

平成 26 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会 第 2 回

日時 平成 27 年 1 月 30 日（金）14 時～17 時

場所 相模女子大学グリーンホール「大ホール」

（司会） 大変お待たせいたしました。それでは、ただ今より平成 26 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会第 2 回を始めさせていただきます。初めに、本連絡会開催に当たり、全国メディカルコントロール協議会連絡会の小林國男会長よりご挨拶申し上げます。

開会挨拶

小林 國男（全国メディカルコントロール協議会連絡会会長）

皆さま、こんにちは。本日大変お寒い中、また足元の悪い中をこのように大勢の方にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

さて、近年、わが国における救急搬送の現状を見てまいりますと、人口が減少傾向にあるにもかかわらず、救急搬送件数は増加の一途です。平成 25 年中の救急搬送件数は 590 万件と発表されております。一方で、血糖測定、ブドウ糖の投与、重症傷病者への輸液など医療に関わる事案と申しますか、処置範囲が拡大されてきております。このような中で、円滑な病院前救護を行うためには、医療機関、消防機関、行政、その他いろいろな関係の団体、あるいは人々の連携が重要です。このことは、メディカルコントロール協議会連絡会が必要とされているゆえんでもあると思います。

現在では全ての都道府県にメディカルコントロール協議会が設置されており、地域メディカルコントロール協議会は 240 にも上りますが、活動状況には大変大きな格差が見られます。人の命を救うという救急医療の本質を考えてみますと、地域メディカルコントロール協議会の格差を是正して、全国的な MC 体制の質の向上を図ることが、わが国の救急医療体制の充実・強化につながるものと思っております。このメディカルコントロール協議会連絡会は、まさにその目的のために設立されたものです。

本日のプログラムを拝見しますと、平成 26 年度の MC 体制の実態調査のご報告、地域に根ざした救急隊員教育、地域包括ケア時代の MC 協議会などなど、興味深い話題が並んでおります。私も少し時間を頂きまして、本協議会連絡会の発足とその後の経緯についてお話をさせていただくことになっております。

本日ここにお集まりの皆さま方には、本連絡会の目的を十分にご理解いただきまして、各地域のメディカルコントロール協議会の場で生かしていただきますようお願いを申し上げます。会長の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

（司会） 小林会長、ありがとうございました。

第 1 部

（司会） それでは早速、プログラムを進めたいと思います。初めに、消防庁の寺谷救急専門官より「消防庁における取組」、メディカルコントロール体制などの実態調査、エボラ

出血熱対応などについて、ご講演いただきます。

「消防庁における取組」

寺谷 俊康（消防庁救急企画室 救急専門官）

本日は20分ほどお時間を頂き、この場で消防庁の取組、MC体制の実態調査をご紹介させていただくとともに、消防庁での救急に係るところ、MCに係るところの、どのような取組をしているかというお話をしたいと思います。また、トピックは、今年ニュースでも話題になっていますし、実際に幾つか対応いただいたところもありますが、エボラ出血熱に関するお話を少しさせていただきたいと思います。

（以下スライド併用）

#2

まず今日は、このようなアウトラインでお話をさせていただきます。今日は全国メディカルコントロール協議会連絡会ですから、メディカルコントロール体制の実態調査である2が一番重要だと思えますが、その前に、われわれは救急施策でどのようなことを取り組んでいるかという話をさせていただきます。そこでは大きく、あり方検討会の話、生涯教育の指針について話をさせていただきます。また最後に、エボラ出血熱に係る消防庁の対応をご紹介させていただきます。

#3

では、早速一つ目の話題として、平成26年度救急業務のあり方に関する検討会についてお話をします。

#4

私たちは例年、救急業務のあり方に関する検討会を開催させていただいていますが、今年は左側にある三つの柱、それから右側にある二つの柱について検討していただいております。今日ご来場いただいている救急の先生方、全国の消防本部の皆さまにもご協力いただきながら検討しています。

中でも左側に、「消防と医療の連携」「救急業務の高度化の推進」「予防救急の推進」という大きく三つの柱がありまして、これは医療につながる場所、医療までに持っていくところの救急業務自体の高度化。それから去年までは応急手当のことを議論していたのですが、応急手当も大事ですが、そもそも病気・けがをしないというところで、予防救急を柱に立てていまして、この三つの柱があります。

それと同時に、右側に二つの柱がありまして、「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関するワーキンググループ」を立てて、指導救命士の養成、救急隊員の教育、通信指令員の教育について議論していただいております。こちらは平成26年3月に出した指針、さらに皆さんが具体的に取り組む際に助けになるよう、指導救命士の養成テキストを作ったり、救急隊員のための教育用の動画教材を作ったり、通信指令員の場合は、テキストをモデル消防本部で実際に使用して教育の効果を検証しています。

緊急度に関しても非常に重要な話題です。ただ、こちらの緊急度に関しては、去年来の議論を踏まえて、判定の理念や重要性をいかに社会に広げていくかというところで、技術的な検討もさることながら、社会にどう伝えていくか、社会にどうやって認めてもらえるのかというところを中心に検討いただいております。

#5

この中の議論については全てをつまびらかにはしませんが、少し特徴的なところとして、この2枚のスライドをご紹介します。今年2回目の検討会でお出しした資料で、「地域包括ケアシステムと救急」というものです。

地域包括ケアを厚生労働省を中心に議論しています。地域包括ケアとは何ですかといったときに、しばしば地域全体が病院や福祉施設になっていくという説明をされる方がいます。消防の立場から見ると、それはそれでいい話なのですが、では、施設間移動を全部消防がやるのが可能なのだろうか。もしかしたら、そういうことを期待されているのではないかと考えるわけです。それは能力的にも難しいし、それが住民のためにも本当にいいことかという議論もあると思います。

そういう中において、地域包括ケアと言うのであれば、救急医療とわれわれの病院前救護をしっかりセットで考えていってもらわなければならないと思いました。もともと厚生労働省の資料では、この小さい救急車っぽいものだけだったのです。地域包括ケアを考えるのであれば、もう少し消防のことをしなければいけないと思って、面積だと4倍以上の大きさの救急車を載せさせていただきました。これをもって地域包括ケアを全部消防がやるのかという話ではなくて、地域包括ケアの議論の中に消防も織り交ぜてもらわなければならないし、われわれの方もしっかり検討していくというキックオフを今回させていただいています。

こちらは、モデルとしては、まだ施設に入っていない、割と元気な方々に対して私たちはどういう取組ができるかということです。

#6

こちらは施設に入っている方々のことです。やることといえば、われわれは予防救急というコンテンツを持っていますから、それを通じてやる。救急隊シンポジウムの中でも応急手当や予防救急の普及をしながら福祉施設を全戸回っているという取組も聞かれましたし、いざ搬送する段になったら、そもそもこの人はどういう人なのか分からないと大変なので、その前に情報共有しておくということです。その結果、適切な搬送につながっていくと考えています。まだまだ詰まっている段階ではないのですが、このような議論を始めているということです。

#4

救急業務あり方検討会に関しては、今日は時間がないのでこのぐらいの説明となりますが、ホームページ上に随時資料がアップされていきますし、本年度末には報告書も出す予定となっていますので、ぜひそれをご確認いただければと思います。

#7

さて、ここからは1-②として、生涯教育の指針についてお話をさせていただきます。

#8

平成26年3月に指針を策定し、皆さんにお伝えしたところです。このような冊子が配られていますし、PDFで利用可能な状態になっています。ポイントとしては、教育の中で指針、大きな柱をつくっていくということ。それから、救命士のみならず、指導救命士というもの、それから救急隊員の生涯教育、通信指令員まで含めて、それぞれ横串を刺して整合性を取った指針を出しました。また、技術的なことだけではなくて、そのもとになるような生涯教育の必要性や教育理念、目的や目標なども示したものです。

#9

全体像は、このようなイメージを持っていただければと思います。冊子を読むと、どこから読んでいいのかわかりづらいと思います。多分、実務的な面で言うと、VI章ぐらいから読めばいいかもしれませんが、その根底に流れているものや、その周りにあるものを理解していただくためには、I章、II章、III章、IV章と積み上げて読んでもらうといいかなと思いますし、持続可能でサステイナブルに教育を続けるとなると、その教育内容だけでは駄目で、それを支える体制や資源、理念、考え方をみんなで共有していくというのが重要になりますので、指針にはそのようなことを多くページを割いて書かせていただいております。

#10

これは指針の14ページから抜粋したものです。「各役割に応じた教育指針・通知・資料等」ということです。何が言いたいかというと、中身が分かるだけでは皆さん動きづらさうというところで、実際にチェックリストの資料を作って、これをそのまま使ってもらう必要はないのですが、これをぜひ参考にさせていただきたいと思います。例えば通信指令員の教育で何をするのかということ、口頭指導のプロトコル、119番通報はどのように聴取したらいいかという実際のツール、資料を準備させていただきましたので、こういうのもぜひ活用していただきたいと思いますと思っています。

#11

そういうところで、かなりざっくりとした話ですが、救急業務のあり方に関する検討会の中でも、そのもの話、教育の話をしていただきましたので、ホームページなど見ていただけたら幸いです。

#12

さて、今日の一番重要なところだと思っていますが、メディカルコントロール体制等の実態調査をしていますので、そちらについてご報告させていただきます。少し精査が終わっていないところがありますので速報版として捉えてください。今後、完全版はホームページ等で公表してまいりますので、またそれをご覧ください。また、実際作業をされた方

は、アンケートをたくさんさせられたと思っているかもしれませんが、今回はその中でも教育体制のところを中心にご説明させていただきます。

#13

これはどういう調査かという、救急業務の質の維持・向上を目的としています。とにかく実態を調査したいというものです。

#14

昨年度、まさにこの場で私の前任が説明したと思うのですが、これから何か取組をしていくとなると、その取組がきちんと進んでいるか、進んでいないかという実体験も当然重要ですが、数値化していくことが重要となります。ということで、私たちはMCに対する実態調査の主要な項目を毎年もしくは定期的に取り続けることによって、この国でどのくらいの取組がされているのかというインディケーターを出していきたいと思っています。そのような意味があるをご理解ください。

#15

調査方法としては三つを対象としています。全国の都道府県 MC 協議会、全国の地域 MC 協議会、全国の消防本部です。地域 MC 協議会を設置していない都道府県は地域 MC 協議会の役割を都道府県 MC 協議会が担っていることから、都道府県 MC 協議会でも地域 MC 協議会の方に重複計上しているところがあります。

調査期間は 10 月 1 日を基準日としてやっております。毎度ながら 100%回答を頂いております。誠にありがとうございます。

#16-17

まず、どのような議題を議論したかと聞いたところ、こちら（#16）が都道府県 MC、こちら（#17）が地域 MC の話題です。薄い方が去年、黒い方が今年のもので。

大きなトレンドとして扱った議題は、都道府県 MC は、再教育の話、救急活動プロトコルの話ですので、この辺の大きなトレンドはそこまで変わらないと思います。ただ、非常に着目すべきところとしては、口頭指導のところ、通信指令員に対する教育のところ。特に地域 MC です。まず都道府県の口頭指導のところも 8.7%だったのが 17.4%ということで約 2 倍にポイントが上がっております。地域 MC においても、通信指令員に対する教育が 14.8%から 23.9%に上がっていますので、救命士の質の担保から、より救急隊員、通信指令員のところに軸足、少しスコープが広がってきたのだということだと思います。

#18

こちらには何を聞いたかという、「救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整」ですので、小さい症例単位もさることながら、地域をどのように動かすことをされたかということです。こちらも白い薄い方が去年、黒い方が今年です。都道府県 MC、地域 MC とともに、大きなトレンドは変わりありませんが、これから当然、マンパワーがしんどいということもあるのですが、MC という場を通じて地域を動かしていくことが必要になりますから、

ここにあるようなルールの策定をこれからどんどん増やして行っていただきたいと考えているところです。

#19

これはもともとのメディカルコントロールの話で、「医師による事後検証の実施の有無」というところで、地域 MC において 95% ぐらいがなされているところです。これは下が前回調査、上が今回調査です。

「事後検証のフィードバック方法」ということで、どのようにフィードバックをしているのかということです。これは今年から取り始めているデータですので、都道府県 MC の方は $n=19$ 、地域 MC は $n=237$ としましたが、これは来年度以降、われわれはより注視して行って、トレンドとしてフィードバックしていない段階から、それをどんどん実態的にしていただく方向に進んでいったらということで、今後これをインディケータとして見ていきたいと思っております。

#20

これは事後検証の実施の中の口頭指導に係る部分です。これも非常に特徴的だと思います。前回がまだ 6.4% だったのが今回 8.5% になっております。ということで、口頭指導に関しても事後メディカルコントロールが徐々にスコープを広げているというのが見て取れると思います。

#21

さて、ここは実態調査の中でも教育体制のところに焦点を当てたいと思います。その中でも指導救命士、救急隊員、通信指令というところで分けて説明をしていきます。

#22

まず、われわれは指導救命士を定めました。認定を始める時期の予定としては、全国的にはこのようなトレンドとなっています。17% は平成 26 年度中に認定を始めたいということ、平成 27 年度以降になりそうだとするところが 23.4%、未定というところは 60% ですので、私たち国としてもこれを注視していく必要があると思っております。

#23

未定と回答した中で、都道府県 MC はどうして未定なのかというと、現在、認定に関する議論をしているのは 4 割でした。そもそも 10 月の時点ではまだ議論していないところは 3 割程度ありました。

#24

では、指導救命士について期待する役割は何かと聞いたところ、このような順番です。上位からは、80% ほどが救急救命士・救急隊員への指導。70% ぐらいが生涯教育に関する企画や運営をしてほしいということ。それから 53.5% が二つありまして、事後検証、フィードバックの話、それから病院での指導、院内研修の補助です。

#25

さて、指導救命士と認定されているとは、われわれはまだ確認していませんので、指導的立場の救急救命士数を聞いたところ、このようになっていまして、去年、一昨年と比べて着実にポイントが増えているところです。今回調査しますと、約30%のところに指導的立場の救命士がいらっしゃるということでした。これは消防本部に聞いたものです。

#26

中でも真ん中の「病院実習を受け入れている医療機関数」を都道府県 MC 単位、地域 MC 単位で聞いています。そのうち都道府県 MC は平均値が 28.5、地域 MC は 6.0 でした。ただ、これは非常にばらつきが大きいです。来年以降、見せるときには分布図のようにしたらいかなと思います。これは全国的なトレンドを捉えるという数字でもあるし、地域ごとにどういう取組をしているかということのをわれわれはこれからも注視していきたいと思えます。

#27

救急救命士の教育の場合、病院実習を受け入れるときの指導担当者は 93%が医師でした。消防本部所属の救急救命士は 4.8%、また医療機関に所属した救急救命士が 3.1%いますので、これはまた来年度以降、経年的に着目してまいりたいと思えます。

#28

さて、ここからは救急隊員の教育についてお話をします。まず、都道府県 MC、地域 MC にそれぞれ年間計画を立てているかを聞いたものです。都道府県 MC に関しては 6.4%が立てている、地域 MC では 12.5%の方が立てているという回答でした。

#29

消防本部に聞いたところ、21.3%の回答を得られています。また、こちらは実際に教育時間をどのくらいやっているかを聞いたもので、これも平均値、中央値、最大値、最小値の散らばりを記載させていただいております。

#30

ここから通信指令員の話をしたしたいと思います。通信指令員に対する教育の実施として地域 MC に聞いたところ、前回調査 8.1%、今回調査 16.9%、ここは2倍以上にポイントは上がっております。

#31

消防本部単位で聞きますと、前々回調査が約20%だったのが、前回調査、今回調査で40%になってきますので、増えてくるというのがありますが、それはどこの場でやっているのかという考え方、それから中身の問題もありますから、この数字もさることながら、その辺を今後情報としてわれわれも認識した上で、皆さんにお伝えできたらと思えます。

#32

通信指令員に対する、特に教育に係るものの年間教育時間としては、このような値を頂いていまして、消防本部 267 から聞いたところ、平均値が 20.4 時間でした。標準偏差は 23.4 ぐらいですが、最大値が 150、最小値が 1 というところで、これも大きくばらつきがあるので、恐らく何タイプかに類型化できるはずですから、そのような作業をして皆さんに提示できたらと思います。

#33

通信指令員に対して救急に係る教育を実施するのは誰ですかと聞いたところ。これに関しては、救急救命士に活躍していただいていることは見て取れるかと思えます。ドクターは 13%、指導救命士が 16.9%、通信指令員以外の指導救命士ではない救急救命士の方が 47.1% でした。救急救命士である通信指令員というのも 55.8%、通信指令員 43.2% ですので、このように救急救命士の方に活躍していただいているさまが見えるかと思えます。

#34

教育の指針とともに通信指令員の救急に係るテキストをお出ししました。それがどのように活用されているかを聞いたものです。上が地域の MC、下が消防本部で、両方とも半分ぐらいが活用しているというお答えを頂きました。

これまで皆さんのご協力を頂いて取ったアンケート結果の中で、特に教育に係るところをご説明させていただきました。

#35

最後、三つ目としまして、エボラ出血熱に関して消防庁はどのように対応したかということ。MC とは関係ないのではないかとお考えの方もいらっしゃるかもしれませんが、消防は公衆衛生上の問題である感染症を医療と消防がどのように連携して取り扱うかということですから、大きな意味で言うと関係があると思います。ただ、今回はそこまで風呂敷は広げずに説明してまいります。

#36

エボラ出血熱に関して消防庁はどのように対応したかということ。まず、去年 8 月 8 日に WHO（世界保健機関）が「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」を宣言して、その後から政府内で動きはじめていました。われわれは消防庁から通知を 3 回出させていただいています、一つ目が 9 月 3 日、二つ目が 10 月 28 日、三つ目が 11 月 28 日のタイミングです。

この中で、日本にとってリスクが高まるとともに出ささせていただき、9 月 3 日の時点では、まずは情報収集をしてください、衛生主管部局と情報共有をしておいてくださいと言っています。この後、現実感が増してきまして、米国、先進国においての二次感染が見られたり、羽田空港の検疫所で疑いの方が見つかったりということが、始まったところ。それに応じて、われわれは 2 回ほど通知を出していますので、これについて説明させていただきます。

#37

これは10月28日にお出しした通知をかいつまんだものです。「消防機関における基本的な対応」ということでお出しして、大きく四つの柱があります。

一番上の「標準感染予防策の徹底」は当然のことで、私たち救急業務をしているかぎり、その方がけがであろうが、病気であろうが、どんな感染症を持っているか分からないという前提の下、標準防護策を取っておられますし、それを基本としてやってくださいという話をさせていただいた上で、実際に疑いの方が119番をかけたとき、もしくは私たち救急隊員が現場に着いて、「これはエボラの人かもしれない」と思ったときにどのようにするかということです。

もともと感染症法での扱いの問題もありますし、厚生労働省のホームページに、ギニア、リベリア、シエラレオネへ渡航歴があつて、熱が出た方は、病院に来ずして保健所へ連絡してくださいというのがありました。つまり、一般の病院の受診を控えて頂くという方針を受けて、このような通知を出させていただきました。

そこで、119番通報したときに、発熱を訴えているならば、渡航歴を確認して、3カ国の渡航歴がある場合は自宅待機をしてもらって、保健所に対応を引き継いでくださいということ。また、現場に行くまで分からなかったけれど、現場に行ったときに発熱症状と渡航歴が分かった場合には、自宅待機を要請して、直ちに保健所に連絡してくださいという通知を出させていただきました。

ただ、私は実はもともと厚生労働省から出向なのですが、この通知を出した後に、いくつかの保健所長から「これでは困る」という言い方をされました。困ると言っても、それはやってもらうのですよという説明をしながら、ただ、当然、地域での連携は必要でしょうという話はさせていただいたところです。

#38

そういうところで、11月28日にこのような通知を出しています。この通知を出した背景は、厚生労働省から要請があつて、保健所の移送体制が十分でないところもあり、そこに消防庁として協力していただけないかということでしたので、そうであれば、私たちも国民の健康と生命・安全を守る立場ですから、協力はするということで、このような通知を出させていただきました。

ただ、協力を行うケースはしっかり整理してくださいということで、移送能力を超えたときには協力するということです。エボラ出血熱の人が、どんな小さな地域で、10人、100人発生するのを全部保健所でやれというのは、危機管理上、無理な話で、危機管理的な観点から、対応能力を一定以上超えてしまえば、それは当然協力するということです。ただ、一定の能力はきちんと整備してください、その整備する間まではお手伝いはするというものですから、能力はゼロだけれどやってくださいでは困ることがここに込められています。

また、協力するに当たって、「よろしくお願いします」だけではなくて、具体的にこのようなことで事前の協定等を結んでいただき、さらに、保健所がしっかり自分たちでやることはよく認識してくださいということです。例えば移送の実施の決定などはそうです。また、医師の同乗、費用負担等もそうです。救急車を呼んで「よろしくね」では困りますと

ということです。ただ、逆に、この辺をしっかりと整理していただければ、私たちはそのようにしっかりと協力はさせていただきますということです。

#39

最後にエボラ出血熱の話を見せていただきまして、私の話はこのような三つの柱です。最後に今日この後、いろいろなスピーカーの方、それから討論形式があります。

#40

これは救急隊シンポジウムで出させていただいた資料なのですが、メディカルコントロールというのは、コア業務の話があり、もともと救急救命士の医療行為、医療に類する行為の質の向上の話からどんどん拡張していくものがあります。その中に地域づくりにどうつながるかという視点がこれから出てくるのだろうということです。大変だという思いもあるのですが、一方で、一つ一つの救急隊、救急救命士がやっている行為が、地域を動かす、地域が良くなるという自己効力感や自己能力感をぜひ感じられるようにしていきたいと思えます。現場がワークするためのルールづくりやお金の面をしっかりと下支えしていくというのを、われわれ消防庁は引き続きやってまいりますので、どうぞご協力よろしく願いいたします。

私からは以上です。

(司会) 寺谷専門官、ありがとうございました。続きまして、厚生労働省の酒井病院前医療対策専門官より「メディカルコントロール体制に関する厚生労働省の取組」についてご講演いただきます。

「メディカルコントロール体制に関する厚生労働省の取組」

酒井 智彦（厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室 病院前医療対策専門官）

皆さま、よろしく申し上げます。厚生労働省の病院前医療対策専門官、酒井でございます。お時間も少し押しておりますので始めさせていただきます。

(以下スライド併用)

#2

本日、厚生労働省から情報提供といえますか、皆さまと共有したいこととして四つまとめております。

#3

まず、1番「メディカルコントロール体制強化事業について」です。これは昨年の北九州のこの会、そして宇都宮での会、いろいろなところで説明させていただいております、もう一度紹介させていただきます。

スライドは昨年2月に「救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書」でまとめられ

たものの抜粋ですが、現状として「MC 協議会は、救急業務全般について、医学的側面から質の向上を図り、地域の救急医療体制を構築するための協議会としての役割が求められるようになってきた」とあります。ここにいらっしゃる皆さまは MC 協議会に関わっていらっしゃると思いますが、ただ単に処置の質の保証ではなく、今後は、地域の救急医療体制を構築する立場も担っていると言われていました。

そして、今後どのようにしていけばいいかというものが下の四角で囲まれたところですが、ちょっと省かせていただき、まず下から二つ目です。「MC 協議会が自己評価し、他の MC から学ぶための指標の作成と」、これが先ほど寺谷専門官が言っていた「クオリティインディケーター」かと思いますが、「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」、これが昨年 2 月に書かれたことでして、早速、厚生労働省としましては、宇都宮で鈴川先生のご支援の下、MC 協議会連絡会を開催させていただき、来年度（平成 27 年度）は富山の臨床救急医学会でもこのような場を設けて、皆さまと情報共有を図っていきたくと考えています。また、ここに「等」とありますので、特に全国レベルのこの連絡会だけではなくて、地域でもぜひとも情報共有を進めていただければとも考えています。

大事なところはこの二つ目のところです。「MC 協議会の法的位置付けを明確にすること、また人的および経済的に必要な措置を検討すべき」と言われており、MC 協議会に従事する医師の身分保障、給与、教育体制の構築を考えなさいと言われてたわけです。ここににつきまして、皆さまの MC 協議会におかれましては、教育・検証などは既に取り組んでいらっしゃることでありまして、これについては、交付税措置がされているというところですので、給与等を考えますと、どのような枠組みでこのような指摘事項をこなせられるかと考えたところ、メディカルコントロール体制強化事業というものを打ち出したわけです。

#4

目的としましては、「都道府県が地域の救急医療の実情に精通した若手医師を MC 協議会に配置し、搬送困難事例の解消等を図ることで円滑な救急搬送受入体制を構築する」。そのようなことを通じて、地域の救急医療体制を強化することと、MC に精通した医師を育成するということと、給与の面を、この下に書いてあるこれまでと違った業務をしていただくということと、「医師を育成する」というところと、教育しなければならないということに込めているものと考えています。

医師の業務につきまして、スライドの中で箇条書きでしかありませんが、それにつきましては、都道府県の衛生主管部局様に出ささせていただいています事業実施要項に多少細かく書いておりますので、そちらを確認いただければと思います。本日は時間の都合上、業務の説明を少し省かせていただきます。

#5

また、厚生労働省が MC に取り組むことにつきましては、スライド表題の「救急医療業務実地修練等研修事業」も行っており、医師、救命士、看護師等に対して、救急医療体制、MC に対して知っていただくよう取り組んでおります。救命士の皆さまに対しては「救急救命士業務実地修練」という事業、そして医師に対しては「病院前医療体制における指導医等研修」というものを用意しております。これは年間初級者編 3 日間程度と書いており

ますが、これを3回、上級編5日間程度と書いておりますが、これを1回行っており、全国の衛生主管部局様、あるいは都道府県MC協議会等を通じて呼び掛けを行っていただき、募集しているわけです。

ただ、これには初級者編3日間、上級者編5日間、このような長い期間、病院を抜けられないという医師の声もあり、また、プログラムの見直し等を図る声もあったことから、来年度以降は少し日程等を考えながら、初級者編を2日、上級者編を3日程度に収まるような講習になればと考えています。特に都道府県の担当職員の皆さまにおかれましては、新たな研修医が3年目、5年目となったとき、またホットラインを受ける、電話を取るような立場になった者に対しては、このような研修をご活用いただき、地域の救急救命士・救急隊員とコミュニケーションを図れるような知識を共有できる場を提供していただければと思います。

##

さて、スライドは先ほど寺谷専門官から紹介がありました全国へのアンケートで、厚労省として興味があった救急医療体制強化事業への取組について調査した結果です。

問24として、貴協議会では、平成26年度から新設されたこの事業について議論があったかどうかと確認させていただきましたが、「あった」が7件、「なかった」が40件ということで、まだまだ私どもの周知不足であると実感したところです。しかしながら、「あった」という中の一つで、24-1、事業が必要と判断し、実施を決定したというような都道府県もあるようでした。また、副問の24-2、議論がなかったというところの理由に対する理由について確認したところ、情報がなく判断ができない、事業を行う必要性がない。つまり、搬送困難事例等がないとお考えの都道府県等はこのようなご回答いただいております。

「その他」というところで自由に記載していただいていたのですが、多くが、あまり情報がない、あるいは、これは衛生主管部局のもので、MC事務局を消防防災主管部局をやっているなかなか情報が下りてこない、共有ができていないというようなコメントも実際にアンケートの中に書かれていました。ですから、このような場をもちまして、都道府県の皆さま、地域の皆さまに共有させていただければと思いますので、よろしくお願ひします。

よろしくお願ひしますというのも、アンケートだけではなく、電話でも各都道府県の担当者とお話しさせていただくこともあり、その中で確認しますと、年度末には地域MC協議会を開く、都道府県MC協議会を開くと回答される場所もありますので、ぜひとも今日の資料等を基に、年度内にでも皆さまの中で共有していただければと思います。

##

そして先ほど、業務の内容につきましてなかなか周知もできていなかったわけで、厚労省としましては、行岡先生にやっております厚生労働科学研究班の中で、MC医師、MC協議会に配置される医師がどのようなことをするのか、研修を行っていただきました。これは2週間前の1月15日から16日の間行い、恐らくこの中にも研修に参加していただいた先生方、あるいは都道府県職員の皆さまもいらっしゃるかと思います。引き続きそれを周りの方々に周知していただくとともに、この事業について取り組んでいただければと思っております。

#6

駆け足ですが、二つ目、処置拡大です。赤で書いているところ、「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保および輸液」等を、今回、もう1年たちますが、付け加えたところです。

#7

処置範囲拡大につきまして、またこれは消防庁経由で皆さまにご協力いただいたところですが、アンケートを行いました。実際にこの処置拡大についての取組はいかんといいところですが、7月31日時点の基準を答えていただいたものです。

#8

取組の様子ですが、数字で書いてあるのが本部の数になります。本日が1月か2月ですので、赤線の左側では200本部ぐらい処置拡大を運用しているところになるかと思えます。

#9

処置範囲拡大について実際に既に取り組んでいるというところに対してもう一つ「指示を出す医者や施設に対してどのような説明を行いましたか」とアンケートを取ったところ、「実施していない」が3本部、「文書だけの伝達で行った」も7本部、「文書での伝達を行い、指示医師や施設に個別に説明を行った」というところは18本部で、医者・施設に対しての説明も地域によってさまざまであることが分かります。

#10

このスライドはMC協議会でのコア業務を示したのですが、やはりこの処置拡大をするのに当たっては、プロトコルをつくらないといけない、再教育もしなければならない、事後検証等もしなければならない。その他に、医師の指示・指導・助言体制も確立しなければならないというものがしっかりコア業務になっておりますので、地域におかれましては、医者、指示を出す人に対しても、新たな処置拡大があったのであれば、それに対する説明、どのような事案があるのか、どういう指示があるのか等の共有を図っていただければと思います。

一つ情報提供としましては、スライドの右下に「事後検証の実施」とあります。これまでの特定行為は心肺機能停止の患者さんに行われるものであり、ウツタイン様式の中で検証されることがありました。今回拡大された行為は、心肺機能停止ではない患者様に行うものですので、今後、検証をどのようにしていったらいいのかというところがありますけれども、それにつきましては、野口先生の研究班で検証の方法等を調整し、議論を進めていただいていますので、年度末には皆さまのところへご報告、つまりは6月の富山では皆さまにご紹介できるかと思えます。もちろんそれを待たずに検証をしっかりといただくことは全然構いませんので、どうぞ検証等も行っていただければと思います。

#11

そろそろお時間ですけれども、これは皆さま、地域MC、都道府県MCにとって大事な

ポイントだと思います。このスライドは昨年私をご紹介させていただいたものですが、処置拡大を行ったらカリキュラムを変えますよと。カリキュラムを変えたらどうなるかというところ、テキストの追補版が出たり、国家試験の出題基準が見直されたりします。これを受けて、平成27年度末、つまり27年3月の次、28年3月の試験からは、今回追加された特定行為については追加講習は不要と書いておりますので、ご承知いただければと思います。

#12

もう少し具体的に話しますと、国家試験の出題基準については、「改訂（予定）」と書いてありますが、これは今、校正段階でありまして、年度末、できれば2月中にはと思っていますが、そこでは出せるかなというところなんです。これは救急救命士国家試験の指定試験機関である日本救急医療財団で進めていただいています。また、先に知りたいという方につきましては、拡大された処置範囲については、追補版の出題基準という形で既にホームページ上にアップされておりますので、ご確認ください。

というところで、27年度の救命士国家試験からは、新規合格者はブドウ糖溶液等に関する追加講習は必要なくなる予定となっております。また、認定については、これは病院実習等で行うものではありませんので、またどのような救命士さんに認定をするのかというのを今後は調整させていただきたいと思っています。

また、これは恐らくお初の方もいらっしゃるかと思いますが、すみませんけれども、今回作っている出題基準の中には「ビデオ喉頭鏡」も含まれると聞いております。ビデオ喉頭鏡についても、座学ですが、7時間の追加講習を皆さまのところで行っていただいているところですが、これにつきましても追加講習はなくなる予定としています。これは全国消防長会から要望のあったもので、消防庁と厚労省が検討した結果です。今後、既に救命士さんとして活動されている中で、ビデオ喉頭鏡の取得をされていないようなところでビデオ喉頭鏡をやっているところであれば、早めに追加講習等を行っていただければと思います。

#13

さて、最後の話題でAEDです。AEDはご存じのように取組みが行われて10年です。その平成16年7月1日の通知の中には、しっかり検証していくことと書いております。さらに少し深く読んでいきますと、その通知を出す根拠となった報告書ですけれども、一番下ですが、「非医療従事者による自動対外式除細動機の使用について、検証結果に基づき、条件として示した講習のあり方など、関連する取組の内容について、適切に見直すことが必要である」とうたわれています。これについてはまだ取組がなかなか不十分かと思っています。

##

スライドは消防庁で行っていただいたアンケート結果ですけれども、AEDの非医療従事者による除細動についても検証していますかと聞いたところですが、なかなか十分に行っているというほどではなくて、まだ6割ぐらいかというところなんです。どのように還元するかということも、住民に還元している、地域消防機関で還元しているということも

地域さまざまで、これにつきましてもどのように検証していけばいいのか等も今後の課題と捉えております。

#14

最後になりますが、これは本日お越しの都道府県の衛生主管部局の皆さま、消防防災主管部局の皆さまに関わることかと思ひまして、今日言わせていただきたいと思います。

これまで AED の設置登録情報につきましては島崎先生が理事長を務めておられる日本救急医療財団に登録するよう、お願いしております。また、AED のメーカー様に対しましては、設置者が二度手間にならないように、業者様を通して登録することもお願いしております。

真ん中のこの赤字のところですが、平成 19 年、日本救急医療財団から都道府県に AED 設置登録情報を提供しますので、都道府県さんは、適切な管理、アクセスの向上および効果検証に活用してくださいと言っていますが、取組がこれまでなかなか十分ではありません。一昨年、日本救急医療財団様に対し、提供できる体制を整えてくださいとお願いしているところ、今年度を目途に、都道府県に情報提供できるような体制を、今、日本救急医療財団で行っていると伺っており、都道府県さん、特に AED マップ等を使っているところにおかれましては、日本救急医療財団からデータが、申請すれば渡るかと思ひますので、その情報を基に、市民への情報提供等を進めていただければと思ひます。

また、ここに消防本部の皆さまもいらっしゃるかと思ひます。これは私の立場で言うのはあれかもしれませんが、去年 7 月 7 日に消防庁でも AED の設置情報の取組というような通知も出たかと思ひます。中では紹介されているのが、指令台に登録しているという話もあり、そういう活用も一つかなと考えておりますので、今後の AED 設置登録情報につきましても情報をお待ちいただければと思ひます。

#15

少し駆け足でしたが、以上が厚生労働省からのご報告になります。どうもありがとうございました（拍手）。

（司会） 酒井専門官、ありがとうございました。以上をもちまして、消防庁、厚生労働省からの講演となります第 1 部を終了いたします。

第 2 部

（司会） 続いて、第 2 部に入らせていただきます。本連絡会の小林会長より「メディカルコントロール協議会連絡会発足の経緯とその後の取組」についてご講演いただきます。

「全国 MC 協議会連絡会発足の経緯とその後の取組」

小林 國男（全国 MC 協議会連絡会会長）

全国メディカルコントロール協議会連絡会は、来年 4 月から新しい組織体で再出発する

ということになっています。従いまして、今回が一応の区切りの会ということになるわけです。これを機会に、本会の創設に直接関わってきた者として、本会の歩みを少し振り返ってみたいと思います。

(以下スライド併用)

#2

メディカルコントロール (MC) という聞き慣れない用語が救急医の間で話題になりはじめたのは、15 年ほど前と思われます。前川和彦先生が平成 10 年に「救急医療体制とメディカルコントロール—今後の極めて重要な課題」と題して「救急医療ジャーナル」誌で紹介されたのが最初であると思います。

この「コントロール」という言葉のニュアンスが、日本人には何となく支配するという意味合いに受け取られるため、「医師が救急救命士を支配するのはけしからん」というようなとんちんかんな会話をしているのを耳にしたこともありました。当時は、救急医ですら MC の理念を正しく理解する人は少なく、学会場でも「MC って何？」と話題に上ることも珍しくない時代でした。私は当時から、救急医療体制におけるメディカルコントロールは大変重要で、将来必要になってくると思い、当時の島崎修次救急学会理事長に進言し、理事会の賛同を得まして、MC 体制検討委員会が平成 13 年に立ち上がり、私とその委員長に就任しました。

MC が公的文書の中で取り上げられたのは平成 12 年「病院前救護体制のあり方に関する報告書」であるとされています。そこでは、MC とは「救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において、救急救命士が医行為を実施する場合、当該医行為を医師が指示または指導・助言及び検証してそれらの医行為の質を保証することを意味する」と記されています。そのころわが国では、まだ MC 体制は全国的に整備されておらず、「MC 体制を充実強化することが救急医療及び救急搬送業務に携わる関係者に課された火急の責務である」とも記載されています。

#3

一方、平成 13 年 4 月に出された総務省消防庁の「救急業務高度化推進委員会」の報告書では、「プレホスピタル・ケアにおけるメディカルコントロールとは、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証することを指す」となっています。この報告書では、都道府県単位の MC 協議会と、中核医療機関が担当する MC に関する調整機能を持つ地域の協議会の設置を進めるべきであるとされています。

#4

このように行政が MC に関心を向けたのは平成 12~13 年以降のことです。この背景には、救急救命士の行う処置範囲の拡大の議論があったものと思います。先に出ました「病院前救護体制のあり方に関する検討会」の報告書でも、「今は医療の質の確保と評価が社会的な要請として重要視される時代である。病院前救護における医療についてもその質と評価が必要であるという認識があるにもかかわらず、救急救命士制度導入以降、救急救命士が行う医行為の質的レベルを保証する制度的枠組みは明確にされないままである」となってい

ます。この制度こそがメディカルコントロールではないかと思えます。本来であれば、このような制度的枠組みは救急救命士制度の導入と同時に明確にされるべきものであったと思われま

#5

日本救急医学会では、行政の動きと軌を一にしてメディカルコントロール体制検討委員会を立ち上げたことは先にお話ししたとおりですが、立ち上げるとすぐに活動を開始しましたが、主な活動内容はこのスライドにお示しするとおりです。すなわち、メディカルコントロールに関するテキストの作成、秋田市の救急救命士による気管挿管事案の調査、救急隊員に対する外傷教育研修プログラムの検討（JPTEC）の三つということになります。

#6

最初に、このMCに関して詳しく解説したテキストがありませんでしたので、それを作成するという作業を取り上げました。日本救急医学会の他に厚生労働省、総務省消防庁にも監修に加わっていただき、予定よりも少々遅れましたが、平成17年1月に医学書院から『病院前救護とメディカルコントロール』という書籍を出版しました。それに携わった委員会の委員全員がMCの抱える問題点の議論を行って、その知識を深めていきました。これはわが国で初めてのMCに関するテキストであり、私としては関係者に広く読んでいただけるものと期待して一生懸命作ったわけですが、意に反してこの本は全く売れませんでした。当時の救急医、あるいは救急救命士を含む救急隊員等のMCに対する関心があまり高くなかったということの表われかと思えます。数年後になり、このテキストの改訂を医学書院に持ちかけたところ、即座に断られてしまいました。

#7

それで後年になって、このMC体制検討委員会の委員長を、私の後を引き継いでいただいた横田順一郎先生が中心となり、テキストの内容を一新して、へるす出版から、ここに掲げている『病院前救護におけるメディカルコントロール』という本にして出版されました。ご存じのとおり、MC体制の充実強化に大変寄与しています。

MC体制検討委員会では、社会的に問題になった秋田市の救急救命士による気管挿管の事案についても、現地調査を3回にわたって行い、詳細な報告書を作成して公表しています。

また、MC体制検討委員会のもう一つの活動にJPTECの立ち上げがあります。当時、ご存じのように、BTLSあるいはPTCJ、PHTLSなど多くの内外の研修プログラムが混在しており、救急隊員の中に大きな混乱を巻き起こしていました。それぞれの担当の方とじっくり話し合いを行い、当時、医師向けの外傷教育プログラムであったJATECとの整合性を考慮してJPTECという名前で外傷教育プログラムを作成することになりました。平成15年にJPTEC協議会が正式に設立されましたが、その後、17年には救急医学会から独立して、活動しているところです。

#8

平成13年の「救急業務高度化推進委員会」の報告書を受けて、消防庁の救急救助課長名で救急業務高度化に向けた通知が発出されていますが、平成15年度末までにMC協議会とMC体制を整備するべく、全国的な取組が始まったのはご存じのとおりです。

MC体制の外形的な整備は行政主導で比較的簡単に行えるものと思われませんが、MC体制が本当にうまく機能するかどうかは、一に人の問題になります。当然予想されることであり、行政もその事実を把握していますが、MC体制がうまく機能する地域とほとんど機能していない地域が発足当初から見られており、時間の経過とともに次第に格差が広がっていくようでした。

例えば、これは横田順一郎先生が厚労科研で調査された2010年当時の資料ですが、年間搬送件数は、数千件の非常に小さなMCから70万件になる東京のMCまで、実に規模から見るとさまざまです。規模だけではなくて実はその内容がかなり違います。

#9

これはCPAの1カ月の生存率を示したものですが、0%から23%まで大変に大きな開きがあります。少し古いデータではありますが、あるところでは心肺停止になってもかなりの率で助かりますが、別のところでは生存は望めないという現状になったわけです。

このような背景を抱えて、現場でMCに関わる救急医の間に不安といら立ちが目立つようになりました。特に予算措置による財政的な支援の有無が大きな要因であるように思われました。MC体制を円滑に運営するためには、ご存じのとおり相応の予算が必要になります。行政から財政支援を得るためのノウハウに関心があったものと思われませんが、日本救急医学会のMC体制検討委員会の委員長であった私に、現場のMC担当の医師からいろいろと意見が寄せられました。大半は運営が円滑に進まないMC協議会からのもので、円滑に運営されているMC協議会の先生方と意見交換する場をつくってもらえないかというものでした。

この度、皆様にお話をする機会を頂いたので、振り返って古い手帳を開いてみると、最初に消防庁の専門官に相談に行ったのは平成18年5月のことでした。その後、足しげく消防庁と厚生労働省に通って、専門官とお話をしました。そのうちに私を含めて3人で話し合う機会もつくっていただいて、少しずつMCの重要性を理解していただけるようになりました。

同年の秋も終わりごろ、11月末ごろだったと思いますが、当時の消防庁の救急企画室長が私の話に賛同して腰を上げてくださり、予算措置もしていただいて、ご支援いただきました。その後は大変スムーズに事が運んで、今日に至っているわけです。

その後、何度か全国メディカルコントロール協議会連絡会の開設準備の打ち合わせ会を持ち、併せてこの連絡会の中に、関係団体の代表者で構成する幹事会を立ち上げることになりました。幹事会には厚生労働省、総務省消防庁、日本医師会、日本救急医学会はじめ、メディカルコントロールに関係の深い団体の代表者が集まっております。従って、この幹事会での意見交換は関係各組織の連携を深めるために大変大きく貢献するものと思われまし、わが国のMC体制の発展に極めて大きな意味を持つものと考えておりました。その後のこの会の活動を見ておきますと、それを裏付けているのかなと考えています。

ただ今お話したように、この連絡会は官主導でできたものではなく、現場の声、現場

で苦勞されている先生方の声が学会を介して行政に反映されてできたものです。本日お集まりの皆さまにも、本会を大切に育てていただきたく、よろしくお願ひをする次第です。

また、この間何度にもわたり話し合いに応じてくださった両省庁の専門官はじめ、関係の皆様がこの場をお借りして御礼を申し上げます。このたび、厚生労働省も積極的に連絡会に関与してくださることとなり、規約等を一新して前進することになりました。この連絡会が MC 協議会の全国的な質の底上げに寄与し、MC 協議会の地域間格差の解消に役立つことを願う次第です。

#10

このような経緯を経て、第1回全国 MC 協議会連絡会が平成 19 年 5 月に神戸で開催されました。その前に幹事会が開かれて、連絡会の規約等が承認されるとともに、私が連絡会の会長に推挙されました。主催は総務省消防庁、共催は厚生労働省と日本医師会で、日本救急医学会はじめ関連の団体が後援という形での開催でした。その後の開催日と場所はスライドにお示しするとおりです。これまで、本日のこの会を含めて、13 回の連絡会が開かれています。

このように連絡会の発足当初は年に 2 回開催されていましたが、最近は全国救急隊員シンポジウムに合わせて年 1 回の開催が続いていました。しかし、これでは MC に関わる医師の参加が少ないことから、その年度の臨床救急医学会の会長のご協力を得て、主として医師を対象とした連絡会を学会に合わせて開催することになりました。今後は原則として、救急隊員シンポジウムと臨床救急医学会総会に合わせて年 2 回の開催で落ち着くものと思われまふ。

##

肝心の内容ですが、連絡会に先立って 1~2 回の幹事会を開いて、十分な議論が重ねられ、事務局にプログラムの作成や発表者の人選等を担当していただいています。プログラムに目を通してみると、MC に関わるテーマを一つ二つ取り上げ、それについて優れた取組あるいはユニークな取組をしている地域の MC を幾つか集めて、シンポジウムで発表・討論を行っています。また、時々のホットニュースについては特別講演を組んでいますし、毎回の事務連絡の形で行政からの情報提供があります。例えば、平成 24 年 2 月の連絡会では「東日本大震災における MC 体制について」を取り上げております。また、意見交換の場を設けており、MC 協議会に関わる質問や提案を受け入れる努力もしています。

このように全国 MC 協議会連絡会は、MC に関わる関係者が他の地域の現状を学び、自分の担当する MC 協議会の改善を図るのに大いに役立っていると考えられ、本連絡会設立の趣旨が十分に生かされているものと確信しております。

また、全国の MC 協議会の現状を経年的に把握するためのアンケート調査も施行しています。先ほどご発表があったとおりですが、その他、AED の不具合事例を全国規模で調査するなど、連絡会が主体的に調査に協力し、その結果を連絡会の場で情報提供しています。

#11

これまでに取り上げられた検討項目は多岐にわたりますが、メインテーマについて紹介

しておきます。詳細はこのプリントにあるとおりです。

平成 19 年から 20 年にかけては、MC の現状と課題、あるいは MC の法的位置付けなど、基本的な課題が取り上げられていました。

#12

平成 20 年から 22 年にかけては、救急救命士の再教育、消防と医療の連携など、大きなテーマが取り上げられています。

#13

平成 23 年から 25 年にかけては、東日本大震災と MC 体制の他に、地域における MC 体制の実態調査が取り上げられています。

#14

平成 26 年から 27 年にかけては、消防職員の教育、医師の役割など、再教育を含む、教育という大変大きなテーマが取り上げられています。

#15

近年、救急搬送件数は増加を続け、患者の高齢化に伴い救急傷病者も複雑で重症化の傾向を見せています。医療機関と救急搬送を担う消防との連携がますます重要になっており、MC 協議会の責任も相応に大きくなっているように思います。救急隊員だけでなく一般市民も、心肺停止傷病者に対して胸骨圧迫や AED の使用をするようになり、MC 協議会のカバーすべき対象は消防と医療機関だけでなく、地域住民を含む大変広範なものになりつつあります。すなわち、救急医療体制そのものが、これまでの現場から救急隊、救急隊から医療機関へという直線の関係ではなく、地域全体の関係者が連携して地域の救急医療体制を支える面の関係で整備されることが必要になってくるものと思われま

す。そうはいつても、MC 体制のコアの業務、すなわち、プロトコルの策定、医師の指示、指導・助言体制、事後検証の実施、再教育体制の整備といった業務がおろそかになることは許されません。MC 協議会の役割は今後ますます大きくなることは間違いありません。一方で、MC 協議会を現状のまま放置すると、地域間格差が大きくなるのが危惧されます。救急医療体制の質を全国的に底上げしつつ、地域間格差を小さくするためには、関係省庁、関係団体が密に連携して、地域ごとの特徴を踏まえた支援が不可欠になると思われま

す。全国 MC 協議会連絡会は今後の MC 体制の発展に大きく寄与するものと確信していますが、同時に責任も大きいという認識が必要になると思います。このような折、当連絡会は、先ほど冒頭でお話ししたように、来年度から新しい体制で再出発をすることになりました。私はこれを機会に全国 MC 協議会連絡会の会長を退かせていただきますが、この連絡会が今後ますます発展することを祈念し、これまでにご指導とご鞭撻を賜りました関係各位に深甚なる謝意を申し上げて、発表を閉じさせていただきます。

ご清聴どうもありがとうございました（拍手）。

(司会) 小林会長、ありがとうございました。ただ今、小林会長自らご紹介がありましたが、小林会長は本連絡会の創設以来長年にわたって会長職を務めていただきましたが、今期をもって会長職を退任されることになりました。小林会長、本当にありがとうございました(拍手)。会場の皆さまもありがとうございました。それでは小林会長、どうぞお席にお戻りください。

続いて、医療法人救友会湘南真田メディケアセンターの山本先生より「地域包括ケア時代のメディカルコントロール協議会のあり方」についてご講演いただきます。

「地域包括ケア時代のメディカルコントロール協議会のあり方」

山本 五十年(医療法人救友会 湘南真田メディケアセンター理事長)

皆さん、こんにちは。時間が押しているので、早速ですが「地域包括ケア時代のメディカルコントロール協議会のあり方」についてお話しさせていただきます。

(以下スライド併用)

##

私はこれまで東海大学病院高度救命救急センターに勤務し、神奈川県と湘南地区のメディカルコントロール事業に関わる仕事をしてきました。現在、神奈川県メディカルコントロール協議会の検討部会長を務めています。同時に、7年前から救急医として地域医療と在宅医療にも取り組み、高齢化社会における救急医療と在宅医療のあり方についても考えてきました。その意味で今回ご指名を受けたものと思います。

#2

本日は地域包括ケアシステム構築の背景、地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方、メディカルコントロール協議会の役割についてお話しさせていただきます。

#3

さて、スライドは、低出生・低死亡が持続したと仮定した場合の高齢化の推移を示します。2025年は破線で示します。団塊の世代が高齢者になると同時に、高齢化率が急速に進み、2025年を待たずに高齢化率が30%を超えます。10年遅れて75歳以上のいわゆる後期高齢者が急増し、次に、団塊の世代の子供たちが高齢者となり、高齢化率は35%を超えると試算されています。

#4

スライドは総務省の統計ですが、同じことが示されています。今から10年後に後期高齢者が20%を超えると試算されています。

#5

高齢者が増えると亡くなる方も急速に増え、2040年に死亡者は166万人と推計されています。明らかに日本は多死社会になります。

#6

救急出動件数および搬送人員の推移を示します。現在の高齢化の進行に対して、救急搬送に依存する一元的な救急医療システムが続けば、救急搬送件数も増加の一途をたどることは容易に推察できます。

#8

高齢化者社会で増える疾患を示します。第1に健康管理・介護を必要とする多疾病の慢性疾患、第2に慢性疾患の急性増悪、第3に転倒等による四肢・骨盤外傷、誤嚥・窒息や急性肺炎等の急性疾患、第4に緩和ケアを必要とする悪性腫瘍の末期、第5に終末期とも言える老衰が増えています。果たしてこれから救急医療はどうなっていくのでしょうか。

#9

現在の医療のサイクルを示します。外来、在宅、つまり地域で発生した患者の多くは、プレホスピタルケアを通して救急医療施設に搬送され、インホスピタルケアで治療されます。治療が終了すれば、地域に戻り、そこでポストホスピタルケアを受けることとなりますが、その場はプレホスピタルケアの場でもあります。このように医療は円環構造をしており、当然病院医療を中心に据えれば、深刻な入り口問題と出口問題が発生することになります。

#10

受け皿となる慢性期の医療と介護の充実が進まなければ、急性期病院の病床確保が困難となり、救急医療は麻痺的状况に陥る可能性があります。急性期医療が麻痺すれば、慢性期の地域医療・介護を安心して遂行できず、セーフティーネットは壊れていきます。急性期医療と在宅医療・介護は表裏一体となり、循環型・連携型の社会システムの構築が不可欠になると考えます。

#11

そこで地域包括ケアシステムという新しい社会システムの構築が急がれています。地域包括ケアシステムとは、スライド下段に示しているように、書いてあるように、2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される社会システムを意味します。

#12

厚生労働省のスライドを示します。スライドの右は地域包括ケアシステム、スライドの左は病気に罹患した場合の医療システムを示しています。その中間に、相互の包括的マネジメントを構想していますが、詳細は明らかにされていません。

#13

スライドは、厚生労働省による高齢化への対応として、2025年に向けた取組の方向性を

示しています。入院医療の機能分化と連携の強化として、急性期医療への資源の集中投入と、亜急性期、慢性期以上の強化を図り、在宅医療と在宅介護の充実を通して地域包括ケア体制を整備するものです。明らかに近未来の将来像として、医療・介護の枠組みをソフトすることが目指されています。

#14

医療としては治療を目的とした、左側にあるような Cure と、生活を支える Care を切れ目なく提供することが必要であり、Cure と Care の最適化が目指されていると言えると思います。

#15

当然、地域包括ケアシステムにおいては患者一人一人に支援チームを組織することが重要であり、スライドに示すように、多職種、多事業所がチームを組むことが求められています。

#16

このような地域包括ケアシステムにおいて救急医療はどうあるべきでしょうか。

#17

救急医療体制はこれまで皆さまの多大なご尽力で整備と充実の一途をたどってきました。しかし他方で、救急搬送、受け入れ困難事例が多発する事態に達しています。救急医療施設も消防機関も四苦八苦しているのが現実ではないでしょうか。

##

神奈川県では、県主導で2013年11月から12月の1週間、救急搬送受け入れ困難事例について詳細に調査しました。これは資料にはありません。県全体で救急搬送受け入れ困難事例は12%にも達していますが、二次医療圏で見ると地域格差が大きく、地域にさまざまな問題があることが示唆されました。

#18

同時に調査した背景因子を示します。一人暮らし、飲酒、精神疾患、認知症、施設入所者、薬物など、社会基盤に関わる諸問題が関係していることが示されました。これらが救急医療関係者にしわ寄せされていると申しても過言ではありません。

#19

では、地域包括ケアが求められている高齢化社会において、従来の一元的な重症度・緊急度別の救急医療システムを推進する延長上に日本の未来は描けるのでしょうか。間違いなく高度急性期医療システムの強化、メディカルコントロールの充実、市民啓発などを通して救急医療システムの継続的な発展を図ることが日本のセーフティネットの前提であると考えます。同時に、地域医療、在宅医療、介護システムと連携した尊厳のある高齢者

医療を構築し、多角的な救急医療を整備することにより、従来の救急医療のしわ寄せ、すなわち負荷を軽減することが求められているのではないのでしょうか。

#20

既に一般病床を高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能に分類した病床機能報告制度が発足し、都道府県ごとに地域医療ビジョンを策定する作業が進んでいます。われわれ救急医療関係者はこの流れの真っただ中に置かれています。

#21

実際スライドに示しますように、二次救急医療施設にさまざまな動きが起きています。地域包括ケア病棟、亜急性期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟等の導入、急性期病院から在宅医療への依頼の急増、急性期病院と地域医療、在宅医療との連携などです。

#22

今後、地域包括ケアシステムを中心に、病院医療、病院前医療、地域医療、介護施設、介護・福祉の間でさらに連携が構築されていくことになると考えます。実際、さまざまな地域で既に協働と連携を模索する試みが始まっていると思います。

#23

スライドは地域医療・在宅医療のミッションをまとめたものです。詳細は述べませんが、健康管理、慢性疾患の治療、急性疾患・急性増悪の在宅トリアージ、病院医療からの円滑な移行、緩和ケア、リハビリテーション、食事・栄養・排泄等のケアに関する介入、多職種・多事業所との協働と調整が主なものです。

#24

私は急変時に在宅トリアージを実施するように提言しています。在宅医療を継続するか、看取りプロセスに入るか、専門診療科を受診させるか、救急医療システムを活用するかをトリアージすることにより、救急医療システムへの負荷を軽減できるのではないかと考えています。当然、メディカルコントロールも有効ではないのでしょうか。

#25

地域包括ケアにおいては、最前線は看護師ではなくて、介護従事者です。既に在宅ケア介護従事者のための救命講習が行われ、現場で急変した場合に患者をどう医療につないでいくかという教育が始まっております。

#26

今後、医療と介護の連携を推進するために、在宅支援チーム内の連携、病院・消防本部・在宅支援チームの連携、消防本部と介護従事者の協働、行政・消防本部・医師会・現場の協働が不可欠であると考えます。

#27

スライドは多職種、多事業所の連携のポイントを示します。入退院時には情報共有が必要であり、搬送・入院時の情報伝達と共有、病院医療の中での在宅療養の準備、病院から生活の場への移行における情報共有、病院職員の意識改革、顔の見える関係構築が必要です。

#28

スライドは救急医療・介護連携の要諦を示します。第1に、病院医療・消防・在宅医療の間の相互理解です。そのためには、受診・搬送・入院等の診療情報提供、退院時の共同指導等を通じた「異文化コミュニケーション」の推進が不可欠になります。第2に、医療従事者・消防従事者と介護従事者の切磋琢磨です。目的意識の共有と目標の設定、共通言語の獲得、会議の開催、顔の見える信頼関係が必要です。

#29

最後に、地域包括ケアシステムにおけるメディカルコントロール協議会の役割についてまとめます。

#30

第1に、メディカルコントロール協議会の目的と任務は変わらないことを強調したいと思います。目的は、救命救急医療における傷病者の予後の継続的な改善であり、その任務は、救急活動の質の医学的な保障、救急医療システムの継続的な改善です。

#31

今後、高齢者医療・介護との連携を推進することも、メディカルコントロール協議会の役割であると考えます。そのため、「かかりつけ医療」や在宅医療・介護との連携、地域の医療・介護資源の把握、問題点や課題の抽出、地域医師会・基礎自治体・消防等との定期的な協議、在宅療養支援ガイドラインやプロトコルの作成、在宅看取りシステムの推進が課題になると考えます。

また、悪性腫瘍や老衰、末期の高齢者や患者に救命を目的とした心肺蘇生を実施することの是非について、検討する時期に来ていると思います。そのためには、心配蘇生の対象と有効性に関するデータの解析を通して、国民の誰もが納得するデータを提示すべきかと考えます。また、不搬送プロトコルに関する見直しも必要であると思います。

#32

以上、地域包括ケアシステム構築の背景、地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方とメディカルコントロールの役割について私見を述べさせていただきました。

以上です。ご清聴ありがとうございました（拍手）。

（司会） 山本先生、ありがとうございました。以上をもって第2部を終了とします。これより休憩に入ります。第3部は15時50分より開始しますので、それまでに席にお戻り

ください。

第3部

「地域に根差した救急隊員教育のベストプラクティス」

～「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」を活かして～

座長 鈴川 正之（自治医科大学救急医学教室教授）

討論者 小林 啓志（伊南行政組合消防本部北消防署救急救助係長）

菩提寺 浩（札幌市消防局警防部救急課長）

目黒 順一（札幌北榆病院長）

山口 均（大垣市民病院救命救急センター長）

助言者 寺谷 俊康（消防庁救急企画室救急専門官）

酒井 智彦（厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室 病院前医療対策専門官）

（司会） 第3部の討論を開始いたします。座長は、自治医科大学救急医学教室教授、鈴川正之先生。討論者は、伊南行政組合消防本部北消防署救急救助係長、小林啓志様、北榆病院院長、目黒順一先生、大垣市民病院救命救急センター長、山口均先生、札幌市消防局警防部救急課長、菩提寺浩様。助言者は、消防庁救急企画室救急専門官、寺谷俊康様、厚生労働省医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室病院前医療対策専門官、酒井智彦様になります。

第3部の司会進行については、座長の鈴川先生にお願いいたします。

（鈴川） 皆さん、こんにちは。最後のセッションですので、張り切っていきたいと思えます。あと1時間、熱い討論をしていいと言われておりますので、皆さんからもご意見等を賜りたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

先ほど、小林先生から全国MCがどのようにできてきたかという話がありました。午前中、救急隊シンポジウムがあつて、MCという内容が随分変わってきたという話がたくさん出てきましたし、処置の拡大もあつて、救急隊員に指導する内容、指示する内容、オンラインメディカルコントロールの内容もどんどん変わつて、複雑化してきている。MCとは、そういうものの質を保証するのだと言っていたのですが、その質を保証するには、ただ指示だけをしていけばいいのではなく、周辺の病院の体制や住民の教育も必要で、でも、やはり予算がなくてはいけないので、お金の話も含めると、どんどん話が大きくなってきて、ついには、先ほど山本先生の話にもあつたように、包括ケアにもMCという言葉が出てくる時代になってきたのだと思ひます。

そこで、救急隊シンポジウムで私も発言したのですが、そうなればそうなるほど、全国に280ほどあるMCのそれぞれの格差がどんどん大きくなって、良いところと悪いところ、それこそ住民の安全・安心な生活を守るための包括ケアの質が、地域によつても大きく変わってしまうのではないかという危惧をずっと持っているのです。私は栃木の田舎にいますので、何もしなかつたら、日本最低の地域になる可能性もあるという危機感があるものですから、何とかMCを通して地域を良くしたいと思つてきたわけですね。

今日は、その中でも特に救急隊員・救命士の教育は、当然ながらしっかりしたものにしていかないと、MCというものは立ち行かないわけですが、そのことに関して、全国的に

一生懸命やってこられた方、今日の題は「地域に根ざした救急隊員教育のベストプラクティス」ですので、それぞれの地域で頑張っている先生方、救急隊の方の実際のお話を聞いて、それを皆さんの地域に持ち帰っていただいて、少しでも参考にして、良い医療、地域を目指すことになれば、小林先生の意図している全国 MC の意味は多分、オーケーと云ってくださるのではないかと考えています。

それでは早速、順番に、まず、お二人の先生から、その地域の実情のお話をさせていただこうと思います。最初は札幌北楡病院の目黒順一先生です。北海道の MC の現状と課題ということでお話しいただきます。

(目黒) 皆さん、こんにちは。北海道医師会常任理事の目黒と申します。本日はこのような発言の機会を頂き、小林國男会長とご推薦くださった日医常任理事の石井先生に感謝申し上げます。私からは北海道の MC 体制について、主な現状と課題について述べさせていただきます。

(以下スライド併用)

##

北海道はご承知のとおり、国土面積の約 22%を有し、三次医療圏が六つあります。一つがおおよそ県単位の広さに匹敵します。

##

仮に札幌市を東京に重ねますと、根室市までは東京一大阪間に、稚内市までは東京一山形間に相当します。

##

このような地域ですので、全体の組織は、この図のようになっています。いわゆる親会である北海道救急業務高度化推進協議会があり、その下部組織としてワーキンググループがあります。そして、一つの三次医療圏に、一つの地域 MC を設置しています。

##

地域の中核医療機関は市立函館病院、旭川赤十字病院、北見赤十字病院、帯広厚生病院、市立釧路総合病院ですが、道央圏は人口が多いので、三つの病院を設定しています。すなわち、札幌市が市立札幌病院、石狩・後志・胆振管内が札医大病院、空知・日高管内が北大病院です。

##

各組織の所管事項は表のとおりですが、親会は全道の方針を決定します。ワーキンググループは各地の事例や問題点を検討し、プロトコルの変更も含めて親会に答申します。地域 MC は地域の実情に合わせて、教育・研修、指導・助言を行い、必要に応じて親会に答申します。さらに、各地域に検証部会を設けてフィードバックを行います。

##

以前はこのフィードバック機能が不十分でしたが、現在はPDCAサイクルが回ることに
より、全道のMC体制の充実を図っています。

##

一方、平成13年7月に出された消防庁通知にのっとり、再教育体制の確立を目指してい
ますが、実情は厳しく、地方に行くほど人的余裕がないことや実習医療機関の確保が困難
であり、症例も少なく、さらには予算不足であり、現在でも2年間で128時間という基準
を満たせない地域が多くあります。それでも地域によってはいろいろな工夫と努力により、
体制の充実強化を模索しています。

##

まず、函館を中心とする道南圏の指導的救急救命士養成の努力をご紹介します。この資
料は市立函館病院救命救急センターの岡本博之先生にご提供いただきました。

##

研修開始までの流れです。救急需要の増大に伴う救急救命士の増加により、再教育対象
者が増加、消防本部や研修病院の負担が大きくなったことから、負担を減らし、教育の充
実を図る方策として、平成24年度に親会で指導的救急救命士制度が創設され、平成25年
2月に道南圏MCで導入を決定しました。担当者会議での議論の末に、平成26年1月から
養成研修は開始されました。

##

各種問題点とそれらの解決策を列挙します。消防本部の勤務シフトの作成難、予算不足、
医療機関の人的負担が問題でしたが、研修期間を2期に分けたり、研修費用を減免したり、
病院スタッフへの協力要請を行ったりして、研修を開始しました。

##

問題は研修カリキュラムですが、親会が示した到達目標を勘案し、多くの職種で議論の
上に、決定しました。

##

主な概要と目標をお示しします。座学と見学実習のバランス調整、指導者としての見識
や技能の獲得を目標に据えました。いわゆる顔の見える関係の構築も目標としました。

##

その結果、平成26年11月現在、8名の研修が終了しました。さらに年度内に5名を養
成します。その結果、管内七つの消防本部で全て配置されました。

##

この研修活動を通じて得られた効果は、岡本先生によりますと、看護師やコメディカル業務や院内業務への理解と、その結果の顔の見える関係の構築、指導技術の獲得、指導医師の負担軽減、実習の質的向上などが挙げられました。

##

一方、これは札幌市の例ですが、救急ワークステーションの設置により、効率的な研修を実施しています。これは後ほど菩提寺課長さんから詳しく説明していただきますが、その頂いた資料の一部です。ステーションは平成7年8月に市立札幌病院に隣接して建設されました。

##

研修内容は赤い文字で示された項目が院内研修、黒い文字で示された項目がワークステーションでの研修です。

##

ここの研修指導者は一定のレベルでの指導を実現し、医師の負担軽減やリエゾニックな役などを通して、充実した研修を可能にしております。

##

さて、道内の地域 MC は、ここにお示しした道北圏の課題がほぼ共通の問題です。すなわち、教育医療機関の不足と医師不足、症例の不足、人手と予算の不足などが挙げられます。旭川日赤では、ピックアップした症例の学習や研修医と一緒に ER を研修することで、何とか質を担保する努力をしていますが、研修内容の充実がいまひとつなのが現状です。

##

現在、指導的救急救命士が養成されている道南圏では 11 名、札幌を除く道央圏では 10 名、合わせて 21 名が養成されています。他の圏域では、まだ計画はないようです。今回、国から示された再教育の基準案から見ると、その乖離は極めて大きいと考えます。

##

まとめますと、北海道では人とお金の不足が顕著であり、しかも医師と同様に、人の地域偏在が深刻です。対応策は難しいのですが、指針の弾力的運用や、これは全くの私の私案ですが、余裕のある圏域からの人の派遣はどうでしょうか。北海道は緊急臨時的医師派遣事業が実施されています。これは医師の地域偏在の応急手当としてはかなり有効に機能しています。

##

それにしましても、今回、多くの方々にたくさんの資料とご助言を頂きましたが、どなたからも非常に熱意あふれるご対応を頂きました。この場をお借りして、あらためて感謝申し上げます。ご清聴ありがとうございました（拍手）。

(鈴木) 目黒先生、ありがとうございました。質問等あると思いますが、先に話を進めたいと思います。続いて、大垣市民病院の山口均先生から、指導救命士の活用等のお話を伺いたいと思います。

(山口) 大垣市民病院の山口でございます。私は岐阜県メディカルコントロール協議会の救急救命士教育の取組をお話しさせていただきます。

(以下スライド併用)

##

岐阜県はご存じのように、日本の真ん中あたりに位置しています。

##

特徴としては、市町村数は 42 で、消防本部は 22、その他特筆すべきものとしては、森林率が 81%あり、ほとんどが森林ということで、一つ一つの市町村の距離が離れているところもあります。それから、飛騨地域の飛騨市は東京都より大きな面積があり、そこも一つの消防本部で、かなりの数の人口をカバーしなければならないということもあります。

##

岐阜県の救急救命士の推移です。このように有資格者、薬剤・挿管ともに、少しずつ伸びています。特に薬剤・挿管の救急救命士の伸びが顕著です。しかしながら、専従の救急救命士というわけにはいきません。やはり、救急と消防の両方を兼ねておりますので、運用率としては 100%には至らず、93.9%です。

##

昨年の救急搬送人員です。急病が多く、それから一般負傷、交通事故、その他という順番になっています。

##

これは 119 番入電から現場到着までの時間を東海 3 県、静岡と比較したのですが、そう大きく離れているものではありません。岐阜もそれほど他県と変わらないことがお分かりかと思います。病院収容までの時間も、特に延長しているということではなく、平均 31 分、昨年も 31.5 分という状況です。

##

背景として、本日もいろいろなセッションにありましたが、平成 3 年の救急救命士法以来、救急隊員の教育の充実が望まれています。昨年、横田先生の作業部会から「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」が発刊されたことがあります。

##

先ほども申し上げましたが、岐阜県のメディカルコントロール協議会は、五つの二次医

療圏に分かれて、五つあります。詳細はお手元の資料の108～109ページにもございますので、ご参照ください。その中で、私は西濃地域メディカルコントロール協議会の会長の任を拝命しています。この中で作業部会があり、その下の方に救急隊員教育部会があります。この救急隊員教育部会で、いろいろな詳細な教育のプログラムを作りました。

##

対応として、救急隊員教育ですが、先ほど申し上げましたが、救急隊員教育部会で指導者救命士の養成、救急救命士の再教育プログラム、救急隊員教育プログラムの作成を、一昨年、昨年を通じて行いました。

##

当県の救急隊員の教育体系のイメージ図です。頂点には指導者救命士がいます。それから救急救命士、一般の救急隊員、さらに、われわれは消防学校に入校中の消防職員に、消防学校に入校中からいろいろな関与をしていこうということを考えています。

##

指導者救命士ですが、岐阜県は独自のカリキュラムで、各消防本部1～2名の指導者を養成しました。救急救命士の再教育に関しては、他県と同様になると思いますが、ポイント制を採用しています。

##

指導者救命士の養成ですが、要件としては7年以上の活動をしており、挿管かつ薬剤認定の救命士、JPTEC、ICLSのインストラクターとなっています。その役割としては、消防本部での検証、指導者救命士への指導、各種訓練の企画立案、法的問題への対処となっています。

##

これが一昨年作ったカリキュラムです。3日間、他の消防大学や九州研修所に比べたらいささか少ないとは思われますが、われわれとしては、推薦される救急救命士がある程度、力を持った救命士であること、それから岐阜県独自のしっかりした、われわれのMCの働きを理解してくれる人ということで、カリキュラムはそれほど多くは作りませんでした。

##

次に再教育です。各消防本部が主体となって実施してもらおうということで、このようなフロー図を作りました。県のメディカルコントロール、各地域のメディカルコントロールは指導・助言を行い、消防庁はこういう計画を立てましたということで、メディカルコントロール協議会へ提出して、それをまたチェックし、助言を行うという形にしました。

##

教育単位です。ポイント制に関してはこのようにしています。学術集会、研究会といっ

たところで発表すれば、ある程度ポイントも高く、実習、集合研修をした場合にもポイントを高くと考えております。

##

救急隊員に関しても、各消防本部が年間教育訓練計画を立てました。それを基に、上の救急救命士、救急隊員からどんどん指導する形にしており、地域の MC 協議会がそれに対して指導・助言をする形にしました。

##

これが教育体系のイメージです。救急救命士、指導救命士がいて、それが救命士を教育する。さらに、救命士が 4 年目以降の救急隊員を教育し、彼らが 2 年目、3 年目を教育する。また彼らが 1 年目を教育するという、いわゆる屋根瓦方式で救急教育をしようとしています。

##

各隊員におけるレベルの教育目標もこのように策定して、これを基にいろいろな細かい教育プログラムを作りました。

##

それをやった結果、課題としては、そのプログラムを MC で精査したところ、消防本部ごとに異なって、複雑な隊員教育があります。それは消防本部独自のものと、それから救急隊員の勤務に合わせた教育隊員プログラムを作っていますので、消防本部ごとに異なって、複雑なものが出ていました。ですから、MC 協議会で把握しようと思ってもなかなか難しく、それから、全県できれば統一したものが良かったのですが、なかなか統一化が難しかったです。それから、以前の総務省消防庁からのアンケートでもありましたが、教育時間が確保できない、手法が分からないということです。理由としては、先ほども申し上げましたが、消防と救急の兼務をしなければならず、分署によっては、本当に 4~5 人の少人数の分署がありますので、そういうところで確保ができないという課題も浮き彫りになりました。そのため、今回、拡大 2 処置がありますが、それに関して少し工夫をしました。

##

これが、細かくて見づらいかもしれませんが、講習計画です。救命士を今までの既存の救急救命士、それから実証研修も行いましたので、実証研修に参加した救命士、それから、いろいろな研修所等で追加講習等を受けた救命士等に分けて、ただ、この救命士は全て丸が付いていますが、そこは集合研修という形で、全員が一度はこの研修を受ける。その後は、救命士ごとに分けて追加講習、それから必要な講習を受けるという講習計画を立てています。

##

その具体的な計画ですが、集合研修はメディカルコントロール協議会の教育担当医師が担うということで、これも五つの地域で、おのおの2回ずつぐらい集合研修を行います。その後の追加講習には、指導的立場の指導者救命士も参画して、資格のある救急救命士に指導をしてもらう計画を立てています。現在、集合研修が始まっており、幾つかの地域で集合研修が終わりました。それを基に追加講習を今からやろうと計画しています。

##

今後のメディカルコントロール協議会の取組としては、救急救命士の再教育への積極的な関与、できれば救急隊員のプログラムの均一化、それから処置拡大に伴う質の保証を目指していきたいと思っています。

##

まとめです。今後のMC協議会は拡大する救急活動に対応すべく、密接に救急隊活動に関わることにより、病院前救護における質保証と向上に努めていく必要があるのではないかと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました（拍手）。

（鈴川） 山口先生、ありがとうございました。次に、先ほどの目黒先生のお話に対し追加するような形で、スライドはないですが、菩提寺様からワークステーションを通じた教育の話をしていただきます。よろしくをお願いします。

（菩提寺） ありがとうございます。先ほど目黒先生のスライドでご紹介させていただきましたが、救急ワークステーションについても一度ご紹介させていただきたいと思います。

救急ワークステーションは、救命士の生涯研修、いわゆる再教育の知識・技術の維持向上と現場への迅速な医師搬送などを目的に、市立札幌病院の移転に合わせて平成7年に病院に隣接して設置しました。ワークステーションには、市内31隊目の救急隊として、警防救急隊を配置いたしました。この救急隊には、全員が救急救命士として3年以上の現場経験を持っている者を配置しております。

その中でやられている生涯研修は、救命士の資格取得年数や救急隊員の役割によって、それぞれテーマを決めて実施しております。救命士就業前の病院実習では、人を救命する医療者としての意識付け、1年次の研修に関しては連携の重要性を再認識するなど、さらには2年次、2年次以降、それに合わせて2年次以降が終わった者は、隊長なら隊長研修、さらにはそこで指導する者、警防救急隊の人間は指導することで自らを向上させるということで、指導者研修という位置付けにしております。各署の救急隊を統括し、訓練指導をする救急担当係長には、それなりの研修カリキュラムがそれぞれ組み立てられています。

その他に、病院実習に関しては、病院の中で研修生が来たとき、先生に質問したり、処置内容を確認したりすることをちゅうちょする場合、仲介役、パイプ役をするようなものとして救急ワークステーションの人間が活動しております。

このような感じで救急ワークステーションをしております。

(鈴川) ありがとうございます。それでは、もうお一人、小林様、長野県の伊南行政組合消防本部です。昔から救急隊員の教育をずっとしてきているところが特徴かと思っています。その取組がユニークなので、お話しいただきたいと思います。

(小林) ただ今紹介にあずかりました、長野県の伊南行政組合消防本部、小林といます。よろしく願いいたします。資料を用意していないので、ピンクの冊子の107ページを見ていただければありがたいと思います。

長野県内は14消防本部あります。このうちメディカルコントロール協議会が10協議会、上部機関として県のメディカルコントロール協議会が組織されております。私の所属する消防本部は、下の方から見ていただくと、駒ヶ根市、飯島町と書いてありますが、この4市町村を管轄する消防本部です。職員数は68名、救命士が23名となっています。4月1日から、その上にある伊那署を中心とした辰野町までを管轄する消防本部と広域合併し、4月1日からは職員数207名、89名の救急救命士、実働75名の救急救命士で活動を行う予定です。

当MC協議会の活動について説明させていただきますと、当MC協議会は平成15年に組織され、始まった当初から隊員の病院実習を実施しています。当時は、1年に8時間の隊員実習を実施していました。18年に単位制となり、2年間で16単位を研修させていただいています。この16単位の中で最大12単位については減免措置があり、残りの4時間については2年間で病院実習を行う体制を取っています。この2年間の単位については、各所属での訓練、シナリオ訓練、症例検討会、集中講義等、単位制とさせていただいて、それをポイント付けさせていただいて管理しています。

隊員の病院実習については、メディカルコントロール協議会で病院へ依頼し、9月から11月におおよそ全員の隊員に実施しているという状況です。

(鈴川) ありがとうございます。スライドがなかったのとつきにくくて申し訳ないですが、今、4人の方からお話しさせていただいて、ポイントを幾つか絞ってまとめたいと思います。

一つは、救命士が救命士を、または救急隊員を教えるというようなことで、「指導〇〇救命士」というのが世の中にできています。北海道の方は「指導的救命士」という言い方をされましたし、大垣の先生は「指導者救命士」という言い方をされました。小林さんのところは怎么样了か。

(小林) 私のところはまだ2本部があるものですから、4月から広域ということで、一応、「指導救命士」で広域化後の検討という形で進んでおります。

(鈴川) ということで、いろいろな指導の方がいらっしゃるということです。具体的に国が言っている「指導救命士」に認可された人はいないかもしれませんが、一応、カリキュラム等、要綱が決まっています。そうではなく、「指導者救命士」でいいのではないかと山口先生はおっしゃっていたような気もしますが、「指導者救命士」と「指導救命士」のことを言っていたらよろしいですか。

(山口) 私どもは、ある程度指導的立場の救急救命士と消防庁から言った後からはなりません、やはり、岐阜県のメディカルコントロールや実情をしっかりと分かった人にやってもらいたいということがあります。私どもはものすごく少ないカリキュラムではあったのですが、その中に凝縮して岐阜県のメディカルコントロールのノウハウを詰め込もうと考えていました。ですから、消防庁や消防大学がやっているカリキュラムに、岐阜県の実情などの理解をプラスアルファで養成の計画をして、そういう人たちを「指導者救命士」。ですから、少しニュアンスが違うのかなというところを、県の中では話しております。

細かいところが出ていけませんので、国の「指導救命士」がこういうものだというところまでははっきりしないかもしれませんが、われわれは、県、地域の実情をしっかりと理解して、それに対して即応できる、われわれのメディカルコントロール協議会の手足になって動いてくれるというニュアンスで考えています。

(鈴川) ありがとうございます。目黒先生、北海道も「指導的救命士」でしょうか。恐らく皆さん、昔から自分たちの地域で指導的な立場にある救命士の方がいらっしやって、それで今度、国が「指導救命士」というジャンルをつくりましょうというところなので、それぞれ多少差異があるということだと思いますが、北海道はいかがですか。または菩提寺さん、どちらかお答えいただければ。

(目黒) まず私の方から。そもそも北海道の場合、先ほども少しご紹介させていただきましたが、非常に人的資源が乏しいということ、非常に広大であること、それらを鑑みて、やはりドクターの負担も大変であり、実習を受ける救命士の方々のモチベーションもなかなか上がらないということで、少なくともある一定レベルの研修を受けた方については、やはり指導的なことをしていただくという議論があります。

それで親会である推進協議会で救命士の「指導的救急救命士」という言葉を使い、一応、手を挙げたところでそれをやっていたかどうかという基準を作りました。それは先ほどご紹介した道南の函館でやっている試みで、大変な努力をして、4週間で一応そういう資格をあげようということになりましたが、今回、この国の指針が出たことで、100時間ほど実習が足りなくなるということです。今、どうしようか、北海道全体で悩んでおります。年度内に親会を開いて、この問題について議論する予定になっております。

(鈴川) ありがとうございます。菩提寺さん、何か追加はありますか。

(菩提寺) ありがとうございます。先ほど、札幌の方、ワークステーションの職員の病院内の引率や先生方の仲介というお話をさせていただきましたが、北海道の「指導的救命士」も基本的には同じです。顔の見える関係をつくった者が他に研修に来た者をパイプ役として指導するという形になります。さらに、北海道は指導救命士が所属で研修したとき、救命士の生涯研修、再教育のポイントを年間40ポイントまで認めましょうと。それは地元MCの先生が認めればですが、そういうシステムも構築してあります。

(鈴川) ありがとうございます。今、菩提寺さんから「顔の見える関係をつくって病院

実習」ということですが、私たちの地域の例で、実は、救命士の OB の方に、救命士の就業前教育やそういう実習のときに一緒に病院実習に付き合っていただくようなシステムをやっています。そして、何が分かったかという、静脈路確保のトライの件数が、その前と比べて倍になったのです。つまり、コミュニケーションや看護師さんと仲良くなる、そのようなことを、誰かが「指導的」というのがありましたが、そういう慣れた人が一人くっつくだけで実習の効率は上がるということは私たちも経験しております。「指導的」か「指導者」か分かりませんが、地域で実習できるというのは大事なところではあります。せっかくですので、寺谷先生、この辺りについて国の出しているものとどうやって融合していくか、何か教えてください。

(寺谷) はい。その地域で特に先進的に取り組まれてきたところからしてみると、恐らくきっと国がやっているところとは合わないというご意見を頂くところです。どうしても国の仕事は幾つかありますが、当然、先進的なものを展開していくのは重要ですが、他方、きちんとボトムアップを図っていく側面もあります。

「指導救命士」の件に関しては、平成 20 年の通知などが出ておりますが、その中でもそういう意味でのラインをつくっていくことがあります。ある種、僕はいいいことだと思っていて、そこは恐らく地域でもともとあるものと、国が示したものをよく見てみると、恐らく地域には最適化されているけれども、他方、もしかするとちょっと視点が抜けているところもあるかもしれません。ですから、そういうところをうまく組み合わせてもらって、ボトムラインを定めて、国のものにさらに地域の最適化されたものとなると、一番バランスよく、しかも地域のためにもなり、どこに出しても恥ずかしくないという言い方も変ですが、そういう標準化されたものでもあるのかと思っています。

(鈴川) この辺はいろいろ議論がまだこれからあるかもしれませんので、そういうところだということで持ち帰っていただければと思います。

せっかくですので、「生涯教育の指針 Ver. 1」を活用されている小林さんのところは、どうでしょうか。役に立つでしょうか。その辺をお願いします。

(小林) これを活用しているかどうかという、はっきり言わせていただくと、私どもは、先ほど説明させていただきました救命士ノート、隊員ノートというものがありますから、そちらと照らし合わせていただくと、当 MC で作成している教育ノートがほとんど網羅されている状況ですので、この点についても、広域を迎えていますから、広域化に合わせて隊員ノートの見直し、調整をかけていくという段階です。

(鈴川) ありがとうございます。山口先生のところも Ver. 1 を使っているんですか？

(山口) 基本的には、Ver. 1 をベースとしていろいろ少しずつ変えたところです。

(鈴川) 全体を俯瞰して、救急業務に携わる職員の生涯教育の指針というわけですが、先生の印象としてはこういうところがもっととか、多すぎる、少なすぎるなど、何か感想

的なものでいいですが。

(山口) それを使って計画プログラムを実行するという検証をまだやっていませんからはっきり申し上げられないかもしれませんが、この中で部会などでも検討した中では、これはちょっととか、これは変えた方がいいとか、これは削除しようという意見はなかったので、やはり指針としては十分なものかなと思っております。

(鈴川) ありがとうございます。菩提寺さんのところは、現場で使われているのでしょうか。

(菩提寺) はい。救急救命士に関しては再教育の基準があるので、それで実施しております。救命士以外の救急隊員に関しては、今年4月から取組を始めました。基本は、Ver.1に基づいたものとして、さらに札幌独自のものとして、札幌の救急医療体制など地元に必要なところを盛り込んだような研修を組み込み、現任の救急隊員に関しては、年間を通してやります。新たに救急隊員になった者に関しては、発令が出てから1カ月以内に研修する形でカリキュラムを今年から始めています。

(鈴川) ありがとうございます。ここまで、「指導〇〇救命士」、それから指針の Ver.1 の話を演者間でお話ししましたが、せっかくですのでフロアの方から、お話を聞いていて、教育に関する、MC に関係あるポイントについて質問やご意見等がありましたら手を挙げていただければと思います。いかがでしょうか。稲葉先生、どうぞ。

(稲葉) 金沢大学の稲葉です。私ども石川県でも指導的な救命士を導入していますが、その中でメディカルコントロールの中で問題というか、どうしたらいいのか悩んでいることがあります。

一つは、指導的な救命士になると、教育やそういうものの負担が増えて、現実的にはそれまで救急車に乗られていた方の実務が少し減る。そうするとどうということが起こるのかというと、給料が減ります。出動手当がかなり出ている消防本部があり、出勤が多いところの方が経験が豊かで指導力もありますが、それがなくなると給料が下がり、結局、インセンティブをどうやってつけたらいいのかが非常に悩んでいます。そういうことについて何か考えられているかということが一つです。

もう一つは、階級との関係です。「指導的な救命士」よりも年齢が高いクラスの人たちに対しても教育することになる。その辺に関して、これは石川県では比較的すんなりクリアできましたが、問題になるようなことがない、より適正な指導的な救命士が選出されるようにするためには、例えば若い人でも非常に教育的な技量がある人は登用する道を考える必要があると思います。その辺はどのようにやられているかということで、どなたかお話しいただければ。

(鈴川) ありがとうございます。では、せっかくですので皆さんから実情をお話しいただければ。こちらから行きますか。小林さんから。

(小林) 私どものところは、まだ運用になっていないものですから。

(鈴川) 分かりました。では、北海道はいかがでしょうか。菩提寺さんの方が分かりませんか。どちらか。

(菩提寺) 私どもは救急ワークステーションの職員が、明確に国の言っている指導的立場の救命士という位置付けではありませんが、その人間が指導をしているのが実情です。先ほどもご紹介させていただきましたが、あそこで勤務すること自体が彼らの研修という位置付けにしていますので、研修をしながら自分の研修をしているということになります。資質の件ですが、もちろんそういう資質のある者、優秀な者なるべく救急隊の中から選んで、そういう人間をあそこに配置させていただいているという形になります。

(鈴川) 階級における問題や、指導してやりにくい、そういうことはあまりないですか。

(菩提寺) 来る人間も、研修の場に来ているという意識で研修を受けているので、階級とすると、確かに隊長クラスの上の係長の者が研修に来ますが、その指導係にも係長を配置しているので、最低同等の資格、階級で指導をしていることになります。

(鈴川) ありがとうございます。山口先生、この辺はお分かりでしょうか。

(山口) インセンティブに関しては、私は分かりかねるところがありますが、確かにおっしゃっていただいたように、うちが決めている「指導者救命士」の中には、やはり若いといってももう10年選手ですが、確かに上の救命士がいる方もいらっしゃいますが、その「指導者救命士」に選出した救命士は、誰が見てもこの人なら指導救命士としてふさわしいだろうという人たちが消防本部から推薦されています。その人たちでいいだろうとメディカルコントロール協議会も認定しています。それから、ある消防本部は本当に現場を離れて上の方の立場の、いわゆる管理する人たちが来ていますが、逆に、そちらの方は現場に即した指導がうまくできないのかなという感じでわれわれは見ております。

(鈴川) ありがとうございます。フロアの方で、今のお金が少なくなってモチベーションが下がってしまうのではないかなど、自分たちの地域の取組や報告のようなことを言える方はいらっしゃいますか。

私のところは、分かりません。すみません。でも確かに、栃木県では「指導的」というか、指導的な救命士、指導救命士の受講に行った人たちは、まだ乗っているか乗らないかぐらいですが、みんなからは一般的には「あいつなら」と思われている人が行っているのが実情ではあります。

他に教育等に関して、せっかくいらっしゃっているので、何かご意見やご質問等ございますか。

それでは、少しジャンルを変えてお話をお聞きしたいと思います。先ほどからメディカルコントロールの中での救急医療体制の構築、教育制度の構築ということだと思えますが、

メディカルコントロールがあるからこそ、この教育がうまくいっているというような、メディカルコントロールと教育の関係、確かにコア業務の中に再教育は入ってはいますが、それをどのように構築していくか、特に今、いろいろなところでMCは非常に広がりを持ってきている中で、それぞれの地区で救急隊・救命士を教育していくときに、MCはそこでのように関与しているか、または活用されているかというあたりを一言ずつお話ししていただけたらうれしいと思います。小林さんからお願いします。

(小林) 先ほどお話ししたとおり、私どもの本部は平成15年から病院実習が始まったということで、救命士の資格を持っていた隊員の熱意、それから、同じ隊で出る隊員の熱意があって、病院の先生も巻き込みながら病院実習が始まり、隊員自体の教育というところに取り組んでおります。その救命士で熱意を持った方が今ちょうど管理職となっている関係があり、非常にうまく回っているという状況です。

(鈴川) では、目黒先生。

(目黒) 私は実働で隊員教育に直接関わっているわけではないのですが、医師会の役員としてMC体制に参画しております。実は、前から課題と思っていましたが、今日ちょうど山本先生のご講演で、地域包括ケアの絡みでのお話は、まさにこれこそメディカルコントロールではないかということで、今日、この連絡会でお話ししていただいたことは非常に有意義だと思っています。救急隊員といえども、不搬送ルールなどいろいろなことにこれから関わっていかねばいけません。そうすると、三次救急の病院が高齢者でいっぱいになって動かなくなる出口問題がこれから非常に話題になってくると思いますので、メディカルコントロール体制の中でこの問題をきちんと解決していかないと駄目だということで、この教育システムの中でこの件についてもきちんと対応していけたらと思いつつ、今日、お話を聞いておりました。

(鈴川) ありがとうございます。山口先生、一言お願いします。

(山口) 先ほどのスライドでもお見せしましたが、やはり同じ目標に至るにしても、救急救命士はこれとこれとこれというのでいいですが、救急隊員の教育はやはり時間的な問題や教育手法の問題などすごくさまざまです。ですから、それが地域のMC協議会で提出となっているから教育プログラムを見せてくれと言われたとき、たくさんありすぎてなかなか上がってこれないという事務局からの意見もあります。ですから、MC協議会としては、やはりそういうところに対していいサジェスションをしたり、場合によっては「こうしなさい」という指導ができるといいのかなと、そういう関わり方をして、本当に全県として救急医療のボトムアップができればいいのではないかと考えております。

(鈴川) ありがとうございます。では、菩提寺さん、お願いします。

(菩提寺) 救急救命士の再教育にしても、救急隊員の生涯研修にしても、やはりしっか

り観察処置、現場活動がきちんとできる、そのためにするものだという認識があります。そうであれば、現場活動の事後検証を基にそれがフィードバックされるのかと思います。現場活動するための教育をして、現場活動をして、それがどうだったのかという事後検証がされて、それによってプロトコルが変えられたり、活動の内容がさらに良くなる。さらに良くなれば、それをしなければならぬために、また新たな教育カリキュラムを組み直すというものではないかと思っています。

(鈴川) ありがとうございます。時間が残り少なくなってきましたので、アドバイザーのお二人から、全体を通したご意見を伺いたいと思います。寺谷先生、よろしくお願ひします。

(寺谷) 私たちも非常に学ぶことが多く、具体的に進めていただいている伊南、それから札幌の地域から教えていただいたことがあります。われわれが指針を出す背景には、均てん化を目指していくというところがあります。それから、指針は北極星のようなものだと思っています。全体があちらの方に行くのだなと思います。ただ、別に北極星にみんなが行くわけではなくて、それを基に自分たちの地域でベストなものを目指していくことでしょう。その中では、今日の話、規模の大小はあれども、地元根ざして活発にやっいていただいているところから事例をご紹介いただいたというものだと思います。

また、その中でもやはりインセンティブの問題等についても、引き続き課題であるという事は認識しながら、私たちはこの26年3月に出してからを定期的にフォローアップし続けながら、その中で自治体のレベルではなかなか解決が難しそうなことを国として抽出し、それを何らか支援していく作業を丁寧に行っていきたいと思っています。現場を支えるために消防庁があると思っていますので、そのようなことを丁寧に行ってまいりたいと思います。

(鈴川) ありがとうございます。酒井先生、最後にまとめていただければと思います。

(酒井) 本日、話題に出ております「指導救命士」は、昨年度の消防庁の報告書の中でまとめられているところですが、これについて消防組織の中の教育体制というパターンの見方もありますけれども、ただ、その中の役割として示されているものの中に、病院実習の仲介などという項目もあります。これは医療に関係しております私どもとも関わりが深いのではないかと考えております。

先ほどの救急隊員シンポジウムの中で、私が「救急救命士は」というところでの法律の第45条で「医療関係者と密接な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない」という条文があり、この中で病院実習や症例検討会などで知識・スキルの維持を図っていくのではないかと考えており、そこにまさしく「指導救命士」さんが関わってくるのではないかと考えております。今後とも消防庁さんから情報提供いただきながら、皆さまと共有したい。といいますのも、「指導救命士」については、認定は、報告書の中では都道府県メディカルコントロール協議会が行うとなっておりますが、消防防災主管部局だけではなく、衛生主管部局も都道府県のメディカルコントロール協議会事務局をされているところもあり

ますので、私どももより一層「指導救命士」について認識を深めていきながら、皆さんと情報共有を図っていきたいと思っております。

また、目黒先生から先ほど出口問題というお言葉を頂きましたが、くどいようではございますが、ここでMC医師を活用できないかと思っております。やはり、今回もお金の話が幾らか出ておりますが、昨年、この場で、私はMC医師の事業については8億円の予算が付いたとスライドにも書かせていただいたと思っておりますが、やはりこういう実績を積んでいかないと予算は減っていき、ますます厳しくなっていきます。しかし一方で、しっかり取り組んで効果を出していけば、ステップアップとしてお金も付いてくるのではないかといいところもありますので、効果を出して皆さんで底上げをしていくところを今後取り組んで行けたらと思っております。ありがとうございます。

(鈴川) 酒井先生、ありがとうございました。最後にまとめていただいたと思っておりますが、MC というものが今、本当に変化して流動的なものだという気がひしひしとしています。MC に専従する医師もちろん大事ですし、一方で、救急隊員・救命士もMC というものをもっと身近な、自分たちのものとして理解して、お互いにいいものをつくっていくという形で今後動いていく必要があるということがだんだんと分かってきたところかと思えます。

第3部、あまりうまくまとめきれませんが、ぴったり時間になりましたので、これで終了とさせていただきます。皆さん、どうもありがとうございました(拍手)。