

高齢化による医療・介護への影響

- 受け皿となる慢性期の医療と介護の充実が進まなければ、急性期病院の病床確保が困難となり、救急医療は麻痺的状况に陥る可能性がある。
- 急性期医療が麻痺すれば、慢性期/在宅医療・介護を、安心して遂行できない。
- 急性期医療と在宅医療・介護は表裏一体となり、循環型・連携型の社会システムの構築が不可欠となる。

地域包括ケアシステムの構築

5つの視点

- ①医療と介護の連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④多様な生活支援サービスの確保
- ⑤高齢者住まいの整備

2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム**の構築を実現していきます。 (厚生労働省老健局)

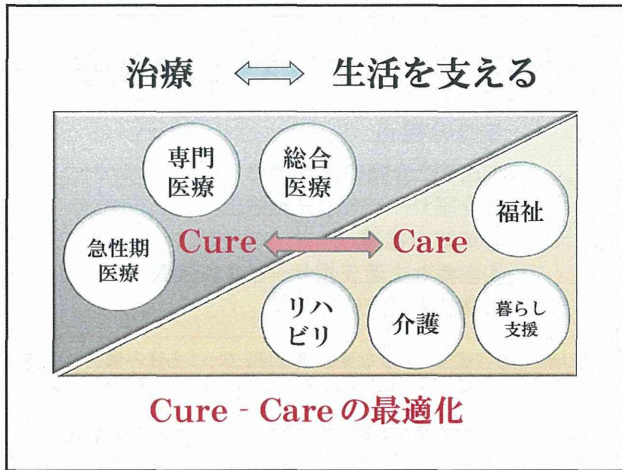
病床機能報告制度

- 高度急性期機能
- 急性期機能
- 回復期機能
- 慢性期機能 2014年10月

・対象：一般病床及び療養病床
・病棟単位
・都道府県に報告
・地域医療ビジョン策定

救急医療機関の新たな動き

- 地域包括ケア病棟導入
- 亜急性期リハビリテーション病棟の導入
- 緩和ケア病棟の導入
- ケアミックス型の医療福祉施設への転換
- 急性期病院から在宅医療の依頼急増
- 急性期病院と地域/在宅医療との連携



地域包括ケアシステムにおける医療と介護

● 患者一人一人に支援チームを組織

- ・「かかりつけ医」「在宅医」「専門医」
- ・訪問看護ステーション: 看護師
- ・調剤薬局: 薬剤師
- ・訪問リハビリテーション: 理学/作業療法士
- ・通所リハビリテーション/通所介護
- ・地域包括支援センター
- ・居宅介護支援事業所: 介護支援専門員
- ・訪問介護ステーション: 介護福祉士/介護士
- ・福祉・介護用品サービス業者等

講演の内容

- 湘南メディケアグループの挑戦
- 地域包括ケアの時代背景
- 地域包括ケアにおける
救急医療と在宅医療の在り方

救急医療体制の整備

- 初期一二次三次の救急医療施設の整備
- 現場出動型救急医療の整備
ドクターヘリ・消防防災ヘリ・ドクターカー
- AEDを活用したPADシステムの整備
- メディカルコントロール体制の構築
- 標準化教育プログラムの開発・普及
- 臨床研修医制度: 救急医療研修の義務化
- 集団災害対策の強化: DMAT/JMATの整備

救急搬送・受入れ困難事例の多発

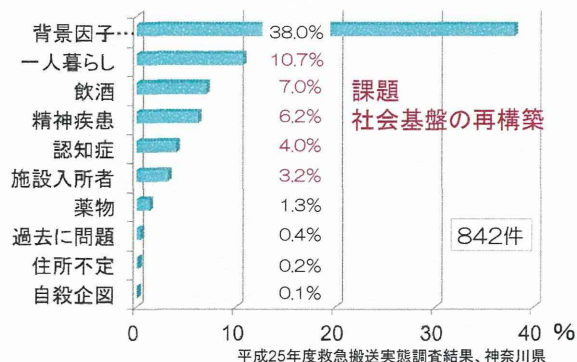
救急搬送・受入れ困難事例の発生率

2013年11月25日～12月2日 1週間

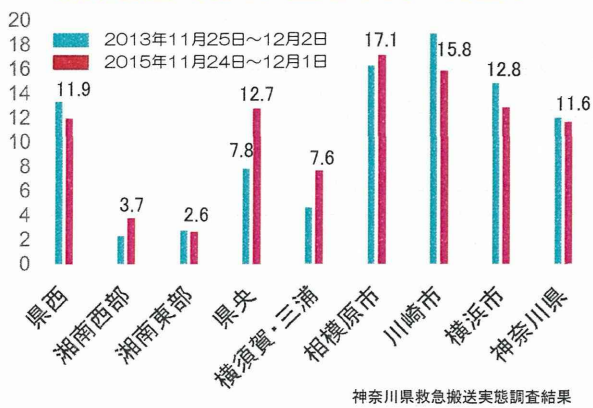


救急搬送・受入れ困難事例(背景因子)

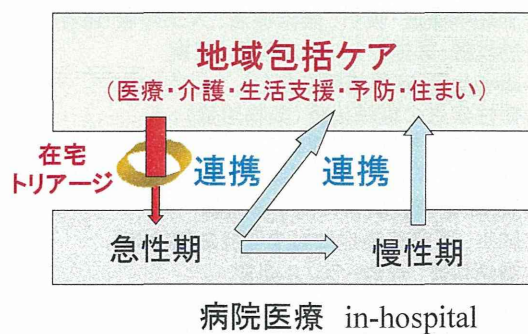
2013年11月25日～12月2日 1週間



救急搬送・受入れ困難事例の発生率



改革～地域包括ケアを中心に



地域包括ケアにおける救急医療

～一元的な救急医療システムからの再構築

● 救急医療システムの継続的な充実

- ・高度急性期医療システムの強化
- ・メディカルコントロールの充実

● 高齢者医療・介護システムの構築

地域/在宅医療と連携した高齢者医療の構築

- * 地域医療・看護・介護との連携
- * 病院から在宅復帰の促進
- * 入口・出口部門の役割と連携の強化

地域医療/在宅医療のミッション

- 健康管理（定期的な健康チェック）
- 慢性疾患の治療
- 急性疾患/急性増悪の在宅トリアージ・治療
（入口：在宅ケアと救急医療の連携）
- 病院医療から在宅ケアへの円滑な移行
（出口：退院支援）
- 緩和ケア・対人援助コミュニケーション
- 訪問/通所リハビリテーション
- 食事/栄養・排泄等のケアに関する指導的介入
- 多職種・多事業所の協働と調整（担当者会議等）

在宅医療で出来ること

- 胃瘻管理・経管栄養、IVH
- 肺理学療法・吸引、酸素療法、人工呼吸(居宅)
- 膀胱瘻・尿道カテーテル管理・交換
- 緩和ケア(麻薬使用を含む)
- 慢性疾患の継続治療(薬物治療)
神経難病、不整脈・慢性心不全・高血圧症、COPD、肝不全
非乏尿性腎不全、糖尿病治療(インスリン含む)、消化器疾患
- 脱水・電解質異常に対する点滴
- 肺炎、尿路感染症に対する抗生剤投与
- 褥瘡処置、皮膚トラブル処置
- 腹腔穿刺ドレナージ
- 検査 血液・尿・便検査、細菌培養、在宅心電図・エコー

在宅トリアージ

- 原則：患者・家族の意思を尊重
- 担い手：介護士・訪問看護師・介護支援専門員・かかりつけ医/在宅医
- 方法：医師の判断、多職種の協働と連携
 - ・在宅医療を継続するか
 - * 看取りプロセスに入るか
 - ・専門診療科を受診させるか
 - ・救急医療システムを活用するか
- メディカルコントロール体制の整備
 - ・プロトコール作成、救急隊員への指導・助言

救急医療界は地域包括ケアに 目を向けている

平成26年度第2回 全国メディカルコントロール協議会連絡会総会

2015年1月30日、相模女子大学グリーンホール

第1部 消防庁救急企画室 救急専門官 寺谷 俊康
厚生労働省医政局病院前医療対策専門官
酒井 智彦

第2部 全国MC協議会連絡会発足の経緯とその後の取組
全国メディカルコントロール協議会連絡会
会長 小林 國男

地域包括ケア時代のメディカルコントロール
協議会のあり方 山本 五十年

第3部 シンポジウム
地域に根ざした救急隊員教育のベストプラクティス

第18回日本臨床救急医学会総会

ワークショップ(2015年6月6日;富山)

「これから必要な救急医療と在宅医療の連携」

座長 浅香 えみ子 独協医科大学越谷病院看護部
山本 五十年 医療法人救友会

木澤 晃代 (筑波メディカルセンター病院)
平松 裕子 (筑波メディカルセンター居宅介護支援事業所)
関根 和弘 (京都橋大学、救急救命士)
佐藤 陽二 (越谷ハートフルクリニック)
亀山 大介 (厚生労働省医政局救急・周産期医療等対策室)

病院モデルと地域/在宅モデル
~どうすれば壁を越えていけるか

新たな試み

- 平成27年度厚生労働科学研究事業
(地域医療基盤開発推進研究事業)
・増加する救急患者に対する地域での取組
(特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用)に関する研究

地域における新たな試み

- 松本市医師会 在宅医療ネットワーク
(在宅医療サポートシステム)のプロジェクト
第119回中信医学会
- 東京都医師会(葛飾区、町田市、八王子市)
地域高齢者救急搬送支援サポートシステム
二次救急医療施設の救急車活用
救急救命士搭乗
第63回日本職業・災害医学会学術大会教育講演

地域における新たな試み

- 第120回沖縄県医師会医学会総会
特別講演
地域包括ケアの時代における
急性期医療の在り方
○ 離島へき地医療へのサポート体制
○ 那覇市医師会における地域包括ケアモデル

臨床研修医教育—地域医療コース

2014年度9名(平塚市民病院、海老名総合病院)
2015年度10名(平塚市民病院)

テーマ:異文化コミュニケーション

研修プログラム

- 1 クルズス ① 地域包括ケア、医療体制
② 介護保険・居宅介護支援事業
③ 訪問看護事業 訪問介護事業
④ 地域総合診療
- 2 外来研修 地域に根ざしたプライマリケア
- 3 訪問診療 ①居宅 ②有料老人ホーム ③グループホーム
- 4 居宅介護支援、訪問看護 通所介護の実習
- 5 退院時共同指導・担当者会議への参加

急性期病院と在宅医療現場の連携・ 退院支援研修会

- 主催 国立長寿医療研究センター
共催 東海大学医学部附属病院
秦野伊勢原医師会
- 日程 2015年6月4日18時30分～20時30分(2時間)
- 会場 東海大学医学部附属病院
- 参加者 東海大学病院 34名(医師11名)
地域医療・介護関係者 30名(医師10名)
ファシリテータ・タスク 8名(医師3名)
- 内容 基調講演 2題
グループワーク(事例想定)

湘南地域の急性期病院における 在宅医療研修会

- 秦野赤十字病院
2015年9月28日
参加者 80名（医師・看護師・連携室）
- JA厚生連伊勢原協同病院
2015年10月30日
参加者
院外50名（訪問看護・介護、ケアマネ）
院内30名（医師・看護師・連携室・訪看・老健）

地域リーダ育成研修会 (2015年10月17日、平塚市)



あっと、驚いた事例

- 胃癌末期、緩和ケア（訪問診療、訪問看護）
- 家族介護力がないため、緩和ケア病棟への入院を進めたが、入院2日前に自宅で心肺停止。
- 訪問看護師が駆けつけると、救急車内に移送し、気管挿管、静脈路確保、輸液、アドレナリン投与が行われていた。
- 病院に搬送するな！と一喝し、現場に駆けつけ、自宅に戻し、死亡確認をした。

何故、このようなことが起きたか？

事例からの反省

- 在宅医療側の反省
 - ・急変時の対応に関する詰め甘さ
- 消防機関・急性期病院の問題点
 - ・メディカルコントロールの弱さ
 - ・心肺蘇生プロトコール/ガイドラインに在宅療養患者は想定されていない

地域包括ケアシステム構築における メディカルコントロール協議会の役割

- 基本的な目的と任務は変わらない
- **高齢者医療・介護との連携の推進**
「かかりつけ医療」/在宅医療・介護との連携
医療・介護資源の把握、問題点と課題の抽出
地域医師会・基礎自治体・消防等との定期的協議
在宅療養支援ガイドラインの作成
- 心肺蘇生の対象と有効性に関するデータ解析
- 不搬送プロトコールに関する見直し

医療・介護の連携

- **入退院時の情報共有**
 - ・搬送・入院時の情報伝達と共有
 - ・病院医療の中で在宅療養の準備
 - ・病院から生活の場への移行における情報共有
 - ・顔の見える関係構築
- **サービス提供者担当者会議**
 - ・急変時の対応における共通認識の形成
 - ・介護支援専門員制度の強化
変化に即したケアプランも速やかな変更
 - ・在宅事業者の間で医療/介護方針の一致

美しい看取りの実現へ

- **救命救急医の合言葉(従来)**
Never give up! 最善を尽くせ!
- **在宅医の合言葉**
尊厳のある生と死
美しい看取りの実現



大切なこと

- ・ 地域を知る
- ・ 相手を知る
- ・ 高齢者の尊厳を守る

共感

異文化コミュニケーション

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：地域包括ケアシステムの構築に向けたMCの活用に関する研究

研究分担者 上村 修二 札幌医科大学 救急医学講座 助教

研究協力者 中島 優子 University of California, San Diego Department of Emergency Medicine

水野 浩利 札幌医科大学 救急医学講座 助教

研究要旨

地域包括ケアシステムの構築に向けたMCの活用の参考になり得る先行例について、米国で広まっているCommunity Paramedicineについて調査をおこなった。病院前処置範囲の拡大だけでなく、地域医療のギャップを埋めるために、特別なトレーニングを受けたParamedicにより、退院した慢性期患者のフォローアップやサポート、予防医療などが行われていた。今後、医療資源の減少が予想される日本でも、米国のように救急救命士資格者を有効に活用する方法を考える必要があるのかもしれない。救急隊活動や地域医療の体制に違いがあるため、米国のシステムをそのまま導入することは現実的ではない。今後、米国のCommunity Paramedicineの中で、日本でも有効と考えられる活動について更なる検討が必要と考えられた。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムの構築に向けたMC（メディカルコントロール）の活用の参考になり得る先行例について調査する。

B. 研究方法

地域医療のギャップを埋める手段として海外で広まっている、新しい概念であるCommunity Paramedicineについて調査をおこなった。

（倫理面への配慮）

今回の研究は、関係者へのヒアリングのみであり倫理面の問題はない。

C. 研究結果

米国では地域医療のギャップを埋めるために、Paramedicが特別なトレーニングを受けて、MC下に活動するCommunity paramedicという新しい概念が広まっていた。活動内容は多岐にわたっており、病院前処置範囲の拡大だけではなく、退院した慢性期患者のフォローアップやサポート、予防医療なども行っていた。新しい試みであって予算等、問題点を抱えていた（資料）。

D. 考察

米国では救急隊活動以外にParamedic資格者を地域医療に活用する試みが始まっている。今後、医療資源が少なくなることが予想される日本においても米国のCommunity paramedicineシステムのように救急救命士資格者を有効に活用する方法を考える必要があるのかもしれない。しかし日本と米国では救急隊の処置範囲や地域医療システムに大きな違いがあるため米国のシステムをそのまま導入することは現実的ではない。そこで今後Community Paramedicineの活動内容の中で日本でも有効と考えられる活動について更なる検討が必要と考えられ

る。

E. 結論

米国のCommunity paramedicineについて調査した。今後の日本の地域包括ケアシステムに向けたMCの活用の参考となり得る部分があった。来年度は米国のCommunity paramedicineの内容の中で日本に導入可能な活動や、その導入の実現可能性について、地域の医療従事者に対しヒアリングを行うこととしたい。またこれとは別に、本邦でも地域で自然発生的に確立されている、消防機関と医療機関との連携の好事例についても調査する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

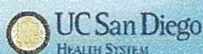
なし

Community Paramedicine

米国で広まりつつある新しい医療の概念



UC San Diego Department of Emergency Medicine
中嶋優子



Community Paramedicine

- Community = 地域
- Para = 平行する、補助的な、伴う、沿う、傍で
- Medicine = 医療
- Community Paramedic = Community Paramedicineを担うもの

「**地元密着**で**地元特有の医療のギャップ**を
特有の評価を通して**プレホスピタルシステム**
と**パラメディック**が埋める」

- プレホスピタル要員を効果的に活用
→活動範囲を広げることによって地域医療のギャップを埋める
- **予防的医療**(⇔対応的医療に対して)
- プライマリーケア範囲の拡大

Community Paramedicine はまだ新しい

- 1990年代～ ERの混雑、救急車の乱用が問題に
- 救急搬送の10～40%が軽症というスタディが出る
24.1%の搬送件数が緊急を要さない
- その後色々な反対にあう
- Community Healthcare and Emergency Cooperative (CHEC) 2007 → Community Paramedicine Program
- 2010～各地のパイロットプログラムの予算捻出にオバマ大統領がサイン

Community Paramedics

- **地域密着**。Community Paramedics はその地域特有の疾病に対応できるようにトレーニングされる
- 厳格なプロトコルの元に動いている



Community Paramedic の特徴

- 他の職種の領域に踏み込まずに地域医療の
ギャップを埋める
- 地域の救急医療の効率化に貢献
- 医療へのアクセスが限られている患者さんの架け橋的存在
- 効率の良い治療の選択で医療費の削減

役割

- メディカルコントロール医やかかりつけ医のもとに動く
- 田舎では訪問診療医のような役割
- Outreach
- 予防的医療
(予防接種)
- 創傷管理など
- 家の安全評価



具体的にどんなことをしているか

- **Prehospital**
 - ✓ 現場でのアセスメント、治療
 - ✓ ER以外へのクリニックや精神科への搬送など
 - ✓ 常連患者それぞれへの対応
- **Post-Hospital or Community Health**
 - ✓ 退院慢性期患者のフォローアップ、サポート
 - ✓ 地元組織と連携し予防医療

Community Paramedic になるには

- 地域によって違う
- 資格、免許制度
- 115~150 時間の授業+実地
- 地域特有のトレーニング



Community Paramedic 受験資格・カリキュラム例

例: ミネソタ州のHennepin Technical College (田舎)

- 最低2年間のパラメディック経験者
- 112時間の授業(座学)
- 64時間のインターラクティブクラス(テレビ電話)
- 48時間 オンライン自主学习
- 198時間の臨床実地訓練

Community Paramedicine の目標

- 再入院率を軽減
- 不必要なED受診を減らす
- 患者アウトカムを改善
- 治療の継続性を維持
- 効率的な医療
- 医療費削減

問題点

- 予算の捻出
- いくら医療費削減できたが具体的に測りにくい
→具体的な効果を証明しにくい
- 他の職種の理解
- 田舎のCommunity Paramedic トレーニング
- 医療情報の共有(理解を得る)
- 代替搬送先の確保(理解を得る)
- 判断ミスの可能性
- メディカルコントロールの必要性増大

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：救急隊員の活動に関わる MC 医師、および地域医療体制の MC を担う医師の養成に関する研究

研究分担者	溝端 康光	大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授
	横田順一郎	堺市立総合医療センター 副院長
	梶野健太郎	国立病院機構大阪医療センター 統括診療部救命救急センター医長・ 災害医療対策部災害医療企画室長
	上村 修二	札幌医科大学 救急医学講座 助教
	野田英一郎	福岡市立病院機構福岡市民病院 救急科 診療科長
	林 靖之	大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター センター長
研究協力者	辻 友篤	東海大学 医学部 救命救急医学 講師

研究要旨

救急隊員の病院前医療活動および地域医療体制の整備においてメディカルコントロール（以下、MC）を担う医師に対する教育手法を改善することを目的に、厚生労働省が開催する「病院前医療体制における指導医等研修（初級者、上級者）」における教育資料について検討を行った。

各研修会におけるセッション間の比較では、救命士数や出動件数、救命士の処置範囲の拡大、救急救命処置、プロトコルに関するスライドにおいて、講義セッション間で重複が認められた。初級研修における会場間の比較では、同じセッションであっても担当する講師の違いにより、スライド内容にも相違が認められた。また、一部のワークショップでは獲得目標自体が異なるものもあった。今後、より質の高い研修会を、広く実施できる体制を目指すために、教育資料を整理し、講師間で共有することが求められると考えられた。

A. 研究目的

救急隊員の病院前医療活動および地域医療体制の整備においてメディカルコントロール（以下、MC）を担う医師に対する教育手法について検討する。

B. 研究方法

厚生労働省が開催する「病院前医療体制における指導医等研修（初級者、上級者）」における教育資料について以下の検討を行った（表0-1、0-2）。

1. 各研修会（初級福岡会場、初級兵庫会場、上級）における講義資料のセッション間の重複等を評価し、より効果的な教材作成にむけての検討を行った。
2. 初級者向け研修における会場間（福岡会場と兵庫会場）の相違について評価し、より効果的な教材作成にむけての検討を行った。

（倫理面への配慮）

今回の研究は、今後のより良い教材作成を検討することを目的に、研修会の講義資料を評価するものであるため、受講者、講師等への倫理面の問題は無い。

C. 研究結果

1. 各研修会におけるセッション間比較

- i. 初級福岡会場（表1-1）：救急救命処置や救命士処置拡大の経緯についてのスライドにおいて、講義セッション間で重複が認められた。また、一部の講義で、講師の担当する地域の実例紹介に偏った内容

があった。

- ii. 初級兵庫会場（表1-2）：救命士数や出動件数、救命士の処置範囲の拡大、救急救命処置、プロトコルについてのスライドにおいて、講義セッション間で重複が認められた。ワークショップ（WS）について、一部、講義スライドとの重複があったが、事前説明の必要性から不可避のものであった。

- iii. 上級（表1-3）：出動件数と搬送時間、搬送における医療機関の受け入れなどのスライドに重複が認められた。教育についての2つのWS間で教育手法という点での重複が認められた。

2. 初級研修における会場間の比較

- i. 「わが国の救急医療体制と病院前医療体制の概要」「消防機関における救急業務および救急救命士制度に対する理解」についてはそれぞれ厚生労働省専門官、総務省専門官が共通のスライドで講義していた。

- ii. MCの基本と運用の理解（表2-1）：PDCAサイクルを通じて、MCが救急医療体制を改善するものであることは共通して講義されていた。しかし、その内容は会場ごとで大きく異なった。

- iii. MC関連法規に対する理解（表2-2）：講師が同一であったため内容に差は認められなかった。

- iv. 救急救命士が実施する救命処置（表2-3）：会場ごとで講義内容に大きな差は認めなかった。

- v. 局地災害時のMCに関する問題の理解（表2-4）：両会場において内容の要素は大きく異なることは

なかったが、それぞれの要素の時間配分が大きく異なっていた。

vi. WSオンラインMC (表2-5) : 本セッションは、両会場間でWSの獲得目標自体が異なり、福岡はプロトコル作成とオンラインMCの実践、兵庫はオンラインMCの位置づけの理解と実践となっていた。このため、グループワークのテーマも異なり、福岡会場はワークショップの時間が長く、兵庫は講義の時間が長かった。

vii. WS事後検証、症例検討会の方法論 (表2-6) : 兵庫会場のスライドは福岡会場のスライドを網羅していたが、議論したテーマが不明であるため、内容の比較はできなかった。

viii. 救急救命士に対する教育 (表2-7) : 両会場間で、参考資料としては同じものを用いていたが、質問内容は大きく異なり、一方は具体的、一方は概念的なものであった。

ix. MCおよび指導医の今後の展開 (表2-8) : グループディスカッションの後に全体セッションという形式は同一であるが、その議論内容、解説スライドの有無など相違点が多かった。

D. 考察

1. 医師のMCへの関わりについて

平成4年の救急救命士の誕生の後、その救急活動の質を医学的観点から保障するものとしてメディカルコントロールが我が国で開始され、最近では地域包括医療のもと、地域救急医療体制の整備にもMCの業務が拡大している。このような背景のもと、日本救急医学会MC体制検討委員会では、学会員である救急医に対し、MCに関する知識や技能を、どの段階で、どのような方策により修得すべきかを提示している (表3)。この方略の一つとして、厚生労働省が開催する研修会が位置づけられている。研修会は初級と上級に区分され、プログラムが公開されているが、担当する講師が会場ごとに異なる (初級者)、講義内容の詳細までは指定されていないなど、担当する講師により指導内容が異なることが危惧される。MCを実践する医師を教育する研修会において、その指導内容の質を高め効果的な研修会とするためには、まずは実際の講義資料を検証することが不可欠と考えられる。

2. 講義内容の重複、相違について

今回の結果から、各会場での研修会において、異なるセッション間で同一のスライドの使用や、内容がほぼ一致するスライドが使用されていた。WS等では、事前の情報提供として、講義とスライド内容が重複するのは不可避と考えられたが、講義間でのスライドの重複は、効率的な研修会運営といった観点や、受講生の学習意欲といった観点から好ましいものではない。

また、会場間での指導内容については、多くは共通したことが指導されていたが、いくつかのセッションではその内容が大きく異なっている場合があった。プログラムのタイトルが講師には伝えられているが、何を目標として、どのような内容を指導するのが依頼時に伝えられていないことが一因にあると思われる。

3. 研修会のあり方について

日本救急医学会から、MCに関わる医師の到達目標が提案され、その方略として実践としてのMC活動のみならず研修会も重視されている。このため今後、研修会の質の向上を図るとともに、教育資料の共通

化をはかることが必要である。また、今回初級者研修を終えたのは、初級者 名、上級者50名と必ずしも多いとは言えない。今後、一定の知識と技能を救急医が取得することが求められるのであれば、さらに多くの研修会が必要になると思われる。開催回数を増やすといった観点からも、教育資料の共通化が不可欠である。

E. 結論

MCに関わる医師を対象とした厚生労働省主催の研修会 (病院前医療体制における指導医等研修 (初級者、上級者) の教育内容について検証した。一つの研修会におけるセッション間の内容の重複や、会場間における指導内容の相違が認められた。今後、教育資料を整理し、より質の高い研修の実施を目指すことが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表0-1 初級者プログラム

セッション名	形式	講師			
		福岡会場		兵庫会場	
我が国の救急医療体制と病院前医療体制の概要	講義	厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官	酒井 智彦	厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官	酒井 智彦
消防機関における救急業務および救急救命士制度に対する理解	講義	総務省消防庁救急企画室救急企画係長	伊藤 彰	総務省消防庁救急企画室救急専門官	寺谷 俊康
MCの基本と運用の理解	講義	佐賀大学医学部救急医学教授	阪本 雄一郎	堺市立総合医療センター副院長	横田 順一郎
MC関連法規に対する理解	講義	昭和大学保健医療学部看護学科講師	西田 幸典	昭和大学保健医療学部看護学科講師	西田 幸典
救急救命士が実施する救命処置	講義	北九州市立八幡病院救急科主任部長	井上 征雄	大阪府済生会千里病院千里救命救急センター副センター長	林 靖之
オンラインMC	ワークショップ	北九州市立八幡病院副院長・救命救急センター長	伊藤 重彦	大阪府泉州救命救急センター	松岡 哲也
局地災害時のMCに関する問題の理解	講義	国立病院機構長崎医療センター救命救急センター長	高山 隼人	兵庫県災害医療センターセンター長	中山 伸一
事後検証、症例検討会の方法論	ワークショップ	長崎大学病院救命救急センター副センター長	山下 和範	国立病院機構大阪医療センター救命救急センター診療部長	定光 大海
救急救命士に対する教育	ワークショップ	救急救命九州研修所教授	郡山 一明	大阪府立急性期総合医療センター高度救命救急センター長	藤見 聡
MCおよび指導医の今後の展開	ワークショップ	久留米大学病院病院長	坂本 照夫	大阪市立大学医学部附属病院救命救急センター長	溝端 康光

表0-2 上級者プログラム

セッション名	形式	講師	
		東京会場	
我が国の救急医療体制と病院前医療体制	講義	厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官	酒井 智彦
搬送と受け入れ実施基準と緊急度判定	ワークショップ	堺市立総合医療センター副院長	横田 順一郎
救急医療体制にかかる調整	ワークショップ	大阪市立大学医学部附属病院救命救急センター長	溝端 康光
		救急救命東京研修所教授	田邊 晴山
消防法の改正について	講義	総務省消防庁救急企画室救急専門官	寺谷 俊康
局地災害における消防活動	講義	千葉県消防局千葉市緑消防署	山口 誠
局地災害時のMCIに関する問題の理解	ワークショップ	日本医科大学救急医学助教	益子 一樹
通信指令業務について	講義	神戸市消防局司令課長	定岡 由典
通信指令業務の事後検証について	ワークショップ	横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授	森村 尚登
救急救命士に対する教育	講義	埼玉医科大学国際医療センター教授	根本学
救急救命士に対する教育	ワークショップ	埼玉医科大学国際医療センター教授	根本学
再教育システムの構築	ワークショップ	北里大学医学部救急医学講座主任教授	浅利 靖
MCおよび指導医の今後の展開	ワークショップ	帝京大学医学部救急医学主任教授	坂本 哲也

表1-1 セッション間比較(初級福岡会場)

タイトル	我が国の救急医療体制と病院前医療体制の概要	消防機関における救急業務及び救急救命士制度に対する理解	MCの基本と運用の理解	救急救命士が実施する救命処置	WS: オンラインMC	MCIに関わる関連法規に対する理解	WS: 事後検証、症例検討会の方法論	WS: 救急救命士等に対する教育	WS: MC及び指導医の今後の展開	局所災害時のMC
講師	酒井先生 61枚	伊藤先生 不明	阪本先生 94枚	井上先生 42枚	伊藤先生 58枚	西田先生 43枚	山下先生 8枚	郡山先生 29枚	坂本先生 不明	高山先生 43枚
テーマ	医療計画制度 医療圏 救急医療体制に係る指針 救急医療の現状 医療機関とその連携 救命救急センター ドクターヘリ 病院前医療体制の経緯 救命士誕生の経緯 病院前医療体制の現状 救命士有資格者 処置件数の推移 救急出動件数の推移 搬送人員の変化 医療機関の受け入れ状況 メディカルコントロール体制 消防機関と医療機関との連携強化 メディカルコントロール協議会 MC体制強化事業 地域でのMC医師の関わり 救命士処置範囲の拡大の経緯 救急救命処置		メディカルコントロール体制 MC協議会の状況 包括指示と具体的指示 救急活動の記録 救急医療体制の歴史 救命士処置拡大の経緯 PDCAサイクルに則ったMC医師の役割 救命士制度導入の効果 救命士処置拡大 検証票 ドクターヘリ事業 医師の現場出動方法 事後検証 地域MC協議会の活動 検証医師の要件 メディカルディレクターの要件 MCIにおけるPDCAサイクル MCの今後の課題	救急救命処置 救命処置のための資機材 各種救急救命処置 特定行為 救命士処置拡大の経緯 新しい処置の実施状況 医師の具体的指示 気道確保用器具の適応 救急救命処置の現状 特定行為の内訳 救命士有資格者 オンラインMCのメリット・デメリット オンラインMCの限界 オンラインMCの留意点 処置拡大における問題点	地域毎のMC体制の違い 特定行為 指示出し医師と具体的な指示 プロトコルの位置づけ プロトコルの必要性 各種プロトコル、特定行為で用いる年齢定義 プロトコル実施に必要な時間 プロトコル作成(議論) プロトコル作成のポイント、注意点 MCの役割 オンラインMCIに必要な項目 CPA傷病者に対するオンラインMC 適切なオンラインMCとは(議 オンラインMCと救急ワークステーション	法規の構造 憲法と法律の関係 法律と命令の関係 命令と告示の関係 医師法 保助看法 医行為と診療の補助の関係 医療にまつわる法的責任	PDCAサイクル 検証のためのガイドライン策定 検証の方法論 検証の実際 検証医師見 検証するポイント	医療機関内と病院前での医療の違い 救命士教育の問題点 救急隊の活動 救命士の再教育		平時のMCとの違い 地域防災計画 災害時における消防と医療の連携 災害現場における体系的な対応 福知山線列車事故 MCLSコースについて
必要項目	国レベルの救急医療体制について	国レベルの消防業務について		救命処置に関する事項						
考察	救命士に関するスライドは消防の講義と重なっている部分が多い。救命士に関する項目は不要では	資料なく不明	演者が担当した経験のある印刷、佐賀の実例の紹介が多すぎる	オンラインMCIに関する内容不要→WSに移す	演者の担当する北九州の実例紹介が多い。	一部の重なりがあるが仕方ない内容	スライドが少なく、実際にどのような議論を行ったかが不明	スライドが少なく、実際にどのような議論を行ったかが不明	資料なく不明	

表1-2 セッション間比較(初級兵庫会場)

タイトル	我が国の救急医療体制と病院前医療体制の概要	消防機関における救急業務及び救急救命士制度に対する理解	MCの基本と運用の理解	救急救命士が実施する救命処置	WS: オンラインMC	MCIに関わる関連法規に対する理解	WS: 事後検証、症例検討会の方法論	WS: 救急救命士等に対する教育	WS: MC及び指導医の今後の展開	局所災害時のMC
講師	酒井先生 61枚	寺谷先生 61枚	横田先生 55枚	林先生 46枚	松岡先生 35枚	西田先生 43枚	定光先生 45枚	藤見先生 31枚	清塚先生 13枚	中山先生
テーマ	医療計画制度 医療圏 救急医療体制に係る指針 救急医療の現状 医療機関とその連携 救命救急センター ドクターヘリ 病院前医療体制の経緯 救命士誕生の経緯 病院前医療体制の現状 救命士有資格者 処置件数の推移 救急出動件数の推移 搬送人員の変化 医療機関の受け入れ状況 メディカルコントロール体制 消防機関と医療機関との連携強化 メディカルコントロール協議会 MC体制強化事業 地域でのMC医師の関わり 救命士処置範囲の拡大の経緯 救急救命処置	消防組織の概要 救急業務と救急救命士 救命士運用状況 出動件数、搬送時間の推移 救急搬送の現状 年齢区分別搬送人員構成比 2025年問題と救急 消防法改正 受入れ実施基準 救命士処置拡大 拡大処置の運用状況 救急救命処置 指導救命士 災害時の連携	病院前救護と救急診療 消防機関が行う救急業務 救急業務から病院前救護へ 救命士処置範囲の拡大の経緯 救急救命処置 医療関連行為とその実施者 MCのコア業務 プロトコル 堺地域MC協議会検証活動例 再教育カリキュラム 消防職員への教育 救急隊員教育 通信指令員教育 救急搬送件数 救急医療機関数	救急救命処置 救命処置のための資機材 各種救急救命処置 特定行為 救命士の処置範囲の経緯(除細動) その他の処置拡大 救命士の拡大処置 豊能医療圏の実態 医師の具体的指示 気道確保器具の適応 救急救命処置の現状 特定行為の内訳 救命士有資格者 救命士のキャリアパス プロトコル 傷病者基本プロトコル等 特定行為の直接指示について プロトコル運用の問題点 救急隊活動に対する理解	WS: オンラインMC メディカルコントロールとは オンラインMCが必要な場合 プロトコルの位置づけ PDCAサイクルの確立 プロトコルの必要性(議論) プロトコル策定時の留意点 特定行為について 医師による包括指示 プロトコル様式 オンラインMCの留意事項 指示出し医師の要件 オンラインMCの記録 情報伝達における留意点 適切なオンラインMCとは(議 重度傷病者に対するオンライ ンMC CPA傷病者に対するオンライ ンMC オンラインMCの位置づけ	法規の構造 憲法と法律の関係 法律と命令の関係 命令と告示の関係 救急救命士法の構造 救急救命処置の位置づけ 医師法 保助看法 医行為と診療の補助の関係 医療にまつわる法的責任	MC協議会の役割 事後検証 検証のためのガイドライン 検証医所見 活動記録/検証票 評価基準の統一 必須項目と評価 気管挿管の適応 各種病態の検証 検証実績 検証結果 気管挿管の動向 気管挿管の検証 ビデオ喉頭鏡 救命士による薬剤投与 薬剤投与実績 食道挿管への対応 薬剤投与の課題 事後検証の効果と課題 医療を取り巻く社会の変化 救命士の業務拡大	救命士資格取得 再教育の内容とその方法 再教育の対象とすべき項目 再教育の病院実習 病院実習中の問題点 再教育実習プラン	MCコア業務	スライドなし
必要項目	国レベルの救急医療体制について	国レベルの消防業務について	地域MCIに関する事項	救命処置に関する事項						
考察	救命士に関するスライドは消防の講義と重なっている部分が多い。救命士に関する項目は不要では	処置件数等のデータは当講義で実施が望ましいが、救命処置の内容や拡大処置等については、「救命処置」という講義があるので、そこで実施した方がいいのでは。	MCIに関わる講義なので、他講義と多少重なる部分はあるが、仕方がないのでは。	処置数などのデータは消防の講義での実施が望ましい。	議論にあたっての事前説明は必要であるため、多少講義スライドと重なっているが仕方がないのでは。	重なりなし	議論にあたっての事前説明は必要であるため、多少講義スライドと重なっているが仕方がないのでは。	議論にあたっての事前説明は必要であるため、多少講義スライドと重なっているが仕方がないのでは。	重なりなし	不明

表1-3 セッション間比較(上級会場)

タイトル	我が国の救急医療体制と病院前医療体制	WS:搬送と受け入れ実施基準と緊急度判定	WS:救急医療体制にかかる調整	WS:救急医療体制にかかる調整	消防法の改正について	局地災害における消防活動	WS:局地災害のMCに関する問題の理解	通信指令業務について	WS:通信指令業務の事後検証について	救急救命士等に対する教育	WS:救急救命士等に対する教育	WS:再教育システムの構築	WS:MC及び指導医の今後の展開
講師	酒井先生 61枚	横田先生 56枚	瀧端先生 16枚	田邊先生 枚	寺谷先生 56枚	山口先生 枚	藤子先生 枚	定岡先生 32枚	森村先生 枚	根本先生 12枚	根本先生 6枚	清利先生 24+13枚	坂本先生 16枚
テーマ	医療計画制度について 17枚 救急医療の現状について 6枚 病院前医療体制の経緯について 7枚 病院前医療体制の現状 9枚 ・出勤件数と搬送時間の推移 ・救急搬送における医療機関の受け入れ状況 メディカルコントロール体制について 12枚 救急救命士について 9枚 ・救急救命士と救急救命処置の定義	背景 7枚 ・出勤件数と搬送時間の推移 ・救急搬送における医療機関の受け入れ実施 事例1 外傷 20枚 事例2 内因性 23枚 プロトコル 6枚	導入 7枚 問題点 4枚 解決の優先順位 5枚	スライドなし	消防組織論 6枚 救急業務と救急救命士 4枚 ・救急救命士と救急救命処置の定義 とりまぐ状況 11枚 ・出勤件数と搬送時間の推移 ・救急搬送における医療機関の受け入れ状況 あり方検討会紹介 3枚 教育 4枚 指導救命士 6枚 改正消防法 6枚 おわりに 7枚 まとめ 6枚	スライドなし	スライドなし	通信指令業務 6枚 通信指令の役割 8枚 ・出勤件数と搬送時間の推移 指令員教育の現状 9枚 口頭指導の事後検証 6枚	スライドなし	救命士教育の種類 5枚 教育の方法 6枚	生涯教育の現状についての質問 再教育が必要な救急救命士についての質問 ・5W1H	救急隊員教育の歴史 4枚 国の考え方と現状 4枚 生涯教育の指針 8枚 WS 救急活動実際の問題点 できる救急隊員は? 再教育の方法 ・5W1H	3つのテーマのディベート ・コア業務vs地域医療体制 ・救急医vs地域の医師の能力 ・指導医の立場
必要項目	国レベルの救急医療体制について	搬送基準の理解	問題点抽出の考え方を理解する		消防を理解する			通信指令業務を理解する		救急救命士のきょう			
考察	内容が重なっている箇所もあるがコア部分なので必要と考えられる	具体的な先行地域の紹介をしているためわかりやすい。導入部分で前出のスライドがあるが議論のためには必要と考えられる	MC医師としての今後地域での活動の考え方が理解できるため有意義	不明	内容が重なっている箇所もあるがコア部分なので必要と考えられる	不明	不明	通信指令の部分に特化しており、わかりやすい。	不明	不明	それぞれはともわかりやすく、救命士とその他の消防職員ということで分けていると思うが、教育手法という点で重なってしまう。		

受講者に
よる検討
結果

- 内容の重複
- 「WS:救急救命士等に対する教育」と「WS:再教育システムの構築」
内容は似ているが、全体的には切り口が違う
- 再教育の手法について「WS:救急救命士等に対する教育」の設問2(後段)と「WS:再教育システムの構築」の設問3がほぼ同一

○スライド1枚が重複といった程度のもの

- 「我が国の救急医療体制と病院前医療体制」と「WS:搬送と受け入れ実施基準と緊急度判定」
救急搬送の増加のスライドが同一
- 「我が国の救急医療体制と病院前医療体制」
高齢者・内因・軽症/中等症が増加の説明が一括