

地水火風 21

牧野恒一

気管内挿管と救急救命士

最近「気管内挿管」という耳慣れない言葉が、時々新聞紙上をにぎわしている。この発端は、秋田市消防本部の救急救命士が、従来から法律に違反して「気管内挿管」を行っており、そのことが発覚して消防本部が陳謝した、ということだった。その後、この「違反行為」によって命が助かった人がたくさんいるとか、他にも4県で行われている、とかということが明るみに出て論議を呼んでいる。今回は、このあたりのことについて考えてみよう。

[心肺機能が止まった人を救うには]

一緒にいる家族の心臓や呼吸が突然停止したらどうしたらよいだろうか。普通は119番をして救急車を呼ぶだろう。全国平均では、救急車の到着まで6.1分、病院収容まで27.8分かかる。一方、心臓停止が3分続くと50%が死亡し、6分でほとんど100%の人が死亡する。呼吸停止だともう少し長くて、10分停止で50%、20分以上でほぼ100%の死亡率になる。脳に酸素が供給されずに死んでしまうのだ。救急車で病院に運んでから措置したのでは、ほとんど助からないということだ。

このような人を救うには、なるべく早く心肺機能を復活させなければならない。そのためには、現場にいる私たち一人ひとりが心肺蘇生法を心得ていて、万一の場合に蘇生措置を行えるようにすることと、病院に着く前に救急車の中で高度な応急処置が行えるようにすることが不可欠である。

[住民による応急手当の普及]

このため、消防機関では、住民に応急手当、特に心肺蘇生法の知識と技術を普及しようと努力している。平成5年3月に消防庁から「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」が示され、これに基づき、「救急の日」(9月9日)等を中心に住民講習会を行ったり、事業所や学校での普及啓発を行ったりしている。私自身も職場で救急隊員から3時間の講習を受け、その後も地域の講習会や東京消防庁の本所防災館などで何回か講習を受けている。ただ、本当に身につけるのはなかなか難しい。受講直後は、「美人が倒れていればマウス トゥ マウスで救命措置が出来るのに」と、道を歩きながら見回したりするのだが、1か月もすると習ったことを忘れてしまって、何かの機会にまた受講する、ということを繰り返している。

平成12年8月、アメリカ心臓協会(AHA)が膨大なデータを元に心肺蘇生法の手順や技術を効果的でわかりやすくまとめ、国際的な基準といえる「ガイドライン2000」として発表した。

これを受け、平成13年5月に厚生労働省と日本救急医療財団から全国共通の心肺蘇生法の指針が示されたため、全国の消防機関もこの指針に基づき新しい指導方法による普及啓発に取り組んでいるところである。

救急隊員が搬送した心肺停止傷病者のうち、現場で家族等が心肺蘇生法を行った場合の1ヶ月後生存率は4.2%で、何もしていない場合の3.1%に比べて相当高くなっている。

[救急搬送中の高度な救命措置]

救急車は、昔は119番通報を受けて傷病者を病院に運んでいただけだった。消防機関も一般市民も「そういうものだ」と思っていたのだ。ところが、欧米諸国で救急搬送中に様々な高度な救命措置が行われ、それが救命率の向上に多大な貢献をしていることが次第に明らかになってきた。このため、日本でも同様にすべきだとの声が高まり、昭和53年7月には「救急隊員の行う応急処置等の基準」が定められ、救急隊員の教育訓練の内容も充実強化された。

救急搬送中に、より高度で適切な救命措置がなされるほど、傷病者が助かる可能性は高くなる。そのための方法は大きく分けて二つある。

一つは救急車に医師が同乗して救命措置を行う方法で、「ドクターカー」と呼ばれる。可能な限り高度な措置が行えるはずだが、医師を乗せて現場に向かうシステムをうまく作らないと現場到着が遅くなる。救急車に同乗してくれる十分な数の救急医を確保することも難しい。理想的だが現実には難しい面も多いのだ。

もう一つは救急隊員が高度な救命措置を身につけて応急処置をする方法だ。救急隊員の知識や技術のレベルが確保されるのなら、現実的なよい方法だろう。ところが、救命処置がある程度高度になると「医療行為」になってしまう。「医療行為は医師が行う」というのが日本の法律だそうで、救急隊員は「医療行為」に該当しない範囲の救命処置しか行えない。昭和53年の「.....応急処置等の基準」は、違法にならないぎりぎりの線だったのだ。

[救急救命士法の制定]

ドクターカーが100%の解になり得ないなら、法律を改正して救急隊員が高度な救命措置を行えるようにすればよい。ところが、これが簡単ではなかった。日本医師会が頑固に反対したのだ。「救急隊員なんかに医師の行う高度な救命措置が行えるわけがない。」というわけだ。

消防機関と世論とマスコミ連合対日本医師会・厚生省連合の戦いは数年続いたが、スツタモンダのあげく、ようやく平成3年4月に「救急救命士法」が成立した。

救急救命士の資格は、消防学校で消防庁の定める135時間以上の講習を修了した上で救急業務に5年又は2000時間以上従事した後、救急救命士養成所等で835時間以上の「救急救命士養成課程」を修了し、さらに国家試験に合格して初めて取得出来る。資格取得後も、さらに160時間の病院実習を修了しないと救急救命士として業務に従事出来ない。

実に厳しいハードルが設けられたのだが、そのハードルを突破した救急救命士でも、心肺機能停止状態の傷病者に対して高度な応急処置を行うためには(無線などで)医師の指示のもとに行わなければならない。救急救命士が行える応急処置の範囲も厳しく限定された。あの「気管内挿管」も救急救命士には許されなかった「高度な」技術に入ることはもうお分かりだろう。

こうした消防イジメとも思えるような(というのは間違いで、それだけ高度で難しい技術だということだろうが.....)制度にもかかわらず、制度創設後10年を経た今、既に1万人を超える消防職員が救急救命士の資格を取得した。全救急隊員の6人に1人がこの資

格を持って救急業務に従事し、全救急隊の57%に配属されるまでになっている。心臓病に起因する心肺停止者を搬送した場合の3ヶ月生存率で見ると、救急救命士が搭乗していない場合は0%だが、搭乗している場合は4.0%にもなっている。

あまり知られていないが、傷病者の救命率を上げるため、消防機関や救急隊員は実に涙ぐましい努力をしているのだ。

[救急救命士の処置範囲の拡大]

救急救命士たちの悲願は、救急車内で行える応急処置の範囲を拡大することだ。資格を取り、経験を積んだ彼等は、「あの時(自分たちには許されていない)あの処置ができれば命を救えたのに……」という場面に何度も遭遇し、搬送中の応急処置の範囲をできるだけ増やしたいと考えるようになったのだ。経験が自信にもなっているのだろう。

実は、日常的に救急救命士と接している救急医の多くも、同じ考えを持っているようだ。秋田市の違法な「気管内挿管」のケースも、地元の救急医たちが、近いうちに救急救命士の措置範囲に取り入れられると考えて、実技指導を熱心に行い、その上での「違法行為」だったということだ。他県の違反も同様だ。

救急救命士が行える応急処置の範囲はできるだけ拡大すべきだと思う。そのために必要なら、法律を改正し、納得いくまで訓練・講習や試験を行えばよいのだ。「これは難しい技術だから医師でなければ危ない」、「やはりドクターカーでなければ」という固定観念は、規制緩和と性能規定の21世紀には古すぎる。「医師」というブランドで考えるのではなく、「出来る人にはやらせ、出来ない人にはやらせない」という原点に戻って考えるべきことだと思う。