

令和4年度 第4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
68	救急救命士法の改正により、処置する場所が拡大されたということですが、病院勤務の救命士が処置を実施することはまだ詳細は決まっていないということでしょうか？	先ほどの私のスライド、あるいは私の次の次にお話された喜熨斗先生のスライドでもあったかと思うのですが、病院で勤務する救急救命士の皆さんの処置の内容に関しては、救急救命士法の改正は行われていないわけです。すなわち、救急救命士が行える救急救命処置は33項目に限定されているわけです。その詳細は、先ほどスライドでお見せしたとおりでございますので、場所の拡大はあったのですけれども、対象すなわち重度傷病者、救急救命処置の内容に関しては変更がないということをご理解をいただきたいと思います。
69	家族へのICは必要でしょうか？	これは必要です。医療従事者である限りは、医行為をする場合は家族へのICは必ず必要ということになります。緊急時で、どうしてもすぐということとは難しい場合もあるかも知れませんが、ぜひICは取っていただきたいと思います。
70	病院内で救命士が行った救命処置も事後検証の対象になるのでしょうか？だとすれば、処置のたびに検証表を書かなくてはいけないのですか？	先ほど私も講義のところで触れましたけれども、医療機関の中に設置をすることが求められている委員会、救急救命士が行う救命救急処置に関する委員会、事後検証ということを取り決めるということになると思います。処置の度にするのかあるいは一定の数になってまとめてするのかというところは、それも各医療機関の委員会で取り決めますれば、よろしいとこのように思っています。
71	病院勤務の救命士は、30数項目はすべて可能ということでしょうか。	私の講演でスライドの最後の前のスライドだったかと思うのですが触れました。例えば複数の救急救命士を雇用している医療機関で、Aさん、Bさんという救急救命士がいたとしますと、Aさんは33項目の中で30項目が可能、Bさんはまだ経験が少ないので25項目にかぎられている。これもすべて、先ほどお話した病院の委員会で取り決めることになっています。ただし、その中で、先ほど植田先生からお話ががあったように、気管挿管に関しては、都道府県のMCでの認定が必要、ということになるかと思います。
72	病院ごとに異なるということでしょうか。	実際にまったく異なってしまうかどうかというところはわかりませんが、建前上は、病院ごとの委員会で取り決める、このように解釈してよろしいかと思います。
73	たいへん細かい点で恐縮です。病院内ではエピペンのかわりに他のアドレナリン製剤を使うことが多いですが、医師の指示があれば、アナフィラキシーの患者に対して病院内の救急救命士は実施できますでしょうか。	現在のところ実施することはできないと思います自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリンの投与については、現在、「処置の対象となる重度傷病者があらかじめ自己注射が可能なエピネフリン製剤を交付されていること」とされています。ただし、あらかじめ交付されている自己注射が可能なエピネフリン製剤を傷病者が持って

		いた場合に限り、医師の直接的指示により救急救命士が実施することは可能かと思いません。
74	病院救命士が都道府県 MC に特定行為の認定を受けるにはどのような流れで認定を受けるべきですか？	よくいただく質問です。都道府県 MC で実は先行しているのは福岡県であります。福岡県に関しては、もうすでにホームページ上からでも閲覧できるんですけども、病院救命士が気管挿管の認定を受ける、その書式がすでにアップ・公開されています。他の都道府県に関しても認定をする作業に向けて進んでいる状況であると思えます。
75	医療機関勤務救命士に関してはかなりあいまいだという認識でよろしいでしょうか 【補足】かなりあいまい→具体的な処置の内容で、人によって異なる、病院内の委員会で決めるなど、病院ごとに異なるという点です。	人によって異なるというのは、おそらく救急救命士の方の経験・技量・知識によって、委員会がどこまでの処置であればいいですよというような判断をするという意味で、人によって異なるということでもよろしいのかと思えます。そして、病院内の委員会で決めるということですけども、病院毎に委員会を立ち上げるということが求められていますので、大幅にその異なるかどうかは別として、先ほどお話ししたように、病院毎の対応、ということ、病院毎の対応になる、このように思います。
76	病院ごと対応、ということがあいまいだと思います	確かに話を聞いていると、病院毎ということで、あいまいなように思いますが、例えば救急救命士を雇用している機関というのは、三次であったり二次救急医療機関である可能性もあると思えます。そこでは、まったく救急救命士を取り巻く環境が、大きく違うので、三次救急医療機関のものをそのまま一次、二次救急医療機関には当てはめられないと思えますし、逆に一次、二次のものが三次には当てはまらないと思えます。例えば、夜間当直が少ない病院であったら、救急救命士の活動はこうであるとか、あるいはうちの病院として、このように救急救命士を使っていきたいということで、現行のガイドラインの範囲の中で、各病院が委員会を立ち上げられて、そのような対応していただくというのが、よいかというように、考えます。
77	救命センターに患者が来ていない時間などに手術室で医師の介助をすることは可能でしょうか。	例えば救命センター、あるいは一次、二次救急でも構わないのですが、患者さんが来てないときに、何か別な業務をするというのは、まったく問題ないと思えます。病院に雇用されているわけですから、病院の中の業務として、医行為にかかわらないものであれば、構わないと思えます。手術室で医師の介助は、あくまでも介助の範囲内で、器材を出したりとか、外回りをしたりというのはこれも十分可能だろうというように思えます。ガイドラインで決めているのは直接医行為にかかわることに関してです。残りのところに関しては病院の中でこのような働き方をしてくださいね、うちは介護する人たちがいないのでおむつを変えてくださいね、とか食事介助してくださいねというのも、これは医行為にかか

		<p>わらない業務ではありますので、ここは病院毎で検討いただければよろしいのかと思っております。</p>
78	<p>包括的指示・具体的指示ではなく、院内においては「直接的指示」である。と強調されていますが、医師が初療室で目の前にいる状況で「血圧を測りなさい」「保温しなさい」という指示を受けなければ、救急救命処置はできない、というように受け取れてしまうのですが、そういう解釈で良いでしょうか。</p>	<p>33 項目の救急救命処置のうち、まず確実に直接的な指示をしなければならないのは特定行為であるというのは皆さんがご理解の上で話をさせていただきたいと思えます。先ほど、植田からもあったように、33 行為の行為自体、救急救命処置といいますが、この処置自体はやはり救急救命士が現場にいて、医師が必ずいて、血圧や何々をしなさいというようなことに関しては、やはり直接指示が必要です。その指示の仕方についても、直接的に、目の前でこう、これとこれとこれを測定しなさいということで、横について指示するのか、包括的にじゃあ血圧と保温と何と何と何をしなさいと言うのか、そのようなところに関しては、各医療機関内でルールを決めていただければよろしいと思えます。例えば、侵襲的な行為でないものに関しては、これとこれとこれとこれを一切救急救命士が救急外来に来院した患者さんには医師の指示をもらったら実施するというように、あらかじめ院内ルールで決めておくというようなことも可能であろうと思えます。やはり重度傷病者あるいは重度傷病者が疑われる方へ、直接的指示を行うのが大事だろうと思えます。指示の仕方ということをしっかりと病院の中で、医師と救急救命士の間の関係、そして医師と看護師さんとの関係、救急救命士と看護師さんとの間の関係を円滑に進めていくことが必要ではないかなと思っております。</p>
79	<p>33 項目の救急救命処置を実施するために、講義や病院実習が必要な項目は気管内挿管のみでしょうか？それ以外の項目は、特定の講義や実習、認定を受けなくても医師の直接指示があれば実施可能という認識でよろしいでしょうか</p>	<p>この 33 行為の救命処置のための講義や実習というのは、すでに救急救命士の資格を取得するための養成課程の中で、おおむね終わっていると考えます。そのために 33 行為ができるということも認定されて、その過程の修了証が出されて、国家資格を取る際に、受験資格としてその証明を提出することになっています。ですが、気管挿管だけは資格取得後に 30 例の病院での実習が必要です。講義の中でも触れましたが、救急救命士の方というのは国家試験合格年度によって追加された救急救命処置が違うわけですね。薬剤投与、エピネフリンでいえば、平成 17 年 3 月 10 日以前の人たちはその講習を受けていません。そのような方々は消防機関の中で講習を受けて都道府県 MC 協議会で認定を受けているということになります。ですので、逆に言えば、薬剤投与、エピネフリンの追加救急救命処置の認定を持っているのは、平成 17 年 3 月 10 日以降の国家試験卒業者の合格者の方で、皆さん持っておられる。それと低血糖に対するブドウ糖投与やショックに対する乳酸リンゲルの投与、いわゆる心停止前の輸液ができるのは、平成 26 年 1 月 31 日以降の国家資格合格者で</p>

		<p>す。これは、カリキュラムを養成期間内で修了しています。今回の医療機関に雇用されている救急救命士に関しても、これ以降の方々は、この資格を持っていて実施することは可能であるとされています。ただし、これ以前の方々は、地域 MC での認定が必要になってくるということです。</p> <p>お問い合わせの気管チューブについてに関してですが、認定資格を得るには、30 例の病院実習が必要となりますし、そしてそのような実習を修了し都道府県 MC 協議会の中で認定されるということが必要となりますので、このような資格を持っておられない方は、病院の中で気管挿管を実施するに關しての講習と実習が必要になってくると思います。また、先ほどの薬剤投与、エピネフリンおよび低血糖に対するブドウ糖投与やショックに対する乳酸リンゲル投与、いわゆる心停止前の輸液処置にも同じようなことを言えまして、追加講習や講義を受けて、その後、都道府県 MC 協議会で認定される必要があります。</p> <p>これが現状での今の資格を取得する際のポイントになりますが、先ほどの質問のように、気管挿管のみが今できる／できないという判断がなかなか難しいところです。例外を申し上げますと、消防機関に勤めていて、気管挿管認定を持った人が病院に移籍してきた時に、病院の中ではもうすでにその人たちは都道府県 MC で認定を受けていることとなります。このような状況の方は、もしかしたら今のご質問のように、講義や実習等をやらなくても、現時点で、実施できるかもしれません。これは、今後都道府県 MC に申請を出していただいて、その判断を待つことになるかと思っております。</p>
80	<p>重症患者への処置を多職種で行っていて看護師がルート作成し、それが乳酸リンゲルでなかった場合、静脈穿刺は院内救命士は行えないことになりますか？</p>	<p>当然多職種の連携の中で医療行為というのは行われてまいりますので、救急救命士が静脈路を確保する際には輸液剤は乳酸リンゲルということが必要になります。救急救命士が確保した後に、医師の指示で乳酸リンゲルから他のに変えようといった時には、これは医師の指示で、輸液剤を変えられるので、乳酸リンゲル以外の薬に付け替えることは可能だろうと思っております。ですので、静脈穿刺した後そのラインを生かして、例えば、さまざまな輸血やその他のものが投与されるかもしれませんが、そこは救急救命士が行う行為と直接つながっておりませんので、あくまでも救急救命士が病院の中で穿刺をする際には乳酸リンゲルをベースにするということをご理解いただければ幸いです。ただし、これは病院に救急救命士を雇用されている方々が、やはりこれだけではもうとにかく非常に使いづらいということであれば、そのような声を、学会などでまとめていただいて、しかるべき方法で、厚生労働省に声を上げていくというのが必要ではないかなと思っております。個</p>

		人的には私もそのようなかたちで、次のアクションを起こしていく必要があると思っています。 るところであります。
81	改正法では活動の場が広がったとのことですが、消防救命士が診療所など院内救命士のいない場所で特定行為をすることは可能ですか？その場合の指示は圏域のMCに受けるのか、現場の医師の指示でもいいのでしょうか？	この質問は非常に重要ですので、よく覚えておいていただきたいのですが、今回の改正法の対象となっているのが、医療機関で雇用される救急救命士となっております。ですので、消防機関で雇用されている救急救命士は今までどおり、病院の中での特定行為も含めて実施することはできません。ただし、消防救命士が病院に研修で来て、医師の指示下でそれを行っている場合は例外で、これは医師の指示下での研修となりますので乳酸リンゲルに限定されることなく、他の薬剤を投与するとか、あるいはその他のことについても、医師の指示で行うということは不可能ではないだろうかと思っております。ですから、消防救命士の方は病院の中でのいわゆる救急救命処置は実施できないと、ご理解いただければと思います。 【厚生労働省の回答】 今回の法改正で規定されているのは、医療機関に所属する救急救命士がいわゆる救急外来で救急救命処置を実施するためにはしっかり研修を受けましょう、ということです。消防機関に所属する救急救命士等、医療機関以外に所属する救急救命士が、いわゆる救急外来で救急救命処置を実施するためには、研修は必要ありません。ですから、法的には、消防機関に所属する救急救命士がいわゆる救急外来で、重度傷病者に対して医師の指示の下、救急救命処置を実施することは可能です。ただし、消防は救急業務がメインであるため、医師に引き継いだ後は速やかに次の出動に備えることとして総務省消防庁から周知もされているため、そちらに留意いただければと思います。
82	現場でフィードバックする医師は、指示医師ではないといけないのか？	医師がそこにおいて指示を出して静脈路確保して失敗したとします。失敗した原因が、例えば穿刺した血管が悪かった、あるいは針が太すぎた、血管の針の持ち方が悪かった。そのようなことは、現場でフィードバックされるべきことだろうと思っております。指示医師以外でも、例えば病院の中で決めていただいて指示医師がその場を離れていても、実施している時に一緒にほかにいる指示可能な医師がいて、同じようにメディカルコントロールにかかわっている医師であれば、フィードバックは別にどなたがされても構わないのではないかと思います。ただ、穿刺した、きちんと静脈を確保できなかった、失敗した、その報告は、指示を出した先生にも正しくされなければいけないと思います。病院の中で、一

		人は指示出した先生がどうしてもオベに入らなければならない、何か別の処置をしているといったら、後ほどでもいいんでしょうし、このところは院内の中で例外的なルールを決めていただいて構わないと思います。
83	救急救命処置とは 33 項目全部というよりは、認定を必要とするような侵襲の大きい処置と理解して良いでしょうか。	救急救命処置は 33 項目全部ですので、これはすべてにかかってまいります。ただ、先ほど話をした直接指示をするというような行為の中に、例えばパルスオキシメーターをつけなさい、血圧を測りなさい、あるいは体位管理をなさい。そのようなことを聞かれているんじゃないかなと思います。いわゆる消防の救急隊員であれば、包括的な措置でも、医療機関の中では直接指示をなさいということになっています。よくよくガイドラインの原文を読んでいただくと、今おっしゃっているような特定行為に関しては、必ずそのような指示・指導を一つひとつ明確にして現場で出してください。それ以外の救急救命処置に関しては、血圧その他の測定に関しては、包括化して、いくつかの処置をいっぺんに指示を出しても構わないと思いますので、病院の中でルールを決めていただくことが重要かと思います。あくまでも直接指示ということになっておりますので、よろしく順守をお願いいたします。
84	極論ですが気管挿管以外は病院が委員会で取り決めに決定してしまえば新卒の子が 4 月から静脈路確保や薬剤は出来るということではないでしょうか？	気管挿管以外の救急救命処置はもちろん新卒でも実施することは可能です。各処置に関する通知・通達をよく読んでいただきますと、今回の救急救命士の処置拡大は医療機関内で勤務する救急救命士は、それぞれの合格した国家試験時期によって卒業時にカリキュラムに含まれている認定資格は実施可能であります。決して極論ではございません。ただし、ここに新卒の救急救命士がすぐに患者さんに接触してコミュニケーションをしっかりとって、静脈路確保をしながら円滑に看護師さんたちとコミュニケーションをとり、活動できるかという結論として難しいと思います。どの医療従事者でもそうですが、看護師や医師でも、新卒の人たちはメンターなどの指導を受けながら、そのスキルやノウハウを少しずつ獲得していくというのが、医療機関内での新卒に対する教育だと思っております。そういった意味では、このような手技は理論上・技術的にはできるけれど、具体的には先生方にさまざまな角度から見ていただいて、この救急救命士が果たして穿刺しても大丈夫な技術を持っているのか、あるいは気管挿管は別ですが、薬剤投与は大丈夫なのかなど、事前にスキルチェックをしっかりとっていただいて、これだったら大丈夫だということをご確認いただいた上で、指示を出されることを私はお勧めしたいと思います。
85	都道府県の MC の認定を受けた救命士が、他県に移動した	大変重要な質問です。私が言及したように、他の県で消防救命士として気管挿管認定を持

	<p>場合、またその移動先の MC で認定を受けなおす必要があるのでしょうか。</p>	<p>った人が病院に来て、気管挿管認定というときに、やはり他県から移ったときにはどう扱うべきなのかということがあります。少し調べさせていただきましたら、消防機関で気管挿管認定を持った方々は、その都道府県 MC に記録はずっと残っているそうなんです。例えば、神奈川県で取った人が東京都に来た時に、東京都の病院の中で気管挿管を実施できるのかとなりますと、やはり都道府県 MC に届け出なければならないと思います。今のところこういうレアケースと言いますか、これからも増えてくる可能性があります。そういったものの対応まで都道府県 MC で議論をしている最中と聞いております。またすでにこの認定の受付を始めた都道府県 MC もあると聞いています。福岡県などではホームページ上にも出ておりますので、これから順次各都道府県 MC で、このような認定についての作業が順次進んでくると思いますので、この点に関しましては、申請書類をあげてみて、どのように判断をされるかということをお持ちいただくのがよろしいのではないかなと思っております。現在作業しているということで今後の課題とさせていただきたいと思っています。</p>
86	<p>いままでの講義をお聞きすると、医療機関に勤務する救急救命士の実施可能な医療業務は極めて限られたものであるにもかかわらず、それに伴って増える書類業務や委員会の設置など、施設側の業務負担が多く、業務多忙の昨今、医療機関にとっては、看護師（准看護師でも）一人雇用したほうが遥かに利点が高い印象を持ちました。医療機関において、救急救命士雇用のメリットはなにかあるのでしょうか？</p>	<p>救急救命士を雇用するその意味については、これは各医療機関がどのように判断するかということだと思います。今回その場の拡大がありましたけれども、救急救命処置ということだけではなくて、例えばドクターカー、あるいはその転院搬送、あるいは病棟までの患者さんの搬送だとか、そういうことの知識も技術も持っています。また、先ほどご紹介しました消防機関以外に属する救急救命士の業務の質の向上と活用に関する協議会の報告書の中で、救急救命士を雇用したその結果、救急外来での救急車の応需率が飛躍的に向上した事例の記載もあります。そのような意味で、救急救命士の雇用をするという意義はあると思います。</p> <p>医療機関に所属する救急救命士は医師の補助行為を実施できること、そして看護師と連携してチーム内で円滑な医療を行えると ER で良いチームができてくると感じております。それぞれの役割が定着してくればさほど医師の負担を減らしながら実施できると思います。ぜひ、先生方が救急救命士の方を雇用して活用していただくということを検討いただければと思っています。</p> <p>救急救命士が医療機関で働くことによるメリットというものは、皆さんおっしゃるよう</p>

		に、必要な書類が増えたり、委員会の設置など負担も多少あるかと思いますが、いったんできてしまえばさほどの負担ではありません。すでに救急救命士を雇用して、活用している医療機関も多くありますので、そのようなところと情報交換、そのような場所もできればよいですね。救急救命士のネットワークがありますので、ぜひ、そういうところでも皆様と情報共有するものができれば、より良いものになってくるだろうと考えております。
87	救急救命士の資格取得をした年度により実施可能な特定行為に違いがある件ですが、救急救命士資格取得後に追加講習を受講する場合、都道府県 MC や外部講習等で対象者への追加講習会などが開催されているのでしょうか？	されているかという質問ですので、お答えするとされていないのが現状かと思えます。やはりこのような講習を行う際に、時間の要件とか、講習の要件とかさまざまなものがありますので、すぐにこの追加講習を検討する前に今認定をすべき人たちの認定をしてからこのような講習会、さらに追加講習が必要な方への準備をして行くのがよいと推測されます。これは私見ですが、救急救命士の養成学校が全国で 45 校ありますので医療機関の近隣の学校とタイアップして、各都道府県 MC 等が救急救命士の学校での協力を得て、そのような講習や実技等を行っていくというのが現実的な考え方ではないかと思っております。
88	病院救命士への「チーム医療」「感染対策」「医療安全」の研修は、外部のものでも e-learning でもよいとお話がありました。現状では必要な項目を含んだ救命士研修のノウハウのない病院がほとんどと思われますが、例えば各専門医更新に関わる単位の講習のように、学会などが e-learning システム作成などしていただけると各施設の負担もなく質も保たれると思えますが、そのようなご予定はありませんでしょうか？	参考として情報提供いたしますが、現在全国病院協会が e-learning でこの内容の講習会を開催しておりますし、また民間救命士統括体制認定機構でも同様の講習を行っているので、ぜひホームページをご覧ください。厚生労働省も、救急業務実地修練の一つとして、「令和 4 年度 医療機関に所属する救急救命士業務実地修練」を今年度から実施しています。
89	医療機関に所属する救命士は 33 項目の救命処置すべてを医師の直接指示で行うということでしたが、消防に所属している救命士が救命処置を行う場合、特定行為を除いた 28 項目の救急処置はどのような流れで行うことになりますか？	これは消防機関の方々が特定行為を除く残りの行為をどうやっているのかと同じ意味かと思えますが、消防機関の場合は、救急隊員の方が行っている行為、いわゆる救急救命処置のうちの 28 項目は、救急隊員が行える応急処置になります。これは消防職員法の中で認められている内容となっています。ですので、消防の救急救命士は、消防職員でもあり、かつ救急隊員でもありますので、救急救命士としてのこの行為は、包括的指示で実施されます。医療機関所属の救急救命士の場合は、医師のそばに居るという関係性から、すべてを直接指示に下さいということになっています。ので遵守ください。繰り返しになります

		が、消防救命士の場合は電話等での直接要請・助言養成となりますので、包括的指示が存在します。これが、各県の消防組織で実施されている包括的処置と認識しております。
90	消防に所属する救命士は電話連絡する医師の指示のもとで特定行為を行うと思いますが、他の 28 項目の救急処置は医師の指示のもとで行うのでしょうか？	これは今、お答えいただいたものと同じなので回答させていただいたことにさせていただきます。
91	救命士が認定や実施資格があるのかを確認する方法は、自己申告の他にどのような方法がありますか。	自己申告の他には、各学校の卒業時に修了証を学生に出している学校もあります。ただ、そうでないところが多いので、救急救命士の国家資格の合格年度で見ていくしかないだろうと思っています。
92	救急救命士の技術評価は各施設で基準を決めていくのでしょうか？	先ほど講義でも話したように、このような技術評価をしたほうがよいと考えます。しかし、実際各施設での基準を設け実施する時間もなかなか取れないかもしれません。例えば通常 ACLS や JPTEC とか JATEC とかというように、病院の中で行われている標準化コースやさまざまなこのようなトレーニングなどをベースにさせていただいてもいいと思っています。この医療機関内の技術評価に関してはどのようなものを行ったらよいかは、その医療機関に求められていることによって求められる技術も違うと思います。気管挿管は、おそらく 1 年間で一例もやらないというような施設では、気管挿管の認定があっても仕方がないと思いますし、気管挿管するドクターが多くいる医療機関ではその必要はないと思いますので、そのような意味で言うと、さまざまな評価基準を、標準的なコースから参考にしていただいたらどうかと思っています。
93	医療機関の組織において、救命士はどこの部門（診療部、看護部等）に所属すると役割を発揮しやすいのでしょうか。	所属している病院それぞれにはなるかと思うのですがけれども、救急科の診療部門に所属するということが一番いいのかなと、私なりに考えております。ただ、看護部所属であっても、救急外来の救急救命士を置きまして、そこの救急外来が活性化するように、うまく救急救命士を活用していく。このようなことができれば、どこの所属でも私は良いかなと思っています。