

# 第2回救急業務高度化推進検討会 議事次第

日時：平成20年9月19日（金）  
14時00分～16時00分  
場所：三番町共用会議所 大会議室

## 1 報告事項

第1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

## 3 閉 会

### 【配布資料】

資料1 第1回救急業務高度化推進検討会議事録

資料2 メディカルコントロール作業部会報告資料

資料3 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4 トリアージ作業部会報告資料

## 第 1 回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日時 平成 20 年 5 月 23 日(金) 13 時 30 分～15 時 30 分
- II 場所 三番町共用会議所 大会議室
- III 出席者 川手委員、小出委員、坂本委員、島崎委員、中川委員  
野口委員、樋口委員、平島委員、前田委員、南委員  
山口委員、山本委員  
オブザーバー：佐藤氏

### IV 次第

- 1 開会
- 2 あいさつ
- 3 委員紹介
- 4 座長選出
- 5 議題

(1) 平成 20 年度救急業務高度化推進検討会検討項目について

### 6 閉会

### V 会議経過

- 事務局 第 1 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。私は荒木の後任として救急専門官を拝命いたしました溝口です。本日進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。
- まず、開催に当たりまして、消防庁次長の 大石 よりごあいさつをさせていただきます。
- 挨拶 委員の先生方には、大変お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。
- この救急業務の高度化の検討会でございますが、平成 17 年度から、救急需要対策検討会という形で始めさせていただいたわけでありまして。平成 16 年に救急搬送件数が 500 万件を超えるという中で、いかに緊急性、重篤な方を速やかに病院に搬送して命を助けるか、こういう問題意識のもとに検討会を発足させていただきました。以来、山本座長はじめ委員の先生方には大変お世話になっております。今回また委員の方々の拡充をさせていただきまして、さらに具体的な検討を進めたいということで、今年度第 1 回目の運びとさせていただいたわけでありまして。
- こういう検討をやっている過程で、ご案内のとおり、昨年救急搬送をめぐる問題が大きな社会問題になったわけでもございます。なかなか受け入れ先病院が決

まらないということと、消防と医療の連携はどうなっているんだということで、報道でも随分取り上げられ、ご批判もいただいたわけでございます。

そういう中で、昨年はこの検討会に消防機関と医療機関の連携に関する作業部会というものも新たに設けさせていただきまして、従来からやっておりましたトリアージの検討、それからメディカルコントロールの検討、合わせて3つの部会のもとに検討をずっと進めてきたわけでございます。

やはり一番大きな問題でございます、いかに命を速やかに救うかという意味では、引き続き医療と消防の連携というのは非常に大事であると。私ども昨年、搬送と受け入れ体制の実態調査というものもやらせていただきましたが、やはり医療体制のほうに大きな問題もあると。ということであれば、いかに受け入れ医療機関の体制を強化していただくか。私どもとして、そういう観点からまた協力できることがあるのではないかとということで、今年度その辺も重点的に、消防と医療体制の連携ということについて突っ込んだご検討をいただきたいと思っております。

それから、受け入れ病院を選定するに当たって、やはりメディカルコントロール協議会に一定の役割を果たしていただく必要があるのではないかとということで、私どもそういう問題意識のもとに厚生労働省にも働きかけをしているわけですが、メディカルコントロール協議会はそもそも救急業務の質の高度化ということで、消防に対してご助言いただくという形で、かなり大きな成果を上げていただいているわけでございますけれども、これからは受け入れの検証、検討等の機関としてもメディカルコントロール協議会に一定の役割を果たしていただければ非常にありがたいということも含めてご検討いただければありがたいと思います。

それからトリアージの問題でございますが、トリアージというのは、やはりいかに重篤、緊急性の高い患者さんを速やかに搬送するか、そのための手段として17年度から検討してきている課題でございます。坂本先生中心にプロトコルの検討をずっとやってきております。これもいよいよ今年度は最終的な形で、具体的なプロトコルの作成ということにして仕上げをしていく段階ではないかと思っております。

この3つの作業部会をさらにまた活用させていただきながら議論を深めていただければと思っております。

ということで、私どもこの検討会、世の中、国民の間で医療の問題、救急の問題が大変関心が高い中で、大きな役割を果たしていただけるものと期待をいたしておりますので、ぜひともまたご議論を深めていただきながら、その検討を踏まえて消防庁としても救急体制の強化を図っていただきたいと思っておりますので、よろしくごお願い申し上げまして、冒頭のごあいさつにさせていただきます。

事務局

よろしく申し上げます。

次に、事務局より各委員のご紹介をさせていただきます。

**【省略】**

次に、座長の選出でございますが、事務局からの提案としまして、今年度も引き続き山本先生にお願いをしたいと思っております。いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

では、山本委員には席を移動していただいた後に、一言ごあいさつをいただければと思います。お願いいたします。

(山本委員、座長席へ移動)

座長

ありがとうございます。私、この4月1日から日本医科大学の救命救急センターから東京臨海病院のほうに移りました。これからもよろしくお話ししたいということがまずもってのお話でございます。そして、このようにまた座長という大きな仕事をさせていただくということで、私自身皆様の絶大なるご支援のもとに最善を尽くしていきたいというふうに思っていますので、ぜひぜひよろしくお話ししたいと心から思っております。

また、委員の先生方にありましては、お忙しいところお集まりいただきまして、心から感謝申し上げます。また、蒸し暑い日が続いておりまして、何か既に梅雨のはしりに入ってきたのかなというふうにも思っている次第であります。

また、昨年度はこの検討会での活発なご意見をいただきまして、心から感謝申し上げます。あのご意見をもとに報告書をまとめさせていただきまして、全国の各消防本部に配付させていただき、非常に参考になったという声をいろいろなところから聞いております。心から感謝申し上げます。心から感謝申し上げます。

救急行政というのは、国民の期待がますます大きくなっているところでありませうけれども、その中でもさらなる高度化の必要性ということをいろいろなところで聞かれるわけでありませう。そのためにはやはりメディカルコントロールということの重要性がますます大きくなっていくのではないのかというふうに私は考えております。そして、さらなる充実のためにこの検討会でも作業部会として、先ほど次長からのお話にもありましたけれども、メディカルコントロールの作業部会をぜひつくっていただき、メディカルコントロール体制のあり方についてさらなる検討をお願いしたいというふうに思うわけでありませう。

また、最近の救急搬送というのは、救急医療機関の収容困難事例というのがだんだん大きくなっていくわけでございますので、この問題を取り上げてトリアージということのあり方を、もう少し救急業務をめぐってのトリアージをぜひ検討

していただければありがたいというふうに思っております。

この2つ、そして医療との連携ということの3つの課題についてさらなる検討を続けていきたいというふうに思っておりますので、各委員の先生方におかれましては、ぜひぜひこの課題についての忌憚のないご意見をいただきたいと心から思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局 では、座長に以後の議事進行をお願いしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

座長 早速でございますけれども、議事を進めていきたいというふうに思ひますので、事務局から資料の説明をまずいただきたいと思ひます。

事務局 資料の確認をさせていただきます。1つは、第1回救急業務高度化推進検討会次第、もう1つのは、平成20年度救急業務高度化推進検討会参考資料です。

事務局からご連絡でございますが、ここで撮影は終了とさせていただきます。

座長 最初の議題でございますけれども、この検討会そのものことでございますけれども、昨年同様公開としたいというふうに座長として考へておりますけれども、いかがいたしましょうか。よろしゅうございませうか。ありがとうございませう。

それでは、検討会については公開ということにさせていただきますというふうに思ひます。

それでは、本論に入つていきたいと思ひます。本年度の検討課題と作業部会の設置につきまして、事務局から説明を願ひたいと思ひます。

事務局 救急企画室長です。説明をします。縦書きの紙の一番最後のページに平成20年度救急業務高度化推進検討会検討項目（案）という1枚紙がついてです。そこに3つの作業部会とその作業部会で検討いただければと思ひます項目につきまして、①、②等で並んでいませう。

もう1つのパワーポイントの横書きの資料ですが、これは参考資料ということで、主にこちらのほうで内容をご説明したいと思ひます。

今年度の検討会は、座長のお話にもありましたが、作業部会を3つ設けさせていただきますというところでして、パワーポイントの資料の1ページ目にありますが、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会、メディカルコントロール作業部会、トリアージ作業部会ということだす。

まず、1番目の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会につきまして、どういったテーマについて事務局のほうでご検討いただきたいかと思ひているのかについてご説明します。

2ページは項目でして、縦書きの紙と同じものだすので、3ページをお開きいただきたいと思ひます。昨年の連携部会におきましては、当面する救急搬送における諸課題を検討するに当たりまして、早急に対応できるものということだすので、救急医療情報システムの改善でありませうとか、救急患者を受けるコーディネーター

のあり方等についてご議論いただいたわけですが、その中の議論でやはり受け入れ医療体制の充実強化ということも非常に重要ではないかというようなお話がありました。

3ページは現行の救急医療体系図ということで、3次、2次、初期ということですが、この医療機関についていろいろな支援、診療報酬における支援でありますとか、公的な財政支援というものもあろうかと思いますが、4ページに数字の資料をつけさせていただいておりますけれども、この分野におきましては、いわゆる国の、地方分権の関係の三位一体改革によりまして、救急医療対策関係事業、国庫補助事業がかつて100億を超えるような補助金額ということで推移しておったわけですが、順次、初期、2次と3次の一部について一般財源化ということで、地方団体の財源をもって賄うということで、税源移譲をされていったわけですし、今、救命救急センターの私立分について国のほうで補助金を持っているということです。それ以外につきましては一般財源化されたということでありまして、この部分の地方財政措置が非常に大きなウエートを占めるようになって参っておりますので、このあたりも含めた救急医療機関の運営に対する支援のあり方についてご検討を進めていただければというふうに思っております。

もう1点が、救急搬送受け入れ医療体制の実態に関する詳細調査ということですが、5ページにありますのが昨年度消防庁のほうで行いました救急搬送における医療機関実態調査の項目、左に項目がありまして、4つのカテゴリーで、重症以上であるとか、産科・周産期、小児、救命救急センター搬送事案という4カテゴリーにつきまして、それぞれ照会回数であるとか、受け入れに至らなかった理由等を調べました。その中で、例えば調査票の3に、受け入れに至らなかった理由の中で、ベッド満床という理由がありまして、これもかなりの比率があったわけですが、そのベッドの中でも、いわゆる救急の専用ベッドがいっぱい受け入れられなかったのかということなのか、後方のほうの一般の病棟についての理由だったのか、このあたりがもう少しわかれば姿が見えてくるのかなというご指摘もありますし、その右の処置困難につきましては、これも大きなウエートを占めておりましたが、処置困難の定義は設備、資器材がないというハード的な理由でありますとか、スタッフ不足ということでソフト面の問題があるわけですが、そもそも当該医療機関では手に負えないような状態、傷病者であったということで断る場合も入っているという定義です。

中には、いろいろなリスクの問題もありますので、これらのものも入っているというご指摘もあるわけですが、この背景についてもう少し姿が見えてきたら今後の対策につなげられるのではないかということで、このあたりをもう少し調べたらどうかということです。

もう1つは、傷病者の方の具体的な事情、下に○がありますけれども、例えば

年齢区分ですとか、各消防本部の調査では疾病の中でも中毒であるとか、例えば開放性骨折なんかはなかなか医療機関が決まらない例が多いというようなお話もあります。そういった傷病の状況、あるいは、傷病者個人の要因、既往症、精神疾患であるとか、個別には肝硬変であるとか、寝たきり、住所不定等とありますけれども、傷病者の要因につきましてももう少し背景がわかればということがあるかと思えます。

今のお話の関連で6ページに、昨年の調査の中でここまではわかったというような情報ですけれども、いわゆる2次、3次の医療体系の中で、昨年の調査から見えました姿が6ページにありまして、3次機関におきましては、手術中・患者対応中でありまして、ベッド満床という、いわゆるキャパが手いっぱいということで、これ以上受け入れられないということが大きな理由になってますけれども、2次以下の機関におきましては、処置困難というのがトップの理由でして、この背景がもう少しわかれば対策につなげられるのではないかというような問題意識の1つです。

あと、年齢につきましては、7ページに現在の消防機関が搬送しております搬送人員の年齢別の内訳ということですが、現在の統計では、年齢で言いますと65歳以上という1つのくくりしかありませんで、高齢者と成人と少年以下と。少年以下も18歳未満ということですが、よく言われますのが、この10年間で救急搬送自体、全体で50%増えているということですが、高齢者が2倍以上になっているというところまで、この背景がどういうものであるのかということを追及する必要があるのではないかというようなお話をよくいただくところです。

関連で8ページですが、これは人口統計の中からとってきたこの10年の推移ということにして、日本国全体での高齢者の人口の推移で見ますと、これは直近が平成19年ですので、1年ずれているわけですが、平成9年から19年の変動率というのが、65歳以上で見ますと39%ということにして、これが救急搬送については増えているのはなぜかということになるわけですが、当然のことながら65歳以上の方につきましても75、85と10歳で区切っていきますと、上の階層の方のほうの伸び率が高いわけにして、特に今後の推移ということですが右の3つ、平成19、29、39とあるわけですが、これは将来推計の年齢の刻みが65歳から75ではなくて70になっていまして、あとが10歳刻みということでそこがずれているのですけれども、19年の棒グラフを見ていただくと同じ高さになっていまして、その年齢が5歳ずれているのですが、19年以降は10歳刻みということになっております。

それをごらんいただきますと、特に今後10年間で、80歳代の方が46%増、90歳代が83%という形で、逆に65のちょっと越えたあたりは29から39にかけてはマイナスになるということですが、今後10年間で、高齢者の中でも

年齢の高い方の部分が非常に爆発的に増えるということですので、我々の救急搬送の実態についてももう少し年齢的なものも見ていく必要があるのではないかとということでご意見をいただければと思っております。

9ページですが、傷病種別ということですので、昨年の調査でも我々がこの背景をできるだけもう少し知りたいということでしたが、現在の救急搬送の統計ではこの疾病区分のくくりしかありませんで、ごらんいただく限りのこういう形なのですけれども、背景を探るには不足している。

例えば、よくあります薬物の中毒の関係ですとか、睡眠薬飲んで自損行為というようなものはこのくくりでいきますと多分その他に入ることですが、そういったものも個別の傷病者の方の状況に深入りといいますか、もう少しデータがないとわからないわけですが、このあたり厚生労働省さんとも協議をいたしまして、さらに詳細な調査が行えればということですので、以上の2つの大きな柱を1番目の消防医療の連携部会でご検討いただければと思っております。

事務局からこの部会については以上です。

座長 それでは、事務局からのご説明がありました。この資料の中の9ページまでの流れで連携に対する作業部会のところをお話いただきましたけれども、ご意見をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。どうぞ。

委員 この部会でやる一番初めの救急医療機関の運営に対する支援のあり方です。済みません、事務局の説明がよくわからなかったのですけれども、要は、ここに書かれている国庫補助というものに対して検討されるということなんですか。

座長 今のは2ページの1をお話ししておりますが。どうぞ。

事務局 国庫補助金そのものは厚生労働省さんのほうで所管されておりますので、私どもこの委員会で直接取り上げるということは適さないのかなと思っております。先ほどごらんいただいた4ページの表はむしろ国庫補助金の額の推移なのですけれども、一般財源化ということで地方財政措置の部分に移行してきているという姿がありますので、補助金もちろん重要なのですけれども、一般財源とされた部分について何らかの工夫なり支援の拡充等の必要があればここでご意見をいただければというふうに。そういう地方負担部分について、我々は主に念頭に置いているということです。

委員 わかりました。

座長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委員 今の委員と同じ支援のあり方についてという部分なんですけれども、3ページ目の救急医療体系図という図を出していただいておりますけれども、この第3次、第2次、初期というものの施設の数等は基本的には医療の実態をどこでやっているかということではなくて、あくまでも補助金であるとか、つまり財政的な応援をしている病院の数がこれだけあるということであって、これは2次救急医

療機関が3,143カ所しかやっていないとか、これ以外にも輪番でなくてやっているところもあると思いますし、これはもともとおそらく救急告示病院の制度からこのような1次、2次、3次というふうなシステムに変えられてきたわけですが、その中で、2次医療機関はどうあるべきかということはおそらく厚労省側のほうできちんと議論をすべき議論ではあるんですけども、ただ、同時にどのような施設に運ぶということが適切に病院前救護を行えるかという観点からすると、非常に消防、救急側のほうの協力のもとで救急医療の体制自体をもう1回今考え直す時期ではないかなというふうに思います。

そういう面では、もちろんお金のことも非常に大事なのですが、このような初期、2次、3次という救急医療機関が、どういう救急医療機関がこういうところに当たるべきか、あるいは2次を担当するということはどんなリソースを持ってどんなことをしなければいけないのかということ消防側からもどんどん注文を入れて、一緒に考えるというふうな意味合いがあれば、今委員がおっしゃられたように国庫の補助金を増やすとか減らすとかということよりもちょっと大局的な話になるのではないかなというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。

座長 今のお話は厚労省と合同して調査あるいはディスカッションしていく必要もあるのではないのかというような中身だったように私は今感じましたけれども、何かご意見がありましたら。

委員 そうですね。きょうここにおいでの方の中でもかなりの方がご存じだと思いますけれども、あり方検討会というのを開催しております、その中はもともと救命救急センターの適正配置等々からスタートをしたはずなのですが、最近2次救急をめぐる問題がクローズアップをされてまいりまして、きょう県の方もいらっしゃってなかなか言いづらいのですけれども、県の方にお任せしているだけでは、私どももいろいろとご批判を浴びることが多いものですから、2次救急というものの位置づけとか、資質とか、そういうものについてお任せしますというだけではどうも都合が悪くなったのかなと、ぐあいが悪くなってきたのかなという感じですので、前回ぐらいからそのあり方検討会の中でも2次救急医療機関の位置づけなり評価なり、あるいは要求される水準とか、そういうものについてもご議論いただくような形になっております。

ここであまり全部言ってしまうなくてもいいのですが、次回のあり方検討会の中でも2次救急病院をどうするかということについて少し踏み込んでご議論いただきたいと今考えているところです。

座長 委員、どうぞ。

委員 私、ほんとうに何も知らない上でということでもまず申し上げますけれども、この作業部会、第1の部会をつくって、今までもいろいろな調査をやってきました

すが、今回それをさらに掘り下げようことをやってみたいというご説明だったと思うのです。そこで、もう既に考えられていることかもしれないと言わずもがなのかもしれないのですが、聞く側として、次のようなことが可能かどうかと感じた点があります。

これから、例えば1年たって何らかの統計処理がまたなされるようなこういうデータが出てきて、こういう新しいことがわかりましたということが出てくるのだらうと思いますが、やはり日本も広いので、ここの会議でも県別のようなデータが出てきたことがあります、それに関連して次のようなことが可能ならと考えます。そう簡単ではなく難しいかもしれないのですけれども。

それは、救急の体制でもやはり日本全国どこでもまづくなっているとか、どこでもうまくいっているとかそういうことはなくて、やはり地域によって格差があるはずです。

そうすると、私の単純な頭では何かモデルでいいのですけれども、モデルとしてここは比較的うまくいっている地域というのがあれば、それは一体どういう要因があって、こういう形でうまくいっているのかという話があり、別に非難のためではなくてうまくいっていない地域ももう1つ具体的に上げていただいて、ここではやはりこういう問題があるからなかなかうまくいっていないというようなことが出てきて、さらに、日本の中で平均的なところはどこなのかわかりませんが、平均的なところはこういうところで、そこはこういうような形になっているというようなものが……。

だから、自分がやるわけではないので申し訳ない話ですが、そういう形で、後で、1年後でも何でもいいのですが、何かAモデル、Bモデル、Cモデルみたいな形で提示されて何らかの分析がなされる、比較対照がなされるというようなことがもしあると素人的にはわかりやすいかなと感じました。ないものねだりみたいな発想だったかもしれませんが。

座長 いや、それほど難しい話ではないのではないのかなとは思いますが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 昨年の調査でも受け入れ困難事案という見方だったですけれども、大都市部と地方とかなり違うということがわかってきましたし、おそらくことしの調査もどこだけ取り上げるというところとまたいろいろと問題がありますので全国調査になると思いますけれども、その中で、A、B、Cなのか、そういう視点を当てて、そこを掘り下げるといようなこともできるだけやっていきたいというふうに思います。

座長 ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。今の委員は、うまくいっているところで、うまくいっているからという意味ではなくて、どこにその原因があるのか、うまくいっていないのはどこに原因があるのか、掘り下げていけばも

もう少し我々の検討での明らかなデータ的なもの、あるいは理由がわかるのではないのかなと。とても私、アイデアとして取り上げてみたいなというふうに思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

いかがでしょうか。

委員 今のことに絡んでくるのかな。あるいは、委員のご意見に絡んでくると思う。5ページの実態調査がかなりいろいろと今後の大きな対応にかかわってくるところかなとは思っているのですけれども、救命センターを別にして、2次救急医療機関等の処置困難とか、あるいは、傷病別分類で慢性疾患をどうするか、どういう実態かというようなものを引ってくるめて、この調査対象医療機関、左の上の1の4つ、これだけで実態が出ますか。そこがちょっと心配なのですけれども。

特に処置困難等は2次救急医療機関が中心だと思うのですけれども、この4つで大体引っかかりますか。これは対象医療機関というのではなしに全2次救急、3次救急の中からこういうのを出すという意味ですか。

事務局 左上のところは医療機関のくくりではなくて、傷病者の搬送の初診の傷病程度が重症以上とかということで、傷病者に着目した分類ということなのですけれども、昨年年間490万人運んでいる中で、重複を除いて95万人ぐらいということですので、大体2割を調べた格好になるのですけれども、ちょっと私どももくくりがこれで十分なのかどうかということもありません。特に軽症事案が52%ほど占めていますので、そこも調べる必要があるという要素もあるので、どこを対象とするかということもご議論いただければと思っております。

委員 搬送医療機関は救急車の実態からということですよ。

事務局 そうということです。

委員 それは大体先ほどの3ページのこれに合うのでしょうか。

事務局 救急搬送でということですので、大体この中に入ってくる。2次、3次が中心で運んでいるということになると思います。

委員 わかりました。

座長 どうぞ。

委員 今の5ページ、6ページ、7ページの調査の関係で確認をしたいんです。多分去年は受け入れ困難ということに焦点を当てたのでこういうような調査設計になっているのだと思うのですけれども、今委員のほうからお話もあった慢性の話ですとか、軽症の話なんかも当然項目に入ってくるのだと思いますけれども、医療施設というだけでなく、介護施設のようなものとかそういうところにいらっしゃる方とか、もともと退院してきて自宅で治療中なのかとか、何で救急に運ばなければならないかということをもう少し見ていかないと、多分先々の高齢者が増えてくるという数字に対して、ただ単に数字以上に多分増えてくるだろうと思われるような根拠があれば、もう少しここで何をしていかなければいけない

か、どんなことが求められるのかなとわかるのですが、その辺は何か具体的にどのような調査設計をしようとかという考え方がありましたらお示しいただければと思います。

単にまず結果であるように、高齢者の数字以上に増えている部分は、多分在宅で何かがあったらすぐ救急車で運ばなければいけないというか、そういう状況に置かれている人たちが結果的に増えているということをおっしゃっているのだろうと思うのですが、その辺が実際に調査の運んだ人の中に見えてこないとおかしいのかなと。そういう人たちに対して、実際にほんとうに救急車でなければならなかったのか、何らかの病院救急の仕組みとか別の方法で何かなかったのかとか、そんなようなことを見ていくためにそういうことがわかるような調査であってほしいと思うのですけれども、その辺についてはどのようなお考えでしょうか。

事務局 具体的にはそこも含めて部会のほうでもんでいただければと思っておりましたけれども、事務局では今のところ、今委員のお話にあった中で、傷病者の方の搬送もと、在宅の方なのか、老健施設等に入っておられた方なのか、そのあたりもできればとればなという考えはあるんですけれども、それは手間の問題と両方の要素も考えなければいけませんので、そこをちょっと見ながら項目については絞っていきたいというふうに思います。

座長 委員、よろしゅうございますか。

委員 はい。

座長 重要なポイントだと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと。委員、どうぞ。

委員 東京都の中で救急医療の対策会議をやっているんです。いろいろな角度の中で、今委員がおっしゃられたように、基本的に皆さんご存じのとおり、病院に行かれる患者さんは自分で行かれる方もいれば救急車で行く方もいらっしゃるわけで、比率としては救急車のほうが少ないのです。

その前置きは別として、何を言いたいかという、私は今回ここでやられるいろいろな角度の中で、結果として病院の収容が困難になった理由を突き詰めてみようではないかというような意図がこの調査の中にあるだろうというふうに思っているわけです。そのやり方というのは、今事務局がおっしゃられたように、これから専門部会というか、そこで検討されるのでしょうか、1つ参考なのですけれども、東京都の中で、9ページを見ていただきたいのですけれども、我々も角度として、こういった症状別の中で搬送の病院の収容が困難になる事案があるのかなというふうにして当たりをつけてやってみたのですけれども、症状そのものにはそれほど有意差は出てこないのです。それは先ほどからおっしゃられている高齢者の方の搬送が増えているそのボリュームの中で、高齢者がかかり

やすい病気というのですか、例えば心疾患だとか消化器系だとか呼吸器系が多いというようなことが出ているぐらいで、そういうようなボリュームの多さが実は搬送に反映しているというのが1つありました。

それからもう1つは、ちょっと前へ戻っていただくと、5ページの議論なのですけれども、確かに委員がおっしゃったように、これをやるに当たってもただ単にベッド満床とか処置困難というの、ケースによってやはり随分違いがありまして、つまり、発生している患者さんの内容によって処置困難が出てきてしまったり、ベッド満床が出てきてしまったりするものだから、非常に多様な、クロスするような集計をしないとなかなか出てこないというのがあるけれども、これは非常に意義があるというふうに思いますし。

それから、だんだん突き詰めていくと、高齢者の方の搬送の中で、特に東京なんかは、介護老人福祉施設とかいろいろなところからの要請に対して、その後の病院がなかなか決まらんという実態も、きょうほかの消防本部の方も見えられていますけれども、多分全国的にそういうような傾向がやはり出てきているのではないかなと思います。

ぜひともここでこういった調査を全国的にかけるといろいろな都道府県がこれから具体的な検討をするに当たっての資料としてなるのではないかなと思います。

座長 ベッド満床、処置困難というのはなかなか聞きづらい、難しい、ではどうしたらいいのという、そここのところの何かアイデアはありますか。

作業部会のほうにそれをお渡しすればいいなという気もしますが、いかがでしょうか。

委員 結局、先ほど委員がおっしゃったように、地域によってある程度病院とこういった搬送する側とのやりとりというのが非常に濃密なところにおいては一定の約束事はできるような気はします。あとは単純に言うと、何で断るのというのをしつこく聞くしかないという状況であります。

座長 どうぞ。

委員 この医療機関の4ページにございますように、やはりこれだけ補助金が減ってきているような中で、基本的には財源が根本にありまして、その中で例えば施設が受け入れができないとか、あるいは処置困難、マンパワーが足らんとか、基本的にはそこが源になっているいろいろな問題が出てくるかなというふうに思うんです。

ですから、一般財源化の中で各都道府県がほんとうにまちまちなんです。各都道府県で2次の救急告示病院、あるいは2次機関に対する補助金を出しているところもありますし、税を免除している、例えば固定資産税を減免しようというところもありますし、いろいろな形で各都道府県やっていると思うのです。この辺

のところをまずきっちり調査して、その中で考えていくようなことも必要なことというふうに思うのですけれども。

座長 重要なポイントの1つだと思いますので、この作業部会でも補助のことについてもぜひ取り上げていただければと思います。ありがとうございます。

ほかにかがでしょうか。

委員 先ほどの話をいろいろ伺っていますと、詳細な調査といったものを進めていくと実情が新たに浮かび上がってきて、それが支援という方向にもつながっていくかと思うのですけれども、支援の中身も単に財政的な問題だけではなく幅広く議論しようということになってくると、1つの結論として、ここにありますメディカルコントロールの問題だとか、あるいはトリアージの問題だとか、そういった問題にもいろいろ波及してくる可能性が十分考えられるのではないかと思うのです。

したがって、支援そのものの範囲をどこまで限定して議論していくのかというのもひとつ考えておかないと、これは何でもという話になってくると、かなり絶対の問題になってくるので、それはそれとして、重複して進めていっても構わないというのであればそこそこでいいと思うのですが、その辺の焦点の当て方も少し頭の片隅で考えておく必要があるのかなと率直な感じがしましたけれども。

座長 これも重要ところで、前回もディスカッションを私は記憶しているのですが、この3つの作業部会というのは、意外とオーバーラップしているところも出て、今回の報告書の中でもオーバーラップしているところがあったなど。それはそれでいいのではないのかなと私は思っておりまして、この話の中でリピートしなければいけないところが実はあったわけですが、その辺のところも今回はどういうふうにしたらいいのか、少し考えながらの作業部会にしていったほうがいいのではないという意味ですね。

委員 はい。

座長 どうぞお願いしたいと思います。委員から手が挙がっています。

委員 実態調査のところで、先ほどベッド満床、処置困難等々ということで、さらに細かい分析、なかなか本音が聞けないということもございましたけれども、そもそもこの受け入れ困難の理由の分類自体がおそらく消防側がつくって、なおかつ我々が断ったときにそれを具体的に何かこの項目で断りますというふうをお願いしているのではなくて、通信指令を聞いている方が今のニュアンスはこれだなということで丸をつけられているというふうなことだと思います。

一方で、おそらく2次医療機関も救命救急センターも含めて、我々医療機関側も自分の病院がほんとうは何人断っているのかと、どういう理由で断っているのかというのは、実は病院としてきちんとこれは把握していく必要が、厚労省側としても今後はあるのではないかというふうに思っています。その中で、共通の言

語で、つまり例えば処置困難というのは何を意味するのかと。処置困難と専門外というのは何が違うのかというようなことをきちんと明確に決めて、それで断るときには3番の理由でとか、4番の理由でというようなことを、明確に記録に残せるような形でしていくようなシステムというのをつくったほうが、調査も非常に正確になりますし、病院側も自分の病院は何でこんなに断っているのかということが明確になってよろしいのではないかなと。

実はここが今まであうんの呼吸でやっていたので、もう少し明確にするということも始めたらいかがかなというふうに思います。

座長 そのメディカルタームというのか、用語のところをもう少し明確にしてから入っていったらどうだということはよくわかりますけれども、これまた難しいところがあるわけですが、ありがとうございます。

手が挙がったようでございます。

委員 今回の同じ意見です。本音実態がある程度把握できるような形にしないと。おそらくこれだろうと対応したときにまた違う対応になってしまう可能性があるため、それがうまく実態把握できるような形で作業部会が動いていただいたらというような気がします。

座長 きょうは第1回の検討会でございますので、委員の先生方のご意見を皆さんお聞きできればありがたいというふうに思いますが、どうぞ、何かありましたら。

委員 まことに申しわけないのですが、レベルで私はちょっとわからない部分が多くて、今意見を述べられるような状態ではございますので、ちょっと差し控えさせていただきたいと思います、済みません。

座長 委員、いかがでございましょうか。

委員 実は、先般私ども札幌で言いますと、3次医療機関のドクターと議論をしまして、3次医療機関が受け入れ困難等々も含めて受け入れなかった場合の、その後の処置がどうなっているかという議論になりまして、やはり断った側は、ドクターが断った側と、事務局側の部分だとかいろいろありまして、その後の処置がどうなっているかという流れがドクターとして非常に心配だということもあって、やはりこういう医療機関として受け入れできなかった後の流れも、今後医療機関同士でそういう連携をし合いながら困難を解消する機会を設けていただければなというようなことがドクター側からの話としてありまして、今鋭意、そういう3次医療機関同士の検討も進めている状況でございます。

今回のこの調査の中にそういうようなニュアンスのものが出てくれば非常に進めるかなというふうにも思っております。

座長 なるほど。1対1、消防と医療機関だけではなくて、A、B、そういうふうな立体的というのか、複雑になった組み合わせも必要であろうということでもあります。ありがとうございます。どうぞ。

委員 　　ちょっと今、委員からの話があってそうだったんですが、これは厚生労働省のほうに聞くべきことなのかもしれないんですけども、病院のほうで、例えば私が病院の関係者で、うちの病院で救急の搬送が来たときに、1年間でもいいし、この1月でもいいのですが、何件ぐらいはちゃんと受け入れていて、何件ぐらいは断っているというのが、自分たちでわからないというか、それをまた全国調査するなんて大変なことだと思うのです、何らかの形でその実態の把握を、厚生労働省がやれるようならしてくださるといいと思うのです。日本全体で全部やるというような話になるのならすごく大変だとは思いますが、どこか拠点の病院だけでもよい。そういうものはさっき話にでてきた救急医療のあり方検討会であれ何であれ、病院側から見て自分たちの実態把握というのがどの程度進んでいるのかについてお聞かせ願えればありがたいと思いますが、それが何もわからないという話はないのではないのかと素人的には思うのですが。

委員 　　時間が限られていますので手短かに申しますが、ほとんどわからないと思います。つまりものすごく忙しい現場で、例えば電話はだれが受けるかもわかりませんし、さっきから何度か出ていますけれども、お医者さんが受けることあるだろうし、看護師が受けることもあるだろうし、当直の事務が受けることもあるだろうし、それを全部チェックして、そしてしかも、断ったときの理由が手術場があかなかつたためなのか、放射線技師がきょうは当直で出てこれないと言ったのか、あるいは輸血の血液が間に合わないのか、そういったことも含めて全部チェックしていくというのは、やらなければいけないという認識は個人的にはありますが、現時点ではどのくらいの医療機関で断った現実を把握しているか、データベース化とまではいかないまでも把握しているかという点非常に難しいのかなと思っています。ほんとうにそれこそITでも使って、着信履歴でも、通信履歴でもきちんととっていくというような形で、モデル地区、モデル病院でも選んでやっていけばまた別かもしれません。

委員 　　だから、大々的なことを考えなくても幾つかモデル地区、モデル病院だと思うんですけども、それでそこから全体を推計するのはほんとうはなかなか困難かもしれないけれども何も無いよりはいいので、そういうことはやはり考えてみていいような気がしますけれども。

委員 　　数だけで言うと2次救急が多くても、2次救急はさすがにつかまえないんですが、救命救急センターは今209ありまして、これについては、新しい救命救急センターの評価の中ではどれくらい受けているかというのは、どこまで詳しいかは別として、一応記録するよう求めているところです。

座長 　　今の、私も全くその話でございます。救命センターのほうはある程度、何%ぐら断っているよというのは評価の項目の中にありますので、それは消防本部のほうでも3次救急のほうは把握しておりますね。

事務局　それで、今回の調査も基本的には消防本部の持っている情報を報告していただいて分析ということで、医療機関のサイドでやっていただくとなると、今委員の話にあったような事情もあるのかなということなのですが、ただ、項目で、例えば処置困難の場合、どういうふうに分けたらもう少し姿が出てくるかということについては、医療機関側のご協力もいただかなければいけませんので、そのあたりお知恵をかりて、具体的にはすり合わせは済んでいませんけれども、消防庁と厚労省の共同調査ということで、医療機関側にもいろいろご協力いただきながらできればというふうに思っています。

座長　ほかにいかがでございましょうか。まだご意見いただいてない先生方おられますが、あと作業部会2つあります。その辺のところをお願いしながらと思いますが、委員から手が挙がっています、どうぞ。

委員　茨城県では、昨年救急医療対策検討会議というのを半年かけて、消防ですとか、それからお医者さん、それから県の関係者、多様なメンバーで検討を行いまして、一応のこれからの方向性というのをまとめたところです。その実態調査の中で、救急車を呼んだ方の半数が実は初期救急で十分間に合う方であったということがありました。限られた医療資源の中で、なかなかそこで判断するのは難しいにせよ、初期のところが大分省けますと茨城県の救急の実態が随分変わってまいりますので、そういうことを含めて県民への期待ということで、県民への啓発を行うということにいたしました。このような時、そういった住民側からの視点のような調査がありますといいのかなというふうに1つ思いましたことと、特に高齢者ですと、茨城県は特に介護保険の利用も低い県でございまして、在宅の方が多い、独居の方が多く、甚だしい方になりますと、1人で20回とか30回とか年間に救急車を呼ぶという方もございました。ですから、なぜ病院側のほうが受け入れ困難かということと併せて、逆に救急車を呼ぶほうの側の実態調査のようなものがあると少し参考になるかなという感じがいたしました。

座長　なるほど、救急車を呼ぶリピーターの実態調査をしたらどうだというようなお話も出ました。ありがとうございます。作業部会で詰めていただきたいというふうに思います。

ほかにいかがでございましょうか。

委員　私も長いことかわらせていただいているのでいろいろ思うところはあるのですが、やはり立場上情報をどういうふうに国民に出したらいいのかという視点でいつもこの問題を考えているんです。それで、昨年最後のころにたしか委員が言われたと思うんですが、実際データを見てみると世の中ではこんなに救急が追いついていないと言っているのに、実は数字で見ると、救われている例もかなりあるというような印象があると、それはやはり情報の出し方にいろいろな課題があるなというふうに私も思っているのです。

この調査もまた結局、調査をした結果でマイナスの部分といたしますか、そういう方面ばかりを出していきますと、結局世の中の救急が現状に追いついていないとか、すごくそれが国民の不安とかにも結びついていく。

今委員が言われたような視点といたしますか、やはり国民にもう少し救急の実態はこうなので、救急車は呼んでいただいて構わないけれども、やはり考えてくださいよというところのそっちの情報の出し方というのが、これはほんとうに自分自身に対してなんですけれども、そこをどうやってうまく出していくなと。情報の出し方の問題というのをやはりすごく感じますので、調査の仕方もそういうことも考慮に入れてやっていただけたらなというふうに思います。

座長  
委員

どうぞ。

大阪市なのですけれども、先ほど委員がおっしゃったように、情報の出し方なんでしようけれども、例の奈良のあの件から、ことしに入りまして今5月の末になりますけれども、大体5,000件ほど救急件数が減っているんです。だから、もちろん国のほうでもやはり必要なときというふうに広報していただいていますし、我々地方は地方でそういうようなことを訴えかけている。

それはやはり大きな効果ができているのではないかなと思うのです。ですから、やはり情報の出し方というのは必要なかというように思います。

座長  
委員

どうぞ。

横浜でも去年減ったりとかはしたわけですがけれども、ではほんとうに減ったのが適切なのかどうかという話もあるわけで、かかわらなければいけない人が増悪をしたりとかいうケースも聞いてはおりますし、ですから、まさにこの調査に明らかにしなければいけないことは、軽症者が多いというのは一体何でなのかという話になりますし、もともと軽症者は多かったわけであるでしょうし、急に増えたわけでないわけで、それを無理やり軽症者が増えたというような形にして押し込めてしまうのはおかしいのではないかと。それは委員がおっしゃったように国民の不安をあおるだけになるわけで、結局この調査の中で出てくるであろうということが期待されるのは、例えば、かかりつけ医であるとか、退院時に、自宅なりに帰るときにお医者さんがどういうときに病院にいらっしゃいと、救急になるような前にいらっしゃいであるとか、そういう指導であるとか、もちろん介護施設とか何かであれば、そういうところで救急に至る前にどうやって対応していくかということをきちんとまずやっていく。

それから、一般の人に対しては、横浜も今度は減らしていただきましたけれども、全戸にいろいろ、どういうときに救急車というのは呼ぶのですよと。実はこういうときのほうが危ないから、酔っぱらって頭がくらくらすると思っても、実は脳が急変かもしれませんというようなことも含めてキャンペーンをしているわけで、そこはちゃんとそれが見えてくるような形の中でやっていただく。

多分、次のMCの話にかかわってくるかと思うのですけれども、最終的には看取りの話まで含めて、どうやってどこで役割を果たしていくか。それを全部個人が1人で判断できるわけではなくて、何らかの格好で救急車で運ばれる方というのはお医者さんの手を受けている方がいらっしやると思いますので、その辺がわかってくると、どこでどういうふうに処置をしているのか。では、そういうことをお医者さんが患者さんである人に言うということが義務であるのか何なのかとみたいな話になるとまたややこしい話もお金の話もかかわってくるのかもしれないけれども、そんなことも含めて見ていかないと、全部消防がキャンペーンをして、それで片づく問題ではないと思うのです。

ぜひそういうことも見えてくるような、もしくはそういうことも見るために次の調査をしなければいけないような手がかりになるようなものを得られるような詳細調査をぜひお願いしたいなと思います。

委員

救急車の利用のやつなのですけれども、我々が持っているデータは東京だけなんですけど、毎年どういうときに救急車を呼びますかという調査をやっているのです。ですから、よろしければそのアンケートをこの分科会とか専門部会の中でご利用いただければいいのではないかなと。

やはり一番多いのは、これは調査の聞き方の問題かもしれませんが、体が動かなかったとか、それからあとはやはり不安だったからとか、症状の問題もあるのですが、かなり主観的な不安というのが救急車を呼んでいるという部分もあるし、先ほど山口委員が言われたように、ではその結果としてどうかというと、東京の場合も6割が軽症という判断がありますから、多分茨城県のおっしゃっていることとそう変わらないなと。ぜひご利用いただきたいと思います。

それから、運営に対する支援のあり方というやつの参考なのですけれども、我々としては今言った利用の問題がありましたので、実は東京都医師会だとか、それからきょう参画されている先生方、座長には懇話会で提言いただきましたけれども、救急相談センターというのを立ち上げられたんです。これはある面では、消防が独自にやっている話ではなくて、運営に対する支援のあり方という、地域の救急医療というものに対する、ちょっと直裁に言う問題があるかもしれないけれども、軽症者対策とか、そういったものに対してこういう方法もあるというような方向で持っていかれるものかもしれません。

座長

どうぞ、南委員。

委員

1つ、もしやっていないければこういうのをやったらどうかなと思うのですが、今のどういうときに呼びますかという調査もぜひ見せていただきたいのですけれども、実際3次救急と2次救急で、それぞれ、先ほど委員が言われたように、医師に定期的にかかっている方が救急に搬送されているのか、それとも全く前に医療を定期的を受けている方ではないのかというような数字はあるんでしょう

か。

座長 私自身は聞いたことありませんが、いかがでしょうか。救急車を呼ぶというのは、かかりつけ医というのか、いつもかかっている皆さんのほうが呼ぶのが多いのか。どうでしょうか。

事務局 そこはわかりません。今回の調査でも初診（かかりつけ医なし）という項目はあるのですけれども、ほかの属性を調べているわけではありませんので、かかりつけ医のある方がどれだけという統計は持っていません。

委員 もしかかかっている方であれば、先ほど委員が言われたような啓発の仕方もあるわけですね。ですから、それもちよっとおもしろい数字になるのではないかという気はするのですけれども。

座長 それでは、時間も限りがありますので、消防と医療機関の連携というところでの作業部会の項目についてのフリーディスカッションはこの辺にさせていただきたいと思います。

その次でございますけれども、次はメディカルコントロール作業部会の検討項目について事務局から説明願いたいと思います。

事務局 メディカルコントロール作業部会につきましては資料が2枚だけでございまして、11ページをお開きいただければと思います。項目は事務局のほうで4つを想定しておりますけれども、この紙でご説明いたしたいと思います。

これは昨年のメディカルコントロール作業部会で再教育を中心にご検討いただいたわけですが、その中の議論でありますとか、全国MC協議会連絡会等でお話が出ていますが、従来の、現在のメディカルコントロール体制につきまして、この図でいきますと左です。救命士をはじめとする救急隊員のさまざまな処置につきまして、指示、指導・助言をすとか、事後検証、再教育という形で医学的な観点から救急活動の質を保障するというところで、そのコアの事業として進んできたというふうに理解しております。

その中で、消防機関サイド、医療機関サイド、行政の職員も入りまして、いろいろな協議をする中で、昨今の救急搬送におきますいろいろな諸課題がある問題についても地域によっては話し合いをしていただいていたかなりの成果を出しているということも聞いております。

そういった流れの中で、追加的な協議事項ということで、いわゆる救急搬送をもう少し幅広くとらえた形でこのMC協議会の中で協議が行われることが非常に有効なのではないかということでございます。

1にございますが、病院選定というのは救急業務の中で非常に重要なポイントでございますけれども、傷病者の症状、傷病程度に応じた、2次、3次、適切な病院選定をするということにつきましても検証、協議の対象にさせていただいて、救急搬送のよりクオリティーの高いものを目指していくということが1つある

のかなと。

それと2番目でございますけれども、円滑な救急搬送体制を確保するための受け入れ医療体制の整備ということでございます。それは消防の救急隊のサイドから言いますと、受け入れ医療機関というのはそのパートナーということでございますので、この受け入れ医療体制がどうあるのかというのは非常に重要な点でございます。その体制の整備については、県で言いますと衛生部局のほうで医療機関のことを持っておられますので、そちらのほうで救急医療対策協議会のような組織があります。具体的な整備についてはそちらのほうの所管ということでございますが、MC協議会のほうからも提言といたしますか、そちらのほうに橋渡しをするような救急、消防のサイドから見たらこうではないでしょうかというようなところの提言的なこともできたらどうかというような、右側でございます円滑な救急搬送体制を確保するための検証、協議事項というものも有効ではないかと。

これらトータルに合わせまして、救急業務全体の高度化ということをやっていたらどうかということでこの紙をつくっております。

そうしていきますと、MC協議会というのは今役所の通知でつくっていただいているわけですが、法的な位置づけ、行政的な位置づけとあると思いますけれども、もう少し明確にしていっていいのではないかなというようなお話もいただいているところでして、このあたりもかなり骨太の議論になってくるわけでございますけれども、ご審議をいただければというふうに考えております。

その関連で、そういったよりMCが拡充することの関係で、12ページに現在の救急隊員と救急救命士の処置の範囲ということで表になっていまして、これは皆さん既にご承知の内容ですが、救急救命士につきましては救急救命士法によって業務の実施について規定があるということですが、一般の救急隊員の救急活動につきましては、左下に薄いブルーですが、消防法の中で救急業務とはということがあるわけですが、そもそも法律に救急業務が位置づけられたのが昭和38年ですが、この中で括弧内の応急手当について規定が設けられたのが昭和61年ということでした。

ただ、あくまでも緊急やむを得ないものとして応急の手当てを行うことを含むということでございまして、いわゆる緊急避難的な行為として行うということになっておるわけでございます。

ただ、実態は、当然救急車が行って傷病者を搬送するに際しまして手当てをすることが基本であり、むしろ求められているということでございまして、MC体制の中で救急隊員についても質の向上ということが図られてきておりますので、昭和61年から20年ながしかたって、このあたりについてもそろそろしっかりと位置づけてもいいのかなという時期かということでございまして、あわせて

ご検討いただければということでございます。

検討項目の最後に④というのがありまして、救急業務をめぐる法的リスクの問題ということでございまして、これにつきましては恐縮でございますけれども、10ページに戻っていただきますと、MCの関係の先生方から時々お話がありますMC協議会でいろいろなプロトコルを策定しまして活動が行われるわけですが、プロトコルに従った処置の結果、損害が発生したというような場合に、その策定に参画した医師等が何らかの責任を負うのかというような問題でありますとか、医療機関の選定の妥当性を問われる問題、これも最近もいろいろ事例としてあるわけですが、このあたりの法的な責任の所在、リスクの問題等についても幅広くご議論がいただければということで、検討項目の案として提示させていただいております。

事務局から説明は以上でございます。

座長 それでは、どうぞ委員の先生方、フリーディスカッション、検討項目をお話しいただきました。ご意見、あるいはご質問、何でも結構でございますので、いかがでございましょうか。どうぞ。

委員 今、事務局のお話の中にもありましたように、特に2番のMC協議会の法的な性格を、今のご説明の中にもありましたように、通知でいつまでもこうやっていくというのは非常に問題がございまして、やはり我々行政マンの中で通知というものの法的性格が非常にあいまいな部分だと思うんです。

ですから、これをまずはっきりと法的な位置づけをするということと、そこでメディカルコントロール協議会の法的な位置をしっかりとつけて、4番にありますこういうリスクの問題を議論する。

だから、協議会の存立というのですか、法的な性格、位置づけがしっかりされた上に、その後、例えば、プロトコルに従って、そのプロトコルはどういう法的な性格になるんだと。それで段階的に法の整備をしていくということをしないう限り、例えば、今後医療過誤と同じように何か事故が起こったときに大きな問題になって、本来、これは非常にいい制度だったのにそのところの法的な結果によって、国民の方だとか、県民の方、市民の方に批判されるような形になっては元も子もないと思いますので、せつかくの機会ですので、この作業部会でそのところの立法化というんでしょうか、位置づけをきちんとしていきたいなと思うんですが。

座長 全くそのとおりでございまして、今年度はそのところをもう少し掘り下げて検討してみたいというところでありまして、ありがとうございます。どうぞ。どこからでも結構でございますか。どうぞ。

委員 先ほど申し上げたことを一応ここで確認しておきたいと思うのですが、当然調査の結果でいろいろ見えてくることがあろうかと思うのですが、今までの救急救

命士と救急医というだけでなく受け入れ医療機関という3次救急なり2次だけでなく、その患者がもともとかかっていた、例えば退院させた医療機関であるとか、それからもちろんそのかかりつけ医であるとか、あともしくは介護施設なりそういう施設からたくさん来られているのであればそういうところだとか、何かそういうところの、もともとその患者さんに対して手が届いているところをあわせてコントロールしていかないと、マス自体がどうしても増えてくることを前提にしてMCがどんなふうになしていくのかということ、具体的に今年度の中で調査が出てこないか難しい部分もあろうかと思ひますし、根拠もないので難しいかと思ひますが、そういうビジョンだけは何か持っておいていただけるとありがたいなと思ひんですが、多分従来の救急救命士と、それから救急医さん、救急の病院とだけではきっと難しい部分があろうかと思ひのですけれども、その辺について、正直、今拡大していく中で、どの辺までウイングは検討できるのか。もちろん、これは多分MCだけではなくて、医療のあり方全体みたいな話になっていくので難しいかと思ひますけれども、でも、少なくともそういうところから患者さんが増えてきて運ばれていくことがもし……。去年、おととしの議論なんかでも幾分かはあるだろうという話は、直感的な話として1割とかという話もありましたから、そんなものを含めてどうやってここの中にうまく一緒に議論してもらおうかというのを、方向性として見えていることがありましたら教えていただければと思ひます。

座長 事務局、どうぞ、ありますか。

事務局 救急医療の背景には非常に幅広い問題があると思ひのですけれども、ちょっと私どもイメージしたのは、あくまでも救急業務という消防機関の救急隊員がやっている業務の高度化ということで、11ページにあるような、右の上のところの部分までが限界かなという感じはいたしますけれども、ただ、2なんかは医療体制との橋渡しの話ですし、さらに背景にいろいろな福祉的なものもあと思ひますので、関係はするのですけれども、あまり一気にそこを増やすと巨大なMCになっていきますので、我々のイメージは救急業務の高度化というところで考えております。

座長 よろしいですか。どうぞ。

委員 多分、最初はそれでいいのかなと思ひのですが、ただ、何らかの格好で地域の医師会であるとか、医師会全体であるとか、老健とか、そういうところに対する働きかけ、中にいきなり入れて一緒に議論は難しいと思ひのですけれども、どうしていきましようかというような格好でのかかわりののりしろみたいなのは多分あってよいのかなと。

実際に今いろいろな地域でMCがやられているところで、そんなところまでやられているところがあるのかどうか私もわからないんですけれども、もしそうい

うようなモデル的なものがあったらそんなものも参考になったらいいでしょ  
し、先ほどの樋口さんがおっしゃったような、いろいろなモデル的なものを見る  
中で、実は地域にそういうプライマリーケアとか何かしっかりしているところだ  
とそういうものがうまく働くとかというものが、もし見えてくるものがあればそ  
んなことも、こうせい、ああせいではなく、こういうやり方もやっている地域が  
あるみたいな格好で事例として紹介されると、ここ自体を大きくするのは難しい  
かもしれませんが、のりしろの部分としてそういうものも大事だよという  
ことは言えるのかなと思うんですが。

座長  
委員

ほかに。どこからでも。どうぞ。

救急隊員による応急処置と救急救命士による救急救命処置の位置づけという  
ところで、これもずっと議論になっているところなんですけれども、ちょっと確  
認なんですけれども、例えばAEDを使った除細動、我々は医師が行えばもちろ  
ん診療報酬をとって行う医行為になります。一般市民が行えば、これは緊急避難  
として善意でやったやむを得ない行為ということになると思います。救急隊員が  
やった場合には、今のところこれは業務ではなくて一般市民がやったのと同じ緊  
急避難で病院に着くまでにやむを得ずやったという位置づけになる。

ところが、全く同じことを資格が救急救命士であるというだけで、それは緊急  
避難ではなくて業として行うことで、これは医師が医行為として行うように彼ら  
の業務として救急救命措置として行うという位置づけに現在はなっていて、それ  
がいいのか悪いのかという議論ということでもよろしいでしょうか。

座長  
事務局  
座長

私はそういうふうを考えおりますが、何か事務局ありますか。

今おっしゃったような問題意識でということです。

そこは今の作業部会の検討項目の4のところですよ。救急救命処置でのとい  
う問題が出るわけですね。

委員

よろしいですか。はい。それと、その際におそらく今問題とされようとしてい  
ることは、救急隊員が実際ほとんど業務の一環として心肺蘇生やAEDを使って  
病院に運んでいるわけなんですけれども、その部分もやはり救急隊員というものの本  
来業務の中にそういうようなものを入れて、緊急避難ではなく、これは業務だど  
ういうことでその質を管理していくという方向の議論なのか、あるいは、やはり事  
故があったときに業務としてやっているとその責任を追及されるので、そこはあ  
くまでも緊急避難ということやっていくための方策を考えようという話なの  
かという、その辺の方向性が見えないので、もし教えていただければと思います。

座長

今の質問は12ページの消防法2条9項のところでありましてけれども、いかが  
でございましょうか。このところを変えるのかという意味に私は理解しました  
けれども、

事務局

はい。まさに問題意識的にはここを変えることを含めて、あり方をご検討いた

だきたいということですが、そこは歴史的にも非常に難しい問題がありますし、業として位置づけるということになりますと、今救命士は診療の補助行為ということで、保助看法の除外規定ということで、試験による資格制度の一環としてそういうことをやっているということですが、救急隊員はそういう資格制度がありませんので、そういった形のまま業として位置づけられるのかという問題があると思います。

そもそも救急隊員が行っているのは実態としても診療の補助行為ということなのか、そのあたりは我々ちょっと今整理がついていないのですけれども、そこも含めてご議論いただければと思っておりますけれども、実態的には、今救急隊員がいろいろなことをやっているものは緊急避難として法的な責任は軽いのかどうかというと、実際は責任を問われる行為ということで、社会的には思われているのではないかなと思いますけれども、そこをしっかりと業務的に位置づけるということになると、より責任が重くなりますし、そこをMCの全体の体系の中でプロトコルに従ったということで免責されるのか。あるいは、項目の④で、そもそもそういう緊急事態を扱う救急業務全般については、法的なリスクの免責の問題等もあると思いますので、ここは非常に奥深い話で、どこまでできるかわからないですけれども、一度ご議論いただければなということでございます。

座長 どうぞ。

委員 4 ちょっと僕はまだ十分理解していません。救急救命士は日本の国家の厚労省の資格ですから、それをとればどこの県、どこの都でも救急救命士として働けると。今、救急隊は特別な資格、試験がないということですが、ただ、やはりこれも長い目で見ればメディカルコントロール下で現場の人を担保していくということであれば、本来的には一定の基準というものがきちんと示されていくべきだろうと。

各都道府県で標準課程等でいわゆる救急隊員を養成した場合、都道府県ごとの互換性というものはあるのか。あるいは国として何か登録制度があるのかということについて、例えば、アメリカではおそらくEMT-Basicのような形で国の登録があつて、州を越えた場合には何か追加試験を受ければできるとかというふうなことになると思うのですけれども、その辺実はばらばらなんですか。何時間という一定の講習時間があることは存じておりますけれども。

座長 いかがでしょうか。

事務局 その辺の明確なルールはないです。ただ、もともと職員が異動するというのも消防機関の間ではあまりないと思いますけれども、ルールがありませんが、もし異動するということになると、また行った先のMCの認定といいますか、そういったことでやられるということではないかと思っておりますけれども。

座長 その標準課程、1次、2次課程等々がありますけれども、あれは全国的にはど

ういうふうな公的な位置づけになっているのでしょうか。

事務局 消防法に基づく消防法施行令で救急隊員の資格、250時間の要件が加えられていますので、国家資格というわけではないですけれども、救急隊員が満たすべき全国的な基準というのは国のほうで示していますので、半ばそういったナショナルスタンダードをクリアした方しかできないというところで縛っていますけれども、あくまでも救急業務を実施するのは市町村単位ということですので、最終的には市町村の責任においてやっているということになると思います。

座長 よろしゅうございますか。

委員 現状がわかれば結構です。

座長 これについては、やはり厚労省との合同検討というのも必要なところも出てくるのではないのかなというふうにも思いますが、何かご意見ありますか。今MCの背景でございます。

委員 先ほどから議論の幅がどのくらいかというご質問が出ていますので、もしかすると私の申し上げることはその外なのかもかもしれませんけれども、もしも仮にMC協議会とそれに関与するお医者さん方の責任問題というものも少し明確にして、法的に保護していきたいみたいなお気持ちがもしおありだとしたら、それについてだけ1つコメントしておきますと、私はこれに似たような事例と申しますか、パターンで何があるかなとぼうっと考えていたんですが、ぴったりではないんですが、おそらく予防接種がそうかなと思っておりまして、予防接種というのは市町村事業でして、予防接種を担当するお医者さんというのは医師会の先生方だったりするわけですけれども、そうした方が予防接種において事故が起こった場合にどうやって保護されているかという、基本は一種の約束のようなものが交わされておりまして、法的には何も無いのですが、約束が交わされておりまして、もし重大な故意や過失がない限り、これで事故が起こっても結果責任を問われることはありませんということで、一時的に非常勤公務員のような形にするという契約の結び方をしているようです。

非常勤公務員にしまして、何度も言いますように、重大な故意や過失がない限り、そのお医者さんは公務員ということですから、もし事故があっても市町村が一義的に責任を。あるいは、予防接種プログラム全体に問題があるとすれば国が責任を負うということですから、この間あまり私どもにとってはうれしくない裁判が続きましたけれども、その裁判の中でもお医者さん個人が責任を問われたということではなくて、基本的には市であったり、国であったりという形で流れてきております。

したがいまして、何が言いたかったかという、もしかすると、MC協議会を法的に位置づけないとお医者さんの側の責任も含めた地位が守られないとかということをお考えであるとすれば、今後もそれで行けるのかどうかわかりませ

ん、世論が結構厳しいですから、そのまま行けるのかどうか分かりませんが、これまでの医療行政とか、役所、行政との関係で言うとそういう方法でも十分守られている例があるということだけちょっと披露させていただきます。

座長 ありがとうございます。非常に貴重な意見をいただきました。ありがとうございます。

それから、このMC協議会の、ここでもう少しもんでいただきたい1つ、私の意見でございますが、全国的にどのぐらいの事例が事後検証で行われているのか、そして、その事後検証の事例を実態調査等々をしてみると、先ほどからお話が出ている質の問題、あるいは医療機関との連携の問題、もう少し違ったところが出てくるやもしれないなというふうに感じておりました。この辺のところもMCの作業部会のところでちょっともんでもらうとおもしろい方向性が出るやもしれないなと思いましたので、いかがでございましょうか。

事務局 山本座長から貴重なご提案をいただきまして、ありがとうございます。我々はそのあたりはデータを持ち合わせておりませんので、この中でできるところまでやってみたいと思います。

委員 私の発言はあくまでも委員としての個人の発言ということにさせていただければと思います。消防本部を代表してとなるとまたいろいろと難しいことになりますので。

まず、我々東京都メディカルコントロール協議会というのが既に存在している活動していただいている、当然、先ほどから出ているように、救急隊の活動そのものに対する諸々のご指導いただいて、ある意味では質を確保していただいている。かなり飛躍的に東京の救急というものの質は伸びたと。これは自慢の話ではないですけども、まさにメディカルコントロールの成果だと、このように思っております。

今回、11ページの右のほうに、追加的な協議事項というのがありますが、ここに書かれている特に1の括弧書きのほう、救急搬送のあり方、これは私なりに解釈すると、これからの議論だと思うんですけども、地域にある救急医療サービス、いわゆる地域にある医療資源をどのように使って、救急がそこにどうドッキングしていくかと。こういったコーディネートというのは、やはり今までなかなかできていないと私は思っております。

もちろんこういう救急搬送のあり方というのを議論しようとするならば、例えば救急医療対策協議会というようなものもありますが、いかんせん、なかなか横断的な話し合いというのはなされないままに来たように思います。したがって、今後こういった既に地域にある委員会とMCというものをどのように関連づけていくかということは非常に難しいわけで、その関係で一番下のほうに、先ほど室長が骨太と言われた、どのように法的に位置づけるかとか、権限をどうする

かとかという問題はあると思うんですけども、ぜひとも私はこの括弧書きに書かれている内容というのが、まさに地域の救急医療を強くする大事な項目であると思いますし、また、地域のメディカルコントロールに参画していただいている先生は、ほかの委員会にも入られてはいますけれども、特に救急の現状というもの踏まえた、諸々の、ある面では風景というのをよく理解された上で物事を進められるだけの力量をお持ちの方だと思いますので、ぜひともこの辺を議論していただいて、追加的な協議事項というものを実現していただければなと思います。

座長 3番目の作業部会でありますトリアージ作業部会の検討項目について事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 トリアージ作業部会につきましては、資料1枚だけございまして、13ページということになります。トリアージ部会につきましては、坂本委員がおられますけれども、昨年委員長としてまとめていただきまして、プロトコルの精度向上のための作業でありますとか、法的な問題につきましてご議論いただいたところです。

昨年の報告にもありましたが、昨年はその2点にかなり深入りして検討していただいたということで、(1)のトリアージ導入の制度設計というところになりますが、そもそもトリアージを導入する場面といいますか、日常的にある程度の確率で発生し得るような集中時において導入する心構えで検討いただくのか、極めて例外的にしか発生しない異常事態のような集中時において導入するのかと、その立ち位置によって、やはりトリアージのプロトコルの基準も違うし、法的な問題にも絡むということですけども、ここについては時間的な関係もあって検討があまり深められなかったというところですので、(1)の制度設計の話と、関連いたしますが、(2)の導入した際のオンピーク時においてトリアージの適用と裏腹の関係で、救急隊が出払ってしまった場合によそからどう持ってくるかというような隊の運用の話というものもあるということで、昨年、ある消防本部の事例等でやってみたわけですけども、このあたり実際にトリアージを導入する場合の大きなハードルとしてあろうかと思っておりますので、そういった制度設計関係の話を、現場の声も聞きながらやっていただければなということで用意しております。

引き続き(3)のトリアージに関する法的問題。これは今までのテーマにも共通しておりますけれども、やはり救急業務がいろいろな工夫をして複雑になってきますと、それに派生した法的な問題というものも出てまいりますので、これも引き続きご検討いただければなということです。

あと、2のプロトコルの精度向上ための実証研究につきましては、これまでやってきたものに加えて、消防本部の幾つかにご協力いただきまして、さらに

事例を集めてこのあたりを深める作業、研究ができればということでございまして、この大きな柱でご検討いただければというふうに事務局として考えております。

座長 この作業部会も非常に重要なポイントであると私はいつも思っておりますけれども、いかがでございましょうか。トリアージの部会についてのフリーディスカッションをお願いしたいと思います。どうぞ、ご質問あるいはご意見、何でも結構でございますが。

委員 この作業部会を仰せつかって昨年までずっと報告を出してきたわけですがけれども、今までわかってきたことは、要するに、通信内容からある程度の重症度、緊急度の判断はできると。それに対して精度を上げていくためにはどうしたらいいかということはわかってはきたわけですがけれども、トリアージというのは、要するにそのような、単に緊急度の順番をつけてみるのが目的ではなくて、その結果として、では重症、最緊急とされた方にはどういう対応ができるのかとか、あるいは緊急度が高くない方には、ではどのようなサービスを提供できるのかという、その具体的なプランがないと、その線で切ることが妥当かどうかということが結局何も言えない。

ですから、具体的な線引きをこれからもし考えていくということであれば、やはり具体的に、その結果としてどんな対応があるのかということ、これはやはりコール段階、あるいは現場段階、それはやはり具体案を出していかないとこれ以上先に進まないだろうということが1件ございます。それを考えていきたいと思えます。

その中で当面、本人が、搬送を希望する者に対してコール段階でお断りをするというふうな運用というのはかなりリスクが高いので、それ以外の部分で考えていくというようなことが1つです。

それからもう1つは、きょうは野口部長もいらしてございまして、東京都では119番通報もトリアージではないのですけれども、先ほどご紹介があった救急相談センターということで、救急車を呼ぶべきかどうか、あるいはすぐ病院に行くべきかどうかというふうな相談に対するアドバイスのサービスと。これがかなりプロトコルの、だんだんとバージョンアップをされて完成されてきております。

一方で、平成15年に東京都医師会が行った調査で、軽症患者、つまり救急車で運ばれてきて結果的に軽症だった患者さんの中で、どのような理由で救急車を呼ばれたかというふうなことでいくと、やはり自分が重症か軽症かわからないとか、あるいはどこの医療機関に行っていかわからないから救急車を呼んだという方がかなりいると。おそらく全体10%とか20%は、潜在的には119番をして救急車を直接呼びたいのが真からの気持ちではなくて、まず相談したいとい

う部分が実は119番にもかかってきている部分があるだろうと。

ですから、もし119番通報の中で、そういうふうな因子のものを切り分けて、これを相談に回せるというふうなことがトリアージできていくのであれば、これは本来何を望んでいるかという国民側のニーズに合うサービスができるというように、その辺も大きな検討課題ではないかなというふうに考えて、今作業部会のテーマと考えております。

座長 その中で私からもお話し申し上げたいのは、東京消防庁のほうで救急相談センターができております。その辺のところもぜひこの作業部会の中で実際に見ていただき、そしてセンターの職員の皆さんとディスカッションしていただくと少しまた変わってくるのではないのかなと思っておりますので、よろしくお願ひしたいなというふうに思います。

いかがでございましょうか。

委員 ことは横浜市から入っていないので、私が横浜のことを言わなければいけないのかな。横浜の救急業務委員会にもメンバーとして入っておりますのでなんですが、ご存じだと思います、今年の横浜市の方が報告されていると思うのですが、ことしの10月から実際に運用が開始されるということになっていきますので、コールトリアージの結果と、それから実際に119から、既に東京都さんがやっている電話相談のところに回していくような運営もやろうとしているところら辺なのは、多分何らかのデータをいただいてご検討いただくような話になっているんだろうなと私は思っているんですが、それだけ1点確認なんですけれども。

私が、差はありながらおまえはちゃんと横浜市民なり、救急業務委員会に出ている人間としてこの委員会に反映させろということがありましたら、ご勘弁いただければありがたいですが。

座長 いかがでしょうか。よろしいですね。検討いただければと思います。

ほかにどうぞ。

委員 トリアージして結果何ができるんだというのが一番なのかなと思うんです。考え方としては、いろいろな考えがあると思うのですが、例えば白い車のかわりに、場合によっては赤い車を出す。赤い車といたしても、例えば大阪市の場合なんかでしたら3,500人職員がいるのですけれども、そのうちの2,800人が、いわゆる救急の資格を持っているわけです。ですから当然赤い車に乗っているわけです。そういうこともできるかなというふうに思いますし、この前の検討にもありますように、救急車が満杯のときはちょっと時間がかかっても遠いところから、でも時間がかかっても仕方ないということもできるでしょうし。あとは、いわゆる医療情報を与えるというようなものも出来るでしょう。

その場合、やはり問題なのは、法的な問題かなと。基本的には市町村に訴えが

あったり、あるいは個人が過失を犯したなら個人に来るでしょうし、MC委員会の委員の方には直接法的な問題というのは、今は起こり得ないかなと思いますけれども、不法行為があった場合には直接市町村や個人に訴えが行くかなというふうなことは考えられると思いますけれども。

その辺のこと、何ができるかなということも含めて考えていって、集約していったらどうかなというふうには思います。

座長 ぜひ検討の中に加えていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

委員 これはほぼ1年間にわたる作業本部なんですけれども、教育というのは、やはりこの中では、将来的には考えるんですか。例えば、トリアージの導入の制度設計をやられますよね。ある程度のトリアージというものに対するイメージが出てきますよね。それはある面では機械を使いながらも結果的には人が関与するわけで、そうなってくると、済みません、そういう職員に対する教育って結構大事なものではないかなと思うのですけれども、その辺、いかがでしょうか。

委員 委員のご指摘のとおりです。この2番の実証研究というところに実は今まで何回かデータをとらせていただいていたわけなんですけれども、その中で、やはりデータの精度が上がらない最大の理由の1つとしては、やはり現場での通信指令員に対してプロトコルの中身の周知というようなことが十分できていないというようなことが1つ原因としては挙げられております。

もちろん、先ほどの軽症例に対する相談ということになりますと、これは膨大な医学的知識と大きな教育が必要になってくるわけですが、少なくとも重症例を見つけるということに関しても、やはり一定の教育をしてその成果を上げないと精度は上がらないだろうということで、その部分に関しての検証が含まれております。

委員 わかりました。

座長 実証研究の中にトリアージオフィサーに関する教育も含まれているよという意味にとってよろしゅうございますか。

委員 はい、結構です。

どうぞ、どこからでも結構でございますが。

委員 先ほど委員のほうから話ありました受け付け時のトリアージの部分では、実は札幌でも、受け付けの場合に多分119番というものに要請している救急事案として要請者は思っているのでしょうかけれども、どうも話をとっているとなかなかそうではなくて、とりあえず相談する相手がいないからという部分が多くて、そういうものの比率がどうなのかなということを少し研究してみなければならぬのではないかなということで、これというのはかなり社会的な要因もあって、その部分も1つ傾向として見てみながら受け付けする側の考え方も整理しなけれ

ばならないかなという部分では、そこに対して非常に期待をしたい部分があります。

委員 例えば、欧米で救急の搬送サービスが、全体の救急医療全般の中の一部として位置づけられた電話ですと、かけてきた電話に対して搬送を望んでいるのか相談を望んでいるのか、あるいはもう少し福祉を望んでいるのかということとその場でいろいろ聞いて聞き分けるということが本来業務としておそらくやられてきている伝統があるんだと思うんですけども、我々の今日本の消防救急ですと、基本的には搬送ですから、そこで運ぶか運ばないか、あるいはどこに運ぶかというふうなことがもともとで、やはりそこに相談という新しい医療サービスのものを少し入れていくということに関して、おっしゃるようにニーズがあるのは、かける側からするとまず間違いないんですけども、それをどういうふうに位置づけていくかということとは大きなここでの研究テーマにもなりますし、実際にそれをやるとなると、おそらく消防のサービスの中で、119番にかかってきた中で、いわゆる救急医療の相談を答えるというのも業務の中に入ってくると大きく仕事の変革になると思いますので、いきなり仕事を変えるということにはおそらくならないと思いますけれども、そういうニーズがどのくらいあるかということとはやはり1つ大きな調査対象かなというふうに思っています。

座長 確かに。ありがとうございます。それから、最近の病院の選定困難事例と言ったらいいのかもしれませんが、その選定ができていないというところでのトリアージの重要性というのはこれからますます重要視されているのではないのかなというふうに思いますけれども、この選定困難事案等をトリアージということで、どういう深さがこれから出てくるのかなというところは、坂本先生、何かご意見ありますか。

委員 トリアージ、特に通信時だけでなく、現場トリアージで非常に重要なことはその患者さんの緊急度を決めると。そしてその緊急度に応じた搬送をするということは非常に重要になるわけですけども、その中で、今はっきりと時間の単位、つまり、1時間、2時間おけるとこの患者さんは命が危ない、あるいは、予後が悪くなるというものの代表は心臓と脳卒中というようなことになると思うのですけれども、実は選定困難というのは、最初からきちんと、例えば心臓のカテーテル処置ができる場所を探そうと思えば3つも4つも探さなければいけない、あるいは10個探さなければいけないけれども、とりあえず近くに運べばいいというのであれば、その後そこからどこかへ転院になっていいというのであれば、最初から一発で見つかるかもしれないわけですけども、患者さんにとって一番大事なのは決定的な治療ができる場所に何分以内で運ばれるかということで、だから、それが現場でたくさん探してできる場所にいきなり行くのがいいのか、あるいは、どこかに行って、それから次々と受け渡してできる場所に

行くのがいいのかということ議論していかないと、単に何件探したということとはまた違ってくると思いますので、そういう面では、このトリアージと選定困難ということからいうと、やはり探した数の問題よりもそういうふうな時間的な制約の多い患者さんがいかに時間以内に運ばれるように、現場でその病気を見つけることができ、そして搬送先を見つけることができるかということは、今病気を見つけるということに関してはトリアージの部分でやらなければいけない部分ですけれども、これも運用ということを考えれば、見つかった結果として運び先がないというのではシステムとしては成り立たないので、その部分は不可分の問題だと思います。

座長 ありがとうございます。その辺のところも、単に20回、いわゆる選定困難で20の病院を探したとか、1時間かかったとか1時間半かかったというだけの問題ではないよということもぜひディスカッションしていただきたいと思えますし、私最近アメリカなんかでERを見ていると、軽症の人なんていうのは半日ぐらい待っているのがあるのです。

だから、病院の中でたらい回しではありませんけれども、院内たらい回しと言うと言葉が悪いかもしれない。もちろんそこで緊急度の非常に高い、重症度の高いのはERですぐ診るというのも1つのトリアージなのかなともふと思っておりましてけれども、その辺に関してもどうぞご検討いただければと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

委員 愛知県の通信指令のプロトコルですが、自慢できるところは、まず119番がかかってきたときに、心肺停止の場合なんですけれども、どういう症状かという聞き取りが非常に上手にできているというんですか、分けがける、聞き取りがうまいという、これはうちの各消防本部の訓練のよさというのと、病院との連携がよくできているところです。

だから、この患者はどこへ搬送したらいいかというのが通信指令の第一義的な受け付けをするところで相当区分ができるということがありますので、これもどんどんうちのMC協議会なんかで広げていこうということで研究をして、また助成金なんかもいただいてやっていこうと思っておるのですが。

ですから、いい例の中に愛知県の中でもこういうのがありますよとか。ですから、どれだけ回数も減っているのだという例の一例では出せるのでは……。まだ戻って確認しないと了解がとれるのかどうかわからないですけれども、非常に評判がいいというんですか、相当熟度が高いというのでしょうか、そういうふうには評価されていると思っておりますので、ちょっとご報告まで。

座長 とてもありがたい話でございまして、我々親委員会、あるいは作業部会、両方がいいのかな、かもしれませんけれども、委員、何かテープでも、あるいはビデオでもちょっと撮っていただいて、どこかで発表していただくと非常におもしろ

いなという気が今しておりますけれども。

委員 戻って皆さんに了解をとらないといかんですけれども。

座長 検討いただければと思います。

いかがでございましょうか。

委員 この部会でやはりもう1つ重要なのは、救急という限られた資源を有効に使うためにはこういう方法をとらざるを得ないのだというふうなことです。やはり国民的なコンセンサスを得るためにどういうふうにしていったらいいかということ。まずこれはしっかり検討していかなければいけないのと違うのかなというふうにちょっと思うのですけれども。

座長 そのとおりだと思いますが、ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。

そろそろ時間も押してきておりますけれども、いかがでしょうか、もうお一人、お二人のご意見をいただければと思いますが。どこからでも結構でございますが。

それから、きょうは審議官が初めておいでいただきましたけれども、いかがでございましょうか。お願ひしたいと思います。

事務局 事務局のほうから発言していいかどうか迷いつつも。

座長 どうぞ。

事務局 実は私は審議官になる前、ことしの3月まで岐阜県に勤務しておりまして、4年間副知事ということをやってきたわけでございますけれども、やはりそのときにも救急体制のあり方、特に奈良県の問題、とても人ごととは思えない話でございまして、岐阜県でも同じようなことが起こったらどうしようかということで、周産期医療については、大体岐阜県の場合は5つの圏域に分かれるんですけれども、それぞれ圏域ごとでたらい回しだけは絶対やめようと。最後のとりでをつくっておこうということで、地元の医師会等々と相談をして、最後ここに来れば必ず受けるという形で周産期医療については対応していこうというような制度をつくった記憶がございます。

いずれにしましても貴重な皆さん方のご意見を受けて、我々としてできることをやっていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひします。どうもありがとうございました。

座長 【山本座長】 ありがとうございます。そろそろ意見も出尽くしたようでございますので、この辺で第1回の検討会を閉じさせていただきたいというふうに思います。

貴重なご意見をたくさんいただきましたので、このご意見を作業部会のほうでぜひ生かしてよりまとまった報告書、そして皆さんに利用させていただける報告書をまとめていきたいというふうに思っておりますので、どうぞご支援をいただきたい

というふうに思います。

それでは、事務局、よろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局

本日は貴重なご議論、ほんとうにありがとうございました。先生方の本日の議論を踏まえまして作業部会を調整し、進めさせていただきたいと思ひます。

そして、本会の次回開催につきましては、また作業部会の進捗を踏まえまして、日程調整のご連絡等をさせていただきたいと思ひておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

本日はどうもありがとうございました。

— 了 —

## 平成20年度救急業務高度化推進検討会 構成員

- 石井正三 (日本医師会常任理事)
- 川手晃 (救急振興財団副理事長)
- 小出茂樹 (愛知県防災局長)
- 坂本哲也 (帝京大学医学部救命救急センター教授)
- 島崎修次 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 中川和之 (時事通信社編集委員)
- 野口英一 (東京消防庁救急部長)
- 樋口範雄 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)
- 平島昭 (大阪市消防局救急・情報通信担当部長)
- 前田實 (札幌市消防局警防部長)
- 南砂 (読売新聞東京本社編集委員)
- 山口やちゑ (茨城県保健福祉部長)
- 山本保博 (東京臨海病院院長)
- 米村滋人 (東北大学大学院法学研究科准教授)

オブザーバー

- 三浦公嗣 (厚生労働省医政局指導課長)

# メディカルコントロール作業部会報告資料

平成20年9月19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。
- ・ 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。

# メディカルコントロール体制の現状

## 【協議会構成員】

- ・ 消防機関
- ・ 救命救急センター等の医師
- ・ 医師会等
- ・ 都道府県(消防防災部局、衛生主幹部局)

## 医学的観点から救急活動の質を保障する役割

### プロトコールの策定

- ・ 応急処置
- ・ 救急救命処置
- ・ 緊急度・重症度判断

### 医師の指示、指導・助言体制

- ・ 特定行為の指示
- ・ 処置の指導・助言
- ・ 病院選定への助言

### 再教育体制の整備

- ・ 病院実習の実施
- ・ 救急救命士の再教育の実施
- ・ マニュアルの策定

### 事後検証の実施

- ・ 救急活動記録表の検討
- ・ 救急救命処置の効果検証
- ・ 症例検討会の実施

# 救急業務実施の基準に関する現状と課題

現在、メディカルコントロール体制による医学的観点からの質の保障はあるが、あくまでも通知による体制。

## 救急業務

### 応急処置

- ・救急隊員の行う応急処置等の基準
- ・各種プロトコール

### 救急搬送

- ・特に基準は定められていない。

- 消防法2条9項  
救急業務とは、傷病者を救急隊によって医療機関等に搬送すること（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。

搬送についても医学的観点から質を保障する基準等の策定が必要ではないか。

# 救急搬送に関する基準のあり方について(1)

## ○ 「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」

(平成16年3月(財)救急振興財団 委員会座長:島崎修次杏林大学教授)

【目的】 救急隊員の「病院選定の適正化」、「観察判断の資質の向上」、「応急処置の適正化」

### 【傷病別のプロトコール】

#### ・ 重症度・緊急度判断基準

例: 胸痛

第1段階

生理学的評価

意識	: JCS100以上
呼吸	: 10回/分未満または30回/分以上 : 呼吸音の左右差 : 異常呼吸
脈拍	: 120回/分以上または50回/分未満
血圧	: 収縮期<90mmHgまたは収縮期>200mmHg
SpO2	: 90%未満
その他	: ショック症状 ※いずれかが認められる場合

YES  
重症以上と判断

NO

第2段階

症状等

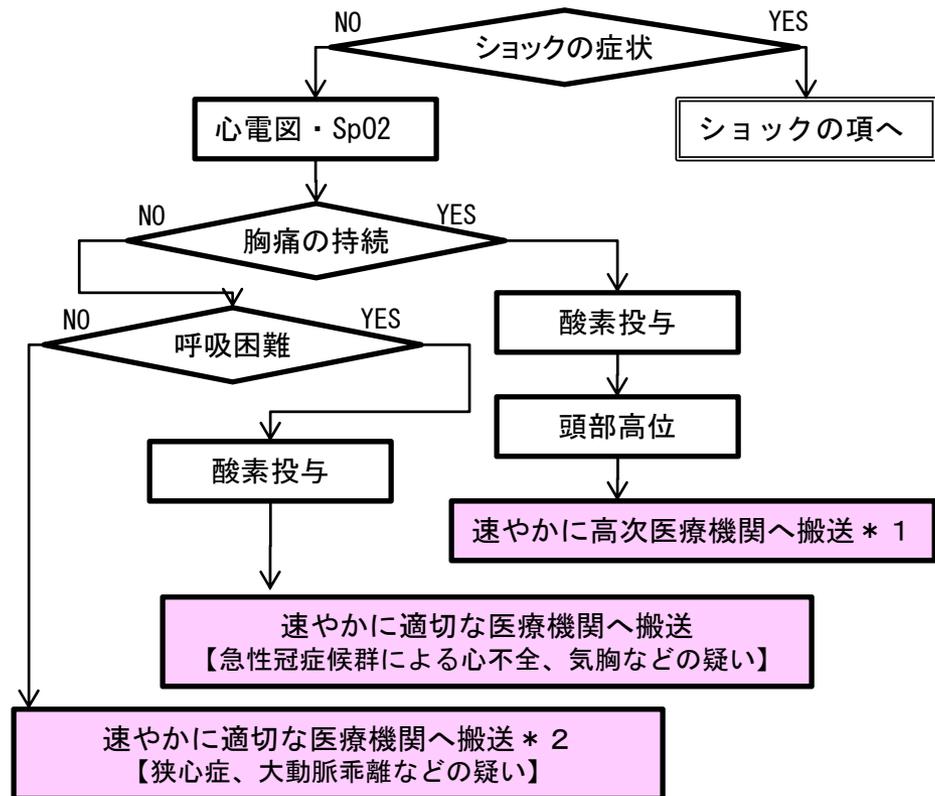
・ チアノーゼ	・ 心電図上の不整脈 (多源性/多発性/連発/PVC、R on T、心室性頻拍等)
・ 20分以上の胸部痛、絞扼痛	・ 背部の激痛
・ 心電図上のST-Tの変化	・ 血圧の左右差

YES  
重症以上と判断

NO  
中等症以下と判断

#### ・ 処置に関するプロトコール

例: 胸痛



・重症以上と判断した場合の医療機関選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の機関病院とすること。

\* 1 急性心筋梗塞などによる心原性ショック、大動脈解離、肺血栓塞栓症などを疑い救命救急センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。

\* 2 狭心症、大動脈解離などの鑑別可能な医療機関へ搬送。

# 救急搬送に関する基準のあり方について(2)

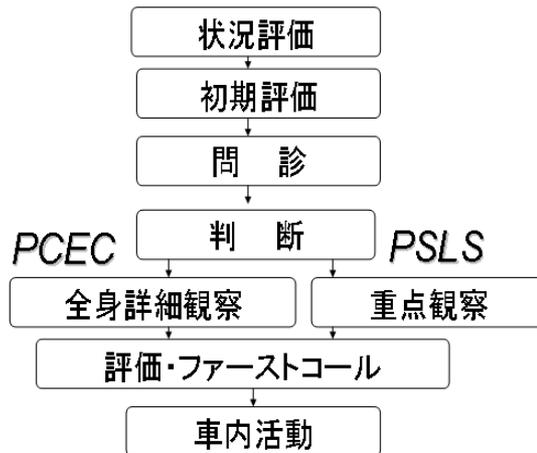
## ○ PSLSコースガイドブック

(監修:日本臨床救急医学会)

### PSLS(Prehospital Stroke Life Support)の概念

・病院前救護においては「脳卒中の可能性の徴候」を現場で迅速に行い、適切な治療が行える医療機関へ迅速に搬送することが必要。

#### PSLSの流れ



#### ・ゴールデン・タイム(3時間)

脳梗塞が発症した場合、3時間以内に血栓溶解薬t-PAを静注することによって、良好な予後が期待できることが確認されている。したがって、発症から3時間がゴールデン・タイムとなる。一方、医療機関到着後、t-PAの静注開始までの時間は最低1時間を要する。すなわち、発症から医療機関到着までに許された時間は2時間である。

#### ・プラチナ・タイム(10分)

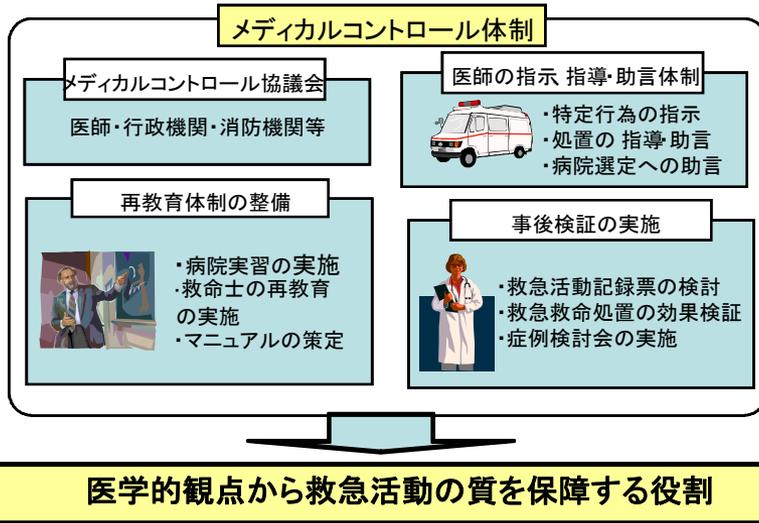
救急車要請(119番通報)から病院到着までの目標時間を1時間とすると、観察に与えられた時間はわずか10分である。すなわち、初期評価を10分以内に完了するように日頃からトレーニングをしておく必要がある。

## ○ 救急搬送における重症度・緊急度の判定(トリアージ)

・現在、消防庁において救急搬送における重症度・緊急度の判定(トリアージ)の導入について検討しているが、将来的にトリアージを運用する場合には、それに対応する救急搬送に関する基準等を作成する必要があるのではないかと。

## 現在のメディカルコントロール体制

救急救命士が実施する救急救命処置について、医師の指示、指導・助言、事後検証、再教育体制を整備し、救急活動の質を保障する体制



## 追加的な協議事項

- 1 傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定等救急搬送のあり方  
(救急搬送のあり方、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活用、に関する検証・協議)
- 2 円滑な救急搬送体制を確保するための受入医療体制の整備に対する提言

円滑な救急搬送体制を確保するための役割

※ 現在、都道府県単位及び地域単位に287のメディカルコントロール協議会が設置されている。

両者を含めた救急業務全体の高度化を推進する機能を果たすためには

- MC協議会の所掌事務の拡大
- MC協議会の法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないか。

## 救急業務協議会（メディカルコントロール協議会）

### 【諮問機関の業務として位置付けられる機能】

- ・ 応急処置・救急搬送に関する基準等の策定について意見を述べることとしてはどうか。

### 【上記以外の機能】

- ・ 医師の指示、指導・助言体制の整備
- ・ 応急処置・救急搬送の事後検証
- ・ 救急隊員の再教育体制等の整備
- ・ 救急搬送・受入医療体制に関する検証結果等の公表
- ・ 救急搬送・受入医療体制に関する改善策等の提言

についてはどう考えるか。

# 救急業務協議会の位置づけについて

消防

医療

救急業務協議会  
(メディカルコントロール協議会)

消防

医療

行政

医学的観点から質を保障  
するため医療関係者の  
参画が必要

地方公共団体が  
救急業務に関する基準等を策定

# 国・地方公共団体の役割分担について



応急処置	救急搬送
国として最低基準を定めることとしてはどうか？	
国の定めた最低基準をもとに、地域の事情を加味した基準等を策定することとしてはどうか？	
国・都道府県の基準に従って救急業務を実施。 ※地域レベルで更に、市町村の事情を加味した基準等を策定することについてどう考えるか？	

# (参考) ニューヨーク州の救急業務高度化推進体制

州

州救急医療サービス協議会 (State Emergency Medical Services Council)

- ・ 救急サービス、州全体の緊急医療サービス体制、EMT (Emergency Medical Technician) の訓練・試験・認定等に係る最低基準を法規として定める(第3002条)

州救急医療諮問委員会 (State Emergency Medical Advisory Committee)

- ・ SEMSCのメディカルコントロール、三つのT(treatment, transportation, triage)のプロトコル、緊急医療用の医療機器や医薬品等に係る最低基準案をSEMSCに提案(第3002-A条)(採択されなかった場合、法的効力を有さないガイドラインとして活用される)

策定された基準に従って活動した場合、その結果について免責される。

州レベルでの基準に反しない範囲で地域独自の条件を勘案した基準を制定可能

地域

地域救急医療サービス協議会 (Regional Emergency Medical Services Councils)

- ・ 州法が定める人員配置基準の特例を認める権限を有する(第3005-A条)

地域救急医療諮問委員会 (Regional Emergency Medical Advisory Committees)

- ・ 三つのTに係る基準への地域事情の反映、オンラインメディカルコントロールを行う医師の認定、地域のメディカルコントロール体制の整備を行う。

# 第1回メディカルコントロール作業部会での主な意見(1)

## 【医師法等との関係等について】

- 救急救命士制度制定の際、医師法17条と20条との整理がきちんとしていない。
- 病院前救護で行われるいろいろな応急手当、あるいは救急救命士が行う救急救命処置というのは、医行為の延長線上にあるのか、あるいは全く別なのか。
- 医師が医行為の一部を救急救命士に委託して、特に医行為にかかわる具体的指示を出すには、指示を具体化したプロトコルが必要であるとの認識。
- 対面診療でなければ診療してはならないという医師法上の問題も、遠隔医療の中で十分な情報を得ることで、救急救命士に対して行っている指示は、医師法違反には当たらないものと理解。

## 【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、所掌業務の拡大と言うけれども、メディカルコントロール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。拡大だけやっても役割が違うということでは混乱する。メディカルコントロール協議会の役割は何なのかというところを議論すべきではないか。
- こういう体制が整っているならば救急救命士が医行為をやってよいというところを、まずきちんと整理すべきではないか。

## 【メディカルコントロール協議会の法的位置付けについて】

- 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。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律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。

# 第1回メディカルコントロール作業部会での主な意見(2)

## 【メディカルコントロール協議会で搬送についても協議することへの賛成意見等について】

- 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。
- 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。
- 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。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であると期待。

## 【関係機関等との整理等について】

- 搬送を協議事項にすることは、救急医療体制の整備にもかかわる非常に大きな問題になるのではないか。
- 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いけ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。
- 保健福祉行政の医療計画、医療審議会、救急医療対策等と、役割分担や調整が必要。

## 【その他】

- 地方によってはうまく機能していないメディカルコントロール協議会有一些ある。質をどう担保するかという問題と、国でつくる基準を満たせない地域が出てくるという問題がある。ここまでは許されるという幅も指示しなければ、実際には幾ら基準をつくっても機能しない。

# 第2回メディカルコントロール作業部会での主な意見(1)

## 【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】

- 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。
- 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。
- プロトコー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。
- 救急搬送について一定のプロトコール等があれば、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。

## 【基準等の策定主体等について】

- 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地域の基準等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あり。
  - ・ ある程度都道府県レベルで統一した方が、教育等を考えると適切ではないか。
  - ・ 同一の二次医療圏でありながら、特定の市だけが違う基準を採用するということでは混乱する。
  - ・ 複数の市町村が合同で一つの基準を採用するという考え方もある。
  - ・ ドクターカーの有無等、地域の医療資源に応じて柔軟に対応できるようにする必要がある。どこまで独自性を認めるのか、許容される範囲を明示することが重要。

## 第2回メディカルコントロール作業部会での主な意見(2)

### 【救急業務協議会(メディカルコントロール協議会)の役割等について】

- 救急搬送について基準等を定めても、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る。
- メディカルコントロール協議会のレベルで全て解決しようということではなく、救急搬送の状況について事後検証を行い、その結果を責任を持って公表していくことが重要。
- 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ないか。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、提言があった後で初めて明らかになる話ではないか。

### 【医療・福祉行政との連携等】

- 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、一線で活躍する救急医。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との調整や連携が必要。
- 病院選定に時間を要するのが老人施設からの搬送。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、救急要請前の問題であり、解決方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、搬送基準等を作っても、機能しないのではないか。

### 【その他】

- トリアージと言う用語の使用は、災害時や多数傷病者発生時の順位付けと区別するために他の用語にするのがよいのではないか。

# (参考)救急業務に関する法令等の制定状況

## 法令関係

## 告示・通知等

昭和38年

- 消防法 改正
  - ・ 救急業務 制定(消防法第2条第9項)

昭和39年

昭和53年

昭和61年

- 消防法 改正
  - ① 事故以外の急病人への拡大
  - ② 応急手当の明文化

平成 3年

- 救急救命士法 制定

平成13年

平成15年

平成16年

平成18年

- 救急業務実施基準 制定(消防庁長官通知)
  - ・ 救急隊の編成
  - ・ 救急自動車に備える器具等

- 救急隊員の行う応急処置等の基準 制定(消防庁告示)
  - ・ 応急処置の原則
  - ・ 応急処置の観察、方法等

- 救急隊員の行う応急処置等の基準 改正
  - ・ 9項目を拡大(①自動心マッサージ器 ②在宅療法の継続 ③ショックパンツ ④血圧測定 ⑤心音呼吸音聴取 ⑥血中酸素飽和度測定 ⑦心電図伝送等 ⑧経鼻エアウェイ ⑨喉頭鏡・マギール鉗子)

- 救急業務の高度化の推進について(救急救助課長通知)
  - ・ メディカルコントロール体制の構築

- 病院前救護体制の確立について(厚生労働省医政局指導課長通知)
  - ・ 二次医療圏単位の協議会とメディカルコントロール協議会との一体的な運用

- 救急救命士法施行規則 改正
  - ・ 包括的指示下での除細動が実施可能に

- 救急救命士法施行規則第21条第3号に基づき厚生労働大臣の指示する器具(厚生労働省告示)
  - ・ 気管挿管が実施可能に

- 救急救命士法施行規則 改正
  - ・ 薬剤投与が実施可能に

# (参考)救急業務の基準に関する規定

	救急隊の編成	装備の基準	救急隊員の資格	活動基準
法律	<p>消防法35条の9 (政令への委任)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急隊の編成及び装備の基準その他救急業務の処理に関し必要な事項は、政令で定める。</li> </ul>	<p>消防法35条の9 (政令への委任)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急隊の編成及び装備の基準その他救急業務の処理に関し必要な事項は、政令で定める。</li> </ul>		<p>消防組織法4条 (消防庁の所掌事務)</p> <p>消防庁は、次に掲げる事務をつかさどる。</p> <p>十七 救急業務の基準に関する事項</p>
政令	<p>消防法施行令44条1項 (救急隊の編成及び装備の基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急隊は、救急自動車1台及び救急隊員3人以上をもつて、又は航空機1機及び救急隊員2人以上をもつて編成しなければならない。</li> </ul>	<p>消防法施行令44条2項 (救急隊の編成及び装備の基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急自動車及び航空機には、傷病者を搬送するに適した設備を整えとともに、救急業務を実施するために必要な器具及び材料を備えなければならない。</li> </ul>	<p>消防法施行令44条3項 (救急隊の編成及び装備の基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急隊員は、総務省令で定める救急業務講習を修了した者、当該者と同等以上の学識経験を有する者として総務省令で定める者をもつて充てるようにしなければならない。</li> </ul>	
省令	<p>消防法施行規則50条 (救急隊の編成の特例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>傷病者を一の医療機関から他の医療機関へ搬送する場合であつて、これらの医療機関に勤務する医師、看護師、准看護師又は救急救命士が救急自動車に同乗している場合は救急隊員2人をもつて編成することができる。</li> </ul>		<p>消防法施行規則51条 (救急業務に関する講習)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急業務の総論、応急処置の基礎及び実技、傷病別応急処置等の合計135時間。(旧救急I課程)</li> </ul> <p>消防法施行規則51条の2 (救急業務に関する講習の課程を修了したものと同等以上の学識経験を有する者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急救命士</li> <li>消防庁長官が講習課程修了者と同等以上の学識経験を有すると認定した者</li> </ul>	
告示・通知	<p>救急業務実施基準6条 (救急隊の編成)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>消防長は、救急救命士及び救急科(250時間)修了者をもつて救急隊を編成するようつとめるものとする。</li> </ul> <p>消防力の整備指針 30条 (救急隊の隊員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急自動車及び救急用航空機に搭乗する救急隊の隊員のうち、1人以上は救急救命士とするものとする。</li> </ul>	<p>救急業務実施基準9条 (救急自動車の要件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急業務を実施するために必要な構造及び設備を有するものであること。</li> </ul> <p>救急業務実施基準11条 (救急自動車に備える資器材)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急自動車には、応急処置等に必要資器材等を備えるものとする。</li> </ul>	<p>救急隊員の行う応急処置等の基準5条2項、6条2項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急科(250時間)修了者は、応急処置に関し、拡大9項目を行うことが可能。</li> </ul>	<p>救急業務実施基準4章 (救急活動)</p> <p>救急事故の覚知で出動、傷病者等の取り扱い等</p> <p>救急隊の行う応急処置等の基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>応急処置の原則、応急処置の方法等</li> </ul>

# (参考)消火・救助・救急業務に関する規定

	消火	救助	救急
法律		<p>【隊の編成】消防法36条の2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総務省令で定める基準に従い、人命の救助を行うため必要な特別の救助器具を装備した消防隊を配置</li> </ul> <p>【活動基準】消防組織法4条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消防庁は、人命の救助に係る活動の基準に関する事務をつかさどる。</li> </ul>	<p>【隊の編成】消防法35条の9</p> <p>【装備基準】消防法35条の9</p> <p>【活動基準等】消防組織法4条</p>
政令			<p>【隊の編成】消防法施行令44条1項</p> <p>【装備基準】消防法施行令44条2項</p> <p>【隊員資格】消防法施行令44条3項</p>
省令		<p>【隊の編成】救助隊の編成、装備及び配置の基準を定める省令(救助省令)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救助隊は隊員5人以上で編成し、救助工作車等1台を備える。</li> </ul> <p>【装備基準】救助省令</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要な救助器具を備える。</li> </ul> <p>【隊員資格】救助省令</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急隊は人命の救助に関する専門的な教育を受けた隊員で編成する。</li> </ul>	<p>【隊の編成】消防法施行規則50条</p> <p>【隊員資格】消防法施行規則51条、51条の2</p>
告示・通知	<p>【隊の編成】消防力の整備指針29条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消防ポンプ自動車に搭乗する消防隊員は1台につき5人等</li> </ul>	<p>【隊の編成】消防力の整備指針31条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救助工作車に搭乗する隊員数は1台につき5人</li> </ul> <p>【活動基準】救助活動に関する基準4章</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救助調査、救助隊の出動、救助活動等について規定</li> </ul> <p>【隊員資格】救助活動に関する基準6条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救助隊員は、救助科を修了した者等をもって充てる</li> </ul>	<p>【隊の編成】救急業務実施基準 消防力の整備指針</p> <p>【装備基準】救急業務実施基準</p> <p>【隊員資格】救急隊員の行う応急処置等の基準</p> <p>【活動基準】救急業務実施基準 救急隊員の行う応急処置等の基準</p>

# (参考)救急隊員の行う応急処置等の基準(消防庁告示)

## 【応急処置の原則】

- 短時間に行うことができ、かつ効果をもたらすことが客観的に認められている処置であること。
- 複雑な検査を必要とすることなく、消防庁長官が定める装備資器材を用いて行う処置であること。

## 【観察等の例】

区分	方法
(二) 意識の状態	ア 傷病者の言動を観察する。 イ 呼びかけや皮膚の刺激に対する反応を調べる。 ウ 瞳孔の大きさ、左右差、変形の有無を調べる。 エ 懐中電灯等光に対する瞳孔反応を調べる。

その他、脈拍、呼吸、血圧、心音及び呼吸音、血中酸素飽和度の状態、心電図等について示されている。

## 【応急処置の方法】

区分	方法
(一) 意識、呼吸、循環の障害に対する処置	ア 気道確保 (ア) 口腔内の清拭 直接手指又は手指にガーゼを巻き、異物を口角部からかき出す。 (イ) 口腔内の吸引 口腔内にある血液や粘液等を吸引器を用いて吸引し除去する。 (ウ) 咽頭異物の除去 背部叩打法又はハイムリック法により咽頭異物を除去する。 (エ) 頭部後屈法又は下顎挙上法による気道確保 頭部後屈法又は下顎挙上法で気道を確保する。 (オ) エアウェイによる気道確保 気道確保を容易にするためエアウェイを挿入する。
	イ 人工呼吸 (ア) 呼吸吹き込み法による人工呼吸 次の方法により直接傷病者の口や鼻から呼吸を吹き込む。 a 口対口による人工呼吸 b 口対鼻による人工呼吸 c 口対ポケットマスクによる人工呼吸 (イ) 手動式人工呼吸器(マスクバック人工呼吸器)による人工呼吸 手動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う (ウ) 自動式人工呼吸器による人工呼吸 自動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う。 (エ) 用手人工呼吸 ジルベスター法変法又はアイブイ法等により人工呼吸を行う。
	ウ 胸骨圧迫心マッサージ 手を用いて胸骨をくり返し圧迫することにより心マッサージを行う。
	エ 除細動 自動体外式除細動器による除細動を行う。
	オ 酸素吸入 加湿流量計付酸素吸入装置その他の酸素吸入器による酸素吸入を行う。

その他、外出血の止血に関する処置、創傷、骨折に対する処置、体位、保温等について示されている。

菅野壽議員:

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、五分何秒、五・何分という平均搬送時間と言うことをさっ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はどなたが責任を負うんでしょうか。これは厚生省でしょうか。

政府委員(厚生省健康政策局長):

救急車の要請がございまして救急車が現場まで赴くのに大体五・七分、約六分かかる。それで患者さんを収容して病院まで搬送するまでの間がそれからまた七、八分かかりまして、全体で十数分かかる訳でございますけれども、その間に救急救命士が医師の指示の下に救急救命処置を行うことといたしておるわけでございますが、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ぐあい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ぐあい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ぐあいに考えておるところでございます。

※H3. 4. 12衆議院社会労働委員会にて同様の質疑有り。

## (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

救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について

平成20年9月19日  
総務省消防庁

# 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会 検討経緯

- 第1回 本年度の検討項目について  
救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について
- ・日時 平成20年7月25日(金) 13:30～15:30
  - ・場所 三田共用会議所
- 第2回 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について  
その他
- ・日時 平成20年9月4日(木) 10:00～12:00
  - ・場所 三番町共用会議所

# 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について(案)

## 1 調査対象期間

年内1ヶ月を予定

## 2 調査対象区域

東京消防庁管内で調整中

## 3 調査対象事案

調査期間中の全事案(転院搬送、不搬送事案を除く)

## 4 調査項目

① 事故種別

② 受入照会回数

③ 現場滞在時間

④ 受入に至らなかった理由とその件数

⑤ 傷病種別等(年齢、性別、既往症、傷病種別、傷病程度、傷病者の背景等)

## 5 詳細調査の内容

① ベッド満床→4区分(救急専用ベッド、集中治療室、一般病床、その他)

② 処置困難→4区分(設備・資器材不足、手術スタッフ不足、高次で対応すべき事案、その他)

③ 既往症

④ 傷病種別

⑤ 傷病者の背景→医学的背景10項目、社会的背景8項目

⑥ その他(時間帯、発生場所、収容先区分等)

## 6 その他

総務省消防庁、厚生労働省、東京消防庁、東京都福祉保健局、東京都医師会で連携して実施

# 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査用紙(案)

事案番号	事故種別	受入照会回数	現場滞在時間(分)	受入に至らなかった理由とその件数													
				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)	応答なし	理由不明その他
					1	2	3	4	1	2	3	4					
		救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他								
1																	
2																	

- ・火災
- ・交通
- ・一般
- ・急病

(プルダウンで入力: 以下PD)

- ・自然災害
- ・労働災害
- ・自損事故

- ・水難
- ・運動
- ・加害

・ICU、CCU  
NICU等が該当

・看護師等の  
コメディカルが該当

・高次医療機  
関で対応すべ  
き事案

・小児科医等、  
専門医不在  
は専門外へ  
・院内に医師  
が不在は医  
師不在へ

傷病種別等															
年齢	性別	既往症	傷病種別	傷病程度	傷病者の背景						時間帯	発生場所	収容先区分	産科・周産期	
					医学的背景			社会的背景							その他
					1	2	3	1	2	3					

・東京消防  
庁の区分

・10項目、3  
項目まで回  
答可(PD)  
次ページ参  
照

・8項目、3  
項目まで回  
答可(PD)  
次ページ参  
照

・覚知時間  
を2時間刻  
みで入力  
(PD)

・住居内  
・老健・介護  
施設等  
・その他  
(PD)

・3次  
・指定  
2次  
・以外  
(PD)

産科  
周産期  
(PD)

## 受入に至らない理由コード表

受入に至らない理由	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)	応答なし	理由不明その他
		救急専用ベッド	集中治療室	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他					
コード	A	B-1	B-2	B-3	B-4	C-1	C-2	C-3	C-4	D	E	F	G	H

※救急隊、医療機関双方に配布し、照会時に活用

## 傷病者背景

### (1) 医学的背景(3項目まで回答可)

精神疾患	認知症	中毒	吐血	透析	周産期	結核	開放性骨折	複数科目	CPA
------	-----	----	----	----	-----	----	-------	------	-----

### (2) 社会的背景(3項目まで回答可)

住所不定者	高齢者	老人福祉施設	一人暮らし	生計困難者	酩酊	外国人	過去に問題のあった傷病者
-------	-----	--------	-------	-------	----	-----	--------------

※上記項目に該当しない場合は、その他へ記入  
救急隊が傷病者背景を把握し記入(医療機関へは配布しない)

# 第1回作業部会議事録抜粋 (詳細調査に関する主な意見)

## 【詳細調査の目的に関する意見】

- 調査の目的は、地域の救急医療現場の状況を改善することが最終目的ではないか。
- 救急搬送がうまくいくように医療機関との情報連携をうまくしたいのであれば、どこかの病院が何と言って断ったか統計をとればいいのか。
- 断った患者さんのデータを整理できるかというのは、将来いい病院にしていくために大事なことではないか。

## 【調査の時期、手法等に関する意見】

- 救急の場合、曜日によるゆがみというのが当然発生するため、年末年始、ゴールデンウィークを挟まない1ヶ月程度の調査が妥当ではないか。
- 都市部1ヶ所と地方の消防本部1ヶ所でやってみて、どのようになるか考えてから全体に広めるというのはどうか。
- 医療機関側の話であるので、厚生労働省から各医療機関に調査を行うこと、断る理由を端的に回答するよう周知するとスムーズにいくのではないか。
- 共通言語ではないが、表を作成してみてもどうか。
- 事務局とお話させていただきたいが、一気に全国調査というより、どこか2ヶ所くらい、例えば東京がひと肌脱いでどうか。前段のことをやってみて、一気にやっても去年と同じになるのではないか。
- 暗号マトリックスがお互いにあるってそれを使ってはどうか。
- マトリックスをつくるプロセスで地域の医師会と議論した方がいいと思われる。

## 【その他】

- 根掘り葉掘り、病院の運営を聞きたてるというのは、地域的ななかなかむずかしい。
- 新たな調査項目で細部にわたることは、非常にいいと思う。
- 当直医の力量ということがある。専門外が来たとき、受けてくれる先生もいるが、クレームをつけられたりすることが多く、「手が離せない」、「病棟で患者が急変」とかいろいろな理由で断る。力量を超えている患者だと厳しいというか、本音を言えないところがある。
- 病院が忙しいのは冬場、インフルエンザが流行するとベッドが残り2床、1床となってきたとき、長くなりそうな患者は何か理由をつけて断ることがある。
- 透析をやっている患者が何かおかしくなったとき、精神異常の薬物中毒、薬物中毒はないが精神病、過去に院内で暴力、未払い、異常行動をとる認知症、浮浪者などが医師、看護師が嫌がる。これらのことをあからさまに言うか、違う理由で断るかだと思う。真の理由がこの調査から出てくるのだろうか。
- 医療機関が断るわけで、その状況に関して「断っているあなたたちも知っていてね」ぐらいないといけない。少しまともなデータを得るには、今までと同じでは得られない。

## 第2回作業部会議事録抜粋

### 【詳細調査の周知に関する意見】

- 病院側に負荷はかからないが、「詳細調査を実施するためお願いします」程度は医師会に言っておいた方がよいのではないかと。
- 受入に至らなかった理由などについて分析的なことをやっていることを先生方の知らせるのが紳士的ではないか。
- 依頼について、文書として通知は残すべきではないか。
- 調査前の病院内で、ある程度説明しておかないと難しい。

### 【調査項目等に関する意見】

- 産科・周産期で断る場合の大きな要素として、産科が断るが、NICUが足りないという場合もある。この場合、集中治療室というくくりで実施した場合、その部分がわからなくなる。
- 11回以上の事案を集める根拠が不明確。11回以上の事案に限ると数件しか集まらないのではないかと。
- 11回以上では集計が不可能ではないか。
- 今回はパイロットスタディーということで実施、2回以上か3回以上とか、負担が大きければ調査期間を2週間とかでどうか。

### 【公表に関する意見】

- 一番断りやすい理由は、ベッド満床ではないか。専門医がいないと言うと、救急病院に指定されているだろうという話になる。ベッドが実際は余っているのに、ないということがひとり歩きすることが心配。
- この調査の結果、医療機関側の断りの理由と、傷病者の背景がリンクしているとしてとるのか、あくまでも参考情報として、選定困難な状況・背景が多いんだよということで見ると、傷病者の背景を公にしていけるのか問題になるのではないかと。

### 【その他】

- 2次病院は規模の小さいところが多いが、救急専用病床はあっていないようなものであって、完全に対応できるベッドがないところを満床とは言わない。「すみません、ベッドがないですね」というときには、酸素が使えるベッドがないとか、不穏状態になる患者さんに対応するベッドがないとか、幾つかの要因を考えて、その患者には対応するベッドがないときに、ベッドがないと答えますから、救急隊が分類できるのだろうか。
- 当直医が科目外で対応できなかつたり、自分の手に負えないと思ったら、いろいろなことを言うが、本当の理由と違うかもしれないが、しょうがないのではないかと。
- 病院側としては、傷病者の背景を聞いて、背景を理由に断ることは多分言わない。選定困難事例を収集するし、何がキーワードになっているか分析すると、提示された背景が出てくる。
- 実際、現場の救急隊員が悩むのではないかと。

# トリアージ作業部会報告資料

平成20年9月19日  
総務省消防庁

# 平成20年度トリアージ作業部会検討議事録抜粋

## 第1回トリアージ作業部会 平成20年7月28日開催

- 第1回作業部会では、平成20年度第1回救急業務高度化推進検討会で検討されたトリアージ作業部会の検討事項について説明を行うとともに、以下の検討が行われた。
  - ・ 制度設計のあり方について検討が行われ、次いで、トリアージプロトコルの精度向上のため札幌市・仙台市・川崎市
  - ・ 京都市消防局において119番通報時のトリアージ実証検証を行うことが承認された。指令員がトリアージする際に使用するチェックリストを作成し、第2回作業部会に提示することとした。

## 第2回トリアージ作業部会 平成20年8月20日開催

- 実証検証
  - ・ プロトコル上の色で塗られた「赤」、「黄」、「緑」のカテゴリーの順に判断していくことになる。さらに、「緑」の部分は非常に難しいものがあり主訴、通報内容から分類していく。
  - ・ 外傷に関してはキーワードをきちんと聞き取り、「赤」、「黄」、「緑」の分類をしていく。
  - ・ 指令員が使用するチェックリストについては、実証検証する消防機関と調整し訓練も踏まえながら修正していく。（実際の部隊運用は行わない。）
  - ・ 検証は消防機関で指令員に対して教育を行い、1箇月のデータを収集する。
  - ・ 指令員が行ったトリアージと救急隊員が行った観察結果と搬送先医療機関の医師の重症度判断を比較検討し、分析を行う予定。
- 法的課題  
今後の方向性を考察する観点から以下3点の課題を抽出した。
  - ① トリアージの基準そのものについての問題（法的責任）
    - ・ 法的責任は、だれにどのようなものが発生し得るのか、適正なトリアージ基準とはどのようなものか、アンダートリアージを防止するためにはどうすればよいか。
  - ② トリアージを実施するか否かの問題（地域性による許容範囲の検討）
    - ・ どの程度の切迫した状況であればトリアージの実施が法的に正当化されるか。
    - ・ 救急医療体制そのものが地域によって若干違うため、法的にどの程度許されるのか。
  - ③ 実施体制の組み方、あり方についての問題
    - ・ 指令員の指導監督、地域ごとのトリアージの採用、不採用、あるいはモードの移行時期等、各地域ごとに決定していくこととなるため、どこで誰が責任を持って決めるのか、誰がどういう仕組みで検討、検証するのか。

## 平成20年度トリアージ作業部会検討議事録抜粋

### ○ 制度設計

- ・ プロトコルで示した緊急度「赤」「黄」「緑」が何を意味しており、それぞれどのような対応をすべきか考えていく必要がある。
- ・ 現在検討会で審議しているのは、119番通報段階のトリアージであり、赤と黄色が基本的には救急車対応と考えられる。
- ・ 赤に関しては、心肺機能停止の可能性があったり、ショックがある等、一刻も早い現場での対応が必要である。
- ・ 黄色の中には、急性心筋梗塞の疑い、脳卒中の疑い、吐下血等バイタルがよくても緊急性が高い疾患は早めに見つけ出すことが重要。
- ・ 黄色の下半分は、救急車（1時間以内）で運ぶことが妥当だと考えられるが、この部分を119番通報時に見つけるのは医学的知識等が必要となり困難である。
- ・ 現在の対応では、①「赤」では最迅速対応あるいはファーストレスポnderを出場させる、②「黄」は、普通の救急対応、③「緑」は場合によっては時間差の出場を行う、又は救急相談センターの対応となる。
- ・ 理論的には3つの分類に分けることは可能。実際は「赤」を見つけ出すのは可能、「黄」のうち特に重症の者を見つけるのは可能。「黄」と「緑」の境を見いだすのは医学的な訓練や経験を積まないと困難。
- ・ 現場の運用としては、緊急度が「赤」を見つけ出すことが原則。緑でも対応がしやすいという特殊なものが幾つかあり緑の中で特別に見つけやすいものは見つけて、「緑」を考えるということが現状では可能。
- ・ 現在の運用を考える上で、黄と緑の線が引けるのか否か、どの程度の訓練が必要かということを検証し、その上で運用を考えなければいけない。

# 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

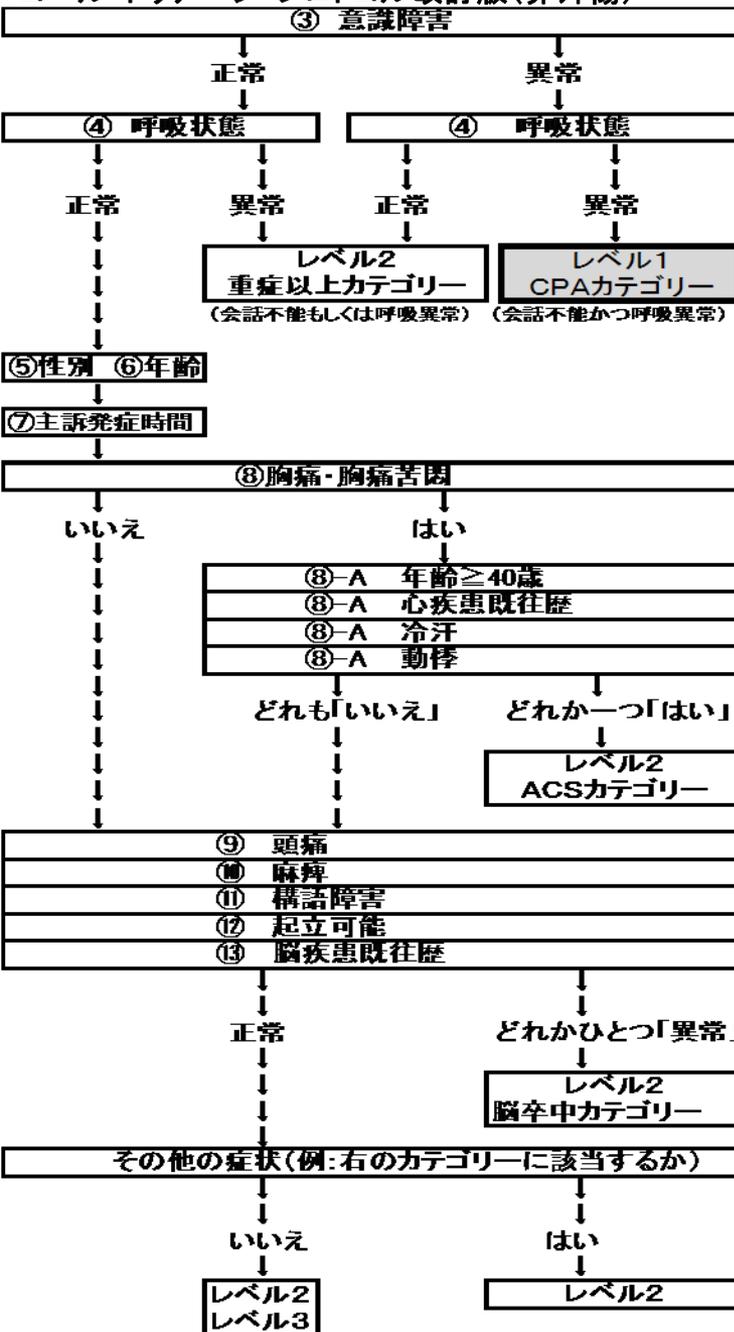
↓  
**外傷プロトコル**

↓  
**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			

2008.9.11 draft-Version 4.1

コール・トリアージ・プロトコル改訂版(非外傷)



「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
	反応がない	起きない	意識が遠のく	泡を吹いている
	意識状態が悪い	意識を失った	昏睡状態	

「いびき」	いびきをかいて	いびき呼吸	うなっている
-------	---------	-------	--------

「窒息」	のどをつまらせた	気管に入った	
------	----------	--------	--

「呼吸異常」	呼吸が苦しい	息が苦しい	呼吸(状態)が悪い	息苦しい	息が荒い
	呼吸の苦しき	呼吸が浅く苦しそう	呼吸困難	過呼吸で苦しそう	肩で息してる
	息が荒く苦しそう	息が出来ない	呼吸が早い	肺炎	

「胸痛」	胸が痛い	胸の痛み	胸部の痛み	心臓が痛い	心窩部痛
	胸が苦しい	胸苦しい	胸の苦しみ	心臓が苦しい	心臓発作
「胸部苦悶」	心臓の具合が悪い		心臓が締めつけられる		

「心疾患既往」	狭心症	バイパス	二口	ペースメーカー	心不全
「汗」	冷や汗	発汗	汗をかいている		
「動悸」	動悸	頻脈	不整脈	どきどきする	

「頭痛」	頭が痛い	頭の痛み	後頭部痛	前頭部痛	頭部の痛み
「麻痺」	半身麻痺	半身の痺れ	片側上下肢の脱力		
「構語障害」	ろれつが回らない	言葉がもつれる	言語障害		
「立てない」	立てない	動けない	歩けない	起き上がれない	

- 薬物中毒
- 喀血
- ショック
- 尿疾患
- 産科
- 吐血・下血
- 顔面蒼白・冷汗
- 人工透析
- 尿・便失禁

非外傷用紙

指令員(アルファベット)<sup>f1.1</sup>

/f1.2

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	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			主訴コード f4
通報者 f5	1 本人 本人以外 [3 家族 4 警察官 5 通行人 6 不明 7 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 2いいえ
------------------------	----------

①の回答に、キーワードが含まれなかった場合	
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 5指令員判断 (c2.0 理由 )

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 2.7指令員判断 (c3.0 理由 )				
⑤	CPR 口頭指導	CPR 口頭指導 (質問③で“いいえ” +死前期呼吸)	口頭指導	⑤

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また、いつ起こりましたか？ c6	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 4患者拒否 5指令員判断 (c70.0 理由 )
-------------------	--

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 5指令員判断 (c7.0 理由 )		
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 5指令員判断 (c70.0 理由 )
	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 5指令員判断 (c71.0 理由 )
	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 5指令員判断 (c72.0 理由 )
	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 5指令員判断 (c73.0 理由 )

⑨ 頭が痛いですか？ c8	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c8.0 理由 )
⑩ 体の片側が痺れませんか？ c80	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c80.0 理由 )
⑪ ろれつはまわりますか？ c81	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c81.0 理由 )
⑫ 立てますか？ c82	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c82.0 理由 )
⑬ 脳の持病はありますか？ c83	1はい 2いいえ 3不明 4患者拒否 5指令員判断 (c83.0 理由 )

その他 c9	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
--------	---

⑭通報者の協力状況 x	1協力的 2非協力的 3一方的切断 (x-1.0 理由 )
-------------	-------------------------------

緊急度レベル	1 それ以外(2,3)
--------	-------------

## 外傷用紙

指令員(アルファベット) f1.1

/f1.2

覚知・事案番号	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	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	主訴コード f4		
通報者 f5	1 本人 本人以外 [3 家族 4 警察官 5 通行人 6 不明 7 その他 (f5.0)]		

②今、直接患者をみることはできますか? c1	1 はい 2 いいえ
------------------------	------------

①の回答に、キーワードが含まれなかった場合	
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 5 指令員判断 (c2.0 理由)

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 2.7 指令員判断 (c3.0 理由)	
⑤	CPR 口頭指導
	CPR 口頭指導 (質問③で“いいえ” +死前期呼吸)
	口頭指導
	⑤

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また、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 3 不明 4 患者拒否 5 指令員判断 (c70.0 理由)
-------------------	--

因はなんですか? ⑧ 事故の状況を教えてください。または、怪我の原	分類 m1	1 交通 非交通 [3 一般 4 加害 5 労災 6 自損 7 運動 8 その他 (m1.0)]		
	受傷機転	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
		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	転倒 m13	1 階段 (m13.0) 段	
		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 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 落下物 7 飛来物 8 溺れる 9 機械 10 縊頸 11 衝突 12 その他 (m16.0)			

⑨どこ (どの部位・場所) をけがしていますか? m2	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 会陰部 11 四肢 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 18 指令員判断 (m2.1 理由)
-----------------------------	--

⑩どんな怪我をしていますか?どんな症状ですか? m3	出血 (1 中 2 止血済み) 軟部組織鈍的損傷 (3 打撲 4 擦り傷 5 ねんざ) 6 骨折 7 脱臼 8 剥脱創傷 9 切断 10 痺れ 11 アキレス腱 12 負傷 13 痛み程度 強 14 その他 (m3.0) 15 不明 16 患者拒否 17 指令員判断 (m3.1 理由)
----------------------------	---

⑪通報者の協力状況 x	1 協力的 2 非協力的 3 一方的切断 (x-1.0 理由)
-------------	---------------------------------

## 緊急度及び対応方法

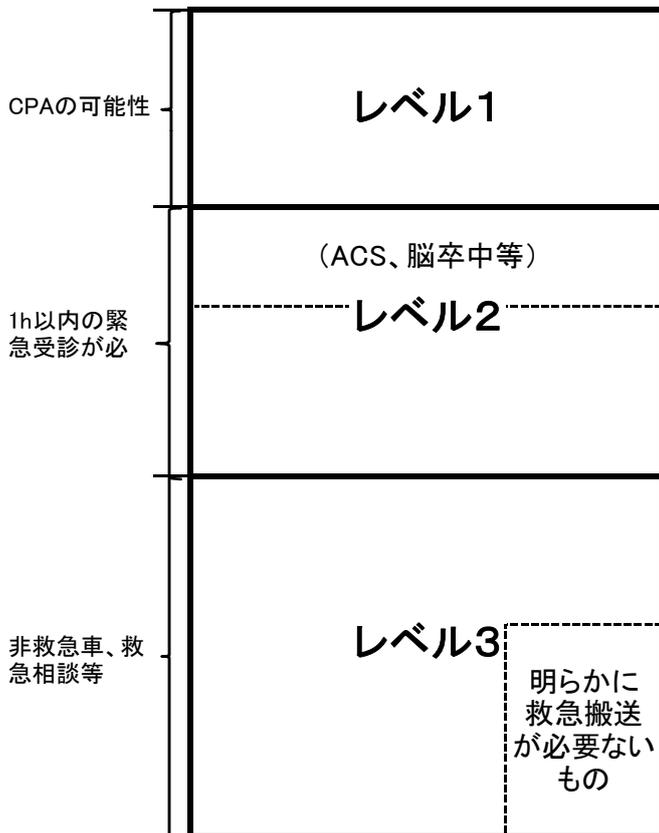
緊急度	対応方法
レベル1(一刻も早いCPR)	口頭指導 救急車+ポンプ、Dr.カー等
レベル2(緊急受診(1時間以内))	救急車
レベル3(早期受診(6時間以内) もしくは病院受診)	非救急車、救急相談等

119

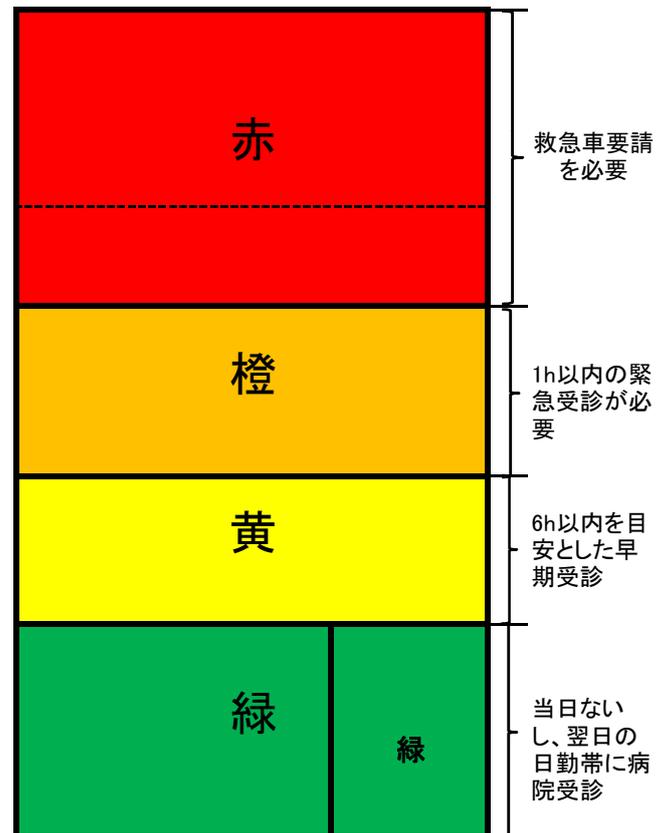
(救急要請)

#7119

(救急相談)



通信指令室がプロトコルに基づき短時間で行うトリアージ



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

「電話救急医療相談プロトコールー電話による傷病の緊急度・重症度評価のためにー」から抜粋

表1 緊急度カテゴリーと対応例

カテゴリー	全般(例)	痛み(例)	対応	相談者への説明(例)
「赤」カテゴリー	Aの障害、Bの障害(呼吸不全)、Cの障害(ショック)、意識障害、痙攣発作、大量出血、激痛など。	激痛(耐えられない)。 しばしば今までで最悪、経験したことのないような痛みで、痛みのためにその他の動作ができない。	119番への転送(「赤」対応)。	お話を聞きしましたところ、『今すぐ救急車で』病院に行かれたほうがいいと思います。119番に回しますのでそのままお待ちください。
「橙」カテゴリー	高熱(小児)、持続する嘔吐、強い痛みなど。	強い痛み(耐えられるが強烈な痛み)。 我慢すれば他の動作ができるが忘れることはできない。	救急車以外による緊急受診が必要(「橙」対応)。	お話を聞きしましたところ、『今すぐ』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。
「黄」カテゴリー	意識消失歴、はっきりしない病歴など。	痛み(何らかの痛みがある)。 痛みはあるが、他の動作が制限されていない。	救急車以外による早期受診が(6時間以内を目安とする)が必要(「黄」対応)。	お話を聞きしましたところ、『これから』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。
「緑」カテゴリー	微熱など。		緊急性は低い。救急車以外による当日ないしは翌日の日勤帯の病院受診を勧める。週末の場合には希望に応じて病院案内を行う(「緑」対応)。	お話を聞きしましたところ、『明日には(週末なら明後日も含む)』病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院か、かかりつけはありますか?→(病院紹介後)→〇〇病院をご紹介します(※)。

※ 東京都#7119における具体的な運用例は「Appendix1」を参照。

- |  |
|--|
| <p>①救急車要請を必要とする状態(「赤」カテゴリー)</p> <p>②救急車要請の必要はないと判断できるが、少なくとも1時間以内の緊急受診を必要とする状態(「橙」カテゴリー)</p> <p>③6時間以内を目安とした早期受診を必要とする状態(「黄」カテゴリー)</p> <p>④当日ないし翌日日勤帯の病院受診を必要とする状態(「緑」カテゴリー)</p> |
|--|

## 12 感冒

non-A

口語  
表現

「風邪をひいた」「咳や痰が出る」「だるい」「インフルエンザかも…」など

## Q7 主訴に関わる項目の確認（いつから、どの程度の期間、強さなど）

Q8 以下の項目に該当するか	はい	
1. 発熱（40℃以上）があり、ぐったりしていますか？	<input type="checkbox"/>	
2. （鼻づまり以外で）呼吸は苦しいですか？/息苦しいですか？	<input type="checkbox"/>	
3. 激しい頭痛はありますか？	<input type="checkbox"/>	
4. 首が固くなった感じ〔または〕首の痛みはありますか？（頸部強直）	<input type="checkbox"/>	→ 髄膜炎
5. 痙攣していますか？	<input type="checkbox"/>	
6. 喉が痛く、つばをまったく飲み込めませんか？	<input type="checkbox"/>	

Q9 以下の項目に該当するか	はい	選定科
1. 発熱（40℃未満）があり、ぐったりしていますか？	<input type="checkbox"/>	内科
2. 尿量が減ったり、尿の色が濃くなったりしていますか？（脱水徴候）	<input type="checkbox"/>	内科
3. 皮膚や唇が乾いていますか？（脱水徴候）	<input type="checkbox"/>	内科
4. 喉がとても渇きますか？（脱水徴候）	<input type="checkbox"/>	内科
5. 立ちくらみが起きましたか？（脱水徴候）	<input type="checkbox"/>	内科
6. 「大きな病気」（免疫不全を引き起こす基礎疾患：心疾患・肝臓病・糖尿病・ステロイド常用・癌・その他の感染症など）を治療中ですか？	<input type="checkbox"/>	内科（かかりつけ）
7. 発熱はありますか？〔かつ〕全身（体の広い範囲）が赤くなっていますか？〔または〕発疹（体が赤くなっていたり、蕁麻疹のようにブツブツが出ている）がありますか？	<input type="checkbox"/>	内科

-  14『発疹・蕁麻疹』  
 79『麻疹（はしか）』

Q10 以下の項目に該当するか	はい	選定科
1. 耳の奥の痛み（鼓膜の痛み）がありますか？	<input type="checkbox"/>	内科・耳鼻咽喉科
2. 鼻の痛み・鼻の周りや顔の痛みはありますか？	<input type="checkbox"/>	内科・耳鼻咽喉科
3. 激しい咳はありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
4. ごく最近、海外へ行きましたか？（海外渡航歴）	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
5. 喉の痛み・首のリンパ節周辺の痛みはありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）・耳鼻咽喉科

-  28『耳痛（耳漏）』  
 → 副鼻腔炎  
 1『呼吸困難』  
 15『咽頭痛』

Q11 以下の項目に該当するか	はい	選定科
1. 汚い痰、黄色～緑色の痰（膿性痰）はありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
2. 血が混じった痰（血痰）はありますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
3. 鼻汁は大量ですか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
4. ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）
5. 周囲に同じような症状の人がいますか？	<input type="checkbox"/>	内科（呼吸器内科）

Q12 以下の項目を再確認する	はい	
1. 高齢者（65歳以上）か？〔または〕小児（15歳以下）か？〔または〕妊婦か？	<input type="checkbox"/>	→ 選択した緊急度をさらに上げることを考慮する。または医師に助言を求める。
2. 歩行不能か？〔または〕移動手段をもたないか？	<input type="checkbox"/>	

上記のすべての項目に該当しない場合（適宜医師に助言を求める）  
現時点では緊急性はありません。ただし症状が悪化した場合、変わらず続く場合、他の症状が出現した場合には、診療所や病院への受診をお勧めします。



口頭指導

- 飲んだり食べたりできるなら、適温の水分（湯冷まし）などを少しずつ試す。
- 発熱がある場合、（頭部・頸部・腋窩・鼠径部などを）適度に冷やす。
- 周囲に拡散させないよう、マスクを着用する。
- 熱がさらに上がる場合は、早期の医療機関受診を勧める。



関連する  
プロトコール

1『呼吸困難』 7『頭痛』 13『発熱』 15『咽頭痛』