

委員等からの意見書

- 1. 土屋委員 1
- 2. 森山委員 2
- 3. 日本麻酔科学会 4

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会の
検討内容に対する意見について

社団法人 日本病院会
常任理事 土屋 章

メディカルコントロール体制が全国的にみて地域ごとに整備状況に差があると思われ、一定水準が確保されているとは考えられない。メディカルコントロールの要件を十分満たすことが業務のあり方等を検討する際の基本となる。

なお、行為別検討に対する意見は、次のとおりである。

1、除細動

基本的には問題ないとする。

2、気管内挿管

種々議論のあるところであるが、いづれにしても熟練を要し、危険を伴う医療行為である。

気管内挿管を認める場合の条件については、議論を尽くすべきは当然であるが現実問題として納得できるだけの十分な実習が可能か、医療機関が受入れ態勢をとれるかが大変疑問である。

事前に、病院団体等と協議・検討を十分に行う必要があるとする。

3、薬剤投与

薬剤投与については、診断行為を伴う重要な問題であり、救急救命士の教育水準の不十分さでは、いがかかと考えざるを得ない。もし認めるのであれば救急救命士の養成課程の水準を少なくとも看護師の水準までもっていく必要があるのではないかと。

いづれにしても、十分な検討を行って結論を出すべきで、拙速は避けなければならない。

なお、関係学術団体が薬剤の種類・投与方法等の安全性・有効性の見解を示す必要があると思考する。

救急救命士の業務のあり方等に関する 検討内容についての意見

2002年7月22日
委員 森山弘子

本検討会の目的は、救急医療の充実である。そのために救急救命士の「特定医療行為」の範囲拡大に関する議論がなされ、おおむね拡大の方向で向かっている。日本看護協会も救急医療の一端を担うものとして検討内容について意見を申し上げる。

1. 医療機関に所属するコメディカルとの連携や活用の促進

救急救命士の業務拡大の前提として、メディカルコントロール体制の整備と充実を図ることが第一であるため、総論にはそれを明確に記載することが必要である。しかし、地域の特殊性や事情に応じ、整備が順調に進まない状況もあるため、整備の促進と同時に、病院看護師等との連携や活用等、工夫によって地域の救急医療の充実を図ることが大切である。

2. 「特定医療行為」の範囲拡大に伴い安全性を確保するための条件整備

救急救命士の「特定医療行為」の範囲拡大の場合、当然に安全で確実な技術の習得と、行為実施者としての責任が伴う。各論については、特に現行の救命士養成のシステム、カリキュラム、研修のあり方をそれに應えるものとして整備する必要がある。

1) 除細動について

除細動器の使用が唯一無二の適応である場合があるので、包括指示下において安全性・有効性がともに高い除細動器の使用を認めることに異論はない。

2) 気管挿管について

①現場の気管挿管が救命率の向上に寄与しているというエビデンスがないことや、救急救命士に認められている器具が安全性と有効性において挿管に劣らないことが報告されている現状では、業務拡大の議論の前に気管挿管の具体的な必要事例や必要頻度の十分な検証を行うことが優先されると考える。

②業務拡大を認める場合は、知識・技術の習得のためのさまざまな条件や環境の整備が当然に必要である。知識については医療行為の実践の基礎となる倫理・法律・医学について十分な内容の学習が必要である。また、技術については、実習の充実が不可欠であるが、救急医療機関での実習は、日常診療の煩雑さ等で負担が大きいことが予想される。救急救命士の実習については、実習指導医や実習施設、実習のガイドラインなど教育・指導体制の整備について検討する必要がある。

3) 薬剤投与について

薬剤の使用は、診断行為との密接性や医療現場の安全性確保の面から慎重でなければならない。コメディカル職種が薬物の投与を行うのであれば、現行の教育水準からみて医学・薬学に関する大幅な向上が必要である。また救急救命士には患者の状態を判断できる力を身につけ医師に適切に報告をし、指示を得るとともに、時には医師に再度状況を説明し、確認を求めるなどの慎重な判断・対応を行う能力を有することが期待されているため、現行のカリキュラム内容で救急救命士すべての人に薬剤の投与を認めることは慎重にならざるをえない。

拡大のための条件としては、対象となる病態と薬剤の種類、投与方法、投与量など標準化され、それが医学的に安全で有効かどうか証明されていることが必要である。科学的・学術的な検討を行い、誰が対応しても同じ判断にいたるような状況を作ることが望まれている。

また、すべての救急救命士が薬剤の投与をできないというのではなく、特定の薬物投与に関して専門的な知識と技術を身に付けた能力のある救急救命士には限定的に認めるという仕組みも拡大の条件として挙げられると考える。

3. 看護職の活用による救急救命士の拡充・充実

現在、約 8,000 人の看護職が救急救命士の免許をもっている（平成 13 年 12 月 31 日現在：厚生労働省調べ）が、実際には救急救命士として勤務しているものはほとんどいない。また、日本看護協会では、認定看護師を発足させており現在 99 名の救急看護認定看護師が医療機関で働いている。認定看護師は、看護職としての実務経験 5 年以上（うち 3 年以上は認定看護分野）で、認定領域について 6 ヶ月・600 時間以上の研修を修了し認定審査を経て登録することができる。このような領域の専門家を活用することによって不足している救急救命士の補充が図れると考える。消防機関で救急看護認定看護師や救急救命士の免許を持つ看護職が救急救命士として勤務できる雇用のあり方等の検討が望まれる。

平成 14 年 7 月 15 日

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会

座長 松田 博青 殿

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会ワーキングチーム

座長 島崎 修次 殿

社団法人 日本麻酔科学会
理事長 花岡



「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」への意見書

1. はじめに

平成 3 年に救急救命士法が制定されて以来、すでに 10 年以上の施行期間を経ており、現在の国民のニーズにあった制度であるのか、政府と我々医療従事者によりこれを明確に検証しなければならない時期となっている。本件に関する当学会の基本姿勢は、確固たる検証に基づき、政府が本制度の根元的な理念を決定する段階から積極的に関与するものとする。

2. 総論

この前提を踏まえた上で、今回の救急救命士業務拡大の内容は単に業務拡大と捉えられるような内容ではなく、救急救命士制度の新たな段階を迎えたと考えるべきである。従来の救急救命士制度の延長上にはあるものの、呼称は別個のものを使用した、一段階上の制度と考えるべきである。

この制度を実現し、成果についてのエビデンスを得るためには既に厚生労働省から都道府県に発せられているメディカルコントロールシステムの確立なしには考えられず、このシステムに裏打ちされた検証制度の確立が不可欠のものである。日本麻酔科学会の先人達が主張してきた救急救命士に気管挿管を行わせる前提条件は、このシステムそのものである。

このメディカルコントロールシステムの実現を前提として、本学会は救急救命士制度の新たな段階への対応として教育や検証制度へ積極的に参加する。特に気管挿管等の教育については、日本麻酔科学会が主導的に行うべき領域であると考えている。

今回の業務拡大にあたっての実習を行うためにはインフォームドコンセントを前提とした患者側の参加が不可欠である。現場での文書による了承を得ることは当事者の責任であるとしても、国民にこの制度の理解を得るためには、国としての責任において行われなければならない、厚生労働省、総務省の多大の努力無くしては成し得ないものとする。

日本の病院前医療体制の優れているところは搬送時間が短いことにあり、この利点を今回の業務拡大によって失われることがあってはならない。従って、拡大の内容が従来の搬送時間と有意差の無い範囲にとどめられるよう配慮が必要である。また拡大された業務を遂行するに当たって、その内容が医療過誤を生じうるものであれば当然実施者責任を問われるものであることも自覚しておくべきと考える。

また救急救命士制度の業務の拡大を検討するにあたり、超法規的、非倫理的行為が報告された時期でもあり、誤解を与えかねない問題を扱っていることを自覚され、報道陣への対応に関しては慎重を期され、誰もが納得される形で行っていただきたい。

3. 各論

1) 指示なし除細動

- ・メディカルコントロールのもと、使用後の検証が確実に行われることを前提に指示なし除細動を行うことを承認する。
- ・救急救命士が現在使用の除細動器の使用に精通している。AED使用であれば特にモノフェイジック、バイフェイジックにこだわる必要はない。現行の機器を使用してすぐに実行されても問題はない。バイフェイジックについては、必要に応じ順次整備されていけばよい。但し、実行する回数については施行細則の中で明記が必要である。除細動が成功できないからとして、何回も施行し時間を費やしてはならない。救命士の責務は医師とは異なり、緊急処置の上、早急に搬送することにある。

2) 気管挿管

- ・循環停止した患者を施術の対象とする。
- ・挿管の類別は直視下経口挿管に限定する。
- ・施術の際にはネガティブリストが作成されていることとする。
例：頸髄損傷が強く疑われる事例、開口困難例、喉頭展開困難例等
- ・施術においてポジティブリストは作成しない。EGTA、LM、エアウェイと同列におかれるべきである。
- ・次の過程を経た者のみ施術できる者とする。
 - ①ある程度の救命士としての経験年数を積み、地域のメディカルコントロール協議会に属すメディカルディレクターおよび勤務先の長の推薦があり、シミュレータ等を使用して実習前講習を受け、筆記試験・シミュレータ等を用いた実技試験に合格すること、実習前講習および実習前試験者は地域のメディカルディレクターとする。
 - ②臨床実習は、麻酔科専門医のもと 30 例以上の成功症例を経験することとする。(※ 100 症例数という意見もあった)
臨床実習に当たっては、指導医及び救命士による説明のもと文書によるインフォームドコンセントを得ることとする。
最終的には直接の指導者から修了認定を受けることとする。
- ・臨床実習における手技の到達目標は気管挿管のみとする。
- ・資格取得後 2 年間は、病院実習として年間 10 例以上の臨床実習を行わなければならない

い。

- ・臨床実習および資格取得後の医療事故等の責任問題に関しては指導に関わることは直接の指導者に、施術に関することは救急救命士にあることを明確にすべきであり、損害賠償責任保険に加入する等、自覚と認識をもって臨まなければならない。
- ・臨床現場においては速やかな病院への搬送を第1目標とし、初動の施術で成功しなかった際は、再試行しない。

3) 薬剤投与

- ・現時点において薬剤投与に関しては、除細動や気管挿管の件とは異なり、議論された期間は短く、更なる現実的な検証と効用について多方面にわたる関係者のコンセンサスを得ながら、多角的かつ十分に協議する必要があると考えられる。
- ・また医師による投与を含めて、心肺蘇生に使用される薬物が有効であったというエビデンスはなく、わずかにエピネフリンが推奨はしないが使用が認められるにすぎないとされる(AHA2000)。従って早急な結論を出すべきではないと考える。

4) メディカルコントロール体制

- ・すでに厚生労働省から都道府県に対し設置等の指導がされており、日本麻酔科学会としても積極的にこれに参画していくべきである。

4. おわりに

本学会としては理想的病院前医療のありかたとしては医師の現場への出勤であると考えている。しかし現時点では特定の地域を除き不可能な状況にあり、今後の諸制度の発展に待ちたい。救急救命士の業務の拡大に当たっては、現場への医師出勤とは別個の問題であり、日本麻酔科学会としては救急救命士を重要な病院前医療のパートナーと位置づけ、救急救命士の能力向上に向け貢献していきたいと考えている。しかし、現時点においては日本麻酔科学会のマンパワーは十分とはいえず、今回の業務拡大における教育に関しても各施設の長の了解のもと、手術室の責任者としての麻酔科専門医の協力に期待している。