

『横浜市救急業務委員会 3月19日』 議事録

開催日時	平成24年3月19日(月)午後7時から午後9時5分
場所	横浜市健康福祉総合センター 6階 会議室 横浜市中区桜木町1-1
出席者	今井委員、高井委員、田邊委員、椿委員、根上委員、橋本委員、平元委員、松岡委員、森村委員、吉井委員
欠席者	おち委員、四宮委員
事務局	高松警防部長、平中救急課長、名取司令課長、救急企画係長、救急課担当係長、救急指導係長、司令課システム管理係長、健康福祉局医療政策担当部長

発言者	発言内容
事務局	・開会 ・あいさつ
委員長	あいさつ
事務局	それでは、以降の議事進行につきまして、今井委員長にお願いいたします。
委員長	次第に沿って議事進行をつとめさせていただきます。 円滑な議事進行にご協力をお願いします。 それでは、早速議事にはいります。 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」ですが、 まず、(1)「第1回 横浜市救急業務委員会発言要旨」について、事務局から説明をお願いします。
事務局	「怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について」 (1)「第1回 横浜市救急業務委員会発言要旨」について説明
委員長	ありがとうございました。 ただいま事務局から説明がありました。 「第1回 横浜市救急業務委員会発言要旨」について、御意見・御質問ありますでしょうか。
事務局	前回についての報告内容ですが、質問が無いようですので、 続いて(2)「救急搬送データ」について、事務局から説明をお願いします。
事務局	「怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について」 (2)「救急搬送データ」について説明
委員長	ありがとうございました。 ただいま説明がありました「救急搬送データ」について、御意見等ありますでしょうか。
委員	9ページですが、65歳以上の人口割合が高い行政区と必ずしも一致していないということですが、よく解りません。特養などの数を考えると、都筑や栄区は2、3しかないが、多い。逆に言うと保土ヶ谷区は沢山あるのに少ない。ということは施設の側に問題があるのではないかと。特養は都筑区・栄区には2つ、保土ヶ谷区は沢山、なのにデータは逆。特定の施設から沢山来ているという事ですよね。このデータはあまり意味がないと思う。単なる人口比であって、施設の数を考えるなら、施設の数と施設に入っている収容者とどうかというデータでなければ意味が無い。
事務局	施設の関係から要請されたものの内訳は、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、介護老健施設、認知症グループホーム、介護付有料老人ホームなどです。
委員	全体的にこの地域は特養とかの施設が少ないです。私が言いたいのは、特養を例に出ただけであって、施設の数と収容者人口との割合で出すのであれば意味があるが、一般的に人口比で出しても意味がないということをおし上げたのです。

事務局	<p>都筑区は、従来型の特養が2つしかないという事ですが、ユニット型が4か所ありまして、その他の老健などの施設を併せると全体で58か所あります。保土ヶ谷は各施設を見ていくと全体で40か所あります。全体で見ますと都筑区の方が高くなっています。認知症グループホーム、介護付老人ホーム、特に都筑区や青葉区の北部方面については、介護付有料老人ホームの数が多く状況になっておりまして、そういったことで、全体的に北部方面は傾向的に介護施設や老健施設が多い状況となっております。</p>
委員	<p>もう一つは、その方たちは住民登録をしているかということ。高齢者人口と施設収容者の人口は違う。数字を出すときには、その辺の前提条件をクリアにしておかないと、統計の数値だけ見ると多くなったり、少なくなったりするので。</p>
委員	<p>都筑区の診療所の前にも有料介護老人施設がありますが、今は、半々ないしか、6対4ぐらいの割合で住民票を移している方のほうが多いです。ただ、移していない方もいらっしゃるのでは、おっしゃるとおりだと思います。</p>
委員	<p>もう一点解らないのは、高齢者は急病が多いですが、8ページの事故種別を見ると、高齢者の搬送の急病が8割以上。最後のまとめ部分で怪我が多いと書いてある。全体では急病が圧倒的に多いのに、怪我が多いとしているのはどういう意味でなのか。</p>
事務局	<p>1回目の会議でご説明しましたが、全体に占める一般負傷の割合は17%です。急病を防ぐというのは、なかなか消防でやっていくのは難しいですが、怪我というのは注意すれば防げるのではないかとということで、怪我の予防という視点で一般負傷の分析をしています。圧倒的に多くを占めているのは急病であることは確かです。救急件数全体の半分以上を急病が占めていますが、今回スポットをあてているのは一般負傷、怪我の部分ですので、その怪我の部分の分析を行い、今回改めてお示しをしたという事になります。</p>
委員	<p>これだけ傾向として出して頂いて、意外に綺麗にまとめているという印象です。確かに高齢者の搬送が多いのは、高齢者施設側の対応問題があります。青葉区の方は、県外の企業が来ている。横浜市の行政の問題もあると思いますが、結局、施設は横浜市が認可しているが、医療体制はほとんど変化がないです。夜に何かあったらすぐに救急車を呼びなさいというような施設が確かに多いので、そういうことから、救急搬送の数も増えてくると思う。高齢者の対応を考えるには、医療体制、バックアップ体制と関連するような、何とかやりくりして救急車のお世話にならないようにする流れを作っていくと、企業の施設がどんどん入ってきて、横浜市が次々と認可していくと、ますます夜になると誰もいない、夕方になると看護師が帰ってしまう施設が多いからです。そういった場合は、結局、救急車で来ることになる。受け手の病院は夕方5時～6時ごろになって、この時間で受けたら入院させなければいけないしということを考えます。なので、詳しく聞く。こういったやりとりで時間がかかってしまう。そのところ、施設を作っている行政と一緒に考えていかないと、この問題は解決できないかなと思います。資料は非常によくまとまった傾向だと思います。</p>
委員	<p>都内で一番多いのは、開業医の方は自宅と離れた駅前診療で、夜は誰もいないということ。だから施設でかかりつけ医にちょっと来てくださいと言ってもいないんです。横浜はどういう傾向なんでしょうか。横浜は自宅と医療機関は同じ場所なんでしょうか。夜間に医院と称するところに医者がいるかどうか。どのぐらいの割合か。都内だと全く分離してしまって、だから救急車による搬送になってしまっている。</p>
委員長	<p>横浜も東京都に準じていると思います。そんなに大きな差は無いと思います。診療所と自宅とは離れていると思います。ただ、東京に比べたら、住民と開業医のコンタクトは多少濃いかなという感じはします。</p>
委員	<p>市内の医療機関が特養や老健等の施設をつくるのは良いと思いますが、市内から参入するのが極めて少ないというのは、今までの行政の問題だと思いますので改めてお願いいたします。</p>

事務局	横浜市は施設の数が少ないという問題もありまして、施設を作っていかなければならないといった事に押されて、どんどん作ってきた経緯もあります。今後は横の連携をしっかりやっていきたいと思えます。
委員	11ページの5回以上の病院照会回数が横浜北部に多いというお話がありましたが、これの背景はどういうことなんでしょうか。
事務局	結果的にパーセンテージでお示しますと北部が多かったということです。ここの詳細な分析ということは、まだしておりません。
委員	私のインスピレーションでの話ですが、南部には絶対断るなという理念で受けている病院があります。ところが北部にはそのような病院がないかなと。インスピレーションだけの話です。
委員	これまで横浜市の北部の方の新興住宅街では次々と一軒家を作っていました。そういう所が高齢化してきて、20年前と比べて、家族と連絡が取れないというような形でなかなかすんなりいかないような形が結構あるような気がします。
委員	病院照会回数5回以上といますが、病院選定するのは、基本的に指令管制員は使わずに、救急隊長がやっているのでしょうか。それとも、管制する人を使っても5回以上かかっているのでしょうか。
事務局	原則として横浜市の場合は、救急隊が病院選定をして順次携帯電話で連絡をしています。ある程度の回数にいきましたら、司令課に病院選定が上手くいっていない旨を伝えて、指令管制員と救急隊両方で病院を探します。更に、今、健康福祉局で行っているモデル事業があります。いくつかの病院を指定して、電話連絡が何回以上になった場合に受け入れた場合はインセンティブがありまして、いくつかの病院で5回以上の事案を受け入れるというモデル事業をやっています。ですから、病院選定でいうとまず救急隊、次に司令室と連携、あとは場合によっては司令室に医師が常駐して救命指導医がおりますので、その方と連携して病院選定するということになります。
副委員長	5回以上の例ですが、断った理由があまり挙げられていませんが、何で断ったのか。一つにはウォークインと言われる一次二次の救急との関係と色々な要素があると思えます。そこを追加して分析して欲しいと思えます。よろしくお願ひします。
委員	横浜市の北部には大家族ではなく核家族が多く、独居が増えてきており、地域との関連性が無かったり、親子だけで暮らしている状況で、繋がりが無い所で要請してしまう。いわゆる相談する人がいないという所が大きな問題だと思えます。介護と子育てが同時にきているということもよく聞きます。そういうことを考えていきますと、相談できる場所がまだまだ無いんだと思えます。大家族であったり、ご近所と付き合いがある下町のところであれば、そこまでいかないとは思いますが、そういうことも影響が出ていますので、そこにどうやって伝えていくかが課題だと思えました。
委員長	ありがとうございます。今の世の中その傾向は強いと思えます。9ページの施設から搬送された患者さんは、大差はないけど重症が普通より多いのは、何か理由がありますか。
事務局	細かな分析はしていませんが、確かにそこで医師がいらつしゃる場合も当然あると思えますし、医師がいらつしゃらなくても看護師の方がいらつしゃったりとかがあると思えますので、ある程度のケアはして頂いた上で、救急車を要請されているので、軽症の割合が他の高齢者と比較して半分程度の割合になり、中等症の割合が高いということになっているのではないかなと推測をしています。

委員	<p>病院としては、出口があれば必ず受け入れると思います。そこなんです。東京ルールは良いんですが、入口は頑張るが、出口がないので受け入れられない。ある程度まで頑張るんだけどそこからは闇になってしまう。横浜市もベッド数とか精神科とか色々問題もありますが、出口を用意するシステムをそろそろ考えないと、搬送利用者が絶対減るわけがないので、それをいかに少なくするかだけの議論ですけれども、その中で大事な方達をどうやって救うかは、やっぱりある程度最初に搬送して、医療手当をして帰す、必要だったら別の施設に移して更に継続して見るようなシステムを構築しないと、いつまでたっても全然解決しないで、困った困っただけの議論になる。出口を考えた議論をしないと。そろそろ市の健康福祉局でも考えたらいかがですか。</p>
事務局	<p>先ほどモデル事業の話がありましたけれども、今年度からそういったご提示のあったことを参考にして、救急病院と周辺にある救急病院ではありますが急性期をとれないような病院をグルーピングした形で救急搬送のモデル事業を開始しました。一旦はモデル事業病院で受け入れ、ある一定数きたら、必ずその周辺の病院に移していくという感じのモデル事業を始めました。まだ、始まったばかりで検証するデータは足りませんが、このまま広めていけば救急病院から後方病院に流れる仕組みが作っていけるのかなと思っています。</p>
委員	<p>東京の調布で、やっていたような高齢者施設・グループと消防と医療機関が、同じテーブルについて誰か第三者を入れて話し合う機会を設けて、お互い何を困っているかを話すのも一つだと思う。全国色々なやり方があるので、調布だけではなく関東近郊でやっているところもありますけれど、横浜は人口300万人規模なので、東京に比べたら、やりやすいと思うし、立派な通信施設を持っているので上手くいくと思います。</p>
事務局	<p>今話したモデル事業は、急性期の病院から次の周辺病院へ患者さんが流れていくものですが、今度は受けた患者さんが更に福祉施設の方に流れていくかどうかは非常に重要な課題だと思っています。その仕組みもできないかどうかは模索しているところで。ただ医療と福祉の壁が結構すごく高くて、なかなか話し合いができていないこともありますので、そこあたりは行政も入って、お互いを取り成す様な形の会議をなんとかできればと考えています。</p>
委員	<p>先ほど説明のあったモデル事業は、とてもいい事業で、是非見守っていきたいと思います。</p>
委員	<p>横浜市の北部の方は、精神科の中核病院がないです。精神科絡みの患者さんが北部地区に来てしまうと行くところがないという状況になります。精神科救急に関しては県が取り組んでいるということで、もう少し様子を見るという流れになっています。</p>
委員長	<p>いろいろご意見をいただきありがとうございました。 第1回目の議論に加え、ただ今の議論で、今後の検討の方向性がある程度みえてきたかと思えます。 それでは、(3)「家庭における緊急度等の判断について(国の動向)」について、事務局から説明をお願いします。</p>
事務局	<p>「怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について」 (3)「家庭における緊急度等の判断について」について説明</p>
委員長	<p>ありがとうございました。 プロトコルのバージョン0というのはどういうものかは解らないですか。</p>
事務局	<p>もうしばらくしたら報告書という形で国から届けられます。その中のトリアージのプロトコル自体相当細かなものでございます。これは具体的に横浜市でどのように使って、細かなものを制定していくかは、また別の話になると思います。本業務委員会にその資料をお示しした上で、どういう視点で検討していくかを是非大枠の部分でここで御検討頂くのではないかと事務局では考えております。</p>

委員長	今回は、そういう方向で行きますよということですね。 それでは、(4)「中間報告(案)」について、事務局から説明をお願いします。
事務局	「怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について」 (3)「中間報告(案)」について説明
委員長	ありがとうございました。 ただいま事務局から説明がありましたが、「中間報告(案)」について、御意見等ございますでしょうか。
委員	委員の先生にお願いですが、ここの5番「医療に関する教育について、十分な取組が必要であり、」この後に「教育委員会をはじめとする」という文言を入れて頂いて「教育委員会を初めとする関係機関と連携を図っていく必要がある。」という風に修正していただければ。いかがでしょうか。
委員長	良い意見だとは思いますが、その前に教育委員会に打診しておかないとまずいのではないかと。
事務局	確かにおっしゃる通りなんです、私共が一番連携しなくてはいけないのが、健康福祉局の衛生部門としっかり連携を図っていく必要がある。その他今言われた教育委員会ですとか、民生委員や保健活動推進員、スポーツ指導員さんなど色々な方が地域にいらっしゃいます。そういった様々な職種の方々と連携していかなければいけない。色々な拠点の方々と連携をしていかなければいけないというのがありますので、ここは大きくてこのような形の表現にさせて頂けないかなと思っています。
委員長	今の意見は、教育委員会だけではないという捉え方をしているという事ですね。
根上委員	「教育委員会を初めとする」ではどうでしょうか。
委員長	事務局で検討して頂いて、もし入れるなら教育委員会に打診してください。
委員	応急手当普及をやったところで、実際は学校の中のシステムを作らないと全く機能しないです。ちょっと慎重に私はやった方が良くと思います。あんまり最初から教育委員会を指名して巻き込むよりは、そこも含めてやっていかないと、多分応急手当をやったところで使ってくれるかは全然別の問題ですから、その辺の事も含めた教育をした上で入れないといけないと思います。
委員長	いろいろ御意見をいただきありがとうございました。 本日皆様からいただいた御意見を踏まえ、今年度の検討内容を「中間報告」としてまとめ、来年度、引き続き「怪我の予防と家庭における緊急度等の判断について」検討を進めていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。
	<各委員・異議なし>
委員長	それでは、次に進めさせていただきます。 続いては議題2「横浜型救急システムの運用の見直し」についてでございます。 それでは、事務局で説明をお願いします。
事務局	資料2「横浜型救急システムの運用の見直し」について説明
委員長	ありがとうございました。 結局、今までの前の話で、特区内で2人になっていたのをやめて、3人に戻すということですか。

事務局	ベースを2隊4名として出場していた件数が非常に多かったというのが、行政上の非常に大きな課題でありました。ただ、特区を取った1隊2名の運用をしていたのは、識別Cと書いてある緊急度が低いという部分について1隊救急隊員2名で出場しておりましたが、これについては今後も継続して実施していきます。上の2隊4名の部分について全て出ていたものをどこで緊急度を分けるのかということ横浜メディカルコントロール協議会等でご検討頂きました結果、緊急度の高い識別プログラムAについては救急隊プラス救命活動隊の出場、その下のB、C+、不可、不能については救急隊単体で3人で出場するという形に見直すものでございます。
委員長	救急車と救命活動車で行くのは、道が狭い所しか無いということですか。
事務局	A+は、いわゆるPA連携で非常に重症度が高い案件です。これは従来のシステムも今後も同じで、PA連携で救急車と消防車で出場するものです。その下のAですが、従来は「A、B、C+」は2隊4名で出場となっていました。特にAについて、救急車1台と救急車の空白を埋めるため、救命活動車を出場させて、救命活動車をいち早く現場に出場させてファーストタッチ、いち早い応急処置を開始するというものです。
委員	識別カテゴリーは、119番通報時における緊急度重症度識別ですよ。この電話で受けた段階で、情報からA+等の判断をするわけですが、A+と判断したケースで軽症だったものは、どういうケースだったのか分析はされましたか？カテゴリー別の重症度割合の軽症、中等症、重症は、病院での初診時の医者の判断ですよ。A+で情報が入った時に、結果として軽症だったもケースは、どういうものがあるのか知りたいです。
事務局	横浜市メディカルコントロール協議会でコールトリアージについて検証して頂くところで重点を置いているのは、軽いCの識別で重症となった、重たい人を軽くみてしまったケースは無いかということを中心に検証して頂いていたので、このA+の中で軽い人がどれくらいあったかという検証はできていません。
委員	救命活動車というのは、従来のジャンルでいうとどこに入りますか。ポンプなのか、どういう緊急車なのか。
事務局	2種類あります。もともと軽自動車のワンボックスタイプの可搬式ポンプを積んだ軽自動車があります。これに救急隊員を乗せてAEDなどの救急資器材を載せたタイプが一つ、普通乗用車タイプでポンプは積んでいませんが、これに救急資器材を積んだものの2種類で救命活動車と呼んでいます。一方はポンプを積んでいますので火災に出場しますが、もう一方の車については救急資器材のみを積んでいち早く救急現場に駆けつける車というご理解をして頂ければと思います。
委員長	見直したシステムは特区ではなくなるんですか。
事務局	これはそのまま特区です。一番下のカテゴリーCの所で救急隊2名で出場しますので、2人の救急隊というのはあくまで特区でしか認められておりません。119番通報時における緊急度・重症度識別を行って、それに基づいて、こちらの資料では、高、準高、中、低と書いていますが、低の所に2人の救急隊を出場させてその時の人員を持ってより緊急度の高いものにあてていこうということです。このコールトリアージをやって、その上で2人の救急隊を出場させるということは、これは特区そのものでございます。
委員長	これはメディカルコントロール協議会では聞いていますか。

委員	<p>充分にかなり多くの時間を割いて議論しました。言葉を簡単に咀嚼すると、基本的には、2人の隊を作るということは、救急隊の数が増えるということです。もともと基本3人だったのを2つにするということは、残り一人と他の消防隊員を組ませれば救急隊が増えるではないかという考え方で、空白地域を埋めるという表現もありますが、隊を増やしてあげて救急の需要に対して何とかやろうと。2人の隊は比較的フットワークが軽いので、何かあった時には、すぐに応援にも行ける。右の図で言うとAの所に2人の隊が出てきていますが、そういった応援部隊にも行けるだろう。その表裏ですが、コートリアージが精度を高めることができるならば、一番下のCみたいに現場に行って2人だけでも対応できるのではないかというのがある。実際これは件数が多くないですがありますので、表裏で軽い人には2人で、浮いた2人の残りの運用を緊急性の高い人にシフトしていこうというのが狙いです。もう一つの何で今回変えるかということ、左側の黄色の中等度の人達は、今までは2台4人でやっていたんですが、これが一番ヒットが多い。目論んでいたところが一番多いものですから、結局今まで黄色の人たちは救急隊3人で充分できていたのを、そんな多くないんじゃないかと思っていたら目論みと違って一番多くて、4人で行う事が多いので、2台出すことになってしまうので、少しここに無駄がないかということで、現場としては3人の基本ベースには戻しますが、軽症者には2人にして、残りの余ったところは応援部隊で出していこう、そういう考え方だと思います。</p>
委員	<p>軽症の場合、例えば出張所から出て、2名待機している時は、別の所で重症が発生した場合には、その消防署を超えて出るわけですか。</p>
事務局	<p>例えば、西消防署の西救急隊から2名で救急車が出ました。1人残りますので、西消防署の西口と桜木町であった場合、救急車は山下町の方から来なくてはいけない。だけど西消防署に残った一人も救命活動車がありますので、すぐに駆けつけられることができるもので、遠くに出るものではありません。一番近くで発生したものにすぐに急行させることが目的です。</p>
委員	<p>例えば、一つの署が出ていて、そこで重症が起こったら、他の署から来ますよね。残った人と他署の人が作業することになるということですか。</p>
事務局	<p>そのとおりです。</p>
委員	<p>水を差すはなしですが、医学的、行政上としては特区として非常に良いのですが、最近起こった救急搬送事案の紛争事案の典型的な例は、3人構成の時も隊長が前の席に乗って、傷病者と救急隊員の2人の時に密室でトラブルになることが多いです。しかも軽症者ですから元気です。つまり色々なことを計算しなくてはいけない中で、そういう変な危険性、危機管理から言うと、一番危ないのは、一番下のCなんです。2人構成は医学的には良いです。それを担保するだけの危機管理をカバーすることをやっているかどうかです。実際、他の都県で起こっているのは、程度が軽いから隊長が助手席に乗ってしまった時に、患者室で傷病者と1対1になりトラブルになることが多い。東京消防庁の場合は、搬送の時には必ず患者室に2人乗れと指令を出している。1人には絶対させない。それは今言ったようなトラブルが多いから。特区は良い面もあるんですが、今のような紛争が増えるんです。</p>
委員	<p>運用の面で消防機関として運転席側が一人になることは問題がありますか。</p>
事務局	<p>運転席が一人というのは今でもあります。</p>
委員	<p>後ろに残せば1対1になる状況の中ということですよ。問題としては認識しなければいけないかなと思いました。もう一つは、この緑のCになってくるところが国のあり方会議の中でも色々話しているんでしょうけれども、今後白なんというのもし出てくるのかもしれませんが、搬送しないというケースであるならば、セーフティネットさえ作っておけばトラブルは起こらないという認識でよろしいでしょうか。</p>
委員	<p>そうです。</p>
委員	<p>密室空間においてどうだという事ですね。間の小窓を開けると密室ではないですか。</p>

事務局	今は車は、全室オープンタイプです。昔の様に衝立は付いていません。
委員	機関員は後ろを見てもらえません。前しか見ていません。だからと言ってビデオを置いてはいけません。そこが難しいのです。
委員	前回、現場の隊員の意見が聞きたいと言いましたが、一番の聞きたいのは、1対1の対応で不安はないかということです。
委員長	今の問題もあるとは思いますが、今までも2人でやっていたわけじゃないですか。また、その辺も充分検討して頂きたいと思います。新しいシステムの説明は、この絵と文章で終わりですか？
事務局	メディカルコントロール協議会にもこのような形で、そこで決めて頂いた運用も含めてご説明させて頂きました。コールトリアージ自体は変わっていません。部隊運用の見直しとなりますので、この絵がメインになります。
委員長	では、これはこういう風に進めたいということによろしいですね。
	<各委員・異議なし>
委員長	では、これで承認させていただきます。 続いては議題3「転院搬送ガイドラインについて」でございます。 事務局から説明をお願いします。
事務局	転院搬送ガイドラインについて説明
委員長	ありがとうございました。 ただいま事務局から説明がありましたが、ご意見がありますでしょうか。 ①②③ですが「当該医療機関において治療能力を欠き」は誰が判断するんですか？
事務局	当然ながら当該医療機関の医師に御判断頂くこととなります。
委員長	こういう場合は、転送を依頼して良いよということですね。
事務局	これはもともと昭和の時代ですが、今の総務省の自治省から出ている文書がありまして、その中にこの3つプラス、要請により119番通報を行うこと、医師の同乗の5項目が転院搬送の要件として明記されています。そのうち上の3つが医師が御判断する内容となりますので、具体的に記載したものです。
委員長	「治療能力を欠き」は是非変えて欲しいとの意見がある。「医師が」を文章に入れるべきです。「医師が判断した時は」というのを転院搬送の要件に入れるべきだと思います。
委員	病院でベッドが満床だとか、高次の機関にお願いするとかですね、治療能力とか全体的な能力を欠くっていう形ははしょうがないと思います。ただ、開業医の先生から転送されてくる場合、開業医の先生が色々自分で探すっていうのは、今度横浜市のシステムで救急隊はどこかの病院が空いているか情報を持っているわけです。開業医の先生が近い病院から電話していくよりは、救急隊に聞いて、空いている病院に開業医の先生が電話するのが楽なのではないか。開業医の先生から言われているのは、例えば、いつも連携してる先生から、先生何とかしてよと言われて、何とかしますからと答えると、救急車でいきますからと言われる。そういうようなところが、もし救急のシステムも変わって各病院のベッド状況を救急隊が把握できるようになれば救急隊がそこに入ったほうがスムーズに探せる気がします、その辺はどうでしょうか。

事務局	<p>失礼な言い方になりますが、元々救急業務自体は、消防法の2条9項の所に外で発生した事故や屋内で発生した事故だと色々な要件があります。その要件というのが、4項目ありますが、その中には転院搬送は入っていません。転院搬送の要件は何かということ、ある都道府県が照会をかけた結果、先ほど申し上げた3つの項目プラス、要請とか医師が同上する5つの要件を消防庁が我々自治体に対して示しています。それは未だに変更されておらず、生きています。そのうちの3つについて、国から出ている文書をそのまま転記したものです。ですので、その3つの要件が大事であるということ、医師の管理下に既にあるという方の搬送が転院搬送になりますので、私共としては医師の管理下にあるのであれば、その医師の管理下のもと次の転院搬送先の病院も決めて頂くのが基本的なスタイルではないかなということまでやってきております。全国的に同じやり方だと思います。</p>
委員	<p>開業医の先生で転院搬送を依頼しなくてはいけない場合は、結構重症なケースだと思う。軽いケースなら自分で車で行きなさいと言う。救急車を頼むのは、重症なケースだと思うので、その所は、ある程度救急隊がサポートできるシステムにした方が円滑にいくような気がします。</p>
事務局	<p>救急隊が現場に着いたら、開業医の先生が胸骨圧迫あるいは、挿管をしている場合も当然あります。その場合には病院は選定していないということで、救急隊が病院選定をするケースもありますが、容態管理がなされていて例えば酸素投与と点滴してるから、こういう連絡をしておいたからということで行くケースの方がほとんどですので、病院選定は原則として医療機関でお願いできればと思っております。</p>
委員	<p>この搬送先医療機関から同意を取るというのは、これは要件にはならないですか？ 転院搬送の要件としては3つで、緊急性がある場合に受け入れを確認してくださいとなっているんですが、転送先の同意を取るというのは要件にはならないんですか？</p>
事務局	<p>既に医師の管理下にある患者さんですので、その方の搬送先がどこなのかというのは、基本的には医療機関側でお決めして頂きたいというのが私共の考えでございます。それと要件に入っていないかということについては、消防庁が定めた要件というのは転院搬送が法に定める消防の救急業務に該当するためには、この5つが要件ですよと示されていますので、その先の医療機関を決めてあるまでは含んでいないというものです。</p>
委員	<p>転院搬送を一般的に言われる、更に高度な治療が必要になるというのを我々の業界では上り搬送と言います。良くなったのでお願いしますというのは、下り搬送と言います。いっぱいなので他お願いねというのは水平搬送という言い方をします。これは全部転院搬送ですが、もともと問題になっているのは、下り搬送あるいは、かぎりなく厳しくないケースの水平搬送について、消防局の救急車を利用していた時代の話はずっとひっばっている話で、これを一つのルールにまとめてしまうと、クリニックでCPAだと言われたら、そこでFAXしてる暇はないので、上り搬送ですから、たまたまそこで心停止が起きたと思って対応しなければならない。そこは一度分けて考えなければいけないと、今思いました。下りや水平搬送に関しては、もう少し周知していけば、これに関しては緊急性がないからなるべく使わないようにしよう。おそらく大きい病院は、必ずしも全員に周知されていない。大病院に起こりやすいのではないかなと思います。むしろ少ない戦力で厳しい所の方がFAXではなくて、直ちにとやった方が良いような気がしますので、分けて御提案頂いた方が良いのではないかなと思いました。</p>
委員長	<p>確かにそういう意見も理事会で出ました。FAXしてる暇はないです。でも病院は探しているようです、FAXよりとにかく病院を探す方に手いっぱいだと思います。</p>
委員	<p>1番があることで、あらかじめ搬送元医療機関は、搬送先医療機関に受け入れを確認してくださいということがあることで、要件と同等の意味を持ってしまわないかと危惧しますので、この1番を削除するか、「できる限り」などに置き換えてもらい、「できる限り搬送元医療機関は、搬送先医療機関を確認してください」に少し内容を弱めて欲しい。それから、要件の①については、「当該医療機関医師が最良の処置を施すことが困難だと考える時」とか、そういうような表現に変更して頂くように提言させていただきます。</p>

委員	<p>「緊急性がある場合は」ってわざわざ銘打っているならば、FAXする暇はないと思います。その緊急性の尺度を決めなくてはいけないかもしれない。ちょっと矛盾していると思う。緊急性があるのに色んなことをさせるのはまずかろうと思うので、是非、さっきの上り下り水平じゃないですが、類型化した方が良かったと思います。一部は変えた方が良かったのではないかなと。</p>
委員	<p>2番の「原則として、転送依頼書」の後に括弧が付いていますが、「送付するいとまが無い時は」ということで、ここで担保されているので、ここでよしとしても良いんですが、本来、依頼書を無くすように提示してもらいたい。</p>
委員長	<p>これは見直し案になっているが、もう少し検討して良いものを作ってください。各委員の言ったことも含めて。 この件はこれで終わります。 これで事務局で予定していた議題については、審議が終わりましたが、他に皆さんから何か意見等ございませんか？ 無いようですので、事務局に進行を戻します。</p>
事務局	<p>大変、熱心にご議論いただきまして、ありがとうございました。 それでは、これもちまして、横浜市救急業務委員会を終了させていただきます。本日はお忙しい中、ありがとうございました。</p>