

## 第2回 メディカルコントロール作業部会 議 事 次 第

日時：平成20年9月12日(金)

10:00~12:00

場所：三番町共用会議所

### 1 報告事項

第1回メディカルコントロール作業部会議事録

### 2 議 事

(1) 救急業務における協議会のあり方について

(2) その他

### 【配布資料】

資料1 第1回メディカルコントロール作業部会議事録

資料2 第2回メディカルコントロール作業部会資料

資料3 横田座長提出資料

資料4 橋本委員提出資料

資料5 事務局提出資料  
(メディカルコントロール協議会実態調査結果)

## 第1回メディカルコントロール作業部会議事録

- I 日時 平成20年8月6日(水) 10時00分～12時00分
- II 場所 総務省 1001会議室
- III 出席者 赤松委員、熊田委員、鈴木委員、関委員、高橋委員、  
(代)伊川委員、橋本委員、平山委員、森野委員、八木委員、  
横田委員  
オブザーバー：田邊氏
- IV 次第
- 1 あいさつ
  - 2 委員紹介
  - 3 座長選出
  - 4 座長選出
  - 5 議題
    - (1) 平成19年度検討結果について
    - (2) 平成20年度検討項目について
      - ① メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大について
      - ② メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方について
    - (3) その他

## V 会議経過

事務局 定刻となりましたので、第1回メディカルコントロール作業部会を開催させていただきます。本日の司会は、救急企画室救急専門官、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。

まず、開催に当たりまして、消防庁審議官石井よりごあいさつさせていただきます。

挨拶 消防庁審議官を務めております石井でございます。どうかよろしくお申し上げます。委員の皆様方には、それぞれにご多忙な中、また非常に厳しい暑さの中本日の会議にお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

さて、消防機関が行います救急業務についてでございますけれども、平成3年に救急業務に従事する救急隊員の応急処置等の範囲が拡大されますとともに救急救命士制度が創設され、その後も救急救命士の処置範囲が順次拡大されてきたところでございます。こうした救急業務の高度化は、本日お集まりの皆様をはじ

め広く関係者のご尽力によりまして、消防機関と医療機関の連携のもとでメディカルコントロール体制が整備され、救急救命士を含む救急隊員が行います応急処置等の医学的な質の保障が図られてきたことによって実現されてきたものと認識しておるところでございます。消防庁といたしましては、今後とも救急業務の高度化を着実に推進していくために、メディカルコントロール体制のさらなる充実、強化が必要であると考えております。

こうした中、先般の報道にもございましたように、増田総務大臣から私どもに指示がございまして、円滑な救急搬送や受け入れの体制を構築するためには消防機関と医療機関の一層の連携強化が必要であることから、消防機関と医療機関が定期的に協議する仕組みについて法的な位置づけも含めて検討するようということもございました。本作業部会は、こうした大臣の指示を受けまして開催させていただくものでございます。委員の皆様には、本日の議事次第にも明記してございますが、「メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大について」が1点、また「メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方について」がもう一点、こうした大きな検討項目等に関しましてご議論いただきたいと考えてございます。どうかそれぞれのご専門の見地から活発なご意見を賜りますようお願い申し上げます。

以上でごあいさつとさせていただきます。何とぞよろしくお願い申し上げます。

事務局 次に各委員のご紹介を事務局よりさせていただきます。

**【委員紹介省略】**

続きまして座長の選出でございますが、事務局からのご提案といたしまして引き続き横田委員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

では、横田委員には席をご移動いただいた後にごあいさつをちょうだいしたいと思っております。よろしくお願いいいたします。

座長 皆さん、おはようございます。昨年度に引き続きまして、メディカルコントロール作業部会の委員長を仰せつかりました横田でございます。本年度もよろしくお願いいしたいと思います。

今回より新しく行政、法律に詳しい委員にもお入りいただきまして、メディカルコントロール作業部会の活性を図っていきたく思います。私個人的には救急医療のほうが専門でございまして、日常救急隊員、あるいは救急救命士の方々の病院前救護活動と非常に密にお仕事をしている関係もございまして、こういうところで業務をさせていただくことになりました。皆さんも、この委員会で円滑に討議できますようご協力のほどよろしくお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

事務局 では、横田座長に以降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 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。まず、事務局より資料の確認  
及び説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

事務局 資料を確認させていただきます。まず、一番上に座席表、議事次第と書かれた  
ものが1つ、資料1、資料2と右肩に打ちましたものがあります。そして、お手  
元には地図が載っているものがあるかと思います。左に「二次救急医療体制 北  
部8」、「メディカルコントロール協議会」という形で地図の資料が1セットです。

以上が事務局からご提示させていただいた資料でして、そのほかに2つセット  
の資料です。「メディカルコントロール体制のあり方 市立堺病院 副院長 横  
田順一朗」と銘打ちました資料が1つ、そしてもう一つ、「MC体制の将来像」  
という形でセットにされている資料ですが、この2つは横田委員よりご提出いた  
だいた参考資料です。参考資料としてご配付させていただいております。

座長 それでは、議事に入る前に、メディカルコントロール作業部会を公開、もしくは  
非公開いずれにするかということをご委員の方々にご審議いただきたいと思  
いますけれども、本検討委員会につきましては、昨年と同様に公開という形でよろ  
しゅうございますでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

異議がございませんので、公開という形にさせていただきたいと思います。

それでは、議事次第に従いまして議事を進行させていただきたいと思  
います。最初に、事務局より「平成19年度検討結果について」ということ  
でご説明をお願いしたいと思います。

事務局 ご説明させていただきます。

済みません、先ほどの資料確認の際にもう一つ重要な資料の確認をさせていた  
だくのを失念しておりましたが、お手元に緑色の冊子で「平成19年度救急業務  
高度化推進検討会報告書」というものをお配りさせていただいています。この前  
のほうから11ページ目のところに、メディカルコントロール作業部会というこ  
とでの概要をつけさせていただいています。後ろの方に、メディカルコント  
ロール作業部会報告書そのものが載っているという報告書構成になっています。

昨年度、平成19年度のメディカルコントロール作業部会ですが、横田先生に  
座長を務めていただきまして、特に救急救命士の再教育につきまして集中的にご  
議論いただき、作業部会の提言として一定の提言を取りまとめたという  
ところなんです。

救急救命士の再教育の実施につきましては、メディカルコントロール協議会の  
役割であるということをご改めて整理した上で、メディカルコントロール体制が存  
在している、メディカルコントロール体制下でどのように再教育プログラムがあ

るべきかということをご議論いただきまして、再教育につきましては2年間で128時間以上ということが言われてきたわけですが、再教育の一環として位置づけられております病院実習について、最低2年間に実質48時間程度を充てなければならないということをご具体的に示していただいたところです。

そして、救急救命士の再教育に係る病院実習の手引といたしまして、お手元の資料の後方になりますけれども、オレンジ色で仕切りをしましたものの2つ目ですが、メディカルコントロール作業部会報告書の中にありますとおり、救急救命士の再教育に係る病院実習の手引も含めてご提示、取りまとめいただいたというのが昨年度いただいた成果です。このプログラムにつきましては、現在厚生労働省のほうと調整中でして、調整が終わり次第厚生労働省とあわせて通知させていただく方向になるかと考えているところです。

以上でございます。

座長

救急業務高度化推進検討会報告書、とりわけ昨年度活動しました本作業部会の内容をご説明いただきましたが、委員の半数の方々と一緒に討議してつくった経緯がございますが、新たに委員になられた方々を含めましてご質問はございませんでしょうか。

昨年度は2年間128時間という病院実習の内容をもっと詰めて、もう少し実りのある具体的な再教育がつかれないかということで検討を重ねて、こういう形で提案させていただいた次第です。再教育についてメディカルコントロール体制の中できちっとした形で質を保障していきましょうということで、1つの作業を終えたということをご理解いただきたいと思います。

それでは、次の項目に入りますけれども、当部会の平成20年度の検討項目につきまして事務局のほうから説明いただきたいと思いますけれども、よろしくお願ひします。

事務局

「平成20年度検討項目について」に入る最初といたしまして、お手元に資料1をご準備いただければと思います。資料1が「平成20年度第1回救急業務高度化推進検討会資料」です。

1枚おめくりいただきまして1ページ目です。メディカルコントロール作業部会というのが真ん中の下段のほうに位置しておりますが、メディカルコントロール作業部会、当会は平成20年度救急業務高度化推進検討会を親会といたしまして、その作業部会として位置しているものです。平成20年度救急業務高度化推進検討会は、5月23日に今年度既に開催されておまして、山本座長のもと検討会が動き始めたというところです。

そして、資料1の10ページです。救急業務高度化推進検討会の中で、メディカルコントロール作業部会の検討項目として4点が議論されたということになります。メディカルコントロール作業部会検討項目の1つ目として「メディカル

コントロール協議会の所掌事務の拡大」、2つ目として「メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方」。この2つは、本日の議事の中に位置づけしております。

そして3つ目として、「救急業務の法的位置付けの見直し」。4つ目として「救急業務をめぐる法的リスクの問題」、メディカルコントロール協議会が策定したプロトコルに従った救急救命処置により損害が発生した場合の責任、救急搬送における医療機関選定の妥当性を問われた場合の責任等という形で4項目が挙げられているところです。本日は主に1点目、2点目をご議論いただければと思っています。

そして、11ページ。「メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大」という資料になります。この辺は後ほど資料2のほうでもご説明させていただきますが、現在のメディカルコントロール体制とは、メディカルコントロール協議会において協議されながら、医師の指示、指導・助言体制、再教育体制の整備、事後検証の実施といった形で、医学的観点から救急活動の質を保障する役割を担ってきたところです。

しかし、追加的な協議事項として、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、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といった、円滑な救急搬送体制を確保するための役割ということも協議事項、メディカルコントロール協議会の役割としてあるのではないかとということが議論されたところです。

この内容そのものは、今お配りしております昨年度の緑色の救急業務高度化推進検討会の報告書の中でも既に提示されているところです。「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」ということで、メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大ですとか、法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないかという協議が昨年度から行われているところです。

そして12ページ目は、救急救命士、救急隊が行える救急救命処置等についてまとめたものです。救急隊が実施可能な処置ということでブルーのラインが行われておりまして、赤いラインで救急救命士が実施可能な処置の範囲を提示させていただいています。その中でも、医師の具体的指示が要る特定行為の部分と分かれるということを明示させたものになります。

左下ですが、救急隊員が行う救急業務は、「傷病者のうち、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、救急隊によって、医療機関その他の場所に搬送すること」というのが大前提としてある中で、「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」ということでの根拠となる法的なところ等を説明として挙げさせていただいているペーパーになります。

メディカルコントロールに関する資料としてご提示させていただいたものは12ページまでです。14ページが、5月23日に開催されました検討会の中で出た意見をまとめさせていただいたものです。どういった意見が親会で出たかということになりますが、親会の中ではぜひメディカルコントロール作業部会を設置してさらなる検討をお願いしたいという意見がございました。

そして、丸の2つ目ですが、メディカルコントロール協議会の位置づけを通知でいつまでも行っていくのは非常に問題があると。通知では法的性格が非常にあいまいであり、これをまずはっきりと法的に位置づけて、リスクの問題も考えていくべきではないかということが意見としてあったところです。

そして、3つ目の丸ですが、救急隊員の本来業務の中に心肺蘇生やAEDの使用等を入れて、法的に緊急避難ではなく業務ということで整理するのか、あくまで事故があった場合には緊急避難ということで整理するのかどちらかなのかという意見があったということです。

そして、丸の4点目ですが、全国的にどのくらいの事例が事後検証で行われているのか調査すれば、医療機関との連携、メディカルコントロール協議会でどこまで事後検証をしているのかが見えてくるのではないかとということが意見としてありました。

そして、5点目ですが、救急搬送のあり方は、地域における医療資源をどのように使って、救急がどうやって連携していくかという話だと。こういったコーディネートは今までなかなかされてきていなかったということですので、メディカルコントロール協議会できちんと追加的な協議事項として実施していただければということが意見として出たところです。

以上が救急業務高度化推進検討会で出されました主な意見のご紹介です。

以上です。

座長           ありがとうございます。

本年度の検討項目の内容として、先に行われました親会議であります救急業務高度化推進検討会でのメディカルコントロール作業部会に対する検討項目の概要を説明していただきました。最後の14ページがおそらく検討したらどうだということのサマリーだとは思いますが。今の平成20年度第1回救急業務高度化推進検討会の資料につきまして、ご確認、あるいはご質問はございませんでしょうか。どうぞ。

委員           最後の14ページの丸の3ですけれども、緊急避難で理論構成するというお話なのですが、ありますね、14ページ。

私の持論ですが、要は救急救命士をつくったときに医師法の17条と20条の壁をあえて無視したというか、そういう議論があるにもかかわらず国会でそのことについては先送りして通した経緯があって、当時の議事録を見ると、救急救命

士も含めて救急隊員が行う行為は、あくまで消防第2条9項にあるとおりの応急手当、あるいは応急処置である。でも、それは医療行為ですかという質問に対しては、医療行為とは一切答えていない。それが結局ネックになって、どう考えても気管挿管なんて医療行為ですけども、応急処置として処理されている。

そのままにされたまま、高度化などの議論が出ているから、確かに丸の3のような解決方法か、あるいは私が以前から主張しているように、指導医と現場救急救命士が一体になった大きな人間を擬制して解決しないとできないようになっていっているので、そこを解決しないとこの問題はずっと引き続いて出てくるのではないかと懸念しています。例えば高度化の議論でも、MC協議会の法制化の議論しても結局ここがネックになって前に進まないところがあると思われま。この課題も実はこの作業部会のレベルじゃなくてもっと高い親会のレベルでご議論いただきたいかつてから思っているのですけれども。

座長

ありがとうございます。

まさしく、後で議論を進めていく中で今橋本委員がおっしゃったような問題にもかかわってくるが多々あると思います。その議論は先生、最後の討議の中で引き続きお話しさせていただくということでよろしゅうございますでしょうか。

そのほか、救急業務高度化推進検討会の資料につきましてご質問はございませんでしょうか。

それでは本日、救急業務高度化推進検討会から検討項目として挙げられております具体的な項目について説明していきたいと思っておりますけれども、「(2)平成20年度検討項目について」の①、②も一緒にご説明していただけますでしょうか。事務局、よろしくお願いします。

事務局

事務局よりご説明します。お手元に資料2と右肩に打たれています「平成20年度第1回メディカルコントロール作業部会」という資料をご準備ください。よろしくお願いたします。

1ページ目から3ページ目までご説明します。1ページ目は「救急業務について」ということで、これまでの救急業務の流れを表にしたものです。昭和38年消防法改正、施行は昭和39年ですが、先ほどから話に上がっております第2条第9項が制定されることによって、救急業務が位置づけられたということになります。その後、消防法の改正によりまして事故以外の急病人へも対応が可能となりまして、応急手当の明文化もされたと。そして、救急救命士法の制定が平成3年になされたということです。

そして、告示・通知関係のほうは、救急業務実施基準が制定されまして、ハードと申し上げていいかと思いますが、救急隊の編成や救急自動車に備える器具等が示されました。そして、救急隊員が行う応急処置等の基準が消防庁告示で示さ

れまして、応急処置の原則、応急処置の観察、方法等が示されています。この基本骨格によって、現在においても救急業務が運営されているということになります。

そして平成3年には、救急隊員の行う応急処置等の基準が改正されまして、拡大9項目と言われますけれども、9項目が拡大されたと。そして、「救急業務の高度化の推進について」という平成13年の救急救助課長通知によりまして、メディカルコントロール体制の整備、メディカルコントロール協議会が通知上出てまいります。この説明は3ページのほうでさせていただきます。

そして、平成13年に、一段上の救急救助課長通知とセットですが、厚生労働省のほうからもあわせて「病院前救護体制の確立について」という通知が出ております。その中で、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についてうたわれているところでございます。

そして、平成15年、16年、18年には、それぞれ救急救命士の除細動、気管挿管、薬剤投与が実施可能になったという流れです。

2ページです。では、メディカルコントロール体制がどうだったのかという概要ですが、メディカルコントロール体制はメディカルコントロール協議会によってその体制が構築されておりまして、メディカルコントロール協議会の構成員としては、消防機関、救急救命センター等の医師、医師会等、都道府県、この中には消防防災部局、衛生主管部局がどちらも入りますが、こういった構成メンバーによる協議会で体制の構築がなされているところでございます。

そして、メディカルコントロール体制の中では、医学的観点から救急活動の質を保障するという役割が担われておりまして、プロトコルの策定、医師の指示、指導・助言体制、事後検証の実施、再教育体制の整備という一連の流れの中で、救急業務の質の保障、向上が行われているところでございます。この辺は各先生方ご存じのところだと思いますが、こういう体制下において救急活動の質が医学的観点から保障されているところでございます。

そして、3ページ目です。救急業務の高度化に関してましては、平成13年7月に救急救助課長通知が出て、この通知の中で初めて協議会の役割が規定されているところでございます。通知の中には、「メディカルコントロール協議会の担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと」ということがメディカルコントロール協議会の役割として明文化されています。

そして、メディカルコントロール協議会の協議事項ですが、先ほどの2ページ目の内容も含むわけですが、例えば3ポツ目からごらんいただければと思いま

す。最初の平成13年の通知の中では、「地域における救命効果など地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証」という形で、救急の搬送体制についても協議してはどうかと協議事項としてもともと入っていたところです。しかしながら、現時点といたしましては、2ページ目にありますような救急活動の質の保障というのが、現状としては最もメディカルコントロール協議会の中では議論されているものと認識しているところです。

4ページ目から9ページ目までをセットでご説明します。各地域においてどの程度ばらつきがあるのかというものをお示しした資料になります。

4ページ目は、平成17年ウツタイン様式調査ということで、消防庁のほうで調べました心原性でかつ市民等による目撃があった心肺停止傷病者について、その1カ月後の生存率を調べたものになります。数自体がそこまで多いものではないので、このパーセンテージそのものをもって非常に詳細部分までを言うものではありませんで、全国の1カ月後生存率を並べてみますと、まだまだ非常にばらつきがあるということをお示しさせております。底上げ、質の向上がまだまだ必要なのではないかという認識のもとでご提示させていただいたペーパーになります。

5ページ、6ページ、7ページは、右肩にございますように「メディカルコントロールの実態と評価に関する研究」という厚生労働科学研究のほうから抜粋させていただいたものになります。これは横田座長も入られていらっしゃる研究になります。

成果の評価ということですが、メディカルコントロール別にVF、pulseless VTを対象といたしました1カ月の生存率を並べたものになります。全体の平均といたしましては18.1%、メディカルコントロールごとの平均としては18.8ということになります。そして、メディカルコントロールの数の頭から後ろまでずっと真ん中の値をとると14.6%ということになりますが、例えば東京のメディカルコントロールにおける1カ月生存率ですと15.2、堺におきますと12.5といった形のデータになっていると。0%のメディカルコントロールの地域もあるということでの資料です。こちらも100%から0%まで大変ばらつきが大きいということをあらかず資料になるかと思えます。

6ページは搬送件数規模に別に見たメディカルコントロールとVFに対する除細動の実施率です。一番下の軸が搬送件数になっていまして、搬送件数が多ければ多いほどばらつきは少ないものになっていますが、搬送件数が少ないところにご注目いただければと思いますけれども、VFに対する除細動の実施率に非常にばらつきが出てまいります。0%のところもございますし20%のところもあります。非常に搬送件数が少ないところでは、医学的な観点から見たときの質が実施自体にもばらつきとしてあらわれてくるということが示されている資料にな

ります。

7ページは搬送件数規模で見た各メディカルコントロールと除細動実施時間の関係です。6ページと同様で、搬送件数が非常に多いところではさほどばらつきはない。しかし、搬送件数が少ないところでは除細動の実施時間に非常に差がある。1,000秒を超えての実施時間も出てくるということで、まだまだ全国的、オールジャパンで見た場合にはばらつきがある地区があるということでの資料です。

8ページ目は「小児医療に関する行政評価・監視<評価・監視結果に基づく勧告>」で、総務省のほうから出された状況調査の結果を表にしたものです。こちらは、同じ総務省ですが、消防庁ではなく総務省として行政施策の評価・監視を行った結果ということで出されたものですが、地域によって非常にばらばらであるということが提示されたところです。

何がばらばらかと申しますと、救急救命士が行う処置の業務プロトコルの適応年齢に差があるのではないかとということでの結果です。薬剤投与につきましては、国の示した適応年齢が8歳以上ということになっていましたが、一部地域の中でのプロトコルの実態といたしましては、国と同じ目安が73%ですが、異なる目安が23%、未設定が5%あると。

異なる目安というのは、基本的にそれぞれの項目がそうですけれども、年齢が若いところでは難しいということで、8歳よりも上の年齢、あるいはより上の体重という形での設定をされているところがあるという結果でした。除細動、気管挿管、静脈路確保についても、全国的に統一ではないことが結果として出されたということです。このばらつきをどう見るかということからは、少なくとも一定の質を担保するという観点からしますと、最低限ここまではという質の均一化、質の向上、底上げは必要ではないかということの指摘になると思います。

9ページ目。昨年救急搬送における医療機関の受け入れ状況等の実態調査を消防庁のほうで行っています。これは平成20年3月に公表したものになります。重症以上の傷病者に関して集計を行った結果ですが、重症以上の傷病者について照会回数、病院に当たった回数が4回以上の事案が、全国平均としては3.9%あったと。その割合が全国平均3.9%を上回る都道府県に色をつけた図になります。全国的に照会回数にもばらつきがあるということを示した資料になります。もちろん、それぞれ都市部である状況といったような背景、風景はあるかと思いますが、ばらつきがあるということは言えるかと思いますが。

10ページ以降は先ほどのトーンからは変わった資料になりますが、10ページ目は全国メディカルコントロール協議会連絡会を設置したということの資料になります。全国的に質の底上げを図るべくメディカルコントロール協議会連絡会というのを設置しています。

設置目的ですけれども、関係機関と協力・連携し、全国のメディカルコントロール協議会の質の底上げや全国的なメディカルコントロール体制の充実強化を目的といたしまして、全国の関係者に対し情報提供と議論の場を設けるため、全国メディカルコントロール協議会連絡会というものを消防庁で立ち上げています。関係者が一堂に会して情報公開するという場の設定です。

開催実績としましては、平成19年5月18日に第1回を開催して、6月6日に改めて平成20年度の第1回を開催しております。委員の先生方の中にもメディカルコントロール協議会連絡会に対してもご参画、ご協力いただいているところ です。

下の枠囲み【参考】ですが、メディカルコントロール協議会の現在の設置はどうかという参考資料ですが、都道府県メディカルコントロール協議会は全都道府県に設置されているところです。地域メディカルコントロール協議会は248です。

ただし、注釈のとおり、都道府県メディカルコントロール協議会が地域メディカルコントロール協議会を兼ねている都道府県が8あります。ですので、総数ということになると287の協議会が既に日本においてあるということになります。メディカルコントロール協議会自体は通知などで位置づけられているものですが、現時点でも287のメディカルコントロール協議会が動いているということになります。

11ページです。この部会の中での議論として非常に重要な位置を占める内容ですが、「メディカルコントロール協議会の法的位置付けを求める主な意見」としてまとめております。

第1回救急業務高度化推進検討会（平成20年5月23日）。先ほど資料1のほうでご説明しました、救急業務高度化推進検討会の中でも、構成員の主な意見といたしまして、メディカルコントロール協議会の位置づけを通知でいつまでも行っていくのは非常に問題がある。通知では法的性格が非常にあいまいであるがゆえに、まず法的にきちんと協議会の位置づけをして、リスクの問題についても議論すべきだと。こういったきちんとした段階的な法整備をしていかなければ、医療過誤と同じように何か事故が起こった際に大きな問題になって、本来非常にいい制度であったメディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会につきまして、法的に不備と申し上げていいのかどうか分かりませんが、法的な問題によって国民に非難されるような形になってはまずい。そういった事態は回避すべきであるというご発言をいただいたところです。

そして、下の段の説明です。第3回全国メディカルコントロール協議会連絡会は平成20年1月25日に開催しましたが、その発表の中から抜粋したものです。

発表者が行ったアンケート調査によりますと、丸の1つ目ですが、「協議会の法的位置付けが必要であるか」という問いに対しまして、地域メディカルコントロール協議会としまして、「すべての地域メディカルコントロールで法令での位置付けが必要だ」という回答が返ってきた。これはあくまで発表者が行った地域でのアンケート調査結果ですが、すべての地域メディカルコントロール協議会のほうから法令での位置づけが必要だという回答があったと。一方、都道府県メディカルコントロール協議会のほうからは、法的位置づけに関しては見解が分かれる結果であったというご報告があったところです。

丸の2つ目ですが、「明確な法的位置付けがないために、運営等で苦勞している点がありますか」という問いに対して、地域のほうでは予算措置が苦しい、医療機関の協力を仰ぐのが難しいといった意見があった。そして、都道府県のほうでは、メディカルコントロールの役割が非常に不明確である、決議事項の拘束力や責任の所在が不明確であるといったご意見があったと。

丸の3つ目ですが、「仮に法的位置付けがされた場合に、担うべき、期待すべき役割はどうか」という問いに対しましては、地域の協議会からは消防と医療機関の連携強化、特に受け入れ体制の部分について期待したい、むしろ搬送、受け入れのほうだという意見があった。都道府県の協議会のほうからは、救急救命士等の質の保障の部分の強化が必要だというご意見があったということでした。

そして、その他ですが、地域メディカルコントロール協議会からは、地域差解消のためにぜひとも法的位置づけを期待したいと。都道府県の協議会のほうからは、現行の救急救命士法、いわゆる救命士の質の保障的な部分を越えたメディカルコントロール体制の構築を仮に目指すのであれば、現在の消防関連の法との調整も必要ではないか、あるいはメディカルコントロール協議会を法令に位置づけを行う場合には、メディカルコントロール協議会の役割をもっと明確にした上でそういったものを検討すべきではないか、そして、病院前救護の質を担保する強制力を与えなければ本来の機能が発揮できないということで、地域の救急医療、病院等に調査、提言、要請できるような権限を持った組織とすべきではないかといった意見が出たと発表者から発表されたところです。参考として抜粋させていただきます。

12ページ目です。メディカルコントロール協議会の活用に関しまして、そのほかの検討会などからどういったご意見が出ているのかということをもとめさせていただきます。

上段、「平成19年度 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会（中間報告）」です。これは、救急業務高度化推進検討会報告書という緑の報告書の中にも載ってございますが、早急に講じるべき対策ということで、「救急搬送に関する検証・協議の場の設置について」ということが消防機関と医療機関の連携に関

する作業部会の中でも早急に講じるべき対策の一つとして挙げられたところで

す。

場の設置についてですが、①、救急搬送の適切な実施を確保するためには、救急医療情報システムへの医療機関による情報の迅速・正確な入力、救急隊による正確な傷病者観察とそれに基づいた適切な医療機関選定・情報伝達、受入可能と表示した医療機関による受入体制の確保、コーディネーターによる受入調整等が円滑に行われることが必要と。

この必要性を担保するために、②ですけれども、これら一連の行為は消防機関、医療機関が連携して行うものであり、その適切な実施を確保するために、消防機関、医療機関等の関係者による検証・協議の場を設置し、救急搬送・受入医療体制について事後検証を行うとともに、検証に基づく改善策について協議することが有効であるということがうたわれています。

そして③ですが、そういった検証・協議を行う場としましては、都道府県・地域メディカルコントロール協議会の活用等が考えられるのではないかとということが示されたところです。

そして、下の段ですが、これはまだ完成はしていないものでして、注釈で右下に書いてますけれども、平成20年7月30日の厚生労働省「救急医療の今後のあり方に関する検討会」で示された中間取りまとめ案です。まだ案であることはご了承いただければと思いますが、案の中ですけれども、「救急搬送における課題と円滑な受け入れの推進について」の中に医療機関と消防機関の連携がうたわれておりまして、言うまでもなく連携が欠かせないということが書かれておりますが、その中で、「この他にも、今後、第二次救急医療期間も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療期間の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである」という形で、厚生労働省のほうで開催されております救急医療関係の検討会の中でもそういったことが明文化されて、現在案ですけれども出ているという状況の報告です。

13ページ目は、先ほど資料1でもご説明した、メディカルコントロール協議会の機能の強化というものを考えた場合ですが、左半分になります。現在のメディカルコントロール体制の中で行われております救急活動の医学的見地からの質の保障、指示、指導・助言、事後検証、再教育といったものに加えまして、右のほうですけれども、追加的な協議事項といたしまして、1ですが「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」ですとか、2として挙げておりますが「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」といった円滑な救急搬送体制を確保するための役割も、この協議

会の中で担ってはどうかというところです。

このあたりにつきましては、当会の中でご議論いただければと思っているところです。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、メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大ですとか法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないかということが現時点でも言われているところです。

14ページ目はあくまで参考資料です。こちらはニューヨーク州の救急業務高度化推進体制でして、ニューヨーク州ではどういう形になっているのかということをも事務局として調べた範囲内のもを参考資料としてつけました。ニューヨーク州では州のレベルで州救急医療サービス協議会がありまして、この中で最低基準を法規として定めるという役割を担っています。その下に州救急医療諮問委員会というものがありまして、この諮問委員会の中で、3つのTですが、**treatment**、**transportation**、**triage** のプロトコルといったものを親委員会に提案する役割を担っている。採択されなかった場合には、法的効力を有さないガイドラインとして活用されるようです。

こうした州の動きを受けまして、各地域では同じように地域救急医療サービス協議会、その下に地域救急医療諮問委員会が存在する構造体になっているということです。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するという構造になっています。日本に当てはめると、州のところは都道府県、地域のところは地域それぞれのメディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会といったものが現時点では当たることになろうかと思えます。

以上、資料2の説明ですが、もう一つ議論するに当たっての参考資料としまして、お手元に地図の資料をご準備しています。この地図の資料は、左のほうが二次救急医療体制。二次医療圏と合致しているところのほうが多いですが、二次医療圏とは別に二次救急医療体制をしいているところもありますので、医療計画上の医療圏を左、そしてメディカルコントロール協議会の体制を右に示したものになります。かちとそれぞれが一致しているところもあれば一致していないところもあるということです。これは参考資料として提示しました。ご活用いただければと思います。

以上、資料についての事務局からの説明を終了させていただきます。

座長

ご説明ありがとうございました。

たくさん資料がございまして、どこから切り口を見出したらいいのかなかなか難しいかもしれませんが、討議を進める前に私の資料の説明をさせていただきますと、ホチキスどめで「メディカルコントロール体制のあり方」、私の個人名を書いた本の一部のコピーがあると思いますが、これは、先ほど資料2の説明の中のメディカルコントロール協議会の規模の大きさによって1カ月生存率、除細動

の実施率、あるいは除細動をするまでの時間に差がありますということ、少し具体的に文章化して書いたときの資料でございます。

だから、一番後ろには先ほどの説明と同じような図表が出ておるとは思いますけれども、事務局の説明がありましたように、二、三年前にはなりますが実態調査をしたときには地域メディカルコントロール協議会の活動内容だけではなくて、実際に結果としてあらわれる成果においても差があるのではないのでしょうかということで、資料として添付させていただいたものですので、別の機会にお読みいただければと思います。

それともう一つ、こういうシェーマをかいた図表がありますが、その1枚目の裏のところで説明しておりますのは、おそらくそもそも今後議論していく上で出てくることかとは思いますが、地域メディカルコントロール協議会という活動の基本単位のつくり方が全国さまざまであるということは、先ほど資料2の補足資料でたくさん全国の二次医療圏とメディカルコントロールの違いをお書きになっておられましたが、私が関与しております大阪南部地域においても、具体的な例として説明させていただきますと、私は以前実は泉州地域のメディカルコントロール協議会の会長をしておりました。私は転勤で堺に移りまして、今堺のメディカルコントロール協議会の会長をしていますが、堺市と堺市以南の大阪南のところには、実はそこに書いていますように堺市を含めると9市4町で175万人の人口があります。

そこには消防本部単位で見ると10の消防機関がありまして、消防本部を指示、統括しております都道府県の消防主管部局、危機管理室とありますが、その分室の分け方が、中段の左に書いてありますようにちょうど地理的に真ん中あたりで切られたような格好になっております。医療圏につきましては、医療主管部局のほうが医療行政上引いている単位でありますけれども、実は堺市だけが独立して、それを除く南側の8市4町が一緒になった医療圏を構成しております。

最終的に、私どもが数年前にメディカルコントロール協議会の単位をつくる時にどうしようということをお大阪府で協議したときに、消防の単位から見ると動きやすいのは中段の左なんだけれども、やはり医療圏が医療行政上やりやすいだろうということで、最終的には医療圏で分けることにはなりましたが、そのときに堺市消防局は、10月からは局になるのですけれども、小さいところで地図では出てこないのですが隣に高石市という市がございまして、実は堺市、高石市組合消防本部の形態をとっております、医療圏に近いけれども消防単位のほうがよからうということで高石市さんだけが堺市に入った形になっていると。都道府県単位をベースに見ますと、消防のグループ分け、医療圏のグループ分けが違う上に、今度はメディカルコントロールも消防の組織に寄って最終案としてそういう形になった。

何を言いたいかといいますと、今度はそこにある医療資源にばらつきが出てくるということも現場では問題があったりして、こういうことも現状として、全国的に見ればいろいろなタイプがあるということがこの大きな資料の中におそらく隠れていると思いますので、参考にしていただけたらと思います。

そういうことで、きょうご提示いただいた資料をもとに、今回は「メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大」、あるいは「メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方について」ということで議論を進めていきたいと思いますが、まず所掌事務の拡大ということについては、そもそもメディカルコントロール協議会とは何をするところぞというところと、もう一つは、先ほど橋本委員がご提案されましたけれども、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ということで、確かに医師法17条の問題をどう解釈してさせているのかということにもかかわってくるだろうと思います。

そういう意味において、今回説明いただきました資料の中で、資料2の2というところを見ていただきたいと思いますが、まずこの中で、メディカルコントロールとはという以前に、救急業務高度化推進検討会報告書が出されたときには、病院前救護の医学的な質を保障する役割を持たせるために、プロトコルの策定を除く右側の医師の指示、指導・助言というオンラインの仕事がまずあります。オフラインでは、下2つにある事後検証をして再教育体制の整備をしてください。そのためには、メディカルコントロール協議会の位置づけを明確にして活動しなさいということが数年前に出されて、以来ずっとやってきました。

ところが、そもそも医師が医行為の一部を救急救命士に委託して、いろいろな指示、あるいは特に医行為にかかわるところの具体的指示を出すということについては、指示を具体化したものとしてしっかりとした形をつくらないといけませんということで、そこにプロトコルというのが出てきます。プロトコルというのは、おそらく議論もあろうかと思いますが、例えば私ども医師が病院内で看護師、あるいは診療放射線技師等に医行為の一部、あるいは検査もそうですけれども、こういうことをしてほしいという指示を出す場合には指示書、指示簿を出します。

それによって、看護師さんが例えば輸血をしたりいろいろする医行為の保障を得ているのだらうと思うのですが、救急救命士に対してはその辺が最初に出るときに非常にあいまいなところがあって、プロトコルの位置づけはなかなか明確にされていないのがありました。これは、その後のいろいろな通知の中で薬剤投与のころから明確にプロトコルを前面に出して、しっかりとそれに従って行動しなさいということになったように記憶しております。

ということで、現在、地域のメディカルコントロール協議会ではプロトコルを策定して、それに従って行動を起こしていただいて、必要な場合は指導、助言を仰ぐ。医行為に相当する特定行為の場合は具体的指示をとる。その後の行動を検証して、再教育に付すというサイクルで活動している実態がありますが、そういう活動経過の中でさまざまな課題が出てきていることも事実なのです。そこを今後議論していただきたいと思います。

こういう活動をしておる中で、先ほど来説明があったように、実際に重症度を判定して病院選定して、今度医療機関へとっていただく、あるいは病院が受けるということになったときのマッチングはなかなかうまくいきませんという実態があって、追加協議として13ページですけれども、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を議論してくださいということですが、そこにはいろいろな解決しないといけない問題がある。さらには、そういったことで受け入れ側の医療機関の救急医療体制にもどうしても言及せざるを得ないというところが、メディカルコントロールの活動を日常やっていく中で出てくる問題でした。

さらに、私どもが関係しております日本救急医学会などの学術団体の中では今どんな議論になっているかといいますと、先ほどの私の個人的なメモで申しわけないのですが、メディカルコントロール体制の将来像は、純粋に医学会から見るとこういう体制が望ましいのじゃないでしょうかという1つの理想論といいますか、将来的なビジョンを今討議している段階であります。

真ん中のところに中核的な業務と書いてあるのが、先ほどの資料2の2に相当する業務の中心をなすものだ。しかしながら、この業務をやっていく上でさまざまな関係が救急隊、消防機関と医療機関の間で生じてきますので、やはり左上に書いてあるような救急医療体制がどうなっているのということ。

そうなってくると、救急医療情報、あるいは一般市民に対する救急医療の情報の提供といった問題、その間を取り持つコーディネーターが要るのか要らないのか、要るのではないだろうかという問題も出てきますし、右下のほうの質の管理という意味においては、先ほどウツタインのデータが出ておりましたけれども、心肺停止患者のみならず搬送される救急の傷病者のアウトカムが結局どうなっているのだという医療機関のデータとマッチしたデータでもって整理して、何をすればよくなっていくのかということにおいては、データベース化やデータの分析といったものも業務上必要になってくるのじゃないか。

各種業務をやっていく上においては、教育とか研修、あるいはいろいろな危機管理の問題、最終的には財源確保の問題は一体だれが責任をとってやるのだということがさまざまありまして、所掌業務の拡大を考える意味において、こういう理想論を学術団体として考えてはおるのですけれども、そうはいつでも行政的な

位置づけ、法的な解釈、あるいは問題を解決しないということではできないのではないかということもあって、現在はこういう案を持っている段階であるということをご理解いただきたいと思います。

それで、あとは自由な討議で委員の皆さん方のご意見を伺いたいと思いますけれども、所掌業務の拡大と同時に法的、行政的な位置づけのあり方をどうすればいいのかということをご自由に討議いただけたらありがたいかと思います。

どうでしょう、先ほど橋本委員のほうからは、救急救命士と救急隊員で、救急隊員についてどうあるべきかというのは別の議論があらうかと思いますが、救急救命士に特定の行為をさせ、医行為の一部をやっている。私はさせるとメディカルコントロールの最初の通知文が出たときは解釈して、そのためには、事前にしっかりとしたプロトコルを周知徹底させてやらせれば、医師でなければできない行為をゆだねることができるのかなと思っていたことが1点と、もう一つは、そのときに対面診療でなければ診療しちゃいけないという問題も医師法の中にありますが、遠隔医療の中で十分な情報を得たらそれにふさわしいプロセスを踏んでいるのと一緒だから、救急救命士に行っている指示が医師法違反には当たらないのではないかという法的解釈がありますからやっってくださいと理解して、今まで進んできたやに思っておりますが、先生のご理解ではどう。

委員 全く先生のようにご理解していただきたいし、例外ではないと思っています。だから緊急避難として例外的に考えるのではなく先ほど述べた大きな人間を擬制するという考え方によって、私はオンラインメディカルコントロールをすることによって医師法17条と20条の壁がクリアになっていると考えています。そう解釈しないと実際に動かないですから。でも、そのときにいろいろな問題が出てくる虞がありますので例えば救命士の方が的確に観察しているか、観察していないと実は遠隔医療にはならないわけですから、その辺のフォローというか教育のレベルの話もここでしていただくといいなと思います。要するに、その問題は多分リンクしてくる問題ではないかと考えます。

座長 そうでしょうね。ありがとうございます。

そういった意味で、先ほど勝手ながら座長のほうから、医行為をゆだねるということで医師法17条がクリアできていると解釈すれば、おそらく事前にしっかりとした指示書に当たるものを位置づけておかないと、だれの指示で動いているのだということになってしまいかねないと思います。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という位置づけの中の医師がしっかりとしたプロトコルを事前に出して、それに従って行動していただく。必要ならそのときに直接的なオーダー、オンラインで指示をとりなさいということも明記しておくことが必要になってくると解釈していいのでしょうかね。

委員 ただ、私はそのときに、箱物の議論になってしまいますけれども、確かにメデ

ィカルコントロール協議会の指示、指導医が必要だという議論ですが、そうすると今度はその質をどうやって担保するか。月に2回ぐらい各地方を回っていますが、そうすると、地方によってはこんなのでいいのというメディカルコントロール協議会もあるので、その辺の質をどう担保するかという問題と、あと、地域によってよく質問されるのは、国でつくる基準を満たせない地域がどうしても出てくる。その場合、中央でここまでは許されますという幅も指示してあげないと、実際には幾ら基準をつくっても何も動けなくなってしまうということがあるので、その辺も追加的にご議論いただければと。

座長 橋本委員のご指摘は、地域のメディカルコントロールを指導、助言する医師の立場の質という理解でよろしいのですか。

委員 はい。

座長 その立場が出ましたので、私のほうから皆さんに意見を聞きたいのは、そもそも先ほどの地域的な問題でどういう区割りをするかという単位の問題がありましたが、今の救急業務の99%は消防業務に属していて、自治体消防という組織の中で身分を持っている方に対して具体的指示、あるいは助言をしたりする医師はそれぞれの医療機関に所属して、立場がさまざまであります。言いかえると、箱物でない協議会レベルの中に医師が入って、消防機関にきちっと所属した救急救命士に対して指導、助言、再教育をしているというところに、じゃあ最終的に事ありきのときは、医師にとってもそうなんですけど、どういう位置づけでその結果としての責任を負うのかという問題がある。

この辺のところ、現状でメディカルコントロール協議会をやっている医師の多くが、おれが指示を出すのは結構なのだけれども、出したことによってさまざまなのがいろいろな段階で起こると思うんですが、出口の指示がおかしいということになったときに、医師の責任は最終的にどういう形で保障されるというのはおかしいですけども、だれの責任として問題を解決するのかということがなかなか今の位置づけでは不明瞭なのですが、こういったことについては、例えば地域でメディカルコントロールをやられている先生方はいかがでしょう。鈴川先生、あるいは八木先生、森野先生、ご意見があればどうぞ。

メディカルコントロールにかかわる医師の立場というのが、相手さんは消防機関の身分、立場の違うところなのですけども、それをひっつけて仕事しなさいというところに組織的な足場の違いがありますよね。それで何かお困りのことはございませんでしょうか。どうぞ、八木委員。

委員 これは、法律なのか指示で出ているのかどうか。救急救命士の教科書には、指示の部分に関してはドクターの責任、救急隊の問題による事故でしたら消防のほうの責任という文面があったと思うのですけれども、そういう文面がたしか出たもので、メディカルコントロール協議会を立ち上げるときに、指示、助言するほ

うのドクターが最終的にもし訴えられたときにどこからお金が出るかという問題になると思いますので、たしか私、救急学会か何かの会議の席で、最終的に保険会社がそういうことに関して保障してくれるのかどうか、医師会のほうのメディカルコントロールのところでも話をしたことがありますし、救急学会の評議委員会か何かでも質問したことがあります。結局、日本医師会のほうも救急医学界のほうも保険会社は同じでしたね。

座長  
委員

医師が入る保険については。

そのときに、医師会のほうだったと思いますけれども、救急業務の中で指示を出しているのだったら、それに関しては保険のほうでカバーできますという返事をいただいたもので、私はそれで地域でのMCの活動を行っておるつもりなんです。

座長  
委員  
委員  
委員

どうぞ。

委員に確認すればおわかりになると思いますけれども、東京の場合。

はい。

MCは一応委嘱状をもらって、その間は会議のときは非常勤の公務員扱いですよ。

委員  
委員

そうです。

それから、指示、指導医も委嘱状をもらって非常勤の公務員だから、国賠法の問題になりますよね。

委員  
委員

はい。

だから、それを明確にうたえば、求償権の問題は出てきますけれども、直接的な責任はカバーできると思うのです。

座長

わかりました。東京都の場合は、メディカルコントロールにかかわる、特に具体的指示を出すオンラインの医師が非常勤公務員として東京都が雇っているというか、そういう形をとっているということ。

委員  
座長

そうですね。非常勤の公務員ということで常駐しておりますので。

そういうことですね。ところが、地域へ行きますとさまざまな形態がありまして、搬送先の医師、医療機関にお願いしたり、中核になっている救命センター、あるいは二次の救急活動をしっかりされている病院に直接指示をとっている地域も多数あります。ちなみに、大阪ですら大体指示を出すのが救命救急センターの医師。現実的なことを言って失礼ですけども当直体制の中で対応しますので、ある固有名詞の医師というわけじゃありません。ですから、組織の体制下で当直している医師が受けてとるということですので、その医師にとっては質の保障は医療機関側にあるは申せ、実際的なことはさまざまな医療機関の医師が関与しているという実態もありますので……。

委員

いや、僕が言いたいのは、常駐しているしていないではなくて、協定か契約か

わからないのですけれども。本来は首長からの委嘱状が必要と考えますが、例えば常駐していなかったとしても指導医が指示を出す瞬間は非常勤の公務員であるという一文を設けてカバーしないと、これは解決しないと思うのです。というのは、今どんどん救命ライセンスが増えていってさらに、搬送先医療機関との間で電話で口頭指導を始めたりすると、今申し上げた問題がたくさん出てくる虞があります。ことさら消防のオンラインの中においては、そういう規定の仕方をして解決していくことが必要だと思っています。

座長 といいますのは、そうすると、事前に消防機関が医療機関に指示を仰ぎますから、電話に出られてオンラインの指示をいただく先生については、その瞬間消防が雇っているような格好。

委員 というのがもともとメディカルコントロールの本来の趣旨だと思っていますから。

座長 そういう解釈の仕方は、私個人的には申し訳ないのですけれども初めて知った段階で、ほんとうにそういう解釈でいけるのかどうか。

委員 いや、だからそうしないと、今言ったような個人の責任が出てきて。これは複雑だと思います。高橋先生がいらっしゃるけれども、要するに片方は公的な問題で動いて、片方の医療過誤のほうは民事的な不法行為の問題になりますから、この辺をうまく整理しておくためにも、指示指導医を非常勤の公務員として扱うように構成するようにしたほうが単純化すると思うのです。

委員 今のは、現状そうなっているという話なのですか。それとも将来の理想としては。

委員 東京はそうなっていますけれども、将来も……、いや、僕は本来そうあるべきだと思っていますのです。

座長 法的、あるいは行政的な方として、今のお考えについてご意見、あるいはコメントはございませんでしょうか。どうぞ。

委員 愛知県でございます。愛知県の場合は、各消防本部が医療機関と契約という形で特に指示を受けるときに非常勤の公務員になるという形ではないのですが、消防庁のほうの報告書も契約しなさい、もちろん医療事故や何かのこともきちんと明記しなさいということは書いてはあると思うのですが、そういう形と承知しておりますけれども。

座長 わかりました。いかがですか。

委員 私も結局、消防と医療機関同士の契約という形で、非常勤講師になるとかいう形ではないですね。しかも、救急専従員が非常に不足していますので、救急をやっていない先生たちが救急隊とやりとりするというので、指示を出す側の先生も何でおれはこんなことをやっているのだみたいな認識もなきにしもあらずという状況で、質の担保といったものも含めて、突き詰めて考えると結構難しい問

題がいっぱい起こっていると。

非常勤扱いということであれば、多分日本のほとんどの当直する先生との契約になっちゃうような気がするのですけれども、東京都はある程度、例えば救命センターに勤めている医師とかいう制約をつくって、そこで回しているような側面があるのだと思うのですけれども、地方ではそういう人がいないので、そうなるほとんどの先生と契約しなくちゃいけないという格好になると思います。

座長 何かご意見はございますか？

委員 栃木は、MCには県知事の委嘱状がありますけれども、実際に指示するときは今熊田さんがおっしゃったとおりで、消防本部がMCを受けたいと思っている病院との間の契約を交わすのは同じだと思いますが、そこに事故のことにに関してどこまで書いてあるか正直ちょっと……、申しわけない、確認しますけれども、そんなに詳しくは何も書いていなくて、メディカルコントロールについてオンラインの指示をお願いしたいということぐらいしか書いていなくて、あまり考えずに動いているのが実状かなと思います。

おそらく、万が一おまえが指示したのを一体だれが責任をとるのか、それはおまえなのか、病院長なのか、消防本部なのか、県知事なのかという話を今まであまりしていないまま進んでしまったようなところがあるので、そういう意味で、今後やっぱりきちんとしていけないといけないというのはよくわかるのですけれども、どういう方法が適切なのか、東京的な全員公務員というのがいいのかどうかも含めてわかりませんので、逆に議論を聞きたいと思っています。

座長 ありがとうございます。

委員 確かに委嘱状はもらっていますし委嘱されていますけれども、ただ、私が先ほど申しましたとおり、ある指示を出した場合に、その指示の内容がドクター側のミスによる医療事故が起こった場合にはドクターのほうに責任があるという文章があったと思いますので、そうすると、たとえ委嘱状があっても消防はそのほうに逃げるのじゃないかなと私が危惧しておりましたので、私自身はセーフティネットという意味で、もしそういうことがあった場合に我々がカバーされるのかということで、一応保険会社のほうに問い合わせ確認したわけなのです。

委嘱されている間、たとえドクターのほうの指示の内容が悪くて事故が起こった場合に、メディカルコントロールなり消防機関のほうの保険なり何なりでカバーされるようになったら、そっちのほうははっきりしているかな、いいのかなとは思っているのですけれども、ただ、あの文章がある限りは消防が逃げるのじゃないかなという気はいたしますが、おそらくそうなりますよね。消防の方はここにこういう文章があるんじゃないかということをおっしゃられると思うのです。

座長 今回の論点は、医師の立場をどう保障するかという意味において、1つは八木委員のように、個人的なというのはおかしいのですけれども、医師みずからの医行為

に対して通常入っているような保険でカバーしているというご意見もあれば、消防機関のほうが指示をとるときの医師、あるいは医療機関に対して事前に契約し、その辺を明記して医師の立場はオンラインの具体的な指示をとるための消防側の中の活動の位置づけにさせておいて、一貫して保障する方法があるというご意見をいただきました。

それも含めてですけれども、それ以外にいろいろ日ごろメディカルコントロールをやる上でふぐあいを感じておられる項目というのはございますでしょうか。今度は、救急救命士の活動の立場から見た場合に、今の救急救命士法という個人の資格の法律にのっとって遵守してやっているわけですが、その中で、あるいはその方途も考えながらやって、まだまだこういうふぐあいがあるのですというご意見はございませんでしょうか。今のままでも何ら問題ないとお考えなのか。

救急救命士法そのものも、法を守るという意味において守っていきますと非常に厳格なところがあり過ぎて、例えば「搬送途上において」というところの文言をどう解釈するかということになると、救急救命士さんが救急病院の窓口に来て救急車からおろした途端にそこから先は特定行為を含めてできないのか、そこに医師がおるのだから具体的指示をもらえば救急外来においてもお手伝い、医行為、あるいは救命救急処置が引き続き可能なのかといったことは、厳格に解釈すればだめでしょうとなっちゃうのかということで、再教育とは別に日常の実践の医療研修、オン・ザ・ジョブ・トレーニングの中においては、そういった顔の見える関係の中で彼らに我々が指導するということは非常に意義があるのですが、実際には救急車をおりて病院の中へ入ってしまうと、今の救急救命士法ではなかなか範囲が狭いというのがあります。

言いかえると、救急救命士の活動範囲というのは厳密に言えば非常に限られてしまうので、患者サイドから見てもっと活用する方法、搬送途上という解釈のとらえ方がもう少しあるのではないかとこの点についてもありますけれども、その点についてはいかがでございましょう。それについてはあまりご意見をお持ちじゃないですか。

委員  
座長  
委員

よろしいですか。

どうぞ。

救急隊員の活動について、我々県が考える上で気をつけているのが救急隊員の行動の状況なのですが、要は救急出動がかかる時点から救急活動が始まるわけですが、救急車に乗って現着とって例えば一般家庭の前へ着く。そこから今度は家庭の中に入って行くということなのです。そして救急処置をして患者を救急車の中に入れる。そして患者を入れた救急車が搬送先の病院に向かう場合に、集中治療室の前で看護師さんとかドクターに引き継ぐまでなのか、また、救急隊員が

そのままついて集中治療室まで入っていったりという行動の状況があるもの  
すから、我々が考える上でどの時点でどのような救急活動が整理されているのか  
ということを常に考えておるところなのですけれども、救急隊員は公務員なもの  
ですから、事故等が起こったときに公務災害になるのかどうか、それは本人の事  
故なのですが、そういうことも考えて法令でどのような規定をするかというとき  
に、そういう活動状況を考えておるところなのですけれども。

座長

ほかの委員。事務局のほうから。

事務局

事務局のほうからお尋ねしたい内容についてご説明させていただきたいと思  
いますが、資料2の13ページ目をあけていただければと思います。

本日の検討項目として、所掌事務の拡大ということと、メディカルコントロール  
協議会の法的、行政的な位置づけのあり方ということを主題に書かせていただ  
いておりますが、13ページの表自体の右側の追加的な協議事項は親委員会です  
承されたということにはなりますけれども、消防機関と医療機関の連携というこ  
とでの作業部会で出された意見をこのような形でまとめたものになります。

先生方におかれましては、追加的な協議事項という形でほかの部会から出され  
た提言といいますか案ですけれども、そうしたこれまでのメディカルコントロー  
ルが担う医学的観点からの救急活動の質の保障というところから一步踏み込ん  
で、円滑な救急搬送体制の確保というところもメディカルコントロール協議会で  
本当に担えるのかどうか、担うべきなのか、メディカルコントロール協議会がど  
ういったものを内容として議論すべきかというところを詰めていただければと  
思います。

そしてもう一つには、先ほど来医師の責任といったことがございます。医師の  
責任などを考えるというのは、全体の一連の中でメディカルコントロール体制、  
メディカルコントロール協議会そのものをどういった法的、行政的な位置づけに  
持っていくのか、例えばプロトコルはだれの責任においてつくっているものなの  
かといったところを詰めていただければと思います。13ページが全体を  
俯瞰した内容の資料になるかと思いましたので、補足的にコメントさせていただきました。

あと、もう一つ補足的な日程のご説明なんですけど、9月12日に第2回メディ  
カルコントロール作業部会が予定されておりますが、9月19日に救急業務高度  
化推進検討会という親会が予定されておまして、親会の中では一定の方向性と  
いいますか、2回のメディカルコントロール作業部会で議論された内容をご報告  
させていただきたいと思っています。特にこういった形で法的な位置づけが必要  
だということにとどまるかもしれませんし、どういった法的、行政的位置づけ  
ということになるかももう少し具体的な話が出ればそういう内容になるかと思  
いますし、平等平均になるかもしれませんが、報告させていただきたいということ

で進んでいることも補足的なコメントとしてさせていただきたいと思います。

座長

ありがとうございます。

話の論点、焦点をもとの議題、目標に戻せということでございまして、例えば「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」ということですが、この件については、そこに書かれてあるいろいろな所掌事務があるわけですが、皆さんご存じのようにそれぞれの地域で救急対策協議会、あるいは保健医療協議会の医療部会だとか、従来救急について検討する厚生労働省主管の協議会、委員会等がございすけれども、むしろメディカルコントロール協議会という場を医療機関との連携を円滑にするために活用してはいかがなものかという意見も出ているということなので、この辺について議論しろということだろうと思いますが、皆さんご意見はどうでございましょう。

委員

MC協議会の所掌事務の拡大については、私消防の立場としては非常に賛成だという立場です。と申しますのは、地域に行きますと今医療機関が医師不足で遠方からの搬送というのが結構ありまして、単なる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のです。そうしたときに、市の医療体制会議だけでは問題が解決しなくなっているの、より広域的な会議の場が必要なのですけれども、残念ながらそういった枠組みが今ないので、それにかわるものという、やっぱりMC協議会というのが今あるので、その場で議論してもらいたいという気持ちは非常にあります。

地域MC協議会ではそういう議論は今のところ出てなくて、実際にあるのは救命士の指示、指導をどこの病院でやるとか事後検証をどうするかといった、先ほど来話されている救急救命士のほうの限られた部分だけなので、せっかく地域の広い範囲の医療機関の方が集まって構成員になっているので、その方もいろいろ救急の受け入れ、あるいは実際にどういう現状になっているかという部分をよく共有して話し合う場が地域としてはどうしても欲しいという気持ちがあるので、協議会の所掌事務の拡大については私は賛成の立場です。

座長

賛成される。

委員

はい。

委員

私も愛知県では救急業務高度化推進協議会というのをつくって、これが県のMCに位置づけされておるものなのですが、そこ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おって、特に救急医療情報システムの改善というのはなかなか確実な入力が見られないという現状を見て検討しているところで、具体的に消防機関でも救急車の中から携帯電話で医療情報システムの入出力が見られるような実験的なものを、NTTと協議して実際に試行的にやっておるところでございまして、そういう内容についても県の協議会の中で検討しておるところなのです。さらに、司令センターから第一報が入っ

たときにある程度プロトコルができるように、中身についても検討しているところですので、追加的な協議事項を明確にさせていただければありがたいと思っております。

座長 やりやすい。行政、あるいは消防のご意見としては、やはり単に救急救命士等のコアの業務以外に、そこに書いてあるような救急医療情報システムの構築、搬送のあり方等幾つか追加的な項目をも明確にするほうがやりやすいというご意見でございますけれども、ほかにご意見はございますでしょうか。どうぞ。

委員 医療側の立場はちょっと違うかもしれませんが、変なことを言ったらごめんなさい。今のお話は僕もそのとおりでと思うのです。業務拡大もいいと思うのですが、所掌業務の拡大と言うけれども、この19年度の図を見てもらうとわかりますが、ここはそういうふうには書いていなくて、MC協議会の役割の明確化と書いてあった場所を所掌業務の拡大と書きかえられているのですけれども、MC協議会の役割の明確化をまずやって、それなのでこういう業務を拡大するべきであると話を整理していただいたほうが、拡大だけやってもやっぱり役割が違うと言われるとあれなので、役割は何なのというところを議論したほうがいいのかなと思ったのですが。

座長 非常にキーになる発言だと思いますけれども、確かに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が不明瞭だと、どこまで広げるのかという話の規定にもなってしまいますので、その点に関してのご意見はどうでしょう。

委員 いいですか。

座長 どうぞ。

委員 私も実はその意見の賛成でございますが、というのは、メディカルコントロールという文言にこだわるわけではないのですが、メディカルコントロール自体が病院前救護について救急救命士に対して教育し、包括的指示を出し、あるいは事後検証をする。そういったことによって救急救命士が医師法第17条にあるような医行為をすることが許されると。通知レベルの話なのですけれども、そういう目的でメディカルコントロール協議会というのができておると思うのです。この法的位置づけをどうするかという議論になったときに、こういった体制できちんとやっておけば救急救命士が医行為をやってもよろしいというところをまずきちっとやっておかなければいけないのではないかと。

追加的な協議事項に書いてある事柄は非常に重要なことなので、もちろんこれを協議しなくてよろしいと言うつもりは毛頭ないのですけれども、ただ、こういうことを協議していくということになると、私は県行政でラインからいくと厚生労働省関係になるわけですが、こういう追加的な協議事項まで含めて私の立場として協議するということになると、こういったところの提言を受けて医療計画をきちっとつくるという位置づけになってくるのであって、最初の救命救急士の業

務をきちっと法的にも担保するための法的位置づけとは若干ずれてしまうと思うのです。ですから、いたずらに業務範囲、所掌事務をMC協議会、あるいは法的なものも含めた位置づけをはっきりしないままにどんどん広げていってしまうと、法的位置づけというのがますます難しくなるのではないかと思います。

例えば医療法の中では、保健医療に関する重要な事項を審議するために医療審議会を置いて、都道府県知事はその意見を聞かなければいけないということになっておりますし、先だって医師確保、あるいは医療確保では、それぞれの都道府県で医療対策協議会をつくって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おいて、所掌事務の拡大をどんどん進めていくと、片やそれに類する位置づけになってしまうということで非常に混乱するのではないかと思いますので、まず救命救急士に関する部分をきちんとやった上でやっていかれたらどうかと思います。

現実的には私のところの県でも、今ドクターヘリ導入の検討なんかも、MC協議会の委員さんをベースにもう少し救命救急センターの院長とかいった方を加えたドクターヘリ導入の検討委員会を立ち上げる予定にしておりますし、情報システムなんかはほとんど同じメンバーで検討しますし、いろいろな会議でメンバーさんが重複する部分がありますから当然活用はさせていただいておりますけれども、所掌事務ということであまりがちがちにやってしまうと余計に混乱するので、もう少し手順を踏んでからのほうがいいのではないかと思います。

座長            というご意見もございますけれども、メディカルコントロール協議会そのものの位置づけは、集約すればそもそも病院前救護の質を保障するという枠組みの中で定義されておりますので、じゃあ病院前救護というのは、一部ゆだねられる医行為も含めて中で行われる応急手当等いろいろな処置が入ってきますが、それを医療サイド的に保障するのか、あるいは救急救命士が行う個人的な枠の中でやるのかで問題も非常にややこしいかと思いますけれども、どうでしょう、拡大もありきけれどもその前にMCの位置づけをもっと明確にしておく必要があるというご意見も出ましたが、どうぞ。

委員            その意見に反対するわけではないのですけれども、たとえ病院前救護が完璧にできたとしても、最後我々消防の救急が適切な医療機関へ運ばれて、そこで救命されるなり処置されて完結していく。救急というのはそういう仕事だと思うのです。そういう中で、昨今搬送選定困難事案ということでかなりいろいろな方面で問題が出ている。それをどのようにして解決していこうかという中で、追加的な協議事項が出てきたと思うのです。

13ページの絵を見ると、左側は今までのメディカル、まさにコントロールですから、正直言うと立体的な絵が出てくるのです。ヒエラルキーとは言えないま

でも、ドクターがいらして、その下で救命救急士が頑張る、教えていただくという構造がある。右側の絵で想定されるのは、例えばドクター、医療機関、消防機関、医療行政をつかさどる機関があって、その3者が一緒になって円滑に傷病者を受け入れるシステムをみんなで作っていかうという話の議論が見えてくる。今までの縦の三角形と横の三角形を一緒にかいてあるので、全体が今度メディカルコントロール協議会の機能となると、違和感があるのかな。

しかし、右側の追加的な協議事項のような3つの、あえてもう少し言えば4つの機関なりが一緒に手を組んで連合して選定困難という事案を乗り越えていく1つのきっかけが、最前線である救急からの声であるという中での今のメディカルコントロール協議会が、発展的に解消するのとはともかくとして、非常に大きな役割は担うのじゃないかなと期待はしています。

座長

というご意見ですが、先程の意見と少し温度差のあるところも見受けられますが、そもそも私も長い間救急をやっていると、都道府県単位で行われている大阪ですと救急医療審議会、あるいはそこから市町村の保健医療協議会等の中で議論されるのは、現場の声が聞こえてこないというところがあって、それぞれの立場の人が総合のときに入っていただくというところはいいのですけれども、各論的にいろいろな仕事にしがたいというのがあって、そのためになかなか地域の救急医療の仕組みが改善されなかったという実態は一方であります。

ですから、メディカルコントロールという業務がコア業務のところを中心に始まった途端に救急医療の透明性が出てきたというところがあって、そういう意味においては、今幾人かの委員がおっしゃられたように、ここに書いてある医療機関との連携を含めた各種の業務を担ってもいいのじゃないかという意見も出てこようかと思えますけれども、その辺でまだ追加的なご意見はございますでしょうか。

委員

救急救命士法ができる前は、消防、救急と医療で明確な分けがあったわけですが、救急救命士法ができるからは連携が非常に重要となっておって、私もこの4月から協議会に出ているわけですが、ドクターと救急救命士が大激論するわけですが、対等に話ができるというのは救急救命士法の制度のおかげだと思うのですが、そこでこれまで消防として搬送だけしておった状況でいろいろ悩み事があったことを直接ぶつけて、ドクターとか病院側のご意見や内情を伺ったりできる場ということで、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おるわけですが。

ただ、これが②のメディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置づけということにもなるのですが、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ものですから、それについてはやはり我々行政としては、そういうことができたという法律の解釈とかは通知でもよろしいと思うのですが、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と。それが行政消防として希望するところですので。

座長

ありがとうございます。

そろそろ限られた時間ですので、皆さん方言いたいことはまだまだたくさんあるかと思えますけれども、最後のメディカルコントロール協議会の位置づけを法的に明確にするのか、行政的な方法がいいのかはこの先協議しないといけないと思いますが、所掌事務の拡大も含めて考えるならば、その辺もしっかりと位置づけていただくともっと活性化できる。しかも、今こういう業務の中で、医師と消防機関の方々が顔の見えるつき合いができるというほかにない存在に既になっているということも踏まえて意見を述べていただきました。

一方、医療計画等既に先行する健康福祉行政上の絡みもあって、性急なところもというところ、あるいはそれをよく調整していただくという意味においても行政的な位置づけか法的な位置づけか討議していかないと、メディカルコントロールは結局何ぞやということになってしまうのかもしれない。

ということで、きょうはいろいろご意見が出ましたけれども、まず1番目の追加事項については、各委員、特に現場を担当されている機関の方々からは、所掌事務を一部拡大した意味の動きをやったほうがいい。それで、位置づけも明確にしていきたい。ただ、そのときに当然保健福祉行政のほうから出てきた医療計画、あるいは既に走っているさまざまな医療審議会、あるいは救急医療対策の協議会等がございますので、その辺とどうするのだという行政的なすみ分け、あるいは調整が必要であろうというご意見をいただいたということで、1番目のところはおおむねそういうご意見だということできょうは締めくくりたいと思いますけれども。

引き続き、今後さらに救急医療体制を確保するために受入医療体制の整備に対する提言が何かできるかできないかという非常に大きな課題にも及びますし、13ページの一番下のところの行政的、法的なことを包括的にどうやっていくのかにも言及して次回は討議をさらに重ねたいと思えますけれども、ご発言いただけなかった委員は申しわけございません。時間が短くて最初の資料提出が非常に多うございましたもので、どこから切って入ったらいかわからない座長の不手際もございまして、この辺で本日の討議は終えたいと思います。

それでは、事務の方のほうから次回、あるいは今後の予定について再度ご説明願いたいと思えますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

事務局

円滑な議事進行ありがとうございました。

先ほどスケジュールについて申し上げましたが、第2回を9月12日に開催させていただきたいということで調整を進めているところでございます。現在三番

町共用会議所ということでメール連絡のみさせていただいているところですが、場所の変更などございました場合には改めてご連絡させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

そして、第2回のメディカルコントロール作業部会を踏まえました上で、その時点で出ている検討結果を9月19日に救急業務高度化推進検討会においてご報告させていただきたいと。当面そのような段取り、スケジュールで進めさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

座長 ということで、大変スケジュールがタイトといいますか、ほんとうにこれだけの議論で何か救急業務高度化推進検討会上げられる提言ができるのという大変過密なスケジュールの中で、次回はぜひ核心に触れた討議ができればいいと思いますので、各委員の方々におかれましては、できれば次回の委員会までに私、あるいは私どもの機関は議題になっている項目についてこういう意見を持っている、あるいはこういう課題があるということをご提言いただける資料をご用意いただければ審議も早いのかなと思っておりますので、その辺のご協力をよろしくお願いいたします。

事務局 座長、1点補足で。きょうはどうもありがとうございます。まさに座長がおっしゃったようなことでして、非常にタイトなスケジュールで、実質次の作業部会で親会上げようということで大変恐縮しているのですが、私どもは今ご議論を聞いていて、全くおっしゃるとおりというか、いろいろなご意見をいただきました。事務局でも次回の討議のときにはこういったイメージでという方向をある程度示さなきゃいけないと思っておりますので、事務局としても資料をつくりたいと思います。

きょういただいた議論の中で、そもそもMCの位置づけ、今やっていることのステップがあって、所掌事務の拡大とかはそれからじゃないかというご意見は全くごもっともで、今のメディカルコントロール体制はどういうものかということをしつかり我々も次までに整理して、事務局としての考えを示したいと思うんですけれども、特に今回こういう形をお願いしているのは、今国民が非常に不安というか、救急搬送について大きな問題になっていることを踏まえて、さらに消防と医療が連携する協議の場ができないのかということが総務大臣からの指示ということで、そういった従来の積み上げのじゃない政策をどう政府として打ち出していくかということが背景にありますので、ぜひそういった観点からご検討いただきたいと思いますし、特に我々消防サイドからはいろいろかなり具体的な意見を持っておるのですけれども、衛生サイドの医療関係の方々からもこういうことにしたらどうかという具体の案がありましたら、私どもにお寄せいただきましたらそれを整理してご提示したいと思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。

座長

ということですので、各委員の方々におかれましても、ご意見があれば事前に整理してお渡ししてやっていきたいと。できれば委員会の何日か前にでき上がった資料を委員にメールでも事前にお見せいただくと、少し議論も早く進めるのかなと思いますので、その辺の協力もお願いしたいと思います。

きょうは、むしろ厚生労働行政との連携ということが非常に重要で、オブザーバーでご意見をいただきたいとほんとうは期待して、こちらから投げかける時間をつくろうかなと思っていたのですけれども、田邊先生にはぜひ連携の橋渡しをしていただけるようお願いしたいと思いますので、よろしくお願いしたいと思います。

それでは、これで本日のメディカルコントロール作業部会第1回を終わりたいと思います。皆様どうもありがとうございました。

平成20年度

第2回メディカルコントロール作業部会資料

平成20年9月12日  
総務省消防庁

# 救急業務について

## 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

# メディカルコントロール体制の概要

## 【協議会構成員】

- ・ 消防機関
- ・ 救急救命センター等の医師
- ・ 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

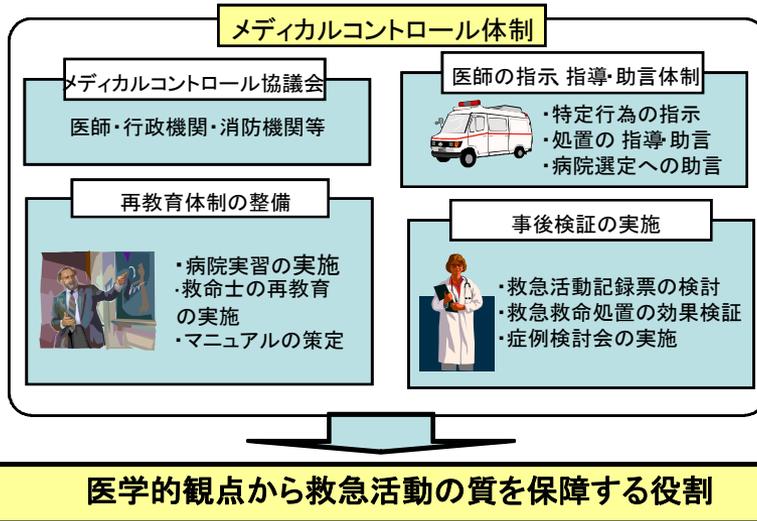
### 事後検証の実施

- ・ 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

# メディカルコントロール協議会の機能の強化

## 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。

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。

- 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（応急の手当を行うことを含む。）をいう。

# 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 <small>※いずれかが認められる場合</small>

YES  
↓  
重症以上と判断

NO  
↓

第2段階 症状等

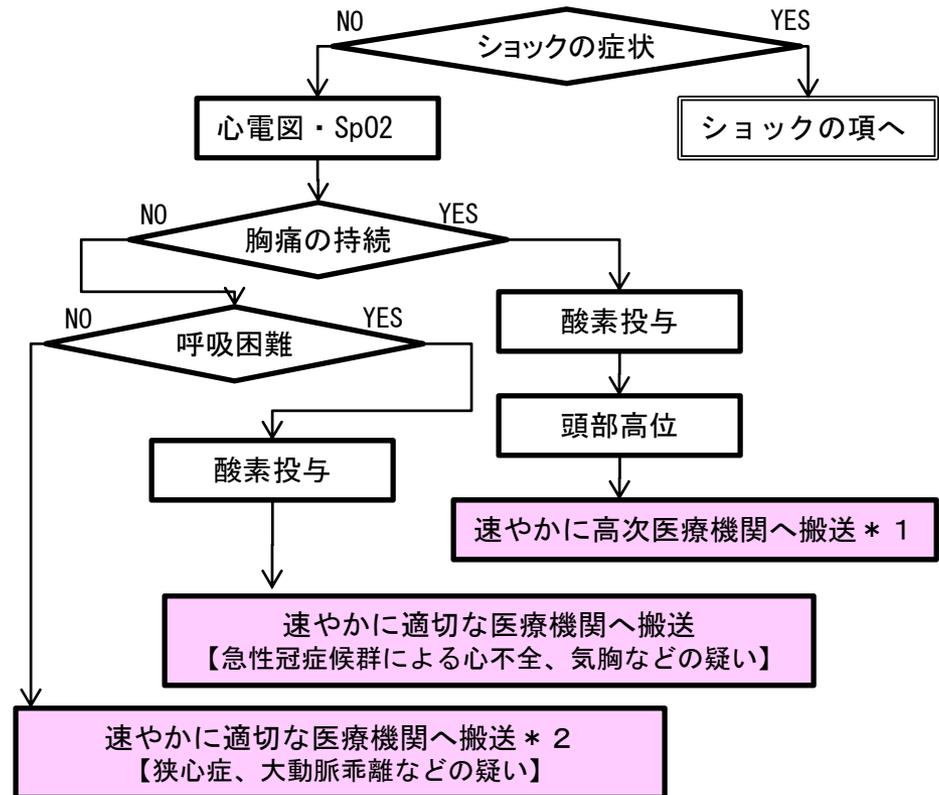
・ チアノーゼ	・ 心電図上の不整脈 (多源性/多発性/連発/PVC、R on T、心室性頻拍等)
・ 20分以上の胸部痛、絞扼痛	・ 背部の激痛
・ 心電図上のST-Tの変化	・ 血圧の左右差

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。

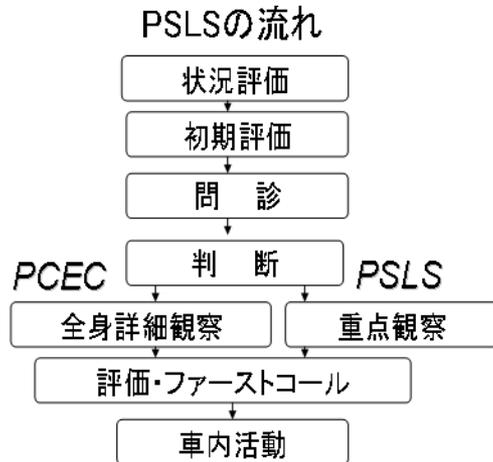
# 救急搬送に関する基準のあり方について(2)

## ○ 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。



### ・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。

## ○ 救急搬送におけるトリアージ

・現在、消防庁において救急搬送における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。

# (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。

# (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>この章に規定するもののほか、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>この章に規定するもののほか、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>		
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、救急業務実施のため必要な器材・材料を備える</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。</li> </ul>	
省令	<p>消防法施行規則50条 (救急隊の編成の基準の特例)</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って、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車に同乗している場合は救急隊員2人をもつて結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>救急業務に関する講習(救急業務の総論、傷病別応急処置等。総計135時間)</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>救急救命士法</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>消防力の整備指針15条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>市町村に配置する救急自動車の数は人口15万以下の市町村では人口3万毎に1台を基準</li> </ul> <p>消防力の整備指針 30条</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急自動車1台につき隊員3人の搭乗。転院搬送時かつ医師等の同乗の場合隊員は2人をもつて編成可</li> </ul>	<p>救急業務実施基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急自動車の要件(四輪自動車・緩衝装置等)</li> </ul>	<p>救急業務実施基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急救命士の資格を有する隊員及び応急処置基準5条2項に規定する隊員(250時間の講習)</li> </ul>	<p>救急業務実施基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第4章 救急事故の覚知で出動、傷病者等の取り扱い</li> <li>救急隊の行う応急処置等の基準</li> <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		<b>【隊の編成】消防法36条の2</b> ・ 省令で定める基準に従い、人命救助のために必要な救助器具を装備した消防隊を配置	<b>【隊の編成】消防法35条の9</b> <b>【装備基準】消防法35条の9</b>
政令			<b>【隊の編成】消防法施行令44条1項</b> <b>【装備基準】消防法施行令44条2項</b> <b>【隊員資格】消防法施行令44条3項</b>
省令		<b>【隊の編成】救急隊の編成、装備及び配置の基準を定める省令</b> ・ 救助隊は人命の救助に関する専門的な教育を受けた隊員5人をもって編成 <b>【装備基準】救急隊の編成、装備及び配置の基準を定める省令</b> ・ 別表(救助用器具等) <b>【隊員資格】救急隊の編成、装備及び配置の基準を定める省令</b> ・ 救急隊は人命の救助に関する専門的な教育を受けた者	<b>【隊の編成】消防法施行規則50条</b> <b>【隊員資格】消防法施行規則51条、51条の2</b>
告示・通知	<b>【隊の編成】消防力の整備指針第3条</b> ・ 消防ポンプ自動車に搭乗する消防職員は1台につき5人等 <b>【装備基準】消防力の整備指針第2条</b> ・ 市街地における消防ポンプ自動車の数は人口一万人で2台 <b>【隊員資格】消防力の整備指針第28条</b> ・ 消防職員は、次の各号に定める能力を備え、その専門性を高めるとともに、複数の業務の知識、技術及び経験を経ることにより、職務能力を総合的に高めるものとする。	<b>【隊の編成】消防力の整備指針31条</b> ・ 救助工作車に搭乗する隊員数は1台につき5人 <b>【装備基準】消防力の整備指針16条</b> ・ 救助隊の配置数と同数の救助工作車を配置 <b>【隊員資格】消防力の整備指針28条</b> ・ 救助資機材取扱い及び各種災害における救助技術を有し、人命救助活動を的確に行える	<b>【装備基準】救急業務実施基準</b> <b>【隊員資格】救急業務実施基準</b> <b>【活動基準】救急業務実施基準</b> 救急隊員の行う応急処置等の基準

# 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？	

# 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

## 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関し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改善策の提言  
についてはどう考えるか。

# 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な。
- 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な。
- 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がある。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。

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。

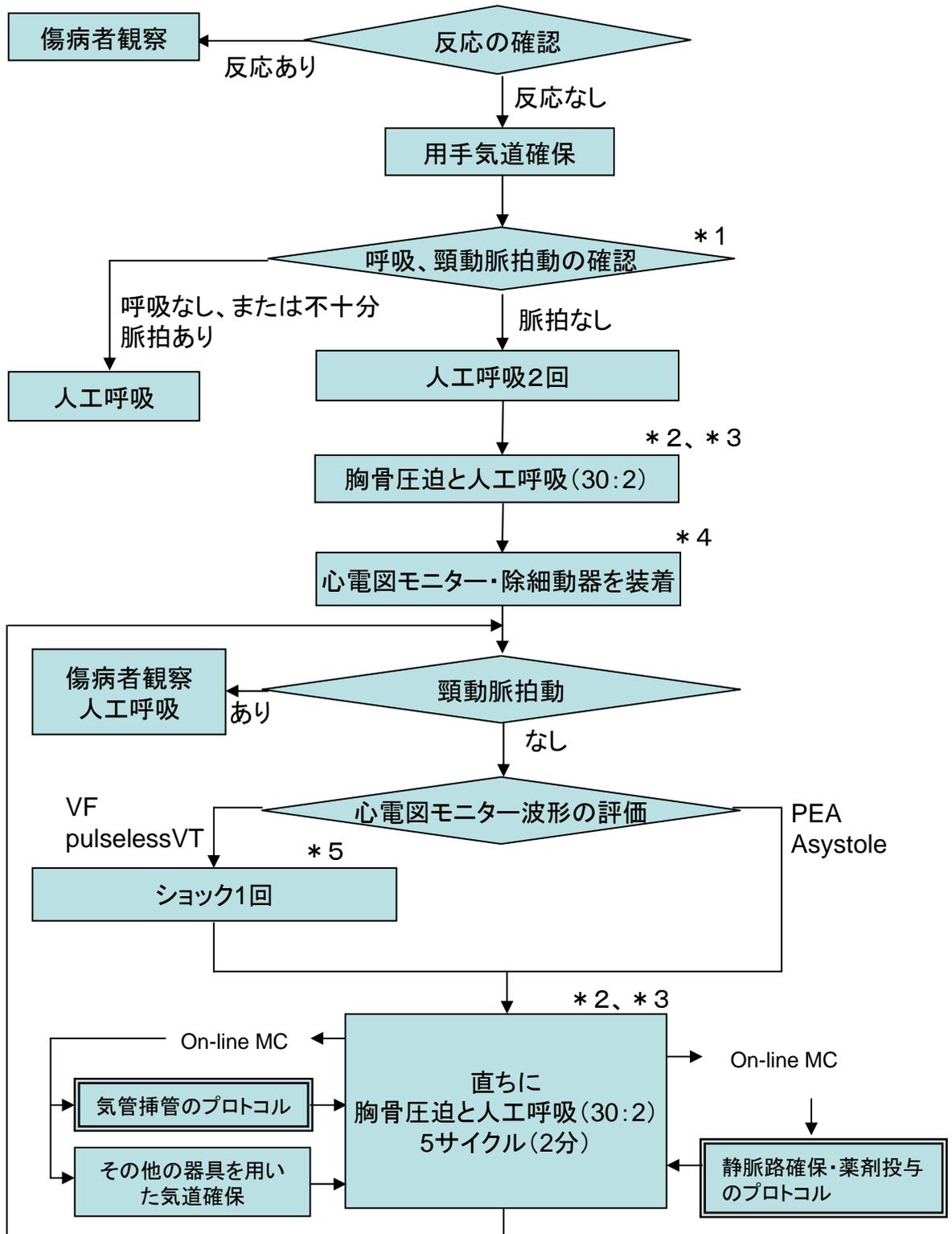
# CPRの Protocol

## (案)

平成19年3月9日

大阪府救急業務高度化推進連絡協議会

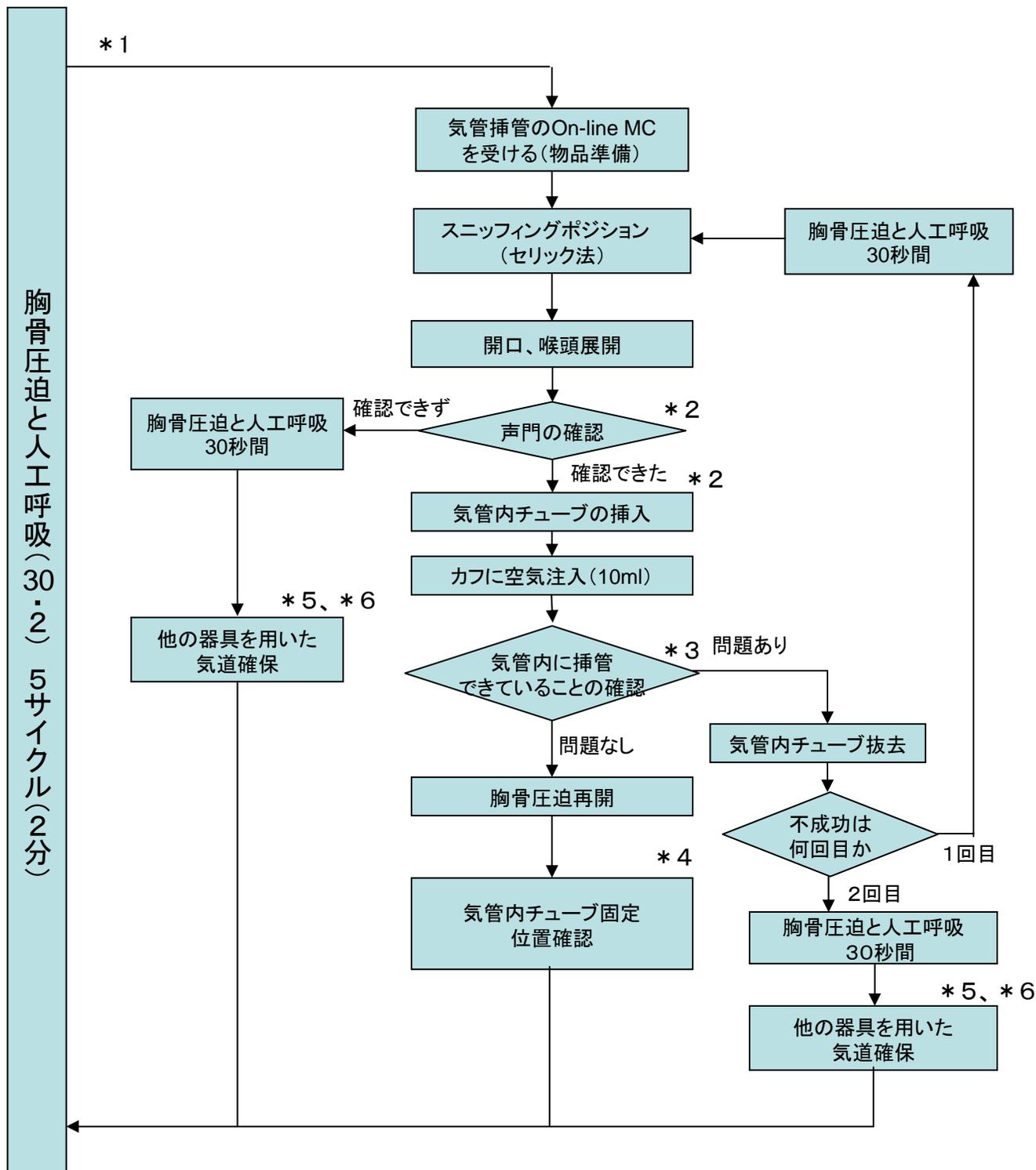
# CPR基本プロトコル



- \*1 気道確保を含めて、呼吸と脈拍を10秒以内に観察する。
- \*2 胸骨圧迫は可能なかぎり中断することなく実施する。
- \*3 小児に対し二人で実施する場合は15:2とする。
- \*4 目撃された心停止で、発症後短時間の場合は除細動を優先する。
- \*5 1歳以上の心臓機能停止を適応とする。但し、1歳以上8歳未満については小児用パッドを用いてAEDで実施することが望ましい。

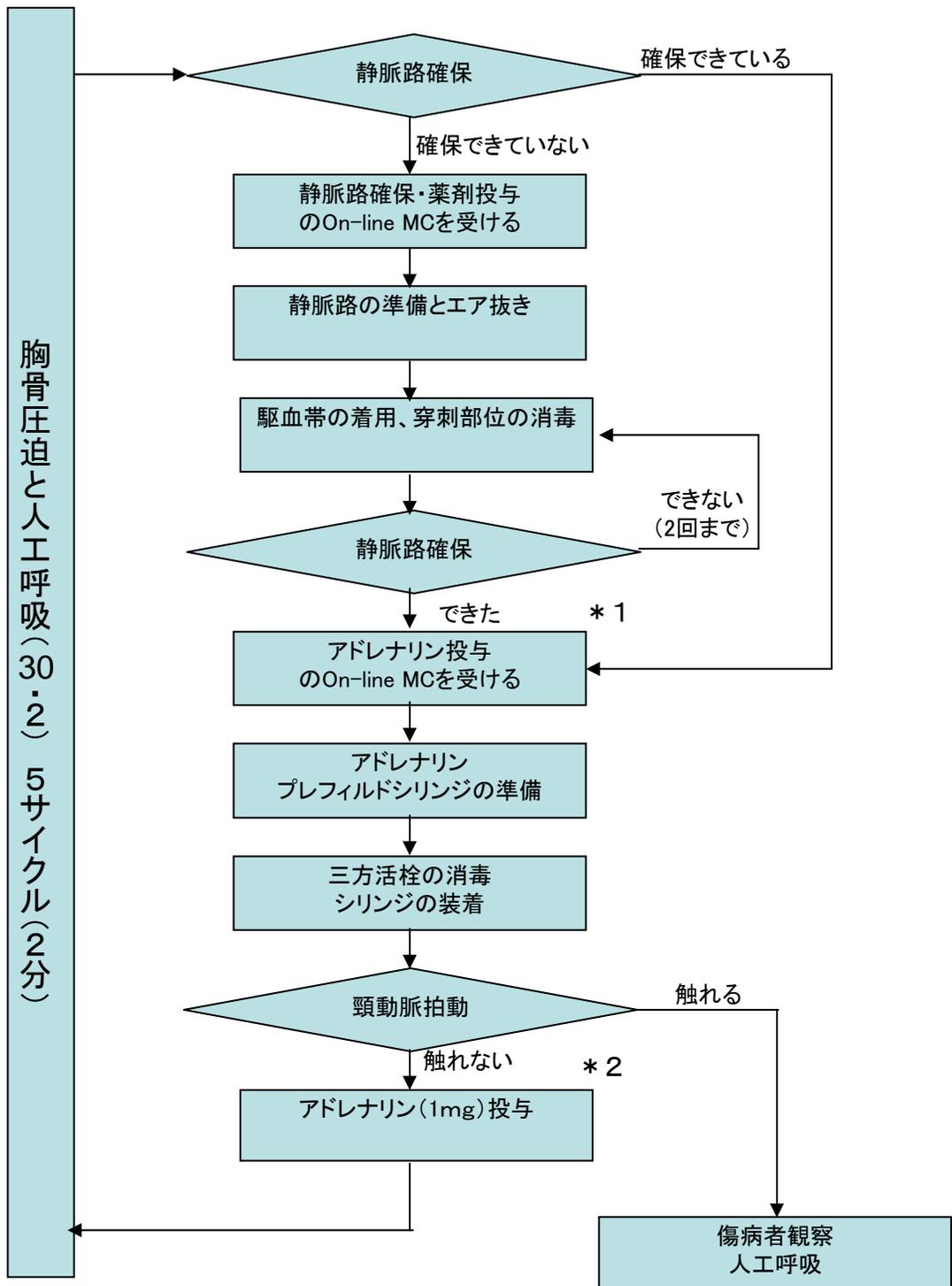
〔本プロトコルはいわゆる「半自動式除細動器」の使用を前提としている。  
その他の機種については地域MC協議会で手順等を確認しておくことが望ましい。〕

# 気管挿管の protocols <sup>\*1</sup>



- \*1 本プロトコルの適応は、成人で心臓機能停止、かつ呼吸機能停止であるものとする。
- \*2 胸骨圧迫の中断は最小限にする。
- \*3 聴診、その他の所見とあわせ総合的に判断する。
- \*4 胸骨圧迫は中断なくおこない、送気と同期させない。
- \*5 必要に応じて再度指示を受ける。
- \*6 適切な換気が可能であれば、胸骨圧迫と人工呼吸は同期させない。

# 静脈路確保・薬剤投与の Protocol

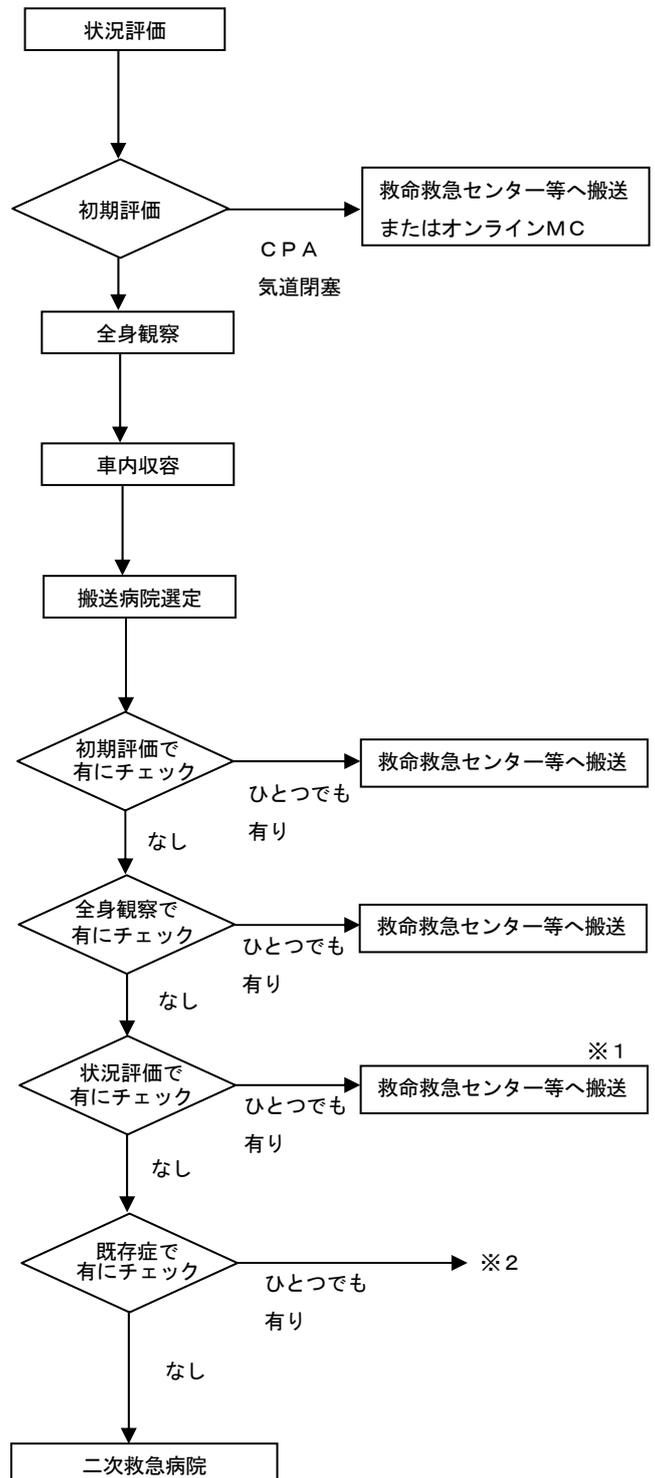


- \* 1 アドレナリン投与の適応は、  
8歳以上  
かつ  
① VF/pulselessVT  
②PEA  
③目撃者のあるAsystole  
のいずれかを満たすものとする。

- \* 2 薬剤もれがあった場合は、静脈路の再確保は行わない。

# 外傷・熱傷患者 評価シート ( Trauma & Burn Sheet, TBS )

救急活動記録 No.				発生日時 平成 年 月 日 時 分			
				搬送先医療機関 ( )			
<b>初期評価とバイタルサイン</b>				無	有	不明	
気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ショック症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				無	有	不明	
GCS 4-5-6 = ( )	13 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
呼吸数 = ( )	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
脈拍数 = ( )	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>全身観察</b>				無	有	不明	
開放性頭蓋陥没骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
顔面・頸部の高度な損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
頸部・胸部の皮下気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
外頸静脈の著しい怒張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
胸部の動揺・フレイル Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
腹部膨隆、筋性防御	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
骨盤の動揺、下肢長差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
頭頸部から鼠径部までの鋭的損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15%以上の熱傷または気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
両大腿骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
デグロービング損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
四肢の離断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
四肢の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>状況評価</b>				無	有	不明	
<input type="checkbox"/> 自動車乗車中							
同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
60km/h以上での衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> バイク走行中							
バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 歩行中・自転車走行中							
車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> その他							
機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>既存症</b>				無	有	不明	
小児または高齢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
出血性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
心・呼吸器疾患の既往	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
抗凝固薬服用中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
薬物中毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
肝硬変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
病的肥満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
透析患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
妊婦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



※1：搬送病院の選定に苦慮する場合には、オンラインMC  
 ※2：重症以上になる可能性があるため、搬送病院の選定に苦慮する場合にはオンラインMC

## 脳卒中病院前救護ガイドライン（案）

### 脳卒中への対応

脳卒中には、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血）と、虚血性脳卒中（脳梗塞）がある。脳出血とくも膜下出血は、主に CT を用いて確定診断され、必要に応じて緊急開頭手術あるいは血管内手術が実施される。一方、脳梗塞は、発症から 3 時間以内の早期に t-PA（組織プラスミノゲンアクティベータ）を用いた血栓溶解療法を実施することにより神経学的転帰の改善が期待される。

救急隊の現場活動においては、これら出血性脳卒中と虚血性脳卒中を確実に鑑別することは困難である。このため、傷病者の症状や兆候から脳卒中を疑うべき症例を広く選別し、早急に対応可能な医療機関に搬送することが望まれる。

また、脳卒中傷病者に対する現場救護活動の質向上のために、今後一層の救急隊員教育が必要である。

### ① 脳卒中を疑うべき症状・兆候

- i) 突然の意識障害
- ii) 頭痛、麻痺、しびれ、失語・構音障害、視力・視野障害、めまい、ふらつき

### ② 脳卒中と鑑別するための追加評価

身体所見、問診等により、以下のいずれかを認めた場合には脳卒中として対応する。ただし、胸背部痛や血圧の左右差など大血管解離の合併に注意する。

- i) 突然の意識障害：JCSがII桁以上の場合は鑑別のための追加評価よりも、医療機関への搬送を優先する。
- ii) 頭痛、麻痺、しびれ、失語・構音障害、視力・視野障害、めまい、ふらつきを訴える場合には、下記の身体所見を確認し、異常を認めた場合には脳卒中として対応する。
  - ・瞳孔・眼位の異常
  - ・顔のゆがみ（歯をみせるあるいは笑わせると、片側が他側のように動かない）
  - ・上肢の麻痺（閉眼させ上肢を水平に挙上させると、麻痺側は挙上できないか、あるいは保持できず下垂する）
  - ・下肢の麻痺（両側の膝立てをさせると麻痺側は屈曲できないか、あるいは保持できず倒れる）
  - ・感覚障害
  - ・構音障害（話をさせると、言葉が不明瞭、または全く話せない）
  - ・痙攣
  - ・半側空間無視（患者の左（右）に立ち名前を呼んだ時に反対側を向く。左片麻痺時に特に注意する）

### ③ 搬送先医療機関が備えているべき診療機能

脳卒中が疑われる傷病者は以下のすべての機能を常時有する医療機関に搬送することが望ましい。

- ・脳神経外科医、脳卒中専門医等の診療が可能

- ・緊急開頭術が実施できる、あるいは実施できる施設への転送が可能
- ・t-PA 治療が可能
- ・直ちに CT あるいは MRI 撮影が可能  
SCU 或いはそれに準じた施設を持つ

④ 脳卒中と判断した場合の応急処置

- ・気道確保
- ・高濃度酸素投与
- ・保温
- ・嘔気・嘔吐があるときは側臥位、ないときは頭部挙上
- ・クモ膜下出血が疑われる時には特に安静に留意する
- ・迅速な搬送

⑤ 病院に伝える情報

ファーストコール（これのみでも可）

- ・主訴、症状
- ・発症時間または最終健在確認時刻
- ・バイタルサインと意識レベル
- ・到着までの時間

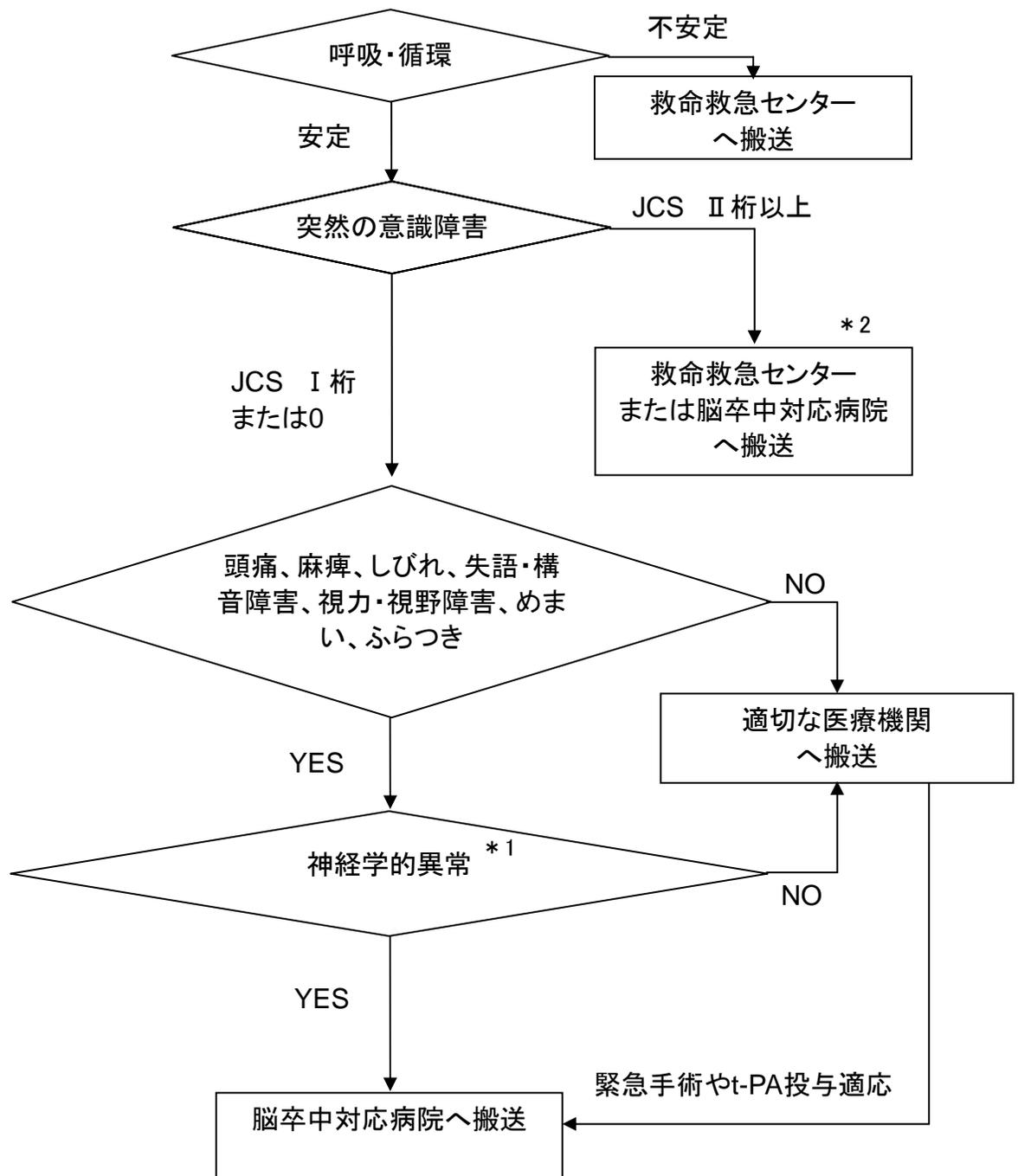
セカンドコール

- ・症状の変化
- ・既往歴（罹患時期についても報告）
  - 頭蓋内出血
  - 脳梗塞
  - 頭部脊髄の外傷あるいは手術
  - 消化管あるいは尿路出血
  - その他の部位の大手術あるいは頭部以外の重篤な外傷
  - ワーファリンの服用歴
  - 心房細動、糖尿病、高血圧等
- ・観察所見
  - 痙攣
  - 外傷の合併

参考 脳卒中傷病者チェックシート（案）

- ・救急隊の現場活動を円滑にするため脳卒中傷病者チェックシート（案）を示す。

# 脳卒中疑い傷病者への対応



- \*1 神経学的異常所見
- ・ 瞳孔・眼位の異常
  - ・ 顔面の麻痺
  - ・ 上肢の麻痺
  - ・ 下肢の麻痺
  - ・ 感覚障害
  - ・ 構音障害
  - ・ 痙攣
  - ・ 半側空間無視

\*2  
既往歴、現病歴等から脳卒中が否定される場合には、その他の適切な医療機関に搬送してもよい

# 脳卒中傷病者チェックシート(案)

氏名	年齢 歳	男・女	利き手 右・左・不明						
主訴	意識障害・頭痛・麻痺・しびれ・失語構音障害・視力視野障害・めまい・ふらつき								
発症/最終健在確認時刻	月 日 午前・午後 時 分 / 不明	発症 / 最終健在確認							
呼吸様式	調べず・正常・浅表性・努力様・起坐・下顎	チアノーゼ	なし・あり						
呼吸回数	調べず・正常・緩徐・頻 回数( 回/分)	SpO2	% (O2 L/分)						
皮膚所見	調べず 冷感：なし・あり 湿潤：なし・あり	血圧	/ mmHg						
脈拍	調べず・微弱・触知不能 ( 回/分) 整・不整 橈骨・上腕・大腿・頸部								
意識(JCS)	0・1・2・3・10・20・30・100・200・300								
症状経過	不変・改善・悪化								
頭痛	なし・あり・不明	嘔気嘔吐	なし・あり・不明						
瞳孔	右( )mm/左( )mm	対光反射	右：あり・なし 左：あり・なし						
眼位	正常・右偏位・左偏位・下方偏位・上方偏位・開散・どちらかのみ内転・どちらかのみ外転								
運動麻痺・感覚障害		顔面	上肢	下肢		顔面	上肢	下肢	
運動麻痺	調べず	右	なし・あり・不明	なし・あり・不明	なし・あり・不明	左	なし・あり・不明	なし・あり・不明	なし・あり・不明
感覚障害	調べず	右	なし・あり・不明	なし・あり・不明	なし・あり・不明	左	なし・あり・不明	なし・あり・不明	なし・あり・不明
言語	「今日はいい天気です。」と繰り返して言うように指示								
	正確に言える・言葉を間違える・呂律障害あり・酩酊したようなリズム・嚙声・理解不能								
痙攣	なし・あり・不明								
半側空間無視	患者の左(右)に立ち名前を呼び反対側を向けば左(右)半側空間無視ありと判定								
	空間無視なし・左半側空間無視・右半側空間無視・不明								
発症前ADL	自立・ほぼ自立・半介助・全介助・不明								
頭蓋内出血の既往	なし・あり・不明				脳梗塞の既往		なし・あり・不明		
頭部脊髄の外傷、手術	なし・あり・不明				消化管、尿路出血の既往		なし・あり・不明		
大手術あるいは頭部以外の重篤な外傷	なし・あり・不明								
心房細動	なし・あり・不明				ワーファリン服用		なし・あり・不明		
高血圧の既往	なし・未治療・治療中・不明								
糖尿病の既往	なし・未治療・内服治療・インスリン治療・不明								
痙攣の既往	なし・あり・不明				外傷の合併		なし・あり・不明		
他の既往症	なし・あり・不明 ( )								

## 急性心筋梗塞病院前救護ガイドライン（案）

### 急性心筋梗塞への対応

急性心筋梗塞は生命予後に深くかかわる疾患である。近年の緊急カテーテル治療とCCUの普及により生存率は著しく向上したが、一方で、これらの治療を迅速に実施できる施設に、適切に搬送されない場合は予後不良となりうる。

急性心筋梗塞は分単位の進行性の疾病で、急速に肺水腫や致死的不整脈を合併するため、専門医によりの確かつ迅速に診断と治療が開始される必要がある。心筋梗塞の確定診断は、発症様式（詳細な病歴聴取を含む）・症候・心電図検査・血液生化学的検査・心臓超音波検査のすべてを総合的に評価してなされるものであり、救急隊の病院前救護活動の中では正確に選別することは困難である。むしろ、傷病者の症状や兆候から急性心筋梗塞を疑うべき症例を広く選別し、早急に対応可能な医療機関に搬送することが望まれる。

また、急性心筋梗塞傷病者に対する現場救護活動の質向上のために、今後一層の救急隊員教育が必要である。

### ① 心筋梗塞を疑う症状・兆候

- i) 突然のショック、呼吸困難・呼吸不全、意識障害
- ii) 持続する胸痛

### ② 鑑別するための追加評価

身体所見、問診等により、以下のいずれかを認めた場合には急性心筋梗塞として対応する。

- i) 突然のショック、呼吸困難・呼吸不全、意識障害：鑑別のための追加評価よりも、医療機関への搬送を優先する。
- ii) 持続する胸痛：下記のいずれかを認める場合には急性心筋梗塞として対応する。
  - ・ 20分以上持続する
  - ・ 前胸部が締め付けられるような圧迫感がある
  - ・ 左肩、左腕に放散する
  - ・ 息切れ、脱力感、発汗、ふらつき感、悪心、嘔吐を伴う
  - ・ 労作で痛みが増強する、軽労作でも生じるようになってきた
  - ・ ニトログリセリンが無効である
  - ・ 以前に比較し、痛みの頻度、程度が増強してきた
- iii) 心電図検査にて下記のいずれかを認める場合には心筋梗塞として対応する。
  - ・ ST上昇あるいは低下
  - ・ 広いQRS波形への移行
- iv) 心筋梗塞を疑わせる典型的胸痛や心電図異常がなくても、下記のいずれかを認める場合には急性心筋梗塞を疑って対応する。
  - ・ 狭心症、心筋梗塞、脳梗塞の既往がある
  - ・ 糖尿病、高血圧、腎臓病の既往がある
  - ・ 喫煙歴がある
- v) 以下の場合には急性心筋梗塞である確率は低い。
  - ・ 刺すような、チクチクする胸痛

- ・胸痛の持続が秒単位
- ・35歳以下

③ 搬送先医療機関が備えているべき診療機能

全ての心筋梗塞患者は緊急・重症患者であるので救命救急センターあるいは循環器専門病院に搬送する。

これらの医療機関は以下のすべての診療機能を常時備えていることが望ましい。

- ・循環器専門医の診療が可能
- ・心臓超音波検査、冠動脈造影、造影 CT 検査が実施可能
- ・直ちにカテーテル治療が可能
- ・CCU あるいはそれに準じた施設を持つ
- ・緊急開胸術が実施できる、あるいは実施できる施設への転送が可能

④ 急性心筋梗塞と判断した場合の応急処置

- ・気道確保
- ・高濃度酸素投与
- ・心不全を伴う時はファーラー位あるいは起座位
- ・保温
- ・迅速な搬送
- ・歩行させることは絶対禁止

⑤ 病院に伝える情報

ファーストコール（これのみでも可）

- ・主訴、症状
- ・胸痛発症時間
- ・バイタルサインと意識レベル
- ・到着までの時間

セカンドコール

- ・症状の変化
- ・心電図所見
- ・処置内容
- ・ニトログリセリン服用の有無、その効果
- ・既往歴：心疾患（冠動脈疾患、心不全）、高血圧、糖尿病、高脂血症、腎臓病
- ・アレルギーの既往
- ・出血素因：抗血小板薬・ワルファリン等の服用、頭蓋内出血・脳梗塞・頭部外傷・頭蓋内腫瘍・脳動静脈奇形の既往、消化管出血、妊娠など

参考① 現場活動での問診例

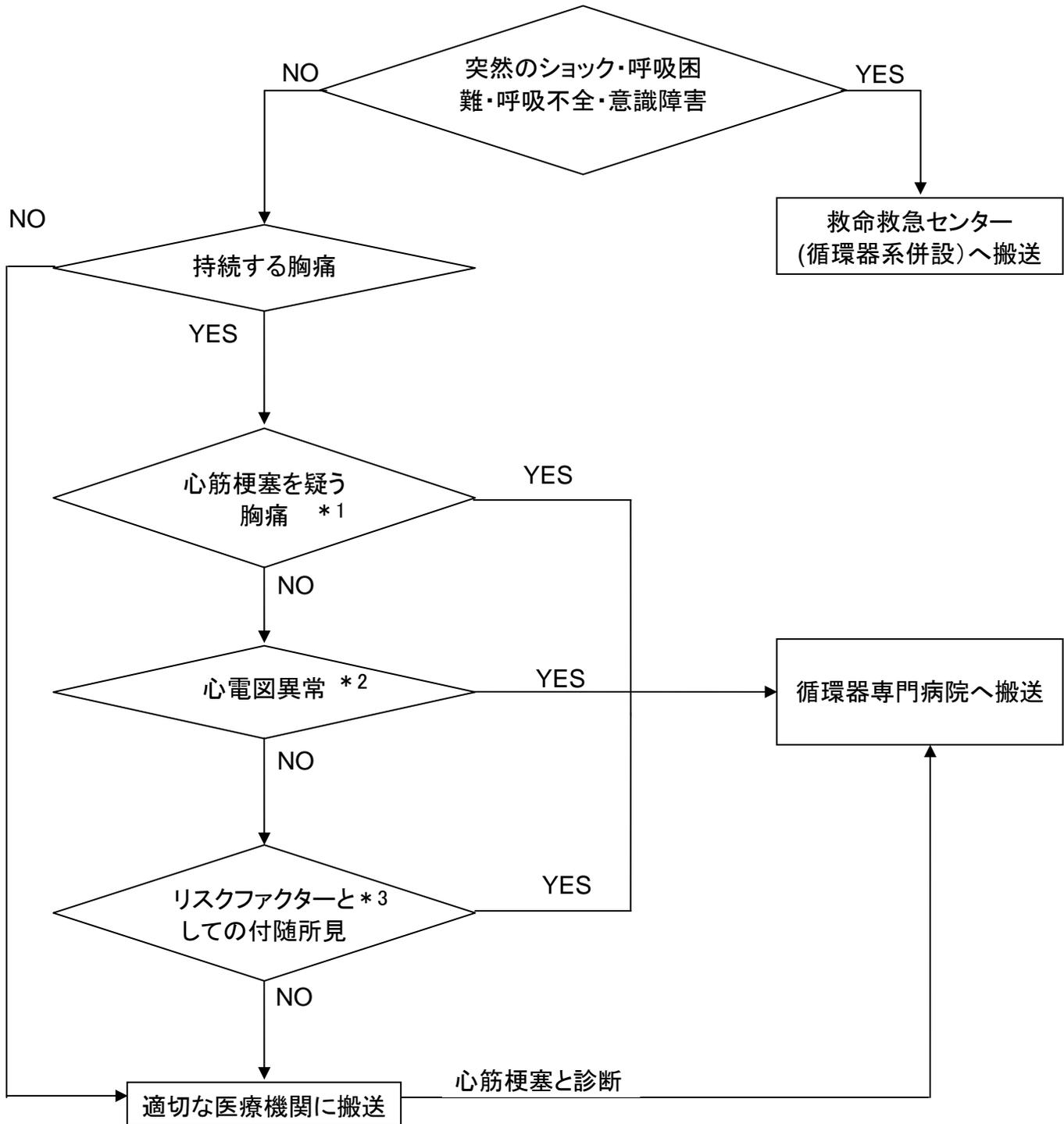
救急隊の現場活動を円滑にするために現場での問診例を示す。

- ・名前・年齢 「お名前は？」「お歳は？」
- ・症状・兆候 「どうされましたか？」
- ・主訴 「どこが痛いのですか？」
- ・発症様式 「いつ何をしているときに起こりましたか？」  
「どれ位の時間が経過していますか？」
- ・胸痛の程度 「痛みは激しいですか？」
- ・胸痛の性状 「どのような痛みですか？」  
押されるような（圧迫感）  
絞め付けられるような（絞扼感）  
焼けるような（灼熱感）  
恐怖を感じる（死への恐怖感）  
刺すような、チクチクするような、変な感じ（違和感）
- ・部位・範囲 「痛みの部位はここだけですか？広がっていませんか？」
- ・胸痛の経過 「痛み始めと比べ、今はどうですか？」  
「最初の痛みを10とすれば今は→？」
- ・服薬 「薬は飲まれていますか？」  
「薬を飲んだのはいつですか？」  
「飲んでからの症状はどうですか？」
- ・既往歴 「今、何か病気にかかっていますか？」  
「どこか病院に通院していますか？」  
「以前病気にかかったことがありますか？」
- ・アレルギー 「薬や食べ物、他のアレルギーはありませんか？」  
「造影剤を使った検査を受けたことはありますか？」  
「アレルギーは？」
- ・最終食事時間 「最後に食事をしたのはいつですか？」

参考② 急性心筋梗塞傷病者チェックシート（案）

救急隊の現場活動を円滑にするため急性心筋梗塞傷病者チェックシート（案）を示す。

# 急性心筋梗塞疑い傷病者への対応



## \*1 心筋梗塞が疑われる胸痛

- ・ 20分以上持続する
- ・ 前胸部の締め付けられるような圧迫感
- ・ 左肩、左腕に放散する
- ・ 息切れ、脱力感、発汗、ふらつき、悪心、嘔吐を伴う
- ・ 労作で痛みが増強、軽労作でも生じる
- ・ ニトログリセリンが無効
- ・ 以前より頻度、程度が増加

## \*2 心電図異常

- ・ ST上昇あるいは低下
- ・ Wide QRS

## \*3 リスクファクターとしての付随所見

- ・ 狭心症、心筋梗塞、脳梗塞の既往
- ・ 糖尿病、高血圧、腎臓病の既往
- ・ 喫煙歴

# 急性心筋梗塞傷病者チェックシート(案)

氏名		年齢	歳	男・女	
主訴	胸痛・ショック・呼吸困難・呼吸不全・意識障害・その他( )				
発症時間	月 日 午前・午後 時 分 / 不明 安静時・労作時・運動時・その他				
呼吸様式	調べず・正常・浅表性・努力様・起坐・下顎	チアノーゼ	なし・あり		
呼吸回数	調べず・正常・緩徐・頻 回数( 回/分)	SpO2	% (O2 L/分)		
皮膚所見	調べず 冷感：なし・あり 湿潤：なし・あり	血圧	/ mmHg		
脈拍	調べず・微弱・触知不能 ( 回/分)	整・不整	橈骨・上腕・大腿・頸部		
意識(JCS)	0・1・2・3・10・20・30・100・200・300				
胸痛の性状	圧迫感・絞扼感・灼熱感・胸部違和感(刺すような、チクチク)				
胸痛持続時間	20分以上・20分以下(分単位・秒単位)				
胸痛時間経過	持続性・一過性(単回・繰り返す)				
放散痛	なし・あり(喉頭部・背中・腕)	背部痛	なし・あり		
胸痛の度合い	一番痛いときを「10」として、今は「 」くらい				
運動による増悪	なし・あり				
随伴症状	息切れ・発汗・脱力感・ふらつき感・悪心・嘔吐				
ニトログリセリン	効果あり・効果なし・未使用・不明				
心電図異常	ST上昇・ST低下・Wide QRS・不整脈				
虚血性心疾患の既往	なし・あり(心筋梗塞・狭心症)・不明	脳梗塞の既往	なし・あり・不明		
糖尿病の既往	なし・未治療・内服治療・インスリン・不明				
高血圧の既往	なし・未治療・治療中・不明	腎臓病の既往	なし・あり・不明		
喫煙歴	なし・あり				
心不全の既往	なし・あり・不明	高脂血症の既往	なし・あり・不明		
アレルギー歴	なし・あり・不明 (薬剤( )・造影剤・その他)				
抗血小板薬の服用	なし・あり・不明	ワルファリンの服用	なし・あり・不明		
他の出血素因	頭蓋内出血の既往・脳静脈奇形・悪性頭蓋内新生物・妊娠・活動性消化性潰瘍 虚血性脳卒中や頭部あるいは顔面の閉鎖性外傷の既往(3ヶ月以内)				
他の既往歴	なし・あり・不明 ( )				

# 橋本委員提出資料

## 救急救命士の応急処置が正当化される理由

- ①救急救命士によりなされる行為であること
- ②適法な職務行為として実施されること  
一般的・抽象的職務権限、出動要請、活動基準に従って
- ③救急処置水準にかなった方法で実施されていること
- ④できるかぎり Informed Consent を尽くすこと

救急隊員が実施する応急処置、とくに実質的には高度な医療行為とみられる救急救命士の行う特定行為が、正当化される理由についても考えておく必要があります。医師の行う医療行為が正当化される理由と比較して考えてみましょう。

正当化理由の第1は、救急救命士という国家資格を有する者、あるいはI課程・II課程・標準課程を修了している救急隊員であることがあげられます。

正当化理由の第2は、応急処置を実施する目的があることがあげられますが、より具体的には、救急隊員は公務員であり、公的サービスの一環として公務として実施していることから、適法な職務行為として実施されることがあげられます。すなわち、一般的・抽象的職務権限が付与されており、救急出動要請によって個別・具体的な職務権限が付与され、公務員として履践すべき基準である、各消防本部が策定した活動基準等のプロトコールに従って応急処置が実施されていることがあげられます。

正当化理由の第3は、救急処置水準にかなった方法で応急処置が実施されていることです。具体的には、救急処置時の、標準課程の教科書（現時点では『改訂第3版 救急隊員標準テキスト』へるす出版）や救急救命士養成課程の教科書（現時点では『改訂第7版 救急救命士標準テキスト（上・下巻）』へるす出版）に記載されている手技等や「日本版救急蘇生ガイドライン2005」が水準となります。したがって、救急処置水準は、救急処置の手技・手法やその取り巻く環境の変化によって進歩・発展しています。医療水準同様、そのレベルに達しない救急処置を実施した結果、重篤な結果が生じた場合には、その法的責任が追及されることになります。各消防本部はメディカルコントロール協議会の諮問を受けて救急処置水準にかなったプロトコールを策定する義務があります。

正当化理由の第4として、インフォームドコンセントがあげられますが、救急業務の特殊性を考慮すると、できるかぎりインフォームドコンセントを尽くせば十分であり、インフォームドコンセントがなかったからといって、即、応急処置が違法と評価されるわけではありません。

## テキスト 救急活動をめぐる法律問題

定価（本体1,200円＋税）

2008年5月8日 第1版第1刷発行©

著者 橋本雄太郎  
発行者 佐藤荘介  
発行所 株式会社 荘道社

## ①オンライン・メディカルコントロール体制下における救急業務従事者相互の法律関係

医師法第17条（医師でなければ、医業をしてはならない）  
・応急処置は医療行為に当たるのか？

医師法第20条（無診察治療の禁止）

救急業務は公的サービスの一環  
・緊急事務管理（民法第698条）：悪意又は重過失

医療行為が開始されるのは、救急車が搬送先医療機関に到着後です。診療契約は、医療機関到着後黙示的に結ばれます。したがって、診療契約締結以前の救急業務は、公的サービスの一環として実施されているものと看做されます。搬送対象傷病者と救急隊員との関係は、民法第698条の緊急事務管理の関係に立つものと一般に理解されています。したがって、悪意又は重大な過失がないかぎり責任を問われることはありません。よほどの常軌を逸したボカをしなにかぎり、賠償責任を負うことはないと考えられます。応急処置行為は緊急事務管理に該当するため違法性がなくなり、不法行為責任は生じないことになります。

民法第698条：管理者は、本人の身体、名誉又は財産に対する急迫の危害を免れさせるために事務管理をしたときは、悪意又は重大な過失があるのでなければ、これによって生じた損害を賠償する責任を負わない。

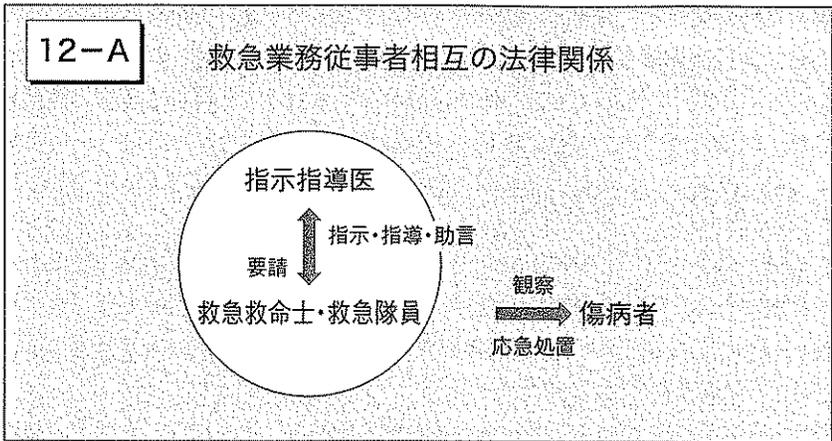
このように、実質的には救命の連鎖としての一連の救急処置行為も、法律上の形式論理としては、診療契約締結時との関係で、救急隊による搬送の段階と搬送後医療機関に収容された後の段階とに分断して考えることとなります。

それは、医師法第17条と第20条の壁が存在しているからです。

医師法第17条：医師でなければ、医業をしてはならない。

医師法第20条：医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

そこで、救急隊員が実施する応急処置が医療行為に当たるのかが問題になるわけです。



- 12-B** 医師の具体的指示が得られない特定行為
- ・救急救命士の応急処置が正当化される理由
  - ・具体的な観察に基づかない特定行為は認められない  
(事前に得ることはできない)
  - ・救急救命士からの指示要請に対するものでなければ  
ならない (1対1の関係)

立、活動基準および処置基準の策定等を加えることによって、標準課程修了救急隊員についても該当することになります。

したがって、現場の救急救命士および救急隊員が直接的・具体的な観察なしに指示・指導・助言を指示指導医に要請することも、また、指示指導医の要請に対する具体的な指示・指導・助言なしに特定行為を実施することも、法的には許されないということになります。救急救命士法第44条に抵触する虞があるのです。例えば、心肺停止状態であることが予想される傷病者が、無線や携帯電話の電波の届かない地下3階にいる場合や山中にいる場合であっても、あらかじめそうした状態にあった場合には気管挿管等を実施してもよいかという要請をすることは許されません。また、指示指導医は、救急救命士から要請された特定行為以外の特定行為を指示・指導することもできないのです。

救急救命士および救急隊員による、実質的に医療行為に該当するものと看做される応急処置が、医師法の規定に触れるものではなく、適法なものであるとされる理由・論理、いわゆる正当化根拠を、救急業務従事者相互の法律関係を示す図を見ながら考えてみましょう。

まず、高度化された応急処置を実施するにあたっては、現場の救急隊員と指示指導医とがいわゆる医療チームを組んでいると看做されることから、この両者を1つの大きな法人格(人間)と考えます。そして、本来であれば、直接医師が現場に向いて診察・診断・治療を行うべきところ(救急救命士制度はドクターカー制度のインフラ整備がなかなか整わないことも制定理由になっている)、時間的余裕のない刻一刻を争う緊急事態であることを前提に、人間でいえば目の部分に該当する救急救命士が現場に向き五感の作用で観察し、神経細胞の機能を果たす無線あるいは携帯電話を通して、その情報を脳に当たる指示指導医に伝え、その情報を受け取った脳に該当する指示指導医が即時に判断・命令して、再び神経細胞である無線あるいは携帯電話を通して、今度は手足に該当する救急救命士に伝え、それに基づいて、手足としての救急救命士が応急処置を実施する、という構成をとっていると看做することができます。いかにも、法律家の論理構成ですが、救急救命士の応急処置を正当化するためには、このように考えざるを得ないものと思われます。同様の理論構成は、オフライン・メディカルコントロール制度に基づくメディカルコントロール下における救急隊員の教育・再教育体制の確

12-C

## 救急業務従事者の法的責任

救急救命士・救急隊員の法的責任

指示指導医の法的責任

消防本部（自治体）の法的責任

搬送先医療機関の法的責任

日常の救急業務において、あるいは高度化した救急業務を実施する場合に、予期せぬ過誤がいつ発生するとも限りません。これまでは、こうした過誤が顕在化することは救急隊員の不断努力と緊張感からほとんどなかったにすぎません。そこで、救急救命士有資格救急隊員が、指示指導医の指示・指導・助言を要請し、指示指導医の指示・指導・助言に従って、気管挿管、薬剤投与等を行った結果、傷病者に重篤な結果が生じてしまった場合の各救急業務従事者の法的責任について考えておきましょう〔詳細な考察については、拙著『病院前救護をめぐる法律問題』（東京法令出版）第3章を参照してください〕。

救急業務関係者の法的責任が問われることになる想定事例を類型化してみると、①救急救命士の観察は的確であったが、指示指導医の指示等が誤っていた場合、②救急救命士の観察が的確でなく、あるいは状況説明が適切でなく、それに基づいて指示指導医からの指示等が出された場合、③救急救命士の観察も的確であり、それに基づく指示指導医の指示等も適切であったが、救急救命士の実際の処置に過誤があった場合、④救急救命士からの要請に対して指示指導医からの指示等がなく傷病者に気管挿管等が実施できなかった場合、あるいは指示指導医がつかまらず指示指導医からの指示等が得られなかった場合、に分けることができます。

このような想定事例に関して、刑事責任が問われる可能性は少ないと思われます。すなわち、形式的に救急救命士の実施処置行為が、刑法第211条第1項の業務上過失致死傷罪あるいは救急救命士法第44条違反罪等の構成要件に該当する可能性はあるものの、正当業務行為の範囲内として、あるいは緊急避難が成立するとして、犯罪不成立になる余地が十分に考えられるからです。また、刑罰は最後の制裁手段として謙抑的に行使されなければならないという刑事法の基本的な考え方から、実体法上犯罪が成立していたとしても、一生懸命救急活動に邁進している救急隊員や指示指導医の態度、搬送対象傷病者の生命危険の逼迫度、過失犯であること、さらには、当該応急処置行為に関して「疑わしきは被告人の利益に」という刑事手続の基本原則を超える程度の証明をすることの困難性等を考慮すると、刑事訴訟法第248条の起訴便宜主義により起訴猶予処分になる可能性がかなり高いものと考えられることから、検察官によって起訴され、公判手続を経て有罪とされる事例は極めてまれなことと思われるからです。直接応急処置を実施していない消防本部責任者にも監督過失が問われることも理論的には考えられますが、上述の理由から、刑事責任が問われる可能性は極めてまれであると思

ます。

刑法第211条第1項：業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。

賠償責任について考えてみましょう。既述のように、救急隊員と搬送対象傷病者との関係は、緊急事務管理の関係にあります。したがって、悪意または重大な過失があるときのみ賠償責任を負うこととなります。また、消防本部あるいは消防組合は地方公共団体であり、救急隊員は地方公務員であるので、救急業務は国家賠償法の対象となります。そして、国家賠償法第4条は、民法の規定を適用することにしています。悪意で救急活動を実施することはあり得ないことなので、重大な過失を犯したといえるかどうかということになります。

設例①においては、現実には救急救命士の行為によって損害が発生していますが、救急救命士の行為に落ち度はなく、指示指導医の落ち度が問われることとなります。指示指導医が重大な過失を犯すということはあまり考えられませんが、消防本部の管理監督責任が問われ、消防本部の属する自治体首長に対して損害賠償請求が認容される可能性は否定できません。設例②においては、指示指導医の落ち度が問われることはなく、救急救命士の行為に重大な過失が認められないかぎり救急救命士の責任も問われることはありませんが、消防本部の管理監督責任が問われる可能性はあります。設例③が、救急救命士の重大な過失が比較的明確に現れる事例だと思われれます。例えば、心臓マッサージ（胸骨圧迫）を強くやりすぎて肋骨を亀裂骨折させてしまう、気管挿管をする際に挿入の仕方が悪くて胃のほうへ送気してしまい胃液が逆流して誤嚥性肺炎を起こさせてしまう、といった極めて稚拙な初歩的なミスを行ってしまうような場合には、重大な過失と認定される可能性も否定できず、救急救命士の責任が追及されることも考えられます。それに至らないものに関しては、設例②と同じになります。設例④において、指示指導医に初歩的なミスが認められる場合には、指示指導医の責任が追及される可能性がありますが、それに至らない場合には、設例①と同じになります。

通信手段の発展に伴い、搬送先医療機関との間にホットラインを結ぶことが可能になってきましたので、救命率の向上、救急活動の迅速効率化のために、指示指導医と同様の能力が認められる搬送先医療機関の救急医と直接交信し、その指示・指導・助言を仰ぎながら搬送中の応急処置を実施することができるようになってきました。そのような場合にも、設例①ないし④と同様な事例が考えられます。したがって、上述同様に法的責任も考えることが可能です。ただし、それらと基本的に異なることは、搬送先医療機関の法的責任は、国公立医療機関であっても、国家賠償法は適用されず、民法の規定が適用されますので、法律関係は複雑になります。搬送先医療機関と消防本部との間で契約等を結び、指示・指導にあたる医師との間の委託関係を予め明確にしておく必要があるものと考えます。

標準課程修了救急隊員の応急処置行為についても上述に準じて考えられます。

# 事務局提出資料

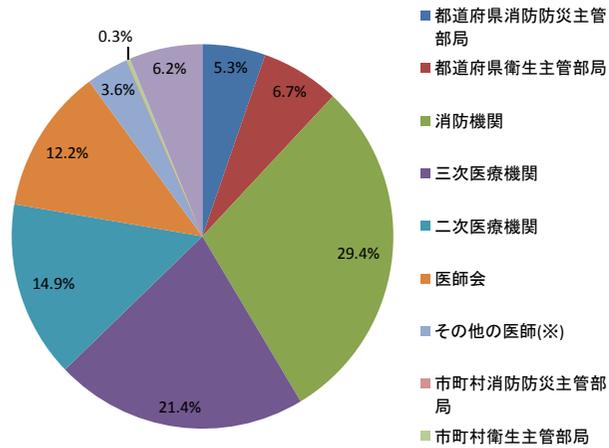
(メディカルコントロール協議会実態調査結果)

## メディカルコントロール協議会の構成員について

基準日：平成20年8月1日現在

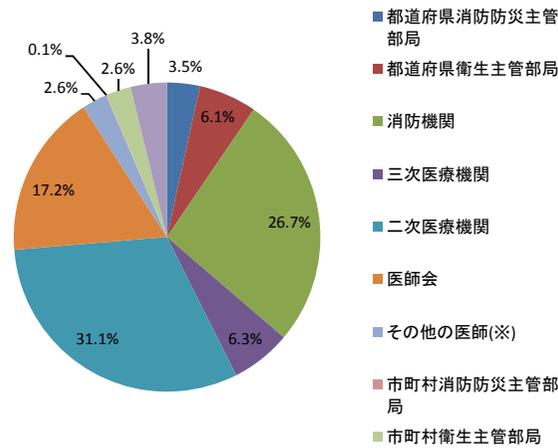
	総構成員数 (a～k の合計)										
	(名)	a 都道府県消防防災 主管部局	b 都道府県衛生 主管部局	c 消防機関	d 三次医療機関	e 二次医療機関	f 医師会	g その他の医師 (※)	h 市町村消防 防災主管部局	i 市町村衛生主 管部局	j その他
都道府県MC協議会	901	48	60	265	193	134	110	32	0	3	56
(平均)	20.0	1.1	1.3	5.9	4.3	3.0	2.4	0.7	0.0	0.1	1.2
地域MC協議会	4040	140	246	1078	256	1257	693	106	4	105	155
(平均)	17.7	0.6	1.1	4.7	1.1	5.5	3.0	0.5	0.0	0.5	0.7

### 都道府県MC協議会構成員(901名)



その他の内訳	13	地域MCの代表
	8	大学医学部関係
	9	病院協会関係
	6	都道府県関係者
	4	市町村・町村会
	3	保健所関係
	2	法律関係者
	2	看護師関係
	1	警察機関
	1	事務組合管理者
	1	消防長会

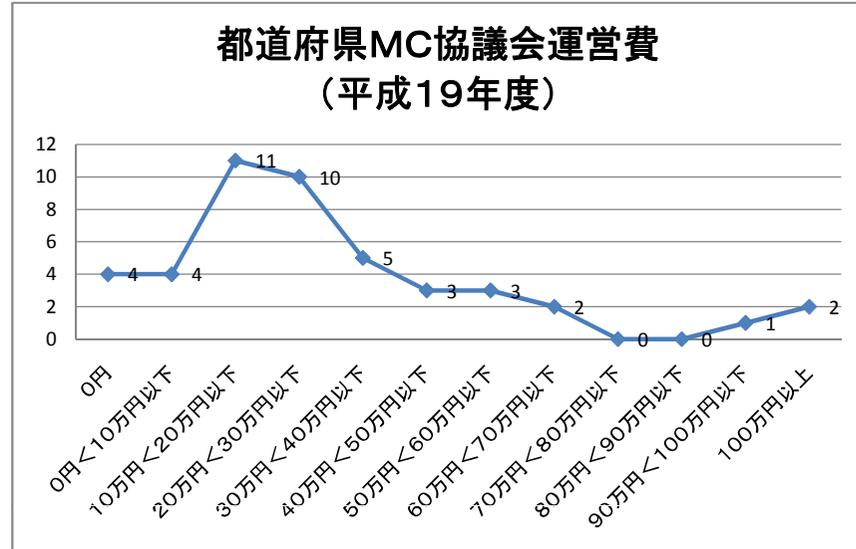
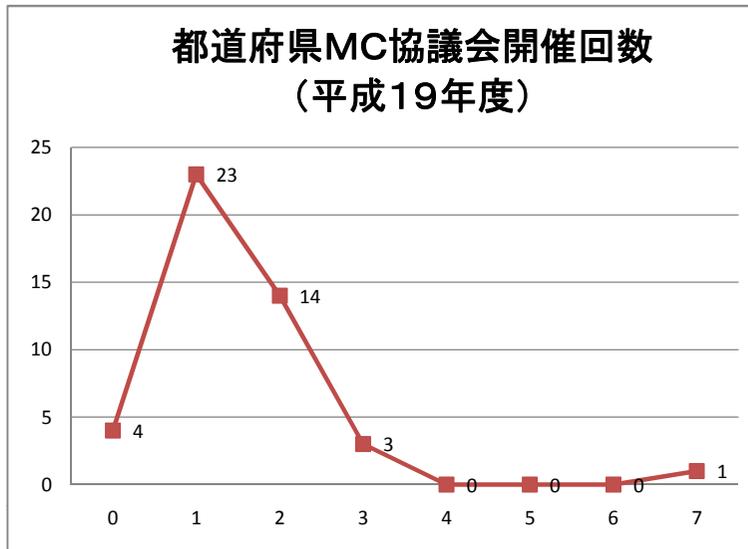
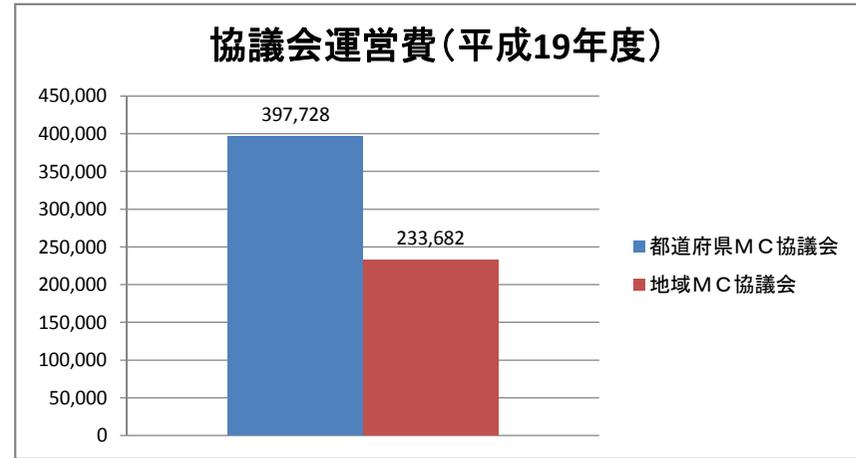
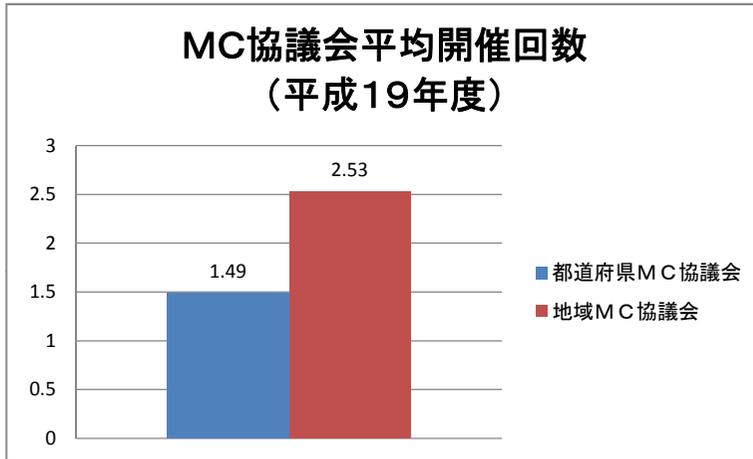
### 地域MC協議会構成員(4040名)



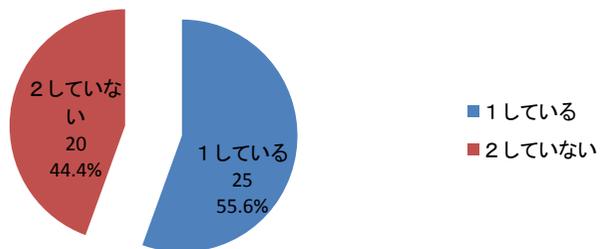
その他の内訳	48	医療関係(その他)
	29	保健所関係
	19	医師会
	6	警察機関
	4	市町村管理者
	4	都道府県衛生部局
	3	看護師関係
	3	法律関係者
	1	市議会議員
	1	報道関係
	21	他

# メディカルコントロール協議会開催状況

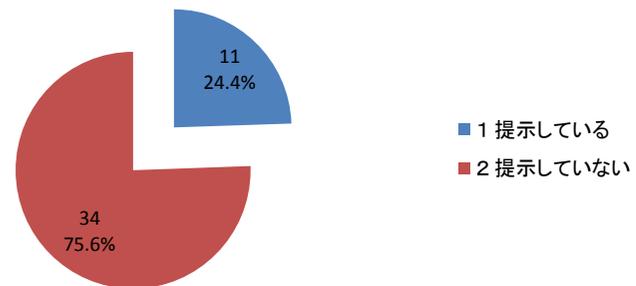
	開催回数 (平成19年度)	協議会運営費(※) (平成19年度)	協議会会議の 公開・非公開	円滑な救急搬送・受入体 制についての協議	各医療機関の救急搬送の 受入件数や応需率等の データを
	(回)	(円)	1 公開 2 非公開	1 している 2 していない	1 提示している 2 提示していない
都道府県MC協議会	67	17,897,778	26	25	11
(平均)	1.49	397,728	19	20	34
地域MC協議会	562	51,877,474	104	170	105
(平均)	2.53	233,682	118	52	117



### 都道府県MC協議会 円滑な救急搬送・受入体制に ついての協議



### 都道府県MC協議会 救急搬送の受入件数や応需率等デー ターについて

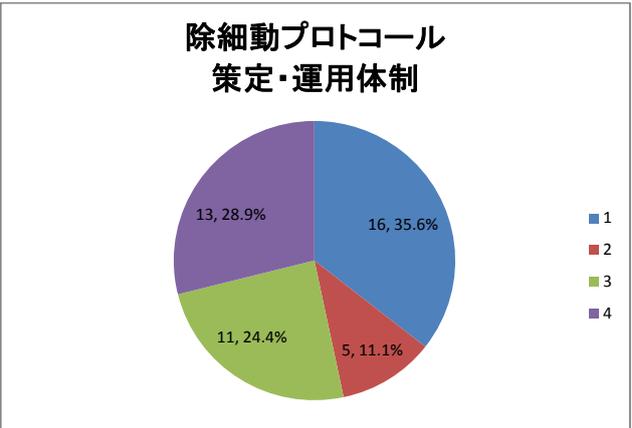
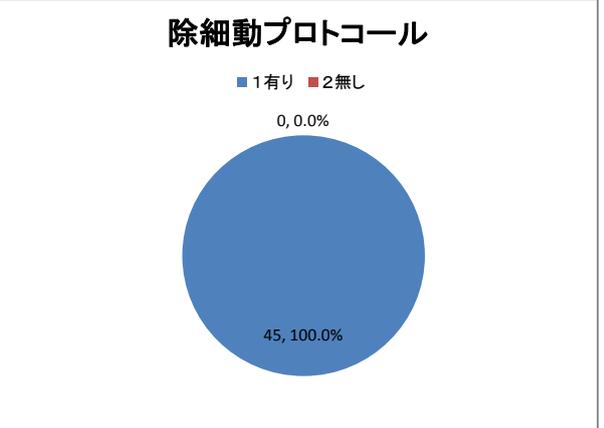
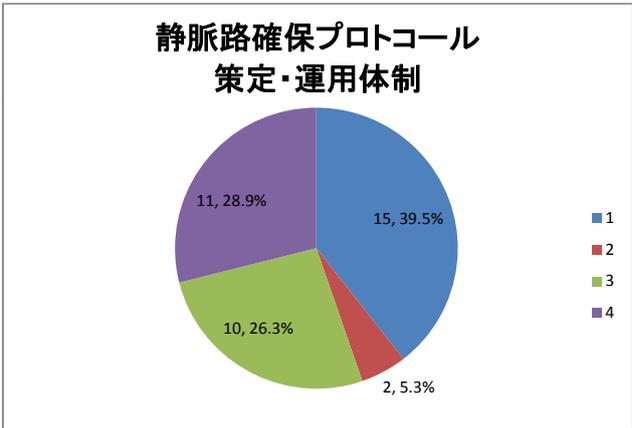
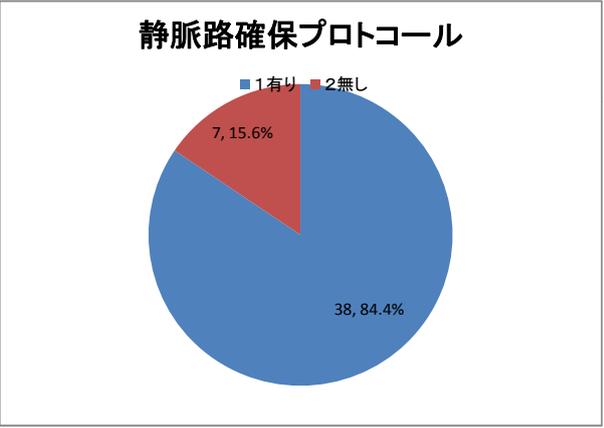
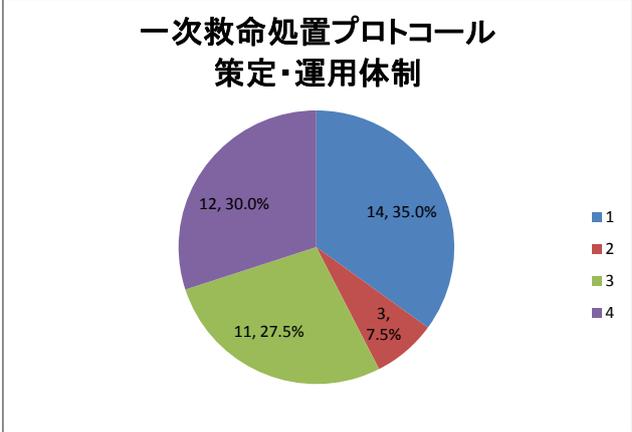
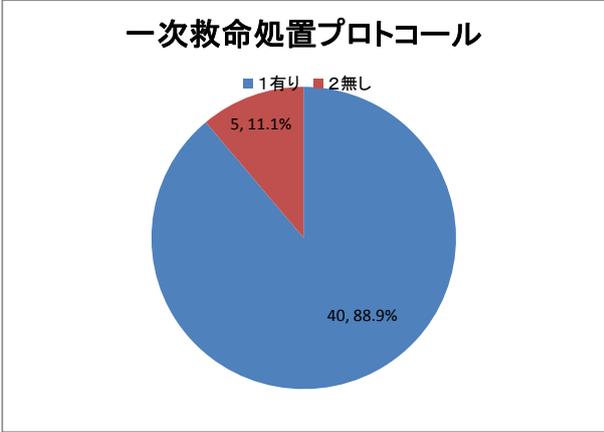


## プロトコールについて

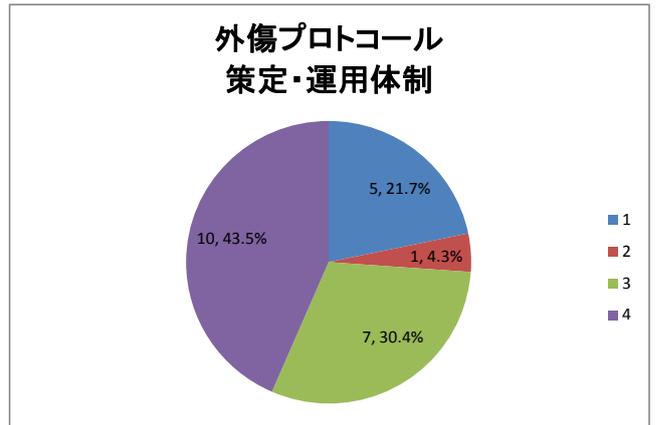
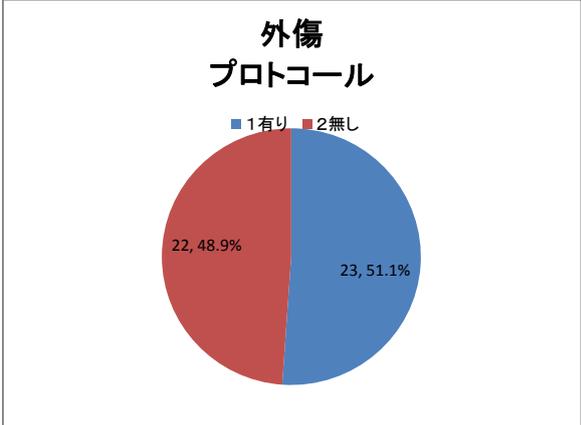
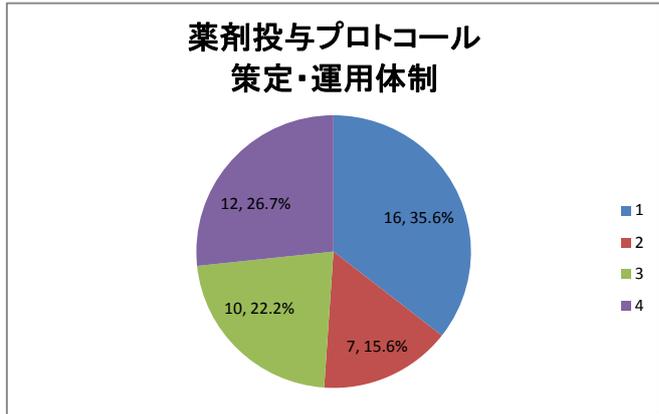
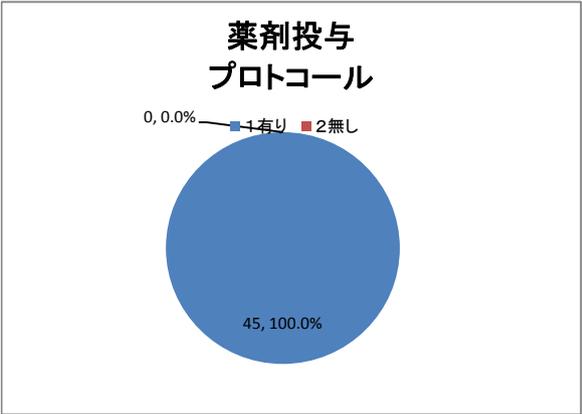
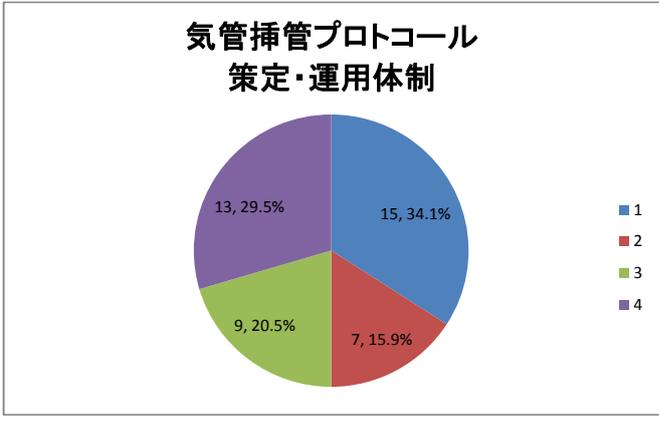
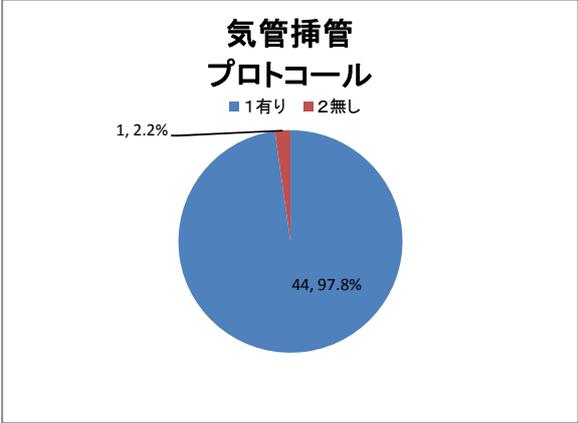
基準日：平成20年8月1日現在

	メディカルコントロール協議会 会で定めたプロトコールの有 無	プロトコール 策定・運用体制
	1 有り	1 都道府県MC協議会で策定したプロトコールを地域MC協議会で運用
	2 無し	2 都道府県MC協議会で策定したプロトコールを地域MC協議会が地域の实情に応じて修正し運用 3 地域MC協議会においてプロトコールを策定・運用 4 その他(右の欄に具体的に記入)
一次救命処置	40	14
	5	3
		11
		12
静脈路確保	38	15
	7	2
		10
		11
除細動	45	16
	0	5
		11
		13
気管挿管	44	15
	1	7
		9
		13
薬剤投与	45	16
	0	7
		10
		12
外傷	23	5
	22	1
		7
		10

プロトコル 策定・運用体制	
1	都道府県MC協議会で策定したプロトコルを地域MC協議会で運用
2	都道府県MC協議会で策定したプロトコルを地域MC協議会が地域の実情に応じて修正し運用
3	地域MC協議会においてプロトコルを策定・運用
4	その他(右の欄に具体的に記入)



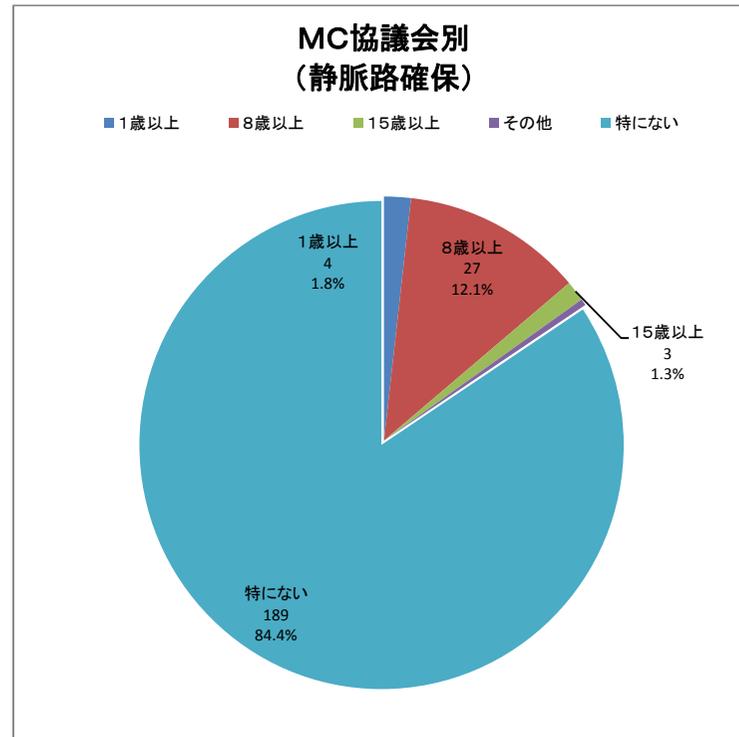
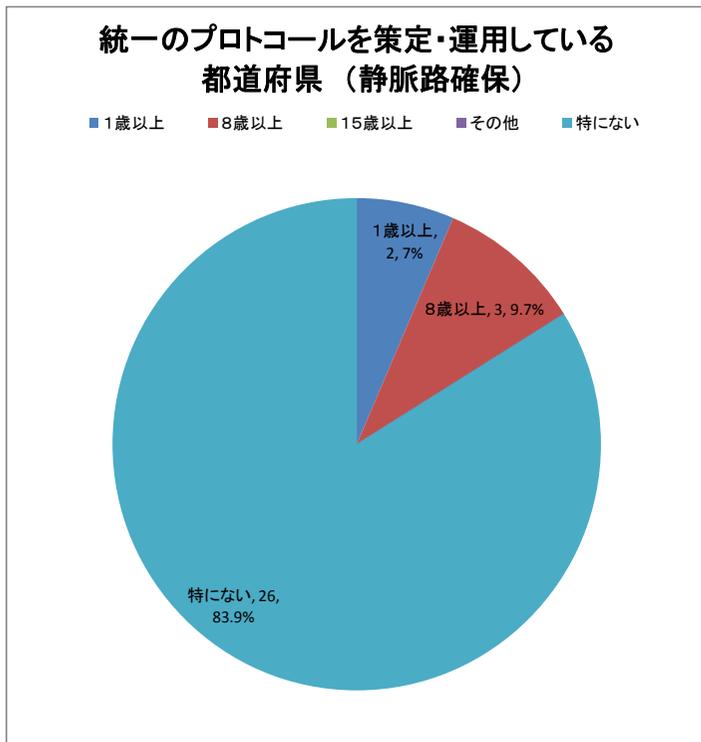
プロトコル 策定・運用体制	
1	都道府県MC協議会で策定したプロトコルを地域MC協議会で運用
2	都道府県MC協議会で策定したプロトコルを地域MC協議会が地域の実情に応じて修正し運用
3	地域MC協議会においてプロトコルを策定・運用
4	その他(右の欄に具体的に記入)



## 静脈路確保

プロトコルの状況	プロトコルにおける年齢制限について	
1 都道府県下で同じ	1歳以上	2
	8歳以上	3
	15歳以上	0
	その他	0
	特にない	24
	都道府県計	29

MC協議会別プロトコルにおける年齢制限について	
1歳以上	4
8歳以上	27
15歳以上	3
その他	1
特にない	189
合計	224

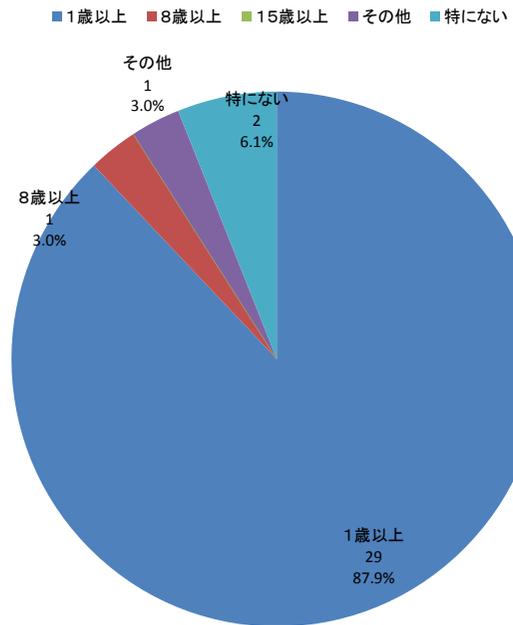


## 除細動

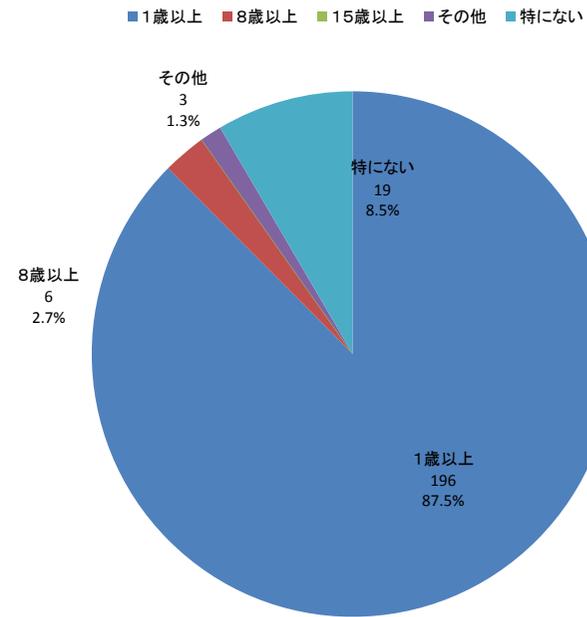
プロトコルの状況	プロトコルにおける年齢制限について	
1 都道府県下で同じ	1歳以上	29
	8歳以上	1
	15歳以上	0
	その他	1
	特にない	2
	都道府県計	33

MC協議会別プロトコルにおける年齢制限について	
1歳以上	196
8歳以上	6
15歳以上	0
その他	3
特にない	19
合計	224

### 統一のプロトコルを策定・運用している都道府県(除細動)



### MC協議会別(除細動)

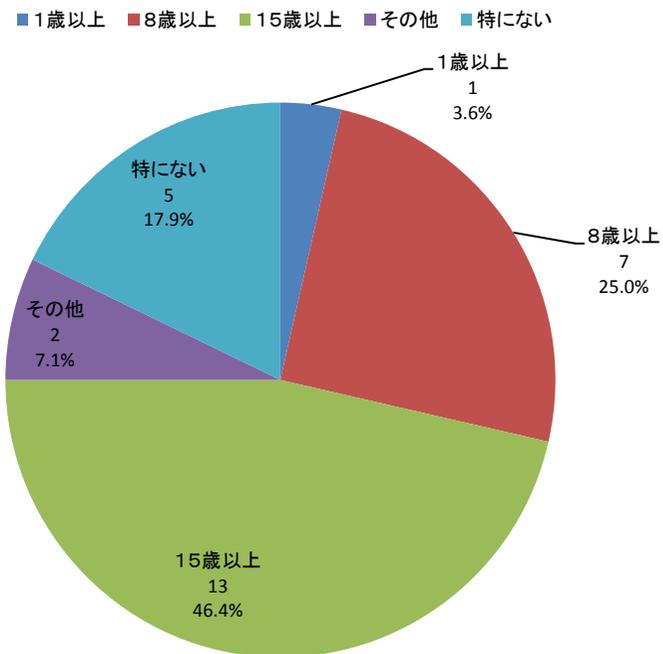


## 気管挿管

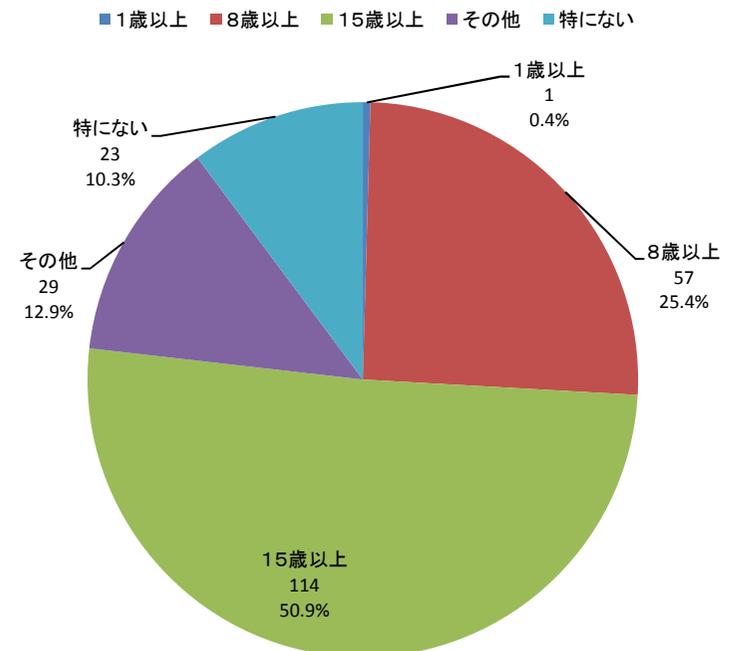
プロトコルの状況	プロトコルにおける年齢制限について	
	1 都道府県下で同じ	1歳以上
8歳以上		7
15歳以上		13
その他		2
特にない		5
都道府県合計		28

MC協議会別プロトコルにおける年齢制限について	
1歳以上	1
8歳以上	57
15歳以上	114
その他	29
特にない	23
合計	224

統一のプロトコルを策定・運用している  
都道府県(気管挿管)



MC協議会別  
(気管挿管)



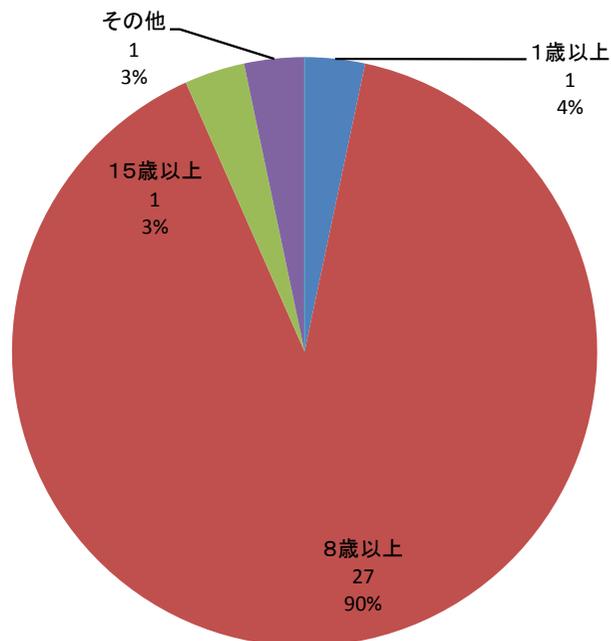
## 薬剤投与

プロトコルの状況	プロトコルにおける年齢制限について	
1 都道府県下で同じ	1歳以上	1
	8歳以上	27
	15歳以上	1
	その他	1
	特にない	0
	都道府県計	30

プロトコルにおける年齢制限について	
1歳以上	1
8歳以上	203
15歳以上	11
その他	4
特にない	5
合計	224

### 統一のプロトコルを策定・運用している都道府県(薬剤投与)

■ 1歳以上 ■ 8歳以上 ■ 15歳以上 ■ その他 ■ 特にない



### MC協議会別(薬剤投与)

■ 1歳以上 ■ 8歳以上 ■ 15歳以上 ■ その他 ■ 特にない

