

# 平成25年度全国メディカルコントロール協議会連絡会 ～持続可能な質向上の取組に向けて～

日時:平成26年1月31日(金)

13時30分～17時00分

会場:西日本総合展示場

## プログラム1 開会

### 【司会】

それでは定刻となりましたので、平成25年度全国メディカルコントロール協議会連絡会を開催させていただきます。本日の司会は、消防庁救急企画室課長補佐の定岡が務めさせていただきます。よろしくお願いたします。まず、全国メディカルコントロール協議会連絡会小林会長にご挨拶をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

### 【小林会長】

皆様、本日は大変お忙しい中を全国メディカルコントロール協議会連絡会にご参加いただきまして、大変ありがとうございます。

我が国では今、アベノミクスということで少しずつ明るさが戻っている感じがいたしますが、一方で、東北大震災の被災者の皆様にとってはまだまだ復興は十分ではございませんで、ふるさとへ帰れない被災者が多く残されております。今、我々が直面する大きな課題は、高齢化の進行と巨大地震など大規模災害の脅威ではないでしょうか。これらの脅威に対して、救急医療体制、救急搬送体制などの整備が急がれるところでございます。すなわち、プレホスピタルケアの充実が求められておりますが、そのためには、このMCの体制の確立が急務でございます。

ご承知のとおり、メディカルコントロールとは、プレホスピタルケアで行われる種々の行為について医学的観点からその質を保証する仕組みでございます。メディカルコントロール(MC)という言葉が使用されるようになって、かなりの年数がたちましたけれども、最近になってMCの重要性が一段と認識されるようになりました。地域MC体制が円滑に機能している地域では、救急医療が円滑に行われている一方、MCが働かない地域では、救急医療が貧弱なことが明らかになってきております。先ほどのシンポジウムでもありました救急業務の高度化、あるいは大規模災害時の救急医療のあり方が大きく問題になってきたことも、その一因と思われまます。

この後、日野原専門官からお話いただくことになっていますが、MC体制の地域間格差は、先般、

消防庁が行った実態調査でも明らかになっていて、その解消はプレホスピタルケアにおける喫緊の課題でもございます。

近年、医療界において、クオリティインディケーター（QI）による医療の質の改善が進められていますが、地域のMC体制についても、この手法を用いて質の改善へつなげていくことが可能であると考えられます。全国MC協議会連絡会は、成功しているMC体制を持つ地域のノウハウをお互いに学ぶために設立されたものでございます。本日のシンポジウムにおきましても、市立堺病院の横田先生のご司会のもと、東京都医師会の猪口先生、厚生労働省の酒井専門官、消防庁の日野原専門官のお三方を助言者として、成功している地域、あるいはユニークな取り組みをしている地域のMC担当者からご講演いただき、討論することになっております。

全国MC協議会連絡会は、厚生労働省、総務省消防庁が主催し、日本医師会が共催して、日本救急医学会などの学会、団体等が後援する、MC関連省庁・団体を網羅した組織でございます。設立された2007年には、救急隊員シンポジウムと臨床救急医学会に合わせて年2回の連絡会を開催しておりました。しかし、最近では救急隊員シンポジウムに合わせて年1回の開催になっております。その結果、MC担当の医師の先生方の出席が少なく、その対策が求められておりました。今年は新しい試みといたしまして、自治医科大の鈴川教授が会長を務められる日本臨床救急医学会学術集会にあわせて、連絡会をもう1回開催することになりました。できるだけたくさんの医師、救急隊員、その他MC関連の皆様にお集まりいただきますことを祈念いたしまして、会長としてのご挨拶に代えさせていただきます。どうもありがとうございます。よろしく願いいたします。

#### 【司会】

小林会長、ありがとうございました。

## プログラム2 第1部

### 「平成25年度メディカルコントロール体制の実態調査の概要」

#### ・発表者

消防庁救急企画室 救急専門官 日野原 友佳子

#### 【司会】

それでは早速、第1部の発表に移ります。今年度の連絡会につきましては、ご覧のスライドのとおり3部構成でございます。まず第1部、平成25年度メディカルコントロール体制の実態調査の概要について、消防庁救急企画室救急専門官の日野原からの発表でございます。

【日野原専門官】

では、よろしくお願いいたします。まずは私、日野原のほうから、今年行いましたメディカルコントロール体制に関する全国的な実態調査の結果をご報告させていただきまして、現状はこのようになっているところを念頭に置いていただくということで、これ以降の議論の足がかり、ご参考とさせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、調査の目的ということで、救急業務の質の維持向上を目指し、メディカルコントロール体制について、全国の実態を把握するために調査を行いました。

昨年度に引き続きで、全国調査としては2回目ですが、昨年度と違うのは、対象が去年は全国の消防本部の方々のみにお聞きしておりました。ところが、立場が違くと少し見方が違うかもしれないというご意見などを今年はいいただきまして、少し調査内容の見直しを行い、今回は都道府県のMC協議会、地域のMC協議会、こちらの2者の方にもあわせて調査を行ったということです。調査方法はご覧のとおりで、実施時期は平成25年10月22日から11月8日、調査の基準日は平成25年10月1日となっております。

アンケート項目の概要ということでは、ざっと一通り伺ったところを頭に置いていただければよいかと思います。あとは都道府県MCと地域MCの方々には大体共通した項目について伺っておりますが、消防本部、さらに現場に近いところということで、もう少し別の項目も入れて伺っています。

全ての都道府県MC、地域MC、消防本部から回答が得られました。本当に短期間の調査でしたのに、このようなご協力をいただき、この場を借りて感謝申し上げます。ありがとうございました。

ここから、調査結果のご報告に移ります。まず、外枠といいますか、全体の構造についてのデータを幾つかご紹介します。都道府県MCの構成員と人数について伺ったところ、ご覧のような結果となりました。トータルでは平均して26人ぐらいの方がMC協議会に名前を連ねておられます。どういう方かという、消防本部の長と消防の管理監督者の方が最も多く、続いて救命センターの医師、救急外来の医師が続きます。

これが地域MCとなりますと、トータル22人と少し少なくなります。構成も少し異なる傾向が見られます。一番多いのは救急科以外の医師で、続いて医師会の医師の方、それから消防本部の管理監督者の方々が続くという構成になっております。

続いて、予算についてです。都道府県MCについてはこのような形となりました。先ほど、概要のところでは注釈はついていたのですけれども、47都道府県のうち8つは地域MCも兼ねていて、その都道府県には地域MCが存在しないので、そこは地域MCに含めております。ですので、トータルで39が都道府県MCの回答数となります。最大値、最小値をこのように書いておりますが、結構ばらつきがありますため、中央値、一番真ん中で幾らぐらいだという平均値をあわせて見ていただければと思い

ます。それで、上から20番目、下から20番目という真ん中ぐらいの県の予算が63万7,000円で、平均値が一千万円を少し超えるぐらいです。どこが負担してくださっているかといいますと、都道府県の消防防災主管部局がほとんど大半を占めているという状況です。続いて保健衛生主管部局が続きます。

これが地域MCだと、中央値が26万6,000円ぐらいです。負担者については大きく変わりました、所属消防本部が負担しているところが最も多くなっております。続いて、都道府県の防災主管部局の方が約半数近く、それから保健衛生主管部局、医療機関側の負担も出てきているという現状が伺えます。

開催会議の回数について伺ってみました。こちらについても、平均して見てみますと、地域MCの下部部会、この辺が少し回数として多いのかなという傾向が見られております。

ここまで、全体の外枠といいますか、構造についてお話をさせていただきました。ここから、もう1歩踏み込んで、活動内容についての調査項目のご紹介に移っていきます。

このスライドは、ここに出典を書いておりますとおり、「病院前救護におけるメディカルコントロール」という、へるす出版社の本から持ってきたものです。この本は、学術団体である日本救急医学会がメインとなって作成されていて、編集には消防庁が、それから厚労省が推薦として加わっている、そういう本です。みんなで、こういう内容がメディカルコントロール体制として重要ですねと掲げている内容となります。

まず、一番中心のところにコア業務が四つあります。そして、コアとなる仕事としてこういうのがありますよねと。それから、その周辺、派生してくる業務内容として、このようなものも管轄できるとよいのではないのでしょうかというイメージ図です。

各MCで、それをどのように踏まえて議論を行ってくださっているか。ある程度一通り、バラエティに富んだ議題について、濃淡の差はあっても、議論がいろいろ行われているという状況が伺われます。これが都道府県MCの会議での議題です。それから、地域MCの会議での議題はこちらになります。先ほどの都道府県MCと比べていただきますと、全体的に議論しているパーセンテージが上がっているのがざっくりと見てとれるかと思いますが、中身的には同じような傾向の議題が取り上げられているようです。

それから、申し遅れてましたが、この報告内容のスライドと、もっと詳細な調査結果の全てについて、後日、消防庁のホームページにアップいたしますので、ご参照いただければと思います。

さて、ここからさらに内容についての調査項目のご紹介に移ります。今回、コア業務というところに絞りました。PDCAサイクルという言葉が日本では結構浸透しているかと思いますが、これはアメリカの学者らが提唱したのですが、PDCAのPlan、Do、Check、Actionの「Check」の部分は、もう少し深く掘り下げるという意味を込めて、「Study」という言葉にかえて、「PDSAサイクル」としたほうがいいんじゃないかと、提唱者本人が言いかえたという経緯があるそうです。その趣旨としても、単にチェックをするだけではなくて、記録票結果などを掘り下げて

考える、そういう意味も含めて、この「PDSAサイクル」の順に、調査項目結果内容12個を報告できればと思います。

まず、Plan、プロトコルの策定という点について、全国のMC協議会ではどのような現状なのでしょうか。活用しているプロトコルの内容ですが、都道府県MCと地域MCを1枚にまとめていまして、赤色が都道府県MC、青色が地域MCの回答内容となります。パーセンテージに少し開きはありますが、心肺停止症例に対するプロトコル内容を定めているところが非常に多いです。そこから様々な症例内容についてのプロトコルをご覧のとおりパーセンテージのMC協議会が定めているという現状です。

医師へのプロトコルはどのように周知しているのかも伺いました。これは都道府県MCが上で、地域MCが下となります。文書を発出するというのがどちらも5割、6割と半数ですけれども、もう一つ目立つのは、先ほど地域MCの会議回数が平均して少し多いという調査結果が出ていましたが、地域MCでは定期的開催する協議会で案内するというのが都道府県に比べて倍ぐらいの数となっているという現状が伺えます。

続きまして、搬送と受け入れの調整に関して、協議会ではどのような役割を担っているかについても伺っています。これは消防本部と地域MCと都道府県MCの三者について伺った内容を1枚にまとめています。目立ちますのは、都道府県と残り二者との傾向の違いでしょうか。都道府県MCでは、やはり大きなルールづくりに関与していますと答えられたパーセンテージが非常に多かったです。片や、もう少し具体症例においてきた検証、指導、助言に関してはちょっと差が開いています。消防本部と地域MCにおいては、同じようなパーセンテージでそういった役割を担っていることが伺われます。その他として、このような項目が担当されているということです。

続いて、Do、医師の指示、指導、助言体制などは、それぞれのMCでどのように取り組んでおられるか伺った内容がここからになります。

オンラインMC体制について、まず実施について把握していますか、把握していませんかということをご都道府県MCと地域MCに伺いました。把握していると答えられた割合は、都道府県MCは8割弱、地域MCまでできますと100%近くという状況となっています。

把握している内容について、どのような状況ですかともう一步踏み込んで伺ったのがこれです。都道府県MCで「把握している」と答えられた30地域に伺ったところ、全ての消防本部において、24時間・365日体制で実施可能と答えられたのが27地域ありました。地域MCにおきましては、全ての消防本部において「できます」と答えられたところが98%という状況となっています。

同じことを消防本部に伺った結果がこれです。全国767本部が回答してくださっていますが、できていないと答えられたところが1.3%ありました。昨年も同じ内容の調査を行っておりますので、参考として昨年の状況を載せております。同じ質問に対して、できないと答えられているところが1.3%とパ

一センチは同じで、10本部ができませんということでした。去年と同じ数の本部数が回答を下さっていたのですけれども、どういう事情なのか、どういう状況なのかをこの10本部にもう一度確認させていただいたところ、本当にできていないと考えられるのは3本部ぐらいでした。ですから、去年よりは状況が改善してきているのではないかと状況が伺われる結果となっています。ちょっとこの数字には出ていないのですけれども。

続きまして、Study、事後検証の実施内容について伺った調査結果がここからになります。活動記録票の検証、効果検証もこういったものになります。医師による事後検証の実施の有無については、全国の様子はこのような形となっております。事後検証を医師によって行っているかという質問には、都道府県では実施しているところが4分の1ぐらい、地域MCは100%近くでした。やはりこういうところに役割分担の違いも出てきているのかもしれない。

その内容について、どれぐらいの件数を実施されていますかと伺ったら、都道府県MCで事後検証を医師が行っていますと答えられたところは9地域あったのですけれども、それぞれの件数に非常にばらつきがありましたので、押し並べて書いております。1件から1,000件を超えるところまで検証されているところがありました。地域MCは平均877、中央値としては164、こういう状況が伺われました。

どういう場合に事後検証を実施することになっていますかと伺った結果がこちらとなります。都道府県MCでは、やはり一番先に出てくるのは、地域メディカルコントロール協議会で検証が必要とされた事案ということになりました。その後が、特定行為、CPAの症例、死亡症例、重症外傷症例、検証が必要とされた事案というものが続いています。

地域MCに同じことを伺ったら、こういう結果となります。先ほどの「地域MCで必要だと思われたもの」というのを抜きましても、順位は大体同じような感じかと思えます。最も先に来るのが心肺機能停止、それから特定行為、あとは救急隊が検証が必要だと思ったもの、重症外傷、初診医により検証が必要とされたもの、あとここに、この協議会で判断したものというものがおりにきています。

では、そうやって行った事後検証結果をどのようにフィードバックしていますかということについて、これは個別症例のフィードバック方法と、それから全体的なフィードバック方法、そういう2種類に分けて伺っています。都道府県MCではご覧のとおりの結果で、直接行う場合、消防本部を通じて行う場合、文書で行う場合という形になっております。似たような傾向になっているかと思えます。

全体的なフィードバック方法はどのようにしていますかと伺った場合は、少し違う傾向が出てきます。直接行うというパーセンテージが、地域MCに比べて都道府県MCのほうでは少な目になっています。そのかわり、全体的なフィードバックは特に行っていないというパーセンテージが増えてきているという状況が伺われます。

もう一つ、救急活動、最初にコールを受けるところである口頭指導に関する事後検証の実施の有無について伺ったところ、都道府県MCでは実施しているところは0という回答でした。地域MCはそれ

が3分の1ぐらいに増えます。その3分の1関与している地域MCに、指令員が関与しているかどうかをもう少し踏み込んで伺いました。関与しているとお答えになったところが大体4分の3という結果でした。

次に消防本部に同じことを伺った場合です。こちらのほうがパーセンテージは大きくなりまして、口頭指導事後検証の実施は約半数の消防本部で行われているという結果になっております。通信指令員が関与しているかも同じく消防本部に伺いました。検証を行う場合は参加してもらってますよと答えられたところが8割強になります。

続いて、Action、最後のところですが。再教育体制の整備という部分が当てはまるかと思われまます。病院実習、救急救命士の実習、マニュアルの策定などです。これまでの検証結果を生かしたマニュアルの再策定、プロトコルの再策定などもここに入るかと思えます。あとは選定基準の修正などもここに入ってくるかと思われまます。

再教育において実施すべき項目のカリキュラムを個別に定めていますかと伺ってみました。そうしますと、都道府県MC、地域MC、それぞれ定めていると答えられたところは2割から3割という結果となっております。

消防本部の方に同じことを伺った結果がこちらです。昨年も行った調査にもありましたので、下で昨年と並べております。規模別にありますが、全体では3割弱のところから、カリキュラムを定めていますというお答えをいただいています。これは去年と比べますと、17%が28%と、10%近く増えているということで、いい結果なのかなと考えています。

続いて、再教育について、履修している救急救命士を把握しているかをMCに伺いました。都道府県MCで把握していると回答されたところが4分の1ぐらい、地域MCになりますと、把握しているところが6割を超えたという現状が見られます。

消防本部にそれを聞いても、わかりきってるでしょうというお答えだけが返ってきそうなので聞いていませんけれども、指導救命士の配置について消防本部に伺ってみました。指導救命士を配置していますかと伺ったところ、2割ぐらいが配置していますとお答えになっています。人口規模に応じて、少しそのパーセンテージが増えてきているという現状です。昨年の状況もこちらに載せてあります。昨年は全体で14.7%だったのが18.6%と、これも増加してきているという傾向が見られます。

続いてもう一つ、これもよく課題として出される場所かと思えます。病院実習における院内での指導担当者がきちんと定められていますかという質問に対しては、このような回答をいただいています。都道府県MCにおいては、「全ての機関で配置している」「幾つかの機関で配置している」を合わせて3割強でした。地域MCからは、4割5分ぐらいは配置してるんじゃないですかねというお答えをいただきました。消防本部に同じことを伺いますと、55%ぐらいですかね。幾つかの医療機関で指導担当者を配置しているというお答えが返ってきています。

ですので、MCが把握していなくても、消防本部では、この方は指導的な役割を担ってくださっているなど思われていらっしゃる、判断されている、そういう傾向が伺われるかと思います。

では、病院実習における院内での指導担当者、職種はどのようになりますかと伺ってみた結果がこちらです。医師、看護師が非常に多いですけれども、あとは本部所属の救急救命士、それから医療機関所属の救急救命士、こちらもお覧のとおりのパーセンテージの方々が参加されています。

続きまして、症例検討会というものについてはどのような実施を行っていますかということをごここに持ってきました。都道府県MCに伺ったところと地域MCに伺ったところがこのような形になっています。何らかの形で行っているというところが過半数になるのかなとは思われます。

消防本部に同じことを伺った結果がこちらとなります。これも昨年度の状況との比較を載せております。消防本部の規模別ですけれども、全体で見ますと、3割ぐらいのところは1カ月に1回以上行っています。2、3カ月に1回、4～6カ月に1回、6カ月以上と分けてはいますが、年に2、3回行っていますというところまでいきますと、ほぼ全部ということになってくるのでしょうか。これのパーセンテージも見ていただきますと、最も頻度高く行っているところのパーセンテージが少し上がってきているという結果が得られています。

続きまして、通信指令員に対する救急に関係する部分の教育等の実施についてです。これも行っていますか、どうですかとMCに伺ったところ、都道府県MCはゼロでした。地域MCでは8.1%のところは実施していると回答されました。

その20の地域MCについて、どのような方法で行っていますか、どういう時間帯に行っていますかと聞いた結果がこちらとなります。不定期ですと答えられたところが大半を占めますが、定期的な研修を行っているというところも半分ぐらいでした。あとは新任研修ということになります。時間帯は勤務時間帯が多いという結果が得られました。

消防本部に伺った結果がこちらになります。消防本部ですと、やはり半分近くのところで救急に係る教育等を実施していますよという回答をいただいています。こちらについては、去年と比較して倍増するぐらいの勢いで伸びているという傾向が見られています。

同じように、どういうタイミングで教育されますかと消防本部に伺った結果です。規模別に並べていますが、全体というところはこちらですね。着任時の新任研修が半分ぐらい、定期的な研修が3割ぐらい、不定期が100%で、これはガイドラインの見直しなどに応じてという回答をいただいています。

あとは、専任の通信指令員を配置していますかという質問を去年に引き続き伺いました。これは人口規模で結構大きな開きがありました。こういうものは格差というより地域の実情に応じた配置の具合なのかもしれないとは思いますが、このような結果が出ております。ただ、配置していると答えられたところを去年と比較しますと、やはり全体で少し増えてきていて、小規模のところでも少し増えてきているという現状が見られます。



さらに進んで、指令室への救急救命士の配置についても伺いました。これも去年との比較ということでグラフをお示ししております。6割ぐらいが配置していますと回答されています。全体として、去年と比べて1割ぐらい上がってきています。各人口規模においても、このような増加を見せているという傾向が見られます。

最後に、eラーニングや動画教材、消防庁でも応急手当に使ってくださいという教材を作成しておりますが、そういうものを活用していますかと、教育内容、教育方法について伺ったのがこちらとなります。都道府県MCについては、消防本部に任せていますというところが8割、地域MCでも、任せていますが半分という結果でした。

消防本部の結果はこちらのような形となっています。全体として、2割ぐらいのところでは活用していますという回答をいただきました。

以上、駆け足で、しかも全体の調査の中から抜粋ではあるんですけども、一通りの概要についてご紹介させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

#### 【司会】

ご質問につきましては、この後、第2部のほうでまとめていただければと存じます。

それでは、これで第1部を終了いたします。舞台転換の関係上、ただいまから10分間の休憩をいただきたいと存じます。第2部につきましては、14時15分から開始いたしますので、お集まりいただきますよう、よろしく願いいたします。

( 休 憩 )

## プログラム3 第2部

### 「メディカルコントロール体制の充実に係る各組織の取組」

#### ・座長

市立堺病院副院長 横田順一郎

#### ・助言者

東京都医師会副会長 猪口 正孝

厚生労働省医政局指導課病院前医療対策専門官 酒井 智彦

消防庁救急企画室救急専門官 日野原友佳子

#### ・パネリスト

北九州市立八幡病院救命救急センター長 伊藤 重彦

山口県総務部防災危機管理課消防救急班 兼行 恵一

金沢市消防局 浜野 武志

芳賀地区広域行政事務組合消防本部 馬籠 宏一

#### 【司会】

それでは、時間となりましたので、第2部「メディカルコントロール体制の充実に係る各組織の取組」についてパネルディスカッション形式で議論していきたいと存じます。ご出演の皆様、よろしくお願いいたします。

初めに、ご出演の皆様をご紹介します。本日、座長を務めていただきます、市立堺病院副院長の横田順一郎様。続いて、パネリストを務めていただきます、北九州市立八幡病院救命救急センター長の伊藤重彦様。山口県総務部防災危機管理課の兼行恵一様。金沢市消防局の浜野武志様。芳賀地区広域行政事務組合消防本部の馬籠宏一様。最後に、助言者として、東京都医師会副会長の猪口正孝様。厚生労働省医政局指導課病院前医療対策専門官の酒井智彦様。消防庁救急企画室救急専門官の日野原友佳子でございます。

皆様、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、以後の進行は横田座長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

#### 【横田座長】

それでは第2部、タイトルは「メディカルコントロール体制の充実に係る各組織の取組」ということで進めたいと思います。

この企画は、最初に、先ほど日野原専門官よりお話があった全国のメディカルコントロール体制、あるいは協議会の活動状況がどうであるかという現状を把握し、その結果、私たちがより充実したメ

ディカルコントロール体制をやっていくためにどうすればいいのかということのほうへ話を持っていきたいと思います。

先ほど、全国の地域メディカルコントロール、あるいは都道府県のメディカルコントロールの活動状況の概要を見られて、やはり、まだ少し差があるなという印象をお持ちになったと思います。

これは、当然、地域の医療資源、特に救急医療体制に差があるわけですので、均一にといいですか、平準化した形で全く同じというわけにはいきません。しかしながら、質の高い病院前救護をするためには、それぞれの立場で、その障害となるものを克服して解決していくという取り組みが大事だろうというところですよ。

2部のほうでは、その取り組みについて、どういうふうなことをしていけばいいのかということ、この調査の段階で、非常に活動されている4地域の人に入ってきて、まずご発表いただこうと。その上で、幾つかの取り組みに焦点を当ててディスカッションしていきたいと思います。

それでは、第1席、まず医師の立場でお話をさせていただきたいと思います。先ほども紹介されましたけれども、北九州市立八幡病院救命救急センター長の伊藤先生にお願いをしたいと思います。

ちなみに、4人の演者に発表していただいた後で、討論を固めてやりますけれども、発表直後に少し内容について確認しておきたいということがあれば、その点についてはフロアからご質問を受けますので、よろしくをお願いします。

伊藤先生、よろしくをお願いします。

#### 【伊藤パネリスト】

それでは、よろしくお願ひいたします。

私は、北九州地域メディカルコントロール協議会としての取り組み、中でも今日は、ソフト精神科救急への取り組みと消防職員への教育の取り組みという2点についてご紹介させていただきます。

福岡県は、メディカルコントロール協議会が、県の下に四つの地区協議会がございます。

これは、福岡県の精神疾患の実施基準の運用開始以降の搬送困難事案です。照会回数でいきますと精神科関連は7%ですが、滞在時間で見ると21%が精神疾患というふうな、時間が精神科救急にかなりかかっていることがわかります。

さらに、照会回数が10回以上、現場滞在時間が2時間以上という、超搬送困難事案について見てみます。これは5カ月のデータですけれども、6割弱が精神科救急ということで、搬送困難事案でも相当困るものほとんどが精神科救急ということになります。実際、これは精神科救急医療システムが時間外は対応するんですけれども、この対応も半分ぐらいしかなくて、半分の症例が救急病院に搬送されているということです。

そこで、本来福岡県の実施基準では精神科医療機関へ搬送するようになっている傷病者がどこに搬

送されているか、搬送先で見てみてみました。精神科医療機関に搬送されたのは44%で、残りは別のところに搬送されておりました。そして、本来、時間外に対応しなくてはいけない情報センターがわずか4%でした、ではどこに振り分けられたかということ、時間外・休日の搬送先では、不搬送事案が10%以上増えています。不搬送ですむ状態ということですので、軽症とも言えるかもしれません。

そこで私たちは、ソフト救急に対して、北九州地域MCとして関係機関との連携をとってまいりました。地域医師会、精神科病院協会、診療所協会と会議を重ね、いろいろな協力を要請してきました。さらに、昨年、応急指定病院が1施設、北九州地域にもできましたので、そちらのご施設とは時間外の外来患者について、当院の救急医から精神科医が相談でき、場合によっては外来受診できるようなバックアップ体制について現在検討中です。

また、ソフト救急を考える精神科医会が昨年立ち上がりましたので、精神科医と救急医との間で異なっている用語、「身体合併症」「緊急度」「一次救急」というような言葉について、今、すり合わせを行っております。

さらに、昨年は、福岡県医師会、福岡県メディカルコントロール協議会に全面的なご協力をいただきまして、精神科救急の実態調査をさせていただきました。これは、消防庁の研究でございます。

さらに、福岡県MC協議会で実施基準を作成するときから、精神科医会代表と所管する健康増進課に会議に入って頂いているのですが、実は、県の精神科救急情報システム連絡調整会議に私たち救急医が入っていないことがわかりました。これはよくないということで、県MCから声かけしていただき、救急医療機関代表と消防防災指導課も入れていただくようにしました。数日前に1回目の会議がありました。実は、厚生労働省 医政局の検討会で精神科病院側と救急病院側の意見交換ができたことに、県の精神科協会から非常に高い評価をいただき、今後は少し歩み寄ってやっていこうかといった前向きなご意見をいただいたところでございます。

さて、実施基準では救急隊に、身体合併症がある、あるいは緊急度の高い傷病者を救急病院に運びなさいというルールになっているんですけども、救急隊に聞いたところ、定義が曖昧で、精神科患者のこういうものを判定するのは難しいということでした。そこで北九州市消防局の協力を得まして、精神科患者用の判定プロトコールをつくって、20隊に i P a d を配備して、1カ月間の実証研究をさせていただきました。

287例がエントリーされました。左側緊急度は、主に J T A S の緊急度判定に沿ってつくりました。右側緊急度は、私どもが独自に精神緊急度としてつくり上げました。特に、ソフト救急といわれている部分は、ここの色がつけられない、なかなか判定ができないという部分です。

これが実際の場面です。こういう i P a d を使って、パッド上をたたきますと緊急度の色が自動的に画面に出てくるという仕組みです。

結果ですけれども、やはり、精神緊急度につきましては、本来は搬送が必要ないという方が6割とい

う結果になりました。身体緊急度も「赤」「黄色」ありますけれども、ここはバイタルサインが異常になるために出てくる「赤」「黄色」でして、意識と呼吸のところがどうしても「赤」になりやすいという結果でした。

実際の搬送先で問題になりますのは、身体緊急度「赤」は不搬送が3.7ですけれども、やはり精神緊急度で「赤」となった人の中にも不搬送が21.7%いるという結果でして、軽症が多い中、緊急度を決めていくというのにはもう少し工夫が要ということがわかりました。

次に、再研修についてです。私どもMC協議会は、どのように標準化して各病院のばらつきをなくそうかということに取り組んでまいりました。現在、北九州市の救命士の静脈路確保の実施件数は年間平均3.3回、そのうち1年間に静脈路確保を1回もしていない救命士が全体の26%いることがわかりました。2年間静脈路確保を1回も実施しなければ、ほとんど技術力維持はできないこととなります。

そこで、調査に参加した救命士に対して、このままで大丈夫かということ伺ったら、81%の救命士がこのままでは不安であるため、何らかのルールをつくって技術力を維持できる方法を考えてほしいということだったので、じゃあ病院実習で何件くらい経験できたらいいか、目標を調査しました。そうすると、現場で70%ぐらいの成功率を保てるようにするために、病院実習は10件程度をぜひ経験したいというご要望だったので、これを基準にやっということを考えました。

私どもの病院は、再研修のため2年置きにほとんどの救命士が実習に来られます。そこでワークステーションと連携し、再研修の方は、まずワークステーションで人形による訓練をし、さらに病院実習中で静脈路確保を実際に行っていたとき、時間があるときには、さらにシナリオを付与した静脈路確保をワークステーションで追加実習するシステムを取っています。

次のスライドをみてください。2年置きに実習にくるため、21年と23年が大体同じ再研修の対象者です。22年と24年が同じような対象です。それぞれで比較すると、少しずつは成功率が改善しています。それから、就業前実習は実習期間が長いために、50回、60回というような実施件数になるため、平均して85%前後の成功率です。実施回数が増えれば、やはり実施率が高くなり、成功率も高くなります。

実際の現場ではどうだったかといいますと、取り組み始めた当初は54.5%だった成功率が、2012年のときは65.9%と約10%上がっており、それなりに効果は出てきていると考えています。

さらに、口頭指導についても、指令センター職員の方に指導内容についてのさまざまな取り組みをやっております。特に、事後検証委員会の中には、先ほども半分以上が入られているということでしたけれども、私どもの検証会議では、もしも何か意見がある場合には、時々テープを起こしてもらって、そのテープを実際にみんなで聞きながら事後検証ということで、内容を検討したりしています。

特に、北九州市消防局はP A連携が非常に活発で、他市よりもかなり高い10%ということです。こういうふうに、マンパワー以外に、緊急度に合わせたポンプ車派遣についても、やはりそれなりの知識と訓練が必要ということで、できるだけそういうことに心がけようとしています。

これは、先日、消防局主催で開催されたものです。スライド右のほうが指令室です。左のほうが模擬患者です。両方、同じ場面で見られるということで、模擬患者からの電話を直接指令官が聞いて、そこで救急車、ポンプ車を出動させ、同時にこの傷病者と会話をしているという訓練です。これは、若い指令官職員の技術力アップということでされています。これにもMC協議会として積極的に協力していきたいと思っています。

最後に、救急ワークステーションにおける医師同乗指導も救命士への再研修の評価になりますので、できるだけ評価を標準化しようということで、このような紙を使って指導を行っております。

まとめです。精神科救急、特にソフト救急についてお話ししました。それと、静脈路確保の技術力維持のシステム化、指令官への教育についてもお話ししました。以上です。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

大変幅広いメディカルコントロール活動の内容をご案内いただきました。確認しておく項目がございましたら受け付けますが、皆様いかがでしょうか。

**【質問者】**

聞きもらったかもしれないのですが、「ソフト救急」という言葉の定義を教えてくださいたいのですが、けれども。

**【伊藤パネリスト】**

申しわけありません、ソフト救急とは、本人またはご家族が病院に行きたいという意識を持って119番通報され、その結果、救急車両によって搬送された患者のことです。多くは救急病院、あるいは精神科のほうに行かれます。

それに対してハード救急というのは、多くが、ご本人は病院受診を拒否されている中で、ご家族などから通報があり、多くは警察と行政の方が関与する、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条に絡むような事案をいいます。救急医側から見ると、ソフト救急は、処置の重症度でばらつきはありますけれども、救急病院に救急車で来た患者は皆、ソフト救急ということになってしまいます。

**【質問者】**

その用語は、精神科救急の中では一般的な用語として使われる言葉ですか。

【伊藤パネリスト】

精神科救急では、「緩やかな救急」といった言葉遣いをされています。これは、一次救急に当たるところをソフト救急と呼ぶんです。精神科の一次救急というのは、対面診察しなくてもPSW等で電話振り分けをしても、これは救急になるんですね。私たちの一次救急は必ず、ウオークインで来られても医師の診察からスタートすると思います。そこに大きな違いがあります。

【質問者】

大変よくわかりました。ありがとうございました。

【横田座長】

私もその質問をしようかと思っていました。それでは、また後でディスカッションに加わっていただきたいと思います。次に第2席、今度は県の取り組みといたしますか、都道府県の大きな枠で、行政職の方からご発表を願いたいと思います。山口県総務部防災危機管理課消防救急班主査の兼行恵一様、よろしくお願いします。

【兼行パネリスト】

私は、山口県総務部防災危機管理課消防救急班の兼行と申します。これから、山口県消防防災主管部局におけるメディカルコントロール体制充実に向けた取り組みについてご説明いたします。よろしくをお願いします。

初めに、私が所属する防災危機管理課についてご説明いたします。

当課は、六つの班と消防防災航空センターで構成され、課長はじめ総勢約66名の職員で成り立っています。そのうち、私は消防救急班に所属しております。班長と4名の担当で本県の消防救急行政を担当しております。なお、4名の担当のうち1名は消防本部から派遣されている消防士となります。私は救急行政を担当しておりますので、救急全般のほか、救急振興財団に係る業務と、そして、このメディカルコントロールに係る業務を担当しております。

次に、山口県のMC協議会についてです。本県には、県MCとして山口県救急業務高度化推進協議会があり、地域には、県内を救命救急センターごとに、東部地域MC協議会、周南地域MC協議会、山口・防府地域MC協議会、宇部・山陽小野田・美祢・萩地域MC協議会、そして、下関・長門地域MC協議会という、五つの地域MCが存在しております。主な特徴としましては、救命救急センターがいずれも瀬戸内側に配置されていることが挙げられます。

また、本県のMC協議会の設置目的ですが、MC体制に係る調整と、搬送受け入れ実施等に関する調整の二つが挙げられるところです。

次に、山口県のMC協議会における県の役割についてご説明いたします。県MC協議会の役割ではございません。

MC体制に係る役割の面では、最初に、MC協議会の設置です。

次に、MC体制の構築、充実強化支援が挙げられます。これについては、MC協議会の運用を通じて行うこと、さらには、医療機関と消防機関の調整役を担うことが、平成15年の通知や平成13年に公表された報告書において、県に対して期待がなされているところでございます。

最後に、MC協議会の事務局が挙げられます。これは、MC協議会の設置要綱に明記してあるものでございます。

もう一つの設置目的である搬送受け入れ実施基準に係る役割については、消防法の規定に基づいた実施基準策定等が挙げられます。

ここからは、先ほどの県の役割を踏まえた上で、県の消防防災主管部局としてのMC体制充実に向けた三つの取り組みについてご説明します。

最初に、県としては、MC活動の充実支援に取り組みたいと考えています。

本県は、昨年、MC活動の実施状況の調査を行いました。さらには、各地域で開催されている事後検証会などにも積極的に参加をし、その実情の把握に努めてまいりました。

その調査結果ですが、判明したのは、本県のMC活動は地域の実情に応じた消防機関単位の取り組みが活発であるという実態でした。その中でも、地域ごとの特徴が最も顕著にあらわれていたのが、事後検証会、症例検討会でした。

ここで、その取り組みの一部を参考までにご紹介します。

周南地域MC協議会では、徳山中央病院を中心として、毎月の事例検討会の開催に加え、地域MC協議会主催による事後検証会も年に3回開催するなど、県の東部地域をリードする状況が見受けられました。

また、県の西部地域におきましては、ドクターヘリの基地病院を担う山口大学医学部附属病院が核となっている宇部・山陽小野田・美祢・萩地域MC協議会が中心となり、県全域を対象としたかなり大がかりな事例検討会を開催しています。

さらに、都道府県や医療圏といった枠組みにとらわれない検証会の参加状況の実態も判明しました。一例として、下関市消防局は、関門海峡を超え、ここ北九州市内にある医療機関主催の検証会への参加を継続し、独自に「顔の見える関係」の構築に努めています。

このように、地域の実情に応じて既に根づいている各地域の取り組みをベースにして、県は、みずからの役割でもあるMC協議会事務局運営を通じて、または調整役の立場から支援に取り組むことで、MC活動の充実に貢献したいと考えています。

二つ目は、「顔の見える関係」の構築支援に取り組みたいと考えています。



この取り組みは、これまでMC協議会委員が中心だったものを今後はMC委員以外の医療機関、それから、市町村の高齢者福祉担当課などの関係機関に対しても拡大を図っていきたいと考えています。

取り組み例としては、各地域に存在する救急医療対策協議会などの機会を活用しまして、医療機関以外の関係機関に対してはMCに関する情報を提供し、また、MC委員以外の医療機関に対しては搬送受け入れ困難事案の照会を行ったり、医療機関側の実情をしっかりと聴取することによって相互理解に努めることが考えられます。さらに、当事者同士である消防機関と医療機関、関係機関による協議が不調に終わった場合などには、第三者の立場として県が調整役を務めることによりまして、「顔の見える関係」の構築のため積極的に支援してまいりたいと思っています。

三つ目は、MCに関連する多様な情報への取り組みでございます。

この取り組みは、これまでMCの制度、基礎データ、現状といった、MCに関する情報に加え、今後は、物事を評価する目安となる指標をこのMCについても何かしら導入できないかと考えているところでございます。

取り組み例としましては、MC協議会に対しては、MCに関する指標の提供をし、横に見る他との比較、それから、縦に見る時系列の過去の状況との比較が容易になりますことから、現状分析などの支援に役立てたいと考えています。

また、MC委員以外の医療機関、関係機関に対しては、例えば、近隣の地域のMC関係指標との比較により、劣る部分について指標を示して協力を求める。それから、協力していただく部分に関する指標値について時系列の動向を説明しまして、関係機関の協力が重要であるということについて具体的にその改善の動向について示すことが可能となり、「顔の見える関係」の構築に貢献できるのではないかと考えています。

最後に、先ほどご紹介した三つの取り組みをフロー形式でご説明します。

ある時期に県がMC活動実施状況の調査を行い、その結果、MCに関連する基礎データを収集します。そして、3番目にご紹介したMC関係指標を作成し、これを関係者に提供します。そして、一つは、画面左側になりますけれども、1番目に紹介した的確なMC活動の充実支援に役立てていきます。もう一方では、画面右側になりますが、「顔の見える関係」の構築支援のために、MCに関する相互理解に役立てたいと思っています。そして、これらの取り組みを行うことで、MCの体制充実支援を県の役割を踏まえた上で、県として行っていきたいと考えております。そして、一時的に充実したこのMC体制について、また、定期的にMC活動実施状況調査を行うことで、この取り組みを一連のサイクルと捉えることが可能となります。そして、このMC体制の質的向上が持続可能な状態に持っているのではないかと考えています。

以上で終わります。ご清聴いただき、誠にありがとうございました。

**【横田座長】**

ありがとうございました。

いわゆる、県全体といたしますか、県の立場でのメディカルコントロール協議会へのかかわり、あるいは充実強化に向けた取り組みをお話ししていただきました。フロアのほうで、どなたか発表の中身で確認しておきたいという事項、ご質問はございませんでしょうか。

では、私のほうから。先ほどご発表の中で、県MCという立場ではなく、県としてかかわっていきますよと。立場が消防主管部局だろうと思うんですけども、いわゆる衛生主管部局といたしますか、保健行政の部局とどういう連携をとられているか、1点教えてほしいのですが。

**【兼行パネリスト】**

県は、事務局として運営をしていかなければなりません。ですから、事務局として、実際に主導しているのは私どもの消防防災主管部局になるわけですが、必ず、医療的な見地、観点がその協議事項には必要になってまいりますので、そういった場合には情報提供して事前に案を作成する。お示しする前に情報提供し、そして協議をして案をまとめていくということで、常にコンタクトはとっています。

**【横田座長】**

また、その点についても、後のディスカッションの中で、両主管部局がどういうふうに連携をとっているかも充実のためのキーワードの一つだろうと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

**【兼行パネリスト】**

ありがとうございました。

**【横田座長】**

それでは、3席目、金沢市消防局の浜野武志さんにお話をしていただきたいと思います。

石川県全体で一つのMCを構成しているという立場でお話をしていただけるものと思います。よろしくお願ひします。

**【浜野パネリスト】**

金沢市消防局の浜野と申します。午前中にシンポジウムで発表した内容と一部重複する部分がありますが、よろしくお願ひいたします。

石川県メディカルコントロール協議会、ここからはMC協議会と言わせていただきますが、構成と

活動内容についてご説明いたします。

石川県のMC協議会は、1県1MC協議会として、平成15年3月、石川県保健医療計画推進委員会救急医療対策部会の専門委員会として設置されました。こちらの組織図のように、協議会及び委員会、ワーキンググループで構成されています。協議会は、医師13名、県下の11消防本部消防長、県職員が委員となり、各委員会、ワーキンググループの意見の取りまとめを行っております。こちらに出ている回数が、年間の開催回数です。

倫理委員会は、医師1名、弁護士1名、関連機関、救命士から構成され、救急隊の活動及び処置について、倫理上の問題について検討しております。

危機管理委員会は、医師2名、救急救命士3名で構成され、事故または事故に結びつく事例が発生した場合、原因を究明し、再発防止を図っております。

各ワーキンググループは、医師2名、11消防本部の救急救命士11名で構成されております。

プロトコル・事後検証ワーキンググループは、事後検証や救急活動のデータをもとにプロトコルの改定を行っております。

研修及び口頭指導ワーキンググループについては、後ほどご説明いたします。

AEDワーキンググループは、標準課程を修了した救急隊員、消防隊員に対して、AEDを用いたCPRプロトコル講習会を実施しております。

また、MC協議会では、救命士の再教育の場として、気管挿管・薬剤投与認定審査会を実施しております。

この審査会は、新規の認定審査会と、既に認定を受けている認定救命士にあつては5年ごとに更新のための審査会を受ける必要があります。審査会を受けるためには、過去の事後検証票を参考にした書類審査、この段階で現場での気管挿管の実施件数によっては、2～5症例の医療機関での成功例が必要となります。次に、心電図の判読、聴診技術、静脈路確保技術の評価を受ける事前研修会、これらをクリアして、最後にシミュレーション形式で病態の判断や処置の優先度、及び隊としての活動を評価する認定審査会と、かなり厳しい審査を受け、合格して初めて認定救命士となり、現場で実施することが認められます。認定審査会に向け各隊員間で相当な訓練が必要であり、結果として、救命士だけでなく、他の救急隊員のレベルアップにもつながっており、大きな教育の場となっております。

研修ワーキンググループですが、病院実習及び石川県消防学校での生涯研修など、再教育体制の検討を行っております。

また、MC協議会では、独自のポイント制度を導入し、受講ポイントに応じて病院実習の期間短縮を可能としています。

消防学校で行う生涯研修は、県下の各消防本部に所属する違う救命士でチームを編成し、各自が作成したシナリオでシミュレーションを行い、実施班、想定班、評価班と順次担当をかえ、1シナリオ

ごとに評価班、指導救命士、担当医師から評価を受ける研修です。

次に、口頭指導ワーキンググループについてご説明いたします。

石川県では、独自の口頭指導プロトコールにより、119番聴取要領が定められております。石川県内の消防局本部では、この要領に基づき口頭指導が行われています。

目撃ありの心原性心肺停止患者の生存率は、平成22年、23年と2年連続で全国トップという成果を上げています。

また、一般財団法人救急振興財団の平成24年度救急救命の高度化推進に関する研究事業として、オーストラリアのクイーンズランド州で新人通信指令員に対する専門教育課程を受け、海外における通信指令職員の訓練の状況を調査し、地域型通信指令員教育訓練プログラムを開発しました。現在、石川県内の全ての消防本部の通信指令員がアクセスできる状態にあり、意見、希望を常時受け付け、サイトの改良、改善を行っています。

金沢市消防局の指令センターは、近隣の2市2町の共同運用として行われております。金沢市消防局の指令センターの取り組みとしては、石川県MC協議会の口頭指導ワーキンググループに委員として参加し、また、口頭指導結果票を作成しております。そして、新たな取り組みとして、各指令台の多目的PCに、MCが定めるハイリスクキーワード分類を表示しております。キーワードに沿った口頭指導要領を指示し、迅速に対応しております。

教育としては、事後検証票の口頭指導項目における検討、口頭指導要領やキーワードの研修、指令台シミュレーション機能による口頭指導症例の受信及び無線指令訓練を行っています。

最後に、石川県内のMC協議会を中心として病院前救護体制の充実が図られ、救急隊員のレベルアップにつながっていますが、MC協議会が各消防本部に、検証票を検証し指導する救急技術指導員の配置を定めています。指導的立場の救急救命士としての位置づけではないため、指導内容等が統一されていないのが現状であり、今後、救急技術指導員の位置づけ、さらに指導的立場の救急救命士の必要性、役割、要件、養成等について、全国の動向を見きわめながらMC協議会と協議していく必要があると考えております。ご清聴ありがとうございました。

#### 【横田座長】

ありがとうございました。

ご発表に対して、確認しておきたい事項はございませんでしょうか。

では、私のほうから。おそらく、石川県のメディカルコントロールが他の都道府県と少し違って特徴的なのは、先ほどの組織図の中にもありましたが、倫理委員会、危機管理委員会などを置いて、結構、通常のコア業務以外のところがかなり充実しているようところだと思いますけれども、具体的には、どのような内容が議論されることが多いのでしょうか、倫理委員会あるいは危機管理委員会といった

とことでは。

【浜野パネリスト】

倫理委員会のほうでは、実際、医療事故になりかねないような事案が発生した場合のこれに対しての対応の仕方が、倫理的に問題ないか危機管理委員会も内容はよく似たものですが、そういう内容でやっています。それから、プロトコール作成のときに、法的根拠に基づいてこれが成立するかどうか、倫理委員会のほうで検討していただいています。

危機管理委員会のほうでは、現場で発生した事故がこれ以上悪化しないように、また、石川県全部の消防本部に情報伝達として流すというような行動をしています。

【横田座長】

今回の話のメディカルコントロールをさらに充実していこうということであれば、そういった取り組みも大変重要なのかなと思って質問させていただきました。後でまた、時間があれば詳しく聞きたいと思います。どうもありがとうございました。

【浜野パネリスト】

ありがとうございました。

【横田座長】

それでは、第4席、今度は地域メディカルコントロール協議会という立場でお話をさせていただきたいと思います。芳賀地区広域行政事務組合消防本部の馬籠宏一様、よろしくお願いします。

【馬籠パネリスト】

芳賀地区広域消防本部の馬籠宏一と申します。よろしくお願いします。

小山・芳賀地域分科会におけるメディカルコントロール体制の充実に係る取り組みについて発表いたします。

栃木県においては、栃木県救急医療運営協議会病院前救護体制検討部会の下部組織として、県内5救命センターを中心に地域分科会が組織されています。救急医療運営協議会と救急搬送受入協議会は、現在、別組織となっております。

栃木県MCでは、気管挿管・薬剤投与救急救命士の認定業務、別組織の栃木県救急搬送・受入協議会では、傷病者搬送・受入実施基準の策定などが行われておりますが、スムーズなMC体制を行っているとは、いまだ言いがたいです。

例えば、平成21年に問題提起した以降も、栃木県MC会議が1度しか開催されないことや、平成22

年より栃木県傷病者搬送・受入実施基準が運用開始になったにもかかわらず、実情はほとんど変わっておりません。

栃木県において、重症傷病者の病院問い合わせ4回以上、または現場滞在30分以上の件数割合が、4年以上にわたって全国平均を上回っていることなどが問題点として挙げられます。

当地域は、平成20年に救急救命士による事務局を立ち上げ、分科会長の指導、助言を受け、プロトコルの制定、救急救命士再教育等について救急救命士みずからが取り組み、救急救命士コア業務については軌道に乗り始めたところです。しかし、地域MCとしては課題がまだまだあります。

小山・芳賀地域分科会は、MC体制の構築、地域住民へのプレホスピタルケアの充実、改善を図るため、分科会に属する3消防本部のほか、地域性を考慮して、隣接する茨城県より1消防本部がオブザーバーとして加わる形で、各消防本部より選任された救急救命士により事務局が設置されています。

複数消防本部で構成する地域MCを各消防本部単位で捉えると、組織間格差を無視できず、課題を乗り越えることができません。そこで、エリア全体を一つと考え、現場で活動する救急救命士が議論できる核を組織する必要があったためでき上がったのが事務局です。

事務局の取り組みとしては、地域MC要綱の改正、ワーキンググループの設置要綱の制定、分科会ホームページの運営、メーリングリストの開設、事後検証会の運営、救急隊員研修会及び症例検討会の開催を行っています。

ワーキンググループの構成は、当地域分科会とオブザーバーの救急救命士及びMCを担当する医師、救命センター医師で組織されていますが、ワーキンググループの中心で活動しているのは救急救命士です。ワーキンググループとして課題は何か、何をすべきか、現場で活動している救急救命士みずからが考え、医師とともに議論するスタイルです。

ワーキンググループとしては、プロトコル、救急隊員再教育、薬剤投与連携確認、ドクターカーワーキンググループがあり、各ワーキンググループは単独で運営しているのではなく、相互に関係を持ち、医師の助言、指導を受け、事務局がその調整を図り運営しております。

このほか、救急隊員研修会、症例検討会を開催しております。この研修会等は、開催当初から、プレホスピタルケアの改善は救急救命士や救急隊員のみではなく、消防全体のスキルアップを図ることが重要だと思い実施しております。

当地域MCの事後検証は、救急隊が搬送したCPA症例、ロードアンドゴー症例、受け入れ困難症例を検証医に提出し、検証医が全例検証した上でフィードバック効果のある症例を数例抽出し、毎月1回、会合方式で実施しております。最近では、救急救命士が司会し、現場活動についても積極的な意見が出るようにしております。

この検証会には、各消防本部の救急救命士、救急隊員のみではなく、通信指令課員、消防隊員も参加しているほか、当地域MC管内の二次医療機関の医師、看護師、栃木県職員、隣接する茨城県南西

部の医師、看護師も出席し、活発な意見交換や議論を行っております。

栃木県は、重症傷病者の受け入れ困難症例が全国平均を上回っているため、4回、30分を上回った重症症例の全例検証を、平成24年10月より開始しました。

その結果、平成25年は、全国、県のデータがまだ出ておりませんが、照会回数4回以上は1.3%、現場滞在30分以上は1.8%と、前年、前々年と比較して、明らかに改善が見られます。

これは、徐々に検証会に出席する医療機関が増加し、受け入れ困難を改善しようとする検討がなされた結果、受け入れ体制の改善を申し出てくれる病院が増えたこと、病院長が不受理症例を全例確認するような病院が増えてきたこと、救急隊と病院の顔の見える関係が構築できたことなどが原因と考えられます。

当地域MCは、実質的な作業を現場で活動する救急救命士が行うことによって、現場と地域MCが密接になるような組織づくりを行ってきました。地域MC事業を推進するには、意思決定を行うMC本体、事務局及びワーキンググループが相互に関係を持ち、うまく機能することが重要だと考えます。それには、消防本部、地域医療機関等の理解、協力を得ることが重要で、地域MCにかかわる者全てが必要性を認識することが重要だと思います。

これまでは、救急業務に密接にかかわるコア業務を救急救命士が事務局を中心にして医師と協調して行ってきました。しかし、これからは、プレホスピタルに関係する者全てを広い意味でのMCと捉え、それらに対処できるMC体制を組織する必要があると考えます。それには、MCに専従する医師と救急救命士がともに活動できる環境を構築し、全体の活動を見渡せるMCを組織する必要があると思います。

今後も、このような取り組みを通して、地域住民にとって安心で安全な暮らしを支えるMC体制を構築する一員として活動を行っていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

#### 【横田座長】

馬籠様、ありがとうございました。

このご発表に対して確認しておきたいという項目はございませんでしょうか。ご質問はございませんか。では、私のほうからですけれども、地域のMC協議会としては、消防本部が3機関あって、そこに関与する人たちとしては、県を越えてといいますか、地理的におたくのところは茨城県に接しているんじゃないかね。

#### 【馬籠パネリスト】

はい、そうです。

【横田座長】

そちらからも人が入って、いろいろな活動をしていると理解していいのでしょうか。

【馬籠パネリスト】

はい。すぐ隣が茨城県という県境でございますので、救命センターも、茨城県の筑西消防本部から直近なんですね。その関係上、私たちと一緒にやりませんかというお声が先生のほうからかかって、それで一緒に活動するようになりました。

【横田座長】

後でまた聞きますが、今ここでちょっと聞くと、予算的なことは解決はついているんですか。それとも、ボランティアで向こうから来てもらうんですか。

【馬籠パネリスト】

そうですね。ほぼ予算等はいただいております。

【横田座長】

そういったことも、ちょっと今後の課題の一つでしょうね。  
どうもありがとうございました。

【馬籠パネリスト】

ありがとうございました。

【横田座長】

4人の皆さん方のご発表について、8分、討論を入れても10分ですと事前をお願いをして、本当に時間を十分守っていただいて、討議時間を十分残していただきましたので、以降、議論を進めたいと思います。

皆さん、本当にいいところばかり発表していただきましたので、座長としてはどこから突っ込んでお話を進めていいのか、なかなか難しいんですけども。

最終的には、この中で私たちが見ていきたいなと思っているのは、質をよくするために、何か指標を一つ二つ、どういったものを質の指標として見ていけばいいのかなど。このことについては総務省消防庁と厚生労働省ともお話をしたりすることがよくあります。最終的にはそういうふうな方向性をにらみながら、メディカルコントロール協議会を充実させるいろいろなことに話題を持っていきたい



と思います。

そういう意味においていえば、先ほどの山口県のご発表の中で、指標を一つ設けているというようなことで、質の改善を図るんだというのが後半部分であったと思います。ちょっと先に、どういった指標がその中でつくられているのかというか、どういう項目があるのか教えていただけますか。

#### 【兼行パネリスト】

まだ指標のほうはつくってはいません。ただ、山口県はかなり中山間地域ですので、先ほど配置図もご覧いただきましたけれども、救命救急センターが瀬戸内側、いわゆる山陽側というのでしょうか、南側に偏っている状況で、どうしても医療資源にばらつきがあると。その中で、各地域MCを比較というのでしょうか、施策を行って比較をしていく上ではどうしても差が出てきます。そういった中で、なるべく地域的な事情を排除した形の指標をつくれなかと考えているところでございます。

#### 【横田座長】

考えているところね。わかりました。そしたら、座長のほうから、ちょっと焦点を絞りながら話を進めさせていただきたいと思います。

指標という言葉ばかり出すのもおかしな話なので、よく言われる、例えばMCの構成、いわゆるストラクチャーをまず一つの目安とした場合、メディカルコントロールの活動をするために必要な人員ということで、構成員ですよ。そういう意味では、伊藤先生が、精神科領域の問題を解決するには、メディカルコントロール協議会の中に精神科医師あるいは精神科の関連の施設の団体等が入っていたかかないとだめなんだよと。入っていただいて、顔の見える関係ができたということもおっしゃっていました。最後の馬籠さんのご発表の中にあつた、県あるいは医療圏域を越えてというようなことも検証していったりしないといけないでしょうし、調整も必要なので、オブザーバーで入っていただきましたということです。

それぞれ演者間で、そのあたりについて、まず、こういった人たちが構成に入ってメディカルコントロールをきちっとやっていく必要があるんだ、それは行政、消防、医師だったらどういう団体だ、というようなことが、いろいろあるんだろうと思います。

伊藤先生のほうから、改めてそのあたりについて。

#### 【伊藤パネリスト】

福岡県は実施基準を県のMC協議会が担当してつくりました。そのときに、疾患別の専門家が要るだろうということで、精神科、脳卒中の専門の先生、さらに有識者の何人か協議会委員になってもらいました。同じように地域のMCにも入れようと思うと、予算の問題とかがでてきます。MC体制は各地

域で異なりますから、実は地域MC協議会でこそ、専門家にいろいろご相談しないといけないことがあります。県のほうにはそういう予算化のお願いをしています。実はMCに参加する救急告示医療機関にしても、僕は入りたいという医療機関は全部入ってもらったら情報が共有できていいと思うのですが、ここも予算がネックです。「入れ替え戦で委員を代わるのはどうですか」と県から案を言われたんですが、それはちょっとだめでしょうと返事しました。

【横田座長】

全医療機関というのは救急告示病院ということですね。

【伊藤パネリスト】

そうです、告示病院です。救急告示病院に入っていればいいかなと思うんですけどもね。

【横田座長】

理想論で。

【伊藤パネリスト】

入っていただくのがベストだと思いますけれども、なかなかそういうところがですね。

でも、小児救急もそうでしょうし、心筋梗塞とか脳卒中とか、実施基準で決めた緊急性のところの項目の専門の先生には、委員でおられない場合は入ってもらっておくというのがやはりベストだなと思っています。

【横田座長】

先生のところは、医師会の関与というのかな。

【伊藤パネリスト】

医師会は入られています。

【横田座長】

どういう分野について医師会のご協力を求めることが多いですか。

【伊藤パネリスト】

全部です。地域MCで決めたことについては、医師会から会員の先生に周知していただきます。診

療所でも搬送されるような事例があったときのために、搬送・受入れで決まったことはきちんと周知しておきます。三行為拡大の実証研究のときは、当然、医師会に全部周知してお願いしました。医師会は精神科を含めて全診療科が傘下に入っていますので、いろいろなお願いごととか相談できることで非常に助かっています。

#### 【横田座長】

今回、そういうことであろうということを前提に、東京都医師会副会長の猪口先生にお入りいただいています。今度は医師会の立場から、メディカルコントロールの、今は構成員の話に限っていますが、全体の活動への医師会の先生方の関与について、どういう支援ができるのか、あるいはしていくべきなのか、ちょっとご助言をいただくとありがたいなと思います。

#### 【猪口助言者】

今まで話を聞かせていただいて、ストラクチャー構造の話をする、都道府県MCと地域MCとで役割が違うなという印象を非常に持ちます。都道府県MCは、非常に大きな規模で、多分、保健医療計画とかも踏まえながら、大きなシステムをつくっていかなくてはならないという印象を持ちます。地域MCのほうは、事後検証等、もしくは、MCというのかどうかよくわかりませんが、顔の見える関係で、救急業務そのものがスムーズにいくようにということが非常に求められているという印象を持ちます。

そうすると、その中で、都道府県のほうのストラクチャーの中における医師会は、大学病院や大きな病院、三次、二次といった救急を受ける医療機関、それから、医師を代表するような形でそのシステムをつくっていくための発言ができるような専門家としての役割が求められていくんだろうと思います。それから、地域のMCの中身を構成する医師会員という立場でいうならば、その地域の連携がうまくいくような存在の代表として入っていくのではないかなと思います。

#### 【横田座長】

ありがとうございます。

私の個人的な立場から述べましても仰せのとおりで、私は大阪ですけれども、やはり大阪府のMCとなりますと、府の医師会が府全体の救急医療体制と病院前救護への行政に対する発言権をしっかりと持っていていただくために、医師会の方に入っていていただくことは非常に重要です。地域メディカルコントロールということになりますと、やはり、個々の日常のコア業務へのいろいろな、診療科も様々ですので、実務的なところのお手伝いを願うことになるのかなという気はしますね。

猪口先生どうもありがとうございました。そういうふうな観点で、ほかの演者の先生方にもお伺いします。馬籠さんは、ストラクチャーのところ、自分たちの地域以外の人にも入ってもらってということですが、そういう現状と、先ほどちょっと課題としてお金の話もしましたが、ほかの方にオブザーバーとして入っていただくのに問題というか、そこまで持っていくのに苦労したといったことはございませんでしたか。

**【馬籠パネリスト】**

私は引き継いだ形なので、筑西広域市町村圏事務組合消防本部さんが入ってきたときのことはちょっとわからないんですが、事務局に入ることに対しては、誰からも文句というか意見は出なかったと聞いております。

**【横田座長】**

ウエルカムと。

**【馬籠パネリスト】**

むしろ県外からの、地域を越えた他地域の情報がこちらにいただけることと、こちらの情報も提供できるということで、お互い、いいとこ取りができるということで、今はともに活動しております。

**【横田座長】**

フロアの鈴木先生、どうぞ。

**【鈴木幹事】**

今の件についてです。地域的に非常に近く、茨城県の救急車が約600台輸入超過という状態で、どうしても茨城県の状況を知らずに私たちの地域ができないということなので、入ってください、一緒にやりましょうということから始まりました。逆に、栃木の患者さんを茨城の病院にとってもらうこともあります。今はお互いにドクターが顔が見えるようになったので、うちに送ってくださいというような発言が茨城のドクターから出てくるようにもなりました。そうやって、いい関係ができ、それに看護師さんもできて、救急救命士の方も出てくるということで、わりあいスムーズにということで、集まることは問題がありませんでした。

茨城県の筑西のMCの方は、茨城のMCにも当然ながら入って活動されているわけで、二足のわらじを履いているということですが、うちは明らかにオブザーバーという形をとっていて、意見をいろいろ言っていますが、最終決定権は彼らにはありません。そういう形で運営がうまくで

きていると思います。

**【横田座長】**

ありがとうございました。補足していただいてありがとうございます。

兼行さんのところは、ご発表の中で、やはり、圏域とか県を越えてという、その調整役として県が関与、調整しますというようなことだったと思うんですけども、具体的にはどういう係わりなんでしょうか。

**【兼行パネリスト】**

例えば、消防機関と医療機関がうまくコミュニケーションをとれていればいいんですけども、県域を越えた場合、搬送実績はありますが、直接的なつながりがありません。そういった場合には、例えば萩市の隣に島根県の益田市がありますけれども、島根県の担当を通じて益田のほうのMC協議会の関係者と連絡調整をとるといったことをしたいということです。もしくは、しております。

**【横田座長】**

もう一つ、県のMC並びに地域のMCの調整やいろいろやるのが県の立場ですよということでしたよね。いろいろな職種、職域の人に協議会等に入っていて、おそらく県のMCのミッションと地域のミッションの仕事の振り分けをされているんだろうと思うんですけども、どういった人で構成されているんでしょう。医師、消防機関以外に、行政の方、当然関与されるんでしょうけれども、山口県としてはこういう特色を出しているというのが何かございますか。

**【兼行パネリスト】**

そうですね。今、ここにMC協議委員会の委員名簿も手元にあるんですけども、こういった面で特徴がありますというところからいけば、少しそういったものは特には見受けられないです。

**【横田座長】**

大体、ほかのところと同じですか。

**【兼行パネリスト】**

いわゆる標準的な形であろうと思います。

**【横田座長】**

はい。浜野様には、全県で活動されているということで、全県1つのMCということです。おそらく、

圏域を越えてというか、そういう問題は全県で見ているから問題はないと思いますが、県を越えてというようなときの解決法とか、MC活動の中で県外者のオブザーバーが入るとか、そんなことはあるんですか。

**【浜野パネリスト】**

石川県の場合は、県外からのオブザーバーは入っておりません。県内だけでやっております。

今、こちらの話であったように、県外の搬送はほとんどない状況です。一応、県内のほうで処理できるということです。ただ、南加賀のほうの加賀市消防本部になりますと、福井の救命センターが近くなりますので、そちらへ搬送している例もお聞きしております。それ以外は、県内で大体処理している状況です。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

ストラクチャーの部分でのあれというのは、おそらく大部分は解決しているのかなと思います。ただ、厚生労働省の検討会の中でも、救急医療体制のあり方だったか、消防庁さんだったか、やはり、MCの活動の中に精神科医や産婦人科医というように幅広い診療科が入って活動していくのが、搬送等受け入れの関係から見ても健全じゃないでしょうかというサジェスションがあったと思うんですけども、酒井先生いかがですか。

**【酒井助言者】**

それは厚生労働省で昨年行わせていただきました救急医療体制の検討会でございました。後ほど、第3部のほうでご報告します。今、まとめているところでありますので案ではありますけれども、提示させていただきますが、そのように、精神科、小児科、産科、婦人科の先生方にも入っていただけるよう整備するべきであるご提言をいただいております。

**【横田座長】**

ありがとうございます。総務省のお考えもそれでいいんでしょうか。

**【日野原助言者】**

はい、まさしく厚生労働省さんのおっしゃるとおりかと思います。

消防庁のほうの観点からしますと、消防法改正により、実施困難事案に対する搬送のルールづくりを行いましようという取り決めをしました。毎年、消防庁のほうでもアンケートをとらせていただいています。そこで見てみますと、ある程度、小児、精神、それから産婦人科（周産期）の実施基準に

ついても定められつつあるというアンケート結果が得られている一方で、先ほどお示ししたアンケート結果を見ますと、プロトコールに関しては産科、小児科、精神科に関しては、つくっているところが一、二割程度という現状も見えてきています。ですから、もう少しその辺の数字がともに上がっていくような格好になっていけばいいのかなとは感じています。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

それでは、議題を移します。まず、いろいろな方の発表について、先に各論でいろいろなことを聞いておきたいという、演者の人たち、あるいはフロアの人たちのご質問を受けておきたいと思えますけれどもございませんでしょうか。

伊藤先生には精神科の話から、精神科の緊急度の判定の iPad の仕組みを使っているお話、あるいは研修としても非常に取り組んでいる病院実習のお話、口頭指導のことについてもお話をさせていただきました。以降、いろいろな先生方がお話しされましたけれども、ぜひ、あの発表には質問しておきたいというようなことはございませんでしょうか。

**【伊藤パネリスト】**

隣の兼行さんにお伺いします。周知するためのそういう書類を、例えばMCの委員以外のところにはどうかということについてです。うちでも、基本的にはオープンですけれども、大体、委員の施設のほかの方たちがオブザーバーで来たり、あとは救急隊の方々が来られますが、あまり周りに「ありますよ」と実は声をかけていないんですね。声をかけてしまえば、来たいという人がいたら、オブザーバーだったら幾らでも入れるわけだから、「今日はどういう検証会議がありますよ」とかは周知されているんですか。県の仕事として、MC協議会で決まった内容を、ほかの医療機関とかに周知すると言われたけど、実際にやりとりを聞いてもらったほうがもっといいかなという気がしましたものから。そういうことはされていないんですか。

**【兼行パネリスト】**

今はそういったことはしていません。ですから、結局、先ほど言いましたように、MC委員以外の医療機関の関係者の方にその情報が行っていないので、今後そこにちょっと力を入れていかないといけないということです。

**【横田座長】**

ほか、演者間の発表について質問がございませんでしょうか。大丈夫ですか。

だから、MCを充実させようということの一つの最初のストラクチャーとしては、非常に幅広く議

論できる人たちに参画してもらおう、これは原則なんだろうけれども。そういう意味で、具体的な例として、精神科疾患の救急を考えた場合には不可欠ですよという例を伊藤先生にやっていただきました。これは、私どもも非常に参考にして、地域でぜひこの方向性を私たちもまねるといふか、いいところはまねてやっていきたいと思います。ありがとうございます。

次、質を評価するという意味においては、後ろのスライドにありますように、いわゆるメディカルコントロール、従来から言われているプロセスですけれども、やはりしっかりとしたプロトコールを書いて周知していただいて、実際に業務の上で助言を必要とすれば、オンラインで具体的指示や助言を出したりすると。それを検証して、分析をして、フィードバックをかけて教育に生かしたり、新たなプロトコールの修正をしたりといった、プロセスがしっかり回っているかどうか、おそらく一つの指標にもなるんだろうと。これは、指標といふか当たり前のことだろうと思います。

そういう意味で、総務省消防庁さんに大体この項目どおりに調査をしていただきましたが、やはり、まだちょっといろいろ差がありますねというのが調査結果だったと思います。

この点についてもご発表の中で触れられていた方々もおおと思いますが、どうでしょう。こういうコア業務のプロセスを回していく上で、現状こうなんだということに加えて、まだ課題も幾つかあるよということで、ぜひご発言いただきたいと思います。いかがでしょうか。まず、伊藤先生、どうでしょう。

【伊藤パネリスト】

問題点というのでいいですか。

【横田座長】

問題点でもいいです。

【伊藤パネリスト】

厚生労働省とか、そういうところにお答えいただきたいのですが。

【横田座長】

遠慮なく言ってください。

【伊藤パネリスト】

僕は静脈路確保の病院実習の話在先ほどしました。今まではC P Aを対象に特定行為をやっていました。今度は、処置拡大において社会復帰率が非常に高い非C P Aに対して静脈路確保を実施してい



くこととなります。例えば、今医師会では、診療所や病院の医師が行った静脈路確保後の疼痛の問題がたくさん出ています。神経損傷とかですね。今まで私たちは、救急隊の指示要請に対して、信頼関係だけで指示出しを行ってきました。信頼関係を担保するために救命士の処置行為の質向上を行ってきました。しかし、今後非C P A傷病者から処置内容でクレームとかがあったときのことを考えると、MC協議会の法的な位置づけを今後きちんとしていただかないといけないと思います。例えば、実証研究のときも、クレーム事案があったときにMC会長が何か対応するのかなとかいう話ができました。この先どうなるのかについてはぜひ聞いておきたいと思います。そこを教えていただければと思います。

#### 【横田座長】

法的な問題ですよ。明らかな瑕疵があって起こったというようなときに、責任を誰がどういう形でとるんだとか、そういう問題は必ず出てきます。おそらく、地域あるいは都道府県MCでも議論にはなっていると思います。先ほどの話では石川県が弁護士の方に入っていて倫理委員会等の活動をしていただいているよということだったと思いますし、多分、東京都なんかには、橋本先生のような法学的な立場の方も入られて活動しているとは聞いています。逆に、伊藤先生のところの県のMC、もしくは地域のMCに、そういう法学関係の方、法曹界の方は入っておられますか。

#### 【伊藤パネリスト】

問題が起これば、その都度弁護士さんを通して相談しておきますということはあるんですが、委員としてはおられません。ただ、各県でばらばらで専門家の委員を決めていいのかという気もしています。

#### 【横田座長】

ばらばらでしょうね。会場の人たちにお聞きします。自分たちのMC活動、あるいはご自身が関与している、地域でも都道府県でも結構ですが、メディカルコントロール協議会には、法曹界といいますが法律関係に詳しい方が入っておられて、相談することもよくありますよという方、ちょっと挙手願えますか。はっきり見えませんが、あまりいないようですね。

この辺、どうでしょうか。メディカルコントロールを充実しなさいというものの、現場では絶えずそういう危険なところもあろうかと思いますが、安全にできるだけやろうとみんな努力はしていても、人のやることですので、診療と同じで。

#### 【伊藤パネリスト】

多分、消防機関は何か起こっても組織として対応しますから大丈夫だと思いますが、医師の立場で

実施指示をだした場合の問題は、どうなるのかわかりません。病院前の活動に対して法律的な裏付けがほしいところです。みんなが「なにかあったらどうなるんですか」と聞かれますが、「僕にもわかりません。国が答えてくれるでしょう」といつも言っています。

【横田座長】

ちょっと難しい質問ですけれども、重要な問題ですので、一言、二言どうでしょう。厚生労働省並びに総務省消防庁、どういうお考えかを。わからないところはわからないんでしょうけれども、お考えがあれば聞かせていただきたいと思います。質問の焦点はわかりますか。

【酒井助言者】

病院前で、意識のある方にルートをとって、そこで神経障害が起こった場合の、今後の責任のあり方、所在ということによろしいですか。

ちょっと論点がずれるかもしれませんが、今回、処置拡大に当たって実施される処置の対象者は、意識がある方、可能であれば自分でも意思表示できる方になります。その辺の倫理関係とかを今しっかり勉強していただくというところは盛り込んでいるんですけれども、今後、責任のあり方というのは、これまでの、医療事故ではないんですが、救急救命士さんと医師の指示のあり方ということでも議論されていくのではないかと思います。

石井先生からおそらくお話しいただけるかと思いますが、事故調の話ですか、よければ少しご紹介いただければと思います。

【横田座長】

石井先生、ご指名がかかりましたので。

【石井幹事】

日本医師会の石井でございます。

オンゴーイングの話で、いろいろな側面があると思います。一つは、救急医療は政策医療の代表的なものでありまして、我々医療者が全面的にリスク負担まで含めたお手当をもらったり、そういう関与をしているわけではないと思っております。つまり、これはあくまで、我々は善意をもって関与していると。しかし、起こったことに関しては、これは政策医療、行政の責任のもとでやっていることだと考えております。だから、まず入り口論でいえば、これまでも今後も、そういう中で我々ができる限りの協力をするという立場だと思えます。

業務がますます複雑化して、いろいろなことが起こるだろうと想定をされるのは、そのとおりだと

思います。ただ、逆に言えば、この時代にこう決まっただけで、それをやらなかった、不作為の責任ということもあり得るでしょうから、それはやはり、一件一件判断してしっかりと指示するということが望まれるのは、いつの時点でも同じだと思います。今回は実証研修までして、やるべきだろうということで法改正までしたわけです。実証実験そのものも法改正でやって、その上での話ですから、事柄の中身はともかく、その時点で何か躊躇することはないと思います。もちろん、その後、いろいろな複雑な状況でのお申し出があったり、説明責任を問われたりということはあると思いますが、それは今まで同様、果たすしかないと思います。果たして、それで係争になったらどうなるかと。もう一度申し上げますが、それは行政の方と、責任ということに関しては考えていただくということが大事かと思います。我々は、そういう立場で最初からやっていますし、その辺はあまり掘り下げないほうがと思います。逆に、一件一件の例に問題があったときには、それこそ日本医師会も全力で、顧問弁護士も複数おりますし、この経緯についても、相談しながらやっていますから、それは対応します。当然、行政も全力でやっていただけるでしょう。この日本の大事な救急の制度が、そういうクレームによってうまく動かなくなるということは、あるべきではないと思います。前向きな対応をしていくということだと私は思っています。

行政の方は、いきなり答えると言われると答えにくいところもあると思います。それはお任せしますが、私の解釈はこういうことで、とりあえず切らせてもらいます。

#### 【横田座長】

ありがとうございます。ということで、日本医師会の石井先生に少し助け船を出していただきました。坂本哲也先生、どうぞ。

#### 【坂本幹事】

東京都のメディカルコントロール協議会でこの件に関して、何回か議論がございましたので。

まず、もし何か過誤があったりした場合のいわゆる責任問題について、特にメディカルコントロールの指示医の責任をどう考えるかは、よく議論になります。

まず一つは、東京都の場合、救急隊に対する指示を出す医師は、東京都の非常勤の職員の立場で常にやっているのです。形としては都知事の責任を問うことになるということで、そこは済ませるということです。ですから、指示の中に大きな過誤があった場合は、都知事の責任になるということなると思います。

もう一つ、そうは言っても、もうちょっと医療の責任があるのかに関しては、現行法上では、残念ながらというか、指示自体はまだ助言、アドバイスという段階なので、医師の診療が外に一步出たという形にはなっていません。もし診療と捉えるのであれば、現場で目の前で診ていない患者さんに対

する診療をするということ自体の法的な問題が出るということになります。ですから、これはあくまでも助言にとどまるという内容であって、そこに関して、医療としての責任は問われないというのが、一応、東京都のMC協議会の解釈になっています。

**【横田座長】**

ありがとうございます。太田先生どうぞ。

**【太田幹事】**

アメリカには、「よきサマリア人法」というものがあります。いろいろ調べてみますと、これは、医師にも救急隊員にも適用されないような法律です。けれども、その法律があるため、今お話しのような訴訟の例はかなり少なくなったという抑止効果ははっきりしております。ですから、今、私たちも「よきサマリア人法」の日本版を制定しようと思っています。

もしこれが制定されたならば、プラス効果があるだろうと思われるのかをお尋ねしたいと思います。まず、厚生労働省と総務省消防庁の先生方にお聞きしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

**【横田座長】**

いかがでしょうかということですので。

**【日野原助言者】**

すみません、ちょっと確認させていただきますけれども、「よきサマリア人法」は、それを職業、なりわいとしている者に対して適用されるわけではないのはアメリカでも同様の状況であって、先生がおっしゃるのも、日本で一般人を対象に「よきサマリア人法」が導入された場合、消防職員に対する言ってみればクレームがちょっと減るんじゃないかみたいな、そういうご質問でしょうか。

**【太田幹事】**

前提はそれですけれども、おそらく、事例になりましたら専門者としての技量の過誤を問われることになると思います。まあ、これはアメリカでも日本でも変わらないと思いますけれども。そういう法律があること自体が、やはり相当なプラス効果があると言われているわけです。

**【横田座長】**

太田先生、おそらく、答えはこうですよとは行政の立場で答えづらいただろうと思います。参考に承っておくという程度でよろしいでしょうか。全体が段々と、メディカルコントロールの危機管理的な

ことばかりになってしまうとあれなので。非常に重要な課題ではありますがけれども、この辺でご容赦いただきたいと思います。

**【太田幹事】**

はい。

**【横田座長】**

ということで、コア業務に相当するところを回していくのに、一つ、どうしても安全という面が出てきますが、おそらく多くの協議会は都道府県知事の委嘱が出て構成員になっていると思いますので、大きな訴訟が起こったときは、最終責任、訴えられるのは知事なんだろうと思いますけれども。

ただ、もう一つ大きなことは、私たち自らの手で、いわゆる安全管理、リスクマネジメントをやっていないといけないと思うんですが、病院がやっているような医療安全と同じような仕組み、すなわちヒヤリハットを収集して、どこに非常に危険性が潜んでいるのか、病院前救護でもやっていないといけないということがあります。

おそらく金沢にはこれに関しての先見の明があって、危機管理委員会などを立ち上げているんだろうと思います。どうでしょう、浜野さん、そういう活動はどう生かされているのかをご披露いただくとありがたいなと思います。

**【浜野パネリスト】**

金沢の場合は、危機管理委員会で提出する基準は大体決まっているんです。それで、各消防本部で、活動の中でそれに見合った危険性があったものとか、事故が起きた場合は、報告書がきちんとありまして、その報告書に基づきMC協議会に提出します。その出された資料に基づき、危機管理委員会を開催して、委員が集まって一つ一つを検討して回答を出していくということです。回答をフィードバックで各消防本部にお返しするという流れになっています。

**【横田座長】**

いわゆる、我々医療機関で俗に言うところのインシデントレポートみたいなものを収集して、それを分析し、フィードバックしていると考えていいですか。

**【浜野パネリスト】**

そうです。内容は、簡単なものまでいろいろあって、車両の事故まで上がってきている場合もあります。

**【横田座長】**

それは、メディカルコントロールにかかわる医師がその内容を見て、医学的な観点から助言していると理解していいのでしょうか。

**【浜野パネリスト】**

医師も入っています。あと、医学的観点まで行かない事案が出てくる場合もあるんです。業務の中での対物の交通事故みたいなもの、救急車のドアの開放によって横にいた方にけがをさせてしまうとか、ドアをあけたときにドアから転落したとか、そういう関係の危機管理も入ってきますので、医学的見地以外の内容も検討しています。

**【横田座長】**

ありがとうございます。私も数年前に稲葉先生がそういう取り組みをしているんだと聞いたことがありまして、県のMCの活動としてなされていると今日ご報告の中でお聞きして、改めて素晴らしいことだなと思いました。先ほどの議論で「問題が起こったらどうするんだ」というところももちろん解決しないといけないんでしょうけれども、そうならないための戦略として、メディカルコントロールの業務の中に入れていくというのは大変重要なことではないでしょうか。

さて、今度は、充実させるためには、ほんとうはアウトカムがよくなるような見方があればいいんでしょう。そうすれば、何をすればよくなり、何かをしてもあまり効果は変わらないということで、もう少し充実度が見えてくるのかもしれませんが、しかし、急性疾患、急病のアウトカムを見るのは非常に難しいです。そして、医療機関の診療のプロセスとも絡んできますし、実態はなかなか難しいのですけれども。

どうでしょうか、搬送と受け入れの実施基準等でも少しありますけれども、救急で運んだ後のアウトカムも含め、いわゆる診療のデータも含め検証するようなプロセスが、ちょっと今回、演者の先生方の中には具体的に見えてこなかったところがあるんですが、私はぜひそのあたりを伺いたいと思っています。そういう取り組みが少しでもあるのかということです。あるいは、山口県は、消防法に係る搬送と受け入れについても、県としては包括してMCの中に入れていきますよというお話もされていました。病院からリストをいただいて、そこへ運んだというだけではなく、その後どうなったかといった病院側からの返しというか、そういうデータをいただくという作業もその中に含まれているのかも含めて、お聞かせください。

**【兼行パネリスト】**

実は、昨年度の県MC協議会の中で、事後検証票の見直しといったところが出てきました。今年度

の県MC協議会を来月予定しているんですが、その協議会の中で、そういった目標を見据えて、今、事後検証票の見直しに入っています。こういった議論を来月の会議の中で、方向性を示した上で、委員の方にご意見をいただく予定にはしています。現在は取り組みはしていませんが、近いうちには取り組みはするという状況です。

**【横田座長】**

浜野さん、石川県などでは、搬送と受け入れの改正消防法にかかわる部分の業務も、メディカルコントロール協議会の中に入れ込んでお仕事をされていると考えていいんですか。それとも、別に協議会が設けられていて、石川県としては進んでいるのでしょうか。

**【浜野パネリスト】**

消防法の医療機関受け入れに関するところは、石川県のほうで動いております。そして、メディカルコントロール協議会はあくまで助言のみで、実際には県の中には入っていないとお聞きしています。

**【横田座長】**

そうすると、メディカルコントロールの活動としてはまだというか、今、母体が違う形で動いているので、消防機関を中心としたメディカルコントロールはあまりコミットしていないということですね。

**【浜野パネリスト】**

そうですね。直接、メディカルコントロール協議会の会長が入るのではなく、県のほうにメディカルコントロール協議会の事務の職員が2名いまして、その方もそちらの医療搬送機関のほうのメンバーに入っています。そのほうで、少し意見は出ていると思います。

**【横田座長】**

そうすると、県のメディカルコントロール協議会の仕事として、例えば、救急隊員の技能とか知識を上げるためにいろいろな活動をしているけれども、搬送先の患者さんがどういう転帰になっているか、例えばちょっとデータをいただいて病院の選定が良かった、悪かったということも含めてですけども、そういう活動というのは、MCのほうでは今はやっていないんですか。

**【浜野パネリスト】**

病院の先生の処置がいい、悪いという、そこはちょっと……。

【横田座長】

いや、そうじゃなくて。

【浜野パネリスト】

事後検証に関しては予後調査は必ずやっております。それから心疾患と脳卒中に関する予後調査ということで、長い期間を区切って採取して、それをデータとして、また協議会のほうでいろいろデータを出しています。

【横田座長】

わかりました。はい、伊藤先生。

【伊藤パネリスト】

全部の疾患でデータをとろうとすると、ただでさえ50%が外来で済む軽症事案のなかで、仕事量だけ多くて、あまり意味がない、ということになります。

僕が今、先生のご質問で思ったのは、事後検証の中で検討すべき疾患を一つ決めて、県単位、あるいは地域単位で何年か分を抽出して調査してはどうでしょうか。医療機関側に予後情報の提供を求めないといけないのですが、情報提供の依頼も、県か地域MC協議会会長名で医療機関に「調査ですのでぜひご協力ください」と通知を出してもらった方がいいと思います。救急隊から「予後を教えてください」と言っても教えていただけないと思います。そういう作業の手間を考えると、やはり疾患はある程度絞って調査すべきです。

【横田座長】

そういう意味では、先生が、不応需の点から入って行って、これは精神科が結構あったよね、じゃあそれに的を絞って解決していく方法を探ろうよということでやっていかれて、ご発表のような結果が生まれてきたんですね。

【伊藤パネリスト】

そうですね。あれは全部調査をお願いして、いつ入院、何日間入院とか全部調べました。そういう調査はやはりきちんとお願いしないと、なかなか難しいんじゃないでしょうか。

【横田座長】

そういうことでしょうかね。ちなみに、例えば搬送と受け入れの実施基準に係る業務も、福岡県、あ



るいは北九州市についてはどういう。

**【伊藤パネリスト】**

搬送先情報は全部、各消防本部から県の消防防災指導課に上がってきており、初療医師の「軽症」「重症」判断までは当然情報がとれています。ただ、初療医が活動記録に第一印象で「中等症」と書いた後に、検査してみても痛みもとれてその後は「軽症」に変わっていることもあります。記録が訂正されない限りそのまま「中等症」でとっているかもしれません。全国で今50%ぐらいだと言われている搬送軽症事案は、じつはもう少し多くなるのかなという印象を持っています。精神科救急は結構、資料時に「中等症」と書いてあるのに、詳細にカルテで調査すると外来で帰っている軽症例がほとんどでした。その辺はもうちょっと調べ方を変えていかないといけないと思っています。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

どうでしょう、栃木県において、地域MCとして、そういう搬送と受け入れのことも考えたメディカルコントロールの活動というのは、その業務の中に入れてやっているという実態はございますか。あるいは、病院先へ運んだ後のデータを少し返してもらって、検証のネタにしているとか、そういう活動はいかがでしょうか。

**【馬籠パネリスト】**

栃木県においては、タブレット通信を使用しまして、搬送した症例に対して全件タブレットに打ち込んでその症例を県に報告しているという状態を繰り返しております。

小山・芳賀地域分科会で、受け入れ困難症例については、先生にその後の追跡調査をしていただいております、「重症」と書かれたんですけども、実際は1泊入院で帰られたという方もおります。そういったことも先生方がきちんとデータ取りをしていただいている、救急隊にもきちんと検証会でフィードバックをしていただいております。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

**【質問者】**

熊本県では、先生が今まさにおっしゃっていることをやっております。消防法に基づく基準で、救急隊が、例えば急性冠症候群と思って急性冠症候群の受け入れ医療機関に搬入された割合と、それぞ

れが「軽症」「重症」と救急隊が見積もった重症度と医療機関側の判断との一致度を、プレホスピタルレコードの返書という形で、うちの県は全部医療機関から消防のほうに結果を返しています。まだ期間限定で、通年ではできていないんですけれども、そういう基準が妥当かどうか、あるいは基準と重みづけが正しく使われているかどうかを検証しています。

#### 【横田座長】

ありがとうございます。

最終的に、メディカルコントロールが、救急隊員、いわゆる救急救命士の傷病事案に対して行う判断と行為の質を保証しようというのが本来の目的です。病院選定をするためにも、緊急度やある程度病態がわからないと、つまり正しく傷病者の把握ができていないと、その行為ができないわけですから、包括的に見てみると、救急隊員がやはりきちっとした傷病者の観察ができるということに立脚しているわけですね。そういうことを、どういうふうにして検証していくか、見ていくか、あるいは、お隣がどういう工夫をしているかということを経験をつくらせて比較していくか。本来、今日はそのことに焦点を当ててできないかなと思って進めてまいりましたが、四方のご発表が大変優秀な話ばかりでありつつきょうがなく、座長の進行のまずきで盛り上がり欠けてしまったことを非常に申しわけなく思います。

最後に、ご助言をいただきたいと思います。行政の方がお二方と医師会の先生という立場がそれぞれ違った方々に入っていると思いますので、締めくくりも含めてお考えを述べていただけますでしょうか。まず、総務省消防庁の日野原さんからお願いできますか。

#### 【日野原助言者】

非常に勉強になる取り組み内容をいろいろ聞かせていただきました。私たちも、消防庁の救急企画室といたしまして、全国的なMCの底上げを図っていくにはどのようにしたらいいかをいろいろ考えながら仕事をしています。

本日の発表を伺いまして、ある程度、示唆していただけたような部分もあるのかなと感じております。例えば、伊藤先生からは、教育の目標値をまず消防本部の方々に確認して、静脈穿刺の話ですね、それが達成できるための研修の量といたらどれぐらいが必要なのかを決められて、その結果、ある程度の穿刺の成功率の改善を見られているというお話をいただきました。そのような、様々な取り組み内容について、私たちとしても、また持ち帰っていろいろ検討したい部分があるかと思います。本日はどうもありがとうございました。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

厚生労働省も、救急医療体制の検討会を含めて、メディカルコントロールについては非常に熱い議論があったと思いますし、また、今後の方向性も、ある程度あると思います。厚生労働省の今日の立場からご助言いただくとありがたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

**【酒井助言者】**

ありがとうございます。

厚生労働省におきましては、今、ご紹介いただきましたように、救急医療体制の検討会を開かせていただくとともに、私、病院前医療対策専門官ということで、病院前のところにも今後力を入れていくというところでもありますので、今後とも皆様のご協力、ご支援を賜ればと思っております。

また、今回、お話しいただいております搬送と受け入れ等、このような救急医療体制をうまく回すというところにおきましては、こちらも今後の取り組みになりますけれども、予算等を計上し、メディカルコントロール体制を支援していければと考えております。どうぞよろしく願いいたします。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

猪口先生、医師会の立場ということで、日頃メディカルコントロールに係わっておられることでもありますので、ご助言いただければと。

**【猪口助言者】**

今日はいろいろ勉強になりました。ほんとうにどうもありがとうございます。

私は、東京都から参っておりますので、MCは都全域で、そういう経験値から参加したわけですが、こうして地域のMCの方たちの活動を聞いて、なるほどと思っているところでもあります。

都としては、MCは非常にうまくいっているという印象でずっと思っておりました。それで大体いいんだろうと思うんですけども、プレホスピタルの部分から病院に受けるところまでを非常に短くしてうまくいかせるために、かなり地域MCの活躍というものを感じたところでもあります。東京には東京ルールというものがあって、それを補うような形で地域救急会議というものを展開しております。似たようなところではあるんですけども、これは医師会のほうの自主的な参加も結構ありますし、行政の方も全部混ざったような形でやっております。お話を聞いていると、こういうところをもっと発展させていったらいいのかなと思います。

もう一つは、このPDSAサイクルを回していくに当たって、多分、検証のところに出てこなくて

はいけないんだろうと思うんですけども、最初の小林会長のお話にあったような、これからの高齢社会に対応するという点に関して、課題の抽出をどうやって行っていくかです。PDCAサイクルを回していくとどうしても、同じ課題をぐるぐる回してしまいます。その改善にはなっていくだろうと思うけれども、新しい課題をどうやってこの高齢社会に向かって抽出していくかです。

東京のMCでも時々問題になるのは、高齢社会の中で、通常の何としても助けるという救急のところに乗せていいのか。それから、今どんどん進んでいるインフォームド・コンセントに伴って、尊厳死だとか、自分の治療法に関しての意思表示をしているような方たちに対して、通常のプロトコルがそのまま通用できるのかということです。そういった問題の抽出の仕方ですね。MCの、多分、検証部会に入ってくるのではないかなと思いますけれども、新しい、世の中がどんどん変わっていく中での課題の抽出の仕方をもっと我々医師会も提言していきながら、お互いに時代についていくように頑張っていきたいと思っています。本当に今日は勉強になりました。どうもありがとうございました。

#### 【横田座長】

ありがとうございました。

最後に猪口先生のほうから、決まりきったPDCAサイクルを回すわけではなく、新しい課題を拾うのも非常に大事だよというご助言をいただいて、私どもも大変勉強になりました。

#### 【石井幹事】

済みません、蛇足になるかもしれませんが、本当に今日の議論は参考になったと思います。

最後に猪口先生がおっしゃったように、世の中が複雑化しています。患者さん側も複雑化しています。病気も、ということでしょうね。だから、我々もいろいろ考えなければいけません。先ほどあえて言わなかったのは、最初に結論めいたことを言いたくなかったからです。結局、いろいろなハザードのことがある、いろいろなことがこれからも問題がある、だからMCを強化していくという最初の命題に戻るのではないかなと思うんです。

そして、これは私の前からの持論ですが、これが第三者機関として誰の目にも公平公正で、日本の医療のあるべき姿、地域医療のあるべき姿をしっかりとそれぞれの場所づくり、意見交換できる状態になることが、結局は国民からの信頼も得られる、行政的にもスムーズになるということではないかなと思うんです。

結局、商売の行動のパターン、例えば商業圏とか医療圏、居住のパターンはどんどん複雑化し、これも広域化していますので、地域がそれぞれがレベルアップしながら、しかし周辺ともコラボしなければいけないと思います。地域内連携と地域間連携です。行政の一つの単位である都道府県をはみ出しながらも、我々はお互い情報交換してレベルアップする必要が多分あるんだろうと思いながら聞

いていました。ありがとうございました。

**【横田座長】**

ありがとうございます。

時間がちょっと過ぎてしまいました。今日、それぞれの立場で、メディカルコントロールの充実に向けた取り組みということで、四方に非常に有益なお話を聞かせていただきました。ご助言もたくさんいただきました。皆さん方、これはぜひお持ち帰りいただいて、いいところはとっていただいて、ぜひ地域のメディカルコントロールの活動に役立てていただきたいと思います。

それでは、このシンポジウムを終わりたいと思います。どうも皆様お疲れさまでした。(拍手)

**【司会】**

皆様、ありがとうございました。それでは、これで第2部を終了させていただきます。なお、第3部につきましては、16時05分から開始とさせていただきますので、暫時休憩といたします。16時05分にまたお集まりのほど、よろしく願いいたします。

**プログラム4 第3部**

**「救急救命処置等に係る情報共有」**

**(1) 救急蘇生統計等の分析によって発表された医学論文の評価に関する研究結果**

**発表者 帝京大学医学部救急医学講座主任教授 坂本 哲也**

**(2) 救急救命士の処置範囲拡大に係る動向**

**救急医療体制等のあり方に関する検討会報告**

**厚生労働省 平成26年度予算概算要求**

**発表者 厚生労働省医政局指導課病院前医療対策専門官 酒井 智彦**

**【司会】**

それでは、第3部「救急救命処置等に係る情報共有」について進めさせていただきます。

はじめに、「救急蘇生統計等の分析によって発表された医学論文の評価に関する研究結果」としまして、帝京大学医学部救急医学講座主任教授の坂本哲也先生からご発表いただきます。坂本先生、よろしく願いいたします。

【坂本先生】

この話題は、今日の午前中、全国救急隊員シンポジウムでも一般財団法人救急振興財団からの求めでお話をしたのですが、MC協議会としては、MCに携わる医師として、医師が知っておくべき情報の共有ということで、厚生労働科学研究で行った研究ですので厚生労働省からの依頼ということでお話をさせていただきます。これは、昨年度の厚生労働科学研究でこのような研究協力者の皆様のご協力で行われた内容になります。

今日の話の背景としては、ご存じのように、2005年よりウツタインデータ（救急蘇生統計のデータ）が公表されているわけですが、近年、このデータを利用した解析が海外の医学雑誌あるいは専門誌に多数発表されています。これらの発表の中で、一般市民に関するPADあるいはコンプレッション・オンリーCPRなどの論文も多々ございますけれども、特に最近幾つか注目を浴びたものは、救急救命士が行う救急救命処置について、その効果がどちらかというと否定的な、やると悪くなるというような因果関係をうかがわせる論文でございまして、これに関して、実際はどうなんだという検証が求められ、厚生労働科学研究としてこの検討をいたしました。

2010年からの3年間に発表された論文の中で日本の救急蘇生統計のデータを使った論文を抽出し分析しました。その中から今日は特に、救急救命士が行う救急救命処置について研究対象となっているものを取り上げ、それらの研究に関して、既に先行して行われている海外のランダム化比較試験との結果の違いなどに注目してピアレビューを行った結果をご報告します。

救急蘇生統計を使った論文の中で、主に救急救命処置にかかわる部分は、ここにあるような10編の論文になります。この中で、網かけをしてあるアドレナリンと気道の部分に関して、特にこれから簡単に情報提供をしたいと思います。これらについての先行研究として、オーストラリアあるいは北欧で幾つかの研究が行われておりますので、これらを参照しながら検証していきたいと思います。

この件の発端となったというか、一番有名なのは萩原先生らのウツタイン統計の研究で、背景因子をマッチさせたとしても、アドレナリンの投与群は非投与群より自己心拍再開率は有意に高いのですが、1カ月生存とCPC1・2は有意に薬剤投与群のほうが悪いという論文を出されました。論文を慎重に読みますと、「薬剤投与と予後が不良であることに関連がある」と書いてありまして、「薬剤投与をしたから悪くなる」という因果律については直接は書いていませんけれども、そのような因果関係があるのではないかとすることが多くの新聞などで報道されたのは皆さんご記憶にあると思います。

この点について、世界的に見ると、既にその前にランダム化研究が二つ大きなものが行われております。

これはオーストラリアのIan Jacobsらのランダム化比較試験で、これは現場でランダム化して薬剤投与群と非投与群に分ける方法になっております。これを見ますと、心拍再開率は有意に薬剤投与群が高いのですが、1カ月生存、CPCはこのグラフの上では高いように見えるわけですが、実際

にはN数、症例数が少ないために有意差がないということで、論文は、心拍再開率は上げるけれども、生存率、社会復帰率は変えないという結論で出版されております。

また、その前にOlasveengenらが発表した論文では、今のIan Jacobsと同じような結果が出ております。アドレナリン投与と非投与をランダム化した研究で、プレホスピタルセッティングでございます。ROSC後の入院については有意にアドレナリン投与群が高いのですけれども、その後、生存退院、CPC1・2、1年生存はいずれも統計的な差はないと。ただ、アドレナリンが悪いわけではなくて、グラフの中では若干多く見えますけれども、統計的な差がないということで、ここでも、ROSC率は上げるけれども、長期予後は変えないという結論になっております。

なぜ、このように、日本のウツタインのデータと欧米のランダム化研究の結果で長期予後が一方は変わらない、一方は悪化するという違いが出たのかということについてヒントを与えるのが、Olasveengenらの二次研究になります。

彼らは、当初の研究では、ランダム化した二つの群を検討したのですけれども、実は、薬剤投与に割りつけられていても、投与する前に自己心拍が再開してしまったため投与しなかった群も含めて、85例が薬剤投与の予定だったけれどもしなかったものになっています。一方で、薬剤投与をしない予定だったのに、例えば5分たっても自己心拍が再開しないので、これはおそらくパラメディックの職業倫理というか気分として、研究としては投与してはいけないけれども、待ち切れずに投与してしまったものが21例あると。したがって、結果として投与してしまったものは367例、結果として投与しなかったものは481例で、このように、プロトコルで決められた割りつけではなく、結果として投与された者と投与されなかった者を比較したらどうなるかという2次研究が2012年に出ております。

この研究を見ますと、日本の先ほどの萩原先生らの研究と非常に似た結果が出ております。つまり、自己心拍再開率では統計的な差はございません。そして、生存退院率から1年生存率に至るまで、全て投与群のほうが悪い。つまり、投与群と非投与群を割りつけた場合には差がない可能性があるわけですが、実際に投与してしまった群、せざるを得なかった群は、投与しなくて済んだ群よりも悪いのではないかということがここから示唆されます。

まとめますと、萩原先生らの観察研究を海外のランダム化研究と比べると、アドレナリン投与群の短期転帰である心拍再開率が上がるという点に関しては双方一致していました。しかし、日本の観察研究でのみ1カ月生存あるいは1カ月神経学的転帰が悪いという傾向があり、ランダム化研究ではこのような悪化傾向は認められませんでした。

この原因は、我々はいきなり最初からアドレナリンを投与するわけではなく、除細動をしたりCPRをしたりして、一定時間心拍が再開しない場合に初めてアドレナリンを投与するわけですから、最初から投与するかしないかを決めているランダム化研究とは傷病者の背景因子がそれぞれに異なっているだろうということです。

傷病者の背景因子をそろえるために、propensity score matching(傾向スコア分析)というものを萩原先生が行っております。これは、最近、非常によく行われる方法です。2群間を前向き研究でランダム化研究できないときに、二つの群で背景因子、例えば今回でいえば、年齢や除細動の有無、初期波形、バイスタンダーCPRの有無などが同じ、マッチする患者さんをそれぞれから1例ずつ選び出して、その人たちを比較するという方法がとられております。ただ、このように、アドレナリンのように途中経過で投与するかどうかを判断するものに関しては、結局、この内容を除去し切れないのではないかとというのがピアレビューでの結論でございました。

実は、この厚生労働科学研究の後に、ナカハラ先生らから別の論文が出ております。これも救急蘇生統計を使った研究ですけれども、アドレナリン投与群が早期の心拍再開が多いという選択バイアスが出ないように工夫した研究です。ある患者にアドレナリンが投与された時点で、その患者に対して、その時点においてまだ投与されていない患者をマッチングするような方法になっています。

どういうことかということ、現場に到着して例えば5分後なら5分後にアドレナリンを投与した患者と対比して予後と比較する患者は、同じ時間のときに、まだアドレナリンが投与されていない人を対象とすることになります。したがって、この人は、もしかしたら7分後、8分後にアドレナリンが投与されるかもしれませんが、最後の最後まで投与されないかもしれません。しかし、このような形で、アドレナリンを投与した段階でまだ投与されていない患者さんと比較することによって、より重症の患者さんに対してアドレナリンを投与しているというバイアスを除くということを考えて研究になっております。

そして、最終的には、マッチングの段階で投与した者を投与群、最終的に投与したけれどもマッチングの段階では投与されていなかった者と最終的に投与されていない者を非投与群として、そのほかの年齢、性別等の背景因子が同じになるものを1例ずつペアにして、千数百例のペアをつくって検討しております。

結論は、VF・VTに関しては、アドレナリン投与群のほうが生存退院率は高いのですが、神経学的な予後に関しては全く変わらないという結果になっております。

一方で、VF・VT以外は、生存退院率もCPC1・2も薬剤投与群のほうが高いということで、社会復帰に関しても薬剤投与の効果があるかもしれないという結論が出ております。

ただし、その数は0.4%と0.7%ですから、1,000人に投与して4人と7人、1,000人に対して3人だけこの恩恵を被るということで、その差としては非常にわずかであるというのが結論になっております。

しかし、このような内容だけではなくて、実は、我々日本の救急蘇生統計では、CPRの中断時間がどのくらいあるのかとか胸骨圧迫の深さがどのくらいであるかというデータがございません。先ほど紹介したランダム化研究では、両群間でCPRのハンズオフタイムが何%あるのかということを中心に比較して、薬剤投与によってCPRが妨げられていないということも研究の中に述べられてお



り、その上での比較でした。我々の場合にはまだそのところが検討できておりませんので、実際には、CPRの中断もしくはマンパワーの不足によるCPRのクオリティの低下が足を引っ張っている可能性は十分にあると思います。

さて、気管挿管に関しても、同じように、2013年に長谷川先生らが観察研究を出されました。これは、まず素データで見ても、明らかに気管挿管もしくは声門上気道デバイスを入れた患者は、バッグバルブマスクだけで済んだ患者さんに比べると、自己心拍再開率から社会復帰率まで全て悪いという結果が出ています。

その中で、先ほどと同じように、傾向スコアを使ったマッチングを行っていても、最終的にodds ratio (オッズ比) で見ると、気管挿管群のほうがバッグバルブマスク群よりも社会復帰率が悪いという結論になっておりますし、また、気管挿管だけではなく、コンピチューブ、ラリングアルマスク等の声門上気道デバイスでさえバッグバルブマスクよりも社会復帰率が悪いという結果になっております。

これに関しては、先ほどのように時系列を用いた研究等もございませんし、国際的にもまだ研究されておられませんので、本当に気管挿管が悪いのか、あるいは、そうではなく、予後の悪い群に気管挿管をせざるを得なくなっているのかということについて、先ほどのエピネフリンほど明確なことは言えないわけですが、ただし、現在のプロトコルが、バッグバルブマスクによる換気が不十分な場合に次の気道デバイスに入るというプロトコルである以上、そのバックグラウンドが異なっている可能性はエピネフリンと同じように十分想像できるわけです。そして、先ほどのエピネフリンの結論を考えると、今の段階で、バッグバルブマスクに対して気管挿管あるいはラリングアルマスクが予後を悪化させていると考えるのは時期尚早であろうと考えられます。

しかし、一方で、気管挿管等を行う場合にも、CPRの中断時間が必ず出ますので、これらを十分にコントロールしていかないと、たとえこれが効果があるものだとしても、最終的な効果が得られなくなる可能性があるということは同等だと思います。

今後、我々日本でこのようなことに関してのデータを出していく必要があるわけですが、オーストラリアあるいは北欧で行われているようなランダム化研究が理想ですが、ただ、日本の現在の土壌では難しいだろうと考えられます。

まず、プレホスピタルという現場だけではなく、救急医療全体でのランダム化研究自体も、たとえばこれがERや救命センターの蘇生室であっても、説明、同意を得てやるのがなかなか難しいということで、この点については、現在、厚生労働省で新たな疫学研究、臨床研究に関する倫理指針という中で、救急救命医療にかかわる部分に関しては説明と同意の例外とするというようなことで検討が進んでいると聞いております。

しかし、それが可能になったとしても、個々の患者さんに一例一例をランダム化してやるというこ

とはくじ引き医療みたいなものになるので、日本人の心情には合わないかもしれません。その場合には、クラスターランダムマイゼーションということで、一定期間ずつ地域ごとにまとめて同一のプロトコールを使った上で比較するという方法も必要になってくると考えられております。

また、現在の段階の観察研究であっても、先ほどのような実際に薬剤投与をしたかしないかという比較ではなく、薬剤投与のできる救急救命士が扱った、つまり薬剤投与プロトコールを用いて蘇生したCPAと薬剤投与プロトコールを使わないで蘇生したCPAということで背景因子を合わせることができれば、プロトコール自体の比較ができる可能性もあると思います。現在の救急蘇生統計はることまで盛り込んでデータ収集していて、平成26年以降はこのようなデータも分析可能になると聞いております。

最後に、まとめますけれども、現時点では、欧米の研究と同じく、二次救命処置に関して、心拍再開率あるいは生存率の向上が得られたとしても、社会復帰率の向上は非常にわずかであるということとは否定できないと思います。

そして、二次救命処置を行う間に心肺蘇生の質が低下することによって、せっかく二次救命処置が何らかの効果を得たとしても、結局、トータルで見た転帰が悪化してしまう危険が常にあるので、質の高いCPRをいかに続けるか、これが極めて重要になります。

一方で、現在、救急救命士の行っている二次救命処置は、マンパワーからも、あるいは現場の状況からも100%理想的とは言えません。これを改善していけば、現在よりももっと大きな差が二次救命処置によって出てくることも考えられます。

また、今回の検討でもなかったものとしては、病院に着いてから心拍再開後の集中治療、低体温療法などを行うことによってさらに予後の改善が期待できますので、これらが組み合わされることによって、今後、差が出てくる可能性もあると思います。これらについて今後検討していく必要がありますし、メディカルコントロール協議会としては、このようなことを理解した上で地域のプロトコール作成あるいは事後検証等をしていく必要があると考えております。

以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。

#### 【司会】

坂本先生、ありがとうございました。フロアから何かこの件に関しましてご質問等はございますか。よろしいでしょうか。どうぞ。

#### 【質問者】

いつもありがとうございます。エピネフリンのほうですけども、心拍再開率は高いですね。

【坂本先生】

そのとおりです。

【質問者】

ただとこのところですけども、どこまでわかるかどうかははっきりしないと思いますが、まず、ファーストエンドポイントを病院到着時点までというふうに比べることができれば、どうでしょうか。要するに、どこで自己心拍が再開したかを区別されていなくて、病院到着前に再開した人も病院到着後に医師が関与してから自己心拍が再開した人も、自己心拍再開群におそらく入っているのだらうと思うので、もし薬剤群が病院到着前の自己心拍の再開率を上げるとすれば、有望になってくるのではないかと思いますけれども。

【坂本先生】

今のところ、そのデータを持ち合わせていなくて、それが分析可能かどうかはまだわかりません。ただ、先生がおっしゃるとおり、もし効果があるとすれば、自己心拍再開を病院前で得るとというのが最大の部分だと思います。

【質問者】

おそらく一番効果が高い。もしくは、自己心拍再開までの時間を比較するとかですね。患者接触から何分後に再開したというのが、短いほうが多分有効性が高いのではないかと思います。

【坂本先生】

少なくとも投与時間に関しては、10分以内に投与したほうが10分以降に投与するよりも予後がよくなるということは日本のウツタインの研究でも出ています。

全体を見ますと、このようなマッチングを行わないと、自己心拍再開のタイミングはエピネフリン非投与例のほうが圧倒的に早いです。早いタイミングで再開しているのでエピネフリンを投与しなかったというものが非常に多いので、そこはかなり違った群になるため、比較は難しいと思います。

【質問者】

そうですね。もう一点は、薬剤投与できる救命士と資格のない救命士が併存するわけですけども、国の施策としては、それをなくして、少なくとも薬剤について全ての救命士ができるという前提のもとに、やる、やらないをしていかないと、おそらくはっきりした結果は出ないのではないかと。非投与の救命士が当たった場合には、適用であっても実際には実施できないという制限がどうしても排除

できないと思うんですね。

**【坂本先生】**

ただ、一方で、それを逆手にとると、非投与の救急救命士が対応した症例と投与できる救急救命士が対応した症例で、背景因子が同じときに差があるかどうかという検証ができる。

**【質問者】**

そうですね。それは今後出てくるということだったので楽しみです。ありがとうございました。

**【司会】**

ありがとうございました。ほかはよろしいでしょうか。そうしましたら、坂本先生、ありがとうございました。続きまして、厚生労働省の酒井専門官から情報提供していただきます。しばらくお待ちください。

**【酒井専門官】**

厚生労働省の酒井でございます。

厚生労働省も全国メディカルコントロール協議会連絡会の主催に名を連ねておりますので、一言ご挨拶させていただきます。

皆様、お忙しい中、このようなお時間まで、最後まで残っていただき、誠にありがとうございます。それにお応えできるような情報提供となればと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日の情報提供の内容は、このたび救急救命士の処置範囲が拡大となりますので、そのご報告と、救急医療体制等のあり方に関する検討会が現在報告書をまとめておりますので、その内容をご紹介します。そして、平成26年度の予算案につきましても少しご紹介させていただきたいと思っております。

情報提供の前に、私たちが今係っている救急医療はどこに位置づけられているかという前提を少し確認したいと思っております。

医療計画制度というものがございまして、スライドの赤で示しているところを読み上げますけれども、「各都道府県が、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に策定」とあります。先ほど、第2部で山口県の方々からいろいろご発表がありましたけれども、このようなところののっとなってそれぞれ策定していただいているのだなというのを実感しております。そのように策定することにおきまして、「医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回

復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進」というところを目指しております。

目指している医療計画制度の中に、5疾病5事業及び在宅医療というものを具体的に記しましょうとなっておりまして、5疾病5事業の中に、こちら、赤で示しますが、救急医療が入っております。というところで、救急医療は、医療計画制度に基づいて都道府県が策定するという状況となっております。

「5疾病5事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築」することをしっかりやっていかなければならないと考えております。

次に示しますのが、医療計画の中にどのようなものを示しましょうという指針でございます。この中で、私たちがかかわっているメディカルコントロールという記載が出てきますので、少しご紹介させていただきたいと思っております。

まず、「目指すべき方向」という中に記載があります。「適切な病院前救護活動が可能な体制」を目指すために、「メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動の実施」と、このようなものが記載されております。

また、「各医療機能と連携」の中には、「病院前救護活動の機能」として、消防機関の救急救命士等とともにメディカルコントロール協議会も医療機能として位置づけられております。

そして最後に、具体的にそのようなものをどのように動かしていくかということにつきましては、現状把握、課題抽出、目標設定、評価といったPDC Aサイクルを示して、「救急医療連携に関する情報の収集」として、メディカルコントロール協議会の活動状況等も現状を把握する一つの指標になるというところでありまして、先ほどの山口県の発表でも、メディカルコントロール協議会の活動状況として「協議会を年に何回やっている」などの数字が出ていたものと思っております。

それでは、本題に戻ります。まず、救急救命士の処置範囲拡大に係るところです。

これは、昨年取りまとめでいただきました救急救命士の業務のあり方等に関する検討会の報告書をもとに、このたびの省令改正となっております。

スライドに1番から4番までございます。上から二つ目、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について、そして4番目の心肺機能停止前の静脈路確保について、これらはいずれも赤で示しますが、救命救急処置に加えることは適当と判断するという報告書をいただいております。これに基づきまして、新たに救急救命処置にこれらの行為を加えさせていただきます。心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与です。下線を引いているところは特定行為、つまり具体的な指示を要するものであり、下線を引いていない血糖測定は包括指示の救急救命処置として位置づけております。これらを法的に救急救命士の方が実施可能となりますのは4月1日からでございます。

なお、このように法令改正を行ったのは、まさしく今日でございます。今日の日付を下に書いてお

りますが、本日、この省令が公布となっております。(平成26年1月31日)

そして、先ほど示しました特定行為と包括指示の行為は、一覧表に示すとこのようになります。

スライドの右側にあります医師の具体的指示を要する特定行為の中に、従来の三つに加えまして、乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を加えさせていただきます。

そして、血糖測定器を用いた血糖測定を包括指示の中に加えさせていただきます。

そして、このたびの省令改正あるいは通知の改正につきまして、同時にですけれども、左側に示しております、線を引いておりますが、用手法による気道確保、胸骨圧迫等は、これまで救急隊員であれば応急処置の基準の中でできていた、一般人でも可能な応急手当に該当するとされておりました、救急救命処置には位置づけられておりませんでしたけれども、このたび、救急救命士の救急救命処置の基本的な部分と考えまして、新たに救急救命処置にしっかりと位置づけさせていただきました。

そして、追加講習も本日発出の通知で示しております。講習及び実習要領並びに修了の認定等についてという通知になります。

血糖測定と心肺機能停止前の静脈路確保などにつきましては、従来のエピネフリン投与の実施のための講習及び実習を修了した方を対象として行っていただきたいと考えております。内容は、スライドでは別表と書いておりますけれども、済みません、こちらは今回御用意しておりませんが、基本時限24時限以上を設定しております。省令改正の公布日、つまり本日から追加講習につきましては行っていただいても可能です。ですので、準備ができ次第、皆さん方でそれぞれ取り組んでいただければと思っております。

次に今回の改正のポイントです。このほか、通知を合計5本出しておりますけれども、それを少しまとめさせていただきます。

特定行為として二つの行為を追加します。追加講習カリキュラムとして、基本は24時限以上、昨年度行われておりました実証研究に参加していた救急救命士の方は3時限以上とさせていただきます。

グレーになっているところは、これは現在パブリックコメント中のございまして、救急救命士の資格をとる前の段階ですが、そこでは単位数を1単位増加するというように、現在、省令改正の予定をしております。

そして、救急救命処置の範囲等につきましても、血糖測定を包括指示のところに加える、応急処置の基準に示されている部分を新たに救急救命処置にしっかりと位置づけるという改正を行います。

そのほか、メディカルコントロール体制の充実強化という通知も出させていただきます。そこでは、本行為を行っていただくに当たって参考にしていただきたいプロトコル、そして新たに今後検証するために、このような行為をしっかりと記録していかなければならないと思っておりますので、それらを盛り込んだ検証票、これらを参考としてつけておりますので、ご確認いただければと思います。

そして、今回行う血糖測定などはこれまでの病院実習にはございませんでしたので、新たに病院実習の項目細目に追加させていただく予定としております。

次は今後の予定です。先ほどパブリックコメント中と紹介いたしました養成指導要領、つまり1単位増加するというものの改正を行い、そして日本救急医療財団主催で行っていただいております救急救命士国家試験のあり方等に関する検討会、救急救命士国家試験出題基準委員会などを開催していただき、平成27年度末、つまり平成28年3月の救急救命士国家試験からこれらの改正に対応した内容での国家試験を実施していく予定としております。

本日、省令改正等、通知発出を行っておりますけれども、済みません、本日ですので、お手元に届いていません。こちらは厚生労働省のトップページをPDFにしたものになります。こちらの「医療」というところに、来週、遅くとも水曜日ぐらいまでにはアップ可能と思っておりますので、皆さん、お手元に届くまではこちらでご確認いただければと思います。本日付で各団体様にはお送りさせていただいておりますけれども、こちらにいらっしゃる消防本部の皆様方に届くにはもう少し時間を要するかもしれませんので、よければホームページからアクセスをお願いします。

続きまして、救急医療体制等のあり方に関する検討会のご報告をいただいておりますので、皆様と共有させていただきたいと思っております。

概要としましては、昨年2月から12月まで8回行っていただきまして、座長の芳は昭和大学病院長の有賀先生におとりいただきました。

報告書の概要を項目ごとにまとめてお示しさせていただきたいと思っております。

まず、大枠としまして、MC体制についてというところですが、これは、ここの場にいらっしゃる皆様方も同じような思いを抱いているのかなと思っておりますので、内容を確認していただければと思います。

まず、現状と課題で、一部のMC協議会でしか救急需要の増大に関する検討や患者受け入れに関する調整について行っていない、救急救命士の増加や救急救命処置の処置範囲拡大を受け、MC協議会の作業量が増加しているというご指摘をいただきました。

今後検討すべき事項と方向性として、増大する救急活動の事後検証や搬送困難事例への対応等、MC協議会に求められている役割を果たすため、行政機関、消防機関、医療機関、医師会等、関係団体が連携することが重要であると。また、先ほどの救急隊員シンポジウムの総合討論でもご意見が出ておりましたけれども、次に示しますように、「MC協議会の法的な位置付けを明確にすること、また人的及び経済的に必要な措置を講じることを検討すべきである」。また、これは先ほどの第2部でもお話が出ておりましたけれども、救急医以外、小児科・産婦人科・精神科医等が参画しやすい環境整備をするべきである、MC協議会が自己評価し他のMC協議会から学ぶための指標の作成と、全国MC協議会連絡会等を介した情報共有を進める必要がある、地域における救急情報を集約し活用する

システムづくりが必要である、これらのご提言をいただいております、慎重かつ適切に対処、対応していきたいと考えております。

続きましては、メディカルコントロール協議会と直接は関係ないところですが、今後検討すべき事項と方向性の中にメディカルコントロール協議会が関与する部分もございますので、ご紹介させていただきます。

救急救命センターについては、専従医師数や年間受け入れ患者数など施設間に大きな差が見られる、全ての重篤な救急患者を24時間体制で必ず受け入れる体制といった本来の機能を果たせていない施設も存在する、充実段階評価が運営や結果を十分に評価していない、これらのご指摘があります。

そして、今後検討すべき事項と方向性の中で、救急救命センターは指導的立場として地域MC協議会に積極的に参画する必要がある、地域における役割機能の評価や第三者による評価などの導入を検討すべきであるのご指摘をいただいております。

次に、二次救急医療機関については、こちらも救急救命センターと同様に、救急車の受け入れ実績や診療体制に医療機関の間で格差が見られる、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行うといった本来の機能や地域の高齢化、疾病構造の変化などによる救急需要の増加、変化に対応するための新たな対策が必要であるというご指摘をいただき、赤で示しておりますが、地域の救急医療の担い手として地域MC協議会に積極的に参画し、実施基準の策定や実施に協力すべきであると、これは先ほど東京都医師会の先生方にもご指摘いただいていた内容かと思っております。

そして、高齢者救急について、これはMCとは言葉は出てきませんが、認識を共有したいと思っております、ご紹介いたします。

高齢者の救急搬送人員は増加している、高齢者は複数の疾病を罹患しており、照会回数の増加や現場滞在時間の延長につながりやすい、緊急度の高い患者を迅速、適切に医療機関に搬送する体制を維持するには、高齢者の増加に対応した病院前医療体制の改革が必要であると。そして最後、傍線で示しておりますけれども、増加する認知症を含めた高齢者の救急患者の受け入れについては主に二次救急医療機関が多くを担っていることから、二次救急医療機関の対応能力の底上げが必要であるとともに、受け入れのための地域でのコンセンサスづくりが必要であるというご指摘をいただきまして、今後、地域メディカルコントロール協議会でも議論されていくべき内容ではないかと思っております。

最後に、平成26年度の予算案について少し説明させていただきます。

少しビジーなスライドですが、赤で示しております背景でございますが、医療機関に受け入れの照会を行った回数が4回以上、現場滞在時間が30分以上の両方の割合が全国平均を上回る地域が、首都圏や近畿圏の都市部において比率が高いという状況の中で、医療体制がうまく回ればと考えまして、このような地域に、救急医療施策の実効性を高めるために、地域の消防や医療機関等で設置しているメディカルコントロール協議会に専任の医師を配置し、下に示しておりますが、協議事項について



て充実強化が図れるよう体制整備、分析、指導、助言を行っていただく、あるいは退院コーディネーター等と協働していただく、実施基準に基づいて円滑に受け入れがなされているかなどを検証していただくと、このようなことを行っていただきます。

また、これらを行いつつも、やはり現場で搬送困難症例が出てしまうと思いますので、その間、しっかり受け入れを決めるようにというところで、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても断らず受け入れる医療機関を指定するというような2本柱、これをセットにいたしまして、地域の救急医療体制を検証、PDSAサイクルを回していただいて、充実強化を図っていただければと考えております。

予算案につきましては、8億円とありますけれども、最初の医療計画で示しましたとおり、都道府県にこのような医療計画を策定していただくので、都道府県単位でこのような予算を獲得していただければと考えております。皆様には、このような制度もあるというところで、ご活用いただければと考えております。以上が厚生労働省からの今回のメディカルコントロール協議会連絡会での情報提供になります。

ご清聴ありがとうございました。

#### 【司会】

酒井専門官、ありがとうございました。この件につきまして、フロアから何かご質問等がございますか。どうぞ。

#### 【質問者】

処置範囲の拡大のことですが、追加資格の付与は誰の責任において行えるわけですか。つまり、県メディカルコントロール協議会として、その人が認定者である、あるいは資格を付与するという形でよろしいのですか。

#### 【酒井専門官】

ありがとうございます。

済みません、スライドを少し削ったところでありますけれども、これまでの薬剤投与、気管挿管と同様に、都道府県メディカルコントロール協議会で認定、そして登録を行っていただきたいと考えております。

#### 【質問者】

そうすると、講習会の開催の責任も、基本的には都道府県単位でやるということで、地域単位では

ないと理解してよろしいですか。

【酒井専門官】

認定のところで都道府県が係ってきますので、実際には、講習を実施するには地域メディカルコントロール協議会で内容を練っていただくのかなと思いますけれども、上位組織である、語弊があるかもしれませんが、都道府県メディカルコントロール協議会と調整を図ってもらった上で講習の内容等を決めていただければと考えております。

【質問者】

県単位で行うというふうに厚生労働省は考えていらっしゃるということでよろしいですか。

【酒井専門官】

はい。

【質問者】

はい、わかりました。

【司会】

ほか、よろしいでしょうか。酒井専門官、ありがとうございました。

## プログラム5 事務連絡：情報提供

【司会】

これで最後になりますけれども、当連絡会の来年度以降の開催形態につきまして、消防庁の日野原専門官から情報提供いたします。

【日野原専門官】

では、情報提供をさせていただきます。

本連絡会につきましては、平成23年度より、震災の影響等もあり、従来年2回だったものが年1回の開催となって続いておりました。ただ、消防関係者のみならず、医療機関での従事者、そういった方々も含めて多くの関係者が参加しやすい場でもう少し開催することが必要なのではないかといったご意

見をいただきまして、平成26年度より、再度、年2回の開催とさせていただくことにいたしました。

次年度の第1回目につきましては、5月31日と6月1日に栃木県の自治医科大学で行われます第17回日本臨床救急医学会の学術集会の会場の一角をお借りして開催させていただく予定としております。詳細は追ってご案内させていただきますけれども、皆様、周りの方にも広くご周知いただいて、多数のご参加をよろしくお願いいたします。

**【司会】**

皆様、最後までご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

本日の当連絡会の参加者は、都道府県関係者79名、消防本部関係者262名、医療機関関係者45名、MC協議会関係者47名、医師会関係者45名、その他合わせまして計478名でした。皆様、どうもありがとうございました。

それでは、これにて平成25年度全国メディカルコントロール協議会連絡会を終了いたします。

— 完 —