

# 地水火風 44

牧野恒一

## 救急救命士の処置範囲の拡大（その後）

暮れも押し詰まった12月26日、総務省消防庁と厚生労働省が共同で設置していた「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」で救急救命士の薬剤投与に関する一つの結論が出た。

秋田市消防本部の救急救命士が「違法な」救命処置（気管挿管）を行っていたことが発覚して消防本部が陳謝する、という「事件」が起こってから2年。この間に、気管挿管など救急救命士の処置範囲の拡大について、両省庁のもとに救急医療関係者、現場の救急担当者などの専門家や学識経験者などが参集して議論が行われてきた。今回の結論は、その検討の当面の到達点とも言えるものだ。

今回は、秋田の「事件」以降、救急救命士の処置範囲がどう拡大され今後どうなるのか、救命率はどう向上したのか、などということについて整理しておきたい。

### 【救急救命士の処置範囲問題とは】

この問題については、本誌2002年2月25日号（21回）地水火風「救急救命士と気管内挿管」（<http://www.secu354.co.jp/bunken/mk21.rtf>）で詳しく述べたが、簡単におさらいしておこう。

突然心肺停止状態に陥った場合に助かる確率は、応急処置が遅れるに従い、分単位、秒単位で急激に減っていく。このため、救命率の向上には、救急隊員が一定の応急処置を行うことが不可欠だ。症状に応じ、必要とされる高度な救命処置が行われる方が救命率が高くなるのは当然だ。

ところが、従前は、欧米諸国で救急隊員等が行っている応急処置の多くが日本では「医療行為」とされ、医師以外の者には禁止されてきた。このため、日本では、心肺停止状態になった人が助かる率は、欧米諸国に比べて圧倒的に低かった。

このような事実が明らかになるに従って、現場で処置に当たる救急隊員や救急医はもちろん、国民、マスコミなどから、「救急隊員が行える処置範囲を拡大すべきだ」という声が高まってきた。欧米並みに処置範囲を拡大すべきとする救急医や消防庁と、これに慎重な日本医師会や厚生省（当時）との間の意見対立は長く続いた。それでも、昭和60年以來、救急隊員の知識と技術を向上させることを条件として、隊員が現場で行える応急処置の範囲が次第に拡大され、ついに平成3年に「救急救命士法」が成立するに及んで、一応の到達点に達した。

しかしながら、救急救命士にも、心臓が拍動を停止して細かく震える（細動）状態になった時に医師の指示なしで電気ショックにより拍動を再開させる「（指示なし）除細動」、気管に口から直接パイプを挿入して呼吸のための気道を確保する「気管挿管」、薬剤を投与して心臓の拍動を再開させる「薬剤投与」の3つについては禁止されていた。このため、全国の救急車の6割に救急救命士が搭乗するようになって、救命率は以前（3%程度）に比べて相当高くなったものの、15%程度とも言われる欧米諸国に比べると遙かに低い6.0%（平成3年）に留まっており、救急救命士の措置範囲の拡大が大きな課題となっていた。

このような中、秋田市の救急隊員が現地救急医の指導を受けて気管挿管の技術を習得し、「違法な」応急処置を行っていたため多くの心肺停止患者が九死に一生を得ていたのに、このことが明るみに出たため秋田市の消防本部が「違法行為」について陳謝し、以後はやめざるを得なくなった、というのが「秋田の事件」だった。

### 【その後の経緯】

「秋田の事件」以後、総務省消防庁と厚生労働省は共同で「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」を設置し（平成14年4月）、救急救命士の処置範囲の拡大について検討、実施を進めてきた。

まず、「除細動」については、平成15年4月から、「医師の包括的指示」のもとで救急救命士による措置が行えるようになった。自動的に患者の容態を読みとり、適切な電気ショックを与えることができる新型除細動器の普及が大きかった。あらかじめ地元の医師が救急隊の装備や救急救命士の能力等から判断して「いちいち医師から具体的指示を受けなくても除細動を行って差し支えない」という「包括的指示」を行っていることを条件に、事実上「(指示なし)除細動」が可能になったのだ。いかにもお役所的な便法にも見えるが、大きな前進には違いない。

この結果、平成15年4月から9月の14政令市(東京都を含む)における心肺停止患者の1ヶ月生存数は194人となっており、前年同期の124人に比べて56%もアップした。

気管挿管については、かなりの知識と経験が必要なため、もう少し厄介だった。平成14年12月の検討会の結論として、救急救命士の資格を持っている者が、約50時間(62単位)の講習を受け、医療機関で〆症例の実務経験を積むことを条件として、16年7月を目途に、気管挿管が認められることになったのだ。

具体的なカリキュラムは既に確定し、昨年12月には講習のためのテキストが完成した。救急救命士の資格を持っている者の講習は年明け早々から開始され、平成16年度からは新規カリキュラムに位置づけられることになっている。

### [薬剤投与の件は]

これまで救急救命士に認められていた薬剤等の投与行為としては、医師の具体的な指示のもとでの乳酸加リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液だけだったが、欧米諸国で心肺停止患者に普通に用いられている「エピネフリン」(心拍再開に効果の高い強心剤)等3種類の薬の投与が出来れば、救命率は大幅に向上するとされていた。

暮れの26日の検討会では、「医師の具体的な指示に基づき、適切なメディカルコントロール体制の下に、現段階ではエピネフリン1剤に限定して認めるべき」とされ、追加講習や再教育などについて今後早急に検討し、平成18年4月を目途に実施するとされている。まずは、大きな前進と言ってよいだろう。

だが、現場の消防機関には大きな課題が待ち受けている。救急需要が毎年大きく伸び、救急隊の増強が追いつかずに救急隊員が過重な労働を強いられている中、救急救命士の勤務体制をやりくりして、気管挿管とエピネフリン投与のための講習や実習の時間を生み出さなければならないからだ。

救急救命士制度ができた時にも同じ様な困難があった。以前(第21回)にも触れたように、救急救命士になるためには、国家試験とは別に、835時間の講習と160時間もの病院実習が課されたからだ。

それにもめげず、全国各地の消防機関の努力と救急隊員の熱意で、この11年間に1万4千人近い救急救命士が養成されてきた。

消防機関は、今度も同じように、資格のある救急救命士を養成するために、涙ぐましい努力をするのだろう。心肺停止患者に対する応急処置は、人命に直結し訴訟などの可能性もある微妙な行為である以上、やむを得ないのかも知れない。

だが、「この程度の処置範囲の拡大のために、厚生労働省は何とも過重な条件を課すものだ。」と思うのは、医学を知らない私のようなものだけだろうか。