

1. 救急救命士制度

救急救命士は、救急事例発生から患者の医療施設収容までの医師不在帯における医療（病院前救護, prehospital care）の質を高め、生命危機事例の救命率を向上するための方策として1991年に“救急救命士法”により法制化された医療職である。「医師の指示の下に、重度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」と定められ、1992年から運用された。

2. 資格の取得と国家試験

資格を得るためには、文部科学省が定める教育を修了し、厚生労働省が実施する国家試験に合格して厚生労働大臣の免許を得なければならない。

制度化から2013年度までの国家試験合格者総数は46,638名、2012年度までの救急救命士登録者数は43,949名である。過去数年における国家試験合格率は80~85%、うち女性比は5%前後である。2013年度合格者数は2,262名（うち、後述の民間養成校卒業者は1,011名、その中の女性は173名）である。

3. 許可される医療行為の枠組み

当初厚生労働省で定められた、救急救命士の実施できる医行為は、除細動・ラリングアルマスクなどによる気道確保・乳酸リングルの点滴による静脈路確保の3項で、特定行為と呼ばれる。業務は119番活動の一部として遂行され、総務省消防庁系列下の救急救助業務の規制に従う。すなわち、消防所属救急救命士の場合、教育は文部科学

省、資格は厚生労働省、医療行為は厚生労働省、指揮は総務省消防庁と、複数省庁の指揮管理を受ける。

4. 救急救命士法

“救急救命士法”は救急救命士に関するすべての事項を定める法で、役割・資格・業務など、その制約の遵守を求めると同時に、名称独占など救急救命士の存在を守っている。

5. 養成法と教育の柱

救急救命士は二つの方式で養成されている。

一つは、一般救急隊員から選抜された者が消防系列の教育施設に設置された救急救命士養成コースに入校し、8カ月間の教育を受けて受験資格を得る方式（進学形式）で、自衛隊にも同様の方式がある。現在、都道府県分担当資で元消防庁所管の一般社団法人救急振興財団救急救命士養成所2校を含む消防系列12施設と自衛隊系列3施設を数える。現場経験を土台に、特定技能を取得する教育プログラムが組まれている。

この公的養成方式に対して、民間教育施設が高卒者などを入学させて養成コースで教育し受験資格を得させる方式があり、2年制専門学校8校・3年制専門学校17校・4年制大学10大学11学部（大学院設置校も）、総数36組織がある。基礎教育から現場活動まで、前者より大きいカリキュラム・時間数を用意している。また民間校では、消防職を希望する学生に対する公務員試験に備えた教科を加える。さらに、民間養成校は「一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会」を構成し、教育者指導（協議会認定制）、国家試験対策、関連諸官庁との折衝、などの役割を果たしている。

いずれも医学ベースの教育で、重症度判断、救命処置、重症患者の搬送、救命救急センターとの連携などの、救助場面における的確な思考行動の

^{*1} Emergency Medical Technician

^{*2} Muneo Ohta 東洋医療専門学校校長、一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会代表理事

習熟が基礎モードである。教育者は、救急医・救急看護師・ベテラン救急救命士を主軸とし、救急救急センターに実習を依存している。

近年、地方行政の経済事情から消防隊員の救命士進学経費負担が深刻化したために、自前養成から有資格者の採用へ切り替える傾向がみられ、民間養成校の責任性が重くなっている。また民間校が女性救急救命士の大半を養成していることも重要で、その国家試験合格者中の19%、消防就職者中の13%が女性である（米国パラメディックの1/3は女性）。

6. 救急救命士業務の改革

制度化以降、医療情勢の変化に呼応して実際の視点から業務の拡大と高度化が図られ、さらにその補強体制を組み救急医療の改良が図られてきた。

気道確保は気管挿管法へ、心停止例に対するエピネフリン投与、ビデオ喉頭鏡の採用、アナフィラキシーショック患者へのエピペンの使用、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与、心肺停止前の静脈路確保と輸液、などが逐次導入された。これらがカリキュラムになかった期間の資格取得者に対する追加教育制度もある。

また、当初期待した救命率の向上がみられなかった初期10年間に対策が論議され、いくつかの体制が追加された。その代表がメディカルコントロール体制 medical control である。これは医学的観点から救急救命士の救急救助処置の質を保障する体制で、救急医がより現場に近い形で救急救命士を指導する。その機能は、①救急救命士に当該患者に対する処置について示唆を与える（on-line medical control）②救助業務に関するプロトコルの策定、③救急救命士が実施した医療行為の事後検証、④再教育プログラムの策定その他で、病院前救護の救急救命士全面依存型から救急医の積極指導型への転換といえる。さらに標準的病院前外傷救護 Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care (JPTEC) を教育に取り入れるなど、救急救命士の医療行動を高度化してきた。

その結果、制度化以前1%に低迷していた心呼

吸停止例の社会復帰率は向上し、2012年度総務省消防庁統計¹⁾によると、心原性で心呼吸停止が目撃された症例の1カ月後生存率は11.4%、1カ月後社会復帰率は7.2%、の成績を得ている。このすべてが救急救命士業務によるものではないが、貢献としては評価したい。また教育体制改革の成果でもある。

7. 就 職

就職が問題となるのは民間校卒業者である。

制度化当初において救急救命士業務は119番コール時の運用だけを想定していたために、合格者の大半が消防組織所属を希望した。ところが実態は厳しく、9,062名（1993～2012年度）中の消防への就職は5,883名、65%である。

近畿大学の平出 敦・太田育夫・他による“病院内救急救命士に関する調査1および2”（2013年日本臨床救急医学会報告）を参照すると、消防以外に関心の高い就職先は、大学病院あるいは一般病院で（約6%が採用、最近の4年では2.6倍に増加）、病院側も前向きに考えている。“病院救急救命士”は既に数百名が実在する。

8. 社会情勢と救急救命士活動

平成に入り、高齢化その他の社会変化が救急医療界にいくつかの解決困難な影響をもたらしている。不当な医療訴訟の増加、的外れの報道、救急医療従事者数の減少、救急医療施設の撤退、患者数増による疲労感と組織的疲弊、などの難題が多発多様化し、搬送中死亡などの不幸な事案が多発している。これらの改善にはあらゆる手段を講じねばならないものの、決定的方策はない。

その一つとして浮上しているのが救急救命士の更なる活用で、その鍵とされる救急救命士法の一部（第44条第2項）改正が論議されはじめた。過去20年間における医療技術の進歩は著しく、救急救命士教育に取り込める技術が少なくない。evidence-based medicine の基本に従って業務の拡大を実施してきた実績もある。

しかしこの蓄積も、それを実施できる場面が法的に119番作動時に制約される限り十分には活用できない。この壁を除くことができるならば、①

救急救命士はあらゆる場面で人命救助活動が実施できる，②病院救急救命士が認知されると救急患者の受け入れが円滑になる，③慢性的な人員不足を緩和し救急部門のスタッフの労力を軽減できる，④院内救急対策を安定化する，⑤民間救急を活性化する，⑥多数の市民が常在する場所や各種イベントにおける救急事態の備えとなる，⑦災害時の絶対的医療者不足をカバーする，など，多くの利をもたらすであろう。これらに応えられる救急救命士の教育にはいくつかの事項を追加すべきだが，不可能な事項はないと判断している。

これらが法改正を求める理由で，医療界を支配してきた業務に関する伝統的概念や階層観念が改正論議に抵抗することも承知しているが，救急救命士界も，救急医療界も大きな期待を抱いていることを付記しておく。

■文 献

- 1) 総務省消防庁．平成 24 年度版消防白書「第 2 章消防防災の組織と活動」<http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h24/h24/html/2-2-5-5-2.html>