

平成 24 年度（財）救急振興財団調査研究助成事業

災害・救急医療における法制度の課題と展望

研究代表 中島 功
東海大学医学部救命救急医学 教授

目次	ページ
1．研究の趣旨	3
2．研究員の構成	3
3．専門家委員会	4
4．各論	
善きサマリア人法 立法化に向けた再検討	8
東日本大震災での事務連絡「外国の医師免許を有する者の医療行為の取り扱いについて」の法的な課題と展望	12
福島原子力発電所事故と無線局運用規則第二百二十九条 放射線被爆軽減を目指して	17
日本における移動体通信を介したメディカルコントロールの法的な裏付け<救急救命士法第四十四条と高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条>	23
5．謝辞	36

1. 研究の趣旨

大規模災害時の医療、日常業務としての救急医療における既存法制度のさまざまな課題を調査検討する。救急業務(含 搬送業務)の諸問題の根本は、医師法、消防法、刑法などの既存の法制度に係わることが少なくない。また善きサマリア人法など現場の救急医を保護する法も我が国には制定されていない。現状の法制度の課題を総合的に洗い出し、将来に向けた救急業務の保全と救急医の権利確保、今後の政策、立法化への道のりを調査・研究した。

専門的な知識を得るためこれまでに3回の専門家委員による会議を開催し、各方面からの意見を集約した。ここでいくつかのポイントが浮き彫りとなり、これに関して、研究代表者が各論として報告書にまとめた。

2. 研究員の構成

研究代表者

東海大学医学部救命救急医学・教授
中島 功

共同研究者

東海大学付属病院・院長
東海大学高度救命救急センター・センター長
東海大学医学部救命救急医学・教授
猪口 貞樹

政策研究大学院大学・アカデミックフェロー
黒川 清

3 . 専門家委員（敬称略）

厚生労働省政策統括官付情報政策担当参事官室・室長補佐

中安 一幸

岩田合同法律事務所・弁護士

田中 徳夫

都立広尾病院・院長

佐々木 勝

財団法人 日本無線協会・部長

小林 陽一

日本医科大学婦人科・講師

渡辺 美千明

東海大学医学部救命救急医学・非常勤教授

富岡 康充

式 次 第

研究課題 「救急医療を取り巻く法制度に関する専門家委員会」

研究代表者

所属・職・氏名 救命救急医学 教授 中島 功

開催日時 2012.7.30(月) 15:00 17:00

場所 国際文化会館

〒106 0032 東京都港区六本木5 11 16

出席者 (予定)

黒川 清(政策研究大学院大学)

佐々木勝(都立広尾病院)

田中 徳夫(岩田合同法律事務所)

小林陽一(日本無線協会)

富岡康充(東海大学)

中島 功(東海大学)

欠席者

中安一幸(厚生省)

渡辺美千明(日本医科大学)

猪口貞樹(東海大学)

(敬称略)

1. 自己紹介
2. 会の趣旨(中島)
3. 福島第一原発関連の法的な課題(中島)
4. 自由討論

平成24年度に3回の専門家委員会を開催、報告書を作成。

- 第1回 福島第一原発関連の法的な課題(最終連絡)
- 第2回 災害時の外国人医師の活動と医師法第二条、第十七条
- 第3回 善きサマリア人法関連

式 次 第

研究課題 「救急医療を取り巻く法制度に関する専門家委員会」

研究代表者

所属・職・氏名 救命救急医学 教授 中島 功

開催日時 2012.11.16(金) 16:00 18:00

場 所 国際文化会館

〒106 0032 東京都港区六本木5 11 16

出席者 (予定)

黒川 清(政策研究大学院大学)

佐々木勝(都立広尾病院)

田中 徳夫(岩田合同法律事務所)

渡辺美千明(日本医科大学)

小林陽一(日本無線協会)

中島 功(東海大学)

欠席者 富岡康充(東海大学)

中安一幸(厚生省)

猪口貞樹(東海大学)

(敬称略)

1. 挨拶
2. イスラエル人医師の課題
3. 救急搬送と対面診療、遠隔医療
4. 自由討論

平成 24 年度に 3 回の専門家委員会を開催、報告書を作成。

第 1 回 福島第一原発関連の法的な課題(最終連絡)

第 2 回 災害時の外国人医師の活動と医師法第二条、第十七条

第 3 回 善きサマリア人法関連

式 次 第

研究課題 「救急医療を取り巻く法制度に関する専門家委員会」

研究代表者

所属・職・氏名 救命救急医学 教授 中島 功

開催日時 2013.2.1(金) 16:00 18:00

場所 国際文化会館

〒106 0032 東京都港区六本木5 11 16

出席者 (予定)

黒川 清(政策研究大学院大学)

中安一幸(厚生省)

田中 徳夫(岩田合同法律事務所)

渡辺美千明(日本医科大学)

小林陽一(日本無線協会)

富岡康充(東海大学)

中島 功(東海大学)

欠席者 佐々木勝(都立広尾病院)

猪口貞樹(東海大学)

(敬称略)

1. 挨拶
2. 善きサマリア人法に関して
3. 自由討論

平成24年度に3回の専門家委員会を開催、報告書を作成。

- 第1回 福島第一原発関連の法的な課題(最終連絡)
- 第2回 災害時の外国人医師の活動と医師法第二条、第十七条
- 第3回 善きサマリア人法関連

善きサマリア人法

立法化に向けた再検討

要旨

医師法第19条で「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定されており、いわゆる応召義務がある。医師や医療機関に課せられた患者の診療義務である。罰則規定はない。戸外での善きサマリア人法が適応されるような環境下では、医師の患者の関係は、一般に言われている民法での規定（診断治療など）医療行為とその対価（医療費）の契約が成立しないものとするが、その根拠が法制度には記載されていない。

機上で発生した急患に対しては、医療機関という空間に居ない医師は、応召義務はないし、医師が医療費を請求しなければ商法上の取引も発生しない。しかし、応急処置の結果に対して、悪意や極端なあやまちがなければ、免責が必要であり、ここに善きサマリア人法の意義がある。

戸外ではさまざまな状況があり、現行法のパッチワーク作業ですべてをカバーするには無理があり、現行法では一元的な裁判結果を決して期待できないので、戸外での善意は、医師の行為とその免責は不利な法的環境にあると言える。過去に2度ほど立法化が試みたが、残念にも成立しておらず、善きサマリア人法 立法化に向けた再考をここに列記した。

キーワード

善きサマリア人法、機上の診療

善きサマリア人の法 (*good Samaritan law*) は、「災難に遭ったり急病になったりした人など(窮地の人)を救うために無償で善意の行動をとった場合、良識的かつ誠実にその人ができることをしたのなら、たとえ失敗してもその結果につき責任を問われない」という趣旨のものである。誤った対応をして訴えられたり処罰を受ける恐れをなくして、その場に居合わせた専門家(医師、医療関係者、救急救命士など)により、傷病者の救護を促進しよう、との意図がある。アメリカ、カナダなど海外では施行されており、近年、日本でも立法化すべきか否かという議論がなされている。

1. 経緯

旧総務庁の「交通事故現場における市民による応急手当促進方策委員会(以下委員会)

「応急手当の免責に係る比較法研究会」(以下研究会)

上記、2つの委員会では、「救命手当の普及促進を目的とした法制度を考えると、事務管理制度を経由することなく直接的に不法行為責任からの免責措置を講じた規定を置くという方策も考えられた。しかし、現状においては、現行法の緊急事務管理によってほとんどのケースをカバーでき、免責の範囲はかなり広いので」「将来的な課題として、補償関係等も含め、引き続き慎重に検討する必要があるが、現時点では新たな法制定や法改正までは必要がなく、現行法における免責制度を周知させることに力点が置かれる必要がある」との結論が出された。つまり立法化は見送られたのである。

診察とは民法上、第632条及び643条で規定される診療契約に該当医師と患者の間の合意で契約したことになる。契約内容：医療行為と医療費支払いの等価交換。実際は健康保険を介するので複雑(第537条、第三者のための契約)民法では生じた損害を金銭的に評価してその損害額を金銭にて支払うという賠償方法を原則としている(民法417条、722条1項)。

医療過誤訴訟では、患者と医療法人の間で締結された診療契約の義務違反を前提とする債務不履行(民法415条)、医師を雇っている医療機関の使用者及び医師個人の患者への注意義務違反を追求する不法行為(民法715条、民法709条)を根拠として争われることが多い。

債務不履行もしくは不法行為の一方のみを根拠に請求することも可能で、医療機関もしくは医師個人に全額請求することも出来るが、一般的には、両責任の予備的併合による請求がなされている。

戸外ではさまざまな状況があり、現行法のパッチワーク作業ですべてをカバーするには無理がある。現行法では一元的な裁判結果を決して期待できないの

で、戸外での善意は、医師の行為とその免責は不利な法的環境にあると言える。

2. 米国連邦航空局

機内医療に協力する医師に対して以下のことを推奨している。

1. 身分を正確に明らかにして、持っている医療資格を明言する。航空会社によっては医療資格の証明を求める。
2. 出来るだけ完全に病歴を聴取し、自らの印象を当該乗客や家族に説明する。そして、診察や治療を始める前に同意を得る。意思能力のない乗客については同意の意思を推測する。
3. 同意を得られたら、身体所見の診察に入る。
4. 当該乗客が自分と同じ言語を話さなければ、通訳を要求する。乗務員に臨床所見の印象について説明する。
5. 患者が重症であれば、最も近くて（対応するのに）適した空港への緊急着陸を要求する。
6. 可能であれば、地上で医療支援を行っているスタッフと連絡を取る。
7. 所見、印象、治療、乗務員および地上支援医療スタッフとのやり取りを書類に記載する。
8. 自信を持って行えない治療はしない。

善きサマリア人法は、同じ資格を持ち同様のトレーニングを積んだ者が同じ様な状況下で行うであろう行為のみを免責とすることを忘れてはならない。

3. 医師を保護するよきサマリア人法の新規立法にあたっての留意点

機内医療に参加する医師を保護するための日本版よきサマリア人法新規立法にあたって明確にしなければならないことは、

- 1) どの状況下の医師に適用するのか、
- 2) 事務管理における管理者の費用請求権（民法 702 条）との整合性。

1)については航空機内だけに適用するのか、あるいは航空船舶など急病人を病院に搬送するのに時間がかかる状況に限るのか、もっと幅広く「診療に従事」していない医師全てに適用するのか、という問題がある。この点、十分な医療品がなくても医師が対応できる疾患が少なからず存在し、機内のみならず道端でのボランティアの医師による診療活動を促進することにも意味があることから、「診療に従事」していない全ての医師に適用することが望ましいと思われる。

2)については費用（財産的損害も含める）と損害（身体的損害に限定）を明確に区別する規定を設ける必要がある。費用については高額になることは考え

難しい上に、実際に医師が急病人に対して請求する可能性は極めて低い。損害については高額となる可能性もあるため、公的補償制度の利用を規定することも検討。公的補償については日常的に感染予防などに細心の注意を払う習慣が出来上がっている医師に対して実際に適用される局面がほとんどないと想定されるため、対象となる医師個人に対しては十分な補償額を用意することが可能で、これにより医師も急病人も保護され、財政的な負担も限定的に留まるものと思われる。注意義務を軽減する以上、報酬規定は不要と考える。

一方、裁判を受ける権利は何人にも保障されているため（憲法 32 条）、善きサマリア人法により訴訟を 100%抑えることは不可能であるが、しかしながら患者側の思い違いによる無事故訴訟が現実には起きている以上、少なくとも無意味とも思える紛争から医師を保護することを医師・国民双方に対して宣明する必要がある。紛争が起こった際に弁護士に対する報酬まで負担して医師を保護する。法的には現行法に医師の身体的損害を保証した民法改正もしくは特別法の立法がなされることで医師の立場を保護し得るものではあるが、心理的に医師の協力を促進するものかどうかは判断するだけの資料が無い。

4. 新たなアプローチへのマイルストーン

これまでの経緯から作戦を変え、社会から国会を動かし、議員立法とする手法に変えるべきであろう。今後時間をかけてさまざまな方面から判例や事件を集め、議員立法への叩き台となる文言を作り上げていく必要があるだろう。

- A: 医師の過失が問われた判例
- B: コミュニティーが崩壊しており、助からなかった事例
- C: 拡大する米国善きサマリア人法の事例

**東日本大震災での事務連絡
「外国の医師免許を有する者の医療行為の取り扱いについて」
の法的な課題と展望**

要旨

厚生労働省事務連絡「外国の医師免許を有する者の医療行為の取り扱いについて」に関して、法的な課題や今後の政策を論じる。

東日本大震災に係る災害医療活動に関連し、厚生労働省医政局医事課企画法令係から事務連絡として2011年3月14日に岩手県、宮城県、福島県医療主管課宛に発せられた。これは外国の医師資格を有する者が我が国における医療活動に対する厚生省の対処であり、被害者に対して必要最小限の医療行為は、医師法第17条に対して違法性が無く、刑法第35条に規定する正当業務行為としての違法性が阻却され得ると。この事務連絡の発令に基づきイスラエル軍の医療チームが3月27日成田空港に到着し、宮城県南三陸町で約1月の医療活動を行い、多くの人々が恩恵を受けた。外務省によると、公式に外国からの医師団が被災地を訪れるのは初めてであると。

1000年に一度の大規模な災害で有り、特例が必要な社会状況であったことは事実であるが、この事務連絡の正当性は論議されていない。またこの事務連絡の有効期間が明記されていない。福島第一原子力発電所の事故はまだ継続しており、さらに被災に伴い無医村となった岩手、宮城では、この事務連絡は未だに有効なのであろうか。

実はイギリス、フランス、シンガポールとの間で、外交上の慣例で限られた数の臨床医に対して日本での診療を許している。さらに昨今 TPP(Trans-Pacific Partnership) や FTA (Free Trade Agreement) など国境を越える医療が論じられており、医師法第二条、第十七条、第十八条、さらに相互資格承認といった国境を越える専門家の取り決めとの関わりなど課題が存在する。

1. 目的

厚生労働省事務連絡「外国の医師免許を有する者の医療行為の取り扱いについて」に関して、法的な課題や今後の政策を論じる。

2. 背景

東日本大震災に係る災害医療活動に関連し、厚生労働省医政局医事課企画法令係から事務連絡として2011年3月14日に岩手県、宮城県、福島県医療主管課宛に発せられた。これは外国の医師資格を有する者が我が国における医療活動に対する厚生省の対処であり、被害者に対して必要最小限の医療行為は、医師法第17条に対して違法性が無く、刑法第35条に規定する正当業務行為としての違法性が阻却され得ると。この事務連絡の発令に基づきイスラエル軍の医療チームが3月27日成田空港に到着し、宮城県南三陸町で約1月の医療活動を行い、多くの人々が恩恵を受けた。外務省によると、公式に外国からの医師団が被災地を訪れるのは初めてであると。

事 務 連 絡

平成23年3月14日

岩手県、宮城県、福島県 医療主管課 御中

厚生労働省医政局医事課

外国の医師免許を有する者の医療行為の取扱いについて

今回の東北地方太平洋沖地震に係る医療活動の中で、外国の医師資格を有する者が我が国において医療活動を行うことに対する当課の考えは下記のとおりであるので、御了知の上、現地の実情を踏まえ適宜対処するとともに、関係者への周知方願います。

記

医師法上、外国の医師資格を有する者であっても、我が国内において医療行為を行うためには、我が国の医師国家試験を合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならないこととされている(医師法第2条、第17条)。

しかしながら、医師法は今回のような緊急事態を想定しているものではなく、こうした事態の下では被災者に対し必要最小限の医療行為を行うことは、刑法第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るものとする。

図1 事務連絡の写し

表1 医師法第2条、第17条、第18条

医師法	条 文
第二条	医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。
第十七条	医師でなければ、医業をなしてはならない。
第十八条	医師でなければ、医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。

3. 動向調査

千年に一度の大規模な災害で有り、特例が必要な社会状況であったことは事実であるが、この事務連絡の正当性は論議されていない。またこの事務連絡の有効期間が明記されていない。福島第一原子力発電所の事故はまだ継続しており、さらに被災に伴い無医村となった岩手、宮城では、この事務連絡は未だに有効なのであろうか。

日本国内では医師を含む「医療」資格の外国人登録者は2000年95人、2002年114人、2009年220人と微増傾向にある。一方海外では、米国は特例措置により一定要件を満たす外国人医師、フランスではEUや二国間協定締結国の医師、イギリスではEEA国の医師、ドイツでは期限付きではあるが海外の医師の医療行為がそれぞれ認められている。そこで医療と日本国内での就労に関わる協定を調査した。

3.1 二国間協定

a. 日本・フィリピン経済連携協定

2006年9月に署名され看護師、介護士の有資格者は、日本の国家資格を取得するための就労を、それぞれ3年、および4年を限定し、それを認める。医師の就労は含まれていない。

b. 日本・インドネシア経済連携協定

2007年8月に署名され看護師、介護福祉士の候補者を、日本の国家資格を取得するため受け入れることを合意し、それぞれ3年、および4年を上限定し、就労を認める。医師の就労は含まれていない。

c. 日本・ベトナム経済連携協定

2008年12月に署名され看護師、介護福祉士の候補者を、日本の国家資格を取得するため将来、受け入れることを合意し、遅くとも協定発効後2年以内に結論を得る。医師の就労は含まれていない。

3.2 慣例に伴う外交上の相互協定

イギリス、フランス、シンガポールとの間で慣例に伴う外交上の相互協定として、限られた数の臨床医に対して日本での診療を許している。この場合、患者の多くは日本に滞在する母国民と見られる。

a. イギリス

数人のイギリス人医師に許可。イギリス人の医療行為を行う三病院での診療に限られ、東京メディカル&サージ病院、東京ブリティッシュ病院、神戸海星病院と限定されている。

b. フランス

二国間の取り決めは10年以上前に締結しており、フランス人医師の日本での診療は、二名までが認められる。

c. シンガポール

2002年取り決めが締結し、シンガポール人医師の日本での診療は、日本の医療免許試験英語版合格者のみ5人まで、かつ、勤務地域も限られ、外国人のみしか診療できない。

3.3 外国人就労規定の撤廃

法務省は2011年11月30日、在留に関する省令を改正し、日本の歯科医、看護師、助産師・保健師の国家資格を持つ外国人の就労年数や活動地域の制限を撤廃した。少子高齢化が進む中で医療関係の人材を確保するには、専門技術を持つ外国人を幅広く受け入れる必要があると判断もので、永住資格を持たない外国人の看護師や保健師が国内の医療機関で働き続けられるほか、歯科医は都市部での開業や民間診療所勤務といった道も開かれた。これまでは「医療」の資格で働く外国人の就労年数は、歯科医が免許取得後6年、看護師が7年、助産師・保健師が4年と規定。ことに歯科医には大学病院などでの研修による就労、法相が定めたべき地に限り制限年数を超えた就労が可能 という制限があったが、これも撤廃した。

3.4 欧州連合での資格相互承認

欧州連合は、欧州連合条約により設立されたヨーロッパの地域統合体で、加盟国の国民には他の加盟国でも自由に働く権利が保障されている。なかでも欧州経済領域（EEA）では、医師の資格相互承認を認めており、現在18ヶ国内で相互に医師の資格が認められ、それぞれの状況に合わせて最小限のトレーニングを課して、国境を越えて医師資格を認めている[1,2]。

4 . 検討

2011年11月ハワイでAPEC首脳会合が開かれ、日本はTPPへの加入を表明した。現在、医師の資格相互承認がTPPにおいてどの様に扱われるのか、まったく情報が無いが、おそらく欧州連合の取り決めなどをベースに改革が求められ、医療専門家（医師、歯科医、看護婦、介護師）への門戸が開かれるものと推測する[3]。医師法（第二条、第十七条、第十八条）に手をつけず、行政側だけで取り決めた資格相互承認で受け入れるのか、あるいは議員立法で冠法を立て、司法に対する筋道を立てるのか、十分に論議する必要があるであろう。

災害時の外国人医師の受け入れに関しても、いつまでも行政の事務連絡や通達で実施することは、医師法にまったくなじまないもので、何らかの司法に対する国会の判断が不可欠と思われる。

明治時代の法制度を移植した現行の医師法は、情報や交通が発達した現代社会に適応せず、所々にほころびが出ているように思う。国境を越えた医療の問題点を事前に関係者に十分周知させ、善きサマリア人法、遠隔医療法なども包含した冠法を議員立法で制定すべきと著者らは感じている。

参考文献

01. Isao Nakajima, Cross-Border Medical Care and Telemedicine, International Journal of E-Health and Medical Communications, 3(1), 46-61, 2012.

02. EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation on administrative cooperation through the Internal Market Information System, Brussels, 19.12.2011 COM(2011) 883 final 2011/0435 (COD).

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/.../COM2011_883_en.pdf

03. 社団法人 日本医師会 日本政府のTPP参加検討に対する問題提起 日本医師会 の 見 解 2010 年 12 月 1 日
<http://www.med.or.jp/nichinews/n221220c.html>

福島原子力発電所事故と無線局運用規則第二百二十九条

-- 放射線被爆軽減を目指して --

要旨

福島第一原子力発電所事故に伴う通信回線の状況は、被爆軽減、災害医療支援の視点から極めて重要であった。本稿は、人命重視、放射線被爆軽減の立場から電波法傘下の無線局運用規則第二百二十九条八項に対する判断、再認識を関係者に周知、再認識を求めるために検討を行った。2011年3月12日05:45福島第一原発の半径10km以内の住民に避難指示を出したが、この連絡が住民には行き届かず、多くの住民が無駄な被爆を被ることとなった。総務省は、電波法第52条第4号に基づき日本アマチュア無線連盟に協力を要請したが、福島原発周辺の住民の避難に対して、無線局運用規則第二百二十九条を発令しなかった。当該地域は、有線電話はもとより携帯電話は完全に通信不能で119番すら通じなかった。住民に対する無駄な放射性被爆を極力避け、住民の生命を最優先するならば、無線局運用規則第二百二十九条八項 電力設備の修理復旧に関する通報（具体例：ベント装置による減圧）を当該地域すべての無線局に対して発令されるべきであった。

キーワード：無線局運用規則第二百二十九条、電波法、ベント装置、原子力発電所事故、被爆軽減

目 的

我々がかねてより遠隔医療と法制度に関して、本学会で報告し、その研究成果を欧米誌に特集号で発表してきた経緯がある[1-2]。福島第一原子力発電所事故、水素爆発で飛散した放射性同位元素による被爆軽減、災害医療支援の視点から通信の果たす役割は極めて大きかった。本稿は、事故後の調査で明らかになった事実から、電波法傘下の無線局運用規則第二百二十九条に対する判断、再認識を人命重視、被爆軽減の立場から分析・言及する。

2 . 調 査

2 . 1 事故直後の通信状況

A：福島県下

東日本大震災における情報通信の状況 平成 23 年版情報通信白書 によれば、NTT DoCoMo の通信状況は、福島県下は、地震直後から輻輳、停電、中継器を含む機材の故障などで音声通信は極めて難しかった。

携帯電話の音声通話については、NTT ドコモで通常の 50～60 倍のトラヒックが発生するなど、トラヒックが大幅に増加したため、最大で NTT ドコモが 90%、KDDI が 95%、ソフトバンクが 70%の通信規制を実施した。一方、パケット通信は、遅延時間が大きいものの、一応のやり取りは確保できていた。 2011 年 3 月 12 日 05:45 福島第一原発の半径 10km 以内の住民に避難指示を出したが、この連絡が行き届かなかった、「避難連絡は警察無線を介してであった」「199 番が通じなかった」と情報の周知、災害弱者避難への情報連絡の不備などにより多くの住民が無駄な被爆を被ることとなった。

B：第一原子力発電所管内

2011 年 3 月 11 日 14:46 地震発生。福島第一原子力発電所は自動停止した 3 基のバックアップのための非常用ディーゼル発電が 11 日 15 時 41 分に故障し、冷却用の電力が供給できなくなり、一連の爆発事故へと進展する。

東京電力福島第一原子力発電所で事故作業の司令塔になる現地対策本部と作業員は、簡易型携帯電話(PHS)で連絡を取り合う様にマニュアル化されていたが、停電に伴い地震直後から使えない状況にあった。これが復旧したのは 2011 年 3 月 31 日で、その一部が使用可能となった。一般に原発内の主な建物は放射線を遮る構造になっているため、無線機や通常の携帯電話の電波が届きにくく、その対策としてタービン建屋などの内側と外側には中継局が設置され、PHS で連絡を取り合いながら、作業を進めることになっていた。PHS の補填通信機能とし

て東京電力は、総務省より小型無線局（400MHz帯）をかなりの台数を免許されていたが、その運用状況に関しては、十分な利用が報告されていない。

C：オフサイトセンター

東京電力福島第一原子力発電所の事故で、現地で関係機関が一堂に会し、事故の対応や住民の避難などの対策に当たるはずだった「オフサイトセンター」が、地震による停電や事故後の放射線量の上昇などで機能しなくなっていた。

3月11日の地震発生直後に停電し、その上、非常用のディーゼル発電機も故障して動かず、通信手段や重要な設備の多くが使えなくなっていました。TV会議システムなど通信機能をここに集中させていたため、その機能を完全に失った。

D：自治体衛星通信機構

Ku帯36MHz2トランスポンダーで最大195回線が利用され、これは平常時のピークの10倍であった。これにより東北地方の県庁と地方自治体（市町村長）との音声回線、FAX回線が保たれた。災害時、最も稼動した通信回線であったと思われる。しかし、停電により自家発電が起動しなかった端末は、東北電力の電力提供を長時間待たざるを得なかった。また、桜井勝延南相馬市長によれば自治体衛星通信機構への衛星アクセスには、輻輳により30分につながれば良い方であったと記録されている[03]。また、このネットワークを以前利用していた原子力安全基盤機構とその傘下の原子力発電所の170端末は、2010年8月31日、68端末が2011年3月31日に廃止され、原子力関連の災害連絡に自治体衛星通信機構は使われていない。

E：非常通信協議会

総務省が指導し非常通信協議会が運用されているが、3.11、ことに福島第一原子力発電所事故関連では、まったく機能していない。これは当該地域に無線局が居なかったのではなく、実際に何の命令も発令されなかったため、機能しなかった。

2.2 総務省の非常通信に対する対応

総務省では、3月12日、社団法人日本アマチュア無線連盟に対し、災害時における通信の確保について協力を要請した。同社団においては、非常通信等を行い、避難所情報等を収集するとともに、アマチュア無線機300台を被災地に貸し出した。電波法第52条第4号では、目的外通信として非常通信を行うことが認められている。

総務省は、さらに災害後、地方自治体の要請に応じて衛星電話の貸し出しを

順次行っており、公衆回線網の途絶した地域には衛星通信の効果は絶大であったが、しかし、福島原子力発電所周辺の高い被爆線量地域の自治体からの要請が届かず、結果として一台も設置されておらず、さらに衛星電話の配布は被爆軽減といった点においては時期を逸していた。

3 無線局運用規則とは

電波法（昭和二十五年法律第百三十一号）第六十一条（通信方法等）、第六十二条（船舶局の運用）、第六十三条（運用しなければならない時間）、第六十四条（沈黙時間）及び第七十条（通信圏入出の通知）の規定の委任に基き、且つ、電波法を実施するため、電波監理委員会設置法（昭和二十五年法律第百三十三号）第十七条の規定により、無線局運用規則の全部を改正する規則が定められている。この中で電力設備に関する規則には第二百二十九条がある。

通報の優先順位

第二百二十九条 法第七十四条第一項に規定する通信における通報の送信の優先順位は、左の通りとする。同順位の内容のものであるときは、受付順又は受信順に従つて送信しなければならない。

- 一 人命の救助に関する通報
- 二 天災の予報に関する通報（主要河川の水位に関する通報を含む。）
- 三 秩序維持のために必要な緊急措置に関する通報
- 四 遭難者救援に関する通報（日本赤十字社の本社及び支社相互間に発受するものを含む。）
- 五 電信電話回線の復旧のため緊急を要する通報
- 六 鉄道線路の復旧、道路の修理、罹災者の輸送、救済物資の緊急輸送等のために必要な通報
- 七 非常災害地の救援に関し、左の機関相互間に発受する緊急な通報、中央防災会議会長及び同事務局長並びに非常災害対策本部長 地方防災会議会長 災害対策本部長
- 八 電力設備の修理復旧に関する通報
- 九 その他の通報

この法令では、状況に応じて通報（連絡あるいは回線そのもの）を確保するために総務大臣は無線局に送信を命ずることができる。

3. 検討

3.1 最終決定連絡(Final Decision Call)

米国 FEMA は、9.11の事故で、多くの消防隊員が殉職した最大の要因は、Final Decision Call が各隊員に行き届かなかったとし、それ以降、自営無線通信網を整備している。

残念ながら、日本には Final Decision Call の概念が希薄で、どの様な組織、どの様な手順で運用するのかといった具体的な通信事項がどこにも明記されていない。唯一、発電所の事故に関わる制度が無線局運用規則第二百二十九条である。

3.2 減圧ベントのリスク

減圧のためベントを行うには、周辺住民の避難が不可欠で、なぜなら放射性物質が外気に飛散するため、住民に事前に「リスクや何時にベントを行うから避難せよ」という情報を知らせる義務が国や東京電力にはあった。今回、周辺自治体の通信は東京電力が使うインマルサットの商用回線以外は完全に途絶していた。もし 第二百二十九条が発令されると、例えば、宅配便の無線に、業務以外の通信依頼が出せ、畑で農作業している農夫に「ベントが何時に行われるから逃げろ」と伝えることができた。

この発令で何人救えたか？ どれだけ効果的という視点は司法ではまったく通用しない。もし一人でも助かる機会があるならば、総務大臣は発令し、すべての通信手段を使って Final Decision Call を当該住民に伝える責務がある。電波法は日本国憲法に基づいており、住民の基本的生存権を守ることが先決である。今回、発令されないので、手段の一つであった非常通信協議会もまったく動かなかった。

3.3 発令の条件

福島第一原子力発電所事故は原発単独の事故ではなく、東日本大震災に伴い平行して発生した事例であり、通信路の確保や電力供給が、局所的な災害に比して十分対応できていた訳ではない。1) 原発設置地域、およびその周辺の自治体への連絡はインマルサット衛星を介して行われたが、必ずしも周知徹底されず、さらに末端の住民に対して、避難勧告は迅速に行き渡らなかった。この地域ではユニバーサルサービスオペレーション(以下 US0)の対象である2) 「119番」通報が不通であった。同様に US0 対象である3) 公衆電話が十分配備されていなかった。

福島第一原子力発電所内部でも4) 無線連絡(PHS、携帯電話)が不通であった。このような通信環境下で、多くの住民に対してベント情報や避難勧告が行き届か

ず、情報が錯綜し無駄な被爆を被ったことは事実であり、何らかの対策が望まれた。

本稿で指摘する法令は、1) - 4) の通信環境下で最低限度の通報（連絡あるいは回線そのもの）を確保するために総務大臣は無線局に送信を命ずることができる数少ない電力設備に対する制度で、霞ヶ関ではその発令を十分検討し対処すべきであったと考える。しかし、今回、福島第一原発事故で発令されなかった。この第八項は、いかなる国難で発令されるものなのなのか？ 今後、住民避難を余儀なく求める同様な原子力発電所事故では、通信環境が整っていなければ、すべての無線局に対して総務大臣は第二百二十九条を迅速に発令すべきと考える。

参考文献

- 1) Hiroshi Juzoji. Legal Bases for Medical Supervision via Mobile Telecommunications in Japan. International Journal of E-Health and Medical Communications 2012;3(1):33-45.
- 2) Isao Nakajima. Cross-Border Medical Care and Telemedicine. International Journal of E-Health and Medical Communications 2012;3(1):46-61.
- 3) 桜井勝延 . 未来のために、見直される無線の力 . CQ Ham radio 2012 ; 1 : 32-35 .

日本における移動体通信を介したメディカルコントロールの法的な裏付け

<救急救命士法第四十四条と 高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条>

概要

日本における移動体通信を介したメディカルコントロールの法的な裏付け、および厚生労働省からの事務連絡を論じる。救急救命士法第四十四条によれば、救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ一定の救急救命措置を行ってはならない、とある。しかし、現実はそのようではない。

メディカルコントロールを依頼される医師は、救急車内を把握できる情報を満足に得ていないにも関わらず、救急車からの携帯電話による問い合わせに対して、救急救命士の医療行為を容認せざるを得ない。医師はかなりの法的、社会的なリスクを背負っている。

救急車内の医療行為の質をどのように国は担保するのであるか？ 満足に情報を得ることのできない移動体通信環境は、救急車内の医療行為に対して満足しているのであるか？ 本稿では、救急車内の医療行為、その法的な課題と、その延長線上に見え隠れする高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条との兼ね合いを論じる。著者は、高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条に基づき、救急車内へのメディカルコントロールがスムーズに実施できるように、近い将来、ブロードバンド通信回線（陸上、衛星）を日本国政府は国民に提供する義務があると考えます。

キーワード：メディカルコントロール、バンド移動体通信、救急救命士法第四十四条、高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条

1. 目的

救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ一定の救急救命措置を行ってはならない（救急救命士法第四十四条）。一方、日本国政府は、日本国民に対して公共分野における情報通信技術を活用させる責務がある（高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条）。本稿は、現状の救急車両への医療助言のリスクを多角的な法的側面から分析し、その延長線上に見え隠れする高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条との兼ね合いを論じる。

2. 背景

2.1 救急医療での4Tsとは

救急医療で患者の予後に大きく影響する因子は、四つのTと呼ばれている。

Telecommunication（通信）

Transportation（輸送）

Triage（振り分け）

early Treatment（初期治療）

ブロードバンド移動体通信、救急車、振り分け、初期治療、この四つがうまく組み合って、初めて救急医療が回り始める。初期治療が良ければ、患者の予後も改善し、日本の医療費がその結果、下げられるのである。

2.2 車内で除細動を施行された患者が「痛い！」と叫ぶ

心停止状態の患者が心肺蘇生後、患者の心電図がフラットな状態からvf（心室細動）になったと人工知能を搭載したAED（自動式体外除細動器）が判断すると、胸部に電気ショックを与え除細動を行う。しかし、救急車内で除細動を施行された患者が「痛い！」と叫ぶことが、時としてある。心臓からの拍出量があり、脳血流がある程度保たれている状態と思われる。救急車に搭載されている除細動器には人工知能が搭載されているが、電位をFFT（高速フーリエ変換）して周波数スペクトラム解析しており、（いくつかの診断基準はあるが）ある周波数以上をvf、それ以下をvt（心室頻拍）としている。

患者が「痛い！」と叫ぶことは、人工知能が心拍出量が得られているvtをvfと誤ったか、あるいは自然経過でvfがvtに戻ったかのどちらかである。vfの場合はすぐには意識は戻らないことが一般的であり、ここでは後者の可能性が高いとは言いがたい。

救急車内は、医師が患者を診察して判断しているのではないので、人工知能ではしょせん限界があるのだ。

このような FP（偽陽性）や FN（偽陰性）は、現行の救急搬送システムでは避けることができない。コスト面から医師を救急車に乗せることはできない。日本政府（総務省および厚生労働省）は、救急車内の救急処置の質を、どのように担保しようと考えているのであろうか？

3. 調査 関連する法制度

日本の国内法で、移動体通信を介したメディカルコントロールに関連する法制度・事務連絡を調査した。本稿で論じられる主な法律もしくは事務連絡と役割（救急救命士、医師、患者）との関係を図1に示した。

3.1 医業とは

医師でなければ業として医療行為を行ってはならない。また医師法第十七条では、医師以外は医業を認めておらず、救急救命士は医師ではない。米国では州を越えた遠隔医療で、我が国の医師法第十七条に相当する法律に違反したとして、コロラド州の精神科医に対して、有罪判決が下っている。

医師法第 17 条、18 条

第 17 条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

第 18 条 医師でなければ、医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。

3.2 救急救命士の医療行為

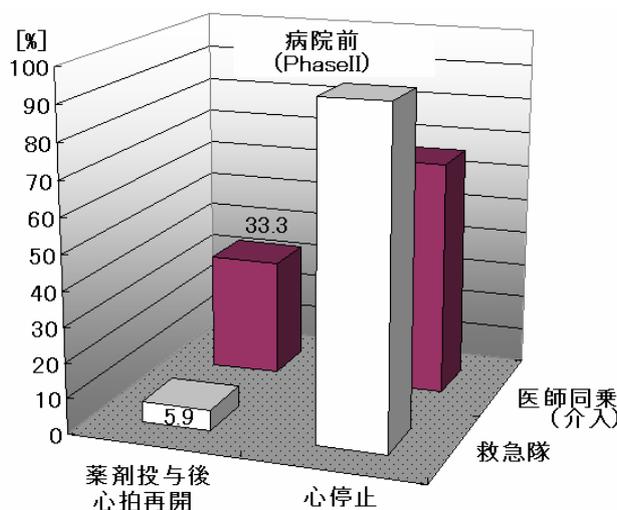
日本の場合、救急車内の医療行為は、救急救命士法第四十四条で規定されており、医師の指示が不可欠であるが、途切れ途切れの携帯電話を介する情報では、救急車内の状況を医師が把握することはきわめて難しい。

救急救命士の心肺蘇生は、救急救命士法施行規則二十一条により詳細に規定させているが、救急車内の心配蘇生の成功率は、図2のごとく病院前の心拍再開はアドレナリンを用いても、医師が救急車に同乗し、介入した心肺蘇生に比して顕著な差が認められ、救急救命士の蘇生率は、医師が同乗した場合の蘇生行為に比して明らかに低い。

これに加えて、多発外傷では、出血創のガーゼによる圧迫など、さまざまな医療行為が認められているが、医療事故も少なくない。

例えば、咽頭癌により永久気管支婁で気道を再建した患者が、開口部周囲の皮膚の糜爛で出血を起こし、救急搬送されたケースがあった。搬送中に救急

救命士は、反射的に出血に対してガーゼを圧迫するので、気道が塞がれ、患者は呼吸が出来なくなり、心停止の状態では搬送されたケースがある。「患者はガーゼで圧迫されている間、もがいていた」という。救急救命士は、僅か250時間の坐学だけであるので、臨床医学の知識がほとんど無い。永久気管支嚥が何処に開口しているのか？知る芳も無い。現状の音声通話だけでは、救急車内の状況を把握し、的確に救急救命士にメディカルコントロールを出す事は困難であることは言うまでも無い。



出典：「救急救命士による薬剤投与の有効性に関する検証」報告
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1226-1t2.html>

図2 救急車内の薬剤投与後の心拍再開率

救急救命士法第四十四条

救急救命士法第四十四条 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ一定の救急救命措置を行ってはならない。

3.3 救急救命士の例外的な特定行為（医師の指示を要しない）

救急救命士法施行規則二十一条とそれに基づく厚生労働大臣の通知によれば、近年 AED など従来指定されていた一定の行為がそのリストから外されて救急救命士だけの判断で行うことのできる範囲が広がられている。その内容は心肺機能停止状態の患者への薬剤(アドレナリン)を用いた静脈路確保のための輸液、一定の器具による気道確保、そして薬剤の投与である。

A: 気道確保

米国の救急隊員は、気管内挿管を行うが、一方、我が国では食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク、または気管内チューブによる気道確保としている。その処置の対象となる患者が心臓機能停止状態及び呼吸停止状態である。

B: 静脈確保

乳酸リンゲル液を用いた静脈確保のための輸液。

C: アドレナリンの静脈投与

心臓機能停止状態の患者に関して投与される。

救急救命士法施行規則二十一条

救急救命士法施行規則二十一条：法第四十四条第一項の厚生労働省令で定める救急救命処置は、重度傷病者（その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者をいう。以下次条において同じ。）のうち心肺機能停止状態の患者に対するものであって、次に掲げるものとする。

- 一 厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた静脈路確保のための輸液
- 二 厚生労働大臣の指定する器具による気道確保
- 三 厚生労働大臣の指定する薬剤の投与

3.4 メディカルコントロールの法的根拠

救急医から救急車に向けた医療的な指示（メディカルコントロール）は、法的には消防法第三十五条の五で規定されている。この法律は、病院前の救急医療体制を支えるフレームワークを規定しているに過ぎない。このため実質的なメディカルコントロールの運用に当たっては、品質管理の手法として、PDCAサイクルが日本全土、920 消防本部で実施されている。P とは Plan のことで、各地域でメディカルコントロール協議会を設置し、救急車内の医療行為の手順を決める。D: とは Do のことで、医師の指示に拠る医療行為や処置の実施、C とは Check のことで、搬送後の事後検証、さらに A とは Action のことで、再教育と関係者へのフィードバックである。本法には、メディカルコントロールが通信を介するという明確な記載が無いが、医療行為自体が医師法第十七条に準じ、さらに実施にあたっては、医学的知見に基づき、かつ、医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画との調和が保たれるように定められなければならないという記載から、救急車内であっても医師の指示を前提としていると判断

できる。具体的には、消防無線、携帯電話、あるいは移動体衛星回線を介したメディカルコントロールを前提として、この法は実施されるものとする。

消防法 第三十五条の五

都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を定めなければならない。

2 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

二 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称

三 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

四 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

五 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

六 前二号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

七 前各号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

3 実施基準は、医学的知見に基づき、かつ、**医療法第三十条の四第一項**に規定する医療計画との調和が保たれるように定められなければならない。

4 都道府県は、実施基準を定めるときは、あらかじめ、第三十五条の八第一項に規定する協議会の意見を聴かななければならない。

5 都道府県は、実施基準を定めたときは、遅滞なく、その内容を公表しなければならない。

6 前三項の規定は、実施基準の変更について準用する。

医療法第三十条の四

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業の目標に関する事項
- 二 第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項
- 三 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
- 五 次に掲げる医療の確保に必要な事業（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項（八に掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。）
 - イ 救急医療
 - ロ 災害時における医療
 - ハ へき地の医療
 - ニ 周産期医療
 - ホ 小児医療（小児救急医療を含む。）
- へ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療
- 六 居宅等における医療の確保に関する事項
- 七 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- 八 医療の安全の確保に関する事項
- 九 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- 十 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項
- 十一 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であつて、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であつて当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項
- 十二 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
- 十三 前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 都道府県は、前項第二号に掲げる事項を定めるに当たっては、次に掲げる事項に配慮しなければならない。

一 医療連携体制の構築の具体的な方策について、前項第四号の厚生労働省令で定める疾病又は同項第五号イからへまでに掲げる医療ごとに定めること。

二 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。

三 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。

四 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。

4 第二項第十号及び第十一号に規定する区域の設定並びに同項第十二号に規定する基準病床数に関する標準（療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関する標準にあつては、それぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数を基にした標準）は、厚生労働省令で定める。

5 都道府県は、第二項第十二号に規定する基準病床数を定めようとする場合において、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより、同号に規定する基準病床数に関し、前項の標準によらないことができる。

6 都道府県は、第十二項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十二号に規定する基準病床数とみなして、病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請に対する許可に係る事務を行うことができる。

7 都道府県は、第十二項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、厚生労働省令で定める病床を含む病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請があつた場合においては、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十二号に規定する基準病床数とみなして、当該申請に対する許可に係る事務を行うことができる。

8 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であつて医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るように努めなければならない。

9 都道府県は、医療計画を作成するに当たって、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

10 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。

11 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聴かなければならない。

12 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。

3.5 大規模災害に対する事務連絡

2011年3月11日発生した東日本大震災後10日前後で、厚生労働省は、相次いで遠隔医療に関する二つの事務連絡を発している。

A: 事務連絡「情報通信機器を用いた診療（遠隔診療）」

東日本大震災に係る医療活動の中で、医師が患者を対面診療できない場合、患者が被災地外の薬局における調剤を希望する場合について、厚生労働省から事務連絡として2011年3月23日「情報通信機器を用いた診療（遠隔診療）等に係る取扱いについて」が発せられた。

1) 医師法第二十条に関する解釈

「情報通信機器を用いた診療」(健政発第1075号)では、医師法第20条における「診察」の解釈が存在する。「患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、遠隔診療によっても差し支えないこと」としている。

今回は、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難となった被災地の患者については、初診及び急性期の患者であっても、患者側の要請に基づき遠隔診療を実施して差し支えない。

2) 処方箋の発行

被災地の患者の家族等が、電話等により患者の容態等を主治医ではない医師に伝えた場合、医師にとって初診である患者に対して処方箋を交付することは可能としている。

B: 事務連絡「救急救命士の特定行為の取り扱いについて」

東日本大震災の影響による医療現場の混乱を受け、厚生労働省は2011年3月17日、救急救命士が行う心肺停止状態の患者への特定行為について、被災地の通信事情の悪化で医師の具体的な指示を得られない場合でも、法律上の違法行

為には当たらないとする内容の事務連絡を都道府県などに行った。 前述のごとく、現行の救急救命士法第四十四条では、救急救命士は、無線や携帯電話などによる医師の具体的な指示の下、乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液や、器具を使った気道の確保などの特定行為を行うことになっている。この事務連絡は、同法が今回の震災のような事態を想定したものではないとして、刑法 35 条が定める正当行為として「違法性が阻却され得る」と行政側のトップである厚生労働省が判断しているものである。

刑法第 35 条

正当行為

第35条 法令又は正当な業務による行為は、罰しない。

3.6 対面診療の原則

医師法第二十条では「患者を自ら診察しないで治療を行ってはならない」と定めている。これは問診、視診、触診、聴診、打診などの手段を使った、医学的な診断、治療を一般には指している。非対面（回線を介する）であってもこれに準ずる質が担保されれば、救急車の中の医療行為の指示は違法とはならない。None-face-to-face の診察であっても、質の高い回線（ブロードバンド無線・移動体衛星回線）を用いれば医師法第二十条には抵触しないと推測される。これに関する詳細は、Dr. Y. Tomioka の論文を参照して頂きたい。

===== 医師法第二十条 =====

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、又は自ら検案を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二十四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。

3.7 高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条

高度情報通信ネットワーク社会形成基本法は、情報通信技術の活用により世界的規模で生じている急激かつ大幅な社会経済構造の変化に適確に対応することの緊要性に鑑み、高度情報通信ネットワーク社会の形成に関し、基本理念及び施策の策定に係る基本方針を定め、国及び地方公共団体の責務を明らかにし、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部を設置して、高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する重点計画を作成することにより、必要な施策を迅速かつ重点的に推進することを目的としている。このため、救急救命士法のような具体的な法律ではなく、いわゆる冠法である。

高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条

高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する施策の策定に当たっては、国民の利便性の向上を図るため、情報通信技術の活用による公共分野におけるサービスの多様化及び質の向上のために必要な措置が講じられなければならない。

4. 考案

4.1 国家としての移動体通信整備の責務

救急救命士の業務の内容は、救急救命士法施行規則第二十一条とそれに基づく厚生労働大臣の通知に委ねられている。しかし、救急の現場に医師がいるとは限らないから（それはむしろ稀であるから）、電話などで連絡し医師の指示を仰ぐことになる。だが、医師は一度も診察したことのない患者について、電話での口頭説明だけで具体的な指示をすることになる。それは患者を自ら診察しないで治療してはならないという医師法第二十条を担保することはできないと考える。医学的な教育として、座学250時間と救命救急センターの見学だけの救急救命士が、本当に医師の目や耳と成り得るのか、疑問であり、ブロードバンド通信はそれを補う手段と著者は考える。

高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条の延長線上には、救急車内の患者をモニタリングすべく、ブロードバンド移動体通信の整備があるものと思われる。逆に言えば、救急車内からの多量なデータを医師に送信できない現行の移動体通信システムは、高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条を満足していない。日本政府は、移動体インフラストラクチャーを、自由競争、あるいはクリームスキミング（収益の高い都市部のみを整備し、ル

ーラル地域のインフラストラクチャーを整備しない)で動いている民間のビジネスにすべてを任せている。民間の移動体公衆回線網はカバーレージが限られ、災害後、輻輳で呼損率が高く回線の確保が難しい。救急・災害の移動体通信を市場原理で動いている民間に依存していることは、国家機関として危機管理の認識が低いと言わざるを得ない。

4.2 大規模災害後に発せられた2つの事務連絡の妥当性に関して

通達 (circular notice) とは、主に行政機関内部において、上級機関が下級機関 (各県知事や地方自治体の長) に対し、指揮監督関係に基づきその機関の所掌事務について示達するため発翰する一般的定めのことをいう。行政法学にいう行政立法中の行政規則として位置づけられる。通達は、一般に局長クラスから発せられるが、一方、事務連絡は、それより下位の事務官 (具体的には担当課長、室長) から発する。目的は、行政上の取扱いの統一性を確保することで、内容としては、法令の解釈、運用・取扱基準や行政執行の方針等、様々なものがある。

あくまでも行政機関内部における指針であり、国民の権利・義務を直接に規定あるいは制限するものではないので、上級行政庁が行政監督権限に基づき発することができ、日本の場合、法律の根拠を要しない。通達、事務連絡の多くは法的な拘束力や罰則はない。あくまでも行政側の勝手な法律の解釈と言える。

東日本大地震後の事務連絡では、どの時点、どの薬剤まで既存の薬事法を超越して処方箋を発行できるのであろうか? 正確な薬剤名の明記、具体的な量や回数は、医師の判断と考えられる。万が一、電話による投薬で事故が発生し、裁判を患者から起こされた場合、この事務連絡は裁判の証拠とならならず、薬事法に立ち返り、裁かれるものと考えられる。

100年前から公で利用されているオールドメディアの電話が、いつから我が国では遠隔医療のツールと解釈されたのか? 世界のどの国においても電話での患者の初診は容認していない。行政が発する事務連絡には、社会的妥当性があるが、三権分離の立場から勝手な法律の解釈は許されず、問題である。事前に十分な論議を行い、医師法・薬事法そのものを国会 (立法府) で論議し、災害に向けて法改正していく必要がある。

4.3 動画像伝送の必要性

診察室の照度条件

JIS照度表によれば、我が国の医療機関では診察室、救急治療室などは、比較的高い照度 (300 ~ 750Lx : ルクス) が求められている。これを裏返せば、暗闇では診察行為が成り立たない、つまり音声情報だけでは、暗闇で診察するようなもので、基本的な診察条件を満たしていない。

また米国医師会は非対面診療の face to face teleconsultation の道具として信頼性の高い機器（テレビ電話）を求めており、電話による医療相談を差別している（American Medical Association Code of Ethics 5.025）。もちろん、テレビ電話に不慣れな現場の医師は、この規定に難色を示していたが、米国医師会側は一步も譲歩していない。テキサス工科大学の報告によれば、2005 年に実施したテレビ電話による遠隔医療コンサルテーションを追跡調査したところ、83%は臨床上に正しい診断が助言できたが、残り 17%は医療過誤であったと報告している。この誤診を減らすためには、医師側が患者情報をなるべく多く吸い上げ、統合的に画像や患者データを判断できるシステムが必要である。電話相談はここでも対象となっていない。

このように救急車内のメディカルコントロールを円滑に行なうためには、移動体から医師への動画像伝送が不可欠と考える。そのような移動体ブロード回線を日本国政府は整備すべきで、その法的な根拠は列記したごとくである。

まとめ

高度情報通信ネットワーク社会形成基本法第二十一条のくりや、救急救命士法第四十四条を鑑みれば、非対面診療ができるブロードバンド移動体通信を、官民それぞれが責任を持って分担し、国民に提供する義務が日本政府にはある。

謝辞

この研究は、(財)救急振興財団の「救急に関する調査研究事業助成」を受けて行ったものである。

また、各論の論文指導は、科学技術弁護士 田中徳夫先生による。

なお、本報告書には、専門委員会で各先生が述べられた多様な意見が忠実に反映されているものではありません。善きサマリア人法の再挑戦は、今後も継続して検討する予定です。