

# 第3回救急業務高度化推進検討会 議事次第

日時：平成20年10月23日（木）

10時00分～12時00分

場所：三番町共用会議所 大会議室

## 1 報告事項

第2回救急業務高度化推進検討会議事録

## 2 議 題

- (1) メディカルコントロール作業部会関連事項
- (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会関連事項
- (3) トリアージ作業部会関連事項
- (4) その他

## 3 閉 会

### 【配布資料】

**資料 1** 救急業務高度化推進検討会資料

**資料 2** 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告資料

**資料 3** トリアージ作業部会報告資料

添付資料 第2回救急業務高度化推進検討会議事録

# 第3回救急業務高度化推進検討会資料

平成20年10月23日  
総務省消防庁

# メディカルコントロール作業部会での検討概要

---

## 1 救急業務に関する基準等の策定

- ・ 応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されているが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても、基準等を策定することが必要ではないか。

## 2 基準等の策定主体と役割

- ・ 基準等については、国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら、地域の状況等を勘案して地域に適用される基準等を策定することとしてはどうか。

※ 都道府県は、応急処置と救急搬送を内容とする「救急業務に関する基準等」を策定することとしてはどうか。

- ・ 市町村レベルでの基準等の策定については、都道府県単位や二次医療圏単位で基準等を策定することが望ましいとする意見と、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるようにすることが望ましいとする意見があった。
- ・ 地域の独自性を認める場合にも、許容される範囲を明示する必要があるのではないか。

## 3 救急業務協議会(メディカルコントロール協議会)の役割

- ・ 救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることとしてはどうか。

※ 都道府県に救急業務協議会を設置してはどうか。

- ・ 実際に行われた応急処置・救急搬送について事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか。
- ・ 救急搬送・受入医療体制に関する問題点について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうか。

## 第2回救急業務高度化推進検討会での主な意見(1)

### 【メディカルコントロール協議会を法的に位置づけることについて】

- メディカルコントロール協議会が機能していない地域等が現実にある以上、全国的な底上げをするために法制化という手段も有効ではないか。
- 救急業務について法的に定められている以上、その後の検証等についても法的位置づけが必要ではないか。
- メディカルコントロール協議会をどういう行政組織にするかということとは別に、役割なり権限なり、行うことができる範囲を明らかにしておくことは、関係法令等との関係上、意味があるのではないか。
- メディカルコントロール協議会を含むメディカルコントロール体制は、救急医療における財産。事後検証し、再発を防止し、全国にそれを広げるというこのシステムを育てていけば、法制化によらない第三者機関としての位置づけで、独自の運営ができるのではないか。行政の下部組織としてしまうことによって、メディカルコントロール協議会の芽を摘んでしまってはならない。
- メディカルコントロール協議会は、法律的に規定されたものではなかったからこそ発展してきた面があるのではないか。現場の「救いたい」という思いを、法律で定められた役割に追い込んでしまうと、何かが落ちてしまう気がする。
- メディカルコントロール協議会の名前を変えるということは質が変わる。慎重に議論すべき。

## 第2回救急業務高度化推進検討会での主な意見(2)

### 【消防と医療の役割分担について】

- 発展的に、また、地域の救急医療において受入困難という状況が生じている中で、救急がどのような役割を担っていくべきか考える上でも、単なる消防と医療との関係ではなく、メディカルコントロール体制が介在して、事後検証等対応していくことは重要である。救急医療対策協議会等においても、メディカルコントロール協議会からの考え方等を提示してもらいたい。
- 病院前救護をよくしようという検討の中では、救急医療体制に言及しないと解決できないという話も出てくる。その中で、メディカルコントロール協議会がどういう位置づけになるのか救急医療対策協議会等との関係がどうあるべきかといった議論がでてきたもの。
- 救急医療体制に関する施策との整理が必要。救急医療体制のあり方について、全部まとめてメディカルコントロール協議会で対応するということは困難ではないか。
- 救急業務に軸足をおいている検討。医療提供体制そのものではなく、救急業務における医療との関わりということで、メディカルコントロール協議会の役割についても言及があったものと理解。

### 【その他】

- 救急医療全体は政策医療としてとらえるべきであり、政策医療の責任、主体は行政にあるべき。

# メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(1)

↑  
救急救命士の  
み  
が実施可能

## <特定行為>

- ・ 静脈路確保
- ・ 器具を用いた気道確保
- ・ 薬剤投与(アドレナリン)

- ・ 半自動除細動器による除細動

- ・ 精神科・小児科・産婦人科領域の処置

## <拡大9項目>

- ・ 聴診器による心音・呼吸音の聴取
- ・ 血圧計による血圧の測定
- ・ 心電計による心拍動の観察及び心電図伝送
- ・ 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物除去
- ・ 経鼻エアウェイによる気道確保
- ・ パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度測定
- ・ ショックパンツによる血圧の保持及び下肢の固定
- ・ 自動式心マッサージ器による体外式胸骨圧迫心マッサージ
- ・ 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持

- ・ 口腔内の吸引
- ・ 経口エアウェイによる気道確保
- ・ バッグマスクによる人工呼吸
- ・ 酸素吸入器による酸素投与

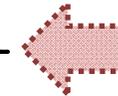
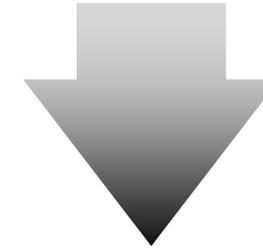
## <応急手当>

- ・ 自動式除細動器による除細動 ・ 用手法による気道確保
- ・ 胸骨圧迫心マッサージ ・ 呼気吹き込み法による人工呼吸
- ・ 圧迫止血 ・ 骨折の固定
- ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物除去
- ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察
- ・ 必要な体位の維持、安静の維持、保温 等

救急隊員が  
実施可能



メディカルコントロール体制は  
救急救命士の処置範囲拡大の  
前提として整備が進んできた。



救急隊員の行う応急処置に  
ついてもメディカルコントロール  
体制が必要ではないか。

## メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(2)

	救急隊員	救急救命士
応急処置		現在、メディカルコントロール体制が実質的にカバーできている部分
救急搬送		

今後、メディカルコントロール体制の整備が必要と考えられる部分

救急業務全体に、医学的な観点から、質の保障及び質の向上が求められることから、メディカルコントロール体制の拡充を図ってはどうか。

# メディカルコントロール協議会における事後検証の状況(1)

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
北海道	5	4	106	88	4,724
青森県	0	0	1,399	1,376	1,537
岩手県	0	0	814	799	1,534
宮城県	0	0	1,990	1,613	2,375
秋田県	0	0	1,400	1,370	1,819
山形県	50	50	209	173	1,360
福島県	0	0	394	394	2,072
茨城県	0	0	2,593	2,175	3,628
栃木県	82	82	862	768	1,896
群馬県	0	0	4,880	1,312	1,801
埼玉県	0	0	70,611	2,615	5,287
千葉県	0	0	4,526	3,042	4,626
東京都※	7,238	3,836	—	—	11,716
神奈川県	0	0	90,644	6,212	7,254
新潟県	3	3	49	40	2,610
富山県	0	0	723	549	904
石川県※	1,157	858	—	—	858
福井県	6	6	10	9	656
山梨県※	1,508	995	—	—	769
長野県	0	0	1,539	1,522	2,220
岐阜県	0	0	568	166	574
静岡県	0	0	2,339	2,336	4,591
愛知県	0	0	6,026	5,979	5,982
三重県	0	0	837	523	1,474

※印は地域MCを組織しない都道府県  
※平成19年のデータ

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
滋賀県	0	0	1,312	1,066	1,111
京都府	0	0	1,903	2,175	2,176
大阪府	調査中				
兵庫県	0	0	3,277	2,984	4,160
奈良県※	814	814	—	—	1,065
和歌山県※	1,100	829	—	—	1,068
鳥取県	0	0	678	382	586
島根県	0	0	1,569	701	958
岡山県	0	0	1,342	1,332	1,575
広島県	0	0	3,285	2,165	2,433
山口県	0	0	0	0	調査中
徳島県※	3,912	599	—	—	599
香川県※	4,852	848	—	—	848
愛媛県	3	2	1,189	1,135	1,492
高知県※	721	719	—	—	731
福岡県	0	0	9,957	3,538	3,927
佐賀県	451	215	439	210	703
長崎県	0	0	1,180	993	1,192
宮崎県	7	3	867	742	2,023
大分県	0	0	44	44	900
宮崎県	0	0	618	560	1,011
鹿児島県	0	0	68	62	1,826
沖縄県	0	0	235	205	1,241
合計	21,909	9,863	220,482	51,355	103,892

# メディカルコントロール協議会における事後検証の状況(2)

	事後検証数	うち心肺停止症例数	全心肺停止症例数	事後検証対象症例	
A県	都道府県	0	0	4,626	特になし
	地域 1	272	272	679	・目撃ありかつバイスタンダー処置(胸骨圧迫又は人工呼吸)があった症例 ・除細動、薬剤投与、気管挿管施行症例 ・外傷症例で意識レベルがJCS100以上、又はショックの症例 ・医師が要検証と判定した症例 ・救急隊員が要検証と判断した症例
	地域 2	150	103	228	重症以上、特異事案及び医師の検証が必要であると判断される症例
	地域 3	1,728	680	1,053	・ホットライン使用症例(特定行為・ドクターヘリ要請等) ・現場滞在時間が外因性20分以上、内因性30分以上を要した症例 ・二次病院へ搬送されたアンダートリージ症例 ・検証医、若しくはMC担当者が必要と判断した症例 ・現場活動プロトコルから逸脱しているもの
	地域 4	469	278	278	・心肺停止・ロード&ゴー症例、その他参考となる症例 ・指導医から検証票提出の指示
	地域 5	217	217	217	全心肺停止症例
	地域 6	738	734	795	心肺停止傷病者の搬送事例、救急隊員が事後に医師に対し指導・助言を要請した事例。
	地域 7	441	417	856	・接触～収容10分以上 ・収容～現発10分以上 ・接触～心電図測定5分以上 ・初診医が必要と認めた症例 ・除細動実施 ・気管挿管実施 ・薬剤投与実施 ・心拍再開 ・救急隊等目撃CPA
	地域 8	511	341	520	死亡患者、死亡に準じる重症患者 ・重症外傷患者 ・その他特に検証を必要と救急隊員が判断した場合
B県	都道府県	0	0	1,111	特になし
	地域 1	242	241	241	心肺停止症例と救急隊または一次検証者が医師の検証を依頼した症例
	地域 2	392	185	185	心肺停止症例 ・プロトコルから逸脱した活動を行った症例 ・初診医師が必要と判断した症例
	地域 3	112	112	112	心肺停止症例
	地域 4	185	162	162	心肺停止症例 ・重篤症例のうち特に必要と判断したもの
	地域 5	138	138	138	心肺停止症例
	地域 6	170	170	215	医師の指示を受け病院搬送した心肺停止症例
	地域 7	73	58	58	心肺停止症例 ・重症症例並びに救急隊が医師に指導、助言を要請した症例
C県	都道府県	3	2	1,492	各地域MCから症例を1例ずつ選出し事後検証を実施
	地域 1	414	374	528	心肺停止症例(救命士搭乗なしを除く) ・一般市民のAED使用症例 ・救急隊及び医師が必要であると判断した症例
	地域 2	428	415	535	心肺停止症例 ・ACS症例
	地域 3	347	346	429	心肺停止症例 ・重症外傷

# メディカルコントロール協議会における事後検証の状況(3)

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
D県	都道府県	0	0	2,072	心肺停止症例
	地域 1	3	3	485	心肺停止症例
	地域 2	0	0	652	
	地域 3	391	391	391	
	地域 4	0	0	544	

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
E県	都道府県	6	6	656	心肺停止事例、特定行為を実施した事例、現場での救命処置や、搬送が特異な事例で、地域MC協議会で県MC協議会での検証が適当と認められた事例。
	地域 1	4	3	279	心肺停止事例、特定行為を実施した事例、現場での救命処置や、搬送が特異な事例
	地域 2	2	2	80	
	地域 3	2	2	143	
	地域 4	2	2	154	

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
F県	都道府県	0	0	調査中	事後検証は地域メディカルコントロール協議会の役割であると考えている
	地域 1	0	0	調査中	消防本部ごとに各地域の検証医(医療機関)からの事後検証を受けている
	地域 2	0	0	調査中	
	地域 3	0	0	調査中	
	地域 4	0	0	調査中	

※ 救急搬送の側面についても検証している団体は少数にとどまっている(搬送時間(現場滞在時間を含む)について検証対象としているのは3団体、アンダートリアージについて検証対象としているのは2団体)。

# 救急搬送・応急処置に関し訴訟となった事例(1)

## 1 宮城県

平成20年6月11日提起、係争中(仙台地裁)

「26歳男性が舌を噛み切ろうとしている。」との通報で救急出動し、救急隊が観察したところ自傷他害の危険性が高い精神疾患と判断し、警察官に引き継いだ。警察官が舌を噛まないように猿ぐつわを噛ませ、警察車両に収容したところ心肺停止となり、救急隊が蘇生しながら病院へ搬送するも、現在も意識不明となっている。このことに関し、患者側から救急隊がインフルエンザ脳症を精神疾患と誤認し警察官を呼んだことに過失があるとして損害賠償請求された事例。

## 2 千葉県

平成18年6月9日提起、平成20年8月25日和解(千葉地裁)

18歳男性が路上で単独の交通事故を起こし救急出動したもので、病院に搬送するも死亡した事案。

救急隊は、飲酒に関わる救急事故であり、病院側の受け入れが難しくなる恐れがあるので家族の到着を待って搬送したところ、家族から救急隊が観察を実施後、速やかに搬送に着手すべきであったにもかかわらず、現場で必要以上に停止して病院収容が遅れ救命の相当程度の可能性が侵害されたとして、損害賠償請求の訴えが提起されたもの。

裁判所からの和解勧告を受け和解。和解金の支払以外の主な和解事項は次のとおり。

- ① 被告は、故Aの緊急搬送業務において搬送が現場到着後速やかに行われなかったことを認め、遺憾の意を表す。被告は、故Aが死亡した事実を真摯に受け止め、謹んで哀悼の意を表す。
- ② 被告は、今後はより一層、要救護状態の者を救急医療体制の整った施設に速やかに搬送することに努め、かつ、救急業務体制の整備に努める旨誓約する。

## 3 大阪府

平成16年7月15日提起、平成19年3月28日判決(請求棄却)(大阪地裁)、平成20年7月1日和解(大阪高裁)

3歳男子について熱性痙攣による救急出動の際、家族に医療圏の輪番制によりA総合病院(2次医療機関)が唯一小児科の受け入れ可能な病院であることを説明し、了解の上搬送。症状が改善しなかったため、B総合医療センター(3次医療機関相当)に転院するも重度の身体的及び知的障害を負うこととなったことに対し、損害賠償請求された事例。

裁判所の和解勧告を受け和解。主な和解事項は次のとおり。

被告C市は、C市救急業務規程第19条に基づき、傷病者又はその家族から特定の医療機関へ搬送を依頼されたときは、その症状、程度、容態の緊急性の程度、当該医療機関への通院歴の有無、当該機関が受入可能な状況であるかの有無、医療機関相互の救急医療体制の受入整備状況等を総合考量の上、可能な限り依頼された医療機関へ搬送するよう努力すること。

## 救急搬送・応急処置に関し訴訟となった事例(2)

---

### 4 大阪府

平成19年4月26日提起、係争中(大阪地裁)

「50歳女性が息苦しさを訴えている。」との家族からの通報により救急出動したもので、現場到着後、観察及び応急手当を実施し、A病院(2次医療機関)へ搬送。A病院で処置が行われたが専門外のため、循環器対応可能なB病院(2次医療機関)へ転院搬送するもその途上に心肺停止となり、10日後に死亡した事案。原告より、専門治療を受けられる病院への搬送を怠った救急隊員に職務上の過失があるとして損害賠償請求された事例。

### 5 兵庫県

平成18年4月10日提起、平成19年1月16日判決(請求棄却)(神戸地裁)

「6階から飛び降りようとしている。」との通報で救急出動した際、本人の強い搬送拒否により不搬送とし、警察官に保護を依頼した事案。原告から、薬物の影響により救護を要する状態であったにもかかわらず、搬送しなかったことにより精神的苦痛を受けたとして損害賠償請求された事例。

### 6 兵庫県

平成19年9月28日提起、平成20年4月17日判決(請求棄却)(神戸地裁)

「路上にて男性が暴れている。」との通報で救急出動した際、自力歩行可能で自傷他害行為及び事件性が認められたため警察官保護とし、不搬送とした事案。原告から、搬送を希望したのに病院搬送されなかったことにより精神的苦痛を受けたとして損害賠償請求された事例。

### 7 奈良県

平成19年11月1日提起、係争中(奈良地裁)

警察署敷地内で顔面から出血して歩いている傷病者を警察官が保護し、通報したことにより救急出動したものの。観察を実施した結果、顔面からの出血も既に止まっていたこと、意識レベルも安定していたこと及び自立歩行も可能であったこと等により、不搬送と判断し、家族に引き継いだ。帰宅後に容態が急変し、医療機関に救急搬送されたが、急性くも膜下血腫により、現在も意識が回復しない状況となっている。これらのことについて原告から、適切な救急業務が行われなかったものであるとし損害賠償請求がなされたもの。

# 救急搬送・応急処置に関し訴訟となった事例(3)

---

## 8 広島県

平成15年7月8日提起、平成19年7月26日判決(請求棄却)(広島地裁)、現在係争中(広島高裁)

胸痛発作による救急出動の際、患者かかりつけのA病院(3次医療機関)に収容依頼したところ、当直医師から救命救急センターに直接連絡するよう指示され電話したがつながらず、他の3次医療機関に搬送したが重度の脳障害が残り植物状態となった事案。救急隊員が救命救急センターのホットラインでなく一般外来に電話し時間を費やしたことに過失があるとして損害賠償請求された事例。

## 9 広島県

平成17年1月12日提起、平成18年1月19日判決(請求棄却)(広島地裁)

薬を喉に詰ませたとの通報により救急出動し、病院搬送するも搬送途中に心肺停止となり、死亡した事案。

家族から、到着した救急隊員が観察を実施後、たいしたことはないと判断し、速やかに病院搬送せず無為に傷病者宅で11分を徒過し、更に、搬送中に心肺停止になったにも関わらずAEDを使用せず傷病者を死亡させたことは、適切な救急業務が行われなかったものとして提起された損害賠償請求が棄却された事例。

## 10 佐賀県

平成15年12月8日提起、平成18年9月8日判決(請求棄却)(佐賀地裁)、平成19年8月2日判決(控訴棄却)(福岡高裁)

路上で転倒し後頭部を打ち救急車に収容されたが、本人の搬送拒否を理由に病院へ搬送されずに家族に引き渡されたことに、救急隊員の病院への搬送義務違反があるとして求めた損害賠償請求が棄却された事例。

# 救急業務及び救急医療との概念図

## 救急業務

消防法

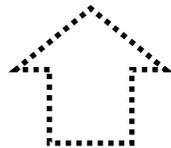
(救急業務実施体制に関する規定)

都道府県

救急業務基準(仮称)

応急処置基準

救急搬送基準



意見聴取

メディカルコントロール  
協議会

救急業務協議会

## 救急医療

医療法

(医療提供体制に関する規定)

都道府県

医療計画

4疾病5事業

(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病  
救急医療、災害医療、へき地医療、  
周産期医療、小児医療)



意見聴取



市町村

(救急業務を処理する一部事務組合  
及び広域連合を含む。)

医療審議会

## ファーストレスポnderによる救命率の向上

- 現在、いくつかの消防本部において、救命率の向上等を図るため、PA連携が行われている。
- ポンプ車に乗車している救急科講習修了者等が行う応急処置については現行の消防法の規定においては、救急業務として位置付けられていない。
- 救命率の一層の向上を図るため、ファーストレスポnderによる応急処置についても消防法上の救急業務として明確に位置付けるべきではないか。

参考：消防法第2条第9項

救急業務とは、(中略)医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によつて、医療機関その他の場所に搬送すること(傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。)をいう。

### 【PA連携について】

- ・ 心肺停止傷病者や重症事案に対してポンプ車(Pumper)と救急車(Ambulance)が連携して出場する体制
- ・ 一般に、その出場基準は、
  - ① 通報内容から傷病者が重症以上であり、傷病者の救出・救護が必要であると判断した場合
  - ② 救急車の現場到着が遅延すると予想され、直ちに傷病者の救出・救護が必要であると判断した場合などとされており、この方式を導入することにより、例えば直近の消防署の救急車が出場している場合でも、ポンプ隊が先に到着して心肺蘇生処置等を行うことにより、救命率の向上を図ることが可能となる。

# 救急隊員の行う応急処置の位置付けについて

## 昭和53年3月 救急業務研究会「救急隊員の行う応急処置に関する中間報告」

(会長: 恩地裕 大阪大学医学部教授、副会長: 都築正和 東京大学医学部教授、齋藤修 日本医師会副会長、他に厚生省医務局長、消防庁次長 等)

### 1 救急業務における応急処置の必要性

次の理由から、救急業務とは、単に搬送行為につきることなく必要な応急処置を行うことも当然に含むものと解すべきである。

- ・ 医学的意義: 救命効率という観点から、最初に傷病者に接する救急隊員によって応急処置が開始される必要があり、救急隊員の行う応急処置は広い意味での救急医療体系の一環をなしていると言える。
- ・ 社会的意義: 応急処置は、今や国民の日常生活の中に深く定着し、国民もまたそれを強く望んでいるところであり、応急処置なくして救急業務を考えることはできない。

### 2 救急業務における応急処置の基準作成の必要性

- ・ 応急処置の基準が作成されていないことは、救急隊員の教育訓練の方向付けを妨げ、救急隊員の応急処置に地域による不統一を生み出し、ひいては医療機関と提携した広い意味での救急医療体制の障害となっている。
- ・ 救急業務は、少なくとも法制化当時は、災害による事故を主目的として発足したものと考えられるが、近年におけるその実態は急病患者がその過半数を占めるに至るなど、傷病者の形態は複雑かつ多様化の傾向を示している。
- ・ 当研究会では、救急隊員の行う応急処置の基準を検討するに当たり、第一線の救急隊員が実際に行っている応急処置の内容、医師法との関連等々を慎重に考慮して次のような結論に達した。  
→ 「次のような結論」として現行の応急処置基準の原型が示されている。

昭和53年7月 救急隊員の行う応急処置等の基準(昭和53年消防庁告示第2号)

消防法施行令第44条3項で救急隊員に一定の講習の受講を義務付け(135時間)

平成3年8月

応急処置基準を改正し応急処置の内容を拡大(9項目)、また、消防学校の教育訓練の基準を改正し、拡大した応急処置を行うための一定の講習を義務づけ(250時間)

## (参考) 救急隊員が行う応急手当と医師法との法的整理

- (1) 昭和61年の消防法改正前は、救急隊員が行う危険性の低い一定の応急手当については、刑法第35条の正当行為に当たるものとして医師法第17条についての違法性はないものとなっていた。この場合に違法性がないものとして認められる範囲に限界があることから、具体的な範囲については厚生省・消防庁協議の上、消防庁告示（昭和53年告示）の形で示されていた。
- (2) 昭和61年の消防法改正により、救急隊員の応急手当についての規定が法令上盛り込まれ、また平成3年8月に、消防庁告示が改正され応急手当の範囲が拡大されたが、これは、従来医師法上違法性がないものとして扱われていた部分について、確認的に救急隊員の業務として定めたものであり、新たに医師法第17条について特例を定めたものではない。
- (3) 救急救命士法の制定で、「救急救命処置」が定義されたが、救急隊員が消防法に基づいて、救急救命処置に含まれる応急手当を行った場合の医師法上の扱いは従来と変わっていない。仮に当該救急隊員が救急救命士の資格を持ち、合法的に救急救命処置を行ったとしても、それはあくまでも救急救命士の行為として捉えられるものである。

# 消防機関と医療機関の連携に関する 作業部会報告資料

救急医療機関に対する支援のあり方について

平成20年10月23日  
総務省消防庁

# 救急医療機関に対する支援のあり方について(検討の背景)

- 昨年度の当作業部会中間報告において、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するため、早急に講じるべき対策として、救急医療情報システムの改善、救急患者受入コーディネーターの配置、救急搬送に関する検証・協議の場の設置等の対策が提言されたところ。
- 一方、「**問題の根本的な解決のためには、救急医療体制の充実・強化、救急医療に携わる医師の勤務条件等の改善や救急車の適正利用の推進など国民の協力等も必要であり、今後の検討課題として指摘したい。**」とされたところ。
- また、今年度、当作業部会において、救急搬送における医療機関の受入状況に関する詳細調査を実施する予定であるが、調査結果を今後の対策に活かすツールとしても、救急医療機関に対する財政的な支援のあり方について検討する必要がある。

# 救急医療機関に対する具体的な支援のあり方について(1)

## 1 3次救急医療機関(救命救急センター)に対する支援

昨年度実施した「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」において、3次救急医療機関の受入に至らなかった主な理由は、「ベッド満床」や「手術中・患者対応中」であった。

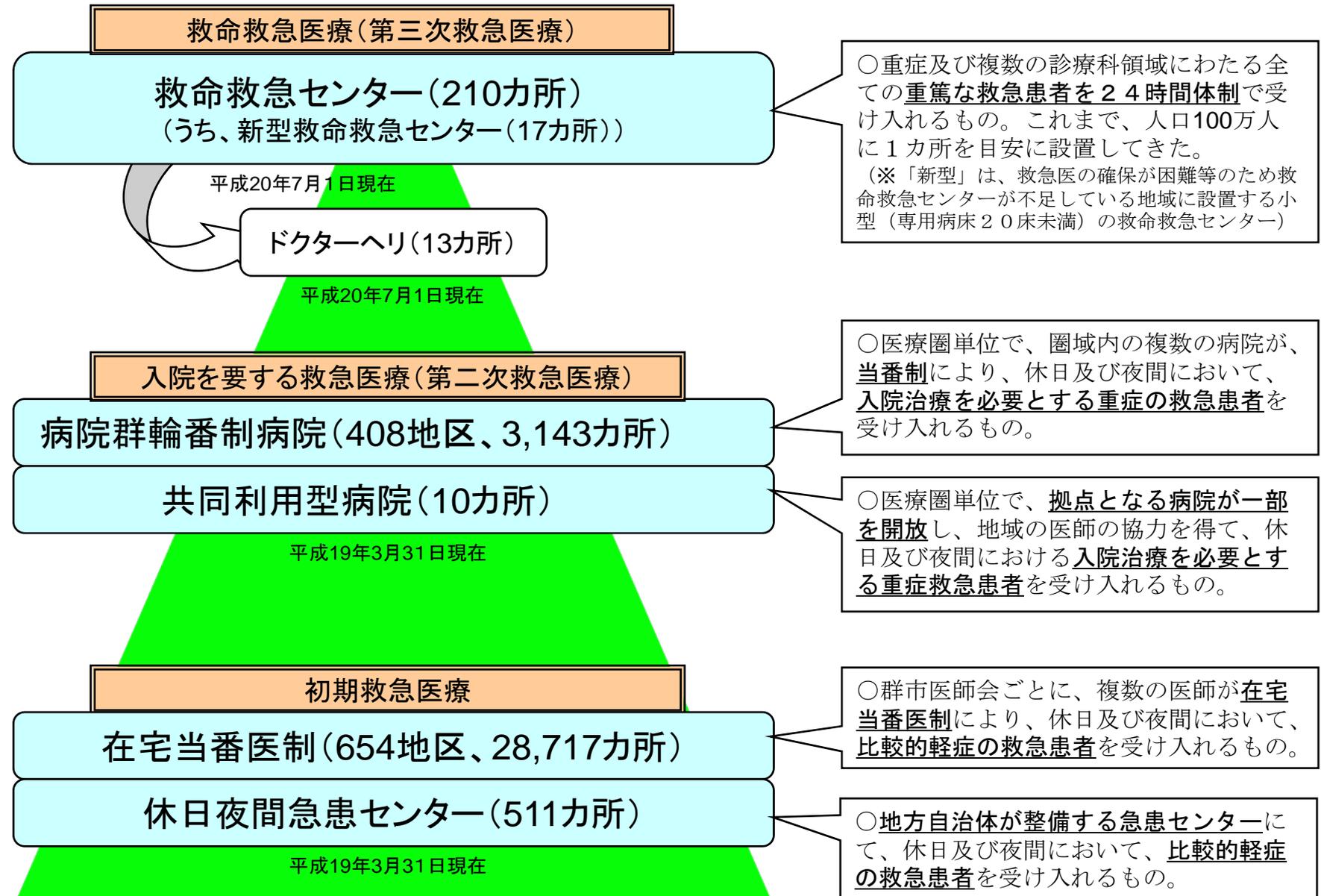
3次救急医療機関においては、救急患者を受け入れるため、ベッドやスタッフを常に一定水準以上確保する必要があり、そのための経費が追加的に必要となる。これらの経費については、診療報酬の算定上できる限り考慮することが望まれるが、一方で3次救急医療機関の実際の収支差額に対応した支援についても考慮することが必要ではないか。

## 2 2次救急医療機関に対する支援

- (1) 2次救急医療において公立医療機関は大きな役割を担っており、地方公共団体が公立2次救急医療機関について支出している繰出金額の水準に対応した地方財政措置について検討することとしてはどうか。
- (2) 民間の救急医療機関数は公立の救急医療機関数を大きく上回っているが、その役割に応じた支援についてどう考えるべきか。

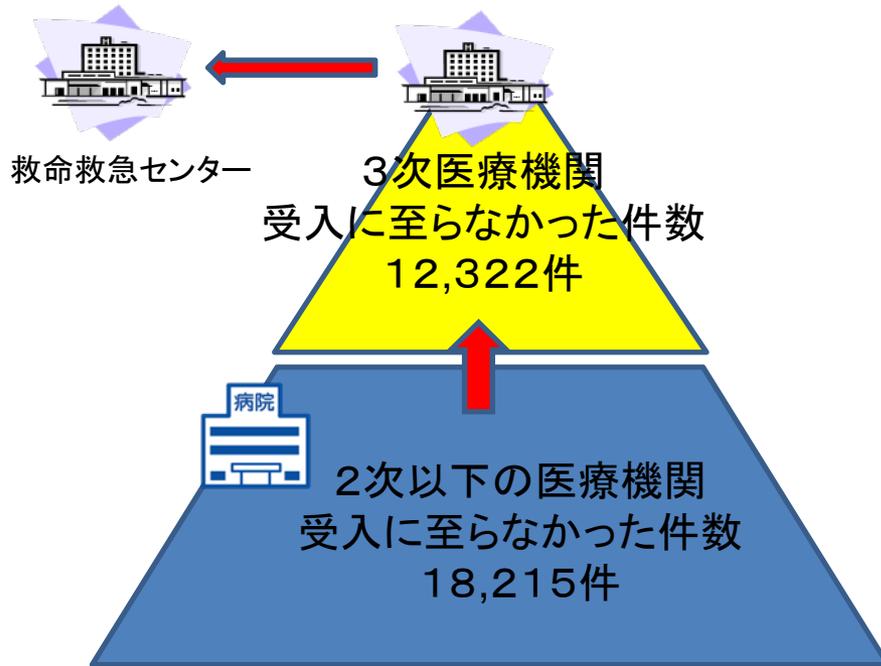
- (3) 2次救急医療機関については、救急患者の受入実績等にかかなりのばらつきがあり、公平の観点からも、そうした実績等に応じた支援内容とすることが受入体制の強化につながるという意見もあるが、どう考えるか。

# 救急医療体系図



# 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

## 救命救急センター等搬送事案における受入に至らなかった理由



### 3次医療機関における理由

- ・ベッド満床 37.8%
- ・手術中・患者対応中 34.5%
- ・処置困難 12.7%

### 2次以下の医療機関における理由

- ・処置困難 39.0%
- ・手術中・患者対応中 16.2%
- ・ベッド満床 15.6%
- ・専門外 10.3%

病院区分等		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明及びその他	合計
2次以下	件数	2,947	2,835	7,098	1,868	886	41	2,540	18,215
	割合	16.2%	15.6%	39.0%	10.3%	4.9%	0.2%	13.9%	100%
3次	件数	4,248	4,657	1,564	145	81	1	1,626	12,322
	割合	34.5%	37.8%	12.7%	1.2%	0.7%	0.0%	13.2%	100%
合計	件数	7,195	7,492	8,662	2,013	967	42	4,166	30,537
	割合	23.6%	24.5%	28.4%	6.6%	3.2%	0.1%	13.6%	100%

※集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

# 開設者別の救急医療機関数

	救急医療体制上の位置付け				救急告示 病院 (再掲)
	三次救急	二次救急	初期救急	総数	
総数	188	3,677	1,583	5,448	4,166
国	24	149	23	196	162
厚生労働省	-	4	-	4	4
その他	24	145	23	192	158
公的医療機関	111	818	236	1,165	1,097
都道府県	41	129	29	199	162
市町村	32	485	174	691	666
その他	38	204	33	275	269
社会保険関係団体	2	98	14	114	104
公益法人	8	213	52	273	197
医療法人	6	2,043	1,065	3,114	2,171
学校法人並びにその他の法人	36	138	48	222	167
会社	1	31	8	40	23
個人	-	187	137	324	245

都道府県	41	129	29	199	162
全体に占める割合	21.8%	3.5%	1.8%	3.7%	3.9%
市町村	32	485	174	691	666
全体に占める割合	17.0%	13.2%	11.0%	12.7%	16.0%
都道府県+市町村	73	614	203	890	828
全体に占める割合	38.8%	16.7%	12.8%	16.3%	19.9%

注：当該調査における各開設者の定義

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国の機関)
公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、学校法人、社会福祉法人などの上記以外の法人

## 三位一体改革等により一般財源化された救急医療対策関係事業の 国庫補助額(実績)の推移

(単位:百万円)

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
救命救急センター	5,621	5,715	5,523	5,550	2,993 <small>公立分を一般財源化</small>
病院群輪番制等病院	3,728	3,703	3,699	一般財源化	
在宅当番医	852	867	一般財源化		
計	10,201	10,285	9,222	5,550	2,993

# 公立救急医療機関に対する財政措置(1)

## ○ 地方公営企業法(抄)

### 第三章 財務

#### (経費の負担の原則)

#### 第十七条の二

次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てること  
が適当でない経費

## ○ 地方公営企業法施行令(抄)

### (一般会計等において負担する経費)

#### 第八条の五

法第十七条の二第一項第一号に規定する経費で政令で定めるものは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める経費(当該経費に係る特定の収入がある場合には、当該特定の収入の額をこえる部分)とする。

- 三 病院事業看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、救急の医療を確保するために要する経費及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

# 公立救急医療機関に対する財政措置(2)

## 特別交付税措置

### ○ 救命救急センター

- ・ 都道府県立： 1床当たり1,760千円×病床数(ただし、上限48,600千円)
- ・ 市町村立： 1床当たり2,384千円×病床数(ただし、上限66,400千円)

### ○ 救急告示病院

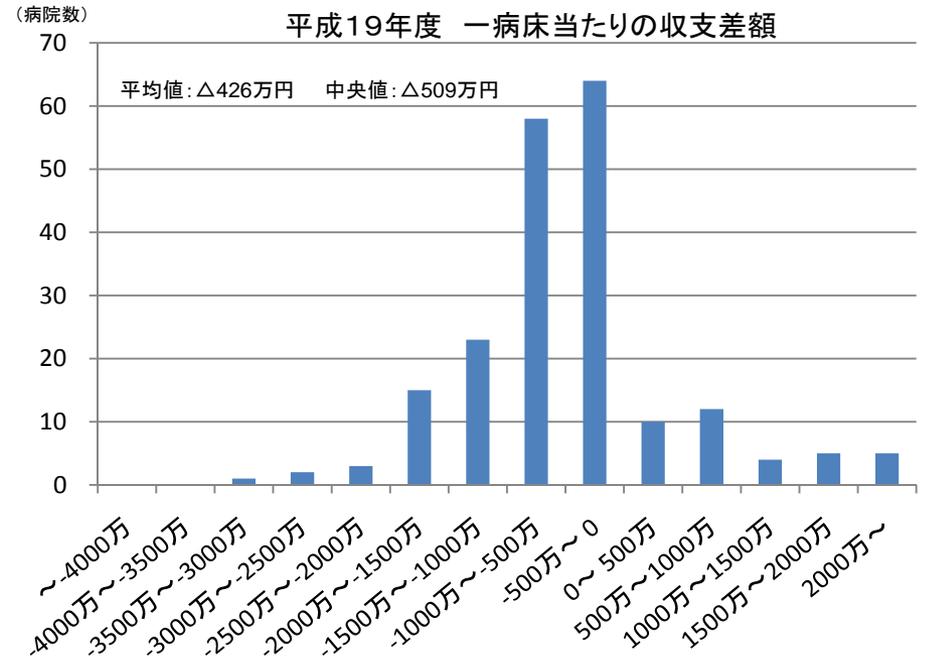
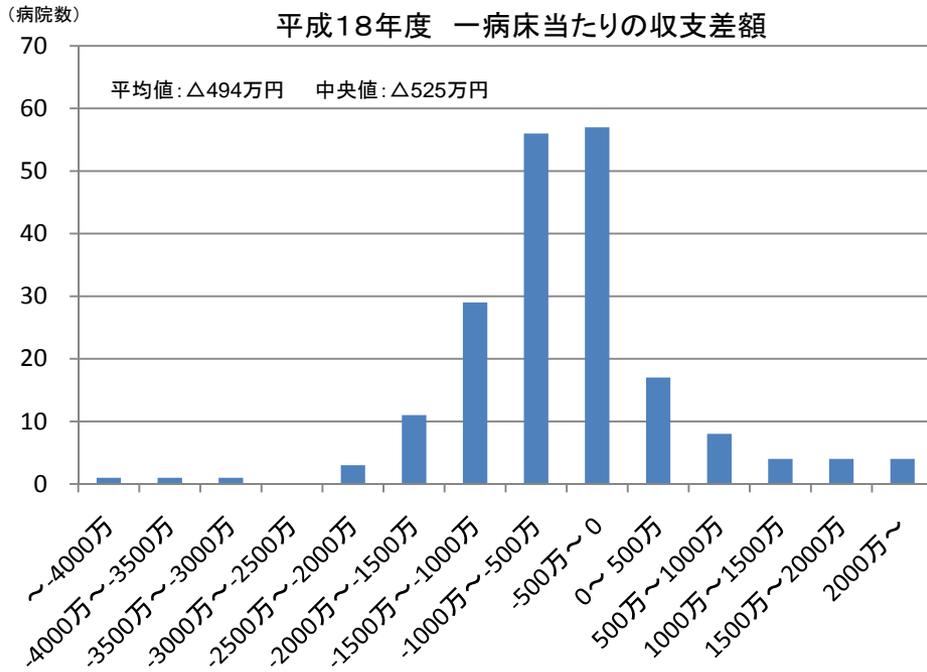
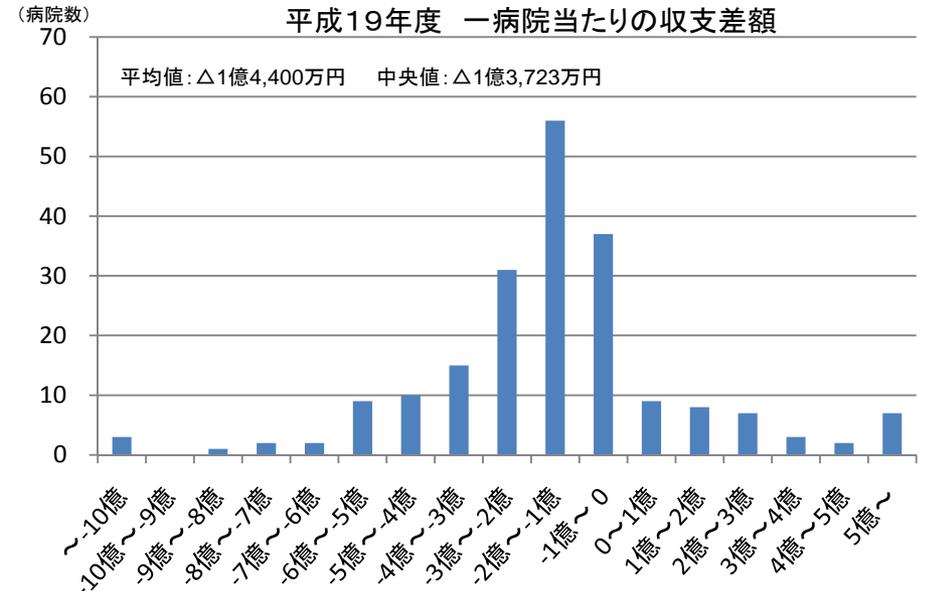
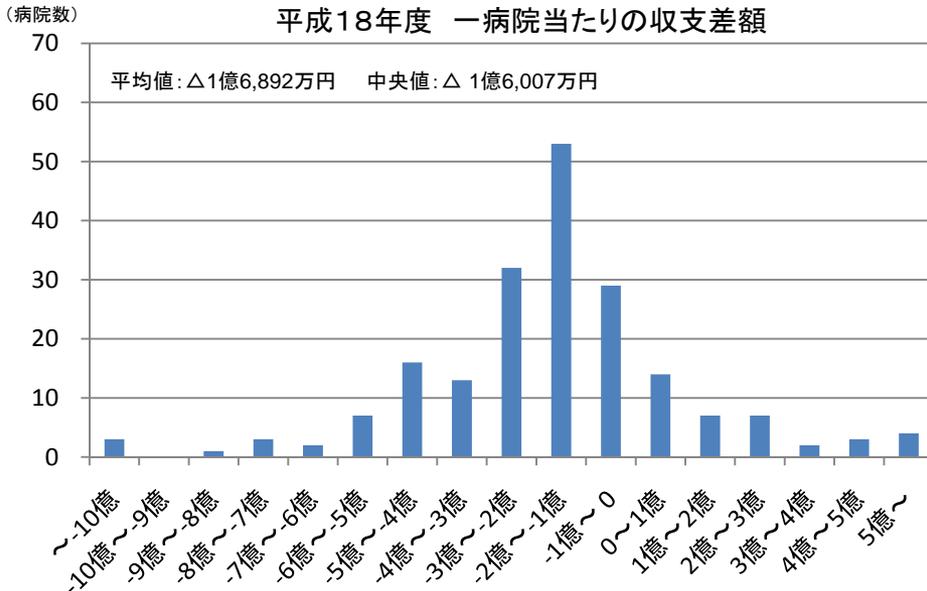
#### 区分1病院当たり金額

	都道府県	市町村
・ Aランク	15,300千円	44,200千円
・ Bランク	8,700千円	25,300千円
・ B'ランク	7,300千円	20,900千円
・ Cランク	6,000千円	17,300千円

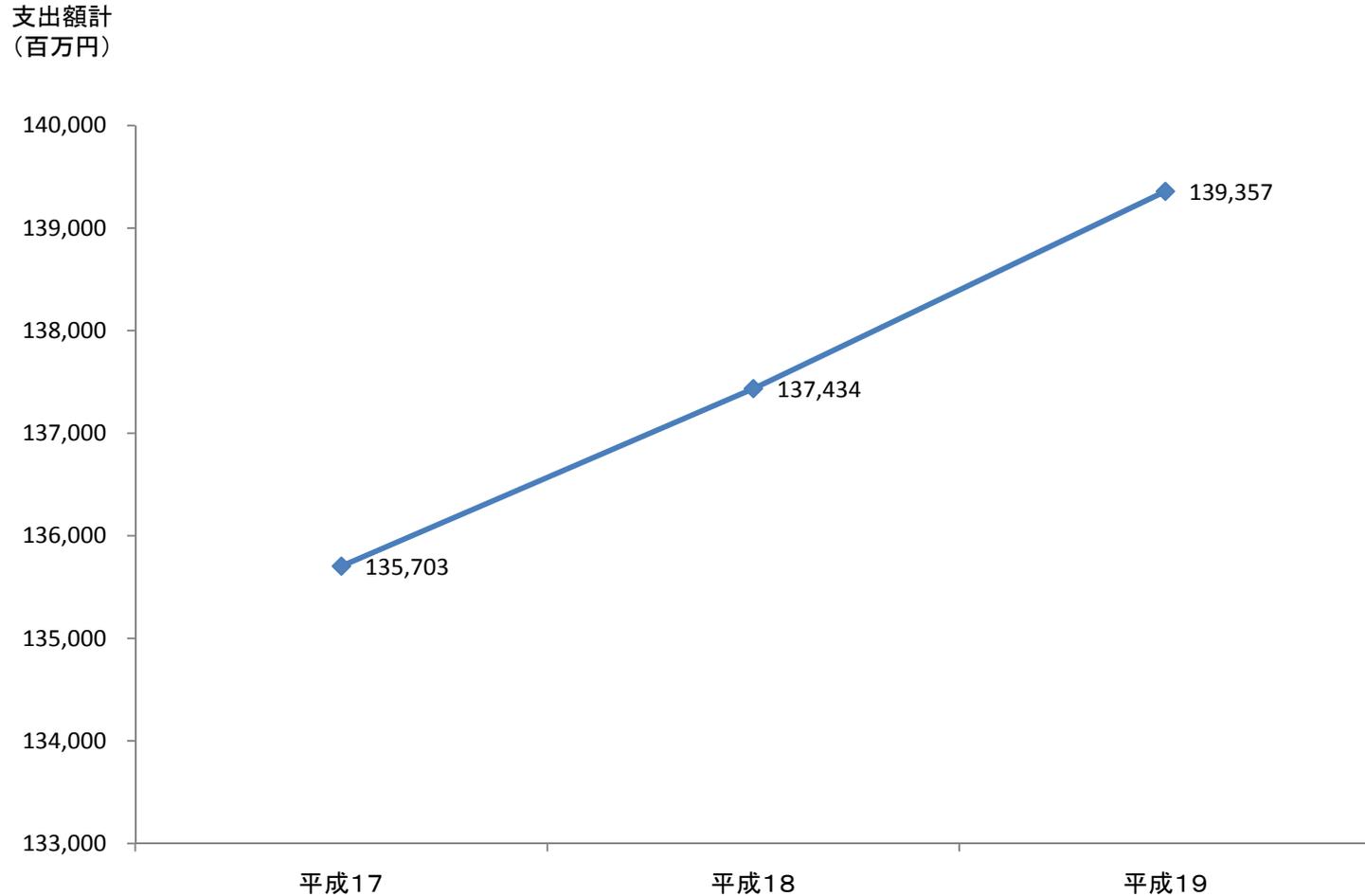
※ 区分については次の3項目の合計点数による(A:11点、B:7-10点、B':6点、C:5点以下)

- 1 専用病床数 7床以上(3点)、4床以上7床未満(2点)、3床以下(1点)
- 2 待機体制 医師看護師が 各2名以上当直(6点)、各1名以上当直(4点)、待機(2点)  
有事に出動(1点)
- 3 施設・設備 救急専用入口、救急専用処置室、救急専用手術室、救急専用自動車のうち  
2部門以上(2点)、1部門(1点)、なし(0点)

# 救命救急センターにおける収支差額



# 地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(1)

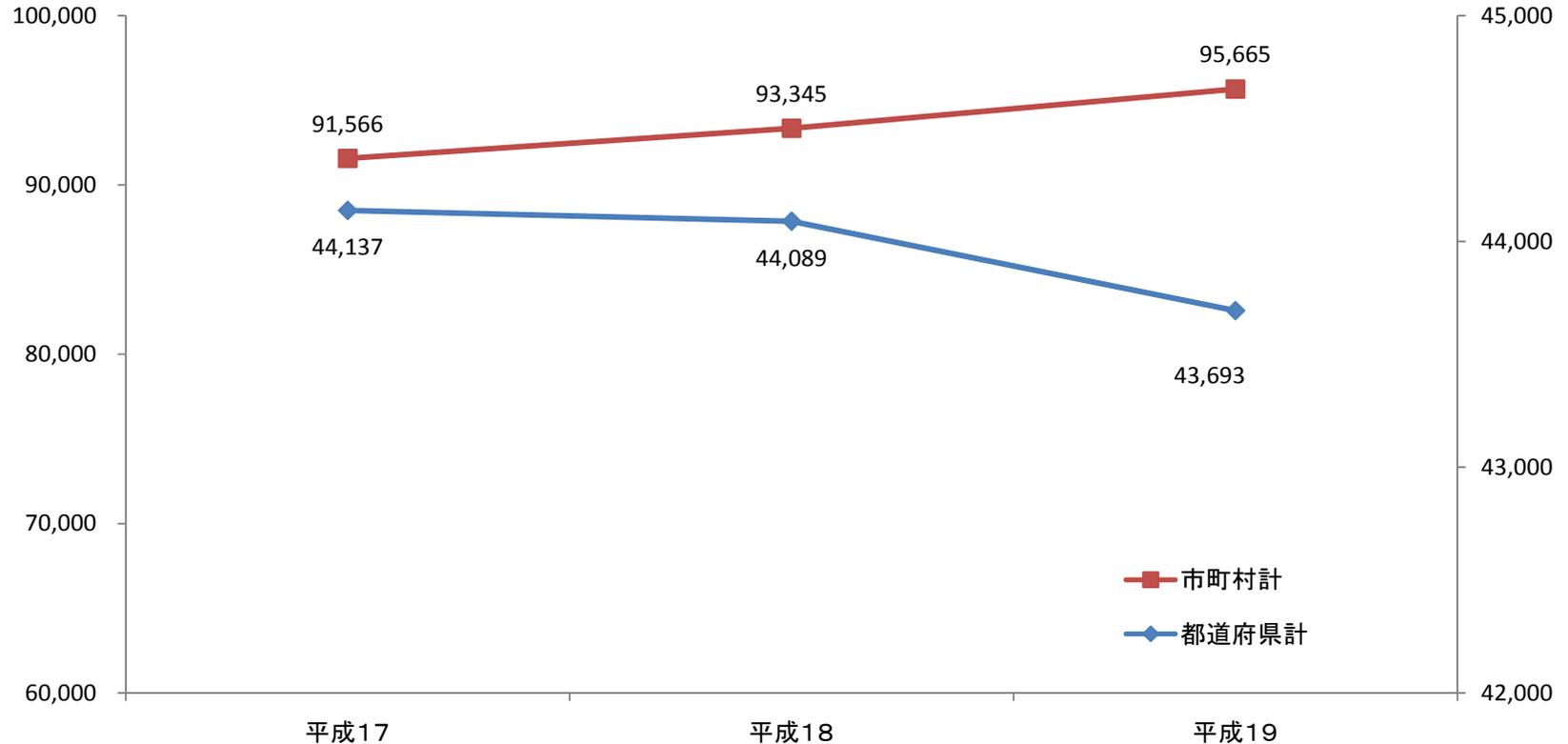


・ 地方公共団体(都道府県・市町村合計)の救急医療機関への支出額(公立病院に対する一般会計からの繰出金、民間病院等に対する補助金等の額)は、3年間で約37億円増加している。

# 地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(2)

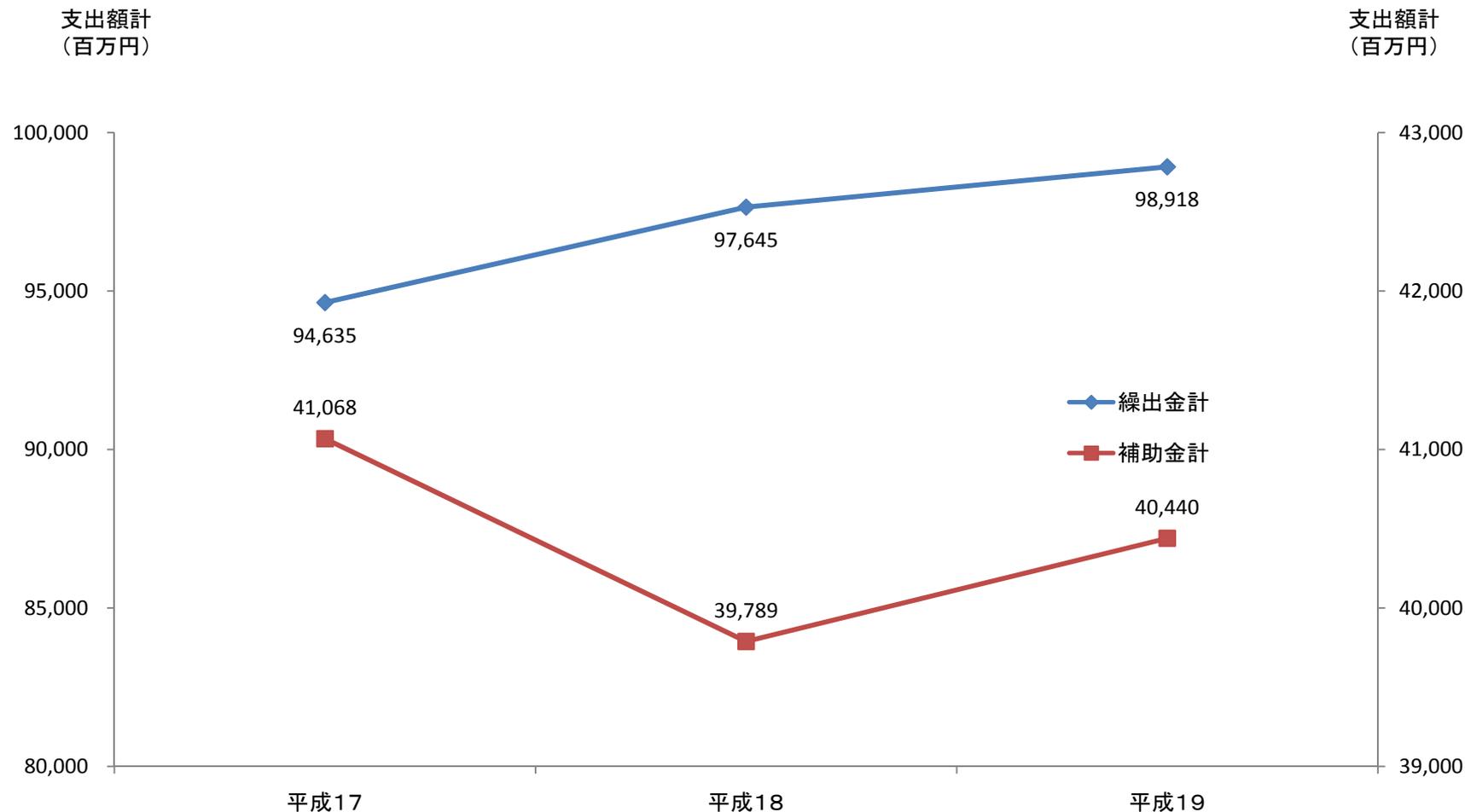
支出額計  
(百万円)

支出額計  
(百万円)



- ・ 市町村による救急医療機関への支出額は増加傾向にある(約41億円の増)。
- ・ 都道府県による救急医療機関への支出額は、微減である(約4億円の減)

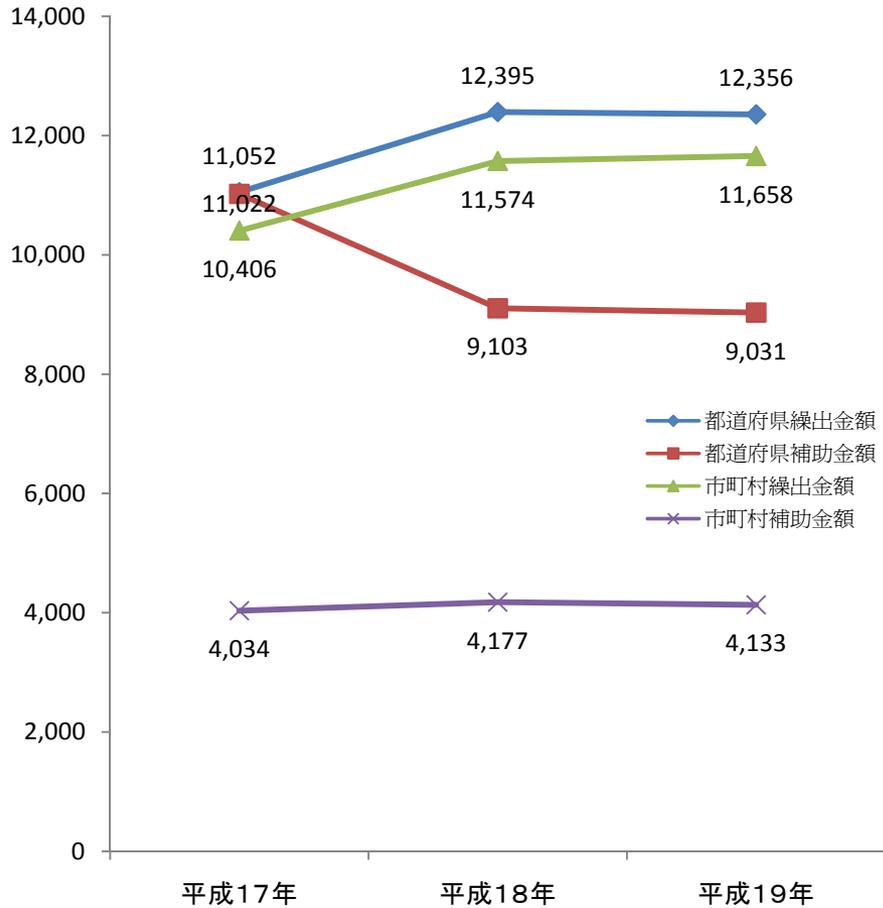
# 地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(3)



- ・ 公立病院に対する一般会計からの繰出金額は増加傾向にある(約43億円増)。
- ・ 民間病院に対する補助金額は微減である(約6億円減)。

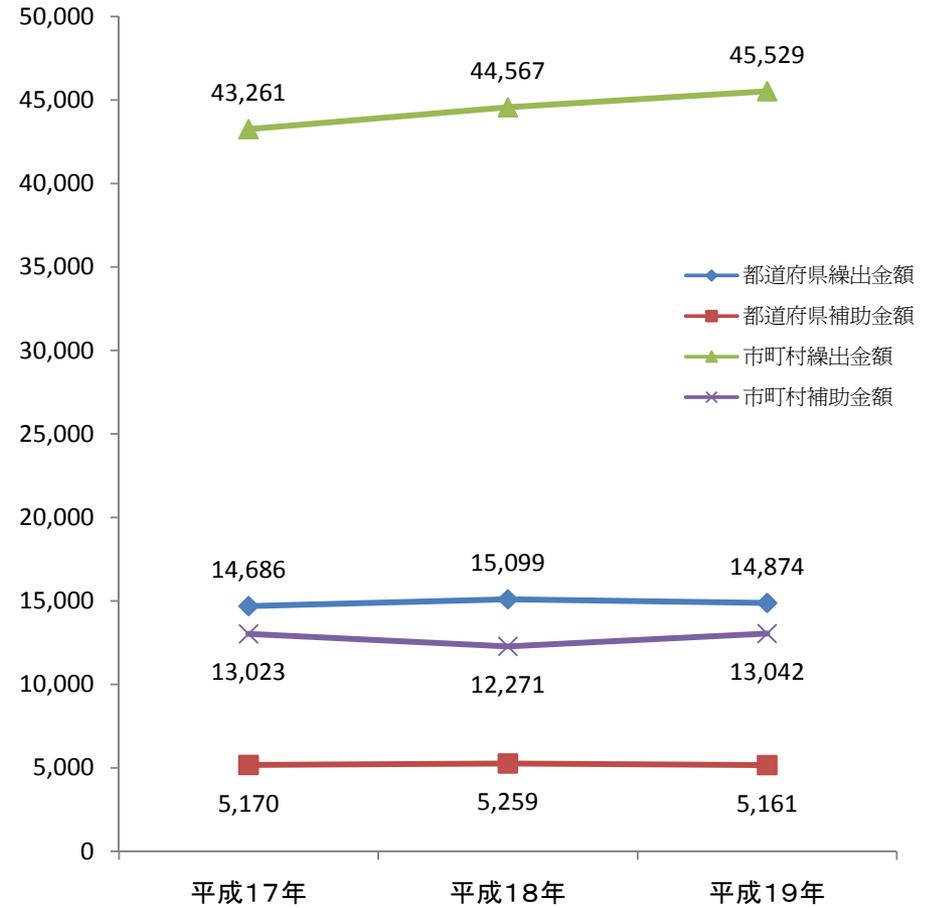
# 地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(4)

支出額計  
(百万円)



三次医療機関に対する支出額

支出額計  
(百万円)



二次医療機関に対する支出額

# 地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(5)

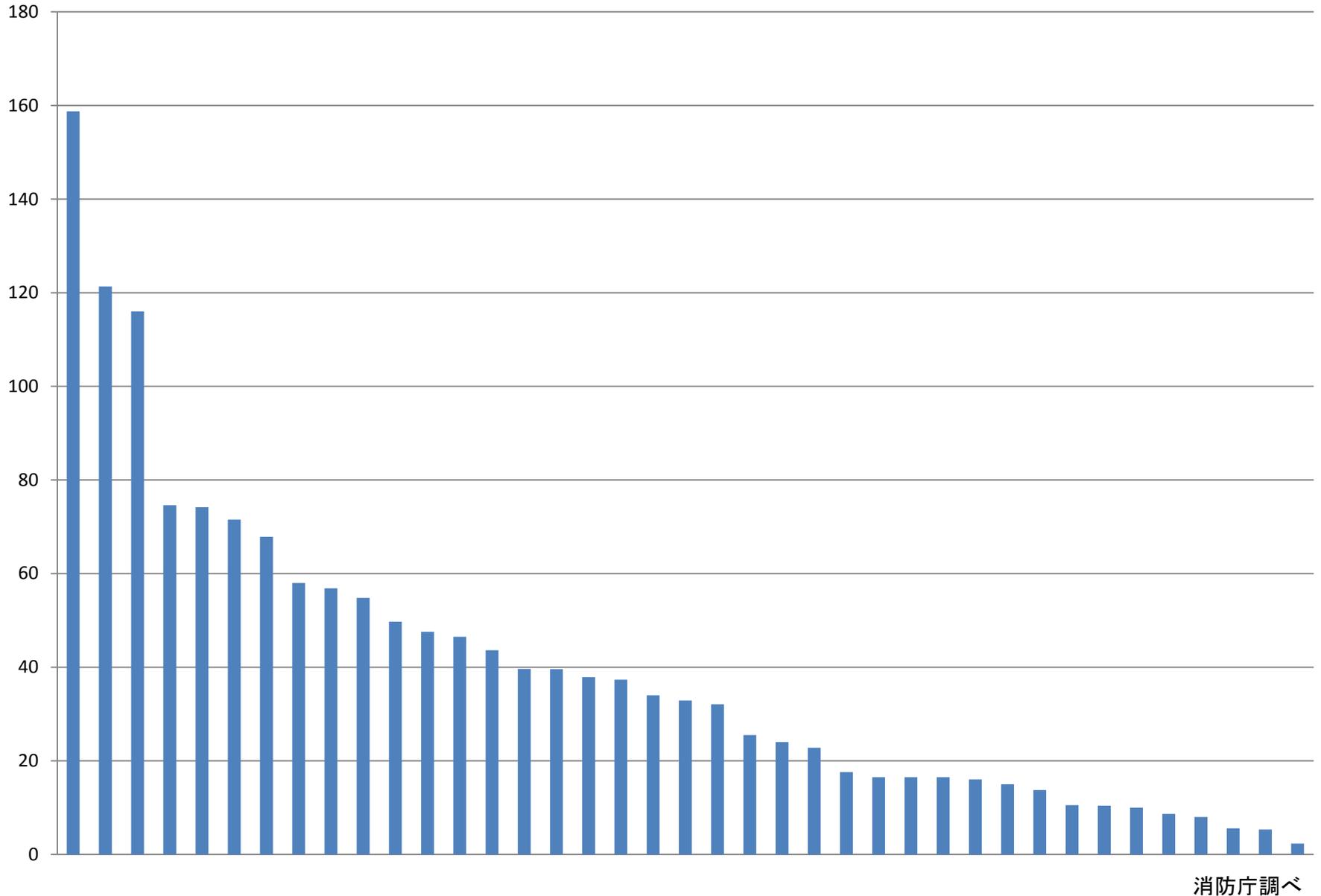
単位:百万円

	都道府県						市町村					
	繰出金額			補助金額			繰出金額			補助金額		
	平成17	平成18	平成19									
三次	11,052	12,395	12,356	11,022	9,103	9,031	10,406	11,574	11,658	4,034	4,177	4,133
二次	14,686	15,099	14,874	5,170	5,259	5,161	43,261	44,567	45,529	13,023	12,271	13,042
初期	113	193	147	798	827	918	12,727	11,451	11,833	6,688	7,663	7,803
その他	1,296	1,213	1,200	0	0	6	1,094	1,153	1,321	334	491	346
計	27,147	28,900	28,577	16,990	15,189	15,116	67,488	68,745	70,341	24,079	24,602	25,324

注: 滋賀県(県分)、福岡県(市町村分)が未算入。

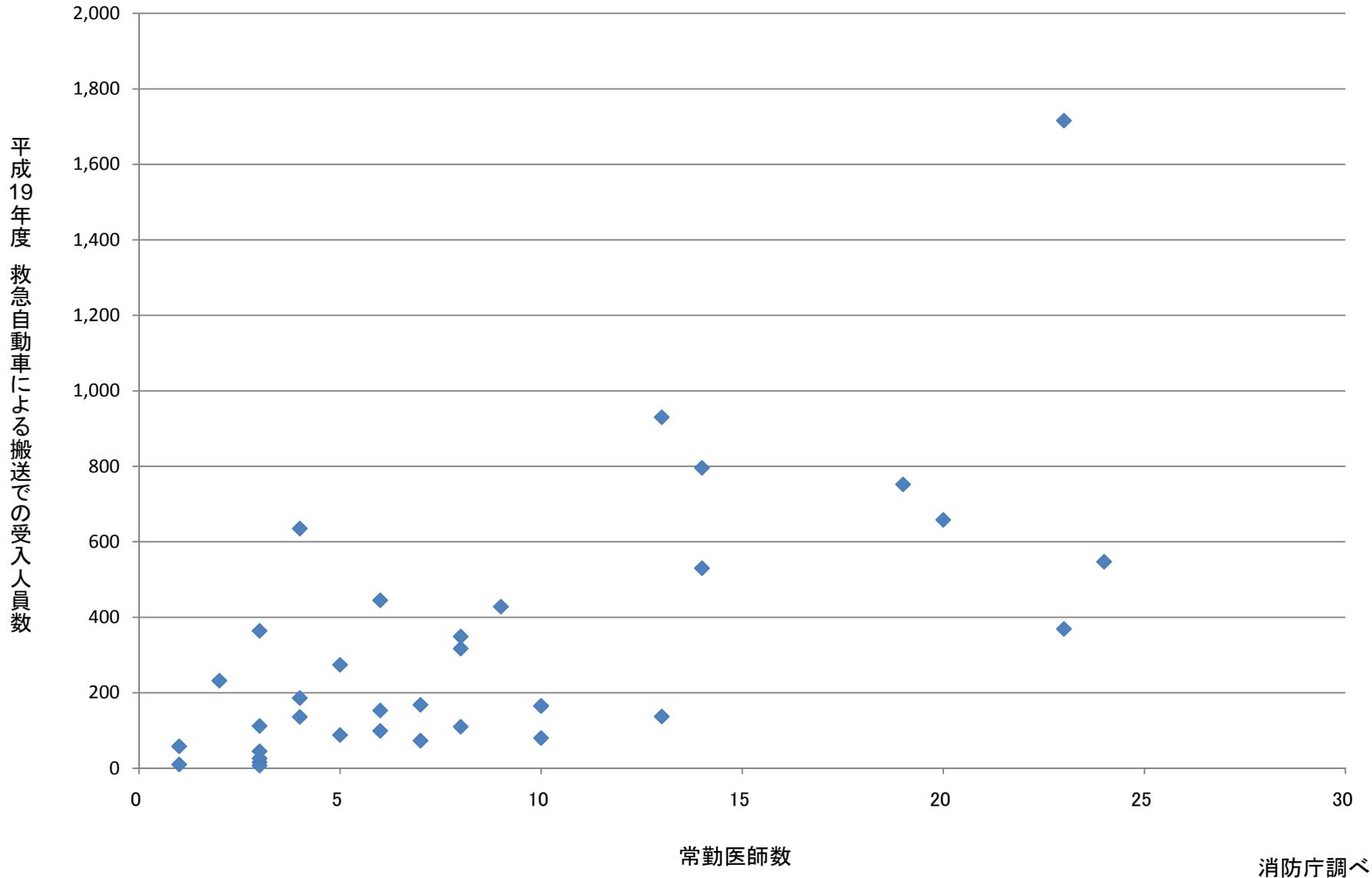
# ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



# ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



## 第3回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会での主な意見(1)

### 【救命救急センターに関する意見】

- 救命救急センターで4億、5億の黒字というのは信じられない。どう計算してもそんなふうにならないと思う。
- 独立型の救命救急センターは、重症患者をそこで対応するが、今の多くは各科方式の救命救急センターが多く、それらを一緒にしたデータはあまり意味がないのではないか。
- 救命救急センターをやっていて、きちんと3次救急の患者さんを受入れていれば、病院は全体として黒字ではないか。そこで、救命救急センターで夜間も休日も一生懸命働いている医師を中心とした医療従事者は薄給でやっている。非常に少ない給料で、待遇悪くやっているが、そこを改善することを考えるべきではないか。
- 大阪府は、単独型の府立の救命救急センターを持っているが、大赤字状態である。大阪府から赤字補填というか、委託料という形で支払って、医業収益を差し引いて、収支差は6~7億ある。併設型の効率性というところが、人件費の部分で追求できないが儲けが出ることは考えられない。
- 大阪府の千里救急センターのように、常勤スタッフをそろえ、その人たちがほとんどのことをやると、かなり赤字が出る。非常に安い給料の研修医や各科のローテーションを有効に使っていた。研修医、ローテーションの医者にもまともな給料を出したら相当赤字になる。

### 【2次医療機関に関する意見】

- 2次救急の話をするときは、どういう病院を想定しているかということが大きな問題で、地方は公的な病院のような200床を越えた大きな病院が各科で対応しているが、東京は200床未満の100床前後の民間病院が多く患者をとっている。この辺をある程度分けて話をしないと問題ではないか。
- 第一線の現場でやっている医師が長時間労働で、時間の割に薄給に苦しんでいる。それは、救命救急センターの医師もそうだし、地方の2次救急をやっている医師も、200床に満たない100床前後の救急病院で働いている医師もそうだ。やはり、待遇が悪い。
- 今、どういう体制で救急患者を医療機関は診ているかという調査が必要ではないか。特に、2次救急医療機関は、本当に当直医で何とかカバーしているところがほとんどだと思う。その大変さを少し国民にわかってほしい。

## 第3回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会での主な意見(2)

### 【財政支援に関する意見】

- 救急とは関係ないが、病院によっては1床当たり2,000万くらいお金を出している病院から、1床当たり500万くらいしか出していない病院まであって、繰出金というのが不明瞭ではないか。
- 患者からみれば、公立病院も民間病院も同じ救急医療をやっているわけで、どちらも同じくらい公的な資源を投入する理屈はあるのではないか。
- 救急医療に関しては、私的な部分がかんばってやって、公的な部分はどうせ一般会計から入ってくるからいいかみたいなのところがあり、釈然としない。社会的に行き場を失っている、例えば、痴呆の老人でアルコール中毒みたいな人を受け入れているのは、民間病院ではないか。
- 一般財源化している病院群輪番等への補助金も、公的病院への金の出し方も多分同じルールではないか。一生懸命やっても一定のお金しか入ってこない。いろいろな病院から不満が上がってくるのは、あの病院は一生懸命やって、たくさん救急をとっている、あの病院はあまりやっていないのに同じ補助金がくるのはおかしいのではないかというもの。構造だけ見て、補助金がいくというのは違和感を感じる。大変な目をしているところへまず補助金がいくシステムを作ってはどうか。また、救急で来た患者で金を取れない場合に、それを補填する公的なシステムが必要ではないか。
- 財政支援を救急医療施設に注入するに当たって、受入れている救急車の台数は、十分パラメータになるのではないか。
- 救急病院がどれだけ社会的貢献をしているかについては、高度な医療を提供しているのもひとつだし、社会的弱者をたくさんとっているなど、いろいろなファクターを総合的に評価しなくてはならない。
- 実績のある病院とそうでない病院で差をつけるべきという議論もあったが、特に地方の場合、専門の医師が常にいるわけではなく、搬送しようと思っても専門の医師がおらず、貢献度が低いと言われてもやむを得ない事情がある。実績が少ないからといって、補助金を減らすと、救急に対する協力が得られなくなって、現在でも告示病院を撤退する病院が結構あるのが実態。
- 本来、補助金ではなく、患者を診たことによって得られるべき収入というものは、全国一律にちゃんと措置されるべきであって、医療費抑制の議論の中では逆行する話かもしれないが、救急であっても患者を受けた部分は、救急で受ける体制でペイするような報酬が措置されるべきではないか。

# トリアージ作業部会報告資料

コールトリアージ検証における  
通信指令員マニュアルについて

平成20年10月23日

総務省消防庁

# コールトリアージ検証における 通信指令員マニュアル

2008.10.version5.0

## 目次

1. 背景と目的.....	2
2. 検証用のコールトリアージプロトコル.....	2
3. 検証方法.....	3
1) 使用方法.....	3
2) 選択肢の判断基準.....	4
a) 聴取可能な場合.....	4
b) 聴取“不可能”な場合.....	4
3) コールトリアージプロトコルの流れ.....	5
4) 聴取方法及び記録の仕方.....	5
5) 緊急度判断.....	9
4. 聴取時の注意事項.....	10
1) “対象外”事案.....	10
2) 口頭指導.....	10
3) 傷病者または通報者への理解.....	10
4) 通報者の協力状況とその協力状況に応じた聴取の対応.....	11
5) 聴取を途中で終了する事案.....	11
6) 質問項目「その他」c-9.....	11
5. 記録用紙記入例.....	12
1) 非外傷.....	12
2) 外傷.....	13
3) 主訴コード.....	14

## 1. 背景と目的

18 年度、検証データを収集する段階において、初めて指令員が通信内容を聞き取り記録したことや、指令員に対して実験の主旨が十分に伝えなかったため、聴取時においてコールトリアージプロトコルの意図する適切な質問が行われていなく、データの精度が低くなっていた。そこで、検証データの精度を上げるため、事前にコールトリアージプロトコルの意味と使用方法を指令員に伝える目的として、このマニュアルを作成した。

## 2. 検証用のコールトリアージプロトコル

- 1) コールトリアージプロトコル (資料 1)  
患者の緊急度を判断するためにマニュアル。  
医学的根拠に基づき順序だてられた聴取方法
- 2) 記録用紙 (非外傷・外傷) (資料 2)  
検証において、聴取した結果を記録する用紙 (1 事案につき 1 枚)。
- 3) 主訴コード表 (資料 3)  
主訴をコード化した表。記録用紙の主訴コード化に使用します。

### 3. 検証方法

#### 1) 使用方法

まず、通報者に質問を行い、その回答によって次の質問に進んでください。

質問	通報者の回答
③意識障害	正常
④呼吸状態	正常
⑤性別	男性
⑥年齢	38 歳
⑦主訴発症時間	直前
⑧胸痛・胸痛苦悶	胸痛あり
⑧-A 年齢 $\geq$ 40 歳	×
⑧-A 心疾患既往歴	×
⑧-A 冷汗	×
⑧-A 動悸	○

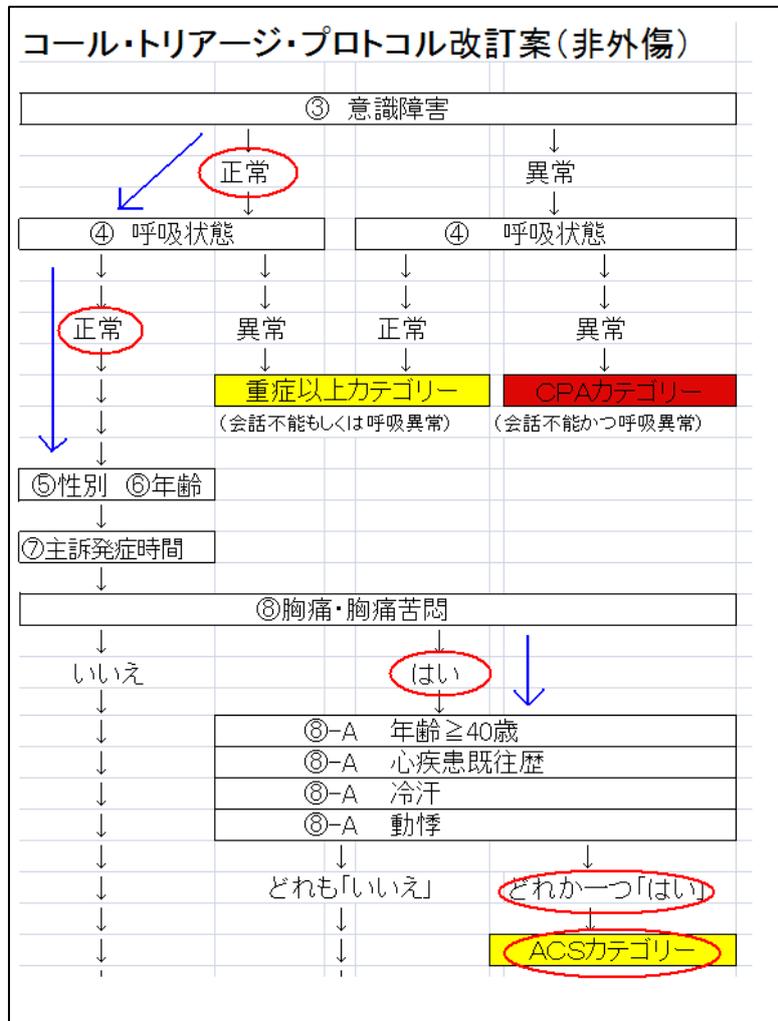


図 3-1

\*) 番号がついているものが質問項目です。

## 2) 選択肢の判断基準

### a) 聴取可能な場合

通報者の回答を「正常」「異常」(or「はい」「いいえ」)を判断するには、質問項目の横にあるキーワードを基準にして決めてください。

コール・トリアージ・プロトコル改訂案(非外傷)						
③ 意識障害		CKW2-3「意識障害」	意識がない	意識消失	意識呼吸がない	呼びかけに反応なし・返事がない
↓	正常	↓	反応がない	起きない	意識が遠のく	泡を吹いている
	異常		意識状態が悪い	意識を失った	昏睡状態	
④ 呼吸状態		CKW2-4「いびき」	いびきをかいそ	いびき呼吸	うなっている	
↓	正常	↓	めをつまらせた	気管に入った		
	異常		呼吸が苦しい	息が苦しい	呼吸(状態)が悪い	息苦しい
	正常		呼吸の苦しみ	呼吸が浅く苦しそう	呼吸困難	過呼吸で苦しそう
	異常		息が荒く苦しそう	息が出来ない	呼吸が早い	肩で息してる
↓	重症以上カテゴリー	CKW4-2「呼吸異常」				
↓	(会話不能もしくは呼吸異常)					
	CPAカテゴリー					
	(会話不能かつ呼吸異常)					
						キーワード

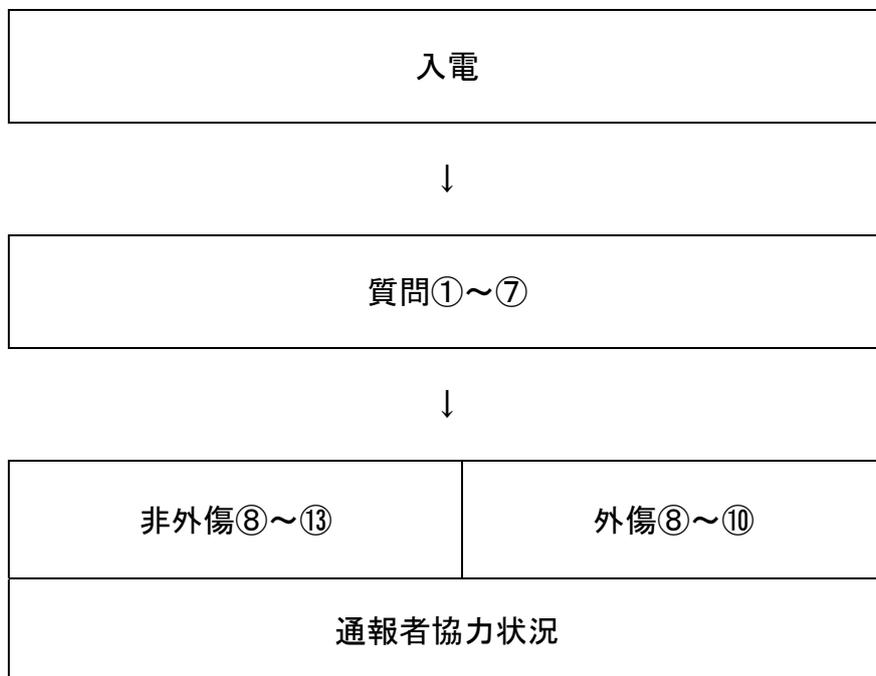
通信指令員の個人個人の基準で「正常」「異常」(or「はい」「いいえ」)の判断をしてしまうと、正確なデータ収集ができなくなってしまいます。だから、聴取前に十分にそれぞれの質問が何を意図しているかを認識してください。

### b) 聴取“不可能”な場合

5 ページ 3.4) の表 1 聴取可能な場合の判断基準 に当てはまる場合は、聴取不可能と判断してください。

### 3) コールトリアージプロトコルの流れ

質問①から質問⑦までは、非外傷・外傷ともに同じ質問です。質問⑧以降は、非外傷・外傷で質問は異なります。



### 4) 聴取方法及び記録の仕方

資料1の手順に従い、資料2に記録してください。

#### <記録時の留意点>

- ・記録用紙の灰色部分は、記載項目です。その他は、通報者からの回答の記録欄です。
- ・選択肢“その他”に当てはまる場合は、“その他”を○で囲み（ ）内に内容を記入してください。
- ・聴取不可能な場合は、表1に従って記入してください。

表1 聴取不可能な場合の判断基準

判断基準		選択肢
通報者に聴取したが、通報者が傷病者の状況を把握できない場合		不明
通報者が、回答を拒否した場合		患者拒否
指令員判断	聴取する時間がなかった。	⑪
	聴取しづらかった。	⑫
	明らかに、聴取する必要がないと判断した場合 (主訴から判断できる。)	⑬
	その他 (これを選択した場合、主訴欄に詳細を記入してください。)	⑭

次ページは、質問ごとの聴取例とその記録の仕方です。

<質問①～⑦>

質問項目	質問の留意点	聴取方法例	選択肢
①主訴 (記載)	通報者が言った言葉が、CPA キーワードが当てはまるかと主訴の確認	“どなたがどうされましたか？” “男性ですか、女性ですか？” “年齢は？”(性別・年齢含む)	“主訴” 記入後、主訴コード表(資料3)をみて主訴コードを記入する。
	通報者が本人か否かどうか		“本人” “家族” “警察官” “通行人” “不明” “その他”
	年齢・性別の確認		“年齢” は、○歳、○代、○位、不明のいずれかを選んで記入する。  “性別” を○で囲む。
② 患者 目撃有無	現在、傷病者の状況を確認可能か否	“今、患者を直接みることはできますか？”	“はい(本人通報含む)” “いいえ”
③ 意識障害	通報者の回答をキーワードで判断する。	“普通に話しができますか？”	“はい(正常)” “いいえ(異常)” “不明、患者拒否、指令員判断”
④ 呼吸状態	通報者の回答をキーワードで判断する。	“呼吸は楽にしていますか？” “呼吸は楽そうですか？”	“はい(正常)” “いいえ(異常)” “呼吸なし” “呼吸異常” “いびき” “窒息” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑤(性別)	質問①で聴取できなかった場合	“男性ですか、女性ですか？”	質問①と同様
⑥(年齢)		“年齢は？”	
⑦ 主訴 発症時間	質問①が起こった時間を聴取	“(主訴は) いつ起こりましたか？”	“直前” “数時間以内(2-3時間以内)” “24時間以内” “それ以降”

<質問⑧～その他―非外傷>

質問項目	質問の留意点	聴取方法例	選択肢
⑧ 胸痛 胸痛苦悶	通報者の回答をキーワードで判断する。	“胸や背中が痛いですか、 胸や心臓が苦しいですか？”	“はい（胸痛あり）” “いいえ（胸痛なし）” “不明、患者拒否、指令員判断” “はい（胸痛あり）”の場合、質問⑧-Aすべての質問をする。
⑧-A 年齢 ≥40歳	質問⑥より判断	——	“はい” “いいえ”
⑧-B 心疾患 既往歴	通報者の回答をキーワードで判断する。	“心臓の持病はありますか？”	“はい（心臓の持病あり）” “いいえ（心臓の持病なし）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑧-C 冷汗	通報者の回答をキーワードで判断する。	“冷や汗かいていますか？”	“はい（冷や汗あり）” “いいえ（冷や汗なし）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑧-D 動悸	通報者の回答をキーワードで判断する。	“胸がドキドキしますか？”	“はい（ドキドキする）” “いいえ（ドキドキしない）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑨ 頭痛	通報者の回答をキーワードで判断する。	“頭が痛いですか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑩ 麻痺	通報者の回答をキーワードで判断する。	“体の片側がしびれませか？” “どこか体がしびれませか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑪ 構語障害	通報者の回答をキーワードで判断する。	“ろれつは、まわりますか？”	“はい（正常）” “いいえ（異常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑫ 起立可能	通報者の回答をキーワードで判断する。	“立てそうですか？”	“はい（正常）” “いいえ（異常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
⑬ 脳疾患 既往歴	通報者の回答をキーワードで判断する。	“脳の持病はありますか？”	“はい（異常）” “いいえ（正常）” “不明、患者拒否、指令員判断”
その他 (複数選択)	主訴に、項目のキーワードを含むかどうか	——	当てはまる選択肢をすべて○で囲む

<質問⑧～⑩－外傷>

質問項目	聴取方法例	選択肢
<p>⑧ 分類 と 受傷機転</p>	<p>“事故の状況を教えてください。 または、 怪我の原因はなんですか？”</p>	<p>[分類] 交通、または非交通( )内の項目を一つ○で囲む。</p> <p>[受傷機転] &lt;交通-傷病者&gt; 当てはまる項目1~5と11~15の中から、一つずつ選択し○で囲む。</p> <p>&lt;交通-相手&gt; 当てはまる項目を一つ○で囲む。</p> <p>&lt;非交通&gt; (転倒・転落・熱傷・その他)の中から、当てはまる項目を一つ○で囲む。</p> <p>“転倒-階段”が当てはまる場合は、○で囲み、( )内に何段かを記入する。</p>
<p>⑨ 受傷部位 (複数選択)</p>	<p>“どこ(どの部位・場所)をけがしていますか？”</p>	<p>項目に当てはまるものすべてを○で囲む。</p>
<p>⑩ 傷病者状態と 症状 (複数選択)</p>	<p>“どんな怪我をしていますか？” “どんな症状ですか？”</p>	<p>項目に当てはまるものすべてを○で囲む。</p> <p>“負傷”は、他の症状の内容がある場合には選択していない。</p>

5) 緊急度判断

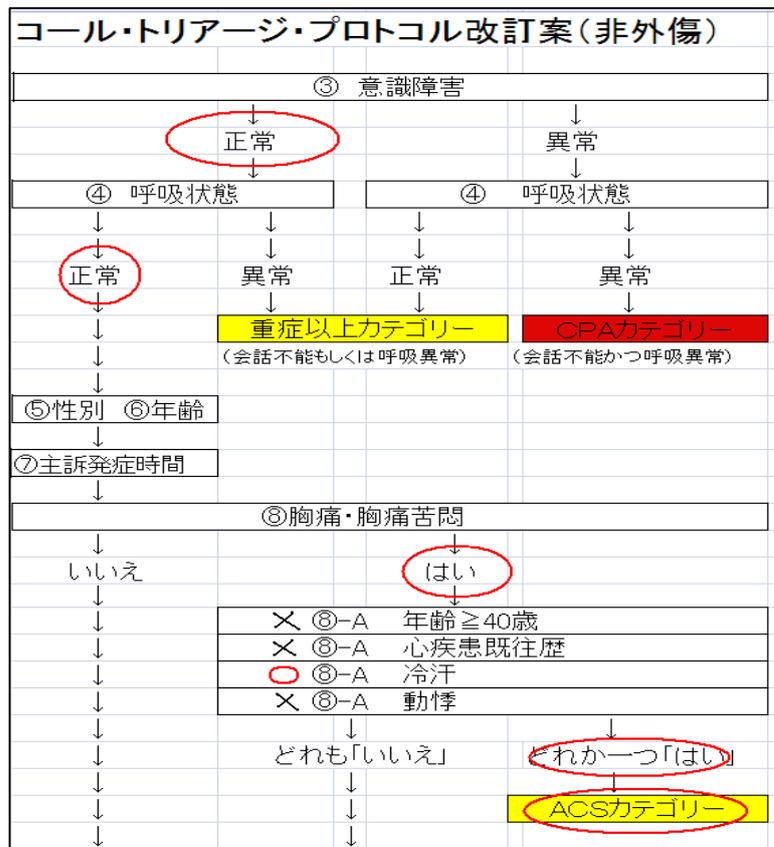
非外傷プロトコルにおいて、通信指令員がトリアージによる緊急度判断を実施します。  
レベルを3つの段階にわけてレベル1、レベル2、レベル3とする。

(\*外傷は、いまのところ検討中。)

表2 緊急度レベル

緊急度	対応方法	カテゴリ
レベル1 一刻も早い蘇生	PA 連携、Dr. カー等	CPA
レベル2 緊急に (1 時間以内受診必要)	救急車	重症以上 ACS 脳卒中 キーワード
レベル3 早期受診 (6 時間以内、 もしくは病院受診)	非救急車、救急相談等	上記以外

下図のようにトリアージによって選択されたカテゴリによって、緊急度を判断します。  
(下図では、ACS カテゴリになるので、緊急度は、“レベル2” となり救急車出場になります。)



#### 4. 聴取時の注意事項

##### 1) “対象外” 事案

コールトリアージプロトコル対象外となるもの。

- ・ 病院間転送の通報

##### 2) 口頭指導

質問① “主訴” と質問④ “呼吸状態” の回答結果において、傷病者の状態が CPA 【呼吸困難（死前期呼吸のみ）を含む】、窒息、出血中であれば、すぐに口頭指導を行ってください。特に、CPA の場合、質問⑤以降の聴取不要です。

##### CPA キーワード以外での口頭指導開始基準

質問③ 意識障害	質問④ 呼吸困難	“CPR” 口頭指導	聴取継続	“窒息” 口頭指導
異常	呼吸なし	○		
異常	とぎれとぎれ（死前期呼吸）	○		
異常	いいえ or 呼吸異常（死前期呼吸以外） or いびき		○	
異常	窒息			○

##### 3) 傷病者または通報者への理解

質問④のあとに、患者または通報者を安心させるために必ず以下の文を言ってください。（通信指令員が、言う必要ないと判断できるのであれば、臨機応変で言うのかどうかを判断してください。）

**“救急車はすでにそちらに向かっています。そちらに向っている救急隊員に必要な情報を与えるため、いまからする質問に落ち着いてお答えください”**

#### 4) 通報者の協力状況とその協力状況に応じた聴取の対応

質問⑩について、通報者の協力者状況を指令員が判断して記入してください。

表 3 ⑩の判断基準及び選択肢

質問項目	判断基準	選択肢
⑩ 通報者の 協力状況	指令員の主観的判断	“協力的” “あまり協力的でない” “非協力的” “一方的切斷” 一方的切斷の場合、( ) 内にその理由と思われるものを記入する。

表 4 通報者の協力状況に応じた聴取の対応

通報者の協力状況	聴取の対応
協力的	すべての項目を聴取してください。
非協力的 (一方的に発言)	聴取できた内容を記録し、必須項目(意識・呼吸)に不足がある場合、意識、呼吸を優先して聴取してください。その他の項目は、できる限り聴取してください。また、通報者が医療従事者の場合も同様に聴取してください。
全くの無言でない場合 (呻いている等)	主訴欄に詳しく記入する。

#### 5) 聴取を途中で終了する事案

以下の事例の場合は、この事例と判断した時点で聴取を終了してください。

- ・質問②“患者目視可能”において、通報者が患者を見ていない場合、または患者情報が正確でないと指令員が判断した場合。
- ・CPA【呼吸困難(死戦期呼吸のみ)を含む】、窒息、大量出血中などで口頭指導を行う場合。

#### 6) 質問項目「その他」c-9

ここでは、選択肢すべてを個別に聴取する必要はなく、主訴の内容から疑われるものを聞きだしてください。

5. 記録用紙記入例

1) 非外傷

非外傷用紙		指令員番号 f1.1 / f1.2	
覚知・事案番号 f2.1		f2.2 7 月	f2.3 12 日
		f2.4 11 時	f2.5 6 分
		f2.6 事案 45 番	
① (どなたが) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導 ②	
主訴 (複)	具合が悪い		主訴コード f4(複) 762
	通報者 f5.1 ①本人 本人以外[2家族 3警察官 4通行人 5不明 6その他(f5.0)]		
②今、直接患者を見ることはできますか? c1 ①はい(本人通報を含む) 2いいえ			
③普通に話ができますか? c2.0 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
④呼吸は楽にしていますか?呼吸は楽そうですか? c3.0 ①はい 2いいえ (21呼吸なし 22呼吸異常 23いびき 24窒息) 25不明 26患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④) ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問⑤で“いいえ” →死戦期呼吸) 口頭指導 ⑤			
⑤性別 c4.1 ①男 2女 3不明			
⑥年齢 c5.1 65 歳 5.2 代 5.3 位 5.4 不明			
救急車出場メッセージ			
⑦いつ起こりましたか? c6.0		1直前 2数時間以内(2-3 時間前) 324 時間以内 4 それ以降 3不明 6患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑧胸や背中が痛いですか? 胸や心臓が苦しいですか? c7.0 1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④) ⑧-A ⑧ ⑧-A			
⑧   A	40歳以上ですか? c70.0	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	心臓の持病はありますか? c71.0	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	冷や汗はありますか? c72.0	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
	胸がどきどきしますか? c73.0	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑨頭が痛いですか? c80.0 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑩体の片側がしびれませんか? c81.0 1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑪ろれつはまわりますか? c82.0 1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑫立てそうですか? c83.0 1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
⑬脳の持病はありますか? c84.0 ①はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)			
その他 c9(複)		1咯血 2吐血 3下血 4ショック 5顔面蒼白 6冷汗 7産科 8尿・便秘禁 9人工透析 10薬物中毒	
⑭通報者の協力状況 x.1		1協力的 ②あまり協力的でない 3非協力的 4一方的切断(x.1.0 理由)	
緊急度レベル		1 ②それ以(2.3)	

2) 外傷

外傷用紙		指令員番号 $\alpha 1$ / $\mu 2$	
見知・事案番号 $\alpha 2$		$\alpha 1$ 5 月	$\alpha 2$ 7 日 $\alpha 3$ 12 時 $\alpha 4$ 44 分 $\alpha 5$ 事案 54 番
① (どなたが) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導	
主訴 (複)	雨のなかバイクの単独事故 首が痛い		主訴コード f4(複) 1009 861
	通報者 f5 1 本人 本人以外 2 家族 3 警察官 4 通行人 不明 6 その他 (f5.0)		
② 今、直接患者を見ることはできますか? c1		1はい (本人通報を含む) 2いいえ	
③ 普通に話ができますか? c2		1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
④ 呼吸は楽にしていますか?呼吸は楽そうですか? c3		1はい 20いいえ (21呼吸なし 22呼吸異常 23いびき 24窒息) 25不明 26患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑤ 性別 c4		1男 2女 3不明	
⑥ 年齢 c5		s1 歳 s2 代 s3 30 位 s4 不明	
<b>救急車出場メッセージ</b>			
⑦ いつ起こりましたか? c6		1直前 2数時間以内(2-3時間以内) 324時間以内 4それ以降 5不明 6患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑧ 事故の状況 を教えてください また、怪我の原因 はなんですか?	分類 m1	1交通 非交通 2一般 3加害 4労災 5自損 6運動 7その他 (m1.0)	
	交通 m11	傷病者	1自動車 2バイク 3自転車 4歩行者 5その他 (m11.0)
		相手 m12	1なし 2自動車 3バイク 4自転車 5不明 6その他 (m12.0)
	非交通(複) m16	転倒 m13	1階段 (m13.0) 段 2それ以外
		転落 m14	1高所 (2階以上) 2低所 (1階以下) 3高度不明 4ベッド・イス
	熱傷 m15	1火災 2爆発 3薬品 4電撃 5熱湯 6高温接触 7その他 (m15.0)	
その他 m16	1殴打蹴 2刺創 3切創 4銃創 5重量物による圧迫 6下落物 7飛来物 8溺れる 9機械 10縊頸(首つり) 11衝突 12その他 (m16.0) 指令員判断 (① ② ③ ④)		
⑨ どこ(どの部位・場所)をけがしていますか? n2(複)		1頭部 2顔面 3頸部 4肩 5胸部 6腹部 7臀部 8腰部 9背部 10四肢 11会陰部 12指・爪 13全身 14半身(右・左) 15その他 (m2.0) 16不明 17患者拒否 指令員判断 (① ② ③ ④)	
⑩ どんな怪我をしていますか?どんな症状ですか? n3(複)		出血 (1中 2止血済み) 3打撲 4擦り傷 5ねんざ 6骨折 7脱臼 8しびれ 9切断 10剥脱創傷(デグロービング) 11アキレス腱断裂 12詳細不明負傷 13痛み程度 強 14その他 (m3.0) 15不明 16患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)	
⑪ 通報者の協力状況 x		1協力的 2あまり協力的でない 3非協力的 4一方的切断 (x-1.0理由)	
指令員判断理由			
聴取する時間がなかった場合			①
聴取しづらかった場合			②
明らかに、聴取する必要がないと判断した場合(主訴から回答を判断できる)			③
その他			④
2008.10. 記録用紙 version5.0 (外傷)			

### 3) 主訴コード

通信後、記入した主訴を主訴コード表から探し、主訴コードを記入してください。  
それぞれの主訴は、意識、気道・呼吸、循環、CNS、不定、Pain、精神科、その他、  
疾患既往、疾患関連の分類ごとに並んでいます。

聴取した主訴より、その主訴がどの分類かを判断して、主訴コードを探せば見つけ  
やすいです。

(例) 主訴が“咳がとまらない”だとすると、“気道・呼吸”分類のなかから探します。  
主訴コードは、“262”と記録用紙に記入します。

主訴コード表						
大分類	分類名	カテゴリー内に主訴				
意識 100	意識障害 100	意識がない 101	意識消失 102	意識呼吸なし 103	呼びかけに反応なし 104	返事しない 105
		反応がない 106	起きない 107	意識が遠のく 108	泡を吹いている 109	
		意識状態が悪い 110	意識を失った 111	昏睡状態 112	その他 113	
	意識朦朧 120	意識朦朧 121	うつろ 122	ぼんやりしている 123	意識がはっきりしない 124	よだれをたらし 125
		視点が定まらない 126	目が半開き 127	その他 128		
	ふらふら 130	ふらふらしている 131	ふらつく 132	ふらつき 133	その他 134	
	いびき 140	いびきをかいて 141	いびき呼吸 142	うなっている 143	その他 144	
	覚醒 150	意識はある 151	意識呼吸あり 152	呼びかけにうなづく 153	呼びかけに反応あり 154	
		会話は可能 155	会話はできる 156	話ができる 157	その他 158	
	会話不能 160	会話困難 161	会話はできない 162	話ができない 163	語れず 164	発語できない 165
失語 166		その他 167				
失神 170	貧血 171	脳貧血 172	その他 173			
気道呼吸 200	窒息 200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202	その他 203		
	誤嚥 210	××を飲み込み 211	その他 212			
	呼吸なし 220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	
		CPA 225	その他 226			
	呼吸あり 230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 235
	呼吸異常 240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 245
		呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しう 249	肩で息してる 250
		息が荒く苦しう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 255
	咳 260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262	その他 263		
	痰がからむ 270	その他 271				
喘息 280	喘息発作 281	その他 282				

<留意点>

主訴が主訴コード表に見当たらない場合は、その主訴が関連すると思われる分類名のなかの“その他”の番号を記入してください。

(例) 主訴が“痰がよくでる”の場合、分類“痰がからむ”のその他“271”を記入します。

気道呼吸 200	窒息	200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202	その他 203		
	誤嚥	210	××を飲み込み 211	その他 212			
	呼吸なし	220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	
			CPA 225	その他 226			
	呼吸あり	230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 235
	呼吸異常	240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 245
			呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しそう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しそう 249	肩で息してる 250
			息が荒く苦しそう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 255
	咳	260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262	その他 263		
	痰がからむ	270	その他 271				
喘息	280	喘息発作 281	その他 282				

コール・トリアージ・プロトコル改訂案(初期対応)

「火事ですか？救急ですか？」救急要請であることの確認

↓  
「住所はどちらですか？」

↓  
「患者さんの近くまで今かけている電話を持っていくことができますか？」

↓  
**①主訴(性別・年齢含む)**

↓  
**通報者が傷病者本人 or 否**

はい

いいえ

↓  
**右のいずれかのキーワードを含む**

いいえ

はい

↓  
**②患者目視可能**

↓  
**レベル1  
CPAカテゴリ**

はい

いいえ

↓  
**レベル2**

↓  
**怪我or(事故)**

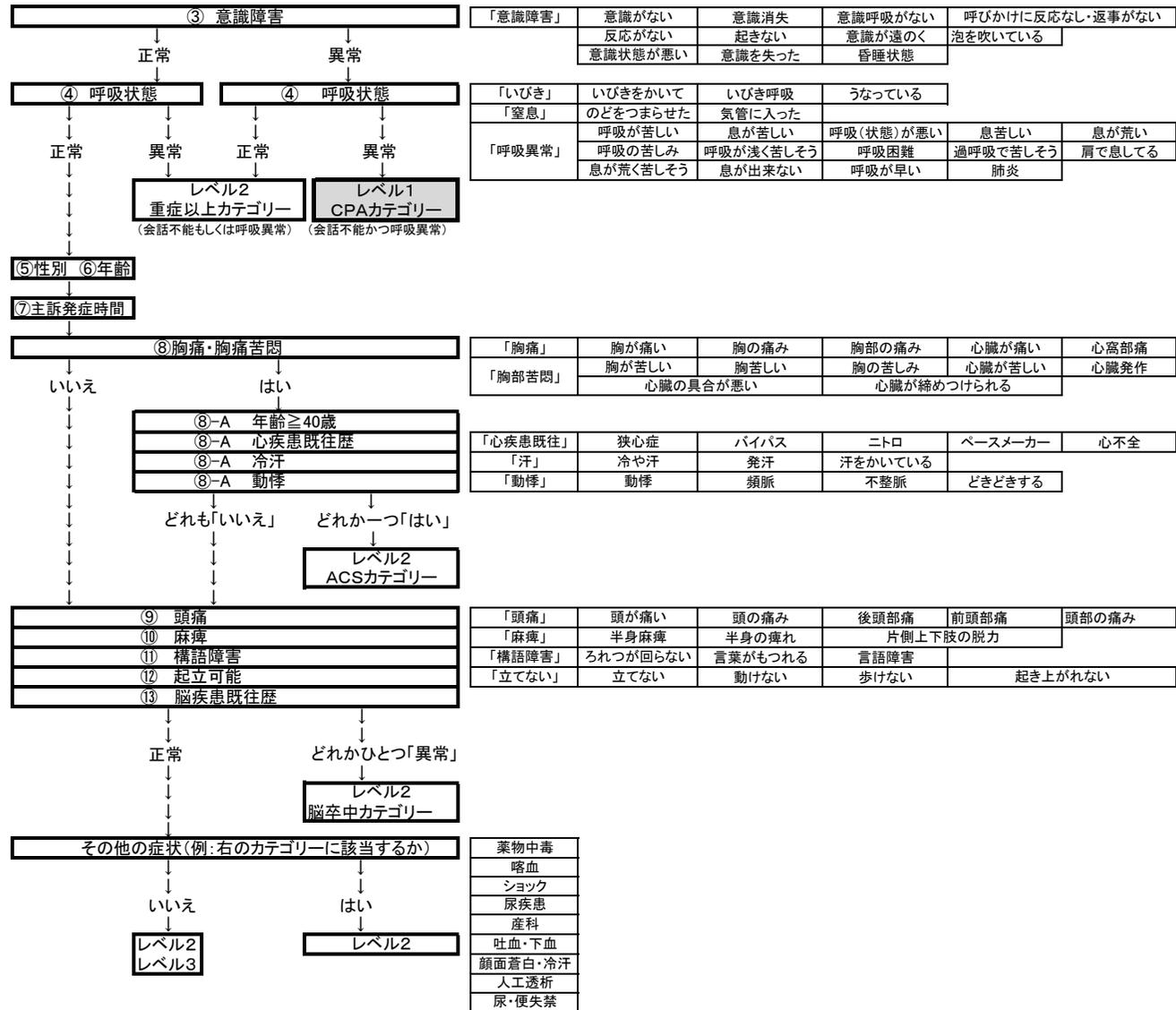
はい

いいえ、またはわからない

↓  
**外傷プロトコル**

↓  
**非外傷プロトコル**

「呼吸なし」	呼吸をしていない	呼吸がない	息をしていない	呼吸ない
「脈なし」	脈がない	心肺停止	心臓がとまっている	
「水没」	沈んでいる	水没していた		
「冷たく」	冷たくなっている			



覚知・事案番号 f2		f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案	番
① (どなたが、) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導 ②										
主訴 (複)	主訴コード f4(複)											
通報者 f5	1 本人 本人以外[2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0)]											
②今、直接患者を見ることはできますか？ c1		1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ										
③普通に話ができますか？ c2		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
④呼吸は楽にしていますか？呼吸は楽そうですか？ c3		1 はい 2.0 いいえ (2.1 呼吸なし 2.2 呼吸異常 2.3 いびき 2.4 窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭) ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 口頭指導 ⑤ (質問③で“いいえ” +死戦期呼吸)										
⑤性別	c4	1 男 2 女 3 不明										
⑥年齢	c5	f5.1	歳	f5.2	代	f5.3	位	f5.4	不明			
<b>救急車出場メッセージ</b>												
⑦いつ起こりましたか？ c6		1 直前 2 数時間以内(2-3 時間前) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断( ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ )										
⑧胸や背中が痛いですか？胸や心臓が苦しいですか？ c7		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断( ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ) ⑧-A ⑨ ⑧-A										
⑧   A	40歳以上ですか？ c70	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
	心臓の持病はありますか？ c71	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
	冷や汗はありますか？ c72	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
	胸がドキドキしますか？ c73	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑨頭が痛いですか？ c80		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑩体の片側がしびれませんか？ c81		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑪ろれつはまわりますか？ c82		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑫立てそうですか？ c83		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑬脳の持病はありますか？ c84		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
その他 c9(複)	1 咯血 2 吐血 3 下血 4 ショック 5 顔面蒼白 6 冷汗 7 産科 8 尿・便失禁 9 人工透析 10 薬物中毒											
ⓧ通報者の協力状況 x		1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x-1.0 理由 )										
緊急度レベル		1 1 2 それ以外(2,3)										

覚知・事案番号 f2	f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案	番
------------	------	---	------	---	------	---	------	---	------	----	---

① (どなたが) どうされましたか f3(複)	1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導	②
----------------------------	--	---

主訴 (複)	主訴コード f4(複)

通報者 f5	1 本人 本人以外[2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0)]
--------	--

② 今、直接患者を見ることはできますか? c1	1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ
-------------------------	----------------------

③ 普通に話ができますか? c2	1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
------------------	---------------------------------------

④ 呼吸は楽にしていますか? 呼吸は楽そうですか? c3	1 はい 2.0 いいえ (2.1 呼吸なし 2.2 呼吸異常 2.3 いびき 2.4 窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
⑤	CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問③で“いいえ” +死戦期呼吸)

⑤ 性別 c4	1 男 2 女 3 不明
⑥ 年齢 c5	f5.1 歳 f5.2 代 f5.3 位 f5.4 不明

## 救急車出場メッセージ

⑦ いつ起こりましたか? c6	1 直前 2 数時間以内(2-3 時間以内) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
-----------------	---

⑧ 事故の状況を教えてください。または、怪我の原因はなんですか?	分類 m1	1 交通 非交通[2 一般 3 加害 4 労災 5 自損 6 運動 7 その他(m1.0)]	
	交通	傷病者 m11	1 自動車 2 バイク 3 自転車 4 歩行者 5 その他(m11.0) 11 横転 12 車外放出 13 閉じ込め 14 多重 15 エアバック作動
		相手 m12	1 なし 2 自動車 3 バイク 4 自転車 5 不明 6 その他(m12.0)
	非交通(複)	転倒 m13	1 階段(m13.0) 段 2 それ以外
		転落 m14	1 高所(2 階以上) 2 低所(1 階以下) 3 高度不明 4 ベッド・イス
		熱傷 m15	1 火災 2 爆発 3 薬品 4 電撃 5 熱湯 6 高温接触 7 その他(m15.0)
		その他 m16	1 殴打蹴 2 刺創 3 切創 4 銃創 5 重量物による圧迫 6 下落物 7 飛来物 8 溺れる 9 機械 10 縊頸(首つり) 11 衝突 12 その他(m16.0) 指令員判断(① ② ③ ④)

⑨ どこ(どの部位・場所)をけがしていますか? m2(複)	1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 肩 5 胸部 6 腹部 7 腎部 8 腰部 9 背部 10 四肢 11 会陰部 12 指・爪 13 全身 14 半身(右・左) 15 その他(m2.0) 16 不明 17 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
-------------------------------	--

⑩ どんな怪我をしていますか? どんな症状ですか? m3(複)	出血(1 中 2 止血済み) 3 打撲 4 擦り傷 5 ねんざ 6 骨折 7 脱臼 8 しびれ 9 切断 10 剥脱創傷(デグロービング) 11 アキレス腱断裂 12 詳細不明負傷 13 痛み程度 強 14 その他(m3.0) 15 不明 16 患者拒否 指令員判断(① ② ③ ④)
---------------------------------	---

ⓧ 通報者の協力状況 x	1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x-1.0 理由)
--------------	--

指令員判断理由	番号
聴取する時間がなかった場合	①
聴取しづらかった場合	②
明らかに、聴取する必要がないと判断した場合(主訴から回答を判断できる。)	③
その他	④

## 主訴コード表

大分類	分類名	主訴コード				
意識 100	意識障害 100	意識がない 101	意識消失 102	意識呼吸なし 103	呼びかけに反応なし 104	返事しない 105
		反応がない 106	起きない 107	意識が遠のく 108	泡を吹いている 109	
		意識状態が悪い 110	意識を失った 111	昏睡状態 112		その他 119
	意識朦朧 120	意識朦朧 121	うつろ 122	ぼんやりしている 123	意識がはっきりしない 124	よだれをたらし 125
		視点が定まらない 126	目が半開き 127			その他 129
	ふらふら 130	ふらふらしている 131	ふらつく 132	ふらつき 133		その他 139
	いびき 140	いびきをかいて 141	いびき呼吸 142	うなっている 143		その他 149
	覚醒 150	意識はある 151	意識呼吸あり 152	呼びかけにうなづく 153	呼びかけに反応あり 154	
		会話は可能 155	会話はできる 156	話ができる 157		その他 159
	会話不能 160	会話困難 161	会話はできない 162	話ができない 163	語れず 164	発語できない 169
		失語 166				その他 169
	失神 170	貧血 171	脳貧血 172			その他 179

気道呼吸 200	窒息 200	のどをつまらせた 201	気管に入った 202			その他 209
	誤嚥 210	××を飲み込み 211				その他 219
	呼吸なし 220	呼吸をしていない 221	呼吸がない 222	息をしていない 223	呼吸ない 224	CPA 225
						その他 229
	呼吸あり 230	呼吸をしている 231	呼吸はある 232	息はある 233	泣いている 234	その他 239
	呼吸異常 240	呼吸が苦しい 241	息が苦しい 242	呼吸(状態)が荒い 243	息苦しい 244	息が荒い 249
		呼吸の苦しみ 246	呼吸が浅く苦しそう 247	呼吸困難 248	過呼吸で苦しそう 249	肩で息してる 259
		息が荒く苦しそう 251	息ができない 252	呼吸が速い 253	肺炎 254	その他 259
	咳 260	咳がひどい 261	咳が止まらない 262			その他 269
	痰がからむ 270	痰がからむ 270				その他 279
喘息 280	喘息発作 281				その他 289	

大分類	分類名	主訴コード				
循環 300	冷たく 300	冷たくなっている 301				その他 309
	脈あり 310	脈がある 311				その他 319
	脈なし 320	脈がない 321	CPA 322	心臓が止まっている 323		その他 329
	顔面蒼白 330	顔面蒼白 331	チアノーゼ 332	口が青い 333	唇が青い 334	その他 339
	汗 340	冷や汗 341	発汗 342	汗をかいている 343		その他 349
	胸痛 350	胸が痛い 351	胸の痛み 352	胸部の痛み 353	心臓が痛い 354	心窩部痛 355
						その他 359
	胸部苦悶 360	胸が苦しい 361	胸苦しい 362	胸の苦しみ 363	心臓が苦しい 364	心臓発作 365
		心臓の具合が悪い 366	心臓が締め付けられる 367			その他 369
	動悸 370	動悸371	頻脈 372	不整脈 373	どきどきする 374	その他 379
	心大血管疾患既往 380	狭心症381	バイパス 382	ニトロ 383	ペースメーカー 384	心不全 385
		大動脈瘤既往 386				その他 389
	高血圧 390	高血圧 391	高血圧の既往 392			その他 399
ショック 400	ショック 401				その他 409	
背部痛 410	背中痛み 411	背中が痛い 412	背中具合が悪い 413		その他 419	

CNS 500	構語障害 500	ろれつが回らない 501	うまくしゃべれない 502	口語障害(構語)503	言葉がもつれる 504	言葉が不明瞭 505
		言葉がうまくでない 506	言葉がうまくはなせなくなった 507	口が痺れている 508	言語障害 510	その他 519
	麻痺 520	半身麻痺 521	半身の痺れ 522	片側上下肢の脱力 523		その他 524
	頭痛 530	頭が痛い 531	頭の痛み 532	後頭部痛 533	前頭部痛 534	頭部の痛み 535
						その他 539
	頭がぼー 540	頭がぼーっとする 541				その他 549
	頭が重い 550	頭が重い 551	頭の違和感がある 552			その他 559
	目が見えない 560	目が見えない 561	目の前が真っ暗になる 562			その他 569
	痙攣 570	痙攣 571	てんかん発作のようだ 572	目が上を向いている 573	白目をむく 574	その他 579
	てんかん 580	てんかん発作 581				その他 589
	ひきつけ 590	ひきつけ 591				その他 599
	不穏 600	興奮 601				その他 609
	言動おかしい 610	意味不明な 611				その他 619
	暴れている 620	錯乱 621				その他 629

大分類	分類名	主訴コード				
不定 700	倒れた 700	突然倒れた 701	急に倒れた 702	倒れて 703	倒れた 704	急に××から落ちて 705
						その他 709
	倒れている 710	倒れている 711	横たわっている 712	ぐったりしている 713	動かない 714	寝たまま 715
						その他 719
	立てない 720	立てない 721	立ち上がれない 722	体に力が入らない 723	起き上がれない 724	寝ている 725
		歩けない 726	体を動かさない 727	動けなくなっている 728	動けない 729	足腰が立たない 730
		歩くのもやっと 731				その他 739
	しゃがんでいる 740	しゃがんでいる 741	うずくまっている 742			その他 749
	倦怠感 750	倦怠感 751	だるい 752	脱力感がある 753		その他 759
	具合が悪い（「精神的に具合が悪い」は別カテゴリー） 760	様子がおかしい 761	具合が悪い 762	調子が悪い 763	体調が悪い 764	気分が悪い 765
しんどい 766					その他 769	
苦しい（心臓、胸、息、呼吸以外） 770	苦しい 771				その他 779	
Pain 800	上腹部痛 800	胃痛 801		1 胃の辺り・下が痛い 803	心窩部痛 804	上腹部痛 805
		みぞおちの痛み 806				その他 809
	側腹部痛 810	側腹部（脇腹）痛 811				その他 819
	下腹部痛 820	下腹部痛 821	盲腸の部位が痛む 822	腸が痛い 823		その他 829
	特定不能の腹痛 830	腹が痛い 831	腹の痛み 832			
		腹部痛 833	腹全体の痛み 834	臍の上・下・辺りが痛い 835		その他 839
	生理痛 840	生理痛 841	生理 842			その他 849
	腰痛 850	腰が痛い 851	腰の痛み 852	腰部痛 853	腰部の痛み 854	
		ぎっくり腰 855	椎間板ヘルニア 856			その他 859
首が痛い 860	首が痛い 861				その他 869	
その他の痛み 870	胸～喉の痛み 871	足が痛い 872	手が痛い 873	足をつる 874	その他 869	
精神科 900	薬中 900	睡眠薬 901	鎮静薬 902			その他 909
	その他の中毒（飲む、目に入る、吸い込む） 910	洗剤 911	塩素 912	降圧剤 913	インスリン 914	ガス漏れ 915
		苛性ソーダ 916				その他 919
	精神 920	パニック症候群 921	精神的に不安定 922	精神的に具合が悪い 923	心因反応 924	精神的におかしい 925
		精神的につらい 926	不安 927	不眠 928		その他 929
	一酸化炭素中毒 930	練炭 931	室内で炭 932			その他 939
過呼吸 940	過呼吸 941				その他 949	

大分類	分類名	主訴コード			
その他 1000	転倒 1000	ころんだ 1001			その他 1009
	転落 1010	××から落ちる(ベッドのみ)1011			その他 1019
	発熱 1020	高熱 1021	発熱 1022	熱発 1023	その他 1029
	風邪 1030	風邪 1031	インフルエンザ 1032		その他 1039
	手足のしびれ 1040	手足のしびれ 1041			その他 1049
	めまい 1050	めまい 1051	立眩み 1052		その他 1059
	吐き気 1060	吐きそう 1061			その他 1069
	嘔吐 1070	吐いた 1071	吐いている 1072		その他 1079
	吐血 1080	血を吐いた 1081			その他 1089
	喀血 1090	痰に血が混じる 1091			その他 1099
	下血 1100	下血 1101	血便 1102		その他 1109
	下痢 1200	下痢 1201			その他 1209
	便秘 1210	便秘 1211	便が固くてでない 1212		その他 1219
	糖尿病 1220	糖尿病 1221	低血糖 1222	インスリン 1223	血糖値が高い 1224
	黄疸 1230	黄疸 1231			その他 1239
	ふるえ 1240	ふるえ 1241	悪寒 1242	寒気 1243	その他 1249
	脱水 1250	脱水 1251			その他 1259
	熱中症 1260	熱中症のような症状 1261	暑さで 1263		その他 1269
	脳梗塞 1270	脳梗塞のような症状 1271	CVD既往 1272		その他 1279
	鼻出血 1280	鼻出血 1281			その他 1289
	尿閉 1290	尿が出ない 1291			その他 1299
	血尿 1300	血尿 1300			その他 1309
	尿失禁 1310	尿失禁 1311	便失禁 1312		その他 1319
	アレルギー 1320	蕁麻疹 1321	かゆみ 1322	アレルギー 1323	その他 1329
	耳鳴り 1330	耳鳴り 1330			その他 1339
	足痙攣 1340	足痙攣 1340			その他 1349
	出血 皮膚からのもの 1350	出血 皮膚からのもの 1350			その他 1359
	硬直(体が) 1360	硬直(体が)1360			その他 1369
	脱力 1370	脱力 1370			その他 1379
	しびれ 1380	(体 除く手足)1381			その他 1389
	あくび 1390	あくび 1390			その他 1399
	衰弱 1400	衰弱 1400			その他 1409
	不眠 1410	不眠 1410			その他 1419
	むくみ 1420	むくみ 1420			その他 1429
	発作 1430	発作 1430			その他 1439
	摂食不良 1440	食欲低下 1441	食欲がない 1442	食べていない 1443	その他 1449
	管はずれ 1450	腸ろう、胃ろう、点滴など 1451			その他 1459
	風呂 1460	風呂で 1461	風呂場で 1462	浴槽で 1463	その他 1469
	食事 1470	食事中 1471			その他 1479
	水没 1480	沈んでいる 1481	水没していた 1482		その他 1489
	酒 1490	アルコール 1491	酔って 1492	酒を飲んで 1493	マルヨイ 1494
	アキレス腱 1500	アキレス腱を切った 1501	アキレス腱断裂 1502		その他 1509
無言 1600	無言 1601			その他 1609	
要請のみ 1610	救急車要請のみ 1611			その他 1619	
その他 1620				その他 1629	

大分類	分類名	主訴コード				
疾患既往 疾患関連 2000	産科 2000	破水 2001	陣痛 2002	妊婦 2003	妊娠 2004	その他 2009
	婦人科 2010	婦人科 2010				その他 2019
	頭部外傷腫瘍既往 2020	頭部外傷腫瘍既往 2020				その他 2029
	癌 2030	癌 2030				その他 2039
	肺炎 2040	肺炎 2040				その他 2049
	腎疾患 2050	透析 2051	腎不全 2052			その他 2059
	肝疾患 2060	肝硬変 2061	肝炎 2062			その他 2069
	尿管結石の様だ 2070	尿管結石の様だ 2070				その他 2079
属性 (外傷より)	心・呼吸器疾患の既往 2080	心・呼吸器疾患の既往 2080				その他 2089
	糖尿病 2090	糖尿病 2090				その他 2099
	肝硬変(除く肝炎) 2100	肝硬変(除く肝炎)2100				その他 2109
	透析患者 2110	透析患者 2110				その他 2119
	悪性腫瘍 2120	悪性腫瘍 2120				その他 2129
	凝固異常 2130	血友病 2131	抗凝固薬使用 2132			その他 2139
	薬物中毒 2140	薬物中毒 2140				その他 2149
	脳疾患既往 2150	脳疾患既往 2150				その他 2159

## 第2回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時 平成20年9月19日(金) 14時00分～16時00分
- II 場 所 三番町共用会議所 大会議室
- III 出席者 石井委員、福浦氏(川手委員代理)、熊田氏(小出委員代理)、坂本委員、島崎委員、中川委員、野口委員、平島委員  
前田委員、南委員、米村委員、山本委員  
横田氏(メディカルコントロール作業部会代表)  
有賀氏(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

### IV 次 第

#### 1 開会

#### 2 報告事項 第1回救急業務高度化推進検討会議事録

#### 3 議題

- (1) メディカルコントロール作業部会からの報告及び検討
- (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告及び検討
- (3) トリアージ作業部会からの報告及び検討
- (4) その他

#### 4 閉会

### V 会議経過

事務局 定刻となりましたので、第2回救急業務高度化推進検討会を開催させていただきます。本日、司会は救急企画室溝口が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは座長、本日の議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。それでは、早速、議事に移っていききたいと思います。我々のこの検討会には3つの作業部会がありますが、本日は各作業部会から報告をいただき、それに基づいてご検討いただいていくという形で進めてまいります。まず、メディカルコントロール作業部会から、同作業部会の座長に本日ご出席いただいております。ありがとうございます。それからもう一つ、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会から、同作業部会の座長にご出席いただいております。よろしくお願いいたします。

事務局 ここでカメラでの撮影は終了とさせていただきます。

そして、資料の確認をまず事務局のほうよりさせていただきます。

お手元に資料のご準備いただければと思います。

資料は本日、資料1から4をご準備させていただいております。お手元の一番上のほうには議事次第と、裏には構成員、座席表を配付させていただいております。そのほかといたしましてはそれぞれ冊子になりまして、資料1から資料4までそれぞれ1セットごと、4セットのものをお手元に配付させていただいております。資料の不足がございましたら、この時点で事務局までお申しつけいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、座長、お願いいたします。

座長 最初の報告事項でございますけれども、第1回検討会の議事録について事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 ご説明させていただきます。資料1といたしまして、第1回救急業務高度化推進検討会の議事録をお手元に配付させていただいております。この議事録自体は、委員の各皆様におかれましては既にメール等でご連絡をさせていただいたものになりますので、詳細な説明は割愛させていただきます。第1回の高度化検討会の中でそれぞれの作業部会をどう設置するか、そしてその中でどういう検討を進めていくかということについてご議論をいただいたものになります。この内容につきまして修正等が特にごございましたら、また事務局のほうにお申しつけいただければと思います。本日、議論を進めていく際の参考資料という意味合いも込めて配付をさせていただきました。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思いますが、まずメディカルコントロール作業部会についてでございますが、資料2をお開きいただきたいと思います。作業部会の座長からまず説明をいただき、そして議論をしていきたいと思います。

よろしく願いいたします。

報告者 よろしく願いをしたいと思います。

(メディカルコントロール作業部会)以下MC報告者 資料2を使いながら、この作業部会での今までの経緯と、こちらでまとめた内容をご報告させていただきたいと思います。

早速ですが、1ページ目を開いていただきまして、この作業部会は本年度に入りまして2回開催いたしました。その結果、本年はまずメディカルコントロール体制のあり方をいま一度きちっと整理をして、その業務範囲あるいは本来の救急業務との関わりにおいて、きちっとした整理をする必要があるということで議論を始めました。

そこで、1ページに書いてあるような検討事項の概要ですけれども、サマリーを最初にお話をさせていただきます。

まず、救急業務に関する基準等の策定について。応急処置については、メディ

カルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されているが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても基準等を策定することが必要ではないかというのが1つ目のまとめであります。

2つ目ですが、基準等の策定主体と役割については、基準等については国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルで最低基準を遵守しながら、地域の医療資源等を勘案して地域に適用される基準等を策定することとしてはどうか。市町村レベルでの基準等の策定については、都道府県単位や二次医療圏単位で基準等を策定することが望ましいとする意見と、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるようにすることが望ましいとする意見がありました。地域の独自性を認める場合にも、許容される範囲を明示する必要があるのではないかという意見も出ております。

そして、3つ目です。メディカルコントロール協議会、言葉をあえて救急業務ということに置きかえて、救急業務協議会としての役割ということですが、救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることとしてはどうか。実際に行われた応急処置・救急搬送について事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか。さらに、救急搬送・受入医療体制に関する問題点について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうかというのが、この作業部会での主な意見とまとめでございます。

次のページから少し詳細にお話をしたいと思います。

そもそも現在行われているメディカルコントロールの業務の内容でありますけれども、四角の図の2の真ん中で囲んでいますように、現在は基本的には通知で出ておりますように、医師からの指示、指導・助言といったものを受けて、救急隊員あるいは救急救命士が応急処置を行う。なされた行為の後、事後検証が実施されている。さらに、それに沿って再教育を行って、病院前救護の質を高めていこう。その指示・助言、あるいは検証、再教育をするためのその前提になるプロトコルの策定ということも、現状ではメディカルコントロール体制の非常に大きな役割になっています。

現状ではこういう業務の中で、主に応急処置といいますか、救命救急処置を含めた応急処置を中心にメディカルコントロール体制がなされていますが、果たしてこの範囲にとどまるのかどうかという議論から始まりました。

3ページ目です。現在、主に行われているメディカルコントロール体制の部分というのは、おそらく消防法2条9項に規定される救急業務のうち、上段に書いています応急処置の部分を医療の質を保障するという意味で具現化した形になっているのだろうというように解釈されます。しかしながら、現在のメディカルコントロールの業務を行っていると、実際に救急救命士あるいは隊員に重症度、緊急度を判断させたり、あるいは適切な病院の選定をしていただいたりして、

実際には搬送という業務が入ってまいりますが、その部分については特段基準が決められていないという現状があります。したがって、救急搬送について、一層医学的見地から質を保障する基準等の策定が必要ではないかという意見が出ました。

次のページですけれども、救急搬送における重症度・緊急度判断基準等作成委員会報告書に見られるように、既に救急隊員には適正な病院選定、観察判断の資質の向上、あるいは応急処置の適正化を目的として、プロトコルの例を示されているわけですけれども、こういったことの先に、4の図のピンク色で示したところですけれども、最終的には適切な医療機関の選定というところ、重症度や疾病の内容に応じて運びなさいというところまで書いておりましたが、この部分について現在のメディカルコントロール協議会といいますか、体制の中ではまだまだ不十分な状況ではないかという実情があります。

5ページですけれども、さらに最近になりまして、脳血管障害、特に脳梗塞の患者さんについては、3時間以内に処置が終えられる医療機関を選定することが望ましいという医療界の流れがありまして、こういったことを救急業務の中の救急搬送の中に織り込んで基準をきちっとしていかないと、搬送先の適切な選定はできないのではないのでしょうかという話が出てきております。

その結果、6ページですけれども、いわゆるメディカルコントロール業務というのは、本来、左側に書いてありますプロトコルを作ったり、指示、助言、事後検証、再教育といった今現在行われているところに加えて、右側に書いてあります追加協議事項として、1番目、傷病者の症状、あるいは傷病程度に応じた適切な病院選定等救急搬送のあり方、この辺をきちっと整理して、業務範囲として明確にする必要があるのではないか。そして、円滑な救急搬送体制を確保するために受入医療体制といいますか、救急医療体制の整備に関してしっかりと提言していくべきではないかということ、そこまでを包括するような機能を持った協議会、あるいは現状のメディカルコントロール協議会の所掌業務の拡大といったことが必要になっていくのではないかということが議論されました。

結局、その2つ、追加的な事項を含めた協議会というのは次7ページでありますけれども、先ほどの消防法に乗っ取って協議会をつくるとすれば、救急業務協議会なのでありましようけれども、現状のメディカルコントロール協議会の実勢を考えますと、それを拡大した協議会であってもいいのではないかということで、括弧づけで書かせていただいております。

この位置づけですけれども、諮問機関の業務として位置づけられる機能があつていいのではないかと。すなわち既にある応急処置に関わらず、救急搬送に関する基準等の策定について意見を述べられることとしてはどうかということが1点。上記以外の機能としては、黒字で書いてあることは現在のメディカルコント

ロール協議会の中で行われていることですが、新たに救急搬送の事後検証、これは現在、救急隊あるいは救急救命士の個人の資質に対して事後検証をやっている部分が多いのですけれども、むしろ搬送の業務そのもの、病院選定を含めてですけれども、その部分を事後検証に加えてはどうか。それから、救急搬送・受入医療体制に関する検証結果等の公表をやっていくべきではないか、それから改善策等も提言していくべきではないかといったことも追加機能として考えていってはどうかという意見もあったことを付記しておきたいと思います。

8ページ目ですが、結局のところ、救急業務協議会といいますか、業務拡大を想定したメディカルコントロール協議会の構成であります。そこは大きく書いていますように、消防機関と医療機関がコラボレートして行う。しかも、そこに行政の方に入っていて、一定の質を保障するためいろんな方の参画が必要だろうと。最終的に救急業務に関する基準等を策定していくという位置づけになるのかなと。

9ページをお願いします。実際、こういう形をつくるにしても、まず国のほうで最低基準はこういうものだろうということを決める必要があるのではないかと。それも応急処置のみに関わらず、救急搬送に関する部分について、両者についてしっかり取り決めをする。それを都道府県レベルで、地域の事情を加味した基準を策定することとしてはどうかということまでは大体意見がまとまっておりますが、問題は市町村レベルに落として、その事情を加味した基準を策定することというところについては、市町村それぞれのレベルの規模、医療資源、消防機関とメディカルコントロールの大きさの違い等があつて、この辺はまだ議論が要りますということになっております。

このような、国から都道府県レベル、あるいは市町村という一つの救急医療サービスの例として、ニューヨーク州の救急業務高度化推進体制の参考例を事務局のほうでご用意していただいておりますけれども、いずれにしてもこれは州から地域へいろんな基準を落として、地域の医療資源に応じた形でメディカルコントロールを整備しているという一つの例でございます。

ということで、今までこういう形でまとめておりますけれども、11ページ、メディカルコントロール作業部会ではそのほかに幾つかの意見が出てきましたので、その部分についても少しご紹介をしておきたいと思います。11ページ、12ページが第1回目のメディカルコントロール作業部会での意見、13、14ページが2回目の作業部会での意見であります。

簡単に説明しますと、まずこのメディカルコントロールの所掌業務、あるいは位置づけを明確にしようという議論を始めるに当たりまして、11ページに書いていますように、医師法等との関係等についての議論がたくさん出ました。

まず、医師法17条、医師以外は医療を行ってはならないという条項と、救急

救命士等に救急処置を委託しているという部分の住み分けは不明確ですよとか、対面診療を規定されている医師法20条等から見れば、電話だけで指示を出していいのかという問題も解決されないと、なかなかこの整理は難しいですよという意見が出ておりました。

それから、メディカルコントロール体制そのものについて、業務拡大とか、所掌業務の拡大と言うけれども、協議会の役割の明確化を行い、その上で業務の拡大を整理すべきではないかと。拡大だけやっても役割は違うということでは混乱をしてしまうというところで、協議会の役割は何なのかをもっと議論する必要がありますねという話も出ております。

そういう意味においては、メディカルコントロール協議会の法的な位置づけについて言及される委員もおりました。救急救命士法ができる前は、救急と医療で明確な区分けがあったが、救急救命士法ができて以降、メディカルコントロール協議会で医師と救急救命士が激論していると。相互の状況を知り、話ができるという点で、メディカルコントロール協議会は非常にいい場だと感じている。現在のところ消防庁からの通知で設置されている状況なので、行政担当としては、少なくとも協議会の設置については何らかの法的な位置づけをしていただいて、その後、政省令で内容を決めていただきたいという意見も出ておりました。

12ページですけれども、さらに搬送についても協議をしていきたいと思います。その点についての賛否両論。地域だけでは搬送が終了しないという事態が発生している。市の医療体制関連の会議だけでは問題が解決しなくなっており、より広域的な会議の場として都道府県のメディカルコントロール協議会で搬送についても議論してもらいたいとか、当該都道府県のメディカルコントロール協議会では、既に救急搬送のあり方、救急医療情報システムの改善等追加的な協議事項を議論している都道府県もあります。救急搬送によって適切な医療機関へ運ばれて、救急医療が実施される。昨今、搬送選定困難事案という問題が出ているが、それを解決していこうという中で、追加的な協議事項が出てきたものと思料している。関係機関が連合して選定困難という事案を乗り越えていくことは、非常に大きな役割があると期待しているということで、メディカルコントロール協議会に搬送先の選定、救急医療体制についてのところまで言及できるという意味においては、医療従事者が入っている協議会なので、大変期待しているという意見がありますが、一方で、先ほど言いましたように、法的な問題をもう少し明確にしていきたいというのもここであったということをお伝えしておきます。

次のところに、搬送を協議事項とすることは、救急医療体制の整備にもかかわる非常に大きな問題ではないとか、医療行政上は医療審議会や医療対策協議会で医療対策について議論しなければならないということになっている。メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大をどんどん進めていくと、それらに類す

る位置づけになってしまうということで混乱するのではないか。この意見につきましては、都道府県の医療行政担当部署の委員のご意見で、既に医療審議会あるいは救対協のようなものがあるので、その辺との兼ね合いはどうするのですかという話も出ていることも事実であります。

こういう意見が1回目出されて、一番の大きな問題で委員が一番疑問に思っておりましたのは法的な解釈であります。少し飛びますけれども、19ページ、1回目の作業部会の後で、今までの経緯の中で、救急救命士法が定められたときの答弁内容がありますよということで参考に出していただいております。平成3年3月26日の参議院の委員会での答えです。ちょっと読ませさせていただきます。

医師の指示というのが、医者が診てもいない、診察もしていない患者に対して、ただ救急救命士の方の報告を受けて、そしてそこから指示を与えるのですから、なかなか難しい問題だと私は考えております。

さて、もしこの途上で、5分何秒、5.何分という平均搬送時間ということをしつき消防庁から承りましたが、この間で医療事故がもし発生した場合どなたが責任を負うのでしょうか。

これは厚生労働省かということに対して回答ですけれども、当時の厚生省健康政策局長の回答で、下線を引いていますけれども、一般的に事故が起こった場合の責任主体につきましては、患者の傷病の程度あるいは医師の指示の内容、救急救命士の行った処置の内容、事故の状況等々によりまして異なってくるという具合に思うわけでございます。

しかし、医師が患者の状況を踏まえまして救急救命士に対して行った指示の内容に明らかな過失があると認められる場合には医師の責任が問われるという具合に理解いたしております。それからまた、救急救命士が医師の指示に反した処置を行い医療事故を起こした場合等、明らかに救急救命士に過失があると認められる場合には救急救命士が責任を問われるという具合に考えておるところでございますというところが1つ。

それから、20ページのところに医師法との法的な整理をしていただいております。1つ目、昭和61年の消防法改正前は、救急隊員が行う危険性の低い一定の応急手当については、刑法第35条の正当行為に当たるものとして医師法第17条についての違法性はないものとなっていた。この場合に違法性がないものとして認められる範囲に限界があることから、具体的な範囲については厚生省・消防庁協議の上、消防庁告示（昭和53年告示）の形で示されていますということです。

それから、昭和61年の消防法改正により、救急隊員の応急手当についての規定が法令上盛り込まれ、また平成3年8月に、消防庁告示が改正され応急手当の範囲が拡大されたが、これは、従来医師法上違法性がないものとして扱われてい

た部分について、確認的に救急隊員の業務として定めたものであり、新たに医師法第17条について特例を定めたものではないというところがあるようです。

それから、救急救命士法の制定で、「救急救命処置」が定義されたが、救急隊員が消防法に基づいて、救急救命処置に含まれる応急手当を行った場合の医師法上の扱いは従来と変わっていない。仮に当該救急隊員が救急救命士の資格を持ち、合法的に救急救命処置を行ったとしても、それはあくまでも救急救命士の行為としてとらえられるものであるということで、現状の医師法に触れるものではないという解釈をしていますという参考文献を1回目の後に返していただきました。

それで引き続き、それならば、ということで2回目の議論を行って、2回目の討議の主な意見としては、おおむね先ほどの答えに出てくるような議論に焦点を当てて行うことになりました。

1つ目は、救急搬送における医学的観点からの質の保障等についてというところではありますが、応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点からの質が保障されているが、救急搬送については、そのような医学的観点からの質の保障が不十分である。救急搬送についても、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うための基準等が必要であるというのがまず出されました。

救急搬送について一定の基準等があれば、救急隊員の活動が後で保障されることとなる。例えば「なぜ救命救急センターに搬送しなかったのか」といった疑問に答えやすくなるという意見もあります。

プロトコルに従って行動していたかどうか基準となって、救急隊員の行為が正当化されるのであって、救急搬送についてそうした基準等がないことは問題である。だから、基準が必要であると。

救急搬送について一定のプロトコル等があれば、傷病者にとって、何がよかったのか、何が悪かったのか、アウトカムを検証することができる。また、こうした検証こそ、メディカルコントロール協議会の役割ではないか。

専門医や2次・3次医療機関の地域分布に応じて救急搬送と医療機関での対応が行われるよう、何らかのルール、調整機能が必要。一医療機関で対応できる話ではないということで、上4つはこういう救急搬送の一定の基準、プロトコルをつくったらい。それに対して病院の選定先ということになると救急医療体制に絡むので、それは医療機関の問題でしょうということで、そこに一つの意見も出ておりました。

基準等の策定主体等についてということですが、応急処置や救急搬送について、国のレベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら医療資源等を勘案して、地域の基準を策定することとし、こうした地域での基準

等の策定に、メディカルコントロール協議会が関与してはどうか。

基準等の策定について、市町村レベルでの関与をどうするかについては検討の必要がありますということで、下に書かれているようなさまざまな問題、アイテムが出されました。

次の14ページですけれども、救急業務協議会等の役割についてということで、救急搬送について基準を定めて、医学的観点とは別に、例えばブラックリスト、薬物・アルコール中毒といった要素で受け入れられないことがあるなど、メディカルコントロール協議会だけで解決することが困難な問題があります。したがって、こういった問題も扱うのでしょうかという話もございました。

メディカルコントロール協議会のレベルですべて解決しようというのではなく、救急搬送の状況について事後検証を行い、その結果に責任を持って公表していくことこそ重要ではないかという意見が出されております。

メディカルコントロール協議会で解決策の提言まで踏み込んでいいのではありませんか。メディカルコントロール協議会で解決困難な問題があっても、それは提言があった後に初めて明らかになってくる話ではないかということで、しっかり表向きに発言をする場として使っていいのではないかという意見として、救急業務協議会の役割についての意見が出されております。

医療・福祉行政との連携等についてでありますけれども、メディカルコントロール協議会が関与できる部分と医療行政が担当する部分と、その隙間で困っているのが救急隊員であり、さらに一線で活躍する救急医であります。したがって、メディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会等の医療機関側の協議会との調整や連携が必要なのではないかという意見、場合によってはメディカルコントロール協議会がそれを傘下に入れることができるのかどうかという意見もこの議論の中でなされました。

これは少し外れた意見かもしれませんが、病院選定に時間を要するのが老人施設からの搬送であると。どこまで救急に関する資源を使うのか、施設の医師をどう活用するのか等、病院搬送要請前の問題であって、解決方策を具体的に国で示す必要があるのではないか。こうした問題の解決がなければ、結局、搬送基準等をつくっても、機能しないのではないか。この意見はどういうことかといいますと、昨今、老人介護施設等からの救急要請がありますけれども、果たしてそういう基準をつくってもなかなか実態に合わないものがあるので、もっと国レベルで考えて搬送の基準、あるいは病院側がどうするべきかということをしつかり知っておいてほしいという意見でございます。

ということで後は補足であります。これは今回、報告することもございません。

あと、法的なことで、15ページから18ページまでは、1回目の作業部会の際に法的な位置づけが云々することについて知識として整理をする必要があ

るということで、消防庁、事務局のほうでご用意していただいた救急業務に関する、あるいは法令等の整理であります。

その中で1つ申しておきますと、16ページでありますけれども、救急業務の基準に関する規定については、隊の編成、装備の基準等については法律で、あるいは救急隊員の資格等については政令、省令以下から規定はされているようなのですけれども、活動基準について見てみると、消防組織法4条のところではあまり具体性がなくて、基本的には告示・通知といった中でやられていますということだというように整理されたように記憶しております。

また、次のページの、他の消火・救助と比べると、いろんな法制上の整理は以下のようになっていますということで、参考資料を付記していただいております。

18ページというのは、これは救急隊員が応急処置等の基準ということで、消防庁から出ています告示の内容を参考資料として挙げてもらってあります。

少し長くなりましたけれども、以上が2回にわたる作業部会での概要でありまして、もう一度もとへ戻っていただきまして、どういうことをやれと答えを出したのかというところは、なかなか明確にすることができないほどたくさん意見が出ましたが、結局のところ、表のわかりやすいのは3ページでしょうか。現状、メディカルコントロールという業務の中では、処置に関するところ、すなわち救急隊員ですので、応急処置と用語で言われているところですが、救急救命士ですと救命救急処置、こういったところについては病院前救護を医学的に、ないし質を保障しようという意味での業務はかなりのところやられている。しかしながら、その先の問題として、搬送業務、救急業務といえますか、救急搬送について重症度あるいは緊急度に応じて適切な医療機関、あるいは疑う傷病名に応じて適切な医療機関を選定して運ぶという、その部分についての基準とか、行政上の通知とか、法的整備がないということ、ここをもう少し明確にすればいいのではないのでしょうかというのが、今回の作業部会の意見でございます。

以上でございます。

座長 非常に丁寧にご説明いただきましてありがとうございます。

さて、ご意見、ご質問等ありましたら、どこからでも結構でございますが、いかがでございましょうか。

委員 幾つかお話ししたい部分があるので、まず一番大事なところからお話しさせていただきます。

救急搬送の現場について、医学的な観点からお話をされましたが、実際は4疾病5事業という国の方針の中で、新たに一般救急の上に専門救急の網をかぶせて、もっと円滑にやりましょうという大目標が設定されているわけですから、救急医療全体は政策医療として僕はとらえるべきだと思っております。ということ

は、政策医療としての責任、主体はやはり行政にあるべきであって、昔、こういう答弁があったからとか、そこに戻って議論を始めますと、これは非常にゆがんだ話になるのではないかなと思います。まず、それをベースにしながら、ご一緒に議論させてもらえればと思います。それが僕の考えです。

その上でもう一つポイントを申し上げますが、メディカルコントロール協議会は、全国協議会が立ち上がってようやく今ここまで来ました。その中に、いわゆるある種の神学論争だと僕は思っているのですが、存立があいまいであるとして法制化という話がずっとつきまとっています。そういうように見えるメリットもあるのですよという話を私も何度かお話しさせてもらっていると思うのです。医療の事故調、第三者機関をどうやって立ち上げるかという話が、県立大野病院問題も含めて随分議論がされていますが、こちらも相変わらず神学論争が入っています。これではなかなか合意までいかない。今、政治的に小休止になりましたので、法制化の話もおそらく小休止状態が続くのではないかと考えています。

その中で、救急の先生方はそちらにもいろんなご意見を出されていますけれども、実は救急の現場ではこのメディカルコントロールという財産をお持ちなのです。救急搬送との連携を含めてメディカルコントロール協議会で事後検証をし、そして再発防止を考え、場合によってはそれをデータファイリングし、全国にそれを広げようというシステムをもう少し育てれば、実は改めての事故調の意義は低くなるのではないかと僕は思っているのです。個々で独自にやること、つまり普通の病院の中の事故調査委員会というものが法制化とは別に立ち上がっているところはもう立ち上がっていて、うまくいっている、それによっていろいろなトラブルがだんだん少なくなっているというお話を漏れ聞くのです。

救急医療は、この搬送業務プラス施設での医療と両方が一体ですから、これを検討するというのは、MC協議会が育って、もう一步先までいけば、法制化に頼りすぎない独自の運営ができることになるのではと私は考えているのです。ですから、ここであまりに法律で縛ることによってその芽をつんでしまったら、困ることになるのではないかなと思うのです。

ですから、行政に乗って色々やっている部分がありますが、事後検証プラスアルファのところはぜひとも第三者機関としての位置づけというものを合意の上で育てていただければ、今の法制化の話とは別な進み方ができると私は信じているのです。ぜひその辺もご理解いただきながら、ご一緒に議論できればと思います。よろしくお祈りします。

座長 ご意見としてお聞きするというので、座長、よろしゅうございますか。何かお話しありますか。

MC 報告者 委員のおっしゃるような議論というのは、この作業部会でも当然のことながら本来メディカルコントロール、病院前救護をよくするために新たな枠組みとして

必然的に生まれてきたものであって、そのコアになる業務のところ、これは今、石井委員がおっしゃったように、かなり実体のあるもので、救急医療現場をよくするベクトルの方向に動いているわけなのですが、ただ、実際に携わる医師、それから反対に救急隊員の人たちの意見を聞きますと、救急医療体制の枠組みのところに大きな壁がある。壁があるというのは、救急医療体制そのものにも言及しないと、いろんなものが解決しませんよねというような同じような議論が出てきます。

ということになると、メディカルコントロール協議会という枠組みをどういう位置づけにするのだと。今、委員がおっしゃったのと同じことになるわけで、既にある救急医療対策協議会とか、あるいはもっと大きな意味の都道府県レベルの医療対策審議会のようなレベルで、含まれた仕事になるのかならないのか、線があるのかなのかといった議論も当然また出てきたということも事実なのです。だから今、委員のおっしゃったのは、基本的にはこの作業部会の委員としては同じような考えだというふうに考えていただいてもいいかと思います

委員 要するに行政の下部組織になるような位置づけを文書で決めてしまえば、これは事故調を別に作らなければいけません。そうしたら、あの議論の中に本気で入るしかありません、ということをおっしゃりたいのです。だから、既存の行政の下部組織としての救急医療対策協議会というのが各都道府県にあるだろうと思いますが、それと別にMC協議会があるのに意味があるのです。

座長 先生のご意見は貴重なご意見としてテイクノートして、作業部会のほうでもこれを動かしてください。

MC報告者 補足させていただきます。この救急業務協議会という名前が新たに出てきて、これが今、委員のおっしゃる新たな行政の枠の中にはまった一協議会じゃないのということで、おそらくご反論の意見が出たのだらうと思うのですが、いや、そうではないですよ。これは現状あるメディカルコントロール協議会というものを位置づける、いわゆる拡大解釈して位置づけるという意見が100%一致しなかったというところも若干あります。そういう意味でこういう形になっているとご理解いただきたいと思います。

座長 委員は反論をしているわけではないのだと僕は理解しておりましたが、いかがですか。

委員 何種類かの議論がここに混在しているように見えるのです。だから、それは整理する必要がある。名は体をあらわすので、名前を変えるとすることは質が変わります。名前の問題は慎重に議論していただいたほうがいいと思います。

質の話になったからついでに申し上げますが、質の保障をするために基準をつくるという話がこの中に書いてありますが、医療の質を保障するために何かをつくるということは難しい話です。各専門分野のガイドラインというのは今いろいろ

ろ出ていますが、ガイドラインも質の保障に必ずしもなっていないということは各専門の先生方がよくおっしゃっています。質の保障の議論とこのメディカルコントロールの位置づけを強固にするとか、文章をがっちり作るとかっていうのは、それは難しいのではないかと思います。世界医師会で医療の質の問題についての議論の中で、質は絶えざる自己努力、プロフェッショナルオートノミーという医療に関わる専門職全員が常に努力する、その姿勢の中でしか保障できないという議論になっていることを一応お話しさせていただきます。

座長 そうですね。その辺のところはまだ議論をしていかなければいけないところだろうと思います。

その中で今の続き、メディカルコントロール協議会という言葉と、先生方の救急業務協議会という括弧書きにしているというところに何となく違和感があるのですけれども、これは同じ意味であるというようにとっているのか。あるいは先ほどから委員が言っているいろんな方向性があるのだけれども、こういう方向性もメディカルコントロールということで救急業務も考えていいというように考えていいのでしょうか。

この点につきましては、いわゆる将来的な法制上と申しますか、行政的な流れを見たときに、メディカルコントロール協議会というのはまだ行政上の言葉に出てきていないというか、そういう意味でいえば、先ほどのいわゆる消防法という救急業務という枠の中で考えたときに、救急業務の中に搬送と応急処置があって、それを規定するものという意味での救急業務協議会という名前を置きたいというのが、どちらかという消防機関側の委員の意見であります。

しかしながら、医療サイドとしては、メディカルコントロールの業務の拡大ということでもいいのではないですかというところで、意見がそこで分かれていると申しますか、実際に2つのものをつくっては混乱しますよ、別個のものではだめですよというのは、それは皆さん、委員の中では一致していることです。

座長 わかりました。今のところは概要のところでもありますし、その後からも出てくるところでございますので、医療側と消防側の意見が、多少そのところであるのだということによろしいですか。

MC 報告者 そうです。

座長 どうぞ。委員、手が挙がっておりました。

委員 2つあって、1つは今まさに座長がおっしゃったことで、この業務協議会という言葉がMC協議会とどういう関係にあるのかということと、それからもう一つ、先ほど少し先生がおっしゃっていたけれども、救対協とどういう関係にあるのか。この業務協議会の中身を見てみると、むしろ救対協に近いと。救対協とMCをどうするかというのは前々からの議論なので、単純にそれをここでどうするかと考えておられるのかということが1点。

それからもう一点、6ページの追加的な協議事項、これをMCの中で取り入れてやりたいということですよ。業務何とか会という新しい中に取り入れてやりたいということですよ。

1つは、上は先ほども少し紹介された4ページの以前に、搬送の基準のあり方で、やった内容とどう関連づけるのかというのが1点と、それから2番目も、現在、私が座長でやっている救急医療体制のあり方検討会の中で、まさにこれを今検討して、中間報告が出たところなのですが、それらとの整合性、兼ね合い、つまり今まで先生がMCの中でやっておられた周辺に救急に関わるいろんな問題点があって、それぞれが厚労省、あるいは総務省消防庁でやっておられるやつを、全部まとめた話になっていますが、そういう形で今後MCを動かしていきたいと思っておられるのか、その辺を聞きたいのですが。

MC 報告者

作業部会の中の委員の医師側の委員といいますか、私も含めてですけども、今、委員がおっしゃったように後半の部分ですね。だから、現在行われているメディカルコントロールの業務よりももう少し幅広い、言いかえると、例えばデータベース化、あるいはいろんなことを含めて資質の改善のためのいろんな作業とか、そういうことも含めて、それはメディカルコントロール協議会の業務でしょということまでの意見を持っている委員もおります。しかし、そういうことになると、非常に業務の拡大が大きくなることと、もう一つは委員がおっしゃったように、既にある救急医療対策協議会とか、都道府県においては救対審と呼ばれる、いわゆる医療主管部局の協議会がございますけれども、その業務とどう住み分けするのか、あるいはそれと一緒にするのかという意見がありました。

行政の人たち、特に医療主管部局の委員の人たちからは、既にそういう都道府県レベルでの医療対策の関係として、救急医療体制あるいは搬送の先のこともしっかりとやっていますよ。何もメディカルコントロール協議会の拡大業務の中に入れる必要はないとまでは言いませんけれども、そこまでやると話はややこしくなりますねという意見もありました。ということになってくると、拡大するのどこかで線を引いてやるのかということになってきたのが実態です。

最終的にわかりやすくするために、特にこの作業部会はいわゆる消防機関の消防署群の業務ということで軸足を考え直した場合、救急業務というところで、処置と搬送でまず話をきっちり整理しましょうと。

もう一つ意見が出たのは、救急隊員と救急救命士という、今度は資格の違いで医師との関わりが大きく変わってくるのではないかという話もあったのですが、それもまずは話のわかりやすい救急隊員のほうに軸足を置いて話をしましょうということになると、やはりベースは消防法というところに戻って、こういう先ほどの図6に書いてあるような図の整理から始まったというのが現状であります。

以上です。

委員 ちょっと話が分かったような、分からんような話なのですけれども、つまり中でブレインストーミングされて、その話をそのままここへ出しておられるなら、それはそれでいいのですが、そうではなくMCとしてはこうしたいのだというやつが、かなりほかのところとバッティングするような状況になっていて、実はそれは今いろいろな意見が出て、こういうことなのですよという説明では、少し弱いと思います。

それからもう一つは、MCの部会はまさに守備範囲をどこまでにするかというのと、それからもう一つ考えるべきは、今のMCの中で質をもっと高度化していくとか、クオリティをどうすべきかを考えるということが結構大切ではないかなと思っているのですけれども、そちらの業務範囲、守備範囲の拡大の、むしろそちらのほうを中心に僕は考えられているのかなと思っていたのですけれども、これは守備範囲の拡大を考えておられるような気がして、その点を含めてもう一回議論されて、こういう意見があったということをもとにして議論されたほうがいいのではないかなと思うのですけれど。

座長 今は質問というよりも、この作業部会に対してご意見、あるいはサジェスションをいただいたというようにおとりいただいたほうがいいのだろうというように思いますが、どうぞ。

MC 報告者 1つよろしいですか。正直言いまして、医学的な視点に立脚して議論するのと、現実のいわゆる病院前救護で実働している人たちの直近のいろんな諸問題をどうするのというところと一緒に議論しているところがなかなか結論の出しにくいということは、ひとつご理解いただきたいと思います。

今、座長がおっしゃったように、ここで例えば親会議の中でどのような枠を議論しろと逆に宿題をもらわないと、メディカルコントロール協議会のあり方について考えなさいと言っても、これははっきり言いまして答えは出ません。この作業部会は2回しか開いていませんが、言いかえるとフロアを含めて、日ごろ意見はたくさん聞き及んでいますので、ある程度コンセンサスを得ている部分だけ申し上げますと、今現在、メディカルコントロールをやっている中身というのは、基本的には対象はほとんど救急救命士を対象に、例えばプロトコルに書いて、それに従って指示、助言をとりながら活動する。行った行為に対して検証して、再教育をして、そういう活動がどの地域においても毎月大体検証を含めてやられているというのが実態です。

それに対して、実際にこの傷病者はこういう患者さんです。胸が痛い。心筋梗塞かもしれない。循環器の急性病院へ運びましょうというところまで指導したいけれども、本当はそういう指導をして、実際にそこへ運び込まれてアウトカムはどうだったかというところを適正にきちっと評価することで、初めて病院前救護

及び救急医療の質が保障されてくると思いますが、そのときに病院選定という問題があります。それで、委員の形ではあるのですけれども、行き先まである程度決めましょうよということになると、そのことについての検証が必要になってきますねと。

それを検証すると何が問題になってくるかという、そういった病院はありません、そういった病院はとってくれませんということになってくると、救急医療体制そのものを論じないといけませんねという話になります。実態として、そこまで論じようと親会議がメディカルコントロール作業部会に言うのであれば、それは新たな違った物の考え方が出てくるのかなというように思いますので、むしろ逆にどういう方向性でこのMC作業部会はやりなさいと。作業部会ですから、宿題をいただいて答えを返すわけですので、ポリシーをこちらで討議していただかないと、基本的にはその手作業はできないというの、作業部会の座長としては申し上げたいと思います。

事務局

メディカルコントロール作業部会座長からお話があったとおりでして、これはむしろ我々消防庁の事務局サイドの問題かもしれませんが、昨年も3部会設置していただいて、それぞれの部会でわりとパーツの分野のことをご議論いただくということで、昨年のメディカルコントロール作業部会は再教育の問題を中心にやっていたということですのでけれども、今年のテーマはメディカルコントロール体制がどうあるべきなのかということも含めてお話しいただいたので、今のメディカルコントロール体制をどうするか、どう高めるかという話を越えた、そもそもどうあるべきなのかというところを今年の作業部会にお願いしてしまったわけです。作業部会を2回、突貫作業でやっていただきましたので、こんな状況になっているわけですが、私共とするとメディカルコントロール協議会のあり方そのものが非常に大きな岐路というか、転換点にもあると思いますので、作業部会で一応論点を整理していただいて、メディカルコントロール作業部会座長のほうからご報告いただいたのですが、できましたらせつかくのこの親会がありますので、この中にご議論をさらに深めていただければという点が1点。

あと、メディカルコントロール作業部会座長からもご報告いただいたのですが、そもそも医療と消防の救急業務という問題はあるのですけれども、私どもこの検討会自体が救急業務高度化推進検討会ということで、救急業務というところに軸足を置いているわけですが、従来、救命士の指示体制等非常に高度なところをいろいろやっていたわけですが、救急の現場では救急隊員がベースになっているわけであり、消防業務としてやっているというところのあり方についてご検討いただけないかということで、ベースとして思っているところでございまして、医療とのかかわりについて作業部会でも、メディカルコントロール作業部会座長のほうからご報告があったように、いろいろな関わりのことが

ありましたけれども、軸足は救急業務、救急隊員、救命士も当然その中に含まれるわけですが、そこに軸足を置いてご検討、ご議論いただければというように思っております。補足で申し訳ございません。

座長 ありがとうございます。その中でも、今の検討概要という1ページ目がありますけれども、この1ページ目がポイントになってくるところではないのかなというようにも思いますので、先ほどこの中でもありました質の向上策というのをMCでどのように救急業務の質という、その辺のところ、あるいは拡大という流れは、私、第1回の親会の議論で、いわゆる選定困難事例についてどのように考えたらいいのだろうかというところだと、もう少しMCを利用していくということが打開策の一つとしてあるのではないのかという流れも出てきたわけがあります。それがこの流れの中で追加的なところについているのではないのかなというようにも思って聞いておりました。

今言っているのは6ページのところです。追加的な2つのところですが。そのようなディスカッションもあったわけですが、本日ここで、ある程度またいろいろ流れをつくっていただきまして、それを作業部会のほうにお渡しして、議論を深めていただければいいのではないのかというように思いますので、今、医師の先生方がメインに出ておりましたけれども、これから法的なところ、あるいは消防の皆さん、どんどんご意見をいただきたいと思います。

委員 すみません。ただいまのお話に法的な話が多かったもので、私の方で今消防法の条文等を確認させていただきましたが、私も専門にやっているわけでございませぬので、なかなか理解するのが難しい分野だなというのが率直な印象でございます。このMC協議会のあり方を考えるに当たって、法的な問題というのは非常に多方面の事柄が出てくるのだろうという気がいたしますけれども、そもそもこれをまず法制化しようという話が多分1つあるのだろうと思われまふ。それをするかしないかというのが当然論点になるわけですが、法制化することのメリットとしてどういったものをお考えかというのが、1つお聞きしたいことでございます。

その上で具体的に今年度中にどこまで検討をするべき、あるいは検討したほうがよいとお考えなのでしょうか。要するに親会としてある程度の方針をお出しするというのは当然だろうという気がいたしますけれども、先生方のご議論の中でどのあたりまでであれば、話として詰められそうだというご感触をお持ちなのかというところをお聞きしたいと思ひます。

MC報告者 まず、メディカルコントロールの業務を法制化するというのは、法制という言葉が適切かどうかわかりませんが、いわゆる位置づけを何か法制上で、あるいは行政上で明確にしていだかないと、特に救急医療を行っている医師、それから現場で働いている救急隊員が非常に不安な部分もありますよねというところが

ございます。最初に、そういう意見がたくさん出ました。ですから、最初に医師法と救急救命処置として救急救命士に行為の一部を渡しているということと指示を出した医師と、それを受けて行為を行った救急救命士との行為の、例えばマルプラクティスがあったときの過失案分というのはどうなるのという問題は、今、メディカルコントロール協議会の中で検証したり、指導したりしているけれども、そのことも含めて位置づけが不明確です。

ですから、期待としては何か明確な位置づけ、あるいは場合によっては法上の解釈でわかりやすいものがないのでしょうかというのを最初に議論しましたけれども、そうするとこの議論の土俵は総務省消防庁という立場のところでの議論ですが、実際には医療に係る部分、あるいはそれ以外のところにも当然関連する分野がありますので、果たしてそこで議論をして答えが出せるような方向性を示せるのかどうかというところで、正直なところ、その先議論するのが少し手詰まりな状態であるのも事実でございます。逆にいい意見があればお聞かせ願いたいというのが正直なところではあります。

委員　　そういう意味でちょっとだけお話しいたしますと、法制化することのメリットというのは今お話になった各関係者の責任の範囲というのがはっきりするというところで、これは責任の問題というのが1つあるのだと思います。それからもう一つ、救急業務全体の制度設計をする中で、メディカルコントロール協議会の権限を明らかにする。これは権限の側面といってもよいと思うのです。大体この2つが、大きく分けていうとあるのではないかと私の中では考えているところです。

ただ、この権限の問題をぎりぎり詰めていくということになりますと、先ほど委員からお話があったように、周辺的な制度との関係であるとか、具体的な権限の中身を法律なり政省令の形で書き込むということになるわけですが、そのためにはかなり厳密な議論をしなくてはならないということになりますので、これはなかなか短期的にできる話ではないかもしれないという気が致します。しかも、そういうようなカチツとした制度をつくること自体に、おそらく委員などにご異論がおありなのだろうという気が致しますので、そういうところも含めて考えるということになりますと、かなり大変な作業になるというのが率直な印象でございます。

ただ、それとはまた別に、おそらく今日お話しいただいたことの一つの大きな柱は、どのような位置づけであるとしても、メディカルコントロール協議会で決められることはどういうことなのかということをはっきりさせたいというお考えだと思います。これは要するに、例えば医師法違反になるような業務を救急隊員に行わせるという形でプロトコルをつくることはおそらくできないということになります、そこがはっきりしていないので、メディカルコントロール協議

会の役割なり、権限というものはっきりさせなければならない、という問題認識がおりなのではないかというように伺いました。

そうだとしますと、これはメディカルコントロール協議会をどのような行政組織にするかという事とは無関係に、どういう組織形態であってもここまでの事しか決められません、あるいはこういう事であれば決められますということをはっきりさせておくということにそれなりの意味があるという気がいたしますので、その範囲であれば、ぜひ法的な部分も含めてご検討いただければというように私としては希望いたしております。

座長 委員のご意見としては、これは法制化をしたほうがよりメリットは大きくなるのか、法制化しないでも位置づけだけをしっかりすればいいのか、あるいはその中間なのか、委員はどのようにお考えですか。

委員 位置づけ自体はしっかりしておいたほうがいいと思います。位置づけというのはちょっと曖昧な言い方ですけども、今、まさに先ほど私が最後に申し上げたことですね、どこまで決められるのかという事は、はっきりさせておいたほうがよろしいのではないかと考えております。

あまり細かい話は控えたいのですが、救急隊員の話と救急救命士の話というのはおそらく次元の違う話ではないかと思っております、救急隊員というのは要するに消防法上の救急業務に当たるかどうかという話ですので、これは人単位で考えている問題、法律関係ではないのだらうと思います。ところが、救急救命士というのは国家資格という形になっておりますので、これは人単位での問題ということで考えられる話なのだらうと思います。おそらく次元の違う話ですので、重なってくる部分もあれば、食い違ってくる部分もあるのは当然であろうという気がいたします。そういう部分も含めて、メディカルコントロール協議会で何を決めて、どういう形で行えば、少なくとも現行法令上問題がないということになるのかということは決めておく必要があるのではないかと思います。

ただ、その上でメディカルコントロール協議会自身を、行政組織としてカッチリした権限のあるものとしてつくるべきかどうかということは、かなり問題がいろいろありそうに思いますので、今の段階では私のほうではこうしたほうがよいということは申し上げづらいところでございます。

座長 わかりました。今、法整備というのは、多少簡単にはいかないのではないのかというご意見でございます。

委員 今、委員のほうから救急救命士にとっての場合と、救急隊員にとっての場合と違うのではないかということで、今回のこれを見ますと、従来、総務省消防庁は救急隊員が行う応急処置については、搬送途中で緊急やむを得ず緊急事務管理、あるいは緊急避難としてやるという見解でずっとやってきたように思うのですけれども、今回のこれを見ますと、救急救命士が業として行うというのと同じ

レベルでこれを行うと。それに対してのメディカルコントロールというニュアンスにとれるのですけれども、ここはその辺、見解は少し変えていらっしゃるのでしょうか。

座長 事務局からお願いしたいと思いますが。

事務局 ここは我々もいろいろ再度調べて、結論的にはあいまいな、今までもあいまいだったのかなということなのですけれども、20ページにございますが、当時の整理は反復継続して、医行為に当たるのだと思いますが、危険性が低いという一定の類型については、刑法35条の正当行為に当たるということで、医師法の17条との関係で違法性がないものとされてきたと。緊急避難的というのと緊急避難としての行為というのは若干違うと思いますけれども、緊急避難の要件に当たる場合でないと違法性がないということではなくて、行為自体が当時の考え方では、告示をすることによって正当行為に当たるということになっていたのだと。

61年の改正では、緊急やむを得ない場合においては応急手当ができるということではなくて、緊急やむを得ぬものとしてということにして、そこが若干あいまいなところだと申し上げたところですが、緊急避難的なものをあらかじめ予測される類型として消防法に位置づけたということで、そこは緊急避難行為として違法性が阻却されるのではなくて、一定の類型についてはもともと業務として正当行為に当たるのではないかという整理であったようでして、それをベースに今回議論をしていただければというように思っております。

委員 ちょっと根本的な問題に戻って申し訳ないですが、メディカルコントロール作業部会の委員達が議論していただいた中で一番押さえなければいけないのは、委員もおっしゃったように、このMCってどう機能させるのだという問題ではないかと思うのです。現場を抱える我々からすると、歴史的にこのMCがつくられてから飛躍的に何が一番よくなったかという、我々の活動、これは業務というよりも救急活動をイメージしていただきたいのですけれども、患者さんが発生して、最終的に我々の仕事というのはある病院に収容してもらって終わるわけですが、その病院との関係が孤高的に形成されていたものが、このMCというものをつくっていただくことによって、結果的にこの活動というのは、まず医療との関係の中でどのように行われているのだという理解を生んだということと、それからその理解を生む中で病院としてはどのように受け取っていくかということとのコラボレーションが出てきたということなのです。

何を皆さんにお話ししたいかという、先ほど座長もおっしゃった追加的な協議事項の中の1と2というのは、当然発展的にあって然るべき話であって、これをやるとかやらないかという問題ではなくて、当然に歴史を重ねる中で、ましてや社会的に収容困難という状況が生じている地域の救急医療の中で、我々は救急というのがどう役割を分担していくかということを考える上においても、単な

る消防と病院の関係ではなくて、そこにMCというような組織が介在して、いろいろな検証も必要でしょうし、それから例えば委員もおっしゃったように、地域にあるいろいろな医療との会議の中で私がぜひ望みたいのは、MCとして出ていただきたい。つまりMCというものの持っている考え方とか、救急の搬送のやり方とか、そういったものを表現していただきたい。

だから、抽象的な言い方で大変申し訳ありませんが、MCと元々ある既存の救急関係の会議とどのように位置づけるのかという問題は、救急という、つまり病院と衛生行政と搬送、いわゆる流通部門になっている我々があるとするならば、その流通部門側のほうの切り口の中で、言うなれば地域の救急というのをどのように形づくっていくかということ、ぜひとも発言をお願いしたい。だから、委員には大変申し訳ないですけども、これが機能なのだろうと思うのです。だから、それをどれまでやるかということがまず一つあるべきだと私は思います。

今度は、例えば名称、位置づけという問題が出てくるのですが、これはその機能をどのようにやっていくかという中で、必然的に出てくる話ではないのかと思うわけですが。全国的な風景を見ると、これは今言ったやつと少し矛盾するかもしれませんが、MCが非常に機能している地域とそうではない地域が現実にあるのです。そうした場合に、ある程度の底上げをしていくという意味の中で、例えばこの位置づけということが機能するならば、これは私はやっていただきたい。

MCが機能している地域の中で、現実に東京については、本日、東京のMCの委員の方々にいらしていただいております、座長もそうですが、t-PAだとかっていう、そういう脳卒中一つにしても既にもう機能しているのです、MCというのが。何を言いたいかというと、根拠という前に既に機能として認知されている部分があるのです。しかしながら、それがまだ認知されていない地域の中においては、これを認知する一つの手段として、こういった法制化というのも私はあつて然るべきじゃないのかなというように思います。

以上であります。

座長 ありがとうございます。いいご意見をいただきましたが、まだ消防の皆さん、たくさんおられておりますが、いかがでしょうか。どうぞ。

委員 今回のメディカルコントロール作業部会のご説明をお聞きしまして、今回、事務局からお話がありましたとおり、1つはメディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大というお話がありましたね。もう一つは、やはり先ほどお話がありましたように、協議会の法的、行政的な位置づけ、この2つをいろいろな角度から議論していただいたというように、ご説明を聞きながら思いました。特に所掌事務の中には、先ほどおっしゃったように、逆に搬送側、いわゆる消防側から医療機関に対して、こういうようなことで受け入れていただけなかった、というよう

な状況を検証していく必要があるだろうなというのが1つ。

そして、法的な位置づけですけれども、これもやはりもうちょっとまだ議論の中で踏み込んでいただいてもいいのではないかと思うのですけれども、できたら私としては法の中で一定の救急業務を実施するに当たってのそのような位置づけといたしますか、検証といたしますか、そのようなものを、その名前がメディカルコントロール協議会になるのか、救急業務協議会になるのかよくわかりませんが、そのような一定の法的な位置づけは、救急活動業務については、こういうようにやるというのが法律で決められているのですけれども。その後の救急業務の質を保証する分がないというのもおかしいなというように思いますし、これは法的に必要なというように自分としては思いますけども。

座長 ご意見、ありがとうございます。まだメディアの代表の委員方、あるいはその他の本日代理で出ておられます消防の皆さん、よろしゅうございますか。どうぞ。

委員 すみません。MCに関しては私も現場にいるわけではなく、横目でいろいろ救急医療の方の議論を眺めて、この10年近く見たところで、先ほど委員がおっしゃった、決められていないというか、そのプロセスで随分議論とかを、メーリングリストというある種の地域に属さないMCの場を見させていただいている中でのお互いの意思の深め合いとか、問題点の共有化というのに遭遇なされていたのを見てまいりました。

委員がおっしゃった底上げになるのであればというのはわかる気がするのですが、多分、この間、ずっと果たしてきた役割がようやくここまで来て、先ほどおっしゃったように全国的なところである程度ここまで言えるということまで来たのだから、ほとんどその差というのは、位置づけはある意味あまり法律的にきちぎち詰めたものでなかったからこそできたものがすごくあったのであろうと思っていますし、ちょっとメディア的な物の言い方をすると変かもしれませんが、法律で決められていて、役割ががっちり与えられてやっていると、ここでないところでの関係者の、特に救急の先生方は皆さん熱いですから、そういう皆さんの現場に対する思いというのは、法律のところにぎりぎり追い込んでしまおうと思うと、何か落ちてしまうような気がいたします。

もちろん底上げのところには何かがあるか、本当にやらなければいけないのは何かあるのかもしれませんが、そこだけは何か決められるようなことがもし見えてくれば、あり得るのかもしれませんが、私はそれが何に当たるのか今見えないところでは法律にという、あったらあったであらうが行政的にはわかる気がしますが、それによって逆に手を縛られてしまったりとか、事務はここまで決められているのだからというように逆に言われてしまったり、例えば先ほどおっしゃった、ここにある1、2なんていう話は別にやってもいいのではないかと。

まさに私もそう思うのであって、それはMC協議会として社会的に提言することに対して何らどこかにしてはいけないという事がなければ、それぞれの立場に応じて与えられた社会の役割を提言されればよいのであって、何もそれは縛られていないところも、時代は変わりますし、医療体制も変わりますし、それに沿ったことが法律的にできるのかという、実際にこれから例えば5年後、10年後を考えたときにできていけるのかというように思うと、今のこのMCがこの10年間やってここまで来たプロセスを考えると、あんまりそこに、あるといいなという気持ちはわからなくないですけれども、そこにいつてしまう怖さというのはちょっと逆に感じます。そこで気が付いた時に、何をやっているのだみたいな話を私たちの立場の者が言わなければいけないようなことになるのがとても残念なので、そちらの方には行って欲しくないなと思っています。また、その分はある意味では関係者の皆さんの善意というか、そちらに向かおうとする何かを信じたいという気はしております。感想的なことでごめんなさい。

座長 ありがとうございます。ここまでみんなディスカッションできるところまで来たのだよというところも大事なのかなというようにも思います。

実は、我々はまだあと2つ部会の話をしなければいけません。まことに座長の不手際でこうなっておりますが、またここに帰ってきても結構でございますので、いかがでございましょうか。次の連携のところさせていただいて、また時間があれば戻るといふことにさせていただければありがたいと思いますが、よろしゅうございますか。

委員 ですから、この作業部会の報告書に対して、ある程度の方向性といひますか、何か宿題をやれと言え、宿題をやることはいとませんが、やっても受け付けられない宿題ばかりやっても徒労に終わりますのでね。

座長 確かに。ただ、今のディスカッションは、ある程度の方向性が出ているのではないのかなというように思います。それは事務局と座長で少しもませていただいて、委員の皆様にもまた提示させていただいて、こういうことでどうだというようにさせていただければありがたいと思いますが、ありがとうございます。それでよろしゅうございますか。

すみません。次のところにかかせていただきます。それは次の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長からまず報告をいただいて、ディスカッションに移りたいと思います。

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会と連携する部分があると思います。

報告者 東京のMCはそれなりの実行支配的な水準で、連合軍でやっている。だから、(消防機関と医療機 法律には多分なじまないだろう。ただ、うんとおくらしているところがもしあったとすれば、それなりの法律をつくってあげないと明治時代の日本と同じですか

関の連携  
に関する  
作業部会)  
以下消医  
報告者

ら、そういうようなことを少し思いました。

そういう意味で地域、地域によっていろいろあるということがありますので、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の資料も、実際のところ前回とか、年度の前にご説明したように、都会においての景色と、それから多少医療資源の少ないところの景色とが相当程度違うということなども確認したところでございます。今回はこの救急作業部会の検討というのは、受け入れの状況の実態そのものに関する詳細な、もう少し現場の事実即したものを統計的に把握することが大事だろうということがあって、7月25日と9月4日に作業部会を開きました。

詳細調査というのはその次の、表紙からすると3枚目になりますが、調査対象や対象区域をここに書いてあるような形でやっつけようということでもあります。見ておわかりだと思いますが、調査対象区域を東京消防庁管内で調整中と書いてございます。これは実は相当程度に肉薄した形での議論をしたいということがございましたので、全国でやりますと似たようなことが起きてしまって、どうにもならないだろうと。

それから、肉薄するためには、消防にもかなりの負荷がかかろうということがございましたので、負荷を一肌脱いでくれるところ、または矛盾がかなり凝縮しているだろうということもあって、パイロットスタディという形で、ですからこれで全国を全部見られるということは到底ございませんけれども、肉薄した実態を調査しろということになれば、極めてパイロットスタディ的にこれでいけるかということをやらざるを得ないだろうということがあったので、約1カ月間、東京消防庁の一部でやってみよう。

それで、対象は11回以上聞いたものとか、いろいろありましたけれども、一発で回答したものは、そういうような意味での実態について、実は肉薄する一つの理由ではないかというものが、どんどん一発回答で決まっているということがあるかもしれませんので、全事案についてやってみよう。調査項目は種別、回数、滞在時間、理由とその件数、それで傷病種別のこれらについてですが、具体的にはその下にありますように、ベッド満床といってもどのようなベッドなのだろうとか、処置困難といっても一体何なのかだとか、それから既往症や傷病種別、それから医学的な背景、社会的な背景、ここら辺の私たちの作業部会の委員はかなり現場でつらい思いをしている救急隊やドクターたちがおりますので、社会的背景等についての議論が結構たくさんありました。

次のページにありますように、救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査用紙というのは、受け入れに至らなかった理由というようところで、ベッド満床のところを少し区分けしてみよう、処置困難のところも少し区分けしてみよう。医学的な背景のところは次のページでまた説明しますし、社会的な背景につ

いても説明させていただきたいのですが、これらの表に書き込むことによって、先ほどの調査対象の項目が埋まっていくだろう。

その次のページですが、上の受入に至らない理由コード、これはベッド満床といっても、いろんな解釈の違いがありますので、きちっと決まるかどうかわかりませんが、少なくとも会員の中ではこの程度にはしておいたほうがいいのではないかと、処置困難もこの程度でよろしいのではないかとということになっていて、このカラムができ上がってございます。

医学的な背景というところを見ていただきますと、これは救急隊が、もともと精神疾患があつて人工透析もしている患者さんが、たくさん薬を飲んで意識水準がこんな調子ですというような形で、患者さんの情報を病院に届けると。そういうところで2つ、3つは埋まっていくだろうという形で、例えば結核の患者さんがいて、内科と場合によっては整形外科が必要だということになれば、それで医学的な背景がある程度決まるだろう。

多くの場合、そこで東京消防庁の方たちは、正直にひとり暮らしの高齢者だとか、ホームレスでこういうわけだとか、実は結構たくさんお酒を飲んでいるようで、嘔吐していると。このような状況を言いながら、社会的な背景をプレゼンテーションしながら患者さんを運ぶということがございますので、そういうことをチェックしながら1回断られ、2回断られということがあれば、それなりの情報を積み上げていくと。おそらく1カ月間東京消防庁でやれば、万の単位はいくだろうということがございますので、それを分析することによって少し受け入れ体制の実態に肉薄できるのではないかと。断られるときには単に医学的な理由だけではなくて、または医療資源の問題だけではなくて、患者さん側の社会的な福祉、いわば福祉的な行政の社会的な意味での弱者が厳しいことを被っているかもしれないということについてもわかるだろうねという議論でございます。これが、私たちが今考えようとしているところであります。

最後のページに議事録の抜粋と書いてありますが、第2回の議事録の抜粋もございますけれども、第2回目のほうを見ていただきますと、おわかりのように、詳細調査を実施するためにお願いますと1番目にありますが、医師会に言っておいたほうがいだろう。というのは、結局、医師会のほうでも、こういうわけで断りますよといったときのこういうわけだという中での医学的な幾つかの理由がございしますが、ベッド満床だとか、ベッドの満床もどういってベッドが満床だとかということがございますけれども、一定の水準で言葉のやり取りの理解、言葉の定義というように言っているのかどうかわかりませんが、共通言語的なそういうセンスで議論するためには、該当する医師会、例えば東京消防庁の第2方面本部でやろうということになれば、大田区と品川区の該当の医師会の病院の先生方には、最低限こんなことをしましよということをお願いいたします。

ということでお願いしたほうがいいでしょうし、理由などについて分析的なこともやりますのでよろしくということも、分析そのものは私たちがやるにしても、先生方に知らせておくというのが紳士的なやり方なのだろうということがあるのであります。

ですから、その他調査項目に関する意見とか、公表に関する意見とか、いろいろございますけれども、とりあえず現場の救急隊に多少の負荷はかかりますけれども、得られる真実というのは欲しいですけれども、単に医療資源だけの問題でないかもしれない問題についても含めて、今回の連携の状況を把握しながら、よりよい連携に持っていくと。先ほどのメディカルコントロールでいけば、6ページに円滑な救急体制を確保するための受入体制の整備に対する提言とありますけれども、これも自動的にMC協議会などでやっていけば、こうなるはずだという話はこれを見てもおわかりだとは思いますが。

ということで、とにかくやってみようというところになっていますので、やってみようというときにこのようにしたらいいのでないのかという議論があれば、ここで拝聴したいということでもあります。

以上です。

座長 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長、ありがとうございました。いかがでございましょうか。何となくこうなのだけでも、エビデンスはどうなのといつも言われているところを本当にやるのという感じがしますけれども、どうぞ。

委員 今まで医療機関側から直接理由を言わずに、消防のほうからの推測だけだったものを、こうやって医療機関、消防、双方で共通の定義を決めて入れるというのは非常にすばらしいなと思います。

ただ、それでも例えば専門外と医師不在とかというのをどう定義、つまりどのように入力、選ぶかというガイドがないと、例えば開放骨折の患者さんをお断りしたという時に、そもそもうちでは整形外科はやっていませんというときは専門外で、整形外科は標榜しているけれども、今日はいませんというのが医師不在なのかとか、あるいは手術スタッフというのは整形外科の医者はいるけれども、麻酔科が来ないからだめというのが手術スタッフだというような具体的な事例を挙げて、こういう場合はここに分類してくださいというような選ぶガイドをつくって、病院同士、あるいは病院と消防で解釈があまり変わらないようにしていただくと、よりいいデータができるのではないかなと思いました。

座長 ほかにいかがでございましょうか。

どうぞ、委員。

委員 これは消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長のお立場で、学問的にぜひともこういうトライアルをやってみたいということは全く反対しません。

なぜそういうことを言うかという、今、救急医療をめぐるいろんな情勢というのは、現場のここだけの問題で解決できない 이슈が幾つかあるわけです。というのは、例えば複雑化・高度化したことによって患者と搬送先医療機関とのマッチングが複雑になって、搬送時間が延びている、それから結果として、集約化ということでも搬送距離が延びるわけですから。これも行政がそういう方向を進めたことによって、それは当然延びるわけです。それから、ドクターの偏在・不足という点は医師会も指摘していますので、ご承知だと思いますが、それがここにどのようにあらわれてくるかというのはなかなか難しいだろうと思いがら読みました。

それからもう一つは、医療費を含めた社会保障費を切り下げてきた結果、今まで何とか成り立っていたものが成り立たなくなっているという現実、委員の方もお話のとおりだと思うのです。そういうものもここに結果は出てこないと思うのです。ですから、そういう別種なパラメータを除いたこの現場の話としてはこうでありますよという締めくくり、のために、データとしては貴重だと思いますが、これは学問的検証としてやっていただくのがまず大事ではないかなと思うのです。

というのは、結局これがひとり歩きすることによって、逆に現場の方々が困る事態になることは一番好ましくないと思うのです。何とかそれを逆にしたいという願いは共通の願いとしてあると思うのです。ですから、学問的検証の上でそのデータをどう扱うかというのを、この場で考える必要があると思うのです。そうしないと、例えば断る回数が増えてしまっているのは誰が悪いのだという議論のパターンは社会的にもまずい展開になるのではないかなとの危惧を申し上げました。

消医報告者

委員の言っていることは120%わかっているつもりです。もっと露骨に言えば、今、最後におっしゃったようなコンテキストで記事を書こうとしている人たちが実際います。ですから、そういう意味ではそもそも医療者性悪説みたいな記事を書かんとしていると。その手の人たちから言わせれば、結局、生活困難者や外国人は断っているのかみたいな、そのような意味でのポジティブキャンペーンに使おうと思えば使えるわけです。

ただ、救急医療の私たちの現場は、救急隊が困っているとかさつきありましたけれども、今困っているのは患者さんが困っているわけですから、その患者さんが困っている状況の中に、単に救急医療という問題だけではなくて、当然のことながら議論の中に出てくるとは思いますけれども、後方への流れをどう考えるのかということであれば、後方ベッドの問題は山ほど出るわけですが、入り口の部分においても社会的な弱者というか、社会の矛盾というのか、そういうものが覆いかぶさっていると。そこを避けて通して、4回が2回になったからいいと

か、15分が10分になったからどうだという話をしても、多分何となく夢のような時間が過ぎていっただけで、何も残らないだろうということがあって、こういうような医学的な背景なり、社会的な背景について議論しよう。

これはそれぞれの地域で、それぞれも多分議論していると思いますけれども、最低限私の所属する東京都においては、MC協議会にしろ、救対協に関連した会議にせよ、どちらかというところのような理由で受け入れの医療機関が相当程度に逡巡すると。そういうような患者さんをさっき受けたのに、また同じような患者さんを受けるのといったとき、また同じようなとき、また骨折を受けるのというのは違うのです。ここにはMSWの方というか、そういうような人が何とか頑張らなければいけないような患者さんをさっき受けて、また受けてということが起こると、僕たちの病院は一体どうなってしまうのだろうという素朴な部分があって、委員が言うみたいに、それをどのような形できちっと社会に対して説明することができるかという一番難しい部分にチャレンジしているのです。ぜひご理解いただきたいと思います。

委員が言うみたいに、そういう意味でのキャンペーンに使おうと思うと、比較のおもしろおかしくなります、これは『週刊〇〇実話』みたいになってしまっただけで、そうではなくて、自分たちの国の形をどういようにしたいのだという事にまじめに使おうと思えば、逆にこれもちゃんと使えるわけですよ。ということです。座長、以上です。

座長 委員の皆様、医学的背景、社会的背景、これは要らないよ、これを追加してくれよという何かありましたら、また後からでも結構でございますので、事務局なり消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長にお話をいただければありがたいと思います。そして、このような形でいいデータが出てきたら、とてもおもしろいなというのは、医学的な見地だけからでも大事なことだろうと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思いますが、どうぞ。

委員 医学的な見地からということですが、今、おっしゃったような、ある種医療機関側の本音が聞けるようなアンケートの中身というのは、とればとっておいたほうがいいのかと思うのですけども。例えば受け入れに至らない理由、これは高度ですけども、例えばその中のコメントに、浸潤する理由にメリットがないとか、経済的に問題だとか、あるいは今、委員がいろんなことをおっしゃいましたよね。そういうのが書けるようなアンケートを入れておくのも一つの手かなと。少し性格は変わりますけれども、と思うのですけど。

消医報告者 実は双方にとって、それほど負荷はかからない形でパイロットスタディをやってみようと思いました。ですから、やった暁に、今、委員がおっしゃったような形で、例えば5回以上とか、東京でいえば30分以上のことに関してのみ、今度、後からそのときの当直、ないし院長先生にコメントを求めるということをやって

もいいのではないかということはあるともいいと思うのです。

今は医師会の先生方が、例えばさつき委員が言いましたように、手術スタッフ不足に指示2にしてというルールをつくっておけば、指示の2と言えればいいと。わかりましたね。やっぱり指示の4にしておいてと。その他というのは、これ以外なのか何なのかわからないものはみんなその他に入りますから。ですから、だらけてやればその他がいいから、山ほど増えてくるということになるのでしょうか。でも、今は双方にとって負担のかからないような形で、だからこの下の傷病者の背景とか社会的背景は、救急隊がプレゼンテーションする中でチェックしていくだろうということで、医療機関側としては聞いている。だから方法としては、医療機関側が、うちの病院は外国人はだめということを使うことは想定してないのです。

ですから、そういうようなところでやろうとしているということで理解していただければありがたいと思います。

座長 ありがとうございます。どうぞ。手短にお願いします。

委員 4ページ、傷病者背景の(1)医学的背景の真ん中より右の結核とありますね。これは結核だけでなく、これは新興感染症を含めて感染症とか、そういう項目のほうがいいのではないかなと。

消医報告者 これは東京でしばしば問題になるのは、感染症というよりはむしろ結核患者さんが朝までずっと決まらないということが山ほどあったので、結核となっているのです。

さらに、エイズとかその他の感染症とか入れてもいいのかもしれない。

委員 あと、調査結果の扱いについて心配をしているというのはご理解いただけたのですよね。

消医報告者 これは医師会の先生方に説明するときにも、同じ質疑応答が生じるだろうということを十分わかってやろうとしています。

委員 扱いについては最後にご一緒に相談しませんか、この会議で。

消医報告者 もちろん、もちろん。それは、報告書を書くのは座長ですから。

座長 ありがとうございます。それでは、何か具体的などころでもう少しご意見があるようでしたら、どうぞ、よろしくお願ひしたいと思います。

時間もそろそろ残り15分ぐらいになってまいりました。最後、トリアージ作業部会からの報告をお願いしたいと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

委員 トリアージ作業部会は、7月28日、8月20日と2回作業部会を開かせていただきまして、本年度の検討項目につきましては大きく3点、1つはトリアージプロトコルの精度向上のために実証検証をするということで、これはかつて平成18年度に1度実証検証をしているわけですがけれども、当時まだ通信指令員の教

育であるとか、言葉の定義ということが不十分な段階でやりましたので、少し精度を高めた上でもう一度やってみるということを行いました。

これに関しては札幌市、仙台市、川崎市、京都市の協力を得て、約1カ月程度のデータ収集を行う予定でございます。今回は事前に十分予備期間を置いて、現地の通信指令員あるいは救急科の方と、チェックシートのそれぞれの項目の持つ医学的な意味について十分説明をさせていただいて、その趣旨を十分説明した上で、今回はやらせていただきたいと思っております。

トリアージの結果、1つは救急隊員が現場で観察をして、先ほど現場での重症度・緊急度というものが出ていましたけれども、あれに合うような形で、特にバイタルサインから見た重症度。それからもう一つは、病院到着時の最終的に医師が判断する入院の可否、あるいは3週間以上の入院が必要であるという観点から見た重症度。それから、一部の消防本部とMC協議会が協力を得て、1週間後の確定診断名等をこの通信の内容と比較して、その精度を確認するという事を考えております。

法的な課題につきましては、3つのポイントについて問題を抽出させていただいております。まず1つは、実際トリアージを行った際の具体的な法的責任がどのように発生しているのかという観点。このトリアージをするということに関して、通信指令員への責任なのか、あるいはプロトコルをつくった人の責任なのかという問題。それから、実際にトリアージのプロトコルをつくったときに、この実施が法的に正当化されるかどうか、あるいはそれを地域ごとに地域の実情に合わせた形で使っていくということが、先ほどのMCで全国と地域という関係もございましたけれども、どの程度許されるのかという検討が必要であるということ。それから、実際にこれを運用する段階になったときに、どのような形で実施を決めるのか、あるいは運用体制を決めていくのかということに関して、その法的な問題を検証する必要があるだろうということで、これもまた後で質問があれば受けたいと思います。

それから3つ目、2ページにいきまして、今までこのトリアージに関しましてはずっと議論をしてきたのですけれども、具体的に赤だったらどうするのか、黄色だったらどうするのか、緑だったらどうするのかという具体的な運用があんまり絵にかかれず、単に机の上で重症度を決めていただけということはずっとご批判を受けておりました。

もう一回ここをきちっと考えるべきだろうということで、赤、レベル1というふうに考えていいと思いますけれども、これは基本的には大至急、一刻も早い緊急搬送が医学的にも必要であると。場合によっては現場にドクターが行くDr.カー、あるいはPA連携等よりたくさんの隊員を現場に派遣するという心肺停止、ショック等を考えたものが赤の中心になるというように考えております。

黄色というのは、今現在の通常の救急搬送の対応となるもので、これに関してエビデンスはないのですが、東京都でやっていたらしゃる救急相談センターのプロトコルで、救急搬送の必要なものというのは1時間以内に病院に行くことが望ましいものという一つ区切りがございましたので、これをお借りいたしまして、大体救急車で病院に行けば、おおむね1時間以内に行けるものが圧倒的に多いというように考えられますので、1時間以内に病院に行くことが医学的に大きなメリットがあるものと。これが黄色というように医学的には位置づける。

そして、緑については1時間以降でいいと。その中には6時間以内ぐらいには行ったほうがいいというもの、翌日でもいいもの、あるいは最終的に病院に行く必要のないものも含まれてくるというように考えられます。

それでは、具体的な対応ということで、赤と判断されたときはということで、これはもちろん最迅速対応ということで、どのように救急車が込んでいても、赤の傷病者に対しては常時即刻対応ができるような体制を組むことが望ましい。そして、可能であれば、もちろんファーストレスポンスとしてPA連携ということで、複数隊、あるいはDr.カーの運用等もこれを実際の運用としては考える。

黄色というのは、今の通常の救急対応というように考えていただく。

緑というのは、現状では普通に救急対応をしているわけですがけれども、これらは救急車の運用が非常に厳しい時間帯、これは今回の作業部会でも消防本部によって非常にばらつきがある。年間何十回も出払ってしまうような地域もあれば、出払うことはほとんどないと。常に予備があって、余裕があるというところもありますので、そういう中で逼迫したような状態があるときには、緑の方には少し待っていただくと。そして、救急車を温存するというのも運用としてはあるのではないか。あるいはこの緑の方については、あまり搬送ニーズが高くないのであれば、救急相談センターにバトンタッチをして、そちらで救急相談をするということがより適切なものもあるだろうということで考えました。

この3つの分類というのは分けることはもちろん可能ですけれども、赤を見つけ出すということは今までのトリアージ、2年前の検証でもかなりある程度の確率、精度で可能であるということがわかってまいりました。

それから、黄色については、黄色の中で特に、ある程度重症なもの、これは非常に見つけることが可能、つまり脳卒中や心筋梗塞についてキーワードを聞いて見つけることは可能ですけれども、黄色と緑、つまり1時間以内に行ったほうがいいかどうか微妙であるというところに関して、これは実は非常に多くの医学的な質問をしなければいけないところで、この間を見るのは今の通信指令員の訓練・教育等ではとても無理であるというのは、例えば東京の消防相談センターで見ますと、ここは救急相談看護師が判断に一番苦勞するところで、非常に多くの質問を多くの時間をかけて、医師の助言を得て決めていることが多いという部分

になりますので、ここについてはそのすべてを簡単にプロトコルで決めていくことは難しいと。

ただ、その中で非常に特異的な症状、つまり非常に軽いけがであるとか、そういうものについてはある程度見つけ出すことができるのではないかとということが、ここでは考えられました。

したがって、具体的な運用としては、黄色と緑の区別をつけて運用するのであれば、そのためにかなりの通信指令員の訓練をまずしなければいけないのではないかとことが今考えられています。今回の実証検証の中で具体的に赤と黄色を分ける、それから黄色の中で特に重症のものを見つけていくと。そして、その中で黄色と緑が分けられるかどうかということについても、具体的に1カ月間のデータをとって、データを出して、またここで示させていただき、先の方針を決めたいというように考えております。

後ろにくっついている資料の3ページは、プロトコルの現在の初期対応で、通信指令員がどのような言葉で聞くかというものが3ページ、4ページとございます。それから、5ページ、6ページにあるのは、これは実際、通信指令員が机の上に置いといて、電話をとりながら聞くものですけれども、具体的にはすべての傷病者に7番までは聞きます。患者の話ができるかどうか、意識があるかどうか、呼吸をしているかどうかだけは全員に聞きますけれども、そこまで聞いたところですべて救急車は出してしまいます。救急車を出した後で、現場に向かった救急隊が、より適切な活動をするためにもう少し詳しく状態のお話をお聞かせくださいということで、8番以降の詳細な状況を聞かせていただくということで検証をする方向になります。

6ページ目は、同じく外傷に対する、主に受傷機転、損傷部位等に関しての質問用紙です。

7ページ目は、東京消防庁が現在、相談看護師が1日に70件から80件の救急相談を既にしておりますので、そこで使っているものと少し色が紛らわしくなるので、考え方の整理ということだけで出させていただきました。東京消防庁の救急相談センター、これは一番下にありますように、あくまでも医学的知識を有する看護師が医師の監督のもとで十分な時間をかけて行うトリアージということになります。東京消防庁では赤を救急車要請が必要、橙を1時間以内の救急受診が必要、黄色が6時間以内、そして緑が当日ないし翌日の日勤帯受診でいだろうというように分けております。

ただ、今回、我々が考えている通信指令室で指令員が極めて短時間で行うトリアージ、対象は救急相談ではなくて、救急要請に対して行うものですから、これと同じようなことを行うのは到底無理であるということで、そうするとまずこの赤の中で特に心停止の可能性のあるもの、あるいはショックなどのものをレベル

1として、これは先ほど言ったように口頭指導をまず行うこと、心肺蘇生の指導等を行う。そして、救急車プラスポンプ車、あるいはD r.カーをすることということで、ここを見つけると。

それから、レベル2というのは、1時間以内の救急受診が必要であるということで、これはもちろん赤のと、それから1時間以内というのは、東京消防庁の救急相談センターではこれは自力でというようには言っていますけれども、実態としては足がなければ救急車に乗らざるを得ないということで、橙の中でもかなりのものは最終的に救急車要請になっているものもございますので、ここまでが一応救急車対応レベルと考えております。

橙と黄色がうまくきれいに通信指令員が分けられるのであれば、ここでいいわけですがけれども、ここが大きな課題というように考えております。

それから、レベル3の中で、特に明らかに救急搬送が必要ないものは先ほどの軽いけがであるとか、通信内容が相談に近いものに関しては、別途抽出できるかどうかを今回検証してみようと。こんな対比をつくっています。

8ページ以降は、東京消防庁の救急相談センターで使っている日本救急医学会監修の救急医療相談プロトコルの一部抜粋でございますので、ご参考にしていただければと思います。

以上です。

座長 ありがとうございます。今、お話をいただきましたけれども、このトリアージの作業部会というのは昨年も一昨年もやっておりましたので、委員の方はある程度ご存じだろうと思っておりますけれども、いかがでございましょうか。何かご質問、あるいはご意見がありましたらどうぞ。

委員 それから、7119というのは何で119なのって、ゴロ合わせなのですか。それは私に説明させてください。短縮ダイヤルなのですよ。今のNTTの短縮ダイヤルで、#だから7119の4けたの短縮ダイヤルを選べと言われたときに、たまたまうちの職員が調べていったら、7119があいていたのです。それで今使ったのです。

座長 それは何か意味はなかったのですか。

委員 いろいろ考えたのだと思いますけれども、あまり深い意味はなかったのではないですか。

座長 何はともあれ7119でございますので。どうぞ少しまだ時間があるようでございますので、ご意見をいただきたいと思いますが。どうぞ。

委員 1点、これは事務局に確認したほうがよろしいのかと思うのですが、とりあえず作業部会で当然このデータが出てくると思うのですが、今回メンバーに入ってないですけれども、横浜のほうで10月からスタートするデータというのをもらって、こちらのところいただくような形になっているのかどうか

だけちょっと確認しておきたかったのですが。

事務局　そのところは横浜とよく連絡をとりまして、データは一定の期間は必要になると思いますけれども、また還元したいというように、事務局でその作業をしたいと思います。

座長　これでやってもらいたいというところで、よろしゅうございますか。委員、ちょっとご意見がなかったのですけれども、何かありましたらどうぞ。全体を通じても構いません。

委員　すみません。遅れてまいりましたので、十分議論を理解できていないかもしれませんが、特別にはございません。この＃7119のほうでこういう形でやることで、救急車要請の負担が多分非常に少なくなるのであろうというように思うのですが、これで今のところ非常に手おくれになったとか、そういうことはないわけですか。

座長　委員、どうぞ。

委員　今、委員がおっしゃったように、119番にかかってきた方に対してこれを行っているのではなくて、元々、例えばちょっと体調が悪いのだけれども、本人もしくは家族が病院を紹介していただきたいとか、または場合によってはもうちょっとレベルが高くて、最近では認知度がかなり高くなりまして、病院の紹介というよりはまず自分の状態がどういうことか知りたいと。その後、どう対応したらいいかを知りたいという方で、別でかかってきていますので。

多分、今、委員がおっしゃったのは、あくまでもあれは119番にかかってきたものの中でどのように見分けていくかという話なのですけれども、我々が今、福祉保健局だとか、東京都の先生方と連合してやっている相談センターというのは、本当に別のある面ではサービス事業というのですか。ただ、そうではありませんけれども、まだ因果関係はどうか、相関関係は明確ではないのですが、確かに救急車の利用自体における軽症の比率が減ってきているのです。これは全国的にもその傾向があるので、一概に相談センターができたからというように明確には言えませんが、妙に数字が、先ほど委員もおっしゃったように、1日大体70～80件で、年間通すと大体2万6,000件ぐらいあるのです、昨年6月1日から始めまして。救急件数が、2万3,000件ぐらい減っているのです。これをもって直ちにそれはそうだというふうに言ってしまうといいかどうかわかりませんが、そういうふうな状況もございます。

委員　そうしますと、今のところ119コールとはコネク特していないわけですね。119に来た方を軽症そうだからということには全くしていないということですね。

委員　それはしません。ご本人が119番したけれども、実はこんなことなのだという方がいたときには、ご本人の了解を得て相談センターにかけ直していただくこ

とはありますけれども、うちのほうから無理やりそっち用ではありません。

それから、ついでに、さっきからおっしゃっているように、これは赤だよ、これはすぐ行ってもらわなければ困るよというコールについては、逆に今度はうちのほうから119番がすぐ、同じ部屋でやっていますから、そちらから救急車を出すというような連動はしております。

委員 わかりました。

消医報告者 追加させてください。今、サービス業という言葉が出ましたが、実はそうではないということをきちっと言っていたかかないといけない。

委員 申しわけありません。口が滑りました。

消医報告者 今の最後の話でいきますと、すぐに救急車を出しますよね。本人は救急車を呼ぼうかな、どうしようかなと思いながら相談に来た。けども、聞いた相談員が即救急車を判断した。そして行った。そして、心臓がとまりかけているのを助けたというのはありますので、そういう意味では重症患者さんについてきちっと面倒見るといことで、電話をかけてよかったという症例の報告も何症例か上がってきていますので、この1年間かけてそんなことをやってきている。

今、ちょっとサービスの話で、強いてここではトリアージの話が出ていますので。実は東京消防庁では119番でのトリアージではなくて、119番で現場に行って、現場の救急隊員がこれは搬送するには値しないほど軽症中の軽症だというようなものを、プロトコルを決めて患者さんにご説明をして、その説明の結果、やっぱり乗らないよというふうな患者さんが実はいるのです。これは100人のうち、たしか60人ぐらいが乗らなくて自分で行きますとか、やっぱりそうだよねと。勝手に警察官が呼んだので、私が呼んだわけではないです、ごめん、ごめんということもあるかもしれませんが、いずれにしてもそのような症例がある。

そういうような事業のときに、呼ぶかどうかわからなかったから、呼んだのだというような話があり得ますよね。つまり、結局よくわからないので呼ぶということがあって、呼んでみたら軽症だったと。そこで、そんなこと言ったって、同意しろと言われたって、私は嫌だというようなことの一方に、実は相談するプロセスがありますよというものを、サービス業というかどうか知りませんが、として存在すれば、都民から見れば呼ぶときに相談するものがあると。実は呼んでしまったのだけれども、乗らなくていいよ。こういうのがあるのだね。要するに車の両輪みたいな形で、現場のトリアージと相談センターが絡んでいるというような理解をしてください。

座長 ありがとうございます。今、サービス業という中で、この相談センターに東京都の住民ではなく、北海道なり九州なり7119に。それは当然あるわけですよ。だから、それをみんな先生の院長のところまで全国全部でやっただけなのですか。

消医報告者

これは純粋に、医学的に橙色とか黄色とかっていう話はもちろんできますが、最終的にはあなたの地域にはこういうような医療機関があるので、週が明けたら何処何処と何処何処とどこかへ行かれたらいかがですかという形で話をまとめるということがありますので、ホノルルではとか、バンクーバーではという話になっても、これはどうにもならないし、札幌とか福岡でもやはりどうにもならない。だから、かけてくるのは仕方ないとは思いますが、結論的にはこういうことなので、地域でどうぞという形をとらざるを得ないということだと思います。これは地域性を持っているものだとして理解してください。

委員

小児救急電話相談事業#8000との整合性と、小児救急相談事業では全国センターの設置要望との両方の話があります。たしか、子育て相談を含めると、一般相談のほうが圧倒的に多い。こちらの#7119のほうでも小児のプロトコルを作成していますので、いずれこれは全体を包括していくという、そういう方向性が必要だろうなという概念は持っています。突然全部一括でというのは大変だと思いますけれども、いずれそういう方向をご相談させていただければとは思っています。

消医報告者

今、東京都の医療政策部長は交代していますけれども、前の医療政策部長はたくさん相談が東京都に乱立というか、複数あると。それは使用する都民から見れば、整理していくべきだろうという議論がありますので、今、おっしゃったようなワールドワイドではなくて、日本国全体でいけば合理的な話だと思います。

座長

ありがとうございます。

委員

外国人の相談電話もありますよね。そういうことを含めて、外国語のものであったり、いろんなものが需要だと思います。

座長

ありがとうございます。そろそろ時間もオーバーしてきておりますので、この辺で本日の議論は終了させていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。そして、トリアージ作業部会もこの流れでパイロットプロジェクトを設けていきたいと。それについてもご了承をいただいたということにさせていただきたいと思います。札幌の皆さん、またよろしくお願ひしたいというように思いますが、ほかの部会の中で何か明日になったらこれはどうだというのがありましたら、どうぞ遠慮なく事務局なり私なり、あるいは作業部会の座長にどんどんご意見をいただければありがたいと思います。

それでは、本日また10分ぐらい遅れてしまいました。申し訳なく思います。これで事務局のほうにバトンをタッチさせていただきたいと思います。

事務局

先生方、非常に内容の濃いご議論を短時間でいただきましてありがとうございます。まだまだご議論を伺いたいところがございますが、基本的に行政と消防と医療、けんかをしたいという話ではなく、消防と医療のどこがというせめぎ合いをするというよりも、協力をしていきたいという話だと認識して承っております。

た。今後も活発なご議論をぜひお願いいたします。

次回は10月23日（木曜日）10時から12時、同じ会場で開催したいと思っております。そしてまた、第4回をいつに設定し、日程調整をどうするかということも座長と相談の上、進めさせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座長 23日は前回のときに日程をいただいていたところですね。

事務局 はい。

座長 そうですね。ありがとうございます。

それでは、次回10月23日、よろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございます。ありがとうございました。

— 了 —