

第4回検討会の議論のまとめ

【総論】

- 介入期と非介入期の搬送時間（現場到着～病院到着）の差も注意する必要がある。
（搬送時間の延長による、被搬送者への影響と、救急隊が占有されることの影響を考慮する必要がある。）
- 新たな処置の導入は、救急救命士にとって経済的負担・人的資源等、非常に負担がかかる。効果があることを行うべき。

【血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について】

- 障害が残る症例の多くは低血糖の状態です長時間経過し搬送された事例である。例えば、5分間早くブドウ糖溶液を投与することで予後が大きく変わるか。
- 血糖測定によって、救急搬送の入口の段階で振り分けがなされることは現場としては有り難い。
- 血糖測定を判定ツールとして救急救命処置の範囲として認める判断と、ブドウ糖溶液の投与まで認める判断は分けて議論をすべき。

【心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施について】

- 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施について、サブグループごとに評価をすべきである。

【重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の使用について】

- これまでの議論・結論を覆すような結果・反証がない限りは、従来の経緯を尊重するような方向でまとめるべきではないか。
- 議論の開始時と状況が変わってきており、本人が使うだけでなく、家族や学校等のバイスタンダーでの使用が広まっている。実証研究に頼りきるのではなく、本検討会で判断すべきではないか。
- 喘息で亡くなる症例が多くおり、使用可能な薬剤について、もう少し広い範囲となるのが良いのではないか。

【その他】

- 教育時間について、今回の実証研究の内容については、22時限（1時限50分）で十分だろう。
- 今後、新しい機械が出てくればその都度、疑義照会がかかるというのはおかしな話だと思う。世論が沸いたときだけ救急救命処置をどんどん積み重ねてゆくのではなく、救急救命処置の範囲拡大に係る考え方を整理すべき。
- メディカルコントロール体制においては、救急救命士だけでなく、救急隊員も含めた部隊活動全般への関与が期待されている。