

平成21年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「救急医療体制の推進に関する研究」（主任研究者 山本保博）

「救急救命士による救急救命処置に関する研究」

報告書（案）

（平成21年12月）

分担研究者 野口 宏

研究報告書目次

研究概要	1
1 研究目的	
2 研究方法と検討項目	
3 結果と考察	
I 救急救命士の処置拡大に関する研究	6
1 はじめに	
2 検討すべき項目の抽出とその正当性の検討	
3 5 処置を病院前で実施することの有効性	
4 効率性—搬送時間からの検討—	
5 実効性—結論—	
II 喘息発作に対するβ 刺激薬の使用について	14
1 我が国における喘息の疫学	
2 喘息死	
3 喘息急性発作の診断と急性期治療の現状	
4 病院前救護における応急手当の意義と重要性効果	
5 病院前救護における β 刺激薬の使用の効果と安全性	
6 喘息への対応、 β 刺激薬の使用にあたって救急救命士に必要な教育	
7 今後の課題	
III 低血糖発作と血糖の補正	25
1 我が国における低血糖発作の発生状況、疫学	
2 低血糖による意識障害の診断	
3 低血糖発作に対する急性期治療の現状	
4 病院前救護における血糖の測定	
5 病院前救護における血糖補正の意義と重要性	
6 今後の課題	
IV 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施	29
1 迅速な静脈路の確保と輸液が求められる病態	
2 病院前救護における迅速な静脈路の確保と輸液を必要とする病態の判断	
3 救急救命士が行う処置の現状	
4 病院前救護における静脈路確保と輸液の効果と安全性	
5 静脈路確保と輸液にあたって救急救命士に必要な教育・研修	
6 今後の課題	

V 処置拡大に伴う救急救命士の教育のあり方	35
1 諸外国における救急救命士の教育体制について	
2 我が国の救急救命士の処置拡大に対する教育のあり方	
3 日本における救急救命士の教育体制の現状と将来像	

参考資料

資料 1 ロサンゼルスにおけるパラメディックの教育体制について	53
(1) アメリカにおけるパラメディックの歴史	
(2) ロサンゼルスの EMT 制度	
資料 2 シアトルにおけるパラメディックの教育体制について	56
(1) Medic One 養成教育カリキュラム概要	
(2) Medic One 養成課程における講義内容	
(3) Medic One 養成課程におけるスキルトレーニング	
(4) Medic One 養成課程における臨床実習	
(5) Medic One における継続教育内容	
資料 3 諸外国におけるシミュレーションセンター	60
(1) SAFER (ノルウェー スタバンガー)	
(2) WISER (アメリカ合衆国ペンシルバニア州ピッツバーグ)	
資料 4 シアトル・キング郡における緊急疾患に対するプレホスピタルケア	75
(1) 911 通信オペレーターのトリアージ	
(2) EMT の処置内容	
(3) パラメディックの処置内容	

研究概要

1 研究目的

救急救命士については、平成3年の救急救命士法により創設された医療関係職種であり、医師の指示の下に、傷病者が病院又は診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことを業とする者である。病院前救護を強化し傷病者の救命率の向上等を図るため、救急救命士の業務に関する要望が提起されている。本研究では、救急救命士の業務として行われる可能性のある医療行為について、病院前救護としての有用性、救急救命士が業務として行う場合の安全性等について、病院前救護に関する我が国の実情及び海外の状況を踏まえつつ、救急救命士の業務として求められる行為に関して総論的な考え方の整理を行うとともに、要望のあった行為について、先行研究を中心に行うことができる限り臨床情報を収集・分析し、科学的観点から当該行為の安全性や有効性に関する検討を行うことを目的とした。

2 研究方法と検討項目

下記の(1)～(5)の検討項目について、救急救命士の業務、教育等の実態、先行研究、海外の状況等に関する情報収集を行い、研究班において分析・考察を加えた。なお、(2)～(4)が具体的に要望が提起された行為である。

- (1) 救急救命士の処置拡大に関する研究（総論）
- (2) 既往歴のある喘息発作に対する気管支拡張薬（ β 刺激薬）スプレーの使用
- (3) 意識障害を認める傷病者に対する血糖測定と低血糖の補正
- (4) 病院前救護における心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の投与
- (5) 処置拡大に伴う救急救命士の教育のあり方

3 結果と考察

(1) 救急救命士の処置拡大に関する研究（総論）

要救護者が発生した現場から最終的に医療を提供する医療機関までの間を担当する病院前救護の課題は、要救護者に対して、救急現場における生命の危機回避、適切な搬送先医療機関の選定、迅速な搬送、搬送途中における生命の危機回避を搬送先医療機関等と連携しながら行うことである。この課題は、病院前救護の主たる担い手である救急救命士においても同様である。

したがって、救急救命士の処置範囲を拡大していく際には、「緊急度と診断の確実性」、「処置を病院前で実施することの有効性」、「搬送に要する時間」などの観点で検討することが必要であり、その際の検討基準として、以下の①⑤の5点を定義した。

- ① 良質かつ適切な医療提供の一環であること

- ② 診断の確実性と緊急度が高いものであること
- ③ 国際蘇生連絡協議会からのガイドラインがあるものは、クラス I（実施すべき、利益>>>リスク）、もしくはIIa（実施は妥当、利益>>リスク）であるもの
- ④ 迅速な搬送を妨げないこと
- ⑤ 処置が単純明瞭でプロトコール化できること

この検討基準及び国際蘇生連絡協議会のガイドライン、超急性期の疾患などに着目して検討したところ、以下の行為が、要望のあった3行為の他にも、拡大を検討すべきものとして考えられた。

- ① 既往歴のある狭心症発作に対する冠拡張薬（又はスプレー）の使用
- ② 心電図で所見が明らかな急性冠症候群に対するアスピリン経口投与
- ③ アナフィラキシーに対するアドレナリン投与

しかし、上記については、今回の研究班では詳細な分析には至っていないことや救急救命士の教育研修の実態も勘案する必要があること等から、引き続き研究班において検討が必要な行為と考えられた。

なお、救急救命士の処置拡大による行為は、全ての事例に対して行うものではなく、メディカルコントロールとの連携のもとに、必要な時に行うものであり、病院前救護では、医療機関への迅速な搬送が最優先されることを忘れてはならない点に注意が必要である。

(2) 既往歴のある喘息発作に対する β 刺激薬スプレーの使用

重症喘息を疑う患者に対する短時間作用性 β_2 刺激薬（short-acting beta agonist; SABA）の吸入は、手技が簡便で少量の薬剤で攣縮した気管支平滑筋に直接作用して急速に気管支を弛緩させることから喘息発作時の第一選択の治療と位置づけられている。発作中のSABA再吸入又は持続吸入については、重症発作時に完全閉塞している細気管支へのSABAの沈着は期待できないが、気管支の攣縮は肺内で一様に生じるわけではなく、閉塞部位も時々刻々変化するので、再吸入により、発作の寛解を得るには不十分であっても、攣縮しても開存している気管支への薬剤沈着が期待できる。また、口腔・気管に沈着したSABAが粘膜から吸収されて気道に到達し効果が発現することも期待できることから、重症喘息疑いの患者に対する救急救命士によるSABAの吸入投与は、重症喘息発作による死亡を減少させる可能性がある」と期待できる。

手技そのものは簡便であり、吸入法や投与頻度等に関する教育体制を確保し、我が国の喘息ガイドラインの範囲内での使用であれば、安全性は確保されるものと考えられる。

ただし、対象を喘息発作の既往がある等の一定の条件を満たす患者に限定することや、研究班においてさらに喘息や治療薬に関する具体的な教育

体制等の確保が必要である。

・適応となる患者の条件

- (a) SABA の処方歴があり、重症な副作用を認めていない
 - (b) 喘鳴を伴う呼吸困難、陥没呼吸の存在
 - (c) SpO₂ 値が大気下で 95%以下
 - (d) 救急隊現着時より 20 分以内に SABA の吸入がない
- ※ (a) ~ (c) は必須条件。(d)は必須ではない。

(3) 意識障害を認める傷病者に対する血糖測定と低血糖の補正

低血糖発作により意識障害をきたした場合は、医療機関へ搬送され、血糖値が測定され、低血糖であることが確認された後、まず経静脈投与によりブドウ糖の投与（低血糖の補正）が行われる。低血糖測定及び低血糖の補正を救急救命士が行うことによる有効性（予後改善の客観的な効果）については、現状では臨床情報が十分ではないため判断が困難であるが、我が国の症例報告によれば 6 時間以内と比較的短時間でも重度の後遺症を残し得る可能性が示唆されていることから、何らかの理由で迅速な救急搬送が困難な場合には、血糖測定及び低血糖の補正により重度の後遺症を回避できる可能性があると考えられる。

血糖測定の手技については、患者自身が自宅で使用している血糖測定器の多くは、採血量が微量であり測定結果も精密検査と比較して問題はないことから、救急救命士が適正な使用法を習得すれば、病院前救護においての活用には問題ないと考えられる。

なお、病院前救護において血糖測定が行えれば、低血糖の補正を行わなくとも、意識消失患者が低血糖疑いと判断できれば、脳卒中等との鑑別ができ、より適切な搬送先医療機関を選択できるので、高度な救命救急医療機関の負担の軽減につながり、救急医療の現場に恩恵をもたらすことの方が実質的な効果ではないかと考えられる。

以上より、病院前救護において救急救命士が血糖測定を行うことについては一定の有用性があると考えられるが、その場合、血糖測定が必要となる患者は以下のような対象になると考えられる。

・低血糖を疑い血糖測定を行う患者の条件

- ①意識障害を認めること
- ②抗糖尿病薬（血糖降下剤あるいはインスリン自己注射）による治療歴があること
- ③病歴により、低血糖発作が疑われること

なお、傷病者本人や家族等による病歴聴取ができない場合には、糖尿病手帳や薬手帳等による治療歴の確認を行うべきである。

また、実施にあたっては、教育体制・研修体制等のより一層の充実と、メディカルコントロール体制の充実が必要不可欠である。

(4) 病院前救護における心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の投与

重症外傷、重症脱水症、吐下血やアナフィラキシーショックにおいては、静脈路確保と輸液は極めて妥当な処置であり、医療機関に搬送されれば直ちに実施されるものである。また、手技については、救急救命士はすでに心肺停止例に対し静脈路確保と輸液に加えアドレナリン投与を行っていることより、基本的に問題ないと考えられるが、経験症例数の違いから、その技術には個人差が大きい点に留意が必要である。これらのことから、救急救命士が心肺機能停止前の傷病者に対して静脈路確保と輸液の投与を行うことについては、個々の症例や現場の状況、救急救命士の観察力やスキルによっては有用と考えられる。しかし、一律に対象となる症例を規定することは難しくその適応については総合的に判断する必要があること、搬送に長時間を要する場合に必要な処置と考えられること、搬送中の病態の急変に対応するためにも必要な処置と考えられることから、以下のような条件が満たされる場合に、救急救命士が心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の投与が実施されることが必要と考えられる。

・実施の条件

- ① 多発外傷や明らかに中等量以上の出血があると想定される重度外傷傷病者が対象であること
- ② オンラインメディカルコントロールの医師の指示によること

ただし、救急救命士が心肺機能停止前の傷病者に対して静脈路確保と輸液を行うには、個々の救急救命士の観察力やスキルの向上が必要であること等を勘案し、その地域の救急救命士の教育・研修体制、再教育体制が充実していること、およびメディカルコントロール体制のより一層の充実がなされることが前提条件である。

(5) 処置拡大に伴う救急救命士の教育のあり方

救急救命士の処置拡大を検討するにあたり、諸外国の救急救命士の教育体制を参考とし、要請時間や病院実習時間、教育時間数等について比較検討を行った。

今回、要望が提起された3行為について、それぞれ、1) 手技(スキル)トレーニングの必要時間、2) 病院実習で取得すべき病態、3) 座学で学ぶべき医学的知識等、4) シナリオトレーニング、5) イーラーニング教材による病態の理解、により構成される新たな教育内容の案を提示した。

また、今後の処置拡大は、低侵襲的処置から高度な医学的知識と技術を