

別紙

MC 医師教育プログラム案

厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」MC 医師研修に関する研究研究班

1. 講義名 救急医療の地域における諸課題の把握、分析
2. 講義時間 1日目 11:00 ~ 13:00 (120分)
3. 講義形式 ワークショップ (6グループ×9~12人/グループ)
4. 目的 地域における諸課題を把握し分析すること。
5. 到達目標
 - ・ 自県（都府）の現状を自ら把握する。
 - ・ 自県（都府）の現状について考える。
 - ・ 他県（都府）の現状について考える。
6. 内容概要（ワークショップの流れ）
 - ① 事前課題で収集した自県（都府）のデータについて確認すると主に、班ごとに共同してマッピングし可視化をはかる。
 - ② 事前課題にあった「各県の10年間の救急搬送人員の推移（全体、年齢別、重症度）」を中心に、グループ内で自県の救急医療体制の現状について議論する。
 - ③ 各都府県の救急搬送の需要予測（2020年、2030年）を行う。
7. 内容詳細

(現状と課題の可視化)

行政機関や消防機関がすでにまとめている資料(地域医療計画や消防年報など)を活用し、自分が所属するMC協議会が所管する医療圏や都道府県の情報(人口、基礎自治体数、医師数、消防本部数、救急出動件数及び救急搬送人員、救急搬送人員に対する人口対比、MC協議会の組織体制及び委員会等の構成員状況、10年間の救急搬送人員の推移、10年間の重症度別の搬送人員の推移、10年間の年齢別(小児、成人、高齢者)の搬送人員の推移、10年間の年齢別・重症度別にみた搬送人員の推移(自県)、受入困難事例、自県もしくは地域MC協議会での、救急搬送の受入困難事例を減らすための取り組みとその効果、三次救急医療機関の数と位置、二次救急医療機関の数と位置、救急医療機関ごとの年間の救急車受入台数、救急医療機関ごとの消防機関からの救急搬送受入に対する応需率など)を把握し、可能な限りマッピングし可視化をはかる。

(救急搬送等の需要予測)

すでに消防庁報告書等で報告されている救急搬送率と国立社会保障・人口問題研究所が公開している将来推計人口を使用することにより、救急搬送の需要予

測を実際に計算する(救急搬送の需要予測(人)＝救急搬送率×将来推計人口)。実際に計算することにより予測が自ら可能なこと、また個々の地域の行政職員が行っている需要予測との相違がないかを確認することにより、議論を行うことが可能となる。

講義資料は別添 1 に示す。

8. 講師、ファシリテーターが留意したこと

- ・行政機関や消防機関がすでにまとめている資料やカウンターパートとの情報交換により、地域の現状を正しく認識し、課題解決に向けてのプロセスを受講生に自ら考えてもらう。
- ・すべての情報をマッピングすることは不可能なため、現状把握に必要なデータを考え、その内容を反映してもらうようにする。
- ・医療機関に属する MC 協議会に従事する医師は、得てして個々の医療機関をベースに課題解決を考える傾向がある。その為、本研修においては地域(二次医療圏)や都道府県といった大きな枠の中で行政職員のように中立的に現状を分析し課題解決を行う必要があることを受講生に強調する。

9. アンケート結果

- ・ WS の課題についても事前提示があればより深い議論ができたのではないかな。
- ・ 各地域 MC の優劣について議論できる指標があればよかった。
- ・ 再認識という面で意味があった。しかし時間が足りなかった。
- ・ 地図作成の基本的事項を統一したうえでできるとよい(付箋の色等)。
- ・ 作業するのに会場が狭い、時間がタイトだった。
- ・ もう少し議論を絞ってもよかったのではないかな。
- ・ 5つの県で班が構成されていたので、話し合いの時間がとりづらかった。
- ・ 地域で1事例を取り上げ、議論する形の方がよいのではないかな。
- ・ 他県のことについては、いまいちイメージできなかった。
- ・ 地図にデータを入れていくより、搬送等のイメージ図作成のほうがよいのではないかな。
- ・ 地図は現状を理解するのによいツールと思った。
- ・ もう少し検討する時間が長くてよかった。特に搬送人員の予測はスマートフォン一つしか持っていない場合は手作業で計算するのが大変だった。
- ・ 目的や題材が不明確であったため一般論しか出てこなかった。
- ・ マーキングに時間をかけすぎてしまい議論ができなかった。
- ・ スライドの字が多かった。

10. 次回にむけて改善の提案

- ・受講生には事前課題として、地域の情報を把握してきてもらうようお願いしていたが、収集量や内容についての個人差が大きく、事前課題と地図に可視化・反映してもらう情報については別にしたほうがよいのではないかという意見が講師陣から出た。
- ・受講生をできるだけ地域ごとに班分けして議論を行ってもらったが、時間に限りがあり有効な議論までもっていくことが大変であった。また到達目標や議論する設問が明確になっていない為、最終的な答えまで持っていけないとの意見があった。
- ・次回行うのであれば、運営サイドが事前に準備したモデル地区の情報を基にマッピングや議論をしてもらったほうが、班ごとに議論を行いやすいのではないかという意見が出た。またそのうえで、事前課題で収集してもらった各自の担当地域と比較してもらい、どのように課題解決に向けてのアプローチをしてもらうかを学んでもらう形のほうが学習効果が高いのではという意見があった。

1. 講義名 救急医療機関の評価と応需率について
2. 講義時間 1日目 14:00 ~ 15:20 (80分)
3. 講義形式 ワークショップ (6グループ×5~6人/グループ)
4. 目的 応需率等による救急医療機関の評価の関係を理解する。
5. 到達目標
 - ・ 救急搬送人員数と応需率のデータの入手方法を説明できる
 - ・ 救急搬送の応需率の概念について説明できる
 - ・ 救急搬送人員数と応需率の関係を説明できる
 - ・ 救急搬送件数と応需率と医療機関の評価の関係を説明できる
6. 内容概要 (ワークショップの流れ)
 - ①事前学習 (救急搬送人員数と応需率のデータ入手)の確認 (対話)
 - ②救急搬送人員数と応需率のデータ入手についての開設 (講義)
 - ③都市部の救命救急センターの実データを示して、個々の施設を評価 (ワークショップ) と開設
7. 内容詳細
 - ・ 別添2参照
8. 講師、ファシリテーターが留意したこと
 - ・ 救急医療機関に属している医師は、一つの救急医療機関の医師の立場としての考え方、発言が多くなりがちで、WSの議論が、医師の立場での議論に引っ張られ傾向がある。そのため、MC体制の整備に関わる医師は、公的な立場から地域の救急医療体制の整備に関わることが求められていることを必要に応じて伝える必要がある。
 - ・ グループにつく、ファシリテーターは、各医療機関の医師の立場を離れて、地域や住民、行政側にたった視点を持てるようにする誘導する必要がある。
9. アンケート結果
 - ① 有意義な時間でしたか？
 - A. 強く思う : 25名、B. そう思う : 25名、C. あまり思わない : 4名

D. 全く思わない：0名

② 自由記載での意見

(内容について)

- ・ 「応需率についての理解が深まった」、「興味深い題材であった」、「応需率など概念を再認識できた」などの旨の肯定的意見が大半をしめた。
- ・ 一方で、「応需率の評価が今ひとつわからなかった」などの指摘もあった。

(進め方などについて)

- ・ 「検討のやり方がとても理解しやすく教えていただき知識が深まった。」、「ほかのWSに比べると時間配分としては適切だった」などの肯定的意見が多かった。
- ・ 一方で、「もう少し短い時間でよい」、「データの解釈について統一をしてほしい」といった意見があった。

10. 次回にむけて改善の提案

- ・ WSという形式で時間をかけて議論しながら「応需率」を理解してもらう研修プログラムであるが、講義形式にして理論だけを伝えるようにすればもっと短い時間で可能かもしれない。

1. 講義名 地方における救急課題の抽出と検討
2. 講義時間 1日目 15:10 ~ 17:00 (110分)
3. 講義形式 ワークショップ
4. 目的 救急車の搬送受入れが良好である地域における（救急車受入れ以外の）地域の課題について理解する
5. 到達目標
 - 1) 救急医療は、社会環境の変化に柔軟に対応することを求められる
 - 2) 結果として、MCの役割は変容する
 - 3) 救急活動の「質の担保」（＝MCコア業務）はMCの根幹であることは不変以上について理解することとする。
6. 内容概要（ワークショップの流れ）

資料を示す。（別添資料3）

7. 内容詳細

大都市圏を始めとする救急車の搬送受入れに課題のある地域では、特に応需率の改善について検討されることが必要である。一方、救急車の搬送受入れに特に課題がないとされる地域においても、救急医療全般についてMCに関わる課題について検討することが必要となる。

救急車の受入れが良好とはいえ、特に重症傷病者が、適切な時間内に適切な医療機関に搬送されているか否かを検証することは、救急医療が地域のセーフティネットとして機能しているかを評価する上で重要である。そして、介護の現状を踏まえ、増加する高齢者への対応は適切か、また、精神科救急との連携が適切に行われているかについて、消防機関以外の医療及び福祉担当の行政との円滑な連携がなされているか、という側面から検証することが必要である。

医療機関についても、休日夜間であっても、必要とされる傷病者対応が行われているか検証することが求められる。特に重症傷病者についての転帰の適切な評価が行われていることが求められる。

すなわち、MCの役割は、消防機関の救急業務についての質の担保（＝MCのコア業務）のみならず、社会環境の推移も踏まえつつ求められている地域の救急医療体制そのものの質を担保することが求められていることを確認することが必要である。

一方、MCのコア業務について、適切に実施されているかの評価が必要である。救急救命士の処置拡大に伴い、MCのコア業務（＝指示、検証、研修体制）にも変化が求められてきた。発足当初のMCは、救急救命士法の制定に伴い、心肺停止傷病者に対する消防機関の救急活動、特に救急救命士による特定行為の質を担保するために、指示、検証、研修体制を整備することとされた。しかし、その後、処置拡大（気管挿管、薬剤投与）及び重症外傷に対するプロトコルの策定が求められることとなった。さらに消防法の改正に伴い、MCは、傷病者の搬送先医療機関の調整に関与することが求められ、更なる救急救命士の処置拡大（ブドウ糖投与及び心肺停止前の輸液）への対応も求められることとなった。こうした社会環境の変化に伴い、適切なMC体制が確立されることが求められている。

8. 講師、ファシリテーターが留意したこと

平成28年度は、ワークショップ3の一環として、架空の地方都市の救急医療の実際を提示し（地方都市として、静岡県浜松市のデータを提示）、救急車の搬送受け入れが良好な地域として、MCに関する課題について自由討議を行った。

印象的であったのは、MCコア業務の実践に際して、特に救急救命士の行う特定行為に対する指示体制が、極めて脆弱であることが浮き彫りになったことである。医師の確保が困難であることから、消防機関の救急活動プロトコルを熟知した医師による指示が、24時間365日体制で行えない状況である地域が多く存在するものと推定された。MCコア業務は、MCに対する社会の信頼を得るための、文字通りコア業務であることを改めて確認する必要がある。

9. アンケート結果

有意義な時間でしたか？

- A. 強く思う 17
- B. そう思う 32
- C. あまり思わない 3
- D. 全く思わない 0

10. 次回にむけて改善の提案

1) 地域の救急医療体制についての課題についての自由討議、これを踏まえての2) 重症傷病者が、適切な時間内に適切な医療機関に搬送されているか、3) 高齢者及び精神科救急への適切な対応がなされているか、4) 医療機関においての、休日夜間での必要とされる傷病者対応が行われているか、5) 医療機関での重症傷病者についての転帰の適切な評価が行われているか、について

の討議が必要である。

さらに、6) 救急救命士の処置拡大に対応したMCのコア業務が適切に行われているか、についての討議が必要である。

1. 講義名 救急医療機関の評価と応需率について
救急から見た精神科救急
2. 講義時間 2日目 9:00 ~ 9:40 (40分)
3. 講義形式 講義
4. 目的 精神科救急、とくにソフト救急患者の搬送・受入れに係る問題点と今後の課題及びMC医師の役割を理解する
5. 到達目標
 - ・ 精神科救急に関連する行政組織の指揮系がわかる
 - ・ 精神科ハード救急とソフト救急の違いがわかる
 - ・ 精神科救急と身体科救急の緊急度の違いがわかる
 - ・ ソフト救急が搬送困難事案になる理由・原因がわかる
 - ・ 精神科と救急科及び消防機関の連携の重要性がわかる
 - ・ 医師会、メディカルコントロール体制の役割がわかる
6. 内容概要（ワークショップの流れ）
 - ① 精神科救急における国、都道府県、市町村の行政の指揮系と役割
 - ② 福岡県の精神科救急患者の搬送受入れの現状と搬送困難の要因
 - ③ 精神科医、救急医、救急隊員からみた精神科救急の課題
(県内アンケート調査)
 - ④ 福岡県における医師会、精神科病院・診療所協会、メディカルコントロール協議会の連携に向けた取組
 - ⑤ 搬送困難事案件数の減少に向けて取り組むべき課題
7. 内容詳細
別添資料4に示す。
8. 講師、ファシリテーターが留意したこと
講義のため特になし
9. アンケート結果
 - A. 強く思う 23
 - B. そう思う 30
 - C. あまり思わない 2

D. 全く思わない 0

- ・ 勤務医であり個々の事例しかわからないため、全体像が分かりよかった。
- ・ 世間の専門医志向の表れがソフト救急への対応を迫られる理由の一つと思うが、私はむしろ ER 医を含む救急病院のすべてのスタッフがプライマリケアとしてソフト救急にもとりあえず対応ができるようにするのが容易と思う。
- ・ 大変参考になりました。行政からすると参考になりました。精神科クリニックの状況がよくわかりました。地域の精神科体制が十分でない中かつ救命センターが精神疾患を診なければならない中、精神科病院が最初の段階で身体的に問題なければ見ますと言ってくれるとありがたい。

講義名 精神科救急（精神科関連事例への対応と精神科医療との連携）
精神科から見た救急との連携

1. 講義時間 2日目 9:40 ～ 10:20 (40分)
2. 講義形式 講義
3. 目的 精神科関連事例の対応の基本と精神科医療との連携に関する必要知識を理解する
4. 到達目標
 - ・ 精神科救急医療体制について説明できる
 - ・ 精神科関連傷病者の救急搬送の特徴について説明できる
 - ・ 精神科関連傷病者の搬送先選定における考え方を説明できる
 - ・ 精神科医療機関との連携方策について説明できる
5. 内容概要
 - ①精神科関連傷病者の搬送実態や精神科救急医療体制に関する知識の再確認（講義）
 - ②精神科関連事例の対応の基本と精神科医療機関との連携に関する必要知識（講義）
 - ③必要知識の学習機会等について（情報提供）
 - ④（オプション）連携が円滑であった例について、グループ内シェア（グループディスカッション：精神科医療への責任論などに傾きやすいため、良好事例を扱うこと。できれば精神科医を招聘する。）
6. 内容詳細
詳細は別紙に示す。（別添資料5）
7. 講師、ファシリテーターが留意したこと
講義のため特になし
8. アンケート結果
 - A. 強く思う 25
 - B. そう思う 30
 - C. あまり思わない 1

D. 全く思わない 0

- ・ 興味深いお話であり、実際の症例のお話を聞いてみたい。
- ・ 精神科医のベースでプライマリケアができる総合医を養成するべきと思う。精神救急のハード整備はハード救急だけでよいと思う。診る医師のプライマリケア能力向上を図るべきではないか。
- ・ 精神科の Dr. 数人と質疑応答等の時間を作っていただけるといいと思います。
- ・ 精神科医が救急に来るよりも救急医が精神科のサブスペシャリティーを取る方が現実的かと思います。
- ・ 大変参考になりました
- ・ 精神科 Dr. と合同の研修があればいいと思いました
- ・ 精神科救急の体制が県により差があります。地域による対応の差を明確にし標準化してもらえないと自分の地域で何を指すか考えられると思います。

9. 次回にむけて改善の提案

精神科救急に対して救急医療側、精神科側から講義をしていただいた。精神科疾患を背景に持った患者やソフト救急は受け入れ困難事例になりやすい。そのためにも今後もこのような課題を継続して行っていく必要がある。具体的な症例からワークショップを行い課題解決に向けた議論を行ってもよい。

1. 講義名 救急搬送受入の円滑化
2. 講義時間 2日目 10:30 ~ 12:00 (90分)
3. 講義形式 ワークショップ
4. 目的 受け入れ困難症例の問題解決手段を理解すること
5. 到達目標 救急隊活動および医療機関受入に関する現状を理解し、改善点を明確にし、指導助言を実施できること。
6. 内容概要：プレゼンターが症例を提示し、受講生間で現状、課題、改善するための方策について議論を行い、まとまった意見を発表し、それを踏まえて全体で議論する。
7. 内容詳細：以下に使用したスライドを提示する。

事例 1

搬送1時間 男性死亡 ○○で事故、5病院が拒否

○○県○○市で○日夜、交通事故に遭った男性が、県内の5つの救命救急センターで「満床」や「治療中」などを理由に搬送受け入れを断られていたことが○日わかった。男性は事故から約1時間後、現場から○キロ離れた○○市の○○救命救急センターに運ばれたが、同日午前、死亡した。

男性が断られた5施設は、いずれも生命の危険に瀕した人が運ばれる3次救急医療機関。最終的な受け入れ先にまで断られた形で救急医療体制の不備が改めて露呈した。

事故は○日深夜、○○市の交差点で○○さんのバイクが、右折しようとした○○市の男性のトラックと衝突した。

現場から最も近い○○市の○○救命救急センターは当時、救急専門医を含む3人の医師が当直勤務していたが、2人の重症患者を治療中で、「これ以上の対応は無理」と断った。

事例 2

18病院受け入れ拒否 搬送男性、2時間後死亡

〇〇市で〇日未明、急病の男性(66)を市消防局が搬送中、近隣の18病院から専門医不在などで受け入れを断られ、通報から約2時間後に到着した病院で死亡が確認されたことが分かった。男性は搬送中に容体が悪化したという。

市消防局によると、同日午前0時、男性の家族から「吐血し意識がぼんやりしている」と119番通報があった。救急車は約3分で到着。救急隊が電話で搬送先を探したが、〇〇病院など近隣の18病院から「専門医がない」などと断られた。同1時20分ごろ、約30キロ離れた〇〇病院へ搬送が決まったが、搬送中に心肺が停止した。同1時56分に到着、同2時17分に死亡が確認された。男性は肝臓に持病があったという。

事例 3

89歳受け入れ拒否

脳梗塞後遺症にて特別養護老人ホーム入所中で寝たきりの患者。意思疎通とれず、胃瘻造設されている。家族からは急変時の積極的な延命治療に関して拒否の意思表示あり。

〇月〇日夕方、傷病者は痰が絡むようになり、翌日1時ごろから血圧が収縮期200Hgを超えるとともにSpO₂が低下したため119番通報された。救急隊到着時、傷病者は2階寝室で仰臥位の状態。意識JCS30、RR24、PR95、BP200/80、SpO₂値94%。酸素6リットル投与開始するとともに車内収容した。

その後来所していた娘から再度積極的な治療は望まないとの意思表示あり。搬送先選定は、近隣二次病院10病院を手配するも収容不能であったため、〇〇救命救急センターに依頼したところ、処置中のため収容不能との返答。再度エリアを広げて収容先を探すも見つからず、最終的に先程依頼した〇〇救命救急センターに収容依頼し、受入可能との返答を受け搬送となった。最終的に覚知から病院到着まで、収容依頼31件、2時間36分を要した。

8. 講師、ファシリテーターが留意したこと：一定時間内に受講生全体から意見を引き出し、解決へ向けての筋道がある程度明確になるように誘導していくこと。

9. アンケート結果：有意義と答えた受講生が多く、良好な結果であった。

10. 次回に向けての改善の提案

ワークショップ形式にて、外傷、吐血、超高齢者という現在しばしば問題となっている代表的な搬送困難症例を提示し、グループディスカッションにより問題点、解決策を明確にしてもらった。今回選んだ症例は、三次救急、二次救急、延命拒否という事例を選択したが、それぞれで問題解決のために議論をする対象が異なるし、解決のための手段も異なるが、問題解決していくための道筋を明確にすることにより、自県での搬送困難症例に対して応用していくことが可能になると考える。

課題は、自県の状況により搬送困難症例の発生が起りやすい地域と起りにくい地域があり、起りにくい地域への対応が不十分なことである。この搬送困難症例が発生しやすいのは都市部であるため、都市部の受講生にとっては有意義な講義であると考えられるが、一部の地方では医療機関の絶対数が少ないため、一医療機関にほぼすべて搬送せざるを得ない状況もあり、結果的に搬送困難症例が発生しないことになる。そのような地域からの受講生にとっては、自地域での応用が効かないことになり、当講義の意義は低くなる。そのため、次回以降に同様の講義を実施するにあたっては、搬送困難が発生しやすい地域とそうでない地域の2グループに分けて、搬送困難の多い地域には今回実施した症例を提示、そうでない地域には新たに受入後にトラブルとなったような症例を提示して議論をしてもらい、講義終了後に自地域で応用できるような形にすることができれば望ましいと思われる。

1. 講義名 地域包括ケアシステムと救急について
2. 講義時間 2日目 13:00 ~ 14:00 (60分)
3. 講義形式 講義
4. 目的 地域包括ケアシステムと救急医療の関係性について理解する。
5. 到達目標
 - ・ 地域包括ケアシステムについて説明できる。
 - ・ 地域多職種間連携について説明できる。
 - ・ 高齢者救急の課題について説明できる。
6. 内容概要（ワークショップの流れ）
 - ① 地域包括ケアシステムの説明
 - ② 関係機関・他職種との連携の重要性の説明
 - ③ 在宅医療・高齢者施設における緊急時の対応での問題点について説明
 - ④ 在宅医療と救急医療・救急医療とのかかわりについて説明
7. 内容詳細

在宅医療に取り組む救急医により地域での課題と救急医療・メディカルコントロールとの連携について講義を行った。詳細については別添に示す。(別添資料6)
8. 講師、ファシリテーターが留意したこと

講師として、受講者のほとんどが救急医療に携わるものであるため地域包括ケアシステムや在宅医療についての知識が乏しいことが予想されたため、実例を挙げ理解が進むよう努めた。
9. アンケート結果

アンケートでは概ね有意義であったとの回答であった。意見として

 - ・ 実際に在宅医療に携わっている先生のお話が聞けて勉強になった。
 - ・ ケーススタディで問題等がイメージでき大変勉強になった。
 - ・ 新たな取り組みを今後も紹介していただきたい。
 - ・ 今後高齢者が増えると恵まれた高齢者は在宅もできるが、在宅自体が選択にない患者も増える。その視点の必要と考える。もちろん在宅を進めることには

同意している。

- ・高齢者施設や在宅医は、常に相談や入院に応じてくれる顧問病院の契約を義務つけるべきだと思う。

- ・地域によって異なる救急医療体制の中で救急医が地域包括ケアシステムにどのようにかかわっていくか具体的にディスカッションする場があるとよい。

- ・消防だけでなく様々な機関とのかかわり方、MC としての立場権限がどうあるかの説明がほしい。

- ・DNAR のフォーマットがあればいい。

などあがった。

10. 次回にむけて改善の提案

「地域包括ケアシステム」をなぜ救急医療業務の範疇である MC 体制に求めるのか、その詳細を講義し、更に各地域における「地域包括ケアシステム」と MC 体制について、意見交換等を行いながらワークショップ形式で議論を進めることが効果的かもしれない。また行政では救急医療と介護医療に担当する部門が異なることも伝え彼らとどのように協同していくか議論を進めてもよい。

1. 講義名 MC 体制で検討可能な評価指標について
-外傷を例にとって考えてみましょう-
2. 講義時間 2 日目 14:00 ~ 14:50 (50 分)
3. 講義形式 ワークショップ
4. 目的 MC 医師として、地域における救急医療の質を分析・評価するための方法論を学ぶ
5. 到達目標
 - ・ MC 医師の役割の中に地域事情の解析と課題抽出があることを確認する
 - ・ 上記目的達成のために医療の評価が必要であることを理解する
 - ・ 医療評価の具体的方法論を説明できる
 - ・ 地域で医療評価を行うためにはどうしたら良いのかを考案できる
6. 内容概要（ワークショップの流れ）
 - ① 医療評価の方法論と診療の質の評価方法を概説（講義）
 - ② 外傷を例として地域における診療の質を評価するための具体的方法を疑似体験する（発表と対話）
 - ③ 具体例として先進地区の取り組みを紹介（講義）
7. 内容詳細
別添スライド（添付資料 7：WS5 石原前半・後半配布）参照
8. 講師、ファシリテーターが留意したこと
 - ・ 高度に専門的な内容になるので、特に行政職の受講者にも理解できるよう、できるだけ平易な用語で解説する必要があった。
 - ・ 地域医療が抱える問題の見える化という点では第 1 日目の内容から継続した一貫性があることを伝える
 - ・ テーブルディスカッションでは、可及的に具体的な行動内容を求めた。
9. アンケート結果
 - ①有意義な時間でしたか？
 - A. 強く思う 11
 - B. そう思う 36

- C. あまり思わない 4
- D. 全く思わない 1

②より良い時間にするために、ご指摘、ご助言、ご疑問等をお書き願います。

- ・ MC 体制（救急システム）の質と病院の診療の質はまた別物であるので区別や言葉の定義を明確にした方がよい
- ・ 外傷以外のテーマも面白いかもしれません。
- ・ 外傷はPTDという指標があるが、大部分を占める急病についてはどういう指標があるのか触れてほしかった。
- ・ 議論の中心がよくわからん
- ・ 行動指標について一般的な指標の提示があればと思いました
- ・ 標準指標を集めるには県が主体となって権限をもって行う必要があると思います。第3者機関としてもデータを集め解析するには人、予算が必要です。

10. 次回にむけて改善の提案

- ・ 予想通りアンケートの中に内容がよく理解できなかったという意見、或いは誤解に基づくと考えられる感想があった。特に医療機関の評価でなく地域医療を評価していることを強調し、また Outcome 評価の限界も加え、より簡潔で分かりやすいものに改訂する必要がある。
- ・ 外傷以外のテーマを取り入れて欲しいという意見が複数見受けられたが、時間との兼ね合いで検討したい。心停止を取り上げることができれば、消防機関が収集している Utstein のデータから何が評価できるかを考えることで内容が実践的で理解しやすくなると思う。
- ・ 留意点として医療機関のデータの解釈には注意するように伝えるのがよい。

1. 講義名 MC の情報発信について
2. 講義時間 2 日目 15:00 ~ 15:30 (30 分)
3. 講義形式 講義
4. 目的 MC 活動の情報発信の重要性を理解する。
5. 到達目標
 - ・ 情報発信の必要性について説明できる。
 - ・ MC の活動の情報発信の方法について説明できる。
6. 内容概要
 - ・ ホームページによる情報発信を行っている全国の都道府県 MC, 地域 MC の紹介
 - ・ 地域 MC 協議会における AED 設置の把握状況と PAD 検証の実態の紹介
7. 内容詳細

MC での活動は、一般市民はもちろん救急医療に携わる医師以外知られていないのが現状である。MC による活動は病院前の医療の質を保証するためのものであり、各医療機関がその活動を把握することと同時に一般市民にも活動を理解してもらうことが救急出動件数が増加し続ける現状において非常に重要である。そのためホームページ等を介した情報発信を行っている MC を紹介し MC 医師としての活動の一助となるような講義とした。特にプロトコルの紹介をしている MC は少なく、プロトコルは救急隊の活動を理解するには有効であることから今後その紹介を進める必要性を説明した。また MC を介した情報収集や研究等に関しても先行例を紹介した。講義資料を別添に示す。(別添資料 8)
8. 講師、ファシリテーターが留意したこと

講師として情報発信の必要性を伝えるとともに、MC 医師としての責務と可能性について受講生に伝えた。
9. アンケート結果

講義に関してはおおむね有意義な時間との回答であった。意見としては

 - ・ MC の存在をもっと周知するための方策が必要である
 - ・ どのタイミングで発信していくか難しい問題もある

- ・ AED に記録されたデータ提供時の「便益労務」問題を説明してほしい
- ・ MC の立場がいまだ公的に確固たるものじゃないので組織的な情報発信が乏しいのではないか

などの意見が上がった。

10. 次回にむけて改善の提案

MC 医師の役割には、①地域における救急講習等を通じた市民教育や救急医療の適正利用に係る普及啓発、AED の普及決発や設置の推進などを行う。②MC 医師として収集した情報を地域住民に適切に情報提供し、共有することで、地域住民に地域の実情や MC の活動について理解を深める。とある。今回救急医療の適正利用に関する普及啓発、AED の設置推進等は講義に含めなかった。次回以降はこれらの内容も加味したうえで講義を行ったほうがよい。