

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」  
中間報告取りまとめに向けたワーキングチーム座長報告書

平成14年7月22日  
ワーキングチーム  
座長 島崎 修次

本ワーキングチームは、検討会の中間報告取りまとめに向けて、救急救命士の業務のあり方等に関する検討の基本的方向性や当面の作業課題について議論を重ねてきた。今般、その議論を踏まえて、以下のとおりワーキングチーム座長報告書を提示するものである。

## I 総論

- 心肺停止患者の救命率の向上を図るためには、バイスタンダーによる救急手当、搬送時の救急救命処置、医療機関の専門的治療の各段階で最善の措置が講じられることに加え、関係者相互の緊密な連携の下に一刻も早く次段階への橋渡しを行っていくことが必要である。
- 秋田市など一部地域において救急救命士による気管挿管が違法に行われていた件に関しては、救急関係4学会による検証作業結果の報告が先般行われ、病院実習、搬送記録、関係機関の監視・指導体制などに関して問題点が指摘されている。今後、これらの指摘を踏まえ、制度の適正な運用や関係職種間の信頼関係の再構築等を行っていく必要がある。
- メディカルコントロール体制の確立が、救急救命士の業務拡大を行っていく上での前提である。このため、メディカルコントロールは、救急救命士の業務の適正化と向上を図るための協同作業であるという認識を関係者が共有した上で、医療行政と消防行政の緊密な連携によって必要な体制整備を行っていくことが必要である。

- メディカルコントロール体制の構築には、地域における医療関係者の幅広い参画と協力が不可欠であり、病院実習の受け入れ体制や指示・指導体制の充実を図る必要がある。特に、メディカルコントロールの中核機関となる救命救急センターについては、機能格差の是正を図りつつ、各二次医療圏への設置を将来的目標とした整備を促進すべきである。さらに、ドクターカーの一層の配備や活用、医療機関と消防機関の連携の一層の強化など、医師がより積極的に救急現場に赴くことができる方策も推進すべきである。また、メディカルコントロールに携わる専門医の絶対的不足を考えると、救急専門医の養成・確保方策のあり方について更に検討を深め、その充実強化を図る必要がある。
  
- 救急救命士の処置範囲の拡大など救急救命士の業務の高度化と資質の向上を図っていくためには、現行の養成課程や国家試験の在り方の見直しが必要である。この場合、今後拡大される業務の具体的範囲や救急救命士の充足状況等も勘案しつつ、心肺停止患者に対して安全かつ有効な処置を行うという観点に立って、卒後研修を含めた養成方法や養成期間の問題など、その在り方を検討していく必要がある。
  
- 各救急隊に少なくとも一人の救急救命士を配置することを目標に救急救命士の養成を推進しているが、配置率の全国平均は6割程度にとどまっており、地域格差も相当見られるので、このような状況を早急に是正するため、具体的な需給計画に基づいて救急救命士の養成、採用の促進を図るべきである。

【当面の検討・作業課題】

- 1) 各都道府県及び各地域におけるメディカルコントロール協議会（事後検証体制を含めて）の設立促進（今年度中に47都道府県及び各地域レベルにおけるメディカルコントロール協議会の設置を完了）
- 2) 救急救命士運用隊の100パーセント早期達成を目標とした需給

## 計画の策定と計画推進策

- 3) 養成課程の見直しと国家試験の改善
- 4) 救急救命士の病院実習受け入れ促進策の具体化
- 5) 救命救急センターの機能格差の是正策（評価制度の充実等）及び設置促進策の具体化（各二次医療圏に整備するための設置基準・要件の緩和等）
- 6) 救急専門医の養成・確保方策

## II 各論

### 1 除細動

- 除細動は心室細動の第一選択治療として迅速性が強く求められる処置であり、事前・事後のメディカルコントロール体制を早急に整備した上で、包括的指示による実施を認める必要がある。
- アメリカで公共施設への除細動器の配置等が急速に進んだ背景には、有効性と安全性の双方に優れているとされる二相波形式除細動器（以下「新型除細動器」という。）の普及がある。新型除細動器については、我が国でも順次認可が進みつつあり、救急隊においても早期導入を図る必要がある。

包括的指示化に合わせた新型除細動器の導入促進方策については、救急隊で使用する場合の問題点や切替えに要する費用・期間等について更に検討を行った上で結論を出すのが適当であると考える。
- 無脈性心室頻拍についても早期の除細動が必要であり、包括的指示化に併せて、救急救命士による除細動の対象とすべきである。

【当面の検討・作業課題】

- 1) 新型除細動器の救命救急センター等における試用結果を踏まえたプロトコール等の作成
- 2) 実施後の医師への報告書様式作成など事後検証の仕組みの具体化
- 3) 新型除細動器の使用に関する問題点や切替えに要する費用等の検討を踏まえた導入スケジュールの作成

## 2 気管挿管

- 気道確保の方法として既に救急救命士に認められているラリングエアマスク、食道閉鎖式エアウェイは、安全性に優れていることはもちろんのこと、適切に使用すれば気管挿管と比しても遜色のない有効性を有するものであることを再認識し、救急救命士が取扱いに習熟しているこれらの器具の最大限の活用を図るべきである。
- 気管挿管については、「救急救命士による適切な気道確保に関する研究班」の報告にもあるように、院外心肺停止症例全体の救命率向上に寄与するとの根拠は得られていない。しかしながら、気管挿管でなければ気道確保が困難な事例も一部存在し、救急救命士による気管挿管を限定的に認める場合の諸条件について早急に具体化を図る必要がある。
- 気管挿管を認める場合の主要な条件は、別紙のとおりと考えられるが、特に、病院における実習の成否が、救急救命士による気管挿管の制度化に当たって最も重要な課題である。したがって、病院実習問題については最優先で検討を行い、実習ガイドライン案の作成、当該ガイドラインに沿った受入れの可能性等を関連団体等と十分協議する必要がある。
- 気管挿管でなければ気道確保が困難な具体的事例については、今後、ドクターカー対象事例の分析等によって明確化を図る必要

があるが、気管挿管の危険性を十分に認識し、適応外事例に対する実施がなされないよう十分留意すべきである。

- 救急救命士資格を有するだけで気管挿管を認めることは適当でなく、一定の経験年数や一定症例数以上の実習修了等の要件を満たす者を個別に認定する仕組みを具体化する必要がある。

#### 【当面の検討・作業課題】

- 1) ドクターカー対象事例の実証分析等を踏まえたプロトコール(適応・禁忌を明確化)の作成
- 2) 養成機関におけるカリキュラムの見直し、及び、資格取得済み者に対する講習会内容(座学及び実習モデル人形を用いたシミュレーションが中心)の具体化
- 3) 救急医療現場での心肺停止患者及び手術室での麻酔患者に対する実習の必要症例数の検討やインフォームドコンセントのあり方等の法的問題点の整理等を踏まえた実習ガイドラインの作成
- 4) 実施後の医師への報告書様式の作成など事後検証の仕組みの具体化
- 5) 事故が発生した場合等の患者家族への情報開示に関するルールの明確化

### 3 薬剤投与

- 薬剤投与は、適正に行われれば心肺停止患者の救命率向上に一定の効果を期待できる反面、副作用の発現などの危険性も高く、高度の医学的判断を要する行為であり、救急救命士の業務として認めることの適否や認めるとした場合の諸条件について、慎重な議論を更に継続する必要がある。
- 議論の対象を除細動による心拍再開時に必要となる数種類の薬剤に限定し、その用法についても薬事法で承認を受けたものを前

提（未承認のものについては今後承認を受けることが前提）として、早期に結論を得るべく議論を進めていくことが適当と考えられる。

○ 薬剤投与に関しては、医師が対面診療によらずに投薬指示を行うことの可否や看護師等による静脈注射の可否などの問題が存在するが、これらの点については、看護業務の見直し論議と並行して検討を行っていく必要がある。また、薬剤投与を認める際には、養成課程について所要の見直しを行うことが必要である。

○ エピネフリンは、救急医療現場で最も広範に使用されている薬剤であるが、論文検索を行った結果では、心肺停止患者の救命率向上に寄与するという明確な根拠は得られなかった。

この点に関しては、EBMという考え方が確立する以前から普遍的に使用されているため、その効果を検証しようとする試みがなされなかったと解釈すべきとする有力な意見もあったが、更なる検討・検証が必要である。

【当面の検討・作業課題】

- 1) 薬剤投与を認めることの適否や認める場合の主要条件に関する関係学会の検討・検証
- 2) 薬剤投与を認める場合の薬剤の種類、用法、用量等の標準化

## 気管挿管を認める場合の主要な条件

### 1 知識・技能の十分な習得

#### (1) 必要な知識

→ 養成カリキュラムや国家試験の見直しを行う（免許取得済み者は、講習会で対応）

- ① 医の倫理、医事法制
- ② 関連基礎医学（気道の解剖学的・生理学的知識など）
- ③ 関連臨床医学（気管挿管の適応、禁忌、合併症に関する知識など）

#### (2) 必要な技能

→ 専門医の指導の下に、患者家族のインフォームドコンセントを得た上で、一定数以上の症例に対する実習を行う

- ① 救急医療現場における心肺停止救急患者に対する気管挿管
- ② 手術室内における麻酔患者に対する気管挿管

(注) (1) と (2) を修得した者を講習会終了証明書、実習終了証明書等に基づき、個別に認定する仕組みを構築する。

### 2 事前・事後の十分なメディカルコントロール

- (1) 気管挿管の対象となる症例、手順等に関するマニュアル（プロトコール）の作成・遵守
- (2) 実施の際における個別ケースごとの医師の具体的指示
- (3) 実施後における医師への書面等による報告と検証

### 3 事故・訴訟発生時の体制整備

- (1) 医師及び救急救命士の法的責任の明確化
- (2) 消防機関による責任ある対応
- (3) 患者家族に対する情報開示