

第3回 平成23年度 社会全体で共有する 緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会

平成24年1月12日

コンベンションルームAP品川

J+K会議室

1. 開会

（専門官） それでは、定刻を過ぎておりますので、第3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、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、用務のためご欠席の連絡を受けております。また、以下の委員におかれましては、代理でご参加いただいております。〇〇委員は、〇〇様にご参加いただいております。〇〇委員につきましては、〇〇様にご出席いただいております。また、オブザーバーといたしまして、厚生労働省、〇〇課長の代理、〇〇課長補佐にご出席いただいております。

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、次第をおめぐりいただきまして、構成員名簿、続きまして、資料1「緊急度判定プロトコル作成ワーキンググループの検討状況報告」、続いて資料2「海外における緊急度判定について」、資料3「報告書骨子案」、資料4「予算概要」となっております。

お手元をご確認いただきまして、過不足がございましたら、事務局までお願いいたします。

それでは、ここで撮影は終了とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

2. 議題

（専門官） それでは、以降の議事進行を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。

（座長） おはようございます。

第3回ということで、本検討会を始めたいと思います。

議題は、そこにありますように、緊急度判定（トリアージ）体系についてということと

その他がございます。資料は今ご説明をいただいたとおりです。

(1) 社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系について

(座長) では、早速、資料を専門官に説明していただきますので、よろしくお願いします。

(専門官) それでは、お手元の資料1から順番にご説明申し上げます。本日の私の説明でございますが、まず、現在ワーキンググループが立ち上がっておりますので、その検討状況のご説明の後、資料2「海外視察の状況」、続きまして資料3「報告書骨子案」と資料4の予算という順番でご説明申し上げます。本日の検討会での議論のメインは資料1になると考えてございます。

まず、資料1、3ページ目でございます。これは、ある意味で報告書骨子案とも関連してまいりますので、繰り返しになりますが、ご説明申し上げます。

まず、導入の背景ですが、救急需要の増大、現場到着時間・収容時間の延伸、重症傷病者の現場滞在時間の延伸、軽症者が50%超、ただし、傷病者自身で判断が難しいと。一方、救急搬送体制については大幅な増強は困難、傷病者の救命率はさらなる向上が求められているという背景がございます。

4ページでございます。こちらは、救急搬送の需要の増大を見ているものでございます。年間出動件数につきまして、今回新たなニュースといたしましては、平成23年のところでございますが、上半期のデータに基づきまして推計したものでございますが、これによりまして上半期の伸びはかなり大きなものもございまして、再び過去最高を更新するという状況でございます。

次に5ページでございます。これは、以前からお示ししていますが、将来推計を過去3年分の救急車の利用実態にあわせて推計したものでございますが、既に平成22年、23年につきましてはこの予測を大幅に超えておりますので、今後、情報修正したいと考えております。

次に6枚目でございます。2次救急医療機関、救急搬送の受け入れとして救急医療を支える中核でございますが、その医療機関につきましては数が減少中というところがございます。こちらについては、厚生労働省の医療施設調査・病院報告からデータを取っております。一方で、3次救急医療機関につきましては、着実に増加しているということでございます。7ページにお示ししておりますが、過去5年分で見ますと、増加が見られている

というところでございます。

次に 8 ページでございます。救急隊の活動時間の推移でございますが、現場到着時間、病院収容時間につきましても、どちらも延伸と。現場到着時間につきましては、出動件数等の増加が関連しているのであろうと。一方で、病院収容時間の増加につきましては、搬送件数の増と、あと医療機関選定の時間、または救急救命士の処置範囲拡大も関連しているだろうと考えております。

次に 9 ページです。こちらは、重症以上傷病者の搬送の数、及び全体に占める割合の推移でございます。こちらにつきましては、4 ページでお示した全体の推移と同じでございます。19 年から 21 年は横ばいでしたが、22 年度からは増加傾向となっております。

次に 10 ページでございます。こちらは重症以上傷病者の現場滞在時間 30 分以上の事案の推移でございます。なお、また後ほどご説明しますが、「重症」というものに関しましては、3 週間以上の入院が必要という定義で消防機関は使っております。緊急性と必ずしも一致するわけではございませんが、一致する傾向が高いと考え、資料を作成しております。なお、19 年以降の数字で見ますと、絶対数も伸び、また全体に占める割合も増加し続けているという状況でございます。

また、11 ページでございますが、4 回以上の照会につきましては、19 年から 21 年は横ばいでしたが、22 年度はまた増加をしております。これらにつきましては、現在、消防法改正で、各都道府県で搬送基準の策定等を実施していただき対応いただいているところであります。

次に 12 ページをごらんください。こちらは、全体に占める軽症者の割合は半数でございますが、ご自身での判断がなかなか難しいということで、軽症であっても緊急性がある場合、例えば、喘息発作、低血糖発作等ございますので、必ずしも一致するわけではございませんが、資料としてお示ししております。

次に 13 ページでございます。重症度・緊急度の定義につきましては、以前よりさまざまなところで検討が進められておりまして、こちらは救急振興財団のほうで作成された報告書から引いております。重症度の定義でございますが、患者の生命予後、または機能予後を示す概念となっております。緊急度につきましては、その重症度を時間的に規定した概念です。括弧づけで、ちょっと事務局のほうに加えておりますが、緊急度につきましては観点によってとらえ方が違うというところで、例えば、親指の切断に関しましては、生

命予後の観点からは緊急度は低い、一方で機能予後の観点からは緊急度は高い、また、地域によって再接着術が可能な地域と可能でない地域によっても緊急度は変わってまいりまして、可能な地域では緊急性は高いが、難しい地域では緊急性は低くなるということでございます。繰り返しになりますけれども、消防機関で使っている傷病程度の定義とは異なっている点を繰り返させていただきます。

次に 14 ページでございます。平成 22 年度に作業部会を行いました、繰り返しのなりますが、真に救急医療を必要とする人に、迅速に救急医療を提供する必要があるという点と、我が国の緊急度の評価指標は、現在も各段階で導入されているものはありますが、標準化されておらず、またコンセンサスも得られていないという状況であります。そこで、各段階の緊急度のあり方について検討を行ったのが昨年度でございます。これに基づいて報告書が作成されまして、15 ページから 16 ページまでございますが、このようなカテゴリ、分類が提示されたところであります。

17 ページでございますが、左側の昨年度からの検討を踏まえ、23 年、今年度、本検討会で以下の点を検討いただいております。2 つ目のポツでございますが、「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、「命が危ない方のためにある」ということの再確認と、また、緊急度判定の基準を共有化することによってノウハウの共有化が期待できると。今後の方針ですが、各段階で独自に導入されている緊急度判定を標準化し、家庭から医療機関まで統一された緊急度判定の理念のもと、緊急度に応じた対応をとることが期待されるということでございます。

これを踏まえまして、前回ご報告しましたとおり、ワーキンググループを設置させていただきました。ワーキンググループの目標としては、緊急度判定導入に向けての検討を行うとなっております、それぞれの班構成は 19 ページとなっております。このように、A 班から D 班、家庭、電話相談、119 番、現場搬送、それぞれ班を構成しまして、20 ページにございますように、それぞれの班に専門家の先生方に委員として入っていただいております。現在、2 回、ワーキンググループを開催してございます。

21 ページでございます。このワーキンググループの中におきまして、色づけについて再度確認を行いました。なお、C T A S におきましては 5 段階となっておりますが、本ワーキンググループでは青と赤を赤に統一するというご提案しております。

次に 22 ページでございますが、緊急度判定プロトコル作成をワーキンググループで今後行っていただきますが、その手順を示したものでございます。まず、1 つ目の緊急度判定

プロトコル策定の考え方についての整理でございますが、こちらも目的は同じことを書いてございますが、下の矢印がでございます。各段階で共通の症候、概念が必要ということで、消防機関が関連する家庭から救急現場までを共通の概念で横ぐしで統一化すべきだということでございます。

24 ページでございます。赤、黄色、緑、白を類型としてございますが、その類型の定義を記載してございます。こちらの定義（案）につきましては、まだ事務局案でございますが、赤につきましては概ね合意をいただいております。発症から直ちに診察すべき症候、生命を失う恐れがある状態と。黄色につきましては、「120 分」と記載してございますが、これはまだ事務局案でございます。また、緑につきましては、「12 時間以内」ということ、これも事務局案でございます。白につきましては、緊急性がないものとなっております。これが考え方でございます。

次に、具体の作業手順が 25 ページでございます。まず、各類型の疾患と病態・症状の定義の決定と。先ほどご説明した内容を、定義を決定した後に、各類型の疾患と病態・症状の振り分けを行っていかうというものでございます。具体には、右側に掲げている疾患でございますけれども、これは赤に振り分けられると。その疾患名の横に「定義（病態及び症状）」と書いておりますが、ワーキンググループにおきましては、医療機関で行われる処置を指標にして振り分けを行うべきではないかということでございます。その振り分けに基づきまして各班が作業を行うとなっておりますが、各班の作業において材料となるものはもうそろっておりまして、以下のような既存のプロトコルがございますので、これを参考に各班で作成を進めていきたいと考えております。

次に 26 ページでございます。緊急度判定の基準のプロトコルを策定いたしますが、その策定されたプロトコルは具体的な運用として活用が行われます。こちらにつきましては、各地域のメディカルコントロール協議会、消防本部が責任を持って運用体制を構築することができると考えてございます。例えば、家庭におきましては、赤色となった場合につきましては、直ちに 119 番通報をいただく、黄色につきましては、状態によって 119 番通報、自力受診のほうが多く早く医療機関に着くのであれば自力で行っていただく、緑につきましては自力受診、白につきましては緊急性がないものとなっておりますので、こちらにつきましては、家庭で経過観察、あるいは時間外ではなく通常診療時間帯に自力受診をいただくというものでございます。

電話相談につきましても同様の扱いでございます。

また、119 番通報でございますが、赤色と判定された場合は、P A 連携、ポンプ隊を先に先行させて一刻も早く現場に到着するということと、マンパワーを確保するという事で、P A 連携を進めるということでございます。また、ドクターカー、ドクターヘリの出動もここに該当するというものでございます。なお、P A 連携につきましては、消防庁と警察庁の調整を終えておりまして、先日、消防機関にお知らせしたところでございます。次が、黄色の場合ですが、通常出動を基本といたしますが、医療資源が豊富なところにおきましては、P A 連携、ドクターカーの投入は可能であろうと考えております。緑につきましては、通常出動でございます。なお、白につきましては、通常出動が基本でございますが、電話相談がある地域におきましては、電話相談へ転送も可能だろうと思っております。

次が、救急現場でございますが、赤、黄色につきましては、実施基準に基づいて搬送、また、緑につきましても、実施基準に基づいて搬送する地域、資源が豊富な地域ではそれは可能でしょうし、なかなか厳しい地域におきましては、電話相談や自力受診を勧めるというものでございます。判定が、緊急性がないと白になった場合につきましては、こちらにも、余力のあるところにつきましては通常出動対応可能となっておりますが、例えば、不搬送、電話相談、自力受診となっております。

これは、あくまで運用例でございますが、繰り返しになりますが、各地域のMC 協議会、消防本部の責任で体制を構築いただくものと考えております。

まとめましたものが 27 ページでございます。下の※に書いてございますが、電話相談のセーフティネットのない地域によっては別途構築の必要があるというご意見でございます。

28 ページでございます。これを踏まえまして、ワーキンググループにおきましては基本的な合意事項を確認してございます。本日、本検討会でもメインで議論いただければと思っております。

まず、緊急性の種類でございますが、先ほどご説明しました 4 色とします。

次が、すべての段階、家庭、電話相談、119 番、救急現場のプロトコルを示すということでございます。

次に、プロトコルにつきましては、医学的見地から作成する、また生命予後から見た緊急度を優先したプロトコルとするというものでございます。先ほど重症度・緊急度の定義のところにはありましたが、実は、機能予後の観点からもプロトコルをきちんと作成すべきというご意見も出たのですが、まずは生命予後を優先して、生命予後を作成した後に、今後、機能予後についても検討を続けていくということが、ワーキンググループにおける議

論の結論でございました。

次に、不搬送と判断する場合につきましては、電話相談事業等のセーフティネットを構築する必要があるという意見でございます。

また、次でございますが、赤、白、緑、黄色の各類型の定義につきましては、緊急搬送された患者の医療機関における救急処置の内容を指標とするというものでございます。確定診断はさまざまございますが、医療機関における救急処置により状態を安定させる処置を指標とするというものでございます。例でございますが、がん患者の消化管出血の場合につきましては、胃がんというものを指標するのではなく、止血処置を指標とするというものでございます。

次に 29 ページでございます。評価につきましては、D P C 医療機関において使われている D P C データ、様式 1、患者の臨床情報、E・F ファイル、出来高点数の情報における処置内容の情報が有用ではないかというご提言をいただいておりますので、実証研究等におきましては D P C 医療機関に協力をお願いできたらと考えております。

次に、評価につきまして、緊急性の高いものについては時間軸の設定による評価が必要であると。一方で、緊急性の低いものについては、医療機関へきちんとアクセスできたかどうか否か、セーフティネットの関係でございますが、そちらをきちんと評価すべきであるということで、緊急性の高いものと低いものについて評価がそれぞれ違うという意見がございました。

次に、実施に当たっては教育が重要であるということで、電話相談に当たっては看護師、119 番におきましては指令員、現場におきましては救急隊員の教育が重要であるというものでございます。特に、救急隊員の現場における観察能力の向上が非常に重要だろうというご意見でございました。

次でございます。地域の実情に応じて、地域メディカルコントロール協議会、消防本部の責任でプロトコル、及びその運用体制の多様性を許容するというものでございます。

以上 9 点がワーキンググループでの確認事項でございましたので、これは後ほどご議論いただければと思います。

続きまして、30 ページでございます。スケジュール（案）を示しておりますが、こちらに示しておりますとおり、本検討会の第 4 回を 3 月に開催させていただきまして、ワーキンググループにおきましては、まずは類型ごとの疾患と病態、及び症状の定義を決定した後、各班に分かれてプロトコルを作成し、まずはプロトコル暫定版（ver. 0）の策定を今年

度中にお願いしたいと思っています。なお、24 年度につきましては、プロトコル暫定版（ver. 0）を用いて実証研究を行いたいと思っております。検証地域につきましては、今後、公募を行いたいと思っております。その後、実証検証データを分析し、プロトコル ver. 1、完成版を策定いただきます。それによりまして、今後、25 年度以降、全国の消防本部で使用可能なシステムを構築したいと考えております。

資料 1 につきましては以上でございます。

続きまして、海外の報告をさせていただきます。資料 2 でございます。

3 ページが調査の概要でございますが、こちらは割愛します。

4 ページは訪問したメンバーでございます。

5 ページでございます。緊急度判定導入の背景をまずお聞きしましたが、各国、各地域とも共通しているのが、救急搬送需要が増大した、それに対しまして搬送体制の充実を図ったものの、資源が限られていたことで、その資源の有効活用が重要であるということ、また、特にドイツにおいてもその話があったのですが、災害時におきましてのトリアージが求められているということがありまして、これらの全体像の中でトリアージの導入が各国、各地域で進んでいるというところでございました。

次に 6 ページでございます。こちらは、諸外国の現状をそれぞれ比較したものでございます。こちらで見ますと、東京を大都市部の 1 つの事例として出しておりますが、実は、ロンドンと比べましても、出動件数は割合としては少ないというところでございました。一方で、パリを見ていただくとおわかりになりますが、電話はたくさんかかってきておりますが、実際の出動件数、搬送件数は非常に少ないというところでございます。これは後ほどご説明申し上げます。

次に 7 ページでございます。搬送の流れにつきまして、各国、各地域で比較しております。この比較が 7 ページ以降続いております。まず、日本を見ていただきますと、日本は各国と比べますと、ある意味、スペースが多いというところで、非常にシンプルな仕組みとなっているということでございます。

次に 8 ページでございます。例示でございますが、イギリスのロンドンにおきましては、まずは電話相談があり、かかりつけ医の役割があり、また、119 番に当たる 999 でございますが、こちらにつきましては、トリアージプロトコル（ProQA）を用いたトリアージが行われておりまして、救急車と、RRU（ラピッド・レスポンス・ユニット）、乗用車隊・バイク隊・自動車隊等のユニットがございまして、早く現場に到着すると。目標も設定し

てございます。また、現場に着きましたら、現場トリアージの protocols を用いて現場トリアージを行い、病院の選定と搬送を行っているというところでございます。また、電話相談がありまして、こちらも protocols に基づいて行っているというところでございます。今後、ご説明申し上げますが、各国とも共通しているのは、セーフティネット構築にいろいろ工夫をされているというところでございます。

次にパリでございますが、パリにつきましては、112 番、18 番、15 番、この説明は下に記載がございますが、こちらの番号から救急搬送要請が 15 番に集まってまいりまして、こちらでは S AMU の通報受診調整センターにおきましてトリアージが行われます。こちらはレギュレーションマニュアルがございまして、医師、及びその補助員によってトリアージが実施されております。これにより救急車、または M I C U（モバイル I C U）で現場に駆けつけ、現場トリアージを行って搬送するというものでございました。

次がドイツでございますが、ベルリンのみご説明申し上げます。こちらにつきましては、緊急性が低い場合は、一般市民の判断で民間救急にお電話するパターンと、また、緊急性が高い場合につきましては、消防の 112 番、こちらにつきましては ProQA の protocols を用いてトリアージを行っております。その後、緊急医と救急車が駆けつける、あとはファーストレスポonder制を敷いております。こちらにつきましてもそれぞれ目標を設定しております。また、現場におきましては、現場トリアージを行っておりまして、救急救命士、または緊急医がいる場合につきましては緊急医が主導でトリアージを行っているというところでございます。

フランクフルト、ミュンヘンにつきましては、説明を割愛させていただきます。

このように、各国とも各段階でトリアージを導入しているということと、あとセーフティネットを構築されているというところでございました。

各トリアージの実施の方法につきまして 13 ページにまとめてございます。それぞれどなたが行っているかということでございますが、電話相談につきましては、マンチェスターにおきましては、シニアクリニシャン、ナースやパラメディックが行っております。パリにおきましては、指令員、及び医師により実施、また、ベルリン、フランクフルト、ミュンヘン、ドイツにつきましては、GP の役割が非常に大きいということで、ドクターに直接お尋ねすることが多いということでございました。緊急通報トリアージにつきましては、マンチェスターでは非医療従事者、パリでは医師、及び非医療従事者、ドイツにおきましては非医療従事者が、それぞれの protocols に基づいて実施されております。救急現場に

おきましては、イギリスでは救急救命士が、またパリでは医師が行っています。また、ベルリン、フランクフルト、ミュンヘンでは、医師、もしくは救急救命士が行っているというところがございます。

次に 14 ページでございます。簡単に ProQ A のご説明を申し上げますが、こちらはアメリカの団体が作成したものでございまして、プロトコルそのものから教育体制、または事後検証までまとめてパッケージとして市販されているものでございます。分類としては 6 分類ございまして、機能と迅速性というのでそれぞれ分類してございます。特に、Ω のところにつきましては、最軽症ということで、Ω につきましては、例えば、電話相談に回す等の検討を行っている。E につきましては、いわゆる C T A S という青色、私たちの赤色に当たるところでございますが、こちらについては、とにかくスピーディーに現場に部隊を送るということを主眼にしてございます。

次に 15 ページでございます。マンチェスターにおいて用いられている現場搬送トリアージで、主にパラメディックが用いるトリアージプロトコルでございます。このようにパスウェイを構築して、緊急性があるものは早く搬送に結びつけ、緊急性がないものについては、慎重に判断しながら、最後、セルフケア・パスウェイという形で、ご自身でかかっていたり、かかりつけ医に送るということを行っております。

次に 16 ページでございます。フランクフルトにおける緊急医出動の基準でございます。なお、ドイツにおきましては、救急医制度をとらず緊急医制度ということで、一般のドクターが緊急医の役割を交代で担っているというところがございます。緊急医の出動基準は、このように示されておりまして、これは指令センターの職員が活用しております。

次に 17 ページでございます。フランクフルトの現場におけるプロトコルでございますが、このような指標があった場合に、それぞれトリアージカテゴリを行いまして、搬送に結びつけるということでございました。

次に 18 ページでございます。こちらは補足情報になりますが、ドイツにおきましては、医療機関選定システムをあわせてトリアージが既に作成されておりまして、搬送医療機関の調整等でシステムを活用しているというところございました。

次に 19 ページでございます。イギリスの電話相談、ナショナルヘルスサービスのダイレクトの説明を記載してございます。こちらにも割愛します。

20 ページでございます。私どもは、調査に当たって、市民からの苦情、トラブルへの対処をどうされているかということをお聞きしました。まず、イギリスにおきましては、ア

ンダートリアージを発生させないために研修を充実させているということと、事故発生を想定して、カウンスルに登録して、資格剥奪のリスクを回避している、また、判別に迷う案件につきましてはオーバートリアージを前提に業務を進めておりますと。フランスにおきましては、トリアージに関連した市民からの訴えに関しては、多くの場合、電話でのコミュニケーションの問題に起因していると考えているというところでございます。なお、フランスにおきましては、ドクターが、119 番コールでも、現場でも主体的な役割を果たしております。ドイツのベルリンにおきましては、アメリカで作成された ProQ A を導入してございますので、こちらに従ってやる分においては特段問題も発生しないということと、発生したとしても、そのプロトコルに従っておりさえすれば、あとはご本人が特殊なことをやった場合のみが責任になるということでございます。また、万一事故が発生した場合を想定して記録を残しているというところで、客観的なデータに基づいて責任関係の交渉を行っているというところでございます。ドイツについては、保険に入っているということと、こちらも全部記録をしているということと、具体的なことも書いておりますが、苦情につきましては非常に少ないというのが各地域の話でございました。

次に 21 ページです。トリアージに関連して、実施に当たって市民教育・コンセンサスの形成をどのように行っているのかをお聞きしたのですが、イギリスにおいては、学校教育等の応急手当て講習の中で実施していると。フランスにおきましては、小・中、高校生に対して教育を行っているということと、あとは、一般市民からの電話対応等で、その中で的確に情報をお伝えする努力をしているというところでございました。ドイツのフランクフルトにおきましては、消防団活動を通じてコンセンサスづくりを行っております。また、私どもは、国民全体のコンセンサスをどのように得て政策決定したのですかというご質問もしたのですが、ドイツにおきましては、政策決定につきましては議会の承認を得る必要はないとなっております、導入決定の後に市民の理解を得たということでございます。

次に 22 ページの事後検証体制でございます。事後検証体制につきましては、非常に重要ということで、イギリスにおきましては、ドイツにおきましては、それぞれきちんと事後検証が行われているというところでございました。

以上が海外からの報告でございますが、また後ほど補足いただければと思っております。

続きまして、資料 3 でございます。報告書骨子案でございまして、先ほど資料 1 でご説明した資料の経緯と大体重なる形で作成してございます。まず、検討の経緯、また背景、海外における緊急度判定の報告、また、各段階の緊急度の考え方、各段階で共通する緊急

度判定の考え方、それぞれの段階、セーフティネットの必要性、緊急性の低い傷病者への対応、次に5番目が体制の確保、メディカルコントロールのあり方、救急隊員・通信指令員に対する教育、緊急度判定の普及のあり方、実証研究の進め方について、また、参考資料としてプロトコル暫定案（ver.0）、海外実体調査の報告を報告書に盛り込みたいと考えております。この目次案につきましてもご意見をいただければと思います。

続きまして、資料4は情報提供でございます。平成23年度3次補正予算の中で、「トリアージ体系の構築等による地域救護力の向上」という項目で予算を取っております。特に、これは実証研究の予算を目途に考えようと思っております。先ほどご説明しましたが、実施地域については、今後、公募の上、今年度から来年度に向けて実証を進めていきたいと考えております。

事務局からは以上でございます。

（座長）　たくさんの資料をどうもありがとうございます。

資料1は、ワーキンググループの検討ということでしたので、ワーキンググループの代表選手の〇〇委員、補足がとおりだと思っておりますので、少し強弱をつけて、よろしくお願いします。

（〇〇委員）　〇〇です。皆さん、こんにちは。よろしくお願いいたします。

資料1の28、29ページが、今までのワーキンググループ全体の中での一番の議論の骨子です。ワーキンググループ自体は、家庭から現場、最終的には医療機関も見据えた形で、それぞれのフェーズに分かれて今後、作業していくのですが、その作業していく前に、おののグループでのコンセンサス、共通で考えていかなければいけないものと考えましょうといった議論で、ここで9つのポイントが出たということです。

幾つか議論はあったのですが、結局、ブルーという概念、一番、超緊急であるという概念は、前のほうのフェーズではあまり当てはまらないであろうということで、わかりやすくしようということもありまして、赤、黄、緑、それから、一番緊急性が高くないだろうという白の4つとしたらどうかというのが初めの段階です。

2番目のすべての段階のプロトコルを示すというのは、家庭、電話相談、119番、それからフィールドにおいて、それぞれの緊急度評価にかかわるアルゴリズム、あるいはプロトコルを策定しようという意味です。

3番目に関しては、いろいろな社会的な背景なども鑑みると、緊急度というのはどうしても変化してくるけれども、もとなるものは医学的名ところのメディカルな、特に生命

予後から考えてはいかがか、そこからスタートしようというのがコンセンサスになりました。

あとは、恐らく赤とか、黄色の一部もそうでしょうけれども、非常に緊急性の高いものに関しては、どういうふうなものをコンテンツに盛り込んでいくのかという議論の中で、疾患を当てはめていくのではなくて、やはり、例えば、疾患が1つあったとしても、頭痛ととったとしても、赤に相当する頭痛から白に相当する頭痛まで幅広くあるわけですので、ここは、やはり緊急性の高いところは、生理学的な指標を中心に考えていくのがいいのではないかという意見で、ここに書かれています。逆に、白にかかわるような緊急性の低いところは、最終的に医療機関の傘に入るべきかどうかというところというところに視点を置いて決めるべきだろうという委員のご意見があって、ここに記載されています。

そのほか、教育のこと、それから、最終評価、この評価でよかったかということの1つの尺度としては、院内におけるデータ、特に今回DPCデータが新しいアイデアというふうにして出ています。

以上です。

(座長) ありがとうございます。

資料1について、今、〇〇委員にご発言いただきましたけれども、〇〇委員も全体の策定に関連しては一緒に議論されてきていますよね。特に追加はいいですか。

(〇〇委員) 1つ、28ページの上から4つ目の不搬送と判断する場合というところですが、これは、プロトコルで不搬送と判断するのではなくて、プロトコルでは赤、黄色、緑、白と判断した上で、各地域のMC協議会、あるいは消防本部の中で不搬送とした運用をする場合は、電話相談事業等のセーフティネットを構築しようといった意味で書かれているということだと。

(座長) どうもありがとうございます。

恐らくいずれまたいろいろな質疑の中でもお答えいただかなくてはいけないと思います。先に進めます。資料2についても、今、専門官から細かく説明をいただきましたが、ドイツに行かれた方と、イギリス、フランスということになりますので、〇〇委員、〇〇委員がドイツに行かれています、まず、団長として〇〇委員ご発言下さい。

(〇〇委員) ドイツは3カ所回りましたが、細かなところは別として、共通の項目をちょっと説明したいと思います。皆さん方のお手元の資料2の11ページのフランクフルトを例に説明いたしますと、家庭、あるいは発症の現場から医療機関までの流れの中で

どういうふうにとりあげられているかという点、1つは、ドイツ全体がそうですけれども、日ごろからかかりつけ医等による、いわゆる病院搬送の仕組み、その一番左側に書いてあります「民間救急による患者搬送」の仕組みがベースにあります。これが、1つは、家庭での判断根拠で大きく分かれています。緊急と非緊急の搬送の使い分けというのが、大体、社会通念上ででき上がっているのが1点あります。

それから、2点目はコールトリアージ、コールトリアージの目標は、医師を出すか出さないかだけです。ラピッドカーのような車でドッキングをするのか、ドクターアンビュランスとして、医師を乗せた救急車が出るのかというのは、それぞれの都市、あるいは場所によって多少違いますけれども、いずれにしても、通常の救急車、救急隊員だけで活動するのか、あるいは緊急医と称する医師を現場に派遣させるのか。その根拠が、先ほど来出ている、例えば、フランクフルトですと、インディケーションカタログという1つのひな形を使っています。あるいは、その上に書いてあるベルリンですと、トリアージプロトコル（ProQ A）を使っていますし、ミュンヘンでも一定のひな形、ファイルになった質問事項がございました。もう一つのトリアージは、今度は現場に出向いたときに、現場で救急隊員だけで行ったけれども、より重症なので緊急医を呼びたいというようなときが加わって出てきます。ですから、消防機関の救急についてのトリアージの目標は、医師を出すのか、出さないのかというところが明確であったということです。

もう一つ、いわゆるセーフティネットとしてはどうなっているか。例えば、現場に行ったけれども、原則、救急を出すと言っているところが多かったのですけれども、不搬送になった場合は、1つは、G P、家庭医等で作っている救急医療サービス、日本で言う休日急病診療所のような組織のところに電話して、迎えに来ていただいて、そちらに引き取っていただいて診察を受けるか、何かをするというようなセーフティネットができ上がっています。フランクフルトでは、そういう話をちょっと伺いました。主立ったところはそういうことですね。

ドイツ全体は、消防機関が救急車を運用していますけれども、その費用は、いわゆる疾病金庫といいますか、日本で言う診療報酬で、医療費として賄われているということです。だから、一般の患者の搬送についても、医師が証明書を発行すれば医療費で賄えること。それから、もう一つ大きな違いは、日本の医療法に相当する医療職法というのがありますけれども、医療職法とか病院法というのが、救急に従事することを義務づけています。それは、開業されているG Pに対しても、必ず急病診療所等に出てくるような義務化がされ

ていて、救急に対するインフラがかなり強く整理されていたという印象を受けました。

以上です。

(座長) ありがとうございます。

〇〇委員も行かれましたが、何か加えることはありますか。今のインフラストラクチャーというか、社会のベースの部分の仕組みについては随分勉強しなくてはいけないことが多そうな気がしましたが。

(〇〇委員) トリアージの根本として、今の〇〇先生のお話のとおりで、一番強く印象に残ったのは、手段が多様に用意されていると。たとえ話で言えば、東京から大坂に行くのに、夜行バスで行くのか、新幹線で行くのか、飛行機で行くのか、3つの手段をちゃんと考えて、どれで行くのかがいいかということをトリアージして、料金は全部一緒になっているというような体制です。日本でやっていると、飛行機もない、夜行バスもない、「のぞみ」で行くか、「ひかり」で行くかの違いぐらいしか、今のところ話ができていないので、やはり患者搬送で、非緊急で運ぶもの、それからドクターが現場に行くというような体制がまずきちんと準備されて、それぞれにふさわしい患者を選ぶためにはどうしたらいいかという前提がまずきちんとないと、トリアージといってもなかなか難しいのではないかなというのが、ドイツを見たときの一番大きな印象でした。

(座長) 〇〇委員、何かありますか。

(〇〇委員) 同じですが、やはり運ばない患者はないというか、どのようなものでも必ず出して運ぶということと、すべて医療費で賄われています。これは、現地の人に言わせると、多額な予算が投じられているという印象だそうで、彼らをもってしても、よくこんなお金が毎年出ていると驚いていると言っていました。

あと、東西ドイツが合併するときに、東西でサービス水準に差があり、西側スタイルのサービス体制を拡大しつつ、地域性を残しながらやっているのだそうです。ベルリンは、市全体の9割が東ドイツですから、もともとは向こうのシステムなのです。ですから、そういうものを勘案して、両方をうまく取り入れてしまったところがあるのかもしれませんが。ただ、財政的なものがものすごいというのはどの方も言っていました。

(座長) 今のベルリンにしても、フランクフルトにしても、不搬送というところは、最終的には医師会の診療所のようなところで、とりあえず拾ってはくれていると。

(〇〇委員) 救急隊員が記録するドキュメンテーションを幾つか見せてもらいましたがけれども、非常にしっかりしていまして、観察事項は必ず記録して、不搬送ということにな

ればサインしろということで、要するに、そういう記録を残しているということは言っていました。

(座長) ありがとうございます。

イギリスとフランスに行ってくださったのが、〇〇委員が団長で、〇〇委員、ご発言いただけますか。

(〇〇委員) 同じヨーロッパですので、ドイツと大きな違いはないというふうに思います。1つの特徴は、市民からするとインプット、つまり、救急医療へのアクセス手段も、それから提供を受ける手段も、それぞれ選択肢があるということです。ドイツとほとんど変わらないのですが、多少変わるのは、フランスのほうが、緊急度評価の重点の時間的フェーズがもう少し前にあって、電話の時点でかなり医療、特に医師が介入していますので、そちら側に重点が置かれています。それから、イギリスのほうは、プロトコルを駆使して、救急隊員たちが、119に当たる999、現場等においてメディカルコントロールというような概念につくってはいますけれども、最終的に、精度の高いところを、一番重点を置いてトリアージしているのは、A&Eと言われている、日本で言うところの救急医療機関であります。このフェーズが違う大きな理由は、両国のそれぞれの医療機関の中に救急医が常駐しているかどうかというところの違いが少し出ているのではないかと。フランスは、近年は、救急医療をつくる方向で動いているようですけれども、専門性の高い病院がいろいろなところに、特に都市部はあるということなので、フィールドで振り分けるのも難渋することになるので、なるべく前方に医師が出ようという考えが発達したようです。イギリスに関しては、A&Eの中にイメージンシー・フィジシャンがいますので、そちらのほうに運んでくるというような形なのかと思います。

これが、アウトプットというか、表出してきている目的が見えるのは、フランスは特に重症症例に対して力を入れているというところがよく見えます。イギリスに関しては、メディカルディレクターの視座で全体を見ているようですが、軽症例のERの利用率を何とか抑制できないかと。とりあえず医療機関の中までは運ぶけれども、軽症例のERの利用を減らせないかというような考えのようです。

これらの違いのベースにある社会通念も少し異なっていて、これは、〇〇委員、行ったみんなとの認識ですけれども、フランスに関しては、医師の判断の絶対性というのを社会が容認するという根本のベースがあちらこちらにうかがえると。要するに、ドクターがオーケーと言ったら、「ドクター、オーケーなんだ」というような、そんな感じが強かつ

たです。逆に、イギリスのほうはどうだったかという、市民にとってはE Rの数時間待ちは当たり前、そういう文化がベースにあるということで、それぞれにこういった社会通念があってこれらが成り立っているのではないかというのが我々の印象でした。

雑ぱくですが、大きく分けると、このようなところですよ。

(座長) ○○委員、何かつけ加えることはありますか。

(○○委員) ○○委員のおっしゃったとおりです。

(座長) よろしいですか。

ということで、きょうのメーンは資料1と資料2です。資料1は、緊急度策定判定プロトコル作成ワーキンググループの検討ということで、先ほど、本年度の報告の目次立ての案のお話が専門官からありました。そちらに向かってばく進しなければいけないということがありますので、これから議論していきたいと思います。

(○○委員) ちょっと1点いいですか。

(座長) どうぞ。

(○○委員) 諸外国の事例のアップツーデートのレポートは非常にありがたいと思って聞きました。

そこで、この資料の扱い方というか、我々の見方の中で非常に大事なポイントがまだ指摘されていないと思いますので、あえて申し上げたいと思います。日本の国民皆保険制度、それから医療現場の法令上の縛りからしますと、これらの国と一番違っていることは、1つはフリーアクセスが担保されているということと、もう一つは、医療者に関して、一方的契約関係というものが法令によって縛られていると。ですから、我々は目の前で拒否ができないというのは、法律で縛られている事象なのです。ですから、否応なしに診療に当たらなければいけないという中で、日本の医師のセーフティネットは、普通の諸外国よりももっと高い部分で担保されてなければ、トラブルに巻き込まれるということは留保されてなければならないと思います。それをベースにした搬送であり、マッチングであり、そういうシステムのプログラミングをしないと、これはもともとのこの国の法律に触れるような話になってしまうわけです。もちろん、それ以外のいろいろな文化の話もあると思いますが、あえて指摘したいと思います。

(座長) 外国に行って勉強するという話は、外国のものをそのまま持って来るわけではなくて、私たちの文化にどういうふうにシンクロさせながら使うかという話を、今、言ってくださっていると思います。フリーアクセスがいいとか悪いとか、それから、要は応召

義務、そういうような義務という形でのことが私たちに歴史的にありますので、そういうふうなことを踏まえて、ルールの上手な使い方を考えていかなければいけないだろうと。

今、〇〇先生がおっしゃったので、例えば、資料1の17ページ、もっと根源的に大事な文化という意味においては、多分これは僕がどこかで言ったことの一部だと思いますが、右側に、社会全体で共有することのメリットの中の最初の赤、「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」とあります。これは今、言われたフリーアクセスであれ、それから一方的な契約関係であれ、その背景を成す私たちの社会のあり方としては、こういうふうなことなのではないかなと思うわけです。だから、僕たちがこれから議論しなければいけないことも、この「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」というのは、“足るを知る”ということになりますので、結構、大事な文化的背景のはずだったのですね。戦後のいろいろな流れで今のようになって、モンスターペアレンツみたいなものだって出てくるというふうなことになっていますので、国のあり方というか、教育のあり方というか、文化のあり方というか、そこまで掘り下げていくとおもしろいと思います。今回は、そういうふうなことをわかった上で検討を進めていくという話だと思います。

冒頭から〇〇先生に強い指摘を受けましたので、私も意見を添えさせて頂きました。

早速、資料1、時々、資料2にも目をくれないながら、資料1に関する議論をしてくださるといいのではないかと思います。

どなたでも、どこからでも口火を切っていただいて結構ですが、〇〇委員、いきましょ

うか。

(〇〇委員) ご指名なので。

僕が一番この資料を見て気になったのは、資料1の29ページです。アウトカムの評価についてDPCデータの情報が有用であると。これが有用であるというのはわかるのですが、どう具体的に利用するのかという、何だかの目途というのでしょうか、つまり、レセプト情報の2次利用にもかかわってくる問題だと思いますので、このあたりの、多分、今、詳細までは決まっていないと思いますが、どういうふうなところが落としどころというふうにお考えなのかというのを質問させていただきたいと思います。

(座長) これは、ワーキンググループでの議論の合意的な話が並んでいるということで。どうぞ。

(〇〇委員) それでは、その議論のプロセスをちょっとお話しします。ここだけ出ていると、これを採用するみたいに書かれますが、これの前段の議論がありまして、最終的に、

例えば、レッドカテゴリであろうと我々が規定した場合、その定義は恐らく院内での緊急度を当てはめないといけないだろうという発想の中で、海外において、いわゆる臨床・インディケーターと言われているような、例えば、入院してから何時間か以内に輸血を何単位以上要したとか、緊急手術が必要になったケースだとか、集中治療室にそのまま入らなければいけなかった、幾つかのそういった項目が決められている、それに似たようなものを探すことはできないか。ある疾患に対しては、それらに該当するようなことを、緊急性の高いものの、「正解」という言い方は変ですけども、本来、緊急性が高いのはこういうものだろうという定義づけができないか、そういう議論がありました。その中で、それをうまく表現できるものの1つとして、DPCのデータでやったことから見れば、もしかしら評価ができるかもしれないという議論までしかできていないです。

(〇〇委員) クリニカル・インディケーターのかわりとなるようなミニマムデータセットをDPCデータから探し出すというようなニュアンスですか。

(〇〇委員) そういうニュアンスであるとお聞きしたのですけれども。

(〇〇委員) 私も、このワーキングで口を挟んだ者の1人ですけれども。救急隊員が、緊急度だ、あるいはこういう病態だということで病院を選定して運ぶときに、最終診断名まで予測するというのは極めて難しく、最終診断名とマッチさせてもあまり大きな意味はないだろうと。重症度や緊急度の、特にプレホスピタルで重要なのは、いわゆるDPCには入院のきっかけとなる最初の病名がありますから、そういったものをうまく利用すれば、隊員が判断した根拠と合ったのか、合っていないかという活用ができるのではないかと、ということがありますよね。そういう意味では、DPCには幾つかの切り口があるので、分析に応じて使えるのではないですかということは私自身も申したつもりです。

(座長) 事務局におかれましては、専門官は、DPCデータなどのハンドリングを今までしたことがあると前に言っておられましたので、今のディスカッションからすると、いわゆる臨床・インディケーターとしての評価にDPCの治療結果というんですかね、診療をDPCの言葉に置きかえたデータそのものを使って、患者の緊急度ないし重症度とあわせることができそうだということで話が成り立っているのですよね。

(専門官) 基本は、医療機関においてどのような処置が行われたか、先ほどありましたが、臨床・インディケーターを取ることが最終目標なのですが、その目標に向かうために手段が必要でございまして、その手段として幾つか選択肢があるかと思っています。今回、実証研究をやりますから、一からそのシステムを構築するという方法も1つで

す。それをしますと、実は、D P C病院というのは非常に限られていますから、本当はD P C病院でない医療機関の情報も必要になってきますから、そういうシステムが構築されるのが理想だと思いますが、なかなか難しい部分もあるかもしれません。ですので、2つ目、現実的に、今、目の前にある手段の1つとして、例示でD P Cを挙げさせていただいたところでございます。

ちなみに、昨年度も今年度も消防庁のほうで研究を進めておりますが、消防機関の救急搬送のデータとD P C病院のデータの突合につきましては研究レベルでは進めておりまして、9割以上、傷病者の突合は可能であるというところまでは行き着いてございます。

(座長) そちら辺で何かご意見はございますか。9割であれ、7割であれ、傷病者の突合ができるということまではいいいですね。ただ、本当にそれが使えるかどうかというのはまた別の話になりますね。D P Cのデータそのものは、その研究のプロセスでは行けそうなのですか。つまり、例えば、東京で脳卒中の件を、救急隊のデータと病院の中のデータをあわせるときに、t P Aを使ったとか、使わないとかという話は完璧に、医療機関からそのまま、そのためのデータを出してもらっているというのが実態ですよ。D P Cの話ですれば何とかなるのではないかという話は、実は最初からこれっぽっちも出なかったですよ。せっかくのことなので、ちょっと。

(専門官) 今後、ワーキンググループにおいて検討いただくので、まだD P Cの具体的な話は出ておりませんが、幾つかハードルはあります。当然、D P Cデータを提供いただくためには、病院の了解が必要になってまいります。仮に、様式1、またはE・Fファイルをいただけるとなると、E・Fファイルの中には、どのような処置を行ったとか、どういう病室に入ったとか、そういうもとになる基礎データが、日にちも含めて入っておりますので、それは可能になってくるだろうと思っています。

(座長) わかりました。

ほかに。

(委員) ○○でございます。

世界のあちこちで医療としてやられているいろいろなことについて教えていただきまして、全体の流れとして、日本の医療が、これからもっと広い意味で、医療機関の中でやるのが医療だというふうに、厚生労働省が今のところそういう形で法制化されているはずですが、医療機関の外、プレホスピタルで行われているものも、実は、消防の活動だけではなくて医療の活動であるという位置づけを、法制的に今のままでクリアできるかどうか、

ぜひ私は厚労省の方の意見を伺いたいです。〇〇委員の意見ではありませんが、このまま突っ走ってしまったときに、いずれ何らかの問題が出たときに、今の法制上でこの活動がクリアできるのでしょうか。

それともう一つですが、こういう病院前救護の仕組みづくりをする主体は、衛生部局なのでしょうか、消防部局なのでしょうかというようなことも含めて、この会は消防部局の消防の活動の改善についてという議論の場ではありますが、大きな意味で、病院前での医療がどうあるべきかについて、厚生労働省側から、今後、進むべき道も含めて、応召義務だけではなくて、医療法制上は対面診療を原則にしているはずですが、非対面診療という病院前の医療が果たして今のままで成り立つかどうかについても、ちょっとご意見をいただきたい。

(座長) どうぞ。

(〇〇課長(代) 〇〇) 厚生労働省の〇〇と申します。

話が余りにも大きいので、私だけでお答えできるかどうかあれですけれども、基本的に今回、いわゆる救急の分野でのトリアージについて検討を行うということでもって、我々としてはこの検討会にオブザーバーで参加させていただいているというふうに思いますので、プレホスピタルの医療云々という大きい議論ではないというのを前提とした上で、現行上、救急救命士制度ですとか、そういった問題で、現在のプレホスピタルの病院前救護というのは行われているという認識で、これ以降、大きな問題が出るとか、そういった問題が如実に明らかになってくるとすれば、いろいろな検討は協調してやっていく必要があるだろうということだと思っています。

(室長) 私のほうからもちょっと補足してよろしいでしょうか。

大変、根源的な、大きな論点を提示いただいたというふうに思っています。海外の調査を皆様にしていただきまして、欧州と日本で、医療の延長として考えるのか、消防の中で発展してきたものとして考えるのか、大きな違いがあるなということを改めて認識しております。

消防の歴史で言いますと、まずは運ぶということで、我が国でやってきたわけですが、平成3年に救命士法ができて、医療職種が救急車に乗るという制度ができて、医療的な観点を消防の中に取り入れるという方向で法制的な手当ても順次してきたというふうに認識しています。また、救命士以外の救急隊員が行う応急手当てにつきましても、医師法との関係を順次、関係省庁でお話し合いをして、整理しながら、可能な範囲というのを詰

めてきていて、定期的に見直しもしているということかと思います。

そういう、大きな時間軸の中で、遠い将来、いろいろなことはあり得ると思っていますが、日々現場が動いているということもありますので、この検討会においては、現状をベースに、どこまで変えられるのかということを考えながら、ただ、長い視点も頭の中に置いて作業を進めていくということが大事かなと思っていますところで思います。ちょっと個人的な意見にもわたりますが、お答えさせていただきました。

(座長) 消防の歴史も、それから厚生省の歴史も、最近は厚生労働省みたいですが、いろいろな歴史があると思います。しかし、少なくともここに参集している人たちの基本的な考え方は、僕らはもちろん病院の中で働いていますけれども、病院の前からもっといい仕組みをつくれれば患者さんはもっと助かるだろうと。単純に言えば、患者のために集まっているだけの話なので、たまたま土俵が消防部局にあったとしても、オブザーバーだからといって、川向こうの話ではなくて、結構、身にしみる話のはずですよ。つまり、患者さんのためにやっていますから。「傷病者」と呼ぼうが「患者さん」と呼ぼうが、何と呼んでも、社会そのものについて、〇〇委員や〇〇委員がおっしゃっているのは、そういうふうな意味でどういうふうな仕組みをきちんとつくっていくのかについて検討するべきだということを発言されていると考えます。

(〇〇) 救急搬送の件数が増大している状況の中でトリアージというシステムを導入するというのが、この検討会の議論の主題だと思っています。

(座長) きっかけですよ。

(厚生労働省・〇〇) その中でトリアージの方向性みたいなところで、こういったやり方があるのではないかという議論なのだと思います。

(〇〇委員) 具体的なことを言えば、一番の課題は、医師が電話で初診していいかどうか、これを厚労省できちんと出してほしいのです。今、電話再診はオーケーですね、再診料も診療報酬で請求できますが、医師が対面せずに初診の医療行為をすることはならないことが今、原則になっていますが、これは外すという方向性を早々に出していただきたいことが1つです。具体的な話のもう一つは、病院前でのさまざまな活動を医療として認識して、診療報酬上の位置づけをする方向性を厚生労働省として打ち出していきたい。この2つだけ。これ以上言うと話が進みませんので、これで失礼を。

(〇〇委員) ちょっと違う見解の話になると思いますけれども、僕というか、日本医師会としてどんなことをいろいろ議論しながらコミットしているかということをお話ししま

す。基本的に、救急医療というのは政策医療の中の大きな柱の1つですから、それはどういう意味かという、国の政策としてやっていること、しかも、病院前で行われていることは、我々医師の責任の範囲ではなくて行政の責任の中でやっていることと。我々は、あくまでプロフェッショナルオートナミーにのっとして協力をしていると。その中で、当然、救急の先生方、スペシャリストのお力は非常に重要ですし、また、地域医療の担い手としての地域の医師会もそれに関与しましょうということでやっているのであって。ですから、電話初診というような保険診療を立てるとなれば、これは医療行為としての別なカテゴリに入りますので、それは先ほど言ったような責任の範囲がそこに及ぶということと隣り合わせになりますと、それに対する報酬というものは、セーフティネット分を含めた十二分な報酬が想定される必要がありますから、これの予算はべらぼうな数字になると思っています。それを込みで政策として進めるのか、そうでないのかは、もちろん国がお決めになることですが、今の状態で、これが報酬に十二分に加算されて、しかも、我々が独自に保険を、保険というのは、事故の保険とか、そういうものを設定しなければいけないものではないと考えております。したがって、日本医師会の医賠責の対象にもなっていません。これが、今の我々の概念ですので、基本的には政策医療に対する協力、協力に対する何らかの見返りがあるかないかということでの議論ではないかなと僕自身は思っております。

以上です。

(座長) お願いします。

(〇〇委員) 要は、先生方に誤解があると思って、前もお話ししたのですが、あくまで病院前救護で消防がやるのは消防本部の責任であって、メディカルコントロール協議会の責任でやるわけではないので、メディカルコントロール協議会はあくまでアドバイザーの役目で、現在の消防法の35条の5以下改正しても、特に8に書いてあることは、そこまでしか書いていないので、その役割のこの委員会だと思っています。

前にも〇〇委員と議論しましたがけれども、平成3年の救命士法をつくるときには、医師会の猛反対があって、医療行為かどうかはあいまいなまま過ごしていますから、そこを解決しなければいけないのですけれども、そこをやると、今、先生がおっしゃったように、医療報酬の問題とか、いろいろ出てくるので、法律家としてはやってほしいですけれども、ここではそれはまだできない、小谷さんに任せればいい話で。その前提で、だから、私が申し上げたいのは、ここはあくまでプレホスのレベルで、消防本部でやる仕事についてどういうふうに医療側としてアドバイスを与えるか、その限度でしかできないのだと思って

います。その先の議論は、また別の機会があると思うので、そこでやっていただければいいと思っています。

（室長） 過去の検討の経緯をお話しさせていただきます。おおむね〇〇委員からお話が合ったとおりです。まず、MCの位置づけにつきましては、〇〇先生のおっしゃるとおりでありまして、例えば、患者さんから何か訴訟を起こしたいというときには、恐らく行政機関たる消防機関に対して国賠法を通じて訴訟が行われるものであるというふうに認識しております。

それから、医療行為に当たるかどうかという議論がありましたけれども、実は、私どものこの検討の場は、消防機関が行うトリアージについてということで議論の土俵を設定しておりまして、これは、数年前の検討会であったかと思いますが、要は、診断するものではないので、医療行為には当たらないと。医師法なり、医療の法律をどうするかというのは私どもの検討会の射程外になりますけれども、少なくとも今この検討会で行っている、救急隊員なり、あるいは指令員が行う緊急度判定というものは、診断ではないので医療行為ではない、したがって、医療法に抵触するものではないという整理を行っておりまして、そのもとに今年度の検討も進めていただければありがたいというふうに思っております。

（座長） 総務省消防庁から見れば、搬送という社会的な資源と、それから、傷病者の需要と供給の関係が結構危うくなってきたのでこの手の話というふうなことは、もちろん全くないわけではないのですけれども、医療機関側から見れば、そういう意味では、提供できる、供給のパワーが少しずつ減ってきています。にもかかわらず、搬送件数がふえている、患者さんもお年を召しているので複雑になっています。ですから、負荷は余計たくさんかかってくるわけなので、家庭から医療機関までというふうなことで、上手に資源の傾斜配分をしようと。ですから、搬送がきっかけにはなっていますけれども、資料1の23ページにあるように、医療機関においても、一定の水準で何らかの傾斜配分をやらないとどうにもならないだろうという話があるので、厚生労働省から見れば、それはオブザーバーかもしれませんけれども、この部分に関して言えば、医療機関の中での大事な話になって、その大事な話を物差しにして、それでもって、家庭が上流だとすれば、上流側での緊急度の配分について議論していこうというのが、今までの話の流れでいいのではないかと私は思うのです。ですから、医療機関におけるトリアージというふうなことも、この中では標準的なものがあるということを前提にして議論していかなければいけないと思うのですけれども。〇〇委員、それでいいのですよね。23ページの医療機関のところは、前の報告書

ではたしか医療機関の中も一緒に入っていたと思うのですよね。これは、先生方で消してしまったのですか。

(〇〇委員) いえ、もちろん消すわけではないのですが。ここにゴールがあるので、ここを見据えた、インホスピタルがあるからプレがあるので、ここがないと議論は全くなくなってしまうと思います。

(〇〇委員) 恐らくは今回のプロジェクトに参画が間に合わなかったのか、わかりませんが、そういう意味合いなのかと思って、ただ、我々は、ここを見据えた上での尺度をつくらなければいけないと。さっきのMCのことも含めてですけれども、「アドバイザー」という名前になると急に、日本だと、責任もそんなにないしということで、言っぱなしになってしまうというような風潮が多々ありますけれども、現場の人間はみんな一生懸命やっていると。その現場の人間が一生懸命やっているのは、責任を持つ場所が違うののではないかと。僕は、法的なことは詳しくないからわからないのですけれども、何かあったときに、プロトコルの使い方を間違えたり、いろいろなことをしたら、それは消防の実際に使った人の問題だろうと思うのですが、実際の尺度自体が、5センチを10センチでつくっていたりとか、これは法的かどうかわかりませんが、ただ、それは我々のエビデンスに基づいてつくったのに、うまくできていなかったといったら、それは我々のいわゆるレスポンスビリティなのか。レスポンスのアビリティという意味で、それを日本語に訳せば「責任」なのかもしれないのですけれども、そのように私は理解しています。どっちにしろ、今の答えから言うと、これはないといけないと思います。

(座長) ないといけないですね。〇〇先生もそう思いますよね、先生は〇〇先生のかわりなので。

(〇〇先生) 先ほどのDPCデータというのもその評価の1つだと思いますが、まずそこに医療機関との整合性というのはどうしても必要だろうというふうには、〇〇先生がおっしゃって、当然だということで、今回ここでは議論しないけれどもという理解を僕はしています。それプラス、DPCデータですと、より客観的に日本の標準的な検証ができるのだろうというふうに思っています。

それと、別の話題になるかもしれませんが、救急需要の増大によって考えられたこういうプランだと思うのですが、こういうときに、民間救急の活用とか、フリーアクセスなので、フリーアクセスの仕方もフリーであっていいので、どこかにそういう、待てる人でも、ちょっと動きがというようなところで、民間救急の活用などというのもプロトコルのどこ

かに入ってもいいのかなと。

以上です。

(座長) 我が国における、先ほど来のお話でいくと、社会的なセーフティネットについてのお話ですね。資料1を作成してくださった、基本的には事務局でしょうが、ワーキンググループの方たち、そうではない方等も含めて、僕たちの国の、このような形で、つまり、23ページのような形の概念で、その後は27ページ、こういうふうな運用の全体の景色がつくられていく中で、取りこぼしそうになったときのセーフティネットというか、社会の仕組みということについては、この部会の中では、それぞれの場面でいろいろな議論があったのではないかと想像するのですけれども、その辺についてはどのような感じでしょうか。

(〇〇委員) 今、太田先生のおっしゃったことと座長のおっしゃったこと、ちょっとワーキンググループでも申し述べたのですけれども、1つは、セーフティネット、要するに、アンダートリアージされた患者さんはどういうふうに受け皿をつくるかというのが1つありますけれども、翻って考えてみますと、119番に電話したいと思う動機は何かというと、確かに自分が病気かどうか分からないけれどもという不安もあります。それを解決するためにこういうカテゴリをつくっていったって、ある一定の標準化された振り分けができればいいのではないかとというのが今回の趣旨だと解釈しますけれども、もう一つ、119番をかける人は、特に大した病気ではないとわかっているけれども、医療機関へ行きたいけれども搬送手段がない、要するに、自力受診ができないといった人たちも結構多くいるということ認識しないといけないと思うのですね。

先ほど海外のお話をしましたけれども、日常の診療のアクセスの中で、いわゆる自己受診できない人たちの足場というのが隠されているところが多いのですよね。今、太田先生がおっしゃったように、「民間救急」という言葉がいいのか、民間の患者搬送の、いわゆる「寝台車」という言葉が適切かどうか分かりませんが、そういったものの活用をこの中にしっかり入れないと、先ほど出ましたように、「のぞみ」なのか、「ひかり」なのかという、いわゆるゴールがないために、振り分けたのはいいけれども、「そこから下は知りませんよ」ということになってしまうのですね。だから、「ローカル線で行ってください」みたいものでほうっても、ローカル線はないということになってしまえば問題がありますよね。

ですから、どうしてもこのプロセスをつくっていくときに触れなければならない、今、〇〇先生がおっしゃったような、緑なんだけれども、「どうぞごゆっくりしてください」と

言っても、「いやいや、どうしても医療機関にかかる手段がないのだ」という人のことも考えておかないといけないのかなというのは、ワーキンググループの中でもちょっと話をしたような記憶はあります。ぜひ、その辺も、もう1度ワーキンググループに返して、どうするかということも検討しておかないといけないのかなと思います。

(座長) 27ページの最下段には、「患者等搬送事業の利用」ということが書いてありますよね。けれども、本当にそれが上手に利用されるかどうかという話は、医療としてどうとらえるのかということと全く関係ないわけではありませんよね。

(〇〇委員) 今の点を整理すると、これは総務省の資料ですから、みずからの携われるところを強調していて、あとが落ちているのです。ですから、これだけではすき間だらけになる可能性があるというのは知っておいていただきたいと。先ほど、各省庁が、議論をきちんと区分けされていますよね。ですから、そういう形であるわけです。例えば、ドイツだけを見ると、3割から4割ぐらいが、民間というか、慈善団体、宗教団体がやっているわけです。そこは、訪問してくれる人もいるし、御飯も出したり、その世話もするわけです。そこまでの議論というのは、ここでしたところで実効性がないというか、それは宗教法人法とか、そちらへ行ってしまう。私は、「じゃあ、例えば天理市において天理教がそうした機能を担うのか」と考えてみたのです。そういうふうなアナロジーでいいのかという問題が出てくるわけです。ですから、セーフティネットの問題で、ここで議論きれない問題はあるはずですので、それがあるということをきちんと明確にする必要があると思います。

もう一つ、どうしても気になるのは資料1の21ページです。これは、色が減った、ふえたという話ではなくて、CTASというのはもともと病院の救急外来で使う病院ツールです。病院の中でうまくやりましょうというツールで、いいツールだから、これを日本に持って来ようということをするわけです。これは、それこそ厚生省が所管する中の病院の中における1つの業務の改善の工夫です。もし、その工夫が有益であれば、例えば、医療機能評価で評価するなり、点数がつけばいいと。ここの責任はしっかりしているわけです。責任者は、病院でやるわけですから病院長です。診る人の順番は決める、苦情があったら、病院長が「私の指示でかえました」という格好になるわけです。

それがわかりやすいから、病院前に持って行って整理するというのは、大変いいのですが、けれども、持って行くときに同じ発想でいいのかということになると、先ほど出た法律的な問題もあるでしょうし、受け手のほうが、例えば、消防署を訴えたところで、消防署長

さんが被告人になるのでしょうかとか。ドイツですと、自治体が医者を雇っていました。自治体が救急医を雇用し、マネジャーがいて、私たちに延々と説明してくれる先生がいるわけです。彼らは、病院にはアルバイトの形で行っており、それだけの専任がいます。10年給料は上がっていないと怒っていましたが、そういうのがいるわけです。行政が雇っている医者というのか、消防が雇うというのは難しいのですけれども、そこに医者がいてやっています。今の日本のシステムで持っていくと、消防署長さんがこれをしよえるのかということ、どうなのかなと。MCということ、やはりアドバイザーというのはちょっと距離があって、アドバイザーだけの問題なのかなと。ですから、その厚労省との関係のところの仕組みと。あと、恐らくこの議論を出してしまうと、今度、慈善団体とか、そういうものが救急業務をやろうというのを許可するとか、しないとかということも出てきますね。その2方向に少しすき間があるというのは意識しながら議論する必要があると思います。

(〇〇) 今の民間救急のお話と、もう1点、かかりつけ医に連絡というような、医療の管理下に早く置くことが目的であれば、厚生労働省のさまざまな段階での在宅医療とか、そういうような政策にも一致するので、そういうところもどこかにあったほうが社会で共有できるのかなというふうに思いました。

(〇〇委員) これは、ワーキンググループの中でも議論があって、実際にかかりつけ医のこととか、それから、あと、民間救急の利用であるかということは議論されました。ここは確かに総務省の話なのですけれども、我々がワーキンググループの中で作り込んでいくときは、先ほどの抜けていた医療機関の白枠のところがちゃんとあるものとしてつくっていて、そういう意味で、28ページ、29ページにも書かれたような、全体としては、当然、医療機関を当然見据えた理想像という形でつくっていく、そういうコンセンサスが書かれていなかったのも、ちょっと強調しなければいけないです、理想像ということで。現行、これを各地域に当てはめていくときに、例えば、搬送機関である消防が、PA連携すらできないような状況であるのならば、その現場の指令から出すときは、選択肢は1つしかないけれども、それ以外のところで複数の選択肢を持つところからまず導入していけるひな形になればいいのではないかなというような使い方ができるというような議論になっておりました。

私から1つ、さっきから〇〇委員、〇〇委員からも出ているようなお話で、あと〇〇委員もおっしゃっていましたが、つくったこのものの責任の所在という、例えば、どのくらい法的に担保されているのかわからないですけれども、東京消防庁で#7119のプロ

トコルをつくったときや、あるいは、東京都医師会の救急委員会の部会の中にワーキンググループのメンバーが20人ぐらい集まって、そこで改定と策定を繰り返して、現在も、ホームページ上で何かあったら東京都医師会の救急委員会がプロトコルそのものについては責任を持つと明記はしてありますけれども、そこら辺のところが、これからはどういう形になっていくのかなというのは、ちょっと漠としています。

(座長) 東京の#7119の運営協議会の会長の立場で今の問題について整理しますと、プロトコルそのものは医学的な観点ででき上がっているものなので、学術団体としての医師会に組織された委員会によろしく願いますと。ですから、プロトコルそのものについて責任はどこにありますかと言えば、全くそのとおりでいいと私は思います。ちょっと〇〇さんに追加していただきますけれども、ただ、それを使って、東京都民に対してこういうふうな事業を展開しますということそのものについての責任は東京の行政が負っている、都知事の責任であるというのが私の考え方です。本件も、医学的なことを背景にして縷々議論しなければいけない、その部分については、それぞれのドクターなり、かたまりとして医学会などの責任はあると思いますけれども、これを地域社会にどういうふうに適用するかに関して言えば、都知事、県知事とか、よくわかりませんが、地域の行政ではないかなと僕は思います。ちょっと追加してください。

(〇〇) 今、東京の場合には#7119ということで事業を進めさせていただいております。今、〇〇委員もいらっしゃいますけれども、座長が今おっしゃったとおり、東京消防庁としてこのプロトコルを採用し、都民に消防行政の一環として相談業務を実施していると。その責任の主体につきましては東京消防庁ということになります。その中で、採用したプロトコルに、言い方が悪いかもしれませんが、何らかの問題が生じたということについては、今度は東京消防庁としてそのプロトコルに対してどう改善をしていくかということについての対応を図るという形になると思いますので、都民に対する一次的な責任については東京消防庁が負うというふうに考えております。

(座長) そういう意味では、23ページの医療機関のところは、ブランクですけれども、これも、たしか前の報告書はあったと思いますから、復活するのでしょうか、専門官、それでいいのですよね。今、〇〇先生のおっしゃったように、むしろ消えるほうが不自然なので。だから、報告書の中ではこれを入れておかないと話の筋が成り立たないと。

(〇〇) トリアージの基準については、あくまでも今回の検討会については、消防庁なり消防本部が行う救急搬送の中でこういった形で行うかというふうに我々としては認識し

ていて、その先、医療機関の中での患者のトリアージについては、医師がその知見のもとに適切に判断が行われているものというふうに考えておまして、これはあくまで参考程度に行うべきもので、その中では医療機関の責任において行われているもので、この矢印をそのまま医療機関の中に伸ばすということは、我々としては必要ないのではないかと、このように考えております。さらに、院内のトリアージについては、診療報酬など、いろいろなところで評価されている向きもありますので、こういった消防でのトリアージのルールをそのまま持っていくという必要性はないのではないかと、厚生労働省としては考えております。

（座長） 厚生労働省としてはそう考えているという、その部分について私は理解しますが、けれども、もともとの発想は、ここにおけるさまざまな議論の、例えば、カナダにおけるCTASがあって、そのCTASをもとにしてプレホスピタルのCPASがあるという話になりますから、学問体系上の話としては、これを入れた形で議論しないと、議論そのものが成り立たないという話をしています。「厚生労働省としては」という話はよく理解しますが、けれども、この会議の中で、「厚生労働省としては」とか、「総務省消防庁としては」とかという話は、あってもいいのですけれども、「国民にとっては」という話でいけば、入れるべきだと思いますので、座長としては入れることを進めていきたいと思います。

（〇〇） 私の説明がちょっと悪いのですけれども、おっしゃるとおり、医療機関の中でのトリアージについては、学術団体として学会がそういったCTASを用いるかどうかといったものは決めていただいて、関係医療機関に周知していただければ、それはプロフェッショナルフリーダムとしての医師の行為として行うべきものだと思っていました。なので、消防庁がここでお決めになるプロトコルの基準を医療機関の中にそのまま伸ばす必要性はなくて、それ以上、医療界の知見をもって医療機関の中でのプロトコルというか、トリアージを決めていただくということについては、何ら否定するものではないという言い方でございます。

（室長） 事務局でございます。

資料のつくり方につきましては、座長ともご相談させていただきたいと思います。それで、資料1の20ページであります、ワーキングを今はつくっておりますけれども、私どもとしてやりますのは、家庭電話相談から隊員が行うフィールドのところまでというふうに考えておまして、この検討会の射程として院内が入っていないということではありまして、恐らく皆さんは同じことをおっしゃっていて、それを紙の中でどう書くかというこ

とであろうかと思しますので、表現の問題として事務局のほうで少し預からせていただければと思います。

(座長) この矢印は、患者の流れている矢印だけの話なので、思想体系上は、左から右に流れているわけではなくて、むしろ、逆に流れているわけですね。この検討会の議論そのものを理解していれば考え方そのものが、左から右に行くわけではないことは、一目瞭然なのです。ですから、行った先で、突然これが真っ白になっているという話は、そのつもりでやっていったら、実は全然違っていったというような話になるとどうにもならない。議論はそういうふうに展開してきているので、突然消えてしまうのは不自然だという話です。

今の 23 ページの次の 24 ページに「定義 (案)」とありますが、〇〇委員、これはどういうふうなディスカッションですか。

(〇〇委員) これは、まだけんけんがくがくとしていまして、時間自体を本当に入れるのかというところまでです。

(座長) 東京消防庁でやっている電話相談のプロトコルに関しては、目安としての時間が入っていますよね。今のディスカッションの延長でいくと、あれは日本救急医学会が最初のときにコミットしていますね。そういう意味では学術団体ベースでできていて、なおかつ、実際の運用の面では時間が入っていると。この時間は、自宅から考えればこういう時間軸かもしれませんが、これが、例えば、石井委員の病院に着いたときに、「半日たったら診るよ」という話ではさらさらありません。だから、この定義のところに時間軸を入れるのかということも含めて、結構かんかんがくがくだったのではないかなと思います。もうちょっと教えてください。

(〇〇委員) これは、本当にまだ案の案の案ぐらいというか、フォー・イグザンプルですね。この中で出てきたのが、今一番よく議論されているのは、赤の部分はそういう時間軸がちょっと入ってくるかもしれないけれども、緑のところは、「12 時間」というようなことではなくて、最終的に医療機関に行くべきかどうかという、医療の傘に絶対入るべきかどうかということを中心にしたほうがいいのではないかという議論が少し強いということです。

(座長) そして、黄色はどうなっているのですか。

(〇〇委員) 黄色は難しいです。突き詰めていくと、いわゆるグレーのところだろうと。突き詰めると、本当は 2 つしかないのだろうというのが、とても早く行くか、来なくてい

いか、それ以外と、それが一番わかりやすいのだと。

(座長) たしかCTASは、そのまま見続けるというのと、15分、30分、1時間、2時間でしたか、ちょっと忘れましたが。

(〇〇委員) その時間が決まっていますよね。ですから、ここに数字を入れるのか、これは難しいですね。救急車を呼んだほうがいい、呼ばなくてもいいと書くのか、どちらでもない書く……。

(〇〇委員) でも、医療リソースと患者さんの数のマッチングを図るというのが、1つのトリアージで4つに分割する目的だとしたら、逆に、持っている医療リソースから分けるしかないのではないのでしょうか。今、戦える救急リソースが赤、黄でどれぐらい割けるのか、多分、実証実験のところでそういうのが明確になっていくのだらうと思うので、そういうふうな分け方をせざるを得ないというのが、一番初めの課題から来た結論ですね。

(〇〇委員) これは、さっきの話からすると、一番選択肢を持っているフェーズ、選択肢を持っている地域のそのフェーズと言ったらいいのでしょうか、例えば、ドクターカーを24時間持っている場所で、PA連携もできて、アンビュランスもあって、ファーストレスポナーだけみたいのができて、行かないという選択肢も持っているというのだったら、その地域は5個か6個の選択肢が欲しいわけなので、そのような話だと思います。1個しか救急車がないという場合は、赤しかないだろうという話にはなるのですけれども、本来こうあったほうがいいのではないかということ突き詰めていった場合に、例えば、今後、ドクターカーとかドクターヘリが全地域に、あるいはルーラルのところだとなかなか行きにくいから必要だろうというような地域のことを鑑みながら、そこは入れておくと、それプラスアルファで、3つにしようとか4つに、そのようなところの落としどころで、今、言った黄色とか、そういうのが存在価値として出てくるのかなという議論はあります。

(座長) 今の諸条件をみんな持っているのは、〇〇委員のところですね、ドクターカーから何から。今の議論をどういうふうにお感じになりましたか。

(〇〇委員) ちょっとよろしいですか。

(座長) はい。

(〇〇委員) この区別をする目標は何かというときに、一番目の赤はわかりやすいですね、直ちに命にかかわるようなもの、これは具体的にどうかということはここで議論しなくても、大体、判断根拠は出てくると思います。黄色は何かというと、ある一定の時間内にある処置をしないと、今度アウトカムに大きく影響するだろう。先ほど来、出ている、

例えば、脳梗塞でt P Aが必要であるとか、あるいは、胸痛で結果的にP C Iをしておかないと予後が変わってしまうといったようなものを具体的に含めていかないといけないと僕は思うのです。だから、時間でやるのがいいのか、あるいは少し内容を詰めた形にしておいて、それでそれを拾い出すような、いわゆる観察カテゴリを列挙する、欧米のたくさんさんのプロトコルを見ている、必ずそういうふうに、胸痛だったらこういうチェックをなさ、これであれば黄色、これであれば赤というふうになっているというふうにしてつくられているわけですから、時間がどうのこうのよりも本質をもう少し整理しないといけないのかなと私は思います。

(座長) 15 ページ、16 ページは、昨年度からの経緯ということでありますので、こういうふうなイメージで出発しています。従って 24 ページの案というのは、それはそれでいいのですけれども、よりかみ砕くと、去年からのディスカッションの延長線上なので、〇〇委員のおっしゃることも全くそのとおりだという気がします。

(〇〇委員) 今のは、時間が 120 なのか、60 なのかとか、時間は非常に難しいですけれども、先ほど持っているリソースで分けるというので、26 ページのほうがわかりやすいだろうと思います。それに対してどんな対応を、我々はオプションを選択できるのかということで、それをある程度横ぐしにしたときに共通した認識にしていくというふうな考えでいって、私がワーキングの中で班としてやっている 119 番通報時というところであれば、今あったように、ドクターカー、P A連携、ヘリというのが赤で、今の通常の救急搬送が黄色で、本来、緑のところは非緊急の患者搬送車で済むようなものですけれども、その代替手段が日本ではほとんどないので、結局、ここでは今のところは、総務省消防庁の業務という範囲で言うと、「通常出動」としか書きようがないと。ただ、ここは、日本の救急医療体制全体ということで言えば、総務省消防庁の仕事から外して、別途の形で、足のない患者さんがその日のうちに適切な病院にたどり着けるようなシステムができればいいのではないかと思います。ですから、先ほど抜けているといった部分は、総務省消防庁という観点で言うと、そこがまだ書ききれていないという部分です。ただ、27 ページのほうには、「患者等搬送事業の利用」ということで既にありますので、ワーキンググループの中では、これが使えることを前提とした基準をつくらないと、黄色と緑を分ける意味がなくなりますので、将来的には必要に応じてそういう体制をつくるということを前提に考えた上で議論をしているという状況です。

(〇〇委員) いろいろな問題があって、きょう皆様のご意見をお伺いしていて、難し

いとは思うのですけれども。とにかく軽症例の患者さんが半数を占めていて、一方、2次医療機関がどんどん減っているということですから、限りある医療資源を使って、いかに効率よく患者搬送するかということで、こういう検討会をやっているので、できる限り皆さんで協力して進めていきたいと私は思います。

それで、〇〇先生がおっしゃっていたように、いろいろな搬送方法があって、救急車から、ドクターカーから、あるいはヘリということがありますので、それを活用するためには、このプロトコルをきちんとつくって、区分けをしてやるべきだというふうに思います。

あとは、自分が今は3次から1、2次救急のほうに力を入れてやっておりますけれども、実感しているのは、救急搬送で軽症例が来ることも多いのですが、独歩で来る患者さんも特に週末はあふれていまして、それゆえ救急車が受けられないというような事態もあるので、こういったところから漏れた軽症例の患者さんを診察する、そういうセーフティネットというか、病院もきちんと整備する必要があるのではないかというふうに思います。

(座長) ありがとうございます。

消防の方たちからすると、赤や黄色でがんがん運べという話は、体育会的な言い方をすると、「よしきた」というようなもので、特にがたがた言うことはないのですが、緑の半分と白のあたりは、ある程度きちんとメッセージを出していくことができれば、少しは仕事ぶりが合理化されるのではないかというようなことも実感としてはおありなのではないかなと思うのですよね。タクシーがわりというか、召使いのようにしょっちゅう呼ぶような患者さんも世の中にはどうやらいるみたいですよ。僕の発言は本質的ではないのかもしれませんが、やはり急ぐべきは急ぐ、そうでないものはそうなのだというふうなことでいくと、この手の検討会に参加されて、ちょっとご意見をぐるぐるっとお願いしたい。まず、〇〇委員、いかがですか。

(〇〇委員) たしか第1回目の会議のときに、私は申し上げたと思いますけれども、例えば、消防庁あたりがこの検討会に期待するところというのは、国がお墨つきを与えた不搬送の基準というのができれば非常にありがたいというのは、どこも思ってたっしやると思います。ただ、それで、例えば、法改正までできればベストでしょうけれども、なかなかそこまでは行かないだろうから、よりそこに近いところにこのゴールがあれば、非常にありがたいのではないかなと思っています。もちろん、最終的な責任というのはそれぞれの消防が取らないといけないとわかっている上ではありますけれども、その指標となるものをある程度求められているのではないかという気がいたします。

(座長) 歩けない人に歩けというような法律はできないわけですので、セーフティネットの部分はどうするかということを、この場で全てを考えなければいけないかどうかは別にしても、そういうようなことを意識しながら、白も緑もちゃんと議論していく、今の話はそういう話ですよ。

いかがですか。

(〇〇委員) 〇〇と申します。

先ほどの話の中で1点ございました、私どもはコールトリアージを既に実施しております、その責任の所在という点で言うと、私どもは救急条例という条例を定めておりまして、市長の責任のもとで市民の皆様にコールトリアージを、私どもは「緊急度・重要度識別」と呼んでおりますが、行いますという点と、弾力的な編成の救急隊を出場させますということで、PA連携、あるいは、私どもは特区いただいておりますので、2名搬送といったことも条例ですべて定めて実施しております。そのための方策としては、市内に百五十数万世帯ありますが、そこにすべてそのガイドブックを配布したというような経過がございます。

実は、救急の実態を23年中の今、分析をしておりますが、軽症の割合は減りつつございます。今、中等症がふえています。平成23年中、高齢者の搬送が49.9%、もう半数が高齢者です。

(座長) 65歳以上ですか。

(〇〇委員) 65歳以上です。〇〇先生が先ほどおっしゃった、行きたいけれども手段がないという方も恐らく多数いらっしゃるのではないかと。65歳以上の高齢者の軽症例は40%で、ずっと一定しております。

もう一つ、課題というのが、搬送困難事例ではない現場滞在時間というのが、毎年1分ずつぐらい延びております。照会1回で決まっているのだけれども、現場での滞在時間が延びていると。これの統計、なぜ延びているのかの根拠は得にくいのですけれども、1つの要因としては、間違いなく高齢者がふえていることと、あと、現場に行くと、いろいろ精神的に困ってらっしゃって、その聴取に時間がかかる、あるいは、何を訴えているのかというのを把握するまで時間がかかるというような実態があるというのが、救急の現状でございます。

以上です。

(座長) 今、横浜のお話を賜ったのですが、特区というのは、いつからいつまでという

のではなくて、ずっと特区なのですか。僕にはよくわからないので。

(〇〇委員) 特区は、期限等は切られてはおりません。ただ、あの中でニーズ調査等、いろいろな調査が内閣府からございます。特区には条件が3点あるのですけれども、その条件を満たしている限りは特区という形は認められているのだらうと思います。

(座長) ありがとうございます。

(〇〇委員) 今の話で、横浜の例で、高齢者の率がふえている、それから、中等症がふえて、逆に言えば、軽症が減った、しからば、トータルの数字はどのようなのですか。

(〇〇委員) トータルの数字は、激増とまでは言いませんが、大幅に増加しております。私どもの数としては、昨年が16万7,000、その前の年が15万8,000、その前の年が14万8,000、年間1万件ペースでふえています。

(〇〇委員) 何%ぐらいですか。

(〇〇委員) 昨年在5.3%、その前の年在6.3%です。ですから、軽症の割合は減っていますけれども、軽症の数は横ばいです。

(〇〇委員) 実数は、全体ではふえている……。

(〇〇委員) 中等症のほうは圧倒的にふえています。

(座長) お願いします。

(〇〇委員) 〇〇でございます。

仙台市の場合ですと、1万人当たりのボリュームというのが460人ということで、大都市からすると、そんなに需要はないと。その中で、軽症者の割合が3割ぐらいで、白、それから緑の患者さんの対応につきましては、電話相談などありませんで、セーフティネットがない中で、指令課員の経験則と、それで、ちょっとグレーかなというのは、そういったボリュームの中ではクリアできています。ただ、横浜、大都市と同様に、仙台も救急件数は増加しておりますので、今後、こういった指標、プロトコルをつくっていただいて、電話相談などの構築は検討していかないといけないかなという感じでは考えております。

(座長) 曇みかけるようで申しわけないのですが、とりあえず何とかなっているとしても、限りある資源ということになりますよね。ですから、今はやっておられないと言いますけれども、場合によっては、セーフティネットとしての電話相談は相当程度必要な感じがしているのですか。そこら辺の感覚的な、どんな感じですか。

(〇〇委員) 電話相談等の必要性というのはまだ感じていないというのが仙台の現状です。

(座長) そうすると、今言った、救急隊長さんの経験則で上手に泳いでいるというような話ですけども、やっぱり取りこぼしというのは、こういうようなことをすると起こり得ますよね。

(〇〇委員) その部分で、全体的なボリュームが少ないので、かなりオーバートリアージで対応しているというのが現状です。

(座長) ありがとうございます。

お願いします。

(〇〇委員) 堺市でございますけれども、堺市も、横浜さんと同じように、今回も3%ぐらいふえているのですけれども、我々は「安心センター」と呼んでいるのですが、相談事業をやっていますので、やっているところは、ある程度、その伸び率は低いというようなデータも出ているようでございます。

あと、現場搬送ですけども、今、65歳以上の高齢者が48か49%、半分を占めておりますので、横田委員が言われたように、その方が本当に必要ではなくて、行く足がないとか、一人暮らしのお年寄りで、そういった搬送事業を使うのはどうかなと言われる方が非常に多くいるのが実情でございます。それと、現場搬送でのトリアージはやっておりませんけれども、不搬送事案が昨年で13%、それはもうほとんど本人拒否というものもでございます。

(座長) 119が鳴ったのだけでも、ご本人は嫌だと。

(〇〇委員) 第三者通報もあるのですけれども、到着しまして、そこで全く傷病がなければ誤報という扱いになるのですが、ある程度症状もありますけれども、遠くなると行きたくないとか、ご希望の病院に断られるともう行きたくないという部分もございますので、なかなかすっきりとはいきませんでしょうけれども、ある程度グリーンのやつをつくっていただければ、救急隊も安心してそういう形も取れるかなというのはございます。

(座長) ありがとうございます。

〇〇委員、病院のトリアージも中心的に担っていただいているとは思いますが、全体の議論を聞いてどうですか、市民の立場でもいいですし。

(〇〇委員) 私はすっかり市民の立場でお伺いをずっとしておりました。市民としては、赤であれ、黄色であれ、病院へ連れて行ってくれば、まず、そこで第一弾、落ちつくわけでございますね。これから漏れた場合に、市民としては、この27ページの表でいいますと、左側から2つ目ぐらいの、「自力受診を勧める」というところに行くのだらうと思うの

ですね。それをきちんとしておきませんと、市民は、赤でも黄色でも連れて行っていただければまずはそこで一安心するのですけれども、そうでなかった場合に、そういうことが続いて、今、話の中でいろいろ出てきますと、これは行政もそうですけれども、医療のほうへの不信感にもなるので、ここをきちんとしておかないと、これは生きてこないのではないかというふうに思いました。私も、そうなったときに、病院へ行く、じゃあ、どうやって病院へたどり着いたらいいのかなときっと悩むだろうなというふうに思いながらお伺いしておりました。ぜひその辺もこの議論の中に入れていただいたらよろしいのではないかというふうに思っております。

前段の話の中で、これはどこがゴールになって話が動くのだろうかというふうに思っておりますが、途中で先生方のいろいろなご意見がありまして、市民が全体で行動規範をどういうふうに持っていったらいいかというような教育の1つのツールにこれをしていくというところが、まず第1段階というふうに考えていらっしゃるのだなということが、ちょっと理解できたかと思っております。

3つ目、最後に、29 ページに、この検討の中では、看護職というのはどこにも入っていないのですが、29 ページの下から2つ目に、「実施に当たっては」、一番最初に「看護師」と出てきているんですね。全くそれまで看護師が、その中でどういう働きの中に入っているのかがわからないで、実施するときには、一番最初に看護師が何かしなければいけないというような状況になっているので、その辺も含めて少しご検討いただければよろしいかなというふうに思っております。

(座長) ○○委員、ちょっと説明してください。

(○○委員) すみません、○○委員、そもそも看護師も含めていろいろな職種で総括集してやらなければいけないというような、そういう前段が必要だったというふうに理解しました。ご存じのように、先行している相談センターも含めて、やっぱりプロトコルを読むだけですと、ちょっとほかの職種では難しい、問診の技術を持っていて、かつ患者さんも実際に診療補助している経験がある看護師が一番適当であろう、さらに、日本よりも先行している各国は看護師さん主体でやられることが多い、それは、CTASも同様であるということで、CTAS、及び電話相談といったところで集約であるというふうに思われますので、一番初めに、これは多分、事務局が書いたのだと思いますが、それが前段にちゃんと役割づけというのを入れるような形で進めていきたいと思います。

(座長) 臨床救急医学会の○○代表理事も同じ意見でいいのですね。

(〇〇委員) 異存はございませんけれども。

(座長) 中身が濃いので、どこからでもと言ったのですけれども、いろいろな意見が出てまいりまして、最終的に、全体の意見をお聞きになって、やっぱり〇〇委員に感想を。最初に、海外のものを利用するときに注意なさいませというのは、ある意味で、どういうふうな側面から見ても注意すべきだと思うのですね。その国の文化ということもありましょうし、歴史もありましょうし、それから、今言った法体系ということもありましょうし。だから、社会のあり方そのものということになります。でも、そうは言っても、こういうふうな議論が歴史的に展開してきたことは紛れもない事実なので、そのことも含めて。きょうは第3回で、第4回もあるみたいですので、また進化した議論をしたいとは思っています。ということで、今日の最終的な場面をお願いします。

(〇〇委員) 感想といいますか、話の方向としてはだんだんそろってきているなという感じがします。きょうの議論でちょっと足りないとすれば、いわゆる「搬送事業」とか、「在宅」とかという言葉が出てきている、その中身は、今、実は厚労省が主導しながら、中医協等で、介護と医療の連携であるとか、在宅の中での連携事業であるとか、そういうものをまた保険でどう見るかとか、見ないのかとかという議論は進んでいると思っていますので、それと、こちらがまた非常に関連づけはされてくるのだろうと思います。ですから、そちらがまだ流動的であれば、こちらも多少、広いスタンスの中でとっていればいいのではないかな。あまり書き込んでしまうと、すぐ時代から劣化していく可能性があるとは思っています。それが1つです。

あとは、27 ページに、119 番のところで、P A連携等、ドクターカー、ドクターヘリ等出動と書いてありますが、実は、ドクターヘリは、救急隊長の要請がないと出動できないという動機づけがなされていて、そうすると、1 度行ってから今度はヘリコプターという、今の手順になっているわけです。それが、今回の災害の発出のときに、ヘリコプターがどうやって県をまたいだ現場に行くかという議論になったときに、ちょっとぎくしゃくしたわけです。ということは、その辺の動機づけの部分を含めて、こういうもっとブラッシュアップしている議論の中で、多少、補正をしたり、場外規定を設けたり、もっと賢く運用するという、メディカルコントロール下ではこれでいいのではないかなとか、いろいろなところをエレガントにしていく必要はあるのではないかなともともと僕は思っていますので、この議論も非常に大事だと思っています。

あとは、特に、またまた大きな議論に戻りたくはないので、ただ、これが世の中にそぐ

わないとなれば、あの応召義務というところを外してもらって、よその先進国と同じレベルで、我々は専門職として頑張るんだという見え方にならないまま、よそがこうだから、なぜ日本はこんなふうに行っているのだという言い方だけはされないように、我々も十分認識した上で声をそろえていかなければいけないと。その上で、こういうプロトコルは、地域住民と問題を共有化しながら、いざとなったときは、なるべくいい方法が適用できるように共有するものだ。そのプラットフォームとして共有するものであれば容認され得ると思いますし、何かを除外したり、そういう議論も前からありますが、それから、非常に限定的にしようとすれば、そこに対する反発というものは出てきます。そういうマグマは残さないで、賢く、しかし、我々の目指すものはとりたいと。ただ、横浜の例を聞くと、自然増というか、次第に増してきているディマンドというのはそう簡単に解消できるものでもない。これは、全国の統計資料を持っている総務省消防庁のほうでまた十分検討していただいて、それはそれでまた、これも含めて考えていく事象ではないかなと、きょう改めて思った次第です。

（座長） 作業そのものは、総論を踏まえて、コアの部分をしっかりとして、周辺もわかっていようねということできたいと思います。

特にここでということがあれば、第4回もありますので、そのときに。

（〇〇委員） ちょっと一言だけ。最後に、先ほど責任論が出ましたよね。行政責任になるわけですので、実は、私は、富山県でこれを全部に配りたいという話をしたら、結局、県庁が議会に話しに行ってくれと。議会の朝勉強会まで行って、本当は本議会でも話す予定でしたけれども、朝勉強会で議員が納得したからよかったのですけれども。結局、議員さんに、全県で同じ尺度を入れて、救急外来の質を一緒にしたい、見立てを一緒にしたいというふうに言ったら、やっと納得してくれて、地域医療再生基金を出しましょうと。大変額は少ないですよ、でも、1,000 万か 2,000 万もらって、i P a d を今 40 個部屋に積んでありますけれども、来週、講習会もやって、県の全病院に配るのですね。結局、行政責任でいくとそういうことです。上に行くと、議会があつたり、知事が「えいっ」とやるところもあるでしょうし、県によっては議会になるわけです。実は、そこも意識した形式づくりもしておかないと、単に消防本部でやりますという問題でなくなってきますよね。これはいつ決めたのだという話が起きたら、県なら県ですという話になるわけですから、その方向性はちょっと意識しておくといいような気がします。

（座長） わかりました。ここにおられる方はみな中央政府の方たちですけれども、地方

の自治体なり、議会なりというか、そういう意味では地域社会ですね、地域社会とシンクロしないといけないという話だったと思います。

もう時間なので、事務局、よろしいですか。

(室長) ただいまさまざまご意見をいただきました。いずれも重要な課題であると思っておりますので、また事務局のほうでしっかり検討して、皆様とご相談しながら第4回につなげていきたいと思っております。

(2) その他の事項について。

(座長) きょうはこれでよろしいですか。今後の予定は、最初の資料1でしゃべってくださったので。何かありますか。

(専門官) 特段ございません。

(座長) では、どうもありがとうございます。5分延びまして、すみませんでした。ありがとうございました。

〔了〕