

平成24年度緊急度判定体系実証検証事業 第1回実証検証推進会議 議事録

平成24年8月22日

コンベンションルームA P 品川

J + K会議室

1. 開会

【事務局（〇〇）】 それでは定刻となりましたので、平成24年度緊急度判定体系実証検証事業第1回実証検証推進会議を開催させていただきます。

私、本日、事務局を務めさせていただくことになりました大興電子通信株式会社、〇〇でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず、開催に当たりまして、消防庁〇〇審議官よりごあいさつをいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

2. あいさつ

【〇〇審議官】 消防庁審議官の〇〇でございます。

本日は大変、皆様それぞれお忙しい中、24年度の緊急度判定体系実証検証事業の実証検証推進会議第1回にお集まりをいただきましてありがとうございます。今年度の実証検証推進会議としては初めてということでございますので、開会に当たりまして、消防庁を代表して一言ごあいさつを申し上げます。

救急事業の中における緊急度判定体系を、社会全体で共有できるものを構築していこうと、この考え方は、何年か前からここにおられる多くの委員の方々にご関係いただきまして、検討を重ね、積み上げてきていただいております。そんな中で、昨年度、23年度に至りまして、いよいよプロトコルのV e r . 0というものを具体的に構築していただくところまで至ったわけでございます。本当にありがとうございます。

昨年度の検討会ですね、社会全体で共有する緊急度判定体系のあり方検討会、ちょっと長い名前でございますけれども、その検討を通じて、私、大変強い印象を持ちましたのは3点ございます。

この緊急度判定体系を社会全体に普及させていこうという取り組みの、まず目的は何だろうかという点につきまして、これ、決して、いわゆる需要が増えてしまう中から搬送しない者を抽出しようといった不搬送抽出のためじゃないんだと、いかに本当に優先すべき方を見出して、優先搬送して救命率の向上を目指していくかという、そのところが中心

目的なんだということを改めて確認いただいたと、これが1つ、非常に印象に残っております。

2点目としましては、そういう緊急度判定体系を構築していく際に、やはり何のためにあるかという、住民の救命率の向上のためでございますから、セーフティーネットの構築といったような部分にもきちんと目配りしながらやるべきだということもしっかり押さえていただいたという点も感謝しております。

3点目といたしまして、これはいわば物の考え方みたいな部分でございますが、医療全体についても言えることかもしれませんけれども、いわゆる過去の専門家にお任せをする医療といったようなパラダイム、考え方ではだめなんじゃないかと。やっぱり社会全体の貴重な資源であります医療資源、あるいは消防の救急の部分も含めて、救急医療の関連の社会資源をどうやって利活用して、本当に優先すべき人に優先して対応できるようにしていくかという目的を達成するには、医療機関や消防救急機関の関係者だけではだめで、住民自身、市民自身がこういうふうに出て、こう使っていこうという、その部分の思いを共有していただいて、お任せ型ということじゃなくて、もちろん、専門家は専門家で一生懸命住民を支えるけれども、住民側自身も医療資源全体、社会資源を支えていくんだという、コラボレーションというんでしょうか、協働して取り組んでいくということが必要だなということで、この緊急度判定体系の議論をしていく中から改めて浮き彫りになり、確認されたということも大変大きな成果だったんじゃないかと考えております。

そのような整理の中で、具体的なV e r . 0をつくり上げていただきました。実はその後も、特にプロトコルの関係の先生方には、引き続いてさらに改善しようということで作業も重ねていただいたということで、本日は後ほど〇〇先生からそのあたりの改定状況も含めてご報告をいただけると伺っておりますけれども、積み上げてきていただいておりますということで大変感謝しておりますが、V e r . 0も紙に書いて作ったというだけでは、いわゆる絵に描いた餅でございまして、これを本当に日本社会全体に広げていくための第一歩としましては、実際の現場で実証検証をしなければいけないと、これも昨年おまとめをいただいたところでございまして、その現場での実証検証ということをいよいよやっていく年度になって、しかし、具体的な地域については手を挙げていただかないと、喜んでやっていただくということでない、なかなかうまくいきませんので、公募という形で募集をかけさせていただいたところ、大変幸いなことに、堺市様、田辺市様、横浜市様、この3つの地方自治体が手を挙げていただいたということでございます。この3地域におかれまし

ては、本当にそれぞれの日常業務で大変ご多忙にもかかわらず、今後の日本全体の救急医療の向上のために、この事業にご協力いただきまして、推進会議にもそれぞれの消防本部の方々にも入っていただいておりますが、この場をおかりして、ご協力に対して厚く御礼を申し上げます。

この実証検証を進めていきます上では、まずは住民の皆さん、先ほど申しましたような考え方の深まりというか、変化もありますので、その点も含めたご理解をいただくための住民広報、あるいは搬送された方に対応していただく医療機関と消防当局以外に、川上川下と言うんでしょうか、幅広い関係方面にご理解をいただくための準備の活動、これも大変だと思います。その上でかかわる救急隊の方々の作業量も相当ございます。こういった準備活動、事前準備の活動も含めて、相当なエネルギーを要する事業でございますけれども、私どもとしましては、そのような部分の何をどうやったらどんなふうな前進が見られたか、あるいはなかなか難しいことがあったかと、そういうような事業を動かしていく上での取り組みのプロセス自体、そこで出会う困難も含めて、ぜひログをとっていただいて、整理していただくということが、この事業を来年度以降、さらに広げていく上で大変貴重な参考情報になると思っておりますので、あまり言えば言うほど、いや、大変な事業に手を挙げたなと思って、引いてしまわれると困るんですけども、実は初めての本当のそういった取り組みでございますから、今、申しましたようなプロセスも含めて、きちんと対応していただいて、このV e r . 1 にアップデートしていく作業にご貢献をいただくということをお願いしたいと存じます。

本日の1回目の実証検証推進会議としての皆様方へのお願いとしましては、大きく言えば2点でございまして、1つは途中でちょっと触れましたが、緊急度判定プロトコル自体が前年度の検討会であった時点の最終段階でご確認いただいたものからしますと、さらに改善やブラッシュアップをしていただいたということがございますので、そのブラッシュアップしていただいたものについて、確認してご承認をいただきたいという点が1つ目でございます。

2番目としましては、いよいよ、それでは若干ブラッシュアップは既にしていただいたV e r . 0 を3地域で動かしていただくと、もうちょっと正確に言いますと2つの地域で、横浜市様はシステム改修ということではなくて、今まで先行して取り組んできておられる横浜方式に基づくデータをご提供いただくという形でのご参画でございますけれども、そうやって現場で進めていくに際しまして、この事業にずっとかかわってきていただいて

いる皆様方からいろいろとご意見を事前にちょうだいして、現場で作業していく上での参考にさせていただきたいというのが2点目でございます。

例えばでございますけれども、1つ目は地域住民へのより効果的な広報のあり方でございますとか、あるいは実証検証に際して、医療機関からデータを提出していただく必要がございますが、できるだけプラスアルファのご負担というものが生まれないような、あまり負担にならないような方法に意を用いていくべきと思っておりますものの、まだ具体的な定見があるわけではございません。そういった点についてもご意見いただければと思っておりますし、さらには、先ほどちょっと申し上げましたが、横浜市の参画のあり方につきましては、これは先行して行っている横浜方式に基づくデータをいただくということで、これはV e r . 0の運用そのものではございませんので、横浜市からこの事業としていただく情報をどのように参考にしてすり合わせていけば、私どもの社会全体で共有するため、いわば全国の基本形になるようなものを開発していこうという事業のプラスになるのかなというあたりも、実際には結構難しい面もあろうかとは思いますが、それぞれのご専門の立場からいろいろとご助言をいただければ大変ありがたいと思っております。

そういったさまざまなご意見をいただきまして本年度の実証検証事業を進めていき、今後、全国の皆様に、もちろん、それぞれの地域の医療資源の状況、住民の考え方等々、違いますので、最終的には各地域MCで、地域の実情に合わせてご議論いただいた上で、できるだけ基本、標準形でやっていただければありがたいものの、ローカルバリエーションも、それはあるのかなと、こういう考え方で走り始めている事業ではございますが、よりよいものにしていきたいと考えております。委員の皆様方には、ぜひ貴重なご意見をいただけることをお願いいたしまして、ごあいさつとさせていただきます。

どうもありがとうございます。

【事務局（〇〇）】 ありがとうございます。

それでは、ここで本日お配りをさせていただいております資料の確認をさせていただきますと思います。

まず、次第をおめくりいただきますと、開催要綱と構成員名簿、その次に資料1、平成24年度緊急度判定体系実証検証事業第1回実証検証推進会議、資料2、緊急度判定プロトコル説明資料、資料2-1、緊急度判定プロトコルV e r . 0をお配りさせていただいております。ご落丁等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

3. 委員紹介

それでは、引き続きまして、私のほうから本日までご出席いただいております各委員の皆様のご紹介をさせていただきたいと思います。

昭和大学病院病院長、〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 日本医師会常任理事、〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 富山大学大学院医学薬学研究部教授、〇〇委員におかれましては、本日所用のため、〇〇様が代理でご出席いただいております。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 岐阜大学大学院救急・災害医学分野教授、〇〇委員。

【〇〇委員】 申し上げます。

【事務局（〇〇）】 〇〇市消防本部警防課長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。申し上げます。

【事務局（〇〇）】 神戸市立医療センター中央市民病院救命救急センター長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 帝京大学医学部教授、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 救急救命東京研修所教授、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしく願ひいたします。

【事務局（〇〇）】 堺市消防局警防部救急課長、〇〇委員。

【〇〇（〇）委員】 〇〇です。どうぞよろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 杏林大学総合政策学部教授、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしく申し上げます。

【事務局（〇〇）】 横浜市消防局警防部救急課長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしく願ひいたします。

【事務局（〇〇）】 福岡市消防局警防部救急課長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしく願ひいたします。

【事務局（〇〇）】 東京消防庁救急部参事兼救急管理課長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いします。

【事務局（〇〇）】 日本看護協会常任理事、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局（〇〇）】 横浜市立大学大学院医学研究科救急医学教授、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【事務局（〇〇）】 東京医科大学病院病院長、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いします。

【事務局（〇〇）】 市立堺病院副院長、〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしくお願いします。

【事務局（〇〇）】 仙台市消防局警防部救急課主幹、〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局（〇〇）】 オブザーバーとして、厚生労働省〇〇課長代理の代理で今回ご出席
いただいております〇〇課長補佐様。

【井上オブザーバー代理（〇〇）】 よろしくお願いします。

【事務局（〇〇）】 どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日、札幌市立大学副学長の〇〇委員、杏林大学医学部救急医学教室教授の〇〇
委員におかれましては、所用のためご欠席の連絡を頂戴しております。

また、本日、実証検証システムのオブザーバーとして、NPO法人CHORD-J・テ
キサス大学生物情報科学大学院の〇〇先生にもご参加いただいております。

【〇〇オブザーバー】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局（〇〇）】 また、オブザーバーとして、実証検証地域である田辺市から南和歌
山医療センター救命救急科医長の〇〇先生のご参加をいただく予定でしたが、本
日、所用のため欠席のご連絡を頂戴しております。

4. 座長選出

【事務局（〇〇）】 本推進会議の座長ですが、開催要綱のとおり、昨年度の社会全体で共
有する緊急度判定体系のあり方検討会から引き続き〇〇先生にお願いいたしまして、ご快
諾をいただいております。

それでは、〇〇座長より一言ごあいさつをお願いしたいと思います。よろしくお願
いします。

【〇〇座長】 昭和大の〇〇と申します。ご快諾をいただいてというふうに言われたんですが、事の成り行きのプロセスでこのようでございますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

〇〇審議官も言われたとおり、社会全体を巻き込むというふうなことになりますし、したがって、社会のセーフティーネットが十二分に機能しないといけないというふうなこともありますから、多くの知恵がきっと必要だと思います。どうぞよろしくお願いします。

【事務局（〇〇）】 ありがとうございます。

なお、本推進会議は、特に委員の皆様からのご意見があった場合を除いて公開という形で進めさせていただきます。ご了承をお願いいたします。

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

では、以降の議事進行につきましては〇〇座長にお願いしたいというふうに思いますので、よろしくお願いいたします。

5. 議事

（1）緊急度判定体系実証検証事業について

【〇〇座長】 それでは、早速、議事次第に従って進みたいと思います。

議題のところの1番、緊急度判定体系実証検証事業についてということで、事務局から資料1の説明をお願い申し上げます。

【〇〇専門官】 それでは、資料1に基づきまして、本検証事業にまつわる経緯と、それから概要についてご説明をさせていただければと思います。お手元の資料1をご確認ください。

まず、1枚目をおめくりいただきまして、2ページになります。まずは理念的なもので、背景及び目的としてまとめさせていただいております。

まず、背景ですが、左側にありますとおり、大きくは2点あります。1点目といたしまして、救急出動件数、これが年々増加してきているということ。この要因といたしましては、高齢化の進行が大きくかかわっているというところは、皆様方、既にご存じのところかと思います。それから2点目といたしまして、搬送業務を担っている消防機関の方々が実際直面している課題としては、現場の到着時間、病院収容時間がこれまた年々延びてきているという現状があります。この原因といたしまして、その下、2つ目の丸にあります

医療機関の選定困難事案の存在、あるいは1番にあります件数の増加等も要因として挙げられるかと思います。つまり、出動件数が増えてきていて、一件一件にかかる時間も増えてきているという厳しい状況にあるという背景があります。

これに基づきまして、去年、さまざま、この本検証事業の目的についてご議論いただいたところですが、右側のとおり、目的として2点まとめさせていただきました。審議官のあいさつの中にもありましたので、ざっとご説明をと思いますが、2点。1つ目は、傷病者の救命率のさらなる向上を本検証事業で目指すべきであると、これがまず第一義であると。2つ目としては、やはり限られた医療資源の有効的な利活用、これを目指すべきであると。

この背景、目的を一言にまとめますと、この下の緑の帯のところにありますとおり、増大する救急需要及び活動時間の制限に対して、限られた救急医療資源を有効活用して、かつ緊急性の高い傷病者を優先して搬送することで救命率の向上を図る。そして、これを「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という基本的な考え方を社会全体で共有されるように推進していくことを本事業で目指していこうと。このように昨年度、取りまとめていただいたところであります。

次ページを見ていただきまして、もう少し具体的な昨年度の検討内容、それに基づいた今年度の事業の内容のご説明に移ります。

左側、昨年度の検討会でおまとめいただいた内容ですが、緊急度判定の基準を社会全体で共有することのメリットといたしまして、大きくは3つの観点から、3つのポツとして挙げていただいております。まず1点目は、傷病者の立場に立った場合に、救急車を呼んでいいのかどうか判断に困ったとき、自分の緊急度を判断するツールがあるということで、どのように行動すればいいか自信を持つことができるというのが1点目。2点目といたしましては、やはり「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」ということを社会全体で共有するための行動規範をサポートする、そのために用いるということ。3点目としては、やはり救急搬送に関係する関連各部署において、情報やノウハウの共有を容易にする、共通言語を作成するということがあります。こういった考え方にに基づきまして、昨年度、緊急度判定の基準のVer.0の策定をいただきまして、プラスアルファとして、今後の検討として、基準の標準化を今後図っていこうと、このようにおまとめいただいたところであります。

右側、平成24年度、今年度の事業の目的ということになりますが、今年度は昨年度、Ver.0を作成していただきまして、いろいろ手直しなども8月までに行ってきた

いたところではありますが、これを試行的に運用するということを内容として事業を立てております。実証検証対象地域、2つ目のポツのところですが、やはりまた先ほどのごあいさつにもありました、公募で堺市と田辺市と横浜市の消防本部の方々が手を挙げてくださいますと決定させていただきました。この場をかりて御礼申し上げます。V e r . 0 の検証を本年度行いまして、この検証結果に基づいて、さらなる標準化された基準を盛り込んだV e r . 1 を今年度末に策定する、これが本事業の目指すところでございます。

次のページをおめくりいただきまして、これは皆様方、見慣れていらっしゃる図かと思えます。事業の全体図の概要となります。赤い枠で囲まれて、中が黄色で塗られている4つの段階、左側から家庭自己判断プロトコル、電話相談プロトコル、119番通報プロトコル、救急現場プロトコル、この4つのプロトコルにおいて緊急度を判断して、それが最終段階、一番右側の医療機関におけるご本人の緊急度の判定結果と照らし合わせた際に、どれぐらい一致するか、どのようにすれば、さらに一致度を高めていけるか、そういったことを目的として行われるものと想定していただいております。

次のページ、本事業の体制図、本年度の体制図となります。本日開かせていただいております、この推進会議を頭といたしまして、その下に昨年の検討会議と同様に実証検証のワーキンググループ、検証班をはじめとして5つ組んでいただいております。プラスアルファとして、右側にシステム開発、これを行う事業者さんにも参加していただいているところです。

次のページをお願いします。全体のスケジュールになります。一番左の枠に家庭自己判断を頭にして医療機関まで、5つの段階でのスケジュールがごらんのとおりに計画されております。8月から始まります水色の部分、これが準備段階として各段階で必要な作業の工程となります。それから、上の2段、家庭自己判断と電話相談に関しましては、地域に対する広報の関係もありまして、10月から3月まで、このようにサービス実施期間と設定させていただきます。それから、紫色の矢印のところ、こちらが実際にデータを採取する実証検証期間ということになります。当初、10月から12月までの3カ月と想定していたんですけれども、少し予定が押してきておりまして、11月半ばから1月の末ぐらいまで、何とかこの辺でデータを採取して、検証まで年度末に行けたらと、このようなスケジュールで考えております。

次のページをごらんください。これは緊急度判定における各段階の内容です。こちらに関しましては、昨年度ご議論いただいた内容ですので、ご一読いただければと思います。

次をおめくりいただきまして8ページ、こちらにも緊急度判定体系実証検証、全体のフロー図となります。ざっとご覧いただければと思います。

9ページ、こちらは今回、3地域、各地域で各段階について、どのように実証検証を実施していただくかという内容になります。こちらについて、少しご説明を加えます。

まず最初の段階、家庭自己判断に関してですが、こちらは堺市さんと田辺市さん、2地域を対象地域といたしまして、WEBのブラウザ上の操作で緊急度判定を行うと。プラスアルファとして、やっぱりWEBにアクセスされない、される習慣のない高齢者の方々のことも考えまして、冊子による緊急度判定も考慮に入れて進めていただこうとしているところなんです。

2段階目、電話相談という段階、こちらは本事業においては田辺市さんを対象地域といたしまして、仮設電話相談窓口を設けて緊急度判定を行っていただく、こういう内容です。

3段階目、119番通報、こちらはまず堺市さんと田辺市さんの対象地域として、提供されたプロトコルを搭載したシステムで緊急度判定を実施していただくと。プラスアルファとして、横浜市さんには現行のコールトリアージシステム、現在行われているもののデータ提供をいただいて、これを分析させていただくという想定です。

4段階目、救急現場、こちらにも堺市さんと田辺市さんではプロトコルを搭載して、これはiPadを想定しております。こちらで緊急度判定を現場で実施していただくと。横浜市さんにおかれましては、現行の現場搬送トリアージシートのデータをご提供いただくという内容です。

5つ目、少し離れたところの医療機関、こちらにおきまして検証に必要なデータの収集、これは3地域において行っていただける予定となっております。医療機関において、最終的な緊急度判定結果及びそれを裏づける実施処置等のそういった必要な情報を収集する、そういう内容を想定しております。

次をおめくりいただきまして、今、ご説明した内容と同じですが、どの地域でどの段階のデータを集めるかということを一覧にまとめましたのが10ページです。ご覧いただければと思います。

続きまして、11ページ目、こちらが堺市さんで実証検証の広報用のパンフレット、こちらがほぼ仕上がりという状況ですので、参考に添えさせていただきました。田辺市さんのほうでも同様の形で現在作業を進めていただいているところです。ごらんのとおり、右側を1ページとしまして、3ページ構成の、3ページに折るパンフレットの形となっております。

ります。

次をめくっていただきまして、裏が白地だとちょっともったいないなということで、現在、大阪府さん全体で行われている救急安心センターのパンフレットも裏に載せ込もうかと、こういった内容で想定されております。

資料に関するご説明は以上となります。

【〇〇座長】 事業についてということで、ただいま事務局からご説明をいただきました。概略は既に理解されていると思いますけれども、ここはどうなっているのかとか、それから具体的な堺市等のこともありますので、どういうところからでも結構なので。

【〇〇委員】 田辺市の〇〇ですけれども、全体スケジュールのところ、11月の中旬から実証期間が開始するというのは分かるんですが、119番通報のところと救急現場、医療機関のところに説明会と教育期間というふうに明記されているんですが、具体的にどなたが誰を対象にどのような形で進めるのかというのは決まっているんですか。

【〇〇室長】 今、詳細は検討の途中ですけれども、教育期間につきましては、119番通報は指令員の方に対して、救急現場は救急隊員、救命士に対してということになるかと思います。医学的なところを基礎からということではなくて、今回、ITシステムやiPadを使った判定ということになりますので、機器の操作の方法、実用的なところの研修が主になるのかなと思っておりまして、システム事業者さんなり、あとは私ども消防庁も救命士をたくさん抱えておりますので、私どものほうも田辺市様、それから堺市様のほうにお邪魔させていただいて研修をしていきたいというふうに思っております。それから、説明会、119番と救急現場については、住民というよりは、むしろ医師会なり、病院の皆様方ということになるかと思いますが、これは地元の本部の方に色々繋いでいただきながら、私ども消防庁としてもお伺いをして、直接、ぜひお願いをしていきたいと思っております。医療機関のデータをどう取るかというのが一番難度が高いなと思っておりますので、私ども、直接足を運んで、いろいろお願いをしてまいりたいと思っておりますのでございます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【〇〇座長】 ほかにございますか。

今、医療機関のことについての話がございましたが、これは手挙げをするときに、一応、医療機関というか、地元の医師会などとの一定の水準での連携がそこそこできているだろうということになるのかなと思うんですけれども、ちょっとそこら辺の3つの地域のそれ

ぞれの今言った医療機関との絡みのあたりは、ちょっと具体的に知っている方がおられたら教えていただけますか。

【〇〇委員】 続けて田辺市なんですけど、田辺市は和歌山県の紀南のほうに位置するんですが、そちらに先ほどの〇〇先生がおられる南和歌山医療センターという三次医療機関がございまして、そこを中心にメディカルコントロールの体制はかなり充実した形で進んでおりましたので、今回の事業につきましては自信を持って手を挙げさせていただいたと。田辺市の医師会につきましても、協力関係につきましては非常に良好ですので、事前の説明を行いましたところ、遅きに失したような形で、逆にこういうことはもっとはよせんかいというような形で全面協力の確約を受けましたので、その部分について後押しをしていただいたという、そんな形です。

【〇〇座長】 ありがとうございます。

堺市はいかがですか。

【〇〇（〇）委員】 堺市のほうは、具体的な実証検証の方法がまだこちらのほうに見えてこないのので、医療機関等にはそれから働きかけしていく予定でございます。現在のところは、〇〇先生がいらっしゃるが、MC関係の方ではご説明させていただいたんですけれども、対象の医療機関についてはこれからやっていきたいと思います。

以上です。

【〇〇座長】 具体的には、医療機関そのものは何件ぐらいありそうなんですか。

【〇〇（〇）委員】 7病院を予定しておるんです。

【〇〇座長】 じゃあ、〇〇先生が7つ訪れてもよい。

【〇〇委員】 堺は入院施設を持っているのは40施設を超えますが、救急病院としては、精神科入れて23施設あります。受け入れ上位5病院と2病院ぐらいを足せば、統計的には網羅できると思われます。それはメディカルコントロールに関与していただいている先生方の施設なので、お願いもしやすいんじゃないかということで消防等はお話しさせていただいております。

【〇〇座長】 あと、横浜は〇〇先生なんでしょうか、横浜市消防局がカバーしている横浜市全体でのデータということに多分なるんだと思いますけれども、データの提出というか、分析というか。そのときのカウンターパートの病院は東京都の3分の1ぐらいですよ、きっと、ボリュームとしては。これって、結構、紙媒体で頑張るということになると、大変な騒ぎになるんじゃないかと思いますが、どんなふうになりそうか景色だけで

も。

【〇〇委員】 見えている景色は大変だなと思っていますけれども、それをやらなきゃいけないだろうということで、横浜消防さんと一緒に、既に事前に横浜市の病院協会の代表の方と、それから横浜市の医師会の代表の方には、こういった事業に関してはご理解いただいて、説明いただいているんですけれども、奇しくも本日だと思うんですが、この後、専門官ともどもまた説明に行くというような形で、そこを窓口にしてやっていこうと。

【〇〇座長】 なるほど。先生も多分知っておられると思いますけれども、東京で1週間だけ脳卒中を軸にして1万例ぐらいの紙媒体を使った分析をすると、一定期間の時間が必要なんですけど、その時間たるや、何ヶ月ということになりますので、〇〇先生に途中から手伝っていただいています。その大変さというのは、多分、コンピューターを駆使する〇〇先生からすると、この紙束は一体何なんだという話なんじゃないかなと思います。ちょっとそこら辺も、多分、全部が全部の症例じゃないとは思いますが、大変だという感じがしました。よろしくお願いします。

この件は、消防庁も大変そうだけど、いいかという感じですか。

【〇〇室長】 本当にこれは大変な作業だなと思っておりまして、私どもも直接、医療機関へのご説明の場にはできるだけ同席させていただいて、直接お願いをしてまいりたいと思っていますところでございます。

【〇〇座長】 ほかにご質問ございませんか。大丈夫ですか。東京消防庁はべらぼうな数で、いつもご苦労されているんで、横浜の大変さは多分、身をもってお分かりになるんじゃないかなという感じはします。

少し具体的なことが分かったほうが質疑応答に身も入るだろうというようなことがありますので、プロトコルについてはV e r . 0と言っていますが、多分、V e r . 0 . 1ぐらいになっているんでしょうね、きっと。説明してください。これは〇〇先生でいいのでしょうか。

(2) 緊急度判定プロトコルについて

【〇〇委員】 それでは、横書きの資料2、緊急度判定プロトコルをご覧ください。

1枚おめくりいただいて、1-1、昨年度の検討結果概要ということで、もう一度、基本的なところをご説明します。

類型定義及びプロトコル作成に係る決定事項ですが、類型数と定義は4つの段階において全て共通とする。また、その定義は医学的観点に基づいて設定し、段階によっては4類

型の中にサブカテゴリーを設定することも許容しようということになっています。それから、現状では白、非緊急というものを設定はしていますけれども、社会的要因によって救急車が出動している実情があり、本検討では、結果としてはあるべき救急体制を示すことにはしていますけれども、実際の類型ごとの搬送体制の選択までは今回踏み込んでおりませんで、実証する地域のメディカルコントロール協議会等で既に検討されているルールに従って行うということになります。それから、今回作った Ver. 0 では、全体で妊産婦やあるいは小児といった特殊性を加味しなければいけないような属性を持っていますが、同じプロトコル、例えば腹痛なら同じ腹痛のプロトコルを使いますが、中には小児や妊産婦に特化したプロトコルの作成をしようというふうに策定しています。実際、小児に特化したプロトコルというのはありますし、成人にしか使えないというプロトコルもできています。あと、本類型及び定義については、検証、見直しが行うことができるような形にする。質問をコード化するとか、そういうことであります。今回の検証に使うのは、周知のように、全て19症候ということになります。緊急度が高いと電話の段階でプロトコルの結果から得られている9症候と、それから全体の5割近くの頻度にあった10症候を足して19症候ということになります。

これに基づいて、1-2の各段階の類型とサブカテゴリーの定義がされています。赤、黄、緑、白は今回の検討でも変わっておりません。概略では、定義上は赤は生理学的な生命危機に瀕しているような状況や、あるいは病態が増悪傾向、ベクトルが悪くなっていく方向ですね。主にA、B、C、Dの異常とペインに関してが定義づけの中に入っています。それから、今回は赤に関するカテゴリーに関して、現場が赤1、それから赤2といった形で非常に緊急性の高い場合と、その次に高い場合というような2つのカテゴリーに分けています。これは実運用には直接影響は及ぼしませんが、検証によって、例えば赤1はよりPA連携であるとかドクターカーであるとか、そういった医療資源の集中が必要だったんじゃないかどうかといったような形で検証に使おうというもくろみであります。119番も同様にこれを行っていますが、今回はコード化だけで、赤は赤一色という形で、コードで後で差別化して検討するという方向になっております。黄色は2時間を目安とした病態、緑は最終的には医療の傘に入る病態、白はそれら以外で医療をしない病態ということで、これも変わっておりません。

次をおめぐりください。これは定義補足ですので、今、お話ししたことに關する、少し具体的な話が出ていますので、説明は割愛いたします。

5 ページ目、2 の症候一覧です。これが今回の 19 症候で、成人が 16、小児が 14、これはダブっていますので、このような数字になるということになると思います。特に胸痛と背部痛、めまい・ふらつきに関しては小児には使わないということに、先行している救急電話相談センターでの運用に基づいて、それは使わないという形にしています。

それでは、ここからは各段階のプロトコルの概要なんですが、お手元に束ねてありますものは、それぞれ取りますとばらばらになりますけれども、A4 の縦ですね、家庭自己判断プロトコル、電話相談プロトコル、それから 119 番通報プロトコルで、最後に救急現場のプロトコルと、4 つ束があると思うんですが、家庭自己判断プロトコルの 1 枚目のところをおめくりいただきますと、いわゆる各プロトコルのエンジンに当たるようなアルゴリズム、いわゆる骨格が出ております。よろしいでしょうか、縦のほうの資料です。これは例えば家庭自己判断アルゴリズムですと、WEB、印刷物等で自己判断開始とあります。その後、キーワードがあって、このようになっていると。右側の色が先ほどお話ししました類型に当たるということになります。それをちょっと横目で見ていただきながら、もとのほうの資料 2 の 6 ページのご説明をさせていただきたいと思います。

まず、家庭自己判断に関しては、先行していました電話救急医療相談のプロトコルをベースにつくっております。基本的にはほとんど同じなんですが、ここを担当していただいたのは、A 班というグループがやっていたいてありますが、A 班がいろいろ腐心されていたことは、特に電話相談プロトコルと整合性が持たせられるように、齟齬がないように工夫をしていただいています。基本的には推奨する受診科というのは、電話相談のほうではそれは言っていますが、今回の WEB では、そこは書いていないということになります。多分、3 つ目の丸ボチのところ、2 行目のところの電話相談の判定により緊急度が高くないようにというのは、おそらく低くないようにの誤りかなと思いますので、WEB ですので、電話よりもオーバー気味になっているように心掛けて作っていただいておりますので、ほとんど電話とは変わらない。情報は電話よりさらに少ないわけで、自分自身でやられるわけですから、かなりオーバー目につくられているということになります。よろしいでしょうか。

縦のほうを見ていただくと、例えば 4 ページを見ていただきますと、1 呼吸が苦しい、これは呼吸が苦しいというバージョンで、このように WEB とかで見えるわけではなくて、これはこれからつくり込みの中で、ユーザーに対する見え方はちょっと違ってきますが、ページをめくっていくと、このような質問が出てきて、それに該当すればカテゴリーを指

示すると、そういったような構造になろうかなというふうに思っております。後で検証しやすくするために、家庭自己判断というところの列に1 r 0 1とか1 r 0 2と書いてありますが、これはいわゆる紐付けといいますか、判断根拠のIDになるというふうな形であります。

ここまでが家庭自己判断のところです。それでは引き続いて——よろしいでしょうか。

今度は電話相談プロトコルの方、これも縦長のものをおめくりいただければ、やはり同じようにアルゴリズムが出てまいります。基本的にはA班の作ったものと変わりません。

すみません、先ほどのA班がつくった家庭自己判断のセーフティーネットなんですが、迷ったら次の電話相談の#7119にかけるか、あるいはもともと緊急性が高いものも混じっていますので、119番をコールしなさいというのを適宜、文字で誘導、あるいは指導しているということになります。

それでは、今度はB班が担当いたしました電話相談アルゴリズムですけれども、これは東京、大阪、奈良で先行しております電話救急医療相談のプロトコルをベースに検討しております、色は現在先行している事業では赤、橙、黄、緑、青といった5段階ですが、今回はそれを4段階に振り分けたというような形であります。その4段階で再振り分け作業をしていただいているということになります。

それから、今回の検証作業においては、検証症候以外の相談ももちろんしてくるというふうに思われますので、要するに19症候以外の相談もあると思いますが、これは仮設電話相談事業者が実施するプロトコル、要するに依頼する事業者に対して、そこはもともと持っているプロトコルに基づいて相談に応ずるような運用にしようということになっております。これも個々のプロトコルの顔つきはほとんどA班と変わらないというふうに思っております。これだけいただければよろしいかと思います。色がブルーに見えていますけれども、これは緑であります。

それでは、3つ目、3番目です。資料2を1枚おめくりいただいて8ページ、3-3、各段階のプロトコル概要の119番通報のほうです。119番通報のほうでは、これは米国のディスパッチ・プロトコルをベースに、いろいろ細部にわたりご検討いただきまして、聴取する時間が他のフェーズよりも非常に限られておりますので、いかに短時間で情報を得るかというところにご苦労をかけました。結果として、呼吸が苦しい、ゼーゼーする、ぜんそくであるといったような3つのプロトコルを呼吸困難という形で1つにまとめて、ここではプロトコルが作成されています。全例に対する共通の項目と各症候別の聴取項目

と大きく2つに分けているのはA班、B班と同様なんですけれども、細かい話ですが、A、B班では気道の確認を含めた言葉を先に聞いていますけれども、C班が担当した119番通報のプロトコルにおいては、現行、通信指令員が聞き慣れているような、そういった順番で書かれております。呼吸、循環、意識というような状態で、縦の資料の1ページをおめくりいただくと同様にアルゴリズムが出てまいります、年齢・性別・住所・通報の聴取の後はCPAを思わせるようなキーワードを先に聞き、その後は、そのときに外因性かどうかによって分かります。1ページ目に出ているのは内因性のアルゴリズムで、そのまま内因性であるならば呼吸状態、循環、意識のような形で聞いていくということになります。この際の緑のセーフティーネットは、何かあった場合には#7119、あるいは119番の再コールというような形でセーフティーネットを作成しています。

縦長の資料の2ページ目を見ていただくと、これが実際の指令員が使用するチャートです。このような図面になるかどうか、また見え方になるかどうかは、これから検討ですが、これは検討する項目が羅列されているというふうに思っただければというふうに思います。

4ページ以降は各症候別のものであります。4ページが呼吸困難ですが、各症候に、このプロトコルに入るときの口語表現、通報者の口語表現の例等がこのように書かれて、それから下はこのように質問項目がずっと続くということで、該当すれば、その該当したところで判断をするということになります。

資料2の方にまたお戻りください。資料2の9ページ、これは119番通報の緊急度判定の流れをもう一度見せたものですが、全例に共通の聴取項目がここに書かれたようなCPAを疑うもの、それから呼吸、循環、意識、これに症候別の重症度、緊急度をはかる質問をして、それで最終的に緊急度判断をするという流れであります。

それでは、最後に次のページになりますが、10ページ、4番目、これが緊急度評価の救急現場、D班が担当したところです。ここのプロトコルのベースになったのはJTASとJTASがベースにしておりますCTAS、カナダの指標ですが、そのうちのPrehospitalに当たる基準でありますCPASというのがあります。これはCanadian Prehospital Acuity Scaleのことであり、これをもとに作成したのですが、このCPASというのは、ほとんどCTASと同じでありまして、すなわち日本にありますJTASとほとんど同じということになりますので、救急外来で使うJTASという重症度緊急度判断基準をモディファイアして作ったということになります。

これも縦長のものを見ていただくと、1 ページ目にいわゆるエンジン、中身、アルゴリズムが見えてまいります、現場到着から再評価というところに至るまで書かれていますが、もとのCTASやJTASと変わっているのは、カテゴリーの色が変わっておりますので、今回は赤1となっているのがもともとCTAS等であったブルー、青に近いというふうに考えていただければご理解しやすいと思いますが、1 つずつ類型の数も減っていますので、1 つずつ高く設定されている、要するにオーバー目、オーバー目になっているというふうにご理解いただければというふうに思います。

もう一度、資料2のほうに戻っていただきますと、資料2の10 ページ、丸ポチの2 つ目ですが、呼吸の3 症候について、「呼吸困難」と1 つにまとめたのはC 班と同様です。プロトコルの構成は全症例に共通の観察項目と特定の症候に関する観察項目というふうに分かれていますが、ここで少し特徴的なのはCPASをベースにしておりますので、モディファイアとしての疼痛・受傷機転・出血性素因といったことを観察項目の中に盛り込んでいるという点です。実際の緊急度判定までの流れが11 ページに書かれておりますが、バイタルサインの測定、入力から呼吸に関する観察、意識、循環、体温をチェックして、次に特定の症候のプロトコルに入って、それに応じたチェックポイントをチェックして、最終的に緊急度判断を行うというような流れになっています。大まかなフローは他のステージとあまり変わらないのかなというふうに思っております。

次をおめくりください。最後に、これらのA、B、C、D 班の後に、それぞれの団体での緊急度評価の検証を行うために、医療機関でのデータが必要になりますので、医療機関でのデータセット案が4 の検証票です。病院名のほか、属性であります年齢・性別、それから家庭自己判断等、この辺の患者のID、搬送中のID、それから家庭自己判断のときのコード名、こういったところが横串でのタグ付けになる重要な場所だというふうに思います。

それから、これはちょっと議論が今後まだ必要だと思うんですが、次の緊急度判定というところで、※初期診療にあたった医師が記入とありますが、これは実際には非常に数が多くなりますので、ドクターがこのように後から入れられるかちょっと分かりませんので、現時点で素案としては入れられる医療機関では入れていただくというような形でこれを説明していきましようかという話にはなっていますが、一応、このように挙げさせていただきます。赤、黄、緑、白と書いてありますけれども、その下の赤の説明というのは、赤とはこういうものです、黄色とはこういうものですというのが、ここに定義づけとその例が

解説として書かれているというふうな意味だと思います。その下は重症だと思った根拠は何かというようなところで、搬送中の症状が悪化したであるならばチェックボックスに入れていると、こういったような形で記入をしていただくボックスです。そのほかは来院時の意識、バイタルの項目、それから外来診療後の転帰、それから外来の診断名、それから1ページめくっていただいて、治療処置内容といったところを記入していただいて、これらから緊急性の高い治療内容が行われたならば、この患者は赤で妥当であったんではないか等々の、後で検証の時の定義を決めまして、それで赤、黄、緑、白を決め、それらの最終的な医療機関でのカテゴリーと各段階でのカテゴリーがどのぐらいの精度があったかというのを判定していくと、そういうような予定です。

雑駁ですが、以上です。

【〇〇座長】 ありがとうございます。

この後、もう少し具体的なイメージを共有するための説明を係りの方がしてくださるようなので、それをお聞きしようとは思いますが、ちょっと〇〇先生、教えてください。最後の救急現場のプロトコルでモディファイアの話、ありますよね。CPAS、JTASでいいんですけど。2ページ以降、ぱっと見ていきますと、疼痛とか出血性素因とかが特異項目というんですか、そこに出てきていますので、それがこれに当たるのかなというふうに思うんです。疼痛スコア、出血性素因の部分を非該当になると、それじゃないような特異項目が、例えば40ページなど見ると、特異項目がだ一つと出ていますけれども、このことを言っておるんですね、先生。

【〇〇委員】 そうです。

【〇〇座長】 これ、いいんですよね。私自身はJTASとか少し勉強していますので分かるんですけど、おそらくここにおられる方たちで、そんなに詳しく分からない人がいるかもしれませんので、ちょっと先生、モディファイアの話を少し簡単に、プラスアルファで説明をいただきたい。現場以外の者は自己判断にしても、電話にしても、それから119番通報にしても、さすがにモディファイアというふうなターミノロジーは出てこない。つまり、何を言っているかという、家庭自己判断は、ここにおられる方たちが患者さんになったと思えば理解できますし、それから電話相談も、具体的にはもう始まっている場所がありますので、そこでこんなことやっているなど。119番通報も、僕は消防隊員ではございませんが、あんなふうにやっているというのはあるので、あんなふうにというのを、こんなふうにやるんだというふうに思えば、それでいいんです。しかし、救急現場に

については、J T A S そのものは、まだ救急現場そのものに、例えば東京消防庁も現場でやってはいますけれども、こんなに精緻な話では、からっきしないので、ちょっと先生、そこら辺、ちょっとつけ加えて説明いただけますか。

【〇〇委員】 それでは、救急現場プロトコルという、縦長のA 4 の紙の1 ページ目を見ていただくと、救急現場アルゴリズムというのが出てきますので、まず、これで簡単にご説明しますと、外傷の重症度から搬送先を決めるときに、バイタルサイン、生理学的なものの異常はないか、それから解剖学的なものに異常はないか、それでその2 つにもし異常がなければ、今度は受傷機転に問題はないか、今度はそれがなくても、今度は属性で子供さんや妊婦さんや、あるいは抗凝固薬を飲んでいないか、そういったような形でどんどんチェックしていくわけですが、その様と大体似ているというふうに思います。

まず、上から重症感があるかないか、第一印象も含めてですが、重症感があるかないかでチェックしていただいた後、生理学的な指標としてバイタルサイン、呼吸と循環と意識、体温といったところで1 つ目のふるいをかけるんですが、そこに異常が出てくれば赤1、あるいは赤2 の対応をしましょうと。

その次に、それが非該当で、いわゆるバイタルサインがそれほど狂ってないような、崩れてないようなケースに関しては、次の第2 のふるいが非生理学的な指標とありますが、この中の痛みと出血性素因と受傷機転というのは、これがいわゆる一次モディファイアと言われている修飾因子——これ、訳し切れなくてモディファイアにされたんだと思うんですが、バイタルは問題ないけれども、次のこの3 つのカテゴリーの中に何か問題がある場合は、少しこれは緊急度、あるいは重症度が高いというふうに判断しましょうという第2 のふるいで、これは痛みの程度が体性痛、要するに表在性のものなのか、深在性のものなのか、急性のものなのか、慢性のものなのかといったところで大きく分けて、急性の深在性のものであるならば、より早い対応をしましょうというような、そういうモディファイアというか、チェック項目です。出血性素因に関しては、主に外傷もそうですけれども、外傷によって出血が拡大する、増悪するファクターがほかにはないか、例えば人工弁を入れていて、抗凝固薬を飲んでないですかとか、肝機能障害等があつて、凝固活性があまりよくないのではないかとか、そういったものをチェックしましょうというのが2 番目のところで、それが該当するならば、より高い緊急度で考えましょうということです。3 つ目の受傷機転、これは外傷に少し特化していますけれども、ある一定の基準において、外傷のこういったメカニズムで起こった場合は、見た目やバイタルサインに関しては崩れて

はいないけど、重症化する可能性があるので、緊急度を高めましょうと、こういったのがいわゆる一次モディファイアです。

この一次のモディファイアもスルーした場合には、それでは各主訴でお腹が痛いとおっしゃっていたり、頭が痛いといったような患者さんがいたときに、その症候に固有のもので緊急性の高そうなものは赤、黄、緑、白、このような順番で分けていきましょうといった、そういう骨格になっているということになります。

【〇〇座長】 畳み掛けるようで申しわけないんですけども、1ページのアルゴリズムに続く表がございますよね。その表をざーっと見ていきますと、呼吸、循環などがざーっと並んでいて、体温とかそういうのがあって、その後に、どこでもいいんですけど、今、たまたま32ページを見ていますが、早産、特異項目、特異項目、特異項目、これがこの体温以下のところは一次モディファイアの話になって、それでその次の第2段階と書いてあるのは、今、先生がおっしゃったところの二次モディファイアという話でいいんですよね。

【〇〇委員】 そうだと理解しています。

【〇〇座長】 要するに、この表の見方さえわかれば、ここにおられる方は、基本的には多分わかるだろうと、そういうふうなことです。

〇〇先生、モディファイアというのは修飾因子とか、いろんな訳を考えましたけれど、結局、モディファイアに戻りましたよね。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 戻りました。

【〇〇座長】 どんな日本語が当時挙がっていたんですか。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 修正因子とか、修飾因子とか、いろんな言葉が挙がっていたんですけども。

【〇〇座長】 で、結局、モディファイア。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 結局、モディファイア。

【〇〇座長】 まあ、モディフィケーションをするものと、こういうふうな話ですね。

ここまでで何かございますか。そうすると、A班からですね、家庭自己判断で。これ、A、B、C、D班と行くわけですね。

【事務局（〇〇）】 はい。

（3）その他

【〇〇座長】 それじゃあ、画面でご説明を賜ることになりますので、ここでお話を賜

った後にもう一回、こんなこと分らんぞというようなことがあれば質問をいただくと、こんな形で進めたいと思います。お願いします。

【事務局（〇〇）】 よろしくお願ひいたします。

まず、家庭自己判断の画面イメージをご確認していただきます。今回の家庭自己判断のフェーズにおいては、パソコンの利用とスマートフォンの利用を考えております。今日はパソコンのイメージでご説明させていただきます。

パソコンで見ているというものを押した後に利用規約を表示させていただいて、同意してから症候の入力、選定をさせていただきます。まず、緊急度の高い8つの共通症候を表示しております。その中で、今回、普通にしゃべれない、声も出せないというふうに押しますと、この症候の選択を受けて判断結果が表示されます。今回は緊急度が高いということで119番の連絡を促すような画面が出ていきます。右上に判断結果ということで番号を表示しています。内部的には日付プラス連番で番号を持っております、これが医療機関に独歩で行かれた場合のリンクをするようなことを考えていますし、119番でも、この番号を聞き出せることを前提に考えておりますが、日付プラス連番である程度の突合ができると思っておりますので、119番で確認できなかった場合でも、症候と日付、時刻でその家庭自己判断のデータを想定することは可能だと思っております。これが緊急度の高い8つの共通症候での診断結果になります。

その症候が当てはまらないといったときには、この下のどれもあてはまらないを選択していただくと、大人か子どもかの選択画面に行きます。今回は大人を選択していただきましたが、大人を選択していただくと、16の症候が表示されます。今回は何か固形物を飲み込んだというものを選択します。その次の段階で、以下6つの症候が表示されています。これ、緊急度の一番高いものになりますが、どれもあてはまらないを押していただきますと、次の症候を選ぶ画面が出てきます。おなかが痛いということで、該当する症候を選択すると、緊急度をワンランク上げる確認の画面が出てきます。その条件にも当てはまらないというふうを選択しますと、準緊急の診断結果が表示されました。これはお手元のプロトコルに従って診断された結果になります。同じく119番や救急安心センターに連絡する際の情報を載せておりますが、その下に今は緊急度の高い症候は出ていなかったんですが、ここに緊急度の高い症候があらわれたら、119番に連絡するようにというメッセージも載せますし、それから一番下に、迷った場合は救急安心センターや119にかけてくださいという情報も載せるように考えております。

以上が家庭自己判断のフェーズにおける画面イメージになります。

【〇〇座長】 一固まりずつ行きましようかということですね。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇座長】 ご質問ありますか。

大人と小児の次の画面のところで、選べますよね。大人、小児、ちょっと出してもらえますか。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇座長】 これ。大人ですよ。次を出したときに、例えば歯が痛いという話がありあつたとする、ここではどういうふうなパフォーマンスをすることになるんですか。

【事務局（〇〇）】 すみません、その他ということではちょっと考えていなかったのです。

【〇〇室長】 よろしいですか。

【〇〇座長】 どうぞ。

【〇〇室長】 もともと電話相談の補完というふうなことで考えておりまして、電話相談のほうは119症候以外もオペレーターなりナースなりがお答えしますので、歯が痛いという場合は、それなりのプロトコルなりにのっとって回答するわけですが、ネットのほう、全部ということではありませんで、実は主なものだけを対象にすると。ですから、歯が痛いという場合は症候の該当性がないので、これはもう#7119のほうにお電話していただくというふうなことでちょっと考えております。それがもう少し分かったほうがいいのかもしれないなとちょっと今、思いましたので、ちょっと考えさせていただければと思います。

【〇〇座長】 つまり、そういうことなのですね。まじめな人は、ここで立ち止まるでしょう。だから、考えたほうがいいんじゃないかなという、そういうようなことも含めて。

どなたでも。じゃあ、こちらから。

【〇〇委員】 検証のところで、先ほど突合の話で、十分理解できなかったのは、この番号を医療機関や、あるいは消防に、傷病者が自らこれこれ、自分でやってみたら何番でしたと伝えて突合するのか、あるいはこちらのデータベースのほうに何時何分にアクセスした人がいて、その人はどの結果になったとあって、それが本人の申告とは関係なしに、最終的に独歩で行った方も含めて突合されるのか、そこはちょっとまだ分からなかったのて教えてください。

【事務局（〇〇）】 119の画面でも、この家庭自己判断のデータの閲覧ができますの

で、相談者の確認をして、何時何分のご質問をされた方ですかというのは確認できる画面というのは表示できますので、相談者がこの番号を必ずしも覚えていなくても、次のオペレーター段階でそのデータを見ることはできて、突合することは可能です。

【〇〇委員】　そうすると、このホームページにアクセスする人は、本当に自分の具合が悪くて、つまり、リアルで使う人のみにしてくださいと。つまり、こういうときだったら病院に行ったほうがいいのかなというのはいろいろ調べながら、ネットで見ながら、試しにやってみよという人はお控えくださいというふうにするのでしょうか。

【事務局（〇〇）】　いえ、そういう運用にはならないと聞いております。

【〇〇委員】　そうすると、100人ぐらいそういう人がいて、そのうちの1人ぐらいは本物の傷病者とか、そういうふうなことで紛れてきてしまうのかなと、ちょっとそれが心配になりました。

【〇〇室長】　おっしゃる点、我々も懸念というか、検討材料だと思っておりまして、〇〇先生にいろいろ今、ちょっと考えていただいている部分がありますので。

【〇〇オブザーバー】　私のほうから回答させていただきます。

〇〇先生がおっしゃるように、2つのパターン、どちらかというと前者で、患者さんが覚えていられたら、病院で教えていただければ突合できるという形をとらざるを得ないというのが現状です。覚えているかどうかということ、東京の例なんかもちよっと伺ったんですけど、ほぼ難しいだろうということもある程度分かってはいるんですが、病院に行ったときに、電話相談に聞きましたかということはお聞きしようと。それで聞いたものに関して、後で見られて突合できるものはできるだけ頑張ろうというふうに思っていますが、完璧ではないです。

あと、2点目、おっしゃっていた何万人もの人が試しに、私もこれを見るときに、東京消防庁に散々アクセスして、何回も結果を出したんですけど、そういうふうに見ますと、やはりアクセスしたもののうち、どれが本物かというのは、システムとして全部ログを残しておいたとしても、その区別は絶対できませんので、あくまでも最終的には行った方のデータを拝見するという形になるのかなというふうに考えておりました。

【〇〇座長】　最終的には、病院のデータから見ればという話なのね。

【〇〇オブザーバー】　はい。

【〇〇座長】　〇〇先生。

【〇〇委員】　今の〇〇先生とほぼ一緒なんですけれども、要するにどういう傷病者像

を前提にしてこれを作っているのかよく分からなくて。つまり、このまま病院に行けば全部チェックできますけど、良心的で我慢しちゃった人ですね、実は悪化した人、そのチェックはどこでも検証できないですよ、これ。結局、ここでチェックして、病院に行って、主張した人は残りますが、そうじゃない人の検証って、いつまでたってもできないシステムですよ、基本的に。

【〇〇オブザーバー】 これに関しましては、例えば重症ではない私が今、試しにやって重症になったものと本当に重症でアクセスした人の区別がシステム上ではもちろんつきませんので、そこは先ほど〇〇先生がおっしゃったように、本当に具合が悪い人以外は使わないでくださいというフィルターをかける方法がなかなかという。

【〇〇委員】 申し上げたいのは、最初の第一段階での自己判断というやつは、どこまで検証が正確にできるのかというと、最初の段階だけはすごくあいまいですよ。その次からはしっかりしたデータですけど。そこら辺のバイアスがかかっているということを前提にして議論しないと、ちょっと怖いのかなと思ったんですけども。

【〇〇座長】 まあ、判断でもって、例えば2時間って出たり、もっと軽症と出たりした結果、我慢して死んじゃったという人がもしいたとすると、病院でないところで死んじゃったという話になれば、あとは警察とのデータの突合をどうするみたいな話になるわけで、自己判断の部分は、そういう意味でのリスクは必ず背負っているという話ですよ。この部分は、もう困ったらこうしてちょうだいというところで、つまり、実証の最終局面をどのあたりでよしとするかというふうなことで多分関係あるでしょうね。市民が参加するといっても、まだ第一コーナーに入ろうとしている場面ですので、そこまで本当に行けるかどうか。

【〇〇委員】 だから、僕が言いたいのは、セーフティーネットって、ここが一番、セーフティーネット、厳しいじゃないかと思いました。

【〇〇座長】 ですから、その部分に今回の仕事のかなりの部分が費やされるんじゃないかなというふうな予感ですよ。〇〇先生もそういうふうな予感を持っておられるという。

【〇〇委員】 ちょっとよろしいですか。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇委員】 消防の立場なんですけど、まず、この家庭自己診断のレベルで、これをWEB上で転がしていく状況は重症感のある方はないと思うんです。緊急度が高いとか、

もしくは死亡に至るような状態の患者さん、もしくは関係者の方は、多分、迷わず119番から入ると思いますので、逆に〇〇市としては、この部分は、逆に救急車の正しい利用方法の啓発につながるかなというふうにとっているんですけど。

【〇〇座長】 東京消防庁もWEBでとりあえずやれるようにしたと。それで、もちろん、WEBを使わない方にも冊子の状況で、それを見ながらという話になっていますよね。そのことそのものと、今、東京消防庁の救急隊の走り勝手の行動半径というふうな話は、まだ総括するほどの時間はたっていないと思いますけど、簡単に意見だけでも。

【〇〇委員】 東京消防庁の〇〇です。

今、〇〇先生のほうからありました後段の話ですけれども、この4月から受診ガイド、家庭内のプロトコルを運営しておりますけれども、救急件数で見ると、今年、平成24年に入ってから、当初は5%、6%、対前年比伸びておりましたけれども、ここへ来て、昨日現在で1.5%まで下がってきています。これが受診ガイドとか相談センターの周知率が上がって利用が増えたから下がったかどうかというところまで、まだはっきりはわかりませんけれども、実態としてはそうなっています。去年、熱中症が多いこの暑い時期も、実は昨日もあんなに暑かったんですけれども、例年ですと2,300、400というふうに出るんですけれども、昨日も1,900台におさまっていると、こういう実態があります。どうしてこんなに年当初から5%、6%伸びていたのが1.5%まで落っこちてきたかというのは、これからもう少し推移を見て。

【〇〇座長】 何の数ですか、それ。

【〇〇委員】 救急出動件数です。

【〇〇座長】 WEBの件数じゃなくてね。

【〇〇委員】 WEBのアクセス件数は運用開始当初は相当のアクセス件数がありましたけれども、その後、一時落ち着いている状態ですけれども、アクセス件数自体はあります。今も私、ここでスマートフォンでこれを見比べてアクセスしていますので、こういう目的外利用といいますか、単なる勉強とか興味本位という利用でのアクセスはかなりあるというふうに思っております。

それともう1点、今、田辺市さんの方からもありましたけれども、本当に重症感がない人が利用しないかどうかというのは、ちょっとどうかなというふうにやっぱり思います。現行、#7119の相談センターのほうも、相談事案の中から、そのまま救急運用する件数がかかなり比率としてもありますので、場合によっては、我々はそういうものを、いわゆ

る潜在的な重症者の救済みたいな言い方もしていますけれども、そういうこともやはりあるのかなというふうには思っております。

以上です。

【〇〇座長】 それは大阪でもそうですよね。安心センターがよかったねって、幾つも出てきていますよね、会議の中で。

【〇〇委員】 そうですね。

【〇〇座長】 じゃあ、よろしいですね。一個一個、結構おもしろいので、がんがんやればどうにでもなるんですが、A班の次はB班のおつもりですね。

【事務局(〇〇)】 B班なんです、プロトコルの内容がほぼ一緒であるということと、コールセンターでお使いになるということが前提ですので、同等の画面のシステムができ上がると思っていただければよいと思って、今回の説明からは割愛させていただきます。

【〇〇座長】 そうすると、さっき言ったどこがかゆいとか、どこかが何だとか、ないものが来たらどうするかということを決めておけばいいんですね。

【事務局(〇〇)】 そうですね。

【〇〇座長】 じゃあ、AとBの次は……。

【〇〇委員】 先生、よろしいですか。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇委員】 ないものが来たものに関しては、もともとある相談の母体が持っているプロトコルを今使うと、そういうふうに考えて。

【〇〇座長】 もともとの持っている母体。そうすると、田辺市が……。

【〇〇委員】 おそらくはどこかの相談センター業務をやっているところにプロトコルを置いて、そういった形で運営したらいいんじゃないかというような。

【〇〇座長】 そうですか。

では、Cですね。

【事務局(〇〇)】 次は、119番通報ツールの画面イメージをご説明いたします。

これは救急指令室に置かれる端末になると思います。基本的にはWEBというより、タッチペンで画面に触れて操作をしていただくことを前提に考えております。

まず、119番通報を受けた段階で、年齢の確認、それから性別、ここで先ほどと同じように緊急性の高い症候というものを確認していただいて、もう呼吸なしということであれば、緊急度赤ということで判定が終わります。こういったものに該当しない場合は、左

側の画面に従って呼吸情報を確認して、冷や汗の確認、それから顔色、会話の情報をいただいた後に、これも今、表示されている14の症候があるんですが、先ほどの説明にあったとおり、呼吸系3つが1つにまとまっていますので、14の症候の表示がされております。今回は動悸が認められるということになりますと、その下に心臓の異常を指摘されたことがあるとか、それから除細動器の作動状況、それから胸痛、薬の使用をヒアリングをかけて緊急度の判定という形になります。基本はこのような形でプロトコルに従って操作をしていただく画面を想定しております。

【〇〇座長】 これで一固まりね。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇座長】 ということのようです。〇〇先生、何か追加ありますか。横浜はこれじゃなくて、従前からやっている仕組みを使っているということですね。

【〇〇委員】 従前からの也使いますけれども、プロセスの検証はできないですけど、中の一個一個のアイテムはほとんどオーバーラップしていますので。

【〇〇座長】 その気になればできると。

【〇〇委員】 アウトカムの評価はできると。

【〇〇座長】 分かりました。

他にございますか。

【〇〇委員】 よろしいですか。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇委員】 堺と田辺は10月の末ごろにこれに画面を変える？

【〇〇委員】 いえ、指令のシステムはそのまま、別にパソコンを、119のトリアージの場面はパソコンを提供していただくというふうに。

【〇〇委員】 そしたら、指令員は電話を受けながら、普通のとこれと両方やる。

【〇〇委員】 多分、1事案2名で対応すると思います。

【〇〇委員】 3カ月たったら、そのパソコンは持って行かれてしまうと。それは結構大変ですね。

【〇〇委員】 できれば、田辺市としては、もうこれをずっと続けていきたいので。

【〇〇委員】 置いておいてくれと。

【〇〇委員】 まだ交渉を行っていると。

【〇〇座長】 そのときには2名じゃなくて、パソコンのほうの人を残せばいいわけで

すね、引き続き。

【〇〇委員】 そうです。

【〇〇座長】 だそうです。

【〇〇室長】 財務省さんの関係もあるんですけども、我々もいろいろご相談をさせていただきたいなと思っております。

【〇〇座長】 他にございますか。

はい、どうぞ。

【〇〇委員】 多分、この指令台のところが一番、実際の現場ではクリティカルなポイントになると思っています。例えば、ドクターヘリに関しても、覚知通報するかしないかというのが患者の予後に最も大きくかかわってくるので、ここが多分、キーなんではないかというふうに思います。その中で、今までの指令台の活動よりも時間がかかるような画面の遷移に今、ちょっと見えるときがあるんじゃないかと。多分、これまでも指令員が秒をかけずにやれるのが、時間が逆にかかるというクレームが出ないかというのが一つ心配です。

もう一つ、例えばメタ事象があるんですが、例えばいろんな言葉、この根拠となるメタ事象って、確立されていましたっけ？ もしそうでなければ、いい機会ですから、ここで確立したらいかがかなと思います。多分、今、不適正利用の中で、モラルの高い人が使わない、モラルの低い人が使い過ぎるという2つの問題があって、それに対して、さっきの自己トリアージのところも含めてなんですが、特に〇〇先生もご心配になったモラルが高くて使わない人に対して、どうするのかというのは、やっぱり残る問題ですね。少しさっきの問題に立ち戻ってしまいましたが、ここの画面に関しては、今のような問題点があるように思います。

以上です。

【〇〇座長】 これ、〇〇先生、奈良県のピッポッパッポって出てくる、僕はそのぐらいのスピードだったら、現場の救急隊長もじれったくないというふうな感性でやっているんだろうと。それから、受け側の病院としても、それから、それらを俯瞰することができ消防本部にしても、ピッポッパッポのスピードが遅くて困っていると、そういうふうな話はいかがですか。今、〇〇先生が遅いんじゃないかみたいな話があるんですけど、そこら辺はいかがなんですか。

【〇〇オブザーバー】 反応という意味では0.2秒なんですけど、遷移とか、そういう

意味で先生、おっしゃったと思うんですけど。

【〇〇委員】 反応じゃなくて、要するにこの道を通らないと、この結論に届かないという道が決まってしまっているんで、そのために余計な秒数がかかるんじゃないかという話で。

【〇〇オブザーバー】 このアルゴリズムはプロトコルに基づいて決めていますので、どれか1項目でも満たした瞬間に、赤、黄、緑が決まって、それで本当は終わりというような形、そこはシステムというより運用になってしまうと思うんですが。

【〇〇室長】 まず、今回の実証検証におきましては、実際の出動のタイミングは変えないということです、操作していただくんですが、これで出動が遅れることがあってはならないと思っております。

【〇〇委員】 それは分かります。

【〇〇室長】 それで、次の問題なんですけれども、このアルゴリズムは、緊急度の高い方はなるべく早く最初の質問で引っ掛けようというふうなことで考えていますので、最初の質問で赤というふうに出れば、そこでもう出動をかけるというふうな運用をすることで、時間の制限がないような工夫ができるのではないかと考えています。そこも含めて、実は今回の検証の結果で、検証すべきポイントであろうというふうに思っております、緊急度の高い方であれば、制限したのかしないのか、緊急度の低い方はインタビュー項目が増えますので、少し遅くなることが想定されますけれども、どれぐらい時間がかかるのか、そういったこともご報告をさせていただきたいというふうに思っております。あと、横浜のことも……。

【〇〇委員】 実際にやっている時間、ちょっとコンマ以下が正確かどうかというのはありますが、コールトリアージを始める前が救急車出動まで1.5分です、119番入電から出場指令まで1.5分から6分、これはずっと不変で変わりませんでした。始めてから統計をとって、こちらで言う赤の1、CPAと思われる、我々、Aクラスと呼んでいるのが1.5分です。これは変わりありません、早くはなっていません。次に、赤の2と思われるような橙色的なものが大体1.9分、黄色が大体、2.2分から2.5分、緑、カテゴリーCと呼んでいる、私どもで2人の救急が出動できる事案、これは2.7分から2.9分ですので、一番軽いものは1.6、7倍から2倍程度、時間は要していると。それでも3分以内に出動させております。そんな状況です。

【〇〇座長】 さっきこれ僕見て、これで終わっちゃったものだから、今、この議論に

なっていますけど、ある、いいえ、いいえ、いいえですよ。そんでもって赤ですよ。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇座長】 だから、これ、一番の「ある」が出た瞬間に赤になればいいわけですよ。おそらくそうなっているんじゃないかと思うんですけども。プレゼンターが全部やってから、これは赤ですとやるものだから、こんなもの、最初の「ある」で赤ですと、こう思うわけですよ。そこから辺の本当のところは、やっぱり〇〇先生が説明しないといけないんじゃないかと私は思うんですけども、ちょっと説明してもらえませんか。全体はそうなっているんでしょう。

【〇〇オブザーバー】 そのとおりです。基本的には赤が黄色に優先し、黄色が緑に優先するというルールのもと、どれか1条件でもそれに満たすものが出た瞬間に色が出るという。

【〇〇座長】 だから、上から聞いていって、もう赤が決まれば、後ろは聞かなくてもいいわけですね。

【〇〇オブザーバー】 おっしゃるとおりです。

【〇〇座長】 そうですね。だから、これは「ある」が出た瞬間に赤が出てというふうなことで〇〇市はやれるわけですね。

【〇〇オブザーバー】 そうです。

【〇〇座長】 ちょっと物の心を理解していただいてプレゼンテーションしていただかないと、話がこんがらがる。

はい、どうぞ。

【〇〇（〇）委員】 堺ですけども、この119番、オペレーターが受けて、これでディスパッチしていくわけですけども、現場の救急隊のほうにこの情報は飛ぶんですかね。

【事務局（〇〇）】 救急現場の端末にこの情報が見れるような画面を用意しておりますので。

【〇〇（〇）委員】 分かりました。

【〇〇委員】 救急車は何台もあるのに、Aさんから入電して、その画面がどの救急隊に飛ぶんですか。

【〇〇（〇）委員】 出場した隊のほうに飛ぶようになるわけですね。

【事務局（〇〇）】 そうですね。

【〇〇委員】 出場指令が出たら、それが飛ぶということですね。だから、入電のときの情報が出場するときには見られると。

【〇〇（〇）委員】 そうです。

【〇〇委員】 そういう意味ですか。

【〇〇委員】 端末から調べているんでしょう。

【〇〇座長】 〇〇先生、整理して下さい。

【〇〇オブザーバー】 基本的には出動番号とか指令番号とか、それぞれのところで1搬送につく番号、名前は違うと思うんですけど、それがきちんと記録されていれば、その出動に出た隊が出動番号を選ぶと見れるというような形で、ちょっとその辺の選び方とかは後ほどなんですけど、出動番号で基本的にはご覧いただけるようにしたいというふうに思っております。

【〇〇委員】 だから、送られるんじゃないくて、救急隊が引っ張るんです。

【〇〇オブザーバー】 そのとおりです。

【〇〇委員】 2つあって、1つは前にやはり消防のほうでやって、札幌、京都等であっていただいたときに、やはり緊急性の高いものに関しては、すぐに出場基準が決まるので、従来よりも、時間がかえって少し短くなったぐらいだったと思います。

もう1点は、そのときもちょっと問題になったんですが、今、〇〇先生おっしゃったように、赤が出たら、そこですぐ出場と。その後に、出しておいた後に重ねてちょっとお聞きしますかということで残りを聞いていかないと、残りの項目が後で検証した後に、やっぱりこっちの項目がより大事だとかというふうなことの検証ができなくなってしまうので、それはまた運用のルールとしては、出場決まった後でも、一応、ここまでは必ず聞いてくださいというところを決めないと、そこで決まって終わっちゃって、なかなか仕事が忙しいと、そこから後は空白とかということがちょっと起きがちなので、そこだけちょっと検証のときは重要かと思います。

【〇〇オブザーバー】 そこはまさに運用のところなんですけど、いろいろと実例を聞いていると、まず、とにかく出さなきゃいけないというお話がある中で、出た後も電話がつながってお聞きいただけるような、もし運用を各消防本部していただければと。つくりとしては、そこから先、入れられないということはございませんので、先生方おっしゃるように、運用でルールを決めていただければ対応できるようにしております。

【〇〇座長】 具体的に、ここまで聞こうぜというふうなことを、例えば〇〇先生が提

案されたとなると、それによって、どういうアウトカムが欲しいよねというふうな議論をすることになりますよね。ですから、トリアージのV e r . 0 . 1 ぐらいのお話で今日はやっていますから、今日のところはそういうふうなところで、とりあえずはオーケーという話なんだと思います。いいんですよ、それで。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 他にございますか。

【〇〇委員】 先ほど〇〇座長がご指摘したこと、ちょっとよく考えて気がついたところなんですけど、すべてのフェーズにおいてそうなんですけれども、今回は16症候だけのところを流していますけれども、要するに生理学的バイタルサイン等々が正常、正常、正常と来て、16症候に当たって、16症候に当たった中で、また緊急度を拾うというのは、ここまではいいんですけれども、当たらないフェーズというのは各フェーズで必ず全部あるわけなんですけれども、これをどう逃がすのかということは、この先が書かれていないものですから。例えば119番の指令員がない、ない、ない、ないで来て、症候も当たらない、だけど救急車は出します。データはどこでとめるんだという話の一つありますね。現場でも同じで、バイタルサインが正常、正常、言いかえると、赤1、赤2でもない。そして、非生理的なところで赤2でもない。症候で見たら、症候にもヒットしないということになると、そのデータは全部、なし、なしで来るんですけれども、なし、なしで来たのを、今回は全体が網羅されてない分、この上に載ってないデータはどういうふうに整理しようとしているのかだけ、ちょっと最初につくられた〇〇先生、ご意見ちょっと聞かせていただけませんか。

【〇〇委員】 今の質問を十分理解していないのかもしれないんですけれども、全部スルーしてきたら、データ上はホワイトになるはず、場所、そのフェーズ、フェーズで、おそらくは。ただ、運用には影響を与えないので、119なら救急車を出しているでしょうし。

【〇〇委員】 いやいや、先生、そうじゃないはずですよ。だから、16症候以外でも18番目の症候で腹痛いといった中にモディファイアかけると1個上がるために、緑が黄になったりするという、本来はモディファイアが全部くっついているわけなんですけれども、ところが、今回はもう17番目以降は調査しないよということで放っちゃっている。言いかえると、こういうところで今、作り込みをするすべてのソフトには、それが全部消えてしまっているの、聞く人であれ、現場で観察する人であれ、そこにヒットしたものは

見えてこないということになりますね。ということは、本当は拾えない、拾えないから、ここはもう仕方ないんで、その中の一番重症と判断するのか、それはデータとしてはなしだと。それはそれでいいんだけど、現場の運用上、119番の通信指令に説明するときに、来た、来た、来た、ヒットしないのがあったら、どうするんだということを説明しておいてやらないと、行動できないですよ。

【〇〇座長】 今の〇〇先生の話聞きながら思ったんですけども、少なくとも東京消防庁の電話相談プロトコルを一般の人がわかるような形で最初は出版しましょうと、その後、WEBにしましょうという話は、あらかじめこういうものがあるので、見て、皆さんも勉強しましょうねというふうなニュアンスだったと思います。そのニュアンスは比較的、当初、作る場面から、私は強かったような気がするんですよ。その後、本当に困ったときに、それを使えばいいというふうなことにだんだんなってきたと。言っていること、わかりますよね。だから、〇〇先生がおっしゃるように、本当に困ったときに使うというふうな形でいくと、東京版のあれも、実はスルーしちゃいますよね。例えば、歯が痛い。歯が急に抜けて、動脈性の出血をしていて、65歳以上というふうなことになるれば、これは多分、救急車が出るというふうな形になるはずですよ。だから、そういうふうな意味で〇〇先生言うみたいに、もう一回、バイタルサインが危なくなるかもしれないというふうなものを、やっぱりプラスアルファでどこかに入れておかないと、現場の、今、困っている人がアクセスしようとするときに多分、困る。

【〇〇委員】 目的が試行的運用という意味ではなくて、データを取るための使い方だというふうに割り切れば、それは問題ないんですけども、試行的運用であれば、もっと頻度の少ない症候も重症であることを拾えるようなアルゴリズムにしておかないと、ちょっと危険かなというふうに思ったので、こういう質問をしたんですけどね。

【〇〇座長】 だから、東京でやっている、全部で先生、100ぐらいありましたよね、プロトコルの数が。

【〇〇委員】 98。

【〇〇座長】 98ですよ。だから、残りの70ぐらいを拾い上げておくのかどうかという話は、もう一回考えてもいいかもしれませんね。

【〇〇委員】 いやいや、だから使い勝手だと思うんですよ。先生おっしゃったように、歯が痛いといったら、もう歯が痛いのは、おそらくモディファイアかけたときに一番重いものだとして行動させるというふうにすれば、今回の運用は行けると思うんですけども、

それはもうそのかわり、データとしては当然、ほかさないといけませんのでね。ただ、運用する方にどう説明するかということをさっきちらちら頭の中で考えたときに、この16症候に当たらないときに、どうしたらよいかということになる可能性があるので、こういう質問をしたんです。

【〇〇委員】 分かりました、ちょっと勘違い。僕はすごい割り切ってて、データ取りだと思っていたので、それ以外のことは通常の普通の運用をしていただいて、今、作られているルール上、僕らがトライアルしているところだけの検証しか今できないのでというふうに考えています、私は。

【〇〇委員】 そういうことですね。

【〇〇座長】 同じことですか。

【〇〇オブザーバー】 記録という意味で、実はここに書かれている症候別の質問というのは右下の質問の部分にかかってきまして、それ以外に独立した、左側に会話とか呼吸とか循環と書いてある項目は、症候とは独立して赤を出しますので、モディファイアの部分も、先ほど先生、共通項目のところだけが疾患とかかって、その上の共通項目ですね、呼吸、循環とかで、やっぱり赤が出た場合には、どの疾患であろうと、どの症候であろうと、赤、黄色、緑が出るようになっております。その辺、全部独立して組み合わせで最も重いものという意味で、症候に関しては、そのときには16ですか、17以外になるので、その他でこんなものがあつたというデータしか残りませんが、もし運用上、その他のときは共通項目や2段階とか、そういうものでもって判断していただくというようなことが可能であれば、そういうことは可能にはなっております。

【〇〇座長】 ありがとうございます。

これ、Cだよな。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇座長】 D、お願いします。

【事務局（〇〇）】 Dの画面がこちらになりまして、これ、iPadで使うことを想定しております。右の上に患者情報入力とありますが、これが119番に通報されたときの情報が表示されるようになっております。何月何日に入電しました、呼吸、冷や汗、顔色、会話等、119で確認した情報がここに表示されております。

画面のご説明ですが、一番上にある上段のものは、それぞれの情報入力していったときの緊急度判定の結果になります。先ほどから議論になっている赤だとか緑だとか黄色にな

ったときの一番高いものがここに今、表示されていない仕様になっておりまして、入力したときの履歴、最終的な緊急度の高いものをどこに表示するかというのは、すみません、今後の課題とさせていただきます。中段にあるものが14の症候、それからその次の情報はすべての疾患に共通する呼吸循環等の情報です。最終の下段にあるものは第2段階の情報が入力できるような画面になっております。すべての疾患に共通する情報として、呼吸数とS p O₂、それから該当する症候を選んでいただきますと、最終的には測定した情報と緊急度の結果が出てきます。同じようにして、循環に関しては血圧の入力、心拍数の入力、該当する症候の入力をすると、ここに同じように緊急度が表示されます。

次に意識なんですが、JCSとGCSに関しては、このような入力画面を用意しております。それぞれ該当するものを選びますと、こちらに総合点が表示されるようになっておりまして、それぞれ該当する症候を選択していただきますと、ここに表示がされます。あとは発熱においては体温と該当する症候を選んでいただきます。中段のところにある14の症候に関しては、動悸を選びますと、同じようにその選択する情報が出てきまして、それを選択しますと、緊急度赤ということで、理由もここに表示されるようになります。先ほどのお話のとおり、入力したものに対する緊急度結果が今、ここに出ていますので、最も高かった判定結果というのをどこかの画面に出しておかないと、場合によっては緑とか黄色とか、そういったものが一番目立つところに出てしまいますので、入力順番はこういう順番じゃなきゃいけないということはないんですが、そういったところは工夫しなきゃいけないと思っております。

以上が救急現場で使う画面の説明になります。

【〇〇オブザーバー】 すみません、補足してよろしいですか。今の最後のだけちょっと補足させてください。

常に赤、黄色、緑、幾つかの組み合わせがあったら、重症のものが出ます。これは出ないと意味がありませんので、必ず出します。ただ、赤が何カ所が出た場合に、じゃあ、どれを出すかという、今のところ、最終の赤を出すのか、最初の赤を出すのかというのはちょっと難しいところかもしれませんが、今のところ、赤が出た瞬間に、もうそれで終わりというふうなイメージでございましたので、最初の、あるいは最後のものを表示しようというふうに考えておりますが、緑があったからといって赤が表示されないということはございませんので、そこだけちょっと修正、訂正させていただきます。

【〇〇座長】 ご質問ございますか。どうぞ。

【〇〇委員】 これ、もちろん、救急車の中でやるつもりですね。

【事務局（〇〇）】 はい。

【〇〇委員】 ということは、今、活動記録を残すために、いろんな情報を取って、紙媒体で書いているとか、いろいろ田辺も堺もされていると思うんです。それにプラスアルファ、ちょっちょっちょつとやらなくちゃいけないということになるんですね。すべての業務は通常に行って、上乘せ。

【〇〇室長】 今年度につきましては、各本部で行っております救急活動記録、紙で書く本部もあれば、電子化されている本部があるんですが、そこに自動的に流れ込むというところまではちょっと難しいかなと思っております。ただ、将来的に、やっていることは同じですので、ここで入力したことが自動なり、あるいは手動を1回入れるなりして、救急活動記録の方に飛ぶことができれば業務の軽減にもなりますので、そういったことも将来的にはちょっと考えていく必要があるのかなと、そこも検証していきたいというふうに思っております。

【〇〇委員】 というのは、現場の業務を増やさないでデータ取りしてあげるようにしたほうがいいんで、もしできれば、これはプリントアウトするなんて簡単に、活動記録票を書くためのあれでもできるはずなんで、そうしてあげると——僕、何を言っているかという、11月からもう使うわけですね。8、9、10、11月でまだこれで見てる段階というのは、本当は今日ぐらい、iPadを配って、僕らがちょこちょこいじくってどうのこうのぐらいでないと、4カ月後に何百人の救急隊員は結構、現場でぶつぶつ言いながらやるんじゃないかなと思います。

【〇〇室長】 そこはまさしくそのとおりでありまして、各本部に大変なご苦勞をおかけするなということで、なるべく早く物が動くような形にはしたいというふうに思っております。

【〇〇委員】 活動記録票、あれは署に帰って書きますよね、最終的には。だから、それはここからデータを引っ張ってきて出てきたら、そんなに金かからないのところがうのかなと思って。

【〇〇委員】 〇〇先生、活動記録票は基本的にドクター、医療機関に患者情報として渡しますので、ここまでのところは全部終わらせて配って、あと最終帰ってきて整理するという、〇〇市の場合、そういう形になっております。

【〇〇委員】 最後、整理するところは、ちょっとぐらい楽になるのかな。

【〇〇委員】 全然オッケーなんです。

【〇〇座長】 〇〇先生、奈良県の実際の景色というか、実際やっていることは、今の質疑に多分、役に立つ情報があるんだと思うんですが、どうなっていますか。

【〇〇オブザーバー】 奈良県では入れた１０分後にデータとして見ることで、翌々日にはＣＳＶの形でダウンロードしていただいて、活動記録をつくるソフトを持っていっているところにはそのまま、それから活動記録票をそのまま作りたいというようなご要望もＥ－ＭＡＴＣＨの中にはございましたが、今、１３消防本部、それぞればらばらの帳票なので、奈良県、ちょっと今、広域化を目指しておりまして、１１がくつつくので、くつついたときに帳票が、１個になってからそういうのを出そうという話にはなっているんですが、それに必要なデータはすべて出せる状態で持っておりますので、今回の実証の中でどこまでというのはあるんですけど、最終的にはＣＳＶなり何なりの形で、ここに入ったものはすべて有効活用していただけるというのが理想の形と思っております。

【〇〇座長】 だから、この電子媒体仕掛けに今、言った田辺市の仕事の一部を当初から重なるような形でちょっとだけデザインしてあげれば、〇〇先生おっしゃることはそのまま成就するわけですね。

【〇〇委員】 横浜市の実情を申し上げますと、多分、ほかの自治体も多くがそうだと思いますが、活動記録が入っている統計のコンピューター、統計だけではなく、消防のコンピューターは、消防といいますか、自治体のコンピューターは完全に閉鎖的空間で動いておりまして、例えばｉＰａｄですとか、そういったもので入れた情報を、中に入り込むことも取り出すこともできませんので、現状、それが有望できる自治体というのはあんまりないと思います。我々も何度も市のＩＴ当局にトライしていますが、全く返事はゼロ回答しかございません。

【〇〇委員】 実は僕が言ったのは、実証検証で終わっても、チャラにするならいいんですけど、先へ進むときに、今おっしゃった問題が日本国中で起こってくるし、帳票もばらばらな帳票、活動記録もぐちゃぐちゃ、それがネット上ではだめという問題が次に起こってくるので、今のうちに解決の手だてを考えたほうがいいのかなという意見です。

【〇〇室長】 そういうことで申し上げますと、多分、活動記録の場合、個人情報を書いていますので、個人情報をクラウドベースでやっていいかという問題が実は出てくると思っております、今回の場合、ＩＤを使うことで、個人情報じゃない形で実はデータ

受け渡ししているんですけれども、そこも課題かなというふうに認識をしております。また、帳票の問題も、課題としては認識しておりまして、今回の実証検証の中で、将来的な課題として、次のステップにつながる芽出しというか、何かしていけたらいいなというふうに思っているところでございます。

【〇〇座長】 だから、奈良県の試みはそういう意味では少し先を見ることができるんじゃないのかなと僕は思っているんですよ。そもそも帳票のために私たちがいるわけじゃなくて。患者さんのために私たちは仕事をしているわけですから、よりよい方向へ持っていくという話は、横浜市のITの人がどういう人だか、私はよく知りませんが、国のレベルであれ、地方自治体のレベルであれ、きちんと筋を通していくというのが筋ですよ。

【〇〇室長】 一つ申し上げますと、私ども、改正消防法を21年に行いまして、実施基準をつくっていただいているわけですが、その効果といたしまして、都道府県単位で活動記録票を統一していこうというふうな県も出てきておりまして、こういった取り組みは、我々としてもエンカレッジしていきたいというふうに思っております。

【〇〇委員】 この後のフェーズの話になりつつあったので、念のためお話ししたいんですけど、〇〇先生が最初に指摘されたような、これとこれ以外というのをどうするのか。要するに国民向けのバージョンも、救命士バージョンもこれだということになると、この一番表紙のアルゴリズムが分からないんです。私は脳外科なので、意識障害と頭痛としびれがああいう置き方をされると、要するに何を抽出するための表紙なのかわからないんです。同じように見ていくと、痛みがいろんなところにあるわけですよ。これだと、選びづらいですよ。結局、意図がわからないから、ためらいがあったり、打ち間違えがあったりが起きると思うんですよ。やっぱりそこに配慮を感じさせてあげるというのも優しさなんだと思うんですね。最終的に国民向けの自己判断プロトコルというのは、前にも言ったように、iPadにフリーウェアを出して、ダウンロードしてもらう。またはスマートフォンで、いつでも自分でやってくださいというようなものになるのが一番いいと思うんですけど、これでは使う人に優しくないと思います。これはトライアルだからといっても、やっぱり同じだと思います。トライアルから非常によく洗練されたバージョンを目指していけば、それが育っていったって、大きないいものになると思うので、お考えいただければと思います。

【〇〇座長】 そこら辺の議論はCTASを使っていくための訓練の中でしばしば出る話ですよ。ちょっと〇〇先生が答えたつもりで、先生。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 確かにその辺のインターフェイスに関しては、こういうふうにしなきゃいけない部分は、C T A Sもある程度、知識がないと使えないと、今、現状では、そこは非常に大きな問題で、i P a dに入れてはいるんだけど、人に優しい方法ではないと、確かに我々も頭を悩ましているところですので、先生おっしゃるように、例えば頭痛、胸痛、背部痛で並んでいるとか。

【〇〇委員】 一番左側ですね。痛みで行くとか。

【〇〇委員代理（〇〇様）】 というようなことは、そういった入力インターフェイスのプロの方がやっぱり考えていただいたシステム画面というのをやっぱり構築していくことが広く普及するためには非常に大事じゃないかなというふうに思います。

【〇〇座長】 トライアルだから、とりあえずはという話はあっても、今、〇〇先生が言われたみたいに、もともとある問題点をそのまま背負いながら来ているというふうなことは、それはそれでしょうがないということになるんでしょうけれども、しょうがないのがずっと10年も続くとは思えませんので、今、言ったようなことも含めて、やっぱり考えていかなきゃいかんだろうと。それはそういうことですよね。当たり前といえば当たり前ですが。

〇〇先生、何かありますか、今の〇〇先生の。

【〇〇委員】 どういう見せ方をするかというのは、実は今日初めて見せていただいているんですが、ぜひ先行している、例えば東京消防庁の＃7119の救急相談センターの看護師が使っている画面は、今、言ったようにカテゴリズされていて、ユーザーに使いやすくないとすぐアクセスできないので、そういった工夫を少し取り入れていただければいいなと思いますし、WEBも同様かなというふうに思います。

【〇〇座長】 よろしいですか。

問題を指摘するようなことがばこばこ出てきています。第1回目ですから、当たり前といえば当たり前ですが、そうは言いながら、タイムスケジュールを見ると、とりあえず、V e r . 0のもので先へ進むので、プラットフォームは共有したということにして、先に行きたいというのが執行部の思いだと思います。ちょっとそこら辺も含めて、もう時間ですので、これから先どうするかということも含めて、ちょっとだけコメントいただいて、それで先の予定を言っていただけますか。

【〇〇室長】 大変貴重なご意見ありがとうございました。我々が気づいていないことも含めて、いろいろ気づかせていただいたというふうに思っております。

プロトコル自体は、本日のものをもちまして実証検証に入っていきたいと思いますが、プロトコルに基づく画面の見せ方、あとは実際の運用に当たっての留意点等々は、プロトコルを固めた後でもいろいろ工夫の余地がありますので、そこは工夫をしていきたいと思っております。11月の中下旬から実証検証に入っていきたいと思っているんですが、本日も改めて時間がない中で作業をちょっとスピードアップしないと、本当に本部の方にご迷惑をかけるなというふうなことを思いましたので、そこは私ども開発事業者さんとも一緒になって、〇〇先生のお力も借りながらやっていきたいと思っております。

それから、最後にちょっと1点だけ、今回、画面をいろいろ、AとCとDと3つ説明させていただいたんですが、CとDについては、私ども、ほぼ考えた画面構成になっていますが、Aにつきましては、我々が一から考えたというよりは、東京消防庁さんが出されているものと実はほとんど同じでございまして、これは東京消防庁さん、それから救急医学会、それから東京都医師会様にもいろいろお願いをして、私ども、一から作るのもなかなかしんどいところがありましたので、ほぼ先行している実績のあるものをお借りするという形でやっておりますので、一から作ったように説明はしたんですけども、本当はお借りしているものだという事で、改めて感謝を申し上げたいと思っております。

私の方からは以上です。 それでは、事務局のほうに。

【事務局（〇〇）】 非常に活発なご意見、ご議論をいただきまして、本当にありがとうございました。

次回の開催につきましては、また事務局のほうより改めてご案内をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上で、平成24年度緊急度判定体系実証検証事業第1回実証検証推進会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

〔了〕