

救急業務におけるトリアージに関する検討会
報告書

平成19年3月

総務省消防庁

目次

はじめに

第1章	本検討会に課せられた課題.....	5
第2章	わが国における救急に関するトリアージの現状.....	7
第3章	コール・トリアージ・プロトコル作成にあたっての基本的考え方.....	10
第4章	コール・トリアージの検証結果とその問題点.....	15
(1)	判断の適確性 —— 「赤」と「赤以外」について.....	16
(2)	判断の適確性 —— 「黄」と「緑」について.....	37
(3)	判断の迅速性.....	39
(4)	プロトコルの対象範囲 —— 「緑」以前の事案について.....	40
第5章	今後に残された課題とその方向性.....	42
(1)	トリアージ・プロトコルの改善に向けた課題.....	42
1)	「赤」と「赤以外」の選別にあたってのアンダートリアージの克服.....	42
2)	「緑」に選別されるべき事案の拡大の可能性の検討.....	42
(2)	救急事案に該当しないもののトリアージへの取込の検討.....	43
(3)	判断時間を短くすることのさらなる検討.....	44
(4)	トリアージ・プロトコルの運用にあたっての指令員の能力向上.....	44
(5)	トリアージに伴う救急隊の運用にあたっての論点整理.....	45
(6)	住民の合意形成に向けた課題.....	45
(7)	トリアージに伴う法的責任に係る論点の整理.....	46
(8)	供給力の増強と受入医療体制の整備.....	47
第6章	まとめ.....	48
	救急業務におけるトリアージに関する検討会 委員.....	52
	救急業務におけるトリアージに関する検討会 設置要綱.....	53

補論1 救急車と正義

補論2 トリアージ・プロトコルの策定方針について

はじめに

消防機関の行う救急業務は、昭和 38 年に法制化されて以来その体制が逐次整備され、我が国の社会経済活動の進展に伴い国民にとって必要不可欠な行政サービスとして重要性が高まっている。

一方で、救急車による救急出場件数は年々増加し、平成 17 年中には 527 万 7936 件と 10 年間で 1.6 倍に増加しており、最近の社会経済環境の厳しさなどを背景に、需要増加に合わせて救急隊や救急隊員の充実を図ることが困難なこともあって、需給ギャップが拡大しつつある。

これらの結果、救急要請時に直近の救急隊が既に出場しているため、より遠方の救急隊が出場することなどにより、現場到着所要時間が徐々に遅延する傾向にある。

今後も、少子高齢化のさらなる進展や住民意識の変化などに伴い、救急需要が増加し続けることが予想され、地域によっては、さらに現場到着所要時間が遅延し、救命率に影響がでることが危惧されている。

そこで、消防庁において平成 17 年度「救急需要対策に関する検討会」が開催され、救急需要の増加に対する対策として、以下の提言が行われた。

1. 直ちに取り組むべき対策

- (1) 頻回利用者への個別指導と毅然とした対応
- (2) 一般市民等への普及啓発の推進
- (3) ポンプ隊との連携の推進
- (4) 軽症利用者への代替措置の提供
- (5) 転院搬送業務への病院救急車の活用

2. 新たな視点にたった対策の検討

- (1) 119 番受信時等における緊急度・重症度の選別
- (2) ピーク・オフピークに応じた救急隊の編成

これらのうち「119 番受信時等における緊急度・重症度の選別」は、119 番受信時における指令室トリアージ（以下「コール・トリアージ」とする）と救急現場での傷病者観察を通じたトリアージ（以下「フィールド・トリアージ」とする）の両者を含むものであるが、特に前者については、わが国ではこれまで本格的に導入されたことがなく、昨年度の検討過程で試作されたプロトコルについても未だ実用に耐え得るものではなかったため「実用化に向けた試行を重ねることが必要」との提言が行われた。

これを受け、平成 18 年度、本検討会を開催し、救急要請時や救急現場に

おけるトリアージに関する諸問題に関して専門的な調査検討を行うこととなったものである。

平成 18 年においては、確定値ではないが、全国の 16 消防本部（政令指定都市と東京都特別区（事務委託団体に係るものを含む）のうち 12 消防本部において救急出場件数が減少している。この中には、軽症利用者への代替措置としての東京民間救急コールセンターの利用が 2,985 件（平成 17 年）^注 から 4,920 件（平成 18 年）^注 に増加している東京消防庁や、転院搬送業務における救急要請が 10,311 件（平成 17 年）から 8,498 件（平成 18 年）へと大幅に減少している横浜市安全管理局など、取組の成果として評価できるものもあるが、一方で、全国的に交通事故の発生件数が減少したこと（対前年比△5.0%：平成 18 年中の交通事故の発生状況（警察庁交通局））や、例年と比べインフルエンザの流行が小規模であったといわれていること等の要因が寄与している可能性も指摘されている。

中長期的にみれば、少子高齢化の更なる進展や住民意識の変化などに伴い、引き続き救急需要が増加することは十分考えられるところであり、一時的な救急需要の動向にとらわれることなく、将来に向けた対策を講じておく必要があるとの認識にたって、検討を進めることとしたものである。

注）平成 17、18 年共に 4 月～12 月までの総件数（コールセンターの運用開始が平成 17 年 4 月からであったので、両年の集計対象月を合わせたもの）

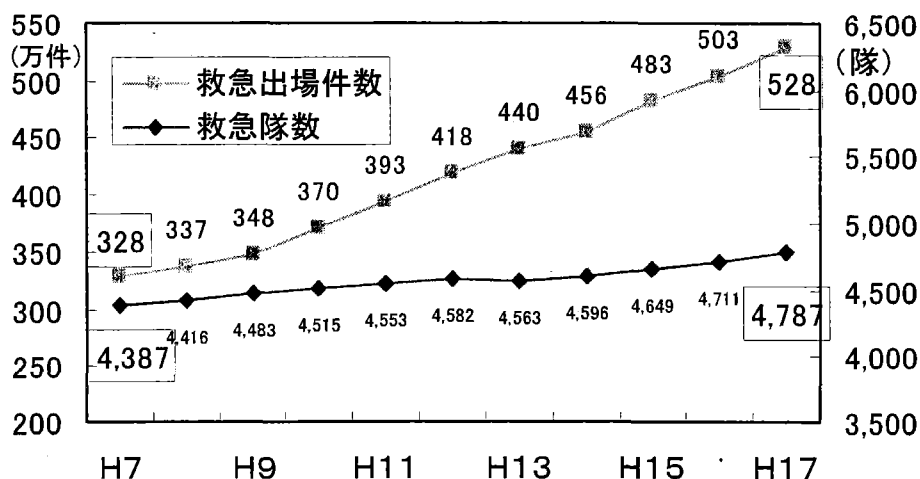


図 1-1 救急隊数と救急出場件数の推移（全国）

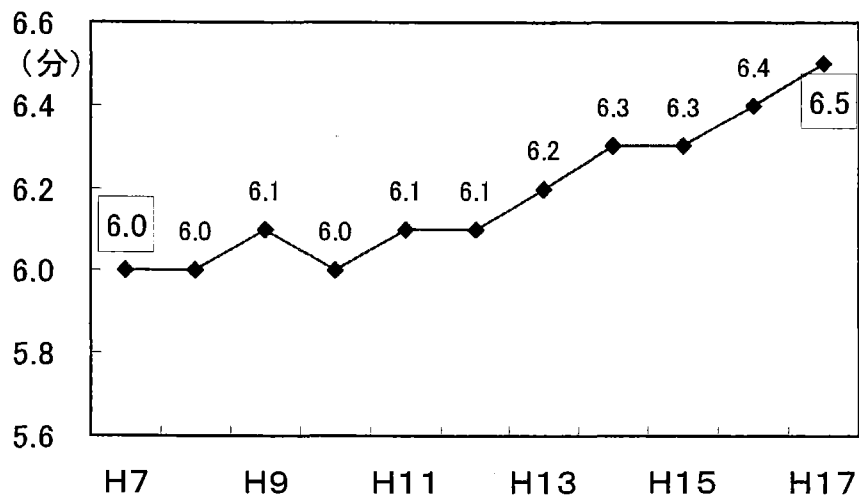


図 1-2 現場到着所要時間の推移 (全国)

第1章 本検討会に課せられた課題

トリアージは、阪神淡路大震災以降、徐々に国民の間に定着してきているが、本検討会においては、かかる災害時だけでなく、平常時における119番要請時や救急現場において、トリアージの考え方を取り入れる事が可能かどうか、どのような課題があるかを明らかにしようとするものである。

救急要請の中には、1分でも早く救急現場に到着し処置を行う必要がある心肺停止傷病者から、四肢末梢の軽微な外傷のように緊急度・重症度の低いもの、さらには、定期的な入退院、事前予約のある外来通院などそもそも救急事案に該当しないものまで様々である。これら様々な事案がある中で、救急業務の本来の目的である「救命率の向上」を目指すためには、緊急度・重症度の高い傷病者に対してより迅速・適確な対応を行うこととすることが効果的と考えられる。しかし、現状では、緊急度・重症度の別を問わず、救急要請の順に救急現場に直近の消防署所に待機している救急隊を出場させているのが通例である。

一方、少子高齢化、核家族化、地域コミュニティーの崩壊等の中で、救急需要が増加し続けると、真に緊急性を要する事案について、現場到着ひいては病院到着が遅れることとなりかねない。まさに、トリアージは「救命率の向上」と「公平性・公正性の確保」を求めるものであって、トリアージを実施しないこと自体が公正な医療資源の配分という観点から、医療倫理に反するといった指摘もなされたところである。

もっとも、問題がないわけではない。緊急度・重症度に応じた運用を行うには、まず119番受信時において、緊急度・重症度に応じて「あるべき現場到着時間」や「現場で必要となる処置の内容」を想定し、その内容に応じて必要な対応を選択することが考えられるが、あまり細かな選別をすると時間がかかりすぎたり、緊急度・重症度の高い傷病者を低いものと誤認する(アンダートリアージ) リスクが高まることとなる。

このため、コール・トリアージの段階では大括りなものに留めることとし、従って、逆にオーバートリアージの可能性は高まることとなるが、この点については、救急現場到着後、訓練を積んだ救急隊員による観察を通じたフィールド・トリアージによって補正されなければならない。場合によっては、観察の結果、救急事案に該当しないことが明らかになり、別途民間サービス等によるべきこととされる場合もあり得よう。

もちろん、医療機関搬送後のトリアージ等により、緊急度・重症度がさらに詳しく選別され、適切な医療処置が緊急度・重症度に応じて提供されるこ

ととなるし、さらに言えば、本検討会においてヒアリングを行った119番前トリアージを含め、一連の過程として、トリアージが実現されるべきものといえよう。

こうしたことを踏まえ、当初、本検討会に課せられた課題を整理すると、次の通りとなる。

- ① 実用化に向けたコール・トリアージ・プロトコル（案）の作成
- ② 実際の消防本部における救急要請事案を活用して、①による検証とその分析
- ③ ②の結果を踏まえ、早くかつ正確に選別することが可能なコール・トリアージ・プロトコルの作成
- ④ コール・トリアージ導入に向けた、指令員の能力向上、住民の合意形成等の課題の整理
- ⑤ トリアージに伴う救急隊の運用のあり方についての課題の整理

第2章以下で示すように、これらのうち①から③については概ね目途はたったものの、④については一部委員の指摘はなされたが十分な検討の時間的余裕がなく、⑤に至っては、緊急度・重症度が低い場合であってもサービスの切り捨ては許されないといった指摘はなされたものの、具体的な運用を類型別に整理し、課題を検討するといった作業はほぼ手つかずで終わらざるを得なかった。第5章でもふれるが、これらについては、類型別の課題の指摘にとどめ、引き続き適切な場での検討に期待したい。

第2章 わが国における救急に関するトリアージの現状

わが国において、コール・トリアージは本格的に導入されたことはない
と指摘したが、実態としてはコール段階を含め、何らかの選別を行うとい
ったことはこれまでも行われている。また、欧米諸国を中心に、現に特徴
あるコール・トリアージが実施されている。

(1) コール段階で取組の例

既に、指令室においては、通報内容から緊急度・重症度が高い事案かど
うかを判断して、心肺停止等が疑われる事案にあつては、消防防災ヘリや
ドクターヘリの出動を要請することや、救急現場におけるいちはやい応急
処置の実施のためにポンプ隊との連携出場であるPA連携、あるいは医師
派遣の要請等の運用が行われている。また、救急要請受信時の電話等を活
用した応急手当のための口頭指導を行うためには、この段階で心肺停止が
疑われる傷病者を選別する必要がある。この口頭指導に関しては、救急業
務高度化推進検討会報告書(Ⅱ)をもとに、「口頭指導に関する実施基準の制
定及び救急業務実施基準の一部改正について(平成11年7月6日消防救
第176号各都道府県知事あて消防庁次長通知)」により、口頭指導の実施体
制の整備促進を図るよう通知されている。

(2) 救急現場での観察

さらにフィールド・トリアージについては、緊急度・重症度に応じてよ
り適切な搬送医療機関を選定することが求められる。したがって、高次医
療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度判断基準を作
成し、救急隊員の医療機関選定の適正化及び観察判断の資質の向上並びに
応急処置の適正化を図ることを目的として「救急搬送における重症度・緊
急度判断基準作成委員会」(救急振興財団)において、平成16年3月に報
告書がまとめられている。本報告書は傷病者観察にあたっての判断基準と
して活用されている。

(3) 先進的な消防本部の取組

「第26期東京消防庁救急業務懇話会答申書」(平成18年3月)におい
て、コール・トリアージ及びフィールド・トリアージの両者の法的根拠の
明確化や社会的コンセンサスを得るための方策などについて答申が行われ
ている。東京消防庁では、本年度は、フィールド・トリアージについて、

救急車による搬送要否を含め緊急度に応じた搬送体制を提供するための基準について検証が行われている。当該基準に該当する傷病者に対しては、東京民間救急コールセンターの紹介などにより自己通院を促した上で同意が得られた場合に救急搬送を行わない体制の導入に向けた検討が進められている。

また、横浜市安全管理局においては、「横浜市救急業務委員会」の提言を受け、平成15年度から、独自のトリアージ・プロトコルの試作と試行を繰り返し実施するとともに、これに基づき、救急要請の緊急度・重症度に応じて弾力的に部隊運用を行うシステム（横浜ディスパッチシステム）の実用化を急いでいる。

（４）欧米諸国の取組

欧米諸国では、様々なコール・トリアージが行われている。病院前救護のあり方として「パラメディック方式」を採用している諸国についてみると、例えば、イギリス（ロンドン）では、現場到着所要時間の目標値に差を設ける体制がとられている。緊急度・重症度が最も高い事案（カテゴリーA）においては搬送機能を有した救急車（パラメディック1名以上）だけでなくパラメディックが乗車した自転車隊などで編成された緊急対応隊が出場している。一方、緊急度・重症度が次順位の事案（カテゴリーB）には、搬送機能を有した救急車（パラメディック1名以上）のみを出場させる。これらのカテゴリー別に、カテゴリーAでは「全体の75%を8分以内」、カテゴリーBでは「95%を14分以内」といった現場到着時間に係る目標値が設定されている。また、最も緊急度・重症度の低い事案に関しては当面救急隊を出場させず、指令室内に別途設けられた電話相談窓口に移送した上で、アドバイザーによる指導助言が行われたり、患者搬送車を派遣するなど適切な対応が行われている。

ヨーロッパといえども、ドイツ（ミュンヘン）やフランス等の大陸諸国は、病院前救護として「ドクターカー方式」が採用されていることもあって、コール段階では、ドクター派遣の要否を中心にトリアージが行われている。スイス（ジュネーブ）は「パラメディック方式」と「ドクターカー方式」の中間型ともいえ、ドクター派遣の要否に加えて、緊急度に応じて緊急走行やサイレンの有無等を区別する運用が行われている。

一方、アメリカ（ニューヨーク）においては、緊急度・重症度に応じて出場隊を区別するとともに、緊急度・重症度が高い事案にはより緊急の対応をする体制がとられている。救急隊の区別としては、ALS（Advanced Life Support）隊と、ALS隊より処置範囲が狭いBLS（Basic Life

Support)隊の2種類があり、緊急度・重症度に応じて出場させる隊を選択している。ALS隊とは、EMT-P (Emergency Medical Technician - Paramedic)と言われる救急隊員が2名乗車した隊であり、BLS隊とはEMT-B (Emergency Medical Technician -Basic)と言われる救急隊員が2名乗車した隊である。心肺停止傷病者に対してはいち早い応急処置を施すために、ALS隊やBLS隊だけでなく、CFR (Certified First Responder)と言われるポンプ隊員等で構成される搬送機能の無い応急処置隊が現場に駆けつけるが、緊急度・重症度の低い事案に対しては、BLS隊のみが出動することとなっている。

イギリスとアメリカでは、同じ「パラメディック方式」でありながら、その処置範囲の広狭や救急医療サービス体制のあり方等からそれぞれ異なった運用が行われていることは興味深く、また、我が国においてもこれらの運用をそのまま適用することなく、我が国の特性を踏まえ慎重に比較検討することが必要であろう。

第3章 コール・トリアージ・プロトコル作成にあたっての基本的考え方

コール・トリアージについては、そもそもトリアージ自体の適否に関して、様々な議論がある。例えば、その運用にあたって、電話での質疑応答に時間がかかり過ぎるのではないか、重症度や緊急度を適確に判断できるのか、バイスタンダーからの通報の場合は困難ではないか、仮に緊急度が低いことを適確に選別できたとしてもサービスを切り捨てることは最後のセーフティネットとしての機能を放棄することになるのではないか、そもそも要請に応じて直ちに対応することこそ必要なサービスであって、需要に見合った予算・人員を確保することが先決ではないか等々、広い範囲にわたって課題は多い。

「救命率の向上」と「公平性・公正性の確保」が目的であることに鑑みれば、少なくとも、現状と同程度の時間内で、できるだけ早く判断できるものでなければならないが、一方で、限られた時間内の情報に基づくものといえども、アンダートリアージは極小化しなければならない。

こうした観点から、検証に用いるコール・トリアージ・プロトコル（案）を作成するにあたって、次に掲げる諸点を基本的な考え方とすることとした。

- ① コール・トリアージは大括りなものとし、特に緊急度の高い部分の選別にあたっては、オーバートリアージよりもアンダートリアージを避けることを優先し、オーバートリアージはフィールド・トリアージによって補正することを基本とする。
- ② トリアージに時間がかかり過ぎることを避け、少なくとも緊急度・重症度の高い事案に対しては、現状よりも救急隊出場の判断が遅れることのないよう、プロトコルの構造として、共通の質問を冒頭に行った後は、内因性と外因性に区分して、順次必要にして十分な質疑応答を、短時間で行えるよう工夫する。
- ③ ①及び②を踏まえ、選別の区分としては、当面、緊急度・重症度の高い順に「赤」、「黄」、「緑」の3区分程度とする。
- ④ 「赤」は、最も緊急度・重症度が高いものとして、心肺停止および、急性心筋梗塞やくも膜下出血など心肺停止に至る可能性が高い傷病者など、心肺停止症例に準じた対応が必要なものとし、意識、呼吸の有無等の極めて限られた質問により、最も早く選別できるようにする。

- ⑤ 「赤」であることを除外した後の「黄」か「緑」かの選別にあたっては、当面「緑」を四肢の外傷・打撲、軽微な熱傷や小規模な異物など軽微な外傷事案に限ることとし、それ以外は全て「黄」とする。
- ⑥ ⑤の「黄」か「緑」かの選別にあたっては、「緑」に分類される「軽微な外傷」に該当するかどうかを確認する（「緑」に係る積極要件該当性の有無）とともに、たとえば仮に軽微な外傷であっても既往歴などによっては「黄」に選別しなければならない事案があることに鑑み、一定の範囲で「黄」に該当しないことを確認する（「黄」に係る消極要件該当性の有無）ことにより、「赤以外」の集合のうちでもより事例数が少ないと考えられる「緑」を選別することを基本とする。

以上の諸点を踏まえ、検証に活用するトリアージ・プロトコル(案)を図3-1～3に示す。

緊急通報解析用フローチャート2006-09 draft -Version 2.0 Initial

「火事ですか？救急ですか？」救急要請であることの確認
 ↓
 「そちらは何区何町ですか？」
 ↓
 「患者さんの近くまで今かけている電話を持っていくことができますか？」
 ↓
 「どなたがどうされましたか？」通報者が傷病者本人か否か・年齢・性別

右のいずれかのキーワードを含む かつ 通報者は傷病者本人ではない

CKW 1-1「呼吸なし」	呼吸をしていない	呼吸がない	息をしていない	呼吸ない
CKW 1-2「脈なし」	脈がない	心肺停止	心臓が止まっている	
CKW 1-3「水没」	沈んでいる	水没していた		
CKW 1-4「冷たく」	冷たくなっている			

↓
 いいえ
 ↓
 ↓
 ↓
 ↓

↓
 はい
 ↓
 CPAカテゴリー

Q0. 怪我(事故)ですか？

↓
 はい
 ↓
 Trauma Chartへ

↓
 いいえ または わからない
 ↓
 Non-Trauma Chart
 へ

緊急通報解析用フローチャート2006-09 draft -Version 2.1 for Traur

Q1. 普通に話ができますか?		CKW 2-3「意識障害」		意識がない	意識消失	意識不明なし	呼びかけに反応なし
いいえ	はい	反応がない	反応がない	反応がない	反応がない	意識が遠のく	声を受けている
		意識状態が悪い	意識を失った	意識不明	意識不明	意識不明	意識しない

↓

はい (Q2,3,4,5のうちいずれか一つ以上)

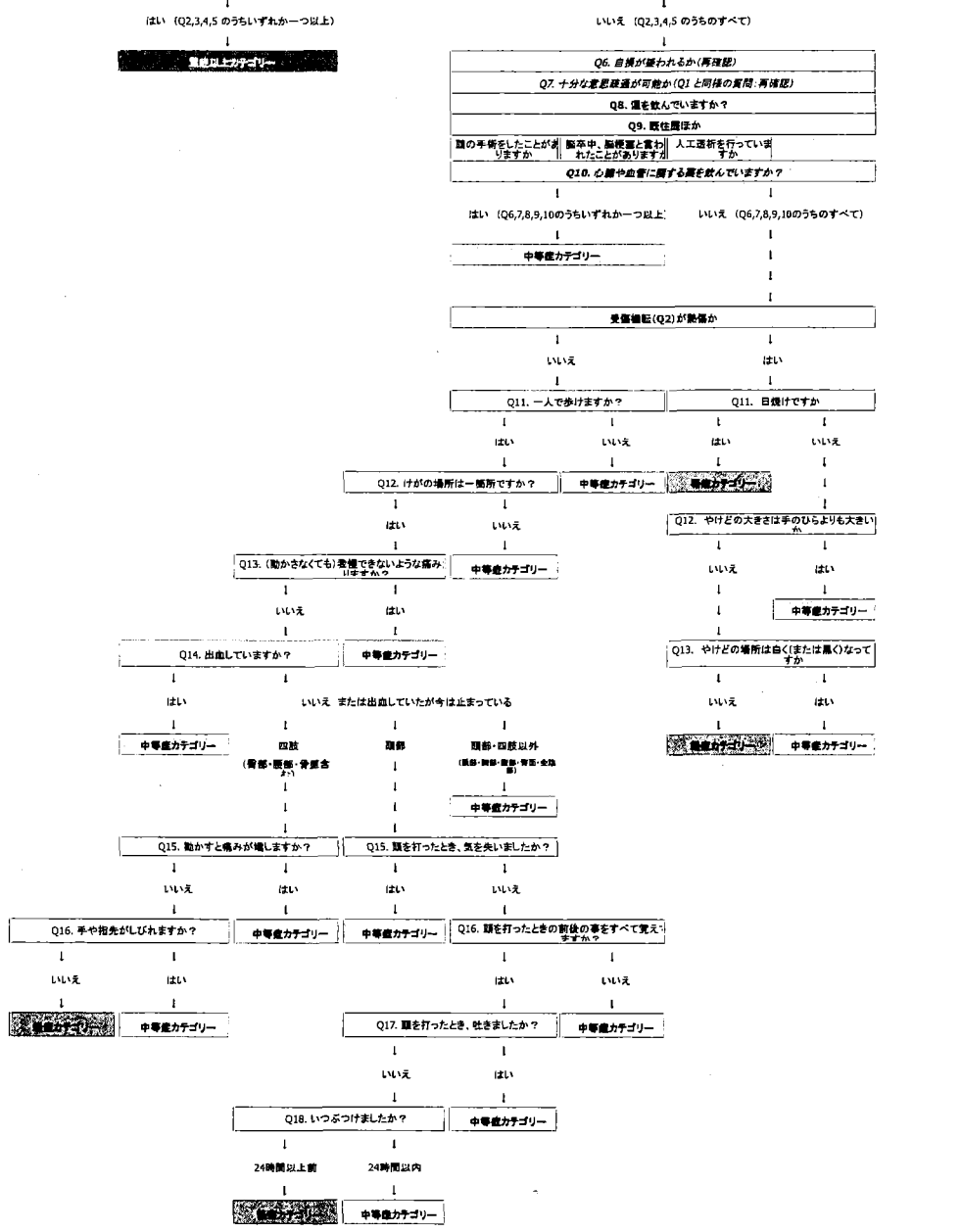
いいえ (Q2,3,4,5のうちすべて)

Q2. 事故の状況を教えてください または 発症の原因は何ですか? (下記カテゴリに該当するか)									
交通事故 四輪	交通事故 自転車	交通事故 自転車	交通事故 歩行者	交通事故 その他	墮落	転倒・転落	刺傷	その他	
電車事故				電車事故	高所墮落	ベッド/イス転落	火災	機械による外傷	
					高度不明	転倒	化学物質	重量物による負担	
							電撃	落下物・飛来物	
								刺創・切創	

Q3. どこ(どの部位・場所)を怪我していますか? (下記カテゴリに該当するか)									
頭部	顔部	顔部	顔部	顔部	胸部	四肢	腹部	腕部	脚部
顔部	顔部	顔部	顔部	顔部	胸部	四肢	腹部	腕部	脚部

Q4. どんな怪我をしていますか? どんな症状ですか? (下記カテゴリに該当するか)									
出血	割れている	割れている	出血	割れている	「痛み」以外	打撲	他の外傷を伴う状態	骨折・脱臼	
呼吸異常					「打撲」以外	骨折・脱臼		「打撲」以外	
					「負傷」以外	立てない		割れている	
								鼻出血	

Q5. 年齢・性別・通報者確認 (下記カテゴリに該当するか)									
6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	6歳未満か	15歳未満か	6歳未満か
性別か	性別か	性別か	性別か	性別か	性別か	性別か	性別か	性別か	性別か



第4章 コール・トリアージの検証結果とその問題点

第3章で示したコール・トリアージ・プロトコル（案）を用い、札幌市消防局、仙台市消防局、横浜市安全管理局、京都市消防局の協力を得て、主として、①緊急度・重症度判断の適確さ、②判断時間の迅速性、の2点について、次のとおり検証を行った。

①実施期間

平成18年11月15日～12月14日（1か月間）

②検証総数 9,097件

③検証内容と検証方法

1) 緊急度・重症度判断の適確性

・ 指令室における通報内容の聴取

指令員がコール・トリアージ・プロトコル（案）に従い119番通報内容を聴取し、緊急度・重症度判断に使用するキーワードを記録する。

・ 緊急度・重症度判断と傷病程度の比較

上記キーワードから判断される緊急度・重症度と病院への搬送後の傷病程度とを比較し、その適確性を検証する。

2) 判断時間の迅速性

緊急度・重症度判断の実施の有無による救急車出場までの時間および緊急度・重症度判断までの時間の迅速性を検証する。

3) 検証にあたっての留意事項

これらの検証にあたっては、救急隊の出場判断及び指令は通常通り実施する。救急隊出場後に通報内容の追加聴取が必要であれば追加聴取を実施するが、繁忙時間帯などで通常の指令業務に支障を来すおそれがある場合には追加聴取は実施しない。

また、本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」の比較にあたっては、同じ指標を用いるべきであるが、データの処理上の限界から、便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病

程度についての「重症以上の実数」と比較すること等により、感度や陽性的中度を計算する。

検証の結果は次の通りである。

(1) 判断の適確性 —— 「赤」と「赤以外」について

1) A市消防本部

①概要

検証期間中において、トリアージ・プロトコル(案)に従って聴取可能であった事案は全部で4,597件であり、この内社会死を除いたCPAに該当する事案は60件であった。冒頭の救急現場の特定に続いて行われる「どなたがどうされましたか」という質問に対する回答に「脈無し」または「呼吸なし」というCPAが予測されるキーワードが含まれている事例が71件(内因性67件、外因性4件)あり、その内実際にCPAであった事例が66件(その内CPR対象となったのは27件)であった。このCPAが疑われる事案は全て「赤」に選別される。

CPAが疑われる事案以外は全部で4,526件あり、内因性が3,076件(内CPA27件)、外因性が1,450件(内CPA6件)であった。内因性では「普通に話ができるか」、「意識があるか」などの質問に対して「意識がない」などと回答し、意識障害が疑われた事案は963件であった。この意識障害が疑われた事案以外の中で「呼吸は楽にしているか」、「呼吸は楽そうか」などの質問に対して「いびきをかいている」、「呼吸が苦しい」など呼吸異常が疑われる回答をしている事例は474件であった。これらの意識障害と呼吸異常の2つのキーワードの双方に該当する場合は心肺停止、どちらか一方だけに該当する場合は重症以上と予測し、意識障害または呼吸異常のキーワードに該当する事案は全て「赤」に選別される。

また、意識障害や呼吸異常の質問に対して、要請者が正確に症状を判断し回答する場合もあるが、中には傷病者が近くにおらず状況を把握することができない等の理由により「わからない」と回答する場合がある。この場合は、アンダートリアージのリスクを回避するため、意識障害や呼吸異常に分類し、結果として「赤」に選別される。

次に、意識障害や呼吸異常も疑われない事案において、「胸が痛い」などの主訴がある要請者については、「年齢が40才以上」、「心臓の持病有り」、

「冷や汗をかいている」、「胸がドキドキする」のうちいずれか一つが該当すれば急性冠症候群の疑いがあることとする。これに該当する事案は 186 件であった。また、急性冠症候群に該当しない事案であっても「頭が痛い」かつ「吐いている」に該当する事案は、くも膜下出血の疑いがあることとする。これに該当する事案は 11 件であった。急性冠症候群及びくも膜下出血は心肺停止に至る可能性が高く緊急の治療を要するため、「赤」に選別される。

急性冠症候群及びくも膜下出血を予測するためのキーワードである「胸痛」と「頭痛」に関しては、内因性的の場合必ず指令員が要請者から聴取しなければならぬ必須項目としていたが、指令員によって必須項目と認識していなかったり、要請者から聴取を断られるなどの理由により、聴取できなかった事例がある。これらの事例については、急性冠症候群やくも膜下出血の予測が不可能であるが、アンダートリアージのリスクを回避するために全て「赤」に選別する。

以上により、内因性に関しては 3,076 件中 2,527 件が「赤」に判断され、残りは「黄以下」(549 件)と判断された。「黄以下」のうち病院搬送後の最終的な転帰が死亡 2 件、重症 5 件含まれた。

同様に外因性に関しては、「普通に話ができるか」、「意識があるか」という質問に「意識がない」などと回答し意識障害が疑われる事案は 246 件であった。これらは CPA の可能性がある「赤」に選別される。意識障害が疑われる事案以外においては、受傷機転やけがの部位などから高リスク群の予測が行われるが、この高リスク群は 973 件ありこれを「赤」と予測しそれ以外は「黄以下」の予測で 231 件であった。この 231 件には、重症例が 2 件含まれている。

結果的に、全 4,597 件のうち、「赤」と予測された事案は全体の 83.0% の 3,817 件、「黄以下」と予測された事案は、17.0% の 780 件であった。

②感度および陽性的中度

CPA と予測して実際に CPA であったかどうか、「赤」または「黄以下」と予測して実際に重症以上であったか、あるいは重症以外であったかといった点について、内因性的の内訳 (図 4-2) を見ると、CPA と予測された事案 522 件のうち実際に CPA であった事案は 43 件 (陽性的中度 8.2%) であった。実際に CPA であった 52 件のうち CPA と予測された事案は 43 件 (感度 82.7%) であった。残りの 9 件に関しては、CPA と予測されてはいないが、結果的に呼吸異常もしくは意識障害のいずれかに該当して

おり、全て「赤」と判断されている。

次に「赤」と予測された1,701件のうち重症以上であったものが79件(陽性的中度4.6%)であった。重症以上86件のうち79件(感度91.9%)が「赤」と予測されている。「黄以下」と予測されて実際は重症であった事例は7件であった。

同様に外因性(図4-3)に関しては、CPAの可能性のある事案248のうち実際にCPAであった事例が8件(陽性的中度3.2%)であった。また、CPA以外と予測された事案の中に実際CPAであった事案は含まれていなかった。

「赤」と予測したものの1,221件のうち重症以上であったものが40件(陽性的中度3.3%)であった。重症以上の42件の中で40件(感度95.2%)が「赤」と予測された。「黄以下」と予測して実際は重症であった事例は2件であった。

以上から明らかなように、「黄以下」と予測された事案のうち実際に重症以上であった事例が、内因性で7件、外因性で2件あった。この9件の事案(表4-1)には特徴があり、内因性の7件については、年齢が88才、75才、81才と高齢者が多い。通報内容では、1番「立てない」、3番「麻痺」、4番「立てない」、5番「立てない」、6番「麻痺」となっており、プロトコル上は脳卒中のうちくも膜下出血だけを対象としていたが、脳卒中の中でも脳内出血や脳梗塞を疑わせるような事案については入院期間が長くなり、結果的に重症に分類される傾向が高いと考えられる。外因性の2件は墜落で比較的低位墜落の事案である。プロトコル上は、高エネルギー外傷が疑われる事案として「2階の屋根」から落ちたものを「赤」に分類しているが、1階の屋根等の低位からの墜落でも重症例が入っている。

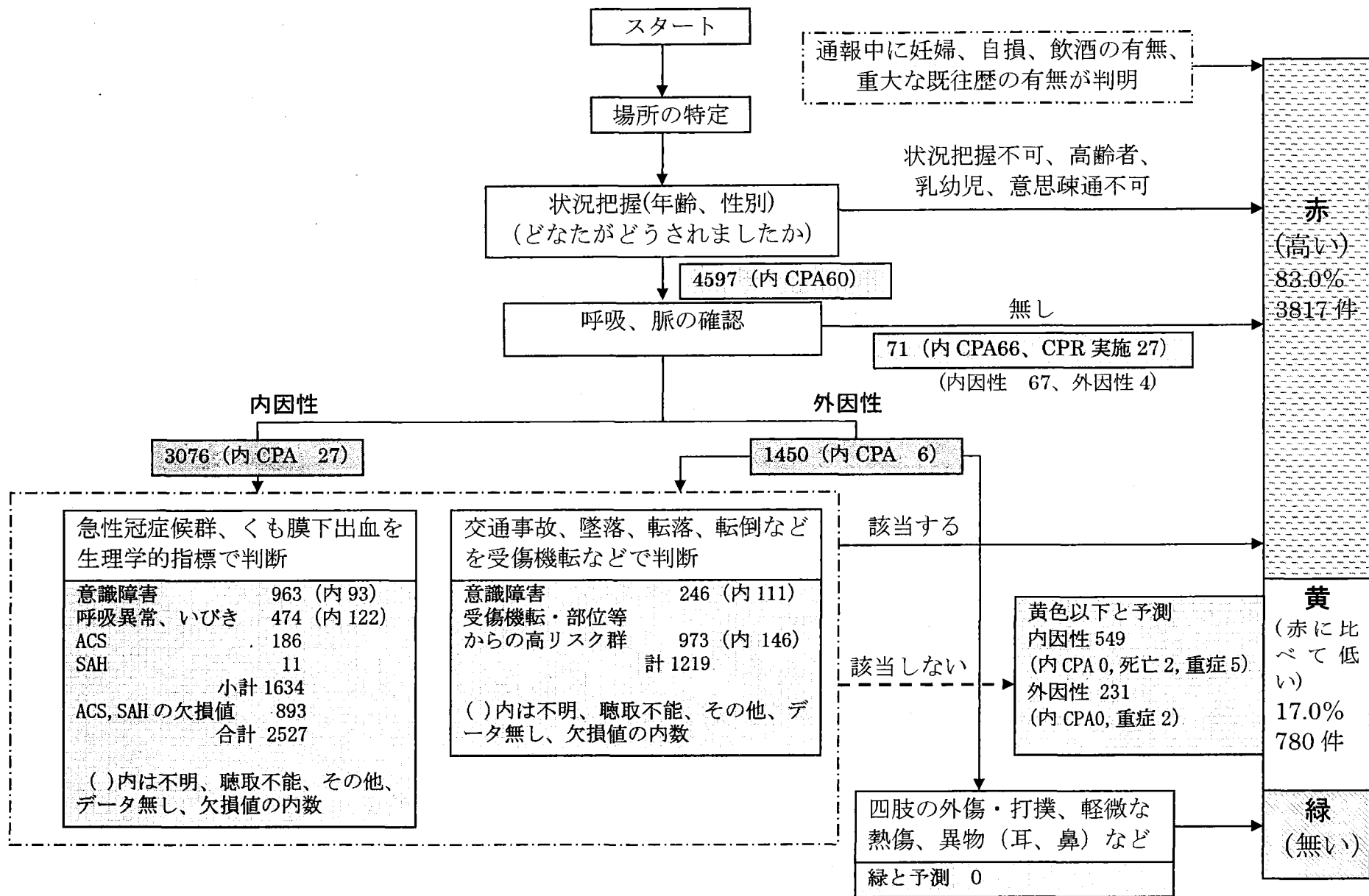


図 4-1 緊急度・重症度判断結果 (A市消防本部) (数字は件数)

(内因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	43	479	522
	CPA以外	9	1719	1728
	合計	52	2198	2250

感度 82.7%
陽性的中度 8.2%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	79	1622	1701
	黄色以下	7	542	549
	合計	86	2164	2250

感度 91.9%
陽性的中度 4.6%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-2 A市消防本部における内因性の感度、陽性的中度

(外因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	8	240	248
	CPA以外	0	1204	1204
	合計	8	1444	1452

感度 100.0%
陽性的中度 3.2%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	40	1181	1221
	黄色以下	2	229	231
	合計	42	1410	1452

感度 95.2%
陽性的中度 3.3%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-3 A市消防本部における外因性の感度、陽性的中度

表 4-1 黄以下と予測した事案中の重症以上事案(A市消防本部)

	No.	事故種別	通報者	年齢 (受信時)	年齢 (接触後)	性別	初診時 程度	通報内容	傷病名
内 因 性	1	急病	その他	85	88	男	死亡	頭痛、立てない	脳内血腫
	2	急病	その他	71	75	女	重症	吐き気	食欲不振、脱水
	3	急病	家族	55	55	女	重症	構語障害、麻痺	脳出血
	4	急病	家族	72	72	女	重症	立てない、ふるえ	確認中
	5	急病	家族	82	81	男	重症	立てない、衰弱	うっ血性心不全
	6	急病	家族	51	51	男	重症	麻痺、手足の震え	屋内での転倒、 脊髄損傷
	7	急病	家族	55	51	男	死亡	背部痛	確認中
外 因 性	1	一般負傷	家族	不明	69	女	重症	低所(6m以下)からの 墜落、腰部打撲	確認中
	2	労災	その他	40代	39	男	重症	低所(6m以下)からの 墜落、痛み、倒れている	骨盤骨折

2) B市消防本部

①概要

1) のA市消防本部と同様の検証を行うと(図4-4)、聴取可能であった事案は全部で1,422件であり、この内社会死を除いたCPAに該当する事案は33件であった。冒頭の「どなたがどうされましたか」という質問に対する回答に「脈無し」または「呼吸なし」というCPAが予測されるキーワードが含まれている事例が27件(内因性26件、外因性1件)あり、その内実際にCPAであった事例が25件(その内CPR対象となったのは19件)であった。

CPAが疑われる事案以外は全部で1,395件あり、内因性が984件(内CPA10件)、外因性が411件(内CPA4件)であった。内因性では、意識障害が疑われた事案は304件であった。この意識障害が疑われた事案以外のうち呼吸異常が疑われる事例は245件であった。

次に意識障害や呼吸異常も疑われない事案において、急性冠症候群の疑いがある事案は42件であった。また、この急性冠症候群に該当しない事案の中で、くも膜下出血の疑いがある事案は9件であった。

以上により、内因性に関しては984件中725件が「赤」に判断され、残りは「黄以下」(259件)と判断された。「黄以下」のうち病院搬送後の最終的な転帰が重症6件含まれていた。

同様に外因性に関しては、意識障害が疑われる事案は104件であった。意識障害が疑われる事案以外のうち高リスク群に予測されたのが215件あり、それ以外は「黄以下」の予測で92件であった。この92件には、重症例が2件含まれていた。

結果的に、全1,422件のうち、「赤」と予測された事案は全体の75.3%の1,071件、「黄以下」と予測された事案は、24.7%の351件であった。

②感度および陽性的中度

CPAと予測して実際にCPAであったかどうか、「赤」または「黄以下」と予測して実際には重症以上であったか、あるいは重症以外であったかといった点について、内因性の内訳(図4-5)をみると、CPAと予測された事案は192件でそのうち実際にCPAであった事案は25件(陽性的中度13.0%)であった。実際にCPAであった28件のうちCPAと予測された事案は25件(感度89.3%)であった。残りの3件に関しては、CPAの予測ではないが結果的に呼吸異常もしくは意識障害のいずれかに該当しており、全て「赤」と判断されている。

次に「赤」と予測された626件のうち重症以上であったものが88件(陽性的中度14.1%)であった。重症以上であった94件のうち88件(感度93.6%)が「赤」と予測されている。「黄以下」と予測されて実際は重症であった事例は6件であった。

同様に外因性の内訳(図4-6)に関しては、CPAの可能性がある事

案 105 件のうち実際にCPAであった事例が5件（陽性的中度 4.8%）であった。また、CPA以外と予測された中には実際CPAの事案は含まれていなかった。「赤」と予測された事案 320 件のうち重症以上であったものが27件（陽性的中度 8.4%）であった。重症以上であった29件のうち27件（感度 93.1%）が「赤」と予測された。「黄以下」と予測して実際は重症であった事例は2件であった。

以上から明らかなように、「黄以下」と予測された事案の中で、実際には重症以上であった事例が、内因性で6件、外因性で2件あった（表4-2）。このうち内因性の6件については、高齢者が多く、通報内容では1番が「脳梗塞」、2番と4番と6番が「立てない」となっており、A市消防本部と同様、脳卒中の中でも脳内出血や脳梗塞を疑わせるような事案については入院期間が長くなり、結果的に重症に分類される傾向が高いと考えられる。外因性の2件については、自転車での転倒と体育中のけがであった。

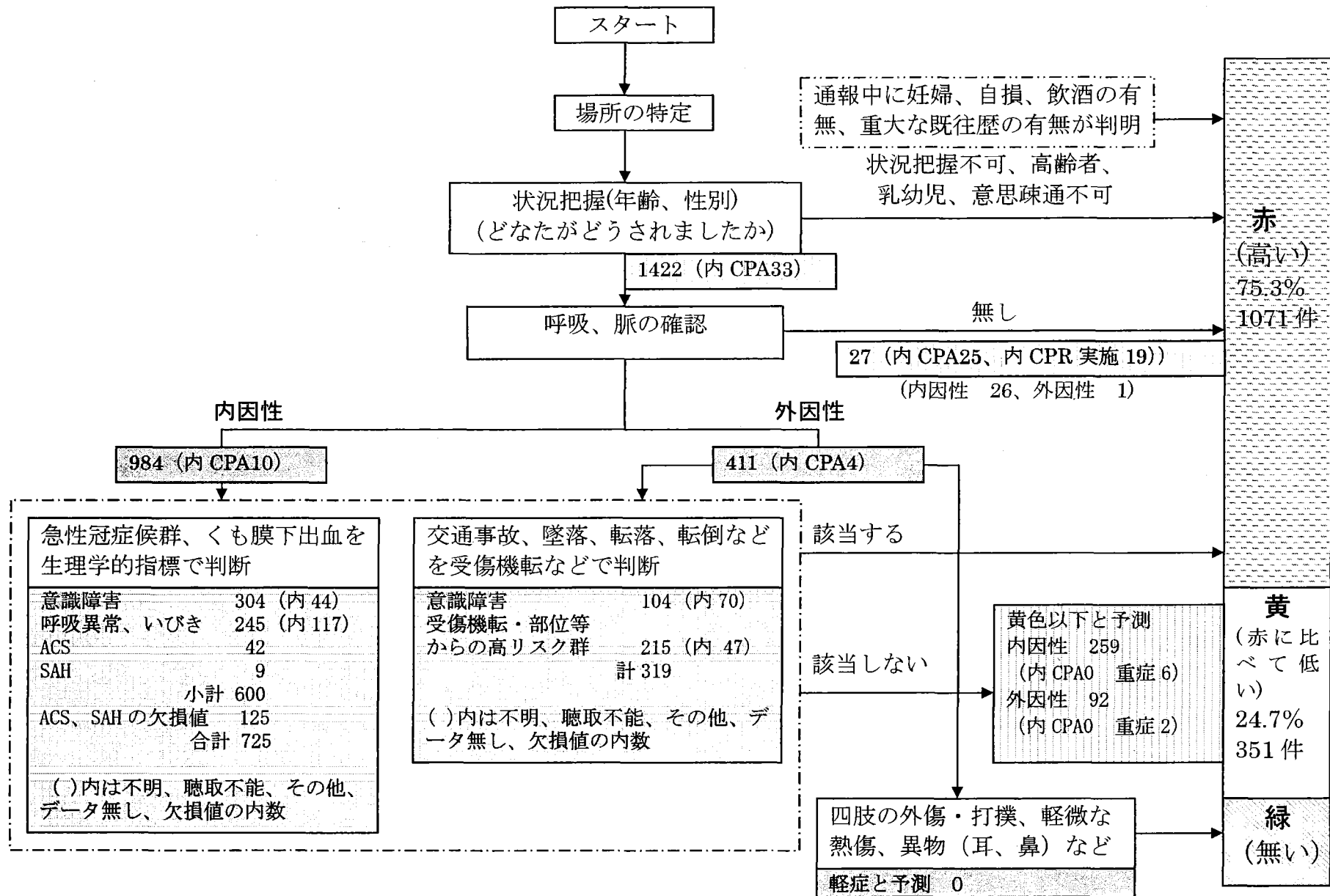


図 4-4 緊急度・重症度判断結果 (B市消防本部) (数字は件数)

(内因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	25	167	192
	CPA以外	3	690	693
	合計	28	857	885

感度 89.3%
陽性的中度 13.0%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	88	538	626
	黄色以下	6	253	259
	合計	94	791	885

感度 93.6%
陽性的中度 14.1%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-5 B市消防本部における内因性の感度、陽性的中度

(外因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	5	100	105
	CPA以外	0	307	307
	合計	5	407	412

感度 100.0%
陽性的中度 4.8%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	27	293	320
	黄色以下	2	90	92
	合計	29	383	412

感度 93.1%
陽性的中度 8.4%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-6 B市消防本部における外因性の感度、陽性的中

表 4-2 黄以下と予測した事案中の重症以上事案(B市消防本部)

	No.	事故種別	通報者	年齢		性別	初診時程度	通報内容	初診時傷病名	事故概要(現場観察結果)
				受信時	接触後					
内因性	1	急病	看護師	75	77	男	重症	脳梗塞	脳梗塞	意識障害の訴え。
	2	急病	家族	年配	82	女	重症	朝起きた時に立ちくらみがして起き上がれなかった。頭痛がひどくなってきている。立ちくらみで立てない。	脳出血	本朝8時ごろ起床するが立ち上がれず、10時30分ごろ右側頭部痛が発症
	3	急病	施設職員	89	89	女	重症	発熱	肺炎	発熱の訴え
	4	急病	家族	84	84	女	重症	腰痛で起き上がることができない。	頸胸腰椎骨折閉	腰痛の訴え。
	5	急病	家族	79	79	女	重症	ベットから落ちて吐いている。	肝硬変	居室内のベッドから転倒したものの。
	6	急病	家族	70	64	女	重症	食事とれない。立てない。吐き気。	その他	3日前から全身の痛みと吐気の訴え。
外因性	1	交通事故	通行人	58	58	女	重症	自転車で転倒。腰、臀部、痛み、打撲、歩けない、出血していない	下肢骨折閉	自転車同士で、対向してきた自転車にぶつかり転倒したものの。
	2	運動競技	教職員	13	14	女	重症	中2女子生徒が、体育の授業中に生徒同士がぶつかり頭部とあごを強打した。負傷部位(頭部、顔面)負傷状況(打撲)、一人で歩ける、出血していない。	頸髄・椎損傷	バレーボールの試合中、相手選手の頭が顎にあたったものの。

3) C市消防本部

①概要

1) のA市消防本部と同様の検証を行うと(図4-7)、聴取可能であった事案は全部で2,945件であり、この内社会死を除いたCPAに該当する事案は49件であった。このうち内因性は2,158件(内CPA41件)、外因性が787件(内CPA8件)であった。内因性では、意識障害が疑われた事案は585件であった。この意識障害が疑われた事案以外の中で、呼吸異常が疑われる事例は211件であった。

次に意識障害や呼吸異常も疑われない事案において、急性冠症候群の疑いがある事案が78件であった。また、急性冠症候群に該当しない事案のうちくも膜下出血の疑いがある事案は3件であった。

以上により、内因性に関しては2,158件中1,464件が「赤」に予測され、残りは「黄以下」(694件)と予測された。「黄以下」のうちCPAが3件、重症が9件であった。

同様に外因性に関しては、意識障害が疑われる事案は212件であった。この意識障害が疑われた事案以外において高リスク群に予測された事案が414件あり、それ以外は「黄以下」と予測されたもので161件であった。この161件には、重症例が2件含まれている。

結果的に、全2,945件のうち、「赤」と予測された事案は全体の71.0%の2,090件、「黄以下」と予測された事案は29.0%の855件であった。

②感度と陽性的中度

CPAと予測して実際にCPAであったかどうか、「赤」または「黄以下」と予測して実際には重症以上であったか、あるいは重症以外であったかといった点について内因性の内訳(図4-8)を見ると、CPAと予測された事案275件のうち実際にCPAであった事案は29件(陽性的中度10.5%)であった。実際にCPAであった41件のうちCPAと予測された事案は29件(感度70.7%)であった。残りの12件のうち9件に関しては、CPAの予測ではないが結果的に呼吸異常もしくは意識障害のいずれかに該当しておりすべて「赤」と予測されているが、残りの3件については、「黄」と予測されている。

次に「赤」と予測された877件のうち重症以上であったものが66件(陽性的中度7.5%)であった。重症以上であった78件のうち66件(感度84.6%)が「赤」と予測されている。「黄以下」と予測されて実際は重症であった事例は12件であった。

同様に外因性の内訳(図4-9)を見ると、CPAの可能性のある事案212件のうち実際にCPAであった事案が6件(陽性的中度2.8%)であった。また、CPA以外と予測された中に実際CPAであった事案が2件含まれていた。

次に「赤」と予測された626件のうち重症以上であったものが35件(陽性的中度5.6%)であった。重症以上であった37件のうち35件(感度

94.6%) が「赤」と予測されている。「黄以下」と予測して実際は重症であった事例は2件であった。

以上から明らかなように、「黄以下」と予測された事案の中で実際には重症以上であった事案が、内因性で12件(内CPA3件)、外因性で2件であった。この14件(表4-3)のうち、特にCPAに該当する1番、2番、3番はいずれも75歳以上となっており、その通報内容をみると「発汗と熱感がある」、「頭痛とふるえがある」、「吐き気がありで酒の飲み過ぎ」となっている。

CPAを除く内因性についてみると、他の都市と同様、高齢者が多く、通報内容では、4番、10番、12番が「立てない」となっており、A市消防本部やB市消防本部と同様、脳卒中の中でも脳内出血や脳梗塞を疑わせるような事案については入院期間が長くなり、結果的に重症に分類される傾向が高いと考えられる。外因性の2件は、「屋外での運動」、「バイクと車の交通事故」である。

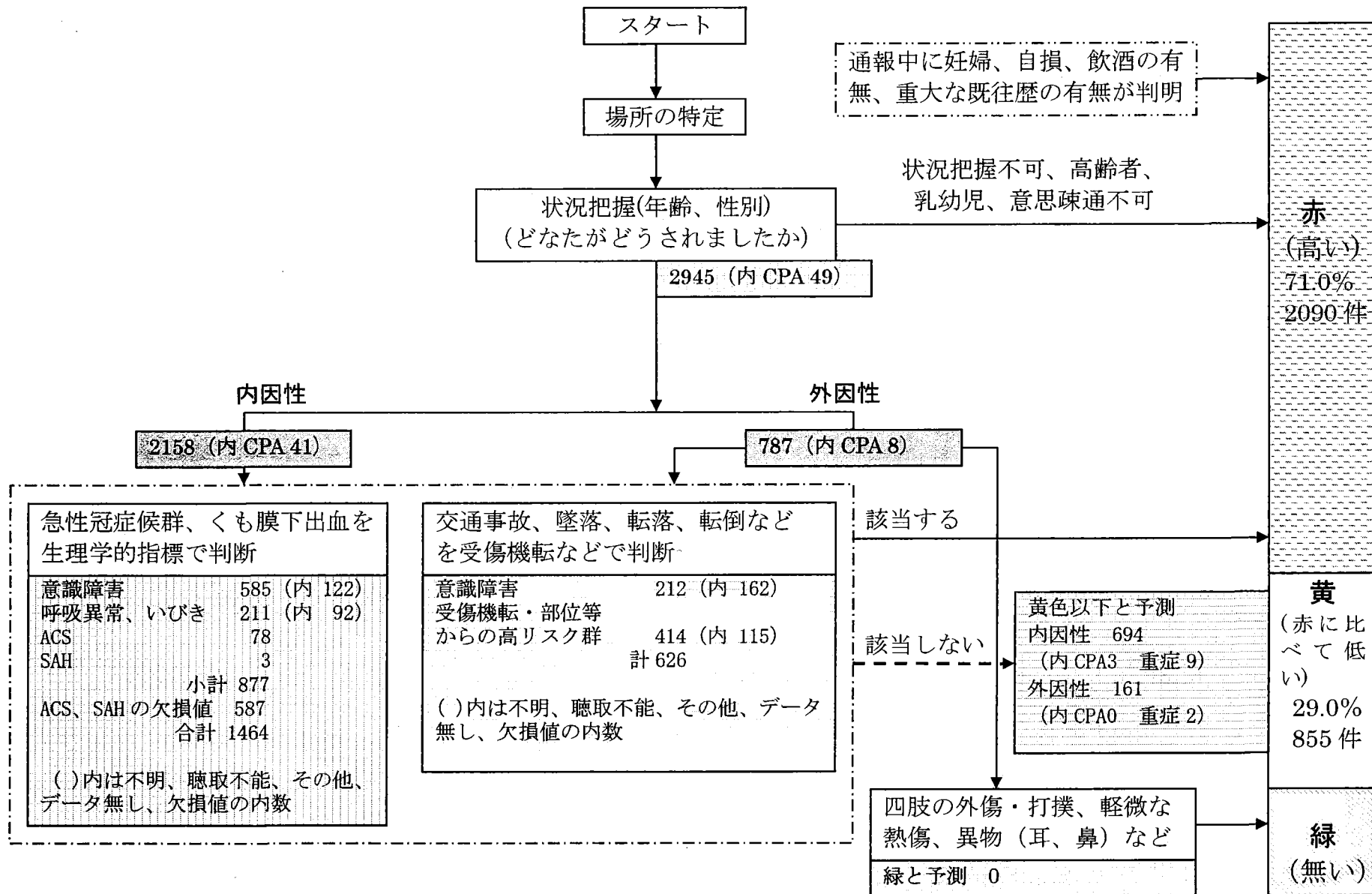


図 4-7 緊急度・重症度判断結果 (C市消防本部) (数字は件数)

(内因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	29	246	275
	CPA以外	12	1284	1296
	合計	41	1530	1571

感度 70.7%
陽性的中度 10.5%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	66	811	877
	黄色以下	12	682	694
	合計	78	1493	1571

感度 84.6%
陽性的中度 7.5%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-8 C市消防本部における内因性の感度、陽性的中度

(外因性)

CPA

		実数		合計
		CPA	CPA以外	
予測	CPA	6	206	212
	CPA以外	2	573	575
	合計	8	779	787

感度 75.0%
陽性的中度 2.8%

赤

		実数		合計
		重症以上	重症以外	
予測	赤	35	591	626
	黄色以下	2	159	161
	合計	37	750	787

感度 94.6%
陽性的中度 5.6%

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-9 C市消防本部における外因性の感度、陽性的中度

表 4-3 黄色以下と予測した事案中の重症以上事案（C市消防本部）

	No.	事故種別	通報者	年齢 (受信 時)	年齢 (接触後)	性別	初診時 程度	通報内容	初診時傷病名
内 因 性	1	急病	家族	不明	82	男	重症(CPA)	発汗、熱感	心筋梗塞
	2	急病	その他	高齢	82	女	死亡(CPA)	頭痛、ふるえ	呼吸不全
	3	急病	本人	49	90	女	重症(CPA)	吐き気、酒の飲み過ぎ	心不全
	4	急病	その他	50	57	男	重症	立てない	脳内出血
	5	急病	家族	45	46	女	重症	特定不能の腹痛、腎臓疾患 既往	腎不全
	6	急病	家族	71	70	男	重症	吐き気	心筋梗塞
	7	急病	その他	75	71	女	重症	腹痛	腸穿孔
	8	急病	家族	89	89	女	重症	頭痛	くも膜下出血
	9	急病	その他	93	93	男	重症	肺炎	肺炎
	10	急病	家族	69	69	男	重症	低血糖発作、立てない	くも膜下出血
	11	急病	その他	86	85	女	重症	大動脈解離	大動脈瘤及び解離
	12	急病	家族	49	49	男	重症	立てない	脳内出血
外 因 性	1	一般負傷	その他	12	17	男	重症	屋外での運動、四肢、打撲・ ねんざ、痛み	足首・足その他
	2	交通事故	通行人	18	17	男	重症	バイクと車の交通事故、意識 有り、負傷部位・状況不明	頭部挫傷

4) 全事案の検証結果

A市消防本部、B市消防本部、C市消防本部における内因性、外因性をあわせた全ての事案を集計すると(図4-10)、CPAの可能性があると予測された1,554件のうち実際にCPAであったものが116件(陽性的中度7.5%)であり、すべてのCPA142件の内81.7%が予測されている。しかし一方で、CPA以外と予測された中で実際にCPAであったものが26件であり、さらにその内訳をみると「黄以下」と予測された事案が3件みられた(C市消防本部の事例の1番、2番、3番に該当)。いずれも80歳以上の高齢者であり、「発汗と熱感がある」、「頭痛とふるえがある」、「吐き気がありで酒の飲み過ぎ」という通報内容であった。通報内容だけからCPAを疑って対応するというのはかなり難しい事案であった。仮に「75才以上の高齢者」であれば直ちに「重症」と判断することとすれば、これらの事案も「黄以下」と予測されなくなる。

次に「赤」と予測されたもの5,371件のうち335件(陽性的中度6.2%)が実際に重症であった。一方、「黄以下」と予測された事案のうち実際重症であった事案が31件見られた。この事例に関しては、「立てない」、「麻痺」、「脳梗塞の既往あり」というものや、「75才以上」の方が多く見られた。仮に、これらを「赤」と予測すると、重症事案31件中21件が「赤」と予測されていたこととなる。「75才以上」や「立てない」、「麻痺」、「脳梗塞の既往有り」といった、キーワードを追加することにより、アンダートリアージが極小化されたトリアージ・プロトコルに近づくであろう。

残りの10例の「黄以下」と予測され実際に重症であった事案についても可能な限り救急活動記録などに記載されているバイタルサインや、入院後の予後などを調査し、真に重症度・緊急度が高い事案であったのかなどを検討する必要がある。

なお、横浜市安全管理局においては別途独自のトリアージ・プロトコルを用いて緊急度・重症度の高い事案の選別についての検証が行われている。今回の検証と比較して、「赤」の部分をやや拡大しながら、「CPA群」と「CPA以外で緊急度が高い群」、すなわち「赤」と「橙」に区分しているが、このプロトコルに基づく試行では、数千の事例のなかでも、CPAを「赤以外(赤又は橙以外)」と予測してしまう危険なアンダートリアージは全く発生していない、と報告されている。

全事象の集計と分析結果

		実数		
		CPA	CPA以外	合計
予測	CPA	116	1438	1554
	CPA以外	26	5777	5803
	合計	142	7215	7357

感度
陽性的中度

81.7%
7.5%

うち
赤と予測 23
黄色以下と予測 3

		実数		
		重症以上	重症以外	合計
予測	赤	335	5036	5371
	黄色以下	31	1955	1986
	合計	366	6991	7357

感度
陽性的中度

91.5%
6.2%

SAH以外の脳卒中(「立てない」「麻痺」「脳梗塞」)や高齢者(75歳以上)のキーワードを聞き出した通報を赤と予測すると「CPA」の3→0、「赤」の31→10となる。

* 本来、感度や陽性的中度を分析するための「予測」及び「実数」は同じ指標を用いるが、ここでは便宜上緊急度についての「赤の予測」を傷病程度についての「重症以上の実数」と比較することにより、感度や陽性的中度を計算している。

図 4-10 A市消防本部、B市消防本部、C市消防本部の外因性、内因性の総数

(2) 判断の適確性 —— 「黄」と「緑」について

トリアージ・プロトコルにより「緑」の選別の検証を行った消防本部は、A市消防本部、B市消防本部、D市消防本部の3本部であるが、A市消防本部とB市消防本部では一例も該当する事案が無く、D市消防本部において一例のみ該当事案が認められた。その検証結果は図4-11の通りである。

この事案は、なべを持ったときの指のやけどで痛みがあるというもので、「飲酒はなく」、「手術歴・既往歴なし」、「透析なし」、「薬も飲んでいない」、「患部の変色もない」という事例であった。傷病者本人も救急事案に該当しないのではないかと思いつつも救急要請を行ったといった事案であり、冷静な対応であったため十分な聴取が可能であった。

一方、「黄」と判断された42件のうち、既往歴などを聴取するのが不可能であった「聴取不能事例」が41件あり、このうちにも本来「緑」であるべきものが含まれる可能性が認められる。

聴取不能であった理由としては、①動揺している傷病者から今回のプロトコルの検証上必要な情報を聞き出すための訓練が行われていなかったこと、②第3章の⑥で示した通り、外傷に係わる「緑」であるにもかかわらず、一定の範囲で既往歴などの内因性に関する確認を行うことがプロトコル上求められており、短い時間内に聞き出すことが事実上困難な場合があること等が考えられる。

一方で、救急現場における観察や病院到着後の医師による診断の結果、「緑」と同様、緊急度・重症度が低いと判断され得るものとして、例えば、口内炎、軽微な上気道炎、日焼けによる疼痛、水虫、筋肉痛、軽微な胃腸炎、軽微なアルコール過剰摂取等が指摘されている。

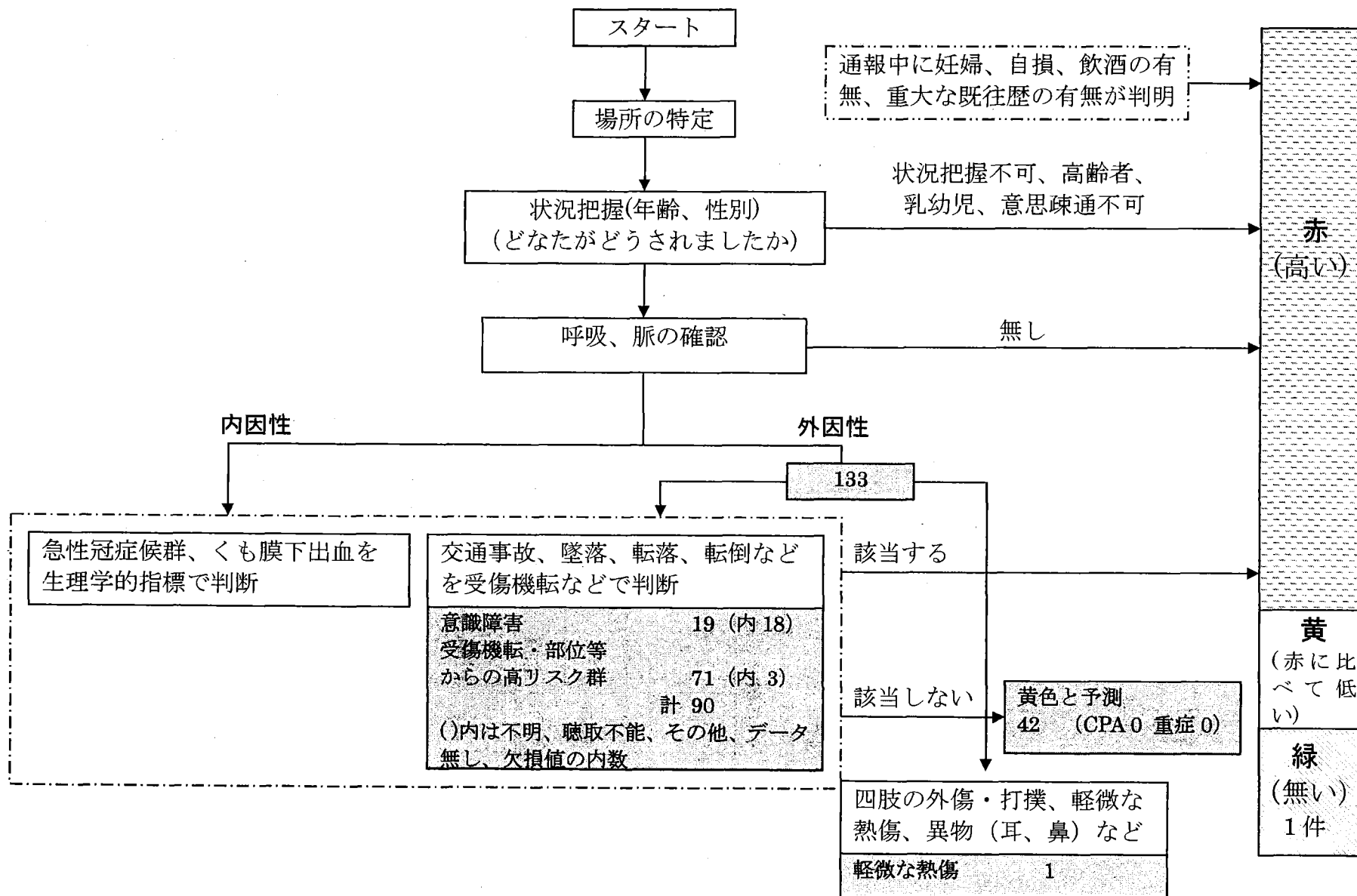


図 4-11 緊急度・重症度判断結果 (D市消防本部) 緑対象事案のみ (数字は件数)

(3) 判断の迅速性

コール・トリアージを実施する上で、通報から緊急度・重症度を判断するために時間がかかり救急隊を出場させるのが現在より遅くなるのではないかという懸念がある。この課題を検討するため、B市消防本部において、トリアージを実施した場合と実施しない場合の119番の入電から出場指令までの時間を比較した。

表4-4に、B市消防本部において、トリアージ実施した場合（検証期間中の計7日間）とトリアージを実施しない場合（検証以前の1ヶ月間）の、入電から出場指令までの所要時間比較を示している。

トリアージを実施しない場合の入電から出場指令までの平均所要時間が91秒であるのに対し、トリアージを実施した場合のCPA以外の事案については80秒から93秒となっており、トリアージを実施した場合と実施しない場合の数値に有意な差は無かった。特に、最初の通報でCPAと予測された3件については59秒にとどまっている。

また、トリアージを実施した場合の緊急度・重症度判断までの時間は52秒以下であり、入電から出場指令までの時間より短い時間で判断されている。仮にこの時点で出場指令を出すことにすれば、出場までの時間は短縮できる可能性がある。

表 4-4 出場指令及び緊急度判断時間(B市消防本部)

		緊急度重症度判断結果	入電からの時間		問いかけ ^{注2)} ～緊急度・重症度判断	検証件数
			出場指令まで	緊急度・重症度判断まで		
トリアージを実施した場合 ^{注1)}	CPA	呼吸無し 脈無し	59 秒	27 秒	10 秒	3
	急病	赤	80 秒	50 秒	23 秒	109
		黄	86 秒	51 秒	22 秒	58
	外傷	赤	93 秒	52 秒	17 秒	53
		黄	87 秒	50 秒	22 秒	23
トリアージを実施しない場合 (10月平均)			91 秒	-	-	2339

注1) 1台の指令装置に入電した救急要請全件（検証期間の内計7日間）

注2) 「問いかけ」とは受信中において、場所特定後、「どうしましたか」と問いかけた時点である

(4) プロトコルの対象範囲——「緑」以前の事案について

医学的知見に基づいて作成されたトリアージ・プロトコルによる検証対象とはならなかったが、今回の検証等を通じて以下の如き要請事案が少なからず見受けられた。そもそも、法令上は、屋内の事案にかかる救急搬送の対象は、疾病にあつては「生命に危険を及ぼし、若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状を示す疾病」に限られているし、事故や疾病を通じて「迅速に搬送するための適当な手段がない場合」に限られている。このこととの均衡からも、以下に掲げる事案については、いわば赤、黄、緑の分類以前のものといえる。

- ① 定期的な入退院、事前予約のある外来通院・検査通院など、要請者側による計画的な対応が可能な（事前計画性のある）事案

(具体例)

- ・ 入院患者（自力歩行可能）が検査のため別の病院に行くにあたって救急要請。検査終了後再び元の病院への搬送依頼。
- ・ 「〇〇病院ですが、転院搬送のため〇〇時に来てください。〇〇時に入院予定なので」。3日前に転院の手配済み。
- ・ 眼科の通院日。バス停で待つも、豪雪のため長時間バスが来ないため、救急要請。

- ② 事前計画性はないが、交通手段がないあるいは交通費用を節約するための、いわばタクシー替わりの利用であつて、かかりつけの病院を指定するが如き事案

(具体例)

- ・ 診療所から救急要請。認知症の検査のために総合病院への紹介状あり。「タクシーでも行けるが、診療所の先生が救急車で行きなさいと・・・」。

- ③ 事前計画性はなく、交通手段はあるものの、どの病院にいけばよいかわからないために要請する、いわばナビゲーション利用の事案

(具体例)

- ・ 「医療情報センターに電話したが、つながらないので・・・」

④ 病院での待ち時間を省略する、あるいは病院の診療内容に不満があり救急車を要請するが如き事案

(具体例)

- ・ 病院で診察を待っていたが混雑のためなかなか診察が受けられず、病院前から救急要請。「病院側に苦情を伝えると、看護師から待てないほど具合が悪いなら、救急車を呼んで他の病院に行ってくれと言われた・・・」

⑤ 本来、地域福祉や動物愛護など別途の社会サービス・民間サービスを活用することが求められる事案

(具体例)

- ・ 高齢の男性から「寒気」の訴えで救急要請。「ストーブのつけかたがわからないので救急車を呼んだ。ストーブがつけばそれでいい。」
- ・ 「うちの子が熱を出して具合が悪い。」具合が悪いのはペットの犬。
- ・ 「寝たきりの高齢の母親の体や寝具に付着し固定化した人糞をとってほしい」

第5章 今後に残された課題とその方向性

(1) トリアージ・プロトコルの改善に向けた課題

1) 「赤」と「赤以外」の選別にあたってのアンダートリアージの克服

第4章(1)4)全事案の検証結果に示したように、緊急度・重症度の選別にあたって、「赤」ではなく「黄」と予測された事案の中に僅かではあるが「重症」(31件、重症全体の6.2%)や「CPA」(3件、CPA全体の2.1%)といった緊急度・重症度の高い事案が含まれている。

仮に、年齢について「75才以上」、もしくはくも膜下出血以外の脳卒中のキーワードである「立てない」・「麻痺」・「脳梗塞」をもって「赤」と予測することとすれば、「黄」と判断された「CPA」3件と「重症」31件中21件は「赤」と予測することが可能となる。これにより、相当程度アンダートリアージのリスクを軽減することが可能と見込まれるが、なお、重症事案の10件については「黄」と判断されており、これを「赤」と選別するための工夫が必要であろう。

一方で、今回、実施した検証では便宜上緊急度についての予測である「赤」や「黄」を、重症度の指標である「重症」、「中等症」などで分析しているため、より正確に言えば、「黄」と予測して「重症」であった事例であっても重症度は高いとはいえ、必ずしも緊急度が高い事案とは限らないし、逆に、「黄」と予測した「中等症以下」の事案の中にも、緊急度に限ってみれば高い事案が含まれる可能性は否定できない。

今後、これらの事案に関して、今回実施した検証データの再検証(例えば、通報者が傷病者本人や家族であったか、バイスタンダーであったかによる分類など)や救急活動記録の検証を行い、緊急度・重症度が高い事案であったかどうかの検討を行うとともに、その中で緊急度・重症度が高いと判断された事案に関しては、トリアージ・プロトコルのキーワードの変更などを行うことにより、アンダートリアージがさらに極小化するよう検討を重ねる必要がある。

また、精神疾患やアルコール中毒などで意思疎通が困難な要請者に関しては、通報時の内容のみで正確な情報を得ることは困難なため緊急度・重症度の選別にあたっては「赤」と予測せざる得ない点についても注意が必要であろう。

2) 「緑」に選別されるべき事案の拡大の可能性の検討

今回の検証においては、全9,097件のうち「緑」と判断された事案は1件のみであった。この点については、今回「緑」の対象を外傷に限った上で、四肢の外傷・打撲、軽微な熱傷などに限定したことも関係しているが、それ以上に、「緑」とされる必要な質疑応答項目が多かったことが寄与して

いる。具体的には、外因性に限ったにもかかわらず、例えば交通事故にあった歩行者（6才～74才）で腕の打撲、出血無しの軽微な外傷であって通常であれば「緑」と選別できる事案であっても、脳卒中の既往歴があったり脳の手術を受けたことがあれば「黄」と判断する必要がある、このように外傷に係わる「緑」を選別するにあたって既往歴など内因性に関する項目を一定の範囲で含んでいる。

これまで、一般的には、指令員は外因性の要請に対して内因性の内容を聴取していないため、今回の検証においても「緑」の選別にあたって既往歴等を聴取することなく、結果的に「黄」に選別されることとなった事案が相当数存するものと考えられる。

今後、この点での一層の工夫の余地がないかどうか、さらには第4章(2)で触れたように、今回検証した事案以外に明らかに緊急度・重症度が低い口内炎、軽微な上気道炎、日焼けによる疼痛、水虫、筋肉痛、軽微な胃腸炎、軽微なアルコール過剰摂取等の事例をトリアージ・プロトコルに取り込むことが可能かどうかといった点について、検討を進めていく必要がある。

なお、「黄」と「緑」の選別においては、「赤」と「赤以外」の選別にあたって基本とされたアンダートリアージを極小化するという考え方の他に、オーバートリアージの可能性についてもできる限りこれを縮減することを検討する必要がある。

(2) 救急事案に該当しないもののトリアージへの取込の検討

今回の検証は医学的知見に基づいたプロトコルを使用したものであったため、そもそも救急事案に該当しない第4章(4)に掲げる事案については、システムに組み込まれたものとなっていない。

一方でこれらの事案であっても、要請者の立場にたてば、悪意の利用者はともかくとしても、病院搬送をはじめ何らかの対応がなされることが期待されており、住民サービスとして何らかの対策を講じる必要がある。

現実の救急要請において、こうした事案が必ずしも少なくないことに鑑みれば、(1)のトリアージ・プロトコルに取り込んだ上で、タクシーや患者等搬送事業者などの代替的なサービスの供給や、診療可能な病院情報の提供、福祉部局との連携といった対応をとることが求められている。

(3) 判断時間を短くすることのさらなる検討

第4章(3)で示した通り、今回の検証結果から、トリアージを実施した場合と実施しない場合の入電から出場指令までの時間に有意な差は無かった。また、トリアージを実施した場合の緊急度・重症度判断までの時間は、入電から出場指令までの時間より短い時間で判断されている。仮にこの時点で出場指令を出すことにすれば、出場までの時間は短縮できる可能性がある。

今後、(4)に示す指令員への教育訓練を行い、指令員がプロトコルに従った聴取方法に精通することにより聴取する時間が短くなることや、(6)に示すトリアージ・プロトコルの公表等を通じて住民が119番通報の方法を習得することにより、受信後の早い段階で緊急度・重症度を判断する上で必要な項目を聴取することが可能になることなどにより、さらに入電から出場指令までの時間が短縮されることが期待される。

一方で(1)の2)で示したように「黄」と「緑」の選別をより精緻に行うこととすれば、その過程でこれらに要する判断時間が遅延することも十分に考えられる。こうした点についても、プロトコル上の工夫と指令員の聴取能力の向上により、短縮化に向けた一層の努力が期待されてやまない。

(4) トリアージ・プロトコルの運用にあたっての指令員の能力向上

今回実施したコール・トリアージの検証の中で、データの記入漏れにより適確に緊急度判断を行うことが困難な事案や、データは記入されているがその判断が適切ではない事案も見受けられた。

動揺している要請者から、いかに少ない質疑項目といえども正確な回答を聞き出すことは容易ではない。また、できる限り、簡便かつ合理的に判断できるよう、プロトコル案の作成にあたって留意されたところである。しかし、現在まで心肺停止等が疑われる事案において、消防防災ヘリやP A連携、医師派遣などの判断は行われているが、今回実施したコール・トリアージ・プロトコル(案)を用いた緊急度・重症度を選別するといった観点から119番受信時での質疑応答がなされた経験は蓄積されてはいない。

119番受信時における応急手当のための口頭指導が平成11年来進められるなかで、救急隊員としての資格を有している職員(以下「救急有資格者」とする)や応急手当指導員の有資格者を指令員として発令するなど、全国の消防本部において真摯な取組がなされているが、今後、指令員に求められる内容はますます深くなっていくものと思われる。

今後トリアージを実施するためには、すべての事案に対して適切な聴取および判断が可能となるよう、プロトコル上の工夫はもとより、トリアージを行う指令員への教育訓練の充実が図られなければならない。

(5) トリアージに伴う救急隊の運用にあたっての論点整理

本検討会において、時間の制約もあって十分に議論を尽くせなかった課題は、トリアージの結果どのような救急隊運用を行うことが適当かといった点である。住民サービスに直結するものであり、最大の関心が払われるべき論点といえよう。

それぞれの地域において、人口分布や地理的条件などの地域特性、消防本部の人的・物的資源の程度、さらには医療資源の状況などに応じて、様々な点を考慮して慎重に検討するほかないが、第2章(4)に掲げた諸外国の例を参考にすれば、緊急度・重症度に応じて、①いち早く現場到着しなければならない事案か否か、②どのような種類の有資格者の搭乗した救急隊を出動させるべき事案か、③出場指令すべき救急隊の編成をどうするか、といった点で運用を異ならせることが考えられる。

具体的な論点としては、例えば、①については、(i)我が国では、イギリスやアメリカと異なり救急隊は消防署所の一部に常時待機している点で、果たしてこれらの国と同程度に弾力的な運用が可能かどうか、(ii)すでに一部の消防本部においてPA連携として、事実上実施されているのではないか、といった点が考えられる。

また、②については、救急救命士運用隊と標準救急隊(救急救命士以外の救急隊員のみが搭乗)の区分が考えられるが、(i)「全ての救急隊に少なくとも一人の救急救命士を搭乗させる」といった目標とどう整合させるのか、(ii)救急救命士運用隊の数が少なくなると、救急救命士隊の現場到着所要時間が遅延するのではないか、(iii)アンダートリアージのリスクを補正するためにも、救急救命士による現場観察が必要ではないか、等の問題が指摘されよう。

さらに、③として、アンダートリアージのリスクが極小化されたプロトコルを前提として、緊急度・重症度が低い場合に2人体制とすることはどうだろうか。(i)救急現場での応急処置、救急車への収容、搬送途上の車両運行や傷病者管理上問題はないか、(ii)3名隊と2名隊を併存させるのか、いずれを原則とするのか、交替制勤務として合理的な隊編成をどのように行うのか、(iii)警防部門や予防部門などへの影響はないかといった論点が考えられる。

(6) 住民の合意形成に向けた課題

トリアージを導入する場合には、救急隊の運用をどうするかにより住民サービスへの直接的な影響を及ぼすものであるため、住民合意の形成には十二分な努力が払われなければならない。

この点については、トリアージは緊急度・重症度が高い事案に対して、より適切な対応をとることで救命率を向上させることが本来の目的であり、軽症者の不搬送といったサービスの切り捨てではないことを十分に理解してもらう必要がある。

住民の代表からなる地方議会において十分な審議を経ることなどが望ましいが、その際、医学的知見について地域メディカルコントロール協議会の協力が効果的である。

さらに、トリアージ・プロトコルを広報紙などで周知するとともに、応急手当講習の中で119番通報の方法（症状の中で意識、呼吸の状況を先に通報するなど）を習得してもらうことなどが考えられよう。こうした取組を通じて、住民から適切な通報が行われ、聴取不能の割合が減少し、適切な緊急度・重症度判断が可能になるものと考えられる。

トリアージ実施を住民に周知することにより、悪意を持って虚偽の応答がなされるリスクもあるが、むしろ住民間でのチェックを通じた良識の形成に期待するべきであろう。

（7） トリアージに伴う法的責任に係る論点の整理

現行制度上、行政活動に携わる公務員は重過失がない限り、個人として損害賠償責任を負うことはなく、一方で、軽過失により発生した損害については、消防本部が属する地方公共団体が雇用主としての責任を負うこととされている（国家賠償法第1条）。この場合、重過失といい軽過失といい、その認定にあたっては、行政活動に携わる公務員の注意義務違反の程度が問題となる。

注意義務の具体的な内容は個々の事例によって異なり、明確な統一的基準とはなしえない部分も残るものの、トリアージを導入するにあたっては、現実の運用にかかわる指令員や救急隊員の行為に加え、プロトコルの作成や運用にあたって指導的役割を担うこととなる医師や行政官の行為が注意義務違反と評価されることにより法的責任が発生することのないよう、十分に留意する必要がある。そこで、特に以下の点に配慮することにより、法的に疑義のある形でのプロトコルの運用を防止することができると考える。

第一に、トリアージ・プロトコルについては、今回の検証を踏まえ、アンダートリアージのリスクを極小化する努力が重ねられるべきであり、また、当該プロトコルの運用に携わることとなる指令員の能力向上に向けた、教育訓練プログラムの開発が急がれるところである。

第二に、トリアージによる具体的な救急隊の運用にあたっては、地域の医療資源や救急搬送資源の実態を十分踏まえたものとなるよう、地域のメディカルコントロール協議会等の活動に期待するところが大きい。

第三に、住民に対し、トリアージの目的が「救命率の向上」と「公平性・公正性の確保」にほかならないことを説明し、その理解を得るとともに、緊急度・重症度を選別するにあたっての基準、トリアージ・プロトコルの考え方などについて、地方議会での十分な審議を通じて、あるいは、パブリックコメントやパブリックインボルブメントといった手法を活用して、民主的な正統性の確保に意を用いることが必要であろう。

翻って考えるに、そもそも、理論的に可能性のある救急要請をひとつ残

らず網羅できるプロトコルの作成は容易ではないし、また、年によって、季節によって、さらには地域間で、疾病構造や傾向は微妙に相違することが考えられる。この点、トリアージ・プロトコルの運用にあたっては、プロトコルの厳格な遵守が逆に注意義務違反と評価されることのないよう留意することが必要であり、適時にプロトコル自体の見直しを行いうる体制を整備するとともに、現実にとリアージに携わることとなる指令員の裁量が一定の範囲で認められる仕組みとすることが必要であろう。

(8) 供給力の増強と受入医療体制の整備

以上、コール・トリアージの検討にあたっては、(1)～(7)に掲げた諸課題を解決する必要があるが、トリアージを議論する以前の問題として、本検討会において多くの委員から指摘された点を、改めて掲げることとしたい。

即ち、必要な人員や予算の確保の努力の必要性と、近年新たに「たらい回し」が問題となる中での受入医療体制の整備である。

地方公務員総数が平成7年以降純減傾向にある中、地域住民の安全安心の確保の観点から、救急隊数や救急隊員数について一定の増強が図られてきたことは評価されるべきであるが、いまだ都市部を中心に消防力の整備指針に基づく救急隊の配置基準が満たされていない消防本部も存在している。かかる消防本部にあっては、まずはこの基準の充足にむけて取り組むことが必要である。

今回検討したトリアージをはじめ、各般にわたる対策を講じたとしても、今後の少子高齢化の一層の進展や疾病構造の変化などに伴い救急需要の増加自体は避けられない。その場合、住民の安全・安心の拠り所として信頼され、中核的な行政需要として身近に機能している救急業務の体制整備については、住民の幅広い理解を求めながら、その効果的な行財政上の増強策を講じていくことが望まれるところである。

一方で、救急搬送の受け皿となるべき医療機関がなお不十分であることなどから周産期、小児、精神疾患などの事案において、搬送先病院を選定するまでに時間を要する事例が増えてきており、当該傷病者の搬送が遅れるだけでなくその間に発生する救急事案に対応することが困難な状況にある。

また、保健医療制度の改正などからそれまでは病院に入院していた患者が在宅医療を選択することにより、かかる患者からの救急要請の増加も指摘されている。

今後、これらの実態を十分に分析し、地域メディカルコントロール協議会と連携しながら、搬送先病院の迅速な選定や地域医療体制の整備を推進することが必要であろう。

第6章 まとめ

近年、救急要請が急増する一方で救急隊数は微増にとどまり、需給ギャップの拡大から現場到着所要時間が遅延する傾向にある。

こうした中、平成17年度において「救急需要対策に関する検討会」が開催され、総合的な救急需要対策が示されたが、「119番受信時等における緊急度・重症度の選別（トリアージ）」については「実用化に向けた試行を重ねることが必要」との提言がなされた。これを受け、今年度「救急業務におけるトリアージに関する検討会」を開催し、実際の消防本部における救急要請事案を活用して、コール・トリアージ・プロトコル（案）により緊急度・重症度が高い事案から低い事案までの順に「赤」「黄」「緑」の3段階に選別する検証を行うなど、専門的な調査検討を行い、以下のトリアージ運用における今後の課題を整理した。

（1）トリアージ・プロトコルの完成に向けた課題

検証の結果、わずかではあるが「黄」と選別された事案の中に実際には「重症」の事案が含まれていた。また、「緑」は四肢の外傷・打撲、軽微な熱傷と対象を絞っていたため、対象とした全9,097件中選別されたのは1件のみであった。今後、実際に運用していくためには「赤」を「黄」と選別してしまう「アンダートリアージ」のリスクを極小化することや、「緑」の対象を拡大することの検討を含め、消防本部において適確にトリアージを行うための、トリアージ・プロトコルの完成にむけてさらに検討を行っていく必要がある。

また、精神疾患やアルコール中毒などで意思疎通が困難な要請者に対しては、通報内容のみでは正確な情報を得ることが困難なため「赤」と選別することも必要である。

（2）本来救急事案に該当しないもののトリアージへの取込の検討

定期的な入退院、事前予約のある外来通院・検査通院など明らかに救急事案に該当しないものについても、トリアージ・プロトコルに取り込んだ上で、タクシーや患者等搬送事業者などの代替的なサービスの供給、病院情報の提供、福祉部局との連携といった対応をとることが求められている。

（3）判断時間を短くすることのさらなる検討

トリアージを実施した場合と実施しない場合の入電から出場指令までの時間に有意な差は無かった。今後、指令員への教育訓練や住民が119番通報の方法を習得することにより、さらに入電から出場指令までの時間が短縮されることが期待される。

一方で、「黄」と「緑」の選別を精緻化することにより、判断時間が遅延することも考えられ、こうした点を含め、プロトコル上の工夫と指令

員の聴取能力の向上により、短縮化に向けた一層の努力が期待される。

(4) トリアージ・プロトコルの運用にあたっての指令員の能力向上

今回実施した検証において、必要な質問項目について聴取不能であったり、聴取後の判断が適切でない事案が見受けられた。

トリアージの実施にあたっては、適切な聴取および判断が求められる指令員への教育訓練を充実することが必要である。

(5) トリアージに伴う救急隊の運用にあたっての論点整理

本検討会が、時間の制約もあって十分に検討できなかった最大の課題は、緊急度・重症度に応じてどのような救急隊運用を行うことが適切かといった、住民サービスに直結する問題である。

緊急度・重症度に応じた救急隊の運用としては、現場到着所要時間の目標値を異ならせる、救急隊の種類を区別する、救急隊の編成基準を異ならせるなどが考えられる。これらの検討には、我が国の救急体制に合わせた十分慎重な検討が必要であり、これらの点についての検討が深まることを期待したい。

(6) 住民の合意形成に向けた課題

トリアージを導入する場合には、住民合意が不可欠である。この場合、本来の目的が救命率を向上させることであり、軽症者の不搬送といったサービス切り捨てではないことを示す必要がある。地方議会における十分な審議が望ましく、地域メディカルコントロール協議会の協力が効果的であろう。また、広報誌等を通じたトリアージ・プロトコルの周知や、応急手当講習の一環としてトリアージに準拠した119番通報方法を習得してもらうことなどが考えられる。

(7) トリアージに伴う法的責任に係る論点の整理

トリアージを導入するにあたっては、現実の運用にかかわる指令員や救急隊員の行為に加え、プロトコルの作成や運用にあたって指導的役割を担うことになる医師や行政官の行為が注意義務違反と評価されることにより法的責任が発生することないよう、特に次の点に留意する必要がある。

①プロトコルの作成にあたってアンダートリアージのリスクを極小化する努力を重ねること、②指令員への教育訓練を充実すること、③地域メディカルコントロール協議会等を活用して、地域の実態に応じた運用がなされるよう努めること、④地方議会における審議やパブリックコメント等を通じて、住民合意の形成に努めること、⑤トリアージ・プロトコルの内容如何によって注意義務の範囲や内容に著しい影響が出ないようにし、指令員の裁量が一定の範囲で認められる仕組みとすること、等に留意すべきである。

(8) 供給力の増強と受入医療体制の整備

今後の少子高齢化の一層の進展や疾病構造の変化などに伴い救急需要の増加自体は避けられない。いまだ都市部を中心に救急隊の配置基準を満たさない本部も存在するため、住民の幅広い理解を求めながら、その効果的な行財政上の増強策を講じていくことが望まれる。

一方で、地域医療体制が十分でないことなどから、周産期、小児、精神疾患などの事案において搬送先病院が即座に決まらず、搬送先病院の選定に時間を要する事例がある。在宅医療の患者からの救急要請の増加も指摘されている。今後、適切な対応に向けて、地域メディカルコントロール協議会とも連携し、搬送先病院を迅速に選定することができる体制等を整備することも重要な課題である。

これらの課題に関して検証を行う作業部会などを設け、引き続き検討を行っていく必要がある。

検討会の開催状況

■ 第1回 救急業務におけるトリアージに関する検討会の趣旨

- ・ 日時 平成18年7月28日(金)
- ・ 場所 法曹会館 1階孔雀の間

■ 第2回 日本におけるトリアージの現状とその課題

- ・ 日時 平成18年9月22日(金)
- ・ 場所 総務省第1、2、3会議室

■ 第3回 トリアージの検証結果について

- ・ 日時 平成19年1月31日(水)
- ・ 場所 法曹会館 3階富士の間

■ 第4回 検討会報告書について

- ・ 日時 平成19年3月23日(金)
- ・ 場所 都市センターホテル スバル

救急業務におけるトリアージに関する検討会 委員

(五十音順・敬称略)

- | | |
|------|--|
| 赤坂勝雄 | (仙台市消防局警防部長) |
| 浅野幸雄 | (東京消防庁救急部長) |
| 朝日信夫 | (財団法人 日本消防設備安全センター理事長) |
| 石井正三 | (日本医師会常任理事) |
| 井関和彦 | (藤井寺市長) |
| 荻沼隆 | (早稲田大学政治経済学術院教授) |
| 奥田善治 | (京都市消防局安全救急部長) |
| 坂本哲也 | (帝京大学医学部救命救急センター教授) |
| 佐藤敏信 | (厚生労働省医政局指導課長) 平成18年9月1日より就任 |
| 島崎修次 | (杏林大学医学部救急医学教授) |
| 高橋規夫 | (横浜市安全管理局警防部長) |
| 中川和之 | (時事通信社編集委員) |
| 樋口範雄 | (東京大学法学部教授) |
| 南砂 | (読売新聞東京本社編集局解説部次長) |
| 山本保博 | (日本医科大学救急医学主任教授) |
| 米村滋人 | (東北大学大学院法学研究科助教授) |
| 谷口隆 | (厚生労働省医政局指導課長)
平成18年7月28日より平成18年8月31日まで就任 |

救急業務におけるトリアージに関する検討会 設置要綱

(目的)

第1条 平成17年度「救急需要対策に関する検討会」において提案された救急需要対策としての、救急要請時や救急現場におけるトリアージに関する必要な諸問題についての検討を行うことを目的とする。

(検討会の設置)

第2条 前条の目的を達成するため、救急業務におけるトリアージに関する検討会（以下、「検討会」という。）を設置する。

2 検討会は、委員若干名で組織する。

3 委員の任期は、平成19年3月までとするが延長を妨げないものとする。

4 検討会に、委員の互選により座長を置く。

(検討会の庶務)

第3条 検討会の庶務は、消防庁救急企画室においてこれを処理する。

(その他)

第4条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営、第1条に掲げる目的を達成するために必要となるその他の事項については、座長がこれを定める。

附 則

この要綱は、平成18年7月28日から施行する。