Ⅱ．参考資料

１．本研究に関連した報道記事

朝日新聞　2002年(平成14年)3月28日　木曜日

救急救命士が気管内挿管していたら…

3人救命の可能性も

救急救命士による気管内挿管問題が発覚し、救急車から挿管器具を外した秋田市消防本部が、器具を外して以降、120人の心肺停止患者を搬送し、うち3人は気管内挿管を施していれば助かった可能性が高いケースであることが、同消防本部の内部文書などからわかった。救急専門医もこれを認めている。この3人はいずれも死亡している。厚生労働省は気管内挿管を含め、救命士の処置範囲を拡大する方針だが、改正の時期は明示していない。

秋田市消防搬送 心肺停止の120人分析

26人、別の処置は難しく

消防本部が患者を搬送する際に記載する搬送票によると、挿管を中止した以降、3月中旬までの間、救急車の到着時に心肺停止に陥っていた患者は120人。そのうち、26人がおう吐も誤ポで挿管以外では酸素吸入だけ実施された。26人は全員死亡した。

うち以下の3人は、挿管していれば助かった可能性が高いという。

【ケース1】自宅で夕食中だった高齢の男性が倒れた。狭心症の既往歴があったが倒れた原因はわからない。救命士が到着したが、男性は心肺停止状態。心臓マッサージをしながら、マスク式の人工呼吸を試みたが、おう吐でうまくいかない。おう吐物の吸引を繰り返したが、また、おう吐する。気管に直接管を通して酸素を送る挿管以外では対処のしようがなかったが、中止されていたのでできなかった。

病院に到着後、医師による挿管が施され、脈も戻ったが、心拍は再開しなく心拍は再開したが、植物状態に陥り、2週間後死亡。酸素が脳に届くはずが、無酸素脳症に陥っていた。

【ケース2】夜間、出血性脳かいよう疑いとみられる男性に対して、救命士が救急車内で応急処置した。救命士の目には意識が戻ったが、挿管は中止されているので酸素できず。

空気を送るための酸素バッグを押すと胸が膨らみ、うまく送り込まれているのがわかった。しかし、血はすぐにあふれてくる。換気不良になった。既往のためにマスク式の人工呼吸器を外す。その間、空気は送れない。男性は病院到着から10時間後に、意識の戻らぬまま死亡した。

【ケース3】高齢の男性が倒れた。救命士到着時、心肺停止状態。おう吐があったが、救命士は常用が許されている食道閉鎖式の空気を送るコンビチューブを使って人工呼吸を始めた。しかし、空気を送るチューブに多くの吐物が詰まり、十分な酸素ができない。男性は心臓マッサージと電気ショックを受け、病院到着直前に救急車内で心拍が戻ったが、すでに現場到着から15分がたっていた。搬送後、数時間後、死亡することなく死亡した。

大学病院の救急医療専門医は3例について「気管内挿管以外での酸素が困難な症例。3例とも患者が倒れてから現場到着までの時間が極めて短い。また、ほかに救命的な既往症もなく、心拍再開後しばらく生存していた。現場で気管内挿管をして十分な酸素が送り込めたら、より高い救命の可能性があったと考えられる」と分析する。

秋田市消防本部の救命士は、地元病院での実習を経て、現行法では違法な気管内挿管を続けてきた。これが昨年10月に発覚、同本部は救命士が乗り込む5台の高規格救急車から挿管器具を外した。

業務再検討へ 新たな研究班

厚労省

救急救命士の業務を再検討するため、厚生労働省は新年度から、専門医らによる新たな研究班を立ち上げる。救命士による気管内挿管問題を検証してきた「救急救命士による適切な気道確保に関する研究班」の平野聡・千葉大大学院教授ら6人が近日、同班の発足を明らかにした。

日本経済新聞

2002年（平成14年）3月28日（木曜日）

「生存率向上 根拠ない」

救命士の気管挿管で報告

厚労省研究班

心肺停止患者の口から管を入れて気道を確保する「気管挿管」について、厚生労働省の研究班（主任研究者、平沢博之・千葉大大学院教授）は二十七日、海外の文献などを検証した結果、「救急救命士が気管挿管しても心肺が停止している患者の生存率向上に役立つという根拠はなかった」とする報告書をまとめた。

気管挿管は現在、医師にしか認められていない。救急の現場からは「救命士にも認めてほしい」という要望があり、坂口力厚労相は今月十五日に気管挿管を救命士にも拡大する方向で検討する考えを示していた。

研究班は「文献的には救命率が悪化するという報告もある」と指摘、慎重な対応を求めた。ただ「患者の症状によっては気管挿管が有効なことも考えられる」としている。

朝日新聞　2002年(平成14年)4月1日

記者は考える

救急救命、現場から構造改革

杉山　正　秋田支局

「国民を間違った方向に導かれては困る。不愉快だ」

厚生労働省の担当者はそういった。秋田市の救急救命士が現行法では医師にしか認められていない「気管内挿管」を続けていたことが明らかになって間もない昨年11月、法の不整備を指摘しようと書いた記事への反応だった。

それから4カ月。坂口力厚労相は制度を見直し、救命士による気管内挿管などを容認する方針を明らかにした。

□□□□

気管内挿管を認めるか否かの論議は、10年前の救命士制度誕生時からあった。医師以外が医療の領域に入ることに拒否反応を示す医師会の意向が強く反映して進まなかったのに、今回の問題を機に驚くほどの早さで動き出した。まさに現場発の構造改革だ。

気管内挿管は気管に直接、チューブを入れて気道を確保する。救命士には、食道を閉鎖して間接的に気管に空気を流す方法は認められている。だが、患者がおう吐すると気道に入りこむ恐れがあり、使えない。気管内挿管が最も確実な気道確保処置とされる。

秋田市では、救急医療先進地の米国シアトルをモデルに医師有志と救命士が救命士の教育システムを独自に整備し、心肺蘇生法の市民への普及も急いできた。これまでに4万人以上が講習に参加した。同市の心肺停止搬送患者の生存率は00年で11・4%で全国平均の3・4%を大きく上回っていた。

シアトルでは救命士の挿管はもちろん、抗不整脈剤など30種類以上の薬剤使用も認めている。日本では医師の指示なしにはできない心臓の拍動を戻すための電気ショックに至っては、一般市民でも実行できる。

□□□□

だが、日本では処置拡大への反対論は根強い。先日の厚労省の研究班会合も「気管内挿管の有用性を示す資料は米国にも見あたらない」とする医師の意見を踏まえ、「挿管が救命率向上に寄与した根拠はない」と結論付けた。

こうした論議にどれほどの意味があるのか。挿管は気道確保の世界的なスタンダードだ。そもそも国内の病院やドクターカーでも気道確保は挿管で行われている。今更なぜ有用性の論議なのか。

問題表面化で秋田市の救急車から挿管器具が外された。以来、挿管以外では酸素吸入が困難な患者が36人運ばれ、全員死亡している。早期にしかも安全に処置拡大を図る方法が論じられるべき時だ。救命士のレベルや教育体制の整備状況など、個人や地域の実情に合わせて処置範囲を広げるなど柔軟な姿勢も必要になる。関係者には「医療は医師」といった狭量を捨て、ぜひ前向きな論議をしてほしい。

現在の技術なら医師でなくとも助ける命がある。ならばその命は助けなくてはならない。それが医療だろう。

毎日新聞

2002年（平成14年）3月28日（木曜日）

■気管内挿管、効果薄い

気管内にチューブを入れて患者の気道を確保する「気管内挿管」を、救急救命士が実施した場合の救命効果を検討する、厚生労働省の研究班（班長・平澤博之千葉大教授）は27日、海外のデータを総合しても、心肺停止した患者全体の生存率向上に効果は確認できなかったと評価した。ただ、おぼれた患者など病状によっては有効な可能性があり、さらに検討が必要とした。

気管内挿管は医師だけに認められているが、秋田市や山形県酒田市では救急救命士が実施したことが問題となっている。研究班は両市での実施結果について「救命率の向上に役立ったという根拠はない」と厳しく評価した。【高木昭午】