

the placement of monitor/defibrillators and automated external defibrillators (AEDs) in EMS departments throughout the region. Seven counties within the region participated in the Rural Access AED program, which placed additional AEDs in the region.

The Region IV Office worked closely with the health departments and their Bioterrorism Coordinators in conducting drills and exercises. The health departments became participants on the Region IV EMS Advisory Council and send representatives to the Council meetings.

The Region IV Office coordinated with the jurisdictions receiving Year 1 funds for four Bioterrorism grants and completed planning and implementation of Year 1 and Year 2 funding. Chempacks were placed in two Region IV hospitals.

The Region IV Office continues to partner with the MIEMSS Information Technology Department and the State Medical Director's Office with the implementation of the electronic Maryland Ambulance Information System (EMAIS). Currently, six jurisdictions within the region utilize EMAIS. It is anticipated that Caroline and Worcester counties (excluding Ocean City) will begin the educational component of EMAIS in September 2005 with implementation in October 2005.

The medical review committees continue to oversee quality assurance and improvement throughout the region's nine counties. The Medical Directors, jurisdictional representatives, and EMS organizations continue to enhance the quality of patient care and audits for quality improvement. New Medical Directors for Dorchester and Talbot counties have been added.

The Education Committee of the Region IV EMS Advisory Council prioritized and coordinated the distribution of training funds for initial training of ALS providers, as well as recertification training for ALS and BLS providers. The region has been very successful in utilizing all funding that has been provided by MIEMSS to expand initial training opportunities and recertification of providers.

Initial ALS certification training programs are conducted by Cecil County EMS, Shore Health Systems/Chesapeake College, and Wor-Wic College/Peninsula Regional Medical Center with recertification training at Chester River Hospital Center and Ocean City EMS.



The Region IV Office worked closely with the region's health departments, hospitals, and offices of emergency management in the education and training of designated managers relevant to the implementation of the Facility Resource Emergency Database (FRED).

At the request of the Commissioners of Kent County, Richard Alcorta, MD, State EMS Medical Director, began an in-depth SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats) analysis of EMS in the county. Three priorities were selected by representatives of the EMS stakeholders in the county. This process began in January 2005 and will continue until a consensus document is developed for presentation to the County Commissioners in the next fiscal year.

The MIEMSS Region IV administrators inspected 34 prehospital emergency response vehicles, including advanced and basic life support ambulances, chase cars, and first responder units.

The Region IV Office staff assisted in planning and staffing two regional conferences. The Winterfest 2005 EMS Seminar was held January 28-30, 2005, at Tilghman Island, and the Peninsula Regional Medical Center Trauma Conference was held September 17, 2004, in Ocean City.

Finally, long-time Regional Administrator Marcus C. Bramble III, retired in December 2004. Mr. Bramble's contributions to the regional and statewide EMS system are too numerous to mention. MIEMSS will begin the process of finding a replacement to fill the vacancy.

Region V

Pyramid 2004, the fourteenth Tri-County EMS Conference, was conducted in conjunction with the Emergency Education Council of Region V, Inc. Held at the Holiday Inn and Conference Center, Solomon's, Maryland, the October conference had 200 registrants. The program concentrated on "Changes in EMS Practice" and featured

workshops on quality improvement, managing pediatric poisoning patients, EMS/ Haz Mat interface, pediatric burn care, and scene management.

EMS CARE 2005 was held at the Bethesda Marriott Hotel, April 30- May 1, with the theme of "Learning from the Past, Creating the Future." Highlights included a historical overview of EMS, the future of EMS in Maryland, "Myths and Legends of EMS," acute stroke care, and "Too Young to Die, Too Old to Rock and Roll."

Region V continues to support a variety of education and prevention activities through the Region V EMS Advisory Council, county fire and rescue associations, and the EMS for Children Risk Watch® initiative. Charles County parochial schools, public schools in Prince George's and Montgomery counties (including special needs schools in Prince George's County) participated in the National Fire Protection Association (NFPA) Risk Watch® Programs as part of the State Champion Grant.

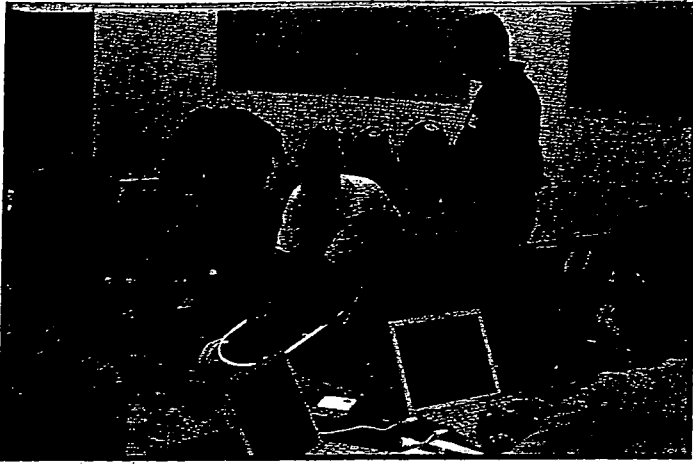
The Region V EMS Advisory Council has strongly supported the development of Quality Councils in each county and supported quality management education and implementation. Calvert County used the Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) process conducted by the State EMS Medical Director and the Region V Administrator to revamp its volunteer Advanced Life Support System to include Paramedic Early Intervention Program and the addition of more volunteer support staff to County government. The Region V Administrator also participated in the Emergency Response Technician Task Force conducted by the Prince George's County Fire EMS Department.

Bioterrorism/WMD planning has been a major focal point of efforts throughout the Region. Both Montgomery County hospitals and health care facilities and those in Prince George's County have entered into a Memorandum of Understanding (MOU) to cover resource sharing during emergencies, and those groups have provided models for a statewide agreement. Federal, state, and local funds have been utilized to

improve response capability: "fit testing" for breathing apparatus, purchase and distribution of personal protective equipment (PPE) and Mark 1 kits, mass casualty units, and increased capacity for syndromic surveillance through the adoption of the Electronic Maryland Ambulance Information System (EMAIS). The Region is also working closely with the National Capital Region through the Metropolitan Washington Council of Governments to improve metropolitan area response. A variety of tabletop exercises and drills have been conducted throughout the Region and two Bioterrorism/WMD Forums, including EMS, Emergency Management, Hospitals, and Health Department personnel were conducted, the second in conjunction with the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

The Region V Administrator participated in the distribution of Chempacks throughout the Region and developed the original protocol. Regional staff was also involved with pre-planning for both the Presidential Inaugural and the Iraqi Election held in Prince George's County. This involved coordinating pre-placement of Federal disaster resources, coordination of hospital preparedness with incident commanders, the Maryland Department of Health & Mental Hygiene, and MIEMSS.

Region V staff regularly meet with the Montgomery County EMS Advisory Council, the Calvert County EMS Advisory Council, the Charles County EMS Association, the Charles County EMS Chiefs, the St. Mary's County Ambulance and Rescue Association, the Prince George's County Firemen's Association, the Southern Maryland Firemen's Association, the Prince George's County Health Care Coalition, the Montgomery County Health Care Collaborative, the Metropolitan Washington Council of Governments EMS Sub-Committee, the NCR Planning Committee, Prince George's County SAFE KIDS, Maryland SAFE KIDS, the Emergency Education Council of Region V, Inc, and the Region V EMS Advisory Council.



STATE OFFICE OF COMMERCIAL AMBULANCE LICENSING AND REGULATION

Mission: To provide leadership and direction regarding the commercial (private) ambulance industry in Maryland to protect the health, safety, and welfare of persons utilizing these services. This includes the development and modification of statewide requirements for commercial ambulance services and vehicles and the uniform and equitable regulation of the commercial ambulance industry throughout Maryland.

Operating statistics:

SOCALR conducted—

- 244 annual licensing inspections during June 2005
- 26 vehicle addition inspections
- 22 license transfer inspections
- 98 routine compliance inspections
- 13 complaint investigations

SOCALR issued—

- 111 semi-annual vehicle licenses during December 2004
- 33 ground ambulance service licenses
- 2 air ambulance service licenses
- 26 authorizations for temporary vehicle upgrades
- 9 vehicle license suspensions resulting from compliance inspections
- 1 notice of non-compliance resulting from a complaint

Reported commercial ambulance transports:

Ground ambulance transports:	191,010
BLS	165,000
ALS	24,900
Neonatal	1,110
Commercial air transports:	3,500

FY 2005 marked the twelfth year of operation for the State Office of Commercial Ambulance Licensing and Regulation. In addition to carrying out its mission of ensuring patient and provider health, safety, and welfare, the Office continued its efforts to optimize commercial EMS' efficiency and effectiveness of care in order to maintain alignment with MIEMSS' statewide vision for the EMS system.

Overall, the status of the commercial ambulance industry during FY 2005 can be described as one of "steady state." Following the turmoil and reorganization of FY 2004, the number of services remained constant at 35. There was modest growth in the number of vehicles from 254 overall to 261, a 2.7% aggregate increase. Within the vehicle categories, ALS vehicles dropped in number from 116 to 103, while BLS vehicles increased in number from 131 to 149. This 13.7% increase balanced the 11.2% loss in the ALS category. Transport volumes remained relatively unchanged.

In addition to the activities described above, the Office continued progress on two core functions and began a third. The Office promulgated air ambulance regulations and implemented them during the last half of the fiscal year. In addition to the licensing and reporting functions, office staff participated in the aeromedical directors' meetings organized by Dr. Douglas Floccare. Progress also continued on applying the Specialty Care Transport regulations, the intent of which is to establish a cadre of specially prepared paramedics and a protocol allowing them to transport critically ill patients who meet rigid criteria. Finally, in accordance with State Government Article, §§10-130-10-139, Annotated Code of Maryland, the Office began planning the regulatory review of COMAR 30.09 required by Executive Order 01.01.2003.20. Each State agency must review its regulations every eight years to determine whether the regulations continue to be relevant and necessary for the public interest.

Progress similarly continued on two long-term initiatives assigned to the office under the EMS Plan. First, staff sought input on the many aspects of ambulance safety from national organizations and agencies such as the Federal Interagency Committee on EMS (FICEMS) ambulance safety subcommittee, the Center for Disease Control's National Institute of Occupational Safety and

Health (CDC/NIOSH) and ASTM International, originally known as the American Society for Testing and Materials (ASTM). These subject matter experts were instrumental in focusing efforts of office staff to mitigate hazards faced by patients and providers in commercial EMS. In response to requests from several MIEMSS Regional Administrators, office staff advised on specific elements of the Voluntary Ambulance Inspection Program (VAIP) inspection process, resulting in the consideration of several promising practices by the revision committee.

SOCALR personnel continued working to facilitate commercial EMS' contribution to disaster response. Office staff participated on the MIEMSS Field Operations Support Team, facilitating commercial ambulance involvement and direct SOCALR support in four Region III disaster response exercises. Commercial ambulance services also participated in disaster response exercises outside of Region III, even without direct SOCALR support. Feedback from these exercises

has been promising, and SOCALR continues to refine its procedures to increase bottom-line effectiveness. FY 2005 culminated with an invitation for the Commercial Ambulance Service Advisory Council (CASAC) to provide a representative to the Governor's Emergency Management Advisory Council's Health and Medical Subcommittee EMS focus group.

In summary, this was a year marked by progress. SOCALR looks forward to maintaining its momentum. First, it will conduct the regulatory review, thereby ensuring that the commercial ambulance regulations remain relevant and reflective of state-of-the-art practices in interfacility transport. It will also continue to advocate for and contribute to the creation of objective, rigorously reviewed, and scientifically valid standards for patient and provider protection, within the context of high-quality commercial EMS operations. Finally, it will continue to support the role of commercial EMS in disaster response when requested by jurisdictions.

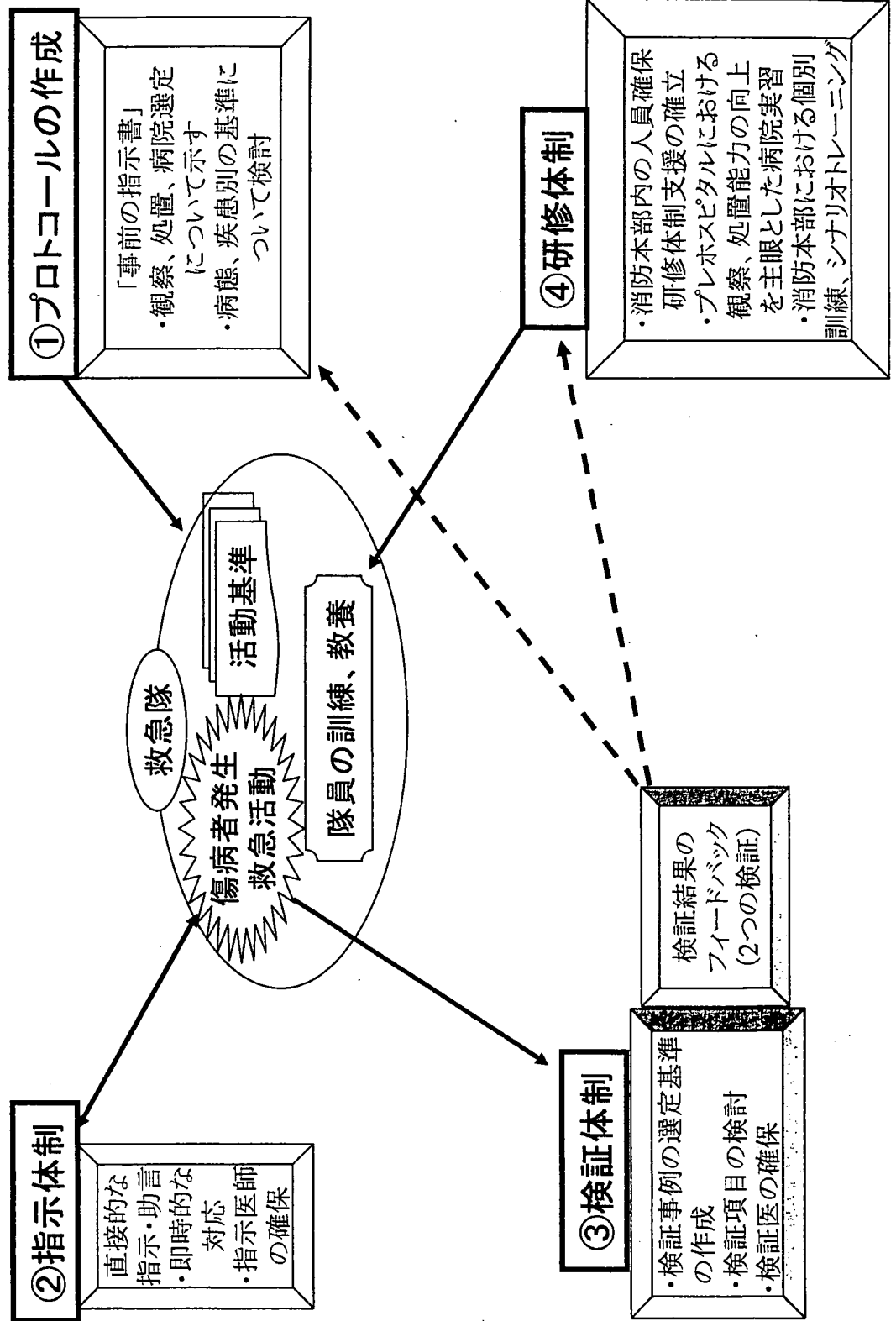


メディカルコントロール体制

～救急活動の質を保証する体制～

MC体制の4本柱

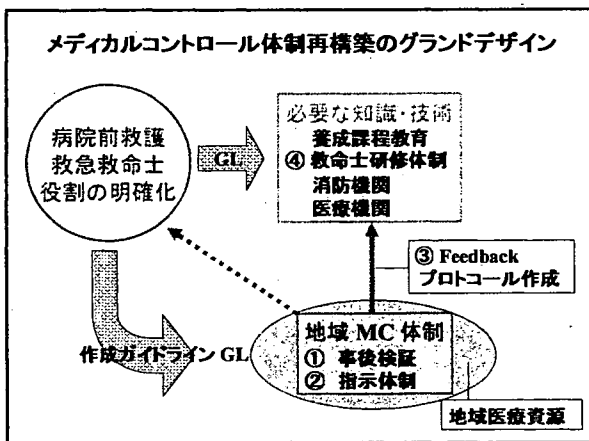
各柱における
課題、検討事項



メディカルコントロール体制の再構築

救急救命九州研修所
郡山一明

メディカルコントロール体制再構築のグランドデザイン



救急救命士の役割の明確化

— 私たちは救急救命士に何を担ってもらいたいのか —

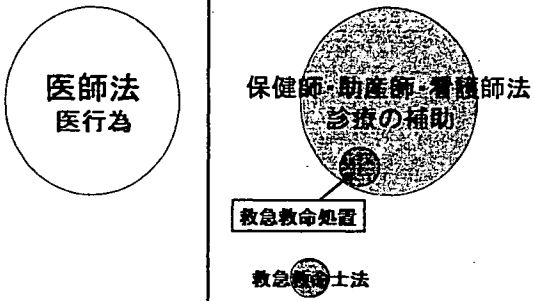
- ・ 現行の法体系
- ・ 病院前救護の役割、医療機関の役割

救急救命士の業務

救急救命処置とは

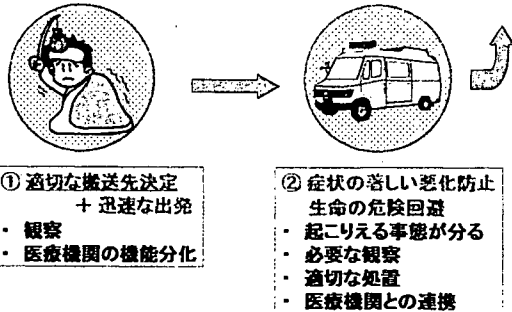
その症状が著しく悪化するおそれがあり、
又はその生命が危険な状態にある傷病者が
病院又は診療所に搬送されるまでの間に、
当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、
心拍の再開その他の処置であって、(中略)
生命の危険を回避するために緊急に必要なもの

医療における救急救命士の位置付け



病院前救護で救急救命士が担う役割

ミニドクターにあらず!! 医学的に質の高い「搬送」



GL1 大前提:救急救命処置の世界標準ができる
(JRCO)の対応

- ・ 急性冠症候群
- ・ 急性脳卒中
- ・ 低体温
- ・ 溺水
- ・ 致死的喘息
- ・ アナフィラキシー
- ・ 外傷に合併した心停止
- ・ 妊娠に合併した心停止
- ・ 電撃症

GL2 適切な搬送先が決定できる

— 施設・技術的に対応可能・予備化している施設・機関 —



心筋梗塞
PTCA



早期胎盤剥離
切迫流産
産婦人科総合対応



脳梗塞
線溶療法
脳出血
手術



多発外傷
外傷総合対応



急性腹症
手術



小児総合

これ以外はまずは二次救急医療機関で対応可能

GL3 必要最小限の対応で現場離脱できる

例 心筋梗塞



救急救命士

- 病院選定に必要な事項
- ・ 症状
 - ・ 低心拍出量
 - ・ 鬱血
 - ・ 異常心電図



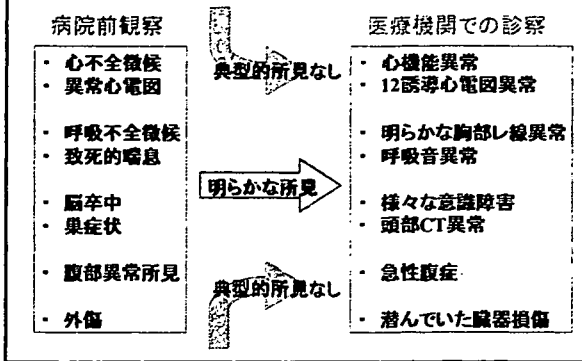
医療機関

- 治療に必要な事項
- ・ 低心拍出量
 - ・ 鬱血
 - ・ 左心系か右心系か
 - ・ 正確な障害部位

「どれか」あれば
心臓対応施設へ「出発！」

「全て」の情報が必要

GL4 医療機関での結果もフィードバックされる(例)



地域MC体制のあり方

① 事後検証 どのような事例を？

- 1 CPA
- 2 重症例(世界標準が含まれる)
 - (1) 救急隊が重症と判断したもの
 - (2) 医療機関が重症と判断したもの
- 3 救急隊から指導・助言要請があったもの

+

- 4 適切な搬送先決定が必要なもの

GL から抽出された具体的疾患・病態

- ・ 急性冠症候群
- ・ 急性脳卒中
- ・ 致命的喘息
- ・ 急性腹症
- ・ アナフィラキシー
- ・ 低体温
- ・ 多発外傷
- ・ 産婦人科救急
- ・ 小児科救急
- ・ 溺水
- ・ 指導、助言要請事例
- ・ 心肺停止事例

② 指示体制 医療側の体制や如何

- 1 各医療機関のインフラ整備状況
- 2 指示内容の質の担保
 - (1) 医療機関と消防本部での検討会開催
 - (2) 医療機関同士での症例検討会

③ プロトコール作成

- 1 どのような疾患を ⇒ 事後検証疾患が基本
 - ・ 治療が施設、技術的に機能分化・重点化している疾患
 - ・ 救急救命処置の世界標準となっている疾患
 - ・ 検証することが少ない重症疾患
- 2 どのような内容で
 - ・ 数値による識別ではなく病態による識別
 - ・ 病院選定、救急車内での継続観察、処置を明確に分ける
 - ・ あくまで観察、処置のサポート

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書
平成16年3月 財団法人 救急振興財団

- 傷病者重症度分類
- 症状別重症度・緊急度判断基準 10項目
- 処置に関するプロトコール 26項目

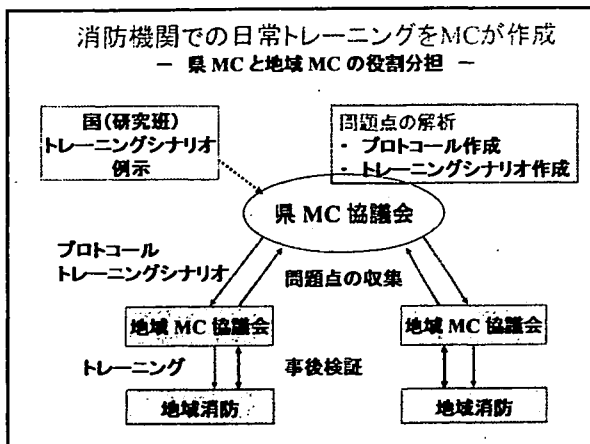
必要な知識・技術

④ 救命士研修体制

④ 救命士研修体制

「128 時間以上の病院実習」⇒ 再構築

- ・ 消防機関でのトレーニング
検証によって導き出された問題点を
プログラム化してフィードバック
シナリオトレーニングによる日常対応の訓練
トレーニングモデルを用いた特定行為等の訓練
- ・ 医療機関での実習
観察能力の向上に特化 実習ガイドラインの見直し



病院実習のガイドラインの見直し
 “医療行為の気分ではなく、救急救命士としての観察能力、処置能力向上”

<p>○ 救急初療室 搬送途中での観察、報告 処置能力の向上 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 結果的に医療機関が必要とした情報 ・ 救急救命処置 	<p>○ 集中治療室 異常所見の観察能力向上 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 呼吸音 ・ ラ音、左右差 ・ 握雪感 ・ 腹膜炎の所見
---	---

メディカルコントロール

- メディカルコントロール体制の確立が救急救命士の業務拡大の前提
- 24時間の医師からの指示・指導体制、教育・研修体制、事前事後のメディカルコントロール体制の整備を早急に図っていくことが必要。
- メディカルコントロール体制の構築には、地域における医療関係者の幅広い参画と協力が不可欠

15

MC体制のアンケート

平成16年度厚生労働科学研究費補助金
「メディカルコントロールの実態と評価に関する研究」

平成16年5月31日時点の調査
全国260MC協議会に調査依頼
有効回答率 89%

16

MCの現状1

- プロトコル
 - プロトコル未作成 10%
 - 検証医に周知せず 30%
 - オンラインコントロール医に周知せず 23%
- オンラインMC
 - 全地域かつ24時間対応 約80%
 - 医師の対応に改善の余地がある 14%

17

MCの現状2

- 事後検証
 - 実施 95%
 - 救急科専門医の関与なし 54%
 - 検証のフィードバックなし 4%
 - 検証の予算なし 25%
- 再教育
 - 実習実施せず 約10%
 - 事後検証や業務内容反映せず 32%
 - 自己負担 14%

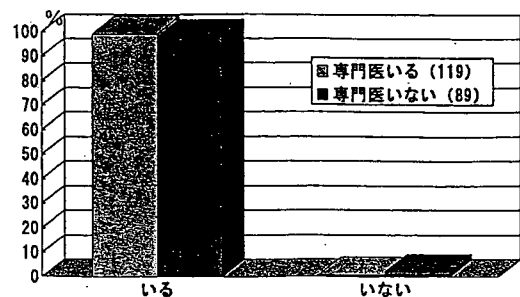
18

MC検証への救急科専門医が関与

- 救急科専門医と回答したMCの数: 119
- 救急科専門医がいないと回答したMCの数: 89
- 無回答または不明: 52

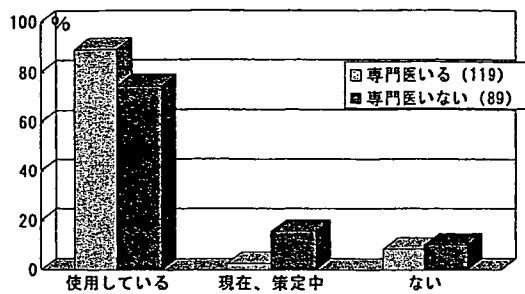
19

検証を行っているか？



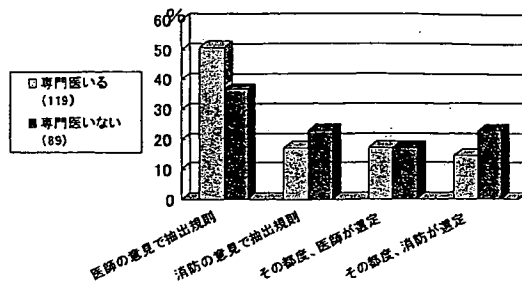
20

プロトコルの使用



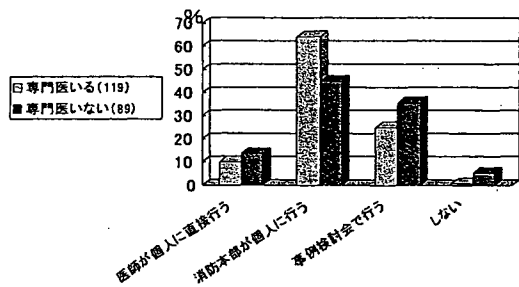
21

検証事例の抽出方法



22

検証結果のフィードバック



23

厚生労働科学研究費補助金「救急医療評価スタンダードとスコアリングガイドラインを利用したベンチマーキングに関する研究」(坂本班) 概要

1. 背景

- ・ 救急医療に関しては、三位一体の改革に伴い、救命救急センターへの補助金のあり方が検討されている。
- ・ また、平成11年から救命救急センターの評価を行っているところであるが、現在97.7%の救命救急センターが最高の評価を得ている現状も踏まえ、評価方法の改善を検討する必要がある。
- ・ 一方、医師需給の検討会などで、救急科専門医など救急医療に携わる医師の不足が問題となっている。
- ・ 初期、二次救急医療体制については、現場の混乱を避ける意味でも、救急告示病院も含め概念を整理する必要がある。
- ・ また、近年メディカルコントロール体制の整備、AED普及啓発事業など、病院前救護についての事業が展開されているが、その評価が確立しておらず地域による達成度にばらつきがあることが指摘されている。
- ・ これらの問題を踏まえ今後の救急医療体制のあり方を検討し、今後の改善を図る必要がある。

2. 研究内容

- ・ 想定されるニーズについての分析
 - 人口毎の傷病の発生：傷病種別、重傷度別
- ・ ニーズに対応した救急医療提供体制のあり方についての提示
 - 標準的な救命救急センターの機能と体制の提示
 - 標準的な二次救急医療施設の機能と体制の提示
- ・ 実現性についての検討
 - 医療従事者の確保
 - アクセスの検討
 - 関係者の納得
 - 継続性

3. 提言

- ・ 救命救急センターの評価指標と最低限の数値目標の提示
- ・ 二次救急医療施設の評価指標と最低限の数値目標の提示
- ・ この数値目標の達成のために、告示病院の規定の改正、救命救急センターの評価指標の改善について提言する。

4. 今後の予定

- ・ 班会議 (9月26日、10月6日)
- ・ 関係学会 (救急医学会など)、関係団体に根回し (10月中旬めど)
- ・ 検討会にてオーソライズ (11月)

「坂本班」中間報告書骨子

1. 基本的な考え方

- (ア) ニーズに対応した救急医療提供体制
- (イ) 現在のリソースから達成可能な救急医療提供体制
- (ウ) 重篤患者の集約による医療の質の向上
- (エ) アクセスビリティの担保
- (オ) 労働環境を勘案した救急科専門医の役割の確定
- (カ) あるべき救急医療体制に基づいた整備すべき資源の確定
- (キ) あるべき救急医療体制に向けた政策誘導（計画、評価、保険等）

2. 救急医療のニーズの確認

- (ア) 重篤救急患者の発生
 - ・ 人口 80 万人あたり 1 日の重篤患者数：6.5 人（患者調査より）
 - ・ 疾病の内訳
 - 消防ベース：CPA0.5、急病 3（心臓疾患 0.5、脳卒中 1）、外傷 1、その他 2
 - 救命救急センター実績ベース：CPA1、心臓大血管疾患 1.5、脳卒中 1.5、その他内因性疾患 1.2、外傷 0.8、中毒 0.5
 - ・ 外傷緊急手術：胸腹部 0.075、頭部 0.15

※ 手術数（帝京の救命救急センターにおける手術を行う割合より按分）
- (イ) 重篤患者の救命救急センターへの集中
 - ・ 1 日約 1000 人のうち救命救急センター入院 450 人
 - ・ 各県毎の集中度：アクセスの悪い地域（北海道など）の集中度が必ずしも低くない。（死亡の集中度 59%）
- (ウ) 救命救急センターのカバーする人口
 - ・ 10 万人台から 150 万人以上まで幅広く分布。
 - ・ 30-40 万人と 80 万人にピークがある。
- (エ) 救急科専門医の状況
 - ・ 救急専門医：約 3000 人（救命救急センター勤務 734 人、年間 150 人増加）
 - ・ 救命救急センターあたりの医師数
 - 救命救急センター専従医師：9.12 人（1587 人）
 - 救命救急センター専従救急科専門医：4.22 人（734 人）
 - ・ 60 機関（34%）は救急科専門医が 2 人以下

3. 救命救急センターの役割と機能

- (ア) 病院前救護の質の担保
 - 地域の救急隊等へのメディカルコントロール
 - 地域の一般市民、企業への心肺蘇生法（AEDを含む）普及
- (イ) 地域における救急医療（初期、二次、小児）の診療の質の管理
- (ウ) 地域で発生する重篤救急患者の初療
- (エ) 院内の専門科と連携した重篤救急患者の集中治療、高度医療（緊急手術、処置）
 - 緊急性の高い心疾患・脳卒中の診療・手術・集中治療
 - 外傷の診療・手術・集中治療（最重篤例をのぞく）
 - その他重篤患者の集中治療
- (オ) 研修医、救急救命士等に対する教育研修
- (カ) 災害医療

4. 救命救急センターの類型化とその体制

- (ア) 救命救急センター（人口 80-100 万人、1 日重篤患者 6. 5 人）
 - ・ 人員
 - 専従救急科専門医 6（指導医 2） ローテーションで初療を担当
 - 各科からの専従医 5 名 初療、集中治療、手術の介助など
※循環器専門医、脳神経専門医の配置
 - 集中治療医 3 ICU管理を担当、日勤対応が基本
 - 救急患者の初期診療に責任を持つ看護師の配置
 - ・ 設備等
 - 重篤患者の集中治療のためのベッド、設備の確保
 - 重篤患者の緊急処置、手術のための設備の確保
 - 必要な検査が行える体制
- (イ) 高度救命救急センター（人口 240 万人）
 - ・ 目的：以下の機能について集約化を図る
 - 最重篤例の外傷の診療・手術・集中治療
 - 重篤熱傷の診療・手術・集中治療、リハビリ
 - 地域中毒センター（分析も含む）としての機能
 - 小児集中治療の機能
- (ウ) 新型救命救急センター（人口 30-50 万人、1 日重篤患者 3. 25 人）
 - ・ 目的：救命救急センターへのアクセスの悪いところに設置し、重篤な救急患者の初期診療にアクセスできる時間を低下させる。

- ・ 期待される患者数に応じて以下のような必要人員となる
 - 専従救急科専門医 5 (指導医 1) ローテーションで初療を担当
 - 兼任医 5 オンコール対応
 - 集中治療医 2 ICU管理を担当、日勤対応が基本

5. 二次医療機関の役割と機能

- (ア) 救命救急センター、初期医療機関と連携し地域の救急医療体制を構築する。
- (イ) 地域で発生する救急患者の初期診療
- (ウ) 重症患者の入院治療
- (エ) 対応可能な高度医療（緊急手術、処置）の提供
- (オ) 対応困難な高度医療（緊急手術、処置）を要する患者の選別と救命救急センターへの転送
- (カ) 救急救命士等に対する教育研修
- (キ) 災害医療

6. 二次医療機関の体制について

- (ア) 二次医療機関（人口5万人に1カ所、1日入院患者2.5人）
 - ・ 人員
 - 救急患者の初期診療に責任を持つ医師（救急科専門医）、看護師（救急認定看護師）をおくこと
 - 院内に救急患者の初期診療に対応可能な医師を配置する。
 - 常時、救急患者の初期診療に対応可能な看護師を配置する。
 - ・ 設備など
 - 常時、必要な検査を行う体制がある。
 - 常時入院可能な病床の確保。

7. 実現可能性について

- (ア) 医師の確保について
 - ・ 救急科専門医
 - 救命救急センターに約1000人必要（現状774人）
 - 二次病院に1名おくと2400人
 - 現在の救急科専門医は2234人（認定医313人）
 - ・ 循環器、脳神経などの専門医
 - 多くの救命救急センターは総合病院におかれているので、院内

でのこれらの専門医との連携は可能である。

(イ) 継続性について

- ・ 人材育成
 - 研修医の教育を通じた養成
 - 救命救急センター専従専門医以外の専従医の枠を活用
- ・ 定着の労働条件の担保
 - 労働基準法に基づく労働時間の適正化
 - 救命救急センターにおける当直の廃止

8. 評価について

(ア) 救急医療機関としての資格を問う：最低限の評価指標の提示

- ・ 構造：人員、機材
- ・ 課程：連携、研修
- ・ 結果：搬送、治療

(イ) 救急医療機関としての機能、成果を問う：更に詳細な評価指標の提示の必要性

平成17年度厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業
「救急医療評価スタンダードとスコアリングガイドラインを利用したベンチマ
ーキングに関する研究」中間報告書（案）

2005. 10. 9

主任研究者

帝京大学医学部救命救急センター

坂本 哲也

分担研究者

昭和大学医学部救急医学

有賀 徹

聖学院大学総合研究所医療管理学

郡司 篤晃

慶応義塾大学医学部救急医学

堀 進悟

聖マリアンナ医科大学救急医学

箕輪 良行

白鬚橋病院

石原 哲

研究協力者

国立災害医療センター救命救急センター

大友 康裕

杏林大学高度救命救急センター

山口 芳裕

順天堂大学医学部救急・災害医学教室

奥村 徹

日本医科大学高度救命救急センター

小井 土雄一

日本医科大学多摩永山病院救命救急センター

島田 靖