

## 平成 25 年度 緊急度判定体系に関する検討会 議事録

- 1 日 時 平成 26 年 2 月 13 日（木） 10 時 00 分から 12 時 00 分
- 2 場 所 三番町共用会議所 大会議室
- 3 出席者  
メンバー ○○座長、○○委員、○○委員、○○委員、奥寺委員  
○○委員、○○委員（代理:○○氏）、○○委員、○○委員  
○○委員、○○委員、○○委員、○○委員  
○○委員（代理:○○氏）、○○委員、○○委員、○○委員  
○○委員  
オブザーバー 厚生労働省医政局指導課 ○○課長（代理:○○氏）  
事務局 ○○審議官、○○室長、○○補佐、○○○専門官

### 4 会議経過

#### 1 開会 [事務局]

#### 2 あいさつ

##### 【○○室長】

皆さん、おはようございます。総務省消防庁救急企画室長の○○でございます。本日は、緊急度判定の検討会を開催いたしましたところ、皆様方には何かとお忙しい中ご出席をいただき、誠にありがとうございます。また、皆様方には平素から救急業務に大変ご尽力、お力添えをいただいておりますことを、本席をおかりしまして改めて厚く御礼を申し上げます。さて、当検討会の中心的なメンバーのお1人であり、また緊急度判定の確立にお力をいただいております○○○先生が、先月、急にお亡くなりになりました。先生にはこれからまだまだご指導を賜りたい点多々ございましただけに、本当に残念でございます。先生のご冥福を心からお祈り申し上げます。さて、今年度の緊急

度判定の取り組みにつきましては、昨年度の実証検証の結果を踏まえて、プロトコルの改訂を行う、Ver. 1 を作るといったことが主たる眼目でございます。これまで作業部会、そして4つの班会議におきまして、大変精力的にご議論を重ねていただきました。関係の皆様方に改めて御礼を申し上げます。本日は、その親会ということで、これまでのご議論をさらに深めていただきまして、この4つのプロトコルと「救急受診ガイド」を含めたこの成果物の完成度をさらに高めるべく、皆様方の活発なご意見を賜りますようお願いを申し上げます、ご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

### 3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

### 4 座長あいさつ

#### 【〇〇座長】

皆さん、おはようございます。今、冒頭で〇〇先生ご逝去についての言及がございました。〇〇先生にはたくさんのご支援をいただいておりますので、大変残念ではありますが、彼に助けていただけてきた様々なことについて、引き続き発展させていくということが、彼への何よりの供養かと思っておりますので、そのようなつもりでぜひ頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。それで、今日の資料は机の上に、さすがに広辞苑とは言いませんが、研究者の英和大辞典程度には分厚いものがありますので、効率よく、なおかつ実りのある検討会になればいいと思っております。冒頭の決意を新たによりしくお願い申し上げます。以上、挨拶を終わります。

### 5 議事

#### 【〇〇座長】

では、引き続き発言させていただきます。本日の検討会の議事次第があります。あいさつというところが2番で、3番が(1) (2) (3)と並んでおりますので、この順番にと思っております。その前に、今言った英和大辞典ぐらいの資料の説明をしていただくのが先ですかね。お願いします。

#### 【〇〇〇専門官】

では、まず資料の確認をさせていただければと思います。本当にちょっと分厚い大作で恐縮です。お持ち帰りが大変な方々がありましたら、机の上に置いておいていただけましたら、後ほど郵送させていただきます。では資料の確認です。まず座席表の下、開催要綱、構成員名簿、続いて次第がありまして、その後、資料が始まります。資料1と題しまして、「緊急度判定体系に関する検討会資料」、これが全体の概要のご説明資料となります。それ以降が各段階でのプロトコル資料となります。最初から、資料1-1「電話相談プロトコル Ver. 1 (案)」、資料1-2「家庭自己判断プロトコル Ver. 1 (案)」、資料1-3、これが家庭自己判断プロトコルを冊子にしたもので、「救急受診ガイド」、資料1-4「119番通報プロトコル Ver. 1 (案)」、資料1-5「救急現場プロトコル Ver. 1 (案)」。続きまして資料2といたしまして、「報告書(案)」をお付けしております。その次、参考資料1といたしまして、「電話相談プロトコル変更理由一覧」というのがあります。これは電話相談プロトコルにおきましては、東京で使用されているものをある程度変更してつくったという経緯がありますので、その変更理由について、一通り載せたものです。参考資料2、これは昨年度の第2回実証検証推進会議の議事録となります。それから一番下に、こういうパンフレットのようなものが置いてあるかと思います。これは昨年事業を請け負っていただきました大興電子さんが、昨年度事業について記事を書いてくださったということで、参考としておつけしております。13ページ以降、田辺市消防本部様などの取材内容をもとに書いております。以上です。落丁などありましたらお申しつけください。

#### 【〇〇座長】

では、本格的な検討へと進みたいと思います。議題の(1)作業部会での検討結果についてというのがございますので、事務局から説明ください。

#### 【〇〇〇専門官】

では、横長の資料1と書いてあります資料をご用意いただければと思います。今年度1年間の議論の経過についてまとめたものです。ご説明させていただければと思います。まず1枚おめくりいただきまして、1ページ目、2ページと書いておりますが、緊急度判定における段階と緊急度判定・運用体制の想定図とあります。これは以前から使用しておりますスライドですが、将来像も含めました実現したい像として掲げております。次のページ、本検討会の目的と題しましてまとめさせていただいたスライドとなります。緑色のところにありますとおり、一番大きな目的としては、「急ぐべきは急ぎ、待つべき

は待つ」という社会規範を社会全体で共有していく、そういうことが本検討会の目的として掲げられて、先生方にもお願いしているところです。それを各立場の理想像というか、こういうふうになったらいいなというのをまとめたものが、その下に列記してあるものとなります。医療機関にとっては、救急患者が緊急度に応じて医療機関を受診する、そういう受診行動に反映されるようになる、そういうことが理想かと思えますし、消防機関にとっては、緊急度が高いと考えられる傷病者が救急車を利用するようになる。行政にとっては、現在から将来を通じて、持続可能な救急医療提供体制（セーフティネットを含む）を構築していくこと。一般市民にとっては、やはり緊急性が高い場合、最短の時間で救急医療機関に到着できる。こういう社会を実現していくということが、本検討会の目的として掲げられております。今回作成いただいておりますプロトコルについては、各段階でそのプロトコルを使用することで、どういうアウトプット、どういう行動変容などに反映させられるのかというのが、その下の水色の枠のところに段階ごとにまとめられております。家庭自己判断や電話相談、こういう一般市民がまずアクセスする、使用するものに関しましては、受診手段、受診までの時間、受診する診療科目、このようなものがうまく整理されてくればいいのかと思えます。119番通報に関しては、救急車到着の時間、電話相談窓口への転送をして、もうちょっと詳しく情報を聞いて緊急度を判定する、もしくは他のリソースへの分配、もしくは救急現場へ投入する資源の質と量、こういうものがアウトプットとして掲げられております。続きまして救急現場に関しましては、搬送先というものを、ある程度これもまた整理するという意味で非常に役立つのではないかと考えられます。それから受診までの時間、搬送の可否、こういったものが関係してくるかと思えます。医療機関につきましては、受入可能病院というのを標榜するという事で、プレホスピタルの観点からすると、どこへこの緊急性のある患者を運べばいいのかというのを判断しやすくする。来院後の医師診察開始までの時間というものも、緊急度に応じてある程度整理されていくのではないかと。あと、現場と医療機関の下にありますが、消防と医療機関の情報共有を、こういう共通言語を作ることによって円滑化していけば、速やかな搬送にも繋げていけるのではないかと。そういうご意見をいただいております。次、おめくりいただきまして、全体の体制図です。今年度の体制図はごらんのとおりで、本日までご出席いただいておりますところが一番上の親会になります。昨年度末に開催されまして、年度1回、この作業部会以下の作業状況について、進捗状況をご確認いただき、ご意見等をいただく、そういう位置付けでお願いしております。その下

に作業部会がありまして、それからその下に各作業班、4つ今年度は設けておりました。この作業部会以下で今年度1年間、いろいろとご作業いただけてきたところです。各作業班についてですが、一番左が検証基準の作成班、2番目は電話相談のプロトコル作成班、これは去年は家庭自己判断と電話相談の班が別々にあったのですが、今年はこれを1つにまとめてご議論いただけてきました。それから119番の班、現場の班、こういった4つの班構成となっております。続きまして次のページ、平成25年度、今年度、各班でどういうことを検討してきたかという内容が、こちらにまとめられております。左上の電話相談プロトコル作成班、こちらにつきましては追加症候の検討とプロトコル作成。2番目といたしまして、これは昨年度の事業、実証検証を行ったときにも出てきた課題でしたが、やはり普及しないと使われない、普及がすごく大事だということところが課題だということが出てきましたので、普及させる方法としてどういうものがあるか。それを調べる、それを議論するための下資料として、現在どのような電話相談事業が行われているかについて、全国的な調査を行いました。その結果について、ご議論いただけております。続きまして左下、119番の作成班については、昨年データはとっておりましたが、分析をもう少しできればという課題として残ってございました、赤をサブカテゴリとして4つ設けておりましたところの再分析を行っております。2番目、昨年度の報告書の提言を受けまして、プロトコルの修正と追加症候の作成。3番目は、過小評価された症例の検討。4番目は、これも体制の導入に向けて、どのような課題や改善案があるかということをご議論いただいたところです。それから右下、救急現場のプロトコル作成班、こちら昨年度の提言を受けたプロトコルの修正と追加症候作成。それから過小評価された症例検討。それから導入に向けての課題及び改善案の作成ということになっております。右上、検証基準班に関しましては、緊急度検証基準をもう一度見直しました。それから、修正プロトコルの検証を、この基準に基づいて検証し直すかどうかという分析を行いました。それから、各班の解析作業のサポートを、主に〇〇先生と〇〇先生にご尽力いただけていたところです。おめくりいただきまして6ページ、各段階の緊急度とサブカテゴリの定義となっております。左側にあります赤、黄、緑、白、これは去年定めていただいたとおりで、定義といたしまして、ごらんのとおりの内容を、昨年度までの議論のところまでまとめていただいたところです。右側、各段階についてのサブカテゴリ定義につきましては、家庭自己判断と電話相談については、この原則の4色に沿って同じになっているのですが、119番通報と救急現場の赤と黄色の部分に関しま

しては、少し細分化された形で、ごらんのとおりの整理となっております。続きまして7ページ以降、ここからは各班の具体的な検討経緯内容のご報告となります。7ページ、ごらんのとおり3回会議が行われました。そのまとめられた内容について、次の8ページにまとめております。8ページ、検証基準作成班としては、3つの項目を主に行っております。まず1番目、改訂緊急度の検証基準、これは病院での答え合わせの基準ということですが、その基準を、昨年度作っていたものからもう少し修正をかけました。どこを修正したのかといいますと、昨年度の基準の中には、バイタルサインや診断名、あとは心電図や血ガスをしたか、とったかどうか、そういうことについても緊急度判断の材料として入れていたのですが、そういう項目については、緊急度を予測する因子とはなっても決定する因子ではないだろう、そういうご意見が出まして、そういったものを削除した形で再度検証基準をつくり直していただいております。2番目といたしまして、緊急手術開始時間、これは何時間だというのを去年決めておりませんでしたので、今回のデータなど見直しまして、6時間以内ぐらいが妥当ではないかという結論をいただきました。3番目、これは当然といえば当然のことかと思いますが、本基準はプレホスピタルで実施した内容についても含みます、ということになっております。2番目、こうやって再度定められた改訂F基準について、さまざまな要因を絡め合わせて考えた最終的な医師の判断と、このように機械的に判断する検証基準と、どの程度の一致度があるのかというのを検証する必要があるだろうということで、再調査が行われました。これは各班長の先生方の医療機関にご協力いただきまして、去年10月の1カ月間、急遽行ったものとなります。3番目、こうやって作成されたF基準に基づいて、昨年得られた現場と119番、指令室で得られたデータを再整理しました。再整理結果に基づいて、分析、改良などを行ってきております。9ページ、これが改訂された緊急度検証基準、新しいものとなります。赤と黄色の項目が定められておりまして、緑・白に関しましては、左記以外という形で検証基準が作成されたとなっております。次のページをおめくりいただきまして、10ページ目、これが検証基準作成班で行いました再調査結果となります。目的といたしまして、救急医による緊急度判定結果と改訂F基準による緊急度判定結果、これがどの程度一致するかというのを確認しました。結果として、下の表に詳しく数字が載っておりますが、感度はほぼ100%に近く95%です。かつ陽性的中率も60%を超えており、ある程度は妥当な精度を有していると考えられたという結論をいただいております。感度といいますと、ちなみにこの下の表でいいますと、医師による緊急度で赤と最

最終的に判断されたもののうち、F基準で機械的に判断されたものでも赤と判断されたもの、これが221分の210あります。この割り算が95%ということになります。それから陽性的中率といいますのは、機械的に判断されて赤となったもののうち、本当に医師によってやはり確かに赤でしたねと判断されたものにつきましては、331分の210、これが63.6%だった、こういう結果となっております。続きまして11ページ以降、電話相談プロトコル作成班の検討経緯となります。こちらもごらんのとおり3回の会議をいただきました。この班はメールなどでも盛んにご議論いただきまして、本当にありがとうございます。12ページに検討結果を載せております。まず1番目、これは東京で実際使用されておりますプロトコルを見本にしながら、ひな形にしながら作成を進めていたわけですが、東京では赤と黄色の間に橙色という色がありますので、ここの部分が赤なのか黄色なのかというのを再整理していただいた、そういうのが主な作業内容となっております。2番目、どの程度症候を追加したのかといいますと、やはりこの電話相談については、最初の窓口になりますので、全ての症候を追加することができればよいだろう。現在、東京で使われております症候について、全てこの検討会のプロトコルにも追加した。ただし麻疹以外という形で追加しました。麻疹につきましては、これは麻疹が東京で流行っていた時期に作成したもので、麻疹というプロトコルが入っていたのですが、今は麻疹も流行っていませんし、これは症候ではなく診断名でもありますしということで、省かれたということになっております。3番目、電話相談プロトコルを一通り作成くださった後、家庭自己判断の症候追加はどうしようかということについて、続いてこの班でご議論いただきました。家庭自己判断も電話相談と同じように、一般市民相手窓口は広いほうがいいのかとは思われますが、電話相談のプロトコルは看護師が使用するのに対しまして、家庭自己判断プロトコルは一般住民の方が使うものですので、余り多過ぎても混乱されてしまうだろう。そういうわけで、最も頻度の高い重要なもの、小児について特に去年少なかったもので、小児7症候、それから小児・大人共通するものとしても鼻、口腔、脚、咬傷、熱傷、それで頭部外傷(大人)、こういったものをつけ加えております。これも右側に書いてありますが、東京消防庁さんのデータをお借りいたしまして、相談頻度が上位の内容から選択したということになっております。4番目、先ほどもちらっとご報告いたしましたアンケート調査結果の取りまとめをいただきました。次のページ以降、119番の班の検討経緯となります。これはごらんのとおり4回の班会議と臨時会議を2回、こちらも集まっていたいただいての会議を非常に多くいただいております。

りまして、ありがとうございました。14 ページ、こちらに検討結果が載っております。

1 番目ですが、増設した症候、これはやはり頻度が高かったものということで、去年の検証結果を受けまして、外傷のプロトコルはニーズが高いので作らないといけないだろうというわけで作成されました。2 番目、改訂 F 基準による精度、これを確認して、感度は 99.5% ととてもよかったです、陽性的中率が 7.7%、これをもう少し上げることができるようなプロトコルの改良を行えないか、というところで議論が始まったのですが、下の文章に書いておりますとおり、7.7% というところを出発点として、プロトコル改良にこのデータを用いて生かしていったいいものかどうかというところは、もう少し検討が必要ではないかという議論の流れとなってきました。内容といたしまして、この 119 番のプロトコルに関しましては、かなりの教育時間をかけて各国、あるいは横浜さんなどでも導入されているところですが、今回の事業では少し時間が足りなかったこともありまして、2 時間講義をさせていただいた上で、実証検証を開始させていただいた。ですので、もう少し丁寧な教育を行った上で聴取していただいて、またそのデータに基づいた改良をしていくのが妥当ではないかということになりました。ですので、そのデータについては、余り深く分析するというのをせずに、15 ページにあります 3 番目、2 回の臨時会議を開きまして、もう一度既存プロトコルというのを医学的観点から、それからこれまでの各経緯なども踏まえまして、再検討を行ったというのが、この班での流れとなっております。4 番目、これも先ほどちらっと申し上げました、赤のサブカテゴリというのを 4 種設けておりました。そのそれぞれに含まれている病態について、いろいろ吟味いただいて、どういう運用方法があり得るかなどについて、少しアイデアの提示などご議論いただきました。それから、やはり 119 番通報の段階では聞く時間も限られておりますので、そこで聞き取れる内容というのはやはり限りがある。ですので、こういう方は電話相談窓口へ転送して、もう少し詳しい情報を伺ったほうがこの方にメリットがあるのではないか、というような病態の方もいらっしゃるのではないか。そういうようなご議論もいただきました。もう一つは、最後のポツですが、レスポンスタイム、どれぐらい早く行かなければならないか。それから医療必要度、BLS か ALS が必要な方かということになりますが、そういうものを 2 つの軸に設けまして、それに応じて色というものを修正した。それで、結果といたしまして赤のサブカテゴリは 4 種類あったのですが、そのうちの 1 種類は黄色、2 時間以内に受診すればよいのではないかと内容でよいのではないかと、というようなご議論の流れとなっております。また少し具

体的内容について、後ほどご紹介いただけるかと思えます。続きまして 16 ページ以降、これは現場の班の検討経緯となっております。これはまたごらんのとおり、4 回いろいろとご議論いただいております。17 ページ、検討結果の①といたしまして、1 番目、追加した症候につきましては、まず 119 番と同様で、外傷についてはニーズが高いので、追加しなければならないだろうということになりました。あとは小児のプロトコルがやはり少なめだという声が上がってございましたので、5 つ、ごらんのとおり頻度の高いものを追加しております。これは右側に書いてありますが、CPAS のプロトコルをベースにしたということと、これは横浜市さんのデータをお借りいたしまして、119 番通報時に多かった主訴について、小児については 5 つ追加したという流れとなっております。2 番目、改訂 F 基準による過小評価例の検討。最終的に判断された結果よりも軽目に現場で判断していたものについて、なぜそうなったのかということをも 1 例 1 例、これは個別症例を検討いただきました。次のページをおめくりいただきまして、過小評価例の詳細の一覧がこちらとなっております。救急現場での色分けの判断の症例数と、改訂 F 基準での判断の症例数について、一覧表にしたものです。グレーの網かけの部分が現場で過小評価となっていた例で、点線で茶色く囲ってございまして、検証 1、2、3、4 と書いておりますのは、修正しなければならない必要性が高いだろうと思われるものについての順に検証を進めていったという形となっております。ですので、下の水色のところにまとめてございまして、検証 1 といたしましては、現場プロトコルで赤以外ですと判断されてはいたしましたが、最終的にはやはりこの人は緊急に病院に来るべきでしたと判断されていた 4 例、これはまず改良されなければならないところだと。続いて検証 2 といたしまして、現場プロトコルでは白、家で様子を見ていいですと判断されたもののうち、改訂 F 基準でやはり 2 時間以内には来なければいけなかったでしょうという方。これを 2 番目のグループとして検証しました。3 番目、4 番目もごらんのとおり、白と判断されたけれども最終的に緑白であった方、緑と判断されたけれども最終的に黄色であった、そういう方について 1 例 1 例見直していただいております。続きまして 19 ページ、これも一覧表となります。ちょっと数字が多くて恐縮ですが、左に症候を並べてございまして。症候別に過小評価例というのがどんなふうになっているのかということをも、一覧表として載せたものです。右側に割合というものが載せられております。この割合というのが、各症候で過小評価されている傷病者の割合ということになるかと思えますが、ごらんいただくとわかりますとおり、症候によって過小評価されている割合が非常に低い

ものから、結構高いものまで、分布が様々であるということがわかりました。ですので、これは救急隊員さんの苦手分野というのが、もしかすると見えてきているのかもしれない。あとは呼吸、循環、発熱、一番上の3つの項目につきましては、さすがにといいますか、過小評価されている割合は非常に低い、そういう結果が得られております。続きまして20ページ、1例1例見直して、どんなふう反映したかということについて、一覧を載せております。まず1番目、現場プロトコルで赤以外のうち、改訂F基準で赤だった4例についてですが、1例については、これは現場で意識レベルが良好であったが、病院に着いてみたら脳内出血があったというケースで、これはちょっと仕方なかったかなということになりました。2番目、他には消化管の穿孔で腹膜炎を起こされていた例などがありまして、こういう方々に対しては疼痛のスケールをもう少し適切に使用できていれば、もう少し適切な緊急度判定ができたのではないかと。こういう結論となりました。次の項目は、現場プロトコルで白だったうち、改訂F基準で黄色だった135例。これはまず嘔気嘔吐が最も多かったのですが、この嘔吐というところにあまり特異的な観察項目がなく、全てに該当しなければ白と判断されてしまっていた。ですので、ちょっとそのプロトコルの網目が粗すぎたのかなというところで、「繰り返す嘔吐」というものを観察項目として追加しました。2番目、腹痛、これも多かったのですが、これは疼痛スケールをもう少し適切に使いこなすことができてくれば、過小評価しなくなってくるのではないかとということになりました。3番目、意識障害について、意識がないというプロトコルについては、これはまた網目がちょっと粗かったのかなということで、ごらんのとおりの観察項目を加えております。21ページに進んでいただきまして、次、現場プロトコルで白だったもののうち、改訂F基準で緑白、赤と黄色以外だった方ですね、その121例について、これはいろいろな痛みのもものがたくさん入っておりまして、この方々についても疼痛スケールをもう少しうまく使いこなすことで、もっとさらに改善してくるのではないかと結論となりました。最後、現場プロトコルで緑だったもののうち、改訂F基準で黄色だったもの、現在は緑の方について、今回は全て救急車で運ばれた方についての検証となっておりますので、現行の運用を変更しないのであれば、過小評価とならず、救急車で速やかに運んでいるのでいいんだけど、将来的に搬送先が変わるのであれば、さらに検討を進めていく必要はあるだろう。こういうおまとめをいただいたところです。次、おめくりいただきまして22ページ、先月開催されました、このすぐ下の会であります作業部会で検討された内容と課題について、1枚にまとめて

おります。検討内容のところにあります1、2、3につきましては、今回ご提出させていただいております資料と基本的には同じで、もう少しそれを充実させた形で今回ご提出しております。来年度以降の課題として、作業部会でおまとめいただいたものがごらんの6点ということになります。1番目、電話相談プロトコル等における「精神科救急」の尺度について。これは電話相談プロトコルの作成班で議題として上がってきたのですが、精神科救急については緊急度の考え方、緊急度に関する用語の使い方からして、身体科と全く違う用語の使われ方がなされているので、ここに関してはやはり改めて精神科救急として議論する必要があるのではないかという結論となりました。これは他の班の段階にも共通する課題かと考えられますので、1番として載せております。2番目、これは先ほどご報告いたしました119番指令員の聴取技術の向上等、教育の強化が必要なのではないでしょうかということ。3番目といたしまして、119番でこういうプロトコルを使っていく上でも、視認性の向上というのは非常に大事で、各消防機関からの委員の皆様のご意見を積極的にいただければと考えておりますが、どんなふうになれば使いやすくなるかということが今後の課題かと考えられます。4番目、救急現場における疼痛スケールを中心とした教育の強化が必要なのではないか。5番目、病態に応じた搬送方法などについても、やはり議論を進めていく必要があるのではないか。6番目、緊急度検証基準のさらなる改訂も行っていく必要があるのではないか。こういったことが課題として挙げられております。最後のページ、スケジュールです。一番上の行の全体のところをごらんいただきまして、赤の星が2月のところについております。こちらが本日お集まりいただきました2月13日のこの検討会となります。ここでの議論を最終的に受けまして、報告書の作成へと進めていければと思っております。どうぞよろしく願いいたします。事務局からは以上となります。

**【〇〇座長】**

どうもありがとうございました。全体を俯瞰するような、そういう話が資料1ということになるのでしょうか、今の事務局からのお話を賜って、ご質問等ございましょうか。はい、どうぞ。

**【〇〇委員】**

18、19ページですが、18ページのほうの右下に、検証すべき合計として373例があって、それが19ページの合計の一番下の373と、数字が合っているということですよ。それぞれの症候によって、割合の列を見るとばらつきが20%ぐらいから70%ぐらいで、

パッと見ても全数も結構ばらついている。多分こういうデータは今までないのではないかと思います。ゴールドスタンダードはどう決めるかはともかくとして、それを現場でどのように判断しているか。過小評価している。それで、これはちょっと確認ですが、このデータのもう少し細かいものというのは、外部者、例えば学会等で利用できるのでしょうか。何を言っているかという、ここからもう一つ突っ込んだ分析をして、論文化するというようなことは、この委員会の中ではオーケーになるのでしょうか。

【〇〇座長】

論理的にはオーケーですよね。

【〇〇委員】

改めて情報開示をお願いするというのか、提供いただいて。

【〇〇座長】

開示というか何というか、報告書を作成した多分その後だとは思いますが、個々の委員の先生方に事務局から、こんなことをやりたいんだけど、という話があれば、事務局にお話をされて、より深い分析をしていただく。事務局側から見ればそういうことですよ。これは全部運んでいる症例なので、切り捨てている症例ではもちろんごさいませんから、そういう意味では今後の役に立てる、そういうことに資する論文をぜひという話なのだと私は思いますが。

【〇〇委員】

多分これは救急隊員の教育に深く関わってくると思うので、そういう機会があれば。その確認だけです。

【〇〇〇専門官】

データを提供していただいた消防本部さんへの配慮も必要ですので、ある程度匿名化された形ということと、それから情報共有としては消防庁や消防本部さん方にもご配慮いただければよろしいかと思います。

【〇〇座長】

どこかの消防本部がいじめられるような、そういう論文を書くとはとても思えませんので、そんなことはないんです。要するに例えば黄色かと思ったら赤だった、または緑かと思ったら赤だった、ですよ。それが白かと思ったら赤だったということになるわけで、「これから白1人運びますけど、先生、いいよね」と言ったときに、「今赤1人診ているので白ならいいよ。緑ならいいよ」というような形で、情報の共有化をして、白や

緑だと思って受けたものが実は赤だったというようにときに、その病院がどれぐらい困るかという話は現実としてはあり得るわけですが、それが2,000のうち幾つだったというような話なので、おらが病院もそうやってやられてしまうのかと思うようなことには多分ならないと思いますから。より深く分析することによって、緑ならいいよと言いながら赤の仕事をしている病院が、受けてみたら赤だったという話も、今のような論文がもしそれなりにわかっていけば、受ける側も運ぶ側も勉強が進むのではないかと私は思います。他にございますか。はい、どうぞ。

#### 【〇〇委員】

一つ、全体の中で、ちょっと焦点を当てて話しますと、18 ページ、19 ページの現場プロトコルのところで、確かにアンダーエスティメーションといますか、アンダートリアージといますか、細かな分析をされていますよね。要するにすり抜けてしまう、緊急度がアンダーに評価されるのはまずいので、傷病者の観察の項目としてどういう点に注意が必要かというのは、よく分析されていて結構かと思います。逆に、これをパーセンテージで見ると、アンダートリアージは2.2%程度ですから、極めて感度のいい指標になっている。これはいつもそうですが、これだけ感度を上げると裏返しで、オーバーエスティメーション、要するに赤だと言いつつも、赤以外の症例が結構増えますよね。今回はそれが829、333で、1,337に対する割合を見ると13%。ということになると、もう大半がオーバートリアージだ。言いかえると、2,096の総数の6割を全部赤だと言っているんだけど、実際には179が真の赤なんだということになりますと、ともかく緊急度が高いと言っておけばいいとなってしまったため、もう少しオーバーになっている分析も必要なのではないか。今回の中にはオーバーエスティメーション、オーバートリアージになっているところの分析も、ちょっと欲しかったのかなという気はいたします。例えば333赤だと言って緑白になっているのは、こういう判断の項目がひっかかったのでなりました、それを変えるにはどうしたらいいのか、というのも並行してやったほうがいいのではないかという気がしましたので、これはほかのところもみんなそうですが、例として意見を言わせていただきました。

#### 【〇〇委員】

遅れてきてすみません。同じ消防庁の別の会議に出ていましたので。それで今の話題ですが、これはこういう指標を、インデックスを決めるときにずっと議論されてきていることだと思います。私は、これはアカデミックな検証においてこうだという一つの見

せ方と、それをポリシーにどう落とすかというところは、やはりダブルレイヤーに考えないといけないと思います。つまりアカデミックな検証で、全てそれが行政に反映されるべきだというふうには私は思わないです。というのは、結局、消防というのは運ぶための組織ですから、運ぶ中で、パフォーマンスを上げる意味で、重症を遅れずに運ぶ。それで適正な場所に送り届けるというこのシステム作りが、国民側、患者側から見れば一番好ましいと思いますので、地域レベルでそういうわずかにはみ出す余白の部分があるじゃないかという議論の精度を上げるということは、別に議論されるのは結構ですが、ただそれだからという話で全てポリシーまで持っていくかどうかというのは、それはちょっと違うのではないかと思います。結局そういう意味での信頼性を失えば、このシステム全体に対する不信感に通じる。しかも今行われていることは、例えば100万のうちの1とか2の件数が針小棒大に取り上げられて、システム全体の疑問符というような報道が毎年よくされていますよね。そういう中での話ですから、やはりコミュニティーヘルスの運営全体で考えないといけないのではないかと思います。

**【〇〇座長】**

今日の会議の最終局面でのコメントに近いことを言っていたような気がしないでもないですが。奥寺先生、今CTASかJTAS、精神科救急はどういう扱いになっているか教えていただけますか。

**【奥寺委員】**

ベースになっているカナダのほうでは精神科救急が入っていて、それをそのままこちらに翻訳して実は使っていて、そこにそれほどの疑義やクレームは来ません。一応細かいクレームは受けていて、ここは理解できないとかいうのは受けているのですが、意外と来ていない。それなりに少し大ざっぱに出来ているという、向こうなりにも苦労があると思いますが、そんなに日本でもトリッキーではないというか、アクセプタブルなんだろうと思っています。

**【〇〇座長】**

そういう意味では、来年度以降の課題についても、とびきり取っつきにくい話ではどうもなさそうで、淡々とやっていくことはあり得るだろうという感じですかね。他にございますか。はい、どうぞ。

**【〇〇委員】**

これ全体を通覧してみると、各ステップで緊急度と、それからやはり重症度も入って

きているのかなど。X、Yで2次元展開をして、重症度と緊急度をカテゴリー分けしてきている。恐らくそれに次に入っていくのは、第3軸目というのは部隊運用ということになるんでしょうけれども、今、〇〇先生がおっしゃったことは、X、Yのこの軸なら自動的にこういう運用になると決めるのではまだないよと。それは考えていかなければいけないことではあるけれども、自動的に自ずから関数のように決まるものではないと僕は理解しています。これも確認ですが、改正消防法の物の考え方というのは、消防機関と医療機関とが搬送に関して協議をしていけということですよ。その協議というのは、こういうことを踏まえた、今後ここで示されているようなことを協議のネタとして使っていくことというのは、MCを強化することと矛盾しないという理解でいいのでしょうか。

【〇〇室長】

はい、結構です。

【〇〇委員】

やはりMC体制を強化していくときに、頑張れと、MCをしっかり開催してやりなさいだけではかけ声だけなので、ゆくゆくは重症度、緊急度をベースに2次元の展開をして、さらに3軸目に部隊運用というのが今後入ってくるという議論のフレームワークは、これで示すことができるのかなど。そういう第一歩としては非常に大事なのかなど。ここですぐ何をどうこうせいは出ないとは思いますが、そういうふうに捉えています。

【〇〇委員】

すみません、何度も。せっかくアカデミックな検証をしていただくという〇〇先生がおっしゃっているので、追加したいと思いますが、例えば症状というのは、時間軸Tを見れば、自然経過というのがあるわけです。だから、このタグづけをした時間から、Tが経過した時点で、重症化しているケースもあるし軽症化しているケースもある。床を転げ回ってお腹を痛がっていたから救急車を呼んで、救急車の中に収容したら、しばらくしたらケロッとよくなった。これは当然あるわけです。ですから逆に、私はもともと脳外科なので、清明期 (lucid interval) があって、全く清明だけれども、ちょっと怪我をしているからと、収容したら、ある瞬間に突然意識がなくなって、非常に不幸な転帰をとったりということが当然あるわけです。したがってその幅をとっておかなければいけない。だからさっき言ったように、幅というのはどちらにとるかといえば、少しオーバーにとっておくというのは、やはりシステムとして必要なことだと思います。

【〇〇委員】

それには僕も全く異論はないし、救急の現場とか電話で診断するなんていうのはあり得ないことで、搬送先を適切に判断するということはあり得るでしょうけれども、そこであと 10 分現場滞在を長くしたらもっと診断効率が上がるという議論は、余り意味がないと思います。

【〇〇委員】

長くなってすみません。もう一つは、この情報というのは、基本的にばらばらな情報が中心なわけですよ。それプラス幾つかのフィジカルなデータが入ってきますが、そこに現れないものというのは現れていないわけだから、それでとっているタグづけということだから、現状とある種の乖離がある。これもまたもう一つ非常に重要なことです。だから、やはり検証の中にはそういうことを入れた上で検証していただいて、その上でシステムはどうあるべきなのかということは、少し慎重に考えてもらうのがいいと思います。

【〇〇座長】

資料 1 の 2 ページ、これの横は今、〇〇先生が言われた時間の T が入ってくるわけで、基本的に赤は赤、黄色は黄色で書いてありますが、左の方に行けば行くほど、オーバートリアージを容認する形にしていかないといけない。例えば救急現場で東京消防庁のプロトコルについては、チェック、チェック、チェック、チェックとあって、最後に隊長のシックスセンスというか第六感というか、そういうようなもので、やはり運ばなければいけないというものにチェックを入れたら、全部上がオーケーでも運ぶようにしてあるわけですね。ですから、そういう意味で私たちの作業そのものは、今回は確かに紙ベースでいろいろやってきてはいますが、現場というのはそういうものだとことをわかっている人たちがこれからもやっていく。ということでよろしいですね。事務局、先に進んでもいいですか。では、時間の関係もありますので、申しわけありませんが、全部連動していますので、連動しながらお話をすること、緊急度判定プロトコル Ver. 1 についてということで、これは作業部会の座長をしていただいた〇〇先生にお願いします。

【〇〇委員】

おはようございます。横浜市大の〇〇です。作業部会の部会長を拝命しておりましたので、簡単に概略をご説明したいと思います。大きな骨子は、もう既に〇〇〇専門官の

ほうから言われておりますので、かいつまんでいきたいと思います。一番初めのこの作業部会を承ったときのミッションとしましては、理想形も含めて現在の運用にないものもあるけれども、将来的にあり得ることも視野に入れながらということで検討してまいりました。まず、今からお話するのは、先にアルゴリズムのお話をして、それで〇〇先生が言われた、運用といった形が適宜ついてくるようになると思います。まず、資料1-1の電話相談のプロトコルで、これは今回大きな変更はないですが、2ページ目をごらんください。アルゴリズムはこのように年齢・性別・相談内容の聴取の後、CPAを予測する危険な兆候を聞いてから、それに該当しない場合は、気道、呼吸、循環、意識障害の度合いをチェックした後に、症候別のインタビューに入る。以降、実はこのアルゴリズムは各フェーズにおいて、CPASから応用した現場のプロトコルも含めて、ほとんど似たようなエンジンを積んでいるというふうにご理解いただければと思います。電話相談の場合はこのようになりますが、今回は作業部会でも言いましたように、ベースにしていた東京消防庁の救急相談センターの#7119で運用しているのは5段階でありまして、赤から、次の橙色のカテゴリーを赤とするのか黄色とするのかということで、一応分けた作業をしております。皆さんのお手元には、参考資料1として、少し厚い冊子ですが、「電話相談プロトコル変更理由一覧」というのがございます。例えば27ページ、たまたまあけたのでこれが代表ではないですが、しゃっくりというのがあります。これのQ9、しゃっくりが続くために、おなかを持続的に痛いかというのを、東京消防庁の現在のプロトコルでは橙、すなわち1時間以内にといい、少し緊急度を高めにとっておりますが、これは2時間以内でも妥当ではないだろうかということで黄色にダウンしている。これはダウングレードをしているということになりますが、逆もたくさんありまして、アップグレードされているものもございます。例えば54ページ、穿通性損傷に対してQ9、傷の周りの腫れ具合が大きくなってきているかというのが橙になっていきますが、これは感染あるいは多量出血が想定されるため、今回のプロトコルでは赤に上げましょう、といったような作業を繰り返しやって、このようになっております。電話相談のプロトコルをベースにして、ほとんど同じエンジンを積んで、ウェブ、それから紙にしたものが、「救急受診ガイド」ということになりまして、これと家庭自己判断プロトコルというのがあります。資料1-2「家庭自己判断プロトコルVer.1」の4ページを見ていただきたいと思います。これも同じアルゴリズムになっていきますが、1つ違うことは、電話相談を実施するのは看護師でありますので、そこで具体的な電話でのやりと

りの元で、赤、黄、緑、白を判断いたしますが、家庭自己判断の場合は本人が自分自身でやりますので、症状にたとえ該当しなかった場合でも、迷ったならば#7119、またはそれに該当するような電話サービス、または119番コールをすること、ということを明記ということで、これがセーフティネットになっております。具体的には資料1-3は、これは冊子のほうの資料と考えて、事務局、よろしいですね。ウェブというよりは冊子ですね。

#### 【〇〇〇専門官】

冊子です。

#### 【〇〇委員】

それで資料1-2のほうは、これはウェブも同様に考えるということでもよろしいですね。資料1-3を見ていただきますと、エンジンを積んだ車が、外から見るとどのように見えているかという、こんなように見える。例えば10ページを見ていただきますと、これは大人の方の意識がおかしいというような、そういうページです。さっきのエンジンというかアルゴリズムに基づいて、このように質問形式で答えていくことになっています。今回議論があったのですが、10ページの黄色のところ、例えば最初の状態より落ちついてきているという項目がありまして、それに該当した場合の医療機関の科目まで選定したほうがいいのかという議論もありましたが、結局内科系、外科系といった形で、各地域で使いやすいようにざっくりと大きく類型したというのが今回の工夫です。以上が電話相談プロトコル、家庭自己判断プロトコル、救急受診ガイドのお話です。引き続きまして119番通報プロトコルです。これは班長以下、一番腐心をされておられたグループで、先行するアルゴリズムのひな形というのが、なかなかフィットするものがなかったので、オリジナリティーをかなり加えながらやっているところがあります。まずはどのようなアルゴリズムかというのは、資料1-4の2ページを先に見てください。これも先ほどより少し段階が多くなっているように見えますが、アイデンティティーの確認をした後、同様にC P Aを疑うようなケースがあるかを聞き、その後、キーワードがあった場合に共通項目へのインタビューの後——この共通項目インタビューというのが、#7119や家庭自己判断の段階において、気道、呼吸、循環、意識を聞いているのと同じプロセスだと考えていただければ結構だと思います。その後、症候別インタビューに行くということになります。見ておわかりのように、これは大分議論があったのですが、運用を鑑みながら、このようなことを分けたほうがいいのかとい

うことで、少し赤、黄色を細分化せざるを得ないというような議論になりました。ちょっとわかりにくいのですが、先に元々どういう概念からそれを作ったかという、その類型化の説明をしたいと思います。資料1-4の一番後ろのページから2番目、補足資料①と右肩に書かれております。「119番通報プロトコル作成班部隊運用(案)」と書いてありますが、これは部隊運用というところに注目していただくのではなくて、まずはこの四角形に注目してください。このX軸といいますか、横の軸が、左側のほうに行けば行くほど、いわゆる医学的判断や処置の必要性が低いもの。これはアメリカのEMDプロトコルを参考にしていますので、彼らの表現でいうと左に行けば行くほどBLSのレベル、右に行けば行くほどALS(Advanced Life Support)、すなわち高い処置が必要であろうというレベル。これは置きかえますと、班の中では、イコールとは言えないですが、いわゆる重症度の尺度に近いのではないかというふうに見ておりました。今度Y軸の縦は、これは上に行けば行くほどレスポンスタイムは長い、ゆっくりで大丈夫だ、あるいは現場に投入する量は少なくてもよろしいというものです。下に行けば行くほどレスポンスを早くして、現場に投入するリソースを多くしようという、そういう2×2表です。少し見にくくなっていることをご容赦ください。このような2×2表にすると、どういう類型化が図られるかという、右に四角形からはみ出した形でR1というのがあります。これはすなわち非常に早く行く、あるいはたくさんの部隊が現場に行き、かつ現場に行く部隊は医学的な知識を含めて、いわゆるALS隊、レベルの高い部隊が行くという部隊運用を要求するような病態がR1であるということです。すなわちR1は簡単に言うと、心室細動を含めた心停止を一つの例として想定しておりました。R2に関しては、これは現場でのレスポンスも早くしなければいけないですが、現場からの医療も高い、必要だろうということで、通常の救急隊ないしは救急隊にドクターカーやドクターヘリがくつつくような形、そのようなものが要求されるのがR2であろう。R3というのは、これはほとんどの場合が119番の通報内容の聴取が不明であるけれども、主訴が例えば呼吸困難等々で、本来非常に緊急性が高そうだと予測されるけれども情報が足りないようなケースで、とりあえず何らかの部隊を出そうといった考え方です。Y1、Y2に関しては、スピードは要求されないけれども、Y1は通常の部隊が必要だということになります。Y1は一般的にいうと、救急車は少なくとも出すけれども、直近の救急隊でなくても、少し遠くからでもいいのではないかというところが想定されております。Y2は民間救急車で、左上のGというのは、いろいろ聞いたけれども、

少なくとも緊急性は高くないので、一旦#7119 に戻して、少しじっくり聞いてから緊急度評価をはかろうという、そういう類型です。これはAとかA<sup>-</sup>とかPとか書かれているので、ちょっとわかりにくいと思いますが、AはアンビュランスのAで、通常の3人の救急隊ですし、これはもしもこういう運用ができたならば、こういうのが当てはまるだろうと書いて書かれているもので、A<sup>-</sup>と書かれているものは、人数を減じた例えば2人の救急隊。Pはポンプ隊。P<sup>+</sup>というのは、ポンプ隊に救急救命士を乗せて、とりあえず早く行こうというもの。Dr はいわゆる医師派遣、ドクターカーを中心としたもの。FR というのはFirst Responder ということで、こういう運用が実際あるところはほとんどないと思いますが、救急車両によるアクセスが悪い地域等において、住民等によりBLSが実施できるシステムを構築している地域があるので、このようなものを行っている場合はそういったFRというのも導入してもいいのではないかというような、いろいろな可能性についてここに書いてあることとなります。補足資料②をおめぐりいただきますと、もうちょっとシンプルな図が書かれていますが、これが現行で多くの場合、現状で今この運用を例えば分けた場合にはどうなるかということ、R1がいわゆるPA連携と言われたもので、地域によってはドクターが出ているところもあるようですし、R2に関しては、これは通常の直近のアンビュランスに、ドクターカーをこれも地域によって運用していることはあろうかと思えます。R3はアンビュランスですが、少し急ぐ場合があるので、それにポンプ隊をつける場合もあるかもしれません。Y1は同じ救急隊ですが、例えば救急需要が非常に多いような時間帯や地域においては、直近ではなくて少し遠いところから回しても容認されるのではないかということです。Y2は、現状では民間救急といったオプションはありませんので、このままアンビュランス。Gももちろん今のところはアンビュランスという形になりますが、これも地域のMCや今後の方策によって、少し変わってくるのかもしれませんが。雑駁ですが、類型に関してはこのような説明になります。これらをもとに、文言で類型を説明しているのが、戻っていただいて1ページ、119番通報プロトコル使用上の留意事項の下に、緊急度とその定義ということで書かれております。赤はR1～R3、黄色がY1とY2、緑がGという形です。それらを症候別に落とし込んでいったものが、6ページ以降のもので、6ページ以降は全部症候別のプロトコルでございまして、いわゆる全例にルーチンで聞くものの後に、呼吸困難であるならばこのような質問項目をする。呼吸困難は、これは非常にシンプルで、他のところをパラパラッと見ていただいても、シンプルなものになっていますが、呼吸

困難の主訴は非常に緊急性が高いと考えられるので、オーバートリアージを容認して、多くを聞かず、ほとんどはレッドで考えるといった、そのようなポリシーで作られています。動悸等も同様であります。実際に6ページからずっと29ページまでが、いわゆるユーザーが使うときのプロトコルの見え方です。31ページからは、これは導入から緊急度分類、一番初めのものや、いわゆるアルゴリズムをそのまま表にしたものであります。これはこのままチェックリストにしながらかheckしていくという運用も検討はされたのですが、少し使いづらいということで、この前半のほうの見せ方になっているということになります。119番のことで1点だけ、先ほど〇〇〇専門官のところでも、感度が今回はいいけれども、Positive Predictive Valueが7.7%で非常に低いという話が出ましたけれども、これは議論が出ていないところで、今日追加ですが、この改訂F基準を作ったときの項目の中に実は外傷がないんですね。これは外傷のことを今後考えなければいけないのですが、外傷がない中で外傷も含めたものを判定しているので、この数字自体はもう少し高いのか低いのか、数字だけはちょっとまだわからないということがあります。119番通報プロトコルについては以上です。最後は、救急現場プロトコルです。これは先ほどご紹介があったように、The Canadian Prehospital Acuity Scale、いわゆるCPASをベースに作られてきましたが、今回は外傷を増やしたということで、これはJPTECのことを加味しながら作ったということと、これはアルゴリズムが異なるわけではなくて、実は外傷もアルゴリズムをむしろ一緒にして、ほとんど同じようにして入れ込んだと考えていいと思います。アルゴリズムはどうなっているかということ、資料1-5の3ページです。現場到着、感染管理、重症感、これが他のプロトコルとちょっと違うところは、第一印象も含めた重症感というのが1段階前に入ります。その後は主訴の選定をしつつ、バイタルサインと非生理学的な指標というところの1次モディファイアと呼ばれる部分をチェックして、その後、それぞれの特異的な2次補足因子のほうで動いていくというような、こういうアルゴリズムです。これも今回大きく変わっていません。それでセーフティネットとして、緑と白に関しては、#7119または民間救急車等を、今後の運用の中に視野として入れたらいいのではないかとしております。これに関しては、大きく元のCPASとは変えていないですが、一つだけ疼痛スケールの使用については、特に小児に関しては信頼性がまだ欠けるということで、地域の裁量に委ねるということにして、資料のところ表記して、それぞれの地域のMC等々で使われるかどうかを決定いただくというような話にはしましたが、残りはこのような運用に

なっています。元々のCTASですとブルーというのが一番上にあると思いますが、赤1がそれに当たると考えていただければと思います。これは別に救急現場プロトコル作成班と119番通報プロトコル作成班が仲が悪かったわけではないですが、どうしても119番通報プロトコル作成班はローマ字が好きだったようで、一方、救急現場プロトコル作成班の方々は赤1、赤2の方がわかりやすいだろうということで、その整合がとれなかったことだけは、あわせてご報告いたします。一応そういった会議もいたしましたが、雑駁ですが、以上でございます。

【〇〇座長】

どうもありがとうございました。R1、R2と赤1、赤2があるのは、確かにそうだったよねと思いますが、それはちょっと置いておいて。今、〇〇先生が膨大な資料の肝の部分についてのご説明をしてくださいました。質問等、はい、どうぞお願いします。

【〇〇委員】

確認ですが、資料1-4の1ページのところで、赤いのと黄色いのと緑のがあって、下のところ、「上記には該当しないが、診察が必要な病態」で「電話相談、民間救急の活用」、これは119番にかかってきたときですよ。それで、例えば同じ資料の19ページ、めまいで119番にかけて、一番下の「全て【いいえ】」になった場合は緑であって、1ページに戻ると、これはもう電話相談か民間救急を活用しなさいという対応をしましょうということですか。

【〇〇委員】

このアルゴリズムはそのとおりです。そういう意味です。

【〇〇委員】

それは現行法規と整合性は。これは将来的なものですけれども、これが出ると各消防本部がこれを見てやる場合、消防本部はどう反応するのでしょうか。

【〇〇委員】

これは書き方の問題で、少し工夫が要るかと思ひまして、このようなものがある場合は、いわゆる法的なものも全てクリアした上でこういうことが考えられる病態という意味なので、それは慎重に書かなければいけないと思いますが、現行では無理だとか、現行ではないといったことは言わないといけないと思います。これは冒頭申し上げたように、アルゴリズムを作ることを拝命したときに、いわゆる理想形も含めて、あるべき姿であろうということの運用も鑑みた上での仮定の上で作ることなので、ドクター

カーがない地域にドクターカーのことを言ってもしょうがないじゃないかという議論もありましたが、ある地域にあわせて作って見たらということで作っていたので、これは発信の仕方というか、書きぶりを少し考えていただかなければいけない部分だと思いますが、内容としてはそういうことです。

【〇〇座長】

先ほどの資料1-4の補足資料②でいくと、グリーンのところもAになっていますよね。だから、ここら辺が多分現状と、将来のその姿をどう考えていくのかという、ある意味とても大事な部分ですよね。僕ばかりしゃべって申しわけないけれども、この間の救急隊員シンポジウムのときに神戸の法律家の先生が、救急隊とその訴訟についての教育講演をされましたよね。

【〇〇室長】

直接は聞いておりませんが。

【〇〇座長】

僕が後でレジュメを渡して、その先生の名前を今ちょっと失念しているのですが。

【〇〇委員】

丸山先生。

【〇〇座長】

丸山先生か。あの先生は、そもそもの消防の規則によれば、緊急性のあるものを運ぶと。だから、論理的には緊急性のないものについては運ばなくていいと。これが法的な解釈だと彼は言っているんですよね。それで、緊急性のあるものとして、去年の消防庁の報告書を引き合いに出して、赤と黄は緊急性がある、緑とそれ以下は緊急性がないというふうに、理屈の上ではそうなっているということを説明されてはいるんですよね。だから、それが本当に無理か無理でないかというのはまた別の話としても、そういうような考え方で法律家が説明をされたということは確かにあるので、今の〇〇先生や〇〇先生の先ほどの件も含めて、ここら辺は紙そのものがひとり歩きしないように、上手にきちっとやっていくということではないかと思います。

【〇〇委員】

例えば法律家にこういう解釈をする人がいるとか、そういう話で、だからという演繹にはならないわけですよね。

【〇〇座長】

ならないけれど、今のまま放っておくと、本当に必要な人にも救急車が行かなくなるかもしれないので、このような議論があるので、真の緑という場合に、先生が言ういずれ時間がたてばもっとひどくなるだろうというようなことがあり得ますから、オーバートリアージをどういうふうにして考えていかなければいけないのかというのは、非常に丁寧な議論が必要だけれども、理屈の上ではそういう考え方がある。その考え方をどのようにして、さっきの先生の言葉で言うと、ポリシーに落としとしていくかという部分ではないかと思って今話を聞いていた、そういうことです。

【〇〇委員】

ですから、今日この時点で、これをポリシーに落とし込むための議論をしているのでしょうか。僕はしていないと思っているんですけど。

【〇〇座長】

だからポリシーの話は、いずれそういうふうにするのであればと先生がおっしゃったから。

【〇〇委員】

ということですよね。ということは、今回出すこのバージョンの中に、ポリシーの議論を入れるべきではないと僕は思いますよ。現状で分析できることを書けばいいのであって。

【〇〇座長】

だから、補足資料の②はそれを言っているということを言っているわけですよ。

【〇〇委員】

補足資料の②。今のこの一番最後の。

【〇〇座長】

そうです。だからグリーンもAなんですよ。

【〇〇委員】

1つよろしいですか。昨年、最初に緊急度の実証検証をするときに、この議論はある程度終えているはずなんですね。それで実証検証をやりますよと。だけど現行法規上G、いわゆる白やグリーンになって、運ばないというわけにはいかないのだからそれは実証検証ということで白と仮にして、調査だけをすることにしましょうと。だけど、現行運用上は119番にかかって現場に出すということと、現場に行って不搬送ということは特定の例がない限りできませんので、検証するという意味においては、行動は全てアン

ビュランスになってしまうんだけど、判断だけは白でもよかったのかグリーンでもよかったのかということはやりましょうとあって、前回いろいろ議論をやってからスタートしたと思います。それで、この成果物が今度どういう形で出るかということは、やはりそこは注意しないといけないので、この1冊についても、今、〇〇委員がおっしゃったように、緑は民間救急だよという表現でいくのは、現行法規上は一番後ろに書いてあるように、GであってもAを、いわゆるアンビュランスとして発出しますよということを、どこかでちょっと明言しておかないと、この成果物をごらんになる消防機関等は確かに混乱されるのかなという気はいたしました。

#### 【〇〇委員】

今のこの1ページの部隊運用のところが、補足資料の①と②を合体させているので、非常に混乱を招いているところですね。赤と黄のところは補足資料②のほうから持ってきていて、グリーンのところは補足資料①のほうから持ってきているので、ここは後ろの趣旨を生かすのであれば、部隊運用例として、将来における目標とか、あるいは現状とか、2つ欄をつくって、R1に対して将来における目標であればこれと、現状では救急車+消防車というときにはドクターというような形で、やはり現状の縦の1列をきっちり作る。ただ現状の搬送体制だけでずっと将来いくのであれば、そもそもこのトリアージをしても余り対応ができないということも当初から議論にあることなので、そういう中でさらに将来は細分化していくことを考えてつくったものであるということがわかるように、やはりそこは変に合体させないで、別々に縦に列にしたほうがいいのではないかと思います。

#### 【〇〇委員】

僕は出し方というか、基本的考え方として、これは消防庁の委員会として、各消防本部が現場を見たら、「じゃ、明日から119番は、めまいで「なし」「なし」「なし」だったら、あんた民間救急でも使ってくださいと答えるの？」というようなメッセージがいくと非常に混乱して、例えば僕たち医者の方は、「どうして連れてこないんだ」ということになるので、こここのところの書きようはぜひ。ただし今のまま未来永劫ずっとやるかという、それは違うだろう。変わっていかなければいけないし、メディカルコントロールを地域で生かしていかなければいけないし、という議論の部分と、明日からの業務を、やはり消防機関は行政官ですから、そのところをやらないと。我々のほうも突如来なくなったけどどうなったんだというのは。このメッセージの伝え方は慎重の上にも

慎重のほうがいいと思いますが。

#### 【〇〇委員】

法律家としての意見です。消防法上の「緊急性」というのは、ドクマティック、条文解釈の問題で、どこかで一線が引ければ現場の救急隊員にとっては楽ですが、そのことに関して国が責任を負って明確に引けるかという、それは無理だと考えます。実際に、個々の事案に関しての下級審裁判例を積み重ねていくことによって、出てくるものと思います。もう一つの問題点は、〇〇先生もおっしゃられているように、MCに任せるときに、MCできちんとできるのか、ということです。おそらく、今の地域MCでは、かなりのところが期待される程度までにはすることは不可能ではないかと思います。あくまで、国の指針として、地域MCでの議論の題材として配布するというレベルにとどめておかないと、すごく危険だと思います。つまり、一方で、地域MCをどうやって充実させていくか、という議論もしておかなければなりません。

要するに、この策定された基準を全国で実施していくためには、今考えられる課題に対する防波堤を作っておかないと、基準のみが先行すると、地域によっては、何が起こるかわからないという危険性があるので、一定のバリアを作っておく作業も、学問的に基準つくりと並行してやっていくことがいけないと思います。

#### 【奥寺委員】

私も〇〇先生のご懸念はよくわかるのです。なぜかという、JTASという話は病院の中の話ですよね。病院の中の手順をもっとスムーズにしましょうという話は、これはアクセプタブルな話なので、法律的議論もないわけです。要するにいいツールを使いましょう。病院の快適化ツールみたいな形になるわけですね。外に出るときに、私はこの民間救急さんはすごく怖いなど、さっきから思っているのです。いわゆる我々がヨーロッパで見たものと、日本で言っている民間救急とは桁が違いますよね。向こうは消防署に入札していますよね。赤十字とか団体が。それぞれ救急車を40台、50台持っていて、消防の6割ぐらいをもう入札して外注しているというものを、向こうは言っているわけです。ですから、日本でいう民間救急とは単語が違い過ぎると思うのです。だからこの用語の問題。日本で今、民間救急を否定しているわけではないけれども、余りにもサイズが違って、その齟齬を来すと、要するに学術的なディスカッションをしているのに、一気に地域まで入らなければいけなくなって、そんなものはない地域があるからどうしてくれるんだとか、そこまでいくわけです。それは多分この委員会の本意ではないは

ずなので、用語の整理はきちっと事務局のほうでやっていただいて、このディスカッションの枠をきちっと決めるという作業をお願いしたいなど。多分みんな同じことを異なる表現で言っているはずですよ。ということをお願いしたいです。

【〇〇委員】

改めてそのカテゴリの中で話をしますと、要するに院内トリアージの非常にいいリソースが、じゃ、社会にそのままポンと出せるかという、もうそこで一つフェーズが変わっているわけですよ。プラス例えば電話相談や民間救急がないコミュニティーは幾らでもあるんですよ。これは都会では確かにこうだけど、それはごく選ばれた限られた地域の話であって、オールジャパンの話でもないと思います。したがって、どこでもアプライアブルな状況にしておいて、そしてこういうこと、こういうことができたらいいなという話だとわかりますが、それをいきなり何の説明もなくこうやって並列で書かれてしまえば、ちょっとここで隙間が生じるとかそういう問題ではなくて、もっとタービュランスを起こすと思います。だから、それはやはり前書きか何かにしっかり書いて、そこで今回はこうでこうでこうですよと。それで学問的には検証したらこうでした、参考にして下さいとか。でも、その行政的な使い方に関しても、どういうふうに使おうのかということは、やはりこのレポートを見た上で、もう一手間必要ではないですか。と思います。

【〇〇座長】

〇〇先生、もし東京でこれを使うというような話があれば、やはり 119 番にしても現場にしても電話相談にしても、相当程度ディスカッションをして、東京に合わせた形をどうするかになりますよね。

【〇〇委員】

そうですね。参事がおられるけど、119 番受け付けは大騒ぎになるのではないかなと。

【〇〇委員】

東京消防庁の救急管理課長・参事の〇〇です。今ご議論がありましたところは、消防の現場として、東京消防庁のことを申し上げるわけですが、このお答えをいただきつつ、これを現実化することについては、かなりの壁があり、かつ議論をする必要があるかと思えます。例えば一つ申し上げますと、現在これは平成 24 年のデータしかありませんが、東京消防庁の 119 番の受け付け状況、これは年間に 105 万 578 件あります。これを 1 日平

均すると2,870件。1分に2件入ってきています。これを例えば火災と救急、さらに救急から分けしていくことになると、指令室員のいろいろな技量、あるいは時間、これは119番を滞留させてしまいますと大変なことになってしまいますので、そういった事情から、この貴重な検討をいただいた結果を生かすことになるときのハードルというのは、かなり出てくるのではないかと推察されます。

**【〇〇座長】**

ハードルがあるから考えることをやめるというわけでもないわけで、それは〇〇先生や僕ら、東京の人はみんな思っているわけで、かつて東京消防庁も#7119をどう使うかという議論がありましたよね。1分に2件来るときに、もたもた聞いておられるかという話が当時もあって、今もある。ただ、聞くことによってある程度資源の傾斜配分がもしできるのであれば、それはそれで考えていかなければいけない。これ以上もう救急隊を増やすわけには、舛添都知事になったから倍になるかという話ではないわけですよ。ですから、そういうようなことで、考えることをやめることはないとは私は思います。

**【〇〇委員】**

その点についてはおっしゃるとおりで、やはり理想形に向かって進んでいくことは、これは常に必要なことだということは、私どもも同感でございます。あともう一つは、今東京の話が出ましたが、東京消防庁というものは1つの消防本部でありまして、ほかの本部さんのことも理解の上、こちらを出していくというのは当然で、私どもは700幾つかの消防本部の1本部でしかありませんので、その点もご配慮いただきつつ、この検討経過を活用できる方向での報告書として、どのような言い方をするかということをご検討いただければありがたいと思っております。

**【〇〇委員】**

2つ提案があるのですが、一つは資料1のほうの最初の一番基本ですが、3ページ目に「消防と医療機関の情報共有の円滑化」とありますね。結局今こういう表は、アルゴリズムもいいんですけども、これは平板に書いてありますよね。むしろ私は救急の先生から見た、どういう情報があったらすぐとるのかとらないのかというのをアピールしてもらって、それを言っておかないと、救急隊員は同じように平板にいったら緊急性がわからないですよ。むしろそっちのほうが先行するのではないかと。もう一つは、申しわけないですが、ここに来ているのは政令市の方々ばかりで、田辺市は別ですよ、田辺市は偶然立候補しただけであって、その他のところは。要するに小さいところは全く状況

が違いますよね。小さければまた必要もないですけども、やはりいろいろなところの消防本部とMCのレベルに即した何か調査をしないと、これは全国的に見ると結局使い物にならないのではないかと。これはあくまで都市向けの話になってしまう恐れがあるのではないかと。思っていて、来年度もしやるのだったら、比較的規模の小さい消防本部の調査もできる限りして欲しいというのが提案です。

【〇〇座長】

事務局、何かコメントなどございますか。いやいや、それも必要だよねとしか言いようがないのかもしれませんが。

【〇〇室長】

いや、大丈夫です。

【〇〇委員】

仙台市消防局の〇〇と申します。今、〇〇委員がおっしゃったように、私はこの会に出てそれぞれの委員の先生方のご意見を伺ったので、なるほどという思いですが、このまま報告書が出てしまうと、全国の各消防本部では、先ほどもちらっと話題に出ていたように、このままいったら民間救急に行ってしまうのかとか、あとは補足資料①、この右側の点線の囲みあたりは、横浜消防さんでやられているディスパッチに似たようなイメージだと思っているのですが、これをやらなければいけないのかと全国の本部が迷うことになるかなと。ですので、先ほど先生方がおっしゃったように、現状の話と将来的に目指すとか、何かしっかり区分けをしないと、各本部が浮き足立ってしまうのではないかと、足並みが揃わないのではないかと。思っています。以上です。

【〇〇委員】

この目的にしているのは、多分目的の中には入っていないのかもしれませんが、私がいつも一番気になるのは、やはり住民の人への教育というのはすごく重要だと思います。一番そこからスタートしないと、日本中の人をということはなかなか難しいかもしれませんが、今回これを田辺市とかでやっていただいたときに、少しそのまま継続して、住民の方へいろいろな働きかけをしたりしていらっしゃいますよね。だから、私はそういうこととセットにしていけば、非常に医学的に、またそれから様々なことに行くには限界もあると思っているので、やはり同時進行かなと。もう私は看護協会にいますと、今 2025 年がゴールだぐらいの勢いでやっていますので、そうするとやはり時間が余りない中で、もちろん精度を上げることもすごく重要だし、それから救急隊を守るというこ

とも私は必要だと思いますが、でもやはり目指すものは119番でなるべく搬送しなくていいようにしないと、もうパンク状態だし。それともう一つはやはり救急外来で、今看護師が一番問題になるのは、死亡確認が多過ぎるということがあって、本当にそれを運ぶのかという話があるわけです。それも医療施設でなく、例えば介護施設からとか、医師がいないので運んでくださいとか、そういう目的にしているものをもう少し広く見てもいいのではないかと私は思います。その根拠になるのが、私はこの検討会でやっている成果物だと思うので、なかなかパーフェクトは難しいですが、そろそろこれは非常に精度が上がってきているので、もう少し全体のものと同時進行でやらないと、何かタコつぼに入ってしまうのではないかという気がしております。私はこれを読むと、ああ、こういうことって本当に読ませればいいのか、普及すればいいなと思う。例えばこの「救急受診ガイド」というのも、もう少しそういうことを考えてもどうなのか。ここの検討会の話ではないかもしれませんが、全体を考えるといつもそういうことを考えております。

【〇〇座長】

東京でも東京ルールⅠとかⅡとか言っていますが、Ⅲは都民への啓発ですよ。だから言うとおりにですよ。結局これをもしやろうとすれば、基本的には国民がわからないとどうにもならないということもありますから。それで〇〇先生。

【〇〇委員】

情報共有というか、今の全国的な展開をという話ですが、これは単純にアルゴリズムをつくった側からの意見として聞いていただきたいのですが、現行のアルゴリズムの中にリソースモデルを導入すると、全国的な使用はできると思います。つまりリソースが十分にあるという判断の段階を一つ組み込めば、十分にある場合は全て赤という話になりますので、その段階を組めば地域によって、あるいは繁忙さによって、いかようにも改変できる。このシステムを使っている国もありますので、今回は元々繁忙である、元々優先度を考えなければいけないというところからスタートしていますが、十分にあるというところの場合は、頭の中では緑だと思っても、出し手は全部赤でいけるとい、そういう物の考え方ができますので、それはアルゴリズム側からは十分応用可能だと思います。

【〇〇委員】

ここは消防庁の議論の場合なので、救急車を使った場合という話の前提で進んでいます

が、今度は私ども病院の受け手の立場で見た場合に、救急車を利用しようが、しまいが、例えば二次病院にウォークインとしてかかってくるソースはほとんど変わらないんですね。結果として、医療機関の負担というのは、確かに救急車で来た方とウォークインで来た方は、少しプレホスピタルで振り分けができていたとしても、今度は病院の救急外来の総数は、基本的に大きく変わらないのが実態です。やはりサービスのいいことを病院側がやろうとすると、例えば私どもの病院ですと年間7,000の救急車とウォークイン1万5,000をトータルで外来で診ているわけですが、こういうパターンを仮に消防の上当てたとしても、それで先ほど民間救急とかウォークインもありましたけれども、ほとんど変わらない。ということになると、やはりここは厚生労働省の方も見えなので、今度はいわゆる受け手になる病院のほうのリソースの使い方を、地域全体でもう少し整理し直さないと、救急車に乗るか乗らないか、あるいは乗ったらドクターを出すか出さないかという議論だけでは。確かに超重症な患者さんの質を上げることについては向いているんでしょうけれども、90数パーセントの残りの救急患者さんにどう対応するかということについては、ほとんど余り改善していない、するには余り役立たないということも、実態として出てきます。ここで言う話ではないですが、とにかく焦点がこちらばかりに当たってしまうと、病院側の受け手というのは何が変わるのかということが、私は非常に気になる場所も実際あります。

#### 【〇〇座長】

病院側の話をしてみると、今、実はデータを作っているところですが、僕らの大学病院では選定療養費をかけることによって、救急外来にウォークインで来る人はもううんと減っているわけです。うんとと言っても1割ぐらいでしょうが。でも、その次の日勤帯にその患者さんたちは実は結構来ているんですね。ですからこの手の話が、先ほどの〇〇先生が言うみたいに、よくよくわかった人たちが周りにいっぱい住んでいたとすると、やはり夜はやめて日勤帯に来てくれる。ですから、そういうような意味では、同じ1万何千人を受ける、または2万人を受けるにしても、こちらの資源の比較的たくさん投入できる時に来てくれれば、それはそれでいいわけで、あながち現状が受け手としてはそれほど変わらないというわけでは必ずしもないので、やはりそういう意味で厚生労働省を含めて丁寧に議論をしていったほうがいいのではないかというのが、僕の本件に関するイメージであります。ということで、最終的にまた報告書の話がどうせ出しますので、そっちに行きたいと思います。よろしくお願いします。

【〇〇委員】

先ほど看取りという話が〇〇委員からありましたが、それは恐らくここで議論しても結論の出ない話だと思います。ですから、それがあからここという落とし込み方は無理だと思います。つまり地域における看取りのシステムづくりをどうするかという話だから、それは救急隊員がどうあるべきかという話とは違うんですよ。それはそれで大問題で、一緒に議論しなければいけないわけですよ。本当はね。だから、それは引き取って別なところに持っていきませんか。

【〇〇委員】

そうしましょう。

【〇〇委員】

それでもう一度戻りますが、結局学問的にはここまで来たというお話はよくわかります。よくわかって、その上で二三、そのところで言いたいこともあったのですが、それは今やるべきですか。それとも後にしたほうがいいですか。

【〇〇座長】

報告書のほうがいいのではないですか。

【〇〇委員】

いや、このアルゴリズムの中でちょっと言いたいところが。

【〇〇座長】

そうですね。ではどうぞ入れてください。

【〇〇委員】

アルゴリズムの中で、我々も苦々しい思いがいろいろあったりするものの一つは、咬まれた、刺されたという、こういうところの啓発がここには出てきますが、今わからないものが刺すんですよ。セアカゴケグモなんていうのはだんだんわかってきていますが、僕も現場で見聞きしている間に、わからないものに刺されて、こうやって出されて、わからないんですよ。つまりその物を持ってきてくれと。特に家庭自己判断プロトコル、救急隊のほうの啓発にもぜひ入れて欲しいのは、今我々はわからない事象に直面しているんだという概念が最初にないと、わかっている中で考えましょうという話になってしまうと思うんですね。だから、これはプラスして欲しいと思います。それから、特に外傷の部分が弱いとおっしゃった〇〇先生のお話の上で申し上げるのですが、刺さったり刺されたりしたときに動かすな、抜くなというのは、こっちのプロバージョンには書いて

てありますが、こっちの家庭バージョンには書いていない。だけど、実際にはこちらに書いていないと、それが機能しないわけです。実際それでトラブルになったことがあるでしょう。もう一回思い出すのは嫌だから、先生も嫌でしょうから、やりませんけれども、そういうことはコミュニティから常識化していかないと、結局それによってこの結果がフェイラブルでないという議論に直結していくわけですよ。だからもうちょっとその辺は。あと工場とか何かで、最近わけのわからないケミカルを使っている。それがまた中で化学反応を起こして、それで今こうなっていますというのを見聞きするんですね。そうすると、じゃ、それを持って来いと言わないと、とにかく搬送してきてしまうわけです。それでただれていると。何で対応したらいいかわからないんですよ。それは救急隊の車の中もそうだし、救急隊員もまた2次的な被害を被る可能性もあるわけだから、その辺もやはりちょっと一手間つけてもらって、それでそういうものに対してみんなでうまく対応しましょうという、何かにじませるものがあるのではないかと気がします。

#### 【〇〇座長】

時代劇で、チャンバラとか弓矢が飛んでくるじゃないですか。バンバンバンと刺さったやつを彼らは折っていますよね。抜いていませんよね。僕はあの話をして、一般の人に抜いたらいけないという話をするんですね。だって抜いたほうが動きがいいようだけど、みんな折っていますでしょう。刺さったまま、折っていますよね。だから、そういうことをやはり一般市民にもやらなければいけない。ということで、時間があと15分ぐらいになってしまっているのですが、報告書を作らなければいけないということもあわせて、報告書の中に入れなければいけない重要なメッセージが今までも出ましたので、プラスアルファで入っていくことになると思いますが、報告書についての検討をしなければいけないので、事務局、また説明してください。

#### 【〇〇〇専門官】

ありがとうございます。では資料2と書かれております「平成25年度緊急度判定体系に関する検討報告書」についてご確認いただければと思います。まだ作成途上といたしますか、事務局案レベルですので、いろいろご意見をいただいて、完成版に近づけていければと思っています。おめくりいただきまして、まず「はじめに」のところは、座長の〇〇先生からお言葉をいただければと用意しております。次のページ以降、目次があります。ここをまず一通りご確認いただきまして、目次としてこういうものを盛り込むべき

ではないかというご意見などがありましたら、いただければと思います。第1章、背景と目的。第2章といたしまして、検討会の体制と検討実績、このあたりでそもそもの検討経緯について、過去までさかのぼった上でここにつながっているんだというあたりについて、今回記載をしていければと考えております。ご確認いただければと思います。第3章といたしまして、本年度の検討内容、具体的な内容について、こんなふう to 検討しましたというのを一通り書きました。その次、第4章、今後の課題、導入に向けてというところで、ここの総論の後に各班での導入に向けての課題の整理ですとか目標の整理などを、各班ごとに項立てをする予定でイメージしております。それから2番目、既に導入していて、このような効果があったよというところですね。そういうものをある程度お示しできたらということで、ここは地域として案段階ではありますが、いろいろ緊急度判定を導入して下さっているところ、あるいは去年の参画くださっている地域などを列記しております。ほかにもこういうところがおもしろい取り組みをしているよというのがありましたら、またご教示いただければと思います。それから最終的に今後の課題という章立てとしております。次のページ以降は中身の話となっておりますので、まだ後ほど追記みたいな部分もたくさんあるところですが、内容について雑駁ですが、ご説明は以上となります。

#### 【〇〇座長】

どうもありがとうございます。先ほどからいろいろな意見が出ていますので、そういうような意味での意見を上手に入れる。それから、目次の前に「はじめに」というのがあって、ここは真っ白ですが、ここはこの報告書の心をわかっていただけるように書くことが極めて重要だということになります。その心の部分についての表現は、まだ真っ白けになっています。〇〇先生やその他の先生方が指摘されてきたようなことについても、場合によってはここに十分に入れていかないと、多分最初と、それから自分に関係しているあたりを読むことにしかならない可能性が高いのではと思います。さっき家庭の自己判断で弓矢の話を言いましたが、電話相談にしろ、特に家庭の自己判断ですかね、そっちで抜くなみたいな話はやはり何らかの形で入れてあげる。恐らく昔のお侍さんは、抜いたら血が出て死んだという話を知っている。心臓から血がぐるぐる回っているとか、動脈血とか静脈血とかそんな話は当時知っているわけでもないんですけども、抜いたら血が出て死んだというようなことがあるので抜かないわけですね。ですから、そういうようなことを今の市民の方たちも、さすがに動脈血、静脈血は知っているかもし

れませんが、抜かないということについての戦国時代からの知恵をどういう形で上手にやるかということも含めて、このプロトコルそのものも、場合によっては途中の成果物というような位置づけにしておいたほうが、より安全なのかもしれませんね。全体的にはそういうふうに思う次第ですが、〇〇先生、いかがですか。

**【〇〇委員】**

それでいいと思います。バージョンという名前がついていますので、アップするんだと思っています。

**【〇〇座長】**

Ver. 0よりはいい。せつかくやったんだから。

**【〇〇委員】**

今のお話の中で、先ほどから〇〇先生からご指摘があったのは、例えば何か飲んだなら、その薬を持ってきなさいとか、刺したら刺したままにきなさいとか、どんな薬かわからないけれども、そのものは一緒に持ってきなさいといった、いわゆるファーストエイドに当たると思いますが、そういったところを盛り込むということだと思います。多分その戦国時代の話だけではなくて、全部に、多岐にわたると思うので、これを加えるにはその弓矢の話だけだと少しそこだけに特化してしまうので、ですから少し検討というか、入れ込む内容は全部になると思います。一部口頭指導という形で、やけどのところとか、熱傷学会はこういうふうに言っているということ引用して、家庭ではこうしましょうとか、そんなようなことを入れ込んではあるのですが、今回は実はそこにフォーカスは余り当てていないので、今のご意見をいただいて、次のバージョンアップにそれを盛り込んでいくというような方向性なのかなと思って聞いておりました。

**【〇〇委員】**

ここでごそごそしゃべっていたのは、要するにアカデミック・プライオリティーは守りたいわけですよ。そこをどうこうしようということはないわけです。ただ問題なのは、それを社会制度にどうやって反映するかというところは、やはり一手間、一工夫しないと、全然意図したことと別のことになってしまったら困るわけです。例えば電話相談で、ほかの電話相談なり民間救急という矢印を書けば、あとは民間救急が全部やるんですね。ではこの制度はもうそれにして、民間のほうを立ち上げればいいのではないかという、例えば政治的な取り上げ方をされたら、それは何の意味もないわけです。先ほどの弓矢に何か追加するんだったら、薬も同じです。飲んでしまって調子が悪いという、そ

れは袋でいいから持ってこいと。カプセルが残っていたら、一緒に持ってこいというのがないと、これも大変なんですよね。それで通報者が家族でなくて、全然関係ない人だったりすると、ホテルの従業員だったりすると、まずわけがわからない。だから、そういうことを含めて、社会的な対応としてどうするかといういろいろなことと、学問的なことと、そういう社会的な側面と、そういうのをもう少しいろいろな多面体として検討するのは非常にいいかなと。だから、参考資料を、これからこれをベースにして、また次考えましょうというものとして残すことは大事かなと思います。

#### 【〇〇委員】

僕はこの委員会は消防庁のだし、消防の現場の人たちはプロトコルと行政官としての業務として動いているので、その人たちにミスメッセージは、できるだけクリアなメッセージを出さないと。ただしもう何年間も議論してきて、緊急度と重症度から、今のままではだめだというのは我々救急をやっている医者としては非常に危機感があって、これをどう変えるかというのは、踏みとどまらないように、前に進めるような形にしたいと思っています。もしかしたら5年なり何年かしたら、こういうプロトコルができていくかもしれないけれども、そこへ至るプロセスは混乱しないように進んでいくのが大事かなと。それはMCというのがやはり今後、〇〇先生から、まだ今の時点では難しいことがあるけれども、これが天王山というか一番大事なことになるのかなと思っています。そのあたりも盛り込んでいただければと考えています。

#### 【〇〇座長】

消防本部から見えている方で、何人かはご発言されていますが、また最後に東京消防庁、人口の10分の1が住んでいますから、さっき100何とか分の1とかってわけのわからないことを言っていました。どうぞ。

#### 【〇〇委員代理〇〇氏】

田辺市消防本部の〇〇です。政令指定都市以外で入っているのは田辺市消防本部だけです。それで、手を挙げたのも、山間部の救急業務についてちょっと悩んでいたところがあります。というのは救急件数は増えています。それだけでなく、合併の特例が消えたり人口が減っていく中で、今ある消防力を維持することさえできなくなってくるように予想しています。ですので、別の搬送方法、田辺市独自のいいのかどうかというのがありますが、この緊急度判定というのを利用しながら、セーフティネットも作りながら、何かしらの対策を打っていかなければならないということで悩んでいたところ、こ

ういう緊急度判定の検証事業があったので、手を挙げさせてもらって、何とかこれを活用できるように、そしてこの病態に応じた搬送について検討できればと思っています。

【〇〇座長】

他にもおられますよね。横浜もいかがですか。

【〇〇委員】

横浜消防局の〇〇でございます。私どもの救急件数は、今現在平成 25 年で 17 万 3,000 件でございました。これが実は科学的にどうか、将来の人口予測というのが統計で出ておまして、搬送率という長年の統計データをはめ込むと、平成 32 年には 20 万件を超えるという予想になっています。ピークが 2025 年ではおさまらなくて、その後 27 万件ぐらいいまで、今 17 万件が 27 万件ぐらい、もしかしたらいくかもしれないというような予想が出ておまして、恐らくその中では緊急度判定というのは非常に重要になってくると思います。例えば横浜の場合は、条例をつくって、特区もとって、それで人数を減じた救急隊を持っておられますし、ファーストレスポンスカー、ここに書いてあるそのままの車も実際に運用したりしていますので、そういった実例をご紹介いただくと。私どもは制度をきちんと詰めて、条例をつくって、特区をとってというところまで、手続を踏んでやっておりますので、コールトリアージももちろんやっておりますし、そういった一例をご紹介いただくというのもひとついいのかなと思います。それともう一つ、ちょっとこれだけお話ししておきたいのが、あるところで救急車が出動せずにということで問題になった案件がございました。その案件が出た後、私の机の電話と司令課の机の電話がほとんど 1 週間塞がった状態。それは報道機関からずっと問い合わせがありまして、コールトリアージというのは不搬送、要は出場しないというような基準を定めているのかという問い合わせがございました。少なくとも私どもがやっているコールトリアージは出場させないという基準はありません、出場させないという選択肢もございません、というお話をしましたが、その確認のために 1 週間ぐらい電話が鳴りっぱなしになったという現実もございました。参考までに。

【〇〇座長】

お願いします。

【〇〇委員】

堺市の〇〇です。堺市では、先ほど横浜さんのほうから話があったのですが、他都市での不搬送問題があったときに、議会から強く質問を受けまして、堺市では断らない救

急を目指していただきたいと、念押しの言葉がありました。片や年間3,000件を超える救急隊が半数近くありまして、かなり現場でも疲弊しているのが現状でございます。それでこういった議論が醸成されていくというのは、ものすごくありがたいことですが、こういった考え方が社会で共有されて、社会でも市民がそれぞれそういう考え方が醸成できておれば、こういう判定基準を用いてオペレーターのほうで判断して行って、しかも法的な担保があればやっていきやすいということは理想の形であると思いますが、これも含めてまた有料化という形も議論する必要があるのではないかと考えております。以上です。

**【〇〇座長】**

有料化については、ちょっとここでは重過ぎてどうにもなりません、問題意識としては多分皆あるということですのでよろしいですね。〇〇委員の代理の方、お願いします。

**【〇〇委員代理〇〇氏】**

福岡の〇〇です。私の地域としては、福岡市はどんどん件数が多くなっていくのですが、消防力というのは政令都市の中でかなり低いほうという位置づけになっています。ただ、救いというのが、地域MCがかなりしっかりしている状況で、このような会議の意図がきっちり地域MCから救急隊のほうに伝えられる状況というのがあります。私が危惧するのは、そういうところではない、例えば先ほど田辺市さんが言ったように、消防力がどんどん下がっている地域MCが機能していないところで、どんどん地方に行けば、救急隊が1隊しかない、2隊しかない消防本部がまだまだ多数ございます。そこで、本日先生たちがさんざん議論していただいた、この素晴らしい検討材料が間違ったとり方をされないような、そのような報告の出し方さえしていただければ、本当に我々にとって活用していける材料となるものと思います。ぜひよろしくをお願いします。

**【〇〇座長】**

どうもありがとうございました。ではお願いします。

**【〇〇委員】**

兵庫県の〇〇でございます。救急医療に携わっている立場から申し上げますが、救急医療といいますか、日本の医療制度そのものの根幹をなしているフリーアクセス制度そのものが、救急の現場では全くの健康危機の対象ですから、危機管理をどうするかという議論をしなければいけない。そこにフリーアクセスの概念だけでやってきている現制度に、根本的な問題があるんだろうと思います。適切な病態の人が適切な医療機関で適

切なタイミングで医療が受けられるようなシステム作りをしようと思うと、フリーアクセス制度に多少の制限をかけてでも、社会全体として効率のいい健康危機管理体制ができるような方向性を目指す。今回のこの検討会での報告書の取り扱いをどうするかというのは、非常に大きな問題があって、そっくりそのままエイヤと、これで全国统一でやってみましょうではとても無理があるので、報告書として、医療のフリーアクセス制に少しの制限を設けた形での1提案として、こんなものを今回作ってみて、これから私たち、人口が減っていないのに、何でこんなに救急車の出動件数だけが増えているのか。もう高齢者救急の問題ですね。高齢者救急という中にはいろいろなものが実は含まれていて、医療以外のものもたくさん含まれてこざるを得ない今の制度がありますので、その辺のことを考えて、今回検討した形では、一旦こういう社会に対する提案という形で、次のステップへ進めていけるような報告書でまとめていただけたらと思っております。ありがとうございます。

【〇〇座長】

言っておかなければいかんということは、よろしいですか。

【〇〇委員】

特段皆様方と違う意見というのはないですが、このプロトコルができたということが非常に大きな第一歩であるというふうには捉えているのですが、実は私は南和歌山医療センターという田辺市にある病院から参りましたが、コミュニティーが非常に小さいというか、人口的には小さいものですから、今、〇〇委員のほうから言われた、多分コミュニティーとしてどういう教育をしていくかということができる地域なのだろうと思っています。それをこういう資料を使ってできていくのかなとは考えています。それと、緊急度のこのプロトコル自身が、救急隊の現場の判断のプロトコルが、救急隊の教育にも非常にうまく使えるのではないかと考えていました。これをどういうプロトコルと覚えるのではなくて、このプロトコルの内容を理解して欲しいということで、救急隊の教育であったり、コールトリアージの部分も指令室の教育というのを最近始めまして、そこに医療サイドから教育をする場合に、こういうプロトコルはどうしてできているんだということの資料として、こういうものとしてはとてもよくできているプロトコルだと思いますので、その辺にも使えるかなとは感じていました。

【〇〇座長】

教育の材料としては非常によいという意見で、それもこの報告の中にはきっと書き込

むことにしたほうがいいだろう、そういうふうに思う次第ですよ。では、お願いします。

【〇〇委員】

救急救命東京研修所の〇〇です。私は119番通報のプロトコルを中心に、その緊急度を判定する物差し作りに携わる機会をいただきました。その物差しができて、緊急度が判定できれば、それによって運用をどう変えるか、制度をどうするかといった議論を多分するんだと思いますが、その前のそのスケールをつくるといった段階でも、まだ次のステップに行くには精度を向上する時間がもう少し要るのではないかと、作っている者としては感じました。

【〇〇委員】

〇〇委員から非常に重要な提言があったので、実はそこは非常に悩ましい。一方的契約関係と応召義務と、それがフリーアクセスという言葉の中に全部入っているわけですよ。ですから、我々は契約を拒否する法的根拠がないわけです。そこにこういうツールをどう入れるかという非常に悩ましい問題なわけです。それは医療事故だとかいろいろなところでも全部出てくるわけです。案外マスコミもそうですが、法曹界の方々でも、日本は特殊な状況で我々医療者は相対しているんだということを理解しないで、なおかつこれだけのことはやってくれというような言い方をすることがある。だから、本当はそこを改正して、欧米流にして、我々は拒否するオプションを持つべきだと。持たせてくれと。それならこのぐらいのパフォーマンスをするという議論をするのも一つの方法だと思うのです。ただ残念ながら今まで私も結構ここに足を突っ込んでいますが、とてもじゃないけどそういう方向には行かないというのが実感ですよ。だから、もっとスマートにいろいろ別なところに対応するしかないだろうと思っています。ただ言えることは、だからこそセーフティネットはほかの先進国よりも、我々医療者も、または救急隊員も、現場の人間が守られるようなセーフティネットと一緒に考えていかないと、欧米並みに整備したからいいだろうというのはだめなんです。その前に手かせ足かせがありますから。とは思っています。

【〇〇座長】

フリーアクセスについて、多少考えなければいけないねというような形で、先般、上のほうの会議がありましたよね。政府の。

【〇〇室長】

そうですか。済みません、ちょっと。

【〇〇〇専門官】

先生が座長の救急医療体制等のあり方。

【〇〇審議官】

ではなくて、国民会議の方ですね。

【〇〇座長】

そうそう。何とか国民会議の。あそこには、全くのフリーアクセスというわけには将来いかないだろうと読めるような文言が入っていますので、多少とも我が国の体制は何らかの形で多分アレンジしていかなければいけないのかなというふうに、あれを読むと思う。あのとおりになるかどうかは知りませんが。だから、「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」というあたりに、何となく今の話を落とし込む以外に、多分今のところ方法はないですよ。正論はもうわかった上で発言していますが。ということで、もう 12 時過ぎてしまったのですが、あと何かどうしてもという方はおられますか。〇〇先生、いいですか。東京消防庁、一山も二山もあると思いますが、少しずつ行かないと山は越えられませんから。止まっているような東京消防庁では困るわけで。

【〇〇委員】

誤解を受けてはいけないと思ひまして、先ほどの発言について若干補足をさせていただきますと、私どもは先ほど来ご紹介いただきましたように、救急相談センターとか、一定のこちらの資料の元となる対応はしておるのですが、先ほどこちらのほうでいただいたら、ちょっと考え方、壁がたくさんあるなど申し上げたのは、119 番通報のときのところの部分のことを申し上げておりましたので、その点は誤解のないように補足させていただきたいと思ひます。その他の点は、先ほど横浜さんからもお話がありましたように、私どものやっている取り組みのご紹介ということで、条件が整う消防本部さんがあれば参考にさせていただければというようなお話になるかと思ひますが、その点ご理解いただければありがたいと思ひます。失礼いたしました。ありがとうございます。

【〇〇座長】

では、時間が過ぎましたので閉じたいと思ひますが、この報告書は案ということでこれから作るのですが、最初の「はじめに」のところの文章も含めて、事務局と座長とがそこそこ知恵を絞りたいと思ひますので、とりあえずその素案については任せていただきたいということでよろしいですよ。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

これはたくさんの資料を今日持って帰るというわけには多分いなくて、送ってくださるみたいなことを始めに言っておられましたよね。ただ、この報告書の部分だけは帰りの電車の中で見ながら、場合によっては赤ペン先生をやっていただいて、それでこちらにフィードバックいただく。そのフィードバックが山ほどありそうだったら、これそのものの素案の素案ですよ、その電子媒体をくださいという人がいたら、お送りして、それで赤ペン先生をやっていただくというのがあっていいのではないかと思います。それから、今、異議なしでいいんですけども、ものすごく重たい荷物を肩の上に背負うのは余り好きではありませんので、最終的にはぐるぐるっと回しながら決めていくということでもいいですよ。では、それでやりたいと思いますので、どうぞ先生方、引き続きよろしくご指導ください。何かありますか。いいですか。

【〇〇委員】

1点だけいいですか。冒頭この事業が始まる際に、30名近くのワーキンググループでドクターがかかわったことの意義をもう一回思い出していただきたくて、我々はプレホスピタルだけのことを考えているのではなくて、インホスピタルとの突合も含めて、全体を視野に入れているということだけは報告書の中にもぜひお願いしたいと思いますし、冒頭からずっと厚生労働省さんがオブザーバーで来られているというのが、その意味をずっと伝えているものだと思っていますので、ぜひいろいろな次への展開も視野に入れて、そういったことを書いていただければと思います。

【〇〇座長】

〇〇先生がおっしゃった私たちの国の形そのものについても、やはりそういう意味では示唆に入れておかないといけないだろう。それは場合によっては看取りの話だって関係してくるわけですから。ですから、これそのものは正味この辺の話でしょうけれども、こういうふうな話はうんとこっちのほうの話から見ても、一定の水準で評価できるようなものをここに置いておかないといけない。こういうような感じで頑張らないといけないと思います。もう時間が過ぎましたので、これでオーケーということにして、あとは事務局、よろしく申し上げます。

【〇〇室長】

本当にどうも長時間ありがとうございました。これからまた実際どういうふうによ

ていくかということで、まだまだ大きな課題が多々あるということ、また本日改めて実感した次第でございます。そもそもこの緊急度判定の取り組みというのは、緊急度の低い方を不搬送にするのをはじめとして、そのサービスを減じるためにやっているものではなくて、あくまでやはり緊急度の高い方を確実により出して、優先的に対応していくためにやっているんだということ、常にその原点に立ち戻りながら、かつ全国の消防本部の皆様をいささかなりとも混乱させないように、そういったことも十分留意をしながら、報告書の書きぶりについてもしっかり考えていきたいと思っておりますので、また今後ともよろしく願いいたします。

**【〇〇〇専門官】**

では、本当に皆様、活発なご意見、ご議論をありがとうございました。最後になりましたが、所用により遅れて参りました審議官の〇〇より、一言ご挨拶させていただければと思います。

**【〇〇審議官】**

〇〇でございます。冒頭遅れて参りまして、〇〇先生と同じところに出ていたのですが、失礼いたしました。もう時間ですので余り長々申し上げませんが、先ほど座長のほうからフリーアクセスの制限がどこかに最近書いてあったのではないかという話で、せっかくですのでちょっと読み上げさせていただきますと、「これまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要なときに必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、穏やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる」ということでございます。今改めて読んでみますと、今日ご議論いただきましたこの報告書の中でも、やはり国民向けのものもございまして、まさに守るべきものは守る、その精神に生かせる内容になっているのではないかと思います。さっきちょっと話が出ましたが、このトリアージはそもそも議論のスタートといたしまして、やはりこの救急搬送が増える中でこちらにも限界があるので、どうしてもトリアージといったものを考えていかなければいけないというところから始まっていると思いますし、先ほどもお話がありましたマスコミの方と話をしても、やはり結局トリアージという概念をある程度考えていかなければいけないということになるんですね。

ですので、大変注目度も高いと思います。ですので、たくさんご議論いただきましたように、出し方につきましては少し文言上工夫をいたしまして、これが直ちに部隊運用につながって、緑の扱い、白の扱いに誤解のないようにしなければいけないと思います。それからもう一つの柱は、やはり我々の持っているこの消防庁の課題といたしましては、消防と医療の連携というのがございますので、先ほど〇〇先生からお話をいただきましたように、そういう意味においても貴重な成果物だと思います。ぜひ今後に役立たせていただきたいと思います。皆様方のご協力に心から感謝を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

**【〇〇〇専門官】**

では、以上で平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会を終了いたします。どうもありがとうございました。

——完——