

論 文

救急医療におけるメディカルコントロール －共管政策は成果を生むことができるか－

小西 敦

Medical Control in Emergency Medicine: Can Co-managed Policies Produce Results?

Atsushi KONISHI

Abstract

This paper attempts to examine whether or not the policy of medical control in emergency medical care (hereinafter referred to as 'MC'), which is jointly managed by the Fire and Disaster Management Agency and the Ministry of Health, Labor and Welfare, is producing results.

In the broadest sense, MC is an effort to guarantee the quality of emergency medical care. MC has many other meanings.

From the theory of public administration, it is understood that the policy in which multiple ministries and agencies co-manage often creates conflict and has difficulty producing results.

However, when observing MC in the broadest sense based on the performance indicators shown in the table below, some positive results have in fact been achieved.

This indicates that even the co-managed policy can produce results.

Table

		Year	
Performance Indicators		1994	2018
Number and rate of survivors one month after all cardiopulmonary arrest victims transported by ambulance crews	Surviving Persons	1,604	8,704
	Survival Rate (%)	2.6	6.8
		Year	
Performance Indicators		2005	2018
Number and rate of rehabilitated patients one month after cardiogenic cardiopulmonary dysfunction as witnessed by the general public	Recovered Persons	587	2,355
	Recovery Rate (%)	3.3	9.1

はじめに

本稿は、救急医療におけるメディカルコントロール（以下「MC」ということがある）という政策¹について、その成果の有無をいくつかのデータを用いて検証しようとするものである。

MCというテーマに筆者が関心を持った理由の一つに、MCが、消防庁と厚生労働省という2つの行政機関による共管政策であるということがある。本稿は、共管政策（co-managed policy）を「複数省庁が概ね対等な立場で関与している政策」と、一応の定義をする。MCは、後記（4.5.3.の2002年版消防白書）するように、消防庁と厚生労働省が共同で検討会を開催したり、連名で通知を出したりするなど、この共管政策に該当する典型例である。

真淵勝教授は、ダウنزの「領域が重なっているところでは、『領域をめぐる行政機関の間の闘争』が生じる」という議論を紹介している²。今村都南雄教授も、「省庁間紛争の多くは複数省庁にまたがる共管問題をめぐって発生する」³としている。西尾勝教授は、「各部門がつねに自分のところの所掌事務を中心にものごとを考え、他部門との調整・協調に努めようとしなさい、『部局の哲学』というべきものを発達させる」セクショナリズムを機能障害現象の一つとして説明している⁴。

このような行政学の理論的な知見に基づくと、闘争や紛争を発生させがちな「共管政策が成果を生むことは困難ではないか」という仮説が立てられる。

そこで、本稿では、共管政策の一つであるMCの成果の有無を、いくつかのデータを用いて検証してみる。

1. MCの意義

1.1. はじめに

MCという概念は、比較的最近のものであり⁵、多義性を持ち、「救急医療における」という限定を付したとしても、その意味は多様で、本稿でその全てを検討することはできない。その

中から、主な MC の意義を以下で述べる。

1.2. 救命士法上の MC

第一の意味は、救急救命士に対する医師の具体的な指示、である。これは、「オンラインによる指示」とよばれることもある。救急救命士法（平成 3 年法律 36 号、以下「救命士法」という）44 条 1 項は、「救急救命士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない」と規定している。以下では、この救命士法に基づく「医師の具体的な指示」を「救命士法上の MC」という。また、「厚生労働省令で定める救急救命処置」を「特定行為」という。救命士法上の MC は、その法律上の根拠やその範囲が比較的明確である。

1.3. 最広義 MC

第二の意味は、救急医療の質を保障するための取組み、である。この表現の抽象度は高く、ここでいう取組みには、様々なものが考えられ、本稿で扱う MC の意味としては、最広義のものである。この意味の MC を、以下では、「最広義 MC」ということがある。なお、少し前までは、「救急医療の質」の部分を「病院前医療の質」と表現するのが一般的であったと思われる。しかし、最近は、「メディカルコントロールの視点が、救急現場から医療機関到着までの対応だけでなく、地域の救急医療全体を視野に収めるような場所への移動を反映」し、「病院前医療の質」という表現が「救急医療の質」という表現に変わったと理解されている⁶。なお、「医療の質」という概念については、その普及度など、興味深い論点があるが、別途の検討テーマとしたい⁷。

1.4. コア MC

第三の意味は、MC のコア業務とされるもの、である。概念の広狭でいうと、第一の意味と第二の意味の間に属する。具体的には、①プロトコルの策定、②オンラインによる指示、指導・助言、③事後検証及び④再教育である⁸。このうち、②には、救命士法上の MC が含まれる。以下、この意味の MC を「コア MC」という。

コア MC とほぼ同じ内容が、組織面から記述されるときに、MC 体制と表現されることも多い。MC 体制とは、消防機関と医療機関との連携によって、①医学的根拠に基づく、地域の特性に応じた各種プロトコルを作成し、②救急隊が救急現場等から常時、迅速に医師に指示、指導・助言を要請することができ、③実施した救急活動について、医師により医学的・客観的な事後検証が行われるとともに、その結果がフィードバックされ、④再教育等が行われる体制である⁹。本稿でも、以下このような体制を「MC 体制」ということがある。MC 体制の核となることが期待されている会議体として、メディカルコントロール協議会がある。これについては、次 (2.) で述べる。

1.5. 実施基準 MC

第四の意味は、2009年の消防法の一部を改正する法律（平成21年法律34号、同年5月1日公布、同年10月30日施行）によって、都道府県が策定することとなった¹⁰、「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という）への医学的・医療的見地からの関与、である。実施基準の策定の際には、消防法35条の8に基づき都道府県が組織する実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会（以下「法定協議会」という）の意見をあらかじめ、聴かなければならないとされている¹¹。法定協議会の構成員には、「医療機関の管理者又はその指定する医師」及び「診療に関する学識経験者の団体の推薦する者」を含まなければならない¹²、実施基準の策定においては医学的・医療的知見からの関与が予定されている。以下、この消防法に基づく実施基準への医学的関与という意味を持つMCを「実施基準MC」という。

2. メディカルコントロール協議会

2.1. 2001年消防庁通知上のメディカルコントロール協議会

2001年7月4日に、消防庁救急救助課長から都道府県消防主管部長あてに出された通知（消防救第204号、以下「2001年消防庁通知」という）は、メディカルコントロール協議会の設置を含む「メディカルコントロール体制の構築を積極的に」進めることを依頼している¹³。

2001年消防庁通知は、①都道府県単位の協議会と②「救命救急センター等地域の中核的な救急医療機関のメディカルコントロールに係る担当範囲ごと」に置かれる協議会の両方の設置を求め、②の方を「メディカルコントロール協議会」というとしている。

2.2. 2020年消防庁調査上のメディカルコントロール協議会

消防庁の「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査結果」（2020年、以下「2020年消防庁調査」という）は、上記（2.1.）の①を都道府県メディカルコントロール協議会、②を地域メディカルコントロール協議会と分類しつつ、「都道府県内に地域メディカルコントロール協議会を設置していない都道府県については、地域メディカルコントロール協議会の役割を都道府県メディカルコントロール協議会が担っていることから、都道府県メディカルコントロール協議会に地域メディカルコントロール協議会の調査票の回答も依頼した¹⁴」としている。

2.3. 本稿のMC協議会

このように、メディカルコントロール協議会の意義も多様である。そこで、本稿では、2020年消防庁調査における分類に沿って、都道府県単位の協議会を「都道府県MC協議会」と、2020年消防庁調査で、地域メディカルコントロール協議会（都道府県内にこの地域レベルの協議会を設置していない都道府県における都道府県MC協議会を含む）と分類されているものを「地域MC協議会」と、両者をまとめる場合には「MC協議会」ということとする。

3. 本稿における問い

3.1. 問い

本稿における実態分析の記述的推論（どのようになっているのか）上の問いを、一言でまとめると、「MCは成果を生んでいるか」、である。この成果をどのようにして観察するか。前記のように、MCの意味自体が多義的であるので、その成果を示す指標（以下「成果指標」という）を、一義的に決めることができない¹⁵。

3.2. MCの意味ごとの成果指標

そこで、以下では、前記（1.）の意味ごとに、観察可能な成果指標を設定し、その状況を分析することとする。

4. 救命士法上の MC

4.1. はじめに

MCの第一の意味、すなわち、救命士法上のMCは、救急救命士に対する医師の具体的な指示、である。救命士法の目的は、救急救命士の「業務が適正に運用されるように規律」（救命士法1条）することである。

救急救命士の業務は、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことである（救命士法43条1項）。この救急救命処置は、①医師の包括的な指示の下で行う処置、②救命士法上のMCの下で行うことができる特定行為、の2種類に大別される。

この救急救命士の業務は、経年的に拡大してきている。その点を、4.2.で確認する。

その上で、救命士法上のMCの成果指標を、特定行為等の実施件数と裁判における救急救命士の責任認定の件数とすることとし、それらの状況を、4.3.及び4.4.で見てみる。

4.2. 救急救命士の業務範囲の拡大の推移

救急救命士の業務範囲は、表1のように拡大の方向で推移している。このように業務範囲が拡大していることは、救急救命士の業務が適正に行われ、それに対する社会的な信用も高いことの一つの証左ともいえよう。

ただし、2004年の「気管内チューブによる気道確保（気管挿管）」の特定行為への追加については、制度化前に事実が先行するという事件がきっかけともいえるので、やや注意が必要であり、これについては、後記（4.5.）する。

表 1 救急救命士の業務範囲の拡大の推移

年	分類	救急救命士の業務
1991	特定	<ul style="list-style-type: none"> ・半自動式除細動器による除細動（2003年まで） ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液 ※ ・ラリングアルマスク等の器具による気道確保 ※
	包括	重度傷病者（心肺機能停止状態の患者も含む。）に対して行う以下の行為 <ul style="list-style-type: none"> ・精神科領域の処置 ・小児科領域の処置 ・産婦人科領域の処置 ・聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取 ・血圧計の使用による血圧の測定 ・心電計の使用による心拍動の観察及び心電図電送 ・鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去 ・経鼻エアウェイによる気道確保 ・パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定 ・ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定 ・自動式心マッサージ器の使用による胸骨圧迫心マッサージの施行 ・特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持 ・口腔内の吸引 ・経口エアウェイによる気道確保 ・バッグマスクによる人工呼吸 ・酸素吸入器による酸素投与
2003	包括	「自動体外式除細動器（AED）による除細動」追加
2004	特定	「気管内チューブによる気道確保（気管挿管）※」追加
2006	特定	「エピネフリンの投与 ※」追加
2009	包括	「自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリンの投与」追加
2011	特定	「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管 ※」追加
2014	特定	心肺機能停止前の患者に対して行う「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」「ブドウ糖溶液投与」追加
	包括	<ul style="list-style-type: none"> ・「血糖測定器を用いた血糖測定」追加 ・その他「応急手当」の範囲追加

（注1）厚生労働省「第19回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（令和2年2月6日）資料1」22頁に基づき、筆者作成。

（注2）特定＝特定行為＝医師の具体的な指示が必要なもの。

（注3）包括＝医師の包括的な指示で行うもの。

（注4）※＝心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの。

4.3. 特定行為等の実施件数

救急救命士による特定行為等¹⁶の実施件数の推移は、図のとおりである。

救命士法が施行されたのが1991年8月15日と年の途中であるので、1992年が平年となる。特定行為等の件数は、この1992年の598件から、約25年後の2018年には、235,749件と、400倍近くになっている。この四半世紀の間、前記（4.2）したように、特定行為等の範囲が拡

大していることもあり、特定行為等の件数は基本的に右肩上がりである。なお、1992年から2018年の累計の件数は、2,181,181件となっている。

こうした特定行為等の件数という成果指標から見ると、救命士法のMCは成果を生んでいる、といえよう。ただし、特定行為等の実施件数の増加に伴い、トラブル等が増加しているのであれば、「適正に運用」とはいい難くなる。そこで、次に、救急救命士をめぐる訴訟状況を確認してみる。

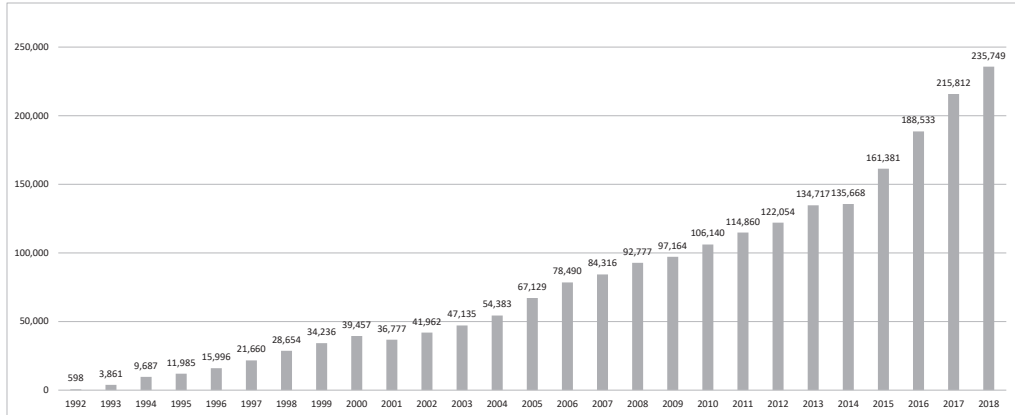


図 救急救命士による特定行為等の推移

(注1) 消防庁「救急・救助の現況」各年版に基づき、筆者作成。

(注2) 東日本大震災の影響により、2010年の陸前高田市消防本部及び2011年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計。

4.4. 救急救命士をめぐる訴訟状況

前記のように、特定行為等の実施件数は増加している。年20万件以上、四半世紀の累計で200万件以上となっている。一般的には、件数が増えれば、それに関する法的な紛争が発生する可能性は高まると思われる。

そこで、裁判所のホームページ裁判例の統合検索機能¹⁷を使って、「救急救命士」をキーワードにして、「救急救命士」という用語が使われている判例を検索してみると、10件の判例がヒットする（2020年10月7日）。しかし、この10件の判例の中には、救急救命士の行為についての法的な紛争に関するものは、1件もない¹⁸。裁判所ホームページで提供されている裁判例という限られたデータに基づくものではあるが、救急救命士の措置等が法的な紛争に至る確率は高くなく、救命士法上のMCが一定の成果を生んでいる、といえそうである。

4.5. 気管挿管問題

4.5.1. はじめに

ただし、裁判にはなっていないと思われるが、救急救命士による措置に関して、2001年11月頃から、問題になった事案として、救急救命士の気管挿管問題がある。当時、救急救命士が

行うことが認められていなかった気管挿管が、一部の消防本部で行われていた¹⁹、という事案である。

4.5.2. 秋田市の事案に関する学会報告

この問題に関しては、特に秋田市の事案²⁰が、多くの耳目を集め、マスコミの報道、市議会の質疑等がされている。日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本臨床救急医学会及び日本蘇生学会の4学会による合同調査も行われ、2002年7月（以下「2002年学会報告」という）²¹及び2003年7月（以下「2003年学会報告」という）²²の2回、報告書が出されている

2002年学会報告は、以下の点を述べている。

○ 2002年学会報告（抄）

注：冒頭の○番号は、筆者が付したもの。

①救急現場における救急救命士の気管挿管がどのような経緯で始まったのかは明らかでないが、恒常的に行われるようになった背景には、消防本部の一部救急救命士と気管挿管の訓練を積極的に推進した医師の協働があったものと考えられる。

②気管挿管の実習は麻酔科医の指導により手術患者で行われ、救急部での実習は行われていない。尚、気管挿管の実習に当たって患者のインフォームドコンセントは得られていない。

③秋田市では年間約200例のCPA（Cardio Pulmonary Arrest：心肺機能停止状態）患者が搬送され、そのうち70～80%の例で気管挿管が行われていた。

④秋田県の行政担当部局が救急救命士による気管挿管の事実を承知していたか否かは明らかでないが、今回のヒアリングでは行政の当事者として本件の重大さを理解しているようには思われなかった。

⑤新聞などの報道で見ると、秋田市の救急救命士による気管挿管についての見解が厚生労働省と総務省消防庁で相当に異なっており、このような病院前救護に関わる行政指導体制の二重構造が現場の混乱を招いた可能性は十分に考えられる。

⑥秋田市の救急救命士教育は病院実習、救急車同乗実習、研修会などを基に充実しており、今後のメディカルコントロール体制構築に参考となる点が多い。また、指導医師の献身的な努力と救急救命士の熱意により、秋田市における救急救命士の質が非常に高いことが調査に協力してくれた医師の話しから明らかである。

⑦今回のヒアリングで全ての関係者が一致して認めたことは、秋田市において救急救命士による気管挿管が恒常的に行われてきたこと、ならびにこの事実が違法であるとの認識であった。

⑧それにもかかわらず関係者に対する処罰はもとより、関係者から何らの反省も公表されていない。

⑨秋田市はもとより、今後わが国のメディカルコントロール体制は、この事件の反省と教訓を踏まえて構築されるべきである。

2003年学会報告は、まとめとして、以下の点を述べている。

2003年4学会報告<まとめ>

今回、4学会合同調査会が、秋田市の心肺蘇生に関わる資料と発表論文、ならびに秋田市の救急救命士による気管挿管の事例を医学的見地より検証した。その結果、秋田市の心肺蘇生に関わるデータには意図的な修正が加えられていることが明らかとなるとともに、関連する発表論文には救急救命士による気管挿管の事実が隠されていることが確かめられた。また、秋田市の救急救命士による気管挿管の救急救命処置録等を検証した結果、584例中75例、延べ82件に何らかの問題が認められた。これらの中には、食道への誤挿入や片肺挿管の可能性が否定できないもの3例、気胸を発症したもの1例が含まれていた。

今回の報告が、現在各地で進められているメディカルコントロール体制の構築に向けた作業に些かでも役立てば幸いである。

4.5.3. その後のMCへの影響

この事案については、厳しい批判意見もあり²³、さらに検証されるべき事案であると考えが、紙幅の制限もあるため他稿に譲り、ここでは、その後のMCへの影響を中心に述べたい。

秋田市の事案が報じられ始めた2001年秋頃は、ちょうど、「救急救命士の処置範囲を拡大した場合、その基盤となるメディカルコントロール体制の構築の必要性について指摘」をする厚生省（当時）の報告書²⁴や消防庁の報告書²⁵が出ている頃であった。

この頃からの経過については、平成14（2002）年版消防白書が、「救急救命士の処置範囲の拡大について」という「緊急報告」を行っていて、分かりやすい。この「緊急報告」の要点を、以下で紹介する。この「緊急報告」が記している経過を経て、最終的には、救急救命士の気管挿管は、2004年にMCの徹底など一定の条件の下で、特定行為の一つとして認められた。

○2002年版消防白書「緊急報告 救急救命士の処置範囲の拡大について」（抄）

注：冒頭の○番号は、筆者が付したものだ。

①2001年秋に一部の地域で現在認められていない気管挿管を実施していたという事件が明らかになったこともあり、救急救命士の処置範囲について注目を浴びることとなり、そのあり方について具体的な検討が開始されることとなった。

②救急救命士の処置範囲の問題は国民の関心も高く、政府においても、早期検討を行うこととなり、（筆者注：2002年）4月17日には消防庁と厚生労働省との共同で「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」が開催された。

③検討会の審議の結果、7月22日、中間報告が取りまとめられた。

④この中間報告では、救急救命士の処置範囲の拡大についての基本的方向性と検討課題が指摘されている。検討課題については、年内を目途に最終的結論が取りまとめられるよう、引き続き検討を継続することとされた。

⑤中間報告の総論は、1) MC体制の確立が、救急救命士の業務拡大を行っていく上での前提、2) 救命救急センターの整備や救急専門医の養成確保が必要、3) 救急救命士の養成方法や養成期間のあり方を検討する必要、4) 救急救命士配置の地域格差の早期是正が必要、などを述べている。

⑥消防庁では「救急業務高度化推進委員会」等で、厚生労働省では厚生労働科学研究班において、専門家の意見の集約を図っており、これらの報告を踏まえ、検討会を開催し、2002年末には最終報告をとりまとめる予定である。

⑦消防庁としては、より一層の傷病者の救命効果の向上が図られるようなかたちで救急救命士の処置範囲の拡大が実施できるように、検討会の結論が出されるよう取り組んでいる。

⑧救急救命士の処置範囲の拡大については、その前提であるMC体制を早期に構築することが重要である。

⑨MC体制とは、救急救命士を含む救急隊員の応急処置の質を医学的観点から保障することを意味する。具体的には、都道府県、二次医療圏又は複数の二次医療圏の単位ごとに消防機関、医療関係者等を構成員とするMC協議会を設置し、1) 救急隊が現場から迅速に医師の指示・指導・助言を要請できる、2) 実施した救急活動の医学的判断、処置の適切性について事後検証を行う、3) 資格取得後も救急救命士が医療機関において定期的に病院実習を行う体制を構築することである。

⑩消防庁では、2001年に出された「救急業務高度化推進委員会報告書」を受け、「救急業務の高度化の推進について」を発出し、各地域のMC体制構築の具体化についてその促進を図ってきた。

⑪今回の中間報告においても、MC体制の必要性が指摘されており、消防庁では、改めて体制構築の促進について厚生労働省と連携し、各都道府県知事に対し連名で「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成14年7月23日付け消防庁次長・厚生労働省医政局長通知）を発出し、MC協議会の設置をはじめとする体制の構築を促進するよう要請した。

⑫MC体制は、現在検討されている救急救命士の処置範囲拡大に関してのみならず、将来にわたり救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置の質を確保し、更なる救急業務の高度化を推進する上での基盤となる制度である。

5. 最広義 MC

5.1. はじめに

第二の意味、最広義 MC は、救急医療の質を保障するための取組み、である。前記のように、この表現の抽象度は高く、「救急医療という領域が、あまりにも雑多」²⁶であるので、最広義 MC が機能しているか、についての観察可能な指標をどのようなものに設定するか、は難しい。

救急医学の教科書は、救急患者を、①慢性病の時間外患者と、②慢性病患者とは全く違った考え方で対応しなければならない患者と、に分け、②を「生命に重大な脅威を受け、最近のハイテク医療を速やかに駆使しなければ、救命できないか、または大きな後遺障害を残す種類の患者」とする²⁷。この記述を参考にして、本稿では、救急医療の主な目的を傷病者の救命や傷病者に大きな後遺障害を残さない措置と考える。本稿は、この目的に照らして、第一に、「救急隊が搬送した全ての心肺機能停止の傷病者のうちの1か月後の生存者」の数及び率（以下「1か月生存数」及び「1か月生存率」という）、第二に、「一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヵ月後社会復帰者」の数及び率（以下「1か月後復帰数」及び「1か月後復帰率」という）を最広義 MC の成果指標として観察する²⁸。

5.2. 1か月生存数及び1か月生存率

1か月生存数及び1か月生存率の1994年から2018年の推移は、表2のとおりである。

2018年の1か月生存数（8,704）及び1か月生存率（6.8%）を1994年の1か月生存数（802、これは半年分なので2倍すると1,604）及び1か月生存率（2.6%）と比較すると、生存数は5倍以上、生存率は4.2ポイントアップ、となっている。最広義 MC では、一般市民による応急手当等の普及も含むと理解されているようであり²⁹、その手当率の向上とともに、生存率も向上している。

これらの指標からは、最広義 MC は、成果を生んでいると見ることができるであろう。

表2 救急隊が搬送した心肺機能停止傷病者のうちの1か月後の生存者の数・率の推移

年	全数 A	生存数 B	生存率 C = B/A	うち一般市民による応急手当有				うち一般市民による応急手当無			
				数 C	割合 D = C/A	生存数 E	生存率 F = E/C	数 G	割合 H = G/A	生存数 I	生存率 J = I/G
1994	31,206	802	2.6	4,172	13.4	185	4.4	27,034	86.6	617	2.3
1995	72,016	1,968	2.7	9,389	13.0	437	4.7	62,627	87.0	1,531	2.4
1996	72,542	1,934	2.7	10,954	15.1	446	4.1	61,588	84.9	1,488	2.4
1997	76,272	2,146	2.8	12,901	16.9	605	4.7	63,371	83.1	1,541	2.4
1998	80,970	2,563	3.2	15,923	19.7	830	5.2	65,047	80.3	1,733	2.7
1999	83,353	2,668	3.2	19,212	23.0	861	4.5	64,141	77.0	1,807	2.8
2000	84,899	2,845	3.4	21,121	24.9	881	4.2	63,778	75.1	1,964	3.1

2001	88,058	2,882	3.3	23,398	26.6	879	3.8	64,660	73.4	2,003	3.1
2002	91,691	3,225	3.5	25,491	27.8	1,065	4.2	66,200	72.2	2,160	3.3
2003	94,845	3,512	3.7	29,255	30.8	1,267	4.3	65,590	69.2	2,245	3.4
2004	94,920	3,739	3.9	31,815	33.5	1,376	4.3	63,105	66.5	2,363	3.7
2005	102,738	4,369	4.3	34,539	33.6	1,553	4.5	68,199	66.4	2,816	4.1
2006	105,942	4,941	4.7	37,381	35.3	1,912	5.1	68,561	64.7	3,029	4.4
2007	109,461	5,647	5.2	42,892	39.2	2,393	5.6	66,569	60.8	3,254	4.9
2008	113,827	6,034	5.3	46,306	40.7	2,770	6.0	67,521	59.3	3,264	4.8
2009	115,250	6,494	5.6	49,249	42.7	3,101	6.3	66,001	57.3	3,393	5.1
2010	123,095	7,227	5.9	52,541	42.7	3,414	6.5	70,554	57.3	3,813	5.4
2011	127,109	7,085	5.6	54,652	43.0	3,390	6.2	72,457	57.0	3,695	5.1
2012	127,866	7,436	5.8	56,692	44.3	3,635	6.4	71,174	55.7	3,801	5.3
2013	123,987	7,535	6.1	55,695	44.9	3,732	6.7	68,292	55.1	3,803	5.6
2014	125,951	7,716	6.1	59,445	47.2	4,042	6.8	66,506	52.8	3,674	5.5
2015	123,421	7,802	6.3	59,420	48.1	4,155	7.0	64,001	51.9	3,647	5.7
2016	123,554	8,262	6.7	60,363	48.9	4,489	7.4	63,191	51.1	3,773	6.0
2017	127,018	8,349	6.6	63,439	49.9	4,633	7.3	63,579	50.1	3,716	5.8
2018	127,718	8,704	6.8	64,745	50.7	5,007	7.7	62,973	49.3	3,697	5.9

(注1) 消防庁「令和元年版救急・救助の現況 救急編」50頁第64表に基づき、筆者作成。

(注2) 1994年は7～12月、1995年以降は1～12月の数値である。

(注3) 1994年～2004年については、救急蘇生指標に基づいた数値である。

(注4) 2005年～2018年については、ウツタイン様式に基づいた数値である。

(注5) 東日本大震災の影響により、2010年及び2011年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

(注6) 端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

5.3. 1か月後復帰数及び1か月後復帰率

1か月後復帰数及び1か月後復帰率の2005年から2018年の推移は、表3のとおりである。ここで、2005年からとなっているのは、同年1月から、全国の消防本部で一斉にウツタイン様式³⁰の導入を開始し、消防庁がウツタイン様式による調査結果をオンラインで集計・分析するためのシステムの運用も開始している³¹ためである。

2018年の1か月後復帰数（2,355）及び1か月後復帰率（9.1%）を2005年の1か月後復帰数（587）及び1か月後復帰率（3.3%）と比較すると、復帰数は約4倍、復帰率は5.8ポイントアップ、となっている。

これらの指標からも、最広義MCは、成果を生んでいると見ることができるであろう。

表3 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰者の数・率の推移

年	1か月後社会復帰者	
	数・人	率・%
2005	587	3.3
2006	768	4.1
2007	1,195	6.1
2008	1,294	6.2
2009	1,495	7.1
2010	1,543	6.9
2011	1,677	7.2
2012	1,710	7.2
2013	2,011	7.9
2014	1,972	7.8
2015	2,103	8.6
2016	2,226	8.7
2017	2,232	8.7
2018	2,355	9.1

（注1）消防庁「救急・救助の現況」平成24年版73頁第84図及び令和元年版87頁第84図に基づき、筆者作成。

（注2）東日本大震災の影響により釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部の2010年分及び2011年分データは除いた数値で集計している。

6. コア MC

6.1. はじめに

MCの第三の意味である、コアMCには、前記（14.）のように、①プロトコルの策定、②オンラインによる指示、指導・助言、③事後検証及び④再教育、の4段階がある。

このうち、②には、救命士法上のMCが含まれ、これについての成果指標の観察は前記（4.）したので、以下では、①、③及び④について見てみる。

6.2. プロトコルの策定

プロトコル（プロトコールとも表記される、protocol）の定義も多様にある³²。ここでは、病院前救急医療におけるプロトコル、すなわち、「傷病者に影響を与える医療関連行為について、傷病者の観察、処置および医療機関の選定などを医学的見地から標準化して文書化したもので、医師から救急隊への指示書」³³と考える。なお、プロトコルは、「マニュアルやガイドラインより厳しい遵守義務がある」³⁴とされている。

プロトコルを策定すべき対象は、「救急隊が病院前救護で対応すべきすべての病態である。それらは、心肺停止、急性疾病、外傷などに類型化できる」³⁵とされている。

そこで、プロトコルの策定の現状を見てみる。消防庁「メディカルコントロール体制等の実

態に関する調査結果報告書「令和2年2月」(以下「2020MC実態調査」という)230頁によれば、全国の726消防本部のプロトコルの策定状況は、表4のとおりである。

心肺機能停止状態(Cardio Pulmonary Arrest: CPA)のプロトコルを策定している消防本部は、653と、9割近くとなっている。しかし、それ以外の病態については、策定消防本部は6割前後にとどまり、「救急隊が病院前救護で対応すべきすべての病態」についてプロトコルを用意しているとはいえない消防本部が、相当数ある。CPAのプロトコルの策定は進んでいるものの、プロトコル全般の策定状況という指標で観察すると、成果は十分とはいえないと思われる。

表4 全国の消防本部のプロトコルの策定状況(2019年8月1日現在・複数回答)

プロトコルの内容	策定消防本部数：A	割合：A / 全消防本部数(726)・%
心肺機能停止状態(CPA)	653	89.9
外傷	407	56.1
内因性疾患	385	53.0
その他	466	64.2
無回答	8	1.1

(注) 2020MC実態調査230頁の図に基づき、筆者作成。

6.3. 事後検証

MCにおける事後検証とは、検証対象活動について、「事後に医学的な観点から検証することをいう。検証結果を次の活動に活かすことで、活動の医学的な質を確保し向上させることを目的とする。事後検証はPDCAサイクルにおける『Check』の役割を果たす³⁶とされている。

事後検証の対象とすべき「活動」に関しては、「できるだけ多くの活動に対して行われるのが望ましい。とはいえ、時間的、人的、経費的な制限がある。そのため、効果的・効率的な対象を選定する³⁷とされている。

2020MC実態調査272頁によれば、全国の726消防本部の事後検証の実施状況は、表5のとおりである。

全国の消防本部の大多数(95.5%)が、消防本部と医師双方で事後検証を実施している。これに、「医師でのみ」(3.6%)、「消防本部内でのみ」(0.6%)を合わせると、全国の消防本部のほとんど(99.6%)が、何らかの事後検証を行っている。

表5 全国の消防本部の事後検証の実施状況(2019年8月1日現在・単数回答)

検証方法	策定消防本部数：A	割合：A / 全消防本部数(726)・%
消防本部と医師双方	693	95.5
医師でのみ	26	3.6

消防本部内でのみ	4	0.6
事後検証未実施	3	0.4

(注) 2020MC 実態調査 272 頁の図に基づき、筆者作成。

消防本部と医師双方で事後検証を実施している 693 の消防本部における消防本部内の事後検証対象事案の状況は、表 6 のとおりである。消防本部内での事後検証対象は、「特定行為実施事案」が最多で 83.0%（575 本部）、次いで、「心肺機能停止状態事案」が 81.4%（564 本部）と 8 割以上となっている。

表 6 消防本部内での事後検証対象事案（2019 年 8 月 1 日現在・複数回答）の状況

事後検証対象事案	実施本部数	割合・%
特定行為実施事案	575	83.0
心肺機能停止状態事案	564	81.4
重症外傷事案	409	59.0
初診医により検証が必要と判断される事案	360	51.9
救急隊長により検証が必要と判断された事案	345	49.8
ドクターヘリと連携した事案	237	34.2
多数傷病者発生事案	217	31.3
傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関わる事案	176	25.4
通信指令員に対する口頭指導の事後検証	164	23.7
ドクターカーと連携した事案	155	22.4
医師に指導・助言を求めた事案	151	21.8
初診時傷病程度が死亡の事案	126	18.2
搬送困難事案	124	17.9
すべての救急出場事案	117	16.9
明らかな死亡と判断した事案	50	7.2
すべての救急搬送事案	48	6.9
すべての不搬送事案	33	4.8
消防本部の応援協定により出場した事案	31	4.5
特に定めていない	11	1.6
その他	169	24.4
無回答	2	0.3

(注 1) 2020MC 実態調査 298 頁の図に基づき、筆者作成。

(注 2) 割合 = 実施本部数 / 消防本部と医師双方で事後検証を実施している本部数 (693)。

消防本部内での事後検証の検証事項については、表 7 で示している。事後検証事項は、「プ

「プロトコルとの整合性」と「救急活動の迅速性」がともに最多で98.0%（679本部）、次いで、「特定行為指示要請の内容」が95.1%（659本部）、「救急活動の医学的整合性」が88.2%（611本部）となっている。

これらの事案及び事項は、MCにおいて、特に重要な事案や事項であり、多くの消防本部で、「効果的・効率的な対象」が選定されている、といえよう。

表7 事後検証の検証事項（2019年8月1日現在・複数回答）

事後検証の検証事項	実施本部数	割合・%
プロトコルとの整合性	679	98.0
救急活動の迅速性	679	98.0
特定行為指示要請の内容	659	95.1
救急活動の医学的整合性	611	88.2
医師に指導・助言を求めた内容	607	87.6
病態に応じた病院選定	587	84.7
他隊及び他機関との連携	561	81.0
記録の正確性	533	76.9
救急活動の協調性	517	74.6
接遇	209	30.2
その他	23	3.3
無回答	2	0.3

(注1) 2020MC実態調査299頁の図に基づき、筆者作成。

(注2) 割合＝実施本部数／消防本部と医師双方で事後検証を実施している本部数（693）。

事後検証は、検証過程における意見交換等も重要であるが、検証結果を「適切にフィードバックしてこそ効果的」³⁸とされる。

そこで、検証結果の活用状況を見てみると、表8のとおりである。「事後検証結果をフィードバックする」が最多で8割以上の消防本部（584本部）で行われている。次いで、「事後検証結果から症例検討会等の場で消防本部内に周知する」が6割以上の消防本部（442本部）で行われている。しかし、「事後検証の結果を地域メディカルコントロール協議会へ報告する」は36.2%（251本部）、「事後検証結果を地域メディカルコントロール協議会に報告し、プロトコルの見直しを図る」は27.3%（189本部）にとどまっていて、消防本部外に情報を出し、共有したり、プロトコルの見直しに結び付けたりする本部は、少数派となっている。

以上の成果指標を全体としてみると、事後検証に関しては、その実施という点では成果はあり、その結果のフィードバックについては、ある程度の成果を生んでいるということになる。

表 8 検証結果の活用状況（2019年8月1日現在・複数回答）

事後検証結果の活用	実施本部数	割合・%
事後検証結果をフィードバックする	584	84.3
事後検証結果から症例検討会等の場で消防本部内に周知する	442	63.8
事後検証の結果を地域メディカルコントロール協議会へ報告する	251	36.2
事後検証結果を地域メディカルコントロール協議会に報告し、プロトコルの見直しを図る	189	27.3
事後検証結果から消防本部独自でプロトコルの見直しを図る	30	4.3
事後検証結果の活用は行っていない	10	1.4
その他	42	6.1
無回答	1	0.1

（注1）2020MC 実態調査 306 頁の図に基づき、筆者作成。

（注2）割合＝実施本部数／消防本部と医師双方で事後検証を実施している本部数（693）。

6.4. 再教育

救急救命士の再教育に関しては、2008年の消防庁救急企画室長の通知（消防救第262号、平成20年12月26日、以下「2008年救急企画室長通知」という）が、留意事項を示している。

2008年救急企画室長通知が求めている主な点は、次の点である。

- ① MC協議会は、2年間で128時間以上の効果的な再教育が実施できるよう体制整備を図らなければならないこと。
- ② MC体制下における救急救命士の再教育時間としては2年間に128時間以上であることが望ましいこと。
- ③ 病院実習には最低2年間に実質48時間程度を充てなければならないこと。
- ④ 残る80時間（＝128-48時間）相当については、日常的な教育体制をもって行うこと。

2008年救急企画室長通知が求めている②に関して、2020MC実態調査236頁によれば、「2年間で128時間以上の再教育時間を対象者全員に行える体制であるか否か」という問いに対し、719本部のうち、71.9%（517本部）が「行える体制である」と、27.7%（199本部）が「行える体制ではない」と、回答している（無回答が0.4%（3本部））。

再教育時間数は、体制整備の一環として、MC協議会が定めることが期待されていると思われるが、MC協議会による再教育時間数の決定状況は、2020MC実態調査56・57・147頁から推計すると、2008年救急企画室長通知が求めている「③病院実習48時間程度」を、再教育時間を定める都道府県MC協議会の約半分、地域MC協議会の7割程度が、みたしていると思われる。

以上の成果指標を全体としてみると、再教育に関しては、5割から7割程度が求められる水準に達している状況で、十分とはいえないが、一定の成果を生んでいるということになる。

7. 実施基準 MC

7.1. はじめに

MC の第四の意味である実施基準 MC は、2009 年の消防法改正に基づくものである。2009 年の消防法改正は、2006 年から 2008 年にかけて「妊婦の救急搬送事案など傷病者を受け入れる医療機関が速やかに決まらない事案（以下「受入医療機関の選定困難事案」という）が発生し、受入医療機関の選定困難事案を解消することが喫緊の課題となったことを直接の契機として」³⁹、行われたものである。

したがって、実施基準 MC の主な目的は受入医療機関の選定困難事案の解消や減少である、といえよう。

7.2. 法定協議会と MC 協議会

実施基準の策定の際には、法定協議会の意見をあらかじめ、聴かなければならない。法定協議会の構成員には、「医療機関の管理者又はその指定する医師」及び「診療に関する学識経験者の団体の推薦する者」を含まなければならず⁴⁰、実施基準の策定においては医学的・医療的知見からの関与が予定されている。

この法定協議会としては、「救急救命処置を含む応急処置と搬送を一連のものとして協議していくため、既存のメディカルコントロール協議会を活用することが有効であると考えられる」⁴¹とされ、既存の MC 協議会を法定協議会と位置付けることが「有効」とされている。

2020MC 実態調査や 2020MC 実態調査と同時期に公表された都道府県の消防防災主管部局や衛生主管部局を対象にした消防庁「救急救命体制の整備・充実に関する調査結果報告書（令和 2 年 2 月）」（以下「2020 体制調査」という）などによれば、47 の都道府県 MC 協議会のうち、法定協議会に位置付けられているのは、34 団体（72.3%）である⁴²。

2020 体制調査によると、47 都道府県のうち、法定協議会の主管部局が「防災主管部局」である 25 団体と「防災主管部局と衛生主管部局共同」である 18 団体の計 43 団体のうち、実施基準の改正を 2018 年度内に行った団体は、23 団体（53.5%）と約 5 割となっている⁴³。

この 23 団体における実施基準の改正内容は、1 団体以外の全ての団体（22 団体）が、「医療機関リスト」の改正である。

7.3. 「照会回数 4 回以上の事案」や「現場滞在時間 30 分以上の事案」の件数・割合

2009 年の消防法の改正は、前記のように、受入医療機関の選定困難事案の解消や減少を意図したものであり、受入医療機関の選定困難事案の発生状況を示す指標としては、「照会回数 4 回以上の事案」や「現場滞在時間 30 分以上の事案」の件数・割合等が用いられていた⁴⁴。

そこで、本稿では、実施基準 MC の成果指標として、「照会回数 4 回以上の事案」や「現場滞在時間 30 分以上の事案」の件数・割合を観察してみる。これらの件数や割合が減少していれば、実施基準 MC に一定の効果があるといえよう。

表9は、消防庁の「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」の各年版に基づいて、「照会回数4回以上の事案」、「現地滞在時間30分以上の事案」の件数・割合の推移を示したものである。

表9によれば、次のことがいえよう。

第一に、「照会回数4回以上の事案」の件数は、上下動のある「救命救急センター搬送傷病者」を除いて、概ね低下傾向にある。

第二に、「照会回数4回以上の事案」の割合は、上下動のある「産科・周産期傷病者」を除いて、概ね低下傾向にある。

第三に、「現地滞在30分以上の事案」の件数は、増加傾向にある「救命救急センター搬送傷病者」及び「小児傷病者」を除いて、上下動がある。

第四に、「現地滞在30分以上の事案」の割合は、上昇傾向にある「小児傷病者」及び「産科・周産期傷病者」を除いて、小幅な上下動がある。

したがって、これらの成果指標からみると、実施基準MCは、照会回数という点では効果があるといえるものの、現地滞在時間という点では効果があるとまではいえないと思われる。

表9 救急搬送における医療機関の受入状況の推移（4回以上照会・30分以上現地滞在）

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
					(注3)							
4回以上照会件数												
重症以上傷病者	14,387	14,732	13,164	16,381	17,281	16,736	15,132	14,114	11,754	10,039	9,834	10,861
産科・周産期傷病者	1,084	749	517	587	549	530	678	617	549	540	475	545
小児傷病者	8,905	9,146	9,569	10,924	11,039	10,759	9,528	8,708	8,570	7,527	6,442	6,368
救命救急センター搬送傷病者		16,721	15,618	20,395	24,014	25,324	27,528	26,740	25,411	20,248	20,262	23,116
4回以上照会割合												
重症以上傷病者	3.9	3.6	3.2	3.8	3.9	3.8	3.4	3.2	2.7	2.3	2.2	2.4
産科・周産期傷病者	4.8	4.6	3.2	3.8	3.7	3.6	4.3	3.8	3.7	3.5	3.3	3.6
小児傷病者	2.8	2.8	2.8	3.2	3.1	3.0	2.7	2.4	2.4	2.0	1.7	1.7
救命救急センター搬送傷病者	(注2)	3.7	3.2	3.8	4.0	3.9	3.9	3.6	3.3	2.6	2.5	2.6
30分以上現地滞在件数												
重症以上傷病者	15,656	16,980	17,826	20,849	21,794	23,033	23,950	23,500	22,379	22,104	22,620	23,643
産科・周産期傷病者	1,335	1,029	970	1,077	1,022	1,019	1,333	1,267	1,194	1,161	1,112	1,257
小児傷病者	5,112	5,905	6,953	8,618	9,600	10,431	11,986	11,423	12,039	12,237	11,515	11,494
救命救急センター搬送傷病者	(注2)	19,876	21,837	27,322	31,451	35,445	41,777	45,208	47,030	40,213	42,491	47,455
30分以上現地滞在割合												

重症以上傷病者	4.0	4.1	4.3	4.8	4.9	5.2	5.4	5.3	5.2	5.0	5.0	5.1
産科・周産期傷病者	5.7	6.3	6.1	6.9	6.8	6.9	8.4	7.8	7.9	7.5	7.8	8.2
小児傷病者	1.5	1.8	2.0	2.5	2.7	2.9	3.5	3.2	3.4	3.2	3.1	3.1
救命救急センター 搬送傷病者	(注2)	4.4	4.5	5.0	5.2	5.4	5.9	6.1	6.1	5.1	5.2	5.3

(注1) 消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の各年版に基づき、筆者作成。

(注2) 2007年の「救命救急センター搬送傷病者」は集計不能分が多かったため未記載。

(注3) 東日本大震災の影響により岩手県釜石大槌行政事務組合消防本部の2011年1月から4月までのデータの一部及び陸前高田市消防本部の2011年1月から3月までのデータが集計不能のため含まれていない。

8. まとめ

ここまでの観察結果を「簡短」にまとめると、表10のようになる。指標の観察からは、成果が生まれているといえるものもあれば、そうとはいえないものもある。どの指標を重視するかなど、この結果に対する評価も様々なものがある。

本稿は、前記(5.1.)のように、傷病者の救命や傷病者に大きな後遺障害を残さない措置等という救急医療の目的に照らして、最広義MCの成果指標である「1か月生存数」、「1か月生存率」、「1か月後復帰数」及び「1か月後復帰率」が、アウトカム指標として最も重要であると考えられる。それらが一定の向上を見せているので、共管政策の一つであるMCは、一定の成果を生んでいる、と結論づけたい。

行政学の理論的な研究に基づけば、共管政策は、紛争や混乱を招きがちで、成果を生むことが難しいと想定される。MCに関しても、例えば、秋田市事案に関する2002年学会報告は、行政指導体制の消防庁と厚生労働省の「二重構造が現場の混乱を招いた可能性」を指摘していた。

しかし、本稿で行った表10で示したような成果指標の観察からは、MCは、一定程度の成果を生んでいるということができ、共管政策であっても、成果を生む可能性があることが示唆された。

表10 MCの成果指標のまとめ

MCの意義	成果指標	指標の推移等
救命士法上のMC	特定行為等の実施件数	1992年598件→2018年235,749件
	救急救命士に関する訴訟件数	2020年10月1日まで0件(未確認)
最広義MC	1か月生存数	1994年1,604人→2018年8,704人
	1か月生存率	1994年2.6%→2018年6.8%
	1か月後復帰数	2005年587人→2018年2,355人
	1か月後復帰率	2005年3.3%→2018年9.1%

コア MC	プロトコル策定消防本部割合	2019年8月1日 89.9%（CPA）
	事後検証実施消防本部割合	2019年8月1日 99.6%
	フィードバック実施消防本部割合	2019年8月1日 84.3%
	再教育体制確保消防本部割合	2019年8月1日 71.9%
実施基準 MC (重症以上傷病者)	照会回数4回以上事案件数	2007年 14,387件→2018年 10,861件
	照会回数4回以上事案割合	2007年 3.9%→2018年 2.4%
	現場滞在時間30分以上事案件数	2007年 15,656件→2018年 23,643件
	現場滞在時間30分以上事案割合	2007年 4.0%→2018年 5.1%

(注) 本稿掲載の各データに基づき、筆者作成。

9. 本稿の残した課題

本稿は、MCという単独事例の観察から、共管政策であったとしても成果が生まれ得ることを示したに過ぎない。デジタル庁構想のような霞が関における新組織の発想は、省庁間の縦割りの弊害や共管政策への懐疑から生まれてくることが多いと思われる。本稿は、そうした大きな議論に対応するには、あまりにささやかな研究である⁴⁵。本稿が扱ったMCというものが、共管政策の中では特殊なものであるかもしれず、本稿から共管政策の一般論を論ずるには、遠い道のりがある。この点が、本稿の残した大きな課題の一つ目である。

本稿は、MCの成果をいくつかの観察可能な指標で示した。これは、記述的推論（どのようになっているのか）を示したにすぎず、因果的推論（なぜそのようになっているのか）⁴⁶、すなわち、なぜ、MCは成果を生むことができたのか、という問いには、応答していない。この点が、本稿の残した大きな課題の二つ目である。データに基づかない感情的な答えを許していただければ、MCには、救急患者の生命を救うという明確で、異なる組織間で共有しやすい目的があるから、というのが私見であるが、本稿では、このことの論証も欠いている。

こうした2つの大きな課題については、筆者の研究関心の柱の一つである救急医療をめぐる法律関係などを検討する中で、引き続き、取り組むこととしたい。

おわりに：今後のMCへの期待

最後に、今後のMCに対し、期待することについて、一言、私見を述べて、本稿を閉じたい。

現在、「救急救命士の資質の活用を医療機関内で行う」ことが、検討されている⁴⁷。これが実現されると、救命士法の趣旨である医療機関到着前の医療という原則を大きく変えることになるので、慎重な検討が必要だと思われる。こうした議論の背景には、これまでの救急救命士の行ってきた救急救命措置への高い評価と信頼があると思われる。この高評価と信頼も、関係者の努力によるMCの成果であろう。今後も、こうした高評価や信頼を揺るがすことがないような制度設計を、MCを共管する関係機関や制度改革へ影響を及ぼす立場の皆様には、期待し

たい。

〔謝辞〕

真淵勝先生が京都大学公共政策大学院の院長をなさっていたときに、私は同大学院の実務家教員として勤務しており、それ以来、真淵先生からたくさんのお親切なご教示をいただいています。

真淵先生が学会の長をなさった日本政治学会及び日本行政学会に入会させていただいたのも、先生の推薦のおかげです。真淵先生が研究代表をなさっていた科研費の研究会にも入れていただき、研究費の確保策を含む研究者としての基礎的な知見を伝授くださいました。受け手の能力不足で、現在も、この知見を十分に身に着けることができず、ご迷惑をおかけしていることを、お詫び申し上げます。立命館大学政策科学研究科における私の博士論文審査に際しても、佐藤満先生に主査をしていただく橋渡しなどをさせていただき、感謝の気持ちでいっぱいです。

真淵先生の『行政学 新版』（2020年、有斐閣）は、現在の日本で最も情報量の多い行政学の教科書です。量は多くても、その卓越した文章力と緻密な構成で、まるで物語を読んでいるかのように、読み進めることができます。真淵先生の文章力の足元にも及びませんが、先生のご業績に触れさせていただき、論文の表現を少しでも読みやすいものとするように心がけるようになりました。ただし、本稿でも、それは「心がけ」だけに終わってしまいました。それにもかかわらず、真淵先生の記念論文集に掲載していただけることに、ありがたく思います。ご高配いただいた藤井禎介先生、森道哉先生をはじめとする関係の諸先生に感謝申し上げます。

最後になりますが、真淵先生のご健康とますますのご活躍、特に予告なさっている『公共政策』の教科書のご版行を心よりお祈り申し上げます。

この研究は、JR西日本あんしん社会財団から助成を受けています（助成番号 20R002）。

注

- ¹ 「救急医療におけるメディカルコントロール」という表現は、既に同名の書籍名として使用されている（へるす出版、2017年）。同書は、日本救急医学会及び日本臨床救急医学会のメディカルコントロール検討委員会の監修の下、「救急医療におけるメディカルコントロール編集委員会」により編集され、総務省消防庁（以下「消防庁」という）の編集協力を得て発刊されたもの（以下、同書を「MC 編集委員会（2017）」という）である。MC 編集委員会（2017）は、主な読者を救急隊員・救急救命士・医師等を想定し、MC に関する実務的解説をその主な内容としているが、本稿を著すにあたって、たいへん参考になった。
- ² 真淵勝『行政学 新版』（有斐閣、2020年）41頁。ダウズ、アンソニー／渡辺保男訳『官僚制の解剖—官僚と官僚機構の行動様式』（サイマル出版会、1975年）251頁参照。
- ³ 今村都南雄『官庁セクショナリズム』（行政学叢書1）（東京大学出版会、2006年）96頁。
- ⁴ 西尾勝『行政学 新版』（有斐閣、2001年）235頁。
- ⁵ 日本医師会のオンライン版「日医ニュース」第991号（2002年12月20日、<http://www.med.or.jp/nichinews/n141220d.html>）は、「最近、メディカル・コントロール（以下MCという）という言葉をよく耳にするようになったが、まだ多くの人たちに共通の理解を得ていないようである」と述べていた。小林国男教授は、2004年12月付けの文章の中で、「メディカルコントロール（MC）、この聞き慣れない用語が、最近になって救急医療関係者の間で広く知られるようになってきた」（日本救急医学会メディカルコントロール体制検討委員会『病院前救護とメディカルコントロール』（医学書院、2005年）の「序文」）と述べている。これらの文献を見ると、MCについては、最近20年程度の間に普及してきた用語であると思われる。
- ⁶ MC 編集委員会（2017）v 頁の行岡哲男教授（全国メディカルコントロール協議会連絡会会長）による「必読の書—推薦のことば」。
- ⁷ 「平成30年版 厚生労働白書」381頁は、「厚生労働省では、2010（平成22）年度から『医療の質の評価・公表等推進事業』を開始した。本事業では、患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たったの問題点を分析する取組を助成している」と述べている。これにより、「医療の質の評価・公表の取組を行う病院団体を支援することで、約千の病院が取組を行うようになった」、「しかしながら、データ収集の負担、医療の質の向上活動を担う中核人材不足を理由とした参加病院数の伸び悩み、団体間での臨床指標やその定義のばらつきなどが課題となっている」（厚生労働省「医療の質の評価・公表について」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000462044.pdf>：2020年8月20日確認）とされている。
- ⁸ MC 編集委員会（2017）3頁。
- ⁹ 「令和元年版 消防白書」220頁。
- ¹⁰ 消防法35条の5第1項。
- ¹¹ 消防法35条の5第4項。
- ¹² 消防法35条の8第2項2及び3号。
- ¹³ ここでは、「救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制の充実、救急活動の医学的観点からの事後検証体制の充実、救急救命士の研修の充実等のいわゆるメディカルコントロール体制の構築」という表現がある。同日付で、厚生労働省医政局指導課長から各都道府県衛生主管（部）局長あてに、「病院前救護体制の確立について」という通知（医政指発第30号）が出され、「今般、別添（写）のとおり「救急業務の高度化の推進について」（平成13年7月4日消防庁救急救助課長通知）が各都道府県消防主管部長あて発出されたので、消防主管部局及び都道府県医師会等関係団体との連携強化など、病院前救護体制の確立に向けた取り組みの一層の促進をお願いする」とされており、MCの共管政策ら

しさが、ここでも発現している。

- ¹⁴ 「令和元年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第2回） 全国メディカルコントロール協議会連絡会プログラム・講演資料全国メディカルコントロール協議会連絡会関連資料」127頁。
- ¹⁵ 「政策評価のポータルサイト」（https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/seisaku_n/portal/index.html）の「各府省政策評価サイト」の検索機能を使用して、消防庁や厚生労働省の政策評価の目標管理型の評価書や事前分析表について、「メディカルコントロール」をキーワードとして2020年10月24日に検索してみたが、該当する評価書や事前分析表はなかった。したがって、政策評価上は、消防庁や厚生労働省がMCについての特定の成果指標を設定していないと思われる。
- ¹⁶ ここで、「特定行為等」は、消防庁「救急・救助の現況」の記載の表現のままである。「等」が付されているのは、自動体外式除細動器による除細動に「救急隊の救急救命士以外が実施可能となった」2004年7月以降の実施分も含んでいるからと思われる（消防庁「令和元年版 救急・救助の現況」43頁参照）。
- ¹⁷ https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/search1。
- ¹⁸ ただし、裁判所のホームページに、全ての裁判例が掲載されているわけではない。
- ¹⁹ 「救急救命士制度ができるまでの過程で、2年間のキャンペーンという形で制度誕生に深くかかわった」黒岩祐治氏（現神奈川県知事）のコラム（http://island.opinet.jp/kuroiwa_del/column/kyukyu03.html;2020年10月21日確認）は、「秋田だけではなく、山形、新潟、青森でも行われていたことが次々に明るみに出て、問題は秋田だけの問題ではなくなり、救急救命士制度そのものが問直される事態となってきた」（2001年6月3日産経新聞）と記している。なお、同コラムは、「救急救命士制度誕生につながる最終局面」のやり取りなど同制度に関する興味深い、貴重な情報を整理して提供してくれる。
- ²⁰ 2001年12月12日の秋田市議会における消防長の答弁では、気管挿管が行われた理由は、「救急救命士は、救急現場において心臓や呼吸の停止している緊急患者に対して、人命を救いたい一心で換気効率の高い気管内挿管を医師の指示のもとで行ったものと理解しております」とされ、1996年1月から2001年10月末までの「気管内挿管の疑いのある件数」は、「711件」とされている。
- ²¹ 「秋田市の救急救命士による気管挿管に関する4学会合同調査報告書」。
- ²² 「秋田市の救急救命士による気管挿管に関する4学会合同調査報告書（第2報）」。
- ²³ 例えば、日本医師会は、「昨年暮れ、秋田市において、救急救命士が恒常的に救急搬送患者に気管挿管を行っていたことが、『医師法違反ではないか』と秋田市議会で問題になった。これがマスコミに報じられ、法律遵守か命尊重かという論争が始まった。救急救命士法が施行されてちょうど十年が経ったところで、救命士の特定行為（医師の具体的指示による気道確保・輸液・除細動）の拡大を目指して、意図的に問題が浮上して来た感も否めない。日医では、当時の救急担当の坪井栄孝常任理事（現日医会長）が救急救命士法の成立に関わっており、その時から、『救急現場でも患者のために医療行為は医師が行うべき』という主張を続けてきた。・・・厚労省研究班の『救急救命士による適切な気道確保に関する研究』（代表・平澤博之千葉大教授）で信用度の高い複数の文献を検証しているが、気管挿管が生存率を上げるというエビデンスはない。また、アメリカ心臓協会のガイドラインには、気管挿管は、『まさに明確に確認された致命的な処置である』と記載されている。日医は、国民の生命を守るためには何をすべきかということに常に念頭に置いて熟慮し、行動しており、誤挿管が死に直結する以上、医師が行うべき医療行為であると捉え、この問題を慎重に取り扱っていかねばならないと考えている」（「日医ニュース」第973号（2002年3月20日）「視点」）、「秋田県などで救急救命士が気管挿管を行い、救命率が向上したとの誤った報道がされた。しかし、何人が救命され、何人が失敗したのか、資料が示されておらず、医学的検証がまったくなされていないことが問題であり、場合によっては、司法の場ではっきりさせるべきである。当事者たちにやったことに対する反省がぜんぜん感じられないのは遺憾だ。反省がなければ向

- 上はない」（「日医ニュース」第976号（2002年5月5日）が紹介する羽生田俊同会常任理事の、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」（2002年4月17日）の委員としての同検討会における発言内容）などと述べている。
- ²⁴ 厚生省「病院前救護体制のあり方等に関する検討会」報告書（2000年）。
- ²⁵ 消防庁「救急業務高度化推進委員会」報告書（2001年）。
- ²⁶ 杉本侃「初版（1991年）序」日本救急医学会監修『標準救急医学第5版』（医学書院、2014年）ix頁。
- ²⁷ 杉本・前掲ix頁。
- ²⁸ 消防庁「救急・救助の現況」の各年版は、「救急蘇生統計」として1章を設け、これらの成果指標のデータを詳しく分析・公表している（これらを本稿は利用している）。こうした消防庁の扱いからも、これらの指標が重要であると考えることができよう。
- ²⁹ 日本赤十字社が実施する講習は、MCにおいて、「もっとも初期段階に対応できるバイスタンダーを1人でも多く養成することが目的である」とされている（MC編集委員会（2017）229頁）。
- ³⁰ 「心肺機能停止傷病者について地域間・国際間での蘇生率等の統計比較を可能とするために、その原因別（心臓に原因があるものかそれ以外か）の分類、心肺機能停止時点の目撃の有無、バイスタンダー（その場に居合わせた人）や救急隊による心肺蘇生の有無やその開始時期、除細動の有無などに応じた傷病者の経過の記録に関するガイドラインのことを指し、平成2年にノルウェーの『ウツタイン修道院』で開催された国際蘇生会議において提唱されたことからこのようによばれる」（消防庁「令和元年版 救急・救助の現況」118頁）。
- ³¹ 消防庁「令和元年版 救急・救助の現況」81頁。
- ³² 例えば、日本救急医学会メディカルコントロール体制検討委員会・前掲250頁は、「病院前救護プロトコールとは、患者に直接影響する行為に関して、その手順を医学的見地から標準化して文書化したものである。欧米の“prehospital care protocols”、“EMS treatment protocols”などと呼ばれているもので、患者観察、モニター装着や処置を行うための医学的指示書」としている。
- ³³ MC編集委員会（2017）76頁。
- ³⁴ MC編集委員会（2017）76頁。
- ³⁵ MC編集委員会（2017）78頁。
- ³⁶ MC編集委員会（2017）138頁。
- ³⁷ MC編集委員会（2017）138頁。
- ³⁸ MC編集委員会（2017）140頁。
- ³⁹ 「平成22年版 消防白書」WEB版：<https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h22/ii/2346.html>：2020年10月22日確認。
- ⁴⁰ 消防法35条の8第2項。
- ⁴¹ 消防庁救急企画室「消防法の改正について」総務省消防庁消防大学校『消防研修』87号（2010年3月）17頁。
- ⁴² 2020MC実態調査18頁では33団体、2020体制調査9頁では35団体と差がある。消防庁に確認したところ、両調査に回答の誤記があり、34団体が正しいとのことである。
- ⁴³ 2020体制調査6頁。なお、4団体は、協議会の主管部局が「衛生主管部局」であるが、この4団体における実施基準の改正状況は、2020年体制調査からは、不明である（2020年体制調査25頁参照）。
- ⁴⁴ 「平成22年版 消防白書」WEB版：<https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h22/ii/2346.html>：2020年10月22日確認。
- ⁴⁵ ただし、真淵・前掲409頁の、日常的な行政管理のほうが行政改革の提言よりも「大きなインパクト」

を与えている、という記述と、本稿の結論は多少親和的かもしれない。

⁴⁶ 真淵・前掲5頁。

⁴⁷ 厚生労働省「第19回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（令和2年2月6日）資料1」参照。