

「救急医療体制の今後のあり方と評価方法について」

1. はじめに

わが国の救急医療体制の整備は昭和 39 年に当時の厚生省から出された「救急告示病院等を定める省令」によって始まった。その後、昭和 52 年に「救急医療対策事業実施要項」が発表され、この要項で示された初期救急医療体制、第二次救急医療体制、そして第三次救急医療体制からなる救急医療体制の階層化および、第三次救急医療体制の中核を担う施設としての救命救急センターの定義は現在まで改訂されながらも継続している。その後、平成 9 年に「救急医療体制基本問題検討会」から報告書が出され、二次医療圏における救急医療体制の完結、救急医療体制の一元化、大学病院における救命救急センター機能の確保、ヘリコプターを活用した広域搬送の推進、救命救急センターの再評価とランクづけ等が提言されている。

一方、わが国の救急医療の需要は年々増加し、昭和 38 年に日本全国で 215,004 人であった救急搬送人員数は、平成元年には 2,468,239 人、平成 15 年には 4,577,403 人となっている。また、救急患者の原因疾患は昭和 41 年には急病 38.9%、交通事故または一般負傷が合わせて 42.5%と外傷が疾病より多かったのに対し、平成 15 年は急病が 58.4%、交通事故または一般負傷が合わせて 26.4%と比率が逆転している。

このように、国民の高齢化などにより疾病構造が変化し、救急医療の需要が質、量ともに変化しつつあることを鑑みて、将来を見通した救急医療体制の今後のあり方について検討する必要がある。

2. 基本的考え方

救急医療体制の今後のあり方について検討するためには、まず現在および将来の救急医療ニーズを具体的に分析し、これに対応できることを目標とする必要がある。また、救急医療体制を確立するためには医療施設や救急科専門医などのリソースが必要となる。現在のリソースから達成可能な目標を経時的に示していく必要がある。

救急医療の質を担保していくためには、一定数以上の重症患者を集約することを前提とした救急医療体制を構築し、重症度・緊急度によって医療機関が選択できる体制とすべきである。一方で、救急医療機関へのアクセスが阻害されないように配慮する必要がある。

現在の救急医療体制は、労働環境の厳しい当直体制によって維持されている場合が多い。長期的に継続可能な救急医療体制として、交代勤務制などの労働環境を勘案した上で、救急科専門医の役割を明確にしてその確保に努めるべきである。

こうしたことを踏まえると、救急医療体制の今後のあり方に基づいて救急医療機関および地域救急医療体制の新たな評価方法を策定する必要がある。新たな評価方法については、救命救急センター内で行われる診療のみを評価するのではなく、救命救急センターを有する医療機関において全診療科の協力の下で、どのように重症救急患者に提供されているのかという医療の質を評価していくことが重要である。

3. 救急医療ニーズとリソースの現状

救命救急センターは人口100万人に1施設の割合で概ね30床の専用病床を有する施設として整備されてきた。平成17年7月1日現在で、全国に186施設の救命救急センター（内高度救命救急センター17施設、新型救命救急センター9施設）が認可されている。平成15年の日本総人口が127,619,000人であるから、平均すると人口約70万人に1施設まで整備されたことになる。救命救急センターのカバーする医療圏別の人口は50万人未満の救命救急センターが29%、50～80万人が29%、80～110万人が28%、110万人以上が14%であり、80万人台が20%ともっとも多い。標準的な規模として80万人の医療圏を持つ救命救急センターを典型例として以下の試算を行う。

人口80万人あたりの1日の重症患者発生数は患者調査より約6.5人程度と推定される。重症患者の疾病の内訳は、総務省消防庁の救急自動車による急病に係わる疾病分類別搬送人員数および厚生労働省の救命救急センター実績調査に基づく、1日あたり病院外心肺停止0.5～1人、心大血管疾患0.5～1.5人、脳卒中1～1.5人、その他の内因性疾患1.2～1.5人、外傷0.8～1人、中毒およびその他の外因性疾患0.5～2人程度と推定される。

一方、厚生労働省の救命救急センター実績調査によると救命救急センターで入院治療を必要とする重症患者は年間164,108人であり、病院到着時に重症と判断された傷病者481,059人の内、約34.1%の患者が救命救急センターに入院していると推定される。なお、各都道府県別に分析すると、救命救急センターのカバーする面積が広い地域（例えば北海道など）において救命救急センター

への入院率が低い傾向はみられない。

また、同調査によれば救命救急センターの専任医師数は平均 9.12 人であり、内、救急科専門医は 4.22 人であった。しかし、救急科専門医の数が 2 人以下の救命救急センターもいまだ 60 施設存在している。

平成 11 年から厚生労働省は救命救急センターの充実段階の評価を行っているが、救命救急センターの構造（ストラクチャー）を主たる評価対象とした同評価は、毎年充実度 A と最高の評価を受ける施設の割合が増加し、平成 16 年度は 174 施設中、170 施設（97.7%）が充実度 A の評価となっている現状を踏まえ、評価方法の改善が望まれている。

4. 救命救急センターの役割と機能

このような現状を踏まえ、救急救命センターの役割、機能として以下のものを挙げる。

- 救命救急センターは当該地域においてメディカルコントロール体制の要（かなめ）として機能し、救急救命士および救急隊員に対するオンラインおよびオフラインメディカルコントロールによって地域の病院前救護の質を担保することが必要となる。同時に地域の一般市民、企業への心肺蘇生法（AEDを含む）普及等を通じて、救急疾患への対応、事故の予防や救急通報前の対応を含めた救急医療体制の改善に努める必要があること。
- 救命救急センターは地域における他の救急医療機関（初期救急医療機関、入院機能を要する救急医療機関、小児救急医療機関）との連携により、地域全体の救急医療の質を管理するべきである。地域の初期救急医療機関や入院機能を要する救急医療機関、消防機関、行政等との連携体制を構築して、そこで合意された救命救急センターの役割が地域の医療計画に明示される必要があること。
- 救命救急センターを有する医療機関は地域で発生する重篤救急患者の診療に責任を持つ必要がある。重篤救急患者の初期診療は救命救急センターの専従救急科専門医の役割として特に重要である。救命救急センターにおいても、外傷の初期診療のみでなく、疾病構造の変化に対応して心疾患や脳卒中を含む内因性疾患による重篤救急患者の初期診療をより重視して行くべきである。緊急性の高い心疾患や脳卒中などの内因性疾患は、病院前において必ずしも重篤と判断されず、自力で救急外来を受診する患者も

多い。すべての重篤救急患者に適切な初期診療を提供するためには、救命救急センターを有する医療機関を受診するすべての救急患者に対して、救命救急センターの専従医が診療を行うか、もしくはプロトコールの作成および教育や診療の検証により初期診療の質を管理する必要があること。

- 緊急性の高い心疾患や脳卒中などの内因性疾患に対して、救命救急センターを有する病院は初期診療のみでなく高度専門医療（緊急手術、処置等）や集中治療を提供できる体制を確保する必要がある。高度専門医療は救命救急センターの専従医のみによって行われる必要はなく、病院内の循環器や脳神経の専門科と連携して患者にとって最適の医療を提供すべきであること。
- 重篤な外傷に対しても、救命救急センターを有する病院は初期診療のみでなく緊急手術、集中治療を提供できる体制を確保する必要がある。救命救急センターは脳神経外科、整形外科領域が主たる損傷である重症外傷については 24 時間体制で緊急手術に対応すべきである。この際、救命救急センターの専従医のみによって手術が行われる必要はなく、病院内の専門科と連携して専門的な治療が迅速に行われればよい。外科領域の体幹部の損傷などを合併する最重症例は、救命救急センターにおいて適切な初期診療を受けた上で、即時手術が困難であれば、高度救命救急センターに搬送して緊急手術を受けられる体制を構築する必要がある。受傷現場で上記が考慮される場合は、直接高度救命救急センターに搬送することも考慮する必要があること。
- その他の重篤救急患者についても、救命救急センターの専従医はその初期診療だけでなく、集中治療についても責任を持つべきである。重篤救急患者の集中治療については、救命救急センターの中で初期診療を担当する専従医との役割分担が施設により考慮されても良い。
- 重篤救急患者に対する診療の質を管理するために、病院外心肺停止症例や外傷症例登録に参加することが必要となること。
- 救命救急センターは地域において救急医療に関する教育・研修の拠点となるべきである。教育・研修は臨床研修医、救急医療に従事する医師、医学部学生、看護師、救急救命士および救急隊員などを対象とする必要があること。
- 平常時に重篤救急患者に対する救急医療を提供している救命救急センタ

一は、災害発生時には災害医療の中心として機能する必要がある。そのためには、日常的に災害医療訓練を繰り返すことが必要であり、DMAT（災害派遣医療チーム）への参加が望まれること。

5. 救命救急センターの類型化とその体制

従来からの人口 100 万人程度を対象とした救命救急センター、高度救命救急センター、そして平成 15 年度から整備が始まった新型救命救急センターそれぞれの役割については今まで明確にされていなかった。高度救命救急センターについては、救命救急センターに收容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるものとされているが、上記疾患の多くに対して従来からの救命救急センター等においても治療が行われているのが実態である。また、新型救命救急センターは小型救命救急センターともいわれるように、救急医療対策実施要項を改訂し、従来は「概ね 30 床」であった専用病床の数を「概ね 10 床以上」に緩和したためにできたものである。

救急医療ニーズの変化とそれぞれの救命救急センターにおけるリソースを考慮した上で、新たな役割分担に基づく類型化と体制のあり方について提案する。

1) 救命救急センター

カバーする医療圏の人口が 80-100 万人、1 日の重篤救急患者が 6.5 人と想定する。その場合、以下のような人員、設備等が必要である。

・人員

- (1) 専従救急科専門医 6 名（内指導医 2 名）
- (2) 各科からの専従医 5 名（循環器・脳神経の専門医を含む）
- (3) 集中治療医 3 名
- (4) 救急患者の初期診療に責任を持つ看護師

・設備等

- (1) 重篤救急患者の集中治療のためのベッド、設備
- (2) 重篤救急患者の緊急処置、手術のための設備
- (3) 必要な検査が行える体制

専従救急科専門医は交代制勤務により 24 時間体制で重症救急患者の初期診療を担当する。内 2 名の指導医は臨床だけでなく、地域のメディカルコントロール体制を担保するための業務も行う。

各科からの専従医も交代制勤務により 24 時間体制で専従救急科専門医による

重篤救急患者の初期診療を補助する。従って、全ての勤務時間帯で 2 名以上の専従医が救命救急センターで勤務することになる。各科からの専従医は、重篤救急患者の初期診療だけでなく、それぞれの専門分野を生かして手術およびその補助、集中治療も行う。各科からの専従医には循環器疾患と脳神経疾患の専門医が含まれていることが望ましい。

専従集中治療医は主に日勤帯の集中治療管理を担当する。夜間の集中治療は、他の専従医の協力を得て 24 時間体制を実現する。

複数の重篤救急患者が同時に搬入された場合は、救命救急センターの専従医だけにこだわらず、救命救急センターを有する医療機関全体の医師の協力を得て診療を行う体制の確保が望まれる。

救急外来においては、救急患者の初期診療に責任を持つ看護師を配置する必要がある。この看護師は救急医療に高い専門性（救急認定看護師）を持つことが望まれ、救急外来における看護業務の質を高める役割が求められる。特に、多数の受診患者の中から緊急度の高い救急患者をトリアージする能力が重要である。

設備としては、重篤救急患者の緊急処置に対応できる救急外来、常時緊急手術が可能な手術室（血管内治療を含む）、1 日平均 6.5 人で平均在室日数 3 日間として 20 床の集中治療のためのベッドが必要となる。重篤救急患者の診療に必要な検査（血管撮影や MRI を含む）は 24 時間体制で行える必要がある。集中治療のためのベッドを円滑に運営するために十分な後方病床を持つかもしくは院内の各病棟による積極的な患者受入態勢が不可欠である。

2) 高度救命救急センター

カバーする医療圏の人口を 240 万人程度と想定し、救命救急センターの機能に加え、以下の機能について集約化を図る

- (1) 最重篤例の外傷の初期診療・手術・集中治療
- (2) 重篤熱傷の初期診療・手術・集中治療、リハビリテーション
- (3) 地域中毒センター（分析も含む）としての機能
- (4) 小児集中治療施設としての機能

3) 新型救命救急センター

医療圏の面積が広く人口が少ない地域においては、救命救急センターへのアクセスが悪いことがある。新型救命救急センターは、このような地域における重篤救急患者の初期診療を適切に行うことを目的とする。カバーする医療圏の

人口が30-50万人と想定される。

新型救命救急センターは期待される患者数に応じた人員が必要となる。専従救急科専門医と専従集中治療医の役割は救命救急センターと同様であり、同程度の人員が必要である。救命救急センターでは必要な各科からの専従医のかわりに、オンコールで対応する各科からの兼任医が専従救急科専門医による重症救急患者の初期診療を補助する。必要とする集中治療のためのベッドは救命救急センターの半分の10床である。

6. 入院機能を要する救急医療機関の役割と機能

入院機能を要する救急医療機関は、地域で必要とされる救急医療ニーズに対して貢献することが求められる。具体的には、以下の役割、機能が必要である。

- 他の入院機能を要する救急医療機関、救命救急センター、初期救急医療機関、消防機関と連携して、適切な地域救急医療体制を構築すること。
- 救急車の受入と重症患者の入院治療を行うこと。
- 対応可能な高度医療（緊急手術、処置）については可能な限り提供できることが望ましい。ただし、生命に危険の切迫している重篤救急患者や、対応困難な高度医療（緊急手術、処置）を要する患者については、初期診療においてこのような患者を選別し、状態を安定させてから、救命救急センターへ転送する体制が必要となること。
- 地域において救急救命士および救急隊員の教育・研修に貢献すること。
- 災害発生時には地域における災害医療の中心として機能する必要があること。

7. 入院機能を要する救急医療機関の体制

カバーする医療圏の人口が5万人、1日の救急入院患者が2.5人の地域における入院機能を要する救急医療機関を想定する。その場合、以下の人員、設備等が必要である。

・人員

- (1) 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）を置くこと
- (2) 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こと。
- (3) 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こと。

・設備等

(1) 常時、必要な検査を行う体制があること。

(2) 常時入院可能な病床を確保していること。

入院機能を要する救急医療機関においては救急患者の初期診療に責任を持つ医師と看護師がいることが必要である。責任を持つ医師は救急医療について相当の知識および経験を有する救急科専門医であることが望ましい。救急科専門医の指導のもとに、救急患者の初期診療に対応可能な医師を配置する必要がある。救急患者の診療にあたる医師は病院内で常時診療に従事している各科との兼任医でもよいが、24 時間体制で救急患者の診療を優先的に行える人員の確保が必要である。

救急外来において救急患者の初期診療に責任を持つ看護師は救急認定看護師であることが望ましい。救急外来には、救急患者の初期診療に対応可能な看護師を常駐させて、常に緊急度の高い救急患者をトリアージする必要がある。

設備としては、常時、必要な検査を行う体制が必要である。また、救急外来の整備とともに、救急患者が優先的に常時入院可能な病床を確保する必要がある。

8. 救命救急センター医師の確保、継続性について

救命救急センターで重篤救急患者の初期診療にあたる救急科専門医は各施設 6 名（新型救命救急センターは 5 名）が必要となる。平成 17 年 7 月 1 日現在で、全国に 186 施設の救命救急センター（17 施設の高度救命救急センターを含む）が設置されていて、内 9 施設が新型救命救急センターなので、救急科専門医が 1,107 名必要となる。一方、平成 16 年の厚生労働省による全国救命救急センター実績調査によると、救命救急センターに勤務する救急科専門医もしくは認定医は 774 名であるので、333 名不足している。救急科専門医もしくは認定医は毎年 150 名程度が新規の認定を受けているので、不足は次第に改善すると考えられる。一方で 60 施設の救命救急センターは救急科専門医が 2 名以下であり、これらの施設に救急科専門医を増やすことが急務である。

全国の入院機能を要する救急医療機関において人口 5 万人に対して救急科専門医を 1 名配置するためには、救急科専門医が約 2400 名必要となる。救命救急センター以外に勤務している救急科専門医は 1773 名なので、約 700 名の救急科専門医が不足していることになる。上記の中には、現在、救急医療に従事していない救急科専門医も含まれているので、救命救急センター等における教育・

研修により入院機能を要する救急医療機関で救急患者の初期診療に責任を持つ救急科専門医を育成することが必要である。

救命救急センターでは病院内各科からの専従医を必要とするが、この専従医が救急重篤患者の診療に専従するためには、救命救急センターを有する病院自体の救命救急センターに対する積極的な応援体制が必須となる。救命救急センターを有する病院をあげての取組が極めて重要である。救命救急センターを有する病院の多くは総合病院なので、救命救急センター以外にも循環器、脳神経などの専門医が勤務している。循環器、脳神経などの専門医を確保するためには、病院内での連携が必要となる。

新型救命救急センターの兼任医 5 名は、オンコール体制で専従救急科専門医に協力する必要がある。24 時間体制で対応するためには、最低 5 名の兼任医が必要となるが、病院内のより多くの医師が兼任医の役割を分担することも可能である。しかし、兼任医として重篤救急患者の初期診療にあたるためには、本来の所属科に関わらず、救急初期診療について十分な教育・研修を積んで、救急初期診療の質を担保する必要がある。

また、このような医師を確保していく際には、継続性も考慮する必要がある。そのためには、医療従事者が育成され、定着していくことが必要である。

人材の育成に関しては、初期臨床研修において必修化された救急研修期間および救命救急センター専従専門医以外の専従医の枠を活用した後期研修において、人材の育成をはかっていくことが望まれる。

育成された医師が定着するためには、生涯にわたり働ける環境が必須である。そのためには、救命救急センターにおいても労働基準法に基づく労働時間の適正化が必要である。救命救急センターは 24 時間体制で重篤救急患者の初期診療にあたるので、夜間や休日も昼間と同様の体制が必要となる。不測の事態に備えて待機する宿日直体制では不十分なので、交代勤務体制および適切な超過勤務によって夜間や休日に初期診療にあたる医師を確保すべきである。

9. 救急医療機関の評価について

今まで述べてきた体制を具現化するためには、適切な評価基準に基づいた法制整備、政策誘導が必要である。評価に関しては、救急医療機関としての資格を問うことを目的とした最低基準に基づく評価と救急医療機関のあるべき姿を見据えた上での救急医療機関の機能についての評価が考えられる。

今回は中間報告としてまず前者の救急医療機関が満たすべき最低限の基準について、別紙のように提示する。

今後は、更に研究を進め、後者の救急医療機関の機能についての評価指標を検討し、提示していく必要がある。

救急医療を担う医療機関の種類ごとの評価基準（案）

救命救急センター

1. 構造

（人員）

- ・ 救命救急医療について高度な知識及び経験を有する救急医が24時間365日常時診療に従事していること。
- ・ 院内の循環器、脳神経の専門医との連携があること。
- ・ 労働基準法上の宿日直の許可を得ることはできないこと。

（設備）

- ・ 高度な救命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。
- ・ 重篤患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）

- ・ 初期救急医療機関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。
- ・ メディカルコントロール協議会において中心的な役割を担っている。

（研修）

- ・ 臨床研修医師を年間4人以上受け入れていること。
- ・ 救急救命士の臨床での研修を年間120人日以上受け入れていること。

3. 結果

（搬送）

- ・ 重篤の救急患者の搬送を断らないこと。

（治療）

- ・ 重篤患者を年間365名以上受け入れていること。

入院機能を要する救急医療機関

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救急医が病院内で常時診療に

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。
- ・ 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？			
再教育機関	検討会報告書	委員会報告書	ガイドライン
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

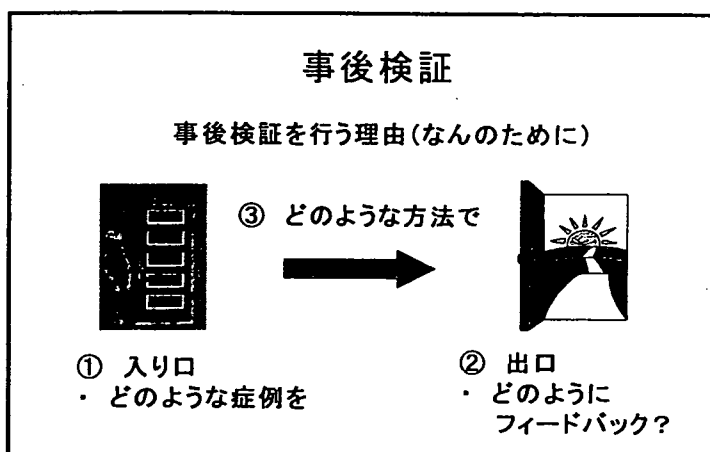
- ・ 地域較差は「フィードバック」の定義の捉え方の違いかもしれない
- ・ 医療機関と消防本部単位でシステム化されたディスカッションをもう少し行っていくべき
- ・ 統一されたプロトコールが必要
- ・ プロトコールが本当に必要なのか？
- ・ プロトコールは基本的なことを示す程度でなるべく少なくしたい
- ・ 指示、指導、助言から得られた問題点をもとにプロトコールを作成すべき

⇒ 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
- ・ プロトコー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