

平成 30 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）研究
「消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究」
研究代表者 伊藤 重彦 北九州市立八幡病院 救命救急センター

分担研究報告書

転院搬送における病院救急車の積極的活用に係る課題と解決策に関する研究

（研究分担者） 伊藤 重彦 北九州市立八幡病院 院長 救命救急センター 統括

（研究協力者） 福地 靖範 北九州市医師会 救急担当理事

要旨

（目的）救急需要が増加する中、転院搬送等において消防救急車の代替搬送手段である病院救急車の活用が進まない要因について検討した。また、積極的活用に際しての課題を抽出し、関係者間で解決策と合意形成に向けた協議を行った。（方法）2つの会議体において、①消防機関以外に属する救急救命士のメディカルコントロール（MC）体制及び患者等搬送業務における救急救命処置範囲について、②消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用における病院負担等について協議した。（結果）北九州地域 MC 協議会において、消防機関以外に属する救急救命士の患者搬送業務における MC 体制を構築した。病院救急車活用において、①患者搬送中の事故やトラブル時の責任の所在、②同乗する医師、看護師の負担増、③運転手確保が困難、④病院救急車の整備及び積載資機材に係る費用などが、病院側の負担要因であった。（結語）病院救命士が搭乗する病院救急車は、消防救急車の代替搬送手段の一つとして有用である。働き方改革の一環として、医師・看護師の負担軽減、救急搬送件数抑制による救急隊員の負担軽減になると考えられる。

A. 背景と目的

超高齢社会の日本において、高齢化進展に伴う救急搬送件数の増加は大きな課題である。また、消防救急車による H29 年中の転院搬送件数は 53 万 4072 件（総搬送件数の 8.4%）で、前年度より約 12,408 件（総搬送件数の 0.2%）増加している¹⁾。転院搬送等における消防救急車に代わる搬送手段の検討は喫緊の課題である。代替搬送手段としては、病院が保有する病院救急車や民間事業所が保有する患者等搬送車があるが、病院救急車は、患者の病態に応じた医師、看護師

の同乗や緊急車両登録も可能であることから、代替搬送手段として期待されている。しかしながら、実際には、病院救急車の活用は、当該病院と特別の関係にある病院や施設間の搬送、専門治療のための転院搬送など限定的である。活用が進まない要因として、運用する病院側の負担（採算性やマンパワー）、搬送中の事故やトラブル時の責任の所在が不明瞭である等の課題が挙げられるが、いまだ解決策や指針は示されていない。そこで、転院搬送における消防救急車の適正利用の観点から、地域医師会、救急病院、地域

メディカルコントロール（MC）協議会、消防機関等の関係機関において、病院救急車に関する課題を抽出し、解決策と合意形成に向けた協議を行った。

また、患者等搬送業務における医師や看護師の負担軽減の観点から、消防機関以外の救急救命士が患者等搬送車に同乗し、緊急度の低い患者の搬送業務を行うための救急救命処置範囲についても検討した。

B. 検討事項及び方法

以下の2つの会議体により、病院救急車活用に係る課題の抽出及び解決策と合意形成に向けた協議を行った（表1）。

表1. 2つの会議体における検討事項

| |
|--|
| 消防機関以外に属する救急救命士に関する協議事項 |
| ・消防機関以外に属する救急救命士におけるMC体制 |
| ・上記救命士の患者搬送業務における救急救命処置範囲 |
| ・消防救急車以外の搬送手段で搬送する患者の緊急度 |
| ・患者急変時のオンラインMC体制、消防機関との連携 |
| 病院が保有する病院救急車活用に関する協議事項 |
| ・病院負担（事故発生、患者急変等の責任、搬送業務に係る諸経費、搬送に携わる医師・看護師の負担 |
| ・診療報酬上の加算、メリット |
| ・病院救急車の積極的活用に関する地域への普及・啓発 |

1. 消防機関以外に属する救急救命士のMC体制及び患者等搬送業務における救急救命処置範囲に関する検討会議

北九州地域 MC 協議会に属する MC 医師、消防職員、法律家、研究班員を構成員とする会議体で協議した。

検討事項は、おもに ①病院に属する救急救命士（病院救命士）、民間事業所に属する救命士（民間救命士）の患者搬送業務における MC 体制及び救急救命処置範囲について、②救急自動車以外の搬送手段で搬送する患者の病態、緊急度について、③搬送患者中のオンライン MC 体

制及び急変時の消防機関との連携等について協議した。なお、救急救命士の救急救命処置実施規範や要綱は厚生労働省の管轄であるため、本会議の経過については、厚生労働省と情報共有した。

2. 消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議

病院救急車の積極的活用における課題抽出及び解決策と合意形成に向けた協議を行うために、地域医師会、地域 MC 協議会、試験運用に協力する病院車を保有する病院、高齢者福祉協議会、行政機関（保健福祉部局、消防機関）、研究班を構成員とする会議体で協議した。

病院救急車活用における検討事項は、おもに①病院負担（事故発生、患者急変等の責任、搬送に掛かる諸経費、医師・看護師負担）、②診療報酬上のメリット、③病院救急車の積極的活用に関する地域住民、介護施設等への普及・啓発について協議した。

C. 結果

2つの会議体のおもな協議結果、関係者間の合意内容について解説する。具体的な質疑内容は、別紙資料に示した。

1. 消防機関以外に属する救急救命士のMC体制及び搬送業務活動における救急救命処置範囲に関する検討会議

H15年以降に全国各地で設置が進んだMC体制は、消防機関に属する救急救命士（以下、消防救命士）の救急救命処置に対する指示・助言体制である。

本研究における病院救命士や民間救命士の患者搬送業務は、いまだMC体制が確立されていないため、病院救急車や民間救急車に搭乗する救急救命士に対するMC協議会の役割と当該救命士が実施できる救急救命処置範囲について協議した。

会議において、①MC 協議会の新たな負担、②再研修、事後検証及びオンライン MC 体制が確立されていない消防救命士以外の救命士が行う救急救命処置の質の評価、③患者搬送中のオンライン MC 体制の確保が課題であった。

協議の結果、関係者間で以下のような合意を得た。

①北九州地域 MC 協議会のなかに、消防救命士以外の救急救命士の活動を協議する委員会を新たに設置する。

②上記救命士による患者搬送業務で実施できる救急救命処置範囲を地域 MC 協議会で定める。

③救急救命処置の質を担保するため、消防救命士と同様に、病院実習等の再研修カリキュラムを定め、再研修の達成度を MC 協議会で評価する。

④搬送患者の急な病状変化に適切に対応できるように、MC 医師による指導・助言体制（オンライン MC 体制）を確保する。

⑤統一した活動記録票、病院実習評価表を整備し、MC 医師による事後検証を行う。

⑥民間救急車については、車両設備と共に、救急救命処置が実施できるための資機材の積載、オンライン MC 体制に対応できるための通信設備を確保する。

本会議で合意した事項の詳細は、分担研究「消防機関以外に属する救急救命士の患者搬送業務における MC 協議会の役割及び救急救命処置範囲に関する研究」において解説する。

2. 消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議

病院救急車を保有する病院側の負担要因として、①患者搬送中の事故やトラブル時の責任の所在が曖昧、②搬送業務に

対する医師、看護師の負担増、③病院救急車専用の運転手の確保、④病院救急車の整備及び積載資機材に係る費用、⑤病院救急車活用に対する診療報酬上のメリットについて協議した。

①患者搬送中の事故やトラブルは、現状では病院救急車を保有する医療機関の責任となる。試験運用の対象患者は、他の場所から自院へ受診又は入院する患者、自院から他の場所へ転院する患者に限定した。また、搬送元は搬送患者の緊急度が十分把握できる普段から密に連携している介護施設や診療所とした。

②緊急度の低い患者、病状の安定している患者は病院救命士のみが搭乗して搬送可能であり、搬送業務への医師、看護師出務の負担を軽減できる。

③運転手確保は、難しい問題であるが、病院救命士 2 名体制で搬送業務を行える病院では 1 人が運転業務を兼任できる。

④車両整備及び積載資機材に係る費用は、病院負担であるため、搬送業務に掛かる諸経費を支援する体制が必要である。

⑤現状の診療報酬加算は、病院救命士が病院救急車に搭乗し、自院以外の他の場所から自院又は他の場所へ患者搬送を行った場合（自院からの転院搬送は対象外）、当該救命士に必要な指示を出した医師が属する医療機関は、搬送 1 回につき救急救命管理料 500 点が算定できる。

今後は、消防救急車の搬送受入れでは評価されている看護必要度を、病院救急車による搬送受入れでも評価されることを希望する意見が多かった。

D. 考察

地域包括ケアシステムにおいて、高齢急病者が住み慣れた家の近くの病院、診

療所、介護施設で医療や介護が受けられる体制作りは重要な課題である。本研究では、急を要さない、緊急度の低い患者又は独居生活で受診手段がない急病者等対して、消防救急車に代わる搬送手段として、救急救命士が搭乗した病院救急車による患者搬送システムに関する検討を行った。一般の介護、福祉タクシーで搬送する非緊急患者とは異なり、低緊急患者を病院救急車で搬送する際は、急変時に迅速に対応できるセーフティネットが必要である。その一役を担うのが、病院救急車に搭乗して患者搬送業務を行う病院救命士である。病院救命士を活用する意義は大きく、働き方改革の一環として、医師・看護師の負担軽減、消防救急車の搬送件数抑制による救急隊員の負担軽減において有用である。一方で、当該救命士が搬送中患者の観察やバイタル測定、病態変化に対応する救急救命処置をオンライン MC 下で行える体制の整備はいまだ不十分である。

本研究では、消防機関以外に属する救急救命士活動に係る課題を検討し、地域 MC 協議会のもとで、患者搬送中に適切な救急救命処置が実施できる環境を整備した。また、病院救命士が搭乗する病院救急車の安全性を検証する目的で、北九州市内において実証検証を行った。詳細は分担研究で報告されている。

(謝辞) 検討会議にご参加頂き、ご協力頂きました方々へ、御礼申し上げます

| 消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議 | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 福地 靖範 | 北九州市医師会 救急担当理事 (検討会議座長) |
| 永田 直幹 | 北九州総合病院 院長 (病院救命士搭乗による患者搬送運用施設) |
| 今村 鉄男 | 戸畑共立病院 院長 (病院救命士搭乗による患者搬送運用施設) |
| 山家 仁 | 小波瀬病院 院長 (病院救命士搭乗による患者搬送運用施設) |
| 森川 博司 | 一般財団法人 救急振興財団 救急救命九州研修所 所長 |
| 曾我 満美 | 北九州高齢者福祉協議会 副会長 董会理事長 |
| 伊藤 重彦 | 北九州市立八幡病院 院長 救命救急センター 統括 |
| 佐藤 英博 | 戸畑共立病院 副院長 救急総合診療部 部長 |
| 岡本 好司 | 北九州市立八幡病院 副院長 消化器・肝臓病センター長 |
| 青木 穂高 | 北九州市保健福祉局 地域医療課 課長 |
| 木村 信幸 | 北九州市消防局 救急課 課長 |

今後も検討すべき課題は残っているが、病院救命士が搭乗する病院救急車は、消防救急車の代替搬送手段の一つとして有用である。

E. 結語

消防救急車の代替搬送手段として、病院救急車の活用における課題と解決策について検討した。また、北九州地域 MC 協議会において、消防機関以外に属する救急救命士の患者搬送業務における MC 体制を構築した。今後、緊急度の低い患者の転院搬送等においては、病院救命士が搭乗する病院救急車の積極的な活用が全国において普及することを期待する。

F. 引用文献

1) 平成 30 年版救急救助の現況 I 救急編
https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_h30_01_kyukyuu.pdf

G. 利益相反

利益相反に関する事項なし

H. 発表

発表なし

I. 知的財産の出願・登録状況

特になし

別紙資料

各検討会議委員からでた具体的な質問・疑問に対する関係者間の協議結果と解決策に向けた意見、合意内容等を掲載する

| 各検討会議での質疑応答のまとめ 1—MC体制 | |
|---|---|
| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
| 消防救命士に対するプロトコルとは別に、病院救命士、民間救命士のための救急救命処置プロトコルを新たに作るという事か。 | プロトコルは消防救命士とは大きく異なるものではない。特定行為を行わないため、指示要請のない形となる。 |
| 救急救命士を雇用している病院や民間事業所の許認可作業は、MC協議会としてかなり負担が増えるのではないか。 | ・病院や民間事業所の許認可は考えておらず、あくまで消防機関以外の救急救命士個人の認定と患者等搬車両規格の条件設定は行う予定。 |
| ・病院救命士が搭乗する病院救急車、民間救命士が搭乗する民間救急車を運用開始した後の、MC協議会の組織体制は考えているのか。 ・新たな教育・認定制度、事後検証などで、新たな負担は生じないか。 | ・救急救命処置を許可するためには、再研修制度は必須であり、MC協議会の活動のなかで確立したい。 ・本研究では低緊急患者の転院搬送を想定しているため、研修内容は、実習1日、講義1日の2日間程度（消防救命士より短縮）を想定。 |
| 救急救命士法第44条が特定行為の医師の具体的な指示にあたる医師は誰でも良いわけではなく、MCに精通した医師が指示を出す必要がある。 | 現場では、MC体制に精通していない搬送元医師から指示を受ける事がある。搬送元で決められた酸素濃度での維持管理と搬送などを想定 |
| かかりつけ医の指示のもとで救命士が処置をするのは法的に無理なのではないか。 | ・現場の医師からの指示を受けた事も含め、MC医師へ報告をし、助言を得ること、事後検証時に評価することで、搬送元の医師の指示も一定範囲で認めて良いという事になると考える。 |
| 病院救命士の場合、普段は所属医療機関の医師の指示で活動しているが、出動後は別のMC医師の指示で動くのか、協議する必要がある。 | 病院救命士、民間救命士問わず、消防機関以外の救命士はすべてMC協議会に登録してもらい、MC医師も同じプロトコルで指示・助言を行う。 |
| ・消防救命士以外の救急救命士の患者搬送業務において、実施できる救急救命処置はどこまでできるのか。 ・消防救命士と同程度の研修や経験は必要ではないか | 病院救命士や民間救命士が救急救命処置を実施できる条件は ①MC体制が確保されていること、 ②オンラインMC体制の整備（医師の指示を受けるための通信設備、処置を行うために必要な構造設備を有すること） ③急変時の対応について、消防機関と連携が取れていること ④活動記録（救急救命処置録）の作成と5年間の保管 ⑤地域MC協議会の指示体制、病院実習（再研修）事後検証体制の整備 上記条件が整えば、民間救急車内で民間救命士が緊急時に救急救命処置を実施することは、道路運送法上問題はなく料金も現行通りに弾力的に設定できる。 |
| ・緊急度は低いが医療機関受診を必要とする患者が対象である場合は、搬送中に病状が変化する可能性がある。急変時はどう対応するのか。 民間救急車は、従来通りの救急隊と連携なのか。 | ①現状の民間救命士が実施できる処置内容は、市民と同じ応急手当の範囲である。低緊急患者搬送では、酸素投与やBVM換気など呼吸管理が実施できる体制は最低必要であり、厚労省、消防庁と協議している。 ②搬送中患者急変に対し、介護・福祉タクシーのように消防救急車の到着を待つだけではなく、酸素投与やマスク換気など救急隊到着までの処置が実施できるようにする。③搬送対象は軽症の患者で搬送先も決まっているため、特定行為までの実施は考えていない ④オンラインMC体制により、指導・助言体制を構築する予定である。 |
| 病状変化がなく、救急救命処置を行わない場合は、出動ごとにMC医師に連絡する必要はない。病状変化がなければコールしないので実件数は少ないと思われるがどうか。 | ・病状変化に対する救急救命処置へのオンラインMCは、MC協議会のMC医師（救命士が属する病院のMC医師含む）で行う。 ・搬送元の医師による酸素流量等の指示はそれを尊重するべきである。 ・搬送開始後の病状変化は全てMC医師に連絡し、助言を受ける。 |

各検討会議での質疑応答のまとめ 2— 研修体制

| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 消防機関以外に属する救急救命士（病院救命士や民間救命士）の病院実習や認定資格はどう評価するのか。既存の消防救命士への病院実習評価表と統一させないと、実習を受け入れる病院スタッフが混乱するのではないか。 ・ 民間救命士、病院救命士に対しては、消防救命士のように救急救命処置の質を維持するための再研修の仕組みがないがどうするのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般の消防職員が実施可能な応急処置の範囲を準じた救急救命処置の範囲として、再研修・病院実習評価を行う。 ・ 地域MC協議会の中で協議し、病院救命士、民間救命士のための新たなMC体制整備を検討できればと考えている。 ・ 本研究においては、北九州地域MC協議会として病院救命士、民間救命士の質の担保できる研修項目を策定し、検証結果をみながら、国へ提言していきたい。 |
| <p>消防救命士と同じ救急救命処置範囲とするのか</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送対象は低緊急患者で、搬送元、搬送先が予め決まっているので、救急救命処置範囲は特定行為を除いた内容で良いと考えている。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院救命士は、医師と顔の見える関係ができており問題ないが、民間救命士は日々の繋がりが少ないので、技術力がなかなか判断できない。 ・ MC協議会で民間救命士の質を担保できるか懸念がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 民間救命士にも、救急外来勤務等臨床現場の経験者は多い。 ・ 教育・研修体制を整備し、地域MC協議会が再研修を主導し、研修修了者を認定登録することで、一定の質の担保は可能と考えている。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 研究としては、消防機関が研修を担当できる部分があるが、日常的業務として、消防職員が消防機関以外の救命士に対する研修を公務の中で引き受けるのは難しい。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 本研究で確立する研修内容は、将来を見越した制度である。 ・ 病院救命士の実習は、研究班参加施設で実習をお願いしたい。 ・ 病院救命士を認定したのち指導的立場の救命士を選定し、民間救命士を指導する形も検討していきたい。 ・ 市民への救命講習や患者等搬送事業者認定講習と同じように、民間救命士の教育・認定に対しても消防機関には協力してほしい。 ・ 消防機関の指導救命士がMC活動の一環として参加出来ると有難い。 |
| <p>救命士の質の担保はどうするのか。消防救命士と同じ再研修か。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送業務を行う救命士の質の担保するため、救命士資格と共に、救急外来等において救急患者診療の補助に携わった経験1年以上を設けた。 ・ 筆記試験と実技指導で知識と技術のチェックを行う |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 資格認定や病院実習は有償にすべきではないか。 ・ 消防機関以外に属する救命士に特化した団体を作り、その中で教育システムを作るのが望ましいのではないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在のMC協議会で料金徴収は困難。研究中は無料であるが、今後は検討が必要である ・ 再研修場所や研修予算、人件費等は、受講する救命士が属する民間事業所や病院負担かそれとも別の方法があるか、各地域で検討が必要。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ MC協議会認定救命士とは、救命士の免許だけでなく、新たにMCに認定され登録する審査試験のようなものをするという事か。 ・ 認定するのは事業所か、救命士個人か。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ その通り。 ・ 救命士個人に対して認定する。 |

各検討会議での質疑応答のまとめ 3—搬送活動

| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
|---|--|
| 搬送時の病院救命士の能力も問われるため、経験不足の救命士教育や、研究開始時はしばらく医師同乗で指導を行う等の対策は必要ないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・搬送中に救急救命処置ができることで病院救命士のモチベーション向上にも繋がるため、働き方改革の一環で、医師、看護師の負担軽減が目標なので、医師同乗を制限はしないが、前提には考えていない。 ・救命士のみ同乗における安全確保のため、厚生労働省と協議し、低緊急度の患者を対象とした救急救命処置範囲は実施許可する方針。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・搬送車両という密室の中で患者と救命士が1対1になる環境はリスクがあるのではないか。積極的に患者に触れるような処置行為は避けた方が良いのではないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・密室といっても運転席と空間は繋がっており1対1の状態ではない ・有症状者へのバイタル測定は必要であり、誤解を招く行為ではない。 ・聴診時は注意が必要で、研修等において処置行為を行う時は必ず声かけをして許可を得てから行う等、接遇をしっかり指導する。 |
| 酸素投与等を実施する時の医師への指示要請基準、活動記録方法について明確化しなければならない。酸素投与を処置範囲に入れるなら、呼吸停止も想定したルールを決める必要がある。 | 酸素投与開始、流量操作、BVM換気はオンラインMC下で、MC医師に指示要請することとする。 |
| 今回は低緊急患者を対象に、限られた範囲の処置しか行わないが、救急救命処置という呼称で問題ないのだろうか。特定行為を連想させるのではないか。 | 救命士の処置は、すべて救急救命処置であり、その呼称を使うよう厚生労働省からも指示を受けている。酸素投与も救急救命処置となる。今回は特定行為を視野に入れているわけではなく、酸素投与等レベルにする点は厚生労働省と共有できている。 |
| 搬送記録の形式は統一するのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・搬送記録は統一して複写式とする。搬送先へも渡す。情報提供することが、搬送元・搬送先にとって有用と考える。 ・観察、バイタル測定は包括的指示とし、指示医師としてMC統括医師の名前を記入する。救急救命処置を行った場合は救急救命処置録に記載、MC医師に提出して事後検証を受けるルールとする。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・実際に救急救命処置を実施しながら記録は取れるのか ・処置実施時にICレコーダー等を使って音声で記録し、後で文字起こしするのはどうか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・消防救急車は原則3人体制だが、研究モデルは運転手1名、救命士1名を最小構成員と想定している。BVM換気が必要な状況は緊急事態であり救命士は手が離せないで、運転手が連絡業務を行う場合もある。 ・通常、福祉タクシーは停車して119番コールし、救急隊到着まで無処置であったが、少なくとも本研究モデルでは消防救急車到着までの間は、救急救命処置が実施できるので市民救命に寄与できると考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・搬送記録の救急救命処置内容は、記入者の負担軽減のためチェック形式にしても良いのではないか。 ・搬送スタッフ欄に、医師、看護師、救命士の記名欄があるが、医師、看護師が同乗してもこの搬送記録を作成するのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・搬送記録の様式は民間救命士、病院救命士共通で、病院救急車では医師・看護師の同乗があり得るとしてスタッフ欄を作成している。 ・救命士以外に医師、看護師が同乗する場合でも、搬送記録は救命士が記載するものである。 |
| 救急救命処置を書き込む形式になっているが、実施が認められているものが限られているため、記入者の負担軽減のためチェック欄形式にしても良いのではないか。 | そのように変更したい |

各検討会議での質疑応答のまとめ 4 ー 搬送対象・搬送車両

| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・試験運用時の搬送対象患者はどう選択するのか。 ・緊急度を判断するのは誰か ・搬送要請は患者から直接か、医師の要請のみに対応するのか | <ul style="list-style-type: none"> ・緊急度で判断するが、#7119及びQ助の緊急度緑に相当する患者を搬送対象考えている。あるいは一部は白（非緊急）を対象とする。 ・試験運用のルール ①かかりつけ医からの要請で搬送を受ける。又は医師の指示を受けた施設職員等からの要請で出勤する形を取る。 ②軽症（緊急度緑）判断はかかりつけ医が判断する ③かかりつけ医経由のみでの搬送とする。 |
| 搬送対象はどうなるのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護施設から診療所・病院、診療所から病院などの搬送は上り搬送 ・緊急度が低い「下り搬送」でもバイタルが不安定な患者搬送は福祉タクシーで対応できず、救急車が呼ばれている。そういうケースの搬送、あるいは、将来的にはDNAR搬送も対象である。 |
| #7119判定結果での本人からの直性要請はできるのか | <ul style="list-style-type: none"> ・本研究ではかかりつけ医に相談してもらい、かかりつけ医の判断が緊急度緑（軽症）の場合に搬送を引き受ける。 ・かかりつけ患者の場合は、患者本人からの直接依頼も今後検討課題。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・DNAR対応の必要な患者は搬送対象になるのか。 ・民間救急車を利用して、蘇生処置を行わない心肺停止患者を搬送することはできるのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・死亡確認のため担当医師のいる医療機関へ搬送する必要がある場合、搬送手段がない場合などで、消防救急車を要請している現状がある。 ・心肺停止患者の搬送を、蘇生処置なしで民間救急車が担えるかどうか、国の見解の確認が必要である。 |
| 消防救急車以外の代替搬送として、救急救命士が搭乗する患者等搬送車両について、規格・条件などはあるのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・消防救急車以外の患者等搬送車の種類には、緊急車両登録できる病院救急車と緊急走行できない民間救急車がある。 ・搬送患者急変時に、搭乗する救急救命士による救急救命処置が実施可能な医療資機材を積載している患者等搬送車である必要がある。 |
| ・本研究に使用する搬送車として、民間事業所が所有する患者等搬送車の規格整備（通信・医療資機材）で条件はあるのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・消防庁の「患者等搬送事業者指導基準」に準拠した資機材積載と共に、本研究では救命士が扱う酸素ボンベ・流量計・酸素マスク等、点滴架設備、バイタル測定機器、吸引器、聴診器を積載する必要がある。 ・オンラインMC体制として、通信機器整備が必要 |

各検討会議での質疑応答のまとめ 5— 運用方法

| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
|--|--|
| MC協議会が救命士の処置範囲を担保したとしても、重症患者の搬送では消防救急車要請や医師・看護師同乗が必要となるため、病院救命士のみの患者搬送件数はそれほど伸びないのではないか。 | 療養型施設への下り搬送や、開業医の先生が病院に送りたい時に、救急車を呼ぶほどではないというケースがあるようなので、積極的な活用を地域医師会の会員の先生がたに周知をすればニーズはあると思う。 |
| ・東京都の「八高連」や「葛飾区」の運用では、どのような課題が発生し、どのように解決されたのか、 ・地域で病院車何台で運用し、緊急度判断は誰が行っているのか。 | ・「八高連」については自治体が予算をつけて対応しており、台数は南多摩病院の1台で運用、「葛飾区」は、医療介護総合確保基金の予算により2台で運用されていると聞いている。 ・緊急度判断は、事前の取り決めに沿ってかかりつけ医が行っている。 |
| 無料の消防救急車と有料の福祉タクシーしかない現状で、軽症の人はお金がかかり、重症の人は無料となっている問題も指摘されている。 | 搬送時の料金負担の検討はあとにする。まずは代替搬送手段の搬送中の安全性や課題・問題を洗い出すことを優先し、無料で試験運用行う。 |
| 顔の見える関係ができていない連携施設に、研究への協力を得て欲しい。搬送対象の緊急度は、かかりつけ医が判断するのか | 介護施設入所者の急病時に利用する判断は、基本的にかかりつけ医や施設の配置医師が行う運用が確実である。 |
| 将来は現場救急隊が緊急度が低いと判定した場合に、病院救急車を呼べる、その逆もできるような運用を目指すべきだと考える。 | # 7119で低緊急と判断された場合に、MCが認定する救命士を雇用している民間事業所の情報、患者の住居近くの病院車保有病院情報などを提供できる仕組みが必要 |
| いつ搬送を依頼されるかわからないなかで、搬送を担当する救命士や、電話を受ける職員などの院内調整が必要となるのか。 | ・本研究の搬送対象は緊急度が低く時間的猶予がある患者であることを、依頼する病院と情報共有しておくべきと考えている。 ・そのため、今回は密に連携している介護施設や診療所に限った運用 |
| 病院救急車による送り迎えが、営業活動や患者の囲い込みと誤解される懸念があるので、関係機関へは丁寧な説明をお願いします。 | ・広い範囲を搬送すると囲い込みと誤解を受けやすいが、病院救急車1台で広範囲で患者搬送を担うことは想定していない。 ・特別な関係にある施設と密に連携している診療所や施設に限定した範囲での運用でかまわない。 |
| ・低緊急患者は運転手のみで搬送することもある。バイタル異常等がある場患者は医師・看護師同乗で迎えに行く。 ・低緊急患者が多いため、消防救急車を使わず施設の搬送車などの利用をお願いしているが、搬送手段がなく消防救急車が呼ぶ事も多い。 | ・バイタル測定しながらの搬送が必要な場合は、病院救命士や民間救命士の活用が有用と考える。 ・自院からの搬送だけでなく、搬送手段がない施設へ迎えに行って自院へ搬送する活用を1回でも、2回でも行ってほしい。 |
| 現状における病院救急車の活用状況はどうか | ・重症者を高次病院に搬送する時はドクターカーとして利用している。 ・低緊急の場合は運転手のみで搬送することもある。 ・バイタルの測定が必要な場合は、医師・看護師同乗で迎えに行く。 ・消防救急車を使わず施設の搬送車などの利用をお願いしているが、搬送手段が決まらず消防救急車が呼ばれる事も多い。 |

各検討会議での質疑応答のまとめ 5— 運用方法

| 検討会委員からの意見 | 解決に向けた対応 |
|--|--|
| MC協議会が救命士の処置範囲を担保したとしても、重症患者の搬送では消防救急車要請や医師・看護師同乗が必要となるため、病院救命士のみの患者搬送件数はそれほど伸びないのではないか。 | 療養型施設への下り搬送や、開業医の先生が病院に送りたい時に、救急車を呼ぶほどではないというケースがあるようなので、積極的な活用を地域医師会の会員の先生がたに周知をすればニーズはあると思う。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・東京都の「八高連」や「葛飾区」の運用では、どのような課題が発生し、どのように解決されたのか、 ・地域で病院車何台で運用し、緊急度判断は誰が行っているのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・「八高連」については自治体が予算をつけて対応しており、台数は南多摩病院の1台で運用、「葛飾区」は、医療介護総合確保基金の予算により2台で運用されていると聞いている。 ・緊急度判断は、事前の取り決めに沿ってかかりつけ医が行っている。 |
| 無料の消防救急車と有料の福祉タクシーしかない現状で、軽症の人はお金がかかり、重症の人は無料となっている問題も指摘されている。 | 搬送時の料金負担の検討はあとにする。まずは代替搬送手段の搬送中の安全性や課題・問題を洗い出すことを優先し、無料で試験運用行う。 |
| 顔の見える関係ができていない連携施設に、研究への協力を得て欲しい。搬送対象の緊急度は、かかりつけ医が判断するのか | 介護施設入所者の急病時に利用する判断は、基本的にかかりつけ医や施設の配置医師が行う運用が確実である。 |
| 将来は現場救急隊が緊急度が低いと判定した場合に、病院救急車を呼べる、その逆もできるような運用を目指すべきだと考える。 | #7119で低緊急と判断された場合に、MCが認定する救命士を雇用している民間事業所の情報、患者の住居近くの病院車保有病院情報などを提供できる仕組みが必要 |
| いつ搬送を依頼されるかわからないなかで、搬送を担当する救命士や、電話を受ける職員などの院内調整が必要となるのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・本研究の搬送対象は緊急度が低く時間的猶予がある患者であることを、依頼する病院と情報共有しておくべきと考えている。 ・そのため、今回は密に連携している介護施設や診療所に限った運用 |
| 病院救急車による送り迎えが、営業活動や患者の囲い込みと誤解される懸念があるので、関係機関へは丁寧な説明をお願いします。 | <ul style="list-style-type: none"> ・広い範囲を搬送すると囲い込みと誤解を受けやすいが、病院救急車1台で広範囲で患者搬送を担うことは想定していない。 ・特別な関係にある施設と密に連携している診療所や施設に限定した範囲での運用でかまわない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・低緊急患者は運転手のみで搬送することもある。バイタル異常等がある場患者は医師・看護師同乗で迎えに行く。 ・低緊急患者が多いため、消防救急車を使わず施設の搬送車などの利用をお願いしているが、搬送手段がなく消防救急車が呼ぶ事も多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・バイタル測定しながらの搬送が必要な場合は、病院救命士や民間救命士の活用が有用と考える。 ・自院からの搬送だけでなく、搬送手段がない施設へ迎えに行って自院へ搬送する活用を1回でも、2回でも行ってほしい。 |
| 現状における病院救急車の活用状況はどうか | <ul style="list-style-type: none"> ・重症者を高次病院に搬送する時はドクターカーとして利用している。 ・低緊急の場合は運転手のみで搬送することもある。 ・バイタルの測定が必要な場合は、医師・看護師同乗で迎えに行く。 ・消防救急車を使わず施設の搬送車などの利用をお願いしているが、搬送手段が決まらず消防救急車が呼ばれる事も多い。 |