座長) 119 番プロトコルの、今の横浜の例が相当程度に心強い経験になっていると思いますけれども、東京は今どんな感じですか。

(坂本委員) 通報のところですね。

(有賀座長) 119 番通報指令センターのところですよ。

(坂本委員) 東京は、ご存じのように、現場搬送プロトコルにつきましては、特に軽微な外傷等を中心として、明らかに軽症のものについては、現場でトリアージをして、最終的には本人にお話をして、本人に同意していただければ、不搬送になるというのが数年前から動いています。

一方、電話相談のほうは相談センターのほうでやっているわけで、その間のところで 119 番通報に対しての、ここでのトリアージということが今まで行われていません。どちらからアプローチするか、いろいろ考えましたけれども、とりあえず、当面、現場で明らかに不搬送になるようなものが、そのうちの一部は、通報時にも話を聞けば、ちょっと突き指をしたというたぐいのものはある程度はわかるだろうということで、まずそういうものを洗い出していこうということで、今、考えております。ただ、これももちろん、そこで消防での搬送の適用がないから、がちやっと電話を切るのではなくて、それはそのまま相談センターのほうに電話を回すということになりますし、それから、相談センターのほうで、いろいろ聞いてみたら、実は、別の疾患があって、冷や汗をかいていて危ないというのであれば、すぐにまた救急搬送に戻るといふ、そこは先ほどから話があるのと同じような状況だと思います。

その中で、技術的な問題としては、相談センターの電話というのは、119 番直接の電話ではないので、119 番通報のままで相談センターに回してしまうと、119 番の電話を、今度 30 分とか 1 時間かけてゆっくり相談に乗っていると、ずっと 119 番が 1 回線つぶれてしまうので、どうしようかというふうな技術的な問題も今、詰めながら検討しているというふうな状況です。n の数としては、今のところはまだごく一部の傷病者についてのトリアージを考えているという状況です。

(有賀座長) 東京都における電話相談の仕組みができ上がっていった初めのころ、恐らく救急現場におけるトリアージも同じぐらいに出発していますね。

(坂本委員) ほぼ同時期です。

(有賀座長) 現場において不搬送にしたときに、何か相談があったら、また電話なさいましと、電話相談のほうに来るといふ話が当時あって、多分、今でもその漫画が残ってい

と思います。正直言って、あの当時、僕は、そういうことというのは本当に正しいことなのだろうかと思いましたね。現場で救急隊長が判断して、少なくとも「救急車で行く必要はありませんよ」と言った人に、その後、医学的な意味で相談するというのが、ぐるぐる回りとしてあるのだろうかと思いましたけれども、取りこぼしと言ったらおかしいですけれども、フィードバックをかますような仕組みのあり方とか、それから、松月委員がおっしゃったように、一般の方たちの心配を何とか払拭してあげたいとか、それから、その後、電話を逆にかけると、「後ろめたいのか、おまえ」と言われてしまうのかという話はちょっとつらいものがありますけれども。いずれにしても、そういうふうな拾い上げるという観点でいくと、漫画にかいてある、また電話でもって相談できるというのは、当時はそのつもりでつくったかどうか知りませんが、ある意味で、時代を超えて達観していたのでしょうか。あのときの絵はどういうことでしたか、今もそこにあるとすると、不搬送のほうで、また電話をかけている漫画になっていますよね。

（星川委員） 私は、当時の制度設計のときに担当していませんでしたが、当然、考えれば、救急車が不搬送ということで、本人が同意して救急車は引き揚げたけれども、その後、また症状が悪くなったりとか、また心配が助長されてきて、どうしようかというふうなときには、相談センターに電話をすればいいというふうなことだったと思います。ただ、今、現実問題、相談センターのほうでも、現場トリアージの結果、引き揚げた後不安になって電話が来たという、そういう統計も取っておりませんし、どのくらい入っているか、あるいはないのか、そういうものはわかりませんが、そういうふうな形だと思います。また、もう一つ、現場では、当然、その場所から近い、外科な外科に対応する病院の診察可能な診療情報に基づいて紹介をしていきます。そうすれば、もし心配になれば、恐らく病院に電話するのかなと、このようなイメージを持っております。

（横田委員） 要は、安全を保障するために、例えば、コールトリアージで安全ですというときに、次はどうか、例えば、電話相談室に戻すのか。現場トリアージで不搬送になったときに、例えば、今、8ページの図の一番左にある家庭での自己判断プロトコルのようなものを簡易に書いた紙を、こういう症状が出れば、ここへ電話、たとえば、電話相談室にするのか、119番にかけさせるのかといった、いわゆる制度をある程度はつきりと構築した上で、プロトコルで一番安全な基準の書きづらはどうなるのかというのが決まってくるのかなというふうに思います。

そもそも災害時に使われてきたトリアージというのは、時間をかけないために、オーバ



ートリアージでもいいから、重症と思われるものを早くピックアップするために重症を予測させる要素だけでどんどん拾っていきますよね。その上、何回か繰り返すことで救えるチャンスが生まれているわけですが、今回は、逆に言うと、どこかでこの制度から落ちてしまう人が、重症化するところを拾えるシステムを最初に話し合っておかないと、恐らくちょっと危険なのかなという気がいたします。、こういうことを国全体で考えようねという話になったときに非常に重要な問題ではないのかなという気がしました。

（松元室長） 私ども、このトリアージの検討の中で、特に下の部分が一番気を使わなければいけない、考えなければいけない部分だと思っております。今、委員の先生方からいろいろご意見を聞いて、私どもも、電話相談の部分とか、あるいは不搬送ということは、自力受診を勧めていますので、当然、何時間後に病院に行くということですが、例えば、病院に行かなかったりする人もいます。それから、12 時間後にと行ったところで、病態が急変するということもあるでしょうから、当然、その担保ということで、丁寧な、住民に安心感を与えるような、電話相談も #7119 だけではないと思っていますけれども、119 番での対応もありますし、それ以外での番号もあります。あと、電話をかけるというアイデア、あるいは、今、聞いておりますと、あくまでも消防側と住民との信頼関係、そういったことの構築も非常に重要だと思っております。これをやるには、国民的なコンセンサスもありますけれども、地域でのコンセンサスを得られないと、とてもこの事業というのはできないと思っておりますので、その辺をもうちょっと工夫しながら書き込んでいきたいと思っております。

（有賀座長） どうぞ。

（石井委員） さっきの話は、有賀先生がわかっていて聞いていると思うから答えにくい、いろいろ考えていたのですけれども。結局、セーフティネットの部分はどういうふうにデザインするかという話をしているのですが、それは、結局、システムとか、運用に対する認知度、信用度というものとまたかかわり合うのですね。医療そのものがそうですし、例えば、救急搬送で、おりたら、最初に怒って病院に入って来たというケースがあつて、どう対応するかというような、結局、そういうも負の連鎖が強くなればなるほど、かかりつけ医もなくなっていくし、したがって、今度はこういう社会的な制度に入ってくる人がふえるし、それがふえて、しかも、トラブルがふえれば、今度は受け入れの体制も困難になる、こういう負の連鎖の流れが片方にあつて、それは、そうでない流れの方向に何とか回せないかというベクトルと、2つせめぎ合っているのだと思います。

この間、医療問題で刑事告発されたケースを集めたシンポジウムを主催したのですけれども、ああいう中で見ると、出てくるのは、そういう、ヒューマンコミュニケーション、そこでうまくコミュニケーションが取れない結果、非常に不幸なケースまで行く、お互いが不幸になるというのが見えてきます。それをどうやってうまく制度の中にやわらかく包んでいくのかというのは、実は、先ほど来、問題になっているように、不搬送の例、不服が残っている人に対してどういうふうに考えなければいけないのかとか、こういうのというのはすごくデリケートな話だと思います。松月委員がおっしゃったように、どうしたらいいだろうと、いろいろなことを語り合うしかないと思います。そうでないと、この制度がぱーっと行って、最後に取り残された方々が異議申し立てをするという状況が生まれてしまうということは、確かに困りますよね。

もう一つは、都会型と、僕も東北地方ですから、この間の震災地の人間関係の濃さと両方あわせますと、風景が違います。それをどういうふうに言いあらわすかというのは難しいです。やっぱりこれは都会型のモデルの中でまず落とし込んで、そういうもののエッセンスが、どこでも使えるものがありますよという形のほうがいいと思います。日本じゅう、まずこれで全部仕切ってみましょうというのと、かえってぎくしゃくするような気がします。

すみません、答えになったのかどうか。

(有賀座長) 11 ページに「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」とありますよね、これは、そういう意味では社会規範ですよ。だから、何でもかんでも面倒見ろという話ではなく、もともとそういうふうな地域社会が成り立っていれば、それはそれでという話になります。石井先生のおっしゃることは、せめぎ合いという意味においては、別に武士道とは言いませんが、私たちの国の大事なところが少しずつ欠けていっているというふうなことの話にも通じるような気がします。

今、都会と田舎の話に言及されましたが、確かに、今言った社会のぎくしゃくした部分については、都会について議論していく必要が大いにありそうだということは、僕は都会に住んでいてよくわかりますけれども、奥寺委員は、時々、田舎と都会はえらく違うと言いますけれども、医療資源の少なさとか、いろいろな意味で投資できるもののかさかすると、田舎には田舎のつらさが恐らくあるわけで、今の石井委員の話をお聞きになって、まずは都会というのはどんな印象でしょうか。

(奥寺委員) ものすごく難しい質問が来ましたが、セーフティネットの話が先ほど出たので、まずこれはセーフティネットがあるかないかで話が違いますよね。もともと病院に

おけるCTASという考え方は、安全な待ち時間をエスティメーションして提供するという考え方ですね。だから、先ほど横田委員が言われた災害と全く逆ですね。災害は、多少こぼれてもいいから、早く持って行け、何回かすくえば大体引っかかるだろうという考え方ですけれども、これは逆ですね。わかりやすく言うと、その前提で、安全な待ち時間を提供する責任者はだれなのかということになるのです。ですから、不搬送をつくるのは、こぼれるのはいいけれども、だれが見ていますかという話になるので、そこで、理想的に見れば、そういうものを診る病院があれば一番いいんでしょうけれども、ないからこういう議論になっているわけです、それは少ないからです。

先ほどのコールトリアージも電話相談も、地方に行くと、多分、どこかに丸投げしてしまうと思います。カード会社が電話相談をやっていますが、ああいうところに投げってしまうと思います。これを田舎で進めると、巨大な電話相談の株式会社ができてしまいます、日本全国で10人ぐらいの医者がもしもセンターをやっているという。

(有賀座長) そういう意味では危険ですね。

(奥寺委員) だから、逆の、変な話ですね、地域で見るものが、外へアウトソーシングさせる危険性を持っているのです。それは、本来目指すところと逆だろうと思います。そうしたら、実際上の意味がなくなってしまいます。極端に言えば、119も株式会社にしたらほうがいいということになってしまいます。ですから、地域とのバランスはものすごく難しい問題があると思います。

このメディカルコントロールとの兼ね合いはどうになってしまうのかというのも、この図を見ると、やっぱり心配ですね。今、メディカルコントロール、医者はあるところまで責任を持つけれども、この不搬送まで責任を持つようになるのか、救急現場は責任を持ちますよね。これは、一番デリケートな部分が、多分、皆さん、引っかかかっていて、異なる表現をされているはずなんです、そこがどうになってしまうのか。

例えば、私はこの前、ハワイ大学の教授に向こうのを見せてもらおうと、向こうは、現場で迷ったらベースステーションのドクターの指示に従えと書いてあるわけです。ベースステーションに必ず医者がいるわけです。そこがない状態でこれをやるというのがどうなのかという気がいたします。

(橋本委員) ご存じのように、消防法35条の5以下を改正して、都道府県レベルのメディカルコントロール協議会と言っていますけれども、それは、設置の根拠は法的にできましたけれども、その根拠をつくったメディカルコントロール協議会は、法的には無答責で、

現実的には消防を管轄している地域の市町村なり組合の首長さんが最終的には法的には取らなくてはいけないのが現状で、さらに複雑なのは、前からこちらのスタッフに申し上げていますけれども、それ以下の地域メディカルコントロール協議会については、いまだに根拠がないから、どういう設置根拠でやっているかはよくわからない状況で、千葉市のように勝手に条例をつくられて、もっと複雑になってしまいます。だから、そこをまずきちんとしないと、地域でやれと言っても、地域の責任はどうなるのかというのがまだこの段階で不透明ですから、実はその整備も必要だと思います。そこも含めてやると、もっと巨大なお話になって、多分、後のほうに出てくる法整備が必要だというのは、そこまで含めてお考えなのかどうか、そういうこともあるのですね。

（松元室長） 今お話しになりましたメディカルコントロール協議会の、特に地域MCについていろいろなことをやっていただいている、今、私どもの通知に基づいた形でやっています、その法的な根拠がないという状況でやっておりますので、それについて、実施基準については、これは一定、入れているのですが、これはあくまでも実施基準の策定について意見を聞くということなので、それとはまた違うものだというふうに考えています。このMCを将来的にどういうふうにしていくかというのは、MCにどういう役割を持たせるかということと密接に関係してきますので、先ほどお話のあった不搬送について医師の判断を仰ぐということであれば、だれが責任を取るのかということについて決めた上で、必要があればそういう検討もするということにはなと思っています。

（吉川委員） 仙台でも、最近やった事例で、不搬送の場合は、内規のほうでは、不搬送の患者は原則として搬送しないというのがありまして、その中でも、隊長の判断によって、必要と思えばこれは搬送すべきだという内容になっております。先日あったのが、患者さんは搬送を拒否している、絶対行きたくない、それで、MCを使いまして先生に指示を求めたところ、MCの先生も医療機関でそこに入れようと思ひまして連絡したところ、連れてこられても医師と患者さんの医療の契約の中では、契約が成り立たないと診られないから、連れてきてもらっても診療できないよというような内容がありまして、なかなかそこでMCとの関係というのは難しいということを感じました。

それから、仙台につきましては、電話相談センターもありませんで、不搬送の場合は、患者さんから、本当に軽症であればサインをもらって、そのサインをもらうということも、法的に解釈すると、それも問題があるということも一面ではありまして、どうしても搬送が必要だという場合は、強引にでも連れて行って、医療機関で、その契約が成り立たなく

でも何とか診てくれる病院を探しているというのが現状です。

（石井委員） だんだん話が危ない方向になったので。一応、医師会の中で我々は頭の体操はやっていまして、消防法改正のときもやりましたし。このMC体制というのは、都道府県単位でがっちり、とにかく位置づけができたわけですから、これは、結局、行政責任のもとで医療側も協力しているものだというふうに理解しています。逆に言えば、ドクターに対する責任があるだろうと、それは個々の事例においてプロとしての責任がゼロだとは言いませんけれども、運用そのものは行政責任だと思っています。ですから、あくまでその範疇の中で地域のMCが動いているというものは全く同じことで、その地域の行政が当然責任を持ってやっていること、解決していただければいいだけのことであって、医療というのはそういうものだと思っています。

もう一つは、エホバの問題だとか何かでも、今の話は随分前に頭の体操はやっていまして、それは、治療を希望しない方に無理やり押しつけることは医療側はできないのです、すべきではないのです。問題は、搬送業務のところで詰まってしまうということですよね。そこは、説明と同様、そこで聞かせてもらうしかないと思います。それを、また別なところで、もう一回医療のフロントラインで解決しようというのは、逆に制度がおかしくなります。それは無理だと思いますね。かかりつけ医というのがもともとあって、有床診療所があつて、中小病院もいっぱいあればこういう問題は起きなかったのに、これは国の責任で今のような状態にしたわけですから、それはもうこれ以上減らさないようにしてくれということを繰り返し言っているわけです。それでもまた内閣のほうで医療費は削減しようみたいなことを言えば何が起きるかというのは、もう我々は責任が取れないことが起きるわけです。だから、あくまで協力しているのであって、それを協力できない状況にしてから、責任を全部取りなさいと、それは無理だと思います。ちょっと医師会的な発言になってしまっただけで申しわけないけれども。

（坂本委員） 現場搬送での不搬送の話にもう一回戻りますけれども、今の東京の現場搬送プロトコルにしても、あるいは横浜のものにしても、結局、「あとは自分で行きなさい」と言って、そのまま置いておける人というのはものすごく少ないです。ここの不搬送というのは、救急車でフルスペックの救急搬送する必要がない人はかなりいっぱいいて、その人たちは、救急業務というよりは福祉の分野の中で、お金がないから運ばなければいけなかったり、身寄りがなくて動けないから、病院に行くのを手伝ってあげなければいけなかったり、あるいは、それこそかかりつけの先生に往診をお願いしなければいけなかったり

というふうな人たちが、ほかに手段がないので救急車で病院に来ているという部分があると思います。その部分がある程度より分けることはできると思いますけれども、それをだれかが担わなければいけないときに、横浜のように、救急搬送以外でも、これは消防庁の仕事というふうに割り切って頑張っていくのか、そこは本来は厚生行政の仕事だろうから、福祉のほうでもってちゃんとやるような仕組みをつくって、福祉何とかなの車をつくって、そのときは、保健所に言えば福祉タクシーが来て、どんどんと病院に運んでくれるということで、そこを代替するとかという、その、救急搬送は要らないけれども、現場にほうっておくわけにもいかないような人の受け皿をきちんとつくらないと、その部分が一番数が多いので、そこが大事ではないかというふうに思います。

（行岡委員）　今までいろいろな救急関係の議論で、不搬送に関してこれだけ詰めた議論がされていないと思います。一定レベル以上の消防本部は、不搬送例を必ず持っているで、それぞれ苦労しながら、表に出なかった問題だから、ちょうどいい機会であったと思います。このままほうっておくと、この問題は大きく、10%を超えるところが地方によってはあるということになってくると、今回出てきたので、いろいろな取り組みをせざるを得ないのではないかというふうに思います。そういう意味では、不搬送の問題が出てきたというのは、前向きにとらえたほうがいいと思います。

（横田委員）　今、不搬送の話で、ちょっと聞いていて混乱するのは、119番で現場へ出向いたけれども、コールした人が別の人なり、周りの人であって、本人は病院へ行きたくない、要するに、診療拒否と一緒に、そういう不搬送と、もう一つは、坂本委員がおっしゃったように、みずからかけたけれども、実は、移動の手段がないので救急車をお願いという形で来た、見たところ非常に病的でもないというのと、2種類あります。だから、この問題は、もちろん共通する部分もありますけれども、対策として2方向性に分けて考えないと、話が混乱するのかなというふうに思います。

（橋本委員）　今のことに加えて、本当に現場が一番困っているのはリピーターです。今、統計を取ると、東京消防庁は9%の不搬送ですね、全国で一番高いと思いますけれども、各消防署、81署で一番困っているのはリピーターです、一晩で何回もやります。相談案件が一番多いのはそこで、そういうのを切るプロトコルをつくってしまえば、一番楽ですが、それが一番危険で、龍ヶ崎みたいに、内因性疾患で結局2,000万取られてしまったということもあります。その辺も含めると、3類型あると思うのです、横田委員の2類型のプラス。

（横田委員） 実際には、C P Aの症例でも、メディカルコントロールをやっていつも困るのは、119 番しますよね、現場へ行って隊員が見たらC P Aなのですね、「さあ、蘇生しよう」と思ったら、「ちょっと蘇生はいいです」と。要するに、延命処置は結構ですと言うわけです。「どうしましょう」と言うわけですね。だけど、あなたたちは、C P Rをしなくていいということの判断はできるわけではないので、まずやりなさいと。それで病院へ連れてきなさいと。言いたいのは何かというと、要するに、119 番というのは、かけた限りは最善の治療をお願いねということで意思が共通しているはずだという認識があるにもかかわらず、行ってみると、C P R、ある意味で医療行為を拒否するわけです。そういった問題も現場では数多くにあって、今の不搬送の課題と同じ背景を持っているのではないでしようか。

（橋本委員） 私は、分類として不搬送と今の処置拒否とはまた違うし、さらに延命拒否が出てくるし、それから、一番東京で多いのは、がんの末期になって、在宅に戻して、かかりつけ医がいらないから、とにかく運んでください、それは確かにC P Aに近いわけです、何かしたいけれども拒否される。そういうパターンと、そうすると5つぐらい出てきますけれども、最終的にはそういうのを類型別に入れていくかという話になると思うのです。必ず不搬送とか何々しない、不作為って一番いろいろな類型が含まれますから、そこをこのプロトコルにどこまで入れていくかだと思います。そうすると、複雑になってしまうから、どこか選ぶのか、どうするか。

（松元室長） 不搬送の問題が件数的にふえているというのは、私どもも承知しております。ただ、聞いておりますのは、交通事故などで、周りの人がかけて、実際行ってみたら、本人は「もういいよ、たいしたことないよ」みたいな形で、不搬送という形が多くなってきているというのはちょっと聞いています。ただ、データの的にどの程度、どういうパターンでどういうところ、なかなか整理しておりませんので、それについてもできる範囲で今後調べていきたいと思っております。ただ、私どもが今回ご提示しているこの緊急度の判定というのは、あくまでも緊急度の判定ですので、緊急度の判定として不搬送、これは黄色なり緑、白ということだと思いますので、そこは本当に医学的なところでやっていきますけれども、これを動かすために周辺のいろいろなところ、福祉的な要素も必要ですし、そういったものについても、今後いろいろなところと相談していきたいと思っております。

（有賀座長） 横田委員が口火を切ってくださったように、プロトコルそのものは、少し時間をかけると、東京の電話のプロトコルもそうですが、一定の水準で何らかの形はでき

てくるのではないかと想像はするのです。それは、でき上がったその瞬間からバージョンアップの精緻化へ向かって少しずつ歩いていくことができると思いますので、16 ページのあり方検討会の下にワーキンググループをつくりましょうということは、これはこれで、ここにおられる方に、ワーキンググループをつくるに当たって、事務局と、多分、座長になるとは思いますが、それなりの形を取っていきたいということで、ご了解をいただきたいのですけれども。

そうは言っても、今言ったセーフティネットというふうに言うのか、不搬送とか、それから、119 番で早速運ばないよと、横浜で言うと、C よりも下の人たちが年間 1,000 件あると言っていましたから、横浜の人口で 1,000 件あるということではいきますと、東京だときっとその 3 倍か 4 倍あるのでしょうか、そうすると、その 10 倍ぐらいが日本全国できっとあるだろう、人口でいけばこんな話になるのでしょうか。

そういうふうな意味では、この拾い上げる作業、坂本先生がおっしゃるように、救急という切り口で見てみると、社会の矛盾が出てきてしまったよというふうな話は、救急医療そのものも全くそのとおりですから、大体、社会的な背景を背負ってみんな入って来ますから、救急のドクターが一番 MSW と仲よくなってしまうという話は病院の中で当たり前ですが。そういうふうなことも含めて、福祉にどれだけ頑張ってもらえるかという話は、その先の話として十分あり得ることがわかった上で、この不搬送なり、C よりも下でもって、電話を向こうへ一旦回して、また返ってくるというふうなことなどのありさまを、ある程度は定量的に理解しないと、この手の議論は空中分解する可能性もありますので、そこはぜひやっていきたいと思います。そこら辺でまた少しご意見はございますか。

(星川委員) 私は福岡でございますけれども、119 番プロトコルは導入していないのですが、よくそこで電話相談のほうに回すわけですが、うちは消防局としてはその電話相談の窓口を設けていないのですが、福岡県の場合は、ここで言う医療機関検索システム、福岡で言う医療情報センター、県がやっているところがあります。ここは、結構、電話相談的な役割を担ってしまして、基本的には病院検索・紹介の間ではあるのですが、そこで症状を伝えて、個々の病院を紹介して、そしてご本人がその病院に電話をして相談する、機能的にはそういうことを果たしていますので、新たにここで消防の枠組みの中で電話相談を設けるというのも 1 つの手でしょうけれども、既存のそういうシステムの活用というのも考えていいのではないかと考えています。

(有賀座長) 実は、森村先生がいることを忘れていまして、森村先生も現地でお忙しい



と聞いていますので、せっかく最初からずっと聞いていただいていたので、総括的なご意見でも、スポッティな話でもいいですから、ちょっと言っていただけますか。

(森村委員) 横浜市大の森村です。意見を述べる機会をいただきありがとうございます。  
す。

ずっと議論を聞いておりまして、私も、同様の意見で、不搬送に対してのセーフティネットのデザインをするということは非常に大事だと思いました。＃7119の立ち上げのときからの経験を踏まえて、2点だけお話を追加させてください。

1点目は、119番や＃7119の間の電話の転送であるならば、ほとんど問題ないのですが、一たん切れてしまった後の拾い上げといいますか、もとのシステムに戻っていくときには、個人情報を含んだ、いわゆるID化がとても重要なキーワードになると思います。ど的人がこの症状で落ちて、それで再びかけてきているのかどうかも含めて、これは7119がやっている現在の運営上も問題になっているところですので、資料1の8ページのようなスキームに落とし込むときには、これは絶対に一緒に議論していかなければいけないというふうに考えられる項目だと思います。

それから、2点目に関しては、石井委員がおっしゃられていた、いろいろなこういうスキームを理解するというか、受け入れていく土壌とか、行動規範とか基本理念、あるいは倫理観なのかもしれませんが、こういったいわゆる文化的なものが土壌になければいけないというのは1つ大きな問題ですが、それに加えて、対応者それぞれの接遇を含めた、こういうツールを使う際の教育のシステムというのが非常に大事になるというふうに思います。現在、7119でも、特に自分の相談にそぐわない結果を言われた場合の対応の仕方も含めて、クレームの原因になっているほとんどが対応者の接遇でありますので、これも含めて一緒に考えていかなければいけないのではないだろうかというふうに考えました。

雑ぱくですが、2点です。以上です。

(有賀座長) ありがとうございます。

森村委員、まだいてくださいますよね。

(森村委員) はい。

(有賀座長) ということで、今言った、119と7119の転送の話は、確かにそうだなと議論していても思います。

坂本委員、今の話を聞いて、何か追加はありますか。

(坂本委員) 特にないです。

(有賀座長) どうぞ。

(佐藤委員) 神戸の佐藤でございます。

この間の議論をずっと聞いておりまして、横田先生のセーフティネットが必要な仕組みづくりを進めるに当たってというところから、この仕組みの本質的な部分が少しずつ垣間見えているのではないかと。こういう社会全体で病気の緊急度を判断して得られるメリットがたくさんありそうだという仕組みを新しくつくるに当たって、この仕組みで利益を受ける人たちは基本的には患者さんであります。これに携わる人たちのセーフティネットは一体どんな形でつくられるのか、何を根拠にやることが可能なのか。さっきMCとの対比の中で話がありましたが、単純に言えば、私たち医師が患者に対して何らかの療養上の指導をするということは医療行為でありますから、厚労省風に言いますと、患者と対面しない診療行為をやるのは違法行為であります。電話再診だけは合法で、診療報酬の請求はできますが、患者に対面できない形で、「あなたは今、救急車でこういう医療機関に行く必要がない」という判断を医師が患者に向かってやることについては、この責任は医師の個人行為になります。ですから、この違法行為を医師が個人でやったということにしかならないのです。医師以外がこういう療養上のアドバイスをすることについても法制上の取りまとめができていないはずですね。

この問題が一番よくわかるのが不搬送の問題で、救急隊員が何を根拠に、何らかの形で呼ばれて現場に行った人間が、医療機関に連れて行かなくていいという判断をした根拠、その責任はどこにあるのか。どこの消防本部でも多分 10%前半の不搬送があるはずです。その中身については、ありとあらゆるものがその中について突っ込まれてしまっているのが現実で、その中に重篤な患者の落ちこぼれがあって、紛争になっていることもよく耳にする話であります。その事後処理の中で、では、だれが不搬送の判断をしたかという責任問題も当然出てくるわけですね。

こういう話から、病院の前での患者、あるいは患者予備軍に対する療養上の指導を、だれがどういう形にかかわって、その責任をだれが取るかということになりますと、私は、石井委員がおっしゃったように、これは基本的には行政サービスの1つとして、社会全体として持つべき、社会が熟成すればそういうものができていいのではないかと考えて方に大いに賛成しています。現状でいきますと、これはボランティアの活動という形にしかないところに危うさが残ってしまうので、この辺について、法律の専門家の方々も入っておられるのであれば、この辺の煮詰めをぜひやっていただきたいというふうに思っ

います。

(橋本委員) 今、2点あるのですが、1つは、一番根本的な問題で、平成3年以降、応急処置が医療行為だということは公的にまだ認めていないのです、現場ではプレホスピタルケアで。それに基づいて、何で気管挿管とか薬剤投与のような典型的な医療行為ができますかという、それがメディカルコントロール体制になったわけです。結局、メディカルコントロールによって、ある程度、マニュアルをつくって、それに基づいてやるということと、それから教育をする、実技の合格がある、国家資格があるということで、辛うじてやっています。オフラインに関して言うと、医的侵襲レベルが低いから、事前の教育とある程度の現場の対応のマニュアルによってやるから、ぎりぎりで合法化しています。だから、震災時にオンラインでやるべきことをしていいということは全くおかしい議論だということはさっき申し上げたのです。

もう一つは、救急隊員の行為がなぜ正当化されるかという、4つ理由があって、1つは、Ⅱ課程なり何なり資格があること、2番目は、要するに、公務員ですから、一定の基準に従ってやっていること、3番目は、今申し上げたように、メディカルコントロールの配下にある、4番目は、インフォームドコンセントが医師だったら一番重要ですが、これはできないから、少なくとも声かけ程度のICを尽くしているから、相手方の意識があるうがなかろうが、一応承諾を得ているだろうと思ってやっているから許されています。

そういう意味で、私が申し上げたいのは、ぎりぎりの中で、オフラインにしろ、オンラインにしろ、メディカルコントロールの中で救急活動をやっているというのが実態ですから、この根本的な法的な問題はやっぱりきちんとしなければいけない、それはおっしゃるとおりです。けれども、今は、そういうふうな理屈をつけて初めてぎりぎりやっているというのが現状で、必ずしも違法ではないわけです。違法としたらまずいわけですから、そういう理屈をつけざるを得ないです。それをもう少しきちんと整理しないといけないというのを私が申し上げたいところです。

(有賀座長) 法律そのものが、社会にきちんと追いつきながら行っているかという、保助看法と、例の話でもあるように、やはり現場は先に走ってしまって、後から追いかけているようなところはありますよね。

(橋本委員) 典型的な事実先行型ですね。昭和8年に始まって、昭和38年に消防法の2条9項が加えるまでは全く法的根拠がなくてやっていたわけですから。それが救急現場です。だんだん出てきて、変な話、平成3年に救急救命士法をつくったけれども、石井委

員もご存じのように、メディカルコントロール協議会をつくれと書いてあるにもかかわらずつくっていなかった、平成13年に至って初めて、当時の厚生省からつくりなさいと通知が来て慌ててやっているわけです。それが高度化ですよ。それだって、不幸なことに、秋田その他で事件があって、追っかけでやっているわけです。これが現状ですから、それはきちんとともに戻してあげるというか、現状に則さないと、一番かわいそうなのは現場だと思います。だから、だれの責任かという問題になってきます。僕は、きのうまでずっと地方回りをしていましたけれども、現場はそういう声ですよ、「高度化するのはいいけれども、不搬送でもそう、だれが責任を取る？ おれたちは嫌だよ」というのが現場です。現場の人を守ってあげないと市民の安全は保てないですから、ここでは無理だとしても、どこかでやってほしいというのが私の気持ちです。

（有賀座長） 患者さんの満足度と、それから、それをやる職務満足度は比例するという話がありますから、現場の救急隊の方たちがおかしいと思いながら仕事をしていれば、それを受けている患者さんたちがおかしいと思うのは、火を見るよりも明らかだと。

（佐藤委員） 最初に事務局から説明をいただきましたが、最終的にこういう仕組みづくりの中で必要があれば法制化ということがありますが、法制化が必要なのか、あるいは通知で行けるのか、この資料の中に、一言、補償という単語がありました。あの補償というのは、かかわる人間の補償のことですか。かかわる人間にあまりストレスをかけないような仕組みをつくるための通知なり、法制化というのはどうあるべきかについて、事務局のほうでぜひ考えてください。

（松元室長） このトリアージ体系の構築事業に当たって、先ほどいろいろ問題、不搬送の話もありましたし、このトリアージをどういう根拠でやるのだと。私どもとしては、必要なものについては、これは法律になるのか、政令になるのか、通知でできるのかわかりませんが、その法的なところについて検討したいと思っておりますので、今後詰めさせていただきます。これは、何をやるかによっても変わってくるものですから、それに応じた形で必要な対応をさせていただければと思っております。

（有賀座長） 田邊委員は、救命救急研修所で教えておられますよね。今のような、議論としてはせめぎ合うといったらおかしいですが、タイトロープのような作業が現場で起きているかもしれないという議論になっていますよね。したがって、このことを考えるのは、なおさらそうだと思いますが、現状においても、法律と、先生の生徒さんたちの仕事ぶりというのは、どこかで折り合いをつけながら教えているわけですよ。そこら辺はどう

いう景色になっているのですか。多分、その景色の延長線上が現場だというふうに何となく思われるので、ちょっと教えていただきたいということです。

（田邊委員） 確かにそういった問題はありますが、ただ、実態としては、今はそこまで踏み込んでなくて、技術的な面、あるいは医学的な面を教えている、法律の中でのせめぎ合い等については、あまり触れられないままに研修を終えていると。その分、救命士になった者は、ちょっとわからない、不満を感じながら、その部分については社会に出てからという状況だろうと思います。

（有賀座長） そうであるからこそ、この場においては、今の議論をきちんと、外堀を埋めて天守閣へ向かって走る、このようなことが必要ですね。

（田邊委員） だれでも明確に教えられるような状況、あるいは学ぶことができるような状況にしていただけると、教えている現場としてはとてもありがたいです。

（有賀座長） 結局、総論的な話というか、地べたそのものの景色をもうちょっと重ねておかないと、手練手管の部分で突っ走るというわけにはなかなか行きそうもないと。だた、8ページの絵を、今、言ったようなことで、それなりに、不搬送などのかなり大きな問題を十二分にそしゃくしながらこの手の話を進めていくというふうなことで私たちはやらざるを得ないというふうなことが、多くの方のご意見でわかってきたのではないかと思います。

（行岡委員） 有賀座長の言われるとおりでと思いますが、16ページと17ページに関してちょっとだけコメントしておきたいと思います。今後、ワーキンググループを検討されると思いますが、16ページの一番下、救急医学トリアージ専門家（医師、看護師）、その下が（救急担当、指令担当）、日ごろ顔を合わせている人たちだと思いますけれども、こういうところに、電話での911で、有名なダラスコールというのが昔ありますけれども、そういうものの分析をしている人がおられるので、コミュニケーション論的な横軸をやってくれる人も入ったほうがいいのではないかと思いますというのが1つです。

それと、もう一つ、17ページ、これはゆくゆく、すごいデータベースになるはずだと思います。質と量のデータで、タイプが違うデータで、ものすごくデータ空間ができるので、統計数理研究所みたいところに、統計学者をぽと呼んできても、畑が違ったら、全然彼らも、比喩的に言えば、眼科の先生に心肺蘇生を聞いているようなことが起こるので、早い時点で、統数研は、同じ役所がやることにはかなり積極的に相談に乗ってくれて、「それならあの先生がいいよ」とされるのは、ホームページでは出していないですけども、

手紙を送れば必ずやらなければいけないことになっていますから、そういう人たちも入っているほうがいいのではないかと思います。これはうんと先のことですけれども。

(田邊委員) その統計のところ、データの件に関してですけれども、先ほど来出ているのは、不搬送の問題とか、さっき森村先生が言われた、IDの共通化といったところに関連してですけれども、データの突合、TPCデータで突合する、これは救急車でそのまま運んだ場合は簡単にデータ突合できると思いますけれども、我々が一番気にしている漏れた症例をどのようにここでつなげるのかというのを考えていかなければいけないだろうと。

(有賀座長) ここら辺は、もうちょっと先の話になるのかなという気もしますが、ver. 0の次は1で、その次は2でというようなことになります。その次のページの平成24年度以降というところに、0とか、1とか、2とかとありますので、このまま行くかどうかは別にして、今言った地ならしの部分で、場合によっては丸1年かかってしまうかもしれませんが、法的なことまで同時進行で考えていけば、こういうふうなこともやれていくだろうということで、前向きにいろいろやっていきたいなとは思っています。私たちの社会のために法律があるわけですから、変えなければいけない法律があれば変えればいい、そう思います。

それから、海外の実態調査、これもまだ具体的には、期間はこのぐらいに行くというふうに書いてありますが、これも、事務局で行ける人などを上手にアレンジしないと、「行きますよ」と言っても、みんなそれぞれいろいろな予定がございましょうから。それでいいですね。

(長谷川専門官) 今後調整させていただきます。

(有賀座長) じゃあ、お任せします。調整してください。

16 ページ以降については、そういうようなことで、今後の地ならしの大事な作業と同時進行でいろいろ考えながらやっていくということで行きたいと思っています。

きょう初めのころに、消防の方に随分ご発言を賜ったので、いろいろな意見が出てよかったと思いますが、最後に全体的に、横田委員、いかがですか。

(横田委員) 結構です。

(有賀座長) 事務局から何かありますか。思いがけない展開だったかどうか、よくわかりませんが。

(松元室長) 思いがけないわけではないですが、非常に大事な視点をたくさんいただきましたので、ちょっと整理して、今後のワーキング持ち方につきましても、行岡委員のほ

うからお話がありましたので、そういう専門の委員なども早めに入っていて、それぞれ、トリアージと言っても違いがございますので、教育体系の問題も含めまして、きょうお話がありましたことを整理して、またご提示申し上げながら、いいものにしていければと思っていますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

（有賀座長） 今言った、不搬送のデータをどういうふうに、日本全国、あっという間に取れとは言いませんが、主立ったところでのことを少し次の機会に見せていただくとか、それから、橋本委員が盛んに言ってくださったのでよかったと思いますが、法的なディスクレパンシーが今、現場で起こっているというようなことについても整理しながら先へ進みたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

特になれば、おしまいでもいいのではないかと思います。

では、きょうの第2回目についてはこれで終わりにしたいと思います。

（長谷川審議官） 皆様、活発なご意見、ありがとうございました。

次回の開催につきましては、改めてご連絡申し上げます。本日はどうもありがとうございました。

〔了〕