

平成 24 年度 第 1 回 横浜市救急業務検討委員会 会議録	
日 時	平成 24 年 8 月 22 日 (水) 19 時 00 分～21 時 00 分
開 催 場 所	横浜市健康福祉総合センター 6 階 (横浜市中区桜木町 1-1)
出 席 者	今井三男、越智登代子、四宮謙一、高井佳江子、田邊裕子、椿真理、根上茂治、橋本雄太郎、平元周、森村尚登、吉井宏
欠 席 者	松岡美子
開 催 形 態	公開 (傍聴者 なし)
議 題	1 怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について 2 「横浜型救急システム」の運用状況について
決 定 事 項	1 怪我の予防と家庭における緊急度等の判断における「今後の取組」は、委員からの意見を取りまとめ事務局が反映していく。 2 「横浜型救急システム」の運用は、今後も効果的かつ効率的な運用を推進する。
議 事	<p>1 怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について</p> <p>(1) 平成 24 年上半期救急概要 (速報) <経過報告等></p> <p>(事務局) 平成 24 年上半期救急概要 (速報) について説明</p> <p>(橋本委員) 東京消防庁管内は今年の出場件数が減っている。横浜の出場件数は増えていて、しかも軽症は減っている。東京都に隣接した大都市で、軽症が減っているにもかかわらず、出場件数が増加しているのは何が要因か推測されることはありますか。</p> <p>(事務局) 資料 1 (2) 事故種別別救急出場件数で、2,273 件増加していますが、それを事故種別でみると急病が増えている。それと一般負傷は、急病ほどではないが、比率でいうと、結構なパーセンテージで増えていると言える。交通事故は減っているという状況が解ります。傷病程度は、橋本委員からお話しがあったとおり、軽症は減って、中等症以上が増えていることが言えます。</p> <p>(4) 年代別搬送人員は、一番特徴的で、高齢者が明らかに増えている。高齢者が 2,054 人増加となっており、平成 24 年上半期増加数のほとんどが、高齢者が増えたことによることだと考えられます。</p> <p>(森村委員) 今の説明で、推察のとおりだと思いますが、それを根拠で示すことはできるのではないかと思って拝聴していました。年齢層別の中等症、重症等の傷病程度別を出してもらえば、今の推察されたことは、科学的に証明できるはずで。どの年齢層でも継時的に緊急度の分布が変わっていないとか、高齢者は変わらないが、成人は逆に上がっているとか。そういったものが解れば、仮説では、どこも大きく変わっていない、だけど、高齢者だけ n が増えているので、それに大きく引っ張られて、どこも少しずつ軽症が減っているのではないか。東京が減っているのは、もしかすると、高齢化率が少し高くて、その分が引っ張っていて、かつ、抑制効果という点では、なんだかのキャンペーン効果があったとか。本市では横浜型救急システムも少し機能した部分もあるのかもしれないとか。そう</p>

いった考察ができると思います。是非、年齢層別のデータを次回から見せて欲しいと思います。

(平元委員) 一般病院の立場からは、高齢者の方が増えてきて、軽症だけ帰せないということになると、傷病者収容書に中等症と書くことになる。その部分の中等症が全体の中等症の割合の増加に影響を与えている要因だというような気がする。例えば、点滴をした方を、家に人がいるから、帰すことができるようになった場合は軽症となりますが、帰ることができないために結果として入院をしなくてはいけなくなった場合は中等症となる。そういう部分があると思います。

(越智委員) 出場件数と搬送人員の1万件の差はどういうことが背景にありますか。
(事務局) 119 通報の中には、本人や本人の家族、通行人の人からの通報があります。倒れているという通報で出場すると、寝ていただけだから救急車は必要ない、第三者や家族の方が要請したが、本人は、自分で行くから、あるいは救急車は必要ないからということで、本人や御家族から救急車は使用しませんと申告がある場合が結構あります。そういった場合などには、消防では不取扱と呼んでいますが、出場はしたけれど搬送はせずに帰ってくるということが、この1万件の差になっています。

(越智委員) それは、手厚く出場していると考えられますが、できれば、コールトリアージの所で、上手くその辺りを判断できれば。救急隊が出場して、病院搬送することなく戻ってくるのは、もったいないし、他に出場できていたかもしれない。その辺りの上手い改善ができればいいと思います。

(高井委員) (5) 発生行政区別救急出場件数で、トップが中区で、港北、鶴見が続いているが、資料1-2で見ると、その区はいずれも高齢者が多くない区です。その次あたりの神奈川区や戸塚区も高齢者は多くない。そういう区の出場件数が多い理由はありますか。

(事務局) まず、鶴見区、港北区は人口の母数がもともと多い。中区は、地域の事情がある部分があり、人口は多くないが、地域的に救急要請が多い。何十年來中区の救急出場件数は横浜市のずっとトップです。そういった状況です。

(今井委員長) いろいろご意見をいただきありがとうございました。

(2) 平成 23 年度の資料要旨 <経過報告等>

(事務局) 平成 23 年度の資料要旨について説明

(橋本委員) 3 ページの図 2、現場滞在時間で、高齢者の要請場所が施設や自宅等で違ってくると思います。そういうのはこれからお示しいただけますか。年齢や場所で大分違ってくると思います。

(事務局) 資料には入れていませんが、分析できているものとしては、傷病程度別は調べました。どれも伸びてはいますが、軽症が一番伸びており、全体の平均は 19.2 分ですが、重症以上は、昨年で言うと 17 分なので、現場滞在時間は程度が重いほど短いということが言えます。橋本委員がおっしゃったような、事故種別

や要請場所からの分析はしていないので、次回分析した上でお出しします。
(森村委員) それに加えて分析をしてもらいたいの、滞在時間が長くなるのは恐らく2つあって、1つは搬送先医療機関選定に時間がかかること、もう1つは恐らくは、高齢者の方に救急隊員が観察をするのに非常に時間がかかっているはず。そこの、どちらのファクターが大きいのが一つの物差しになる。大変だと思うので期間を区切ってもいいからデータを取ってもらいたい。

1点質問で、8ページの図8の転倒と転落で、医療用語としては、墜落というのは垂直のベッドで落ちるもので、転落は階段を転げ落ちる斜めのこと、外傷学会を含めた用語。そこまで細かくやらなくても良いが、例えば、図8の「階段及びステップの転倒」と図9の「転落」図8は、1段は転倒で、5、6段は転んだのは転落と分けているのか解らないですが、今後データを収集する上で少しぶれてしまうのではないかなと思うので、整理した方が良いと思います。特に、図8の「同一平面上でその他」で考えていたのは、お母さんが子供さんを手から落としたとか、ローラースケートをやっていてひっくり返ったとか。そういうものかなと思ったのですが、いずれにせよ、転倒と転落は明確に分けた方が良いと思います。一般的には、転倒は、つまずくとか倒れるとかが多くて、転落は、斜めに転がり落ちる定義があると思う。総務省で全体の定義づけているかもしれませんが。

(事務局) 先ほどの現場活動時間で、65歳以上か65歳未満かで、事故種別も傷病程度も関係なく、H22年中の病院照会回数が1回であった事案だけの時間差を見ると1分ちょうどとなっています。19.2分かかっているものが、仮に同数としたら、18.7分が65歳未満で、19.7分が高齢者と明確に出ています。それ以上の分析はなかなか難しく、切り口を変えてやっていきたいと思います。

森村委員からお話しがありました件ですが、ICD-10というものを使用しており、全国同じ統計のフォーマットで総務省消防庁が取っているものです。転倒転落がひとくくりになっていて、そのまま転記している状況です。これ以上の分析はできますが、活動記録票を見て1枚1枚手作業ですることになりますので、ある程度ポイントを絞る必要があるのでは、やり方については、また相談した上でやりたいと思います。

(四宮委員) 男女に関しては出していないのでしょうか。女性の方が骨粗鬆症が早いですし、男性は70歳を超えたあたりから急に運動機能が落ちることが解っています。色々な条件を考慮したいと思っているので、情報は多い方が良いと思います。

(事務局) 男女の統計は、次回用意します。

(吉井副委員長) 3ページの現場到着までの時間と滞在時間は、さっきのデータという、出場件数と搬送人員に1万件の差があるが、これは、出場件数なのか搬送人員に関わるものなのかどちらですか。

(事務局) 現場到着までの時間は出場件数全ての平均です。滞在時間は搬送開始ま

での時間ですので、不取扱の場合は搬送開始がありませんので、傷病者を取り扱った、搬送した全てのデータとなります。

(吉井副委員長) 1万件の差はかなり大きい。その中には、救急隊が救急処置をして大丈夫で帰ったのもあると思うので、その分析も加えて欲しいと思います。

(越智委員) 8、9ページで、高齢者の一般負傷が増えていて、分析として出せる状況があって、これは周知徹底していく中で、予防ができる分野だと思っている。特に、高齢者の場合は転倒骨折から寝たきりになり要介護になって、二次的に救急搬送に繋がることも多いです。例えば図 10 のベッドからの転落で、どういう原因で転落したのかが解ると、予防する段階で一般の高齢者の方にすごく良い情報になると思う。救急は最前線で事故の原因などの貴重なデータを沢山お持ちなので、詳しい原因を出しながら一般市民の方に知らせて頂くと皆さん関心を持ってくれますし、予防にもなって、救急搬送の減少にも繋がると思います。

1 番初めに人口分布を出していますが、世帯数がどう移動しているのか気になります。独居世帯が増えているのかどうかとか。平元委員のおっしゃっていた、帰せないで中等症になるというのがあるとする、救急だけではなくて、福祉とか他の局のとの関連がないとなかなか改善できないと思うので、その辺も解るようなデータを頂けると良いです。

(平元委員) 高齢者の転落の場合は認知症が絡んでくると思います。転落を予防するために病院では転落防止をする。高齢者の転落をきちんと調べるようになったら、認知症が絡んでいるかどうか解れば、でも、調べるのは大変だと思います。

(事務局) ベッドからの転落は、国の基準に従ってやっています。ある期間、年齢層とかある特定のターゲットを絞って、手拾いになるので、分析が可能な部分でやっていきたいと思います。

(橋本委員) 救急隊員は、受傷機転については、およそこんな事が起こったとしか把握する必要もないし、それ以前の問題では、全て伝聞です。伝聞について、活動記録票という公的な文書に書いてしまうと色んなトラブルになるし、書かせないようにしている。むしろ病院についてお医者さんの方から実際どうだったかと聞かれるから、しょうがなしに答えているわけであって、本来的には調べる必要も書く必要もないことなので、そこまで調べることを求めることは、逆に救急隊の活動に対しては良くないことだと思っています。市としてでは別ですが、消防レベルではしてはいけないことだと思っている。

(事務局) 救急隊がこれ以上何か情報を取るということではなく、活動記録票の中に既往症という項目があります。例えば、そこに認知症と書いてあるものがどれくらいあるか調べることはできます。全件分の検索をやってしまうと大変なので、ある一定の期間とかそういうことで。あと、各区の世帯数と人口の割合は、次回見やすい形で提供したいと思います。

(高井委員) 7、8、9ページで、家庭内で転倒転落が起きていますが、これは何か広報はされていますでしょうか。家の中でよく事故は起きるとするのは、どっ

かで聞きかじってはいますが、ポスターが貼ってあるような記憶はない。たまたま駅でポスターが貼ってあって、絵が解りやすく良いなと思ったものがありました。そういう広報はされているんでしょうか。

(今井委員長) これは、今後の取り組みでやっていくので、後にしましょう。

いろいろご意見をいただきありがとうございます。

(3) 中間報告 <経過報告等>

(事務局) 中間報告について説明

(今井委員長) ありがとうございます。ただいま事務局から説明がありましたが、「中間報告」について、ご意見等はございますか。

無いようですので、これは御承知していただいたということですのでよろしいですね。

(委員) 異議なし

(4) 緊急度判定体系実証検証事業の参加について <経過報告等>

(事務局) 緊急度判定体系実証検証事業の参加について説明

(今井委員長) 実際に携わっている森村委員から、補足説明があればお願いします。

(森村委員) 最終的には、市民の方々も含めて全体で緊急度を共有しようというのが1つの目的で、東京の救急相談センターがありますが、そこで例えば、看護師さんに相談した結果、あなたは黄色だから6時間以内を目途に病院に行った方が良かったと言った結果を差上げます。相談をされた方は、そういう風に言われたので、黄色と言われて救急外来に来ました。というのが新聞に投稿されたり、市民講座の時に話をする機会を作って、共通言語づくりが必要で、それによって情報が取りやすいというのが1つ。もう1つは、待つべきは待つ、急ぐべきは急ぐ、医療資源は無限ではないので、有限のものをいかに上手く使っていくかを考えやすくしようとしている。市民の方が自信を持って行動できる1つのものさしを作るのが大事だと思う。よく誤解されますが、軽症な方の利用を抑制しようということを目的としているわけではなく、緊急性の高い方をいかに早く医療機関へ搬送するかを考えて、その結果として、どうしても緊急性の低い方が待つことになってしまう。結果の方を目的にしている訳ではないというのが大前提です。

私の立場としては、このプロジェクトのワーキンググループがありますが、その取りまとめをやらせてもらっています。今回の3都市は、大中小の規模でトライアルを行うことになります。

(今井委員長) ただいま事務局から説明がありましたが、(4)「緊急度判定体系実証検証の参加について」について、ご意見等ございますでしょうか。

国のやるものに、横浜市として参加して、データを提供するのはいいでしょうかということですが、これは当然よろしいですよ。

(委員) 異議なし

(5) 今後の取組について<検討課題>

(事務局) 今後の取組について説明

(橋本委員) タイトルは予防と緊急度判断ですが、緊急度判断は今年は取り組まないということですか。資料は予防については書いてあるが、緊急度重症度判断については触れていない。国の結果を待つてやるということが良いですか。それとも触れるけれども今は無いのか。

(事務局) 橋本委員の言った後者に近い形になります。国がどこまで昨年度末に提示してもらえるかというのがありましたが、家庭内の緊急度判断＝セーフティネットと救急電話相談がセットだというのが国から出ています。セットでやるとなると、予算額は非常に莫大な金額がかかるということ、早くやってしまうと、国と結果が異なってしまっはいけないので、今のところは方向性をお示し頂くことを考えています。

(吉井副委員長) できれば、6ページ事故実例項目で広報資料の中では、中等症・重症を含む高齢者の場合には、ベッドから落ちて中等症で頸部骨折、重症では頭蓋骨骨折するということを実例として挙げる必要があるし、どういう判断をするか、こういう場合は軽症だ、あるいは重症だというような判断ができるようなヒントを入れる必要があると思いますので、検討してください。

(事務局) 今回は軽症を中心に載せていますが、その他の事故実例で、中等症・重症を下の方に列挙しています。一般の方が見た時に、骨折とか痛そうとか、インパクトのあるものを載せて見て頂くという資料の構成にしていきたいと思ます。改めて作りこんでいきたいと思ます。

(吉井副委員長) 全体としては、全て含みきれないかもしれませんが、啓蒙や広報の関係では家庭内でどう判断するか、そこら辺の指標を入れたほうが良いと思ます。

(越智委員) 一般市民向けの広報資料は有意義なものになると思ます。イメージを見て、データを上から下に落としている段階で、慣れていない。できれば、実際に市民の方が活用できて、自分達が事故予防に使えるような内容にする、逆目線で下から見ていかなければならない。その場合にできれば、高齢者向け、お子さん向けに2種類に分けて作った方が良い。一緒になっていると意外とターゲットが絞りにくいので、別けてそれぞれのご家庭にきちんと配付した方が良いと感じます。

以前、子供向けの事故予防のものを作ったことがありますが、最初にインデックス代わりにご家庭の絵を入れて、部屋の中でこんなに危険がいっぱいということで、各論に入る前に絵を見せてあげて、インデックスで何ページを見るという感じにして、自分の家はこういう所が危ないんだなと解るようになる。事故データで沢山でてくるような事を最初のページで出して、目で見ってもらって、自分の家はこういう所が危ないなというところで、それぞれページを見ると、ベッドだったら、構造的な問題でベッドの向きを変えるだけで予防できるかもしれないと

か色んな改善策があるのが、そこから読み取れると思うので。

もう一つ大事なのは、皆さんチェックリスト好きです。自分が参加できるので。自分の家をチェックしてみましようみたいなことで、予知トレーニングも良いアイデアだと思いますが、できたら、今自分の家でこういうところはありますかとチェックして頂いて、こういう所に気を付けましようとか、こういう感じで、皆さんが自分のこととして取り組めるようなページの工夫をされると良いと思います。

(椿委員) 越智委員と同じところもありますが、具体的な予防の対策をきめ細かく御紹介されると一般の市民が解りやすいと思います。どういう風に転んだとか事例も大事ですが、どうすればそうならないで日常生活が送れるのかをお示しいただければ良いと思います。

(田辺委員) 怪我や事故に特化していますが、熱中症や火傷によるけがとか季節ごとに注意しなければいけないケースがあるので、倒れる・落ちるだけではなくて色々なケースがあると思うので、予防を含めてであれば、怪我に特化しなくてもいいかなと思いましたが、何か怪我や事故に特化した理由はありますか。

(事務局) 現在、消防局で実施している広報活動は、夏の熱中症対策と冬のインフルエンザ、餅を喉に詰まらせると言った季節ごとの事はやっています。社会福祉協議会等や各局と協力して行っています。予算が無い中でやっているので、ある程度限られた中ではあります。今回は予算をとってパンフレットを作ろうと思っているので、その範囲内でどこまでできるかということを考えてもらいたいと思います。熱中症は記者発表を行っていますが、去年は記事として取り上げられたが、今年はまだというような状況もありますので、予算と内容がリンクしてきますので、それを含めて考えたいと思います。

(今井委員長) いろいろご意見をいただきありがとうございます。

それでは、「今後の取組」については、皆様から頂いた意見を取りまとめ事務局が反映していくことでよろしいでしょうか。

(委員) 異議なし。

2 「横浜型救急システム」の運用状況について

(事務局) 「横浜型救急システム」の運用状況について説明

(今井委員長) もう少し簡単に解りやすく説明してもらえませんか。

(事務局) 7ページの図で説明します。一番大きく変わったところは、黄色の「緊急度等 中」で、従前の運用だと2隊で計4名現場に向かっていた。この2台が同じ消防署から同じように現場に向かっていくケースがほとんどでした。これが、分離できれば、初めてファーストタッチの効果が期待できる。これが昨年1年間で690件ありました。残った8万4千件は、一緒になって出場してしまっていたのが現状です。この運用のままではファーストタッチの向上をこれ以上図ることはできないため考えたのが、救命活動車を消防隊の一部として運用すること

にして、消防隊に救急業務の部分を大分負うことにしました。そうすると救急隊とは別行動ができるので、消防車の一部として運用している時の一時、救急出場させるということにした結果、131日間で、ほぼ1年間と同数の救急出場ができるようになったということです。これが一番の大きなところ。救急車と同時出場をすることはなくなったということの効率化と、消防車の運用をすることになったことの効果の2点が大きなところでは。

(橋本委員) 要は今まで2人の特区をやっていたが、これだとそれがほとんどなくなるということですか。

(事務局) 消防サイドの話をさせていただくと、ここは救急のことを検討していますが、消防車は消防車で任務がございます。火事を消したり救助にでたり、ガソリンが漏れたら処理をしたり。台風や地震では消防車が前面に出て活動しなくてははいけません。2人の救急車の制度は当然ながら、今もありまして、消防隊は5人配置というのが決まっていますが、実際は4人で運用していることもあります。そうすると、消防隊と救命活動隊の2隊配置で4名運用しているところで、軽自動車に2人乗ってしまうと、消防車に2人しか残らない。これは非常に危険で火事は2人では消せない。そういったことはケースとしては少ないことですが、一番下のカテゴリーCの部分については、救急隊2名で出場させて残った救急隊員1名が軽自動車に乗ることができれば、消防隊の中から1名の隊員が軽自動車に救急対応できる。そうすると、消防隊に3人または4人確保できるので、消防車の運用を止めることなく火災にも行ける、救急にも行けるというシステムを今回考えたつもりです。

(橋本委員) Cは3人で良いわけですね。横浜以外の消防本部は、Cは元々3人でやっていて、何の差支えもないわけですね。そうすると、これを今やると2人と2人で、4人に人数が増えている。

(森村委員) MC協議会の会長の立場として補足します。説明の仕方次第で解らなくなるので、とっても簡単に言いますと、通常は、救急車は3名体制。救急需要が増えてきたので、色んなところで本来は緊急性の高い人に早く行かなければいけないのに、なかなか行けなくなってしまった。だけど、救急隊の数を増やすことは物理的に難しいということで、ならば、この3人を分けることはできないかということで、1つが特区体制の2人体制で軽いのに行けば、残り一人の方は、消防隊とペアを組めば1隊が2つに分離することができる。2人の隊の方がC対応の軽症の方に行きますが、残りの1人の救急隊員と1人の消防隊員が組めば、小さいファーストレスポンドの隊で分離する形になる。表裏の関係で、C運用がしっかりしていると本来の1チームが2つに別れるので、それぞれ違った役目を果たすので、違った効果を狙える。なので、2つに分裂してくれたおかげで、物理的な隊の数が増えたわけです。隊数が増えた効果として、到着時間がちょっと早くなったとか、そういう数字が出ていると思います。

(今井委員長) かなり理解できてきました。

	<p>(吉井副委員長) ファーストタッチというか現着をいかに早くして、重症の人を助けるかという問題なので、これからの問題としては、消防の人が先に着いて、本当に救急の活動ができるのかという問題もありますし、7ページの絵でA+のところで、本当に8名もいるのかという問題もあります。逆にAの所で3名で充分なのかという、そこらへんを含めて、これから検討に入っていかなければいけないと思います。</p> <p>(橋本委員) 船橋が何でドクターカーを入れたかという、実際CPAの患者さんに対してCPRをしたら、救急隊員は8名必要だった。それで救急車にドクターと4人乗せて5人で行って、プラスポンプを出しているから実際9人でやっている。それで早く処置ができるメリットがあるということで、A+について、現場サイドからすると、医療機関のようにベッドに患者さんがいるわけではなくて、まず場所を整えるのに、5分か10分かかかる。それを最初から役割分担していれば、すぐにできるから8名。逆に言うと意味があると思う。問題はCの対応に人を割くことについてどうなのか。森村委員から話がありましたが、それが本当にそうなのかと疑問に思います。</p> <p>(事務局) A+の部分は、現状PFA連携で、最大8名現場に行くということで、全国的にも大体同じようなことをやっているところが多いと思います。カテゴリーCに人を割くことについて、現状は私共がコールトリアージを行っていますが、これは出場させる、させないの判断をするものではありません。希望される方には、救急相談に回すことはありますけれども、出場しないという判断は、私共でできるものではありませんので、基本的には出場させるけれども、そこにコールトリアージの判定があって、その中で決まったカテゴリーがCであれば2人で出場可能と特区も頂いてそういう形をとっています。現状では、そこまでかなと思っています。</p> <p>(今井委員長) いろいろご意見をいただきありがとうございました。 「横浜型救急システムの運用」に関してですが、今後も効果的かつ効率的な運用を推進してもらおうということでよろしいでしょうか。</p> <p>(委員) 異議なし。</p>
<p>資 料 ・ 特 記 事 項</p>	<p>1 資料</p> <p>(1) 資料1 平成24年上半期救急概況(速報)</p> <p>(2) 資料1-2 平成23年度資料要旨</p> <p>(3) 資料1-3 横浜市救急業務委員会 中間報告</p> <p>(4) 資料1-4 緊急度判定体系実証検証事業の実施地域の参加について</p> <p>(5) 資料2 「横浜型救急システム」の運用状況について</p> <p>2 特記事項 なし</p>