

## 【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

## 質疑応答集

No.	質問内容	回答内容
1	法と制度が想定する院内救命士の入院患者	対象となるのは今までどおり重度傷病者ということで、救急救命士法の第2条に記載されている症状が著しく悪化する、命の危険な状態にある者、いわゆる重度傷病者、あるいはその可能性のある者、となります。
2	改正法が想定する院内救命士の業務は、入院前の患者を対象としています。一方で診療報酬制度ではRRS（ラピッドレスポンスシステム）と関連する加算が新設されるなど、入院患者の急変予防や迅速対応チームの活動に焦点が当たっています。救急救命士が入院患者の急変または急変手前を救護するチームメンバーとなるのは適任かと考えますが、やはり改正法の上ではその活動はできないということでしょうか。	よくある質問ですが、いわゆる33項目をRapid Responseチームの業としてやることは今回の法律改正でもできません。たまたま、病院救命士が急変の場に一人でBLSあるいはAED等々を行うことは可能と考えますが、業として救命処置を行うということは、今回の法律の改正ではできません。医師の補助として、検体の搬送などの対応は可能です。
3	「場の拡大」と場所を問題にしなから「～の間」と期間になっているのは整合性が取れないと思います。	<p>具体的に例えば血管撮影室（アンギオ室）、あるいは初療室に手術室があるような医療機関はどのように判断するのか、という質問も前にいただいたことがあります。これに関しては、それぞれの医療機関で構造が違うので、例えばトイレはどうするのかといった問題になってくるわけです。あくまで入院するまでの間ということの判断は、院内のいわゆる救急救命士に関する委員会、院内MC、そのようななかで判断して、と考えていただいていると思います。</p> <p>確かに場の拡大という表現にはなりますが、入院するまでの間とは、患者の立場による概念と捉えられ概念がずれているというのはご指摘のとおりです。入院病棟というようなかたちで考えれば、ある程度の整合性がとれるのかなと思います。</p>
4	本事業及び（臨床教育開発）推進機構と一般社団法人民間救命士統括体制認定機構（代表理事＝有賀徹先生）との連携、関係はどうなっているのでしょうか。	<p>「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」を臨床教育開発推進機構が厚生労働省から受託を受けて実施しております。実施するにあたりまして、冒頭に横田裕行先生から「医療機関に所属する救急救命士に対する研修体制整備委員会」の委員長としてご挨拶いただきました。本委員会は、横田裕行先生が日本救急医療財団、有賀徹先生が臨床教育開発推進機構および民間救命士統括体制認定機構、田中秀治先生が民間救命士統括体制認定機構、その他日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本救急救命学会、日本救急看護学会と、関連する団体のそれぞれから推薦を受けて委員を任命させていただきました。ある面ではオールスタッフで推進をしていると、お答えをさせていただきたいと思います。</p> <p>この事業は、冒頭で説明のとおり厚生労働省の事業で一般競争入札で公募されています。そのなかでこの一般社団法人臨床教育開発推進機構（ODPEC）が落札し、上記の組織を作って本講習会を運営しています。</p>

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

5	<p>転院搬送が必要となった時、その途中の緊急車両、転送先の医療機関で入院するまでの間はどうでしょうか</p>	<p>法律が改正される前から、救急救命士は転院の際に業務をしていたということがありますので、今回の法律は、今までどおりで業務は可能だ、という解釈です。</p> <p>医療機関に転送する、その途中での緊急車両の中、あるいは転院先の医療機関に入院するまでの間であれば、業務実施可能であろうと思います。</p>
6	<p>消防機関に所属している救急救命士は、救急外来では処置を行えないという理解でよろしいですか？</p>	<p>従来から、消防機関は、消防のルールで、医師に引き継ぐまでの間を業務としています。法律が改正されたからといって、この点が変更されたという解釈ではないと考えます。なお、消防機関に属している救急救命士の方が医療機関に研修目的で来る場合があると思いますが、そのような場合はもちろん現行どおりでよろしいと思います。</p>
7	<p>ERで働いている救命士が、コードブルーでCTや病棟に合流した場合は医療行為は行えないという理解で宜しいでしょうか？</p>	<p>33項目に関しては、入院している患者さんには行えないということになると思います。</p>
8	<p>搬送してきた救命士が、初療に加わり、点滴をとる、などの場合は消防のMCと院内のMCが競合することになりますか？</p>	<p>消防の救急救命士は、院内で研修中は別として、医療機関で静脈路を確保することは本来はない、という解釈でいいと思います。</p>
9	<p>医療機関でも同様に、具体的指示による救急救命処置のプロトコール作成は必要か。</p>	<p>病院前の消防に属する救急救命士とは異なり、医療機関に所属する救急救命士はいつも近くに指導する医師がいるという前提となっており、その意味では、「具体的指示」とか「包括的指示」ではなく、「直接的指示」という表現を用いています。それでも処置ごとにその手順を院内の委員会でプロトコールとして作るということは、非常にいいことだと思います。</p> <p>つまり、基本的には消防機関で行う場合は、事前に定められたプロトコールというかたちで行うわけですが、医療機関の場合は常に医師がいますので、そのような原則の中で、その医師の指示の下で、直接的指示の下に処置を行う。とはいえ、どのような手順で行うかということは、プロトコールというかたちで、書いておいたほうがいいですよ、ということだと思います。</p>
10	<p>改正救命士法における「場」の範囲に関する質問です。最初に搬送された救急病院から低次救急病院へ転院搬送が必要となった場合、医療機関所属救命士が医療機関の緊急車両（病院救急車）を使用して行うことが想定されます。その場合にも改正救命士法の「場」に入るのでしょうか？</p>	<p>従来から行われていることですので、今回の法律改正によっても変わりません。低次への救急医療機関への搬送という場合には、おそらく重度傷病者ということではないと思いますので、このような判断の下に現行どおりでよろしいと思っております。</p>
11	<p>院内MCを作成した場合、都道府県MC協議会の認定をもらうことは必要でしょうか？</p>	<p>院内MC、すなわち救急救命士に関する委員会自体に関しては、とくに都道府県MCの認定は必要ないと思います。</p>
12	<p>院内MC委員会を立ち上げました。院内救命士にOJTとしてJPETCやICLSを受講させるのは、教育の保障として認められますか？受講費用は、院内MC委員会で予算化すべきでしょうか？</p>	<p>それぞれの医療機関の院内MC、すなわち救急救命士に関する委員会で決めていただければよろしいと思っています。</p>

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

13	県の再教育に関わっていますが、現在は現場の方のみが対象です。今後は院内救命士の方の再教育の体制が必要でしょうか？	すごく大切で、これからここは議論するべきところです。医療機関に勤務する救急救命士の再教育は非常に重要な視点だと、私どもも思っています。
14	院内救命士にできることは看護師にも出来ることかと思えます。給与などのコスト面以外で人材が足りない場合に新たに看護師ではなく院内救命士を雇うメリットがどこにあるか（救急救命士のスペシャリティをどこに見出すか）に関して教えていただけたらと思います。	それぞれの医療機関で事情は異なってくると思いますが、今回の救急救命士の皆さんが院内でも、とくに入院するまで業務できるようになった背景というのは、医療スタッフが、とくに救急の領域では不足しているというのが、背景にあったわけです。ですから、もちろん医師や看護師が充足しているような医療機関にとっては、今回の法律改正がどれほど寄与するかというところは難しいかと思うのですが、それぞれの医療機関で事情が異なるかと思えます。
15	院内救命士の立場は院内の職員（病院側の雇用）になるのでしょうか？それとも消防署の職員としての勤務になるのでしょうか。	救急救命士という医療職種の特徴というのは、搬送しながら処置をしたり、あるいは病態の判断と、先読みや状態の把握とが上手です。傷病者は院内搬送だけではなくて院外に搬送するケースもあると思います。そのような搬送力というのは、明らかに救急救命士の方の独壇場です。病院の中では他の職種は、人を搬送しながら処置をするということではできないので、そのような部分は大きなメリットではないかと思えます。もう一つは、消防機関との連携が上手であるということも伺っております。例えば、収容依頼があった時の傷病者の判断であったり、院内の伝達、そのようなことも救急救命士の役割として雇用されている医療機関もあると承知しております。
16	院内救命士の立場は院内の職員（病院側の雇用）になるのでしょうか？それとも消防署の職員としての勤務になるのでしょうか。	消防から病院の中に研修やあるいはまた別の立場で出向されている方を示しているのだと思います。われわれが基本적으로ご説明させていただいていますのは、病院に雇用されている救急救命士の方にどのような仕事をするか、ということで、消防職員として研修に来ている方や長期間研修に出ている方の説明ではありません。したがって、病院の中の雇用というのが、原則ではないかと思えます。
17	救命士の活動対象について「重度の傷病者」とありましたが、どのように重症度は定義されるのでしょうか。たとえば病院に搬送した傷病者が入院するまでの間に救命士の手を借りられるのは、どこまでの「重度の傷病者」になるのでしょうか。	よくある質問ですが、指導する医師の判断ということになります。重度傷病者の定義は、先ほどお話ししたように、救急救命士法の第2条に書かれていますので、それに該当するののかという判断を医師がする、ということになると思います。
18	医療機関内で勤務している救急救命士が、心肺停止となった傷病者に遭遇した場合、医師到着前に院内に設置されているAEDを使用することは問題ないでしょうか？	救急外来で入院前の患者であれば、医師の指導の下に行っていると思います。病棟で心肺停止になった患者さんにたまたま救急救命士が遭遇したときには、BLSあるいはAEDの使用ということは問題ないと思います。
18	先ほどのQ&Aの再確認です。消防機関の救命士は挿管認定など認定は県MC協議会にて行われますが、医療機関所属救命士のその認定は各医療機関ごとで独自でおこなって良いということでしょうか。	気管チューブによる気道確保の実施、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管チューブによる気道確保は都道府県のメディカルコントロール協議会に必要書類を提出しその認定を受けていることが必要とされています。これらの研修体制については救急救命士に関する委員会で検討することが必要と思います。

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

		<p>なお、心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に対するブドウ糖液投与については、その実施に当たり、<b>追加前の資格取得者</b>に関しては、同様に、都道府県MC協議会の認定を受けていることが必要です。ここで述べられている「<b>追加前の資格取得者</b>」とは上記3救命救急処置が追加される前に救急救命士資格を取得した救急救命士を意味します。</p> <p>具体的には心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与に関しては平成18年4月以前、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に対するブドウ糖液投与については平成26年4月以前に救急救命士の資格を取得した救急救命士になります。</p>
19	院内救命士の血管確保についての質問です。重度傷病者を拡大解釈して、院内救命士がERでの血管確保をルーチン業務としてすることは可能でしょうか？	重度傷病者を判断するのが医師ですので医師が判断をして、静脈路確保の指示を出すということが原則です。
20	確認です。救急車で搬送ではなく、ウォークインで来た患者に対して、医師が重度傷病者と判断した場合は、入院するまでの間であれば救急救命処置は可能という認識でよろしいでしょうか？	可能です。ウォークインであれ、救急車搬送であれ、医師が判断した重度傷病者に対して行う救急救命処置には変わりはありません。
21	入院患者に面会に来た家族や見舞客、外来受診患者、職員が急変し、「重度傷病者」と判断された場合には、病院勤務の救命士は医師の直接的指示のもとに特定行為が行えますか？	医師の直接的指示の下に実施可能です。
22	新卒で医療機関に入職した救命士が気管挿管できるようになるまではどのような過程を通るのでしょうか？	都道府県メディカルコントロール協議会の認定スキームに合わせて、病院の救急救命士も同様に認定を取るといった流れになると思われます。
23	入院患者の急変対応に常態的に関わることはNGと理解しました。では、外来、医療機関敷地内（入院はしていない）の急変対応チームに常態的に関わることは可能という理解で良いでしょうか？	当該傷病者が重度傷病者であれば、入院するまでの間、医師の指示の下、救急救命処置を実施可能です。
24	「病院」救急救命士で、まだ気管挿管の認定がない場合、認定するために「消防」救急救命士と同様に喉頭鏡30症例、ビデオ喉頭鏡5例などを課すべきか。あるいは病院独自に判断しても良いのか（麻酔科での研修なくともシミュレーションでも可、或いは喉頭鏡30例でなく10例でも可、或いはビデオ喉頭鏡だけの認定）してよいのか。	各都道府県メディカルコントロール協議会の判断によるものです。この点は都道府県メディカルコントロール協議会にお問い合わせください。
25	医療機関に所属する救命士が行える輸液路確保は静脈路だけで、骨髄路（IOI）は許可されていないのでしょうか？また、気	これはどちらの処置ともできません。

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

	管挿管後の患者に救急蘇生薬を気管内投与することもできないのでしょうか？	
26	消防機関に所属する救急救命士の、病院実習指導に携わっています。医療機関に所属する救急救命士とは、業務範囲が異なるかと思いますが、病院実習で履修する項目で重視されるものはありますか。	その判断は当該消防本部、当該地域、あるいは当該の都道府県 MC 協議会が判断するものと思います。
27	具体的指示による救急救命処置について、患者から同意書を取る必要があるか。	院内の救急救命士に係る委員会のなかで、説明と同意が必要と判断される場合にはその合意に合わせて実施すべきかと思います。委員会の中で検討が必要です。
28	特定行為の都道府県 MC 協議会の認定についてですが、流れがわかりません。問い合わせしても返答がありません。どうしたら良いのでしょうか？	各都道府県のメディカルコントロール協議会で、対応を検討いただいていると聞いております。
29	都道府県 MC 協議会に院内救命士の挿管、薬剤投与認定をしてもらう為にはどのような手続きが必要でしょうか？また、必ず受けてもらえるのでしょうか？	都道府県のメディカルコントロール協議会に問い合わせただいて、認定の条件をご確認ください。
30	消防機関の消防士が病院実習で採血等行っているが、医療機関の救急救命士が実習という名目で採血をすることは可能でしょうか？	実習ということであれば可能かと思いますが、採血そのものは、救急救命処置に入っておりませんので業としては実施できません。
31	救命士が行える処置のうち、病院内で処置を行う際に、気管挿管のように都道府県 MC の認定が必要なものと、院内基準で実施可否を判定して良いものがあるということですか？処置に寄って認定者が違うということになり、混乱するようになります。それとも、都道府県 MC がさだめている基準に「準じて」院内の研修体制をととのえなさい、という意図でしょうか？	気管チューブによる気道確保の実施、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保は都道府県のメディカルコントロール協議会に必要書類を提出しその認定を受けていることが必要とされています。これらの研修体制については救急救命士に関する委員会で検討することが必要と思います。 なお、心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に対するブドウ糖液投与については、その実施に当たり、 <b>追加前の資格取得者</b> に関しては、同様に、都道府県 MC 協議会の認定を受けていることが必要です。ここで述べられている「 <b>追加前の資格取得者</b> 」とは上記3救命救急処置が追加される前に救急救命士資格を取得した救急救命士を意味します。 具体的には心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与に関しては平成18年4月以前、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に対するブドウ糖液投与については平成26年4月以前に救急救命士の資格を取得した救急救命士になります。
32	1.特定行為ではない血糖測定については医療機関において研修、評価、認定を行い実施できるとしてよいのでしょうか。また、必要な研修の具体的カリキュラムを示していただくことは可能でしょうか。若しくはブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及	血糖測定については、救命処置の中に含まれておりますので、救命処置として院内で救急救命士が行っていただくことは可能です。 心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

	<p>び輸液や他の特定行為と一緒に都道府県 MC に追加講習若しくは認定を進めていくよう促すことは計画されないのでしょうか。</p>	<p>対するブドウ糖液投与については、その実施に当たり、<b>追加前の資格取得者</b>に関しては、同様に、都道府県MC協議会の認定を受けていることが必要です。ここで述べられている「<b>追加前の資格取得者</b>」とは上記3救命救急処置が追加される前に救急救命士資格を取得した救急救命士を意味します。 具体的には心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与に関しては平成18年4月以前、心肺機能停止前の傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例に対するブドウ糖液投与については平成26年4月以前に救急救命士の資格を取得した救急救命士になります。</p>
33	<p>2.静脈路確保において乳酸リンゲルしか許可されないことは通知があることを認識しています。しかし、この通知内容について他の輸液についても医師の直接指示により可能と変更を検討できない理由はあるのでしょうか。消防機関で他の在庫を抱えられないとか研修指導が煩雑などの理由では、医療機関側からすれば通らないと思うのですが。</p>	<p>私も医療機関内の輸液製剤については今後、変更していただきたいと思う一人ではあります。ただ、医療機関内の救急救命士では、現時点でこの乳酸リンゲルしか許可をされていません。 この点に関しては、今後、乳酸リンゲル以外の輸液剤が医療機関の中で必要であるということを、学会を通じて、あるいは地域の医療機関、医師会を通じて、訴えていただくのがよいと思います。</p>
34	<p>田中秀治先生に確認です。 マックグラスはビデオ喉頭鏡に含まれないのでしょうか？</p>	<p>残念ながら、マックグラスはビデオ喉頭鏡の中の種類には含まれておりませんので、救急救命士が行う処置としては適格ではないのではないかと考えております。</p>
35	<p>「初期臨床研修医による院内救命士への指示はできない」と、救急医学会・専門医研修会で講義を受けました。「できない」のでしょうか、それとも院内委員会で「初期研修医も指示できる」と規定すれば「できる」のか、どちらでしょうか？</p>	<p>初期臨床研修医という位置で救急救命士に指示を出せないかとのお問い合わせですが、皆様の医療機関で初期研修医がこのようなことについての責任を持たせてよるしい対象なのかということをご検討いただければと思っています。私自身は初期臨床研修医が指示を出すということは責任という上では難しいと思っております。しかし院内の状況、その他の状況を勘案して、各医療機関の中で自分たちの病院としては、これもこうすべきではないかという議論がしっかり積み上げていただきたいと思っています。ぜひ救急救命士に係る委員会でご検討していただきたいと思っております。</p> <p>臨床研修医というのは、あくまで研修を受ける立場の医師なので、研修を受ける医師が指示ができるかということ、それから、指示を出した医師がどれほど責任があるか、というところになったときに臨床研修医がその責任も担うということは、適切ではないのではないかと、現実的には臨床研修医はこの指示はできないと解釈したほうがよろしいかと思っています。</p>
36	<p>救急救命処置録の作成はいわゆる特定行為を実施した症例のみで良いでしょうか？ 救命処置33項目のいずれかを実施したらそのすべてに処置録を残すのはかなり非現実的となりそうです。</p>	<p>救急救命処置を記録することは救急救命士法では、すべての救急救命士が行う処置を記録することとなっております。このことが救急救命士法第46条に記載されていますので確認ください。</p>

【令和4年度】第1回「医療機関に所属する救急救命士に対する研修の講師となる人材のための講習会」

質疑応答集

		<p>特定行為は医師の直接的指示で行いますので、きちんとした記載が必要だという認識は間違いありませんが、他の救急救命処置の中にも非常に重要な処置が多くあります。記載方法は法の求められている部分に従い誰がこの処置をしたのかということは、必ず書いておかなければならないと思います。非現実的というようですが、血圧測定や脈拍、SpO2の測定を実施した救急救命士が名前を書くというのは、例えば血圧を測った看護師が電子カルテに記録を行うと同じように、やっていたら、現実的には可能ではないかと思っております。どの処置においても記録をきちんと残すということは、医療機関に所属する救急救命士でも医療行為としては必要だと思います。</p>
37	救命士の医療行為でミスが生じた場合には、その責任は指示を出した医師も問われますでしょうか。	<p>消防機関でもよくいわれることの一つだと思いますが、救急救命士が自分の行った処置に対しての技術上の問題でミスがあった場合には、当然救急救命士もこの医療行為に対するミスの責任を問われることがあります。また、医師の指示が誤っている、救急救命士にやらせてはならない行為を行わせたことによって発生するようなことであれば、当然指示をした医師も問われるということになります。救急救命士はあくまでも医師の補助行為となりますので、補助行為を行うという判断が間違っていれば、その責任の一端は医師も含まれます。また、実際に実施する処置が問題であれば、救急救命士も責任を問われると思います。</p>
38	特定行為が認定されている救命士が消防機関から病院に転職した場合、無条件で認定は維持されるのでしょうか。就業前教育やプロトールなどが異なります。認定は申請した所属機関に在籍している間のみ有効で組織が変われば再申請が必要ではないのでしょうか。	<p>おっしゃるとおりかと思えます。しかしながら、このところの大枠のルールというものがまだ都道府県MC協議会でも決められていない場所が多いので、このあたりが整理された段階で、例えば救急救命士が他県から移動した場合を考えると認定証や、申請書類などは原本をしっかりと保存しておくことが重要です。そして消防機関から病院に移動した際に、再申請が必要だということになってくれば、これを使用していただくことになると思います。</p>
39	初期研修医に指示をさせるべきでないことは了解しました。しかし、同じように研修を受けている立場として、後期研修医の指示はどうでしょうか？	<p>後期研修医であれば、いわゆる院内の救急救命士に関する委員会、院内MCのほうでこの医師が救急救命士に指示にするにふさわしい知識や技術を有しているという評価を院内で受けていけば、それは可能ではないかと思えます。</p>
40	「就業前」の研修とありますが、それらの研修をしなければ医療機関内で救命士として活動できないということになるのでしょうか。研修が終了するまでは単なる事務職となるのでしょうか。	<p>講習でも触れましたように、厚生労働省は医療機関に勤務する救急救命士の資質及び業務の質の担保を目的とした取り組みや、院内研修の内容について具体的に検討する際は、日本救急医学会と日本臨床救急医学会から公表された「医療機関に勤務する救急救命士の救命救急処置実施についてのガイドライン」(令和3年9月30日)を参考とすべきと医政局地域医療計画課長付の通知を出しています。同ガイドラインには就業前研修として医療安全、感染対策、チーム医療を研修することが記載され、医療機関で救急救命士として勤務するには必須となります。</p>