



救急車による病院間転院搬送の法的根拠： 救急関連法規の整備に向けて^{*1}

齊尾 武郎^{*2}

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

Legal bases of inter-hospital patient transfers using ambulances in Japan: Need for radical revision of the system of law on emergency medicine

Takeo Saio^{*2}

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2023 ; 51 (1) : W1-W12. [Epub ahead of the issue publication]

1. はじめに：救急車の「寄り道」

1.1 研修医同乗後の救急車「寄り道」問題

2022年12月16日夕方、愛知県北部の江南厚生病院から同県東部の愛知医科大学病院に患者を搬送する際に、勤務時間外に救急車に同乗した研修医が、搬送直後に大学病院から最寄りの地下鉄・藤が丘駅まで救急車で送ってもらったことが、救急車に私用で「寄り道」させたことに相当し問題であるとして報道された¹⁾。Google mapで計測すると、江南厚生病院から愛知医科大学病院は直線距離で24キロ（名神高速道路経由で36キロ）、大学病院から地下鉄・藤が丘駅は4キロ弱である。

救急車が愛知医科大学病院から江南市消防本部消防署（江南市赤童子町）まで帰るとすると名神高速道路経由で32.9キロ、帰路に地下鉄・藤が丘駅に「寄り道」すると34キロであり、地下鉄・藤が丘駅に立ち寄ったことにより、帰路が1.1キロほど迂回したことになる。江南市消防本部東分署（江南市安良町）まで帰るとすると名神高速道路経由で31.1キロ、地下鉄・藤が丘駅に「寄り道」すると31.8キロであり、地下鉄・藤が丘駅に立ち寄ったことにより、帰路が700メートルほど迂回したことになる。

この「寄り道」が問題視されたのは、救急車は消防署までの帰路で緊急出動の要請がある可能性があり、正規の帰路から外れたルートを通ること

^{*1} 本稿は、本号刊行時に頁数変更の上で本誌に収載しホームページ掲載も継続する。

^{*2} K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

で、そうした要請への対応に支障が生じるようなことはあってはならないからである。今回の事例に関し、「寄り道」をしたことによって緊急出動に支障をきたすなどの実害は出ていない。だが、研修医の所属する江南厚生病院から、同22日付で、『当院研修医の救急搬送帰路上の途中降車について』という謝罪文が同院病院長名にて同院ホームページで公表され²⁾、今回の事例が救急車の私的利用に相当するとの見解が示された。また、江南市消防本部消防署からも、『救急車の不適正な運用について お詫び』と題する謝罪文が同24日付で江南市消防本部のホームページに掲載された³⁾。

1.2 自身の経験から

さて、筆者は現在、医師となって30年強だが、卒業後の20数年間は地域の基幹病院で盛んに救急診療を行い、1年に2～3回程度は患者の病院間転院搬送 (interhospital patient transfer: IHPT) (本稿では病院から病院への搬送のみならず、診療所から病院への搬送も病院間転院搬送と総称する) の際に救急車に同乗して患者に付き添った (escort)。多くの場合、搬送元の病院 (referring hospital) へは、行きに同乗した救急車で連れ戻してもらった。しかし、搬送先の大学病院で自分の搬送した患者のその後の処置 (心臓カテーテル検査や手術) を見学したり、搬送先の病院 (receiving hospital) での患者情報の担当医への申し送り／引継ぎに時間がかかったりした時は、同乗してきた救急車は引き揚げてしまい、筆者は公共交通機関や搬送先病院の職員の運転する自動車でも搬送元の病院に戻った。だが、こうした場合の帰路の交通費や人件費 (時間外労働の対価や遠方の場合の出張費用) の弁済・償還をどこからも受けた記憶はない。

筆者は現在、白衣は権威主義的で良き医師・患者関係を阻害する要因の一つであると考えているため、診療中に白衣を着ることはほとんどない。医師の権威の象徴としての白衣や医学生 of 白衣授与式という通過儀礼に違和感があり、有志で

2022年11月に日本生命倫理学会で「白衣授与式：通過儀礼とプロフェッショナルリズムのゆくえ」というワークショップを開いたほどだ。しかし、若手から中堅の医師として救急診療に従事していた当時は、日常診療では白衣やスクラブなどの作業着を着ており、通常は診療中に財布を持ち歩いていなかった。病院間転院搬送が必要となる事態は突発的であり、着の身着のまま救急車に同乗するため、多くの場合は救急車同乗時に搬送元の病院への帰路の交通費を持ち合わせていなかった。

若い時分には上司たちからは、救急搬送に筆者が同乗したことについて、筆者本人の研修的な意義がある反面、救急搬送している時間に院内で労務を提供していないことをしばしば指摘・指導された。つまり、実際には上司たちからの業務命令で筆者が病院間転院搬送のため、救急車に同乗することになったにも関わらず、若手もしくは中堅の医師として未熟な筆者が自身の研鑽のために救急車に同乗して患者を転院搬送しており、搬送の間、筆者は勤務先の病院に不在となり、病院での仕事に穴を空けているのだから、病院間転院搬送に同乗させてもらったことを有難く思え、というのが、上司たちの考えであった。このように、病院間で患者を救急車で転院搬送しても、この業務に対する評価は低く、帰路の保障もなく、この状況にどことなく違和感を覚えながらも、多忙な日常診療に追われ、深く考えることもなかった。

今回の愛知県の病院間転院搬送問題から、筆者は救急車による搬送に同乗した医師の帰路に関する取り決めが未だにはっきりしていないことを知り愕然とした。現在では都市部にある多くの病院では、救急車が搬送元の病院を出発する時に同乗する医師にタクシーチケットを渡しておき、同乗した医師がタクシーで帰院することが多いようだが (タクシーチケットの乱用・流用を防ぐため、タクシーで帰院した時に、連絡を受けた医療事務職が医師の降車時にタクシーまで出向いて料金を精算するといったことも行われているようだ)、搬送先が人里離れた場所である時 (筆者自身は40キロ弱離れた山奥の結核病棟のある病院まで、結

核患者を転院搬送する際に救急車に同乗したことがある)や深夜になる場合には、時に公共交通機関を利用するに難があり、搬送の帰路に救急車に同乗させてもらって帰院の方が現実的なこともあろう。病院間転院搬送の際に、白衣やスクラブが血液で汚染された場合、着替えを持参していれば公共交通機関での帰路で周りの視線を気にすることもないだろうが、病院間転院搬送に医師が同乗するケースの多くは緊急搬送であり、着替えを持って出る余裕のないことがほとんどだろう。厳冬の時期などでは、室内着である白衣やスクラブで救急車に同乗した後、帰路に公共交通機関を使う場合は、上に羽織るコートもなく、震えながら帰りの電車を待つ、などというケースも出てくるはずだ。搬送元の病院から、種々の器材(輸液ポンプ、心肺蘇生用背板、毛布など)を持ち運んだ場合、それらの荷物が重かったり、大きかったりしてかさばる上に、公共交通機関を使うには衛生上の特別な配慮が必要だったりする(被搬送者である患者にはいかなる病原体が付着しているか不明であり、患者に使用した器材を持ち帰る時には衛生面に特に気を付けなければならない)。病院間転院搬送後の医師の帰路には、費用の償還だけでなく、帰路の経路や服装、衛生上の懸念といった問題があり、それらを慌たしい病院間転院搬

送の出発前にすべて考慮に入れて、搬送時の行動計画を立てるのは(特に経験の浅い研修医には)容易なことではない。

病院間転院搬送時に医師が救急車に同乗するのは、もちろん、転院搬送する患者の病状が重篤だからなのだが、医師には救急車を使って救急隊に患者を「運んでいただいている」という認識は薄く、重篤な患者をより高次の医療機関に搬送するのに医療用設備・器材の整った救急車を用いることは、病状が重篤なのだから当然だと考えがちだ。しかし、これは実は法に定める救急車の業務に対する医師側の誤解であるということを、今回の事件を通して知った。この誤解を解くべく、本稿では、この救急車を用いた病院間転院搬送の法的な位置付けを検討する。

2. 救急業務の法的根拠

我が国では、救急車(消防法施行令[昭和三十六年政令第三十七号]第四十四条にいう救急自動車)が各地域の消防署に配備されている。このことから分かるように、消防機関による救急業務は消防法(昭和二十三年法律第百八十六号)にその根拠があり、同法第二条の九でTable 1(上)のように定義されている。

Table 1 Ambulance service defined in the Fire Service Act of Japan

消防法(昭和二十三年法律第百八十六号)第二条の九

救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故(以下この項において「災害による事故等」という。)又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、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、救急隊によつて、医療機関(厚生労働省令で定める医療機関をいう。第七章の二において同じ。)その他の場所に搬送すること(傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。)をいう。

消防法施行令(昭和三十六年政令第三十七号)第四十二条

法第二条第九項の災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものは、屋内において生じた事故又は生命に危険を及ぼし、若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状を示す疾病とし、同項の政令で定める場合は、当該事故その他の事由による傷病者を医療機関その他の場所に迅速に搬送するための適当な手段がない場合とする。

(下線筆者)

なお、この他、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項の規定による地域医療支援病院の承認要件として、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）により、救急用又は患者輸送用自動車を有する必要があるため、地域医療支援病院には、いわゆる「病院救急車」が配備されている。また、緊急性のないケースについては、「患者等搬送事業指導基準等の作成について」（平成元年10月4日、各都道府県消防主管部長あて、消防庁救急救助課長通達）に基づき、患者等搬送事業者によりいわゆる民間救急が行われている。

そして、この消防法第二条の九にある（下線部）「政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるもの」は、消防法施行令（昭和三十六年政令第三十七号）第四十二条でTable 1（下）のように規定されている。

すなわち、救急業務は、①災害や屋外・公衆が出入りする場所で起きた事故の犠牲者を医療機関に搬送することが第一義であり、次に②屋内で生じた事故や生命の危険のある急病人を救急隊の支援以外の方法では迅速に医療機関に搬送できない場合に、救急隊が医療機関に搬送することであり、そして③そうした傷病者を医師が管理するまでに救急隊が行う応急処置を指すものとして定義されている。救急隊の仕事は、医師が傷病者を管理するようになるまでである。傷病者を医療機関で医師が引き継いだ後は、傷病者の管理は引き継いだ医師の責任となり、その後に患者を他の医療機関に搬送（すなわち病院間転院搬送）する必要があるが生じても、その搬送は、消防法上の救急業務としての位置付けは明確ではない。ましてや、同乗した医師の帰路についての対応は救急業務の範囲に含まれていない。

3. 病院間転院搬送の法的根拠

3.1 救急業務に該当する病院間転送

以上より、今回問題となった病院間転院搬送は、本来、消防法上は明示的には救急業務とされ

ていないことが分かる。これは救急搬送された後の傷病者の管理は医療機関側の責任であり、また、傷病者の病院間転院搬送のすべてが必ずしも緊急を要するものではないため、基本的には救急の問題ではなく、医療の問題だからだろう。果たして病院間転院搬送を消防機関の救急車・救急隊が行う法的根拠はどこにあるのだろうか。

病院間転院搬送は、以前は「昭和41年12月17日、自消丙教発第148号」にて「一般の入院患者の病状悪化による転院は、消防法第2条第9項に定める救急業務の対象（法律上義務づけられた対象）ではない。」とされていたが、その後、50年弱前の事務連絡である「昭和四九年一二月一三日、消防安第一三一号、広島県総務部長あて消防庁安全救急課長回答」により、「救急業務に該当する転院搬送と言えるためには、医療機関に搬送され初療の後であっても、当該医療機関において治療能力を欠き、かつ他の専門病院に緊急に搬送する必要があり、他に適当な搬送手段がない場合には、要請により出動すべきものと解する。」とされていることによる^{4,5)}。この事務連絡が発出された背景は関連する資料を入手できなかったため詳らかではないが、これは昭和49年12月13日の時点で消防庁安全救急課長が、医療機関で既に医師の管理下にある傷病者であっても、消防法施行令第四十二条に定める「屋内において生じた事故又は生命に危険を及ぼし、若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状を示す疾病」であり、かつ「医療機関その他の場所に迅速に搬送するための適当な手段がない場合」には救急業務に該当すると見做すことが可能なので、そうしたケースでは病院間転院搬送を救急業務として行うことができると判断したものと解釈できるであろう。

3.2 「下り搬送」「横向き搬送」の救急業務該当性

そもそも病院間転院搬送には、緊急性または重症度が高く、早期に専門医療機関への搬送を必要とする「上り搬送」（up transfer）と、緊急性の低

い入院目的や一般的な検査目的での搬送の「下り搬送」(down transfer)がある⁶⁾。このうち、消防機関の救急車は救急業務として「上り搬送」を行うべきだが、「下り搬送」は救急業務ではないので法令上は行えない。消防機関の救急車が救急業務外の救急車使用である「下り搬送」を行う法的根拠は不明である。少なくとも消防法、消防法施行令、消防組織法、消防法施行規則(昭和三十六年自治省令第六号)には、救急業務外の救急車使用についての規程はない。ただし、後述するが救急業務以外の搬送を行ってはならないと規定されているわけではないので、それを行ったとしても罰則はない。

また、「上り搬送」とも「下り搬送」とも言い難いケース(「横向き搬送」(sideways transfer)⁷⁾)も多い。たとえば、最初に患者が救急搬送にて搬入された医療機関で諸検査・処置が行われ(救急車は医療機関から引き揚げてしまう)、入院が必要であると判断されたが空床がなく、他の医療機関に転院させて入院させるといった事態では、しばしば消防機関の救急車を用いて転院搬送される(改めて救急車が出動要請される)。これは搬送元の医療機関に空床がないことにより入院治療が必要な患者の治療能力を欠くことにはなるが、緊急性は高くとも搬送先が必ずしも専門医療機関である必要はなく、搬送先は転院搬送される患者の病状に見合う水準の医療機関であれば十分である。こうした病院間転院搬送には救急業務とは言えないものも少なくない。

しかし、このような「上り搬送」未満「下り搬送」以上の転院搬送に、病院救急車や民間患者搬送業者の利用を義務付けたり必須としたりすることは、これらの搬送手段は現状では消防機関の救急車に比し、概して使用される自動車のスペックや配置される人員の数などが劣り、手配には相応の時間を要するため、利便性の点からは実用的ではない。ただし、消防法の主旨からは、将来的には、こうした緊急性のある「横向き転送」(緊急性のない「横向き搬送」は「下り搬送」に該当するので、救急業務ではない)にも病院救急車や民間患者搬

送業者を利用するよう、搬送体制を整備する必要がある。また、病状が落ち着き緊急性のない「横向き搬送」(緊急性のない「横向き搬送」は「下り搬送」である)でも、病院間転院搬送に集中治療に準じた高度な医学的管理を要するケースもあり、現状の病院救急車や民間患者搬送業者による搬送では使用する自動車や器材のスペックが十分でないケースもあり、消防機関の高機能救急車による病院間転院搬送を行う必要がある。これを救急業務と言えるかどうかは「緊急性」をどう解釈するかにもより、微妙である。

なお、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、いったん医師に引き継いだ後、その救急隊が搬送した医療機関を引き上げる前に、引き続き同じ救急隊が同じ患者をその医療機関から別の医療機関に搬送することは「転送」という。実務上、転院搬送と転送とをなぜ分けて考えるのかは詳らかではないが、「転送」は最初に搬送した医療機関で応急処置のみが行われた、あるいは当該医療機関での治療が不能であると搬送直後に判断された傷病者を、まだ医師の管理下に置かれていない傷病者と見做すことにより、他の医療機関に搬送することを救急業務として扱いうるということなのかもしれない。

以上、病院間転院搬送の分類をTable 2にまとめた。

基本的には、消防法上は救急業務はあくまでも災害や事故の犠牲者や急病人を医療機関以外の場所から医療機関に搬送する業務とそれに付随する救急隊による応急処置であり、ある医療機関から別の医療機関に傷病者を搬送することは、半世紀も前の行政機関間の事務連絡に基づいて、その一部を救急業務と見做して実施されているに過ぎない。しかし、法的には救急業務には位置付けることのできないケースであっても、実務では現実には病院間転院搬送に消防機関に属する救急車を利用する必要のある場合がある。

Table 2 Classification of inter-hospital patient transfer

救急業務	上り搬送	- 緊急・重症で搬送元医療機関では治療不能で、専門医療機関への転院搬送が必要なときで、他に適切な搬送手段がない場合。 - 転送：救急隊がある医療機関に搬送したものの、必要な検査や治療がその病院では不能であると対応した医師が即時に判断し、その医療機関では医師の管理下に置くことができず、当該患者を搬送した救急隊がその医療機関を引き上げる前に、当該患者を引き続き他の医療機関に搬送するもの。
救急業務外	下り搬送	緊急性の低い入院目的（緊急性のない横向き搬送もしくは搬送元の医療機関に空床を作るための転院）や一般的な検査目的での転院搬送。[下り搬送は、救急業務外ではあるが、病態によっては高機能救急車による搬送が必須のケースもあるため、そうしたケースは今後、病院救急車等の機能・即応性を向上させて医療の枠組みで対応するか、消防機関の救急車の機能を向上させた上で消防救急の正式な業務として位置付ける必要がある。]
	緊急性のある横向き搬送*	緊急入院の必要があるが搬送元の医療機関に空床がないため、専門医療機関ではない搬送先の医療機関に緊急入院するために搬送するもの。[現行法制下では救急業務外だが、今後、救急業務に位置付けられるべきもの。]

* 横向き搬送：搬送元の医療機関に空床がないため、搬送先の医療機関に入院するために搬送するもの。

4. 病院間転院搬送に同乗した医師の帰路問題

4.1 患者搬送後の医師の帰路の法的根拠

総務省消防庁の設置した「救急業務のあり方に関する検討会」では、平成27年度から28年度にかけて、転院搬送に係る救急車の適正利用について検討されている。病院間転院搬送に同乗した医師の帰路については、審議資料⁸⁾や報告書⁹⁾に「協力要請やガイドラインの例」として、「転院搬送完了後、救急隊は再出場に備える必要があるため、同乗した医師又は看護師が救急車に同乗して要請元医療機関へ戻るとは原則として認められないことに同意すること」と記載されているものの、議事録には同乗した医師の帰路について検討された形跡はなく、報告書にも具体的にどのような処遇（方法、費用負担など）にすべきかは示されていない。

その報告書によると救急出動件数の一割以上で転院搬送が行われており、消防庁・厚生労働省が作成するガイドラインに基づき自治体が地域の実情に応じたルールづくりをすべきとされ、これを

受けて通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」（各都道府県知事あて（消防防災主管部局、衛生主管部局扱い）。消防庁次長、厚生労働省医政局長発。消防救第34号、医政発0331第48号。平成28年3月31日）が発出された。しかし、この通知にも病院間転院搬送に同乗した医師の患者搬送後の帰路については述べられていない。

なお、この通知は「消防組織法（昭和22年法律第226号）第37条及び地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言として発出するもの」と記載されている。消防組織法第37条の条文は、「第三十七条 消防庁長官は、必要に応じ、消防に関する事項について都道府県又は市町村に対して助言を与え、勧告し、又は指導を行うことができる。」であり、地方自治法第245条の4第1項は、現行の法文では、「各大臣（内閣府設置法第四条第三項若しくはデジタル庁設置法第四条第二項に規定する事務を分担管理する大臣たる内閣総理大臣又は国家行政組織法第五条第一項に規定する各省大臣をいう。以下本章、次章及び第十四章において同じ。）又は都道府県知事その他の都道府県の執行機関は、そ

の担任する事務に関し、普通地方公共団体に対し、普通地方公共団体の事務の運営その他の事項について適切と認める技術的な助言若しくは勧告をし、又は当該助言若しくは勧告をするため若しくは普通地方公共団体の事務の適正な処理に関する情報を提供するため必要な資料の提出を求めることができる。」とある。地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（地方分権一括法）（平成11年法律第87号）が施行されたことにより、国の機関委任業務が廃止され、地方公共団体の事務が法定委託事務と自治事務に再編されたが、通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」は、自治事務に関する助言と解することができる。これは国と地方公共団体が対等であるという立場から、地方公共団体の自治を重視し、法的拘束力のない技術的助言という形式が採られたものであろう。

ここまでをまとめると、病院間転院搬送は、緊急性または重症度が高く、早期に専門医療機関への搬送を必要とする「上り搬送」が、50年弱前の事務連絡である「昭和四九年一二月一三日、消防第一三一号、広島県総務部長あて消防庁安全救急課長回答」により、消防法上の救急業務と位置付けられたが、病院間転院搬送に同乗した医師の患者搬送後の帰路については、現在もなお、取り扱いについての明示的な基準がないのである。

4.2 病院間転院搬送時の医療従事者の同乗

本稿冒頭で取り上げた救急車の「寄り道」問題だが、ここまで説明したように、病院間転院搬送の法的根拠は、法律や政省令ではなく、政令に対する半世紀も前の消防庁の課長の「回答」に過ぎない。病院間転院搬送に同乗した医師の患者搬送後の帰路に関する公的に周知されたルールも存在しない。

病院間転院搬送における医師の同乗については、通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」の別紙ガイドライン（「救急業務として転院搬送を行う場合のルールについて合意形成を行う際の参照事項」）に、「要請元医療機関が、

その管理と責任の下で搬送を行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗すること。同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者、家族等に説明し、了承を得ること。」と記載されており、これも技術的助言に過ぎず、必ずしも医師の同乗を要するものではない。

実際に通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」が発出される前の平成26年末の東京都では、転院搬送における医療関係者の同乗率は極めて低いとされている。平成27年救急業務のあり方に関する検討会（第2回）議事録¹⁰⁾によると、平成26年12月に実施された東京都の救急搬送実態調査（平成26年度東京都救急搬送実態調査）では、「東京消防庁の〇〇氏」（議事録に発言者の人名の記載はなく、「〇〇氏」と匿名が書かれている）が検討会で「転院搬送の場合は同乗ということになっておるんですけども、同乗なしが96.4%ということで、ほとんどの事案で医療関係者の同乗がなかったという結果でございました。」と報告している。残念ながら、平成26年度東京都救急搬送実態調査の報告書をインターネット検索したが、発見できなかった。また、平成27年救急業務のあり方に関する検討会（第2回）のインターネット上で公開された資料にも同報告書に関する記載は存在しなかった。

ただし、東京消防庁「平成27年 救急活動の現況」¹¹⁾によると、転院搬送時の医師の救急車同乗率は、重症以上で37% (3,141件／全8,462件)、中等症以下で14% (4,801件／全34,693件)であり、合計すると、18% (7,942件／全43,155件)である。これは東京消防庁「令和3年 救急活動の現況」¹²⁾からの最新のデータでは、重症以上で52% (3,469件／全6,652件)、中等症以下で24% (4,540件／全18,930件)であり、合計すると、31% (8,009件／全25,582件)である。すなわち、東京都では平成27年（2015年）から令和3年（2021年）までの6年間で、転院搬送の全件数は43,155件から25,582件へと17,573件減少し（40%の減少）、医師の同乗率は18%から31%へと増加しているも

の、実数としては医師の同乗率は7,942件から8,009件へとほとんど変わっていない。つまり、平成27年救急業務のあり方に関する検討会（第2回）で東京消防庁が転院搬送時の医師の同乗率が同乗なしが96.4%と説明しているが、同じく東京消防庁の「平成27年 救急活動の現況」では、転院搬送時の医師の同乗率は31%であり、同じ東京消防庁の報告でありながら、数値に大きな隔たりがあるものの、医師の同乗率は高いとは言えない。

すなわち、病院間転院搬送自体も、病院間転院搬送時の医療関係者の同乗も、法律や政令、省令などの法的拘束力の強い法令によるものではなく（省令以上の法令によるものではないため、罰則を設けることはできない）、国家行政組織法（昭和二十三年法律第二百十号）第十四条1項「各省大臣、各委員会及び各庁の長官は、その機関の所掌事務について、公示を必要とする場合においては、告示を発することができる。」に定める「告示」によるものでもなく、同条2項「各省大臣、各委員会及び各庁の長官は、その機関の所掌事務について、命令又は示達をするため、所管の諸機関及び職員に対し、訓令又は通達を発することができる。」に定める「訓令又は通達」によるものでもない。病院間転院搬送の法的根拠は発簡者と宛先に上下関係のない事務連絡「昭和四九年一二月一三日、消防安第一三一号、広島県総務部長あて消防庁安全救急課長回答」であり、病院間転院搬送時の医療関係者の同乗の法的根拠は法的拘束力のない技術的助言「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」である。そして、少なくとも東京都に関しては、平成28年に通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」が発出された後も、転院搬送数は減少したものの、医師の同乗の実数は変わっていない。

5. 医学的観点からみた病院間転院搬送

5.1 同乗する医師の技能

以上で概観したように病院間転院搬送およびそ

れに係る実務のガイドラインの法的根拠は脆弱である。このような脆弱な法的根拠に基づいて病院間転院搬送という業務が消防署に配備された救急車によって長年にわたって実施されてきたのである。そしてかような法的根拠の脆弱な病院間転院搬送で、搬送後の帰路に関する確立したルールもなく、勤務時間外に労務を提供した研修医が、帰路で救急車を「寄り道」させたとしてメディアにて批判された。

医学的観点から、救急業務として行う病院間転院搬送を考えると、病院間転院搬送はある医療機関では治療困難もしくは治療不能の患者を、より高次の専門的治療の可能な別の医療機関に緊急に搬送する必要がある時に行うものであり、転院搬送中に患者の容体が急変する可能性も少なくなく、そうした場合の措置を病院ほどには十分な設備のない救急車という診療環境で実施する十分な能力を研修医が持ち合わせているかどうかは疑問である。指導医が同乗しないまま、救急車で搬送に研修医を単独で同乗させるのは危険なのではないだろうか。換言すれば、研修医が指導医の指導を受けずに診療行為を行う、いわゆる単独診療の範囲や可否については、各初期研修プログラムで規定されるところだが、病院間転院搬送時に患者の容体が急変した場合に必要な診療行為を研修医の単独診療で行って良いとは考えにくいのである。

では、臨床研修の修了した医師であれば病院間転院搬送時の患者の容体の急変対応が可能なのかといえば、搬送に同乗する医師の教育訓練・診療技能や搬送される患者の病態によりけりであろう。そのように考えると、病院間転院搬送に同乗すべき医療従事者は搬送元医療機関で被搬送患者の診療の責を担った医師である必要があり、かつ搬送時における患者急変時の対応が可能でだけの十分な技能と経験を有する者でなければならないはずである。そうしない場合、つまり、十分な技能と経験を有する医師が同乗しないまま、患者が搬送中に急変した場合、搬送先医療機関でも対応不能となり、さらに別のより高次の医療機関へと

再搬送しなければならない事態 (double transfer)¹³⁾ も生じうるであろう。

然るに現状では、搬送元医療機関から病院間転院搬送の際に同乗する医師の割合が低いことを考え合わせると、次善の策としては、病院間転院搬送に使用する救急車すべてに日本専門医機構の認定する救急科専門医を配置した搬送専門チーム (specialized transport team) を置くなどといった対策が考えられる。いずれにせよ、救急業務として行う病院間転院搬送は、高次の専門的治療の可能な医療機関に緊急に搬送する必要がある時に行うものであり、転院搬送中に不測の事態 (英国スコットランドの M. J. Friedらの報告¹⁴⁾ によれば、病院間転院搬送された成人患者の約1%に器材の不具合や生命に危険のおよぶ心循環・呼吸／気道・神経学的悪化が生じた) が起きることを想定した準備が必要である。それは集中治療室 (ICU) に入院中の重症患者により専門的な治療を受けさせるべく、高次医療機関のICUに転院搬送するケース (inter-hospital ICU to ICU transfer, inter-hospital ICU transfer) を考えれば自明であろう。

5.2 コロナ禍における転院搬送

ICU to ICU transferは患者により専門的な治療を受けさせるため (臨床的搬送: clinical transfer) だけではなく、コロナ禍では地域のICU病床の有効利用のため (収容搬送: capacity transfer)、海外ではしばしば行われた^{15~17)}。収容搬送は緊急性はあっても搬送先の病院のICUが必ずしも搬送元の病院よりも専門性が高い治療を提供するわけではなく、また高次医療機関であるとも限らないため、搬送元の医療機関での治療能力は欠いておらず、他の専門病院に緊急に搬送する必要性は搬送される当該患者の病状の改善のためにはむしろ否定的であり、救急業務とは言えない (「下り搬送」である)。また、転院搬送した先の病院のICUから、元の病院のICUに再度転院搬送する場合もあり (送還: repatriation)、これも多くの場合は救急業務には該当しないであろう。しかしながら、ICU間の収容搬送や送還 (ただし

これらの形式の病院間転院搬送は、ICU to ICU transferで搬送される患者の利益には必ずしもならず、場合によっては有害なケースもあり、倫理的な課題を抱える転院搬送である) は救急業務ではなくとも、高機能救急車による転院搬送が必要となり、このような事態で病院救急車や民間患者搬送業者がその任にあたることは難しく、救急業務ではない「下り搬送」であっても、消防機関の高機能救急車による搬送が必要となる。欧州ではコロナ禍で盛んに地域内や近接国家間でICU間病院転院搬送が行われたが、こうした広域搬送・越境搬送は当初は患者の死亡率を上げることはない^{18~20)}、むしろ低下させた^{21, 22)} と報告されていたが、その後、患者の死亡率を上げたという報告もあり²³⁾、やはりICUに入室するほど重症の患者を転院搬送することには慎重でなければならない²⁴⁾。しかしながら、コロナ禍のような医療資源が枯渇する事態で、余力のないICUから少しでも余力のあるICUに容体が少し落ち着いた患者を収容搬送することによりICUの収容能力を増加させるといったことをせず、医療資源の枯渇により救命可能性のある患者をICUに収容できず、トリアージするなどして十分な治療なしに患者が死亡するといった事態も許されることではない²⁵⁾。

5.3 転院搬送のリスク管理

転院搬送は日常臨床では頻繁に行われているが、本来は重病患者にこれを行うことは、それ自身が病状を悪化させるリスクを負う。転院搬送には、1)搬送前に患者の病状が搬送に耐えうるほど十分に安定すること (stabilization)、2)搬送チームに十分な経験・能力・資格があり (trained, qualified and certified)、搬送先の医療機関と適切な情報共有がなされること (coordination and communication)、3)搬送に用いる救急車に十分な器材が整備されていること (equipment)、4)搬送手段 (自動車か、飛行機か) が適切であること (mode of transfer) といった条件が整うことが必要である^{26, 27)}。救急業務としての転院搬送は、病

状の重い患者を自動車や飛行機を用いて移動させるものであり、振動、騒音、気温・気圧・湿度の変化、加速・減速時の荷重な故障などといった物理的条件から、原疾患の悪化のみならず、動揺病、循環動態・呼吸状態の悪化、低体温、精神神経症状を肇としたさまざまな症状を呈したり、搬送時の器材の不具合（人工呼吸器・心拍モニター・酸素投与装置・点滴ポンプの故障、患者に挿入されたドレーンの閉塞や気管チューブの逸脱・迷入など）や交通渋滞・事故により搬送の遅延が生じたりする可能性があるため、転院が必要不可欠場合にのみ、慎重に実施しなければならず、患者にも搬送チームにもできる限り余力を作っておくこと（creating margins）²⁸⁾が必要である。当然のことながら、救急車内という外界から孤立した狭い閉鎖的環境で、そうした不測の事態に独力で対応（情報通信技術による外部支援は利用するにせよ）できるだけの人材と器材（必要に応じ、mobile ICUレベルの救急車²⁹⁾）も配置しなければならない。

したがって、十分な臨床経験と診療技能を有する医師の同乗なしでは、本来は医学的観点からは、救急業務として実施する病院間転院搬送は実施しえない。しかし、そのような能力の高いベテランの医師をすべての病院間転院搬送に従事させることは現実的ではない。かといって研修医に委ねて良い業務ではない。そう考えると、病院間転院搬送自身の実数を減少させることが望ましいことが分かる（これは転院に伴い、多剤耐性病原体を搬送元医療機関より搬送先医療機関に持ち込んでしまうリスクを減らすことにもつながる³⁰⁾）。そのためには、病院間転院搬送を行わずとも、自院のみで患者の治療を完結できる必要があることになり、極言すれば、すべての病院が病院間転院搬送を必要としない高次機能病院であるべきであるということになる。これもまた現実的ではない。ただ、通知「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」の別紙ガイドライン（「救急業務として転院搬送を行う場合のルールについて合意形成を行う際の参照事項」）に「要請元医療機関

が、その管理と責任の下で搬送を行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗すること。同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者、家族等に説明し、了承を得ること。」という記載がある通りの運用で良いのかどうかは、再考すべきであろう。重症患者を緊急に安全かつ最速で転院させるには、このガイドラインで示した要件では不十分なのである。

6. 今後の課題：法改正を見据えて

今般、愛知県で発生した救急車の「寄り道」問題で明らかとなった病院間転院搬送に同乗する医師の帰路問題を解決することなしには、今後、病院間転院搬送に同乗する医師が増えることも期待できない。本稿で示した病院間転院搬送に係る一連の問題の淵源は、病院間転院搬送の法的根拠の脆弱さにある。昭和23年に消防法が制定され、その後、四半世紀を経て昭和49年に病院間転院搬送が行政機関間の事務連絡でようやく救急業務に位置付けられたものの、その後さらに半世紀が経過した現在も、病院間転院搬送の法的根拠は不十分である。

病院間転院搬送のうち、「上り搬送」は消防法に定める救急業務だが、それ以外の病院間転院搬送（「下り搬送」および緊急性のない「横向き搬送」）は、消防法に規定されていない救急外の業務であり、その実施の法的根拠は不明である。ただし、救急業務に関連する罰則は、消防法では同法四十四条第二十号に定める傷病者に係る虚偽の通報をした者のみであり、消防法施行令や消防法施行規則には救急業務に関連する罰則はないので、救急外の業務の実施につき罰せられるわけではない。「下り搬送」の中には、明らかに救急車を使う必要のない不適切事例もあるようだが³¹⁾、緊急性のある横向き搬送や下り搬送の中でも高機能救急車による転院搬送が必要なケースなど、正当な救急業務として位置付けたほうがよいケースもある。

可能であれば、消防法の大改正を行って救急関連の項目を整理・充実させるか、救急に関する新法を制定して、現今の救急関連の諸問題の抜本解決を図るべきであろう。

利益相反

本稿の内容に関し、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 日テレNEWS. 友人と食事会に行くため…研修医が「救急車」で“寄り道” 愛知・江南市. 2022年12月22日 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://news.ntv.co.jp/category/society/11cc512abf054fe4bae160fd1a925bc3>
- 2) 江南厚生病院 病院長 河野彰夫. 当院研修医の救急搬送帰路上の途中降車について. 令和4年12月22日 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://konankosei.jp/wp/wp-content/uploads/2022/12/20221222.pdf>
- 3) 江南市消防本部消防署. 救急車の不適正な運用について お詫び. 更新日 令和4年12月24日 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.city.konan.lg.jp/shobo/1007128/1012779.html>
- 4) 駿東田方地域メディカルコントロール協議会. 救急車による転院搬送の手引き [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.numazu-med.or.jp/files/files20180918105455.pdf>
- 5) 救急救助問題研究会, 編著. 例解 救急救助業務10訂版. 東京: 東京法令出版; 2017.
- 6) 木川 英. 救急隊員に聞く「ここが問題, “下り” 転院搬送」. 日経メディカル. 2020年3月18日 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/kigawa/202003/564736.html?pr=1>
- 7) Butt WW, Shann FA. Transferred patients--more complex and more costly? *Med J Aust.* 1998; 169(S1): S42-3.
- 8) 消防庁. 平成27年度 救急業務のあり方に関する検討会 第2回資料. 平成27年11月27日 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_05_shiryo01-01.pdf
- 9) 消防庁. 平成27年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書. 平成28年3月 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_15_houkokusyo.pdf
- 10) 消防庁. 平成27年度 救急業務のあり方に関する検討会 (第2回) 議事録 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_06_giziroku01-01.pdf
- 11) 東京消防庁. 救急活動の現況 平成27年. 平成28年9月刊 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/hp-kyuukanka/katudojitai/27.pdf>
- 12) 東京消防庁. 救急活動の現況 令和3年. 令和4年9月刊 [Cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/hp-kyuukanka/katudojitai/R03.pdf>
- 13) Kim YJ, Hong JS, Hong SI, Kim JS, Seo DW, Ahn R, Jeong J, Lee SW, Moon S, Kim WY. The Prevalence and emergency department utilization of patients who underwent single and double inter-hospital transfers in the emergency department: a nationwide population-based study in Korea, 2016-2018. *J Korean Med Sci.* 2021; 36(25): e172.
- 14) Fried MJ, Bruce J, Colquhoun R, Smith G. Inter-hospital transfers of acutely ill adults in Scotland. *Anaesthesia.* 2010; 65(2): 136-44.
- 15) Oras J, Strube M, Rylander C. The mortality of critically ill patients was not associated with inter-hospital transfer due to a shortage of ICU beds - a single-centre retrospective analysis. *J Intensive Care.* 2020; 8(1): 82.
- 16) Huq F, Manners E, O'Callaghan D, Thakuria L, Weaver C, Waheed U, Stümpfle R, Brett SJ, Patel P, Soni S. Patient outcomes following transfer between intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesia.* 2022; 77(4): 398-404.
- 17) Parenmark F, Walther SM. Intensive care unit to unit capacity transfers are associated with increased mortality: an observational cohort study on patient transfers in the Swedish Intensive Care Register. *Ann Intensive Care.* 2022; 12(1): 31.
- 18) Wortel SA, Bakhshi-Raiez F, Termorshuizen F, de Lange DW, Dongelmans DA, de Keizer NF; Dutch COVID-19 Research Consortium. Comparison of patient characteristics and long-term mortality between

- transferred and non-transferred COVID-19 patients in Dutch intensive care units: A national cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2022; 66(9): 1107-15.
- 19) Chen E, Longcoy J, McGowan SK, Lange-Maia BS, Avery EF, Lynch EB, Ansell DA, Johnson TJ. Interhospital Transfer Outcomes for Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019 Requiring Mechanical Ventilation. *Crit Care Explor.* 2021; 3(10): e0559.
- 20) Painvin B, Messet H, Rodriguez M, Lebouvier T, Chatellier D, Soulat L, Ehrmann S, Thille AW, Gacouin A, Tadié JM. Inter-hospital transport of critically ill patients to manage the intensive care unit surge during the COVID-19 pandemic in France. *Ann Intensive Care.* 2021; 11(1): 54.
- 21) Guillon A, Laurent E, Godillon L, Kimmoun A, Grammatico-Guillon L. Inter-regional transfers for pandemic surges were associated with reduced mortality rates. *Intensive Care Med.* 2021; 47(7): 798-800.
- 22) Sanchez MA, Vuagnat A, Grimaud O, Leray E, Philippe JM, Lescure FX, Boutonnet M, Coignard H, Hibon AR, Sanchez S, Pottecher J. Impact of ICU transfers on the mortality rate of patients with COVID-19: insights from comprehensive national database in France. *Ann Intensive Care.* 2021; 11(1): 151.
- 23) Parenmark F, Walther SM. Intensive care unit to unit capacity transfers are associated with increased mortality: an observational cohort study on patient transfers in the Swedish Intensive Care Register. *Ann Intensive Care.* 2022; 12(1): 31.
- 24) Painvin B, Ehrmann S, Thille AW, Tadié JM. Intensive care unit-to-unit capacity transfers are associated with increased mortality: no hasty conclusions in the event of a crisis. *Ann Intensive Care.* 2022; 12(1): 60.
- 25) 堀江宗正. <反延命>主義とは何か. In: 小松美彦, 市野川容孝, 堀江宗正, 編. <反延命>主義の時代: 安楽死・透析中止・トリアージ. 東京: 現代書館; 2021. p. 12-46.
- 26) Sethi D, Subramanian S. When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi J Anaesth.* 2014; 8(1): 104-13.
- 27) Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian J Anaesth.* 2016; 60(7): 451-7.
- 28) Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019; 27(1): 27.
- 29) Wieggersma JS, Droogh JM, Zijlstra JG, Fokkema J, Ligtenberg JJ. Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Crit Care.* 2011; 15(1): R75.
- 30) Vilches TN, Bonesso MF, Guerra HM, Fortaleza CMCB, Park AW, Ferreira CP. The role of intra and inter-hospital patient transfer in the dissemination of healthcare-associated multidrug-resistant pathogens. *Epidemics.* 2019; 26: 104-15.
- 31) 東京都福祉保健局. 消防機関が行う転院搬送の要請に関する手引き [Cited 2023 Feb 12]. Available from: https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/tenin_hanso.html

(投稿日: 2023年2月12日)

(受理日: 2023年2月14日)

(公表日: 2023年2月22日)

* * *