

従事していること。

(設備)

- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
- ・ 傷病者のために優先的に入院できる病床を有すること。

2. 過程

(連携)

・ 救命救急センターや初期救急医療機関、消防機関との連携体制を構築し、医療計画上明示されていること。

(研修)

- ・ 救急救命士の臨床での研修を年間16人日以上の受入

3. 結果

(搬送)

- ・ 救急患者の搬送を断らないこと。
- ・ 年間搬送件数750件以上あること。

(治療)

- ・ 救急患者を年間3000名以上受け入れていること。

初期救急医療機関

1. 構造

(人員)

・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。

(設備)

- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。

2. 過程

(連携)

・ 救命救急センターや入院機能を要する救急医療機関、消防機関との連携体制を構築し、医療計画上明示されていること。

3. 結果

(搬送)

- ・ 救急患者の搬送を断らないこと。

福岡県メディカルコントロール体制の現状と課題、今後のあり方

救急救命九州研修所

郡山 一明

竹中 ゆかり

産業医科大学麻酔科

佐多 竹良

福岡県 MC 体制の今後のあり方について（まとめ）

1 役割の明確化

- (1) 福岡県 MC 協議会 地域 MC 協議会
- (2) 福岡県 医療機関 消防署

○ 福岡県 MC 協議会で実施すべきこと

1 地域 MC 協議会較差の照合

- (1) 消防署と医療機関間の直接的 MC の資金供与制度
- (2) 直接的 MC 内容
- (3) 事後検証症例の基準と方法

2 県の統一基準の構築

- (1) 基本プロトコール作成（病態別）
- (2) 事後検証すべき症例提示
- (3) 検証作業の方法
- (4) 病院実習ガイドラインの作成

○ 地域 MC 協議会で実施すべきこと

1 効果的なフィードバック体制の構築

- (1) 地域医療機関と消防署間での症例検討会
- (2) 救急救命士の再教育

○ 福岡県で実施すべきこと

1 病院前救護体制に関する通知の整理と再周知

○ 医療機関で実施すべきこと

1 病院前救護と医療機関の連携を再認識

- (1) 病院救護体制に関する通知を読む
- (2) 救急救命士の役割の確認
- (3) 搬入事例の医学的フィードバック

○ 消防署で実施すべきこと

1 救急救命士に「病院前救護での救急救命士の役割」を明確に教育

はじめに

福岡県は県下を4地域（北九州地区、福岡地区、筑豊地区、筑後地区）に分けてメディカルコントロール（以下MC）体制を構築している。それぞれの地区の組織構成は以下のとおりである。

福岡県 MC 協議会			
地区	消防本部	三次医療機関	二次医療機関
北九州	6	2	14
福岡	7	2	12
筑豊	4	1	6
筑後	9	1	8

県内においてメディカルコントロール体制構築から5年が経過し、また病院前救護体制においても気管挿管、薬剤投与など新たな処置が加わってきたことを契機に、これまでの体制を振り返り、課題を抽出することとした。

平成17年に福岡県MC協議会の構成機関（上図参照）へアンケートを実施し、その回答を整理した上で、同年9月の福岡救急医学会（佐多竹良 産業医科大学麻酔科学教室教授）で「福岡県メディカルコントロール体制のあり方」を主題としたパネルディスカッションを実施した。本冊子はパネルディスカッションで抽出され問題点と課題、ならびに今後のあり方についてまとめたものである。パネルディスカッションでは以下の皆様にご協力頂いた。改めて御礼申し上げます。

坂本照夫（筑後地区三次医療機関）
鮎川勝彦（筑豊地区三次医療機関）
富岡譲二（福岡地区二次医療機関）
後藤英一（福岡地区MC協議会）
伊藤重彦（北九州地区MC協議会）
藤田修司（福岡県消防防災安全課）
大迫信幸（福岡県保健福祉部医療指導課）
山本敏明（北九州市消防局警防部救急救助課）

○ アンケート項目

アンケート項目概要	
1	病院前救護に関する報告書
2	救急車搬送件数
3	直接的メディカルコントロール件数
4	事後検証
5	救急救命士の再教育

○ アンケートの回収率

アンケート依頼機関と回収率					
地域	医療機関	回答数	消防機関	回答数	回収率
北九州	16	8	6	6	64 %
福岡	14	10	7	6	76 %
筑豊	7	5	4	4	82 %
筑後	9	5	9	9	78 %
計	46	28	26	25	74 %

以下にアンケート及びパネルディスカッションから得られた課題と、今後の実施すべき対応策を述べる。

1 医療機関は病院前救護に関する報告書を読んでいるか？

医療機関は病院前救護に関する 報告書を読んでいるか？			
	検討会報告書	委員会報告書	ガイドライン
再教育機関			
北九州 (8)	7	5	8
福岡 (8)	6	6	6
筑豊 (1)	1	1	1
筑後 (2)	2	2	2
非再教育機関			
北九州 (0)	0	0	0
福岡 (2)	2	2	2
筑豊 (4)	0	0	0
筑後 (3)	2	2	1

○ アンケート結果から

- ・ 再教育機関であっても「救急救命士の病院実習のガイドライン」を読んでいる機関が存在
- ・ 非再教育機関では病院前救護に関する報告書を全く読んでいない機関が、少なからず存在

○ 討論から


- ・ 国からの通知は委員会で初めて示される。On Time には読んでいない
- ・ どうかすると半年以上遅れて読んでいたのが実情

⇒ 実施すべき対応策

病院前救護は公的なシステムである。行政機関である消防は、通知等を把握しているが、一方の当事者である医療機関は十分に把握しているとは言いがたい。通知等の周知方法に大いに改善の余地があることが考えられた。

- ・ 病院前救護に関する通知等をまとめた冊子を作成し関係機関に配布
- ・ 冊子には日常的な疑問に関する Q&A を入れる
- ・ 県で冊子作成予算を検討 内容は MC 委員会も協力

2 直接的 MC の件数と内容について

直接的MC件数 特定行為以外は？ 				
	搬入件数	気道	静脈路	その他
北九州	48,729	340	111	29
福岡	19,003 + α	373	120	400
筑豊	16,110	22	6	295
筑後	17,801	128	13	55

- アンケートから
 - ・ 特定行為以外についての直接的 MC 件数には地域差が存在

- 討論から
 - ・ 福岡市消防局では、救急隊に積極的に直接的 MC を活用することを指導
 - ・ 地域によって直接的 MC についての料金設定が異なる
 - 1 件毎の単価、まるめ
 - そのことが件数に反映している可能性あり
 - ・ 県内 4 地域で直接的 MC の資金制度が統一されていない
 - ・ このような検討そのものが県 MC 協議会でもなされたことはない

⇒ 実施すべき対応策

直接的 MC 件数の地域較差は、消防機関と地域の医療機関との関係というよりは、各地域 MC 協議会の資金制度の違いによる可能性が大きい。一方で、直接的 MC の内容についても、各地域のものを集めて検討したことは一度もなく、県下の協議会毎に独自に動いているのが実情である。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 4 地域の MC 資金制度を確認 ・ 県 MC 協議会において、4 地域の直接的 MC 内容を照合 |
|--|

3 搬入された患者について搬送途中の活動をその都度、救急隊にフィードバックしているか？

搬入された患者について搬送途中の処置等を 消防にフィードバックしているか？			
	全件	重症例	していない
北九州 (8)	1	7	0
福岡 (10)	1	7	1
筑豊 (5)	0	2	3
筑後 (5)	1	3	0

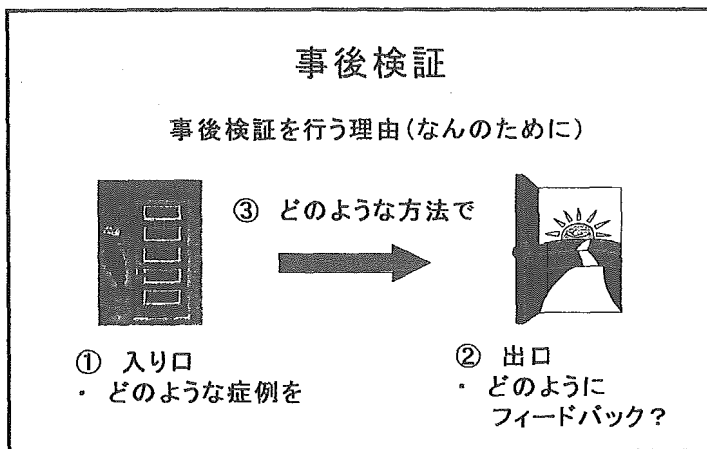
- アンケートから
 - ・ 全くしていない医療機関が存在
- 討論から
 - ・ 地域較差は「フィードバック」の定義の捉え方の違いかもしれない
 - ・ 医療機関と消防本部単位でシステム化されたディスカッションをもう少し行っていくべき
 - ・ 統一されたプロトコールが必要
 - ・ プロトコールが本当に必要なのか？
 - ・ プロトコールは基本的なことを示す程度でなるべく少なくしたい
 - ・ 指示、指導、助言から得られた問題点をもとにプロトコールを作成すべき

⇒ 実施すべき対応策

搬送途中の救急活動を、日常の救急隊活動にフィードバックされるためには、救急活動のプロトコールが必要との意見が出された。問題はプロトコールの内容である。実際の活動でやりとりされた「指示・指導・助言」を集積して問題点を解析し、それに基づいて基本的な考え方と対応策を示す内容が求められる。

- ・ 地域 MC 協議会は直接的 MC 内容から病態別の問題点を抽出
- ・ 県 MC 協議会は地域 MC 協議会で抽出された問題点をもとに基本プロトコールを作成

- 4 事後検証は、①どのような症例を、②どのようにフィードバックさせるために、③どのような方法で 実施されているのか？



○ 討論から

- ・ 重症を如何に助けるかが救急の目的であり、事後検証の対象は重症以上の症例すべてであるべき
- ・ 検証を以下のような場面毎に分けるのが有効
現場活動 車内観察事項 搬送先の是非 患者の予後
- ・ 事後検証を救急隊の再教育にフィードバックするシステムは未構築
- ・ ある程度の症例数を持ち寄って地域内で検討して問題点を解析し、救急隊にフィードバックしている
- ・ プロトコル作成が有効と思われる病態については、うまくいかなかった事例、うまくいった事例を取り上げて検証作業を実施
- ・ 検証がどのようにフィードバックされているのか地域 MC 協議会では把握できていない

⇒ 実施すべき対応策

国が示した事後検証すべき症例は、①CPA ②重症例 ③救急隊からの要望例 である。地域 MC 協議会ではすべてこれに従って実施されている。重症例を病態別に分類（急性冠症候群、喘息等）すれば、集積すべき症例も明確になり、かつ検証場面設定もしやすくなると思われる。

- ・ 事後検証すべき症例の統一
- ・ 県 MC 協議会はよりよい検証作業を実施するために各地域の方法を照合

5 救急救命士の病院実習

救急救命士の病院実習

○ ガイドラインは実際的か？

- 重点はどちら？

救急初療室、集中治療室等



○ どのような実習が必要か

- 医療側から
- 救急隊側から



○ 討論から

- 観察項目が主体であり、医療機関内の場所が目的ではない
- マネキン等を使用したシミュレーション実習を取り入れるべき
- 再実習については救命士の希望も尊重している（精神科、産科など）
- 目的は緊急度と重症度を把握できるための「病状を観察できるか」である
- ER ではバタバタしていて十分な観察実習は難しく、その点病棟は指導ができやすい状況下にある

⇒ 実施すべき対応策

救急救命士の病院実習は、救急現場で緊急度と重症度を判断するための病態観察能力の向上である。したがって、ICU、手術室といった場所を限定するガイドラインではなく、観察項目に重点を置いたガイドラインを作成することが必要である。

- 県MC協議会で以下の内容に基づく病院実習ガイドラインを作成
病院前救護で救急救命士が把握すべき病態
病態を把握するための観察手技

研究報告
平成17年度厚生労働科学研究「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」
主任研究者 山本保博

救急指導医教育体制の確立

国士館大学院
救急救命システムコース
田中秀治

救急指導医教育体制の確立

- ・ MC医の初期研修・継続研修体制確立
- ・ 続々と変更される救急救命士のプロトコールに対するMC体制のありかた
- ・ MC医の資格要件の再考
- ・ 全国のMC医が一同に会して問題を検討する研究会・連絡会の確立

現行の問題点—2000年東京—

指示する医師の指導レベルにばらつきがあり、指示のベースとなる指導医の考え方が統一されていないこと、したがって指導医の質の確保、指示、指導助言体制についてのプロトコールの確立が必須。

- 現在400人以上いる東京消防庁指導医の資格再整備
- ・ 東京消防庁が主催する(または学会、養成機関が主催のOn line medical controlを行う医師向けの講習会)勉強研修会終了者がこれに当たるべきである。
 - ・ 消防庁指導医の資格としては救急医学会の認定医有資格者が原則である。(あるいは他学会の認定医、専門医もこれに含めるとすれば、販学会資格かは今後、議論が必要である)
 - ・ 消防機関の教育に携わっていること
 - ・ 救急同乗実習をしていること

オンラインメディカルコントロールに携わる医師の資格要件

形式的要件:ア～エの全ての要件を満たす者

- ・ ア 東京消防庁又はオンラインメディカルコントロールに係る医師を養成する他の機関が行う講習(救急車への同乗実習を含む。)の修了者
- ・ イ 日本救急医学会の認定医有資格者又は同等の能力を持つ者
- ・ ウ 救急医療機関における3年以上の救急部門専従医の経験がある者
- ・ エ 救急隊員の教育指導に携わった経験のある者

オンラインメディカルコントロールに携わる医師の資格要件

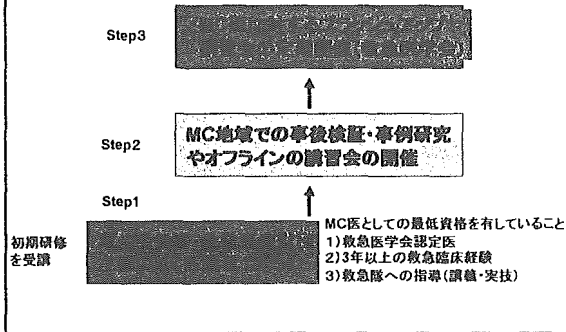
実質的要件

- ・ 救急救命士を含む救急隊員との間で、公正で紳士的なコミュニケーションがとれること。
- ・ 救急隊指示・指導医は、救急業務全般や多数傷病者発生時における消防、救急活動の指揮・命令系統などについても理解する必要がある。
- ・ 救急医学会などの専門医を有していること

日本救急医学会 MC体制検討委員会の役割

- ・ 救急医学会でメディカルコントロール医を育成するための講習会の開催
- ・ 全国のMC協議会の実質的な責任者による全国MC連絡協議会の開催
- ・ 救急医学会認定医必須項目にメディカルコントロールの内容を盛り込む
- ・ 救急医学会が先導しMC医の研究会を作成し学術的に検討する。

MC医初期研修・継続研修(案)



MC医に対するブラッシュアップ講習会

MC医に対するブラッシュアップ講習会の定期開催

- 経験をつんだMC医には2年毎にMC医継続研修をアップデートする。キャリアアップのためのブラッシュアップ講習会を受講させる。
- ブラッシュアップ講習会は救急医学会が主体となって学会員へ提供する。
- 内容は2日程度で、先端的な地域の典型的な取り組みを提示してもらい、その内容をスモールグループで検討
- 問題事例シナリオを5-6ケース作成し、スモールグループで検討
- 講習資格を有し(BLS, ACLS, JPTEC, JATECなどで指導的に活躍していることが受講要件にひとつ。

救急活動の事後検証について

- 検証の方法は、隊活動基準と医学的判断の2つにわけ、前者は機関病院医師のMCを加えて消防機関内部でおこない、後者は地域機関病院、医師会、行政、消防主管部局で構成する委員会で検討する。
- 各ブロックでは、重症以上の症例の(心肺停止事例のみならず、救命センターに搬送される呼吸不全、ショック、多発外傷、熱傷、中毒、災害時対応、1、2次病院へ搬送した問題事例、死亡例など、直接生命に危険を及ぼす可能性があるものの活動基準と医学的判断を事後検証するべきである。
- これ以外に、この地域では年4回程度の勉強会/検討会/研修会で特異的経過あるいは問題事例をあげ、直接検討する場を与える。

18年度の検討内容

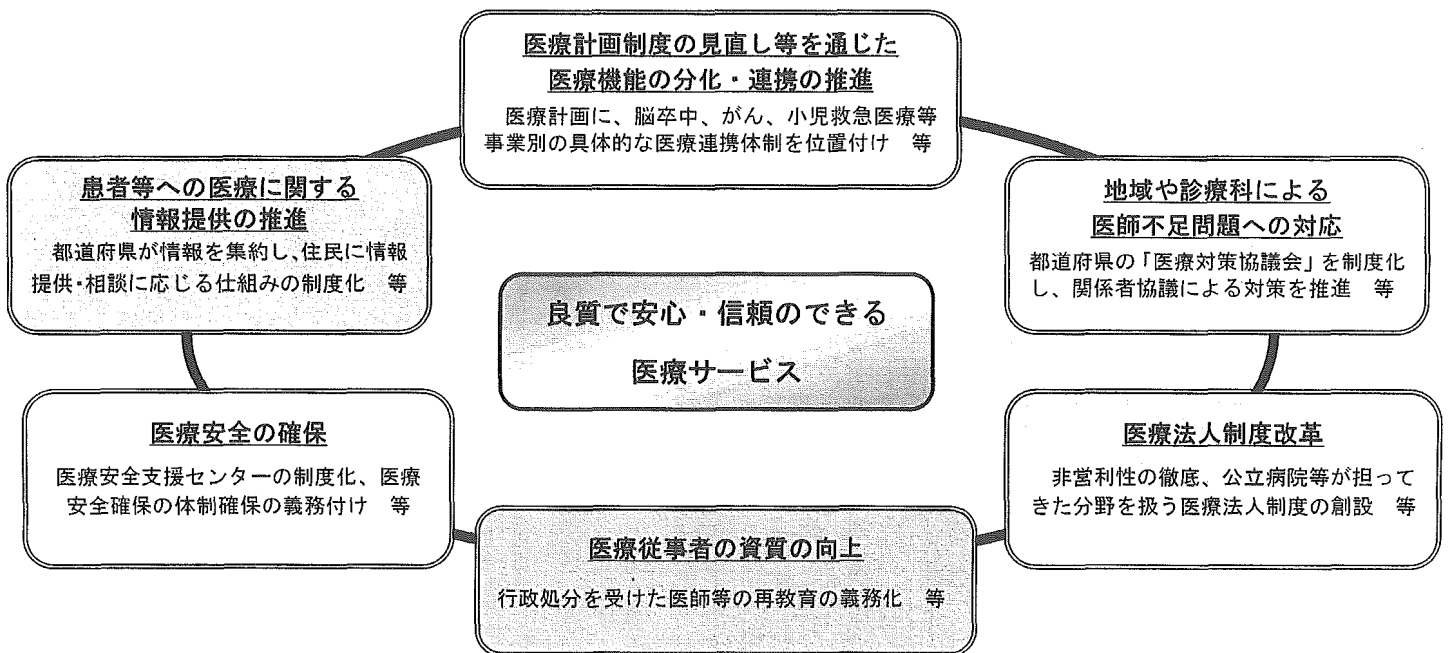
- 現場で検証に係る医師の資格の調査(東京・名古屋・札幌・島根・群馬・など)
- MC初期研修の終了者へのアンケート調査(救急医療財団における研修修了者への調査 平成14年から360人の調査)
- MC医への継続教育プログラムの確立(パイロット講習会の確立と検証)

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案について

政府・与党医療改革協議会により、平成17年12月1日に取りまとめられた「医療制度改革大綱」に沿って、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等の措置を講ずる。

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案の概要

目的：国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するもの。



1. 患者等への医療に関する情報提供の推進（医療法）

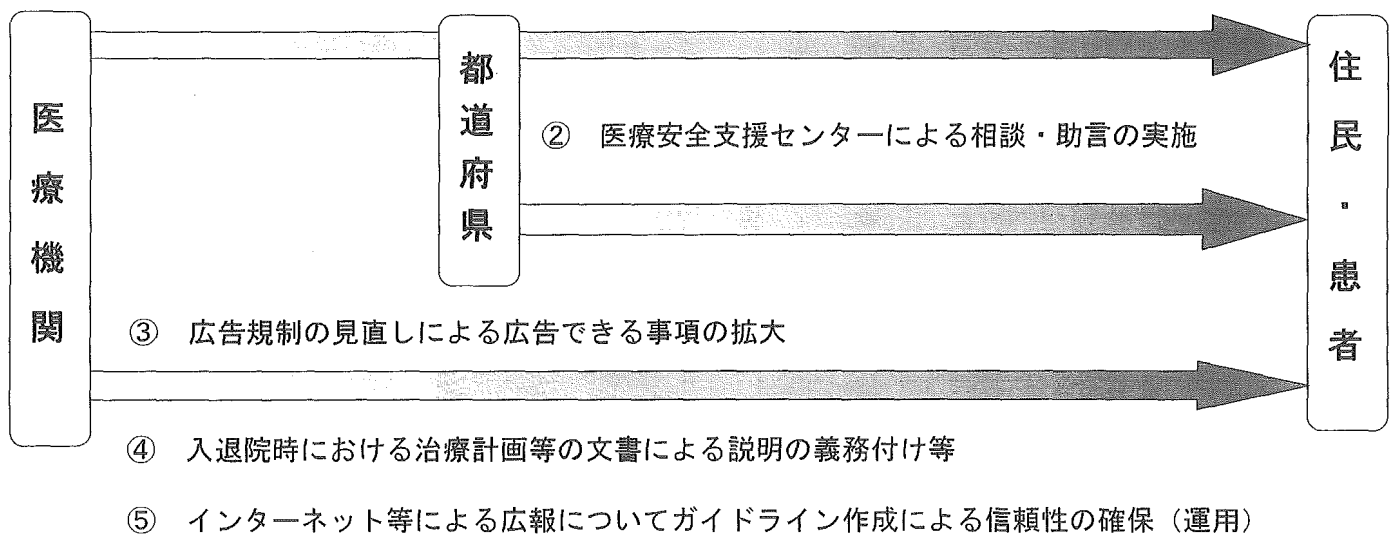
【 医療制度改革大綱(平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会)抜粋 】

(患者に対する情報提供の推進)

患者に対する情報提供を推進し、患者の医療に関する選択に資するため、都道府県による医療機関に関する情報提供を制度化する。

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。

- ① 都道府県による医療機関情報の集約と公表
(医療機関から一定の情報の報告を義務づけ → 都道府県によるインターネット等による情報提供)



2. 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進（医療法）

【 医療制度改革大綱(平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会)抜粋 】
(地域医療の連携体制の構築)

急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、患者が、一貫した治療方針のもとに切れ目ない医療を受けることができるよう、地域医療を見直す。このため、医療計画において、脳卒中対策、がん医療、小児救急医療など事業別の医療連携体制を構築する。

医療計画を通じ、がん対策、脳卒中対策、小児救急対策などの主要な事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅生活に復帰できるようにする。

医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供

- 医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。
- 地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて、切れ目のない医療を提供する。

※地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる

⇒ 転院・退院後も考慮した適切な医療提供の確保

具体的内容 ～ 以下の医療計画に関する基本的枠組みを医療法に規定 ～

- ☆ 国の基本方針(新たに法律に規定)によるビジョンの提示
- ☆ 事業別に、分かりやすい指標と数値目標をもって住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにする。
 - ※数値目標の例：
疾病別の年間総入院期間の短縮、
在宅看取り率の向上、
地域連携クリティカルパスの普及など
- ☆ 事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。
- ☆ 医療機能調査の上、住民、医療関係者、介護サービス事業者等と協議して医療連携体制を構築。
(病院・診療所の開設者及び管理者に医療機能調査や医療連携体制の構築に関する協議などへの協力の努力義務規定を創設)

3. 地域や診療科による医師不足問題への対応(医療法)

【 医療制度改革大綱(平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会)抜粋 】
 (医師不足問題への対応)

地域ごとの医師の偏在により、へき地等における医師不足が大きな問題となっている。また、小児科、産科などの特定の診療科における医師の不足が深刻化している。このため、都道府県ごとに医療対策協議会を設置し、医学部入学定員の地域枠を拡大するなど、地域の実情に応じた医師確保策を総合的に講じていく。

へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。

☆ 関係3省(厚労省・総務省・文科省)で連携した取組 → 「医師確保総合対策」(平成17年8月)に基づき、施策を推進

医療計画による医療連携体制の構築 を通じた地域医療確保の推進

① 都道府県

- 医療計画の記載事項として、当該都道府県において医療提供体制の確保に当たり特に必要と認める事業を重点的に位置付け
- 医療連携体制の構築
(小児科・産科における医療資源の集約化・重点化等)
- 医療連携体制の構築に当たっての、医療従事者等地域の関係者による協議の実施についての責務
- へき地医療、救急医療等に従事する医師等医療従事者確保のための、医療関係者による協議の制度化
= 医療対策協議会の制度化

② 公的医療機関

へき地医療、救急医療等の確保に必要な協力義務

協力の努力義務

③ 開設者・管理者(医療提供施設)

→ 医療連携体制構築のために必要な協力

④ 医療従事者

→ 医療対策協議会の協議結果を踏まえて都道府県が行う医療従事者確保のための施策に協力

4. 医療従事者の資質の向上（医師法等）

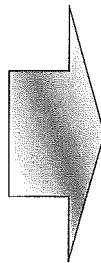
【医療制度改革大綱（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）抜粋】
（信頼できる医療の確保）

信頼できる医療を確保していくため、患者のニーズや医療現場の実態を踏まえ、以下の対策を推進する。
・医療従事者の資質向上

安心、安全な医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するため、行政処分を受けた医師等への再教育制度の創設等、医療従事者の資質の向上に向けた取組みを推進する。

【現行制度の課題】

- ◆ 業務停止を受けた医師、歯科医師、薬剤師、看護職員は、医業停止期間を過ぎれば、特段の条件なく医業（歯科医業）等に復帰でき、業務停止という行政処分だけでは、十分な反省や適正な医業等の実施が期待できない。
- ◆ 長期にわたる業務停止については、停止前の医療技術を保つことが困難であり、また、停止期間中の医療技術の進歩も十分に習得できていないという懸念がある。
- ◆ 安全、安心な医療を確保する観点から、看護職員に関する制度見直しの検討が必要である。



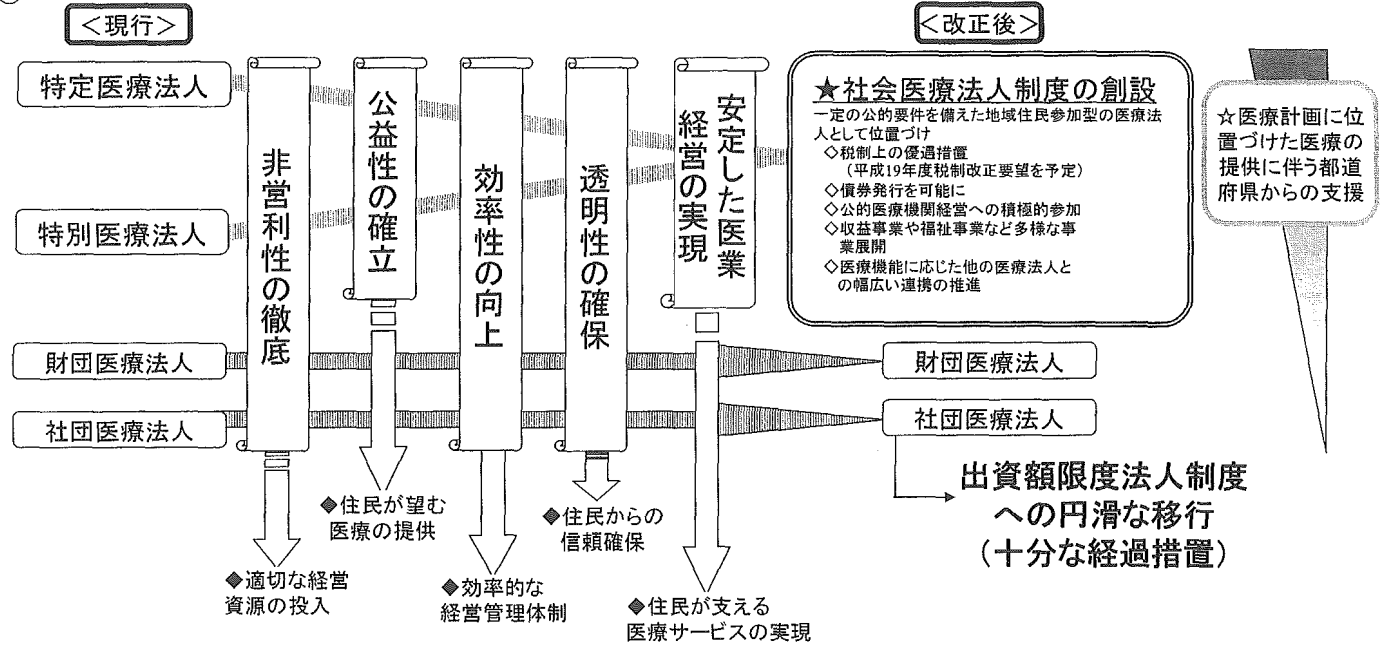
【改正案】

- ☆ 行政処分を受けた医師等に対する再教育制度を創設する。
- ☆ 「戒告」等業務停止を伴わない新たな行政処分の類型を設置する。また、長期間の業務停止処分について見直しを行う。
- ☆ 個人情報保護に配慮しつつ医師等の氏名等の情報提供をする。
- ☆ 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え、名称独占規定を設ける等必要な措置を講じる。
- ☆ 外国人看護師、救急救命士等についても、医師、歯科医師と同様に、臨床修練制度の対象とする。

5. 医療法人制度改革(医療法)

【医療制度改革大綱（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会） 抜粋】
 (医療法人制度改革)
 公益性の高い法人類型の創設等の医療法人制度改革を行う

- ◎ 非営利性の徹底を通じた医療法人に関する国民の信頼の確立。
- ◎ 「官から民への流れ」、「官民のイコルフットイング」をふまえ、従来公立病院等が担っていた医療を民間の医療法人が積極的に担うよう推進。
- ◎ 効率的で透明性のある医業経営の実現による地域医療の安定的な提供。



出資額限度法人制度への円滑な移行 (十分な経過措置)

6. 有床診療所に対する規制の見直し(医療法)

- 有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日提供している医療の状況等を踏まえ、48時間の入院期間制限規定を廃止する。
- 上記規定の廃止に伴い、患者の緊急時に対応する体制確保の義務づけや医療従事者の配置等の情報開示を行わせるとともに、医療計画の基準病床数制度の対象とする。

有床診療所(一般病床)の現状

- 48時間の入院期間制限
- 人員配置標準の規定なし
- 医療計画の基準病床数制度の対象外

(問題点)

- 有床診療所には、へき地等における入院施設や高度な手術を行う施設など、様々な機能を果たすものが存在するため、48時間規制を一律に課すことが適当ではない
- 一般病床における実際の平均在院日数が16.6日(平成14年「患者調査」)となっており、規制と実態が合っていない

※ 有床診療所の療養病床は、長期入院を対象とする病床であるため制度が異なる(入院期間制限なし、人員配置標準の規定あり、医療計画の基準病床数制度の対象)

改正内容

- 48時間の入院期間制限規定の廃止
- 他の医療機関の医師との連携等、患者の緊急時に対応する体制確保を管理者に義務づけ
→ 一層の医療安全の確保
- 医療従事者の配置等一定の情報について、
 - 医療情報の都道府県への届出制度の届出対象
 - 院内掲示の義務づけ
 → 情報開示を通じた医療の質の確保

原則、医療計画の基準病床数制度の対象

(対象) 新制度施行後に新設されるもの

- ※ 既設の有床診療所の一般病床については、新たに許可を得ることは求めない。