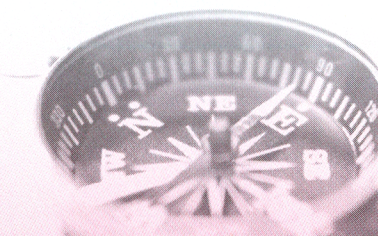


救急車から消えたもの



白井正夫 ジャーナリスト

オレンジ色の街の灯りが縦横に広がっている。電力事情も明かり文化も違う日本では見られない色の海だ。そんな夜景を眼下に1月の深夜、サンティアゴ(チリ)を飛び立った。翌朝まだ暗いグラス(米国)着。フライト時間9時間半。乗り継ぎカウンターの女性に「サンティアゴからですか。東京まで大変ですね」と慰められ、4時間後にはまた機中に。13時間半のフライトで、ようやく成田空港に降り着いた。

合わせて23時間余の機中はきつかった。米国機に乗る以上テロの心配をしても仕方がない。それより長時間狭い座席に缶詰になっているエコノミークラス症候群のほうがよほど怖い。血栓が飛んで心臓がおかしくなったら、飛行中では「処置なし」だ。手足をもみ、狭い通路を歩く。もっぱら体を動かした。

エコノミー席でよれよれになって帰国したら、この「処置なし」は余計な心配のようだった。

触法の気管内挿管 秋田、青森、山形で

厚労省は昨年12月、止まった心

臓に電気ショックで拍動を回復させる医療器具「除細動器」の使用を、飛行中の航空機乗務員に認める通知を出した。本来なら医師の指示なしにはできない救命処置だが、厚労省は「飛行中は緊急事態」とした。機器も改良され、旅客機には自動的に心電図を解析して音声で指示する除細動器が積み込まれている。

エコノミークラス症候群が社会的問題になったとたん、「スチュワーズもOK」と素早い対処療法である。だが、いま救急救命の現場は「医療の領域」をめぐる深刻な問題を抱えている。心肺機能停止に陥り、生死に一刻を争う患者の救命には「気道確保の処置」「除細動器」「血管を広げる点滴」は救命3点セットといわれる。この3点セットの使用をめぐる、いろいろな矛盾点が噴出している。

発端は秋田市消防本部の救急業務だった。昨年秋、地元テレビニュースが「救急隊で日常的に気管内挿管が行われ、違法性がある」と報道、問題が表面化した。

市消防本部は過去5年間の救急業務を洗い直した。その結果、96

年1月から昨年6月までの救急搬送約3万6000件のうち心肺が停止した患者は967人。そのうち689人に、現場に駆けつけた救急救命士が医師の指示を受けて呼吸をしやすいするため気管内挿管をしていた。気道確保処置の気管内挿管は医師だけにしか認められていない。

これをきっかけに県消防防災課が調べたら、過去5年間に県内17消防本部のうち14本部で同様の行為が計1508件(秋田市を含む)あった。さらに山形、青森県でも数多い事例が報告された。思わぬ事態に厚労省は昨年12月、「意識的に継続実施されているなら医師法違反で、保健衛生上も看過できない」と都道府県に再発防止の通知を出した。

救命士制度10年 医療領域巡る“矛盾”

欧米に比べ立ち遅れる病院前救急医療体制を改革し、より高度な救命処置ができる「救急救命士」制度ができたのは1991年である。他人を救おうとして刺された大学生が病院門前払いの末に亡くなった横浜の事件がきっかけとなった、といわれる。しかし、救命士が救急医療の一部を担う制度も、「医療領域」をめぐる消防庁と日本医師会が2年間も対立した末の誕生だった。

その間の事情を日医の坪井栄孝会長が朝日新聞(昨年11月24日付け)の「ビジネス戦記」で明かしている。当時、常務理事でこの問題を担当した。

坪井氏の持論は「救命士ではなく、医者が必ず救急車に乗り、搬送患者の応急処置をする」にあった。このドクターカー方式は理想

であっても、地域医師会が協力態勢を組めないのだから現実味に乏しい。かといって「医者領域を消防に渡すな」も国民の理解は得られず、妥協が図られた。だが救命3点セットのうち、気管内挿管だけはどんな条件付きでも救命士の業務に入れることに反対を断固貫いた。「気道に管を入れる難しさ、危険性を知っていたから」と語っている。いま「違法性」を問う根っこである。

救急救命士法、同法施行規則は3点セット使用を次のように定めている。「士」は心肺機能停止状態の患者に医師の具体的な指示のもと、①半自動除細動器、②大臣指定の薬剤を用いた静脈路確保のための輸液、③大臣指定器具による気道確保、を行うことができる。そして「気道確保」器具として、食道閉鎖式エアウェイとラリングアルマスクを指定した。最も確実に肺に空気を送る「気管内挿管」は含まれていない。

なぜ、法が指定しない方法が広まったのだろうか。

まず「法が指定する2種類の器具は一般的でなく、気道確保には挿管のほうが一般的」という声が現場では強い。確かに米国のテレビドラマ『ER』でも、L字型の金属器具で口をこじ開け、気管にチューブを入れる場面は何回もでくくるおなじみのシーンだ。

救急体制再整備も 悠長な時間なし

秋田の事情もあった。秋田市消防本部では制度発足時から、資格を得た救命士を1年間びっちり教育するシステムが、救命医療に関心を持つ地元医師の協力できていた。その中で病院での挿管実習



イラスト●西澤勇司

もあり、実際の現場でも日常的に行われていた。医療側が「医師でないと危険」と阻んだ挿管技術も、徹底した訓練と「5年で700人」という実地で習熟していた。違法を承知で「助けたい一心」の救命士の心情もわかる気がする。

秋田市の救命率は高く、その取り組みは評価されてきた。2000年に救急搬送された心肺停止患者の1か月後の生存率は11.4%で、救命士が乗る救急車の全国平均4.6%を大きく上回る。「救急車という密室内で事故はなかったのか」という検証は必要にしても、気管内挿管が救命率を高めた事実を見逃せない。

救急救命医療のあり方を考える数字がある。全国10か所の救命救急センターに運ばれた心肺停止患者2920人の3か月後の生存率調査(消防庁)。医師が救急車に乗るドクターカーで10.8%、救命士同乗で3.4%、救命士が乗らない場合2.7%。この数字は「救急車に医師がいなくても、命が救える」システムづくりを訴えている。

「違法性」に神経をとがらせた厚労省だが、年明けには「救命士

の業務拡大」の検討作業をすすめる方針に転じていた。

厚労省はいわゆる救命3点セットを救命士が「医師の指示がなくても」使用できるようにしたい、としている。挿管も技術的な訓練教育システムを取り入れ「適法」にしたい考えだ。もっとも、厚労省の視野は個々の処置のあり方よりも、救急救命の実を上げるのに欠かせない地域の消防、医師会、医療機関が連携する「地域医療システム」づくりにある。確かにそれも救命士制度ができて10年来の課題である。

“秋田問題”で各地の救急車から「挿管器具」が消えた。救急救命のあり方をめぐる議論は必要だが、命のはざまでは、悠長な時間は許されない。

白井正夫(しらい まさお)
元朝日新聞編集委員