

平成25年3月6日

大手町サンスカイルーム D会議室

1. 開会

【〇〇補佐】 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2回となります実証検証推進会議を開催させていただきます。

本日の司会は、私、救急企画室課長補佐の〇〇が務めさせていただきます。よろしくお願いたします。

それでは、まず開催に当たりまして、消防庁救急企画室長の〇〇よりご挨拶申し上げます。

2. あいさつ

【〇〇室長】 委員の皆様には年度末のお忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。心より感謝を申し上げます。

この事業、5月に3地域に参加していただきまして、8月にシステム事業者が決まりました。ここからのスタートでありましたので、実質7カ月でデータ収集の準備、地域の説明、医療機関の協力を仰ぐ、それから分析等々を行ってきました。3地域には大変なご努力をいただいたものと改めて感謝申し上げます。

おかげさまで3地域合わせると126の医療機関にご協力いただいております。データといたしましても、検証対象として約1万7,000件のデータが集まりました。重ねて関係者に御礼を申し上げますとともに、この間、検証班を中心に委員の皆様にも本当に夜中まで色々お願いをしたり、私ども失礼なことをしたわけですけれども、ご協力いただきました各位の皆様にも御礼を申し上げたいと思います。

本日は、検証の結果、それから、そこから導き出される今後の課題、そして、新年度の進め方ということをご審議いただければと思っております。

私どもは色々やる中で気をつかない点多々ありますので、皆様から有益なご意見をたくさんいただきまして、それを新年度の検討にまた反映させていきたいと思っておりますので、本日はよろしくお願いたします。

【〇〇補佐】 それでは、ここで本日お配りしている資料の確認をさせていただきます。

まず、次第をおめぐりいただきますと開催要綱と構成員名簿、その次に資料1としまし

て緊急度判定体系実証検証事業の概要、その次に資料2-1としまして緊急度判定体系実証検証分析結果、その次が資料2-2、緊急度検証基準の作成過程、次が資料3、平成24年度緊急度判定体系実証検証事業報告書構成案をお配りしております。また、資料として銘打ってはございませんが、現在版の報告書をご参考まで机上配付させていただいております。落丁等ございませんでしょうか。

本日は、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、所用のためご欠席との連絡を受けております。

また、本会議のオブザーバーでございました厚生労働省、〇〇課長におかれましては人事異動によりご異動されたため、引き続き厚生労働省、〇〇課長にお願いしております。本日は〇〇課長代理、〇〇救急医療専門官にご出席いただいております。よろしく願いいたします。

なお、本会議は、特に委員の皆様からのご意見があった場合を除いて、公開ということで進めさせていただきますので、ご了承ください。

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願いいたします。

それでは、以後の議事進行は〇〇座長にお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

3. 議事

【〇〇座長】 おはようございます。今お話がありましたように、今日は結果報告等、それから、次の年度に向けてのばく進体制をどうとるかというふうなお話だと思います。

では、資料1から説明をお願い申し上げます。

【〇〇室長】 それでは、資料1、事務局の方から説明させていただきます。お手元のA4横の資料をご覧ください。今年度の取り組みの概要、おさらいが中心となりますので、簡潔に説明いたします。

おめくりをいただきまして、1ページをご覧くださいと思います。今年度の事業のミッションを書いております。増大する救急事業に対して医療資源、限られておりますので、緊急性の高い傷病者を優先して搬送しよう、そのことによって救命率の向上を図ろう、「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という基本的な考え方が社会で共有されるように取り組んでいこうということで、昨年度の検討会で作成いただきました緊急度判定プロトコ

ルVer.0をもとに、3つの実証地域で検証を行ったということでもあります。

目的とありますが、大きく2つの作業だと思っております。1つ目がデータの収集、プロトコルVer.0を用いた4つの段階、家庭自己判断・電話相談・119番・救急現場、この緊急度判定のデータ、消防機関に入力をしていただいております。

また、受け入れを行っていただいた医療機関、合計126であります。医療機関における診療のデータ——外来診断名、処置、転帰等であります——の収集を行いました。

その下、(2)であります。この4つの段階の緊急度判定の結果と医療機関の診察結果を横断的に分析し、特に119番と救急現場と医療機関を分析したわけではありますが、プロトコルの感度等を検証しているということでもあります。

2ページは検証の実施体制であります。委員の皆様には多大なご協力をいただいたことを改めて感謝申し上げたいと思います。

3ページをおめぐりいただきましてご覧いただきたいと思っております。昨年来、説明しておりますので詳細は省略いたしますが、今年のポイントとしては、資料の一番右であります。医療機関につきましてご協力をいただいてデータをとらせていただいた医師の判断による緊急度判定、そのデータから基づく客観的な指標を作ったというのが1つ大きいと思っております。それをプレホスピタルの緊急度判定に当てる物差しとして使っていこうということで、救急の現場、119番と突合したということになります。これによって医療と消防との緊急度判定に関する共通言語ができるのではないかと期待しております。

また、左の方を見ていただくと住民、電話相談とありまして、そういった消防と医療で共有した緊急度の考え方が地域で共有されることによって、地域の救急に対する理解が上がって救命率の向上に繋がっていくのではないかと考えている図だというふう認識しております。

4ページは、4つのカラーの定義であります。これは、もう何度もご覧いただいておりますので、説明は省略いたします。

5ページをお開きいただきたいと思っております。どういう症候を対象にしたかであります。19の症候と昨年は言っておりました。緊急性の高いもの、頻度の多いものということで19選んだわけですが、今回、実証検証を行うに当たりまして、成人と小児に分けて再整理しております。

成人が上の青いところ、1から16まで。小児が橙1から8までであります。成人症候のヘッドラインのところに括弧がありまして、119番通報と救急現場におきましては

1ポツから3ポツまでを呼吸困難として1つのプロトコルにまとめてございます。

それから、成人のところでは8ポツと9ポツと13ポツ、アンダーラインがあります。それから、小児の8ポツもアンダーラインがあります。5ページの一番下を書いておりましたが、これは、それぞれのみで特有の症候ということでありまして、逆にアンダーラインがないものは共通の症候という整理になっております。

実証検証の概要は6ページからであります。実証検証の期間は11月19日から1月18日まで約2カ月間ということになります。地域は堺市様、田辺市様、横浜市様、3地域であります。

実施方法は、次のページに詳細を書いておりますので、おめくりいただきまして7ページをご覧くださいと存じます。

各地域のデータ収集は、その内容に差がございます。堺市におかれましては、電話相談を既に実施していることから、電話相談を除く部分について全て取り組んでいただいております。一番上の列であります。田辺市におかれましては、私どもの事業にフルセットで参加いただきました。横浜市におかれましては、119番通報以降、今回のメインの分析対象であります。ここについてデータをいただいております。

横浜市、※がついておりますけれども、表の横を見ていただきますと、横浜市、既に119番のトリアージ、現場のトリアージをやっておられますので、詳細なデータをお持ちです。そのデータをいただきまして、消防庁プロトコルに当てはめた上で検証するというやり方しております。

7ページの下側の箱が医療機関でありまして、堺市様におかれては7医療機関、田辺市は個人の病院も含めて79の医療機関、横浜市は救急病院を中心に37の医療機関ということで、大変多大なご協力をいただきました。改めて感謝を申し上げます。

8ページは、どういうふうの実証検証したかというシステム面からの図であります。家庭自己判断は、真ん中の列を見ていただくと携帯なり、スマホのアプリ、電話相談はPCに入れたソフトを見ながらオペレーターが判断、119番は指令台、救急現場は救急車の中にiPadを置くということで、ICTを借りたプロトコルの活用及びデータの収集ということになっております。院内も、紙またはiPadでデータを収集しております。

9ページをご覧ください。データ収集期間は実証検証期間と同じ期間であります。データ収集対象は、前のページと重なりますので、説明は省略します。

データの件数、9ページ下の表であります。家庭自己判断が合計625件、電話相談

が67件であります。こちらにつきましては、分析、院内との突合まではかけておりません。119番通報が3万5,354件、救急現場が3万435件ということでありますが、このうち院内までのデータと突合できたものを分析対象としております。一番右の列になりますが、3市合計で1万6,938件、約1万7,000件のデータをいただいたところでございます。

検証の方法であります。これは、資料2で〇〇ワーキンググループの座長より詳細な説明があるかと思いますので、私からはもう本当に概略だけにとどめさせていただきます。

10ページの1ポツをご覧くださいますと、検証班におきまして検証方法の進め方を検討していただきました。医療機関から得られた診療の情報、医師による緊急度判定、赤、黄色、緑と外来診断名、処置、転帰、そういった診療情報をもとに客観的な緊急度検証の暫定の基準というのを作っていただいております。

その暫定の基準を2ポツにありますように、家庭自己判断をA、電話相談をB、119番コールをC、救急現場をD、医師の院内での判断をEと仮にしますと、この暫定の診療情報をもとに作った客観的な基準をFと仮に定義して作業を行いました。

3ポツにありますように、CとF、DとF、EとFということで、一致率、感度、陽性的中率等により分析を行ってございます。

なお、横浜市消防局のデータは、先ほど申し上げたとおり、消防庁プロトコルに横浜データを当てはめて検証するというようになっております。

11ページも資料2で詳細なご説明があるかと思いますので、概略だけになります。

11ページの円グラフを見ていただきますと、E判定が円グラフの左側であります。ここにF基準と書いてありますが、これがいわゆる暫定的な基準でありまして、両者を見ていただきますと緊急度判定に乖離がございまして、そのためF基準の精度を上げようということで、F基準の中身を検討していただいております。

矢印の下であります、そのE判定とF基準を比較いたしまして、緊急度に影響を及ぼしている因子を抽出してF基準の修正を行っていただきました。その修正した後のF基準に基づきCとDの分析を行うという作業をしていただいております。

私の説明、間違いなり、至らぬ点があれば、また後ほど〇〇座長の方からご修正があると思います。

来年度の検討課題、12ページであります。今年度は、本報告書でプレホスピタルに当てる物差しとしての、この検証における緊急度の検証の基準というのを作った上で、その

基準に基づくそれぞれのプレホスピタルの緊急度判定プロトコルの検証を行っていただいております。ここまでを今年度のゴールとしたいと思っております。

この検証結果が出ますと、来年度の1ポツにありますように、プロトコル修正の方向性が見えてまいります。修正したプロトコルに基づいて、今年度の1万7,000件のデータがございますので、そのデータ等を活用して検証ができると考えております。

さらなる分析を行いまして、緊急度判定プロトコルVer.0から進化させまして、消防機関における実運用を見据えた検討を行っていきたいと思っております。消防機関への実装に当たってどういった課題があるか、ユーザーサイドからの検討ももう少し必要かなど。

それから、119番通報で赤1と赤2とありますので、この辺の運用をどうしていくか。こういったことも議論したいと考えております。

以上、今年度の検討の概要と新年度の作業の現時点のイメージということで、ご説明させていただきました。よろしくお願いいたします。

【〇〇座長】 どうもありがとうございました。

核心は資料2に移らないといけないと思うんですけども、今までの研究のプロセスなり、分析のあらかたの様子を、つまり、少し思い出してねという部分と、それから、これから出ますよというふうなところの全体のアウトラインを今お話しいただいたと思います。

ここで聞いておきたいことはありますか。

では、〇〇先生から次の資料2-1や2を説明いただけると思っておりますので、その説明をお聞きした後にさまざまな話が多分展開するという理解です。〇〇先生、お願いします。

【〇〇委員】 おはようございます。横浜市立大学の〇〇です。よろしくお願いいたします。

報告の前に、短期間ではありましたが、検証班の皆様、本当にありがとうございました。そのご腐心の結果とともに、その代表としてご報告させていただきたいと思っております。

まず、資料2-1、緊急度判定体系実証検証分析結果をご覧ください。1枚おめくりいただいて、初めは対象症例の集積の数であります。ここは今、室長の方からお話がありましたとおりですけれども、登録患者数が出ておりますが、最終的に全てのデータで突合ができて、今回の解析対象となったのが、1.1の表の3のデータ入力のあったものの一番右側、1万6,938件になります。

その下の表1.2に年齢と性別が書かれておりますが、16歳以上で区切りますと、1万5,230人が成人、16歳未満を小児と定義しますと1,708人が小児ということにな

ります。男女比は、ここに書かれたとおりでございます。少しだけ男性が多いというような結果になっております。

2ページ以降は、2ページから5ページまでは実際の期間中のそれぞれの地域における総症例数の中で、今回のデータ解析の対象症例になったのがどのような形で対象に至っているのかというフローを示したものです。全て同じ構造になっていますので、一番初めの1.3データフロー、119番通報データフロー（堺市）というところだけご説明を差し上げます。それ以降は同じように読むというふうにご理解ください。

堺市さんでは、この期間中に7,707件の救急症例がございまして、その中で119番の今回のデータがとられたのが6,490件、未登録が1,217。この6,490の中で、今度は現場に出られました救急隊員の方々によるデータ収集が得られているのが6,464件。その後、医療機関に運ばれた後、約半数の3,435件が医療機関のデータとして収集され、この3,435の中でC、D、Eのそれぞれのデータが突合できたものが、除外8件を除く3,427件。この3,427件の中で、今回、プロトコルに対応するものが2,180件ということになります。

このプロトコルに対応するというところの解釈なんですけど、今回、全部で24のプロトコルに該当した対象症例と、もう一つ、119番の時点でバイタルサインに当たるものを聞いてございまして、そこで該当したのもこの下までおりてまいりますが、初めの部分のバイタルサインのところもプロトコルの一部というふうにご理解して、この中に入っているというふうにお考えください。〇〇先生、もし修正があれば適宜お願いします。

そのような形になりまして、最終的には7,707件中2,180件が堺市において、119番のデータを解析する際の解析になっているということになります。

同様に田辺市さんが、その下の448件。3ページに行きますと、横浜市さんが7,254件。3ページの下の方の左下になりますが、合計しますと9,882件が対象になります。

同様に4ページは、今度は救急現場のデータ数になりますが、堺市さんが2,950、田辺市さんが623、5ページを見ていただくと横浜が5,743。救急現場データ、トータルは9,316ということになります。

したがって、一番初めの1万6,938件中、大体、現場も119番も9,000件弱というようなデータになっております。70%弱のデータが使われたということになります。

6ページをご覧ください。これは、119番の通報のプロトコルでどのようなものが使

われていたのかということが一覧として出ております。それが、それぞれの地域ごとで出ているということになります。

総数として最も多く使われているのが中段になりますけれども、腹痛、その次が嘔気・嘔吐といったプロトコルが、今回、総数としては一番多く使われているということが分かります。これは119番です。

7ページをご覧ください。7ページは、今度は救急の現場のプロトコルです。総数としては意識障害が最も多くなります。その他は胸痛、腹痛が多いということが、これで見えると思います。今回は、各地域における分布の相違までは検討しておりません。

8ページです。今回はトータル1,708件でしたが、小児のそれぞれの症候別の患者数ということになります。

9ページをご覧ください。これは、救急現場におけるプロトコルにおいて、その中の判定項目が重症感、バイタルサイン、それから、2次モディファイア、1次モディファイア第2段階といったような形で行われておりますが、それぞれ年齢別にどのようなものを根拠に行っていたか、その頻度を示したものであります。

16歳未満ですと、バイタルサインを根拠にしているのが非常に多いというのが分かります。成人も同様ですが、その頻度はバイタルサインに依存するのが小児の方が大きいというのが見て取れると思います。ここまでが全体の数の報告です。

このまま続けてよろしいでしょうか。

【〇〇座長】 お願いします。

【〇〇委員】 10ページからは、今回のそれぞれのプロトコルがどれぐらいの精度であったかということを検証する作業の結果ですが、これをお示しする前に、お手数ですが資料2-2の1ページと2ページをお開きいただきますとともに、先ほどの資料1の11ページ、検証方法の検討②というのも開きつつ、まずは資料2-2の方と、それから資料1の11ページの方をお目通しいただきます。

まず資料2-2は、実は緊急度を検証するための緊急度検証基準——通称F基準とここではしておりますが——の作成をどういうふうにしたかというのを簡単にご説明したいと思います。

各段階のCとDのプロトコルを検証するための物差しを作らなければいけないということで、まず一番初めにエキスパートオピニオンでデータ、バイタルサイン、診断項目、外来で来られた時の緊急の処置の内容、それから、その後、どこに入院されたか、帰宅され

たかといったような転帰、これら4つの項目を加味しながら、本来、一番緊急性が高いだろうと思われるものを赤、2番目が黄色、緑、白というふうに分類しました。

その分類が暫定基準というふうな形で、F基準という名前でまずは作りました。今回のデータを得た時に、それぞれの医療機関において担当されたドクターの方たちの判定をE判定と名付けましたが、そのE判定を得まして、その結果を見ましたところ、先ほど海老原室長からも出ました、資料1の11ページのところに書かれているような、医師の緊急度判定とF基準による緊急度の検証の結果が、このように乖離が出たと。見てお分かりのように、ドクターの方が過小評価なのか、基準が過大評価なのかということは、これだけでは全て言えないですけれども、いずれにしろ少し乖離がある。

議論が色々あったんですけれども、今回は、客観指標として、まずは今作ったF基準の方をベースにして、これに乖離が特に大きくあるようなものがあれば、ドクターの判断を少し加味して行って修正のF基準を作ろうという作業をいたしました。

その際に、詳しくは述べませんが、統計学的に解析を行ったところ、多変量で該当してきたものが、特にこの2つの違いを示してくるところは意識レベルのことで、それ以外は疾患名、診断名、処置の内容、転帰といったところが大きくかかわってくるのが分かりましたので、特に診断名にまず着目しまして、どのような診断の場合に乖離があるのか。あるいは診断名と、それに加えて処置の組み合わせによって、このEとFがある程度近づかないかということを試みております。

その過程がたくさん書いてありますので、全てはご説明しませんが、資料2-2の1ページです。検証票の項目から緊急度判定を検証するF基準（案）を作成というのが、今申し上げた過程でありまして、その後、F基準とE判定を分析したところ、今言ったような診断名等々の関与が少しわかってきましたので、その次に何をやったかといいますと、Fで赤だというふうに決めていたケースを母集団にしまして、実際にE判定ではどのように見られているのだろうという分布を見ました。

それぞれのプロトコルにおいて、実はE判定においては黄色の件数が非常に多くて、かつ赤が少ないというようなものは基本を黄色に落として、ただ、それにプラスアルファとして何らかの緊急性を上げる処置や転帰があった場合には、組み合わせとして赤に上げましょうというようなことにしました。これが1と2です。

それから、症例数が少ないようなものは解析対象になりませんので、今回はそのままにしました。また、赤の件数が黄色の件数を大きく上回っているようなものは、現場での判

断でも赤の方が多いというように考えられていますので、そのままにしたということです。

あと、4番は、数字が先になってしまいがちですが、3対1というのは、おおむねの本来にざっくりとした目安で、赤と黄色を足し算したもののほうが非常に多い場合には赤の方向がいいのではないかという考えをしながら、基本的には疾患名だけ決まっただけで、もともとを赤にしましょうか、いや、もともとは黄色にしましょうかという、その2つの判断をこのような形で決めていきました。

もう一つの決め方は、2ページの下の方ですけれども、FとEの評価で一致しなかったもので、Fの過大評価とFの過小評価の割合を俯瞰したらどうかということで、その診断名を入れる時に原則赤とするか黄色とするかという、同様のやり方ですけれども、少し見方を変えて、やはり同じような形でやってみました。

その結果なんですが、3ページを見てください。一番初めのStatusと書いてある、Ver 1と書いてありますが、これは、もともとのF基準の中で、我々がこの診断名がついていたら文句なく一番初めに、他何であろうと赤にしようかと決めていた群の項目です。例えばくも膜下出血、髄膜炎・脳炎といったものです。

これらは、今言ったような検討をした結果、今回も変わらず処置にかかわらず赤というふうな形にしました。もちろん、この中に現場のドクターから見ると非常に赤の頻度が低いものもあったりするんですが、症例数が少なかったり、あるいは本来はこうあるべきだろうというような議論の中で赤に残しています。

新しくデータとして上がってきたのは、急性冠症候群（疑い除く）、これは、実は現場でも非常に多くE判定で赤としておりまして、もともとのF基準から抜け落ちておりましたので、新規として入れましょうというような形になりました。

それから、急性呼吸不全、アシドーシス、低血糖の3つに関しては、もともとは赤で定義していたんですけれども、今回は、例えば右側の酸素投与している場合の急性呼吸不全というふうに登録された場合は赤に上げるけれども、急性呼吸不全で酸素投与と内服以外の薬剤と血液ガスをとっている、この3つの項目に該当しない場合は基本は黄色にしましょうというような作業を行っています。これはアシドーシス、低血糖も同じです。

それから、脳出血やCOPD、喘息、消化管出血、敗血症、不整脈、これらの項目に関しては、F基準で黄色というふうに判断していたけれども、現場で赤が非常に多かったというケースの掘り起こしをして、このようなものが新たに追加されたということになります。

その結果が4ページなのですが、Eの判定とF基準との関係を見ますと、陽性的中率が22.5で、感度が88.7、つまり、現場のドクターが赤であろうと思った症例の中の88.7%をF基準が説明していたんですが、今回のこの修正にしますと、その下の赤枠になりますが、95.4まで感度が上がりますので、多くを説明できるということになりました。その結果、もちろん陽性的中率は少し下がるんですけども、感度を上げたということで、少し近づいたのではないかという判断をしまして、このようなプロセスで作りました。

その最終形が、ページの数字が小さくて見にくいんですが、次の5と6ページです。左側の赤と書かれているものの列に、いずれかが該当した場合は一番高い緊急度という物差しになります。真ん中が黄色以上と書いてありますが、基本、黄色なのですが、一番下の行の診断名のところに関しては、例えば重篤なアシドーシスというのが真ん中にありますが、右に書かれている丸の項目に該当した場合には赤に上がるという意味で、黄色以上と書かれています。緑はここに書かれたとおりです。

6ページに書かれているのはバイタルサイン、小児においてはバイタルサインの数値が少し変わりますので、その値がここに記載されているということになります。

一番最後の7ページはもともとの暫定基準です。列と行が入れかわっているのでもちよと分かりにくいかもしれませんが、これがもともとのF基準で、5ページ、6ページが修正F基準ということになります。

すいません、雑駁でしたが、ここまでの検証基準の作成過程です。これを作った最終的な修正基準で物差しを当てるとどうなるかというのが、資料2-1に戻っていただきまして10ページのところです。

4.1は全体に対してですが、119番プロトコル。今回、横浜市のデータは、一部バイタルサインのところは共通してデータとして解析可能なんですけれども、クレンジングが少しおくれておまして大変申しわけありませんが、田辺市並びに堺市の2つの市が今回のプロトコルを完全に使っておりますので、まずは、これで検証しています。

全体の中で119番通報のプロトコルの精度を見ますと、緊急度検証基準で赤であろうというふうに判断しているのが、表の左下にある1,331例になります。そのうち実際に今回の119番通報プロトコルで赤というふうに判断しているのが910例になります。したがって、感度としては1,331分の910になりますので、一番右の列の96.7%というのが感度になります。つまり、緊急性が高いと考えられる100人中、96.7人をこのプロトコルで拾っているというふうに判断できます。

右から2番目の列の陽性的中率は、119番プロトコルの精度を示すものと判断しています。これは、赤と判断した中で緊急度検証基準でも実際に赤だったというものですので、プロトコルで赤と判断した2,438分の910となりますので、37.3%という陽性的中率になります。

今回、検証の中で陽性的中率の精度を判断するに当たって、事前の赤の確率がどれぐらいあるのかというのを1つの目安にしておりました。事前の赤、緊急度検証基準では全部で1,331人ですので、今回のトータルの4,093人を母集団にした場合、4,093分の1,331、数字が出ておりませんが32.5%。このデータセットにおいては32.5%の方が赤であるという母集団です。したがって、ランダムにプロトコルなしで赤を決めた場合も32.5%の確率で赤と分かることとなりますので、それと陽性的中率は37.3でありますので、5%近く精度を上げたというふうに判断しております。

次、4.2は救急現場プロトコルの精度でありまして、こちらは感度が84.6%。緊急性が高いと考えたうちの100人中84.6人が拾えるというデータで、119番プロトコルよりも偽陰性が増えることとなりますけれども、そのかわり現場での陽性的中率は48.4というふうに非常に高くなるという結果になりました。

最後になりますが、次の11ページです。表がビジーで申しわけないですが、今お話しした10ページのものはプロトコル全体のパフォーマンスでありまして、11ページ、12ページは、それぞれのプロトコルがどれぐらいのパフォーマンスがあるのかというのを見ています。

例えば意識障害というのを見ていただきます。これはCプロトコルの意識障害の精度ですが、ずっと右に行っていただきますと感度が95.9%、PPVと書かれているのが陽性的中率ですので、これが48.5%、この赤の事前確率が48.3%というような数字の読み方です。

一番右の2列に問題点というふうに挙げておりますが、今回の解析結果で、今後このプロトコルどういうふうにしていくかということに繋がると思うのですが、感度があまりにも低いものに関しては取りこぼしができてしまいますので、これはもう少し上げなければいけない。つまり、基準値を少し緩やかにするようなプロトコルの改定が必要になるかと思えます。

例えば呼吸回数を40回以上である部分では切っていますけれども、これを30に落としてより多くを拾わないと、感度が上がらないような結果になるかと思えます。その対象

になっているのが、例えば丸になっているのは16歳以上の痙攣。今回、感度が低いというようにある程度決めたのは、感度が90%以下ぐらいのところをざっくりとやりましたが、いずれにしろ、取りこぼしとはいっても119番の時点で、その後のアウトプットとしては全部救急車を出すわけですので、その救急車の出し方が少し違うということを鑑みれば、感度を何%にするのかというのは、今後議論しなければいけないところだと思いますが、今回の検証班の中では、とりあえず1つは、少なくとも90%以上あった方がいいのではないかという形でお出ししています。

同様に一番右の列のPPVと事前の差が低いというのは、例えば意識障害にしては、もともとの事前確率が48.3%を、今回、物差しを使って48.5なので、尺度を使っても使わなくてもあまり変わらないじゃないかと思われるようなケースに関しては、もう少し特異度を上げるというか、診断度を上げるようなプロトコルの改定が必要であろうというものであります。それが一番右の列にずっと丸で書かれていることになります。

概してCプロトコル全体は感度が高目で、そのかわり診断に至るところまでは行っていないんですが、Dプロトコルは、やはり対面で見ているというところがあるんだと思いますが、感度は多少下がりますけれども、陽性的中率は上がるという結果になっております。

最後の13ページですが、これは小児だけを取り出したものですが、同じような形で検証はできるんですけども、それぞれのデータ数が少ないので、今回は検証しないという形で、とりあえずお出しさせていただきました。

説明、長くなりましたが、以上です。

【〇〇座長】 どうもありがとうございます。

早速、色々質問ということになるんでしょうが、先生、資料の2-1の10ページ、最終局面で説明してくださった4.1の上の感度96.7%というのは分子は910ですよ。

【〇〇委員】 すみません。これ、間違えました。

【〇〇座長】 分母は……。

【〇〇委員】 分母は1,331引く390ですね。

【〇〇座長】 そうですよ。

【〇〇委員】 すみません。

【〇〇座長】 という感じで、色々。

【〇〇委員】 それでいいですよ。その他抜いたものですよ。

【〇〇オブザーバー】 910と31だけを足して……TPとFNですね。真陽性と偽

陰性を足したものを分母として、真陽性を分子としたものが96.7%。

【〇〇座長】 つまり、計算は、この赤枠の中でやっているというふうに。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇委員】 1点よろしいですか。僕も検証、前の会議で色々意見を言ったんですけども、今回の報告書の25ページに書かれている医療機関からのデータ一覧、この表がEとFの引き出す根拠になっている。これ、ドクターが診療した、その場でこれを書いておられる。26ページをちょっと見ていただくと、例えば一番上にくも膜下出血と診断する。くも膜下出血と診断したのが、27ページにありますように、F判定ではくも膜下出血は自動的に赤になる。

ところが、26ページの下の方を見ると、緊急度評価のところグリーンがついていたりする。くも膜下出血で医者が緑ってどういうことだろうなという議論をしたんですけども、緊急度評価のところを見ると赤、直ちに蘇生・処置を必要とする病態と。くも膜下出血でも心筋梗塞でもいいんですけど、入院して、とりあえず安静で今晩は様子見ましようという時に緊急の処置をしないよなど。

黄色を見ると、診療開始から2時間以上遅れるとどうのこうのと書いてある。ただ、今晩は寝てもらって、あした脳外科が来たら診よう。では黄色じゃないなど。上記に該当しないが診察は必要、俺は診察して今晩診るから、これは緑だな。その根拠が、2つ下入院が必要だったから緑だというふうに、医者は一生懸命真面目に考えて、くも膜下出血を赤としないで、くも膜下出血だけど今晩一晩……心筋梗塞でもいいんですけど、心筋梗塞で点滴で酸素をかがせて今晩寝ていただきます。緊急処置は入らないし、2時間は様子を見るし、では緑かなというのがあったんじゃないかなと。

これは、最初、僕たち見た時、Fを医者が全然評価していないというのは、Fで赤なのに医者は現場で緑と評価している。これ、具合悪いんじゃないということをしたんですけど、見てみると、むしろ医者はちゃんと診ていることの反映している結果だろうなと。

だから、EとFを合わそうとしたら自動的にくも膜下出血か心筋梗塞でしたら、状況にかかわらず赤とつけてくださいと言えば、これは100%一致するはず。これは、カテゴリーの問題でいい悪いではなくて、ということが出てきて、〇〇先生、色々苦労されて、そのところをもう一步読もうということで条件付けされているんだろうと理解しました。

ちょっとEとFが乖離する、赤のはずなのにグリーンが出ているのは、みんな現場で一

生懸命考えてつけてくださった結果かなと思っています。

【〇〇委員】 もともと病院前救護での価値規範と病院の価値規範を一気通貫というようなあたりが、まだ、ごくごく一部の人の思いでしかないのです、病院の先生方に入って下さいねと言った時に、今、〇〇先生がおっしゃったように、真面目な医師は一生懸命読んでそうなるという話は、ある意味、現時点におけるばらつきを説明するということになっちゃうんですね。歴史的には。

【〇〇委員】 そういうことですね。25ページの医療機関からのデータの中での矛盾という言葉はあまり使うべきじゃないですけど、カテゴリーのずれが起こっている。それはある種起こり得ることであるということ。

【〇〇委員】 どうぞ。

【〇〇委員】 今、〇〇先生のお話、もっともかなと。やはり経過観察で済むものは、結果論で見ると、処置しなかった、診ただけということになるのかもしれませんが、おそらくもう一つ、僕ら入院の時のバイタルチェックを何時間置きとか、常時モニターとかというふうな観点で、常時モニターが必要だとか、1時間置きにチェックしなければいけないというのは、単に朝まで置いていて、朝にもう一回様子を見ればいいという人とはきっと違うので、ERでのトリアージの時に色によって、この人は、まだ診察の順番が回ってこない時は何時間ごとにチェックしなきゃいけないかということがCTASとかで決まっているというふうに聞いていますので、それと同じように、おそらくそういうふうな観点で、オブザベーションで済むものについても、どのぐらい緻密にチェックしなきゃいけないかというところで緊急度を決めていくと、実際のくも膜下出血は全て赤とかというところより、もう一步進んだ現場の感触に合うのかなというふうに今、お話を聞いていて思いました。

【〇〇委員】 よろしいですか。

【〇〇座長】 どうぞ。

【〇〇委員】 〇〇先生、〇〇先生のお話の続きなんですけれども、そもそも前の班会議の時にもちょっとお話をしたのは、これは、1つでも当たればという話だということで聞きましたが、その結果、先ほど急性呼吸不全だとか低血糖については、組み合わせで黄色から赤に上げましょうという、いわゆるモディファイアしましたね。

例えばくも膜下出血にしる、あるいはACSにしる、上にあるCCUに入院であるとか、PCIをやったというような項目が当たっていれば、当然、それは緊急度が高いといって

いるわけですよ。

ところが、CCUにも入れない、PCIもしない、しかも一般病棟で経過だけを診るといった時に、〇〇先生いわく、上はひっかからないけども、くも膜下出血とか、ACSだけで赤と拾っているじゃないですかと。

では、これを落とす方法がいいのか悪いのか議論しないといけませんけれども、それはテクニック上、先ほどモディファイアやったようなやり方をすれば、当然組み合わせで分けることは可能ですよね。だから、その辺が研究者の方はどういうふうな意向を持っているかということ、ちょっと検討すればいいのかなという気がしますけどね。

【〇〇座長】 今、お三方、〇〇先生、何かご意見ありますか。

【〇〇委員】 同様の意見は多々あって、今の意見と齟齬はないと思います。ただ、検証班の中、現場に出られている方がほとんどですから、そこの中での話は、結果論を見ているので、F基準が赤と定めた、結果としてそうだったという意味で言うならば、本来は、今言ったようなくも膜下出血はもう赤と定めた方がいいんじゃないかという議論をされている方も少なくはなかったということです。

もう一つは、一生懸命やられて書いていただいている方の一方、データだけ見ると、急性呼吸不全で重篤なアシドーシスがあっても酸素をやっていないとか、もしかしたらチェックが抜けているのかもしれないんです。ですので、そういったものも全部雑多にデータ入っていますので、ただ、それがもしかしたらいろんな理由で治療方針が違うのか、あるいは価値基準が違う可能性もあることは、生データを見るとありましたので、そうすると本来はこういうふうにあるべきであろうという少しオーバー目の立場をとった方がいいんじゃないのかというのが、今回の議論の最終的な主流にはなりましたが、その精度を高めていく上では、今言ったようなお三方の意見は、当然なアプローチだというふうに思います。

【〇〇座長】 他にございますか。

さっきの資料2-1の冒頭に僕が分母が引き算云々という話をしましたが、その時の、119番通報プロトコルで黄色だとか緑。それから、現場のプロトコルで黄色だ、緑だ、白だという中に緊急度判定基準だと赤があると。これは、〇〇先生、だからどうしたらいいということになるんですか。要は緊急度検証基準と119番通報プロトコルで言うと、119番通報プロトコルにアンダートリアージがあるということになるわけですよ。

【〇〇委員】 では、もう一回言います。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇委員】 4.1のことに關しては、いわゆるアンダートリアージは31例になるということになります。この31例をどうするかということですが、この31例を全部、修正F基準においての赤だとするためには、上に上げることは可能ですけど、上げると、おそらく陽性的中率がもちろん下がる。

この119に關しては、来年度以降になるかもしれませんが、プロトコルで赤1、赤2という形に分けて、例えば赤1がPA連携であったり、ドクターカーであったり、ドクターヘリであったり、赤2が通常の救急であるという2段階に分けていく際に、赤はさらに少し枝分かれするのではないかというような話はしていましたが、決めていただきたいというか、全体をどういうふうにすればいいのかというのは、感度をどこまで求めるのかというのが、これをやっているとう永遠のテーマで、80でいいのかとか、そういう話で。

【〇〇委員】 今のお話って、1つの事象に対してどのようなアプローチをするかという問題で、非常に大事な部分に入っていると思います。例えば、これが家庭におかれて、こういう症候があったら積極的に通報しなさいという意味だったら、例えばくも膜下出血は絶対に取りこぼさないというカテゴリーに入りますよね。

他方、救急の搬送中も、むしろ何もしないで静かにしてもらおうという意味では、処置をしないということがいいことですよね。行った病院でも、その次の手術でも何でもいいんですが、そういうことができるとうまくマッチングするかしないかということが重要であって、直ちに処置をするかどうかというのは、それはまた別なカテゴリーだと思うんですよ。

もちろんくも膜下出血で重症で処置を伴って、しかも予後の悪い人もいますけど、同じようなことが多分他の病気でも、例えば劇症肝炎では、搬送されたらすぐに開腹するかという話ではないわけですよ。

という、ここに出てくるものが幾つか分かれていく事象を並列していることによって、今、〇〇先生が指摘されたような、どちらをとるかという悩ましい部分が出てくると思うんです。だから、処置ということで考えれば、こういうカテゴリーがあり、その処置を過たず早くやるのが大事だという、この中にありますよね。

もう一つは、マッチングの問題だとか、その後のプロセスにどう繋ぐか。そこをスマートにやったら患者さんにとっては非常にいい結果になる。逆に、なるべく早く運び込んだけれども、その病院は、その病名からすれば、また他に回ってもらった方がいいとか、

中でまたワンクッション、ツークッション起こるような形をとらないにはどうしたらいいかとか、そういう2つ、3つの面をもう一つ作って、そのパラメーターでもう一回組み直していく。

そうすると、この事象は、この面から見ればこうだというような、それで、それ全体を合わせて国民に分かりやすい、これだけはちゃんと考えた方がいいですよという最後のプロトコルに結び付くんじゃないかなと、聞いていて、そういう気がします。

【〇〇座長】　　そういう意味では、たしか〇〇先生が言われましたよね。要するに取りこぼしがないような、そういう意味でのセーフティーネットをどう張るか。極端なことを言えば、全部赤対応すれば取りこぼしはないわけですよ。

【〇〇委員】　　それはそう。

【〇〇座長】　　けども、東京では割り算すると1日に300件以上、白い車がもういない。そういうわけですよ。ですから、今でも、全部に赤対応はもうできていないわけですよ。

【〇〇委員】　　それはできていない。

【〇〇座長】　　だから、そういう意味で、真の赤対応をどこかで切らなくちゃいけない。その時に取りこぼしがないようにしたい。その部分なんですよ。

だから、救急隊が現場に行った時に、救急隊が黄色だ、緑だ、白だと言っても、やはり検証の基準、今はFですよ、先生。

【〇〇委員】　　修正Fです。

【〇〇座長】　　修正Fですね。その修正Fでやってみると、こういうことが起こっているという話ですから、これはこれで研究ですし、実際問題、それを使おうという時も、とりあえず運んでからもう一回チェックしてみようねという話に多分なるんだと思うんで、先の先まで心配する必要はないのかもしれませんが、物の考え方としては、そのようなことを色濃く脳みそに入れておかないといけないだろうと、先生、そういうことですね。

はい、どうぞ。

【〇〇委員】　　先ほどの〇〇先生のご質問に対して、119番というのと現場というのと、もう一つは病院の窓口というのがあるのかもしれませんが、おそらくどこまで感度を上げるべきかというのは、言いかえるとアンダートリアージを少なくするかということの裏返しですので、おそらくセーフティーネットの少ないところ、言いかえると119番であるとか、家庭のところは、先ほど〇〇先生がおっしゃったように、限りなく感度

を上げておく必要があるだろう。これはもう当たり前ですよ。

ところが、セーフティーネットがある。あるいは対応に対して医師なり、救急隊員なりが観察とか処置が、その間にインターベーションが入り得る可能性のあるところでは多少許容していくんだろということになると思うんですね。

これは、包括された病態がたくさん入っていますので、どこでパーセンテージを引けばいいかというのは難しいですけれども、非常に分かりやすい例があるのは外傷なんですね。外傷というのは、病態がどんどん悪化していくのはほとんどが出血性ショックですので、時間、タイムがどこまで許容できるかというのはデータが出ていますね。アンダートリージは、理想は5%未満だけれども、例えばアメリカ等のような全市を見ると10%未満でもやむを得ないかというような、プレホスピタルですけれども、データを出してきている。

おそらく包括的に見た時には、包括的というのは、いろんな多様な疾患を丸めて見た時には、それでも10%ぐらい、フィールドでは目標値を決めておくのがいいじゃないかという僕の個人的な考えはあろうかと思うんです。

今、84.6%ということは、現場で15%程度がすり抜けちゃうよということを意味しているわけで、では、すり抜けていくのはどういう症例が生まれてくるのかということは、よく知っておく必要があるのかなという気がいたします。

【〇〇委員】 よろしいでしょうか。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇委員】 ありがとうございます。私も全く同じで、この数字だけ見ると、119番プロトコルは、おそらくこのぐらいの感度がないとまずいんだらうと。むしろ感度が低くなっているというか、80%ぐらいですけれども、D班の緊急度検証基準の方は、セーフティーネットがもっとたくさんありますので、私の個人的な感触としては、今回はこれぐらいのパフォーマンスでいけるのかなというような。

当然、119の方は感度が上がっているので、さっき言った質問は、おそらく欧米のプロトコル等々だと、これ、かなり優秀な数字だけれども、日本の場合は100にもってかなければいけないんじゃないでしょうかというような方向であるならば、もう少し。

例えば今、#7119のプロトコルを作らせていただいた時の経験で言うならば、これは1例でも見落としただめだというような、そういう方向でご意見をいただきながらやっていっているの、そうすると、特に電話といった対応では、かなり上に上げないとい

けないのかなというような形で申し上げました。

ですので、今、確信しましたけど、やはりフェーズ、フェーズにおいて設定していく目標値というのは変わってくるんだということと、あと、〇〇先生からも極めてなるほどと。クリスタルとおっしゃいましたけど、立方体でもいいわけですよ。3項目なら、X・Y・Z軸でもいいわけですよ。そのどこかの部分に当てはめるような、そういった多面的に考えるというのはおっしゃるとおりだと思います。

【〇〇座長】 だから、今言った119番通報プロトコルに関して言えば、こういう平和な時代が続いたというふうなことも多分関係あると思いますけれども、1例もあっちゃいかんぞというような犯人捜しにならないようにするということは、政治的には必要なわけですよ。だから、この赤の910の下の29や2はとても少ない数ではあるんですけども、これが限りなくゼロに近づくというふうことをもしやっただとして、119番通報の半分強ぐらいが赤で済むんじゃないかなという気がするんですよ。そうすると、今、東京消防庁が片っ端から赤対応して破綻していますけれども、その状況は、多分、少し息抜きができるという話ですよ。それでいいですよ。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 ですから、この119番通報のところは、相当程度に一例も逃すなみたいな話もしあったとしても、現状の悲惨さを乗り切るには多少役に立つだろうということじゃないかなと想像はするんですけどね。〇〇先生、そんな感じでいいんじゃないかと思うんですけどね。

救急隊が現場に行った時は、今でもそうですよね、チェック、チェックとやっていますけど、最後に救急隊長のシックスセンスとかどうか知りませんが、これはと思った時にはもう連れていくという話になりますよね。

ですから、それは、単にチェック、チェックの世界ではないことについて医療者としては知っていますから、それはそれで、この下の方の現場に行った時にはいろんなことがあるんじゃないかなというふうに思う次第なんですけどね。

この辺は、〇〇先生、どんな感じを持ちますか。

【〇〇委員】 多分、今言われたことが全てであって、今の救急隊は、全て何でもかんでも赤で行くわけですよ。それは望ましいと思うし、セーフティーネットの展開ではそうなんだろうけど、どこかで立ち行かなくなることが予想されているということですよ。高齢者の増加と有病率が増えていると。

ですから、その中で100%赤を半分というのは、むしろ画期的過ぎるかもしれないですね。社会から見れば、最初は2、3割という小出しの方がいいんでしょうけど、研究的には半分まで可能であるという解釈に立つわけですよ。その点に関しては、大変大胆な結果、大変いい結果が出ているとは思いますが。

【〇〇座長】 まだご発言されていない方、いかがですか。これは、またこういうふうな言い方があるので、覚えておいていただきたいと思うのは、この119番通報プロトコルをやると、要するに自分が重症なのに運んでくれないのかもしれないというふうにする一般の人がいたとしますと、そうじゃないんですよ。

実は重症なんだけど救急車が来ない。ここですよ。運んでくれないんじゃないんですよ、救急車が来ないんですよ。なぜかという、順番で救急車があっちへ行ったりこっちへ行ったりしているから。どうぞ。

【〇〇委員】 今回の議論ではないんですが、今、〇〇先生がおっしゃったようなことを防ぐためには、やはり住民の人ですよ。住民の人が、これはそんなにあわてなくていいんだと。この間、大雪が降った時に、大したことじゃないから呼ばなくていいぞと思ったらひどい目に遭いましたけど、やはり、これから高齢者がどんどん増えてきて、そういう人たちをオーバーで運ぶというのは分かります。でも、これからは、多く施設に入ったり、介護つきに入ったりということがあっていけば、当の本人ではなく、周辺の家族の教育とか、そういうことで、もともとの119番を減らすということも同時進行で考えていかないと、私たちが精度ばかりを上げて内輪の話になるわけじゃないですか。

だから、今回、田辺市がやったあれは、もちろん地域性、住民性はあると思いますが、広くこれを救急隊の人に広めようということになったら、都市型と地方版というのはあるような気がするので、そういうことも含めて。それと課題になるのは多分都市型なんだと思いますが、それをちょっと分けて考えていかないと根本的な解決にはならないのかなというふうに思ったりしております。

【〇〇座長】 今のお話は、ここで議論していることのもうちょっと外側まで広めた話ですよ。

【〇〇委員】 そうです。

【〇〇座長】 そもそもここで議論している119番通報なり、現場のトリアージの話は、自治体消防が現在担っている救急の業務について議論しているということになりますよね。

現在、自治体消防が担っている救急業務に、実は医療者から見れば、それは違うんじゃないのというような、今、施設の話が出ましたけれども、そういうふうな業務が知らないうちにか、わかっていてもどうにもならないんでしょうが、そういうふうな119番通報が実は増えている。

だから、自治体消防が本来的に担わなくちゃいけない119番通報と、場合によってはちょっと時間的な余裕だとか、地域のコミュニティーの、例えば開業の先生が診てくだされば、こうはなるまいというふうな119番通報を、地域社会がある程度分けて考えていかなければいけないだろうと。

その部分をどうするかという話は、この話と同時進行でやっていく必要が多分ある。そういうふうな本来、自治体消防が担うはずじゃなかったんだがなと救急隊員が思っているような症例に今、知らないうちにもう巻き込まれている。

ですから、そういう意味では、例えば都市部の消防本部の東京消防庁も、その部分をどうするか考えなければいけない。それから、119番通報にしか頼ってこなかった住民も考えなくちゃいけない。それから、その住民を診ている、実は日本医師会の言うかかりつけ医がいるわけですよ。その部分をどうするかについては医療者もやはり考えなければいけないということになるので、この部分の外側も大きい問題だというような問題意識の整理はやはりしておかないといけないんじゃないか。

だから、十把一からげに、老人ホームからかかってきたやつは全部緑とか、そういうふうにしてしているわけじゃないですよ。

【〇〇委員】 看護協会もそこはすごく気にしていて、例えば介護とか特養とかというナースがいない、少ないところは、この方はもう90何歳でという人を運ぶわけですよ、それも夜中でも平気で呼んで。だから、それって何とかならないかというので、今、その人たちへの教育のプログラムを考えて、そこで事前に連携をとっておけばいいわけじゃないですか。

それで、例えば近くの昼間しかやっていない医師でも、その時だけ亡くなったよと言ってくれればいいわけなので、要するに老人ホームのかかりつけ医みたいな、そんな感じのものを考えられないかと今考えているところなので、いろんな方向で検討する必要があるんじゃないか。そうしないと……。

【〇〇座長】 言っていることは全くそのとおりです。そういう意味では、ここで話す必要はないと僕は思ったんだけど、東京都医師会なんかはかなり体系的に考えようとしてい

る。だから、区医師会とか、郡市の医師会がありますよね。そのレベルのコミュニティーで、今言ったような人をどういうふうにして上手に運べるかと。それは、そもそもの自治体消防の仕事じゃない部分をどう担うかというふうなことを今一生懸命議論しているようではあります。

ちょっと、それはそれでいいよね。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 どうぞ。

【〇〇委員】 ちょっと話を本質のところへ戻しますけれども、今度は病態別といいますか、それぞれのプロトコルの項目ごとに感度、特異度等々を出していただいている、それを事前確率から見た時の差で、次、修正していきましょうというのが〇〇先生のご意見だと思うんです。

これ、ちらっと見ていると、やはり成人のプロトコルなんかで重症患者を評価する、例えばバイタルサインだと感度がほとんど100%に近くひっかかっていますよという意味においては、こういうところは症候別、バイタル別に見ても、おそらく結構、医学的に不自然さはないというデータになっているんだなというふうに思いますね。

本来、症候で背部痛だとか、背部痛には大動脈解離のような危険なのがあるぞと言いつつも、実際には感度としてはあまりひっかからない。言いかえると、背部痛なんていうのは山ほどあって、その背部痛の中から危険度の高いのを拾うなんていうのは、ほとんど現実的じゃないというのを示してくれているデータなんだろうなと思って見ております。

やはり、こういうきっちりとした、医学的に見て納得のいくような数値として出てきているということは、あと、これをどういうふうに組み合わせるかとということが次の課題なんだろうなというふうに思いますので、病院前であれば診断名よりも症候、バイタル、あるいは外傷ですと受傷機転、そういった要素を組み合わせることで緊急度がうまいこと方向付けられればいいのかというふうな印象は持っていますので、もう少し分析を進めてもらったらいいのかなと思いました。

ちょっと全体の中でデータの再確認をさせていただきたいんですけれども、資料2-1の説明の中で、まず1ページ目ですが、表1.1は田辺、堺市が逆転していますので、誤植だと思いますので、事務局の方は修正をお願いします。

それから、2ページ、3ページ、4ページのところで、ちょっとこれは分析を担当した〇〇先生にお伺いしたいと思うんですけれども、例えば2ページの1.3、データフローの

ところで、C、D、Eの突合可能だった症例というところまでは理解できますが、その下に、さらにその突合できた症例の中からCの分析をする場合、C解析対象例2,180件と書いていますね。

【〇〇オブザーバー】 はい。

【〇〇委員】 また堺の例だけちょっとピックアップしていきますと、次の4ページにも同じようにC、D、Eの突合が可能なところが3,427だけでも、Dの解析をしようとするすると2,950件に落ちちゃいますよというのがフローになっていますよね。

【〇〇オブザーバー】 はい。

【〇〇委員】 この一番最後のC分析、D分析をすると言いつつも、10ページのところで119番通報プロトコルとか現場のプロトコルを分析する時には、全数、いわゆるC、D、Eの全体数を用いた、突合可能であった母集団を使っていますよね。

【〇〇オブザーバー】 はい。

【〇〇委員】 どうしてC解析、あるいはD解析、一番最後まで落ちている母集団を出してあるのかというのがちょっと分からない。

【〇〇オブザーバー】 これは、Cで申しますと、対象外と判定不能、そして判定なしというものがあって、それが実際の分析からは色が見つからないものですので、除外されている。Dの場合は、判定なしというものが、判定不能データも少しございますが、それが抜けているということです。

【〇〇委員】 そうした時に、例えば最終的に10ページの答えを出す時に、4.1のテーブルですけども、堺と田辺の合計数は4,093。これはC、D、Eの突合数3,427足す666の田辺が対象になっていますよね。

【〇〇オブザーバー】 はい。

【〇〇委員】 これを対象にしましたよということなんだけれども、本来119のプロトコルを検証しようとする時は、全て119のデータが埋まっているやつでないとは解析できないということになりますよね。

【〇〇オブザーバー】 そのとおりです。1,465例がCのプロトコルで色が見つかなかったものとして、この……。

【〇〇委員】 その1,465が、そのC。そうすると数が合わないんですけどね。例えば119番……ちょっとその辺が、先ほど来じっと見えていても。2ページの上のところはC解析対象が2,180件。

【〇〇オブザーバー】 実は2ページと3ページの表は、私、関与しておりません、ここはちょっと後で確認させていただきます。

【〇〇委員】 お願いします。

【〇〇オブザーバー】 すみません。この数字……。

【〇〇座長】 今のところの、この表をお作りになった事務局が何か分かりますか。こんなふうには仕事をしたというのは分かるんだけど、数字面の、フィットネス感がどうもよく分からないという話ですが。まあ、いいですかね。またこれはこれで。

【〇〇室長】 ちょっと今すぐにはお答えできませんけれども、早急に確認したいと思います。(後日、資料2-1のデータ訂正を行う。)

【〇〇座長】 あと何かご発言いいですか。どうぞ。

【〇〇委員】 資料の2-1の12ページなんですけれども、先ほど来話があるように左側の症候論的にブラッシュアップしていこうと。もちろんそのとおりで、たしか今度使った、田辺さんが使っていたのは画面が出たら一番最初に重篤感あり、なしが出てきて、ありがあればすぐ赤で行っていましたよね。だから、それが、その行の一番上の重篤感ありというので、これはもう見て、これやばいと救急隊が感じたことで、このやばいをプロトコルにはできない。やばいと感じた、まさに重篤感を感じたことなんで、この60.4%というのは6割、一瞥つしてやばいと思ったのは赤というのはやっぱり大事だし、先ほど〇〇先生もコメントされたように、あまり職人技ではないですけれども、こここのところこそ今後磨いていくところで、コンピューターたたけば赤とか黄色とか緑になるという方向へは持っていけないようにしていただければと思います。

【〇〇委員】 今の点、1点だけ。単純にこのデータを読むだけです。数字だけの問題ですけど、これは、今回のプロトコルを使って重症感ありだというふうに考えるのと、プロトコルを全く使わない場合とで数字が全く変わらないということになりますので、今回のパフォーマンスはあまりよろしくなかったという出発点を示しているんじゃないか。

【〇〇委員】 どんなふうに？

【〇〇委員】 ちょっと、僕もこれ解釈するのはすごく難しいんですけど、もともと重症感ということは、こういうものを見て重症としなさいというプロトコルがはっきり書いていないので。

【〇〇委員】 そうですね、書いてない。

【〇〇委員】 ですから、変な話、これはイコールになるに決まっているんですかね。

もともとの、おそらくは。だから、この数字だけで今後……。

【〇〇委員】 だけど、これ、F値とは比較しているわけでしょう。

【〇〇委員】 ただ、事前の確率が全く同じになっちゃうんです。どうしても、もともとの確率が。

【〇〇委員】 事前の確率は、これは求められないと思うんだけどな。

【〇〇委員】 だから、求められないので……です。申し上げたかったのは、このデータだけでは比較できない。これが上がってくることは必要な話ということになります。

【〇〇座長】 データプラス経験という話は永遠に続きますから。

では、これから先のことを少し勉強すると、やっぱり、この部分はこういうふうに分けていった方がいいのと違うかみたいな話が多分出ると思います。〇〇先生が先ほど24年度の報告書(素案)、案の前が素案なんですかね、というのがありますが、まずは全体像を分かるために資料3がありますので、資料3をちょっと説明してください。

【〇〇室長】 それでは、事務局より説明いたします。

資料3、A4縦2枚物でございます。今、座長からもお話しいただきましたけれども、机上配付で報告書の素案というものも置いてございます。ただ、まだちょっと検証作業、今日初めてご説明した段階ですので、まだ若干熟度が低いということで資料番号は振っていません。ただ、3月末までに何らかの報告書を出さなければいけないものですから、熟度が低いながらも置かせていただいたという位置付けにしております。

資料3の方の目次、いわゆる構成案の方をちょっと見ていただきたいと思います。

この検証作業を行ったわけですが、私も消防機関でありますので、この報告書の読み手は主に消防の方が主になるだろうというふうに思っております。したがって、この研究、検証を行っていただいた貴重な結果を、どうやって消防機関の方にある意味、平たく伝えていくかということが課題だというふうに思っております。

また、先ほど〇〇委員からもありましたが、地域住民に緊急度という概念を共有するに当たっては、電話相談ですとか、ホームページであるとか、あるいは適正利用のキャンペーンであるとか、やはり消防の人間が地域の方と触れ合って伝えていくことになりますので、その意味でも、まずは消防の方にどう理解してもらおうかということが大事かなと思ったところであります。

この構成案を見ていただきますと、1章が背景と目的でありますので、先ほど資料1で説明したようなことを文字に落とすということで考えているところです。

第1章の2ポツ、事業の実施体制もワーキンググループ、検証班等々の体制を作ったということを述べたいと思っております。

次に、第2章ということで、実証検証を行う対象でありますプロトコルVer.0の概要について記載したいというふうに思っております。後から机上配付したのもちよっと見ていただきたいと思いますが、そういうふうにする。

第3章で実証検証ということで、この中で今日、〇〇先生から説明していただいた資料2-1及び2を入れたいと思っております。

今日幾つかご意見もいただいておりますので、また、〇〇ワーキンググループ座長ともご相談しながら、もうちょっと表の追加であるとか、もうちょっと細かいものであるとか、必要に応じて入れた上で報告書を作成していきたいと思っております。

目次としましては2枚目見ていただきますと、第4章、まとめとありまして、この中で実は堺市、あるいは田辺市において住民アンケート等もしているんですね。特に電話相談とかウェブのところについて。そういった、医学的な部分に加えて社会学的などうか、住民にどう理解してもらおうかというようなところも調査していますので、そういうところに触れた上で、今後どういうふうに進めていくかということを書いております。

ちょっとこの説明だけでは何でありますので、机上配付のものもごくごく簡単に、どこにどういうことが書いてあるということをお話しさせていただきたいと思っております。

少し厚いですが、めくっていただきまして、3ページというのがありますが、ここが背景、目的でありまして、これは23年の報告書に沿った形であります。1ポツの(1)というのがありますけれども、出動件数が増えていて、現場到着、病院収容の時間が延伸している。救急隊到着まで10分を超えた時点で、心肺停止の方につきましては生存率等が急激に低下するというようなデータもある。したがって、限られた医療資源を有効に使うためには、こういった緊急度というものが大事じゃないかというふうなことを書かせていただいております。

4ページから5ページ、そして6ページの上までに図を載せてございます。図の1-1が救急出動件数の推移ということで、増えている。増えていることの何が問題かということで、5ページの上を見ていただくと救急隊数の増加が6.7%なのに対して、出動件数が20%増えている。そのことによって現場到着時間、5ページの下グラフであります、1.9分延伸しているとか、赤いところがありますが、病院到着時間も9.3分増えている。したがって、緊急度に応じて搬送のあり方を考えていくことが必要ではないかということ

を書かせていただいております。

以上が背景、目的でありまして、7ページが事業の実施体制ということでありまして、表に書いてありますが、この実証検証推進会議のもとにワーキンググループを作り、またデータ収集、あるいはプロトコルの実施に当たってICTを活用したシステムを使っておりますので、システム開発の事業者にも参加いただいたということでありまして。

8ページ、9ページ、10ページから11ページ、親会、それからワーキンググループ、班会議の開催回数ということで、メンバーと開催実績を載せております。10ページをちょっと見ていただきますと、ワーキンググループの中で、特に班会議を今年度は積極的に開催しております。検証会議だけで5回開いております、特に検証班の皆様、各班の班長の皆様には多大なご協力をいただきました。改めて感謝申し上げたいと思います。

第2章ということで、15ページからであります、緊急度判定プロトコルVer.0の概要ということで記述してまいりたいと思います。すみません、ちょっとページが飛ぶんでありますが、例えば46ページのあたりをちょっと見ていただきますと、第4章の119番通報時における緊急度判定、(3)のところプロトコルのもとになりましたアルゴリズムの構造、47ページにアルゴリズム、表の形でつけてありますが、この表の考え方を46ページに文字で落としておりまして、今、実はまとめの中にこれを書いているわけなんです、やはり検証を行うもとになるものでありますので、第2章の方にもっていきたい。ですから、A、B、C、D、4つのプロトコルについてアルゴリズムの構造を記述した後、アルゴリズムを載せるというような形で、何を検証したのかという対象物を第2章で明確にしたいと思っております。

第3章が何ページからかと言いますと、戻っていただきまして19ページからであります。ここは先ほど資料1でご説明をいたしました、どういう作業で行ったかというロジスティックな部分と、資料2-1及び2におきまして、〇〇ワーキンググループ座長からお話をいただきましたサブスタンス、中身の部分と合わせた形で記述したいと思っております。昨晩までの作業状況を現時点で反映したのになっておりますが、今日ご意見もいただいておりますので、ここは今日のご意見も踏まえてもう少し加筆修正、あと、もう少し細かい分析もというお話もありましたので、補足的な分析も少し加えていきたいと思っております。

第4章を少しだけご説明させていただきたいと思っております。43ページからでございます。

ここは、若干中身も説明したいわけなんです、43ページの下に円グラフがございます。堺市におきまして救急受診ガイド、紙媒体でお配りするとともに、ウェブも作ったわ

けなんです、こういった冊子を配っております。これを市政モニターの方にどうでしょうかということ、使い勝手等をコメントいただいたんですが、有効じゃないかと思う方が86%いらっしゃるという結果になっております。

中身を見ていきますと、いざという時にこれを見ることはないけれども、事前の学習、いざという時にどうしたらいいかということをおおまかじめ勉強しておくのによかったというふうなコメントがありましたので、そういう利活用策があるんじゃないかというふうなことを本文で書いております。

44ページを見ていただきますと、実際、利用したのはどうだったかということで、これは、田辺におきまして個人の病院も含めて検証に協力いただいたこともありまして、院内に初診で見た方に受診ガイドやホームページを使いましたかということをお聞いているわけですね。使った方が35名、0.5%ということになっておりまして、やはり8月にスタートして11月から検証しておりますので、期間的な短さがここにあらわれているのかなと。やはり市民への周知をどうするかが非常に課題だということが、このデータから出ていると思っております、そういうことを分析で書いていますのと、あと、来られる方は、例えば緊急性が高くなくても、ちょっと風邪かなということでお来られる方もいるので、ガイド適用じゃない方も来られるので、そういうことも加味しなければいけないと思っておりますが、いずれにしても、ちょっと低いということはあるかと思っております。そういうアンケート結果を載せて、ちょっと住民の立場から利活用なりということも少し分析させていただいております。

電話相談も同じでございます、今回、田辺市におきましては、民間委託仮設型ということで実施したのは、現在、#7119が自前設置型でありますので、1つの新しいやり方ではないかと思っております。ただ、やはり費用的な面ですとか、人的な確保もありますので、広域的にやった方が効率的なのではないかというふうなことも46ページの上の方で書かせていただいております。

46ページの(3)からが119番でございますけれども、このアルゴリズムの構造のところは少し置いておきまして、検証結果を踏まえたコメント等を書いていきたい。48ページの(4)、救急現場のところもアルゴリズム関連は第2章に移しますので、検証結果を踏まえてわかってきたことを記述したいと思っております。

最後に、50ページであります、消防機関が緊急度判定をする意義は何だろうかということをお22年、23年の報告書でも述べていただいているわけですが、再確認というこ

とで書いておまして、やはり社会全体で共有するという事なので、今回、プレホスピタルの緊急度判定に当てる物差しを作っていただいて、その物差しをプレホスピタルに当てることで消防と医療の緊急度判定に関する連携、共通言語のようなものができたんじゃないか。

それを電話相談なりウェブ、あるいは冊子という形で地域の方も共有することで、少し時間はかかるかもしれませんが、緊急度という軸で急性期医療といいますか、救急業務、救急医療を考えていくというようなことができるんじゃないか。それが社会全体で共有する緊急度判定体系という、この検討の意味ではないかというふうなことを書かせていただいているところであります。

以上、報告書としてご説明するにはまだちょっと熟度が足りないわけでありまして、ページがちょっと飛び飛びになって恐縮ではありますが、以上、現時点での作業状況ということでご説明させていただきました。よろしくお願いいたします。

【〇〇座長】 どうもありがとうございました。書きぶり等は、今日初めてこの素案を見ているわけなので、ご意見のある方は、そちらに突っ込んでいってももちろん構わないんですが、全体の目次というか、構成については、第1章から第4章まとめ、まとめのまとめまでというふうな形になっています。この報告書の全体像について何かご意見ございますか。

【〇〇委員】 1つよろしいですか。

【〇〇座長】 どうぞ。

【〇〇委員】 報告書の構成について、初めて読まれる人にイメージが分かるという意味においては、資料1-3のあれがございませぬ。もともとこの会が立ち上がった時から緊急度判定を各ステージごとに振り分けると言ったら語弊はありますが、やってくんだということで、今回の分析、家庭と電話についてはデータ分析のところまで行かなかったけれども、ある程度データをとって、あるいはコメントをとって後ろにまとめましたということになると思うんですけども、119番と緊急現場プロトコルというところについては、病院の最後のデータを突合して分析しましたということになるので、初めて読まれる人は、この最初の構図があって、案内してもいいのかなという気がしました。

ただ、ちょっとそういうふうに分かりやすくやると今度怖いのは、先ほど来の話で119番でフォールスネガティブだった、要するに本来、赤なのに赤でない人がすり抜けていく頻度が数値的に出てくるわけですけども、そのセーフティーネットを将来どうするの

だということもコメントを書かないといけないという、ちょっと大変苦しいところにも入るのかなと思うんですが、読むという意味においては、僕は3の図柄があってもいいのかなというふうに個人的に思いました。

以上です。

【〇〇座長】 〇〇先生が今言われたように、結局、取りこぼしの対象になっちゃう、自分がそうになっちゃうのかなというふうな話は読み手によってはあり得るわけですね。消防の人が読むといったところで、やっぱり消防だって、この救急医療のことをすごくよくわかっている本部長さんは多分すらすら読むんでしょうけど、そうでない方が緊急度のことをどれぐらいわかっているかどうかというのは、私よく分かりません。ですから、1ページから読んでいってさっと分かるとは、ちょっと難しいかもしれませんよね。

そういう意味では、相当程度に易しくしてしまった方が実はいいんじゃないか。それから、絵をたくさん入れるとか、さすがに漫画のような形にはしなくていいとは思いますが、絵で見る検証事業報告書とは言いませんが、そういうふうな形で少し、消防もちょっとフロム・ザ・ビギニングみたいな人たちも入れておいてもいいんじゃないかという気がするんですよね。

そうすると、取りこぼしはどうなんだという話になりますけど、そこがこの話の眼目だというふうなことで、私たちは、これから先も頑張らないかんよというふうな、そういうふうに市民目線で書かれているということの方が、最終的には読み手にとっていいんじゃないかなという気が私はするんですよね。

【〇〇室長】 分かりました。ちょっと考えさせていただきたいと思います。

【〇〇座長】 僕、たしか一緒に田辺や堺を見学に行く時に、東大の〇〇先生のお書きになった文章を渡しましたよね。あそこには、要するに、このようなトリアージをすることの倫理的な意味というか、社会がそのようなことを受け入れなくちゃいけないというようなことが書いてあるわけで、そのようなものを露骨に引用する必要はありませんが、上手に入れ込んで、なぜやるのかというところについての理解を。

単に資源が足りないからという問題じゃないというか、もちろん資源が足りないというのは行政側の1つの大きな理由ですけど、地域社会のあり方という観点でいけば、いろんなことがある。そのうちの一環だというふうなことも入れる。しつこく書かなくてもいいと思うんですけども、相当程度に高い次元から物事を考えてこうなっているというふうな形にもっていけば、来年度、再来年度、その後に引き継ぐ時に、いろんな方たちの賛同

が得られるんじゃないかなという気がするんですけどね。

【〇〇室長】 分かりました。第1章のところを少し考えてみたいということと、あと、座長の挨拶文というか、最初にサマリーというか、座長の挨拶を入れたいと。その中で、例えばそういったことを。実は去年もそういうことを、そこもちょっと含めて考えてもいいかなと思っております。ちょっと今、本当に思いつきで申し上げて恐縮ですけども。

【〇〇座長】 はい。

【〇〇室長】 そこを総合的にちょっと座長とご相談しながら考えていきたいと思いません。

【〇〇座長】 それから、今日はナンバー振っていないけどとおっしゃいましたけど、こういうふうなものを最終的に作るわけですね。僕の質問は、日付は3月31日付になるわけですね。

【〇〇室長】 今のところ記者発表を3月の最終週と考えておまして、3月26日の週、31日は日曜日になるものですから。

【〇〇座長】 そうですか。

【〇〇室長】 もう少し前の。

【〇〇座長】 いや、つまり24年度の報告なので3月31日かなという、その程度の意味でしか発言していないんですけども。何を言おうとしているかという、結局、こうやってみんなで集まる機会は、今年はこれが最後なんですね。今はもう3月ですね。

【〇〇室長】 はい。

【〇〇座長】 そうすると、僕は東京に住んでいますんで、来いと言われれば幾らでも行けますけれども、遠い方もおられますよね。

【〇〇室長】 はい。

【〇〇座長】 これを作成するプロセスについて、どういうふうにしようと思っているか。最終的にその責任者で挨拶を書かなきゃいかんという話になると、僕が通して読まなければいけないだろうということは覚悟していますけれども、そこら辺の最後の第4コーナーの回り方をちょっと教えてもらえますか。

【〇〇室長】 ちょっと事務的にもなるかもしれませんが、印刷をかける都合もございまして、実は3月中旬、15日ぐらいまでには原稿が上がっているといいなと思っております。新年度もこの検討を進めていきますので、結論が出なかったところについては新年度の課題という形で書いていって、4月以降に繋げてというふうな作りになるのかなと

思っております。

今日ご意見をいただいておりますので、私どもの方で少し直させていただきまして、座長にお読みいただくと同時に、メールベースになるかもしれませんが、委員の皆様
に直した結果というのを送らせていただきまして、特段のご意見があればいただければと思っております。

ただ、何分ちょっと時間的なものもありますので、あと、年度内にもう一度集まるのは非常にお忙しい皆さんで厳しいのかなと思っております、最終的には座長の方にご一任いただけると私どもとしては大変ありがたいというふうに考えております。

【〇〇座長】 一任も何も、出さなきゃいけないものは出さなきゃいけないわけで、それは覚悟しますけれども、そうは言っても、やっぱり原稿をフィックスする手前でみんなにばっと流すということはできるんですかね。難しいかな、重たくなり過ぎちゃう。

【〇〇室長】 そうですね。できればと思いますけども、ちょっと厳しいかもしれないです。

【〇〇座長】 そうですね。では、今日、この後10分ぐらいで、ここら辺はこんな調子でよろしくねという話があれば、もう片っ端から言っておいていただくと。〇〇先生。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 いいですか。

【〇〇委員】 座長一任で。

【〇〇座長】 いやいや、それを言うってもらうために……。お隣いかがですか。

【〇〇委員】 今の背景と目的のところの背景にあるんですけど、限られた救急搬送資源という言い方がすごく。これ、作っている皆さんが、あえてこれを書いて予算を増やそうとか、そういう狙いがあるのならいいんですけど、世間一般から見ると、これだけ大量のお金を使ってどうだという批判も来るんですよ。私、院内トリアージのレクチャーしていて、著名な文化人からすごいお怒りの手紙をもらったことがあるんだけど、貴殿はこれだけ湯水のように医療費を使っている現状で、病院の救急外来で、災害と勘違いしているんだけど、トリアージをすとは何事だと、毛筆でお手紙いただいたことがあるのよ。

【〇〇座長】 毛筆で。

【〇〇委員】 毛筆で。著名な文化人からね。ちょっと勘違いしているんだけど。だから、我々から見れば、ここで話している時は、相対的に限られているというのは分かるんだけど、世間から見たら税金を使っているじゃないとか、これだけ大量にお金が行って

いるじゃないかと、はしご車1台幾らするんだとか、いろんなことを言う人がいるわけですね。

だから、要するに救急が増えているのは分かる。相対的に将来こうなるとか、何かそういういい文章にしないと、変な軋轢を買うことがあります。

【〇〇座長】 将来、もっともっと増えてきてこうだよねと、たしか図表を作っておられましたよね。そういうものもふんだんに入れて、ページが増えても図表が増える分にはいいだろうと。こんな感じでやりませんか。

【〇〇室長】 分かりました。図がございますので、それをつけて、そういう形で。

【〇〇座長】 では、お隣。

【〇〇委員】 神戸の〇〇でございます。さまざまな活動をやっていただきまして、今日は聞かせていただいて敬意を表します。

この年度の報告書を作成にするに当たって二言ほど言わせてください。この構成ですが、やっぱりかなめの部分は、一番最初の「背景」と、この検討会議が何を目指していこうとしたのか。これは、座長の「〇〇委員会」の名前をとって、きちんとした色付けをしていますと思います。

総論として美文を並べてもしようがないので、社会としての健康危機の取り扱いのあり方は一体どういうあり方がいいのかという、先ほど座長がまとめてくれたようなことですね。その辺の部分を最初にどかんと。その部分は、最初の緒言の座長提言という形で、〇〇先生の理論そのものでよろしいかと思います。

あとの部分は、この報告書を誰が読むかということを見ると、細かな内容が理解できない人の方がむしろ多いので、導入部分は非常に重要だと思います。

真ん中抜いて、最後、第4章のまとめという部分がありますが、第4章はまとめじゃなくて、この検討会議で浮かび上がった課題は何かということについて主眼を置いて記載していただきたいんです。

今日、初めてこのまとめの部分の文章をざっと眺めさせてもらいましたが、今後にく提案があまりないんですね。単純に検討会議でやった事実だけをぼんとまとめたという形になっていますので、ここでいろんな課題が浮かび上がってきているはずなので、そこを上手に、今後どのような解決に向けてやっていくのかという今後のスケジュールも含めて書いていただいたらと。この初めの第1点と締め、今後に向けてという第2点について、いろんな人に読んでいただけるような報告書にしていきたいと思っています。

【〇〇座長】 ありがとうございます。やはり課題が大事だと。多分、まとめしか読まない人がいるかもしれませんね、先生。

【〇〇委員】 そうですね。最初と最後だけ。

【〇〇座長】 最後読んでから、では最初も読むかぐらいで。

〇〇先生、いかがですか。

【〇〇委員】 確かにこれ、どなたが読むかという問題があると思いますけども、消防関係者の方が見られるとすると、では、我が消防本部でも119番プロトコルどうするかといったことを検討する資料として見られるとすると、通信指令員の方がどれぐらい教育されたか。今回、色々研修なり、教育をしていただいた、そんなことを、どんな教育をした上でやったんだよということがあるといいかなというふうに思いました。

【〇〇座長】 自分たちの仲間が作ったという、そういう感じね。

では、お隣、よろしくお願いします。

【〇〇委員】 堺市消防局の〇〇村でございます。先ほど〇〇委員がおっしゃったように、やはり社会構造で病院までの移動手段がない、相談できる相手がいないというようなところ、行政サービスの中で24時間365日対応できる消防というところに全てが集まってくるのが実情でございます。この辺のセーフティーネットを構築しないと、救急の件数というのは伸びていくだろうというふうに考えております。

以上でございます。

【〇〇座長】 ありがとうございます。よろしくお願いします。

【〇〇委員】 別に特にはないんですけども、先ほど感度の問題で落ちこぼれの部分ありますよね。それを考えて、そして今、〇〇先生がおっしゃったように誰が読むか。第一義的には消防でしょうけども、これから消防が市民教育をする際に、これを使われるとなると、結局、市民が一部のデータだけ読まれる危険性というか、可能性が一番高いんで、そうすると、冒頭おっしゃっているように、要するに僕らの立場からすると、落ちこぼれの部分は、市民の期待権が高いと期待権侵害で慰謝料請求の対象になりますよね。だから、それを防ぐためには、事前にこういう逼迫した状況で将来こうなるから、これはやむを得ないですよというようなことをにおわせておかないと、そこが一番危険だと思うんです。必ず感度は100%にならないんですから、ならなくてもいたし方ないことの説明をしておいて逃げていた方がいいんじゃないかな。それがおそらく冒頭の部分だと思いました。

【〇〇委員】 横浜市でございます。今回の報告書、消防本部の方が読むという前提で

導入を図っていく、促進するということを目的とされるのであれば、私どものところは導入する時に、議会で委員会を何回も開いて、その中でアンダートリアージは絶対にゼロだということを議会の議事録にも残るような形で言われております。それは、特異的な2人の救急ということがありましたので、言われております。

そのために条例を作り、莫大な予算を投じてパンフレットを全ての世帯、百五十数万世帯に配ったというような経過がありますので、これで導入を図られるということであれば、そういったことも参考になるかなというふうに思います。

以上です。

【〇〇座長】 本場に導入するという話は、もうちょっと先なんでしょうね。

【〇〇室長】 そうですね。まだ、これ、医学的な基準を作ったところがございますので、それは新年度の課題ということになってきます。

【〇〇座長】 そうですね。ただ、予算をとろうと思えば、来年のうちから計画しないと再来年の予算とれませんものね。そういうことをおっしゃっているんでしょう。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 ありがとうございます。

では、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 福岡市でございます。この最終報告書を持ち帰って、例えば先ほど委員長が言われたように、消防長に説明しても、おそらく、それほど理解はなかなかされないのかなと、これが現実だと思っています。それは、どこの消防本部でもそうだと思うんです。

我々、これ持ち帰った時に、やはり自治体消防ですんで、市の関連の保健福祉部局でありますとか、ひいては組長まできちっとそこを説明して、地元の医師会でありますとか、いろんな機関に理解していただく必要がある。これまでずっと経過報告していますけれども、このこと自体を全く知らない保健福祉の部局もたくさんありますし、今後あらゆる機会を通じて、社会全体でという前に、行政全体がこれを共有できるような方向にもっていかないといけないかなと思っています。

【〇〇座長】 そういう意味では、そこまでやるかどうか分かりませんが、例えばプロトコルという言葉そのものも、病院の人はほとんど聞き慣れています、町の人がかかるか。それから、保健所の保健師さん、分かるかというふうなところまで行くと、結構、脚注はまめにつけないといけないのかもしれないかもしれません。ページ数増えますから、これも覚悟

していただいた方がいいかもしれませんね。

昨日説明のあった日本医師会による医学教育の件も下の方に脚注がいっぱい入っていますよね。要するに、その業界では当たり前で通用している、あの時のあの発言みたいなものまでが、下にちゃんと出ているんですね。ですから、そういうふうなこともちょっと考えてください。

【〇〇室長】 分かりました。

【〇〇座長】 では、〇〇先生。

【〇〇委員】 ちょっと〇〇先生の方に話をさせていただきます。

【〇〇委員】 杏林大学の〇〇でございます。色々な先生方のお話を聞いていて感じましたことは、例えば119番の通報のアルゴリズム、かなり詳細にありますけれども、膨大な救急患者をさばかなきゃいけないという現実もあって、それでも東京や大阪や長野なんかは#7119で、さらに話をじっくり聞くということは可能かと思えますけども、果たして、今後、それ以外のところで患者が増えてきた時に、こういったことを全部聞いていってさばけていけるかどうか。では、それをどういうふうにしていくのかというのが今後の課題じゃないかなというふうに感じました。

【〇〇座長】 ありがとうございます。

【〇〇委員】 まさしく今、〇〇先生おっしゃったように、やはり都市部ではそういう問題があるというふうに思っています。あとは、これまでの意見のように、これを市民にどう普及していくかというのは大きな問題だなというふうに思っています。

以上です。

【〇〇座長】 東京は現場トリアージをやっています。今でもやっていますよね。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 だから、あれはある意味、救急隊は運ばないこともあるというメッセージですよ。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長】 ですから、そこら辺は、もうちょっと品よく露骨に東京消防庁も宣伝していいんじゃないかなと思いますけどね。

【〇〇委員】 ちなみに、うちも現場での搬送トリアージは平成19年から試行を初めて、21年から本格運用して、今、年間2,000件ぐらいは現場で不搬送という選択をとっています。

それに対して苦情がかなりあったりとか、問い合わせはありますけども、大きな問題にはなっておりませんので、そういう意味では少しずつ浸透してきているかなというふうに思っています。

【〇〇座長】 年間50万件でしたっけ、今、60万？

【〇〇委員】 74万件のうち、今、軽症例が少し下がっていますので、現場でのトリアージ件数も少し下降気味ですけれども、それでも2,000件弱ぐらいはあります。

【〇〇座長】 分かりました。ありがとうございます。

〇〇さん、何かありますか。これだけとは。

【〇〇委員】 市民レベルまで対象とか、例えば、このことがほとんどよくわかっていない方というのかなかなり大変だと思うんですね。ですので、業界は、それをよく2パターンに作ったりとかしますので、時間もないことですし、とりあえず有識者がわかればいいんじゃないかなと私は思っております。

【〇〇座長】 図表があれば、その図表を使って、それなりの説明はできるだろうと。字だけだと、どうにもならないんですね。だから、図の意味というのは、僕は、そういうふうなニュアンスも思っていたんですけど。

〇〇先生、ご発言ください。

【〇〇委員】 私も佐藤先生と同じなんですけど、やっぱり最後は課題と提言という言い方は変ですけれども、次に繋げるために何かというメッセージが少し弱いので、ここは強調していただきたいと思います。あとは〇〇先生の「はじめに」でお願いします。

【〇〇委員】 僕も結論同じで、よろしくをお願いします。そもそもは大事だと。多分、これ、医療資源限られたからやるんだというのは、では、その前に医療資源充実せよというのが普通の意見になっちゃうんで、そこをぜひよろしく。お任せいたします。

【〇〇委員】 私は個人的に救急業務、いわゆる搬送等受け入れまで広げていくと話が非常に大きくなってしまいますから、これは、あくまでも判断根拠になるツールづくりの検証会議だったんだということを明確にしないと、やはり救急の持っている、ありとあらゆる課題をここに落としちゃうということは無理な話で、そういうふうな読み方をされると誤解を招くので、ここで言う緊急度体系のいわゆるツールづくりの検証をしましたということをもうちょっとしっかり書いた方がいいんじゃないかなと。

先ほど来、焦点がだんだんぼやけてきて、どんどん大きくなっているのは、そのことがあるのかなという気がしましたので、そのような意見をちょっと言っておきます。

【〇〇座長】 でも、そこをきちんと書くのは、ある意味、当たり前というか。

【〇〇委員】 当たり前。

【〇〇座長】 当たり前で、その部分を抜かせと言っているわけではないんですよ。

【〇〇委員】 ないです。

【〇〇座長】 では、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 仙台市消防局です。仙台市は、隣接する県でアンダートリアージの事故が発生していることもございまして、感度は100%で渡している。一方で、2月にあったんですが、急激に寒くなった時に、震災以来初めて23台全ての救急車の要請があったというようなことがございまして、やはり、これまで救急需要があまりなかったというところがあったんですが、これからは電話相談、そういったものを検討していかなくちゃいけないという認識がございまして、一方で、予算的なものもございまして、なかなか整備できないというところもございまして、救急電話相談、最後の方に都道府県レベルで比較的大きなコミュニティーにおいて整備、このあたりをもう少し強くやっていただきますと、都道府県が主体となって整備を図るとか、そういった方向でやっていただくと、今後、体系図なんか整備されていくのではないかという感じがしておりまして、可能かどうかは別としまして、お願いしたいなということがございます。

【〇〇座長】 でも、最終的には奈良にしても大阪にしても東京にしても、もともと東京は東京だからですけど、そのレベルの大きさじゃないとやっぱり無理なんじゃないかというのは多分わかっている人はわかっていると思うんで、きっと財政部局にわかってもらいたいという話でしょうね。

【〇〇オブザーバー】 オブザーバーで発言させていただきます。意見といえますか、文書のところで少し、50ページの消防機関が実施する緊急度判定の意義というところで、これ、結構重要なポジションの文章かなと思うんですけども、その中で、緊急度判定をする救急隊がそれをする意義というか、正当性を述べている文章かなと思ったんですが、この中で、「共通の尺度で判定した緊急度でコミュニケーションがとれることに意味がある」と、それだけかなと。もっとヘビーな意味があるんじゃないかなというふうなのは、この仕事じゃないかなと思うんです。

結局、仙台からお話があった、少ないかもしれない救急資源を選択して集中してセーフティーネットを持ちつつ選択集中して救命率を上げるとか、そこまで言わなくてもいいかもしれないかもしれませんが、しっかり選択して、市民のためになるんだよというような表現が

あってもいいのかなというふうな気がいたしました。

以上です。

【〇〇座長】 ありがとうございます。時々言いますけど、運ばれることを拒否されるのかなというふうに心配するんじゃないくて、救急車がそもそも来ない。だから、救命しようにも救命に至らないというか、だから、助かる人も助からないというふうなことがあるよというようなことを、何とかしなくちゃいけない。ということで、選択とか、集中とかというふうなターミノロジーが出てくると。こういうふうなところ。

だから、何か切り捨てられるんじゃないかというんじゃないくて、そもそも救急車が届かないということを、どうするかというところなんだよねという話をしないといけない。あちらこちらに、そういうふうな文章が出てきてもいいんじゃないかなと。先生もそういうふうにおっしゃったと思います。ありがとうございます。

【〇〇オブザーバー代理（〇〇様）】 厚生労働省の〇〇でございます。オブザーバーですので簡単に。この緊急度判定につきましては、まだ仕組みづくりの段階ではあるのですが、基本的には非常に高度な医療及び医学的な判断、知識が必要なものでございますので、我々としては、医師やMCの関与というのを大前提として進めていただくということをお願いしたいところでございます。

先ほどお話がありましたけれども、いわゆる防災部局だけじゃなくて、健康福祉部局の関与ということも今後の展開を考えると必要でございますので、そういったことも視野に入れて、読者が消防機関だけでやっていたらいいのだと思わせないような、他部局との連携が必要なのだと感じさせるような報告書にさせていただいた方が、これを現場レベルに落とし込んだ時に、消防機関だけでやってしまい、それがうまく、いわゆるPDCAサイクルを回せないというような状況が起こらないようにしていただきたいと思います。

繰り返しになりますけれども、これは、非常に高度な医学的な判断が必要でございますので、しっかりとメディカルコントロール体制の中で進めていただきたいと思います。

【〇〇座長】 どうもありがとうございます。これ、MCの言葉は出てきますよね。

【〇〇室長】 ええ。これは、医学的な基準に基づいてやるんだというのは全体を通して書いていますので、そのところは、また表現でも工夫したいと思います。

【〇〇座長】 では、ひとしきりご意見を聞きまして……。

【〇〇室長】 はい。

【〇〇座長】 座長一任とか言っていましたんで、これは、やむなくそうなるという話

で、よろしいですね。しょうがないですね。諦めてください。

では、それでいきたいと思います。

あと、何かありますか。

【〇〇室長】 これで、本日の議題は……。

【〇〇座長】 先ほど今後の予定みたいなのを聞きましたけど。

【〇〇室長】 今、お話がありましたように、まだまだ今後の課題もありまして、消防機関の理解ということであると、やはり実運用をどうしていくのか、これは新年度の課題だというふうに書いていますので、そこは、先取りして中身を、どういう運用をすとか書くわけにはいかないですけども、そういうことを考えていくんだよ、だから大事なんだよというふうなことを書いていけばいいのかなというふうに思いました。

新年度も引き続き、このプロトコルの検証結果に基づく修正、修正したものの検証、それから、消防機関にどう使ってもらおうかというふうなところを中心にやっていきたいと思っていますので、私どもとしては、引き続き委員の皆様にご貢献を賜りたく思っております。お忙しい皆様ばかりではございますけれども、新年度もご協力方、お願いしたいと思っています。

【〇〇座長】 では、これで終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

【〇〇室長】 どうもありがとうございました。

— 了 —