

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会について

【検討会の性格】

救急救命士の業務のあり方や業務範囲の拡大（医師の指示のない除細動、気管挿管、薬剤投与）を行うとした場合に必要とされる諸条件等について検討を行うため、厚生労働省医政局と総務省消防庁が共同で設置したものの。

医療関係者、消防関係者など有識者25名で構成。

【検討経過】

平成14年4月17日 第1回検討会
5月22日 第1回ワーキングチーム
6月18日 第2回ワーキングチーム
6月27日 第3回ワーキングチーム
7月22日 第2回検討会
(中間報告とりまとめ)
11月27日 第3回検討会
第4回ワーキングチーム
12月 3日 第5回ワーキングチーム
12月11日 第4回検討会
(報告書とりまとめ)

(注)

救急救命士とは、医療機関への搬送途上において、重度傷病者の生命の危険回避に必要な緊急的医療行為を行う国家資格。厚生労働大臣が免許を与え、全国の消防署（救急隊）で約1万人が従事。

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」委員名簿

○朝 日 信 夫	救急振興財団副理事長
石 原 哲	全日本病院協会常任理事
犬 賀 武 敏	姫路市消防局救急救命士
宇都木 伸	東海大学法学部教授
円 山 啓 司	市立秋田総合病院中央診療部手術室長
上 嶋 権兵衛	大宮市医師会市民病院副院長
北 崎 秀 一	山梨県総務部長
木 村 佑 介	東京都医師会理事
金 弘	船橋市立医療センター救命救急センター長
○島 崎 修 次	日本救急医学会理事長
杉 山 貢	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター病院長
高 橋 昭	出雲市外4町広域消防組合消防本部消防次長
武 田 純 三	慶應義塾大学医学部麻酔科教授
土 屋 章	日本病院会常任理事
土 居 弘 幸	静岡県健康福祉部技監
外 山 孚	長岡赤十字病院副院長
○羽生田 俊	日本医師会常任理事
○平 澤 博 之	千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学教授
◎松 田 博 青	日本救急医療財団理事長
三 浦 孝 一	京都市消防局安全救急部長
○水 崎 保 男	東京消防庁救急部長
南 砂	読売新聞社編集局解説部次長
森 正 志	仙台市消防局警防部長
森 山 弘 子	日本看護協会副会長
○山 本 保 博	日本医科大学附属病院高度救命救急センター長

(25名)

(五十音順、敬称略)

◎は座長

○はワーキングチーム (WT座長は島崎委員)

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」報告書
(概要)

平成14年12月11日

1 総論

- 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の前提であり、24時間の医師からの指示・指導体制、教育・研修体制、医師への報告と医師による点検及び検証票を用いた事後検証等を含めた事前事後のメディカルコントロール体制の整備を早急に図っていくことが必要。
- 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ことが必要。
- 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。

2 各論

(1) 除細動

- プロトコール（標準的な実施手順）の作成・普及、講習カリキュラムに沿った必要な講習の実施、医師への報告様式の普及など事前・事後のメディカルコントロール体制を早急に整備する等の準備を尽くした上で、平成15年4月を目途に、包括的指示による実施を認めるべきである。
- 包括指示化に合わせ、新型除細動器については、切り替えに要する費用・期間等の検討を踏まえた具体的な導入スケジュールに基づいて早期導入を図ることが必要。

(2) 気管挿管

- 救急救命士が取扱いに習熟している「ラリングアルマスク」、「食道閉鎖式エアウェイ」の最大限の活用を図るべきであるが、気管挿管でなければ気道確保が困難な事例も一部存在することから、医師の具体的指示に基づいて実施することを限定的に認めることが必要。
- 救急救命士に気管挿管を限定的に認める上では、必要な知識・技能の十分な習得、事前・事後のメディカルコントロール、事故・訴訟発

生時の体制整備等、諸条件の整備が必要。特に、病院実習については、専門医の指導の下に患者の十分なインフォームドコンセントを得る等、実習ガイドラインに沿って適切に行われるようにすることが必要。

- 気管挿管の実施については、救急救命士のうち気管挿管に必要な専門的知識に関する講習と、所定の30症例以上の病院実習を修了した者を、都道府県等において個別に認定する必要がある。
- 事後検証等については、救急救命士は搬送直後に初診医に報告を行うこと、地域のメディカルコントロール体制の下での、検証票を用いた事後検証の際には、初診医の意見が反映できるようにすること。
- これらの諸条件の整備、普及を図った上で、平成16年7月を目途に、救急救命士に限定的に気管挿管を認めるべきである。

(3) 薬剤投与

- 救急救命士に薬剤投与を認めることの適否については、関係学会等による検討の結果、薬剤の有効性を示す明確な根拠が見つからないこと、副作用に対応する能力と準備が必要なこと、高度の医学的判断を要する行為であること、これらに対応したものを含めたメディカルコントロール体制の整備が十分でないこと等により否定的な意見が多かった。
- 一方、適切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こと等から、必要な教育を受けた救急救命士に対し、十分なメディカルコントロール体制の下で医師の具体的指示が確実になされることを前提に、エピネフリンの使用については認めてもよいとの意見があった。
- これらのことを踏まえれば、救急救命士に薬剤投与を認めることについて直ちに結論を出すことは困難であるが、十分なメディカルコントロール体制が構築されることを前提とした上で、救急救命士が行うものとした場合の薬剤の有効性と安全性に関し、ドクターカー等における研究、検証を心拍の再開に必要な最小限の薬剤に限定して実施し、平成15年中を目途にできるだけ早くその結果を得るようにすること。
- 上記の結論として、救急救命士に薬剤投与を認める場合には、使用する薬剤の適応・禁忌、用法・用量の標準化や、現行の半年課程のあり方を含めた養成課程、国家試験の見直しについて必要な措置を講じ、早期実施を目指すべき。