

第4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3月14日

コンベンションルームA P品川

J + K会議室

1. 開会

（専門官） それでは、定刻となっておりますので、第4回社会全体で共有する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、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、用務のためご欠席と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。〇〇委員につきましては、横浜市消防局の〇〇様、また、〇〇委員におかれましては、東京消防庁の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、〇〇専門官に出席いただいております。

それでは、本日お配りしております資料を確認させていただきます。

まず、次第をめぐっていただきまして、構成員名簿、続きまして、資料1、ワーキンググループからの報告、資料1-1、各段階のアルゴリズムおよびプロトコル、資料2、第4回社会全体で共有する緊急度判定体系のあり方検討会・実証検証について、資料3、こちらの検討会の報告書（案）でございます。

以上、そろっておりますことをご確認いただきまして、落丁等がありましたら、事務方までお願いいたします。

それでは、ここで撮影終了とさせていただきます。

以後の議事進行は〇〇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。

2. 議題

（〇〇座長） おはようございます。本日も、正味2時間ということですが、朝早くからありがとうございます。

議題に沿って話を進めていきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(1) 緊急度判定プロトコル作成ワーキンググループからの報告について

(2) 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報告書について

(〇〇座長) 最初は、緊急度判定プロトコル作成ワーキンググループからの報告ということになりますので、ワーキンググループは〇〇委員でしたよね。よろしくお願いします。

(〇〇委員) おはようございます。横浜市大の〇〇でございます。

ご報告に先立ちまして、各班の皆様におかれましては、非常に短い時間の中で検討をお願いし、作成いただきましたことを感謝いたします。

それでは、早速、資料1と資料1-1を使って説明したいと思います。

資料1の3ページ、まず、今回のワーキングにおける緊急度判定プロトコルの策定体制ですけれども、図に示しましたように、プロトコルを検討するに当たってA班からD班という班分けを各フェーズごとにして、これをそれぞれで検討していきました。ただ、これに先だって各班の班長会議を行いまして、全体で検討しなければいけないようなことを先に決めてからスタートしています。これは類型の種類、あるいは定義の設定、対象症候の設定を行って、全体のルールを決めた上で行いました。今回、一部お示ししておりますが、**ver. 0**が完成し、今回、各班会議を経て、ワーキンググループの全体会議を行い、今回、親会でありますこの会議でご報告する、そういう流れでございます。

4ページですけれども、これが、一番初めの班長会議で類型定義及びプロトコル作成にかかわるコンセンサスを書かれたものの一部です。まず、各段階は、このように、「家庭自己判断」から「電話相談」、「119番通報」、「現場搬送」の4段階に分け、それぞれが、概要としては右に書かれたような定義にしようとしております。

5ページは、これは何度も出ている図だと思いますけれども、それぞれその4段階がどこに当たるかということを経時的に見たものですけれども、どの段階も、最終的にはこの院内での緊急度というものを見据えながらしようということと、もう一つは、逆側の矢印、右から左へ行っている矢印があると思いますが、戻ってもう1度考え直すというセーフティネットを常に考えましょうということでスタートしています。

6ページですが、類型定義及びプロトコル作成に係る決定事項として、まず、各段階ともに類型の数、カテゴリの数の定義は共通のものとする。また、定義は、今回はあくまでも医学的な観点に基づき設定する。いろいろな社会的な要因もどうしてもこういったときには関与してくることがありますけれども、今回は医学的な観点に基づいて設定しました。

それから、これは特に 119 番の検討に当たった C 班が必要だったのですが、段階によっては 4 類型以外にサブカテゴリを設定することもあり得るだろうということにしました。また、現状では、「非緊急（白）」に該当している傷病者であっても、社会的な要因によって救急車が出動している実情がありますけれども、本検討では、基本的にはあるべき救急搬送体制を、搬送体制だけではないですが、救急医療資源が理想的にはこのほうがいいのではないかということを前提とした上で、それぞれのフェーズで検討を行っています。それから、ver. 0 では、妊産婦や小児の傷病者も同一プロトコルとしておりますけれども、今後、必要性が生じれば別途つくるということを合意しています。それから、本類型及び定義に基づいて設定されたプロトコルは、常に検証とか見直しができるような条件設定をつけていこうというふうに決定しています。それから、具体的なプロトコル ver. 0 に当たる症候に関しては、先行している東京の救急相談センターの電話救急医療相談プロトコルで最もよく使われている症例と、それから緊急性が高いというふうに考えられている症例をあわせて、19 症候についてまずは作成しようということになっています。

7 ページと 8 ページは、本当はこの 8 ページが 7 ページの右横につくと見やすいのですが、それぞれの 4 つの類型における定義と、それから各段階における運用方法並びにその定義の補足というのが書かれています。

概略を述べますと、まず、類型の赤は緊急を指して、これは、生理的に生命危機に既に瀕している、あるいは病態がだんだん悪化していく、あるいは急変する可能性があるということでもあります。この類型に当たった場合は、家庭自己判断のフェーズでは 119 番通報を勧め、電話相談にかかってきた場合は 119 番に転送し、119 番で赤と判断した場合、その中でもさらに緊急度が高いと判断した場合は、ドクターカー・プラス救急隊・プラスポンプ隊といったような医療資源を提供し、もう少し緊急性が下がる場合は、下に書かれたように、EMT というのは、救急隊・プラスポンプ隊、またはファーストレスポnder・プラス救急隊・プラスポンプ隊といったようなものを提供すると。現場に着いた救急隊員、救急救命士が赤と判断した場合は、これは、ベースには各地域の MC 協議会が定めた基準に基づきますが、今回、ここで提示しておりますのは、救命救急センター、あるいは S C U、C C U、P I C U といった高次医療機関というふうに示しています。今回の班の検討には入りませんが、これは、J T A S においてはどういうレベルになるかという、一番右側のブルーないしは赤のレベルに相当するというような形です。

以下、黄色は準緊急、緑は低緊急、白は非緊急と命名しておりまして、黄色に関しては、

定義は、これは、エキスパートオピニオンで班長会議で暫定的に決めた数字ですが、2時間を目安とした時間経過が生命予後及び機能予後に影響を及ぼすような病態、それから、緑は、赤や黄色には該当しないけれども、最終的には医療の傘に入らなければいけないような病態、白は、上記3つのカテゴリに該当しないで、医療を必要としない状態というふうに定義づけています。それぞれについての説明は割愛いたしますが、右側に書かれたような運用方法（案）をとっています。

8ページを見ていただきますと、具体的にそれぞれの類型はどういったものが入るのだろうかということで、これも各班でもんでいただきまして、現時点では、赤は、いわゆるバイタルサインに加えて、すべての症候ではないのですが、一部、痛みの要素を含んだほうがいいということと、虚血、それから閉塞、出血といったような主要な血管系の障害もここに入れるべきであろう。すなわち、時間経過によって、非常に重症度が、予後に及ぼす影響の大きいようなものを今のように赤の中に入れるべきであろうというふうに話されています。黄色に関しては、これも同様ですが、赤ほどではないということ、それから、夜間であっても受診の必要性があったり、2時間という1つの目安の中で考えているということです。緑に関しては、1つの参考としては、現在、東京消防庁の搬送トリージ基準を用いて、この7項目があらかじめ設定した項目に該当しない場合は、医療機関搬送を行っていないというような運用をしておりますけれども、そのプロトコルをたたき台にいたしまして、これらのように、緊急性はないけれども、最終的には医療機関に行くべきであろう、そういう病態を定義しています。白に関しては、基本的には医療の必要ない、あっても健康相談レベルとしましょうというような形にしました。従来の分け方と比べて、白は完全に切り離す形になりましたので、緑と黄色の幅が少し広がったかなという印象があります。

9～10ページは、実際に今回 ver. 0 でセンターした症候の19が上から下まで並んでいます。口語表現になっているのは、家庭のウェブで使うことも想定して平易な表現になっているということになりますが、症状と症状例がここに書かれております。

次は、A3の折り込まれた資料ですが、ちょっと小さくて恐縮ですが、これは、一番左側が、「参考」と書かれていますが、左の列は現在の#7119で使われている電話救急医療相談プロトコル98のタイトルタイトル名が並んでいます。今回、この中から、19の一番多い、あるいは緊急度の高いものを選び出しておりますので、それが該当するのが隣の家庭自己判断、あるいは電話相談では、例えば、一番左の「呼吸困難」のナンバー1のプロトコル

が当たるのが、「呼吸が苦しい」といったようなところでつくっているということです。119番通報は、今回、まずは緊急性の高い9症候に特化してつくっております。例えば、#7119では、呼吸、喘鳴、喘息が3つ分かれていますけれども、119番では1つとしてつくる、現場搬送の Protokol では、現行ではこれらを分ける、このような形になります。あと、現場搬送は、実は、カナダのCTASのプレホスピタル版のCPASというものがありますが、それをベースにつくっております、一番右側がそのCPASの125症候のProtokolの一覧でありまして、それと今回のものとがどういう関連性があるかというのを見る表であります。一応、今回、我々が選択した19症候は、CPAS及び#7119のProtokolとこのように関連性があるということが見てとれると思います。

次の12ページをおめくりください。以上の決定事項を踏まえまして、各班でそれぞれアルゴリズムをつくっていただいた上で、緊急度判定のProtokolをつくっております。ここからは資料1-1をご覧ください。「各段階のアルゴリズムおよびProtokol (ver.0) (例)」と書かれています。この資料には、各段階のアルゴリズム、それから緊急度判定のProtokolの1例、さらには、それぞれの段階において考えられている、今回は赤だけですけれども、赤のカテゴリに入ると思われる想定疾患とか病態が各段階で比較できるような資料が入っております。

ページ2、3は、左側が家庭自己判断アルゴリズム、右が電話相談アルゴリズムです。これは、顔つきはもうほとんど一緒で、家庭自己判断のほうは、ウェブや印刷物で緊急度をはかりたいと思う本人が自分で判断していくわけですが、バイタルサインに当たるものの前に、明らかに問題があるようなケースを先にチェックし、さらに、ウェブでやる場合は、もともとこのようなケースは、救急車を利用したほうが良いというような情報も先に付記するというように聞いております。その後、2番目のひし形でいわゆるバイタルサインをチェックして、その後はそれぞれの症状のページに入っていくと。セーフティネットに関しては、一番下の緑となったとしても、7119、または119番コールを考えると。ここのアルゴリズムの特徴は白がないということになります。それから、なるべく平易なわかりやすい言葉を使うというふうに心がけて作成していただいております。

3ページのほうは、顔つきは全く一緒ですが、基本的には看護師さんがこれを使うということになります。セーフティネットは同様で、7119または119コールということですが、ここからは白の類型が入ることになります。

次の4ページ、これは、左側が疾病、右側が外傷ですが、C班が担当された119番での

アルゴリズムを示したものです。これも、形としてはA班、B班作成のものと整合性をとるようにしておりますが、非常に切迫、かつ時間が制限された中で行うので簡潔にできるように工夫されています。基本構造としては、呼吸、循環、意識をチェックして、それから症候別にインタビューをしていくというような形になっています。セーフティネットは、同様の、#7119、119番再コールということが現時点では策定されています。

右側の外傷も同様ですが、受傷機転というところが間に入り込んでいるということになります。あとは、軽微の外傷かどうかというところで、緑と黄色に関しての振り分けを行っています。この軽微な外傷かどうかに関しては、例えば、5ページの一番下の※5に書かれたような、こういうチェック項目を設けて振り分けていくというような工夫をしています。

それでは、次の6ページですが、これは、現場に着いてからの緊急度評価のアルゴリズムです。これは、先ほど申し上げましたように、CTASのプレホスピタル版のCPASを利用していますが、実は、CPASもCTASの中身は同じでございます。ちょっと言葉の整合性が完全にはとれていませんが、重症感を見てから、モディファイアを見ていくというような形で書かれておりますが、この一次モディファイアに当たる部分は、A班からC班が表現している、いわゆるバイタルサインに当たるところをチェックしていますし、第2段階に関しては、ペイン、それから出血性疾患、受傷機転といったところですので、これも119番のアルゴリズムと整合性がとれているというふうに思います。最終的に二次モディファイアに入りますが、これがいわゆる症候別に特徴的なものを引っかけて、最後に類型化を行うというような構造になっています。セーフティネットは、7119または民間救急車というように設定しております。

以上のようなアルゴリズムをもとに、実際どんな顔つきになるのかということ、それが7ページになります。今回は、実際のウェブでの見せ方までは検討しておりません。実際に何を聞いて、どういうふうに分けていくかまでしかA班に関してはできておりません。B班は、7119の先行しているものがありますので、それをそのまま利用するというような形にしております。これは、A、B班、プロトコル自体は同様につくっておりますので、8ページに関しては、例えば、「胸が痛い」というプロトコルの中で、A班が一番左の列の類型化を図ります。例えば、8aから8vまでの項目に該当した場合、A班は赤としましょう、B班の電話相談においては、8mの質問に該当した場合は、これは看護師さんとのやりとりの中で最終決定しますが、黄色にランクが下がるだろう、そうやって読んで

いただければと思います。ただ、一部、まだB班のほうが赤でA班のほうが黄色というところがありますので、これは、今後、ver. 0以降で整合性をとっていく予定です。基本的には、A班のほうが過大評価としていこうというのがポリシーです。

9 ページに移ります。A 3 の折り込まれたものですが、これはC班のもので、先ほどのアルゴリズムに基づいた質問の流れが書かれておりますので、詳細はまた見ていただければと思います。

1 枚目に関しては、これは、すべての症候に共通のものが書かれているというふうに思います。2 枚目が、今回は、A班、B班と同様に、「胸が痛い」という症状があった場合についての症候別のプロトコルがここに書かれています。3 枚目が、これは工夫されている点ですが、このプロトコルを使うに当たっての必要な知識ということで、想定される疾患や心臓発作の徴候、血栓溶解とPA、PCIの治療等々が使う方にとっての資料としてこのように記載されています。言いおくれましたけれども、C班がベースにしているのは、アメリカが作成しておりますEMD、ディスパッチのプロトコルがありますが、そのver.12を日本に合わせているというような形で行っています。

もう1枚めくっていただきますと、今度はD班のもんです。これは、現場プロトコルで現在検討中ですが、「胸が痛い」といった場合のプロトコルで、アルゴリズムは同様ですが、見せ方というのが少し異なっているのがわかると思います。心原性か、非心原性かでチェックをしながら、上から下に落ちていくというような形になると思います。これがA、B、C班と最も異なるのは、患者さんを目の前にして身体所見が取れている状況ですので、情報量は非常に多くなっておりますので、精度は少し上がるだろうというふうに思います。

それでは、次のページ、症候別の想定疾患、および運用上の留意点と書いてありますが、これをもう1枚おめくりいただいて。また縦になっていますが、1例だけ述べますと、例えば、「呼吸が苦しい」というプロトコル策定に当たって、A班が想定している疾患、B班が想定している疾患というのが横にこのように書かれています。これは、各班で想定疾患の整合性を図ろうという目的でこのような表を策定しておりますが、またご意見をいただければというふうに思っております。

資料1-1は以上でございます。

戻っていただいて、資料1をお願いいたします。

現時点でこのようなアルゴリズムと、C班が9個ですから、残りのところでは19のプロトコルを策定してver. 0ができ上がったわけですが、それを経ての検討課題というの

が、資料1の13ページから15ページにあります。これをちょっと概説したいと思います。

まず、全段階共通の課題としましては、今後は、19 症候以外についてのプロトコルの策定が必要になるということ。それから、これらを使った実証検証に当たって、検証地域の実情に応じたプロトコルに修正をしなければいけないということ。それから、各段階及び各類型における想定疾患について、それぞれ各段階及び各類型間の整合性の確認を行うと。作業しながら、できる限りのことは行っていたのですが、まだ詳細に、同一のプロトコル、例えば、「胸が痛い」というプロトコルの症状をひとつひとつ追っていった、各段階で整合性があるかという作業がまだ十分にできておりませんので、これは実証検証の前に行う必要があるということです。緊急度を高くすることを考慮するものとして、65 歳以上と今設定している高齢者は基準となるかどうか、年齢の因子をどこまで考えるかということに関してはもう少し議論が必要だということを各班で議論されております。

以下は、各段階における検討課題をご紹介します。

まず、家庭自己判断における課題ですが、利用者に受診すべき診療科を表示するか否かというところが検討課題として当たっています。現時点では、1 つには、救急病院に行けばいいとか、あるいは休日夜間診療所に行けばいいといったようなカテゴリを示してもいいのではないかというご意見も出ていますが、他方、専門性の高いところは、眼科あるいは耳鼻科といったところに関しては書く必要があるのではないかということで、これはまだ十分なコンセンサスは得ていません。それから、利用者にとってよりわかりやすい表現方法をとっていかうということです。これも今後の継続課題です。あとは、A 班に関しては、ほかの班は分けてきている、B 班は1 つにしているのですが、「呼吸が苦しい」、「ゼーゼーする」、「ぜんそく発作」というのを、1 つにまとめるかどうかを今後の検討にしています。

それから、B 班に当たります電話相談のところですが、精神科疾患、あるいは外傷が想定される相談者について、特に精神科的な症状で赤のカテゴリにする可能性があるのではないかというような班員の意見もありまして、今後、非生理学的手法としてプロトコルに反映するかどうかというのを今、検討中です。

C 班の 119 番通報の段階では、一番問題になっているのが、実証検証においてデータ収集のあり方の検討で、プロトコルどおりすべてのデータ収集が可能かどうかということが班員から挙がっています。ただ、この件に関しては、A、B 班、特にA 班に関しては同様の問題です。ここには書いてありませんが、A 班では、検証のデータを取ることで、極

めて困難ではないかというような意見が出ています。

D班、現場搬送ですが、これは、現場到着時、傷病者の状態や現場の状況に応じて、119番トリアージによって出動した隊の増減に関する判断が必要だろうということで、とりあえず現場に行ってから、この救急隊の数でいいのか、あるいはさらなる応援が必要かどうかといったことをプロトコルに盛り込むべきだろうというようなことが言われています。あと、ここも同様に、選定診療科を反映するかどうか、この段階では、急性期に必要な処置とか対応可能な診療科をもとに救急隊は運ぶので、ここではやはり診療科を出したほうがいいのではないかというような意見が強いというふうに思います。

14 ページです。緊急度判定プロトコルの運用における留意点としまして、これは、今後、検証も含めた、運用していくときの留意点ですが、まずは、関係機関（都道府県・医療機関・地域住民等）の調整が必要であると。実施基準と本緊急度判定プロトコルの関係の整理と実際の判定の連動性について考えなければいけない。それから、医師による救急隊員への指導、助言、事後検証及び再教育等が必要になるということです。

2 番、セーフティネットの構築で、状態の変化やアンダートリアージがあった際にセーフティネットの構築を常に考える。

3 番、多様な搬送手段等に関する検討ということで、地域によって提供可能な搬送手段に差異がありますので、これをどうするか。今回は、理想的であろうと思われるようなことを考えてつくっておりますけれども、必ずしもすべてのところに、例えば、救急相談センターが置かれていなかったり、あるいはドクターカーが運用されていなかったりしておりますので、ここら辺をどうするかということです。通常出動、患者等搬送事業者等の移送サービスの利用ということも引き続き考える必要があるということになります。

15 ページです。今回の運用に当たって絶対必要なのが、B班もそうなのですが、特にC班あるいはD班における救急隊員・通信指令員に対する教育は必須であるということになります。

それから、5 番、緊急度判定（トリアージ）普及促進のあり方ということで、これは、実際の市民への広報について、それから、本格運用したときのアンダートリアージが発生した場合の対応についてというのを今後考えなければいけない。

6 番が、検証対象の構築、それからデータの集積をどうするかというところが、検討課題になるというふうに思います。

最後になりますが、16 ページが、救急搬送トリアージと救急情報システムの構築像とい

うことで、これは、住民向け情報の提供、これで家庭自己判断のプロトコルを行うのですが、ウェブあるいは電話相談、特にウェブに関しては、ウェブを見てきてから実際のクリニックに行かれたといったような、そういう限定されたケースのみが恐らくは検証対象になるのだろうというふうに現時点では考えられています。いずれにしろ、患者さんがアクセスされた医療機関の外来での行動を聞き取っていくというような形で、恐らくはデータをマッチングさせるのだろうということになります。119番と現場に関しては、オンラインシステムで結んでデータベース化すると。これに医療機関側のものをくっつけて、最終的に検証していく、こういうイメージ図であります。

雑ぱくですが、以上です。

(〇〇座長) どうもありがとうございます。

今、資料1ということで、ワーキンググループからのお話を賜ったところですが、続けて、今ちょうど〇〇委員がお話しされた、15ページに「報告書(案)第3章参照」とか、その前の14ページにも同じようなことが書いてあって、全部が全部連動するのではないかと思います。質疑応答も、そういう意味では、あちらこちらへ飛ぶかもしれませんが、飛びながら全体のどこら辺だという位置づけを頭に入れた上で、あっちに行ったりこっちに行ったり飛んだほうが、話は早いと思いますので、資料を一気に、事務局から説明いただいて、それでいろいろとディスカッションしたいと思います。

続けてください。

(専門官) それでは、資料2をご説明申し上げます。こちらは、実証検証についてご説明したものでございます。

まず、短時間の間に、〇〇委員を初めとしたワーキンググループにおきまして、緊急度判定プロトコル(ver.0)を策定いただきました。大変ありがとうございました。これをもとに、今後、実証検証を行うことになります。

スケジュールを先にご説明したほうが早いと思いますので、3ページ、スケジュール(案)をごらんください。実は、これも、予算の関係で来年度中の執行となっております、来年度で終える必要がございますので、またこちらもご協力いただければと思っております。

まず、4月に実証検証を行う地域の公募を行いたいと思っております。なお、実証を行うに当たっては、現在の法令において認められている範囲内で実証いただくということになります。当然、理想を見据えたトリアージ体系のあり方ということ、随分議論がありましたが、一応、理想に関しましては、理想的なことをやったということにした上で、現行

法令で認められている範囲内で行いいただくということを考えております。

その後、システム関係の構築が必要となってまいりますので、契約を考えておりまして、4月中の契約、その後、プロトコルのワーキンググループにおきましては、ver.0の修正及び追加症候のプロトコル、19症例以外のものも作成いただくということになります。5月になりますと、まず、実証検証地域が決まってまいりますので、プロトコルの開発、実証検証システムの構築となりますが、プロトコルの作成におきましては、実証地域に合致したプロトコルに修正する必要があるがございます。その後、5～6月になりますと、実際行っていく指令員の方々、また、救急隊員の方々に対しまして教育が必要となってまいりますので、その教育の体制を行う必要があります。また、最終的にはデータを収集し、検証を行う必要がありますので、4月の段階から検証が可能という視点でシステム及びプロトコル作成の支援を行うということになります。その後、8月に、地域に対しまして説明会、教育等の検証環境整備を行い、9月以降実証検証を開始したいと考えております。

データにつきましては、1カ月単位で収集を行い、10月早々からデータ解析を行い、12月からワーキンググループのほうで ver.1の策定を行っていただくということでございまして、最終的には3月末までに全国の消防機関で使用可能な緊急度判定システムを提供できる体制を構築したいと考えております。

2枚目に戻っていただきまして、実証検証対象地域の公募について、現段階で事務局からお示しできるものを記載しております。

まず、公募によって対象地域を決定する、24年4月でございます。

対象地域の条件の案ですが、3つほど事務局のほうで考えております。まず1つ、「家庭自己判断」、「電話相談」、「119番通報」、「現場搬送」のすべての段階で、またはいずれかの段階について参加できることと考えております。なお、電話相談につきましては、現在、#7119が行われている地域と限定されておりますが、この実証検証におきましては、例えば、#8000番のように外部への委託も含めて検討可能だと考えております。次、2番、実証検証を行うために、あらかじめ関係機関の参加の意思が確認されていること。3番、緊急度判定プロトコルの導入と運用の課題を明らかにするため、消防庁が求める資料等を提供できることとしてございます。

続きまして、資料3、報告書（案）のご説明を申し上げます。

まず、1枚めくっていただきまして、目次でございしますが、目次につきましては、前回の検討会で了解いただいております。

さらにめくっていただきまして、1章、検討の目的と経緯でございまして、3ページになりますが、まず目的の記載、続きまして、4ページ、緊急度判定導入の背景について記載してございます。続きまして、9ページ目、本年度検討事項について、まず1つ目が海外における実態の把握、2番が各段階の緊急度判定の方法の検討を行っていただいたという記載をしてございます。

10ページ目に海外の調査状況を記載してございますが、実は、一番最後に別添で海外調査報告書をつけてございます。

次が11ページ、検討会の開催概要について記載してございます。

続きまして、3枚ほどめくっていただきますと、第2章、各段階における緊急度判定プロトコルの検討結果となりまして、ページ数で言いますと、15ページになります。

続きまして、17ページが検討の進め方、このあたりは、〇〇委員のほうからご説明いただいておりますので詳細は割愛いたします。

20ページ、定義に関する検討結果、26ページ、アルゴリズムについての記載をしてございます。

次、31ページでございまして。今回の報告書におきましては、実は、この検討会及びワーキンググループにおいてさまざまなご意見をいただいておりますので、そのご意見をきちんと記録に残すということで、参考ということで、検討課題に関する発言の要旨を取りまとめてございます。例えば、31ページ、課題①、各段階における緊急度類型、定義およびプロトコルの検討ということで、定義による影響、考慮すべき要因を記載してございます。また、32ページ、対象症候とプロトコル ver.0 の検討です。32ページが課題②、需要と資源のミスマッチの解消、運用方法、地域における運用の設定、受診推奨診療科情報の提供、想定される疾患名の記載についてでございます。次、34ページ、課題③、セーフティネットの議論、また、課題④、検証体制をどのように構築するか、35ページ、課題⑤、教育体制をどのように構築するか、課題⑥、利用者、関係機関に対して意義をどのように普及していくかということの記載をしてございます。

続きまして、36ページ、第3章、今後の検証の進め方ということでございまして、39ページに記載してございますが、これは先ほど私がご説明した内容となっております。

続きまして、42ページでございまして。こちらは、緊急度判定プロトコル運用における留意点ということでございまして、先ほど〇〇委員のほうからもご説明いただいている内容を記載してございます。

続きまして、44 ページの次のページからになりますが、別添といたしまして海外調査報告書（案）ということでございます。本日、こちらの海外報告につきましては、また見ていただきまして、事務局のほうにご意見をいただければと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

（〇〇座長） どうもありがとうございました。

報告書（案）の目次を見ると、全体像がある程度把握できると思います。

では、順番にというか、最終的には、この報告書というのが今年度の報告ということで、大事な位置づけだと思いますけれども、〇〇委員が熱心に説明してくださった資料 1 や 1－1 などからということになるのでしょうか。ご質問があちらへ飛んでもこちらへ飛んでも、この際、全部有機的に結びついていますのでいいと思いますが、皆さん、いかがでしょうか。

（〇〇委員） 資料 1 の 5 ページになりますが、先日、救急医学会の評議員会の後に臨床救急学会、横田委員が代表理事をされているところで、いろいろ関係者を集めて、この説明会がありました。この 5 番目のスライドが一番大事だということで、みんなそれは理解したのですが、何人かに聞いてみると、7、8 ページのところ、「要は、先生、軽症、中症、重症をしっかりと決めようということなのですか」という質問がありました。実は、そうではないのだと。5 ページを見ると、一番左に「住民」というところがあって、そこから始まってきているので、その人たちのニーズに合うもののリソースをきちんとマッチさせようと。それは、3 年前でしたか、消防法の改正も、非常にその精神とも合うし、その先に医療機関の軽症、重症、院内トリアージ云々の話も合うと。ということは、今回の検討委員会のものすごく大きな課題というのは、住民、その人自身が当事者になるのですよと。

それで、報告書を見てみると、報告書の 3 ページ、1. 目的のファーストパラグラフは、500 万件を超えて大変だと。このような状況で限られているから、平成 18 年からどういうシステムを考えてきたと。サードパラグラフでは、「平成 22 年の検討では」の 3 行下、「関係者及び社会全体でコンセンサスが得られていない」と。その 3 ページの下の方の中、平成 22 年重症度・緊急度の判定に関する作業部会のもが出されていますけれども、これは、当事者は救急隊員であり救急医であるけれども、実は、23 年度から、「社会全体で共有」という意味は、一般の人たち、あなたたちも当事者なのですよということで、発想がここですと変わってきています。これは、癌にしろ、メタボリックシンドロームにしろ、

病院に来たら治してやるということではなくて、あなたが当事者なのですよということで、ここにもものすごい発想の転換があります。

このところが、最初にお話しした資料1の5ページの図の重要性というのが、なかなか救急をやっている連中でもぴんと来ない。これは住民から始まっている、住民というのは別にけが人ではないよ、一般に住んでいる人たちから始まっているということの重要性が、救急の看護師さんでもぱっとはつかまえきれていないのです。単に、7ページ、8ページの黄だ、赤だというのを、救急隊員がぺたぺた割り振ることで、どこの病院というのをやっているのではないのだよ、どういうふうに住民を巻き込むかということになると、課題のところでもうちょっと、「社会全体で共有する」という部分が、この前の消防法の改正のある種の帰結になるのかなと。もうちょっとそこを強調されて、「社会全体で共有」というのは、救急隊員と救急医のことではないですよ、「共有」とはどういうことなのだというのを、もうちょっとアピールしていったほうが。

僕たち救急をやってきた連中も、その発想が乏しかったのはとても大事なことだと思うので、ぜひそこを強調していただければ、ものすごい変化が起こると思います。ぼしゃるかもわからないけれども、変化が起これば、この国にとってとてもいいことだと思っています。

(〇〇座長) ありがとうございます。

この間のときも、そういう意味でのパラダイムの理解が必要だということは、〇〇委員は発言されましたね。

(〇〇委員) 今、〇〇委員がおっしゃったので、まさにそうなのですね。どういう方向性に持っていくかというのは非常に大事で、私は、その目的のところ、特に導入背景が、数が増えた、じゃあ、どうしようかというと、何が問題でどうしようというのが、こういう報告書のもっと早い時期に出てくるべきだろうと。以前の改正消防法のときもそうでしたけれども、数が増えてきたので、搬送等、受け入れ等の実施基準をつくってくださいと出てきましたけれども、その間のギャップを埋めるプロセスがちょっとよくわからないのですね。

今回、非常にうまくまとめられていると思った中で、32ページに、幾つかの検討課題の発言要旨という中で課題②というのがありますが、要は、どんどん搬送の数が増えてきたけれども、それを収容できないのは、医療機関の絶対数が少ないという、もちろんその問題もありますけれども、要は、そういう資源をうまく使えないミスマッチングの要素のほ

うが非常に強い。だから、ミスマッチを解消するためには、1つは、時間経過で見た重症度、いわゆる緊急度の判定が必要なのだというところが、この課題②で書かれている、これを背景の中に入れれば、なぜその緊急度判定というのが社会共有しないといけないのかということが、もっとわかりやすくなるのではないかと。これが、後ろの付録みたいなどころに書かれてしまっているというのが、私、個人的にはちょっと不満な感じがするなと思います。この②のところの、限られた医療資源を上手に使いましょうというプロセスは、きちんとミスマッチのないようにしましょうね、その1つのツールとして、今回、社会全体で共有する緊急度判定の体系というのが必要なのだというということになるのではないかという意味で、今、〇〇委員がおっしゃったことを、ちょっと引き継いで、足しました。

(〇〇座長) へるす出版から電話のプロトコルも出ましたし、その他、救急隊、それから病院トリアージの件や何かでテキストが出ましたけれども、その中で、昔的に言うところ「足るを知る」というのですかね、要するに、必要なものは必要だし、ぜいたくをすることがなくていいのだったら、それはそれでいい、そういうふうな社会をベースにしてというふうなことを、「はじめに」で確か書いていたのですね。最終的には、そういう意味での社会のあり方というふうなことになるということについて、「もっと前面に押し出せ」というふうなことなのだと理解します。その辺は共通の理解としていいと思いますけれども。

(〇〇委員) そのパラダイムシフトという点について、内閣府で議論されている医療情報化のタスクフォースがやっている「どこでもMY病院」という発想は、患者さんみずからが自分の医療・健康情報を把握して管理しようというものです。〇〇委員、〇〇委員のおっしゃったことと非常に整合性が合います。既にパラダイムシフトは起こりつつあるので、それを導入するという考えでもいいのだと思います。

(〇〇座長) 総論的には、事務局のほうに、最初に大事な直球が、あと1球で三振かどうか知りませんが、ずばずばと入ってきたと。

(室長) いずれもおっしゃるとおりであるというふうに思っております。私どもも同じような気持ちで作業はしてきたわけですが、少し報告書に反映されているところがあると思いましたので、工夫をさせていただきたく存じます。

(〇〇座長) 心や気持ちは大事ですが、表現できなければ周りからはわからないと、地震の季節が来ると思い出します。

では、各論的にもここはどうなっているのというふうなことがもしあればと思います。例えば、資料1の、これは〇〇委員がご説明くださいましたけれども、10ページの次に

いている長い紙、左から電話のプロトコルが、家庭自己判断、電話相談、119 番通報というのは、背部痛から下は……。これはどうなっているのか、全体が 19 個あるのかなと思って
いるところ、ここはブランクかなと。

(〇〇委員) 正直に申し上げますと、C 班の作業に当たる資料が非常に乏しくて、我が
国で初の試みでしたので、ほかの班と比べて時間がなかったというのがまず 1 つです。な
ので、一番初めに緊急性の高いものからやりましょうということになっています。

(〇〇座長) このような感じで、みんなで質問をしあえば。

それから、資料 1-1 ですが、2 ページに「y e s」と「n o」がありますよね。
この「y e s」と「n o」という使い方は、やめておいたほうがいいのではないかとい
うか、例えば、「息がないですか」と聞いたとき「y e s」と言ったのと「n o」と言った
のは、英語の会話だと違う意味になりますよね。「はい」と「いいえ」だったらまだいいの
ですが、すけれども、「y e s」とか「n o」と書くと、「息はありません」と言ったときはど
っちに行くのかと、少しインテリジェントの高い人は文句を言う可能性があります。言っ
ていくことはわかりますよね、ちょっと因縁ばいですが、すけれども。

(〇〇委員) A 班の人のかわりに言いますけれども、多分、これは、機械仕掛けの中身
を見ているので、外にはこういう英語の表現は出てこないはずです。

(〇〇座長) 「そのとおり」とか、「いいえ」とか、そういうふうにしておいたほうが、
多分、安全かなと。

(〇〇委員) 各論的なことといたしますか、資料 1 の 8 ページの③（つづき）というところ
で、プロトコル作成にかかわる決定事項、一番最後のところの定義補足の緑のところ
ですが、すけれども、ちょっとよくわからないのは、ここに『東京消防庁搬送トリアージ基準』（抜
粋）」と書かれていますが、こういうのに該当しなければ 1 つ高い類型にしましょうとい
うことであれば、ストレートに書いてもいいのかなと。それで、これがちょっとおかしい
のは、3 と 4 が 5、6 と同じなので、これはミスプリです。7 項目あるのに、1 から 4
に該当しないものはより高くする、だから、5、6 は消したとしたら 5 項目あるのですが。

(室長) すみません、間違いでございます。

(〇〇委員) これはミスプリですね。

(室長) ミスプリントでございます。

(〇〇委員) 要は、年齢が学童以下の子供さんであるか、65 歳以上であれば 1 個上げま
しょうとか、治療中の疾患を有していれば 1 個上げましょうというふうに解釈すればいい

のですね。

(〇〇委員) これは、実はそうではないのです。A班もB班も、子供、あるいは高齢者に関してはそれぞれ盛り込んであるのですが、ここに書いてある緑は、ここに書いてあるから少し誤解が生じやすいのですが、例えば、緑はどういうのがあるかといったときに、東京消防庁さんがやっているようなこういう基準の場合には、救急車で運んでいないので、これに当たるようなものが、例えば緑の症候ではないかという例示として出しているだけなので、これそのものはプロトコルにはまだ取り入れていない、そういうことです。

(〇〇座長) 東京消防庁は、この1から4だったらば、救急病院にご自身で行きなさいというのでしたよね。

(〇〇委員(代) 〇〇様) ここに書いてあるだけでは、〇〇委員がおっしゃったとおり、十分に表現し尽くせないところがありますので、できましたら、我々のほうで使っている搬送トリアージシートというものがあるのですけれども、もし参考ということであれば、そちらのほうを使っていた方がいいのかなと思うのですけれども。〇〇委員、いかがでしょうか。

(〇〇委員) そうだと思います。これは、メモ書きではないのですけれども、「抜粋」と書いてありますから……。

(〇〇座長) 外傷があったり、バイタルサインがあったり、別の表がありましたね。

(〇〇委員) 全く別のたくさんの表があって。

(〇〇委員) これをつくるときに東京消防庁で当たっていたので、私が覚えている範囲でお答えします。これを一通り見た後に、普通の災害のトリアージだと、いわゆる災害弱者的なところで、基準は緑になるけれども、要注意というようなものがここにあって、基本的には高齢者であるとか、子供と、あとは原因疾患として何か重いものを抱えている、それから十分なコンタクトがとれないような者については、少なくとも東京都の現在の現場トリアージの段階では、危ないから救急車で運びましょうということにしたというものになっています。

(〇〇座長) ここではあくまでも参考という。

(〇〇委員) 参考です。これは、確かに〇〇委員や〇〇委員がおっしゃるように、これだけ見てみると、すごく誤解が生じていて、〇〇さんが言うように、これはもともと、バイタルサインは安定しているとか、こういう症状はないとか、十何項目を全部をチェックして、それが全くないということの上の最後に、かつこの年齢であるというのが入ってく

る、その一番最後の部分だけが書かれているので。

(〇〇委員) フィールドトリアージの第4段階なのですね、わかります。

(〇〇委員) そうです、これは1から3が抜けているんです。

(室長) 事務局の作り方がちょっと悪かったと思っております、ここは今後も使っていく資料になりますので、また適宜修正して、紛れがないようにしていく必要があると思っております。

(〇〇委員) 資料1-1のA3の10ページ、9ページですが、消防の方々の意見を聞きたいと思うのは、実証検証をやっていくに当たって、これは恐らく通信指令の方が受け答えしてくださいねということになるひな形だというふうに解釈するのですが、これを実際の日常の通信指令員の応答に当てはめた場合、時間的な流れとか、あるいは現状やっている受け答えの中に入れることが可能かどうかという。これは、まさしく医学的な流れで流していますけれども、この辺、ちょっと意見を聞きたいなど。つくられたワーキンググループの中にも消防の方は入っておられたとは思いますが、その辺は、もし、実証検証してくださいねと言われる消防機関が当たった場合、この辺で精査しておかないと大変なことになるのではないかと考えるのですけれども、消防の委員の方はどうでしょうか。

(〇〇座長) 今のは、119番プロトコルに当たって。

(〇〇委員) そうです、A3の縦長です。「火事ですか、救急ですか」と順番に聞いていくようになっていますよね。概要としては、どなたがどうしましたか、複数傷病者、いますか、いませんかと、ずっと聞いて。このぐらいのことは聞けるものだという前提でおつくりになられていると考えていいのですか。

(〇〇委員) 福岡でございます。

私は、この案を指令室の職員に見せながらいろいろ意見聴取したのですけれども、現状、私どもが通常、やりとりしながら指令を出すまでが、大体30秒から1分の間で出しているのですね。これを一通りやったとしたら2分以上はかかるだろうということで、そうなる、やるのはやぶさかではないのだけれども、台に勤務している職員の配置まで考えないといけないのではないかと。通常3人ぐらいいるのを、そこで1件当たりにかかる時間が延びますので、その分、人もふやさないといけないのではないかという話に今なっています。

(〇〇委員) そこで、私の質問は、使い方だろうと思うのですけれども、上から流れてきて1つでも重症感のあるものにヒットすれば、そこでディスパッチで、そこから下は聞

かないというか、チェックしないという流れでいけば、緊急度の高そうなものは短くなりますよね。けれども、ずっと上から順番に聞いていって、重症感のないものばかりだと、おっしゃるように、最後までチェックしないといけないということになります。もちろんちょっと時間は長くなると。それを許容してそういう形で運用するのかどうか、その運用の仕方も含めてちょっと考えておかないと、このまま、来年度4月以降、「ちょっとお願いします」というときに、「これは大変だね」というようなことになりはしないかということが1点です。

それから、通信指令員が聞いたデータがすべて欲しいのは事実でしょうけれども、緊急度のところで1個引っかければ、そこから下は聞いていないわけで、その傷病者がどういふ訴えをやったかということのかけらのデータしかないわけですよね。そういうふうなのでも統計は取っていく、それを許容して取るのだというふうにするのかで、だいぶやり方が変わってくるので、その辺を伺いたかったのですけどね。

現場のほうのトリアージの記録は、たとえそのときではなくても、病院に行ってからでも、データの的なものというのは、後で書き足すことはできますのでいいのですけれども、通信指令の場合は、早く時間で出さないといけないのでそうはいきません。その辺はどういう議論があったのかというのが、具体的な意味でちょっと興味のあるところです。

(〇〇委員) これは、C班で考える当たり、確かに先生のご指摘のようなことがありました。特に119番通報からの導入を、これは順番に書いていますけれども、実際に傷病者が慌てて電話するときに、この順番のとおりには答えろと言ったって無理だと。ですから、これは、頭の整理ということでこういう順番で聞きましょうという形にしていますけれども、実際にこれをつくるに当たって横浜の方に聞くと、横浜の方がつくられるときも、一応こういった形をつくって、順番に聞くような形にして、実際は、テレビ画面一面に載せて、「今、おじいちゃんが何とかなんだ」と言えば、男性だなとか、お年が幾つだなとわかった段階からチェックしていくという形で対応していると。ですから、これは、基本的には、順番に書いているけれども、実際の対応は1画面で、わかった順番から入れていくというのが1つです。

ただ、横浜の方の経験を聞くと、そういった形にしたとしても、今の電話があったら、すぐその住所だけ確認して、まずそこに出すといった過程からすると、時間が延びると。ですから、これを新たに導入するとなれば、やはり運用面で人員の配置から含めてやっていかなければいけないだろうというところがもう一つございます。

もう一つ、この形、ディスパッチについては、特に9ページの3のところを見ていただきたいのですが、質問番号3ですね、上のほう、「どなたが、どうしましたか？」といった中で、キーワードで、呼吸がないとか、脈がないとか、水没したみたいなことがあれば、その時点で出動指令だけは出すという形になっていて、すべて順番を聞いてからやっと思ひましようというものにはなっていないです。その点で、重症、これはすぐにでもといった場合には、この段階でも少しは対応できているのではないかなというふうには思ひます。

(〇〇委員) 補足ですけれども、〇〇委員のお話の中で、検証の段階ではなるべく全部聞いてデータを取ろうという方針を今は少し考えていて、ディスパッチの判断は早めにして、まずは出すけれども、その後は聞ける範囲でデータは追いかけていきましょう、軽症の段階だけですけれども。今のところ、そのような案でいいということになります。したがって、まずはそういう運用が可能なところで検証していかなければいけないのではないかとひいうのが、ワーキンググループ内での話でした。

(〇〇委員) 一番最初の〇〇委員の話に戻るのですけれども、資料1の15ページに、今後の運用における留意点のところに、緊急度判定普及促進のあり方で、あらゆる世代に活用方法が理解できる広報についてということで、今現在、考えられている案があったら教えてください。

(〇〇座長) これは、話の筋としては〇〇委員ですかね。15ページの留意点②に、要するに、国民に対してどんなことをメッセージとして出さないといけなひか、広報はどうか。

(〇〇委員) 結論としては、ワーキンググループ内ではこの議論はまだしていませんので、私見になりますけれども、7119のときの経験で言うならば、一般的でしたけれども、パンフレット、ウェブ、それから地下鉄の中吊りといったような、いわゆる広報の媒体をいろいろ活用すると。かつ、そのパンフレットも置き場所をいろいろ工夫して、公的なところに置く、あるいは医院に置くとか、クリニックに置いていただくとか、区役所に置いていただくとか、そのような工夫をしたという経験がありますが、まだ十分に議論はしていません。

(室長) 事務局のほうから、今後の実証検証の進め方とも関連してきますので、私どものほうからも説明させていただきます。

報告書の43ページになりますけれども、〇〇委員にお作りいただいた資料1をもとに、私ども事務局の考え方も含めて少し書き下した部分がございます。私どもは、実証検証の地域において、市民の方にはいかに理解していただくかということが非常に大事であるとい

うふうに思っております。この報告書の中で、例えば「プロトコル」、「アルゴリズム」等の言葉を使っておりますけれども、これ自体が住民に見えるわけではありませんが、平易な用語にすることも含めて住民啓発を考えていきたいというふうに思っております。

それから、市役所は住民と非常に近い機関でありますので、市役所の皆さんともよくご相談して、例えば、子供さんであるとか、子供さんをお持ちのお母さんであるとか、あるいはご高齢の方であるとか、少しターゲットを絞り込むというか、確認した上で、実証地域の市役所の方、役場の方々といろいろ相談する必要があるのかなというふうに思っております。今後の課題として考えていきたいと思っております。

(〇〇委員) それで、1つ意見ですけれども、ぜひお願いしたいことがありまして、住民の方がどのように理解なさっているか、例えば、現状でも、例えば、救急車はこんなときに呼ぶだとか、モデルになるのがどんな地域になるのかわかりませんが、事前のこういう働きかけ、パンフレットを配ったりとか、ウェブ上に公開したりする前に1度、住民の意識調査を1度やっていただいて、それでそういうパンフレットを配ったりとか、いろいろなコミュニティを使って説明会をやるとか、今ウェブを使ってということで効果があるのであれば、若い子育て世代で、おうちに現在いらっしゃる方だとか、そういうことを考えて少し絞って、それで、この実証検証が終わった段階でもう1回アンケートを取れば、それなりに地域の住民の意識の変化というのが取れるのではないかというふうに思いますので、是非これはお願いしたいと思っています。

特に、私は、よく救急で来るご家族の方や患者さんとお話すると、私たちが説明することを正確にはなかなかご理解いただいていないといつも感じるところでして、そのギャップを埋めたいと長年思っておりました。是非そこは、今回の主な目的にあるところでして、やっていただけたらうれしいなと思っております。

(〇〇委員) 私も前からそこは気になっていたのですけれども、ただ、難しいのは、今ここで ver. 0 というのは、医学的な判断をもとにしてやっていますよね。例えば、一番問題なのは、不搬送になっているのは社会的要因のほうが強いので、住民の理解を求めるときに、今回は医学的なことのみをやっていますよということは言うておかないと、恐らく相当なギャップが出てくると思うのですよね。その作業が必要で、それは、4月にやるのだったら早速やらなくてははいけない。もう一つは、前から申し上げているように、急に指令室員の教育はできないので、もしこれを1年後、2年後に本当にやるのであれば、その指令員に対する教育機会、僕は、消大とかにお聞きしましたがけれども、実際には指令員に特

化した教育というのは今どこもやっていないのですよね、県の学校でもやっていないです。だから、その基になることも一緒にプログラムを作っておかないと、このプログラムができましたけれども、実際に運用するときのプログラムがなかったら、全く運用できないと思うのですよね。だから、本当はそれも4月から並行して進めていかないと、間に合わないというふうに私は感じています。

(室長) 進め方にかかわるところで、私の方から。

まず、不搬送の部分ですけれども、これは、実際に不搬送にすることまでを、現時点では必ずしも考えているわけではありません。フィールドでトライアージをして不搬送にしたことにするというので、データだけを取るようなやり方もあり得るのではないかと思います。それから、指令員への教育の問題も、おっしゃるとおりでありまして、今後、実証検証していく上での大きな課題と認識しております。このプロジェクトは、非常に大きなプロジェクトでありますので、さまざまな課題がありますけれども、私どもはしっかりやっていきたいと思っております。

それで、今回、**ver. 0** ということで、本当に短い時間で各班の先生方にお作りいただいたわけですが、実証地域で実証するに当たりましては、現場で、対応するというところから、やはり限界もあると思っております。実証地域用に修正するというプロセスをスケジュール表の中に入れておりますけれども、その中で、理想を追求したいという思いと、実証検証として実際に動かさなければいけないという現実の問題と、どこで折り合いをつけるかということをよく考えていく必要があると認識しております。

(〇〇委員) 今の一般の市民への広報のところ、また目的のところへ返ってくるのですけれども、「500 万件を超えて、もう救急隊員はへとへとだから、皆さん、やってください」と言うのと、「おい、何だよ」という話になるので、そこをうまく回していかないと、広報のところ、足がもつれてしまうかなというふうに思います。だから、もう少し志は高く掲げていいのではないかなというふうに思います。

(〇〇委員) 全体の、この **ver. 0** という形でこういう仕組みを提示して、実証検証しようというところの話は、私たちはよくわかります。この新しい社会で共有するこの仕組みを、今、広報の話を含めてやっていますが、このとき1つ抜け落ちている部分、これを導入することによって起こる紛争の解決の方法、機関などがどうもこの中にうまく書き込まれていないのです。理にかなった紛争、あるいは単なる言いがかりのような紛争も含めて、それを誰がどこでやるのか。どうもこの報告書の中では、43 ページの普及促進のあり方と

いうところに、最後のパラグラフのところで、例えば、「アンダートリアージが発生した場合等の対応については、検討しておく必要があるが」という文言しかございません。ですから、こういう新しい仕組みを社会全体の中で作るに当たっては、少なくともこの紛争の取り扱いの責任者は誰であるのか、その人がどんな組織を作っていくのか、もう少し具体的な記述があってしかなるべきだと思います。

(〇〇座長) この手の話の土台は、最終的にはセーフティネットをどういうふうにつくっていくのかというふうな文脈です。そこで議論はぼつぼつと、そしてウサギ跳びのように、なかったわけではないのですよね。事務局の中で今のことについての正味のご意見はいかがでしょうか。

(室長) ワーキンググループや各班の検討の過程でも、セーフティネットを構築しておくことの重要性でありますとか、オーバートリアージを許容する、アンダートリアージを出さないようにするという事で議論を進めてきたというふうに認識しております。私も事務方の認識としましては、このプロトコルもかなりオーバートリアージを許容するようにつくりになっておりまして、かつ、電話相談事業をある種前提としたセーフティネットもあわせてつくっておりますので、極力そういった紛争が起こらないような仕組みということで議論いただいてきたと認識しております。その上で、例えば、電話相談でありますとか、ウェブベースの自己判断プロトコルでありますとか、先行しております東京消防庁の例を見ましても、病院に行くなどと言っているわけではありませんで、あくまでご本人が判断する際の有益な助言といいますか、参考情報という位置づけになっているかと思います。ですので、私どもは、実証検証する場合におきましても、ご本人の同意のもとにやっていくというふうなプロセスが大事なかなというふうに、これはちょっと私見も含めてになります、思っているところでございます。

(〇〇座長) 〇〇委員、東京消防庁の電話相談のプロトコルの中で、小脳出血でしたか、めまいの質疑を 7119 のナースングスタッフがルールに従ってやっていって、そして、ゆっくり病院に行ったら。そうしたら、小脳に小さな出血の跡があって、病院のドクターからは、「決して安易な病態ではない、小さくたって出血は出血だ」という説明を受けて、その後、東京消防庁にこんなことがあったという話がフィードバックされましたよね。覚えておられますか。あれはその後どうなったのですかね、今の話でいくと。プロトコルそのものはいじる必要はないと私は思ったのですけれども、患者さんご自身も、それで治ってしまえば終わりということで、特に紛争にはなっていないですね。

(〇〇委員) なっていないです。

(〇〇座長) 僕の記憶は、それが1点ありますね。

(〇〇委員) そのとおりなのです、つくり方としては、それを理念の基に作っておりますが、東京消防庁の＃7119事業の実施主体、責任者はどなたですか。

(〇〇座長) 都知事です、ですから、その責任は都知事です。

(〇〇委員) 住民は、都知事に最終的には上げていくわけですね。それでは、この仕組みは最終責任者はどなたですか。

(室長) これは、各本部において運用いただくということになりますので、消防機関、単独消防であれば市町村ということになりますし、一部事務組合の消防であれば、当該組合ということになるかと思います。

(〇〇委員) 市町消防局、局長ですか。

(室長) 消防局長も市の職員でございます。

(〇〇委員) 行政としてやるということですか。

(室長) 行政としてやるということです。

(〇〇委員) 市長、首長さんの責任下で導入するということですか。

(室長) はい。

(〇〇委員) それはどこかに書かなくていいですか。実は、この報告書は、誰がやるかについての主語がないのですよ。

(〇〇委員) 消防だけではなくて、これは多分ウェブとか、いろいろあると思うので、もっと上の、首長さんなのかと僕は勝手に想像しながらやっていたのですけれども。

(〇〇委員) その辺、やっぱり文言の中にはっきり書き込まないと、だれが責任を取ってやる仕組みなのかということが。

(〇〇委員) ただ、今、この枠組みは、消防法の枠を超えていないので、消防法では救急業務は市町村長の責任ですよね。だから、市長さんなら市長の最終責任です。

(〇〇座長) 専門官が最初に言われた、現行の法令の中で云々というのはそういう意味なのでしょう？

(室長) 現行の改正消防法を前提にしてやっていこうということでもありますので、市町村消防で消防の責任は首長が、市町村長が負っておりますので、その旨は書きたいと思っております。

(〇〇委員) 大事なことは、今、単純に言えば、国賠法ですから、それは上に首長さん

がいるのは当たり前ですけれども、要は、そのときに一番問題になるのは……。

(〇〇座長) 国賠法って国家賠償法ですね。

(〇〇委員) 国家賠償です、業界用語ですみません。

問題はそうではなくて、そのときにエクスキューズとしては、例えば、事後検証、きちんとやって検証していますとか、さっきの室長のお話だと、今回は、実際にそれを施すかどうかは別にして、基準が妥当かどうかのチェックをしていますという、そのレベルですから、今回、調査自体は問題になる可能性は少ないのですけれども、実際、運用するとなると、今の問題が出てくるから、実は、事後検証をしっかりしていて、チェックしていますというようなエクスキューズも必要だし、それから、救急隊員や指令員に対する教育をどこまでしていますかということも、きちんと担保するような協定書なり取り決めをつける必要はあると思います。

なおかつ、一番問題は、さらに口頭指導の部分が入って来ますから、総務省消防庁は口頭指導をしろと言いますけれども、これは一番危険で、私も現実に関心しているものは、例えば、死戦期呼吸などというのは、素人は分からないのに、「呼吸はありますか」と聞かれたら、「あります」と答えてしまった、その場合に誰が責任を取るのですかという問題が実際に起こるわけです。そういう意味では、その辺のきめ細かいルールもいずれは作っていかないと、要するに、電話の、顔の見えない、レベルもわからない人に対して、市民を巻き込むようにすると出てくる話ですから、そこまで考えないと、実はこれは本当に恐ろしい話で、そうでなかったら、横浜市みたいによほど徹底して周知する広報を尽くさないとかかなり危険です。恐らくコールトリアージに関しても、〇〇委員はご存じですが、ある企業がやって、いろいろな事情でやめてしまいましたよね。つまり、そういう問題が法の規制の中で出てくると思いますので、その辺も慎重にやっていただきたいと思います。

(〇〇座長) 先ほど〇〇委員が教育の話をされましたよね。冒頭に〇〇委員が資料1の5ページの表が疑問だとおっしゃいましたが、これをぱっと見ると、右のほうからいくと、医療機関はもちろん教育もありますし、それから、救急現場における救急隊員の教育という意味では、教科書もありますし、体系的な教育になっていると思います。ところが、搬送体制の選択はいいとしても、119番通報の部分の教育のことを先ほどおっしゃっているのですよね。実は、東京消防庁でやっている電話相談の部分も、〇〇委員を中心に、大変しんどい作業をされているという実態がありますよね。単に医学的なことだけではなくて、言葉の使い方から始まって、大変な教育をされているわけです。声の調子と、

言葉の内容を理解しながら、瞬時に相手様の社会的なことまで想像しながらというふうな意味では、119番通報の部分の教育というのは、こういうふうなことを社会の仕組みとしてやっていくという意味では、消防機関の学校なども、いずれ社会全体を見据えた上でのカリキュラムのあり方みたいなことになっていくのではないかと思いますのですけれども。

そういうことはありそうな気もしないでもないのですが、今のままではどうもだめかもしれないというか、救急隊員がそのまま119番通報プロトコルの台にいればいいという問題でもなさそうです。しかし、その辺り、教育にしっかり携わっている方たちで何かご意見はございますか。〇〇委員も学校に行っていますよね。

(〇〇委員) 学校にも行っていますけれども、やはり救急隊員、救急救命士が指令台に参与しているのはごく一部の消防本部しかないというのが実態です。それから、今現在、東京消防庁で軽症者に関するコールトリアージの作業をしている中で、私自身がワーキンググループの長として、東京消防庁の救急部と、それから指令のほうの警防の方を交えて何回もミーティングをしていますけれども、非常に温度差が大きいです。全国的にということであれば、これは恐らく室長のレベルではなくて、長官、次官というレベルで、消防庁として取り組むということで、それは救急企画室がやりたいからやるのではなくて、省庁としてこういうふうなことで全体としてやるのだということで、そちらの指令に当たる方に関する教育プログラムをきちんと励行していくことを考えていかないと非常に厳しいと思うのですが、そこまで踏み込めるかどうかというところが1つのポイントなのかなと思います。

(〇〇座長) 東京消防庁で指令している人たちは、警防部ということになると、救急車が4つの車輪で走っているということ以外には知らなくてもいい、そういうレベルですか。

(〇〇委員(代) 〇〇様) それなりの教育はきちんとやっておりますが。いろいろと貴重なご意見を伺わせていただいて、ありがとうございます。

まず、訴訟の問題についてですけれども、あくまでも東京消防庁がやっている業務について、いろいろな訴訟があった場合にはすべて、先ほどお話がありましたけれども、法律上は都知事ということになりますが、基本的な対応については、まず苦情の電話1本から始まって、受付を含めまして、すべて東京消防庁のほうで自分でやった業務については責任を持って対応させていただきます。

各段階におけるトリアージにおいても、先行しているということもございますけれども、すべてオーバートリアージという形で、〇〇委員からもお話がありましたけれども、重症

の患者を見つけていくということよりは、より安全な、軽症の患者からまず当たるということで、今回の 119 番トリアージにつきましても、非常にオーバートリアージのところからスタートさせていただいております。

あと、119 番通報につく方々といいますか、指令室員ですけれども、実は、昔、東京消防庁は、救急を受ける 119 番通報と災害対応の 119 番通報を違う部署でやっている時代がございました。これだけ救急についての専門的な知識が必要だということになると、今、東京消防庁では 119 番を取る者が、火災であろうと、救急であろうと、1 人の人間が取っておりますが、振り分けした後、「火事ですか、救急ですか」、「救急です」と言った瞬間に、場合によったら救急の専門の方が取るような形で、そこで、ここにも書いてありますけれども、急ぐべきは急ぐ、急がなくていいものは待ってもらうというようなスタンスの中でどう振り分けるというプロトコルを実施していくというような形になってくると思います。

その後、部隊運用で救急車、あるいはポンプ車と連携させるのか、ドクターカーに連絡をして出場するのかという、赤いといいますか、救助だとか火災とは違う形での部隊運用というようなものの分けがこれから出てくるのかなと。それについても、今すぐというわけにいきませんので、これからいろいろとデータを集めながら、より安全な形での対応がどこまでできるか、これは公的な組織としてどこまでできるかということを考えながらやっていく必要があるのではないかなと。

先ほど試験的な運用につきましても非介入というお話がありましたが、実は、119 番通報時でのトリアージにつきましても、非介入における試行を少しやらせていただいたのですが、どうしても実際の方を入れますと早く出さなければいけない、早く聞いて、救急車を出す、けれども、受けている者がどこまでチェックできるかというものを事前にやらせていただいて、その検証を繰り返しながら、実際に運用するという段階をいつにするのかということについても、1 年ぐらいかけて検証していこうかなと、東京消防庁では今、考えているところでございます。この辺のところにつきましても、〇〇委員初め、各先生方のご意見を聞きながら、オーバートリアージといいますか、慎重に進めているというのが現在の状況でございます。

(〇〇座長) 〇〇委員のお話は、警防部というのと、それから救急部という組織があったときに、119 番通報の指令センターにおいて、いわゆる振り分けをしようと思うと、警防部の傘下に入っていると、勉強プロセスが進まない、そういう意味ですね。

(〇〇委員) 消防本部によってみんなそれぞれ仕組みが違いますので、全く一概には言

えないのですけれども、ただ、通信指令のところでは、もちろん災害の対応だとか、火事の対応だとかということも非常に重要ですので、そういうふうなことが基本的には重視されたメンバーと運用がされているということが多い中で、いわゆる救急活動をしている部門との間のすり合わせが必ずしもうまくいかないという実態があるということです。

(〇〇座長) これは、ほかの消防本部も似たりよったりということではよろしいのですか。

(〇〇委員) はい。横浜も、大都市は同様なのかなというふうに思います。委員の言いたいことの補足かどうかかわからないのですけれども、私も、実際の教育プログラムを策定するに当たって、119番をやる場合は普段組んでいない部署の方とやることが多いのですね。ですので、全組織的にこのようなプログラムをやっていくのだという大前提がないと、我々も組みにくくなります。横浜は、幸い、救命士の参画が指令課の中に比較的多いものですから、完全に完成されたものではないのですけれども、先行して指令課の方々用の聴取の仕方を含めたプログラムを組んではいるのですけれども、救命士の方や、もともと救急課の方がおられると、非常にプログラムなどは策定しやすくなるのですけれども、そういった内部のメンバー構成によって影響を受けるのではなくて、ルールとしてこういったプログラムをやるのだというのが大前提にないと、なかなかこれは普及しづらいだろうと思うので、ぜひ考えていただきたいと。

(〇〇委員) 今の関連で、通信指令の話が出ましたので。非常に根本的な問題ですけれども、最終的にこの救急業務というのは、病院を選定して搬送が終わるまでの業務なので、病院の選定というのが、今、現場の多くは隊運用でなされているところが多いですね。消防法の改正があって、病院からリストをいただいて、そのリストに応じた搬送先を決めていくというのも、現実にはほとんど隊運用でやっています。実は、この前、ドイツ等に行ってみ学したときに感じたことは、病院の情報というのは、今はオンタイムにインターネット等で見る、それが通信指令も、場合によっては隊員も小さな端末を見ることは可能ですけれども、非常に通信指令の情報の収集と病院、いわゆる病院選定の指示というのが、ヨーロッパは非常に強く押し出されているのですね。日本は、どういうわけか隊任せというところで運用されています。そのために、搬送の受け入れが困難だというときには、隊が右往左往しながら病院を選定しているという実態がありますよね。

私が何を言いたいかというと、今たまたま通信指令の話題になりましたので、通信指令に、緊急度の判断だけではなくて、病院情報なり、病院の選定なり、あるいは隊からの情報をバックさせて、そこでドキュメンテーション、いわゆる将来的ないろいろな記録も含

めて、通信指令の強化というところ、あるいは合理的な強化を図ってもいいのではないか、これはかねがね思っていることなのです。そうすることで、もっと隊は働きやすくなります。要するに、傷病者に対して救急救命処置をしたり、あるいは応急処置をしたり、搬送中の安全を確保するための、行動を起こしたりすることがもっとできるわけですね。

今は、ほとんど隊にいろいろなものを、文書まで、最終的な記録まで押しつけていますので、本当のことを言うと、非現実的なところまで来てしまっています。これは今日の話からちょっとずれますが、話をもう少し大きくして、消防庁の中で機会があれば、救急業務と通信指令のあり方のいわゆる力というか、合理的な運用の仕方というのを1度整理されたほうがいいのではないかというのを、僕はかねがね思っていたので、話をさせていただきました。

(〇〇座長) 病棟で僕たち、医師とナースがいた時代と、それから、文書などの作業のためにクラークが上がってきましたよね。薬剤師が上がってきたり、栄養士が上がってきたりするの、ちょっと意味が違いますけれども、少なくとも現場にいる救急隊員が患者さんのことについてのみ頑張れるというふうな仕組みがあって、それで、本部がそれを支えると。今言った文書のこともそうでしょうし、病院探しもそうかもしれませんが、そういうふうなことがより進むという、そんな景色ですかね。

(〇〇委員) そうするといいのかなと思うのですね。大阪でも、いろいろなトライアルがあって、例えば、スマートフォンを持たせたり、端末を持たせて情報を取る、あるいは、そこで記録したものをに入れていくというようなトライアルをやっていますが、正直言います、そういうことをすると、傷病者をしっかりと手当てすることは、これは不可能なのです。私がかつてドクターカーを運用していたときに、ドクターカーに出た人間には、処置や記録は、通信で救急救命センターに待機している看護師に口頭で報告させて、記録は全部救急救命センター側で取らせて、出て行った医師と看護師は患者さんに対してやることだけはやるというルールでやっていたのですね。ドクターカー1つとっても、そのほうが非常に効率がいいわけです。救急隊員も基本的には同じで、せっかく出て行ったのだから、処置は専念しないといけません。しかし、その記録等は、今、声の音声だけでもいいから通信指令に返すなり、別途、通信指令員が忙しいというのであれば、その記録だけをフィードバックさせる人間を通信員に置くというような、そういう組織図があってもいいのかなという気はしています。それはクラークと同じだと思います。

(〇〇座長) せっかくなので、消防本部からみえている方たちになべて聞いていきます

のでよろしく。

(〇〇委員) 仙台市消防局です。まず、組織の面につきましては、仙台市では4月からこれまで指令課というところが、防災安全部と申しまして、そちらから救急隊を所管する、救急課を所管する、旧警防部のほうに編入されるという、大きな組織改正がありまして、その中で、指令課も救急課と同じ土俵につくという形で、これまでは部が違って、多少その弊害があったということで同じに。部が違いますと、なかなか言いたいことも言えないということも現場ではありまして、やっと同じ部になって、ちょっと言いたいことも言えるかなという土俵になりました。

それから、〇〇委員がおっしゃったことは、もう本当に、私も指令課で2年ほど経験していましたし、現場の救急隊も長くやっております、指令課にいた時代には、現場の救急隊は何が一番かという、病院が決まっているということが一番安心して処置もできるし、専念できるということがありまして、指令課にいた時点では、顔の見える先生方の中で、電話で事前に手配して、救急隊のほうには、「もう病院は手配しといたよ」と、すごく感謝されていたという、そういうこともできましたし、そういう体制が、それから、仙台では、「救命コール」といいまして、赤と判断したら、指令課のほうで病院の選定を行いまして搬送する、それについても救急隊は非常に重宝している、そういったこともございます。

あと、ついでと言うのはあれですが、先ほどの救急隊員に通信指令員の教育、受付の話になりますが、仙台でも、受付時間を早くということで、30秒以内に出せというようなことで、出してしまってから、後追い情報でいろいろな情報を聞いてということでやっておりますので、この検証の部分については、出してしまってから、後からいろいろな情報を聞くということで、実際、私もやっていた中では、この検証の内容は網羅できるのかなということで感じております。

それから、指令課員の教育、これもやはり必要だなというのは、指令課に行きまして思ったことですが、今、仙台指令課員に辞令が発令されますと、3日間ぐらい研修を行います。それは、機器の操作だけの研修で、実際的なこういった医学的なものはしていないという、OJTで、中に入っている救命士からメディカル的なところは研修を受けるというのが現実でありまして、まとまった教育、消防学校などでの教育、そういったものの必要性を私は感じております。それから、教育をただけではなくて、指令課員にそういったポテンシャルを与えてやるというのも、1つのモチベーション維持のためには今後検討し

ていってはいかがかなということで考えております。

以上です。

(〇〇座長) ありがとうございます。

〇〇委員から。

(〇〇委員) 補足ですけれども、まず、消防本部に関しては、ここに来ている消防本部の方は、皆さん、政令市以上の消防本部ですので、今の指令課員、センター員というのは、独立してそこで専属でやっている職員を前提として話していますが、実態としては、全国の8割以上の消防本部はそういう状況ではなくて、通常の現場勤務している人が交代で指令台についているということです。その教育というのを徹底しようと思った場合には、状況によっては全消防職員に必要になってくるというようなところを想定しないといけないのかなと思っています。

それと、このシステムができ上がったときに、どこまでそれが浸透していくかという話で、実は、実施機関である我々にとってのセーフティネットというのがあれば、あっという間に広がると思うのです。やろうと思ったときに、こういうのが来た、「それは理想としてはいいけれども、だれが責任を取るの」という議論に必ず帰結して、「最終的にこのプロトコルは国が責任を持ちます、だからやってください」と言われればあっという間に全国に広がると思うのです。ですので、これは〇〇委員にもお伺いしたいのですけれども、仮に、これができた場合、もめたときに消防にとってどれぐらいの対抗能力があるのかというところが気になるころではあります。

(〇〇座長) 道義的には、最低限、総務省消防庁は責任があるというのはわかりますけれども、法的にどうかということになると、また結構な“あや”があるのかもしれない。

(室長) プロトコル自体は総務省の責任で示しますので、プロトコルの責任は私どもにあると思いますが、恐らく現場で運用するのは各本部でありますので、現場のオペレーションについては、やはり本部で責任を持っていただくということが必要かなと思っています。

(〇〇委員) すべて消防庁から来るのはそういう形で来ますので、これはもうそもそもの制度の問題であろうかと思いますので、そういったときに、実際これをもってどこまで戦えるのかなというのがあります。

(〇〇座長) お隣は〇〇様ですね。

(〇〇委員(代) 〇〇様) 横浜市でございます。先ほどからうちの名前もかなり出てきて、黙っていて申しわけありません。

指令の関係ですが、先ほど〇〇委員がおっしゃっていた、救急隊のサポートを指令センターでというお話ですけれども、現場の救急隊からすると非常にありがたいところですが、今、実態として、指令センターのほうで、当然、指令課員は 119 番通報を受け、あと、電話を受ける者と、それから無線通信で消防隊、救急隊に指令を出す者がありといったことをやっておる中で、さらに消防本部の規模にもよると思うのですが、横浜でいいますと、救急隊は 62 隊ある中で、日中ですと、20 隊から 30 隊ぐらい同時に動いているという状況がありますので、そのすべてを指令センターでサポートするというのは、なかなか現実的に難しい部分があるかと思います。同時に、いろいろな段階はずれがあるとは思いますが、今の人員でやっていくのは非常に難しいものがあるかとは思いますが、

それから、ちょっとさかのぼりますけれども、コールトリアージにつきまして、横浜で現在やっております。先ほども、この項目を全部聞いていて時間がかかってしまうというところがありますが、横浜は、今の中では、こちらのほうに上がっていた内容はすべて聞き取っているという状況になります。ほかからもお話がありましたけれども、重傷者については、すべて聞く前にもう出しているの、軽症者の方は時間がかかりますけれども、重症の人は早く出しているという状況です。時間的には、細かいデータは持っておりませんが、C P A 等ですぐ出す場合と、軽症でなかなか引っかからなくて、ずっと聞いていますと、1 分以上の差があるような状況にはなっています。

あと、指令管制員の教育ですけれども、先ほど〇〇委員のほうからもご紹介はありましたが、指令課の中で教育体制を組んでいまして、MC のほうで監修していただいたプログラムにのっとって、大きく 2 つのプログラムをやっております、1 つは、救命士の資格者が受ける上級のコースがありまして、これは 40 時間程度ですが、自分の知識に加えて、指令管制員の聞き取りに必要な教育を直接、指導員の先生から講義を受けるという内容です。この者は、さらにその下の標準的なコースの講師となりまして、これは 100 時間以上あったと思うのですが、救急資格者以外の者も指令管制のほうにつきますので、誰が当たってもできるようにということで、基本的な医学的な解剖生理ですとか、そういうところから始まって基礎的な知識をつけさせて、それで一人前の指令管制員として台につくと。ですから、1 カ月以上、1 人立ちするまでにはかかるというような状況で、今、運用している状況です。

以上です。

(〇〇座長) 1 カ月ですね。

(〇〇委員(代) 〇〇様) 1 カ月以上かかっていると思います。機械の操作もちろん研修を受けるのですが、それ以外に医学的な知識もないとトリアージはできませんので、ですから、すべて、救命士の者もいますけれども、救急資格者もいますが、何の資格のない者も当然、異動で来ますので、それが全部同じレベルでできるようにということで指導しているという状況です。

(〇〇座長) 何も資格がないといっても、消防学校は……。

(〇〇委員(代) 〇〇様) 大変失礼しました。消防学校は出ていますけれども、もともと救急隊に乗るための資格が必須ではなかったのです。ただ、ここ2～3年は、消防学校の中で救急の資格を取らせるようにしていますので、今、学校を出てくる者はすべて救急資格を持っているという状況です。

(〇〇座長) ありがとうございます。

〇〇委員、いかがでしょうか。

(〇〇委員) 堺市でございます。

今、皆さんが述べられたとおりですけれども、実際問題としまして、さっき言われたように、我々は政令市の消防でございますので、通信指令課員という形でおりますけれども、小規模な消防に行きますと、自分で電話を取って自分で出て行くようなところもあるかと思いますので、消防全体の教育ということにはなると思います。ですから、ここでそのあり方ですけれども、そういう指令のあり方についても示していただければ、その理想に近づくように努力はできると思います。

あと、訴訟の問題ですけれども、これをするからではなくて、今でも口頭指導とか、いろいろな現場の中でそういうのはたくさんございますので、今に始まった話ではないということだと思います。

(〇〇座長) ありがとうございます。

今、横浜が1 カ月ぐらいと発言がありましたけれども、そういうふうな勉強プロセス、1 カ月コースというのがあれば、それはそれで役に立つという感じでしょうか。

(〇〇委員) とりあえず理想形を示していただければ、それに向けてのそれぞれの消防本部で努力はできると思います。ただ、それをかけられるか、かけられないかは、それぞれの消防によって変わってくると思います。

(〇〇座長) ありがとうございます。

まだ発言されていない……。全体をまとめて、いろいろとおありかもしれません。

(〇〇委員) いろいろお伺いしまして、やっぱりアンダートリアージの問題は非常に難しいと思っています。私も、今、担当している1、2次救急のほうを見ていると、例えば、舌がちょっとしびれると言って来られた患者さんで、CTを撮ったらクモ膜下出血を起こしていたり、19歳の男性で、めまいがすると言って来て、最初は神経所見も何もなく、1度帰してしまっていて、その後、また来られてみたら小脳出血を起こされた、あるいは、下痢の初発で来て、経過を見て、念のために入院させたら、上腸管膜動脈の血栓症で緊急手術になった、そういうケースはどうしてもあります。今これまでの数万件の患者のデータを解析しているのですけれども、そういったところからアンダートリアージを防げる手立てが、解析できたらまたご報告したいと思っています。

(〇〇座長) ありがとうございます。

0.00 何とか%というふうなことで、〇〇委員の今のお話のような施設からのご発表は時にありますので、やっぱり大事なのではないかなと思います。それも含めてオーバーリアージの件が展開していくのだとは思いますが。

(〇〇委員) ちょっと話題をかえて、一言だけ。

まず、ディスパッチャーというのはアメリカでは国家資格ですね。ここで使われているアメリカのプロトコルも、その国家資格を持ったディスパッチャーが使うことを想定しているもので、こちらとなじまない部分はあると思います。ただ、どういうふうに着目してはめるかというのは、今いろいろなこともあるし、将来にわたって、これは消防庁の責務だと思います。

もう一つ、今年度、別の省庁の実証実験で、CPASの一部を抜き出してプログラムをつくって、救急隊員に現場で打ってもらいました。入力するのが面倒くさいなどのいろいろな感想があるのですが、人力で救急隊が紐解くわけにはとてもいけないので、入力アルゴリズムをプログラムにする必要はあるだろうということです。1回入力したら、その情報に変質しない、例えば、報告のたびに情報が変わるということがよくありますが、そういうことがないので、情報の信頼度は上がる、そういう感想をもらっています。ですから、実際にやる場合には、そういう形にする必要があるのではないかという、この2点のコメントです。

(〇〇座長) ありがとうございます。

C P A S 云々は、〇〇委員のご発表によると、岐阜のほうでおやりになっている、あれの話ですね。

(〇〇委員)　そうです。

(〇〇座長)　わかりました。場合によっては、見学に行くなり何なりはあっていいのではないかという気はします。

それから、資料2でスケジュールの話をされましたけれども、検証するに当たっては、当然のことながら、医療機関でのデータも入れ込む形は、ちょっとしつこいですが、それでいいのですよね。

(室長)　実証地域におきましては、私どもから地域の医療機関にご説明に伺いまして、理解を得た上でデータをいただきたいというふうに考えております。

(〇〇座長)　資料1の最後のページは、じいっと見ると、医療機関のところが点々になっているのですよね。心のこもった実線ではないというのがちょっと気になって。

(室長)　このところは、将来像ということで、全国をベースにつくっていますので、消防庁として医療機関のところまで書くのはどうかなということで点線にしておりますが、実証地域におきましては、私どもは国として委託をいたしますので、私どもの責任で医療機関のほうにお願いしていきたいと思っております。

(〇〇座長)　〇〇専門官、そこに座っていた方が、昔、こっちはだめという話があったように記憶しているのですけれども、今思い出しましたが。点々ではなくていいのですよね。

(〇〇課長(代) 〇〇専門官)　厚労省でございます。

なかなか答えづらいところがございます。1つには、このトリアージのあるべき姿の議論を深めていただくこと自体は、厚労省はもちろん賛成しておりまして、我々が所管しております救急医療相談センター事業であるとか、#8000番で協力できるところはあるのではないかということについても、今後も相談していきたいというふうには考えています。

片や、1つ、実施基準が始まりまして、それについて運用が始まって改変、意見交換、勉強会等も始まって、正直申し上げますと、我々の感想では、医療機関への実施基準の運用についてまだまだ浸透が十分図られているとはちょっと考えられないのですね、今後、図られるべく働きかけは続ける必要があるとは思いますが。そのような段階で、このトリアージの運用自体がまた入ってくることによる医療機関としての混乱というか、整理というのが1つ必要ということ。あとは、やはり通常業務でかなり疲弊しきっていて、

さらにそれぞれの救急医療機関、医療機関の中ではいろいろなデータ収集であるとか分析も行っている中で、さらにそれに加えて検証のためのデータ収集と提出ということに耐えられる医療機関、体力のある医療機関がどれくらいあるかということについても、我々も慎重であるべきというふうに考えております。

もろ手を挙げて、必ず協力します、賛成ですということについては、まだ答えが出せていないので、今のところ、一応、点線にさせていただいておりまして、協力できるところで協力するというので、この最後のページにも、「地域の実情に応じて改変」であるとか、一番下の※に「医療機関の負担とならないような検証データ収集の方法について検討が必要」という言葉を追加していただいたというところでございます。その辺の事情をお酌み取りいただければというふうに思います。

(〇〇座長) でも、トリアージに関しては、保険診療の点数に収載されましたよね。

(〇〇課長(代) 〇〇専門官) 院内トリアージに関してはそうですね。

(〇〇座長) ですから、入り口のところで、赤だ、黄色だというふうなプレゼンテーションの方法はさておいても、そういうようなことをやろうということに関する、そういう意味での医療機関側からの積極性は、以前に比べれば、前向きになるのではないかなと想像はするのですけれども。それでいいですね。

(〇〇課長(代) 〇〇専門官) 我々も同じ意見で、そう思っております。そこに対して救急搬送と院内トリアージの整合性が図られるところでは図られてもいいと思うのですが、院内の診療科のバランスであるとか、体力であるとかで、そこに一致できない事情というのも、医療機関ごとによって変わっておりますので。

(〇〇座長) 事情はさておいても、そういうふうな国の仕組みが、方向性としてあるということはいいいことではないか、そういう発言です。

あとは、病院へのブドウ糖と酸素は先生たちがたくさんくれないと困る。ということでもよろしく。

そういうことで、最後に、あと何かございますか。

今日が本年度の最後ということになって、ちょっと忘れないうちに。この報告書そのものは、今日は案ということで、総論の肝の部分、最初の直球で入ってきましたので、そういうふうなことも含めて事務局にまとめてくださることを期待するところです。今後また皆さんに集まっていただくというのも大変なことになりますから、とりあえず23年度の報告書については座長に任せていただくということでやっていいですよ。どうしてもメ

ールで見せろというのであれば、見せることにはなると思うのですが。〇〇委員とか、これを作成するに当たって、いろいろなことでこれからも聞かなければいけない部分が出てきますので、それはさせていただきます。しかし、まとめるにあたっては、事務局・プラス〇〇・プラスアルファというところでオーケーでいいですね。

では、そういうようなことで進めていきます。年度末までに頑張らないといけないというようなことだと思います。

(3) その他

(〇〇座長) あと3分あります。事務局から事務手続き的なご発言を賜るのだと思いますが、いかがでしょうか。

(専門官) それでは、本日、活発なご意見、ご議論いただきまして、誠にありがとうございます。本日、最後でございますので、審議官よりご挨拶申し上げます。

(審議官) それでは、今年度のこの検討会の最後の会ということで、一言ご挨拶させていただきます。

今日もこの検討会にご出席いただきまして、また、これまでも大変お忙しい中で、とても大きな時間をこの作業のために快く提供していただきましたことについて心から御礼申し上げます。

振り返ってみますと、検討会の発足当初のころは、昨年のちょうど今の時期、東日本大震災後のいろいろな出来事を踏まえての検討という視点から、災害時のトリアージのあり方についてという議論も一通りさらっていただきましたが、その際に、そういった災害時に対応していくためにも、平常時、大災害がない局面における、しかし、個人の目で見れば、1人ひとりにとって救急の事態が起きるということは、その人にとっては災害みたいなものでありまして、そういう日常起きている事態についての緊急度判定の考え方とシステムの整備していく、その議論をきちんとやっていくことが、まさに災害時のためにも役に立つというようなご整理、ご示唆をいただいて、それに基づきましてその後の議論を進めさせていただいたと理解しております。

また、今回は、特に、大変具体的なプロトコルの策定といったようなことに関しまして、ワーキンググループ、大勢の方にそれぞれご参加いただいて、熱心にご議論いただき、**ver. 0** というところまでたどりついていただいたということも、心から敬意を表し、感謝を述べさせていただきます。

この報告書（案）の今日の議論を通じまして、改めて何のためにやっているのかという点をもっと分かりやすくきちんと伝えるように、思っているだけではだめで表現しないとだめと、そのとおりのご指摘をいただきましたので、そこは今日のご議論をとりわけ参考にさせていただきながら、また具体的な文案等については座長とご相談させていただきたいと思っています。予告編的にちょっとだけ、私が今日伺っていて感じましたところを少し述べさせていただきます。間違っていたら、またいろいろ、追ってメール等でご意見をいただければと思っているのですけれども。

要は、先ほど〇〇委員からのミスマッチの解消というようなキーワードをもうちょっと正面に出していくべきだというご指摘、ありがたいと思ったのですけれども、ミスマッチというのは、何と何のどのミスマッチを問題視して、一生懸命この大作業をしていくのかというところを、私なりには、今の報告書の4ページのあたりで、冒頭で、時間が延びてきていますねということ、それを問題というわけではなくて、延びている時間の中に、緊急度が高いのに延びているという人がある、そのミスマッチの部分が一番問題なのではないかというふうな一応の理解をしております、その部分をもうちょっとはっきり伝わるようにしていきたいと。需要が増大していくことは、高齢化が進んでいく中でどうしても避けられない、何が問題かという、それにオーバートリアージで全部対応できるだけの医療提供体制というのを整備していけば、結果的にいいのかもしれませんが、それは資源の割り振りからできないです。あるものの中で、本当に必要な、緊急度が高い方をより見分けて、そこを一生懸命早く行くというところが、基本の目的だろうというふうに考えていまして、もっとはっきりと打ち出したいと思っております。

また、その際に、その方法論、それを実現していく上でも、〇〇委員がご指摘くださいました、人任せではなくて、住民自身がそういった意識も持って、かつ中身も知ってやっていくということが必要でございますし、また医療全体のあるべき姿として先年から打ち出されております、住民自身、患者自身と医療側との協働、コラボレーションでやっていくということが、本来新しいパラダイムなのではないかという議論の流れにもなっているということでもある、そういったような理解をさせていただいております。今日のお話を通じて、それをもっと明確にさせていただいた上で次につなげていきたいと。

目的で、なるほどと思っていただけないと、こんな大作業を快く、「じゃあ、うちの本部でやります」とか、「うちの住民に説得して、医療機関にお願いして」、皆さん、お忙しいわけですから大変なところかと思えますけれども、その目的、入り口と出口というので

しょうか、そこはよりはっきりさせながら、ご理解をいただいて、この 24 年度の次のステップとしての実証検証に進ませていただきたいと思います。と思っています。

また、この実証検証を進めていく中でも、様々な課題は当然出てこようかと思っています。とりわけこれに関係していただいております皆様方には、今後とも社会全体でこれを共有していくことに向けた実証検証、また、その後の展開につきましても、引き続きお知恵、お時間を賜ることをお願いさせていただきまして、今年度の最後の会のご挨拶とさせていただきます。本当にどうもありがとうございました。

(〇〇座長) どうもありがとうございました。

(専門官) それでは、本日、どうもありがとうございました。

次年度でございますが、実証検証と ver. 1 の策定を行い、消防本部にお示しするという作業が待っております、来年度の進め方等につきましても、改めて各委員の先生方にご連絡を差し上げますとともに、引き続きご指導のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

以上で、第 4 回社会全体で共有する緊急度判定体系のあり方検討会を終了させていただきます。ありがとうございました。

〔了〕