

行った気管挿管の適応別分類 (124 消防本部)

実施された気管挿管の適応についての報告では表 10 に示すように、気管挿管の適応とされている窒息による心肺停止症例数は、620 例 (21.53%) と少なく、報告のあった 124 消防本部で平均すると 5 例であった。最多は 46 症例、最少は 0 であった。

一方、指示医の指示による気管挿管実施例は多く、2,020 症例 (70.14%) で、平均 16.16 例、最多は 365 症例、最少は 0 例であった。即ち、気管挿管を行った症例の 70.14% は医師の指示によるものであった。

尚、不明が 240 例 (8.33%) であった。

窒息による 心肺停止例 620 例	平均： 5 例	最多： 46 例	最少： 0 例
指示医が必 要と判断し た例 2,020 例	平均： 16.16 例	最多： 365 例	最少： 0 例

表 10 気管挿管の適応別分類 (124 消防本部)  
気管挿管実施の結果について

実施された気管挿管の結果は表 11 に示した。

すなわち、報告のあった 124 消防本部で、気管挿管に成功した症例数は 2380 例で気管挿管症例 2880 例の 82.64% であった。

また、気管挿管後に表 6 に示した理由で抜管された症例数は 1105 例で気管挿管症例数の 3.65% であった。気管挿管出来なかつ

た症例数は 187 例で気管挿管実施症例の 6.49% でその理由は表 7 で示した。

気管挿管成 功例 2380 例	平均： 18.94 例	最多： 327 例	最少： 0 例
気管挿管後 抜管した症 例 105 例	平均： 0.85 例	最多： 18 例	最少： 0 例
気管挿管出 来なかった 症例 187 例	平均： 1.51 例	最多： 66 例	最少： 0 例
結果不明 208 例			

表 11 気管挿管の結果について (124 消防本部)

気管挿管後に抜管した理由

気管挿管後に抜管した 105 例についてその理由を問うた結果、回答が得られたのは表 12 に示す 13 項目の理由であった。

- |  |
|--|
| (1) 換気抵抗が大きかった……18 例                         |
| (2) 食道挿管……17 例                               |
| (3) チューブ閉塞……12 例                             |
| (4) 胸郭挙上なしまたは不良……9 例                         |
| (5) 胸部聴診音弱い……6 例                             |
| (6) チェッカー確認できず……5 例                          |
| (7) 口腔内体液逆流多い……2 例                           |
| (8) チューブが抜けた……2 例                            |
| (9) チューブトラブル(カフもれ等)……2 例                     |
| (10) 片肺挿管……2 例                               |
| (11) 終末呼気炭酸ガス濃度(ETCO <sub>2</sub> ) (-)……1 例 |
| (12) 自信なし……1 例                               |

(13) 不明……6 例

表 12 気管挿管後抜管した理由

これらの抜管した理由をもとにして考察すると、気管挿管資格取得の為の訓練は、手術のために全身麻酔を行った症例で、①術前の絶食が守られ、②口腔内に異物がなく、③筋弛緩薬の使用によって気管挿管そうさを行うための喉頭展開には理想的な状態にしてある症例に気管挿管を行ったものであり、喉頭展開から喉頭鏡の挿入、気管挿管実施の操作の訓練としては理想的であると考えられる。しかし、救急現場では、傷病者の状態はこれとはまったく異なり、①胃膨満があり、②口腔内に異物が認められること等は当たり前の状態であり、③心肺停止状態であるとは言え完全な筋弛緩状態にあるとは言えない。従って、救急現場の症例は手術室での訓練時とはまったく異なる。手術室での訓練ではこれらの異常状態に対応する訓練は受けていないことから、状況が判断できずに抜管するに至った例が多かったものと推測される。

今後の資格取得の訓練方法の改善が必要になることを示唆するものと考えられる。

#### 気管挿管出来なかった理由

気管挿管出来なかった症例は 187 例あったが、それらについてその原因を問うところ、表 13 に示すように 9 項目の原因で 64 例の回答があった。

(1) 声帯確認できず (コーマックⅢ以上) ……37 例

(2) 口腔内異物多量……6 例

(3) 開口困難……4 例

(4) 気管チューブ挿入困難……4 例

(5) 気管挿管時反射があった……3 例

(6) 歯牙損傷の恐れあり……1 例

(7) 医師の指示得られず……1 例

(8) 家族の同意得られず……1 例

(9) 不明……7 例

表 13 気管挿管出来なかった理由

すなわち、回答があった 64 例中 57.81% は声帯の確認が出来ずに気管挿管を断念していた。

しかし、先にも述べたごとく、口腔内異物多量は資格取得時の教育訓練では経験できなかった事で、それに対する対応が出来なかったためであると考えられる。

また、気管挿管時反射があったという 3 例は、心肺停止の判断に誤りがあったことを意味し、基本的な診断技術の能力不足を示していると考えられる。

気管挿管資格取得後の技術維持のための再教育に使用する訓練機器の設置およびその機器の種類

気管挿管資格取得後の再教育の必要性については、平成 15 年 12 月「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究(平澤博之主任研究者)」の報告書では気管挿管の再教育について言及し、現在の再教育の機会等を有効に活用しつつ気管挿管の再教育を実施する必要があるとしている。

本研究では、気管挿管資格取得救急救命

士の再教育の実態を調査する目的で、各消防本部に設置されている気管挿管のための訓練機器について調査した。

その結果、何らかの訓練機器を設置している消防本部は 128 消防本部(98.46%)であった。

しかし、その内容を調査すると、初期訓練用機器である「頸部のみ気道モデル」の設置が 86.16%であるが、高度な訓練が可能である、「コンピューターコントロールが可能な機器」の設置は 61 施設(47.66%)にとどまっていた。

気管挿管資格取得後の再教育の訓練には、「コンピューターコントロールが可能な機器」のような高度な機能を有する機器の設置が望ましく、当該機器による絶え間ない訓練が必要であると考えられる。

#### 気管挿管資格取得後の技術維持のための再教育プログラムの有無

気管挿管資格取得後の技術維持のための再教育プログラムの有無を問うたところ、再教育のプログラムを有していると答えた消防本部は 21 施設 (16.15%) であった。

#### 気管挿管資格取得後の技術維持のための再教育プログラムにおける病院実習の有無

先に述べた再教育のプログラムを有していると答えた消防本部 21 施設の内 19 施設は病院研修を伴ったプログラムを有していた。

再教育を義務付けているか否か

再教育プログラム有りであつた病院研修を伴っていた 19 施設の内 18 施設では気管挿管資格取得者に病院実習を義務付けていた。18 施設の中で 1 施設は、麻酔科の実習も義務付けていた。

気管挿管が業務で不首尾であつた救急救命士の再教育を義務付けているか否か

実際の業務で気管挿管行為が不首尾であつた気管挿管資格取得者に対して、気管挿管の再教育を義務付けているか否かを再教育プログラムありとする 21 施設に問うたところ 3 施設は再教育を義務付けていた。

気管挿管が業務で不首尾であつた救急救命士の再教育には病院実習を含んでいるか否か

実際の業務で気管挿管行為が不首尾であつた気管挿管資格取得者に対して、気管挿管の再教育を義務付けているか否かについて、再教育プログラムありとした 3 施設は再教育を義務付けると共に、麻酔科での気管挿管実習を行っていた。

#### D. 考察ならびに結語

平成 3 年の救急救命士法成立後、救急救命士の業務の高度化に伴う教育については、既に平成 13 年には救急業務高度化推進委員会報告書が出され、救急業務の新たな高度化を実現するためには、救急救命士の再教育体制の充実を図るべきであるとして、いくつかの提言が出されている。

医療を業務とする場合、本来資格取得後の研修は有資格者本人自身が解決しなければならない問題ではあると考えられる。しかし、救急救命士の再教育については、歴史も浅いことから、具体的に何をどのように行なうかを示したガイドラインが必要であり、それはいまだ示されておらず、且つまた、救急隊員はもとより救急救命士の医療行為をコントロールすべき、メディカルコントロール体制の整備が十分でない地方も多い。したがって、救急救命士には十分な生涯教育を受ける機会も多くはないと推測される。

平成 17 年度ならびに平成 18 年度の調査でも明らかになったごとく、救急救命士の再教育は未だ 128 時間の病院実習が主であり、かつ、その実施内容の評価は十分に行われているとは言いがたいと考えられる。

今後救急救命士の質の向上を図るためには、自主的な努力を評価する方法を加味した生涯教育プログラムを提示するとともに、達成度を評価する機構と再教育を勧告できる機構を構築することが必要であると考えられた。

一方平成 19 年度研究の対象である、救急救命士による気管挿管に関しては、平成 14 年 12 月の「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会(松田博青座長)」の報告書ならびに、平成 15 年 12 月「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究(平澤博之主任研究

者)」の報告書では気管挿管の再教育について言及し、現在の再教育の機会等を有効に活用しつつ気管挿管の再教育を実施する必要があるとしている。

しかし、この提言においても気管挿管資格取得後に再び麻酔科医師の指導の下に気管挿管実習を受けていかどうか言及しておらず、何をどうすべきは不明である。

本研究では、気管挿管資格習得救急救命士の業務の現状を判断し、それを基にして今後の再教育の在り方を検討する目的で各都道府県の中で人口の多さ上位の 3 消防本部を抽出し、総計 141 消防本部に対して別紙に示したアンケートを送付して調査を行った。

その結果、130 消防本部から回答を得た。すなわちアンケートの回収率は 92.9% で非常に高く、当該消防本部の救急救命士による気管挿管業務への関心が高いことを示していた。

気管挿管資格取得救急救命士は全救急救命士の 20.26% で、特定行為実施対象症例の 46.59% に「器具を使用した気道確保が行なわれており、その内、12.78% が気管挿管であった。すなわち、搬送された心肺停止症例の 5.95% に気管挿管が実施されていた。

実施された気管挿管について、回答を得たのは 130 消防本部中 124 消防本部からであった。

気管挿管の適応については、「気管挿管の業務プロトコール」で心停止かつ呼吸停止の症例で、①異物による窒息の心肺機能停止事例、②その他、指導医が必要と判断したものとされているが、①の適応として実施された症例は少なく気管挿管症例の 21.53%、②の指導医師の指示によるものが多く 70.14%であった。指導医師が指示した理由等の詳細な内容について今回は調査していないので不明であったが、わが国の救急救命士による気管挿管が医師の指示のもとに行われていることを立証しているものと考えられる。

気管挿管の結果については気管挿管に成功した症例は 82.64%と比較的高い値を示していた。しかし、逆に言えば、17.36%の気管挿管不成功症例があったことになる。

その 3.65%の症例は、気管挿管後に表 6 に示した理由で抜管されていた。

また、気管挿管出来なかった症例は 6.49%あり、その一番多い原因は声帯の確認が出来ないことであった。

わが国の救急救命士の気管挿管に関する調査研究は、本研究が最初であると考えられ、今後の救急救命士の気管挿管教育のためには有意な研究であると考えられる。

諸外国の我が国の救急救命士に相当する救急要員による気管挿管の現状は詳らかでない。

米国の Paramedics とわが国の救急救命

士では気管挿管実施の条件は大きく異なるものの、米国では、気管挿管された救急患者の気管外挿管例の発生はこれまで 1～5%と信じられていた。

しかし、2001 年米国フロリダ州、アトランティスの JFK 救命センターの Paramedics 指導医師である SH.Katz と JL.Falk 等<sup>1)</sup>は、救命センターに受け入れられた 108 例の Paramedics によって気管挿管された症例を受け入れ時に詳細に調査した結果、それら症例の 27 例 (25%) に Misplaced Endotracheal Tube(気管外挿管)があり、27 例のうち 18 例 (16.7%) が食道挿管であったと報告し、Misplaced Endotracheal Tube が少なくないことを強調した。

本研究では、気管挿管後抜管した症例中、食道挿管に気づいた症例が 17 例あった。これは気管挿管例の 0.59%で非常に低い値ではあるが、さらに、「胸郭挙上無し又は不良」「胸部聴診音弱い」「チェッカー確認できず」「ETCO<sub>2</sub>(-)」なども食道挿管の可能性があり、これ等を加えると食道挿管発生の可能性は 1.32%になる。このことから注意した気管挿管業務でも、食道挿管発生が皆無ではないことを意味しており、気管挿管操作に当たっては厳重に注意すべきことである。

また、一方では、「口腔内体液逆流多い」「自信なし」や気管挿管ができなかった理

由に「口腔内異物多量」との記載があることは、手術室での気管挿管研修と救急現場での状況の違いに戸惑っていることが伺われる。また、「チューブが抜けた」ことを理由にして抜管した例はその状況が明確ではないが、傷病者の移動や体位の変換は気管チューブが抜ける大きな原因になることを教育する必要がある。今後資格取得研修方法の改善ならびに資格取得後の再教育の方法に工夫が必要であることを示唆しているものと考えられる。

少なくとも気管挿管資格取得研修の手術室での研修は気管挿管方法の習得でありこれで救急現場での気管挿管のための教育が十分であると考えするには無理があると思われる。少なくとも救急現場での実際の症例への気管挿管を救急専門医のもとで研修させることを加える必要であると考え。

現行の手術室での 30 例の研修を、10～20 例に減じて、救急救命センターでの心肺停止患者への気管挿管を 10～20 例習得を加える事に変更すべきであると考え。

また、「気管挿管時反射があった」として例があるのは傷病者の観察不十分出ることを示しており、嚴重に注意しなければならないことである。

次に各消防本部での気管挿管教育への対応として、訓練機器の整備がある。本研究で訓練機器を整備していた消防本部の 85.16%は頸部のみ気道モデルで、こ

れは気管挿管教育の初期研修に使用する機器であり、気管挿管資格取得後の再教育の機器としては不十分である。少なくともコンピューターコントロールが可能なより高度な気管挿管教育が可能な機器の整備が必要である。これらの機器を使用した絶え間ない訓練が必要であると考え。

気管挿管資格取得後の救急救命士の再教育については、再教育プログラムありとした消防本部は回答を寄せた 130 施設のうち 21 施設 (16.15%) に過ぎなかった。そして、再教育プログラムに病院研修を伴っていると答えた施設は、21 施設のうち 19 施設 (14.6%) であり、資格取得救急救命士に再教育を義務付けている施設は 18 施設 (13.85%) に過ぎなかった。かつ、救急業務で気管挿管が不首尾であった救急救命士に再教育を義務付けている消防本部は 130 消防本部中 3 施設 (2.31%) のみであったが、これらの 3 施設は病院実習で手術室での気管挿管実習を課していた。

以上のことから、少なくとも気管挿管資格取得済の救急救命士が在籍している消防本部には高度な気管挿管技術訓練が可能な機器を設置することと一定のプロトコールの基に定期的な技術の訓練が可能にすること、さらに救急救命センター等での救急専門医の指導下で心肺停止患者への気管挿管訓練を課する特別訓練プログラムを科すべきであると考え。

(参考文献)

1) KatzSH,FalkJL, Misplaced endotracheal tubes by paramedics in urban emergency medical services system. Ann Emerg Med,37:32-37.2001.

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

本研究に関する発表はない。

2. 学会発表

本研究に関する発表はない。

(謝辞)

本調査にご協力をいただきました各都道府県 141 消防本部に御礼申し上げます。

総合研究報告書

救急指導医の教育体制の確立

分担研究者 田中 秀治 国士舘大学 教授

研究の要旨

わが国の病院前医療のさらなる向上を図るために平成 15 年 4 月からメディカルコントロール体制の導入がおこなわれ、病院前において包括的除細動・気管挿管・薬剤投与などの特定行為の拡大に多いに役立ってきた。しかしながら、現在でも、医師が確保できないなどの理由から指示・指導体制や検証などメディカルコントロール体制が確立できていない地域や、確立できても実効的な運用ができていない地域が存在し、メディカルコントロールの地域格差の拡大傾向がみられる。この理由の一つとして、MCを担当する医師への教育体制の欠如、地域による医療資源（医師数・病院数・救急体制などの地域救急医療リソースとMCに対する温度差が大きな要因であることがあきらかにされてきた。そこで、本研究では、全国の救急救命士や救急隊員のメディカルコントロールに携わる医師の要件や、その育成の体制整備について現状を検討し、よりよい教育体制を開発することを目的とした。17 年度は全国のメディカルコントロールに携わる医師の要件、講習の内容、その育成の基盤整備についての現状を調査し、理想的な教育体制案の検討をおこなった。18 年度は、平成 14 年から 17 年まで行われていた「MC 医師研修」の内容を再検討した。その結果、いままでの研修を初期研修と位置づけ、さらに既研修修了し MC 医としての経験のある医師への上級研修（ブラッシュアップ研修）の 2 つの講習会を構築した。平成 18 年度の結果では新たな講習内容となり参加者の MC 医としてのニーズを満たすことができた。さらに新研修会 2 年目の平成 19 年では新研修会は内容的にも安定して供給されるようになった。最終年の結果をみると、大きく改善された上級研修が 2 年目において安定しより MC 医師に対して極めて有用な講習会になりえたことが証明された。しかし講習に参加する医師・救急救命士の選択法についてはいまだ統一することができず、参加者の MC に対するモチベーションに差が生じてきていることが毎年の事後調査でもわかってきている。MC 体制は毎年進歩しており、参加者の状況に合わせたアップデートな講習会の開催が望まれた。

分担研究者 田中秀治 国士舘大学院

研究協力者 中尾 亜美 国士舘大学

米倉 孝 国士舘大学院

A. 研究目的

研究の要旨：平成 15 年 4 月からわが国でも病院前医療のさらなる構築を図るためにメディカルコントロール体制がひかれ、地域で体制整備がととのったところから、包括的除細動・気管挿管・薬剤投与などの特定行為の拡大がはかられてきた。

しかしながら、現在でも、医師が確保できていないなどの理由からオンラインメディカルコントロール体制が確立できていない地域や、オフラインの検証ができていても実効的な運用ができていない地域が存在し、メディカルコントロール地域ごとの医療体制格差の拡大傾向がみられる。

この理由として横田らは MC 医師への教育体制の欠如、地域による MC に対する温度差、医師、救急病院数、などの地域救急医療リソースが大きな要因であることをあきらかにした。そこで、本研究は、問題のひとつとされている、全国のメディカルコントロールに携わる医師の要件整備と、その育成の体制整備について現状を検討し、教育体制を開発することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では平成 17 年度より全国のメディカルコントロールに携わる医師の要件、講習の内容、その育成



の基盤整備についての現状を調査し、理想的な教育体制案の検討をおこなった。

平成 18 年は、17 年度の結果を受けて現在おこなわれている研修会に対して、今後おこなわれるべき講習会（案）を作成し、18 年度より新研修を実施した。平成 19 年では、18 年度新研修会の結果を分析し、よりその問題点を解決した講習会を実施した。

3 年間で、メディカルコントロールに係る医師研修がどの様に行われたかを比較し、毎年の推移とともに検討した。全国のメディカルコントロールに携わる医師の要件、講習の内容、その育成の基盤整備についての現状を調査し、理想的な教育体制案の検討をおこなった。

### C. 研究結果

#### 1. メディカルコントロールに係る医師研修についての 17 年までの現状と問題点

メディカルコントロールに係る医師研修は平成 14 年度より開始された。その目的は、メディカルコントロール体制の確立とともに併行して、メディカルコントロール医を育成するため、救急医学会メディカルコントロール委員会監修のもと、厚生労働省が主となり日本救急医療財団・厚生労働省の共催で講習会を開催してきた。

研修の始まった平成 14 年と 15 年では年に 60 人ずつ、平成 16 年、17 年は東日本（東京）と西日本（神戸）の 2 箇所計 120 人、その内容を表 1 にしめす（右側数字は満足度）。

表 1 平成 14 年から 17 年までの研修会内容

・救急医療システムの関係法規	61.6%
・ワークショップ	25%
・JPTECとMC	15%
・大規模災害時のMC	15%
・消防組織の構造と機能	15%
・MCの役割と必要性	11.7%
事後評価・検証の方法論と実際	11.7%

・ACLSとMC	11.7%
・MCの実際	5.0%
・MCシステム構築の現状と問題点	3.3%

平成 17 年における満足度とアンケート結果をみると研修に用いられている講義の項目の変更に関しては変更を要するという意見が 4 割を超えていた（表 2）

表 2. 平成 17 年の受講生の講義の希望

1. 実際のオンラインMCや事後検証の実習
2. 一般論の講義ではない実際の問題点
3. プロトコール作成過程のモデル提示
4. プロトコールの運用の実例など
5. 各論やスモールグループディスカッション、ケーススタディを入れた研修
6. WSをもっと具体的に症例の提示を入れて行う
7. 個々の地域に限定した内容や都会と地方のMC問題点の相違を実例で示す

これらの結果をうけて平成 18 年に実施できるような新研修プログラムを提案した。

#### 2. MC 医に対する新研修初期プログラムの概念

平成 14 年から 17 年までの講習会で実現されていたプログラムは

1. MC体制を理解すること
2. MC医として適切に指示・指導・助言を行えること
3. 救急隊員の実施行為を適切に検証できることであった。これに対してより平成 18 年からのプログラムでは現実的な初級及び上級で 2 段の研修の展開を考えた。

#### 初期研修対象

これからMC医として実務に就く医師で、5年以上の救急臨床実務歴があり、救急医学会専門医やそれと同等の資格を有し、現在も救急隊員へ指導・助言を行い、またオンライン指導経験のある者

#### 初期研修内容

各都道府県より 2~3 名の地域MCの核となる若手医師を対象とし、年 2~3 回程度開催する。研修期間はお

およそ 2 日間とし、現在行われている内容の重複をさけることと、座学は午前中とし、午後はスモールグループディスカッションあるいはワークショップ形式とすべきと考えた。

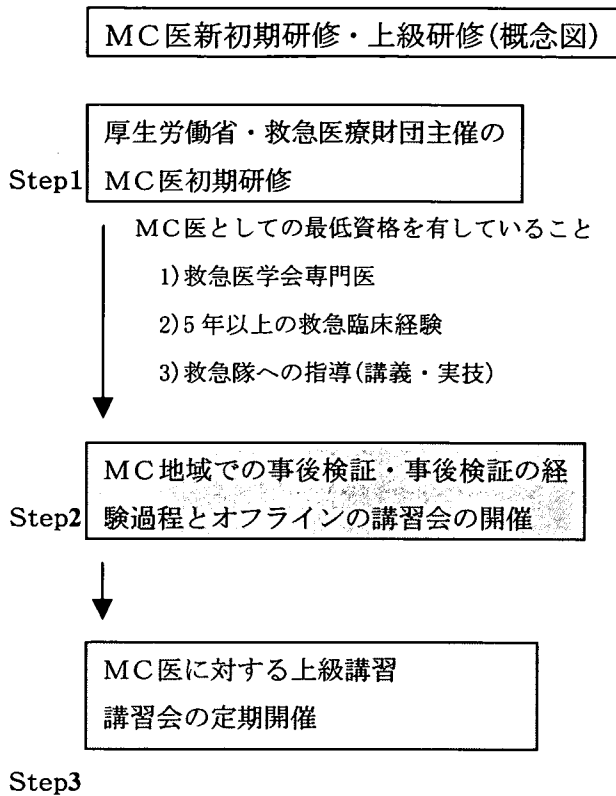


表 3 新研修プログラム案 (初期研修)

初期研修プログラム		
1 日目 A M	MC 体制の整備と救急医療体制	50 分
	メディカルコントロールの役割と必要性	50 分
	救急医療システムの関係法規	50 分
	MC システム構築の現状と問題点	50 分
P M	オンラインメディカルコントロールの実際、オフラインメディカルコントロール(ワークショップ)	240 分
	パネル発表	
2 日目 AM	地域 MC と県 MC の関係と問題点	50 分
	災害時のメディカルコントロール体制	50 分
PM	事後評価・検証の実際と方法論	180 分
	スモールグループディスカッション	

### 3. MC 医経験者に対する上級講習会の概念

#### 上級研修対象

初期研修を行った後、MC 医としての経験 (指示指導及び事故検証) (最低 2 年以上) を積んだ MC 医を対象とし、MC 医継続研修として 2 年毎に実施する。また、地域で BLS, ACLS, JPTEC, JATEC などの講習会において指導的に活躍していることが参加のため必須条件として重要と考えた。

#### 上級研修内容

期間は 2 日程度で、内容は先端的な地域の典型的な取組みを提示し、その内容を地域に伝達することを目的とした。ディスカッションはスモールグループで検討する。さらに検討内容に準じて、問題事例のシナリオを 5~6 ケース作成しスモールグループで検討、検証のあり方や地域でのプロトコル作成のプログラムを導入することとした。

表 4 新研修プログラム案 (上級研修)

- 1、「メディカルコントロール体制の現状と問題点」
- 2、「メディカルコントロールの計画・実行・検証・是正の方法論」
- 3、「プロトコルの策定と運用」
- 4「事後検証のケーススタディ」
- 5「オンライン MC のあり方」
- 6「MC における病院実習の位置づけ」
- 7「地域における災害医療体制のあり方」
- 8「一般市民への心肺蘇生法指導のあり方と PAD について」
- 9「MC に係わる医師とその責任者のあり方」
- 10「仮想地域における MC 体制の現状と問題点」
- 11「より良い MC 体制構築のために為すべきことは」
- 12、「全体討議」

4. 平成18年度の新研修プログラムの結果と平成19年度の研究とその内容の検討

平成18年度に変更された新しいMC医師上級研修の現状を19年度講習として比較した。平成18年度では初期研修（神戸）で62人、上級研修（東京）で48人が受講した。

方法：新しいMC医師初級及び上級研修の内容と講習の結果を日本救急医療財団の協力を得て実施したアンケートから分析した。

アンケートは講習会（各48人と62人）後に実施されたが、その内容は研修各項目への満足度・自由意見記載とした。研修各項目は以下のとおり。

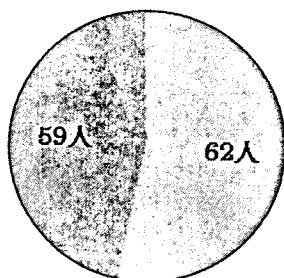
（倫理面への配慮）

患者情報や患者写真など個人レベルでの情報に関して今回は取り扱わなかったものの、十分なプライバシーの保護、個人情報の秘匿、情報公開のあり方などについては、十分な配慮と説明のもと実施した。

1) メディカルコントロールに係る初期医師研修についての現状の検討結果（神戸）

平成18年度に行われたメディカルコントロールに係る医師研修を受講した医師62名を対象としアンケート調査結果を示す。アンケートの回収は59名の医師からいただいた回収率95.2%であった。初期研修の結果をまとめる。

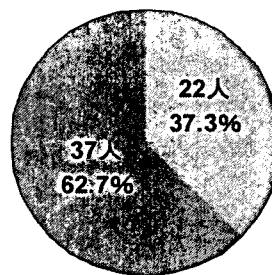
受講者	62
回答者	59
回答率 (%)	95.2



- 受講者
- 回答者

	回答者数	回答率 (%)
長い	22	37.3
この程度でよい	37	62.7
短い	0	0
その他	0	0

1 講義日数が3日間であるということについて  
講義日数は3日間が長いと37%が答えていたが、63%はこの程度でよいとの意見であった。



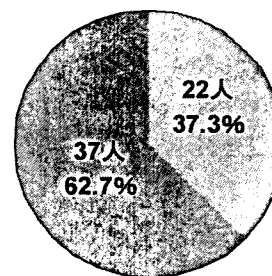
- 長い
- この程度でよい
- 短い
- その他

自由記載

プログラムを2日間にして欲しい。  
遠隔地の者は4日になる。日曜日も検討して欲しい。  
週末を含めた日程もあってもよい。など開催日がウィークディであることによる業務への負担を抑えるものが少なからずいた。  
今後の開催日程として検討すべきである。

2 全体のプログラムとして期間は長いのか？

	回答者数	回答率 (%)
長い	22	37.3
この程度でよい	37	62.7
短い	0	0
その他	0	0



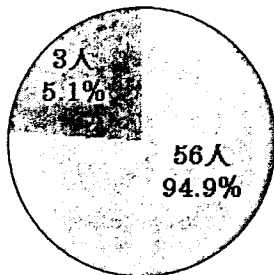
- 長い
- この程度でよい
- 短い
- その他

自由記載

座学は有意義だがWSは苦痛であった。

3 講義項目

	回答者数	回答率 (%)
有意義	56	94.9
あまり有意義ではない	3	5.1
必要ない	0	0
無回答	0	0



- 有意義
- あまり有意義ではない
- 無回答

#### 自由記載

うまく機能している具体的なMCの活動例を知りたかった。  
3日間WSのメンバーが変わってよかった。

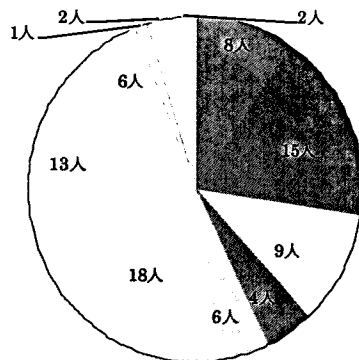
#### 変更するべきと思われる内容について

- ・1日目と2日目のWSは内容が似ていた。もっと具体的なパトロールを配布するか、検証基準を確認、配布とか終了後使える資料がほしい。
- ・WSでMCの経験のある医師を満遍なく割り振る必要がある。
- ・一部の講師は、自分の地域の紹介に終始し、講義になっていない。地域の分析データはよかった。
- ・ディスカッションで終わるのでなく、直接的なシミュレーションがもっとやりたい。
- ・WSの時間を長くした方がよい。
- ・タイトルと内容の一致しないもの、配布資料とスライドが違うものなどは理解が困難。
- ・検証の討論は、システム（どのように利用すべきか）についての方法論を聞きたかった。
- ・WSはもう少しまとめて時間短縮を望む。  
災害はMCの話としてはなくてよい。消防と法律はまとめてもよい。そうすると全体で2日でまとまるのではないか。
- ・1、2日の内容は1日に短縮できるのではないかWSの時間はもう少し少なくてもよい。

- ・WSは学んだことを確認するために良いとおもうが、経験の少ないメンバーは意見が出難い。
- ・事前知っておくべきこと、配布資料があれば提示してほしい。
- ・MCの役割と必要性、MC体制の現状と問題点、MCに係る医師と責任者のあり方は内容が重複している。
- ・検証の講義は標準的なテキストをもちいてほしい。講義内容が良くわからず残念。

#### 4印象に残った講義について

	回答者数
心肺停止プロトコール	8
関係法規	15
WS自己検証の実際	9
WS医師とその責任のあり方	4
消防行政	6
外傷プロトコール	18
大規模災害時のMC	13
全てのWS	6
WS現状と問題点	1
MCの役割と必要性	2
全部	2



- 心肺停止プロトコール
- 関係法規
- WS自己検証の実際
- WS医師とその責任のあり方
- 消防行政
- 外傷プロトコール
- 大規模災害時のMC
- 全てのWS
- WS現状と問題点
- MCの役割と必要性
- 全部

#### 自由記載

- ・WSが長すぎる。MCを知りたくて受講しているのに、それについての話し合いは無理。
- ・MCの指導者をつくるのは良いこと。勉強会も良いが、実際のMCがどんな状況か、そして本当に私達が救急隊を守れるのかははっきりわかって欲しい。MC導入で困っている現場もある。MC自体をもっと明確にしてほしい。救急隊の力をホトムアップすべき。
- ・今のMCに関わっている人達に今のMCでよいのか問うてほしい。
- ・初心者にとって有意義であった。午後のWSは工夫されており勉強になった。

- ・WSが午後に組まれていて良かった。グループで様々な病院、地域の事情が聞けてよかった。
- ・MCに関して地域間での差が激しいことがよくわかった。
- ・自分の地域がどうなっているか心配になった。
- ・医療機関の課題も見えてきたので参加してよかった。
- ・数地域の実際のMCの状況（オンラインMCや、プロトコル、検証の実情）を具体的に提示できれば今後の受講生の活動に役立つ。
- ・もう少し簡素化したコースを設定し、MC検証会に係るすべての医師が受講できると良い。
- ・大変勉強になった。県単位（地方）でこのような研修があればよい。
- ・受講者は、係わる予定者で、未経験者より、何らかの形で少しでも係わった人の方がより積極的に参加できると思う。
- ・内容が同じものがあり、もう少し時間が短くなるとさらに良い。
- ・大変勉強になった。WSに救命士の方も参加できればおもしろいと考えます。
- ・懇親会を通して横のつながりがあるとよい。検証票、プロトコルを持ち寄ってもよかった。
- ・伝達講習が出来る内容だと、県に還元できるのでいいと思った。
- ・非常に勉強になった。日常業務と違った大変ではあるが、重要なことと思う。
- ・ACLSやJPTECをくみ込んでもらえれば、3日間病院を離れた時間がさらに有意義になったと思う。WSはもう少し時間短縮しても良いのではないか。
- ・午後からのWSが特に勉強になった。今後も回数を増やし、続けてほしい。
- ・画面が暗く、大変見難い。会場が不便。WSは目標がしっかりしていてよかった。
- ・WSの内容が重複している部分がある。整理して短時間になると良い。
- ・WSを行うことで、講義の復習や知識の整理が出来良かった。
- ・午前は講義で午後はWSの構成はよかった。
- ・WSで議論して、MCに関する理解が進んだ。講義は時

間短縮して、ESの時間を延ばしてほしい。

- ・MCに関する基本的な知識が身についた。WSは他地域の医師と有意義なディスカッションが出来て良かったが時間が長すぎた。
  - ・地域によって異なる問題点をディスカッションできて有意義であった。現段階で、MCどころか救急医療体系そのものが無い地域でそもそも救急を専門としていない医師が地域のMCを作りあげていくのは不可能であろうと感じた。
  - ・厚労省と総務省と異なる指示体制で、行政の力を使い難い現状は理解できたが、やはり一個人の努力では限界がある。何らかの行政のアプローチが必要であると感じた。
  - ・今後のMC活動に活かしていきたい。
- 救命士以外の消防員（I、II課程）に対するMCについて検討が必要。
- ・WSが少し長い。内容は良かった。
  - ・開催回数を増やし、出来るだけ多くの医師が受講し、MCという概念や存在を知るようになると良い。
  - ・座学よりWS形式のほうが有意義。他の地域の救急の状況が良くわかった。
  - ・非常に有意義でした。
  - ・MCとは何かを考えさせられた。今後救命士指導を始め救急医療に貢献したい。
  - ・資料の字が小さく読めないものもある。CD等で配布し、帰ってから使えれば病院職員教育に使える。
  - ・救急関連医師は全員理解しておくべき共通の内容になってほしい。この3日間で人生変わりそう。講義プログラムは最高漠然としたMC協議会のイメージがはっきりした。地域の実情が良くわからないので、現状を把握したい。
  - ・MCについての理解度、救急の知識度に差がありすぎ。JPTEC受講を参加条件にすべきではないか。
  - ・当地域医療では崩壊が進み、救命救急センターもなく、救急医療は危機的状況です。MCについてもわからず言葉として知っていても内容は全くわかりませんでした。今回は大変勉強になりましたし、全国の救急に携わる医師たちといういろいろディスカッションできたことが非常に良かった。今後は、脳卒中におけるプロトコルや地域のMCに係わって行きたい。

・MCについての知識が整理できた。各地域のMCの現状を聞くことが出来た。

・MCについて自身の認識の甘さ、知識の無さを痛感した。地域のMCの体制の確認と当院での啓蒙に努めたい。  
・WSはもう少し小さなグループでディスカッションできればよい。より多くの救急関係医に受講してもらえよう努力してほしい。

## 2). メディカルコントロールに係る医師研修(上級研修)について平成18年行った検討結果

平成18年度におこなわれたメディカルコントロールに係る上級医師研修を受講した医師48名を対象としアンケート調査結果を示す。アンケートの回収は45名の医師からいただいた回収率93.8%であった。

### 各項目への満足度・自由意見記載

#### 1、「メディカルコントロール体制の現状と問題点」

##### 1) 満足度

研修項目1に対する満足度については①大変満足が42%を占め、②まあまあ満足が41%であった。(図1)

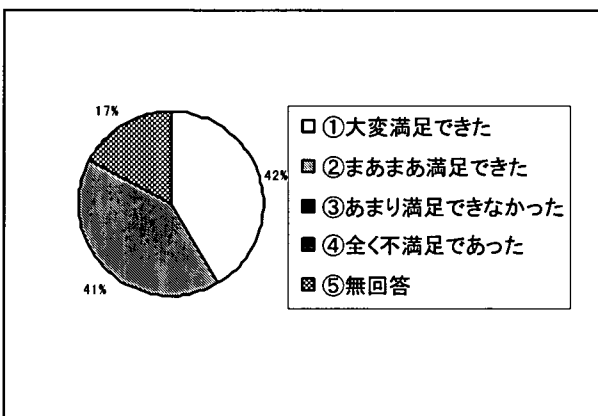


図1 「メディカルコントロール体制の現状と問題点」の満足度

##### 2) 自由意見記載

「メディカルコントロール体制の現状と問題点」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 地域毎のデータ参照方法を周知して欲しい
- ・ 法律的問題、特に資格に問題あると認識した
- ・ 経済的問題や医療経済との関連を知りたい
- ・ 知識整理と現状把握に役立った

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ プロトコールの重要性を再認識した
- ・ Standing order 等、用語について新たに認識できた
- ・ 普段の疑問が整理できた

「③あまり満足できなかった」

「④全く不満足であった」

「⑤無回答」

はいずれも特になし

#### 2、「メディカルコントロールの計画・実行・検証・是正の方法論」

##### 1) 満足度

38%を①大変満足が占め、44%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか2%があまり満足できなかったと回答するのみであった。(図2)

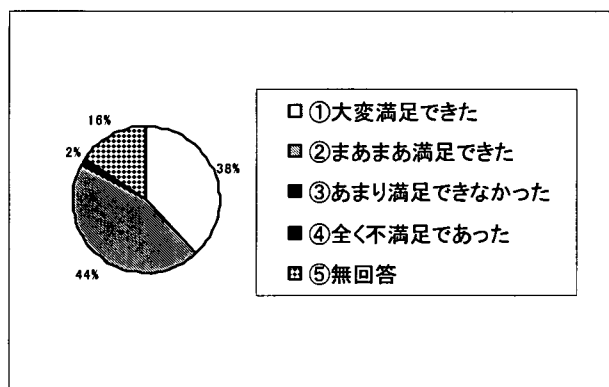


図2 「メディカルコントロールの計画・実行・検証・是正の方法論」

##### 2) 自由意見記載

「メディカルコントロールの計画・実行・検証・是正の方法論」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 特記すべきものなし

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ MC体制開始時よりも、現在の方が地域差

大

- ・ 事後検証委員として参考になること多数
- ・ 格差是正のために人材確保が重要
- ・ PDCAサイクル適用の必要性を実感
- ・ 具体的な提示をして欲しい

「③あまり満足できなかった」 選択者の意見

- ・ 実践的内容にすべき
- ・ 検証、活動記録票の内容に重点を置き過ぎ、プロトコール検証の是正について論じる必要あり

「④全く不満足であった」 選択者の意見ならびに

「⑤無回答」 選択者の意見は特になし

### 3、「プロトコールの策定と運用」

#### 1) 満足度

44%を①大変満足が占め、34%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか 2%が③あまり満足できなかった、2%が④全く不満足であったと回答するのみであった。(図3)

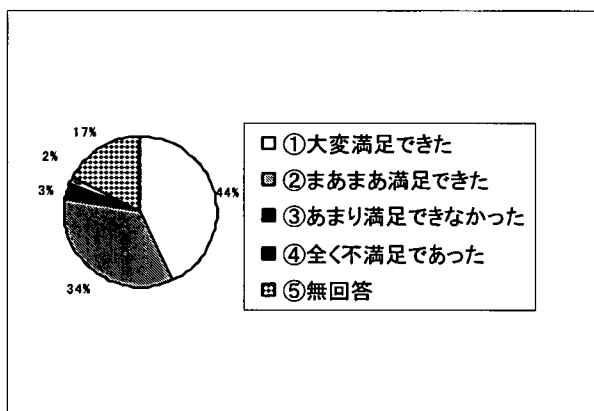


図3 「プロトコールの策定と運用」の満足度

#### 2) 自由意見記載

「プロトコールの策定と運用」への自由意見記載として

「①大変満足できた」 選択者の意見

- ・ 具体例での話で理解しやすい
- ・ 救急救命士に求める理想と現状のギャップを理解した
- ・ プロトコール作成者の立場から役立つ内容
- ・ 作成者によってプロトコールにも差が生まれることが理解できた

- ・ MCの難しさを理解できた
- ・ 実習形式のグループワークは有用
- ・ 今後のプロトコール策定に役立つ内容
- ・ 当MCのPDCAサイクルの不十分さを認識し、今後の検証の参考になった
- ・ 実践的な内容であり良かった

「②まあまあ満足できた」 選択者の意見

- ・ 疾患ごとの多数のプロトコール策定は、費用対効果が薄いと思う
  - ・ 実習作業を通じプロトコールの問題点を実感できた
  - ・ 問題点を理解している者には実習作業は不要であり、提示による確認のみが効率的
  - ・ 実習作業は経験が浅い者には必要だが、各レベル別のカリキュラムが必要
  - ・ ワークショップ形式をもっと徹底して
- 「③あまり満足できなかった」 選択者の意見
- ・ 経験がなく、進行法がわからず戸惑った
  - ・ 経験が無い者は策定法を理解し始めた段階で終わるので消化不良感あり

「④全く不満足であった」 選択者の意見

- ・ 特記すべきものなし

「⑤無回答」 選択者の意見

- ・ 特になし

### 4、「事後検証のケーススタディ」

#### 1) 満足度

40%を①大変満足が占め、40%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか 3%が③あまり満足できなかったと回答するのみであった。(図4)

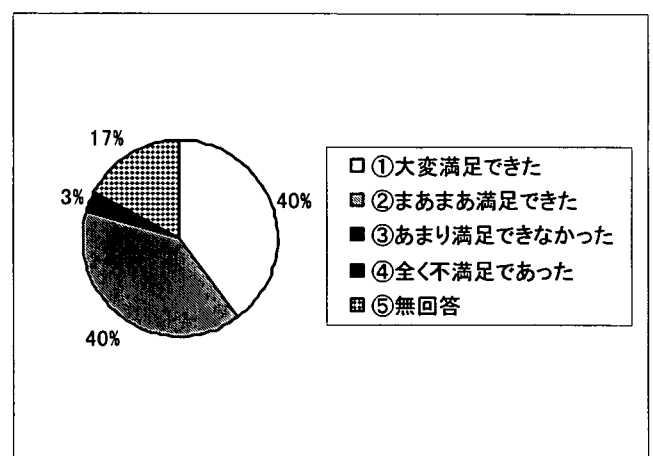


図4 「事後検証のケーススタディ」の満足度

2) 自由意見記載

「事後検証のケーススタディ」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 各地域の実態が理解できた
- ・ 他地域のプロトコル理解には時間が必要でもう少し時間がとる必要あり
- ・ 講義も重要、有用だが、やはり実習はより実践的で学習効果が高い
- ・ プロトコル作成の立場から役立つ内容
- ・ プロトコル運用の問題点の多さ痛感し、事後検証の重要性を再認識
- ・ 検証の事例提示が良かった
- ・ 非常に理解でき、今後も継続を望む
- ・ 他地域の検証票を勉強でき参考になる

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 救急事情は地域差大と認識
- ・ ワークショップ形式を徹底して欲しい
- ・ 検証方法見直しの必要性を感じた
- ・ 事例に基づく検証方法は具体的で参考になったが、もう少し問題解決に向けて具体的方向性を明示して欲しい
- ・ 事後検証を意識したプロトコルという概念を知り、今後の参考になった

「③あまり満足できなかった」

「④全く不満足であった」

「⑤無回答」選択者の意見

においては特になし

5、「オンラインMCのあり方」

1) 満足度

33%を①大変満足が占め、51%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか9%が③あまり満足できなかった、5%が④全く不満足であったと回答するのみであった。(図5)

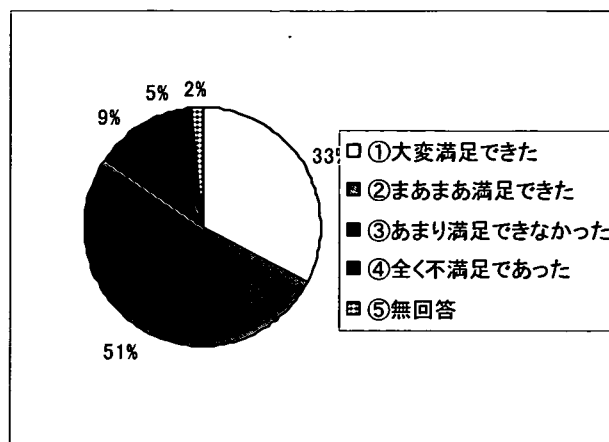


図5 「オンラインMCのあり方」の満足度

2) 自由意見記載

「オンラインMCのあり方」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 他地域MC現状を知り、当地域MCを知った
- ・ 山形県の実状は参考になった
- ・ 医療機関側の問題もあるが、救命士の質の問題の方が気になったので、当地域でその質の向上に努めたい
- ・ 地域によって電波不通の場合あり、その対応を聴きたかった

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 他地域の実状は興味深かった
- ・ オンラインMCの問題点は明らかになったが解決への具体的方向性をもっと討論したかった
- ・ 質疑応答時間はもう少し必要
- ・ 多数の指示医師の考えを聞きたかった(カリキュラムへの追加を望む)

「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ 討議時間をもう少しとりテーマをもっと深く掘り下げて欲しい
- ・ 目的、目標が不明であった

「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ オンラインMCを単なる医師との連絡ツールであると認識させる内容であった
- ・ オンラインMCの目的を明確にし、質の高



い病院前救護へのヒントになる内容にすべき

- ・ 討議、討論の時間が短い

「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

## 6、「MCにおける病院実習の位置づけ」

### 1) 満足度

①大変満足が 31%、②まあまあ満足であったが 49%を占め③あまり満足できなかったが 17%、④全く不満足であったが 3%との回答であった。(図 6)

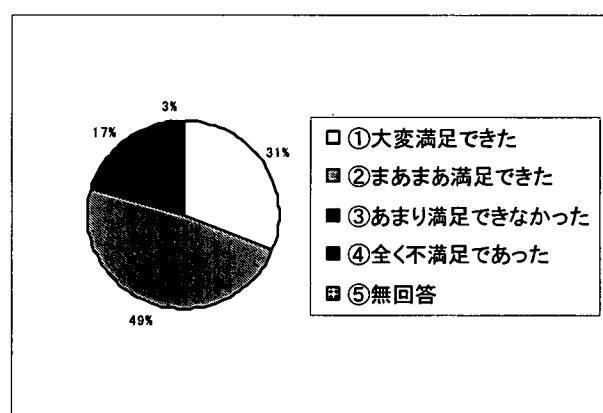


図 6 「MCにおける病院実習の位置づけ」の満足度

### 2) 自由意見記載

「MCにおける病院実習の位置づけ」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 実習生増加は右肩上がり、当院でも大変問題になっている
- ・ 豊富な資料提示により理解が深まった
- ・ 実習に対する大まかな枠組が欲しい
- ・ 救急隊へ搬送患者の経過確認をさせたいが病棟出入りにはなかなか理解が得難い

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 予算がない中での実行は困難
- ・ 本領域の問題点は多くワーキング形式にすべき
- ・ 病院実習依頼側の立場が理解できた
- ・ 指導救命士の財源を消防側にするか病院側

にするのか非常に難しい

- ・ 学生より救命士の病院実習の問題点の情報が欲しかった
- ・ 病院実習で看護師からの指導の参考になった

「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ もっと短くコンパクトな講義にして欲しい
- ・ 教育側の問題点やその解決法を提示して欲しい
- ・ 配布資料があればより理解が深まった
- ・ 救命士養成の立場からの意見で、病院実習のあり方、救命士の処置拡大、役割拡大への主張が伝わってきた
- ・ 地域MCに参加するレベルの者には問題が大きすぎる

「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ 救命士養成学校の内容、実習をこの3日間で聞いても仕方ない
- ・ 救命士の職域拡大が多くを占めていたが、MC本来の救命士の質コントロールの観点での講義が聞きたかった

「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

## 7、「地域における災害医療体制のあり方」

### 1) 満足度

38%を①大変満足が占め、50%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか 9%が③あまり満足できなかった、3%が④全く不満足であったと回答するのみであった。(図 7)

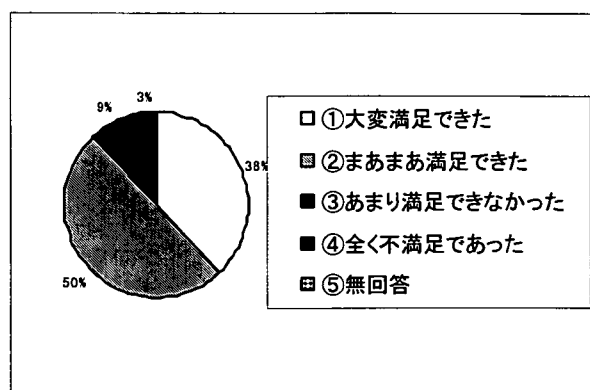


図 7 「地域における災害医療体制のあり方」の

## 満足度

### 2) 自由意見記載

「地域における災害医療体制のあり方」への自由意見記載として

#### 「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ DMATに関する理解が深まった
- ・ MCとの関係、関連性を知りたかった
- ・ DMAT講習会の必要性を感じた
- ・ 現在の災害医療体制が理解できた
- ・ 地域に目を向けた、自助段階での救護活動の仕組みを紹介して欲しかった
- ・ 地域MCのトリアージ体制不十分と認識、今後、本講義参考に整備したい

#### 「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ CSCATTTの概念を知り参考になった
- ・ MCに何を期待しているのか不明瞭
- ・ MCとDMATとの連携が今後の課題
- ・ MCの役割が不明確
- ・ 地域MCとの関係、関連性をもっと強調すべき

#### 「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ MCとの関連性が不明瞭
- ・ 災害医療を担当するには現地域MCの活動レベル、能力では荷が重過ぎる、

#### 「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ DMATの必要性は理解できたが、MCとの接点が理解できなかった
- ・ 現段階で災害医学とMCを一緒にするには時期尚早、この3日間に含めるべきではない

#### 「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

## 8、「一般市民への心肺蘇生法指導のあり方とPADについて」

### 1) 満足度

44%を①大変満足が占め、43%が②まあまあ満足であったと回答し、わずかに9%が③あまり満足できなかった、2%が④全く不満足であったと回答

するのみであった。(図8)

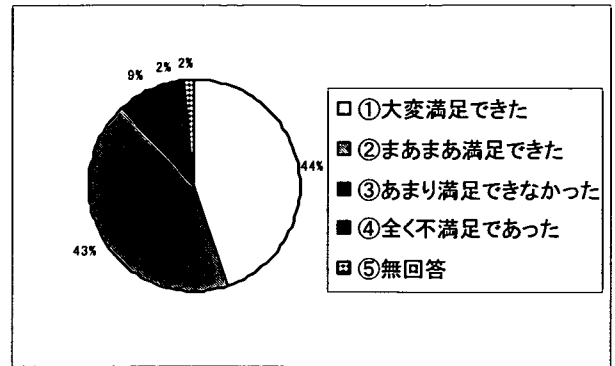


図8 「一般市民への心肺蘇生法指導のあり方とPADについて」の満足度

### 2) 自由意見記載

「一般市民への心肺蘇生法指導のあり方とPADについて」への自由意見記載として

#### 「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 言葉の定義、ガイドライン作成思想の本質を理解できた
- ・ 指針作成側の苦勞が理解できた
- ・ MCというテーマからは外れていた
- ・ PADプログラムが参考になった
- ・ 今後の救命士教育に役立つ内容
- ・ 普及へ向けモチベーションが向上した

#### 「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ ガイドライン作成の苦勞が理解できた
- ・ G2005の変更点がよく理解できた
- ・ PADのディスカッションをもっとしたい
- ・ 消防の締切り型講習会の改善が必要

#### 「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ MCに係わる研修会の内容ではない
- ・ MCに何を期待しているのか不明

#### 「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ 本研修参加者はG2005を既知しているはずなので不要

#### 「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

## 9、「MCに係わる医師とその責任者のあり方」

### 1) 満足度

①大変満足が34%、②まあまあ満足であったが

52%を占め③あまり満足できなかったが 14%であった。(図9)

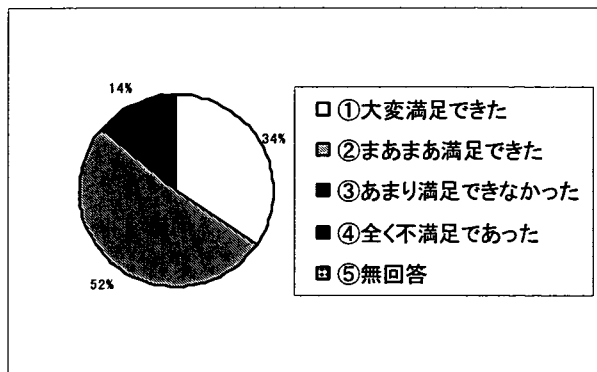


図9 「MCに係わる医師とその責任者のあり方」の満足度

## 2) 自由意見記載

「MCに係わる医師とその責任者のあり方」への自由意見記載として

### 「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ ワークショップは他者との交流になり良い
- ・ 簡単な解決法がない問題だが有意義な討論ができた
- ・ 検討項目は多く討議時間が少ないが、濃内容のワークショップであった
- ・ 責任者についてももう少し掘り下げた話が聞きたかった
- ・ 現実的な内容で良かった
- ・ 様々な意見が聞けて有意義であった
- ・ 医師教育の必要性、重要性は理解できるが、教育方法の具体例が知りたい
- ・ 地域性の違いに検討の必要性を感じた

### 「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 問題が多く、時間が足りない
- ・ もっと討論が必要
- ・ MC協議会、指示医師、救急隊に課せられた役割が理解できた
- ・ プロトコル、オンラインMCの問題点が浮彫になり有意義であった
- ・ それぞれが担う社会的責任がもう少し明確意になればいいと思われた
- ・ MCにはシステム確立、メリット明確(資金)が大切だと認識できた

- ・ MCに係わる医師確保にはメリット(資金)明確が必要
- ・ 責任者のあり方も大事だが「責任の取り方」も問題、法律専門家の意見を反映した講習会の企画を望む

### 「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ 特になし

### 「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ 特になし

### 「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

## 10、「仮想地域におけるMC体制の現状と問題点」

### 1) 満足度

①大変満足が 7%、②まあまあ満足であったが 38%、③あまり満足できなかったが 38%、④全く不満足であったが 10%との回答であった。(図10)

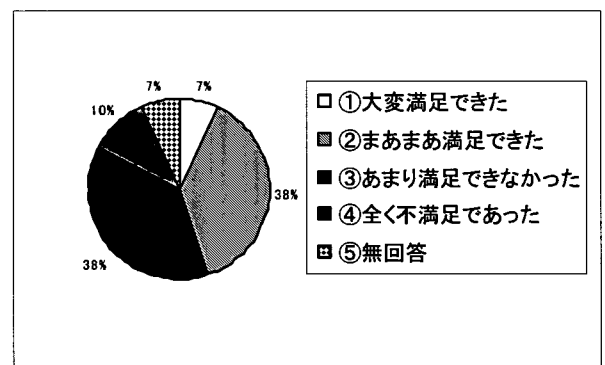


図10 「仮想地域におけるMC体制の現状と問題点」の満足度

### 2) 自由意見記載

「仮想地域におけるMC体制の現状と問題点」への自由意見記載として

#### 「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 特になし

#### 「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 座談会形式で意見の交流ができた
- ・ 意見交換で他地域の現状把握になった
- ・ 論点を明確にしてディスカッションすべき
- ・ 雑多でまとめにくいテーマであった
- ・ 小グループでのディスカッションにすべき

- ・ 課題を提示して欲しい

「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ 内容が放漫
- ・ ひとつの話題を掘り下げるべき
- ・ フリートークも悪くないが、フリー過ぎるのは良くない
- ・ MC体制は医師の仕事でないという考えに賛成
- ・ 焦点を明確にしないと討論し難い

「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ 自由討論ではなく、問題を限定し対策の方向が見える形のものにすべき

「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

11、「より良いMC体制構築のために為すべきことは」

1) 満足度

56%を①大変満足が占め、38%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか3%が③あまり満足できなかったと回答するのみであった。(図8)

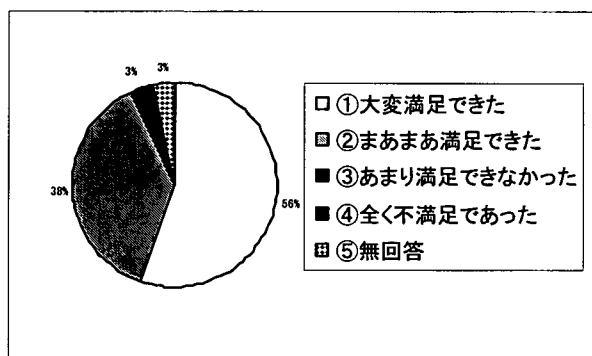


図11 「より良いMC体制構築のために為すべきことは」の満足度

2) 自由意見記載

「より良いMC体制構築のために為すべきことは」への自由意見記載として

「①大変満足できた」選択者の意見

- ・ 考えさせられ、参考にもなった
- ・ 今後の方向性がみえた
- ・ 大変満足できるセッションであった
- ・ 現場の悩みを、多くの医師、救命士から引

き出すことで得るものがあった

- ・ 大変勉強になりモチベーションも向上した
- ・ 非常に内容の濃い討論であった
- ・ MC体制の問題点が明確になった
- ・ 今後の方針、指針が垣間見えた
- ・ 予算の取り方が参考になった
- ・ 予算の必要性を強く感じた
- ・ 効率的な理想の医療は救命士が現場でLCLSを実施し、心静止であれば死亡確認もする、そして、三次救急に関わる医師は外傷、心疾患、脳卒中等の疾患に力を注ぐべきで、そのためにMC体制を確立させて欲しい

「②まあまあ満足できた」選択者の意見

- ・ 検証医、指示医、救命士、MC協議会の社会的責任について明らかにして欲しい(医事紛争、異常死体取扱等)

「③あまり満足できなかった」選択者の意見

- ・ 特になし

「④全く不満足であった」選択者の意見

- ・ 特になし

「⑤無回答」選択者の意見

- ・ 特になし

12、「全体討議」

1) 満足度

26%を①大変満足、33%が②まあまあ満足であったと回答し、わずか5%が③あまり満足できなかったと、2%が④全く不満足と回答するのみであった。(図12)

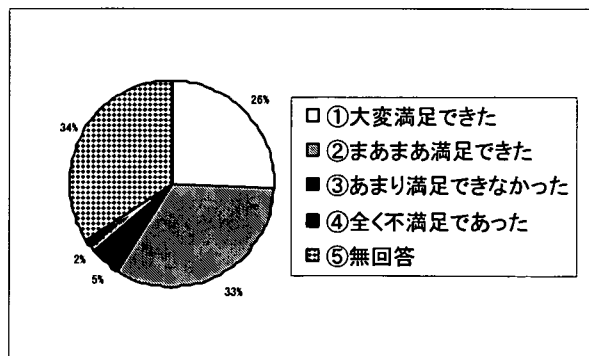


図12 「全体討議」の満足度