

平成26年度 第1回
全国メディカルコントロール協議会連絡会
議事録

日 時：平成26年5月30日（金）15:45～17:45
場 所：宇都宮東武ホテルグランデ 6階「龍田」

【 司会 】

それでは、ただいまより、平成 26 年度第 1 回全国メディカルコントロール協議会連絡会を始めさせていただきます。はじめに、本連絡会開催にあたり、開催の挨拶といたしまして、全国メディカルコントロール協議会連絡会の会長であります帝京平成大学教授 小林 國男様より、ご挨拶申し上げます。それでは、小林会長、よろしくお願いいたします。

プログラム 1 開会

【 小林会長 】

小林でございます。本日は先生方におかれましては、大変お忙しい中を全国 MC 協議会連絡会にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。今、拝見しますと、とても大きな会場が正に満杯です。サテライトの部屋を御用意していただいていると伺っております。大変な盛況で、関係者の 1 人として大変うれしく思っております。

この連絡会が立ち上がりましたのは平成 19 年、7 年前になります。当時、地域によっては MC 協議会がうまくいかないということで、うまく運営できている協議会の話をお聴く会を作ってくれないかという要望をいただき、それがきっかけでこの会が立ち上がったわけです。

以来、いろいろと救急搬送に関わる状況の変化が見られます。救急搬送患者の高齢化とか、救急救命士による処置範囲の拡大ですとか、あるいは消防と医療との連携強化など、いろいろなことがありました。その中で、MC を取り巻く変化も見られました。

大きな課題の一つは、地域間格差の解消ということです。これは、まだ道半ばではありますが、これも改善に向けて着実に進んでいると理解をしております。

もう 1 つ大きなことは、この MC の関心領域というか、取扱う内容がかなり拡大をしております。一時のように、医師による指示、指導やマニュアル作成など具体的なことに限らず、教育というような大きなテーマまでが、MC の仕事になってきています。そういうことがありますので、現場の救急隊員や救急救命士はもちろんのことですが、そのほか通信指令員や現場のいろいろな立場の職員の方に対する教育も含まれてきております。

本日は、この領域で積極的に活動されておられる先生方から「消防職員の教育と MC 医師の果たすべき役割」というタイトルでお話を伺う機会になっております。司会を頂くのは、臨床救急医学会の代表理事でいらっしゃいます横田先生、臨床救急医学会の会長でいらっしゃいます鈴木先生のお二人です。正にこれ以上はないという先生方による司会で、大変興味を持って、期待をしているところです。

それから、もう 1 つ私からお話しておきたいのは、MC については厚生労働省にはこれまでもサポートをいただいていたが十分とはいきませんでした。ところが、今回から非常に力を入れてサポートをしてくださるということで、その具体的な内容については後ほど酒井専門官からお話を聞くことになるかと思っております。

それから、終わりにになりましたが、今回、この会を持つに当たり、日本臨床救急医学会会長の鈴木先生に大変な御尽力を頂きました。これまでは、年度末の全国救急隊員シンポジウムに合わせて、MC 連絡会を開いておりました。しかし、医師の参加が少ないということもあり、年 1 回の会議だと十分な議論ができないということもあり、できれば年に 2 回、しかも、この臨床救急医学会に合わせてもう 1 回を持ちたいという要望が幹事会で出されました。今回、鈴木先生の御尽力で年 2 回の開催が実現したということです。今回はこれだけ多くの方がお集まりいただいたということで、これを大きな足がかりとして、我が国のメディカルコントロール体制が前進することを切に願って、私からの御挨拶にいたします。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。それでは早速、プログラムを進めたいと思います。第 1 部から第 2 部までの司会進行については、小林会長よりも御紹介いただきましたとおり、本連絡会の座長であります日本臨床救急医学会代表理事であります市立堺病院の副院長 横田順一朗先生、第 17 回日本臨床救急医学会総会学術集会の会長であります自治医科大学医学部の教授 鈴木正之先生をお願いいたします。横田先生、鈴木先生、どうぞよろしくをお願いいたします。

【 横田座長 】

それでは、全国メディカルコントロール協議会連絡会として、救急業務に携わる消防職員の教育とメディカルコントロール医師が果たすべき役割ということで、発表とディスカッションを進めてまいります。私は市立堺病院の横田でございます。

【 鈴木座長 】

自治医科大学の鈴木です。

【 横田座長 】

今回の企画は、平成 24～25 年度にわたり、総務省消防庁で開かれている救急業務のあり方に関する検討会の中で、特に救急業務に携わる職員の教育について議論されました。その結果、救急隊員、特に消防職員の救急隊員の生涯教育のあり方はどうあるべきだとか、あるいは指導的な役割を果たすべき救急救命士の育成であるとか、さらにメディカルコントロールをやっておられる方々は日頃常に感じておられると思いますが、通信指令員の救急に対する知識といったものをもう少し向上させるべきではないかといったような議題が出ました。それを受けて、1 つは救急業務に携わる消防職員全体の教育指針というものを発表して、できるだけ全国共通で教育できるような形にしませんかということになりました。

その成果物の1つとして「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver.1」というものがあります。これは、関係者にはこのような冊子で配布されているのですが、総務省消防庁のホームページにはアップロードされていますし、我々臨床救急医学会の会員の方々にはこういうものが出ているということは既に御案内しております。同時に、通信指令員に教育をするといってもなかなか具体的なコンテンツがないではないかということで、通信指令員の救急に係る教育テキストというものも作成いたしました。これも、同様にホームページ等からダウンロードすることができるようになっております。

作成にかかわった先生方に、この辺りを実際に作っていく過程と、できた結果を、今回お話をさせていただいて、救急に携わる消防職員の生涯にわたる教育のあり方というものを少し議論してみたいと思います。それと同時に、医師が常にどう関与していくのか。メディカルコントロール全体を見据えたときのあり方を、その上にかぶせて、議論をしていきたいと思っております。

まず厚生労働省と、それから総務省消防庁の立場で、今回のテーマの頭出しとしてお話をさせていただいて、その次に、お三方の先生方からお話をさせていただきたいと思っております。

さらに、今回は日本医師会のほうからも、あるいは厚生労働省、総務省消防庁からも、あとで議論の際にコメントを頂くということで、コメンテーターとしてもお迎えしておりますので、フロアの方々を含めて、最後に議論を進めたいと思っております。

それでは最初に、厚生労働省医政局指導課のほうから酒井専門官に「救急医療体制とメディカルコントロール」ということでお話をさせていただきたいと思っております。

プログラム2 第1部 発表

「救急医療体制とメディカルコントロール」

・発表者

**厚生労働省医政局指導課 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**

【 酒井専門官 】

ただいま、御紹介に預りました、私は医政局指導課救急・周産期医療等対策室で病院前医療対策専門官を拝命している酒井と申します。本日はどうぞよろしく申し上げます。

まず初めに、小林先生からもお言葉がありました。これまでメディカルコントロール体制については、設置と充実、強化について、厚生労働省と消防庁で連名で今まで通知を出させていただいておりましたが、今回、この連絡会については、これまで消防庁におんぶに抱っこという立場でおりましたが、今回をもちまして厚生労働省もしっかりと取り組んでいくということで、今回から年2回開催させていただきますので、皆様におかれましては、今後ともどうぞよろしくお願いたします。

本日の内容としては、救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書の概要を説明させていただき、それに付随して、厚生労働省で取り組ませていただく救急医療体制強化事業についても御紹介させていただきます。

まず、検討会の概要ですが、昨年、平成 25 年 2 月から 12 月にかけて 8 回開催させていただきました。構成員としては、スライドにお示しいたします先生方に御協力を頂いて、会の運営をさせていただきましたが、この構成員の中には本日座長の労をとっていただいている横田先生、鈴川先生にも加わっていただいております。また、本日もお越しですが、座長には、昭和大学病院長の有賀先生に労をとっていただき、報告書をまとめていただいております。

検討会の報告書より、検討事項について少し項目を説明させていただきます。スライドの左側にあるのが「救急医療体制や取組に関する現状及び課題」ということで、1 番から 13 番まであります。その最初に「メディカルコントロール体制について」という項目を持ってきていることから、救急医療体制の中でメディカルコントロール体制というものが大きな柱だということを御理解いただければと思います。

右側に「今後検討すべき事項と方向性」として 6 つにまとめています。検討会の報告書から、この 1 つ目の項目である「メディカルコントロール体制について」というところを抜粋して御説明いたします。

まず最初ですが、これは現状のところに書かれている項目ですが、「病院前医療における MC 体制」です。これは赤字下線で示している、医行為の質を保証する体制を意味するもの。最後に、地域医療の病院前医療体制の充実のための必須要件であるということが現状として報告されました。

また、本日もお越しの皆様方が関わっていらっしゃるメディカルコントロール協議会については、スライドで赤線を引いておりますが、地域メディカルコントロール体制を構築することを目的としており、最近では、更に平成 21 年の消防法改正により救急搬送・受入れに関する協議会を兼務している地域もあり、救急業務の全般について医学的側面からの質の向上を図り、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ている。このように報告書がまとめられました。

今のように、徐々に役割が増えており、当初は救急救命士等が行う医行為の質の保証というところから始まったメディカルコントロールも、現在はもう、地域の救急医療体制を構築するという大きな役割を担っているものと考えております。

次のスライドでは「今後検討すべき事項と方向性」について御紹介させていただきます。小林先生からもお話いただきましたが、メディカルコントロール体制の業務は増大しています。これについては、下線部の所、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とめられておりまして、ここにお越しの皆様方と連携を取っていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

2つ目ですが、MC協議会の法的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とも言われました。これは、矢印の所にあります。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、これが求められると示されています。この報告を受けて、厚生労働省では、次の項目で示すメディカルコントロール体制の充実強化事業というものを現在、立ち上げております。

この法的位置付けは、下線で示しておりますが、現在国会では法案審議中ですが、残念ながらその中に盛り込むことはできませんでしたが、引き続き、今後、法的位置付けを検討していき、皆様いろいろ地域医療の中で携わっていただいていることに対して、しっかりとその立場を確立していきたいと考えております。そして、救急医以外(小児科医、産婦人科医、精神科医等)とありますが、これらの皆様方、ここには医師会の先生方が多いかと思いますが、この括弧で書いてある先生方も皆さんで救急医療体制、地域の救急医療体制を構築していこうというところであります。その方々の参加しやすい環境整備をMC協議会の中で整備していただければと考えております。

また、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、本会、全国メディカルコントロール協議会連絡会を介した情報の共有を進める必要があると報告されました。この報告を受け、今後は、厚生労働省、消防庁からの、単に事務連絡だけでなく、皆様方がお持ちの問題をしっかりと共有していきながら解決していくというような会としていくように、今後、調整していきたいと思っておりますので、こちらについても御意見等、賜りたいと考えております。

現在、御説明させていただいたのは、報告書の中で1番目の「MC協議会」というところ。最初に示しましたが、報告書の中には13項目と、いろいろな課題について検討してきましたので、残りは厚生労働省のホームページからダウンロードしていただいて、MC協議会等で共有していただければと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

続いて「救急医療体制強化事業について」です。この事業については、先ほどの検討会の中で横田先生、鈴川先生、そのほかの先生方から意見を聞いている中で、必要性を感じて予算取りした事業です。救急医療体制強化事業、これは上の四角で囲んである「メディカルコントロール体制強化事業」と、下の四角「搬送困難事例受入医療機関支援事業」という2つの枠組みで構成しております。

1つ目は「メディカルコントロール体制強化事業」です。こちらが報告書の中に書かれたメディカルコントロールに従事する医師の身分保障、給与等を考慮して作ったものです。このMC協議会に配置された医師、これがMC協議会が抱えている諸問題を解決していくところに対して、しっかりと給与等の保障をしていくという事業なのですが、そのMC医師が、入口問題、出口問題、様々な問題に取り組む過程で、その中でもまだやはり出てしまう搬送困難事例については、下の搬送困難事例受入医療機関支援事業というところでやっていただきます。病院の絵が2つありますが、必ず救急患者を受け入れる医療機関、また、一時的であっても救急患者を受け入れる医療機関というものを、しっかり基準の中

に書き込んでいただいて、この MC 医師が働く間をしっかりと担保する、保険的な意味合いでの事業と捉えております。ですので、ここでは、MC 協議会に配置する医師、こちらは絶対条件です。医師の活動を保障する下の事業については、これは別に抱き合わせではありませんが、搬送困難事例受入医療機関支援事業のみの単独は対応しておりませんので、MC 医師につきまして、皆様の MC 協議会等でその必要性等を検討していただければと考えております。

スライドの右上に示しておりますが、今年度の厚生労働省の医政局の中でも目玉的予算と考えており、現在 8 億円の予算を計上しておりますが、どうぞ御活用いただきますよう、よろしくお願いいたします。

今のメディカルコントロール体制強化事業について、更に詳しく御説明させていただきます。まず「目的」ですが、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 協議会に配置することにより、救急搬送困難事例の解消等を図り、円滑な救急搬送受入体制を構築するとともに、MC 体制の下で消防法における傷病者の搬送及び傷病者の受入れに関する基準の検証を行うなどを通じて、地域の救急医療体制を強化するとともに、MC に精通した医師を育成することを目的とする、と記載させていただいております。

検討会の報告書では、MC に配置される医師の身分保障、給与等は記載しておりましたが、今回の事業の中では「若手医師」という文言を追加しております。これについて少し説明を加えさせていただくと、本日お越しの先生方もこれまでに長い経験の中で、忙しい中で MC 協議会に御参画いただいて、この中で培ってきたいろいろな経験などをお持ちだと思いますが、厚生労働省としては、5 年後、10 年後も見据えて、しっかり MC 協議会の中で仕事をするという時間に対してお給料も払う、あるいは、その時間を専任とするようなことをして、日常の診療行為から少し外れていただいた時間を確保するということを含めて、地域の救急医療体制の中で、将来、救急医療体制を俯瞰できる、幅広い視野を持てるような医師を育てていただきたいという思いも込めて、この「若手」という言葉を付けさせていただきます。

この医師に何を求めるかというところです。中ほどの「MC 医師の業務」とありますが、「救急医療の地域における諸問題の把握、分析」、この分析したものを 2 つ目の○で「消防機関・医療機関等に対する指導、助言等」というところで還元していただく。3 つ目が「救急医療機関及び後方支援病院の確保、支援」、これは現実問題の解決につながると思っています。4 つ目の「搬送先医療機関及び転送先医療機関の確保、調整」は、リアルタイムの調整に位置すると思います。既に、各消防本部、MC 協議会におかれては、オンラインで調整する先生方を配置されている所もあるかと存じていますが、このようなものも、この事業として取り組んでいきたいと思っております。しかしながらこの事業は、MC を配置すると言っても、365 日、24 時間というわけではありませんので、この配置している時間だけでもリアルタイムに対応するものを活用していただければと思っております。

その他、地域における救急医療体制の充実・強化に必要なこと、連絡会議の開催というものを、この MC 医師、若手医師に担っていただきたいと考えております。要件としては、字が小さくて恐縮ですが、下のほうに「救急医療に従事し、関係機関との調整等の業務に必要な知識と経験を有する医師(原則として5年以上の救急臨床歴、救急科専門医やそれと同等の資格を有する医師)」と書いております。また、2年以上地域の MC に関与、経験を積んだ医師、そして、BLS、ACLS、JPTEC、JATEC などの講習会の指導歴、そして、厚生労働省が行う病院前救護体制における指導医等研修(上級者研修)の受講が望ましいというところで望ましい規定も設けております。

以上が、メディカルコントロール体制強化事業の御説明となりますが、次に、今の要件に示している指導医等の研修について少し紹介させていただきます。この研修は厚生労働省で平成26年度も実施する予定であります。「救急医療業務実地修練等研修事業」というものの一部です。

こちらには救命士の方々もお見えだと思いますけれども、救命士の方々にも項目がありまして、救急救命士業務実地修練というものもあります。そして、メインで御紹介したいのは、病院前医療体制における指導医研修です。先ほどの要件の中では、病院前救護体制というのがありましたが、今般、厚生労働省でも病院前救護でなく「病院前医療」という言葉を使っていこうかと考えております。この研修には、初級者編3日間程度、上級者編5日間程度とあります。MCに関係する共通の項目がありますが、上級者としては下の3つ、「救急医療体制に係る調整」「搬送と受け入れの実施基準と緊急度判定」「再教育システムの構築」というものを用意しています。これはいずれも3日間、5日間と、常勤の仕事をされている先生方には非常に調整の難しいところかとは存じますが、これからMCに関わっていく、大体3年目から5年目、6年目という先生方には、是非とも初級者編を受けていただき、また、MC医師をお考えになるような先生方には、2日間程度長くなりますが、上級者編も受講していただければと考えております。このほかに、MCに関する教育あるいは標準的なものを教えるものはほかにないと捉えておりますので、是非とも標準的なものを持ち帰っていただきたいと考えておりますので、御参加ください。

しかしながら、これは都道府県で受講の枠を調整するということもあり、全てを受け入れられるとは限りませんが、去年の状況で言えば、申込みの枠が少し余るという自治体も当初あり、学会に周知案内をお願いすることもありました。ですので、ここにおいでの方先生方は、病院に帰られて、若い先生等おられたら御紹介いただければと思います。

来年度の事業としては厚生労働省が考えている MC 医師、先ほどご説明した MC 協議会に配置する医師、これらについて全国で情報共有をする場ができればと考えております。各地域に配置された MC 医師が、その地域内の奏功事案、難渋事案、これらを持ち寄って情報共有する。また、MC 医師として配置されたけれども、MC 協議会とどのように関わってきたのか、どのように関わるのか。また、本日御説明があると思いますが、指導救命士のような方もできてきて、MC にも関わってきますので、このような方々とどう交流していくのか

というようなものについて情報共有をしていく場を設けていきたいと考えております。そのことによって、MC 医師を配置していない地域におかれても、是非ともその情報を御活用いただければ、地域の MC 協議会の底上げになるのではないかと考えております。

先ほどもスライドで御説明しましたが、現在、MC 医師についての事業で 8 億円の予算で御用意しておりますが、まだ、やってみようかというお声は余り頂けていない状況ですので、本日は、この場に医師の方々、消防の方々、都道府県の方々、各地域の方々がお見えだと思しますので、是非ともその必要性について皆さんに共有していただければと思っております。

また、ここに「MC 医師」と書いておりますが、先ほどの要件の中に「若手」というように御説明させていただきました。また、業務内容の「あれをしろ」「これをしろ」などという指示、指揮、命令系統などはいれておりませんので、「メディカルディレクター」などという言葉がありますが、これは「メディカルディレクター」ではなくて「MC 医師」という言葉で厚生労働省はやっていきたいと思っておりますので、是非ともこの御活用を御検討いただきますようよろしくお願いいたします。

【 横田座長 】

ありがとうございました。厚生労働省のほうから、メディカルコントロールへの予算の件も含めて御紹介を賜りました。討論の中で、また、厚生労働省のこの企画について御意見があれば承りたいと思います。発表者の方も多くおられますので先に進めさせていただきますと思います。

次は消防庁のほうから、今回のテーマである教育のあり方について、主として、係として事業をやっていただき、現在は、神戸市消防局の警防部司令課長であります。当時は総務省消防庁企画室で課長補佐を務めていただきました定岡さんにお話を発表していただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

「救急業務に携わる生涯教育の指針 Ver. 1」の紹介

・発表者

神戸市消防局 警防部司令課長（前消防庁救急企画室 課長補佐）

定岡 由典

【 定岡課長 】

神戸市消防局の定岡でございます。先ほど御紹介いただきましたとおり、3 月まで消防庁で勤務しておりました。教育のあり方について携わってまいりましたので、本日は元消防庁の立場で発表させていただきたいと考えております。

まず、基本的背景ですが、平成 22 年度救急業務高度化推進検討会の中の報告書で明らかにされているそれぞれの職域について、救急救命士ですが、病院内と異った環境下で行わ

れる救急業務について、MC 医師の主導の下、現場経験豊富な救命士が指導的立場を担うことが消防本部の規模等に関わらず全国で一定の質を担保された教育を実施するに当たっては効果的であること。また、運用する救命士の数の増加に伴い、各消防本部での再教育に要する財政的負担あるいは賃金負担、人的負担といったものが増大していくことが示唆され、教育を受け入れている医療機関にとっても、指導者となる医師、看護師の確保のための負担増大につながっていることが示唆されたこと。

また、救命士を除く救急隊員についても、救急救命士の再教育と異なり、必要な教育項目あるいは教育時間等が国から示されてはいなかった。こういったことにより、各消防本部の規模あるいは体制により実施実態は様々である。特に規模が小さい消防本部こそ教育訓練の年間計画策定割合が低いなど、教育的背景は一定ではないことが明らかになりました。このときにアンケートを取っておりまして、人口規模 30 万人以上の消防本部では年間計画策定率が 73%、一方で 5 万人以下の小さい消防本部では 40%にとどまることが明らかになっております。

そして、通信指令員の救急に係る業務についてですが、救急業務に必要となる情報の的確な聴取あるいは負傷者の緊急度・重症度の判断、口頭指導の実施ということについて、医学的知識に基づく判断あるいは技能が求められる。しかしながら、通信指令員に対する教育については十分でない状況が明らかになったということで、アンケート結果では全ての消防本部の中でこういった通信指令員に対する教育を実施しているのが、全体で 20%だったということが明らかになっています。

こういった背景を受けて、一昨年度、昨年度、消防庁において本日お越しの山本先生を部会長とした救急業務のあり方に関する検討会の下に横田先生を作業部会長とした教育のあり方に関する作業部会を設置し、後ほどお三方の先生にも御発表いただきますが、各班として、それぞれの職域における教育のあり方について議論を深めてまいりました。

主な検討内容についてです。まず救急救命士については「指導的立場の救命士のあり方について」ということで、その必要性、役割、要件、あるいは指導救命士の養成方法等について検討を進めてまいりました。検討の中身については後ほど各先生方から詳細について御報告があらうかと思えます。

救急隊員班については「救急隊員の生涯教育のあり方について」ということで、必要性あるいは必要な教育カリキュラムや標準何級と書いてあるのですが、あるいは標準な必要な教育時間あるいは新任隊員や救急隊長といった役割別に必要な教育について議論を深めてまいりました。

一方で通信指令員については「通信指令員の救急に係る教育のあり方について」ということで、その必要性、あるいはどのような教育が必要か、標準的な口頭指導プロトコルや聴取要領と。先ほど御紹介いただきましたが、教育テキストの作成について議論を深めてまいりました。

その中で、先ほど御紹介いただきましたが、本年3月に消防庁から「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針」と「通信指令員の救急に係るテキスト」というものを執筆させていただいたところです。本日はこの中で、この指針の中身について簡単ですが御説明したいと考えております。

策定の経緯ですが、先ほど言いました救命士、救急隊員、通信指令員という個別の部会で検討を進めてまいりましたので、これについて全体像として明らかにする必要があること。特に救命士、救急隊員、通信指令員の各職域の上で検討されてきた教育のあり方について、全体としてそれぞれを関連付けて整合の取れたシステムとして連携をしていく必要があるということ。

また、生涯教育の必要性あるいは教育理念といったものについても整理し、併せて教育の目的、目標、教育全般に係る事項について体系的に示すことで、これからの生涯教育のあり方の方向性を示す指針として全国的な活用が望まれること。こういった指針として標準化された教育項目を示すことで、消防本部の規模にかかわらず一定の質が担保された教育が実施可能となって、ひいては全国で質が担保された救急活動が展開されることにつながるものと理解しているところです。

中身について簡単に御説明します。これが全体構成です。まず教育理念や目的、教育目標、関係者の責務といったことを明らかにして、その中で教育体制については、指導救命士を中心とした教育体制構築の例。真ん中ですが、消防機関が保有する、あるいは活用ができる教育資源といったもの。また、これは本題ですが、役割別となる救急隊員の教育内容であったり、通信指令員に必要な教育の内容といったものについて、この指針の中で明らかにされています。一番下になりますが、その項目についてMC協議会の関与あるいは役割等についてもお示ししています。

内容例ですが、これが教育理念と目的です。教育理念については、救急業務に従事する期間において必要となる理念的なもの。また、この理念を受けて、役割別に必要となる教育の目的、目指す人材像とでも申しますか、こういった部分についても明らかにさせていただいております。

教育指導体制の例ということで指針でお示ししておりますが、指導救命士を柱とした教育指導体制を構築するとともに、指導救命士についてはMC協議会とのリエゾンの役割で橋渡しをしながら教育を実施していく。もう1つ特徴的なのが、このスライドで言えば左側になりますが、救急隊長と救急隊員がいますが、新任救急隊員以外は全て救急担当者と位置付けて、それぞれが教えながら自ら学ぶといったことで救急隊員全体の能力向上を図る。そういった教育の連鎖の中で、ベテランが自ら経験した現場経験等は後進に直接伝えることが励みになるのではないかと考えております。

計画的な生涯教育の推進ということで、年度始めの年間計画の策定から、個人の教育目標などをきちんと立てていただいて、それぞれの教育研修の中で振り返り等ができるような様式であったり、また、全体の進捗管理ができる教育環境といったものをお示ししながら

ら、年度末には年間の振り返りをしていただいて課題点等を抽出して、また、次年度の年間計画の策定につなげる。PDCA サイクルといったものを構築していただいて、教育に対応しつつ必要とする人材育成に寄与できる生涯教育の実現を目指していこうということでお示しさせていただいております。

またその中で、先ほども申しましたように、必要な様式等についても新たに策定いたしました。左からですが、これも年間の個人目標です。個人の教育目標を記録するための様式。年度末にこれに基づいて振り返りをさせていただくためのものです。右側が、進捗を管理するということで、救急隊員教育管理表です。これについては、役割ベースということで、新任隊員、一般隊員、あるいは救急隊長、その役割ごとにこういった管理表を作成しております。

実際の研修訓練等については、左側ですが、チェックリストということで、これについては手技的な項目について合計 25 項目設定しました。1 個 1 個チェックをしながら、評価者の評価を受けていただく様式です。右側については、チェックリストにないような教育項目について、記録をしていただいて評価者の評価をしていただくような様式についても新たに新調させていただいたところです。

最後に「まとめ」です。生涯教育の指針では教育の必要性や教育理念、教育関係者の責務等に触れ、国民の生命、身体を守る消防職員として、改めて救急に係る教育の重要性、必要性を喚起する内容としたこと。生涯教育の指針では、指導救命士を中心とした教育指導体制の構築や、役割別となる救急隊員生涯教育のあり方など、職員の生涯教育の全体像を体系的に示す内容としたこと。このような標準化された教育指針として示すことで、消防本部の規模等に関わらず、一定の質が担保された教育が実施可能となり、ひいては全国で質の担保された救急活動が展開されることにつながるものと期待されること。

救急業務の法制化から 50 年が経過しました。新たな段階として、今後、この生涯教育の指針を参考とした救急隊員生涯教育の取組、あるいは MC の指導の下、指導救命士を中心とした教育指導体制の構築が望まれています。以上、早口でしたが発表を終わらせていただきます。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。定岡さんから「生涯教育の指針 Ver. 1」の概要を説明していただきました。その内容は 3 つポイントがあり、それぞれに実際に検討された班長さんがおられますので、それぞれの班長の先生からお話をさせていただきます。

まずは、救急隊員の教育のあり方検討会の班長として、浅利先生に、その内容について説明していただこうと思います。よろしくお願いたします。

「救急隊員の生涯教育について」

・発表者

**北里大学医学部 救命救急医学 教授
浅利 靖**

【 浅利教授 】

皆さんこんにちは。北里大学の浅利と申します。私のほうから、救急隊員の生涯教育についてお話をさせていただきます。この救急隊員という言葉に、大きな意味で救命士の方も入るというイメージもあると思うのですが、本日はひとまず、救命士を除いた救急隊員のイメージでいただければと思います。

ちなみに、会場に救命士の方はどれぐらいいらっしゃいますか。ありがとうございます。大体 8,000 人ぐらいですかね。その方々に是非この救急隊員の教育というものを、後輩を育てるようなつもりで一緒にやっていただきたいと思います。

まずはじめに、過去に通知で救急隊員教育にどんなものがあつたかを少し見てみました。この上のほうの 3 つの四角は全部、平成元年よりも前、つまり、救命士ができる前の段階の通知なのです。一番下に書いてある「救急救命士の資格を有する救急隊員」、これも救命士の話で最近のものになっています。ですが、やはりこの内容を見てみると、救命士、救急隊員にかかわらず、大きな意味で教育が必要だということを国は言っているというわけです。

では、これの検討についてはどうなのかと見てみると、一番上ですが、平成 19 年に救命士のことを言っているのですが、そのあと、平成 21 年度救急業務高度化推進検討会 (MC 作業部会) から、救命士ではないいわゆる救急隊員に対する生涯教育は各本部に任されている。「本当はやっぱり必要だね」ということが始まっています。平成 22 年度には全国の救急消防本部にアンケート調査が実施されており、そのアンケートの内容を見てみると、救急隊員教育は消防本部の規模や体制、財政状況などによって大きな差があるとか、業務量が多くて教育のための時間がないというネガティブな感じや、小規模消防本部が時間をさけない、内容が多過ぎて指導者不足で余りやりたくない、できない、という感じのイメージがありました。大きく分けると時間、費用、具体的な指針、教育方法というのが問題だとなっているのですが、やはりよくよく内容を見てみると、やることは必要だというのは分かっている。この一番目の赤い所で見ると、通知や検討では生涯教育が必要であるとされていますし、どこも必要性は感じているがなかなか課題が多い。でも救命士でもいいのではないかと救急隊員でなくてもいいのではないかと思うと、実は、各救急車に救命士がどれぐらい乗ったかという統計があります。ある県では、救命士が常時乗っているのは 51% です。つまり、まだまだ救急隊員が運行している隊もたくさんあるのだということで、平成 24 年からここに書いてあるような内容の検討を始めました。これについて少しお話をします。

議論をするといろいろな話が出てきました。例えば、知識や技術は時間とともに低下する。これは簡単に言えば、救急隊員教育は学校を終わったあと、皆、全部忘れていくのだ

よ、それが現状なのだよという話や、やはりこの消防業務として一定の質を担保しなくてはいけないのだから、勉強するのが責任だという話。救急隊員も救命士もみんな医療従事者の一種であるのだから、勉強しておかなければ困りますとか、だけれども負担が大きくなると、なかなか現実的には大変ですよとか。地域格差のない質の高い搬送を市民は望んでいる。市民にしてみれば、どこの救急車に乗っても同じようなことをやってくれると思っているはずなのです。それから、命に携わる以上、日々勉強を続ける自覚を持って、市民から尊敬の念を受けるような人格者であってほしい、決してパチンコ屋ばかり行くのではなくて、このような人格者であってほしいというイメージはあるわけです。それから、救急業務は隊として行われるものであり、連携訓練や生涯訓練の大切さなどといった意見がいろいろ出てきました。

実際に検討したのですが、どのレベルの知識が必要かという点、結論としては、救急科で学習した内容をしっかり勉強してほしい。つまり、そんなに難しいことを言っているのではないのです。必要な内容は、ここに書いてあるような、遭遇頻度が高いもの、それから、基本的な想定訓練はこういうのをやりましょうということです。救急隊員の教育管理表というものを作成して、この内容をやっていただければいいのではないかと。そして、基本的に80単位という単位を1つの目標として作りました。この内容については、次の年の検討でまた進化しましたので後ほどお話します。

平成22年のアンケート調査で、時間がないなどのいろいろな課題が出ました。こういうものに対しても、1年間という時間の中で、空いた時間を分割的に使ってやってもらいましょうと。訓練の指導者に関しては、普段は隊長が指導すればいいのだと。医学的なことを救命士が関与してほしいと。費用に関しても、既存のものを使うのでそれほど新たに費用がかかるわけではないと。具体的な指針がない・教育方法が分からないということに対しては、チェックリストと評価方法というものを作りましょうということになってきたのが、このチェックリストです。

これが、先ほど定岡さんからお話があったように25項目あります。見ていると面倒臭くなります。大体この段階でパッと閉められて終わってしまうと思うのですが、実は、中を見てください。よくよく1行1行文字を読むと、それほど難しいことは言っていません。さらに、これはポイントが書いてありますので、そこを見ながらやっていくと非常に短時間でできます。やってみると、実は短時間です。ですから、それを本日は見ていただきたくてこの紙を持ってまいりました。皆さん是非これを自分でやってみてください。チェックを付けていくと割と簡単にできます。

こういう内容でしたので、平成24年の結果を平成25年5月6日付けで通知を出していただきました。更に平成25年度に関して、もう1回検討を始めたのですが、この中で、普段から救急隊員というのは新任の隊員を先輩が教育しているという屋根瓦方式による指導をやっているのが当たり前である。さらに、救急隊員の中でも初任者、兼務をしている方、それから隊長、いろいろな段階の方がいらっしゃる。だったらその方について、それぞれ

役割別の教育、習熟の段階別の教育体制についてきちんとしたものを作らなければいけないのではないかということで、平成 25 年、こういうものを作りました。

まず、共通の教育項目として、80 単位という一番の基本になるものです。これもたくさんの文字が書いてありますが、よくよく見てみるとそれほど難しい内容ではないと思います。あえて全部を読みはしませんが、本日皆さんにスライドでたくさんの枚数になったものをお配りしたのは、こういうものを見ていただきたかったからです。是非、後ほど見てください。特定行為の準備、小隊訓練、所属での研修、こういう基本的なものを 80 単位でやってくださいという内容です。先ほど言いましたように、新任の方、兼任、現任、そして隊長というように屋根瓦式で、このラダー型の形での単位数も、基本は 80 にするのですが、兼任の方は 80 はちょっときつい。新任の方は 85 単位と少し多くしました。すみません、1 つ文字を間違えていました。「新任の隊長に特化した教育」ではありません、「新任の隊長」ではなく「新任の隊員」です。訂正しておいてください。

それから、それぞれの新任の隊員、兼任、現任、現任とは普通の救急隊員の方です。それから隊長ですが、この方の到達目標などの内容についてもこういうことを書いてあります。これも後ほど見ていただければと思っております。決して難しいことは書いてありません。

これは新任の方用なのですが、先ほどのスタンダードなものとは比べていただくと、例えば、心電図の項目がないとか、エアウェイの項目がないとか、少し易しく作ってあります。その分、代わりに緊急度・重症度判定は早くから勉強していただきたいので、そこを強調してこういうところに書いてあります。こういうものが新任の救急隊員教育です。

兼任の方はもう少しシンプルにして、最低限、是非やっていただきたい内容はしっかりこれで押さえているつもりです。これも後ほど見ていただきたいと思います。現任、いわゆる普段の救急隊員の方に関しては、先ほどの共通の標準的な教育項目をそのまま使っていただく。ただ、この救急隊員に関しては、普段から新任の方の教育を担当することがよくあると思いますので、指導者として部下などに指導を行った場合は、これも御自身の教育単位として認めていいということで考えています。

さらに、隊長に関しても指導者として、評価者として参加したら、それはオーケーです。隊長に関しては、赤の所の「隊長研修」が 1 つありますので、病院との交渉の研修、どうやって頼めばいいのか、どういうポイントを伝えればいいのかなどを勉強していただく。こういうものが隊長教育です。

これを一覧表で比較すると、どの項目はどの方という一覧表がありますので、これも後ほど見てみてください。さらにこの内容について、各地域の MC の指導の先生方と一緒にあって、これはもっと加えたほうがいいのかなどということができるようにしてありますので、後ほどこれも見ていただければと思います。

今、少し MC のことをお話しました。MC 協議会との絡みなのですが、このカリキュラムなどに関しては、MC に相談、協議して地域の実情に合わせて追加などをしていただければ

いいと思っております。それから、指導救命士とMCとの役割分担についても、これも地域ごとに議論していただきたいと思っております。

事後検証についてです。普段は救命士の事後検証がメインではありますが、救急隊員のやった証明の内容、事例の内容などもフィードバック検証していただいたりしていければいいのではないかと思いますし、集合研修としての症例検討会などを皆さん一緒にやっていただいたり、医師、看護師、皆様いろいろな関係する職種の人とも合同で研修をする、ネットワークを作る、そういうこともMCの役割になってくるだろうと思っておりますので、担当の先生方、是非よろしく願いいたします。

実際に我が国では、もう既に救命士だけではなく救急隊員、消防隊員、通信指令員といういろいろな職種の方と一緒に勉強している地域もありました。こういう所も検討会で調べさせていただいて、栃木の小山・芳賀地区なども進歩的なことをやっていたりしました。それから、北海道の旭川では病理の先生が頑張ってリーダーシップをとっていろいろな隊員の方を集めて皆さんで勉強されています。こういう先進的な事例もありますので、是非、各地域でいろいろやっていただきたいと思っております。

日本人というのは、オリンピックを見てもそうですが、1人のヒーローだけでなく、チームで動くとすごくいい成績を出したりしますよね。先日のオリンピックもそうでしたし、「なでしこ」の女子もそうです。チームであると強いのです。ですから、救命士だけではなく、一緒に隊にいる救急隊員も質が高くなることによって、日本の救急医療がもっと良くなるのではないかと思いますので、是非皆さん、こういうことを救急隊員も取り組んでやっていただきたいと思っておりますし、MC協議会の役割は非常に大きいので、是非、今後もよろしく願いいたします。以上です。御清聴ありがとうございました。

【 横田座長 】

浅利先生ありがとうございました。最後にメッセージも届けていただいてありがとうございます。

次は「通信指令員の救急にかかる教育について」ということで、帝京大学の坂本哲也先生をお願いいたします。

「通信指令員の救急に係る教育について」

・発表者

帝京大学医学部 救急医学講座 主任教授

坂本 哲也

【 坂本教授 】

帝京大学の坂本でございます。2年間にわたり、この「通信指令員の救急にかかる教育について」の作業部会を担当いたしましたので報告させていただきます。

これは、先ほどもありましたように、横田先生の班の中で、さらに、通信指令員の部分をどうするかということも議論したわけです。皆さん御存じのように、そもそも通信指令というものは、消防組織の中では救急部門に属しているわけではなく、火災等の指揮命令系統の中にあるので、メディカルコントロールからは治外法権の部分でした。しかしながら、これから御紹介をするような理由で、通信司令に関してきちんと医学的な検証をしていくことがいかに重要かということが議論されて、今回のテキスト作成にまで至りました。ここにある皆様が、この検討班のメンバーです。

先立ったアンケート調査では、全国の消防本部の中で、専任の通信指令員がいるかどうかに関しては、大規模消防本部は 100%なのですが、小規模の所では半分以下、平均して 75%。また、救急救命士が配置されているかに関して、大規模では 8 割の所では配置があるわけですが、規模が小さい所では半数程度。では、教育が行われているかということ、大きな所でも 6 割、小さな所では 4 割程度しか教育が実施されていない。そして、教育が行われているといっても、着任時の新任研修や、不定期な実施であったりして、定期的な研修あるいは組織立った研修は実際にはほとんど行われていないことがアンケートで分かりました。

これらについて、平成 24 年に標準的な教育内容を、横田班で提案したわけですが、それを満たすためのテキストが必要であるということで、今回、平成 25 年度にテキストを作りました。このテキスト自体は、下にある総務省消防庁の URL からダウンロードして御利用いただくことができます。本日は目次に従って、どんな精神でこの中身を作ったのかという舞台裏を少し御紹介できればと思います。

まず最初に、通信指令員はなぜ救急に係る知識が必要かということですが、全国の 119 番通報の件数は 850 万件ほどあるのですが、実はそのうち 3 分の 2 は救急救助に関わるものであって、火災よりも圧倒的に救急の部分が多いという実際のニーズに応えるためには、この救急の背景である医学を知らずして語ることはできないだろうというのが、まず原点になります。

テキストは大きく第 1 節の「救急業務の理解」と第 2 節の「通信指令」とに分けております。「救急業務の理解」の部分は、救急隊員としての資格あるいは経験が乏しい者について、救急業務について説明をすることが趣旨となっています。ただし、単にそれだけではなくて、この救急業務の中で、通信指令業務がどういう役割を持っているのかという部分は、救急隊員あるいは救急救命士の資格を持った方が通信指令を行う、あるいはこれらの資格を持った方が通信指令員の方を教育する際にも非常に有用な情報であるかと思えます。

第 2 節の部分は、実際の通信指令に当たっての技術的な部分、あるいはそのための教育をどうしたらいいかという実際のマニュアルに当たる部分です。少し章を分けながら説明したいと思います。

まず、救急業務における通信指令員の役割ということで、これは、なぜ通信指令員がこの救急業務を十分知らなければいけないのか、そして、どのような役割があるのかという、このテキストの根幹的な理念に当たる部分になります。もう皆さんよく御存じの、救命の連鎖の中で最初の3つのリング、「予防」「早期認識と通報」「救急隊が到着するまでの一次救命処置」、この3つの連鎖に関して市民に対して具体的なサポートができるのは通信指令員しかいないわけですので、正に通信指令員の役割にかかっているわけです。

具体的にどのような内容があるかということ、心停止の予防に関しては、心停止を生じる可能性のある病態が聴取できるかどうか。つまり、傷病者の訴えから、これは急性冠症候群の可能性がある、これは脳卒中かもしれない、あるいは高エネルギー外傷かもしれないということ。まずこれが認識できるかどうか非常に大きな点です。認識できれば、その次にやることは、適切な部隊運用ということで、PA連携を活用する、あるいはドクターカー、ドクターヘリ等の出動ということにつながってきます。また、現場で応急手当、これは心停止に限らず異物除去、圧迫止血等の口頭指示ということもこの場で考えることができるようになります。

早期認識と通報に関しては、心停止の推定が非常に重要になります。多くの場合、通報者が「死んでるようです」と言っているような症例は、実は社会復帰は極めて難しい。まだ死戦期呼吸が残っていたり、あるいは通報者がまだ心停止と認識できていないような事案こそが社会復帰につながる事が多い事案になります。このような、死戦期呼吸を示していたり、あるいは心停止直後のけいれん、これらを聴きもらさずに心停止の可能性を考えて口頭指導に持っていく、あるいはPA連携に持っていくことは極めて重要な通信指令員の役割になると思います。

実際の現場では、心停止の50%から、多い所でも70%ぐらいしか、通信指令員は心停止として認識できていない。あとは、救急隊が行って見たら心停止だったというものが多く分かっていきます。そして、もちろん口頭指導の内容としてはCPRの指導、特にこれは非熟練者には少なくとも胸骨圧迫のみをやれるようにする。もう1つは、その地域の中でAEDの設置状況をよく把握して、近くにあればそれを誰かに持ってきてもらうということを指導する。我が国ではまだまだこの辺りのことが足りないのではないかと思います。

ドクターカー、ドクターヘリについては、もちろん救急隊現着後に出動を要請することもあります。指令員により119番通報でこれらの適否を判断して出動を要請することが、迅速な対応にとってはやはり望ましい。そのためには、キーワード方式などがあります。実際に運用がスムーズにしている船橋の消防局、あるいは千里などでは80~90%が、実は119番通報段階の要請で出ているという実態も御紹介しています。

また、PA連携は全国の82.2%の消防本部で実際に既に行われているわけですが、これらも通信指令員がその場で、これが心停止だという判断、あるいは重症であるという判断ができなければ、活用できませんので、この判断は非常に重要になってくると思います。

そしてもう1つは、消防法改正によって搬送先の選定ということですが、特に指令員が搬送先を選定するという地域においては、この傷病者の搬送時受入れに関する実施基準が自分の地域でどうなっているのかということ。そして、現場からの情報を整理して、どのような疾患の可能性があるのかということ、通信指令員が判断する力が必要になってくると思います。

後半部分の業務の実際のところの話を少しさせていただきます。指令員の大事な役割としては、まず通報者から医学的知識に基づいて情報を聴取すること。いたずらに時間をかけずに、キーポイントを聴取することが非常に重要になります。その上で必要があれば口頭指導を行いますし、また、これを出動途上の救急隊員に伝える際に、傷病者あるいは通報者から聴いたことをそのままダラダラと伝えるのではなく、自分の頭で整理をして解釈をした上で伝えることが重要になってきます。

聴取要領としては、目の前の人に問診をするわけではないので、やはり電話を介したコミュニケーションは一体どういうものか。言葉だけで行うコミュニケーションの特徴を十分学んでいただく必要があると思います。これは聴取の基本、あるいはブラインドコミュニケーションということで、視覚に頼らないもの。接遇、言葉遣い等、一番大事な医学的な緊急度・重症度の判定、そして、傷病者あるいは通報者のキーワードから、どのような想定を行うべきか、この辺りのことが教育内容に含まれてきます。

緊急度・重症度のアルゴリズムに関しては、これは緊急度のあり方委員会等のものを基本的には教えていますが、バイタルサインの中で、特に呼吸状態、循環状態、意識状態から、まず最緊急のものを判断していくことが重要になってきます。しかし、実際に血圧を測ったり脈拍を診たりするわけではないので、これらを聴取内容から判断する場合には、通報者からのキーワードで判断していかなくてははいけません。ここに挙げているようなキーワードは全て傷病者が極めて重篤である可能性を示唆するものなので、ピンときて、すぐに対応をとらなければいけないことになるわけです。

また、バイタルサインに大きな異常がなくても、致死的な疾患はキーワードで聴取をしていく必要があります。例えば急性冠症候群で傷病者が訴えるような訴えにはどのようなことがあるか。もちろん胸が痛いと言ってくればいいいわけですが、汗を大量にかいているとか、顔面そう白である、あるいはみぞおちが痛い、お腹が痛いというようなものも含めて、これは疑いを持たなければいけないのだということが重要になってくるわけです。ここに具体例がいろいろとあります。

そして、傷病者が言ってくれない場合には、聴き取る力が必要です。傷病者あるいは通報者の言葉に対して、どのような問い掛けをしたらいいか。これらの具体的な内容が先ほどのテキストには、症候別に書いてあります。そして、これを頭の中で整理をして、その上でアウトプット、つまり、救急隊への伝達をすることが極めて重要になるということです。単に受動的に聴取するだけではなく、傷病者の状態を頭の中に思い浮かべて、足りてい

ない情報を補うような総合的な聴取が通信指令員には求められるということが、この中に明記されています。

例えば1例としてテキストに書いてあるのは、「おじいさんが道で突然倒れました」「胸が痛いと言っています」「真っ青で冷や汗をかいています」ということを聴いたら、これは急性冠症候群によるショックで高齢者でリスクファクターが高いな、というようなことで、急性冠症候群のリスクが高いということを頭に置いて、そのあとの部隊運用、あるいは出動途上の救急隊への準備の要請をしていく必要がある。

最後に質の管理ということで、トレーニング等を話しておきます。これは北九州消防本部の取組をあげています。模擬通報者役は救命講習を受けていない非常勤職員がやっています、実際に現場が見えないように現場に背を向けた形で、通報のみで具体的な口頭指導を行って、それを画像に撮って、どこが足りていた、足りていなかったという評価をするようなトレーニングをしております。また、通常の応急手当の講習会のときに市民の協力を得て、それを画像に記録した上で、指導内容が正しく伝わっているかどうかということもあります。これらについて、先般、8月にNHKの朝のニュースで福岡消防本部の取組がテレビで全国放送されたので御存じの方もいらっしゃると思います。

最後に、通信司令員の教育は消防任せでいいわけでは当然ありません。MCの関与が必要となります。先ほど申したように今まで通信指令に対するMCはなかなか届きにくかったのですが、通信内容から緊急度・重症度の判定をする、そして、最適な部隊運用をするというのは正にメディカルコントロールの根幹の1つですので、是非、MC協議会でこの部分に関して、今後は関与を深めていただきたいと思います。

通信指令業務の中で特にこの救急指令に関わる部分に関しては、やはり医師の協力が必須であると思います。ただし、現場で何が起きているか、あるいは電話で聴取できることはどんなことなのかということは、救急医であっても知らないことが多々あります。是非、救急に関わる医師は、消防本部を訪ねていただいて、1日、通信指令の横に座って、実際の通信指令はどんな状況なのかということを十分に自分で経験した上で、そこにどんな上積みをするれば、医学的により妥当なものになるのかということ、考えていただきたいと思います。以上です。

【 横田座長 】

ありがとうございました。それでは最後になりますが、今度は指導救命士の育成ということについて班を設けて議論をしましたが、その部分について杏林大学医学部の山口先生に御説明願いたいと思います。よろしく申し上げます。

「指導的立場の救急救命士育成」

・発表者

杏林大学医学部 救急医学教室 教授

山口 芳裕

【 山口教授 】

指導救命士の班を担当させていただいています山口と申します。この指導救命士のそもそもの議論の出発点は再教育の問題です。御承知のとおり、2年間 128 時間、この再教育の達成に救命士が増えてきたことに伴い、各消防本部とも非常に御苦労されました。これは、財政的な問題にのみならず、代替りの人材を確保すること、あるいは皆様方が関わっていらっしゃるような病院の中での研修に、医師や看護師が割く労働などというものも含めて、非常に負担になっているというのが、この議論の出発点です。

この図は、報告書の中に書かれている調査ですが、8 割以上この再教育を達成できているのが、全体で見ると 65%ですが、一方でこの達成率が半数に満たない消防本部が 3 割であるという現状があります。こうしたことから、救命士が救命士を指導するような体制を早急に整えて、この問題の解決を図りたいというのが、そもそもの議論の出発点です。

これに対して、既にこういう制度を運用している先行消防本部のやり方等を参考にしながら議論を進めてきました。作業部会は 2 年間にわたって検討しております。1 年目はそもそもの議論です。必要性、そして、一体何をしてもらおうのかということ。そして 2 年目に、では具体的にどういう教育、どういう認定の仕方をしてほしいかということで議論を進めてきました。

まず名称です。そもそもは救命士を指導する救命士ということですが、この教育対象にとどまらずに、救急業務に携わる者全般に対して教育指導を行うという意味で「指導救命士 (EMT-Supervisor)」という名称を用いることが決められました。また、要件については、ただ単に医学的な素養のみならず、幅広い素養を求めたいということから、ここに書いてあるような諸条件が提示されたわけです。救命士としての通算年数 5 年、隊長としての 5 年等から始まりますが、しかしながらこれは飽くまでも地域の MC に認定いただくことを前提として、それぞれの地域の実情に合わせて、その数や経験の症例数、あるいは学会の発表数であるなどはお任せするという基本的な考え方で、この要件を定めております。

とは言っても、全国的な質の担保、一定の水準の担保をしなければいけないという意味において、この養成カリキュラムに関しては、基本骨格というものを定めるべきだということで、このような形で養成カリキュラムを定めております。「必要なスキル」としては、医学的な知識、技術のみならず、連携、指導というところにも大きなウエイトが置かれているのが特徴です。また、この時間数ですが、これはこの班の中で、一番議論が沸騰したところです。最終的にはミニマムリクワイアメントとして 100 時間という形にさせていただきました。これは、この認定をしたらすぐにでも活動してもらうためには、もっと熱い教育が必要だ、あるいは先行してこの運用をしているような消防本部さんからは、いや、うちの指導救命士はもっと質が高い、もっと時間数が多くないとバランスが取れないというような意見も多々頂きました。しかしながら、その一方で、これ以上の時間数では我々

の消防本部では教育に出せないという実情もあり、これをミニマムリクワイアメントとして位置付けたという背景があります。もちろんこれにとらわれずに、各消防本部あるいは養成機関の実情に応じて、これに単位数あるいは項目を付加することを決して阻まないものです。

認定は、各都道府県の MC 協議会にお願いする。また、せっかく勉強してなっただけのものですから、できれば昇任や昇格、人事評価への加点等と連動できればということを班としては議論しましたが、実際、この昇級の制度などは各消防本部によってかなりの差異がありますので、これを全国一律で決めることはできないという結論に達しているところ

です。したがって、現状ではインセンティブとしては、この指導救命士であることを示すような何らかの表示、エンブレムのようなものを付けるなどによってリスペクトを得られるような、またあるいは、ここに携わった時間を再教育の時間数として振り替えられるようなところにインセンティブは限定されている状況です。

活動の場は、もともとは救命士の再教育を後押しするための救命士を指導するというのが主なる活動の主体ではありますが、そうは言っても、できれば地域の MC、消防本部の中、できるだけこの活動の場を創出していただきたいというのがお願いです。具体的には症例検討会の企画、立案や事後検証委員会、あるいは病院実習計画の策定等にできるだけ御活用いただきたいというところ

です。また、一方で全国的には、できるだけこの指導救命士を全国規模の研究会や研修会、あるいは教育概要の作成等に御活用いただくというようなことで、国のほうも積極的にこの活動の場を創っていただくということをお願いをしているところ

です。最後に「MC とのかかわり」です。この指導救命士は何と言ってもメディカルコントロールを担われる医師との連携の下で救急業務全般の教育指導に携わるということですので、この MC との連携が大前提です。したがって、先ほど申したように認定も、どこかほかのところで認定するのをそのまま受け入れてくれ、ではなくて、それぞれの MC に認定をお願いするという考え方をしております。

また、この救命士に求められる資質、あるいは指導救命士になるための教育においても、このメディカルコントロールを担う医師あるいは関連機関との連携能力を非常に重視しています。例えば、このカリキュラムの中に具体的にこの研修会の計画の仕方、立案の仕方、それから運用の仕方、事後検証委員会の招集の仕方、あるいは運用の仕方、こういうものをきちんと入れ込んでいるところ

です。この指導救命士は、最初に申しましたように、その発端は再教育を円滑にする、負担軽減をするというところにはありましたが、救急現場の実践的な教育指導体制を充実させること。さらには MC との連携を強化、円滑化することにより、救急業務全般の質の向上、ひいては国民の救急業務に対する信頼の確保につながったらというところを強く期待しているところ

MCに関わられる医療者の皆様方におかれては、是非ともこの指導救命士に御理解を賜わり、育てて、そして活かしていただきたいということを切にお願いをして、発表とさせていただきます。どうもありがとうございます。

【 横田座長 】

山口先生、どうもありがとうございます。それでは、第 1 部の発表を終えましたので、ここで少し舞台の配置替えをいたします。よろしく願いいたします。

プログラム3 第2部 討論

「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
自治医科大学医学部 救急医学 教授 鈴木 正之

・ コメンテーター

日本医師会「救急災害医療対策委員会」副委員長（愛知県医師会理事） 稲坂 博
厚生労働省医政局指導課 救急・周産期医療等対策室長 田中 剛
総務省消防庁救急企画室 救急専門官 日野原 友佳子

・ 発表者（第1部）

厚生労働省医政局指導課 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
神戸市消防局 警防部司令課長（前消防庁救急企画室 課長補佐） 定岡 由典
北里大学医学部 救命救急医学 教授 浅利 靖
帝京大学医学部 救急医学講座 主任教授 坂本 哲也
杏林大学医学部 救急医学教室 教授 山口 芳裕

【 横田座長 】

地域医療で救急をやっていくには、医師会との関係が不可欠ですので、今回、日本医師会にお願いをしまして、日本医師会「救急災害医療対策委員会」の副委員長をされております、愛知県医師会理事の稲坂先生です。ということで、お三方も一緒に入ってください、更にフロアの人たちと一緒に議論を進めたいと思います。

今回お話を聞いていただけて分かるように、基本的には救急業務に携わる消防職員の教育に焦点を当ててお話をさせていただきました。飽くまでも、メディカルコントロールという枠の中で、どのように私たち医師の場合は絡んでいく必要があるのかということも、最終的にはディスカッションしたいと思います。

今回は、教育ということで、先程来3つのテーマでお話させていただきました。浅利先生は、救急救命士に焦点を当てるだけではなく、一般の救急隊員を含めて教育のあり方を初任教育から順次教育の連鎖という形で報告をしていただきました。さらに坂本先生には、

通信指令員がファーストコールを受けますので、口頭指導をはじめ、アウトプットをして、もう1つはいわゆる救急資源をどのようにして活用するか。いわゆるPA連携をしたり、ドクターヘリコプターを出したりといったようなことをするには、救急の知識が必要ですよということで、お話をさせていただきました。この2点について、フロアの方も含めて、先ほどの話の中での御質問を含めて議論を進めたいと思います。まず、発表されたお二人から、追加でポイントはこうだったということをもう一度言っていただくと、結構話はしやすいのかなと思います。

【 浅利教授（発表者） 】

今回お示した内容は、手に取って読み始めてみると、そんなに難しいことは何も書いていないので、レベルとしては救急科ぐらいのレベルがあり、それをしっかりと機能を維持していくことを救急隊員に望むと。救急隊員は、後輩たちを普段から指導などしていますから、そういう屋根瓦式で指導したことも自分の単位になるということで、そういう生涯教育みたいなものもしっかり自分たちでやっていくということを1歩踏み出していきたい、そんな気持ちで一言追加させていただきます。

【 坂本教授（発表者） 】

通信指令員に関しては、今までも重要であるということは分かっていたわけですが、MCからは治外法権のような部分でもありました、しかし、その中で今日お示したように、口頭指導をいかにきちんとやるか。もう1つは、緊急度・重症度を判定した上で、ドクターヘリコプターやPA連携をどうするかに関しては、通信指令員の質の向上なくしては、あり得ないことですので、是非ここについて全国の消防本部のレベルを上げていくことに関して、MCで関わって行っていただきたいということが、本日のメッセージです。

【 横田座長 】

ということなのですが、例えば具体的に展開しようとする、幾つか課題があるかと思いますが。私たち医師、あるいは看護師も含めて、病院の中では絶えず患者が目の前におりますので、仕事そのままオンジョブトレーニングであり、それほど難しい問題ではありませんが、消防職員にとっては日常の仕事は救急車に乗って出向いたときだけしか接点がない。通信指令員にとっては、声だけしか聞かない。そういう意味で、いわゆる救急に関する知識をどうやって習得するのだということが、ちょっと素直な疑問も出てきますので、その辺りはどうでしょう。そういう点も含めて、具体的な教育のあり方ということフロアの方でも結構ですし、今回発表になった方、あるいは消防庁で企画された定岡さんも含めて御意見があれば聞かせていただきたいと思います。どんな工夫があるのか。いかがでしょうか。

【 坂本教授（発表者） 】

通信指令員に関しては、先ほども言いましたが、やはり声しか聞こえない中での習熟、教育、あるいは質の向上は非常に難しいです。ポイントとしては、2つあると思います。1つは、行った判断をやりっ放しにしないで、実際その傷病者の最終的な診断は何だったのか、あるいは救急隊が着いたときにショックだったのか、そうでないのかということをついでバックをして、実際の業務の中で判断したことを結果と突き合わせることです。

もう1つは、先ほど幾つかの消防本部の例を示しましたが、やはり模擬訓練です。患者が見えない、傷病者が見えない状況で、しかも医学用語を知らない市民からの通報を受けて、いかに口頭指導ができるか、あるいは病態の把握ができるかを、訓練できちんとやっていただく。この2点が非常に重要ではないかと思っています。

【 質問者① 】

通信指令員の仕事が極めて重要だということは、我々自身が病院前に専従してみても再度認識しました。坂本先生にお伺いしたいのは、教育するはいいけれども、その教育の前提になる通信指令員が行うような医学というか医療というか、バックグラウンドというのが、サイエンスの人のバックグラウンドがどれくらい成熟していて、その上に構築される教育がどうあるべきかというところの議論は果たしてできるのかというところ、私自身も非常に悩んでいて、単に経験だけの世界にまだ留まっているような気がするのですが、その辺りはどうしていったらいいのかを示唆をいただければと思います。

【 坂本教授（発表者） 】

それについては、平成24年度の報告書でも少し書きましたが、全国ある程度大きい本部で先進的な所は、やはり救命士を通信指令員の中に配置をしていると。できるだけ、救命士が24時間誰かが対応できるようにする所もあります。ただ、実際には救命士ができなくて救急隊員が兼任でやる、あるいは救急隊員の有資格者もいなくてというようなこともあります。その中では、理想を言えばもちろん救命士が常時できるような、ある程度集約化した形での指令センターというのは必要かもしれませんが、現時点においては救急隊員の経験もない方もやらざるを得ない状況から、今回のテキストでもそういう方に対しての基本的な救急の知識で、最低限ここまでやっていただきたいというところまで入れてありますので、最低限のレベルというところで、やはり理想的なレベルとの乖離は大きいかと思っています。

【 質問者① 】

私の説明が悪かったと思うのですが、そういうことではなくて、通信指令員がどのように聞いたら確実に電話をキャッチできるかとか、あるいはどのように口頭指導をしたら、電話の向こうできちんとできるのかということが、医学として、サイエンスとして研究を

されているのかどうか。私自身も、恐らく消防の指令課に座る時間はかなり増えたのですが、やれと言われてもどのようにしたらいいかが科学として私自身も根拠を持っていないというのが正直なところなのですが、そここのところの研究は本当に進んでいるのかと。今後、どうしたらいいのかということです。

【 坂本教授（発表者） 】

先生がおっしゃるとおりだと思います。これに関しては、諸外国ではテレメディスンとして、フランスの SAMU やアメリカなどのように進んでいる所があります。日本は、まだこのところがほとんど経験則でしかいっていない。しかも医師が全然理解していない。先ほど言いましたように、医学的に急性冠症候群はどんな病気だということは我々は教えることはできますが、実際に我々が通信指令の現場に行って、先生のように問題意識をもって、現場ではどんな会話が行われているのかを、我々が実際にもっときちんと知ってそれを分析していかないとはいけません。通信の中でどのように病態を捉えるかということに関して、まだこれから医師と現場と一緒に進めていかなければいけない部分だとは思っています。

【 質問者② 】

今のお話は効果指導の話にも関連するのですが、そうすると今度はでは通信指令を教育したと。どういう、何をもって効果を判定すればいいのか。単に例えば、市民の心肺蘇生率、心電図やったりというのが上がったというときに効果というのか、もっと別の評価の指標があるのか。要するに、やってよかったということを何か出さなければいけない、そこは何かどのようなことを考えているのでしょうか。

【 坂本教授（発表者） 】

実際には、通信指令員ができることは、先ほど言ったように口頭指導と、部隊運用と、場合によっては搬送先への事前連絡あるいはその選定というようなことがあると思います。とりあえずの指標としては、心肺停止に関しては口頭指導等の実施率である程度言えると思いますし、その他の救急病態に関しては、やはり現場に救急隊が着いて観察した状況と、通信指令員が捉えた情報がどのぐらいマッチするのを見ていくしかないと思います。現場で救急隊が着いたときにはショックだとか、呼吸不全だということが少しでも捉えられていれば、それが1つの指標ではないかと考えています。

【 横田座長 】

今のフロアのお二方からの質問ですが、エビデンスがあるのかとか、具体的に評価をどうやってやるのかというのは、個人的には恐らく今からこういう形で教育をして、ある程度記録に留めてデータ分析をして、やはりこれからの作業なのだろうという気はいたします。私の立場で個人的で恐縮なのですが、堺消防局で通信指令室にこのような教育を入れ

たことで何が変わったかという点、口頭指導を行う確率が極めて高くなりました。もちろん、息がありますよと言われても行ったら止まっていたということがあります。タイムラグがあったり、聴き取れなかったりというのはもちろんありますが、結構上手に聴いていて、たった1年でそういう頻度が少なくなりました。しかし、それが今度は患者のアウトカムまで上がったかどうかは、全てデータをきちんと見て、やはり医師がきちんと関与して、その背景を見て医学的にどうかという検証をして、それこそ、今日の話題でありますメディカルコントロールをきちんといかさないといけないのだらうと思いました。

【 質問者③ 】

先ほどスライドでも出していただきましたが、結局指令のことなのですが、私どもも指令課がああいうふうにして実際に技術の訓練をし、同時にMCの医師たちにもそれを見てもらって数値化したところがあります。それから、PA連携は政令指定都市の中で断トツ北九州市消防局が一番で、10%以上の出動率なのですが、何が問題かといいますと、今まで私たちMCの医師が指令に対する教育に余り興味をもったことがない。それから、指令の人たちも救急隊員が、これほど救命士が地域の中での差をなくすために努力している中で、今は指令課の職員の中でもばら付きがあることですし、皆が余り認識していなかったということで、こういう教育システムが出来上がったことによって、まず指令課の職員全員が自分たちでまずもう一遍勉強し直そうということを思った時点から、恐らくMCとの距離も近くなって、今までの指令課という所が前に進んでいくだろうと思います。ただ、まだこういうことが第一歩で、まずはそれを指令課の人たちに勉強していただくことから、今の私たち北九州でも、今日は非常に勉強になりましたので、是非進めていきたいなと思っています。

【 横田座長 】

ありがとうございます。この議論は、恐らく学会においてもまたデータが集まってきたりしたら議論を深めていきたいと思っています。通信指令員と、いわゆる救急救命士でない初任からの救急隊員も含めて、いわゆる指導的な救命士がどのような形で後輩をうまく教えていくのかという意味において、指導救命士の役割を山口先生からお話をいただきました。山口先生、指導救命士が今のように警防の通信指令員にも、あるいは初めて入ってきた救急隊員に対して、どのように関わっていけばいいかを、もう一度改めて教えていただきたいと思っています。

【 山口教授（発表者） 】

現実にはこういう制度をしなくても、現実には先輩も対応をしている、あるいは横田先生がおっしゃったような状況というのは、日常的にやられていると思います。しかし、こ

れを先ほど言いましたような例えば再教育というような枠組みに当てはめようとする、MCに認められた形で制度設計をしないと、クリアできないという現実があります。そこを、制度としてきちんと整理していくのが、1つの局面だと思います。

【 横田座長 】

指導救命士がどうあるべきかというのは、消防署内でも恐らく今後議論になってくるでしょう。恐らく階級の世界でもありますし、技能と階級や仕事の役割というのは少し違うところもありますので、これは消防職員の組織の中でもんでいただくとして、結局それを具体的に展開をしていくときに、やはり医師が、あるいは医学的な指導がどのように入っていくのかという意味においては、指導救命士が太いパイプ役にならないといけないのだろうと思いますね。

次の話は、屋根瓦式に救急隊員の教育をしますよということは大変素晴らしいことですが、勝手な方向に向いてはいけませんので、地域の医療機関の先生方がどのように強く関与していくべきかということに焦点を当てたいと思います。そういう意味では、厚生労働省から最初にメディカルコントロールに対する意気込み、いわゆる医療政策として非常に重要な点をお聞かせいただきました。本日は、医師会の先生も来られていますが、厚生労働省の方も来られています。救急隊員あるいは消防の職員の中にいる隊員たちが、自ら教育を受けて、あるいは教育をして、自己研鑽していくということではありますが、我々医師がどのようにそれをコミットしていくべきか、どうしたらいいのか。あるいは、現実にごくこうのことをやっているよということでも結構ですので、いかがでしょう。稲坂先生、まずコメントをいただければと思います。

【 稲坂理事（コメンテーター） 】

まず私の発言は、多分石井常任理事の気持ちを代弁するつもりで、この席にいますが、少し医師会の発言ということで論点が今回のテーマと少しずれるかもしれませんが。まず教育という観点から、愛知県ではここへ出てくる前にいろいろな所へ電話をして聞きました。そうしたら、平成17年から救命士の育成に関して、県下統一のプロトコールのいわゆる運用教育をしていることが確認できました。ですから、先行しているのかなと理解しております。それから中身では、活動研修をこの中で行っていますので、救命士が救命士を教えるという、それは救急医が少ないものですから、救命士が救命士を育てるということは最初の理念で、早い時期から愛知県では確立していると聞いております。

それから、私はこの席で前に出たのが、岡山中で消防と医療の連携という観点が言われたことを愛知県に持ち帰りまして、MC協議会の中に病院協会と、愛知県医師会長と健康福祉部と一緒にいったMC協議会の正副会長会を設置しました。それは、もう今中身で動いていますと、先日の愛知県医師会の理事会でも、愛知県医師会長がそこで得た情報を喋っているのです。

やはり消防と医療の連携は何通りかに括ってやっていかないと、多分すり合わないと思いますか、特に全国的にそうだと思いますが、地域包括ケアという入院患者の30%が野において、開業医が診る若しくはいわゆる老健施設等が診るときに、やはりそこからの救急ということがあったときに、我々開業医や夜間の輪番当直で二次輪番をやっている病院が、愛知県は20ほど救命センターがあり、その指導医は非常にしっかりしていて、今日のこの先生方とほとんど意見が一致していると思うのですが、残念ながらそれ以外の準夜帯、深夜帯に当直している二次輪番の先生方には、やはり救急学会に関与していない先生方の病院もたくさんあります。

それから地域別に見ますと、愛知県は公的救急が57%を占めて、いわゆる大阪やよその都道府県ですと、民間救急は大半を占めている。民間救急であると、病院長と救急を指導する医師がほぼ一致しているものですから、そう大きな問題はないのですが、公的救急の病院、特に愛知県ですと、病院長と救命センターにいる先生がずれている場合があり、情報指令がなかなか一致しないということで、結構そういうことがあったものですから、MC協議会の正副会長会を作ったときに病院協会の会長を、今、会長になっているのですが、そういう先生をMC協議会の会長にしたと。そういう経緯が、実は愛知県ではあります。

全国規模で見ても、県の医師会長若しくは副会長、若しくは理事がMC協議会長をやっている県が18県です。病院協会会長等がやっている県が全国で2県、行政が3県、大学教授が11県、それから救命センター長がやっている県ということ。また、それを運営している事務局も、医療が関係している所は11ありますが、単独、消防がやらずに医療だけがやっている所が4県ありますが、まだ非常にインフラといいますか、消防と医療の連携と口では言っているけど、実際にはまだされていないのではないかと考えております。

【 横田座長 】

非常に広い目で捉えた場合に、救急、いわゆるメディカルコントロールに関与する医師が救急専従の先生だけではなく、二次病院の当直の所へ連れて行くのもあるのだから、ちょっと見方を変えれば、そういった先生たちにも例えばメディカルコントロールのあり方、あるいはそれぞれ診療科に特異性がありますので、そういうことに強く関心をもっていたかかないといけないだろうと。今回、厚生労働省がそういう意味において8億円を超える予算を付けていただいて、期待するところはいろいろあるかと思うのですが、今の稲坂先生の話を受けて、いわゆる厚生労働省の意図するところを酒井先生に話していただきましたが、もう一度伝えていただくと有難いなと思います。

【 田中室長（コメンテーター） 】

よろしく願いいたします。本当に稲坂先生に詳しく医師の立場ということでお話いただきましたが、やはりまだ今日のプレゼンをみますと、後半の3つの指導的救命士であるとか指令通信員の教育の面でやると、非常に多くの方は救命士の医学的な質の向上をどの

ようにするかということで、そういうテクニカルなことに非常に関心がいけますが、少し酒井専門官のプレゼンとギャップを感じている方も多いのではないかと思います。ただ、現実稲坂先生もおっしゃるとおり、やはりまだ消防と医療との連携といいましても、ギャップがあるのが正直なところだと思います。私どもも少し現場に行くときに思いますが、救急をやっている医療の側も消防の側も非常に熱い思いを持って仕事をしているにもかかわらず、ちょっと歯車が合わないというのが現実のところなのかなと思います。

そういう中で、先ほども坂本先生からあったように、救命士の方が徒手空拳の中でそういう努力をされている一方で、やはりここにいる例えば臨床救急医学会に関わっているようなドクターの方というのは非常に現場の経験もありますし、本当に御苦労なさる中でやっておられた方は多かったと思いますが、なかなか医者というのは病院の環境の中では十分に力を発揮しますが、院外といいますか、現場や、本当に救命士であると、情報のない中から情報を得てやっていかなければいけない、しかも業務請求、公的な立場で縛るまで、事前情報のない中でどのようにやっているかはなかなか医師の立場から見えないということがあかなと思います。

そういう中で、お互いにどう歩み寄れるかということが、正に MC、メディカルコントロール協議会の場だと思いますし、医師にもそういう現場に出る機会というか、行政的視点をもってもらうといいますか、少しチーム全体のために勉強するという視点をもってもらいたいということで、予算を確保し全てもうまくいくとは思っていませんが、そういった意味で病院の医師が外に出る機会を、教育の機会をもってもらうことがこの事業の一番の趣旨です。そういう意味では、少しでもこういったことで院外の現場の面白さを知ってもらう医療者を育てていって、少しでも円滑な救急搬送や、適切な救急医療へつなげることができればいいかと思っており、この事業を作らせていただいたわけです。

そういう意味で、こういった MC 協議会の場もそうですが、各現場でもそれぞれ近付いていただく。そして、また両方の立場においても全国でこのように集まる中で、意見交換をしていただいて、こういったやり方があるのではないかと、各々違った現場の中で、うちはこんな工夫をしたらこのようにできるはずということで、比較的うちのこの事業に関してはある程度柔軟性をもって使えるように考えておりますので、ちょっとハードルは高めに設定していますが、是非ご活用頂きたいと考えております。

【 横田座長 】

ということで、先ほど小林先生が冒頭にお話されたように、厚生労働省も、非常に近年力を入れてきたということに期待をしております。ただ、そのときに一番最初に私が言いましたように、教育にしるメディカルコントロールで関与をするにしる、組織体がこちらは病院ですし、消防組織との空間的な距離もあるし、なかなか、医療機関内の教育やメディカルコントロールは難しいとは思いますが、例えば消防側から見たときにメディカルコントロールに関わる医師が、例えば将来ですよ、消防職員の中で、消防職員に近い形で

いてもらって教育をしていただくというような機会、近未来のあり方の1つに考えておられるのか、逆に今度は厚生労働省にも関係するのかもしれませんが、そうではなくて、救急隊員が病院側にもっと来て、例えばワークステーションのような配置をして、派遣型の救急隊でもいいから、病院に絶えずおれよというような方向のプランを持っているのか。

やはり、教育をしようということは現場ではないとどうしてもできないというのがありますので、もちろんそこにお金がかかりますよね。人を派遣する、常時救急に関係する医師を消防局に置いておくとか、消防署に置いておくとか。その逆しかりで隊員自体を増やして、絶えず病院にいたり教育用のワークステーションに置いておく、これもお金がかかりますよね。そんなお金がかかってもいいから、教育に力を入れていくのだというような意味では、まず消防庁の立場で日野原先生、御意見を聞かせていただきたいと思います。

【 日野原専門官（コメンテーター） 】

そうですね、先生のおっしゃっていらっしゃることは、具体的に医師が消防組織に属したらいいのではないかとか、医師側についてのそういった議論は、できていないところです。正直職員のほうでどのように医療機関をとりこむということに関しては、ワークステーション方式、それも派遣型と設置型という形で、消防庁でも議論を進めているところです。どちらが必ずよいということは恐らくないのかと考えております。派遣型のワークステーションというのは設置も容易ですし、始めるのも簡単です。ただ、設置型のワークステーションというのは、ある程度医療機関の関係者と接する機会が多いので、コミュニケーションが取りやすくなる。

どちらにも、利点と欠点があり、その地域のいろいろな事情などもありますので、地域でまずは話し合って、そしてどのような形が望ましいのかを、まずは医療機関側の者と消防機関側の者が一緒に協議をして、お互いが納得する形のあり方を作っていけるとというのが、理想的な形だと思っています。そのための場所がMCなのではないかと考えているところです。

【 横田座長 】

私がなぜこのことを言ったかということ、例えば厚生労働省から今回のように財政支援しますから、MCの若い先生方育ててくださいねというときに、やはり臨床を外せないという課題があります。臨床していないと消防の中に入って行って面倒を見てあげるよというのは現実問題できないだろうと思います。そうすると、やはり病院と隣接した場所で救急隊の教育あるいはそのパイプ役などをやる人材を確保とすれば、救急隊員に出向いてもらう派遣型のワークステーションなどが要りようになります。厚生労働省が金を付けるというというのは、この点についてはちょっとお門違いだと言われるかもしれませんが、そうするとそこで働き教育に携わる医師には、厚生労働省の今回のお金はガンガン使って要員を1人、2人増やし、教育をする若手が臨床しながら救急の部門でやっていくのは、景色

として見えてくるのかなと思い、ちょっとお伺いしました。そういう意味で、この教育のことをやるときに、定岡さん、ワークステーションのあり方も少し平行してお話したことがありますね。

【 定岡課長（第1部発表者） 】

そうですね。先ほど、日野原専門官がおっしゃったように、それぞれ利点と課題があり、最近では派遣型が規模が小さい消防本部で選択して取り組まれている方式となっております。

【 質問者④ 】

地方で細々と準夜をやっている開業医のアキバと申します。救急搬送の事後検証委員会に参加している立場としてお話をさせていただきます。まず、救急に携わろうという医者が少なすぎるだろうと。その少なすぎる理由は、多分そういう会で専門の先生方はそのレベルを上げようという動きはしていますが、レベルの低い医者たちをどうやったら参加させられるか。つまり、一次救急、二次救急で大体皆断ってしまうと。どうやったら参加させられるかということを検討しないと、これから救急体制は成り立たないと思います。救急隊は、こういうメディカルコントロールの協議会、こういう研究会、勉強会でレベルは上がりますが、医者は救急のERで働いている先生はレベルが上がるかもしれないけれども、それに携わらない人間はレベルは上がってこないです。

でも、そういう先生をいかに集めるかということが非常に大切であろうと。ですから、私はそういうときにこういう場で言いたいのは、そういう先生が救急の場で何か間違いを起こしても、誰も咎める者はいない。でも、あとから勉強させてくれるというようなシステムを考えていかないと、これからは救急医療は成り立たないだろうと。地方でHDを細々とやって怖々と患者を診ている者からすると思います。レベルの高い先生方からすると何かと思うかもしれませんが、山が高いからいいわけではなくて、裾野が広いほうが絶対に医療というのは高まりますので、その点を考えていただけたらと思います。

【 横田座長 】

貴重な御意見をありがとうございました。仰せのとおりだと思います。救急医療は救急医だけでやっているのではなくて、時間外にいろいろな診療科の先生にもお手伝いしていただいているというような、裾野の広げ方を工夫したらどうだということの御意見をいただきました。承っておきたいと思います。

【 質問者⑤ 】

埼玉西部消防局のオオカワラと申します。消防の立場からコメントしたいのですが、再教育の話が出まして、未だ3割に届かない所があると。平成13年に再教育をやれという通知が出ているのですね。もう平成26年で、10年以上たっていて、そんな状況なのですね。

ですので、通知を出しただけでは消防は動かんということを物語っているのですね。なので、メディカルコントロールの3本柱の重要な部分は事後検証ですから、通知に対してそれは実行されたのかどうかをチェックしてもらわないと、また同じになりますよ。先生方が本当に頭を絞ってすごい教育カリキュラムを作ってくれても、通知は去年の5月に出ていますが、本当にどれだけ動いているのか、やっているのかという検証体制も併せてやっていただきたいというのが、消防からのお願いです。

【 横田座長 】

ありがとうございます。そもそも、やはり検証をしてフィードバックをかけましょうというのが、私たちの先輩方がこれを作ったときからの重要なテーマで、メディカルコントロールが表に出てきたときからのことです。今日は時間もありませんが、具体的にそういうものを汲み上げて、地域格差をなくしていくためにはどうすればいいかを、消防庁の中でも、厚生労働省でもご検討いただきたいと思います。

【 日野原専門官（コメンテーター） 】

横田先生のおっしゃるように、それは課題として持ち帰ればと思います。1つ、ある程度お答えになるかと思われるところが、全国MC協議会連絡会を平成19年から始めまして、今年度もまだ1回あります。平成24年度から、全国のMCの格差、格差といいますが、それがどのようにどの部分でどうなっているかを知るために、全国調査を行っております。昨年度は2回目を行い、その結果も前回の全国MCの連絡会の中で発表させていただいたところです。その結果を2年引き続いて、平成24年度の結果と25年度の結果を見てまいりますと、やはり再教育を行われている割合とか、事後検証を行われている割合が少しずつ増えてきている現象は見られています。

引き続いて、そのような形で全国の状況を把握する努力も続けていけたらと思っております。

【 横田座長 】

ありがとうございます。私の手元の救急業務のあり方検討会報告書の中には、日野原専門官がおっしゃったように事後検証の実施ということで、どこまで実施されているかが載せられています。100%まではいかないものの、おっしゃるとおりできちんとういうことを全国に発信していただきたいと思います。時間も押してしまいました。最後に、私と同じように座長を務めてくださった鈴川先生より。

【 鈴川座長 】

何を言おうかということですが、まず今回から消防庁だけではなくて、厚労省も一緒に主催だということで、MCが少し変わってきたと私は思います。では、今日は教育の話で、

教育、再教育、これは今までコア業務と呼ばれている部分に入っているところですが、先ほどお話があったとおり、MC というのは最初は救急隊員の質の保証、それから処置拡大のために必須であったというところから始まりましたのが、今は恐らく救急医療体制を見ていく柱であるというように大きく変わってきたと思います。

コア業務、救急隊のプロトコル、検証会などの部分は救急隊員と密接に関係しているところ。そこは、私は救急隊員と一緒にコア業務を考えていく場所が必要であると考えます。しかし、それだけではMC はうまく動かなくて、先ほど開業の先生が言ってくださったのは非常にいいことだと思うのです。開業の医師が、どうやったら医療をよくすることに關与できるのかというところまで、どうやってMC は關与できるのかといたら、そういう枠組みを作らないといけない、と思って、私たちのMC は動いています。今、私たちのMC の検証会には、開業の先生が来てくださっています。その先生がこの前CPA をうちで取ったけれども、どうだったのかという話を医師会の中でしていただくと、だんだんとある一部の医師会の先生が、CPA をうちで取ってもいいよというようなことをおっしゃってくださるようになる。そのような活動を、つまりコアの業務のところをしっかりと救命士とやることと、周辺をMC 協議会、うちですと検証会を通じてなのですが、そこでしっかりとしたシステムを作っていくということの両輪で、これからは救急業務をやっていく。その上で今日は教育のところを1つ題材にして、皆さんのお話があったと思いますが、全体を通してやはりこれをMC として見ていくということが、今日のテーマなのだろうと私は思っています。

明日から学会が始まりますが、横田先生はほかでも座長をしていただいて、今後のMC のあり方というシンポジウムがありますので、是非そのときにもう少し全体像を勉強していただいて、更にいい地域の救急医療のために皆さんで私たちも含めて頑張りたいと思っていますので、今後ともよろしくお願いします。

【 横田座長 】

ということで、少し座長の不手際もあって、時間が延びてしまいましたが、会場の皆様、もっと聞きたいこともあろうかと思いますが、明日、明後日にメディカルコントロールに関する内容の演題も含まれていますので、残って参加していただければ有り難いと思います。どうも、皆様お疲れさまでした。

【 司会 】

それでは、最後に事務連絡として、お知らせがございます。

次回、第2回の全国メディカルコントロール協議会連絡会の開催予定ですが、日時は平成27年1月30日の金曜日、時間未定で、場所は、神奈川県相模原市を予定しております。正式な開催案内は、また追ってご連絡させていただきますので、是非ご参加下さいますようお願いいたします。

事務連絡は以上になります。

なお、本日の連絡会の参加者は 580 名で、所属先の内訳といたしまして、都道府県関係者が 34 名、消防機関関係者が 358 名、医療機関関係者が 118 名、その他が 4 名、日本臨床救急医学会の評議員の方で受付にてご確認ができた人数が 23 名となります。このうち、都道府県MCに携わっている方が 73 名、地域MCに携わっている方が 117 名、両方のMCに携わっている方が 49 名で、合わせましてMC関係者が 239 名でした。

皆様、最後までご参加いただきまして、ありがとうございました。

それでは、以上を持ちまして、平成 26 年度第 1 回全国メディカルコントロール協議会連絡会を終了とさせていただきます。