

には満足のいく研修を提供できたと考えられるが、受講生もモチベーションの高い人達が参加しているわけではないことが判明した。一方で2年目に入り講師もかわり内容が改善された反面、主催者側には、講義時間、講義とワークショップの配分、講義テーマと内容の乖離、受講者選定要件などを今年も再検討する必要性があると感じた。

一方で昨年みた結果、講義中の居眠りや個人PCの操作など受講以前の問題を持つ医師はみられず、救急救命士側も積極的な議論への参加しているものも多かったが過去に特定行為を行ったことのない人が存在しており、救急救命士側の人選も今後も十分検討すべきである。

MCに係わる医師に対して「上級編」向けの研修を提供するにあたり、次年度の課題として、事前のうちの合わせの研修全体、及び各講義/ワークショップの目的を受講者に明確に提示することが必要であるとともに、上記の課題を解決することが求められると思われる。

平成17年からの3年内の研究の結果、過去行われている「MC 医師研修」の内容は大きく変化したことが判明した。しかし現状でもまだ満足でない人は少なくはなく、さらに既研修修了者に対するMC医としての継続研修(ブラッシュアップ研修)の必要性が示唆された。また今後、MC医の育成の体制整備について現状を検討し、MC医の段階に応じた研修体制を提案した。今後もプレホスピタルケアの中心としてMC医の質の確保は重要事項であり、メディカルダイレクターの責任とその権限を明確にし、今後メディカルコントロールをおこなうものが日本版メディカルディレクターとして活躍できることが、今後重要な方策であるとかんがえられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 田中秀治、島崎修次、行岡哲男、前川和彦、藤井千穂、岡田芳明：平成7年度財団法人救急振興財団委託

事業「救急救命士養成所における教育の質の向上に関する研究- 傷病者に対する救急処置-」研究報告書。東京、財団法人日本救急振興財団、1996。

2. 田中秀治、島崎栄二、森戸正夫、天羽敬祐：国士舘大学体育学部スポーツ医科学科 救急救命士課程を新設。プレホスピタル・ケア 14：70-72, 2001.
3. 田中秀治：救急救命士の質と量の向上を。朝日新聞(夕刊) 41441：11, 平成13年8月3日.
4. 田中秀治：プレホスピタルケアにおけるメディカルコントロール 我が国の現状と米国との比較。Emergency nursing 115:17(1073)-23(1079), 2002.
5. 田中秀治、千田晋治、高坂 康、行岡哲男、松田博青、島崎修次、：DOA 患者における EGTA, LM, DMV 各方法の換気に関する検討。プレホスピタル研究会誌 2：17-19, 1993.
6. 田中秀治、千田晋治1, 高坂 康1, 阿部和巳1, 行岡哲男、松田博青、島崎修次(1東京消防庁)：搬入時心肺停止患者における食道閉鎖式エアウェイ(EGTA), ラリングアルマスク(LM), デマンドバッグマスク(DBM)各法の血液ガス所見に関する臨床的検討。救急医 19：113-118, 1995.
7. 田中秀治(読売新聞)：救急医療はいま 平成10年8月24日.
8. 田中秀治、行岡哲男：I 心肺蘇生法の現況、II 心肺蘇生法の実際。救急現場の救急医療 心肺蘇生法と臓器別救急疾患。行岡哲男責任編集、山中昭栄総編、山本保弘総編。東京、荘道社、2000。p. 2-39.
14. 田中秀治、ほか救急救命士テキスト追補版(第6版)へるす出版、東京、2004
15. 田中秀治、ほかJPTEC病院前外傷救護ガイドライン プラネット社、東京、2004
16. 田中秀治、ほかJATEC外傷診療ガイドライン へるす出版、東京、2004
17. 田中秀治著 気管挿管インストラクターハンドブック 東京法令出版、東京、2004
18. 田中秀治、山本保弘、島崎修次、救急救命士のための気管挿管 へるす出版、東京、2004
19. 田中秀治、ほかJPTECプロバイダーコーステキスト プラネット社、東京、2004
20. 田中秀治、ほか JPTEC インストラクターコーステ

キストプラネット社、東京、2004

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む。）

特記すべきことなし。

分担研究報告書

「今後の MC の展開について」に関する研究

分担研究者 石井 昇 神戸大学大学院医学系研究科災害・救急医学分野教授

浅井康文 札幌医科大学高度救命救急センター 教授

研究協力者：中尾博之（神戸大学大学院医学系研究科 災害・救急医学）

研究の要旨：

今年度は現在までの病院前救護における MC 体制の整備状況を俯瞰し、現状での課題を抽出するとともに、広く病院前救護全般に関する MC および救急医療全般における MC のあり方など今後の MC の展開はどのようにあるべきかを検討した。

救急救命士への指示、助言・指導体制における課題として、①指示、助言・指導医師体制の確保が地域によっては極めて難しく、その迅速な通信手段の確保も満足できる状況ではない。②病院前救護プロトコルの作成も行われていない地域 MC があり、また作成されているプロトコルは CPA が主体であり、循環器や脳外科疾患、ショック症例等のプロトコル作成が遅れているのが現状である。事後検証体制の課題についても同様に事後検証医師の要件を満たす救急医や救急専従医師等の確保も不十分であり、各消防本部における MC 担当者状況も様々で、検証症例の抽出にも一定の基準を設定されていない状況であった。再教育体制の課題として、規模の小さい消防本部では病院実習に派遣する人的余裕がないことと、地域内に病院実習の受け入れ施設がない地域 MC もあったが、診療参加型研修を取り入れるなど積極的な地域もみられた。その他、MC 圏域の設定の問題点や MC 活動実施の財源確保の問題点などが指摘された。また病院前救護体制における指導医等研修のワークショップにおいて MC の役割について、地域の救急医療システムの中での位置付け、医療関係者や一般市民への MC の認知度の低さなども指摘された。したがって、今後の MC の展開を推進していくためには、①平成 16 年度からの医師不足、とくに救急専従医の減少している現状も踏まえてどのようにして指示、助言・指導医師、事後検証医師を確保するのか、②どのようにすれば各消防本部内に MC 担当者を設置することができるのか、③処置拡大を含めた病院実習等の再教育協力施設の確保はどのようにすればよいのか、④MC 推進のための財源確保はどうするのか等の課題を解決するためには、①救急医や救急専従医以外の医師の MC への参画を図ること、②各消防本部は MC のための地方交付金を確保できるように各自治体に積極的に働きかけること、③病院前救護における MC について医療関係者をはじめとして一般市

民への必要性を啓蒙することを最優先課題として取り組む必要がある。

今後のMCの展開として、消防隊員や救助隊員への教育研修も含めたMC構築が必要で、各消防本部が各自治体での財源確保に努めることはもちろんのこと、MC協議会としても財源を確保し、救急医療関係者以外の医療従事者や一般市民へのMC協議会の果たすべき役割を啓蒙し、地域住民が協力して地域格差の是正に努める必要がある。市民らからの評価や監視を受けてMCを形骸化させない対策も取り入れることである。さらに、メディアを利用した啓蒙活動も重要である。またMC協議会は地域MCの統率者としてのMedical Director（以下MD）を選定し、都道府県知事もしくは自治体の長からの辞令を発令し、権限の付与を行うことにより社会的に認知させることが今後のMCの展開には不可欠である。MDの社会的認知により、平時からの消防機関と医療機関との連携も強化されることになり、ドクターヘリや救急ヘリの運用をはじめとして、必然的に災害時や大規模事故時における災害医療のMC構築にもつながることになる。また厚生労働省管轄下に設置されている地域救急医療対策協議会と地域MC協議会との関係を明確にして、より良い協力連携を図る必要がある。

A. 研究目的

病院前救護における救急救命士の質を確保するためにはメディカルコントロール（MC：medical control）が必要である。平成12年（2000年）5月の「病院前救護体制のあり方に関する検討会（厚生労働省）」報告書、平成13年（2001年）3月の「救急業務高度化推進委員会（総務省消防庁）」報告書において、救急救命士の業務拡大にはMC体制の確立が前提とされた。

その結果、平成15年（2003年）4月から都道府県単位でのMC協議会の設置、二次医療圏単位での地域MC協議会を設置して、救急現場から救急患者搬送中における救急救命士の医行為に対する医師による指示、助言・指導、事後検証、再教育体制等の充実を図ることとなり、MC体制の構築された地域から順次、包括的指示下での救急救命士による除細動の実施、気管挿管認定救急救命士および薬剤投与認定救急救命士が誕生することとなった。MC体制の構築から約5年を経過し、地域格差はみられるものの徐々にMC体制の充実強化が進められてきている。

そこで、今年度は現在までの病院前救護におけるMC体制の整備状況を俯瞰し、現状での課題を抽出するとともに、広く病院前救護全般のMCおよび救急医療全般におけるMCのあり方など今後のMCの展開はどのようにあるべきかを検討した。

B. 研究方法

平成17、18年度の本研究報告や学会誌等の報告、平成19年度の班会議資料および同年度の病院前救護に係わる医師研修セミナーでのワークショップなどを参考資料とし、(1) 救急救命士への指示、助言・指導体制、(2)

事後検証体制および3) 再教育体制をはじめとしたMC全般における現状での課題抽出を行い、今後のMCのあり方についての展開について考察した。

C. 研究結果

1) 平成17、18年度の本研究報告や学会誌等の報告等からの問題点の整理：

(1) 救急救命士への指示、助言・指導体制における課題

野口らによれば、救急医療に精通している医師が必ずしも指示、助言・指導を行い得ていない（野口 覚ほか：愛知県におけるメディカルコントロール体制の構築に関する現状分析。日本臨床救急医学会誌6:504-11、2003）。谷川の平成17年度報告では、広島県におけるMC体制は、7つの保健医療圏区分に従って7つの地域MC協議会を設置しており、オンラインMC（医師による指示、助言・指導）について医師以外のものが最初に対応する地域があり、24時間体制で医師がホットラインを受けることができない地域も存在した。また救急部門の専従医が対応しているのは3つの地域のみであった（厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」平成17年総括・分担度報告書、27-30、2006年3月）。また、平成18年に実施された救急救命士の「特定行為」などに対するオンライン指示指導体制に関する45都道府県アンケート調査で、指示指定医療機関数はさまざまであり、救急隊からの指示要請に最初に対応するのが医師である医療機関は58.4%（585機関）、看護師であるのが30.5%（306機関）、事務職であるのが11.1%（111機関）であったと報告している（厚生労働科学研究費補助金医療技

術評価総合研究事業「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」平成18年総括・分担度報告書、61-66、2007年3月）。

(2) 事後検証体制における課題

野口らによれば、MC体制構築の当初から、小規模消防本部では慢性的な人員不足のため、定期的な病院実習が実施できない。医学的見地からの事後検証体制が整えられない（野口寛ほか：愛知県におけるメディカルコントロール体制の構築に関する現状分析。日本臨床救急医学会誌6：504-11、2003）。また、横田による平成16年度厚生労働科学研究「メディカルコントロールの実態と評価に関する研究」の分担研究報告書では、事後検証を「実施している」と回答した地域MC協議会は85%であった。しかし、事後検証の対象では、全CPAが61%（158協議会）、特定行為実施例が43%（112協議会）、包括的指示下除細動例が44%（114協議会）であり、この時点では事後検証システムは心肺停止症例を主体とした事後検証にとどまっており、重症外傷例や重症疾病例の事後検証を実施しているMC協議会がそれぞれ27%、18%に留まっているとされた。また、検証症例の抽出方法もさまざま、医師の意見を入れて基準を定めているのが44%、基準がなく検証医の判断によるのが17%、消防の意見を入れたMC協議会基準を定めているのが20%、基準がなく消防の判断で抽出しているのが19%であった。さらに、検証医に占める救急科専門医数の調査では、専門医がいないかまたは無回答のMC協議会が過半数を占めたと報告されている。

吉田らは、大都会である東京都、とくに第5消防方面本部においては、事後検証がMCにとって有効に運用されている。しかし、1) ア

ンダートリアージで二次救急医療施設に収容された例の検証がもれる、2) 社会死判断に現場隊員の間で解釈の違いがある、3) 通信指令員に対してのMCが難しい、4) 指示・指導医師と初診医の判断が異なる場合の検証が必要であるなどの問題点が挙げられていたと報告している（吉田竜介ほか：東京都における事後検証の現状と問題点。救急医療ジャーナル、No. 78, Vol. 14、6-10、2006）。また、白川は、MCの目的はプレホスピタルケアの質を向上させることであるが、プレホスピタルケアの予後を左右する緊急疾患はCPAだけに限らない。たとえば、急性冠症候群、脳卒中、重度外傷、ショック、呼吸不全等々は「プレホスピタルケアという名の医療」が治療成績全体を左右する。こうした緊急疾患がすべてMCの主要な対象になると報告している（白川洋一：愛媛県における事後検証—検証対象の拡大に向けて—。救急医療ジャーナル、No. 78, Vol. 14、11-14、2006）。浅井らもCPAおよび高エネルギー外傷症例を対象に事後検証を行っているが、今後事後検証対象を循環器、脳および肺系疾患の重症例にプロトコールを作成し、少しでも傷病者の予後に貢献できるよう、さらなるレベルアップを図ること、audit filterの見直しを行い、救急救命士の検証を意識した“慣れ”防止を図ること、事後検証結果の活用およびIT導入による事務処理の軽減化を提言している（浅井典昭：大阪府泉州地域の検証体制について。救急医療ジャーナル、No. 78, Vol. 14、15-20、2006）。また血脇は、検証対象症例の増加に伴い、検証医師への負担が過大となっている。今後、検証医師の確保もしくは事後検証対象範囲の検討や救急活動記録票は消防本部ごとに様々な書式となっており、事後検証票と整合性のある統一した

書式に向けての検討が必要であろうと報告している（血脇敏行：印旛地域 MC 協議会における事後検証体制—救急救命士の立場から—。救急医療ジャーナル、No. 78, Vol. 14, 21-26, 2006）。

(3) 再教育体制における課題

松園らは、病院実習で経験される症例・基本的手技には、実際の救急活動との間に偏りが見られ、受け入れ医療機関はその実習内容を考慮したプログラムを構築すべきである（松園幸雄ほか：救急救命士の再教育の現状。日本臨床救急医学会誌 9：332-6, 2006）とし、森本らは、診療参加型研修とし、看護師や放射線技師の協力により新しいプログラムを作成し、改良を加えている（森本文雄ほか：救急救命士に対する病院再研修プログラムの作成。日本臨床救急医学会誌 9：337-42, 2006）と報告している。

これらの報告に加えて、平成 18 年度報告の兵庫県 MC 体制の課題などから、救急救命士への指示、助言・指導体制における課題として、①指示、助言・指導医師体制の確保が地域によっては極めて難しく、その迅速な通信手段の確保も満足できる状況ではないことと、②病院前救護プロトコルの作成も行われていない地域 MC があり、また作成されているプロトコルは CPA が主体であり、循環器や脳外科疾患、ショック症例等のプロトコル作成が遅れているという現状があった。事後検証体制の課題についても同様に事後検証医師の要件を満たす救急医や救急専従医師等の確保も不十分であり、各消防本部における MC 担当者状況も様々で、検証症例の抽出にも一定の基準を設定されていない状況であった。再教

育体制の課題として、規模の小さい消防本部では病院実習に派遣する人的余裕がないこと、地域内に病院実習の受け入れ施設がない地域 MC もあったが、診療参加型研修を取り入れるなど積極的な地域もみられた。その他、MC 圏域の設定の問題点や MC 活動実施の財源確保の問題点などが指摘された。

したがって、今後の MC の展開を推進していくためには、①平成 16 年度からの医師不足、とくに救急専従医の減少している現状も踏まえてどのようにして指示、助言・指導医師、事後検証医師を確保するのか、②どのようにすれば各消防本部内に MC 担当者を設置することができるのか、③処置拡大を含めた病院実習等の再教育施設の確保はどのようにすればよいのか、④MC 推進のための財源確保はどうするのかなどを解決するためには、①救急医や救急専従医以外の医師の MC への参画を図ること、②各消防本部は MC のための地方交付金を確保できるように各自治体に積極的に働きかけること、③病院前救護における MC について医療関係者をはじめとして一般市民への必要性を啓蒙することが重要である。

2) 都道府県 MC 協議会、地域 MC 協議会の課題

近藤らのアンケート調査によれば、MC 協議会は設置されているが、協議会が開催されていない地域 MC は 6%あり、年 1 回開催が 35%、年 2 回開催が 50%、3 回以上が 15%という結果であった。また本来、救命救急センターを中心に地域 MC の区域割りをとされているはずだが、実際に救命救急センターのない地域 MC 協議会が 36%（75/207）であった。また地域 MC 協議会の会長が救急医療機関の長であるのが 52%、医師会の会長等が 38%、消防機関の長が 5%などであった。さらに地域

MCの予算額調査で人口10万人当たり10万円未満が43%、100万円未満が40%、100万円以上が17%で、平均58万、最大は837万という結果であった。これらの結果から、地域MCの状況が様々であり、地域格差が生じても仕方がない状況が窺える。

3) 病院前救護体制における指導医等研修のワークショップからの課題

平成19年度に分担研究者が担当した神戸会場のワークショップ「メディカルコントロール体制の現状と問題点」で抽出された問題点と改善点について議論した結果、本研修は全国からの参加であり地域MCの状況は様々であることから、次に列挙する数多くの課題が挙げられた。

【MCの問題点・改善点】

- MCの権限強化、人材育成→県のバックアップ強化、
- 複数MC間の連携 →協議会設立
- 市民を巻き込んだMC（一般公開）
- 医療従事者、救命士の力量や意識の差が大きい。→両者が向上しないと地域救急活動は向上しない。
- 救急要請のトリアージが必要（2次輪番のパワーアップ、指導医の司令室常駐）
- 医師会とMCの乖離解消
- MD (medical director) に誰になるかが問題
- MCがよく機能している地域はマンパワーがある
- MCは地域性が加味されていない
- 教育や設備の不備がある
- 検証会の形骸化（財政難、検証会までの時間がかかりすぎ）

また、MCの役割について、地域の救急医療システムの中での位置付け、医療関係者や一般市民へのMCの認知度の低さなども指摘された。

D. 考察

病院前救護におけるMCとは、救急救命士をはじめとした救急隊員らの救急現場における活動に対して、①プロトコールを作成し、プロトコールの研修・指導を行うことから始まる。②救急救命士らは救急現場から病院搬送までの活動記録を正確に作成する。③消防機関のMC担当者がチェック (Audit filterによる抽出) し、検証委員会等にて医学的見地からの検証を行う。④事後検証の結果に基づいて、プロトコールの改訂と指導・再教育を行う。⑤事後検証のチェック項目 (Audit filterによる抽出) の変更を行う。以上のような繰り返すにより、救急救命士を含めて救急隊員の質の確保と向上が図られることになる。

今後のMCの展開として、1) 病院前救護全般のMCのあり方と2) 救急医療全般におけるMCのあり方について述べる。

1) 病院前救護全般のMCのあり方

今後の病院前救護全般のMCといった場合、救急救命士を含めた救急隊員の質の向上は勿論のこと、病院前救護に係わる救急指令室員への教育研修制度の導入が不可欠であり、また、救急業務の高度化に伴う処置拡大や救急資機材等の増加への対策として救急車と消防車の同時出動体制や必要に応じての4人出動体制などが取り入れられてきている現状や大規模事故などでは救助隊員も出動することになるので、消防

隊員や救助隊員への教育研修も含めた MC 構築が必要である。

また、地域 MC をうまく機能させること、すなわち救急救命士への指示、助言・指導体制の確保および事後検証体制の充実化を図るためには、各消防本部が各自治体での財源確保に努めることはもちろんのこと、MC 協議会としても財源を確保し、救急医療関係者以外の医療従事者や一般市民への MC 協議会の果たすべき役割を啓蒙し、地域住民が協力して地域格差の是正に努める必要がある。市民らからの評価や監視を受けて MC を形骸化させない対策も取り入れることである。さらに、メディアを利用した啓蒙活動も重要である。

また MC 協議会は地域 MC の統率者としての Medical Director (以下 MD) を選定し、都道府県知事もしくは自治体の長からの辞令を発令し、権限の付与を行うことにより社会的に認知させることが今後の MC の展開には不可欠である。MD の社会的認知により、平時からの消防機関と医療機関との連携も強化されることになり、ドクターヘリや救急ヘリの運用をはじめとして、必然的に災害時や大規模事故時における災害医療の MC 構築にもつながることになる。

2) 救急医療全般における MC のあり方

MC 体制の構築によりもたらされる利点は、救急現場で提供される医療サービスの質の確保と均一化、医療行為提供者の擁護、救命率の向上および医療経費の節減と社会への貢献であると言われている。いずれにせよ、救急

医療の恩恵に預かるのは市民であり、国民である。MC の最終的な到達目標は、いかに地域住民に最高の救急医療を 365 日、24 時間提供できるかである。したがって、病院前救護における MC のみならず、提供される救急医療の質の評価まで含んだ地域の救急医療の MC 体制の構築を目指さなければならないといわれている。

しかし、従来から地域の救急医療に関しての協議の場として地域救急医療対策協議会は厚生労働省管轄下に設置されており、一方 MC 協議会は厚生労働省も関与するが、総務省消防庁管轄下に設置されている役所管轄の違いという現状がある。一足飛びに救急医療全般に亘る MC を展開していくことには、地域救急医療対策協議会と MC 協議会との関係を明確にして、より良い協力連携を図る必要があろう。

E. 結論

現在までの病院前救護における MC 体制の整備状況については、相変わらず地域格差が顕著である。しかし、今後の MC の展開に向けての共通した問題点として、MC の財源確保、MC に係わる医師の確保、救急関係者以外の医療従事者や一般市民への啓蒙、地域 MC の責任者となるべき MD の設置、権限の付与、地域救急医療対策協議会と MC 協議会との関係などが明らかとなった。

これらの問題点を順次解決すべく、決して急ぐことなく、時間をかけて地域の救急医療事情に即した、実効性のある MC 体制の構築を救急医療関係者、消防関係者は勿論のこと、救急関係者以外の医療従事者や一般市民らの協力のもとに実現していくことである。

F. 健康危機情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 石井 昇、川嶋隆久、中村雅彦、中山伸一、小澤修一、佐藤慎一、松谷純志：兵庫県・神戸市における防災・消防ヘリ共同運航による救急搬送と課題、日本航空医療学会雑誌、7 (1)：5-11、2006
- 2) 石井 昇：大規模人為的災害（JR 福知山線脱線事故）、呼吸器科、10 (2)：136-146、2006

2. 学会等発表

- 1) 石井 昇：MCに関わる医師研修（神戸）ワークショップ「メディカルコントロール体制の現状と問題点」2006/12/6
- 2) 石井 昇：神戸大学整形外科開業医会（神博会）講演「救急医療における整形外科医

の役割とは」（神戸ポートピアホテル「布引の間」）、2007/4/21

- 3) 中尾博之、早原賢治、吉田剛、高橋晃、陵城成浩、石井昇、川嶋隆久：神戸市における介護福祉施設からのCPA症例搬送の統計検討（ワークショップ）。日臨救医誌10；190、2007.
- 4) 中尾博之、吉田剛、陵城成浩、李俊容、安藤維洋、渡辺友紀子、小野大輔、遠山一成、高橋晃、川嶋隆久、石井昇：神戸市内における駅からの救急搬送の分析と課題。日救急医学会誌18；401、2007。
- 5) 吉田剛、中尾博之、李俊容、安藤維洋、陵城成浩、遠山一成、高橋晃、川嶋隆久、石井昇、長崎靖：当院における院外ウツタイン様式データと監察医による検案結果の比較

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記すべきことなし

III 資料

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業
「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」
第一回班会議議事録

【開催日時】 平成 19 年 7 月 13 日（金） 11 時～13 時 30 分

【会 場】 東京ガーデンパレス「鶴の間」

【出席者】 山本保博、浅井康文、滝口雅博、坂本哲也、野口宏、石井昇、谷川攻一、
高山隼人、近藤久禎
【オブザーバー】 田邊晴山（厚生労働省） 【事務局】 広瀬美知子

【欠席者】 田中秀治、郡山一明

（敬称略、順不同）

【議 題】 ☼ 今年度の研究計画について
☼ その他

【資 料】 資料 1. 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金交付申請書（写）
資料 2. 平成 19 年度研究課題と分担案
資料 3. 平成 18 年度研究概要
資料 4. 救命救急センターにおける医師の勤務状況の調査について
資料 5. 名古屋市気管挿管誤挿管に関する検証と再発防止のための
検討会結果報告書

【議事内容】 *****

1. 今年度の研究概要について

今年度の研究概要について山本主任研究者より説明があった。

従来の協議の MC に加え、救急医療体制全般（救命救急センター、初期二次救急医療機関など）も広義の MC という枠の中で当研究班において研究していくこととなった。

田邊専門官より厚労省よりの依頼事項について説明があった。救命救急センターの評価、高度救命救急センターのあり方、救命救急センターの勤務体制調査、救急救命士の再教育については重点的に研究してほしいとのことであった。

2. 分担研究費について

各研究者より交付申請書の研究費で問題ないとの合意が得られた。

3. 分担の課題について

分担の課題について近藤分担研究者より説明があった。詳細は別紙の通り。

4. 昨年度の研究概要について

昨年度の研究概要について近藤分担研究者より説明があった。

研究成果は小冊子を作成し全国に普及すべきとの意見があり、今年度の課題とすることとした。

5. 勤務体制に関わる実態調査について

研究の必要性について厚労省田邊専門官より説明があった。

緊急の調査が必要であることが確認された。

6. 主な意見

- ・MC の概念の整理は重要。救急医療体制のコーディネート（広義のMC）もその中に含めるべき。
- ・病院前においても消防以外のMC の問題がある。
- ・消防の中でも救急隊以外をMC に含めるかという問題がある。
- ・MC の予算の問題、市町村が交付金をしっかり活用すべき。
- ・MC 協議会の議事録、公開などが必要ではないか。客観的な評価（外部評価）が必要。

7. 名古屋市における気管挿管誤挿管事例について

事例の概要について野口分担研究者より説明があった。

再教育、プロトコルの徹底、医療事故対策体制の必要性が認識された。

以上

平成 19 年 7 月 13 日

メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究
平成 19 年度研究課題と分担案

- 救命救急センターのあり方についての研究
 - 1. 救命救急センターの評価指標の開発（新規）
内容：救命救急センターの評価指標について調査データを基に提示する。
この調査は9月中メドに成果を出す予定。
分担：坂本
 - 2. 高度救命救急センターのあり方について（新規）
内容：新しい高度救命救急センター（外傷、脳卒中、心筋梗塞など）の基準と役割を提示する。評価指標もあわせて開発する。
分担：野口、近藤
 - 3. 救命救急センターの労働環境について（新規）
内容：救命救急センターの労働環境の実態を把握するための調査の実施
分担：高山
- 初期二次救急医療機関、地域連携のあり方についての研究
 - 1. 地域における救急医療機関の連携について（新規）
内容：初期二次救急医療機関の役割、機能と地域における連携について
分担：野口、近藤
- メディカルコントロール体制のあり方についての研究
 - 1. メディカルコントロール体制の評価指標の開発（継続）
内容：各地域の MC の評価指標、最低基準を提示する
分担：近藤、谷川、高山
 - 2. 直接指示体制のあり方について（継続）
内容：各地域の MC における直接指示体制の現状を把握しあり方を提示する。
今年度はモデル地域を設けて実地調査を行う。
分担：谷川、高山
 - 3. 事後検証ガイドラインの策定（継続）
内容：事後検証の方法についてのガイドラインの策定
分担：浅井、石井

4. 救急救命士等病院実習ガイドラインの策定（継続）
内容：救急救命士生涯教育のための病院実習の現状を把握し、ガイドラインを策定する。
分担：郡山、高山

5. 救急救命士挿管実習等について（新規）
内容：挿管研修を終えた救急救命士の再教育方法等の提言
分担：滝口、野口

6. MCに関わる医師等の教育手法の開発（継続）
内容：救急医療財団での医師等研修のカリキュラムの開発、評価
分担：田中

7. 今後のMCの展開について（継続）
内容：広く病院前救護全般のMC体制のあり方を検討
分担：石井、浅井

以上

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業
「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」
第二回班会議議事録

【開催日時】 平成 20 年 2 月 14 日（木）15 時～17 時 00 分

【会 場】 八重洲倶楽部第 10 会議室（JR 東京駅八重洲地下街）

【出席者】 山本保博、滝口雅博、坂本哲也、石井 昇、郡山一明、
近藤久禎、
[オブザーバー]
田邊晴山（厚生労働省）、荒木裕人、佐藤幸広（総務省消防庁）
[事務局] 広瀬美知子

【欠席者】 浅井康文、田中秀治、野口宏、谷川攻一、高山隼人
(敬称略、順不同)

【議 題】 ① 今年度の研究成果について
② 報告書について
③ 分担研究費について

【資 料】 資料 1. 第一回班会議議事録
資料 2. 19 年度交付申請書
資料 3. 救命救急センターの実態調査への協力依頼について（坂本）
資料 4. 二次医療機関の現状と課題（野口、近藤）
資料 5. MC 調査について（近藤、谷川、高山）
資料 6. 救急救命士による気管挿管に関する再教育のあり方（滝口）
資料 7. 救急救命士病院実習ガイドラインの策定（郡山）
資料 8. 報告書について
資料 9. アドレナリン投与に必要なもの（郡山）

【議事内容】*****

① 今年度の研究成果について

救命救急センターの評価指標の開発について

坂本分担研究者より資料 3 について説明があった。

主な内容・議論は以下のとおりである。

- ・救命救急センターの評価項目案に従って評価を行った。
- ・この評価を行う上で保険、補助金の上澄みが前提であることを強調すべき
- ・今回の実態調査は比較的活発なセンターのデータであることを留意すべき

地域における救急医療機関の連携について

近藤分担研究者より資料4について説明があった。

主な内容・議論は以下のとおりである。

- ・ 二次医療機関の現状について分析した。
- ・ 二次医療は地域により大きな差がある。
- ・ 経年の調査が必要である。

メディカルコントロール体制の評価指標の開発について

近藤分担研究者より資料5について説明があった。

主な内容・議論は以下のとおりである。

- ・ MC体制についてのアンケートを作成した。
- ・ アンケート調査は実施中である。

救急救命士挿管実習等について

滝口分担研究者より資料6について説明があった。

主な内容・議論は以下のとおりである。

- ・ 救急救命士挿管実習の実態調査を行った。
- ・ 麻酔科研修に加え、救急患者への気管挿管の実習も必要

救急救命士等病院実習ガイドラインの策定

郡山分担研究者より資料7について説明があった。

主な内容・議論は以下のとおりである。

- ・ 救急救命士等病院実習ガイドラインが策定された。
- ・ これは総務省の委員会で活用されている。

② 報告書について

事務局より資料8について以下のような説明があった。

- ・ 3年間の総括と今年度と二通の報告書が必要である。
- ・ 分担は以前から提示した通りである。
- ・ 締め切りは3月7日である。

③ 分担研究費について

事務局より分担研究費の手続き等について確認された。

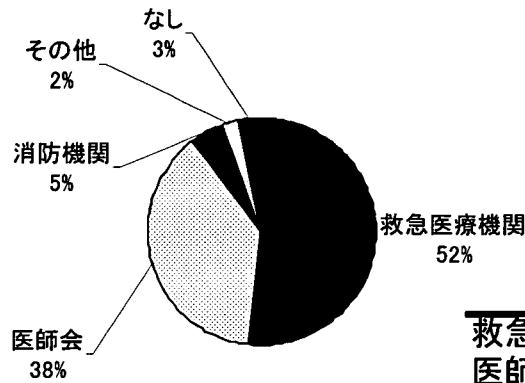
以上

厚生労働省科学研究費補助金
「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)
平成18年度研究概要

- 目的
 - MC協議会の評価指標を開発するための基礎となる情報の収集
- 方法
 - WGにて評価項目を検討
 - それに基づいた調査票を作成
 - 調査票を厚生労働省、各都道府県を通じて各MC協議会にアンケート調査
- 結果
 - 回収43都道府県

MC協議会の構成1

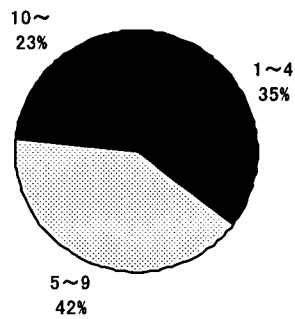
会長所属医療機関



救急医療機関	111
医師会	82
消防機関	10
その他	5
なし	7
合計	215

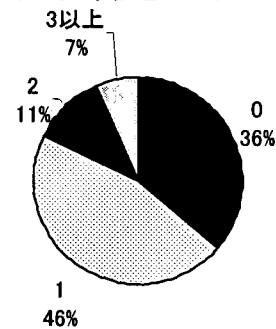
MC協議会の構成2

MC協議会構成医療機関数



1~4	76
5~9	89
10~	50

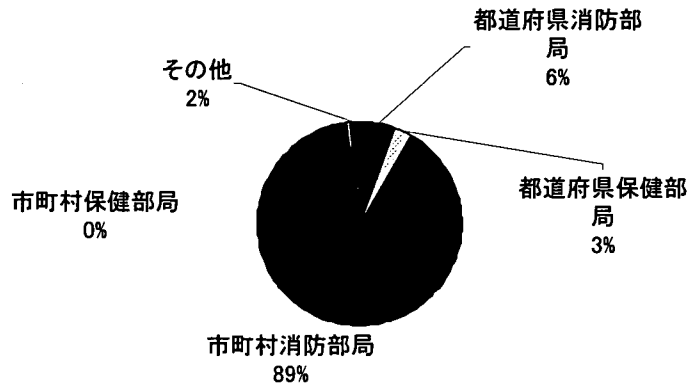
うち救命救急センター



0	75
1	95
2	23
3以上	14

予算1

	総額	費用分担				
		都道府県消防部局	都道府県保健部局	市町村消防部局	市町村保健部局	その他
金額	580675157	33519034	15272333	528896132	515450	10540268
MC協会数	215	109	76	150	54	66



予算2:内訳

	会議経費	病院実習経費	指示体制経費	事後検証経費	その他
	金額	45185778	197900076	187084673	100875674
MC協会数	173	106	94	126	75

