

# 平成 25 年度 緊急度判定体系に関する検討会 第 2 回作業部会 議事録

1 日 時 平成 26 年 1 月 21 日 (火) 16 時 00 分から 18 時 00 分

2 場 所 総務省 (合同庁舎 2 号館) 共用 801 会議室

## 3 出席者

メンバー ○○座長、○委員、○○委員、○○委員、○○委員  
○○委員 (代) ○○氏、○○委員、○○委員、○○委員  
○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員  
○○委員、○○委員

オブザーバー ○○補佐

事務局 ○○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】

本日は、皆様、年明けの何かとお忙しいところご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。また本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。さて、当検討会の中心的なメンバーの 1 人であり、また緊急度判定体系の確立に多大なるご尽力を賜りました○○○先生が、先般、本当に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ところがたくさん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。本日は、第 2 回の作業部会ということで、昨年夏に第 1 回の立ち上げをさせていただいて、その後 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けてまいりました。関係の皆様

改めて厚く御礼を申し上げる次第でございます。本日は、その班会議の検討結果について、作業部会というステージでさらに議論を深めていただいて、もって来月の親会、また年度末の取りまとめに向けて、大きく前に進めるといった機会になればと存じております。皆様方の忌憚のないご意見を賜りますよう心からお願い申し上げまして、ご挨拶とさせていただきます。今日はよろしく願いいたします。

### 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、こんにちは。座長を拝命しております横浜市立大学の〇〇でございます。今年も年も改まりましたけれども、いよいよ作業の大詰めとなりまして、皆さんになお一層お手数をおかけすると思いますが、この国の事業としては、その方向性を大きく変えるプロジェクトだと思っておりますので、引き続き何とぞご協力、ご尽力賜りますようよろしくお願いいたします。そして、今室長がおっしゃっていましたが、1月6日に急逝されました、国、あるいは海外、学会、県、いろいろな自治体のプロジェクトにご尽力をされてこられました青木則明委員の急逝の報を聞きまして、謹んでお悔やみ申し上げますとともに哀悼の意を表するというので、皆さん会を始める前に黙祷をささげたいと思います。ご起立をお願いいたします。黙祷。ありがとうございました。

### 5 議事

#### 【〇〇座長】

それでは、早速議事を進めてまいりたいと思います。まず事務局より資料の確認をお願いしたいと思います。それではお願いいたします。

#### 【〇〇〇専門官】

では、資料の確認をさせていただきます。本日の資料といたしまして、お手元をご覧くださいいただければと思います。ちょっと分厚くて恐縮ですが、まず座席表の下に構成員名簿、続いて次第をおめぐりいただきますと、まず資料1「第2回作業部会資料」と書かれているものがあります。その次、資料1-1以降、これは各班でのプロトコルのセットにな

ります。1-1が電話相談プロトコル、1-2が家庭自己判断プロトコル、1-3が救急受診ガイド2014年版、1-4が119番通報プロトコル、1-5が救急現場プロトコル、続いて資料2といたしまして、「電話医療・救急相談事業に関する現況調査結果」、資料3「報告書目次(案)」、続きまして参考資料1「電話相談プロトコル変更理由一覧」、参考資料2「第1回作業部会議事録」をお配りしております。なお一番下に、このような冊子が皆様のお手元にあるかと思えます。これは昨年度の緊急度判定の事業について、昨年度請け負ってくださった大興電子さんが作ってくださったものでありますので、またご参考にしていただければと思います。13ページになります。資料の確認は以上です。落丁などありましたらおっしゃってください。

#### 【〇〇座長】

それでは、資料の確認はよろしいでしょうか。以降、3つの作業班と、もう一つ検証基準の作業班、全部で4つの作業班の今年度の進捗状況をご報告いただきまして、まとめていきたいと思っております。特にこの検証基準以外のところでは、各段階における作業班間での情報交換というのが、私と一部〇〇重彦先生は交流がありましたが、ほとんどが横でどういう作業をしているかというのを、余り把握されないまま来ていると思っておりますので、非常に短い時間ではありますが、要点を見ながら情報交換をしながら、情報共有して意見ををお願いしたいと思っております。それでは、まずは資料1、「第2回作業部会資料」の10ページ、11ページをご覧ください。これは10ページまでの資料説明を先に、概略を〇〇〇専門官から説明していただいた上で、改訂をやっていきましょう。では、1ページからお願いいたします。

#### 【〇〇〇専門官】

では、資料1の1ページから、概略についてご説明させていただきます。資料1をおめくりいただきまして、2ページ。全体のこの緊急度判定の考え方の想定図があります。従来のもので、先生方は見覚えがあるかと思えます。3ページ、本検討会の目的といたしまして、「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する。それを各立場にブレークダウンして考えると、このような形でしょうか。それから下半分のところ、各段階のプロトコルを活用することにより、適正に分類されるものとして、このようなものがあり得るのではないかという形で書き並べております。続いておめくりいただきまして4ページ、今年度の体制図ということになります。上から2番目の作業部会、これが本日となります。その次の各作業班というところで、左側か

ら検証基準の作成班、電話相談プロトコル作成班、今年の班。ここでは家庭自己判断と電話相談をここであわせてご議論いただいております。それから119番通報プロトコル作成班、救急現場プロトコル作成班となっております。下に書いておりますとおり、検証基準作成班員においては、サポートを全班に対して行うという形をとっております。5ページ、平成25年度検討会の各班の検討内容、それから真ん中が最終的な今年度末の目的という形で作っております。続いて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いうことで、ご覧の一通りのサブカテゴリの定義となっております。一部去年の内容と変更されているところがありますが、また後ほど各班の先生方からご説明いただければと思います。続いて7ページ以降、各班の先生方からご説明いただければと思います。

#### 【〇〇座長】

ここまでよろしいですか。6ページまでですが、ここまでは総論なので、もう大分いろいろなところで同じような議論がされていると思いますが、ここで確認しておきたいところがありまして、特に5分ほど議論をしたいところがあります。3ページをお願いいたします。3ページの下の方の、各段階のプロトコル活用により、適正に分類されるもの、すなわち我々が今ずっと作っているこの緊急度分類によって分けた結果、どのようなアウトプットがもたらされるのか、その選択肢は何なのか、というのが各段階で書かれております。今日ご議論いただきたいのは、これでいいかということでありまして。何か足りない、あるいは今回はこれ以上無理なのではないかというところを、少しご議論いただければと思います。1つ目が、これは「家庭自己判断・電話相談」ですが、受診の手段。救急車か、あるいは自分で行くのか、民間救急車を使うのかといったところ。それから受診までの時間。直ちに行くのか、2時間以内に行くのか、24時間以降、明日以降行くのかといったところ。最後に受診先。これは診療科目を示しているのだと思います。こういったことがプロトコルで分けたことにより、この3つ目はちょっと緊急度とはまた別ですが、このプロセスによってもたらされる、あるいは提供されるものがこのような項目であるということになります。全段階一応先にお話しします。「119番通報」に関しては、これはかなり揉めたのですが、「救急車到着の時間」と書いてあります。これはつまり直近の救急隊を優先させて行かせなさいという意味で、もう一つのほうは、もちろん日本の救急車ですから、急いで行くのでそれほど遅くなることはないと考えますが、必ずしも直近のものではなくてもよい運用にするという意味で1番目です。2番

目が、そもそもの救急車の要否ということで、もう少し時間を要して聞けば、緊急度がさらにわかるようなケースに関しては、#7119 に落とし込むというような選択肢を、今回幾つか作っております。それから、他のリソースへの分配というのが、民間救急などということ。4番目として入っていないものがありますが、現場に投入する資源の質と量です。ドクターカーを出すか出さないか。それから救命士が乗った車ではあるけれども、ポンプ車に乗っていくとか、それで初めから病院への搬送を前提としていないが、現場で緊急度評価を測るために、まずディスパッチするという、そういう考え方も含んでいる。というところが119番通報プロトコル班です。今日は119番通報プロトコル作成班班長が所用にておられませんので、私から代弁をさせていただきます。それから「救急現場」、これは搬送先、それから受診までの時間とありますが、もう一つ下の段の消防と医療機関の情報共有の円滑化、すなわち赤である、黄色である、症候でめまいの黄色であるといった形で言えば、医療機関側と容易な情報交換ができるのではないかと、そういった使い方ができるのだらうというのが、この救急現場プロトコル作成班であります。「医療機関」のほうは次の我々の課題になると思いますが、今回は受入可能症例の標榜、あるいはJ T A Sであるならば来院後の医師診察開始までの時間といったところが、緊急度評価の後に差別化されるのであろうということでもあります。この中で、確か救急現場プロトコル作成班の〇〇先生のところで、東京消防庁の不搬送基準も鑑みて、nは非常に少ないけれども、現場に行くには行ったけれども、医療機関搬送しなくてもいいのではないかと、緊急度の結果それは必要ないのではないかと判断する、もちろん重症度も入ってくると思いますが、そういった選択肢もここに入れ得るところまで議論が進んでいると思います。今の説明で各班の方々、班長さんを含め、齟齬はないでしょうか。あるいはご質問、ご意見はございませんでしょうか。はい、お願いします。

#### 【〇〇委員】

2つ質問をいいですか。119番通報のところで、救急車到着の時間とありますが、これはP A連携のときのポンプ車の到着時間というのを、救急車の到着時間とどういうふうに絡めて捉えるか。特に心停止例などでは大事なというのが一つ。もう一つは、救急現場のほうで受診までの時間とありますが、これはもう少し明確になっているものとしては、ガイドラインでは、例えばACSに対してのドア・ツー・バルーンに対応して、今回はEMSの到着からバルーンまでの時間が120分ということが言われているので、単

に着くだけではなくて、現場からの情報が正確であれば、カテ室の準備もして、決定的な治療までの時間も短縮できるというところまで分類できるかどうかに関して、何か検討があればお願いします。

【〇〇座長】

では、119番通報プロトコル作成班のほうから先に言いますと、これは後で説明を図で見たほうがわかると思いますので、後ほどお話ししたいと思います。〇〇先生のほうでは、お願いできますか。

【〇〇委員】

特にないと思います。

【〇〇座長】

ないですね。今回はそこまでの検討はしていません。他はよろしいでしょうか。確か少しでもいいから不搬送の基準も盛り込もうという話になっていたかと思いますが、その方向性についてはいかがでしょうか。救急現場プロトコル作成班に関してです。

【〇〇委員】

それもこれからですね。出たというだけだと思います。結果として、最終的にそういったものも出てくるとは思いますが。

【〇〇座長】

今回の Ver. 1 に少し盛り込める可能性はあるのでしょうか。ちょっと私は作業段階を失念してしまいました。

【〇〇委員】

いや、ないと思います。特にその辺の話は具体的にはやっていないと思います。〇〇先生、ないですね。

【〇〇委員】

データ収集という点ではありますが、現行の基準に合致するものはないです。

【〇〇委員】

議論にはなっていないと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。方向性として、これは別に報告書を書くために書いているわけではないですが、いわゆる来年度に向けて方向性を示すに当たっては、こういった不搬送の基準を今後の課題としていくという、その合意はよろしいでしょうか。ありがと

うございます。それ以外、ここで言ったこと、あるいは私が追加したことで何かご意見はございますでしょうか。〇〇先生、何かございますか。

【〇〇委員】

3 ページですが、各段階のプロトコル活用により、適正に分類されうるもの。それで例えば救急現場の搬送先が分類できる。受診までの時間が分類できる。この全体の中で分類してどうするのか、何がありがたいのかというような、言葉の表現だけだと思いますが、各段階のプロトコル活用により、上の大目標が社会規範を共有することなので、そのところの表現は最後もう少し考えたほうがいいかなと感じました。初めて見た人が、社会規範を共有するのはわかったけれども、分類がどういうふうに繋がるのかというのがわかりにくい可能性があるのではないかと、今思いました。全体は問題ないと思いますが、表現の問題だけかなという気がしています。

【〇〇座長】

ありがとうございます。これは恐らくは判定した結果の提供資源であるとか、方法とか、幾つか表現をもう少し考えたほうが本当はいいですね。

【〇〇委員】

そうです。そうするとごちゃごちゃと書いてしまうので、そこもまたちょっといい言葉があれば。言っていることは理解できているつもりですが。

【〇〇座長】

でも、これは非常に重要なことだろうと思います。毎回この議論にはなっていると思うので。英語だとアウトプットとか、そういう形で簡単に表現できそうですが、日本語はもう少し咀嚼した表現があるのではないかと思いますので、これは検討していきたいと思います。ありがとうございます。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇でございます。家庭自己判断プロトコルで受診先が自分で分類できるのでしょうか。

【〇〇座長】

〇先生、〇〇先生、受診先が自分でわかるかという点について宜しいですか。

【〇〇委員】

電話相談プロトコルを非常に簡単に書き落としているだけのものですので、自分で判断して選ぶというのに耐え得るのではないかと考えております。

【〇〇委員】

科目だとか、そういった意味ですよ。

【〇〇委員】

これも緊急度と、今回加えた簡単なコメント以外は、あまり複雑に書かず、シンプルにしてありますので、診療科目のところまではあまり述べていないという状況です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。それでは、各班のところでも資料を見ながら、もう少し細かいところは突っ込んで議論をしたいと思います。3ページのところの議論は終了したいと思います。それでは早速10ページをお願いいたします。検証基準作成班では、改訂の緊急度の検証基準を、昨年の実証検証事業の3都市のデータからいろいろ検討してみ、少し精度が低いところがありましたので、もう少しシンプルにしようということと、この緊急度の検証基準の中にバイタルサインがもともと入っていたのですが、バイタルサインというのはそもそもが緊急度を推し測る指標の一つであるという考え方のもと、今回は緊急度の検証基準からは削除するということにいたしました。また、同じ診断名でも緊急性の高い病態から低い病態があるため、唯一の基準としては不向きであると考えられましたので、昨年度ありました検証基準中の診断基準も今回は削除しています。従いまして、見ておわかりになりますように非常にシンプルですが、生命に危険を及ぼすことを押しとどめるための緊急処置を要したものを全部集め、それを少し時間軸で、このぐらいの時間なら待てるものは黄色で、急がなければいけないような処置を赤のほうに振り分ける作業をしております。これは全くの私たちのエキスパートオピニオンだけではなく、他の文献でも幾つかこういった分類が散見されましたので、それらを中心にしてまとめながらこのような形になっております。これは今回どうのという問題ではなくて、次年度以降のこれらの事業、あるいは各地域で我々がつくったVer. 1.0を展開する際の検証で使う予定とするものでございます。あと前回から削除したものは、前は12誘導心電図を測ること自体も赤ではないかという議論もあったのですが、異常所見がなければ結果的には緊急性が低いということになりますし、本当に緊急性が高いからそれをやったかどうかというところも推し量ることができないということで、検査も削除されています。あとは、これはエキスパートオピニオンでしたが、緊急手術における赤は、今回は6時間以内というものを設定しています。実際の判断の際には、発症から根本的治療開始までの処置、これは病院前に実施した処置も含むということで考えるというこ

とであります。この結果、8ページを見ていただきたいと思います。真ん中で、今回このように少しスリムにした改訂の緊急度検証基準を、実際の医師の判断とどれくらい違うだろうかというのを、今回は3都市の必ずしも救急科の先生だけではない医師の方々の評価によりましたが、今回はここにありますように、1カ月間だけ、この作業班が属している4医療機関の救命救急センターの医師の方々のご協力を得まして、救命センターに受診した患者さんだけ、少し緊急性の高い人たちばかりですが、それを中心に実際に現場の方に緊急度を評価していただいて、それで現場の緊急度評価と、今回は後から先ほど決めた基準を推し量った感度、特異度、陽性的中率というものを出示しております。それが9ページです。感度は95.0%、陽性的中率は63.6%でした。これは時期もやっている人も全然違うので、あくまでも参考になりますが、昨年度の実証検証のときは、これは改訂F基準ではなくて修正F基準というもの、それでいいんですね、事務局。これも改訂ですか。

**【〇〇〇専門官】**

改訂です。

**【〇〇座長】**

これも改訂ですか。では、これは昨年度の医師たちが赤だと言った人が304人おられた中で、改訂のF基準では感度が53.0%……、これは逆のような気がします。昨年度の医師の人たちが赤が正解だというふうに考えるならば、感度は改訂F基準では53.0%、陽性的中率は73.2%というような結果が出ています。この差をどう読むかということですが、緊急性がより高いかどうかというのに比較的慣れているドクターたちが判断するならば、比較的感度は高く陽性的中率も6割を超えているというような結果が得られているという解釈だと思いますが、この参考と比較するのは、やはりこれはあまりよくないですね。あまり参考にしないでいただいてもいいかもしれません。いずれにしろこのような数値でした。雑駁ですが、検証基準作成班はこのような進捗でございます。何かご意見あるいはご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、お気づきの点がありましたら、また後で時間を設けたいと思います。それでは、引き続きまして今度は電話相談プロトコル作成班ということで、〇〇委員のほうからよろしいでしょうか。検討内容のご説明をお願いいたします。

**【〇〇委員】**

まずは症候を、昨年度の19項目からかなり増やしまして、資料1-1、「電話相談プ

ロトコル」というのが大分分厚くなっているのがおわかりになるのではないかと思います。

これはもともと日本救急医学会監修の電話救急医療相談プロトコルを、もとに、超緊急の赤と黄色の間に橙色というのがございましたので、今回の赤、黄色、緑、白に統一させるべく、橙色をどちらに振るか、あるいは赤とされているものの中でもちょっと考え直せるものがある、あるいはその逆というのを、1項目1項目を委員全員で検討し直しまして、この資料1-1のような形のものができ上がりました。そうしますと、この質問は要らないのではないか、あるいは質問を加えたほうがいいのか、あるいは色が変化したものというのが出てきます。その変更した理由を、参考資料1のほうにつけてお示ししてごさいます。参考資料1のほうを見ていただきましたら、我々が最終的な資料1-1の形に至った理由がわかるようにということで、コメントをつけてごさいますので、参考にさせていただけたらと思います。これは、19項目だけでも相当のカバー率であると思われたのですが、やはり電話相談プロトコルのところはいろいろな訴えが多いのと、電話相談プロトコルのところで絞ってしまいますと、この後119番通報プロトコル作成班、救急現場プロトコル作成班に出てくる症例と横串的にあわせて検討するときに、電話相談プロトコルで引っかかってこないと横串的に連結して検討するというのができないため、ほぼ全項目網羅しようということを目指にいたしまして、このような項目になりました。後ろのほうに行きますと、薬をたくさん飲んだとか、不安とかうつとか恐怖とか、精神科的なもの等が出てきます。そのあたり非常に困ったのですが、薬をたくさん飲んだというのは、これは緊急度を純粋に考えて検討し直した。しかし、不安、恐怖、不眠、鬱等の精神科的なものに関しては、何が困るかといいますと、身体的な側面でどれぐらいの緊急度かというのとバランスをどう考えるか。あと搬送先、これは精神科救急のところになりますので、今回は身体的な側面からのみの緊急度ということに主眼を置いてやりました。ですので、純粋な精神的緊急度というところでは、一部の項目は空欄といたしました。ただ、「今から死にます」と言っているような方から電話がかかってきた場合、安全面から考えて、これは判定不能ですと言っていると、その間に本当に自殺既遂してしまうかもしれませんので、そういうあたりは一部オーバーになるかもしれないですが、赤とつけておくのがいいのではないかなという議論を進めてまいりました。このように非常に分厚い形になったのですが、これらの項目をできるだけ易しく資料1-3家庭用の「救急受診ガイド」に落としました。これは質問の項目を余り難しい言葉にならないように、自分で読めるような形で、しかも丸ゴシックの優しい字体にして、これを辿ればすぐわかりますという形にした。めくっていただいたらおわかりになるかもしれませ

んが、小さい火傷をしたときの処置や、蕁麻疹はこうしたほうがいいですよ、蜂に刺されたらこれぐらいは様子を見てくださいよというのを、これは言い方は悪いですが無難な範囲でコメントをつけ加えてございますので、電話相談のときと比べて自分でじっくり読めるだろうということも考えて、少し丁寧な作り、易しい作りにしてございます。○先生には小児のところに関して詰めていただきましたので、小児も相当の項目が増えてございます。それと、地域への導入ということで、資料2で、現況調査というのを、都道府県、市町村、消防機関の多大なご協力を得まして、相談事業をどれぐらい実施しているかということ、あるいはプロトコルの使い勝手やどういうイメージがあるかということ、後ろのほうにフォームがありますが、これをお願いしまして、回答をいただきました。代表的な結果としては、例えば45 ページを見ていただくと、プロトコルを活用していない理由というのはこんなのですよとか、47ページを見ていただくと、電話相談をやっていますかという、例えば1633の回答のうち、実施しているところは17%、していないところが81%、その後ろに理由などというように、これも今後、この結果からだけでも深掘りしていけるのではないかと思われる結果を寄せていただきました。電話相談プロトコル作成班では、電話相談プロトコルの症候を増やしたということ、家庭用の家庭自己判断プロトコル、「救急受診ガイド」も症候を増やし、診療科、ワンポイントアドバイスを付け加えてたということ、地域へのアンケート調査を実施したという、この3本柱ということになります。以上です。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。この電話相談プロトコル作成班は、基本的には先行していた電話救急医療相談プロトコルの5段階評価の橙色がありましたので、それを黄色に落とすのか、赤に上げるのかという作業をまずベースにつくられていて、今回はプロトコルの数を増やしたということと、他の地域がどうなっているか。確認ですが、アンケートの対象はどちらでしたっけ。

**【〇〇委員】**

都道府県、市町村、消防機関です。

**【〇〇座長】**

その分布がわかるページはありますか。

**【〇〇〇専門官】**

分布は、目次をつけておけばよかったなと思ったのですが、1ページの1-2にまず調査対象と書いてあります。都道府県、市区町村、消防機関、この3カ所に対してそれ

ぞれ聞いております。それぞれのページ分布が、まずおめぐりいただきまして、3ページ以降に消防機関に対するアンケートがずっと並んでおります。その次が25ページ以降、都道府県に対する回答結果が並んでおります。最後に47ページ以降が市区町村に対する調査結果となっております。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。とてもいいアンケートだと思いますが、少し読み手に易しいまとめ方がまだこれから必要かなと思うので、何医療機関とか、幾つのあれで、回答率がどれぐらいで。ちょっと興味あるなと思うのが、プロトコルは7割ぐらい要らないと言っている、どうしてだという専門職がいるからと答えているところは、それは45ページということは都道府県ですか。それで、これと同じように、市区町村だと例えばどれぐらいの人が答えているんだという、そういう対比ができるんですよね。ですから、今日は時間がないですが、そういった形で。

**【〇〇委員】**

またこれは班の中で検討させていただくようにいたします。

**【〇〇座長】**

そうですね。ぜひぜひ。これは非常にいいデータになっていると思いますので。そもそもプロトコルを知らないというのが6割ぐらいあったりするので、今後の普及にはどうやっていくかという課題抽出にも役立つと思います。ありがとうございます。そのほか。私から1点だけ、先ほどの〇〇委員と同じ質問になりますが、家庭自己判断プロトコルに診療科目を入れなかった理由というのは何かあるんですけど。これを入れるのはそんなに難しくはないですよ。家庭自己判断プロトコルと電話相談プロトコルと一緒にしてしまえばいいだろうというような議論ができるかと思っていますが。

**【〇〇委員】**

ここは何か議論がありましたでしょうか。シンプルに、という。

**【〇委員】**

最初入れることは入れて作ったんですよ。家庭電話相談プロトコルのほうでは診療科を検討して、僕たちが作った中で入れていたのですが、一つ難しいのは、地域によって、また医療機関によって診療科が違ってくるのがあって、完全にはなかなか決めきれないところがありました。例えばERのあるところがあれば、全部ERにどうぞということになってしまうし、誤飲なんかでも外科が診たり小児外科が診たり耳鼻科が診たりとか

いろいろあるので、そこら辺の検討はまだこれからかなと考えています。地域によって大分違うと思います。

**【〇〇座長】**

わかりました。ありがとうございます。これは電話相談プロトコルの場合は、そこにナースが介在したり、スーパーバイザーのドクターがいるから、横に何科と書いてあったとしても、この中からどうやって選ぼうかというのは、医療職が関与するからいいだろうという判断です。これはいかがでしょうか。これだと結局わからなくて、医療機関案内に電話するのではないかという議論もあるかもしれないですが。今から行こうと思うので、何科に行こうというようなアクションを、多分ユーザーはとるような気がしないでもないですが。絶対聞きにいきますよね。私、黄色なんだと思ったら、じゃ、行かなきゃと思って、何科に行けばいいんだろうとちょっと思ってしまうような気がするのですが。ただ、今、〇委員が言われたような問題ももちろんあるので、なかなか難しいところではあります。

**【〇〇委員】**

科目が必要なのは、赤以外なので、主に黄色で引っかけたところだと思いますが、そうすると黄色のこの項目ごとに科目がついてくるわけです。黄色のどこで引かかるかによって、科目が分かれてきたり。黄色だったら全部単一の科になるわけではないので、かなり細かく。

**【〇〇座長】**

資料1-1を見れば、例えば電話相談プロトコルのほうは質問ごとにもちろん科が書いてあるわけですね。だから、一つの方法としては、まず同じにしておいて、〇先生が言われていた問題となるようないろいろな科になってしまうものを、例えば or で併記するか、その場所に応じてなので、そこは相談センターで相談してくださいとか。

**【〇〇委員】**

そうですね。結局医療機関を探すところになって、例えばアレルギーのところだったら内科 or 皮膚科であるわけです。そういうときは、黄色を選択された方が医療機関を探す際に電話相談を活用するというのは、ある程度仕方ないのではないかと思います。

**【〇〇委員】**

赤で診療科のあるところとないところがありますが、どういう意味ですか。

【〇〇委員】

はい。これは赤の中にどういう疾患を想定しているかということメモしていて、そこを担当する診療科というのを併記しているところが残っているということです。

【〇〇座長】

今の〇〇委員のお話は、ちょっと新しい展開というか、なるほどと思ったのですが、これは思いつきではないですが、家庭自己判断プロトコルで黄色だったら、これは#7119 にかけるという、そういう方法もあるんですかね。でも今の場合医療機関案内ですから、ちょっと違いますね。そうすると医療機関案内にアクセスしなさいとかそういう話になる。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

私は#8000 をやっているのですが、#8000 の場合には、医療機関に行ったほうがいいですよというアドバイスをしますと、ではクライアントはどうするかというと、地元の救急情報のところに電話をするわけです。そして受診していくということで、自分で探して行くことになっていきますが、この辺で何か分類できないかなと思います。

【〇〇座長】

分類とおっしゃいますと、例えば医療機関案内はしないで済むように、診療科を加えておいたほうがいいのではないかと、そういうご意見ですか。

【〇〇委員】

その当夜のやっている医療機関を消防局は把握しているわけですから、そこにアクセスできるようにアドバイスをしていただくのが消防局の仕事ですよ。医療機関の種類をきちっと地元の消防局が把握するような分類の仕方ができないかと思っています。例えば耳鼻科か何か、非常に難しいですが。

【〇〇委員】

〇〇先生が言っておられるのは、医療機関案内を、何市は今日は何整形外科、今日は何形成外科ですというようなのがわかるシステムを作れば。

【〇〇座長】

これはこの部品をもって皆さんにお配りして、その地域でそこに合致するような情報をはめ込んでいくということになるので、そうですね。

【〇〇委員】

医療機関案内にアクセスでもいいんじゃないですかね。切り傷、例えば裂傷で整形外

科と言われても、今この時点で、夜の 10 時に外科、どこに行けばいいんでしょうかと、多分みんなそうなるので、その医療機関案内で外科と出たんだけど、どこへ行けばいいでしょうという情報を提供して、それは北海道でも九州でも行けるのではないですか。

【〇〇座長】

ここには医療機関案内にアクセスと書いて、実際に例えば東京都はひまわりにアクセスしますし、ウェブ上でアクセスできる場所もあるでしょうし、そうでない場合は電話番号がアクセス先の変わりになるとか、そういったイメージでしょうか。それであまり診療科は書かないで、書かないけれども、結局医療機関で電話を受けた人は、「どうしたんですか。何科にされますか」と必ず聞きますので、簡単な場合は、「それでは外科で」というようなことを言われる場合もあるでしょう。どうですかね。僕は簡単な診療科は書いておいて、それで and 医療機関案内とか、何かそういう形のほうがいいのかなと。どうぞ。

【〇〇委員】

例えば外科、整形に行くのであれば外科系、また小児科系とか内科系とかというような言葉で書くのもいいかもしれません。あくまで行く病院や診療所がその地域でそれぞれ違うというのであれば、その地域が持っている相談窓口にもう一度かけるしかないかもしれません。テレホンセンターから当番病院を案内する際に、外科、内科それぞれ病院が 1 つしかないなら、職員が外科か内科を選択して伝えるしかありません。赤は救急車搬送なので問題ありませんが、黄色以下の緊急度では相談すべき医療機関の連絡先までは記載する必要がある気がします。電話で連絡がとれるかかりつけの先生が頭に浮かんだとき、外科系に行ったらいいのか、内科系に行ったらいいのかくらいがわかると、かかりつけ医に電話しやすいと思います。外科系、内科系、小児科系などと大ざっぱに連絡先医療機関を書くか、目安となる診療科を幾つか連記するかですよね。1 つの診療科を指定することは無理だと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今の外科系とか内科系というのは、一ついいアイデアかなとは思っています。いずれにしろ何か、何とか系でもいいから書いてあげないと、電話をかけた方はその後、必ず何科とか、恐らく聞かれる。地域に救急しかないのだったらそれで構わないと思いますが。そうすると、やはり書いておくところは、外科系で、例えばわからなければ地域の医療機関案内へとか、内科系とか、そんなようなざっくりしたので

もあったほうが少し優しいかなと思いますが、〇〇先生、いかがですか。作業としては、これは今までのものにそのまま落とし込むだけだから。

【〇〇委員】

そうですね。例えばそれがアッペみたいなものだと、なかなか表現しにくいんですよ。院内でも揉めているところが多いぐらいではないでしょうか。例えば、手術適応か外科が決めてからでないで内科は診られないとか言っているぐらいですので、これはやはり外科系、内科系を分けるのも難しいかと思います。

【〇〇座長】

いや、でもアッペは自分ではわからないですよ。お腹が痛いという話になるので、そうすると多分大抵の場合は内科系という話になるのではないかなと。内科系か小児科系という感じで、最終診断がどうしても頭の中に入ってしまうとそういう話になってしまいますが、初期の診断ではそういうのがいいのではないかと思いますが。

【〇〇委員】

そうすると、外科系というのは本当に傷とか骨とか、そういうところが外科。残りはほぼ内科系に先にといい、そういう感覚になりますよね。

【〇〇座長】

それでいいと思いますが、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

病院に来て病院側が診療科を決めればいいので、患者さんはとりあえずどこかある科のところに行けばいいと思います。

【〇〇座長】

また事務局も大変お手数かもしれませんが、これはある一定のルールで内科、外科に分類とできると思いますので。あと小児科ですよ。

【〇〇委員】

赤でなくて黄色、緑ということになったときに、突き放すのではなくて、黄色、緑の人も何とかアクセスできるようなことを教えてあげなければいけないわけです。それを何とか中に入れてくださいという話です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。これは電話相談プロトコルではもう基本ですよ。最終的に終わった後、あなたは最終目的として何をするのかというのを明示せよということで、

一つは何科で、一つはわからないときも含めて医療機関案内に、最終的なセーフティネットにたどり着くように指示するというので、大変お手数ではございますが、よろしくをお願いいたします。座長も最大限、〇〇、〇、以下の委員の方々のサポートをさせていただきますので。〇〇先生、またよろしくをお願いいたします。

**【〇〇委員】**

もちろん電話相談プロトコルには診療科を記載しておりますので、家庭自己判断プロトコルのほうをもうちょっとサポートしてあげる形にしたいと思います。

**【〇〇座長】**

お願いします。電話相談プロトコルのほうは非常によくできているのではないかと思いますし、折に触れて、これはオーバーじゃないか、これはアンダーじゃないかというような、変えたものに関しては、またいろいろな人の目を通しながら、これからじっくりやっていかなければいけない部分もあろうかと思います。私もザーッと見させていたところでは、スタート時点はかなり過小評価で走っておられましたが、途中からまた元に戻られて、最後はニュートラルになったのではないかと思います。よろしいでしょうか。電話相談プロトコル作成班に関わることで他に。どうぞ、〇〇先生。

**【〇〇委員】**

この「救急受診ガイド」は非常に簡単に落とし込まれて、すばらしいものだと思いますが、例えば怪我なんかは、「手足・顔面のけが」とか「やけど」とか、簡単に一般の人でも使いやすいようにまとめてありますよね。一方、例えば呼吸のところなんかは、「呼吸が苦しい」「呼吸がゼーゼーする」「ぜんそく発作」と、似たような症候が結構並列にありますよね。これは将来的に、多分一般の人がどういうふうにするかというところでまとめたりというところを見据えているのでしょうか。

**【〇〇委員】**

私はもうまとめる気満々ですが、班で話し合っておりますと、これは#7119 を作り上げられた先生方のこだわりがちょっとあるみたいで、なかなか一つにしていけないところもあり難しい。私はまとめる気は満々ですが。

**【〇〇委員】**

#7119 のほうは医療従事者が受けるわけですね。

**【〇〇委員】**

主訴でやはりこういうふうに来てきて、入り口が幾つかあるんだということと、入

り口が同じでも緊急度は出口として一緒にすれば、少し入り口が多いほうが安全ではないかという議論から、呼吸に関しては3つに分かれたというふうに記憶しております。

【〇〇委員】

わかりました。ありがとうございます。

【〇〇座長】

ただ、今のは両方とも成り立つお話だと思うので、電話相談プロトコルの、すなわち医療従事者が関与する電話相談プロトコルの段階では、〇〇先生のロジックでいいのかなと思いますが、片や全くそういった知識に乏しい方が、たくさんの窓口を逆に持ったほうがいいのか、少しまとめたほうがいいのかは、少し議論したほうがいいかもしれないですね。ありがとうございます。その他よろしいでしょうか。それでは、またお気づきの点がありましたら、後ほどお伺いしたいと思います。それでは次は119番通報プロトコル作成班、〇〇先生、〇〇先生以下、皆さんでご検討いただきましたが、〇〇先生の代わりに私のほうからお話をさせていただきたいと思います。資料1-4を片手にしながら、資料1の13ページです。119番通報プロトコルは、まずどういったところから議論を始めていったかということ、先ほど冒頭にお話ししましたように、この緊急度評価を測った後のアウトプットをどういうふうに何を差別化するのかということ、それにかなり議論を費やしています。結果として、アメリカのEMDプロトコルのABCDEΩという、全部で6個のカテゴリ分類を、緊急度と重症度の2×2表を使って、それらを表現するいわゆる類型化があったわけですが、それを一つ導入してやっ払いこうということが昨週決まって、それに基づいて何回か改訂されて、実際にはその4つの、あるいは全部で6つになりますが、6つのカテゴリの中をどういったアウトプットの差を作るのかという議論にかなり終始しています。それと並行して、電話相談プロトコル作成班と違って、ここの班は実は1から作り上げなければいけない。他班と比べて作業量が非常に多くて、かなり苦心されながらやっておられましたが、その関係でたくさんのプロトコルの増加が望めませんでしたので、まずは外傷のプロトコルだけでも増やそうということで、外傷のプロトコルを増設しています。その他は、アルゴリズムの改正や、後半は119番通報受信の時点で少なくとも赤ではないとわかったケースに関して、#7119に戻すという、そういうアルゴリズムの追加をしています。次のページをおめくりください。14ページ、これは改訂F基準によって、119番通報プロトコルのアルゴリズムを用いた場合に、どれぐらいの感度と陽性的中率があるのかというのをデータで出してもらって、

感度は99.5%とほとんど赤ですが、陽性的中率が非常に低くて7.7%であるという数字が出ました。この改訂F基準が、先ほどの救命救急センターの医師たちの検討結果でもわかりますように、比較的精度が高いともし考えるならば、この119番通報プロトコルはプロトコルの精度としてはあまりよくないではないかと。100台送って7台しか本物の赤はいないのではないかと議論になったのですが。実はもともとのデータシートを、青木先生、〇〇先生に苦心されながらいろいろやっていただいたのですが、途中からそもそもという話が出て、例えばバイタルサインだけで#7119の場合は30%近くが緊急入院されていることがわかっているのに、同じバイタルサインで本当にこれは該当しているはずなのに、例えばすごく的中率が低いとか、どの項目をとっても矛盾して来たり、ここにも書かれているとおりですが、統計のセット、データセットそのものの信頼性が高くないのではないかとということがだんだんわかってきた。一つには、昨年度の実証検証事業において、実証検証地域の消防機関に〇〇先生や〇〇先生が行かれて、現場の指令課の方にもプロトコルのご説明をたくさんされていますが、非常に短期間であったということで、これは使いこなせているとは到底言えないだろうというような、消防側の方々のご意見も多々ありましたので、この数字を鵜呑みにすることはなかなか難しい。全く1から作ったものではなくて、最も世界で汎用しているEMDプロトコルをベースに作っていますので、そのEMDプロトコルですら何十時間、何日、あるいは週の単位で訓練をしなければいけない、そういったものですから、今回は的中率に関しては少し度外視しようという形で途中から進められた経緯がございます。プロトコル班は15ページ、これは最終的にこうあったほうがいいたろうと思われる標準的かつ理想的な運用を提示していこうと。現在うちにはドクターカーはないよとか、うちにはドクターヘリはないよと言われても、もしあるのならばこのほうがいいのではないですかという、そういったカテゴリの提示をしていきたいと思います。それでは、カテゴリを図で可視化したほうがわかりやすいので、資料1-4「119番通報プロトコルVer.1」の補足資料⑤に従ってお話したいと思います。これは基本形というのがR2です。これは実はちょっとわかりにくいですが、縦軸がレスポンスタイムとマンパワーを示すものです。下に行くほどレスポンスタイムを短くする、あるいはたくさんの人を現場に投入する必要がある軸が縦軸です。横軸が右に行けば行くほど高度な医療が必要となる。大もとで言うとALS隊が右側で、左のほうに行けば行くほどベーシックライフサポートで十分であろうという、そういうこの2つの時間軸です。それで、Aと書い

であるのが全部アンビュランスのAです。A<sup>-</sup>と書かれているのがありますが、これは人数を減らしてもいい、救急隊から減っているもの。Pはちょっとわかりにくいですが、これはポンプ隊のことです。消防隊のことです。Pに+と書かれているのは何かというと、これは救命士さんがポンプ隊に乗っているという意味で、Dr はドクターカー、あるいはドクターカーの医師派遣で、FRはファーストレスポンス、BLSを提供できる特定の集団ということで、こんなのを全部持っているところはなかなかないですが、こういうのがあるのならばこういうほうがいいのではないですかという形で書かれています。コンセプトはそんなに難しくなくて、R2が基本形で、病態に応じてドクターカーの適用の場合はA+Dr で、そうでない場合は救急車Aである。ただこのAというのは、いわゆる直近で急げ急げのAであるというのがこのR2です。ではY1のAというのは何かというと、これも普通のA隊ですが、いろいろなところに近くのところが出張っていた場合は、少し遠くから行く救急車でもいいですよということで、これがY1になっています。これが冒頭、〇〇委員からの質問の答えになります。それで、R1というのがあります。これはとてもとても急ぐということで、想定しているのは実は目撃がある心原性VFを考えております。地域によってはこれはドクターカーを出すんだという、そういう考え方があるでしょうけれども、それはメディカルコントロールのところで議論していただければいいのではないかという話でした。R1に関しては、救急隊にプラスして、何らかのその地域で一番初めに早く着けるようなものと組み合わせようと。PA連携に近い物の考え方がR1です。R3というのは、これはほとんどの項目で本来重要な呼吸、循環、意識の項目が聞き取れないけれども、危険な主訴を言っているケース。つまり不明なことが多いので、とりあえず早く行かなければいけないのではないかと。でも、その先はちょっとよくわからないのでということで、パラメディックは必ず行かせましょう。P and A<sup>-</sup>またはP<sup>+</sup>になっていますので、ポンプ車にパラメディックの方が乗るか、あるいは少ない救急隊でいいのではないのでしょうかというようにお話です。Y2というのは、基本的には民間救急か、少なくともパラメディック（救急救命士）の方がとりあえず現場にそれほど時間を急いで行かなくてもいいようなケース。時間を急ぐ急がないは、日本の場合は基本的にはみんな急ぐのですが、指令課の立場からいうと、出払っているので遠くから指令することになるであろうケースです。グリーンは電話相談に戻す、電話相談プロトコルに戻すという、そういうことです。しかし、これは理想形を話ただけですので、現行としてはまずはどうなるだろうかと書いてあるのが、下の

部隊運用（例）であります。恐らくは一番多くの選択肢を持ち得る可能性があるのは、ドクターカーとアンビュランスの組み合わせか、P A連携か、アンビュランスの単体か、この3つしかないであろうと思われるので、R 1に関してはP + A、ウィズ or ウィズアウトドクターで、R 2はAウィズドクター、あるいはウィズアウトドクター、Y 1は先ほど言ったような少し時間的な差別化があるかもしれませんがアンビュランスで、Y 2ももちろんアンビュランス。R 3に関しては、場合によってはこれはポンプ隊を少し早目に行かせるというような運用もあるのではないかという、このような形であります。部隊運用はこのようなところですが、実際のプロトコルに関しては、EMDプロトコルと、それから電話相談プロトコルと少し整合性を持たせていますが、呼吸、循環、意識を先に聞いて、何らかの問題があった場合にはその緊急度を先に判断して、その後個別質問をする。これは救急現場プロトコル作成班のモディファイアとの関係とも少しアルゴリズムを似させるような形にしています。それから、外傷のプロトコルは今まで全く別だったのですが、同じようなエンジンにしようということで、アルゴリズムを同じような形にしたということになります。細かな運用体制がいろいろ書いてありますが、今日全部説明することは難しいので、例として補足資料⑥を見ていただけますでしょうか。これはいわゆる通報内容から、意識障害／失神のプロトコルに入るようなケースが入った場合には、バイタルサインのインタビューを行って、循環の確認はもともと冷や汗と顔色が悪いを独立して分けていたのですが、これは2つのどちらかということで1つのカテゴリに入れてあります。これらの中で特に「呼吸がない」「死戦期呼吸」「窒息」といったC P Aを思わせるようなケースがキーワードとして挙げた場合にはR 1という形。その後、このバイタルサインのインタビューをして、呼吸、循環、意識の確認で、それでR 1ですね。それで概ねこれらが1項目以上該当するものが基本的なR 2。全て不明、あるいは異常がない以外のものである場合は、原因がちょっとよくわからないけれども、少なくとも意識障害、意識がないようだと言っているので、急いで行かせるということでR 3。全て問題がない場合は、裏のページを見ていただきますと、これは意識障害に特化したプロトコルですが、10秒ルールというのがあって、死戦期呼吸を見落とさないかということで、もう一回だけチェックする。これはセーフティネットを作っているのですが、これでR 1を否定されれば、どこかが該当すれば通常の救急対応ですが、そうでない全てに該当しない場合は、理想形というならば人数を減らした救急車か、民間救急であるとか、2時間以内ぐらいに行ってもいいですよという病態であろうという

ことになります。それでもうお気づきだと思いますが、Y1がありません。つまりこの意識障害といったAカテゴリのようなものは、オール・オア・ナッシングに近くて、危ないものはもう全部Rの上のほうで、残りはY2、そんなような作りになっています。雑駁ですが、119番通報プロトコル作成班の概略は以上です。ご質問、ご意見はございますでしょうか。

#### 【〇委員】

全然外れてしまうのですが、R1のところのFRという表現がありますよね。ちょっと表現を変えたほうがいいのではないかと思います。「BLSを提供できる特定の集団」とありますが、この辺のほかの職種もBLSを提供できる人が多分大多数だと思うし、少なくとも救命士はみんなできるんですよね。何となく意味合いはわかるのですが、この表現は何らか変えたほうがいいのではないかと。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。別にそういうせいにするわけではないけれども、〇〇先生はこのFRという表現が大好きなんですよ。そういう議論があったようですが、これはポンプ車でもいいんですよ。でも、これはファーストレスポンスカーみたいなものを持っている、横浜市は確かに持っていますね。別途ファーストレスポンス用の車がありますが、ほかの自治体でもあるところはあるかもしれません。これは別にここに書いていないからといってやってはいけないというわけではないので、むしろFRというのは外していったほうがいいのかもしいかなというご意見だと思いますが、いかがでしょうか。

#### 【〇〇委員】

ポンプ車なのかドクターカーなのか救急車なのかという出動する車両の種類についての考え方なので、なぜここで、乗務する人の種類、資格の問題が出てくるのでしょうか。またこういう名前のついた車両は、全国ほとんどないと思うし、普通はPA連携、AA連携しかほとんどやっていないと思います。特殊な事例は外しておいてもいいと思います。

#### 【〇〇委員】

今、鈴川先生などが研究的に始めている、常備の消防でない方に対して一定のCPR教育をして、特にCPRの救急隊のアクセスの悪いところに、ファーストレスポンスという役割を与えて行ってもらおうということなので、恐らくこれは標準的なものという

よりは、ポンプ車さえすぐにアクセスできないようなところに対して、さらにその地域の中で通常の消防団なり何なりのところで、ポンプ車より先に地域の中で駆けつけてもらうような仕組みをつくっているところが、このFRを持っているということだけでも、日本中それが幾つあるかという、まだほとんどない。ただ、恐らくこれはあるべき姿を書いているので、今後ということに関していえば、無限にポンプ車や救急車を増やしていくことはできない中で、僻地の問題などを解決するには、あるべきものとしてこういうふうにFRと書いてあって、部隊運用のところには実際にはほとんど存在していないので書いていないというふうに、僕はこれを読んではいるのですが。

**【〇〇委員】**

そういう補足みたいな言葉を入れておいたほうがいいかもしれないですね。

**【〇〇座長】**

もう少し言葉の説明が要りますので、ここに1行だけボンと「BLSを提供できる特定の集団」と書かれると、上だってできるじゃないかという、そういう話なので、上の集団とは違うということの定義付けを書く。私もそれがいいかと思います。ありがとうございます。その他ございますでしょうか。はい、どうぞ。

**【〇〇委員】**

ちょっと違う質問ですがよろしいですか。これの作業を進められるときに、これは構造を見ていますと、各主訴といいますか訴えのところは、電話相談プロトコルと基本的には共通にしておられて、症候の個別の質問のところはこの電話相談プロトコルのほうの項目があって、その上にバイタル、今で言いますと「呼吸は楽にしていますか」「冷や汗をかいていますか」「普通に話ができますか」を載せるという構造にしてあるわけですか。

**【〇〇座長】**

基本的な聞き方は#7119と一緒に、聞く数が極めて少ないと考えていただくほうがいいかと思います。主訴が決まりますよね。主訴から入るんだけど、どの主訴に入ってもいわゆるバイタルは聞いている。その後、モディファイアじゃないですけども、個別質問に入る。そういう構造だと思います。

**【〇〇委員】**

そうですね。ですので、まず緊急を要する質問があって、その下は電話相談プロトコルのほうと共通した形になりますよね。そうすると、症候はこのパターンでどんどん増

やしていける見込みになるのですか。

【〇〇座長】

ここから先は十分議論しなければいけないですが、いけると思います。いけると思うのですが。

【〇〇委員】

この下をRにする、Yにする、Gにするというのを全部1から考えないといけないので、ものすごく難しいのは難しいですね。

【〇〇座長】

この間ちょっとアイデアを出して、こうしようといって、その一部が出ていますが、発熱じゃなくてスペシフィックなもの、シックネスはどれでしたっけ。

【〇〇〇専門官】

発熱、めまい、19 ページ、18 ページ、嘔気・嘔吐。

【〇〇座長】

では、14 ページを見てください。例えば成人の発熱（16 歳以上）で、上のほうはほとんど全く同じで、下に個別質問がありますが、もともとのベースにしたEMDプロトコルに、これが極端に少ない項目と比較的多い項目とがもちろんあるんですね。それで、この発熱というのは、もともと発熱として独立したプロトコルではなくて、シックネスというプロトコルの中の一部を少しモディファイしながら作っていったという経緯があります。それで、以下ですが、この個別質問の中に、赤が含まれている、もう一回赤になるようなものを聞くプロトコルがあります。そういったもので、かつ質問項目が少ないものは、EMDプロトコルをそのまま使ったのですが、ここから先、黄色と緑、要するにそこから先は全てが選択肢として赤ではないと決まった後、では全て黄色でいいのかという、そういう話になりますよね。そこから先をもしチェックするには、数多くの質問をしなければいけない。これはどうすればいいだろうかということで、アイデアは、実はここに#7119 の電話相談プロトコルを入れたのです。Y 1 と書かれている1～4 番までは、これは電話相談プロトコルの同じ主訴のプロトコルの赤の部分です。ここでまず赤というのは、電話相談プロトコルにおいてはどっちにしろ119 に転送されるものなので、転送されても同じことを聞くわけですから、ここで一応先に#7119 の仕事を少し助けるじゃないですけども、赤だけとりあえず否定しよう。これらが否定できていけば、もう黄色以降しかないわけですから、そうするとゆっくり聞いてくださいとい

うことで、グリーンになっているわけです。それでこのグリーンが#7119に回る。そういう構造になっています。ですから、同じような主訴群は全部同じような形で投げればいいだろう。もう一つ議論になったのは、#7119に今119番から転送をかけたのですが、こう言われたといってもう一回入りますよね。これは単なる冗談でしたけれども、ずっとぐるぐる回っているんじゃないかという話をしていたのですが、2回目に119になった場合は、何も聞かないでY1に決定しましょうというようなローカルルールを作らないと、いつまでもぐるぐる回ってしまうことになりますので、そういった構造でよろしいかということになります。はい、どうぞ。

**【〇〇委員】**

1つ確認でよろしいでしょうか。基本アルゴリズムを見ていると、今のお話ですが、バイタルサイン、生理学的兆候の確認をした状況で異常があったらもうR2になりますよね。不明な項目があってもR3で、赤なんですけれども、この時点でディスパッチはもう始めているわけですよね。どうなのでしょう。この症候別インタビューが終わってからディスパッチになるのですか。そうでないですよね。もう救急車は動き始めて、その上でインタビューが続くという想像でよろしいでしょうか。

**【〇〇座長】**

そうなるグリーンがなかなか難しいのではないかと、そういうお話ですね。それはおっしゃるとおりですね。そこは議論していません。

**【〇〇委員】**

となると、症候別インタビューが細くなればなるほど、動き出すのが遅くなるという、非常にジレンマが出てくるのではないかと思います。

**【〇〇座長】**

おっしゃるとおりだと思います。そうなる、これは後でお話ししようと思ったのですが、各班の課題の一つで、119番通報プロトコル作成班の課題というのは、一番の問題はプロトコルの数を増やすとともに、教育をしなければいけない、一番研修をする時間数を要するのではないかということで、例えばここにグリーンをたくさん持っているプロトコルの場合は、すぐには出さないでくれというような形にせざるを得ないですよね。そのプロトコルを生かすならば。ただ、一律プロトコルが同じ対応にならなくなってしまいますから、そうなる使い手にとっては研修をしないと厳しいですよという話にはなります。グリーンを諦めるという手もあったのですが、119番通報プロトコル

作成班は直々に親会の会長も来られましたし、セーフティネットを作りつつ、119 で必ずしも出さないという選択肢も考えるべきである、というような議論をずっとしていたところですので、運用はちょっと考えないといけないですね。いかがでしょうか。はい、お願いします。

#### 【〇〇委員】

これは消防の方に聞くのがいいのか。一つは例えばまず 14 ページ、今成人の発熱の場合、このプロトコルをこの書き方で見ると、なかなかわかりにくいけれども、画面タッチしながらイエス、ノーでパッパッと入れていくと表示されるので、はるかにわかりやすい。これを見ると常に全体をオーバービューせざるを得ないので、すごくわかりにくいけれども、なし、あり、なし、ありとか、R 2 とか R 3 とか出るからもっとわかりやすいと思います。部隊運用で R 2、R 3 になったときに、その時間帯でどうするかの本場のディスパッチャーの教育というか、電話に出ている人はかなり大変な目に遭うのではないかなど。慣れればパッパッとできるのかな。R 2 といえば、今のこの時間帯でこのあたりだったらこことこことここというのを、コンピューターでしてくれるようになるんですかね。今だったら利用可能な消防やポンプ隊が出ますよね。それが自動的にパッと検索できないと。

#### 【〇〇座長】

多分 R 2 と 3 はスピードは一緒なので、出し手を変えるだけですから、R のときは直近を出すのがベースになるので、どちらも問題ないのではないのでしょうか。多分 Y になったときに初めて、ちょっと遠目でもいいやというふうになるだけだと思うので、Y を選択するには大分質問してからでないとならないと思うのですが。上のほうでは、〇〇先生がおっしゃるようなことは、あまり問題にならないかもしれないです。

#### 【〇〇委員】

いや、多分実際にやっているところを、画面を見ながら、はい、いいえをタッタッタッとして入れていって、はい、何、というのは、例えば 14 ページの全体図を見るよりはるかにやりやすいというのは理解できますが、これは全国幾つあるのか、消防本部、受けるところの人たちに、例えば東京消防庁なんていったら、もう常にそこにいる人だけでも、順番にいろいろなところをやらなければいけない人たちが、パッパッと処理というか対応できるような訓練は、相当頭の中をもう一回組みかえないといけないのではないかな。その教育はかなり大変そうなイメージがしたのですが。これはもう消防の人のほう

が僕たちよりわかるかなと思いますが、どうですか。

【〇〇〇専門官】

ちょっと1点補足をよろしいでしょうか。先生の疑問に対する一部のお答えにしかなくていないかもしれないですが、この見た目というのが非常にわかりづらい、使いづらそうだということは119番通報プロトコル作成班でも議論されていて、ですので視認性のよさというのを追求する上で、後ろの補足資料⑥と⑦があります。こういう2パターンを、今ちょっとデザイン的に考えて、パッと見で大体区分できるような形に何とか持っていけないか。今のところこの補足資料⑥と⑦の2パターンをつかって、消防本部の実際の方々、どっちが見やすいかを聞けばいいのかなという話をしていたところでした。実際この意識障害／失神というのは、本文のプロトコルでは7ページのものをこの形に変えたものになります。

【〇〇委員】

今後のこともあるのでお聞きします。症候はどんどん増やしていかなければいけないというお話がありましたが、後に行くほど傷病者の情報は増えていくので似た症候は集約されていくのではないのでしょうか。先ほども電話相談時点で3つぐらいの症候をまとめたといyご意見がでました。実は119番通報時点では1つにしまえばいいという。だからどこかクリックしたら、次の119番というときには、この辺のあたりのところになりますよという症候に何かアクセスして、その窓口からしか行かないようにしておかないと、ずっと同じことの窓口から入って、職種が変わるだけであれば、実は最後の人をすごく教育してしまえば、もう最初で全部結論を出せばいいという話になるので。だから少しずつ症候がまとまっていきなり、窓口が狭まって行って、だから数は増やすんだけど、前ほど数が、同じ数ができていくのであれば、何かどうなのかなと。症候としてですね。症候のグループが赤とか黄色とか、より早くアンダーになってはいけない部分を、どんどん早く出そうと思えば思うほど、より少しグループを包括していつでも、こういうグループはもう出しましょうというやり方にしていかないと、多分10が最初のスタートで、次も10で、次も10といたら、同じ時間がかかって、同じ情報を得てということになってしまいそうなので、結局流れが続いている割には情報というのがリンクしてっていないような気がします。その都度ゼロからスタートで、中身のちょっと違う質問が、聞く人はよりわかっている人だから、聞き方は違うけれども、でも実は同じ項目の数だけは結果的に聞かなければいけないとなるので、前半の1から5ぐ

らいまでのことを聞いて、これだったらこのグループのところから質問みたいな、先の話ですが、そういうまとめ方にしていかないと。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。ただ、それはなり得る項目とそうでない項目、例えば「ハアハアしていますか」とか「顔色が悪いですか」というのは電話でも聞きますが、それは見てみないとわからないし、見てもやはり呼吸数をチェックしますよね。そこは前やったからもういいじゃないかというわけにはいかないところと、あと先生がおっしゃるように、もう1回は聞いたならいいんじゃないかというような、例えば妊娠歴はあるんだとか、高血圧があるんだとか、そういう歴を聞いているのだったら、そういうのは共用するとか。

**【〇〇委員】**

だから極端に言えば、電話相談の段階でハアハアという症候は、119番段階では同じハアハアという項目で見るとはではなく、いくつかの症候が入っている呼吸障害という項目を見るということです。当たり外れがあるかもしれないけれども、いまでもすでに限りのあるいくつかの症候のなかで緊急度を見えています。いまの数の症候だけで足りるかどうかわかりませんが、すでにいくつかの細かな症候を包括した症候を代表として使っています。だからステージが進むにつれ、症候は整理されていくべきだと思います。そうしないと症候は増える一方だと思います。それとも直接観察する現場までは、電話相談も119番通報も症候の数はずっと一緒なのでしょうか。

**【〇〇座長】**

わかりません。いかがでしょうか。私はそういうふうにあまり考えたことはなかったですね。どうしても電話は視覚情報を失っているのもうそこで遮断されているので、電話以前と電話以降はまずは同じプロトコルが必要なのかなと、漠然とは思っていました。

**【〇〇委員】**

119番のところまではやはり同じ数でいかないといけないという議論でいいんですかね。

**【〇〇座長】**

そうかなとは思っていました。ただ、今のご議論では、救急隊のプロトコルとJTAS、つまりCTASとCPASの関係というところではあってもいいのかなという気は

しましたが。

【〇〇委員】

これは今日の議論でなく、今後の議論でもいいのですが、病院前の症候の数を病院側の症候の数に合わせていくということであれば、整合性が成り立ちますよね。

【〇〇座長】

わかりました。継続的にまた考えていきたいと思います。〇〇委員のほうからの話の中では、これはいわゆる車の中のエンジンを、ボンネットをあけるとこんなようになっているというのをお見せしていて、これは検証用のためのものだとご理解されたほうがいいと思います。

【〇〇委員】

去年、実証検証地域の〇〇市を見させてもらったときに、みんなパッパッと押して、はい、これ、という対応をされていたので、それでできるのかなと思いますが。これはまず入るときに、R1、R2、R3、Y1、Y2の部隊運用上の対応をうまく連絡してあげないと、補足資料の⑤を見たら、僕なんか、これを全部判断するのはむちゃくちゃ大変じゃないかなとついつい思ってしまうので。それと、運用し始めたら、コンピューターでタッチパネルでパッパッといくのを想定しているのでしょうか。このレベルでは。

【〇〇〇専門官】

ただやはりすぐにはそういうシステムを改変するのは難しいので、システムを変えなくてもできるような形をある程度作って、まずは考え方もご提示できる。両方ですね。

【〇〇委員】

一ついいですか。救急現場プロトコル作成班でも同じような議論があって、赤1、赤2というのがあって、その赤1、赤2を作るので、現行では両方赤なんだけれども、これを将来どういう物差しで考えればいいのかということ、これを発表するときに加えたほうがいいのではないかという議論がありました。その中でやはり都市部と地方とではそのシステムが違う場合があるから、それをそのシステムに落とし込んで、どう活用するかという、利用するある程度のガイドラインを示してあげた上で、例えばそれも多分この119番通報プロトコル作成班のところも同じだと思うんですけども、R1、R2、R3というのが、それぞれの地域のシステムでどう当たるかということ、運用の中で決めて、そこをR1ではなくて、そのときにはどうどうという表示されるようなシ

システムを自治体でつくるというイメージがいいのかなと。今、〇〇先生のご指摘があったように、119番通報プロトコル作成班にもやはりそういうある程度のこういうふうに使  
うんだよという物差しを提示してあげたほうが、易しいのではないかと感じます。

**【〇〇委員】**

119番通報を受ける職員数は、全国的に、通常2人という考え方でいいのでしょうか。  
1人でやってもいいかもしれませんが、2人だったらもっといい、人数が多いにこした  
ことはない気がします。緊急度を判定しながら救急要請者と会話を続け、さらにPA連  
携するのかAA連携するのか考える、これを1人で全部するのはなかなか難しいのでは  
と思います。基本的に全国の消防署の指令センターは大体2人ですか、1人のところが  
多いのですか。

**【〇〇室長】**

基本は1人です。

**【〇〇委員】**

ではこの緊急度ができ上がっても、基本1人でこれを全部やってくださいよという形  
になるわけですね。1人だからなかなか大変でしょうね。

**【〇〇委員】**

確におっしゃるように、この赤いのはエンジンの中を見ているので、非常に複雑に  
見えると思うので、タッチパネルでバーッとやればかなり簡単にいけると思いますが。  
出てきたアウトプットが、今度3つとか4つのカテゴリになったときに、指令員が、じ  
ゃ、どの部隊をどういうふうに運用しようかと、もう一回頭の中で一ひねりしないと、  
これは現場の指令員の素質と教育がかなり大変なのではないかという気がします。

**【〇〇委員】**

先日、北九州で口頭指導技術発表会を行いました。一方では電話をずっと繋いで通報  
者と喋っていて、途中で切りかえては救急隊と喋っているわけですね。これを交代交  
代して行っていました。これは1人ではなかなか大変ですねというのが見学していた  
た検証医師の結論でした。

**【〇〇〇専門官】**

これは口頭指導をされる場合ではなくてですか。

**【〇〇委員】**

そう、119番を受けて口頭指導しながら、出動するヒトを手配し、要請者にはああしな

さい、こうしなさいと指導しながら、出動隊へ住所を教えていく上に、緊急度と出動車の種類を考えるには、相当熟練した隊員でないとだめだなとちょっと思いました。

#### 【〇〇委員】

先生がおっしゃるとおりで、これは実は別のほうの通信指令の教育というところにも関わってくるのですが、やはり政令指定都市等ではディスパッチの係とゆっくり話を聞く係は分けるべきだと思います。さっき〇〇先生からもありましたが、3ページの全体表を見ると、出動指示というふうにみんななっていますので、基本的にはこの赤が決まったところで、特に最初の5、6、7ぐらいまでで赤が決まったら、そこで何しろディスパッチのほうに専念をまず一旦して、車を向けた上で、今度より詳しい話を聞く、あるいは口頭指導するのが大原則です。もちろんそこで複数の人がいればディスパッチを任せたとか、あるいはコンピューターでディスパッチができれば、その後連続的にゆっくり話ができるんだということになると思います。それからあと、〇〇先生のR1やR2というのは、恐らく符牒みたいなものなので、これだけではわかりにくいだろうということで、これは先ほどの現在の部隊運用に実際合わせてみればということで、例えばですがドクターカーを運用している地域であれば、R1だったらこれはドクターカー適用、R2だったら蘇生出場、R3だったら優先出場とか何とかというような形で、わかりやすい日本語に落とし込んでいく。ただ、そのリソースがドクターカー運用地域か、ドクターヘリ運用地域か、全くそういうのがないのかで、その該当するR1に対応するものが何なのかというのが変わってくるというような認識で議論されていたと思います。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。皆さん、これはこのまま出すとこういう話になりますので、どうやって利用するかという解説が非常に大事だということをご指摘されているのだと思いますので、事務局のほうでまたよろしくお願いします。とともに1点だけ、補足資料⑤の部隊運用（例）というところで書いていただきましたが、R3はA（+P）かどうかというところを1分ほどご議論いただきたいのですが、これは要するにある日あるときPA連携だという話にこれもなってしまうのですが、私はここにポンプ隊を本当に出すかなというのが、ちょっと意味合いが違うんですね。このPというのは。わからないのでとりあえず早い人を出したほうがいいんじゃないかという、そういうPなんですけれども。

【〇〇委員】

並列ではないですよ。

【〇〇座長】

これは並列ではないですね。だからアンビュランスが1人で行くか、Pに先に行ってもらって、その後ちょっとゆっくり目にAが行くという——ゆっくり目でもないですが——そういうニュアンスだと思うのです。

【〇〇委員】

そうすると、R2は逆に言うと、もしもR3が(+P)であれば、A(+Dr or P)と、多分そこも書かないといけなくなってしまうですね。誤解されてしまうので、違うのであれば削除がいいのではないのでしょうか。

【〇〇座長】

というふうに僕も思うので、これをもし運用例として出すなら、日本の今一番多い運用例を出したほうがいいので、ここのA(+P)はAだけでいいのではないか。入れないほうがわかりやすいと思います。ありがとうございます。そこだけちょっと。あと1点だけ、〇〇先生の班が、ここで1つ確認をしておきたいと言っていたのがあったでしょう。〇〇さん、覚えていませんか。この作業部会全体に一応お聞きしておこうと言った、どういう話でしたっけ。

【〇〇〇専門官】

一つは、個別質問で全て該当しなければグリーンまたはY2にすると言っていたところを、Y2にしたほうがいいのか、グリーンにしたほうがいいのか、ちょっとそこは確認しようみたいな話が出ていたかと思います。

【〇〇座長】

現行の Protokol ではどっちになっているんですしたっけ。

【〇〇〇専門官】

現行の Protokol では……。

【〇〇座長】

ほとんどがグリーンにしているんですね。これはカテゴリAのものは、あまりグリーンにしていないところがあると思いますが。ではそこはよろしいですか。大丈夫ですか。

【〇〇〇専門官】

解決をみたようなので、もう一度整理しておきます。

【〇〇座長】

それでは、ちょっと押ししてしまいましたが、すみません。

【〇〇室長】

1点だけよろしいでしょうか。今の補足資料⑤の部隊運用のところ、先のご説明のときには、現実的には当面はこのページの下の子線で囲った、こんなところかなというご説明を頂戴したところでありまして、私もそうなのではないかと思っております。〇〇先生、〇〇先生にご心配いただきましたみたいに、本当に今現状として、出勤の要請があれば、ご本人からそれが撤回されない限りは、3人が乗った救急車が行くというのが、制度的には確立されている状況ですので、そこを人数を減らして行けるのかとか、あるいはポンプ隊だけとりあえず出して行けるのかというのは、将来にわたって慎重に検討していく必要があるのかと思っております。

【〇〇座長】

おっしゃるとおりですが、この検討はこっちを先にありきでやっつけようということなので、僕らはこれを明示することに意味がある。あくまでも今回の部隊運用は、こうならざるを得ないし、これしか選択肢がないということの合意だと私は理解していますので。僕らが示せと言われているのは、この上のほうで、親会からはずっとこれを言われているので、それは書きぶりは現行このぐらいになります、それでもしなっとならば、今までの議論は全てあまり意味がないということになりますので、同じことを僕は言っているのかもしれませんが、現行ではこのような形になるけれども、将来的にはこれを見据えるべきであると。だから、慎重な議論というのはもちろん必要でしょうけれども、議論した上でこれに近づけていくということがやはり、そうしないと恐らくはこの需要対応というのができないのではないかと思います。よろしいでしょうか。現行ではここのようなものだとすることを、こちらに付記する。それでAだということ。今の室長の言われたとおりだと思いますが。よろしいですか。それでは遅くなりました。救急現場プロトコル作成班、〇〇先生、お願いいたします。

【〇〇委員】

それでは救急現場プロトコル作成班の説明をさせていただきます。救急現場プロトコル作成班は初めて直接患者に接触する救急隊員が、重症度を判断するという部分であります。これは最初から指示されていますように、CPASを原型として、救急振興財団

がつくっている症状別重症度・緊急度判断基準のプロトコールのような形で、救急隊員にもわかりやすくやっていくという形で進めております。本質的にはC P A Sそのものを消防庁に形にさせていただいたものを、我々の班で基本的にはドクター中心に揉んで、これでいいかというような形で救急隊の委員の皆さんに示して、使いやすい、使いにくい、誤解がある、というような形で議論を進めております。その中で今年やったのは、資料1の16ページからになります。検討事項、会議は4回でして、基本的にはこの会議の中で200%パワーを入れて作ったというので、あとはメール上でほとんど消防庁の〇〇さんと北九州の〇〇先生が頑張っていたというのが現実です。検討項目、17ページですが、症候が少ないということで、外傷を足したこと、あと小児の呼吸困難、けいれん、頭痛、腹痛、下痢というのを足しております。この小児に関しては、横浜市消防のデータから、使用頻度の高い症候を追加しました。具体的に見ていただけるのは資料1-5になります。最初めくっていただいて1ページ、これがアルゴリズムです。内容そのものはC P A Sですが、それを救急振興財団の症状別重症度・緊急度判断基準のプロトコールの書き直して、現場に到着して、まず最初のこの重症感というところで該当すれば赤。これはもう救急隊そのものの経験が物を言うことになります。あとトントンと来て、バイタルサインでA、B、C、Dがあつて、次に補足因子、モディファイアの1と2が入ってきて、最終的に全てが決まる。先ほど〇〇委員のほうからも話がありましたが、赤1と赤2に分けておりますけれども、これは今後運用面で、先ほど言いましたように、場合によっては〇〇先生がおっしゃったようなP C Iができる施設とか、あるいは脳卒中でt-P Aが受けられる施設とか、脳外科的なクリッピングができる施設というところで分けていけることになる可能性もあります。そんな感じで始まっております。こういった中で、追加したので特に外傷ですが、外傷はC P A Sをこの形に持つてくるのは非常に難しかったのですが、外傷のプロトコールは成人が25ページ、小児が51ページになっています。これも先ほど1ページで示したようなプロトコールでずっと始まっていて、1次補足因子や2次補足因子も入れているのですが、特に疼痛に関してはそれぞれの1次補足因子に入れ込んでおります。1次補足因子をそれぞれの部位とかそういったものに入れ込むことで、見落としがないようにしております。その疼痛の強さとか、小児における特殊なバイタルサインということに関しても非常に難しいので、それに関しても改めて28、29ページに、小児のほうはこういった形で説明を入れていきます。新しく症候を増やしているのはこの外傷と、あと小児における5つのコメントとい

うこととなります。もう一つ検討したのは、資料1の17ページの下半分、改訂F基準による過小評価例の検討ということで、アンダートリアージに関して、なぜアンダートリアージになったかというのを検討しております。めくっていただいて、20ページ、現場赤、改訂F基準赤、175、これは問題ないですが、現場黄色、現場緑、現場白、この灰色の2、1、1、これが改訂F基準で赤になったのはなぜかというこの4例。検証1ですが、これはなれていないんですかね。救急隊が疼痛、急性の深在性で強いというところを、1次補足因子、これを見落とすことで、こういったことが起こっているということもわかってきています。検証2、検証3、検証4、これもそれぞれがアンダートリアージになった分ですが、これが起こった原因としてはやはり疼痛スケールをちゃんと読んでいないということと、嘔吐に関しては、嘔吐緑というのを「繰り返す嘔吐」ということで1つ上げたり、意識障害は「急に出現した意識異常」「慢性的な意識異常」を新たに付け加えて、緑、黄色をそれぞれ赤にしたということで、現場プロトコルで白のうち改訂F基準で黄色になった135例に関しては、「繰り返す嘔吐：緑」を追加したことで45例少なくすることができております。あと、疼痛スケールを強化すること。あと意識がないということに関しては、先ほど言いましたように、急に出たとか、あるいは慢性的な意識障害というのを緑とすることで減らすことが可能です。そんな形で、結局一部プロトコルを変更したことと、あとこれはもう慣れそのものですが、プロトコルをきっちり使いこなすことで、そういったアンダートリアージを減らすことができるだろうということになっております。現場ではそういう形になりますが、結果としてプロトコルを見ていただいてわかるように、〇〇先生が最初に指摘されたように、P C Iに行くような形、現場からP C Iまでの時間を短くするにはどうするかということに関しては、胸痛のところのプロトコルを見ていただきますか。12、13ページですが、結局バイタルサインではなくて2次補足因子、13ページの下、ここでどこまでそういった施設を選べるかということになります。「特異項目 赤2 胸痛（心原性）」と、この心原性の胸痛がわかれば全く問題ないですが、その辺を今後直接患者を見ている救急隊員にどこまで求めていくかによって、特異事項の心電図上S T - T変化というのものもあるんですけども、こういったのを結局きっちり読んでいかないことには、本当にそういった選択肢にはなっていないだろうということはちょっと考えています。これをちゃんとやれば、不搬送基準も結果として出てくる。来年以降、現実に動かしてみても、そういったものを見ていく形になるのではないかと考えております。C P A S と救急振興財団の症状別重症度・

緊急度判断基準のプロトコールは非常に役に立ちもし、かつちょっと亡霊のように我々を苦しめている部分でもあります。もしこれ以外で補足する部分があれば、〇〇先生、〇〇先生、ご発言ください。

**【〇〇委員】**

一つだけよろしいですか。現場で実際に運用したものを解析した上で一番問題となったのが、疼痛の傷病者の訴えに対する評価というものが、非常に難しいところになりました。これに関してはCPASにありましたように、ペインスケールを使うのですが、このペインスケールに対する教育もやらないと、ここは例えば疼痛を伴うような疾患ではペインスケールが一つの基準になっておりますので、それはやはり現場での教育というものが必要になってくる。特に自分で数字を数えられないような小児に関するペインスケール、どういう観察をしたらいいかというようなところが求められるもので、この中にも盛り込んでおります。

**【〇〇委員】**

逆にちゃんとそれを使うことで、かなりの部分が正しい形になるのではないかというのも、推測はできております。

**【〇〇座長】**

よろしいでしょうか。救急現場プロトコール作成班に関わることで他に何かございますでしょうか。過小評価例を少しでも減らそうということで、個別に対応して、プロトコールを少し改変したということと、教育の一部重要性があげられていたということになります。あとは、アルゴリズム自体が他の班と非常に似た形になってきたということです。はい、〇先生。

**【〇委員】**

ちょっと確認したいんですけども、28 ページの小児のバイタルサインの目安ですが、これは何を基準にされているのでしょうか。

**【〇〇委員】**

JTASそのものですね。

**【〇委員】**

特に一番気になるのは、体温の 32.0℃未満で、間がないんだなというのがちょっと。32.0℃って余り、僕もほとんど心停止の人で1回見たことがあります、測れなかった人が、もうちょっと間にあるのかなという気がしていたのですが。36.0℃と 32.0℃は大

分違うという気がしたので。

【〇〇委員】

32℃って救急隊の今の〇〇〇のオレンジ色の測れるんですけど。

【〇委員】

一般的には測れないのではないかと思いますよね。

【〇〇委員】

具体的に使えるものにはしていきますので、ご指摘いただいて変更することになると  
思います。

【〇〇座長】

この数字のことに關してはよろしいでしょうか。先行しているCPASも同じですよ  
ね。

【〇〇委員】

ですから、JTASで数字を集めているので、もしそれが改訂するようなことがあれ  
ば、多分これも目安ですので、改訂していけばいいのではないかと思います。

【〇〇座長】

今回のものは検討する時間が短かったというのがありますが、ここに※でもつけて、  
やはり検討班の中ではこれはさらに細分化したほうがいいのではないかという意見も出  
たということを書き添えた上で、これは逃げるわけではなくて、各地域のメディカルコ  
ントロール協議会で、具体的なその辺の再カテゴリ化をするかどうかも含めて検討すべ  
きところだ、というような形で残したほうがいいのではないかと思います。

【〇〇委員】

それはもう大前提であって、我々は示すことがあって、MC協議会も含めてそれは一  
番——何年か前に島崎先生にも、具体的にどこに運ぶのかも決めてくれというふうにD  
班は言われたのですが、やはりそれは先ほども言いました赤1と赤2を結局同じ場所に  
運ぶのか、赤1と赤2を違う施設に運べるのかというのは地域性にあるので、その辺は  
もう当然のことではあるというふうには認識しているのですが。

【〇〇座長】

総論でも言った上で私が言ったのは、さらにその細かいところも、ここも細分化し  
ないとだめだよねというところも別に示したほうがいいのではないかという、そういう  
議論です。大前提としては〇〇先生が言われたとおり、私もずっとそれは言っていると

おりで、地域MC協議会にはベースにするという。それで本当はここでちょっと議論と  
いうか確認しなければいけないのは、この班が決める色は何をアウトプットとするのか。  
先ほど〇〇先生もおっしゃっていましたが、うまい表現があればいいんですけども、  
例えばこの救急現場プロトコル作成班の段階での緊急度の判定後に、何を類型化するの  
か。何をカテゴリ化するかということで、今は一つは搬送医療機関レベルというところ  
の話が出ている。それでよろしいですね。なぜかという、他のところは時間の因子  
が出てくるので、レベルイコール時間なのかもしれないですが、黄色は2時間以内に運  
べばいいからゆっくり運んでいいんだというところを示しているわけではないですよ  
ね。

**【〇〇委員】**

赤が処置の中身で繋がるということであれば、処置が完了するまでが短くなる施設を  
目指すという意味合いになるので、だから救命センターだったりいろいろな科が協力で  
できるということに繋がると思うので、やはり時間というのは当然処置のスピードが完了  
するまでの、含めた緊急度という考え方の搬送にならないといけないから、そこはどこ  
かで何らかのサジェスションを与えるような、今後はそこにならないとやはりいけな  
いと思います。

**【〇〇座長】**

これははっきりそこを書いてあげないと、黄色はアメリカみたいに例えばサイレンを  
鳴らさなくてもいいんだとか、そういうふうにも曲解してしまうとまずいのではないかと  
思ったのです。

**【〇〇委員】**

多分機能別ということは、治療が終わるところまでのことを考えた上での搬送先、そ  
ういう意味合いだろうと思います。ですから、赤は、求めている治療がいかに早く終わ  
れる病院かというところで搬送先が決まるとは思います。

**【〇〇座長】**

ただ横のカテゴリの大もとのところで、黄色は2時間以内とうたっているじゃ  
ないですか。だから救急現場プロトコル作成班も同様でしょうというふうにもし読ん  
だ場合は、2時間ゆっくり行ってもいいんじゃないですかというふうに読まれてはま  
ずいなと思ったので。

**【〇〇委員】**

でも赤は時間が書いていないですね。

【〇〇座長】

いや、僕は赤は気にしていないんです。赤は急げばいいだろうと言っている。黄色ってつけるわけですから。はい、どうぞ。

【〇〇委員】

ベースがCPASですので、最終的にやはりJTAS、いわゆる院内のトリアージとどうリンクしていくかということも少し考えてやっていくと、先生がおっしゃるとおり、処置までの時間となると、着いてからお医者さんが診て処置をするまでというところは、やはり院内トリアージとの兼ね合いもきっと今後は出てくる可能性があるかと思えます。やはりそういったところの連絡なり連携なりがうまく繋がっていくようなイメージで、せっかく横串で時間を決めたので、搬送先や院内で行われるトリアージも、こちらの情報をきちんと送って、総合的に処置までの時間が決まっていくようなイメージがやはり必要かと思いました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。それは医療機関側からのロジックで、使い手のことをちょっと考えてあげなければいけなくて、ユーザーはどう考えるかというので、今少し不安に思ったのです。あ、黄色だ、と現場で思ったときに。だからその定義付けを、黄色というのは医療機関との間のそういった治療開始までを含めた緊急度の共通言語であって、別にゆっくり運べと言っているものではないんだというようなニュアンスでよろしいですよ。どっちもですか。

【〇〇委員】

理屈の上では非緊急搬送でもいいけれども、今の日本の法体系の中では、サイレンを鳴らして緊急走行以外では救急車は運べないから、緊急走行で行きましょうということ、やはりここは将来的には緊急走行でなくてもいいかもしれないということは、先ほどの理想像ということでは少し考えてもいいのではないかと。それで、実際の走行でも、やはりどのくらい気合いを入れて緊急走行するのか。対向車線を走るのか、前が詰まっているときに、ちょっと交差点でサイレンを止めて、信号を待つのか。実際見ていると、やはり彼らは微妙なところはわかった上でやっているところもありますので、そこは文章にはできないと思いますが、本当の意味での1分1秒を争うものとそうでないものということは、明確にしておいていいのではないかと思います。

【〇〇委員】

それをどういうふうに物で表現すればいいですかね。時間じゃないだろうし、患者満足度になるのかというのもあるので。

【〇〇委員】

でも時間軸は時間軸ですよ。それは救急現場プロトコル作成班のときにも話が出たと思いますが、今はみんな救急搬送、これは現場のプロトコルだから救急で運ぶけれども、では消防じゃなくて民間救急で運んだり、不搬送というものに使える尺度を持たせる潜在的なそういうものは置いておいて、ただ現行ではそういう使い方ではない。そういう理解だと思いますが。

【〇〇委員】

どうアウトプットするかというところが、実際難しいとは思う。

【〇〇座長】

それが今ちょっと気になっていただけですが。

【〇〇委員】

でも、赤1はもともと院内に入ったらブルーの緊急度を想定しています。赤1だけは何が何でもスピードと処置を間違っはいけない緊急度なので、基本的に赤は時間を明記しないぐらいに急ぐ必要があります。黄色は2時間と決めているけれども、アンダートリアージしないように決めているわけだから、そこは救急隊の中で2時間プラスアルファ、2時間で着かなくて3時間ということもあり得る幅だと思います。

【〇〇座長】

そうしたら、それは表現だけここでコンセンサスを得なければいけない。赤1、赤2であるという場合には、極めて緊急性が高い病態なので、急いで運ばなければいけない病態。次は、「極めて」が抜けて、緊急性が高いので行かなければいけない病態というような書き方をして、それに合致する搬送医療機関を、地域のMC協議会で定められたところにやるようなことをする。黄色に関しては、2時間ということを書くと、それがひとり歩きしそうなので、上記よりは緊急性が高くないので、書いていいかどうかですね。将来的にはこれは非緊急搬送の対象となり得る病態というようなところは、僕は入れてもいいかなと思います。

【〇〇委員】

それで結果として黄色がアンダートリアージになっていなかったというぐらいが、一

つ基準になるかなとは思いますが。

【〇〇座長】

そういうふうを書いてあげる。この救急現場プロトコル作成班のところは、ここの各文言に関する議論は少ししてはいたのですが、文章になっていなかったのも、確認だけしかかったというところですが、今のでもよろしいですか。最終的にこの作業部会の合意を得て、親会のほうには持っていきますが、よろしいでしょうか。では時間が少し過ぎてしまいました。6時まででしたよね。

【〇〇〇専門官】

6時までです。では資料3、報告書の目次案はまたご確認いただいて、何かご意見がありましたらメールなりでお送りいただければと思います。

【〇〇座長】

目次案に関しては、またご意見を後で頂くということで、これで今回の Ver. 1 をとりあえずスタートする、ドラフトを今度親会に出すという、作業部会としてはこれで終了になるわけですが、問題点の整理で1～2分だけください。まず家庭自己判断に関しては、いわゆる診療科目までざっくりと外科系、内科系といったような形、あるいは小児科といった形でアウトプットを示す。また、医療機関案内という地域に最終的にアクセス先を示してあげるということを、一つの課題にさせていただきます。それから、電話相談プロトコルに関しては、今後は精神科救急の尺度に関してどうするかというのが、少し問題として残っているということになりますので、これが今後の課題になろうかと思えます。119番通報プロトコルに関しては、プロトコルそのものを増やすということもありますが、先ほど言った教育手法の問題がやはり一番大きな課題になっていくのと、あと今回のプロトコルをどうやって使いやすい形で見せるかという、実用のところが難しいかと思っています。D班に関しましては、不搬送基準を今後どういうふうにしていくかというところが一つと、疼痛評価を中心とした教育の強化というのも、今後の課題であるということが指摘されました。最後に、今回かなうかどうかかわからないですが、救急現場プロトコルは赤1、赤2という日本語の識別用語をご主張されておまして、119番通報プロトコルはR1、R2というローマ字を要望されておしますので、ここら辺は私はもうあえて一緒にしなくてもいいのかなとも思いましたが、日本の緊急度判断基準なので、赤1、赤2でいいじゃないかというふうに私は思いました。

【〇〇委員】

何らこだわりはないですから。RでもYでも何でもこちらは。

【〇〇座長】

そうですか。〇〇先生、ないですか。

【〇〇委員】

ないわけではないですが、119番通報プロトコルが3つに分かれているところを、こっちは2つなので、R1がイコールC班のR1と混同される可能性ももちろんあるので、やはり僕らは赤1、赤2でいきたい。

【〇〇座長】

というふうに、平行線をずっとたどっておりますので、今回は〇〇先生の班長でRedという手もあるんでしょうけれども、どうですか、室長、これは合わせておいたほうがいいですか。

【〇〇座長】

特に意味がわかればいいですよ。だってこれでR1と我々を書いたとしても、実際の運用上は、これはドクターカー運用とかいうような名前に現場では変わっていくはずなので、余り関係ないかもしれないとは思いますが。今後、学会やいろいろなところでの共通言語になり得るので、一たん決めたら余り変えないほうがいい。今回みたいにP・Q・R・Sがどんどん変わっていくとか、そういうことはやめたほうがいいと思います。〇〇先生、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

そうですね。赤、R、赤、どっちだったっけというので、もうついていけなくなる。そのあたりは、ちょっとおっしゃっていたように、まだ僕ら慣れがないのでパッパツとついていけないですよ。これはそこのところは慣れてくればいいんじゃないですかね。

【〇〇座長】

ありがとうございます。そのほかご発言がない先生方、〇〇先生、よろしいですか。〇〇課長、よろしいですか。〇〇委員、よろしいですか。〇〇さん、よろしいですか。〇〇消防、よろしいですか。〇〇委員、何か。

【〇〇補佐】

厚生労働省でございますが、ここでまとめられた内容は、また消防庁様から提供いた

だいて、厚生労働省のほうも適切に理解をしていくと。私個人の意見といたしましては、やはり消防機関の皆様にごだけの内容を覚えていただくということは、イコールメディカルコントロールに従事する医師も最低理解しなければいけないという作業も発生しますので、そのあたりに関しましては、厚生労働省としてもこの緊急度判定を現場のお医者様が理解できるように、救急医療財団等の交渉を通じて、普及啓発には努めていこうと思います。以上です。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。それでは、最後の最後、特にこれだけは話したいということはあるですか。ありがとうございました。それでは、これで事務局のほうにお戻いたします。

**【〇〇〇専門官】**

長時間にわたり活発なご議論をありがとうございました。最後に資料1の裏側のスケジュールだけご説明します。今後、親会が2月13日に、有賀先生が座長の会が開かれます。それに向けて報告書作成など作業を進めていきますので、何か本日お配りした報告書をご覧になって、こういうところをというようなご意見がありましたら、2月10日ぐらいまでにはいただければと思います。以上です。どうもありがとうございました。

**【〇〇座長】**

ありがとうございました。

——完——